



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد بروجرد

دانشکده علوم انسانی، گروه روانشناسی

پایان نامه برای دریافت درجه ی کارشناسی ارشد «M.A.»

گرایش: روانشناسی عمومی

عنوان:

پیش بینی گرایش به اعتیاد در جوانان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تحت نظارت
بهزیستی بر اساس اعتقادات مذهبی و اختلالات شخصیتی

استاد راهنما:

دکتر داود کردستانی

نگارش:

مهناز قاسمی شلکه

تابستان ۱۳۹۶

این پایان نامه توسط دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری حمایت مالی شده است.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



باتأییدات خداوند متعال جلسه دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد خانم **مهناز قاسمی شلکه** در رشته روانشناسی عمومی تحت عنوان: **پیش‌بینی گرایش به اعتیاد در جوانان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تحت نظارت بهزیستی بر اساس اعتقادات مذهبی و اختلالات شخصیتی**

با حضور استاد راهنما، استاد (استادان) مشاور و هیأت داوران در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد در تاریخ ۱۳۹۶/۰۶/۰۱ تشکیل گردید. در این جلسه، پایان نامه با موفقیت مورد دفاع قرار گرفت.

نامبرده نمره ۱۷/۶۰ با امتیاز **خوب** دریافت نمود.
هفده و شصت صدم

۱- استاد راهنما: **دکتر داود کردستانی** امضاء تاریخ

۲- استاد داور: **دکتر کوروش گودرزی** امضاء تاریخ

۳- استاد داور: **دکتر مهدی روزبهانی** امضاء تاریخ

۴- مدیر گروه آموزشی: **دکتر کورش گودرزی** امضاء تاریخ

۵- رئیس دانشکده علوم انسانی: **دکتر عبدالرضا گودرزی** امضاء تاریخ

معاون پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد

دکتر محمدرضا معظمی گودرزی



تعهدنامه اصالت رساله یا پایان نامه

اینجانب **مهناز قاسمی شلکه** دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد ناپیوسته/دکترای حرفه ای/

دکترای تخصصی در رشته **روانشناسی عمومی** که در تاریخ **۹۶/۰۶/۰۱** از پایان نامه/ رساله خود

تحت عنوان: **پیش‌بینی گرایش به اعتیاد در جوانان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد**

تحت نظارت بهزیستی بر اساس اعتقادات مذهبی و اختلالات شخصیتی

با کسب نمره **۱۷/۶۰** و درجه **خوب** دفاع نموده ام بدینوسیله متعهد می شوم:

۱) این پایان نامه / رساله حاصل تحقیق و پژوهش انجام شده توسط اینجانب بوده و در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران (اعم از پایان نامه، کتاب، مقاله و...) استفاده نموده ام، مطابق ضوابط و رویه موجود، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آن را در فهرست مربوطه ذکر و درج کرده ام.

۲) این پایان نامه/ رساله قبلاً برای دریافت هیچ مدرک تحصیلی (هم سطح، پایین تر یا بالاتر) در سایر دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی ارائه نشده است.

۳) چنانچه بعد از فراغت از تحصیل، قصد استفاده و هرگونه بهره برداری اعم از چاپ کتاب، ثبت اختراع و... از این پایان نامه داشته باشم، از حوزه معاونت پژوهشی واحد مجوزهای مربوطه را اخذ نمایم.

۴) چنانچه در هر مقطعی زمانی خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن را می پذیرم و واحد دانشگاهی مجاز است با اینجانب مطابق ضوابط و مقررات رفتار نموده و در صورت ابطال مدرک تحصیلی ام هیچگونه ادعایی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی: **مهناز قاسمی شلکه**

تاریخ و امضاء

سپاسگزاری:

با تشکر از دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد
مخدر بخاطر حمایت مالی از این پایان نامه

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
چکیده	ل
فصل اوّل کلیات پژوهش	
۱-۱- مقدمه	۲
۱-۲- بیان مسئله	۳
۱-۳- اهمیت و ضرورت پژوهش	۵
۱-۴- اهداف پژوهش	۸
۱-۵- فرضیه های پژوهش	۸
۱-۶- تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای پژوهش	۸
۱-۶-۱- متغیر اول ؛ گرایش به اعتیاد	۸
الف. تعریف مفهومی	۸
ب. تعریف عملیاتی	۸
پ. جایگاه متغیر در پژوهش	۹
۱-۶-۲- متغیر دوم ؛ اعتقادات مذهبی	۹
الف. تعریف مفهومی	۹
ب. تعریف عملیاتی	۹
پ. جایگاه متغیر در پژوهش	۹
۱-۶-۳- متغیر سوم پژوهش ؛ اختلالات شخصیتی	۹
الف. تعریف مفهومی	۹
ب. تعریف عملیاتی	۹

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
پ. جایگاه متغیر در پژوهش	۱۰
۱-۶-۴- متغیر چهارم پژوهش؛ مراکز ترک اعتیاد تحت نظارت بهزیستی	۱۰
الف. تعریف مفهومی	۱۰
ب: تعریف عملیاتی	۱۰
پ. جایگاه متغیر در پژوهش	۱۰
۱-۷- خلاصه فصل اول	۱۰
فصل دوم: ادبیات تحقیق	
بخش اول. گستره نظری موضوع و سوابق پژوهش	۱۲
۲-۱- مقدمه	۱۲
۲-۲- ادبیات و گستره نظری گرایش به اعتیاد	۱۲
۲-۲-۱- تعاریف اعتیاد	۱۴
۲-۲-۲- مفهوم بیماری اعتیاد	۱۵
۲-۲-۳- نگرش اجتماع راجع به اعتیاد	۱۵
۲-۲-۴- نظریه های انحرافات اجتماعی (پیدایش اعتیاد)	۱۶
۲-۲-۵- بحران اعتیاد در ایران و جهان	۱۹
۲-۲-۶- جغرافیای مواد مخدر در جهان	۲۰
۲-۲-۷- قوانین جزایی اعتیاد در ایران	۲۰
۲-۲-۸- پنج اصل پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر	۲۱
۲-۲-۹- عوارض مصرف مواد مخدر بر سلامت فرد، خانواده و جامعه	۲۲

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۲۴	۲-۲-۱۰- تئوریه‌ها و نظریه‌های مختلف در تبیین گرایش به اعتیاد.....
۲۷	۲-۲-۱۱- علل گرایش به اعتیاد.....
۳۸	۲-۲-۱۲ اعتیاد و جامعه.....
۴۰	۲-۲-۱۳ جنس و جنسیت.....
۴۱	۲-۲-۱۴ تفاوت‌های جنسیتی در زمینه‌های گرایش به مواد مخدر.....
۵۰	۲-۲-۱۵ مراکز درمان سرپایی.....
۵۶	۲-۳-۳- ادبیات و گستره نظری اعتقادات مذهبی.....
۵۸	۲-۳-۱- دینداری از منظر جامعه‌شناسی.....
۵۹	۲-۳-۲- نظریه‌های مختلف در مورد مذهب.....
۶۱	۲-۳-۳- تأثیرات مذهب در جلوگیری از گسترش اعتیاد.....
۶۲	۲-۳-۴- اعتقادات مذهبی و گرایش به مواد مخدر.....
۶۲	۲-۳-۵- نقش والدین در تعمیق باورهای دینی.....
۶۳	۲-۳-۶- تأثیر دین در کاهش بزه‌های اجتماعی.....
۶۳	۲-۳-۷- نقش و اهمیت دین و تربیت دینی.....
۶۴	۲-۳-۸- مذهب و سلامت روان.....
۶۵	۲-۳-۹- نقش بازدارندگی اعتقادات مذهبی در گرایش به اعتیاد.....
۶۵	۲-۳-۱۰- نقش اعتقادات مذهبی در پیشگیری از اعتیاد.....
۶۶	۲-۳-۱۱- نظریات اعتقادات مذهبی.....
۶۹	۲-۳-۱۲- سطوح مذهب در جلوگیری از اعتیاد.....

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
۲-۳-۱۳. تاثیر مذهب و اعتقادات دینی در پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد و اعتیاد	۷۰
۲-۳-۱۴. نقش مذهب و سلامت معنوی در پیشگیری از اعتیاد	۷۲
۲-۳-۱۵. نقش نهادهای مذهبی در پیشگیری از اعتیاد	۷۵
۲-۳-۱۶. نقش مذهب در درمان اعتیاد	۷۶
۲-۳-۱۷. نگرشی بر احکام اسلام و مواد مخدر	۷۸
۲-۳-۱۸. تاثیرات مواد مخدر بر دین و ایمان	۸۵
۲-۴-۱. ادبیات و گستره نظری اختلالات شخصیتی	۸۶
۲-۴-۱-۱. تعریف شخصیت	۸۹
۲-۴-۲. علت اختلالات شخصیت	۹۰
۲-۴-۳. رشد شخصیت در خانواده و ارتباط آن با گرایش به اعتیاد	۹۱
۲-۴-۴. انواع اختلالات شخصیتی در تقسیمبندی کارگروه DSM-5	۹۳
۲-۴-۵. نظریه‌هایی پیرامون شخصیت	۱۱۰
۲-۴-۶. تفاوت‌های فردی و شخصیت	۱۲۰
۲-۴-۷. صفات و نیازهای شخصیتی	۱۲۰
۲-۴-۸. پنج صفت شخصیتی مهم (مدل پنج عاملی)	۱۲۰
۲-۴-۹. تناسب شخصیت با شغل	۱۲۴
۲-۴-۱۰. عوامل مؤثر بر شکل‌گیری شخصیت	۱۲۵
بخش دوم. سوابق پژوهشی:	۱۳۷
۲-۵. مروری بر پژوهشهای انجام شده در داخل و خارج کشور	۱۳۷

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
۱-۵-۲- سوابق پژوهشی داخل کشور	۱۳۷
۲-۵-۲- سوابق پژوهشی خارج از کشور	۱۴۲
۶-۲- خلاصه فصل دوم	۱۴۵
فصل سوم: روش و اجرای پژوهش	
۱-۳- مقدمه	۱۴۷
۲-۳- خصوصیات روش پژوهش	۱۴۷
۳-۳- جامعه آماری مورد مطالعه	۱۴۷
۴-۳- روش نمونه گیری و حجم نمونه	۱۴۷
۵-۳- خصوصیات جمعیت شناختی نمونه مورد مطالعه	۱۴۸
۶-۳- ابزارهای اندازه گیری	۱۵۲
۱-۶-۳- ابزار اول، پرسشنامه میزان تمایل به اعتیاد	۱۵۲
الف. معرفی ابزار	۱۵۲
ب. شواهد مرتبط با روایی و پایایی ابزار	۱۵۳
پ. روش اجرا و نمره گذاری ابزار	۱۵۳
الف. معرفی ابزار:	۱۵۴
ب. شواهد مرتبط با روایی و پایایی ابزار:	۱۵۴
پ. روش اجرا و نمره گذاری ابزار:	۱۵۵
۳-۶-۳- ابزار سوم، پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون	۱۵۶
الف. معرفی ابزار	۱۵۶

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
ب. شواهد مرتبط با روایی و پایایی ابزار.....	۱۵۷
پ. روش اجرا و نمره گذاری ابزار.....	۱۵۹
۳-۷- فرایند اجرای پژوهش.....	۱۶۱

فصل چهارم: نتایج

۴-۱- مقدمه	۱۶۳
۴-۲- آزمون نرمال بودن توزیع داده های آماری	۱۶۴
۴-۳- آزمون فرضیه های پژوهش.....	۱۶۵
۴-۳-۱- آزمون فرضیه اصلی.....	۱۶۵
الف : توصیف داده ها.....	۱۶۵
ب : تحلیل داده ها.....	۱۶۶
۴-۳-۲- آزمون فرضیه اول:.....	۱۶۷
الف : توصیف داده ها.....	۱۶۷
ب : تحلیل داده ها	۱۶۷
۴-۳-۳- آزمون فرضیه دوم:.....	۱۶۸
الف : توصیف داده ها	۱۶۹
ب : تحلیل داده ها	۱۶۹

فصل پنجم بحث و نتیجه گیری

۵-۱- مقدمه (خلاصه پژوهش)	۱۷۲
۵-۲- بررسی یافته های پژوهش و ارتباط آنها با نتایج مطالعات قبلی.....	۱۷۲

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱۷۲	۵-۲-۱. فرضیه اصلی:
۱۷۳	۵-۲-۲. فرضیه اول:
۱۷۴	۵-۲-۴. فرضیه دوم:
۱۷۴	۵-۳. جمع بندی و نتیجه گیری از یافته های پژوهش:
۱۷۴	۵-۳-۱. فرضیه اصلی:
۱۷۸	۵-۳-۲. فرضیه اول:
۱۸۳	۵-۳-۳. فرضیه دوم:
۱۸۶	۵-۴. محدودیتهای پژوهش:
۱۸۶	۵-۵. پیشنهادهای پژوهش:
۱۸۶	۵-۵-۱. پیشنهادهای پژوهشی:
۱۸۷	۵-۵-۲. پیشنهادهای اجرایی:
۱۸۹	فهرست منابع
۱۸۹	الف: منابع فارسی
۱۹۶	ب: منابع انگلیسی
۲۰۰	پیوست ها
۲۰۰	پیوست اول: پرسشنامه میزان تمایل به اعتیاد
۲۰۲	پیوست دوم: پرسشنامه سنجش اعتقادات دینی
۲۰۴	پیوست سوم : پرسشنامه بالینی چند محوری میلون

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۲۱۰	پیوست چهارم : خروجی های نرم افزار spss
۲۲۳	چکیده انگلیسی

فهرست جدول ها

عنوان	صفحه
جدول ۳-۱ جنسیت نمونه مورد مطالعه.....	۱۴۸
جدول ۳-۲ خصوصیات جمعیت شناسی نمونه مورد مطالعه بر اساس سن پاسخگویان.....	۱۴۹
جدول ۳-۳ خصوصیات جمعیت شناسی نمونه مورد مطالعه بر اساس میزان تحصیلات.....	۱۴۹
نمودار ۳-۳ خصوصیات جمعیت شناسی نمونه مورد مطالعه بر اساس میزان تحصیلات.....	۱۵۰
جدول ۳-۴ خصوصیات جمعیت شناسی نمونه مورد مطالعه بر اساس تعداد دفعات مراجعه.....	۱۵۰
جدول ۳-۵ خصوصیات جمعیت شناسی نمونه مورد مطالعه بر اساس وضعیت تاهل.....	۱۵۱
جدول ۳-۶ خصوصیات جمعیت شناسی نمونه مورد مطالعه بر اساس مدت اعتیاد.....	۱۵۲
جدول ۳-۷ مقدار آلفای کرونباخ در پرسشنامه میزان گرایش به اعتیاد.....	۱۵۳
جدول ۳-۸ طیف پاسخدهی به سوالات پرسشنامه میزان گرایش به اعتیاد.....	۱۵۳
جدول ۳-۹ ابعاد پرسشنامه میزان گرایش به اعتیاد و سوالات مربوط به هر بعد.....	۱۵۴
جدول ۳-۱۰ عاملهای فرم نهایی آزمون اعتقادات دینی.....	۱۵۴
جدول ۳-۱۱ آلفای کرونباخ متغیر پژوهش.....	۱۵۵
جدول ۳-۱۲ حد نمرات آزمون سنجش اعتقادات دینی.....	۱۵۵
جدول ۴-۱. نتایج آزمون کلموگروف- اسمیرنوف در مورد نرمال بودن داده های به دست آمده از مطالعه (N=۲۱۷).....	۱۶۴
جدول ۴-۲. آمار توصیفی متغیرهای گرایش به اعتیاد، اعتقادات مذهبی، اختلالات شخصیت (N=۲۱۷).....	۱۶۵
جدول ۴-۳. ضریب همبستگی چندگانه در مورد متغیر گرایش به اعتیاد، اعتقادات مذهبی، اختلالات شخصیت.....	۱۶۶
جدول ۴-۴. نتایج آزمون ANOVA در مورد رگرسیون چند متغیره.....	۱۶۶

فهرست جدول ها

عنوان	صفحه
جدول ۴-۵. نتایج رگرسیون چند متغیره در مورد متغیرهای گرایش به اعتیاد، اعتقادات مذهبی، اختلالات شخصیت.....	۱۶۶
جدول ۴-۶. آمار توصیفی متغیرهای گرایش به اعتیاد، اعتقادات مذهبی (N=۲۱۷).....	۱۶۷
جدول ۴-۷. ضریب همبستگی چندگانه در مورد متغیر اعتقادات مذهبی با متغیرهای گرایش به اعتیاد.....	۱۶۷
جدول ۴-۸. نتایج آزمون ANOVA در مورد رگرسیون چند متغیره.....	۱۶۸
جدول ۴-۹. نتایج رگرسیون چند متغیره در مورد متغیرهای گرایش به اعتیاد، اعتقادات مذهبی.....	۱۶۸
جدول ۴-۱۱. ضریب همبستگی چندگانه در مورد متغیر اختلالات شخصیت با متغیرهای گرایش به اعتیاد.....	۱۶۹
جدول ۴-۱۲. نتایج آزمون ANOVA را در مورد رگرسیون چند متغیره.....	۱۶۹
جدول ۴-۱۳. نتایج رگرسیون چند متغیره در مورد متغیرهای گرایش به اعتیاد و اختلالات شخصیت.....	۱۷۰

فهرست نمودارها

عنوان	صفحه
نمودار ۱-۳ خصوصیات جمعیت شناسی بر اساس جنسیت.....	۱۴۸
نمودار ۲-۳ خصوصیات جمعیت شناسی نمونه مورد مطالعه بر اساس سن پاسخگویان.....	۱۴۹
نمودار ۳-۴ خصوصیات جمعیت شناسی نمونه مورد مطالعه بر اساس تعداد دفعات مراجعه.....	۱۵۰
نمودار ۳-۵ خصوصیات جمعیت شناسی نمونه مورد مطالعه بر اساس وضعیت تاهل.....	۱۵۱
نمودار ۳-۶ خصوصیات جمعیت شناسی نمونه مورد مطالعه بر اساس مدت اعتیاد.....	۱۵۲

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف پیش بینی گرایش به اعتیاد بر اساس اعتقادات مذهبی و اختلالات شخصیتی انجام شده است.

روش: این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نوع همبستگی بود که به روش میدانی انجام شد. جامعه مورد مطالعه‌ی آن کلیه جوانان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تحت نظارت بهزیستی شهرستان خرم آباد در سال ۱۳۹۵ که تعداد آنها ۵۰۰ نفر بود.. با استفاده از جدول مورگان (۱۹۷۰)، نمونه ای به تعداد ۲۱۷ نفر از این جوانان برای مطالعه انتخاب شدند. در این پژوهش، از روش نمونه گیری تصادفی سیستماتیک برای انتخاب افراد نمونه استفاده شد. برای اندازه گیری متغیرهای پژوهش از پرسشنامه های میزان تمایل به اعتیاد (میرحسامی، ۱۳۸۸)، سنجش اعتقادات دینی (زارع و امین پور، ۱۳۹۰) و چند محوری بالینی میلون (۱۹۹۷) استفاده شد. داده ها توسط رگرسیون چند متغیره تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که اعتقادات مذهبی و اختلالات شخصیتی می توانند گرایش به اعتیاد را در جوانان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد پیش بینی کنند. همچنین اعتقادات مذهبی ۰/۲۰ و اختلالات شخصیتی ۰/۰۹ از از واریانس گرایش به اعتیاد را پیش بینی کردند.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش چنانچه فرد دارای سطح دینداری افزون تری باشد، معنایی که به خود و جهان اطرافش می دهد، توام با احساس ارزشمندی و هدفمندی است. از این رو، احتمال کمتری دارد که به اقداماتی نظیر مصرف مواد دست زند که به احساس ارزشمند بودنش آسیب برساند یا مانع رسیدن به اهدافش شود. همچنین افرادی که از لحاظ شخصیتی آسیب پذیرند مستعد اعتیاد می باشند.

کلید واژه ها: اختلالات شخصیتی، اعتقادات مذهبی، جوانان ، گرایش به اعتیاد

فصل اوّل

کلیات پژوهش

یکی از آسیب‌های اجتماعی که جامعه به آن مبتلا گردیده و برای گروه‌های مختلف مردم مشکل ایجاد کرده، پدیده اعتیاد به مواد مخدر^۱ است. گرایش به اعتیاد در چند دهه گذشته بسیار فراگیر شده است و حاکی از بروز یک مشکل جدی در سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است. خسارت‌های ناشی از اعتیاد لزوم برنامه‌های پیش‌بینی شده در جهت کاهش میزان گرایش به اعتیاد را می‌طلبد. از سوی دیگر با توجه به هدف جامعه که حرکت به سوی صنعتی شدن است، فقط با تکیه بر جوانان و نیروی خلاق سالم، چه از نظر جسمی و چه از لحاظ روانی میسر می‌باشد. جوانان برای حل مشکلات «بحران هویت» به دنبال الگوهای رفتاری گوناگون می‌باشند که متأسفانه پاره‌ای از آنها با فرم‌های پذیرفته شده اجتماعی و رفتاری جامعه همخوانی ندارد، کشیده می‌شوند. این رفتارها شامل گرایش به استعمال مواد مخدر، ارتکاب جرم و بزهکاری و غیره می‌باشند (بشرپور، ۱۳۹۵).

اعتیاد امروزه به عنوان مهمترین آسیب اجتماعی، جامعه انسانی را مورد هجوم خود قرار داده است. پژوهشگران در پی شناسایی عوامل مؤثر در پیشگیری از مصارف مواد هستند. این احتمال وجود دارد که برخی عوامل به عنوان محافظت کننده و برخی دیگر به عنوان خطرآفرین می‌توانند ابتلا به مواد مخدر را به تأخیر بیندازند و یا تسریع بخشند. یکی از عوامل محافظت کننده، دینداری و مذهبی بودن است که در برخی پژوهش‌های ویلز بیر و سندی (۲۰۱۷) از آن به عنوان سپری در مقابل وابستگی به مواد یاد شده است. در روانشناسی مذهبی به لحاظ اهمیت دین در تمام جنبه‌های زندگی به بررسی عوامل روان شناختی دین پرداخته میشود. (ویلز، بیر و سندی، ۲۰۱۷).

بنابراین مذهب می‌تواند افراد را در مقابل فشارها و استرس‌های زندگی ایمن سازد. مذهب با نگرش مثبتی که به افراد می‌دهد، حوادث زندگی را معنادار می‌سازد و باعث می‌شود که افراد مذهبی مشکلات روانی کمتری را تجربه کرده و از سلامت روانی بهتری برخوردار باشند. مذهب تامین کننده مجموعه‌ای از شناخت‌های اجتماعی مثبت است و می‌تواند افکاری را برای مواجهه با رنج‌ها و تحمل سختی‌ها ارائه دهد. تحقیقات گوناگون نشان داده که میزان اعتیاد، خودکشی، طلاق، بزهکاری و افسردگی در افراد مذهبی به طور معنادار در قیاس با افراد غیرمذهبی کمتر است. از تعداد ۵۰ مطالعه انجام شده در این زمینه، در ۳۶ مورد، ۷۲ درصد نشان داد که ارتباطی مثبت بین اعتقادات مذهبی و بهداشت روانی در جامعه وجود دارد. می‌توان نتیجه‌گیری کرد که در جوامع و بخصوص جوامع اسلامی می‌توان با تقویت

^۱ hype

بنیه مذهبی جوانان به سوی جامعه‌ای سالم پیش رفت که در آن میزان آسیب‌های اجتماعی و روانی به حداقل ممکن برسد و سطح بهداشت روانی جامعه ارتقا یابد (آذرنوش و عبدی زرین، ۱۳۹۰). یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار بر گرایش به اعتیاد اختلالات شخصیتی^۱ افراد است. به عبارت دیگر، اختلالات شخصیتی افراد نظیر: عدم پذیرش ارزش‌های سنتی و رایج، نیاز شدید به استقلال، پرخاشگری شدید، اعتماد به نفس پائین، فقدان مهارت در رد پیشنهادهای خلاف، دوستان ناباب و اطرافیان از جمله عواملی هستند که در گرایش افراد به سوی معضل اعتیاد مؤثر هستند (حسینی و فقیهی، ۱۳۹۵). مطالعات اخیر نشان داده است که ۷۶٪ مردها و ۶۵٪ زن‌هایی که تشخیص سوء مصرف مواد دریافت کرده‌اند، یک تشخیص روان‌پزشکی دیگری نیز داشتند و حتی در برخی از آمارهای ارائه شده این ارقام به ۹۰٪ رسیده است (قائدی، ۱۳۹۵).

با توجه به مطالب فوق می‌توان گفت عقاید مذهبی معمولاً عامل بازدارنده سوء مصرف مواد مخدر محسوب می‌شوند. مذهبی بودن علاوه بر اینکه فرد را در برابر مشکلات مصرف مواد حفاظت می‌کند، کودکان معتادان به ترباک را نیز که به شدت در معرض خطر مصرف مواد قرار دارند حفاظت می‌کند افرادی که از دینداری بالایی برخوردارند سازگاری بهتری با موقعیت‌های استرس‌زا دارند، میزان پایین‌تری از هیجانات منفی و افسردگی را تجربه می‌کنند، اضطراب کمتری دارند، از مصرف مواد روان‌گردان و الکل پرهیز می‌کنند و از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند. از طرفی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ویژگی‌های شخصیتی نیز از عوامل مهم در گرایش به اعتیاد می‌باشند و در صورتی که اختلالات شخصیتی به موقع شناسایی و درمان شوند می‌توان از گرایش افراد به اعتیاد جلوگیری کرد بنابراین مساله اصلی مورد مطالعه پژوهش حاضر، این است که آیا گرایش به اعتیاد را می‌توان بر اساس اعتقادات مذهبی و اختلالات شخصیتی در میان جوانان شهر خرم‌آباد پیش‌بینی کرد؟

۲-۱- بیان مسئله

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان جدی‌ترین مسأله اجتماعی ایران، وجوه مختلف جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، حقوقی، سیاسی و غیره دارد. به اعتقاد تحلیل‌گران اجتماعی، اعتیاد به مواد مخدر، به عنوان یکی 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 دو جانبه 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 می‌-

^۱ personality disorders

دهد؛ به طوری که آسیب شناسان اجتماعی، اعتیاد را به مثابه «جنگ شیمیایی خانگی» و «جنگ بدون مرز» می دانند. سازمان بهداشت جهانی^۱ مسأله مواد مخدر، اعم از تولید، انتقال، توزیع و مصرف را در کنار سه مسأله جهانی دیگر یعنی تولید و انباشت سلاح های 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 جدی قرار می دهد (روشن پور، ۱۳۹۳).

از جمله عواملی که می تواند در پیشگیری و کاهش اختلالات روانی و هم چنین مشکلات ناشی از آن مانند خودکشی، اعتیاد به مواد مخدر، افسردگی و اضطراب نقش مؤثری داشته باشد، داشتن اعتقادات مذهبی است. تقویت باورهای مذهبی در تمام مراحل زندگی یک اقدام پیشگیری کننده برای کاهش اختلالات روانی است. (توریانو و همکاران ۲، ۲۰۱۷)

شواهد قابل ملاحظه ای مؤید این نکته است که باورها و اعتقادات مذهبی نقش مهمی در پیشگیری از سوء مصرف مواد دارد. باور مذهبی و پذیرش آن و پایبندی به اعتقادات دینی باعث می شود که این اشخاص کمتر از افراد فاقد باور دینی به مصرف الکل و مواد مخدر روی آورند. بدون در نظر گرفتن این که فرد به چه مذهبی گرایش دارد می توان گفت: افرادی که به طور منظم اعمال دینی را انجام می دهند، کمتر احتمال دارد که مواد مخدر مصرف کنند تا افرادی که این اعتقادات را ندارند (ندیمی، ۱۳۹۴).

در این میان به نظر می رسد که نقش مذهب به لحاظ احاطه داشتن بر همه شئون زندگی انسان تعیین کننده باشد. دین و اعتقادات، نقشی قوی در جلوگیری از کج روی جوانان دارند. دین می تواند به عنوان یک امر مثبت و بازدارنده از اعتیاد، وظیفه یادگیری امور اخلاقی را به جوانان ایفا کند. بر طبق نظریه یادگیری اجتماعی یکی از عواملی که در پیشگیری و یا کاهش جرم و کج روی اجتماعی، تاثیر بسزایی دارد، دینداری و یادگیری امور دینی به جای اعتیاد و کج روی اجتماعی است، اما نداشتن وضعیت مناسب دینداری در خانواده از یک سو و از سوی دیگر بی سازمانی اجتماعی در سطح خانوادگی شرایط را برای کج روی اجتماعی و خصوصاً اعتیاد فراهم می کند (محمدی، ۱۳۹۴).

نتایج مطالعه آروالو، پرادو و آمارو^۳ (۲۰۰۸) نشان می دهد که بین اثربخشی درمان های سوء مصرف مواد با افزایش معنویت، حس انسجام و رفتارهای کنار آمدن رابطه وجود دارد و این متغیرها به زنان در درمان سوء مصرف مواد کمک می کنند. نتایج مطالعه یانگ، هامان، بورلند، فونگ و اومار^۴ (۲۰۰۹) نشان داد که ۸۵ درصد بودائی های تایلند و مسلمانان مالزیایی اعتقاد دارند که تعالیم و نگرش های

^۱ WHO-world health organization

^۲ Toriano et al

^۳ Arevalo et al

^۴ Fong & omar

مذهبی باعث ترک سیگار آنها شده است. نتایج مطالعات زیادی حاکی از رابطه و همبستگی منفی بین داشتن نگرش های مذهبی و گرایش به سوء مصرف مواد است.

از طرفی یکی دیگر از عوامل تعیین کننده در گرایش به اعتیاد عوامل شخصیتی می باشند اختلال شخصیت می تواند مهمترین عامل معتاد شدن به شمار آید. فردی که از اختلال شخصیت رنج می برد و ماده ی مخدر را تجربه می کند، بیش از دیگران در دور باطل قرار می گیرد. درواقع بین اعتیاد و شخصیت معتاد، دور معیوبی ایجاد می شود که در این دور باطل هم فرد و شخصیت او عامل ویرانگری می گردد و هم اعتیاد به تخریب و اضمحلال شخصیت و انحطاط اخلاقی معتاد می انجامد. ویژگی های شخصیتی، منش، نیازها و محرومیت ها، ناکامی ها و شکست ها، ناتوانی در برخورد با مسائل و مشکلات زندگی، عدم ثبات عاطفی و ناملایمات دیگر می تواند فرد را آماده روی آوردن به مواد مخدر نماید و اعتیاد نیز می تواند سبب درهم شکستگی شخصیت و ازهم پاشیدگی انسجام روانی، عاطفی، فکری و هیجانی فرد شود. با توجه به این که اعتیاد به مواد مخدر یکی از مهمترین مشکلات بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی هر جامعه است که گسترش آن نسل بشر را تهدید می کند (نوری، ۱۳۹۴).

بدیهی است توجه به ابعاد روان شناختی در باب گرایش به اعتیاد تاثیر مهمی در پیشگیری از وقوع آن دارد. امید است بهره گیری از نتایج این تحقیق بتواند چراغ راهنمایی برای هدایت نوجوانان و جوانان و انجام به موقع مداخله های درمانی در روند رو به رشد آنها به منظور پیشگیری از گرایش این سرمایه های ملی و انسانی به سوی اعتیاد باشد. در مجموع نتایج پژوهش حاضر هم در زمینه بهداشت روان و پیشگیری و هم در زمینه تعلیم و تربیت کارایی و کاربرد دارد. ضروری است متخصصانی که با معتادین سر و کار دارند یک ارزیابی شخصیتی جامع از آنها به عمل آورند و ویژگی های شخصیتی مختل را در هر معتاد شناسایی نمایند و سپس در برنامه درمانی جامع برای فرد معتاد در کنار درمان دارویی به درمان اختلال شخصیت او نیز بپردازد. همچنین، مشاوران بهداشت روانی، کارشناسان پیشگیری و روان شناسان بایستی به خانواده ها آگاهی لازم را در این زمینه بدهند. بنابراین هدف کلی از پژوهش حاضر، پیش بینی گرایش به اعتیاد بر اساس اعتقادات مذهبی و اختلالات شخصیتی در جوانان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تحت نظارت بهزیستی شهرستان خرم آباد است.

۱-۳- اهمیت و ضرورت پژوهش

ضرورت اول پژوهش این بود که اعتیاد ابتلای اسارت آمیز فرد به ماده یا داروی مخدر است، به گونه ای که او را از نظر جسمی و روانی به خود وابسته می کند و کلیه رفتارهای فردی و اجتماعی او را تحت الشعاع قرار می دهد. اعتیاد امروزه به عنوان مهم ترین آسیب اجتماعی، جامعه انسانی را مورد هجوم خود

قرار داده است. یکی از عوامل حمایت‌کننده فرد، دینداری است که از آن به عنوان سپری در مقابل وابستگی به مواد یاد شده است (رایا و همکاران^۱، ۲۰۱۳).

ضرورت دوم پژوهش این بود که از جمله عواملی که می‌تواند در پیشگیری و کاهش اختلالات روانی و همچنین مشکلات ناشی از آن مانند خودکشی، اعتیاد به مواد مخدر، افسردگی و اضطراب نقش مؤثری داشته باشد، داشتن اعتقادات مذهبی است. تقویت باورهای مذهبی در تمام مراحل زندگی یک اقدام پیشگیری‌کننده برای کاهش اختلالات روانی است (توریانو و همکاران^۲، ۲۰۱۲).

ضرورت سوم پژوهش این بود که اعتقاد به خدا نیز به انسان قدرت می‌دهد. از سوی دیگر، به دلیل اینکه کشور ایران یک کشور اسلامی و مذهبی است و منبع کنترل در افراد نیز در ارتباط با گرایش مذهبی است، ضرورت دارد که با بررسی تأثیر مذهب بر گرایش به اعتیاد و بررسی دیگر علل گرایش آنها، پیشگیری‌ها و اقدامات لازم در این زمینه به عمل آید.

ضرورت چهارم پژوهش این بود که چون جوانان به لحاظ منابع انسانی از پایه‌های بنیادین پیشرفت، ترقی و توانمندی هر جامعه‌ای محسوب می‌گردند و از طرفی دوران جوانی به دلیل ویژگی‌های خاص جسمانی و روانی، از پرخطرترین دوره‌های تمایل و ابتلا به سوء مصرف مواد مخدر محسوب می‌شود، بنابراین پرداختن به موضوع عوامل گرایش به اعتیاد در بین جوانان از موضوعات اساسی نظام‌های اجتماعی است و می‌تواند در شناسایی عوامل مرتبط با گرایش به مصرف مواد مخدر در بین جوانان و ارائه راهکارهای مؤثر در جهت پیشگیری و درمان اعتیاد گام مؤثری باشد.

ضرورت پنجم پژوهش این بود که با توجه به متنوع بودن علل گرایش به مواد مخدر در مناطق و گروه‌های جمعیتی مختلف، همچنین خسارت‌های جبران‌ناپذیر این مشکل بهداشتی- اجتماعی بر اقتصاد و نیروی انسانی جامعه، شناسایی علل گرایش افراد به اعتیاد و عوامل مستعدکننده مصرف مواد مخدر ضروری است، زیرا طراحی اقدامات پیشگیرانه و درمان مناسب افراد معتاد، با بررسی دقیق این عوامل امکان‌پذیر است.

ضرورت ششم پژوهش این بود که اختلال شخصیت می‌تواند مهمترین عامل معتادشدن به شمار آید. عواقب خطرناک اعتیاد ایجاب می‌کند که پدر و مادر از لحظه‌ی تولد، بچه را موجودی بدانند که یاد می‌گیرد، تقلید می‌نماید، همانندسازی می‌کند و رشد شخصیت او منوط به آموزش و برقراری ارتباط صحیح بین همه اعضای خانواده است. ایجاد رابطه عاطفی با فرزند و رفتار خردمندانه و آگاهانه والدین به رشد و تکامل شخصیت کودک کمک می‌کند و از ایجاد اختلال در شخصیت او پیشگیری می‌نماید و

¹ Raiya et al

² Turiano et al

از احتمال خطر گرایش به موادمخدر می‌کاهد (نوری، ۱۳۹۴). لذا اهمیت بررسی متغیر اختلالات شخصیت به عنوان یکی از عوامل پیش‌بینی کننده گرایش به اعتیاد روشن می‌باشد.

ضرورت هفتم پژوهش این بود که چون اساس پیشگیری، تعلیم و تربیت، راهنمایی، مشورت و ارشاد خانواده‌ها است؛ این آموزش باید در یک طیف گسترده اعم از رسمی و غیررسمی صورت پذیرد. خانواده اساس بنیان‌های اجتماعی، اقتصادی، آموزشی و مذهبی را نگهداری کرده و به همان میزان هویت فرهنگی را پرورش می‌دهد. راهبردها و استراتژی‌های پیشگیری از مصرف مواد مخدر، برنامه‌ها، طرح‌ها و روش‌هایی هستند که به دنبال اهدافی از قبیل استفاده نکردن جامعه از داروهای اعتیادآور، کنترل عوارض وحشتناک مربوط به اعتیاد و دور نگه داشتن جامعه از خطرات ناشی از اعتیاد و آسیب‌های ناشی از آن است.

ضرورت هشتم پژوهش این بود که بررسی‌های علمی نشان داده است که پیشگیری از اعتیاد به مراتب آسان‌تر از درمان معتاد است و انجام پیشگیری نیاز به آگاهی از جنبه‌های مختلف شخصیتی، اجتماعی و علمی سوق‌دهنده در گرایش به اعتیاد دارد تا بتواند به نحو موثری این هدف را تأمین کند. لذا با توجه به اهمیت حیاتی این پدیده و تاثیر آن بر رشد همه جانبه ایجاب می‌نمود، پژوهشی در زمینه فعلی انجام شود تا با شناخت بیشتر عوامل موثر در گرایش به اعتیاد جوانان بتوان اقدامات پیشگیری بهتری به عمل آورد.

ضرورت نهم پژوهش این بود که مطالعاتی که نقش اختلالات شخصیتی را در گرایش به اعتیاد افراد بررسی کند، در کشور ایران کمتر انجام شده است. همچنین با تعیین ارتباط بین گرایش به اعتیاد و انواع خاص اختلالات شخصیتی و یا رد آن، می‌توان به دیدگاه جدیدی در زمینه میزان خطر حاصل از هر یک از اختلالات شخصیتی به طور مجزا دست یافت که این نتیجه می‌تواند در اتخاذ تصمیم مقتضی در خصوص درمان هدفمند اختلالات همراه با گرایش به اعتیاد در جهت رسیدن به اهداف درمانی کمک‌کننده باشد.

ضرورت دهم پژوهش این بود که اعتیاد به مواد مخدر یکی از انحرافات شایع عصر حاضر است که سالانه قربانیان بی‌شماری می‌گیرد و آسیبی جدی بر پیکر خانواده و جامعه وارد می‌کند. (قاسمی، ۱۳۹۴). لذا به نظر می‌رسد، بررسی نقش عوامل موثر در میزان گرایش به اعتیاد جوانان و ارائه راهکارهایی در این خصوص امری ضروری باشد.

۴-۱- اهداف پژوهش

۴-۱-۱- هدف کلی

- پیش‌بینی گرایش به اعتیاد در جوانان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد بر اساس اعتقادات مذهبی و اختلالات شخصیتی

۴-۱-۲- اهداف فرعی

- پیش‌بینی گرایش به اعتیاد در جوانان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد بر اساس اعتقادات مذهبی
- پیش‌بینی گرایش به اعتیاد در جوانان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد بر اساس اختلالات شخصیتی

۵-۱- فرضیه‌های پژوهش

۵-۱-۱- فرضیه اصلی

- اعتقادات مذهبی و اختلالات شخصیتی می‌توانند گرایش به اعتیاد را در جوانان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد پیش‌بینی کنند.

۵-۱-۲- فرضیه‌های فرعی

- اعتقادات مذهبی می‌تواند گرایش به اعتیاد را در جوانان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد پیش‌بینی کند.
- اختلالات شخصیتی می‌تواند گرایش به اعتیاد را در جوانان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد پیش‌بینی کند.

۶-۱- تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای پژوهش:

۶-۱-۱- متغیر اول ؛ گرایش به اعتیاد

الف. تعریف مفهومی:

عبارت است از تمایل و رغبت به موادی که تکرار مصرف آن با کمیت مشخص و در زمان‌های معین از نظر مصرف کننده ضروری و باعث ایجاد وابستگی جسمی یا فکری و پیدایش پدیده تحمل در بدن نسبت به مواد مصرفی می‌شود (هاشمی، ۱۳۹۴).

ب. تعریف عملیاتی:

منظور گرایش به اعتیاد نمره ای است که فرد از اجرای پرسشنامه میزان تمایل به اعتیاد (میرحسامی، ۱۳۸۸) بدست آورده است.

پ. جایگاه متغیر در پژوهش:

متغیرگرایش به اعتیاد در این پژوهش به عنوان متغیر وابسته یا ملاک است.

۱-۶-۲- متغیر دوم؛ اعتقادات مذهبی

الف. تعریف مفهومی:

منظومه‌ای از اعتقاد به قدرت خدایی یا فوق بشری و عبادت یا آیین‌های دیگری که به سوی چنین قدرتی جهت‌گیری شده‌اند (یوسفی، ۱۳۹۴).

ب. تعریف عملیاتی:

منظور از اعتقادات مذهبی نمره‌ای است که فرد از پرسشنامه سنجش اعتقادات دینی (زارع و امین‌پور، ۱۳۹۰) بدست آورده است.

پ. جایگاه متغیر در پژوهش:

متغیراعتقادات مذهبی در این پژوهش به عنوان متغیر مستقل یا پیش بین است.

۱-۶-۳- متغیر سوم پژوهش؛ اختلالات شخصیتی

الف. تعریف مفهومی:

اختلال شخصیت، یک گروه از بیماری‌های روانی است که شامل الگوهای بلندمدت افکار و رفتارهای ناسالم و غیرقابل انعطاف می‌باشد که باعث مشکلات جدی در روابط و کار می‌شود. افراد مبتلا به اختلالات شخصیتی دچار تنش‌های روزمره و مشکلاتی در این باره می‌شوند. آنها اغلب روابط طوفانی با افراد دیگر دارند. اختلال شخصیت عبارت است از: یک الگوی بادوام و پایدار از رفتار و تجربه درونی که به طور قابل ملاحظه‌ای با انتظاراتی که از شرایط فرهنگی فرد وجود دارد، متفاوت باشد، فراگیر و غیرقابل انعطاف باشد، شروعش به دوران نوجوانی یا اوایل بلوغ برگردد، در طول زمان پایدار باشد و به ناراحتی یا آسیب‌دیدگی روحی منجر گردد (روانیار، ۱۳۹۲).

ب. تعریف عملیاتی:

منظور از اختلالات شخصیتی نمره‌ای است که آزمودنی‌ها در این پژوهش از اجرای پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون^۱-۳ (میلون^۲، ۱۹۹۷) کسب کرده‌اند.

^۱ Millon Clinical Multiaxial Inventory

^۲ Millon

پ. جایگاه متغیر در پژوهش:

متغیراختلالات شخصیتی در این پژوهش به عنوان متغیر مستقل یا پیش بین است.

۱-۶-۴- متغیر چهارم پژوهش؛ مراکز ترک اعتیاد تحت نظارت بهزیستی

الف. تعریف مفهومی:

مراکزی خصوصی است که مجوز آن توسط سازمان بهزیستی صادر شده و هدف آنان کمک به ترک اعتیاد افراد دارای اعتیاد به مواد مخدر صنعتی و سنتی است و پرسنل آن شامل پزشک عمومی، روانشناس، مددکار اجتماعی و پرستار است. (موضوع ماده ۱۵ قانون اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶)

ب: تعریف عملیاتی

منظور از مراکز ترک اعتیاد مراکز ترک اعتیاد تحت نظارت سازمان بهزیستی در سال ۱۳۹۵ در شهرستان خرم آباد می باشد .

پ. جایگاه متغیر در پژوهش:

متغیر مراکز ترک اعتیاد تحت نظارت بهزیستی در این پژوهش به عنوان متغیر کنترل است.

۱-۷- خلاصه فصل اول

تحقیق حاضر با هدف پیش‌بینی گرایش به اعتیاد در جوانان بر اساس اعتقادات مذهبی و اختلالات شخصیتی انجام شده است در این فصل ابتدا به معرفی موضوع و سپس به تشریح مسئله و اهمیت و ضرورت پژوهش، اهداف پژوهش در قالب اهداف کلی و جزئی، فرضیه‌های پژوهش، تعاریف عملیاتی و مفهومی متغیرهای پژوهش پرداخته شده است.

فصل دوم

ادبیات تحقیق

بخش اول. گستره نظری موضوع و سوابق پژوهش

۲-۱- مقدمه

امروزه مسئله اعتیاد پا را از مرزهای بهداشت و درمان فراتر نهاده و به یک بحران اجتماعی و پدیده شوم و خانمان‌سوز تبدیل شده است. سوء مصرف موادمخدر یکی از بحث‌انگیزترین مسائلی است که در حوزه روانشناسی و جامعه‌شناسی نظر متخصصان را به خود جلب نموده است؛ به طوری که به یقین می‌توان گفت امروزه استفاده روزافزون از مواد اعتیادآور یکی از معضلات بزرگ و پیچیده جوامع انسانی شده است. این پیچیدگی از آنجا ناشی می‌شود که اعتیاد به موادمخدر یک معضل زیستی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی است و نمی‌توان اعتیاد به موادمخدر را فقط از یک دیدگاه مورد توجه قرار داد (حسینی و فقیهی، ۱۳۹۵).

در این مورد گزارش سالیانه کمیته بین‌الملل کنترل موادمخدر بیانگر افزایش روزافزون قاچاق و مصرف نابجای موادمخدر و مواد روانگردان است. در سال ۱۹۹۰ طی مطالعات گسترده در این زمینه دفتر پیشگیری از سوء مصرف مواد برآورد نمود که: ۴۹ درصد قتل‌ها، ۸۲ درصد تجاوزها، ۶۲ درصد دعوها و درگیری‌ها، ۶۹ درصد درگیری منجر به قتل، ۵۰ درصد مرگ‌ومیرهای ناشی از سوانح رانندگی، ۲۷ درصد خودکشی‌ها، ۳۸ درصد کودک‌آزاری‌ها و غیره با مصرف الکل و موادمخدر در ارتباط بوده است. متأسفانه، آمارهای موجود و مقایسه آن در کشورهای مختلف، وضعیت وحشتناک‌تری را در کشور ایران نشان می‌دهد. در کشور ایران مصرف موادمخدر علاوه بر جرائم رایج در سایر کشورها منجر به موارد دیگری چون سرقت، طلاق، انحرافات جنسی و اخلاقی هم می‌شود؛ به طوری که بیش از نیمی از زندانیان کشور به نحوی با پدیده اعتیاد در ارتباط هستند (حسینی و فقیهی، ۱۳۹۵).

همیشه پاسخ به این پرسش که چرا افراد به موادمخدر تمایل پیدا می‌کنند، بسیار دشوار است؛ چرا که تنها یک عامل منحصر به فرد نمی‌تواند شخص را به سوی اعتیاد سوق دهد و در واقع ترکیبی از عوامل گوناگون زمینه را برای گرایش به اعتیاد فراهم می‌آورد که در این پژوهش سعی شده است به بررسی برخی از مهم‌ترین فاکتورهای مستعدکننده در گرایش افراد به اعتیاد شامل اعتقادات مذهبی و اختلالات شخصیتی پرداخته شود.

۲-۲- ادبیات و گستره نظری گرایش به اعتیاد

اعتیاد ناهنجاری روانی- اجتماعی است که از مصرف غیرطبیعی مواد مخدر صنعتی و سنتی ناشی شده و باعث اختلال روانی و فیزیولوژی فرد مبتلا به مواد مذکور می‌شود. این اختلال در عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی فرد معتاد اثر ناپسندی بر جای گذاشته و در موارد شدید حتی زندگی فردی و

اجتماعی وی را به طور جدی تهدید می‌کند. بنابراین سوء مصرف مواد یکی از مهمترین مشکلات عصر حاضر است که گستره‌ای جهانی پیدا کرده است. مصیبتی که میلیون‌ها زندگی را ویران و سرمایه‌های کلان ملی را صرف مبارزه و یا جبران صدمات ناشی از آن می‌کند. هر روز بر شمار قربانیان مصرف مواد افزوده می‌شود و عوارض آن شامل اختلالات جسمی، روانی، خانوادگی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی است که سلامت بشر را مورد تهدید قرار می‌دهد (حیدری، ۱۳۹۲).

اعتیاد، مصرف مکرر و زیاد یک ماده است که محرومیت از آن موجب علائم ناراحتی و میل شدید به مصرف دوباره می‌شود و موجب تباهی جسمی و روانی می‌گردد. این اصطلاح امروزه جای خود را به واژه وابستگی داده است که به صورت مصرف مکرر یک دارو یا ماده شیمیایی با یا بدون وابستگی جسمی تعریف می‌شود (سلیمی و اشراقی، ۱۳۸۹؛ به نقل از مرادی، ۱۳۹۳).

مواد به طور سنتی در ترکیب بعضی داروها به عنوان ضد درد و ضد سرفه به کار می‌رود و بیش از سه قرن است که به این منظور استفاده می‌شود؛ اما عوارض سوء مصرف آنها مانند محرک بودن، ایجاد اعتیاد و وابستگی باعث به وجود آمدن مشکلاتی، به خصوص در میان جوانان و افراد میانسال شده است (بالدینی و همکاران^۱، ۲۰۱۲).

مصرف مواد مخدر و مسئله اعتیاد یکی از مهم‌ترین مشکلات عصر حاضر است که گستره جهانی پیدا کرده است. این پدیده به یک معضل روانی، اجتماعی و خانوادگی تبدیل شده و علی‌رغم تلاش‌های گسترده برای کنترل آن، شیوعی رو به رشد داشته و سن مصرف رو به کاهش دارد. اعتیاد به مواد مخدر یکی از سه مشکل مهم بهداشتی در ایالت متحده است که درمان‌های مؤثر کمی برای آن وجود دارد و سالانه هزینه‌های زیادی بر اقتصاد این کشور وارد می‌کند (فیضی و همکاران، ۱۳۹۴).

یکی از آسیب‌های اجتماعی که جامعه ایران به آن مبتلا شده و برای گروه‌های مختلف مردم مشکل ایجاد کرده، پدیده‌ی اعتیاد به مواد مخدر است. اعتیاد به داروهای مجاز و غیرمجاز در چند دهه‌ی گذشته بسیار فراگیر شده است و حاکی از بروز یک مشکل جدید بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است. علل شیوع اعتیاد، پیچیده و متعدد بوده و بنابر ویژگی‌های جوامع مختلف تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای دارد. تاثیرات سوء مصرف مواد مخدر مشکلات زیادی ایجاد می‌نماید و بسیاری از عوارض آن ده‌ها سال بعد ظاهر می‌شود؛ لیکن عواقب و خسارت‌های اقتصادی، بهداشت روانی و اجتماعی اعتیاد بر کسی پوشیده نیست. هر معتاد ایرانی چندین میلیون تومان در سال به جامعه زیان می‌رساند. بنابراین میزان خسارات ناشی از اعتیاد لزوم اقدامات پیشگیرانه را که هزینه‌ی نازل‌تری دارد، توصیه می‌کند (اسماعیلی، ۱۳۹۱).

¹ Baldini et al

پدیده‌ی خانمان‌سوز اعتیاد باعث از هم پاشیدن بسیاری از خانواده‌ها، به انحراف کشیده شدن نوجوانان و جوانان، شیوع و گسترش بیماری‌ها و ضررهای فراوان اقتصادی و مرگ و میر شده است. اعتیاد یعنی ابتلای اسارت‌آمیز به ماده‌ی مخدر که از نظر جسمی یا روحی و اجتماعی زیان آور شمرده می‌شود و معتاد کسی است که بر اثر مصرف مکرر و مداوم، متکی و وابسته به مواد مخدر یا دارو شده باشد. اعتیاد مهم‌ترین آسیب اجتماعی است که ریشه در عوامل اجتماعی- روانی دارد و به طور متقابل بر روان فرد و بر اجتماع اثر می‌گذارد. معتادان نه تنها مولد و سازنده نیستند؛ بلکه نسبت به اعضای خانواده‌ی خود هم احساس مسئولیت نمی‌کنند و برآوردن نیاز خود را مقدم بر نیاز واقعی دیگران می‌دانند (اسماعیلی، ۱۳۹۱).

آمارها حاکی از آن است که میزان مصرف مواد در بین جوامع مختلف به ویژه در میان نوجوانان و جوانان در دهه‌های اخیر افزایش چشم‌گیری داشته است (ملیچر و چستانگ^۱، ۲۰۰۷). سوء مصرف مواد در جوانان وضعیت سلامتی و بهزیستی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (میلر و همکاران^۲، ۲۰۰۱). بدین ترتیب اعتیاد و سوء مصرف مواد را باید یکی از بارزترین مشکلات زیستی- روانی دانست که می‌تواند به راحتی بنیان زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی یک فرد و جامعه را سست کند و در معرض فروپاشی قرار دهد (رایبسون و بریج^۳، ۲۰۰۳؛ گلدشتاین و وولکو^۴، ۲۰۰۲؛ ساندرز^۵، ۲۰۰۷).

۲-۲-۱- تعاریف اعتیاد

روان‌پزشکان، تغییرات سلولی را که در اثر استفاده زیاد از مواد و داروهای روان‌گردان رخ می‌دهد و باعث ایجاد مقاومت و تحمل علائم مرضی ناراحت کننده و زجرآور بدنی و روانی به هنگام عدم استفاده از آن می‌شود، را اعتیاد نامیده‌اند (محبوبی سیسی، ۱۳۹۳).

سازمان بهداشت جهانی (۱۹۶۸؛ به نقل از محبوبی سیسی، ۱۳۹۳) نیز اعتیاد را، پسرفت سلامت جسمی و روانی در نتیجه افراط در مصرف ماده، تعریف نموده است (محبوبی سیسی، ۱۳۹۳).

اعتیاد حالتی است که فرد هم از نظر جسمانی و هم از نظر روانی به ماده مخدر وابستگی پیدا می‌کند، بطوریکه برای رسیدن به حالت نشئه مجبور است به تدریج مقدار ماده مصرفی را افزایش دهد و در صورت کاهش یا قطع ماده مصرفی به علائم ناراحت کننده‌ای دچار می‌شود و به تدریج نسبت به آداب و مسئولیت‌های خانوادگی و اجتماعی خود بی‌تفاوت می‌شود (روستا، ۱۳۹۲).

^۱ Melchior & Chastang

^۲ Miller et al

^۳ Robinson & Berridge

^۴ Goldstein & Volkow

^۵ Sanders

اعتیاد، معتاد، مواد مخدر

▪ اعتیاد: از نظر لغوی، اعتیاد را به عادت کردن، خو کردن با هر چیزی معنی کرده‌اند. اما در سال ۱۹۶۴ تا ۱۹۶۸ م. سازمان بهداشت جهانی واژه «وابستگی دارویی»^۱ را جایگزین اعتیاد نمود. پس اعتیاد، طبق نظریه محافل علم یک «وابستگی» است (محبوبی منش، ۱۳۹۳).

▪ معتاد: معتاد کسی است که بر اثر مصرف مکرر و مداوم، متکی به مواد مخدر یا دارو شده باشد یا به عبارت دیگر قربانی هر نوع وابستگی دارویی یا روانی به مواد مخدر، معتاد شناخته می‌شود (محبوبی منش، ۱۳۹۳).

▪ مواد مخدر: از نظر آسیب‌شناسی، هر دارویی که پس از مصرف چنان تغییراتی را در انسان به وجود آورد که از نظر اجتماعی قابل قبول و پذیرش نباشد و اجتماع نسبت به آن حساسیت نشان دهد، آن دارو مخدر است. هر ماده خام یا ساخته شده‌ای که بیدارکننده یا آرام‌بخش باشد و بدون غرض طبیعی به کار گرفته شده، موجب اعتیاد گردد و به دنبال آن ضرر جسمی، اجتماعی و اخلاقی پدیدار آید، مخدر نامیده می‌شود (محبوبی منش، ۱۳۹۳).

۲-۲-۲- مفهوم بیماری اعتیاد

در قرن ۲۱ اعتیاد را به عنوان معضل سیاه زندگی مدرن نامگذاری کرده‌اند، معتاد در بیرون خود را مخفی می‌کند، و از درون دنیایی از کشمکش‌ها و ناملایمات دارد. اعتیاد یعنی فراموشی انسانیت و مخدوش شدن کرامت انسانی (خلاء معنوی)، اعتیاد یعنی اختلال در یک یا چند قسمت زندگی (راوید، ۱۳۹۵).

۲-۲-۳- نگرش اجتماع راجع به اعتیاد

هرچند که حدود ۵٪ درصد از مردم ایران به نوعی آلوده به مواد مخدر هستند، و بین ۱۲ تا ۱۵ میلیون نفر درگیر با این موضوع هستند، ولی بطور کلی، ایرانیان نسبت به اعتیاد و مواد مخدر دید بد و ناراحت‌کننده دارند؛ به همین جهت معتادان خود را مخفی می‌کنند، و همین مسئله معتاد را برای گذر از اعتیاد و پاک شدن کمی نگران می‌کند. اعتیاد در درجه اول فردی و موردی است، و در وهله دوم شامل آموزش به افراد و خانواده‌ها است، که برای کنترل و پیشگیری و درمان اقدام کنند (راوید، ۱۳۹۵).

¹ drug dependency

۲-۲-۴- نظریه‌های انحرافات اجتماعی (پیدایش اعتیاد)

۲-۲-۴-۱- تبیین‌های روان‌شناختی

تبیین‌های روان‌شناختی بر تفاوت‌های فردی اشخاص در شیوه تفکر و احساس درباره رفتار خویش تأکید دارند؛ تفاوت‌هایی که می‌تواند به شکل تفاوت‌های ظریف و جزئی در رفتار برخی افراد با افراد متعارف یا حتی در قالب اختلالات وخیم شخصیتی ظاهر شود و برخی افراد را به سبب عللی مانند افزایش خشم و عصبانیت، کمی وابستگی و تعلق خاطر به یکدیگر، یا تمایل به خطر کردن و لذت‌جویی با شدت بیشتری مستعد ارتکاب رفتارهای کج روانه سازد.

ژانبرزه^۱ (۱۹۵۴؛ به نقل از صفا، ۱۳۹۵) معتادان را از نظر شخصیتی و روانی به معتادان با ساختار «روان-نژند»^۲، «روان‌پریش»^۳ و «افسرده»^۴ حال تقسیم می‌کند. اما به طور کلی تقسیم‌بندی دیگری وجود دارد که بیشتر روان‌شناسان پایبند آن هستند و آن تقسیم شخصیت معتاد به «نوروتیک»، «سایکوتیک» و «سازمان‌یافته» است (صفا، ۱۳۹۵).

۲-۲-۴-۲- تبیین‌های زیست‌شناختی

تبیین‌های زیست‌شناختی را می‌توان به دو حیطه تبیین‌های حاکی از اختلالات بدن و تبیین‌های ژنتیک تقسیم کرد. تبیین‌های زیست‌شناختی، عوامل جسمی و زیستی را عامل پیدایش کج‌روی می‌شمرند. به نظر آن‌ها مجرمان و تبه‌کاران دارای ساختمان زیستی خاص هستند و با دیگران به لحاظ زیستی متفاوت هستند؛ یعنی بین نقص بدنی و گرایش به انحرافات اجتماعی رابطه نزدیکی وجود دارد. روان‌پزشکان نیز ابتلا به بیماری‌ها و اختلالات روانی را ناشی از ضایعات وارد بر مغز می‌دانند. بر این اساس، عواملی مانند: ارث، کروموزوم‌ها، ژن‌ها، ابتلا به بیماری‌ها، جنسیت، سن و نژاد به نوعی عامل رو آوردن فرد به اعتیاد معرفی می‌شود.

لامبروزو^۵ (۱۸۹۵؛ به نقل از صفا، ۱۳۹۵) پدر نظریه زیستی، معتقد است مجرمان، خصایص انسان‌های ابتدایی و وحشی را دارا هستند. به عقیده وی، ویژگی‌های جسمی و ظاهری وجود دارد که مجرمان را از بقیه انسان‌ها جدا می‌کند (صفا، ۱۳۹۵).

^۱ Zhanberzheh

^۲ neurotic

^۳ psychotic

^۴ depressed

^۵ Lumbroso

دیدگاه جانی‌زادگان و عوامل وراثتی در این بخش قرار می‌گیرد. آنان معتقدند برخی افراد «جانی‌مادرزاد» هستند و خواه‌ناخواه مرتکب انحرافات اجتماعی می‌شوند. آن‌ها دارای علائم بدنی هستند که از دیگران متمایزند. علائم مزبور عبارتند از:

داشتن پستی خمیده، دندان‌های غیرعادی؛

داشتن دید بسیار قوی و علاقه‌مندی شدید به خونریزی؛

عدم تغییر رنگ در مواقع هیجان و شرم؛

داشتن خصوصیات معکوس جنسی؛

بی‌تفاوت در مقابل درد؛

احساس پیری در جوانی به دلیل ترشح نادرست غدد داخلی.

برخی از این متفکران بر نقش وراثت و کروموزوم‌ها تأکید دارند و معتقدند اغلب افراد تبهکار دارای تفاوتی در ژن‌ها هستند (افرادی که جنایتکار به دنیا می‌آیند، الگوی کروموزوم xyy دارند) (صفا، ۱۳۹۵).

۲-۲-۴-۳- نظریه‌های جامعه‌شناختی

نظریه‌های جامعه‌شناختی بر نقش مهم و اساسی محیط اجتماعی در شکل دادن به پدیده کج‌روی تأکید دارند و هنگام توجه به چگونگی شکل گرفتن رفتارهای کج‌روانه در صحنه اجتماع اساساً به عللی توجه می‌کنند که گروه‌ها یا قشرهایی را از اعضای آن، در معرض کج‌روی قرار می‌دهد.

این دسته تبیین‌ها، شکل‌گیری رفتارهای کج‌روانه را عمدتاً به اموری مانند ساخت اجتماعی و شرایط و موقعیت‌های اجتماعی که فرد در آن‌ها قرار می‌گیرد نسبت می‌دهند. استدلال عمده در این دسته تبیین‌ها آن است که نهادهای اجتماعی و مناسبات کلی اجتماعی را باید به عنوان یک کل نگرست و بر همین اساس، کج‌روی را نیز در درون و در ربط و نسبت با آن باید مطالعه کرد (صفا، ۱۳۹۵).

۲-۲-۴-۴- نظریه مرتن^۱ (عوامل اجتماعی)

از نظر بسیاری از جامعه‌شناسان انحراف نتیجه نارسایی‌های موجود در فرهنگ و ساختار اجتماعی یک جامعه است. هر جامعه‌ای نه تنها هدف‌های فرهنگی تجویز شده‌ای دارد، بلکه وسایل در مجموع پذیرفته شده‌ای را نیز برای دستیابی به این هدف‌ها در اختیار دارد. هرگاه این وسایل در دسترس فرد قرار نگیرد، احتمالاً آن شخص به رفتار انحراف‌آمیز دست می‌زند. رویکرد نابسامانی اجتماعی به عنوان یکی از نظریه‌های جامعه‌شناختی، انحراف اجتماعی و بعضاً اعتیاد است. مهم‌ترین نظریه‌پرداز در این رویکرد مرتن، جامعه‌شناس آمریکایی است (صفا، ۱۳۹۵).

¹ Merten

رویکرد نابسامانی اجتماعی، منشأ کج‌روی را تنها به ساخت اجتماعی و فرهنگ (نه شخص کج‌رو و شکست‌های او) مربوط نمی‌سازد، بلکه این توجه را نیز به دست می‌دهد که چرا افراد برخی اعمال کج‌روانه، به ویژه جرائم مالی را مرتکب می‌شوند. این رویکرد، هم در مورد کج‌روی فردی و هم در مورد کج‌روی گروهی بحث می‌کند و به گونه‌ای بسیاری از رفتارهای کج‌روانه را در بر می‌گیرد. نابهنجاری که به حالت عدم هنجارمندی یا بی‌ریشگی اطلاق می‌شود، زمینه ایجاد کج‌روی و انحراف اجتماعی است؛ زیرا حالت نابهنجاری زمانی پیش می‌آید که چشم‌داشت‌های فرهنگی با واقعیت‌های اجتماعی سازگاری ندارد. مرتن (۱۹۵۹؛ به نقل از صفا، ۱۳۹۵) کوشیده است نابهنجاری را به انحراف اجتماعی ربط دهد (صفا، ۱۳۹۵).

وی معتقد است که فرد در نتیجه فراگرد اجتماعی شدن، هدف‌های مهم فرهنگی و نیز راه‌های دستیابی به این اهداف را که از نظر فرهنگی مورد قبول باشند فرا می‌گیرد. هرگاه تعارض میان اهداف مقبول اجتماعی و وسایل مقبول و قابل دسترس در جامعه ایجاد شود، فرد به ناهنجاری و کج‌روی روی می‌آورد. وی گونه‌های متفاوت این کج‌روی‌ها را در چهار صورت زیر تصویر کرده است:

- کج‌رو در عین قبول اهداف اجتماعی، برای رسیدن به آن از وسایل غیرمقبول استفاده می‌کند؛ برای مثال، در زمینه مواد مخدر کسی که از راه مشروع به ثروت و موقعیت اجتماعی دسترسی پیدا نمی‌کند ممکن است از راه‌های غیرمشروع و غیرقانونی، مانند توزیع مواد مخدر، برای رسیدن به اهداف خود استفاده کند.

- کج‌رو، اهداف مقبول جامعه و وسایل صحیح رسیدن به اهداف را نفی می‌کند. در این مورد معمولاً افراد از جامعه منزوی می‌شوند. برخی از این افراد به منظور جبران تنهایی خود، معمولاً به مشروبات الکلی و یا مواد مخدر روی می‌آورند.

- کج‌رو، اهداف و وسایل مقبول جامعه را رد کرده و اهداف و وسایل مقبول خویش را مطرح می‌کند؛ در این مورد، افراد روحیه انقلابی می‌گیرند و از طریق مبارزه با نظام سعی در تغییر آن دارند.

- کج‌رو، اهداف مقبول جامعه را نمی‌پذیرد، اما برای رسیدن به مقاصد خود از وسایل مقبول جامعه استفاده می‌کند. در این مورد، افراد کوشش می‌کنند تا وارد بدنه قدرت شوند و از راه‌های قانونی به اهداف خود برسند (صفا، ۱۳۹۵).

۲-۲-۴-۵- نظریه کنترل اجتماعی

نظریه کنترل اجتماعی، تاریخی طولانی دارد و این عقیده که «شکل‌گیری رفتار انحرافی به وسیله جوانان» علت فقدان برخی کنترل‌های اجتماعی است، برای مدتی به طور کلی مورد قبول بوده است. این نظریه هم‌نوایی را حاصل وجود پیوندهای اجتماعی بین افراد جامعه و اعمال انواع کنترل از طرف جامعه بر افراد

می‌داند و ناهمنوایی را ناشی از گسستن پیوندهای شخصی بر نظم قراردادی جامعه قلمداد می‌کند (صفا، ۱۳۹۵).

هیرشی^۱ (۱۹۹۰؛ به نقل از صفا، ۱۳۹۵) یکی از نظریه‌پردازان معروف این حوزه نظری و مفسر دیدگاه دورکیم^۲ نشان داده که چگونه در اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم نقش برجسته‌ای در تعاریف جرم و بزهکاری داشته‌اند. نظریه کنترل اجتماعی بر این پیش‌فرض استوار است که اگر بخواهیم از تمایلات رفتار انحرافی جلوگیری شود باید همه افراد، اعم از جوان و بزرگسال، کنترل شوند. طبق این نظریه، رفتار انحرافی، عمومی و همه‌گیر است و آن نتیجه کارکرد ضعیف‌ساز و کارهای کنترل اجتماعی است. این نظریه بر دو نوع کنترل شخصی و کنترل اجتماعی تأکید دارد. نظام‌های کنترل شخصی شامل عوامل فردی و به ویژه روان‌شناختی هستند. اعتماد به نفس به عنوان عامل اساسی روان‌شناختی در کنترل شخصی شناخته شده است. عوامل کنترل اجتماعی شامل وابستگی و پایبندی به نهادهای بنیادین اجتماعی مانند: خانواده، دین، سیاست، و آموزش هستند (صفا، ۱۳۹۵).

یکی دیگر از پیش‌فرض‌های نظریه کنترل اجتماعی این است که توافق کلی در مورد هنجارها، ارزش‌ها، اعتقادات و باورهای رایج در جامعه وجود دارد و کنترل اجتماعی بر مبنای این وفاق اجتماعی انجام می‌شود.

امروزه به دلایل گوناگون، از جمله افزایش جمعیت، کنترل رسمی، بیشتر و حتی جایگزین کنترل‌های غیررسمی شده است. ابزار مهم کنترل اجتماعی، اجتماعی کردن افراد است که ضعف در این امر موجب بروز رفتارهای نابهنجار و از جمله اعتیاد می‌شود (صفا، ۱۳۹۵).

۲-۲-۵- بحران اعتیاد در ایران و جهان

- مسئله اعتیاد در کنار بحران زیست‌محیطی، بحران هسته‌ای و بحران جمعیت یکی از چهار بحران مهم بشر در قرن حاضر است.

- افراد سیگاری بیشتر از سایرین در معرض اعتیاد به سایر مواد مخدر قرار دارند. تحقیقات نشان می‌دهد که ۹۵ درصد از معتادان (به مواد مخدری به جز سیگار)، سابقه مصرف سیگار داشته‌اند. در تمام دنیا سیگار به عنوان دروازه اعتیاد شمرده می‌شود.

- افزایش هر روزه تعداد افراد معتاد، مسئله‌ای اعتیاد را در کشور ایران به یک بحران ملی تبدیل کرده است. آنچه در این میان قابل توجه و تکان‌دهنده است، پایین آمدن سن اعتیاد و افزایش تمایل نوجوانان و جوانان به مصرف مواد اعتیادآور است.

^۱ Hyrshi

^۲ Durkeim

- بر اساس تحقیق دفتر برنامه کنترل مواد و جرم سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۳، حدود ۲۰۰ میلیون نفر در جهان از وابستگی به مواد مخدر رنج می‌بردند. به عبارت دیگر تا آن سال ۴/۷ درصد از جمعیت بالای ۱۵ سال جهان به این اختلال دچار شده بودند.

- طبق برآورد ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۸۲، تعداد افراد معتاد به مواد مخدر در ایران، دو میلیون نفر است که شامل ۱.۲۰۰.۰۰۰ نفر معتاد دائمی و ۸۰۰.۰۰۰ نفر معتاد تفننی است. این افراد سالانه حدود ۷۴۷ تن مواد مخدر مصرف می‌کنند.

- بر اساس مطالعات انجام شده، در ایران ۴ درصد از افراد دچار اعتیاد، قبل از ۱۵ سالگی، ۴/۲۴ درصد در سنین ۱۵ تا ۱۹ سالگی و در کل ۵۶ درصد آن‌ها قبل از ۲۴ سالگی مصرف مواد را شروع کرده‌اند (کریمی، ۱۳۹۳).

۲-۲-۶- جغرافیای مواد مخدر در جهان

- افغانستان بزرگترین تولیدکننده تریاک در جهان است و به تنهایی ۵۰ درصد هروئین جهان و ۸۰ درصد هروئین اروپا را تأمین می‌کند.

- در سال ۱۹۹۹، درآمد ناشی از تولید مواد مخدر در افغانستان ۲۵ میلیارد دلار اعلام گردید؛ در حالی که در همان سال کشاورزان افغانی تنها ۱۸۰ میلیون دلار در قبال کشت خشخاش دریافت کردند.

- پاکستان در مرتبه دوم تولید تریاک در جهان قرار دارد. درآمد سالانه پاکستان از تجارت مواد مخدر، حدود ۷۴ میلیارد روپیه است که ۵۰ درصد کل درآمد سالانه پاکستان را تشکیل می‌دهد.

- کشورهای تایلند، برمه و لائوس از دیگر تولیدکنندگان عمده تریاک در جهان محسوب می‌شوند. این سه کشور در جنوب شرقی آسیا قرار دارند و در زمینه تولید مواد مخدر به مثلث طلایی معروف هستند.

- بر اساس برآوردهای جهانی، گردش پول ناشی از تجارت مواد مخدر در جهان ۱۵۰۰ تا ۱۶۰۰ میلیارد دلار تخمین زده می‌شود، یعنی چیزی برابر تجارت نفت و اسلحه در دنیا (نوحی و آذر، ۱۳۸۹).

۲-۲-۷- قوانین جزایی اعتیاد در ایران

- طبق قانون مصوب سال ۱۳۷۶ اعتیاد به مواد مخدر جرم است و به معتادان اجازه می‌دهد به مراکز مجازی که از طرف وزارت بهداشت مشخص می‌شود مراجعه و نسبت به درمان خود اقدام نمایند. پیش از این اعتیاد به مواد مخدر جرم بود و مجرم مطابق قانون باید به زندان فرستاده می‌شد.

- مجازات حمل مواد مخدر به تناسب میزان مواد، از سیصد هزار تومان تا بیست میلیون تومان جزای نقدی، ۱۰ تا ۷۴ ضربه شلاق، دو تا ده سال حبس، اعدام و مصادره‌ی اموال تعیین شده است.

- فروش مواد مخدر از جمله جرمی است که شدیدترین مجازات‌ها را به خود اختصاص داده است. مجازات فروش به تناسب میزان مواد از چهارصد هزار تومان تا بیست میلیون تومان جزای نقدی، یک تا ۷۴ ضربه شلاق، سه تا پانزده سال حبس، حبس ابد، اعدام و مصادره‌ی اموال تعیین شده است (کریمی، ۱۳۹۳).

۲-۲-۸- پنج اصل پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر

برای پیشگیری از اعتیاد، اصولی برای کمک به والدین، معلم‌ها، افرادی که در هدایت جامعه نقش ایفا می‌کنند و نیروهای اجرایی وجود دارد.

اصل اول

- تاثیر بالقوه و خاص عوامل خطرزا و حفاظت کننده با تغییر سن تغییر می‌کند. برای مثال، وجود عوامل خطرزا در خانواده تاثیر مخربی بر کودک می‌گذارد، در حالی که اعتیاد به مواد مخدر می‌تواند عامل خطرزایی برای نوجوان باشد.

- مداخله زودهنگام در عوامل خطرزا (عدم کنترل خویش و رفتارهای پرخطرگرایانه) موثرتر از مداخله دیرهنگام برای تغییر مسیر زندگی یک کودک از مشکلات و رفتارهای منفی به جاده صلاح است.

- باید توجه داشت تاثیر عوامل خطرزا و حفاظت کننده بر افراد جامعه در سن، فرهنگ، جنسیت، قومیت و اقلیم‌های مختلف گوناگون و متفاوت است (محبوبی منش، ۱۳۹۳).

اصل دوم

برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد باید اشکال مختلف اعتیاد به مواد مخدر و داروهای تجویز شده توسط پزشک را در سنین مختلف (حتی پیش از رسیدن به سن قانونی) معرفی کنند (محبوبی منش، ۱۳۹۳).

اصل سوم

برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد باید علاوه بر معرفی اشکال مختلف اعتیاد به مواد مخدر، عوامل خطرزا و عوامل حفاظت کننده را نیز معرفی کنند (محبوبی منش، ۱۳۹۳).

اصل چهارم

برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد باید عوامل خطرزا را متناسب با شخصیت (سن، جنسیت و قومیت) افراد شرکت کننده در جامعه معرفی کنند تا نتیجه بهتری گرفته شود (محبوبی منش، ۱۳۹۳).

اصل پنجم

- برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد که مبتنی بر خانواده هستند باید بتوانند پیوندها، روابط خانوادگی و مهارت‌های والدین (بحث و گفتگو، کمک به استقلال فرزندان و اجرای سیاست‌های مقابله با مصرف مواد مخدر در خانواده) را ارتقا دهند. نزدیکی و صمیمیت اعضای خانواده اساس ارتباط میان والدین و

فرزندان است. صمیمیت اعضای خانواده می‌تواند باعث ارتقای مهارت‌های آموزشی والدین در حمایت از فرزندان و رابطه با آن‌ها شود.

- نظارت والدین در امر پیشگیری از اعتیاد حیاتی است. با ارائه روش‌های علمی نظارت و ستایش رفتارهای مناسب فرزند که با قوانین خانواده منطبق باشند می‌توان تاثیر نقش خانواده در پیشگیری از اعتیاد فرزندان را ارتقا داد.

- باید دانش والدین و معلم‌ها درباره انواع مواد مخدر و روش‌های مصرف را ارتقا داد تا آن‌ها با تشریح عواقب هولناک مصرف مواد مخدر برای دانش‌آموزان از اعتیاد به مواد مخدر پیشگیری کنند.

- مداخلاتی که بر خانواده متمرکز باشند تاثیر مثبتی بر تغییر رفتار والدین دارند و از تعدد عوامل خطرزایی که منجر به اعتیاد به مواد مخدر می‌شوند می‌کاهند (محبوبی منش، ۱۳۹۳).

۲-۲-۹- عوارض مصرف مواد مخدر بر سلامت فرد، خانواده و جامعه

مصرف طولانی‌مدت مواد موجب اختلال در بهداشت و سلامت جسمی- روانی فرد می‌شود که با بروز بسیاری از بیماری‌های مزمن و خطرناک همراه است. به علاوه از آنجا که اعتیاد بیشتر به هنگام ایجاد و ساخت خانواده و در ارزشمندترین سال‌های زندگی، از نظر میزان کارایی، بیشترین تأثیر را بر زندگی خانوادگی و شغلی فرد می‌گذارد.

مواد مخدر تنها به فرد مصرف‌کننده آسیب نمی‌رساند؛ بلکه به هرکس که با آن در تماس باشد، آسیب می‌رساند؛ و زمانی که تعداد معتادان فراتر از حد قابل جبران باشد، جامعه صدمه می‌بیند. اعتیاد خسارات و هزینه‌های بسیاری را به جامعه تحمیل می‌کند. بنابراین، عوارض ناشی از اعتیاد شامل عوارض فردی، خانوادگی، شغلی، اجتماعی و اقتصادی می‌باشند (جدیری اسلامی، ۱۳۹۳).

۲-۲-۹-۱- عوارض اعتیاد بر سلامت جسمی و روانی فرد

- آسیب‌های عضلانی

- اختلالات کبدی و کلیوی

- عفونت‌های خطرناک (ایدز، هپاتیت، کزاز)

- بیماری‌های مزمن تنفسی

- اختلالات قلبی - عروقی

- سکته‌های قلبی و مغزی

- آتروفی مغزی

- ناتوانی جنسی و عقیمی

- اختلالات خواب
- افسردگی
- اختلالات روانی شدید و پایدار (جدیری اسلامی، ۱۳۹۳).
- ۲-۲-۹-۲- عوارض خانوادگی اعتیاد**
- خشونت در خانواده شامل کودک‌آزاری و همسرآزاری
- غفلت از فرزندان
- مشکلات تحصیلی، اختلالات روانی و خودکشی فرزندان
- نابسامانی و آشفتگی خانواده
- محدودیت در روابط سالم خارج از خانواده
- افت سطح اقتصادی و اجتماعی خانواده
- بی‌کفایتی در سرپرستی خانواده
- طلاق (جدیری اسلامی، ۱۳۹۳).
- ۲-۲-۹-۳- عوارض شغلی اعتیاد**
- افت اعتبار فردی و موقعیت شغلی
- سوانح و حوادث حین کار
- غیبت از کار
- کاهش کارایی
- اخراج و بیکاری (جدیری اسلامی، ۱۳۹۳).
- ۲-۲-۹-۴- عوارض اقتصادی اعتیاد**
- خسارات ناشی از کاهش نیروی مولد و افزایش نیروی مصرف کننده جامعه
- هزینه‌های تحمیل شده به نیروهای انتظامی و جمع‌آوری امکانات لازم برای مبارزه با جرایم مستقیم و غیرمستقیم ناشی از مواد مخدر
- صرف وقت دادگاه‌ها و نیروهای قضایی
- هزینه نگهداری مجرمین مواد مخدر و معتادان در زندان‌ها
- هزینه مراکز بازپروری و درمانگاه‌های ترک اعتیاد
- هزینه و خسارات ناشی از مراقبت‌های بهداشتی ثانویه شامل بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها (جدیری اسلامی، ۱۳۹۳).

۲-۹-۵- عوارض اجتماعی اعتیاد

- ضعف پای‌بندی به اصول اخلاقی و مذهبی

- انواع جرایم مثل سرقت، فحشا، خشونت، تجاوز و قتل

- افزایش مشاغل کاذب و بیکاری

- بی‌خانمانی و فقر (جدیری اسلامی، ۱۳۹۳).

۲-۱۰-۲- تئوری‌ها و نظریه‌های مختلف در تبیین گرایش به اعتیاد

مسائل و پدیده‌های اجتماعی از علت‌های گوناگونی نشأت می‌گیرند و نمی‌توان آنها را در یک نگاه تک-عاملی بررسی کرد؛ چرا که مسائل اجتماعی اولاً چندبعدی بوده و ثانیاً، با انسان که به عنوان موجودی چندبعدی و غیر قابل پیش‌بینی است، روبرو هستند. به همین دلیل برای تبیین این مسائل نمی‌توان از یک تئوری خاص استفاده کرد؛ چرا که هر کدام از این تئوری‌ها بخشی از مسأله مورد بررسی را تبیین می‌نمایند و هیچ‌کدام از آنها به تنهایی از جامعیت برخوردار نیستند. به عبارت دیگر، تئوری‌ها و نظریه‌های مختلف مکمل یکدیگر می‌باشند. این امر در خصوص موضوع این پژوهش یعنی گرایش به اعتیاد نیز صادق است. لذا در خصوص مسأله گرایش به اعتیاد نیز نمی‌توان از یک تئوری خاص استفاده نمود؛ بلکه از ترکیبی از نظریه‌های مختلف که هر کدام بخشی از مسئله مورد نظر را تبیین می‌کنند، استفاده شده است (نادری و همکاران، ۱۳۹۴).

۲-۱۰-۲-۱- نظریه پیوند افتراقی^۱ ساترلند^۲

نظریه پیوند افتراقی ادوین ساترلند (۱۹۳۹؛ به نقل از بروک و همکاران^۳، ۲۰۱۵) مشهورترین نظریه از نظریه‌های جامعه‌پذیری یا یادگیری در مباحث کجرفتاری اجتماعی است. نکته اصلی نظریه ساترلند این است که افراد به این علت کجرفتار می‌شوند که تعداد ارتباط‌های انحرافی آنها بیش از ارتباط‌های غیرانحرافی آنان است. این تفاوت تعامل افراد با کسانی که ایده‌های کجرفتارانه دارند، نسبت به افرادی که از ایده‌های هم‌نوایانه برخوردارند، علت اصلی کجرفتاری آنها است. خلاصه‌ای از رویکرد ساترلند به مسئله کجرفتاری به دلیل اهمیت فراوان آن نقل می‌شود:

- کجرفتاری یادگرفتنی است، نه ارثی است، نه محصول بهره‌هوشی پایین یا آسیب مغزی و امثال آن.

- کجرفتاری در تعامل با دیگران آموخته می‌شود.

¹ differential link

² Sutherland

³ Brook et al

- بخش اصلی یادگیری کجرفتاری در حلقه درون گروه روی می‌دهد و رسانه‌های جمعی و مطبوعات نقش دوم را ایفا می‌کنند.
- یادگیری کجرفتاری شامل آموختن فنون خلاف کار و سمت و سوی خاص انگیزه‌ها، کشش‌ها و گرایش می‌شود.
- سمت و سوی خاص انگیزه‌ها و کشش‌ها از تعریف‌های مختلف و موافق هنجارها یاد گرفته می‌شود.
- فرد به دلیل بیشتر بودن تعریف‌های موافق تخلف، به نسبت تعریف‌های موافق با همنوایی با هنجارها کجرفتار می‌شود.
- پیوند افتراقی ممکن است از نظر فراوانی، دوام، رجحان و شدت متفاوت باشد.
- فرآیند یادگیری کجرفتاری از طریق تعامل با کجرفتاران و همنویان، ساز و کارهای مشابهی با هر نوع یادگیری دیگر دارد.
- کجرفتاری را که خود تجلی نیازها و ارزش‌های کلی است، نمی‌توان با همین نیازها و ارزش‌های کلی تبیین کرد (بروک و همکاران، ۲۰۱۵).

۲-۱۰-۲-۲- نظریه پیوند اجتماعی هیرشی

- تراویش هیرشی پایه‌گذار نظریه پیوند اجتماعی است. او بر این باور است که کجرفتاری زمانی روی می‌دهد که پیوند میان فرد و جامعه ضعیف یا گسسته گردد و از جمله نظریه‌های کنترل است که هم کنترل بیرونی و هم کنترل درونی را مورد توجه قرار می‌دهد. او چهار عنصر اصلی دلبستگی، سرسپردگی، درگیری و ایمان را باعث پیوند فرد و جامعه می‌داند.

دلبستگی

- دلبستگی به افراد و نهادهای اجتماعی یکی از شیوه‌هایی است که فرد خود را از طریق آن با جامعه پیوند می‌دهد. ضعف چنین پیوندهایی موجب می‌شود که فرد خود را در ارتکاب کجرفتاری آزاد بداند. برای مثال فرد مجرد بیشتر امکان دارد که دزدی یا خودکشی کند و یا به مصرف مواد مخدر دست بزند، در حالی که فرد متأهل به دلیل پیوندهای اجتماعی که دارد، احتمال کمتری دارد که مرتکب کجرفتاری شود. سرسپردگی (تعهد)

- افراد جامعه در دستیابی به اهدافی نظیر تحصیل، کار، خانه و دوستان که برای آن‌ها سرمایه‌گذاری کرده‌اند و وقت و انرژی خود را در راه آن صرف کرده‌اند، بیشتر تعهد دارند. از این رو، به منظور موقعیت و پایگاه اجتماعی که با تلاش خود به دست آورده‌اند، کجرفتاری نمی‌کنند.

درگیری و مشارکت

معمولا کسانی که درگیر کار، زندگی خانوادگی یا سرگرمی، مشارکت اجتماعی و غیره هستند، کمتر وقت پیدا می‌کنند که هنجارشکنی کنند؛ برعکس کسی که بیکار است، بیشتر به کج رفتاری روی می‌آورد. به همین دلیل آسیب‌شناسان اجتماعی معتقدند که افزایش سال‌های تحصیل، انجام خدمت وظیفه و فراهم بودن امکانات ورزشی، باعث کاهش کج رفتاری و بزهکاری در میان جوانان می‌شود. ایمان (اعتقاد)

آخرین مولفه نظریه پیوند اجتماعی ایمان یا اعتقاد است. هیرشی معتقد است که میزان اعتقاد به ارزش‌های اخلاقی و هنجارهای فرهنگی هر چه ضعیف‌تر باشد، احتمال کج رفتاری از افراد می‌رود. تا وقتی که فردی خود را تحت تاثیر اعتقادات معمول در جامعه نبیند، هیچ وظیفه اخلاقی را برای هم‌نوایی با قوانین رسمی و غیررسمی برای خود متصور نیست. هیرشی در ارتباط با نظریه پیوند اجتماعی پژوهش‌هایی را درباره دانش‌آموزان دبیرستان‌های کالیفرنیا آمریکا انجام داده و فرضیه‌ها را مطرح و به اثبات رساند:

- کج رفتاران به احتمال بسیار، دلبستگی کمی نسبت به والدین خود دارند.
- دانش‌آموزان که دلبستگی بالایی نسبت به مدرسه دارند، احتمال کمتری می‌رود که به کج رفتاری مبادرت کنند.

- دانش‌آموزانی که در خانواده‌های ازهم‌گسیخته زندگی می‌کنند، گرایش بیشتری به کج رفتاری دارند.
- بین بزهکاری دانش‌آموزان و برخی از مشکلات خانوادگی مانند هویت‌سازی با والدین و پرورش در خانواده‌هایی که یک یا چند عضو آنها بزهکارند، رابطه وجود دارد.

هر عنصر یک حلقه ارتباط بین فرد و جامعه است. تا زمانی که فردی به گروه‌های عادی جامعه ارتباط دارد، از هنجارهای اجتماعی پیروی می‌کند، ولی اگر یک یا چند حلقه ارتباطی ضعیف شد، احتمال منحرف شدن افزایش می‌یابد (هیرشی، ۱۹۹۰؛ به نقل از بریسینگ و فارو^۱، ۲۰۱۴).

۲-۱۰-۳- نظریه آنومی مرتن

نابسامانی، به مفهومی که مرتن آن را مطرح کرده است، ناظر به ناسازگاری بین اهداف فرهنگی و وسایل نهادی شده و مقبول برای دستیابی به آن اهداف است. این نظریه بیشتر به موقعیت طبقه پایین جامعه در ساخت طبقاتی جامعه توجه دارد. به نظر مرتن، جامعه، همه افراد از جمله اعضای طبقه پایین را ترغیب و تشویق می‌کند، تا به سوی اهداف طبقه متوسط به بالا بشتابند؛ در حالی که محدودیت‌های اقتصادی-اجتماعی این امر را دشوار و حتی غیر ممکن می‌سازد. بنابراین، افراد طبقه پایین که راه خود را مسدود می‌بینند و در نتیجه احساس ناراحتی و محرومیت می‌کنند، احتمال دارد برای رسیدن به اهداف مورد نظر به روش‌های نابهنجار و انحرافی متوسل شوند. در عین حال مرتن استدلال می‌کند که بخاطر پیچیدگی

¹ Brissing & Farrow

ساخت اجتماعی، افراد نسبت به وضعیت نابسامان واکنش یکسانی ندارند. او بر اساس جهت‌گیری افراد نسبت به اهداف فرهنگی و وسایل مقبول رسیدن به آنها، پنج روش را برای سازگاری با ساخت نابسامان ممکن می‌داند که عبارتند از: همنوایی، بدعت، مناسک‌گرایی، کناره‌گیری و قیام. به استثنای همنوایی صورت‌های آسیب‌شناسانه سازگاری با ساخت نابسامان است.

از نظر مرتن مقوله‌های پنج‌گانه سازگاری دارای الگویی طبقاتی هستند. برای مثال، افراد طبقه متوسط و بالا که به آسانی به وسایل مشروع دسترسی دارند، بیشتر هم‌نوا هستند، در حالی که افراد طبقه پایین که به فرصت‌های بلوکه شده برخورد می‌کنند، به احتمال زیاد گزینه بدعت را برمی‌گزینند؛ یعنی به روش‌های نابهنجار برای رسیدن به اهداف رو می‌آورند.

مصرف مواد مخدر از جمله رفتارهای انحرافی است که بیشتر مصداق گزینه کناره‌گیری است تا بدعت. یعنی برخی از افرادی که در دسترسی به اهداف مشروع جامعه خود را ناتوان احساس می‌کنند و دچار ناکامی‌های بزرگ می‌شوند، ممکن است این گزینه را اتخاذ کنند تا به وسیله آن از احساس ناکامی فرار کنند (مرتن، ۱۹۵۹؛ به نقل از نادری و همکاران، ۱۳۹۴).

۲-۲-۱۰-۴- نظریه یادگیری یا تفاوت ارتباطی

در این نظریه، جرم رفتاری است که مجرمین آن را می‌آموزند. ادوین ساترلند اظهار داشته که در اغلب موارد، انحراف به وسیله دیگران و از طریق گروه‌های اولیه آموخته می‌شود. فزونی برخورد و ارتباط با تعاریف اجتماعی و یا پیام‌های تاییدکننده رفتار انحرافی باعث انحراف می‌شود. بر اساس این نظریه، افرادی که در ارتباطات خانوادگی و یا دوستانه خود با الگوهای رفتاری تأییدکننده مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی بیشتر سروکار دارند، به احتمال زیاد چنین الگوهایی را می‌آموزند (ساترلند، ۱۹۴۷؛ به نقل از ارفورد^۱، ۲۰۱۲).

۲-۲-۱۱- علل گرایش به اعتیاد

علل گرایش به اعتیاد در سه حیطه فردی، خانوادگی و اجتماعی بررسی می‌شوند: مشکلات روانی، کنجکاوی، ضعف اراده، فرار از زندگی تکراری، انگیزه‌های درمانی، فقدان اعتقادات مذهبی، بی‌سوادی و عدم آگاهی، و شخصیت نابهنجار فرد مهم‌ترین علل فردی گرایش به اعتیاد می‌باشند. در قسمت علل خانوادگی می‌توان به کمبود محبت در خانواده، تبعیض بین فرزندان، آزادی بی‌حد، محدود کردن بی‌حد فرزندان، رفاه بی‌حد اقتصادی در خانواده، فقر، توسعه صنعتی و مهاجرت و حاشیه‌نشینی، و نابسامانی‌های خانواده اشاره کرد. همچنین برخی از علل اجتماعی گرایش به اعتیاد

¹ Orford

به مواد مخدر قرار می‌گیرند، افراد افسرده هستند. به عقیده برژه^۱ افسردگان بیشترین و مهم‌ترین بخش معتادان را تشکیل می‌دهند. افراد افسرده ضعف روانی دارند و به نوعی احساس خلأ شخصیتی می‌کنند. آن‌ها به تصور خودشان توان لذت بردن از دنیا را ندارند، همواره احساس ناتوانی و خستگی می‌کنند و خود را تهی از هرگونه توان و احساس مطلوب می‌دانند. به عقیده کوئن^۲، چنین افرادی ممکن است با مصرف مواد در جستجوی جادویی برآیند که به دردهایشان پایان بخشد و خلأهایی را که در خودشان احساس می‌کنند، رفع، و نقص شخصیت‌شان را برطرف کنند (صفا، ۱۳۹۵).

- کنجکاوی

عده‌ای با شرکت در مجالس دوستانه زمانی که می‌بینند دیگران از مواد مخدر استفاده می‌کنند، حس کنجکاوی در آن‌ها تحریک شده، به مصرف مواد گرایش پیدا می‌کنند. این امر منجر به مهیا شدن زمینه اعتیاد در فرد می‌شود؛ زیرا ممکن است با اولین مرتبه استفاده در فرد احساس مثبتی ایجاد گردد و باعث تکرار این عمل شود. البته آن‌ها غافل از این هستند که این نوع لذت‌ها زودگذر و خانمان‌سوز می‌باشند. دسته‌ای از افراد نیز برای کنجکاوی و ارزیابی خودشان با تصور اینکه با یکبار مصرف معتاد نمی‌شوند، و گاهی حتی برای اینکه قدرت خودشان را به دیگران ابراز دارند، به مصرف مواد مخدر تن می‌دهند. احتمال معتاد شدن این افراد نیز بسیار است (حاجی‌لو، ۱۳۸۸).

- ضعف اراده

اراده عامل حرکت فرد می‌باشد. 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 می‌نماید، از خود تزلزلی نشان نمی‌دهد و هدف خود را در زندگی به طور قطعی انتخاب می‌کند، دارای اراده‌ای قوی می‌باشد؛ اما اگر فرد دچار اراده ضعیف بوده و برنامه خاصی برای زندگی خود نداشته باشد، اولاً، دچار نوعی سردرگمی و خستگی روحی می‌شود و ثانیاً، ممکن است در مقابل هر انحرافی پاسخ مثبت دهد. در این صورت، نه تنها شخص نمی‌تواند مانع انحراف دیگران شود، بلکه خود نیز دچار انحراف می‌گردد. این مسئله در اعتیاد فرد اهمیت بسزایی دارد (کوئن، ۱۳۹۴).

- رهایی از زندگی عادی

تقریباً انجام هر کاری بدون توجه به باورهای ذهنی و نیروهای درونی شخص انجام دهنده غیرممکن است. زمانی که یک تبدل به مفهوم دقیق کلمه در خاستگاه فلسفی ذهنی صورت می‌گیرد، باور روانی و انگیزه‌ای که از آن گرایش به مواد مخدر تعبیر می‌شود، ایجاد می‌گردد. فرد دائم مشکلات و موقعیت خود را ارزیابی و داوری می‌کند. این داوری شخصی بوده و بر اساس دانش و فرهنگ تربیتی و فکری شخص

^۱ Berzheh

^۲ Kohen

داوری کننده صورت می‌پذیرد. 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 ملال‌آور به خود می‌گیرد. بر اساس آماری که به دست آمده، قریب هشتصد هزار نفر از معتادان (از جمع دو میلیون نفر)، معتادان تفننی هستند که متأسفانه آمار سرآمدان علم و دانش در این طبقه زیاد می‌باشد (صادقی، ۱۳۹۴).

– انگیزه‌های درمانی

یکی از علل مصرف مواد مخدر جنبه‌های 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 معمولاً با انگیزه درمانی صورت می‌پذیرد. 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 می‌کنند (صادقی، ۱۳۹۴).

– شخصیت متزلزل

آلپورت^۱ در تعریف خود از شخصیت می‌گوید: «شخصیت سازمانی است پویا از نظام‌های روانی – جسمانی در درون فرد که سبب سازگاری‌های بی‌همتا و بی‌نظیر او با محیط می‌شود». بین شخصیت و اعتیاد رابطه‌ای متقابل وجود دارد، به نحوی که فرد به علت وضع خاص شخصیتی و نیازها، شکست‌ها، ناتوانی در برخورد با مسائل و ناکامی در زندگی، عدم ثبات عاطفی و ملایمات دیگر به اعتیاد روی می‌آورد. از سوی دیگر، اعتیاد به نوبه خود منجر به از بین رفتن تعادل روانی و هیجانی شخص می‌شود. بدین‌سان، بین اعتیاد و شخصیت فرد دور باطلی ایجاد می‌شود که مبارزه با آن مستلزم تغییر شرایط بیرونی و درونی، یعنی ایجاد اراده و روحیه‌ای قوی و آسیب‌ناپذیر است. شناخت شخصیت و ویژگی‌های رفتاری معتادان به منظور مبارزه با اعتیاد و نیز پیشگیری و درمان آن، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. برخی از اختلالات مربوط به شخصیت که منجر به شکل‌گیری و ایجاد زمینه انحرافات اجتماعی و گرایش فرد به اعتیاد می‌شود، عبارتند از: شخصیت پارانویایی^۲ و شخصیت ضداجتماعی.

ویژگی‌های خاص شخصیت پارانویایی این است که این افراد اعمال دیگران را تحقیرآمیز یا تهدیدآمیز تفسیر می‌کنند؛ به دیگران اعتماد ندارند و روابط اجتماعی آن‌ها در اثر همین بی‌اعتمادی مختل شده است. این افراد خودبزرگ‌بین هستند و به دیگران ظلم و ستم می‌کنند. ضعف شخصیت ضداجتماعی

^۱ Alport

^۲ paranoid

نوعی به هم‌ریختگی ارتباط میان انسان و جامعه است. این افراد نسبت به هنجارها و مقررات اجتماعی بی‌اعتنا و بی‌تفاوت هستند و سعی می‌کنند، به هر نحو که شده به هوا و هوس خود پاسخ دهند. این افراد ارزش‌های اخلاقی را پایمال می‌کنند و به علت جستجوی لذت و نیز ضعف اراده به آسانی گرفتار مواد مخدر و الکل می‌شوند. از نشانه‌ها و ویژگی‌های شخصیت ضداجتماعی می‌توان به خودمحوری، فقدان احساس گناه و فریبندگی سطحی و ظاهری اشاره کرد (مولایی، ۱۳۹۲).

۲-۱۱-۲-۲- علل خانوادگی گرایش به اعتیاد

خانواده اصلی‌ترین نقش را در تربیت فرزندان دارد. یک خانواده سالم خانواده‌ای است که همه امور و فعالیت‌های آن منطبق با موازین و معیارهای حاکم بر جامعه باشد. یافته‌های تحقیقات حاکی از آنند که ۴۴ درصد بزهکاران جامعه در خانواده‌های بی‌بند و بار زندگی می‌کرده‌اند. بی‌توجهی والدین به تربیت فرزندان عواقب وخیمی در آینده فرزندان به دنبال خواهد داشت. نوع شغل پدر و مادر، وضعیت مسکن، کثرت یا قلت اولاد، همسایگان، ساکنان دیگر منزل، ویژگی‌های 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، ازهم‌پاشیدگی و سردی خانواده، جدایی والدین و عدم پیوستگی اعضای خانواده، و سست بودن ارکان خانواده از عوامل مهمی می‌باشند که زمینه انحراف و کجروی را در فرد ایجاد می‌نمایند. تحقیقات نشان می‌دهند که افراد معتاد بیش از افراد غیرمعتاد به خانواده‌های ازهم‌پاشیده و بی‌ثبات تعلق دارند. یکی دیگر از زمینه‌های اعتیاد فرزندان، اعتیاد پدر، مادر و یا اعضای خانواده می‌باشد. امروزه نهاد خانواده در غرب از جایگاه اصلی خود دور شده است. به هم‌خوردن نظم خانوادگی، سست شدن پایه این نهاد اساسی، شانه خالی کردن جوانان از قبول مسئولیت ازدواج، منفور شدن مادری، کاهش علاقه پدر و مادر و به ویژه مادر به فرزندان، جانشین شدن هوس‌های سطحی به جای عشق، و افزایش طلاق سبب گردیده‌اند که در این جوامع، نهاد خانواده کارکرد خود را در مورد کنترل آسیب‌های اجتماعی از دست بدهد. اما در جامعه ایران که یک جامعه اسلامی است و تعالیم اسلامی ارزش‌های خانوادگی را به بهترین وجه بیان کرده و مورد تأکید قرار داده است، نباید شاهد سست شدن پایه‌های خانواده بود. به طوری که بیش از چهار هزار دستورالعمل به صورت مستقیم درباره خانواده و ارزش‌های حاکم بر آن بیان شده است. در نتیجه پژوهشی که از ۸۰۰ کودک بزهکار به عمل آمده، معلوم شد که ۶۵ درصد مادران‌شان طلاق گرفته یا در حال جدایی بوده‌اند. بررسی دیگر نشان می‌دهد که ۸۸ درصد کودکان مجرم دارای پدر و مادری بوده‌اند که از هم جدا زندگی کرده و بین آن‌ها اختلاف نظر و ستیزه وجود داشته است (ستوده، ۱۳۹۴). در ذیل به برخی عوامل زمینه‌ساز گرایش فرد به اعتیاد در خانواده اشاره می‌گردد:

- عدم پایبندی خانواده‌ها به آموزه‌های دینی

مطالعات و تحقیقات نشان می‌دهند، تا زمانی که اعضای خانواده پایبند به اعتقادات مذهبی خود باشند، خود و فرزندان‌شان به فساد و بزهکاری روی نمی‌آورند. در پژوهشی که توسط مرکز ملی تحقیقات اجتماعی کشور مصر در سال ۱۹۵۹ صورت گرفت، ۷۲ درصد نوجوانان بزهکار، که به دلیل سرقت و دزدی توقیف و یا زندانی شده بودند، نماز نمی‌گزاردند و ۵۳ درصد آنان در ماه رمضان روزه نمی‌گرفتند. به هر حال، این اندیشه که کاهش ایمان مذهبی یکی از علل عمده افزایش نرخ جرم در جوامع پیشرفته و غربی است، نظری عمومی است. تحقیقات صورت گرفته در کشور نیز مؤید همین نظریه است. بنابراین، افزایش انحرافات اجتماعی از جمله گرایش به اعتیاد می‌تواند ناشی از عدم پایبندی خانواده‌ها به آموزه‌های دینی باشد (مولایی، ۱۳۹۲).

- کمبود محبت در خانواده

بسیاری از صاحب‌نظران در مسئله بزهکاری، کمبود محبت و ضعف عاطفی را ریشه اصلی جرم و انحراف دانسته‌اند. تحقیقی از غرب درباره بزهکاران نشان داده است که ۹۱ درصد مجرمان در ارتباط با جرم به نحوی دچار مشکل عاطفی بوده‌اند. فرد در خانواده زمانی که نیازهای عاطفی‌اش برآورده نشود، مجبور می‌شود دست نیاز به سوی دیگران دراز نماید. در این زمان است که شکارچیان از این موقعیت‌ها سوء استفاده می‌کنند و با ارتباط عاطفی دروغین افراد را به سوی انحراف می‌کشانند (صفا، ۱۳۹۵).

- افراط در محبت

زیاده‌روی در محبت نیز خود مانند کمبود محبت اثر منفی بر تربیت فرزندان دارد، به نحوی که فرزند همیشه متکی به پدر و مادر می‌باشد و هیچ‌گاه احساس استقلال و بزرگ‌منشی نخواهد کرد. زمانی که چنین فردی وارد جامعه شود و در این موقعیت از محبت‌های پدر و مادر به دور باشد، احساس کینه و عقده‌جویی می‌نماید و برای جبران این مسئله دست به هر خلاقی خواهد زد (مولایی، ۱۳۹۲).

- تبعیض بین فرزندان

این مسئله نیز یکی دیگر از مواردی است که فرد در خانواده احساس حقارت و حسادت می‌نماید. توجه نکردن به این امر خود می‌تواند زمینه اعتیاد در اعضای خانواده را ایجاد نماید (ستوده، ۱۳۹۴).

- محدود کردن فرزندان

همان‌گونه که آزادی بی‌حد و حصر منجر به گرایش فرد به انحرافات اجتماعی می‌شود، محدود بودن نیز می‌تواند عامل گرایش فرد به انحرافات اجتماعی باشد؛ زیرا از سویی، محدود بودن منجر به فعال شدن حس کنجکاوی فرد و از سوی دیگر، منجر به بروز مشکلات عاطفی می‌شود. کنترل بیش از حد فرزندان سبب می‌شود که فرد وابسته به کنترل خارجی (زور) باشد؛ یعنی تا زمانی که از طریق اعمال زور

رفتارش تحت کنترل است، دست به عمل منحرفانه نمی‌زند، اما به محض اینکه کنترل والدین ضعیف شود و یا والدین به دلیل اشتغالات فرصت کنترل را نداشته باشند، خود را رها می‌یابد و به رفتارهای انحراف‌آمیز روی می‌آورد؛ زیرا از کودکی حس کنترل درونی (وجدان) او خاموش بوده و همیشه به کنترل خارجی و احتمالاً زور وابسته بوده است (مولایی، ۱۳۹۲).

– 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 مؤثر دارند. نتایج تحقیقات نشان می‌دهند که، بسیاری از معتادان در خانواده، افراد معتاد، از قبیل پدر، مادر، پدربزرگ و غیره داشته‌اند (نادری و همکاران، ۱۳۹۴).

– 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. بهترین دلیل این مدعا افزایش روزانه درصد معتادان در جوامع صنعتی غرب است که با رشد صنعت، روابط انسانی ضعیف‌تر می‌گردد. همچنین افرادی که درآمد بیش از حد دارند، موقعیت و زمینه مساعدتری برای شرکت در کلوپ‌های شبانه و یا تفریحات متنوع در داخل یا خارج 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. خداوند در قرآن کریم، رفاه‌طلبی را به شدت مورد حمله و نکوهش قرار می‌دهد و آن را عامل مستقیم در ایجاد طغیان، فساد و ظلم و کژی‌ها معرفی می‌نماید. همچنین در متون دینی آمده است که رفاه‌طلبی و زندگی مرفهانه سبب طغیان در برابر خداوند، سیطره شهوات بر انسان، همراهی با ظالمان، فاسقان و کافران، لذت‌گرایی، غرق شدن در کامیابی‌ها و نیز اقدام به کجروی‌ها می‌شود. پیامبر اکرم (صلی‌الله‌علیه‌وآله) در فرازی می‌فرماید: من از ثروت بیش از حد، بیش از فقر برای شما هراسان هستم و آن را موجب هلاکت و سقوط می‌دانم، و نیز امام علی (علیه‌السلام) فزونی ثروت را مایه هلاکت، طغیان و فنا دانسته است (راوید، ۱۳۹۵).

- بی سواد یا کم سواد والدین

تحصیلات پایین یا بی سواد نقش مهمی در فرهنگ عمومی جامعه و همچنین در حریم خانواده و تربیت فرزندان دارد. بی سواد و کم سواد 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 سواد والدین منجر به مسائلی از قبیل: روش های غیرمنطقی در تربیت فرزندان، پی نبردن به نیازهای روانی فرزندان، نپذیرفتن تغییرات در نگرش های جوانان و تأکید 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.

غالب تحقیقات نشان می دهند که بیشتر معتادان، والدین شان بی سواد و کم سوادند. پدر ۶۴ درصد معتادان و مادر ۸۳ درصد آن ها بی سواد می باشند و علاوه بر آن، ۵۱ درصد معتادان خود بی سواد بوده اند و یا دارای تحصیلات قدیمی و ابتدایی هستند. همچنین ۴۰ درصد همسران ایشان نیز بی سواد بوده اند (نادری و همکاران، ۱۳۹۴).

- 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 مؤثرند. اما در سطح کلان، فقر و انحرافات هر یک معلول تلقی شده، در یک چرخه علی و معلولی قرار می گیرند. بر اساس این گونه 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 پژوهش ها در عین حال که مؤید وجود رابطه مستقیم بین فقر و انحرافات نیست، اما وجود همبستگی میان آن دو را تأیید می - نماید. 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 تأثیرگذار است. در رویکرد دینی نیز این همبستگی میان فقر و انحرافات اجتماعی مورد تأیید است؛ بر این اساس، فقر انگیزش روی آوری به کجروی را افزایش می - دهد. همچنان که رفاه طلبی و ثروتمند بودن در گرایش فرد به سوی انحرافات اجتماعی، انگیزه ای بسیار

قوی می‌باشد. همان‌گونه که فقر می‌تواند فرد را به سوی قاچاق مواد مخدر و اعتیاد بکشانند، خود نیز یکی از عواقب اعتیاد می‌باشد؛ یعنی رابطه‌ای دوسویه بین فقر و اعتیاد وجود دارد، به گونه ای که هرگاه فرد فقیر به دلیل مشکلات مالی به اعتیاد روی آورد، اعتیاد باعث فقر هر چه بیشتر او می‌شود؛ زیرا از سویی، مصرف مواد مخدر نیازمند به صرف هزینه می‌باشد و از سوی دیگر، فرد معتاد ضعیف شده است و اراده کار کردن ندارد. آمارهای موجود تأییدکننده ارتباط بین اعتیاد و فقر می‌باشند (راوید، ۱۳۹۵).

– ستیزه والدین

خانواده، حریم امن و آرامش است. ستیزه و اختلاف در خانواده از علل مهم گرایش افراد به ناهنجاری‌ها و اعتیاد است. افراد پرورش‌یافته در خانواده نابسامان و ازهم‌گسیخته زمینه‌های بیشتری در گرایش به انحراف و اعتیاد دارند. طبق یافته‌های تحقیقی ۴۴ درصد بزهکاران جامعه در خانواده‌های لاابالی زندگی می‌کنند. همچنین در پژوهش دیگری نشان داده شده است که ۸۲ درصد معتادان، ستیزه‌های خانوادگی را در فرار فرزندان و روی آوردن به اعتیاد مؤثر می‌دانند. زمانی که محیط خانواده، محیط مناسبی برای زندگی نباشد، فرد سعی می‌کند بیشترین وقت خود را در خارج از خانه صرف نماید و این کار، ارتباط افراد را با شکارچیانی که به دنبال شکار می‌گردند، مهیا می‌سازد. باید توجه داشت که هر قدر ستیزه‌های خانوادگی بیشتر باشد، احتمال کشش افراد به طرف مصرف مواد مخدر و دیگر انحرافات اجتماعی بیشتر است (راوید، ۱۳۹۵).

۲-۱۱-۳- علل اجتماعی گرایش به اعتیاد

از آن‌رو 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 اعتیاد مؤثرند. فاصله یک جوان تهرانی با مواد مخدر ۱۰ دقیقه می‌باشد. یعنی یک جوان تهرانی از لحظه‌ای که تصمیم به مصرف دارو یا مواد می‌گیرد، تا به دستش برسد، بطور میانگین ۱۰ دقیقه طول می‌کشد. در کشور ایران ۱۰ میلیون معتاد تفننی و ۳ تا ۶ میلیون معتاد رسمی وجود دارند، دامنه اعتیاد از خوابگاه‌های دانشجویی دخترانه هم گذشته و به مدارس راهنمایی و دخترانه کشیده شده است. این آمار تلخ بیانگر حقیقتی تلخ-تر می‌باشند؛ مردم ایران در جامعه‌ای زندگی می‌کنند که ایشان را به اعتیاد ترغیب می‌کنند. در واقع تسهیلات و امکانات مهمی (شامل مواد اعتیادآور و مصرف‌کنندگانی که از چند طریق می‌توانند موجب اعتیاد اشخاص سالم و ادامه اعتیاد بیماران گردند) جهت شروع اعتیاد و ادامه آن در کشور فراهم است! درصد بسیار بالایی از بیماران به عامل دوست معتاد، محیط آلوده و فراوانی مواد در جامعه، به عنوان علت شروع و ادامه اعتیاد و نیز اعتیاد مجدد اشاره کرده‌اند. تعداد بالای معتاد و مقدار زیاد مواد مخدر در جامعه، عامل و معلول گسترش اعتیاد می‌باشد. وقتی همه جا بساط مصرف مواد پهن است؛ از جشن

عروسی گرفته تا پارتی‌ها و مراسم‌های مختلف، از کارگاه‌های کوچک تولیدی کفش و پوشاک تا کارخانه‌های صنعتی کوچک؛ شخص یک جا از قبول پیشنهاد دیگران امتناع می‌کند، در جای دوم وسوسه خود را مهار کرده، و در جای سوم بالاخره تسلیم می‌شود (جدیری اسلامی، ۱۳۹۳).

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

- دسترسی آسان به مواد مخدر

در دسترس بودن 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، استان و محله جغرافیایی، نقش قوانین، نحوه اجرا و قاطعیت قوانین، و برنامه‌ریزی‌های مسئولان برای مهار مواد مخدر (مولایی، ۱۳۹۲).

- 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 در این فرصت 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 روی‌آوری فرد به سوی اعتیاد گردد (مولوی، ۱۳۸۸).

- 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. عامل نابرابری به طور مستقیم منجر به اعتیاد فرد نمی‌گردد، اما می‌تواند زمینه‌ساز فقر و مشکلات عاطفی گردد. از این‌رو، به طور غیرمستقیم عاملی در گرایش افراد به اعتیاد مواد مخدر محسوب می‌شود. اختلاف طبقاتی در هر جامعه، به بی‌ایمانی بیشترین افراد آن جامعه نسبت به شرایط اقتصادی موجود منتهی می‌شود. همین بی‌ایمانی نسبت به شناخت اجتماعی در گرایش به اعتیاد تأثیر بسزایی دارد. مطالعات اجتماعی نشان می‌دهند، در کشورهایی که توزیع ثروت به صورت عادلانه صورت نمی‌گیرد، هر روز فقرا فقیرتر و اغنيا ثروتمندتر

می‌شوند، فاصله طبقاتی فزونی می‌یابد و به علت عدم آموزش‌های اجتماعی و ضعف فرهنگی و فقدان احساس همبستگی ناشی از مادی‌گرایی^۱ و فردگرایی^۲ - که از ویژگی‌های جوامع در حال توسعه است - افراد قادر به هدایت درست ستیز علیه این بی‌عدالتی اجتماعی نیستند. در نتیجه، ارزش‌های اجتماعی فاقد اعتماد می‌شوند، نظارت اجتماعی سست می‌گردد و بزهکاری و تبهکاری عمومیت پیدا می‌کنند (راوید، ۱۳۹۵).

- محیط جغرافیایی و محل سکونت

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 مسئله 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 استعدادها و 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 کمتر وجود دارند و جوانان برای گذران اوقات فراغت خود به اجبار به طرف اعتیاد کشانده می‌شوند. از سوی دیگر، غالباً این گونه مکان‌ها از طرف نیروی انتظامی کمتر نظارت 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 (نادری و همکاران، ۱۳۹۴).

- 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 مصرف 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. مصرف‌کنندگان مواد برای گرفتن تأیید رفتار خود از دوستان سعی می‌کنند، آنان را وادار به همراهی با خود نمایند. نظریه همنشینی افتراقی^۳ مؤید این دلیل می‌باشد. در این نظریه، کجروی و

^۱ objectivism

^۲ individualism

^۳ differential companion

انحراف اجتماعی ناشی از آن است که فرد رفتار نابهنجاری را در خلال فرایند جامعه‌پذیری و یادگیری فراگرفته و آن را از طریق همانندسازی یا درونی کردن ارزش‌ها، در درون خود جایگزین کرده است و به صورت رفتار بروز می‌دهد. در این تحلیل، خانواده، دوستان و گروه همسالان بیشترین نقش را بر عهده دارند. گروه همسالان، بخصوص در شروع مصرف سیگار، بسیار مؤثرتر است. بعضی از دوستی‌ها صرفاً حول محور مصرف مواد شکل می‌گیرد (برفی، ۱۳۸۲؛ به نقل از شاهنده و گل‌پرست، ۱۳۹۴).

۲-۲-۱۲ اعتیاد و جامعه

سازمان بهداشت جهانی مسئله مواد مخدر، اعم از تولید، توزیع و مصرف، را در کنار سه مسئله جهانی دیگر یعنی تولید و انباشت سلاح‌های 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 جدی قرار داده است (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۹). بر اساس تعریف سازمان ملل متحد در سال ۱۹۵۰ میلادی اعتیاد، مسمومیت حاد یا مزمنی که به علت استعمال مداوم یک دارو، اعم از طبیعی یا صنعتی، ایجاد می‌شود و به حال شخص و اجتماع زیان‌بخش است.

به عبارت دیگر، اعتیاد عبارت است از وابستگی به موادی که مصرف مکرر آن با کمیت مشخص و در زمان‌های معین، از نظر مصرف‌کننده، ضروری است و ویژگی‌های مختلفی دارد، از جمله:

- ایجاد وابستگی جسمی؛
 - ایجاد وابستگی روانی؛
 - بالا رفتن آستانه تحمل نسبت به مواد مصرفی و بالا رفتن تدریجی دوز مصرفی؛
 - بی‌قراری برای تهیه ماده مورد نیاز به هر شکل و از هر طریق ممکن؛
 - تأثیر مخرب ماده مصرفی بر مصرف‌کننده، خانواده و جامعه.
- بنابراین معتاد کسی است که از راه‌های گوناگون نظیر خوردن، دود کردن، تزریق یا استنشاق، یک یا چند ماده مخدر را به صورت مداوم مصرف می‌کند و در صورت قطع آن، با مسائل جسمانی، رفتاری یا هر دو مواجه می‌شود.

وابستگی و اعتیاد به سوءمصرف مواد مخدر به صورت قابل توجهی در جهان رو به گسترش است. دفتر مواد مخدر و جرائم سازمان ملل ۱ در سال ۲۰۱۰ میلادی، افراد وابسته به سوءمصرف مواد مخدر در جهان را بیش از ۲۲۰ میلیون نفر برآورد کرده است.

در ایران آمار و ارقام متفاوت و بعضاً متناقضی از میزان گستردگی و شیوع اعتیاد به سوءمصرف مواد

¹. United Nations Office on Drugs and Crime

مخدر وجود دارد. طبق گزارش وزارت بهداشت در سال ۱۳۹۱، تعداد معتادان دائمی در ایران که مصرف روزانه مواد مخدر دارند بین دو میلیون تا دو میلیون و دویست هزار نفر است (خبرگزاری فارس، ۱۳۹۱).

برآورد ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری در فروردین ۱۳۹۲ از میزان شیوع اعتیاد در ایران، یک میلیون و ۳۲۵ هزار نفر بوده است و گفته می‌شود حدود ۷۰۰ هزار مصرف‌کننده تفننی را نیز می‌توان به این رقم اضافه کرد. (پورتال ستاد پیشگیری از مواد مخدر، ۱۳۹۳)

۲-۲-۱۲-وضعیت اعتیاد زنان در جامعه

تا اوایل دهه ۱۹۹۰ میلادی، پژوهش‌ها در حوزه اعتیاد بیشتر متمرکز بر جمعیت مردان بوده است. از ۱۹۹۴ میلادی با تأکید سازمان بهداشت جهانی، پژوهش‌های معطوف به جمعیت‌های زنان و بذل توجه و اهمیت به نقش تفاوت‌های جنسیتی رو به رشد بوده است (مزینانی، ۱۳۸۹).

احتمالاً یکی از مهم‌ترین دلایل این تغییر رویکرد ناشی از افزایش میزان آسیب‌پذیری و روند رو به رشد اعتیاد زنان در اثر تغییرات اجتماعی در دوران اخیر بوده است.

در ایران نیز تغییرات و تحولات اجتماعی در دهه‌های اخیر و تحول نقش‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی که در کل جامعه و به ویژه در میان زنان بروز کرده است، به‌طورمستقیم و یا غیر مستقیم به گسترش دامنه اعتیاد در میان زنان منجر شده است.

با این حال در پژوهش‌های مربوط به اعتیاد، زنان تنها گروه کوچکی از افراد مطالعه را تشکیل می‌دهند و عموماً محدود به مواردی هستند که به‌وسیله مراجع ذی‌صلاح دستگیر شده و در زندان به‌سر می‌برند و یا تحت درمان قرار دارند؛ در این مطالعات نیز عموماً بررسی ویژگی‌های جنسیتی اعتیاد زنان مورد غفلت واقع شده است (حجتی و همکاران، ۱۳۹۰).

آمارهای موجود از وضعیت اعتیاد زنان در جامعه هرچند ناقص و متناقض‌اند و قابلیت اتکای چندانی ندارند اما در این امر هم عقیده‌اند که افزایش اعتیاد به مواد مخدر و به‌ویژه روان‌گردان‌ها در میان زنان جامعه با سرعت بسیار زیادی در حال رشد هستند.

به‌طورکلی آمار موجود حاکی از آن است که زنان ۹ درصد مصرف‌کنندگان مواد مخدر در جامعه را تشکیل می‌دهند و گفته می‌شود وابستگی زنان به سوءمصرف مواد در طول یک دهه اخیر، به‌طور میانگین چهار برابر شده است. (پورتال ستاد پیشگیری از مواد مخدر، ۱۳۹۳)

برخی مطالعات در جمعیت‌های محدود زنان به‌ویژه در شهرهای بزرگ اذعان دارند که الگوهای رایج اعتیاد در حال دگرگونی است و نمودهای جدیدی از وابستگی به مواد در حال ظهور و بروز است. افزایش گرایش اقشاری از دختران و زنان جوان متعلق به طبقه متوسط مانند دانشجویان دختر در ایام امتحانات به سوءمصرف مواد از جمله این نمودهای جدید است. (گروسی، ۱۳۹۰ و رحیمی موقر،

روند افزایشی اعتیاد با چنین شیب تندی، توجه ویژه به مسئله اعتیاد زنانه را ضروری می‌سازد و لازم است ویژگی‌های متفاوت جنسیتی مؤثر در ابتلا به وابستگی به مواد مخدر مشخص شده و مداخلات پیشگیرانه، متناسب با جنسیت زنانه بر اساس ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی طراحی و پیاده شود. این امر به‌ویژه زمانی اهمیت دوچندان می‌یابد که بدانیم به‌لحاظ فیزیولوژیک که مرتبط با جنس است، زنان مقاومت کمتری نسبت به مردان در برابر آسیب‌های مواد مخدر دارند و همچنین مدت زمان اعتیاد و وابستگی کامل آنان از اولین مصرف بسیار کوتاه‌تر از مردان است. در عین حال به‌دلیل ویژگی‌های جنسیتی مثل مشکلات جسمی و یا حمایت همسران و خانواده، درمان آنان بسیار دشوارتر است. در ادامه به مرور برخی ویژگی‌های جنسیتی زمینه‌ساز سوءمصرف مواد در میان زنان براساس پژوهش‌های پیشین می‌پردازیم. پیش از آن لازم است به‌طور مختصر به تفاوت میان دو مفهوم «جنس» و «جنسیت» اشاره شود. به‌خصوص که شاید بتوان ریشه بسیاری از زمینه‌های گسترش مواد مخدر را در کلیشه‌های جنسیتی مورد تأکید جامعه و فشارهای فرهنگی و اجتماعی ناشی از آن، تبیین کرد.

۲-۲-۱۳ جنس و جنسیت

جنس^۱، مجموعه‌ای از صفات بیولوژیک و جنسیت، مجموعه‌ای از صفات اکتسابی فرهنگی، روان‌شناختی و اجتماعی است. جنس به‌طور زیست‌شناختی تعیین می‌شود و جنسیت حاصل فرهنگ و جامعه است. در واقع واژه «جنس» باید به ابعاد بیولوژیکی مردانگی و زنانگی فرد محدود شود و «جنسیت» به صفات و ویژگی‌های اجتماعی دو جنس اطلاق گردد. به بیان دیگر، واژه «جنسیت» به اجزای غیر فیزیولوژیکی جنس اشاره دارد که از نظر فرهنگی، برای مردان یا زنان مناسب تشخیص داده می‌شود. جنسیت در واقع، مجموعه انتظاراتی است از مرد و زن نوعی که در موقعیتی معین، چه باید بکند. اصطلاح جنس بر تفاوت‌های بیولوژیک میان زن و مرد دلالت دارد، حال آن‌که جنسیت، ناظر بر ویژگی‌های شخصی و روانی است که جامعه، آن‌ها را تعیین می‌کند. شاید بتوان گفت اصطلاحات مناسب برای جنس، «مذکر» و «مؤنث» و برای جنسیت، «مردانه» و «زنانه» هستند (گرت، ۱۳۷۹).

به‌نظر می‌رسد در زمینه گرایش به سوءمصرف مواد مخدر، زنان هم از نظر بیولوژیک و ویژگی‌های معطوف به جنس و هم از نظر ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی معطوف به جنسیت تفاوت‌هایی وجود دارد.

آن‌چه که زنان را به‌لحاظ جسمی در روند وابستگی، مشکلات جسمی و فیزیکی و روند درمان آسیب‌پذیر می‌سازد در وجه تفاوت‌های جنسی قابل توجه است و از طرف دیگر نقش‌های اجتماعی و فرهنگی و چالش‌های محیط اجتماعی متفاوت منجر به اعتیاد زنان را می‌توان در کلیشه‌های جنسیتی

^۱. sex

جامعه هدف و تعاریف از مطلوبیت آن‌ها جستجو کرد.

این تفاوت‌ها، باید در بررسی چگونگی گسترش مواد مخدر و زمینه‌های رشد اعتیاد مورد توجه قرار گیرد و در نتیجه در راهبردهای درمان اثرگذار باشد و در عین حال در برنامه‌های پیشگیری بر اساس انگیزه‌های متناسب با متغیر جنسیت مورد تأکید قرار گیرد.

۲-۲-۱۴ تفاوت‌های جنسیتی در زمینه‌های گرایش به مواد مخدر

مطالعات اجتماعی موجود، زمینه‌ها و عوامل گرایش زنان به سوءمصرف مواد مخدر را بیش از هر چیز ناشی از وضعیت آشفته و مغشوش بسترهای خانوادگی قلمداد کرده‌اند و اغلب قائل به وجود رد پای یک مرد در اعتیاد زنان هستند. گفته می‌شود اغلب زنان معتاد مجرد، پدر یا برادر معتاد دارند و یا مورد یک بزه اجتماعی واقع شده‌اند و اکثر زنان معتاد متأهل، توسط همسرانشان آلوده می‌شوند (پیرصالح، ۸۷ و شیرزاد، ۸۹).

اگرچه نقش اثرگذار مردان در زندگی زنان، به‌ویژه در جایگاه همسر قابل انکار نیست و شاید به‌دلیل فقدان حمایت‌های اجتماعی، بسیاری از زنان زندگی و همراهی با همسر معتاد را به تنش و درگیری و یا جدایی ترجیح دهند، اما ضرورت دارد در رابطه با اعتیاد به مواد مخدر جدید که سهم قابل توجهی در روند افزایشی و رو به رشد اعتیاد زنانه دارد، با احتیاط بیشتری نسبت به چنین تحلیل‌هایی مواجه شد و از چنین تقلیل‌گرایی‌هایی پرهیز کرد.

شاید بتوان در این زمینه برای کلیشه‌های جنسیتی رایج مدرن - که برخلاف کلیشه‌های جنسیتی سنتی کمتر به چالش کشیده می‌شوند - و همچنین سردرگمی در هویت‌های جنسیتی و فشار اجتماعی و فرهنگی دستیابی به الگوی موفق و مطلوب زنانه، نقش بیشتر و مؤثرتری قائل شد.

بر اساس برخی پژوهش‌ها، اماکن زنانه‌ای همچون آرایشگاه‌ها، سالن‌های ورزشی، مجامع هنری و مراکز تفریحی به مهم‌ترین مراکز تبلیغ و توزیع برخی مواد مخدر از جمله شیشه با توجیه درمان چاقی و یا لاغری و رسیدن به اندام متناسب یا دستیابی به پوست شاداب، افزایش انرژی و... تبدیل شده‌اند (نوری و همکاران، ۱۳۹۰).

از طرف دیگر فشارهای مضاعف ناشی از نقش‌های چندگانه زنان، رقابت برای دستیابی به موقعیت‌های پیشرفت، سرخوردگی‌های ناشی از موقعیت‌های غیرعادلانه و نابرابر و... نیز از جمله عوامل پر ریسک پیش روی زنان است.

بر اساس پژوهشی که در سال ۱۳۸۹ در میان زنان معتاد شهر تهران انجام شده است، علل شروع به مصرف مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند. در این مطالعه، انگیزه حدود نیمی از این زنان (۴۷/۸ درصد) «لاغری» عنوان شده است. «افزایش تمرکز»، «کنجکاوی»، «افزایش قدرت جنسی» از دیگر دلایل پر بسامد این مطالعه بوده است. «افزایش حافظه و سایر قوای ذهنی»، «کارایی بیشتر»، «افزایش انرژی»،

«شب بیداری» در مرتبه‌های بعدی قرار گرفته‌اند و در نهایت «ترک سایر مواد مخدر»، «افسردگی»، «شادابی پوست»، «اضطراب» از دیگر دلایل آغاز مصرف ذکر شده‌اند (نوری و همکاران، ۱۳۸۹).

با توجه به وجهه جهانی تحولات و تغییرات اجتماعی و اثرگذاری برخی وجوه فرهنگی کشورهای غربی در مقیاس جهانی، مرور نتایج برخی پژوهش‌های انجام شده در این حوزه خالی از فایده نیست. بر اساس برخی از این مطالعات نیروهای منفی گروه همسالان ممکن است رفتار دختران و زنان را بیش از رفتار پسران و مردان تحت تأثیر قرار دهد. از نقطه نظر نابسامانی‌های روانی، رابطه بین اختلال فشار روانی پس از سانحه و اعتیاد ممکن است در بین زنان و دختران قوی‌تر از این رابطه در بین پسران و مردان باشد (براون، ۲۰۰۲).

اگرچه مردان فرصت‌های بیشتری برای دستیابی به مواد و سوءمصرف آن دارند، ولی قابلیت دسترسی به مواد برای زنان نیز افزایش یافته است تا جایی که احتمال تجربه مصرف مواد برای زنان نیز به سرعت در حال گسترش است.

میزان مصرف نیکوتین و الکل توسط زنان در حال نزدیک شدن به نرخ مصرف مردان است. استفاده غیرپزشکی زنان از مسکن‌ها و آرام‌بخش‌ها و همچنین داروهای محرک رونگردان‌ها مساوی یا اغلب بیشتر از استفاده مردان از این داروهاست. در سال ۱۹۶۷ میلادی بیش از دو سوم از این قبیل نسخه‌ها برای زنان بیمار نوشته شده است. میزان مصرف مواد مخدر در بین نوجوانان دختر و پسر به‌طور بسیار نگران‌کننده‌ای نزدیک به یکسان شدن است. بر اساس برخی پژوهش‌ها ورود دختران جوان نسبت به پسران جوان در اعتیاد هروئین، پیشی گرفته است (کوهن، ۱۳۸۲).

عوامل عاطفی یک عامل تعیین‌کننده برای مصرف مواد مخدر در بین دختران جوان است. دختران جوان ممکن است بیشتر به پاسخ‌های کلیشه‌ای به فشارهای روانی در استفاده از مواد مخدر متمایل و مستعد باشند؛ تاحدی که دختران جوان تمایل بیشتری در استفاده از داروها و مواد برای فرار عاطفی نشان می‌دهند (براون، ۲۰۰۲).

اگرچه استفاده زنان از مواد مخدر و الکل در حال افزایش است، اختلاف‌های جنسیتی عمده‌ای هنوز در این زمینه وجود دارد. در مقایسه با مردان احتمال کمتری وجود دارد که زنان از مواد مخدر استفاده کنند. به مجردی که زنان سوءمصرف مواد را آغاز می‌کنند، نسبت به مردان سریع‌تر گرایش به اعتیاد را نشان می‌دهند و نیز زودتر از آنان پیامدهای منفی (از نقطه نظر پزشکی) را تجربه می‌کنند. همچنین، عواملی که خطر اعتیاد را برای زنان به‌دنبال دارد با عوامل خطر در مردان متفاوت است. همچنین در مقایسه با مردان، موانع درمان در زنان ممکن است مشکلات بیشتری را به همراه داشته باشد (چیرینوو همکاران، ۱۳۸۲).

نیکوتین یک مثال جالب از تغییرات جنسیتی در استفاده از مواد مخدر است. اگر چه نیکوتین از اوایل

¹. Brown

کشت آن مورد استفاده بوده است، اما این ماده تا اواخر جنگ دوم جهانی توسط مردان استفاده شده است. استفاده زنان از نیکوتین از اواسط قرن بیستم، افزایش یافته است.

زنان به هنگام ترک اعتیاد (به دلیل دوره ماهیانه‌شان) در مقایسه با مردان کمتر به معالجه و روان درمانی و حتی جایگزین کردن نیکوتین، جواب می‌دهند. همچنین، زنان اغلب در هنگام ترک اعتیاد شوهرانشان بیشتر حامی و پشتیبان هستند تا شوهران به هنگام تلاش زنانشان برای ترک اعتیاد (نوری و همکاران، ۱۳۸۶).

شاخص مهم دیگر استفاده زنان از مواد مخدر، محل جغرافیایی است. الگوهای مختلف سوء مصرف مواد مخدر، به در دسترس بودن این مواد بستگی دارد.

ترکیب عوامل ژنتیکی، روان‌شناختی و اجتماعی برخی زنان را نسبت به اعتیاد از دیگر زنان آسیب‌پذیرتر می‌سازد. محققان توافق دارند که برخی از افراد ضعف ژنتیکی و فردی نسبت به اعتیاد دارند.

دختران و زنان مصرف‌کننده مواد مخدر و الکل از نوجوانی تا سالخوردگی تحت تأثیر روابط در زندگی‌شان قرار دارند. به نظر می‌رسد دختران نوجوان نسبت به فشار گروه همسالان در مقایسه با پسران، آسیب‌پذیرتر هستند و ممکن است به منظور احساس پذیرفته شدن در گروه همسالان، اعتیاد را تجربه کنند. همچنین، زنان معتاد و الکلی نسبت به مردان احتمال بیشتری دارد که دوست جنسی یا شریک جنسی داشته باشند (براون، ۲۰۰۲).

زنان جوان گرایش دارند تا توسط مردی مسن‌تر که با او روابط صمیمانه و نزدیک دارند با مواد مخدر آشنا شوند. زنان معتاد به هروئین، از طریق دوستی نزدیک که با او ارتباط جنسی داشته‌اند و یا دوستی از جنس مخالف با هروئین آشنا شده‌اند؛ این در حالی است که مردان معتاد به هروئین بیشتر از طریق آشنایان و دوستان هم‌جنس با مواد مخدر آشنا شده‌اند. علاوه بر این زنان معتاد در مقایسه با مردان معتاد بیشتر احتمال دارد برای خرید هروئین پول دریافت دارند و حتی در سوء مصرف مواد مورد حمایت قرار گیرند همچنین این احتمال در زمینه استفاده مشترک همسران از سرنگ در بین زنان بیشتر از مردان معتاد است. تحقیق دیگری در این زمینه نشان می‌دهد که زنان معتاد تزریقی معمولاً با مردی که مصرف تزریقی دارد روابط جنسی برقرار می‌کنند. این نتایج دارای معانی ضمنی مهمی در خصوص آسیب‌پذیری زنان به مواد است. در واقع، زنان گرایش دارند تا از طریق روابط نزدیک و صمیمانه، با مواد مخدر و الکل آشنا شوند، که این امر می‌تواند به طور بالقوه نتایج مصیبت‌باری برای سلامتی آنان در بر داشته باشد. مجموعه‌ای از تحقیقات درباره زنان معتاد نشان می‌دهد که زنان معتاد و الکلی، نسبت به دیگر زنان میزان بیشتری از خشونت را تجربه و تحمل می‌کنند. برآورد شده است که تا ۹۰ درصد زنان دارای مسائل و معضلات ناشی از مصرف مواد، حداقل یک بار در زندگی‌شان مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته‌اند (همان).

نتایج مطالعه‌ای درباره درمان زنان معتاد دریافت که پیش از درمان، تقریباً تمامی افراد مورد مطالعه درگیر

خشونت به عنوان قربانی یا تحت تأثیر رفتارهای سوء جنسی، فیزیکی و کلامی (لفظی)، بوده‌اند. افرادی که به طور مکرر خشونت را متحمل شده‌اند یا کسانی که قربانی خشونت فیزیکی و جنسی به طور هم‌زمان بوده‌اند، در مقایسه با دیگران بیشتر در معرض خطر مصرف مواد قرار می‌گیرند. زنان معتاد در مقایسه با دیگر زنان، مسائل و معضلات روانی بیشتری دارند. مشخص شده است که اختلالات افسردگی یا اضطراب شایع‌ترین بیماری در نزد زنان معتاد به مواد است. یک مطالعه ملی در آمریکا نشان می‌دهد که زنان نسبت به مردان به احتمال بیشتری دچار بیماری‌های افسردگی و اضطراب بوده‌اند. ممکن است بیماری‌های روانی مانند افسردگی در زنان، پیش از استفاده از مواد نیز وجود داشته باشد. درحالی‌که مردان به احتمال زیاد، ابتدا اعتیادشان را گسترش می‌دهند که ممکن است به افسردگی ثانویه منجر شود. این مطالعه نشان می‌دهد زنان معتادی که سابقه سوء استفاده جنسی داشته‌اند، اغلب افسردگی عمیق و مزمنی را تجربه کرده‌اند و نیز سطح بالایی از اضطراب و نگرانی در آن‌ها تشخیص داده شده است، درحالی‌که مردان معتاد دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی مشخص شده‌اند (حجتی و همکاران، ۱۳۹۰).

افسردگی همراه با مواد مخدر و الکل می‌تواند به آسیب‌پذیری بالایی نسبت به افکار و رفتارهای خودکشی منجر شود. همچنین افسردگی با مسائلی همچون خود انگاره و عزت نفس فرد ارتباط دارد. زنان معتاد اغلب حوادث خشونت‌بار تکان‌دهنده‌ای را از لحاظ روانی تجربه و تحمل کرده‌اند. همچنین در تعداد زیادی از معتادان، سابقه و تاریخچه‌ای از سوءاستفاده جنسی در کودکی، افسردگی و اضطراب دیده شده است.

۲-۲-۱۴ تفاوت‌های جنسیتی زنان در آسیب‌های ناشی از سوءمصرف مواد

آسیب‌های اعتیاد زنان از دو جنبه حائز اهمیت است. یکی از جنبه آسیب‌هایی که به خود فرد وارد می‌شود و دیگری با توجه به اهمیت نقش زنان در خانواده آسیب‌هایی است که به شبکه اطراف به خصوص خانواده و جامعه وارد می‌شود. پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی که از رهگذر زنان معتاد به اطرافیان به خصوص فرزندان وارد می‌شود با مشکلاتی که از ناحیه مردان با نقش‌های مشابه وارد می‌شود قابل مقایسه نیست.

آسیب‌های فردی اعتیاد در زنان نیز چه از جنبه مشکلات جسمی و روانی و چه از جنبه مسائل اجتماعی و خانوادگی به مراتب مخرب‌تر از موقعیت مشابه مردان است.

اعتیاد زنان، علاوه بر بیماری‌های سوء تغذیه، فشار خون بسیار بالا و سرطان، آنان را در معرض بیماری‌های خطرناکی مانند هیپاتیت و ایدز قرار می‌دهد. زنان معتاد در مقایسه با مردان احتمال بیشتری دارد دچار ایدز و دیگر بیماری‌های ناشی از روابط جنسی شوند و در مقایسه با زنان دیگر احتمال بیشتری وجود دارد که به بیماری‌های زنانه و معضلات آن دچار شوند.

زن مصرف‌کننده در فرهنگ ما به راحتی از خانواده و دوستانش طرد می‌شود. همچنین، زنان با توجه به مشکل درآمد و توانایی برای به دست آوردن مواد مخدر از راه‌های دیگر گاهی تن به کارهای ضد اخلاقی می‌دهند و به راحتی مورد استفاده سودجویان قرار می‌گیرند که مسلماً این باعث افزایش تخریب آن‌ها می‌شود و برگشت آن‌ها به زندگی سالم را سخت‌تر می‌کند (نوری و همکاران، ۱۳۹۰).

در زمینه مشکلات جسمی ناشی از اعتیاد، زنان علاوه بر مشکلات مشابه با مردان، در معرض بسیاری از آسیب‌های وابسته به جنس نیز هستند.

سوء مصرف مواد در بین زنان با بیماری‌هایی نظیر سوء تغذیه، فشار خون بسیار بالا و بیماری‌هایی که از طریق روابط جنسی انتقال می‌یابند، در ارتباط است. پیامدهای اعتیاد درباره سلامتی با سن در ارتباط هستند. مرگ در اثر مصرف مواد مخدر و الکل در زنان و دختران جوان، اغلب با مرگ تصادفی مانند تصادف اتومبیل، مصرف بیش از حد مواد و خودکشی متناظر می‌شود، در حالی که زنان میانسال الکلی، بیشتر از طریق بیماری‌های سرطان سینه و پوکی استخوان آسیب می‌بینند (همان).

سیگار کشیدن (همراه با مصرف مواد یا بدون آن) مخاطرات بسیاری برای سلامتی زنان ایجاد می‌کند. این امر اولین علت سرطان ریه است که از سرطان سینه به عنوان علت مرگ زنان در سال ۱۹۸۵ میلادی پیشی گرفت.

سرطان‌های دیگر، در ارتباط با سیگار کشیدن شامل سرطان نای، حفره دهان درونی، مری و سرطان دهانه رحم است. همچنین تنباکو خطر بیماری‌های قلبی و عروقی را زمانی که همراه با داروهای خوراکی ضد بارداری مصرف می‌شود، افزایش می‌دهد.

تزریق مواد و استفاده مشترک معتادان از سرنگ و همچنین رابطه جنسی این افراد زنان را در معرض خطر بیماری‌هایی چون هپاتیت و ایدز قرار می‌دهد. تا سال ۱۹۹۸ میلادی، تقریباً ۱۱۰۰۰۰ مورد بیماری ایدز در میان زنان نوجوان و بزرگسال آمریکایی تشخیص داده شده بود.

زنان مبتلا به ایدز بیشتر از مردان، از طریق مصرف تزریقی مواد (۴۷ درصد زنان در مقایسه با ۳۲ درصد مردان) یا از طریق تماس جنسی (۱۹ درصد زنان در مقایسه با ۲ درصد مردان) آلوده شده‌اند (حجتی و همکاران، ۱۳۹۰).

مصرف زیاد کوکائین و تریاک و همچنین الکل زیاد به طور منفی روی عملکردهای تکثیر و تولید مجدد تخمک در دوران پیش از یائسگی زنان (از طریق فعل و انفعالات مواد مخدر با هورمون‌ها و یا از طریق بیماری‌هایی چون بیماری‌های کبد یا سوء تغذیه)، تأثیر می‌گذارند. زنان معتاد در مقایسه با کل جمعیت، میزان زیادتری مشکلات و بیماری‌های زنانه دارند. مشکلات تکثیر و تولید مجدد تخمک، بی‌نظمی دوره قاعدگی، توقف زودهنگام قاعدگی و قاعدگی بدون تخمک‌سازی را شامل می‌شود.

در کنار همه این مسائل جسمی که در برخی موارد آسیب‌های مشترک و مشابه در مردان دیده می‌شود، آسیب‌های ناشی از اعتیاد با توجه به یکی از کارویژه‌های اصلی زنان که تولید مثل و پرورش و رشد

دادن نسل آینده است، بغرنج‌تر می‌نماید. این مسئله از هنگام بارداری آسیب‌های جسمی فراوانی هم برای خود زنان و برای کودکان در انتظار تولد ایجاد می‌کند.

اکثر مواد اعتیادآور به‌ویژه داروهای روان‌گردان و الکل به آسانی از جفت رد می‌شوند و می‌توانند تأثیری منفی بر رشد جنین بگذارند. درحقیقت توجه عمده به استفاده مواد در دوران بارداری، عبارت است از نتایج و پیامدهای منفی بالقوه‌ای که جنین را تهدید می‌کند. قرارگرفتن رحم در معرض داروها و موادی مانند الکل، کوکائین، آمفتامین و هروئین نیز با افزایش میزان سقط غیرعمدی و خودبه‌خود جنین، مرگ و میر پیش از زایمان، تولد نوزاد نارس، تولد نوزاد با وزن کم و مشکلات رفتاری و رشدی در کودکان، مرتبط است. همچنین، مصرف مواد به توانایی مادر در تغذیه و مراقبت از فرزندش آسیب می‌رساند.

در عین حال حتی اگر مادران کنترل و مراقبت از خود را در دوره بارداری در پیش گیرند، همچنان از آسیب‌های اعتیاد در امان نیستند. بدون درمان، خویشتن‌داری در مدت بارداری همیشه این معنا را نمی‌دهد که زن بهبود بلندمدتی را در زمینه مصرف مواد به‌دست آورده باشد. درحقیقت، حدود ۳۰ درصد مادران بعد از وضع حمل دوباره به سیگار کشیدن روی می‌آورند (نوری و همکاران، ۱۳۹۰).

پیامدهای خانوادگی و اجتماعی اعتیاد زنان نیز به‌مراتب عمیق‌تر از مردان است. شاید بتوان گفت آسیبی که در اثر اعتیاد زنان به مواد مخدر بر جامعه و محیط اجتماعی پیرامون مترتب می‌شود، کمتر از آسیب‌های فردی نیست. خانواده هسته اصلی و نهاد بنیادی هر جامعه است و زنان نقش محوری را در خانواده ایفا می‌کنند و پرورش و تربیت فرزندان نسل بعد که آینده‌سازان و سرمایه‌های آتی هر جامعه‌ای محسوب می‌شوند عموماً در دامن زنان صورت می‌گیرد.

اعتیاد زنان به سوءمصرف مواد مخدر به‌طور منفی فرزندان و خانواده‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به‌طورمستقیم و غیر مستقیم، بسیاری از مشکلات و انحرافات اجتماعی از این مسئله ناشی می‌شود. فروپاشی خانواده‌های زنان مصرف‌کننده از طریق طلاق یا مرگ بر اثر مشکلات جسمی ناشی از اعتیاد از جمله این مسائل است. (چیرینو و همکاران، ۱۳۸۲)

در اشکال حاد اعتیاد زنان، بر آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی حاد دیگری نیز دامن زده می‌شود و خشونت، افزایش تجاوز، روابط جنسی خارج از چارچوب، تجارت جنسی، بارداری‌های ناخواسته، فروش کودکان، افزایش کودکان کار در جامعه و... از جمله مسائلی هستند که به شکل مستقیم یا غیر مستقیم با مسئله اعتیاد زنان پیوند دارند.

به زنانی که مواد مخدر مصرف می‌کنند در سراسر تاریخ به‌وسیله عموم جامعه به‌عنوان افراد بی‌بندوبار و بی‌عفت‌انگ و برچسب زده می‌شود. زنانی که زیاد مواد مصرف می‌کنند و یا زنان مست به چشم اهدافی مقبول و پذیرفتنی برای تهاجم جنسی نگریسته می‌شود و مردانی که از نظر جنسی پرخاشگر هستند اغلب اعمال‌شان در این زمینه را توجیه می‌کنند، زیرا آن‌ها می‌پندارند که این زنان آسیب‌پذیر و ضعیف، خواهان این قبیله‌ها و فعالیت‌ها و روابط جنسی هستند.

بازداشت و زندانی کردن زنان به دلیل خطاهای مرتبط با مواد مخدر در دهه گذشته به طور شگرف افزایش یافته است. بازداشت دختران و زنان، در آمریکا به دلیل فروش و یا داشتن مواد مخدر غیرقانونی از سال ۱۹۹۱ میلادی تا ۴۲ درصد افزایش داشته است (همان). جرائم انجام گرفته توسط زنان وقتی که با جرائم انجام شده توسط مردان مقایسه می شود معمولاً از خشونت کمتری برخوردار هستند. این جرائم اغلب شامل دزدی های کوچک و یا ناخنک زدن، فروش مواد و روسپیگری و همچنین ضرب و شتم یا تهاجم است. زنان زندانی اغلب دارای فرزندان هستند که یا توسط خویشاوندان نگهداری می شود یا به عنوان فرزند خانواده مورد نگهداری و مراقبت قرار می گیرند. این فرزندان بیش از اندازه در معرض خطر مصرف مواد و الکل هستند (براون، ۲۰۰۲).

۲-۲-۱۴-۲ چالش های درمان اعتیاد زنان

مردان نسبت به زنان احتمال بیشتری دارد که به درمان اعتیاد بپردازند؛ چرا که فرصت ها و حمایت های بیشتری در این خصوص برای آنها فراهم است. در تحقیقی که در بین سال های ۱۹۷۹ و ۱۹۹۰ در آمریکا انجام گرفت، این نتیجه به دست آمد که مردان از امکانات ویژه درمان اعتیاد، بیشتر از دیگر برنامه ها استفاده کرده اند؛ در حالی که زنان بیشتر به مراقبت های پزشکی و روانی توجه داشته اند (نوری و همکاران، ۱۳۹۰).

عقیده رایجی که اعتیاد را سقوط اخلاقی تلقی می کند، موجب اجتناب زنان از درمان می شود. بر اساس چنین نگرش های اجتماعی و فرهنگی به اعتیاد، اغلب به زنان به خاطر اعتیادشان انگ منفی تری نسبت به مردان معتاد زده می شود. نگرش اجتماعی درباره ناپسند بودن اعتیاد زنان یک مانع عمده در درمان آنها به حساب می آید. همچنین مراقبت از کودکان مانعی دیگر برای درمان آنها است. در عین حال زنان نسبت به مردان احتمال کمتری دارد که از خانواده و دوستان برای ترک مواد حمایت دریافت کنند. اقدام برای ترک مواد مستلزم ایجاد تغییرات عمده در سبک و شکل زندگی است. مسائل ساختاری فرهنگی و اجتماعی در کنار فقدان پشتیبانی لازم در چنین شرایطی منجر به ایجاد مقاومتی برای ترک می شود که از موانع اصلی درمان زنان محسوب می شود.

به طور کلی برنامه های موفقیت آمیز درمان زنان، باید از تفاوت های عمده جنسیتی در اعتیاد متأثر باشد و به نیازهای ویژه زنان و دختران معتاد پاسخ دهد. فقدان بررسی تفاوت های جنسیتی در خصوص اعتیاد و مسائل پیرامون آن و نیز کمبود و فقر پژوهش درباره اعتیاد زنان، مطالعه و بررسی تحقیقات خارجی برای تعقیب ادبیات تحقیق و کنکاش در آنها را لازم می سازد. البته در این میان، توجه به تفاوت های فرهنگی و اجتماعی و به دنبال آن تفاوت های رفتاری در جوامع مختلف ضروری است.

موانع اجتماعی از دیگر مشکلات بر سر راه درمان اعتیاد زنان است. موانع اجتماعی ناشی از نگرش اجتماعی و فرهنگی به اعتیاد، شبکه روابط زنان و نقش زنان به عنوان مراقبت کننده و سرویس دهنده

است.

اغلب افراد، اعتیاد را به عنوان یک موضوع اخلاقی و نه یک بیماری مدنظر دارند و معتاد را محکوم می کنند که قدرت وارد نشدن در رفتار غیر اخلاقی را ندارد و نمی تواند رفتار غیر اخلاقی خود را متوقف کند. زنان معتاد که به عنوان همسر، مراقبت دهنده و مادر، پایه و اساس اخلاق به حساب می آیند، اغلب به دلیل اعتیادشان، منفی تر از مردان مورد انگ و برچسب های اجتماعی واقع می شوند.

نگرش های اجتماعی درباره ناپسند بودن اعتیاد زنان، یک مانع عمده درمان آنها است. حتی زنانی که می دانند از یک بیماری رنج می برند، این مسئله را که دیگران مشکل آنها را بپذیرند با خود دارند. آنها می ترسند که خانواده شان، دوستان شان، همسر و فرزندان شان و یا همکاران و کارفرمایان دیدگاه مسلط جامعه را که اعتیاد را یک مشکل اخلاقی می دانند، داشته باشند و آنها را در درمان حمایت نکنند (نادری، ۱۳۷۹).

احساس شرمندگی بیشتر و عزت نفس پایین تر زنان را مجبور می سازد تا بیشتر از اجتماع دوری کنند و کمتر به دنبال کمک در زمینه اطلاعات، آموزش و مراقبت بهداشتی اصولی و تخصصی از جمله خدمات کاهش آسیب باشند.

اکثر زنان معتاد با دوستانی در ارتباط هستند که آنها نیز معتاد هستند. این دوستان را می توان از موانع جدی برای درمان زنان برشمرد. زیرا زنان به سختی تحت تأثیر نگرش این دوستان یا زوج هایشان در زمینه درمان هستند. این زنان اغلب در دنبال کردن درمان ناتوان هستند.

مسئولیت مراقبت از بچه ها و دیگر وظایف زنان در خانه نیز می تواند مانع از درمان اعتیاد آنها شود. مراقبت از بچه ها موضوعی است که در یک سری از پژوهش ها به عنوان مانعی در درمان زنان از آن نام برده شده است. زیرا آنها قادر به پرداخت هزینه نگهداری از فرزندانشان به هنگام درمان نیستند. این در حالی است که درمان اعتیاد امری بلندمدت است. این زنان اغلب از این که بار نگهداری فرزندانشان به دوش خانواده یا دوستانشان می افتد شرم دارند و احساس گناه می کنند و درباره امکانات لازم برای نگهداری درست و سلامت فرزندانشان نگران هستند. همچنین روابط خانوادگی و یا روابط دوستانه ممکن است حمایت کمتری از زنان در مقایسه با مردان به هنگام درمان به عمل آورد (همان).

یک بررسی ملی درباره درمان زنان معتاد آمریکا، به این نتیجه رسید که زنان نسبت به مردان احتمال کمتری دارد که خانواده یا دوستانشان، آنها را به ترک اعتیاد تشویق کنند (حجتی و همکاران، ۱۳۹۰).

از دیگر موانع و چالش های پیش روی زنان برای اقدام به درمان و ترک اعتیاد، ناشی از برنامه های مداخلاتی درمانی است. برنامه های درمانی اغلب به طور ناخواسته موانعی را برای درمان زنان ایجاد می کنند. این موانع عبارتند از: موانع مالی، تشریفات زائد اداری، متمرکز بودن برنامه درمانی بر مردان و فقدان حساسیت در خصوص زنان معتاد.

برخی شواهد و پژوهش های صورت گرفته حاکی از آن است که ویژگی های کارکنان و کادر درمان،

درمان زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین شاید طراحی برنامه‌های مداخلاتی درمانی جدید که مانند برنامه‌های سنتی نسبت به جنسیت خنثی نباشد و آموزش متولیان درمان بر اساس ویژگی‌های مرتبط با جنسیت، بتواند تا حد زیادی در جذب بیشتر و مؤثرتر زنان جهت اقدام به درمان راه‌گشا باشد. یک مانع عمده درمان، فقدان آگاهی از سختی و دشواری اعتیاد است. بر اساس برخی پژوهش‌ها در کشورهای غربی زنان نسبت به مردان به احتمال بیشتری نشانه‌های اعتیاد را با مشکلات طبی و روانی اشتباه گرفته و یا آن را به‌عنوان راهی برای پاسخگویی به فشارها فرض می‌کنند. فقدان دانش درباره نشانه‌های اعتیاد نیز موانعی را به وجود می‌آورد. زیرا زنان بیشتر تمایل دارند درمان را از طریق نظام بهداشت روانی دنبال کنند، تا این‌که از امکانات درمان اعتیاد بهره‌گیرند. از سوی دیگر، مردان به احتمال بیشتر از رفتن به دنبال روان‌درمانی شرم داشته و بیشتر مشکلاتشان را در ارتباط با اعتیاد مطرح می‌کنند.

اغلب افراد تغییر در رفتارشان را مشکل می‌یابند. این امر به‌ویژه در مورد رفتارهایی که دارای جنبه‌ها و اجزاء بیولوژیکی، محیطی و روانی هستند، مانند اعتیاد به مواد صادق است. افراد معمولاً به این دلیل معتاد می‌شوند که نخست مصرف مواد احساس و حال آن‌ها را بهتر از زمانی می‌سازد که این مواد را استفاده نکرده‌اند. حتی زمانی که این احساس خوب از بین می‌رود، میل و نیازی شدید و یا میل به احساس طبیعی بودن، فرد را به مصرف مواد مخدر می‌کشاند. زندگی بدون مواد مستلزم ایجاد تغییرات عمده در سبک و شکل زندگی است و از آنجا که ایجاد چنین تغییراتی مشکل و دشوار است، مقاومت در برابر تغییر به یک مانع در راه درمان تبدیل می‌شود.

۲-۲-۱۴-۳ برنامه‌های موفقیت‌آمیز درمان اعتیاد زنان

به نظر می‌رسد در کشور ما متأسفانه هنوز برنامه‌های مداخلاتی متناسب برای درمان زنان با توجه به ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی به‌صورت سازمان‌یافته طراحی و پیاده نشده است. در سایر کشورها با مسائل مشابه، پژوهش‌ها و اقداماتی در این خصوص صورت گرفته است. بر اساس این مطالعات برنامه‌های موفقیت‌آمیز درمان اعتیاد زنان با ملاحظه عوامل اصلی خطرآفرین، نتایج اعتیاد و موانع مراقبت کردن از زنان طراحی شده است. مؤسسه ملی مواد در آمریکا، دامنه گسترده‌ای از خدماتی را که ثابت شده است درمان اعتیاد برای زنان را به‌طور مؤثری تکمیل می‌کند، مشخص کرده است. این خدمات به‌شرح زیر است:

- غذا، لباس و پناهگاه (خانه و کاشانه)؛
- هزینه ایاب و ذهاب برای درمان (برای مراجعه به مراکز درمانی و...)
- مراقبت از فرزندان در طول درمان؛
- مشاوره و آموزش شغلی؛

- یاری‌رسانی قانونی؛
 - آموزش خواندن و نوشتن (سوادآموزی) و دیگر مهارت‌های آموزشی؛
 - آموزش مهارت‌های لازم برای پرورش و تربیت فرزندان؛
 - خانواده درمانی و زناشویی درمانی؛
 - مراقبت پزشکی و خدمات برنامه‌ریزی خانوادگی؛
 - خدمات حمایت اجتماعی؛
 - ارزیابی روانی و خدمات سلامت روانی (بهداشت روانی)؛
 - آموزش اعتماد به نفس.
- این توقع که تمام مراکز درمانی خدمات و مراقبت‌های همانند و همسانی برای زنان تهیه کنند، واقعی نیست. در عین حال همان‌طور که پیش از این نیز گفته شد بسیاری از تفاوت‌های جنسیتی در هر جامعه متناسب با شرایط اجتماعی و فرهنگی معنا می‌یابد. بنابراین پیش از طراحی برنامه‌های مداخلاتی لازم است ویژگی‌های جنسیتی و عوامل اثرگذار در جنسیت متناسب با فضای اجتماعی به دقت مورد مطالعه و بررسی قرار گیرد (حجتی و همکاران، ۱۳۹۰).
- تفاوت‌های فرهنگی و سنی در زنان، عواملی که خطر اعتیاد برای زنان را به همراه دارد را همانند رفتارهای ناشی از اعتیاد، تحت تأثیر قرار می‌دهد. به هر حال، برای برنامه‌های درمان مهم است که از تفاوت‌های عمده جنسیتی در اعتیاد آگاه باشیم و رایج‌ترین مشکلات جمعیت زنان مورد حمایت و خدمت‌رسانی را مشخص سازیم. به این طریق، انواع مختلف برنامه‌های درمان که به نیازهای ویژه زنان و دختران معتاد پاسخ دهد، می‌تواند طرح‌ریزی شود.

۲-۲-۱۵ مراکز درمان سرپایی:

در اجرای تبصره یک ماده ۱۵ اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با موادمخدر مصوب ۱۳۷۶ (مصوب ۱۳۸۹/۵/۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام) آیین‌نامه اجرایی مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد به موادمخدر و روانگردان‌ها به شرح ذیل به تصویب رسید. ماده ۱- به منظور ارائه خدمات درمان و نیز کاهش آسیب افرادی که به نحوی دچار اعتیاد به موادمخدر و یا روانگردان گردیده‌اند مراکز زیر حسب نوع خدمتی که ارائه می‌نمایند به عنوان مرکز مجاز درمان و کاهش آسیب تعیین می‌گردند:

- مرکز درمان سرپایی وابستگی به مواد: به مرکزی اطلاق می‌گردد که امکانات ارائه خدمات درمان دارویی و غیردارویی برای مصرف‌کنندگان موادمخدر و یا روانگردان را داشته باشد.

- مرکز یا بخش درمان بستری وابستگی به مواد: به مکانی اطلاق می‌شود که امکانات ارائه خدمات درمان سم‌زدایی (بازگیری) و خدمات پیشگیری از عود و درمان‌های غیردارویی را به صورت بستری برای مصرف‌کنندگان موادمخدر و یا روان‌گردان داشته باشد.

- مرکز اقامتی میان مدت درمان وابستگی به مواد: به مرکزی اطلاق می‌شود که به صورت اقامتی داوطلبانه و میان مدت (یک تا سه ماه) فعالیت می‌کند. رویکرد اصلی در این مرکز سم‌زدایی (بازگیری) به همراه درمان‌های دارویی و غیردارویی ترجیحاً با مشارکت گروه‌های هم‌تا و خودیار برای مصرف‌کنندگان موادمخدر و یا روان‌گردان است.

- مرکز یا واحد درمان وابستگی به موادمخدر با داروهای آگونیست: مرکزی مستقل و یا واحدی از مراکز موضوع این ماده است که در آن براساس پروتکل‌های ابلاغی، درمانگر در اجرای ماده ۴۱ قانون اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با موادمخدر مصوب ۱۳۷۶ مجاز به استفاده از داروهای آگونیست موادمخدر (افیونی) برای درمان وابستگی به موادمخدر می‌باشد (سلطانی، ۱۳۹۵).

آیین نامه راه اندازی مرکز ترک اعتیاد

الف.

ماده ۱- مرکز درمان سوءمصرف مواد (که منبعا در این آیین‌نامه مرکز نامیده خواهد شد): به مرکزی اطلاق میگردد که امکانات ارائه خدمات درمانی سم‌زدایی و خدمات پیشگیری از عود و درمان‌های غیردارویی و در صورت اخذ مجوز واحد درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست، درمان سم‌زدایی و نگهدارنده (طولانی‌مدت) را با داروی آگونیست افیونی برای درمان سرپایی معتادان دارا باشد. کلیه این خدمات باید منطبق با پروتکل درمان سوءمصرف مواد (که توسط معاونت سلامت ابلاغ می‌گردد) باشد.

ماده ۲- واحد درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست (که منبعا در این آیین نامه واحد نامیده خواهد شد): زیر مجموعه مرکز بوده و تحت نظر پرسنل درمانی، درمان سم‌زدایی و درمان نگه‌دارنده با داروهای آگونیست افیونی را ارائه می‌دهد.

ماده ۳- مرکز قمر: به مرکز ثابت یا سیاری گفته می‌شود که زیر نظر مستقیم و با مسئولیت مرکز درمان سوءمصرف مواد، در مناطق سخت‌دسترس از جمله روستاها و حاشیه شهرها که فاقد مراکز دولتی یا

متقاضی تأسیس در بخش خصوصی هستند، با شرایطی که در پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست آمده است، ارائه خدمت می‌نماید.

ماده ۴- الف- سم‌زدائی (بازگیری): به مجموعه اقدامات درمانی بمنظور رفع وابستگی فیزیکی به مواد اعتیادآور گفته می‌شود. ب- سم‌زدائی سریع و فوق‌سریع: روشی از سم‌زدائی است که به کمک داروهای آنتاگونیست افیونی و رخوت‌زائی (SEDATION) یا بیهوشی، دوره سم‌زدائی را به ۲-۳ روز (سریع) و کمتر از ۱۲ ساعت (فوق سریع) کاهش می‌دهند.

ماده ۵- پیشگیری از عود: به مجموعه اقدامات داروئی و غیرداروئی جهت پیشگیری از مصرف مجدد مواد اعتیادآور اطلاق می‌شود.

ماده ۶- درمان نگهدارنده (جایگزین): به درمان طولانی‌مدت (بیشتر از ۶ ماه) با داروهای شبه‌افیونی گفته می‌شود که بعضاً سالها بطول می‌انجامد و هدف آن جلوگیری از مصرف غیرقانونی مواد افیونی توسط بیمار می‌باشد. مشروح روش‌های سم‌زدائی و پیشگیری از عود در پروتکل درمان سوءمصرف مواد آمده‌است. (لنکرانی، ۱۳۹۵).

مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب:

به منظور ارایه خدمات درمان و نیز کاهش آسیب افرادی که به نحوی دچار اعتیاد به مواد مخدر و یا روان گردان گردیده اند مراکز زیر به عنوان مرکز مجاز درمان و کاهش آسیب می باشند.

مرکز درمان سرپائی وابستگی به مواد: به مرکزی اطلاق می گردد که امکانات ارائه خدمات درمان سم زدایی (بازگیری) و خدمات پیشگیری از عود و درمانهای غیر دارویی را به صورت بستری برای مصرف کنندگان مواد مخدر و یا روان گردان داشته باشد.

مرکز اقامتی میان مدت درمان وابستگی به مواد: به مرکزی اطلاق می شود که به صورت اقامتی داوطلبانه و میان مدت (یک تا سه ماه) فعالیت می کند. رویکرد اصلی در این مرکز، سم زدایی (بازگیری) به همراه درمان های دارویی و غیر دارویی ترجیحا با مشارکت گروه های همتا و خودیار برای مصرف کنندگان مواد مخدر و یا روان گردان است.

مرکز اقامتی خودیاری گروه های همتا: به مرکزی اطلاق می گردد که مددجویان به صورت داوطلبانه برای مدت یک تا سه ماه در آن اقامت کرده و خدمات حمایتی دریافت می کنند. رویکرد اصلی این مرکز

بر مشارکت گروه های همتا و خودیار (معتادان بهبود یافته) به منظور پیشگیری از عود در افرادی است که مراحل سم زدایی (بازگیری) را گذرانده اند.

مرکز اقامتی بلندمدت اجتماع درمان مدار (TC): مرکز شبانه روزی (دوره های سه تا شش ماهه) برای ادامه درمان و بازتوانی افراد وابسته به مواد مخدر و یا روان گردان است . رویکرد مرکز بر تغییر رفتاری و شناختی شامل: برنامه های خدمات روان شناختی، مشاوره، آموزش خانواده، تشکیل گروه های خودیار، خدمات مددکاری اجتماعی و پیگیری پس از ترخیص است.

مرکز یا واحد درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیست: مرکزی مستقل و یا واحدی از مراکز موضوع این است که در آن بر اساس پروتکل های ابلاغی، درمانگر در اجرای ماده ۴۱ قانون اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶ مجاز به استفاده از داروهای آگونیست مواد مخدر (افیونی) برای درمان وابستگی به مواد مخدر می باشد.

مرکز مشاوره بیماری های رفتاری : مرکزی است که زیر نظر معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی، خدمات درمانی و بهداشتی ، خدمات مشاوره ، آموزش ، مراقبت و درمان بیماریهای آمیزشی، ایدز و سایر بیماریهای قابل انتقال را به افراد داوطلب و مبتلا به بیماریهای آمیزشی یا مبتلا به ویروس نقص ایمنی (HIV+) ، معتادان تزریقی، معتادان بی خانمان و خانواده های آنان ارائه می کند.

مرکز کاهش آسیب: مرکزی، در مورد معتادانی که قادر و حاضر به ترک دائم نیستند و به دلیل رفتارهای پرخطری که از خود بروز می دهند به منظور کنترل و کاهش آسیب های آنان به جامعه و سایر افراد و در راستای ترغیب آنها برای درمان تاسیس و اداره می گردد.

کاهش آسیب:

مجموعه سیاست ها یا برنامه هایی است که در جهت کاهش عوارض بهداشتی، و عواقب منفی اجتماعی و اقتصادی ناشی از مصرف و وابستگی به مواد مخدر و روانگردان اعمال می گردد.

خدمات کاهش آسیب عبارتند از:

برقراری ارتباط درمانی با مصرف کنندگان مواد مخدر و روانگردانها

آموزش، اطلاع رسانی و مشاوره با افراد دارای رفتار پرخطر

آموزش، اطلاع رسانی و آگاه سازی آحاد جامعه و کارکنان مشاغل مرتبط با افراد مصرف کننده مواد مخدر و روانگردانها

مشاوره و نمونه گیری جهت انجام آزمایش HIV و سایر عفونت های منتقله از طریق تزریق و رفتار جنسی محافظت نشده تحت ضوابط بهداشتی و ارجاع به مراکز بالاتر

در دسترس قرار دادن سرنگ، سر سوزن و وسایل تزریق استریل

توزیع مواد ضد عفونی کننده و ارائه خدمات بهداشتی اولیه شامل پانسمان و...

ارائه آموزش های مربوط به رفتار جنسی سالم، تشویق به استفاده از کاندوم، توزیع کاندوم

افزایش دسترسی به مصرف کنندگان سخت دسترس با تشکیل تیم های سیاری

تشکیل گروه های همیار برای آموزش و اجرای برنامه های کاهش آسیب

ارائه خدمات اولیه حمایتی شامل: تغذیه، پوشاک و استحمام

ارجاع به مراکز مجاز درمان اعتیاد در مواردی که تمایل به درمان وجود دارد.

ارجاع به مراکز بهداشتی- درمانی و بیمارستان ها در مواردی که نیاز به مداخلات پزشکی وجود دارد.

برنامه سرنگ و سوزن:

برنامه ای است که به تحویل سرنگ و سوزن، جمع اوری سوزن و سرنگ های مستعمل و ارائه مشاوره و آموزش به افراد سوء مصرف کننده تزریقی در خصوص تزریق ایمن می پردازد. این برنامه همچنین به ارزیابی افراد از نظر ابتلا به بیماری های منتقل شونده از راه خون اختصاص دارد.

مرکز دولتی و مجاز درمان و کاهش آسیب برای نگهداری معتادان موضوع ماده ۱۶: منظور مراکز دولتی و مجاز درمان و کاهش آسیبی است که در اجرای ماده ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر، معتادان متجاهر به اعتیاد با دستور مقام قضایی در /ان نگهداری و درمان می شوند. آئین نامه مربوطه توسط دبیر خانه ستاد مبارزه با مواد مخدر (اداره کل درمان و حمایت های اجتماعی) با همکاری دستگاه های اجرایی ذیربط تدوین و به تصویب ستاد مبارزه با مواد مخدر می رسد.

موافقت اصولی / مجوز تاسیس:

مجوزی است که به افراد حقیقی و یا حقوقی واجد صلاحیت حسب آئین نامه و دستورالعمل های مربوطه به منظور تاسیس مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب داده می شود.

مجوز بهره برداری: مجوزی است که برای شروع فعالیت هر مرکز مجاز درمان و کاهش آسیب صادر می گردد.

پروتکل ابلاغی: پروتکل های درمانی شامل نحوه اقدام در هر مرکز در خصوص نحوه درمان و داروهای مورد استفاده و نحوه تجویز می باشد که با تصویب و ابلاغ وزیر بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی مورد اجرا قرار می گیرد.

راهنمای درمانی: مجموعه های الزام آور درمانی اعم از دارویی و غیردارویی می باشد که به منظور بهینه سازی منابع و مداخلات درست درمانی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با همکاری اداره کل درمان و حمایت های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر و با مشارکت دستگاه های ذی ربط تهیه و از طریق رئیس کمیته درمان ستاد ابلاغ می گردد.

راهنمای حمایت های اجتماعی: راهنمای مداخلات مددکاری اجتماعی و حمایتی می باشد که توسط سازمان بهزیستی و با همکاری اداره کل درمان و حمایت های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر ابلاغ می گردد.

دوره های آموزشی: دوره های آموزشی نظری و عملی است که برای کادر درمانی و خدماتی بر اساس دستورالعمل مربوطه در نظر گرفته شده است و گذراندن دوره های مذکور برای فعالیت در حوزه درمان اعتیاد الزامی است.

ماده ۵۱- شرایط ساختمانی و تاسیساتی مرکز سرپایی مطابق با آیین نامه تاسیس درمانگاه ها و یا مطب پزشکان بوده ، حداقل سطح کلی زیربنای ساختمان شامل (اتاق معاینه پزشک، یک اتاق روانشناس/ مشاوره، اتاق انتظار با قابلیت استفاده جهت گروه درمانی در ساعات خاص و سرویس های بهداشتی) می باشد.

ماده ۵۲- مدت اعتبار مجوز مرکز درمان سرپایی سوء مصرف مواد برای بار اول یکساله ، بار دوم ۵ ساله می باشد. استعلام از گروه نظارت استانی مبنی بر عدم تخلف برای تمدید مجوز الزامی است.

۳- مرکز خدمات کاهش آسیب/ یا مرکز گذری وابستگی به مواد

ماده ۵۳- افراد یا سازمان های متقاضی مرکز کاهش آسیب باید درخواست خود را به معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی و یا سازمان بهزیستی ارائه نمایند. " کمیته کاهش آسیب " متشکل از معاونت بهداشتی دانشگاه و نماینده نیروی انتظامی و کارشناس درمان شورای

هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان درخواست را بررسی و پس از تطبیق آن با دستورالعمل و تعیین محل مرکز، حداکثر یک ماه پس از وصول درخواست، نسبت به صدور مجوز اقدام و به متقاضی ابلاغ نمایند.

ماده ۵۴- لازم است مرکز کاهش آسیب در مناطق جغرافیایی که نسبت قابل توجهی از جمعیت معتادان بی خانمان را داراست تاسیس گردد و تعیین محل مرکز بعهدہ کمیته کاهش آسیب استان می باشد.

تبصره ۱: احداث مرکز کاهش آسیب به جز در مناطق آلوده که به تایید کمیته مذکور رسیده باشند ممنوع است. و به عنوان مرکز غیر مجاز تلقی می گردد.

تبصره ۲: وجود اصل صورتجلسه تعیین محل، به امضاء اعضای کمیته کاهش آسیب استان در مرکز الزامی است.

ماده ۵۵- نظارت بر کلیه فعالیت ها و کیفیت انجام خدمات، مشخص کردن نحوه ثبت اطلاعات و آمار در مرکز، ارائه گزارش به مقامات ذیربط و برقراری ارتباط و همکاری با سازمان ها و نهادهای ذیربط بر عهده مسئول/مدیر مرکز است.

ماده ۵۶- اعلام شروع به کار، نام و نشانی دقیق و ساعات فعالیت مرکز به مرجع صادر کننده مجوز و رونوشت به شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان برعهده مسئول / مدیر مرکز است (محمدنجر، ۱۳۹۱).

۲-۳- ادبیات و گستره نظری اعتقادات مذهبی

دین برای آدمی موهبتی الهی است که او را به یک فلسفه حیات مسلح می کند. باورهای دینی همواره در طی تاریخ حیات بشر با او همراه بوده اند و در هیچ دوره و زمانی بشر بدون اعتقادات دینی نبوده است. دین از طریق یک نظم اخلاقی، تدارک فرصت هایی برای بدست آوردن شایستگی های یاد گرفته شده می کند، و با تهیه قوانین اجتماعی نقشی موثر در بروز یا پیشگیری از مشکلات اجتماعی و اخلاقی، سلامت جسمانی و حتی مسائل بهداشت روانی دارد (یانکر و همکاران^۱، ۲۰۱۲).

اعتقادات دینی به عنوان مجموعه ای از باورها، بایدها و نبایدها و نیز ارزش های تعمیم یافته، از موثرترین تکیه گاه های روانی به شمار می رود که قادر است معنای زندگی را در لحظه های عمر فراهم سازد و در

¹ Yonker et al

شرایطی خاص نیز با فراهم‌سازی تکیه‌گاه‌های تبیینی، فرد را از تعلیق و بی‌معنایی و گرایش به رفتارهای ناسازگارانه نجات دهد (بدری گرگری، ۱۳۹۳).

آلپورت و همکاران (۱۹۶۷) اولین و مهم‌ترین تحقیقات را در زمینه تعیین و طبقه‌بندی ارزش‌ها انجام دادند. آنها شش نوع ارزش را شناسایی و طبقه‌بندی نموده‌اند که شامل: ارزش علمی، ارزش سیاسی، ارزش زیباشناختی، ارزش اقتصادی، ارزش اجتماعی و ارزش دینی می‌باشد (ولیکنی و همکاران، ۱۳۹۲).

تحقیقات نشان می‌دهد که، در یک مقیاس گروهی داشتن اتکای مذهبی می‌تواند با کاهش مصرف مواد مخدر ارتباط داشته باشد. سوالی که اینجا پیش می‌آید این است که چه ساز و کاری در مذهب وجود دارد که باعث کاهش مصرف مواد می‌شود؟ در پاسخ به این سوال دو نظریه وجود دارد که عبارتند از: نظریه مهار اجتماعی و نظریه یادگیری اجتماعی.

نظریه مهار اجتماعی: نظریه‌پردازان مهار اجتماعی بر این باورند که، انسان‌ها ذاتاً ضد اجتماعی‌اند و طبیعتاً قابلیت ارتکاب جرایم را دارند و از آنجایی که رفتار انحرافی پاسخی طبیعی در برابر قوانین است، بنابراین بهتر است از واژه همرنگی به جای انحراف استفاده شود (قربانی، ۱۳۸۴؛ به نقل از محمدی، ۱۳۹۴).

هیرشی (۱۹۶۹) درباره مصرف مواد اینگونه فرض کرده است که مواد مخدر در جامعه به راحتی قابل دسترسی است و این طبیعی است که، مردم هم مصرف را تجربه کنند. پس به جای این که سوال شود، چرا مردم مواد مصرف می‌کنند؟ می‌باید پرسید که، چرا مردم مواد مصرف نمی‌کنند؟ همرنگی در جامعه بستگی به التزامی دارد که بین افراد و جامعه به وجود می‌آید و آنان را از شکستن قوانین باز می‌دارد. التزام و قرارداد اجتماعی شامل چهار عنصر است: وابستگی، تعهد، پیروی و اعتقاد. نظریه مهار اجتماعی پیش‌بینی می‌کند که، اگر افراد در وابستگی، تعهد و پیروی و اعتقاد در سطح بالایی باشند، کمتر مستعد انحراف از هنجارهای اجتماعی، از جمله مصرف مواد خواهند بود. یکی از نهادهای اجتماعی مهمی که به وسیله بسیاری از نظریه‌پردازان مهار اجتماعی نادیده گرفته شده، مذهب است. با توجه به این دیدگاه می‌توان اظهار داشت که پایبندی مذهبی، فرد را به چند طریق از مصرف مواد باز می‌دارد:

- افرادی که به مذهب وابستگی پیدا می‌کنند، خواه ناخواه با افراد مذهبی ارتباط متقابل دارند و اگر مواد مصرف کنند، مورد سرزنش و طرد آنان قرار می‌گیرند.

- مشارکت در فعالیت‌های مذهبی زمان کمی برای تجربه مواد در فرد باقی می‌گذارد.

- تعهد نسبت به مذاهب و هدف‌های آن به زندگی فرد معنا می‌دهد؛ به گونه‌ای که در این صورت مصرف مواد، دیگر جذابیتی ندارد.

- نظام اعتقادی اکثر مذاهب مخالف با مصرف مواد است و آموزش‌های آنان تقویت کننده عقاید منفی در برابر مصرف مواد است. مذهب مردم را در برابر فعالیت‌های متداول سرگرم می‌سازد و شبکه اجتماعی‌ای را پدید می‌آورد که مصرف مواد در آن غیر قابل پذیرش است (قربانی، ۱۳۸۴؛ به نقل از محمدی، ۱۳۹۴).

نظریه یادگیری اجتماعی: بر پایه نظریه یادگیری اجتماعی، رفتارهای انحرافی و مجرمانه، اساساً به وسیله تداوی‌های فرد رخ می‌دهند. تداوی‌ها، معانی یا الگوهای رفتاری هستند که فرد قبلاً آن را کسب کرده و اجازه بروز (تقویت) یا منع (تنبیه) چنین رفتارهایی را می‌دهد. نظریه‌پردازان یادگیری اجتماعی معتقدند که همرنگی امری طبیعی است و این سوال را مطرح می‌کنند که چرا مردم قوانین را زیر پا می‌گذارند؟ و خود نیز پاسخ می‌دهند که، بر پایه نظریه یادگیری اجتماعی، فرد یاد می‌گیرد که قانون‌شکن باشد؛ چرا که، از طریق گروه‌های اولیه مثل خانواده و دوستان این اعمال را یاد گرفته است. بنابراین آنانی که مواد مصرف می‌کنند، تمایل دارند دوستانی داشته باشند که، آنان هم مواد مصرف می‌کنند. آنان از طریق این دوستان نگرش‌های خوشایند و شیوه‌های مصرف مواد را یاد می‌گیرند و حمایت‌های لازم را برای نگرش و رفتارهای‌شان دریافت می‌کنند (قربانی، ۱۳۸۴؛ به نقل از محمدی، ۱۳۹۴).

یافته‌های بالینی گویای این است که در شکل‌گیری وابستگی به موادمخدر، ویژگی‌های شخصیتی، شیوه زندگی، روابط اجتماعی، نگرش، احساسات، دلبستگی‌ها، عواطف و رفتارهایی که در طی رشد فرد شکل گرفته‌اند، نقش اساسی ایفا می‌کنند و عقاید و باورهای مذهبی و معنوی به عنوان یک عامل مقاوم‌ساز در برابر سوءمصرف مواد بر تک تک موارد فوق ارتباط تأثیر دارد. این عقاید و باورها به عنوان فاکتورهای حمایتی یا حائلی هستند که از طریق دادن امید، قدرت و معنابخشی به زندگی، استرس زندگی را کم می‌کند و کیفیت زندگی را به ویژه در افراد معتاد بهبود می‌بخشد و حتی مانع گرایش به اعتیاد می‌شود (شمس اسفندآباد، ۱۳۸۸).

با توجه به مواردی که ذکر شد، مذهب می‌تواند به مثابه عامل کلیدی در جهت کاهش مصرف مواد در جامعه تلقی شود و همچنین خانواده‌ها می‌بایست تلاش کنند و با بکارگیری روش‌های مناسب نسبت به پرورش اصول دینی و مذهبی در کودکان و نوجوانان خود مباردت ورزند و ارزش‌های سازنده اجتماعی را به آنان بیاموزند تا از آسیب‌پذیری آنان در برابر اعتیاد بکاهند.

۲-۳-۱- دینداری از منظر جامعه‌شناسی

پدیده دینداری از موضوعات قابل توجهی است که اهمیت آن را از کثرت تلاش‌هایی می‌توان دریافت که در سال‌های اخیر برای ساخت و به کارگیری سنجه‌های دینداری مصروف شده است. این تلاش‌ها از دل اقتضائات و ضرورت‌های قابل درکی بیرون آمده است که نمی‌توانست بدون پاسخ باقی بماند. ضرورت

این مطالعات به طور عام برخواسته از نفوذ و اعتباری است که هنوز دین برای انسان و اجتماع دارد (شجاعی زند، ۱۳۸۴؛ به نقل از رحیمی، ۱۳۹۱). دین اصل وحدت‌بخش و زمینه مشترکی را فراهم ساخته و به انسان اجازه می‌دهد تا با فائق آمدن بر تمایلات خودخواهانه‌شان و به خاطر عشق به هموعان‌شان فراتر از این خودخواهی‌ها عمل کنند. دین سنگ‌بنای سامان اجتماعی است و منبعی برای ارزش‌های اجتماعی است و بر گزینش‌های فردی و بسیاری از زمینه‌های زندگی روزمره تأثیر می‌گذارد و همچنین به عنوان تجلی روح جمعی و عامل همبستگی و یکپارچگی جامعه محسوب می‌شود. امروزه پدیده‌هایی همچون مهاجرت روستایی، ورود ابزار و وسایل ارتباط جمعی، آموزش و پرورش گسترده و غیره، ارزش‌ها و روابط سنتی را مورد پرسش قرار داده و تغییراتی را در دینداری نسل جدید به وجود آورده‌اند و پژوهشگران ناگزیرند تا به بررسی عوامل مؤثر بر تغییر ارزش‌های دینی جوانان از سویی و ارائه راهکارهایی برای غلبه بر آن از سوی دیگر بپردازند. تحلیل‌های نظری بیانگر آن است که در جوامع در حال گذار دینداری یکی از متغیرهای اجتماعی است که دستخوش تحولات گسترده‌ای می‌شود (دورکیم، ۲۰۰۴).

برگر^۱ (۱۶۹۷) در تعریف دین می‌نویسد "دین کوشش جسورانه‌ای است برای آنکه سراسر گیتی برای انسان معنی‌دار شود". به عقیده وی دین نظم اجتماعی را مشروع می‌کند و مفاهیم دینی جهان را با یک رشته فرایندهای خاصی که به تعبیر برگر "ساختار موجه‌نمایی" را می‌سازند، اعتبارشان را حفظ و تحکیم می‌کنند. اینها همان فرایندهایی هستند که عقاید مذهبی از طریق آنها تقویت، ترویج و دفاعیه فرض می‌شوند. اگر این ساختار موجه‌نمایی تضعیف شود یا از بین برود، تسلط اعتقادات دینی بر اذهان انسان‌ها به آسانی از دست می‌رود. لاکمن^۲ (۱۶۹۷) نیز بر نقش دین در ساخت معنا تأکید دارد. به عقیده وی دین، دوشادوش زندگی اجتماعی حرکت می‌کند. به اعتقاد وی، روند جامعه نوین غربی به سوی دنیاگرایی، تنها به دلیل سستی گرفتن صورت‌ها و نهادهای دینی سنتی پیش آمده است، نه آنکه خود دین سست شده باشد (همیلتون^۳، ۲۰۰۸).

۲-۳-۲- نظریه‌های مختلف در مورد مذهب

۲-۳-۱- نظریه کلای^۴ (۱۹۹۶) در مورد نقش مذهب

کلای بیان می‌کند که مذهبی بودن یکی از عوامل مراقبت‌کننده پیشگیری از اختلالات روانی است (کلای، ۱۹۹۶؛ به نقل از ولیخانی و همکاران، ۱۳۹۲).

^۱ Berger

^۲ Lukman

^۳ Hamilton

^۴ Cly

۲-۳-۲- نظریه روناها^۱ (۱۹۸۵)

روناها نشان داده است که بین مذهب و بهداشت روانی رابطه مثبت وجود دارد؛ با این وجود افرادی که دارای مذهب درونی هستند، یعنی معتقدند که مذهب در ذات آنها ریشه دارد، در مقایسه با افرادی که مذهب بیرونی دارند، یعنی مذهب را وسیله‌ای برای دستیابی به چیز دیگر می‌دانند، بهداشت روانی بیشتری دارند؛ به عبارتی افراد دارای مذهب درونی سلامت روانی بالاتری دارند (روناها، ۱۹۸۵؛ به نقل از ولیخانی و همکاران، ۱۳۹۲).

۲-۳-۳- نظریه دیدگاه آلپورت (۱۹۶۷)

جهت‌گیری مذهبی به دو صورت «درونی و بیرونی» می‌باشد. شخص با مذهب درونی با مذهبش زندگی می‌کند، شخص با مذهب بیرونی مذهبش را به کار می‌گیرد. شخصی که جهت‌گیری مذهب درونی دارد، با مذهب بیرونی مذهبش را به کار می‌گیرد. شخصی که جهت‌گیری مذهبی او بیرونی است، مذهبش با شخصیت و زندگی او تلقین نشده است. طبق نظر آلپورت رویکرد مذهب درونی بسیار سالم می‌باشد و موجب سلامت روانی می‌شود. آلپورت و راس^۲ معتقدند، افرادی که دارای سوگیری مذهبی درونی هستند، به عنوان کسانی توصیف می‌شوند که کاملاً نسبت به عقاید مذهبی‌شان تعهد دارند و تاثیر مذهب در اکثر حوزه‌های زندگی‌شان مشهود است. از سوی دیگر، افراد با سوگیری مذهبی بیرونی کسانی هستند که از مذهب برای شرکت در گروه‌های مقتدر و مفید و کسب حمایت استفاده می‌کنند. واژه ارزش در اصطلاح، عقیده و باور نسبتاً پایداری است که فرد با تکیه بر آن یک شیوه رفتاری خاص یا یک حالت غایی را که شخصی یا اجتماعی است، به یک شیوه رفتاری خاص یا یک حالت غایی، که نقطه مقابل حالت برگزیده قرار دارد، ترجیح می‌دهد (آلپورت، ۱۹۶۷؛ به نقل از ولیخانی و همکاران، ۱۳۹۲).

مالتبی و دی^۳ (۱۹۹۹) به منظور دقیق‌تر کردن تقسیم‌بندی آلپورت و راس از سوگیری مذهبی به دو صورت درونی و بیرونی در آن تغییراتی اعمال کردند؛ بدین صورت که بعد جهت‌گیری بیرونی را به دو بخش بیرونی شخصی^۴ (دریافت تقویت‌های روانی شخصی) و بیرونی اجتماعی^۵ (دریافت تقویت‌های اجتماعی) تقسیم کردند (مالتبی و دی، ۲۰۰۴).

^۱ Ronaho

^۲ Rus

^۳ Maltby & Day

^۴ extrinsic-personal

^۵ extrinsic-social

۲-۳-۴- نظریه آیزنک (۱۹۹۸)

درون‌گرها و برون‌گرها به لحاظ نگرش‌های اجتماعی و سیاسی‌شان با هم تفاوت دارند. برون‌گرها به نگرش‌های واقع‌گر و درون‌گرها به نگرش‌های مذهبی گرایش دارند. حال آن‌که برون‌گرها به نگرش‌های مانند نژادپرستی رو می‌کنند (آیزنک، ۱۹۹۸؛ به نقل از ولیخانی و همکاران، ۱۳۹۲).

۲-۳-۳- تأثیرات مذهب در جلوگیری از گسترش اعتیاد

اصولاً مذهب در سه سطح می‌تواند مصرف مواد را تحت تأثیر خود قرار دهد. اولین تأثیر مذهب شامل فعالیت‌های پیشگیرانه است که برای تحریم شروع مصرف مواد به کار گرفته می‌شود و می‌تواند در برگیرنده آموزش مستقیم مردم درباره منع مصرف مواد و همچنین هدفمند کردن زندگی باشد که در این صورت مصرف مواد عملی پسندیده نیست. دومین تأثیر مذهب در جلوگیری از گسترش اعتیاد در افرادی است که مصرف آزمایشی و گاه به گاه (تفریحی) مواد را شروع کرده‌اند. سومین تأثیر مذهب شامل برنامه‌هایی است که برای کمک به افراد معتاد به منظور ترک و همچنین پرهیز از بازگشت مجدد در آنان فراهم شده است (سلیمانی، ۱۳۹۲).

در همین راستا یافته‌ها نشان می‌دهد که باورهای دینی نه تنها بیماری‌های روحی و روانی را شفا می‌بخشد؛ بلکه در تسکین دردهای جسمی هم، مفید و موثر است. اعتقادات دینی عامل مهمی در کاهش فشارهای روانی و افسردگی در میان افراد جامعه است و افراد متدین کمتر از سایرین به بزهکاری، خودکشی، طلاق، اعتیاد، مصرف الکل و انواع مختلف تجاوز و تعدی به حقوق دیگران روی می‌آورند (سلیمانی، ۱۳۹۲).

در واقع می‌توان گفت، فردی که به طور منظم اعمال مذهبی را به جا می‌آورد، احتمال کمتری دارد که مواد مخدر مصرف کند تا فردی که تمایل به اجرای این اعمال ندارد. یکی از شیوه‌هایی که مذهب به وسیله آن مصرف مواد را کاهش می‌دهد، پرورش جنبه‌های بهداشت روانی است. مذهب به زندگی فرد جهت می‌دهد و از او به هنگام فشارهای روانی روزمره حمایت می‌کند. بنابراین تأمین بهداشت روانی می‌تواند فرد را از مصرف تفریحی و در نتیجه اعتیاد به مواد مخدر باز دارد و از طرف دیگر، باعث کاهش مشکلاتی مثل افسردگی، احساس از خود بیگانگی، تنهایی و عزت نفس پایین می‌شود. در واقع، دین می‌تواند مصرف مواد و بهبودی از آن را از طریق برقراری یک نظام اخلاقی تحت تأثیر قرار دهد. علاوه بر این، دین به تسهیل تجربه معنوی کمک می‌کند و تجربه معنوی نیز می‌تواند تعهدات اخلاقی را تحکیم بخشد و از این راه مانع از مصرف الکل و دیگر مواد شود (سلیمانی، ۱۳۹۲).

ساز و کار دیگر تاثیر دین آن است که می‌تواند از طریق مهارت‌ها و دانش‌هایی که فرد در طی زندگی خود کسب می‌کند، از مصرف مواد پیشگیری کند. دین می‌تواند یک نظام معنایی شامل هدف‌دار بودن زندگی، احساس خودارزشمندی مثبت، و خود را شایسته احترام دانستن بنا کند. این نظام معنایی می‌تواند مانع از خطرپذیری و رفتار هیجان‌طلبانه و نهایتاً منجر به احتمال کاهش مصرف مواد توسط فرد شود (سلیمانی، ۱۳۹۲).

۲-۳-۴- اعتقادات مذهبی و گرایش به مواد مخدر

اعتقادات مذهبی مانند فعالیت‌های پیشگیرانه‌ای است که برای تحریم شروع مصرف مواد مخدر به کار گرفته می‌شود و می‌تواند در برگیرنده آموزش مستقیم مردم درباره منع مصرف مواد و همچنین هدفمند کردن زندگی باشد. همچنین اعتقادات مذهبی جنبه مداخله‌گرایانه دارد که، برای جلوگیری از گسترش اعتیاد در افرادی است که مصرف آزمایشی و گاه به گاه مواد را شروع کرده‌اند. مصرف مواد مخدر در فرد حالتی غیر عادی ایجاد می‌کند، این حالات عموماً لذت‌بخش هستند و به صورت موقت و کاذب ایجاد می‌شود، بروز همین حالات لذت، بعد از اولین مصرف مواد مخدر که در بعضی موارد فقط به صورت کنجکاوی مبادرت به آن شده، باعث تداوم مصرف و اعتیاد می‌شود (غلامی، ۱۳۹۵).

نقش سلامت معنوی در حل معضلات اجتماعی و فردی، به نحو زیادی چشمگیر و قابل ملاحظه است؛ در حقیقت افرادی که پایبند مذهب و اعتقاداتی هستند که هرگونه اعمال منافی عفت و خلاف را نهی می‌کند، کمتر به اعمال ناروا و معضلات اجتماعی چون اعتیاد روی می‌آورند. بررسی‌های متعدد ثابت کرده‌اند که، احتمال مصرف مواد و اعتیاد افرادی که نسبت به مواد مخدر نگرش‌ها و باورهای مثبت دارند، بیش از کسانی است که نگرش‌های خنثی یا منفی دارند و این نگرش‌های مثبت طی زمان و زندگی فرد شکل می‌گیرند. داشتن اعتقاد، پایبند بودن به ارزش‌های زندگی اثر سازنده‌ای در سلامت جسمی و روانی افراد دارد، بطوری که امروزه از این برداشت‌ها به منظور بهره‌گیری بیشتر در درمان بیماران نیز استفاده می‌شود (غلامی، ۱۳۹۵).

۲-۳-۵- نقش والدین در تعمیق باورهای دینی

تحقیقات نشان می‌دهد، نوجوانانی که والدین آنان از اعتقادات مذهبی محکم‌تری برخوردار هستند، در ایام مذهبی کمتر مرتکب اعمال خلاف می‌شوند. بنابراین والدین باید به این امر توجه ویژه‌ای داشته باشند (بیابانی، ۱۳۸۹).

۲-۳-۶- تاثیر دین در کاهش بزه‌های اجتماعی

تحقیقات و پژوهش‌های انجام شده در جهان این مطلب اثبات شده است که افراد مذهبی کم‌تر دچار بحران‌هایی چون بحران هویت می‌شوند و کم‌تر در میان ایشان بزه‌های اجتماعی گسترش و یا رواج می‌یابد. پزشکان دریافته‌اند که افراد مذهبی و متدین در برابر بیماری‌های سخت درمان از مقاومت و امید بیش‌تری برخوردارند و دین و مذهب در ایجاد آرامش روحی و روانی آنان بسیار مؤثر می‌باشد. کاهش افسردگی و بیماری‌های روانی و روحی و حتی سرعت درمان بیماری‌های جسمی در آنان به مراتب فزون‌تر از افرادی است که از ایمان برخوردار نمی‌باشند و یا مذهبی به شمار نمی‌آیند. امید به زندگی در آنان بیش‌تر و شادتر و از نظر روانی از شخصیت سالم و از نظر اجتماعی از تعادل شخصیتی و هنجاری برخوردارند (منصوری، ۱۳۸۹). آنان هم‌چنین دریافتند که، حتی زمان‌ها و مناسبت‌های مذهبی تأثیر شگفتی در نحوه برخورد‌های اجتماعی افراد غیرمذهبی داشته است و حتی کسانی که غیرمذهبی به شمار می‌آیند، در زمان‌های مشخصی چون ماه رمضان از رفتار متعادل‌تری نسبت به ماه‌های دیگر برخوردار بوده‌اند. نرخ وقوع جرایم و بزه‌های اجتماعی در دو ایام ماه مبارک رمضان و ماه محرم تا حد بسیاری کاهش پیدا می‌کند و اکثر جوانان به دلیل اعتقادات مذهبی تمایلی برای بروز رفتارهای ناشایست و خلاف عرف جامعه در این ماه ندارند. برای نمونه آمارهای ارائه شده حاکی از آن است که میزان وقوع جرم و جنایت در ماه محرم ۴۰ درصد کاهش می‌یابد. هم‌چنین تحقیقات در نیروی انتظامی نشان می‌دهد، هر ساله آمار و ارقام جرایم در ماه محرم تا حد بسیاری کاهش می‌یابد و این امر ناشی از اثرگذاری این ماه در درون انسان‌ها است. قرار گرفتن انسان در زمان معنوی همچون محرم باعث می‌شود تا از پدیده‌هایی که مغایرت با ارزش‌های والای او دارد، دوری کند و این نوع رفتار ناشی از سرشت درونی و هم‌چنین اعتقادات دینی و مذهبی است که در این ایام تقویت می‌شود (منصوری، ۱۳۸۹).

۲-۳-۷- نقش و اهمیت دین و تربیت دینی

دینداری نوعی زندگی است و تربیت دینی فرآیندی است که آدمی را برای نحوه خاصی از حیات مهیا می‌سازد. این نحوه زندگی بر مبنای اصول، قواعد و راهبردهای از پیش تعیین شده‌ای شکل می‌گیرد که توسط دین و در قالب عقاید و شریعت به آدمی عرضه گردیده است. پس اگر انسان در گستره تعالیم صحیح دینی رشد یابد، در همه حال خدا را ناظر بر اعمال و رفتار خویش حس می‌کند، قوانین اجتماعی را به بهترین نحو رعایت می‌نماید و به حقوق متقابل انسانی احترام می‌گذارد. با ایجاد این بستر، مظاهر انسانی به ظهور می‌رسد و جامعه متجلی می‌گردد. نظام تربیتی با تمام ابعاد اساسی، شخصیت انسان را هدایت می‌کند (هاونگی، ۱۳۸۲؛ به نقل از محمدیان، ۱۳۹۲).

در تربیت دینی، بعد اجتماعی همراه با بعد ایمانی و شخصیت، پرورش و رشد می‌یابد. بنابراین در دین اسلام بر رشد بعد اجتماعی شخصیت آدمی همراه با علم و آگاهی تأکید شده است. پس در نظام تربیت دینی، فرد علاوه بر داشتن اختیار و آزادی، در برابر جمع نیز احساس مسئولیت می‌کند و در این نظام، شیوه زندگی فرد از زندگی جمع، جدا نیست. حقوق و آزادی‌های فردی با رفاه، آسایش و آرامش و امنیت جمع تلفیق می‌شود و در این صورت است که فرد صرفاً به دنبال آسایش خویش نیست؛ بلکه آسایش جمعی را مقدم می‌دارد. بنای تربیت جوامع بشری هر چند که علمی باشد، مادام که متکی به ایمان الهی نباشد، دشواری‌ها و مشکلاتی را پدید می‌آورد. انسان برای رسیدن به یک زندگی آرام نیاز به مذهب دارد. دین در یکپارچه‌سازی انسانی و سالم‌سازی جوامع نقش بسزایی دارد (هاونگی، ۱۳۸۲؛ به نقل از محمدیان، ۱۳۹۲).

عده‌ای از متخصصان روانشناسی شخصیت از جمله «اهلرانگر»^۱، «یونگر»^۲، «ویکتور فرانگل»^۳، «آلپورت» و غیره بر این باورند که دین و ارزش‌های ناشی از آن بیش از هر عامل دیگری در یکپارچگی شخصیت و معنی دادن به شخصیت فرد موثرند، در حالی که نظام‌های ارزشی دیگر فقط قادرند یک بعد و یا جنبه‌هایی از زندگی فرد را یکپارچه نمایند و جنبه‌های دیگر را نادیده می‌گیرند. تمام مفاسد فردی و اجتماعی از بی‌دینی است. در مراجعه به زندان‌ها خواهیم یافت که تقریباً ۹۸ درصد بزهکاران و جنایتکاران کسانی هستند که اعتقادات ضعیفی دارند. کسانی که پایبند به دین هستند، کمتر با مراکز انتظامی، دادگاه و زندان‌ها سروکار دارند. پس دین در سالم‌سازی محیط اجتماعی نقش موثری دارد. دین می‌تواند عامل کنترل اضطراب‌ها و احساس ناامنی‌ها و وسیله‌ای برای ایجاد آرامش باشد. در عصر حاضر بسیاری از انحرافات، لغزش‌ها، شکست‌ها و نابودی جوامع و غیره به دلیل غوطه‌ور شدن انسان در منجلا ب گناه و شهوات و غرایز نفسانی بوده است (بیات، ۱۳۸۷؛ به نقل از محمدیان، ۱۳۹۲).

۲-۳-۸- مذهب و سلامت روان

بیشتر ادیان جهان (با آنکه تفاوت‌هایی با یکدیگر دارند) پیروان خود را به فعالیت‌های مثبت فرا می‌خوانند. مذهب، یکی از عوامل تأثیرگذار بر رفتار و خشونت به شمار می‌رود. بسیاری از جنبه‌های مذهب بر امید، خوش‌بینی، همدلی، پیوندجویی، عفو و بخشش تأکید دارند. از سوی دیگر، پرهیز از تجاوز و رفتارهای ضداجتماعی مانند فساد، خودفروشی و دزدی، پیوسته در مذاهب سفارش شده است. هر دو جنبه مذهب، پرداختن به فعالیت‌های مثبت و دوری از فعالیت‌های منفی، باعث پدید آمدن

^۱ Ahlerunger

^۲ Yungger

^۳ Victor Frankel

احساس ارزش مثبت در پیروان ادیان می‌شود (اسکامن^۱، ۲۰۰۲). مذهب به عنوان یک میانجی بر فرایند فکری و ارزیابی رویدادهای روزمره زندگی فرد تأثیر می‌گذارد. بدین ترتیب، حتی بسیاری از رویدادهای به ظاهر منفی، مثبت و معنادار ارزیابی می‌شوند و فرد از آنها احساس مثبت خواهد داشت. بسیاری از پژوهشگران بر این باورند که به کمک ایمان، برخورد با هیجان‌ها و شرایط اجتماعی، آسان‌تر می‌شود (دینر و همکاران^۲، ۲۰۰۲). همچنین بررسی‌ها نشان داده‌اند مذهبی بودن، با عاطفه مثبت همبستگی مستقیم و با عاطفه منفی، رابطه معکوس دارد (واتسون و کلارک^۳، ۱۹۹۲). از سوی دیگر، مذهبی بودن با چندین شاخص بهداشت روانی همبسته است؛ برای نمونه، افراد مذهبی کمتر از افراد غیرمذهبی به بزهکاری، سوءمصرف مواد و الکل، طلاق و خودکشی روی می‌آورند (کولاسانتو و شریور^۴، ۱۹۸۹). بررسی‌ها در زمینه رویارویی با استرس نشان می‌دهند که اگر چه میزان استرس تجربه شده در افراد مذهبی و غیرمذهبی تفاوت معناداری ندارد، ولی مذهب ممکن است به افراد کمک کند تا بهتر با استرس روبه‌رو شوند (سلیگمن و کیکزنت میهالی^۵، ۲۰۰۰؛ الیسون و همکاران^۶، ۱۹۸۹؛ واتسون^۷، ۲۰۰۲).

۲-۳-۹- نقش بازدارندگی اعتقادات مذهبی در گرایش به اعتیاد

عقاید مذهبی معمولاً عامل بازدارنده گرایش به مصرف مواد مخدر محسوب می‌شوند. مذهبی بودن علاوه بر اینکه جوان را در برابر مشکلات مصرف مواد حفاظت می‌کند، کودکان معتادان را نیز که به شدت در معرض خطر گرایش به مصرف مواد قرار دارند، حفاظت می‌کند (کوئینگ^۸، ۲۰۱۳). افرادی که از دینداری بالایی برخوردارند، سازگاری بهتری با موقعیت‌های استرس‌زا دارند، میزان پایین‌تری از هیجانات منفی و افسردگی را تجربه می‌کنند، اضطراب کمتری دارند، از مصرف مواد روان‌گردان و الکل پرهیز می‌کنند و از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند، آنها به دلیل اتخاذ شیوه‌های سالم در زندگی امید به زندگی بهتری نیز نسبت به افراد عادی دارند (شیخی فینی و همکاران، ۱۳۹۳).

۲-۳-۱۰- نقش اعتقادات مذهبی در پیشگیری از اعتیاد

اعتیاد به مواد مخدر علاوه بر زیان‌های جدی و خطرناک جسمی و روحی، عوارض و مشکلات فراوان اجتماعی و اقتصادی از قبیل افزایش جرایم مرتبط با مواد مخدر مانند جنایت و سرقت، فقر و تکدی‌گری و

¹ Schuman

² Diener et al

³ Watson & Clark

⁴ Colasanto & Shriver

⁵ Seligman & Csikszentmihalyi

⁶ Ellison et al

⁷ Watson

⁸ Koenig

هدر رفتن سرمایه‌های کلان مادی کشورها و سقوط بسیاری از ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی و اخلاقی را نیز به دنبال دارد. عقاید و باورهای مذهبی و معنوی به عنوان عوامل حمایتی یا حائلی هستند که از طریق دادن امید، قدرت و معنی‌بخشی به زندگی، فشار روانی زندگی را کم می‌کند و کیفیت زندگی را به ویژه در افراد معتاد بهبود می‌بخشد و مانع گرایش به اعتیاد می‌شود (ندیمی، ۱۳۹۴).

به طور کلی نقش اعتقادات مذهبی در پیشگیری از اعتیاد موثر است، کودکانی که در خانواده‌های شکرگزار خداوند متولد می‌شوند، در زندگی صبورند، چون خانواده‌ها سخنان ناامیدانه، ضرب‌المثل‌های نظیر اینکه شانس در دنیا وجود ندارد، بر زبان‌شان جاری نیست و یکتای واحد را به هر زبان و گویش و هر مذهبی می‌پرستند. فرزندان انسان‌های درست‌کردار کمتر دچار سرخوردگی و سردرگمی در اجتماع می‌شوند و زمانی که به سن نوجوانی و مخاطره‌انگیزترین دوره می‌رسند، کمتر دچار احساس ترس می‌شوند، چون یکی از علل روی آوردن جوانان و نوجوانان به مواد مخدر احساس ترس و تسکین بخشیدن به این احساس است. صرف نظر از اینکه مذهب و دینداری چگونه سنجیده می‌شود (مسجد، کلیسا، علایق مذهبی و فرقه‌ای) حتی پس از کنترل مناسب متغیرهای مداخله‌گر باز هم مذهب و سلامت رابطه‌ای مثبت دارند (کاکویی دینکی و قوامی، ۱۳۹۴).

۲-۳-۱۱. نظریات اعتقادات مذهبی:

دین برای آدمی موهبتی الهی است که او را به یک فلسفه حیات مسلح می‌کند. باورهای دینی همواره در طی تاریخ حیات بشر با او همراه بوده اند و در هیچ دوره و زمانی بشر بدون اعتقادات دینی نبوده است. دین از طریق برقراری یک نظم اخلاقی تدارک فرصت‌هایی برای به دست آوردن شایستگی‌های یاد گرفته شده و تهیه قوانین اجتماعی نقش موثری در بروز و یا پیشگیری از مشکلات اجتماعی نقش موثری در بروز و یا پیشگیری از مشکلات اجتماعی و اخلاقی، سلامت جسمانی و حتی مسائل بهداشت روانی دارد. شواهد قابل ملاحظه‌ای موید این نکته است که باورها و اعتقادات مذهبی نقش مهمی در پیشگیری از سوء مصرف مواد دارد. باور مذهبی و پذیرش آن و پایبندی به اعتقادات دینی باعث می‌شود که این اشخاص کمتر از افراد فاقد باور دینی به مصرف الکل و مواد مخدر روی آورند. بدون در نظر گرفتن این که فرد به چه مذهبی گرایش دارد می‌توان گفت افرادی که به طور منظم اعمال دینی را انجام می‌دهند، کمتر احتمال دارد که مواد مخدر مصرف کنند تا افرادی که این اعتقاد را ندارند (دهان^۱، ۲۰۱۲).

رفتارها و عقاید مذهبی، تأثیر مثبتی در معنادار کردن زندگی دارند. رفتارهایی از قبیل توکل به خداوند،

¹ DeHaan

عبادت، زیارت و... می‌توانند از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرش‌های مثبت، موجب آرامش درونی فرد شوند. داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی و...، همگی از جمله روش‌هایی هستند که افراد مذهبی با دارا بودن آنها می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، آسیب کمتری را متحمل شوند (یانگ و مائو^۱، ۲۰۱۰).

باور به اینکه خدایی هست که موقعیت‌ها را کنترل می‌کند و ناظر بر بندگان است تا حد بسیاری، اضطراب مرتبط با موقعیت را کاهش می‌دهد، به طوری که اغلب افراد مؤمن، ارتباط خود را با خداوند، مانند یک دوست بسیار صمیمی، توصیف می‌کنند و معتقدند می‌توان از طریق اتکا و توسل به خداوند، اثر موقعیت‌های غیر قابل کنترل را به طریقی کنترل نمود (فونتولاکیس^۲، ۲۰۱۱).

دین برای آدمی موهبتی الهی است که او را به یک فلسفه حیات مسلح می‌کند. باورهای دینی همواره در طی تاریخ حیات بشر با او همراه بوده اند و در هیچ دوره و زمانی بشربدون اعتقادات دینی نبوده است. دین از طریق برقراری یک نظم اخلاقی، تدارک فرصت‌هایی برای بهدست آوردن شایستگی‌های یاد گرفته شده و تهیه قوانین اجتماعی نقشی مؤثر در بروز یا پیشگیری از مشکلات اجتماعی و اخلاقی، سلامت جسمانی و حتی مسایل بهداشت روانی دارد (یانکر و دهان^۳، ۲۰۱۲).

از جمله نظریات مطرح در زمینه مذهب، نظریه آلپورت و راس (۱۹۶۷) است که به تعیین سوگیری مذهبی به دو شکل درونی و بیرونی پرداختند. آلپورت و راس معتقدند افرادی که دارای سوگیری مذهبی درونی هستند به عنوان کسانی توصیف می‌شوند که کاملاً نسبت به عقاید مذهبی شان تعهد دارند و تأثیر مذهب در اکثر حوزه‌های زندگیشان مشهود است. از سوی دیگر، افراد با سوگیری مذهبی بیرونی کسانی هستند که از مذهب برای شرکت در گروه‌های مقتدر و مفید و کسب حمایت استفاده می‌کنند. مالتی و دی (۱۹۹۹) به منظور دقیق‌تر کردن این تقسیم‌بندی در آن تغییراتی اعمال کردند؛ بدین صورت که بعد جهت‌گیری بیرونی را به دو بخش بیرونی شخصی (دریافت تقویت‌های روانی شخصی) و بیرونی اجتماعی (دریافت تقویت‌های اجتماعی) تقسیم کردند. حیطه مذهب و مواد مخدر، حیطه وسیعی است و تحقیقات گوناگون به بررسی حوزه‌ها، ابعاد و عوامل گوناگون دخیل در هر حوزه پرداخته‌اند که عموماً به وجود رابطه معکوس بین مذهب و مصرف مواد مخدر (عمدتاً الکل و سیگار) دست یافته‌اند (مریل، ۲۰۱۱).

¹ Yang and Mao

² Fountoulakis

³ Yonker & DeHaan

رفتارهای معنوی و مذهبی نیز به نوبه خود با ارضای نیازهای ذاتی افراد به وابستگی و ارتباط، عواطف منفی را کاهش می دهند و احساس امنیت برای افراد فراهم میکند. رفتارهای مذهبی و معنوی مانند دعا، نیایش و عبادت و شرکت در فعالیت ها و گروه های دینی اثرات آسیب زای استرس را از طریق ایجاد شبکه های حمایتی و ارتقای رفتارهای سلامت تعدیل می کنند همچنین، معنویت و باورهای مذهبی مقابله با مشکلات را از طریق درک موقتی بودن ناراحتی های روانشناختی یا رنج های زندگی تسهیل میکنند و احساس کنترل بر موقعیت را برای افراد فراهم می سازد. همه ستهای معنوی مذاهب مختلف، با احکام و دستورات بازدارنده و تجویزی خود، پیروان خود را در ایجاد یک سبک زندگی سالم و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت تشویق میکنند با درونی شدن وجذب این رفتارها و نیز باورهای دینی و معنوی و ایجاد تعهدات اخلاقی در زندگی روزانه افراد یک سبک زندگی سالم شکل می گیرد که در کاهش مرگ و میر، کاهش مصرف مواد و افزایش سلامت و بهزیستی مؤثر است (زنجانی و مکارم، ۱۳۹۲).

اعتقادات و باورهای دینی و مذهبی، پایگاه و تکیه گاه محکم افراد جامعه در رابطه-ی انسان با خداوند، سبب آرامش روحی و روانی انسان در دغدغه-ها، درگیری-ها، فشارهای روانی، اضطراب و نگرانی-های او در زندگی اجتماعی است به گونه-ای که انسان معتقد و متقی در مشکلات، کمتر آرامش خود را از دست می دهد و با توکل کار را به انجام می رساند. با این وجود باید دید آیا ایمان و اعتقاد می تواند عامل بازدارنده مهم و تأثیرگذار در پیشگیری و درمان اعتیاد به مواد مخدر به شمار آید و آیا ایمان به خدا سبب می شود تا یک فرد معتقد هرگز دامن به اعتیاد نیالاید یا آن که ایمان یک عامل صرفاً باز دارنده و کمکی است؟ داشتن اعتقاد، پایبند بودن به ارزش های زندگی و در جستجوی معنای زندگانی بودن از مفاهیم دیرآشنایی هستند که در زندگی صنعتی امروزی رنگ و بوی خود را از دست داده-اند. اما صرف نظر از تأثیری که این مفاهیم در زندگی شخصی فرد دارند، اثر مثبت و سازنده آن-ها در سلامتی جسمی و روانی اهمیتی دوباره یافته است. به طوری که امروزه از این برداشت ها به منظور بهره گیری بیشتر در درمان بیماران نیز استفاده می-نمایند. مطالعات نشان می-دهد که ۲۰ تا ۶۰ درصد متغیرهای سلامت روانی افراد به وسیله-ی باورهای مذهبی تعیین می-شود (توکلی، ۱۳۹۰).

از طرف دیگر شواهد قابل ملاحظه ای وجود دارند که نشان می-دهند مذهب و باورهای مذهبی از جمله عوامل فرهنگی هستند که باید در ارتقای سلامت، درمان و پیشگیری از آسیب-های اجتماعی مورد توجه قرار گیرند. آشنایی صحیح با مبانی دینی، انسان را از سیر در اندیشه-های نادرست و ابتلا به انحرافهای اجتماعی باز می دارد. از دیدگاه تعلیم و تربیت اسلامی، تمامی کثر رفتاری ها و انحرافات بشر از نبود و

یا ضعف اعتقاد مذهبی ریشه می گیرد و پابندی به اصول مذهبی، بزرگ-ترین عامل بازدارنده از انحراف-های اجتماعی است. بررسی ها نشان می دهد که داشتن اعتقاد مذهبی نقش مهمی در کاهش سوء مصرف مواد مخدر دارد. افرادی که اصول مذهبی را پذیرفته و نسبت به آن احساس پیوستگی می کنند کمتر از افرادی که مذهبی نیستند مواد مخدر مصرف می کنند. صرف نظر از این که فرد به چه مذهبی گرایش دارد، می-توان گفت فردی که به طور منظم اعمال مذهبی را انجام می-دهد احتمال کمتری وجود دارد که مواد مصرف کند تا فردی که تمایلی به انجام این اعمال ندارد. بنابراین کسانی که تقلید مذهبی بیشتری دارند در برابر ابتلای به مواد مخدر مقاوم تر هستند و به عبارت بهتر ضعف ارزش های مذهبی، افراد را برای ابتلای به مواد مخدر آسیب پذیر می کند (توکلی، ۱۳۹۰).

برخی محققان معتقدند که افرادی که احساس کفایت اجتماعی و مذهبی در آن-ها ضعیف است، برای فرار از اضطراب اجتماعی به مواد مخدر روی می آورند و آسیب پذیرند. از طرف دیگر اعتیاد با از بین بردن ارزش-های اخلاقی، انسانی و مذهبی و دور کردن انسان از فطرت متعالی خویش آنها را مستعد پذیرش فرهنگ های پوچ و مخرب می نماید. بنابراین نقش مذهب در پیشگیری از آسیب های اجتماعی به گونه-ای است که بسیاری از نظریه پردازان بزرگ جهان مانند فروید، یونگ، ویلیام جیمز و ... مذهب را به عنوان یک عامل مستحکم در مقابل آسیب های اجتماعی تلقی نموده اند. به طوری که از نظر فروید مذهب نیروی عظیمی است که قوی ترین احساسات بشر را در کنترل دارد (توکلی، ۱۳۹۰).

۲-۳-۱۲. سطوح مذهب در جلوگیری از اعتیاد:

اصولاً مذهب در سه سطح می تواند مصرف مواد مخدر را تحت تأثیر قرار دهد. تأثیر اولیه مذهب شامل فعالیت های پیشگیرانه ای است که برای تحریم شروع مصرف مواد به کار گرفته می شود که می-تواند دربر گیرنده ی آموزش مستقیم مردم درباره منع مصرف مواد و همچنین هدفمند نمودن زندگی باشد. در این صورت مصرف مواد مخدر عملی پسندیده نیست. نتایج پژوهش های انجام شده مؤید آن است که افرادی که پیرو مذهبی هستند که پرهیز از مصرف مواد مخدر را نهی می-کند، بسیار کمتر از پیروان مذاهبی که مصرف الکل و سیگار را منع نمی کنند، به مصرف مواد روی می-آورند. حدیث "تمام مستی آورها و مخدرها برای امت من حرام است" در راستای همان پیشگیری اولیه مطرح شده است. تأثیر ثانویه مذهب، مداخله در جلوگیری از گسترش اعتیاد در افرادی است که مصرف آزمایشی و گاه به گاه مواد را شروع کرده اند. امام علی(ع) در این زمینه می فرماید: "خداوند ترک می خوارگی را واجب کرد تا عقل فرد بر جای ماند". می توان گفت که باورهای مذهب در نوجوانان مانع از شکل گیری اختلال-هایی چون سوء مصرف مواد و اختلالات سلوک و ... خواهد گردید. اما شرط کار، مباحثه ای واقع گرا،

هدایت به وسیله پدر و مادر و مشاوره است که نه تنها خود معتقد باشند بلکه از پشوانه علمی و مذهبی کاملی نیز برخوردار باشند (توکلی، ۱۳۹۰).

نتایج پژوهش‌ها بیانگر آن است که در مقیاس گروهی داشتن افکار مذهبی می‌تواند با کاهش مصرف مواد مخدر ارتباط داشته باشد. یکی از شیوه‌هایی که مذهب به وسیله آن مصرف مواد را کاهش می‌دهد، پرورش جنبه‌های بهداشت روانی است. مذهب به زندگی فرد جهت می‌دهد و از او به هنگام فشارهای روانی روزمره حمایت می‌کند. مطابق تعالیم اسلامی انسان دارای عزت، کرامت و شرافت انسانی است زیرا انسان موجودی است که خدا او را گرمی داشته است و از روح خود در او دمیده است. چیزهایی را به او آموزش داده، او را جانشین خود در روی زمین قرار داده است به گونه‌ای که شکستن حرمت یک انسان بی‌گناه به سان شکستن حرمت همه انسان‌هاست. افزون بر این در روایات و سیره‌ی پیشوایان نیز بر ارزشمندی انسان تأکید شده است (توکلی، ۱۳۹۰).

همه مکاتب روان درمانی برآنند که اضطراب، عامل اصلی بسیاری از بیماری‌های روانی است در حالی که ایمان به خدا نقش بسزایی در آرامش بخشی به افراد و کاستن از اضطراب‌ها و پیشگیری از بیماری‌های روانی دارد. به گونه‌ای که برخی معتقدند اگر ایمان به خدا از کودکی در نفس مستقر گردد به شخص نوعی مصونیت و پیشگیری از آسیب بیماری‌های روانی می‌بخشد. ایمان و اعتقاد پایگاه محکمی در مقابل مشکلات و محرومیت‌های زندگی ایجاد می‌کند و در زندگی به انسان نیرو می‌بخشد. نداشتن ایمان زنگ خطری است که ناتوانی انسان را در برابر سختی‌های زندگی اعلام می‌دارد. قرآن امنیت و آرامشی را که ایمان در نفس مؤمن بر جای می‌گذارد چنین توصیف می‌کند: "آری، آنها که ایمان دارند و ایمان خود را با شرک نیامیخته‌اند امنیت برای آنهاست و آنها هدایت یافتگانند" (توکلی، ۱۳۹۰).

۲-۳-۱۳. تاثیر مذهب و اعتقادات دینی در پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد و اعتیاد

دراکثر جوامع بشری چه از جنبه تاریخی و چه در تاریخ معاصر، پنج نهاد اساسی را در شکل‌گیری شخصیت و روان انسان‌ها موثر می‌دانند که عبارتند از خانواده، مدرسه، اجتماع، همگنان و مذهب که تاثیر این نهادها را در افراد و اجتماعات نمی‌توان نادیده گرفت و شناخت این عوامل به خصوص در رابطه با بهداشت روان ضروری است. مذهب بسیاری از نیازهای انسان را برآورده می‌کند و خلاءهای عاطفی، اخلاقی، معنوی و جودی را پر می‌کند. مذهب پاسخ بسیاری از سوالات را می‌دهد و بسیاری از مسایل را روشن نموده و اطمینان، امید و قدرت را در فرد تحکیم می‌نماید. و خصوصیات اخلاقی و معنوی را در فرد و اجتماعات استحکام داده و پایگاه بسیار محکمی برای انسان در برابر مشکلات و

مصائب و محرومیت های زندگی ایجاد می کند. در سالهای اخیر تلاشهای زیادی در جهت شناساندن مذهب به عنوان یکی از نیروهای قوی در پیشگیری از مشکلات عمیق روانی و اجتماعی در کشورهای غربی صورت گرفته است. محققین گروه های مختلف پزشکی نیز بر پایه تحقیقات خود نتایج قابل توجهی درباره تاثیر مذهب و اعتقادات دینی در بهبود بسیاری از آلام جسمی و روانی علاج ناپذیر منتشر نموده اند. بدین ترتیب در حال حاضر هیچ شکی وجود ندارد که برای برنامه ریزی صحیح و اصولی در جهت ارتقاء بهداشت روانی جامعه بخش مهمی را باید به مذهب اختصاص داد و درباره فواید منحصر به فرد آن در پیشگیری، درمان و ارتقاء سلامت روحی و جسمی جامعه تاکید نمود (حسینی نسب، ۱۳۹۱).

در همین راستا تحقیقات زیادی در زمینه تاثیر مذهب و اعتقادات دینی در پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد و اعتیاد صورت گرفته است. مرکز ملی اعتیاد و سوء استفاده مواد در دانشگاه کلمبیا (کاسا) در پژوهش های فراوان خود به نکات قابل توجهی در ارتباط مذهب یا سوء مصرف مواد دست یافته است. بر اساس این گزارشات مذهب نقش عمده ای در شکل گیری نگرش معیذا اعتیاد در کودکان و نوجوانان دارد. نوجوانانی که حداقل چهار بار در ماه در برنامه های مذهبی شرکت می کنند یا احتمال بسیار کمی به مصرف الکل، سیگار یا مواد روی می آورند. از طرف دیگر نوجوانانی که مواد و الکل مصرف می کنند دو برابر بیشتر از نوجوانان دیگر مذهب را در زندگی خود بی اهمیت دانسته و از آن گریزان هستند. نوجوانانی که برای مذهب ارزش قایل هستند، در تصمیمات مهم زندگی بیشتر به والدین خود تکیه می کنند در حالی که نوجوانان غیر مذهبی، هنگام تصمیم گیری های مهم بیشتر به دوستان خود روی می آورند. طبق این مطالعات، مذهب همچنین نقش مهمی در برنامه ترک اعتیاد نوجوانان داشته و احتمال موفقیت آن ها را بالا می برد (حسینی نسب، ۱۳۹۱).

تمامی آمار بالا در کشور آمریکا منتشر شده است در حالی که مکتب حیات بخش اسلام که خصوصیت اصلی آن جامعیت و در نظر گرفتن همه ابعاد انسانی است، خود در این زمینه دستورالعمل های ارزشمندی دارد که بی شک بکارگیری این رهنمود ها ضامن سلامتی تن و روان است. بهداشت روان انسان بحث سراسر قرآن کریم است. قرآن در حدود ۶۲۳۶ آیه روی پرورش صحیح انسان و حفظ بهداشت روان بحث و سخن دارد. در بخشی از آیات آنچه را که روح و روان را فاسد می کند تبیین شده و آنها را حرام و ممنوع اعلام کرده است. و در بخش دیگر از آیات خود، عوامل حفظ و تکامل روح و روان را تبیین می کند که بیشتر تحت واژه ایمان قرار می گیرد و بخش گسترده ای از این کتاب مقدس آداب اجتماعی و مقررات مربوطه به زندگی جامعه و کیفرهای ناهنجارسازان را بیان میکند و برای

داشتن یک جامعه ایده آل رهنمود می دهد . در بخش دیگر صفات پسندیده را گوشزد می کند و انسان ها را نسبت به آن ترغیب می نماید. در یک بخش دیگر صفات ناسره و نکوهیده را متذکر و انسان هارا از آن باز می دارد (حسینی نسب، ۱۳۹۱).

یکی از جنبه های درون فردی در امر سلامت روانی، باورهای دینی است که با تجلی در کردار و سبک زندگی می تواند زمینه ارتقاء سلامت روانی فرد را فراهم آورد. یافته های پژوهشی نشان داده اند که پایبندی مذهبی با سلامت بدنی و روانی ارتباط دارد. باورها و آیین های مذهبی بر این باور است که باورهای دینی قوی تر، اثرات روانی مثبتی بر جای می گذارند که در ارتقای بهداشت روانی و پایداری عاطفی افراد موثر است. در این راستا پژوهش های نشان داده اند که داشتن نگرش ها و باورهای مذهبی با کاهش استرس های روان شناختی و پیش گیری از رفتارهای پرخطر چون سیگار کشیدن، مصرف الکل و مواد مخدر همراه است. ویلز و سندی (۲۰۰۳) نشان داده اند که دینداری، از تاثیر فشارهای زندگی بر گرایش به مصرف مواد می کاهد و در طول زمان نیز میزان افزایش مصرف مواد را مهار می کند. شاخص های مذهبی (برای نمونه عضویت در یک فرقه مذهبی و شرکت در آیین های مذهبی) با مصرف داروهای اعتیاد آور و الکل رابطه ی معکوس دارد.

یافته های پژوهشی تاثیرات بازدارنده مذهب بر سوء مصرف مواد را آشکار ساخته اند. مک نیلی و بلام با متمایز کردن دیانت عمومی (حضور در انجمن های مذهبی، شرکت در امور خیریه) ، از دیانت خصوصی (نماز خواندن و عبادت، میزان اهمیت فرد به مذهب) نشان دادند که این دو شکل از مذهب در برابر مصرف سیگار، الکل و ماری جوانا محافظت کننده هستند. بر پایه یافته های یاد شده دیانت خصوصی عامل نگهدارنده مطمئن تری - حتی در برابر مصرف تفنی است ، در حالی که دیانت عمومی تنها با مصرف پیوسته مواد رابطه منفی داشت. بهره گیری از باورهای معنوی که هسته اصلی مذهب می باشد، عامل بسیار مهمی در کاهش گرایش به مصرف مواد می باشد (حسینی نسب، ۱۳۹۱).

۲-۳-۱۴. نقش مذهب و سلامت معنوی در پیشگیری از اعتیاد

دین اسلام به دلیل ماهیت اجتماعی اش و دیدگاهی که نسبت به انسان و رشد و کمال او دارد، در بردارنده بسیاری از مولفه های جامعه شناختی است. بدین معنا که چون اساسا بر طبق آموزه های این دین لزوما راه کمال از میان بسترهای اجتماعی می گذرد، لذا طیف وسیعی از دستورات در جهت زندگی اجتماعی سمت و سو یافته است، در این صورت بجا نیست اگر متوقع باشیم که قرآن کریم بعنوان سر چشمه معارف اسلامی نسبت به آنچه امروز انحراف اجتماعی نامیده می شود فاقد دیدگاه باشد. به عکس، خطوط کلی و کلان آنرا به تصویر کشیده است. از آنجا که مذهب و باورهای مذهبی از جمله عوامل

فرهنگی هستند که باید در ارتقای سلامت، درمان و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی مورد توجه بیشتر قرار گیرند، لذا آشنایی صحیح با مبانی دینی انسان را از مبدا سیر در اندیشه‌های نادرست و ابتلای به انحرافات باز می‌دارد. بسیاری از جامعه‌شناسان معتقدند که جامعه ما در دوران گذار به سر می‌برد. یکی از نشانه‌های این دوران، بی‌هنجاری، نابسامانی، بی‌قانونی، افزایش جرم و جنایت و از همه مهمتر افزایش اعتیاد می‌باشد که روزانه بسیاری از ما آنرا لمس و یا مشاهده می‌کنیم. از آنجایی که یکی از مؤلفه‌های اصلی سرمایه در هر جامعه و محیط کاری نیروی انسانی سالم و پرتوان آنست، از این رو تمام پیشرفت‌های علمی مرهون تلاش افرادی است که در سلامتی کامل به سر می‌برند (کیانی، ۱۳۹۳).

اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر از موانع عمده‌ی توسعه جوامع به شمار می‌رود و از خطرات عمده‌ای است که سلامتی نسل جوان را مورد تهاجم قرار می‌دهد. از دیدگاه تعلیم و تربیت اسلامی تمامی کثر رفتاری‌ها و انحرافات بشر از نبود و یا ضعف اعتقاد مذهبی ریشه می‌گیرد و پایبندی به اصول مذهبی، بزرگترین عامل بازدارنده از انحراف‌های اجتماعی است. در این راستا، فقه زنده و جاویدان اسلام که بر پایه عقل و منطق و اندیشه استوار است و یکی از پایه‌های استدلالی آن را ارزیابی مصالح و مفاسد تشکیل می‌دهد، اعتیاد به مواد مخدر و دیگر اعتیادهای زیانبار و فساد انگیز را که کوچکترین نفعی به حال مردم ندارد، حرام و غیر مشروع اعلام کرده است و مرتکب آن را علاوه بر مضرات فردی و جسمی که متحمل می‌گردد، مستوجب عذاب و عقاب معرفی می‌کند. تحریم اسلام بر اساس بینش خاص انسانی، اجتماعی و اخلاقی پایه‌گذاری شده است که در تفسیر و توجیه نظریه اسلام می‌توان افزود که فساد الکلی و یا مواد مخدیری در مضرات جسمی و روانی و فردی آن خلاصه نمی‌گردد، بلکه ارتکاب و آلودگی به آنها دارای عواقب وخیم اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی متعددی است که هر کدام به تنهایی می‌تواند علت تحریم و ممنوعیت به شمار آید (کیانی، ۱۳۹۳).

نقش سلامت معنوی در حل معضلات اجتماعی و فردی، به نحوی چشمگیر قابل ملاحظه است. در حقیقت افرادی که پایبند به مذهب و اعتقاداتی هستند که هر گونه اعمال منافی عفت و خلاف را نهی می‌کند، کمتر به اعمال ناروا و معضلات اجتماعی چون اعتیاد، شراب، قمار و دزدی روی می‌آورند. بررسی‌های متعدد ثابت کرده‌اند افرادی که نسبت به مواد مخدر نگرش‌ها و باورهای مثبت دارند، احتمال مصرف مواد و اعتیادشان بیش از کسانی است که نگرش‌های خنثی یا منفی دارند و این نگرش‌های مثبت در طول زمان و در طی زندگی فرد شکل می‌گیرند. بنابراین نگرش افراد نسبت به معتادان نقش مهمی در گرایش آنها به مواد مخدر دارد و همچنین عوامل اجتماعی نظیر تقلید از افرادی که در شرایط اجتماعی بالایی قرار دارند. در این زمینه مکتب اسلام مملو از مفاهیم معنوی و اخلاقی است و با به کارگیری این

مفاهیم علاوه بر بهبود وضعیت بیماران مصرف کننده مواد، می‌تواند در کاهش گرایش افراد به مصرف افیونی موثر باشد (کیانی، ۱۳۹۳).

در حقیقت تعهد دینی و معنویت، موجب فعال سازی مسئولیت شخص در زمینه اصول و باورهای مندرج در دین می‌شود، دین تعاملات اجتماعی را افزایش داده و حمایت اجتماعی را به عنوان یک منبع ارتقای سلامت فراهم می‌آورد. اسلام همه ابعاد و تمایلات روحی و جسمی انسان و نیز عوامل و امور مادی و معنوی مؤثر بر وجود او را که، چه بسا بشر از ادراک آنها عاجز است و راهی برای شناخت و درک آنها ندارد، مورد توجه قرار داده است و متناسب با آن مقررات ویژه‌ای وضع کرده است که در هیچ مکتب تربیتی چنین مقرراتی دیده نمی‌شود (کیانی، ۱۳۹۳).

حل بسیاری از مسائل و مشکلات اجتماعات کنونی، به برآورده ساختن نیازمندی های فطری و درونی انسان بستگی دارد. بنابراین لازمست دانشمندان وارسته و پاک نهاد ویژگی های مادی و معنوی انسان را در نظر بگیرند و بر همین اساس امر تربیت و هدایت را سامان دهند. در این زمینه علم بهداشت روان نقش اساسی ایفا می‌کند. موضوع این علم روان انسان است به لحاظ سلامت افکار، رفتار و کردار و نایل آمدن به ارزشها و تکامل مادی و معنوی که در خور یک انسان است.

در پرتو سلامت و اعتدال روانی است که زندگی، لذت آور و مسرت بخش می‌شود و آرامش باطنی بوجود می‌آید که آثار ظاهری آن نیکویی و احسان بی‌دریغ است. بطور خلاصه می‌توان گفت داشتن اعتقاد، پایبند بودن به ارزشهای زندگی و در جستجوی معنی زندگانی بودن، از مفاهیم دیرآشنایی هستند که در زندگی صنعتی امروزی رنگ و بوی خود را از دست داده‌اند اما صرف نظر از تأثیری که این مفاهیم در زندگی شخصی فرد دارند، اثر سازنده آنها در سلامت جسمی و روانی اهمیتی دوباره یافته است بطوری که امروزه از این برداشتها به منظور بهره‌گیری بیشتر در درمان بیماران نیز استفاده می‌شود (کیانی، ۱۳۹۳).

نقش مذهب در پیشگیری از اعتیاد به گونه‌ای است که بسیاری از نظریه پردازان بزرگ جهان مثل فروید، یونگ، ویلیام جیمز و... مذهب را به عنوان عاملی مستحکم در مقابل آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد تلقی نموده‌اند. مهمترین نقش مذهب، پیشگیری اولیه از اعتیاد است به این معنا که هر چه فرد از لحاظ اعتقادی در سطح مطلوب تری قرار گیرد، کمتر به دام اعتیاد گرفتار می‌شود زیرا بسیاری از دستورات دینی در کنترل اعتیاد مؤثر است. بررسی‌ها نشان می‌دهد که داشتن اعتقاد مذهبی نقش مهمی در کاهش سوء مصرف مواد دارد. افرادی که اصول مذهبی را پذیرفته‌اند و به آن احساس پیوستگی می‌کنند، کمتر از افرادی که مذهبی نیستند مواد مخدر مصرف می‌کنند. صرف نظر از اینکه فرد به چه مذهبی گرایش دارد

می‌توان گفت فردی که به طور منظم اعمال مذهبی انجام می‌دهد، احتمال کمتری دارد که مواد مصرف کند تا فردی که تمایل به انجام این اعمال ندارد. بیشتر اهل صلاح و تقوی و اخلاق (نمازگزاران) و آنهایی که ندای وجدانشان را همیشه می‌شنوند، معتاد به مواد مخدر و مشروبات الکلی نیستند و از هر آنچه که آنها را از خودشان منصرف می‌کند، فرار می‌کنند و دلشان می‌خواهد خودشان باشند و در خودشان فکر کنند چون عالم درونشان از عالم بیرونشان واقعا سالم تر است. (کیانی، ۱۳۹۳).

۲-۳-۱۵. نقش نهادهای مذهبی در پیشگیری از اعتیاد

اگرچه تاکنون اقدامات متعددی برای پیشگیری از گرایش جامعه به سوی مصرف مواد از سوی سازمان های ذیربط و گروه های غیر دولتی صورت گرفته، اما شاهد روند بازگشتی سوء مصرف مواد در کشور هستیم. مبارزه با این پدیده مخرب، نیازمند شناخت دقیق همه ابعاد محیطی، فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و به خصوص مذهبی است. به نظر می‌رسد، در بین مجموعه عوامل موثر در پیشگیری از گرایش جامعه به خصوص نوجوانان و جوانان به سوء مصرف مواد، دیدگاه واکنش جامعه نسبت به سوء مصرف مواد و مهمتر از همه تلاش متولیان مذهبی و استفاده از ظرفیت های بالقوه آن، بسیار مهم است. نتایج پژوهش ها نشان می‌دهند که برنامه های پیشگیرانه از سوء مصرف مواد، در صورتی موفق هستند که با شناختی واقع گرایانه از مسئله و با بهره گیری از همه ظرفیت های ملی و محلی و به خصوص بهره برداری از نهادهای مردمی و مذهبی، طراحی و اجرا شوند. نتایج پژوهش ها نشان می‌دهند که در ایران، نگاه جامعه به شناسایی و استفاده بهینه از این ظرفیت ها، در مقابله با سوء مصرف مواد وجود ندارد. این در حالی است که، نتایج پژوهش ها نشان می‌دهند، اجرای برنامه های آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد، نیازمند دریافتی جامع نگر و جامعه نگر به این پدیده است. هرچند در سال های اخیر در زمینه پیشگیری از سوء مصرف مواد پیشرفت های چشمگیری به دست آمده، اما این پیشرفت ها، مرهون رویکرد چند رشته ای و استفاده از الگوی زیستی، روانی، اجتماعی، معنوی است. نتایج برخی پژوهش ها نشان می‌دهند که، اعتقادات مذهبی در برابر گرایش به مواد مخدر به عنوان سپر و محافظ عمل می‌کنند. (ندیمی، ۱۳۹۴).

بنابراین تقویت نگرش های مذهبی به عنوان یکی از عوامل محافظت کننده در برابر آسیب ها و عوامل ارتقا دهنده سلامت روان امری ضروری است. نتایج پژوهش های مرتبط با تاثیر مذهب در پیشگیری از سوء مصرف مواد نشان می‌دهد که برداشت و نگرش مردم در مصرف مواد، به شدت متاثر از برداشت و دیدگاه آنان در زمینه دین و متولیان دینی نسبت به مصرف این مواد دارد و عضویت در گروه های مذهبی را به عنوان عاملی بازدارنده از سوء مصرف مواد می‌دانند. بر اساس نتایج این پژوهش ها،

خانواده های با خطر پایین مصرف مواد، اعتقاد محکم به وجود خدا را در طی سال های اولیه کودکی در فرزندان خود تقویت می کنند و ارتباط این فرزندان با نهادهای مذهبی و متولیان مذهبی در سطح بالایی قرار دارد. در ایران به علت تاثیر زیاد مذهب و رهبران مذهبی بر رفتار مردم، یکی از روش های موفق و کارا در پیشگیری از سوء مصرف مواد، استفاده از اماکن مذهبی و روحانیان در برنامه های آموزشی و پیشگیرانه است. به عنوان نمونه، بر اساس نتایج برخی پژوهش ها، آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد، در اماکن مذهبی توسط روحانیان، ضمن کارایی بالا، از نظر اقتصادی نیز قابل توجیه است. استفاده از این ظرفیت ها، نه تنها باعث کاهش تقاضای مصرف مواد در جامعه می شود، بلکه باعث کاهش محسوس آسیب های دیگر، ناشی از سوء مصرف مواد در جامعه می شود. بنابراین به منظور پیشگیری از روی آوردن مردم به خصوص جوانان به سوء مصرف مواد و ارتقاء سطح سلامت مردم، آموزش های مذهبی به خصوص استفاده از ظرفیت های مساجد و روحانیان، می تواند بسیار کار ساز باشد. چالش اصلی در پیشگیری از سوء مصرف مواد در جامعه ایران این است که چگونه می توان از این ظرفیت های بالقوه موجود در جامعه، در راهبردهای مختلف پیشگیرانه استفاده کرد (ندیمی، ۱۳۹۴).

۲-۳-۱۶ نقش مذهب در درمان اعتیاد

اصولی که در اسلام جهت درمان معتاد مفید واقع می شوند عبارتند از:

اصل پذیرش

در مکتب اسلام بالاترین خطا و گناه که همان شرک به خدا می باشد در صورت بازگشت و شناخت ذات یکتای خداوند قابل بخشش است و هیچ کس مأیوس از رحمت خداوند نیست و شخص معتاد نیز زمانی که جهت درمان، پناه به مرجع ذی صلاحی آورد به هیچ عنوان طرد نمی شود.

اصل حمایت

اسلام به پیروان خود دستور می دهد زمانی که شخص ولو غیر مسلمان به قصد کمک گرفتن به تو رجوع کرد دست رد به سینه او زده نشود، بلکه حتی حمایت از افراد ضعیف و مستضعف علامت ایمان افراد برشمرده شده و کسی که در فکر این موضوع نباشد مسلمان نمی باشد؛ لذا معتاد نه تنها پذیرفته می شود بلکه از نظر درمان حمایت هم می شود.

اصل بازگشت به اصل خویش

شخص راهنما که خود مسلمان دلسوزی است سعی خواهد نمود او را با ارزش های انسانیش آشنا کند و جایگاه انسان را در روی زمین به وی نشان دهد و مقام انسان و عزت همیشگی او را در پرتو گرایش به مذهب به وی گوشزد می کند تا زمینه تفکر و در نتیجه بازگشت به اصل خویش در او ایجاد شود.

اصل تصمیم و اراده

در اسلام حتی نیت و تصمیم شخص چنانچه مثبت باشد اجر در پی دارد و لذا زمانی که هر معتاد اراده و تصمیم به ترک گرفت همان لحظه گرایش به سمت جاده سلامتی و در مسیر صحیح قرارگرفتن آغاز می شود. لذا اسلام سعی دارد زمانی که معتاد تصمیم و اراده به ترک کرد او را مورد حمایت مادی و معنوی و همچنین تشویق قرار دهد و بر تقویت این تصمیم و اراده بیفزاید تا به عنوان یک هدف مهم آن را دنبال کند؛ زیرا اساس مذهب رشد می باشد. (قدتبین الرشد من الغی ...، بخشی از آیت الکرسی). لذا نیت و اراده انسان ها به سمت یک زندگی سالم، بایستی مورد حمایت جامعه قرارگیرد. شخصی که تصمیم به ترک گرفته از نظر مذهب مورد حمایت است و به دیده احترام به وی نگاه می کنند. به منظور تقویت اراده و باقی بودن بر این بینش، راهکارهای ذیل از نظر مذهب توصیه می گردد:

- حمایت های مادی و معنوی (اقوام، دوستان، حکومت).

-همنشینی و دلجوئی از وی.

-یاد آوری مکرر توانمندیها و ارزشهای انسانی وی.

-سوق دادن ذهن او به خدا و اولیائش.

اصل مراقبت

رسول اکرم (ص) می فرمایند: «کلکم راع و کلکم مسئول عن رعیتة»؛ شما همه ناظر و راهبر و نسبت به یکدیگر مسئول هستید. مذهب علاوه بر بکار گرفتن چهار اصل فوق، اصل مراقبت را تا حصول نتیجه نهایی ارائه می دهد. صله رحم، رسیدگی به خویشاوندان و به جا آوردن حقوق همسایه از نشانه های ایمان در جامعه می باشد. لذا یک مسلمان برای اینکه آفت های اجتماع دوباره به سراغ هم نرود، با او معاشرت کرده و از او حمایت می نماید و پیوسته نگران حال اوست. مذهب به مثابه مراقب دلسوزی است که پیوسته در صدد جهت دادن افراد منحرف به سمت فطرت و طریقه حق می باشد

اصل بازسازی شخصیت

دین اسلام یکی از ادیانی است که به وحدت و یکپارچگی شخصیت معتقد است. اسلام دین توحیدی بی نظیری است، چرا که خداوند خالق یگانه و واحد است و خلقت او نیز براساس یک نظام یکپارچه و واحد می باشد که هر عناصر این خلقت ضمن برخورداری از وحدت درونی به نوبه خود نقش مهمی در برپایی و هماهنگی خلقت دارد. بهترین ارزش ها یکی جان و دیگری شخصیت انسان می باشد و هر دو بالاترین مسئولیت را برای آحاد امت اسلامی به همراه می آورد. لذا هر فردی که تصمیم دارد قدم به جاده سلامتی بگذارد، خطا و انحرافات گذشته او محو می شود و فعالیت های مثبت و کوشش در راه صحیح زندگی کردن، گناهان گذشته را از بین می برد (قرآن کریم: ان الحسنات یذهبن السيئات؛ خوبی ها، زشتی ها را از بین می برد). بنابر این شخصی که با دستورات فوق، سلامت خود را باز یافته مانند دیگر افراد جامعه ادامه حیات می دهد و با حرمت و ارزشمندی زندگی می کند و هیچ مسلمانی اجازه کوچکترین جسارت به او را ندارد، زیرا او بازگشت به اصل خویش نموده و بر همه مسلمان ها واجب است برای او ارزش یک انسان کامل را قائل باشند. امید است با دستورات حیات بخش اسلام بتوانیم تولدی دیگر در حیات خود و دیگران بویژه افراد معتاد جامعه ایجاد نماییم. (محقق زاده، ۱۳۹۵)

۲-۳-۱۷ نگرشی بر احکام اسلام و مواد مخدر

اسلام، عقل را گوهری می داند که همه رفتارهای فردی و اجتماعی انسان را به تعادل، جذابیت و خداگونگی، سوق می دهد؛ از همین روست که برای آن، ارزش فراوانی قائل است و حتی قبولی عبادت های انسان را با معیار عقل می سنجد؛ مثلاً وقتی در محضر امام صادق (ع) مؤمنی را به دلیل کثرت نماز و روزه و انفاق به مستمندان می ستایند، حضرت می پرسد: عقل او چگونه است؟ پاسخ می دهند: اعمال و گفتار ساده لوحانه دارد و بر پایه احساس عمل می کند، نه خرد. کاستی های عقل او در گفتار و رفتارش محسوس است. حضرت فرمود: عملش صعود نمی کند؛ یعنی ارزش نماز و روزه و انفاق بر اساس عقل و خرد ارزیابی می شود، نه احساس عوامانه.

به دلیل اهمیت پاسداشت عقل و هوش است که در اسلام هر چیزی از خوردنی ها و آشامیدنی ها گرفته تا خواندنی ها و شنیدنی ها و سرگرمی ها، اگر سلامت روح و عقل را تهدید نماید حرمت مضاعف پیدا می کند؛ مانند مشروبات الکلی که قطع نظر از عوارض جسمانی، چون به مغز و عقل ضربه هولناکی وارد می سازند، حرمتی بالاتر از حرمت معمولی دارد و حدّ شرعی (هشتاد ضربه تازیانه در ملاء عام) برای شراب خوار نیز مقرر شده است. و هم چنین است هر چیزی که موجب تضعیف اراده و غیرت انسانی و

یا قساوت و بی رحمی می شود؛ مانند خوردن گوشت خوک، خون، مردار، حیوانات خفه شده و نیز حلال گوشتی که بدون نام خدا ذبح شده باشند که در قرآن به حرمت آنها تصریح شده است.

به طور کلی مواد مخدر با تمام اشکال و مواردش، اثرات خرد کننده و همه جانبه ای دارد؛ یعنی بر جسم و جان و عقل و اراده و دین و عقیده انسان ضربات سختی وارد می سازد و زندگی خانواده ها و جامعه را به سیاهی و تباهی می کشاند. افزایش قاچاق و مصرف زیاد مواد مخدر در تمام استان های کشور، نگرانی مضاعفی را به وجود آورده است. به همین دلیل بررسی علمی و دینی آن از ضروریات وجدانی، اعتقادی، اخلاقی و اجتماعی به شمار می آید. از این رو لازم است نخست به آسیب های مواد مخدر از نظر عقل و علم اشاره کنیم، سپس به دلایل حرمت آن از نظر فقه و قرآن بپردازیم.

۲-۳-۱۷-۱۱ آسیب های مواد مخدر در نگاه عقل

مواد مخدر بدون تردید جسم و جان را تخدیر و تخریب می کند، اراده و غیرت را تضعیف می نماید و آدمی را به مرگ زودرس گرفتار می سازد. همه ما آشکارا مشاهده کرده ایم که جوانان سالم و با نشاط پس از اعتیاد به مواد مخدر قیافه آنها تحلیل رفته و اندامی پژمرده، صورتی تیره و رنگ پریده و هیكلی لاغر نصیبشان شده است. اگر سوداگران نابودی و قاچاق چیان سلامتی اندکی با وجدانشان درگیر می شدند حاضر نبودند به قیمت انباشتن ثروت دنیا، فرزندان معصوم جامعه را به این وضعیت فلاکت بار بیندازند و خود هم دیر یا زود به تیر غیب از پای در آیند و یا زندانی شده و اعدام شوند. آری، هر عملی را عکس العملی و هر کنشی را واکنشی است.

از مکافات عمل غافل مشو

گندم از گندم بروید جو زجو

به راستی که اینان از انسانیت خارج شده و از حیوان هم بدتر شده اند: «اولئک کالانعام بل هم اضل» (۲). قرآن می فرماید: «من قتل نفساً بغير نفس او فساد فی الارض فکأنما قتل الناس جمیعاً و من احیایها فکأنما احیى الناس جمیعاً؛ کسی که نفس محترمی را نه به قصاص قتل کسی یا ارتکاب فسادی در زمین، بکشد، مثل این است که تمام مردم را کشته است و هر آن کس که انسانی را زنده سازد به مثابه این است که همه مردم را زنده نموده باشد.

بدبخت تر از آنها جوانان ساده لوحی هستند که با خریدن و مصرف مواد مخدر، بازار قاچاق چیان را رونق و گرمی می بخشند. آیا همین وضعیت ناهنجار معتادان برای حرمت اعتیاد، کافی نیست و از نظر عاقلان و عالمان، نیاز به دلیل دیگر دارد؟

۲-۳-۱۷-۲ زیان های مواد مخدر از نظر علم

با این که اثرات ویران گر و مخرب مواد مخدر بر عقل و جسم معتادان، روشن است، با وجود آن، شایسته است به فلسفه حرمت آن از نگاه علم نیز اشاره کنیم.

امروز دنیای علم اثرات خرد کننده مواد مخدر را بر مغز و اعصاب کشف کرده است. متخصصان بر این باورند که مهم ترین نقطه اثرگذار مواد مخدر در «مغز» است. مهم ترین این اثرات، کاهش احساس درد به صورت موقت، فعالیت مرکز تنفس، یبوست مزاج و تمایل شدید به تکرار مصرف مواد می باشد.

از میان همه مواد مرگ آفرین، هروئین، راحت تر در چربی مغز و بدن حل شده و بر خلاف مرفین و مشتقات آن، در کوتاه ترین زمان ممکن روی مغز اثر می گذارد. به همین دلیل آثار خوشی آور و ضد درد سریع تری دارد. کدئین نیز که از مشتقات تریاک است، به آسانی در سیستم گوارش جذب شده و در بدن تبدیل به مرفین می شود.

یکی از آثار مصرف مواد مخدر در معتادان، کاهش جریان خون در بعضی از نواحی مغز است. اعتیاد، بیداری را کم و خواب را زیاد می کند و انسان را از کارهای روزمره محروم می سازد.

از سوی دیگر با ورود مواد مخدر سلول های مغز فرد معتاد، راکد شده و از ترشح آندروفین جلوگیری می کنند. در نتیجه، درد و ناخوشی و اضطراب روحی و بی قراری زیادتر می شود و قدرت دفاعی سلول های بدن در برابر مهاجمان کاهش می یابد. با کاهش آندروفین ها از مغز و بدن معتاد، خاصیت دشمن شکنی مونوسیت ها که از سلول های دفاعی بدن می باشند کم می شود. از همین روست که شخص معتاد نسبت به افراد سالم زودتر دچار عفونت و بیماری می شود.

۲-۳-۱۷-۳ مواد مخدر از دیدگاه فقیهان

فقها و مراجع عظام به دلیل زیان های جسمی، عقلی، اجتماعی و خانوادگی فراوان مواد مخدر، آن را تحریم کرده و فتاوی روشن گرانه ای درباره آن صادر نموده اند. در این جا برخی از آنها را یادآور می شویم:

- حضرت آیه الله فاضل لنکرانی - دامت برکاته - در بیاناتشان می فرمایند: «اگر مسئله اعتیاد را از بُعد انسانیت بررسی کنیم انسان عاقل نمی تواند با مواد مخدر هیچ گونه ارتباطی داشته باشد، برای این که مستلزم خروج از انسانیت است. چیزی که آدم را از بُعد انسانیت محروم می کند نمی تواند در شرع اسلام مجوزی داشته باشد. از این رو خیلی روشن است که اعتیاد به تریاک و هروئین، شرعاً جایز نباشد» و جزء محرمات بزرگ به حساب آید.

- حضرت آیه الله بهجت نیز می فرمایند: «اعتیاد به مواد مخدر، حرام است، ضررخیز و مرض آور است. مصرف هروئین و نظایر آن نیز حرام است و اعتیاد به تریاک هم جایز نمی باشد و احتراز [و دوری از آنها] لازم است و غیر از آنها مثل سیگار، بستگی به مراتب ضرر آن دارد؛ یعنی اگر ضرر و زیان قابل توجه داشته باشد حرام خواهد بود، که امروز خطر سیگار بر همگان روشن است و ۵۰٪ شکست ها مربوط به کشیدن سیگار می باشد.

- حضرت آیه الله سبحانی می فرمایند: «بنابر فتوی صریح آیه الله العظمی بروجردی که کشیدن تریاک را حرام دانسته اند، من هم آن را حرام می دانم، چرا که هر چیزی که یک نوع تخدیر در آن باشد حرام است. سیگار تخدیر دارد، تریاک، مواد مخدر است، هروئین مخدر می باشد و بالاتر از همه، این ضررها عقل را نابود می کند و برای جسم و جان مضر می باشد».

- حضرت آیه الله صانعی می فرمایند: «گناه مواد مخدر در ردیف گناهان دیگر نیست. حرام بودن آن مانند حرام بودن یک دروغ معمولی نمی باشد و یا مثل غیبت کردن از یک مسلمان در سطح پایین نیست؛ این نوع حرام ها منجر به فساد در جامعه نمی شود؛ اما مواد مخدر منجر به فساد اجتماعی در گستره زمین می گردد و باید به هر قیمتی که شده از آن جلوگیری کرد».

۲-۳-۱۷-۴ دلایل حرمت مواد مخدر

پدیده اعتیاد یکی از معضلات بزرگ امروز جامعه بشری به شمار می رود. این بلای خانمان سوز و کابوس مرگ و بدبختی، تمام جوامع اسلامی را در بر گرفته و نسل جوان ایران را نیز تهدید به فنا و نابودی می کند. مطابق آمار اعلام شده در رسانه های گروهی، سالانه ۱۲ میلیارد دلار از طریق اعتیاد به اقتصاد ایران ضربه وارد می شود. آگاهان جامعه تردیدی ندارند که حل این مشکل اجتماعی به مبارزه مستمر و همه جانبه نظامی، سیاسی و فرهنگی نیازمند است. از همه مهم تر، فعالیت فرهنگی، در ابعاد مختلف اعتقادی، فکری، هنری و تبلیغی لازم دارد.

تقابل فرهنگی با معضل مواد مخدر، توجه به ویژگی های فرهنگی هر جامعه بالاخص در بُعد عقاید دینی است. جوامع اسلامی به یمن مذهبی بودن، از عوارض بیماری های انگلی و «کرم کدو» و «میکروب تریشین» که مولود مصرف گوشت خوک می باشد، به دورند. هم چنین در پرتو حرمت عملیات استمنا و استتوها و شراب خواری، از خطرات آن نیز محفوظ مانده اند؛ بر خلاف جوامع غربی که غالباً گرفتار این نوع بیماری ها می باشند.

اگر مبلغان دینی و منادیان مذهبی به منظور ادای یک وظیفه شرعی در ایام تبلیغی با سوز و گداز خطرات مواد مخدر را برای مردم به ویژه جوانان بیان نمایند و پی آمدهای مادی و معنوی آن را گوشزد نمایند، بی شک می توانند جلو گسترش آن را بگیرند و بسیاری از جوانان را از شر آن حفظ نمایند.

پس از این مقدمه کوتاه، اکنون به دلایل حرمت مواد مخدر می پردازیم.

۲-۳-۱۷-۵ فساد اجتماعی

مذمت و حرمت «فساد» و «سکر و مستی» که در قرآن و کلمات پیامبر (ص) و معصومان - علیهم السلام - آمده، از جمله دلایل حرمت مواد مخدر است؛ چنان که برخی از مراجع، فساد اجتماعی مواد مخدر را دلیل حرمت مضاعف آن گرفته اند و قاقاق چیان را از مصادیق بارز مفسدان فی الارض و نابود کنندگان حرث و نسل شمرده اند که اعدام آنها ضرورت دارد، چرا که اخلاق افراد جامعه را به فساد می کشانند و معتادان هم مجری نقشه های آنها می باشند و در انتشار فساد اجتماعی و بدبختی خانواده، نقش اساسی دارند. آیا پول های گزاف در راه خرید مواد مخدر، اسراف و تبذیر نیست و از گناهان کبیره شمرده نمی شود؟ آیا مبدزین، به تعبیر قرآن از «یاران و برادران شیطان» نمی باشند؟ همان گونه که اصلاح جامعه

واجب می باشد افساد جامعه نیز از محرّماتی است که عقوبت دنیوی و اخروی دارد. آیه «و اذا تولّی تسعی فی الارض لیفسد فیها و یهلك الحرث و النسل و الله لا یحب الفساد» به مفسدان در زمین اشاره می کند. یکی از مصادیق بارز این آیه، فروشندگان مواد مخدّر و کسانی می باشند که مجری نقشه های آنان هستند.

۲-۳-۱۷-۶ حرمت اسراف و تبذیر در عمر و مال

قرآن در سوره اسراء می فرماید: «ای رسول ما، حق ارحام و مسکینان و درماندگان آنان را عطا کن، ولی هرگز اسراف و تبذیر روا مدار و بدان که تحقیقاً مُبذّران و مُسْرِفان که مال و عمر گران بهای خود را صرف خیالات واهی می کنند، برادران شیطان هستند و همین شیطان بود که به پروردگارش کفران روا داشت» و از درگاه حق محروم گردید؛ آیا خرید مواد مخدّر، یک نوع اسراف و تبذیر و عمل شیطانی و کفران نعمت مال و جسم و جان انسان محسوب نمی شود؟

تبذیر به معنای پراکنده کردن مال و اسراف در مخارجی است که نه تنها ضرورت ندارد بلکه باعث هلاکت آدمی است. بنابر این مُبذّر کسی است که اموال را می پاشد و ضایع می کند و به فساد کمک می نماید. بی گمان عمل چنین افرادی، از حرمت معمولی به مراتب، بالاتر خواهد بود.

اضرار به نفس

یکی از موضوعاتی که حرمت مواد مخدّر را به وضوح ثابت می کند، «اضرار به نفس» است. اما پیش از بیان آن، نخست باید حکم اضرار به نفس را از منابع کتاب و سنت به شیوه ادله فقهی مشخص نماییم و سپس تحقیق کنیم که آیا به کار گرفتن مواد مخدّر از مصادیق اضرار به نفس به شمار می آید یا خیر؟

بعضی از آیاتی که در اثبات حرمت اضرار به نفس به آنها تمسّک شده، عبارت اند از:

یکم - «و لا تلقوا بایدیکم الی التهلکة». گروهی از فقیهان شیعه و سنی برای حرمت اضرار به نفس، به آیه فوق استدلال کرده اند؛ به این بیان که «تهلکه» را به معنای هلاکت و خود را به خطر و یا نابودی انداختن دانسته اند. البته هلاکت و نابودی شکل های مختلفی دارد: گاهی هلاکت به مفهوم بدبختی و فلاکت است؛ مثل این که کسی تمام اموالش را به قمار بزند و فقیر و بدبخت شود و گاهی به هلاکت انداختن با اعمال ناشایست و خطرناک است؛ مثل دزدی و آدم کشی و تجاوز به نوامیس دیگران، اعتیاد به مواد مخدّر و... طبیعتاً چنین فردی خود را به مهلکه و زندان می افکند. ولی اگر مقصود عذاب اخروی

باشد، در این صورت، نهی در آیه، نهی ارشادی خواهد بود نه مولوی. مطابق آیه فوق هرگونه فعلی که از ناحیه مکلف باعث از بین رفتن قوای جسمی و روحی او گردد و یا هر نوع عملی که از نظر عرف عقلاً زمینه نابودی فکری و جسمی فرد را فراهم سازد، بی شک مشمول نهی و تحریم قرار خواهد گرفت.

به عبارت بهتر، مضمون آیه، مطلق هلاکت را می‌رساند و به مقتضای اصالت تطابق بین ظهور و مراد جدی، بدون تردید مراد جدی مولا، مطلق هلاکت می‌باشد، خواه چنین امری جنبه افراطی داشته باشد و یا تفریطی؛ مثلاً بخل و امساک از انفاق در زمان جنگ، سبب از میان رفتن نیروها و تضعیف سپاه خودی و تسلط دشمن بر کشور می‌شود. از این رو انفاق نکردن در چنین شرایطی که القای نفس در هلاکت و شکست است، بی تردید حرمتی واضح و شدید دارد.

قرآن می‌فرماید: «و لا تجعل يدك مغلولة في عنقك و لا تبسطها كل البسط فتقعد ملوما محسورا». در انفاق مال زیاده روی نکن که پس از آن خود را ملامت کرده و حسرت بخوری و هرگز دست را در انفاق به خلق به گردنت محکم نساز بلکه به اندازه ای انفاق کن که خود گرفتار نشوی.

علامه طباطبائی ذیل این آیه می‌فرماید: اختلاف روایات در معنای آیه، مطلق بودن مفاد تهلکه را می‌رساند و شامل هر نوع افراط و تفریط در هرگونه انفاق می‌گردد، بلکه غیر مورد انفاق را هم شامل می‌شود.

شهید اول در «ذکری» و شیخ انصاری و صاحب حدائق و صاحب جواهر نیز مطلق بودن مضمون آیه را تأیید کرده اند.

ابو اسحاق شافعی و عبدالرحمن بن ابی عمر حنبلی و ابن قدامه، از علمای اهل سنت نیز همین معنا را از آیه فهمیده اند.

به هر روی از آیه به خوبی استفاده می‌شود که استعمال مواد مخدر و صرف مال و اموال در این راه، از مصادیق روشن القای در تهلکه است و حرمتی مضاعف دارد. وانگهی، گذشته از اضرار به نفس و تبذیر مال، باعث اذیت و آزار بستگان نیز می‌شود. بی تردید، اذیت نمودن پدر و مادر به این شکل، از محرمات بزرگ الهی و عاق والدین محسوب می‌شود.

۲-۳-۱۸ تأثیرات مواد مخدر بر دین و ایمان

مواد مخدر از چند جهت برای دین و ایمان ضرر دارند؛ زیرا وقت را ضایع و عقل را از بین می‌برند. و هرگاه انسان وقت و عقلش را از دست بدهد، این منجر به از بین رفتن بزرگ‌ترین رکن از ارکان اسلام مانند نماز قرار می‌گیرد. این از مسلمات است که بعضی از انواع مواد مخدر، استعمال‌کننده را ساعت‌های طولانی یا چند روز، چنان تحت تأثیر قرار می‌دهند که توجهی به هیچ چیز نداشته باشد. واقعاً خداوند متعال درست فرموده است: شیطان می‌خواهد به وسیله‌ی شراب و قمار، بین شما دشمنی و بغض ایجاد نموده و شما را از یاد خدا و نماز باز دارد. آیا بازآینده هستید یا خیر؟ (سوره المائدة، آیه ۹۱). در این هیچگونه شک و تردیدی وجود ندارد که مبارزه بین انسان و نخستین دشمن او، ابلیس تا قیام قیامت مستمر و برقرار است؛ زیرا شیطان لعین قسم خورده است که تمام نیرویش را برای گمراه ساختن انسان، و دور نگه داشتنش از عبادت پروردگار و بازداشتنش از سعادت دنیا و عقبی به کار گیرد. معرکه‌ی زندگی بین دشمن لدود و انسان ضعیف در کشمکش است، دشمن لعین با هر وسیله ممکن در پی گمراه کردن انسان قرار گرفته است، گاهی از راه معصیت، گاهی از راه غلو در طاعت، زمانی از راه خونریزی و کشتار و گاهی از راه خرید و فروش و استعمال مواد مخدر. اسلام گرانقیمت‌ترین نعمتی است که به دست مسلمان رسیده است. بنابراین، هرگاه مسلمان آن را حفظ و از آن نگهداری کند، از گمراهی و اغوای شیطان در امن قرار می‌گیرد؛ ولی اگر کوتاهی نموده آن را ضایع کند، لقمه خوشگوازی برای شیطان قرار خواهد گرفت، آن چنانکه به دستور او راه می‌رود و مشورت او را می‌پذیرد و در این صورت ارتباطش با خدا ضعیف گشته و راه مواد مخدر و غیره را طی می‌کند، و هرکسی که در دام مواد مخدر افتاد، اقدام نمودنش به هر جرم و جنایت از قبیل قتل، دزدی، آبروریزی و غیره آسان می‌شود. نهان شدن عقل که در اثر نشئه و تحذیر پدید می‌آید، با بیداری دایمی که اسلام آن را بر قلب مسلمان لازم قرار داده تا در هر آن با خداوند در ارتباط و در هر امر خطرناک در انتظار او باشد، منافات دارد. باز با این بیداری، باید در رشد و تجدید زندگی و نگهداری آن از ضعف و فساد، و حمایت نفس مال، آبرو و حمایت امنیت جامعه، شریعت و نظام آن از هر تجاوز و تعدی، در هر آن کارهای مثبت انجام دهد. فرد مسلمان لگام گسیخته و آزاد نیست که در هر لذت و عیشی مشغول شود، بلکه لازم است در هر لحظه، نسبت به اجتماعی که در آن زندگی می‌کند، و همچنین نسبت به مقام انسانیت که به آن منسوب است وظایف و تکالیفی داشته باشد، و از او با این بیداری خواسته شده تا این وظایف و تکالیف را انجام دهد. اما یک فرد آلوده به مواد مخدر کی می‌تواند این گونه وظایف و تکالیفش را انجام دهد. چرا که او عقلش را از دست داده، قلبش را فاسد گردانیده و مغلوب الحال قرار گرفته است که دارد در غیوبت (عقل)، دور از واقعیت زندگی می‌کند. آری، این غیوبت در حقیقت به جز از اینکه گریزی از واقعیت زندگی باشد

چیزی دیگر نیست؛ و تمایل و توجهی است به آن اندیشه‌ها و افکاری که پس از استعمال مواد به او دست داده است. اسلام این راه و روش را برای انسان نمی‌پسندد، زیرا این راهی منفی است و کسی که این راه را طی می‌کند، عضوی شل و بیکار در جامعه است، بلکه چون خستی فاسد برای ساختمان اجتماع است، و همانگونه که حیوان گرگ، حیوان سالم را مبتلا به گرگی می‌کند، شخص فاسد نیز شخص سالم را فاسد می‌گرداند. بدون شک و تردید، اثرات مواد مخدر نسبت به دین خیلی خطرناک هستند، چه ضرری خطرناک‌تر از این است که کسی عقل، شرف و اخلاق را از دست بدهد؟! و آیا رخنه‌ای بزرگ‌تر از این می‌تواند در جامعه پدید آید که شیوع اعتیاد منجر به فرقه‌گرایی و درگیری و اختلاف است؟! این است دستاورد مواد مخدر! (نوری، ۱۳۹۴)

۲-۴- ادبیات و گستره نظری اختلالات شخصیتی

اختلال شخصیت یک الگوی بادوام، فراگیر و غیرقابل انعطاف از تجارب درونی و رفتار بیرونی است که به طرز مشخصی با انتظارات فرهنگی فرد تفاوت دارد و به درماندگی و اختلال منجر می‌شود. این الگو باید حداقل در دو زمینه شناخت (روش‌های ادراک و تفسیر خود، دیگران و رویدادها)، حالت‌های عاطفی (شامل دامنه، شدت، تغییرپذیری و تناسب پاسخ‌های هیجانی)، عملکرد بین فردی و کنترل تکانه تظاهر پیدا کند (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳).

طیف محدود تجارب و پاسخ‌هایی که مبتلایان به این اختلالات از خود نشان می‌دهند، اغلب منجر به مشکلات روانشناختی، اجتماعی یا شغلی می‌شود. این اختلالات قاعدتا در نوجوانی یا آغاز بزرگسالی شروع می‌شوند (یا حداقل در این سنین قابل تشخیص‌اند)، گرچه در بعضی موارد اختلال در دوران کودکی نیز شروع می‌شود (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳).

اختلالات شخصیت و درماندگی و مشکلات ناشی از آن در تمام عمر دامنگیر فرد می‌شود، ولی با این حال انواع این اختلالات از نظر میزان فروپاشی زندگی فرد، با هم تفاوت دارند. با این حال چه اختلال خفیف چه شدید باشد، تمام جنبه‌های وجود شخص را متأثر می‌کند. درمان این اختلالات از دشوارترین نوع درمان‌های اختلالات روان‌شناختی می‌باشد. تخمین زده شده است که میزان شیوع اختلالات شخصیت در سنین بزرگسالی ۴-۱۵ درصد باشد (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳).

اختلالات شخصیت عبارت است از تجارب درون ذهنی و رفتاری با دوامی که بر معیارهای فرهنگی منطبق نیست، نفوذی غیرقابل انعطاف دارد، از نوجوانی یا جوانی شروع می‌شود، در طول زمان تغییر نمی‌کند و موجب ناخشنودی فرد و مختل شدن کارکردهایش می‌شود. هر گاه صفات شخصیتی، غیرقابل انعطاف و غیرانطباقی باشد و کارکردهای فرد را مختل سازد یا رنج و عذاب درون ذهنی برایش ایجاد کند، تشخیص اختلال شخصیت را می‌توان مطرح کرد (هاشم‌زاده، ۱۳۹۳).

اختلال شخصیت به بخشی از حالات و کنش‌ها اطلاق می‌گردد که با معیارهای رفتاری جامعه منطبق نبوده و در واقع به هنجار نباشد (لجم اورک و جعفری).

راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روانپزشکی آمریکا^۱، فهرست بسیار کاملی از تفاوت‌های بین شخصیت سالم و ناسالم را ارائه می‌دهد. با توجه به تعریف اختلالات شخصیت در D.S.M-5 عناصر کلیدی اختلال شخصیت عبارتند از:

- اختلال شخصیت الگوی پایدار از تجربه و رفتار درونی است. این الگوی آشکار در دو یا بیشتر از زمینه‌های زیر است:

الف. تفکر

ب. احساس

ج. روابط بین فردی

د. کنترل تکانه

- این الگو به طور قابل توجهی از هنجارها و انتظارات فرهنگی جامعه انحراف دارد.

- این الگو، فراگیر و انعطاف‌ناپذیر است.

- در طول زمان پایدار باشد.

- منجر به ناراحتی یا اختلال شده است (هاشم‌زاده، ۱۳۹۴).

چهار ویژگی اصلی اختلالات شخصیتی:

- الگوهای تفکر سخت، شدید و تحریف شده (افکار)

- الگوهای پاسخ عاطفی مشکل‌دار (احساسات)

- مشکلات کنترل تکانه (رفتار)

- مشکلات بین فردی قابل توجه

در واقع، به منظور تشخیص اختلال شخصیت یک فرد باید حداقل دو تا از این چهار ویژگی اصلی را نشان دهد.

در DSM-IV-TR اختلالات شخصیت به سه دسته تقسیم می‌شوند:

دسته الف- عبارت است از سه اختلال شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید^۲ و اسکیزوتایپال^۳. افراد مبتلا به این اختلالات اغلب غریب و نامتعارف به نظر می‌رسند.

^۱ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-D.S.M

^۲ schizoid

^۳ schizotypal

دسته ب- عبارت است از چهار اختلال شخصیت ضداجتماعی^۱، مرزی^۲، نمایشی^۳ و خودشیفته^۴. افراد مبتلا به این اختلالات اغلب نمایشی، نامتعادل و هیجانی اند.

دسته پ- عبارت است از اختلالات شخصیت مردم‌گریز^۵، وابسته^۶، وسواسی- اجباری^۷ (کريل و همکاران^۸، ۲۰۱۰).

شاید بتوان بیشترین تغییر ایجاد شده در طبقات تشخیصی راهنمای جدید را در حوزه‌ی اختلالات شخصیت مشاهده کرد. کار گروه DSM-5 بر اساس یک مدل ابعادی- طبقه‌ای پیوندی، فرمول‌بندی جدیدی از ارزیابی و تشخیص آسیب‌شناسی شخصیت پیشنهاد کرده است که در آن انواع اختلالات شخصیت با صفات شخصیتی آسیب‌شناختی ادغام می‌شوند (WWW.APA.OR).

بر این اساس در راهنمای جدید ویژگی‌های اصلی اختلال شخصیت، تخریب در عملکرد شخصیت و وجود صفات شخصیتی آسیب‌شناختی است و برای تشخیص اختلال شخصیت ۵ ملاک باید وجود داشته باشد که عبارتند از:

- تخریب قابل ملاحظه در عملکرد خود (هویت و خود جهت‌دهی) و عملکرد بین‌فردی (همدلی یا صمیمیت)

- وجود یک یا چند ویژگی شخصیتی بیمارگون

- آسیب در عملکرد خود و تظاهرات صفات شخصیتی که در طول زمان و در موقعیت‌های مختلف ثابت هستند.

- آسیب در کارکردهای شخصیتی و تظاهر صفات شخصیتی را نمی‌توان ناشی از سطح تحولی هنجار فرد یا محیط اجتماعی/ فرهنگی، در نظر گرفت.

- آسیب در کارکردهای شخصیتی و تظاهر صفات شخصیتی ناشی از اثرات مستقیم فیزیولوژیک یک ماده (برای مثال داروی غیرمجاز یا تجویز شده) یا یک وضعیت پزشکی عمومی (برای مثال ضربه شدید مغزی) نمی‌باشد (هملنا و همکاران^۹، ۲۰۱۲).

¹ antisocial

² borderline

³ histrionic

⁴ narcissistic

⁵ avoidant

⁶ dependent

⁷ obsessive- compulsive

⁸ Cheryl et al

⁹ Hummelena et al

کارگروه DSM-5، بر اساس معیارهای مبتنی بر آسیب نوعی در کارکرد شخصیت و صفات شخصیتی بیمارگون، اختلالات شخصیتی DSM-IV را از ده اختلال به شش اختلال که شامل اختلال شخصیت ضداجتماعی، اجتنابی، مرزی، خودشیفته، وسواسی-اجباری و اسکیزوتیپی هستند، کاهش داده است. در مجموع مهم‌ترین مزیت مدل ابعادی جدید را می‌توان در نظر گرفتن اختلالات شخصیت به صورت یک پیوستار و نه صرفاً نگاهی دو وجهی (وجود یا عدم وجود اختلالات شخصیت آن‌گونه که در DSM-IV وجود دارد) به آن‌ها و ارزیابی شدت کژکارکردی‌های شخصیت دانست (نیلز و همکاران^۱، ۲۰۱۲).

یکی از جدی‌ترین انتقادات به پیش‌نویس اولیه ارایه شده DSM-5، درباره سیستم جدید تشخیص اختلالات شخصیت است. از نظر منتقدان این سیستم التقاطی که ترکیبی از دو سیستم تشخیصی مقوله‌ای و ابعادی است، نه تنها دارای چهارچوب منطقی قابل قبولی نیست، بلکه در عمل نیز مشکلات فراوانی را به وجود خواهد آورد (کیل و همکاران^۲، ۲۰۱۱).

این سیستم از لحاظ بالینی به اندازه کافی مورد بررسی و آزمایش قرار نگرفته و از طرف دیگر با سیستم رایج و جاافتاده میان روان‌پزشکان و روان‌شناسان تفاوت عمده‌ای دارد و بنابراین جاانداختن آن به انرژی فراوان و تلاش‌های گسترده نیازمند است که با توجه به فقدان چارچوب نظری منسجم و منطقی برای این سیستم التقاطی معلوم نیست آیا این اصلاح، ارزش این همه تلاش را دارد یا خیر (ماتیکس و همکاران^۳، ۲۰۱۱).

۲-۴-۱- تعریف شخصیت

شخصیت را می‌توان آن الگوهای معین و مشخصی از تفکر، هیجان و رفتار تعریف کرد که سبک شخصی فرد را در تعامل با محیط اجتماعی و مادی‌اش رقم می‌زنند (اتکینسون و همکاران^۴، ۱۳۹۵).

شخصیت یعنی «مجموعه‌ای از رفتار و شیوه‌های تفکر شخص در زندگی روزمره که با ویژگی‌های بی - هم‌تا بودن، ثبات (پایداری) و قابلیت پیش‌بینی» مشخص می‌شود. به نظر می‌رسد، آلپورت، بهترین تعریف را در مورد شخصیت ارایه داده است. او اشاره می‌کند، شخصیت، سازمان‌بندی پویایی در درون فرد است و شامل آن دسته از نظام‌های روانی- فیزیکی که رفتار و تفکر او را تعیین می‌کند. از این تعریف چندین نکته قابل استنباط است.

بر پایه تعاریف بالا نکاتی درباره اصطلاح شخصیت روشن می‌شود:

¹ Niles et al

² Keel et al

³ Mataix et al

⁴ Etkinson et al

- بی‌همتایی و تفاوت: شخصیت یک فرد بی‌همتا است و در عین بعضی مشابهت‌ها، هیچ دو شخصیت یکسان و همسان وجود ندارد.
- ثبات داشتن (پایداری): اگرچه افراد در شرایط و محیط‌های گوناگون در ظاهر رفتار متضاد و مختلفی دارند، ولی در طول زمان (مثلاً چندین دهه) رفتار و واکنش و همچنین شیوه تفکر آنها دارای یک ثبات نسبی دائمی است.
- قابلیت پیش‌بینی: با توجه کردن و مطالعه رفتار و نوع تفکر اشخاص می‌توان سبک رفتاری و تفکری افراد را با احتمال زیاد پیش‌بینی کرد. قابلیت پیش‌بینی رفتار با ثبات در رفتار، رابطه متقابل دارد. از تعریف آلپورت می‌توان دریافت:
- شخصیت مجموعه‌ای از عناصر است و به عنوان یک نظام با یکدیگر در رابطه هستند.
- شخصیت مفهومی روانی در قالب یک کلیت فیزیکی دارد.
- علت تعامل انسان با جهان شخصیت است.
- تعامل فرد نتیجه ویژگی‌های شخصیتی و موقعیتی است.
- تجلی شخصیت به دو روش رفتار و تفکر است. (کارونن، ۲۰۱۲).
- شخصیت می‌تواند سازگار و یا ناسازگارانه باشد. «ناسازگاری» زمانی مطرح می‌شود که افراد قادر نباشند تفکر و رفتار خود را با محیط و تغییرات آن تطبیق دهند. سازگاری یا عدم سازگاری ارتباط نزدیکی با «انعطاف‌پذیری» دارد. یک شخصیت سالم با وجود ثبات و پایداری به میزانی از انعطاف‌پذیری بهره می‌برد. اما افراد ناسازگار در برخورد با موقعیت‌هایی که واکنش به آنها مستلزم تغییرات و تصمیمات جدید است، تفکر و رفتار انعطاف‌ناپذیری از خود بروز می‌دهند. بنابراین، اختلال شخصیت یعنی رفتارهای ناسازگار و انعطاف‌ناپذیر در برخورد با محیط و موقعیت‌ها (کارونن^۱، ۲۰۱۲).

۲-۴-۲- علت اختلالات شخصیت

علل اختلال شخصیت، محل بحث و اختلاف نظر بوده است. برخی کارشناسان عقیده دارند که اختلالات شخصیت به دلیل تجربیات اولیه‌ای که مانع رشد عادی الگوهای فکری و رفتاری شده‌اند، به وجود می‌آیند. برخی دیگر از پژوهشگران عقیده دارند که تأثیرات بیولوژیکی یا ژنتیکی ریشه پیدایش اختلالات شخصیتی هستند. با وجودی که هنوز بر سر یک علت قطعی برای اختلالات شخصیتی توافق نشده است، اما به احتمال زیاد ترکیبی از زمینه‌های ژنتیکی و متغیرهای محیطی در رشد آن‌ها دخالت دارند (روانیار، ۱۳۹۲).

¹ Karvonen

۲-۴-۳- رشد شخصیت در خانواده و ارتباط آن با گرایش به اعتیاد

در بررسی عوامل گرایش به اعتیاد باید به عوامل فردی و عوامل اجتماعی نیز توجه داشت. در بررسی عوامل فردی، می‌توان به این نکته رسید که فرد می‌تواند به سبب معاشرت با افراد ناباب، ماده مخدر را تجربه کند و یا برای رسیدن به سرخوشی‌های زودگذر و احساس لذت آنی و یا به دلیل عدم آگاهی و فقدان نظام خانوادگی محکم و یا برای فرار از مشکلات به ماده مخدر روی آورد. البته بیشتر این افراد همان‌هایی هستند که شخصیت ناپخته و ناپایدار دارند و آماده زیرپا گذاشتن معیارهای اخلاقی هستند. در بررسی عوامل اجتماعی که آنها نیز در اعتیاد نقش بسیار مهم دارند؛ می‌توان به نابسامانی‌های خانوادگی، اعتیاد والدین یا یکی از آنها، اختلافات زناشویی و طلاق، فقر، فقدان معیارهای اخلاقی در خانواده، عدم حساسیت محیط آموزشی به رفتار نوجوانان و البته عوامل متعدد دیگر اشاره کرد. کسانی که رشد اخلاقی و شخصیتی کافی نداشته‌اند و به بلوغ شخصیت نرسیده‌اند، در برابر اعتیاد آسیب‌پذیرند. بدیهی است که این افراد پس از معتاد شدن عزت‌نفس و اعتماد به نفس خود را از دست می‌دهند، از پذیرش مسئولیت شانه خالی می‌کنند، با قانون‌گریزی و پرخاشگری احتمالاً به دزدی و جنایت نیز گرایش می‌یابند و با ازدست‌دادن ارزش‌های اخلاقی و انسانی، استعدادهای خود را در راه خلاف و کج‌روی‌های اجتماعی به‌کار می‌برند (نوری، ۱۳۹۴).

در مورد فشارهای تکنولوژی باید این نکته را در نظر داشت که اگرچه پیشرفت‌های تکنولوژی در قرن بیستم سبب رفاه همه‌جانبه در زندگی شده و در بهبود زندگی مردم بسیار مؤثر بوده است، اما درعین‌حال پیشرفت‌های تکنولوژی در بسیاری از افراد ترس و نگرانی از تأمین آینده و تشویش و اضطراب را نیز به ارمغان آورده است که در گروهی از مردم منجر به پیدایش کشمکش‌های روانی شده است. این کشمکش‌ها مکانیزم‌های دفاعی افراد را درهم می‌ریزد و در مواردی به افسردگی می‌انجامد (نوری، ۱۳۹۴).

افسردگی یکی از بیماری‌های شایع عصر تکنولوژی است که با اثر روی شخصیت، خلق‌وخو و رفتار و احساس فرد، قابلیت حیاتی و جسمانی و روانی و اعتماد به نفس او را کاهش می‌دهد و نشانه‌هایی چون خستگی، بی‌علاقگی، بی‌خوابی، بی‌اشتهایی و غم‌زدگی در فرد بروز می‌کند. درواقع در چنین حالتی است که شادی و نشاط و علاقه و همکاری و همسازی، جای خود را به نگرانی و ناخشنودی و گوشه‌گیری می‌دهد و برخی از افراد به‌جای روبه‌رو شدن با واقعیات و رفع مشکلات، راه‌حل و گریز از نگرانی و تشویش و اضطراب را در پناه بردن به مواد مخدر و روانگردان می‌دانند. این افراد به علت نداشتن اعتماد به نفس و احساس عدم کفایت زندگی، خود را از واقعیت جدا کرده و آن‌را روی اوهام و خیال و رویا بنا می‌کنند. البته بسیاری از کسانی که دوره بلوغ را می‌گذرانند، مشکلی نداشته و با شخصیت سالمی

زندگی را می‌گذرانند، اما عده‌ای نیز با از دست دادن قدرت سازگاری دچار کشمکش و تضاد می‌شوند. جوانانی که نتوانند با مفاهیم واقعی زندگی آشنا شوند، ممکن است نتوانند خود را با شرایط محیط زندگی همساز کنند و در نتیجه به‌جای پذیرفتن مشکل و روبه‌رو شدن با آن، احساس شکست کنند و به‌جای فعالیت مثبت و سازنده، حالت دفاعی به‌خود بگیرند. عده‌ای از این افراد با توسل به دفاع‌های روانی مانند خیال‌بافی، انکار، دلیل‌تراشی، برون‌افکنی، جابه‌جایی و تعویض، به خودفریبی و گریز از حقیقت می‌پردازند و نمی‌توانند عشق و امنیت و احترام و کفایت را تجربه نمایند (نوری، ۱۳۹۴).

نکته‌ی مهمی که در این‌جا باید به آن تأکید شود این است که خانواده نقش بسیار مهمی در پیشگیری از اعتیاد دارد. شخصیت کودک و نوجوان متأثر از رفتار پدر و مادر است. رفتار محبت‌آمیز والدین و تأمین نیاز عاطفی کودک می‌تواند به رشد و پختگی شخصیت کودک بیانجامد. ابراز مهر و محبت از سوی والدین می‌تواند پشتوانه و تکیه‌گاهی امن برای کودکان تلقی شود تا با احساس امنیت و اعتماد به نفس به رشد اخلاقی برسند و جذب کسانی نشوند که نسبت به آنها اظهار محبت و علاقه کاذب می‌نمایند و روزنه باغ اعتیاد را برای‌شان می‌گشایند. درواقع برخورد درست والدین با فرزندان در پیشگیری از اعتیاد بسیار مؤثر است و در مقابل، نابسامانی و ازهم‌گسیختگی روابط خانوادگی و عدم وجود تربیت درست به رشد شخصیت کودک کمک نمی‌کند و ممکن است با ایجاد ناپایداری روانی و خلقی کودک، در آینده او را به‌سوی اعتیاد گرایش دهد (نوری، ۱۳۹۴).

در حقیقت، خانواده ژرف‌ترین تأثیر را در شخصیت کودک می‌گذارد و بیش‌از همه عوامل دیگر در رشد شخصیت و بهنجار یا نابهنجار شدن رفتار او دخالت دارد. عشق و مهر و محبت و آرامش خانواده به کودک اعتماد به نفس می‌دهد و او را آماده انجام رفتارهای بهنجار می‌سازد. برعکس روابط نامناسب خانوادگی از پرورش حس استقلال و مسئولیت‌پذیری او جلوگیری می‌کند و با ایجاد حس حقارت و عدم کفایت و تشویش در وی، سبب ایجاد اختلال در شخصیت کودک و ناسازگاری او می‌شود. البته در اینجا باید به ارزش‌های تربیتی هر جامعه و هنجارهایی که فرهنگ و سیستم آموزشی هر اجتماع دارد، اشاره کرد و آن را مؤثر در شکل گرفتن شخصیت افراد دانست. شیوه تربیتی برخی از جوامع فرد را موجودی بهنجار، سازگار، متکی به نفس، مستقل و خوشبخت بار می‌آورد. درحالی‌که ممکن است تأثیرات آموزشی و فرهنگی جامعه دیگر سبب فشار روانی و اختلال شخصیت فرد و ایجاد ناسازگاری در وی شود. اگر محیط خانواده و به‌طورکلی محیط زندگی سالم باشد، کودک می‌تواند با کسب اعتماد به نفس و با تجربه مهر و محبت و احساس مسئولیت، به رشد و تکامل شخصیت خود بپردازد و برای خود و اجتماع فردی مفید و سازنده باشد (نوری، ۱۳۹۴).

بررسی‌های متعدد نشان داده است که اگر کودک مورد توجه خانواده قرار نگیرد و یا از خانواده طرد شود و یا برعکس بیش از اندازه مورد مهر و توجه و حمایت قرار گیرد، به‌سوی کجروی، ناسازگاری و تجاوز به حقوق دیگران گرایش می‌یابد. براساس این بررسی‌ها، کودکانی که در محیط خانه مورد بی‌مهری قرار گرفته‌اند و با محرومیت عاطفی و فقدان مهر مادری روبه‌رو بوده‌اند، محبت و عواطف دیگران را به درستی احساس نمی‌کنند و ممکن است با ترک خانه و مدرسه به انجام رفتارهای خصمانه و تجاوزکارانه بپردازند و به‌سوی موادمخدر گرایش یابند. حمایت افراطی و اغماض بیش‌از اندازه پدر و مادر نیز سبب می‌شود که کودک بسیار پرتوقع و به اصطلاح لوس و نازپرورده بار آید و در نتیجه بتدریج در سازش با دیگران دچار اشکال گردد. در نتیجه ممکن است اینگونه افراد به عنوان موجودی ضداجتماعی، طعمه خوبی برای قاچاقچیان مواد مخدر باشند (نوری، ۱۳۹۴).

عواقب خطرناک اعتیاد ایجاب می‌کند که پدر و مادر از لحظه تولد، بچه را موجودی بدانند که یاد می‌گیرد، تقلید می‌نماید، همانندسازی می‌کند و رشد شخصیت او منوط به آموزش و برقراری ارتباط صحیح بین همه اعضای خانواده است. با توجه به این که شخصیت شامل کل وجود انسان است و همه استعدادها، رفتارها، ارزش‌ها، احساس‌ها، هیجان‌ها، میل‌ها، اندیشه‌ها و ادراک‌های او را دربرمی‌گیرد و نیز همه صفات منشی مانند اعتماد به نفس، احساس ایمنی، خودشکوفایی، جوانمردی، صداقت و منش‌های دیگر را شامل می‌شود، نقش خانواده و سازمان‌های تربیتی و آموزشی در رشد و تکامل شخصیت کودک به‌خوبی مشخص می‌گردد. ایجاد رابطه عاطفی با فرزند و رفتار خردمندانه و آگاهانه والدین به رشد و تکامل شخصیت کودک کمک می‌کند و از ایجاد اختلال در شخصیت او پیشگیری می‌نماید و از احتمال خطر گرایش به مواد مخدر می‌کاهد (نوری، ۱۳۹۴).

۲-۴-۴- انواع اختلالات شخصیتی در تقسیم‌بندی کارگروه DSM-5

اختلال شخصیت ضداجتماعی، اجتنابی، مرزی، خودشیفته، وسواسی- اجباری و اسکیزوتایپی

۲-۴-۴-۱- اختلال شخصیت ضد اجتماعی

اختلال شخصیت ضد اجتماعی عبارت است از: ناتوانی از تن دادن به هنجارهای اجتماعی به طوری که جنبه‌های متعددی از رفتار فرد در نوجوانی و بزرگسالی تحت تاثیر این ناتوانی قرار گرفته باشد. مشخصه این اختلال، اعمال مداوم ضد اجتماعی یا خلاف قانون است، اما این اختلال مترادف با بزهکاری نیست. مبتلایان اغلب ظاهری طبیعی و حتی گرم و دوست‌داشتنی دارند، اما در سابقه آنها مختل بودن حوزه‌های بسیاری از کارکردهای زندگی‌شان دیده می‌شود. دروغ‌گویی، مکتب‌گریزی، فرار از خانه، دزدی، دعوا، سوء مصرف مواد و اعمال غیرقانونی، تجاری است که این گونه بیماران نوعاً از ابتدای کودکی‌شان داشته-

اند. این بیماران، بالینگران جنس مخالف خود را اغلب تحت تاثیر جنبه‌های مبالغه‌آمیز و اغواگرانه شخصیت خود قرار می‌دهند، اما به چشم بالینگران جنس موافق‌شان ممکن است افرادی فریبکار و پرتوقع جلوه کنند. آنان هیچ‌گونه افسردگی یا اضطرابی از خود نشان نمی‌دهند و این مغایرتی واضح با وضعیت آنها دارد، هرچند تهدید به خودکشی و اشتغال ذهنی مربوط به مسایل جسمی در آنها شایع است. توضیحاتی که آنها درمورد رفتار ضداجتماعی‌شان می‌دهند، چنان است که گویی رفتار مذکور از سر بی‌فکری و بی‌توجهی انجام شده است. با این حال در محتوای ذهنی بیمار هیچ‌گونه هذیان یا نشانه دیگری از تفکر غیرمنطقی دیده نمی‌شود. حتی آنها اکثر اوقات از حس واقعیت‌سنجی بسیار بالایی برخوردارند و اغلب ناظر را تحت تاثیر هوش کلامی خوبی که دارند، قرار می‌دهند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۱، ۲۰۱۳).

افراد معروف به کلاهبرداری، نمونه خوبی از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی‌اند. آنها بسیار فریبکارند و اغلب با زبانی چرب و نرم قاب دیگران را می‌دزدند و آنها را به دام مشارکت در طرح‌های خود می‌اندازند. طرح‌هایی که شامل راه‌هایی ساده برای پولدار شدن یا کسب شهرت یا بدنمایی است و در نهایت نیز ممکن است فرد را به ورطه فساد مالی، رسوایی اجتماعی، یا هردو بکشند. آنها هیچ‌وقت راست نمی‌گویند. هرگز نمی‌شود به آنها اعتماد کرد که وظیفه‌ای را درست انجام دهند یا به طور اساسی به هیچ یک از معیارهای متعارف اخلاق پایبند باشند. لایبالی‌گری جنسی، همسرآزاری، کودک‌آزاری و رانندگی در حین مستی از اتفاقات شایع در زندگی این بیماران می‌باشد. چیزی که خیلی مشهود است این است که آنها هیچ‌وقت از کارهای خود پشیمان نمی‌شوند، یعنی انگار اصلاً وجدان ندارند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳).

تبیین‌هایی در مورد اختلال شخصیت ضداجتماعی

دیدگاه زیست‌شناسی علت این اختلال را به عوامل ژنتیکی نسبت می‌دهد. از این منظر ژنتیک نقش مهمی در رشد رفتارهای ضد اجتماعی دارد. ژنتیک نه تنها بر آسیب‌پذیری فرد در قبال اختلال شخصیت تاثیر می‌گذارد بلکه مسئول رفتار پرخاشگرانه در این افراد است و ژنها می‌توانند یک پیش‌بینی‌کننده در رفتارهایی با این ویژگی باشند (فرگوسن^۲، ۲۰۱۰).

^۱ American Psychiatric Association

^۲ Ferguson

از دیدگاه روان کاوی افراد دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی از چندین مکانیزم دفاعی استفاده می کنند: فرافکنی، خارسازی^۱، انکار^۲، دو نیمه سازی^۳ و قدرت مطلق^۴.

از دیدگاه شناختی، مطالعه رفتار ضداجتماعی بر رشد اخلاقی متمرکز است. برای مثال وقتی کودکان عادی بین سنین ۷ تا ۱۱ سالگی غیر اخلاقی رفتار می کنند، می توانند این جنبه را تشخیص دهند. اگر در گذشته با آنها غیرمنصفانه رفتار شده باشد وقتی فرصتی پیش آید، بخاطر بی عدالتی های گذشته و از طریق ضربه زدن به فرد آسیب پذیر دیگری جبران گذشته را می کنند.

در کودکان عادی اخلاقیات جدید در سن ۱۳ سالگی شروع به رشد می کند. سپس بر منصفانه بودن اعمال خودش و نه بر انتقام گرفتن، تمرکز می نماید. نظریه پردازان شناختی این فرایند را رشد توانایی فرد در استدلال انتزاعی و درک مفهوم همکاری در روابط می دانند. بر اساس این دیدگاه، افراد ضد اجتماعی به لحاظ این نوع رشد در سطح سنی ۷-۱۱ سالگی متوقف شده اند زیرا به تاثیر رفتارشان توجهی ندارند (احمدی، ۱۳۹۰).

مدل عاطفه منفی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، جسمانی سازی

مدل عاطفه منفی فرض می کند که افراد با سطوح بالای رفتار ضد اجتماعی تمایل به تجربه سطوح بالای عاطفه منفی به عنوان نتیجه رفتار تکانشی و بی پروا دارند. عاطفه منفی یک درماندگی فراگیر یا بعد ناسازگاری عاطفی است که یک استعداد برای تجربه همه انواع عواطف منفی شامل اضطراب، گناه، تحریک پذیری و بدگمانی را نشان می دهد. رفتار ضد اجتماعی منجر به سطوح بالای عاطفه منفی در برخی افراد می شود زیرا رفتار های اجتماعی و فیزیکی خطرناک دشواری هایی در زندگی این افراد ایجاد می کند و منجر به درماندگی این افراد می شود. به علاوه شواهدی وجود دارد که رفتار ضد اجتماعی با سطوح بالای عاطفه منفی در کودکان ارتباط دارد. مدل عاطفه منفی می تواند بیان کند چگونه سطوح بالای فعالیت های خودکار در میان بیماران دارای اختلال جسمانی سازی گزارش می شود، زیرا فعالیت های خودکار با اضطراب ارتباط دارد. عاطفه منفی با احتمال تجربه علایم جسمانی متعدد رابطه دارد (واتسن و پنباکر^۵، ۱۹۸۹). فرض بر این است که عاطفه منفی (۱) افراد را مستعد تجربه مشکلات سلامتی می کند (۲) منجر به تفسیر حساسیت های جسمانی مبهم به عنوان علایم جسمانی می شود. واتسن و

^۱. Devaluation

^۲. Denial

^۳. Splitting

^۴. Omnipotence

^۵. Watson & Pennebaker

پنباکر (۱۹۸۹) بیان می کنند عاطفه منفی یک ویژگی عمومی درماندگی های روان تنی است. بنابر این مدل عاطفه منفی فرض می کند این فرایند ایجاد می شود: رفتار ضداجتماعی و خطرناک منجر به افزایش عاطفه منفی می شود. عاطفه منفی منجر به علایم جسمانی می شود. بر طبق مدل عاطفه منفی، عاطفه منفی میانجی رفتار ضد اجتماعی و علایم جسمانی سازی است (احمدی، ۱۳۹۰).

روشهای درمان بیماری

- دارو درمانی

برای مقابله با علایم ناتوان کننده ای مثل اضطراب، خشم و افسردگی از درمان دارویی استفاده می کنند، اما از آنجا که این بیماران اغلب دچار سوء مصرف مواد نیز هستند، دارو را باید حساب شده مصرف کرد. بیماران مبتلا اگر در جای ثابتی نگهداری شوند، مثلاً در بیمارستان بستری شوند، اغلب به روان درمانی تن می دهند و اگر خود را در میان عده ای مثل خود بیابند، بی انگیزگی بیماران برای تغییر هم از بین می رود، شاید از همین روست که گروه های خودیاری در تخفیف این اختلال مفیدتر از زندان بوده اند. (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

۲-۴-۲- اختلال شخصیت اجتنابی دوری گزین، مردم گریز

در بیماران دارای اختلال شخصیت مردم گریزی حساسیت مفرطی به طرد دیده می شود که ممکن است باعث گوشه گیری و انزوای آنها از جامعه گردد. هر چند این افراد خجالتی هستند، غیر معاشرتی نیستند و حتی تمایل فراوانی به داشتن رابطه با دیگران دارند، ولی دل شان می خواهد که دیگران تضمین های بسیار محکم و غیر معمولی به آنها بدهند، مبنی بر اینکه بدون هیچ گونه خرده گیری و انتقادی آنها را می پذیرند. حساسیت مفرط به طرد شدن از سوی دیگران، خصیصه بالینی محوری اختلال شخصیت مردم گریز است و صفت شخصیتی عمده آنها کم رویی است. مبتلایان از گرمی و امنیت موجود در روابط انسانی خوش شان می آید، منتها پرهیز و گریز خود را از ایجاد رابطه با دیگران، با ترس از طرد شدن، توجیه می کنند. وقتی با کسی صحبت می کنند، قاطعیت و اعتماد به نفس در آنها دیده نمی شود و با تواضع و شکست نفسی حرف می زنند. از سخنرانی در جمع یا تقاضا کردن از دیگران می ترسند، چون به طرد بسیار حساس اند. خیلی وقت ها ممکن است اظهار نظرهای دیگران را طوری تفسیر کنند که گویی تحقیر یا توهینی به آنها بوده است. وقتی از کسی تقاضایی می کنند و جواب رد می شنوند، از دیگران کناره می جویند و احساس رنجش و آزرده گی به آنها دست می دهد (سادوک و همکاران^۱، ۱۳۹۴).

این بیماران در محیط کار اغلب به مشاغل حاشیه ای روی می آورند. پیشرفت چندانی در کار خود نمی کنند و به دنبال اقتدار بیشتری هم نمی روند. آدم های کم رویی به نظر می رسند که می خواهند همه از

¹ Sadok et al

دست‌شان راضی باشند. عموماً تمایلی به ایجاد رابطه با دیگران ندارند، مگر آنکه تضمین بسیار مطمئن و غیرمعمولی به آنها داده شود که بی هیچ خرده‌گیری و انتقادی پذیرفته می‌شوند. در نتیجه اغلب هیچ دوست صمیمی یا قابل اعتمادی ندارند (سادوک و همکاران، ۱۳۹۴).

تبیین‌هایی درباره اختلال شخصیت اجتنابی

اغلب نظریه پردازان معتقدند که اختلال شخصیت اجتنابی بوسیله همان عواملی بوجود می‌آید که سایر اختلالات اضطرابی بوجود می‌آیند، که از جمله این عوامل عبارت‌اند از ناهنجاریهای بیوشیمیایی، ترس‌های یاد گرفته شده و فرایند فکری اضطراب‌آور. با این حال چگونگی ارتباط مستقیم این عواملی در ایجاد شخصیت اجتنابی مشخص نیست (وستون و سیلور^۱، ۱۹۹۳؛ به نقل از فتاحی، ۱۳۹۰).

نظریه پردازان روان‌پویایی علت شرم فراگیر مبتلایان به اختلال شخصیت اجتنابی را تجارب دوران کودکی آنها مثل پیشامدهای مربوط به دفع ادرار یا مدفوع و سرزنش و استهزاء والدین در این موارد می‌دانند. به نظر می‌رسد افرادی که این اختلال در آنها بوجود می‌آید، سرزنش و استهزاء والدین را درونی کرده‌اند و اکنون نارضایتی شدیدی از خود داشته و یک حس غیرقابل دوست داشته شدن دارند (گابارد^۲، ۱۹۹۰؛ به نقل از فتاحی، ۱۳۹۰).

شبیه به این نظریه بسیاری از نظریه پردازان شناختی هم معتقدند که انتقاد و طرد شدن در اوایل کودکی افراد اجتنابی را به این سمت می‌کشاند که قبول کنند دیگران عموماً منفی و انتقادگر هستند، انتظار طرد داشته باشند و از آن بترسند، واکنش‌های مردم را غلط و تفسیر کنند و بازخوردهای مثبت را کوچک شمارند. در تایید این نظریه‌ها، مطالعه روی بیماران اجتنابی نشان داده است که کودکی آنها قرین با فضای خانوادگی غیرمشوق، عشق ورزی و محبت اندک و کمی افتخار و مباحثات والدین بوده است (فتاحی، ۱۳۹۰).

روشهای درمان بیماری

– رفتار درمانی

درمانگر بیمار را تشویق می‌کند که از لاک خود بیرون آید تا برآنچه از دید او تحقیر و طرد و شکست جلوه کرده، فایق شود. با کمک گروه‌درمانی این بیماران می‌فهمند که حساسیت آنها به طرد چه اثراتی بر خود آنها و بر دیگران می‌نهد. جرأت‌آموزی هم یکی از اشکال رفتاردرمانی است که به بیمار می‌آموزد که نیازهای خود را با صراحت بیان کند و اعتماد به نفس خود را ارتقا دهد (سادوک و همکاران، ۱۳۹۴).

¹ Weston & Siever

² Gabbard

- دارو درمانی

جهت درمان اضطراب و افسردگی که گاه از خصایص همراه این اختلال می‌شوند، درمان دارویی را به کار برده‌اند. در برخی بیماران، داروهای مسدود کننده بتابلوکرها مثل آتنولول برای تدبیر پرفعالیتی دستگاه عصبی خودکار مفید بوده است. به نظر می‌رسد فعالیت این دستگاه در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مردم‌گریز بالا باشد، خاصه در هنگام روی آوردن به موقعیتی که از آن می‌ترسند. داروهای سروتونرژیک هم می‌توانند حساسیت به طرد را در بیمار کاهش دهند. داروهای دوپامینرژیک به صورت نظری می‌توانند رفتار جستجوی تازگی را در این بیماران ایجاد کنند، با این حال باید بیمار را از لحاظ روان‌شناختی برای هرگونه تجربه جدیدی که ممکن است رخ دهد، آماده کرد (سادوک و همکاران، ۱۳۹۴).

۲-۴-۳- اختلال شخصیت مرزی

مشخصه این اختلال، ناپایداری حالت عاطفی، خلق، رفتار، رابطه با عینیت و خودانگاره فرد است. این اختلال همچنین اختلال شخصیت دارای بی‌ثباتی هیجانی نیز نامیده شده است. بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی تقریباً همیشه به نظر می‌رسد که در بحران به سر می‌برند. چرخش‌های سریع خلق^۱ در اینها شایع است: یک لحظه ممکن است نزاع طلب باشد، لحظه بعد افسرده و لحظه‌ای دیگر شاکی از این که هیچ احساسی ندارند. این گونه بیماران ممکن است حملات سایکوتیک با عمر کوتاه داشته باشند که اصطلاحاً حملات میکروسایکوتیک خوانده می‌شود، اما حملات شدید و تمام عیار سایکوز در اینها دیده نمی‌شود؛ در واقع علایم سایکوتیک‌ای که بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی پیدا می‌کنند، تقریباً همیشه محدود، گذرا و مشکوک است. رفتار این گونه بیماران بسیار غیرقابل پیش‌بینی است و از همین‌رو آنها تقریباً هیچ‌وقت به آن مقدار کارایی که در توان‌شان هست، دست نمی‌یابند. دردناک بودن ذاتی زندگی آنها در خودزنی‌های مکرر آنها مشهود است. این گونه بیماران برای جلب کمک دیگران، ابراز خشم یا برای کرخت کردن خود در برابر حالت عاطفی فلج‌کننده‌ای که دارند، ممکن است رگ دست خود را بزنند یا به اشکال دیگری خودزنی کنند (کاپلان و سادوک، ۱۳۹۲).

بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی چون احساس وابستگی و خصومت^۲ را همزمان دارند، روابط بین فردی‌شان آشفته و به‌هم‌ریخته است. ممکن است به کسی که احساس نزدیکی با او می‌کنند، وابسته شوند و از طرف دیگر نسبت به دوستان صمیمی خود هم اگر احساس سرخوردگی پیدا کنند، خشمی بسیار زیاد ابراز می‌کنند. بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی نمی‌توانند تنهایی را تحمل کنند و برای تشفی

^۱ swing mood

^۲ hostile

خود حتی به نحوی دیوانه‌وار به جست‌وجوی ایجاد رابطه برمی‌آیند؛ ولو این رابطه برای خودشان ارضا کننده نباشد (کاپلان و سادوک، ۱۳۹۲).

آنها برای رفع تنهایی خود حتی اگر دیری هم نپاییده باشد، با غریبه‌ها دوست می‌شوند یا به لابی‌گری می‌افتند. آنان اغلب از احساس مزمن پوچی و بی‌حوصلگی و فقدان احساس هویتی یکدست (ابهام در هویت) شاکی هستند. وقتی تحت فشار قرار می‌گیرند، از این شکایت می‌کنند که اکثر اوقات علی‌رغم ابراز شدید حالات عاطفی دیگر، بسیار افسرده‌اند. کارکرد بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نیز به گونه‌ای است که روابط آنها مختل می‌شود؛ چون همه افراد را یا خوب مطلق می‌پندارند یا بد مطلق یعنی افراد به نظر آنها یا حامی آنهایند و لذا باید به آنها دل بست، یا منفور و دگرآزار (سادیسیت) اند و احساس امنیت آنها را مختل می‌کنند، چون همین که ببینند بیمار به آنها وابسته شده، او را ترک می‌کنند و از این رو تهدیدی برای او محسوب می‌شوند. در نتیجه این دو نیم‌سازی^۱ است که بیمار افراد خوب را آرمانی می‌بیند و افراد بد را به کلی فاقد ارزش. به همین دلیل است که این بیماران هر زمان از فرد یا گروه متفاوتی حمایت می‌کنند. هراس عام (همه چیز هراسی^۲)، اضطراب عام (از همه چیز مضطرب شدن^۳)، دودلی عام (در همه کار دودل بودن^۴) و رفتار جنسی آشوبناک^۵ (کاپلان و سادوک، ۱۳۹۲).

روشهای درمان بیماری

- روان‌درمانی

روان‌درمانی و به ویژه روان‌تحلیل‌گری برای بیمار و درمانگر به یک اندازه دشوار است. دو نیم‌سازی به عنوان ساز و کاری دفاعی باعث می‌شود، بیمار نسبت به درمانگر و سایر افراد دور و برش زمانی احساس عشق و محبت و زمانی دیگر احساس نفرت پیدا کند. رهیافتی معطوف به واقعیت^۶ موثرتر از تفسیر عمیق ناخودآگاه بیمار است. روان‌درمانی فشرده - هم فردی و هم گروهی - در محیط‌های بیمارستانی در درمان این بیماران نتایج خوبی داشته است. این درمان خصوصاً زمانی مفید واقع می‌شود که محیط خانه بیمار به دلیل تعارض‌های درون خانوادگی یا فشارهای روانی دیگر مثل بدرفتاری والدین به توانبخشی بیمار ضرر برساند. در محیط حفاظت شده بیمارستان می‌توان برای بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که بسیار تکانشی^۷ است و خودزنی‌های فراوان می‌کند، محدودیت وضع کرد و او را

^۱ splitting

^۲ panphobia

^۳ ananxiety

^۴ anambivalence

^۵ chaotic sexuality

^۶ reality-oriented

^۷ impulsive

تحت نظر قرار داد. مطلوب آن است که بیمار آن قدر در بیمارستان بماند که بهبود قابل توجهی در وی دیده شود و این در برخی موارد تا یک سال هم طول می کشد (کاپلان و سادوک، ۱۳۹۲).

- رفتار درمانی

درمانگران از رفتار درمانی برای مهار تکانه ها و فوران های خشم و کم کردن حساسیت بیمار به انتقاد و طرد استفاده کرده اند. پرورش مهارت های اجتماعی به ویژه با استفاده از تماشای مجدد فیلم ویدیویی رفتارهای خود، مفید است و باعث می شود که بیمار بتواند اثر اعمالش را بر دیگران ببیند و از این طریق رفتار بین فردی خود را بهتر کند. رفتار درمانی دیالکتیک^۱ برای درمان اختلال شخصیت مرزی در بیمارانی که رفتارهای شبه خودکشی نظیر رگ زنی های مکرر دارند، به کار رفته است (کاپلان و سادوک، ۱۳۹۲).

- دارو درمانی

داروهای ضد سایکوز برای مهار خشم، خصومت و حملات گذرای سایکوز به کار می رود. داروهای ضد افسردگی، خلق افسرده را که در این بیماران شایع است، بهبود می بخشد. مهار کننده منوآمین اکسیداز^۲ در برخی از بیماران برای میزان کردن رفتار تکانشی آنها موثر بوده است. بنزودیازپین ها به ویژه آلپرازولام^۳ برای رفع اضطراب و افسردگی مفید است، منتها در برخی بیماران با مصرف این دسته از داروها مهارگسیختگی^۴ دیده شده است. داروهای ضد صرع مثل کاربامازپین ممکن است کارکرد کلی برخی از بیماران را بهتر کند. داروهای سروتونرژیک مثل مهارکننده های انتخابی بازجذب سروتونین^۵ نیز در برخی از بیماران مفید بوده است (کاپلان و سادوک، ۱۳۹۲).

۲-۴-۴- اختلال شخصیت خودشیفتگی

مشخصه افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته این است که خودبزرگ بینانه احساس می کنند، آدم بسیار مهمی هستند و از جهتی نظیر ندارند. مبتلایان به این اختلال احساس خودبزرگ بینی می کنند و خود را آدم مهمی می پندارند. آنها فکر می کنند، شخص منحصر به فردی هستند و باید دیگران به طرز خاصی با آنها تا کنند. احساس استحقاق و برتری آنها کاملاً چشمگیر است. تاب تحمل انتقاد را ندارند و از اینکه هر کسی به خود اجازه انتقاد کردن از آنها را می دهد، عصبانی می شوند یا ممکن است بی اعتنائی کامل به انتقادها از خود نشان دهند. آنها فقط نظر خود را قبول دارند و اغلب در طمع کسب شهرت و ثروت بادآورده اند. روابط آنها شکننده است و چون به قواعد مرسوم رفتار تن در نمی دهند، ممکن است

^۱ DBT

^۲ MAOI

^۳ xanax

^۴ disinhibition

^۵ SSRLS

خون دیگران را به جوش آورند. رفتار استثمارگرانه در روابط بین فردی آنها چیز کاملاً پیش پا افتاده و رایجی است. آنها نمی‌توانند همدلی از خود نشان دهند و تنها برای دستیابی به اهداف خودخواهانه خودشان تظاهر به همدردی می‌کنند. اعتماد به نفس این بیماران شکننده است و آنها مستعد افسردگی‌اند. مشکلات بین فردی، مشکلات شغلی، طرد و از دست دادن محبت دیگران از جمله فشارهای روانی شایعی است که خودشیفته‌ها با رفتارشان برای خود ایجاد می‌کنند و همین فشارها نیز همان‌هایی است که آنها هیچ نمی‌توانند از پس‌شان برآیند (آلن^۱، ۱۳۹۳).

روشهای درمان بیماری

- روان‌درمانی

درمان اختلال خودشیفتگی دشوار است؛ چون اگر قرار است پیشرفتی در کار حاصل شود، بیمار باید از خودشیفتگی دست بردارد. روان‌پزشکانی مثل اتوکرنبرگ و هاینتس کوهوت^۲ رهیافت‌های روانکاوانه را برای اصلاح این بیماران پیشنهاد می‌کنند، اما برای آنکه معلوم شود اصلاً چنین تشخیصی معتبر است یا نه و اگر معتبر است، بهترین درمانش کدام است، هنوز پژوهش‌های بیشتری باید صورت گیرد. برخی بالینگران گروه‌درمانی را برای بیماران خود توصیه می‌کنند، تا آنها بتوانند چگونگی مشارکت با دیگران را یاد گرفته و تحت شرایط ایده‌آل، واکنشی توأم با همدلی نسبت به دیگران نشان دهند (آلن، ۱۳۹۳).

- دارو درمانی

برای بیمارانی که یکی از علائم بالینی‌شان، چرخش‌های سریع خلق است، لیتیوم را به کار برده‌اند. از آنجا که بیماران مبتلا به خودشیفتگی نمی‌توانند طرد را تحمل کنند و مستعد افسردگی هستند، داروهای ضدافسردگی به ویژه داروهای سروتونرژیک می‌تواند مفید واقع شود (آلن، ۱۳۹۳).

۲-۴-۵- اختلال شخصیت وسواسی- اجباری

مشخصه‌های اختلال شخصیت وسواسی- اجباری، محدود بودن هیجانات، منظم و مرتب بودن، مداومت و پافشاری، سرسختی و یکدندگی و بلا‌تصمیمی است. خصیصه محوری این اختلال عبارت است از: کمال‌طلبی و انعطاف‌ناپذیری به گونه الگویی نافذ و فراگیر. مشغولیت ذهنی افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی- اجباری به قواعد، مقررات، نظم و ترتیب، تر و تمیزی و شسته رفتگی، جزئیات و دستیابی به کمال است. همین صفات باعث می‌شود، کلیت شخصیت آنها در مجموع، محدود و بسته باشد. آنها مصرانه معتقدند که از قواعد باید به دقت پیروی کرد و قادر نیستند آنچه را به نظرشان تخطی می‌آید، تحمل کنند. به همین دلیل انعطاف‌پذیر نیستند و سعه صدر ندارند. آنها می‌توانند مدت‌ها کار

¹ Allen

² Auto Kerenberg & Heienz Kohut

کنند و اصلاً کار طولانی، امری روزمره برای آنهاست و لازم نیست برای آن تغییری در زندگی خود ایجاد کنند که در نتیجه نتوانند به آن انطباق یابند (زهر^۱، ۲۰۱۳).

بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-اجباری، مهارت‌های بین فردی چندانی ندارد. رسمی، جدی و فاقد شوخ طبعی‌اند. آنها مردم را از خود فراری می‌دهند، نمی‌توانند حد وسط را بگیرند و به اصرار می‌خواهند دیگران را تحت سلطه خواسته‌های خود درآورند. اما اگر کسی به نظرشان مقتدرتر از خود آنها بیاید، خواسته‌های او را به نحوی آمرانه برآورده می‌سازند. آنها چون از اشتباه کردن می‌ترسند، نمی‌توانند به تصمیم قاطعی برسند و دائم درباره تصمیمی که می‌خواهند بگیرند، فکر می‌کنند. گرچه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-اجباری اکثر اوقات وضع زناشویی پایداری دارند و در کار خود نیز کفایت و شایستگی از خود نشان می‌دهند، اما دوستان زیادی ندارند. هر چیزی که روال زندگی آنها را یا آنچه را از خود وضعی با ثبات برای خود می‌پندارند، بخواهد به هم بزند، ممکن است به اضطراب فراوان و یک سلسله اعمال آیینی منجر شود که آنها بر زندگی خود تحمیل می‌کنند و می‌خواهند به دیگران هم تحمیل کنند (زهر، ۲۰۱۳).

روشهای درمان بیماری

- روان‌درمانی

بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-اجباری برخلاف مبتلایان به سایر اختلالات شخصیت، اغلب خود می‌دانند که بیمارند و لذا به جست و جوی درمان برمی‌آیند. این بیماران که از تحصیلات خیلی بالایی برخوردارند و خیلی هم معاشرتی‌اند، تداعی آزاد و درمان غیر هدایت‌گرانه را خیلی ارج می‌نهند. اما این درمان‌ها اغلب طولانی و پیچیده است. از گروه‌درمانی و رفتار درمانی هم گاه نتایج خوبی به دست می‌آید. این مانع شدن از بیمار برای انجام کامل رفتار عادتیش باعث افزایش اضطراب او می‌شود (زهر، ۲۰۱۳).

۲-۴-۶- اختلال شخصیت اسکیزوتایپال

مبتلایان به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال حتی به نظر افراد غیر متخصص نیز، بسیار عجیب و غریب می‌آیند. تفکر جادویی، عقاید منحصر به فرد، افکار انتساب به خود، خطاهای ادراکی و واقعیت‌زدودگی، همگی جزو زندگی روزمره فرد اسکیزوتایپال است. در اختلال اسکیزوتایپال، تفکر و نحوه ارتباط برقرارکردن، مختل شده است. مبتلایان گرچه اختلال فکر واضحی ندارند، اما تکلم‌شان متمایز یا ویژه است، ممکن است معنایش را فقط خودشان بفهمند و اغلب نیازمند تفسیر است. بیماران اسکیزوتایپال مثل اسکیزوفرن‌ها ممکن است از احساسات خود باخبر نباشند، اما به کشف احساسات دیگران بویژه

¹ Zohar

حالات عاطفی منفی‌ای مثل خشم، بسیار حساس‌اند. آنها ممکن است افکاری خرافی داشته باشند یا مدعی غیب‌بینی و داشتن سایر قدرت‌های فکری و بصیرت‌های ویژه باشند. جهان درونی آنها ممکن است پر از ترس‌ها و تخیلات کودکانه و نیز رابطه با افرادی خیالی و تصویری باشد که آنها را به وضوح می‌بینند. ممکن است اعتراف کنند که خطای ادراک یا درشت‌بینی (مایکروپسی) دارند و افراد را مثل آدم‌های چوبی یا چیزی شبیه آن می‌بینند. آنها روابط بین فردی مخدوشی دارند و ممکن است اعمال نامناسبی از آنها سربرزند. در نتیجه آدم‌هایی منزوی‌اند و دوستی ندارند یا بسیار کم دارند. این بیماران ممکن است برخی از خصایص اختلال شخصیت مرزی را هم از خود نشان دهند و در واقع می‌شود این دو تشخیص را همزمان نیز در کسی مطرح کرد. افراد مبتلا اگر تحت فشار روانی واقع شوند، ممکن است از حال عادی خارج شوند و علائم سایکوتیک پیدا کنند، اما مدت این علائم معمولاً کوتاه است. در حالات شدید بی‌لذتی و افسردگی شدید هم ممکن است وجود داشته باشد (کاپلان و سادوک، ۱۳۹۲).

روشهای درمان بیماری

- دارو درمانی

داروهای آنتی سایکوتیک برای مقابله با افکار انتساب به خود، خطاهای ادراکی و دیگر علائم این اختلال مفید می‌باشد و استفاده از این داروها توأم با روان‌درمانی در درمان بیماران موثر می‌باشد (کاپلان و سادوک، ۱۳۹۲).

۲-۴-۷ اختلال شخصیت پارانوئید

پدیده پارانوئیا تاریخچه طولانی در ادبیات بالینی و نظری دارد (میلون^۱، ۲۰۱۲). در پایان قرن ۱۹ میلادی، بالینگران به این نتیجه رسیدند که افراد پارانوئید به شکل‌های گوناگون خود را نشان می‌دهند، از اعتقاد به شکنجه و سیستم هذیانی در اسکیزوفرنیا^۲ گرفته تا اعتقادات پایدارتر در دیگر اشکال پارانوئید (میلون، ۲۰۱۲). کراپلین^۳ (۱۹۲۱) در طبقه‌بندی اولیه اختلالات روانی سه نوع پارانوئید را معرفی می‌کند: اسکیزوفرنی پارانوئید، اختلال هذیانی^۴ و اختلال شخصیت پارانوئید. کراپلین بیان کرد که برخی افراد حالت خفیف‌تر پارانوئیا را دارند یعنی هذیان^۵‌های ثابت دارند اما توهم^۶ و بدتر شدن اختلال در

^۱ Millon

^۲ Schizophrenia

^۳ Kraepelin

^۴ Delusional Disorder

^۵ Delusion

^۶ Hallucination

شخصیت مانند آنچه در اسکیزوفرنیا دیده می شود وجود ندارد. یک بحث طولانی این است که آیا اختلال پارانوئید و اختلال هذیانی زیرمجموعه اسکیزوفرنی هستند یا مجزا از آن؟ (میلون، ۲۰۱۲).

در DSM-IV-TR دسته دوم اختلالات شخصیت شامل اختلال شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید و اسکیزوتایپال می باشد. ویژگی مشترک این اختلالات رفتار عجیب و غیر معمول است.

شش ویژگی عمده ای که در ادبیات پژوهشی و نظری برای اختلال شخصیت پارانوئید بر شمرده عبارت است از: عدم اطمینان^۱/سوء ظن^۲، مخالفت^۳/پرخاشگری^۴، درونگرایی^۵/خودمختاری افراطی^۶، حساسیت مفرط^۷، گوش به زنگی^۸ و انعطاف ناپذیری^۹. عدم اعتماد / سوءظن به قفدان اعتماد به دیگران اشاره دارد. افراد پارانوئید درباره قابل اعتماد بودن دیگران سوال می پرسند و در این باره شک دارند. حساسیت مفرط اشاره دارد به تمایل به برداشت حمله یا انتقاد از گفته های عادی دیگران. افراد پارانوئید اعتقاد دارند دیگران آنها را به صورت منفی ارزیابی می کنند و در پاسخ، آنها اضطراب و عصبانیت را تجربه می کنند. مخالفت/ پرخاشگری تمایل به احساس عصبانیت، دعوا با دیگران، برداشت دنیا و دیگران به صورت تهدید کننده می باشد. درون نگری/ خودمختاری مفرط اشاره دارد به تمایل به جدا کردن خود از دیگران، کناره گیری. گوش به زنگی به تمایل به تجسس مداوم محیط برای تایید فرض فرد درباره تمایلات یا انگیزه های بدخواهانه دیگران اشاره دارد. انعطاف ناپذیری یک ویژگی شخصیتی است که افراد اعتقادات و باورها و سبک های عاطفی خود را در پاسخ به چالش ها و تغییرات ثابت نگه می دارند و آنها را تغییر نمی دهند. (وود^{۱۰}، ۲۰۰۹).

خصیصه بنیادی اختلال شخصیت پارانوئید، شکاکیت و بی اعتمادی به دیگران است که تظاهرات آن به صورت تمایلی است نافذ و ناموجه برای تفسیر اعمال دیگران به اعمالی که گویا به قصد تحقیر یا تهدید بیمار صورت گرفته است. این تمایل در اوایل بزرگسالی شروع می شود و در زمینه های مختلفی نمایان می گردد. افراد مبتلا به این اختلال تقریباً همیشه منتظر آند که دیگران به نحوی آنها را استثمار کنند یا به آنها ضرر برسانند. آنها در بسیاری از اوقات بی هیچ توجهی، در وفاداری یا صداقت دوستان و همکاران خود تردید می کنند. اغلب حسادت مرضی دارند و در وفاداری همسر یا شریک جنسی خود بی دلیل شک

¹ Mistrust

² Suspiciousness

³ Antagonism

⁴ Aggressiveness

⁵ Introversion

⁶ Excessive Autonomy

⁷ Hypersensitivity

⁸ Hypervigilance

⁹ Rigidity

¹⁰ Wood

می کنند. این گونه بیماران درواقع احساسات خودشان را برون سازی^۱ می کنند و دفاع مورد استفاده آنها فرافکنی^۲ است. یعنی افکار و تکانه هایی را که خود دارند و برایشان غیرقابل قبول است، به دیگران نسبت می دهند. افکار انتساب به خود و خطاهای ادراکی ای که قابل دفاع منطقی است، در این بیماران شایع است (وود، ۲۰۰۹).

افراد دارای این اختلال، حالت عاطفی محدودی دارند و به نظر می رسد فاقد هر گونه احساس یا هیجانی باشند. آنها از اینکه مستدل و عینی می اندیشند به خود می بالند، حال آنکه چنین نیست. این افراد آدمهای گرمی نیستند و قدرت و منزلت افراد، آنها را تحت تاثیر قرار می دهد و به آن دقیقا توجه دارند و اگر کسی را ضعیف و بیمار ببینند، یا ببینند اختلال یا ضعفی در وضع و حالش وجود دارد، به وی به دیده تحقیر می نگرند. این افراد ممکن است در موقعیت های اجتماعی فعال و کارا به نظر بیایند، حال آنکه دیگران را فقط می ترسانند یا به جان هم می اندازند (فیچر و همکاران^۳، ۲۰۱۱).

میزان شیوع اختلال پارانوئید ۵٪ تا ۲/۵ درصد از جمعیت عمومی است. این گونه بیماران هیچ وقت خودشان درصدد درمان بر نمی آیند و اگر توسط همکار یا همسر خود ارجاع داده شوند، اغلب می توانند رنجیدگی خود را پنهان کنند. در بستگان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی میزان بروز اختلال شخصیت پارانوئید بالاتر از افراد گروه گواه است.

مدل های نظری مرتبط با اختلال پارانوئید

مدل سنتی روان کاوی در مورد اختلال پارانوئید بر مکانیز دفاعی فرافکنی تمرکز می کند. یعنی فرد احساسات و افکار پرخاشگرانه خود را به دیگران نسبت می دهد (وایلنت^۴، ۱۹۹۴؛ به نقل از فیچر و همکاران^۳، ۲۰۱۱). با وجود مباحثی که در رابطه با فرافکنی مطرح است، حمایت تجربی خوبی از این عقیده وجود دارد که افراد دارای اختلال شخصیت از مکانیزم فرافکنی و سایر مکانیزم های غیر انطباقی استفاده می کنند (دراک و وایلنت^۵، ۱۹۸۵؛ به نقل از فیچر و همکاران^۳، ۲۰۱۱). بهبود در دفاع های غیر انطباقی مانند فرافکنی نتیجه خوب یا ضعیف در روان درمانی روان تحلیلگرانه را پیش بینی می کند (باند و پری^۶، ۲۰۰۴؛ به نقل از فیچر و همکاران^۳، ۲۰۱۱).

پدیده پارانوئید همچنین می تواند به وسیله مدل شناختی نیز تبیین گردد. برای مثال اسندهای نادرست افراد پارانوئید (مانند برداشت مقاصد بد از رویدادها یا اظهارنظرها) ممکن است به صورت سوگیری شناختی تبیین می گردد. سوگیری شناختی شامل سوگیری توجه (تمرکز افراطی بر نشانه های احتمالی

^۱ Externalization

^۲ Projection

^۳ Ficher at ell.

^۴ Vaillant

^۵ Drake & Vaillant

^۶ Bond & Perry

تهدید)، سوگیری در تفسیر (مانند تفسیر غلط رفتارها و گفته های بی ضرر دیگران به صورت مقاصد منفی و بد)، سوگیری حافظه (یادآوری صحنه های توهین آمیز) می باشد (ویلیامز و همکاران، ۱۹۹۷؛ به نقل از فیچر و همکاران، ۲۰۱۱). به دلیل طرحواره های شناختی مانند اعتقاد راسخ به بی ارزش بودن دیگران که به نظر هسته اصلی آسیب شناسی اختلال پارانوئیا است، مدل پردازش اطلاعات کمک زیادی در جهت فهم و درمان این اختلال داشته است (بک، فیومن و اسوسیت^۱، ۱۹۹۰؛ به نقل از فیچر و همکاران، ۲۰۱۱).

بک و همکاران وی (۱۹۹۰؛ به نقل از فیچر و همکاران، ۲۰۱۱). معتقد هستند که طرحواره شناختی اصلی در پارانوئیا احساس بی کفایتی^۲ است. این احساسات عدم کفایت، در ترکیب با مهارت های اجتماعی ضعیف و اسناد بیرونی گناه و اشتباه به عنوان ابزاری برای کاهش اضطراب ویژگی پارانوئیا است. در برخی جنبه ها سوگیری شناختی در پارانوئیا که به وسیله بک و همکاران (۱۹۹۰) توصیف شده است با هراس اجتماعی^۳ که با احساس بی کفایتی و تمرکز زیاد بر تفسیر اشتباه نشانه های اجتماعی مشخص می شود، مشابهت دارد (بوگلز و مانسل^۴، ۲۰۰۴؛ به نقل از فیچر و همکاران، ۲۰۱۱). برخلاف هراس اجتماعی که افراد آگاهی دردناکی از عدم کفایت خود دارند و خطاهای اجتماعی گذشته خود را یادآوری می کنند، افراد پارانوئیا علایم احساسات عدم کفایت خود را به دیگران نسبت می دهند. بنابراین هسته اصلی سوگیری تفسیر در افراد پارانوئیا اسناد علی نادرست یا بیرونی خطا به دیگران است (فیچر و همکاران، ۲۰۱۱).

مدل شناختی دیگر درباره اختلال پارانوئیا مدل شناختی یونگ^۵ است (به نقل از فیچر و همکاران، ۲۰۱۱) یونگ فرض می کند که طرحواره های اولیه غیرانطباقی (مانند موضوعات خودتخریبی مزمن و تکراری یا الگوهای نشات گرفته از تجارب متضاد کودکی)، سبک های طرحواره (مانند الگوهای زودگذر وابسته به حالت فعالیت طرحواره ها) و مکانیزم های مقابله ای غیرانطباقی (مانند راههای غیرانطباقی مقابله با فعالیت طرحواره) هسته اصلی اختلالات شخصیت در نظر گرفته است.

مطالعات تحلیل عوامل درباره پرسشنامه طرحواره های یونگ، از اعتبار ۱۸ طرحواره غیر انطباقی پیشنهاد شده یونگ حمایت می کند (یونگ و تلچ^۶، ۱۹۹۵؛ والر، مایر و اوهانیان^۷، ۲۰۰۱؛ فیچر و همکاران، ۲۰۱۱).

^۱ Beck, Freeman, & Associates

^۲ Inadequate

^۳ Social Phobia

^۴ Bogels & Mansell

^۵ Young

^۶ Telch

^۷ Waller, Mayer, & Ohanian

یونگ این مدل را تنها برای اختلال شخصیت پارانوئید به کار نبرد. با این وجود طرحواره های ابتدایی غیر انطباقی مرتبط با اختلال شخصیت پارانوئید طرحواره نقص/ شرم^۱، سوء استفاده/ بدبینی^۲ و آسیب پذیری نسبت به خطر^۳ می باشد. بنابراین فرد دارای اختلال شخصیت پارانوئید احساس عمیق حقارت و بی کفایتی می کند (نقص)؛ پیش بینی می کند دیگران خطرناک هستند یا به او اهانت می کنند (سوء استفاده/ عدم اطمینان)؛ و احساس بنیادی درباره اینکه جهان ناامن است پیدا می کند (آسیب پذیری نسبت به خطر). در نتیجه یک سبک مقابله پرخاشگرانه و سرشار از خصومت ایجاد می شود: آنها افرادی بدبین، پرخاشگر و دارای چهره ای پرخاشگرانه نسبت به دیگران هستند و آمادگی دایمی برای حمله احتمالی و برداشت حمله و تهدید در موقعیتی که قرار می گیرند، دارند. یونگ همچنین معتقد است طرحواره های غیر انطباقی ابتدایی، سبک های طرحواره و پاسخ های مقابله ای غیر انطباقی از تجربیات دوران کودکی نظیر غفلت یا سوء استفاده نشات می گیرد (فیچر و همکاران، ۲۰۱۱).

۲-۴-۸ اختلالات شخصیت نمایشی

علائم برجسته اختلال شخصیت نمایشی عبارتند از: خود مهیج سازی فراگیر و مفرط، هیجانات افراطی، توجه طلبی. غالباً نقائص خفیف هستند. بیماران ممکن است ژست های خودکشی مکرر، تهدید به زور جهت مراقبت بهتر را نشان دهند. روابط بین فردی این افراد بی ثبات و ناراضی کننده است. مشکلات زناشویی مکرر از گرایش به غفلت در مورد روابط طولانی مدت به قیمت کسب تهییج بیشتر از روابط جدید ناشی می شود (فرگوسن^۴، ۲۰۱۰).

اختلالات شخصیت نمایشی می تواند زندگی را به طرز قابل توجهی پیچیده و دشوار کند. مبتلایان به اختلال شخصیت نمایشی که قبلاً هیستریکال خوانده می شدند، الگوی تهییج پذیری افراطی و جلب توجه را از خود نشان می دهند (فرگوسن، ۲۰۱۰).

این افراد به نظر می رسد شارژ شده اند. خلقشان اغراق آمیز بوده و ممکن است به سرعت تغییر کند. طوفان های غیر عقلانی بودن یا خشم در آنها شایع است. این افراد همواره ((روی صحنه)) هستند. از ژست های نمایشی، اطوارهای قالبی و زبانی پر آب و تاب برای توصیف حوادث معمولی روزمره استفاده می کنند. همیشه خود را طوری با موفقیت تطابق می دهند که بتوانند جذاب باشند و مخاطبان را تحت تاثیر قرار دهند. خصائص، نقطه نظرات و باورهای سطحی ایشان را از موقعیتی به موقعیت دیگر

¹ Defectiveness/ Shame

² Abuse/Mistrust

³ Vulnerability To Harm

⁴ Ferguson

تغییر می دهند و فاقد یک حس مرکزی و هسته ای در وجودشان هستند. حس اینکه واقعا که هستند (فرگوسن، ۲۰۱۰).

گفتارشان جوهره و جزئیات کمی دارد. در کارهایشان از آخرین مد پیروی می کنند تا مورد تحسین دیگران قرار گیرند. افراد نمایشی به حضور دیگران برای تایید تهییج پذیریشان و نیز ارزیابی وجود وضعیت خلقی‌شان نیاز دارند. شاهراه زندگی آنها عبارت است از تایید و تحسین دیگران. آنها نمی توانند تاخیر در ارضاء نیازهایشان را تحمل کنند و در مقابل هر حادثه‌ی کم اهمیتی که سد راه تلاش پایان ناپذیرشان برای جلب توجه شود، واکنش بیش از حد نشان می دهند، چون خودخواه، مغرور، متوقع و حق به جانب هستند (فرگوسن، ۲۰۱۰).

مبتلایان به این اختلال به طرق مختلفی جلب توجه می کنند. مثلا نمایش اغراق آمیز ضعف جسمانی و بیماری در آنها شایع است. رفتار تحریک آمیز نامناسب و اغواگری جنسی نیز شایع است. بیشتر افراد نمایشی در مورد اینکه نزد دیگران چگونه بنظر برسند و دیگران چه نظری درباره آنها دارند، وسواس پیدا می کنند و اغلب لباس های درخشان و چشمگیر می پوشند (ماریسون^۱، ۱۹۸۹؛ به نقل از فرگوسن، ۲۰۱۰).

افراد نمایش درمورد شدت روابطشان اغراق می کنند. مثلا ممکن است خود را پناهگاه آخر افرادی بدانند که این افراد آنها را آشنای دور بحساب می آورند. همچنین ممکن است جذب دوستان اما نامناسب شوند که رفتار خوبی با آنها نداشته باشند (چار^۲، ۱۹۸۵؛ به نقل از فرگوسن، ۲۰۱۰).

تا به حال اعتقاد بر این بوده است که این اختلال در زنان شایع تر از مردان است اما مطالعاتی که اخیرا صورت گرفته است نتوانسته اساس جنسی برای این اختلال پیدا کند (ریچ^۳، ۲۰۰۵؛ به نقل از فرگوسن، ۲۰۱۰).

مطالعات همه گیر شناسی نشان می دهد که ۲-۳ درصد از جمعیت بزرگسالان مبتلا به این اختلال هستند و زن و مرد به یک میزان مبتلا می شوند (فرگوسن، ۲۰۱۰).

¹ Maarrayson

² Char

³ Riech

۲-۴-۹ تبیین هایی در مورد اختلال شخصیت نمایشی

مطالعات نشان می دهد افراد دارای اختلال شخصیت هیستری برانگیختگی در سیستم نورآدرنژیک^۱ دارند (مکانیزمی که آزاد شدن نوروترنسمیتری^۲ به نام نوراپی نفرین^۳ را کنترل می کند). فروید معتقد بود که افراد نمایشی در مرحله تناسلی^۴ تثبیت شده اند. دیگر متخصصان روان پویایی معتقدند افراد دارای شخصیت نمایشی (هیستریکال) در کودکی روابط ناسالمی با یکی از والدین یا هر دوی آنها تجربه کرده است. والدینی که اغلب سرد و کنترل کننده هستند. این روابط ناسالم در او احساس دوست داشته نشدن، ترس از ترک شدن، نیاز فوق العاده به مراقبت دیگران بجای می گذارد (گاندerson^۵، ۲۰۰۴؛ به نقل از احدی، ۱۳۹۰).

آنتونی استور^۶ (۱۹۸۰؛ به نقل از احدی، ۱۳۹۰) رفتار هیستریایی را الگویی متعلق به افرادی می داند که تصور نمی کنند قادر باشند. در شرایط مساوی با دیگران رقابت کنند و عقیده دارند هیچ کس به آنها توجهی ندارد. استور عقیده دارد ممکن است در کودکی مورد بی توجهی والدین قرار گرفته باشند. اگرچه کودک کرا را سعی کرده والدین را نسبت به خود، به عنوان یک فرد جلب کند، اما این کوشش ها به شکست انجامیده است. بعد کودک به منظور جلب توجه متوسل و متوجه انواع رفتارهای نمایشی می شود. هرچه والدین کمتر به کودک توجه می کنند، کودک بیشتر مجبور می شود فریاد کند یا به منظور کسب توجه نمایش بازی کند. افراد هیستریایی این رفتارهای افراطی را به بزرگسالی منتقل می کنند (ساراسون و ساراسون^۷، ۱۹۸۷؛ به نقل از احدی، ۱۳۹۰).

برخی تبیین های شناختی به عملکرد ناقص شناختی در بیماران نمایشی اشاره دارد. مثل گفتار مبهم و تلقین پذیری بیش از حد. چون افراد نمایشی بیش از حد مشغول به خود و هیجانی می شود، بنابراین بجای تکیه بر ذهن و حافظه بر حدسیات تکیه می کنند (ساراسون و ساراسون، ۱۹۸۷؛ به نقل از احدی، ۱۳۹۰).

^۱ Noradrenergic

^۲ Neurotransmitter

^۳ Norepinephrine

^۴ Genital Phase

^۵ Gunderson

^۶ Antony Storr

^۷ Sarason & Sarason

برخی نظریه پردازان دیگر معتقدند که افراد نمایشی یک مفروضه بنیادی دارند که عبارت است از اینکه نمی‌توانند از خود مراقبت بعمل آورند. و این بار آنها را به سمت سوق می‌دهد که همیشه در جستجوی افرادی باشند که بتوانند نیازهایشان را ارضاء کنند (بک و فریمن، ۱۹۹۰؛ به نقل از احدی، ۱۳۹۰).

نظریه پردازان اجتماعی فرهنگی معتقدند که ایجاد شخصیت نمایشی ممکن است ریشه در هنجارها و انتظارات جامعه داشته باشد. به نظر آنها جامعه تا سالها ی اخیر دختران را تشویق می‌کرد که در فرایند رشد، نیاز به وابستگی را از دست ندهند (احدی، ۱۳۹۰).

۲-۴-۵ نظریه‌هایی پیرامون شخصیت

شخصیت یکی از مباحث کلیدی در عرصهٔ دانش روان‌شناسی معاصر است. این واژه شاهرهی است که تمامی نظریه‌های مکاتب و فرضیه‌ها، بدان ختم می‌شود. مقولهٔ شخصیت از جمله مباحث جامعی است که قدمت آن به بلندای حیات بشریت است و از آن زمان که جامعهٔ بشری به ضرورت شناخت خویشتن علم یافت، سیلی از نظریه‌پردازی‌ها در این حیطه نضج گرفت. ارسطو، افلاطون، بقراط، جالینوس، ابن‌سینا، فروید... تا آنچه در نظرات اخیر در نظریه‌های آلپورت، مازلو، اسکینر و دیگران آمده است، همگی شاهی بی‌پرده در خصوص اهمیت و ضرورت شکل‌بندی نظریه در حیطه شخصیت می‌باشند؛ بنابراین هدف تمامی یافته‌های روان‌شناسی دستیابی به شخصیت است (شولتز، ترجمه خوشدل، ۱۳۸۶).

روان‌شناسان شخصیت را از دیدگاه‌های مختلف موردبررسی قرار داده‌اند. بعضی آن‌ها را از نظر صفات (گوردون آلپورت، ریمون کتل، گلدبرگ)، بعضی دیگر از دیدگاه روان‌کاوی (فروید) و سرانجام گروهی آن را از لحاظ زیستی (کرچمر، ویلیام شلدون)، انسانی (اراهام مازلو، کارل راجرز) و اجتماعی (اریک اریکسون) بررسی کرده‌اند (مقیمی و همکاران، ۱۳۸۷).

۲-۴-۵-۱ نظریه زیگموند فروید^۱

زیگموند فروید به عنوان پیشتاز و بنیان‌گذار نظریه روان‌کاوی شناخته شده‌است. وی که به کار پزشکی اشتغال داشت، در بعضی از بیماران خود متوجه ناراحتی‌هایی شده بود که منشأ جسمی نداشتند و به همین جهت ابتدا معتقد شد که این ناراحتی‌ها حاصل و تحت کنترل مغز دوم هستند و همین مغز دوم بود که بعدها به عنوان ناخودآگاه، یا ضمیر ناهشیار معروف شد.

^۱-Sigmund Friud

به اعتقاد فروید سطوح فعالیت روانی شامل سطح خودآگاه یا ضمیر آگاه است که با واقعیت تطبیق دارد. سطح دوم سطح نیمه‌آگاه است که آنچه در آن است امکان دارد با واقعیت تطبیق نکند؛ و بالاخره سطح سوم، ناخودآگاه است که عمیق‌ترین بخش شعور بوده، حاوی امیال یا تفکراتی است که ما نسبت به آنها آگاهی نداریم. این تفکرات و امیال در حالت‌های خواب، هیپنوتیزم یا بیماری‌ها آزاد شده و ظاهر می‌شوند (سیاسی، ۱۳۸۴).

همچنین شخصیت از نظر فروید دارای سه وجه است: نهاد که نماینده تمایلات و غرایز حیوانی و کور بوده و تابع اصل لذت است. خود یا من که نماینده واقعیت‌ها بوده و تابع اصل واقعیت است؛ و فراخود یا من برتر که نماینده سانسورهای اجتماعی و وجدان شخص است و هدف آن جلوگیری از ارضای تمایلات انسان است.

علاوه بر این شخص برای حفظ انسجام شخصیت خود از یک رشته مکانیزم‌های دفاعی استفاده می‌کند که مهم‌ترین آنها عبارت‌اند از: واپس زنی، جا به جایی، والایش، برون فکنی، همانندسازی، درون فکنی، بازگشت، تثبیت، انکار، دلیل تراشی، تبدیل و جبران. همه‌ی این مکانیزم‌ها راه حل‌هایی غیرمعقول برای سازگاری هستند (قلی پور، ۱۳۸۸).

۲-۴-۵-۲ نظریه تحلیل یونگ^۱

نظریه‌ی تیپ‌های شخصیتی یا ریخت شناسی یونگ، یکی از جامع‌ترین نظریه‌هایی است که در تبیین شخصیت افراد به کار رفته است. بر اساس نظریه‌ی یونگ، وقتی ذهن فعال است یا اطلاعات را دریافت و درک می‌کند، یا آنها را سازماندهی می‌کند و در موردشان نتیجه گیری و داوری می‌کند (آهنگی و همکاران، ۱۳۸۸).

از نظر یونگ، ساختار شخصیت شامل من یا خود، ناهشیار فردی، ناهشیار جمعی و صورت‌های ازلی یا کهن الگوهاست. کهن الگوهای خود شامل پرسونا یا نقاب، آنیما، آنیموس و سایه هستند (سیاسی، ۱۳۸۴).

یونگ شخصیت‌ها را به دو سنخ درون‌گرا و برون‌گرا تقسیم کرده است. درون‌گرایان بیشتر متوجه افکار و احساسات خود بوده، محافظه‌کارند، به طرح و تجزیه و تحلیل نقشه‌ها می‌پردازند، تودار و اهل مطالعه و تفکرند (سیاسی، ۱۳۸۴). شخص درون‌گرا تحت تأثیر عوامل ذهنی خود است و هر چند که اوضاع و احوال خارجی را می‌بیند ولی عناصر و عوامل ذهنی بر رفتار او حاکم‌اند و برتری دارند. چنین فردی مردم‌گریز و خیال‌پرداز است. فکر می‌کند، طرح ریزی می‌کند، پیش از تصمیم گیری تردید زیادی

^۱-Jung

دارد، دیر دل می‌بندد و در دلبستگی پایدار است (قلی پور، ۱۳۸۸). غالباً متوجه عوامل خارجی‌اند و تحت نفوذ آنها قرار دارند. به‌طوری که افعال ارادی‌شان را معلول مناسبات عوامل خارجی می‌دانند، نه ارزیابی ذهنی خود. علاقه‌ی کم به کار، هوش کم، بیان ضعیف، پایداری و استقامت کم، شتاب‌زدگی، بی‌دقتی، انعطاف‌پذیری، شوخ طبعی و... از ویژگی‌های این افراد است (قلی پور، ۱۳۸۸). یونگ همچنین برای هر سنخ شخصیتی چهار کارکرد قائل شد که عبارت بودند از: شهود، عاطفه، احساس و تفکر؛ که بدین ترتیب، در مجموع هشت سنخ شخصیتی می‌توان بر شمرد. شامل درون‌گرای احساسی، درون‌گرای شهودی، درون‌گرای متفکر و ... نظریه‌ی یونگ نیز از انتقادات مختلف مصون نمانده است. محور اصلی این انتقادات بر ذهنی بودن و غیرقابل سنجش بودن مفاهیم نظریه‌ی او استوار است (شولتز، ترجمه خوشدل، ۱۳۸۶).

۲-۴-۵-۳. آدلر^۱ و نظریه روان‌شناسی فردی:

آدلر برخلاف فروید که به تأثیر و اهمیت نیروهای درونی در ساختار شخصیت تأکید داشت، تأکید اصلی خود را بر اهمیت عوامل اجتماعی در شکل‌گیری شخصیت متمرکز کرد. نظریه‌ی آدلر بر مبنای تعدادی اصول بنا شده‌اند که عبارت‌اند از: اصل حقارت، اصل برتری جویی، اسلوب زندگی، ترتیب تولد، خودآگاهی، علاقه‌ی اجتماعی، غایت و هدف زندگی و خود خلاق. آدلر با توضیح هر یک از مفاهیم ذکر شده در بالا کوشیده است تا چگونگی شکل‌گیری شخصیت را توضیح دهد. مهم‌ترین اصل بنیادی در نظریه‌ی آدلر، اصل حقارت است که به نظر او در همه کس به خاطر ضعف‌ها و ناتوانی‌هایی که دارد، عقده‌ی حقارت ایجاد می‌شود و از آن پس همه‌ی تلاش‌ها و کوشش‌های فرد در زندگی به خاطر جبران این عقده‌ی حقارت انجام می‌گیرد (سیاسی، ۱۳۸۴).

۲-۴-۵-۴. نظریه‌ی روان‌کاوی اجتماعی اریک فروم^۲

یکی از رویکردها در مطالعه‌ی شخصیت رویکرد روان‌کاوی است. روان‌کاوی تصویری جبری از ماهیت انسان و سرشت انسان را مطرح می‌سازد. این نظریه امیال یا نیروهای جنسی و پرخاشگری که مبتنی بر پایه‌های زیستی و تعارض‌های دوران کودکی است را به عنوان عامل اصلی و گرداننده‌ی شخصیت در نظر می‌گیرد (کریمی، ۱۳۸۷).

فروم معتقد بود که شخصیت به وسیله‌ی نیروهای تاریخی، اقتصادی، سیاسی و اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. وی معتقد بود که مردم در طول تاریخ آزادی‌های بیشتری به وجود آورده‌اند، اما در عوض

^۱-Adler

^۲-Erich Fromm

دچار احساس تنهایی بیشتر و احساس بیگانگی بیشتری نسبت به یکدیگر شده‌اند. هر قدر مردم آزادی کمتری داشته باشند، احساس تعلق و امنیت خاطر در آنها بیشتر خواهد بود. ما دیگر در هماهنگی با طبیعت به سر نمی‌بریم؛ و این به خاطر آگاهی هشیارانه، یادگیری و تخیلات ماست. این نیروها به ما قدرت نامحدودی برای مستقل شدن از طبیعت می‌دهند، اما جدایی از طبیعت باعث ازخودبیگانگی است (سیاسی، ۱۳۸۴).

به اعتقاد فروم، سده‌های میانه، آخرین دوران امنیت و تعلق بود. آزادی فردی در آن دوران کم، اما امنیت زیاد بود؛ زیرا جایگاه هر کسی در جامعه روشن بود. انقلاب اجتماعی دوران رنسانس و اصلاح طلبی پروتستان، آزادی‌ها و توان انتخاب انسان را وسعت بخشید، اما احساس تعلق و امنیت را کاهش داد (سیاسی، ۱۳۸۴).

مردم تمایل دارند که از آزادی بگریزند. یک راه برای گریز از آزادی رسیدن به آزادی مثبت است؛ یعنی تلاش برای باز پیوستن به دیگران بدون از دست دادن آزادی و تمامیت خود. راه دیگر گریز از آزادی، طرد آزادی و پذیرفتن استبداد است (شولتز، ترجمه خوشدل، ۱۳۸۶).

جهت گیری‌ها یا صفات منشی از برقرار کردن سازش‌هایی که ما بین نیازهای روان شناختی خود و شرایط اجتماعی که تحت آنها زندگی می‌کنیم، تحول می‌یابند.

صفات منشی به سنخ‌های نابارور و بارور تقسیم می‌شوند. سنخ‌های نابارور، جهت گیری‌های گیرنده، بهره کش، محتکر و بازاری را شامل می‌شوند. سنخ گیرنده، برای ارضای نیازهای خود وابسته به دیگران است. سنخ بهره کش، آنچه را نیاز دارد از دیگران می‌گیرد. سنخ محتکر، امنیت خود را از آنچه می‌توان احتکار یا پس انداز کرد به دست می‌آورد. سنخ بازاری، خود را بصورت کالایی می‌بیند که باید بسته بندی شده و فروخته شود.

سنخ بارور نماینده‌ی هدف غایی رشد انسان بوده و شامل کاربرد تمامی قابلیت‌های انسان برای خودشناسی است. فروم بعدها دو جهت گیری دیگر را نیز عرضه کرد: سنخ مرده گرا که عاشق مرگ، نیستی، زور و تکنولوژی است؛ و سنخ زنده گرا که عاشق زندگی، رشد و ترقی است (کریمی، ۱۳۸۷).

تصور فروم از ماهیت انسان خوشبینانه است. انسان‌ها این توانایی را دارند که شخصیت‌ها و جامعه‌های خود را شکل دهند. شخصیت به وسیله‌ی نیروهای آموخته شده و نیروهای فطری، هر دو و به وسیله تجربه‌های دوران کودکی و همین طور تجربه‌هایی که بعدها روی می‌دهد، شکل داده می‌شود. نظریه‌ی فروم به خاطر نادیده گرفتن پیشرفت‌های جدید در روانکاوی، به خاطر اصطلاحات و مفاهیمی که خوب تعریف نشده‌اند و به خاطر ارائه‌ی تصویری آرمانی از سده‌های میانی، مورد انتقاد قرار گرفته است.

اهمیت نظریه‌ی او در تأکید آن بر نیروهای گسترده‌ی اجتماعی، تاریخی و فرهنگی و نقش آنها در شکل دادن شخصیت است (شولتز، ترجمه خوشدل، ۱۳۸۶).

۲-۴-۵. نظریه‌های سنخ شناختی شخصیت

گروهی دیگر از نظریه‌های شخصیت مبنای کار خود را ارتباط ویژگی‌های جسمی با خصوصیات شخصیتی قرار داده‌اند که ریشه در کارهای بقراط و جالینوس دارد. معروف‌ترین یان نظریه‌ها مربوط به کرچمر^۱ آلمانی و دیگری مربوط به شلدون^۲ آمریکایی است (کریمی، ۱۳۸۷).

کرچمر با استفاده از فنون انسان شناسی جسمانی انسان‌ها را به سه سنخ فربه تنان^۳، لاغرتنان^۴ و سنخ پهلوانی تقسیم کرد. بر اساس نظریه کرچمر هر یک از این سه سنخ جسمی یک سنخ روانی مربوط می‌شود؛ مثلاً فربه تنان از نظر روانی ادواری خوی اند. از نظر خلق و خو بدون ثبات و متلون المزاج اند. لاغرتنان از نظر روانی اسکیزوئید خوی اند؛ یعنی شخصیتی گسسته دارند و درون‌گرا هستند و بالاخره سنخ پهلوانی از نظر روانی صرع واره خوی اند؛ یعنی محتاط، محافظه کار و کند هستند (سیاسی، ۱۳۸۴). شلدون کوشید تا به تحقیقات سنخ شناختی خود جنبه‌ی علمی‌تر و عینی‌تر بدهد. وی با همکاری استیونس^۵ و با استفاده از روش‌های آماری و مطالعه‌ی هزاران عکس از صدها جوان برهنه در حالت‌های مختلف افراد انسانی را به سه سنخ اکتومورف که از نظر جنبه‌های سلسله‌ی عصبی غلبه دارند؛ مزومورف که در آنها غلبه با استحکام عضلانی و استخوان‌هاست؛ و اندومورف که جنبه‌های احشایی و شکمی در آنها غالب است، تقسیم کرد. همچنین سیستم نمره گذاری نسبتاً دقیقی برای هر یک از تیپ‌ها وضع نمود که در آن به هر یک از جنبه‌های ذکر شده، از ۱ تا ۷ نمره تعلق می‌گرفت. شلدون و استیونس صفات روانی را با استفاده روش‌های تحلیل عامل به سه گروه اندیشه ورزی، فعالیت گرایی و لذت گرایی تقسیم کردند که نمره‌ی بالا داشتن در هر یک از این صفات، ویژگی‌های شخصیتی خاصی را به همراه داشت. آنها این خصوصیات را در جدلی تنظیم و ارائه کردند.

مهم‌ترین انتقاد وارده به این نظریه این بوده که اگر یک سنخ جسمی به عللی چون بیماری، یا تغذیه تغییری از نظر جسمی پیدا کند، تکلیف خصوصیات شخصیتی آن سنخ چه می‌شود؟ (کریمی، ۱۳۸۷).

^۱ - Kretschmer

^۲ - Sheldon

^۳ - Pyknic

^۴ - Asthenic

^۵ - Stevens

۲-۴-۵-۶. نظریه‌های تحلیل عاملی^۱ شخصیت

با پیشرفت روش‌های آماری و رواج روش تحلیل عوامل، عده‌ای که معتقد به چندوجهی یا چند عاملی بودن شخصیت، بودند، نظریه‌هایی را عنوان کردند که به نظریه‌های تحلیل عاملی معروف شدند. معروف-ترین این نظریه‌ها متعلق به کتل^۲، گیلفورد^۳ و آیزنک^۴ هستند (کریمی، ۱۳۸۷).

به نظر کتل شخصیت امکان می‌دهد که رفتار فرد در وضعیت‌های معین قابل پیش بینی باشد. کتل برای مطالعه شخصیت از روش تحلیل عاملی کمک گرفت (قلی پور، ۱۳۸۸). از نظر وی مفاهیم سازنده‌ی شخصیت عبارت‌اند از: ویژگی یا صفت که به صفات منشی، توانشی، عام، خاص، روساختی و پایه تقسیم می‌شود. وی این ویژگی‌ها را در جدولی حاوی ۱۶ زوج صفت متضاد گردآوری کرد. مفاهیم دیگر سازنده‌ی شخصیت عبارت‌اند از: پویش یا ارگ (انگیزه‌های ارثی)، متارگ (انگیزه‌های محیطی)، خود و خودآگاهی و معادله مشخصات و معادله‌ی مشخصات که به صورت صفت روساختی و صفت پایه‌ی رفتار تنظیم شده است (کریمی، ۱۳۸۷).

از لحاظ جنبه‌های علی شخصیت، آیزنک شخصیت‌ها را بر مبنای توازن و تعادل میان تحریک و بازدارندگی توجیه و تفسیر می‌کند و رابطه‌ی میان سنخ‌های ارثی را با فرمول زیر نشان می‌دهد:

$$\text{توازن تحریکی} - \text{بازدارندگی} \times \text{آثار محیط} = \text{درون‌گرایی} / \text{برون‌گرایی} \text{ (کریمی، ۱۳۸۷)}$$

در نظریه‌ی آیزنک مفهوم صفت و مفهوم تیپ هستند که در معرفی شخصیت اهمیت خاص دارند. «صفت» عادات و اعمالی هستند که جنبه‌های نسبتاً ثابت دارند، مانند افسردگی، وسواس و ... «تیپ» هم که از پیوستگی چندین صفت تشکیل شده است، برای معرفی شخصیت در درجه‌ی اول اهمیت است (سیاسی، ۱۳۸۴).

بر نظریه‌های عاملی شخصیت هم نیز انتقاداتی چندی وارد شده است. از آن جمله اینکه چون روش‌های تحلیل عامل متفاوت‌اند، کاربرد هر روش عاملی خاص، تعداد عوامل شخصیتی متفاوتی به دست می‌دهد؛ و اینکه وجود عامل‌ها در شخص توهم انگاری هر عامل و جان بخشی به آن را ایجاد می‌کند (کریمی، ۱۳۸۷).

^۱- Factor Analysis

^۲-Cattel

^۳-Guilford

^۴-Eysenck

۲-۴-۵-۷. نظریه‌های انسان گرایی (بشردوستانه)^۱ در شخصیت

رویکرد انسان گرایی در مطالعه شخصیت بخشی از جنبش انسان گرایی است که در دهه‌های ۱۹۶۰ آغاز شد و کوشید تا کل روان‌شناسی را اصلاح کند. روان‌شناسان انسان گرا به دو نیروی اصلی در روان‌شناسی (روانکاوی، رفتارگرایی) اعتراض کردند و استدلال نمودند که هر دو دیدگاه تصویری بسیار محدود از انسان ارائه کرده‌اند. رویکرد انسان گرا در شخصیت بر فضائل و آرزوهای انسان، اراده‌ی آزاد، آگاهی و توانایی شکوفایی توانایی‌های بالقوه‌ی شخص تأکید دارد. این رویکرد تصویری خوش بینانه از ماهیت انسان ترسیم می‌کند که انسان‌ها را به عنوان موجوداتی فعال و خلاق می‌نگرد که بر خودشکوفایی، پیشرفت و رشد توجه دارند (کریمی، ۱۳۸۷).

مزلو^۲ معتقد است که روان‌شناسی باید خلاق‌ترین و سالم‌ترین افراد را برای نشان دادن بالاترین توانایی‌های بالقوه‌ی انسانی برگزیند و مورد مطالعه قرار دهد (سیاسی، ۱۳۸۴). سلسله مراتب نیازهای عنوان شده به وسیله مزلو بازتاب تجربه‌های دوران کودکی او در فقر، انزوا و تنهایی است. این سلسله مراتب شامل نیازهای فیزیولوژیایی، نیازهای ایمنی، نیازهای تعلق و عشق، نیازهای حرمت و نیازهای خودشکوفایی است (شولتز، ترجمه خوشدل، ۱۳۸۶).

مزلو به خاطر به کار بردن گروه نمونه‌ی کوچک که نظریه‌ی خود را بر آن بنا کرده است و روشن نساختن معیارهای خود برای گزینش آزمودنی‌های خود، مورد انتقاد قرار گرفته است. توصیف‌های او از ویژگی‌های افراد خودشکوفا ممکن است تحت تأثیر ارزش‌های شخصی او قرار گرفته باشد. به علاوه روش‌های تحقیق او ضعیف و تعریف‌های او از اصطلاحات کلیدی نامعتبر و مبهم‌اند. با وجود اینکه نظریه‌ی او در حوزه‌ی وسیعی از مشاغل و جرف گوناگون به کار رفته است (کریمی، ۱۳۸۷).

۲-۴-۵-۸. نظریه‌های شناختی شخصیت

یک گروه از نظریه‌های شخصیت که بر شیوه‌های شناخت مردم از محیط و از خودشان تأکید می‌ورزند، نظریه‌های شناختی شخصیت نام دارند. گفته شده است که این نظریه‌ها عقلانی‌ترین نظریه‌های مربوط به شخصیت‌اند.

جورج کلی^۳ در نظریه‌ی سازه‌های شخصیت معتقد است انسان از یک سو، موجودی است عاقل و دارای شناخت و از سوی دیر، موجودی است که برای تعبیر و تفسیر رویدادهای زندگی خود از سازه-هایی که خود می‌سازد، استفاده می‌کند. به یک معنی هر انسان از نظر کلی دانشمندی است که عاقلانه و

^۱ - Humannistic

^۲ - Maslow

^۳ - Georg Kelly

با روش علمی خاص خود پدیده‌ها را تعبیر و تفسیر می‌کند. طبعاً چون شیوه‌های شناخت افراد با هم متفاوت است، تعبیر و تفسیرهای گوناگونی هم از زندگی و جهان اطراف خود دارند (شریعتمداری، ۱۳۸۱).

کلی توجیه خود را از تعبیر و تفسیر افراد در مورد جهان خارج، طی یک اصل موضوعه‌ی بنیادی و یازده اصل تبعی توضیح می‌دهد. این اصول تبعی عبارت‌اند از: اصل تبعی ساختمانی، یعنی شخص رویدادها را با تفسیر کردن تکرار آنها پیش بینی می‌کند. اصل تبعی فردیت، یعنی افراد در ساختن رویدادها با یکدیگر تفاوت دارند. اصل تبعی سازمان، یعنی هر شخص مشخصاً برای راحتی در تصور و درک رویدادها، سیستم ساختن سازه‌های خاصی را در خود شکل می‌دهد که بین آن سازه‌ها، روابط ترتیبی و سلسله‌مراتبی وجود دارد. اصل تبعی دوگانگی، یعنی سیستم سازه‌ای یک شخص مرکب است از تعدادی محدود از سازه‌های دوگانه. اصل تبعی انتخاب، یعنی شخص از میان یک سازه‌ی دوحالتی، شقی را برای خود انتخاب می‌کند که امکان بیشتری را برای گسترش و تعریف سیستم او برایش فراهم می‌کند. اصل تبعی گستره، یعنی یک سازه تنها برای پیش بینی گستره‌ی محدودی از رویدادها مناسب است. اصل تبعی تجربه، یعنی سیستم سازه‌ای یک شخص ضمن اینکه او به تعبیر و تفسیر پیاپی از تکرار رویدادهای می‌پردازد، تغییر می‌کند. اصل تبعی تعدیل، تعدیل تغییرات در سیستم سازه‌ای یک شخص به وسیله‌ی نفوذپذیر بودن سازه‌هایی که عناصر تازه در درون گستره‌ی مناسب آنها واقع می‌شوند، محدود می‌شود. اصل تبعی خرد شدن، یعنی شخص ممکن است انواع خرده سیستم‌های سازه‌ای را که از نظر استنباطی با یکدیگر ناهم‌سازند به کار گیرند. اصل تبعی اشتراک، یعنی به میزانی که یک شخص، سازه‌ای مشابه سازه‌ی شخصی دیگر را به کار می‌برد، فرایندهای روان‌شناختی او مشابه فرایندهای روان‌شناختی آن شخص دیگر است. اصل تبعی جامعه‌جویی، یعنی، به میزانی که یک شخص فرایندهای سازه‌ای فرد دیگر را تعبیر و تفسیر می‌کند، او ممکن است نقش یک فرایند اجتماعی را بازی کند که فرد دیگر را شامل شود (کریمی، ۱۳۸۷).

۲-۴-۵-۹. نظریه‌های یادگیری اجتماعی در شخصیت

نظریه‌ی راتر^۱ قویاً تحت تأثیر کارهای آلفرد آدلر بوده است. او با نظر اسکینر در این مورد که رفتار صرفاً به وسیله‌ی متغیرهای بیرونی شکل داده می‌شود، مخالف است. راتر نظریه‌ی خود را یک نظریه‌ی یادگیری اجتماعی می‌نامد تا این باور خود را نشان دهد که رفتار ما در درجه‌ی اول از طریق تجربه‌های

^۱ - Rotter

اجتماعی شکل می‌گیرد. او در روش‌های آزمایشی خود تنها از آزمودنی‌های بهنجار انسانی استفاده می‌کند و به فرایندهای آگاهانه بیش از بندورا توجه نشان می‌دهد (کریمی، ۱۳۸۷).

به خاطر اینکه ما همواره در معرض تجربه‌های جدید قرار می‌گیریم، شخصیت همواره در حال تغییر است؛ اما در عین از درجه‌ی ثبات بالایی نیز برخوردار است، چرا که تحت تأثیر تجربه‌های گذشته‌ی ماست. راتر برای مطالعه‌ی شخصیت به روش تاریخی‌ای متوسل می‌شود، با این باور که برای درک رفتار کنونی، مطالعه‌ی گذشته‌ی شخص ضروری است. نظام راتر نظریه‌های تقویت را با نظریه‌های شناختی ترکیب می‌کند و به تعامل فرد با محیط منحصر به فرد و معنی دار او توجه می‌کند (سیاسی، ۱۳۸۴).

مفاهیم اساسی نظریه‌ی یادگیری اجتماعی راتر عبارت‌اند از: پتانسیل رفتار^۱، انتظارات^۲، ارزش تقویت^۳، موقعیت روان شناختی^۴، آزادی حرکت^۵ و سطح هدف کمینه^۶.

پتانسیل رفتار، به احتمال وقوع یک رفتار معین در ارتباط با دیگر رفتارهایی که فرد می‌تواند در یک موقعیت معین از خود نشان دهد، اطلاق می‌شود. انتظار به باور شخص به اینکه اگر در یک موقعیت خاص به شکل معینی رفتار کند، تقویت قابل پیش بینی معینی به دنبال آن خواهد آمد، اطلاق می‌شود. ارزش تقویت، به درجه‌ی ترجیح یک تقویت به تقویت دیگر اطلاق می‌شود. موقعیت روان شناختی، ائتلاف محیط درونی و بیرونی، یعنی ترکیب متغیرهای شناختی و محرک‌های بیرونی ماست. آزادی حرکت، به درجه‌ی انتظاری اطلاق می‌شود که یک شخص برای به دست آوردن تقویت معینی به خاطر انجام رفتاری خاص داراست. سطح هدف کمینه، به پایین‌ترین سطح تقویت بالقوه در یک موقعیت خاص که شخص آن را رضایت بخش تلقی می‌کند، اطلاق می‌شود (شولتز، ۱۳۸۶).

دیدگاه راتر در مورد ماهیت انسان، بر اختیار، اهمیت یادگیری، امکان تغییر و رشد شخصیت، منحصر بودن هر شخص و هدف نهایی به حداکثر رساندن تقویت مثبت و به حداقل رساندن تنبیه، تأکید می‌ورزد.

ارزیابی‌ها از نظریه‌ی راتر، عمدتاً مثبت بوده و از تجربی بودن روش او و روشن و عینی بودن مفاهیم ارائه شده‌ی او، تمجید شده است؛ اما گروهی از روان‌شناسان، کاربرد روش‌های ذهنی چون مصاحبه و فنون فرافکن و دور شدن زیاد و افراطی او را از دیدگاه رفتاری، جز نقاط ضعف نظریه‌ی راتر قلمداد کرده‌اند (کریمی، ۱۳۸۷).

^۱ - Behavior Potential

^۲ -Expectancy

^۳ -Reinforcement Value

^۴ -Psychological Situation

^۵ -Freedom Of Movement

^۶ -Minimal Goal Level

شخصیت کارکنان در سازگاری آن‌ها با محیط کار دارای اهمیت است. به این صورت مدیران در واگذاری مسئولیت‌ها به افراد علاوه بر استعداد و معلومات، به علاقه‌های آنها نیز توجه می‌کنند. در شرایط مساوی بودن استعداد و معلومات بین افراد، آن‌هایی بیشتر موفق می‌شوند که علاوه بر پایداری، با محیط هم بهتر سازگار می‌شوند (عبداله^۱ و همکاران، ۲۰۱۴).

۲-۴-۵-۱۰. نظریه‌های انگیزشی شخصیت

رویکرد موری^۲ به شخصیت شناسی، ناخودآگاه و خودآگاه، گذشته و حال و آینده‌ی فرد و نیروهای فیزیولوژیایی و اجتماعی، همه را در نظر می‌گیرد. موری کاهش تنش را به عنوان قانون زیربنایی کارکرد انسان در نظر می‌گیرد. دو ویژگی متمایز کننده‌ی نظام او، رویکرد پیچیده‌ی وی به نیازها و جمع‌آوری داده‌ها از بررسی‌های جامع افراد بهنجار است.

اصل اساسی در کارهای موری وابسته بودن فرایندهای روان شناختی به فرایندهای فیزیولوژیایی است. شخصیت ریشه در مغز که اندام فرمانروا و حاکم است، دارد. تغییر یافتن سطح تنش حاصله از نیازها برای شخصیت جنبه حیاتی دارد.

موری معتقد بود که شخصیت ماهیت طولی دارد و استدلال او این بود که شخصیت همواره در حال تحول و تغییر در طول زمان است و منحصر به فرد است. از نظر وی سه بخش اصلی شخصیت عبارت‌اند از: نهاد، فراخود و خود. نهاد شامل انگیزه‌های ابتدایی، غیراخلاقی و همین طور تمایلات ما نسبت به همحسی، تقلید و همانند سازی است. فراخود به وسیله‌ی والدین و همسران و ادبیات و اسطوره شناسی فرهنگ‌ها شکل می‌گیرد و در تمام طول زندگی شخص در حال تحول است. خود، آگاهانه در مورد جهت رفتار تصمیم می‌گیرد و اراده می‌کند (کریمی، ۱۳۸۷).

در نظریه‌ی موری، هدف غایی زندگی کاهش تنش است. مردم تا حدودی دارای اختیارند، اما بخش اعظم شخصیت به وسیله‌ی نیازها و به وسیله‌ی محیط تعیین می‌شود. هر شخص در عین حال که یگانه و منحصر به فرد است، بعضی شباهت‌ها را با دیگران دارد که این شباهت‌ها به وسیله نیروهای ارثی و محیطی هر دو تعیین می‌شوند (سیاسی، ۱۳۸۴).

رویکرد موری به شخصیت فردنگرانه بود؛ یعنی مطالعه‌ی جامع و فشرده‌ی یک گروه کوچک از افراد. در حالی که رویکرد سنتی به پژوهش درباره‌ی شخصیت قانون نگرانه است؛ یعنی با تفاوت‌های آماری میان گروه‌های آزمودنی‌ها سر و کار دارد.

^۱-Abdullah

^۲-Murray

نفوذ اصلی موری بر روان‌شناسی به خاطر فهرست نیازهای فرض شده‌ی او و فنون ارزیابی شخصیت اوست. نظام او در زمینه‌ی نکات زیر مورد انتقاد قرار گرفته است: جریان‌ها و زنجیره‌ها با اصطلاحات مبهم تعریف شده‌اند و طبقه‌بندی نیازها زیادی پیچیده است (کریمی، ۱۳۸۷).

۲-۴-۶. تفاوت‌های فردی و شخصیت

در بسیاری از موارد، دلیل شکست افراد در انجام دادن اثربخش وظایف شغلی خود در سازمان، کمبود هوش یا فقدان مهارت‌های فنی آنان نیست، بلکه همسو نبودن ویژگی‌های شخصیتی آنان و شغلی است که به عهده دارند. به همین دلیل لازم است به این زمینه‌ی خاص از روان‌شناسی کار توجه داشته باشیم و نتیجه مطالعات مرتبط با شخصیت در کار را بشناسیم.

در بحث از شخصیت، تأکید بر آن است که چگونه تفاوت‌های شخصیتی افراد در عملکرد و رفتار شغلی آنان، اثر می‌گذارد. برای این منظور ۵ نیاز و صفت شخصیتی^۱ را توصیف خواهیم کرد و روشن خواهیم ساخت که چگونه سنخ شخصیتی^۲، بر انتخاب شغل اثر می‌گذارد (ساعتچی، ۱۳۸۹).

۲-۴-۷. صفات و نیازهای شخصیتی

یکی از روش‌های مطالعه‌ی تفاوت‌های فردی در شخصیت آن است که ببینیم چگونه مردم در صفات شخصیتی مهم، با یکدیگر تفاوت دارند. هنری موری (۱۹۳۸) فهرستی از نیازهای انسانی ارائه داد که بعداً "صفات شخصیتی" نام گرفتند. بدین ترتیب، اگر شخصی نیازی قوی برای سلطه‌جویی بر دیگران داشته باشد، صفت شخصیتی بارز وی، سلطه‌جویی است (قلی‌پور، ۱۳۸۸).

۲-۴-۸. پنج صفت شخصیتی مهم (مدل پنج عاملی)

در ادامه‌ی تکامل مدل‌های شخصیت، برای اولین بار در دهه ۱۹۸۰ توسط لوئیس گلدبرگ مدل پنج عاملی صفات مطرح گردید. این مدل در ابتدای ۱۹۹۰ میلادی، با ابتکار و انتشار آزمون‌های پنج عاملی نئو توسط کاستا و مک کری^۳ (۱۹۹۲) با عنوان پنج عامل بزرگ ۲ مورد تأیید عمومی واقع شده و پس از چندین مرحله اصلاح به تکامل امروزی خود رسید. این آزمون‌ها کماکان جامع‌ترین آزمون شخصیت محسوب گردیده و از مقبولیت نسبی بالایی در بین روان‌شناسان صفتی برخوردارند (صفرزاده و حبیبی، ۱۳۸۹).

^۱ -Personality Trait

^۲ -Personality Type

^۳ -Paul T. Costa& Robert R.Mc Care

بسیاری از روان‌شناسان معتقدند که ساخت اصلی شخصیت آدمی به وسیله‌ی پنج صفت کلی، نشان داده می‌شود که عبارت‌اند از: ۱- برون‌گرایی^۱ ۲- توافق‌پذیری^۲ ۳- وظیفه‌شناسی^۳ ۴- روان‌رنجوری^۴ ۵- صداقت برای تجربه کردن^۵

۵ عامل بزرگ یک طبقه بندی را به وجود می‌آورد که هزاران صفت زبان معمولی و علمی را در داخل یک چارچوب طبقه‌ای قرار می‌دهد. با این وجود، مثل هر مدل علمی دارای محدودیت‌هایی است. منتقدین مطرح کرده‌اند که پنج عامل بزرگ یک نظریه شخصیتی کامل را ارائه نکرده است؛ بنابراین مثل بیشتر الگوهای شخصیتی به جای اینکه به توصیف و تبیین پردازد و به جای اینکه به استنباط فرایندهای تحولی و پویا پردازد، به قانون‌مندی‌های رفتار تأکید می‌کند و به جای آنکه بر افراد یا انواع افراد تمرکز نماید، بر متغیرها تأکید دارد (فراهانی، ۱۳۸۸). به هر حال نسبت به سایر نظریه‌ها و مدل‌ها، کامل‌تر و بی‌نقص‌تر است. ساختار ۵ عامل دارای مزیتی است که هر کس می‌تواند واژه‌هایی که عامل‌ها را تعریف می‌کند، بفهمد و عدم توافق بر سر معانی آن‌ها را می‌توان با توافق درباره‌ی رایج‌ترین معنی آن برطرف کرد (صفرزاده و حبیبی، ۱۳۸۹).

آشنایی با ۵ صفت شخصیتی اصلی از این جهت در روان‌شناسی کسب و کار اهمیت دارد که همه‌ی این صفات در عملکرد شغلی افراد، اثرگذار می‌باشد. تعبیر و تفسیر و معانی این عوامل شخصیتی باعث می‌شود زمینه‌های مهم "رشد شخصی" را مورد توجه خاص قرار دهیم. هر چند بخشی از این ویژگی‌ها ارثی هستند، اما بیشتر مردم می‌توانند این ویژگی‌ها را در خود تقویت کنند (ساعتچی، ۱۳۸۹). هر یک از افراد بر حسب ویژگی شخصیتی خود طبق این مدل می‌توانند نگرش و گرایش خاصی نسبت به وظایف و اهداف سازمانی داشته باشند (خنifer و همکاران، ۱۳۸۶).

برون‌گرایی: شامل کمیت و شدت تعامل با افراد دیگر و میزان اجتماعی بودن یک شخص است (پرون و کرون، ۲۰۱۰). این بعد به راحت بودن فرد در روابط دلالت دارد (قلی‌پور، ۱۳۸۸). صفات همراه این عامل شخصیتی عبارت‌اند از: اجتماعی، جمع‌گرا، باجرات، سرو زبان‌دار و فعال بودن. معمولاً به افراد خونگرم برون‌گرا و به افراد خجالتی درون‌گرا گفته می‌شود (ساعتچی، ۱۳۸۹). افراد درون‌گرا خوددار، ترسو، کم حرف، کمرو و محتاط‌اند (قلی‌پور، ۱۳۸۸). فراهانی (۱۳۸۸) معتقد است که افراد برون‌گرا آمادگی بیشتری برای تطابق و سازگاری با محیط پیرامونی خود دارند. برون‌گراها علاوه بر تطابق با محیط اجتماعی خود، جاه طلب، سخت‌کوش و سلطه طلب نیز می‌باشند (فراهانی، ۱۳۸۸). افراد برون‌گرا از

^۱ -Extroversion

^۲ -Agreeableness

^۳ -Conscientiousness

^۴ -Neuroticism

^۵ -Openness To Experience

بودن کنار دیگران و حضور در جمع‌های بزرگ لذت می‌برند و تمایل دارند که جسور، فعال و پرحرف باشند. آن‌ها شبیه سازی و هیجان را دوست دارند و به طور معمول بشاش هستند. برون‌گرایی با گرایش فرد به اجتماعی بودن، فعال بودن، با جرأت بودن شخص می‌گردد (غفاری^۱ و همکاران، ۲۰۱۴).

توافق پذیری: میزان توافق در اندیشه، احساسات و عمل نسبت به دیگران را نشان می‌دهد (پرون و کرون، ۲۰۱۰). این بعد به احترام به دیگران دلالت می‌کند. افراد سازگار و توافق پذیر دارای روحیه‌ی همکاری، صمیمی و قابل اعتمادند (قلی پور، ۱۳۸۸). صفات شخصیتی همراه با این عامل عبارت‌اند از: مؤدب و با نزاکت، قابل انعطاف، خوش فطرت، همکار، بخشنده و... (ساعتچی، ۱۳۸۹) در قطب مخالف این عامل ناسازگاری قرار دارد. افراد ناسازگار سرد، رقابتی و ستیزه جوی هستند (قلی پور، ۱۳۸۸).

وظیفه‌شناسی: بعدی است که میزان مسئولیت‌پذیری، سخت‌کوشی و هدف‌گرا بودن را در جهت رفتارهای سازمان توصیف می‌کند (پرون و کرون، ۲۰۱۰). این بعد به قابل اعتماد بودن فرد دلالت دارد. افراد با وجدان و وظیفه‌شناس مسئولیت‌پذیر، پایدار، ساختاریافته و قابل اعتمادند (قلی پور، ۱۳۸۸). از خصوصیات این افراد است که کار دیگران را بر دوش می‌گیرند، همدرد و هم‌حس دیگران هستند، دارای سطح بالایی از استدلال‌های منطقی و اخلاقی هستند و همیشه در مقابل دیگران و خود احساس مسئولیت می‌کنند (فراهانی، ۱۳۸۸). در مقابل افراد کم وجدان تر یعنی کسانی که در این بعد نمره‌ی پایینی می‌گیرند، غیرساختارمند، غیرقابل اعتماد و پریشان احوال‌اند (قلی پور، ۱۳۸۸). وظیفه‌شناسی و باوجدانی به قابل اعتماد بودن فرد دلالت دارد. افراد باوجدان، افرادی متمرکز، بااراده و مصمم هستند و تمایل دارند که وابسته، سخت‌کوش، موفقیت‌گرا و سالم باشند. در حالی که افرادی که نمره پایینی در وظیفه‌شناسی کسب می‌کنند، تمایل بیشتری دارند که لذت‌گراتر، پریشان‌تر و بیشتر تابع امیال خود باشند. آن‌ها محیط کمتر سازمان‌دهی شده را ترجیح می‌دهند. فرد با وجدان هدفمند، با اراده و مصمم است این افراد دقیق و مطمئن هستند (آدونگا^۲، ۲۰۱۳).

روان رنجوری: روان رنجوری یک بعد اساسی و گسترده در شخصیت عادی محسوب می‌شود که دربرگیرنده‌ی صفات با تجارب هیجانی و خلق منفی است که به نوبه‌ی خود رفتارها و شناخت مرتبط با این ویژگی‌ها را ایجاد می‌کند (فراهانی، ۱۳۸۸). این بعد به توانایی فرد در تحمل محرک‌های استرس و عوامل تنش‌زا اشاره می‌کند. افرادی که در این طیف قرار دارند، عصبانی، نامطمئن، ناامن، افسرده و مضطرب‌اند (قلی پور، ۱۳۸۸). در قطب مخالف این بعد ثبات هیجان قرار دارد. ثبات هیجان (دوام عاطفی) با صفاتی مانند آرام، متین، مؤدب، شاد، خوش‌رو و خوش‌برخورد بودن مشخص می‌شود

^۱-Ghafari

^۲-Adenuga

(ساعتچی، ۱۳۸۹). روان رنجوری از ابعاد شخصیتی است که نسبتاً ثابت بوده و مدارک انکارناپذیری به دست آمده که این ویژگی می‌تواند ارثی باشد. به هر حال ویژگی‌هایی که با این بعد از شخصیت همراه است می‌تواند فرد را مستعد بیماری‌های روانی نموده و آمادگی و ریسک‌پذیری او را برای انواع اختلالات روانی افزایش دهد. تندخویی، عصبی بودن، زودخشم بودن، پرخاشگری، عجز و شتابزدگی، بدگمانی و شکاک‌بودن، پرتوقع و خودپسندی و انتقام‌جویی از ویژگی‌های برجسته‌ای هستند که فرد را در زندگی شخصی و در ارتباط با دیگران دچار مشکل کرده، میزان آسیب‌پذیری او را در مقابل استرس‌های روزمره‌ی زندگی و در مواردی حتی سلامت جسمانی او را با خطر بالقوه مواجه می‌سازد (فراهانی، ۱۳۸۸).

گشودگی نسبت به تجربه (تجربه‌پذیری): این بعد از شخصیت در مقایسه با ابعاد ۵ گانه شخصیت تا حدودی می‌تواند برای افراد عادی و غیرمتخصص گنگ و مبهم باشد؛ زیرا اشخاص غیرمتخصص خیلی زود با مفهوم برون‌گرایی، سازگاری (توافق‌پذیری)، وظیفه‌شناسی و روان‌رنجوری آشنا شده و کنار می‌آیند ولی درباره‌ی گشودگی ابهاماتی وجود دارد که حتی این بعد را برای متخصصین نیز مناقشه برانگیز کرده است. این بعد نزد بعضی از متخصصین به گشودگی و در نزد بعضی دیگر به تعقل و عقلانی‌بودن و در نزد کسانی دیگر به فرهنگ شناخته شده است. علت این تفاوت در نام‌گذاری به دلیل صفاتی است که تحت این عنوان قرار می‌گیرند (فراهانی، ۱۳۸۸). این بعد قوه‌ی تخیل، زیبایی‌شناسی، احساسات، ایده‌ها، عمل‌ها و ارزش‌ها را توصیف می‌کند (پرون و کرون، ۲۰۱۰). این بعد به علاقه و شیفتگی فرد به پدیده‌ها و تجربیات جدید دلالت دارد. چنین افرادی خلاق، کنجکاو و حساس‌اند. افرادی که در آن طرف طیف قرار می‌گیرند، پیرو سنت بوده، در شرایط آشنا راحت‌اند (قلی‌پور، ۱۳۸۸).

جدول ۱-۲: شاخص‌های ابعاد مدل ۵ عاملی شخصیت (قلی‌پور ۱۳۸۶)

برون‌گرایی	توافق‌پذیری	وظیفه‌شناسی	روان رنجوری	گشودگی
خون‌گرمی	اعتماد	شایستگی	اضطراب	خیال‌پردازی
اجتماعی بودن	صراحت	نظم	خصومت	زیبایی‌گرایی
اطمینان و قاطعیت	نوع دوستی	مسئولیت‌پذیری	افسردگی	برخورد احساسی
انرژی زیاد	موافقت و همنوایی	کوشش و موفقیت	هوشیاری و خودآگاهی	عمل‌گرایی
پرشوری	فروتنی و میانه روی	خویش‌داری	بی‌اختیاری	ایده‌پردازی
پرحرفی	ملاحظه و مراعات	رفتار سنجیده و باتامل	آسیب‌پذیری	ارزش‌های جدید

تحقیقات زیادی بر اساس مدل پنج‌بعدی روی گروه‌های شغلی مختلفی همچون مدیران، فروشندگان، کارگران، کارمندان و... انجام شده که بیانگر ارتباط مهم بین این ابعاد شخصیتی و عملکرد شغلی است (قلی‌پور، ۱۳۸۸).

۲-۴-۹. تناسب شخصیت با شغل

از آنجا که شخصیت فرد انگیزش و نگرش وی را نسبت به یک شغل و شیوه‌ای که او به اقتضائات شغلی‌اش پاسخ می‌دهد، مشخص می‌کند، هنگام گزینش کارکنان در هر سازمان یا موسسه‌ای ویژگی‌های شخصیتی افراد را چه به صورت رسمی با استفاده از آزمون‌های شخصیت و چه غیررسمی لحاظ می‌کنند (خاکپور و همکاران، ۱۳۸۷).

تفاوت فردی در شخصیت می‌تواند بر انتخاب شغل نیز اثر بگذارد. بر اساس نظریه‌ی هالند^۱ مردم تمایل دارند شغلی را انتخاب کنند که با شخصیت آنان همخوانی داشته باشد. اگر فرد قادر باشد شغل و حرفه‌ای را انتخاب کند که با شخصیت وی همسویی داشته باشد، احتمال اینکه در کار خود خوشحال باشد و به کارش نیز برای مدت طولانی ادامه دهد، بیشتر است (ساعتچی، ۱۳۸۹).

هالند (۱۹۸۵) نوع شخصیت را از هم متمایز می‌سازد:

نوع واقع‌گرا: این نوع شخصیت کم‌رو، با ثبات و عملگراست و برای مشاغلی همچون مکانیکی، کشاورزی و خط مونتاژ مناسب است.

نوع کاوشگر: تحلیل‌گر، متفکر، مستقل و کنجکاو است. چنین شخصیتی ریاضی‌دان، زیست‌شناس و اقتصاددان مناسبی است.

نوع اجتماعی: این نوع شخصیت گرم، صمیمی، دارای روحیه‌ی همکاری و اهل دوستی و معاشرت است. شغل مددکار اجتماعی، مشاوره و معلمی برای چنین شخصیتی مناسب است.

نوع سنت‌گرا: کارا، عمل‌گرا، انعطاف‌ناپذیر و مقید به نظم و مقررات است. برای مشاغلی همچون حسابداری، بایگانی، امور بانکی و مدیریت مناسب است. تبعیت از رویه‌ها، عمل طبق برنامه‌ها و کار در چهارچوب‌های منظم از ویژگی‌های این محیط است.

نوع بنیان‌گذار: این نوع شخصیت جاه‌طلب، بلندهمت، پرتوان و فعال است. دارای اعتماد به نفس

^۱ -Holland

بالاست و مسیر فکری و عملی جدیدی برای انجام کارها ارائه می‌دهد. این نوع شخصیت برای مشاغلی همچون وکالت، فروشنده‌گی، کارآفرینی و روابط عمومی و مدیریت سازمان‌های کوچک و متوسط مناسب است.

نوع هنری: این نوع شخصیت خیال پرداز، ایدئال، آرمان گرا، خلاق، نوآور، نامنظم، احساسی و ذهنیت گراست. این نوع شخصیت برای مشاغلی همچون نقاشی، موسیقی، نویسندگی و هنرپیشگی مناسب است (قلی پور، ۱۳۸۸).

۲-۴-۱۰. عوامل مؤثر بر شکل گیری شخصیت

عوامل مؤثر بر شکل گیری شخصیت از دیر باز به دو دسته معروف ((وراثتی)) و ((محیطی)) (غیر وراثتی) تقسیم شده‌اند. عوامل وراثتی عوامل تأثیر گذار پیش بینی هستند و خود فرد و محیط پیرامون آن چندان نقشی در آنها ندارد و از طریق ژن‌ها به فرد منتقل می‌گردند. ((عوامل محیطی)) عواملی هستند که ناشی از محیط پیرامونی فرد بوده و ژن‌ها نقشی در آنها ندارد و عمدتاً پس از تولد فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. در این نوشته موضوع بحث عوامل غیروراثتی است و از عوامل وراثتی سخن به میان نمی‌آید. عوامل غیروراثتی را می‌توان به دو دسته کلی تقسیم نمود عوامل بیرونی و عوامل درونی. ((عوامل بیرونی)) عواملی هستند که از بیرون بر وجود انسان تأثیر می‌گذارند از قبیل خانواده و همسالان. عوامل درونی عوامل درونی عواملی هستند که به درون انسان مربوط می‌شوند و بر او تأثیر می‌گذارند از قبیل اراده ناهوشیاری. همچنین باید توجه داشت که این مقاله درصدد استقصای همه عوامل تأثیرگذار را که در روانشناسی شخصیت بیشتر مورد توجه نظریه پردازان شخصیت واقع شده مورد توصیف قرار می‌دهد. (کریمی، ۱۳۷۸)

۲-۴-۱۰-۱. عوامل بیرونی

الف) خانواده: خانواده از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر شکل گیری شخصیت به شمار می‌آید. به همین دلیل کمتر نظریه مربوط به شخصیت را می‌توان یافت که به نحوی در آن از تأثیر این عامل بر شکل گیری شخصیت انسان سخن به میان نیامده باشد. این تأثیر به ویژه در دوران اولیه زندگی انسان بسیار محسوس و ملموس است و خانواده از جهات گوناگون در رشد شخصیت کودک مؤثر است. خانواده کودک هم از لحاظ تعداد نفرات هم از نظر ارتباطات با کودک و هم از جنبه در اختیار گذاشتن

امکانات مختلف می‌تواند در رشد شخصیت کودک نقش داشته باشد.

در روانشناسی شخصیت نقش و تأثیر خانواده بر شکل‌گیری شخصیت عمدتاً در سه محور مورد توجه واقع شده است: تأثیر والدین به ویژه نقش مادر؛ تأثیر سایر اعضای خانواده -یعنی خواهران و برادران؛ و ترتیب تولد و اینکه فرد چندمین فرزند خانواده است. (کریمی، ۱۳۷۸) در ذیل به بررسی این سه محور می‌پردازیم:

با رفتارهای خود موقعیت‌هایی می‌آفرینند که رفتارهای خاصی را در فرزندانشان برمی‌انگیزند. (مثلاً، ناکامی به پرخاشگری منجر می‌شود.)

سرمشق‌هایی برای همانند سازی کودکانند.

به طور انتخابی، بعضی از رفتارها را تشویق می‌کنند.

تأثیر والدین در شکل‌گیری شخصیت از جهات گوناگون، مورد توجه نظریه پردازان شخصیت واقع شده است: یونگ معتقد است: در مرحله کودکی، آنچه ممکن است شخصیت کودک خوانده شود چیزی نیست، مگر انعکاس شخصیت والدین او. واضح است که پس از آن والدین نفوذ زیادی بر شکل‌گیری شخصیت کودک اعمال می‌کنند. آن‌ها می‌توانند به وسیله شیوه‌ای که نسبت به کودک رفتار می‌کنند، به رشد شخصیت او کمک کنند یا مانع آن شوند. (شولتز، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۳)

آنچه تاکنون بیان شد، اشاره به نقش کلی والدین بود. باین حال هر یک از والدین نقش خاصی دارد که در این میان نقش مادر به ویژه در سال‌های اولیه زندگی بسیار برجسته‌تر از نقش پدر است. در ذیل به نمونه‌هایی از نقش مستقل آنها به ویژه تأثیر مادر اشاره می‌شود. در زمینه نقش پدر با توجه به جایگاه وی در خانه و اقتدار و مدیریت کلانی که بر محیط خانه -مثلاً- خودکامه باشد یا نه و به دیدگاه‌های دیگر اعضای خانواده توجه کند یا نه آشکار شود. برای نمونه مک کللند در یک رشته آزمایش‌هایی که در زمینه نقش والدین در نیاز پیشرفت انجام داده نتایج آنها وی را وا داشته است تا بگوید سخت‌گیری یا خودکامگی پدر می‌تواند نیاز پیشرفت پسر را کم کند.

اما در مقابل نقش مادر در شکل‌گیری به ویژه در ابتدای کودکی بیشتر مورد توجه روان‌شناسان قرار گرفته است. برای نمونه اریکسون در خصوص نقش مادر در مرحله ((اعتماد در برابری اعتمادی)) معتقد است: تمایل بین کودک و مادر تعیین می‌کند که آیا کودک دنیا را با نگرش اعتماد خواهد دید یا بی‌اعتمادی. اگر مادر به نیازهای جسمانی کودک پاسخ دهد و محبت عشق و امنیت کافی برای او تأمین کند از آن پس کودک شروع به پرورش دادن حس اعتماد خواهد کرد. (ماسن و همکاران، ترجمه یاسایی، ۱۳۶۸).

آلپورت نیز به نقش مادر بر پرورش کودک تأکید می‌کند و معتقد است: زمانی که نفس پرورش می‌یابد

تعامل اجتماعی ما با والدینمان بسیار مهم است. با اهمیت‌ترین آنها رابطه کودک با مادر به عنوان منبع اصلی محبت و امنیت است. اگر مادر یا مراقب اصلی محبت و ایمنی را تأمین کند نفس به تدریج طی هفت مرحله پرورش می‌یابد و کودک به رشد روانی مثبت دست می‌یابد. (پیر، ترجمه بادوانی، ۱۳۷۴).

راجرز نیز در زمینه پیامد سوء عدم توجه مثبت مادر به کودک معتقد است: اگر مادر توجه مثبت را ارائه ندهد گرایش فطری کودک به سوی شکوفایی و رشد خود با مانع مواجه خواهد شد. کودکان عدم تأیید خود پنداره به تازگی ساخته شده خود می‌دانند. اگر این حالت زیاد اتفاق افتد کودکان تلاش برای شکوفایی را متوقف می‌کنند و در عوض برای به دست آوردن توجه مثبت از دیگران عمل می‌کنند.

خواهران و برادران: علاوه بر والدین خواهران و برادران نیز در شکل‌گیری شخصیت فرد تأثیر گذارند. خواهران و برادران معیارهایی تعیین می‌کنند الگوهایی برای تقلید فراهم می‌کنند و برای همدیگر نقش‌های مکملی را بازی می‌کنند که از طریق آن می‌توانند کنش متقابل اجتماعی را تمرین کنند و در مواقع تنش عاطفی به یکدیگر یاری رسانند.

برادران و خواهران به انحای گوناگون می‌توانند بر فرد تأثیر گذار باشند و این تأثیر به ویژه از سوی خواهران و برادران بزرگ‌تر بر جسته‌تر است. برای مثال:

یک فرزند اول سلطه‌گر و جسور می‌تواند بر همشیره‌های کوچک‌تر به صورتی تأثیر بگذارد که آنها شخصیت انفعالی و غیر رقابت طلب را پرورش دهند.

۳. ترتیب تولد: از جمله عوامل تأثیر گذار بر شکل‌گیری از شخصیت که به خانواده مربوط است ترتیب تولد فرزندان است. اینکه فرد فرزند چندم باشد-مثلاً فرزند اول باشد یا فرزند آخر- در شکل‌گیری شخصیت وی و میزان تأثیر گذاری و تأثیر پذیری او مؤثر است. آلفرد آدلر از جمله روان‌شناسان شخصیت است که توجه ویژه‌ای به این عامل نمود. وی معتقد است:

بزرگ‌تر یا کوچک‌تر بودن از همشیره‌های دیگر و قرار داشتن در معرض نگرش‌های متفاوت والدین شرایط کودکی مختلفی را به وجود می‌آورد که به تعیین نمودن شخصیت کمک می‌کند.

همسالان به شکل‌های خاص بر شخصیت فرد تأثیر می‌گذارند. آن‌ها از راه‌های منحصر به فرد و عمده در شکل‌گیری شخصیت رفتاراجتماعی ارزش‌ها و نگرش‌های دیگر دخالت دارند. کودکان از طریق سرمش‌دهی اعمالی که قابل تقلید است با تقویت یا تنبیه پاسخ‌های خاص و یا ارزشیابی فعالیت‌های یکدیگر و بازخوردی که به یکدیگر می‌دهند در یکدیگر تأثیر می‌گذارند. علاوه بر این روابط بین همسالان تأثیرات نه چندان آشکاری در رشد کودکان دارد. برای مثال بدون شک موقعیت کودکان در میان همسالان و دوستی‌هایی که برقرار می‌کنند در ((مفهوم از خود)) آنان تأثیر می‌گذارد.

نظریه پردازان شخصیت در نظریه‌های خود به نقش این عوامل نیز با توجه خاص کرده‌اند. برای نمونه

آدلر در نظریه شخصیت خود بر اهمیت گروه همسال تأکید نمود و اعلام داشت: روابط کودک با همشیرها و با کودکان خارج از خانواده بسیار مهم‌تر از آن است که فروید تصویر کرده است. اریکسون نیز به تأثیر بالقوه گروه‌هایی هم‌تا بر رشد هویت ((من)) در نوجوانی اشاره کرده و معتقد است: معاشرت بیش از اندازه با گروه‌ها و فرقه‌های افراطی و متعصب و همانند سازی و سواسی با شمایل فرهنگی عامه می‌تواند رشد من را محدود کند.

مدرسه: عامل بیرونی دیگری که به نحو ویژه‌ای بر شکل‌گیری شخصیت مؤثر است عامل ((مدرسه)) است. مدرسه نقش بسیار مهمی بر شکل‌گیری شخصیت دارد تا آنجا که ژ-ماندل می‌نویسد: حقیقت ندارد که بزرگ‌ترین حادثه عملی جامعه انسانی گام نهادن انسان روی کره ما باشد بزرگ‌ترین حادثه لحظه‌ای است که یک کودک پنج ساله برای اولین بار به مدرسه گام می‌نهد. مدرسه از جهاتی بر فرد تأثیر می‌گذارد؛ از مهم‌ترین آنها اجتماعی شدن فرد است.

جهت دیگر جدید بودن فضای مدرسه در مقایسه با فضای خانه است که رفتارها و انتظارات متفاوتی نسبت به خانه از او می‌رود. تأثیر مدرسه از این جهت است که کودک از کانون خانواده که محلی برای نوازش و در اختیار گرفتن امکانات و ناز کردن بر والدین بوده، به محیطی گام نهاده که گاه ممکن است نسبت به او بی تفاوت باشند و یا حتی با او دشمنی کنند. او دیگر کوچولوی عزیز و یکی یکدانه نیست. (نوری، ۱۳۸۶) او به فضای جدیدی که متفاوت از خانواده است گام نهاده در فضای مدرسه کودک باید جای خود را در میان گروه دانش‌آموزان پیدا کند.

جهت دیگر نقش مدرسه در انگیزه پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزی است. مدرسه در این زمینه وظایف سنگینی بر عهده دارد. جو عمومی مدرسه از نظر محبت آمیز بودن یا خشن و تنبیهی بودن تأثیر قابل توجه و عمیقی بر این انگیزه خواهد داشت. چنانچه محیط مدرسه محیطی گرم محبت آمیز و دوستانه باشد شاگرد به آن جذب شده علاقه‌اش به درس و تحصیل افزایش خواهد یافت. علاوه بر این محبت در محیط مدرسه برای او به صورت الگو سرمشق و عادت در خواهد آمد و در زندگی اجتماعی خود نیز روابط گرم و محبت آمیزی با دیگران خواهد داشت. اما وجود جو خشن و تنبیهی در مدرسه می‌تواند ذوق و علاقه کودک را نسبت به مدرسه سرکوب کرده چه بسا او را از درس و مدرسه بیزار کند. (کریمی، ۱۳۷۸).

۲-۴-۱۰. عوامل درونی

علاوه بر عوامل بیرونی مؤثر بر شخصیت برخی از عوامل درونی نیز بر شکل‌گیری شخصیت مؤثرند. در ذیل دو نمونه از مهم‌ترین عوامل درونی مطرح شده در نظریه‌های شخصیت مورد بررسی قرار می‌گیرند.

الف. عامل ناهوشیاری: ((ناهوشیاری)) از جمله عواملی است که به نحوی در برخی نظریه‌های شخصیت مورد توجه قرار گرفته و از دیدگاه برخی روان‌شناسان بر شکل‌گیری شخصیت فرد مؤثر است. اصطلاح ((ناهوشیاری)) چند کاربرد دارد که عبارتند از: ۱. ناهوشیاری عاطفی یا هیجانی ۲. ناهوشیاری شناختی یا عقلانی ۳. ناهوشیاری شخصی ۴. ناهوشیاری جمعی. در اینجا ضمن ارائه توضیح مختصری درباره این اصطلاح‌ها به اجمال نقش عامل ناهوشیاری بررسی می‌شود:

الف. ناهوشیاری عاطفی یا هیجانی: این کاربرد عمدتاً در مکتب روان‌تحلیلگری به کار رفته و فروید بیش از دیگر روان‌شناسان بدان پرداخته است. از نظر فروید ناهوشیاری مخزن-به اصطلاح -تاریک امیال و آرزوهای سرکوب شده انسان است. (شولتز، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۴)

به دیگر سخن ناهوشیار شامل نیروی سوق دهنده عمده در پشت کل رفتار است و مخزن نیروهایی است که نمی‌توانیم آنها را ببینیم یا کنترل کنیم.

۲-الف. ناهوشیاری شناختی یا عقلانی: این کاربرد عمدتاً در روان‌شناسی شناختی مطرح است و از جمله روان‌شناسان شناختی که بدان تصریح کرده‌اند پیازه است. از نظر پیازه ((ناهوشیاری شناختی)) عبارت است از: مجموعه ساخت‌ها و کنش‌وری‌هایی که آزمودنی از آنها آگاه نیست و تنها چیزی که از آنها می‌داند نتایج آنهاست. توضیح آنکه از نظر پیازه آزمودنی تقریباً از فکر خود درباره یک موضوع یا یک مسئله آگاه است و تقریباً عقاید و باورهای خود را می‌شناسد. این مسئله فقط مربوط به نتایج کنشوری نهایی هوش است و این کنشوری کاملاً از لحاظ آزمودنی نا شناخته است و این نا شناختگی تا سطوح بسیار عالی یعنی آنجا که تفکر درباره مسئله ساخت‌ها امکان‌پذیر است کشانده می‌شود.

الف. ناهوشیاری شخصی: دو اصطلاح ((ناهوشیاری شخصی)) و ((ناهوشیاری جمعی)) که در پی می‌آیند در نظام یونگ به کار رفته‌اند. از نظر یونگ ((ناهوشیاری شخصی)) مخزن موادی است که زمانی هوشیار بوده‌اند، فراموش یا سرکوب شده‌اند ولی برای یادآوری آنها تلاش ذهنی کمی لازم است. این اصطلاح در نظام یونگ شبیه اصطلاح ((نیمه هوشیار)) در نظام فروید است.

الف. ناهوشیاری جمعی: ناهوشیاری جمعی مخزن تجربیات نوع انسان است که به هر فرد منتقل شده است. یونگ باور داشت درست به همان صورت که هریک از ما تمام تجربیات شخصی‌مان را در ناهوشیاری شخصی انباشته و بایگانی می‌کنیم نوع انسان نیز به طور جمعی به عنوان یک نوع تجربیات انواع انسانی و پیش‌انسانی را در ناهوشیاری جمعی ذخیره می‌کند و این میراث به هر یک از نسل‌های جدید منتقل می‌شود.

در هر صورت عامل ((ناهوشیاری)) یکی از عوامل مؤثر بر شکل‌گیری شخصیت به شمار آمده است به گونه‌ای که شخصیت انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از میان روان‌شناسان بیش از همه زیگموند فروید

به نقش این عامل پرداخته است.

اگرچه فروید اولین کسی نبود که به اهمیت ناهوشیار توجه کرد نخستین کسی است که خصوصیات زندگی ناهوشیار را به طور مشروح کشف کرد و برای آن اهمیت ویژه‌ای در زندگی روزمره قائل شد. فروید با تحلیل رویاها لغزش‌های زبان روان آزدگی‌ها روان پریشی‌ها کارهای هنری و آیین‌های پرستش سعی کرد ویژگی‌های ناهوشیار را درک کند و اهمیت آن را در رفتار مشخص نماید.

از نظر فروید ناهوشیاری شامل نیروی سوق دهنده عمده در پشت کل رفتار است و بر افکار و رفتار هوشیارانسان تأثیر می‌گذارد و به دلیل آنکه وی ناهوشیاری را بخش عمده و اصلی شخصیت انسان می‌داند تأثیر بسزایی برای آن در شکل‌گیری شخصیت انسان قابل است.

علاوه بر این فروید یونگ در ارتباط با ناهوشیاری شخصی اصطلاح ((عقده)) را به کار برده که شامل مقوله بندی تجربه‌های فزاینده ذخیره شده در ناهوشیاری است. از نظر یونگ ((عقده)) مهم‌ترین قسمت یا الگوی هیجان‌ها خاطره‌ها ادراک‌ها و امیالی است که در اطراف یک موضوع مشترک سازمان یافته است. عقده‌ها می‌توانند هوشیار یا ناهوشیار باشند و ناهوشیارها می‌توانند مزاحم هوشیاری شوند. این عقده‌ها می‌توانند زیان بخش یا سودمند باشند. برای مثال عقده کمال یا پیشرفت ممکن است موجب شود شخص برای پرورش استعدادها یا مهارت‌های خاص به طور جدی تلاش کند.. (شولتز، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۴).

ب. اراده: یکی از عوامل درونی که تأثیر انکار ناپذیری بر شکل‌گیری شخصیت انسان دارد ((اراده)) است.

اراده از این نظر مهم و قابل توجه است که عاملی موازی با دو عامل وراثت و محیط به شمار می‌آید. به دیگر سخن هر چند ممکن است داشته‌های وراثتی و عوامل محیطی در شدت و ضعف اراده مؤثر باشند اما واقعیت اراده به عنوان یک عامل مهم و تعیین کننده در عرض عوامل محیطی و وراثتی قرار می‌گیرد و این بدان معناست که ممکن است فرد با تکیه بر قابلیت‌ها و توانمندی‌های خود مسیری متمایز از آنچه محیط فرهنگی و اجتماعی پیرامونی‌اش اقتضا می‌کند برگزیند و خود زندگی آینده خود را رقم زند و شخصیت خود را آن گونه که می‌خواهد بسازد.

این نقش و جایگاه برای عامل اراده موجب گردید تا نظریه پردازان شخصیت در نظریه‌های خود توجه ویژه‌ای بدان معطوف دارند واز تأثیر آن در شکل‌گیری شخصیت سخن به میان آورند. از جمله این نظریه پردازان می‌توان از آلفرد آدلر یاد کرد. وی از جمله افرادی است که به رغم کمبودها و مشکلات جسمی و روحی در دوره کودکی بر آنها فائق آمد و در پرتو اراده قوی از زمره روان شناسان برجسته زمان خود شد و این وضعیت در نظریه شخصیت وی تجلی یافت. آدلر مفهوم کلیدی ((نیروی خلاق

خود)) را در نظریه‌اش به کار برد و با برخورداری از چنین نیرویی معتقد شد: ما خودمان شخصیت‌مان و منشمان را به وجود می‌آوریم. وی همچنین معتقد است: نه وراثت و نه محیط هیچ کدام نمی‌توانند رشد شخصیت را به طور کامل تبیین کنند. در مقابل شیوه‌ای که ما این تأثیرات را تعبیر می‌کنیم پایه‌ای را برای ساختن خلاق نگرشمان نسبت به زندگی به وجود می‌آورد. به سخن دیگر ما برای شکل دهی نیروهای اجتماعی که بر ما تأثیر دارد و استفاده خلاقانه از آنها برای ساختن یک سبک زندگی بی نظیر صاحب اراده آزاد هستیم.. (شولتز، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۴)

۲-۴-۱۱. زمان تأثیر عوامل

زمان تأثیر عوامل شکل گیری شخصیت در طول دوره شکل گیری یکسان نیست بلکه برحسب نوع عامل می‌تواند در دوره یا مقطع سنی خاصی تأثیر عمده‌تری داشته باشد. به دیگر سخن مقطع زمانی تأثیر و نیز مدت زمان تأثیر عوامل شکل گیری شخصیت متفاوتند؛ چه اینکه برخی عوامل ممکن است تأثیرشان به مقطع سنی خاصی وابسته باشد و برخی در مقاطع گوناگون تأثیرشان طولانی و برخی کوتاه باشد. از این رو بحث از زمان تأثیر عوامل می‌تواند آثار قابل توجهی به ویژه در عرصه تعلیم و تربیت افراد داشته باشد. آگاهی از زمان تأثیر عوامل و دانستن اینکه هر عامل در چه مقطع یا مقاطع سنی بیشترین و اصلی‌ترین تأثیر را دارد به مربیان و دست اندرکاران امر تعلیم و تربیت کمک می‌کند تا تدارک لازم را ببینند و شرایط و تأثیر پذیری مثبت از عوامل گوناگون را فراهم نمایند و آسیب شناسی لازم نسبت به پیش گیری از پیامدهای سوء و منفی عوامل را داشته باشند. از این رو به اختصار زمان تأثیر گذاری عمده عوامل مورد بررسی قرار می‌گیرند:

خانواده

خانواده تنها عاملی است که می‌توان گفت: کمابیش در مقاطع سنی با فرد در ارتباط است و به نحوی در او تأثیر گذار. هرچند میزان تأثیرگذاری خانواده در همه مقاطع سنی یکسان نیست اما خانواده از زمان انعقاد نطفه تا اوان بزرگسالی در هنگامی که والدین و سایر اعضای خانواده زندگی می‌کنند و با فرد در ارتباطند به نحوی بر انسان تأثیر می‌گذارد. در این میان تأثیر خانواده از پیش از تولد تا سن ورود به مدرسه تأثیر ویژه و انحصاری است و قابل رقابت با هیچ یک از عوامل دیگر نیست. در دوره جنینی و پس از تولد تا دو سالگی از میا اعضای خانواده تأثیر مادر بسیار برجسته‌تر و بلکه تأثیری بی بدیل است؛ چه اینکه فرد چه در دوره جنینی و چه در دوره شیر خوارگی بیشترین تماس و ارتباط را با مادر دارد. از سوی دیگر پدر به لحاظ مدیریت کلان خانه و حمایت جدی از اعضای خانواده به ویژه همسر نقش مهم خود را ایفا می‌نماید و این تأثیر در طول این دوره ادامه دارد.

سایر اعضای خانواده یعنی خواهران و برادران نیز تأثیر گذاری عمده‌شان پس از تولد و به ویژه زمانی است که زمینه تعامل اجتماعی و ارتباطی کودک با آنها فراهم می‌گردد و کودک توانایی برقراری ارتباط با آنها را پیدا می‌کند.

نقش خانواده پس از آغاز دوره مدرسه نیز ادامه می‌یابد ولی هر قدر کودک به رشد جسمی عقلی و عاطفی بیشتری دست می‌یابد و در ابعاد گوناگون به استقلال نزدیک‌تر می‌شود از میزان وابستگی وی به خانواده کاسته و به تبع آن تأثیرش بر شکل‌گیری شخصیت کمتر می‌شود به گونه‌ای که در دوره جوانی اوان میان سالی این تأثیر به حداقل می‌رسد.

مدرسه

عامل مدرسه همچنان که از نامش پیداست زمان تأثیر گذاری‌اش در وقتی است که کودک و نوجوان در مدرسه حضور دارد. کودک از سن پنج-شش سالگی وارد مدرسه می‌شود و مدرسه از طریق عناصر و اجزای گوناگونش از قبیل معلمان کتاب‌های درسی شیوه‌های آموزش مقررات و ضوابط اجرایی بر دانش آموز تأثیر می‌گذارد. به دلیل آنکه افراد در سنین کودکی منفعل‌تر و تأثیر پذیرترند در دوران اولیه مدرسه میزان تأثیر گذاری آن برجسته‌تر است. این روند ادامه دارد به ویژه زمانی که فرد دست به انتخاب رشته تحصیلی می‌زند و در آن به تحصیل می‌پردازد. در این صورت به تدریج رشته تحصیلی انتخاب شده به نحوی آینده وی را رقم می‌زند و بخشی از هویت و شخصیت وی می‌گردد و شخصیت وی را تحت تأثیر جدی قرار می‌دهد. بنابراین زمان غالب و به عبارت دیگر بیشترین تأثیر عامل مدرسه در مقطع اولیه دانش آموزی و پس از انتخاب رشته تحصیلی و تحصیل در آن است.

دوستان و همسالان

از زمانی که کودک توانایی برقراری ارتباط با دیگران را پیدا می‌کند نقش همسالان و دوستان در شکل‌گیری شخصیت وی آشکار می‌گردد و این روند ادامه دارد و در دوره نوجوانی این تأثیر به اوج خود می‌رسد. به بیان دیگر کانون تأثیر گذاری عامل دوستان و همسالان در دوره نوجوانی است و در این دوره گروه همسالان و دوستان بیش از دوره‌های دیگر چه در جهت مثبت و چه منفی بر فرد تأثیر می‌گذارند.

ناهویشیاری

فروید به عنوان نظریه پردازی که به طور گسترده عامل ((ناهویشیاری)) را مورد بررسی قرار داده بر اهمیت سال‌های نخستین کودکی در تعیین شخصیت بزرگ سال تأکید کرده است. وی معتقد است: شخصیت بزرگ سالی ما توسط تعامل‌هایی که پیش از پنج سالگی ما صورت گرفته‌اند تعیین می‌شود یعنی در زمانی که کنترل کمی داشته‌ایم. این تجربه‌ها برای همیشه ما را در چنگال خود نگه می‌دارند. بنابراین می‌توان گفت: در حقیقت زمان شکل‌گیری عامل ((ناهویشیاری عاطفی)) در دوره کودکی و پیش

از پنج سالگی است و اما اینکه چه زمانی تأثیر این عامل تجلی پیدا می‌کند دورهٔ پس از کودکی است. در دوره‌های پس از کودکی فرد به نحو قابل توجهی تحت تأثیر عامل ناهوشیاری قرار می‌گیرد و این عامل رفتارهای او را شکل می‌دهد. در زمینه ((ناهوشیاری شناختی)) نیز می‌توان گفت: تأثیر آن از زمانی است که فرد به توانایی‌های شناختی دست یافته است و می‌تواند شناخت‌های هوشیارانه خود از ناهوشیارانه را تمیز دهد. بنابراین عامل مزبور در طول زندگی شناختی فرد می‌تواند بر فرد تأثیر گذار باشد.

اراده

تأثیر عامل اراده از زمانی آغاز می‌شود که فرد به جلوه‌هایی از استقلال فکری دست یافته باشد و قادر شود تا خود سود و زیان امور را مورد ارزیابی قرار دهد و بر اساس مصالح و منافع خود اعم از مادی و معنوی تصمیم بگیرد و در پی انجام عمل و رفتاری مناسب با وضعیت موجود برآید. این گونه استقلال و توان تشخیص سود از زیان معمولاً در آستانه دورهٔ نوجوانی شکل می‌گیرد و به تدریج تقویت می‌گردد به گونه‌ای که در پایان دورهٔ نوجوانی و اوان بزرگ سالی فرد به استقلال کامل می‌رسد و مستقل از عوامل تأثیر گذار پیشین مانند خانواده و مدرسه می‌تواند تصمیم بگیرد و زندگی مستقلی داشته باشد.

اریک اریکسون مراحل روانی اجتماعی رشد را به هشت مرحله تقسیم می‌کند چهار مرحله مربوط به دورهٔ کودکی و چهار مرحله دیگر از آغاز نوجوانی تا بزرگ سالی و پایان عمر است. وی معتقد است: اراده آزاد می‌تواند بیشتر در مورد چهار مرحله آخر پرورش یابد.

او همچنین بر این باور است که دوران بزرگ سالی یعنی از پایان نوجوانی تا قریب ۳۵ سالگی فرد از والدین و سازمان‌های والدین مانند مدرسه مستقل می‌شود و به عنوان بزرگ سالی پخته و مسئول شروع به کار کردن می‌کند.. (شولتز، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۴)

۲-۴-۱۲. میزان تأثیر عوامل

تردیدی نیست که تأثیر عوامل شکل گیری شخصیت یکسان و هم اندازه نیست بلکه این عوامل با برخورداری از ویژگی‌ها و شرایط متفاوت نوع و میزان تأثیر گذاری‌شان متفاوت است. بحث از ((میزان تأثیر عوامل)) از این نظر اهمیت دارد که دست اندرکاران امر تعلیم و تربیت با آگاهی از وزن هر عامل در شکل گیری شخصیت اهتمام متفاوتی به آن دارند و به تناسب اهمیت هر عامل زمینه تأثیر گذاری آن را فراهم می‌سازد و حساسیت بیشتری نسبت به آن نشان می‌دهند. اما آنچه در این میان مهم است چگونگی تعیین میزان تأثیر عوامل گوناگون است. آیا این امر به راحتی ممکن است؟ آیا می‌توان ملاک‌هایی را برای سنجش میزان تأثیر و اهمیت هر یک از عوامل ارائه نمود و با مقایسه شرایط ویژگی عوامل گوناگون را

بررسی نمود؟

به نظر می‌رسد به دو شیوه می‌توان میزان تأثیر عوامل گوناگون را بررسی نمود یکی شیوه کمی و دیگری به شیوه کیفی. مراد از شیوه ((کمی)) آن است که ما از طریق ساخت آزمون‌های نرم شده به اندازه‌گیری تأثیر عوامل اقدام کنیم و سپس به تجزیه تحلیل آماری آنها بپردازیم و با لحاظ شرایط گوناگون عوامل تأثیر آنها را باهم مقایسه کنیم. مراد از شیوه ((کیفی)) معرفی ملاک‌ها و معیارهایی غیر کمی برای ارائه میزان اهمیت عوامل است که از طریق تطبیق شرایط و ویژگی‌های هر عامل با آن ملاک‌ها و مشخص نمودن میزان برخورداری هر یک از عوامل از آنها به مقایسه نتایج بپردازیم.

در اینجا بررسی شیوه کمی مقدور نیست اما در خصوص شیوه ((کیفی)) برخی ملاک‌ها و معیارها به اختصار مورد بررسی قرار می‌گیرند و با تطبیق عوامل ذکر شده میزان تأثیر آنها ملاحظه می‌شود. به نظر می‌رسد معیارهای ذیل می‌توانند در تعیین میزان تأثیر و اهمیت عوامل مؤثر باشند:

گستره تأثیرنسبت به مقاطع گوناگون سنی

عاملی که مقاطع سنی بیشتری را پوشش دهد و در مقاطع سنی بیشتری برخوردار باشد. برای مثال عاملی که بتواند هم در دوره کودکی و هم نوجوانی و جوانی تأثیر گذار باشد مهم‌تر از عاملی است که فقط در دوره نوجوانی تأثیر گذار است.

گستره تأثیر نسبت به ابعاد گوناگون انسان

انسان دارای ابعاد گوناگون جسمانی، عقلانی، عاطفی و اخلاقی است. روشن است عاملی که ابعاد بیشتری را تحت تأثیر قرار دهد می‌تواند از اهمیت بیشتری برخوردار باشد.

میزان ارتباط فرد با عامل

هر قدر مدت زمان ارتباط فرد با عامل بیشتر و عامل حضور بیشتری نزد فرد داشته باشد می‌تواند میزان تأثیر گذاری‌اش بیشتر گردد.

نحوه ارتباط فرد با عامل

چگونگی ارتباط فرد با عامل نیز می‌تواند ملاک دیگری بر اهمیت و میزان تأثیر باشد. هر گاه ارتباط عامل با فرد به صورت مستقیم و بدون واسطه باشد می‌تواند تأثیر آن بر فرد بیشتر شود.

قوت عامل و امکان تأثیر گذاری آن بر عوامل دیگر

عاملی که نه تنها بر فرد تأثیر گذار باشد بلکه امکان تأثیر گذار بر دیگر عوامل را داشته باشد و بتواند برای عوامل دیگر محدود کننده یا تقویت کننده و یا به نحوی زمینه ساز تأثیر آنها باشد از اهمیت بیشتر و تأثیرافزون تری برخوردار خواهد بود. اینک با توجه به مباحث گذشته و ملاک‌های ارائه شده باید دید کدام یک از عوامل پیش گفته با ملاک‌های مذکور بیشتر تطبیق می‌کند و کدام یک ملاک‌های بیشتری را

واجد است:

خانواده: به نظر می‌رسد عامل ((خانواده)) مشمول همه ملاک‌های ارائه شده باشد. توضیح آنکه تأثیر خانواده در بیشتر مراحل سنی مشهود است هرچند میزان این تأثیر در همه مراحل یکسان نیست زیرا تأثیر خانواده در سنین اولیه به ویژه دوره نوزادی بسیار عمده و بلکه انحصاری است و سایر عوامل هیچ گونه رغبتی با آن ندارند و در سنین کودکی نوجوانی و حتی جوانی و اوان بزرگ سالی هم به نحوی استمرار دارد. برای بسیاری از جوانان به علت طولانی بودن مدت تحصیلات و افزایش طول عمر پدر و مادر وابستگی مداوم عاطفی و اقتصادی نسبت به خانواده وجود دارد.

از نظر تأثیر در ابعاد گوناگون نیز خانواده نقش برجسته‌ای دارد. خانواده هم در تربیت جسمانی به لحاظ منبع مهم تغذیه بودن هم در تربیت اجتماعی به اعتبار اینکه خانواده واحد کوچک اجتماعی است و هم در تربیت اخلاقی به لحاظ الگو بودن والدین برای فرزندان و نیز سایر ابعاد به لحاظ زمینه سازی و ایجاد شرایط مناسب برای پرورش آن ابعاد در شکل گیری شخصیت فرد مؤثر است. همچنین خانواده به لحاظ مدت زمان ارتباط با فرد تأثیر ویژه‌ای در وی دارد چرا که فرزند به ویژه در سنین اولیه بیشترین ارتباط را با والدین و سایر اعضای خانواده دارد.

به لحاظ نحوه ارتباط و چگونگی آن هم خانواده جایگاه ویژه‌ای در میان عوامل دارد چرا که نوع ارتباط فرزند با آن از نوع ارتباط مستقیم و بدون واسطه است. علاوه بر اینها خانواده می‌تواند بر سایر عوامل تأثیر گذار باشد و تأثیر آنها را تقویت یا محدود کند. برای مثال خانواده می‌تواند در انتخاب دوستان و همسالان انتخاب مدرسه و حتی اراده فرد مؤثر باشد. به دیگر سخن والدین با انتخاب محل سکونت و نیز رفت و آمد ها با همسایگان بستگان و همکاران در اینکه همسالان و دوستان فرزندشان چه کسانی باشند و نیز فرزند ایشان به کدام مدرسه برود مؤثر خواهند بود. همچنان که خانواده می‌تواند در زمینه انتخاب‌های فرد را فراهم کند و شرایطی را فراهم کند تا به گونه خاصی انتخاب و اختیار خود را اعمال کند.

دوستان و همسالان: دوستان و همسالان نیز تعدادی از ملاک‌های پیش گفته را واجدند. از نظر مقاطع سنی آنان عمدتاً در دوره کودکی نوجوانی و جوانی و حتی میان سالی و بزرگ سالی بر فرد تأثیر گذارند و این تأثیر به ویژه در دوره نوجوانی بسیار برجسته است. از نظر ابعاد وجودی تأثیر دوستان و همسالان عمدتاً در بعد اجتماعی است چه اینکه فرد از دوستان خود نحوه برقراری ارتباط و تعامل با دیگران را می‌آموزد. علاوه بر این از نظر عاطفی نیز دوستان نزدیک می‌توانند بر فرد تأثیر گذار باشند چرا که فرد نحوه ابراز عواطف و احساسات را در رابطه با دوستان تمرین می‌کند و از آنان نحوه صحیح نشان دادن عواطف را می‌آموزد. از نظر مدت زمان ارتباط نیز در مقطع سنی نوجوانی فرد وقت قابل توجهی را با

دوستان و همسالان خود سپری می‌کند.

به لحاظ نحوه ارتباط نیز دوستان و همسالان به صورت مستقیم با فرد در ارتباطند و بر وی تأثیر می‌گذارند. نسبت به ملاک اخیر نیز دوستان می‌توانند در انتخاب‌های فرد و نحوه اعمال اراده وی مؤثر باشند.

مدرسه: عامل مدرسه نیز از برخی ملاک‌های ذکر شده برخوردار است. مدرسه نیز تأثیر عمده‌ای بر تربیت اجتماعی و عقلانی فرد دارد. در حقیقت مدرسه دانش آموزان را اجتماعی می‌کند و از طریق شیوه‌های تدریس معلمان خود و نیز تقویت بعد شناختی و ذهنی آنان به تربیت عقلانی آنان کمک می‌کند. از نظر مقاطع سنی و مدت زمان ارتباط با فرد نیز در دوره کودکی و نوجوانی در ایام تحصیل بیشترین وقت خود را در مدرسه سپری می‌کند و در این دوره نقش مدرسه بسیار تعیین کننده است. به لحاظ نحوه ارتباط نیز مدرسه به صورت مستقیم با دانش آموزان در ارتباط است و عناصر گوناگون مدرسه از قبیل معلمان فضای آموزشی مقررات مربوط به آن و متون و محتوای درسی به طور مستقیم بردانش آموزان تأثیر گذارند.

ناهویشیاری: ناهویشیاری هر چند در مقایسه با سایر عوامل از ملاک‌های کمتری برخوردار است اما به لحاظ نقشی که نظریه پردازان معتقد به آن برایش قائل شده‌اند برخی از ملاک‌ها را واجد است. در این زمینه باید میان ناهویشیاری عاطفی و شناختی از یک سو و ناهویشیاری جمعی از سوی دیگر کمی تفاوت قابل شد. ناهویشیاری جمعی با توجه به دیدگاه یونگ از آغاز تولد همراه نوزاد است و می‌تواند بر وی تأثیر گذار باشد اما ناهویشیاری شناختی و عاطفی به دلیل آنکه فرد در دوره نوزادی توان شناختی قابل ملاحظه‌ای ندارد و هنوز امیال و آرزوهای سرکوب شده در وی تجلی پیدا نکرده‌اند پس از دوره نوزادی به تدریج تأثیر این دو آشکارتر و به نحوی رفتارهای فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. از نظر تأثیر بر ابعاد گوناگون هوشیاری عاطفی در بعد عاطفی و ناهویشیاری شناختی در بعد عقلانی و ذهنی فرد مؤثر است. این عامل به لحاظ درونی بودن به طور مستقیم با فرد در ارتباط است و فرد را از درون تحت تأثیر قرار می‌دهد.

اراده: عامل اراده از نظر مقاطع سنی عمدتاً پس از دوره کودکی و بلوغ نقش خود را ایفا می‌نماید. از نظر تأثیر بر ابعاد نیز عمده‌ترین تأثیر اراده می‌تواند در تربیت اخلاقی و تربیت نفس و خود سازی تجلی یابد. از نظر نحوه ارتباط با فرد نیز به لحاظ درونی بودن تأثیر مستقیمی بر فرد دارد و فرد هیچگونه رفتاری را بدون قصد و اراده آن انجام نمی‌دهد. ویژگی دیگر این عامل آن است که می‌تواند تأثیر عوامل دیگر را محدود و حتی در شرایطی آنها را به صفر برساند چرا که انسانی که بر خود مسلط بوده و اراده قوی داشته باشد می‌تواند مانع تأثیر منفی عوامل نسبت به خود گردد.

بخش دوم. سوابق پژوهشی:

۲-۵- مروری بر پژوهش‌های انجام شده در داخل و خارج کشور

۲-۵-۱- سوابق پژوهشی داخل کشور

در این زمینه تحقیقات زیادی انجام شده است. البته این تحقیقات تک متغیری بوده و کمتر روی چند متغیر متمرکز شده است. در این قسمت به تعدادی از آنها اشاره می‌شود:

- رازی (۱۳۹۶) در پژوهشی رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و اعتیاد به مواد مخدر در گروهی از درمانجویان وابسته به مواد در شهرکرد مورد بررسی قرار داد

. یافته‌های به دست آمده نشان داد بین روان رنجوری افراد و اعتیاد به مواد مخدر رابطه معناداری وجود دارد ($p > 0/05$) همچنین بین برون گرایی افراد و اعتیاد به مواد مخدر رابطه معنادار وجود دارد ($0/05 > p$) ولی یافته‌ها نشان داد ویژگی‌های باز بودن نسبت به تجربه و توافق افراد با اعتیاد به مواد مخدر رابطه معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$) بین ویژگی با وجدان بودن افراد و اعتیاد به مواد مخدر نیز رابطه معنادار و منفی وجود دارد ($p > 0/05$). بنابراین در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت افرادی که اعتیاد به مواد مخدر داشته باشند، اضطراب، افسردگی، خشم و پرخاشگری بالاتر و شایستگی، قاطعیت و وظیفه‌شناسی کمتری نشان می‌دهند.

پیرنیا (۱۳۹۶) رابطه بین خصوصیت شخصیت مرزی و سطح گرایش به سوء مصرف مواد را مورد مطالعه قرار داد. ۱۱۴ آزمودنی دارای اعتیاد به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. نتایج نشان داد که رابطه مثبت معنی داری بین ویژگی شخصیتی مرزی و سطح مصرف مواد مخدر وجود دارد. به نظر محقق خصوصیات شخصیتی زمینه مصرف مواد را مهیا می‌سازد.

- محمدی (۱۳۹۴) در پژوهشی ارزش‌های دینی خانواده و نقش آن در پیشگیری از گرایش به مواد مخدر را مورد بررسی قرار داد. نتایج بیانگر آن بود که بین مذهب خانواده و گرایش به اعتیاد رابطه منفی و معنادار وجود دارد ($r = -0/519$ ، $p < 0/01$). نتایج رگرسیون زیر مقیاس‌ها و نمره کل گرایش به اعتیاد بر مذهب خانواده نشان داد که، مذهب خانواده می‌تواند تمام زیر مقیاس‌های گرایش به اعتیاد را به طور منفی و معنادار پیش‌بینی کند. یعنی افزایش مذهب خانواده موجب کاهش پذیرش به اعتیاد ($-0/413 = \beta$)، استعداد اعتیاد ($\beta = -0/339$) و الکلیسم ($\beta = -0/444$) خواهد شد. همانطور که گفته شد نتایج نشان داد که بین مذهب خانواده و گرایش به اعتیاد رابطه منفی معنادار وجود دارد و مذهب خانواده می‌تواند تمام زیر مقیاس‌های گرایش به اعتیاد را به طور منفی و معنادار پیش‌بینی کند.

- ربانی (۱۳۹۴) در پژوهشی به بررسی شیوع اختلالات شخصیت و نقش این اختلالات در پیش بینی اعتیاد و خودزنی دختران فراری پرداخت. در این پژوهش از روش‌های زمینه‌یابی مقطعی و همبستگی استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دختران فراری نگهداری شده در مراکز بهزیستی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۳ بودند که با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای، ۸۰ نفر از آنها انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه بالینی چند محوری میلون (میلون، ۱۹۸۷)، پرسشنامه گرایش به اعتیاد (وید و بوچر، ۱۹۹۲) و پرسشنامه محقق ساخته خودزنی مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت تحلیل نتایج از آزمون تحلیل رگرسیون لجستیک استفاده شد. نتایج نشان داد که، میزان شیوع اختلالات شخصیت به ترتیب عبارت بودند از: اختلال شخصیت اجباری (۵ نفر معادل ۶/۲۵ درصد)، خودشیفته (۵ درصد)، اسکیزوئید، نمایشی، ضداجتماعی، منفی‌گرا و مرزی (۳/۷۵ درصد)، اجتنابی، وابسته، آزارگر (۲/۵ درصد)، پارانویید (۱/۲۵ درصد) و آزارطلب و اسکیزوتایپال (صفر درصد) و بطور کلی ۳۱ نفر معادل ۳۸/۷۵ درصد افراد نمونه پژوهش، حداقل در یکی از اختلالات شخصیت نمره بالاتر از نمره برش در پرسشنامه میلون گزارش کرده‌اند. علاوه بر این، ۳۰ نفر معادل ۳۷/۵ درصد از دختران فراری سابقه خودزنی داشته‌اند و ۳۹ نفر معادل ۴۸/۷۵ درصد از دختران فراری سابقه مصرف مواد داشته‌اند. همچنین، بین گرایش به اعتیاد و اختلال شخصیت نمایشی، ضداجتماعی، اسکیزوتایپال، مرزی و پارانویید؛ و بین گرایش به خودزنی و اختلالات شخصیت نمایشی، ضداجتماعی و مرزی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. نتایج این پژوهش نشان داد که، وجود برخی نشانه‌های اختلالات شخصیت پیش‌بینی کننده اعتیاد و خودزنی هستند.

- ندیمی (۱۳۹۴) به بررسی نقش مذهب و نهادهای مذهبی در پیشگیری از سوء مصرف مواد پرداخت. یافته‌های پژوهش نشان داد که مذهب و نهادهای مذهبی می‌توانند مصرف مواد و بهبودی از آن را از طریق برقراری یک نظم اخلاقی تحت تأثیر قرار دهند. نهادهای مذهبی، راهنمایی‌ها یا قواعد خاص اخلاقی به منظور کنترل خویشتن مانند امتناع از مصرف الکل و دیگر مواد را در اختیار فرد قرار می‌دهد و به تسهیل تجربه معنوی کمک می‌کنند. تجربه معنوی می‌تواند تعهدات اخلاقی را تحکیم بخشد که این نیز به نوبه خود مانع از مصرف الکل و دیگر مواد می‌شود.

- استور (۱۳۹۴) به مطالعه توصیفی- همبستگی ۱۲۰ نفر از دانشجویان پسر دانشگاه پیام نور مرکز مشگین‌شهر با روش نمونه‌گیری آسان پرداخت. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل پرسشنامه عوامل موثر با گرایش به اعتیاد ۱۸ سوالی و پرسشنامه شخصیت مینی‌سوتا بود که فرم کوتاه ۷۱ سوالی پرسشنامه شخصیت‌سنج چندوجهی مینه‌سوتا می‌باشد. یافته‌ها نشان داد که ۲۵/۳ درصد افراد دارای علایم افسردگی، ۲۸/۹ درصد دارای علایم اسکیزوفرنی و ۱۹/۴ درصد دارای علایم هیپوکندریا و ۲۳/۷

درصد دارای علایم واکنش ضداجتماعی بودند. بین دو متغیر گرایش به اعتیاد و اختلالات شخصیت همبستگی مثبت معنی‌داری به اندازه ۲۴/۲ درصد وجود دارد و فرضیه صفر رد می‌شود.

- آهون و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی به بررسی تأثیرات ادراک شده زمینه‌ساز اعتیاد در نوجوانان پسر پرداختند. جامعه آماری پسران نوجوان معتاد کانون اصلاح و تربیت تهران و دانش‌آموزان دبیرستان‌های پسرانه منطقه دو تهران در سال ۱۳۹۱ بودند. نمونه پژوهش، ۳۳ نفر از نوجوانان معتاد کانون اصلاح و تربیت بودند که با نمونه‌گیری تصادفی هدفمند و ۳۳ نفر از دانش‌آموزان دبیرستان‌های پسرانه بودند که با نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. نوع پژوهش، کیفی بود. داده‌ها با پرسشنامه باز پاسخ و مصاحبه نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری و به شیوه تحلیل محتوا بررسی شدند. از روش‌های آمار توصیفی و جدول فراوانی استفاده و برای بررسی تفاوت بین گروه‌ها از آزمون خی دو استفاده شد. نمونه معتاد در سه فاکتور خانوادگی، دلبستگی و اعتقادی نسبت به دانش‌آموزان آسیب بیشتری داشتند. نتایج خی دو نشان داد که بین گروه‌ها در شاخص‌های تحصیلات والدین، سن والدین، شغل والدین، داشتن منزل مسکونی، وضعیت زندگی والدین، تعداد همشیره‌ها، اختلاف والدین، عدم حمایت والدین، محرومیت هیجانی از طرف خانواده، احساس شکست و محرومیت و توجه به ارزش‌های اجتماعی و مذهبی تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/001$). از نظر احساس حقیر و بی‌ارزش بودن در میان اعضای خانواده تفاوت بین دو گروه معنی‌دار نشد. یافته‌ها دارای اشاره‌های ضمنی مهمی برای پیشگیری و درمان نوجوانان مستعد اعتیاد می‌باشند.

- پژوهشی در ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۹۳) به منظور مشخص کردن عوامل موثر در سوء مصرف مواد مخدر دانش‌آموزان دوره متوسطه استان مرکزی (شهرستان اراک) و راه‌های پیشگیری از آن صورت گرفت. حجم نمونه انتخاب شده به منظور شناخت عوامل موثر در سوء مصرف مواد، ۵۰ نفر از دانش‌آموزان مبتلا به سوء مصرف بودند که به روش نمونه‌گیری شبکه‌ای از دبیرستان‌ها و کانون اصلاح و تربیت و مراکز مشاوره انتخاب شدند. همچنین با روش نمونه‌گیری تصادفی، طبقه‌ای تعداد ۱۰۰ نفر از مربیان و مشاوران و مدیران مدارس به منظور جمع‌آوری اطلاعات راجع به راه‌های پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر انتخاب شدند. نتایج پژوهش نشان داد، مهمترین راه‌های پیشگیرانه متمرکز بر فرد در گرایش به مصرف مواد مخدر عبارتند از: تغییر نگرش‌های مثبت به مواد مخدر، تقویت باورهای دینی و مذهبی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در موقعیت‌های پرخطر، آموزش مهارت‌های زندگی، هویت‌بخشی و جلوگیری از احساس بیگانگی و طردشدگی است.

- مکارم و زنجانی (۱۳۹۲) پژوهشی تحت عنوان "رابطه دینداری فرد، خانواده و اعتقاد به پیامدهای مصرف مواد با میزان مصرف مواد مخدر" با هدف بررسی رابطه دینداری فرد (با توجه به نظریه آلپورت)

و دینداری خانواده با مصرف مواد مخدر انجام دادند. در چارچوب اهمیت مبحث پیشگیری و نقش باور افراد به علل مصرف/عدم مصرف مواد در این حوزه، رابطه باورهای دانشجویان نسبت به مواد مخدر و پیامدهای آن با میزان مصرف مواد نیز مورد بررسی قرار گرفت. نمونه تحقیق شامل ۲۷۰ نفر (۱۲۸ دختر و ۱۴۲ پسر) از دانشجویان دانشگاه شیراز بود که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند و پرسشنامه‌های جهت‌گیری مذهبی، مذهب خانواده و میزان مصرف مواد مخدر را تکمیل کردند. نتایج نشان داد که بین دینداری فرد و میزان مصرف مواد رابطه منفی معنادار وجود دارد. همچنین، بین اعتقاد به انواع پیامدها و میزان مصرف مواد رابطه منفی معناداری وجود داشت که بیشترین میزان رابطه در زمینه اعتقاد به پیامدهای جسمانی و روانی بود.

- پارسا و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه توصیفی - همبستگی با عنوان بررسی اختلالات شخصیت در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد، ۲۰۰ نفر از افراد معتاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر سمنان را با روش نمونه‌گیری آسان انتخاب کردند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه مینی‌مالت بود که فرم کوتاه ۷۱ سوالی پرسشنامه شخصیت‌سنج چندوجهی مینه‌سوتا می‌باشد. بر اساس یافته‌ها ۲/۷۵ درصد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی، ۴/۵۶ درصد مبتلا به اسکیزوفرنی، ۳/۷۰ درصد مبتلا به پارانوئید، و ۵/۵۴ درصد هیپومانیا بودند. بین جنسیت، وضعیت شغلی، مصرف همزمان از چند نوع ماده مخدر و مدت استفاده از مواد با اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، پارانوئید و اسکیزوفرنی ارتباط آماری معنی‌داری دیده شد ($p < 0/05$).

- مشرفیان دوست (۱۳۹۱) پژوهشی با هدف پیش‌بینی گرایش به اعتیاد از طریق هوش معنوی و عمل به باورهای دینی انجام داد. نتایج نشان داد که هوش معنوی و عمل به باورهای دینی پیش‌بینی کننده‌های معناداری برای گرایش به اعتیاد می‌باشند.

- میری و بهرامی (۱۳۸۹) پژوهشی تحت عنوان رابطه مذهب و فاکتورهای جمعیت‌شناختی با سوء مصرف مواد در دانشجویان دانشگاه انجام دادند. نتایج پژوهش‌های آنها نشان داد که بین مذهب و سوء مصرف مواد رابطه منفی وجود دارد و مذهب و جنسیت بهترین پیش‌بینی کننده سوء مصرف مواد هستند. - نتایج پژوهش حاجلی و همکاران (۱۳۸۹) خانواده معتاد، طلاق و جدایی، محل زندگی آلوده، مشکلات اقتصادی و فقر و بی‌اعتقادی به مذهب یا ضعف ایمان را از عوامل زمینه‌ساز اعتیاد بیان کرده‌اند. باورهای مذهبی و خانواده و انسجام آن مهمترین عوامل در نگرش منفی به مصرف مواد مخدرند. - نتایج مطالعه بیرامی و همکاران (۱۳۸۹) نشان داد که میزان جهت‌گیری مذهبی در گروه معتاد در مقایسه با گروه بهنجار در حد پایین است.

- مولوی و همکاران (۱۳۸۸) مطالعه‌ای با هدف بررسی اختلالات شخصیتی در میان افراد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد استان اردبیل انجام دادند تا از این طریق، کمکی در بدست آوردن دیدی جامع‌تر در خصوص درمان و برخورد با این افراد صورت گیرد. در این مطالعه مقطعی - توصیفی، تعداد ۱۰۰ نفر از افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد، از میان افراد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد استان اردبیل در سال ۱۳۸۷ به روش نمونه‌گیری آسان از بیماران در دسترس وارد مطالعه شدند. پس از تکمیل پرسشنامه‌های محقق‌ساخته در مورد اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه اختلال شخصیت میلون، داده‌ها استخراج و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. یافته‌های حاصله نشان داد که فراوان‌ترین اختلال شخصیت همراه در گروه تحت مطالعه اختلال شخصیت ضد اجتماعی بوده با ۵۴٪ و اختلال شخصیت مرزی، نمایشی و خودشیفته در رتبه‌های بعدی قرار داشتند. ارتباط آماری معنی‌داری بین نوع ماده مصرفی، مدت زمان مصرف و اختلال شخصیت خاص وجود نداشت. اما افرادی که یک ماده را مصرف می‌کردند با افرادی که مصرف چند ماده را ذکر می‌کردند، از نظر دارا بودن اختلال شخصیت تفاوت آماری معنی‌داری داشتند.

- یزدی مقدم و اسماعیل آبادی (۱۳۸۷) پژوهشی تحت عنوان "بررسی تاثیر باورها و عوامل اعتقادی بر پیشگیری و درمان اعتیاد" انجام دادند. نتایج پژوهش‌های آنها نشان داد که باورها و عوامل اعتقادی نقش کمکی و حمایتی در مواجهه با مشکلاتی همچون اعتیاد ایفا می‌کند.

- سام آرا و همکاران (۱۳۸۷) در نتایج پژوهش خود با عنوان آسیب اجتماعی اعتیاد در بین جوانان روستایی از میان علل گرایش به اعتیاد از داشتن والدین و بستگان معتاد، اختلافات خانوادگی و ضعف اعتقادات مذهبی نام برده‌اند.

- مطالعه باقیانی مقدم و همکاران (۱۳۸۷) از نوع توصیفی و به روش مقطعی بود که بر روی ۲۰۰ نفر معتاد و ۲۰۰ نفر غیرمعتاد زیر ۴۰ سال انجام گرفت و اطلاعات از طریق پرسشنامه از پیش طراحی شده شامل ۸ سوال درباره اطلاعات دموگرافیک و ۲۹ سوال درباره نگرش افراد به اعتیاد که با روش ۵ قسمتی لیکرت مورد ارزیابی قرار می‌گرفت، جمع‌آوری گردید. نتایج نشان داد که رابطه بین نقش عدم توجه به گرایش‌های مذهبی و گرایش به اعتیاد از نظر آماری با $p < 0/005$ معنی‌دار بود.

۲-۵-۲- سوابق پژوهشی خارج از کشور

- گارتر^۱ (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان عوامل پیش‌بینی کننده اعتیاد به این نتیجه رسید که داشتن اعتقادات مذهبی سبب کاهش استفاده از مواد مخدر می‌شود و اعتقادات مذهبی افراد می‌تواند پیش‌بینی کند که در آینده چه کسی به مواد مخدر گرایش پیدا می‌کند و از آن استفاده می‌کند.
- نتایج مطالعات لیگ و همکاران^۲ (۲۰۱۵) حاکی از رابطه و همبستگی منفی بین داشتن نگرش‌های مذهبی و گرایش به سوء مصرف مواد، وجود همبستگی منفی بین معنویت و میزان مصرف الکل و سیگار، گرایش کم افراد دارای باورها و نگرش‌های مذهبی و معنوی به مصرف مواد و الکل، گرایش‌های مذهبی و معنوی بالای افراد در حال ترک سوء مصرف مواد است. همچنین نتایج مطالعات گویای آن است که افراد درگیر در فعالیت‌های مذهبی گرایش کمی به مصرف الکل و سیگار دارند.
- حسان^۳ (۲۰۱۴) پس از انجام تحقیقی درباره نقش بازدارندگی مذهب درباره اعتیاد در آن جامعه به این نتیجه رسید که ۶۳/۵ درصد افراد مورد بررسی بر این باور بودند که مواد مخدر حرام است و ۲۲/۵ درصد آن را مکروه و ۱۴ درصد حلال می‌پنداشتند و به این نتیجه رسید که اعتقادات دینی عامل مهمی در کاهش فشارهای روانی و افسردگی در میان افراد جامعه است و افراد متدین کمتر از سایرین به بزهکاری، خودکشی، طلاق، اعتیاد، مصرف الکل و انواع مختلف تجاوز و تعدی به حقوق دیگران روی می‌آورند.
- اکثر و همکاران^۴ (۲۰۱۴) پژوهشی تحت عنوان "سوء مصرف مواد در رابطه با مذهب و حمایت خانوادگی در دانشجویان دانشگاه‌های ایران" انجام دادند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که داشتن اعتقادات مذهبی موجب کاهش خطر مصرف الکل و مواد مخدر می‌شود.
- فلتچر و کومر^۵ (۲۰۱۴) پژوهشی تحت عنوان "مذهب و رفتارهای مخاطره‌آمیز سلامت در میان نوجوانان و بزرگسالان ایالات متحده" انجام دادند. نتایج پژوهش‌های آنها نشان داد که مذهب اثر قابل توجهی بر روی کاهش وابستگی به استفاده و سوء استفاده از مواد مخدر دارد.
- موسکاتی و مزوک^۶ (۲۰۱۴) به بررسی رابطه دینداری در طول زندگی و سوء مصرف مواد پرداختند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که بین دینداری در طول زندگی و سوء مصرف مواد رابطه معکوس وجود دارد.

¹ Garter

² Leigh et al

³ Hesan

⁴ Augner et al

⁵ Flatcher & Komer

⁶ Moscati & Mezuk

- زنارینی و همکاران^۱ (۲۰۱۴) در پژوهش خود با موضوع گرایش به مصرف سیگار، مواد مخدر و مشروبات الکلی نشان می‌دهند که ۷۳ تا ۹۷ درصد کسانی که سیگار می‌کشند، اختلال شخصیت دارند.

- سوخول و سومان^۲ (۲۰۱۳) در پژوهش خود به بررسی معنویت، مذهب و باورهای مرتبط با الکل در میان دانشجویان دانشگاه پرداختند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که معنویت و دینداری با نگرش کمتر نسبت به مصرف الکل مرتبط است؛ تفاوت‌های جنسیتی در تاثیر مذهب در استفاده از الکل وجود دارد؛ و ارتقای معنویت و مذهب به عنوان یک استراتژی پیشگیرانه ذکر کرده‌اند.

- نتایج مطالعه توریانو و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که باورهای مذهبی به بهبود سلامت، کیفیت زندگی و افزایش عزت نفس منجر می‌شود. از جمله عواملی که می‌تواند در پیشگیری و کاهش اختلالات روانی و همچنین مشکلات ناشی از آن مانند خودکشی، اعتیاد به مواد مخدر، افسردگی و اضطراب نقش مؤثری داشته باشد، داشتن اعتقادات مذهبی است. تقویت باورهای مذهبی در تمام مراحل زندگی یک اقدام پیشگیری‌کننده برای کاهش اختلالات روانی است.

- مطالعه گورساج^۳ (۲۰۱۲) نشان داد که همبستگی معنی‌داری بین رفتار عبادت‌گری و سوء مصرف مواد وجود دارد. پابندی به انجام منظم رفتارهای مذهبی نقش بازدارنده‌ای در توجه، گرایش و مصرف مواد مخدر ایفا می‌کند.

- میلر و همکاران^۴ (۲۰۱۱) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که نوجوانانی که مذهبی نیستند و نمرات پایینی در اندازه‌گیری میزان فعالیت مذهبی به دست می‌آورند، در مقایسه با نوجوانان برخوردار از سطح بالای فعالیت‌های مذهبی، سوء مصرف مواد بیشتری دارند.

- چانگ و یونگ^۵ (۲۰۱۱) یک متاآنالیز از روابط بین مذهب و رفتارهای سازنده و مخرب در نوجوانان انجام دادند. نتایج پژوهش‌های آنها نشان داد که بین مذهب و رفتارهای سازنده در نوجوانان رابطه مثبت و بین مذهب و رفتارهای مخرب در نوجوانان رابطه منفی وجود دارد.

- چمراتریترونک و همکاران^۶ (۲۰۱۰) در پژوهش خود به بررسی تاثیر معنویت در خانواده و پیشگیری از رفتارهای پرخطر سلامتی پرداختند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که معنویت در خانواده موجب پیشگیری از رفتارهای پرخطر نوجوانان می‌شود.

¹ Zanarini et al

² Sukhwal & Suman

³ Gursuch

⁴ Miller et al

⁵ Cheung & Yeung

⁶ Chamratrithirong et al

- ریچارد و همکاران^۱ (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای که بر روی نوجوانان ۱۲ تا ۱۶ ساله انجام دادند نشان دادند که افزایش حضور در کلیسا به کاهش مصرف الکل و کوکائین در بین گروه نمونه منجر شد. آنها در پژوهش خود نشان دادند که عواملی نظیر فراوانی حضور در کلیسا، سطح بالای دینداری اعضای خانواده و والدین و فراوانی بحث‌های مذهبی خانوادگی آثار حمایت‌کننده در مقابل مصرف مواد در نوجوانان و جوانان دارد و نشان دادند که مذهبی بودن یک عامل محافظت‌کننده از فرد در مقابل رفتارهای پرخطر از قبیل مصارف سیگار، الکل، ماریجوانا و کوکائین است.

- کلایتون و همکاران^۲ (۲۰۱۰) به این نتیجه رسیدند که بین شخصیت ضداجتماعی و اختلال سلوک با سوء مصرف مواد ارتباط وجود دارد. نوجوانانی که مواد مصرف می‌کنند دارای منبع کنترل بیرونی هستند و در مقایسه با آنهایی که مواد مصرف نمی‌کنند، اعتمادبه‌نفس کمتری دارند. فشار روانی نظیر: فشار گروه همسالان، پرخاشگری و عدم وجود مهارت‌های مقابله‌ای از دیگر عوامل روان‌شناختی مرتبط با سوء مصرف مواد است.

- نتایج مطالعه یانگ و همکاران^۳ (۲۰۰۹) نشان داد که ۸۵ درصد بودائی‌های تایلند و مسلمانان مالزیایی اعتقاد دارند که تعالیم و نگرش‌های مذهبی باعث ترک سیگار آنها شده است. شواهد قابل ملاحظه‌ای مؤید این نکته است که باورها و اعتقادات مذهبی نقش مهمی در پیشگیری از سوء مصرف مواد دارد.

- کریگ و همکارانش^۴ (۲۰۰۹) رابطه بین اختلال شخصیت، سوء مصرف مواد مخدر و اختلالات خلقی را مورد بررسی قرار دادند. یافته‌ها نشان داد که رابطه متقابلی بین اختلال شخصیت، سوء مصرف مواد مخدر و اختلالات خلقی قبل از موعد وجود دارد.

- سانچز و ناپو^۵ (۲۰۰۸) پژوهشی تحت عنوان "درمان‌های مذهبی برای اعتیاد دارویی: یک مطالعه اکتشافی در برزیل" انجام دادند. نتایج پژوهش‌های آنها نشان داد که مداخلات مذهبی می‌تواند به عنوان یک درمان مکمل برای درمان‌های مرسوم اعتیاد استفاده شود.

- در مطالعه کلین و همکارانش^۶ (۲۰۰۶) که بر روی زنان در معرض خطر انجام دادند، معلوم شد که خانم‌های دارای سطح دینداری بالاتر، مصرف کمتر مواد غیرقانونی را گزارش می‌کردند.

- در مطالعه مریل و همکاران^۷ (۲۰۰۵) که با نمونه‌ای متشکل از دانشجویان ۱۷ تا ۳۵ ساله مراکز آموزش عالی انجام گرفت، بالاترین سطح مصرف توتون، ماری جوانا و دیگر مواد غیرقانونی، در افرادی مشاهده

¹ Richard et al

² Clayton et al

³ Yong et al

⁴ Craig et al

⁵ Sanchez & Nappo

⁶ Klein et al

⁷ Merrill et al

شد که ترجیحات دینی کمتری داشتند. علاوه بر این، حضور خانوادگی در کلیسا و سطح بالاتر دینداری والدین نیز به طور معناداری با مصرف کمتر مواد رابطه داشت.

۲-۶- خلاصه فصل دوم

در این پژوهش ابتدا گستره‌ی نظری متغیر گرایش به اعتیاد ارائه گردید. تعارف اعتیاد، تئوری‌ها و نظریه‌های مختلف در تبیین گرایش به اعتیاد، قوانین جزایی اعتیاد در ایران، جغرافیای مواد مخدر در ایران و جهان، عوارض مصرف مواد مخدر بر سلامت فرد، خانواده و جامعه، علل فردی، خانوادگی و اجتماعی گرایش به اعتیاد از جمله آنان بود. سپس ادبیات اعتقادات مذهبی، دینداری از منظر جامعه‌شناسی، نظریه‌های مختلف در مورد مذهب، اعتقادات مذهبی و گرایش به مواد مخدر، تاثیر دین در کاهش بزه‌های اجتماعی، نقش اعتقادات مذهبی در پیشگیری از اعتیاد مطرح شد. سپس، ادبیات اختلالات شخصیتی، تعریف شخصیت، علت اختلالات شخصیتی، انواع اختلالات شخصیت در تقسیم‌بندی DSM.5، رشد شخصیت در خانواده و ارتباط آن با گرایش به اعتیاد ارائه گردید. در انتها پیشینه پژوهش شامل (پژوهش‌های داخلی و خارجی) مطرح گردید.

فصل سوم

روش و اجرای پژوهش

۳-۱- مقدمه

پژوهش علمی عبارت است از «هرگونه کار نظام‌یافته و خلاق را که به منظور افزایش ذخیره دانش علمی و کاربردی عملی آن انجام گیرد، می‌توان تحت عنوان پژوهش‌های علمی تعریف کرد. این یک تعریف عام است». «پژوهش‌های علمی در علوم اجتماعی را می‌توان چنین تعریف کرد: هرگونه کار نظام‌یافته و خلاق به منظور افزایش و بهبود شناخت بشر، فرهنگ و جامعه». پژوهش علمی که همان کاربرد روش علمی است، در جستجوی شرایطی است که طی آن پدیده خاصی رخ می‌دهد و مشخص کردن شرایط دیگری است که در آن این پدیده رخ نمی‌دهد» (طیبی و همکاران، ۱۳۹۳).

در این فصل به بررسی روش پژوهش، جامعه پژوهش، نمونه پژوهش (حجم نمونه، روش نمونه‌گیری، معیارهای انتخاب نمونه)، نوع پژوهش، ابزار پژوهش، تعیین روایی و پایایی ابزار پژوهش، ابزار و روش گردآوری داده‌ها، امکان و زمان پژوهش، و روش تحلیل داده‌ها پرداخته می‌شود.

۳-۲- خصوصیات روش پژوهش

روش پژوهش عبارت است از یک فرایند نظام‌مند برای یافتن پاسخ یا راه‌حل یک مسأله و به بیانی دیگر روش پژوهش، مجموعه‌ای از قواعد، ابزار و راه‌های معتبر (قابل اطمینان) و نظام‌یافته برای بررسی واقعیت‌ها، کشف مجهولات و دستیابی به راه‌حل مشکلات است (خاکی، ۱۳۹۰).

از آنجا که هدف از پژوهش حاضر پیش‌بینی گرایش به اعتیاد در جوانان بر اساس اعتقادات مذهبی و اختلالات شخصیتی است، لذا روش پژوهش بر حسب هدف کاربردی و نحوه گردآوری داده‌ها، توصیفی از نوع همبستگی است. در این نوع پژوهش که یکی از روش‌های پژوهش توصیفی (غیرآزمایشی) است رابطه میان متغیرها را براساس هدف پژوهش بررسی می‌کند (دلاور، ۱۳۹۴). در این پژوهش پیش‌بینی گرایش به اعتیاد به عنوان متغیر وابسته بر اساس اعتقادات مذهبی و اختلالات شخصیتی به عنوان متغیرهای مستقل است.

۳-۳- جامعه آماری مورد مطالعه

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه جوانانی بود که به مراکز ترک اعتیاد تحت نظارت بهزیستی شهرستان خرم‌آباد در سال ۱۳۹۵ مراجعه کرده و تعداد آن‌ها ۵۰۰ نفر بودند.

۳-۴- روش نمونه‌گیری و حجم نمونه

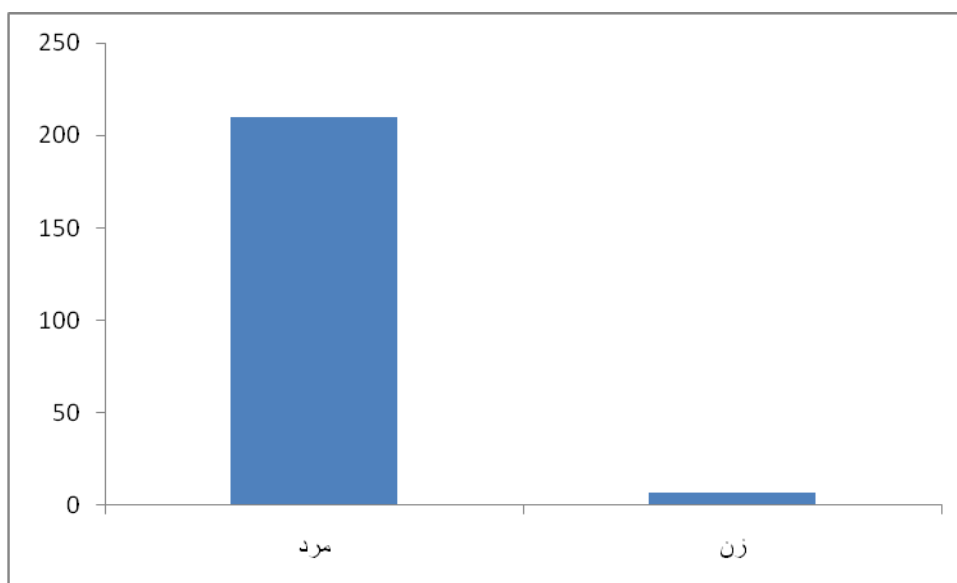
در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک استفاده خواهد شد. با توجه به جدول مورگان (۱۹۷۰)، حجم نمونه برای جوانان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تحت نظارت بهزیستی

شهرستان خرم‌آباد در سال ۱۳۹۵ برابر با ۲۵۰ نفر به دست آمده است. با استفاده از نمونه گیری تصادفی سیستماتیک تعداد ۲۵۰ نفر انتخاب شدند و در نهایت ۲۱۷ نفر به سوالات پرسشنامه پاسخ دادند و پرسشنامه را تکمیل نمودند.

۳-۵- خصوصیات جمعیت‌شناختی نمونه مورد مطالعه

جدول ۳-۱ جنسیت نمونه مورد مطالعه

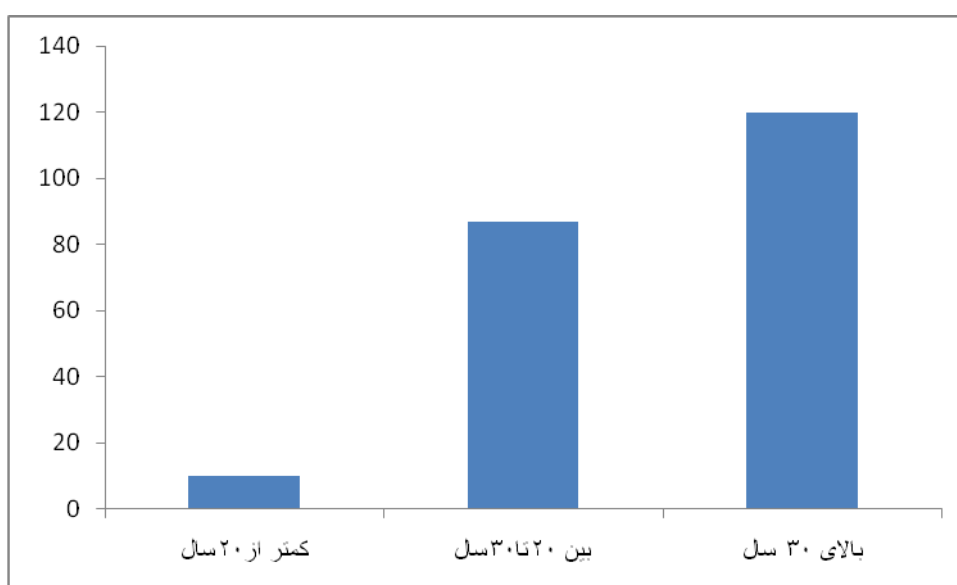
فراوانی			شاخص	متغیر
درصد				
۹۶.۸	۲۱۰	مرد	جنسیت	
۳.۲	۷	زن		



نمودار ۳-۱ خصوصیات جمعیت‌شناسی بر اساس جنسیت

جدول ۲-۳ خصوصیات جمعیت شناسی نمونه مورد مطالعه بر اساس سن پاسخگویان

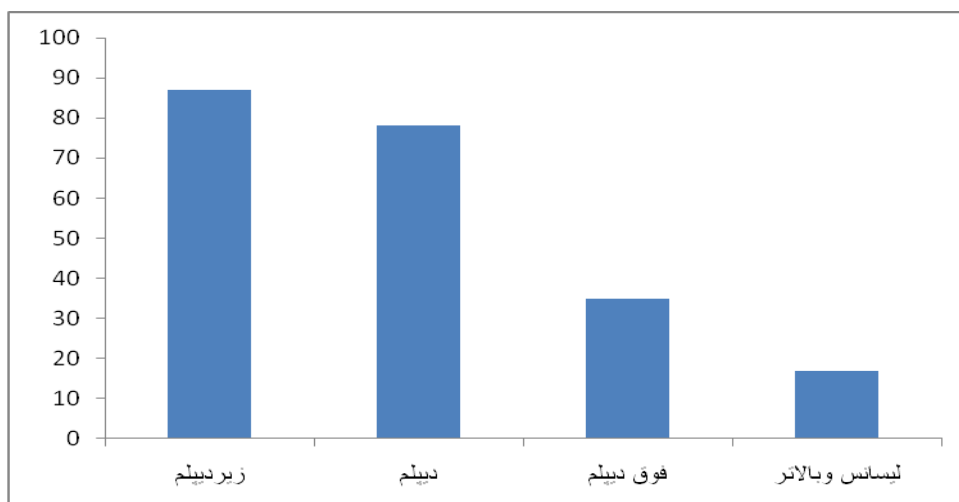
درصد	فراوانی	گروه	سن
۴.۶	۱۰	کمتر از ۲۰ سال	
۴۰.۱	۸۷	بین ۲۰ تا ۳۰ سال	
۵۵.۳	۱۲۰	بالای ۳۰ سال	



نمودار ۲-۳ خصوصیات جمعیت شناسی نمونه مورد مطالعه بر اساس سن پاسخگویان

جدول ۳-۳ خصوصیات جمعیت شناسی نمونه مورد مطالعه بر اساس میزان تحصیلات

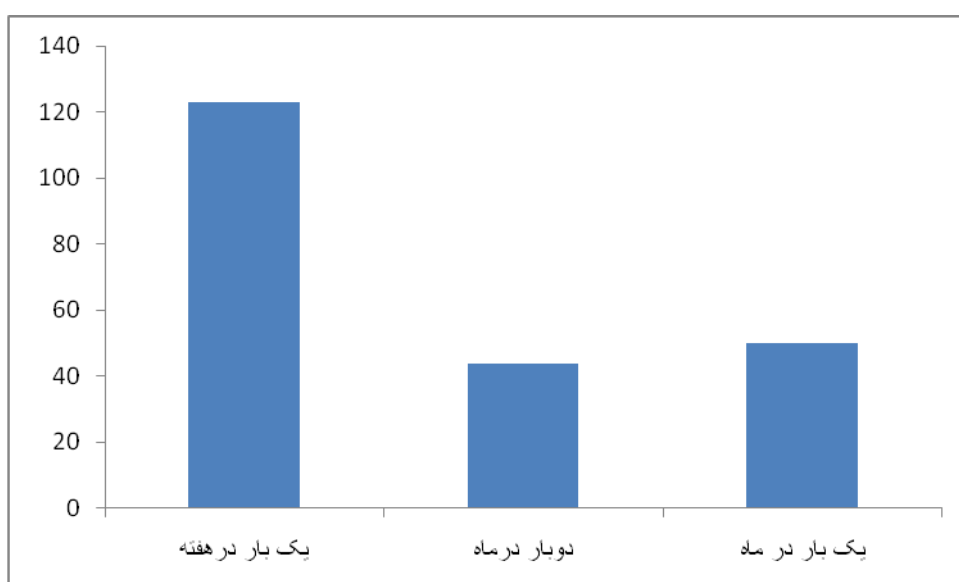
درصد	فراوانی	تحصیلات	میزان تحصیلات
۴۰.۱	۸۷	زیر دیپلم	
۳۵.۹	۷۸	دیپلم	
۱۶.۱	۳۵	فوق دیپلم	
۷.۸	۱۷	لیسانس و بالاتر	



نمودار ۳-۳ خصوصیات جمعیت شناسی نمونه مورد مطالعه بر اساس میزان تحصیلات

جدول ۳-۴ خصوصیات جمعیت شناسی نمونه مورد مطالعه بر اساس تعداد دفعات مراجعه

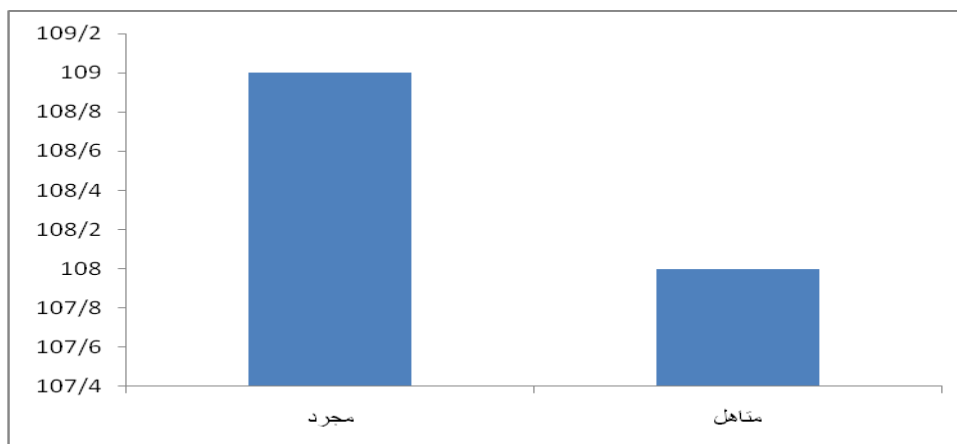
درصد	فراوانی	تعداد دفعات مراجعه	تعداد دفعات مراجعه به مراکز ترک اعتیاد
۵۶.۷	۱۲۳	یک بار در هفته	
۲۰.۳	۴۴	دو بار در ماه	
۲۳	۵۰	یک بار در ماه	



نمودار ۴-۳ خصوصیات جمعیت شناسی نمونه مورد مطالعه بر اساس تعداد دفعات مراجعه

جدول ۳-۵ خصوصیات جمعیت شناسی نمونه مورد مطالعه بر اساس وضعیت تاهل

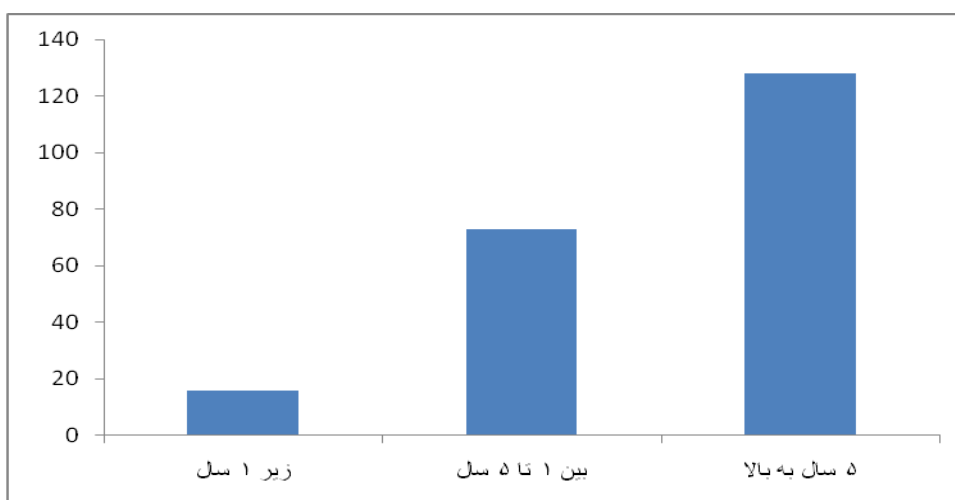
وضعیت تاهل	وضعیت تاهل	فراوانی	درصد
	مجرد	۱۰۹	۵۰.۲
	متاهل	۱۰۸	۴۹.۸



نمودار ۳-۵ خصوصیات جمعیت شناسی نمونه مورد مطالعه بر اساس وضعیت تاهل

جدول ۳-۶ خصوصیات جمعیت شناسی نمونه مورد مطالعه بر اساس مدت اعتیاد

مدت اعتیاد	مدت اعتیاد	فراوانی	درصد
مدت اعتیاد	زیر ۱ سال	۱۶	۷.۴
	بین ۱ تا ۵ سال	۷۳	۳۳.۶
	۵ سال به بالا	۱۲۸	۵۹



نمودار ۳-۶ خصوصیات جمعیت شناسی نمونه مورد مطالعه بر اساس مدت اعتیاد

۳-۶- ابزارهای اندازه‌گیری

جهت جمع‌آوری اطلاعات برای تایید یا رد فرضیه‌های پژوهش از ابزار پرسشنامه استفاده می‌شود. پرسشنامه تکنیک بسیار ساخت مند و پرکاربردترین تکنیک گردآوری داده‌های پیمایش است. به این دلیل که شیوه کارآمدی برای تشکیل ماتریس متغیر بر حسب مورد برای نمونه‌ای بزرگ است (دواس^۱، ۱۳۸۹).
 ۳-۶-۱- ابزار اول، پرسشنامه میزان تمایل به اعتیاد:

الف. معرفی ابزار

هدف از این پرسشنامه بررسی میزان تمایل به اعتیاد از سه بعد اجتماعی، فردی و محیطی در افراد مختلف می‌باشد. این پرسشنامه توسط میر حسامی (۱۳۸۸) و با استفاده از برخی منابع علمی از قبیل نتایج تحقیقات فرچاد و همکاران (۱۳۸۵)، و اسماعیلی (۱۳۸۲) طراحی گردیده است. پرسشنامه دارای ۱۶ سوال و طیف پاسخدهی به پرسشنامه به صورت لیکرت می‌باشد.

¹ Dewas

ب. شواهد مرتبط با روایی و پایایی ابزار

میرحسامی (۱۳۸۸) جهت روایی صوری پرسشنامه و صحت و سقم سوالات، پرسشنامه را روی دانشجویان اجرا کرده است. همچنین پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ محاسبه شد. آلفای کرونباخ برای پرسشنامه میزان گرایش به اعتیاد برابر با ۰/۷۹ می‌باشد. همچنین پایایی آن در گروهی ۲۳ نفره به فاصله دو هفته مورد بررسی قرار گرفت که میزان پایایی از طریق بازآزمایی ۰/۸۸ و از طریق دو نیمه کردن به روش گاتمن ۰/۹۴ بوده و برای آن آلفای کرونباخ ۰/۷۰ بدست آمد. تحلیل عوامل با روش چرخشی واریماکس و بر اساس آزمون اسکری نشان داد که مواد موجود در پرسشنامه در مجموع بیش از ۵۸/۳ درصد واریانس کل آزمون را تبیین می‌نماید و به این خاطر شرایط لازم از نظر روایی را دارا می‌باشد (امانی، ۱۳۹۰).

ضریب پایایی پرسشنامه در پژوهش قربانی و همکاران (۱۳۹۳) با استفاده از روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۷ محاسبه گردید.

ضریب پایایی پرسشنامه فرچاد و همکاران (۱۳۸۵) با استفاده از روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۳ محاسبه گردید. در پژوهش زرگر و همکاران (۱۳۸۷) با استفاده از روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۲ محاسبه گردید.

جدول ۳-۷ مقدار آلفای کرونباخ در پرسشنامه میزان گرایش به اعتیاد

پرسشنامه مورد نظر	تعداد گویه‌ها	آلفای کرونباخ
میزان گرایش به اعتیاد	۱۶	۰/۷۹

در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای گرایش به اعتیاد برابر با ۰/۷۹٪ است.

پ. روش اجرا و نمره‌گذاری ابزار

پرسشنامه دارای ۱۶ سوال و طیف پاسخ‌دهی به پرسشنامه به صورت لیکرت بوده که در جدول زیر مشخص گشته است:

جدول ۳-۸ طیف پاسخ‌دهی به سوالات پرسشنامه میزان گرایش به اعتیاد

گزینه	خیلی کم	کم	گهگاهی	زیاد	خیلی زیاد
امتیاز	۱	۲	۳	۴	۵

ابعاد پرسشنامه و سوالات مربوط به هر بعد در جدول زیر ارائه شده است:

جدول ۳-۹ ابعاد پرسشنامه میزان گرایش به اعتیاد و سوالات مربوط به هر بعد

حد بالا نمرات	حد پایین نمرات	بعد	سوالات مربوطه
۲۵	۵	محیطی (خانوادگی و فامیلی)	۱ الی ۵
۲۰	۴	فردی	۶ الی ۹
۳۵	۷	اجتماعی	۱۰ الی ۱۶

بدین ترتیب، به منظور بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیاز همه سوالات را با هم جمع نموده؛ بدیهی است که این امتیاز دامنه‌ای از ۱۶ تا ۸۰ خواهد داشت و هر چه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان تمایل بیشتر شخص پاسخ دهنده به اعتیاد خواهد بود و برعکس.

۳-۶-۲- ابزار دوم، پرسشنامه سنجش اعتقادات دینی:

الف. معرفی ابزار:

این پرسشنامه توسط زارع و امین‌پور در سال ۱۳۹۰ ساخته شد، ۲۶ گویه دارد و هدف از آن سنجش میزان اعتقادات دینی افراد می‌باشد. عامل‌های (ابعاد) این پرسشنامه در جدول زیر ارائه شده است:

جدول ۳-۱۰- عامل‌های فرم نهایی آزمون اعتقادات دینی

عامل	سوال	نام عامل
۱	۱-۱۱	مشارکت دینی
۲	۱۲-۱۸	پایبندی به اعتقادات دینی
۳	۱۹-۲۶	رعایت مسائل شرعی

ب. شواهد مرتبط با روایی و پایایی ابزار:

روایی پرسشنامه با استفاده از نظرات اساتید راهنما و مشاور، خوب ارزیابی و تایید شده است. همچنین پایایی آن نیز با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ محاسبه گردید. آلفای این پرسشنامه ۰/۷۸ بدست آمد که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول این پرسشنامه می‌باشد.

در پژوهش ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۱) آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۹۵۴ و ضریب اسپیرمن-براون ۰/۹۴۸ به دست آمد.

در پژوهش زارع و همکاران (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۹۰ به دست آمد.

در پژوهش کاظمی و همکاران (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۸۸ به دست آمد. در پژوهش استاو همکاران (۱۳۹۵) آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۷۸ به دست آمد.

پایایی این پرسشنامه توسط سراج زاده و همکاران (۱۳۹۲) با آزمون آلفای کرونباخ با استفاده از نرم افزار بالای SPSS بدست آمده است که به ترتیب زیر می باشد.

جدول ۳-۱۱ آلفای کرونباخ متغیر پژوهش

نام متغیر	میزان آلفای کرونباخ
دینداری	۰/۸۹

در تحقیق خدایاری فرد و همکاران (۱۳۷۸) پایایی ماده های ابعاد دینداری بر اساس ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و ضریب آلفای برابر با ۰/۸۹ مشاهده شد که نشانه پایایی کل پرسشنامه است.

در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای اعتقادات مذهبی برابر با ۰/۸۹ است.

پ. روش اجرا و نمره گذاری ابزار:

در تمامی سوال ها به گزینه های خیلی زیاد، زیاد، کم، خیلی کم، و اصلا به ترتیب نمره ۴، ۳، ۲، ۱ و ۰ داده می شود. بر اساس این روش از تحلیل شما، نمره های به دست آمده را جمع کرده و سپس بر اساس جدول زیر قضاوت کنید. توجه داشته باشید، میزان امتیازهای زیر برای یک پرسشنامه است، در صورتی که به طور مثال شما ۱۰ پرسشنامه داشته باشید، باید امتیازهای زیر را ضربدر ۱۰ کنید. مثال: حد پایین نمرات پرسشنامه به طریق زیر بدست آمده است: تعداد سوالات پرسشنامه * ۱ = حد پایین نمره

جدول ۳-۱۲ حد نمرات آزمون سنجش اعتقادات دینی

حد پایین نمره	حد متوسط نمرات	حد بالای نمرات
۰	۵۲	۱۰۴

امتیازات خود را از ۲۶ عبارت فوق با یکدیگر جمع نمایید. حداقل امتیاز ممکن ۰ و حداکثر ۱۰۴ خواهد بود. نمره بین ۰ تا ۳۵: سطح اعتقاد دینی ضعیف است.

نمره بین ۳۵ تا ۵۲: سطح اعتقاد دینی متوسط است.

نمره بالاتر از ۵۲: سطح اعتقاد دینی قوی است.

الف. معرفی ابزار:

پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون نسخه سوم (MCMI-III) یک ابزار خودسنجی با ۱۷۵ سؤال بلی/خیر است که دامنه گسترده‌ای از اطلاعات مربوط به شخصیت، سازگاری هیجانی و نگرش مراجعان به آزمون را می‌سنجد (پیوتروسکی و زالوسکی^۱، ۱۹۹۳). MCMI یا همان پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون از جمله آزمون‌های منحصر به فردی است که در آن بر اختلال‌های شخصیت و نشانه‌هایی که اغلب با این اختلال‌ها همراه هستند، تاکید می‌کند (میلون، ۱۹۹۷). این ابزار به منظور عملیاتی کردن مدل آسیب‌شناسی روانی میلون ساخته شده است. نسخه اصلی این آزمون در سال ۱۹۷۷ توسط تئودور میلون تدوین و ارائه شد و دو بار از زمان انتشار آن به موازات تغییر در تئوری زیستی-اجتماعی میلون و همچنین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تجدید نظر شده است (MMCI-II میلون، ۱۹۸۷ و MMCI-III میلون، ۱۹۹۷) (واتکینز و همکاران^۲، ۱۹۹۵). شهرت این پرسشنامه بیشتر به دلیل کاربرد آن در کشورهای مختلف و ترجمه آن به زبان‌های گوناگون است. سوالات این پرسشنامه تحت ۲۸ مقیاس جداگانه است. این آزمون برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا با حداقل ۸ کلاس سواد استفاده می‌شود. پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون نسخه سوم (MCMI-III) در بکار بردن معیارهای DSM و استفاده از روش‌های روان‌سنجی پیشرفته موجود موفق بود. بعلاوه، MCMI-III تعدادی نقاط قوت منحصر به فرد دارد که بسیاری از ابزارهای دیگر ندارند. یک نقطه قوت آن، استفاده از نمرات نرخ پایه (BR) بجای نمرات استاندارد است که متخصص بالینی را قادر می‌سازد که تفسیر بسیار دقیق‌تری از نمرات آزمون به دست آورد (میلون، ۱۹۹۴).

از برخی جهات MCMI جانشین و یا حتی رقیبی برای MMPI یا همان پرسشنامه چندجانبه‌ای شخصیتی مینه‌سوتا به شمار می‌رود. هر دو ابزار دامنه گسترده‌ای از آسیب‌شناسی بزرگسالان، الگوهای پایدار شخصیت و نشانه‌های بالینی را پوشش می‌دهند. یک امتیاز مهم MCMI این است که به طور قابل توجهی از MMPI-2 کوتاه‌تر است (۱۷۵ ماده در برابر ۵۶۷ ماده) و دیگر اینکه دامنه گسترده‌ای از اطلاعات را فراهم می‌سازد. تکمیل MCMI فقط ۲۰ تا ۳۰ دقیقه زمان می‌برد، اما پایه‌های پژوهشی مطالعات روایی و گزینه‌های تفسیر برای MMPI آشکارا گسترده‌تر از MCMI است.

¹ Piotrowski & Zalewski

² Watkins et al

ب. شواهد مرتبط با روایی و پایایی ابزار:

مطالعات مربوط به اعتبار و روایی نشان می‌دهد که پرسشنامه میلون به طور کلی یک ابزار روان‌سنجی به خوبی سازمان یافته است و به ویژه همسانی درونی آن بالاست. ضریب آلفای مقیاس‌های ۲۰ و ۲۶ MCMI-III ۰/۸۰ و برای مقیاس‌های افسردگی و وسواس عملی به ترتیب بالاتر از ۰/۹۰ و پایین‌تر از ۰/۶۶ است (میلون، ۱۹۹۴). اعتبار بازآزمایی MCMI اصلی با فاصله ۳۷۹ روز ضریبی با میانگین ۰/۶۹ برای مقیاس‌های شخصیت و ۰/۶۷ برای مقیاس‌های بالینی را نشان داده است که بیانگر سطح متوسطی از ثبات بلندمدت است. برای پرسشنامه MCMI-III ضریب اعتبار بازآزمایی بالایی با میانه ۰/۹۱ گزارش شده است (بالاترین ۰/۹۶ برای اختلال جسمانی شکل و پایین‌ترین آن ۰/۸۲ برای تحقیر). به لحاظ استفاده از هنجارهای جداگانه برای نمره‌گذاری نیم‌رخ مردان و زنان، اثرهای مربوط به جنس نیز به حداقل رسیده است.

بر اساس راهنمای MCMI-III میانگین اعتبار پرسشنامه برای مقیاس‌های شخصیت ۰/۸۹ و برای مقیاس‌های بالینی ۰/۹۱ گزارش شده است. درصد توافق (نرخ تشخیص درست) میان پیش‌بینی پرسشنامه و درجه‌بندی‌های متخصصان بالینی برای نمره برش ۷۵ در نرخ تشخیص درست ۷۵ در MCMI-III نرخ تشخیص درست بالا یعنی ۹۰/۴٪ پرخاشگر (آزارگر) و نرخ تشخیص پایین یعنی ۶۰/۳٪ برای مقیاس اجتنابی را سبب شده است. نمره برش ۸۵ باعث افزایش نرخ تشخیص به ۹۷/۸٪ (پرخاشگر، آزارگر) و ۷۴/۸٪ (اجتنابی) گردید.

تحلیل عاملی MCMI-II به طور کلی سازماندهی مقیاس‌ها را تایید کرده است که جامع‌ترین تحلیل عاملی در ارتباط با آن به یک راه حل ۸ عاملی منتج شده است، بزرگترین عامل که ۳۱٪ واریانس را تبیین می‌کند، مربوط به ناسازگاری کلی بوده و شامل افسرده، روابط بین فردی آشفته، عزت نفس پایین و شناخت و رفتار با خود غیرعادی است. با توجه به همبستگی بالای میان مقیاس‌های MCMI-II, MCMI-III می‌توان گفت دامنه همبستگی‌ها از همبستگی بالای ۰/۹۴ برای تحقیر تا همبستگی پایین‌تر از ۰/۵۹ برای وابستگی می‌باشد و نتایج تحلیل عاملی قابل تعمیم به نسخه سوم آن نیز می‌تواند باشد، اما بهتر است به طور مجزا مورد بررسی قرار گیرد.

برای اندازه‌گیری میزان اعتبار آزمون از روش همسانی درونی استفاده شده است. این ارزیابی که توسط میلون و همکارانش انجام گرفته، نشان می‌دهد که در مجموع میزان اعتبار آزمون ۷۸/۰ می‌باشد. بعلاوه شریفی (۱۳۸۱) در مطالعه خود به بررسی ضریب اعتبار این آزمون با روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی پرداخته است.

در پژوهش کریک و اولسان، (۱۹۹۸) پایایی میلون ۳ پنج مجموعه ی داده وجود دارد که فاصله ی باز آزمایشی آنها بین ۵ تا ۶ ماه بوده است و برای مقیاس های اختلال شخصیت همبستگی متوسط ۰/۷۸، مقیاس های نشانگان بالینی همبستگی متوسط ۰/۸۰ و برای تمامی مقیاس ها همبستگی متوسط ۰/۹۰ را گزارش نموده است. شریفی نیز در مطالعه ی خود ضریب آلفا را در دامنه ی ۰/۸۵ – ۰/۹۷ گزارش کرده بود (شریفی ۱۳۸۶).

در پژوهش دلاور و همکاران (۱۳۹۲) توان پیش بینی مثبت مقیاس های شخصیت (۰/۴۷ – ۰/۱۳)، مقیاس های بالینی (۰/۷۸ – ۰/۳۳)، توان پیش بینی منفی پرسشنامه (۰/۹۹ – ۰/۹۱) و توان پیش بینی کل پرسشنامه (۰/۹۹ – ۰/۹۷) بدست آمد. درواقع می توان گفت توان پیش بینی مثبت پرسشنامه پایین می باشد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای مولفه های پرسشنامه به صورت جدول زیر بدست آمد:

جدول ۳-۱۳ ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون

آلفای کرونباخ	بعد
۰/۸۷	اختلال شخصیت ضد اجتماعی
۰/۸۳	اختلال شخصیت دوری گزین
۰/۷۴	اختلال شخصیت خودشیفته
۰/۸۳	اختلال شخصیت وسواسی
۰/۸۰	اختلال شخصیت مرزی
۰/۷۸	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال

پ. روش اجرا و نمره‌گذاری ابزار:

مقیاس‌های بالینی شخصیت

مقیاس 6A (شخصیت ضد اجتماعی)

این مقیاس ۱۷ گویه دارد و جنبه‌هایی از تیپ فعال- منفعل مستقل میلون را می‌سنجد. این افراد رفتاری تهدیدآمیز دارند. قوانین و مقررات اجتماعی را برای رسیدن به اهداف‌شان زیر پا می‌گذارند. ابایی از دروغ‌گویی، دورویی و استثمار دیگران ندارند و مرتکب جرم و جنایات در دنیایی می‌شوند، که به نظر آنها دیگران باعث رنجش آنها شده و در نتیجه آنها را به انتقام وا داشته‌اند.

مقیاس 2A (شخصیت دوری‌گزین)

این مقیاس دارای ۱۶ گویه می‌باشد که تیپ فعال- منزوی از تیپ شناسی میلون را معرفی می‌کند. هرچند که این افراد به اندازه افراد دارای اختلال شخصیت اسکیزوئید منزوی هستند، اما به تماس با دیگران رغبت نشان می‌دهند و اگر اطمینان یابند که مورد آزار و اذیت دیگران قرار نمی‌گیرند و دیگران از آنها انتقاد نخواهند کرد، مایل به یافتن دوستان جدید برای خود هستند. انزوای آنها ناشی از انتقاد و تمسخر از جانب دیگران است.

مقیاس ۵ (شخصیت خودشیفته)

این مقیاس ۲۴ گویه دارد و تیپ منفعل- مستقل میلون را می‌سنجد. افرادی که در این مقیاس نمره بالا می‌گیرند، افرادی هستند که بیش از حد به خودشان ارزش می‌دهند و از خودراضی، متکبر و مغرور هستند، خود را ذی حق دانسته و به شکل خودمحموره‌ای به خود مشغول‌اند و اگر کسر شأن خود ندانند که در تعاملات اجتماعی شرکت کنند، برای رسیدن به مقصود خود می‌توانند خاضعانه و مطیع نیز باشند.

مقیاس ۷ (شخصیت وسواسی)

این مقیاس ۱۷ گویه دارد و تیپ منفعل- دوسوگرا از تیپ‌شناسی میلون را می‌سنجد. محتوای گویه‌ها مرتبط با رفتار کمال‌گرایانه و منظم، بی‌حوصلگی، رفتار مطیعانه، سرکوب عواطف و خشکی و تعصب می‌باشد. این افراد با احساس کنترل و کمال‌گرایی، تقاضاهای بالایی از خود و دیگران دارند، هرچند که آنها ظاهراً هم‌رنگ و مطیع هستند، اما ناراحت و رنجورند.

آسیب‌های شدید شخصیت

مقیاس C (شخصیت مرزی)

این مقیاس ۱۶ گویه دارد و محتوای گویه‌ها مرتبط با خلق بی‌ثبات، خشم، رفتار و واکنش‌های جنجالی، رفتارهای جویای وابستگی، خلق و روابط بی‌ثبات می‌باشد. این افراد به نسبت‌های گوناگون متزلزل در احساسات، بد اخلاق، ناراحت، مضطرب و افسرده هستند و گهگاهی احساسات متناقضی از خود نشان

می‌دهند. این افراد سابقه رفتارهای تکانشی و نیازهای شدید وابستگی به همراه ترس از ترک نشان می‌دهند. به نظر می‌رسد، آنها فاقد یک احساس روشن از هویت خود هستند؛ به طوری که دائم جویای تأیید و توجه هستند.

مقیاس S (شخصیت اسکیزوتایپال)

این مقیاس ۱۶ گویه دارد و آسیب ساختاری شدیدتر را می‌سنجد. محتوای گویه‌ها مربوط به آسیب-شناختی، ایده‌های تأثیر، انزوای بین فردی و ترجیح انزوای اجتماعی، رفتارهای وابسته و احساس کمرویی می‌باشد. افرادی که در این مقیاس نمره بالا می‌گیرند، افرادی هستند که از نظر هیجانی، ملایم با عاطفه سطحی یا با یک حالت احتیاط توأم با نگرانی می‌باشد. آنها معمولاً از نظر اجتماعی منزوی هستند، دلبستگی‌ای به روابط اجتماعی ندارند، بنابراین در حاشیه جامعه با اندک دلبستگی‌ها یا هیچ‌گونه دلبستگی شخصی باقی می‌مانند. فرایند تفکر آنها ممکن است مماسی، بی‌ربط یا درهم باشد؛ آنها اغلب غرق در افکارشان هستند و عقیده بر این است که این افراد مستعد ابتلا به اسکیزوفرنی هستند.

سوال‌های دارای پاسخ بلی نمره ۱ و سوالات دارای پاسخ خیر با نمره صفر نمره گذاری می‌شوند.

جدول ۳-۱۴ حد نمرات پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون

حد بالا نمرات	حد پایین نمرات	بعد	سوالات مربوطه
۱۷	۰	اختلال شخصیت ضد اجتماعی	۷، ۱۳، ۱۴، ۱۷، ۲۱، ۳۸، ۴۱، ۵۲، ۵۳، ۹۳، ۱۰۱، ۱۱۳، ۱۲۲، ۱۳۶، ۱۳۹، ۱۶۶ و ۱۷۲
۱۶	۰	اختلال شخصیت دوری گزین	۱۸، ۴۰، ۴۷، ۴۸، ۵۷، ۶۹، ۸۰، ۸۴، ۹۹، ۱۲۷، ۱۴۱، ۱۴۶، ۱۴۸، ۱۵۱، ۱۵۸ و ۱۷۴
۲۴	۰	اختلال شخصیت خودشیفته	۵، ۲۱، ۲۶، ۳۱، ۳۵، ۳۸، ۴۰، ۴۷، ۵۷، ۶۷، ۶۹، ۸۰، ۸۴، ۸۵، ۸۶، ۸۸، ۹۳، ۹۴، ۹۹، ۱۱۶، ۱۴۱، ۱۴۴، ۱۵۹ و ۱۶۹
۱۷	۰	اختلال شخصیت وسواسی	۲، ۷، ۱۴، ۲۲، ۲۹، ۴۱، ۵۳، ۵۹، ۷۲، ۸۲، ۹۷، ۱۰۱، ۱۱۴، ۱۳۷، ۱۳۹، ۱۶۶ و ۱۷۲
۱۶	۰	اختلال شخصیت مرزی	۷، ۲۲، ۳۰، ۴۱، ۷۲، ۸۳، ۹۸، ۱۲۰، ۱۲۲، ۱۳۴، ۱۳۵، ۱۴۲، ۱۵۴، ۱۶۱، ۱۶۶ و ۱۷۱
۱۶	۰	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال	۸، ۴۸، ۶۹، ۷۱، ۷۶، ۹۹، ۱۰۲، ۱۱۷، ۱۳۴، ۱۳۸، ۱۴۱، ۱۴۸، ۱۵۱، ۱۵۶، ۱۵۸ و ۱۶۲

۳-۷- فرایند اجرای پژوهش

یکی از اصلی‌ترین بخش‌های هر کار پژوهشی را جمع‌آوری اطلاعات تشکیل می‌دهد. چنان‌چه این کار به شکل منظم و صحیح صورت پذیرد، کار تجزیه و تحلیل و نتیجه‌گیری از داده‌ها با سرعت و دقت خوبی انجام خواهد شد. به منظور دستیابی به گروه آزمودنی‌ها که امکان تحلیل آماری مناسب فراهم سازد، به صورت کلی ۲۱۷ نفر برای این طرح انتخاب شدند که کلیه جوانانی که به مراکز ترک اعتیاد تحت نظارت بهزیستی شهرستان خرم‌آباد در سال ۱۳۹۵ مراجعه کرده بودند. پس از ایجاد ارتباط اولیه از طریق بیان اهمیت و اهداف پژوهش و همچنین ایجاد حس اعتماد نسبت به محرمانه بودن اطلاعات و عدم نیاز به ذکر نام، پرسشنامه‌های پژوهش که شامل ۳ پرسشنامه (میزان تمایل به اعتیاد، سنجش اعتقادات دینی و چندمحوری بالینی میلون) داده شد و پرسشنامه‌ها هم از نوع بسته بود و نیازی به توضیح محقق نبود؛ آن‌ها هم به صورت انفرادی به پرسشنامه‌ها پاسخ می‌دادند و به راحتی همکاری می‌کردند و بعد از چند روز پرسشنامه‌ها جمع‌آوری گردید. در این مرحله داده‌ها و اطلاعات، کدگذاری، استخراج و طبقه‌بندی شده، شاخص‌ها محاسبه و آزمون‌های آماری مورد نیاز انجام شد و نتایج به دست آمده مورد تجزیه و تحلیل و تفسیر قرار گرفت تا محقق درباره‌ی تأیید یا رد فرضیه‌های خود به داوری بنشیند و سپس در این مرحله مطابق طرح تهیه شده نسبت به تدوین گزارش پژوهش بر اساس الگوی متداول اقدام و پس از ویرایش و تایپ برای انتشار آن در سطح محدود یا وسیع اقدام شد.

۳-۸- اصول اخلاق پژوهشی

رعایت اخلاق پژوهشگری در علوم انسانی بیش از سایر علوم احساس می‌گردد، زیرا یافته‌ها و نتایج پژوهش هم به فرد و هم به محیط فراتر از جامعه علمی مربوط می‌شود. پژوهشگر باید در طرح مساله و تنظیم مبانی نظری پژوهش، تدوین روش‌شناسی پژوهش، استفاده از تکنیک‌های گردآوری داده‌ها و فرآیند گردآوری، نتیجه‌گیری صحیح و در نهایت در توصیف، مهارت خاص داشته باشد. تعهد به موازین اخلاق پژوهشی حکم می‌کند که پژوهشگران در برابر یافته‌های پژوهشی خود متعهد باشند و از این یافته‌ها برای تحلیل مسائل و کمک به حل آن‌ها بهره‌جویند. محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات و نام افراد مورد بررسی و شرح این‌که اطلاعات طرح محرمانه خواهد ماند. انتشار نتایج به زبان ساده به گونه‌ای که نتایج حاصله قابل استفاده کلیه دست‌اندرکاران باشد. رعایت حرمت افراد یا اجتماع هنگام بحث و تفسیر نتایج در اختیار گذاردن نتایج به مسئولان در سطوح مختلف، سابقه توجه به اخلاق در پژوهش در کشور.

۳-۹- روش پردازش و تحلیل داده‌ها

در پژوهش حاضر به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری زیر استفاده شده است:

- روش‌های آمار توصیفی مانند فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار

- ضریب همبستگی پیرسون
- رگرسیون چندمتغیره
- جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، سطح معنی‌داری برای آزمون فرضیه‌ها ۰/۰۵ تعیین گردید و تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار کامپیوتری SPSS نسخه ۲۰ صورت گرفت.

۳-۱۰- خلاصه فصل سوم

در این فصل به بررسی روش پژوهش، جامعه پژوهش، نمونه پژوهش (حجم نمونه، روش نمونه‌گیری، معیارهای انتخاب نمونه)، نوع پژوهش، ابزار پژوهش، تعیین روایی و پایایی ابزار پژوهش، ابزار و روش گردآوری داده‌ها، امکان و زمان پژوهش، و روش تحلیل داده‌ها پرداخته شد. از آنجا که هدف از پژوهش حاضر پیش‌بینی گرایش به اعتیاد بر اساس اعتقادات مذهبی و اختلالات شخصیتی در جوانان است. لذا روش پژوهش بر حسب هدف کاربردی و نحوه گردآوری داده‌ها، توصیفی از نوع همبستگی است. در این نوع پژوهش رابطه میان متغیرها را بر اساس هدف پژوهش بررسی می‌کند. جامعه آماری شامل کلیه جوانانی بود که به مراکز ترک اعتیاد تحت نظارت بهزیستی شهرستان خرم‌آباد در سال ۱۳۹۴ مراجعه کرده بودند. روش نمونه‌گیری مورد استفاده در این پژوهش، نمونه‌گیری تصادفی ساده است. جامعه این پژوهش مشتمل بر ۵۰۰ نفر بود که با توجه به فرمول محاسبه حجم نمونه کوکران، نمونه‌ای به تعداد ۲۱۷ نفر انتخاب شدند که پرسشنامه برای آنها ارسال شد و در تجزیه و تحلیل مورد استفاده قرار گرفت.

فصل چہارم

نتائج

۴-۱ مقدمه

در این بخش از گزارش پژوهشگر به توصیف حجم نمونه براساس اطلاعات به دست آمده پرداخته و با اجرای آزمون آماری مناسب در مورد معناداری رابطه ها و تفاوت ها و تعمیم نتایج بدست آمده به جامعه مورد نظر اقدام نموده است. هم چنین با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ در دو سطح توصیفی و استنباطی به تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده پرداخته است. در سطح توصیفی از شاخص های فراوانی و در بخش استنباطی نیز ضمن کمی سازی، از آزمون های آماری، ابتدا اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی طبقه بندی شده، سپس یافته های توصیفی بررسی شده و در نهایت براساس هر سوال پژوهش، تجزیه و تحلیل مناسب انجام گرفته و نتایج به دست آمده و به ترتیب در جدول های مربوطه ارائه شده است. در این بخش، داده های تحقیق با استفاده از روش های علمی مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته است. هدف از جمع آوری اطلاعات بدست آمده از سوالات و طبقه بندی آنها، شناخت کامل متغیرها و روابط علی و معلولی آنهاست تا بتوان متناسب با اهداف پژوهش جمع بندی و نتیجه گیری کرد. در این مطالعه پژوهشگر به دنبال پاسخ دهی به فرضیات زیر بوده است:

۴-۲. آزمون نرمال بودن توزیع داده های آماری

قبل از انجام آزمون های آماری، نرمال بودن داده های جمع آوری شده بررسی گردید. برای این کار از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شده است. اگر در این آزمون مقدار احتمال از سطح معناداری ۵ درصد کمتر باشد، توزیع، نرمال نیست و در غیر این صورت توزیع نرمال خواهد بود. نتایج این آزمون برای متغیرهای این تحقیق بصورت زیر می باشد.

جدول ۴-۱. نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف در مورد نرمال بودن داده های به دست آمده از مطالعه

(N=۲۱۷)

شاخص های آماری متغیر	مقدار آماري	سطح معناداري
گرایش به اعتیاد	۰.۶۰۵	۰.۸۵۷
اعتقادات مذهبی	۱.۳۱	۰.۰۶۲
اختلالات شخصیت	۱.۳۴	۰.۵۳

همان طور که از نتایج جدول ۴-۱ مشاهده می شود سطح معناداری در تمامی موارد بیشتر از پنج درصد است که نشان دهنده نرمال بودن داده هاست.

۴-۳. آزمون فرضیه های پژوهش

۴-۳-۱. آزمون فرضیه اصلی

- اعتقادات مذهبی و اختلالات شخصیتی می توانند گرایش به اعتیاد را در جوانان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تحت نظارت بهزیستی شهرستان خرم آباد پیش بینی کنند.

الف : توصیف داده ها

جدول ۴-۲. آمار توصیفی متغیرهای گرایش به اعتیاد، اعتقادات مذهبی، اختلالات شخصیت (N=۲۱۷)

متغیرهای مورد مطالعه	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین
گرایش به اعتیاد	۴۵.۴۳	۷.۸۵	۲۶	۷۰
اعتقادات مذهبی	۹۸.۹۹	۱۷.۹۶	۴۵	۱۰۴
اختلالات شخصیت	۷۰.۸۶	۱۹.۴۹	۱۸	۱۰۶
شخصیت ضد اجتماعی	۱۱.۵	۳.۴۴	۳	۱۷
شخصیت دوری گزین	۱۱.۲۵	۳.۱۹	۳	۱۶
شخصیت خودشیفته	۱۲.۹۵	۴.۶	۳	۲۴
شخصیت وسواسی	۱۱.۴۸	۳.۴۲	۳	۱۷
شخصیت مرزی	۱۱.۲۵	۳.۳۳	۳	۱۶
شخصیت اسکیزوتیپال	۱۱.۳۰	۳.۲۴	۳	۱۶
مشارکت دینی	۴۰.۸۸	۹.۳۴	۱۵	۸۹
پایبندی به اعتقادات دینی	۲۷.۵۲	۵.۲	۱۳	۳۵
رعایت مسائل شرعی	۳۲.۴۱	۵.۶	۸	۴۰
محیطی (اعتقادات مذهبی)	۱۲.۸۸	۳.۲	۵	۲۴
فردی (اعتقادات مذهبی)	۱۱.۳۳	۳.۰۷	۴	۲۰
اجتماعی (اعتقادات اجتماعی)	۲۱.۲۱	۴.۵	۱۱	۳۳

همانگونه که در جدول ۴-۲ نشان داده شده است میانگین متغیر گرایش به اعتیاد برابر با ۴۵.۴۳ و انحراف استاندارد آن برابر با ۷.۸۵ شده است. میانگین متغیر اعتقادات مذهبی برابر با ۹۸.۹۹ و انحراف استاندارد آن برابر با ۱۷.۹۶ شده است. میانگین متغیر اختلالات شخصیت برابر با ۱۴۸.۰۳ و انحراف استاندارد آن برابر با ۲۲.۵۸ شده است.

ب : تحلیل داده ها

جدول ۴-۳. ضریب همبستگی چندگانه در مورد متغیر گرایش به اعتیاد، اعتقادات مذهبی، اختلالات شخصیت

ضریب همبستگی	مجذور ضریب همبستگی	مجذور ضریب همبستگی تعدیل شده	خطای استاندارد برآورده شده
۰.۶۵۰	۰.۴۲۲	۰.۴۱۷	۰.۹۹

همانگونه که در جدول ۴-۳ نشان داده شده است ضریب همبستگی متغیر گرایش به اعتیاد با متغیرهای اعتقادات مذهبی و اختلالات شخصیت برابر با ۰.۶۵۰ می باشد و ضریب تعیین (مجذور ضریب همبستگی) برابر با ۴۲.۲ درصد می باشد. جدول ۴-۴. نتایج آزمون ANOVA را در مورد رگرسیون چند متغیره را نشان می دهد.

جدول ۴-۴: نتایج آزمون ANOVA در مورد رگرسیون چند متغیره

درجات آزادی	میانگین مجذورات	میزان اف	سطح معناداری
۱	۲۷۹۰.۲۷	۷۷.۷۶*	۰.۰۱
۲۱۵	۳۵۸۸	$P \leq 0.01$ *	
۲۱۶			
جمع			

بنابر نتایج جدول ۴-۴ مشخص می شود که رگرسیون چند متغیره در مورد متغیر گرایش به اعتیاد با متغیرهای اعتقادات مذهبی و اختلالات شخصیت معنادار می باشد ($F_{215} = 77.76$ و $P = 0.01$).

جدول ۴-۵. نتایج رگرسیون چند متغیره در مورد متغیرهای گرایش به اعتیاد، اعتقادات مذهبی، اختلالات شخصیت

ضریب رگرسیون استاندارد نشده	ضریب رگرسیون استاندارد شده		میزان آماره تی	سطح معناداری
	B	خطای استاندارد	بتا	
مقدار ثابت	۱۱.۱۸	۲.۸۸		۰/۰۰۱
اعتقادات دینی	۰/۲۰۴	۰/۰۲۷	۰/۴۶۱	۷/۵۰
اختلالات شخصیت	۰/۰۹۵	۰/۰۲۱	۰/۲۷۴	۴/۴۵

$P \leq 0.01$ *

۰.۰۹* اختلالات شخصیت + ۰.۲۰* اعتقادات مذهبی + ۱۱.۱ = گرایش به اعتیاد

همان گونه که در جدول ۴-۵ مشاهده می‌شود، فرمول رگرسیون بر اساس متغیرهای اعتقادات دینی و اختلالات شخصیت جهت پیش بینی گرایش به اعتیاد معنادار شده است. عرض از مبدا یا عدد ثابت نیز برابر است با ۱۱.۱۸ که نشان دهنده نقطه است که در آن خط رگرسیون محور عمودی را قطع می‌کند. بنابر این نتایج، فرض اول تایید می‌شود.

۴-۳-۲. آزمون فرضیه اول:

اعتقادات مذهبی می‌تواند گرایش به اعتیاد را در جوانان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تحت نظارت بهزیستی شهرستان خرم‌آباد پیش‌بینی کند.

الف : توصیف داده ها

جدول ۴-۶. آمار توصیفی متغیرهای گرایش به اعتیاد، اعتقادات مذهبی (N=۲۱۷)

متغیرهای مورد مطالعه	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین
گرایش به اعتیاد	۴۵/۴۳	۷.۸۵	۲۶	۷۰
اعتقادات مذهبی	۹۸/۹۹	۱۷.۹۶	۴۵	۱۴۲

همانگونه که در جدول ۴-۲ نشان داده شده است میانگین متغیر گرایش به اعتیاد برابر با ۴۵.۴۳ و انحراف استاندارد آن برابر با ۷.۸۵ شده است. میانگین متغیر اعتقادات مذهبی برابر با ۹۸.۹۹ و انحراف استاندارد آن برابر با ۱۷.۹۶ شده است.

ب : تحلیل داده ها

جدول ۴-۷. ضریب همبستگی چندگانه در مورد متغیر اعتقادات مذهبی با متغیرهای گرایش به اعتیاد

ضریب همبستگی	مجذور ضریب همبستگی	مجذور ضریب همبستگی تعدیل شده	خطای استاندارد برآورده شده
۰.۶۱۱	۰.۳۷۳	۰.۳۷۰	۶.۲۳

همانگونه که در جدول ۴-۷ نشان داده شده است ضریب همبستگی متغیر گرایش به اعتیاد با متغیر اعتقادات مذهبی برابر با ۰.۶۱۱ می‌باشد و ضریب تعیین (مجذور ضریب همبستگی) برابر با ۳۷.۳ درصد می‌باشد. جدول ۴-۸. نتایج آزمون ANOVA را در مورد رگرسیون چند متغیره را نشان می‌دهد.

جدول ۴-۸. نتایج آزمون ANOVA در مورد رگرسیون چند متغیره

درجات آزادی	میانگین مجذورات	میزان اف	سطح معناداری
۱	۴۹۷۸.۹۴	*	۰.۰۱
۲۱۵	۳۸۸۶	۱۲۸.۱۰۳	
۲۱۶			
جمع			
باقی مانده			

$P \leq 0.01$ *

بنابر نتایج جدول ۴-۸ مشخص می‌شود که رگرسیون چند متغیره در مورد متغیر گرایش به اعتیاد با متغیر اعتقادات مذهبی معنادار می‌باشد ($F_{215} = 128.103$ و $P = 0.01$).

جدول ۴-۹. نتایج رگرسیون چند متغیره در مورد متغیرهای گرایش به اعتیاد، اعتقادات مذهبی

ضریب رگرسیون استاندارد نشده	ضریب رگرسیون استاندارد شده		خطای استاندارد	B	مقدار ثابت
	بتا	میزان آماره تی			
		۷/۹۸	۲.۳۷	۱۸.۹۷	۰/۰۰۱
	۰/۶۱۱	۱۱/۳۱	۰.۰۲۴	۰/۲۶۷	۰/۰۰۱

$P \leq 0.01$ *

همان گونه که در جدول ۴-۹ مشاهده می‌شود، فرمول رگرسیون بر اساس متغیر اعتقادات دینی جهت پیش بینی گرایش به اعتیاد معنادار شده است. عرض از مبدا یا عدد ثابت نیز برابر است با ۱۸.۹۷ که نشان دهنده نقطه است که در آن خط رگرسیون محور عمودی را قطع می‌کند.

۰.۲۶ * اعتقادات مذهبی + ۱۸.۹ = گرایش به اعتیاد

۴-۳-۳. آزمون فرضیه دوم:

- اختلالات شخصیتی می‌تواند گرایش به اعتیاد را در جوانان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تحت نظارت بهزیستی شهرستان خرم‌آباد پیش‌بینی کند.

الف : توصیف داده ها

جدول ۴-۱۰. آمار توصیفی متغیرهای گرایش به اعتیاد، اختلالات شخصیت (N=۲۱۷)

متغیرهای مورد مطالعه	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین
گرایش به اعتیاد	۴۵.۴۳	۷.۸۵	۲۶	۷۰
اختلالات شخصیت	۱۴۸.۰۳	۲۲.۵۸	۱۱۷	۲۰۸

همانگونه که در جدول ۴-۱۰ نشان داده شده است میانگین متغیر گرایش به اعتیاد برابر با ۴۵.۴۳ و انحراف استاندارد آن برابر با ۷.۸۵ شده است. میانگین متغیر اختلالات شخصیت برابر با ۱۴۸.۰۳ و انحراف استاندارد آن برابر با ۲۲.۵۸ شده است.

ب : تحلیل داده ها

جدول ۴-۱۱. ضریب همبستگی چندگانه در مورد متغیر اختلالات شخصیت با متغیرهای گرایش به اعتیاد

ضریب همبستگی	مجذور ضریب همبستگی	مجذور ضریب همبستگی تعدیل شده	خطای استاندارد برآورده شده
۰.۵۱۹	۰.۲۶۹	۰.۲۶۶	۶.۷۱

همانگونه که در جدول ۴-۱۱ نشان داده شده است ضریب همبستگی متغیر گرایش به اعتیاد با متغیر اعتقادات مذهبی برابر با ۰.۶۱۱ می باشد و ضریب تعیین (مجذور ضریب همبستگی) برابر با ۳۷ درصد می باشد. جدول ۴-۱۲. نتایج آزمون ANOVA را در مورد رگرسیون چند متغیره را نشان می دهد.

۴-۱۲. نتایج آزمون ANOVA را در مورد رگرسیون چند متغیره

درجات آزادی	میانگین مجذورات	میزان اف	سطح معناداری
۱	۳۵۶۰.۷۸۵	۷۸۸۶۴*	۰.۰۱
۲۱۵	۴۵.۱۵۱	$P \leq 0.01$ *	
۲۱۶			
جمع			

بنابر نتایج جدول ۴-۱۲ مشخص می شود که رگرسیون چند متغیره در مورد متغیر گرایش به اعتیاد با اختلالات شخصیت معنادار می باشد ($F_{215} = 78864$ و $P = 0.01$).

جدول ۴-۱۳. نتایج رگرسیون چند متغیره در مورد متغیرهای گرایش به اعتیاد و اختلالات شخصیت

ضریب رگرسیون استاندارد نشده	B	خطای استاندارد	ضریب رگرسیون استاندارد شده	میزان آماره تی	سطح معناداری
۱۸.۷۱	۳.۰۳۸			۶/۱۶	۰/۰۰۱
۰/۱۸۰	۰/۰۲۰		۰/۵۱۹	۸/۸۸	۰/۰۰۱

* $P \leq 0.01$

همان گونه که در جدول ۴-۱۳ مشاهده می‌شود، فرمول رگرسیون بر اساس متغیر اختلالات شخصیت جهت پیش بینی گرایش به اعتیاد معنادار شده است. عرض از مبدا یا عدد ثابت نیز برابر است با ۱۸.۷۱ که نشان دهنده نقطه است که در آن خط رگرسیون محور عمودی را قطع می‌کند.

۰.۱۸*اختلالات شخصیت + ۱۸.۷ = گرایش به اعتیاد

۴-۳-۴ خلاصه فصل چهارم

در این فصل بر اساس نتایج آزمون‌های اجرا شده، متغیرهای مورد مطالعه از توزیع نرمال برخوردار بودند، واریانس نمرات متغیرهای مورد مطالعه بر اساس آزمون کولوگروف اسمیر نوف نرمال بودند. نتایج فرضیات تحقیق حاکی از آن است اعتقادات مذهبی و اختلالات شخصیتی می‌توانند گرایش به اعتیاد را در جوانان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تحت نظارت بهزیستی شهرستان خرم‌آباد پیش‌بینی کنند.

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

۵-۱. مقدمه (خلاصه پژوهش)

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی گرایش به اعتیاد در جوانان بر اساس اعتقادات مذهبی و اختلالات شخصیتی انجام شده است. روش پژوهش بر حسب هدف کاربردی و نحوه گردآوری داده‌ها، توصیفی از نوع همبستگی است. ابتدا جهت نتیجه‌گیری از این پژوهش به یافته‌ها بر اساس فرضیه‌ها پرداخته می‌شود، سپس به یافته‌های جانبی و پرسش‌های مهم پرداخته و بر اساس مبانی نظری و پیشینه تحقیقات موجود، توضیح و تبیین لازم ارائه می‌شود. جامعه آماری شامل کلیه جوانانی بود که به مراکز ترک اعتیاد تحت نظارت بهزیستی شهرستان خرم‌آباد در سال ۱۳۹۵ مراجعه کرده و تعداد آن‌ها ۵۰۰ نفر بودند. با توجه به فرمول کوکران، حجم نمونه برای جوانان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تحت نظارت بهزیستی شهرستان خرم‌آباد در سال ۱۳۹۵ برابر با ۲۱۷ نفر به دست آمده است.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه میزان تمایل به اعتیاد (میرحسامی، ۱۳۸۸)، پرسشنامه سنجش اعتقادات دینی (زارع و امین‌پور، ۱۳۹۰)، پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون (۱۹۹۷) بود. در پژوهش حاضر به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۰ و اکسل نسخه ۲۰۱۰ استفاده شده است. نتایج نشان داد که اعتقادات مذهبی و اختلالات شخصیتی می‌تواند گرایش به اعتیاد را در جوانان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تحت نظارت بهزیستی پیش‌بینی کنند.

۵-۲. بررسی یافته‌های پژوهش و ارتباط آن‌ها با نتایج مطالعات قبلی

۵-۲-۱. فرضیه اصلی:

- اعتقادات مذهبی و اختلالات شخصیتی می‌توانند گرایش به اعتیاد را در جوانان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تحت نظارت بهزیستی شهرستان خرم‌آباد پیش‌بینی کنند.

باتوجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت همانگونه که در جدول ۴-۳ نشان داده شده است ضریب همبستگی متغیر گرایش به اعتیاد با متغیرهای اعتقادات مذهبی و اختلالات شخصیت برابر با ۰.۶۵۰ می‌باشد و ضریب تعیین (مجذور ضریب همبستگی) برابر با ۴۲ درصد می‌باشد. بنابراین اعتقادات مذهبی و اختلالات شخصیتی می‌توانند گرایش به اعتیاد را در جوانان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تحت نظارت بهزیستی شهرستان خرم‌آباد پیش‌بینی کنند.

نتایج این تحقیق با یافته‌های محمدی (۱۳۹۴) در خصوص ارزش‌های دینی خانواده و نقش آن در پیشگیری از گرایش به مواد مخدر، ربانی (۱۳۹۴) در زمینه بررسی شیوع اختلالات شخصیت و نقش این اختلالات در پیش‌بینی اعتیاد و خودزنی دختران فراری، ندیمی (۱۳۹۴) در زمینه نقش مذهب و نهادهای

مذهبی در پیشگیری از سوء مصرف مواد، آهون و همکاران (۱۳۹۳) در خصوص تأثیرات ادراک شده زمینه‌ساز اعتیاد در نوجوانان پسر، پژوهشی در ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۹۳) به منظور مشخص کردن عوامل موثر در سوء مصرف مواد مخدر دانش‌آموزان دوره متوسطه استان مرکزی (شهرستان اراک) و راه‌های پیشگیری از آن، مکارم و زنجانی (۱۳۹۲) پژوهشی تحت عنوان "رابطه دینداری فرد، خانواده و اعتقاد به پیامدهای مصرف مواد با میزان مصرف مواد مخدر"، گارتر^۱ (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان عوامل پیش‌بینی کننده اعتیاد و نتایج مطالعات لیگ و همکاران^۲ (۲۰۱۵) حاکی از رابطه و همبستگی منفی بین داشتن نگرش‌های مذهبی و گرایش به سوء مصرف مواد، کلایتون و همکاران (۲۰۱۰) در خصوص اینکه بین شخصیت ضداجتماعی و اختلال سلوک با سوء مصرف مواد ارتباط وجود دارد. نوجوانانی که مواد مصرف می‌کنند دارای منبع کنترل بیرونی هستند و در مقایسه با آنهایی که مواد مصرف نمی‌کنند، اعتماد به نفس کمتری دارند. فشار روانی نظیر: فشار گروه همسالان، پرخاشگری و عدم وجود مهارت‌های مقابله‌ای از دیگر عوامل روان‌شناختی مرتبط با سوء مصرف مواد است، همخوانی دارد.

۵-۲-۲. فرضیه اول:

اعتقادات مذهبی می‌تواند گرایش به اعتیاد را در جوانان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تحت نظارت بهزیستی شهرستان خرم‌آباد پیش‌بینی کند.

باتوجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت همانگونه که در جدول ۴-۳ نشان داده شده است ضریب همبستگی متغیر گرایش به اعتیاد با متغیر اعتقادات مذهبی برابر با ۰.۶۱۱ می‌باشد و ضریب تعیین (مجذور ضریب همبستگی) برابر با ۳۷ درصد می‌باشد. بنابراین اعتقادات مذهبی می‌تواند گرایش به اعتیاد را در جوانان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تحت نظارت بهزیستی شهرستان خرم‌آباد پیش‌بینی کند.

و نتایج تحقیق با یافته‌های مکارم و زنجانی (۱۳۹۲) پژوهشی تحت عنوان "رابطه دینداری فرد، خانواده و اعتقاد به پیامدهای مصرف مواد با میزان مصرف مواد مخدر، میری و بهرامی (۱۳۸۹) درخصوص رابطه مذهب و فاکتورهای جمعیت‌شناختی با سوء مصرف مواد در دانشجویان دانشگاه، نتایج پژوهش حاجلی و همکاران (۱۳۸۹) خانواده معتاد، طلاق و جدایی، محل زندگی آلوده، مشکلات اقتصادی و فقر و بی‌اعتقادی به مذهب یا ضعف ایمان را از عوامل زمینه‌ساز اعتیاد است و همچنین نتایج مطالعه بیرامی و همکاران (۱۳۸۹) که نشان داد که میزان جهت‌گیری مذهبی در گروه معتاد در مقایسه با گروه بهنجار

^۱ Garter

^۲ Leigh et al

در حد پایین است. و نتایج پژوهش مریل و همکاران (۲۰۰۵) که نشان داد که حضور خانوادگی در کلیسا و سطح بالاتر دینداری والدین نیز به طور معناداری با مصرف کمتر مواد رابطه داشت. و در نهایت با مطالعه کلین و همکارانش (۲۰۰۶) که بر روی زنان در معرض خطر انجام دادند، معلوم شد که خانم‌های دارای سطح دینداری بالاتر، مصرف کمتر مواد غیرقانونی را گزارش می‌کردند، همخوانی دارد.

۵-۲-۴. فرضیه دوم

- اختلالات شخصیتی می‌تواند گرایش به اعتیاد را در جوانان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تحت نظارت بهزیستی شهرستان خرم‌آباد پیش‌بینی کند.

باتوجه به یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت که همانگونه که در جدول ۴-۳ نشان داده شده است ضریب همبستگی متغیر گرایش به اعتیاد با متغیر اعتقادات مذهبی برابر با ۰.۶۱۱ می باشد و ضریب تعیین (مجذور ضریب همبستگی) برابر با ۳۷ درصد می باشد. بنابراین اختلالات شخصیتی می‌تواند گرایش به اعتیاد را در جوانان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تحت نظارت بهزیستی شهرستان خرم-آباد پیش‌بینی کند. نتایج این تحقیق با یافته‌های ربانی (۱۳۹۴) در خصوص شیوع اختلالات شخصیت و نقش این اختلالات در پیش بینی اعتیاد و خودزنی دختران فراری، استور (۱۳۹۴) به بررسی شیوع اختلالات شخصیت و نقش این اختلالات در پیش بینی اعتیاد، پارسانیا و همکاران (۱۳۹۱) به بررسی اختلالات شخصیت در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد، کریگ و همکارانش (۲۰۰۹) نشان دادند که رابطه متقابلی بین اختلال شخصیت، سوء مصرف مواد مخدر و اختلالات خلقی قبل از موعد وجود دارد. و همچنین با نتایج پژوهش کلایتون و همکاران (۲۰۱۰) که به این نتیجه رسیدند که بین شخصیت ضداجتماعی و اختلال سلوک با سوء مصرف مواد ارتباط وجود دارد و نوجوانانی که مواد مصرف می‌کنند دارای منبع کنترل بیرونی هستند و در مقایسه با آنهایی که مواد مصرف نمی‌کنند، اعتماد به نفس کمتری دارند. فشار روانی نظیر: فشار گروه همسالان، پرخاشگری و عدم وجود مهارت‌های مقابله‌ای از دیگر عوامل روان‌شناختی مرتبط با سوء مصرف مواد است، همخوانی دارد.

۵-۳. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از یافته‌های پژوهش

۵-۳-۱. فرضیه اصلی:

- اعتقادات مذهبی و اختلالات شخصیتی می‌تواند گرایش به اعتیاد را در جوانان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تحت نظارت بهزیستی شهرستان خرم‌آباد پیش‌بینی کنند.

در تبیین این فرضیه می توان بیان کرد که اعتیاد، مصرف مکرر و زیاد یک ماده است که محرومیت از آن موجب علائم ناراحتی و میل شدید به مصرف دوباره می شود و موجب تباهی جسمی و روانی می گردد. این اصطلاح امروزه جای خود را به واژه وابستگی داده است که به صورت مصرف مکرر یک دارو یا ماده شیمیایی با یا بدون وابستگی جسمی تعریف می شود (سلیمی و اشراقی، ۱۳۸۹؛ به نقل از مرادی، ۱۳۹۳).

مصرف مواد مخدر و مسئله اعتیاد یکی از مهم ترین مشکلات عصر حاضر است که گستره جهانی پیدا کرده است. این پدیده به یک معضل روانی، اجتماعی و خانوادگی تبدیل شده و علی رغم تلاش های گسترده برای کنترل آن، شیوعی رو به رشد داشته و سن مصرف رو به کاهش دارد. اعتیاد به مواد مخدر یکی از سه مشکل مهم بهداشتی در ایالت متحده است که درمان های مؤثر کمی برای آن وجود دارد و سالانه هزینه های زیادی بر اقتصاد این کشور وارد می کند (فیضی و همکاران، ۱۳۹۴).

یکی از آسیب های اجتماعی که جامعه ایران به آن مبتلا شده و برای گروه های مختلف مردم مشکل ایجاد کرده، پدیده ی اعتیاد به مواد مخدر است. اعتیاد به داروهای مجاز و غیرمجاز در چند دهه ی گذشته بسیار فراگیر شده است و حاکی از بروز یک مشکل جدید بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است. علل شیوع اعتیاد، پیچیده و متعدد بوده و بنابر ویژگی های جوامع مختلف تفاوت های قابل ملاحظه ای دارد. تاثیرات سوء مصرف مواد مخدر مشکلات زیادی ایجاد می نماید و بسیاری از عوارض آن ده ها سال بعد ظاهر می شود؛ لیکن عواقب و خسارت های اقتصادی، بهداشت روانی و اجتماعی اعتیاد بر کسی پوشیده نیست. هر معتاد ایرانی چندین میلیون تومان در سال به جامعه زیان می رساند. بنابراین میزان خسارات ناشی از اعتیاد لزوم اقدامات پیشگیرانه را که هزینه ی نازل تری دارد، توصیه می کند (اسماعیلی، ۱۳۹۱).

پدیده ی خانمان سوز اعتیاد باعث از هم پاشیدن بسیاری از خانواده ها، به انحراف کشیده شدن نوجوانان و جوانان، شیوع و گسترش بیماری ها و ضررهای فراوان اقتصادی و مرگ و میر شده است. اعتیاد یعنی ابتلای اسارت آمیز به ماده ی مخدر که از نظر جسمی یا روحی و اجتماعی زیان آور شمرده می شود و معتاد کسی است که بر اثر مصرف مکرر و مداوم، متکی و وابسته به مواد مخدر یا دارو شده باشد. اعتیاد مهم ترین آسیب اجتماعی است که ریشه در عوامل اجتماعی- روانی دارد و به طور متقابل بر روان فرد و بر اجتماع اثر می گذارد. معتادان نه تنها مولد و سازنده نیستند؛ بلکه نسبت به اعضای خانواده ی خود هم احساس مسئولیت نمی کنند و برآوردن نیاز خود را مقدم بر نیاز واقعی دیگران می دانند (اسماعیلی، ۱۳۹۱).

آمارها حاکی از آن است که میزان مصرف مواد در بین جوامع مختلف به ویژه در میان نوجوانان و جوانان در دهه‌های اخیر افزایش چشم‌گیری داشته است (ملیچر و چستانگ^۱، ۲۰۰۷). سوء مصرف مواد در جوانان وضعیت سلامتی و بهزیستی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (میلر و همکاران^۲، ۲۰۰۱). بدین ترتیب اعتیاد و سوء مصرف مواد را باید یکی از بارزترین مشکلات زیستی- روانی دانست که می‌تواند به راحتی بنیان زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی یک فرد و جامعه را سست کند و در معرض فروپاشی قرار دهد (راینسون و بریج^۳، ۲۰۰۳؛ گلدشتاین و وولکو^۴، ۲۰۰۲؛ ساندرز^۵، ۲۰۰۷).

هیرشی (۱۹۶۹) درباره مصرف مواد اینگونه فرض کرده است که مواد مخدر در جامعه به راحتی قابل دسترسی است و این طبیعی است که، مردم هم مصرف را تجربه کنند. پس به جای این که سوال شود، چرا مردم مواد مصرف می‌کنند؟ می‌باید پرسید که، چرا مردم مواد مصرف نمی‌کنند؟ همرنگی در جامعه بستگی به التزامی دارد که بین افراد و جامعه به وجود می‌آید و آنان را از شکستن قوانین باز می‌دارد. التزام و قرارداد اجتماعی شامل چهار عنصر است: وابستگی، تعهد، پیروی و اعتقاد. نظریه مهار اجتماعی پیش‌بینی می‌کند که، اگر افراد در وابستگی، تعهد و پیروی و اعتقاد در سطح بالایی باشند، کمتر مستعد انحراف از هنجارهای اجتماعی، از جمله مصرف مواد خواهند بود. یکی از نهادهای اجتماعی مهمی که به وسیله بسیاری از نظریه‌پردازان مهار اجتماعی نادیده گرفته شده، مذهب است. با توجه به این دیدگاه می‌توان اظهار داشت که پایبندی مذهبی، فرد را به چند طریق از مصرف مواد باز می‌دارد:

- افرادی که به مذهب وابستگی پیدا می‌کنند، خواه ناخواه با افراد مذهبی ارتباط متقابل دارند و اگر مواد مصرف کنند، مورد سرزنش و طرد آنان قرار می‌گیرند.

- مشارکت در فعالیت‌های مذهبی زمان کمی برای تجربه مواد در فرد باقی می‌گذارد.
- تعهد نسبت به مذاهب و هدف‌های آن به زندگی فرد معنا می‌دهد؛ به گونه‌ای که در این صورت مصرف مواد، دیگر جذابیتی ندارد.

- نظام اعتقادی اکثر مذاهب مخالف با مصرف مواد است و آموزش‌های آنان تقویت کننده عقاید منفی در برابر مصرف مواد است. مذهب مردم را در برابر فعالیت‌های متداول سرگرم می‌سازد و شبکه اجتماعی‌ای را پدید می‌آورد که مصرف مواد در آن غیر قابل پذیرش است (قربانی، ۱۳۸۴؛ به نقل از محمدی، ۱۳۹۴).

¹ Melchior & Chastang

² Miller et al

³ Robinson & Berridge

⁴ Goldstein & Volkow

⁵ Sanders

یافته‌های بالینی گویای این است که در شکل‌گیری وابستگی به موادمخدر، ویژگی‌های شخصیتی، شیوه زندگی، روابط اجتماعی، نگرش، احساسات، دلبستگی‌ها، عواطف و رفتارهایی که در طی رشد فرد شکل گرفته‌اند، نقش اساسی ایفا می‌کنند و عقاید و باورهای مذهبی و معنوی به عنوان یک عامل مقاوم‌ساز در برابر سوءمصرف مواد بر تک تک موارد فوق ارتباط تأثیر دارد. این عقاید و باورها به عنوان فاکتورهای حمایتی یا حائلی هستند که از طریق دادن امید، قدرت و معنا بخشی به زندگی، استرس زندگی را کم می‌کند و کیفیت زندگی را به ویژه در افراد معتاد بهبود می‌بخشد و حتی مانع گرایش به اعتیاد می‌شود (شمس اسفندآباد، ۱۳۸۸).

پدیده دینداری از موضوعات قابل توجهی است که اهمیت آن را از کثرت تلاش‌هایی می‌توان دریافت که در سال‌های اخیر برای ساخت و به کارگیری سنجه‌های دینداری مصروف شده است. این تلاش‌ها از دل اقتضائات و ضرورت‌های قابل درکی بیرون آمده است که نمی‌توانست بدون پاسخ باقی بماند. ضرورت این مطالعات به طور عام برخواسته از نفوذ و اعتباری است که هنوز دین برای انسان و اجتماع دارد (شجاعی زند، ۱۳۸۴؛ به نقل از رحیمی، ۱۳۹۱). دین اصل وحدت‌بخش و زمینه مشترکی را فراهم ساخته و به انسان اجازه می‌دهد تا با فائق آمدن بر تمایلات خودخواهانه‌شان و به خاطر عشق به هموعان‌شان فراتر از این خودخواهی‌ها عمل کنند. دین سنگ‌بنای سامان اجتماعی است و منبعی برای ارزش‌های اجتماعی است و بر گزینش‌های فردی و بسیاری از زمینه‌های زندگی روزمره تأثیر می‌گذارد و همچنین به عنوان تجلی روح جمعی و عامل همبستگی و یکپارچگی جامعه محسوب می‌شود. امروزه پدیده‌هایی همچون مهاجرت روستایی، ورود ابزار و وسایل ارتباط جمعی، آموزش و پرورش گسترده و غیره، ارزش‌ها و روابط سنتی را مورد پرسش قرار داده و تغییراتی را در دینداری نسل جدید به وجود آورده‌اند و پژوهشگران ناگزیرند تا به بررسی عوامل مؤثر بر تغییر ارزش‌های دینی جوانان از سویی و ارائه راهکارهایی برای غلبه بر آن از سوی دیگر بپردازند. تحلیل‌های نظری بیانگر آن است که در جوامع در حال گذار دینداری یکی از متغیرهای اجتماعی است که دستخوش تحولات گسترده‌ای می‌شود (دورکیم، ۲۰۰۴). اختلال شخصیت یک الگوی بادوام، فراگیر و غیرقابل انعطاف از تجارب درونی و رفتار بیرونی است که به طرز مشخصی با انتظارات فرهنگی فرد تفاوت دارد و به درماندگی و اختلال منجر می‌شود. این الگو باید حداقل در دو زمینه شناخت (روش‌های ادراک و تفسیر خود، دیگران و رویدادها)، حالت‌های عاطفی (شامل دامنه، شدت، تغییرپذیری و تناسب پاسخ‌های هیجانی)، عملکرد بین فردی و کنترل تکانه تظاهر پیدا کند (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳).

طیف محدود تجارب و پاسخ‌هایی که مبتلایان به این اختلالات از خود نشان می‌دهند، اغلب منجر به مشکلات روانشناختی، اجتماعی یا شغلی می‌شود. این اختلالات قاعدتاً در نوجوانی یا آغاز بزرگسالی

شروع می‌شوند (یا حداقل در این سنین قابل تشخیص‌اند)، گرچه در بعضی موارد اختلال در دوران کودکی نیز شروع می‌شود (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳).

اختلالات شخصیت و درماندگی و مشکلات ناشی از آن در تمام عمر دامنگیر فرد می‌شود، ولی با این حال انواع این اختلالات از نظر میزان فروپاشی زندگی فرد، با هم تفاوت دارند. با این حال چه اختلال خفیف چه شدید باشد، تمام جنبه‌های وجود شخص را متأثر می‌کند. درمان این اختلالات از دشوارترین نوع درمان‌های اختلالات روان‌شناختی می‌باشد. تخمین زده شده است که میزان شیوع اختلالات شخصیت در سنین بزرگسالی ۴-۱۵ درصد باشد (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳).

اختلالات شخصیت عبارت است از تجارب درون ذهنی و رفتاری با دوامی که بر معیارهای فرهنگی منطبق نیست، نفوذی غیرقابل انعطاف دارد، از نوجوانی یا جوانی شروع می‌شود، در طول زمان تغییر نمی‌کند و موجب ناخشنودی فرد و مختل شدن کارکردهایش می‌شود. هر گاه صفات شخصیتی، غیرقابل انعطاف و غیرانطباقی باشد و کارکردهای فرد را مختل سازد یا رنج و عذاب درون ذهنی برایش ایجاد کند، تشخیص اختلال شخصیت را می‌توان مطرح کرد (هاشم‌زاده، ۱۳۹۳).

۵-۳-۲. فرضیه اول:

- اعتقادات مذهبی می‌تواند گرایش به اعتیاد را در جوانان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد تحت نظارت بهزیستی شهرستان خرم‌آباد پیش‌بینی کند.

در تبیین این فرضیه می‌توان بیان کرد که مشکلات روانی، کنجکاوی، ضعف اراده، فرار از زندگی تکراری، انگیزه‌های درمانی، فقدان اعتقادات مذهبی، بی‌سوادی و عدم آگاهی، و شخصیت نابهنجار فرد مهم‌ترین علل فردی گرایش به اعتیاد می‌باشند. در قسمت علل خانوادگی می‌توان به کمبود محبت در خانواده، تبعیض بین فرزندان، آزادی بی‌حد، محدود کردن بی‌حد فرزندان، رفاه بی‌حد اقتصادی در خانواده، فقر، توسعه صنعتی و مهاجرت و حاشیه‌نشینی، و نابسامانی‌های خانواده اشاره کرد. همچنین برخی از علل اجتماعی گرایش به اعتیاد عبارتند از: در دسترس بودن مواد مخدر، بیکاری، نابرابری‌های اقتصادی و اجتماعی، محیط جغرافیایی و محله زندگی نامناسب، ضعف قوانین و ضعف اجرای آن، زندان و عدم تاثیر آن، وسایل ارتباط جمعی، دوست ناباب، و ضعف دینداری در جامعه (ستوده، ۱۳۹۴). از آن رو که دامنه علل گرایش به اعتیاد و دامنه و گستردگی عوارض ناشی از آن بسیار وسیع و فراگیر می‌باشد، پیشگیری، شناسایی و از بین بردن علل گرایش به اعتیاد ضروری است؛ زیرا همان‌گونه که گذشت، پیامدهای ناشی از اعتیاد بسیار خانمان‌سوز و بنیان‌شکن هستند و درمان پس از اعتیاد نسبت به پیشگیری کاری به صرفه نخواهد بود. البته این بدان معنا نیست که افراد معتاد درمان نشوند، بلکه بدان معناست که پیش از ایجاد اعتیاد در فرد، زمینه‌های گرایش به آن شناسایی شوند و با استفاده از مطالعات

کارشناسانه در ابعاد و تخصص‌های گوناگون، در از بین بردن زمینه‌ها تلاش شود. توجه به بعد اقتصادی گویای آن است که هزینه پیشگیری از درمان کمتر خواهد بود؛ چرا که برای تهیه مواد مخدر ارزش هنگفتی از کشور خارج می‌شود. همچنین برای کشف و مبارزه با آن و نیز مداوای معتادان هزینه‌هایی بالایی صرف می‌گردد (ستوده، ۱۳۹۴).

یکی از علل مصرف مواد مخدر جنبه‌های 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 معمولاً با انگیزه درمانی صورت می‌پذیرد. 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 می‌کنند (صادقی، ۱۳۹۴).

خانواده اصلی‌ترین نقش را در تربیت فرزندان دارد. یک خانواده سالم خانواده‌ای است که همه امور و فعالیت‌های آن منطبق با موازین و معیارهای حاکم بر جامعه باشد. یافته‌های تحقیقات حاکی از آنند که ۴۴ درصد بزهکاران جامعه در خانواده‌های بی‌بند و بار زندگی می‌کرده‌اند. بی‌توجهی والدین به تربیت فرزندان عواقب وخیمی در آینده فرزندان به دنبال خواهد داشت. نوع شغل پدر و مادر، وضعیت مسکن، کثرت یا قلت اولاد، همسایگان، ساکنان دیگر منزل، ویژگی‌های 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 مدرسالاری، وضع اقتصادی خانواده، ازهم‌پاشیدگی و سردی خانواده، جدایی والدین و عدم پیوستگی اعضای خانواده، و سست بودن ارکان خانواده از عوامل مهمی می‌باشند که زمینه انحراف و کجروی را در فرد ایجاد می‌نمایند. تحقیقات نشان می‌دهند که افراد معتاد بیش از افراد غیرمعتاد به خانواده‌های ازهم‌پاشیده و بی‌ثبات تعلق دارند. یکی دیگر از زمینه‌های اعتیاد فرزندان، اعتیاد پدر، مادر و یا اعضای خانواده می‌باشد. امروزه نهاد خانواده در غرب از جایگاه اصلی خود دور شده است. به‌هم‌خوردن نظم خانوادگی، سست شدن پایه این نهاد اساسی، شانه خالی کردن جوانان از قبول مسئولیت ازدواج، منفور شدن مادری، کاهش علاقه پدر و مادر و به ویژه مادر به فرزندان، جانشین شدن هوس‌های سطحی به جای عشق، و افزایش طلاق سبب گردیده‌اند که در این جوامع، نهاد خانواده کارکرد خود را در مورد کنترل آسیب‌های اجتماعی از دست بدهد. اما در جامعه ایران که یک جامعه اسلامی است و تعالیم اسلامی ارزش‌های خانوادگی را به بهترین وجه بیان کرده و مورد تأکید قرار داده است، نباید شاهد سست شدن پایه‌های خانواده بود. به طوری که بیش از چهار هزار دستورالعمل به صورت مستقیم درباره خانواده و ارزش‌های حاکم بر آن بیان شده است. در نتیجه پژوهشی که از ۸۰۰ کودک بزهکار به عمل آمده، معلوم شد که ۶۵ درصد مادران‌شان طلاق گرفته یا در حال جدایی بوده‌اند.

بررسی دیگر نشان می‌دهد که ۸۸ درصد کودکان مجرم دارای پدر و مادری بوده‌اند که از هم جدا زندگی کرده و بین آن‌ها اختلاف نظر و ستیزه وجود داشته است (ستوده، ۱۳۹۴).

اصولاً مذهب در سه سطح می‌تواند مصرف مواد را تحت تأثیر خود قرار دهد. اولین تأثیر مذهب شامل فعالیت‌های پیشگیرانه است که برای تحریم شروع مصرف مواد به کار گرفته می‌شود و می‌تواند در برگیرنده آموزش مستقیم مردم درباره منع مصرف مواد و همچنین هدفمند کردن زندگی باشد که در این صورت مصرف مواد عملی پسندیده نیست. دومین تأثیر مذهب در جلوگیری از گسترش اعتیاد در افرادی است که مصرف آزمایشی و گاه به گاه (تفریحی) مواد را شروع کرده‌اند. سومین تأثیر مذهب شامل برنامه‌هایی است که برای کمک به افراد معتاد به منظور ترک و همچنین پرهیز از بازگشت مجدد در آنان فراهم شده است (سلیمانی، ۱۳۹۲).

در همین راستا یافته‌ها نشان می‌دهد که باورهای دینی نه تنها بیماری‌های روحی و روانی را شفا می‌بخشد؛ بلکه در تسکین دردهای جسمی هم، مفید و موثر است. اعتقادات دینی عامل مهمی در کاهش فشارهای روانی و افسردگی در میان افراد جامعه است و افراد متدین کمتر از سایرین به بزهکاری، خودکشی، طلاق، اعتیاد، مصرف الکل و انواع مختلف تجاوز و تعدی به حقوق دیگران روی می‌آورند (سلیمانی، ۱۳۹۲).

در واقع می‌توان گفت، فردی که به طور منظم اعمال مذهبی را به جا می‌آورد، احتمال کمتری دارد که مواد مخدر مصرف کند تا فردی که تمایل به اجرای این اعمال ندارد. یکی از شیوه‌هایی که مذهب به وسیله آن مصرف مواد را کاهش می‌دهد، پرورش جنبه‌های بهداشت روانی است. مذهب به زندگی فرد جهت می‌دهد و از او به هنگام فشارهای روانی روزمره حمایت می‌کند. بنابراین تأمین بهداشت روانی می‌تواند فرد را از مصرف تفریحی و در نتیجه اعتیاد به مواد مخدر باز دارد و از طرف دیگر، باعث کاهش مشکلاتی مثل افسردگی، احساس از خود بیگانگی، تنهایی و عزت نفس پایین می‌شود. در واقع، دین می‌تواند مصرف مواد و بهبودی از آن را از طریق برقراری یک نظام اخلاقی تحت تأثیر قرار دهد. علاوه بر این، دین به تسهیل تجربه معنوی کمک می‌کند و تجربه معنوی نیز می‌تواند تعهدات اخلاقی را تحکیم بخشد و از این راه مانع از مصرف الکل و دیگر مواد شود (سلیمانی، ۱۳۹۲).

ساز و کار دیگر تأثیر دین آن است که می‌تواند از طریق مهارت‌ها و دانش‌هایی که فرد در طی زندگی خود کسب می‌کند، از مصرف مواد پیشگیری کند. دین می‌تواند یک نظام معنایی شامل هدف‌دار بودن زندگی، احساس خودارزشمندی مثبت، و خود را شایسته احترام دانستن بنا کند. این نظام معنایی می‌تواند مانع از خطرپذیری و رفتار هیجان‌طلبانه و نهایتاً منجر به احتمال کاهش مصرف مواد توسط فرد شود (سلیمانی، ۱۳۹۲).

اعتقادات مذهبی مانند فعالیت‌های پیشگیرانه‌ای است که برای تحریم شروع مصرف مواد مخدر به کار گرفته می‌شود و می‌تواند در برگیرنده آموزش مستقیم مردم درباره منع مصرف مواد و همچنین هدفمند کردن زندگی باشد. همچنین اعتقادات مذهبی جنبه مداخله‌گرایانه دارد که، برای جلوگیری از گسترش اعتیاد در افرادی است که مصرف آزمایشی و گاه به گاه مواد را شروع کرده‌اند. مصرف مواد مخدر در فرد حالتی غیر عادی ایجاد می‌کند، این حالات عموماً لذت‌بخش هستند و به صورت موقت و کاذب ایجاد می‌شود، بروز همین حالات لذت، بعد از اولین مصرف مواد مخدر که در بعضی موارد فقط به صورت کنجکاوای مبادرت به آن شده، باعث تداوم مصرف و اعتیاد می‌شود (غلامی، ۱۳۹۵).

نقش سلامت معنوی در حل معضلات اجتماعی و فردی، به نحو زیادی چشمگیر و قابل ملاحظه است؛ در حقیقت افرادی که پایبند مذهب و اعتقاداتی هستند که هرگونه اعمال منفی عفت و خلاف را نهی می‌کند، کمتر به اعمال ناروا و معضلات اجتماعی چون اعتیاد روی می‌آورند. بررسی‌های متعدد ثابت کرده‌اند که، احتمال مصرف مواد و اعتیاد افرادی که نسبت به مواد مخدر نگرش‌ها و باورهای مثبت دارند، بیش از کسانی است که نگرش‌های خنثی یا منفی دارند و این نگرش‌های مثبت طی زمان و زندگی فرد شکل می‌گیرند. داشتن اعتقاد، پایبند بودن به ارزش‌های زندگی اثر سازنده‌ای در سلامت جسمی و روانی افراد دارد، بطوری که امروزه از این برداشت‌ها به منظور بهره‌گیری بیشتر در درمان بیماران نیز استفاده می‌شود (غلامی، ۱۳۹۵).

دینداری نوعی زندگی است و تربیت دینی فرآیندی است که آدمی را برای نحوه خاصی از حیات مهیا می‌سازد. این نحوه زندگی بر مبنای اصول، قواعد و راهبردهای از پیش تعیین شده‌ای شکل می‌گیرد که توسط دین و در قالب عقاید و شریعت به آدمی عرضه گردیده است. پس اگر انسان در گستره تعالیم صحیح دینی رشد یابد، در همه حال خدا را ناظر بر اعمال و رفتار خویش حس می‌کند، قوانین اجتماعی را به بهترین نحو رعایت می‌نماید و به حقوق متقابل انسانی احترام می‌گذارد. با ایجاد این بستر، مظاهر انسانی به ظهور می‌رسد و جامعه متجلی می‌گردد. نظام تربیتی با تمام ابعاد اساسی، شخصیت انسان را هدایت می‌کند (هاونگی، ۱۳۸۲؛ به نقل از محمدیان، ۱۳۹۲).

در تربیت دینی، بعد اجتماعی همراه با بعد ایمانی و شخصیت، پرورش و رشد می‌یابد. بنابراین در دین اسلام بر رشد بعد اجتماعی شخصیت آدمی همراه با علم و آگاهی تاکید شده است. پس در نظام تربیت دینی، فرد علاوه بر داشتن اختیار و آزادی، در برابر جمع نیز احساس مسئولیت می‌کند و در این نظام، شیوه زندگی فرد از زندگی جمع، جدا نیست. حقوق و آزادی‌های فردی با رفاه، آسایش و آرامش و امنیت جمع تلفیق می‌شود و در این صورت است که فرد صرفاً به دنبال آسایش خویش نیست؛ بلکه آسایش جمعی را مقدم می‌دارد. بنای تربیت جوامع بشری هر چند که علمی باشد، مادام که متکی به

ایمان الهی نباشد، دشواری‌ها و مشکلاتی را پدید می‌آورد. انسان برای رسیدن به یک زندگی آرام نیاز به مذهب دارد. دین در یکپارچه‌سازی انسانی و سالم‌سازی جوامع نقش بسزایی دارد (هاونگی، ۱۳۸۲؛ به نقل از محمدیان، ۱۳۹۲).

عقاید مذهبی معمولاً عامل بازدارنده گرایش به مصرف مواد مخدر محسوب می‌شوند. مذهبی بودن علاوه بر اینکه جوان را در برابر مشکلات مصرف مواد حفاظت می‌کند، کودکان معتادان را نیز که به شدت در معرض خطر گرایش به مصرف مواد قرار دارند، حفاظت می‌کند (کوئینگ^۱، ۲۰۱۳).

افرادی که از دینداری بالایی برخوردارند، سازگاری بهتری با موقعیت‌های استرس‌زا دارند، میزان پایین‌تری از هیجانات منفی و افسردگی را تجربه می‌کنند، اضطراب کمتری دارند، از مصرف مواد روان‌گردان و الکل پرهیز می‌کنند و از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند، آنها به دلیل اتخاذ شیوه‌های سالم در زندگی امید به زندگی بهتری نیز نسبت به افراد عادی دارند (شیخی فینی و همکاران، ۱۳۹۳).

رفتارهای معنوی و مذهبی نیز به نوبه خود با ارضای نیازهای ذاتی افراد به وابستگی و ارتباط، عواطف منفی را کاهش می‌دهند و احساس امنیت برای افراد فراهم می‌کند. رفتارهای مذهبی و معنوی مانند دعا، نیایش و عبادت و شرکت در فعالیت‌ها و گروه‌های دینی اثرات آسیب‌زای استرس را از طریق ایجاد شبکه‌های حمایتی و ارتقای رفتارهای سلامت تعدیل می‌کنند همچنین، معنویت و باورهای مذهبی مقابله با مشکلات را از طریق درک موقتی بودن ناراحتی‌های روانشناختی یا رنج‌های زندگی تسهیل می‌کنند و احساس کنترل بر موقعیت را برای افراد فراهم می‌سازد. همه ستهای معنوی مذاهب مختلف، با احکام و دستورات بازدارنده و تجویزی خود، پیروان خود را در ایجاد یک سبک زندگی سالم و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت تشویق می‌کنند با درونی شدن وجذب این رفتارها و نیز باورهای دینی و معنوی و ایجاد تعهدات اخلاقی در زندگی روزانه افراد یک سبک زندگی سالم شکل می‌گیرد که در کاهش مرگ و میر، کاهش مصرف مواد و افزایش سلامت و بهزیستی مؤثر است (زنجان و مکارم، ۱۳۹۲).

اعتقادات و باورهای دینی و مذهبی، پایگاه و تکیه‌گاه محکم افراد جامعه در رابطه‌ی انسان با خداوند، سبب آرامش روحی و روانی انسان در دغدغه‌ها، درگیری‌ها، فشارهای روانی، اضطراب و نگرانی‌های او در زندگی اجتماعی است به گونه‌ای که انسان معتقد و متقی در مشکلات، کمتر آرامش خود را از دست می‌دهد و با توکل کار را به انجام می‌رساند. با این وجود باید دید آیا ایمان و اعتقاد می‌تواند عامل بازدارنده مهم و تأثیرگذار در پیشگیری و درمان اعتیاد به مواد مخدر به شمار آید و آیا ایمان به خدا سبب می‌شود تا یک فرد معتقد هرگز دامن به اعتیاد نیالاید یا آن که ایمان یک عامل صرفاً باز

¹ Koenig

دارنده و کمکی است؟ داشتن اعتقاد، پایبند بودن به ارزش-های زندگی و در جستجوی معنای زندگانی بودن از مفاهیم دیرآشنایی هستند که در زندگی صنعتی امروزی رنگ و بوی خود را از دست داده-اند. اما صرف نظر از تأثیری که این مفاهیم در زندگی شخصی فرد دارند، اثر مثبت و سازنده آن-ها در سلامتی جسمی و روانی اهمیتی دوباره یافته است. به طوری که امروزه از این برداشت-ها به منظور بهره-گیری بیشتر در درمان بیماران نیز استفاده می-نمایند. مطالعات نشان می-دهد که ۲۰ تا ۶۰ درصد متغیرهای سلامت روانی افراد به وسیله-ی باورهای مذهبی تعیین می-شود (توکلی، ۱۳۹۰).

از طرف دیگر شواهد قابل ملاحظه-ای وجود دارند که نشان می-دهند مذهب و باورهای مذهبی از جمله عوامل فرهنگی هستند که باید در ارتقای سلامت، درمان و پیشگیری از آسیب-های اجتماعی مورد توجه قرار گیرند. آشنایی صحیح با مبانی دینی، انسان را از سیر در اندیشه-های نادرست و ابتلا به انحرافهای اجتماعی باز می-دارد. از دیدگاه تعلیم و تربیت اسلامی، تمامی کثر رفتاری-ها و انحرافات بشر از نبود و یا ضعف اعتقاد مذهبی ریشه می-گیرد و پایبندی به اصول مذهبی، بزرگ-ترین عامل بازدارنده از انحراف-های اجتماعی است. بررسی-ها نشان می-دهد که داشتن اعتقاد مذهبی نقش مهمی در کاهش سوء مصرف مواد مخدر دارد. افرادی که اصول مذهبی را پذیرفته و نسبت به آن احساس پیوستگی می-کنند کمتر از افرادی که مذهبی نیستند مواد مخدر مصرف می-کنند. صرف نظر از این که فرد به چه مذهبی گرایش دارد، می-توان گفت فردی که به طور منظم اعمال مذهبی را انجام می-دهد احتمال کمتری وجود دارد که مواد مصرف کند تا فردی که تمایلی به انجام این اعمال ندارد. بنابراین کسانی که تقلید مذهبی بیشتری دارند در برابر ابتلای به مواد مخدر مقاوم-تر هستند و به عبارت بهتر ضعف ارزش-های مذهبی، افراد را برای ابتلای به مواد مخدر آسیب-پذیر می-کند (توکلی، ۱۳۹۰).

۵-۳-۳. فرضیه دوم:

- اختلالات شخصیتی می-تواند گرایش به اعتیاد را در جوانان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تحت نظارت بهزیستی شهرستان خرم‌آباد پیش‌بینی کند.

در تبیین این فرضیه می-توان گفت: آلپورت^۱ در تعریف خود از شخصیت می-گوید: «شخصیت سازمانی است پویا از نظام‌های روانی - جسمانی در درون فرد که سبب سازگاری‌های بی‌همتا و بی‌نظیر او با محیط می‌شود». بین شخصیت و اعتیاد رابطه‌ای متقابل وجود دارد، به نحوی که فرد به علت وضع خاص شخصیتی و نیازها، شکست‌ها، ناتوانی در برخورد با مسائل و ناکامی در زندگی، عدم ثبات عاطفی و ملایمات دیگر به اعتیاد روی می‌آورد. از سوی دیگر، اعتیاد به نوبه خود منجر به از بین رفتن تعادل

^۱ Alport

روانی و هیجانی شخص می‌شود. بدین‌سان، بین اعتیاد و شخصیت فرد دور باطلی ایجاد می‌شود که مبارزه با آن مستلزم تغییر شرایط بیرونی و درونی، یعنی ایجاد اراده و روحیه‌ای قوی و آسیب‌ناپذیر است. شناخت شخصیت و ویژگی‌های رفتاری معتادان به منظور مبارزه با اعتیاد و نیز پیشگیری و درمان آن، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. برخی از اختلالات مربوط به شخصیت که منجر به شکل‌گیری و ایجاد زمینه انحرافات اجتماعی و گرایش فرد به اعتیاد می‌شود، عبارتند از: شخصیت پارانویایی^۱ و شخصیت ضداجتماعی.

ویژگی‌های خاص شخصیت پارانویایی این است که این افراد اعمال دیگران را تحقیرآمیز یا تهدیدآمیز تفسیر می‌کنند؛ به دیگران اعتماد ندارند و روابط اجتماعی آن‌ها در اثر همین بی‌اعتمادی مختل شده است. این افراد خودبزرگ‌بین هستند و به دیگران ظلم و ستم می‌کنند. ضعف شخصیت ضداجتماعی نوعی به‌هم‌ریختگی ارتباط میان انسان و جامعه است. این افراد نسبت به هنجارها و مقررات اجتماعی بی‌اعتنا و بی‌تفاوت هستند و سعی می‌کنند، به هر نحو که شده به هوا و هوس خود پاسخ دهند. این افراد ارزش‌های اخلاقی را پایمال می‌کنند و به علت جستجوی لذت و نیز ضعف اراده به آسانی گرفتار مواد مخدر و الکلی می‌شوند. از نشانه‌ها و ویژگی‌های شخصیت ضداجتماعی می‌توان به خودمحوری، فقدان احساس گناه و فریبندگی سطحی و ظاهری اشاره کرد (مولایی، ۱۳۹۲).

شخصیت می‌تواند سازگار و یا ناسازگارانه باشد. «ناسازگاری» زمانی مطرح می‌شود که افراد قادر نباشند تفکر و رفتار خود را با محیط و تغییرات آن تطبیق دهند. سازگاری یا عدم سازگاری ارتباط نزدیکی با «انعطاف‌پذیری» دارد. یک شخصیت سالم با وجود ثبات و پایداری به میزانی از انعطاف‌پذیری بهره می‌برد. اما افراد ناسازگار در برخورد با موقعیت‌هایی که واکنش به آنها مستلزم تغییرات و تصمیمات جدید است، تفکر و رفتار انعطاف‌ناپذیری از خود بروز می‌دهند. بنابراین، اختلال شخصیت یعنی رفتارهای ناسازگار و انعطاف‌ناپذیر در برخورد با محیط و موقعیت‌ها (کارونن^۲، ۲۰۱۲).

در بررسی عوامل گرایش به اعتیاد باید به عوامل فردی و عوامل اجتماعی نیز توجه داشت. در بررسی عوامل فردی، می‌توان به این نکته رسید که فرد می‌تواند به سبب معاشرت با افراد ناباب، ماده مخدر را تجربه کند و یا برای رسیدن به سرخوشی‌های زودگذر و احساس لذت آنی و یا به دلیل عدم آگاهی و فقدان نظام خانوادگی محکم و یا برای فرار از مشکلات به ماده مخدر روی آورد. البته بیشتر این افراد همان‌هایی هستند که شخصیت ناپخته و ناپایدار دارند و آماده زیرپا گذاشتن معیارهای اخلاقی هستند. در بررسی عوامل اجتماعی که آنها نیز در اعتیاد نقش بسیار مهم دارند؛ می‌توان به نابسامانی‌های خانوادگی، اعتیاد والدین یا یکی از آنها، اختلافات زناشویی و طلاق، فقر، فقدان معیارهای اخلاقی در خانواده، عدم

^۱ paranoid

^۲ Karvonen

حساسیت محیط آموزشی به رفتار نوجوانان و البته عوامل متعدد دیگر اشاره کرد. کسانی که رشد اخلاقی و شخصیتی کافی نداشته‌اند و به بلوغ شخصیت نرسیده‌اند، در برابر اعتیاد آسیب‌پذیرند. بدیهی است که این افراد پس از معتاد شدن عزت‌نفس و اعتماد به نفس خود را از دست می‌دهند، از پذیرش مسئولیت شانه خالی می‌کنند، با قانون‌گریزی و پرخاشگری احتمالاً به دزدی و جنایت نیز گرایش می‌یابند و با ازدست‌دادن ارزش‌های اخلاقی و انسانی، استعدادهای خود را در راه خلاف و کج‌روی‌های اجتماعی به‌کار می‌برند (نوری، ۱۳۹۴).

نکته‌ی مهمی که در این جا باید به آن تأکید شود این است که خانواده نقش بسیار مهمی در پیشگیری از اعتیاد دارد. شخصیت کودک و نوجوان متأثر از رفتار پدر و مادر است. رفتار محبت‌آمیز والدین و تأمین نیاز عاطفی کودک می‌تواند به رشد و پختگی شخصیت کودک بیانجامد. ابراز مهر و محبت از سوی والدین می‌تواند پشتوانه و تکیه‌گاهی امن برای کودکان تلقی شود تا با احساس امنیت و اعتماد به نفس به رشد اخلاقی برسند و جذب کسانی نشوند که نسبت به آنها اظهار محبت و علاقه کاذب می‌نمایند و روزنه باغ اعتیاد را برای‌شان می‌گشایند. درواقع برخورد درست والدین با فرزندان در پیشگیری از اعتیاد بسیار مؤثر است و در مقابل، نابسامانی و ازهم‌گسیختگی روابط خانوادگی و عدم وجود تربیت درست به رشد شخصیت کودک کمک نمی‌کند و ممکن است با ایجاد ناپایداری روانی و خلقی کودک، در آینده او را به‌سوی اعتیاد گرایش دهد (نوری، ۱۳۹۴).

اعتیاد ناهنجاری روانی - اجتماعی است که از مصرف غیرطبیعی مواد مخدر صنعتی و سنتی ناشی شده و باعث اختلال روانی و فیزیولوژی فرد مبتلا به مواد مذکور می‌شود. این اختلال در عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی فرد معتاد اثر ناپسندی بر جای گذاشته و در موارد شدید حتی زندگی فردی و اجتماعی وی را به طور جدی تهدید می‌کند. بنابراین سوءمصرف مواد یکی از مهمترین مشکلات عصر حاضر است که گستره‌ای جهانی پیدا کرده است. مصیبتی که میلیون‌ها زندگی را ویران و سرمایه‌های کلان ملی را صرف مبارزه و یا جبران صدمات ناشی از آن می‌کند. هر روز بر شمار قربانیان مصرف مواد افزوده می‌شود و عوارض آن شامل اختلالات جسمی، روانی، خانوادگی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی است که سلامت بشر را مورد تهدید قرار می‌دهد (حیدری، ۱۳۹۲).

مصرف طولانی‌مدت مواد موجب اختلال در بهداشت و سلامت جسمی - روانی فرد می‌شود که با بروز بسیاری از بیماری‌های مزمن و خطرناک همراه است. به علاوه از آنجا که اعتیاد بیشتر به هنگام ایجاد و ساخت خانواده و در ارزشمندترین سال‌های زندگی، از نظر میزان کارآیی، بیشترین تأثیر را بر زندگی خانوادگی و شغلی فرد می‌گذارد.

مواد مخدر تنها به فرد مصرف‌کننده آسیب نمی‌رساند؛ بلکه به هرکس که با آن در تماس باشد، آسیب می‌رساند؛ و زمانی که تعداد معتادان فراتر از حد قابل جبران باشد، جامعه صدمه می‌بیند. اعتیاد خسارات و هزینه‌های بسیاری را به جامعه تحمیل می‌کند. بنابراین، عوارض ناشی از اعتیاد شامل عوارض فردی، خانوادگی، شغلی، اجتماعی و اقتصادی می‌باشند (جدیری اسلامی، ۱۳۹۳).

۴-۵. محدودیت‌های پژوهش

- برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار پرسشنامه به عنوان وسیله اصلی استفاده شده است.
- محدود بودن نتیجه پژوهش به جوانان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد تحت نظارت بهزیستی شهرستان خرم‌آباد، و لذا در تعمیم نتایج به مراجعه‌کنندگان به مراکز ترک اعتیاد سایر استان‌ها و شهرستان‌ها رعایت احتیاط، ضرورت پذیرد.
- همکاری کم مراجعه‌کنندگان.
- از آن‌جا که تحقیق فعلی در حوزه‌ی پژوهش‌های علوم انسانی انجام گرفته است، امکان تأثیرگذاری متغیرهای دیگر که خارج از کنترل پژوهشگر است بر نتایج پژوهش دور از ذهن نیست.
- در این پژوهش به منظور زمینه‌یابی از پرسشنامه استفاده گردید، در نتیجه ممکن است برخی از افراد از ارائه پاسخ واقعی خودداری کرده و پاسخ غیر واقعی داده باشند.

۵-۵. پیشنهادهای پژوهش

۵-۵-۱. پیشنهادهای پژوهشی

- استفاده از روش‌های کیفی (استفاده از پرسشنامه باز، پرسشنامه تشریحی) و مصاحبه‌های عمیق نیز در گردآوری داده‌ها
- پژوهش حاضر در قالب طرح‌های تجربی تک‌موردی اجرا شود.
- گرچه بر پایه یافته‌های پژوهشی، رویکرد مورد تحقیق از اثر بخشی برخوردار می‌باشد اما بکارگیری این شیوه درمانی در قالب طرح‌های تک‌آزمودنی و آزمایشی با نمونه‌های بزرگتر ضروری می‌باشد
- پیشنهاد می‌شود مشابه این پژوهش به صورت سنجش متغیرها به صورت دوگانه بر روی نمونه‌های دیگر با تفکیک جنسیت، سن، میزان تحصیلات و دیگر مشخصات جامعه شناختی صورت پذیرد.
- این کار هم قابلیت تعمیم‌پذیری را افزایش می‌دهد و هم امکان مقایسه را فراهم می‌کند.
- در پژوهش‌های آینده، عوامل مداخله‌گری همچون وضعیت اقتصادی، تاهل، جنسیت و مقدار تحصیلات پاسخگویان مورد بررسی قرار گیرد.

۵-۲. پیشنهادهای اجرایی

- اختصاص مبحثی تحت عنوان دیدگاه اسلام در مورد ضررهای مصرف الکل و مواد مخدر با استفاده از آیات قرآن، احادیث و فتاوی مراجع تقلید در کتاب‌های دینی و معارف دبیرستان‌ها و دانشگاه‌ها برای نهادینه شدن نگرش‌های ضد مصرف مواد ضروری است.

- خانواده‌ها می‌باید تلاش کنند و با به کارگیری روش‌های مناسب نسبت به پرورش اصول دینی و مذهبی در کودکان و نوجوانان خود مبادرت ورزند و ارزش‌های سازنده‌ی اجتماعی را به آنان بیاموزند تا از آسیب‌پذیری آنان در برابر اعتیاد بکاهند.

- با توجه به جو مذهبی حاکم بر کشور، استفاده از اندیشمندان روحانی، ائمه فرهیخته‌ی جمعه و جماعات برای وعظ، پیرامون عوارض نامطلوب اعتیاد به مواد مخدر و جلب مشارکت مردم در پیشگیری از اعتیاد امری ضروری و اجتناب‌ناپذیر است.

- از آنجا که مذهب و سلامت معنوی، حافظ شخصیت و کرامت انسانی است و مواد مخدر شخصیت انسانی و فضائل اخلاقی و عزت نفس را از فرد سلب می‌کند و به جای آن زبونی و ذلت را به فرد می‌دهد، لذا مردم باید در بالا بردن و ارتقای سطح سلامت معنوی خود بکوشند تا از این طریق از گرفتار آمدن در دام معضلات اجتماعی مخصوصاً اعتیاد رهایی یابند.

- امروزه یکی از مشکلات جوامع بشری مشکل اعتیاد و مواد مخدر می‌باشد که در کمین افراد جامعه خصوصاً جوانان و نوجوانان است. همانطور که می‌دانیم پیشگیری بهتر از درمان است چرا که اگر پیشگیری به موقع و مناسب انجام گیرد، دیگر نیازی به درمان نیست لذا رویکردهای پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر در میان جوانان بایستی در سنین نوجوانی و جوانی به عنوان آسیب‌پذیرترین گروه خطر متمرکز گردد.

- انتخاب یک مشاور، برای خانواده و گرفتن راهنمایی از او برای ابراز محبت و علاقه به فرزندان و همچنین رفع نیازهای عاطفی آن‌ها.

- تحکیم پایه‌های اعتقادی و آموزش فرزندان و آشنا کردن آنان با عوارض اعتیاد به جای محدود کردن آنان.

- آگاه‌سازی خانواده‌ها در زمینه‌های علایم فرد معتاد و عوامل گرایش فرد به اعتیاد، نحوه تهیه و محل مصرف مواد، موارد شایع در منطقه زندگی، و عوامل و موقعیت‌هایی که سبب مصرف مواد می‌شود، تا از این طریق خانواده‌ها بتوانند از اعتیاد اعضایشان خودداری نمایند.

-تأمین سلامت روانی خانواده ها از طریق بالا بردن سطح سواد و آگاهی ایشان- که می تواند به وسیلهی رسانه های گروهی همچون رادیو و تلویزیون صورت پذیرد- نیز زیربنایی برای پیشگیری از اعتیاد در میان اعضای خانواده است.

فهرست منابع

الف: منابع فارسی

آذرنوش، لادن و عبدی زرین، سهراب. (۱۳۹۰). نقش مذهب در سلامت روان جوانان جامعه. همایش ملی. آسیب‌شناسی مسائل جوانان، فلاورجان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد فلاورجان، به نشانی: http://www.civilica.com/Paper-IAUFALAASIB01-IAUFALAASIB01_096.html.

آلن، فرانسیس. (۱۳۹۳). مبانی تشخیص روان‌پزشکی بر اساس DSM-5: راهنمای کاربردی برای تشخیص‌گذاری صحیح. مترجم: عبدالرضا منصوری راد، ناشر: کتاب ارجمند، چاپ ۱، شابک:

۹۷۸۶۰۰۲۰۰۳۷۱۳

آهون، روح‌الله؛ اسمعیلی، معصومه؛ شاکه‌نیا، فرحناز؛ اخلاقی، علیرضا؛ منتظری، محمدصادق. (۱۳۹۳). تأثیرات ادراک شده زمینه‌ساز اعتیاد (خانوادگی، دلبستگی، اعتقادی) در نوجوانان پسر. فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، علمی-پژوهشی، سال ۱۵، شماره ۴، پیاپی ۵۸، ۱۲۰-۱۱۰. امانی، علی. (۱۳۹۰). گستره پژوهش‌های داخلی در زمینه ساخت مقیاس‌های دینی. پژوهش‌های دانشکده روانشناسی دانشگاه تهران، دوره ۳، شماره ۳، ص ۷۸.

اتکینسون، ریتا؛ اتکینسون، ریچارد؛ اس میت، ادوارد. (۱۳۹۵). متن کامل زمینه روانشناسی هیلگارد. مترجم: محمدنقی براهنی، ناشر: رشد، نوبت چاپ ۲۴، شابک: ۹۷۸۹۶۴۱۱۴۶۰۳۲.

استور، سحر. (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین اختلالات شخصیت با گرایش به اعتیاد در بین دانشجویان پسر دانشگاه پیام نور. پایان نامه کارشناسی رشته روانشناسی، ص ۳۹.

اسماعیلی، محمود. (۱۳۹۱). اعتیاد چیست؟. روزنامه ولایت قزوین

اسماعیلی، نادعلی. (۱۳۸۲). شناخت و درمان اعتیاد. نشر ادب. ص ۳۸.

اما بیلی، وایلدر. (۱۳۹۴). روانشناسی، اختلالات شخصیتی یعنی چه؟. ترجمه ع. فخر یاسری، ناشر: رشد، چاپ ۴.

باقیانی مقدم، محمدحسین؛ فاضل‌پور، شکوه؛ رهایی، زهره. (۱۳۸۷). مقایسه دیدگاه معتادین و غیر معتادین در مورد علل گرایش به اعتیاد. فصلنامه پژوهشی طلوع بهداشت دانشکده بهداشت یزد، سال هفتم، شماره ۳ و ۴، صص ۴۹-۴۰.

بدری گرگری، رحیم. (۱۳۹۳). تأثیر جهت‌گیری مذهبی و روش‌های مقابله مذهبی بر اعتیادپذیری

دانشجویان دانشگاه تبریز. مجله راهبرد فرهنگ، دوره ۱، شماره ۲۸، ص ۲.

بنی طباء، سیدمصطفی؛ بنی طباء، حسناسادات. (۱۳۹۴). آسیب‌شناسی خانوادگی اعتیاد. پایگاه اطلاع رسانی راسخون، کد مطلب: ۳۰۳۶۹.

- بیرامی، منصور؛ نبی‌زاده چیان، قسیم؛ اسماعیلی انامق، بهمن. (۱۳۸۹). رابطه سبک‌های هویت با جهت گیری مذهبی و صفات شخصیتی. اولین همایش کشوری دانشجویی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت.
- پارسانیا، زینب؛ فیروزه، مهری؛ تک‌فلاح، لیلا؛ محمدی سمنانی، سعید؛ جهان، الهه؛ امامی، عاطفه. (۱۳۹۱). بررسی اختلالات شخصیت در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، دوره ۲۲، شماره ۲، صص ۱۵۶-۱۵۲.
- تحصیلی، علی. (۱۳۹۵). مقدمه‌ای بر علل گرایش به اعتیاد. پایگاه خبری نشاط، مجله الکترونیکی ویستا، vista news hub
- تفقدی، فاطمه. (۱۳۹۱). تعریف عملیاتی و مفهومی. وبلاگ کلاسی درس روش تحقیق، researchmethod90.blogfa.com
- بشرپور، سجاد. (۱۳۹۵). بررسی رابطه ساده و چندگانه نگرش‌های مذهبی و سلامت روان با گرایش به اعتیاد در دانش‌آموزان متوسطه دوم. مجله رسمی چل سرو، حوزه سلامت، اعتیاد.
- حاجلی، علی؛ زکریایی، محمدعلی، حجتی کرمانی، سوده. (۱۳۸۹). نگرش مردم به سوء مصرف مواد مخدر در کشور. نشریه بررسی مسائل اجتماعی ایران، دوره ۱، شماره ۲، صص ۸۱-۱۱۲.
- حاجی‌لو، محمدرضا. (۱۳۸۸). تاریخچه و علل گرایش به مواد اعتیادآور. انتشارات نگاه، تهران، صص ۶۴.
- حسینی، شیوا؛ فقیهی، علی. (۱۳۹۵). شناخت و بررسی عوامل اعتیاد جوانان و نوجوانان به مواد مخدر. نشریه پزشکی طبیب مردم، مجله الکترونیکی ویستا.
- حیدری، حشمت‌اله. (۱۳۹۲). مجله تحقیقات نظام سلامت. سال ۸، شماره ۶.
- جدیری اسلامی، آرش. (۱۳۹۳). آشنایی با مواد مخدر و اثرات روانی و جسمی. مجموعه مقالات اعتیاد، شماره ۳، برگرفته از سایت اختصاصی دکتر جدیری اسلامی.
- خاکی، غلامرضا. (۱۳۹۰). روش تحقیق با رویکردی به پایان نامه نویسی. تهران: بازتاب. چاپ پنجم، صص ۱۲، شابک X-۴۰-۶۳۹۴-۹۶۴.
- خدایاری فرد، محمد و همکاران (۱۳۷۸) تهیه مقیاس اندازه گیری اعتقادات و نگرش مذهبی دانشجویان. گزارش نهایی طرح پژوهش، با پشتیبانی اجرایی دانشگاه صنعتی شریف.
- دلاور، علی. (۱۳۹۴). روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی. تهران: ویرایش. ویراست ششم، چاپ بیست و سوم، صص ۲۷، شابک ۲-۰۲-۶۱۸۴-۹۶۴.

دواس، دی ای. (۱۹۹۷). پیمایش در تحقیقات اجتماعی. ترجمه هوشنگ نائینی (۱۳۸۹)، تهران، نشر نی، صص ۵۷-۴۳.

راوید، انوش. (۱۳۹۵). تاریخ مواد مخدر و اعتیاد در ایران. وبلاگ تاریخی و جغرافیایی ارگ ایران به نشانی ravid1.blogspot.com

ربانی، محمد شجاع. (۱۳۹۴). بررسی شیوع اختلالات شخصیت و نقش این اختلالات در پیش‌بینی اعتیاد و خودزنی دختران فراری. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، شماره شناسایی: ۳۹۱۰۵۴۸۵.

رحیمی، محمد. (۱۳۹۱). دینداری از منظر جامعه‌شناسی. وب سایت علوم اجتماعی ایران به نشانی <http://socialsciences.ir>

روانیار، همیار. (۱۳۹۲). تعریف اختلالات شخصیت، بیماری‌ها و شرایط. مجله دکتر سلام، مجله پزشکی و سلامت، سال ۱، شماره ۱.

روستا، مدینه. (۱۳۹۲). پیشگیری و آسیب‌های اعتیاد. وبلاگ دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، فصل ۵.

روشن‌پور، مجتبی. (۱۳۹۳). آسیب‌شناسی اعتیاد و عوامل اجتماعی موثر بر آن. مجموعه اقدامات تأمینی و تربیتی دانشگاه، صص ۲-۱.

زارع، حسین؛ امین‌پور، حسن. (۱۳۹۰). آزمون‌های روان‌شناختی. انتشارات آبیژ.

سادوک، بنجامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا؛ روئیز، پدرو. (۱۳۹۴). خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک براساس DSM-5. مترجم: مهدی گنجی، ناشر: نشر ساوالان، جلد ۲، ویراست یازدهم. شابک: ۹۷۸۶۰۰۷۴۳۲۲۴۲

سام آرا، عزت‌اله؛ کردونی، روزبه؛ دغاغله، عقیل؛ وافقه، سیدمرتضی. (۱۳۸۷). آسیب اجتماعی اعتیاد در بین جوانان روستایی. مطالعه موردی روستاهای شهرستان اهواز، فصلنامه روستا و توسعه، دوره ۱۱، شماره ۳، صص ۵۰-۲۷.

ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۹۳). بررسی عوامل موثر در گرایش دانش‌آموزان دوره متوسطه به سوء مصرف مواد مخدر و راه‌های پیشگیری از آن. فصلنامه مطالعات مبارزه با مواد مخدر، سال ششم، شماره ۲۰ و ۲۱، صص ۶۳-۷۸.

ستوده، هدایت‌الله. (۱۳۹۴). آسیب‌شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات). تهران، انتشارات آوای نور، ویرایش جدید. صص ۱۹۰-۲۱۵.

سلیمانی، سمیرا. (۱۳۹۲). **باورهای دینی، فرهنگی و پیشگیری از اعتیاد**. گروه سلامت روان اجتماعی اعتیاد نیشابور، پایگاه جامع آموزش و فرهنگ سازی سلامت، شماره خبر ۹۰۲۳۶.

سراج زاده، حسین و همکاران (۱۳۹۲). **دین و سلامت: آزمون اثر دینداری بر سلامت در میان نمونه ای از دانشجویان**، جامعه شناسی کاربردی، سال ۲۴، شماره ۴۹.

شاهنده، حبیب؛ گل پرست، قنبر. (۱۳۹۴). **علل گرایش جوانان به مواد مخدر**. پایگاه اینترنتی مدرسه علمیه حضرت زینب (س) میناب.

شمس اسفندآباد، حسن. (۱۳۸۸). **بررسی نگرش دینی و کیفیت زندگی در بین معتادان شهر کرمان**. مجله علمی - پژوهشی مطالعات روان شناسی دانشگاه الزهراء، شماره ۱، دوره ۵.

شهابی، روح الله؛ اکبری زردخانه، سعید. (۱۳۹۴). **رابطه دینداری و خودکنترلی پایین با استعداد سوء مصرف مواد در دانشجویان**. فصلنامه دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی تهران، شماره ۱۲.

شیخی فینی، علی اکبر؛ کاووسیان، جواد؛ رضانی، ولی الله. (۱۳۹۳). **علل گرایش به مواد مخدر در بین نوجوانان و جوانان و راههای پیشگیری**. مجموعه مقالات پیشگیری و حقوقی معاونت اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم دادگستری خراسان رضوی، دوره ۴.

صادقی، مجید. (۱۳۹۴). **علل گرایش به اعتیاد، راههای پیشگیری و درمان آن**. مجموعه مقالات اداره کل تبلیغات اسلامی سمنان، سایت میقات.

صفا، داود. (۱۳۹۵). **علل گرایش به اعتیاد؛ راههای پیشگیری و درمان آن**. ماهنامه معرفت، سامانه آموزشی پژوهشی امام خمینی، ویژه فلسفه، سال ۲۵، شماره ۲، پیاپی ۲۲۱.

طیبی، سید جمال الدین؛ ملکی، محمدرضا؛ دلگشایی، بهرام. (۱۳۹۳). **تدوین پایان نامه، رساله، طرح پژوهشی و مقاله علمی**. نشر فردوس، چاپ ششم، شابک ۹۷۸-۹۶۴-۳۲۰-۴۱۶-۷.

غلامی، محمدحسین. (۱۳۹۵). **نقش اعتقادات مذهبی در گرایش به مواد مخدر**. خبرگزاری ایرنا، وبلاگ رسمی دکتر یزدان نیاز.

فرچاد، محمدحسین. (۱۳۸۵). **آسیب شناسی اجتماعی و جامعه شناسی انحرافات**. نشر معلم.

فیضی، حسین؛ ویسی رایگانی، علی اکبر؛ عبدی، علیرضا؛ شاکری، جلال؛ مردوخی، مهدی. (۱۳۹۴). **علل گرایش به مصرف مواد از دیدگاه مراجعه کنندگان به مراکز ترک اعتیاد استان کرمانشاه**. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، دوره ۲، شماره ۲، ص ۵۶.

قائدی، غلامحسین. (۱۳۹۵). **رابطه مسائل روانی و اعتیاد**. پایگاه اطلاع رسانی پزشکی ایران سلامت، مجله الکترونیکی ویستا.

قاسمی، ابراهیم. (۱۳۹۴). دو برابر شدن زنان معتاد در کشور زنگ خطر برای نابودی کانون خانواده‌ها. سایت اینترنتی سلام ساری، کد خبر: ۶۷۶۹.

کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین. (۱۳۹۲). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری / روان پزشکی بالینی کاپلان و سادوک ۲۰۰۷. مترجم: فرزین رضاعی، چاپ پنجم، جلد ۲، ویراست ۱۰، شابک: ۹۷۸۹۶۴۴۹۶۱۷۶۲. کارور، چارلز اس، شی یر، مایکل اف. (۱۳۸۷). نظریه‌های شخصیت. ترجمه احمد رضوانی، ناشر: به نشر. چاپ دهم، ویراست ۵. شابک: ۹۷۸۹۶۴۰۲۱۲۱۰۳، مشهد: آستان قدس رضوی، تاریخ انتشار به زبان اصلی (۲۰۰۷).

کاکویی دینکی، عیسی؛ قوامی، نسرين سادات. (۱۳۹۴). بررسی ویژگی‌های جنسیتی و پیامدهای گرایش زنان به سوء مصرف مواد مخدر. پژوهش کانون خیرین فرهنگی بانوان شرکت، سال ۱، دوره ۱، ص ۱. کریمی، فاطمه. (۱۳۹۳). اعتیاد به مواد مخدر (علت‌ها، آسیب‌ها و راهکارها). خبرنامه آیات، مجموعه مقالات آسیب‌های اجتماعی، مددکاری و فعالیت‌های انسان‌دوستانه.

کوئن، بروس. (۱۳۹۴). درآمدی به جامعه‌شناسی. ترجمه محسن ثلاثی، ناشر توتیا، چاپ ۳۳، شابک ۹۶۴-۶۸۹۴-۱۸-۶.

لجم اورک، کوثر؛ جعفری، داریوش. (۱۳۸۸). شخصیت بزهکار و مؤلفه‌های مؤثر بر آن. پایگاه نشر مقالات حقوقی حق‌گستر، دوره ۱، شماره ۲.

محبوبی سیسی، محمد. (۱۳۹۳). اعتیاد چیست؟. پایگاه تحلیلی خبری شهرستان شبستر (شبستر خبر). محبوبی منش، حسین. (۱۳۹۳). اعتیاد مردان تهدیدی علیه زن و خانواده. فصل‌نامه کتاب زنان، شماره ۲۲. محبی، صدیقه. (۱۳۹۳). آموزش باورهای دینی اولین گام برای مقابله با اعتیاد. پورتال ستاد مبارزه با مواد مخدر، روابط عمومی ستاد مبارزه با مواد مخدر، دسته اخبار روز. محقق‌زاده، حامد. (۱۳۹۵). تأثیر آموزه‌های دینی بر اعتیاد چیست؟. سایت اینترنتی روانشناسی، مشاوره و پرسمان.

محمدی، علی. (۱۳۹۴). بررسی ارزش‌های دینی خانواده و نقش آن در پیشگیری از گرایش به مواد مخدر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، ص ۵۴.

محمدیان، چنگیز. (۱۳۹۲). نقش و تأثیر آموزه‌های دینی و مناسبت‌های ویژه بر جرایم و آسیب‌های اجتماعی. پایگاه تحلیلی خبری کشکان، کد خبر: ۱۹۷۹۲.

مرادی، فرشید. (۱۳۹۳). پیش‌بینی رضایت از زندگی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زنان

دارای همسران معتاد مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان خرم‌آباد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، صص ۵۸-۶۷.

محمدیانی، فرهاد. (۱۳۹۰). شیوع اختلالات شخصیت در بین افراد معتاد. وبلاگ روانشناسی بهداشت روانی.

مشرقیان دوست، مهدی. (۱۳۹۱). رابطه هوش معنوی و عمل به باورهای دینی با گرایش به اعتیاد در دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه شهرستان لردگان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی تربیتی، دانشگاه بیرجند.

مکارم، سپیده؛ زنجانی، زهرا. (۱۳۹۲). رابطه دینداری فرد، خانواده و اعتقاد به پیامدهای مصرف مواد بامیزان مصرف مواد مخدر. فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد، سال هفتم، شماره ۲۸، صص ۷۶-۸۸.

منصوری، خلیل. (۱۳۸۹). نقش باورهای دینی در افزایش امنیت اجتماعی. پایگاه مرکز فرهنگ و معارف قرآن، کد ۷۷۶۱.

مولایی، شهریار. (۱۳۹۲). علل گرایش به اعتیاد، مشکلات روانی. برگرفته از وبلاگ دانشگاه پاک، www.d-pak.blogfa.com

مولوی، پرویز. (۱۳۸۸). بررسی علل موثر در گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر. مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی اردبیل.

مولوی، پرویز؛ صادقی موحد، فریبا؛ ابوالحسن‌زاده، مسلم؛ مشعوفی، مهرانز؛ محمدنیا، حسین؛ دیلمی، پروانه؛ عرب، روح‌اله. (۱۳۸۸). بررسی اختلالات شخصیتی در میان افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به مرکز مرجع ترک اعتیاد استان اردبیل در سال ۱۳۸۷. مجله علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، دوره ۹، شماره ۴، صص ۳۳۳-۳۲۵.

میرحسامی، شریف. (۱۳۸۸). بررسی نقش خانواده در گرایش جوانان و نوجوانان به اعتیاد. پایان‌نامه کارشناسی، دانشگاه پیام نور.

میری، میرنادر؛ بهرامی، احسان. (۱۳۸۹). رابطه مذهب‌گرایی و عوامل جمعیت‌شناختی با سوء مصرف مواد در دانشجویان. روانشناسی و دین، دوره ۳، شماره ۴، صص ۱۲۶-۱۰۹.

نادری، محمدحسن؛ احمدی، علی؛ روشن قیاس، کلثوم؛ ریش‌پور، رضا. (۱۳۹۴). بررسی نقش عوامل اجتماعی در گرایش جوانان به مواد اعتیادآور نوین صنعتی. مجموعه مقالات پیشگیری نوین، پایگاه اطلاع‌رسانی پیشگیری از اعتیاد، کد ۵۸.

- ندیمی، محسن. (۱۳۹۴). نقش مذهب و نهادهای مذهبی در پیشگیری از سوء مصرف مواد. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد. دوره ۲، شماره ۶، صص ۹۰-۳۶.
- نوحی، سیما؛ آذر، ماهیار. (۱۳۸۹). دایره المعارف اعتیاد و مواد مخدر. نشر ارجمند، ص ۲۰۲.
- نوری، مهدی. (۱۳۹۴). اختلال شخصیت و اعتیاد به مواد مخدر. هفته نامه پزشکی امروز، شماره ۱۰۷۶، شماره خبر: ۲۰۱۱۳۶۱۶۴۸۹۲۰۶.
- ولیعانی، ماشاله؛ سعادت فر، حسن؛ رحیمی، عبدالواحد. (۱۳۹۲). شناسایی ارزش های کارکنان بر اساس نظریه سیستم ارزشی آلپورت. مطالعه موردی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دوره ۱۵، شماره ۶، صص ۱۵۸-۱۵۰.
- هاشم زاده، ابوالفضل. (۱۳۹۴). تعریف اختلال شخصیت بر اساس D.S.M5 (بخش اول). سایت اینترنتی یک فراکاو به نشانی 1farakav.com.
- هاشم زاده، ابوالفضل. (۱۳۹۳). آشنایی با اختلالات شخصیت و درمان آن. سایت اینترنتی یک فراکاو به نشانی 1farakav.com.
- هاشمی، میثم. (۱۳۹۴). بررسی مهم ترین عوامل گرایش به مواد مخدر صنعتی میان دانش آموزان دبیرستان های شهر خرم آباد. پایان نامه کارشناسی دانشگاه لرستان. ص ۱۶.
- یزدی مقدم، حمیده؛ اسماعیل آبادی، علی رضا. (۱۳۸۷). بررسی تاثیر باورها و عوامل اعتقادی بر پیشگیری و درمان اعتیاد. مهندسی فرهنگی، شماره ۱۹ و ۲۰، صص ۶۷-۶۱.
- یوسفی، فریبا. (۱۳۹۴). اصلاحی فرضیه ها و تعاریف عملیاتی و مفهومی و ابزارهای اندازه گیری و پرسشنامه و نقد و بررسی یک پایان نامه در باب همین موضوع. وبلاگ کلاسی درس روش تحقیق.

- American Psychiatric Association. (2013). **The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fifth Edition.
- Augner, C, Mohammadpoorasl, A; Abbasi Ghahramanloo, A; & Allahverdipour, H. (2014). **Substance abuse in relation to religiosity and familial support in Iranian college students**. *Asian Journal of Psychiatry*, 9 : 41–44.
- Baldini A, Von Korff M, Lin EH. (2012). **A Review of Potential Adverse Effects of Long-Term Opioid Therapy: A Practitioner's Guide**. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2012; 14(3).
- Brissing, P., Farrow. JA. (2014). **A new look at gender difference in drinking and driving in flunkies experiences and attitudes among new among new adolescent drivers**. *Health Education & Behavior*, Vol. 17, No. 2 [http:// www.elsevier.com](http://www.elsevier.com).
- Brook. J.S, Nomura,c. & Cohen P. (2015). **Prenatal, perinatal, and early childhood risk. Factors and drug involvement in adolescence**, - <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
- Chamrathirong, A., Miller, B. A., Byrnes, H. F., Rhucharoenpornpanich, O., Cupp, P. K., Rosati, M. J., Chookhare, W. (2010). **Spirituality within the family and the prevention of health risk behavior among adolescents in Bangkok, Thailand**. *Social Science & Medicine*, 71(10), 1855-1863.
- Cheryl, M. C. B, Michael F. & Cornblatt B. (2010). **The disorder risk and its proposed inclusion in the DSM-V: A risk–benefit analysis**. *Schizoid Research* 120 16–22.
- Cheung,C & Yeung,J.W. (2011). **Meta-analysis of relationships between religiosity and constructive and destructive behaviors among adolescents**. *Children and Youth Services Review*. 33, 2: 376–385.
- Clayton, H. S., & Dunbar, L. R., & Matsumoto, A. (2010). **Transactional analysis an alcohol safety program**. *Social work*, volume 22 (3), 209-213.
- Colasanto, D & .J. Shriver (١٩٨٩). **“Mirror of America: Middle-aged Face Marital Crises”**, *Gallup Report*, No. ٢٤٨, P.٣٨-٣٤.
- Craig, S.; M. Neumann & A. Vitacco (2009). **“Longitudinal Assessment of Callous/ Impulsive Traits, Substance Abuse, and Symptoms of Depression in Adolescent”**, *Annals New York Academy of Sciences*, Issue, 1008. Available at: <http://www.Cas.Unt.Edu/faculty/randa/faculty>.
- DiDuca, D & .S. Joseph. (2007). **“Assessing Schizotypal Traits in 13-18 year Olds: Revising the JSS”**, *Personality and Individual Differences*, 27 (4) ,P.- 682-673.
- Diener, E.; R.E. Lucas & S. Oishi (٢٠٠٢). **“Subjective well-being”**, in R.C .Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology*, Oxford, Oxford University Press.
- Durkheim, E. (2004). **Basic Forms of Religious Life**. *Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ieland*, New Series, Vol. 1, No. 2, pp. 158-175.
- Ellison, C,G.; D.A. Gay & T.A. Glass (١٩٨٩). **“Does Religious Commitment Contribute to Individual Life Satisfaction?”**, *Social Forces*, 68, P. 100-123.

- Flatcher, J. E., Chomer, C. (2014). **The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: A meta-analytic review.** *Journal of Adolescence*, 35(2), 299-314.
- Garter A. (2015). **The effects of predictors of addiction.** Pennsylvania: *Caron treatment center*. p.5-23.
- Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2002). **During addiction and its underlying neurobiological basics.** *American Journal of Psychiatry*, 159, 1642-1652.
- Gursuch, R.L. (۲۰۱۲). **Attribution of responsibility to God: an Introduction of religious beliefs and outcomes.** *Journal for the Scientific Study of Religion*, 22(4): 52- 340.
- Hamilton, M. (2008). **The Sociological Study of Religion.** *Hartford Institute for Religion Research*, The University of Virginia, Religious Review, No. 10.
- Hesan, A.H. (2014). **The inhibitory role of religion in society about addiction.** *The Comprehensive database of education and health*, 12, 3.
- Hummelena B., Pedersen, G., & Karterud, Sigmund. (2012). **Some suggestions for the DSM-5 schizotypal personality disorder construct.** *comprehensive psychiatry*.53 341-349.
- K. Keel., Brown T. A., Holm-Denoma, J.,& P. Bodell, L. (2011). **Comparison of DSM-IV Versus Proposed DSM-5 Diagnostic criteria for eating disorders: Reduction of eating disorder not otherwise specified and validity** *International Journal of eating Disorders*. 44. 553-560.
- Klein, H.; K.W. Elifson & C.E. Sterk (۲۰۰۶), “**The Relationship between Religiosity and Drug Use Among at Risk Women**”, *Journal of Religion and Health* ,(1)45 ,p--40-56
- Koenig, H. (2013). **The link between religion and mental health.** Oxford University Press.Koenig, H.G.; H.J. Cohen, D.G. Blazer, C .Pieper, K.G. Meador, F. Shelp, V. Goli & B.
- DiPasquale (1992). “**Religious and Depression Among Elderly, Hospitalized Medically ill Men**”, *American Journal of Psychiatry*, (12)149/ P. --1700-1693..
- Leigh, T. Bowen, S & Marlatt, A. (2015). **Spirituality, mindfulness and subst abuse.** *Addictive Behaviors*, 30, 1335–1341.
- Maltby, J. & Day, L. (2004). **Should never the twain meet? Integrating models of religious personality and religious mental health.** *Journal Personality and individual differences*, 36, 6, 1275-1290.
- Mataix-Cols, D.O, Frost R., Pertusa, A.& Clark L. A. (2011). **Criteria for Eating Disorders: Reduction of Eating Disorder Not Otherwise Specified and Validity.** *International Journal of Eating Disorders*, 44.
- Melchior, M., Chastang, J., Guldberg,P. (2007). **High prevalence rates of tobacco, alcohol and drug use in adolescents and young adults in France: results from the GAZEL Youth study.** *Addictive Behavior*.; 33: 122-133.
- Merill, RM., Salazar, RD., Gardner, NW. (2011). **Relationship between family religiosity and drug use behavior among youth.** *Social behavior and personality*, 29: 347-357.

- Merrill, R.M.; J.A. Folsom & S.S. Christopherson (2005). "The Influence of Family Religiosity on Adolescent Substance Use According to Religious Preference", *Social Behavior and Personality* 33(8), P. 821-836..
- Miller, I.; Davies M.; Greenwald.S.(200). **Religiosity and Substance Use and Abuse Among Adolescents in the National Comorbidity Survey**. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* Volume: 39 Issue:9. Pages :1190 to 1197.
- Miller, P.J., Caughlin, J.P. & Huston, T.L. (200\). "Triat expressiveness and marital satisfaction". Manuscript submitted for publication.
- Millon, A. (Director). (1993). **Millon training on personality disorders [Video]**. Published and distributed exclusively by National Computer Systems, P.O. Box 1416, Minneapolis, MN 55440. 212 B E G I N N E R ' S G U I D E T O T H E M C M I - I I I
- Millon, T. (1969). **Modern psychopathology**. *A biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Millon, T. (1981). **Disorders of personality: DSM-III: Axis II**. New York: Wiley.
- Millon, T. (1990). **Toward a new personology: An evolutionary model**. New York: Wiley.
- Millon, T. (1994). **Millon Clinical Multiaxial Inventory-III manual**. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Millon, T. (1997). **Millon Clinical Multiaxial Inventory-III manual (2nd ed.)**. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Millon, T. (1999). **Personality-guided therapy**. New York: Wiley.
- Millon, T., & Davis, R. D. (1996). **Disorders of personality: DSM-IV and beyond**. New York: Wiley.
- Millon, T., & Everly, Jr. G. S. (1985). **Personality and its disorders.: A biosocial learning approach**. New York: Wiley.
- Moscatti, A & Mezuk, B.(2014). **Losing faith and finding religion: Religiosity over the life course and substance use and abuse**. *Drug and Alcohol Dependence* 136,1:127–134.
- Niles. A. N., Lebeau, R. T., Liao,B., . Glenn, D. E., & Craske, M, G. (2012). **Dimensional indicators of generalized antisocial disorder severity for DSM-V**. *Journal of antisocial Disorders*. 26 279– 286.
- Orford, J.(2012). «**Empowering family and friends**». *Drug and Alcohol Review*, No.13.
- Piotrowski,C., & Zalewski,C. (1993). **Training in psychodiagnostic testing in APA-approved PsyD and PhD clinical training programs**. *Journal of Personality Assessment*, 61,394-405.
- Raiya, H. A., Pargament, K. I., Mahoney, A., & Stein, C. (2013). **A psychological of Islamic religiousness: Development and evidence for reliability measure and validity**. *International Journal for the Psychology of Religion*, 18, 291- 315.
- Regnerus, M. D & Elder, G. (2003). **Religion and vulnerability among low –risk adolescents**, *Social Science Research*, 32, 633–658.
- Richard, AJ.,Bell, DC., Carlson, JW. (2000). **Individual religiosity, moral community and drug user treatment**. *Journal for the scientific study of religion*, 39: 240-246.
- Robinson, T. E., & Berridge, K.C. (2003). **The neural basis of drug craving: An incentive-sensitization theory of addiction**. *Brain Research Review*, 18, 247-291.

- Sanchez, Z .M & Nappo,S. A. (2008). **Religious treatments for drug addiction: An exploratory study in Brazil**. *Social Science & Medicine*, 67, 4: 638–646.
- Sanders MA. (2007). **Tripel p-positive parenting program: A population approach to promoting competent parenting**. *Australian e-journal for development of mental health*; 2(3): 11-12.
- Schumann, M. (2002). **“How we Become Moral”**, in C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), **Handbook of Positive**, Oxford, Oxford University Press.
- Seligman, M.E.P & .M. Csikszentmihalyi (2000). **“Positive Psychology: An Introduction”**, *American Psychologist*, 55, P..١٤-٥.
- Smith, M.K. (2001). **“Young people, informal education and association”**. *The informal education homepage*,www.infed.org/youthwork/ypandassoc.htm.
- Sukhwai, M & Suman, L.N. (2013). **Spirituality, religiosity and alcohol related beliefs among college students**. *Asian Journal of Psychiatry*, 6 : 66–70.
- Turiano, N. A, Shawn, D. Whiteman, S. E, Hampson, B. W, Roberts & Daniel K. (2012). **Personality and substance use in midlife: Conscientiousness as amoderator and the effects of trait change**, *Journal of Research in Personality*,46, 295–305.
- Watkins,C.E., Campbell,V.I., Nieberding,R., & Hallmark,R.(1995). **Contemporary practice by clinical psychologists**. *Professional Psychology; Research and Practice*,26, 54-60.
- Watson, D. (2002). **“Positive Affectivity”**, in C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology*.
- Watson, D & ,Clark, L. A. (1992). **Affects separable and inseparable: On the hierarchical arrangement of the negative affects**. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 489-505
- Wills, T.A.; M.A. Year & J. Sandy (2003). **“Buffering Effects of Religiosity for Adolescent Substance use”**, *Psychology of Addictive Behaviors*, 17 (1), P.31-24.
- WWW.DSM-5.ORG_WWW.APA.ORG.**
- Yong, H., Hamann, SL., Borland, R., Fong, GT., Omar, M. (2009). **Adult smokers’ perception of the role of religion and religious leadership on smoking and association with quitting: A comparison between Thai Buddhists and Malaysian Muslims**. *Social Science & Medicine*, 69: 1025–1031.
- Yonker,J.E., Schnabelrauch, CH. A., & Dehaan,L.G.(2012). **The relationship between spirituality And religiosity an psychological outcomes in adolescents and emerging adults: A meta-analysis review**. *Journal of adolescents*, 35, 299-344.
- Zanarini, M.C., Laudate, C., Frankenburg, F.R. (2014). **Predictors of Orientation to Smoking and Alcoholic Drinks in Patinets with Borderline Personality disorder, a 10- Year Follow-up Study**. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 1-6.
- Zohar, j. (2013). **Obsessive Compulsive Disorder- Current Science and Clinical Practice**. No 2, pp 54.

پیوست ها

پیوست اول: پرسشنامه میزان تمایل به اعتیاد

هدف: بررسی میزان تمایل به اعتیاد از سه بعد اجتماعی، فردی و محیطی

ردیف	سوالات	خیلی کم	کم	بسیار کم	زیاد	خیلی زیاد
۱	آیا در میان دوستان صمیمی شما معتاد به مصرف مواد مخدر وجود دارد؟					
۲	در میان خانواده و یا اقوام نزدیک شما سابقه مصرف مواد مخدر وجود دارد؟					
۳	آیا معمولاً پیش می آید که مشاجره شدید با خانواده تان داشته باشید؟					
۴	آیا خانواده شما به شما اعتماد کامل دارند؟					
۵	در خانواده شما سابقه طلاق و یا حل مشکل در دادگاه های خانوادگی وجود دارد؟					
۶	آیا دسترسی به یکی یا چند نوع از مواد مخدر برای شما آسان است؟					
۷	آیا تحت فشار مالی هستید؟					
۸	آیا در محلات پایین شهر و آلوده زندگی و یا رفت و آمد می کنید؟					
۹	در محله زندگی شما امکانات تفریحی، ورزشی، آموزشی و ... وجود دارد؟					
۱۰	آیا تا به حال سابقه مصرف مواد مخدر داشته اید؟					
۱۱	در محل زندگی شما تا چه حد با رد و بدل مواد مخدر برخورد شدید قانونی می شود؟					
۱۲	آیا در مواقع تنش عصبی و بی حوصلگی کنترل خود را از دست می دهید و غیر منطقی عمل می کنید؟					
۱۳	به نظر شما مصرف مواد مخدر در مواقع فشار عصبی می تواند تسکین دهنده باشد؟					
۱۴	آیا در مواقع مشکلات عمیق شخصی به خداوند خود روی می آورید؟					
۱۵	آیا تا به حال برای مصرف مواد مخدر کنجکاو بوده اید؟					
۱۶	آیا شغل شما همان شغلی است که تقریباً در آرزویش بوده اید؟					

پیوست دوم: پرسشنامه سنجش اعتقادات دینی

هدف: سنجش میزان اعتقادات دینی افراد

سن:	جنس:	تحصیلات:	وضعیت تاهل:		
ردیف	عبارت				
ف	خیلی زیاد	زیاد	کم	خیلی کم	اصلا
۱	دوستان خود را از میان افراد دین دار و با ایمان انتخاب می کنم.	خیلی زیاد	زیاد	کم	خیلی کم
۲	تمایل دارم که در محل زندگی ام مکان هایی برای انجام فرایض دینی و مذهبی وجود داشته باشد.	خیلی زیاد	زیاد	کم	خیلی کم
۳	افراد دین دار را الگوی خویش قرار می دهم.	خیلی زیاد	زیاد	کم	خیلی کم
۴	دوستان و اطرافیان خود را به عنوان فردی پایبند به اعتقادات دینی می شناسم.	خیلی زیاد	زیاد	کم	خیلی کم
۵	دیگران را به کارهای نیک و خداپسندانه دعوت می کنم.	خیلی زیاد	زیاد	کم	خیلی کم
۶	برای انجام فرایض دینی و مذهبی و وقت صرف می کنم.	خیلی زیاد	زیاد	کم	خیلی کم
۷	از افرادی که برنامه دینی اعتقاد ندارند، بیزارم.	خیلی زیاد	زیاد	کم	خیلی کم
۸	از مشارکت در بحث های دینی لذت می برم.	خیلی زیاد	زیاد	کم	خیلی کم
۹	اعتقادات دینی در نحوه ی پوشش و آرایش ظاهری من تاثیر دارد.	خیلی زیاد	زیاد	کم	خیلی کم
۱۰	به دوستی با دوستان خدا علاقه مندم.	خیلی زیاد	زیاد	کم	خیلی کم
۱۱	دیدن افراد در حین انجام فرایض دینی در روحیه من تاثیر مثبت دارد.	خیلی زیاد	زیاد	کم	خیلی کم
۱۲	به وجود بهشت و جهنم و عذاب و پاداش عقیده دارم.	خیلی زیاد	زیاد	کم	خیلی کم
۱۳	افراد با ایمان را دوست دارم.	خیلی زیاد	زیاد	کم	خیلی کم
۱۴	به طور کلی عملکرد و اخلاق و زندگی افراد متدین را مثبت ارزیابی می کنم.	خیلی زیاد	زیاد	کم	خیلی کم
۱۵	عمل به دستورات دینی را عامل سعادت و خوشبختی انسان ها می دانم.	خیلی زیاد	زیاد	کم	خیلی کم
۱۶	انجام دادن همورد دینی ... در آرامش روانی من تاثیر مثبت دارد.	خیلی زیاد	زیاد	کم	خیلی کم

	کم			زیاد		
۱۷	با افراد دین دار احساس راحتی می کنم.	خیلی زیاد	زیاد	کم	خیلی کم	اصلا
۱۸	پایبندی به اعتقادات دینی در زندگی اجتماعی من تاثیر مثبت دارد.	خیلی زیاد	زیاد	کم	خیلی کم	اصلا
۱۹	از نگاه حرام به نامحرم پرهیز می کنم.	خیلی زیاد	زیاد	کم	خیلی کم	اصلا
۲۰	به عهد و پیمان خود وفادار هستم.	خیلی زیاد	زیاد	کم	خیلی کم	اصلا
۲۱	از تجاوز به حقوق دیگران پرهیز می کنم.	خیلی زیاد	زیاد	کم	خیلی کم	اصلا
۲۲	از انجام اعمال خلاف شرع پرهیز می کنم.	خیلی زیاد	زیاد	کم	خیلی کم	اصلا
۲۳	در هنگام مواجهه شدن با جنس مخالف، حدود شرعی را مراعات می کنم.	خیلی زیاد	زیاد	کم	خیلی کم	اصلا
۲۴	ارضا تمایلات جنسی را در چارچوب مقررات دینی می پذیرم.	خیلی زیاد	زیاد	کم	خیلی کم	اصلا
۲۵	از دستورات پدر و مادر اطاعت می کنم.	خیلی زیاد	زیاد	کم	خیلی کم	اصلا
۲۶	در صورتی که مرتکب گناه شوم شدیداً احساس پشیمانی می کنم.	خیلی زیاد	زیاد	کم	خیلی کم	اصلا

پیوست سوم : پرسشنامه بالینی چند محوری میلون

دفترچه ای که در اختیار شما قرار گرفته است دارای جمله هایی است که مردم برای توصیف خودشان به کار می برند. این جمله ها برای کمک به توصیف احساس، رفتار و طرز فکر شما در نظر گرفته شده است. صداقت و جدیت شما در علامت گذاری جمله ها به شناخت شما کمک می کند. چنانچه تعدادی از سوال ها غیر واقعی به نظر می آیند یا با شرایط شما منطقی نیستند، نگران نباشید زیرا آن ها برای توصیف افرادی با مشکلات مختلف تهیه شده اند.

- اگر شما با یک جمله موافق هستید یا معتقدید که منطبق با وضعیت شماست واژه "بلی" را در پاسخنامه علامت بزنید.
- اگر شما با یک جمله موافق نیستید یا معتقدید که در مورد شما صحت ندارد واژه "خیر" را در پاسخنامه علامت بزنید.
- سعی کنید به همه جمله ها جواب دهید حتی اگر از انتخاب خود مطمئن نیستید.
- اگر حداکثر سعی خود را نمودید ولی نتوانستید نتیجه بگیرید، واژه خیر را در پاسخنامه علامت بزنید.

۱. اخیراً، حتی صبح ها احساس ضعف و بی حالی می کنم.
۲. برای قوانین و مقررات احترام زیادی قائلم ، زیرا از حقوق افراد حمایت می کنند.
۳. به قدری از انجام دادن کارهای مختلف لذت می برم، که نمی توانم تصمیم بگیرم ، کدام یک را اول انجام بدهم.
۴. بیشتر وقت ها احساس ضعف و خستگی می کنم.
۵. چون فکر می کنم آدم بزرگ و مهمی هستم برایم مهم نیست که دیگران در مورد من چه فکری می کنند.
۶. دیگران به اندازه کافی قدر کارها و زحمات مرا نمی دانند.
۷. اگر خانواده ام به من زور بگویند احتمالاً عصبانی می شوم و در برابر خواست آنها مقاومت می کنند.
۸. مردم پشت سرم در مورد قیافه و رفتارم حرف می زنند و مسخره ام می کنند.
۹. اغلب اگر کسی اذیتم کند به شدت از او انتقاد می کنم.
۱۰. به ندرت تحت تاثیر چیزی قرار می گیرم.
۱۱. هنگام راه رفتن نمی توانم تعادلم را حفظ کنم.
۱۲. به آسانی و به سرعت احساساتم را بروز می دهم.
۱۳. استعمال مواد مخدر اغلب مرا به دردمر می اندازد.
۱۴. گاهی اوقات با خانواده ام بسیار تند و خشن برخورد می کنم.
۱۵. خوشی های من دوام چندانی ندارند.
۱۶. من آدمی خیرخواه و فروتن هستم.
۱۷. در نوجوانی به خاطر رفتار بدی که در مدرسه داشتم دچار دردسرهای فراوانی می شدم.
۱۸. از ارتباط نزدیک با دیگران می ترسم، زیرا ممکن است رسوا شوم و مسخره ام کنند.
۱۹. دوستانی را انتخاب می کنم که بدی هایم را به من گوشزد کنند.
۲۰. اغلب از دوره کودکی افکار غم انگیزی به خاطر دارم.
۲۱. من ارتباط با جنس مخالف را دوست دارم.
۲۲. بسیار دمدمی مزاج هستم، دایم نظرات و احساساتم را تغییر می دهم.
۲۳. هرگز مصرف مواد مخدر، مشکل جدی در کارم به وجود نیاورده است .
۲۴. چندانالی است که احساس می کنم در زندگی شکست خورده ام.

۲۵. نمی دانم چرا اغلب دچار پشیمانی و احساس گناه می شوم.
۲۶. دیگران نسبت به قدرت من حسادت می کنند.
۲۷. اگر حق انتخاب داشته باشم ترجیح می دهم تنها کار کنم.
۲۸. فکر می کنم نظارت و کنترل دقیق بر اعضای خانواده ام لازم و ضروری است.
۲۹. دیگران مرا آدمی گوشه گیر و منزوی می دانند.
۳۰. اخیراً دلم می خواهد چیزها را بشکنم.
۳۱. من با جذابیت خودم می توانم توجه هر فرد خاصی را به خودم جلب کنم.
۳۲. من همیشه دنبال این هستم که دوستان جدیدی پیدا کنم و با افراد تازه ای نشست و برخاست کنم.
۳۳. اگر کسی از من انتقاد کند فوراً خطاها و عیب های او را بیان می کنم.
۳۴. تازگی ها به کلی خرد شده ام.
۳۵. اغلب از انجام کار دست می کشم، زیرا می ترسم آن را درست انجام ندهم.
۳۶. اغلب خشم و عصبانیتم را بروز می دهم و بعد پشیمان می شوم.
۳۷. گاهی قدرت حس کردن را در بعضی از قسمت های بدنم از دست می دهم.
۳۸. من بدون توجه به این که انجام کاری چه اثری بر دیگران دارد کارم را انجام می دهم.
۳۹. مصرف مواد مخدر ممکن است عاقلانه نباشد ولی در گذشته حس می کردم به آن احتیاج دارم.
۴۰. من آدم آرام و ترسوئی هستم.
۴۱. اغلب احمقانه و بی مقدمه رفتار می کنم به طوری که بعداً مرا به دردمس می اندازد.
۴۲. هرگز کسی را که از من سوء استفاده کرده نمی بخشم، یا موقعیت دردناکی را که تحمل کرده ام فراموش نمی کنم.
۴۳. اغلب بعد از آن که حادثه برایم اتفاق افتاد احساس ناراحتی و تنش می کنم.
۴۴. اکثر اوقات احساس افسردگی و ناراحتی وحشتناکی دارم.
۴۵. همیشه سعی می کنم دیگران را از خود خشنود کنم حتی اگر از آنها بدم بیاید.
۴۶. در مقایسه با دیگران، همیشه کمتر به مسائل جنسی علاقه نشان داده ام.
۴۷. وقتی اتفاق بدی می افتد، احساس گناه می کنم.
۴۸. از خیلی وقت پیش، صلاح خود را در این دیده ام که با دیگران کمتر رابطه داشته باشم.
۴۹. از بچگی مواظب بودم کسی سرم کلاه نگذارد.
۵۰. از آدم هایی که خیال می کنند هر کاری را می توانند بهتر از من انجام دهند متنفرم.
۵۱. وقتی حوصله ام سر برود، دوست دارم به کار پر هیجانی دست بزنم.
۵۲. اعتیاد من مشکلاتی برای من و خانواده ام به وجود آورده است.
۵۳. تنبیه هرگز مانع انجام کاری که دوست دارم نشده است.
۵۴. بارها بی دلیل، شادی و هیجان بیش از حد به من دست داده است.
۵۵. چند هفته است که بی دلیل احساس خستگی و فرسودگی می کنم.
۵۶. مدتی است که هیچ کاری را درست انجام نمی دهم و به این دلیل شدیداً احساس گناه می کنم.
۵۷. فکر می کنم آدمی اجتماعی و خونگرم هستم.

۵۸. اخیرا بسیار کم رو و خجالتی شده ام.
۵۹. برای روزهای تنگدستی پس انداز می کنم.
۶۰. من به اندازه دیگران در زندگی شانس ندارم.
۶۱. دائم افکار و اندیشه ها ، در ذهنم موج می زنند و رهایم نمی کنند.
۶۲. چند سالی است که از زندگی کاملا دلسرد و ناامید شده ام.
۶۳. چند سالی است که افراد زیادی در مورد زندگی خصوصی ام جاسوسی می کنند.
۶۴. نمی دانم چرا ولی گاهی حرفهای بد می زنم، صرفا برای این که دیگران را رنجیده خاطر کنم.
۶۵. در سال گذشته، بیش از ۳۰ بار بر فراز اقیانوس اطلس پرواز کرده ام.
۶۶. در گذشته اعتیاد به مواد مخدر باعث شده شغلم را از دست بدهم.
۶۷. فکر های مهمی در سر دارم که مردم این زمانه آن را نمی فهمند.
۶۸. اخیرا مجبورم بدون دلیل در مورد چیزی مکررا فکر کنم.
۶۹. از اکثر موقعیت های اجتماعی دوری می کنم زیرا می ترسم مردم از من انتقاد کنند یا مرا طرد کنند.
۷۰. بیشتر وقتها فکر می کنم شایسته موفقیت هایی که نصیبم شده است نبوده ام.
۷۱. اغلب وقتی تنها هستم، احساس می کنم کسی کنارم نشسته که دیده نمی شود.
۷۲. اغلب به دیگران اجازه می دهم تصمیم های مهمی برایم بگیرند.
۷۳. احساس بی هدفی می کنم و نمی دانم در زندگی به کجا می روم.
۷۴. ظاهرا نمی توانم بخوابم و بعد از خواب هم به اندازه قبل از خواب خسته ام.
۷۵. اخیرا خیلی عرق می کنم و کلافه ام.
۷۶. پیوسته فکرهای عجیبی به سرم می زند کاش می توانستم از شر آنها خلاص شوم.
۷۷. حتی وقتی بیدارم متوجه آدم هایی که دور و برم هستند، نمی شوم.
۷۸. برایم مشکل است که بر هوس مشروب خواری خود غلبه کنم.
۷۹. من اغلب اوقات افسرده و غمگین هستم.
۸۰. پیدا کردن دوست برایم کار ساده ای است.
۸۱. از سوء استفاده ای که در کودکی از من شده شرمندم.
۸۲. همیشه نگرانم که کارهایم خوب برنامه ریزی و تنظیم باشد.
۸۳. ظاهرا اغلب خلق و خویم از روزی به روز دیگر تغییر زیادی می کند.
۸۴. می ترسم ریسک کنم و چیزهای جدید را امتحان کنم.
۸۵. سوء استفاده کردن از کسی که خود اجازه چنین کاری را می دهد عیب نمی دانم.
۸۶. مدتی است غمگین و گرفته ام و نمی توانم از این حالت خلاص شوم.
۸۷. اغلب از دیدن آدم هایی که کند کار می کنند عصبانی می شوم.
۸۸. در مهمانی ها هیچوقت گوشه گیر نیستم.
۸۹. من آن چه اعضای خانواده ام انجام می دهند را زیر نظر دارم تا به چه کسی می توان اعتماد کرد.
۹۰. گاهی در برابر مهربانی مردم دستپاچه و عصبانی می شوم.

۹۱. استعمال مواد مخدر باعث درگیری خانوادگی برایم شده است.
۹۲. اکثر اوقات تنها هستم و این تنهایی را ترجیح می دهم.
۹۳. بعضی از اعضای خانواده ام می گویند که خودخواه هستم و فقط به خودم فکر می کنم.
۹۴. مردم خیلی راحت می توانند نظرم را نظرم را عوض کنند حتی اگر تصمیم نهایی را خودم گرفته باشم.
۹۵. بیشتر وقت ها به دیگران دستور می دهم و آنها را عصبانی می کنم.
۹۶. قبلا دیگران به من گفته اند که به خیلی چیزها بیش از حد شور و علاقه نشان داده ام.
۹۷. بهتر است آدم زود بخوابد و زود بیدار شود.
۹۸. احساس من نسبت به افراد مهم زندگی ام اغلب بین محبت و نفرت در نوسان است.
۹۹. در جمع و موقعیت های اجتماعی همیشه مضطرب و کلافه ام.
۱۰۰. من هر روز مشروب می خورم.
۱۰۱. قبول دارم که مسئولیت های خانوادگی را جدی نمی گیرم ، ولی باید آن ها را جدی بگیرم.
۱۰۲. از همان کودکی بتدریج رابطه خودم را با واقعیت از دست داده ام.
۱۰۳. افراد آب زیرکاه اغلب سعی دارند کاری را که من انجام داده ام یا فکرم از من بوده است را به اسم خودشان تمام کنند.
۱۰۴. من نمی توانم شادی زیادی تجربه کنم چون احساس می کنم لیاقتش را ندارم.
۱۰۵. علاقه چندانی به دوست پیدا کردن و رفاقت ندارم.
۱۰۶. بارها در زندگیم وقتی شاد بودم و فعالیت زیادی داشتم حالت افسردگی به من دست داده است.
۱۰۷. اشتهايم را به کلی از دست داده ام.
۱۰۸. من از تنهایی و بی کسی و از این که به خودم متکی باشم می ترسم.
۱۰۹. خاطره یک تجاوز وحشتناک در گذشته، دائم فکر مرا پریشان می کند.
۱۱۰. در سال گذشته عکس من روی جلد مجله های زیادی چاپ شد.
۱۱۱. ظاهرا علاقه ام را به اکثر فعالیت های لذت بخش مثل رابطه جنسی از دست داده ام.
۱۱۲. در یکی دو سال گذشته بسیار غمگین و دلسرد بوده ام.
۱۱۳. یکی دوبار با قانون مشکل داشته ام.
۱۱۴. بهترین راه اجتناب از اشتباه ، تجربه داشتن است.
۱۱۵. مردم به خاطر کاری که انجام نداده ام، به من تهمت می زنند.
۱۱۶. اکثر اوقات عادت دارم برخی از مردم را اذیت کنم.
۱۱۷. گاهی مردم فکر می کنند من عجیب و غریب صحبت می کنم و صحبت های من برای آنها غریب و نا آشناست.
۱۱۸. دوره هایی در زندگی من وجود داشته است که قادر به خرید مواد مخدر نبوده ام.
۱۱۹. مردم تلاش دارند مرا بگیرند چون فکر می کنند من دیوانه ام.
۱۲۰. من هرکاری لازم باشد انجام می دهم تا فردی که دوستش دارم مرا ترک نکند.
۱۲۱. یکی دوبار در هفته پرخوری می کنم.
۱۲۲. فکر می کنم تمام فرصت های خوبی که برایم پیش آمد را از دست داده ام.

۱۲۳. هیچ وقت نتوانستم از احساس غم و اندوه رهایی یابم.
۱۲۴. وقتی تنها و دور از خانه هستم اغلب احساس اضطراب و هراس می کنم.
۱۲۵. گاهی مردم از دست من عصبانی می شوند زیرا فکر می کنند من زیاد حرف می زنم یا تند صحبت می کنم.
۱۲۶. امروزه اکثر افراد موفق، یا خوش شانس اند یا کلاه بردار.
۱۲۷. من نمی خواهم با دیگران رابطه نزدیک پیدا کنم چون مطمئنم به من علاقه مند می شوند.
۱۲۸. بدون علت مشخصی احساس افسردگی می کنم.
۱۲۹. بعد از سالها همچنان در مورد حادثه ای که واقعا زندگی ام را تهدید می کرد، خواب های وحشتناک می بینم.
۱۳۰. توان انجام کارهای روزمره ام را ندارم.
۱۳۱. وقتی به کمک احتیاج دارم الکل می نوشم.
۱۳۲. من از فکر کردن در مورد این که چگونه در کودکی مورد سوء استفاده قرار گرفته ام متنفرم.
۱۳۳. وقتی همه کارها خوب پیش می رود دائم نگرانم، بزودی حادثه بدی اتفاق خواهد افتاد.
۱۳۴. وقتی حادثه بدی در زندگی ام اتفاق می افتد گاهی احساس ناتوانی می کنم و تقریباً دیوانه می شوم.
۱۳۵. واقعا از تنهایی و درماندگی و از دست دادن حمایت نزدیکانم که من به آنها وابسته ام، می ترسم.
۱۳۶. می دانم که پول زیادی برای مواد مخدر خرج کرده ام.
۱۳۷. همیشه قبل از شروع انجام کاری، باید اطمینان پیدا کنم که آن کار در آن مدت محدود تمام می شود.
۱۳۸. می دانم که مردم پشت سرم صحبت می کنند.
۱۳۹. من در گرفتن عفو و بخشش دیگران مهارت دارم.
۱۴۰. می دانم که برایم نقشه کشیده اند.
۱۴۱. احساس می کنم که بیشتر مردم افکار پست و زشتی در مورد من دارند.
۱۴۲. اغلب احساس تنهایی و پوچی می کنم.
۱۴۳. گاهی بعد از غذا خوردن خودم را مجبور به استفراغ می کنم.
۱۴۴. من معتقدم که همه را خوشحال می کنم و دیگران مرا به خاطر کارهایی که انجام می دهم و حرف هایی که می زنم تحسین می کنند.
۱۴۵. دائم نگران کسی یا چیزی هستم.
۱۴۶. همیشه بی جهت فریب می خورم، به ویژه وقتی کسی خودش را برتر از من نشان می دهد.
۱۴۷. دائم افکار اضطراب برانگیز به ذهنم می آید.
۱۴۸. در زندگی ام چیزهای کمی وجود دارد که واقعا مرا خوشحال کند.
۱۴۹. وقتی به سرنوشت دردناکی که در گذشته داشته ام فکر می کنم احساس ناکامی کرده و به مرگ می اندیشم.
۱۵۰. از این که خیلی زود بیدار می شوم و دیگر نمی توانم بخوابم ناراحتم.
۱۵۱. من هرگز قادر به ابراز احساساتم نیستم چون در نظر مردم ارزشی ندارم.
۱۵۲. من مشکل اعتیاد دارم و تلاشم برای کنار گذاشتن آن ناموفق بوده است.
۱۵۳. عده ای تلاش می کنند افکارم را کنترل کنند.
۱۵۴. قبلاً تلاش کرده ام خودم را بکشم.

۱۵۵. من گرسنگی می کشم تا از همین هم که هست لاغر تر شوم.
۱۵۶. نمی دانم چرا برخی از مردم به من می خندند.
۱۵۷. در ده سال گذشته هیچ ماشینی ندیده ام.
۱۵۸. از آدم هایی که مرا لمس می کنند شدیداً می ترسم چون فکر می کنم آنها ممکن است به من صدمه بزنند.
۱۵۹. چون آن ها از توانایی های فوق العاده من خبردارند می خواهد مرا دستگیر کنند.
۱۶۰. دائم فکرم درگیر حادثه ای است که برایم اتفاق افتاده است.
۱۶۱. ظاهراً کاری می کنم که دیگران فکر کنند می خواهم به خودم صدمه بزنم.
۱۶۲. اغلب آن قدر غرق افکارم می شوم که متوجه نمی شوم اطرافم چه می گذرد.
۱۶۳. مردم به من می گویند لاغر هستم ، اما من احساس می کنم خیلی چاقم.
۱۶۴. وقایع هولناک گذشته دائم به فکر و خواب من می آیند.
۱۶۵. من به جز اعضای خانواده ام هیچ دوستی ندارم.
۱۶۶. من اغلب کارهایم را سریع انجام می دهم و در مورد چیزهایی که باید انجام دهم فکر نمی کنم.
۱۶۷. من به گونه ای حمایت دوستانم را جلب کرده ام که دیگران نمی توانند از من سوء استفاده کنند.
۱۶۸. اغلب به وضوح چیزهایی می شنوم که مرا ناراحت می کند.
۱۶۹. من همیشه برای نزاع با دیگران خودم را مجهز نگه می دارم زیرا از برخورد تندشان می ترسم.
۱۷۰. من هر کار را چند بار انجام می دهم . گاهی به خاطر کاهش نگرانیم و گاهی به خاطر این که مطمئن شوم حادثه بدی اتفاق نمی افتد.
۱۷۱. تازگی ها به طور جدی به این فکر افتاده ام که به زندگیم خاتمه دهم.
۱۷۲. مردم مرا آدمی منظم و مقرراتی می دانند.
۱۷۳. وقتی به حادثه دردناکی که سالها پیش برایم اتفاق افتاد فکر می کنم دچار ترس و اضطراب می شوم.
۱۷۴. اگر چه من از دوست پیدا کردن می ترسم ولی مایلم دوستان بیشتری داشته باشم.
۱۷۵. واقعیت این است که مردم می خواهند با من دوست شوند تا مرا خرد کنند.

پیوست چهارم : خروجی های نرم افزار spss

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
modatetiad	217	1.00	4.00	2.5253	.63869
mosharekat.dini	217	15.00	89.00	40.8848	9.34625
paybandi	217	13.00	35.00	27.5207	5.21579
roayat.masael	217	8.00	40.00	32.4194	5.67354
kol.dini	217	45.00	142.00	98.9908	17.96060
mohiti	217	5.00	24.00	12.8894	3.28954
fardi	217	4.00	20.00	11.3318	3.07025
ejemaee	217	11.00	33.00	21.2120	4.54007
eteyad.kol	217	26.00	70.00	45.4332	7.85732
Valid N (listwise)	217				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ekhtelal	217	18.00	150.00	70.8664	19.49918
zedejtemaee	217	3	17	11.50	3.448
dori.gozin	217	3	16	11.25	3.199
khod.shifte	217	3	24	12.95	4.618
vasvasi	217	3	17	11.48	3.429
marzi	217	3	16	11.25	3.337
skizotaypal	217	3	16	11.30	3.241
Valid N (listwise)	217				

REGRESSION

```

/MISSING LISTWISE
/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
/NOORIGIN
/DEPENDENT eteyad.kol
/METHOD=ENTER kol.dini milllin
/RESIDUALS DURBIN.

```

Regression

Notes

Output Created		30-MAY-2017 19:28:58
Comments		
Input	Data Active Dataset Filter Weight Split File N of Rows in Working Data File	C:\Users\parsl\Desktop\TAHLIL\Asl.sav DataSet1 <none> <none> <none>
Missing Value Handling	Definition of Missing Cases Used	217 User-defined missing values are treated as missing. Statistics are based on cases with no missing values for any variable used.
Syntax		REGRESSION /MISSING LISTWISE /STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) /NOORIGIN /DEPENDENT eteyad.kol /METHOD=ENTER kol.dini milllin /RESIDUALS DURBIN.
Resources	Processor Time Elapsed Time Memory Required Additional Memory Required for Residual Plots	00:00:00,02 00:00:00,06 2004 bytes 0 bytes

[DataSet1] C:\Users\parsl\Desktop\TAHLIL\Asl.sav

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	milllin, kol.dini ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: eteyad.kol

b. All requested variables entered.

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.650 ^a	.422	.417	5.99004	1.463

a. Predictors: (Constant), milllin, kol.dini

b. Dependent Variable: eteyad.kol

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	5580.543	1	2790.272	77.766	.000 ^b
	Residual	7642.563	215	35.881		
	Total	13223.106	216			

a. Dependent Variable: eteyad.kol

b. Predictors: (Constant), milllin, kol.dini

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	11.182	2.888		3.872	.000
	kol.dini	.204	.027	.461	7.503	.000
	milllin	.095	.021	.274	4.457	.000

a. Dependent Variable: eteyad.kol

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	34.3310	57.4449	45.3843	5.09470	217
Residual	-25.51061	16.96995	.00000	5.96211	217
Std. Predicted Value	-2.170	2.367	.000	1.000	217
Std. Residual	-4.259	2.833	.000	.995	217

a. Dependent Variable: eteyad.kol

REGRESSION

```

/MISSING LISTWISE
/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
/NOORIGIN
/DEPENDENT eteyad.kol
/METHOD=ENTER kol.dini
/RESIDUALS DURBIN.

```

Regression

Notes

Output Created		30-MAY-2017 19:42:34
Comments		
Input	Data Active Dataset Filter Weight Split File N of Rows in Working Data File	C:\Users\parsil\Desktop\TAHLIL\Asl.sav DataSet1 <none> <none> <none> 217
Missing Value Handling	Definition of Missing Cases Used	User-defined missing values are treated as missing. Statistics are based on cases with no missing values for any variable used.
Syntax		REGRESSION /MISSING LISTWISE /STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) /NOORIGIN /DEPENDENT eteyad.kol /METHOD=ENTER kol.dini /RESIDUALS DURBIN.
Resources	Processor Time Elapsed Time Memory Required Additional Memory Required for Residual Plots	00:00:00,02 00:00:00,02 1740 bytes 0 bytes

[DataSet1] C:\Users\parsil\Desktop\TAHLIL\Asl.sav

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	kol.dini ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: eteyad.kol

b. All requested variables entered.

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.611 ^a	.373	.370	6.23431	1.481

a. Predictors: (Constant), kol.dini

b. Dependent Variable: eteyad.kol

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	4978.946	1	4978.946	128.103	.000 ^b
	Residual	8356.335	215	38.867		
	Total	13335.281	216			

a. Dependent Variable: eteyad.kol

b. Predictors: (Constant), kol.dini

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	18.972	2.376		7.985	.000
kol.dini	.267	.024	.611	11.318	.000

a. Dependent Variable: eteyad.kol

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	31.0007	56.9301	45.4332	4.80111	217
Residual	-23.11848	18.95077	.00000	6.21987	217
Std. Predicted Value	-3.006	2.395	.000	1.000	217
Std. Residual	-3.708	3.040	.000	.998	217

a. Dependent Variable: eteyad.kol

REGRESSION

```

/MISSING LISTWISE
/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
/NOORIGIN
/DEPENDENT eteyad.kol
/METHOD=ENTER kol.dini
/RESIDUALS DURBIN.

```

Regression

Notes

Output Created		30-MAY-2017 19:42:34
Comments		
Input	Data	C:\Users\pars\\Desktop\TAHLIL\
	Active Dataset	Asl.sav
	Filter	DataSet1
	Weight	<none>
	Split File	<none>
Missing Value Handling	N of Rows in Working Data File	217
	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on cases with no missing values for any variable used.
Syntax		REGRESSION
		/MISSING LISTWISE
		/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA
		/CRITERIA=PIN(.05)
		POUT(.10)
Resources	Processor Time	00:00:00,02
	Elapsed Time	00:00:00,02
	Memory Required	1740 bytes

Additional Memory Required for Residual Plots	0 bytes
---	---------

[DataSet1] C:\Users\parsii\Desktop\TAHLIL\Asl.sav

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	kol.dini ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: eteyad.kol

b. All requested variables entered.

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.611 ^a	.373	.370	6.23431	1.481

a. Predictors: (Constant), kol.dini

b. Dependent Variable: eteyad.kol

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	4978.946	1	4978.946	128.103	.000 ^b
	Residual	8356.335	215	38.867		
	Total	13335.281	216			

a. Dependent Variable: eteyad.kol

b. Predictors: (Constant), kol.dini

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	18.972	2.376		7.985	.000
	kol.dini	.267	.024	.611	11.318	.000

a. Dependent Variable: eteyad.kol

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	31.0007	56.9301	45.4332	4.80111	217
Residual	-23.11848	18.95077	.00000	6.21987	217
Std. Predicted Value	-3.006	2.395	.000	1.000	217
Std. Residual	-3.708	3.040	.000	.998	217

a. Dependent Variable: eteyad.kol

REGRESSION

/MISSING LISTWISE

/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA

/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)

/NOORIGIN

```

/DEPENDENT eteyad.kol
/METHOD=ENTER milllin
/RESIDUALS DURBIN.

```

Regression

Notes		
Output Created		30-MAY-2017 19:43:58
Comments		
Input	Data	C:\Users\parsi\Desktop\TAHLIL\
	Active Dataset	Asl.sav
	Filter	DataSet1
	Weight	<none>
	Split File	<none>
Missing Value Handling	N of Rows in Working Data File	217
	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on cases with no missing values for any variable used.
Syntax		REGRESSION
		/MISSING LISTWISE
		/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA
		/CRITERIA=PIN(.05)
		POUT(.10)
Resources		/NOORIGIN
		/DEPENDENT eteyad.kol
		/METHOD=ENTER milllin
		/RESIDUALS DURBIN.
	Processor Time	00:00:00,02
	Elapsed Time	00:00:00,02
	Memory Required	1740 bytes
	Additional Memory Required for Residual Plots	0 bytes

[DataSet1] C:\Users\parsi\Desktop\TAHLIL\Asl.sav

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	milllin ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: eteyad.kol

b. All requested variables entered.

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.519 ^a	.269	.266	6.71945	1.167

a. Predictors: (Constant), milllin

b. Dependent Variable: eteyad.kol

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3560.785	1	3560.785	78.864	.000 ^b
	Residual	9662.322	214	45.151		
	Total	13223.106	215			

a. Dependent Variable: eteyad.kol

b. Predictors: (Constant), millin

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	18.714	3.038		6.161	.000
	millin	.180	.020	.519	8.881	.000

a. Dependent Variable: eteyad.kol

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	39.7934	56.1882	45.3843	4.06962	217
Residual	-23.94524	18.31590	.00000	6.70381	217
Std. Predicted Value	-1.374	2.655	.000	1.000	217
Std. Residual	-3.564	2.726	.000	.998	217

a. Dependent Variable: eteyad.kol

Abstract

Objectives: The purpose of this study was to predict addiction based on religious beliefs and personality disorders.

Method: This research was applied in the field of applied and correlation. The study population included all young people referred to the Khoramabad Aboriginal Health Care Centers in the year 1395, numbering 500. Using a Morgan table (1970), a sample of 217 young people were selected for study. In this research, systematic random sampling was used to select individuals. To measure the variables of the research, the addiction inclination questionnaire (Mirhassami, 2009), religious beliefs (Zare and Aminpour, 2011) and Milon (1997) were used. Data were analyzed by multivariate regression.

Results: The results of this study showed that religious beliefs and personality disorders can predict the tendency toward addiction in young people who come to addiction treatment centers. Also, religious beliefs of 0.20 and personality disorders predicted 0.91 of the variance of addiction tendency.

Conclusion: According to research findings, if a person has a higher level of religiosity, the meaning that gives him and the world around him, together with a sense of value and purposefulness. Hence, it is less probable that he will take measures such as the use of materials that would damage his worthiness or prevent him from achieving his goals. Persons who are personally vulnerable are susceptible to addiction.

Keywords: Personality Disorders, religious, tendency to addiction, youth.



Islamic Azad University

Borujerd Branch
Faculty Of Human Science – Department Of Psychology
"M.A."
On: General Psychology

Title
Prediction the tendency to addiction in young people based on religious beliefs
and personality disorders

Thesis Advisor:
Davood Kordestani Ph.D

By:
Mahnaz Ghasemi Shalkeh

Summer 2017