

اعتیاد و بازپروری معتادان

دکتر مصطفی اقلیما ۱

چکیده:

مصرف مواد مخدر سابقه طولانی در زندگی و حیات بشر دارد. اعتیاد به مواد مخدر در حال حاضر به عنوان یک مشکل اجتماعی تلقی می‌شود که بر ابعاد اقتصادی - فرهنگی و اقتصادی - اجتماعی کشور تاثیر گذار بوده است. در بررسی پدیده اعتیاد در چهارمفهوم اعتیاد یا وابستگی به مواد اعتیاد آور - معتاد و بازپروری معتادان پرداخته می‌شود. ۱۱۳۵۴۶۷۴۶

در بررسی پدیده اعتیاد و تحلیل این پدیده به عنوان آسیب اجتماعی در چندین سطح در نظر گرفته می‌شود که عبارتند از: سطح کلان یا ساختارهای جامعه، سطح میانه یا روابط فرد با جامعه و خانواده و سطح خرد با مسائل فردی. تئوری دیگری که این مقاله در تحلیل پدیده اعتیاد بدان توجه کرده، تعیین سلسله مراتب علل است. در این پژوهش، از دو روش تحقیق برای تبیین و تحلیل پدیده اعتیاد استفاده شده است. که روش اول، عبارت است از روش تحلیل محتوا که از این طریق به بررسی عوامل موثر در بروز پدیده اعتیاد و همچنین آثار ناشی از آن پرداخته است و در آن به فرضیه‌ها و شیوه‌های بازپروری پرداخته شده است. شیوه دیگری که برای تحلیل و شناخت پدیده اعتیاد به کار برده شده است، مصاحبه‌های عمیق و مطالعه موردی بوده که بر روی معتادان صورت گرفته است. روش دیگر، شیوه پیمایشی بوده است که به صورت آماری به توصیف پدیده اعتیاد پرداخته و جداول یک بعدی و دو بعدی که ارتباط میان متغیرها را ذکر می‌کند ترسیم شده و رابطه متغیرها از طریق آزمون‌های آماری مورد بررسی قرار گرفته است و در نهایت استراتژی اعتیاد زدائی را پیشنهاد می‌کند.

کلید واژگان: علل اعتیاد، بازپروری، معتاد

مقدمه

مصرف مواد مخدر سابقه طولانی در زندگی و حیات بشر دارد. گزارش‌های برآمده از منابع تاریخی چنین می‌نمایند که انسان از سال‌های اولیه تاریخ، آن را می‌شناخته و اقوام مختلف نیز به صورت‌های گوناگون و به منظور اثراتی که بر جسم و روح بر جای می‌نهد، از آن استفاده می‌کرده‌اند. سومریان از کهن‌ترین اقوامی هستند که نه تنها از تریاک استفاده می‌کردند بلکه نام گیاه "شادی بخش" به آن داده بودند.

۱- مددکار اجتماعی و مشاور در مسایل خانوادگی، فرهنگی و اجتماعی

خشخاش با این که در ممالک شرقی از جمله ایران، چین، هند، ترکیه و ممالک اروپای غربی یافت می شده ولی اصل آن از مصر بوده است. به هر حال، مواد مخدر به صورت گیاهان مختلف از قرون گذشته و بسیار قدیم استعمال می شد. اما از حدود ۱۵۰ سال پیش کشت خشخاش و تولید تریاک، آن هم با ترکیبات جدید به عنوان یک ابزار سیاسی مورد توجه قرار گرفت.

اعتیاد به مواد مخدر در حال حاضر به عنوان یک مشکل اجتماعی، پدیده ای استعماری است که علاوه بر زمینه های ناسالم اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی، زمینه های شخصیتی، روانی و تربیتی نیز در چگونگی ابتلاء بدان از اهمیت زیادی برخوردار است. امروز وسعت این پدیده در جهان چنان گسترده است که میلیون ها نفر به آن مبتلا هستند. کشور ما نیز از این معضل بی بهره نیست. بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی میزان اعتیاد در ایران ۴/۲ درصد است که اکثریت آنها در سنین ۲۵ تا ۳۰ هستند.

بدون تردید مصرف بی رویه و روزافزون مواد مخدر به عنوان یکی از بزرگترین مشکلات قرن حاضر تلقی می شود و زیان های ناشی از آن در زمینه های خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی بسیار سنگین است.

همچنین صرف نظر از علل سیاسی و اجتماعی، سودجویی یکی از علل مهم گسترش روز افزون اعتیاد است و سوداگران از ناآگاهی و مشکلات گوناگون جوانان و خانواده ها برای رونق بازارهای خود سوء استفاده می کنند و به طرق مختلف قربانیان بیشتری را به کوس جوانان و خانواده ها رساند تا از این مرداب هولناک دوری جسته و برای حفظ و بقاء خانواده های سلامت و مشکلات زندگی را با کوشش و اعتماد به نفس به شیرینی مبدل سازند.

در فرهنگ لغت، اعتیاد از نظر لغوی به معنای عادت کردن و نوگرفتن است و کلیدی ترین مفاهیمی که پدیدآورنده بحث اعتیاد است، عبارتند از:

۱- اعتیاد یا وابستگی

۲- مواد اعتیاد آور

۳- معتاد

۴- بازپروری معتادان

انواع اعتیاد بر مبنای عوامل یا پارامترهای گوناگونی طبقه بندی شده است. برای مثال، "جی مارکز" برخی از وسایل پدید آورنده وابستگی یا اعتیاد را بر اساس میزان پذیرش اجتماعی و شدت وابستگی بین دو قطب عادی و کجروی طبقه بندی کرده است. در تمامی اشکال اعتیاد و در مورد همه انواع وابستگی حداقل وجود چهار شرط ضروری به نظر می رسد:

- ۱- وجود کنش و واکنش بین انسان و وسیله اعتیاد یا ابزار پدید آورنده وابستگی
- ۲- تکرار کنش و واکنش بین انسان و وسایل اعتیاد برای کسب لذت یا ارضاء شخصی، چه از روی عادت یا نیاز
- ۳- وجود انگیزه ای قوی برای تداوم پایدار کنش و واکنش
- ۴- احساس کمبود همراه با تظاهرات جسمانی و روانی و رفتاری به تنهایی یا با هم در اثر قطع کنش و واکنش

منابع گوناگون کوشیده اند تا از مواد اعتیادآور به معنای اخیر و محدوده آن طبقه بندی هائی را به دست دهند و این مواد را در رابطه با پارامترهای گوناگون ارزیابی کنند. در طبقه بندی مواد عادت آور معمولاً به ۵ گروه اصلی اشاره می شود: گروه اول، آرام بخش های مسکن^۱ هستند که بر سیستم مرکزی اعصاب اثر می گذارند و این سیستم را از تب و تاب باز می دارند.

گروه دوم مواد محرک^۲ نام دارند و سومین گروه را توهم زاها^۳ نام نهاده اند. چهارمین دسته به شاهدانه هندی^۴ و مشتقات آن وابستگی دارند و بالاخره آخرین گروه افیون ها^۵

۱- Sedative

۲-Stimulant drugs

۳-Hallucinogens

۴-cannabis

۵- opiates

لقب گرفته‌اند. برخی از این قبیل مواد به طور طبیعی در محیط زیست آدمی یافت می‌شود و برخی دیگر به طور شیمیایی و یا مصنوعی قابل اکتساب هستند. سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۸۲ پیشنهاد کرده است که دارو یا مواد مخدر، یا ترکیبی از چند ماده شیمیایی است که از جمله مواد مورد نیاز بدن برای بقای سالم آن به شمار نرفته و مصرف آنها احتمال تغییر در کارکرد بیولوژیکی و حتی ساخت بیولوژیکی بدن را مطرح سازد.

همان‌گونه که در اینجا ذکر شد مهمترین مفهوم کلیدی در بحث اعتیاد، فرد معتاد است. معتاد به فردی گفته می‌شود که از چهار طریق تزریق و خوردن، کشیدن یا تنفس و بالاخره از راه مقعد یک یا چند ماده از مواد اعتیادآور را به طور مداوم مصرف کند و در صورت قطع این عمل به مشکلات جسمی، روانی و رفتاری یا با همه آنها روبه‌رو شود. علاوه بر این که معتاد با دوام مصرف از نظر ظاهری و رفتاری به تعریف صوری معتاد، در جامعه تشبیه شده است. آرام آرام هنجارهای جامعه معتادان و خرده فرهنگ متعلق به آنها را می‌پذیرد و در نتیجه مصداق انگ و برچسب می‌شود که معتاد نام دارد. به عبارت دیگر، معتاد از یک سو محصول کنش و واکنش مداوم و مرتب بین ارگانسیم انسان و مواد طبیعی و شیمیایی یاد شده و از سوی دیگر، محصول یک وفاق جمعی است.

آسیب‌های اجتماعی (از جمله اعتیاد)، در تحلیل نهائی به فرد باز می‌گردد و لذا هویت فردی در نحوه بروز و شکل‌دهی آنها نقشی بارز دارد و به هر تقدیر تحلیل آنها با مراجعه به افراد ممکن است. اما فرد بریده از محیط پیرامون خود که در سطوح مختلف وجود خارجی داشته باشد تصویری است بی معنا.

دیدگاهی قادر به تحلیل اعتیاد است که دائماً "بین فرد و جمع و سطوح مختلف و ساختار اجتماعی نوسان کند و در ارتباطی هماهنگ این سطوح را بنگرد و بر هر کدام درنگ کند. لذا بر تحلیل آسیب‌های اجتماعی (از جمله اعتیاد)، به سطح کلان^۱، سطح میانه^۲ سطح خرد^۳ توجه می‌شود.

۱- macroscopic

۲-mesosopic

این سه سطح، در واقع به سه مفهوم مهم اجتماعی یعنی ساخت اجتماعی و نهادها و شبکه روابط متقابل و سازمان اجتماعی و در نهایت عمل اجتماعی باز می‌گردد. در بررسی آسیب درباره اعتیاد در سطح کلان جوامعی که استرس زا تلقی می‌شود بنا به میزان فشار اجتماعی روانی و اقتصادی که به افراد وارد می‌سازند آسیب زا تر بوده و لذا مستعد اعتیاد و نامستعد بازپروری اند.

در پدید آمدن معتادان و رواج ویژگی‌های معتادان، تربیت خانوادگی، میزان سازگاری، سطح فرهنگ زناشویی، نوع روابط اجتماعی، محیط بلافصل والدین و کوی و برزن، مکان جغرافیایی، تجارب فردی و اراده انسانی دخیل اند. به نحوی که تفکیک این علل و تعیین سهم هر یک در مسیر پدید آمدن هر مورد فوق العاده مشکل است.

از جمله تئوری‌هایی که در جهت یافتن علل وابستگی به مواد و داروهای وابستگی منظور می‌شود، سلسله مراتب علل و تعیین علل اساسی و اصلی و فرعی محسوب می‌شود. در این رابطه از جرم زائی نظام سرمایه داری که در تلاش تبدیل به نقد و به شی قابل مبادله و کسب سود است.

در پژوهش‌های متنوعی به عنوان علت العلل آسیب‌های اجتماعی و شیوه گسترش اعتیاد یاد شده است و پس از آن به عواملی مانند خانواده و دوران نوجوانی (که مرحله گذر از فردی وابسته به محیط خانوادگی به فردی مستقل ترغیب می‌شود)، به عنوان علل اصلی یاد می‌شود و گاه دسترسی به مواد و وفور آن را هم پیش شرط یا علت ضروری شکل‌گیری فرایند اعتیاد عنوان می‌کنند.

ذکر این نکته جالب توجه است که در بررسی سلسله مراتب علل، سه علت اساسی و اصلی که تحت عنوان نظام سرمایه داری ساختار و ویژگی‌های خانواده و دوران نوجوانی فرد مطرح هستند، با سه سطح تحلیل کلان - میانه و خرد هماهنگ است.

عوامل موثر در بروز اعتیاد

در بررسی علل اعتیاد که به صورت تحلیل محتوی از منابع متفاوتی صورت گرفته است، می‌توان سه علت را مورد بررسی قرار داد .

دسته اول، علل ساختاری هستند که از خصایص ساخت جامعه و خرده ساخت‌های اجتماعی و سیاسی و فرهنگی نشأت گرفته‌اند، که به صورت جزئی می‌توان به عواملی همچون سیاست‌های استعمار، فقر، بیکاری آشکار و نهان، فقر فرهنگی، وجودباندهای قاچاقچی، وفور مواد وابستگی‌زا در ایران، نداشتن سرگرمی مناسب، سوابق تاریخی، ماشینیسیم و مدرن شدن و در مسیر ترانزیت مواد بودن ایران، همکاری مقامات دولتی با قاچاقچیان و تبلیغات تلویزیون و تزلزل معنویات و اخلاق در جامعه و اختلافات طبقاتی و آداب و رسوم محلی، ممنوع بودن مشروبات الکلی، جنگ و نارسائی خدمات بهداشتی و نبودن برنامه‌های پیشگیرانه صحیح و زندگی در محل‌های معتادان زیاد و عدم وجود مجازات‌های سنگین اشاره کرد .

دسته دوم، عوامل ارتباطی هستند که به محیط بلافصل فرد و روابط مربوط می‌شود . این عمل زاده کنش و واکنش‌های اجتماعی‌اند که در حیطه‌های خصوصی فرد در درون ساخت اجتماعی و تحت تاثیر آن جریان دارد و از نوع رابطه ای سخن می‌گوید که مستعد اعتیاد هستند .

در واقع این علل مسأله تماس^۱ با مواد را مطرح سازند و از فرضیه مسری بودن اعتیاد، در صورت وجود برخی پارامترهای مستعد دفاع کند .

وجود معتاد در خانواده و خویشان نزدیک، فرد را از طفولیت با مصرف مواد و وابستگی به آن آشنا می‌کند و فرهنگ اعتیاد با شدت و ضعف در اجتماعی شدن فرد وارد می‌شود و موثر می‌افتد. از جمله عوامل موثر در این بخش می‌توان به عواملی همچون

ارتباط با معتاد، تربیت غلط فرزندان، سرکوبی افراد در کودکی، توجه بیش از حد، حرفه های هنری و احساسی اشاره کرد.

سومین دسته از علل، عوامل فردی هستند که به ویژگی های فرد مربوط می شوند و در سطح وقایع و اتفاقات قرار می گیرند.

علل فرد، نمودی فوری و سریع دارد و زودتر از سایر عوامل عینی می شود و به چشم می آید؛ این علل در اکثر پژوهش های تجربی شاخص و عوامل ارتباطی و ساختاری گرفته می شود. مشکلات جسمانی و پناه بردن به مواد به عنوان معالجه یا مسکن بیماری ها یا مشکلات روانی و رفتاری نیاز به تغییر حال و هوا و خلق و خوی و وقایع تلخ دوران رشد و اثرات ناشی از آن افسردگی بی قراری و از خودبیگانگی و تحقیر در این گروه قرار می گیرند

به صورت جزئی می توان به عنوان اختلافات شخصیتی و مسکن بیماری ها و احساس تنهایی و تجارب تلخ و شکست های فردی و لذت جویی و نقشه شدن و فشارروحي و عصبی و مشکلات عاطفی - جنسی و تمام بیماری های روانی و سرکوبی و افسردگی خاصه مانیک و بدبینی و فحاشی و خودنمایی و اسکیزوفرنی و تجرد و پسیکوارگانیک اشاره کرد.

آثار ناشی از اعتیاد

آثار ناشی از اعتیاد که در سه زمینه به صورت تحلیل محتوی مورد بررسی قرار گرفته است، به تاثیر اعتیاد بر بافت فیزیولوژیکی و روانی و اجتماعی می پردازد. تأثیرات ناشی از اعتیاد بر بافت فیزیولوژیکی فرد عبارتند از: عطسه، آب ریزش از بینی، دردهای عضلانی، درد مفاصل و استخوان ها، بی اشتهاپی و یبوست شدید و گرفتگی صدا و تشنج و زود انزالی، کاهش درجه حرارت بدن، خشکی دهان و بوی بددهان و پیری زودرس و چروک شدید صورت و عقیم شدن سریع و ضعف قوای تناسلی، اختلالات شدید دستگاه گوارش، اتصاع شرائین، بیماری های کبدی، اثرات هورمونی، عفونت (به ویژه

در صورت تزریق مواد) مسمومیت‌های تدریجی، ناراحتی غدد، اختلال در فعالیت مغز، تیرگی لب و وابستگی جسمانی است.

آثار روانی و عصبی اعتیاد شامل: ناراحتی‌های عصبی - عضوی، اضطراب و بی‌قراری، درونگرایی، ضعف و فقدان اعتماد به نفس، رخوت و سستی اراده، احساس گیجی و ابهام و ترس دائمی، اندوه و هیجان زدگی وابستگی روانی به ماده، فقدان انگیزه‌های فردی، رویای دائمی و خود فریب، خودکشی یا میل به آن است.

آثار رفتاری اعتیاد شامل: دروغگوئی و بی‌قیدی اخلاقی، پرگوئی و وقت ناشناسی، کاهش وجدان کار، بدخلقی و کج رفتاری ناپایداری در روابط اجتماعی و عدم احساس مسئولیت.

آثار اجتماعی شامل: تاثیر منفی بر فرزندان و اطرافیان از میان رفتن نیروی فعال، دودشیدن منابع اقتصادی، فروپاشی خانواده و افزایش جرم، تاثیر منفی بر مبارزات اجتماعی و نهضت‌ها در بررسی صورت گرفته در مورد اعتیاد و شخص معتاد به نظر می‌رسد که انجام فعالیت‌های پژوهشی به صورتی که پیمایشی به صورت نمی‌تواند تحلیل عمیقی از پدیده اعتیاد داشته باشد؛ لذا انجام مصاحباتی عمیق با فرد معتاد می‌تواند اطلاعاتی واقع‌گرایانه و دقیق‌تر در اختیار ما بگذارد و نتایج حاصل از این‌گونه مطالعه و مصاحبه به شرح زیر است:

اولین نکته قابل طرح مبتنی بر این‌گونه مطالعات حاکی از آن است که اعتیاد خاص شغلی معین و سن مشخص و سطح تحصیلات معین و نظایر آن نیست. اصطلاحاً "فراوانی معتادان در بین گروه‌های مختلف سنی و شغلی و تحصیلی به پخش شدن میل می‌کند و اگر محدودیت‌هایی به چشم می‌خورد، زاده محدودیت‌های محیطی است و نه پدید آمده توسط اعتیاد، در بررسی سیر اعتیاد در دو گروه ۱۸ - ۳۰ ساله و ۳۰ - ۴۵ ساله صرف‌نظر از مختصات فردی، معتادان دارای ویژگی‌های متفاوتی در سیر معتاد شدن هستند. افراد معتادی که در سنین ۱۸ و ۳۰ قرار دارند، نسبت به گروهی که در سنین ۳۰ تا ۴۵ هستند اعتیاد را از سن کمتری آغاز کرده‌اند و در سابقه خانواده‌ای و خویشاوندی آنان کمتر است و عمده این افراد اعتیاد خود را با هروئین آغاز کرده‌اند و فقط تعداد کمی تجربه مصرف حشیش و سایر مشتقات هندی را داشته‌اند. مشروبات

الکلی مصرف نکرده و در حال حاضر هم مصرف نمی کنند. فاصله زمانی شروع مصرف هروئین و احساس معتاد شدن در آنان بسیار کوتاه است و مقدار مصرف آنان به سرعت افزایش یافته است. این افراد معمولاً تصویر روشنی از اعتیاد ندارند.

انحطاط فیزیکی و روانی و رفتاری - شخصیتی در آنان مشهودتر است که معمولاً "آغاز کردن مصرف مواد یا هروئین گاه از سنین کم صورت می گیرد و اکثر افرادی که در این گروه سنی قرار دارند به ورزش علاقمند نبوده و هرگز ورزش خاصی را به طور مستمر دنبال نکرده اند. اکثراً در نقاطی زندگی می کردند که هروئین به وفور یافت می شده است.

پس از بررسی دلایلی که ذکر شد، در مجموع خود را قربانی ارتباط با سایر معتادان و توزیع کنندگان هروئین می دانند. معمولاً ارتباط این گروه با والدین بسیار ضعیف بوده و شکاف بین نسل ها زیاد بوده اکثراً مسائل خود را با خانواده در میان نگذاشته و خانواده را قادر به راهنمایی خود نمی دیدند.

اما افراد معتادی که در مقطع سنی ۳۰ تا ۴۵ سال قرار دارند اکثراً "دارای شغل ثابت بوده و مستمراً" بدان پرداخته اند. اکثراً متاهل و صاحب فرزند هستند. این افراد در جریان و روند اعتیاد از مشروبات الکلی و تریاک و هروئین استفاده کرده اند و با کانون های اعتیاد رابطه طولانی تری دارند و سیر اعتیاد آنان به صورت مصرف الکل، اضافه کردن حشیش و سپس روی آوردن به تریاک و الکل و سپس معتاد شدن به الکل و سپس معتاد شدن به هروئین و کنار گذاشتن الکل را طی کرده اند. این گروه به خوبی اعتیاد را می شناسند و به خوبی اثرات مخرب اعتیاد را بدخیم می شمارند و از عواقب مصرف مواد به صورت مداوم و شدید با خبرند و شدیداً احساس گناه می کنند و در آرزوی ترک دائمی اند، اما خود را قادر به ترک آن نمی دانند و آلوده شدن جسم و روح را دلیل ناتوانی خود اعلام می کنند.

همه مصاحبه شدگان پس از طرح سئوالات متعدد اعتراف کردند که معتاد به غیر از مواد به هیچ چیز دیگر نمی اندیشند و همه چیز را فدای اعتیاد می کنند. افراد معتاد به وجود احساس عاطفی شدید بین معتادان متاهل در مورد زن و فرزند و زندگی اعتراف

کرده‌اند؛ اما این افراد گفته‌اند که این احساس عاطفی شدید همواره در مصاف با میل به مصرف مواد بازنده از کار در می‌آید.

اکثر معتادان طی روز در جستجوی مواد و خرید مواد هستند و لیکن چند لحظه پس از مصرف از کار خود نادم و با احساس گناه شدید روبه‌رو می‌شوند. در واقع، این افراد بین جستجو و مصرف مواد و ندامت از مصرف در نوسان دائمی هستند.

چنین تضاد لاینحلی به اضافه راه‌های نامشروع یافتن پول برای مواد و خطر تماس با توزیع‌کننده و هم مصرف مواد سبب اضطراب دائمی آنان می‌شود که با مصرف هر بار مواد تشدید می‌شود و در بررسی‌های پیمایشی صورت گرفته در زمینه اعتیاد گروه سنی ۱۵ تا ۳۵ سال در نقاط مختلف جهان بیشترین فراوانی معتادان از نظر سنی را در بر می‌گیرند. قبل از ۱۵ سالگی فرد به عنوان صغر سن و زندگی در محیط بسته خانه و یا گذراندن اوقات فراغت و شبکه خانوادگی و روابط خویشاوندی کم، بلافاصله از احتمال معتاد شدن کمتری برخوردارند و گروه ۳۵ ساله به بالا چنانچه تا ۳۵ سالگی آلوده شده باشد از احتمال کمتری برای آلوده شدن برخوردارند.

زیرا به هر تقدیر و در اکثر موارد گذر از ۳۰ سالگی شخصیتی شکل گرفته دارند و به اشکال گوناگون و به طور نسبی با محیط سازگار شده‌اند اما نوجوانی و جوانی در سال‌های قبل و بعد از آن، دوران پراهمیت فرایند رشد آدمی هستند. تمایل نوجوانان به پذیرفته شدن و گرایش به گروه و محیط و عضو شدن در دسته‌های نوجوانان و فشار غرائز و نیازها و قرار گرفتن در محیط آلوده احتمال گرایش به اعتیاد را در نوجوانان افزایش می‌دهد.

پایان نوجوانی و آغاز دوران جوانی با ضرورت مستقل شدن و پی‌ریزی زندگی از آن خود و جدا شدن از خانواده پدری دست‌یازی به کسب و کار و فراگیری حرفه، همراه است. اما این دوران خاص در ایران به علت بیکاری شدید و مشکلات آموزشی و فقدان تأمین اجتماعی بر احتمال معتاد شدن می‌افزاید.

ردیف	موضوع	فراوانی مطلق	فراوانی درصدی
۱	کمتر از ۱۴ سال	۱	۴ درصد
۲	۱۵-۱۹ سال	۱۵	۵/۷ درصد
۳	۲۰-۲۴ سال	۳۲	۱۲/۱ درصد
۴	۲۵-۲۹ سال	۶۱	۲۳/۱ درصد
۵	۳۰-۳۴ سال	۶۱	۱/۲۳ درصد
۶	۳۵-۳۹ سال	۴۸	۱۸/۲ درصد
۷	۴۰-۴۴ سال	۲۰	۷/۶ درصد
۸	۴۵ سال و بیشتر	۱۵	۵/۷ درصد
۹		۱۱	۴/۲ درصد
۱۰	جمع	۲۶۴	۱۰۰ درصد

در بررسی صورت گرفته مبنی بر رابطه بین سن و شدت اعتیاد این مسأله نمودار می‌شود که بین سن و شدت اعتیاد رابطه مثبتی وجود دارد؛ به گونه‌ای که افرادی که در سنین پائین قرار دارند شدت اعتیاد بالاتری نشان می‌دهند. جدول زیر گویای این مسأله است :

گروه‌بندی سنی			
پائین	متوسط	بالا	شدت اعتیاد
۶۵/۳۰ درصد	۵۱/۶۳ درصد	۲۲/۸۹ درصد	اعتیاد شدید
۲۳/۴۶ درصد	۳۶/۸۸ درصد	۵۵/۴۲ درصد	اعتیاد متوسط
۱۲/۲۶ درصد	۱۱/۴۷ درصد	۲۱/۶۸ درصد	اعتیاد ضعیف
۱۰۰ درصد	۱۰۰ درصد	۱۰۰ درصد	جمع

نتایج تحقیقات صورت گرفته نشانگر آن است که در حدود ۷۰ درصد از افراد معتاد تحصیلات زیر دیپلم دارند به گونه‌ای که اکثریت آنها تحصیلاتی در حد سیکل دارند. آزمون‌های آماری مبنی بر بررسی رابطه بین سطح سواد و شدت اعتیاد صورت گرفته که نشان داده رابطه‌ای وجود ندارد و عواملی مثل بی سرپرستی و وضع مالی نامساعد، عدم علاقه به ادامه تحصیل و عدم دسترسی به امکانات تحصیلی، اعتیاد و ضرورت

اشتغال، عواملی هستند که منجر به ترک تحصیل شده‌اند که وضع مالی نامساعد و ضرورت اشتغال از موثرترین عوامل در ترک تحصیل افراد معتاد، بوده است . در مورد وضعیت اشتغال افراد معتاد، نوع اشتغال توزیع طبیعی دارد . به عبارت دیگر، فراوانی ها گویای همه گیری اعتیاد است و از فرا طبقاتی و فرا حرفه ای بودن آن حکایت دارد و از همه بخش‌های شغلی می‌گذرد. اما این مسأله را نمی باید از نظر دور داشت که تعداد زیادی از افراد معتاد بیکار هستند و یا دارای مشاغل کاذبی هستند. معمولاً این افراد از طریق خلاف‌های جزئی و یا خرید و فروش هروئین، ارتزاق می‌کنند و این افراد معمولاً از طریق خلافتکاری یا معرفی مشتری هزینه مواد خویش را تأمین می‌کنند .

در بررسی شدت ناپایداری شغلی افراد معتاد، ۴۳ درصد از ایشان به شدت از نظر شغلی ناپایدار هستند و ۲۵ درصد شدت ناپایداری شغلی خویش را ضعیف ذکر کرده‌اند. در بحث چگونگی نحوه تأمین هزینه زندگی، ۷۸ درصد از افراد معتاد با کمک گرفتن از خانواده و دوستان زندگی خود را می‌گذرانند و ۱۴ درصد از طریق خلاف و توزیع مواد و تنها ۲ درصد از طریق کار کردن هزینه‌های زندگی خود را تأمین می‌کنند .

جدول توزیع فراوانی بر حسب نظر معتادان در باره مشاغلی که برای معتادان رانده شده از همه جا وجود دارد .

موضوع	فراوانی مطلق	فراوانی درصدی
معرفی افراد به فروشندگان	۱۱۵	۴۳/۶ درصد
فروش مواد	۶۳	۲۳/۹ درصد
فروش اموال دزدی	۶۷	۲۵/۴ درصد
دزدی	۲	۸ درصد
همه موارد	۴	۱/۵ درصد
سایر کارها	۱	۴ درصد
بی جواب	۱۲	۴/۵ درصد
جمع	۲۶۴	۱۰۰ درصد

در بررسی وضعیت خانوادگی افراد معتاد، داده های آماری به دست آمده نشانگر آن هستند که بیش از ۶۵ درصد افراد معتاد با والدین خود ناسازگار بوده اند و ایشان در خانواده هایی آشفته رشد یافته اند، به گونه ای که ۶۲ درصد از ایشان شاهد کتک خوردن شدید مادران بوده اند و در واقع مشاهده گر نزاع های شدید والدین بوده اند. بیش از ۷ درصد افراد معتاد نیز اذعان داشتند که در ارتباطشان با والدین صادق نبوده اند.

در بررسی معتادان در مورد اولین بار مصرف از موادمخدر مشخص شده است که عواملی همچون اصرار دوستان و کنجکاوی، توصیه به عنوان دارو، تمایل به هم رنگی با دوستان و خودنمایی، تقلید محض، در مسیر مواد قرار گرفتند. در استفاده معتادان از مواد برای بار اول اصرار دوستان و کنجکاوی بالاترین درصد فراوانی را تشکیل می دهد. در ادامه بررسی صورت گرفته، مشخص شده است که اولین محلی که فرد برای نخستین بار اقدام به مصرف مواد کرده است یا منزل دوستان یا منزل شخصی خود بوده است. به طوری که ۶۰ درصد از معتادان گفته اند که برای اولین بار مواد مخدر را در منزل دوستان استفاده کرده اند. همچنین، ۶۰ درصد از معتادان گفته اند که موادمخدر توسط دوستان به آنها معرفی شده است.

همچنین ۱۱ درصد همکاران، ۸ درصد بستگان و ۷ درصد هم محلی ها را عامل معرفی و آشنائی با مواد می دانند و تنها ۳/۴ درصد از افراد والدین را معرفی کننده مواد ذکر دانسته اند.

در توزیع فراوانی افراد نمونه برحسب نوع ماده وابستگی آفرین، در اولین بار مصرف ۲۱ درصد از حشیش ۴۱/۶ درصد از تریاک، ۳۵/۲ درصد از هروئین و ۲ درصد از شیره استفاده کرده اند.

افراد معتاد علت ادامه مصرف خویش را از موادمخدر، نیازهای روحی و جسمی، لذت و نشنگی حاصل از مصرف مواد ذکر کرده اند.

۶۵ درصد از افراد معتاد، اعتیاد را به عنوان نوعی بیماری می شناسند، ۲۳ درصد از آنها اعتیاد را نوعی جرم می دانند و تنها ۱۰ درصد اعتیاد را عادت بر می شمارند. ۸۴ درصد از افراد معتاد، خود را مقصر می شناسند و ۸۸ درصد از معتادان گفته اند که افراد معتاد هر عملی را برای رسیدن به مواد انجام می دهند. ۶۲ درصد از معتادان ذکر کرده اند

که نوعی تجارب منفی در زندگی داشته‌اند. که منجر به گرایش آنان به اعتیاد شده است. این تجارب منفی عبارتند از: شکست عشق ۱۶ درصد، شکست تحصیلی و شغلی ۲۱ درصد داشتن نامادری و ناپدیری ۷/۸ درصد، ورشکستگی ۴/۷۲ درصد، مسائل ناموسی و خیانت ۷/۸ درصد و سایر تجربیات منفی ۱۲/۲۰ درصد.

توزیع فراوانی افراد نمونه بر حسب نظر آنان در باب علل

استعداد جامعه ایران در زمینه اعتیاد

موضوع	فراوانی مطلق	درصد فراوانی
وفور مواد	۸۴	۷۴/۴ درصد
ارزانی مواد	۴	۲/۳ درصد
بازبودن مرزها	۲۰	۱۱/۳ درصد
بیکاری و مشکلات زندگی	۱۷	۹/۶ درصد
ممنوعیت مشروبات الکلی	۳	۱/۷ درصد
نبودن تفریحات سالم	۲۵	۱۴/۱ درصد
وجود سایر معتادان	۲۰	۱۱/۳ درصد
کمبودهای اجتماعی جنگ	۴	۲/۳ درصد
جمع	۱۱۷	۱۰۰ درصد

در بررسی صورت گرفته در مورد رابطه بین نوع ماده مصرفی در آغاز اعتیاد و سرعت تشدید جسمی مشخص شد که بین این دو متغیر رابطه وجود دارد و استفاده از هروئین سرعت گرفتار شدن فرد را در اعتیاد بالا می‌برد.

اعتیاد زدایی

اعتیاد پدیده‌ای است چند بعدی که زاده شرایط ساختاری علل ارتباطی و ویژگی‌های فردی است. لذا اعتیادزدایی نیز به ناچار با تغییرات ساختاری اصلاح شبکه ارتباطات و تغییر ویژگی‌های فردی امکان‌پذیر است. از این‌رو اعتیادزدایی موفق و دخالت آگاهانه جامعه در ایجاد تغییرات هدفمند در سطح کلان یا ساختار جامعه در سطح میانه و یا

روابط و نهادهای اجتماعی و بالاخره در سطح خرد با وضعیت‌ها و ویژگی‌های فردی، الزامی است .

به بیان دیگر، نمی‌توان معتادان را از محیط آلوده جدا کرد و تمامی امکانات پزشکی و درمانی و روانکاوای را فراهم آورد تا معتاد از نظر جسمی و روحی اعتیاد را رها کند . اما نمی‌توان انتظار داشت که پس از ترک جسمی و روحی، به محیط آلوده و ثابت با همان سوابق و شرایط زندگی قبلی بازگردند و دوباره معتاد نشود. لذا قبل از بازپروری اصلاح ساختار اقتصادی و اجتماعی و سیاسی و فرهنگی جامعه پیش شرط موفقیت فرایند اعتیاد زدائی و بخشی از آن یعنی بازپروری است. الگوی مصرف تحصیلی و تولید، با ارزش شدن پول و دستیابی به نعمت مادی به هر قیمت و یا ارتکاب به هر کار، بیکاری شدید آشکار و پنهان یا فقدان امکانات و گذران اوقات فراغت خلاق و سالم بی هدف و عدم توانایی در برنامه ریزی آینده و وفور مواد و زمینه‌های تاریخی وجود استرس و اضطراب احساس بی قوتی و بی ارزشی تلاش در جهت فرار از واقعیت‌های ناخوشایند محیط پیرامون و به طور خلاصه مسائل مربوط به سطح کلان یا ساختار اجتماعی یا سطح میانه یا روابط و پیوندهای جمعی و بالاخره سطح خرد یا ویژگی‌های خاص فردی، مستعد اعتیاد تا زمانی که به شکل کنونی ادامه یابد امکان از میان بردن اعتیاد وجود ندارد .

لذا انتخاب الگوی توسعه ملی درون‌زا و ناظر بر نیازهای حال و آینده تدوین استراتژی و توسعه مراحل و برنامه‌های زمان‌بندی شده و توسعه در جهت استراتژی تعیین شده و تحقق الگوی انتخابی و پیش شرط ریشه‌کن کردن اعتیاد است.

در غیر این صورت و در مساعدترین صورت، صرفاً نمی‌توان از کنترل و کاهش اعتیاد سخن به میان آورد و نه از محو و نابودی اعتیاد ، لذا تغییرات هماهنگ جامعه سطح کلان ، شبکه بلافصل روابط خانوادگی و اجتماعی و مهمتر از همه تربیت نسل جدید ، سطح میانه و بالاخره ارتفاع سطح زندگی و آگاهی افراد و حل مشکلات آنها (سطح خرد) آن‌هم از طریق کار هماهنگ به صورت بسیجی و با استعانت از خود یاری مردم خاصه معتادان و خانواده ایشان، همه مقدم بر اعتیاد فرایند ترک و اعتیاد زدائی‌اند و نقطه شروع بازپروری به شمارمی‌روند. در ادامه باید گفت که فرایند اعتیاد زدائی از دو

مقوله مهم تشکیل شده است. اولین مقوله پیشگیری نام دارد و کلیه اقدامات جمعی فردی و قانونی و غیره را در بر می‌گیرد که به امید جلوگیری از معتاد شدن افراد به عمل می‌آید و مهمترین مسأله اعتیاد شامل کلیه اقدامات فردی و جمعی و یا تنهائی سازمان یافته خود شخص و غیره است که برای ترک دائم اعتیاد معتادان موجود به فرجام می‌رسد و مشکل ترین بخش اعتیادزدائی به حساب می‌آید که از موفقیت ناچیزی برخوردار است. پیشگیری از اعتیاد و بازپروری معتادان به دو مفهوم بهداشت و درمان شبیه است که طبعا" درمان بیماری همواره مساله سازتر از بهداشت محیط و جلوگیری از بیماری است. امری که به عمل مشخصی خاصه جوامع سرمایه داری معمولا" بیشتر مورد توجه عملی قرار می‌گیرد.

در این بخش از مقاله به جاست که شیوه های مرسوم در پیشگیری از اعتیاد و شیوه های درمان معتادان که به صورت تحلیل محتوی از منابع گوناگون تهیه شده است ذکر شود :

الف - شیوه های پیش گیری از اعتیاد

- ۱- ارتقاء آگاهی های فرهنگی و سیاسی از طریق وسایل ارتباط جمعی
- ۲- از بین بردن قاچاقچی و مواد مخدر
- ۳- از بین بردن فقر و بیکاری
- ۴- کنترل مرزها
- ۵- وضع قوانین لازم جهت مبارزه قاطع و عملی با آن
- ۶- گسترش و افزایش محیطهای آموزشی و پرورشی
- ۷- ممنوعیت کامل کشت خشخاش و لابراتورهای هروئین سازی
- ۸- برخورد با معتادان به عنوان بیمار و معالجه آنان
- ۹- افزایش بهداشت عمومی و آگاه کردن مردم از مسایل روانی و جسمانی اعتیاد
- ۱۰- آموزش خانواده ها در جهت پیشگیری از اعتیاد
- ۱۱- محو نظام بهره کشی و طبقاتی

- ۱۲- هماهنگ کردن تحقیقات بین المللی در جهت کشف و محو قاچاقچی
۱۳- مجرم شناختن معتاد و مجازات شدید آنان

ب) شیوه‌های درمان معتادان مندرج در منابع مرور شده به روش تحلیل
محتوی

۱. روان درمانی
 ۲. ایجاد بیمارستان و مراکز بازپروری جهت جمع آوری و بستری کردن معتادان
 ۳. داروی درمان سرپائی
 ۴. بستری کردن همه معتادان برای ترک از طریق دارو و تقویت جسمانی
 ۵. زندان کردن و تنبیه شدید معتادان
 ۶. کم کردن تدریجی ماده یا جایگزین کردن آن با مواد مخدر
 ۷. تبعید فرد معتاد به نقطه دورافتاده
 ۸. کاردرمان
 ۹. ایجاد خانواده های درمانگر و آموزش کامل آنها
 ۱۰. گروه درمانی
 ۱۱. خواب درمانی
 ۱۲. روش سریع ترک یا ترک ناگهانی مواد
 ۱۳. معالجه سرپایی
 ۱۴. انجام مشاوره های مبنی بر ترک اعتیاد
 ۱۵. طب سوزنی
- در بررسی دیدگاه معتادان به صورت پیمایشی در زمینه بازپروری و روش‌های ترک اعتیاد نتایج زیر حاصل شده است:
- فراوانی افراد نمونه بر حسب نظر آنان در رابطه با اقدامات لازم برای جلوگیری از اعتیاد عزیزترین فرد نزد ایشان این‌گونه بوده است که این افراد توضیح خطرات و آگاه کردن را

موثرترین راه پیشگیری می‌دانند و پیش از آن موثرترین شیوه راندن دوستان ناباب ذکر کرده‌اند و پس از آن به عواملی همچون مراقبت دائمی، دقت در معاشرت، ورزش، راهنمایی مداوم با تأمین نیازهای مالی را موثر دانسته‌اند و دیدگاه آنان در مورد مراقبت دائمی از افراد برای پیشگیری از اعتیاد منفی بوده است و فراوانی افراد نمونه بر حسب نظر ایشان در رابطه با راه‌های ترک دائمی اعتیاد این گونه بوده است که این افراد تقویت اراده فردی و تأمین اقتصادی و اجتماعی و نداشتن معاشرت با معتادان و یافتن شغل مناسب را موثرترین راه‌های ترک اعتیاد می‌دانند و پس از آن به عواملی همچون ایجاد انگیزه زندگی بدون مواد، عدم دسترسی به مواد را ذکر کرده‌اند و معتقدند که اقامت در مراکز بازپروری کمترین تاثیرگذاری را دارد.

در مورد تاثیر نحوه ترک اعتیاد ۴۸ درصد از معتادان روش ناگهانی را موثر دانسته‌اند. ۳۹ درصد روش‌های دارویی و بستری را موثر می‌دانند و تنها ۱۳ درصد ترک ناگهانی در مراکز بازپروری را موثر بر شمردند.

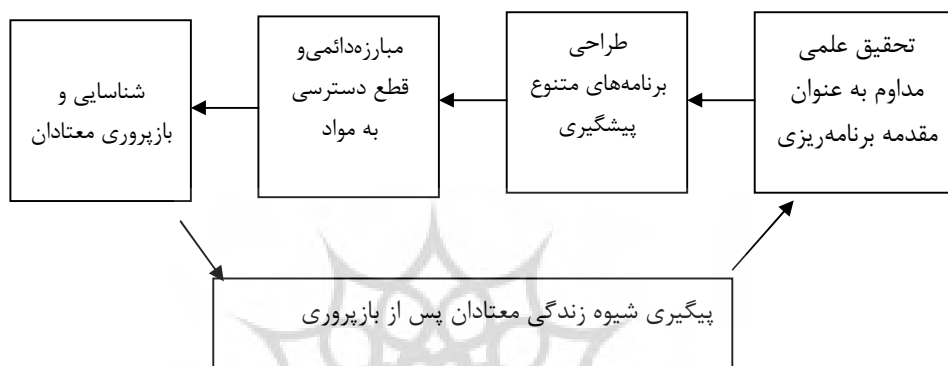
جدول توزیع فراوانی افراد نمونه بر حسب نظر آنان در باب علت تصمیم به ترک اعتیاد

موضوع	فراوانی مطلق	فراوانی درصدی
به خاطر موقعیت شغلی	۱۱	۶/۵ درصد
به خاطر خانواده	۶۷	۳۹/۹ درصد
به خاطر مسائل اقتصادی	۲۷	۱۴/۱ درصد
به خاطر موقعیت اجتماعی	۴۸	۲۸/۶ درصد
خسته شدن از اعتیاد	۱۲	۷/۷ درصد
ترس از افزایش بی رویه	۲	۱/۲ درصد
جمع	۱۶۸	۱۰۰ درصد

استراتژی اعتیاد زدائی

در این تحقیق سعی شده است که پدیده اعتیاد از ابعاد گوناگون مورد بررسی قرار گیرد و از شیوه‌های تحلیل محتوی، مصاحبه‌های عمیق و مشاهدات دقیق و پیمایش‌های

اجتماعی به شناخت درباره اعتیاد دست یافت و بر مبنای مطالعات دقیق صورت گرفته به پیشنهادهای عملیاتی برای اعتیاد زدائی برسیم، نمودار زیر به عنوان استراتژی اعتیاد زدایی حسن ختام مقاله است.



منابع:

۱. آذرخش، حسنعلی، ۱۳۳۴ "آفت زندگی"، مهربان، بی‌نا.
۲. آریائی، منیژه، "مسمومیت حاصله از حشیش و تجسس آن"، (پایان نامه) دورهٔ دکتری داروسازی، تهران ۴۵-۱۳۴۴
۳. آیندگان، "معتادان امروز قاچاقچیان فردا"، (مقاله)، تهران، روزنامه آیندگان، اردیبهشت ۱۳۵۳
۴. آیندگان، "اعتیاد به هروئین در ایران مد شده است." (گزارش) تهران، روزنامه آیندگان، ۱۲ تیرماه ۱۳۵۳
۵. آیندگان، "برنامه ویژه مبارزه با اعتیاد در بین جوانان"، (گزارش) تهران، روزنامه آیندگان، ۲۴، ۲۶، ۲۸ تیرماه ۱۳۵۳
۶. آیندگان، "نظری کلی و نه گذرا بر مسأله اعتیاد به موادمخدر"، (گزارش) تهران، روزنامه آیندگان ۱ مردادماه ۱۳۵۳
۷. آیندگان، "اعتیاد در ۱۰ سال ریشه کن خواهد شد"، (گزارش) تهران، روزنامه آیندگان، ۲۰ اردیبهشت‌ماه ۱۳۵۳
۸. احمدی، منوچهر، "روانکاوی و محقق روانی". (مقاله)، تهران روزنامه اطلاعات ۱۸ خرداد ماه ۱۳۵۶
۹. آستین، اولوین، مترجم: "مینوعراقی زاده"، معتادان خوشبخت وجود ندارند". تهران، روزنامه آیندگان، ۱۳۵۶، - به نقل از مجله پاری ماج‌فرانسه، ۱۲ اردیبهشت ماه
۱۰. اسلامی‌دوست، پوران، "نقش خانواده در اعتیاد بیماران زن بیمارستان معتادان ونک"، (پایان نامه)، دوره لیسانس شهران، دانشکده بهداشت دانشگاه تهران، ۵۶-۱۳۵۵.
۱۱. مافی حسین، "خطرات زات‌الریه نزد تریاکی‌ها" (پایان نامه)، تهران، دانشکده پزشکی، ۱۳۲۰/۲۱
۱۲. مجتهدی، حسین، "اعتیاد به هروئین" (پایان‌نامه دکترا) تهران، دانشکده داروسازی ؟ ۱۳۴۱/۱۳۴۳

۱۳. محمدزاده خلیل. "تاریخچه موادمخدر و اعتیاد در ایران"، پلیس انقلاب، سال پنجم، شماره ۶۱، ۱۳۶۵
۱۴. محتشمی پور، عماد. "سمپوزیوم اعتیاد" (سخنرانی دکتر عباس باقری)، تهران، ۱۳۵۳. مدنی، احمد. "ارمغان شوم"، تهران، انتشارات جاویدان، ۱۳۶۵
۱۵. مدنی، سید احمد. "بدآموزی‌های استعمار"، تهران، انتشارات چاپخش، چاپ دوم
۱۶. مدنی، سید احمد. "افیون یا پلیدترین یا دیو سیاست استعمار"، تهران، انتشارات جاویدان، ۲۵۶۳
۱۷. مرادیان، محمد حسن، "جستجوی مرفین در ادرار معتادانپس از ترک تریاک"، تهران، دانشکده داروسازی دانشگاه تهران، ۴۰ - ۱۳۳۹
۱۸. مشایخی، مهدی، "سوداگران فحشاء در عصر پهلوی"، تهران انتشارات میثم، خرداد ۱۳۵۷
۱۹. مصطوفی الحسین، سید احمد، "اعتیاد به مواد مخدر و شناسایی عوامل آن"، تهران، دانشگاه تهران، دانشکده علوم اجتماعی.
۲۰. معدنی، ف.ن، "هروئین"، چاپخانه گیلان
۲۱. موسوی، مرتضی، "مطالعه اعتیاد به مواد مخدر از جنبه پزشکی" (پایان نامه دکترا)، تهران، دانشگاه تهران، دانشکده پزشکی، ۴۸ - ۱۳۴۷
۲۲. مهتاب، اقدام، "هیولای اعتیاد پشت در دبیرستان‌ها"، (روزنامه آیندگان)، تهران، ۲۰ فروردین ۱۳۵۳
۲۳. مهتاب، اقدام، "اعتیاد سرکش تا کنون به دنیا نیامده است"، تهران، روزنامه آیندگان، ۱۳۵۳
۲۴. مهرپرور، سعید، "طرح و بررسی علل اعتیاد جوانان"، تهران، مرکز اسناد و تحقیقات سازمان بهزیستی کشور.
۲۵. مهرداد وحدتی، عباس، "بررسی علی روانی اعتیاد به مواد مخدر" (پایان نامه لیسانس)، دانشگاه تهران، دانشکده علوم اجتماعی، ۵۰ - ۱۳۴۹

۲۶. میری، ویدا. "مسأله اعتیاد به مواد مخدر و مبارزه با قاچاق"، (پایان نامه لیسانس)، دانشگاه تهران دانشکده علوم اجتماعی، ۴۱-۱۳۴۰
۲۷. مجله روانپزشکی، "اعتیاد و وابستگی دارویی"، دکتر خسروانی، تهران، بیمارستان میمنت، ص ۷۱، ۱۳۵۰
۲۸. نظریان، رحیم. "درمان معتادان مواد مخدر با روش خواب"، (پایان نامه دکترا)، تهران، دانشکده پزشکی
۲۹. نقوی، محسن، "هدیان قرن"، اصفهان، انتشارات تأیید.
۳۰. نوری، م. "چرا معتاد می شوند؟" (مقاله) تهران، مجله دانشمند ویژه نامه ۲۵، شهریور ۱۳۶۵
۳۱. وزارت ارشاد اسلامی. "اعتیاد ره آورد استعمار" اداره امور تبلیغی، اداره کل تبلیغات و انتشارات، شهریور ۱۳۶۲
۳۲. وزارت ارشاد اسلامی. "اعتیاد ره آورد استعمار" اداره امور تبلیغی، اداره کل تبلیغات و انتشارات، بهمن ۱۳۶۲
۳۳. وزیر تهران، کورس، "بیمارستان‌های معتادان و جنبه‌های اختصاصی مدیریت آن"، تهران، ۵۶-۱۳۵۵

Refrence

- ۱- Abrahmian, Ervand, " **Oriental Despotism : The Case of Qajar Iran**", London, Int. J. Middle East Studies, NO. ۵, ۳-۳۰, ۱۹۷۴.
- ۲-Antonio, Robert J. Piran, Parviz, "**Historicity & The Poverty of Empircism :The case of Sociology** "Red Father institute for Advanced Studies in Sociology, Colorado, ۱۹۷۹.
- ۳-"**The loss of Man & History in Baconian Sociology : The Relenance of the Annales Crtique** ," ۹th World Congress of Sociology , Sweden Uppsala University, ۱۹۷۸.
- ۴-Blumer,H.Sumbolic Interactionism: "**Perspective and Method**", Englewood Cliffs, Prentice Hall, ۱۹۶۹.

- ۵-Catton,W. R.“ **From Animistic to Naturalistic Sociology**“, New york, McGraw Hill, ۱۹۶۶
- ۶-Feyerabend Paul. “**Ahainst Method**“, London , Verso ۱۹۷۸
- ۷-Gert, Hans & landau Sauil, “**Sociology on Trial Englewood Cliffs**“, New Jorsey prentice - Hall ۱۹۶۳.
- ۸-Gillispie,V.charles.“**The Edge of Objectivity, Privceter, Princeton**“ University Press, ۱۹۶۰
- ۹-Gliner, “**A. American Society As A social Problem**“. New York, Free Press
- ۱۰-Hindess, Barry & Hirst, Paul Q. “**Pre- Capitalist Modes of Production London**“, Routledge & Kegan Paul, ۱۹۷۵.
- ۱۱-Hughes, John A.“**Sociological analysis :Methods of Discovery**“. London, Nelson ۱۹۷۶.
- ۱۲-Lazarsefeld, Paul M. “**Main Trends In Sociology**“, New york, Harper & Row ۱۹۷۰.
- ۱۳-Mauntz, R. ET all, “**Introduction to Emoiricial Sociology**“, London, Penguin, ۱۹۷۶.
- ۱۴-Metavish Donalld c & Loether, Herman J. “**Descriptive Statistics For Sociologists**“, Boston, A llyn & Bacon, ۱۹۷۴.
- ۱۵-Mikulinsky,S.“**The Social Functions of Science**” Social Sciences No. ۴, ۱۹۸۴
- ۱۶-Mills. C.W.“ **Sociological Imagination**“, Oxford Uninversity Press ۱۹۶۱.
- ۱۷-Mitchell,D.H,“**The Logic & Methor of Sociological Inquiry**” in Introducing Sociology, Lonkon, ۱۹۷۲.
- ۱۸-Muller, John, H. et all. “**Statistical Reasoning in Sociology**“ , Boston, Houghton Mifflin ۱۹۷۷.

۱۹-Diran, Parviz, “**Patterns of cooptation : A Socio – Historical Survey of the Iranian power structure** ” ۱۲ th World Congress of Sociology Madrid, ۱۹۹۰.

۲۰-Walker, “**Robert Applied Qualitative Research**“ . London Gower ۱۹۸۳.

۲۱-Willer,David. “**Scientific Sociology**“, Englwood Cliffs, Prentice Hall ۱۹۷۱.

