

عوامل مؤثر بر سوءمصرف مواد مخدر جوانان در ایران: تحلیل نقشه‌های شناختی فازی مبتنی بر نظرات متخصصان*

جواد عبدلی سلطان احمدی^۱، جواد امانی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۴/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۵/۰۹

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف شناخت عوامل مؤثر بر سوءمصرف مواد مخدر از دیدگاه افرادی که درگیر درمان آن هستند، انجام شد. **روش:** به علت ساختار پیچیده و مبهم عوامل مؤثر بر اعتیاد جوانان از روش نقشه‌های شناختی فازی برای گردآوری و تحلیل داده‌ها استفاده شد. شرکت کنندگان پژوهش شامل ۱۶ نفر پزشکان و روان‌شناسان مراکز درمان اعتیاد ارومیه بودند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد از نظر متخصصان به ترتیب متغیرهای اعتیاد اعضای خانواده با درجه بیرونی ۱/۵۴، بیکاری با درجه بیرونی ۱/۳۲ و همسالان منحرف با درجه بیرونی ۰/۸۸ بیشترین تأثیر را بر اعتیاد دارند. همچنین از نظر این متخصصان اعتیاد توان فرد برای مقابله با مشکلات زندگی را کاهش می‌دهد، ناتوانی در حل مشکلات نیز باعث افزایش احساس انزوا در فرد می‌شود و این امر نیز باعث تشدید اعتیاد فرد می‌گردد. **نتیجه‌گیری:** نتایج دارای تلویحات کاربردی است.

کلیدواژه‌ها: سوءمصرف مواد مخدر، جوانان، نقشه‌های شناختی فازی

* این مقاله از طرح تحقیقاتی که با بودجه پژوهشی و حمایت مالی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه به انجام رسیده است، استخراج شده است.

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه علوم تربیتی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران، پست الکترونیک:

J.abdeli@iaurmia.ac.ir

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

مقدمه

سوء مصرف مواد یکی از جدی‌ترین معضلات بشری در سال‌های اخیر و یکی از پیچیده‌ترین پدیده‌های انسانی است که به عنوان الگوی غیر انطباقی مصرف مواد منجر به بروز مشکلات مکرر شغلی، اجتماعی و قانونی می‌گردد (منصوری جلیلیان، و یزدانبخش، ۱۳۹۳) که با تغییر دادن افکار، خلق و خو، شخصیت و رفتار به آسانی می‌تواند اساس زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی یک فرد را از بین برده (ترنر، مکدونالد و سومرست، ۲۰۰۸) و به طور جدی موجبات تحلیل سلامت، امنیت و اقتصاد ملل جهان را فراهم آورد (اکبرزاده، اکبرزاده، و جوانمرد، ۱۳۹۳؛ حسینی فر، ۲۰۱۱).

اعتیاد یک بیماری زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی است و عوامل متعددی در سبب‌شناسی سوء مصرف و اعتیاد مؤثر هستند که در تعامل با یکدیگر به شروع مصرف و سپس اعتیاد منجر می‌شوند (درویشی‌زاده و ژیلاردی دمانندی، ۲۰۱۰). کمتر پدیده‌ای را می‌توان یافت که همانند اعتیاد، جوامع بشری را مورد تهدید قرار داده باشد. با وجود خطرات و عوارض ناشی از اعتیاد، هر روزه بر شمار قربانیان این دام مرگبار افزوده می‌شود و مشاهده صحنه‌های هولناک آن اکنون نتوانسته به عنوان هشدار جدی برای اجتناب سایر افراد به ویژه قشر جوان جامعه تلقی شود. اعتیاد آنچنان آرام و بی‌صدا از افراد قربانی می‌گیرد که هیچ معناداری آغاز اعتیاد خود را به یاد ندارد (پورموسایی، موسوی و کافی، ۱۳۹۳).

اعتیاد را شاید بتوان گریزگاهی دانست که انسان ناکام از کمبودها، تزلزل‌ها و اختلالات روانی به آن پناه می‌برد. در تعریفی ساده اعتیاد حالتی است که شخص هم از نظر جسمانی و هم از نظر روانی به ماده‌ای وابستگی پیدا می‌کند، احتیاج شدید و اجباری به ادامه مصرف آن ماده داشته و قادر نیست به میل و اراده خود آن را ترک کند و تحمل او در مقابل مصرف تدریجی مواد کمتر می‌شود (نریمانی ۱۳۸۷، به نقل از هاشمی، محمدزاده‌گان، قاسم بکلو، ایرانی، و وکیلی، ۱۳۹۳). به طور کلی اعتیاد یا الگوی ناسازگارانه مصرف مواد به اختلال یا پریشانی می‌انجامد که اهمیت بالینی دارد. این الگو

فراوانی زیاد رفتارهای ناسازگارانه، فقدان کنترل، بی توجهی به لذات و تمایلات دیگر به نفع مصرف ماده را مورد تأکید قرار می دهد. اعتیاد زمانی به وجود می آید که فرد برای به دست آوردن ماده مورد نظر رفتارهای اجباری در پیش می گیرد و کنترل استفاده از آن ماده را از دست می دهد (محمدزاده و آقائی، ۱۳۹۳؛ گنجی، ۱۳۹۲).

جوانان به عنوان عمده ترین و مستعدترین گروه در معرض خطر بیشتری قرار دارند. دامنه تأثیرات اعتیاد از آن رو حائز اهمیت است که عواقب وخیم آن تنها فرد معتاد را در بر نمی گیرد، بلکه معمولاً خانواده، دوستان و همکاران نیز در معرض آثار ویرانگر آن قرار خواهد گرفت (سیام، ۱۳۸۵). با توجه به هزینه های بسیار بالای مبارزه با مواد مخدر، درمان و نگهداری معتادان و همچنین معایب مربوط به روش های درمان و سم زدایی به نظر می رسد پیشگیری از سوء مصرف مواد بسیار به صرفه و کارا تر باشد. بنابراین شناخت عوامل همبسته و مؤثر بر بروز این پدیده شوم می تواند گامی مهم در راه پیشگیری از اعتیاد باشد (رستمی، ۱۳۸۵).

۱۹۷

تجزیه و تحلیل روند ۳۰ ساله وضعیت سوء مصرف مواد در ایران از سال ۱۳۵۱ تا ۱۳۸۱ نشان می دهد که گرچه میزان بروز مصرف مواد در سال های متوالی از نواسان هایی برخوردار است، اما در طی سی سال گذشته روند کلی رو به افزایش بوده است. بیشترین میزان افزایش در سال های ۵۲ تا ۵۶ با میزان ۱۶۶ درصد رخ داده است، پس از آن تا سال ۶۶ به تدریج از شدت آن کاسته شده و سپس مجدداً در دوره زمانی ۶۷ تا ۷۱ به میزان رشد ۵۹ درصد رسیده است. در طی ۲۰ سال گذشته از سال ۵۷ تا ۷۷ به طور متوسط میزان رشد بروز سوء مصرف مواد سالانه ۸ درصد بوده است و یا به عبارت دیگر تقریباً هر ۱۲ سال دو برابر شده است. با مقایسه این نرخ با نرخ رشد جمعیت در طی ۲۰ سال گذشته به طور متوسط ۲/۶۳ درصد بوده است، ملاحظه می شود که میزان رشد بروز سوء مصرف مواد بیش از ۳ برابر نرخ رشد جمعیت بوده است. همچنین میزان رشد مصرف تزریقی مواد در ۱۰ سال گذشته ۳۳۰ درصد و به طور متوسط در هر سال ۳۳ درصد بوده است (رحیمی موقر، محمد، و محمدرزاقی، ۱۳۸۱). به هر حال آمار اعتیاد در ایران هر چه باشد، هشدار می دهد که است جدی در مورد وضعیت کنونی کشور. این موضوع سبب شده تا آسیب های جدی

197

اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و بهداشتی بر کشور ایران وارد شود که می توان به مواردی از جمله بیماری های جسمانی و واگیری چون ایدز، هپاتیت و حتی بیماری های روانی همچون ازدیاد جرایم مرتبط با اعتیاد، سرقت، قتل، خودسوزی، بیکاری، خشونت خانگی، کودک آزاری، افزایش آمار طلاق، افت تحصیلی دانش آموزانی که والدین آنان معتادند، اشاره کرد (جمشیدی، ۱۳۸۲).

پژوهش های متعددی در ایران برای شناسایی عوامل مؤثر یا همبسته با سوء مصرف مواد مخدر انجام یافته است. مانند تحقیقات یعقوبی، بوالهروی، پیروی و ظفر، (۱۳۹۳)؛ طارمیان، بوالهروی، پیروی و عسگری، (۱۳۹۲)؛ توکلی و دهکردیان، (۱۳۹۲)؛ اصغری، کردمیرزا و احمدی، (۱۳۹۲)؛ عفتی دیوشلی، کافی ماسوله و دل آذر، (۱۳۹۱)؛ سیفی گندمانی، صفاری نیا و کلانتری میبدی، (۱۳۹۱)؛ و پورسیدموسایی، موسوی و کافی، (۱۳۹۱). در یک فراتحلیل مربوط به سوء مصرف مواد طی یک دهه و نیم گذشته از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۴ که توسط محسنی تبریزی، جزایری و بابایی (۱۳۸۹) با رویکرد روانی-اجتماعی انجام گرفته، این نتایج به دست آمد که متغیرهای آموزش مهارت های زندگی و مقاومت اجتماعی و گروه همسالان و نوع دوستان، آگاهی از اثرات مواد، کیفیت مناسبات و روابط فامیلی، عوامل خلقی و شخصیتی و جابجایی های مکانی و مهاجرت، سن، نظارت و کنترل والدین و بیماری افسردگی، متغیرهای رفتاری شخصیتی، تعاملات درون گروهی و عملکرد تحصیلی، تأثیرات فیلم و کاریکاتور، عوامل خانوادگی و وضعیت فعالیت اقتصادی، گروه درمانی و اعتیاد پدر، سابقه اعتیاد در خانواده، اعتیاد پدر و حساسیت در روابط متقابل، آگاه سازی از طریق پوستر و کاریکاتور به ترتیب به عنوان مهمترین عوامل تأثیر گذار بر بروز سوء مصرف مواد طبقه بندی شدند.

تمامی مطالعات انجام شده در زمینه شناسایی عوامل مؤثر بر سوء مصرف مواد از پرسش نامه و نظرات دانشجویان استفاده کرده اند. با توجه به حساسیت این پدیده و جرم بودن آن احتمال این که دانشجویان به آن پاسخ های نادرست و انحرافی بدهند بسیار زیاد است. بنابراین استفاده از روش دیگر جمع آوری اطلاعات و نظرات سایر افراد ضروری به نظر می رسد. متخصصان و افرادی که اطلاعات زیادی در مورد یک پدیده دارند، می توانند به

عنوان یکی از مهمترین منابع اخذ دانش در مورد آن پدیده در نظر گرفته شوند (اوزسمی و اوزسمی^۱، ۲۰۰۴). در زمینه سوء مصرف مواد و اعتیاد، پزشکان و روان‌شناسانی که در مراکز بازپروری و ترک اعتیاد فعالیت می‌کنند، یکی از غنی‌ترین منابع اطلاعاتی در این زمینه هستند. این افراد به علت درگیری روزانه با معتادانی که قصد ترک اعتیاد دارند و همچنین انجام مصاحبه‌های عمیق با آنان، اطلاعات زیادی در مورد عوامل مؤثر بر بروز پدیده سوء مصرف مواد کسب می‌کنند. بنابراین استفاده از نظرات آنان گام مهمی در شناسایی عوامل تأثیرگذار بر این پدیده شوم است. بررسی ادبیات پژوهشی در ایران نشان می‌دهد که تاکنون هیچ پژوهشی از نظرات این افراد سود نجسته است و تحقیق حاضر اولین در نوع خود می‌باشد. از طرف دیگر مطالعات نشان می‌دهند که عوامل زیادی با بروز اعتیاد همبسته هستند که این عوامل نیز روابط متقابل و پیچیده‌ای با یکدیگر دارند. لذا بررسی این عوامل از طریق طرح‌های همبستگی یا مداخله‌ای به علت زیاد بودن متغیرها ممکن نیست. در این گونه مواقع بهترین روش برای کشف عوامل و نحوه تأثیرگذاری این عوامل بر یک پدیده از نقشه‌های شناختی فازی^۲ می‌باشد (حسین و بروکس^۳، ۲۰۰۸) که در زمینه عوامل مؤثر بر سوء مصرف مواد، تاکنون پژوهشی با استفاده از این روش صورت نگرفته است. با توجه به مطالبی که بیان گردید هدف پژوهش حاضر بررسی عوامل مؤثر بر سوء مصرف مواد با استفاده از رویکرد نقشه‌های شناختی فازی می‌باشد.

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات اکتشافی با استفاده از نقشه‌های شناختی فازی می‌باشد. نقشه‌های شناختی برای اولین بار توسط اکسلراد^۴ مطرح گردید. این نقشه‌ها بازنمایی ارتباطات علی میان چند شیء یا مسأله است که در برگیرنده نظرات خبرگان در مورد یک واقعیت ذهنی است. نقشه شناختی حاوی دو عنصر اصلی مفاهیم و ارتباطات علی می‌باشد. مفاهیم تحت عنوان متغیرها و ارتباطات علی به عنوان روابط میان متغیرها بازنمایی

می شوند. ارتباطات علی، متغیرها را به هم متصل نموده و می تواند مثبت یا منفی باشد. متغیرهایی که منجر به تغییر می شوند را متغیر علت می نامند در حالی که متغیرهای متأثر از تغییرات را متغیرهای معلول می گویند. با توجه به کیفی بودن نقشه های شناختی و از سوی دیگر با در نظر گرفتن توان کمی سازی منطق فازی، کاسکو^۱ نقشه های شناختی فازی با وزن های فازی را معرفی کرد (کاسکو، ۱۹۸۶). در این نقشه ها مسیرها علاوه بر داشتن جهت علی مثبت یا منفی، وزن های عددی بین -۱ تا ۱ را به خود می گرفتند که میزان اثر متغیرها بر یکدیگر را نشان می داد. نقشه های شناختی فازی مسأله عدم قطعیت در تعیین اثر کلی را از بین می برد.

شرکت کنندگان پژوهش حاضر را پزشکان و روان شناسانی تشکیل می دهند که در مراکز درمان اعتیاد در شهر ارومیه مشغول به کار بودند. نقشه های شناختی فازی بر اساس نظر افرادی قرار دارد که اطلاعات غنی را در مورد کشف سازوکارهای علی بین متغیرها فراهم می کند. با توجه به ماهیت اکتشافی این روش و طولانی بودن مدت زمان گردآوری داده ها استفاده از نمونه با حجم بالا امکان پذیر نیست. همچنین از آنجا که این روش با اکتشاف نه تعمیم سروکار دارد نیازی به نمونه گیری ندارد (اوزمسی و اوزمسی، ۲۰۰۴). اوزمسی و اوزمسی (۲۰۰۴) پیشنهاد می کنند که نمونه گیری تا زمان اشباع داده ها انجام گیرد. اشباع در روش نقشه های شناختی فازی زمانی به دست می آید که افزودن نمونه اطلاعات جدیدی به نقشه های شناختی اضافه نکند. در این پژوهش بعد از ۱۶ مصاحبه داده ها به اشباع رسیدند.

ابزار

برای گردآوری داده ها، از پاسخگویان خواسته شد که روی یک کاغذ پدیده اصلی یعنی سوء مصرف مواد را در مرکز صفحه با شکل دایره رسم کنند. سپس در اطراف آن عوامل مؤثر را ترسیم کنند. در ادامه از آنان خواسته شد فلش هایی را از آن عوامل به سمت سوء مصرف مواد ترسیم کنند و روی فلش ها مثبت یا منفی بودن و همچنین میزان تأثیر

(کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) را مشخص کنند. در نهایت از آنان خواسته شد در صورتی که این عوامل بر یکدیگر نیز تأثیر می گذارند، آن‌ها را با فلش به هم وصل کرده و میزان تأثیر را نیز مشخص کنند. استفاده از این رویکرد زمانی که پاسخگویان اطلاعات غنی در مورد پدیده مورد بررسی دارند و نیازی به راهنمایی زیاد برای پاسخگویی ندارند، توصیه شده است (اوزسمی و اوزسمی، ۲۰۰۴). در این پژوهش نیز با توجه به اینکه شرکت کنندگان پزشکان و روان‌شناسان درگیر در درمان اعتیاد بودند و احتمالاً در مواردی اطلاعات‌شان بیشتر از پژوهشگران بود، از این روش برای گردآوری داده‌ها استفاده شد. لازم به ذکر است که تعداد کل عوامل معرفی شده توسط متخصصان ۲۶ عامل می‌باشد.

پس از گردآوری داده‌های پژوهش، نقشه‌های طراحی شده توسط پاسخگویان تبدیل به ماتریس شدند. پس از تکمیل ماتریس‌ها برای تمامی پاسخ‌گویان، این ماتریس براساس معیار حسین و بروکس (۲۰۰۸) به اعداد فازی تبدیل شدند. بدین صورت که برای هیچ نمره صفر، کم ۰/۲۵، متوسط ۰/۵۰، زیاد ۰/۷۵ و خیلی زیاد ۱ داده شد. پس از تبدیل ماتریس تکمیل شده توسط متخصصان به ماتریس اعداد فازی، این ماتریس‌ها باهم ترکیب شده و ماتریس کامل فازی به دست آمد. سپس این ماتریس وارد نرم افزار FCMmapper (fcmapper.com) شد تا مورد تحلیل قرار گیرد. این ماتریس در جدول ۱ ارائه شده است.

۲۰۱

201

جدول ۱: ماتریس کامل اعداد فازی پاسخ‌گویان

مشکلات روحی	عدم تحمل	مشکلات زندگی	همسالان منحرف	عدم تامین نیازهای عاطفه	احساس انزوا	حس کنجکاوی	ناکامی در زندگی	امید به آینده	اعتیاد	عوامل
								-۰/۰۷		امید به آینده
							-۰/۷۱			بیماری صعب‌العلاج
							۰/۵			احساس هم‌رنگی با دیگران
							-۰/۰۵	۰/۲۷		وضعیت اجتماعی-اقتصادی
							۰/۴۷			ناکامی در زندگی
							۰/۱۸			حس کنجکاوی
						۰/۵۲				زندگی در خوابگاه
								۰/۷۵		در دسترس بودن مواد
								۰/۲۷		احساس بلوغ
								۰/۶۲		نقص در قوانین
								-۰/۳		اعتقادات مذهبی
								۰/۲۵		تبعیض در جامعه
								-۰/۰۳		ویژگی‌های ژنتیک
							۰/۳			محل زندگی
								۰/۵۵		کسب لذت
								۰/۷۲		احساس انزوا
								۰/۶۳		عدم تحمل مشکلات زندگی
								۰/۸		مشکلات روحی
								۰/۲۷		فوت عزیزان
								۰/۸۸		همسالان منحرف
			۰/۵۳							عدم وجود امکانات تفریحی
								۰/۱۱		طلاق والدین
								۰/۱۳		رابطه نامناسب والد-فرزند
								۰/۶۹	۰/۸۹	اعتیاد اعضای خانواده
								۰/۶۹		بیکاری
								۰/۱۸		اعتیاد
								۰/۵۹		عدم تامین نیازهای عاطفی

یافته‌ها

تحلیل نقشه‌های شناختی پیچیده، بسیار مشکل می‌باشد، اما نظریه گراف، راه‌هایی را برای تحلیل ساختار آن‌ها فراهم می‌کند. با آزمون ساختار نقشه‌ها می‌توانیم تعیین کنیم که متخصصان سیستم را چگونه می‌بینند. ابزار بسیار مفید برای مقایسه متغیرها در نقشه یا شبکه میزان مرکزیت^۱ می‌باشد (دی نوی، مروار و باتاگلج^۲، ۲۰۰۵). میزان سهم یک متغیر در یک نقشه شناختی را می‌توان از طریق محاسبه مرکزیت آن بررسی کرد که نشان می‌دهد چگونه یک متغیر به متغیرهای دیگر متصل شده است. همچنین نیرومندی تراکمی این ارتباطات چگونه است. مرکزیت از جمع درجه درونی^۳ یعنی تعداد فلش‌های جهت‌داری که به سمت یک گره یا متغیر اشاره می‌کنند و درجه بیرونی^۴ یعنی تعداد روئوس یا مسیرهای علی که از یک گره یا متغیر خارج می‌شوند. علاوه بر آن اگر درجه بیرونی متغیری مثبت بوده و درجه درونی آن صفر باشد به آن انتقال‌دهنده^۵ می‌گویند که نشانگر تأثیرگذار بودن متغیر است. اگر درجه درونی متغیری مثبت بوده و درجه بیرونی آن صفر باشد به آن دریافت‌کننده^۶ می‌گویند که نشانگر تأثیرپذیر بودن متغیر است. متغیرهای معمولی^۷ نیز دارای درجه بیرونی و درونی مثبت می‌باشند که نشانگر تأثیرگذار و تأثیرپذیر بودن متغیر می‌باشد (اوزسمی و اوزسمی، ۲۰۰۴). در این پژوهش چگالی نقشه شناختی متخصصان ۰/۰۴۴ می‌باشد که نشان می‌دهد ۴/۴ درصد از تمام مسیرهای ممکن در نقشه موجود است. تعداد کل متغیرهای موجود در مدل ۲۷ عدد می‌باشد. ۳۲ اتصال بین متغیرها برقرار است. یعنی ۳۲ مسیر علی باعث تأثیرگذاری متغیرها بر یکدیگر می‌شوند. تعداد کل متغیرهای انتقال‌دهنده یا متغیرهایی که بر متغیرهای دیگر فقط تأثیر می‌گذارند، ۱۸ عدد می‌باشد. همچنین تعداد متغیرهایی که هم بر متغیرهای دیگر تأثیر دارند و هم از متغیرهای دیگر تأثیر می‌پذیرند ۹ عدد می‌باشد. در جدول ۲ نتایج تحلیل نقشه‌های شناختی فازی برای تک تک متغیرها گزارش شده است.

۲۰۳

203

1. Centrality
2. De nooy, mrvar & batagelj
3. in degree
4. out degree

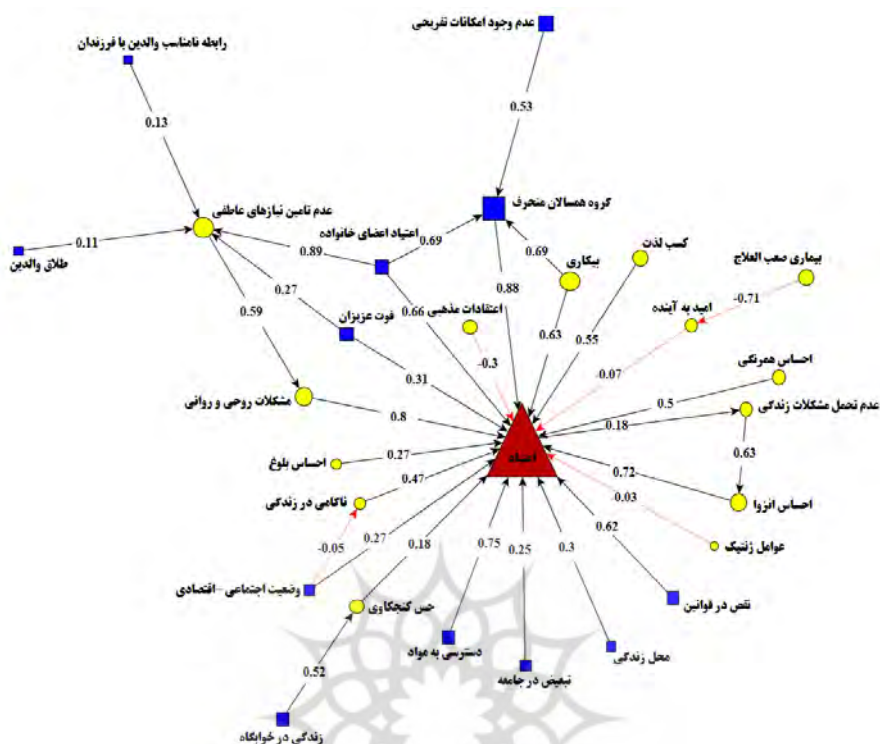
5. Transmitter
6. Receiver
7. Ordinary

جدول ۲: شاخص‌های گراف هر یک از متغیرها برای متخصصان

متغیر	درجه بیرونی	درجه درونی	مرکزیت	نوع متغیر
امید به آینده	۰/۰۷	۰/۷۱	۰/۷۸	معمولی
بیماری صعب‌العلاج	۰/۷۱	۰	۰/۷۱	فرستنده
احساس هم‌رنگی با دیگران	۰/۵۰	۰	۰/۵۰	فرستنده
وضعیت اجتماعی - اقتصادی	۰/۳۲	۰	۰/۳۲	فرستنده
ناکامی در زندگی	۰/۴۷	۰/۰۵	۰/۵۲	معمولی
حس کنج‌کاوی	۰/۱۸	۰/۵۲	۰/۷۰	معمولی
زندگی در خوابگاه	۰/۵۲	۰	۰/۵۲	فرستنده
در دسترس بودن مواد	۰/۷۵	۰	۰/۷۵	فرستنده
احساس بلوغ	۰/۲۷	۰	۰/۲۷	فرستنده
نقص در قوانین	۰/۶۲	۰	۰/۶۲	فرستنده
اعتقادات مذهبی	۰/۳۰	۰	۰/۳۰	فرستنده
تبعیض در جامعه	۰/۲۵	۰	۰/۲۵	فرستنده
ویژگی‌های ژنتیک	۰/۰۳	۰	۰/۰۳	فرستنده
محل زندگی	۰/۳۰	۰	۰/۳۰	فرستنده
کسب لذت	۰/۵۵	۰	۰/۵۵	فرستنده
احساس انزوا	۰/۷۲	۰/۶۳	۱/۳۵	معمولی
عدم تامین نیازهای عاطفی	۰/۵۹	۰/۷۰	۱/۲۹	معمولی
همسالان منحرف	۰/۸۸	۱/۹۱	۲/۷۹	معمولی
عدم تحمل مشکلات زندگی	۰/۶۳	۰/۱۸	۰/۸۱	معمولی
مشکلات روحی	۰/۸۰	۰/۵۹	۱/۳۹	معمولی
فوت عزیزان	۰/۵۸	۰	۰/۵۸	فرستنده
عدم وجود امکانات تفریحی	۰/۵۳	۰	۰/۵۳	فرستنده
طلاق والدین	۰/۱۱	۰	۰/۱۱	فرستنده
رابطه نامناسب والدین با فرزندان	۰/۱۳	۰	۰/۱۳	فرستنده
اعتیاد اعضای خانواده	۱/۵۴	۰	۱/۵۴	فرستنده
بیکاری	۱/۳۲	۰	۱/۳۲	فرستنده
اعتیاد	۰/۱۸	۸/۵۶	۸/۷۴	معمولی

با توجه به جدول شماره ۲، از نظر متخصصان متغیر اعتیاد اعضای خانواده با درجه بیرونی ۱/۵۴ بیشترین تأثیر را در نقشه شناختی بر متغیرهای دیگر دارد. دومین متغیر تأثیرگذار از

نظر متخصصان بیکاری با درجه بیرونی $1/32$ می باشد. سومین متغیر تأثیر گذار مهم همسالان منحرف با درجه بیرونی $0/88$ می باشد. کم اهمیت ترین متغیرها از نظر متخصصان ویژگی های ژنتیک با درجه بیرونی $0/03$ ، امید به آینده با درجه بیرونی $0/07$ و طلاق والدین با درجه بیرونی $0/11$ می باشند. مهمترین متغیری که در نقشه شناختی بیشترین تأثیر را از متغیرهای دیگر می پذیرد، اعتیاد با درجه درونی $8/74$ می باشد. دومین متغیر مهمی که از متغیرهای دیگر تأثیر می پذیرد، همسالان منحرف با درجه درونی $1/91$ می باشد. سومین متغیر تأثیر پذیر نیز امید به آینده با درجه درونی $0/71$ می باشد. کم اهمیت ترین متغیر تأثیر پذیر ناکامی در زندگی با درجه درونی $0/05$ می باشد. با توجه به جدول ۲، بیشترین عدد مرکزیت مربوط به متغیر اعتیاد می باشد. این عدد برای متغیر اعتیاد $8/74$ می باشد که نشان دهنده اهمیت بسیار زیاد این متغیر برای متخصصان است. دومین متغیر مهم نقشه همسالان منحرف با مرکزیت $2/79$ می باشد. سومین متغیر مهم مدل نیز اعتیاد اعضای خانواده با مرکزیت $1/54$ می باشد. کم اهمیت ترین متغیر نقشه شناختی ویژگی های ژنتیک با مرکزیت $0/03$ می باشد. در شکل ۱ نقشه شناختی فازی متخصصان نشان داده شده است. با توجه به این شکل، متغیرهایی که به شکل مربع نشان داده شده اند، عواملی هستند که بیرون از فرد قرار دارند. از شکل دایره نیز برای نشان دادن عواملی که در درون فرد قرار دارند، استفاده شده است. اعتیاد نیز به صورت مثلث نشان داده شده است. با توجه به این شکل، در نقشه شناختی متخصصان، یک چرخه وجود دارد که باعث تشدید اعتیاد می شود. این چرخه شامل اعتیاد، عدم تحمل مشکلات زندگی و احساس انزوا می باشد. بدین صورت که از نظر متخصصان، اعتیاد توان فرد برای مقابله با مشکلات زندگی را کاهش می دهد، ناتوانی در حل مشکلات نیز باعث افزایش احساس انزوا در فرد می شود و این امر نیز باعث تشدید اعتیاد فرد می گردد.



نمودار ۱: نقشه شناختی فازی متخصصان

بحث و نتیجه گیری

اعتیاد ابتدای اسارت آمیز فرد به ماده یا دارویی مخدر است که او را از نظر جسمی و روانی به خود وابسته ساخته و رفتارهای فردی و اجتماعی او را تحت شعاع قرار می دهد و به عنوان مهمترین آسیب اجتماعی جامعه انسانی را مورد هجوم خود قرار داده است (مهريار و جزایری، ۱۳۷۷). با توجه به این امر پژوهش حاضر با هدف شناخت عوامل مؤثر بر بروز این پدیده از دیدگاه متخصصان و افرادی که درگیر درمان آن هستند، انجام شد. به علت ساختار پیچیده و مبهم عوامل مؤثر بر اعتیاد جوانان از روش نقشه های شناختی فازی برای گردآوری و تحلیل داده ها استفاده شد. با الهام از یافته های تحقیق و با نظر به نقشه شناختی، باید گفت از نظر متخصصان، متغیر اعتیاد اعضای خانواده بیشترین تأثیر، و متغیرهای ویژگی های ژنتیک، امید به آینده و طلاق والدین کمترین تأثیر را در نقشه شناختی بر اعتیاد داشتند. متغیرهای بیکاری، همسالان منحرف، مشکلات روحی و روانی و در

دسترس بودن مواد به ترتیب در مراحل بعدی تأثیرگذاری بر اعتیاد در نقشه شناختی از منظر متخصصان می‌باشند.

این یافته نشان می‌دهد که اغلب افرادی که در خانواده‌های معتاد متولد شده و پرورش می‌یابند تکرار مصرف اعضای خانواده برایشان عادی شده و ترس از تجربه به مصرف از آنان دور می‌شود. چون بین اعتیاد پدر و فرزند از لحاظ ژنتیک رابطه‌ای مستقیم وجود ندارد بلکه عمل مصرف پدر برای فرزندان عادی می‌شود، به نظر می‌رسد که واکنش‌های اجتماعی افراد خانواده معتاد بر اثر تکرار تثبیت شده و برای دیگر اعضای خانواده عادی می‌گردد و عادی شدن مصرف دارو به سهولت گرایش به مصرف دیگر اعضای خانواده کمک می‌کند. بیکاری نیز به عنوان یک پدیده اجتماعی زمینه مستعدی برای انحرافات به ویژه اعتیاد است. افراد بیکار چون بیشترین اوقات خود را در قهوه خانه‌ها و تریاها می‌گذرانند و این گونه اماکن بهترین و مناسب‌ترین جا برای فروش و مصرف مواد مخدر است، در نتیجه برای گرایش و کشش به طرف اعتیاد عامل مساعدی به شمار می‌آیند که در اصل از بیکاری مردم ناشی می‌شود زیرا یکی از مواردی که در هنگام تحقیق در این باره جلب توجه می‌کند وجود این قبیل اماکن عمومی برای مصرف مواد مخدر است. همسالان منحرف یکی دیگر از عوامل مهم تأثیرگذار بر مصرف مواد مخدر در دیدگاه متخصصان قلمداد شدند. طبق نظریه اوتینگ و بویس¹ (۱۹۸۶)، تنها متغیر منفرد و عمده در سوءمصرف مواد در نوجوانان، تأثیر همسالانی است که آن‌ها برای ارتباط انتخاب کرده‌اند و به طور کلی استفاده از مواد مستقیماً به ارتباط با همسالان مربوط است. در این دیدگاه سایر عوامل به طور غیرمستقیم رفتار مصرف مواد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در واقع این نظریه به منظور تبیین رابطه‌ای که معمولاً به طرزی پایدار میان مصرف مواد توسط فرد و مصرف مواد توسط دوستان وی دیده می‌شود، مطرح گشت. فرض این است که مصرف مواد در نوجوانی یک فعالیت گروهی است که در بافت اجتماعی گروه دوستان صورت می‌گیرد. مطابق با نظریه گروه دوستان، گروه‌های کوچک و مشخص دوستان و همسالان تعیین می‌کند که کجا، چگونه و چه وقت مواد مخدر مصرف می‌شود. در واقع

همین گروه‌های کوچک هستند که سبب شکل‌گیری نگرش و باور نوجوانان دربارهٔ مواد مخدر می‌شود (اوتینگ و بودیس، ۱۹۸۶). اکثر نوجوانان عضوی از گروه دوستان هستند و در این باره که گروه به چه چیزی باور داشته باشد و چگونه مواد مصرف کند یا نکند مشارکت می‌کنند. از نگاه بیننده بیرونی این امر به نظر، تبعیت از فشار گروه می‌باشد ولی در درون گروه این امر به صورت یک توافق متقابل ادراک می‌شود.

یکی دیگر از دلایل اصلی اعتیاد از دیدگاه متخصصان مشکلات روحی است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که جوانان برای گریز از تنش‌ها و فشارهای زندگی و کسالت و بی‌حوصلگی به مواد مخدر روی می‌آورند. اگر مصرف مواد مخدر برای گریز از وظایف و تعهدات دوران نوجوانی، یعنی فراگیری شیوهٔ برخورد با فشارها و کسب مهارت‌های ادراکی، اجتماعی و حرفه‌ای صورت گیرد، این خود مانع پیدایش توانایی‌های لازم در نوجوانان مبتلا به سوء مصرف مواد برای مواجهه با مسائل دوران بزرگسالی می‌شود. از دلایل دیگری که نوجوانان برای روی آوردن به مصرف مواد مخدر ذکر می‌کنند، کوشش برای گریز از تنش‌ها و فشارهای زندگی و کسالت و بی‌حوصلگی است. اگر مصرف مواد مخدر برای گریز از وظایف و تعهدات دوران نوجوانی، یعنی فراگیری شیوهٔ برخورد با فشارها و کسب مهارت‌های ادراکی، اجتماعی و حرفه‌ای صورت گیرد، این خود مانع پیدایش توانایی‌های لازم در نوجوانان مبتلا به سوء مصرف مواد برای مواجهه با مسائل دوران بزرگسالی می‌شود. در برخی موارد دیگر، مصرف مواد مخدر به وسیلهٔ نوجوانان حاکی از احساس بیگانگی با دنیای خارج و در نتیجه گرایش درونی به دنیای شخصی است که به وسیلهٔ مصرف مواد حاصل می‌شود (استون، بکر، هابر و کاتالانو، ۲۰۱۲).

در دسترس بودن مواد مخدر یکی دیگر از عوامل اعتیاد از دیدگاه متخصصان است. باید گفت چیزی که به آسانی در اختیار مردم قرار گیرد گرایش به آن آسان‌تر صورت می‌پذیرد. در ایران به تجربه ثابت شده است که اجازه مصرف تریاک حتی طی شرایط خاص برای عده مخصوص به اعتیاد جوانان کمک کرده است و چه بهتر که وزارت بهداشت و درمان و سازمان بهزیستی نیز به این مشکل اجتماعی بیشتر توجه کنند، چون

حتی گرفتن اجازه برای مصرف عده‌ای وسیله‌ی درآمد شده است که هم به نابودی افراد جامعه کمک می‌کند و هم رشد اجتماعی و اقتصادی جامعه را که به وجود نیروی انسانی کارساز نیاز دارد، متوقف می‌نماید. در آمریکا ثابت شده در زمان قانونی بودن مصرف سیگار و حشیش درصد معتادان بسیار بالا بوده و یا در کشور نپال که مصرف حشیش و ماری جوانا و هروئین آزاد است بالاترین رقم جذب توریست جوان را از جامعه‌های صنعتی غرب دارد و حتی از دخترانی که به نپال می‌آیند و مدت توقفشان طولانی می‌شود، ممکن است برای خرید مواد مخدر تن به خودفروشی بدهند. از طرف دیگر هر اندازه امکان دستیابی به مواد مخدر آسان باشد و شخص بتواند با هزینه و خطر کمتری آن را تهیه کند، میزان مصرف آن نیز بیشتر خواهد شد. ۷۵ تا ۹۸ درصد نوجوانان مصرف‌کننده مواد مخدر اظهار داشته‌اند که می‌توانند به سهولت این مواد را به دست آورند (بهرامی احسان، ۱۳۸۳).

نتایج نشان داد که یکی دیگر از عوامل اصلی تأثیرگذار بر اعتیاد پیوند با همسالان منحرف است. ساترلند معتقد بود که انحرافات عموماً در قالب گروه‌های نخستین نظیر گروه دوستان یا خانواده آموخته می‌شود. این گروه‌ها بسیار متنفذتر از مأمورین و مسئولین رسمی مانند معلمان، کشیشان، افراد پلیس یا ابزارهای ارتباط جمعی نظیر فیلم و روزنامه می‌باشند. از نظر ساترلند فرآیند یادگیری رفتار بزهکارانه شامل تکنیک‌های تبهکاری، انگیزه‌ها، گرایش‌ها و دلیل تراشی‌های لازم برای آن می‌شود. بدین ترتیب یک جوان هم می‌آموزد که چگونه با موفقیت دزدی کند و هم چگونه استدلال بیاورد تا دزدی خود را توجیه کند و برای آن عذر بتراشد (مبارکی، ۱۳۸۳). بر اساس این دیدگاه معاشرت با نزدیکان، همکاران و به‌ویژه دوستان معتاد و منحرف، تقلید از اطرافیان، معاشرت در محیط‌های ناسالم و گوناگون از جمله مدرسه و محیط‌های آموزشی نامطلوب از جمله عوامل اصلی اعتیاد به مواد مخدر ذکر شده است (کرم‌پور، ۱۳۷۹). بنابر آموزش‌های لازم به جوانان جهت نحوه برخورد با گروه‌های دوستانی که گرفتار اعتیاد به مواد مخدر شده‌اند ضروری به نظر می‌رسد. همچنان که پژوهش حاضر نشان داد اعتیاد و در نتیجه فقدان حمایت والدین و نظارت آن‌ها، منجر به پیوند خانوادگی ضعیف، مشکلات شخصیتی و ارتباط با

همسالان مصرف کننده‌ی مواد می‌شود. نظریه‌ی تعامل خانواده بر پیوند بین کودک و والدین به عنوان مهمترین عامل حفاظت کننده می‌نگرد و بر فرزندپروری به عنوان مهم ترین شرایط برای تربیت فرزندان سالم تأکید می‌نماید. بنابر این پیشنهاد می‌شود از طریق رسانه‌ها و دیگر رسانه‌های عمومی و همچنین کارگاه‌های آموزشی والدین را از پیامدهای ناگوار اعتیاد آگاه ساخته و از این طریق جلوی این بلای خانمان سوز گرفته شود.

منابع

اصغری، فرهاد؛ کردمیرزا، عزت اله؛ احمدی، لیلیا (۱۳۹۲). رابطه نگرش مذهبی، منبع کنترل و گرایش به سوء مصرف مواد در دانشجویان، فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۷(۲۵)، ۱۲-۱۰۳.

اکبرزاده، داود؛ اکبرزاده، حسن؛ و جوانمرد، غلامحسین (۱۳۹۳). مقایسه سرمایه روان‌شناختی و باورهای فراشناختی بین دانشجویان مصرف کننده مواد و دانشجویان عادی. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۸(۳۱)، ۲۴ ° ۹.

بهرامی احسان، هادی (۱۳۸۳). اعتیاد و فرایند پیشگیری. تهران: انتشارات سمت.

پورسیدموسایی، سیده فاطمه؛ موسوی، سید ولی اله؛ کافی، سیدموسی (۱۳۹۱). مقایسه و رابطه بین استرس با ولع مصرف در وابستگان به مواد افیونی و صنعتی. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۶(۲۴)، ۲۶-۹.

موسایی، سیده فاطمه؛ موسوی؛ سید ولی ... و کافی، سید موسی (۱۳۹۳). رابطه بین عوامل جمعیت شناختی با ولع مصرف در وابستگان به مواد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۸(۳۲)، ۷۴ ° ۶۳.

توکلی، محمدعلی، و دهکردیان، پریسا (۱۳۹۲). پیش‌بینی اعتیادپذیری دانشجویان بر اساس متغیرهای جمعیت‌شناختی، اهمالکاری تحصیلی و متغیرهای بین فردی. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۷(۲۸)، ۴۱-۲۳.

جمشیدی، حمیدرضا (۱۳۸۲). آشنایی با فهرست مواد مخدر و روانگردان. کارگاه آموزشی قضایی، مشهد. رحیمی موقر، آفرین؛ محمدرزاقی عمران، محمد کاظم (۱۳۸۱). روند ۳۰ ساله وضعیت سوء مصرف مواد در ایران. مجله پزشکی حکیم، ۵(۳)، ۸۲-۱۷۱.

منصوری جلیلیان، افسانه، و یزدان‌بخش، کامران (۱۳۹۳). پیش بینی گرایش به سوء مصرف مواد مخدر بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کمال‌گرایی در دانشجویان. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۸(۳۲)، ۶۲ ° ۵۱.

رستمی، رضا (۱۳۸۵). همه‌گیرشناسی سوء مصرف مواد در جامعه دانشجویان دانشگاه تهران. طرح پژوهشی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.

رسمتی، رضا؛ سردارپور گودرزی، شاهرخ؛ و بوالهروی، جعفر (۱۳۸۲). سم‌زدایی فوق سریع: مزایا و معایب. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۸(۳۲)، ۳۱-۱۶.

سیام، شهره (۱۳۸۵). بررسی شیوع سوء مصرف مواد اعتیاد آور بین دانشجویان پسر دانشگاه‌های مختلف شهر رشت در سال ۱۳۸۴. *مجله طبیب شرق*، ۸(۴)، ۸۵-۲۷۹.

سیفی گندمانی، محمدیاسین؛ صفاری‌نیا، مجید؛ کلاتری میبدی، سارا (۱۳۹۲). سنخ‌شناسی فرزندپروری خانواده (ترکیب سبک فرزند پروری پدر و مادر) و تاثیر آن بر گرایش به مواد مخدر در نوجوانان پسر. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۷(۲۵)، ۲۴-۱۱.

طارمیان، فرهاد؛ بوالهروی، جعفر؛ پیروی، حمید؛ و عسگری، علی (۱۳۹۲). شیوع مصرف مواد در دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۷(۲۸)، ۲۱-۹.

عفتی دیوشلی، مرضیه؛ کافی ماسوله، سیدموسی؛ دل‌آذر، ربابه (۱۳۹۱). رابطه سلامت روان و کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۶(۲۲)، ۶۴-۵۵.

کرم‌پور، رزا (۱۳۷۹). ارزیابی تحقیقات انجام گرفته در خصوص اعتیاد و مصرف مواد مخدر در ستاد مبارزه با مواد مخدر، ژرفای تربیت، ۲(۵)، ۱۰-۵.

گنجی، مهدی (۱۳۹۲). آسیب شناسی روانی. تهران: انتشارات ساوالان.

مبارکی، محمد (۱۳۸۳). بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و جرم، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید بهشتی تهران.

محسنی تبریزی، علیرضا؛ جزایری، علیرضا؛ و بابایی، نعمت‌الله (۱۳۸۵). فراتحلیل مطالعات مربوط به سوء مصرف مواد با رویکرد روانی-اجتماعی طی یک دهه و نیم گذشته (۱۳۸۴-۱۳۷۰). *مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۱(۱)، ۲۶-۱.

محمدزاده، علی؛ و آقائی، سهراب (۱۳۹۳). مقایسه صفات شخصیتی خودشیفته، ضداجتماعی و مرزی در زندانیان معتاد، غیرمعتاد و افراد عادی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۸(۳۲)، ۷۰-۱۵۷.

مهریار، امیر هوشنگ؛ و جزایری، مجتبی (۱۳۷۷). *اعتیاد، پیشگیری و درمان*. تهران: انتشارات روان‌پور. هاشمی، تورج؛ محمدزاده‌گان، رضا؛ قاسم بکلو، یونس؛ ایرانی، سید محمدامین و وکیلی، سجاد (۱۳۹۳). مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی در افراد وابسته به مواد و افراد سالم. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۸(۳۱)، ۳۳-۱۱۹.

یعقوبی، حمید؛ طارمیان، فرهاد؛ پیروی، حمید؛ و ظفر، مسعود (۱۳۹۳). شیوع مصرف مواد در دانشجویان دانشگاه‌های تابع وزارت علوم، تحقیقات و فناوری (۱۳۹۱). *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۸(۳۲)، ۳۶-۹.

Darvishi Zadeh, M.; Jilardi Damavandi, A. (2010). The incidence of personality disorders among substance dependents and non-addicted psychiatric clients. *Procedia -Social and Behavioral Sciences*, 5, 781-4.

- De Nooy, W.; Mrvar, A.; & Batagelj, V. (2005). *Exploratory Social Network Analysis with Pajek*. New York: Cambridge University Press.
- Hossain, S.; & Brooks, L. (2008). Fuzzy cognitive map modeling educational software adoption. *Computers & Education, 51*, 1569° 88.
- Hoseinifar, J. (2011). Comparison of Guilty of Life and Mental Health of Addicts and Non-Addicts, *Journal of Procedia – Social and Behavioral Sciences, 30*, 1930-4
- Kosko, B. (1986). Fuzzy cognitive maps, *International Journal of Man-Machine Studies, 24*, 65-75.
- Oetting, E. R.; & Beauvais, E. (1986). Peer cluster theory, socialization characteristics and adolescent drug use: A path analysis. *Journal of counselling Psychology, 34*, 205- 13.
- Özesmi, U.; & Özesmi, S.L. (2004). Ecological models based on people s knowledge: a multi-step fuzzy cognitive mapping approach, *Ecological Modeling, 176*, 43° 64.
- Stone, A.L.; Becker, L.G.; Huber, A.M.; Catalano, R.F. (2012). Review of risk and protective factors of substance abuse and problem abuse in emerging adulthood. *Addictive Behavior, 37*, 747-75.

