

شاخص های کارآفرینانه موثر بر کاهش اعتیاد به مواد مخدر و ارتقاء سلامت عمومی

مهري كيوان منش^۱

دکتر محمد حسين مشرف جوادى^۲

دکتر اکبر اعتباريان^۳

چکیده:

خانواده ها در عصر حاضر با تحولات و تهدیدات گسترده ای در حوزه سلامت عمومی، از قبیل ابتلای به مواد مخدر روبرو هستند. تضمین و تداوم حیات و بقاء خانواده ها نیازمند راه حلها و روشهای جدید مقابله با مشکلات است که به نوآوری و ابداع، فرآیندها و پرورش ویژگیهای کارآفرینانه بستگی دارد. در واقع توسعه ویژگیهای کارآفرینی در افراد (مانند یافتن راهکارهای خلاقانه و نوآوانه و...) می تواند به کاهش تاثیرات هولناک مواد مخدر و ارتقاء سلامت عمومی کمک کند. اعتیاد به مواد مخدر در حال حاضر یکی از معضلات جوامع بشری است که روز به روز در حال افزایش است و باعث از کار افتادگی و مرگ و میر بسیاری از جوانان که سرمایه هر مملکتی به شمار می روند، می گردد. در این مقاله محقق در صدد پاسخ به این سوال بوده که شاخص های کارآفرینانه موثر بر کاهش اعتیاد به مواد مخدر و ارتقاء سلامت عمومی چیست؟ این تحقیق بر اساس نحوه گردآوری و ماهیت داده ها، تحقیق اکتشافی- توصیفی (پس رویدادی) است. روش گردآوری داده ها در بخش کیفی روش تکنیک دلفی فازی بوده است. بر اساس داده های کیفی استخراج شده از روش دلفی، پرسش نامه ای تنظیم و در میان ۳۰ نفر از مدیران ارشد، کارشناسان خبره، محققان، دانش پژوهان و اساتید توزیع گردید تا مدل اولیه تحقیق مورد آزمون قرار گیرد. نتایج تحقیق علل گرانش به مواد مخدر و سپس شاخص های کارآفرینانه موثر بر کاهش آن را نشان داد، زیرا در صورت شناسایی این عوامل از طریق این شاخص ها فرد قادر خواهد بود خود را در مقابل اعتیاد به مواد مخدر ایمن سازد و سلامت عمومی خود، خانواده و جامعه را

^۱ دانشجوی دکترای مدیریت منابع انسانی دانشگاه شاخص پژوه اصفهان. نویسنده مسئول

parisa_keyvan@yahoo.com

^۲ استاد دانشگاه اصفهان

^۳ استاد پژوهشگاه شاخص پژوه

ارتقاء دهد و به نوعی پیشگیری قبل از درمان را محقق سازد. در صورت توسعه این ویژگی ها سلامت عمومی رشد خواهد نمود که نتیجه آن توسعه پایدار است که موجب کاهش گرایش به مواد مخدر می گردد. پس شاخص های کارآفرینی شکاف بین سلامت عمومی و توسعه پایدار را بهبود خواهد بخشید.

واژه های کلیدی: شاخص های کارآفرینانه ، کاهش اعتیاد به مواد مخدر، ارتقاء سلامت عمومی

مقدمه :

از آنجایی که خلاقیت و نوآوری و توان کشف فرصت های جدید از بارزترین ویژگیهای کارآفرینان است و از آنجا که اصولاً خصوصیات روانی-رفتاری این گونه افراد (از قبیل استقلال طلبی ، نیاز به پیشرفت ، ریسک پذیری و ...) وماهیت طبیعی نوآوری ، شرایط خاص و متفاوتی را می طلبد ، لذا شناخت ویژگی های کارآفرینانه بستری مناسب برای توسعه و رشد سلامت عمومی را فراهم می سازد. ازسوی دیگر اعتیاد به مواد مخدر در حال حاضر یکی از معضلات جوامع بشری است که روز به روز در حال افزایش است و باعث از کار افتادگی و مرگ و میر بسیاری از جوانان که سرمایه هر مملکتی به شمار می روند، می گردد. مسائل مربوط به مواد مخدر تازگی نداشته و اثرات آن نیز همواره در سرنوشت ملت ها و اقوام قابل جستجو است. در جهان امروز، مشکلات ناشی از مواد مخدر یکی از پیچیده ترین چالش های پیش روی جوامع است که به طور مستقیم و غیر مستقیم اثر منفی بر جامعه داشته است. اعتیاد، علاوه بر اینکه از نظر فردی و شخصی، بلای خانمانسوز و ویرانگری محسوب می شود، همچون سدی در برابر توسعه کشورهای درگیر با مساله ی اعتیاد قرار دارد. و هر معتاد می تواند در محیط کار خود به دلیل پایین بودن کارآمدی از بهره وری سازمان کاسته هزینه های هنگفتی را به عنوان هزینه های پیشگیری، درمان، و بازپروری به بودجه کشور تحمیل کند. آنان بی آنکه بخواهند و بدانند کمر به نابودی هرچه بیشتر سرمایه های ملی بسته و در برابر توسعه اقتصادی کشور مانع ایجاد می کنند.

مبانی نظری:

۱- ویژگی های کارآفرینانه

توماس کامورو-پرموزیک، وابسته تحقیقاتی ارزیابی های هوگان، معتقد است که کارآفرینان ویژگی فرصت طلبی دارند و همیشه آماده استفاده از هر موقعیتی هستند. آنها فرصت هایی را می بینند که دیگران نمی بینند. کسی نمی تواند به گرد پایشان برسد. همه کارآفرینان گرایش به درس گرفتن از اشتباهاتشان دارند. کارآفرینان ذاتی رفتار خود را تحلیل می کنند و از اعتراف به اشتباه خود نمی ترسند. آنها سعی می کنند، رفتارهای منفی را تصحیح کنند. ریچارد استینون، تحلیلگر پژوهشی ارشد و مؤسس شرکت تحلیلی IT-Harvest می گوید: ذهن یک کارآفرین همیشه در حال کار کردن است. او نمی تواند جریان ایده ها را متوقف کند. هر مشکلی برای او فرصتی برای ساختن یک کسب و کار و حل مشکل است. ریچارد استینون، تحلیلگر پژوهشی ارشد و مؤسس شرکت تحلیلی IT-Harvest می گوید: ذهن یک کارآفرین همیشه در حال کار کردن است. او نمی تواند جریان ایده ها را متوقف کند. هر مشکلی برای او فرصتی برای ساختن یک کسب و کار و حل مشکل است.

۲- سلامت عمومی

تعریف سازمان بهداشت جهانی بیانگر این مسئله است که سلامتی، عبارت است از: وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه تنها نبود بیماری و معلولیت. و در سال های اخیر مفهوم زندگی پویای اجتماعی و اقتصادی نیز به آن اضافه شده است. بنابراین سلامتی مفهومی چند بعدی است. مطمئناً قابل فهم ترین بعد سلامتی، بعد فیزیکی می باشد. اما در سطح جامعه، وضعیت سلامت فیزیکی را می توان با مشخصه هایی نظیر: میزان مرگ و میر، امید به زندگی و مرگ و میر کودکان ارزیابی نمود. با توجه به آمارهای موجود در شاخص توسعه جهانی در سال ۲۰۱۰، میزان شاخص امید به زندگی در کشور ایران ۷۲/۷۵ سال می باشد، در حالی که میزان این شاخص در کشورهای با درآمد بالای عضو OECD به طور متوسط ۷۹/۷۶ می باشد. همچنین نرخ مرگ و میر نوزادان و کودکان زیر پنج سال به ازای هر ۱۰۰۰ تولد در ایران به ترتیب ۲۲/۱ می باشد در حالی که این نرخ برای کشورهای با درآمد بالای عضو OECD به طور متوسط ۲/۷ می باشد، که این آمارها بیانگر وضعیت نامناسب شاخص های سلامت در ایران است (ستوده نیا و همکاران، ۱۳۹۵).

در یک اجتماع سالم همواره این باور وجود دارد که صرف نبود بیماری نمی تواند مبین جامعه سالم باشد، بلکه شهروندان یک جامعه سالم بایستی از قابلیت‌ها و کیفیت زندگی بالایی برخوردار باشند (گیدری و همکاران^۱، ۲۰۱۰).

از سوی دیگر، سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۴ سلامت روان را به عنوان حالتی از زندگی سالم تعریف می کند که در آن، فرد توانمندی خود را می شناسد و از آن‌ها به نحو مؤثر و مولد استفاده می کند و برای اجتماع خویش مفید است. بدیهی است سنجش سلامت روان نسبت به سلامت جسم مشکل تر است. در این تعریف، تنها نداشتن بیماری روانی مدنظر نیست، بلکه قدرت تطابق و سازگاری با شرایط محیطی، داشتن عکس العمل و قضاوت مناسب در برابر مشکلات و حوادث زندگی، و داشتن روحیه انتقادپذیری جنبه مهمی از سلامت روان را تشکیل می دهد. لازم به ذکر است که بسیاری از بیماری های روانی نظیر افسردگی، اضطراب و غیره بر روی سلامت جسمی تأثیرگذار است و ارتباط متقابلی بین بیماری های روانی و جسمی وجود دارد (وایتلی و تاکر^۲، ۱۹۸۹).

منظور از سلامت روان حالت موفقیت آمیز کارکرد روانی است که منجر به فعالیت‌های موثر، روابط رضایت بخش و موثر میان فردی، توانایی سازگاری با تغییرات و مقابله موثر و کارآمد با مشکلات و چالش‌های زندگی است. هرگونه مشکل و اختلالی در سلامت روان باعث تاثیرات منفی در تفکر، خلق، هیجان و رفتار فرد می شود و پریشانی و آشفتگی را با خود به همراه دارد. در نتیجه کارکرد فرد در زندگی روزمره در حوزه‌های مختلف خانوادگی، شغلی و اجتماعی مختل می شود (گلدمن و گروب^۳، ۲۰۰۶).

منظور از سلامت اجتماعی، آن بعد از رفتار هر فرد است که مربوط به چگونگی برقراری ارتباط او با سایر افراد جامعه می باشد و اینکه دیگران چگونه با او برخورد می کنند، یا واکنش نشان می دهند، و تعامل او با نهادهای اجتماعی و مقررات و اخلاق جمعی چگونه است. به عبارتی سلامت اجتماعی را می توان میزان تطابق و هماهنگی فرد با جامعه و بر حسب حمایت اجتماعی و نحوه ایفای نقش او در جامعه تعریف کرد (صبوری^۴، ۲۰۱۱).

^۱ . Guidry et al

^۲ . Waitley & Tucker

^۳ . Goldman & Grob

^۴ . Saburi

۳- اعتیاد به مصرف مواد مخدر

سوء مصرف مواد و مسئله اعتیاد یکی از مهم ترین مشکلات عصر حاضر است که گستره ای جهانی پیدا کرده، یا از مرزهای بهداشتی- درمانی فراتر نهاده و به یک مشکل روانی، اجتماعی و خانوادگی تبدیل شده است. مصرف مواد مخدر و سایر مواد غیر قانونی توسط نوجوانان و جوانان یکی از مهم ترین چالش ها و مشکلات سلامت عمومی و روانی-اجتماعی است که مشکلات فردی، اجتماعی، بهداشتی و اقتصادی بسیاری بر جوامع درگیر تحمیل می کند (اسکیبا و همکاران^۱، ۲۰۰۴). نوجوانان آسیب پذیرترین قشر در برابر رفتارهای پرخطر هستند و به واسطه ویژگی های تحولی این دوره، بیش از سایر گروه ها دست به رفتارهایی می زنند که سلامت حال و آینده را در معرض خطر قرار می دهد. مطالعات نشان داده اند که اغلب رفتارهای پرخطر از جمله مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر به سنین قبل از هیجده سالگی کاهش یافته است (هاگز و استیون^۲، ۲۰۱۰؛ سلیمانی نیا^۳، ۲۰۰۵). در ایران نیز با پایین آمدن سن اعتیاد و شیوع مصرف و سوء مصرف مواد در بین نوجوانان مواجه هستیم. درصد قابل توجهی از جوانان سنین دبیرستانی که انواع مواد و داروها را مصرف می کنند، مشکلات و مسائل فراوانی در زمینه مصرف و ملاک های تشخیصی برای اختلال سوء مصرف مواد را گزارش کرده اند (تقریباً ۱۴ درصد در پایه های ۹ و ۱۲). بنابراین، در بسیاری از این نوجوانان که ممکن است در اوایل بزرگسالی دچار اختلال سوء مصرف یا وابستگی به مواد شوند (دامیکو و همکاران، ۲۰۰۸)، به طور جدی خطر داشتن اختلال مصرف مواد در مرحله بعدی زندگی را افزایش می دهد. طبق نظریه استعداد اعتیاد، برخی افراد مستعد اعتیاد هستند و اگر در معرض مواد قرار بگیرند معتاد می شوند اما اگر کسی استعداد نداشته باشد، معتاد نمی شود (مامی، ۲۰۰۹).

سوء مصرف مواد مخدر عبارت است از هرگونه وابستگی شدید روانی یا فیزیولوژیک ارگانهای بدن نسبت به دارو و تهدید برای سلامت جامعه است و سرمایه های کلانی را برای مبارزه با آن و جبران صدمات ناشی از آن فرو می بلعد و همه مرزهای فرهنگی، خانوادگی و اجتماعی را درنوردیده است. تمامی صاحب نظران و متخصصان اعتیاد در این نکته اتفاق نظر

^۱ . Skiba et al

^۲ . Hughes & Stevens

^۳ . Soleimaninia

دارند که اعتیاد و سوء مصرف مواد را باید یکی از بارزترین مشکلات زیستی- روان- اجتماعی دانست. اعتیاد به مواد مخدر، بیماری روانی عودکننده و مزمنی است که با اختلالات انگیزشی شدید و از دست دادن تسلط رفتاری همراه است (سلف و همکاران^۱، ۲۰۱۰).

طیف گسترده ای از عوامل زمینه ساز ژنتیک، روان شناختی، خانوادگی و اجتماعی را مورد بررسی قرار داده اند (بتوون و کانتر^۲، ۲۰۰۰). از این رو می توان اذعان داشت که شناسایی ویژگی های شخصیتی روان شناختی مرتبط با اعتیاد، به عنوان یک عامل اساسی در زمینه پیشگیری و درمان محسوب می شود. از سویی اجتناب از رویارویی و کم توجهی به این ویژگی ها، به علت پیامدهای زیانباری هم چون تخریب منابع اجتماعی، اقتصادی و تهدید امنیت اجتماعی، می تواند عواقب زیانباری را برای هر جامعه به دنبال داشته باشد. اعتیاد یکی از مهمترین انحرافات اجتماعی محسوب میشود، که پایه و اساس بسیاری از آسیبها و معضلات اجتماعی در سطح جامعه است. اعتیاد پیش از آن که پدیده ای روانی و شخصیتی باشد، یک پدیده اجتماعی است. این مشکل در میان جمعیت جوان و قشر تحصیلکرده جوامع از اهمیت بیشتری برخوردار است (جعفری، ۱۳۹۰).

پیشینه تحقیق :

کاینیک و همکاران^۳ (۲۰۱۶)، در پژوهشی با عنوان "کمک به متخصصان سلامت در جهت مقابله با اعتیاد از طریق مرور مطالعات مختلف آمیخته"، به بررسی رابطه بین بهداشت و اعتیاد و جلوگیری از گرایش به اعتیاد در کانادا پرداختند. مطالعات بررسی شده در بازه سال های ۲۰۱۵-۱۹۹۵ انجام گرفت. نتایج نشان داد تحقیقات بررسی شده، مبارزه با اعتیاد را به عنوان اولویتی برای کاهش خطرات مربوط به سلامت و ایمنی یک جامعه مطرح نمودند، که لازم است با آن مقابله گردد. تا از اثرات سوء آن بر سلامت جامعه جلوگیری گردد. که در این زمینه خانواده، همکاران، کارفرمایان و نهادهای نظارتی تأثیر چشم گیری در مبارزه با این پدیده دارند.

^۱ . Self et al

^۲ . Botvin & Kantor

^۳ . Kunyk et al

دنیز^۱(۲۰۱۶)، در پژوهشی با عنوان "بهبود ایمنی بهداشت عمومی از طریق توسعه پایدار"، به بررسی ارتباط بین بهبود بهداشت و سلامت عمومی از طریق توسعه پایدار در کشور ترکیه پرداخت، و عنوان نمود که بهبود کیفیت زندگی و سلامت جامعه سهم بسیار مهمی در توسعه پایدار دارد. جامعه آماری شامل ۹۳ نفر از سالمندان از میر ترکیه انتخاب گردید، که ۵۰ نفر زن و ۴۳ نفر از پاسخ‌دهندگان مرد و در بازه سنی بین ۸۰-۵۵ سال بودند. نتایج نشان داد که بهبود کیفیت زندگی در سلامت جامعه و توسعه تاثیر داشته شده است. زیرا سلامت عموم به گسترش محیط سالم و امن تر برای پوشش کیفیت زندگی و رسیدن به توسعه پایدار است.

آب^۲(۲۰۱۶)، در پژوهشی به بررسی پیشگیری از مواد مخدر و کنترل پلیس مبارزه با مواد مخدر بخش فدرال در فرودگاه بین‌المللی کشور اتیوپی پرداخت. این پژوهش برگرفته از یک رویکرد کمی-کیفی می‌باشد. نمونه مورد مطالعه براساس نمونه‌گیری هدفمند انتخاب گردید. حجم نمونه شامل ۴۵ نفر از افسران پلیس انتخاب گردید. روش پژوهش توصیفی-کاربردی می‌باشد و داده‌ها از طریق پرسشنامه جمع‌آوری گردید و تجزیه و تحلیل داده‌های کمی به کمک نرم‌افزار SPSS انجام گردید. یافته‌ها نشان داد که، همکاری بین ذینفعان داخلی و خارجی نقش بسیار مهمی در مبارزه با مواد مخدر دارند همچنین افسران غیر ماهر و ناکافی، عدم وجود فناوری پیشرفته و توجه پایین کمیسیون پلیس فدرال به مسئله مواد مخدر به عنوان چالش‌های پیشگیری از مواد مخدر معرفی گردیدند.

دیجانگی و همکاران^۳(۲۰۱۵)، در مطالعه‌ای با عنوان "۱۲ گام جهت بهبود دانایی"، به بررسی نقش دانایی در سوءمصرف مواد مخدر در امریکا پرداختند. جامعه آماری را الکلی‌ها و معتادان گمنام تشکیل می‌دهند. در این مطالعه یک برنامه درمانی که شامل گام‌هایی جهت کاهش مصرف مواد مخدر است در نظر گرفته شده است که منجر به ترک اعتیاد و کاهش مصرف مشروبات الکلی می‌گردد. از مهم‌ترین گام‌های آن افزایش و تقویت معنویت و دانایی در افراد و توسعه روابط اجتماعی می‌باشد.

پتیگرو و همکاران^۳(۲۰۱۵)، در مطالعه‌ای با عنوان "مراقبت‌های بهداشتی اولیه و اهداف

^۱ . Deniz

^۲ . Abebe

^۳ . Pettigrew et al

توسعه پایدار"، به بررسی مراقبت‌های بهداشتی اولیه و اهداف توسعه پایدار پرداختند. و به سلامت جامعه، محیط زیست، ترویج عدالت، اشتغال، تقویت نوآوری و کنترل دخانیات بویژه مصرف مواد مخدر اشاره نمودند. نتایج نشان داد که موارد عنوان شده همگی به مراقبت‌های بهداشتی و سلامت جامعه مربوط می‌شود و در صورت توجه و برنامه‌ریزی نتیجه آن نیز توسعه پایدار خواهد بود.

در مطالعه‌ای لین، وو، دتلس^۱ (۲۰۱۱)، در مطالعه‌ای با عنوان "حمایت خانواده، کیفیت زندگی و استفاده از مواد مخدر"، به بررسی رابطه میان حمایت خانواده، کیفیت زندگی و مصرف مواد مخدر در چین پرداختند. روش تحقیق از نوع توصیفی- همبستگی بود. جامعه آماری شامل ۵۶۰ نفر مصرف کنندگان مواد مخدر بود که ۴۷۱ نفر را مردان و ۱۶۸ نفر را زنان تشکیل دادند جامعه آماری از بین ۲۸ کلینیک درمانی استان‌های ژجیانگ و جیانگشی انتخاب گردید. نتایج نشان داد که، بین حمایت خانواده و کیفیت زندگی بهتر معنادان همبستگی مثبت وجود دارد و حمایت خانواده اثرات پیشگیرانه ای بر سوء مصرف همزمان در درمانجویان تحت درمان با متادون دارد.

کارو و همکاران^۲ (۲۰۱۰)، در پژوهشی با عنوان "کیفیت زندگی بیماران وابسته به مواد افیونی و هروئین"، به بررسی ارتباط بین سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران با خودکارآمدی جسمی در کشور آلمان پرداختند. جامعه آماری شامل ۹۳۸ نفر از مصرف کنندگان هروئین بود. روش پژوهش از نوع توصیفی- کاربردی می‌باشد و داده‌ها از طریق پرسشنامه جمع‌آوری گردید. کارو و همکاران نشان دادند که، حیطة سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران با خودکارآمدی جسمی آن‌ها ارتباط دارد. از سویی اختلال‌های روانی مانند اضطراب و افسردگی احتمال سوء مصرف و وابستگی به مواد را افزایش می‌دهند.

مایر و همکاران^۳ (۲۰۱۰)، در مطالعه‌ای با عنوان "کیفیت زندگی در میان افراد وابسته به مواد مخدر"، به بررسی مطالعات انجام شده در زمینه کیفیت زندگی و مصرف مواد مخدر پرداختند. در مجموع از بین مطالعات انجام شده ۳۸ مطالعه انتخاب گردید و توسط ۱۵ متخصص فعال در این زمینه مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که در تمامی مطالعات

^۱ . Lin, Wu & Detels

^۲ . Karow et al

^۳ . Maeyer et al

انجام شده، مبتلایان به مواد مخدر از نظر شاخص کلی سلامت روان نسبت به جمعیت عادی در سطح پایین تری هستند و از نظر شاخص های افسردگی، حساسیت بین فردی، اضطراب و روان پریشی دارای مشکل جدی بوده و نیاز به مراقبت روان شناختی دارند. ویسی هادی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان "تأثیر قاچاق مواد مخدر بر امنیت اجتماعی"، به بررسی تأثیر قاچاق مواد مخدر بر امنیت اجتماعی پرداختند. روش پژوهش به صورت توصیفی و تحلیل فضایی انجام شده است. داده های مورد نیاز تحقیق به شیوه کتابخانه ای و از دفتر مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد مرکز آمار ایران، پلیس آگاهی و دفتر تحقیقات کاربردی فرماندهی انتظامی استان کرمان جمع آوری شده است. قلمروهای قاچاق مواد مخدر در فاصله سال های ۱۳۸۶-۱۳۹۰ مورد بررسی قرار گرفت. به منظور بررسی رابطه میان متغیرها از آزمون همبستگی پیرسون به کمک نرم افزار SPSS استفاده شد. نتایج تحقیق نشان می دهد مناطقی که قاچاق مواد مخدر بیشتری در آنها صورت می گیرد دارای جرائم امنیتی بیشتری نیز می باشند که سلامت عمومی جامعه را با خطر روبرو می سازد.

کاوه و همکاران (۱۳۹۵)، در پژوهشی با عنوان "تحلیل رابطه بین کیفیت زندگی و سلامت روان کارکنان شهرداری شهر دولت آباد"، به بررسی رابطه بین میزان مولفه های کیفیت زندگی و سلامت روانی کارکنان شهرداری شهر دولت آباد پرداختند. فرضیه های پژوهش با در نظر گرفتن مولفه های کیفیت زندگی و سلامت روانی همچنین توجه به متغیرهایی مانند جنسیت، وضعیت تاهل و سن مطرح و مورد بررسی قرار گرفت. روش پژوهش با توجه به ماهیت پژوهش توصیفی همبستگی بود. جامعه آماری مورد مطالعه شامل کلیه کارکنان شهرداری شهر دولت آباد در سال ۱۳۹۵ بود که از این تعداد ۷۰ نفر به عنوان نمونه با روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند تجزیه و تحلیل یافته های پژوهش نشان داد که بین همه ی مولفه های کیفیت زندگی با سلامت روانی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد.

گلی رستمی و همکاران (۱۳۹۵)، در پژوهشی با عنوان "اثر بخشی ترک مواد مخدر بر بهبود کیفیت زندگی در معتادان گمنام"، به بررسی اثربخشی ترک مواد مخدر بر بهبود کیفیت زندگی در معتادان گمنام پرداختند. این مطالعه توصیفی پیمایشی در سال ۱۳۹۱ بر ۶۰ نفر از انجمن معتادان گمنام (۳۷ نفر شهر و ۲۳ نفر روستا) انجام شد. جمع آوری داده ها با کمک پرسشنامه کیفیت زندگی که شامل اطلاعات دموگرافی (محل تولد، سن،

تحصیلات و وضعیت تاهل) و مولفه های اندازه گیری (جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی) بود، انجام شد و برای تحلیل داده ها ضریب همبستگی پیرسو و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS- 21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد بین کیفیت زندگی در قبل و بعد از ترک مواد مخدر رابطه معناداری وجود داشت. همچنین بین ابعاد سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی کیفیت زندگی در قبل و بعد از ترک مواد مخدر رابطه معناداری وجود داشت. بنابراین ترک مواد مخدر در کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن موثر است؛ زیرا کیفیت زندگی می تواند به عنوان مداخله های آموزشی در پیشگیری از مصرف مواد کارساز باشد.

دانایی (۱۳۹۴)، در مطالعه ای با عنوان "ارتباط اعتیاد و امنیت اجتماعی در جامعه شهری"، به بررسی ارتباط بین اعتیاد و امنیت اجتماعی در جامعه شهری پرداخت. روش پژوهش توصیفی- تحلیلی است. ابتدا رابطه شاخص های پژوهش (خانواده، محله، بیکاری و ...) با گرایش به اعتیاد و سپس رابطه این گرایش با عدم امنیت اجتماعی بیان گردید. نتایج نشان داد که بین شاخص های پژوهش با گرایش به اعتیاد و عدم امنیت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. مهم ترین پیش بینی کننده های عدم امنیت اجتماعی به ترتیب (گسترده سازی با پاکستان و افغانستان، فعالیت قاچاقچیان بین المللی و منطقه ای، بازار پررونق مواد مخدر و ...)، وضعیت آنومیک، صنعتی شدن، خانواده، دوستان و همسالان، دسترسی به مواد مخدر، بیکاری و در نهایت محله است. که از بین این موارد، وضعیت آنومیک، صنعتی شدن، خانواده، دوستان و همسالان، دسترسی به مواد مخدر، بیکاری و محله در امنیت اجتماعی نقش دارند.

روش شناسی پژوهش :

در این مقاله ، ابتدا پژوهش کیفی و سپس از طریق تحلیل یافته ها، پژوهش کمی طراحی گردیده است. پژوهش حاضر از نوع پژوهش ترکیبی- اکتشافی است. این تحقیق بر اساس نحوه گردآوری و ماهیت داده ها، تحقیق اکتشافی- توصیفی (پس رویدادی) است. این پژوهش از نوع تحقیقات ترکیبی^۱ به شمار می آید که در قالب شیوه های کیفی و کمی به اجرا در آمده است. روش گردآوری داده ها در بخش کیفی روش تکنیک دلفی فازی می

^۱ -mixed method

باشد که به منظور نهایی سازی فهرست ابعاد و شاخص های کارآفرینانه موثر بر توسعه پایدار استفاده شده است. بر اساس داده های کیفی استخراج شده از روش دلفی، پرسش نامه ای تنظیم و در میان مدیران ارشد، کارشناسان خبره، محققان، دانش پژوهان و اساتید توزیع شده تا مدل اولیه تحقیق مورد آزمون قرار گیرد.

هدف پژوهش :

هدف اصلی: شناخت شاخص های کارآفرینانه موثر بر کاهش اعتیاد به مواد مخدر و ارتقاء سلامت عمومی

هدف های فرعی :

بررسی و تعیین علل تمایل به اعتیاد به مواد مخدر از سه بعد (فردی، اجتماعی و محیطی).
بررسی و تعیین شاخص های کارآفرینانه موثر بر کاهش مواد مخدر از سه بعد (تفکر، تجربه و آموزش).

بررسی و تعیین عوامل ارتقاء سلامت عمومی از چهار بعد (رفاه اجتماعی، حوزه قوانین و عدالت، شایسته سالاری، عدالت اجتماعی، محیط زیست).

جامعه آماری:

-جامعه آماری مربوط به تکنیک دلفی فازی

جامعه آماری روش کیفی را پانلی از مدیران ارشد و کارشناسان خبره ستاد مبارزه با مواد مخدر استان تهران، محققان، دانش پژوهان و خبرگان دانشگاهی که دارای زمینه علمی و سابقه مرتبط می باشند و به مفاهیم و ادبیات مربوطه در این زمینه آگاه می باشند، تشکیل داده اند. تعداد این افراد ۳۰ نفر می باشد. از بعد آکادمیک افرادی که مقالات متعدد یا کتب در حوزه کارآفرینی، مبارزه با مواد مخدر و علل گرایش به آن و ارتقاء سلامت عمومی تدوین نموده اند مورد هدف قرار گرفته اند. دلیل انتخاب این جامعه وجود شناخت و ارتباط موثر با این مجموعه و همچنین راحتی دسترسی بوده است، چرا که جامعه مذکور به خوبی با علل گرایش به پدیده اعتیاد و اثرات آن آگاه بوده و دارای تجربه اجرایی در این زمینه می باشند. از این رو تجربیات بیشتر و درک بهتری از موضوع و هدف پژوهش دارند. از طرفی راحتی دسترسی و همچنین وجود شناخت و ارتباط موثر با این مجموعه از دلایل انتخاب این جامعه بوده است.

جامعه آماری مربوط به مطالعه کمی

جامعه آماری روش کمی را ۴۲۰ نفر از مدیران ارشد، کارشناسان تشکیل داده اند که با استفاده از فرمول کوکران ۲۰۱ نفر در نظر گرفته شد.

روش نمونه‌گیری

شیوه نمونه‌گیری و اندازه نمونه جهت اجرای تکنیک دلفی فازی

شیوه نمونه‌گیری در اجرای تکنیک دلفی، نمونه‌گیری قضاوتی و هدفمند است در این شیوه نمونه‌گیری افرادی برای نمونه انتخاب می‌شوند که برای ارائه اطلاعات مورد نیاز در بهترین موقعیت قرار دارند. این شیوه تنها شیوه نمونه‌گیری است که می‌توان برای بدست آوردن اطلاعاتی که لازم است از افراد خاصی که دارای علم و دانش مربوط هستند و می‌توانند اطلاعات مورد نظر را ارائه دهند، مورد استفاده قرار داد (دانایی فرد و همکاران، ۱۳۸۱). انتخاب اعضای پانل، عنصری حیاتی در موفقیت مطالعات دلفی است. جهت اطمینان از مناسب بودن پانل باید به سبب و ترکیب آن توجه نمود. تعداد متخصصان پانل دلفی از ۱۰ تا ۵۰ عضو قابل تغییر است. تعداد اعضای پانل باید به اندازه کافی باشد تا پاسخ‌ها الگوی خاص خود را نشان دهند. همچنین تعداد اعضای پانل نباید آنقدر بزرگ باشد که موجب پیچیدگی گردد و احتمال اختلاف عقاید را زیاد نماید (اکلی و پاولوسکی^۱، ۲۰۰۴). به زعم دالکی و هلمر^۲ (۱۹۶۳) در استفاده از تکنیک دلفی نباید تاکید آماری بر اندازه اعضای پانل داشت. زیرا واجد اهمیت چندانی نمی‌باشد، در عوض تاکید اصلی باید بر انتخاب اعضای پانل قرار گیرد که در زمینه موضوع مورد نظر دانش کافی، تخصص و تجربه مرتبط داشته باشند. پانل دلفی مطالعه حاضر مشتمل بر مدیران ارشد، کارشناسان خبره، محققان، دانش پژوهان و اساتیدی که در حوزه مبارزه با مواد مخدر فعالیت دارند، می‌باشند.

پرونده‌های علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

^۱. Okoli & Pawlowski

^۲. Dalkey & Helmer

جدول ۳-۱ مشخصات نمونه آماری روش کیفی

نمونه مورد مطالعه	مکان	تعداد(نفر)
خبرگان دانشگاه	دانشگاه اصفهان	10
	دانشگاه خوراسگان اصفهان	8
	دانشگاه تربیت مدرس تهران	7
خبرگان ستاد مبارزه با مواد مخدر استان تهران		5
کل		30

شیوه نمونه گیری و اندازه نمونه مطالعه کمی

حجم نمونه در این مرحله بر اساس فرمول کوکران برای نمونه‌های تصادفی - طبقه‌ای برآورد می‌گردد. حجم جامعه برابر با ۴۲۰ می‌باشد که با توجه به فرمول کوکران که محاسبه آن در زیر آمده است تعداد نمونه برابر با ۲۰۱ به دست آمده است. محقق جهت اطمینان از بازگشت این تعداد پرسشنامه ۲۲۰ پرسشنامه را در جامعه توزیع نمود.

یافته‌های استنباطی

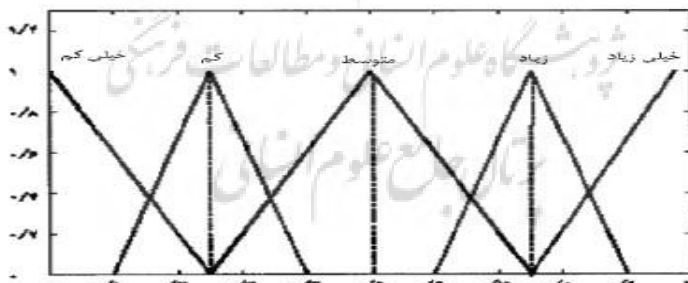
جهت استخراج شاخص های کارآفرینانه، علل تمایل به اعتیاد به مواد مخدر، عوامل ارتقاء سلامت عمومی، و تدوین مدل مناسب، علاوه بر بررسی پیشینه پژوهش‌های مرتبط با موضوع و نیز ادبیات تحقیق از تکنیک دلفی فازی استفاده شد:

الف) استخراج علل تمایل به اعتیاد به مواد مخدر(سه مرحله)؛

ب) استخراج شاخص های کارآفرینانه (سه مرحله)؛

ج) استخراج علل تمایل به اعتیاد به مواد مخدر

مجموع این مراحل به ارتقاء سلامت عمومی کمک کرده است.



شکل ۴-۱ تعریف متغیرهای زبانی

پرسشنامه پژوهش حاضر باهدف استخراج علل تمایل به مواد مخدر تهیه گردید، لذا خبرگان از طریق متغیرهای کلامی نظیر خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد میزان موافقت خود را ابراز نمودند. از آنجاییکه خصوصیات متفاوت افراد بر تعابیر ذهنی آنها نسبت به متغیرهای کیفی اثرگذار است لذا با تعریف دامنه متغیرهای کیفی، خبرگان با ذهنیت یکسان به سوالها پاسخ داده‌اند. این متغیرها با توجه به جدول ۱ به شکل اعداد فازی مثلثی تعریف شده‌اند (میرسپاسی، ۱۳۸۹).

۳۵ شاخص ارسالی براساس، بررسی ادبیات و پیشینه پژوهش گردآوری گردید، که در سه دسته: عوامل فردی، اجتماعی محیطی طبقه‌بندی شده‌اند. همچنین در انتهای هر پرسشنامه نیز یک سوال باز مطرح شد مبنی بر اینکه از خبرگان خواسته شد، در صورتی که علاوه بر علل عنوان شده در پرسشنامه، عامل دیگری بر گرایش به مصرف مواد مخدر تاثیرگذار است، ذکر نمایند:

جدول ۱ - نتایج شمارش پاسخ‌های مرحله نخست نظرسنجی استخراج علل تمایل به مواد مخدر

ابعاد	علل تمایل به مواد مخدر					
	میزان موافقت					
	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	تعداد
فردی	1	مشکلات و بیماری‌های روحی و روانی	0	0	2	30
	2	فشار مالی	0	2	1	30
	3	ضعف اراده	0	0	6	30
	4	بی‌توجهی به مسئولیت‌های فردی	0	2	2	30
	5	ضعف ایمان	0	1	2	30
	6	ضعف شخصیت	0	2	6	30
	7	سن بحرانی (سنین شانزده تا بیست و چهار سال)	0	0	2	30
	8	فشارهای عصبی	0	0	1	30
	9	فرار از زندگی تکراری	0	0	3	30
	10	شخصیت نامتعادل، متزلزل و ناپه‌نچار فرد	0	0	2	30
اجتماعی	1	افسردگی و استرس	0	1	7	30
	2	داشتن سابقه مصرف مواد مخدر	0	0	3	30
اعلی	1	عدم برخورد شدید قانونی با رد و بدل مواد مخدر در محل سکونت فرد	0	0	1	30

۹۲/ شاخص های کارآفرینانه موثر بر کاهش اعتیاد به مواد مخدر و ارتقاء سلامت عمومی

30	10	16	4	0	0	دسترسی به یکی یا چند نوع از مواد مخدر	1 4	
30	8	13	7	2	0	بیکاری	1 5	
30	14	15	1	0	0	نابرابری اقتصادی و اجتماعی	1 6	
30	6	17	7	0	0	سکونت یا رفت و آمد در محلات پایین شهر و آلوده	1 7	
30	13	16	1	0	0	ضعف دینداری در جامعه	1 8	
30	17	13	0	0	0	پایین بودن سطح تحصیلات	1 9	
30	7	17	6	0	0	پایین بودن سطح آموزش	2 0	
30	14	8	6	2	0	بی نظمی و بی اعتمادی در جامعه	2 1	
30	13	14	3	0	0	ضعف بنیاد خانواده	2 2	
30	14	13	3	0	0	دوستان ناباب	2 3	
30	18	10	0	2	0	افزایش انحرافات: دزدی، فحشا، تکدی‌گری	2 4	
30	9	14	5	2	0	ضعف نیروی کار جامعه	2 5	
30	14	10	3	2	1	نادیده گرفته شدن در جامعه	2 6	
30	6	17	4	3	0	احساس درماندگی، ناکامی، عدم کفایت	2 7	
30	10	13	5	2	0	تشویق دوستان به مصرف مواد مخدر	2 8	
30	12	18	0	0	0	خانواده و یا اقوام نزدیک دارای سابقه مصرف مواد مخدر	2 9	
30	11	17	2	0	0	وجود مشاجرات شدید با خانواده	3 0	
30	8	17	5	0	0	وجود سابقه طلاق و یا حل مشکل در دادگاه های خانوادگی	3 1	محبی طی
30	17	12	1	0	0	کمبود محبت در خانواده	3 2	
30	14	11	5	0	0	تبعیض بین فرزندان	3 3	
30	11	12	7	0	0	آزادی و اعتماد بیش از اندازه	3 4	
30	10	17	3	0	0	محدود کردن بیش از حد فرزندان	3 5	

جدول ۲: میانگین دیدگاه‌های خبرگان حاصل از نظرسنجی نخست استخراج علل تمایل به مواد مخدر

ابعاد	علل تمایل به مواد مخدر	میانگین فازی مثلثی (m, a, B)					میانگین فازی زدایی شده (X)	شاخص بالای ۷۰ درصد
فردی	1 مشکلات و بیماری‌های روحی و روانی	0.09	0.19	0.84	0.82	*		
	2 فشار مالی	0.09	0.19	0.81	0.78	*		
	3 ضعف اراده	0.13	0.20	0.78	0.76	*		
	4 بی‌توجهی به مسئولیت‌های فردی	0.09	0.20	0.82	0.79	*		
	5 ضعف ایمان	0.10	0.20	0.82	0.79	*		
	6 ضعف شخصیت	0.14	0.19	0.72	0.70	*		
	7 سن بحرانی (سنین شانزده تا بیست و چهار سال)	0.09	0.20	0.85	0.82	*		
	8 فشارهای عصبی	0.09	0.20	0.85	0.82	*		
	9 فرار از زندگی تکراری	0.11	0.20	0.82	0.79	*		
اجتماعی	10 شخصیت نامتعادل، متزلزل و نابهنجار فرد	0.12	0.20	0.75	0.73	*		
	11 افسردگی و استرس	0.14	0.20	0.73	0.72	*		
	12 داشتن سابقه مصرف مواد مخدر	0.09	0.21	0.85	0.82	*		
	13 عدم برخورد شدید قانونی با رد و بدل مواد مخدر در محل سکونت فرد	0.08	0.20	0.86	0.83	*		
	14 دسترسی به یکی یا چند نوع از مواد مخدر	0.11	0.20	0.80	0.78	*		
	15 بیکاری	0.13	0.20	0.73	0.71	*		
	16 نابرابری اقتصادی و اجتماعی	0.08	0.20	0.86	0.83	*		
	17 سکونت یا رفت و آمد در محلات پایین شهر و آلوده	0.14	0.19	0.74	0.73	*		
	18 ضعف دینداری در جامعه	0.09	0.20	0.85	0.82	*		
	19 پایین بودن سطح تحصیلات	0.07	0.21	0.89	0.86	*		
	20 پایین بودن سطح آموزش	0.14	0.19	0.76	0.74	*		
	21 بی‌نظمی و بی‌اعتمادی در جامعه	0.10	0.22	0.78	0.75	*		
	22 ضعف بنیاد خانواده	0.10	0.20	0.83	0.81	*		
	23 دوستان ناباب	0.09	0.21	0.84	0.81	*		

									3	
*	0.83	)	0.87	،	0.21	،	0.06	(	افزایش انحرافات: دزدی، فحشا، تکدی‌گری	2
									4	
*	0.73	)	0.75	،	0.20	،	0.12	(	ضعف نیروی کار جامعه	2
									5	
*	0.76	)	0.78	،	0.20	،	0.09	(	نادیده گرفته شدن در جامعه	2
									6	
*	0.70	)	0.72	،	0.18	،	0.13	(	احساس درماندگی، ناکامی، عدم کفایت	2
									7	
*	0.74	)	0.76	،	0.20	،	0.12	(	تشویق دوستان به مصرف مواد مخدر	2
									8	
*	0.83	)	0.85	،	0.19	،	0.09	(	خانواده و یا اقوام نزدیک دارای سابقه مصرف مواد مخدر	2
									9	
*	0.80	)	0.83	،	0.19	،	0.10	(	وجود مشاجرات شدید با خانواده	3
									0	
*	0.76	)	0.78	،	0.19	،	0.13	(	وجود سابقه طلاق و یا حل مشکل در دادگاه‌های خانوادگی	3
									1	مح
*	0.85	)	0.88	،	0.21	،	0.07	(	کمبود محبت در خانواده	3
									2	یطی
*	0.80	)	0.83	،	0.21	،	0.10	(	تبعیض بین فرزندان	3
									3	
*	0.76	)	0.78	،	0.21	،	0.12	(	آزادی و اعتماد بیش از اندازه	3
									4	
*	0.79	)	0.81	،	0.19	،	0.11	(	محدود کردن بیش از حد فرزندان	3
									5	

نتایج فوق با کمک نرم‌افزار Excel محاسبه گردید. میانگین قطعی به دست آمده نشان‌دهنده شدت موافقت خبرگان با هر یک از علل تمایل به مواد مخدر در سه بعد فردی، اجتماعی و محیطی می‌باشد. همانطور که در جدول نشان می‌دهد شاخص‌های بررسی شده بیشترین میزان موافقت خبرگان (میانگین بالای ۷۰ درصد) را کسب نمودند. با توجه به اینکه در پرسشنامه ارائه شده علاوه بر سوالات بسته، دیدگاه خبرگان در قالب سوال باز نیز اخذ گردیده لذا پس از پالایش نقطه نظرهای ارائه شده و با مشورت اساتید راهنما و مشاور، ۱۹ شاخص زیر در نظرسنجی مرحله دوم اضافه گردید:

عوامل فردی:

- کاهش امید به زندگی؛
- عدم اعتماد به نفس؛
- عدم آگاهی از خطرات و مضرات مصرف مواد مخدر؛
- نگرش مثبت به مواد مخدرناشی از اطلاعات غلط و باورهای نادرست؛
- کنجکاوی در کسب لذت.

عوامل اجتماعی:

- عدم دسترسی به سیستم‌های خدماتی، حمایتی، مشاوره‌ای و درمانی؛
- فقدان مهارت‌های شغلی لازم؛
- عدم دسترسی به مشاغل مناسب و به دنبال آن محدودیت در تامین نیازهای حیاتی و اساسی زندگی؛
- تلاش برای بقا، فرد را به مشاغل کاذب، خرید و فروش یا مصرف مواد مخدر می‌کشاند؛
- عدم توسعه صنعتی، محرومیت اجتماعی - اقتصادی؛
- نقش مخرب رسانه‌ها؛
- عدم وجود امکانات تفریحی، ورزشی، آموزشی و ... در محل زندگی.

عوامل محیطی:

- رفاه بیش از حد در خانواده؛
- فقر؛
- نابسامانی‌های خانواده؛
- وجود الگوهای نامناسب در خانواده؛
- غفلت از فرزندان و عدم توجه به آنان؛
- فقدان انضباط در خانواده؛
- سکونت در مناطق آسیب‌دیده و پایین شهر.

نظرسنجی مرحله دوم:

در این مرحله ضمن اعمال تغییرات لازم در شاخص‌ها، پرسشنامه دوم تهیه گردیده و همراه با نقطه نظر قبلی هر فرد و میزان اختلاف آن‌ها با دیدگاه سایر خبرگان، مجدداً به ۳۰ نفر اعضای گروه خبره ارسال و ۲۸ پرسشنامه جمع‌آوری گردید. با این تفاوت که در این مرحله علاوه بر ۳۵ شاخص در مرحله قبل، ۱۹ شاخص جدید اضافه گردیده و نظرسنجی در مورد ۵۴ شاخص صورت گرفته است.

ب) استخراج شاخص‌های کارآفرینانه

در این بخش نیز پرسشنامه‌ای باهدف استخراج شاخص‌های کارآفرینانه تهیه گردید، لذا

خبرگان از طریق متغیرهای کلامی نظیر خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد میزان موافقت خود را ابراز نمودند. از آنجایی که خصوصیات متفاوت افراد بر تعبیر ذهنی آنها نسبت به متغیرهای کیفی اثرگذار است لذا با تعریف دامنه متغیرهای کیفی، خبرگان با ذهنیت یکسان به سوالها پاسخ داده‌اند. این متغیرها با توجه به جدول ۱ به شکل اعداد فازی مثلثی تعریف شده‌اند. در مجموع ۳۵ شاخص ارسالی براساس بررسی ادبیات و پیشینه پژوهش گردآوری گردید که در فاز بعدی اولویت بندی شد. از مهمترین ویژگیهای کارآفرینانه موثر بر کاهش اعتیاد به مواد مخدر (که موجب ارتقاء سلامت عمومی خواهد شد) می توان به توفیق طلبی ، مرکز کنترل، ریسک پذیری ، نیاز به استقلال ، خلاقیت و تحمل ابهام اشاره کرد. بطور مختصر تعریف هر شاخص بشرح زیر است:

۱. نیاز به توفیق: عبارت است از تمایل به انجام کار در استانداردهای عالی جهت موفقیت در موقعیتهای رقابتی.
۲. عقیده فرد نسبت به این که وی تحت کنترل وقایع خارجی می باشد را مرکز کنترل می نامند.
۳. ریسک پذیری عبارت است از مخاطره های معتدل که می توانند از طریق تلاشهای شخصی مهار شوند.
۴. نیازه استقلال از ویژگیهایی است که به عنوان یک نیروی بسیار برانگیزاننده مورد تأکید واقع شده است . تمایل به استقلال ، یک نیروی انگیزشی برای کارآفرینان معاصر است ، لذا آزادی عمل ، پاداش دیگر کارآفرینی است . در واقع نیازه استقلال ، عاملی است که سبب می شود تا کارآفرینان به اهداف و رویاهای خود دست یابند.
۵. خلاقیت همانا توانایی خلق ایده های جدید است که این ایده ها ممکن است به محصولات یا خدمات جدید نیز منجر شوند . در واقع خلاقیت نیرویی است که در پس نوآوری نهفته است.
۶. قدرت تحمل ابهام عبارت است از پذیرفتن عدم قطعیت به عنوان بخشی از زندگی ، توانایی ادامه حیات با دانشی ناقص درباره محیط و تمایل به آغاز فعالیتی مستقل بی آنکه شخص بداند آیا موفق خواهد شد یا خیر.

نتیجه گیری:

اعتیاد به مواد مخدر یکی از مهم ترین مشکلات اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی است که

عوارض ناشی از آن تهدیدی جدی برای جامعه بشری محسوب شده و موجب رکود اجتماعی در زمینه های مختلف می گردد، همچنین ویرانگری های حاصل از آن زمینه ساز سقوط بسیاری از ارزش ها و هنجارهای فرهنگی و اخلاقی شده و بدین ترتیب سلامت جامعه و تحقق توسعه را بطور جدی به مخاطره می اندازد. محقق در پژوهش حاضر به بررسی علل گرایش به مواد مخدر و سپس شاخص های کارآفرینانه موثر بر کاهش آن پرداخت، زیرا در صورت شناسایی این عوامل از طریق این شاخص ها فرد قادر خواهد بود خود را در مقابل اعتیاد به مواد مخدر ایمن سازد و سلامت عمومی خود، خانواده و جامعه را ارتقاء دهد و به نوعی پیشگیری قبل از درمان را محقق سازد. در صورت توسعه این ویژگی ها سلامت عمومی رشد خواهد نمود که نتیجه آن توسعه پایدار است که موجب کاهش گرایش به مواد مخدر می گردد. پس شاخص های کارآفرینی شکاف بین سلامت عمومی و توسعه پایدار را بهبود بخشیده است.

منابع فارسی

- امیری تیموری، محمدحسن. (۱۳۹۰). طراحی پیام های آموزشی، تهران: انتشارات سمت.
- آرنولد واشتون، دانا باندی. (۱۳۹۳). اراده کافی نیست، ترجمه حسام الدین معصومیان شرقی، انتشارات بهجت.
- بهرامی، هادی. (۱۳۹۰). اعتیاد و فرایند پیشگیری، تهران: انتشارات سمت.
- پورابراهیم، شراره. (۱۳۹۳). ارزیابی سهم مولفه های پایداری در سلامت محیط شهری کلان شهر اراک، فصلنامه انسان و محیط زیست، شماره ۲۸، صص ۶۳-۷۳.
- حجتی، حمید. آلوستانی، سودابه. آخوندزاده، گلپهار. حیدری، بهروز و شریف نیا، سیدحمید. (۱۳۹۰). بررسی بهداشت روانی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در معتادین، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دوره ۱۸، شماره ۳، صص ۲۱۴-۲۰۷.
- حسن بگلو، زین العابدین. حسن بگلو، غلامرضا. (۱۳۹۳). تهدیدهای قاچاق مواد مخدر علیه امنیت ملی جمهوری اسلامی ایران، دو فصلنامه مطالعات مبارزه با مواد مخدر، شماره ۲۲۲۳، دوره ششم، صص ۴۹-۶۳.
- حق پناه، جعفر. (۱۳۹۱). قاچاق مواد مخدر و تاثیر آن بر امنیت ملی ج.ا.ا، پایگاه تخصصی

سیاست بین المللی. WWW.INPO.html

- دانایی، نسرين. (۱۳۹۴). ارتباط اعتیاد و امنیت اجتماعی در جامعه شهری، فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد، سال نهم، شماره ۳۶، صص ۳۱-۴۸.
- رضایی، مهدیه. شبیری، سیدمحمد. (۱۳۹۳). تحلیلی بر نقش برنامه ریزی راهبردی در آموزش توسعه پایدار با تاکید بر ابعاد زیست محیطی، علوم و تکنولوژی محیط زیست، شماره ۱۶، صص ۴۰۹-۴۱۹.
- رضوی حیدری، سیدمحمدناصر. طالب زاده ثانی. کاظم. غلامی، غلامی. حسین پور، حسین. (۱۳۹۵). رابطه بین کیفیت زندگی با سلامت عمومی زندانیان دارای سابقه سوء مصرف مواد مخدر، اولین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی و مطالعات اجتماعی ایران، قم، موسسه بین المللی مطالعات و توسعه علم خاورمیانه.
- زارعی کوشا، محمدعلی. (۱۳۹۰). بررسی روندهای بین المللی در کنترل مواد مخدر، "فساد مرتبط با مواد مخدر و اثرات آن"، ستاد مبارزه با مواد مخدر دفتر روابط بین الملل، شماره ۸.
- سامتی، مرتضی. رنجبر، همایون. محسنی، فضیلت. (۱۳۹۰). تحلیل تاثیر شاخص های حکمرانی خوب بر شاخص توسعه انسانی مطالعه موردی: کشورهای جنوب شرقی آسیا (ASEAN)، فصلنامه علمی پژوهشی پژوهش های رشد و توسعه اقتصادی، سال اول، شماره ۴، صص ۱۸۳-۲۲۳.
- ستوده نیا، سلمان. دانش نیا، محمد. قزلباش، اعظم و احمدی راد، حسین. (۱۳۹۵). تاثیر تفاوت دهک های درآمدی بر شاخص سلامت در ایران، فصلنامه سیاست های راهبردی و کلان، سال ۴، شماره ۱۳، صص ۱۶۷-۱۳۷.
- شالچی، بهزاد. دادخواه، مهرناز. یاقوتی آذری، شهرام. (۱۳۹۴). نقش عملکرد خانواده، شکاف بین نسلی و موقعیت اجتماعی اقتصادی در تبیین اعتیاد پذیری جوانان، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال ۹، شماره ۳۴.
- صلحی، مهناز. ابوالفتحی، میترا. (۱۳۹۲). تاثیر آموزش پیشگیری از اعتیاد از طریق الگوی اعتقاد سلامتی بر آگاهی و درک دانش آموزان سال اول دبیرستان های ساوه، آموزش

- بهداشت و ارتقای سلامت ایران، دوره ۱، شماره ۲، صص ۳۱-۴۰.
- طاهری، امین و روح‌الله چراغ‌پور. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین مصرف مواد مخدر صنعتی (شیشه) و کیفیت زندگی افراد مصرف‌کننده شهرستان قلعه گنج، چهارمین همایش منطقه ای چالش‌ها و راهکارهای توسعه در مناطق محروم، کهنوج، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کهنوج.
- عفتی‌دیوشلی، مرضیه. کافی ماسوله، موسی. دل‌آذر، ربابه. (۱۳۹۱). رابطه سلامت روان و کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد، فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد، سال ششم، شماره ۲۲، صص ۵۵-۶۴.
- علیوردی‌نیا، اکبر. (۱۳۹۳). مواد مخدر و امنیت اجتماعی، مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم اسلامی، شماره ۲۴۰-۲۳۹.
- قمری‌کیوی، حسین. نادر، مقصود. سواری، حسن. اسمعیلی، معصومه. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و ذهن آگاهی در سلامت روانی مصرف‌کنندگان کراک، فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، دوره ۱، شماره ۴، صص ۴۷-۶۲.
- کامل‌نیا، حامد. (۱۳۹۴). مفاهیم پایه در معماری دانشگاه، مشهد: دانشگاه فردوسی مشهد.
- کاوه، کیوان. مریم مزروعی سبدانی. آسیه معینی کربکندی. (۱۳۹۵). تحلیل رابطه بین کیفیت زندگی و سلامت روان کارکنان شهرداری شهر دولت آباد، اولین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی و مطالعات اجتماعی ایران، قم، دبیرخانه دائمی کنفرانس، موسسه بین‌المللی مطالعات و توسعه علم خاورمیانه.
- گلابچی، محمود. گلابچی، محمدرضا. (۱۳۹۲). مبانی طراحی ساختمان‌های بلند، دانشگاه تهران.
- گلی رستمی، کلثوم. شیردل، خیرالنساء. حاجی سیاح، خدیجه. پورشریعه، طالبعلی. (۱۳۹۵). اثر بخشی ترک مواد مخدر بر بهبود کیفیت زندگی در معتادان گمنام، سومین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در علوم انسانی، ایتالیا-رم، موسسه مدیران ایده پرداز پایتخت ویرا.

- گودرزی، طیبه. رستمی، تورج. مرادیان، علی. (۱۳۹۴). تاثیر اعتیاد مردان در خشونت خانوادگی (با تاکید بر خشونت علیه زنان)، دانش انتظامی کرمانشاه، سال ششم، شماره ۲۰، صص ۱۱-۱.
- محمدزادگان، رضا. عباسزاد، رضا. و قاسم‌پلکو، یونس. (۱۳۹۱). مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی در افراد وابسته به مواد و افراد سالم، فصلنامه علمی- پژوهشی دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری، دوره ۸، شماره ۳۱.
- محمدی، امین. پورقاز، عبدالوهاب. سادات رقیب، مائده. (۱۳۹۲)، ساخت و اعتباریابی مقیاس علل گرایش به سوء مصرف مواد مخدر در جوانان (مطالعه موردی استان خراسان رضوی)، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال ۷، شماره ۲۶.
- محمدی جلالی فراهانی، مجتبی. کرمی حمیدرضا. رسولی، ندا. رسولی، مجید. فضلی، مهدی. (۱۳۹۳). بررسی عوامل موثر در گرایش دانش‌آموزان دوره متوسطه به سوء مصرف مواد مخدر و راه‌های پیشگیری از آن، دوفصلنامه مطالعات مبارزه با مواد مخدر، شماره ۲۱، دوره ۶، صص ۶۳-۷۸.
- موسوی، سیده مریم. قره‌گوزلو، یعقوب. (۱۳۹۴). پی‌گیری از اعتیاد با تاکید بر نقش رسانه، فصلنامه مطالعات مبارزه با مواد مخدر، سال هفتم، شماره ۲۶۲۷، صص ۵۵-۶۰.
- نریمانی، محمد. (۱۳۹۰). بررسی روندهای بین‌المللی در کنترل مواد مخدر، ارزیابی تهدید جرم سازمان یافته فراملیتی، ستاد مبارزه با مواد مخدر دفتر روابط بین‌الملل، شماره ۸، صص ۱۰.
- نریمانی، محمد. علایی، سارا. حاجلو، نادر و ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۳). بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی در فرزندان افراد معتاد، توسعه روستایی، دوره ۶، شماره ۱، صص ۱۰۷-۱۲۲.
- نوری باچوانلو، ملیحه و امید هنری. (۱۳۹۴). بررسی اثربخش ی نظریه انتخاب به شیوه گروهی بر کیفیت زندگی و گرایش به مصرف مواد مخدر در بین معتادان شهرستان قوچان، دومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی، مشهد، دانشگاه تربت حیدریه.

- نیکپور، عامر. ملکشاهی، غلامرضا و رزقی‌رمی، فاطمه. (۱۳۹۴). ارزیابی شاخص‌های توسعه پایدار شهری با تاکید بر عدالت در توزیع خدمات (مورد مطالعه: شهر بابل)، نشریه پژوهش و برنامه‌ریزی شهری، سال ششم، شماره ۲۲، صص ۱۳۸-۱۲۵.
- ویسی، هادی. محمدی نژاد، شهناز. (۱۳۹۵). تأثیر قاچاق مواد مخدر بر امنیت اجتماعی مطالعه ی موردی: استان کرمان، فصلنامه جغرافیا و توسعه، شماره ۴۲، صص ۱۲۶-۱۰۷.
- یوسفی، نجم. (۱۳۹۵). بررسی شاخص‌ها و پارادیم‌های مدیریت دانایی در سازمان‌های دولتی استان ایلام، نخستین کنفرانس بین‌المللی پارادیم‌های نوین مدیریت هوشمندی تجاری و سازمانی، تهران، دانشگاه شهید بهشتی.
- Abebe, T. (2016). The Scaffolding of Illegal Drugs Controlling and Prevention: A Case of the Drug Controlling Unit of the Federal Police Crime Prevention, at Bole International Airport (Doctoral dissertation, AAU).
- Alimoradi, L. (2011). The Comparing Activity of Brain/Behavioral Systems and Mental Health in Normal and Addict's Individuals. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 1703-1708.
- Bizzarri, J., Rucci, P., Vallotta, A., Girelli, M., Scandolari, A., Zerbetto, E., & Dellantonio, E. (2005). Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. *Substance Use & Misuse*, 40(12), 1765-1776.
- Boudreau, J. W., & Ramstad, P. M. (2005). Talentship, talent segmentation, and sustainability: A new HR decision science paradigm for a new strategy definition. *Human Resource Management*, 44(2), 129-136.
- Burns-Edel, T. (2016). Environmental Impacts of Illicit Drug Production. *Global Societies Journal*, 4.
- Buxton, J. (2015). Drugs and development: The great disconnect. *Policy Report 2nd edition*, Global Drug Policy Observatory, Swansea University, Swansea, 26.
- Chakravarthy, B., Shah, S., & Lotfipour, S. (2013). Adolescent drug abuse-Awareness & prevention. *The Indian journal of medical research*, 137(6), 1021.
- Cloninger, C., (2004). *Feeling Good: The Science of Well-Being*. New York : Oxford University Press.
- Cuijpers, P., Jonkers, R., De Weerd, I., & De Jong, A. (2002). The effects of drug abuse prevention at school: the 'Healthy School and Drugs' project.

Addiction, 97(1), 67-73.

- Currie, J., & Almond, D. (2011). Human capital development before age five. *Handbook of labor economics*, 4, 1315-1486.
- D'Amico, E. J., Miles, J. N., Stern, S. A., & Meredith, L. S. (2008). Brief motivational interviewing for teens at risk of substance use consequences: A randomized pilot study in a primary care clinic. *Journal of substance abuse treatment*, 35(1), 53-61.
- Deniz, D. (2016). Improving Perceived Safety for Public Health through Sustainable Development. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 216, 632-642.
- DiGangi, J. A., Majer, J. M., Mendoza, L., Droege, J. R., Jason, L. A., & Contreras, R. (2015). What Promotes Wisdom in 12-Step Recovery?. *Journal of groups in addiction & recovery*, 9(1), 31-39.
- Din Mohammadi, M. R., Amini, K., & Yazdankhah, M. R. (2008). Social and environmental factors affecting this trend Afyuni Perspective B drug addicts to accept treatment and follow-up Introduction Welfare Organization of Zanjan. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences*, 15(59), 85-94.
- Ehnert, I. (2009). Sustainable human resource management: A conceptual and exploratory analysis from a paradox perspective. Heidelberg: Physica-Verlag.
- Ehnert, I., Harry, W., Zink, K.J (2014). The future of sustainable HRM: Concluding thoughts and ways forward. *Sustainability and Human Resource Management, CSR, Sustainability, Ethics & Governance*, DOI 10.1007/978-3-642-37524-8_15, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg
- Fard, J. H., Gorji, M. A. H., Jannati, Y., Golikhatir, I., Bozorgi, F., Mohammadpour, R., & Gorji, A. M. H. (2014). Substance dependence and mental health in northern Iran. *Annals of African medicine*, 13(3), 114-118.
- Farhodian, A., Sadrasadat, S., Mohammadi, F., Manokyan, A., Jafari, F., & Sadeghi, M. (2009). Evaluated knowledge and attitudes of a group of Armenians in Tehran and drug addiction. *Journal Membership Cognitive*, 10(2), 9-20.
- GarusiFarshi, M. T., & Sufiani, H. (2009). The relationship between personality dimensions and general health in Tabriz's University students. *Studies in Education and Psychology*, 2(19), 47-63.
- Guidry, M., Tom, V., Raymond, H. & Omar, P. (2010). Healthy people in healthy Communities, A community planning guide using Healthy People,

Office of Disease Prevention and Health Promotion, Department of Health and Human Services.

- Hall, A. (2004). Defining nursing knowledge. *Nursing times*, 101(48), 34-37.
- Hojati, H. (2009). Comprehensive overview of mental health. Tehran: Salamy, 270-310.
- Hoseinifar, J., Zirak, S. R., Shaker, A., Meamar, E., Moharami, H., & Siedkalan, M. M. (2011). Comparison of quality of life and mental health of addicts and non-addicts. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 1930-1934.
- Hughes, Caitlin E., Stevens, Alex. (2010). what can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? *British Journal of Criminology*, vol. 50 (6): 999-1022.
- Janery H, Kan T. (2012). The heritability of avoidant and dependent personality disorder assessed by personal interview and questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 126:448-57.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (2007). Impulse-control disorders not elsewhere classified. *Synopsis of psychiatry. 10th ed. New York: Williams & Wilkins*, 773-785.
- Karow, A., Reimer, J., Schäfer, I., Krausz, M., Haasen, C., Verthein, U. (2010). Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 112(3), 209-15.
- Kramer, T., Jensema, E., Jelsma, M., & Blickman, T. (2014). *Bouncing back: Relapse in the golden triangle*. Amsterdam: Transnational Institute.
- Konyk, D., Inness, M., Reisdorfer, E., Morris, H., & Chambers, T. (2016). Help seeking by health professionals for addiction: A mixed studies review. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 200-215.
- Kwon, J. A., Anderson, J., Kerr, C. C., Thein, H. H., Zhang, L., Iversen, J., ... & Wilson, D. P. (2012). Estimating the cost-effectiveness of needle-syringe programs in Australia. *Aids*, 26(17), 2201-2210.
- Le Moal, M., & Koob, G. F. (2007). Drug addiction: pathways to the disease and pathophysiological perspectives. *European Neuropsychopharmacology*, 17(6), 377-393..
- Majer, J. M., Droege, J. R., & Jason, L. A. (2010). A categorical assessment of 12-step involvement in relation to recovery resources. *Journal of Groups in*

Addiction & Recovery, 5(2), 155-167..

- Metaal, P. & Youngers, C. eds. (2011). *Systems Overload: Drug Laws and Prisons in Latin America*. Mooney, L. A., Knox, D., & Schacht, C. (2014). *Understanding social problems*. Nelson Education.
- Rincón-Ruiz, A., & Kallis, G. (2013). Caught in the middle, Colombia's war on drugs and its effects on forest and people. *Geoforum*, 46, 60-78
- Rolles, S.; Murkin, G.; Powell, M.; Kushlick, D.; Slater, J. (2012). *The Alternative Drug Report: Counting the Costs of the War on Drugs*.
- Saburi, S. (2011). Community health among managers of high schools in 11th district Tehran [Thesis West, R., & Brown, J. (2013). *Theory of addiction*. John Wiley & Sons.
- Williams, P. B., Mangelsdorf, H. H., Kontra, C., Nusbaum, H. C., & Hoeckner, B. (2016). The relationship between mental and somatic practices and wisdom. *PloS one*, 11(2), e014936
- World drug report (2015). Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2015 (https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf , accessed 6 April 2016).
- World Drug Report. (2012). *United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)*. No. E.12. XI.1.
- Zink, K.J. (2014). Social Sustainability and Quality of Working Life. Sustainability and Human Resource Management, CSR, Sustainability, Ethics & Governance, DOI 10.1007/978-3-642-37524-8_15, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg.