



دانشگاه علامه طباطبایی
دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی
پردیس آموزش های نیمه حضوری

پایان نامه ی کارشناسی ارشد، رشته مشاوره (مدرسه)

بررسی عوامل مؤثر بر آمادگی گرایش به اعتیاد در دانش آموزان دختر
دبیرستان های دولتی شهر تهران

نگارش

سارا زمانی قره نژاد نوغانی

استاد راهنما

دکتر ابوالقاسم عیسی مراد

استاد مشاور

دکتر حمید یعقوبی

استاد داور

دکتر حسین سلیمی بجزستانی

زمستان

۱۳۹۰

صفحه	عنوان
۱	فصل اول (طرح و کلیات تحقیق)
۷	مقدمه
۹	بیان مسأله
۱۳	اهمیت و ضرورت
۱۴	اهداف تحقیق
۱۴	فرضیه ها
۱۵	سؤالات تحقیق
۱۵	تعریف مفاهیم و واژگان تخصصی پژوهش
۱۷	فصل دوم (مبانی نظری پژوهش و مروری بر تحقیقات پیشین)
۱۸	بخش اول: مروری بر ادبیات موضوع
۱۸	مقدمه
۱۹	تاریخچه ی مصرف مواد مخدر
۲۱	تاریخچه ی مواد مخدر در ایران
۲۴	مفاهیم و تعاریف مربوط به اعتیاد
۳۲	بررسی انواع شخصیت
۳۴	تفاوت های جنسیتی در اعتیاد به مواد مخدر
۳۵	سوء مصرف مواد مخدر در زنان
۳۵	عوامل خطر و حفاظت کننده در مصرف مواد
۳۹	طبقه بندی و انواع مواد مخدر
۳۹	- توهم زاها
۴۰	- مواد مخدر افیونی
۴۱	- سستی زاها (خواب آورها- مسکن ها)
۴۲	- آرام بخش ها
۴۲	- چسب و مواد فرار (مواد استنشاقی)
۴۲	- محرک ها

۴۳	- الکل، توتون و قهوه
۴۳	معرفی مواد اعتیاد آور شایع و اثرات جسمی و روانی آن
۴۳	- تریاک
۴۵	- مورفین
۴۵	- هروئین
۴۶	- متادون
۴۷	- ماری جوآنا
۴۸	- حشیش
۴۹	- کراک و کوکائین
۵۱	- ال اس دی
۵۲	- اکس
۵۲	- الکل
۵۵	معتبرترین نظریه های مصرف مواد در دوره ی نوجوانی
۵۶	- نظریه های شناختی - عاطفی
۵۷	- نظریه های یادگیری اجتماعی - شناختی
۵۸	- نظریه های تعهد به رسوم و قواعد و تعلق اجتماعی
۵۹	- نظریه هایی که بر ویژگی های درونی افراد تأکید دارند
۶۰	- الگوی یادگیری اجتماعی چند مرحله ای
۶۱	- نظریه ی تعامل خانواده
۶۲	- نظریه ی رفتار مشکل ساز
۶۲	- نظریه ی گروه دوستان اوتینگ
۶۵	خلاصه و جمع بندی نظریه های مهم مرتبط با سوء مصرف مواد
۷۴	بخش دوم: مروری بر تحقیقات پیشین
۷۴	تحقیقات داخلی

۷۵	تحقیقات خارجی
۷۷	فصل سوم (روش اجرای تحقیق)
۷۸	نوع و روش تحقیق
۷۸	جامعه آماری، روش نمونه گیری و حجم نمونه
۷۸	ابزار گردآوری داده ها
۸۱	روش گردآوری اطلاعات و داده ها
۸۱	روش ها و ابزار تجزیه و تحلیل داده ها
۸۲	فصل چهارم (تحلیل آماری)
۸۴	بخش اول (نتایج توصیفی مربوط به متغیرهای زمینه ای)
۹۸	بخش دوم (نتایج مربوط به متغیرهای اصلی تحقیق)
۱۲۳	بخش سوم (بررسی فرضیات تحقیق)
۱۲۷	بخش چهارم (پاسخ به سئوالات تحقیق)
۱۳۹	فصل پنجم (بحث و نتیجه گیری)
۱۴۰	خلاصه طرح تحقیق و یافته ها
۱۴۲	بحث در نتایج در پرتو یافته های پیشین
۱۴۸	پیشنهادات
۱۴۹	منابع

فهرست جداول عنوان

صفحه

۸۴	بخش اول : جداول توصیفی مربوط به متغیرهای دموگرافیک تحقیق
۸۴	جدول شماره ی ۴-۱: توزیع فراوانی گروه مورد مطالعه بر حسب پایه ی تحصیلی
۸۵	جدول شماره ی ۴-۲: توزیع فراوانی گروه مورد مطالعه بر حسب رشته ی تحصیلی
۸۶	جدول شماره ی ۴-۳: توزیع معدل تحصیلی گروه مورد مطالعه
۸۷	جدول شماره ی ۴-۴: توزیع فراوانی گروه مورد مطالعه بر حسب سن
۸۸	جدول شماره ی ۴-۵: توزیع فراوانی ترتیب فرزندى گروه مورد مطالعه
۸۹	جدول شماره ی ۴-۶: توزیع فراوانی گروه مورد مطالعه بر حسب وضعیت زندگی با خانواده
۹۰	جدول شماره ی ۴-۷: توزیع فراوانی گروه مورد مطالعه بر حسب تحصیلات پدر
۹۱	جدول شماره ی ۴-۸: توزیع فراوانی گروه مورد مطالعه بر حسب تحصیلات مادر
۹۲	جدول شماره ی ۴-۹: توزیع فراوانی گروه مورد مطالعه بر حسب وضعیت اشتغال پدر
۹۳	جدول شماره ی ۴-۱۰: توزیع فراوانی گروه مورد مطالعه بر حسب نوع شغل پدر
۹۴	جدول شماره ی ۴-۱۱: توزیع فراوانی گروه مورد مطالعه بر حسب وضعیت اشتغال مادر
۹۵	جدول شماره ی ۴-۱۲: توزیع فراوانی گروه مورد مطالعه بر حسب نوع شغل مادر
۹۶	جدول شماره ی ۴-۱۳: توزیع فراوانی گروه مورد مطالعه بر حسب وضعیت تحصیلی
۹۷	جدول شماره ی ۴-۱۴: توزیع فراوانی گروه مورد مطالعه بر حسب وضعیت اقتصادی
۹۸	بخش دوم: بررسی گروه مورد مطالعه به لحاظ متغیرهای اصلی تحقیق
۹۹	جدول شماره ی ۴-۱۵: بررسی گروه مورد مطالعه از نظر میزان آمادگی گرایش به اعتیاد
۱۰۰	جدول شماره ی ۴-۱۶: شاخص های آماری مرکزی، پراکندگی و پراکندگی نسبی شاخص پر خطر بودن خانواده
۱۰۱	جدول شماره ی ۴-۱۷: بررسی گروه مورد مطالعه از نظر صمیمیت با والدین
۱۰۲	جدول شماره ی ۴-۱۸: شاخص های آماری مرکزی، پراکندگی و پراکندگی نسبی شاخص ارتباط صمیمی با والدین
۱۰۳	جدول شماره ی ۴-۱۹: بررسی گروه مورد مطالعه از نظر صمیمیت در خانواده
۱۰۴	جدول شماره ی ۴-۲۰: شاخص های آماری مرکزی، پراکندگی و پراکندگی نسبی شاخص صمیمیت در خانواده
۱۰۵	جدول شماره ی ۴-۲۱: بررسی گروه مورد مطالعه از نظر ناسازگاری در خانواده
۱۰۶	جدول شماره ی ۴-۲۲: شاخص های آماری مرکزی، پراکندگی و پراکندگی نسبی شاخص ناسازگاری و تنش در خانواده
۱۰۷	جدول شماره ی ۴-۲۳: بررسی گروه مورد مطالعه از نظر کنترل و نظارت والدین
۱۰۸	جدول شماره ی ۴-۲۴: شاخص های آماری مرکزی، پراکندگی و پراکندگی نسبی شاخص کنترل و نظارت والدین
۱۰۹	جدول شماره ی ۴-۲۵: بررسی گروه مورد مطالعه از نظر وجود خطر مواد در خانواده
۱۱۰	جدول شماره ی ۴-۲۶: شاخص های آماری مرکزی، پراکندگی و پراکندگی نسبی شاخص وجود خطر مواد در خانواده
۱۱۱	جدول شماره ی ۴-۲۷: بررسی گروه مورد مطالعه از نظر مصرف سیگار در خانواده
۱۱۲	جدول شماره ی ۴-۲۸: بررسی گروه مورد مطالعه از نظر مذهبی بودن
۱۱۳	جدول شماره ی ۴-۲۹: شاخص های آماری مرکزی، پراکندگی و پراکندگی نسبی شاخص مذهبی بودن
۱۱۴	جدول شماره ی ۴-۳۰: بررسی گروه مورد مطالعه از نظر وجود منابع حمایتی در مدرسه
۱۱۵	جدول شماره ی ۴-۳۱: شاخص های آماری مرکزی، پراکندگی و پراکندگی نسبی شاخص منابع حمایتی در مدرسه

- ۱۱۶ جدول شماره ی ۴-۳۲: بررسی گروه مورد مطالعه از نظرسازگاری با مدرسه
- ۱۱۷ جدول شماره ی ۴-۳۳: شاخص های آماری مرکزی، پراکندگی و پراکندگی نسبی شاخص سازگاری با مدرسه
- ۱۱۸ جدول شماره ی ۴-۳۴: بررسی گروه مورد مطالعه از نظروضعیت تحصیلی دوستان
- ۱۱۹ جدول شماره ی ۴-۳۵: شاخص های آماری مرکزی، پراکندگی و پراکندگی نسبی شاخص وضعیت تحصیلی دوستان
- ۱۲۰ جدول شماره ی ۴-۳۶: بررسی گروه مورد مطالعه از نظر ارتباط با دوستان پر خطر
- ۱۲۱ جدول شماره ی ۴-۳۷: شاخص های آماری مرکزی، پراکندگی و پراکندگی نسبی شاخص داشتن دوستان پر خطر
- ۱۲۲ جدول شماره ی ۴-۳۸: بررسی گروه مورد مطالعه از نظر تجربه ی مصرف سیگار
- ۱۲۲ جدول شماره ی ۴-۳۹: بررسی گروه مورد مطالعه از نظر تجربه ی مصرف مواد
- ۱۲۳ بخش سوم: بررسی فرضیه های تحقیق
- ۱۲۳ جدول شماره ی ۴-۴۰: ماتریس همبستگی بین آمادگی گرایش به اعتیاد و متغیرهای عامل خانواده
- ۱۲۴ جدول شماره ی ۴-۴۱: ماتریس همبستگی بین آمادگی گرایش به اعتیاد و متغیرهای عامل مدرسه
- ۱۲۴ جدول شماره ی ۴-۴۲: ماتریس همبستگی بین آمادگی گرایش به اعتیاد و متغیرهای عامل همسالان
- ۱۲۵ جدول شماره ی ۴-۴۳: ماتریس همبستگی بین آمادگی گرایش به اعتیاد و متغیرهای عامل مذهب
- ۱۲۵ جدول شماره ی ۴-۴۴: مدل رگرسیونی پیش بینی آمادگی گرایش به اعتیاد از طریق عامل خانواده
- ۱۲۶ جدول شماره ی ۴-۴۵: سهم تأثیر هر یک از متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته
- ۱۲۶ جدول شماره ی ۴-۴۶: مدل رگرسیونی پیش بینی آمادگی گرایش به اعتیاد از طریق عامل توان مندی خانواده
- ۱۲۷ جدول شماره ی ۴-۴۷: سهم تأثیر هر یک از متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته (در چهار گام)
- ۱۲۸ جدول شماره ی ۴-۴۸: مدل رگرسیونی پیش بینی آمادگی گرایش به اعتیاد از طریق عامل مدرسه
- ۱۲۹ جدول شماره ی ۴-۴۹: سهم تأثیر هر یک از متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته
- ۱۲۹ جدول شماره ی ۴-۵۰: مدل رگرسیونی پیش بینی آمادگی گرایش به اعتیاد از طریق عامل همسالان
- ۱۳۰ جدول شماره ی ۴-۵۱: سهم تأثیر هر یک از متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته
- ۱۳۰ جدول شماره ی ۴-۵۲: مدل رگرسیونی پیش بینی آمادگی گرایش به اعتیاد از طریق عوامل چهارگانه
- ۱۳۱ جدول شماره ی ۴-۵۳: سهم تأثیر هر یک از متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته
- ۱۳۲ جدول شماره ی ۴-۵۴: آزمون های همبستگی برای ارتباط بین گرایش به اعتیاد و متغیرهای دموگرافیک
- ۱۳۳ جدول شماره ی ۴-۵۵: آزمون مقایسه میانگین آمادگی گرایش به اعتیاد بر حسب متغیرهای دموگرافیک
- ۱۳۴ جدول شماره ی ۴-۵۶: تحلیل واریانس آمادگی گرایش به اعتیاد بر حسب منطقه ی آموزش و پرورش
- ۱۳۴ جدول شماره ی ۴-۵۷: آزمون تعقیبی LSD برای بررسی تفاوت گروه های متغیر منطقه ی آموزش و پرورش
- ۱۳۵ جدول شماره ی ۴-۵۸: تحلیل واریانس آمادگی گرایش به اعتیاد بر حسب رشته ی تحصیلی
- ۱۳۵ جدول شماره ی ۴-۵۹: آزمون تعقیبی LSD برای بررسی تفاوت گروه های متغیر رشته ی تحصیلی
- ۱۳۶ جدول شماره ی ۴-۶۰: تحلیل واریانس آمادگی گرایش به اعتیاد بر حسب شغل پدر
- ۱۳۷ جدول شماره ی ۴-۶۱: آزمون تعقیبی LSD برای بررسی تفاوت گروه های متغیر شغل پدر
- ۱۳۸ جدول شماره ی ۴-۶۲: آزمون مقایسه میانگین آمادگی گرایش به اعتیاد بر حسب تجربه ی مصرف سیگار و مواد

فصل اول
طرح و کلیات تحقیق

مقدمه

جوامع بشری، در طول حیات خود با پدیده‌ها، نیازها، مسائل و مشکلات متعددی مواجه می‌شود که ضرورت دارد برای رفع آن نیازها و یا کنترل و کاهش مسایل و مشکلات، تدابیر مناسب اتخاذ شود تا از این طریق زمینه‌ی ارتقاء مستمر کیفیت زندگی مردم و توسعه شاخص‌های مسالمت اجتماعی فراهم شود. از جمله این‌ها می‌توان به آسیب‌های اجتماعی اشاره کرد که افزایش گرایش به آن‌ها می‌تواند نشان‌هایی از تهدید تا کاهش سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی مردم باشد. بی‌شک اعتیاد را باید در رأس آسیب‌های اجتماعی قرار داد که سلامت روانی و اجتماعی همه مردم را تهدید می‌کند که کشور ما نیز بنا به دلایل بسیاری از این قاعده مستثنی نیست، نبوده و نخواهد بود (موسوی چلک و حسینی، ۱۳۸۹).

گستره مواد مخدر هم بر افراد، هم بر خانواده و هم بر جامعه تأثیرات منفی بسیاری دارد که مهم‌ترین آن از دست دادن نیروی انسانی به عنوان مهم‌ترین عامل توسعه‌ی کشور است، منابعی که هیچ چیز جایشان را نخواهد گرفت. لذا ضرورت دارد در حوزه سیاست‌گذاری‌های قانونی کشور سلامت اجتماعی و روانی سرلوحه سیاست‌گذاری‌ها قرار گیرد چرا که افراد برخوردار از این سلامت، کم‌تر به سمت مواد گرایش پیدا می‌کنند، و این برنامه‌ها بستر را برای افزایش نشاط اجتماعی، مسؤولیت‌پذیری اجتماعی، مشارکت اجتماعی، همبستگی اجتماعی و.. فراهم می‌کند (موسوی چلک و حسینی، ۱۳۸۹).

نتایج تحقیقات صورت گرفته و مراتب اعلامی از سوی مسؤولین وزارت خانه‌های آموزش و پرورش و علوم تحقیقات و فناوری حکایت از این واقعیت دارد که سیستم آسیب‌های اجتماعی با حرکت منسجم و هوشمندانه‌ای، نوجوانان و جوانان این مرز و بوم را نشانه گرفته است، از جمله این آسیب‌ها اعتیاد به مواد مخدر است (صرامی، ۱۳۸۷). اگر اعتیاد پدیده‌ای مخرب، و از جمله آسیب‌های اجتماعی تلقی می‌گردد، به این دلیل است که در کمین محو و نابودی گران‌مایه‌ترین و پر ارزش‌ترین سرمایه‌ی جوامع انسانی، یعنی نوجوانان و جوانان، نشسته است و آنان را در چنگال عوارض سوء خود گرفتار می‌کند (کشاورزی، ۱۳۸۵). در مورد اکثر مواد اوج خطر آغاز مصرف از اواسط تا اواخر نوجوانی است و بعد از آن کاهش می‌یابد (نیو کامب، به نقل از درت و چکوویچ، ۱۹۹۵؛ رسولی، ۱۳۸۸).

در این رابطه دانش آموزان به عنوان یکی از اقشار آسیب پذیر جامعه، به این دلیل که آینده سازان فردای کشورند و هر نوع آسیبی به این قشر باعث تزلزل در بنیان های جامعه خواهد شد از اهمیت ویژه ای برخوردارند. جامعه ای که دانش آموزان آن بیمار باشند، آینده ای به جز فلاکت و نابسامانی نخواهد داشت (قادری، ۱۳۸۵).

پژوهش ها حاکی از نگران کننده بودن خطر اعتیاد در میان نوجوانان است. برای مثال طی تحقیقی که در سال ۱۳۸۲ روی ۷۵ هزار نوجوان ۱۹-۱۴ ساله در استان های مختلف کشور صورت گرفت، مشخص شد که ۲۷/۵ درصد از جمعیت مورد مطالعه در معرض اعتیاد به مواد مخدر قرار دارند (عظیمی، ۱۳۸۷؛ به نقل از رسولی، ۱۳۸۸).

بدون شک گستره مواد مخدر هم بر افراد، هم بر خانواده و هم بر جامعه تأثیرات منفی بسیاری دارد که مهم ترین آن از دست دادن نیروی انسانی به عنوان مهم ترین عامل توسعه ی کشور است، منابعی که هیچ چیز جایشان را نخواهد گرفت. لذا ضرورت دارد در حوزه سیاست گذاری های قانونی کشور سلامت اجتماعی و روانی سر لوحه سیاست گذاری ها قرار گیرد چرا که افراد برخوردار از این سلامت، کم تر به سمت مواد گرایش پیدا می کنند، و این برنامه ها بستر را برای افزایش نشاط اجتماعی، مسؤولیت پذیری اجتماعی، مشارکت اجتماعی، همبستگی اجتماعی و.. فراهم می کند (موسوی چلک و حسینی، ۱۳۸۹).

بیان مسأله:

یکی از عمده ترین آسیب های روانی- اجتماعی که همواره جمعیت نوجوان و جوان را مورد تهدید قرار می دهد مسئله ی مصرف مواد مخدر می باشد. ارتباط مصرف مواد و رفتارهای پرخطر با سایر انحراف ها و کژ رفتاری ها و پیوند ناگسستنی آن با مشکلاتی نظیر انواع اختلالات روانی، فرار از منزل، پرخاشگری و خشونت، دزدی و ارتکاب بزه، افت تحصیلی، خودکشی و فحشاء، اشاره به اهمیت توجه و تعمق در این مسئله دارد. از آن جا که دانش آموزان و دانشجویان نیز بخشی از جمعیت جوان و فعال جامعه را تشکیل می دهند از این آسیب در امان نمی باشند و با توجه به نقشی که این قشر در سلامت و آینده کشور دارند، آسیب وارده می تواند صدمات و لطمات جبران ناپذیری به پیکره ی جامعه وارد آورد (زرانی، ۱۳۸۵).

سوء مصرف مواد، نوجوانان را در معرض خطرات تحصیلی بالایی قرار می دهد. سازگاری و عملکرد ضعیف در مدرسه در کنار کاهش پیشرفت تحصیلی، نوجوان را در معرض خطر اخراج از مدرسه و کاهش فرصت های آتی برای کسب موقعیت های اجتماعی مناسب قرار می دهد، هم چنین نوجوانان سوء مصرف کننده مواد، در مقایسه با همسالان خود که مواد مصرف نمی کنند، میزان بالاتری از رفتارهای خودکشی، بزه کاری و قتل را دارند. این پیامدها آینده ای غیر خوش بینانه را برای نوجوانان و جامعه ترسیم می کند (مسچک و پترسون، ۲۰۰۳؛ به نقل از رسولی، ۱۳۸۸).

بر اساس گزارش های جهانی سن شروع اعتیاد ۲۰-۱۶ سالگی برآورد شده و هم چنان در حال کاهش است. مطابق آمار مؤسسه ی ملی سوء مصرف مواد (آمریکا) و مؤسسه ی ملی زمینه یابی مصرف مواد و سلامت (آمریکا) در سال ۲۰۰۴ حدود ۲۲/۵ میلیون نفر از افراد بالای ۱۲ سال (حدود ۱۰ درصد جمعیت کل ایالات متحده) دچار یک اختلال مرتبط با مواد بودند (کاپلان^۱ و سادوک، ۲۰۰۷).

بر طبق آمار رسمی، در سال ۱۳۸۰ شمار معتادین به مواد مخدر در کشور بیش ۱/۲۰۰/۰۰۰ نفر و مصرف کنندگان تفنی ۸۰۰/۰۰۰ نفر است. اگرچه آمارهای غیررسمی تعداد معتادان را بیش تر از آمار مذکور نشان می دهد. نتایج یک پژوهش در سال ۱۳۸۴ نشان داد که از بین معتادان تزریقی کشور ۱۵ درصد آنان در سن

زیر ۲۰ سال شروع کرده اند، ۶۶ درصد معتادان نیز اولین مصرف خود را در سن زیر ۱۹ سال عنوان نموده اند (کشاورزی، ۱۳۸۵).

پژوهش های داخلی حاکی از نگران کننده بودن میزان اعتیاد پذیری در میان نوجوانان است. بررسی ها نشان می دهد بیش از ۹۰ درصد مصرف کنندگان مواد، در نوجوانی شروع به مصرف مواد نموده اند. از طرف دیگر شروع زودرس، خطر مصرف بیشتر و مستمرتر و استفاده از مواد خطرناک تر را افزایش می دهد (اسوادی^۱، ۱۹۹۹؛ به نقل از محمد خانی (۱۳۸۵). طی تحقیقی که در ایران در سال ۱۳۸۲ روی ۷۵ هزار نوجوان ۱۹-۱۴ ساله در استان های مختلف کشور صورت گرفت، مشخص شد که ۲۷/۵ درصد از جمعیت مورد مطالعه در معرض اعتیاد به مواد مخدر قرار دارند (عظیمی، ۱۳۸۷).

مطالعات درباره ی اعتیاد دانش آموزان بیانگر رشد چشم گیر و حتی بحرانی این پدیده در کشور است. جزایری، رفیعی و نظری (۱۳۸۱)، گزارش کردند که ۲۵ درصد دانش آموزان دبیرستانی تهران به مواد مخدر گرایش دارند که برآورد می شود ۵ درصد آن ها مواد مخدر مصرف کرده باشند (فیض اللهی، ۱۳۸۹). هم چنین ضیاء الدینی، زارع زاده و حشمتی (۱۳۸۵)، گزارش دادند که؛ ۲۶/۵ درصد پسران و ۱۷/۵ درصد دختران سال آخر دبیرستان در کرمان سابقه مصرف مواد دارند.

تحقیق محمدخانی در سال ۱۳۸۵ روی دانش آموزان پسر مقطع متوسطه در مناطق آسیب پذیر تهران نشان داد که ۱۹/۷ درصد آنان حداقل یک بار سیگار، و ۱۸/۸ درصد آنان الکل مصرف کرده اند. در این بررسی ۱/۳ درصد دانش آموزان مصرف تریاک و ۲/۳ درصد مصرف حشیش و ۱/۹ درصد قرص اکس و حتی ۰/۴ درصد مصرف هروئین را گزارش کردند. در این گزارش ذکر شده است که در مجموع ۲۸/۷ درصد دانش آموزان یعنی چیزی کم تر از یک سوم آنان تا قبل از سن ۱۵/۵ سالگی، یکی از انواع مواد را مصرف کرده اند (محمدخانی، ۱۳۸۵).

یکی از مهم ترین راه های ریشه کنی اعتیاد به مواد مخدر یا دست کم کاهش مصرف مواد مخدر، شناختن انگیزه ها و عوامل مصرف است. در مطالعات دو دهه ی اخیر همواره تلاش شده است تا ریشه ها و مسیرهای منتهی شونده به سوء مصرف مواد مشخص شوند یعنی این که مشکل چگونه شروع می شود و تداوم می یابد. حاصل کار، از یک سو، مجموعه ای از عوامل خطری است که احتمال مصرف مواد را افزایش داده و از سوی دیگر عوامل حفاظت کننده ای است که این احتمال را کاهش می دهند. بدیهی است که عوامل خطر و حفاظت کننده، به دسته های مختلفی تقسیم می شوند ولی رویکردهای نوین در تبیین سبب شناختی مصرف مواد در نوجوانی، به این عوامل به گونه منفرد نمی نگرند، بلکه بر ارتباط آن ها با یک دیگر تأکید دارند و می کوشند تا به یک الگوی نظری دست یابند. در این بین نظریه پردازان و محققان این حوزه در تلاش خود برای تبیین روابط

میان عوامل خطر و حفاظت کننده، نظریه های متفاوتی را در باب عوامل مؤثر در مصرف مواد بیان کرده اند (طارمیان، ۱۳۸۴). این نظریه ها طیف گسترده ای از عوامل زمینه ساز ژنتیک، روان شناختی و خانوادگی و اجتماعی را مورد بررسی قرار داده اند (بوتوین^۱، ۲۰۰۰؛ شی^۲، ۲۰۰۱؛ هاوکینز^۳، ۱۹۹۲؛ به نقل از محمدخانی، ۱۳۸۵).

مؤثرترین رویکردهای مبتنی بر پژوهش برای پیشگیری از سوء مصرف مواد در نوجوانان از نظریه های روانی اجتماعی نشأت گرفته اند و عمدتاً بر عوامل خطر ساز و حفاظت کننده روانی اجتماعی که موجب شروع مصرف اولیه مواد می شوند تاکید می نمایند (پتریتیس^۴، فلاي^۵ و میلر^۶، ۱۹۹۵). یکی از قوی ترین عوامل اجتماعی پیش بینی کننده مصرف مواد در نوجوانان ارتباط با همسالان مصرف کننده مواد است (محمد خانی، ۱۳۸۶).

در همین ارتباط، اوتینگ^۷، به دنبال پژوهش های متعدد شیوع شناسی و بررسی علل مصرف مواد در دوره ی نوجوانی، نظریه ی "گروه دوستان"^۷ را مطرح می کند. وی معتقد است، گروه دوستان، مجموعه های کوچکی از روابط میان همسالان است که شامل دوستان بسیار نزدیک و صمیمی، روابط دو سویه با دوستان صمیمی و حتی روابط دو سویه دوست دختر- دوست پسر است. بنا بر نظریه ی گروه دوستان، در درون همین گروه های به هم پیوسته است که اطلاعات و افکار تبادل می شوند و نگرش ها و باورها شکل می گیرند یا تغییر می کنند. البته افراد گروه های همسال، گیرنده های منفعل تأثیرات دیگران نیستند بلکه خود در شکل گیری هنجارها و رفتارهای گروه مشارکت دارند. دلبستگی و پیوند با همسالان منحرف از طریق فرایند یاد گیری اجتماعی، به نگرش ها و رفتارهای انحرافی می انجامد. متقابلاً، دلبستگی و ارتباط با همسالان غیر منحرف و نیز پیوند قوی با عوامل اجتماعی مناسب نظیر خانواده، مدرسه و مذهب به نگرش ها و رفتارهای غیر انحرافی منتهی می شود. لذا روابط مشکل آفرین با مجموعه ای از مشکلات رفتاری و روان شناختی دوره ی نوجوانی و بزرگسالی در ارتباط است. اوتینگ در سال های ۱۹۹۸ و ۱۹۹۹ در طی سلسله مقالاتی به بیان شکل تعمیم یافته نظریه ی گروه دوستان می پردازد و آن را "نظریه اجتماع پذیری اولیه"^۸ می نامد. اوتینگ و دونرمایر، عوامل اجتماع پذیری در دوره نوجوانی را به دو دسته تقسیم می کنند، که عبارتند از:

۱ - منابع اجتماع پذیری اولیه که شامل، خانواده، مدرسه و گروه همسال است.

۲ - منابع اجتماع پذیری ثانویه نظیر، مذهب، محله یا اجتماع.

1 Botvin

2 Scheyer

3 Hawkins

4 petreties

5 flay

6 oetting

7 peer cluster

8. primary socialization theory

مطابق این نظریه، برای نوجوان امروزی تنها سه منبع (عامل) اجتماع پذیری وجود دارد که عبارتند از: خانواده، مدرسه و گروه همسال (طارمیان، ۱۳۸۴).

نکته ی مهم آن که، حتی عوامل اجتماع پذیری ثانویه اثرات خود را از طریق عوامل اجتماع پذیری اولیه اعمال می کنند، اما در این بین خانواده و مدرسه، مسیر انتقال هنجارهای اجتماعی به نوجوان هستند و گروه همسال حامل هنجارهای ضد اجتماعی یا غیراجتماعی است. به عبارت دیگر وقتی پیوند نوجوان با خانواده و مدرسه ضعیف می شود، نقش همسالان، برجسته تر می گردد، در این نظریه بر نقش مذهب به عنوان یک عامل حفاظت کننده مؤثر در پیشگیری از مصرف مواد تأکید شده است. در این نظریه، هویت مذهبی بالا در نوجوان، احتمال داشتن خانواده یا دوستان و همسالانی که باورهای مذهبی مشابهی دارند را بیشتر خواهد کرد. تشویق و حمایت فعالیت های مذهبی یک نوجوان نیز باورهای او را محکم تر و اجتناب وی را از اعمالی که مغایر باورهای اوست بیشتر می کند. بنابراین نوجوانی، با هویت یابی مذهبی قوی، کم تر احتمال دارد که به اعمال انحرافی نظیر مصرف مواد دست زند (طارمیان ۱۳۷۸). مطالعه رابین و جانسون (۱۹۹۶) روی فشار همسالان نشان داد که رابطه مستقیمی بین فشار همسالان و مصرف بعدی مواد وجود دارد. هر چه مصرف مواد در میان همسالان کم تر پذیرفته شده باشد، کم تر روی می دهد (بلچر^۱ و شینک^۲، ۱۹۹۸؛ به نقل از رسولی ۱۳۸۸).

نظریه ی رویکرد یادگیری شناختی اجتماعی بندورا (۱۹۱۶) بر این نکته دلالت می کند که نوجوان باورهای خود را در مورد مصرف مواد از الگوهای نقش خصوصاً دوستان نزدیک و والدین مصرف کننده مواد کسب می کند، زیرا مشاهده ی الگوهای نقشی که مواد مصرف می کنند موجب شکل گیری انتظار پیامد در نوجوان می شود که به معنی باور آن ها در مورد آثار اجتماعی شخصی و بیولوژیک است. علاوه بر این شنیدن این که این الگوی نقش با علاقه و لذت از مواد صحبت می کند ممکن است شروع مصرف را تسهیل کند (کشاورزی، ۱۳۸۵).

الگوی زیستی- روانی- اجتماعی، که یکی از نظریه های مهم در زمینه ی سبب شناسی مصرف مواد است، به سوء مصرف مواد نوجوانان در سطح احتمالی از عواملی تأکید دارد که شامل عوامل زیستی، متغیرهای رشد روانی نوجوان، تعیین کننده های میان فردی (عوامل کارکردی خانواده و عوامل مربوط به همسالان)، عوامل اجتماعی و متغیرهای جامعه می شود. این سطوح در دوران یک دیگر قرار دارند و با یک دیگر تعامل دارند. به علاوه "مواد" در این مدل به عنوان یک عامل سمی در هر ۵ سطح نفوذ می کند و نتیجه ی آن (اختلال سوء مصرف مواد در نوجوانان) در تمام این سطوح آشکار می شود (مویسنر^۳، ۱۹۹۴).

از بین نظریه های مطرح شده، نظریه ی "گروه دوستان" اوتینگ به عنوان یک نظریه ی مطرح در سبب شناسی مصرف مواد در دانش آموزان محسوب می شود. لذا در این پژوهش با توجه به نظریه ی فوق عوامل اصلی

1 Belcher
2 Schinke
3 Muisener

و کلیدی مؤثر در سوء مصرف مواد در نوجوانان را، در یک پژوهش عملی بررسی نموده و ارتباط هر یک از عوامل خانواده، مدرسه، همسالان و مذهب را در آمادگی گرایش به اعتیاد دانش آموزان دختر تعیین نموده ایم.

اهمیت و ضرورت

اعتیاد به مواد مخدر یکی از خطرناک ترین معضلات اجتماعی است و مختص به یک نژاد، طبقه اجتماعی و یا گروه سنی خاص نمی باشد. شواهد نگران کننده ای از رشد اعتیاد در مدارس وجود دارد به عنوان مثال در همایش سال ۱۳۷۹ آموزش و پرورش با عنوان پیشگیری از اعتیاد، اعلام گردید که نیمی از جمعیت معتاد کشور را افراد کمتر از ۱۸ سال تشکیل می دهد (روزنامه همشهری، ۱۵ اردیبهشت، ۱۳۷۹؛ به نقل از قادری، ۱۳۸۵). تحقیقات فرژاویل^۱، داویدسن^۲ و شوکه^۳ (۱۹۹۰) با استناد به مطالعات جامع و مدلل، نشان داده است که در کنار افراد وابسته به یکی از مواد مخدر، تعداد قابل توجهی از افراد را می توان یافت که از نظر شخصیتی مستعد اعتیاد به مواد مخدرند، یعنی این که در معرض خطر جدی اعتیاد به یکی از انواع مخدر قرار دارند. طبق یک آمار رسمی ۱۳/۳ درصد از دانش آموزان مقاطع سوم راهنمایی و دبیرستان در معرض خطر مصرف مواد قرار دارند (صرامی، ۱۳۸۵).

هم چنین مطالعه دیگری بر روی دانش آموزان دبیرستانی تهران، نشان داد که؛ ۲۵ درصد دانش آموزان دبیرستانی تهران به مواد مخدر گرایش دارند که برآورد می شود ۵ درصد آن ها مواد مخدر مصرف کرده باشند (جزایری، رفیعی و نظری، ۱۳۸۱).

طبق یک نظر کارشناسی دانش آموزان به خصوص دختران به علت شرایط روحی و روانی خاصی که دارند بیشتر در معرض پیامدهای اعتیاد به مواد مخدر قرار می گیرند. هر چند در این رابطه نیز آمار دقیقی از دانش آموزان دختر معتاد و یا در معرض اعتیاد وجود ندارد اما بر طبق بیان معاون سازمان آموزش و پرورش تهران ضمن تاکید بر این که سن گرایش دانش آموزان به اعتیاد به ۱۳ سال رسیده است، اظهار می دارد که به دلیل شرایط روحی که دختران دارند بیش از پسران در معرض خطر ابتلا به اعتیاد قرار دارند (قادری، ۱۳۸۵). وزارت بهداشت نیز در آمار، جمعیت زنان معتاد را در برابر مردان معتاد یک نفر به ازای هر ۸ معتاد مرد گزارش داده است (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۶).

در هر حال با توجه به افزایش آمار اعتیاد در دانش آموزان و نگرانی که از جهت شیوع مصرف مواد در دانش آموزان دختر وجود دارد و حساسیت بیشتر در مورد سلامت روانی- اجتماعی دختران به عنوان مادران آینده، در این تحقیق گروه هدف دانش آموزان دختر تعیین شده اند. چرا که تحقیقات وسیعی که در چند سال گذشته بر

1 Frejavile

2 Davidson

3 Shuke

روی دانش آموزان شهر تهران صورت گرفته است عموماً به دانش آموزان پسر پرداخته و دانش آموزان دختر مقطع متوسطه تنها در چند بررسی محدود مورد توجه قرار گرفته اند. لذا پژوهش حاضر، با به دست آوردن اطلاعاتی در زمینه ی کم و کیف اعتیاد و آمادگی ابتلا به اعتیاد، در بین دانش آموزان دختر دبیرستان های شهر تهران می تواند به مسؤولان آموزش و پرورش و تمام دست اندرکاران جامعه در شناخت بیشتر و دقیق تر اعتیاد در مدارس دخترانه کمک کند تا با به کارگیری این اطلاعات این سازمان ها برنامه و طرح های مناسبی جهت پیشگیری و کنترل سوء مصرف مواد تهیه و به اجرا گذارند.

اهداف تحقیق

هدف کلی تحقیق بررسی تأثیر هر یک از عوامل خانوادگی، مدرسه، مذهب و همسالان در پیش بینی میزان آمادگی گرایش به اعتیاد نوجوانان دختر دانش آموز و مشخص نمودن این مطلب است که آیا عوامل مذکور می توانند به عنوان پیش بینی کننده آمادگی گرایش به اعتیاد در دانش آموزان عمل کنند.

اهداف جزئی

تعیین آمادگی گرایش به اعتیاد در دانش آموزان دختر.
بررسی تاثیر خانواده در آمادگی گرایش به اعتیاد در دانش آموزان دختر.
بررسی تاثیر همسالان در آمادگی گرایش به اعتیاد در دانش آموزان دختر.
بررسی تاثیر مذهب در آمادگی گرایش به اعتیاد در دانش آموزان دختر.
بررسی تاثیر مدرسه در آمادگی گرایش به اعتیاد در دانش آموزان دختر.
شناسایی مؤثرترین عامل پیش بینی کننده آمادگی گرایش به اعتیاد در دانش آموزان دختر.
تعیین تفاوت در آمادگی گرایش به اعتیاد دانش آموزان دختر بر حسب متغیرهای دموگرافیک.

فرضیه ها

- ۱- بین عامل خانواده و آمادگی گرایش به اعتیاد در دانش آموزان دختر رابطه وجود دارد.
- ۲- بین عامل مدرسه و آمادگی گرایش به اعتیاد در دانش آموزان دختر رابطه وجود دارد.
- ۳- بین عامل همسالان و آمادگی گرایش به اعتیاد در دانش آموزان دختر رابطه وجود دارد.
- ۴- بین عامل مذهب و آمادگی گرایش به اعتیاد در دانش آموزان دختر رابطه وجود دارد.

سؤالات تحقیق

- ۱- سهم هر یک از متغیرهای خانواده، مذهب، مدرسه و همسالان در پیش بینی آمادگی گرایش به اعتیاد دانش آموزان چقدر است؟
- ۲- آیا بین میزان آمادگی گرایش به اعتیاد برحسب متغیرهای زمینه ای تفاوت معناداری وجود دارد؟

تعریف مفاهیم و واژگان تخصصی پژوهش

تعاریف نظری

۱- آمادگی گرایش به اعتیاد

آمادگی گرایش به اعتیاد به این معنی است که این مقیاس آمادگی یا آسیب پذیری در مقابل سوء مصرف مواد را ارزیابی می کند. اعم از این که در حال حاضر سوء مصرف وجود داشته باشد یا نداشته باشد (کردمیرزا، ۱۳۷۹).

۲- همسالان

همسالان گروهی غیر رسمی و ابتدایی است که اعضای آن معمولاً خواست ها، پایگاه اجتماعی و سن تقریباً یکسانی دارند. این گروه ها معمولاً کودکان هم بازی در یک محله و یا مدرسه را شامل می شود. گروه همسالان در همه ی سنین می تواند شکل بگیرد و یا تداوم یابد (عضدانلو، ۱۳۸۴، به نقل از صادقی، ۱۳۸۹).

۳- ارتباط با همسالان مصرف کننده مواد

مقدار ارتباط یک نوجوان با دوستان و همسالانی است که مواد مصرف می کنند، مشوق مصرف مواد هستند و مانع از مصرف مواد توسط نوجوان نمی شود (طارمیان، ۱۳۸۴).

۴- سازگاری با مدرسه

از دو بعد تشکیل شده است، توانایی دانش آموز در اجرای خواسته ها و توقعات مدرسه و موفقیت در مدرسه، و برداشتی که دانش آموز از امکانات مدرسه در تأمین نیاز هایش دارد.

۵- مذهبی بودن

مشارکت فردی و اجتماعی یک فرد در امور مذهبی است، یعنی میزان مشارکت فرد در انتظارات و فعالیت های فرهنگی که مذهب از او می خواهد و نیز آن میزانی که فرد در می یابد مذهب نیاز های مذهبی او را تأمین نموده است. شاخص هایی که معمولاً مورد استفاده قرار می گیرند عبارتند از: باور فرد به این که آیا او مذهبی است یا خیر و هم چنین مشارکت وی در فعالیت های مذهبی.

تعاریف عملیاتی

۱- **آمادگی گرایش به اعتیاد:** نتیجه ای که، از طریق پاسخ گویی به پرسشنامه ایرانی آمادگی گرایش به اعتیاد به دست می آید.

۲- عامل خانواده

برای اندازه گیری این متغیر چند مقیاس در نظر گرفته شده است که این متغیرها را اندازه گیری می کند:
الف- توان مندی خانواده: توان مندی خانواده خود با چهار شاخص اندازه گیری می شود (صمیمیت و توجه در خانواده، کنترل و نظارت والدین، رابطه مناسب و صمیمی (سازگاری) با والدین، عدم ناسازگاری در خانواده) نمره حاصل از آن مقیاس توان مندی خانواده است.

ب- پر خطر بودن خانواده و بستگان: از طریق پاسخ گویی فرد به گویه هایی است که مشخص می کند در خانواده و بستگان تا چه حد در باره ی مواد یا الکل و سیگار صحبت و یا مصرف می شود.
پ- مصرف سیگار در خانواده: نتیجه ی پاسخ گویی فرد، به گویه هایی است که مصرف یا عدم مصرف سیگار در بین اعضای خانواده را مشخص می کند.

۳- عامل مدرسه

این عامل ۳ متغیر (خرده مقیاس) را در بر می گیرد که عبارتند از:

الف- سازگاری با مدرسه: به معنای نمره پاسخ گو در مقیاس سازگاری با مدرسه است که شامل نگرش به مدرسه و معلمان و اولیاء مدرسه و رعایت مقررات مدرسه است.

ب- وجود منابع حمایتی در مدرسه: در نتیجه ی پاسخ فرد به گویه هایی که مشخص می کند آیا احساس حمایتی از سوی مدرسه (مشاور یا معلم) برای گفتگو و در میان گذاشتن مشکلات دانش آموز وجود دارد یا خیر، به دست می آید.

پ- وضعیت تحصیلی: وضعیت تحصیلی فرد از طریق معدل درسی و هم چنین نگرش دانش آموز نسبت به موفقیت و علاقه وی به تحصیل، اندازه گیری می شود.

۴- عامل مذهب

این مقیاس با ۵ سؤال اندازه گیری می شود که شامل: مذهبی بودن، مشارکت در امور مذهبی و اهمیت مذهب است.

۵- عامل همسالان

این متغیر از طریق اندازه گیری متغیرهای وضعیت تحصیلی دوستان، آشنایی با مواد و سیگار، تشویق به مصرف مواد و فشار گروه همسالان اندازه گیری می شود.

فصل دوم

مبانی نظری پژوهش و مروری بر تحقیقات پیشین

بخش اول

مروری بر ادبیات موضوع

مقدمه

یکی از مهم ترین موضوعات نگران کننده در عصر حاضر، توسعه آسیب های اجتماعی است، که مراکز آموزشی (مدارس و دانشگاه ها) را درنوردیده است و به یکی از چالش های فرا روی دست اندرکاران آموزش و پرورش تبدیل شده است. نتایج تحقیقات صورت گرفته و مراتب اعلامی از سوی مسؤولین وزارت خانه های آموزش و پرورش و علوم تحقیقات و فناوری حکایت از این واقعیت دارد که سیستم آسیب های اجتماعی با حرکت منسجم و هوشمندانه ای، نوجوانان و جوانان این مرز و بوم را نشانه گرفته است، از جمله این آسیب ها اعتیاد به مواد مخدر است (صرامی، ۱۳۸۷).

اعتیاد از نظر لغوی به معنی عادت کردن و احساس نیاز است. امروزه در منابع علمی بیشتر از واژه ی وابستگی استفاده می شود که از سال ۱۹۶۴ میلادی توسط سازمان بهداشت جهانی جایگزین واژه اعتیاد شده است. وابستگی به یک ماده جنبه های روانی، جسمی و رفتاری را شامل می شود. هنگام وابستگی به یک ماده، فرد میل شدید و اجتناب ناپذیری برای مصرف آن پیدا می کند در نتیجه برای برآورده ساختن این نیاز به انجام رفتارهایی ناگزیر می شود که زندگی فردی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی وی را دچار اختلال می سازد (دهکردیان، ۱۳۸۰). در این رابطه دانش آموزان به عنوان یکی از اقشار آسیب پذیر جامعه، به این دلیل که آینده سازان فردای کشورند و هر نوع آسیبی به این قشر باعث تزلزل در بنیان های جامعه خواهد شد از اهمیت ویژه ای برخوردارند. جامعه ای که دانش آموزان آن بیمار باشند، آینده ای به جز فلاکت و نابسامانی نخواهد داشت (قادری، ۱۳۸۵).

در ایران، با توجه به موقعیت ژئوپلیتیک و داشتن نزدیک به ۲۰۰۰ کیلومتر مرز مشترک با دو کشور افغانستان و پاکستان، که به هلال طلایی موسوم هستند و سالانه بیش از ۳۵۰۰ تن مواد مخدر تولید می کنند و هم چنین، جوان بودن جمعیت کشور، شاهد گسترش روز افزون اعتیاد در نوجوانان و جوانان هستیم، به طوری که بر اساس آمارهای موجود حدود ۱۶ درصد از معتادان کم تر از ۱۹ سال سن دارند (برقی، ۱۳۸۱).

مشاور دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری در مورد اقداماتی که تا کنون از سوی وزارت آموزش و پرورش در زمینه ی مبارزه پیشگیرانه با مواد مخدر صورت گرفته است، بیان کرد: این وزارت خانه از سال های ۱۳۸۵ و ۱۳۸۴، حدود ۵ درصد از دانش آموزان را تحت پوشش اقدامات پیشگیرانه از اعتیاد، با اجرای یک سلسله فعالیت ها تحت عنوان برنامه های مروج سلامت، مهارت های زندگی، فعالیت های مدرسه محور و هم چنین تربیت کادر متخصص قرار داده است، اما با توجه به جمعیت ۱۴ میلیون نفری دانش آموزان، هنوز در ابتدای فعالیت های پیشگیرانه از اعتیاد در آموزش و پرورش، قرار داریم و فاصله ی زیادی تا رسیدن به نقطه ی مطلوب پیشگیری از اعتیاد در مدارس باقی مانده، که انتظار می رود، مدیران وزارت آموزش و پرورش و به تبع آن مدارس، به کاهش این فاصله توجه بیشتری نشان دهند و این امر جز در سایه ی شناسایی عوامل مؤثر بر آمادگی گرایش به اعتیاد در نوجوانان امکان پذیر نمی باشد (صادقی، ۱۳۸۹).

تاریخچه ی مصرف مواد مخدر

در بررسی تاریخ بشری شاید کم تر کشوری را بتوان یافت که با مسائل مربوط به مواد مخدر دست به گریبان نبوده است و شاید بتوان گفت که مواد مخدر هم زاد با بشر در این جهان یافت شده و تا زمانی که انسان در این عرصه وجود دارد آن نیز پا برجاست (دهکردیان، ۱۳۸۰). سوء مصرف و وابستگی به مواد (اعتیاد) یکی از قدیمی ترین موضوعات قابل ردیابی در زندگی بشر است. قرائنی از مصرف حشیش و تریاک به هشت هزار سال قبل باز می گردد. به تدریج با شناخت خواص قابل قبول برای بشر، و نیز گسترش تجارت، مصرف مواد رو به گسترش گذاشت و در سال های اخیر مواد محرک جدیدی به فهرست داروها اضافه شد. هر منطقه ای از جهان چندی به انباشته عملیاتی و فرهنگ اعتیاد افزود (ستاد مبارزه با مواد مخدر اداره کل فرهنگی و پیشگیری، ۱۳۸۹).

سابقه ی مصرف موادی که هم اکنون در جوامع سوء مصرف می شوند، بسیار طولانی است. ماری جوانا در ۶۰۰۰ سال قبل از میلاد در چین کاربرد داشته است. هدف اولیه تولید آن، استفاده از دانه اش به عنوان غذا بوده است و نیز برای رشد گیاهان به عنوان کود استفاده می شده است، هم چنین استفاده از آن در صنایع نساجی رایج بوده است. در حدود سال های ۲۷۰۰ قبل از میلاد، توسط چینی ها به عنوان دارو، استفاده شد. آنان کشف کردند که ماری جوانا، درمان عالی برای ناخوشی هایی از قبیل روماتیسم، نقرس، مالاریا و بی علائگی و حواس پرتی است. شواهد نشان می دهد که ۱۰۰۰ سال قبل از میلاد، این ماده به صورت عمومی در مراسم عروسی، و مذهبی استفاده می شده است. در بین تمام فرهنگ ها، احتمالاً هندوها پیش از همه، طرفدار مجذوب کنندگی آن بوده اند و آن را همراه ۴ گیاه دیگر، به عنوان گیاه مقدس می شناختند (شهیدی، ۱۳۸۳).

در حدود ۵۰۰ سال قبل از میلاد، قبایلی که در اوکراین امروزی زندگی می کردند، حشیش را به شمال اروپا رساندند و تا سال ۱۰۰ قبل از میلاد، مصرف حشیش در تمام اروپا گسترش یافته بود. در سال های ۱۲۵۶-