



دانشگاه علامہ طباطبائی

دانشکده علوم اجتماعی

**پایان نامه:**

**جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی**

**عنوان:**

**بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد با تأکید بر سرمایه اجتماعی**

**(مقایسه ای بین افراد معتاد و غیر معتاد)**

**استاد راهنما: جناب آقای دکتر محمد زاهدی اصل**

**استاد مشاور: جناب آقای دکتر ابوتراب طالبی**

**استاد داور: جناب آقای دکتر محمود شهابی**

**دانشجو: عفت محمد امینی**



# فهرست مطالب

شماره صفحه

|       |                                       |    |
|-------|---------------------------------------|----|
| ۱     | فصل اول: کلیات تحقیق                  | ۱  |
| ۱-۱   | مقدمه                                 | ۱  |
| ۲-۱   | بیان مسأله                            | ۲  |
| ۳-۱   | اهمیت و ضرورت موضوع                   | ۴  |
| ۴-۱   | هدف اصلی تحقیق                        | ۵  |
| ۵-۱   | سؤالات تحقیق                          | ۵  |
| ۲     | فصل دوم: ادبیات تحقیق                 | ۸  |
| ۱-۲   | مقدمه                                 | ۸  |
| 2-2   | تاریخچه موضوع                         | ۹  |
| ۱-۲-۲ | تاریخچه مواد مخدر در جهان             | ۹  |
| 2-2-2 | تاریخچه مواد مخدر در ایران            | ۱۱ |
| ۳-۲   | پیشینه تحقیقات                        | ۱۵ |
| ۱-۳-۲ | تحقیقات خارجی                         | ۱۵ |
| ۲-۳-۲ | تحقیقات داخلی                         | ۱۷ |
| ۴-۲   | مبانی نظری تحقیق                      | ۲۴ |
| ۱-۴-۲ | تئوریهای مربوط به انحرافات            | ۲۴ |
| ۲-۴-۲ | نظریه های خرده فرهنگی                 | ۲۹ |
| ۵-۲   | اعتیاد                                | ۳۲ |
| ۱-۵-۲ | عوامل مؤثر بر اعتیاد                  | ۳۲ |
| ۲-۵-۲ | پیامدهای اعتیاد:                      | ۴۳ |
| ۶-۲   | سرمایه اجتماعی                        | ۴۹ |
| ۱-۶-۲ | معنا و مفهوم سرمایه اجتماعی           | ۴۹ |
| 2-6-2 | تاریخچه سرمایه اجتماعی                | ۵۱ |
| ۳-۶-۲ | منابع تشکیل دهنده سرمایه اجتماعی      | ۵۴ |
| ۴-۶-۲ | مزایای سرمایه اجتماعی                 | ۵۷ |
| ۵-۶-۲ | ابعاد و شاخصهای سرمایه اجتماعی        | ۵۹ |
| 2-6-6 | سرمایه اجتماعی درون گروهی و بین گروهی | ۶۳ |
| ۷-۶-۲ | سطوح سرمایه اجتماعی                   | ۶۴ |
| ۸-۶-۲ | نظریه های سرمایه اجتماعی              | ۶۶ |
| ۷-۲   | چارچوب نظری                           | ۷۱ |
| 2-8   | مدل نظری تحقیق                        | ۷۵ |

|     |  |          |
|-----|--|----------|
| ۷۶  | فرضیات تحقیق                                 | ۹-۲      |
| ۷۸  | <b>فصل سوم : روش تحقیق</b>                   | <b>۳</b> |
| ۷۸  | مقدمه  | ۱-۳      |
| ۷۸  | روش تحقیق                                    | ۲-۳      |
| ۷۹  | واحد تحلیل                                   | ۳-۳      |
| ۷۹  | واحد مورد مشاهده                             | ۴-۳      |
| ۸۰  | جامعه آماری                                  | ۵-۳      |
| ۸۰  | روش نمونه گیری                               | ۶-۳      |
| ۸۱  | حجم نمونه                                    | ۷-۳      |
| ۸۲  | تعریف نظری و عملیاتی متغیر های تحقیق         | ۸-۳      |
| ۸۲  | تعریف نظری و عملیاتی متغیر وابسته            | ۱-۸-۳    |
| ۸۳  | تعریف نظری و عملیاتی متغیر های مستقل         | ۲-۸-۳    |
| ۹۴  | تعریف نظری و عملیاتی متغیر های شناسایی       | ۹-۳      |
| ۹۶  | ابزار گرد آوری اطلاعات                       | ۱۰-۳     |
| ۹۷  | پایایی و اعتبار ابزار تحقیق                  | ۱۱-۳     |
| ۹۸  | پایایی                                       | ۱-۱۱-۳   |
| ۹۹  | اعتبار                                       | ۲-۱۱-۳   |
| ۱۰۰ | فنون مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده ها | ۱۲-۳     |
| ۱۰۲ | <b>فصل چهارم: تجزیه و تحلیل اطلاعات</b>      | <b>۴</b> |
| ۱۰۲ | مقدمه  | ۱-۴      |
| ۱۰۳ | سیمای پاسخگویان                              | ۲-۴      |
| ۱۰۹ | یافته های تحقیق                              | ۳-۴      |
| ۱۰۹ | اعتماد اجتماعی                               | ۱-۳-۴    |
| ۱۱۹ | مشارکت اجتماعی                               | ۲-۳-۴    |
| ۱۲۷ | وضعیت شبکه اجتماعی                           | 4-3-3    |
| ۱۳۹ | سرمایه اجتماعی                               | ۴-۳-۴    |
| ۱۴۰ | فرصت های زندگی:                              | 4-3-5    |
| ۱۴۸ | کنترل اجتماعی:                               | 4-3-6    |
| ۱۵۴ | تحلیل تبیینی داده ها و آزمون فرضیات تحقیق    | ۴-۴      |
| ۱۵۵ | فرضیه اول تحقیق                              | ۱-۴-۴    |
| ۱۵۶ | فرضیه دوم تحقیق                              | ۲-۴-۴    |
| ۱۵۷ | فرضیه سوم تحقیق                              | ۳-۴-۴    |
| ۱۵۹ | فرضیه فرعی اول تحقیق                         | ۴-۴-۴    |
| ۱۶۰ | فرضیه فرعی دوم تحقیق                         | ۵-۴-۴    |
| ۱۶۲ | فرضیه فرعی سوم تحقیق                         | ۶-۴-۴    |

|     |                                   |       |
|-----|-----------------------------------|-------|
| ۱۶۶ | فصل پنجم : نتیجه گیری و پیشنهادات | ۵     |
| ۱۶۶ | مقدمه                             | ۱-۵   |
| ۱۶۶ | نتایج توصیفی پژوهش                | ۲-۵   |
| ۱۷۰ | نتایج تبیینی پژوهش و آزمون فرضیات | ۳-۵   |
| ۱۷۳ | پیشنهادات                         | ۴-۵   |
| ۱۷۳ | پیشنهادات پیشگیری                 | ۱-۴-۵ |
| ۱۷۳ | پیشنهادات درمانی                  | ۲-۴-۵ |
| ۱۷۴ | پیشنهادات پژوهشی                  | ۳-۴-۵ |
| ۱۷۵ | محدودیت‌های پژوهش                 | ۵-۵   |
| ۱۷۶ | منابع فارسی                       |       |
| ۱۸۲ | منابع لاتین                       |       |
| ۱۸۴ | منابع و مأخذ                      | ۶-۵   |
| ۱۸۴ | منابع فارسی                       | ۱-۶-۵ |
| ۱۸۴ | منابع لاتین                       | ۲-۶-۵ |

## فهرست جداول

- جدول ۴-۱ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و اشتغال آنها..... ۱۰۳
- جدول ۴-۲ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب تحصیلات مادر، پدر و تعداد اعضاء خانواده آنها..... ۱۰۵
- جدول ۴-۳ توزیع فراوانی پاسخگویان معتاد بر حسب نوع ماده مصرفی، مدت زمان ابتلا، دفعات ترک آنها ..... ۱۰۷
- جدول ۴-۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب نگرش به علت اعتیاد در جامعه ..... ۱۰۸
- جدول ۴-۵ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان اعتماد به وظایف والدینی ..... ۱۰۹
- جدول ۴-۶ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان اعتماد به وظایف همسری ..... ۱۱۰
- جدول ۴-۷ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان اعتماد به اقوام و فامیل ..... ۱۱۱
- جدول ۴-۸ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان اعتماد به دوستان ..... ۱۱۱
- جدول ۴-۹ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان اعتماد به همسایگان ..... ۱۱۲
- جدول ۴-۱۰ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان اعتماد به فروشندگان ..... ۱۱۳
- جدول ۴-۱۱ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان اعتماد به مأموران نیروی انتظامی ..... ۱۱۴
- جدول ۴-۱۲ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان اعتماد به پزشکان و پرستاران ..... ۱۱۵
- جدول ۴-۱۳ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان اعتماد به صدا و سیما ..... ۱۱۶
- جدول ۴-۱۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان اعتماد به نماینده مجلس ..... ۱۱۶
- جدول ۴-۱۵ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب میزان اعتماد به دولت ..... ۱۱۷
- جدول ۴-۱۶ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب متغیر اعتماد اجتماعی در دو گروه معتادین و غیر معتادین ..... ۱۱۸
- جدول ۴-۱۷ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب متغیر اعتماد اجتماعی ..... ۱۱۹
- جدول ۴-۱۸ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان کمک در هنگام گرفتاری همسایگان ..... ۱۲۰
- جدول ۴-۱۹ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب میزان کمک در صورت بروز زلزله و سیل ..... ۱۲۰
- جدول ۴-۲۰ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان همکاری در اجرای طرح واکسیناسیون ..... ۱۲۱

- جدول ۴-۲۱ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان همکاری در بسیج..... ۱۲۲
- جدول ۴-۲۲ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان شرکت در مراسم عزاداری ائمه..... ۱۲۳
- جدول ۴-۲۳ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان شرکت در نماز جماعت..... ۱۲۴
- جدول ۴-۲۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان شرکت در انجمن های خیریه..... ۱۲۵
- جدول ۴-۲۵ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان شرکت در انجمن های هنری..... ۱۲۵
- جدول ۴-۲۶ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب متغیر مشارکت اجتماعی به تفکیک معتادین و غیر معتادین.. ۱۲۶
- جدول ۴-۲۷ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب متغیر مشارکت اجتماعی..... ۱۲۷
- جدول ۴-۲۸ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان اعتبار در بین دوستان و آشنایان..... ۱۲۸
- جدول ۴-۲۹ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان مراجعه فامیل به فرد در صورت بروز مشکل مالی ۱۲۸
- جدول ۴-۳۰ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان مراجعه فامیل به فرد در صورت بروز اختلاف..... ۱۲۹
- جدول ۴-۳۱ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان درخواست کمک فرد از فامیل..... ۱۳۰
- جدول ۴-۳۲ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان ارتباط فرد با دوستان در طول هفته..... ۱۳۱
- جدول ۴-۳۳ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان درخواست همراهی از دوستان برای خرید..... ۱۳۲
- جدول ۴-۳۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان صرف نهار یا شام در آخر هفته با دوستان..... ۱۳۲
- جدول ۴-۳۵ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان حساب کردن روی دوستان در هنگام بیماری..... ۱۳۳
- جدول ۴-۳۶ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان ملاقات با همسایگان در طول هفته..... ۱۳۴
- جدول ۴-۳۷ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان حساب کردن روی همکاران..... ۱۳۵
- جدول ۴-۳۸ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان دوستی با همکاران..... ۱۳۵
- جدول ۴-۳۹ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب میزان حساب کردن خود به عنوان عضوی از یک تیم در محل کار..... ۱۳۶
- جدول ۴-۴۰ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب متغیر شبکه اجتماعی به تفکیک معتادین و غیر معتادین..... ۱۳۷
- جدول ۴-۴۱ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب متغیر شبکه اجتماعی..... ۱۳۸

- جدول ۴-۴۲ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب متغیر سرمایه اجتماعی به تفکیک معتادین و غیر معتادین ..... ۱۳۹
- جدول ۴-۴۳ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب متغیر سرمایه اجتماعی ..... ۱۴۰
- جدول ۴-۴۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه امکان رسیدن به خواسته ها در خانواده ..... ۱۴۱
- جدول ۴-۴۵ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان مهیا بودن خوراک، پوشاک در خانواده ..... ۱۴۱
- جدول ۴-۴۶ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان امکان درس خواندن در خانواده ..... ۱۴۲
- جدول ۴-۴۷ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان امکان ثبت نام در باشگاههای ورزشی ..... ۱۴۳
- جدول ۴-۴۸ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان امکانات رفاهی در خانواده ..... ۱۴۴
- جدول ۴-۴۹ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان در دسترس بودن مواد ..... ۱۴۵
- جدول ۴-۵۰ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان سهولت مصرف مواد در محیط زندگی ..... ۱۴۵
- جدول ۴-۵۱ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه وجود فرد مصرف کننده مواد در خانواده ..... ۱۴۶
- جدول ۴-۵۲ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب متغیر فرصت های زندگی به تفکیک معتادین و غیر معتادین ..... ۱۴۷
- جدول ۴-۵۳ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب متغیر فرصت زندگی ..... ۱۴۸
- جدول ۴-۵۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب میزان مخالفت افراد محله با استعمال دخانیات ..... ۱۴۹
- جدول ۴-۵۵ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان کمک افراد محله برای تأمین امنیت ..... ۱۵۰
- جدول ۴-۵۶ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان محکوم کردن فساد در نهاد های محله ..... ۱۵۰
- جدول ۴-۵۷ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان طرد افراد معتاد توسط افراد محله ..... ۱۵۱
- جدول ۴-۵۸ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گویه میزان تلاش افراد محله برای جلب امکانات بهداشتی ..... ۱۵۲
- جدول ۴-۵۹ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب متغیر کنترل اجتماعی به تفکیک معتادین و غیر معتادین ..... ۱۵۳
- جدول ۴-۶۰ توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب متغیر کنترل اجتماعی ..... ۱۵۴



فصل اول

کلیات تحقیق

## ۱ فصل اول: کلیات تحقیق

### ۱-۱ مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر یکی از پیچیده ترین و بغرنج ترین آسیب های اجتماعی و از مصادیق عمده انحرافات اجتماعی محسوب می شود که می تواند پایه و اساس بسیاری از آسیب ها و معضلات اجتماعی در سطح جامعه واقع گردد و در صورت شیوع اعتیاد به مواد مخدر در میان جوانان جامعه ای آن هم با ساختار جمعیتی جوان تباهی، آشفستگی و فروپاشی بنیادهای آن حتمی خواهد بود.

شواهد تاریخی حاکی از آن است که بشر از هفت هزار سال قبل با مواد مخدر آشنا بوده است و آن را در طول تاریخ، برحسب شرایط و زمینه های مختلف در هر جامعه، برای تسکین درد یا لذت و یا تغذیه و نظایر آن مورد مصرف قرار داده است، البته گفته می شود، استعمال مواد مخدر در گذشته بیشتر جنبه طبی داشته و به دستور طبیبان مصرف می گردیده است (دانش، ۱۳۷۴: ۶۰).

اما سابقه اعتیاد به مواد مخدر به مثابه یک عامل تهدید کننده جوامع بشری معطوف به چهارصد سال اخیر می باشد که همزمان است با فرایند توسعه غرب و تبدیل شدن تریاک به عنوان یک کالای تجاری پر سود در دست غرب که ابتدا از طریق تشکیل کمپانی انگلیسی هند شرقی و انحصار تولید و تجارت تریاک و صدور آن به کشورهای شرقی خصوصاً چین و ایران عملی گردید. بنابراین در بررسی اعتیاد به مواد مخدر، هر چند نباید از سلطه و سیاست های غارت گرانه کشورهای غربی در رواج مواد مخدر، جهت به یغما بردن سرمایه های ملی ملل شرق برای ایجاد انباشت سرمایه و پیشرفت و توسعه غرب، غافل شویم، با این

وصف شیوع اعتیاد به مواد مخدر در هر جامعه صرف نظر از عامل بیرونی، وابستگی زیادی به شرایط و زمینه های مساعد درونی نیز دارد. و بدون فراهم شدن شرایط و زمینه های آسیب پذیری در درون جامعه، بعید می نماید اعتیاد به مواد مخدر به یک پدیده و مسأله اجتماعی تبدیل گردد. اما تا زمانی که معتادین به مواد مخدر، محدود به تعداد اندکی از جمعیت بزرگسال بودند اعتیاد به مواد مخدر، به عنوان یک مسأله اجتماعی تلقی نمی شد و بالطبع به مثابه پایه آسیب های اجتماعی تلقی نمی گردید، مع الوصف از وقتی که دامنه گرایش به اعتیاد بر حسب نوع ساختار جمعیتی، تعداد وسیعی از نوجوانان و جوانان جامعه را نیز در بر گرفت، آنگاه اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک مسأله اجتماعی شناخته می شود که مستلزم توصیف غنی و تبیین قوی اندیشمندان و محققان و تلاش مضاعف و به موقع مسئولین برای پیشگیری و درمان آن در جامعه قبل از تبدیل شدن به بحران اجتماعی می باشد.

## ۲-۱ بیان مسأله

مسأله مواد مخدر، مسأله ای است پیچیده که دارای ابعاد اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی در سطوح خرد، میانه و کلان است که هر کدام با یکدیگر در ارتباط متقابل هستند و هریک از ابعاد اساسی فوق به ابعاد فرعی دیگری تقسیم می شوند که به نوبه خود با ابعاد اصلی و فرعی دیگر در تعامل اند. در عرصه جهانی، در حال حاضر یکی از عوامل اساسی و خطرناک که حیات جامعه بشری را بسیار تهدید می کند و نظم اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی را مورد چالش جدی قرار می دهد، مسأله مواد مخدر و اعتیاد است. در عرصه داخلی وضعیت مواد مخدر در ایران، علاوه بر زمینه های درونی به میزان زیادی از وضعیت جهانی خصوصاً وضعیت منطقه ای مواد مخدر تأثیر پذیرفته است. ایران به دلیل موقعیت جغرافیایی خود از

بعد مواد مخدر، آسیب پذیرترین کشور جهان است. در حال حاضر کشور ایران با استفاده از هزینه های ملی و سپر قرار دادن خود، به تنهایی بار اصلی مبارزه با مواد مخدر را بر دوش می کشد. تبدیل شدن افغانستان که حدود ۹۴۵ کیلومتر مرز مشترک با ایران دارد به بزرگترین تولید کننده مواد مخدر و قرار گرفتن ایران در مسیر ترانزیت مواد و ... فشار زیادی را بر ایران تحمیل کرده است. (غنجی، ۱۳۸۰ در گزارش امحاء ۸۰، ص ۴۴-۵) علاوه بر عواملی که در بعد ملی و بین المللی به پدیده اعتیاد دامن می زند، در سطح فردی و خانوادگی نیز عواملی نظیر ویژگیهای شخصیتی و روانی، تعداد فرزندان و شیوه های تربیتی خانواده، روابط خانوادگی، عدم برخورداری از تفریحات غیر معتاد و سازنده و... در ابتلا به بیماری اعتیاد سهم به سزایی دارند.

تئوریهای گوناگونی، به تبیین پدیده اعتیاد پرداخته اند، از جمله تئوری سرمایه اجتماعی که به جای تأکید بر متغیرهای فردی از قبیل شخصیت، بر نحوه تأثیر کیفیت محتوا و ساختار روابط اجتماعی بر انتقال منابع تمرکز می کند و بیان می کند که روابط اجتماعی ابزارهایی هستند که از طریق آنها سرمایه گذاری های اجتماعی شکل می گیرند و این روابط که برای افراد بسیار مهم تلقی می شوند، باعث عمیق تر شدن تعهدات و احترام متقابل بین افراد می گردند، که آن هم به نوبه خود بنیان کنترل اجتماعی غیر رسمی را که ابزاری شناخته شده در جهت افزایش مشارکت افراد در روابط غیر معتاد و کاهش آسیبهای اجتماعی است، تشدید می کند. در این تحقیق پدیده اعتیاد به مواد مخدر به عنوان مسأله اجتماعی تلقی می گردد که ناشی از شرایط اجتماعی، اقتصادی، خانوادگی و عوامل درونی و بیرونی است و دارای پیامدهای منفی فردی و اجتماعی بوده، به نحوی که موجب جریحه دار ساختن وجدان جمعی جامعه و زمینه ساز بسیاری از آسیب های اجتماعی دیگر می شود. که عدم اقدام به موقع برای کنترل و حل آن، باعث مزمن، پیچیده و بزرگتر شدن مسأله گردیده و در نهایت به بحران اجتماعی منجر خواهد شد و از آنجا که براساس تئوری

سرمایه اجتماعی، کسب این سرمایه ( از قبیل مشارکت در ابعاد مختلف، اعتماد به انسانها و جامعه، وابستگی های بین شخصی قوی، شبکه های دوستی و توانایی اقدام برحسب موقعیتهای مختلف و...) افراد را در پیروی از روشهایی که باعث افزایش سلامتی آنها در طول زندگی شان می شود یاری می کند و به عنوان یک حمایت کننده در برابر رفتارهای مخرب و عاملی بازدارنده از درگیر شدن فرد در رفتارهای مخاطره آمیز و بزهکارانه عمل می کند، این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا میزان سرمایه اجتماعی در افراد معتاد و غیر معتاد تفاوت دارد؟

### ۳-۱ اهمیت و ضرورت موضوع

امروزه بحران اعتیاد از بحرانهای عمده جهانی است که شکل مخاطره آمیز و کاملاً پیچیده ای به خود گرفته و سایه شومش را بر تمامی جوامع انسانی افکنده است. این معضل اجتماعی از یک سو، از هم پاشیدگی خانواده ها و زیانهای جدی و خطرناک جسمی از قبیل ابتلا به بیماریهای عفونی واگیردار همچون ایدز، هپاتیت، سل، عوارض و مشکلات عدیده اجتماعی و اقتصادی از قبیل جرمهای مرتبط با مواد مخدر نظیر جنایت و سرقت، فقر و تکدی گری و هدر رفتن سرمایه های کلان مادی کشورها را به دنبال داشته، به طوریکه این بحران و شیوه های مواجهه با آن دل مشغولی های فراوانی را برای برنامه ریزان و مجریان جامعه به وجود آورده است. با توجه به اینکه امروزه ریشه کن کردن اعتیاد بیشتر به یک آرزو تبدیل شده و انجام عملی آن مستلزم تلاش و تحقیق و تحمل مشکلات بسیاری است، دراین راستا مراکز علمی و پژوهشی وظیفه دارند با توجه به رسالت مهم آگاه سازیشان، مردم و مسئولین را نسبت به عواقب این پدیده مخرب بیش از پیش رهنمون باشند. زبان علم گویاترین وسیله برای بیان حقایق در این زمینه است. شیوع این گونه مواد به وسیله علم توسط استعمارگران عملی شد، بنابراین برای مقابله و برخورد با آن نیز روش

علمی مفیدتر است. با توجه به همه تلاشهایی که برای کاهش عرضه و تا حدودی تقاضای مواد مخدر صورت گرفته، متأسفانه مشکل اعتیاد نه تنها فروکش نکرده بلکه ابعاد آن گسترده تر نیز شده است. پایین آمدن سن اعتیاد، هزینه اعتبارات هنگفت در زمینه عرضه و تقاضا، تحمیل هزینه های اقتصادی و اجتماعی جبران ناپذیر بر جامعه و خانواده ها توسط معتادین، همگی مؤید اهمیت تحقیق در باب موضوع حاضر است. براساس اطلاعات موجود تا کنون هیچ پژوهش کاربردی پیرامون اعتیاد در شهرستان محلات انجام نگرفته است و لذا براساس مشاوره ای که با مسئولین این شهرستان در زمینه موضوعات نیازمند تحقیق و پژوهش به عمل آمد و همچنین مشاهده آمار بالای معتادین در شهر محلات، اعتیاد به عنوان متغیر وابسته این پژوهش در نظر گرفته شد.

#### **۴-۱ هدف اصلی تحقیق**

بررسی و شناخت عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد به مواد مخدر با تأکید بر میزان سرمایه اجتماعی افراد.

#### **۵-۱ سؤالات تحقیق**

- ۱- آیا بین میزان سرمایه اجتماعی افراد معتاد با افراد غیر معتاد تفاوت وجود دارد؟
- ۲- آیا بین میزان کنترل و نظارت بر افراد معتاد با افراد غیر معتاد تفاوت وجود دارد؟
- ۳- آیا بین فرصتهای در دسترس افراد معتاد با افراد غیر معتاد تفاوت وجود دارد؟

- ۴- آیا بین میزان مشارکت اجتماعی افراد معتاد با افراد غیر معتاد تفاوت وجود دارد؟
- ۵- آیا بین میزان اعتماد اجتماعی افراد معتاد با افراد غیر معتاد تفاوت وجود دارد؟
- ۶- آیا بین وضعیت شبکه های اجتماعی افراد معتاد با افراد غیر معتاد تفاوت وجود دارد؟

فصل دوم

ادبیات تحقیق



## ۲ فصل دوم: ادبیات تحقیق

### ۱-۲ مقدمه

در این فصل موضوعات زیر مورد بررسی قرار می گیرد:

- تاریخچه موضوع با مروری در جهان و ایران
- مروری بر مطالعات و پژوهشهای انجام شده در ایران و جهان
- مبانی نظری تحقیق
- چارچوب نظری تحقیق
- مدل تحقیق
- فرضیات تحقیق

## ۲-۲ تاریخچه موضوع

### ۲-۲-۱ تاریخچه مواد مخدر در جهان

سوءمصرف مواد مخدر در طول تاریخ بدون بشر همراه انسان بوده است و بشر اولیه گیاهانی را که حالت طبیعی او را تغییر می داد، استفاده می کرده است. اطلاعات برآمده از منابع تاریخی نشان می دهد که اقوام مختلف آن را به صورت های متنوع مورد استفاده قرار می دادند. اگرچه نحوه استفاده و تأثیر اینگونه مواد بر جسم و روح در اغلب موارد به لحاظ درمانی و دارویی بوده است، لیکن در دنیای امروز اکثر افراد فقط تغییرات روانی را در مصرف اینگونه مواد جستجو می کنند. بشر از ۷ هزار سال قبل، از وجود یک ماده مخدر قوی در خشخاش آگاه بوده و در لوحه های گلی مکشوفه متعلق به ۵ هزار سال قبل از میلاد، که از سومریان باقی مانده از تریاک نام برده شده است (دانش، ۱۳۷۴، ص ۶۰). نوشته هایی که از تمدن سومری ها باقی مانده است نشان می دهد که سومریان کهن ترین اقوامی هستند که نه تنها از تریاک استفاده می کرده اند، بلکه نام "گیاه شادی بخش" نیز بر آن نهاده بوده اند که هنوز به این نام شایع است. نوشته هایی که بر روی پاپيروس ها از مصریان مانده نشان می دهد که مصریان از قدیم با استعمال تریاک آشنا بوده اند (آتشین، ۱۳۸۱، ص ۶۶). در حدود ۴ هزار سال قبل، کشیدن تریاک در چین رایج بوده است. شواهد دیگری در دست است که نشان می دهد برخی آثار به صورت طرح و نقاشی در رابطه با شقایق و خشخاش مربوط به ۴۰۰۰ سال قبل در نواحی روم و مصر باستان وجود دارد. در داروهای نافع و سود بخشی که در ۱۵۵۲ سال قبل از میلاد تجویز می کردند مکرراً از تریاک یاد شده است و حتی آنها گرز خشخاش را بر روی سکه ها و سفالینه های یونانی و جواهرات روی تابوت ها و مجسمه های رومی حک کرده اند که نشانه آگاهی آنها از خواص تریاک است. طبق شواهد تاریخی، در ۱۵۰۰ سال قبل از میلاد، تخم خشخاش از مصر به یونان برده شد و سپس به روم سرایت

کرد. تا جایی که گل خشخاش یا کوکنار در اساطیر یونانی و رومی سمبل خواب گردید. در اساطیر یونان اکثراً خدای خواب را به شکل جوانی مجسم می کنند که دسته ای از گل کوکنار به دست دارد (کوهن، ۱۳۷۳: ۱۸). گفته می شود کوزه های متعلق به اواخر دوره مفرغ یعنی حدود ۱۵۰۰ سال قبل از میلاد مسیح (۳۵۰۰ سال قبل) که در قبرس ساخته شده است، احتمالاً به منظور نگهداری تریاک محلول در آب یا شراب بوده تا این فرآورده مخدر به مصر صادر شود. در آن زمان تخم خشخاش از مصر به یونان برده شد و کشت خشخاش و کشیدن تریاک رواج یافت (دانش، ۱۳۷۴، ص ۶۰). یونانیان در زمان سقراط به آثار طبی تریاک پی برده و برای تسکین و آرامش آلام خویش به کار برده اند. نوشته های باستانی نشان می دهد که تریاک در تمام دوره های تاریخ بابل، مصر، یونان و روم استعمال شده است. هندوها از دو هزار و هشتصد سال پیش تا امروز برگ ها و رزین گیاه شاهدانه ماده را در مراسم مذهبی مصرف می کرده اند؛ و گفته می شود در شمار نخستین آشنایان با گیاه مخدر "کوکنار" می باشند و هنگامی که داریوش بزرگ آن کشور را فتح کرد، هندی ها افیون را می شناختند و آن را مصرف می کرده اند همچنین مجارستان اولین کشور اروپایی است که با گیاه خشخاش آشنا شد و گیاه شناسان کشور مذبور، ۱۲۰۰ سال قبل از میلاد مسیح آن را می شناخته و شیره اش را به کار می بردند و خوراکی آن را به نام تریاکا مصرف می نمودند (آتشین، ۱۳۸۱، ص ۶۵-۷).

ساکنان منطقه آندین آمریکا از حدود ششصد سال قبل، برای ایجاد نیروی غیرطبیعی و رفع کاذب گرسنگی، برگ های بوته کوکا می جویدند؛ و سوء مصرف گیاهان و قارچ های توهم زا در میان اقوام مختلف قاره های جهان در طول قرون متمادی و به خصوص موقعیت های ویژه، مانند مراسم مذهبی، معمول بوده است. هرچه تمدن انسان تکامل یافته و دانش های بشر، به خصوص علوم پزشکی و داروسازی، پیشرفت کرده به تدریج زیان های مصرف بسیاری از گیاهان منبع موادمخدر آشکارتر شده

است، به حدی که امروزه سوءمصرف تمام مواد ذکر شده در جداول منضم به کنوانسیون های ۱۹۶۱ (اصلاح شده با پروتکل ۱۹۷۲) و ۱۹۷۱، منع گردیده است) (میری، ۱۳۸۴: ۲۴).

بنابراین استعمال مواد مخدر سابقه ای طولانی در میان جوامع داشته و شکل های مصرف آن نیز متنوع بوده و به زمینه های مساعد هر کشوری بستگی داشته است. مواد مخدر در طول تاریخ انسان، زمانی به عنوان مواد خوراکی، گاهی به عنوان دارو، گاهی برای ایجاد لذت و یا فرار از ناراحتی ها و از بین بردن و التیام درد به کار برده می شده است. لذا در طول تاریخ بشر، کمتر ملتی را می توان یافت که با استفاده غلط از مواد مخدر مواجه نبوده باشد. اشاعه استعمال آن به منظور از پا در آوردن ملل شرق، سیاست استعماری و غیر انسانی دشمنان بشریت در چند سال اخیر بوده است.

## ۲-۲-۲ تاریخچه مواد مخدر در ایران

مطالعات و شواهد موجود نشان می دهد که مصرف تریاک به منزله دارویی مسکن و اثر بخش در ایران نتیجه تحقیقات دو پزشک ایرانی ابوعلی سینا و حکیم فخررازی بوده است. آنان در شمار نخستین پزشکانی بوده اند که در قرن دهم میلادی به گونه ای همه جانبه خواص تریاک را شناختند و برای پیشبرد هدفهای پزشکی در طب، موادافیونی و استعمال آن را به عنوان پادزهر مورد استفاده قرار دادند و این ماده را به جهانیان شناساندند. ولی درعین حال به اثر سوء آن بر بدن آگاه بودند البته برخی استعمال تریاک در ایران را ره آورد حمله اعراب در زمان صفویه یا چنگیز به ایران می دانند و دسته ای معتقدند که سپاه نادرشاه به هنگام اقامت خود در هندوستان تریاک کشی را از هندیها فرا گرفته و با خود به ارمنان آوردند (فرجاد و همکاران، ۱۳۷۴: ۱۷).