

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه آزاد اسلامی
واحد خلخال

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد (M. A)
رشته پژوهش علوم اجتماعی

عنوان

بررسی نقش عملکرد نهادهای دینی و فرهنگی در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر

استاد راهنما:

دکتر صمد عابدینی

دانشجو:

محمد هاشمیان

زمستان 1395

این پایان نامه توسط دفتر تحقیقات و آموزش

ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری

حمایت مالی شده است.



تأییدیه هیأت داوران

بسمه تعالی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خلیخال

بدینوسیله تایید می‌شود پایان‌نامه آقای محمد هاشمیان دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد رشته پژوهش علوم اجتماعی تحت عنوان: بررسی نقش عملکرد نهادهای دینی و فرهنگی در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر از لحاظ محتوای علمی و فرمت ویرایش و نگارشی پایان‌نامه کامل و بدون نقص می‌باشد. یک نسخه پایان‌نامه اصلاح شده، تایپ شده و بدون نقص به اینجانبان اساتید راهنما و مشاور تحویل گردیده است، لذا انجام مراحل تسویه حساب و فارغ‌التحصیلی نامبرده بلامانع می‌باشد.

امضاء	تاریخ	نام و نام خانوادگی استاد/استادان راهنما دکتر صمد عابدینی
امضاء	تاریخ	نام و نام خانوادگی استاد/استادان مشاور 1- دکتر
امضاء	تاریخ	نام و نام خانوادگی مدیر گروه : دکتر اقباله عزیزخانی



دانشگاه آزاد اسلامی

سازمان مرکزی

تعهد نامه اصالت رساله یا پایان نامه

اینجانب **محمد هاشمیان** دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد در رشته علوم اجتماعی گرایش پژوهش علوم اجتماعی در تاریخ 1395/11/21 از پایان نامه خود تحت عنوان: **بررسی نقش عملکرد نهادهای دینی و فرهنگی در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر با کسب نمره هجده** با درجه بسیار خوب دفاع نموده ام بدینوسیله متعهد میشوم:

(1) این پایان نامه حاصل تحقیق و پژوهش انجام شده توسط اینجانب بوده و در مواردی که دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران (اعم از پایان نامه، کتاب، مقاله و ...) استفاده نموده ام، مطابق ضوابط و رویه موجود، نام منابع مورد استفاده و سایر مشخصات آن در فهرست مربوطه ذکر و درج کرده ام

(2) این پایان نامه قبلاً برای دریافت هیچ مدرک تحصیلی (همسطح، پایین تر یا بالاتر) در سایر دانشگاهها و موسسات آموزش عالی ارائه نشده است.

(3) چنانچه بعد از فراغت از تحصیل قصد استفاده و هر گونه بهره برداری اعم از چاپ کتاب، ثبت اختراع و ... از این پایان نامه داشته باشم از حوزه معاونت پژوهشی واحد مجوزهای لازم را اخذ نمایم.

(4) چنانچه در هر مقطع زمانی خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن را می پذیرم و واحد دانشگاهی مجاز است با اینجانب مطابق ضوابط و مقررات رفتار نموده و در صورت ابطال مدرک تحصیلی ام هیچگونه ادعایی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی: محمد هاشمیان

تاریخ و امضا و اثر انگشت:

سپاسگزاری:

پروردگار متعال را شاکر و سپاس گزارم که توانستم که این مرحله از تحصیل را با راهنمایی های اساتید بزرگوارمان به پایان برسانم.

بر خود لازم می دارم که از استاد راهنمای ارجمندمان جناب آقای دکتر صمد عابدینی که با راهنمایی های دقیق و ارزنده خویش در طول تحصیل و اجرای این پایان نامه همواره من را یاری نموده و حق استادی را بر من تمام کردند سپاس گذاری کنم.

تقدیم به :

پیشگاه مقدس حضرت ولی عصر (عج)

و سپاس که مرا همراه بودی و باهمنوایی
دلنشینت را هموار کردی و مرا پیوند
دادی به دریای آرامش

تقدیم به پدرم که زحمات بی دریغشان را
هیچگاه نمی توانم جوابگو باشم و مادرم که
با روشنایی وجودشان همواره چراغ راهم بوده
اند و تقدیم به شهدای مبارزه با مواد مخدر.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
1	چکیده:
2	فصل اول: کلیات تحقیق
3	1-1- مقدمه
3	2-1- بیان مساله
6	3-1- اهمیت و ضرورت تحقیق
6	4-1- اهداف تحقیق
8	فصل دوم: ادبیات و پیشینه تحقیق
9	1-2- مقدمه
9	2-2- پیشگیری از گرایش به مواد مخدر
11	1-2-2- راهبردها و برنامه های پیشگیری از سوءمصرف مواد
12	2-2-2- علل و سبب شناسی اعتیاد
12	2-2-2-1- تقویت مثبت
13	2-2-2-2- کنجکاوی
13	2-2-2-3- مهمانی و پارتی (شب نشینی)
13	2-2-2-4- فشارهای روانی و آشفتگی های ذهنی
13	2-2-2-5- مقابله
14	2-2-2-7- عزت نفس
14	2-2-2-7- نگرش ها و باورهای اعتیاد زا
14	2-2-2-8- ضعف در مهارت های اجتماعی
15	2-2-2-9- ضعف در مهارت های شخصی
15	2-2-2-10- بیماری های روانی
15	2-2-2-11- شکست ها و عدم موفقیت در تحصیل
15	2-2-2-12- اطلاعات نادرست و نگرش مثبت نسبت به مواد
16	2-2-2-13- خانواده آشفته و الگوی نامناسب در خانواده

- 16..... فشارهای اجتماعی 14-2-2-2
- 17..... سابقه مصرف در گذشته 15-2-2-2
- 17..... مصرف مواد به عنوان یک هنجار 16-2-2-2
- 18..... کمبود امکانات حمایتی، مشاوره ای و درمانی 17-2-2-2
- 18..... در دسترس بودن مواد 18-2-2-2
- 18..... آثار و پیامدهای اعتیاد 3-2-2-2
- 19..... رویدادهای و مدل های اعتیاد 8-2-2-2
- 24..... نهادهای دینی و فرهنگی 3-2-2-2
- 26..... ساختار دین و حیات دینی 1-3-2-2
- 26..... دیدگاه ویلیام جیمز 1-1-3-2-2
- 26..... دیدگاه ویلیام بی الستون 2-1-3-2-2
- 27..... دیدگاه وینستون کینگ 3-1-3-2-2
- 28..... ساماندهی نهادهای دینی و فرهنگی 2-3-2-2
- 36..... مبانی نظری: 4-2-2-2
- 38..... چارچوب نظری تحقیق 5-2-2-2
- 41..... پیشینه تحقیق 5-2-2-2
- 42..... فرضیه های تحقیق 6-2-2-2
- 42..... مدل مفهومی تحقیق 7-2-2-2
- 43..... فصل سوم: روش شناسی تحقیق
- 44..... مقدمه 1-3-3-2
- 44..... روش تحقیق 2-3-3-2
- 44..... جامعه آماری 3-3-3-2
- 45..... حجم نمونه و روش نمونه گیری 4-3-3-2
- 46..... روش و ابزار گردآوری اطلاعات 5-3-3-2
- 46..... روایی و پایایی پرسشنامه 6-3-3-2
- 47..... تعریف مفاهیم و متغیرهای تحقیق 7-3-3-2
- 48..... روش تجزیه و تحلیل اطلاعات 8-3-3-2

49	فصل چهارم : تجزیه و تحلیل یافته های تحقیق
50	مقدمه
50	1-4- یافته های توصیفی
72	2-4- یافته های استنباطی (تحلیل فرضیات)
77	فصل پنجم : نتیجه گیری و پیشنهادها
78	مقدمه
78	1-5- نتیجه گیری
78	1-1-5- نتایج حاصل از یافته های توصیفی
79	2-1-5- بحث و نتیجه گیری
82	2-5- پیشنهادها
82	1-2-5- پیشنهادهای کاربردی
83	2-2-5- پیشنهادهای پژوهشی
84	3-5- محدودیت های تحقیق
85	فهرست منابع
88	ضمائم

فهرست جداول

<u>عنوان</u>	<u>صفحه</u>
جدول 3-1- جدول ضریب پایایی سوالات مربوط به هر متغیر	46
جدول 4-1- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب جنسیت	50
جدول 4-2- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب سن	51
جدول 4-3- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب میزان تحصیلات	52
جدول 4-4- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب وضعیت اشتغال	53
جدول 4-5- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب حضور در مسجد	54
جدول 4-6- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب پاسخ به این سوال که اگر به مسجد می روید تا چه اندازه از اعتیاد صحبت می شود؟	55
جدول 4-7- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب پاسخ به این سوال که اگر به مسجد می روید تا چه اندازه امام جماعت مسجد از اعتیاد صحبت می کند؟	56
جدول 4-8- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب حضور در مراسم عزاداری	57
جدول 4-9- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب پاسخ به این سوال که اگر به مراسم عزاداری می روید تا چه اندازه از اعتیاد صحبت می شود؟	58
جدول 4-10- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب پاسخ به این سوال که اگر به مراسم عزاداری می روید تا چه اندازه سخنرانان مراسم عزاداری از اعتیاد صحبت می کنند؟	59
جدول 4-11- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب حضور در مراسم و جشن های مذهبی	60
جدول 4-12- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب پاسخ به این سوال که اگر به مراسم و جشن های مذهبی می روید تا چه اندازه از اعتیاد صحبت می شود؟	61
جدول 4-13- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب حضور در پایگاه های مقاومت	62
جدول 4-14- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب پاسخ به این سوال که اگر به پایگاه های مقاومت می روید تا چه اندازه از اعتیاد صحبت می شود؟	63

- جدول 4-15- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب پاسخ به این سوال که اگر به پایگاه های مقاومت می روید تا چه اندازه فرماندهان پایگاه های مقاومت از اعتیاد صحبت می کنند؟.....64
- جدول 4-16- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب حضور در کانون های فرهنگی و هنری65
- جدول 4-17- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب پاسخ به این سوال که اگر به کانون های فرهنگی و هنری می روید تا چه اندازه از اعتیاد صحبت می شود؟.....66
- جدول 4-18- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب پاسخ به این سوال که اگر به کانون های فرهنگی و هنری می روید تا چه اندازه مریدان کانون های فرهنگی و هنری از اعتیاد صحبت می کنند؟.....67
- جدول 4-19- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب حضور در سالن های ورزشی68
- جدول 4-20- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب پاسخ به این سوال که اگر به سالن های ورزشی می روید تا چه اندازه از اعتیاد صحبت می شود؟.....69
- جدول 4-21- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب پاسخ به این سوال که اگر به سالن های ورزشی می روید تا چه اندازه مریدان و مسئولین سالن های ورزشی از اعتیاد صحبت می کنند؟.....70
- جدول 4-22- نتایج آزمون کولمگروف - اسمیرنوف جهت تعیین نرمال بودن توزیع متغیر وابسته...71
- جدول 4-23- شاخص های مرکزی و پراکندگی متغیرهای مورد مطالعه71
- جدول 4-24- نتایج آزمون t مستقل جهت تعیین اختلاف میانگین72
- جدول 4-25- نتایج آزمون t مستقل جهت تعیین اختلاف میانگین73
- جدول 4-26- نتایج آزمون t مستقل جهت تعیین اختلاف میانگین75
- جدول 4-27- نتایج آزمون t مستقل جهت تعیین اختلاف میانگین76

فهرست اشکال

صفحه	عنوان
50	شکل 4-1- جنسیت پاسخگویان.....
51	شکل 4-2- سن پاسخگویان.....
52	شکل 4-3- میزان تحصیلات پاسخگویان.....
53	شکل 4-4- وضعیت اشتغال پاسخگویان.....
54	شکل 4-5- حضور پاسخگویان در مسجد.....
55	شکل 4-6- تا چه اندازه در مسجد از اعتیاد صحبت می شود؟.....
56	شکل 4-7- امام جماعت مسجد تا چه اندازه در مسجد از اعتیاد صحبت می کند؟.....
57	شکل 4-8- حضور پاسخگویان در مراسم عزاداری.....
58	شکل 4-9- تا چه اندازه در مراسم عزاداری از اعتیاد صحبت می شود؟.....
59	شکل 4-10- سخنرانان مراسم عزاداری تا چه اندازه در مراسم عزاداری از اعتیاد صحبت می کنند؟.....
60	شکل 4-11- حضور پاسخگویان در مراسم و جشن های مذهبی.....
61	شکل 4-12- تا چه اندازه در مراسم و جشن های مذهبی از اعتیاد صحبت می شود؟.....
62	شکل 4-13- حضور پاسخگویان در پایگاه های مقاومت.....
63	شکل 4-14- تا چه اندازه در پایگاه های مقاومت از اعتیاد صحبت می شود؟.....
64	شکل 4-15- فرماندهان پایگاه های مقاومت تا چه اندازه در پایگاه های مقاومت از اعتیاد صحبت می کنند؟.....
65	شکل 4-16- حضور پاسخگویان در کانون های فرهنگی و هنری.....
66	شکل 4-17- تا چه اندازه در کانون های فرهنگی و هنری از اعتیاد صحبت می شود؟.....
67	شکل 4-18- مربیان کانون های فرهنگی و هنری تا چه اندازه در کانون های فرهنگی و هنری از اعتیاد صحبت می کنند؟.....
68	شکل 4-19- حضور پاسخگویان در سالن های ورزشی.....
69	شکل 4-20- تا چه اندازه در سالن های ورزشی از اعتیاد صحبت می شود؟.....
70	شکل 4-21- مربیان و مسئولین سالن های ورزشی تا چه اندازه در سالن های ورزشی از اعتیاد صحبت می کنند؟.....

چکیده:

هدف از تحقیق حاضر بررسی نقش عملکرد نهادهای دینی و فرهنگی در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر می باشد. این تحقیق از نظر هدف کاربردی و از نظر روش شناسی پیمایشی از نوع توصیفی و همبستگی می باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه جوانان و نوجوانان 15 تا 30 ساله شهر اردبیل می باشد که تعداد آنها برابر 191256 نفر می باشد برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شده و تعداد نمونه آماری برابر 384 نفر بدست آمده است که با روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای انتخاب شدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شده است. جهت سنجش روایی از اعتبار محتوایی و برای سنجش پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که قابل قبول بود. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار آماری spss و برای تحلیل فرضیه های تحقیق از آزمون t با دو گروه مستقل استفاده شد. نتایج تحقیق نشان می دهد که عملکرد نهادهای دینی و فرهنگی در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر در بین افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده متفاوت است. همچنین عملکرد مساجد، عملکرد هیات های مذهبی و عملکرد موسسه های فرهنگی در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر در بین افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده متفاوت است.

واژه های کلیدی: نهادهای دینی و فرهنگی، پیشگیری از مواد مخدر، نوجوانان و جوانان، اردبیل

فصل اول:

کلیات تحقیق

1-1- مقدمه

اعتیاد¹ به مواد مخدر یکی از معضلات بهداشتی، روانی و اجتماعی جهان کنونی است. آمارهای منتشر شده سازمان های بین المللی خصوصاً سازمان بهداشت جهانی و سازمان یونسکو حاکی از افزایش فزاینده مصرف این مواد در سطح جهان است. تنها تفاوت موجود بین کشورها در الگوی مصرف آنهاست، علی رغم تلاش های گسترده ای که در سطح جهان برای کنترل مواد مخدر صورت گرفته، شیوع و مصرف مواد مخدر همچنان رو به افزایش و سن مصرف مواد مخدر رو به کاهش است. علل شیوع اعتیاد پیچیده و متعدد است، در تبیین روانشناختی، اعتیاد اختلال روانی است که در تقسیم بندی های روانپزشکی سوء مصرف مواد تعریف شده است و دومین اختلال شایع روانی است. سوء مصرف به معنای مصرف مزمن یک ماده است که منجر به اختلال یا ناراحتی می شود و در نهایت موجب وابستگی به دارو همراه با علایم تحمل و ترک گردد.

مذهب و نهادهای مذهبی و فرهنگی میتوانند مصرف مواد و بهبودی از آن را از طریق برقراری یک نظم، اخلاقی تحت تأثیر قرار دهند. نهادهای مذهبی راهنماییها یا قواعد خاص اخلاقی به منظور کنترل خویشتن و عنف از قبیل منع استفاده از الکل و دیگر مواد در اختیار فرد قرار میدهد و به تسهیل تجربه معنوی کمک میکنند. تجربه معنوی می تواند تعهدات اخلاقی را تحکیم، بخشد که این نیز به نوبه خود مانع از مصرف الکل و دیگر مواد می شود.

در این فصل به بررسی کلیات تحقیق پرداخته شده است. بر این اساس ابتدا مسئله اصلی تحقیق بیان گردید و سپس اهمیت و ضرورت تحقیق مورد بررسی قرار گرفت و در ادامه به اهداف اساسی تحقیق و سوالات تحقیق و در انتها نیز تعاریف مفهومی و عملیاتی تدوین و بیان شده است.

1-2- بیان مساله

اعتیاد امروزه به عنوان مهمترین آسیب اجتماعی، جامعه انسانی را مورد هجوم خود قرار داده است. پژوهشگران در پی شناسایی عوامل مؤثر در پیشگیری از مصرف مواد هستند. این احتمال وجود دارد که برخی عوامل به عنوان محافظت کننده و برخی دیگر به عنوان خطرآفرین می توانند ابتلا به مواد مخدر را به تأخیر بیندازند و یا تسریع بخشند. یکی از عوامل محافظت کننده، دینداری و

1 - addiction

مذهبی بودن است که در برخی پژوهش‌ها از آن به عنوان سپری در مقابل وابستگی به مواد یاد شده است (ویلز و همکاران¹، 2003).

سوء مصرف مواد، اثرات بازدارنده بر رشد و شکوفایی جامعه دارد و تهدیدی جدی و نگران‌کننده است. وابستگی و سوء مصرف مواد بعنوان اختلال مزمن و عود کننده با تاثیرات و پیش‌آیندهای تربیتی، فرهنگی، روانی، اجتماعی، رفتاری و معنوی در نظر گرفته می‌شود (دباغی، 1389). مشکل اعتیاد بعنوان یک پدیده مهلک که نتایجش می‌تواند اثرات بسیار سویی در زمینه‌های اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و اقتصادی داشته باشد، در هر جامعه‌ای مطرح است. مسئله تخلفات مرتبط با مواد مخدر یکی از پیچیده‌ترین چالش‌هایی است که در حال حاضر جامعه ایران با آن مواجه است. افزایش تخلفات مواد مخدر در ایران باعث این آگاهی فزاینده شده است که ایران با یک مسئله اجتماعی عمده مواجه می‌باشد. آمار فزاینده اعتیاد در سالهای اخیر واقعیت ناخوشایندی است که قابل کتمان و انکار نیست و روز به روز نیاز بیشتری به برنامه‌های گوناگون در جهت پیشگیری، کنترل، درمان و کاهش آسیب از سوی معتادین، خانواده‌های آنان و جامعه وجود دارد (صفری، 1392). مشکل اعتیاد در بین نوجوانان، ذهن بسیاری از اندیشمندان و پژوهشگران را به خود مشغول داشته است.

اعتیاد به مواد مخدر علاوه بر زیان‌های جدی و خطرناک جسمی و روحی، عوارض و مشکلات فراوان اجتماعی و اقتصادی از قبیل افزایش جرایم، مرتب با مواد مخدر مانند جنایت و سرقت، فقر و تکادی‌گری و هدررفتن سرمایه‌های کلان مادی کشورها و سقوط بسیاری از ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی و اخلاقی را نیاز به دنبال دارد. عقاید و باورهای مذهبی و معنوی به عنوان عوامل حمایتی یا حائلی هستند که از طریق دادن امید، قدرت و معنی بخشی به زندگی، فشار روانی زندگی را کم، می‌کند و کیفیت زندگی را به ویژه در افراد معتاد بهبود می‌بخشد و حتی مانع گرایش به اعتیاد می‌شود (نسابه، 1390).

در روان‌شناسی مذهبی به لحاظ اهمیت دین در تمام جنبه‌های زندگی به بررسی عوامل روان‌شناختی دین پرداخته می‌شود. رابطه مذهب و شخصیت موضوعی مورد توجه بوده و به نتایج قابل

1 -Wills et al

قبولی نیز رسیده است. به عنوان نمونه رایا و همکاران¹ (2008) نشان دادند که مذهب موجب احساس بهزیستی می شود. به نظر می رسد نگرش دینی به عنوان یک نگرش آنگونه که مک کی و اسمیت² (2000) مطرح کرده اند، بر رفتار انسان مؤثر است. توریانو و همکاران (2012) بیان می کنند که باورهای مذهبی به بهبود سلامت، کیفیت زندگی و افزایش عزت نفس منجر میشود. از جمله عواملی که میتواند در پیشگیری و کاهش اختلالات روانی و همچنین مشکلات ناشی از آن مانند خودکشی، اعتیاد به مواد مخدر، افسردگی و اضطراب نقش مؤثری داشته باشد، داشتن اعتقادات مذهبی است. تقویت باورهای مذهبی در تمام مراحل زندگی یک اقدام پیشگیری کننده برای کاهش اختلالات روانی است (توریانو و همکاران³، 2012).

باور مذهبی و پذیرش آن و پایبندی به اعتقادات دینی باعث میشود که این اشخاص کمتر از افراد فاقد باور دینی به مصرف الکل و مواد مخدر روی آورند. بدون در نظر گرفتن این که فرد به چه مذهبی گرایش دارد میتوان گفت افرادی که به طور منظم، اعمال دینی را انجام می دهند، کمتر احتمال دارد که مواد مخدر مصرف کنند تا افرادی که این اعتقادات را ندارند (ندیمی، 1394).

شهر اردبیل یکی از شهرهای کهن و با قدمت تاریخی و فرهنگی فراوان و در عین حال یکی از شهرهای مذهبی ایران است که با عنوان پایتخت حسینیت شناخته شده است. در شهرهای مذهبی و تاریخی همچون اردبیل نقش نهادهای دینی و فرهنگی همچون هیات های مذهبی نسبت به دیگر نهادها چشمگیرتر است و به عبارتی نهادهای دینی و فرهنگی در شهر اردبیل نوعی نقش بازدارنده از جرایم را بر عهده دارند.

با توجه به موارد ذکر شده هدف اصلی تحقیق حاضر پاسخگویی به این پرسش است که عملکرد نهادهای دینی و فرهنگی چه نقشی در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر دارد؟

1 -Pargament, Mahoney & Stein
2 -Mcckey & smith
3 -Turiano et al

1-3- اهمیت و ضرورت تحقیق

اعتیاد به مواد مانع از شناخت توان بالقوه اشخاص می شود و به این ترتیب به عنوان مانعی در برابر توسعه اجتماعی عمل می کند. خسارت های اجتماعی و اقتصادی سوء استفاده از مصرف مواد به طور یکسان فشار تحمل ناپذیری بر زیر ساختار اجتماعی کشور های پیشرفته و رو به پیشرفت وارد می آورد، مهمترین پیامدهای سوء مصرف مواد خشونت، بزهکاری و وقوع جرم است. معنویت برای جمعیت قابل توجهی از مردم جهان مهم و حیاتی است. حتی در جوامع صنعتی و فرامدرن نیز برخلاف انتظار، معنویت طالبان زیادی دارد و از عناصر مهم زندگی افراد جامعه است. دینداری همواره به عنوان یکی از متغیرهای شناخته شده است که نقش مهمی در کنترل درونی افراد بازی کرده و بنابراین عاملی در جهت جلوگیری از انحرافات اجتماعی است تضعیف دینداری خود می تواند برگسترش سایر آسیب ها در جامعه اثر گذارد. مذهب از طریق برقراری یک نظم، اخلاقی درونی می تواند تدوین قوانین، سو مصرف مواد و رهایی از آن را تحت تأثیر قرار دهد (اسمیت¹، 2003).

جرایم، مواد مخدر در صدر پرونده های کیفری هستند و بیش از 50 درصد جمعیت کیفری در جمهوری اسلامی ایران را محکومان این جرم به خود اختصاص داده است. با توجه به مطالب فوق، هدف تحقیق حاضر بررسی نقش عملکرد نهادهای دینی و فرهنگی در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر می باشد.

1-4- اهداف تحقیق

هدف اصلی:

بررسی نقش عملکرد نهادهای دینی و فرهنگی در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر

اهداف فرعی:

1- تعیین نقش عملکرد مساجد در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر

1 -Smith

2- تعیین نقش عملکرد هیات های مذهبی در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به

مواد مخدر

3- تعیین نقش عملکرد پایگاه های بسیج محلات در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر

اردبیل به مواد مخدر

4- تعیین نقش عملکرد موسسه های فرهنگی در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل

به مواد مخدر

فصل دوم:

ادبیات و پیشینه تحقیق

2-1-1- مقدمه

فصل دوم شامل سه بخش اصلی است که در بخش اول مبانی نظری و تعاریف مربوط به پیشگیری از گرایش به مواد مخدر معرفی شده اند. در بخش دوم نهادهای دینی و فرهنگی و چارچوب نظری بیان گردیده است و در نهایت در بخش آخر تحقیقات انجام شده داخلی و خارجی ارائه گردیده است.

2-2- پیشگیری از گرایش به مواد مخدر

سوء مصرف مواد، اثرات بازدارنده بر رشد و شکوفایی جامعه دارد و تهدیدی جدی و نگران کننده است. وابستگی و سوء مصرف مواد بعنوان اختلال مزمن و عود کننده با تاثیرات و پیش آیندهای تربیتی، فرهنگی، روانی، اجتماعی، رفتاری و معنوی در نظر گرفته می شود. مشکل اعتیاد بعنوان یک پدیده مهلک که نتایجش می تواند اثرات بسیار سویی در زمینه های اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و اقتصادی داشته باشد، در هر جامعه ای مطرح است. مسئله تخلفات مرتبط با مواد مخدر یکی از پیچیده ترین چالش هایی است که در حال حاضر جامعه ایران با آن مواجه است. افزایش تخلفات مواد مخدر در ایران باعث این آگاهی فزاینده شده است که ایران با یک مسئله اجتماعی عمده مواجه می باشد. آمار فزاینده اعتیاد در سالهای اخیر واقعیت ناخوشایندی است که قابل کتمان و انکار نیست و روز به روز نیاز بیشتری به برنامه های گوناگون در جهت پیشگیری، کنترل، درمان و کاهش آسیب از سوی معتادین، خانواده های آنان و جامعه وجود دارد (دباغی، 1389).

مشکل اعتیاد در بین نوجوانان، ذهن بسیاری از اندیشمندان و پژوهشگران را به خود مشغول داشته است. در بیشتر تحقیقات انجام شده به تلاش نوجوانان برای تثبیت هویت خود اشاره شده است. فقدان یا ضعف خود که برای نوجوانان بسیار دردناک و اضطراب انگیز است، باعث می شود برای تحقق خود، گاهی به اعتیاد روی آورند... الگوهای نقش مثبت و شبکه های حمایتی، نقش بازدارنده قدرتمندی را در شبکه ها برای نوجوانان دارد و آنها را از جرم دور می کنند.

اگرچه تاکنون اقدامات متعددی برای پیشگیری از گرایش جامعه به سوی مصرف مواد از سوی سازمان های ذیربط و گروه های غیردولتی صورت گرفته، اما شاهد روند بازگشتی سو مصرف مواد

در کشور هستیم، مبارزه با این پدیده مخرب، نیازمند شناخت دقیق همه ابعاد محیطی، فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و به خصوص مذهبی است. به نظر می‌رسد، در بین مجموعه عوامل مؤثر در پیش‌گیری از گرایش جامعه به خصوص نوجوانان و جوانان به سو مصرف مواد، دیدگاه و واکنش جامعه نسبت به سو مصرف مواد و مهمتر از همه تلاش متولیان مذهبی و استفاده از ظرفیتهای بالقوه آن، بسیار مهم، است. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که برنامه‌های پیشگیرانه از سو مصرف مواد، در صورتی موفق هستند که با شناختی واقع‌گرایانه از مسئله و با بهره‌گیری از همه ظرفیتهای ملی و محلی و به خصوص بهره‌برداری از نهادهای مردمی و مذهبی، طراحی و اجرا شوند. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که در ایران، نگاه جامعه به شناسایی و استفاده بهینه از این ظرفیتهای، در مقابله با سو مصرف مواد وجود ندارد. این در حالی است که، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند، اجرای برنامه‌های آموزش پیشگیری از سو مصرف مواد، نیازمند دریافتی جامع نگر و جامعه‌نگار به این پدیده است. هرچند در سالهای اخیر در زمینه پیشگیری از سو مصرف مواد پیشرفتهای چشمگیری به دست آمده، اما این پیشرفتهای، مرهون رویکرد چند رشته‌ای و استفاده از الگوی زیستی، روانی، اجتماعی، معنوی است. نتایج برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند که، اعتقادات مذهبی در برابر گرایش به مواد مخدر به عنوان ساپر و محافظ عمل می‌کنند (فرج پور، 1387)

بنابراین، تقویت نگرش‌های مذهبی به عنوان یکی از عوامل محافظت‌کننده در برابر آسیب‌ها و عوامل ارتقا دهنده سلامت روان امری ضروری است. نتایج پژوهشهای مرتب با تأثیر مذهب در پیشگیری از سو مصرف مواد، نشان می‌دهد که برداشت و نگرش مردم در مصرف مواد، به شدت متأثر از برداشت و دیدگاه آنان در زمینه دین و متولیان دینی نسبت به مصرف این مواد دارد و عضویت در گروه‌های مذهبی را به عنوان عاملی بازدارنده از سو مصرف مواد میدانند. براساس نتایج این پژوهش‌ها، خانواده‌های با خطر پایین مصرف مواد، اعتقاد محکم، به وجود خدا را در طی سال‌های اولیه کودکی در فرزندان خود تقویت می‌کنند و ارتباط این فرزندان با نهادهای مذهبی و متولیان مذهبی در سطح بالایی قرار دارد. در ایران به علت تأثیر زیاد مذهب و رهبران مذهبی بر رفتار مردم، یکی از روش‌های موفق و کارا در پیشگیری از سو مصرف مواد، استفاده از اماکن مذهبی و روحانیان در برنامه‌های آموزشی و پیشگیرانه است. به عنوان نمونه، براساس نتایج برخی پژوهش‌ها، آموزش پیشگیری از سو مصرف مواد، در اماکن مذهبی توسط روحانیان، ضامن کارایی بالا، از نظر اقتصادی

نیز قابل توجه است. استفاده از این ظرفیتها، نه تنها باعث کاهش تقاضای مصرف مواد در جامعه می شود، بلکه باعث کاهش محسوس آسیبهای دیگر، ناشی از سو مصرف مواد در جامعه می شود (سخاوت، 1391).

2-2-1- راهبردها و برنامه های پیشگیری از سوء مصرف مواد

برنامه پیشگیری مذهبی در سو مصرف مواد، به عنوان یکی از دیدگاههای نوین در پیشگیری از سو مصرف مواد است. با نگاهی به برنامه های موفق در پیشگیری از سو مصرف مواد، به این واقعیت دست می یابیم، که، برای انتخاب و به کارگیری مناسب راهبردهای پیشگیرانه در سو مصرف مواد، آگاهی از ظرفیت ها و تواناییهای مذهبی موجود در جامعه و شناخت تأثیرگذاری این نهادها بار نظام رفتاری حاکم، بر جامعه، از ضرورت های برنامه های پیشگیری است. با نگاهی به این راهبردها و با شناخت از موقعیت مساجد و روحانیان در میان مردم، به راحتی میتوان تصور کرد که نهادهای مذهبی دارای چه ظرفیت بالایی در پیشگیری از ابتلای مردم به سو مصرف مواد هستند. به همین دلیل، در یک طرح عملیاتی مبتنی بر ساختارهای مذهبی، برنامه های پیشگیری، برای گروه های سنی مختلف، براساس دیدگاهها و مبانی اعتقادی مردم یک کشور طرح ریزی و اجرا می شود (اصغرنژاد، 1389).

به طور کلی سه راهبرد پیشگیری به شرح زیر، برای سو مصرف مواد قابل تصور است که در هر سه این راهبردها، روحانیان و مساجد می توانند مداخله و نقش تاریخی خود را ایفا کنند.

پیشگیری جامع یا کلی: این نوع پیشگیری، مشتمل بر ارائه راهبردهایی به منظور پیشگیری از شروع نشانه های اولیه مصرف مواد در آحاد جامعه بوده است. در این نوع از پیشگیری، مساجد و روحانیان به طور سنتی نقش تاریخی خود را ایفا کردند و نمونه تاریخی آن، فرمان میرزای شیرازی بر تحریم، تنباکو است. البته راهبرد پیشگیری جامع یا کلی، چیزی فراتر از تحریم، و بیان مبانی فقهی سو مصرف مواد است و بیشتر دربردارنده پیشگیری اولاً از نوع مستقیم، است. در این نوع از پیشگیری، با ارائه دانش پایه و آموزش مهارت های اساسی، افراد در برابر گرایش به سو مصرف مواد ایمن میشوند.

پیشگیری برگزیده: در این روش، راهبردهای پیشگیری، گروههای آسیب پذیر و مجموعه های خاصی از جامعه مثل فرزندان والدین مصرف کننده مواد و ... را در آماج اهداف خود قرار میدهند.

پیشگیری الزامی: در این روش، راهبردهای پیشگیری، بیشتر برای گروه هایی از جامعه در نظر گرفته میشود که در حال حاضر دارای شواهدی از مصرف مواد یا نشانه هایی مانند اختلال رفتاری، هیجان طلبی و خطر جویی زیاد، پر خاشگری و بی مبالاتی جنسی هستند و عوامل خطر ابتلا به سو مصرف مواد در آنها بالا است توجه به رویکرد فعلی به پیشگیری یعنی دیدگاه اصلاح هنجارها و آموزش مهارتها، مهمترین روش های پیشگیری از سو مصرف مواد است که روحانیان و مساجد به عنوان عرصه های فرهنگی جامعه، میتوانند در آن بیش از سایر نهادها راهگشا باشند (اصغر نژاد، 1389).

2-2-2-علل و سبب شناسی اعتیاد

اعتیاد بیماری پیچیده ای است که دارای علل و عوامل متعددی است. بر خلاف تصور بسیاری از مردم که معمولا دلیل اعتیاد را به یک عامل نسبت می دهند، اعتیاد به عوامل مختلفی مرتبط است از جمله: عوامل زیستی، روانی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و خانوادگی و شخصی. افراد مواد را به دلایل متفاوتی مصرف می کنند، حتی دلیل مصرف می تواند از ماده ای به ماده دیگر تفاوت داشته باشد. فردی ممکن است مصرف ماده ای را به دلیلی خاص شروع کند (مثل کنجکاوی، لذت، فشار اجتماعی یا دلایل پزشکی) ولی به دلایل دیگر مصرف آن را ادامه دهد. برخی علل مصرف مواد در جوانان عبارتند از: (مددی، 1389).

2-2-2-1-تقویت مثبت

بسیاری از مواد در اولین دفعات مصرف آثار روانی و جسمی مطلوب اما کوتاه مدتی را ایجاد می کنند در نتیجه فردی ممکن است ماده ای را به این دلیل مصرف کند که آثار لذت بخشی در او ایجاد می کند از جمله: احساس اوج، آرامش، بی قیدی، کاهش درد و عواطف نامطلوب، خوب خوابیدن یا بیدار ماندن و افزایش کارایی در ورزشکاران. بنابراین اثر مثبت یا خوشایندی که مواد بر فرد می گذارند عاملی است که موجب روی آوردن به مصرف مواد می شود. اصولا تجارب اولیه نقش تعیین کننده ای در مصرف یا عدم مصرف مواد دارند. حالت خوشایندی که پس از اولین تجربه مواد صورت گرفته باعث می شود فرد مکررا به مصرف مواد بپردازد. از سوی دیگر حالات ناخوشایندی که پس از اولین تجربه مصرف مواد صورت گرفته باعث می شود فرد به مصرف مواد

روی نیاورد. مشخص نیست یک ماده خاص بر روی فرد چه اثری داشته است. به همین علت این نگرش که انسان باید همه چیز را تجربه کند اشتباه است چون در صورتی که تجارب خوشایندی داشته باشد ممکن است به مصرف مواد راغب شود و پس از مدتی که مشخص نیست و برای هر فردی متفاوت است به حد سوء مصرف و وابستگی برسد.

2-2-2-2-کنجکاوی

از آنجا که کنجکاوی یکی از ویژگی های طبیعی جوانان است، تعجب آور نیست که برخی از جوانان، که اقوام یا دوستان مصرف کننده مواد دارند، به توصیه آنها یا از روی کنجکاوی خود، ترغیب شوند تا مواد را تجربه نمایند.

2-2-2-3-مهمانی و پارتی (شب نشینی)

در بین برخی جوانان، موادی مانند مشروبات الکلی، قلیان و یا مصرف قرص های اکس در مهمانی ها و پارتی ها به صورت نوعی هنجار نانوشته درآمده است. در برخی خانواده ها نیز مصرف مشروبات الکلی همواره یکی از روش های پذیرایی از مهمان بوده است.

2-2-2-4-فشارهای روانی و آشفتهگی های ذهنی

عده ای مواد را به خاطر آرامش روحی خود مصرف می کنند مثلا برای کاهش خشم، فشار روانی، اضطراب، خستگی یا افسردگی. از آن جایی که بسیاری از مردم نشانه های افسردگی را نمی شناسند، متوجه نمی شوند که دچار این بیماری شده اند و احساس غم، اندوه، خستگی، دلتنگی و ... که مربوط به این بیماری است آنان را آزار می دهد، به همین دلیل بنا به توصیه دوستان یا چاره اندیشی خود به مصرف مواد روی می آورند تا کمی احساس شادی و نشاط کنند. نکته مهم آن است که نه تنها به دنبال مصرف مواد حال آنان بهتر نمی شود بلکه به دلیل مشکلات مربوط به اعتیاد و عدم درمان صحیح، افسردگی آنان تشدید می شود.

2-2-2-5-مقابله

برخی جوانان مصرف مواد را نوعی شورش (نافرمانی) و یا اظهار اینکه ما برخلاف جریان عادی جامعه هستیم قلمداد می کنند(مددی، 1389).

2-2-2-6- عزت نفس

پژوهش های مختلفی نشان داده اند افرادی که احساس حقارت دارند، ارزشی برای خود قائل نیستند و کمتر از خود رضایت دارند، بیشتر دچار اعتیاد می شوند. چنین افرادی در مقابل فشار دیگران به مصرف مواد به راحتی تسلیم می شوند. یکی از دلایل دیگری که باعث افزایش مصرف مواد در این افراد می شود احساس های منفی است که این افراد، تجربه می کنند و برای کاهش رنج های خود به سراغ مصرف مواد می روند.

2-2-2-7- نگرش ها و باورهای اعتیاد زا

باورهای اعتیاد زا در حفظ و تداوم اعتیاد دخالت داشته و زمینه ای را برای مصرف مواد فراهم می کند. می توان نگرش ها و عقاید اعتیاد زا را دسته ای از عقاید تعریف کرد که بر محور لذت جویی، حل مسئله، تسکین و فرار تمرکز دارند. محتوای این عقاید خاص، بسته به نوع مواد مورد علاقه متفاوت خواهد بود. از جمله عقاید اعتیادزای ناکارآمد عبارتند از: این عقیده که اگر فرد بخواهد تعادل عاطفی و روان شناختی خود را حفظ کند به مواد مخدر نیاز دارد. این انتظار که مواد مخدر عملکرد اجتماعی و عقلانی را تقویت می کند. این انتظار که با مصرف مواد، فرد لذت و تهییج بیشتری به دست می آورد. این عقیده که مواد به فرد انرژی می دهد و قدرت او را افزایش می دهد. این اعتقاد که مواد می تواند سبب بی خیالی و آرامش شود. این فرضیه که مواد، بی حوصلگی، اضطراب، تنش و افسردگی را تسکین خواهد داد. یک تصور غلط این است که مصرف حشیش حافظه را تقویت می کند همین باور سبب می شود که دانشجویی به گمان تقویت حافظه حشیش را امتحان کند (مددی، 1389).

2-2-2-8- ضعف در مهارت های اجتماعی

جوانانی که در مهارت های اجتماعی و برقراری رابطه با دیگران ضعیف می باشند، رنج و ناراحتی زیادی تحمل می کنند و چون این نگرانی را دارند که اگر دوستان خود را از دست دهند نتوانند ارتباط دیگری برقرار کنند و تنها خواهند ماند و به دلیل فرار از انزوا و کاهش رنج تنهایی به مصرف مواد می پردازند.

2-2-2-9- ضعف در مهارت های شخصی

مطالعات مختلف و فراوانی در کشورهای مختلف جهان نشان داده اند افراد به این دلیل به مصرف مواد می پردازند که بسیاری از مهارت های شخصی مهم برای زندگی سالم را نیاموخته اند یا بد آموخته اند. ضعف در مهارت هایی مانند تفکر نقادانه، حل مسئله، رفتار قاطعانه، برقراری ارتباط، کنترل و مقابله با استرس، مقابله با هیجان ها و ... می تواند منجر به اعتیاد شود.

2-2-2-10- بیماری های روانی

یکی از بیماری های روانی که احتمال مصرف، سوء مصرف و وابستگی را به وجود می آورد، اختلالات اضطرابی است. اضطراب اجتماعی نیز یکی دیگر از این دسته بیماری هاست که فرد در برخوردها و موقعیت های اجتماعی دچار اضطراب می شود و در اصطلاح عامیانه به آن خجالت و کمروبی گفته می شود، به همین دلیل بعضی از مبتلایان به این نوع بیماری های روانی برای رهایی از رنج و ناراحتی خود و کسب آرامش ممکن است به استفاده از مواد بپردازند. افسردگی نیز از بیماری های شایع روانی است که در بسیاری از مواقع به اندازه ای فرد را غمگین و نا امید می کند که او به اشتباه برای شاد کردن خود و رهایی از اندوه رو به مصرف مواد می آورد که خود مشکلاتش را دو چندان می کند. جالب است بدانیم 90 درصد معتادان تریاک و هرویین دچار افسردگی هستند (مددی، 1389).

2-2-2-11- شکست ها و عدم موفقیت در تحصیل

عوامل تحصیلی یکی از عوامل موثر بر اعتیاد است. موفقیت های تحصیلی، اهداف تحصیلی مناسب و واقع بینانه، انتخاب اهداف متناسب با توانایی و امکانات فردی، تمایل به تحصیل در مقاطع بالاتر و یا دستیابی به شغل مورد نظر از عواملی است که می تواند از اعتیاد پیشگیری نماید. در عوض، شکست های تحصیلی، عملکرد تحصیلی ضعیف و نداشتن حس جاه طلبی های تحصیلی و انگیزه پیشرفت از عواملی است که می تواند زمینه ساز اعتیاد باشد.

2-2-2-12- اطلاعات نادرست و نگرش مثبت نسبت به مواد

متأسفانه علی رغم اثرات مضر و حتی مهلک مواد مخدر، سوء مصرف و وابستگی به آنها، در اثر ناآگاهی و کمبود اطلاعات، نگرش مثبتی نسبت به مواد در جوانان ایجاد نموده است. چنین نگرش

های مثبتی به خصوص در مورد تریاک بیشتر است. باور به اینکه مصرف تریاک باعث حفظ جوانی و سلامت می‌شود، مانع اختلالات قلبی و به خصوص مانع سکته قلبی می‌شود، درمان کننده بسیاری از درد هاست، بی ضرر است چون منشاء گیاهی دارد، ناتوانی جنسی مردان را درمان می‌کند و ... حاکی از نگرش‌های مثبت و اشتباه درباره مواد هستند، همچنین باورهای غلط دیگری که در مورد حشیش وجود دارد مانند اینکه حشیش اعتیاد آور نیست، باعث خلاقیت می‌شود، باعث تجارب عرفانی می‌شود، حافظه را تقویت می‌کند و باعث می‌شود افراد با رغبت بیشتری به سراغ مواد و مصرف آنها بروند. نکته اساسی آن است که کلیه این نگرش‌های مثبت اشتباه هستند و بر اساس اطلاعات تحریف شده و ناکافی از ماهیت اعتیاد و مواد است که افراد به سمت اعتیاد کشیده می‌شوند.

2-2-2-13- خانواده آشفته و الگوی نامناسب در خانواده

خانواده آشفته و ارتباطات خانوادگی ناسالم یکی دیگر از عوامل زمینه ساز اعتیاد است. فضای خانوادگی پرتنش، مشاجرات و اختلاف میان والدین، محیط خانوادگی را ناامن می‌سازد. همچنین آشفتگی‌هایی از این دست باعث می‌شود والدین نتوانند نظارت و سرپرستی کافی بر فرزندان داشته باشند. چنین والدینی به علت گرفتاری‌ها و مشکلات خود معمولاً ارتباط سالم و مناسبی نیز با فرزندان ندارند و نمی‌توانند نیازهای روانی فرزندان را تامین کنند. در حالی که ارتباط سالم میان اعضاء خانواده موجب احساس امنیت و ایمنی می‌شود و نبود چنین ارتباطات سالم منجر به عدم امنیت شده که زمینه را برای اعتیاد آماده می‌سازد (مددی، 1389).

2-2-2-14- فشارهای اجتماعی

فشار اجتماعی جهت مصرف مواد بسیار قوی است. این مسئله هم در مورد جوانان صادق است و هم در بزرگسالان (مانند مصرف مشروبات الکلی در مهمانی‌ها)، مصرف مواد توسط والدین مانند سیگار کشیدن و خوردن مشروبات الکلی تاثیر زیادی بر ما دارد به گونه ای که ممکن است ما هم به دلایلی که والدین برای توجیه مصرف خود بیان کرده اند مصرف خود را توجیه کنیم. در برخی گروه‌های نوجوانان و جوانان، مصرف مواد رفتاری مطابق "مد" در نظر گرفته می‌شود. در واقع مصرف مواد نشانه عضویت و پذیرش در میان گروه است و کسانی که مواد مصرف نمی‌کنند باید از گروه خارج شوند (باید بدانیم که متفاوت بودن بسیار سخت است، پس آنها باید مثل هم رفتار کنند) این مثل هم

بودن به معنای مصرف حشیش و مشروب خواری زیاد است تا فرد بتواند بدون توجه به عوارض منفی مصرف، عضوی از گروه باقی بماند. البته این فشار گروهی در دسته ای متفاوت از جوانان نیز وجود دارد و آن کسانی هستند که به طور حرفه ای ورزش می‌کنند و یا ورزش مورد علاقه آنان بدنسازی است. در این شرایط افراد ممکن است از موادی مثل آنابولیک استروئیدها استفاده کنند چرا که آن‌ها را به عنوان بخشی از رژیم غذایی خود در نظر می‌گیرند و این تصور غلط را دارند که اکثر ورزشکاران برای موفق بودن در رشته ورزشی خود این کار را می‌کنند.

2-2-2-15- سابقه مصرف در گذشته

اولین مصرف برای بسیاری از افراد مهمترین قدم است. یک بار مصرف مواد به این معنا نیست که فرد به مصرف کننده دائمی آن‌ها تبدیل خواهد شد، اما همین تجربه می‌تواند بسیاری از موانع موجود در راه مصرف مجدد را از میان بردارد. در اکثر اوقات، افرادی که به طور مرتب یک ماده را مصرف می‌کنند، به احتمال زیاد به مصرف سایر مواد نیز روی می‌آورند، بطور مثال افراد سیگاری بسیار بیشتر از افراد غیرسیگاری ممکن است به مصرف زیاد مشروبات بپردازند. علاوه بر آن کسانی که مصرف سیگار یا مشروبات الکلی را در اوائل نوجوانی آغاز کرده اند، بروز مشکلات ناشی از مصرف مواد در زندگی آن‌ها بسیار بیشتر از آن‌هایی است که در اواخر نوجوانی شروع به مصرف سیگار یا خوردن مشروب کرده اند.

2-2-2-16- مصرف مواد به عنوان یک هنجار

در بعضی از گروه‌های کوچک اجتماعی به خصوص مناطق محروم و جرم خیز ممکن است مصرف مواد به عنوان یک هنجار در نظر گرفته شود که می‌تواند زمینه را برای ابتلا به اعتیاد آماده کند. در کشور ما در بعضی از شهرها، به طور سنتی به مصرف تریاک می‌پرداخته اند و در بعضی مهمانی‌ها برای احترام گذاشتن به طرف مقابل تریاک تعارف می‌شود. زمانی که مصرف مواد از سوی عده‌ای به عنوان یک هنجار پذیرفته شده باشد استفاده از مواد افزایش می‌یابد. برعکس، در جوامعی که مصرف مواد را یک بزهکاری و آسیب می‌شناسند میزان مصرف بسیار کاهش می‌یابد. به همین دلیل است که مصرف مواد میان یک عده افرادی که با یکدیگر دوست هستند سریع افزایش پیدا می‌کند چون مصرف مواد به عنوان یک رفتار عادی و متعارف پذیرفته شده است.

2-2-2-17- کمبود امکانات حمایتی، مشاوره ای و درمانی

کمبود این امکانات سبب می‌شود افراد به هنگام نیاز و بروز مشکلات روانی نتوانند به راحتی به یک مشاور مراجعه کنند، سعی در خود درمانی داشته باشند و به سراغ استفاده از مواد بروند. همچنین باعث می‌شود افراد هنگامی که مشکلی در زندگی خود دارند از امکانات حمایتی لازم جهت مقابله با مشکل خود برخوردار نشده و به مصرف مواد به عنوان راهی برای مقابله با مشکلات نگاه می‌کنند.

2-2-2-18- در دسترس بودن مواد

ارزان بودن قیمت مواد و سهولت دسترسی به آن در بعضی اوقات از عواملی است که می‌تواند زمینه ساز اعتیاد باشد. جوامعی که قابلیت دسترسی بیشتری به مواد دارند در معرض خطر بیشتری قرار دارند (اسماعیلی، 1391)

2-2-3- آثار و پیامدهای اعتیاد

اعتیاد به مواد مخدر یکی از شایع ترین آسیب های اجتماعی جهان معاصر و از جمله ایران است، به گونه ای که اگر ادعا شود اعتیاد به مواد مخدر یکی از بحران های اصلی دنیای کنونی است و به صورت یک معضل جهانی روزمره در آمده، اغراقی صورت نگرفته است. وسعت مصرف این مواد سمی در عصر اخیر، به اندازه ای است که یکی از سم شناسان معروف دنیا به نام لودوینگ¹ معتقد است: «اگر غذا را مستثنی کنیم، هیچ ماده ای در روی زمین نیست که به اندازه مواد مخدر این چنین آسان وارد زندگی ملت ها شده باشد.

وابستگی به مواد یکی از مهم ترین معضلات بهداشتی، روانی، اجتماعی و قانونی جهان محسوب می‌شود که آثار زیان بار آن در ابعاد مختلف، خود، خانواده و کل جامعه را متأثر می‌سازد. مطالعه بار کلی بیماری ها نشان می‌دهد که اعتیاد در زمره ده بیماری اصلی است که بار عمده بیماری ها را در جهان تشکیل می‌دهد و پیامدهای طبی و اجتماعی آن مثل ابتلا و انتقال HIV/ایدز و جرایم و خشونت، بار کلی این پدیده را بیشتر نیز می‌کند. نتایج مطالعات همه‌گیرشناسی در ایران حاکی از آن است که کشور ما در منطقه مدیترانه شرقی یکی از بالاترین

1-Lodoving

آمارهای سوء مصرف و وابستگی به مواد را داشته و یک روند کلی رو به افزایش را نشان می‌دهد (رحیمی موقر، 1386).

2-8- رویکردهای و مدل‌های اعتیاد

چشم انداز نظری، ابزار مفیدی برای افزایش دانش ما درباره هر پدیده ای و توانایی ما برای تاثیرگذاری بر وجود، رشد و تحول آن پدیده است. در واقع، نظریه‌ها در حکم، نقشه‌ای هستند که راه را به ما نشان می‌دهند. بر همین اساس، اطلاع از نظریات رایج درباره پدیده اعتیاد و حتی تلاش برای طرح نظریه‌های نوین همواره یک ضرورت است. آنچه در اکثریت قریب به اتفاق نظریات اعتیادی به چشم می‌خورد این است که عناصر اصلی تعریف کننده رفتارهای اعتیادی شامل ماهیت جبری و مهار نشدنی الگوی رفتاری فعلی و سطح دشواری است که در تغییر آنها، فرد با آن مواجه است.

مدل‌های سنتی‌تر برای درک و شناخت اعتیاد بر سبب‌شناسی و درک خاستگاه‌های این رفتار بیشتر از نحوه تغییر دادن آنها تاکید می‌کنند. ایده و تفکر فراسوی این تاکید بر سبب‌شناسی در این باور جلوه می‌کند که بهترین راه برای درک و سرانجام، تغییر اعتیادها عبارت از درک این مطلب است که چرا و چگونه اعتیاد شروع شده است. در اکثر مدل‌های بیماری (مدل طبی) درک سبب‌شناسی حرف اول را می‌زند. مدل طبی اغلب منبع مشکل را معلوم می‌کند مانند یک یا چند محیط آن‌ها و شیوه انتقال آن؛ که وقتی مورد حمله یا انحلال قرار گرفت منجر به از بین رفتن مشکل می‌شود. با این حال، وقتی از مدل‌های بیماری برای اعتیاد استفاده می‌شوند، معمولاً به مدل‌های سبب‌شناسی تک‌علتی برای تبیین خواه قبول یا قطع رفتارهای اعتیادی بسنده نمی‌شود. این مدل‌ها اکثراً محتوا مدار هستند. حال آنکه مدل‌های نوین بر چگونگی تغییر دادن اعتیاد (به عنوان یک فرایند تاکید بیشتری دارند) و به اصطلاح فرایند-مدار هستند.

نظریه‌ها و مدل‌های بسیار متفاوتی درباره اعتیاد مطرح شده‌اند. هر یک از این مدل‌ها از همان ابتدا برای درک اعتیاد یا رفتارهای اعتیادی خاص به شیوه‌ای روی طرز ظهور و بروز اعتیاد تاکید می‌کنند. از این روی، بر اساس سبب‌شناسی مطرح شده در هر یک از این مدل‌ها پیشنهاداتی برای پیشگیری، قطع و نیز مداخله و درمان ارائه می‌دهند. برای سهولت در فهم رویکردهای گوناگون به اعتیاد، این رویکردها در طبقات مشخصی به شرح زیر ارائه می‌شوند (مرادی، 1389).

1- نظریه های عصب زیست شناختی

2- نظریه ژنتیکی

3- نظریه های روانشناختی

3- نظریه های شناختی

4- شخصیت

5- دیدگاه اجتماعی فرهنگی

نظریه های عصب زیست شناختی:

الف) نظریه نوروشیمیایی گیرنده ها و سیستم های گیرنده.

برای اکثر مواد مورد سوء مصرف، به استثناء الکل، پژوهشگران ناقل های عصبی یا گیرنده های ناقل های عصبی که مواد بر آنها موثر واقع می گردند را شناسایی کردند. مثلا: ترکیبات تریاک برگیرنده های تریاک اثر می کنند. بنابراین کسی که در او فعالیت افیونی درون زاد خیلی بالا است، ممکن است در خطر ابتلا به وابستگی ترکیبات تریاک قرار داشته باشد. حتی در کسی که کارکرد گیرنده درون زاد در او کاملا طبیعی و غلظت ناقل های عصبی بهنجار است، مصرف طولانی یک ماده مورد سوء مصرف بالاخره ممکن است سیستم های گیرنده را در مغز تعدیل نماید. به طوری که مغز برای حفظ تعادل حضور ماده درون زاد را جلب کند. چنین فرایندی در سطح گیرنده ممکن است مکانیسم پیدایش تحمل در سلسله اعصاب مرکزی باشد.

ب) نظریه نوروشیمیایی ناقل های عصبی

نوروترانسمیترهای عمده ای که ممکن است در پیدایش سوء مصرف مواد و وابستگی مواد درگیر بوده باشند، عبارتند از: سیستم های افیونی، کاتکولامین (مخصوصا دوپامین) و گاه آمینو بوتریک اسید¹، نورون های دوپا مینرژیک ناحیه تگمتال بطنی که به نواحی قشری و سیستم لیمبیک، خصوصا هسته آکومبوس کشیده می شوند، اهمیت خاصی دارند. این مسیر خاص در قطع پاداش درگیر است و میانجی عمده اثرات موادی نظیر آمفتامین ها و کوکائین است. لوکوس سرولوس، بزرگترین گروه نورون های آدرنژیک، در میانجیگری آثار مواد تریاک و شبه تریاک درگیر است. این راه را مجموعا مدار پاداش مغز نامیده اند (مکری و همکاران، 1387).

1 - Gama Aminobutinc Acid

نظریه ژنتیکی: یک فرضیه در مورد وابستگی به مواد این است که افراد به احتمال زیاد، آسیب پذیری در برابر وابستگی به مواد را به ارث می‌برند. برای اثبات این فرضیه تعداد زیادی مطالعات خانوادگی، مطالعات فرزندخواندگی و مطالعه بر روی دوقلوها صورت گرفته است و مطالعات خانوادگی بر روی اختلالات وابسته به مواد به این نتیجه رسیده‌اند که در میان افرادی که زیاد حشیش مصرف می‌کنند، 13% از بستگانشان نیز دچار اختلال مصرف حشیش می‌باشند که این میزان در گروه کنترل 2/4% است. این مواد در افرادی که افیون مصرف می‌کنند، 10% در بستگان و 0/4% در گروه کنترل می‌باشد. برای کوکائین 7/5% در بستگان و 0/8% در گروه کنترل مشاهده شده است. مطالعات فرزند خوانده‌گی که به سنجش میزان اختلال در میان فرزند خوانده‌ها پرداخته‌اند نشان داده‌اند که پسران افراد الکلی نسبت به پسران والدین زیستی (اصلی، غیرالکلی)، 3 تا 4 برابر بیشتر احتمال الکلی شدن را دارند؛ آن دسته از افراد الکلی که از سوی غیر الکلی‌ها به فرزند خوانده‌گی پذیرفته شده‌اند به همان اندازه پسران والدین الکلی احتمال دارد که الکلی شوند. در پژوهش‌هایی بر روی دوقلوها برآورد شده است که موروثی بودن وابستگی به مواد در حدود 39% تا 60% از کل واریانس می‌باشد. تیسون و هال در مطالعات خود به این نتیجه رسیده‌اند که از نظر ژنتیک تفاوت معناداری بین این افراد و سایرین وجود دارد (16% از واریانس برای هرویین 22% برای حشیش، محرک‌ها، مسکن‌ها و 26% برای توهم‌زاها)، حدود 1/3 از این آسیب‌پذیری فراگیر به علت آثار ژنتیکی است.

نظریه‌های روانشناختی: رویکردهای روانشناختی بر این اعتقادند که اساس وابستگی به مواد یا سایر سندرم‌های رفتاری مشترک است. به ویژه تاکید بر این است که علی‌رغم مشکلات مواد، یک کنترل تضعیف شده در مورد مصرف مواد و ادامه آن وجود دارد.

الف) نظریه‌های روان‌پویشی، نظریه پردازان اولیه برجسته‌های لیبیدویی اعتیاد به مواد همچون ارضای سابق لذت، لذت‌گرایی و دستیابی به حالت‌های بازگشتی تاکید می‌کردند. این مفهوم پردازی‌ها از اعتیاد به مواد همگام با علایق گسترده‌تر در حوزه‌های روانشناسی (نهاد) شهوت‌دهانی و نقش سابق‌ها در تعیین رفتار است. مدل‌های معاصر اعتیاد با تاکید (ایگو) بر رشد من، روابط شیء و روانشناسی خود نظریه‌های روان‌پویشی جدیدتری را منعکس می‌سازند. در حال

حاضر تصور بر این است که اعتیاد به مواد در نقش کارکردهای دفاعی و انطباقی نامناسب و نابجا عمل می کند. اعتیاد به مواد تلاش برای مقابله با عواطف و جهان خارج را بازنمایی می کند. در مورد معتادین به مواد، عواطف معمولاً کلی، نامتمایز و پیش کلامی می باشند، مضاف بر دشواری در کنترل عاطفه، معتادین به مواد ممکن است با سایر کارکردهای من و خود، مانند: حفظ حالات بهزیستی و عزت نفس، نیاز به رضایت، دفاع سایق و روابط شیء مشکل داشته باشند. مواد نقش جبرانی ایفا می کنند، در مقابل مصیبت پشتگرمی می دهند، من را بی کفایت می کنند یا سوپرایگوی¹ تنبیه کننده و سخت را مطیع می کنند (منشی و مظاهری، 1388).

ب) نظریه رفتاری، مدل های رفتاری اعتیاد بر رفتار آشکار تاکید دارند. یک گروه بر این اعتقادند که این رفتار توسط پیامدهای (تقویت کننده ها) برخی از رفتارها حفظ می شود. پژوهش بر روی حیوانات نشان داده است که وقتی داروها در دسترس هستند، حیوانات وابسته به دارو، آنان را خودگردانی و اغلب زیاده روی می کنند. این مشاهدات موجب پیشرفت مدل خودگردانی² دارو شده است. مواد احتمالاً از دو راه کلی تقویت می شوند: (1) تاثیر مستقیم مواد بر قسمت هایی از سیستم تقویت کننده در مغز. (2) تاثیر بر روی سایر تقویت کننده ها (مثل تقویت کننده های جنسی یا اجتماعی) یا اثرات رفتاری (مانند: افزایش توجه) نظیر مواجهه با نشانه³، مبتنی بر نظریه شرطی شدن کلاسیک است. این نظریه نشانه ها را عوامل مهمی در گسترش و حفظ رفتارهای اعتیادگرایانه می داند. احتمال بروز پاسخ شرطی به نشانه ای که در گذشته موقع استعمال مواد وجود داشته، بسیار بیشتر است. نشانه های مربوط به رفتارهای اعتیاد گرایانه نامحدود است. نشانه های خارجی قبل از استفاده از مواد رخ می دهد و ممکن است شامل بوی یک نوشابه الکلی، رویت سوزن یا حتی ساعاتی از روز که معمولاً در آن موقع مواد مصرف کرده باشد. نشانه های درونی شامل مواردی از قبیل: آثار دارو بر گیرنده های مغز، نشانه های خلقی همچون احساس افسردگی یا شناختی همچون باورهای مربوط به اثرات مواد می شوند. پاسخ به این نشانه ها می تواند خود مختار، رفتاری یا نمادین باشد. پاسخ های خود مختار که در آزمایش های مواجهه با نشانه مشاهده شده عبارتند از: تغییر

1-Super ego

2 - Self- administration

3 - Cue exposure theory

در ضربان قلب، دما و ترشح بزاق دهان. پاسخ‌های نمادی بیانی مشاهده شده عبارتند از: میل شدید به مصرف مواد که توسط خود افراد گزارش شده و تمایل به استعمال مواد. پاسخ‌های رفتاری شامل افزایش احتمال مصرف مواد می‌شود (نادری و همکاران، 1387).

نظریه‌های شناختی: روانشناسان شناختی فرایند‌های ذهن (نظیر ادراک، یادآوری، استدلال، تصمیم‌گیری و حل مساله) راه مطالعه و تفسیر می‌کنند. این رویکرد علت عمده رفتار را فرایند‌های شناختی (افکار و ادراکات فرد) می‌داند و بیان می‌دارد که تنها از طریق بررسی فرایند‌های ذهنی می‌توان دریافت که چرا افراد رفتار خاصی را انجام می‌دهند. رفتار فرد با ارزیابی‌های شناختی از وقایعی که در گذشته روی داده است و اتفاقاتی که احتمال دارد در آینده روی دهد، شکل می‌گیرد. ادراک فرد از رویدادها، تفسیرها و اسنادهای فرد از رفتار خود، الگوهای فکری، بیانات شخصی، راهبردهای شناختی در رفتار او نقش دارد و نحوه تفکر او، احساس و رفتار او را شکل می‌دهند. بر اساس این دیدگاه، علت اعتیاد رویدادهای محیطی نیست، بلکه برداشت‌ها و تصورات افراد از این رویدادهاست، که باعث گرایش فرد به اعتیاد می‌شود. معتادان از رفتار اعتیادی خود نتایج مثبت می‌گیرند و تجربه خود را به روش مثبت ارزیابی می‌کنند ولو آنکه تجربه آنها اساساً منفی باشد. در تحقیقی معلوم شد مصرف‌کنندگان مواد بیش از آنکه از اثرات ماده مصرفی تاثیر پذیرند، تحت تاثیر انتظارات خود از مصرف ماده قرار می‌گیرند. انتظاراتی که منشا آن، تجربه‌های قبلی مصرف، انتظارات و دیدگاه‌های دوستان، رسانه‌های جمعی و توصیفات تخصصی است. تحقیقات مربوطه به داروهای کاذب که با استفاده از مواد غیرفعال انجام می‌گیرند، اطلاعات شفافی درباره تاثیر انتظارات فرد بر واکنش‌هایش در مقابل مصرف مواد را نشان می‌دهد. غالباً باورهای مصرف‌کننده درباره یک ماده و نه ساختار شیمیایی آن تعیین می‌کند که مصرف‌کننده با چه اثراتی مواجه می‌شود. براساس این رویکرد، برخی از خصوصیات افراد آنها را در معرض اعتیاد قرار می‌دهند (وزیریان، 1384).

- حساسیت بیش از حد¹ به احساسات خود و دیگران.

- کمبود انگیزه برای کنترل رفتار.

- تکانشگر².

1-Hyper sensitivity

2 - impulsiveness

- هیجان طلبی، تحمل ناکامی و بی حوصلگی.
- آستانه پایین برای تحمل ناکامی.
- نداشتن روش های کسب لذت اجتماع پسند.
- احساس نومییدی برای رسیدن به اهداف.
- انتظارات و برداشت های فرد از مصرف ماده لزوما واقع بینانه نیست. زیرا خطاهای گوناگونی ممکن است باعث تحریف شناختی شود. برخی از این تحریف های شناختی از این قرارند:
- 1- باورهای نادرست نظیر: مصرف مواد باعث کنترل مشکلات روانی، جسمانی و اجتماعی می شود و لغ غیر قابل کنترل، ترک مصرف باعث عوارض غیرقابل تحمل خواهد شد.
- 2- فکر قالبی: در این نوع تفکر، استدلال به شیوه همه یا هیچ است. حد وسط وجود ندارد. یا زندگی من بدون مواد خالی از لذت و خوشی است یا با مواد کاملا خوش خواهد بود.
- 3- تعمیم بیش از حد: بر اساس شواهد اندک قضاوت کلی می شود. من یک بار شکست خورده ام پس همیشه شکست می خورم. راه حلی برای رفع مشکلات من وجود ندارد.
- 4- تفکر مبالغه آمیز: با این تفکر فرد، مشکلات را خیلی بیش از آن چیزی که هست تصور می کند. اگر دوستانم مرا ترک کنند، یعنی بدبختی مطلق، جهنم روی زمین و...
- 5- ذهن خوانی: بدون اینکه دیگران حرفی زده باشند فرد معتقد است که افکار و احساس آنها را می داند. اگر من مواد مصرف نکنم، دوستانم مرا طرد می کنند.
- 6- تفکرذهنی: یعنی اینکه فرد فقط جنبه های مثبت رفتار اعتیادی را در نظر می گیرد و به پیامدهای منفی توجه نمی کند (مصرف ماده بسیار لذت بخش است و تنها چیزی است که من دوست دارم) و عوارض جسمی، روانی و مالی ناشی از مصرف ماده را در نظر نمی گیرد (ناجی، 1388).

2-3- نهادهای دینی و فرهنگی

دین برای آدمی موهبتی الهی است که او را به یک فلسفه حیات مسلح می کند. باورهای دینی همواره در طی تاریخ حیات بشر با او همراه بوده اند و در هیچ دوره و زمانی بشر بدون اعتقادات دینی نبوده است. دین از طریق برقراری یک نظام، اخلاقی، تدارک فرصتهایی برای به دست آوردن

شایستگی های یادگرفته شده و تهیه قوانین اجتماعی نقش مؤثری در بروز و یا پیشگیری از مشکلات اجتماعی و اخلاقی، سلامت جسمانی و حتی مسائل بهداشت روانی دارد. نتایج مطالعه یانگ، هامان، بورلند، فونگ و اومار¹ (2009) نشان داد که 85 درصد بوداییهای تایلند و مسلمانان مالزیایی اعتقاد دارند که تعالی، و نگرشهای مذهبی باعث ترک سیگار آنها شده است. شواهد قابل ملاحظه‌ای مؤید این نکته است که باورها و اعتقادات مذهبی نقش مهمی در پیشگیری از سو مصرف مواد دارد. باور مذهبی و پذیرش آن و پایبندی به اعتقادات دینی باعث می‌شود که این اشخاص کمتر از افراد فاقد باور دینی به مصرف الکل و مواد مخدر روی آورند. بدون در نظر گرفتن این که فرد به چه مذهبی گرایش دارد می‌توان گفت افرادی که به طور منظم، اعمال دینی را انجام می‌دهند، کمتر احتمال دارد که مواد مخدر مصرف کنند تا افرادی که این اعتقادات را ندارند (داوری، 1391).

براساس فتوای صریح امام خمینی (ره) و سایر مراجع عالیقدر شیعه، مصرف مواد اعتیادآور و فراهم، کردن مقدمات مصرف مواد مخدر برای دیگران (قاچاق و توزیع مواد مخدر) عملی منکر و گناه بوده و علاوه بر مجازاتهای دنیوی، عذاب الهی و اخروی به دنبال دارد و براساس فتوای امام خمینی (ره) برای همه واجب است که از آن پیشگیری کنند. به طور قطع یکی از انگیزه های اصلی افرادی که به دنبال مصرف مواد مخدر هستند، کسب تجربیات خاص لذت بخش است، درحالی که لذت اصیل و ملکوتی جز از طریق روابط معنوی بین انسان و پروردگار میسر نیست. بزرگترین ارزشمندترین نعمت پروردگار، دسترسی به ایان سرچشمه معنویات است. باورهای معنوی پیامدهایی دارد که شامل برخورداری از روحیه شهامت، شجاعت و فداکاری است. باور معنوی، که کمک میکند تا انسان خدا را رزاق بداند، در سوره هود، آیه شش آمده است؛ خداوند میفرماید: هیچ جنبنده ای در زمین نیست مگر این که روزی او برعهده خداست و محل زیست و دفن او را میداند، و همه این ها در کتاب روشنی به نام قرآن کریم، است. محصول دیگر ایمان دینی و الهی، آرامش قلبی و روحی است (داوری، 1391).

1 -Yong, Hamman, Bordland, Fong & Omar

2-3-1- ساختار دین و حیات دینی

2-3-1-1- دیدگاه ویلیام جیمز

الف) نگرش ویژه به جهان در مبحث ایمان دیده می شود که چهره دنیا در نظر مردم با ایمان فرق می کند. افراد مذهبی به طور کلی قبول دارند که هر واقعه و امری که به زندگی آنها ارتباط دارد، به نظرشان انعکاسی از مشیت الهی است و این مشیت الهی که از نظرها پنهان است، در نمازها و دعاها به شدت مشهود می گردد (شجاعی زند، 1384).

ب) تاثیر امور ماورای طبیعت در جهان تحقق یافتن مشیت الهی به صورت غیرارادی در انسان به شکل های گوناگون تجربه دینی، مکاشفه و رویاهای معنوی.

ج) بعد عقلی ایمان یا دین: وقتی که ایمان تنها بر پایه عواطف و احساسات نباشد، بلکه به همراه آن معرفت هم باشد، اینجاست که اعتقادات ریشه های عمیق و محکمی در قلب خواهند داشت؛ از این رو است که مذهبی های پرمعرفت به کوچک ترین معتقدات خود دلبستگی عمیق و شدید دارند.

د) جنبه عاطفی و آرامش در دین: در تمام مذاهب دو چیز هستند که مشترکند از یک طرف احساس یک ناراحتی درونی، و دیگری رهایی از یک ناراحتی، احساس ناراحتی این است که حس می کنیم در وجود ما یک عیب و نقصی هست که از آن آرامش نداریم. رهایی این است که احساس می کنیم هرگاه با قدرتی مافوق خود ارتباط حاصل کنیم، از این ناراحتی نجات خواهیم یافت. نزد برخی از مردم، این آرامش ناگهانی ایجاد می شود و نزد پاره ای کم کم و به تدریج، بعضی دیگر افرادی هستند که تمام عصر از این آرامش بهره مند هستند.

هـ) جاودانگی و ازلی بودن روح: مذهب چیزی نیست که باقیمانده از زمان های قدیمی باشد؛ مذهب عامل همیشگی و ازلی روح بشر است (شجاعی زند، 1384).

2-3-1-2- دیدگاه ویلیام بی الستون

وی مشخصات اساسی و اختصاصی دین را چنین می شمارد.

الف) اعتقاد به موجودات فوق طبیعی (خدایان)؛

ب) تفکیک میان اشیای مقدس و غیرمقدس؛

ج) اعمال و مناسکی که بر امور مقدس تکیه دارد؛

د) قانون اخلاقی که اعتقاد به مصوب بودن آن از ناحیه خدایان، وجود داشته باشد؛

هـ) احساسات که مشخصه دینی دارند (خشیت، احساس رمز و راز، احساس گناه، پرستش

و...) که در محضر امور مقدس و در ضمن مراسم خاص سربر می آورند؛

و) دعا و دیگر صور ارتباط با خدایان

ز) یک جهان بینی و تصویر عام از جهان به عنوان یک کل و موقعیت فرد در آن؛

ح) نظام کم و بیش کامل در مورد چگونگی حیات فرد که بر جهان بینی مبتنی است؛

ط) یک گروه اجتماعی که امور فوق آنان را به هم پیوسته است.

آلستون می افزاید می توانیم جهت تعریف دین بگوییم وقتی که مقداری لازم از این مشخصه ها به میزان کافی وجود داشته باشد، مایک دین داریم...؛ بنابراین، بهترین راه برای شرح مفهوم (یا ساختار دین) این است که جنبه های شایسته یک مورد کاملاً آرمانی از دین را به طور مشروح طرح کرد و سپس به جهت هایی طی آن، موارد مبهم می توانند با این مورد آرمانی تفاوت یابند، اشاره کرد، بدون امید به اینکه خط دقیقی یافت که «دین» را از «لادینی» جدا نماید (شجاعی زند، 1384).

2-3-1-3- دیدگاه وینستون کینگ

ویژگی ها و ساختارهای حیات دینی از دیدگاه کینگ عبارتند از

الف) سنت گرایی در ادیان مختلف سخن از بازگشت به دین و سنت اصیل اولیه آن است؛ برای مثال، آیین پروتستان در صدد بازگشت به مسیحیت اصیل (در عهدین) و زدودن پیرایه های کاتولیک رومی است، و یا احیای اسلام از بازگشت به دین و سنت ناب قرآن سخن می گویند.

ب) اسطوره و نماد سنت های دینی سرشار از اسطوره و آکنده از نماد است. اسطوره های دینی به صورت شیوه های عمل، یعنی شیوه ارتباط انسان با واقعیت های طبیعی و محیطی، درآمده است، نماد همان زبان اسطوره هاست.

ج) مفاهیم رستگاری: همه ادیان اساساً وسایلی هستند برای نیل به رستگاری در مراتب و سطح های گوناگون. رستگاری دو جنبه دارد: یکی چیزی که انسان ها باید از آن رها شوند و دوم چیزی که باید به آن یا در آن باقی بمانند.

د) مکان ها و اشیای مقدس: حضور در مناطق و مکان های خاص که توسط حد و مرزهای طبیعی ، آیین ها، و روانی از مکانهای عادی جدا شده اند، مانند صحن ها، حرم ها ، کلیساها، مسجدها ، کنیه ها، معبدها و مشاهد مشرفه، جلوه های مرئی انقطاع دینی از جهان پیرامون است.

ه) اعمال مقدس (شعائر)

و) نوشته های مقدس : در جامعه های با سواد، آثار مکتوب مقدس که معمولاً از آثار اولیا ، قدسیان و پیامبران (موسسان دین) تشکیل شده اند، اهمیت دینی قابل توجهی دارند.

ح) تجربه مقدس : مقصود تجربه ها و احوالی است که در حوزه دین، رسمی رخ می دهد؛ از این رو برجستگی آن دو چندان است ؛ هم از تشخص دینی برخوردار است و هم در زمینه خود صراحت و شدت دارد. اینها نمایانگر طیف به هم پیوسته ای است که در اصطلاح به آن « احوال عرفانی » می گویند (طالبی، 1389).

2-3-2- ساماندهی نهادهای دینی و فرهنگی

مهمترین گام در راستای ساماندهی نهادهای دینی تبلیغی و فرهنگی و مهندسی جامع فعالیتهای فرهنگی در حوزه دین، تشکیل ستاد عالی توسعه فرهنگ اسلامی است که وظیفه سیاستگذاری، برنامه ریزی ، ساماندهی و سازماندهی همه نهادهای تبلیغی و دینی فرهنگی را عهده دارشود باید جایگاه این شورا در نظام جمهوری اسلامی دقیقاً تعریف و مشخص شود رئیس آن توسط مقام معظم رهبری منصوب گردیده و برای پیگیری امور دینی در سطح عالی کشور باید عضو هیئت دولت خواهد باشد. ذیلاً تشکیلات و وظایف و ماموریتهای شورا و چارت تشکیلاتی آن ارائه می گردد (منصوری، 1386).

الف. نام : ستاد عالی توسعه فرهنگ اسلامی

ب: مشخصات تشکیلاتی

1. رئیس ستاد بعنوان عالی ترین مقام نهادهای دینی و تبلیغی از سوی مقام معظم رهبری منصوب می شود و بعنوان عضو رسمی در هیئت دولت شرکت می کند.

2. ترکیب اعضای ستاد از دو گروه شخصیتهای حقیقی و حقوقی تشکیل خواهد شد.

اعضای حقیقی: شخصیتهای فرهیخته حوزه و دانشگاه با انتخاب مقام معظم رهبری

اعضای حقوقی، روسای نهادهای عمده تبلیغی، دینی، فرهنگی کشور، وزراء فرهنگ و ارشاد اسلامی، آموزش علوم و تحقیقات، آموزش و پرورش و رئیس سازمان صدا و سیما

3. ستاد عالی توسعه فرهنگ اسلامی در پنج حوزه:

1- مدیریت فرهنگی و توسعه تبلیغ اسلامی

2- پژوهشهای دینی و نشر کتب و آثار اسلامی

3- آموزش و مدیریت توسعه منابع انسانی

4- وقف و موسسات خیریه، امور عمرانی مساجد، حسینیه ها و اماکن متبرکه

5- تبلیغات اسلامی خارج از کشور بعنوان کمیسیونهای تخصصی فعالیت خواهد کرد مجموعه

نهادهای دینی تبلیغی و فرهنگی در کمیسیونهای مذکور تقسیم کار و ساماندهی و هماهنگی خواهد شد.

4. نهادهای دینی غیردولتی همانند حوزه های علمیه، شورای سیاستگزاری ائمه جمعه،

استانهای مقدسه بصورت مستقل فعالیت می نمایند و برای ایجاد هماهنگی دفتری بعنوان دفتر ارتباطات با نهادهای غیردولتی در شورا عالی تشکیل می گردد

5. اساسنامه توسط ستاد عالی تدوین و به تصویب نهائی مقام معظم رهبری می رسد

6. پست های سازمانی و ساختار اداری توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی و نظر شورای

عالی تنظیم و تصویب می شود (منصوری، 1386).

7. نهادها و وزارتخانه هایی که تشکیلات خاصی برای فعالیتهای دینی و تبلیغی دارند مانند

بخشهای فرهنگی و عقیدتی و سیاسی های نیروهای مسلح و نهاد رهبری در دانشگاهها بهمان شکل

سابق فعالیت می نمایند و برای ایجاد هماهنگی لازم دفتری تحت عنوان دفتر هماهنگی نهادهای

فرهنگی دستگاههای دولتی در شورای عالی تشکیل می شود.

وظایف و ماموریتهای ستاد عالی

1. طراحی و تدوین نظام جامع توسعه فرهنگ اسلامی و فعالیت فرهنگی در حوزه دین

2. تدوین برنامه های بلندمدت پنجساله در راستای سند چشم انداز 20 ساله

3. نظارت جامعه و مستمر و رصد دائمی شاخصهای دینی جامعه و آسیب شناسی وضعیت موجود و فعالیتهای تبلیغی و شناخت پدیده های نوظهور و تحولات دینی جامعه و ارائه راهکارهای مناسب برای مواجهه با آنها
4. نظارت و پیگیری و ارزیابی تحقق برنامه های کوتاه مدت و بلندمدت دینی توسط کلیه دستگاههای دولتی و نظام اسلامی
5. شناسائی کامل ظرفیت های بالقوه و بالفعل نهادهای تبلیغی و فرهنگی و تلاش در جهت ارتقاء توانمندی های کمی و کیفی آنها
6. سیاستگذاری ، برنامه ریزی، هدایت و نظارت بر فعالیتهای نهادهای دینی و تبلیغی و ایجاد هماهنگی کامل بین آنها به منظور هم افزایی فعالیتهای فرهنگی
7. تنظیم مجدد ساختار و مهندسی جامع و ساماندهی و سازماندهی لازم نهادهای دینی ، تبلیغی و فرهنگی متناسب با شرایط جامعه و تعریف وظایف و جلوگیری از موازی کاری و تداخل وظایف
8. تعریف مناسبات دولت و نهادهای دینی و تثبیت و ارتقاء جایگاه آنان در دولت و نظام اسلامی
9. تعیین شاخصهای رشد فرهنگ دینی و تعیین اهداف کمی و کیفی برنامه های بلندمدت توسعه فرهنگ دینی و ارزیابی رشد و نزول شاخصها
10. عزل و نصب مدیران عالی نهادهای تبلیغی دینی
- تبصره 1- در مواردی که نیاز باشد طبق صلاحدید با انتصاب مستقیم مقام معظم رهبری خواهد بود
- تبصره 2- در مواردی قانون برای انتخاب رئیس و مدیرعالی دستگاه شیوه خاصی پیش بینی کرده است تا زمان تغییر قانون بهمان شکل عمل خواهد شد.
- تقسیم کار و تعریف وظایف و حیطه مسئولیت حوزه های پنجگانه
- 1- وظایف و حیطه مسئولیت حوزه مدیریت و توسعه تبلیغ اسلامی
1. اعتلای معرفت دینی و گسترش و تعمیق معارف اسلامی و قرآنی در جامعه
2. برنامه ریزی و مدیریت فرهنگی و نرم افزاری مساجد

3. گسترش تبلیغ اسلامی در سراسر کشور بخصوص در مناطق محروم
4. اعزام مبلغ و روحانی به سراسر کشور
5. ساماندهی، هدایت، گسترش و تقویت تشکلهای دینی و هیئت های مذهبی
6. ساماندهی کانونهای فرهنگی و هنری مساجد
7. گسترش کتابخانه های دینی در مساجد، محلات و روستاها و ...
8. نهضت قرآن آموزی
9. تهیه و اجرای طرح جامع قرآنی کشور
10. ترویج و توسعه فرهنگ نماز در جامعه و دستگاههای دولتی
11. احیاء امر به معروف و نهی از منکر و فرهنگ نظارت عمومی
12. احیاء آداب و سنن فرهنگ اسلامی
13. برگزاری مناسبتهای مذهبی و انقلابی
14. ترویج و تبیین و گسترش ارزشهای انقلابی و احیاء اندیشه امام راحل (قدس سره) و رهنمودهای مقام رهبری (منصوری، 1386).
15. تهیه طرح و اجرای استراتژی کلان تبلیغات دینی با بکارگیری ابزارهای نوین و گسترش شبکه انترانت در مساجد و مراکز فرهنگی مذهبی
16. اجرای طرحهای جامع برای افزایش امکان دستیابی آحاد جامعه به آموزش های دینی
17. تهیه و اجرای طرح و آئین نامه اجرایی نحوه تقویت سهم کتابخوانی در حوزه دین بویژه در مناطق محروم
18. تهیه و اجرای مطالعات همگرایی مذاهب به منظور تقویت همبستگی دینی و ملی و اشاعه معارف اسلامی
19. تهیه طرح جامع مدیریت مساجد در سراسر کشور و تعیین متولی واحد برای مساجد
20. تجهیز مساجد به ابزارهای نوین تبلیغی و جذاب نمودن آنها جهت جذب نسل جوان و ارتباط با قشر فرهیخته جامعه
21. ارتقاء برنامه های فرهنگی مساجد و تقویت توان رقابتی مساجد در مقایسه با نهادهای فرهنگی دیگر جامعه

22. احیاء نقش آموزشی مساجد و برگزاری جلسات علمی و گفتمان دینی و پذیرش نقد درون گفتمانی و گفتگو با خویش در درون جامعه مذهبی و دینی
23. تأکید و توجه به متون دینی "قرآن و حدیث" در برنامه های تبلیغی و گسترش کلاسهای تفسیر قرآن، نهج البلاغه
24. و دیگر وظائف مرتبط با این حوزه
- 2- وظایف و حیطه مسئولیت حوزه پژوهشهای دینی و نشر کتب و آثار اسلامی
1. گسترش تحقیق و پژوهش در حوزه دین به منظور تعمیق و توسعه دانش و معرفت اسلامی
2. تبیین علمی مبانی دینی انقلاب و نظام اسلامی و پاسداری از اندیشه های بنیانگذار جمهوری اسلامی ایران حضرت امام خمینی و رهنمودهای رهبر معظم انقلاب ولی فقیه حضرت آیه الله خامنه ای
3. شناخت و ارزیابی وضعیت موجود و آگاهی نسبت به پدیده های نوظهور دینی و تحولات جدید در جامعه دینی کشور (منصوری، 1386).
4. مسئله شناسی، شبهه شناسی و آسیب شناسی امور دینی در جامعه
5. پاسخگویی به شبهات دینی و ارائه راهکارهای علمی جهت مقابله با انحرافات دینی
6. نظریه پردازی و اندیشه سازی در عرصه علوم و معارف اسلامی به منظور تأمین نیازهای فکری دینی جهان معاصر
7. تلاش و همکاری در تولید و عرضه منشورات اسلامی اعم از کتاب، مجله و ... نرم افزارها و پایگاههای اطلاع رسانی در حوزه فرهنگ اسلامی
8. تدوین کتب آموزشی، تأمین محتوا و مواد آموزشی مراکز تبلیغی و آموزشی و همکاری در ارائه آموزشهای عمومی و تخصصی به مبلغین دینی
9. تحقیق و پژوهش در مورد فرق دینی در داخل کشور و بررسی عقاید دینی آنها و ارائه راهکارهای مناسب جهت آگاهی بخشی به پیروان آنان بخصوص نسل جوان
10. ایجاد مراکز پاسخگویی به سؤالات دینی جوانان و بهره مندی از ابزار نوین در این زمینه بخصوص راه اندازی سایتهای اینترنتی پاسخ به سؤالات دینی
11. نظارت بر کتب و مقالات منتشره در حوزه دین و تقویت نقد درون گفتمانی در میان محافل مذهبی و حوزه های علمیه

12. پشتیبانی و تغذیه علمی و نرم افزاری برای بهینه کردن تبلیغات ائمه جماعت و روحانیون کشور
 13. تربیت محققان دینی و پژوهشگران اسلامی
 14. حمایت مالی و پشتیبانی فکری از محققان و نویسندگان حوزوی و دانشگاهی در حوزه دین
 15. برگزاری جشنواره کتاب سال در حوزه دین
 16. بازشناسی وضعیت آداب و سنن اسلامی و تهیه طرح جامع احیاء آن در جامعه
 17. انجام پروژه های تحقیقاتی و پژوهشی در حوزه دین با سفارش شورای عالی و یا دستگاههای دیگر
 18. ایجاد کتابخانه های تخصصی در حوزه دین برای استفاده محققان و پژوهشگران دینی و حمایت از مراکز پژوهشی دینی (منصوری، 1386).
 19. وظائف دیگر مرتبط با این حوزه
 - 3- وظایف حوزه آموزش و تربیت و مدیریت توسعه منابع انسانی
 1. تربیت مبلغان و کارشناسان فرهنگی دینی
 2. برگزاری دوره های آموزشی برای مبلغان دینی و ائمه جماعات سراسر کشور
 3. آموزش غیرحضورى مبلغان و روحانیان با هماهنگی حوزه پژوهشی
 4. تربیت مربیان قرآنی در سطوح قرائت، ترجمه و معارف قرآنی و تفسیر
 5. تربیت مربیان برنامه های فرهنگی و تابستانی برای نسل جوان
 6. تهیه و اجرای طرح تقویت پایگاههای تخصصی، توسعه آموزشهای مجازی
 7. تربیت و آموزش خانم های مبلغه برای اداره مجالس مذهبی بانوان
 8. برگزاری دوره های آموزشی برای کارشناسان فرهنگی دستگاههای مختلف
 9. برگزاری دوره های آموزشی ویژه برای معلمان دینی و مربیان، مداحان، پزشکان و ... بر مبنای نیاز و سفارش دستگاههای دولتی
 10. برگزاری دوره های آموزشی برای روحانیون مستقر
 11. تأسیس و مدیریت دانشگاه تربیت مبلغ و کارشناسان فرهنگ دینی
 12. توسعه مدارس معارف اسلامی
- و وظایف آموزشی دیگر

- 4- وظائف و حیطة مسئولیت حوزه وقف و موسسات خیریه، مساجد، حسینیه ها و اماکن مذهبی
اکلیه امور مربوط به اوقاف و امور موقوفات در جامعه اسلامی
2. تهیه و اجرای طرح جامع ترویج فرهنگ و امور خیریه و تهیه آئین نامه ها و مقررات و لوایح
مورد نیاز برای بهبود وضع درآمدی موقوفات، اصلاح روشها و شیوه های فعالیت و نحوه عمران،
بهسازی و توسعه توانمندیهای فرهنگی اماکن متبرکه (معینی، 1387).
3. کلیه امور مربوط به عمران و سخت افزاری مساجد از قبیل احداث، تهیه نقشه بازسازی، عقب
کشی ها و جابجائی محل مساجد، موقوفات و املاک وابسته به مساجد
4. صدور مجوز و پروانه احداث (با هماهنگی شهرداری ها) تایید یا ارائه نقشه ساخت مساجد و
نظارت بر رعایت سیاست های کلان در احداث مساجد
5. نظارت بر ساخت و بازسازی حسینیه ها و تکایای مذهبی و املاک آنها بعنوان موقوفات عام و
تدوین آئین نامه و سیاست لازم برای آنها
6. مدیریت، احیاء و عمران مراقد امام زاده ها و اماکن متبرکه در سراسر کشور
7. تهیه آمار دقیق مساجد و اماکن مذهبی و تعیین آخرین وضعیت آنها از لحاظ نیاز به بازسازی،
مرمت، توسعه، امور بهداشتی و غیره
8. تعریف شاخصها و اهداف کمی و کیفی و نیاز سنجی در مورد مساجد، و نظارت بر تحقق
اهداف و رشد شاخصها و ارزیابی مستمر آن
9. پیگیری احداث مساجد در روستاهای فاقد مسجد و شهرکها و محلات جدید الاحداث
10. پیگیری احداث مسجد و نمازخانه در پایانه های مسافربری و جایگاه های سوخت رسانی
بین شهری توسط دستگاههای ذیربط
11. ترغیب و تشویق مردم برای عمران مساجد و ترویج فرهنگ احداث مساجد توسط مردم و
جذب کمکهای مردمی
12. تهیه و اجرای طرح جامعه گسترش فضاهای مذهبی و مساجد شامل نحوه عمران و تجهیز
اماکن عمومی دینی
13. تهیه و اجرای طرح جامع احصای تسهیلات و معافیت های مقرر برای کلیه مراکز مذهبی
کشور از جمله مساجد و حوزه های علمیه

14 تهیه نقشه های مناسب برای احداث مساجد و تدوین کتاب مسجد به منظور بهینه سازی ، زیباسازی، نگهداری مناسب و آماده سازی فضای مساجد و متناسب نمودن آن با فضای معنوی و تجهیز مساجد به مراکز فرهنگی و ... (معینی، 1387).

5- وظائف و حیطة مسئولیت حوزه تبلیغات خارجی

1. کلیه امور مربوط به تبلیغات اسلامی در خارج از کشور و تعیین سیاستهای کلان تبلیغی نظام در

خارج از کشور

2. طراحی استراتژی تبلیغی تحت عنوان استراتژی جهانی سازی فرهنگ اهل بیت (ع)

3. آسیب شناسی وضع موجود تبلیغ اسلامی در خارج از کشور

4. اعزام مبلغ اسلامی به سراسر جهان و ایجاد مراکز بین المللی اعزام مبلغ اسلامی

5. توجه به تحولات شگرف و گوناگون در اوضاع جهانی و ورود عنصر فناوری های پیشرفته در

عرصه رقابتهای تبلیغی و رسانه ای

6. آمادگی کامل برای مواجهه فرهنگی با افکار و ادیان و آئین های گوناگون در جهان

7. دفاع از حریم مکتب اسلام و تشیع در گفتگوی بین ادیان و مذاهب

8. حضور فعال و تاثیر گذار در همایش های دینی در جهان

9. برگزاری همایش ها و کنفرانس ها جهت گفتمان دینی و گفتگوی ادیان و مذاهب

10. تلاش در جهت تقریب و همگرایی مذاهب اسلامی در کشورهای اسلامی

11. ایجاد وحدت بین مسلمین و همزیستی مسالمت آمیز بین پیروان مذاهب و ادیان

12. احیاء و ترویج آرمان مهدویت بعنوان هدف نهائی انقلاب اسلامی ایران در سراسر گیتی

13. تبیین اهداف و آرمانهای انقلاب اسلامی و نظام اسلامی برای ملت های جهان و تبلیغ

اندیشه های امام خمینی و رهنمودهای رهبر معظم انقلاب

14. گسترش بیداری اسلامی در میان ملل مسلمان جهان و احیاء روشنفکری دینی در کشورهای

اسلامی

15. ایجاد ارتباط با دانشمندان اسلامی و متفکران و اندیشمندان دینی در سراسر جهان

16. ترویج زبان فارسی بعنوان زبان انقلاب اسلامی و مذهب تشیع و تبلیغ فرهنگ اسلامی ایرانی و دفاع از هویت ملت ایران در سراسر جهان
17. ایجاد هماهنگی لازم بین دستگاه ها و نهادهایی که در خارج از کشور فعالیت دینی و فرهنگی دارند
18. تاسیس شبکه ماهواره ای تبلیغ مکتب اهل بیت (ع)
19. ایجاد هماهنگی لازم بین دستگاههای فرهنگی و تبلیغی فعال در خارج
20. گسترش مدارس دینی و حوزوی در سراسر جهان بخصوص در میان کشورهای اسلامی و برای پیروان مکتب اهل بیت علیم السلام (معینی، 1387).

2-4- مبانی نظری:

دیدگاه ویلیام جیمز در مورد دین

الف) نگرش ویژه به جهان در مبحث ایمان دیده می شود که چهره دنیا در نظر مردم با ایمان فرق می کند. افراد مذهبی به طور کلی قبول دارند که هر واقعه و امری که به زندگی آنها ارتباط دارد، به نظرشان انعکاسی از مشیت الهی است و این مشیت الهی که از نظرها پنهان است، در نمازها و دعاها به شدت مشهود می گردد (جیمز، ترجمه قاضی، 1367).

ب) تاثیر امور ماورای طبیعت در جهان تحقق یافتن مشیت الهی به صورت غیرارادی در انسان به شکل های گوناگون تجربه دینی، مکاشفه و رویاهای معنوی.

ج) بعد عقلی ایمان یا دین: وقتی که ایمان تنها بر پایه عواطف و احساسات نباشد، بلکه به همراه آن معرفت هم باشد، اینجاست که اعتقادات ریشه های عمیق و محکمی در قلب خواهند داشت؛ از این رو است که مذهبی های پرمعرفت به کوچک ترین معتقدات خود دلبستگی عمیق و شدید دارند.

دیدگاه وینستون کینگ

ویژگی ها و ساختارهای حیات دینی از دیدگاه کینگ عبارتند از

الف) سنت گرایی در ادیان مختلف سخن از بازگشت به دین و سنت اصیل اولیه آن است؛ برای مثال، آیین پروتستان در صدد بازگشت به مسیحیت اصیل (در عهدین) و زدودن پیرایه های کاتولیک رومی است، و یا احیایگان اسلام از بازگشت به دین و سنت ناب قرآن سخن می گویند.

ب) اسطوره ونماد سنت های دینی سرشار از اسطوره و آکنده از نماد است. اسطوره های دینی به صورت شیوه های عمل، یعنی شیوه ارتباط انسان با واقعیت های طبیعی و محیطی، درآمده است، نماد همان زبان اسطوره هاست.

ج) مفاهیم رستگاری: همه ادیان اساساً وسایلی هستند برای نیل به رستگاری در مراتب و سطح های گوناگون. رستگاری دو جنبه دارد: یکی چیزی که انسان ها باید از آن رها شوند و دوم چیزی که باید به آن یا در آن باقی بمانند.

در ایران به علت تأثیر زیاد مذهب و رهبران مذهبی بر رفتار مردم، یکی از روش های موفق و کارا در پیشگیری از سو مصرف مواد، استفاده از اماکن مذهبی و روحانیان در برنامه های آموزشی و پیشگیرانه است. به عنوان نمونه، براساس نتایج برخی پژوهش ها، آموزش پیشگیری از سو مصرف مواد، در اماکن مذهبی توسط روحانیان، ضامن کارایی بالا، از نظر اقتصادی نیز قابل توجیه است. استفاده از این ظرفیتها، نه تنها باعث کاهش تقاضای مصرف مواد در جامعه میشود، بلکه باعث کاهش محسوس آسیبهای دیگر، ناشی از سو مصرف مواد در جامعه میشود. بنابراین به منظور پیشگیری از روی آوردن مردم به خصوص جوانان به سو مصرف مواد و ارتقا سطح سلامت روان مردم، آموزشهای مذهبی به خصوص استفاده از ظرفیتهای مساجد و روحانیان، میتواند بسیار کارساز باشد. چالش اصلی در پیشگیری از سو مصرف مواد در جامعه ایران این است که چگونه میتوان از این ظرفیتهای بالقوه موجود در جامعه، در راهبردهای مختلف پیشگیرانه استفاده کرد(سخاوت، 1391).

پیشگیری از مواد:

جرایم، مواد مخدر در صدر پرونده های کیفری هستند و بیش از 50 درصد جمعیت کیفری در جمهوری اسلامی ایران را محکومان این جرم به خود اختصاص داده است. به گفته دبیرکل سازمان ملل متحد، جمهوری اسلامی ایران به عنوان یک کشور اسلامی، در مبارزه با قاچاق مواد مخدر رتبه

اول را در جهان دارد و بودجه و نیروی انسانی عظیمی برای پیشگیری از قاچاق مواد مخدر در ایران هزینه می شود.

تهدید حاکمیت و امنیت کشورها، بنیان های اساسی جامعه و سازمان یافتگی قاچاق موادمخدر، عواملی هستند که توجه به مسئله و معضل جهانی موادمخدر را نه تنها در سطح ملی بلکه در سطح بین المللی ضروری ساخته است؛ اگرچه مساله قاچاق موادمخدر یک معضل بین المللی است، اما دارا بودن مناسب ترین موقعیت به منظور توزیع و ترانزیت آن، وضعیت خاص اعتقادی، وضعیت اجتماعی و جوانی جمعیت، وضعیت اقتصادی و بیکاری جوانان و محرومیت ها و محدودیت های طبیعی موجود در مرزهای شرقی کشور، ایران را مستعد آسیب پذیری فراوان از ناحیه این مواد نموده است و باعث شده تا بخش عمده ای از توان مادی و معنوی کشور، صرف مقابله با کاروان های موادمخدر و مقابله با مصرف آن در کشور می شود. این رویارویی، سرمایه هایی را که می تواند در جهت رشد، شکوفایی و توسعه هزینه گردند هدر می دهد؛ بدین لحاظ قاچاق موادمخدر بر جنبه های اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و سیاسی امنیت ملی اثرات سوء گذاشته و به معضلی تبدیل گردیده که نیازمند توجه و شناسایی کامل و همه جانبه است (بنهری، 1390).

اعتیاد، پیامدهای زیستی، روانی و اجتماعی فراوانی به دنبال دارد. شاید بتوان اعتیاد را گریزگاهی دانست که انسان ناکام از کمبودها، تزلزلها و اختلالات روانی به آن پناه می برد. اعتیاد حالتی است که شخص هم از نظر جسمانی و هم از نظر روانی به ماده ای وابستگی پیدا میکند، نیاز شدید و اجباری به ادامه مصرف آن ماده داشته و قادر نیست به میل و اراده خود آن را ترک کند و تحمل او در مقابل مصرف تدریجی مواد کمتر می شود (هاشمی و همکاران، 1393).

2-5- چارچوب نظری تحقیق

نظریه بی هنجاری

در این نظریه، که ریشه در نظریات امیل دورکیم، جامعه شناسی فرانسوی دارد به عواملی اصلی تضعیف معیارها و هنجارهای اجتماعی پرداخته و چنین مطرح می شود که سستی ارزشها و هنجارهای اجتماعی - فرهنگی موجب روی آوردن افراد به مواد مخدر و اعتیاد می شود. تحولات سریع صنعتی - اقتصادی و به تبع آن تغییرات سریع در گستره اجتماعی مانند شهرنشینی، نوسازی،

تضعیف باورها، ارزشها و سنت‌های فرهنگی مذهبی، ملی و موروثی، متزلزل شدن ساختار سنتی خانواده، همه موجب تغییر در هویت افراد شده و باعث می‌شوند تا رفتار سنتی آنان تغییر نماید. جالب توجه این که پیشرفت بر گسترش شاخص‌های توسعه که خود، گواهی بر تغییر جوامع سنتی هستند، رابطه مبتنی با میزان شیوع مواد مخدر دارندو مثلاً به نظر می‌رسد در شهرها مصرف مواد مخدر بیش از روستاهاست. یا در خانواده‌هایی که در معرض نوگرایی قرار داشته و بافت سنتی خود را از دست داده یا در حال از دست دادن هستند، اعتیاد رایجتر است. (باوی، 1388)

نظریه انزواطلبی مرتون

این نظریه روایت دیگری از نظریه بی‌هنجاری است و بی‌شبهت به نظریه پیرامون‌گرایی که اخیراً رواج گسترده‌ای یافته، نیست طبق این نظریه، چون جوامع مدرن اغلب به موفقیت فردی اصالت داده و کسب آن در گروه مشارکت فعال اجتماعی، داشتن کار مفید بهره‌مندی مناسب از ثروت مادی، سواد مناسب با موفقیت اجتماعی فرد و غیره است محرومیت از هریک از این‌ها به پیرامونی شدن و انزواطلبی فرد منجر می‌شود و در چنین شرایطی یا در شرایطی که فرد خود را با نگرش‌ها، باورها، ارزش‌ها و هنجارهای حاکم بر جامعه بیگانه می‌یابد و یا حداقل خود را با آنها بیگانه نمی‌یابد از جامعه جدا شده و در انزواطلبی بیشتر قرار می‌گیرد این قبیل افراد عموماً کسانی هستند که یا قادر به تطابق خود با محیط نیستند و یا از تطبیق محیط با خود ناتوانند و بنابراین برای گریز از این موقعیت به مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی روی می‌آورند جالب آنکه همین راه فرار خود عامل مهم در تقویت پیرامونی شدن این افراد است افرادی که احساس موفقیت نمی‌کنند اغلب تنگدست و فقیر یا بی‌کارند سواد کافی یا موقعیت اجتماعی مناسب ندارند درگیر روابط به خانوادگی هستند یا حتی در صورت فقدان مشکلات مذکور، ارزش‌های حاکم بر جامعه را قبول ندارند بیشتر در معرض انزواطلبی و احتمالاً سوء مصرف مواد مخدر هستند چرا که یکی از مهم‌ترین دلایل انزواطلبی تغییر برداشت خود از واقعیت از طریق مصرف این گونه مواد است و معمولاً مصرف داروهای روان‌گردان را یکی از راههای فرار از واقعیت مطرح می‌کنند. (گلپروور و همکاران، 1382)

نظریه تعهد به رسوم، قواعد و تعلق اجتماعی

نظریه کنترل اجتماعی الیوت و الگوی رشد اجتماعی و کینز و ویس بر نقش تعلق عاطفی با همسالان به عنوان مهم‌ترین علت مصرف مواد تاکید می‌کنند این نظریه‌ها عمدتاً براساس نظریات جامعه‌شناسی

کلاسیک کنترل بنا شده‌اند در این نظریه‌ها چنین فرض می‌شود که رفتارهای اجتماعی در اکثر مردم وجود دارد ولی این رفتارها تحت تأثیر پیوندهای قوی فرد با اجتماع خانواده، مدرسه و مذهب کنترل می‌شوند این در حالی است که در بعضی از نوجوانان ضعف رسوم و قواعد موجب می‌شود که وی چندان فشاری را در پیروی از معیارهای مرسوم رفتاری احساس نکند در این نظریات فقدان تعهد به اجتماع و ارزش‌های آن و عدم وجود موسسات و عوامل تسهیل کننده فرایند جامعه پذیری نظیر مدارس و مذهب از مصادیق مهم این نظریه است بنابراین نوجوانی با چنین ویژگی‌هایی ارزش‌ها و معیارهای مورد قبول جامعه را درونی نمی‌کنند و در واقع چنین افرادی احتمال بیشتری دارد که با همسالانی احساس پیوند و وفاداری نمایند که ماده مخدر استفاده می‌کنند (گلپور و همکاران، 1382).

نظریه کنترل اجتماعی

این دیدگاه در مورد علل سست شدن تعهد فرد به جامعه و تعلق شکننده به الگوهای نقش بیان می‌دارد که فشار یا افسردگی بر اثر فاصله بین آرزوهای نوجوانان و برداشت او از فراهم بودن شرایط لازم برای دستیابی به آن آرزوها تحقق پیدا می‌کند براساس این دیدگاه نوجوانان که به دلیل شرایط نامساعد تربیتی و شغلی به امیدها آرزوها، اهداف تحصیلی و شغلی خویش نرسیده است نسبت به اجتماع و ارزش‌های آن تعهدی احساس نکرده و بیشتر به سوی همسالان منحرف که مصرف مواد را تشویق می‌نمایند گرایش پیدا می‌کنند علاوه بر این اگر نوجوان ارتباط صمیمانه‌ای با والدین نداشته باشد فشار درون خانواده دلبستگی نوجوان را به خانواده‌ای که معمولاً مخالف مصرف مواد است تضعیف می‌کند و به نوعی سبب گرایش به همسالانی می‌شود که معمولاً مشوق مصرف مواد هستند. فارینگتون بی‌نظمی اجتماعی را عاملی که بیانگر ضعف یا فروپاشی نمادهای اجتماعی است می‌داند به گونه‌ای که ناتوانی این موسسات در کنترل رفتار شهروندان زمینه‌های گسترش مشکلاتی نظیر اعتیاد را فراهم می‌سازد بر این اساس اگر نوجوانان در محله‌هایی زندگی کنند که جرم و بی‌کاری در آن زیاد باشد مدارس کفایت لازم را ندارند و نهادهای اجتماعی هم عملکرد ضعیفی دارند او نیز به ارزش‌ها و قواعد اجتماعی پایبند نخواهد بود و احساس تعهدی نیز پدید نخواهد آمد همچنین احساس دلبستگی در خانواده از هم پاشیده و یا عدم وجود یکی از والدین و یا متارکه کمتر می‌باشد. (باوی، 1388).

2-5-پیشینه تحقیق

ندیمی (1394) در تحقیق خود با عنوان نقش مذهب و نهادهای مذهبی در پیشگیری از سوء مصرف مواد چنین نتیجه گیری کرد که مذهب و نهادهای مذهبی می توانند مصرف مواد و بهبودی از آن را از طریق برقراری یک نظم اخلاقی تحت تأثیر قرار دهند. نهادهای مذهبی، راهنمایها یا قواعد خاص اخلاقی به منظور کنترل خویشتن مانند امتناع از مصرف الکل و دیگر مواد را در اختیار فرد قرار می دهد و به تسهیل تجربه معنوی کمک می کنند. تجربه معنوی میتواند تعهدات اخلاقی را تحکیم، بخشد که این نیز به نوبه خود مانع از مصرف الکل و دیگر مواد می شود.

رحیمی و همکاران (1390) در تحقیق خود با عنوان بررسی سرمایه اجتماعی با تاکید بر نقش سازمانهای مردم نهاد در پیشگیری از اعتیاد به این نتیجه رسیدند که بین نمونه های درمانی در شاخص های اعتماد رسمی، اعتماد غیر رسمی، اعتماد کلی، مشارکت و سرمایه اجتماعی بین گروهی تفاوتی وجود ندارد. لیکن در اعتماد تعمیم یافته، سرمایه اجتماعی درون گروهی و سرمایه اجتماعی کلی و احساس تعلق تفاوتی بین نمونه های درمانی مردم نهاد و مراکز خصوصی ترک اعتیاد وجود دارد.

میلر و همکاران¹ (2009) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که نوجوانانی که مذهبی نیستند و نمرات پایینی در اندازه گیری میزان فعالیت مذهبی به دست می آورند، در مقایسه با نوجوانان برخوردار از سطح بالای فعالیتهای مذهبی، سو مصرف بیشتری را دارند.

ریچارد و همکاران² (2007) در مطالعه ای نشان دادند که افزایش حضور در کلیسا به کاهش مصرف الکل و کوکائین در بین گروه نمونه منجر شد.

مریل و همکاران³ (2011) در پژوهش خود نشان دادند که عواملی نظیر فراوانی حضور در کلیسا، سطح بالای دینداری اعضای خانواده و والدین و فراوانی بحث های مذهبی خانوادگی آثار حمایت کننده در مقابل مصارف مواد در نوجوانان و جوانان دارد.

براون و همکاران¹ (2010) نشان دادند که مذهبی بودن یک عامل محافظت کننده از فرد در مقابل رفتارهای پرخطر از قبیل مصارف سیگار، الکل، ماریجوانا و کوکائین است.

1 - Miller

2 - Richard

3 - Merrill

2-6- فرضیه های تحقیق

فرضیه اصلی:

عملکرد نهادهای دینی و فرهنگی در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر در بین افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده متفاوت است.

فرضیه های فرعی:

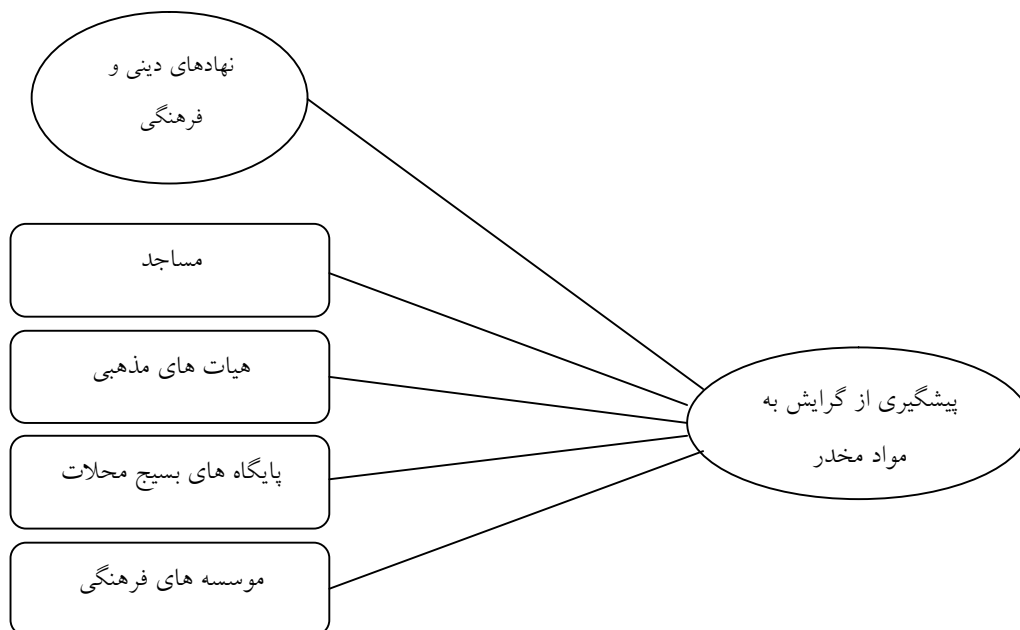
1- عملکرد مساجد در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر در بین افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده متفاوت است.

2- عملکرد هیات های مذهبی در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر در بین افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده متفاوت است.

3- عملکرد پایگاه های بسیج محلات در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر در بین افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده متفاوت است.

4- عملکرد موسسه های فرهنگی در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر در بین افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده متفاوت است.

2-7- مدل مفهومی تحقیق



فصل سوم:

روش شناسی تحقیق

3-1- مقدمه

این فصل به روش شناسی تحقیق اختصاص دارد. بر این اساس روش پژوهش، جامعه آماری، حجم نمونه و شیوه نمونه گیری، روش گردآوری اطلاعات، ابزار جمع آوری اطلاعات، روایی و پایایی ابزار و در نهایت روش تجزیه و تحلیل اطلاعات و اقدامات عملیاتی که جهت پیمودن پژوهش صورت گرفته است، پرداخته شده است.

3-2- روش تحقیق

تحقیق پیمایشی به عنوان شاخه‌ای از تحقیقات توصیفی، یک روش جمع‌آوری داده‌هاست که در آن از یک گروه خاصی از افراد خواسته می‌شود تا به تعدادی سؤالهای خاص پاسخ دهند. در پژوهش زمینه‌یابی، قدم اول تعریف مسأله است. به عبارتی محققان برای اجرای زمینه‌یابی باید اهداف خود را به دقت تعریف کنند و هر سؤالی که پرسیده می‌شود باید به یک یا تعداد بیشتری از اهداف زمینه‌یابی مرتبط باشد. در مرحله دوم جامعه باید به درستی تعریف و تعیین گردد، در مرحله بعد باید روش جمع‌آوری اطلاعات را که به طور کلی به دو طبقه روشهای کتابخانه‌ای و میدانی تقسیم‌بندی می‌شوند مشخص نمود، سپس از میان افراد جامعه تعدادی به طور تصادفی به عنوان نمونه انتخاب می‌شوند. از آنجا که رایج‌ترین ابزار مورد استفاده در تحقیق زمینه‌یابی، پرسشنامه و مصاحبه است پس از تعیین و طراحی ابزار می‌توان آن را برای جمع‌آوری داده از افراد نمونه انتخابی در نظر گرفت و در نهایت پس از تنظیم و تحلیل داده‌ها، یافته‌ها و نتایج حاصله از تحقیق را گزارش نمود.

این تحقیق از نظر هدف کاربردی و از نظر روش شناسی پیمایشی از نوع توصیفی و همبستگی می‌باشد.

3-3- جامعه آماری

جامعه عبارت است از همه اعضای واقعی یا فرضی که علاقه مند هستیم یافته‌های پژوهش را به آنها تعمیم دهیم یا به عبارت دیگر جامعه عبارت است از گروهی از افراد، اشیاء یا حوادث که حداقل دارای یک صفت یا ویژگی مشترک هستند. جامعه آماری همان جامعه اصلی است که از آن نمونه یا نما یا معرف بدست می‌آید. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه جوانان و نوجوانان 15 تا 30 ساله شهر اردبیل می‌باشد که در دو گروه مطالعه شده‌اند. گروه اول جوانانی که به مسجد می‌روند و

گروه دوم جوانانی که به مسجد نمی روند. از آنجا که تعداد جوانانی که به مسجد می روند یا نمی روند مشخص نبود، از آنرو از بین جامعه آماری که برابر 191256 نفر می باشد (مرکز آمار ایران، 1394) نمونه گیری شده و به دو گروه تقسیم شدند.

3-4- حجم نمونه و روش نمونه گیری

نمونه گیری¹ یعنی انتخاب تعدادی از افراد، حوادث و اشیاء از یک جامعه تعریف شده به عنوان نماینده آن جامعه . به عبارت دیگر نمونه گیری عبارت از انتخاب درصدی از یک جامعه به عنوان نماینده آن جامعه است. نمونه گیری تصادفی عبارت است از انتخاب نمونه و جمع آوری داده ها به گونه ای که بتوان نتایج حاصل را با احتساب اندازه های خطا (که با استفاده از روشهای آماری تعیین می شوند) به یک جامعه بزرگ تعمیم داد . نمونه گیری تصادفی به این علت که اساس آن استفاده از روشهای آمار استنباطی است در سایر روشها ترجیح دارد. برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شده و تعداد نمونه آماری برابر 384 نفر بدست آمده است که با روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای انتخاب شدند. البته برای توزیع پرسشنامه ها دو محدودیت وجود داشت. محدودیت اول محدودیت سنی که از افراد پرسیده می شد که در چه سنی قرار دارند و اگر در سن 15 تا 30 سال قرار داشتند پرسشنامه دریافت می کردند و دوم اینکه از بین 384 نفر سعی بر آن شد تا تناسب در تعداد نفراتی که به مسجد می روند یا نمی روند رعایت شود.

نمونه آماری طبق فرمول کوکران به شرح زیر می باشد:

$$n = \frac{Nt^2 p(1-p)}{Nd^2 + t^2 p(1-p)}$$

$$= \frac{191256(1.96)^2 .5(.5)}{191256(.05)^2 + 1.96^2 .5(.5)} = 384$$

1- sampling

3-5- روش و ابزار گردآوری اطلاعات

ابزار گردآوری اطلاعات در بخش نظری، منابع مکتوب در این حوزه و در بخش تجربی، پرسشنامه محقق ساخته خواهد بود. اغلب سوال های پرسشنامه از نوع بسته است که به شیوه خود اجرا تکمیل خواهند شد. برای سنجش اعتبار ابزار اندازه گیری (سوالات پرسشنامه)، از اعتبار صوری (نظرخواهی از استاد راهنما، مشاور و متخصصین این حوزه) و سازه ای، و برای سنجش پایایی ابزار اندازه گیری نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده می شود.

در این پژوهش از دو روش اسنادی و پیمایشی برای جمع آوری اطلاعات استفاده می شود. روش مورد استفاده برای تحقیق روش مقایسه ای است. به این ترتیب که جامعه مورد مطالعه به دو گروه تقسیم می شود. گروه اول جوانان و نوجوانانی که از برنامه های پیشگیرانه نهادهای مذهبی و فرهنگی استفاده می کنند و گروه دوم افرادی هستند که از این برنامه ها استفاده نمی کنند. در نهایت نتایج پرسشنامه گرایش به اعتیاد در این دو گروه مقایسه می شود. بخش نظری، پس از مرور پژوهش های انجام شده قبلی این حوزه و نظریه های جامعه شناسی، روان شناسی اجتماعی و جامعه شناسی انحرافات، از آنها در تدوین چارچوب نظری پژوهش استفاده و در بخش تجربی با استفاده از روش پیمایشی، ارتباط بین متغیرها بررسی می شود.

3-6- روایی و پایایی پرسشنامه

جهت سنجش روایی پرسشنامه از اعتبار محتوایی استفاده شده است، به این نحو که پرسشنامه ها در اختیار اساتید قرار گرفته و نظرات آنها در مورد اینکه آیا پرسشنامه ها ابزار خوبی برای سنجش متغیرها هستند خواسته شد که مورد تایید ایشان بود. برای سنجش ضریب پایایی پرسشنامه ها نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. نتایج حاصل از ضریب آلفای کرونباخ به شرح زیر بدست آمده است:

جدول (3-1): جدول ضریب پایایی سوالات مربوط به هر متغیر

متغیر	ضریب آلفای کرونباخ
پیشگیری از گرایش به مواد مخدر	0/88
نهادهای دینی و فرهنگی	0/91

3-7- تعریف مفاهیم و متغیرهای تحقیق

متغیر مستقل: نهادهای دینی و فرهنگی (مقیاس اندازه گیری فاصله ای)

نهادهای دینی

تعریف مفهومی:

نهادهایی هستند که در ساختن هویت و سمت و سوی فکری جامعه، نقش مهمی ایفا می کنند. هر چه جامعه دینی تر باشد، تأثیرگذاری و نفوذ این نهادهای مدنی دینی بیشتر خواهد بود، در عین حال این نهادهای مدنی دینی هم، هر چه مستقل تر باشند، کارکرد متفاوت تر و مؤثرتری در ساختن یک جامعه خواهند داشت.

تعریف عملیاتی:

در این تحقیق منظور از نهادهای دینی مساجد و هیات های مذهبی هستند. به این صورت سنجیده شد که از پاسخگویان پرسیده شد که آیا برای ادای نماز یا شرکت در مراسم مذهبی به مسجد می روید؟

نهادهای فرهنگی

تعریف مفهومی:

نهادهایی هستند که مجموعه ای از الگوها و شیوه های رفتاری را از آداب و رسوم، ارزش ها، هنجارها و اعتقادات سازمان یافته تشکیل می دهند و در پی حفظ آنها هستند (ندیمی، 1394).

تعریف عملیاتی:

در این تحقیق منظور از نهادهای فرهنگی پایگاه های بسیج محلات و موسسه های فرهنگی هستند. به این صورت سنجیده شد که از پاسخگویان پرسیده شد که آیا برای شرکت در فعالیت های فرهنگی و هنری به پایگاه های مقاومت و مساجد می روید؟

متغیر وابسته: پیشگیری (مقیاس اندازه گیری فاصله ای)

پیشگیری از اعتیاد:

بکار بردن روشهای احتیاطی برای جلوگیری از اعتیاد افراد به مواد مخدر است و یا به عبارت دیگر انجام اقدامات احتیاطی برای جلوگیری از اتفاقات ناخواسته حاصل از اعتیاد می باشد در منابع فارسی پیشگیری به معنای رفع ، جلوگیری ، مانع شدن و از پیش مانع چیزی شدن تعریف شده است. تعریف عملیاتی:

در این تحقیق منظور از پیشگیری از اعتیاد، کاهش میزان گرایش به اعتیاد است که توسط پرسشنامه محقق ساخته اندازه گیری می شود.

3-8- روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار آماری **spss** استفاده شد و تحلیل اطلاعات با استفاده از روش های توصیفی شامل جداول فراوانی، نمودار، میانگین، میانه، انحراف معیار و برای تحلیل فرضیه های تحقیق از آزمون **t** با دو گروه مستقل استفاده شد.

فصل چهارم :

تجزیه و تحلیل یافته های تحقیق

مقدمه

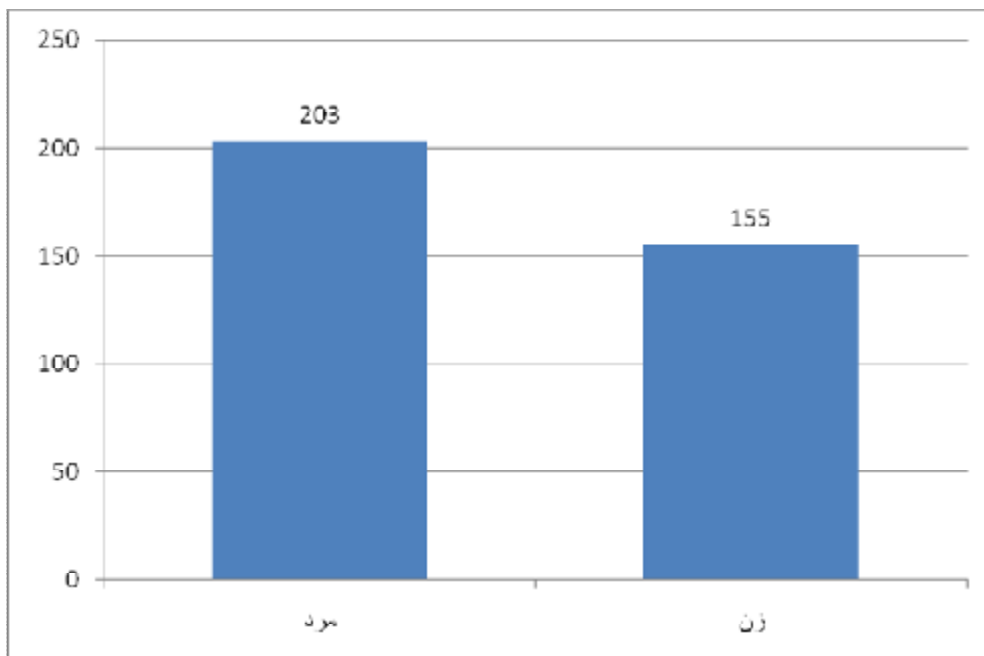
فصل چهارم شامل دو بخش اصلی است. در بخش اول یافته های توصیفی تحقیق ارائه شده است. به این شکل که فراوانی و درصد ویژگی های جمعیت شناختی و شاخص های مرکزی و پراکندگی متغیرهای مورد مطالعه به همراه نمودار متغیرها ارائه شده است. در بخش دوم با استفاده از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف توزیع نرمال هر یک از متغیرها مشخص شده است و سپس هر یک از فرضیات با استفاده از آزمون T با دو گروه تحلیل شده و نتایج آن ارائه شده است.

1-4- یافته های توصیفی

جدول 1-4- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب جنسیت

جنسیت	فراوانی	درصد
مرد	247	64/3
زن	137	35/7
جمع	384	100

طبق نتایج جدول (1-4) 64/3 درصد پاسخگویان مرد هستند و 35/7 درصد نیز زن هستند.

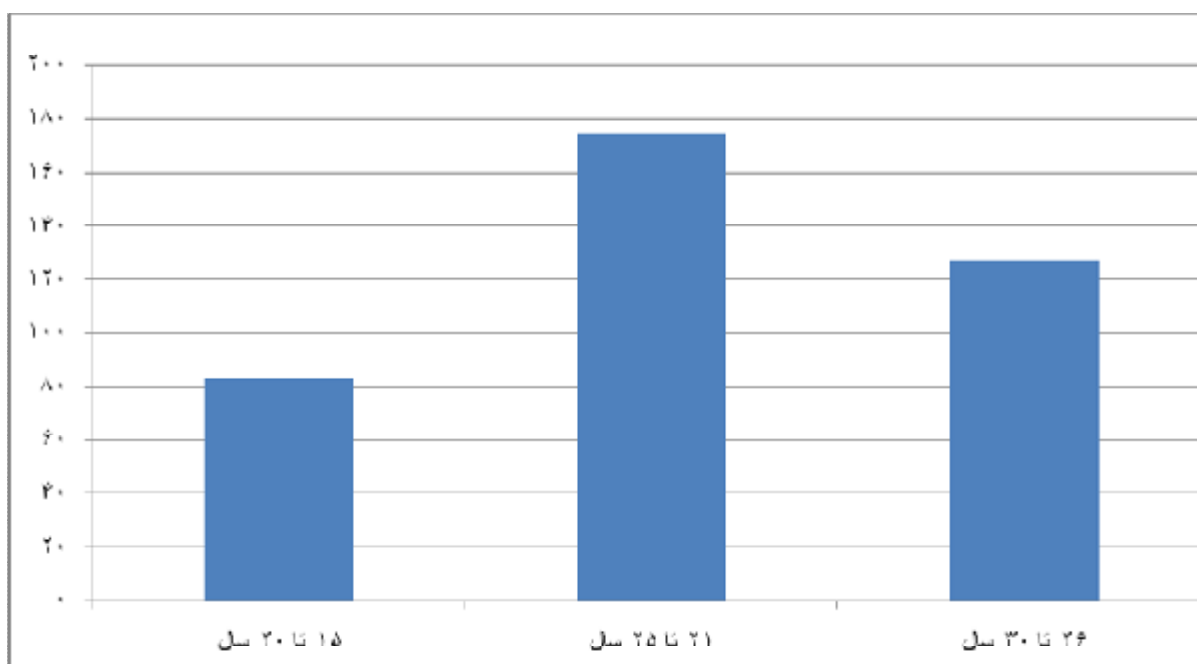


شکل 1-4- جنسیت پاسخگویان

جدول 4-2- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب سن

گروه سنی	فراوانی	درصد
15 تا 20 سال	83	21/6
21 تا 25 سال	174	45/3
26 تا 30 سال	127	33/1
جمع	384	100

طبق نتایج جدول (4-2) 21/6 درصد پاسخگویان 15 تا 20 سال سن دارند، 45/3 درصد 21 تا 25 سال و 33/1 درصد نیز 26 تا 30 سال سن دارند.

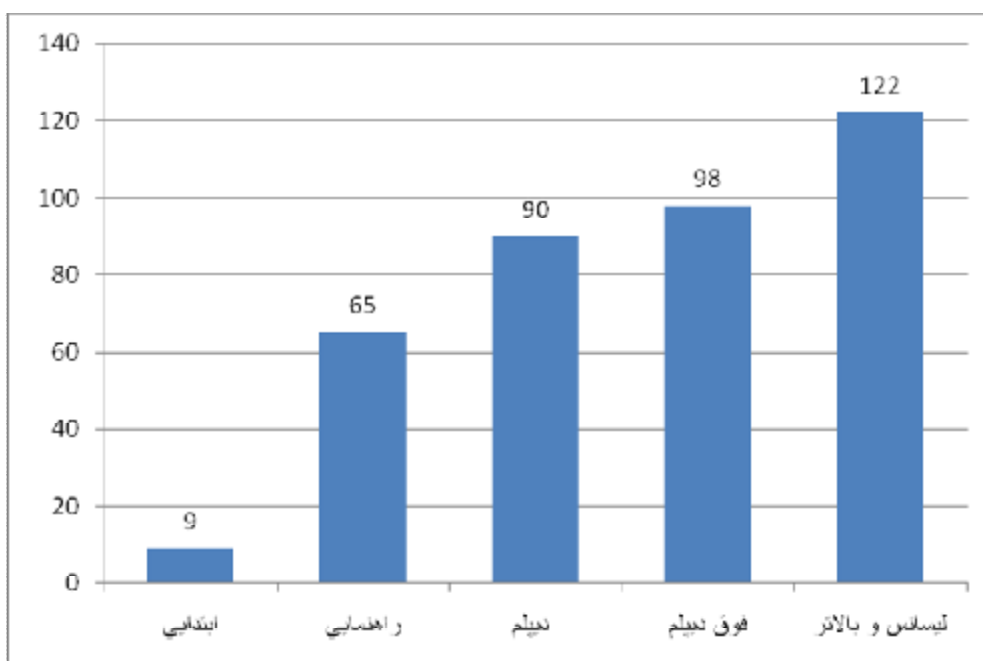


شکل 4-2- سن پاسخگویان

جدول 3-4- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب میزان تحصیلات

میزان تحصیلات	فراوانی	درصد
ابتدایی	9	2/3
راهنمایی	65	16/9
دیپلم	90	23/4
فوق دیپلم	98	25/5
لیسانس و بالاتر	122	31/8
جمع	384	100

طبق نتایج جدول (3-4) 2/3 درصد پاسخگویان با کمترین فراوانی تحصیلات ابتدایی دارند و 31/8 درصد با بیشترین فراوانی تحصیلات لیسانس و بالاتر دارند.

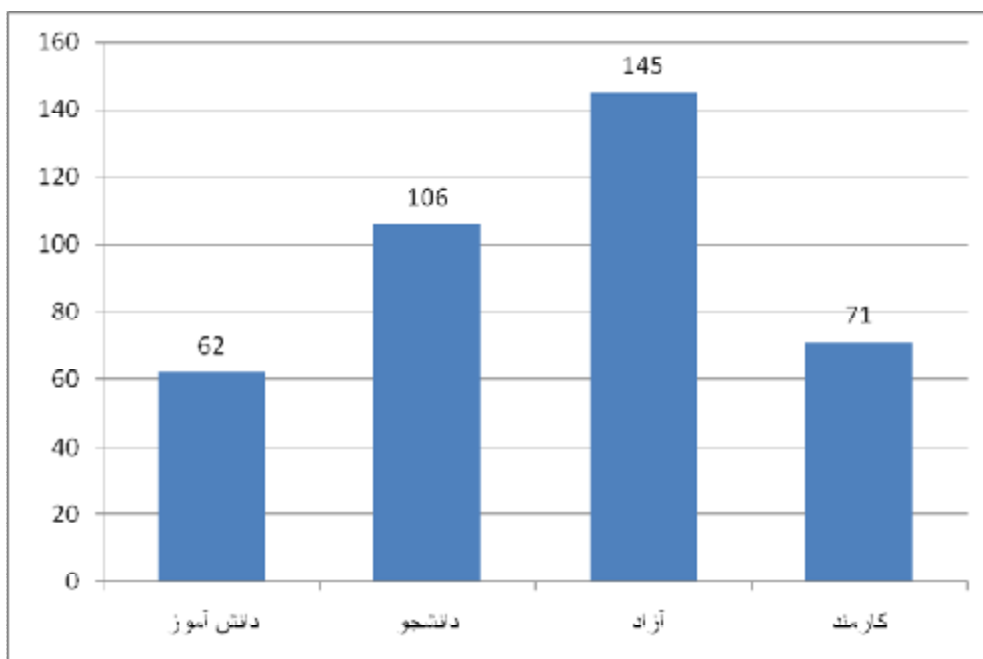


شکل 3-4- میزان تحصیلات پاسخگویان

جدول 4-4- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب وضعیت اشتغال

وضعیت اشتغال	فراوانی	درصد
دانش آموز	62	16/1
دانشجو	106	27/6
آزاد	145	37/8
کارمند	71	18/5
جمع	384	100

طبق نتایج جدول (4-4) 16/1 درصد پاسخگویان با کمترین فراوانی دانش آموز هستند و 37/8 درصد با بیشترین فراوانی شغل آزاد دارند.



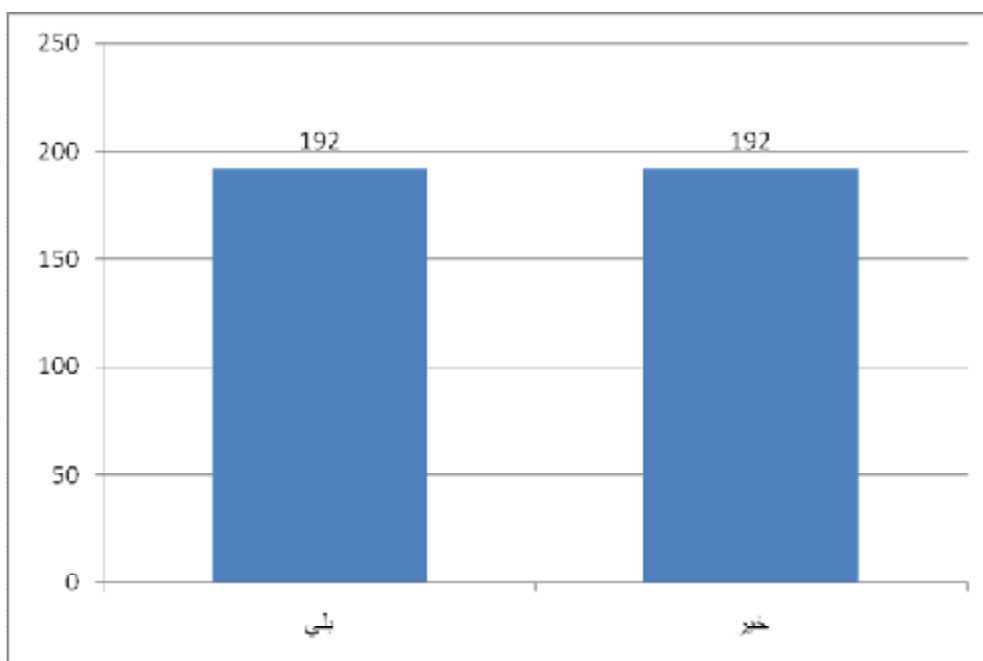
شکل 4-4- وضعیت اشتغال پاسخگویان

جدول 4-5- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب حضور در مسجد

حضور در مسجد	فراوانی	درصد
بلی	192	50
خیر	192	50
جمع	384	100

طبق نتایج جدول (4-5) 50 درصد پاسخگویان در مسجد حضور پیدا می کنند و 50 درصد در

مسجد حضور پیدا نمی کنند.

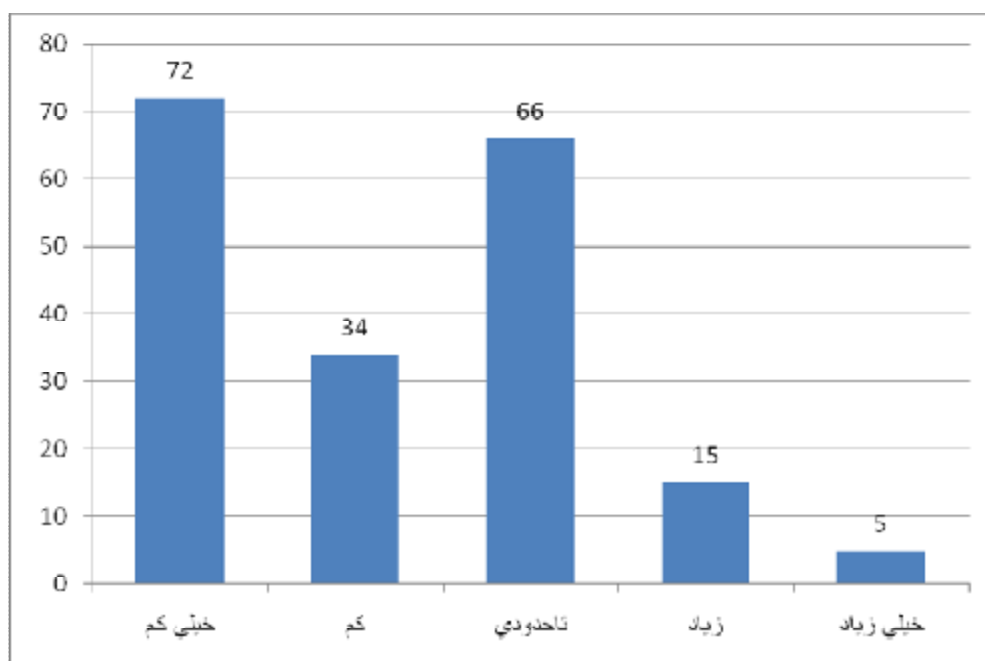


شکل 4-5- حضور پاسخگویان در مسجد

جدول 4-6- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب پاسخ به این سوال که اگر به مسجد می‌روید تا چه اندازه از اعتیاد صحبت می‌شود؟

گزینه‌ها	فراوانی	درصد
خیلی کم	72	37/5
کم	34	17/7
تاحدودی	66	34/4
زیاد	15	7/8
خیلی زیاد	5	2/6
جمع	192	100

طبق نتایج جدول (4-6) 2/6 درصد پاسخگوییانی که در مسجد حضور پیدا می‌کنند با کمترین فراوانی بیان کرده‌اند که به میزان خیلی زیاد از اعتیاد صحبت می‌شود و 37/5 درصد با بیشترین فراوانی بیان کرده‌اند که به میزان خیلی کم از اعتیاد صحبت می‌شود.

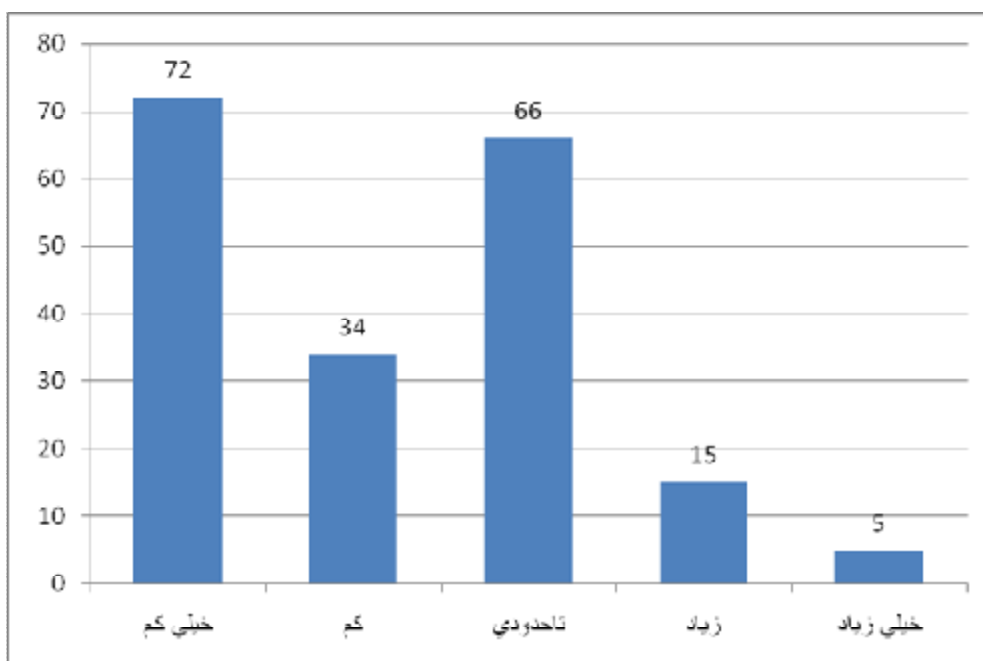


شکل 4-6- تا چه اندازه در مسجد از اعتیاد صحبت می‌شود؟

جدول 4-7- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب پاسخ به این سوال که اگر به مسجد می روید تا چه اندازه امام جماعت مسجد از اعتیاد صحبت می کند؟

گزینه ها	فراوانی	درصد
خیلی کم	57	29/7
کم	48	25
تاحدودی	79	39/6
زیاد	9	4/7
خیلی زیاد	2	1
جمع	192	100

طبق نتایج جدول (4-7) 1 درصد پاسخگویانی که در مسجد حضور پیدا می کنند با کمترین فراوانی بیان کرده اند که امام جماعت مسجد به میزان خیلی زیاد از اعتیاد صحبت می کند و 39/6 درصد با بیشترین فراوانی بیان کرده اند که امام جماعت مسجد تا حدودی از اعتیاد صحبت می کند.



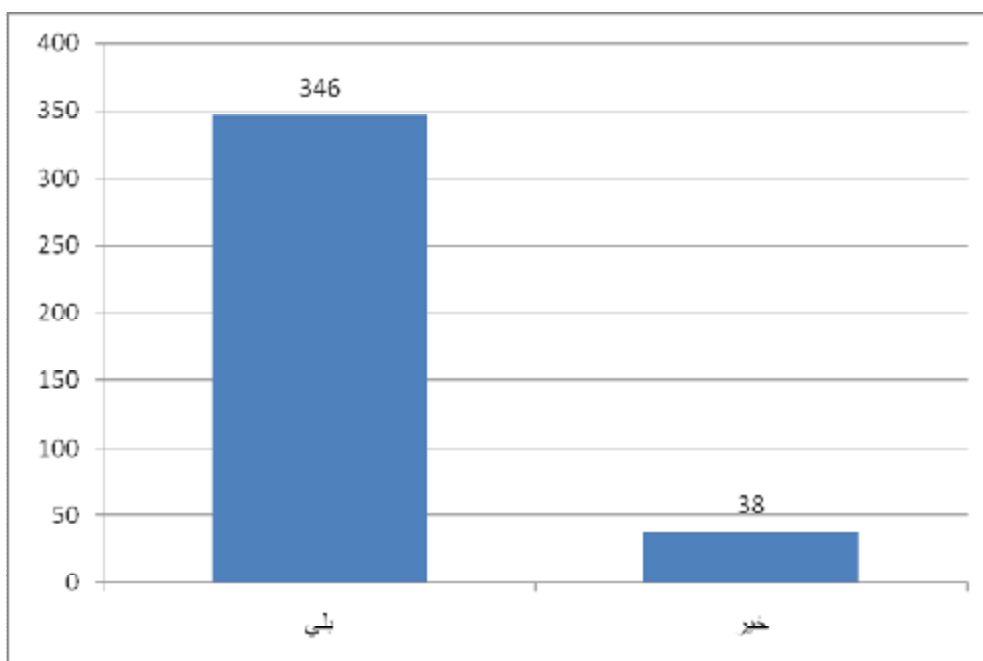
شکل 4-7- امام جماعت مسجد تا چه اندازه در مسجد از اعتیاد صحبت می کند؟

جدول 4-8- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب حضور در مراسم عزاداری

درصد	فراوانی	حضور در مراسم عزاداری
90/1	346	بلی
9/9	38	خیر
100	384	جمع

طبق نتایج جدول (4-8) 90/1 درصد پاسخگویان در مراسم عزاداری حضور پیدا می کنند و 9/9

درصد در مراسم عزاداری حضور پیدا نمی کنند.

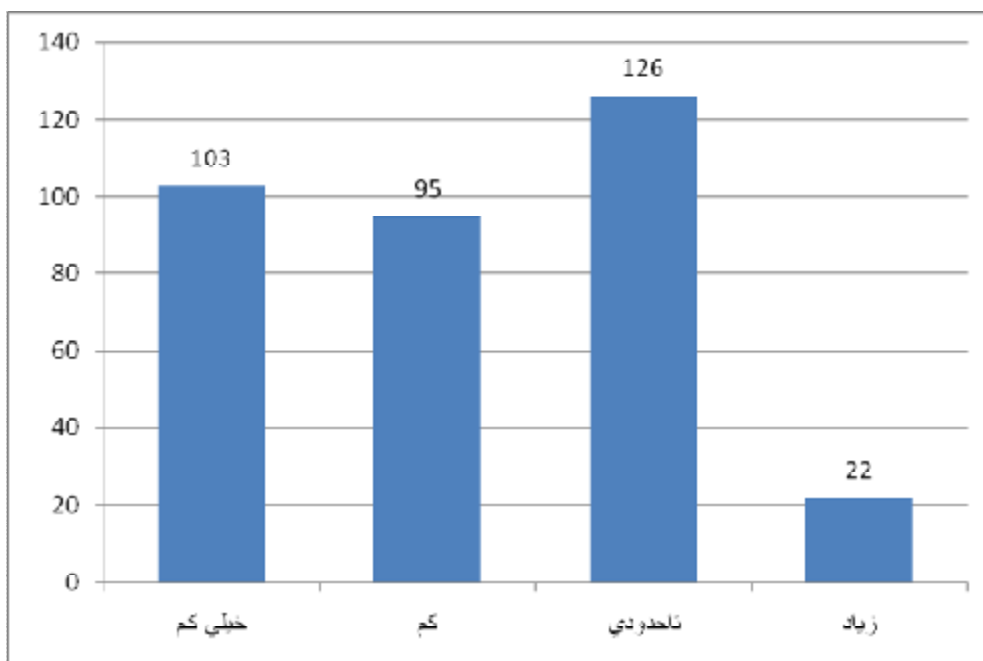


شکل 4-8- حضور پاسخگویان در مراسم عزاداری

جدول 4-9- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب پاسخ به این سوال که اگر به مراسم عزاداری می روید تا چه اندازه از اعتیاد صحبت می شود؟

گزینه ها	فراوانی	درصد
خیلی کم	103	29/8
کم	95	27/5
تاحدودی	126	36/4
زیاد	22	6/4
جمع	346	100

طبق نتایج جدول (4-9) 6/4 درصد پاسخگویانی که در مراسم عزاداری حضور پیدا می کنند با کمترین فراوانی بیان کرده اند که به میزان زیاد از اعتیاد صحبت می شود و 36/4 درصد با بیشترین فراوانی بیان کرده اند که تا حدودی از اعتیاد صحبت می شود.

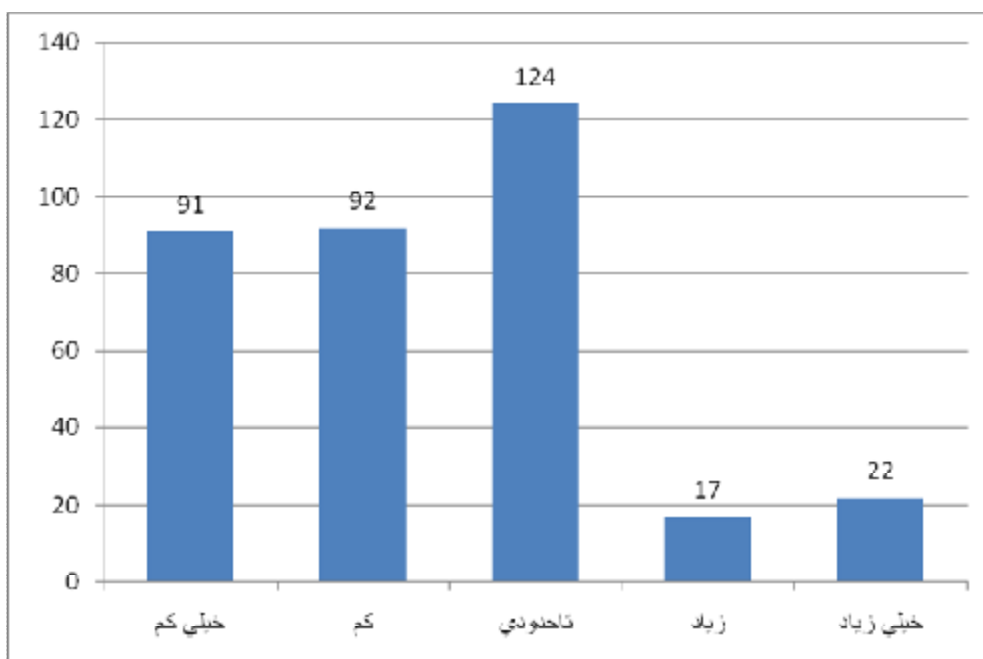


شکل 4-9- تا چه اندازه در مراسم عزاداری از اعتیاد صحبت می شود؟

جدول 4-10- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب پاسخ به این سوال که اگر به مراسم عزاداری می روید تا چه اندازه سخنرانان مراسم عزاداری از اعتیاد صحبت می کنند؟

گزینه ها	فراوانی	درصد
خیلی کم	91	26/3
کم	92	26/6
تاحدودی	124	35/8
زیاد	17	4/9
خیلی زیاد	22	6/4
جمع	346	100

طبق نتایج جدول (4-10) 4/9 درصد پاسخگویانی که در مراسم عزاداری حضور پیدا می کنند با کمترین فراوانی بیان کرده اند که سخنرانان مراسم عزاداری به میزان زیاد از اعتیاد صحبت می کنند و 35/8 درصد با بیشترین فراوانی بیان کرده اند که سخنرانان مراسم عزاداری تا حدودی از اعتیاد صحبت می کنند.

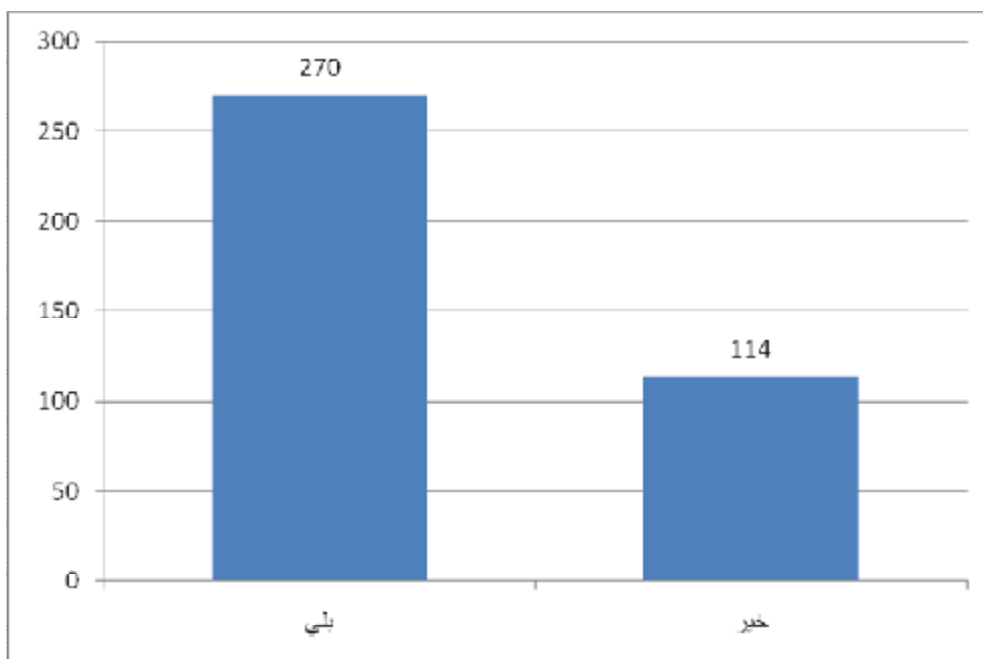


شکل 4-10- سخنرانان مراسم عزاداری تا چه اندازه در مراسم عزاداری از اعتیاد صحبت می کنند؟

جدول 4-11- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب حضور در مراسم و جشن های مذهبی

درصد	فراوانی	حضور در مراسم و جشن های مذهبی
70/3	270	بلی
29/7	114	خیر
100	384	جمع

طبق نتایج جدول (4-11) 70/3 درصد پاسخگویان در مراسم و جشن های مذهبی حضور پیدا می کنند و 29/7 درصد در مراسم و جشن های مذهبی حضور پیدا نمی کنند.

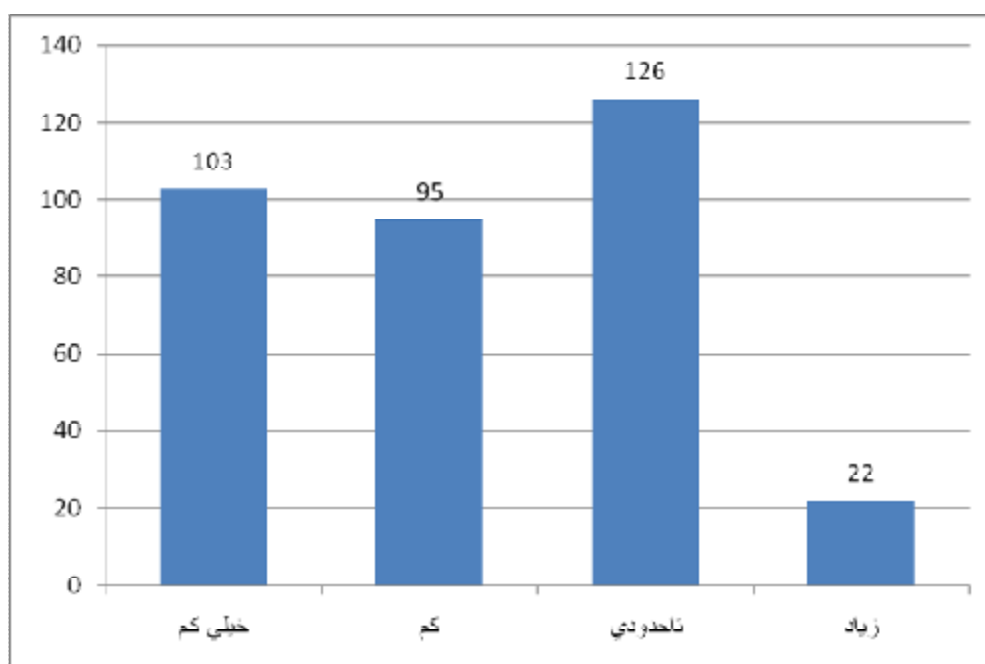


شکل 4-11- حضور پاسخگویان در مراسم و جشن های مذهبی

جدول 4-12- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب پاسخ به این سوال که اگر به مراسم و جشن های مذهبی می روید تا چه اندازه از اعتیاد صحبت می شود؟

گزینه ها	فراوانی	درصد
خیلی کم	107	39/2
کم	61	22/3
تاحدودی	92	33/7
زیاد	13	4/8
جمع	273	100

طبق نتایج جدول (4-12) 4/8 درصد پاسخگویانی که در مراسم و جشن های مذهبی حضور پیدا می کنند با کمترین فراوانی بیان کرده اند که به میزان زیاد از اعتیاد صحبت می شود و 39/2 درصد با بیشترین فراوانی بیان کرده اند که خیلی کم از اعتیاد صحبت می شود.



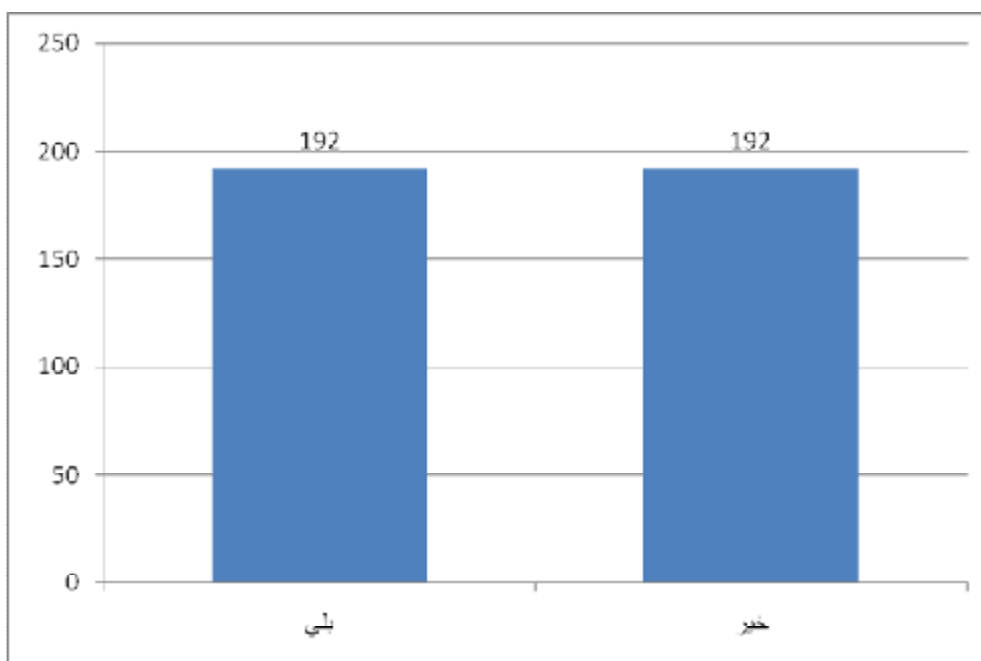
شکل 4-12- تا چه اندازه در مراسم و جشن های مذهبی از اعتیاد صحبت می شود؟

جدول 4-13- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب حضور در پایگاه های مقاومت

حضور در پایگاه های مقاومت	فراوانی	درصد
بلی	228	59/4
خیر	156	40/6
جمع	384	100

طبق نتایج جدول (4-13) 59/4 درصد پاسخگویان در پایگاه های مقاومت حضور پیدا می کنند

و 40/6 درصد در پایگاه های مقاومت حضور پیدا نمی کنند.

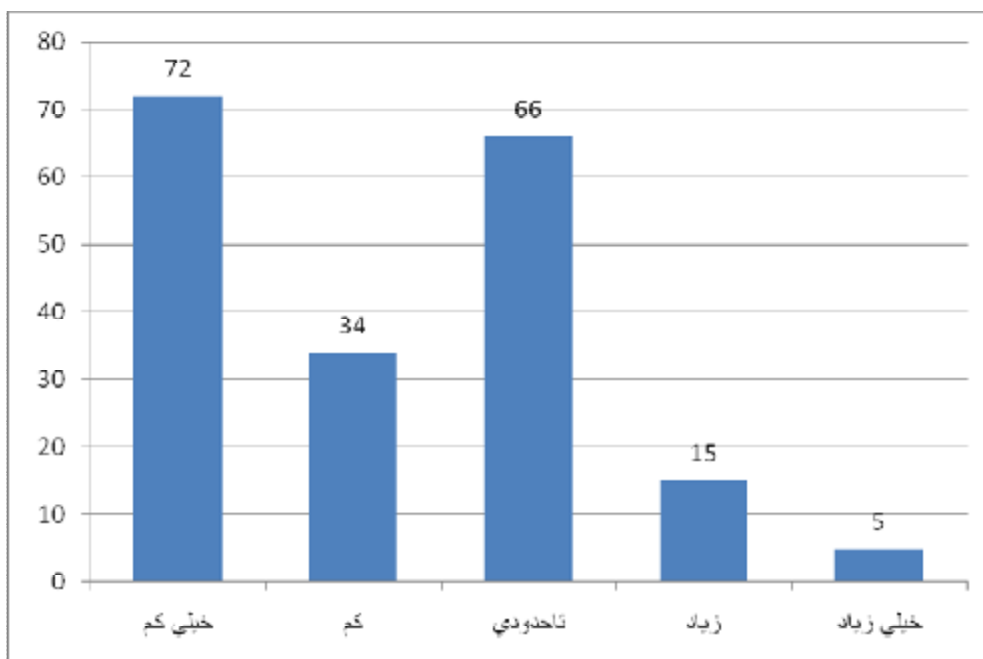


شکل 4-13- حضور پاسخگویان در پایگاه های مقاومت

جدول 4-14- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب پاسخ به این سوال که اگر به پایگاه های مقاومت می روید تا چه اندازه از اعتیاد صحبت می شود؟

گزینه ها	فراوانی	درصد
خیلی کم	46	20/2
کم	56	24/6
تاحدودی	102	44/7
زیاد	19	8/3
خیلی زیاد	5	2/2
جمع	228	100

طبق نتایج جدول (4-14) 2/2 درصد پاسخگویانی که در پایگاه های مقاومت حضور پیدا می کنند با کمترین فراوانی بیان کرده اند که به میزان خیلی زیاد از اعتیاد صحبت می شود و 44/7 درصد با بیشترین فراوانی بیان کرده اند که تا حدودی از اعتیاد صحبت می شود.

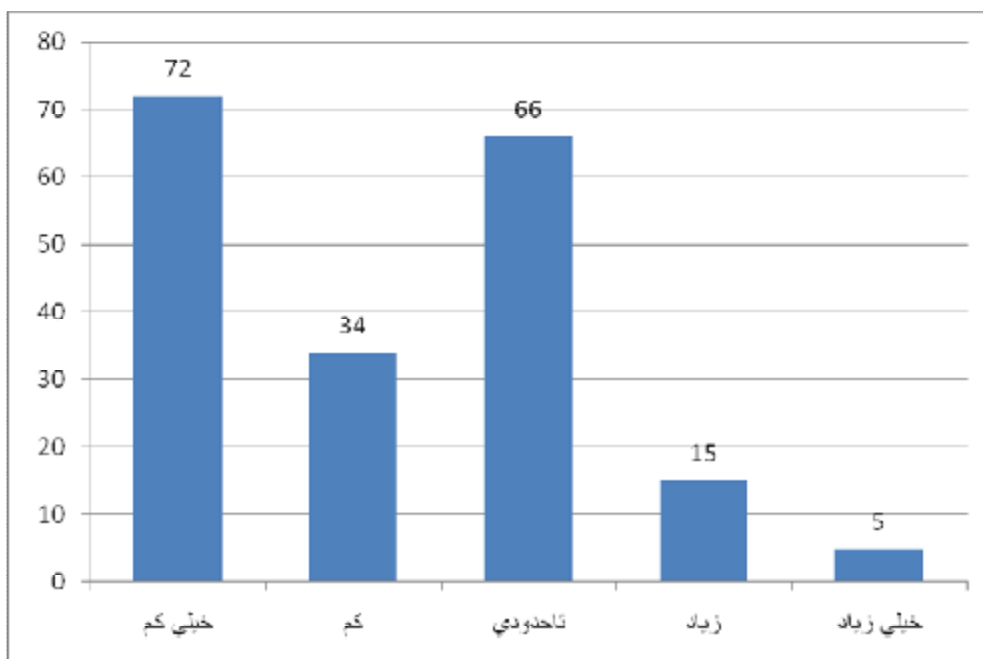


شکل 4-14- تا چه اندازه در پایگاه های مقاومت از اعتیاد صحبت می شود؟

جدول 4-15- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب پاسخ به این سوال که اگر به پایگاه های مقاومت می روید تا چه اندازه فرماندهان پایگاه های مقاومت از اعتیاد صحبت می کنند؟

گزینه ها	فراوانی	درصد
خیلی کم	42	18/4
کم	49	21/5
تاحدودی	85	37/3
زیاد	21	9/2
خیلی زیاد	31	13/6
جمع	228	100

طبق نتایج جدول (4-15) 9/2 درصد پاسخگویانی که در پایگاه های مقاومت حضور پیدا می کنند با کمترین فراوانی بیان کرده اند که فرماندهان پایگاه های مقاومت به میزان خیلی زیاد از اعتیاد صحبت می کند و 37/3 درصد با بیشترین فراوانی بیان کرده اند که فرماندهان پایگاه های مقاومت تا حدودی از اعتیاد صحبت می کنند.



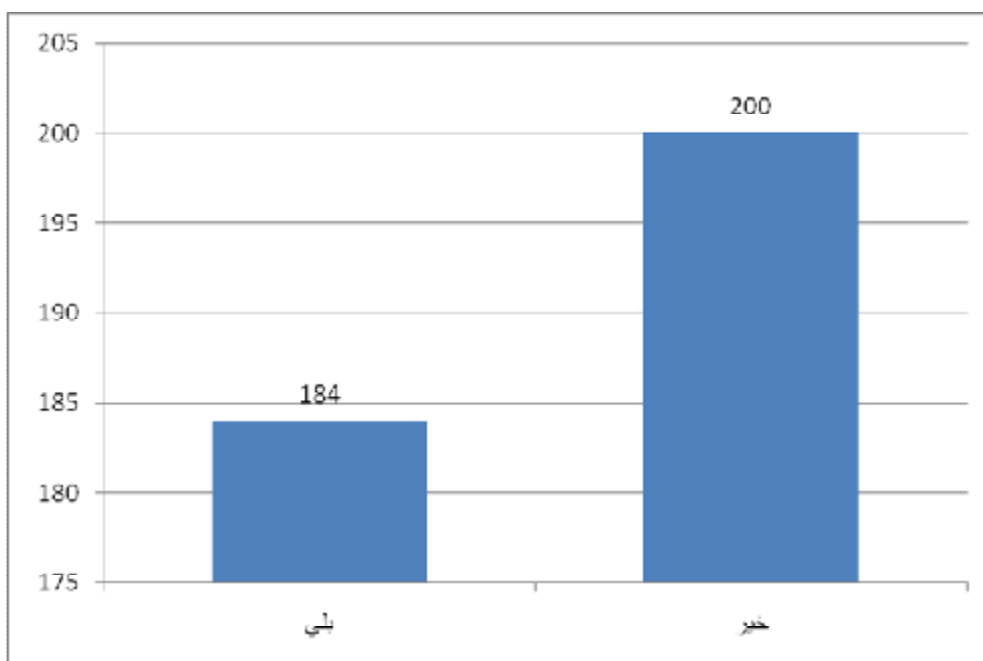
شکل 4-15- فرماندهان پایگاه های مقاومت تا چه اندازه در پایگاه های مقاومت از اعتیاد صحبت می کنند؟

جدول 4-16- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب حضور در کانون های فرهنگی و هنری

درصد	فراوانی	حضور در کانون های فرهنگی و هنری
47/9	184	بلی
52/1	200	خیر
100	384	جمع

طبق نتایج جدول (4-16) 47/9 درصد پاسخگویان در کانون های فرهنگی و هنری حضور پیدا

می کنند و 52/1 درصد در کانون های فرهنگی و هنری حضور پیدا نمی کنند.

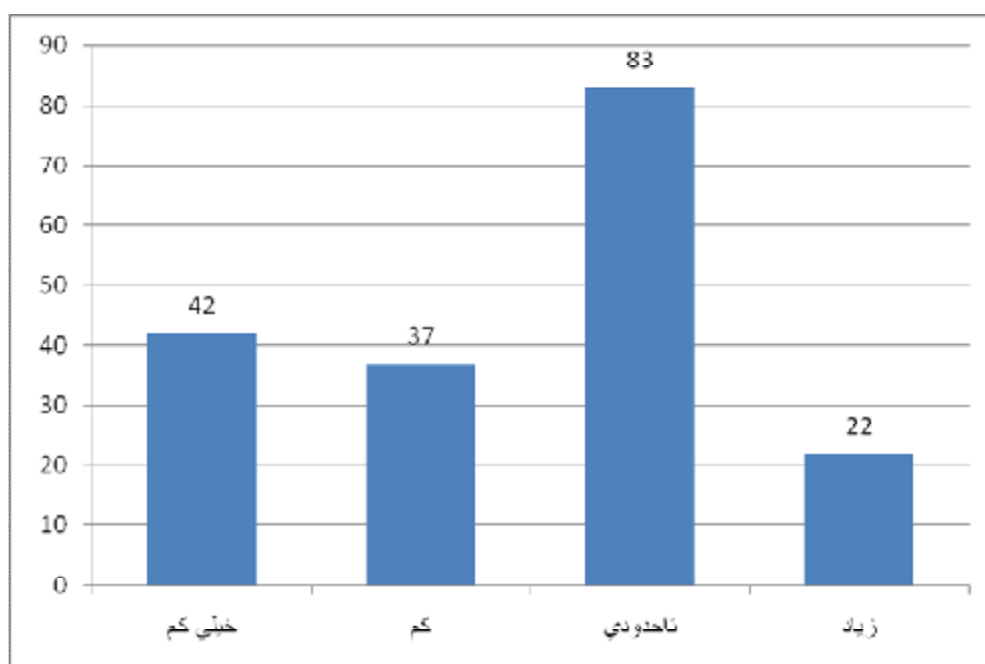


شکل 4-16- حضور پاسخگویان در کانون های فرهنگی و هنری

جدول 4-17 - توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب پاسخ به این سوال که اگر به کانون های فرهنگی و هنری می روید تا چه اندازه از اعتیاد صحبت می شود؟

گزینه ها	فراوانی	درصد
خیلی کم	42	22/8
کم	37	20/1
تاحدودی	83	45/1
زیاد	22	12/0
جمع	184	100

طبق نتایج جدول (4-17) 12 درصد پاسخگویانی که در کانون های فرهنگی و هنری حضور پیدا می کنند با کمترین فراوانی بیان کرده اند که به میزان زیاد از اعتیاد صحبت می شود و 45/1 درصد با بیشترین فراوانی بیان کرده اند که تا حدودی از اعتیاد صحبت می شود.

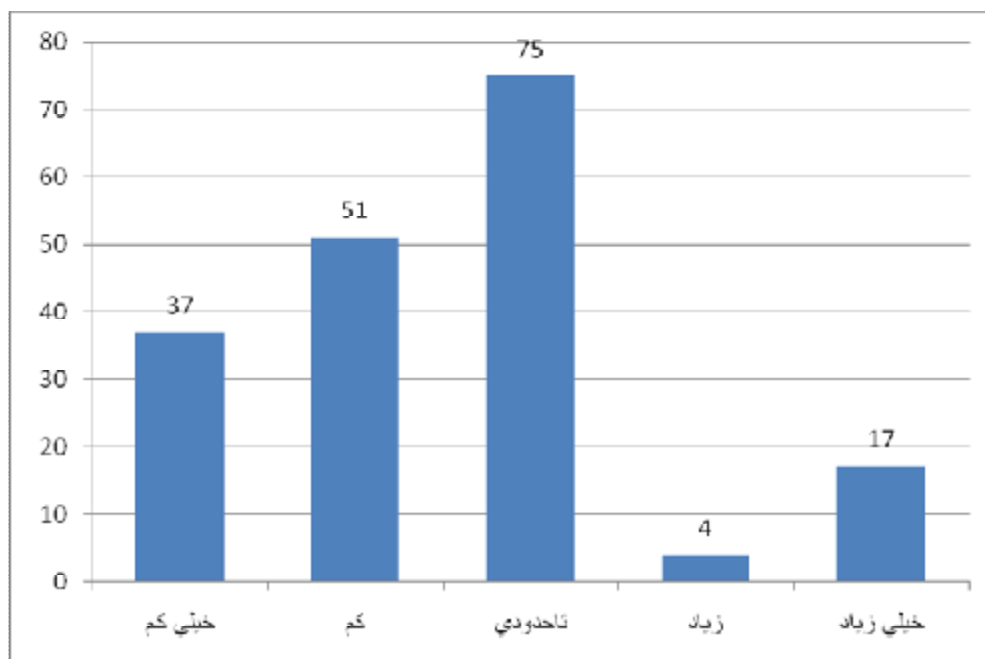


شکل 4-17 - تا چه اندازه در کانون های فرهنگی و هنری از اعتیاد صحبت می شود؟

جدول 4-18 - توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب پاسخ به این سوال که اگر به کانون های فرهنگی و هنری می روید تا چه اندازه مریبان کانون های فرهنگی و هنری از اعتیاد صحبت می کنند؟

گزینه ها	فراوانی	درصد
خیلی کم	37	20/1
کم	51	27/7
تاحدودی	75	40/8
زیاد	4	2/2
خیلی زیاد	17	9/2
جمع	184	100

طبق نتایج جدول (4-18) 2/2 درصد پاسخگویانی که در کانون های فرهنگی و هنری حضور پیدا می کنند با کمترین فراوانی بیان کرده اند که مریبان کانون های فرهنگی و هنری به میزان زیاد از اعتیاد صحبت می کند و 40/8 درصد با بیشترین فراوانی بیان کرده اند که مریبان کانون های فرهنگی و هنری تا حدودی از اعتیاد صحبت می کنند.



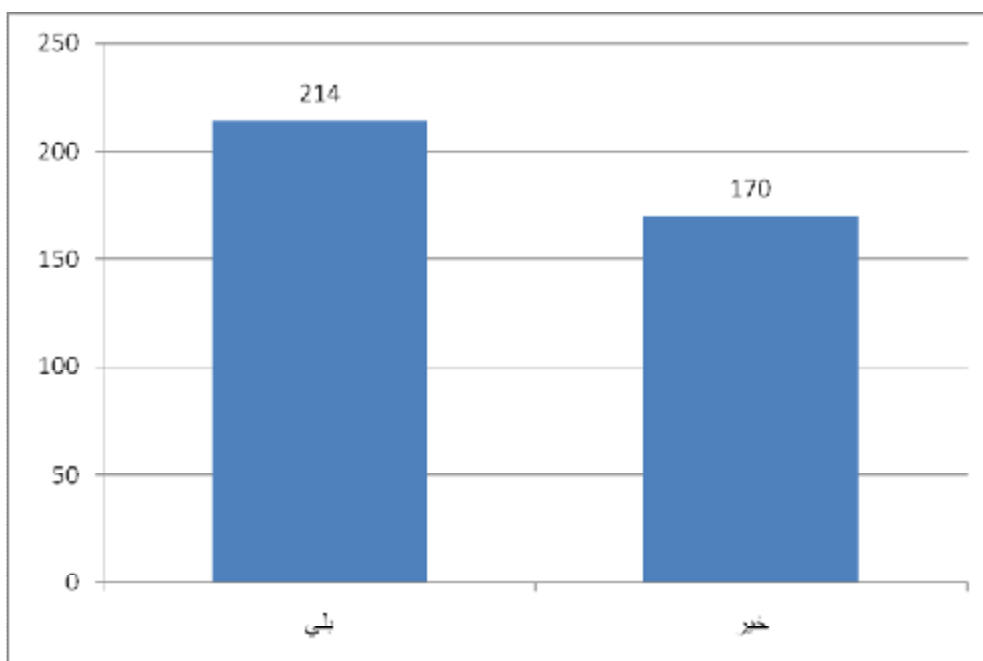
شکل 4-18 - مریبان کانون های فرهنگی و هنری تا چه اندازه در کانون های فرهنگی و هنری از اعتیاد صحبت می کنند؟

جدول 4-19- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب حضور در سالن های ورزشی

درصد	فراوانی	حضور در سالن های ورزشی
55/7	214	بلی
44/3	170	خیر
100	384	جمع

طبق نتایج جدول (4-19) 55/7 درصد پاسخگویان در سالن های ورزشی حضور پیدا می کنند و

44/3 درصد در سالن های ورزشی حضور پیدا نمی کنند.

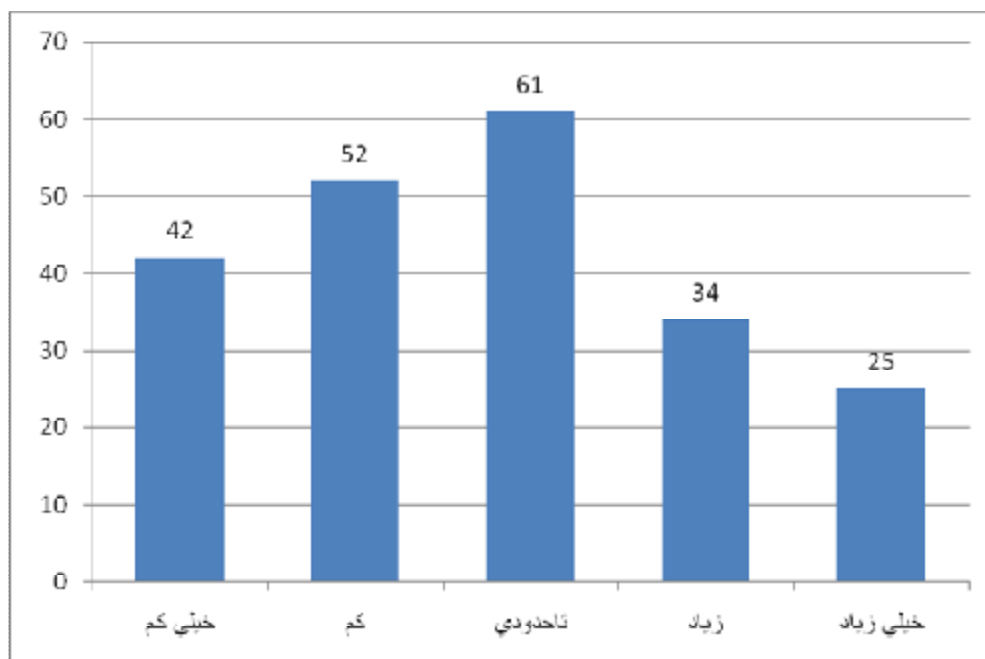


شکل 4-19- حضور پاسخگویان در سالن های ورزشی

جدول 4-20- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب پاسخ به این سوال که اگر به سالن های ورزشی می روید تا چه اندازه از اعتیاد صحبت می شود؟

گزینه ها	فراوانی	درصد
خیلی کم	42	19/6
کم	52	24/3
تاحدودی	61	28/5
زیاد	34	15/9
خیلی زیاد	25	11/7
جمع	214	100

طبق نتایج جدول (4-20) 11/7 درصد پاسخگویانی که در سالن های ورزشی حضور پیدا می کنند با کمترین فراوانی بیان کرده اند که به میزان خیلی زیاد از اعتیاد صحبت می شود و 28/5 درصد با بیشترین فراوانی بیان کرده اند که تا حدودی از اعتیاد صحبت می شود.

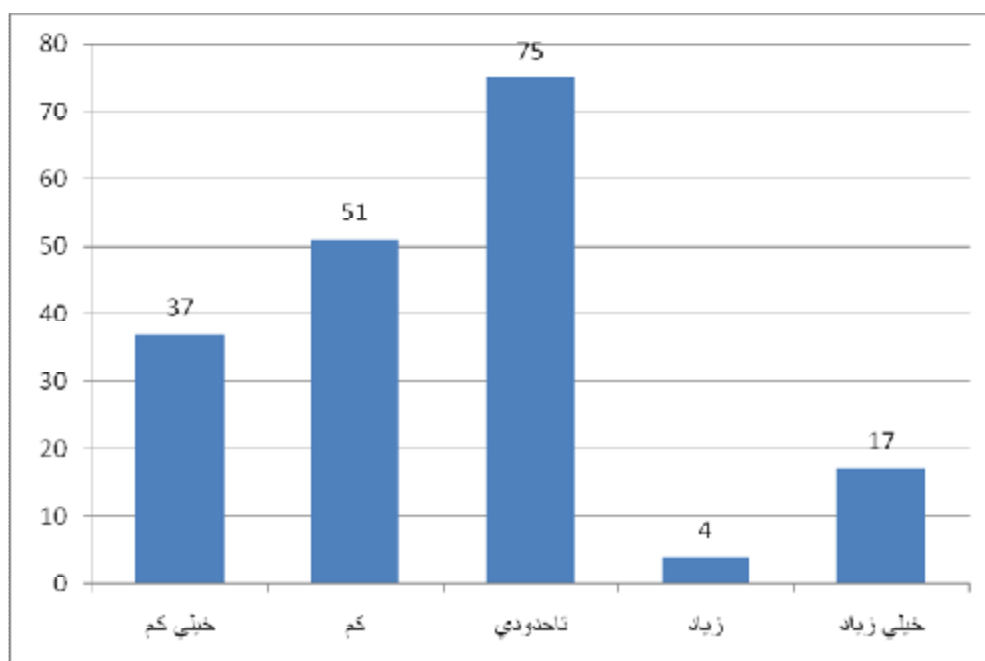


شکل 4-20- تا چه اندازه در سالن های ورزشی از اعتیاد صحبت می شود؟

جدول 4-21- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب پاسخ به این سوال که اگر به سالن های ورزشی می روید تا چه اندازه مربیان و مسئولین سالن های ورزشی از اعتیاد صحبت می کنند؟

گزینه ها	فراوانی	درصد
خیلی کم	27	12/6
کم	28	13/1
تاحدودی	76	35/5
زیاد	12	5/6
خیلی زیاد	71	33/2
جمع	214	100

طبق نتایج جدول (4-1) 5/6 درصد پاسخگویانی که در سالن های ورزشی حضور پیدا می کنند با کمترین فراوانی بیان کرده اند که مربیان و مسئولین سالن های ورزشی به میزان زیاد از اعتیاد صحبت می کند و 35/5 درصد با بیشترین فراوانی بیان کرده اند که مربیان و مسئولین سالن های ورزشی تا حدودی از اعتیاد صحبت می کنند.



شکل 4-21- مربیان و مسئولین سالن های ورزشی تا چه اندازه در سالن های ورزشی از اعتیاد صحبت می کنند؟

جدول 4-22- نتایج آزمون کولمگروف - اسمیرنوف جهت تعیین نرمال بودن توزیع متغیر وابسته

آماره	گرایش به مواد مخدر
مقدار Z کولموگروف - اسمیرنوف	0/986
سطح معنی داری	0/74

طبق نتایج جدول (4-5) و با توجه به اینکه سطح معنی داری خطای آزمون برای سطح اطمینان 0/95 بیش از 0/05 است، بنابراین می توان گفت که توزیع متغیر وابسته تحقیق نرمال است و جهت تحلیل فرضیات باید از آزمون پارامتریک (آزمون t مستقل) استفاده کرد.

جدول 4-23- شاخص های مرکزی و پراکندگی متغیرهای مورد مطالعه

عملکرد نهادهای فرهنگی	عملکرد نهادهای دینی	گرایش به مواد مخدر	
3/0990	3/5000	1/7959	میانگین
0/47900	0/50065	0/51876	انحراف معیار
0/229	0/251	0/269	واریانس
1/00	1/00	1/00	حداقل
4/00	5/00	3/38	حداکثر

طبق نتایج جدول (4-6) میانگین گرایش به مواد مخدر 1/79، عملکرد نهادهای دینی 3/50 و عملکرد نهادهای فرهنگی 3/09 است.

2-4- یافته های استنباطی (تحلیل فرضیات)

فرضیه اصلی: عملکرد نهادهای دینی و فرهنگی در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر در بین افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده متفاوت است.

جدول 4-24- نتایج آزمون t مستقل جهت تعیین اختلاف میانگین

گروه	میانگین گرایش به مواد مخدر	انحراف معیار	t	درجه آزادی	سطح معنی داری
شرکت کننده	2/01	0/97	5/12	382	0/000
غیر شرکت کننده	2/57	1/17			

طبق نتایج جدول 4-6 و با توجه به اینکه سطح معنی داری خطای آزمون برای سطح اطمینان 0/95 کمتر از 0/05 است بنابراین می توان گفت که بین میانگین گرایش به مواد مخدر در بین افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده در نهادهای دینی و فرهنگی تفاوت معنی داری وجود دارد و گرایش به مواد مخدر در بین افرادی که در نهادهای دینی و فرهنگی حضور پیدا می کنند کمتر از افرادی است که در نهادهای دینی و فرهنگی حضور پیدا نمی کنند. بنابراین فرضیه اصلی تایید می شود و عملکرد نهادهای دینی و فرهنگی در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر در بین افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده متفاوت است.

فرضیه اول: عملکرد مساجد در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر در بین افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده متفاوت است.

جدول 4-25- نتایج آزمون t مستقل جهت تعیین اختلاف میانگین

گروه	میانگین گرایش به مواد مخدر	انحراف معیار	t	درجه آزادی	سطح معنی داری
شرکت کننده	1/7404	0/50060	-2/105	382	0/036
غیر شرکت کننده	1/8514	0/53184			

طبق نتایج جدول 4-7 و با توجه به اینکه سطح معنی داری خطای آزمون برای سطح اطمینان 0/95 کمتر از 0/05 است بنابراین می توان گفت که بین میانگین گرایش به مواد مخدر در بین افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده در مساجد تفاوت معنی داری وجود دارد و گرایش به مواد مخدر در بین افرادی که در مساجد حضور پیدا می کنند کمتر از افرادی است که در مساجد حضور پیدا نمی کنند. بنابراین فرضیه اول تایید می شود و عملکرد مساجد در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر در بین افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده متفاوت است.

فرضیه دوم: عملکرد هیات های مذهبی در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر در بین افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده متفاوت است.

جدول 4-26- نتایج آزمون t مستقل جهت تعیین اختلاف میانگین

گروه	میانگین گرایش به مواد مخدر	انحراف معیار	t	درجه آزادی	سطح معنی داری
شرکت کننده	1/7819	0/50616	-2/596	382	0/011
غیر شرکت کننده	1/9231	0/51512			

طبق نتایج جدول 4-8 و با توجه به اینکه سطح معنی داری خطای آزمون برای سطح اطمینان 0/95 کمتر از 0/05 است بنابراین می توان گفت که بین میانگین گرایش به مواد مخدر در بین افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده در هیات های مذهبی تفاوت معنی داری وجود دارد و گرایش به مواد مخدر در بین افرادی که در هیات های مذهبی حضور پیدا می کنند کمتر از افرادی است که در هیات های مذهبی حضور پیدا نمی کنند. بنابراین فرضیه دوم تایید می شود و عملکرد هیات های مذهبی در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر در بین افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده متفاوت است.

فرضیه سوم: عملکرد پایگاه های بسیج محلات در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر در بین افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده متفاوت است.

جدول 4-27- نتایج آزمون t مستقل جهت تعیین اختلاف میانگین

گروه	میانگین گرایش به مواد مخدر	انحراف معیار	t	درجه آزادی	سطح معنی داری
شرکت کننده	1/7648	0/50746	-1/419	382	0/157
غیر شرکت کننده	1/8412	0/53698			

طبق نتایج جدول 4-9 و با توجه به اینکه سطح معنی داری خطای آزمون برای سطح اطمینان 0/95 بیشتر از 0/05 است بنابراین می توان گفت که بین میانگین گرایش به مواد مخدر در بین افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده در پایگاه های بسیج محلات تفاوت معنی داری وجود ندارد. بنابراین فرضیه سوم تایید نمی شود و عملکرد پایگاه های بسیج محلات در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر در بین افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده متفاوت است.

فرضیه چهارم: عملکرد موسسه های فرهنگی در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر در بین افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده متفاوت است.

جدول 4-28- نتایج آزمون t مستقل جهت تعیین اختلاف میانگین

گروه	میانگین گرایش به مواد مخدر	انحراف معیار	t	درجه آزادی	سطح معنی داری
شرکت کننده	1/7793	0/56173	-2/470	382	0/035
غیر شرکت کننده	1/9017	0/45980			

طبق نتایج جدول 4-10 و با توجه به اینکه سطح معنی داری خطای آزمون برای سطح اطمینان 0/95 کمتر از 0/05 است بنابراین می توان گفت که بین میانگین گرایش به مواد مخدر در بین افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده در موسسه های فرهنگی تفاوت معنی داری وجود دارد و گرایش به مواد مخدر در بین افرادی که در موسسه های فرهنگی حضور پیدا می کنند کمتر از افرادی است که در موسسه های فرهنگی حضور پیدا نمی کنند. بنابراین فرضیه چهارم تایید می شود و عملکرد موسسه های فرهنگی در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر در بین افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده متفاوت است.

فصل پنجم

نتیجه گیری و پیشنهادها

هدف از تحقیق حاضر بررسی بررسی نقش عملکرد نهادهای دینی و فرهنگی در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر می باشد. در فصل حاضر، پس از ارائه خلاصه ای یافته های توصیفی، نتایج تحلیل فرضیات بیان شده و یافته های تحقیق با نتایج تحقیقات قبلی مقایسه شده است. در ادامه پیشنهادات کاربردی و پژوهشی ارائه شده و در نهایت محدودیت های موجود در تحقیق آورده شده است.

5-1- نتیجه گیری

بخش نتیجه گیری شامل دو بخش می باشد. در بخش اول نتایج حاصل از یافته های توصیفی به صورت خلاصه آورده شده است و در بخش دوم نیز نتایج فرضیات ارائه شده و در نهایت تبیین شده است.

5-1-1- نتایج حاصل از یافته های توصیفی

طبق نتایج بدست آمده از تحقیق 64/3 درصد پاسخگویان مرد هستند و 35/7 درصد نیز زن هستند. همچنین 21/6 درصد پاسخگویان 15 تا 20 سال سن دارند، 45/3 درصد 21 تا 25 سال و 33/1 درصد نیز 26 تا 30 سال سن دارند.

در مورد میزان تحصیلات نتایج نشان می دهد که 2/3 درصد پاسخگویان با کمترین فراوانی تحصیلات ابتدایی دارند و 31/8 درصد با بیشترین فراوانی تحصیلات لیسانس و بالاتر دارند. همچنین 16/1 درصد پاسخگویان با کمترین فراوانی دانش آموز هستند و 37/8 درصد با بیشترین فراوانی شغل آزاد دارند.

طبق نتایج تحقیق 50 درصد پاسخگویان در مسجد حضور پیدا می کنند و 50 درصد در مسجد حضور پیدا نمی کنند. همچنین 90/1 درصد پاسخگویان در مراسم عزاداری حضور پیدا می کنند و 9/9 درصد در مراسم عزاداری حضور پیدا نمی کنند.

نتایج نشان می دهد که 70/3 درصد پاسخگویان در مراسم و جشن های مذهبی حضور پیدا می کنند و 29/7 درصد در مراسم و جشن های مذهبی حضور پیدا نمی کنند. همچنین 59/04 درصد

پاسخگویان در پایگاه های مقاومت حضور پیدا می کنند و 40/6 درصد در پایگاه های مقاومت حضور پیدا نمی کنند.

نتایج تحقیق نشان می دهد که 47/9 درصد پاسخگویان در کانون های فرهنگی و هنری حضور پیدا می کنند و 52/1 درصد در کانون های فرهنگی و هنری حضور پیدا نمی کنند. در نهایت 55/7 درصد پاسخگویان در سالن های ورزشی حضور پیدا می کنند و 44/63 درصد در سالن های ورزشی حضور پیدا نمی کنند.

5-1-2- بحث و نتیجه گیری

فرضیه اصلی: عملکرد نهادهای دینی و فرهنگی در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر در بین افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده متفاوت است. طبق نتایج تحقیق، فرضیه اصلی تایید می شود و عملکرد نهادهای دینی و فرهنگی در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر در بین افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده متفاوت است.

در تبیین فرضیه اصلی تحقیق می توان گفت که حضور نوجوانان و جوانان در مساجد، هیات های مذهبی، موسسه های فرهنگی و باشگاه های ورزشی نوعی عامل پیشگیرانه از اعتیاد و گرایش آنها به مواد مخدر است.

فرضیه اول: عملکرد مساجد در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر در بین افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده متفاوت است.

طبق نتایج تحقیق، فرضیه اول تایید می شود و عملکرد مساجد در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر در بین افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده متفاوت است. مساجد جزئی از نهادهای دینی هستند که علاوه بر برگزاری مراسم دینی، وظایف دینی دیگری نیز به عهده دارند. نهادهای دینی در ساختن هویت و سمت و سوی فکری جامعه، نقش مهمی ایفا می کنند. هر چه جامعه دینی تر باشد، تأثیرگذاری و نفوذ این نهادهای مدنی دینی بیشتر خواهد بود، در عین حال این نهادهای مدنی دینی هم، هر چه مستقل تر باشند، کارکرد متفاوت تر و مؤثرتری در ساختن یک جامعه خواهند داشت.

در تبیین فرضیه اول می توان گفت که حضور نوجوانان و جوانان در مساجد باعث پیشگیری از گرایش آنها به مواد مخدر می شود و به نوعی مساجد عاملی بازدارنده از اعتیاد به حساب می آیند.

فرضیه دوم: عملکرد هیات های مذهبی در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر در بین افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده متفاوت است.

طبق نتایج تحقیق، فرضیه دوم تایید می شود و عملکرد هیات های مذهبی در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر در بین افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده متفاوت است.

حضور در هیات های مذهبی، نوعی پیوند بین نوجوانان و جوانان با جامعه ای است که آنها را از اعتیاد دور می کند و به نوعی رفتار آنها را کنترل می کند. نظریه کنترل اجتماعی در مورد علل سست شدن تعهد فرد به جامعه و تعلق شکننده به الگوهای نقش بیان می دارد که فشار یا افسردگی بر اثر فاصله بین آرزوهای نوجوانان و برداشت او از فراهم بودن شرایط لازم برای دستیابی به آن آرزوها تحقق پیدا می کند براساس این دیدگاه نوجوانان که به دلیل شرایطی نامساعد تربیتی و شغلی به امیدها آرزوها، اهداف تحصیلی و شغلی خویش نرسیده است نسبت به اجتماع و ارزش های آن تعهدی احساس نکرده و بیشتر به سوی همسالان منحرف که مصرف مواد را تشویق می نمایند گرایش پیدا می کنند علاوه براین اگر نوجوان ارتباط صمیمانه ای با والدین نداشته باشد فشار درون خانواده دلبستگی نوجوان را به خانواده ای که معمولاً مخالف مصرف مواد است تضعیف می کند و به نوعی سبب گرایش به همسالانی می شود که معمولاً مشوق مصرف مواد هستند.

فرضیه سوم: عملکرد پایگاه های بسیج محلات در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر در بین افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده متفاوت است.

طبق نتایج تحقیق، فرضیه سوم تایید نمی شود و عملکرد پایگاه های بسیج محلات در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر تاثیر معنی داری ندارد.

فرضیه چهارم: عملکرد موسسه های فرهنگی در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر در بین افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده متفاوت است.

طبق نتایج تحقیق، فرضیه چهارم تایید می شود و عملکرد موسسه های فرهنگی در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر در بین افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده متفاوت است.

حضور در موسسه های فرهنگی باعث می شود تا نوجوانان و جوانان از انزوای طلبی و گرایش به اعتیاد دور باشند. طبق نظریه انزوای طلبی مرتون، چون جوامع مدرن اغلب به موفقیت فردی اصالت داده و کسب آن در گروه مشارکت فعال اجتماعی، داشتن کار مفید بهره‌مندی مناسب از ثروت مادی، سواد مناسب با موفقیت اجتماعی فرد و غیره است محرومیت از هریک از این‌ها به پیرامونی شدن و انزوای طلبی فرد منجر می‌شود و در چنین شرایطی یا در شرایطی که فرد خود را با نگرش‌ها، باورها، ارزش‌ها و هنجارهای حاکم بر جامعه بیگانه می‌یابد و یا حداقل خود را با آنها یگانه نمی‌یابد از جامعه جدا شده و در انزوای طلبی بیشتر قرار می‌گیرد این قبیل افراد عموماً کسانی هستند که یا قادر به تطابق خود با محیط نیستند و یا از تطبیق محیط با خود ناتوانند و بنابراین برای گریز از این موقعیت به مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی روی می‌آورند جالب آنکه همین راه فرار خود عامل مهم در تقویت پیرامونی شدن این افراد است افرادی که احساس موفقیت نمی‌کنند اغلب تنگدست و فقیر یا بی‌کارند سواد کافی یا موقعیت اجتماعی مناسب ندارند درگیر روابط به خانوادگی هستند یا حتی در صورت فقدان مشکلات مذکور، ارزش‌های حاکم بر جامعه را قبول ندارند بیشتر در معرض انزوای طلبی و احتمالاً سوء مصرف مواد مخدر هستند چرا که یکی از مهم‌ترین دلایل انزوای طلبی تغییر برداشت خود از واقعیت از طریق مصرف این گونه مواد است و معمولاً مصرف داروهای روان‌گردان را یکی از راههای فرار از واقعیت مطرح می‌کنند.

نتایج تحقیق با یافته های تحقیق ندیمی (1394) همخوانی دارد. نتایج تحقیق آنها نشان می دهد که مذهب و نهادهای مذهبی می توانند مصرف مواد و بهبودی از آن را از طریق برقراری یک نظم اخلاقی تحت تأثیر قرار دهند. نهادهای مذهبی، راهنماییها یا قواعد خاص اخلاقی به منظور کنترل خویشتن مانند امتناع از مصرف الکل و دیگر مواد را در اختیار فرد قرار میدهد و به تسهیل تجربه معنوی کمک می کنند. تجربه معنوی میتواند تعهدات اخلاقی را تحکیم، بخشد که این نیز به نوبه خود مانع از مصرف الکل و دیگر مواد می شود.

نتایج تحقیق با یافته های تحقیق رحیمی و همکاران (1390) همخوانی دارد. نتایج تحقیق آنها نشان می دهد که بین نمونه های درمانی در شاخص های اعتماد رسمی، اعتماد غیر رسمی، اعتماد کلی، مشارکت و سرمایه اجتماعی بین گروهی تفاوتی وجود ندارد. لیکن در اعتماد تعمیم یافته، سرمایه اجتماعی درون گروهی و سرمایه اجتماعی کلی و احساس تعلق تفاوتی بین نمونه های درمانی مردم نهاد و مراکز خصوصی ترک اعتیاد وجود دارد.

نتایج تحقیق با یافته های تحقیق میلر و همکاران (2009) همخوانی دارد. نتایج تحقیق آنها نشان می دهد که نوجوانانی که مذهبی نیستند و نمرات پایینی در اندازه گیری میزان فعالیت مذهبی به دست می آورند، در مقایسه با نوجوانان برخوردار از سطح بالای فعالیت های مذهبی، سو مصرف بیشتری را دارند.

نتایج تحقیق با یافته های تحقیق ریچارد و همکاران (2007) همخوانی دارد. نتایج تحقیق آنها نشان می دهد که افزایش حضور در کلیسا به کاهش مصرف الکل و کوکائین در بین گروه نمونه منجر شد.

نتایج تحقیق با یافته های تحقیق مریل و همکاران (2011) همخوانی دارد. نتایج تحقیق آنها نشان می دهد که عواملی نظیر فراوانی حضور در کلیسا، سطح بالای دینداری اعضای خانواده و والدین و فراوانی بحث های مذهبی خانوادگی آثار حمایت کننده در مقابل مصارف مواد در نوجوانان و جوانان دارد.

نتایج تحقیق با یافته های تحقیق براون و همکاران (2010) همخوانی دارد. نتایج تحقیق آنها نشان می دهد که مذهبی بودن یک عامل محافظت کننده از فرد در مقابل رفتارهای پرخطر از قبیل مصارف سیگار، الکل، ماریجوانا و کوکائین است.

5-2- پیشنهادها

5-2-1- پیشنهادهای کاربردی

پیشنهاد میشود از طریق سیاست ها و برنامه ریزی ها و آموزشها، هنجارهایی بر مبنای افزایش انگیزه مذهبی و حضور نوجوانان و جوانان در مساجد و هیات های مذهبی در نظر گرفته شود و در یک

محیط امن و با ثبات برای کنش و واکنش آنها به گسترش، افزایش و تحکیم بنیاد دینی، همچنین تشویق آنها به پرهیز از دنیازدگی کمک کرد.

استفاده از توان شبکه های اجتماعی با توجه به استقبال نوجوانان و جوانان از این فضاها برای گسترش روحیه دینی و تشویق آنان برای حضور گسترده در نهادهای دینی و فرهنگی پیشنهاد می شود.

تقویت نهادهای غیر دولتی برای توجه به نیازهای فرهنگی و دینی جوانان و نوجوانان پیشنهاد می شود.

غنی سازی آموزشهای دینی در قالب تفریح و سرگرمی، تشویق مردم در جهت حضور داوطلبانه در نهادهای دینی و فرهنگی و دادن امتیازاتی به اعضاء برای حضور بیشتر پیشنهاد می شود.

مذهب میتواند به مثابه عامل کلیدی در جهت کاهش مصرف مواد مخدر در جامعه تلقی شود و با توجه به نقش محافظ دین داری در مقابل گرایش به مصرف مواد، به والدین و مراکز آموزشی پیشنهاد می شود که با روشهای مورد قبول نوجوانان و جوانان، به تقویت باورهای دینی در افراد در معرض خطر سو مصرف مواد پرداخته شود، تا احتمال گرایش آنها به مصرف مواد کمتر شود.

متخصصان ترک اعتیاد میتوانند در کنار روشهای معمول ترک، به تقویت باورهای مذهبی و ایجاد یک سیستم معنادهی به زندگی در مراجعان خود، با کاهش وابستگی به مواد در آنها کمک کنند و همچنین اختصاص مبحثی با عنوان دیدگاه اسلام در مورد ضررهای مصارف مواد مخدر با استفاده از آیات قرآن و احادیث و فتاوی مراجع تقلید در کتاب های دینی و معارف مراکز آموزشی ضروری است.

5-2-2- پیشنهادهای پژوهشی

تاثیر عملکرد نهادهای دینی و مذهبی بر بهبود انگیزه ترک اعتیاد و کاهش آسیب های اجتماعی مورد مطالعه قرار گیرد.

در مطالعه تاثیر نهادهای دینی و فرهنگی بر کاهش آسیب های اجتماعی، ویژگی های خانوادگی و شخصیتی نمونه های مورد مطالعه نیز بررسی شود.

3-5- محدودیت های تحقیق

استفاده صرف از ابزار پرسشنامه و عدم استفاده از روش های مصاحبه و مشاهده مشارکتی
عدم استفاده از مدل های متعدد برای اندازه گیری گرایش به مصرف مواد مخدر
کم حوصلگی برخی از پاسخگویان، در پاسخ به سوالات پرسشنامه

فهرست منابع

منابع فارسی

- علی (1391). مجموعه مقاله های همایش بررسی راهنمای پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر در استان اردبیل. چاپ سوم، اردبیل: انتشارات باغ رضوان.
- اصغر نژاد، علی اصغر (1389). نقش مذهب در پیشگیری از اعتیاد. مجموعه مقیالات پیشگیری از اعتیاد. تهران: انتشارات اطلاعات.
- بنهری، عبدالله (1390). تاثیر اعتیاد و قاچاق مواد مخدر بر امنیت ملی جمهوری اسلامی ایران (پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه آزاد اسلامی - واحد علوم تحقیقات، دانشکده علوم انسانی، تهران.
- حافظ نیا، م، (1384). مقدمه ای بر روش تحقیق در علوم انسانی، انتشارات سمت، تهران، چاپ هشتم
- داوری، محمد (1391). پیشگیری و کنترل اعتیاد با نگرش اسلامی. ق،: نشر کلک.
- دباغی، پرویز (1389). اثربخشی شناخت درمانی بر اساس تفکر نظاره ای و فعال سازی طرح واره های معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی. پایان نامه دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران.
- رحیمی، فاطمه و همکاران (1390). بررسی سرمایه اجتماعی با تاکید بر نقش سازمانهای مردم نهاد در پیشگیری از اعتیاد، پژوهشهای روانشناسی اجتماعی، دوره 1، شماره 4، زمستان 1390.
- رحیمی، موقر (1386). راهنمای پیشگیری و درمان اعتیاد. چاپ سوم، نشر معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور.
- ستوده، نعمت؛ مهدوی نژاد، غلامحسین (1389). نقش نهادهای مذهبی در پیشگیری از سوء مصرف مواد. مجموعه مقالات پیشگیری از اعتیاد، تهران: انتشارات اطلاعات.
- سخاوت، جعفر (1391). عوامل ساختاری اعتیاد و مبانی راهبرد مبارزه با مواد مخدر. همایش آسیبهای اجتماعی ایران، انجمن جامعه شناسی ایران.
- شجاعی زند، علیرضا (1384). مدلی برای سنجش دینداری در ایران، مجله جامع هشناسی ایران، دوره ششم، شماره 1، صص 38-50.
- صفری، فاطمه (1392). اعتیاد زنان، فصلنامه علمی پژوهشی سوء مصرف مواد. سال اول، شماره

- طالبی، ابوتراب. (1389). عملکرد دینی دانشجویان و نمادهای دینداری در میان دانشجویان دختر، نامه پژوهش، فصلنامه تحقیقات فرهنگی، سال پنجم، شماره 20، صص 111-124.
- فرج پور، محمد. (1387). الگوی نگرش و ویژگی های شخصیتی نوجوانان معتاد در مقایسه با نوجوانان عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه علامه طباطبایی.
- مددی، نوغانی. (1389). درسنامه اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر. چاپ دوم، تهران: نشر جامعه نگر.
- مردای، سیمه. (1389). مقایسه ذهن آگاهی و تئوری ذهن در افراد معتاد به مواد مخدر، داروهای روانگردان و افراد عادی شهرستان آمل. پایاننامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد واحد رود هن.
- معینی، محمدرضا. (1387). سیاست اجتماعی، توسعه اجتماعی و نهادهای غیررسمی، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال سوم شماره 10، ویژه نامه سیاست اجتماعی، تهران.
- مکرری، آذرخش؛ اختیاری، حامد؛ عدالتی، هانیه و گنجگاهی، حبیب. (1387). ارتباطات میزان ولع مصرف با ابعاد مختلف شدت اعتیاد در معتادین تزریقی هروئین. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، شماره 3، سال 14، صص 289-306.
- منشی، غلامرضا و مظاهری، محمدمهدی. (1388). الگوی پیش بینی وابستگی به مواد براساس مولفه های هوش هیجانی. نشریه تحقیقات روانشناختی، شماره 3، دوره 1، صص 41-50.
- منصور، جواد. (1386). سیاست و نهادهای اجتماعی، تهران، انتشارات امیرکبیر.
- ناجی، زارعی. (1388). روانشناسی اعتیاد. چاپ اول، اصفهان: نشر هنرهای زیبا.
- نادری، شهرام؛ بینازاده، محمد؛ صفاتیان، سعید و پیوندی، علی اصغر. (1387). درسنامه جامع درمان اعتیاد (وابستگی به انواع مواد و درما نهایی دارویی و غیر دارویی آنها). تهران، سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران.
- ندیمی، محسن. (1394). نقش مذهب و نهادهای مذهبی در پیشگیری از سوء مصرف مواد، فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، دوره 2، شماره 6، تابستان 1394 صفحه 63 تا 90
- نسابه، سید محمدحسن. (1390). نقش باورها و عقاید مذهبی در سلامت روان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی.
- وزیریان. (1384). راهنمای پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد (ویژه پزشکان). چاپ اول، نشر سلیمان.

- هاشمی، تورج؛ قاسم بکلو، یونس؛ محمد زاده گان، رضا؛ وکیلی، سجاد و ایرانی، محمدامین (1393). مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی در افراد وابسته به مواد و افراد سالم. فصلنامه اعتیاد پژوهی، (3) صص 109-118.

منابع لاتین

- Brown, T., Parks, GS., Zimmerman, RS. Phillips, CM. (2010). The role of religion in predicting adolescent alcohol use and problem drinking. *Journal of Studies on Alcohol*. 62: 695-705.
- Merill, RM., Salazar, RD., Gardner, NW. (2011). Relationship between family religiosity and drug use behavior among youth. *Social behavior and personality*, 29: 347-357.
- Miller, L., Davies, M., Greenwald, NW. (2009). Relationship between family religiosity an substance use and abuse among adolescents in the national comorbidity survey. *Journal of the American academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 39: 1190-1197.
- Richard, AJ.,Bell, DC., Carlson, JW. (2007). Individual religiosity, moral community and drug user treatment. *Journal for the scientific study of religion*, 39: 240-246.
- Smith, C. (2003). Theorizing religious effects among American adolescents. *Journal for the scientific study of religion*; 42: 17-30.
- Turiano, NA., Shawn, D., Whiteman, SE., Hampson, BW., Roberts & Daniel K. (2012). Personality and substance use in midlife: Conscientiousness as amoderator and the effects of trait change, *Journal of Research in Personality*, 46: 295–305.

ضمائم

پیوست الف - پرسشنامه

پاسخگوی گرامی

باسلام

پرسشنامه حاضر به منظور استفاده از نظرات شما در خصوص پژوهشی با موضوع بررسی نقش عملکرد نهادهای دینی و فرهنگی در پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان شهر اردبیل به مواد مخدر تهیه و تنظیم گردیده است. بی شک پاسخ های صمیمانه و صادقانه شما به سؤالات، در انجام هر چه بهتر تحقیق و نتایج آن موثر خواهد بود. لازم به ذکر است که پاسخ های ارائه شده محفوظ و محرمانه بوده و فقط در جهت اهداف تحقیق استفاده خواهد شد و نیازی به ذکر نام نیست. قبلاً از همکاری صمیمانه شما تشکر می نمایم.

هاشمیان

دانشجوی کارشناسی ارشد رشته پژوهش علوم اجتماعی

لطفاً قبل از پاسخ دادن به پرسشنامه موارد زیر را تکمیل نمایید.

مشخصات فردی:

سن:
جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>
میزان تحصیلات: بی سواد <input type="checkbox"/> ابتدایی <input type="checkbox"/> راهنمایی <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> فوق دیپلم <input type="checkbox"/> لیسانس و بالاتر <input type="checkbox"/>
شغل:
میزان درآمد ماهیانه خانواده:

پرسشنامه مربوط به نهادهای دینی و فرهنگی

آیا به مسجد می روید؟ بلی خیر

در صورتی که به مسجد می روید، تا چه اندازه از اعتیاد صحبت می شود؟

خیلی کم کم تا حدودی زیاد خیلی زیاد

امام جماعت مسجد شما تا چه اندازه در مورد اعتیاد حرف می زند؟

خیلی کم کم تا حدودی زیاد خیلی زیاد

آیا به مراسم عزاداری می روید؟ بلی خیر

در صورتی که به آنجا می روید، تا چه اندازه از اعتیاد صحبت می شود؟

خیلی کم کم تا حدودی زیاد خیلی زیاد

در مراسم های خاص، سخنرانان تا چه اندازه از اعتیاد حرف می زنند؟

خیلی کم 0 کم 0 تا حدودی 0 زیاد 0 خیلی زیاد 0

آیا به مراسم مذهبی و جشن های مذهبی می روید؟ بلی 0 خیر 0

در صورتی که به آنجا می روید، تا چه اندازه از اعتیاد صحبت می شود؟

خیلی کم 0 کم 0 تا حدودی 0 زیاد 0 خیلی زیاد 0

آیا به پایگاه های مقاومت می روید؟ بلی 0 خیر 0

در صورتی که به آنجا می روید، تا چه اندازه از اعتیاد صحبت می شود؟

خیلی کم 0 کم 0 تا حدودی 0 زیاد 0 خیلی زیاد 0

فرماندهان پایگاه های مقاومت تا چه اندازه سعی می کنند خطرات مواد مخدر را گوشزد کنند؟

خیلی کم 0 کم 0 تا حدودی 0 زیاد 0 خیلی زیاد 0

آیا به کانون های هنری و فرهنگی می روید؟ بلی 0 خیر 0

در صورتی که به آنجا می روید، تا چه اندازه از اعتیاد صحبت می شود؟

خیلی کم 0 کم 0 تا حدودی 0 زیاد 0 خیلی زیاد 0

مربیان کانون های فرهنگی و هنری تا چه اندازه اعتیاد را سرفصل دروس قرار می دهند؟

خیلی کم 0 کم 0 تا حدودی 0 زیاد 0 خیلی زیاد 0

آیا به سالن های ورزشی می روید؟ بلی 0 خیر 0

در صورتی که به آنجا می روید، تا چه اندازه از اعتیاد صحبت می شود؟

خیلی کم 0 کم 0 تا حدودی 0 زیاد 0 خیلی زیاد 0

در سالن های ورزشی تا چه اندازه به نقش ورزش در پیشگیری از اعتیاد تاکید می شود؟

خیلی کم 0 کم 0 تا حدودی 0 زیاد 0 خیلی زیاد 0

پرسشنامه گرایش به اعتیاد

ردیف	گویه ها	خیلی کم	کم	کمیگاهی	زیاد	خیلی زیاد
1	تا چه حد فکر می کنید مصرف مواد مخدر می تواند مشکلات روحی را کم کند؟					
2	تا چه اندازه به مصرف مواد مخدر فکر می کنید؟					
3	تا چه اندازه با افراد معتاد رفاقت می کنید؟					
4	تا چه اندازه خانواده تان، شما را به مصرف مواد مخدر ترغیب می کند؟					
5	تا چه اندازه مشکلات خانوادگی باعث می شود به اعتیاد فکر کنید؟					
6	محیط مدرسه و دانشگاه تا چه اندازه زمینه ساز اعتیاد است؟					
7	تا چه اندازه با افراد سیگاری مراوده دارید؟					
8	در مواقعی که خانه خلوت است تا چه اندازه به فکر مصرف مواد مخدر می افتید؟					
9	تا چه اندازه با دوستان خود در مورد مواد مخدر حرف می زنید؟					
10	اگر مواد مخدر در دسترس شما باشد، تا چه اندازه دوست دارید آن را امتحان کنید؟					
11	اگر دوستان شما تعارف کنند که مواد مخدر مصرف کنید، تا چه اندازه حرف های آنها را گوش می کنید؟					
12	تا چه اندازه در خانواده شما افراد معتاد وجود دارد؟					
13	اگر در محل کار یا محل تحصیل تان امکان استفاده از مواد مخدر وجود داشته باشد، تا چه حد دوست دارید استفاده کنید؟					

Frequencies

Frequency Table

jens

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	mard	247	64.3	64.3	64.3
	zan	137	35.7	35.7	100.0
	Total	384	100.0	100.0	

sen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15-20	83	21.6	21.6	21.6
	21-25	174	45.3	45.3	66.9
	26-30	127	33.1	33.1	100.0
	Total	384	100.0	100.0	

tahsilat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ebtedayi	9	2.3	2.3	2.3
	rahnemayi	65	16.9	16.9	19.3
	diplom	90	23.4	23.4	42.7
	foge diplom	98	25.5	25.5	68.2
	lisans va balatar	122	31.8	31.8	100.0
	Total	384	100.0	100.0	

shogl

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	daneshamooz	62	16.1	16.1	16.1
	daneshjoo	106	27.6	27.6	43.8
	azad	145	37.8	37.8	81.5
	karemand	71	18.5	18.5	100.0
	Total	384	100.0	100.0	

Frequencies**Frequency Table****masjed**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	192	50.0	50.0	50.0
	2	192	50.0	50.0	100.0
	Total	384	100.0	100.0	

VAR00002

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	72	18.8	37.5	37.5
	2	34	8.9	17.7	55.2
	3	66	17.2	34.4	89.6
	4	15	3.9	7.8	97.4
	5	5	1.3	2.6	100.0
	Total	192	50.0	100.0	
Missing	System	192	50.0		
Total		384	100.0		

VAR00003

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	57	14.8	29.7	29.7
	2	48	12.5	25.0	54.7
	3	76	19.8	39.6	94.3
	4	9	2.3	4.7	99.0
	5	2	.5	1.0	100.0
Total		192	50.0	100.0	
Missing	System	192	50.0		
Total		384	100.0		

azadari

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	346	90.1	90.1	90.1
	2	38	9.9	9.9	100.0
Total		384	100.0	100.0	

VAR00005

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	103	26.8	29.8	29.8
	2	95	24.7	27.5	57.2
	3	126	32.8	36.4	93.6
	4	22	5.7	6.4	100.0
Total		346	90.1	100.0	
Missing	System	38	9.9		
Total		384	100.0		

VAR00006

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	91	23.7	26.3	26.3
	2	92	24.0	26.6	52.9
	3	124	32.3	35.8	88.7
	4	17	4.4	4.9	93.6
	5	22	5.7	6.4	100.0
Total		346	90.1	100.0	
Missing	System	38	9.9		
Total		384	100.0		

jashn

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	270	70.3	70.3	70.3
	2	114	29.7	29.7	100.0
Total		384	100.0	100.0	

VAR00008

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	107	27.9	39.2	39.2
	2	61	15.9	22.3	61.5
	3	92	24.0	33.7	95.2
	4	13	3.4	4.8	100.0
Total		273	71.1	100.0	
Missing	System	111	28.9		
Total		384	100.0		

paygah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	228	59.4	59.4	59.4
	2	156	40.6	40.6	100.0
	Total	384	100.0	100.0	

VAR00010

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	46	12.0	20.2	20.2
	2	56	14.6	24.6	44.7
	3	102	26.6	44.7	89.5
	4	19	4.9	8.3	97.8
	5	5	1.3	2.2	100.0
	Total	228	59.4	100.0	
Missing	System	156	40.6		
Total		384	100.0		

VAR00011

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	42	10.9	18.4	18.4
	2	49	12.8	21.5	39.9
	3	85	22.1	37.3	77.2
	4	21	5.5	9.2	86.4
	5	31	8.1	13.6	100.0
	Total	228	59.4	100.0	
Missing	System	156	40.6		
Total		384	100.0		

kanoon

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	184	47.9	47.9	47.9
2	200	52.1	52.1	100.0
Total	384	100.0	100.0	

VAR00013

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	42	10.9	22.8	22.8
2	37	9.6	20.1	42.9
3	83	21.6	45.1	88.0
4	22	5.7	12.0	100.0
Total	184	47.9	100.0	
Missing System	200	52.1		
Total	384	100.0		

VAR00014

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	37	9.6	20.1	20.1
2	51	13.3	27.7	47.8
3	75	19.5	40.8	88.6
4	4	1.0	2.2	90.8
5	17	4.4	9.2	100.0
Total	184	47.9	100.0	
Missing System	200	52.1		
Total	384	100.0		

salon

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	214	55.7	55.7	55.7
	2	170	44.3	44.3	100.0
	Total	384	100.0	100.0	

VAR00016

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	42	10.9	19.6	19.6
	2	52	13.5	24.3	43.9
	3	61	15.9	28.5	72.4
	4	34	8.9	15.9	88.3
	5	25	6.5	11.7	100.0
	Total	214	55.7	100.0	
Missing	System	170	44.3		
Total		384	100.0		

VAR00017

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	27	7.0	12.6	12.6
	2	28	7.3	13.1	25.7
	3	76	19.8	35.5	61.2
	4	12	3.1	5.6	66.8
	5	71	18.5	33.2	100.0
	Total	214	55.7	100.0	
Missing	System	170	44.3		
Total		384	100.0		

T-Test

[DataSet1] F:\1395\hashemian.1\hashi.sav

Group Statistics					
	masjed	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
gerayesh	1	192	1.7404	.50060	.03613
	2	192	1.8514	.53184	.03838

T-Test

[DataSet1] F:\1395\hashemian.1\hashi.sav

Group Statistics					
	heyat	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
gerayesh	1	346	1.7819	.50616	.02721
	2	38	1.9231	.61512	.09979

T-Test

[DataSet1] F:\1395\hashemian.1\hashi.sav

Group Statistics					
	paygah	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
gerayesh	1	228	1.7648	.50476	.03343
	2	156	1.8412	.53698	.04299

T-Test

[DataSet1] F:\1395\hashemian.1\hashi.sav

Group Statistics					
	moasses e	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
gerayesh	1	214	1.7793	.56173	.03840
	2	170	1.9017	.45980	.03526

Abstract

The aim is to study the functional role of religious and cultural institutions in the prevention of drug Youth and Ardabil. The aim of this research is applied and the survey methodology is descriptive and correlational. The study population consisted of all young people 15 to 30 years old in Ardebil that their number is equal to 191 256 people. Cochran formula used to determine sample size 384 statistical samples obtained were selected by random cluster sampling. A questionnaire was used to collect data. The validity of the content validity and Cronbach's alpha coefficient was used to assess the reliability to maintain acceptable. Spss statistical software for data analysis and hypothesis for analysis by two independent groups t test was used. The results show that the performance of religious and cultural institutions in the prevention of drug Ardabil Youth and between participants and non-participants in different. The performance of mosques, religious bodies function and performance of cultural institutions in the prevention of drug Ardabil Youth and between participants and non-participants in different.

Keywords: religious and cultural institutions, drug prevention, adolescents and young adults, Ardabil



Islamic Azad University
Khalkhal Branch

M. A Thesis
Social Science Research

Subject

**Study the role of religious and cultural institutions
performance in Prevention of youth and adolescents tendency to
Narcotic in Ardabil**

Supervisor
Samad Abedini Ph. D

By :
Mohammad Hashemian

2017