

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

پژوهش انحرافات و مسائل اجتماعی

فصلنامه علمی

شماره دوازدهم، تابستان ۱۴۰۳

صاحب امتیاز: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی جهاددانشگاهی

مدیر مسئول: دکتر علی رنجبرکی
ویراستار ادبی: وحید تقی نژاد
مدیر داخلی نشریه: مریم بایه
صفحه آرا: مریم طاهری

سر دبیر: دکتر بیژن زارع
دستیار علمی: دکتر فروزنده جعفرزاده پور
مترجم: محمدرضا نوروزی

هیئت تحریریه

دکتر علیرضا حیدرئی / استاد دانشگاه آزاد اسلامی
دکتر بیژن زارع / استاد دانشگاه خوارزمی
دکتر محمدجواد زاهدی / استادیار / استاد دانشگاه پیام نور
دکتر محمدباقر علیزاده اقدم / استاد دانشگاه تبریز
دکتر محمد مهدی فرقانی / استادیار / استاد علامه طباطبائی
دکتر آشوک کومار کول / استادیار / استاد دانشگاه B.H.U.
دکتر علی محمدزاده / استادیار / استاد دانشگاه پیام نور
دکتر علی اکبر مهران / استادیار / استاد دانشگاه تهران

دکتر ابوعلی و داداهیر / استاد دانشگاه تهران
دکتر حامد بخشی / دانشیار پژوهشگاه گردشگری
جهاددانشگاهی واحد مشهد
دکتر فروزنده جعفرزاده پور / دانشیار پژوهشگاه علوم انسانی
و مطالعات اجتماعی جهاددانشگاهی
دکتر تهمنه شاوردی / دانشیار پژوهشگاه علوم انسانی و
مطالعات اجتماعی جهاددانشگاهی

نشریه «پژوهش انحرافات و مسائل اجتماعی» با صاحب امتیازی پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی جهاددانشگاهی بر اساس آیین نامه نشریات علمی مصوب ۱۳۹۸/۰۲/۰۹، از شماره بهار ۱۴۰۱ موفق به کسب رتبه علمی از وزات علوم، تحقیقات و فناوری شده است.

* توجه: نام این مجله از شماره اول تا ششم «پژوهش مسائل اجتماعی ایران» بوده است و طبق نظر کمیسیون محترم نشریات علمی طی نامه شماره ۱۴۰۲/۲۱۳۲۹/ص/۱۴۰۳ تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۱۶ کشور به «پژوهش انحرافات و مسائل اجتماعی» تغییر یافته است.

فصلنامه علمی «پژوهش مسائل اجتماعی ایران» از تاریخ ۱۴۰۰/۰۷/۲۸ با «انجمن ایرانی مطالعات زنان» و «انجمن علمی جامعه‌شناسی آموزش و پرورش ایران» در زمینه انتشار مقالات علمی، در حوزه تخصصی مسائل اجتماعی ایران، تفاهم نامه همکاری امضاء کرده است.

این فصلنامه در پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (www.isc.ac)، پایگاه اطلاعات علمی جهاددانشگاهی (www.sid.ir)، بانک اطلاعات نشریات کشور (www.magiran.com)، بانک اطلاعات نشریات سیولیکا (www.civilica.com)، پایگاه مجلات تخصصی نور (www.noormags.com) و برخی پایگاه‌های دیگر نمایه می‌شود.

✦ نشانی: تهران، خیابان انقلاب اسلامی، خیابان دانشگاه، خیابان شهید وحید نظری، شماره ۴۷
صندوق پستی ۱۳۱۶ - ۱۳۱۴۵، اداره نشریات علمی، تلفن: ۲-۶۶۴۹۷۵۶۱-۶۶۴۹۲۱۲۹

نشانی اینترنتی: risi.ac.ir@gmail.com پایگاه اینترنتی: risi.ihss.ac.ir

فرایند چاپ: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی جهاددانشگاهی

قیمت: ۱۲۰۰۰۰۰ ریال

راهنمای تدوین و ارسال مقاله‌های علمی - پژوهشی

شرایط ارسال مقاله

- مقاله به زبان فارسی یا انگلیسی بوده، قبلاً در جایی چاپ نشده باشد. داشتن چکیده فارسی و انگلیسی برای مقاله ضرورت دارد.
- هیئت تحریریه پس از داوری، پذیرش مقاله را اعلام خواهد کرد.
- مسئولیت صحت مندرجات مقاله‌های علمی با نویسندگان یا نویسندگان آن است.
- همراه مقاله نام و نشانی دقیق، شماره تلفن نویسنده یا نویسندگان و محل خدمت آنان ذکر شود.
- مقاله در برگه‌های A4 و با رعایت ابعاد صفحه فصلنامه (قطع وزیری) تایپ شود. تعداد جدولها در پایین‌ترین حد در نظر گرفته شود. نمودارها واضح و عکس‌ها سیاه و سفید در کاغذ مناسب در اندازه ۱۰×۱۵ سانتی‌متر تهیه گردد.
- مقاله حروفچینی شود و به وسیله پست‌الکترونیکی به دفتر فصلنامه ارسال گردد.
- فصلنامه در ویرایش مقالات آزاد است.

نحوه ارائه مقاله

- مقاله علمی - پژوهشی شامل عنوان، نام و نام خانوادگی نویسنده یا نویسندگان، چکیده، واژگان کلیدی، مقدمه، روش کار، تجزیه و تحلیل، نتیجه‌گیری و منابع باشد. حجم مقاله نیز نباید از ۱۵ صفحه بیشتر باشد.
- عنوان مقاله گویا و بیانگر محتوای مقاله باشد. نام و نام خانوادگی، درجه علمی و مؤسسه‌ای که مؤلف در آن اشتغال دارد، در زیر عنوان قید شود.
- چکیده مقاله، شرح مختصر و جامعی از محتوای مقاله شامل بیان مسئله، هدف، ماهیت و چگونگی پژوهش، نکته‌های مهم نتیجه و بحث است. تعداد کلمات چکیده از ۱۵۰ کلمه بیشتر نباشد.
- مقدمه مقاله بیانگر مسئله پژوهش است. محقق باید زمینه‌های قبلی پژوهش و ارتباط آن را با موضوع مقاله به اجمال بیان و در پایان به انگیزه تحقیق اشاره نماید.
- روش کار باید به اجمال بیانگر چگونگی و فرایند انجام پژوهش باشد. تحلیل‌های آماری، روش‌های مورد استفاده، به شیوه‌ای مناسب یادآوری شود.
- داده‌ها و نتیجه‌های به دست آمده باید به گونه‌ای منطقی و مفید ارائه شود و به این منظور می‌تواند همراه با جدول، نمودار، نگاره و عکس باشد.
- نویسنده در پایان مقاله راهنمایی و کمک‌های دیگران را یادآوری و از آنها سپاسگزاری کند.
- ارجاع‌های متن مقاله داخل کمان و به این شیوه است: (نام خانوادگی، سال انتشار: شماره صفحه)؛ مانند (زرین کوب، ۱۳۷۷: ۲۵). شیوه ارجاع به منابعی که بیش از دو نفر نویسنده دارند نیز به این صورت خواهد بود: (اسمیت و همکاران، ۱۹۷۴: ۲۲).
- در ذکر مشخصات انتشاراتی در فهرست منابع پایان مقاله از شیوه زیر پیروی شود:
مقاله: نام خانوادگی، نام (سال انتشار) «نام مقاله»، نام مترجم، نام نشریه، دوره یا سال، شماره.
کتاب: نام خانوادگی، نام (سال انتشار) عنوان کتاب، نام مترجم، مصحح، یا سایر افراد، شماره مجلد، نوبت چاپ، محل انتشار، نام ناشر.

فهرست

- که سخن سردبیر.....الف
- که بررسی بهزیستی اجتماعی و رابطه آن با نگرش نسبت به مصرف مواد در بین نوجوانان عادی،
پرخطر و معتاد..... ۱
- مهری سادات موسوی
- که بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی معتادان شهر سنج..... ۳۵
- یعقوب احمدی/ سالار مرادی/ زهرا مسیبی/ بهزاد حکیمی نیا
- که واکاوی آسیب‌های تعاملی ادراک‌شده در زنان معتاد شهر اصفهان..... ۵۹
- ستاره محمدی/ زهرا یوسفی/ لیلا هاشمی مقدم/ زهرا کیانی
- که بازگشت و عدم بازگشت از روسپیگری به روایت زنان روسپی شهر تهران..... ۸۳
- محدثه کامیار/ سمیه خراسانی
- که بررسی سیستماتیک قلدری در مدارس ابتدایی..... ۱۱۳
- مهديه سادات حسینی/ فاطمه رحیم‌نژاد
- که خوانش رویکردهای شیوع کرونا از نگاه افسار اجتماعی در نسبت با تاب‌آوری اجتماعی..... ۱۴۷
- علی حاتمی/ حسین نوری‌نیا/ حسن پورنیک

داوران این شماره

- دکتر غلامرضا تاج‌بخش / دانشیار دانشگاه آیت‌الله العظمی بروجردی
- دکتر فروزنده جعفرزاده‌پور / دانشیار پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی جهاددانشگاهی
- دکتر ابراهیم حاجیانی / دانشیار مرکز بررسی‌های استراتژیک ریاست جمهوری
- دکتر ولی‌الله رستمعلی‌زاده / دانشیار مؤسسه مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی جمعیت کشور
- دکتر تهمینه شاوردی / دانشیار پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی جهاددانشگاهی
- دکتر شهلا کاظمی‌پور / دانشیار بازنشسته دانشگاه تهران
- دکتر محمدرضا کلاهی / دانشیار مؤسسه مطالعات اجتماعی و فرهنگی و تمدنی وزارت علوم
- دکتر ولی بهرامی / استادیار دانشگاه فرهنگیان
- دکتر کرم‌الله جوانمرد / استادیار دانشگاه آیت‌الله العظمی بروجردی (ره)
- دکتر ابوالقاسم حیدرآبادی / استادیار دانشگاه آزاد اسلامی
- دکتر زهره شهبازی / استادیار پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی جهاددانشگاهی
- دکتر مهشید طالبی صومعه‌سرایبی / استادیار واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی
- دکتر عادل عبدالهی / استادیار مؤسسه مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی جمعیت کشور
- دکتر احمد غیاثوند / استادیار دانشگاه علامه طباطبائی
- دکتر روح‌الله نصرتی / استادیار دانشگاه تهران

سخن سردبیر

یکی از رفتارهای انحرافی و آسیب‌های اجتماعی که می‌توان آن را بستری برای بسیاری از معضلات اجتماعی دیگر دانست، اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر است. مسائل مرتبط با اعتیاد به مواد مخدر در حوزه‌ها و زمینه‌های مختلف روان‌شناختی، جامعه‌شناختی و سلامت قابل شناسایی و مطالعه است. وابستگی و اهمیت یافتن مصرف مواد افیونی، عزت نفس و مسئولیت‌پذیری فرد را متأثر ساخته و بعد ذهنی زندگی انسان و بهزیستی اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پیامدهای اجتماعی اعتیاد بسیار گسترده و متنوع بوده و هر کدام از آنها مسائل زیادی را در سطح فرد و جامعه به دنبال دارد. فروپاشی خانواده و طلاق، تکدی‌گری، همنشینی با افراد آسیب‌دیده و تغییر گروه‌های مرجع، تغییر در تعاملات اجتماعی، انواع خشونت به ویژه خشونت خانوادگی، سرقت، روسپیگری، ورود به باندهای توزیع مواد، افزایش افراد بی‌خانمان و کودکان کار ... مواردی هستند که اعتیاد در حوزه اجتماعی به دنبال دارد. سلامت جسمی افراد معتاد با سوء مصرف مواد به مخاطره می‌افتد. بر این اساس، اعتیاد به عنوان یکی از آسیب‌های اجتماعی بسیار مهم در کشور اعلام شده است.

نیمی از مقالات این شماره مسئله اعتیاد را از زوایای مختلف مورد کنکاش قرار داده‌اند. با توجه به اهمیت سلامت جسمی و روانی گروه سنی نوجوانان، نخستین مقاله به بررسی رابطه بین بهزیستی اجتماعی و نگرش نسبت به مصرف مواد در بین نوجوانان عادی، پرخطر و معتاد پرداخته و دریافت که تفاوت معناداری در بعد عینی و ذهنی بهزیستی اجتماعی در بین سه گروه هدف وجود دارد. دومین مقاله به مطالعه عوامل مرتبط با کیفیت و سلامت اجتماعی معتادان شهر سنندج پرداخته و با بررسی سلامت اجتماعی به عنوان یک متغیر تأثیرگذار، عوامل مؤثر بر آن را در بین معتادان رصد کرده است. زنان بیش از مردان از آسیب‌ها و پیامدهای اعتیاد متأثر شده و اعتیاد به مثابه بلای خانمان‌سوز به ناپودی زندگی آنان می‌انجامد. سومین مقاله به روابط اجتماعی و تعاملات زنان معتاد و آسیب‌های ناشی از آن پرداخته و نشان داده که اعتیاد می‌تواند ناشی از تعاملات نامناسب بوده و یا آن‌را ایجاد نماید.

چهارمین مقاله به بررسی روسپیگری به عنوان یک مسئله اجتماعی و علل تداوم یا توقف آن در بین زنان روسپی پرداخته است. نویسندگان در این مقاله با واکاوی علل

ورود و تداوم روسپیگری، راهکارهایی برای کاهش آن مطرح نموده است. پنجمین مقاله معضل قلدری در بین دانش‌آموزان را بررسی کرده است. این مقاله نشان می‌دهد که در سال‌های اخیر توجه به قلدری در مدارس کشور فزونی یافته است. علل و راهکارهای مواجهه با این پدیده در این مقاله مطرح شده است. آخرین مقاله در این شماره، به خوانش رویکردهای شیوع کرونا و تاب‌آوری اجتماعی پرداخته و این رویکردها را در بین اقشار مختلف مورد توجه و کنکاش قرار داده است. با توجه به اهمیت شناخت و مطالعه آسیب‌های اجتماعی به منظور کاهش آنها و کمک به سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان، از پژوهشگران و صاحب‌نظران حوزه مسائل اجتماعی دعوت می‌نماییم که با ارسال مقالات پژوهشی، نقدها و پیشنهادهای سازنده خود به ارتقاء کیفی محتوای این فصلنامه کمک کنند.

من الله التوفیق و علیه التکلان

دکتر بیژن زارع

سردبیر فصلنامه علمی

«پژوهش انحرافات و مسائل اجتماعی»

فصلنامه علمی «پژوهش انحرافات و مسائل اجتماعی»

شماره دوازدهم، تابستان ۱۴۰۳: ۱-۳۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۱/۲۵

نوع مقاله: پژوهشی

بررسی بهزیستی اجتماعی و رابطه آن با نگرش نسبت به مصرف مواد در بین نوجوانان عادی، پرخطر و معتاد

مهری سادات موسوی*

چکیده

این مقاله به بررسی رابطه بین بهزیستی اجتماعی با نگرش نوجوانان نسبت به مصرف مواد پرداخته است. پژوهش حاضر بر اساس روش و نحوه گردآوری اطلاعات، بر دو شیوه تحقیق اسنادی و پیمایشی استوار است. جامعه آماری تحقیق را سه گروه از نوجوانان عادی، پرخطر و سوءمصرف کننده (۱۲-۱۸ سال) شهر تهران تشکیل می‌دهد و مجموعاً ۷۴۹ نفر با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای پاسخگوی پرسشنامه‌ها بودند. یافته‌ها حاکی از آن است که بهزیستی اجتماعی نوجوانان عادی، پرخطر و معتاد متفاوت است. از سوی دیگر نمودار خط برازش بیانگر آن است که هرچه بهزیستی اجتماعی افزایش می‌یابد، نگرش نسبت به مواد کمتر و به عبارت دیگر منفی‌تر می‌شود. و این دو متغیر نسبت به هم رابطه معکوسی دارند. تحلیل رگرسیونی بهزیستی اجتماعی بیانگر آن است که در بین نوجوانان عادی ۵۱ درصد از تفاوت نگرش نسبت به مصرف مواد و در بین نوجوانان پرخطر ۵۸.۱ درصد به دلیل تفاوت بهزیستی اجتماعی است. در بین نوجوانان پرخطر، شاخصی که بیشترین رابطه را با نگرش مثبت به مصرف مواد داشت، به ترتیب عبارتند بودند از همدلی اجتماعی، امید به آینده، اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی، احساس ارزشمندی اجتماعی، دوستی

* استادیار گروه جوانان و مناسبات نسلی، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

و همبستگی و رضایت از محیط زندگی. هرچه این شاخص‌ها بالاتر روند، نگرش مثبت نسبت به مصرف مواد پایین‌تر می‌آید. در خصوص نوجوانان عادی، شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، رضایت از محیط زندگی، احساس ارزشمندی اجتماعی، امید به آینده، اعتماد اجتماعی، تعلق اجتماعی، دوستی و همبستگی و معنادار دانستن زندگی بیشترین رابطه را با نگرش نسبت به مواد داشتند.

واژه‌های کلیدی: سوء مصرف مواد، بهزیستی اجتماعی، سلامت اجتماعی، انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی.

بیان مسئله

اغلب رویکردهایی که طی بیش از سی سال گذشته در حوزه پیشگیری از سوءمصرف موادمخدر در کشور مطرح و دنبال شده است، در جهت توسعه رویکردهای مؤثر پیشگیری به منظور به کارگیری در بین نوجوانان بوده است. این رویکردها عمدتاً نوجوانان را با بهره‌گیری از مداخلات کلاسی هدف قرار داده‌اند. موقعیت مدرسه برای اجرا و آزمون برنامه‌های مداخله‌ای موادمخدر بسیار مناسب است چراکه دسترسی مناسبی به تعداد زیادی از نوجوانانی فراهم می‌کند که در این سنین شروع به تجربه دخانیات، الکل، ماریجوانا و سایر مواد می‌نمایند.

جست‌وجو درخصوص برنامه‌هایی که در حوزه پیشگیری از مواد در کشورهای مختلف صورت پذیرفته بیانگر طیف نسبتاً زیادی از برنامه‌هاست که با توجه به مقتضیات فرهنگی و اجتماعی کشورهای مختلف، صورت پذیرفته است. هر یک از این رویکردهای پیشگیری، مؤلفه‌های خاصی را مدنظر قرار داده‌اند که بیشتر بر ریسک‌فاکتورهای فردی و روانشناختی متکی است. ریسک‌فاکتورها و عوامل محافظت‌کننده اعتیاد که دپارتمان سلامت استرالیا در سال ۲۰۱۴ مطرح نمود شامل عوامل خانوادگی، اجتماعی سیاسی، مدرسه‌ای و همسالان، جامعه محلی و فردی بود. عوامل غیرفردی نقش پررنگی در بین ریسک‌فاکتورها ایفا می‌کنند و به نظر می‌رسد برنامه پیشگیری موفق، برنامه‌ای است که به بخش وسیع‌تری از ریسک‌فاکتورها توجه نماید.

از جمله عواملی که در این حوزه کمتر بدان پرداخته شده، بهزیستی اجتماعی است. به اعتقاد اغلب صاحب‌نظران، خویشاوندان، روابط و تجارب مشترک نقش زیادی در غنا و معنابخشی زندگی هر فرد ایفا می‌کنند. کوری کییز (۲۰۰۴)^۱ به توانایی فرد در تعامل مؤثر با دیگران و اجتماع به منظور ایجاد روابط ارضاکنده شخصی و به انجام رساندن نقش‌های اجتماعی، عنوان «بهزیستی اجتماعی»^۲ داده است. از نظر او بهزیستی اجتماعی ۵ بعد دارد: انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی. در مقاله حاضر، بهزیستی اجتماعی با استفاده از روش

1. Corey Keyes
2. Social Wellbeing

پیمایشی، بین گروه‌های عادی، پرخطر و معتاد مورد مقایسه قرار گرفته و سهم آن در نگرش مثبت/منفی نسبت به مصرف مواد مورد بررسی قرار می‌گیرد.

پژوهش‌های انجام شده در ایران نشان داده‌اند که نرخ شیوع اعتیاد در کشور ۵/۴ درصد - در سنین ۱۵ الی ۶۴ سال - است و اعتیاد بانوان نیز کمتر از یک است (ر.ک: مؤمنی، ۱۴۰۱). ۵۸ درصد معتادان کشور را افراد زیر ۳۴ تشکیل می‌دهند و این مسئله، تهدید جدی محسوب می‌شود (ر.ک: صرامی، ۱۳۹۵).

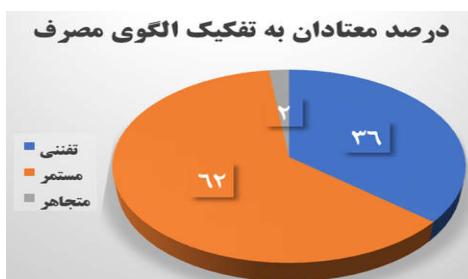
گزارش استراتژی کنترل بین‌المللی مواد مخدر (INCSR, 2023)^۱ به نقل از ستاد مبارزه با مواد مخدر ایران اعلام نمود که ۲/۸ میلیون نفر به‌طور منظم از نوعی مواد مخدر غیرقانونی در داخل کشور استفاده می‌کنند. اخیراً مصرف کریستال مت آمفتامین، به‌ویژه در میان زنانی که مواد مخدر مصرف می‌کنند، افزایش یافته است. در این گزارش تصریح شده است که بیشتر تلاش‌های دولت در مبارزه با مواد مخدر، بر منع و اجرای قانون متمرکز است و منابع کمتری به پیشگیری و توانبخشی اختصاص می‌یابد. در تقسیم‌بندی کلی مواد صنعتی و سنتی در کشور، ۷۵ تا ۸۰ درصد استفاده به‌صورت سنتی و ۲۰ تا ۲۵ درصد به‌صورت صنعتی است که در این بین، مصرف تریاک رتبه اول را دارد (ر.ک: مؤمنی، ۱۴۰۱). مصرف متامفتامین‌ها فقط بین سال‌های ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۱ در ایران ۱۱ برابر شد. ۴۵ درصد از زندانیان کشور مرتبط با مواد مخدر می‌باشند (ر.ک: محمدی، ۱۴۰۱). پدیده مواد خسارات قابل توجهی بر پیکره جامعه وارد کرده است تا جایی که از آن به‌عنوان مهم‌ترین معضل اجتماعی بعد از جنگ تحمیلی نام برده شده است. طی ۱۰ سال گذشته با افزایش ۲۰ درصدی مصرف‌کنندگان حداقل یکی از مواد در جهان مواجه بوده‌ایم به طوری که در سال ۲۰۲۲ این تعداد به ۲۹۲ میلیون نفر افزایش یافته است. به گزارش جهانی مواد مخدر ۲۰۲۴ میلادی، الگوی مصرف مواد در راستای جامعه‌شناسی مصرف‌گرایی متناسب با درآمد، امکانات، باورهای افراد و نیاز مصرف‌کنندگان در سال ۲۰۲۲ در جهان به شرح ذیل بوده است:

جدول ۱: فراوانی الگوی مصرف مواد در جهان در سال ۲۰۲۲

نوع ماده	تعداد (میلیون نفر)	کشورهای مصرف کننده
کانابیس (خانواده حشیش)	۲۲۸	آمریکای شمالی (قانونی سازی مصرف)، آسیا، آفریقا و غرب اروپا
مواد افیونی (مخدرهای سنتی)	۶۰ (هروئین ۳۰ میلیون)	جنوب و جنوب غرب آسیا
محرک‌های آمفتامین	۳۰	شرق و جنوب شرق آسیا و آمریکای شمالی، جنوب شرق اروپا، اروپای غربی و مرکزی
کوکائین	۲۳.۵	قاره آمریکا، اروپای غربی و مرکزی، استرالیا، در حال رشد در آفریقا، آسیا و جنوب شرق اروپا
اکستازی	۲۰	

براساس آخرین شیوع‌شناسی، نرخ شیوع اعتیاد در کشور، ۵/۳۹ درصد در بین جمعیت ۱۵ الی ۶۴ سال اعلام شده است. از این میزان، نرخ شیوع مصرف موادمخدر در سال تحصیلی ۹۳-۹۴ در بین دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوم ۲/۱ درصد، دانشجویان دانشگاه‌های دولتی ۵.۶ درصد و در همین تاریخ در جامعه کارگری محیط‌های صنعتی، ۲۲/۳ درصد بود. طبق این شیوع‌شناسی تریاک با ۵۳/۲ درصد، ماری جوآنا و مشتقات آن شامل حشیش، علف و گل با ۱۱/۹ درصد، شیشه ۸/۱ درصد، هروئین ۷/۱ درصد و کراک با ۳/۵ درصد شایع‌ترین مواد مصرفی معتادان هستند که با توجه به این آمار، مصرف تریاک همچنان در صدر موادمخدر است (ر.ک: مؤیدی، ۱۳۹۶). بسیاری از کسانی که در دام اعتیاد گرفتار شده‌اند، به صورت تفننی به مصرف مواد روی آورده‌اند.

شکل ۱- درصد معتادان به تفکیک الگوی مصرف



بهبودی اجتماعی در اغلب پژوهش‌های مرتبط با سلامت، توجه کمی را به خود اختصاص داده است. شناخت بهبودی اجتماعی و تدوین مدلی که مقتضیات فرهنگی اجتماعی آن را مورد توجه قرار دهد، می‌تواند در درک عمیق‌تر سوء مصرف مواد در بین نوجوانان مؤثر واقع شود و در کارآمدی برنامه‌های پیشگیری نقش مهمی ایفا نماید.

پیشینه

در تحقیقات متعددی به ابعاد اجتماعی بهبودی توجه شده است (ر.ک: ATECA-AMESTOY, 2016؛ Veenhoven, 2008؛ Vaskina, 2005؛ موسوی، ۱۳۹۷). در ساخت ابزار سنجشی که به متغیرهای وابسته به فرهنگ و شرایط اجتماعی متکی است، اساساً استفاده از ابزاری که در فرهنگ و شرایط اجتماعی دیگری پدید آمده، کار چندان درست و به‌جایی به نظر نمی‌رسد و این در نتیجه مقایسه سنجش‌های کلیدی با سنجش سلامت رفیعی و همکاران (۱۳۹۴) نیز قابل مشاهده است. در بخش مطالعات تجربی تحقیقات مرتبط با عوامل مؤثر بر مصرف موادمخدر مشخص گردید که در پژوهش‌های صورت گرفته در حوزه‌های مختلف علمی از جمله علوم اجتماعی، روانشناسی و پزشکی به علل و دلایل متنوعی از جمله دسترسی آسان به مواد، بیکاری، حاشیه‌نشینی، پایین بودن گرایش دینی جوانان، کمبود امکانات تفریحی معاشرت با افراد ناباب، عدم دل بستگی به خانواده، انزواطلبی، ناپهنجاری شخصیتی و... به‌عنوان عوامل مؤثر بر گرایش افراد به موادمخدر اشاره شده است (ر.ک: موسوی و محسنی تبریزی، ۱۳۹۶؛ حبیبی و همکاران، ۱۳۹۱؛ زارع شاه‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۴؛ علایی خرایم و همکاران، ۱۳۹۰؛ نریمانی و همکاران، ۱۳۹۵؛ قدسی احقر، ۱۳۹۴).

با نگاهی دقیق‌تر به نتایج به‌دست آمده از مطالعات تجربی تحقیقات مرتبط به موادمخدر این نکته به ذهن متبادر می‌شود که ربط معناداری بین علل ذکر شده در بعد زیستی و روانشناختی با عوامل خانوادگی و میان‌فردی و همچنین با عوامل کلان اجتماعی و اقتصادی وجود دارد. به عبارتی دیگر عوامل اجتماعی کلان اجتماعی و اقتصادی زمینه را برای بروز عوامل خانوادگی و میان‌فردی گرایش به موادمخدر به‌وجود می‌آورند. عوامل خانوادگی و میان‌فردی نیز به نوبه خود به‌وجود آورنده اختلالات روان‌شناختی و فردی در جهت گرایش به مواد مخدر هستند. به نوعی می‌توان این‌گونه

ادعا کرد که تمامی عوامل ذکر شده در بخش عوامل گرایش به مواد مخدر عواملی هستند که نیاز به تمرکز بر برنامه‌های پیشگیری از مواد دارند نه برنامه‌های مقابله با عرضه. تحقیقاتی که در زمینه عوامل گرایش به اعتیاد به مواد مخدر انجام شده‌اند، را می‌توان در چند دسته تقسیم کرد. در واقع، این تحقیقات به عوامل زیستی و روان‌شناختی، خانوادگی و اجتماعی و اقتصادی مرتبط با گرایش به اعتیاد به مصرف مواد مخدر پرداخته‌اند که می‌توان این عوامل را در جدول زیر به‌طور خلاصه بیان کرد:

جدول ۲: عوامل گرایش به اعتیاد به مصرف مواد

عوامل زیستی و روان‌شناختی	عوامل خانوادگی و میان فردی	عوامل کلان اجتماعی و اقتصادی
- انزوایی - نابهنجاری - شخصیتی - اختلال - روان‌شناختی - بدبینی شخصیتی - افسردگی - پایین بودن اعتماد به نفس - روان رنجوری - شخصیت لذت طلب - عدم تفکر و برنامه‌ریزی - اهمال کاری - تحصیلی	- وضعیت بد اقتصادی خانواده - سطح تحصیلات پایین خانواده - آشفتگی خانوادگی - والدین معتاد - جمعیت بالای خانواده - طلاق - شکست تحصیلی - معاشرت با افراد ناباب - دوستان معتاد - والدین مجرم - روش‌های تربیتی - عدم دل‌بستگی به خانواده - سبک والدینی مستبد - سبک والدینی بی‌اعتنای پدر و مادر - پایین بودن سرمایه اجتماعی در خانواده	- عدم مداخلات پیشگیرانه مناسب - دسترسی آسان به مواد مخدر - شرایط آنومیک جامعه - حاشیه‌نشینی - بیکاری - پایین بودن گرایش دینی جوانان - عدم آموزش لازم درباره مواد مخدر - کمبود امکانات تفریحی - پایین بودن کنترل اجتماعی - پایین بودن اعتماد اجتماعی - محرومیت نسبی - سطوح پایین مهارت‌های اجتماعی

تحقیقات حوزه پیشگیری، یا بر عوامل مؤثر بر اعتیاد متمرکز بوده‌اند و یا به بررسی یک متغیر و اثر آن بر عدم گرایش به مصرف مواد متمرکز شده‌اند. تحقیقی که به‌طور متمرکز هم بر بهزیستی اجتماعی و هم گرایش به مصرف مواد متمرکز باشد چندان صورت نگرفته است. آنچه تحقیق حاضر را از این تحقیقات و تحقیقات مشابه متمایز می‌نماید، اولاً مقایسه بهزیستی اجتماعی در بین دانش‌آموزان عادی، پرخطر و معتاد است و ثالماً بررسی رابطه بهزیستی اجتماعی و گرایش سه گروه فوق‌الذکر به مصرف مواد است. موضوع اعتیاد با فراوانی ۴۱۸ عنوان، ۱۷/۳۰ درصد از کل پایان‌نامه‌های ارائه شده در حوزه مسائل اجتماعی را از سال ۱۳۸۰ تا ۱۴۰۲ به خود اختصاص داده است که این موضوع نشان از اهمیت این مسئله اجتماعی دارد لیکن از این بین صرفاً ۲۸ عنوان مرتبط با بحث پیشگیری بودند که از این بین ۳۸ درصد به بررسی گرایش مصرف مواد پرداخته‌اند.

مسلماً ابعاد عاطفی و روانی بهزیستی ذهنی نیز بسیار حائز اهمیت است لیکن در مقاله حاضر این ابعاد مورد بررسی قرار نگرفته و تأکید بر تمایز بهزیستی اجتماعی نوجوانان بوده است.

مبانی نظری

بنیان‌های نظری ذیل برای تهیه مدلی مبتنی بر بهزیستی اجتماعی ملاک عمل قرار می‌گیرد. این نظریه‌ها به شرح زیر است:

• جست‌وجوی خوشبختی: زیگمونت باومن^۱ (۲۰۰۸) در خصوص تشکیل‌دهنده شادی و رضایت از زندگی و مؤلفه‌های مؤثر در آن نظریه‌پردازی نموده است. وی بیان می‌دارد که در حدود نیمی از کالاهای حیاتی برای شادی و رضایت از زندگی را نمی‌توان از مغازه‌ها خریداری کرد. عشق، دوستی، لذت روابط خانوادگی، رضایت برآمده از نوع دوستی، عشق‌ورزی به کسی، کمک به همسایه‌ای در تأمین خواسته‌اش، اعتمادبه‌نفس برآمده از انجام صحیح کاری، لذت کاری استادانه و... در بازار یافت نمی‌شود، قدردانی، همدردی و احترام به همکاران و سایر افراد، در بازار قابل خریداری نیست.

1. Zygmunt Bauman

• جامعه ریسک: گیدنز در خصوص ناامنی و مخاطرات دوران مدرن، افول زمینه‌های اعتماد همچون نظام خویشاوندی، اجتماع محلی، کیهان‌شناسی مذهبی، دگردیسی صمیمیت و... نظرات ارزشمندی دارد که با رضایت از زندگی و قضاوت افراد در این خصوص ارتباط دارد (ر.ک: گیدنز، ۱۳۷۷).

• برساخت اجتماعی: با توجه به دیدگاه برگر و لاکمن^۱، بهزیستی ذهنی نیز برساختی اجتماعی است. در راستای این دیدگاه، بهزیستی ذهنی را به تفکرات مشترک در مورد زندگی وابسته می‌داند و تفکرات جمعی را شکل‌دهنده ارزیابی‌های فردی در نظر می‌گیرد. مکانیسم مطرح دیگر مطرح از سوی وینهوون، تمایل به نگرستن به خود و بهزیستی ذهنی ما از طریق چشمان دیگران است^۲. در این دیدگاه بهزیستی ذهنی ارزیابی انعکاس یافته است (Veenhoven, 2008: 4 به نقل از داویس و استرانگ^۳، ۱۹۷۷).

• مقایسه اجتماعی: از نظر میخالس^۴ و سایر نظریه‌پردازان بهزیستی ذهنی تفاوت بین زندگی به همان صورتی که هست و زندگی به آن صورتی که باید باشد است. اختلاف بین چیزی است که فرد داراست و چیزی که فرد تصور می‌کند باید داشته باشد و دیگری تفاوت‌های بین چیزی است که یک فرد دارد و چیزی است که فرد احساس می‌کند شایسته داشتن آن است (Michalos, 1995: 352-353).

• رویکرد فرهنگی به بهزیستی: آن چیزی که ما هستیم، آن چیزی که فکر و احساس می‌کنیم و آن چیزی که عمل می‌کنیم، به‌وسیله فرهنگ است که در آن زندگی می‌کنیم، تعیین می‌شود. دیدگاه‌هایی همچون تناسب شخصیت با فرهنگ (سو و داینر، ۱۹۹۹)، عوامل انگیزشی فرهنگ‌ها در بهزیستی ذهنی (Diener & Suh, 2000؛ King & Napa, 1998) و عوامل شناختی فرهنگی (Diener & Suh, 2000؛ Inglehart & Klingemann, 2000) نیز ذیل این عنوان مورد بررسی قرار می‌گیرد.

• حمایت اجتماعی: ما به پیوندهای اولیه‌ای همچون پیوندهای خانوادگی و دوستی‌ها، نیاز داریم و این پیوندها در ایجاد بهزیستی ذهنی مؤثرند. حمایت اجتماعی به‌عنوان احساسی ذهنی در مورد تعلق، پذیرش و دریافت یاری در شرایط

1. Berger & Luckman

۲. این مکانیسم یادآور خود آیین‌هسان کولی است.

3. Davies & Strong

4. Michalos

مورد نیاز تعریف شده است. از نظر بویبر و همکارانش افرادی که حمایت اجتماعی بالاتری دارند از سلامت بهتری برخوردارند (Lucas et al., 2003; Sarafino, 2000; Bovier et al., 2003).

• نظام شخصیت/ چلبی: چلبی کم و کیف شادمانی افراد را مرتبط با احساس رضایت و خشنودی آنها از حوزه‌های چهارگانه در سطوح فردی و جامعه‌ای می‌داند. به بیان دقیق‌تر، منبع تأمین علقه‌های چهارگانه انسان (علقه‌های (A)، امنیت (G)، ارتباطی (I) و شناختی (L) در ارتباط تنگاتنگ با امر اجتماعی و به عبارتی حوزه‌های چهارگانه نظام جامعه‌ای است. طبق این دیدگاه چنانچه هر کدام از چهار نظام اصلی جامعه بتواند پاسخ‌گویی مؤثر علقه‌های برتر (معیشتی، امنیت، معاشرتی و شناختی) فرد و جامعه باشد، در این صورت هر کدام می‌توانند موجبات نوعی «احساس مثبت» که هر کدام زمینه‌ساز شادمانی افراد است را فراهم نمایند، یعنی کارکرد صحیح حوزه اقتصادی تولید احساس بهبودی و آسایش است. همین‌طور حوزه‌های سیاسی، اجتماعی و فرهنگی هر کدام به ترتیب منشاء بروز احساس عدالت و امنیت، احساس هم‌بستگی اجتماعی و احساس عزت و احترام می‌شوند (چلبی، ۱۳۸۳: ۱۲۵-۱۳۰).

• نظریه نیاز: مردم بهزیستی ذهنی را به اندازه رفع نیازهایشان، تجربه می‌کنند. رویکرد نیازها با کشمکش تشخیص نیازهای فراتر از نیازهای ضروری زیستی مواجه است که بی‌تردید لازمه زندگی‌اند (Diener, 2000:37-39).

• نظریه محرومیت نسبی: براساس این دیدگاه، شرایط عینی فقط به‌طور غیرمستقیم بر بهزیستی و آن هم از طریق مقایسه با دیگر شرایط ممکن تأثیرگذار است. مطابق این دیدگاه، همه ارزیابی‌ها در اصل مقایسه‌ای هستند و شرایط عینی حاوی معنای مطلق نیستند و محرومیت نسبی، احساس نارضایتی روانی حاصل از اختلاف تصور ذهنی افراد از وضع مطلوب و امکان دسترسی به آن است (پناهی، ۱۳۸۹ به نقل از گار، ۱۹۶۷؛ کار، ۱۳۸۵؛ Diener & Lucas, 2000).

• نظریه هدفمندی: اهداف، بازتابی از آرزوهای مردم بوده و آنها بیشتر اوقات در تلاش برای دستیابی به اهداف در زندگی‌شان هستند. از نظر رایان و همکارانش، تنها راهی که افراد بهزیستی‌شان را افزایش می‌دهند به وسیله ارزش دادن به رشد شخصی،

روابط هدفمند، خدمات اجتماعی و پیش رفتن به سوی هدف‌های ذاتی است (Ryan, et. al., 1996: 20).

• نظریه ارزیابی: از نظر داینر، بهزیستی اجتماعی به مجموع واکنش‌های ارزشی بر می‌گردد که هنگام مواجهه فرد با محرکی در دنیا، رخ می‌دهد (Lucas, et. al., 1996: 616-628).

• بهزیستی اجتماعی کوری کییز: بهزیستی اجتماعی یکی از سه بعد بهزیستی ذهنی است که معرف ارزیابی فرد از کیفیت عملکردش در محیط اجتماعی است و ۵ بعد دارد: انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی (Keyes, 1998: 123-131).

• شاخص‌های مطرح‌شده بهزیستی در دین: معنا و هدف در زندگی، عمل صالح و شایسته، هم‌نشینی با افراد شایسته، خوشرویی با دیگران، کوتاهی آرزو، دوری از کارهای بیهوده، امید وار بودن، وقت‌شناسی، خدمت بی‌منت به مردم، عدل، صبر، صلح‌رحم و معاشرت با دیگران، مسافرت، قناعت، کار و تلاش اجتماعی، همکاری و تعاون، رعایت حقوق دیگران، حسن‌ظن نسبت به دیگران، تحصیل علم و معرفت، وضعیت اقتصادی، ورزش و فعالیت بدنی از جمله شاخص‌های بهزیستی ذهنی و شادکامی در زندگی است. با توجه به ماهیت این تحقیق، که صرفاً به دنبال به‌دست آوردن نمره بهزیستی اجتماعی افراد نیست بلکه درصدد مقایسه آن در بین نوجوانان است، رویکرد نخست مورد استفاده قرار گرفته است و به‌نظر می‌رسد این رویکرد، محقق را در دستیابی به نتیجه‌ای که منجر به اقدامات مداخله‌ای در جامعه در جهت بهبود و ارتقاء بهزیستی اجتماعی شود بیشتر یاری خواهد نمود. از همین‌روی، نظریات مختلفی که هر یک به‌نوعی بهزیستی ذهنی را به‌عنوان پدیده‌ای اجتماعی، در دایره مطالعات خود قرار داده بودند، مورد بررسی قرار گرفت. به اعتقاد اغلب صاحب‌نظران، خویشاوندان، روابط و تجارب مشترک، نقش زیادی در غنا و معنابخشی زندگی هر فرد ایفا می‌کنند. کییز به توانایی فرد در تعامل مؤثر با دیگران و اجتماع به‌منظور ایجاد روابط ارض‌کننده شخصی و به انجام رساندن نقش‌های اجتماعی، عنوان بهزیستی اجتماعی^۱ داده است. از نظر او بهزیستی اجتماعی یکی از سه بعد بهزیستی ذهنی است که معرف ارزیابی فرد از کیفیت عملکردش در محیط اجتماعی است و ۵ بعد دارد: انسجام

اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی. این اصطلاح پس از او نیز در اغلب متون علمی به کار رفته است. هرچند برخی این اصطلاح را معادل سلامت اجتماعی نیز به کار برده‌اند. نتیجه و چکیده ابعاد مطرح شده را می‌توان در جدول ذیل به اختصار از نظر گذراند:

جدول ۳: جمع نظرات مطرح شده در خصوص بهزیستی اجتماعی

ردیف	ابعاد	شاخص‌ها	منبع
۱	انسجام اجتماعی	دوستی و همبستگی	Bauman (2013), چلبی (۱۳۸۳)، Keyes (1998)، Ahuvia (2002)
		ارزشمندی اجتماعی	Keyes (1998)
		رضایت از محیط زندگی	چلبی (۱۳۸۳)، Diener & Lucas (2000)
۲	انطباق اجتماعی	معنادار دانستن زندگی	Keyes (1998)، گیدنز (۱۳۷۷)، Bauman (2013)، رضانی زین‌آبادی (۱۳۹۲)
		تعلق اجتماعی	چلبی (۱۳۸۳)، Keyes (1998)، Lucas et. al. (2000)، Suh & Diener (1999)
		همدلی اجتماعی	رفیعی (۱۳۹۴) مکارم شیرازی (۱۳۸۶)
۳	شکوفایی اجتماعی	امید به آینده	Diener & Diener (1995)، چلبی (۱۳۸۳) مازوچی و همکاران (۱۳۹۱)
		باور به پیشرفت اجتماعی	چلبی (۱۳۸۳)، Keyes (1998)
		سهیم دانستن خود در پیشرفتهای جامعه	Keyes (1998) King & Napa, (1998)
۴	مشارکت اجتماعی	اعتماد اجتماعی	چلبی (۱۳۸۳)، Keyes (1998)، گیدنز (۱۳۷۷)
		حمایت اجتماعی	گیدنز (۱۳۷۷)، Sarafino (2002)، Bovier et. al. (2004)
		شرکت در فعالیت‌ها	Veenhoven (2008)، Markus & Kitayama (1994)
		احساس اثربخش بودن	Keyes (1998)، رفیعی (۱۳۹۴)

با توجه به ابعاد احصا شده، فرضیات تحقیق عبارتند از:

۱. بهزیستی اجتماعی نوجوانان عادی، پرخطر و معتاد با یکدیگر متفاوت است.
۲. هر چه بهزیستی اجتماعی پایین تر باشد، نگرش نسبت به مصرف مواد در بین نوجوانان مثبت تر است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر بر اساس تکنیک و نحوه گردآوری اطلاعات، از روش اسنادی و پیمایشی استفاده می کند.

جامعه آماری تحقیق حاضر سه گروه از نوجوانان (۱۲-۱۸ سال) عادی، پرخطر و سوءمصرف کننده مواد مخدر شهر تهران است. در این مقاله از خرده مقیاس های پرسشنامه دانش آموزان پرخطر^۱ به عنوان شاخصی برای غربالگری نوجوانان عادی و پرخطر استفاده شده است. همچنین پس از غربالگری، خرده مقیاس نگرش نسبت به مواد به صورت مستقل مورد استفاده قرار گرفته است. پایایی کلی این پرسشنامه ۰/۹۰ است (ر.ک: محمدخانی، ۱۳۸۴). همچنین در سایر تحقیقات نیز پایایی آن بیش از ۰/۸۰ به دست آمده است. به عنوان مثال آرمی (۱۳۸۹) پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش نموده است.

بهزیستی اجتماعی، به معنای ارزیابی فرد از کیفیت عملکردش در محیط اجتماعی است. در این مقاله ۴ شاخص انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی به عنوان شاخص های بهزیستی اجتماعی در نظر گرفته شده است.

نگرش نسبت به مواد جهت گیری فرد را در خصوص مصرف مواد اعتیادآور مشخص می سازد. نگرش مثبت به مصرف مواد در مصرف تفننی یا دائم مواد نقش دارد. برای برآورد حجم نمونه در گروه عادی و پرخطر از نرم افزار sample power استفاده شده است و با در نظر گرفتن حداکثر ۰/۰۵ احتمال خطای نوع اول، حداکثر ۰/۲۰ احتمال خطای نوع دوم، حداقل ۰/۸۰ برای توان آزمون، معادل ۰/۰۱ برای آلفا و در نظر داشتن اینکه حجم نمونه به اندازه ای بزرگ باشد که حداقل ۰/۱۰ ضریب تعیین را بتوان در

جامعه آماری به‌درستی تشخیص داد، مجموعاً در ۵ بخش جغرافیایی شهر تهران، ۶۰۰ نفر حجم نمونه نوجوانان عادی و پرخطر را تشکیل می‌دهد لیکن برای جلوگیری از ریزش پرسشنامه خصوصاً در بین افراد پرخطر و معتاد، ۳۰ درصد به حجم نمونه افزوده شد. برای انتخاب نمونه‌های عادی و پرخطر از نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شده است. روایی و اعتبار مدل بهزیستی اجتماعی با استفاده از نرم‌افزار Smart PLS مورد بررسی قرار گرفته و مدل برازش‌یافته در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفت.

جدول ۴: نتایج تحلیل پایایی شاخص‌های بهزیستی اجتماعی

آلفای کرونباخ ^۱		متغیرها	
۰/۷۸۶	۰/۷۸۷	ارزشمندی اجتماعی	انسجام اجتماعی
	۰/۷۵۴	دوستی و همبستگی	
	۰/۷۸۰	رضایت از محیط زندگی	
۰/۶۹۴	۰/۷۷۰	تعلق اجتماعی	انطباق اجتماعی
	۰/۵۴۲	معنادار دانستن زندگی	
	۰/۷۳۷	همدلی اجتماعی	
۰/۶۳۵	۰/۷۵۷	امید به آینده	شکوفایی اجتماعی
	۰/۵۱۰	باور به پیشرفت اجتماعی	
	۰/۶۰۸	سهیم دانستن خود در پیشرفت‌های جامعه	
۰/۷۱۳	۰/۶۱۴	حمایت اجتماعی	مشارکت اجتماعی
	۰/۷۸۹	اعتماد اجتماعی	
	۰/۷۰۸	احساس اثربخش بودن	
	۰/۷۰۲	شرکت در فعالیت‌های (اجتماعی)	

با توجه به اینکه مدل بهزیستی اجتماعی، دارای مؤلفه‌های سلسله‌مراتبی است لذا جهت سنجش اعتبار همگرا در سطح معرف از بارهای عاملی استفاده شد. پس از حذف معرف‌هایی که بارعاملی آنها کمتر از ۰/۴ بود و برقراری شروط، متغیرهای پنهان به صورت جداگانه مورد بررسی قرار گرفتند. ضریب اعتماد (پایایی) ترکیبی متغیرهای مرتبه بالاتر نیز قابلیت مدل و مؤلفه‌های آن را تأیید می‌نماید و نقطه برش بالاتر از ۰/۷ را نشان می‌دهد:

1. Cronbach coefficient

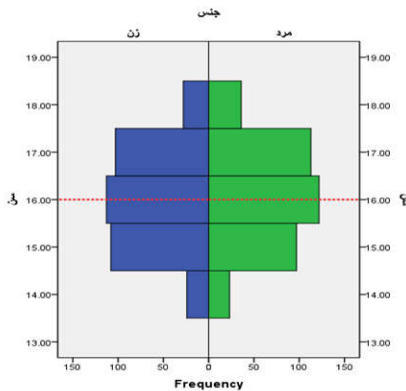
شاخص‌ها	Composite Reliability
انسجام اجتماعی	۰/۹۰۷
انطباق اجتماعی	۰/۸۸۴
شکوفایی اجتماعی	۰/۸۳۱
مشارکت اجتماعی	۰/۸۲۹
بهزیستی اجتماعی	۰/۹۵۴

اعتبار ممیز در سطح عامل و استفاده از شاخص فورنل و لارکر بیانگر آن بود که بارعاملی عامل‌های مرتبه پایین که ریشه دوم AVE است از تمام ضرایب سطر و ستونی که در آن قرار گرفته بالاتر و بیانگر اعتبار ممیز مدل کلی بود. برای دستیابی به نمونه آماری برآورد شده (خصوصاً در بخش نوجوانان پرخطر)، دو برابر حجم نمونه پیش‌بینی شده پرسشنامه تکمیل گردید.

یافته‌ها

به‌لحاظ ویژگی‌های زمینه‌ای، ۴۹ درصد پاسخگویان، زن و ۵۱ درصد مرد بودند. بیشترین فراوانی سنی پاسخگویان به ترتیب متعلق به گروه سنی ۱۶ ساله (۳۴/۴ درصد)، ۱۷ ساله (۳۳/۵ درصد) و ۱۵ ساله (۲۰/۵ درصد) است.

شکل ۲- هرم سنی - جنسی پاسخگویان



۲۳/۳ درصد از نوجوانان پرخطر مخالف وجود شکوفایی اجتماعی در جامعه بودند. با توجه به معناداری کای اسکور می‌توان به وجود تفاوت دیدگاه نوجوانان عادی، پرخطر و معتاد قائل بود. معنادار بودن ضریب همبستگی وی کرامرز بیانگر همبسته بودن دو متغیر شاخص شکوفایی اجتماعی با وضعیت نوجوانان است. به‌عبارت دیگر شکوفایی

اجتماعی با وضعیت نوجوانان (عادی، پرخطر یا معتاد بودن) در جامعه آماری رابطه معناداری دارد. ۲۱/۳ درصد از نوجوانان معتاد مخالف وجود شکوفایی اجتماعی در جامعه بودند. با توجه به معناداری کای اسکوئر می‌توان به وجود تفاوت دیدگاه نوجوانان عادی، پرخطر و معتاد قائل بود. معنادار بودن ضریب همبستگی وی کرامرز بیانگر همبسته بودن دو متغیر شاخص شکوفایی اجتماعی با وضعیت نوجوانان است. به عبارت دیگر شکوفایی اجتماعی با وضعیت نوجوانان (عادی، پرخطر یا معتاد بودن) در جامعه آماری رابطه معناداری دارد. امید به آینده، باور به پیشرفت جامعه و سهم دانستن خود در پیشرفت‌های جامعه (زیرشاخص‌های شکوفایی اجتماعی) از جمله شاخص‌های مهمی هستند که لازم است در بین نوجوانان به ارتقاء آن اندیشید زیرا می‌تواند نقش بسزایی در ارتقاء سلامت اجتماعی نوجوانان و کاهش آسیب‌های اجتماعی در جامعه ایفا نماید.

جدول ۵: شاخص‌های بهزیستی اجتماعی بر حسب وضعیت پاسخگویان گروه‌های مختلف

آزمون‌ها	وضعیت پاسخگو	نوع توزیع	کاملاً مخالفم	مخالفم	تا حدودی	موافقم	کاملاً موافقم	جمع
شاخص کلی شکوفایی اجتماعی $\chi^2 = 177.875$ Sig = 0.000 Sig = 0.366	عادی	فراوانی	۳۱	۳۸	۱۷۶	۱۱۱	۱۰۴	۴۶۰
		درصد	۶/۷	۸/۳	۳۸/۳	۲۴/۱	۲۲/۵	۱۰۰
	پرخطر	فراوانی	۲۲	۱۷	۶۷	۳۹	۴۰	۱۸۴
		درصد	۱۱/۸	۹/۱	۳۶/۲	۲۱	۲۱/۹	۱۰۰
	معتاد	فراوانی	۳	۹	۱۷	۱۸	۱۱	۵۸
		درصد	۵/۲	۱۶/۱	۲۹/۳	۳۱	۱۸/۴	۱۰۰
جمع	فراوانی	۵۶	۶۴	۲۶۰	۱۶۸	۱۵۵	۷۰۲	
	درصد	۷/۹	۹/۲	۳۷	۲۳/۹	۲۲	۱۰۰	
شاخص کلی انسجام اجتماعی $\chi^2 = 37.903$ Sig = 0.000 Sig = 0.417	عادی	فراوانی	۹	۳۹	۱۱۵	۱۶۷	۱۰۶	۴۳۶
		درصد	۲/۲	۸/۹	۲۶/۳	۳۸/۴	۲۴/۴	۱۰۰
	پرخطر	فراوانی	۲۳	۴۳	۵۸	۵۹	۳۲	۲۱۶
		درصد	۱۰/۵	۲۰/۱	۲۶/۶	۲۷/۵	۱۵	۱۰۰
	معتاد	فراوانی	۰	۴	۱۵	۲۵	۸	۵۱

۱۰۰	۱۴/۸	۴۸/۱	۲۹	۷/۴	۰	درصد			
۷۰۳	۱۴۷	۲۵۰	۱۸۷	۸۷	۳۳	فراوانی	جمع		
۱۰۰	۲۰/۸	۳۵/۵	۲۶/۶	۱۲/۳	۴/۷	درصد			
۴۴۰	۹۹	۲۵۲	۷۵	۱۰	۴	فراوانی	عادی	شاخص کلی انطباق اجتماعی $\chi^2 = 262.765$ Sig = 0.000, $\chi^2 = 3.34$ Sig = 0.067 =	
۱۰۰	۲۲/۶	۵۷/۲	۱۷	۲/۲	۱	درصد			
۲۱۰	۲۹	۷۲	۹۳	۴	۱۱	فراوانی	پرخطر		
۱۰۰	۱۳/۹	۳۴/۳	۴۴/۳	۲	۵/۵	درصد			
۶۵	۶	۴۰	۱۲	۲	۱	فراوانی	معتاد		
۱۰۰	۹/۲	۶۶/۲	۲۰	۳/۱	۱/۵	درصد			
۷۱۱	۱۳۶	۳۶۹	۱۷۴	۱۶	۱۶	فراوانی	جمع		
۱۰۰	۱۹/۲	۵۲	۲۴/۴	۲/۲	۲/۲	درصد			
۴۹۲	۶۷	۱۹۱	۱۷۶	۳۸	۲۱	فراوانی	عادی		شاخص کلی مشارکت اجتماعی $\chi^2 = 33.11$ Sig = 0.000, $\chi^2 = 3.3$ Sig = 0.067 =
۱۰۰	۱۳/۷	۳۸/۶	۳۵/۷	۷/۸	۴/۲	درصد			
۱۹۲	۲۶	۵۶	۶۸	۲۸	۱۵	فراوانی	پرخطر		
۱۰۰	۱۳/۷	۲۸/۸	۳۵/۲	۱۴/۷	۷/۷	درصد			
۶۵	۷	۲۸	۲۱	۷	۳	فراوانی	معتاد		
۱۰۰	۱۰/۹	۴۲/۴	۳۱/۹	۱۰	۴/۸	درصد			
۷۴۹	۱۰۱	۲۷۴	۲۶۴	۷۳	۳۸	فراوانی	جمع		
۱۰۰	۱۳/۴	۳۶/۵	۳۵/۲	۹/۷	۵/۱	درصد			

جدول ۶: شاخص بهزیستی اجتماعی بر حسب وضعیت

پاسخگویان گروه‌های مختلف

جمع	شاخص بهزیستی اجتماعی				وضعیت پاسخگو
	زیاد	متوسط	کم	توزیع نوع	
۵۰۰	۱۲۶	۲۵۰	۱۲۴	فراوانی	عادی
۱۰۰/	۲۵/۲۰٪	۵۰/۱۰۰٪	۲۴/۸۰٪	درصد	
۲۰۱	۴۸	۶۲	۹۱	فراوانی	پرخطر
۱۰۰/	۲۳/۹۰٪	۳۰/۸۰٪	۴۵/۳۰٪	درصد	

جمع	شاخص بهزیستی اجتماعی				وضعیت پاسخگو
	زیاد	متوسط	کم	توزیع نوع	
۶۵	۱۴	۲۶	۲۵	فراوانی	معتاد
۱۰۰/	۲۱/۵۰٪	۴۰/۰۰٪	۳۸/۵۰٪	درصد	
۷۶۶	۱۸۸	۳۳۸	۲۴۰	فراوانی	جمع
۱۰۰/	۲۴/۵۰٪	۴۴/۱۰٪	۳۱/۳۰٪	درصد	
Sig=۰.۰۰۰۰، $v = ۰.۱۴۷$ Sig=۰.۰۰۰۰، $\chi^2 = ۳۲.۸۹۰$					

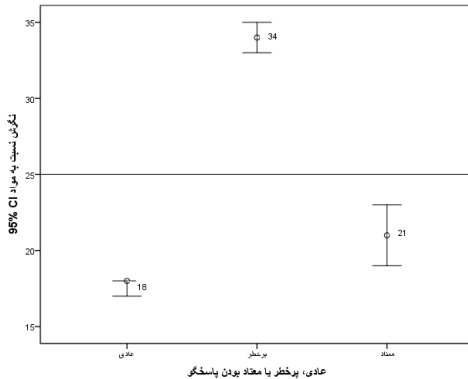
بهزیستی اجتماعی، ارزیابی جامع فرد از معنای زندگی و زیست اجتماعی خود در کنار سایر افراد جامعه است که برای او آرامش و آسایش ایجاد نماید و قضاوت مثبتی است که افراد از زندگی خود دارند. با توجه به جدول فوق و معناداری ضریب همبستگی وی کرامرز می‌توان اذعان نمود که بین وضعیت عادی، پرخطر و معتاد بودن نوجوانان و بهزیستی اجتماعی آنان رابطه وجود دارد. ۴۵ درصد از نوجوانان پرخطر، ۳۹ درصد از نوجوانان معتاد و ۲۵ درصد از نوجوانان عادی بهزیستی اجتماعی پایینی داشتند و با توجه معناداری کای اسکوتر چنین تفاوتی در جامعه آماری معنادار است.

همان‌گونه که در نمودار خط برازش ملاحظه می‌شود، هرچه بهزیستی اجتماعی بیشتر می‌شود، نگرش نسبت به مواد کمتر و به عبارت دیگر منفی‌تر می‌شود. و این دو متغیر نسبت به هم رابطه معکوسی دارند.

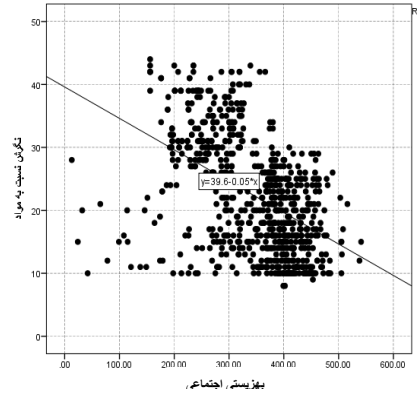
همچنین با توجه به نمودار Error Bar مشاهده می‌شود که نگرش نوجوانان عادی نسبت به سایر گروه‌ها منفی‌تر است. میانگین کلی طیف، ۲۵ است که کمتر از این میزان بیانگر نگرش منفی به مصرف مواد و بیش از آن بیانگر نگرش مثبت به مواد است. نگرش نوجوانان عادی ($\mu=۱۸$) با نوجوانان پرخطر ($\mu=۳۴$) تفاوت فاحشی دارد و حاکی از مثبت بودن نگرش نوجوانان پرخطر نسبت به این متغیر است. منفی‌تر بودن نگرش معتادان ($\mu=۲۱$) نسبت به افراد پرخطر با توجه به آزمودن بسیاری از این باورها در عمل و در فرایند بهبودی قرار داشتن آنان قابل توجیه است.

خط برازش نگرش نسبت به مواد بر اساس بهزیستی اجتماعی فاصله اطمینان میانگین نگرش کلی نسبت به مواد به تفکیک نوجوانان

شکل ۴- فاصله اطمینان میانگین نگرش کلی نسبت به مواد به تفکیک دانش آموزان



شکل ۳- خط برازش نگرش نسبت به مواد بر اساس بهزیستی اجتماعی



جدول ۷: شاخص نگرش نسبت به مواد بر حسب وضعیت پاسخگویان گروه‌های مختلف

شاخص نگرش نسبت به مواد							
آزمون‌ها	وضعیت پاسخگو	نوع توزیع	کاملاً مخالفم	مخالفم	حد وسط	موافقم	کاملاً موافقم
Sig = ۰.۰۰۰۰۰، $\chi^2 = ۲۵۹/۶۹۱$ Sig = ۰.۰۰۰۰۰، $\chi^2 = ۰/۴۱۸$	عادی	فراوانی	۸۴	۱۹۴	۱۴۰	۵۷	۳
		درصد	۱۷/۶	۴۰/۶	۲۹/۳	۱۱/۹	۰/۶
	پرخطر	فراوانی	۰	۹	۵۷	۱۰۸	۲۷
		درصد	۰	۴/۵	۲۸/۴	۵۳/۷	۱۳/۴
	معتاد	فراوانی	۸	۲۶	۲۰	۸	۳
		درصد	۱۲/۳	۴۰	۳۰/۸	۱۲/۳	۴/۶
جمع	فراوانی	۹۲	۲۲۹	۲۱۷	۱۷۳	۳۳	
	درصد	۱۲/۴	۳۰/۸۰	۲۹/۲	۲۳/۳	۴/۴	

صرفاً ۷/۱ درصد از نوجوانان پرخطر با این باور که «برای شادی و تفریح اشکالی ندارد که گاهی آدم مواد مخدر مصرف کند» کاملاً مخالف بودند در حالی که ۵۴/۱ درصد از افراد عادی کاملاً مخالف این باور بودند. همین تفاوت در سایر پاسخ‌ها نیز مشاهده شد و با توجه به معناداری کای اسکوئر می‌توان اذعان به وجود تفاوت نگرش‌ها در خصوص مواد

جامعه آماری نیز داشت. معناداری ضریب همبستگی وی کرامر نیز بیانگر وجود رابطه بین ویژگی‌های نوجوانان با نگرش آنها نسبت به مصرف مواد است. در مجموع ۶۷ درصد از نوجوانان پرخطر نگرش مثبتی به مصرف مواد داشتند و صرفاً ۴/۵ درصد در مجموع نگرشی منفی داشته و با گزینه‌های مطرح شده مخالفت نمودند. درخصوص افراد معتاد با توجه به اینکه این افراد در مراحل ترک و بهبودی قرار داشتند، با واقعیت‌های مصرف مواد آشنا بودند و همان‌گونه که ملاحظه می‌شود نگرش آنها نسبت به نوجوانان پرخطر نگرشی منفی‌تر است به همین دلیل در بخش تبیین دو گروه عادی و پرخطر در نظر گرفته شده‌اند.

تبیین کلی

بهزیستی اجتماعی به طور کلی به میزان $(R = 0/486)$ با متغیر وابسته همبستگی نشان می‌دهد. ضریب تعیین به دست آمده (R^2) برای جامعه آماری برابر $0/236$ می‌باشد به این معنا که واریانس بهزیستی اجتماعی $23/6$ درصد از واریانس نگرش نسبت به مصرف مواد را تبیین می‌نماید. به این ترتیب فرضیه این تحقیق مبنی بر: «بین بهزیستی اجتماعی و نگرش نوجوانان نسبت به مواد رابطه وجود دارد» در سطح معناداری بالایی برای آزمون F تأیید می‌شود.

جدول ۸: نتایج آزمون F و ضریب تعیین نگرش

نسبت به مصرف مواد بر اساس بهزیستی اجتماعی

وضعیت دانش آموز	گزینه	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری	همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین جامعه آماری	خطای استاندارد برآورد
کلی	رگرسیون	۱	۱۴۵۲۷/۶۶	۳۳۱/۹۹۱	۰	۰/۴۸۶	۰/۲۳۶	۰/۲۳۵	۷/۹۱۳
	باقیمانده	۷۵۱	۶۲/۶۲۲						
	جمع	۷۵۲							

علاوه بر تأیید فرضیه، با در نظر گرفتن آزمون t و سطح معناداری آن و متغیر فوق در سطح معناداری بسیار بالا برای تبیین متغیر وابسته معنادار هستند. براساس ضرایب بتا

(β) مشخص می‌گردد که با فرض ثبات سایر عوامل، چنانچه در «بهزیستی اجتماعی» هر دانش‌آموز یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش مثبت آنان به مصرف مواد ۴۸/۶ کاهش می‌یابد.

جدول ۹: ضرایب رگرسیون اثر پیش‌بینی‌کنندگی

متغیر پیش‌بین نگرش نسبت به مصرف مواد

سطح معناداری	t	ضرایب استاندارد	ضرایب غیراستاندارد		متغیر پیش‌بین و آلفا
		Beta	خطای استاندارد	B	
۰	۳۴/۲۵۳		۱/۱۵۶	۳۹/۶۰۱	(Constant)
۰	-۱۵/۲۳۱	-۰/۴۸۶	۰/۰۰۳	-۰/۰۵	بهزیستی ذهنی

در صورتی‌که در هر یک از گروه‌های عادی، پرخطر و معتاد واریانس شاخص‌های بهزیستی اجتماعی برای تبیین واریانس نگرش نسبت به مصرف مواد در نظر گرفته شود، مشاهده می‌شود که در گروه عادی، ابعاد یادشده به میزان ($R = ۰/۵۸۴$) با متغیر وابسته همبستگی نشان می‌دهد. ضریب تعیین به‌دست‌آمده (R^2) برای جامعه آماری برابر ۰/۳۳۰ می‌باشد. به این معنا که واریانس شاخص‌های یادشده ۳۳ درصد از واریانس نگرش نسبت به مصرف مواد را تبیین می‌نماید. به این ترتیب فرضیه تحقیق در بین این گروه از نوجوانان با توجه به سطح معناداری بالای آزمون F تأیید می‌گردد.

علاوه بر تأیید فرضیه، با در نظر گرفتن آزمون t و سطح معناداری آن و متغیرهای فوق در سطح معناداری بسیار بالا برای تبیین متغیر وابسته معنادار هستند. براساس ضرایب بتا (β) مشخص می‌گردد که نگرش نسبت به مصرف مواد تابعی است از:

(مشارکت اجتماعی) -۰/۲۵۶ - (شکوفایی اجتماعی) -۰/۲۱۶ - (انطباق اجتماعی)

-۰/۱۶۴ - (انسجام اجتماعی) -۰/۴۸۷ = نگرش نسبت به مصرف مواد

حال در صورتی‌که گروه پرخطر به‌طور مجزا مورد مطالعه قرار گیرد، مشاهده می‌شود که در این گروه، شاخص‌های بهزیستی اجتماعی به میزان ($R = ۰/۳۶۴$) با متغیر وابسته

همبستگی نشان می‌دهد. ضریب تعیین به دست آمده (R^2) برای جامعه آماری برابر ۰/۱۰۵ می‌باشد. به این معنا که واریانس شاخص‌های یادشده ۱۰/۵ درصد از واریانس نگرش نسبت به مصرف مواد را تبیین می‌نماید. به این ترتیب فرضیه تحقیق در بین این گروه از نوجوانان با توجه به سطح معناداری بالای آزمون F تأیید می‌گردد.

(مشارکت اجتماعی) ۰/۲۹۲ - (شکوفایی اجتماعی) ۰/۳۹۶ - (انطباق اجتماعی)

۰/۲۶۲ - (انسجام اجتماعی) ۰/۴۰۵ = نگرش نسبت به مصرف مواد

در صورت تفکیک گروه‌ها و انجام محاسبات به صورت جداگانه با احتساب همه زیرشاخص‌های سازنده ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی برای گروه‌های عادی، پرخطر و معتاد مشاهده می‌شود که در بین نوجوانان عادی ۵۱ درصد از تفاوت نگرش نسبت به مصرف مواد و در بین نوجوانان پرخطر، ۵۸/۱ درصد به دلیل تفاوت بهزیستی ذهنی است. با توجه به معنادار نبودن این رابطه در بین معتادان از تحلیل مربوط به این گروه صرف نظر می‌شود. معنادار نبودن این رابطه را می‌توان به متفاوت شدن نگرش آنان نسبت به مواد و شرایط افراد در فرایند بهبودی منتسب دانست. همان‌گونه که در جدول ذیل ملاحظه می‌شود، در صورتی که آزمون F به صورت مجزا در هر یک از گروه‌های عادی، پرخطر و معتادان در حال بهبودی بین نگرش نسبت به مصرف مواد و زیرشاخص‌های ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی محاسبه گردد، در دو گروه عادی و پرخطر در سطح معناداری بسیار بالا برای تبیین متغیر وابسته معنادار هستند.

جدول ۱۰: نتایج آزمون F و ضریب تعیین نگرش نسبت به مصرف مواد بر اساس زیرشاخص‌های بهزیستی اجتماعی و به تفکیک وضعیت نوجوانان

وضعیت نوجوانان	رتبه	درجه آزادی	مجموع میانگین	F	سطح معناداری	همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین جامعه آماری	خطای استاندارد برآورد
عادی	رگرسیون	۲۸	۱۷۳/۶۵۷	۱۱/۸۶۶	۰ ^b	۰/۷۴۶ ^a	۰/۵۵۷	۰/۵۱	۳/۸۲۵
	باقیمانده	۲۶۴	۱۴/۶۳۴						
	جمع	۲۹۲							
پرخطر	رگرسیون	۲۸	۵۴/۳۹	۷/۲۰۳	۰/۱ ^c	۰/۸۲۳ ^b	۰/۶۷۵	۰/۵۸۱	۲/۷۴۸
	باقیمانده	۹۷	۷/۵۵۱						
	جمع	۱۲۵							
معتاد	رگرسیون	۲۸	۴۶/۵۵۴	۲/۸۵۳	۰/۳۷۷ ^d	۰/۹۷۷ ^c	۰/۹۵۵	۰/۵۳۱	۴/۵۴۴
	باقیمانده	۳	۲۰/۶۶۷						
	جمع	۳۱							

با توجه به در نظر گرفتن زیرشاخص‌های بهزیستی اجتماعی، براساس ضرایب بتا (β) مشخص می‌گردد که نگرش نسبت به مصرف مواد در بین نوجوانان عادی تابعی است از:

نگرش نسبت به مواد

(تعلق اجتماعی) -۰/۲۱۴ - (احساس ارزشمندی اجتماعی) -۰/۳۱۲ - (رضایت از محیط زندگی) -۰/۳۲۱ - (اعتماد اجتماعی) -۰/۲۲۴ =

(امید به آینده) -۰/۲۹۷ - (دوستی و همبستگی) -۰/۲۰۳ - (حمایت اجتماعی) -۰/۱۷۵ - (همدلی اجتماعی) -۰/۱۸۴

(شرکت در فعالیت‌های اجتماعی) -۰/۳۴۳ - (احساس اثربخش بودن) -۰/۱۱۱ - (معنادار دانستن زندگی) -۰/۱۸۵

به عبارت دیگر: (با فرض ثبات سایر عوامل) چنانچه در «رضایت از محیط زندگی»

یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۳۲۱ واحد کاهش می‌یابد. (با فرض ثبات سایر عوامل)؛

چنانچه در «احساس ارزشمندی اجتماعی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۳۱۲ واحد کاهش می‌یابد.

چنانچه در «تعلق اجتماعی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۲۱۴ واحد کاهش می‌یابد.

چنانچه در «معنادار دانستن زندگی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۱۸۵ واحد کاهش می‌یابد.

چنانچه در «دوستی و همبستگی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۲۰۳ واحد کاهش می‌یابد.

چنانچه در «امید به آینده» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۲۹۷ واحد کاهش می‌یابد.

چنانچه در «اعتماد اجتماعی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۲۲۴ واحد کاهش می‌یابد.

چنانچه در «احساس اثربخش بودن» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۱۱۱ واحد کاهش می‌یابد.

چنانچه در «شرکت در فعالیت‌های اجتماعی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۳۴۳ واحد کاهش می‌یابد.

چنانچه در «همدلی اجتماعی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۱۸۴ واحد کاهش می‌یابد.

چنانچه در «حمایت اجتماعی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۱۷۵ واحد کاهش می‌یابد.

با توجه به در نظر گرفتن زیرشاخص‌های بهزیستی اجتماعی، براساس ضرایب بتا (β) مشخص می‌گردد که نگرش نسبت به مصرف مواد در بین نوجوانان پرخطر تابعی است از:

نگرش نسبت به مصرف مواد

(همدلی اجتماعی) ۰/۵۹۱ - (معنادار دانستن زندگی) ۰/۳۸۸ - (تعلق اجتماعی)

۰/۲۸۶ - (احساس ارزشمندی اجتماعی) ۰/۴۲۸ - =

(حمایت اجتماعی) ۰/۴۵۲ + (احساس اثربخش بودن) ۰/۱۱۱ + (رضایت از محیط زندگی) ۰/۳۰۶ - (امید به آینده) ۰/۵۷۲ -
(دوستی و همبستگی) ۰/۴۲۲ - (شرکت در فعالیت‌های اجتماعی) ۰/۲۲۸ - (اعتماد اجتماعی) ۰/۵۳۹ -

به عبارت دیگر: (با فرض ثبات سایر عوامل) چنانچه در «احساس ارزشمندی اجتماعی یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۴۲۸ واحد کاهش می‌یابد.

(با فرض ثبات سایر عوامل)؛

چنانچه در «تعلق اجتماعی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۲۸۶ واحد کاهش می‌یابد.

چنانچه در «معنادار دانستن زندگی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۳۸۸ واحد کاهش می‌یابد.

چنانچه در «دوستی و همبستگی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۴۲۲ واحد کاهش می‌یابد.

چنانچه در «امید به آینده» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۵۷۲ واحد کاهش می‌یابد.

چنانچه در «احساس اثربخش بودن» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۱۱۱ واحد کاهش می‌یابد.

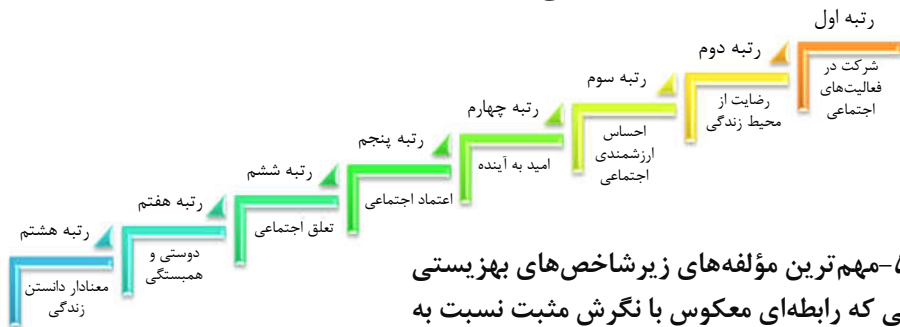
چنانچه در «رضایت از محیط زندگی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۳۰۶ واحد افزایش می‌یابد.

چنانچه در «اعتماد اجتماعی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۵۳۹ واحد کاهش می‌یابد.

چنانچه در «شرکت در فعالیت‌های اجتماعی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۲۲۸ واحد کاهش می‌یابد.

چنانچه در «همدلی اجتماعی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۵۹۱ واحد کاهش می‌یابد.

چنانچه در «حمایت اجتماعی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۴۵۲ واحد کاهش می‌یابد.



بحث و تحلیل

در مقاله حاضر بهزیستی اجتماعی در بین سه گروه از نوجوانان عادی، پرخطر و معتاد (در حال طی فرایند بهبودی) موردسنجش و ارزیابی قرار گرفت. بهزیستی اجتماعی شامل چهار شاخص احساس انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انطباق اجتماعی و مشارکت اجتماعی بود. در مقایسه سه گروه از نوجوانان فوق‌الذکر مشاهده شد که بهزیستی اجتماعی، تفاوت معناداری در این گروه‌ها دارد به طوری که توزیع درصد کسانی که از بهزیستی اجتماعی پایینی برخوردار بودند، قابل تأمل بود. نزدیک به

نیمی از نوجوانان پرخطر از بهزیستی اجتماعی پایینی برخوردار بودند. نگرش نوجوانان عادی و پرخطر نسبت به مصرف مواد تفاوت فاحشی داشت. نگرش نوجوانان عادی نسبت به سایر گروه‌ها منفی‌تر بود. تحلیل رگرسیونی بهزیستی اجتماعی با نگرش نسبت به مواد حاکی از آن بود که انسجام اجتماعی هم در نوجوانان عادی و هم نوجوانان پرخطر، بیشترین تأثیر را بر نگرش مثبت نسبت به خود اختصاص داده است. انطباق اجتماعی کمترین تأثیر را بر نگرش نسبت به مواد داشت. در صورت تفکیک گروه‌ها و انجام محاسبات به صورت جداگانه با احتساب همه زیرشاخص‌های سازنده بهزیستی اجتماعی برای گروه‌های عادی، پرخطر و معتاد مشاهده شد که در بین نوجوانان عادی ۵۱ درصد از تفاوت نگرش نسبت به مصرف مواد و در بین نوجوانان پرخطر، ۵۸/۱ درصد به دلیل تفاوت بهزیستی اجتماعی است. با توجه به معنادار نبودن این رابطه در بین معتادان از تحلیل مربوط به این گروه صرف نظر شد. مؤلفه‌های اصلی مدنظر در هر یک از زیرشاخص‌های بهزیستی اجتماعی که بیشترین رابطه را با نگرش مثبت نوجوانان با مصرف مواد داشتند به شرح ذیل بودند:

جدول ۱۱: مهم‌ترین مؤلفه‌های زیرشاخص‌های بهزیستی اجتماعی

مرتبط با نگرش مثبت نوجوانان با مصرف مواد

احساس احترام داشتن در بین خانواده، دوستان و جامعه	احساس	انسجام اجتماعی
احساس اهمیت داشتن در بین خانواده، دوستان و جامعه	ارزشمندی	
احساس مفید بودن در بین خانواده، دوستان و جامعه	اجتماعی	
برای حمایت از دوستان و نزدیکانم حاضرم از منافع خود بگذرم	دوستی و همبستگی	انسجام اجتماعی
احساس صمیمیت و نزدیکی با دوستان و افراد مورد اعتماد در جامعه		
حاضرم به خاطر هم صحبتی با خانواده و افراد مهم زندگی سختی‌ها را تحمل کنم		
متعهد دانستن خود نسبت به خانواده و جامعه	تعلق اجتماعی	انطباق اجتماعی
هویت مشترک: داشتن احساس خوب از ایرانی بودن و همچنین عضو خانواده حال حاضر خود بودن		
ارزش‌های مشترک: هماهنگ دانستن ارزش‌های		

خود با خانواده و جامعه		
با معنا و هدفمند دانستن زندگی	معنادار	
پایبندی به ارزش‌هایی که معیار قضاوت خوبی و بدی است	دانستن زندگی	
همدلی خانواده و دوستان	همدلی اجتماعی	
امید به بهبود شرایط زندگی خود و خانواده و امید به امکان تغییر آینده	امید به آینده	شکوفایی اجتماعی
انگیزه داشتن برای ساختن زندگی و تلاش بیشتر		
اعتماد به اعضای خانواده	اعتماد	مشارکت اجتماعی
اعتماد به گروه‌های آشنا، دوستان و فامیل‌ها	اجتماعی	
اعتماد به مسئولان و مدیران سایر سازمان‌ها		
شرکت در فعالیت‌ها و تفریحات و مهمانی‌های خانوادگی و دوستانه	شرکت در فعالیت‌های اجتماعی	
شرکت در مراسم و مناسبت‌های ملی، مذهبی، بومی		
شرکت در فعالیت‌های داوطلبانه و انجمن‌های خیریه		

در بین نوجوانان پرخطر، شاخصی که بیشترین رابطه را با نگرش به مصرف مواد داشت، به ترتیب عبارت بودند از همدلی اجتماعی، امید به آینده، اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی، احساس ارزشمندی اجتماعی، دوستی و همبستگی و رضایت از محیط زندگی. هر چه این شاخص‌ها بالاتر روند، نگرش مثبت نسبت به مصرف مواد پایین‌تر می‌آید. در خصوص نوجوانان عادی، شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، رضایت از محیط زندگی، احساس ارزشمندی اجتماعی، امید به آینده، اعتماد اجتماعی، تعلق اجتماعی، دوستی و همبستگی و معنادار دانستن زندگی بیشترین رابطه را با نگرش نسبت به مواد داشتند. با توجه به نتایج مطرح شده قبل، زیرشاخص‌هایی که رابطه‌ای معنادار با متغیر وابسته داشتند مشخص گردیدند. با توجه به اثرگذاری این شاخص‌ها و زیرشاخص‌های آنها در نگرش مثبت یا منفی نوجوانان به مصرف مواد، عدم توجه به این موارد می‌تواند در اقبال نوجوانان به مصرف مواد بالاتر رود. اغلب تحقیقات بر تأثیر شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، حمایت اجتماعی خصوصاً خانواده و دوستان، احساس تعلق

اجتماعی و دوستی و همبستگی (ر.ک: Bauman & May, 2001; Spoth et. al., 2002) و تقویت پیوند، اتحاد و ارتباطات خانوادگی و نقش حمایت‌گری آنان نسبت به فرزندان در راستای پیشگیری از مصرف مواد تأکید داشته‌اند. بوتوین^۱ و همکاران (۱۹۹۵) بر تقویت روابط با همسالان^۲ و تقویت تعهد فردی علیه سوء مصرف مواد تأکید نموده‌اند. سایر پژوهش‌ها (Crawford & Novak, 2002؛ Kuendig & Kuntsche, 2006) نیز این نکته را تأیید می‌نمایند که نوجوانانی که زمان زیادی را با والدین خود می‌گذرانند و به راحتی و سهولت با آنان ارتباط برقرار می‌کنند و مورد حمایت آنان قرار می‌گیرند، به احتمال کمتری درگیر رفتار مصرف و سوء مصرف مواد می‌شوند. فرضیه سپهر خانوادگی^۳ (Cleveland et. al., 2009) خانواده را به عنوان منبع تأمین نیازهای معارض مصرف مواد و خنثی‌کننده تمام اثرات بیرونی به خصوص اثرات همسالان می‌داند. پیکو و فیتزپاتریک^۴ (۲۰۰۴) نشان داده‌اند که مذهبی بودن و داشتن هویت مذهبی با توجه به اینکه موجب معنا دادن به زندگی می‌شوند، به عنوان عاملی محافظت‌کننده در سوء مصرف مواد عمل می‌کند.

تمرکز صرف بر فرد و ویژگی‌های روانی و عاطفی نوجوانان بدون توجه به ابعاد اجتماعی سازنده قضاوت آنان در خصوص زندگی در ارتقاء سطح سلامت اجتماعی، ابتر خواهد بود. همان‌گونه که وینهوون اشاره دارد «بهزیستی افراد شامل اطلاعات مهمی در مورد کیفیت نظام اجتماعی است که آنها در آن زندگی می‌کنند. اگر افراد احساس بدی داشته باشند، مشخص است که نظام اجتماعی برای سکونت انسان مناسب نیست. یکی از اهداف جامعه‌شناس، کمک به بهتر شدن جامعه است و مطالعه بهزیستی اجتماعی سرنخ‌هایی را برای یک جامعه قابل زندگی تر فراهم می‌کند (Veenhoven, 2008:61). بهزیستی اجتماعی یکی از عوامل تعیین‌کننده رفتار اجتماعی است. افرادی که بهزیستی اجتماعی بالاتری دارند، معمولاً شهروندان بهتری هستند، بهتر در موضوعات سیاسی وارد می‌شوند، از حق رأی دادن خود به میزان بیشتری استفاده می‌کنند، بیشتر در فعالیت‌های مدنی مشارکت می‌کنند و در عین حال در دیدگاه‌های سیاسی خود میانه‌روی را پیش می‌گیرند (Veenhoven, 2008:61). توجه به بهزیستی اجتماعی و تلاش

1 Botvin

2. Peer relationship

3. Buffering hypothesis

4 Piko & Fitzpatrick

برای ارتقاء آن در بین نوجوانان خصوصاً در مدارس و خانواده در نگرش منفی آنان نسبت به مصرف مواد و احتراز از مصرف مواد اعتیادآور می‌تواند به عنوان عاملی بازدارنده در کنار سایر عوامل ظاهر شود. افزایش سناریوهای مصرف (از مصرف آزمایشی تا وابستگی) و رونق باورهای غلط و فریب‌های فرهنگی در کنار افزایش دسترسی و مواجهه با طیف گسترده و متنوع از مواد ارزان و ترغیب به مصرف ترکیبی مواد، توجه بیش از پیش به مؤلفه‌های پیشگیرانه را می‌طلبد و توجه به شاخص‌های بهزیستی اجتماعی از جمله این مؤلفه‌ها محسوب می‌شود. توجه به بهزیستی اجتماعی در کنار سایر ابعاد سلامت اجتماعی (رفاه اجتماعی و فضائل اجتماعی) مهم‌ترین گام در داشتن زیستی سالم می‌باشد. در روندهای جهانی، لذت فردی به مثابه معنای زندگی، در کنار بحران نهاد خانواده، حق خودبودگی مطلق و التذاذ حداکثری از زندگی و اجتماعیت‌زدایی و... ضرورت توجه به ابعاد بهزیستی اجتماعی و فضائل اجتماعی را برای سوق دادن نوجوانان به زندگی عاری از مواد روشن می‌سازد.

منابع

- آزرمی، پیمان (۱۳۸۹) رابطه هوش هیجانی و باورهای فراشناختی با رفتارهای پرخطر در نوجوانان، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی تهران.
- پناهی، محمدحسین (۱۳۸۹) نظریه‌های انقلاب: وقوع، فرایند و پیامدها، تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت)، مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی.
- حبیبی، رحیم و حسین کارشکی و علی دشتگرد و عباس حیدری و علی طلایی (۱۳۹۱) رواسازی و تعیین پایایی پرسشنامه خودکارآمدی ترک اعتیاد برامسون، مجله علمی پژوهشی حکیم، ۱۵(۱)، صص ۵۳-۵۹.
- چلبی، مسعود (۱۳۸۳) بررسی تجربی نظام شخصیت در ایران، تهران، مؤسسه پژوهشی فرهنگ، هنر و ارتباطات.
- مؤمنی، اسکندر (۱۴۰۱) نرخ شیوع اعتیاد در کشور، به نقل از سایت:
<https://www.isna.ir/news/1401102718805> -نرخ-شیوع-اعتیاد-در-کشور
- رفیعی، حسن (۱۳۹۴) ساخت، رواسازی و هنجاریابی پرسشنامه سلامت اجتماعی در بزرگسالان شهر تهران، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- رمضانی‌زین‌آباد، مهدی (۱۳۸۵) تأثیر دین و باورهای دینی در سلامت روانی فرد و جامعه، پژوهش دینی، شماره چهاردهم، صص ۷۱-۹۴.
- زارع شاه‌آبادی، اکبر و محمد مبارکی و نائینی و الهه فردوسی‌زاده (۱۳۹۴) تحلیل رابطه بین نشاط اجتماعی و گرایش به اعتیاد در بین جوانان ۱۸-۳۰ ساله شهر یزد، دوفصلنامه پژوهش‌های جامعه‌شناسی معاصر، سال چهارم، شماره ۶، بهار و تابستان، صص ۱۴۵-۱۷۴.
- صرامی، حمیدرضا (۱۳۹۵) نماز و کاهش آسیب‌های اجتماعی، دومین اجلاس استانی نماز در گنبدکاووس، به نقل از سایت:
<https://news.dchq.ir/3/?p=35095>
- علایی خرایم، رقیه و پروین کدیور و شهرام محمدخانی و غلامرضا صرامی و سارا علایی خرایم (۱۳۹۰) میزان شیوع مصرف سیگار، قلیان، مشروبات الکلی و موادمخدر و محرک در میان دانش‌آموزان دبیرستانی، فصلنامه اعتیادپژوهی سوءمصرف مواد، سال پنجم، شماره هجدهم.
- کار، الان (۱۳۸۵) روان‌شناسی مثبت؛ علم شادمانی و نیرومندی‌های انسان، مترجم: حسن پاشا شریفی و جعفر نجفی‌زند، تهران، سخن.
- قدسی، احقر (۱۳۹۴) بررسی میزان شیوع مصرف موادمخدر و روان‌گردان‌ها در دانش‌آموزان دوره متوسطه دوم و هنرستان‌های استان‌های کشور، ستاد مبارزه با موادمخدر، دفتر تحقیقات و آموزش.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۷۷) پیامدهای مدرنیته، ترجمه محسن ثلاثی، تهران، مرکز.
- مازوحی، طاهره و طیبه سادات آران‌ی و زینب عسکری (۱۳۹۱) شادی از منظر مکتب اسلام و

روانشناسی، نشریه علمی - پژوهشی وزارت بهداشت، شماره اول، صص ۱۲۱-۱۴۱.
محمدخانی، شهرام (۱۳۸۴) ساخت و استانداردسازی پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف مواد به منظور شناسایی دانش آموزان در معرض خطر سوء مصرف مواد، دفتر مقابله با جرم و موادمخدر سازمان ملل متحد در ایران.

محمدی، غلامعلی (۱۴۰۱) ۴۵ درصد از زندانیان مرتبط با مواد مخدر می باشند، به نقل از:
<https://dolat.ir/detail/395517>

مکارم شیرازی، ناصر (۱۳۸۶) زندگی در پرتو اخلاق، قم، سرور.
موسوی، مهری سادات (۱۳۹۷) ارزیابی نقش ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی در پیشگیری مدرسه محور از سوء مصرف مواد، انتشارات جهاد دانشگاهی واحد علامه طباطبایی
موسوی، مهری سادات و علیرضا محسنی تبریزی (۱۳۹۶) طراحی و تدوین بسته پیشگیری از مصرف مواد در بین دانش آموزان متوسطه، ستاد مبارزه با موادمخدر
مؤیدی، علی (۱۳۹۶) نرخ شیوع مصرف موادمخدر در کشور، به نقل از سایت:

<https://dolat.ir/detail/301188>

نریمانی، محمد و محبتی رجب پور و عذرا احمدی، عذرا و حسن یاقوتی زرگر و رستم اوغلی (۱۳۹۵)
بررسی میزان شیوع و عوامل مرتبط با سوء مصرف مواد در بین دانش آموزان متوسطه شهر سمنان، مجله روانشناسی مدرسه، دوره ۵، شماره ۴، صص ۱۳۲-۱۴۰.

- Ahuvia, Aaron (2002) Individualism/ Collectivism and cultures of happiness: A theoretical conjecture on the Relationship Between consumption, culture and subjective well- Being at the National Level, Journal of happiness studies 3: PP. 23-36
- Bauman, Z. (2008) The art of life. John Wiley & Sons, Polity Press.
- Bauman, Z. (2013) The art of life. John Wiley & Sons, Polity Press.
- Bauman, Z, May, Tim (2001). Thinking Sociologically. John Wiley & Sons, Polity Press.
- Bettcourt, B. A., and Dorr, N.(1997) Collective Self- Esteem as a Mediator of the Relationship Between Allocentrism and Subjective Well-Being. Personality and Social Psychology, Bulletin23:955-64.
- Botvin, G. J., Schinke, S. P., Epstein, J. A., Diaz, T., & Botvin, E. M. (1995) Effectiveness of culturally focused and generic skills training approaches to alcohol and drug abuse prevention among minority adolescents: Two-year follow-up results. Psychology of addictive behaviors, 9(3), 183.
- Bovier, P. A., Chamot, E., & Perneger, T. V. (2004) Perceived Stress, Internal Resources, and Social Support as Determinants of Mental Health Among Young Adults. Quality of Life Research, 13, 161-170.
- Diener, E ; Suh, E. M.(2000) Culture and subjective well – being , MIT press.
- Cleveland, Michael J.; Feinberg, Mark E.; Greenberg, Mark T. (2009) Protective families in high-and low-risk environments: Implications for adolescent

- substance use, *Journal of Youth and Adolescence*, Volume 39, Number 2, Page 114.
- Crawford, LA.& Novak, KB. (2002) Parental and peer influences on adolescent drinking: The relative impact of attachment and opportunity, *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 12, 1-26.
- Diener, E. (2000) Subjective Well-being: The Science of Happiness and a Proposal for a National Index. *American Psychologist*, 55: 34-43.
- Diener, E., Diener, M. (1995) Cross-Cultural Correlates of Life Satisfaction and Self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology* 68: 653-63.
- Diener, ED. & Lucas, Richard E (2000) Explaining Differences in Levels of Happiness: Relative Standards, Need Fulfillment, Culture, and Evaluation Theory, *Journal of Happiness Studies* 1: PP. 41-78.
- Inglehart, R., & Klingemann, H. (2000) Genes, culture, democracy, and happiness. In E. Diener & E. M. Suh (Eds.), *Culture and subjective well-being* (pp. 165-183). Cambridge, MA: MIT Press.
- International Narcotics Control Strategy Report (INCSR) (2023) Volume I: Drug and Chemical Control, Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs, United States Department of State.
- Jensen, J. (1998) Mapping Social Cohesion, The State of Canadian Research, Strategic Research and Analysis Directorate: Department of Canadian Heritage, Ottawa.
- Kuendig, H., & Kuntsche, E. (2006) Family bondig and adolescent alcohol use: Moderating effect of living with excessive drinking parents. *Alcohol and Alcoholism*, 41, 464-47.
- Keyes, Corey Lee (1998) Social Well-being, *Social Psychology, Quarterly* Vol. 61, N.2, pp 21-190.
- King, L. A., and Napa, C.K. (1998) What Makes a Good Life? *Journal of Personality and Social Psychology* 75: 156-65.
- Keyes, Corey Lee.M. (2004) social well-being in the united states. *A Descriptive Epidemiology*.
- Lucas RE, Clark AE, Georgellis Y, Diener E. (2003) Reexamining adaptation and the set point model of happiness: Reactions to changes in marital status. *Journal of Personality and Social Psychology*;84(3), 527-539.
- Lucas, R. E., Diener, E, & Suh, E. (1996) Discriminant validity of well- being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71: PP. 616-628.
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (1994) The cultural construction of self and emotion: Implications for social behavior. In P. Ekman & R. J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (pp. 89-93). Oxford University Press.
- Michalos, A. C. (1985) Multiple discrepancy theory. *Social Indicator Research*, 16, 347-413.
- Piko, B.F.& Fitzpatrick, K.M. (2004) Substance use, religiosity, and other protective factors among Hungarian adolescents. *Addictive behaviors*, 29, 1095-1107.

- Ryan, R. M., Sheldon, K. M., Kasser, T., and Deci, E.L.(1996) All Goals are not created Equal. In P.M. Gollwitzer and J.A. Bargh, eds., *The Psychology of Action: Linking Cognition and Motivation to Behavior*. New York: Guilford, pp.7-26.
- Sarafino, E. P. (2002) *Health psychology* (4th ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Suh, E. M., Diener, E. (1999) *Self and the Use of Emotion Information: Joining Culture, Personality, and Situational Influences*. Manuscript Submitted for Publication.
- Spoth RL, Kavanaugh KA, Dishion TJ. (2002) Family-centered preventive intervention science: Toward benefits to larger populations of children, youth, and families. *Prevention Science*; 3(3):145–152. doi: 10.1023/A:1019924615322.
- Office on Drugs and Crime of United Nations (2024) *UNODC World Drug Report 2024: Harms of world drug problem continue to mount amid expansions in drug use and markets*, Vienna.
- Vaskina.Yu.V.(2005) Results of Research of The Subjective Well-Being of Industry Workers of The SAMARA Region, In: *Advances in Sociology Research, Volume2*, Nova Science Publishers, pp.45-55.
- Veenhoven, R. (2008) Sociological Theories of Subjective Well-being. In: Michael Eid & Randy Larsen (Eds). "The Science of Subjective Well-being: A tribute to Ed Diener", Guilford Publications, New York, pp. 44-61.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2024) *World Drug Report 2024*. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>.
- Ateca-Amestoy, Victoria; Gerstenbluth, Mariana; Mussio, Irene Y Rossi, Máximo. How Do Cultural Activities Influence Happiness? Investigating The Relationship Between Self-Reported Well-Being And Leisure. *Estud. Econ.(México, Df)[Online]*. 2016, Vol. 31, N. 2, Pp. 217-234. Issn 0186-7202.

فصلنامه علمی «پژوهش انحرافات و مسائل اجتماعی»

شماره دوازدهم، تابستان ۱۴۰۳: ۳۵-۵۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۱۶

نوع مقاله: پژوهشی

بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی معتادان شهر سنندج

یعقوب احمدی*

سالار مرادی**

زهرآ مسیبی***

بهزاد حکیمی‌نیا****

چکیده

کیفیت زندگی، یکی از مهم‌ترین حوزه‌های مطالعاتی در علوم اجتماعی است که ارتباط تنگاتنگی با بسیاری از مفاهیم اجتماعی از جمله سلامت اجتماعی دارد. این مفاهیم در بسیاری از اقشار جامعه در مطالعات گسترده‌ای بررسی شده و کمتر در جامعه معتادان کشور تحلیل و بررسی شده است. بر همین اساس این پژوهش با هدف بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی معتادان شهر سنندج انجام شده است. روش این پژوهش از نوع پیمایشی و نمونه آماری آن شامل ۳۸۴ نفر افراد معتاد شهر سنندج است میانگین کیفیت زندگی معتادان در بعد ذهنی بالای حد متوسط و در بعد عینی بسیار پایین بوده است و متغیر سلامت اجتماعی آنها نیز از حد متوسط، بسیار پایین‌تر است. یافته‌های نشان داده که متغیر کیفیت زندگی بر سلامت اجتماعی، اثر مستقیم و معناداری دارد. بعد ذهنی کیفیت زندگی با ضریب بسیار قوی ۰/۹۱ و بعد عینی کیفیت زندگی نیز با ضریب ۰/۳۵، اثر مستقیم و معناداری بر سلامت اجتماعی نمونه

yaaghoobahmadi2@gmail.com

salarmoradi@pnu.ac.ir

dr.mosayebil@gmail.com

hakiminya@gmail.com

* استاد گروه جامعه‌شناسی دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران

** استادیار گروه علوم سیاسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران

*** دکتری مدیریت آموزشی، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه فرهنگیان اصفهان، ایران

**** نویسنده مسئول: دانش‌آموخته دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه شیراز، ایران



آماری دارد. در نتیجه سلامت اجتماعی افراد تضمین کننده روابط و تعاملات سازنده در جامعه است و افراد دارای سلامت اجتماعی بالا، کمتر سمت هیجانانگیز لحظه‌ای و لذت‌جویی‌های فردی می‌روند. بنابراین برای ارتقای سلامت اجتماعی باید مکانیزم‌های اثرگذار بر آن یعنی کیفیت زندگی در دو بعد ذهنی و عینی مورد توجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، سلامت اجتماعی، ابعاد سلامت اجتماعی، سنندج و اعتیاد.

مقدمه

حل مسائل و مشکلات اجتماعی از دیرباز مسئله مهم جامعه‌شناسان و پژوهشگران اجتماعی بوده و بسیاری از مسائل و مشکلات ریشه در شیوه‌های زندگی و نحوه تفکر افراد دارد. مسئله اعتیاد به عنوان یکی از مشکلات پیچیده اجتماعی، افراد زیادی را درگیر کرده است. امروزه مسئله اعتیاد در عین حال مهم‌ترین و دردناک‌ترین معضل اجتماعی است و مصرف افراطی و روزافزون مواد مخدر به قدری است که دهه اخیر را عصر دارو نام‌گذاری کرده‌اند (عباسی و دیگران، ۱۳۹۲: ۹۲). حتی با وجود گذشت دهه‌ها از عمر اعتیاد، روی‌آوری افراد به شکل‌های نوینی از آن در کشورها، از جمله اعتیاد به داروهای روان‌گردان جدید و سیگارهای الکترونیکی در میان نوجوانان، این مسئله را کماکان معضل اجتماعی بزرگی می‌دانند (Russell et al, 2020: 714). همچنین معضل اعتیاد و روند رو به رشد آن به‌ویژه در میان جوانان، زنگ خطر را برای خانواده‌ها و جامعه به صدا درآورده است و آمارهای غیر رسمی معتادان بسیار بالاست. به لحاظ جرم‌شناختی نیز بیش از نیمی از جرایم در سطح کشور مربوط به مواد مخدر است (مرادی، ۱۴۰۰: ۱). بنابراین برای پیشگیری از افزایش اعتیاد و کنترل تمایلات نوجوانان به مواد مخدر لازم است از همان سنین ابتدایی نوجوانان در معرض آموزش‌های اساسی قرار گیرند (سیدان و رحمانی، ۱۳۹۷: ۲۳۹).

به طور کلی امروز اعتیاد، مسئله‌ای فراتر از یک معضل بهداشتی و درمانی است و به عنوان یک بحران اجتماعی مطرح شده است که وسعت آن در حد جهانی است و بی‌شک پیامدهای منفی اجتماعی، فرهنگی و سیاسی زیادی را به دنبال دارد که علاوه بر اثرات سوء بر کیفیت زندگی فرد، موجب کاهش میزان سلامت و پذیرش اجتماعی می‌شود که همین امر، مانعی بزرگ برای بازتوانی فرد معتاد، آن هم در جامعه به شمار می‌آید (حجتی و دیگران، ۱۳۸۸: ۳۷). سوءمصرف مواد نه‌تنها بر سلامتی افراد، بلکه بر جامعه نیز اثرات منفی بسیاری دارد و امروزه توجه محققان بیشتر از همه به کیفیت زندگی معتادان است. یافته‌ها نشان داده که کیفیت زندگی و سلامت معتادان به طور قابل توجهی پایین‌تر از میانگین جامعه است (Ma et al, 2022: 109).

کیفیت زندگی مفهومی است که در سال‌های اخیر به واسطه نقشی که در سلامت اجتماعی و روانی افراد دارد، اهمیت بسزایی یافته است و با توجه به سوءمصرف مواد در

افراد، مشکلات زیادی را ایجاد می‌کند که باعث اختلال در روند کیفیت زندگی آنان می‌شود (نریمانی و دیگران، ۱۳۹۳: ۱۰۷). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی عبارت است از ادراک فرد از موقعیت خود در زندگی در فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های آنها مرتبط است و می‌توان آن را به عنوان یک احساس به‌زیستی دید که جنبه‌های روانی، فیزیکی، اجتماعی و ذهنی را در برمی‌گیرد (Wan et al, 2011: 1081). همان‌طور که مشخص است، مشکل موادمخدر همیشه در سراسر جهان وجود داشته است و سلامت اجتماعی انسان را به طور جدی تحت تأثیر قرار می‌دهد. بر اساس گزارش جهانی مواد مخدر ۲۰۲۰ سازمان ملل، مصرف موادمخدر در سراسر جهان در حال افزایش است. در سال ۲۰۱۸، تخمین زده شد که ۲۶۹ میلیون معتاد به موادمخدر وجود دارد که ۵.۳ درصد از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهد.

در مقایسه با سال ۲۰۰۹، اعتیاد تا سال ۲۰۱۸، حدود ۳۰ درصد افزایش داشته است (Ma et al, 2022: 109). اعتیاد به موادمخدر نه تنها موجب ضرر و زیان و آسیب‌های فردی و اجتماعی فراوانی می‌شود، بلکه زمینه را برای بسیاری از کجروی‌ها فراهم می‌کند. اعتیاد فقط جنبه فردی و شخصی ندارد، بلکه دارای آسیب‌های اجتماعی نیز هست و علاوه بر تهدید سلامت جسم و روان افراد در جنبه‌های اخلاقی، اجتماعی و اقتصادی جامعه نیز آثار زیان‌باری برجای می‌گذارد (مرادی، ۱۴۰۰: ۱). همچنین مصرف مواد و اعتیاد نه تنها سلامت فرد، بلکه سلامت جامعه را نیز به خطر می‌اندازد (موحدی و دیگران، ۱۳۹۳: ۶۴). سلامت اجتماعی فرد، مهم‌تر و حساس‌تر از جنبه‌های جسمانی و روانی سلامت اوست؛ زیرا عواملی که سلامت جسمانی فرد را به خطر می‌اندازند، آثار و تبعات محدودی دارند، اما عواملی که سلامت اجتماعی فرد را تهدید می‌کنند، به طور مستمر بر روابط او با دیگران تأثیر می‌گذارند و همواره بیش از یک نفر را دچار اختلال می‌نمایند (حسن‌پور و دیگران، ۱۴۰۰: ۸۳).

اثرات مخرب مصرف موادمخدر بر کیفیت زندگی در بعد کمی و کیفی آن به اثبات رسیده و خانوارهایی که دارای یک یا چند عضو معتاد هستند، عموماً هم از لحاظ شاخص‌های سلامت و هم از لحاظ کیفیت زندگی، وضعیتی قابل قبولی ندارند (Muller et al, 2016: 3). بسیاری از محققان، معتادان به موادمخدر را بیمارانی با مشکلات

سلامتی می‌دانند و در طول بیست سال گذشته، مردم توجه بیشتری به کیفیت زندگی معتادان به موادمخدر داشته‌اند. اما با وجود این هنوز تحقیقات درباره کیفیت زندگی در معتادان به موادمخدر نسبتاً کمیاب است (Vanderplasschen et al, 2004: 914).

اعتیاد والدین و عوارض آن بر کیفیت زندگی، تأثیر مستقیمی دارد و عموماً کیفیت زندگی افراد معتاد، پایین‌تر از متوسط جامعه است (نریمانی و دیگران، ۱۳۹۳: ۱۰۷). بر این اساس اعتیاد، سلامت جسمانی و روانی افراد معتاد را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد و کیفیت زندگی آنها را به شدت پایین می‌آورد (موحدی و دیگران، ۱۳۹۳: ۶۴). بنابراین سلامت عمومی و اجتماعی افراد معتاد در مقایسه با مردم عادی، پایین است و افراد معتاد، درگیر کیفیت زندگی نامناسبی هستند (پورنقاش تهرانی و دیگران، ۱۳۹۱: ۱۵۶). به طور کلی در روند توسعه اقتصادی جوامع، مشکلات سلامت معتادان به موادمخدر به عنوان مکانیزمی منفی برای پایین آوردن کیفیت زندگی جامعه و یا کیفیت زندگی مرتبط با سلامت همواره مورد توجه و تمرکز سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان بوده است (Wan et al, 2011: 1081).

مفهوم کیفیت زندگی ابتدا برای بررسی زندگی افراد مبتلا به مشکلات خاص مطرح شد، اما بعد، دامنه آن به گستره‌ای فراتر کشیده شد و سایر شهروندان عادی را در بر گرفت و در نهایت روی مطالعات اقلشار خاص جوامع متمرکز شده است. نتایج مطالعات کیفیت زندگی می‌تواند به ارزیابی سیاست‌ها، رتبه‌بندی مکان‌ها، تدوین استراتژی‌های مدیریت و برنامه‌ریزی در شهر کمک کرده، درک و اولویت‌بندی مسائل اجتماع برای برنامه‌ریزان و مدیران جامعه به منظور ارتقای کیفیت زندگی شهروندان را تسهیل سازد. همچنین یافته‌های کیفیت زندگی می‌تواند برای بازشناسی استراتژی‌های سیاسی قبلی و طراحی سیاست‌های برنامه‌ریزی آینده استفاده شود (Lee, 2008: 1207).

کیفیت زندگی، ارزیابی‌ای ذهنی از زندگی یک فرد است که میزان رضایت فرد از سلامت فیزیکی فعلی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیط را شامل می‌شود (Muller et al, 2016: 2). بنابراین مفهوم کیفیت زندگی ریشه در طرز تفکر و سلامت اجتماعی افراد دارد. در این رابطه، دیدگاه واحدی در علل و اثرات آن وجود ندارد. چنان‌که در مدل‌های نظری، سلامت به عنوان شاخصی از قابلیت زندگی مورد توجه قرار می‌گیرد، در حالی در دیگر مدل‌های کیفیت محیطی به عنوان تعیین‌کننده سلامت عمل می‌کنند. همچنین

شاخص‌های سازمان جهانی بهداشت، دسته‌ای گسترده از مفاهیم درباره سلامت جسمی، وضعیت روان‌شناسی، سطوح عدم وابستگی، روابط اجتماعی، عقاید فردی و ارتباط این مسائل با خصوصیات محیط آرام را در برمی‌گیرد (WHO, 2006: 3).

از طرفی هم کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی، چیزی بیش از سلامت جسمی، عاطفی و روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز در برمی‌گیرد. بر اساس تعاریف، مفهوم سلامت اجتماعی به معنی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع بیان می‌شود و این دو مفهوم لازمه زندگی سالم و توسعه هستند که ادبیات نظری موجود، سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی افراد معتاد و مصرف‌کنندگان موادمخدر را مرتبط با هم بیان کرده‌اند (ر.ک: حجتی و دیگران، ۱۳۸۸؛ پورنقاش تهرانی و دیگران، ۱۳۹۱؛ عباسی و دیگران، ۱۳۹۲؛ نیرمانی و دیگران، ۱۳۹۳؛ موحدی و دیگران، ۱۳۹۳؛ مرادی، ۱۴۰۰).

بنابراین پرسش اساسی این است که آیا شاخص‌های کیفیت زندگی می‌توانند بر سلامت اجتماعی تأثیر داشته باشند. در راستای پاسخ به این پرسش، جامعه آماری پژوهش در شهر سنندج بررسی شده است؛ زیرا به لحاظ شاخص‌های توسعه، استان کردستان در درجه پایین‌تری از سایر استان‌های کشور قرار دارد و در همین راستا شاخص‌های کیفیت زندگی نیز در جایگاه مطلوبی نیست و لازم است مسئله کیفیت زندگی در همه اقشار بررسی شود. از طرفی هم اهمیت افزایش آمار اعتیاد در جامعه، لزوم توجه به کیفیت زندگی را بیش از پیش ضروری می‌سازد؛ زیرا سلامت اجتماعی می‌تواند از اولین اقدامات برای بازپروری معتادان و نجات آنها از دام اعتیاد باشد. بر همین اساس اگر شناخت دقیق از وضعیت کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی در دسترس باشد، به‌آسانی می‌توان برای ارتقای کیفیت زندگی و بهبود وضعیت معتادان برنامه‌ریزی کرد. بر همین اساس این پژوهش در نظر دارد که روابط کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی معتادان شهر سنندج را مطالعه و بررسی کند.

ادبیات نظری و پیشینه

بیشتر پژوهش‌ها درباره کیفیت زندگی در ایران در حوزه‌های پزشکی انجام شده است و سهم این مطالعات در حوزه‌های اجتماعی، بسیار کمتر بوده است. بیشتر نظریه‌ها و

مطالعات تجربی کیفیت زندگی به شکل امروزی آن عمدتاً از جوامع غربی نشأت گرفته‌اند. این مطالعات در کشورهای در حال توسعه، بسیار کم است. همچنین عوامل عمده تأثیرگذار بر کیفیت زندگی مردم در شهرهای کشورهای در حال توسعه به طور واضح شناسایی نشده‌اند. بنابراین طرح مسئله کیفیت زندگی در کشور عمدتاً در فقدان مطالعات تجربی، ارزیابی نشدن صحیح آن از طریق ترکیب ابعاد عینی و ذهنی خلاصه می‌شود.

بحث تحقیق درباره کیفیت زندگی که حوزه نسبتاً جدید میان‌رشته‌ای است، از جامعه‌شناسی بسیار بهره گرفته است. این بحث، زمینه‌های مختلفی را در برمی‌گیرد. از جمله این زمینه‌ها، تحقیق درباره شاخص‌های اجتماعی، مطالعه درباره شادی و مطالعه درباره سالمندان و نحوه ورود آنها به مرحله پیری است. علاوه بر آن کیفیت زندگی، موضوعی عمده در رشته‌های جامعه‌شناسی، کار و خانواده محسوب می‌شود. بیشتر محققان حوزه کیفیت زندگی بر این اعتقادند که اصطلاح «کیفیت» را می‌توان در قالب نمره سنجید. رویکردهای سنتی، کیفیت زندگی را اغلب با جنبه ذهنی مرتبط دانسته، اما برخی رویکردهای متأخر، شاخص‌های عینی را نیز مورد توجه قرار می‌دهند و جنبه‌های ذهنی مانند آرزوها، انتظارات، نگرش‌ها و احساسات را به‌تنهایی در تعریف کیفیت زندگی کافی ندانسته‌اند، بلکه به شرایط عینی و محیطی مؤثر بر زندگی نیز توجه می‌کنند (Skevington & O'Connell, 2004: 299).

ریشه‌های استفاده از واژه کیفیت زندگی در آثار کلاسیک ارسطو یافت می‌شود. او در آثار کلاسیک خود به‌ویژه نیکوماخوس از رابطه میان کیفیت زندگی و شادی سخن می‌گوید. اما می‌بینیم که در این زمینه در اواخر قرن بیستم تاکنون، تحقیقات مختلفی با رویکردهای مختلف صورت گرفته است. همچنین بیشتر این تحقیقات در حوزه پزشکی قرار دارد (ربانی و دیگران، ۱۳۹۰: ۸۴). کیفیت زندگی به عنوان یک موضوع تحقیقی از اوایل دهه ۱۹۶۰ میلادی در آمریکا مطرح شد. گزارش کمیته ریاست جمهوری آمریکا در راستای تحقق اهداف ملی و کارهای تحقیقاتی درباره آثار ثانویه برنامه‌های محیط‌زیستی آمریکا معمولاً به عنوان اولین کارهایی نام برده می‌شود که آغازگر توجه به بحث کیفیت زندگی بوده‌اند (Schuessler & Fisher, 1985: 130).

در اواخر قرن بیستم، موضوع کیفیت زندگی در علوم اجتماعی به طور جدی مورد توجه قرار گرفت و محققان اجتماعی با شیوه‌های تجربی، این موضوع را بررسی کردند و

در این راستا به گردآوری داده‌ها پرداختند. تا اینکه در سال ۱۹۹۵ با تأسیس انجمن بین‌المللی تحقیقی درباره کیفیت زندگی، اینگونه تحقیقات و پژوهش‌ها نهادینه شد. با توجه به گذشته نظری این مفهوم، موضوعات مهمی چون فقر، بیماری، خودکشی و بسیاری از آسیب‌های اجتماعی، موضوع تحلیل کیفیت زندگی بوده‌اند. همچنین کیفیت زندگی، یکی از مهم‌ترین حوزه‌های مطالعاتی در علوم اجتماعی است. این مهم به دلیل اهمیت روزافزون مطالعات کیفیت زندگی در سیاست‌های اجتماعی و نقش آن، ابزاری کارآمد برای مدیریت و برنامه‌ریزی رفاه است (حکیمی‌نیا و دیگران، ۱۳۹۶: ۱۶۳).

کیفیت زندگی برای افراد مختلف در موقعیت‌های متفاوت، تعابیر مختلفی دارد، اما در اصل به رضایت افراد از زندگی خود برمی‌گردد. همچنین کیفیت زندگی، امری فردی و وابسته به درک خاص شخص از جنبه‌های مختلف روانی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، مذهبی و جنسی زندگی است. بنابراین در سطح جهانی یا به طور کلی، کیفیت زندگی منعکس‌کننده ارزیابی ذهنی فرد از شرایط زندگی فعلی‌اش است و سلامت و مراقبت‌های بهداشتی از مهم‌ترین مؤلفه‌های آن است. به این خاطر کیفیت زندگی در کل به عنوان احساس خوب بودن و سلامت تعریف می‌شود و کیفیت زندگی، مأموریتی برای بهبود زندگی افراد است (Teasdale, 2016: 269).

تئوری‌های روان‌شناسی نیز بر رابطه میان سلامت ذهنی، عواطف و حالات روانی تأکید می‌کنند. در پژوهش‌های مربوط به کیفیت زندگی، سلامت روانی، بعد مهمی را در برمی‌گیرد. اغلب سلامتی روانی را بر اساس معیارهایی از قبیل رضایت از زندگی، خلق‌وخو، عزت نفس، نگرانی و افسردگی تحلیل می‌کنند. روان‌شناسی به عنوان یک علم به بررسی جنبه‌های فردی رفتار افراد می‌پردازد و کمتر به سطح گروه‌های اجتماعی که حیطة کار جامعه‌شناسی است، وارد می‌شود و برای بررسی کیفیت زندگی، بر جنبه‌های رفتاری فرد تأکید دارد (کوئن، ۱۳۹۰: ۲۲۰). به طور کلی سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی را ادراک فرد از موقعیت خود در زندگی با توجه به زمینه فرهنگی و ارزشی و اهداف فردی تعریف می‌کند (البرزی و البرزی، ۱۳۸۵: ۳۲۲). در نهایت باید عنوان کرد که در گذشته، خوب زندگی کردن و شادمانه زیستن را با آنچه امروز کیفیت زندگی نامیده می‌شود، می‌شناسند و همچنین مسئله اصلی قرن جدید هم زندگی کردن با کیفیتی بهتر است (ذبیحی مداح و آقاجانی مرساء، ۱۳۹۸: ۱۲۹).

رویکردهای زیادی وجود دارد که از دو روش کیفی و کمی برای به تصویر کشیدن کیفیت زندگی استفاده می‌کنند. از نظر تاریخی، کیفیت زندگی تنها با شاخص‌های اقتصادی سنجیده می‌شد. با این حال نمی‌توان انکار کرد که عوامل دیگری بر کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارند، که با داده‌های مبتنی بر نظرسنجی ذهنی ثبت می‌شود. در مقابل، داده‌های عینی را می‌توان به راحتی به دست آورد و دامنه وسیع تری را از نظر جمعیت و مساحت در بر گرفت (Mackū & et al, 2020: 320). همچنین کیفیت زندگی به بخش مهمی از سیاست عمومی در کشورهای توسعه یافته از جمله آمریکا تبدیل شده است. این مفهوم، جایگزین مفاهیمی مانند فقر و آسیب‌ها شده است. بر همین اساس کیفیت زندگی برای کشورهای توسعه یافته، مفهومی هنجاری است و سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌ها در راستای توسعه و رشد آن پیگیری می‌شود (Wingo, 2013: 14).

به طور کلی داشتن یک زندگی باکیفیت، هدف همه افراد در دنیای امروز است. بر همین اساس محققان برای چندین دهه است که درباره کیفیت زندگی بحث می‌کنند. در مراحل اولیه تحقیقات کیفیت زندگی (اواسط قرن بیستم)، این موضوع عمدتاً با توسعه اقتصادی مرتبط بود. اصطلاح کیفیت زندگی را اولین بار سیسیل پیگو، اقتصاددان انگلیسی در دهه ۱۹۲۰ استفاده کرد (Glatzer, 2006: 170). با این حال کیفیت زندگی، موضوعی پیچیده و چندرشته‌ای است و تعاریف متنوعی از آن وجود دارد. در یک تعریف ساده، به ازای هر فرد، یک نوع کیفیت زندگی وجود دارد (Somarriba & Pena, 2009: 116).

هرچند کیفیت زندگی، متنوع است، برخی توافق‌های گسترده در بین رشته‌ها و رویکردها را می‌توان با توجه به چندین ویژگی شناسایی کرد. یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های کیفیت زندگی، دوگانگی آن است که دو رویکرد اصلی تحقیق را تشریح می‌کند. از آنجایی که امکان اندازه‌گیری مستقیم کیفیت زندگی وجود ندارد، ارزیابی معمولاً بر اساس خودارزیابی ذهنی یا شاخص‌های نمایان عینی است که حوزه‌های اصلی کیفیت زندگی را در برمی‌گیرد. ارزیابی عینی از شاخص‌های مبتنی بر مقادیر عینی و کمی که طی بررسی‌های آماری جمع‌آوری شده یا از سایر داده‌های اجتماعی - اقتصادی یا مکانی مشتق شده‌اند، استفاده می‌کند. بزرگ‌ترین نقطه قوت این گروه از شاخص‌ها، در عینیت آنها نهفته است و آنها را می‌توان به راحتی و بدون نیاز به بررسی احساسات شخصی، کمیت و تعریف کرد. مقادیر اندازه‌گیری شده را می‌توان با اطمینان بیشتری با

یکدیگر مقایسه کرد. به طور کلی شاخص‌های عینی، وضعیت محیط و جامعه را توصیف می‌کنند که می‌تواند پتانسیل افراد برای داشتن زندگی خوب را توضیح دهد. بنابراین بین شاخص‌های عینی و ذهنی از زندگی، رابطه معناداری انتظار می‌رود (Mackū & et al, 2020: 321). همچنین رویکرد ارزیابی ذهنی بر این فرض استوار است که برای درک کیفیت زندگی فردی، لازم است احساسات فرد درباره بخش‌های مختلف زندگی‌اش به طور مستقیم و در چارچوب استانداردهای زندگی مورد انتظار یک فرد بررسی شود. شاخص‌های ذهنی معمولاً از طریق پرسشنامه، شناسایی و تحلیل می‌شود (Andráško, 2015: 76).

مفهوم سلامت اجتماعی نیز بیشتر ناظر به شادی و رضایت است و بر مفاهیم مثبت از سلامت تأکید دارد. این مفهوم در واقع شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) است (عبدالله‌تبار و دیگران، ۱۳۸۷: ۱۷۳) که هم چگونگی احساس مردم و هم نحوه عملکرد آنها را در برمی‌گیرد (Huppert et al, 2006: 2). کیزی (۲۰۰۲)، سلامت اجتماعی را گزارش شخصی فرد از کیفیت ارتباطش با دیگران تعریف می‌کند. سلامت اجتماعی در این مفهوم یعنی درک فرد از اجتماع به صورت یک مجموعه معنی‌دار، قابل فهم، دارای نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی همراه با این احساس که متعلق به جامعه است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند. ابعاد سلامت اجتماعی با در نظر گرفتن الگوی سلامت مطرح می‌شود. در واقع مدل چندوجهی از سلامت اجتماعی شامل چهار جنبه می‌شود که میزان کارکرد بهینه افراد را در عملکرد اجتماعی‌شان معلوم می‌کند. این چهار عنصر عبارتند از:

- یکپارچگی اجتماعی: ارزیابی فرد از کیفیت روابطش در جامعه.
- پذیرش اجتماعی: بیانگر درک فرد از خصوصیات و صفات افراد جامعه به عنوان یک کلیت است.
- شکوفایی اجتماعی: بیانگر ارزیابی فرد از مسیر حرکت جامعه و پتانسیل‌های آن است.
- پیوستگی اجتماعی: بیانگر فهم فرد از کیفیت، سازمان‌بندی و طرز کار جهان اجتماعی است (Keyse, 2002: 32).

پیشینه نظری مفهوم کیفیت زندگی در پژوهش‌های زیادی بررسی شده است و مطالعه آن عموماً با ارائه نظریه‌های مرتبط با آن همراه بوده است. حجتی و همکاران

(۱۳۸۸)، اعتیاد را مسئله‌ای فراتر از یک معضل بهداشتی و درمانی بیان کرده‌اند که علاوه بر اثرات سوء بر کیفیت زندگی فرد، موجب کاهش میزان سلامت و پذیرش اجتماعی می‌شود. عباسی و همکاران (۱۳۹۲)، مسئله اعتیاد را عامل کاهش کیفیت زندگی بیان کرده، استدلال می‌کنند که سلامت افراد نیز در نتیجه مصرف موادمخدر به شدت پایین می‌آید. موحدی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داده‌اند که مصرف مواد و اعتیاد، نه تنها سلامت فرد، بلکه سلامت جامعه را نیز به خطر می‌اندازد. نریمانی و همکاران (۱۳۹۳)، سوء مصرف مواد در افراد را عامل مشکلات فراوان از جمله اختلال در روند کیفیت زندگی آنان بیان کرده‌اند. فنی و همکاران (۱۳۹۴)، مفهوم کیفیت زندگی را در سایه مکاتب رفاه و عدالت اجتماعی درک می‌کنند و مرادی (۱۴۰۰)، ضمن اذعان به آمار بالای جرایم افراد معتاد، سلامت اجتماعی این افراد را پایین ارزیابی کرده است. بر اساس ادبیات نظری موجود، وابستگی به موادمخدر، مسئله‌ای اجتماعی است و اعتیاد در واقع عامل ظهور بسیاری از آسیب‌های اجتماعی و نابسامانی‌های خانوادگی و فردی است. پدیده اعتیاد و به‌ویژه افزایش سوء مصرف و وابستگی به موادمخدر با توجه به تأثیرات روحی، روانی، اخلاقی و اجتماعی، خانواده و جامعه را تهدید می‌کند و به رفتارهای آسیب‌زایی مانند تنش در نقش‌های خانوادگی، ولگردی و دیگر رفتارهای کجروانه منجر می‌شود (احدی و دیگران، ۱۴۰۰: ۱۵۰).

روش پژوهش

روش این پژوهش بر اساس هدف از نوع کاربردی، بر اساس گردآوری داده‌ها از نوع پیمایشی و بر اساس نوع تحلیل از نوع تحقیقات توصیفی و همبستگی است. جامعه آماری آن شامل افراد معتاد شهر سنندج است که بر اساس آمارهای سازمان بهزیستی استان در شهر سنندج، بالغ بر ۲۵ هزار نفر معتاد وجود دارد و با استفاده از جدول حجم نمونه مورگان، تعداد ۳۸۴ نفر از این افراد به عنوان نمونه آماری انتخاب شده‌اند. شیوه نمونه‌گیری به صورت اتفاقی و گلوله برفی بوده است. جمع‌آوری اطلاعات از این افراد به صورت مصاحبه از طریق پرسشنامه بوده و تجزیه تحلیل داده‌ها در دو بخش توصیفی و استنباطی انجام شده است. آزمون‌های آماری به کمک دو نرم‌افزار SPSS و Amos Graphic انجام شده است. روایی پرسشنامه را اساتید امر به صورت صوری تأیید

کرده‌اند. پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده و مقدار آلفای محاسبه‌شده مربوط به هر متغیر و آلفای کل در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۱- ضرایب آلفای کرونباخ متغیرهای مختلف تحقیق

ردیف	نام متغیر	سطح سنجش	تعداد گویه	آلفای کرونباخ
۱	کیفیت زندگی (بعد ذهنی)	فاصله‌ای	۱۲	۰/۸۹
۲	کیفیت زندگی (بعد عینی)	فاصله‌ای	۱۲	۰/۸۳
۳	سلامت اجتماعی	فاصله‌ای	۱۶	۰/۷۲
۴	مجموع متغیرها با هم	فاصله‌ای	۴۰	۰/۸۱

بر اساس جدول بالا، از آنجا که مقدار آلفای مربوط به هر متغیر و آلفای کل از ۰/۷ بیشتر است، تمامی متغیرها به طور مجزا و کل متغیرها با یکدیگر دارای پایایی هستند. پرسشنامه این تحقیق با داشتن آلفای ۰/۸۱ دارای پایایی بالایی است.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های توصیفی

از کل فراوانی پاسخگویان این پژوهش، تعداد ۷۸ نفر معادل ۲۰/۳۱ درصد از کل حجم نمونه را زنان و بقیه مردان تشکیل داده است. به لحاظ سنی هم میانگین سنی آنها ۳۲ سال و بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۳۵ تا ۴۰ ساله‌ها بوده است. از بین این تعداد، ۵۹/۶۶ درصد با اعضای خانواده زندگی می‌کنند، ۱۷/۳۴ درصد از خانه و خانواده فاصله گرفته و در اماکن مختلف وقت می‌گذرانند و بقیه هم وضعیت نامشخصی دارند. به لحاظ درآمدی نیز ۷۳/۵۰ درصد از طریق جمع‌آوری و فروش بازیافت و گدایی و مشاغل سطح پایین، امرار معاش می‌کنند و ۶/۸ درصد هم به بیان خودشان، مستقیماً به سرقت و دزدی مشغول هستند. از لحاظ توصیف آماری متغیرهای اصلی پژوهش نیز نتایج جالبی ارائه شده است و میانگین بعد ذهنی کیفیت زندگی آنها برخلاف بعد عینی و سلامت اجتماعی آنها بالاتر از حد متوسط بوده است. این توصیف‌ها در جداول زیر ارائه شده است.

جدول ۲- وضعیت توزیع فراوانی متغیرهای اصلی پژوهش

نام متغیر	تعداد گویه	حد پایین طیف	حد بالای طیف	حد متوسط طیف	میانگین واقعی متغیر
بعد ذهنی کیفیت زندگی	۱۲	۱۲	۶۰	۳۶	۳۷/۷۰
بعد عینی کیفیت زندگی	۱۲	۱۲	۶۰	۳۶	۲۳/۱۲
سلامت اجتماعی	۱۶	۱۶	۸۰	۴۰	۱۷/۸۹

جدول (۲)، نشان‌دهنده توزیع فراوانی گویه‌های مربوط به متغیرهای پژوهش است. توصیف این متغیرها بر اساس تعداد گویه‌های آنها و قالب طیف لیکرت با پنج طبقه مورد سنجش قرار گرفته‌اند که نمره ۱، پایین‌ترین مقدار و نمره ۵، بالاترین مقدار ممکن بوده است. برای سنجش بعد ذهنی کیفیت زندگی، دوازده پرسش وجود دارد که جمع نمره‌های دوازده گویه، نمره میزان بعد ذهنی کیفیت زندگی را نشان می‌دهد که بالقوه می‌تواند بین نمره ۱۲ (حداقل نمره) و ۶۰ (حداکثر نمره) باشد. در صورتی که هر فرد برای همه گویه‌ها، عبارت «متوسط» را علامت بزند، میانگین کل نمره او از این گویه، ۳۶ به دست خواهد آمد.

همان‌طور که از آمارهای جدول پیداست، در ارتباط با طیف بعد ذهنی کیفیت زندگی، میانگین به‌دست‌آمده، ۳۷/۷۰ از ۳۶ است که نشان‌دهنده گرایش متوسطی در ارتباط با این متغیر است. درباره بعد عینی کیفیت زندگی، میانگین به‌دست‌آمده، ۲۳/۱۲ است که بعد عینی کیفیت زندگی افراد معتاد را بسیار پایین نشان می‌دهد. درباره متغیر سلامت اجتماعی نیز میانگین به‌دست‌آمده، ۱۷/۸۹ از ۴۰ بوده است که گویای وضعیت سلامت اجتماعی بسیار پایین افراد معتاد است.

نکته جالب توجه در این پژوهش، بالا بودن بعد ذهنی کیفیت زندگی از نظر افراد معتاد است. این افراد به دلیل مصرف مواد زیاد و حال‌وهوای غیر طبیعی خود، شاخص‌های ذهنی کیفیت زندگی را که عموماً به مسائل ذهنی فرد و رضایت او از زندگی برمی‌گردد، در موقعیت مطلوبی درک کرده‌اند و دقیقاً به همین خاطر آنها احساس می‌کنند که کیفیت زندگی بالایی دارند. به عنوان راهکار برای بهبود وضعیت

آنان باید روی این مقوله بیشتر کار شود، زیرا تا آنها، چنین درکی از کیفیت زندگی خود داشته باشند، بعید است بتوان موافقت آنها را برای ترک اعتیاد و تغییر سبک زندگی جلب کرد.

یافته‌های استنباطی

یافته‌های این پژوهش ابتدا در قالب تحلیل رگرسیون خطی، اثر متغیرهای مستقل بر وابسته را تحلیل کرده و سپس مدل اصلی پژوهش را با استفاده از مدل‌سازی معادله ساختاری بررسی کرده است.

بررسی فرضیه‌ها

فرضیه اول: بعد ذهنی کیفیت زندگی بر میزان سلامت اجتماعی معنادان شهر سنندج، تأثیرگذار است.

جدول ۳- آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون رابطه بعد ذهنی

کیفیت زندگی بر میزان سلامت اجتماعی

نام متغیر	R	R ²	B	Beta	T	F	Sig
بعد ذهنی	۰/۵۱۹	۰/۲۶۹	۰/۸۰۴	۰/۵۱۹	۷/۱۵۹	۵۱/۲۵۱	۰/۰۰۰

بر اساس نتایج حاصله، همبستگی ($R=0/519$) مثبتی بین عوامل بعد ذهنی و سلامت اجتماعی وجود دارد و بر همین اساس مقدار $R^2=0/269$ نشان می‌دهد که متغیر بعد ذهنی کیفیت زندگی توانسته است ۲۷ درصد از واریانس متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) را تبیین نماید. ضریب $B=0/804$ نشان می‌دهد که به ازای هر واحد افزایش در متغیر مستقل (بعد ذهنی)، $0/804$ واحد به متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) افزوده می‌شود. با توجه به مقادیر $T=7/159$ ، $F=51/251$ و $Sig=0/000$ ، رابطه مشاهده‌شده بین دو متغیر در سطح ۹۹ درصد معنی‌دار است. از این‌رو فرضیه یادشده تأیید می‌شود.

فرضیه دوم: بعد عینی کیفیت زندگی بر میزان سلامت اجتماعی معنادان شهر سنندج، تأثیرگذار است.

جدول ۴- آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون رابطه بعد عینی کیفیت زندگی بر میزان سلامت اجتماعی

نام متغیر	R	R ²	B	Beta	T	F	Sig
بعد عینی	۰/۲۴۵	۰/۱۶۰	۰/۴۲۵	۰/۲۴۵	۲/۹۷۹	۸/۸۷۶	۰/۰۰۳

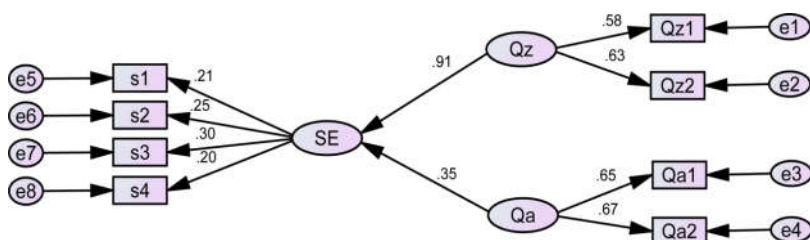
بر اساس نتایج حاصله، همبستگی ($R=0/245$) مثبتی بین عوامل بعد ذهنی و سلامت اجتماعی وجود دارد. بر همین اساس مقدار $R^2=0/160$ نشان می‌دهد که متغیر بعد ذهنی کیفیت زندگی توانسته است ۱۶ درصد از واریانس متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) را تبیین نماید. ضریب $B=0/425$ نشان می‌دهد که به ازای هر واحد افزایش در متغیر مستقل (بعد ذهنی)، $0/425$ واحد به متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) افزوده می‌شود. با توجه به مقادیر $T=2/979$ ، $F=8/876$ و $Sig=0/003$ ، رابطه مشاهده‌شده بین دو متغیر در سطح ۹۵ درصد معنی‌دار است. از این‌رو فرضیه یادشده تأیید می‌شود. در تحلیل کلی فرضیه‌های یادشده باید عنوان کرد که کیفیت زندگی به طور کلی بر سلامت اجتماعی اثرگذار است و در بررسی مؤلفه‌های کیفیت زندگی بر سلامت اجتماعی، اثرگذاری بعد ذهنی کیفیت زندگی بر سلامت اجتماعی، با اختلاف بسیار قوی‌تر از بعد عینی کیفیت زندگی بر سلامت اجتماعی است.

مدل‌سازی و معادله ساختاری

یافته‌های استنباطی این پژوهش علاوه بر بررسی و تحلیل رگرسیون خطی در قالب یک مدل معادله ساختاری ارائه شده و بر اساس میزان سلامت اجتماعی معنادان با توجه به کیفیت زندگی آنها تبیین شده است. این مدل معادله ساختاری از دو نوع مدل اندازه‌گیری و ساختاری تشکیل شده که مدل اندازه‌گیری نحوه سنجش متغیرها را در قالب بارهای عاملی نشان داده و مدل ساختاری به تبیین متغیر وابسته پرداخته است. شاخص‌های موجود در مدل و نمادهای ترسیمی آن در جدول زیر مشخص شده است.

جدول ۷- متغیرهای موجود در مدل

متغیر	شاخص‌ها	نمادهای ترسیمی در مدل	
سلامت اجتماعی	یکپارچگی اجتماعی	S1	
	پذیرش اجتماعی	S2	
	شکوفایی اجتماعی	S3	
	پیوستگی اجتماعی	S4	
کیفیت زندگی	بعد ذهنی	گویه‌هایی که مستقیم به ذهن فرد مربوط می‌شوند.	Qa1
		گویه‌هایی که بیرون از ذهن فرد وجود دارند.	Qa2
	بعد عینی	امکانات عمومی برای فرد	Qz1
		امکانات خصوصی در دسترس فرد	Qz2



شکل ۱- مدل معادله ساختاری تبیین سلامت اجتماعی بر اساس ابعاد کیفیت زندگی در این مدل، هشت متغیر مشاهده‌شده وجود دارد. متغیرهای s1، s2، s3 و s4، معرف‌های متغیر پنهان سلامت اجتماعی هستند و متغیرهای qa1، qa2، qz1 و qz2، معرف‌های متغیر پنهان ابعاد ذهنی و عینی کیفیت زندگی هستند. متغیرهای خطای e1 تا e8، نماد خطای اندازه‌گیری هشت متغیر مشاهده‌شده برای متغیرهای اصلی هستند. در بخش اندازه‌گیری، مدل متغیر سلامت اجتماعی با چهار شاخص اصلی یکپارچگی اجتماعی (S1)، پذیرش اجتماعی (S2)، شکوفایی اجتماعی (S3) و پیوستگی اجتماعی (S4) معرفی شده است. در میان این شاخص‌ها، شکوفایی اجتماعی با ضریب ۰/۳۰،

بیشترین توان تبیین سلامت اجتماعی را داشته و پیوستگی اجتماعی با ضریب ۰/۲۰، توان تبیین کمتری نسبت به بقیه شاخص‌ها داشته است. در میان شاخص‌های کیفیت زندگی نیز همه چهار شاخص با ضرایب بالایی، متغیر کیفیت زندگی را تبیین کرده‌اند. همچنین نتایج ساختاری مدل، گویای اثرگذاری متغیر کیفیت زندگی بر سلامت اجتماعی است. بر اساس ضرایب موجود، بعد ذهنی کیفیت زندگی با ضریب بسیار قوی ۰/۹۱ توانسته تأثیر مستقیم و معناداری بر سلامت اجتماعی افراد معنادار داشته باشد و بعد عینی کیفیت زندگی نیز با ضریب ۰/۳۵، اثر مستقیم و معناداری بر سلامت اجتماعی دارد. در بین این دو بعد از کیفیت زندگی، اثر ابعاد ذهنی، بسیار قوی‌تر است. در بخش توصیفی نیز نتایج نشان داد که فهم افراد معنادار از کیفیت ذهنی زندگی، بالاتر از حد متوسط است.

جدول ۸- برآورد اثرات متغیرهای مستقل بر وابسته

سطح معناداری	مقدار بحرانی	خطای استاندارد	برآورد	
***	۳/۷۹۹	۰/۲۳۲	۰/۸۸۷	بعد ذهنی <--- سلامت اجتماعی
***	۳/۴۷۲	۰/۱۰۷	۰/۳۷۲	بعد عینی <--- سلامت اجتماعی

بر اساس اطلاعات جدول بالا، احتمال به دست آوردن یک نسبت بحرانی به بزرگی ۳/۷۹۹ با خطای استاندارد ۰/۲۳۲ در مقدار مطلق کمتر از ۰/۰۰۱ است. به عبارت دیگر، وزن رگرسیون برای بعد ذهنی کیفیت زندگی در پیش‌بینی سلامت اجتماعی با احتمال برآورد ۰/۸۸۷ در سطح ۰/۰۰۱ خطا معنادار است. درباره متغیر بعد عینی نیز شرایط به همین گونه است و این بعد نیز اثر معناداری بر سلامت اجتماعی دارد.

برآزش مدل

برای بررسی برآزش مدل از شاخص‌های برآزش استفاده شده است. با بررسی شاخص‌های برآزش مدل مقتصد (شاخص خی-دو بهنجار (نسبی)، شاخص RMSEA، شاخص RMR و SRMR و شاخص PNFI)، شاخص‌های برآزش مدل مطلق (شاخص GFI، شاخص AGFI) و شاخص‌های برآزش تطبیقی (شاخص NFI، شاخص NNFI یا شاخص TLI، شاخص CFI و شاخص IFI) مشخص شد که مدل دارای برآزندگی قابل قبولی برای آزمون است.

بحث و نتیجه‌گیری

یکی از بزرگ‌ترین مشکلات اغلب کشورها در عصر امروز، پدیده سوءمصرف مواد است که به طور مستقیم و غیر مستقیم، کوتاه‌مدت و بلندمدت، کیفیت زندگی ساکنان آنها را تحت الشعاع قرار داده است. مسئله اعتیاد به گونه‌ای با سطح زندگی برخی افراد درآمیخته شده که بخشی از کیفیت زندگی آنها شده است. به طور کلی همه پژوهش‌های انجام‌شده ثابت کرده‌اند که افراد معتاد دارای کیفیت زندگی پایینی هستند. امروزه پدیده اعتیاد به شیوه عمیقی سبک زندگی و کیفیت زندگی برخی افراد درگیر مصرف مواد را تحت تأثیر قرار داده که سلامت آنها به کلی در معرض خطر قرار گرفته است.

یکی از مهم‌ترین ابعاد سلامت، سلامت اجتماعی است. بر اساس تعاریف، سلامت اجتماعی عبارت است از چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع. سلامت اجتماعی، حافظ فرد در اجتماع در برابر مصائب و مشکلات است. این مفهوم اهمیت روزافزونی در محافل علمی و سیاست‌گذاری و اجرایی یافته است و مستقیماً متأثر از کیفیت زندگی است. سلامت اجتماعی فرد، مهم‌تر و حساس‌تر از جنبه‌های جسمانی و روانی سلامت فرد است؛ زیرا عواملی که سلامت جسمانی فرد را به خطر می‌اندازند، آثار و تبعات محدودی دارند؛ اما عواملی که سلامت اجتماعی فرد را تهدید می‌کنند، همواره بر روابط او با دیگران تأثیر می‌گذارند و بیش از یک نفر را دچار اختلال می‌نمایند.

در زمینه اعتیاد نیز سلامت اجتماعی می‌تواند یک بازدارنده باشد؛ زیرا فرد دارای سلامت اجتماعی بالا، نه تنها تهدیدی برای دوستان خود در اجتماع نیست، بلکه همواره نقش سازنده‌ای در دوستی‌ها و تعاملات اجتماعی دارد. بنابراین افرادی که سلامت اجتماعی دارند، با موفقیت بیشتری می‌توانند با چالش‌های ناشی از ایفای نقش‌های اصلی اجتماعی کنار بیایند؛ زیرا آنان در خانواده‌هایی زندگی می‌کنند که از ثبات و انسجام بیشتری برخوردار است و احتمالاً می‌توانند مشارکت بیشتری در فعالیت‌های جمعی داشته باشند. همچنین از افراد دارای سلامت اجتماعی بالا باید انتظار داشت که تطابق آنان با هنجارهای اجتماعی بیشتر باشد و در شرایطی که می‌توانند نقش مهمی در پیشگیری از انحراف داشته باشند، عموماً موفق عمل می‌کنند. برنامه‌های سلامت اجتماعی می‌تواند در محورهایی مانند کاهش خطر، کاهش تمایل به اعتیاد، افزایش سلامت ذهنی، پیشگیری از بروز مشکلات، خودکنترلی و حتی نظارت مورد توجه

مددکاران اجتماعی برای بازآفرینی افراد پیگیری شود.

تمرکز بر کیفیت زندگی، عاملی اساسی در کنترل بسیاری از مسائل جامعه است. رابطه میان اعتیاد و کیفیت زندگی به نوعی رابطه علت و معلولی است. کیفیت زندگی از طریق تأثیر مستقیم بر سلامت اجتماعی می تواند کنترل کننده میزان گرایش به اعتیاد در افراد باشد. بر همین اساس باید عنوان کرد که کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی، دو شاخص درهم تنیده برای توسعه اجتماعی بوده اند که به گونه ای لازم و ملزوم هستند و نظریه های زیادی به همبستگی آنها اشاره کرده اند. برای مثال کییز^۱ (۲۰۰۲) در بررسی سلامت اجتماعی، اسکوینگتون و اوکول^۲ (۲۰۰۴) در بررسی ابعاد عینی و محیطی کیفیت زندگی، لی^۳ (۲۰۰۸) در بررسی ابعاد ذهنی کیفیت زندگی، مولر^۴ و همکاران (۲۰۱۶) در بررسی تفکر کیفیت زندگی و تیسدال^۵ (۲۰۱۶) در بررسی سلامت ذهنی، عواطف و حالات روانی به بررسی و همبستگی کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی پرداخته اند.

به طور کلی وجود این دو مؤلفه مهم در زندگی اقشار آسیب پذیر باعث بروز تحول اساسی در میان آنها می شود. همان طور که شواهد نظری و تجربی نشان داده، توسعه سلامت اجتماعی بر پایه کیفیت زندگی می تواند به بهبود وضعیت کلی افراد کمک کند و نتایج این پژوهش در تأیید این مباحث بوده است. به عبارت دیگر هرگاه کیفیت زندگی در سطح جامعه بالاتر باشد، به تبع آن، سلامت اجتماعی بیشتر خواهد بود. سلامت اجتماعی دقیقاً عکس آسیب ها و مسائل اجتماعی مانند اعتیاد خواهد بود. این وضعیت به خوبی در این پژوهش به اثبات رسیده و تئوری های موجود نیز به روشنی نشان داده اند که تلاش برای بهبود کیفیت زندگی، تلاش برای ارتقای سلامت اجتماعی بوده و سلامت اجتماعی به منزله حفظ جامعه از آسیب ها و معضلات اجتماعی است. در تحلیل میانگین های اثرگذار کیفیت زندگی بر سلامت اجتماعی، بعد ذهنی کیفیت زندگی در مقایسه با بعد عینی، اثرگذاری بیشتری داشته است. بنابراین در رتبه بندی این عوامل لازم است جامعه در ارتقای بعد ذهنی کیفیت زندگی برای حصول به سلامت اجتماعی شهروندان، اهتمام ویژه ای داشته باشد.

1. keyse

2. Skevington & O'Connell

3. lee

4. Muller

5. Teasdale

به طور کلی سلامت اجتماعی، شاخص‌های سلامتی در یک جامعه را شامل می‌شود که در یک منطقه جغرافیایی سکونت دارند. در سلامت اجتماعی، عوامل اجتماعی مؤثرند و ابعاد اجتماعی نیز بیشتر از ابعاد فردی مورد توجه قرار می‌گیرد. آمارهایی که به طور روزمره از نرخ اعتیاد، طلاق، بیکاری، فساد و سایر آسیب‌ها یا رشدهای اجتماع خوانده می‌شود، همگی به‌نوعی اطلاعاتی از سلامت اجتماعی در جامعه هستند. البته عوامل زیادی می‌توانند سلامت اجتماعی افراد را تحت تأثیر قرار دهند؛ از جمله آنها که در این پژوهش بر آن تأکید شده است، کیفیت زندگی افراد است. در میان ابعاد کیفیت زندگی، بعد ذهنی کیفیت زندگی، اثرگذاری قوی‌تری دارد و این به منزله درک عمیق ذهنی معتادان از مفهوم سلامت است.

به عبارت دیگر فرد معتاد در فرایند ارزیابی رفتارهای خود، به مسائل ذهنی بیش از مسایل عینی بها می‌دهد. بر همین اساس لذت‌جویی افراد معتاد همیشه مقدم بر وضع ظاهری آنهاست. در توصیف‌های آماری پژوهش نیز افراد معتاد میانگین بالایی از کیفیت ذهنی عنوان کرده‌اند که این امر دقیقاً در تأیید لذت‌جویی ذهنی آنها بوده است. برای یک فرد معتاد، کیفیت زندگی به منزله تأمین به‌موقع مواد مصرفی اوست و اغلب درک درستی از امکانات عینی زندگی ندارد. بنابراین برای درک وضعیت افراد معتاد باید روی مسائل ذهنی آنها کار شود تا در برنامه‌های بازپروری آنها به واسطه تمرکز بر همین ذهنیات به کمک آنها رفت.

پیشنهادها

- شواهد نظری و تجربی نشان داده که کیفیت زندگی می‌تواند حلال بسیاری از مشکلات جامعه باشد. مهم‌ترین پیشنهاد در این پژوهش به سیاست‌گذاری‌های کلان اجتماعی مرتبط می‌شود که بر اساس آن، بستر توسعه اجتماعی بر مبنای ارتقای کیفیت زندگی، لازمه افزایش سلامت اجتماعی و کاهش آسیب‌ها و معضلات اجتماعی است. بر همین اساس اگر سیاست‌گذاران جامعه بتوانند کیفیت زندگی شهروندان را هم در بعد عینی و هم در بعد ذهنی ارتقا دهند، نه تنها سلامت اجتماعی بالا می‌رود، بلکه آسیب‌ها و مشکلات اجتماعی نیز به طور چشمگیری تعدیل می‌شود. در بسیاری از موارد به جای مبارزه مستقیم با پدیده‌هایی مانند اعتیاد، بهتر است تلاش‌ها و

برنامه‌ریزی‌ها بر ارتقای کیفیت زندگی شهروندان متمرکز شود.

- فهم افراد معتاد از کیفیت زندگی، صرفاً محدود به مسائل ذهنی و آن چیزی است که او درک می‌کند. بنابراین برای ارتقای سلامت اجتماعی این افراد باید بیش از هر چیزی بر ذهنیات آنها متمرکز شد و روی آن کار کرد. در همین راستا لازم است افراد درگیر مصرف مواد مخدر از طریق مددکاران اجتماعی در معرض آموزش‌های توانمندسازی قرار گرفته، با آموزش‌های مستقیم به آنها در راستای ترک اعتیاد و بازپروری کمک کرد.

- کیفیت زندگی و ارتقای رفاه اجتماعی از مهم‌ترین سیاست‌های جوامع است و در کشورهای پیشرفته و دموکراتیک نظام‌های سیاسی بر پایه تمرکز بر رفاه و کیفیت زندگی شهروندان فعالیت دارند. بر همین اساس لازم است تا به عنوان یک سیاست کلی در جامعه ایران برنامه‌ای برای ارتقای کیفیت زندگی شهروندان به‌ویژه مناطق کم‌برخوردار در اولویت سیاست‌گذاری‌ها قرار گیرد.

منابع

- احدی، رضا و دیگران (۱۴۰۰) «بررسی عوامل محیطی مؤثر بر اعتیاد به موادمخدر صنعتی (مطالعه موردی: شهر زنجان)»، پژوهش‌های حقوقی، سال بیستم، شماره ۴۵، صص ۱۴۹-۱۸۱.
- البرزی، شهلا و محبوبه البرزی (۱۳۸۵) «بررسی رابطه خودمختاری و کیفیت زندگی در دانشجویان استعداد‌های درخشان دانشگاه‌های شیراز»، فصلنامه روان‌شناسی، سال دهم، شماره ۳، ص ۳۲۲.
- پورنقاش تهرانی، سید سعید و دیگران (۱۳۹۱) «رابطه بین کیفیت زندگی و صفات شخصیتی در افراد معتاد»، تحقیقات علوم رفتاری، سال دهم، شماره ۳، صص ۱۵۵-۱۶۷.
- سیدان، سید ابوالقاسم و علیرضا رحمانی (۱۳۹۷) «اثر بخشی آموزش حل مسئله بر تعارض والد-نوجوان و اعتیاد به اینترنت دانش‌آموزان نوجوان پسر»، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دوره شصت و یک، شماره ۶، صص ۲۳۸-۲۴۶.
- حجتی، حمید و دیگران (۱۳۸۸) «بررسی کیفیت زندگی و ارتباط آن با پذیرش اجتماعی در معتادان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد استان گلستان»، طلوع بهداشت، سال هشتم، شماره ۳-۴ (سومین کنگره سراسری رفتارهای پرخطر)، صص ۳۷.
- حسن‌پور، طالب و دیگران (۱۴۰۰) «نشانه‌های ارتقای سلامت اجتماعی»، سال پنجم، شماره ۱، صص ۸۳-۸۷.
- حکیمی‌نیا، بهزاد و دیگران (۱۳۹۶) «عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی با تأکید بر هوش اجتماعی و سلامت اجتماعی (مطالعه موردی: شهر کرمانشاه)»، جامعه‌شناسی کاربردی، سال بیست و هشتم، شماره ۲، صص ۱۶۳-۱۷۸.
- ذبیحی مداح، زهره و حسین آقاجانی مرساء (۱۳۹۸) «ابعاد کیفیت زندگی سالمندان با مرور پژوهش‌های پیشین»، رفاه اجتماعی، سال نوزدهم، شماره ۷۵، صص ۱۸۱-۱۲۳.
- ربانی، رسول و دیگران (۱۳۹۰) «تحلیل جامعه‌شناختی کیفیت زندگی جوانان (مطالعه موردی: شهرستان بروجن)»، فصلنامه توسعه اجتماعی، سال پنجم، شماره ۳، صص ۸۳-۱۰۴.
- عباسی، علیرضا و دیگران (۱۳۹۲) «بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر گرایش به مصرف موادمخدر (مطالعه موردی: دانشگاه پیام‌نور واحد رضوانشهر)»، فصلنامه علمی مطالعات مبارزه با مواد مخدر، سال یازدهم، شماره ۴۰، صص ۹۱-۱۱۳.
- عبدالله‌تبار، هادی و دیگران (۱۳۸۷) «بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان»، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۳۰ و ۳۱، صص ۱۷۱-۱۹۰.
- فنی، زهره و دیگران (۱۳۹۴) «سنجش کیفیت زندگی شهری با تأکید بر جنسیت (مطالعه موردی:

شهر قروه»، دوفصلنامه علمی- پژوهشی پژوهش‌های بوم‌شناسی شهری، سال ششم، شماره ۱۲، صص ۶۵-۷۸.

کوئن، بروس (۱۳۹۰) مبانی جامعه‌شناسی، ترجمه و اقتباس غلامعلی توسلی و رضا فاضل، چاپ بیست و چهارم، تهران، سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت)، مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی.

مرادی، علیرضا (۱۴۰۰) «آسیب‌های گرایش جوانان به موادمخدر و راهکارهای برون‌رفت از آن»، فصلنامه علمی مطالعات مبارزه با موادمخدر، سال سیزدهم، شماره ۴۹، صص ۱-۱۸.

موحدی، یزدان و دیگران (۱۳۹۳) «مقایسه ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد معتاد و هم‌تایان عادی»، نشریه پژوهش توان‌بخشی در پرستاری، سال اول، شماره ۲، صص ۶۳-۷۲.

نریمانی، محمد و دیگران (۱۳۹۳) «بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی در فرزندان افراد معتاد»، توسعه محلی (روستایی-شهری)، سال ششم، شماره ۱، صص ۱۰۷-۱۲۲.

- Andráško, I. (2015) Quality of life: an introduction to the concept. Masarykova univerzita nakladatelství.
- Glatzer, W. (2006) Quality of life in the European Union and the United States of America: Evidence from comprehensive indices. Applied research in quality of life, 1, 169-188.
- Huppert, F. Marks, N. Clark, A. (2006) Personal and social well-being model for the European Social Survey, Round3. London: Centre for Comparative Social Surveys, City University London.
- Keyes, C. M. (2002) The Mental Health Continuum: from Languishing to Flourishing in Life. Journal of Health and Social Research, 43:207-222.
- Lee, Y. J. (2008) "Subjective Quality of Life Measurement in Taipei", Building and Environment. 43(7):1205-1215.
- Ma, Z., Liu, Y., Wan, C. et al. (2022) Health-related quality of life and influencing factors in drug addicts based on the scale QLICD-DA: a cross-sectional study. Health Qual Life Outcomes 20, 109. <https://doi.org/10.1186/s12955-022-02012-x>.
- Macků, K., Caha, J., Pászto, V., & Tuček, P. (2020) Subjective or objective? How objective measures relate to subjective life satisfaction in Europe. ISPRS International Journal of Geo-Information, 9(5), 320.
- Muller, A.E., Skurtveit, S. & Clausen, T. (2016) Many correlates of poor quality of life among substance users entering treatment are not addiction-specific. Health Qual Life Outcomes 14, 39 (3). 11-10, <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0439-1>
- Russell, C., Katsampouris, E., & Mckeganey, N. (2020) Harm and addiction perceptions of the JUUL e-cigarette among adolescents. Nicotine and Tobacco Research, 22(5), 713-721.

- Schuessler, K. F. and Fisher, G. A. (1985) Quality of Life Research and Sociology”, Annual Review of Sociology, 11: 129-49.
- Skevington, S. M. Lotfy, M. O'Connell, K. A. (2004) “The World Health Organization's Whoqol-Bref Quality of Life Assessment: Psychometric Properties and Results of the International Field Trial. A Report from the Whoqol Group”. Qual Life Res, 13(2):299-310.
- Somarriba, N., & Pena, B. (2009) Synthetic indicators of quality of life in Europe. Social Indicators Research, 94, 115-133.
- Teasdale, M. R. (2016) Quality of life and mission. Missiology, 44(3), 269–280. <https://doi.org/10.1177/0091829616645135>
- Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., Wolf, J. R., & Broekaert, E. (2004) The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. Psychiatric Services, 55(8), 913-922.
- Wan, C., Fang, J., Jiang, R., Shen, J., Jiang, D., Tu, X., Messing, S., Tang, W. (2011) Development and validation of a quality of life instrument for patients with drug dependence: comparisons with SF-36 and WHOQOL-100. Int J Nurs Stud.;48 (9):1080–1095.
- Wingo, L. (2013) Objective, Subjective, and Collective Dimensions of the Quality of Life. In Public Economics and the Quality of Life (pp. 13-27). RFF Press.
- World Health Organization. (2006) Department of Mental Health Annotated Bibliography of the WHO Quality of Life Assessment Instrument. Available from: <http://www.Who.Int>.

فصلنامه علمی «پژوهش انحرافات و مسائل اجتماعی»

شماره دوازدهم، تابستان ۱۴۰۳: ۵۹-۸۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۱۶

نوع مقاله: پژوهشی

واکاوی آسیب‌های تعاملی ادراک‌شده در زنان معتاد شهر اصفهان

ستاره محمدی*

زهرایوسفی**

لیلا هاشمی مقدم***

زهرایکیانی****

چکیده

طرد از اجتماع و تعاملات اجتماعی ناسالم، نتایج زیان‌باری را برای زنان معتاد در بردارد که دامنه وسیعی از گوشه‌گیری تا اقدام به خودکشی را شامل می‌شود و همچنین پیامدهای ناگواری را هم برای خانواده و هم برای جامعه به همراه دارد. بدین سبب این مسئله با توجه به افزایش روزافزون اعتیاد در بین زنان، حائز بررسی همه‌جانبه است. بنابراین هدف از پژوهش حاضر، واکاوی آسیب‌های تعاملی زنان معتاد شهر اصفهان بود. این پژوهش با بهره‌گیری از روش کیفی تحلیل مضمون انجام شد. جامعه آماری پژوهش، کلیه زنان معتاد در مراکز ترک اعتیاد شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳ بود که از بین آنها، هشت نفر به شکل هدفمند و به روش همگون به عنوان نمونه انتخاب شد. تکنیک گردآوری اطلاعات، مصاحبه نیمه‌ساختار یافته با ابزار مصاحبه‌نامه که حاوی سؤالات

* کارشناس‌ارشد روان‌شناسی عمومی، واحد اصفهان (خوراسگان) دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
s.mohammadi1390@gmail.com

** نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان) دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
Z.yousefi1393@yahoo.com

*** کارشناس‌ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد اصفهان (خوراسگان) دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
leilahashemi.psy@gmail.com

**** کارشناس‌ارشد مدیریت آموزشی، واحد اصفهان (خوراسگان) دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
kiani@kfusf.ac.ir



مرتبط با آسیب‌های تعاملی زنان معتاد بود. داده‌های حاصل از مصاحبه به کمک روش شش مرحله‌ای براون و کلارک (۲۰۰۶) تحلیل شد. نتایج نشان داد که آسیب‌های تعاملی شامل چهار مقوله آسیب‌های تعاملی ناشی از آسیب‌های خانوادگی، آسیب‌های تعاملی ناشی از زیرسیستم والدین، آسیب‌های تعاملی ناشی از مشکلات و آسیب‌های تعاملی اجتماعی است. با توجه به نتایج حاصل می‌توان نتیجه گرفت که زنان معتاد، آسیب‌های تعاملی را تجربه کرده‌اند که آنها را مستعد ابتلا به اعتیاد کرده، احتمال پایداری گرایش آنان به اعتیاد را افزایش می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: آسیب‌های تعاملی ادراک‌شده، اعتیاد، انحرافات اجتماعی، زنان معتاد و تحلیل مضمون.

مقدمه

در جامعه امروز، سوء مصرف موادمخدر در سیمای یک مسئله یا مشکل اجتماعی ظاهر شده است. این آسیب اجتماعی، تعداد زیادی از زنان جامعه را متأثر کرده و بیش از پیش در حال تعامل با سایر آسیب‌های اجتماعی و تبدیل شدن به یک تهدید اساسی و ساختارشکن است (قربانی، ۱۳۹۴: ۱۵۴). بر اساس آمار جهانی، اعتیاد در زنان، عوارض خطرناک‌تری نسبت به مردان ایجاد می‌کند. برای مثال، فاصله زمانی نخستین تجربه مصرف موادمخدر و روان‌گردان تا تزریق در زنان، به طور متوسط دو سال به طول می‌انجامد؛ در حالی که این زمان در مردان حدود هشت سال است و با این حساب، زنان شش سال زودتر از مردان به وابستگی شدید که درمان آن سخت‌تر و عوارض جسمی، روانی و اجتماعی آن نیز به مراتب بیشتر است، کشیده می‌شوند (مجدی و انوری، ۱۴۰۳: ۶). در این میان متأسفانه زنان وابسته به موادمخدر حتی بعد از درمان در مقایسه با جمعیت عادی، کیفیت زندگی پایین‌تری به خاطر طرد و انگ اجتماعی دارند (Bali, 2012).

همچنین پیامدهای اعتیاد زنان بر فرد، خانواده و جامعه، زیان‌بارتر از پیامدهای اعتیاد مردان است و خطرپذیری زنان در مقایسه با مردان در این زمینه به مراتب بیشتر است (Zolala et al., 2016). بدین سبب برای رهایی از این مشکلات، برخی از زنان معتاد برای بهبودی به مراکز ترک اعتیاد مراجعه می‌کنند و پس از بازپروری، وارد جامعه می‌شوند؛ اما پس از بهبودی نیز در روابط اجتماعی با مردم، مشکلات بسیاری دارند (بابایی‌فرد و حبیبی‌راد، ۱۳۹۷: ۱۷۰).

برخی پژوهش‌ها به طور خاص نشان می‌دهد که افراد معتاد، تجربه روابط بین‌فردی و خانوادگی نامناسب داشته‌اند، از جمله لاین و دیتلز^۱ (۲۰۱۱) نشان داده‌اند که حمایت خانوادگی و ایجاد محیط مناسب در خانواده به طور معناداری باعث افزایش سلامت روانی معتادان و کاهش آسیب‌های مصرف در بیماران تحت درمان با متادون می‌شود. همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که روابط بین‌فردی افراد معتاد، پس از اعتیاد نیز متزلزل و آسیب‌پذیر می‌شود. از جمله گروسی و محمدی دولت‌آباد (۱۳۹۰) نشان داده‌اند که تجربه ارتباطات زنان پس از اعتیاد، درهم شکستگی روابط اجتماعی،

نامناسب شدن روابط خانوادگی و تحقیر توسط دیگران است.

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، پژوهش‌ها نشان می‌دهد که معتادان زن، قبل و بعد از اعتیاد دچار مشکلات متعددی هستند. این مشکلات ارتباطی پیش از اعتیاد، آنها را به سوی اعتیاد کشانده و بعد از اعتیاد ممکن است اعتیاد را تشدید و مانع بهبود آن شود. با این حال در زمینه ارتباط میان مهارت‌های ارتباطی و آسیب‌های تعاملی ادراک‌شده زنان معتاد، قبل و بعد از اعتیاد، تاکنون پژوهش‌های محدودی انجام شده است و کمتر محققانی به این مهم پرداخته است. از این‌رو با توجه به اهمیت روابط بین‌فردی که در شکل‌گیری و یا بهبود اعتیاد مؤثرند، لازم است تا پژوهش‌هایی برای شناسایی آسیب‌های تعاملی که به زخم‌ها و رنج‌هایی اشاره دارد که افراد از اطرافیان خود متحمل می‌شوند و یا به آنها وارد می‌کنند، در بین زنان معتاد انجام شود.

به نظر می‌رسد که با توجه به عمق روابط بین‌فردی و نقاط تاریک و روشن آن، پژوهش کیفی که عمق موضوعات را مورد کنکاش قرار می‌دهد، برای بررسی آسیب‌های تعاملی زنان معتاد، مناسب‌تر از پژوهش‌های کمی باشد. بنابراین مطالعه این آسیب‌ها به دقت و با روش‌های مناسب اکتشافی و عمیق ضروری است. از نتایج چنین پژوهشی می‌توان برای تدوین چارچوب‌های آموزشی به خانواده و والدین به منظور پیشگیری از اعتیاد استفاده کرد. همچنین می‌توان برای تدوین چارچوب‌های دقیق‌تر درمانی که آسیب‌های تعاملی را نیز مدنظر قرار می‌دهد، استفاده کرد. از سوی دیگر نتایج این پژوهش می‌تواند مقدمات پژوهش‌های کمی در زمینه آسیب‌های تعاملی زنان معتاد را فراهم کند و به غنای متون پژوهشی و نظری اعتیاد زنان کمک نماید. از این‌رو پژوهش حاضر بر آن شد که با توجه به ماهیت پژوهش به کمک روش تحلیل مضمون به این سؤالات پژوهشی پاسخ دهد:

- آسیب‌های تعاملی زنان معتاد، پیش از ابتلا به اعتیاد چیست؟
- آسیب‌های تعاملی زنان معتاد، پس از ابتلا به اعتیاد چیست؟

مفاهیم حساس و دلالت‌های نظری

از آنجایی که ما انسان‌ها به صورت اجتماعی زندگی می‌کنیم، درک درست و دقیق رفتارهای دیگران، نقش مهمی در زندگی‌مان ایفا می‌کند. ادراک، شامل آگاهی از

رویدادها، مردم، اشیا و موقعیت‌ها می‌شود و مستلزم جست‌وجو، به دست آوردن و پردازش اطلاعات است. ادراک تعامل اجتماعی، فرآیند فعالی است که موجب فهم و درک رفتار دیگران می‌شود و دارای اشکال متفاوت مثبت و منفی است (صدری دمیرچی و صمدی فرد، ۱۳۹۶: ۸۷). روابط اجتماعی امروزه در سه معنای میل با هم زیستن، عزم در دور هم جمع کردن افراد پراکنده و آرزوی انسجام محکم‌تر جامعه در کل به کار می‌رود. زندگی در جامعه، هر موجود انسانی را از بدو تولد در رابطه وابستگی متقابل با دیگران قرار می‌دهد و در مراحل اجتماعی شدن، همبستگی ستون تعاملات و روابط انسان اجتماعی را تشکیل می‌دهد. رابطه اجتماعی، پاسخگوی دو نیاز اساسی انسان اجتماعی است: یکی نیاز به حمایت در برابر ناملایمات زندگی و دیگری نیاز به بازشناسی، یعنی احترام به شخص در مقام انسان. از لحاظ این دو نیاز، انسان(ها) به دیگران و به جامعه وابسته است (بابایی فرد و حبیبی راد، ۱۳۹۷: ۱۸۳).

در همین راستا تئوری‌های مختلفی به تبیین و علت‌یابی اعتیاد و آسیب‌های اجتماعی پرداخته‌اند؛ از جمله تئوری کنترل اجتماعی، تئوری انتخاب عقلانی، تئوری پیوند افتراقی ساترلند^۱ و دیدگاه پدیدارشناختی انحرافات اجتماعی. در این پژوهش، نظریه‌های مربوط به شبکه، نظریه پاتنام^۲ و نیز نظریه تلفیقی سرمایه اجتماعی شبکه، کنترل اجتماعی غیر رسمی و انحراف (اعتیاد)، مبنای کار خواهد بود. نظریه پاتنام، سرمایه اجتماعی را در آثار متعدد خود با سه مؤلفه (شبکه‌ها، هنجارهای همیاری و اعتماد) تعریف می‌نماید و بر این باور است که روابط و پیوندهای اجتماعی غیر رسمی و اعتماد اجتماعی باعث کاهش جرم و انحرافات در افراد می‌شود. همچنین بر اساس رویکرد شبکه‌ها می‌توان اشاره کرد که شبکه هر فرد مبتنی بر پیوندها و روابط شکل می‌گیرد. پیوندهایی که هر فرد با اعضای شبکه خویش از جمله خویشان نزدیک و دور، دوستان و همسایگان دارد، باعث می‌شود تا او در زندگی روزمره به میزان قابل ملاحظه‌ای بتواند از حمایت‌های مختلفی که اعضای شبکه برایش فراهم می‌کنند، استفاده کند. امکان دریافت حمایت‌های اجتماعی از سوی شبکه سبب می‌گردد تا افراد در صورت برخورد با مشکلات، توانمندی بیشتری برای مبارزه با آن داشته باشند. از

همین‌روی برخی، شبکه اجتماعی را مترادف با حمایت اجتماعی در نظر گرفته، معتقدند که شبکه‌های شخصی، عمدتاً افراد را در بحران‌های زندگی و گرایش به جرم و انحراف حمایت می‌کنند (جلیلیان، ۱۳۸۸: ۱۱۳). به همین دلیل افراد در رابطه با دیگران تحت تأثیر نگرش و نظرهای آنها قرار می‌گیرند و ممکن است همین داشتن اعتیاد، نگرش افراد و نوع تعامل دیگران را با فرد تغییر دهد. در چنین حالتی به جای حمایت اجتماعی از طرف گروه، فرد از گروه رانده و گاه باعث برچسب و طرد اجتماعی شود.

نظریه‌های جامعه‌شناختی در حوزه اعتیاد به طور کلی به بررسی ساختارهای اجتماعی و رفتارهای اجتماعی می‌پردازد. این نظریات، رفتارهای انحرافی (مصرف مواد) را در یک بافت اجتماعی مطالعه می‌کنند. دیدگاه‌های اجتماعی اغلب مصرف مواد را محصول وضعیت‌ها و روابط اجتماعی می‌دانند که باعث ایجاد ناامیدی، ناکامی، محرومیت و احساس از خود بیگانگی در میان بخش‌های آسیب‌پذیر جمعیت می‌شوند. نظریه جامعه‌شناختی طرد اجتماعی که بر رابطه اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی تأکید دارد، بر این باور است که افرادی که دچار تجربه طرد می‌شوند، معمولاً احساس می‌کنند که مورد پذیرش و محبت خانواده و اطرافیان نیستند و از محرومیت‌هایی که مستقیم یا غیر مستقیم دچار می‌شوند، آسیب زیادی می‌بینند (مجدی و انوری، ۱۴۰۳: ۱۲).

طرد اجتماعی، وضعیتی است که طی آن، افراد درون یک جامعه احساس انزوا نموده، گروه را یا جدی تلقی نمی‌کنند و یا اقدام به ترک گروه می‌نمایند. در چنین وضعیتی، افراد از اکتساب حقوق و منافع مانده شغل، مسکن، مراقبت بهداشتی، آموزش و مهارت‌آموزی که به طور معمول باید جامعه در اختیار اعضای خود قرار دهد، با شکست مواجه می‌شوند و این زمینه‌های طرد فرد از گروه و در ادامه، گرایش آنان به مصرف موادمخدر را در پی دارد. پذیرش و طرد افراد توسط اطرافیان، اثرات عمیقی روی رفتار آنها دارد. بدگویی، عدم معاشرت، کم‌محلی، تمسخر و طعنه، انگشت‌نمایی، بی‌آبرویی و بدنامی، شرم، تمایل به تنهایی، احساس انگشت‌نمایی و حساس بودن نسبت به رفتارهای سایرین نیز از سازوکارهای تشدیدکننده طرد اجتماعی است که برخی از سوی جامعه و برخی از سوی فرد دچار طرد، اعمال می‌شود و بیش از پیش فرد را در ورطه جدایی از جامعه و طرد اجتماعی فرو می‌برد و در نهایت موجب بروز پیامدهای

گونگونگی در روابط اجتماعی و احساسات فردی می‌شود (Zinn et al, Chen et al, 2017)؛ طالب‌پور، ۱۴۰۲: ۳۹).

یکی از نظریه‌هایی که ابتدا در حوزه روان‌شناسی مطرح شد و سپس توسعه یافت و در جامعه‌شناسی و انسان‌شناسی هم استفاده می‌شود، رویکرد تحلیل شبکه است. در این رویکرد، با تمرکز بر روابط گروهی و مشخصه‌های ساختاری شکل‌بندی‌های اجتماعی، روابط اجتماعی همچون سنگ‌بنای ساختارهای اجتماعی در نظر گرفته می‌شود. درون سنت شبکه، سه رویکرد همبستگی اجتماعی، شبکه اجتماعی و حمایت اجتماعی قرار دارد. رویکرد همبستگی اجتماعی بر محدوده شبکه شخصی و نوع روابط و تلاش‌هایی متمرکز است که میزان همبستگی یک شخص درون جامعه را تعیین می‌کند. در رویکرد شبکه اجتماعی نیز بر ساختار رسمی و روابط موجود در شبکه تأکید می‌شود. در این رویکرد، نزدیکی شبکه، نامتجانس بودن شبکه، دامنه شبکه که شبکه به آن تعلق دارد و چندکاربرد بودن روابط، اهمیت زیادی دارد. در نهایت در رویکرد حمایت اجتماعی، تمرکز بر کیفیت روابط است (بابایی فرد و حبیبی‌راد، ۱۳۹۷: ۱۸۰).

روش پژوهش

روش این پژوهش، در زمره پژوهش‌های کیفی از نوع تحلیل مضمون (Braun & Clarke, 2006) است. جامعه آماری این پژوهش متشکل از کلیه زنان معتاد شهر اصفهان است. نمونه آماری تحقیق حاضر زنان وابسته به مواد بوده که در مرکز ترک اعتیاد زنان شهر اصفهان در خرداد و تیر سال ۱۴۰۳ پذیرش شده‌اند. بنابراین شرکت‌کنندگان پژوهش به شکل هدفمند انتخاب و مورد مصاحبه نیمه‌ساختاریافته قرار گرفتند. شرط ورود به مصاحبه اعتیاد، زن بودن و پذیرش شدن در مرکز ترک اعتیاد شهر اصفهان بود. به منظور رعایت اخلاق پژوهش، موضوع تحقیق برای زنان توضیح داده می‌شد و در صورت تمایل با آنها مصاحبه انجام می‌گرفت. حجم نمونه در پژوهش‌های کیفی، بستگی به اشباع نظری داده‌ها دارد. فرایند اشباع نظری در خدمت‌دستیابی به اطلاعات بیشتر برای حل معما و تکمیل پازل قرار می‌گیرد. به عبارت دیگر اشباع نظری، زمانی رخ می‌دهد که داده‌ها تکرار شده و محقق و نسبت به تبیین نظری تحقیق مطمئن شود. در این مطالعه با انجام مصاحبه با تعداد ۸ نفر، داده‌ها به اشباع نظری رسید که حجم

نمونه هم شامل همین تعداد است.

سؤالات مصاحبه بر اساس تجارب متخصصان اعتیاد در زمینه آسیب‌های تعاملی و مبانی و حساسیت‌های نظری آماده شد. این سؤالات به طور کلی تعاملات فرد و نوع ارتباطاتش را طی مراحل رشد ارزیابی می‌کرد. که شامل تعامل با خانواده، تعامل با جامعه، تعامل با دوستان و نزدیکان، تعامل با همکاران و تعامل با دیگران مهم بود. چند نمونه از این سؤالات عبارتند از «از رابطه با خواهر و برادرت بگو، چطوری بود؟ میخام بیشتر درباره ارتباطات بدونم، به خصوص ارتباطات و مشکلاتت تو مدرسه، تو خونه، تو کوچه، از خاطراتت برام بگو؟ با دوستات، با دیگران، با پدر و مادر و خواهر و برادرت، چه مشکلاتی داشتی؟ تو محل کارت، با کی بیشتر جور بودی. اونم معتاد بود یا نه؟ رابطه با اون در چه حدی بود؟»

در کل به طور متوسط ۶۷ سؤال پرسیده شد، اما بسته به شرکت‌کننده و پاسخ‌های وی، برخی سؤالات حذف و یا سؤالاتی اضافه شد. جلسات مصاحبه در فضایی آرام و مورد توافق مصاحبه‌کننده (پژوهشگر) و مصاحبه‌شونده از لحاظ مکانی و زمانی در مرکز ترک اعتیاد زنان برگزار شد. هر مصاحبه به طور متوسط حدود ۹۰ دقیقه انجام شد. قابل ذکر است که اصول اخلاقی در پژوهش مبنی بر کسب رضایت از افراد شرکت‌کننده، اصل رازداری و گمنامی، حفظ حریم خصوصی در روند مصاحبه، ارائه نتایج به صورت کلی در اختیار شرکت‌کنندگان در صورت تمایل رعایت شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مضمون براون و کلارک (۲۰۰۶) استفاده شد که شامل شش مرحله است:

۱. آشنا شدن با داده‌ها: ابتدا پژوهشگر، کلیه مصاحبه‌های ضبط‌شده را پس از انجام هر مصاحبه، روی کاغذ آورده، به دست‌نویس تبدیل کرد. کلیه صداها، نفس‌ها، اشک‌ها، لبخندها، حسرت‌ها و حالات مهم چهره و هرگونه حالت جسمانی که می‌توانست بار معنایی داشته باشد، یادداشت شد. در این مرحله، پژوهشگر و یک متخصص کدگذاری به همراه استاد و به طور مجزا هر یک چندین بار داده‌ها را مطالعه کردند. در این مرحله هر سه، پیش‌داوری‌های خود را تحت نقشه ذهنی خود نسبت به زنان معتاد آماده کردند و متوجه شدند که

آنان، دانش بسیار اندکی نسبت به آسیب‌های تعاملی به طور دقیق و مشروح دارند. در این مرحله، محققان هر یک به طور جداگانه خرده‌تحلیل‌های خود را از مصاحبه‌های روی کاغذ آمده و از داده‌های خام که آنها را تحت تأثیر قرار داده و آنچه یاد گرفته بودند، یادداشت می‌کردند.

۲. **تولید کدهای اولیه:** در این مرحله، واحدهای معنادار مرتبط با آسیب‌های تعاملی مشخص شد و سایر جمله‌های اضافی حذف شد. در این مرحله نیز محققان و متخصص کدگذاری در کنار هم طی جلساتی، کدگذاری‌های مرتبه اول را بررسی می‌کردند و برخی از موضوعات به خرده‌تحلیل‌های محققان اضافه می‌شد.

۳. **جست‌وجوی مضامین:** در این مرحله، محققان و کدگذار کوشیدند تا کدهای مرتبه اول مشابه را با عنوان کدبندی مقدماتی در مقوله‌های سازمان‌دهنده داده‌ها دسته‌بندی کنند.

۴. **بررسی مضامین:** طی جلسات مختلف و بازبینی مصاحبه‌ها و کدبندی‌های اولیه و مقوله‌بندی‌های سازمان‌دهنده به تدریج مقوله‌های هسته‌ای پدیدار شد. در این مرحله، برخی مقوله‌ها تغییر نام داد و برخی کدبندی‌های اولیه در مقوله‌های سازمان‌دهنده جابه‌جا شد.

۵. **تعریف و نام‌گذاری مضامین:** در این مرحله، استاد راهنما، طرح تماتیک برگرفته از کدبندی مرتبه اول و مقوله‌های سازمان‌دهنده را با جاگذاری در مقوله‌های هسته‌ای استخراج کرد و طی جلسه‌ای، محققان و کدگذار در یک توافق کلی درباره آن به تأیید نهایی رسیدند.

۶. **آماده‌سازی گزارش:** در نهایت گزارش نهایی تهیه شد.

یافته‌های پژوهش

در این بخش از پژوهش، یافته‌ها در دو بخش توصیفی و تحلیلی ارائه می‌شود. در جدول (۱)، مشخصات زنان معنادار نمونه آماری آمده است که بر مبنای اشباع نظری انتخاب شده‌اند. ذکر این نکته حائز اهمیت است که افراد انتخاب‌شده از طبقات

اجتماعی، تحصیلات و سنین مختلف هستند. به منظور حفظ اطلاعات افراد، از کدگذاری استفاده شده و از اعلام نام مصاحبه شوندگان پرهیز شده است.

جدول ۱- ویژگی‌های شرکت‌کنندگان در پژوهش

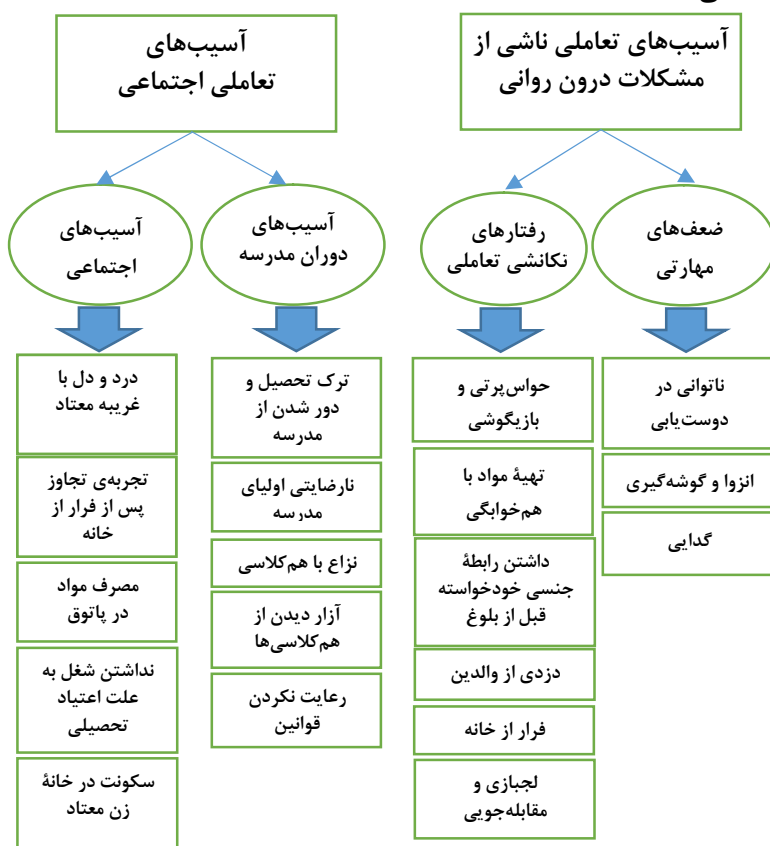
مشخصات خانواده	محل سکونت	وضعیت تأهل	تحصیلات	سن	نفرات
ده نفر (دو خواهر ناتنی و شش برادر، مادر و ناپدری)، در روستا زندگی می‌کردند و اوضاع مالی خوبی نداشتند. چهار ساله بود که پدرش در سانحه تصادف فوت کرد و شاهد این سانحه بوده و به سرش هم ضربه خورده و جفت پاهایش شکسته است. مادرش با فردی که موادفروش بود، ازدواج مجدد کرده است. دوتا از برادرانش معتاد هستند. در سال ۷۶ در سن ۲۲ سالگی ازدواج کرده که از او طلاق گرفته است. در سال ۸۰ در سن ۲۶ سالگی با پسردایی ناتنی‌اش ازدواج کرده که حاصل این ازدواج، یک دختر است. همسرش در زندان و خودش شش سال کارتن‌خواب بوده است.	روستا	متأهل	دیپلم	۴۱	اول
دوازده نفر (پدر، مادر، نه خواهر و یک برادر)، به خاطر مشکلات خانوادگی در سن شانزده سالگی به اجبار ازدواج کرده و با خانواده همسرش زندگی می‌کرده است. آنها جنگ‌زده بودند و در اردوگاه زندگی می‌کردند. بعد ۵-۶ ماه از ازدواجشان، همسرش به سربازی رفته و او باردار بوده. به خاطر رفتار بد خانواده همسرش، سه بار خودکشی کرده است. در سن هجده سالگی طلاق گرفته و حضانت فرزندش را به همسرش داده‌اند. با مادرش، رابطه خوبی نداشته، از خانه فرار کرده و با دوستانی آشنا شده که اهل خلاف و مصرف‌کننده مواد بودند. بعد	اصفهان	مطلقه	دیپلم	۳۸	دوم

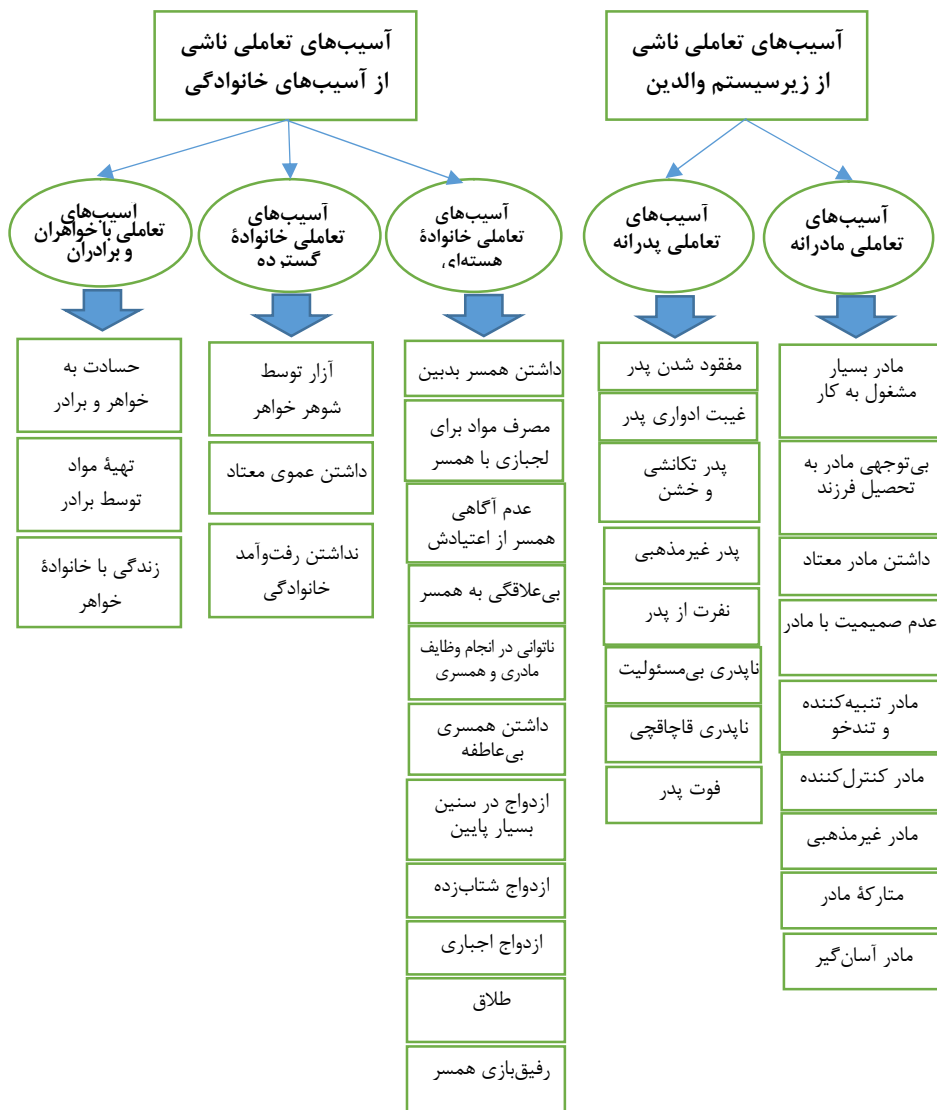
یک سال پیش مادرش برگشته، فروشنده و مصرف‌کننده مواد است.					
خانواده هشت نفره (پدر، مادر، پنج خواهر و یک برادر)، مادرش در یازده سالگی ازدواج کرده و با پدرش پانزده سال اختلاف سنی دارند. پدر خانواده، راننده اتوبوس بوده و در تهران زندگی می‌کردند. به خاطر تصادف پدرش که منجر به مرگ کسی شد و بابت پرداخت دیه، وضع مالی خانواده بد شده و مجبور شده‌اند چند سالی به میمه، زادگاه مادرشان بروند. پدر و مادرش در نانوایی کار می‌کردند. در سن ۲۶ سالگی ازدواج کرده که همسرش مصرف‌کننده مواد بوده، بعد از چهار سال از همسرش جدا شده و با مادر و برادرش که مصرف‌کننده هستند، زندگی می‌کند.	میمه	مطلقه	دیپلم	۳۲	سوم
در دوازده سالگی ازدواج کرده و چهار فرزند دارد. در روستا زندگی می‌کردند. پدرش دو تا زن داشت که با هم زندگی می‌کردند. جمعاً پانزده تا خواهر و برادر هستند. پنج سال با خانواده شوهر زندگی می‌کرده، بعد از آن به اصفهان آمده است. شش سال با همسرش در کارخانه کار می‌کرده و شش سال مواد مصرف می‌کند. بیست روزه که زایمان کرده و بچه‌هایش دوقلو هستند و شوهرش او را برای ترک، اینجا آورده است.	اصفهان	متأهل	سیکل	۳۲	چهارم
خانواده چهار نفره (مادر، یک خواهر و یک برادر). پدرش اعتیاد داشته، هشت ساله بوده که پدرش به خاطر ناتوانی‌اش در ترک و بدهی‌هایی که به بار آورده، خانه را ترک کرده و تا حالا هیچ خبری از او ندارند. به علت ناتوانی در	اصفهان	مجرد	کارشنا سی	۲۷	پنجم

<p>تأمین هزینه‌ها، خواهرش پیش مادر بزرگش و برادرش پیش خاله‌اش رفته‌اند و او پیش مادرش مانده است. مادرش سر کار می‌رفته که بعد چند ماه، بچه‌هایش را پیش خودش می‌آورد. مدت چهار ساله که با پسری رابطه دارد و حدود شش ماهه که شیشه مصرف می‌کند.</p>				
<p>در شانزده سالگی ازدواج کرده. یک ماه بعد از عروسی همسرش برای کار به شهرستان می‌رود و هر دو یا سه ماه برمی‌گشته و او پیش خانواده شوهرش زندگی می‌کرده. به خاطر اختلاف با خانواده همسرش، پیش مادر و برادرش که مصرف‌کننده بوده می‌رود. با پسر همسایه که معتاد است، رابطه دارد.</p>	اصفهان	متأهل	دپلم	ششم ۳۱
<p>دوازده سالگی ازدواج کرده و یک دختر نه ساله دارد و فرزند دوم او به خاطر مصرف مواد سقط شده است. چهارده سال با همسرش که او هم مصرف‌کننده بوده، زندگی کرده. چهار سال قهر بوده و دو سال است که طلاق گرفته است. دخترش پیش خانواده شوهرش است. بعد از جدایی از همسرش، تنها زندگی می‌کند و از راه دزدی و تن‌فروشی امرار معاش می‌کند.</p>	خمینی شهر	مطلقه	اول راهنما بی	هفتم ۲۸
<p>هفده سالگی ازدواج کرده، شوهرش در یک کارخانه کار می‌کرده و مصرف‌کننده مواد بوده است. شش ساله که مواد مصرف می‌کند. در زمان مصرف، باردار شده و دو دختر دوقلو هشت ساله دارد. زایمان زودرس داشته، خانواده همسرش متوجه اعتیاد او شدند و او را برای ترک به اینجا آوردند. دو خواهر و دو برادر دارد که همه مصرف‌کننده هستند. مادرش مصرف‌کننده بوده که ترک کرده است.</p>	خمینی شهر	متأهل	اول راهنما بی	هشتم ۳۰

یافته‌های تحلیلی

در این بخش بر مبنای کدگذاری‌های متفاوت و تحلیل مضمون که محقق انجام داده، در قالب مدل ۱، نتایج حاصل از مصاحبه زنان معتاد درباره آسیب‌های تعاملی ادراک‌شده آنها آمده است. در نهایت ۶۰۲ عبارت استخراج شده از مصاحبه‌ها در ۵۴ مضمون اولیه و سپس در ۹ مضمون سازمان‌دهنده (آسیب‌های تعاملی مادرانه، آسیب‌های تعاملی پدرانه، آسیب‌های تعاملی خانواده هسته‌ای، آسیب‌های تعاملی خانواده گسترده، آسیب‌های تعاملی با خواهران و برادران، ضعف‌های مهارتی، رفتارهای تکانشی تعاملی، آسیب‌های دوران مدرسه و آسیب‌های اجتماعی آسیب‌زا) و ۴ مضمون نهایی (آسیب‌های تعاملی ناشی از زیرسیستم والدین، آسیب‌های تعاملی ناشی از آسیب‌های خانوادگی، آسیب‌های تعاملی ناشی از مشکلات درون روانی، و آسیب‌های تعاملی اجتماعی) دسته‌بندی شدند.





شکل ۱- تحلیل تماتیک آسیب‌های تعاملی

آسیب‌های تعاملی ناشی از زیرسیستم والدین شامل آسیب تعاملی مادرانه و آسیب تعاملی پدرانه است. آسیب‌های تعاملی مادرانه، از دیگر مقوله‌های سازمان‌دهنده بود که به بررسی این مطلب می‌پردازد که در یک خانواده، چه اندازه ارتباطات مخرب بین مادر و فرزند می‌تواند باعث آسیب شود. اعتیاد، متارکه یا مشغله زیاد مادر در این خانواده‌ها، باعث شده که بر کارهای فرزند خود نظارت نداشته، نسبت به تحصیل فرزندان خود بی‌تفاوت گردند. اعمال سبک والدینی سهل‌انگارانه یا کنترل‌کننده و رفتار خشن و تندخو و تنبیه‌کننده نسبت به این دختران موجب عدم صمیمیت دختر با مادر و نداشتن روابط محبت‌آمیز با او گشته و باعث آسیب در تعاملات دختر با مادر شده بود. در واقع بی‌توجهی والدین نسبت به نیازهای فرزند و عدم صمیمیت بین اعضای خانواده موجب می‌گردد تا این دختران دچار احساس ناامنی گردند و این ناامنی در کنار ضعف زیرسیستم والدینی باعث شده بود تا فرزند برای پر کردن خلأ عاطفی، از منزل و مدرسه فرار کند و جذب باندهای انحراف شده، به ارتکاب جرائم مختلف از جمله اعتیاد تن دهد.

آسیب‌های تعاملی پدرانه به بررسی این مطلب می‌پردازد که در یک خانواده، چه اندازه ارتباطات مخرب بین پدر و فرزند می‌تواند باعث آسیب شود. وجود پدر یا ناپدری بی‌مسئولیت در خانواده، غیبت‌های ادواری، فوت یا مفقود شدن پدر باعث شده بود نظارت و رابطه مناسب او با اعضای خانواده به‌ویژه فرزندان کاهش یابد. همچنین به علت حضور نداشتن پدر، دایره روابط با بستگان، دوستان خانوادگی و همسایگان محدود شده که پیامدهای آن، انزوای خانواده و کاهش روابط اجتماعی است. توهین و خشونت پدر با فرزندان، موجب بی‌زاری فرزند از پدر شده، در تعامل با پدر دچار آسیب گردیده و در نهایت به اعتیاد پناه برده‌اند. وجود ناپدری در خانواده که به امر خرید و فروش مواد مشغول بوده، یا با فروشندگان مواد در تماس است، خطرهای جدی برای امنیت و سلامت فرزندان خانواده ایجاد کرده و زمینه آشنایی فرزندان با مواد و ارتباط با افراد توزیع‌کننده مواد را فراهم نموده بود.

آسیب‌های تعاملی ناشی از آسیب‌های خانوادگی نیز شامل آسیب‌های تعاملی خانواده هسته‌ای، آسیب‌های تعاملی خانواده گسترده، آسیب‌های تعاملی با خواهران و برادران است. مقوله سازمان‌دهنده آسیب‌های تعاملی خانواده هسته‌ای به آسیب‌هایی اشاره دارد که نشان می‌دهد در یک خانواده هسته‌ای، چه تعاملاتی می‌تواند زمینه‌ساز بروز

آسیب‌هایی در زنان معتاد شود. برای مثال ازدواج در سنین بسیار پایین، ازدواج شتاب‌زده و یا اجباری و فقدان علاقه میان زن و شوهر، باعث عدم ارتباط مناسب همسران شده، در نتیجه ارتباط منفی، راهبرد مقابله لجبازی از خود نشان داده و به مصرف مواد روی آورده و این باعث آسیب در تعاملات بین اعضای خانواده هسته‌ای شده است. سوءظن داشتن و بی‌علاقگی، بی‌توجهی شوهر به خواسته‌های همسر و وقت‌گذرانی مداوم شوهر با دوستانش در این خانواده‌ها وجود داشت که باعث آسیب در تعاملات زن و شوهر شده و زمینه را برای گرایش زن به ارتباط با افراد بزهکار به‌ویژه مردان معتاد فراهم نموده است. همچنین باورهای غلط درباره اعتیاد و ناآگاهی همسران از عوارض اعتیاد موجب گرایش زنان به مصرف مواد و یا ایجاد آسیب در تعاملات خانواده هسته‌ای شده بود. طلاق و جدایی زن از همسر، از عواملی است که در ارتباطات این زنان با خانواده اصلی خود خدشه وارد کرده و اثرات ناگواری را بر زوجین به‌ویژه زن برجای گذاشته بود، به‌حدی که زن مطلقه برای رفع مشکلات روحی ناشی از طلاق به اعتیاد گرایش یافته بود. همچنین نداشتن رابطه خوب با خانواده همسر و داشتن خانواده همسر مداخله‌گر، باعث ایجاد اختلال در کارکرد و تعاملات خانواده هسته‌ای شده است.

یکی دیگر از مقوله‌های سازمان‌دهنده، مقوله آسیب‌های تعاملی خانواده گسترده است که نشان داد چه آسیب‌های تعاملی در یک خانواده گسترده در ارتباط با زنان معتاد وجود داشته و یا می‌تواند به وجود آید. آسیب‌های تعاملی این زنان نشان داد که بسیاری از این زنان، مربوط به خانواده‌هایی بودند که خانواده آنان با خانواده گسترده، ارتباط و صمیمیت مناسبی نداشتند و گاه فاقد ارتباط خانوادگی با بستگانشان بودند، به طوری که خانواده در یک وضعیت انزوای فAMILIARY به سر می‌برد. همچنین آزار و اذیت از طرف یکی از اعضای خانواده و وجود یک فرد معتاد در خانواده گسترده و تعامل زنان با آنان موجب شده بود که آنها در معرض اطلاعات و تجارب مربوط به مواد مخدر قرار گیرند که آسیب جدی در تعاملات فرد با خانواده و دیگر اعضای جامعه داشته است.

سومین مقوله سازمان‌دهنده آسیب‌های تعاملی خانوادگی، آسیب‌های تعاملی با خواهران و برادران بود که نشان می‌دهد خواهران و برادران در یک خانواده تا چه حد از تعامل و ارتباط سالم با یکدیگر برخوردارند و میزان کاستی‌ها در این تعاملات با همدیگر تا چه حد برای آنان آسیب به همراه دارد. در چنین خانواده‌هایی، نبود صمیمیت و

ارتباط سالم بین والدین و اختلافات شدید بین پدر و مادر می‌تواند به عنوان الگویی در روابط خواهران و برادران باشد. به هر حال آسیب‌های تعاملی این زنان نشان داد که بسیاری از زنان، متعلق به خانواده‌هایی بودند که تفاوت نگرش والدین به‌ویژه مادر در رفتارهای متناسب با نقش جنسیتی وجود داشته، علی‌رغم وجود علاقه در این دختران به کارهای پسرانه، مخالفت‌ها و محدودیت‌هایی از جانب پدر و مادر وجود داشته است که زمینه حسادت خواهران نسبت به برادران را فراهم می‌نمود.

در این خانواده‌های متشنج، معمولاً یک فرزند معتاد زندگی می‌کرد که ارتباط آنها می‌توانست عامل دسترسی این دختران به مواد را فراهم نماید که همگی در کنار هم حکایت از ضعف زیرسیستم والدینی داشت. همچنین صمیمیت و روابط با فرزندان و بین فرزندان که موجب تجربه امنیت در آنان می‌گردد، ضعیف شده بود که این عوامل، منجر به قوت گرفتن روابط با افراد غریبه از جمله معتادان شده، زمینه اعتیاد آنان را فراهم کرده بود.

تحلیل مضمون مصاحبه‌ها مشخص کرد که یکی دیگر از مقوله‌های اصلی، آسیب‌های تعاملی ناشی از مشکلات درون‌روانی بود. علت انتخاب این عنوان آن بود که زنان معتاد، آسیب‌های تعاملی‌ای داشتند که ناشی از اختلالات روانی خودشان بود که می‌توانست ریشه ژنتیکی و یا محیطی یا هر دوی آنها باشد. این ویژگی‌های روان‌شناختی فرد را مستعد سوق یافتن به سمت مواد می‌کند. این مقوله حاوی دو مقوله سازمان‌دهنده بود که عبارت بودند از رفتارهای تکانشی و ضعف‌های مهارتی. مقوله سازمان‌دهنده رفتارهای تکانشی به این دلیل انتخاب شد که زنان معتاد، رفتارهایی را بروز می‌دادند که ناشی از صفات تکانشوری آنان بود، بدون آنکه به عاقبت رفتارهای خود اندیشه کنند؛ مانند حواس‌پرتی و بازیگوشی، تهیه مواد از طریق هم‌خوابی، داشتن رابطه جنسی خودخواسته قبل از بلوغ، دزدی، فرار از خانه و لجبازی و مقابله‌جویی که در مجموع فرد را می‌توانست به یک شخصیت ضد اجتماعی تبدیل کند. در واقع فرد در کنار آسیب‌های تعاملی، دست به اقداماتی می‌زد که می‌توانست او را مستعد مواجه شدن با آسیب‌های اجتماعی نماید.

ضعف‌های مهارتی، مقوله سازمان‌دهنده دیگری در مقوله هسته‌ای آسیب‌های تعاملی ناشی از مشکلات درون‌روانی بود. در این مقوله، ناتوانی در دوست‌یابی، انزوا و گدایی

باعث شکل‌گیری تعاملات آسیب‌زا می‌شود؛ همچون نداشتن دوست در مدرسه، گوشه‌گیری در مدرسه و گدایی کردن.

چهارمین مقوله هسته‌ای برآمده از تحلیل داده‌ها، مقوله هسته‌ای آسیب‌های تعاملی اجتماعی بود که اشاره به آسیب‌هایی دارد که در ارتباط با تعاملات فرد با جامعه به وجود می‌آید و می‌تواند در اعتیاد آنان نقش داشته باشد. در این مقوله، دو مقوله سازمان‌دهنده وجود دارد که عبارتند از آسیب‌های اجتماعی و آسیب‌های دوران مدرسه. برای مثال در مقوله سازمان‌دهنده آسیب‌های اجتماعی، زمانی که فرد حمایت عاطفی خانواده خود را از دست داده، به افراد غریبه معتاد اعتماد کرده و با آنها ارتباط برقرار کرده بود. این موضوع، زمینه فرار آنها را از خانه فراهم آورده، ناگزیر در خانه افراد معتاد و پاتوق‌ها ساکن شده بود. این زنان به علت اعتیاد و بیکاری و برای تأمین مخارج زندگی و مواد مصرفی، به روسپی‌گری و یا دزدی روی آورده، گاهی تجاوز جنسی را پس از فرار از خانه تجربه کرده بودند. این تجارب آزاردهنده و فرار از خانه، در تعاملات آنان بر تشدید اعتیاد آنان مؤثر بود.

مقوله سازمان‌دهنده دیگر شامل آسیب‌های تعاملی اجتماعی است که مرتبط با آسیب‌های دوران مدرسه است که به بررسی تأثیرات و تعاملات ناسالم و مخرب در مدرسه می‌پردازد. روابط ضعیف با هم‌کلاسی‌ها و کناره‌گیری از شرکت در فعالیت‌های داخل مدرسه که می‌تواند ناشی از ضعف مهارتی در دوست‌یابی باشد، وجود رفتارهای تکانشی به‌ویژه بازیگوشی و رعایت نکردن قوانین مدرسه و نزاع و درگیری با هم‌کلاسی‌ها، ضعف در یادگیری و بی‌علاقه بودن به درس و مدرسه، عدم پیشرفت درسی و انجام ندادن تکالیف به علت وجود مشکلات در خانواده، از عوامل ترک تحصیل و دور شدن این دختران از مدرسه بود. علاوه بر این بی‌توجهی مادر به تحصیل فرزندان می‌توانست ناشی از بی‌سوادی و یا مشغله زیاد وی باشد. ازدواج در سنین پایین و ازدواج اجباری دختران در این خانواده‌ها و تنبیه بدنی در مدرسه توسط معلم‌ها، باعث بی‌زاری آنان از درس و مدرسه و ترک تحصیل شده، زمینه را برای ارتباط با افراد ناباب به‌ویژه معتادان فراهم نماید. این مقوله سازمان‌دهنده نشان می‌دهد که مدرسه به عنوان خانه دوم دانش‌آموزان، قادر به کنترل اوضاع دانش‌آموزان در معرض خطر یا در میدان خطر نیست یا حداقل برنامه‌ای برای این دانش‌آموزان ندارد. به این ترتیب این دختران در

مدرسه نیز عاقبت بهتری نسبت به خانه ندارند، زیرا در مدرسه نیز به علت ضعف تحصیلی به حاشیه رانده می‌شوند. بنابراین مدرسه نیز نتوانسته بود واسطه‌ای برای بازیابی امنیت در نوجوان و یا بهبود وضعیت در خانواده شود؛ شاید به علت اینکه مدرسه برای خود چنین رسالت پرورشی‌ای قائل نیست. به این ترتیب در مدرسه نیز این دختران در معرض آسیب‌های تعاملی قرار می‌گیرند که بخشی از آن مربوط به این نکته است که شاید مدرسه به عنوان یک شخصیت حقوقی یا در رسالت‌هایش، اینگونه دانش‌آموزان تعریف نشده‌اند و شاید از لحاظ قانونی، وجاهت قانونی لازم را ندارند تا بتوانند چنین مداخلاتی را داشته باشند و یا اساساً از امکانات انسانی و مالی آن برخوردار نیستند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی آسیب‌های تعاملی انجام شد. نتایج تحلیل مضمون نشان داد که آسیب‌های تعاملی زنان معتاد در چهار مقوله هسته‌ای دسته‌بندی می‌شود که عبارتند از: آسیب‌های تعاملی ناشی از آسیب‌های خانوادگی، آسیب‌های تعاملی ناشی از زیرسیستم والدین، آسیب‌های تعاملی ناشی از مشکلات درون روانی و آسیب‌های تعاملی اجتماعی. هرچند پژوهشی تاکنون به آسیب‌های تعاملی زنان معتاد نپرداخته است، پژوهش‌هایی محدود و اندک در این زمینه انجام شده است. از جمله گروسی و محمدی دولت‌آباد (۱۳۹۰) درباره علل اعتیاد زنان، چن و گوتا (۲۰۱۵) درباره مشکلات دوران کودکی، پلتان و سللوسسای (۲۰۱۱) درباره انواع آزار جنسی و غفلت در دوران کودکی مطالعه کردند که هم‌راستا با نتایج پژوهش حاضر است. علی‌رغم مطالعات قبلی، پژوهش حاضر حاوی نتایج و تلویحات مهمی است که در زیر به آنها اشاره شده است:

۱. ناتوانی/ مشکلات مادر در مدیریت خانواده، در نمونه حاضر زنان معتاد بررسی شده، فقدان یا غیبت‌های مکرر پدر از در خانه و ناتوانی مادر در مدیریت و نظارت اعضای خانواده و بالاخص دختران، احتمال، اعتیاد دختران را افزایش می‌دهد.
۲. تعارضات درون خانواده، فقدان همدلی و یا حسادت بین خواهران و برادران، احتمال اعتیاد زنان را افزایش می‌دهد.
۳. نداشتن روابط خانوادگی و فقدان تعامل مناسب با اقوام به عنوان یک حمایتگر

- در مواقعی که زنان دچار مشکلات متنوع می‌شوند، احتمال اعتیاد زنان را افزایش دهد.
۴. مشکلات تعامل با همسر، و روابط چالشی بین زوجین مانند داشتن همسر بدبین، بی‌عاطفه و بی‌علاقگی به همسر، احتمال اعتیاد زنان را افزایش می‌دهد.
 ۵. داشتن تجربه تجاوز در دختران فراری و داشتن رابطه جنسی خودخواسته پیش از بلوغ، احتمال اعتیاد زنان را افزایش می‌دهد.
 ۶. ناکارآمدی نظام آموزشی در نظارت و یاری دانش آموزان، ترک تحصیل و دور شدن از مدرسه و اینکه مدرسه قدرت کمک به دختران مستعد اعتیاد را ندارد، احتمال اعتیاد زنان را افزایش می‌دهد.
 ۷. در زمینه پرورشی برای پیشگیری از رفتارهای پرخطر همچون اعتیاد در زنان، در مدرسه اقدامات سازمان‌یافته‌ای وجود ندارد. این تلویحات خود تأییدی بر نظری‌های مطرح‌شده در این زمینه مانند نظریه پاتنام، رویکرد تحلیل شبکه و نظریه طرد و گسیختگی اجتماعی است.
- هرچند پژوهش‌های کیفی کمک می‌کنند تا پژوهشگران به یافته‌های عمیق‌تری دست یابند، به هر ترتیب این پژوهش نیز همچون سایر پژوهش‌های کیفی، محدودیت‌هایی داشت از جمله ماهیتاً نمی‌توان یافته‌های آن را تعمیم داد. دیگر اینکه به علت محدودیت جامعه پژوهش، امکان بررسی تفاوت‌ها بر اساس وضعیت اقتصادی، فرهنگی و سن شرکت‌کنندگان، میسر نشد. با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش پیشنهاد می‌شود:
۱. پیشنهاد می‌شود بسته‌های آموزشی مبتنی بر ایجاد روابط سالم خانوادگی و فAMILI به عنوان یک حمایتگر اجتماعی زنان در مواقع بحرانی، برای آموزش به خانواده‌ها آماده شود تا از این رهگذر از اعتیاد زنان پیشگیری شود.
 ۲. مشاوران مدارس و مربیان مهدکودک‌ها، بسته‌های تربیتی مبتنی بر بهبود روابط خواهران و برادران آماده کنند تا از اعتیاد زنان در آینده پیشگیری شود.
 ۳. برنامه‌های آگاه‌سازی والدین (به‌ویژه در خانواده‌های با وضعیت فرهنگی ضعیف) از تأثیر ازدواج در سنین پایین و ازدواج‌های اجباری و شتاب‌زده و نقش آن در اعتیاد زنان تدوین گردد.

۴. پیشنهاد می‌شود بسته‌های آموزشی مبتنی بر بهبود روابط خانواده‌ها با دختران معتاد به منظور پیشگیری از پیامدهای ناگوار اعتیاد زنان، برای ارائه در کارگاه‌های آموزشی خانواده‌های معتادان آماده گردد.

منابع

بابایی فرد، اسدالله و لیلی حبیبی‌راد (۱۳۹۷) «تجربه زنان معتاد بهبودیافته از طرد اجتماعی در شهر قم»، فصلنامه شورای فرهنگی اجتماعی زنان و خانواده، سال بیست‌ویکم، شماره ۸۱، صص ۱۶۷-۱۸۹.

جلیلیان، فرشته (۱۳۸۸) «بررسی شبکه روابط/ پیوندهای اجتماعی غیر رسمی سالم و ناسالم در بین جوانان معتاد»، اعتیادپژوهی، شماره ۹، صص ۱۰۶-۱۳۰.

صدری دمیرچی، اسماعیل و حمیدرضا صمدی فرد (۱۳۹۶) «نقش هم‌جوشی شناختی، ادراک تعامل اجتماعی و اجتناب شناختی در فرسودگی»، شناخت اجتماعی، سال ششم، شماره ۲، صص ۸۳-۱۰۰.

طالب‌پور، اکبر (۱۴۰۲) «تبیین تأثیر طرد اجتماعی بر گرایش به مصرف موادمخدر در بین زنان»، مطالعات اجتماعی و روان‌شناختی زنان، سال بیست‌ویکم، شماره ۴، صص ۳۶-۶۳.

قربانی، ابراهیم (۱۳۹۴) «مروری بر متغیرهای گرایش زنان به سوءمصرف موادمخدر و پیامدهای آن»، فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، سال دوم، شماره ۷، صص ۱۵۱-۱۷۵.

گروسی، سعیده و خدیجه محمدی دولت‌آباد (۱۳۹۰) «تبیین تجربه زیسته زنان وابسته به موادمخدر از پدیده اعتیاد»، فصلنامه علمی-پژوهشی جامعه‌شناسی زنان، سال اول، شماره ۲، صص ۵۶-۵۷.

مجدی، علی‌اکبر و علیرضا انوری (۱۴۰۳) «تحلیل رابطه طرد اجتماعی با ظرفیت‌های کارآفرینی اجتماعی در ترک اعتیاد زنان و دختران معتاد»، علوم اجتماعی، سال بیست‌ویکم، شماره ۳، صص ۱-۲۷.

- Bali, V. (2012) Determinants of nonmedical use, abuse or dependence on prescription drugs and use of substance abuse treatment. *Res Socia Adm Pharm*, 9: 287-276.
- Chen, G., & Gueta, K. (2015) Child abuse, drug addiction and mental health problems of incarcerated women in Israel. *International Journal of Law and Psychiatry*, 39, 36-45.
- Chen, W., Zhang, D., Pan, Y., Hu, T., Liu, G. & Luo, S. (2017) Perceived social support and self-esteem as mediators of the relationship between parental attachment and life satisfaction among Chinese adolescents. *Personality and Individual Differences*, 108, 98-102.
- Lin, C., & Detels, R. (2011) Family support, quality of life and concurrent substance use among methadone maintenance therapy clients in China. *Journal of Public Health*, 125, 269-274.
- Peltan, J., & Cellucci, T. (2011) Childhood sexual abuse and substance abuse treatment utilization among substance-dependent incarcerated women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 3, 215-224.

- Zinn, A., Palmer, A. N. & Nam, E. (2017) Developmental heterogeneity of perceived social support among former foster youth. *Children and Youth Services Review*, 76, 51-58.
- Zolala, F., Mahdavian, M., Haghdoost, A. A., & Karamouzian, M. (2016) Pathway to Addiction, a Gender-Based Case Study on Drug Use in the Triangular Clinic and Drop-in Center, Kerman, Iran. *Int J High Risk Behav Addict*, 5(2), e22320.

فصلنامه علمی «پژوهش انحرافات و مسائل اجتماعی»

شماره دوازدهم، تابستان ۱۴۰۳: ۱۱۱-۸۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۲۵

نوع مقاله: پژوهشی

بازگشت و عدم بازگشت از روسپیگری

به روایت زنان روسپی شهر تهران

محدثه کامیار*

سمیه خراسانی**

چکیده

این مقاله با هدف تحلیل بازگشت از روسپیگری یا ادامه آن به روایت زنان روسپی شهر تهران به نگارش درآمده است. بررسی تجربیات مشارکت‌کنندگان در فرآیند روسپیگری، در سه مرحله شروع، استمرار و بازگشت از تن‌فروشی، چهارچوب اصلی مقاله را تشکیل داده است که ضمن آن به بررسی و واکاوی زمینه‌های شکل‌گیری، تداوم و انصراف از آن از منظر زنان درگیر روسپیگری پرداخته است. رویکرد تحقیق حاضر، کیفی و روش آن تحلیل روایت و تجزیه و تحلیل مضامین آن است و مشارکت‌کنندگان براساس منطق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده‌اند. یافته‌ها نشان می‌دهد خانواده نابسامان، بی‌پناهی و نداشتن مکان مناسب برای سکونت، نداشتن چهارچوب‌ها و باورمندی مذهبی بسترهای مؤثر در ورود به روسپیگری هستند. عدم تأمین نیازهای اساسی، عوامل اقتصادی و تلاش برای دستیابی به سبک رفاه خاص، زمینه‌های روانی و عاطفی و تأمین نیاز جنسی نیز از مؤلفه‌های اصلی هستند که باعث ماندگاری زنان در این نوع روابط می‌شوند و در نهایت علقه‌های عاطفی، تأمین نیازهای ضروری، اهمیت دادن به خود و احساس خودارزشمندی، پررنگ شدن حریم‌ها و چهارچوب‌های اخلاقی یا باورمندی مذهبی مؤلفه‌های مؤثر در خروج از این روابط برای زنان روسپی می‌باشند.

واژه‌های کلیدی: روسپیگری، تحلیل روایت، بازگشت‌پذیری، زنان تن‌فروش.

* نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری رشته مطالعات زنان، دانشگاه ادیان و مذاهب قم، ایران

mo.kamyar313@gmail.com

** استادیار گروه مطالعات زنان دانشکده زن و خانواده دانشگاه ادیان و مذاهب قم، ایران s.khorasani@urd.ac.ir



بیان مسئله

روسپیگری یک رفتار پرخطر جنسی است که در اقشار مختلف زنان و در دامنه سنی متنوعی وجود دارد. از دیدگاه برخی جامعه‌شناسان مانند ژرژگوریویچ^۱، روسپیگری یک پدیده اجتماعی با ابعاد مختلف و مبهم است که پیچیدگی‌ها و لایه‌های مختلف دارد و علاوه بر آن همراه با تحقیر و بهره‌کشی جنسی از زنان است (مهاجر، ۱۳۸۰: ۳۲).

تاکنون گزارش جامع و دقیقی از سوی مراجع رسمی پیرامون روسپیگری در ایران ارائه نشده است و باتوجه به غیرقانونی بودن روسپیگری در کشور نمی‌توان آمار دقیقی ارائه کرد. سازمان بهزیستی کشور طی گزارشی در سال ۱۳۹۵ میانگین سن روسپیگری را زیر ۲۵ سال اعلام کرد. روسپیگری منحصر به زنان مجرد نیست و ۱۲ درصد روسپیان، زنان متأهل هستند. طبق این گزارش مردان متأهل ۴۰ درصد مشتریان زنان روسپی را تشکیل می‌دهند. در همان سال حدود ۲۲۰۰ زن تن‌فروش به مراکز بازپروری ارجاع داده شده‌اند که نزدیک به ۳۰ درصد از این افراد برای چندمین بار وارد این مراکز شده بودند^۲. سودآوری بازار تن‌فروشی باعث توسعه روزافزون این صنعت در سطح جهانی شده است. مقوله روسپیگری از این جهت که خود یک آسیب اجتماعی است کانون توجه پژوهشگران علوم اجتماعی قرار گرفته است. از سوی دیگر آنچه ضرورت پرداختن به این موضوع را دوچندان می‌سازد آثاری است که روسپیگری به جامعه تحمیل می‌کند. تبعاتی مانند فروپاشی خانواده، بیماری‌های مقاربتی، اعتیاد، افزایش فرزندان بی‌سرپرست و... از دیگر تبعات خانوادگی و اجتماعی روسپیگری برشمرده شده است.

آنچه در این میان اهمیت بیشتری دارد واکاوی زمینه‌ها و علل شکل‌گیری این پدیده است. در فهم و تحلیل چهارچوب‌مند از رفتار روسپیگری اینکه چه زمینه یا عاملی سبب تشدید مانایی و عدم پایان‌پذیری آن می‌شود کاملاً تعیین‌کننده خواهد بود. در این پژوهش به بررسی عوامل مؤثر در برگشت‌پذیری زنان روسپی و عدم برگشت‌پذیری آنها می‌پردازیم.

بنابر آنچه گفته شد هدف از این پژوهش بررسی زمینه‌ها و عوامل مؤثر بر تن‌فروشی و مراحل آن از یک‌سو و بررسی عوامل مؤثر بر بازگشت زنان از روسپی‌گری به روابط سالم از سوی دیگر و همچنین عواملی که زنان تن‌فروش را همچنان در این نوع کژکاری

1. Georges Gurvitch

2. <http://www.isa.org.ir>

اجتماعی باقی ننگه می‌دارد؛ در روایت زنان تن‌فروش است. بر این اساس سؤال اصلی این تحقیق آنست که بازگشت و عدم بازگشت از روسپیگری به روایت زنان روسپی شهر تهران چگونه است؟

پیشینه تحقیق و مبانی نظری

از آنجا که این موضوع از پیشینه غنی برخوردار است، به نظر می‌رسد دسته‌بندی موضوعی، می‌تواند به گونه بهتری پژوهش‌های پیشین را ارائه نماید. روسپیگری، فروش تن در ازای دریافت پول، دارو یا مواد مخدر است (monto, 2004:162). در تعریف اسکات و مارشال، مفهوم مرکزی جلب توجه جنسی با هدف کسب پاداش مالی است که توسط فرد روسپی انجام می‌گیرد (Scott & Marshall, 2005: 75). امروزه روسپیگری در قامت یک مسئله اجتماعی است که معلول تسلسل عوامل بیرونی متعدد، به‌خصوص عوامل خانوادگی و اجتماعی به شمار می‌رود و خود زمینه مشکلات، انحرافات و جرایم بسیاری همچون الکلیسم، اعتیاد به مواد مخدر، ازهم‌پاشیدگی خانوادگی، افزایش نوزادان نامشروع بدون پدر، شیوع بیماری‌های مقاربتی و... در سطح اجتماع خواهد بود. علاوه بر تأمین نیازهای ضروری، گرفتن تأیید و اعتماد به نفس از جنس مخالف و رسیدن به هیجان جنسی و دستیابی به حس برابری نیز از عوامل مؤثر بر روسپیگری می‌باشد (حمزه‌علی، ۱۳۹۳: ۶۶). تحقیر و بی‌توجهی والدین (ربانی خوراسگانی و همکاران، ۱۳۹۴: ۲۷) و تربیت نادرست و نابسامانی محیط خانوادگی از جمله عوامل مؤثر بر فرار دختران است که زمینه‌ساز روسپیگری می‌باشد (بلالی و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۴). در واقع دال مرکزی روسپیگری «برون‌داد درگیری در چرخه فقر، بی‌پناهی و بهره‌کشی جنسی» می‌باشد.

به‌طور کلی از بررسی پژوهش‌های انجام شده با رویکرد روانشناختی می‌توان گفت از نظر شیوه مقابله متمرکز بر هیجان، زنان روسپی با زنان عادی متفاوت هستند و در مواجهه با مشکلات احساس درماندگی بیشتری می‌کنند و میزان نگرانی همراه با اضطراب در این افراد بیشتر است (زارعی‌دوست و همکاران، ۱۳۸۶: ۲۱) و از نظر ویژگی‌های شخصیتی هیجان‌طلبی زنان روسپی بیشتر است (انصاری و همکاران، ۱۳۹۰: ۳۲) و از گشودگی کمتری نسبت به سایر زنان برخوردارند و در واقع روسپیگری ناگزیری اجتماعی برای آنان است (صیدی و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۸). احساس گناه و غفلت جنسی تأثیر زیادی بر

اعتیاد جنسی دارد (رفیعی، ۱۳۹۹: ۲۳) و کسانی که در کودکی مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته‌اند دو برابر بیشتر در معرض روسپیگری هستند (بگیان کوله‌مرزی، ۱۴۰۱: ۴۳). از مجموعه پژوهش‌های انجام‌شده از دیدگاه تاریخی نیز باید گفت ساختار جامعه روسپیان از ساختار درباری به درون‌مردمی و از سنتی به مدرن تغییر کرده است. در برخی از دوره‌های حکومتی و سلطنتی مانند عصر صفوی روسپیگری شغلی مستقل محسوب می‌شده است و مالیات زیادی نیز به آن تعلق می‌گرفته و به همین دلیل منبع مالی خوبی برای دولت محسوب می‌شده است (شاردن، ۱۳۳۵: ۱۲۳).

در بررسی نقش عاملیت فرد و ساختار در پدیده روسپیگری هم به‌نظر می‌رسد هر دو تعیین‌کننده هستند لکن بعضی پژوهش‌ها نقش ساختار و بعضی دیگر نقش فرد را برجسته‌تر می‌دانند. فقر از مهم‌ترین عواملی است که اکثر پژوهش‌ها به آن اشاره کرده‌اند. روابط نابسامان خانوادگی و عدم تأمین نیاز عاطفی فرد در کودکی، عدم تأمین نیاز عاطفی زن از سوی همسر (مسلمی بیدهندي، ۱۳۹۲: ۴۳) باورها و اعتقادات فرد و طبق مد بودن و اصلی شدن نیازهای فرعی (ربانی خوراسگانی و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۹) هم از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر این پدیده عنوان شده است که عاملیت فرد را مؤثرتر می‌داند. از نظر بعضی رویکردها مانند فمینیسم رادیکال، زنان روسپی امکان انتخاب ندارند و به نوعی تحت تأثیر جبر اجتماعی به روسپیگری روی می‌آورند که حاصل ستمگری و نابرابری اجتماعی است. فمینیسم رادیکال نقشی برای فرد قائل نیست و ساختار را در روسپیگری تعیین‌کننده می‌داند. در واقع روسپیگری به‌منزله استیصال است و فرد قدرت انتخاب ندارد (لاریجانی و میرحسینی، ۱۳۹۸: ۲۱). روسپیگری در چرخه‌ای از بهره‌کشی جنسی و فقر و تأمین نیازهای اقتصادی و عدم حمایت اجتماعی و خانوادگی است، زمینه بروز روسپیگری را به‌لحاظ ساختاری فراهم می‌کند (کرمانی و همکاران، ۱۳۹۶: ۱۸).

با بررسی پژوهش‌های صورت گرفته بنظر می‌رسد عمده این پژوهش‌ها از یک منظر و یک بعد به موضوع پرداخته‌اند و نوعاً در پی بررسی نسبت یک مقوله یا متغیر با روسپیگری بوده‌اند. تفاوت پژوهش حاضر با تحقیقات گذشته در این است که سعی دارد با نگاهی جامع‌تر به زمینه‌ها و عوامل شکل‌گیری و استمرار آن از منظر زنان تن‌فروش بپردازد. بر این اساس در مصاحبه با زنان تن‌فروش و با روش تحلیل روایت برای بررسی

مجموعه‌ای از عوامل استفاده می‌کند که زمینه ورود افراد به فعالیت تن‌فروشی را فراهم می‌کند، همچنین عواملی که زنان را به تن‌فروشی سوق می‌دهد؛ و در نهایت، مجموعه‌ای از عوامل که به زنان کمک می‌کند تا از وابستگی به این فعالیت خارج شوند را مورد بررسی قرار می‌دهد.

روش تحقیق

تحلیل روایت روشی برای تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی در علوم اجتماعی می‌باشد که امروزه نسبت به گذشته اقبال بیشتری به آن وجود دارد. تحلیل روایت به‌نوعی کنکاش و تحلیل تجربه‌های واقعی و برساخت افراد بر مبنای روایت و بازگویی آن به همان صورت است. در این روش پژوهشگران فرایندها را به صورت دنباله‌دار و در یک ترتیب زمانی کشف می‌کنند. آنچه امکان استفاده از روایت را در تحقیقات اجتماعی فراهم می‌سازد، ویژگی‌های خاصی است که این روش دارد. از جمله بررسی طولی رویدادها براساس یک روند زمانی که دارای شروع، تداوم و پایان است که در روش تحلیل روایت وجود دارد (thompson, 1978: 26).

در این پژوهش مشارکت‌کنندگان (نمونه آماری) شامل ۱۰ نفر بودند که با در نظر گرفتن حداکثر تنوع به شیوه نمونه‌گیری هدفمند و معیارمند انتخاب شدند. روش تحلیل یافته‌ها و مضامین مطابق روش ارائه شده توسط بروان و کلارک و براساس مراحل زیر است: آشنایی با متن، ساخت کدهای اولیه، یافتن مضامین، تعریف مضامین با استفاده از مفاهیم و گزارش یافته‌ها (Braun & Clarke, 2006: 143). برخی از مشارکت‌کنندگان در گذشته تن‌فروش بوده‌اند، برخی دیگر همچنان از این راه کسب درآمد می‌کنند، بعضی مسئول خانه‌های تیمی یا به اصطلاح «خاله» هستند و طیف دیگری از زنان در خیابان‌ها فعالیت می‌کنند. از نظر تنوع نمونه: متأهل، مجرد، مطلقه، دارای فرزند، با سابقه سقط و حتی زنانی که با وجود شغل و درآمد به این کار ادامه می‌دهند را تشکیل می‌دهند. مشارکت‌کنندگان افراد بالغ (بیش از ۱۸ سال) هستند که می‌توانند درباره تجربیات خود صحبت کنند. مصاحبه با کسانی انجام شده که تجربه تن‌فروشی داشته و در گرمخانه‌ها و سامان‌سراهای شهر تهران (تحت نظارت شهرداری) و مراکز حمایتی تحت نظارت بهزیستی حضور داشته‌اند و یا در خانه‌های گروهی حضور

داشته و به دلایل متعدد به شکل گروهی و در قالب شبکه فعالیت می‌کنند و یا به صورت فردی اقدام به تن‌فروشی کرده‌اند. از این رو از تنوع طبقات اجتماعی و اقتصادی مختلف برخوردارند. مشارکت‌کنندگان به نحو تصادفی و گلوله برفی انتخاب نشده‌اند، بلکه براساس مفاهیم کشف شده در چند مصاحبه اول و جهت رفع خلأ مفهومی یا تقویت ابعاد و خصیصه‌های مفاهیم و مقوله‌های آشکار شده از مصاحبه‌های پیشین انتخاب شدند (محمدپور، ۱۳۹۲: ۴۱). در حال حاضر با توجه به گسترش فضای مجازی، دسترسی آسان و امکان بازاریابی غیر حضوری، روسپیگری مخفی‌تر از گذشته شده و از این رو مراجعه حضوری به زنان تن‌فروش را مشکل‌تر نموده است. برای مصاحبه با این افراد فرآیندی پیچیده و طولانی طی شده تا امکان دسترسی به آنها و مراکز نگهداری آنان به وجود آید.

جدول ۱- ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان

کد	نام	سن	اهلیت	سابقه ازدواج و تاهل	تعداد فرزند
۱	مینا م	۳۳ سال	شیراز	۱۲ سال و طلاق	۲ دختر
۲	بهناز ب	۵۰ سال	سنندج	طلاق	-----
۳	پروانه پ	۴۲ سال	تهران	۴ سال و زندان	----
۴	جواهر ج	۴۰ سال	تهران	۱ سال با یک همسر و فوت ۵ سال با همسر دیگر	۳ فرزند
۵	عشرت ع	۴۰ سال	تویسرکان	۱۶ سال طلاق	۲ فرزند
۶	مریم م	۲۳ سال	اهواز	مجرد	-----
۷	نجمه ن	۲۹ سال	بجنورد	۷ سال طلاق	۳ فرزند
۸	مونا م	۵۰ سال	قزوین	۵ سال، خروج از منزل	۲ فرزند
۹	هاجره ه	۳۱ سال	قم	۱ سال طلاق	-----
۱۰	رویا ر	۴۱ سال	اندیمشک	۲۰ سال در حال طلاق	۲ فرزند

یافته‌های تحقیق

در تبیین پدیده‌هایی همچون روسپیگری و تشریح علل بروز یا تشدید آن دو رویکرد اساسی در میان تحلیل‌گران علوم اجتماعی وجود دارد. در یک رویکرد پژوهشگر

به دنبال عامل یا عوامل اصلی بوده و آسیب را نوعاً از یک منظر تک‌ساحتی جست‌وجو می‌کند. این رویکرد با در نظر گرفتن چرخه علل، آن را زنجیره‌ای به هم پیوسته می‌داند که با تحلیل علّی معلولی می‌توان به ریشه‌های اصلی بروز عارضه دست یافت. از این منظر آسیب‌های اجتماعی از یک نقطه قابل شناسایی آغاز شده و در مقاطع مشخص با بروز دیگر عوامل و زمینه‌ها تشدید پیدا می‌کنند. بر این اساس می‌توان مراحل پدیدایی و تقویت آن را در یک زنجیره علّی به صورت پیوستاری تبیین و تفسیر نمود. رویکرد دوم پدیده‌های اجتماعی را عمدتاً معلول چند علت می‌داند. در این رویکرد به‌طور همزمان عوامل و بسترهای فردی یا ساختاری در بروز پدیده و تقویت آن اثرگذار هستند و نمی‌توان به صورت خطی عارضه‌های اجتماعی را تبیین کرد. بر این اساس تحلیل تک‌عاملی و تک‌ساحتی از عارضه‌های اجتماعی از دقت کافی برخوردار نبوده و نقش سایر علل را در نظر نمی‌گیرد. بنابراین هم در شکل‌گیری و هم در تشدید یک پدیده اجتماعی بایستی توأمان به مجموعه مؤلفه‌ها توجه کرد.

پژوهش حاضر از رویکرد دوم پیروی می‌نماید. بر این اساس در یک نگرش کلی، مقوله روسپیگری در سه مرحله قابل بازخوانی است. مرحله اول که همان ورود است. مرحله دوم که از آن به استمرار یاد می‌شود بیانگر مقطع تقویت و ماندگاری در آن بوده و مرحله سوم بازگشت و انصراف از فعالیت روسپیگری را بیان می‌کند.

در مرحله اول یا همان پدیدایی روسپیگری در زنان نقش زمینه‌ها بطور هم عرض مورد توجه قرار دارد. این عوامل اگرچه بی‌ارتباط از یکدیگر نبوده و در نسبت با یکدیگر می‌تواند به تقویت معنادار منجر شود اما نقش استقلال‌ی هر یک نباید مغفول واقع شود. در مرحله اول که مرحله ورود زنان به فعالیت روسپیگری است از سه زمینه خانواده نابسامان، نداشتن چهارچوب و مذهب و بی‌پناهی و نداشتن مکان امن بحث می‌شود. مرحله دوم که داداگی و استمرار فعالیت روسپیگری است بر چهار عامل اصلی استوار است که عبارتند از بی‌پناهی و نداشتن مکان امن، تأمین نیاز عاطفی، تأمین نیاز جنسی و سبک درآمد خاص. مرحله سوم که خروج از روسپیگری است شامل چهار مؤلفه اصلی است که عبارتند از برطرف شدن نیازهای ضروری، تعلق عاطفی، اهمیت به خود و خودارزشمندی‌پنداری و پررنگ شدن چارچوب‌ها و حریم‌ها.

جدول ۲- مراحل و مولفه های ورود و خروج به روسپیگری

مرحله	مؤلفه‌ها
مرحله اول: ورود	خانواده نابسامان / نداشتن چهارچوب و مذهب / بی‌پناهی و نداشتن مکان امن
مرحله دوم: تقویت و استمرار	بی‌پناهی و نداشتن مکان امن / تأمین نیاز عاطفی / تأمین نیاز جنسی / سبک درآمد خاص
مرحله سوم: خروج	برطرف شدن نیازهای ضروری / تعلق عاطفی / پررنگ شدن چارچوب‌ها و حریم‌ها / خودارزشمندی پنداری

ورود

در مرحله ورود، به عوامل زمینه‌ساز روسپیگری پرداخته می‌شود. این عوامل که عمدتاً مرتبط به بسترهای رشد افراد می‌شود نقش مقدماتی را دارند که به تدریج اثر خود را برجای می‌گذارند. نحوه تأثیر عوامل زمینه‌ساز همچون ضربات کوچک مستمر است که تکرار و استمرار آن در ورود به مقوله روسپیگری عاملیت دارد. مقدمات و زمینه‌های ورود به تن فروشی در چند دسته قرار می‌گیرند. یکی از آنها خانواده نابسامان است. خانواده نابسامان خانواده‌ای است که در کارکردهای موردانتظار از آن مانند مراقبت و نظارت، محبت و احترام، تأمین مایحتاج زیستی و فراهم‌سازی بستری برای رشد دچار اختلال می‌شود. این نابسامانی ممکن است در خانواده مبدأ یا خانواده فرزندیاب به وجود آید. خانواده مبدأ خانواده‌ای است که فرد در آن رشد کرده است و خانواده‌ای که با ازدواج تشکیل می‌شود خانواده فرزندیاب است.

یکی از مواردی که کارکردهای موردانتظار خانواده را دچار اختلال می‌کند اعتیاد است. هنگامی که والدین یا همسر دچار اعتیاد هستند اولویت‌گذاری خانواده در تأمین نیازها جابه‌جا شده و تأمین موادمخدر جایگزین نیازهای سابق می‌شود. این خود زمینه‌ای را برای شکل‌گیری تجربه‌های اولیه تن‌فروشی بوجود می‌آورد:

«اولین بار به خاطر پدرم فرار کردم خرجی نمی‌داد معتاد بود» (کد ۳)

در برخی موارد فرزندان تبدیل به ابزاری برای تأمین هزینه‌های اعتیاد می‌شوند. در چنین موقعیتی نه تنها وضعیت فرزندان و اعضای خانواده و نیازهای آنها اهمیتی پیدا

نمی‌کند بلکه دختر یا همسر وسیله‌ای برای تأمین موادمخدر می‌گردد. از این‌رو با انگیزه استفاده ابزاری از جنس مؤنث در خانواده برای تأمین موادمخدر تجربه‌های اولیه روسپیگری شکل می‌یابد:

«اولین بار وقتی پول نداشتیم صاحب جنس اومد منزل ما و به همسرم گفت

زنت با من بیاد، همسرم گفت باهانش برو، هر دو مون خمار بودیم.» (کد ۱)

«منبع درآمد پدرم بودم، می‌گفت با پسرا ارتباط داشته باش که به او مواد

بدهند، خودش پسرا رو می‌آورد خونه» (کد ۶)

«شوهرم معتاد بود، دوستاشو می‌آورد خونه که با من رابطه داشته باشن و

به جاش پول بگیره» (کد ۵)

«به خاطر داشتن درآمد و تهیه مواد ارتباط داشتم حسی به رابطه نداشتم

پول می‌خواستیم» (کد ۴)

سویه دیگر برای شکل‌گیری خانواده نابسامان ازدواج نادرست و انتخاب غلط است. در بعضی موارد ازدواج نادرست به دلیل سن کم دختر است که بدون دریافت نظر وی و گاهی با تحمیل خانواده رخ داده است. در بعضی موارد هم مورد اغفال مرد قرار گرفته و دقت نظر کافی در انتخاب صورت نگرفته است:

«۱۴ سالگی ازدواج کردم. پدرم منو داد به پسرعموم که معتاد بود البته ما

نمی‌دونستیم معتاده» (کد ۵)

«پدر و مادرم در ۸ سالگی در تصادف فوت شدند عموم سرپرستی ما رو به

عده گرفت زن عموم اذیت می‌کرد عموم ۱۳ سالگی منو شوهر داد به یه

معتاد» (کد ۱)

سویه احتمالی دیگر که موجب شکل‌گیری خانواده نابسامان می‌شود طلاق والدین است. هنگامی که در خانواده دارای فرزندان با سنین پایین طلاق رخ می‌دهد احتمال نامشخص بودن وضعیت فرزندان و عدم تأمین نیازهای اولیه و نیز فقدان توجه و عاطفه والدین افزایش پیدا می‌کند:

«من بچه بودم که والدینم طلاق گرفتند مامانم ازدواج کرد من موندم با

پدرم که معتاد بود» (کد ۶)

رخداد طلاق در نسبت با زنان مطلقه هم می‌تواند عامل پدیدایی خانواده نابسامان باشد. از آنجا که زن بعد از طلاق حمایت عاطفی و مالی خود را از دست می‌دهد در برخی موارد در تأمین نیازهای اولیه مربوط به خانواده و در نتیجه شاخصه‌های خانواده نابسامان دچار اشکال می‌شود:

«وقتی ازش جدا شدم نتونستم برگردم پیش خانوادم، رفتم پیش یکی از

دوستام» (کد ۲)

«دیگه از دستش خسته شدم طلاق گرفتم بعد از طلاق مرد می‌وردم خونه

خودم» (کد ۵)

از دیگر مؤلفه‌های شکل‌گیری خانواده نابسامان عدم مراقبت و نظارت است. در برخی موارد که به دلایل اقتصادی، فرهنگی و آسیب‌های اجتماعی پدیدآمده زمینه نظارت به‌ویژه بر فرزندان از بین می‌رود، فرزندان در معرض آسیب قرار می‌گیرند. این آسیب می‌تواند به دو نوع خودعامل به‌منظور رفع خلأهای خود در ارتباط با دیگران و یا به‌صورت سوءاستفاده دیگران به‌دلیل اطلاع از عدم مراقبت و نظارت در خانواده رخ دهد:

«۱۲سالگی از خونه فرار کردم پدر و مادرم با هم خوب نبودن، با مامانم

خوب نبودم» (کد ۳)

«امیر دوست پسر مامانم بود، همه رفته بودن بیرون، تو خواب امیر اومد

بهم تجاوز کرد، جرئت نکردم به مامانم بگم، بابام که زندان بود» (کد ۴)

«من پرستار مادر بیمارم بودم، برادرم اذیت جنسی می‌کرد، مامانم کاری

نمی‌کرد، هیچ‌کس به من توجه نداشت» (کد ۹)

دسته دیگر از بسترهای ورود به تن‌فروشی نداشتن چهارچوب و مذهب است. فقدان زمینه‌های چهارچوب‌مندی اخلاقی در روابط اجتماعی چه از منظر تقوای دینی و چه از منظر تعهد به خانواده نقش پررنگی در شکل‌گیری مقدمات ورود به مقوله‌هایی مانند روسپیگری دارد. وقتی در خانواده‌ای چهارچوب‌ها نقش تعیین‌کننده در تصمیم‌گیری‌ها ایفا نمی‌کنند یا چهارچوب و معیارها منطبق بر هنجارهای اجتماعی نیستند، احتمال

انحراف و کج روی بالا می‌رود. یکی از ملاک‌های اصلی برای آنکه افراد را در تصمیم‌گیری‌ها در موقعیت‌های مشابه متمایز سازد؛ معیارها و خطوط قرمزی هستند که افراد به آنها متعهد می‌باشند:

«مادرم می‌دانست من از چه راهی پول درمی‌آورم، اما مشکلی نداشت و

همین که هر روز پول می‌آوردم خوشحال بود. خودش اینکاره نبود اما

می‌گفت اگر جوان بودم می‌کردم این کار» (کد ۳)

از مؤلفه‌های اصلی در فقدان چهارچوب‌مندی اخلاقی، قبح‌زدایی است. هنگامی که فرد در مواجهه با ناهنجاری‌های اجتماعی و عبور از خطوط قرمز قرار می‌گیرد قبح‌انگاری و میزان قبح‌پنداری وی بسیار تعیین‌کننده خواهد بود. بسترهای القاء و آموزش هنجارمندی در این زمینه می‌تواند مؤثر باشد:

«شنیده بودم اگر زنی برای امرار معاش این کارو بکنه گناه نمی‌کنه.

ممکنه از نظر خیلیا زشت باشه ولی از نظر من که زشتی نداره» (کد ۲)

زمینه دیگری که می‌تواند مقدمه‌ساز ورود زنان به تن‌فروشی باشد، نداشتن سرپناه است. افراد به شکل طبیعی در خانواده از سرپناه برخوردارند. زنی که به هر دلیلی مشکل امنیت مکانی دارد برای تأمین این نیاز ابتدایی طبیعتاً بایستی آورده اقتصادی داشته باشد. این درحالی است که زنانی که در موقعیت چالش سرپناه قرار می‌گیرند عمدتاً پیش از این چالش با چالش اقتصادی و عدم درآمد حداقلی مواجه بوده‌اند. درچنین شرایطی زنانگی و جذابیت‌های مربوط به آن می‌تواند در مبادله دوسویه به‌عنوان بهره مالی بهادار و ارزشمند مطرح شده و به‌عنوان اولین سرمایه اقتصادی قابل‌عرضه مورد توجه گیرد. نحوه ورود و شکل‌گیری زمینه‌های مربوط به این موقعیت گاهی در ارتباط با سرشبهه‌های تن‌فروشی (خاله) است و گاهی با شکل‌گیری روابط فردی و موردی است. در حالت اول با توجه به بازاریابی شبکه‌ای که توسط سرشبهه‌های تن‌فروشی (خاله) شکل گرفته است حضور زنان با موقعیت فقدان مکان مناسب برای اقامت از مؤلفه‌های اصلی جذب سرشبهه‌ها محسوب می‌شود و خاله‌ها با در اختیار قراردادن مکان امن، غذا و مایحتاج ضروری پیشنهاد همکاری در خدمات تن‌فروشی را عرضه می‌کنند:

«اومدم تهران جا نداشتم، تو پارک می‌خوابیدم. با خاله آشنا شدم همه

چی از خاله بود خونه، غذا و ... درآمد من رو با هم نصف می‌کردیم» (کد

۸، کد ۷)

«دیگه خاله مثل مادر شده بود برام خلأهای خانواده رو جبران می‌کرد»

(کد ۲)

«چند سالی با خاله بودم چون شب اونجا بودم و غذا و اینام بود ترجیح

می‌دادم باهاش بمونم» (کد ۴)

در حالت دوم فرد یا افرادی بدون ارتباط شبکه‌ای صرفاً با برقراری رابطه موردی و با تأمین نیاز سرپناه و هزینه‌های اولیه زندگی در مقابل تن‌فروشی زمینه‌های شکل‌گیری روسپیگری حرفه‌ای در فرد را فراهم می‌آوردند.

«بعد از فرار همش اینور اونور بودم جا نداشتم با یکی دوست می‌شدم و

می‌رفتم خونس، ارتباط داشتم باهاش اونم هزینه‌های منو می‌داد» (کد ۳)

همه آنچه که در مرحله اول به‌عنوان ورود مطرح شد به‌مثابه ضربه‌های کوچک مستمری هستند که اگرچه نقش علت تامه در ورود به روسپیگری را ندارند ولی زمینه‌ساز قوی و مؤثری برای تداوم و استمرار این مقوله و تبدیل آن به عادت یا حرفه در فرد می‌باشند.

استمرار

مرحله دوم یعنی استمرار به مؤلفه‌ها و عوامل تعمیق و تداوم روسپیگری در فرد می‌پردازد. در مرحله اول ضربه‌های کوچک مستمر زمینه ورود را فراهم می‌کردند. طبعاً عمل تن‌فروشی به‌دلیل قبح اجتماعی فراوان به‌ویژه در جامعه ایرانی در هر زمان و هر شرایطی به‌صورت طبیعی دافعه خود را خواهد داشت. این قبح اجتماعی که عموماً با کراهت و انزجار نوعی که در ذات عمل به‌ویژه در زنان همراه است برای استمرار نیازمند کشاننده‌های قوی است. این کشاننده‌ها مؤلفه‌های تداوم را شکل می‌دهند.

از مهم‌ترین دلایل مانایی در روسپیگری نداشتن خانه‌ای امن است. زنی که به هر دلیلی از خانه‌ای امن بی‌بهره است پناهگاه خود برای بازگشت را از دست می‌دهد و طبیعتاً اولین گزینه‌های موجود را انتخاب می‌کند تا از آوارگی و بی‌پناهی نجات پیدا کند. چنانچه در مرحله اول بیان شد فقدان سرپناه خود عامل مؤثری برای ورود است؛

قدرت عاملیت این مؤلفه علاوه بر ایجاد در بقا نیز بسیار مؤثر خواهد بود و تا زمانی که سرپناه برای فرد وجود نداشته باشد نیاز ابتدایی وی تأمین نشده و وادادگی به روسپیگری ادامه خواهد داشت. این نیاز هم می‌تواند از سوی سرشبکه‌ها (خاله) تأمین شود و هم از سوی شریک جنسی رقم بخورد:

«جای امن باشه من نمیرم سراغ تن‌فروشی» (کد ۷)

«ب» که سال‌ها تجربه واسطه‌گری در تن‌فروشی را داشته است می‌گوید:

«اگر صد تا خانه امن مثل این خوابگاه (گرمخانه) بود، این همه زن وارد

این کار نمی‌شدند. خیلی‌ها از سر بی‌جایی می‌رن سراغ این کار» (کد ۲)

از دیگر دلایل استمرار و تداوم روسپیگری تأمین نیاز عاطفی است. بر این اساس زنانی که اقدام به تن‌فروشی می‌کنند با مشاهده اولین روزه‌های عاطفی در روابط خود تمایل زیادی به ادامه ارتباط پیدا می‌کنند. با توجه به خلأ شدید عاطفی، دریافت محبت و عاطفه اندک زنان روسپی را وادار به ادامه رابطه و استمرار تن‌فروشی می‌کند. این دریافت عاطفه ممکن است از سوی سرشبکه‌ها (خاله) صورت گیرد یا از سوی فردی که مشوق تن‌فروشی است رخ دهد و یا شریک/شرکای جنسی در آن نقش مؤثر داشته باشند:

«پول منو دوست داشتن، منم پول می‌گرفتم می‌دادم به اونا که ازم راضی

باشن. اگه یه روز پریود بودم و نمی‌تونستم برم، مامانم ناراحت بود» (کد ۳)

«خاله واقعا جای خانواده رو برای من پر کرده بود» (کد ۲)

«در روابط بیشتر دنبال محبت و عاطفه می‌گشتم، پول خیلی برام مهم

نبود» (کد ۱۰)

گاهی این روزه‌های محبت و عاطفه سویه احترام‌آمیز هم پیدا می‌کند که نوعاً برای زنان تن‌فروش جذاب می‌باشد. با توجه به رفتارهای غیرمحترمانه و گاهی تحقیرآمیزی که از سوی مشتریان در این گونه روابط رایج است، مواجهه با اولین نشانه‌های احترام و توجه می‌تواند رغبت به تداوم ارتباط را در فرد ایجاد کند:

«این مشتری‌ها چنان با احترام و محبت با من برخورد می‌کردند که با

اینکه سه نفر بودند من دوست داشتم باهاشون برم. محبتی که قبلمش

شبیهش رو ندیده بودم» (کد ۲)

از دیگر عوامل امتداد روسپیگری از منظر زنان تن‌فروش، احساس رهاشدگی و طردشدگی اجتماعی است. چنانچه در عوامل ورود به روسپیگری توضیح داده شد وجود خانواده نابسامان نقش زمینه‌ساز برای ورود به تن‌فروشی را دارد. از کارکردهای اصلی خانواده نظارت و مراقبت است. افراد در درون خانواده حس تعلق و نظارت‌پذیری پیدا می‌کنند. هنگامی که حضور خانواده بسامان به مدت طولانی از بین می‌رود احساس رهاشدگی و طردشدگی جایگزین آن می‌گردد و نوعی وادادگی را در فرد به دنبال خواهد داشت:

«خانواده اصلاً براشون مهم نیست من دارم چی کار می‌کنم» (کد ۹)

«بعد از طلاق رفتم با دوستم زندگی کردم نمی‌تونستم برگردم خونه

پدری» (کد ۲)

یکی دیگر از دلایل امتداد در اقدام به تن‌فروشی نوع و سبک درآمد است. روش درآمد از تن‌فروشی در برابر سایر روش‌ها آسان‌تر و کم‌هزینه‌تر است. این نوع از درآمد بدون سرمایه‌گذاری، بدون هزینه‌های جانبی، سهل‌الوصول‌تر از دیگر مشاغل و در موارد بسیاری همراه با درآمد بالاتر از درآمد سایر مشاغل در دسترس است:

«پول تو خانواده ما خیلی مهم است، مهم نیست از کجا دربیاری اما مهمه

داشته باشی» (کد ۳)

«حدود ۵ سال پیش ۶-۷ تومن روزی درمیوردم، خیلی پول برام مهم بود»

(کد ۶)

نکته قابل توجه در خصوص این سبک درآمد، عامل انگیزشی نسبت به این‌گونه درآمدهاست. اگرچه برخی اندیشمندان علوم اجتماعی فقر و نابرابری اقتصادی را از عوامل اصلی بروز و تداوم روسپیگری می‌دانند (مدنی قهفرخی ۱۳۹۶: ۲۰۲) لکن به نظر می‌رسد صرف فقر نمی‌تواند کشاننده قدرتمندی برای ورود به این حرفه باشد. همان‌طور که یافته‌های این پژوهش فقر را به‌عنوان عامل ورود به تن‌فروشی نشان نداد، در فرآیند امتداد و استمرار آن نیز فقر و نیاز اقتصادی به عنوان عامل اصلی یافت نشده است؛ بلکه آنچه به‌دست می‌آید علاقه و انگیزه قوی تن‌فروشان برای دستیابی به درآمد بیشتر و سریع‌تر است. درآمدی که ابزاری برای ساخت نوعی سبک زندگی رفاه‌طلبانه و متمولانه خواهد بود:

«خیلیا میان پول بیشتر دربیارن، من خودم روزی یه تومن درآمد بود،

سفرهای خارجی می‌رفتم و همه رو شب عید خونم دعوت می‌کردم، برای خودم برو بیایی داشتیم» (کد ۲)

«اصرار داشت من برم برنامه برای کسب درآمد، وامیستاد کنار خیابون که من برم سوار ماشین بشم.» (کد ۴)

از جنبه‌های قابل توجه در این نوع درآمدزایی آنست که با توجه به سهولت دستیابی و میزان درآمد بالا از یک سو و عدم جایگزینی منبع درآمدی پایدار از سوی دیگر، نوعی عادی‌نگاری و عادت به آن در برخی افراد پدید می‌آورد. این وضعیت که وابستگی به وضع موجود و نبود راهکار جایگزین است استمرار و تداوم فعالیت را شکل می‌دهد: «اصلاً برام زشت نبود. شنیده بودم اگه زنی برای گذران زندگی تن‌فروشی کنه، گناه نداره» (کد ۲)

«دیگه عادت کرده بودم، پول خوب درمی‌وردم. مواد منو سر کرده بود» (کد ۴)

از دیگر مؤلفه‌های به‌دست آمده تأمین نیاز جنسی است. اگرچه نیاز جنسی در شروع اقدام به تن‌فروشی و به‌عنوان عوامل ورود به آن در هیچ‌یک از روایت‌ها مطرح نشده نبود اما به‌نظر می‌رسد در تداوم روسپیگری قابل‌ملاحظه است. میزان تأکید مشارکت‌کنندگان بر اهمیت نیاز جنسی و ایجاد انگیزه مانایی در این‌گونه روابط کمتر از سایر موارد بود، اما به همان میزان حداقلی قابل توجه است. یکی از مؤلفه‌هایی که زنان روسپی را در این نوع روابط ماندگار می‌سازد لذت و نیاز جنسی است که در بعضی از انواع روابط یا در ارتباط با یک نفر تأمین می‌شود. معمولاً در گزارش این زنان از ارتباط جنسی با همسر سابق خود عدم رضایت مشاهده می‌شود و زمانی که در چنین روابطی احساس لذت پدید آمده و نیاز جنسی تأمین می‌شود انگیزه تداوم ارتباط تقویت می‌گردد:

«ازشون خوشم اومد، دوست داشتم باهاشون بخوابم» (کد ۲)

«تو پارک منتظر مشتری بودم، باهاش آشنا شدم، دیگه بعدش باهاش رابطه داشتم و دوست داشتم» (کد ۹)

«شوهرمو دوست نداشتم لذتی از رابطه باهاش نداشتم» (کد ۴)

«وسط کار خیاطی، مرخصی می‌گرفتم می‌رفتم با دو تا افغانی بودن، رابطه داشتم لذت هم می‌بردم برمی‌گشتم سرکار» (کد ۹)

خروج

در مصاحبه با مشارکت‌کنندگان، موارد متعددی یافت شد که روسپیگری را رها کرده و به روابط سالم بازگشته بودند. مواردی نیز همچنان به تن‌فروشی ادامه می‌دادند اما تجربه ترک تن‌فروشی در دوره‌ای از زندگی‌شان را داشتند. برخی هم سبک روابط خود را تغییر داده و میزان آن را کاهش داده بودند. مواردی هم شرایطی را مورد تأکید قرار می‌دادند که در صورت تأمین آن تن‌فروشی را کنار خواهند گذاشت. همه این موارد رهیافت‌هایی را در جهت خروج از روسپیگری و احیاء این افراد ارائه می‌دهند.

براین اساس یکی از ابتدایی‌ترین مواردی که در صورت تأمین آن، زمینه خروج زنان از تن‌فروشی را فراهم می‌کند تأمین نیازهای اولیه و ضروری زیستی است. نیاز به مکان امن و غذای گرم نخستین نیاز این افراد است که عدم تأمین آن، اساساً امکان بررسی سایر وجوه را از بین می‌برد:

علیزاده (مددکار و مسئول خانه سپیده هدایت): اینجا دکه‌ای بود پشت

همین مرکز که زن‌ها به خاطر یک لیوان چای گرم تن‌فروشی می‌کردند.

«اومدم تهران همه چیز فروخته بودم. تو پارک بودم. پول نداشتم و

تن‌فروشی می‌کردم. الان که اومدم خوابگاه میرم ولی روزی یه بار. بخشی

از پولو میدم به مواد بقیشو ذخیره می‌کنم بتونم خونه بگیرم. اینجا غذا و

جای خواب دارم» (کد ۱)

«وقتی محیط امن دارم، غذا دارم، تأمین می‌شم، حاضر نیستم برگردم به

اون شرایط» (کد ۲)

در این میان حمایت مالی هدفمند از این افراد می‌تواند در بازگشت و انصراف از

روسپیگری کاملاً مؤثر واقع شود. این حمایت مالی می‌تواند به انحاء مختلف توسط

«مامانم بهم پول میده الان پانسیون هستم، دیگه تن‌فروشی نمی‌کنم»

(کد ۶)

«من لنگ پولم اگه کسی پول بده نمیرم خب..» (کد ۷)

ایجاد علقه عاطفی و برقراری رابطه‌ای سالم در بازگشت زنان روسپی مؤثر است. این

تعلق عاطفی می‌تواند در قالب ازدواج رقم بخورد و یا آشنایی و ارتباط با فردی که

جایگزین ازدواج رسمی بوده ولی به دلیل علقه ایجادشده به شکل ارتباط انحصاری باشد. گاهی برای برخی به دلیل عدم انقطاع کامل از خانواده سابق یا تعلق به فرزند یا فرزندان، تبدیل به انگیزه‌ای قوی برای بازگشت می‌گردد. در برخی دیگر ارتباط اثربخش و عاطفی با مددکار که نقش حمایتی قوی دارد خود تبدیل به انگیزه‌ای جدی برای بازگشت می‌شود:

«وقتی ازدواج کردم دیگه نرفتم سراغش. شوهرمو دوست داشتم» (کد ۳)

«او (مسئول خانه سپیده هدایت) دوست نداره من برگردم به اون قبل،

دوست نداره «ب» از دست بره» (کد ۲)

«تا وقتی با اون پسره بودم تن فروشی نمی‌کردم، قرار بود با هم ازدواج

کنیم» (کد ۹)

«خانواده‌م هیچ‌وقت پشتمو خالی نکردن. دیگه برگشتم» (کد ۱۰)

یکی از عوامل خروج از تن‌فروشی، بازگشت به چهارچوب‌های اخلاقی و تقیدات فردی به‌ویژه باورمندی مذهبی است. زنانی که از زمینه‌های باورمندی دینی به‌ویژه در خانواده برخوردارند نه تنها گاهی در میانه راه امکان بازگشت آنها فراهم شده و زمینه‌زایی پیدا می‌کنند بلکه گاهی در ابتدا و در مواجهه با عوامل پیش گفته ورود به تن‌فروشی نیز قدرت مقابله و خودنگهداری می‌یابند. بعضی از مشارکت‌کنندگان پس از پرتنگ شدن مذهب در زندگی‌شان امید دوباره به زندگی پیدا می‌کنند و در تلاش برای جبران گذشته برمی‌آیند:

«الان نمی‌رم برای رابطه، ترک کردم، هیچ‌کس هم نفهمه خودم که

می‌فهمم، زشته» (کد ۴)

«شوهرم باعث شد بود بی‌قید شده بودیم الان دوباره به خدا برگشتم.

خانواده من مذهبی بودن» (کد ۱۰)

یکی از مؤلفه‌های برجسته در بازگشت زنان تن‌فروش، احیاء حس خودارزشمندی در آنان است. زنانی که تن‌فروشی می‌کنند در اغلب موارد به نوعی رهایی از خود و بی‌اهمیتی به خود و هرآنچه که مربوط به آن می‌باشد مانند سلامتی بدن، عزت نفس و... می‌رسند. هنگامی که در موقعیت توجه به خود و همه انواع عوارض مربوط به آن قرار می‌گیرند زمینه ایجاد نگرش مثبت و ارزشمند به خود را پیدا می‌کنند. این مقدمه

می‌تواند زمینه برگشت‌پذیری را برای آنان فراهم نماید:

«شخصیت خیلی با ارزشه، دیگه اصلاً سراغش نمی‌رم. عزت دارم» (کد ۶)

از زمینه‌های شکل‌گیری احساس خودارزشمندی توجه به بدن و سلامت جسمی است. با توجه به اینکه اقتضای روسپیگری و روابط جنسی غیرکنترل شده عوارض جسمانی و بروز بیماری‌های مختلف از جمله بیماری‌های مقاربتی است، هنگام توجه دوباره به این مقوله و ارزش‌گذاری برای آن زمینه ترک تن‌فروشی در افراد پدید می‌آید. به‌ویژه اگر تجربه بیماری هم در افراد وجود داشته باشد:

«می‌ترسم مریض بشم و دیگه خوب نشم» (کد ۷)

موضوع بارداری و واهمه از آن هم می‌تواند سویه‌ای از توجه به خود و بدن خود باشد. نگرانی از این مسئله اگرچه در غالب روابط روسپیگری وجود دارد اما عبور از تهور در آن و توجه به پیامدهای آن می‌تواند موجب بازگشت‌پذیری افراد شود:

«می‌ترسم باردار بشم و گرنه کار با خاله درآمدم خوب بود» (کد ۷)

تجربه روابط مخاطره‌آمیز می‌تواند در بازگشت افراد مؤثر واقع شود. احتمال خطرات جانی که در این‌گونه روابط وجود دارد به‌ویژه در خصوص زنانی که مورد خشونت قرار گرفته یا مسموم شده‌اند که پولی نگیرند می‌تواند موجب تصمیم به ترک روسپیگری شود. اگرچه یکی از علل شکل‌گیری پدیده‌هایی مانند سرشبهه (خاله) در چرخه خدمات روسپیگری همین تأمین امنیت جانی زنانی است که اقدام به تن‌فروشی می‌کنند؛ اما در هر حالت نافی خطرات معمول در این فرآیند نیست:

«کم می‌رم می‌ترسم بلایی سرم بیارن، از وقتی راننده منو برد کرج خیلی

ترسیدم؛ نمی‌رم» (کد ۹)

شاید بتوان برجسته‌ترین سویه احساس خودارزشمندی را توجه به عزت نفس دانست. شخصیت زنان در این‌گونه روابط نوعاً مورد تحقیر می‌شود. مواجهه خشونت‌آمیز، غیرعادلانه، همراه با اهانت و عدم ایفاء تعهد مالی برخلاف قرارداد موارد رایجی هستند که افراد در این‌گونه روابط تجربه می‌کنند. این خود زمینه‌ای برای ایجاد احساس شیء‌شدگی و ابزارانگاری در فرد را به‌وجود می‌آورد. زن فاقد هرگونه ارزش شخصیتی و اجتماعی شده و صرفاً به‌عنوان کالای جنسی مورد توجه واقع می‌گردد:

«دیگه دلم نمی‌خواد برم، پول خوب نمیدن یه وقت به جاش لباس میدن،

لباس می‌خوام چی کار» (کد ۹)

«تو کار با خاله، کم پول میدن، اذیت می‌کنن، دیگه با خاله‌ها کار

نمی‌کنم.» (کد ۳)

در بسیاری از گزارش‌های زنان روسپی عدم لذت از رابطه جنسی موضوعی است که خود عاملی برای توجه به این نگرش ابزارانگارانه و در نتیجه تنفر از آن است. این که دیگران صرفاً به دنبال خریداری سرمایه جنسی زن بوده و شخصیت او و تمایلات او برای آنها اهمیت نداشته باشد و حتی حق اعتراض و شکایت از آن را نیز نداشته باشد می‌تواند زمینه انصراف و بازگشت از آن را فراهم آورد:

«من هیچ لذتی از رابطه نمی‌برم فقط به پول فکر می‌کنم.» (کد ۱)

در این میان گاهی مؤلفه‌های دیگر که حاکی از تجربه مفید بودن و مولد بودن در مقطعی از زندگی است می‌تواند به بازگشت کمک کند. عبور از تمرکز بر درآمد و تأمین نیازهای اولیه و شکل‌گیری احساس بهره‌وری در زندگی به‌ویژه در ارتباط با دیگران نقش مؤثری در زمینه احیاء این افراد دارد. این تجربه می‌تواند در موقعیت‌هایی همچون کمک به دوستان در ترک اعتیاد یا بازگشت از تن‌فروشی و یا مجموعه خدمات مددکارانه و داوطلبانه شکل گیرد:

«من احساس نیاز به مفید بودن می‌کنم و اینجا این نیازم تأمین میشه،

وقتی نقش مددیار را ایفا می‌کنم.» (کد ۲)

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تحلیل بازگشت از روسپیگری یا ادامه آن براساس روایت زنان روسپی شهر تهران صورت گرفت. بررسی تحلیل روایت زنان روسپی از بازگشت یا عدم بازگشت از تن‌فروشی بیانگر سه مرحله است: مرحله اول ورود، مرحله دوم ابقا و وادادگی و مرحله سوم بازگشت و انصراف.

در مرحله اول عوامل و مؤلفه‌های ورود به‌مثابه ضربات کوچک مستمری ایفاء نقش می‌کنند که در کنار یکدیگر و گاهی به‌طور جداگانه در شروع اقدام به تن‌فروشی مؤثرند.

نابسامانی خانواده به‌عنوان اولین و زیرساختی‌ترین زمینه ورود به تن‌فروشی شناخته می‌شود. یادگیری تن‌فروشی نوعاً از محیط‌های اجتماعی به‌ویژه خانواده آغاز می‌شود. خانواده اصلی‌ترین نهاد اجتماعی است که الگوهای ارزشی را به فرد انتقال می‌دهد و بر شکل‌گیری هویت و معناپردازی آن تأثیرگذار است (Berger, 1967: 20). وجود مشکلات در روابط درون خانواده، ناپایداری مالی، استفاده ابزاری از اعضای خانواده برای تأمین مواد مخدر و مشروبات الکلی یا تنش‌های روانی حاد می‌تواند باعث ایجاد فشار روانی در اعضای خانواده شود. در این‌گونه خانواده‌ها کارکردهای موردانتظار خانواده از بین رفته و الگوهای مثبت در خانواده به‌عنوان اولین محیط اجتماعی فراگیری الگوها و ارزش‌ها دریافت نمی‌شود. اگر خانواده قادر به ارائه الگوهای سازنده و مثبت به فرزندان خود نباشد زمینه آنکه افراد به‌دنبال تأمین نیازهای شخصی و رهایی از مشکلات خانواده از طریق تن‌فروشی باشند فراهم می‌شود (Berger, 1967: 21). مطالعات نشان داده است کودکانی که ایجاد علقه عاطفی مطلوب را با والدین یا مراقبان خود تجربه می‌کنند، احتمال آنکه در بزرگسالی به مشکلات روانی و اجتماعی مانند روسپیگری و رفتارهای جنایی دچار شوند، کمتر است (Bowlby, J. 1982, 65). کوهن نیز ضمن بررسی رفتارهای دلالتی و گروهی در جوامع شهری، به بررسی عوامل مختلفی که به روسپی شدن افراد در جامعه منجر می‌شود پرداخته و تأثیر نقش پدری و مادری و ارتباطات خانوادگی را بر روسپی شدن افراد بسیار مؤثر می‌داند (Cohen, 1955: 32).

چهارچوب‌مندی اخلاقی و مذهبی یکی دیگر از عواملی است که می‌تواند در سختی‌ها و مشکلات مانعی برای انتخاب‌های غلط باشد. اگر معیار و چهارچوب یا مذهب نباشد، احتمال آنکه افراد با اندک فشاری به کج‌روی‌های اجتماعی نظیر تن‌فروشی روی بیاورند بالاست. دیدگاه «جامعه‌پذیری مذهبی»^۱ به بررسی تأثیر مذهب و ارزش‌های دینی بر رفتارها و ارتباطات اجتماعی می‌پردازد. براین اساس افرادی که پایبندی بیشتری به‌ویژه نسبت به تعالیم دینی دارند از رویکردهای مذهبی و اخلاقی برای پیشگیری از روسپیگری و رفتارهای غیراخلاقی استفاده می‌کنند و سبب می‌شود در مواجهه با فرصت‌های روسپیگری، تصمیم‌هایی بگیرند که با ارزش‌ها و تعالیم دینی آنها سازگار باشد (Kerley & Tewksbury, 2012: 93).

چنانکه بررسی روایت مشارکت‌کنندگان در این پژوهش نشان داد یکی از مؤلفه‌های اصلی ورود به تن‌فروشی تأمین نیازهای ضروری به‌ویژه سرپناه و مکان امن است. یکی از نظریاتی که به بررسی ارتباط بین تأمین نیازهای ضروری مانند مکان و پناه و روسپیگری پرداخته است، نظریه «رضایت محیطی»^۱ است. این نظریه براساس فرضیه‌ای استوار است که افرادی که نیازهای اساسی خود را به‌خوبی تأمین می‌کنند، احتمالاً کمتر به روسپیگری روی خواهند آورد. بر این اساس هر چه فرد بیشترین نیازهای ضروری مانند مکان مناسب برای زندگی و پناهگاه، امنیت و ارتباط اجتماعی را تأمین کند، احتمال وقوع روسپیگری و اقدامات غیراخلاقی کمتر خواهد بود. به عبارت دیگر ارتباط مستقیم بین رضایت محیطی و روسپیگری وجود دارد؛ زیرا رضایت از محیط زندگی و تأمین نیازهای ضروری می‌تواند به‌عنوان عاملی محافظتی علیه روسپیگری عمل کند (Van Voorhis & others, 2015: 49).

مرحله دوم مرحله‌ای است که فرد تن‌فروشی را می‌پذیرد، ادامه می‌دهد و ممکن است سال‌ها در این مرحله باقی بماند. یکی از عوامل استمرار روسپیگری فقدان سرپناه و مکانی امن است. چنانکه پیش‌تر ذکر شد فقدان سرپناه خود عامل مؤثری برای ورود است؛ قدرت عاملیت این مؤلفه علاوه بر ایجاد، در بقاء نیز بسیار مؤثر خواهد بود و تا زمانی که سرپناه امن برای فرد وجود نداشته باشد نیاز ابتدایی وی تأمین نشده و داداگی به روسپیگری ادامه خواهد داشت. مید^۲ یکی از جامعه‌شناسانی است که به بررسی نقش محیط اجتماعی، از جمله نیازمندی‌های اقتصادی در تشکیل و تداوم روسپیگری افراد می‌پردازد. نتایج پژوهش‌های وی نشان می‌دهد شرایط اقتصادی پیرامونی و عدم تأمین نیازهای اولیه می‌توانند بر شکل‌گیری و استمرار رفتارهای ناهنجار اجتماعی از جمله تن‌فروشی تأثیرگذار باشند. براین اساس اگر فرد در یک محیط اقتصادی فقیر بزرگ شود، ممکن است به دنبال راه‌هایی برای برطرف کردن نیازهای اولیه اقتصادی خود باشد که در بسیاری از موارد به رفتارهای تن‌فروشی منجر شود (Mead, 1934: 41).

از جمله پرسش‌هایی که در روایت مشارکت‌کنندگان مورد بررسی قرار گرفت نقش

1. Environmental Satisfaction Theory

2. Mead, G. H

عامل اقتصادی در گرایش به تن‌فروشی و ماندگاری در آن است. در تحقیقات برخی اندیشمندان علوم اجتماعی بر نسبت مستقیم میان فقر اقتصادی و روسپیگری تأکید شده است (مدنی قهفرخی، ۱۳۹۶: ۲۰۳). دورکیم نوسانات اقتصادی را یکی از علل مهم کجروی در جامعه می‌داند. بدین‌گونه که در زمان بحران و کساد، فقر و بیکاری افزایش می‌یابد و از دلگرمی افراد کاسته شده و روحیه آنان تضعیف می‌گردد. با کاهش میزان درآمد و سستی بنیان اقتصادی جوامع جرائمی چون روسپیگری افزایش می‌یابد (فرجاد، ۱۳۷۴: ۱۲۳). کوئینگ در تکمیل نظریه دورکیم چنین می‌گوید: فقر به‌تنهایی یک عامل ثبات‌بخش است، اما اگر در مقابل تصویر ثروت و یا آرزوهای بلندپروازانه رفاه ارائه شوند، در آن صورت فقر غیرقابل تحمل می‌شود و رفتارهای انحرافی و نارضایتی اجتماعی رشد می‌کند. بر این اساس رواج لوکس‌گرایی بی‌پشتوانه در سال‌های اخیر در ایران می‌تواند به‌عنوان یکی از ریشه‌های این پدیده مطرح گردد. اختلاف طبقاتی موجود در جامعه در کنار انگیزه قوی برای کسب رفاه اجتماعی، موجب می‌شود تا برخی از زنان انگیزه خود را از طریق فروش تن به عمل تبدیل کنند (دادخواه، ۱۳۸۴: ۴-۳). آنچه که یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد آنست که تأثیرگذاری مؤلفه نیاز مالی و نابرابری اقتصادی در نقطه آغاز تن‌فروشی در سطح عاملیت نیست و اگرچه ممکن است در حد مقدمه‌ها و زمینه‌های اولیه نقش‌آفرین باشد اما در گزارش روایت زنان تن‌فروش به‌عنوان علت ورود شناخته نشده و نمی‌تواند کشاننده قدرتمندی برای ورود به این حرفه باشد. لکن در ادامه و در مرحله دوم نقش عامل اقتصادی پررنگ شده و در گزارش روایت‌های مربوط به مرحله دوم به‌عنوان مؤلفه‌های اصلی در نظر گرفته شده است. بر این اساس عامل اقتصادی در زمره عوامل امتداد و مانایی در روسپیگری است. نکته قابل توجه در خصوص این مؤلفه، علت‌یابی اصلی انگیزشی نسبت به این‌گونه درآمدهاست. اگرچه عامل اقتصادی را می‌توان از عوامل اصلی بروز و تداوم در نظر گرفت لکن به‌نظر می‌رسد همان‌طور که این پژوهش فقر را به‌عنوان عامل ورود به تن‌فروشی نشان نداد، در فرآیند امتداد و استمرار آن نیز صرف فقر و نیاز اقتصادی به‌عنوان عامل اصلی یافت نشده است؛ بلکه آنچه به‌دست می‌آید علاقه و انگیزه قوی تن‌فروشان برای دستیابی به درآمد بیشتر و سریع‌تر است. درآمدی که ابزاری برای ساخت نوعی سبک زندگی رفاه‌طلبانه و متمولانه

خواهد بود. بر اساس نظریه مرتون^۱ جامعه‌ای که تأکید زیادی بر موفقیت مادی دارد ثروت به‌عنوان یک هدف فرهنگی و اجتماعی شناخته می‌شود و از آنجا که قشر کوچکی از جامعه دسترسی گسترده‌ای به امکانات و اهداف مالی دارند و قشر وسیع‌تر دسترسی ناچیز، برای گروه مردم ابزار و اهداف با هم منطبق نیستند. این گروه هدف را مطلوب می‌دانند ولی امکان دسترسی بدان را ندارند در این صورت امکان دارد برخی افراد جهت رسیدن به اهداف خویش به راه‌های غیرقانونی چون روسپیگری روی آورند و بدین ترتیب پای‌بندی خود را نسبت به ارزش‌ها و اهداف جامعه یعنی ثروتمند شدن حفظ کرده ولی آن را از طریق ابزارهای تأیید نشده جست‌وجو کنند (کلانتری و دیگران، ۱۳۸۴: ۷۱-۷۰).

ازدیگر دلایل استمرار و تداوم روسپیگری تأمین نیازهای عاطفی است. بر این اساس زنانی که اقدام به تن‌فروشی می‌کنند با مشاهده اولین روزه‌های عاطفی در روابط خود تمایل زیادی به ادامه ارتباط پیدا می‌کنند. با توجه به خلأ شدید عاطفی، دریافت عاطفه اندک زنان روسپی را نسبت به ادامه رابطه و استمرار تن‌فروشی قانع می‌کند. تأمین نیازهای عاطفی برای این‌گونه افراد به شکل‌های مختلف امکان‌پذیر است. گاهی این رابطه عاطفی در تعامل با یک یا چند نفر شریک جنسی رخ می‌دهد و گاهی در ارتباط با برخی سرشبکه‌ها (خاله) شکل می‌گیرد.

از دیگر مؤلفه‌های مرتبط با روسپیگری مقوله نیاز جنسی است. اگرچه در پژوهش حاضر نیاز جنسی به‌عنوان عامل ورود به تن‌فروشی یافت نشد اما در تداوم روسپیگری قابل ملاحظه است. میزان تأکید مشارکت‌کنندگان بر اهمیت نیاز جنسی و ایجاد انگیزه تداوم تا اندازه‌ای قابل توجه است. یکی از مؤلفه‌هایی که زنان روسپی را در این نوع روابط ماندگار می‌سازد لذت و نیاز جنسی است که در بعضی از انواع روابط یا در ارتباط با یک نفر تأمین می‌شود. معمولاً زنانی که بر عامل لذت جنسی در استمرار روسپیگری تأکید کرده‌اند از ارتباط جنسی با همسر سابق خود اعلام عدم‌رضایت کرده‌اند و هنگامی که در چنین روابطی احساس لذت پدید می‌آید و نیاز جنسی تأمین می‌شود انگیزه تداوم ارتباط تقویت می‌گردد. محیط‌هایی که به سرکوب یا تضييع نیازهای جنسی منجر می‌شوند می‌توانند به مشکلات روسپیگری و اعتماد به نفس جنسی منجر شوند (Tolman & McClelland, 2011: 37).

1. Robert K. Merton

مرحله سوم که مرحله احیا فرد و خروج از روسپیگری است به عواملی اشاره می‌کند که به فرد کمک می‌کند از تن‌فروشی خارج شود. یکی از عواملی که زمینه‌ساز بازگشت فرد را فراهم می‌کند تأمین نیازهای ضروری مانند مکان و سرپناه است. چنانچه پیش‌تر گفته شد براساس نظریه رضایت محیطی فردی که در یک محیط امن و پایدار زندگی می‌کند و احساس امنیت و رضایت از محیط اطراف خود دارد، احتمالاً کمتر به روسپیگری نیازمند خواهد بود. زیرا او تمایل کمتری به جست‌وجوی راه‌های غیراخلاقی برای تأمین نیازهای خود خواهد داشت و ارتباطات مثبت و سازنده‌ای با اطرافیان خود را تجربه می‌کند. براین اساس با تأمین نیازهای ضروری افراد زمینه تن‌فروشی در افرادی که به این دلیل به روسپیگری ورود کرده‌اند از بین می‌رود.

دومین دسته از عوامل کمک‌کننده به بازگشت، علقه‌ها و حمایت‌های عاطفی است که در فرد از قبل وجود داشته و یا در ادامه شکل می‌گیرد. این تعلق عاطفی می‌تواند در فرزندی که از زندگی وی حذف نشده یا خانواده‌ای که همچنان منتظر بازگشت او هستند یا یک دوست یا مددکار و یا درمانگر متبلور شود. «نظریه پیوستگی»^۱ به بررسی ارتباط بین روابط عاطفی/تعلق عاطفی با پیشگیری از روسپیگری پرداخته است. این نظریه توسط جان بولبی^۲ و مری آینسورت^۳ به بررسی نقش ارتباطات عاطفی بین کودکان و والدین در تشکیل تعلقات عاطفی و تأثیرات آن بر رشد و توسعه آنها می‌پردازد. بنیادی‌ترین ایده در نظریه پیوستگی آنست که رابطه عاطفی میان کودک و والدین یا مراقبان آنها، ارتباطی اساسی برای توسعه روانی سالم و سازگاری اجتماعی در زمان بزرگسالی فرد است. براساس این نظریه، تعلق عاطفی به یک فرد محافظت‌کننده و ایمنی اضافی ارائه می‌دهد که می‌تواند فرد را از خطرهای روانی و اجتماعی، از جمله روسپیگری، حفظ کند (Bowlby, 1982: 57).

مؤلفه دیگری که در پژوهش حاضر به عنوان عامل خروج از تن‌فروشی یافت شد ایجاد نگرش مثبت به خود و در نتیجه اهمیت دادن به آن چیزی است که مربوط به خود است. افراد در فرآیند روسپیگری با تجربه‌های مختلفی از جمله تجربه‌های منفی و آسیب‌زا مواجه می‌شوند. برای تداوم در روسپیگری آنچه بیش از هر چیز دیگر از منظر

1. Attachment Theory
2. John Bowlby
3. Mary Ainsworth

فردی مؤثر است عدم توجه به آسیب‌های جسمی و روانی و پیامدهای آن در پرتو نوعی خودفراموشی است. در مقابل هنگامی که بهانه‌هایی برای خودآگاهی در این زمینه و توجه عمیق به آسیب‌های آن بر فرد به وجود می‌آید زمینه شکل‌گیری احساس خودارزشمندی و در نتیجه جایگزین‌هایی برای موقعیت تن‌فروشی فراهم می‌گردد. مواردی مانند ترس از بیماری و یا بارداری، خطرات جانی، سوءاستفاده و احساس ناامنی به واسطه روابط پرخطر می‌توانند منجر به توجه بیشتر به خود و رهایی از خودفراموشی شوند. همچنین عدم لذت از روابط جنسی و احساس ابزارانگاری در خوشگذرانی دیگران و ناتوانی از اعتراض و مدیریت موقعیت و تکرار این تجربه می‌تواند دلزدگی و تنفر از شرایط به وجود آمده را به زمینه‌ای برای بازگشت تبدیل کند. یکی از تبیین‌های صورت گرفته در این زمینه نظریه «یادگیری اجتماعی»^۱ است. این نظریه توسط آلبرت باندورا^۲ توسعه یافته است و به بررسی نقش مشاهده، تقلید و تقویت در شکل‌گیری رفتارها و احساسات فردی می‌پردازد. باندورا در تحقیقات خود به بررسی ارتباط بین احساس خودارزشمندی و روسپیگری پرداخته است. او معتقد است که احساس خودارزشمندی قوی می‌تواند از جمله عواملی باشد که افراد را مقاومت‌پذیرتر در برابر فرایند روسپیگری کند. به عبارت دیگر، افرادی که احساس خودارزشمندی قوی دارند و یا در موقعیت‌هایی این احساس را تجربه می‌کنند احتمالاً کمتر به فشارهای روسپیگری پاسخ می‌دهند و بیشتر به ارزش‌ها و اعتقادات شخصی خود پایبند می‌مانند (Bandura, 1977: 28). این احساس خودارزشمندی گاهی در کمک به دیگران و در فعالیت‌های خیرخواهانه بیشتر نمایان شده و به مولد بودن و ایجاد ارزش افزوده در فرد کمک می‌کند.

از عوامل دیگر کمک کننده به خروج از تن‌فروشی پررنگ شدن چهارچوب‌های ارزشی است. چهارچوب‌های ارزشی می‌توانند به دو شکل دینی و یا اخلاقی عاملیت داشته باشند. تعالیم دینی و حریم‌های مذهبی و نیز ارتباط با خدا می‌تواند به فرد کمک کند تا به بازتعریف روابط اجتماعی بپردازد. نظریه جامعه‌پذیری دینی به بررسی تأثیرات مذهب و ارزش‌های دینی بر رفتارها و ارتباطات اجتماعی فردی از جمله اثرات آن بر پیشگیری از روسپیگری پرداخته و نقش آن را در بازگشت از تن‌فروشی بسیار مؤثر

می‌داند. افرادی که به تعالیم دینی پایبند هستند و ارتباط عمیقی با مراکز مذهبی دارند، تجربه و توانایی استفاده از روش‌های دینی و بازدارنده را برای پیشگیری از روسپیگری و رفتارهای غیراخلاقی می‌یابند (Kerley, & Tewksbury, 2012: 89). پایبندی‌های اخلاقی نوع دیگری از چهارچوب‌های ارزشی است که توجه به آنها در گزارش‌های مربوط به خروج از روسپیگری مشاهده شده است. «نظریه حریم»^۱ به بررسی نقش حریم شخصی در حفظ ارزش‌ها و اخلاقیات فردی و جلوگیری از نقض آنها توسط دیگران می‌پردازد. این نظریه معتقد است که داشتن یک حریم شخصی قوی و چهارچوب‌های اخلاقی و ارزشی به فرد کمک می‌کند تا از ورود دیگران به زندگی شخصی و زمینه‌سازی برای اقدام به روسپیگری جلوگیری کند. حریم شخصی ممکن است شامل محدودیت‌هایی برای دسترسی دیگران به اطلاعات شخصی یا مشارکت در فعالیت‌هایی باشد که می‌تواند حیات خصوصی فرد را نقض کند. بر این اساس افرادی که حریم شخصی خود را تقویت می‌کنند و به چهارچوب‌های اخلاقی و ارزشی پایبند هستند، احتمال بیشتری برای بازگشت از تن‌فروشی دارند و در مقابل افرادی که حریم شخصی ضعیفی دارند و به ارزش‌های اخلاقی کمتری پایبند هستند، بیشتر تحت فشار تداوم روسپیگری قرار می‌گیرند (Westin, 1967: 72).

پیشنهاد‌های سیاستی

براساس آنچه که در این مقاله به‌عنوان تحلیل بازگشت از روسپیگری یا ادامه آن به روایت زنان روسپی شهر تهران بیان گردید موارد زیر به‌عنوان پیشنهاد‌های سیاستی و راهکارهای اجرایی در این موضوع ارائه می‌گردد:

- با توجه به مقوله نابسامانی خانواده به‌عنوان اولین زمینه ورود به تن‌فروشی و شکل‌گیری زمینه‌های اولیه یادگیری آن در خانواده‌های نابسامان، پیشنهاد می‌گردد طراحی و اقدام مؤثر در زمینه شناسایی و غربالگری دختران دانش‌آموز دارای خانواده نابسامان به‌منظور مداخله‌های پیشگیرانه توسط مشاوران آموزش و پرورش با همکاری روانشناسان و درمانگران به‌ویژه روانشناسان بالینی و سازمان‌های ذی‌ربط در دستور کار قرار گیرد تا ضمن غربالگری کامل این دسته از دانش‌آموزان، اقدامات حمایتی مؤثر

انجام شود. همچنین ضروری است نظام مراقبت‌های ویژه در خصوص این دسته از دانش‌آموزان تدوین و به‌منظور جبران خلأهای مرتبط با خانواده، حمایت‌های اجتماعی خاص از جمله ارائه آموزش‌های لازم و ارتقای آگاهی و نیز مهارت‌های مؤثر در نظر گرفته شود.

در این خصوص طراحی پروتکل‌های مداخله مددکاری ویژه خانواده‌های نابسامان و اجرای آن و نظارت و پیگیری بعدی می‌تواند از آسیب‌های مربوط به این‌گونه خانواده‌ها بکاهد. در این راستا ضروری است براساس پروتکل تدوین شده آموزش‌های لازم به مددکاران منتخب که در زمینه خانواده فعالیت می‌کنند ارائه و ضمن برنامه‌ریزی منظم بر اجرای مناسب آن نظارت گردد.

- همان‌طور که نتایج این پژوهش نشان داد یکی از مؤلفه‌های اصلی ورود و استمرار در تن‌فروشی تأمین نیازهای ضروری به‌ویژه سرپناه و مکان امن است. پیشنهاد می‌گردد نسبت به سامان‌دهی مراکز نگهداری موقت و سامان‌سراها ویژه زنان آسیب‌دیده اقدام خاص صورت گیرد. براین اساس ضروری است ضمن اعمال نظارت بر اماکن موجود، طراحی ویژه در خصوص تأمین مراکز دارای استانداردهای لازم و به میزان کافی و دسترسی مناسب و با ایجاد سازوکار شناسایی زنان در معرض آسیب توسط سازمان‌ها و دستگاه‌های متولی صورت گیرد.

- یکی از دلایل استمرار و تداوم روسپیگری تأمین نیازهای عاطفی ذکر شد. همچنین وجود یک مراقب عاطفی به خروج افراد کمک بسزایی می‌کند. بر این اساس پیشنهاد می‌گردد اقدامات لازم در خصوص تأمین و آموزش شبکه مددکاران و همیاران اجتماعی به‌منظور مداخله و انجام مراقبت‌های عاطفی و حمایتی از زنان آسیب‌دیده صورت گیرد.

- با توجه به نقش نگرش مثبت به خود و نیز چهارچوب‌های ارزشی و تعالیم دینی در مرحله خروج پیشنهاد می‌گردد ارائه آموزش‌های لازم با محوریت دو مقوله یاد شده در بازاجتماعی کردن زنان مبتلا به تن‌فروشی در دستور کار قرار گیرد.

منابع

- انصاری، سارا و پروین افسرکازرونی و بنفشه غرایبی (۱۳۹۰) «اختلال‌های شخصیتی و شیوه‌های رویارویی در زنان روسپی»، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال هفدهم، شماره ۱، صص ۷۱-۷۵.
- بگیان کوله‌مرزی، احمد (۱۴۰۱) «گرایش به رفتارهای بزهکارانه در نوجوانان با توجه به صفات تاریک شخصیت»، نشریه علمی انتظام اجتماعی، سال چهاردهم، شماره سوم.
- بلالی، اسماعیل و جمال خان‌محمدی و مجتبی هوشمندی‌یاور (۱۳۹۳) «بررسی عوامل درون خانوادگی مؤثر بر خانه‌گریزی دختران (مطالعه موردی: دختران خانه‌گریز و غیرخانه‌گریز شهر همدان)»، فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده، صص ۱۲۵-۱۵۵.
- حمزه‌علی، ساناز (۱۳۹۴) «بررسی جامعه‌شناختی پدیده روسپیگری در شهر تهران»، کنفرانس بین‌المللی مدیریت، اقتصاد و علوم انسانی.
- دادخواه، ا (۱۳۸۴) عوامل مؤثر بر روسپیگری زنان در ایران، سایت جمهوری، صص ۱-۱۱.
- ربانی‌خوراسگانی، علی و فریبا قانع‌عزآبادی (۱۳۹۴) «بررسی تجارب زیسته زنان روسپی (مورد مطالعه: شهرهای یزد و اصفهان)» پژوهش‌های راهبردی امنیت و نظم اجتماعی، سال چهارم، شماره پیاپی ۱۰، شماره دوم، صص ۴۹-۶۸.
- رفیعی، بی‌بی نیره (۱۳۹۹)، «بررسی شیوع اعتیاد جنسی و ارتباط آن با تروماهای دوران کودکی و احساس گناه جنسی در زنان روسپی مراجعه‌کننده به مرکز ارتقاء سلامت اجتماعی زنان مشهد»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، مؤسسه آموزش عالی شان‌دیز.
- زارعی‌دوست الهام و محمدکاظم عاطف وحید و سید اکبر بیان‌زاده و بهروز بیرشک (۱۳۸۶)، «مقایسه منبع کنترل، شیوه‌های مقابله و باورهای غیرمنطقی در زنان روسپی و عادی شهر تهران»، مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، سال ۱۳، شماره ۳، صص ۲۷۲-۲۷۹.
- شاردن، ژان (۱۳۳۵) سیاحتنامه شاردن دایره‌المعارف تمدن ایرانی، جلد اول، ترجمه محمد عباسی، تهران، مؤسسه مطبوعاتی امیرکبیر.
- صیدی، معصومه و اعظم غفوری و محمدرضا جلالی (۱۳۹۳) «بررسی ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای در سه گروه از زنان تن‌فروش، معتاد و عادی»، فصلنامه اعتیادپژوهی سوءمصرف مواد، سال هشتم، شماره ۲۹.
- فرجاد، محمدحسین (۱۳۷۴) آسیب‌شناسی اجتماعی و جامعه‌شناسی انحرافات، چاپ ششم، دفتر تحقیقات و انتشارات بدر.
- کرمانی، مهدی و حسین بهروان (۱۳۹۶) روسپیگری: تحمیل اجتماعی یا انتخاب شخصی؛ ارائه یک

- تحلیل کیفی، پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، تابستان، شماره ۱۲.
- کلانتری، صمد و دیگران (۱۳۸۴) ارتباط فقر با قانون‌گریزی و شکل‌گیری آسیب اجتماعی، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره ۱۸، صص ۶۵-۹۰.
- لاریجانی، مهسا و زهرا میرحسینی (۱۳۹۸) نیمه پنهان زندگی زنان تن‌فروش، پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی، شماره ۲۵.
- محمدپور، احمد (۱۳۹۲) منطق و طرح در روش‌شناسی کیفی، تهران، جامعه‌شناسان.
- مدنی قهفرخی، سعید (۱۳۹۶)، جامعه‌شناسی روسپی‌گری، بررسی آسیب‌های اجتماعی، چاپ چهارم، تهران، کتاب پارسه.
- مسلمی بیدهندی، پ و ح. آقابخشی و الف. اسماعیلی (۱۳۹۲) نحوه تأمین نیاز عاطفی زنان از سوی مردان و نقش آن در روسپیگری زنان، پژوهش اجتماعی، ۱۹، (۶).
- مهاجر، ف (۱۳۸۰) «فمینیست‌ها و مسئله روسپیگری» نشریه فصل زنان، شماره یازدهم، صص ۲۱-۳۳.

Bandura, A. (1977) *Social Learning Theory*. Prentice Hall.

Berger, P. L. (1967) *The Sacred Canopy: Elements of a Sociological Theory of Religion*. Anchor Books.

Bowlby, J. (1969) *Attachment and Loss: Attachment*. Basic Books.

Cohen, A. K. (1955) *Delinquent Boys: The Culture of the Gang*. The Free Press.

Kerley, K. R., Copes, H., & Tewksbury, R. (2012) The role of religion in prison coping *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 28(1), 83-101.

Mead, G. H. (1934) *Mind, Self, and Society: From the Standpoint of a Social Behaviorist*. Chicago: University of Chicago Press.

Monto, A. (2004) "Female Prostitution, Customers and Violence", *Journal of Violence Against Women*, Vol. 10, P. 160-188.

Scott J. and Marshall G. (2005) *Oxford Dictionary of Sociology*. New York. Oxford.

University Press.

Tolman, D. L., & McClelland, S. I. (2011) Normative Sexuality Development in Adolescence: A Decade in Review, 2000-2009. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 242-255. doi:10.1111/j.1532-7795.2010.00726.x.

Thompson, E. (1978) *The Poverty Of Theory And Other Essays*. London: Merlin.

Van Voorhis, C. R., Cullen, F. T., & Mathers, R. A. (2015). "A meta-analysis of the predictors of delinquency among girls." *Journal of Youth and Adolescence*, 44(2), 356-371.

Westin, A. F. (1967) *Privacy and Freedom*. Atheneum.

فصلنامه علمی «پژوهش انحرافات و مسائل اجتماعی»

شماره دوازدهم، تابستان ۱۴۰۳: ۱۴۵-۱۱۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۱۶

نوع مقاله: پژوهشی

بررسی سیستماتیک قلدری در مدارس ابتدایی

* مهديه سادات حسینی

** فاطمه رحیم‌نژاد

چکیده

قلدری، یکی از چالش‌های مهم در محیط‌های آموزشی است که می‌تواند تأثیرات مخربی داشته باشد. این پدیده می‌تواند به شکل‌های مختلفی بروز یابد و مانع از ایجاد محیطی سالم و امن برای یادگیری گردد. هدف این مقاله، بررسی عوامل مؤثر در بروز قلدری در میان دانش‌آموزان مقطع ابتدایی و ارائه راهکارهایی برای کاهش و پیشگیری از آن است. این مطالعه با استفاده از روش مرور سیستماتیک به بررسی جامع قلدری در مدارس ابتدایی پرداخته و از طریق جست‌وجو در پایگاه‌های علمی خارجی و داخلی تعداد ۱۱۷۳ مقاله احصا شد. پس از بررسی، مقالاتی که با معیارها سازگاری داشتند، در نهایت ۵۵ مقاله (۳۲ مقاله داخلی و ۲۳ مقاله خارجی) به عنوان نمونه برای تحلیل عمیق هدف پژوهش انتخاب شد. یافته‌ها نشان داد که عوامل فردی، خانوادگی و محیطی، در بروز قلدری، نقش مؤثر دارند. علاوه بر این نقش فناوری و شبکه‌های اجتماعی در گسترش قلدری سایبری، بارز است. نتایج این بررسی نشان می‌دهد که برای کاهش پدیده قلدری در کودکان در مقطع ابتدایی، همکاری و مشارکت فراگیر میان مدارس، والدین و جامعه ضروری است. راهکارهای پیشنهادی شامل خودمدیریتی، خودکارآمدی، تنظیم هیجانی و... برای پیشگیری یا کاهش قلدری ارائه شده است.

واژه‌های کلیدی: قلدری، کودکان، مدارس ابتدایی، محیط آموزشی و آموزش و پرورش.

* نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی آموزش ابتدایی دانشگاه فرهنگیان، ایران

mahdiehoseini44@gmail.com

fatemehrahimnejadamir@gmail.com

** دانشجوی کارشناسی آموزش ابتدایی دانشگاه فرهنگیان، ایران



مقدمه

مدرسه، محیطی است که در آن کودک، مهارت‌های ارتباطی خود را توسعه می‌دهد و نقش جدید خود به عنوان یک دانش‌آموز، پذیرش قوانین و احترام به آنها، مدیریت هیجانات خود و تطابق با هنجارهای اجتماعی را می‌آموزد و به عبارت دیگر اجتماعی می‌شود (بندک و دیگران، ۱۳۹۹: ۸۰). کارآمدی نظام آموزشی، زمانی مفید خواهد بود که عملکرد تحصیلی فراگیران در مقاطع مختلف را مدنظر قرار دهد. اتخاذ رویکردی مناسب در جهت طرح‌ریزی و توسعه برنامه‌های آموزشی و شناخت عوامل اثرگذار بر پیشرفت دانش‌آموزان، ضروری به نظر می‌رسد (دارابی و دیگران، ۱۴۰۳: ۲۵).

دوره ابتدایی از نظر رشد و شکل‌گیری شخصیت کودکان، دوره‌ای اساسی و حیاتی به شمار می‌رود که مبنای آموزش‌های بعدی را فراهم می‌کند و دانش‌آموزان را برای به دست آوردن مهارت‌ها و تخصص‌های آینده آماده می‌سازد. در این دوره، رشد همه‌جانبه فرد شکل می‌گیرد و فرصتی مناسب برای تحصیل، تربیت و یادگیری روش‌های صحیح ارتباط با دیگران است (شیوندی چلیچه و دیگران، ۱۴۰۰: ۶۰). در میان مسائل مرتبط با کلاس، یکی از مهم‌ترین چالش‌های معلمان، مدیریت و پاسخ به نیازهای متنوع و گسترده گروه‌های ناهمگون دانش‌آموزان است (بیرامی و دیگران، ۱۳۹۴: ۱۰۰). مشکلات رفتاری کودکان، اختلالات شایع و محدودکننده‌ای است که برای معلمان، خانواده‌ها و خود کودکان، چالش‌های زیادی به وجود می‌آورد و اغلب با مشکلات اجتماعی مختلف همراه هستند. پژوهشگران دریافته‌اند که مشکلات رفتاری عموماً در سال‌های ابتدایی دوره ابتدایی بروز می‌کند. این اختلالات رفتاری، تأثیرات منفی چشمگیری بر عملکرد تحصیلی و اجتماعی کودکان دارد. به این ترتیب دوره ابتدایی، نقشی بی‌نظیر در پیشگیری یا کاهش آسیب‌های رفتاری در کودکان ایفا می‌کند. از آنجا که ممکن است اختلالات روانی، هیجانی و اخلاقی دوران کودکی تا سنین بزرگسالی تداوم می‌یابد، توجه روزافزونی به پیشگیری و درمان این اختلالات در کودکی معطوف شده است (ر.ک: سبحانی نجف‌آبادی و دیگران، ۱۴۰۳).

با این حال دانش‌آموزان به طور معمول در دوران تحصیل خود با چالش‌ها و فشارهای روانی متعددی مواجه می‌شوند. این چالش‌ها تنها عملکرد تحصیلی آنان را

تحت‌الشعاع قرار می‌دهد، بلکه تجارب ناموفق آموزشگاهی را به وجود می‌آورد که موجب ایجاد نگرش منفی نسبت به خود و محیط پیرامونی می‌شود و آنها را از دستیابی به اهداف تحصیلی بازمی‌دارد (دارابی و دیگران، ۱۴۰۳: ۲۰). یکی از پدیده‌های رفتاری در کلاس، قلدری^۱ است. این پدیده، یکی از دغدغه‌های اصلی معلمان، روان‌شناسان و مشاوران آموزشی است (بیرامی و دیگران، ۱۳۹۴: ۱۱۱). بررسی آمارهای دهه‌های اخیر، همواره نشان‌دهنده شیوع گسترده قلدری در سطح مدارس در جهان بوده است؛ به گونه‌ای که نزدیک به شصت درصد از دانش‌آموزان اظهار کرده‌اند که شاهد قلدری در مدرسه هستند و روی هم رفته ۳۵ درصد از دانش‌آموزان اعلام کرده‌اند که در مدرسه به عنوان قربانی، مورد آزار و اذیت قرار می‌گرفته‌اند. نتایج تحقیقات داخلی در ایران نیز بالا بودن شاخص شیوع قلدری و قربانی شدن در مدارس را نشان می‌دهد و نرخ قلدری در میان دانش‌آموزان ایرانی را تا ۳۱ درصد نیز گزارش کرده است و ۲۴ درصد دانش‌آموزان به وجود پدیده قلدری در مدرسه اعتقاد دارند (داداش‌زاده و دیگران، ۱۴۰۳: ۵). دو مسئله اصلی که توجه جهانی را در خلال دهه‌های اخیر نسبت به مسئله قلدری در میان دانش‌آموزان برانگیخته است، یکی میزان شیوع این پدیده در میان دانش‌آموزان و دومی پیامدهای گسترده‌ای است که درگیر شدن در قلدری برای دانش‌آموز به همراه دارد. این مطالعه تلاش دارد تا با استفاده از مطالعات پیشین و به روش مرور سیستماتیک، تصویری از علل قلدری در مدارس ارائه کند. با توجه به اهمیت و شیوع این مبحث در مدارس و جامعه، هدف از این پژوهش، ارائه تصویری از وضعیت قلدری در مدارس، علل ظهور و پیامدهای آن برای درک بهتر مسئله و توسعه مداخلات مؤثر در مدارس است.

پیشینه پژوهش

قلدری در مدارس ابتدایی، یکی از چالش‌های مهم و یکی از مسائل پیچیده و چندوجهی در نظام‌های آموزشی به شمار می‌آید. با این حال پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تمرکز عمده تحقیقات روی نوجوانان و چالش‌های آنان در مواجهه با قلدری بوده

1. bullying

است. این در حالی است که کودکان دبستانی، با وجود آسیب‌پذیری‌های خاص خود، کمتر در کانون توجه پژوهشگران قرار گرفته‌اند. در ایران، این پدیده در سال‌های اخیر، توجه پژوهشگران و مسئولان آموزشی را به خود جلب کرده است.

برخی از مطالعات داخلی به بررسی شیوع قلدری در مدارس ابتدایی ایران پرداخته‌اند. برای مثال، پژوهش داداش‌زاده و همکاران (۱۴۰۳) نشان داد که شاخص شیوع قلدری و قربانی شدن در مدارس بالاست و نرخ قلدری در میان دانش‌آموزان ایرانی را تا ۳۱ درصد نیز گزارش کرده‌اند و حاکی از باور ۲۴ درصد دانش‌آموزان به وجود پدیده قلدری در مدرسه است.

همچنین در پژوهشی دیگر، اسکندری و اسحاقی (۱۳۹۹) به تحلیل ارتباط میان استفاده از بازی‌های کامپیوتری و قلدری مدرسه‌ای در میان دانش‌آموزان مقطع ابتدایی پرداختند و دریافته‌اند که این بازی‌ها موجب آسیب‌های متعدد اخلاقی، فرهنگی، روان‌شناختی و حتی جسمی می‌شوند و نمی‌توان استفاده از بازی‌های خشن را توصیه کرد.

نتایج مطالعات محبی و همکاران (۱۳۹۶) نشان می‌دهد که دخترها بیشتر به قلدری غیر مستقیم (مانند شایعه‌پراکنی) تمایل دارند، در حالی که پسرها بیشتر به قلدری جسمانی (مثل تنه زدن) گرایش دارند. همچنین پسرها نگرش مثبتی نسبت به قلدری دارند و برخلاف دخترها که معمولاً در نقش حامی قربانی ظاهر می‌شوند، بیشتر از قلدر حمایت می‌کنند.

همچنین پژوهش نجاری و همکاران (۱۳۹۷) نشان می‌دهد که افراد درگیر در پدیده قلدری، نرخ بالایی از مشکلات مختلف دارند، از جمله همدلی پایین، عزت نفس ضعیف، قربانی شدن از نظر جسمانی، کلامی و عاطفی، افسردگی و عملکرد ضعیف در مدرسه و محل کار. این مشکلات می‌تواند تأثیرات منفی بلندمدتی بر زندگی فردی و اجتماعی افراد داشته باشد.

تحقیقات خارجی دیگری هم به بررسی علل قلدری پرداخته‌اند. چنگ و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای به بررسی اثرات تنش‌های خانوادگی بر بروز قلدری در میان دانش‌آموزان ابتدایی پرداختند و نتیجه گرفتند که نداشتن حمایت عاطفی و وجود تعارضات خانوادگی از عوامل مهم افزایش قلدری محسوب می‌شود. برای مقابله با قلدری، برخی از برنامه‌ها و مداخلات نیز پیشنهاد شده است.

بندورا (۱۹۹۷)، در پژوهشی به بررسی تأثیر برنامه‌های آموزشی و مداخله‌ای در مدارس پرداختند. نتایج نشان داد که اجرای این برنامه‌ها می‌تواند تا حد زیادی به کاهش قلدری و بهبود روابط اجتماعی بین دانش‌آموزان کمک کند.

پژوهش‌های متعدد، پیامدهای منفی کوتاه‌مدت و بلندمدت روان‌شناختی، اجتماعی، و تحصیلی قلدری کردن در دانش‌آموزان را تأیید می‌کنند. این پیامدها عبارتند از: ناراحتی‌های عصبی-گوارشی، اختلالات خواب و احساس تنش، درجاتی از مشکلات سازش‌یافتگی اجتماعی-روان‌شناختی، مشکلات رفتاری برون‌نمود، افسردگی، اضطراب، طرد شدن اجتماعی، وضعیت تحصیلی نامناسب، ناتوانی در تمرکز بر درس، حاضر نشدن در فعالیت‌های درسی، ایجاد آشفتگی در محیط کلاس، ایجاد تنش با همسالان، همکاری نکردن با معلم، بروز مشکلات در مدرسه و فرار یا اخراج از مدرسه. بنابراین وجود پدیده قلدری در محیط آموزشی می‌تواند تأثیرات جبران‌ناپذیری بر اهداف اصلی تعلیم و تربیت دانش‌آموزان بگذارد (بهرامی و دیگران، ۱۳۹۹: ۱۵۶). با توجه به پیامدهای منفی پدیده قلدری بر افراد قلدر و جو مدرسه، پژوهشگران و روان‌شناسان مدرسه در تلاشند تا به طور مداوم این پدیده را متوقف کنند و برنامه‌های مدرسه‌محور متعددی همچون بازدارنده‌های قلدر، برنامه پیشگیری از قلدری الویوس و برنامه ضد قلدری کی‌وا را طراحی کنند و به کار ببرند (محبی و دیگران، ۱۳۹۶: ۱۶۹).

کودکان ابتدایی در آغاز مسیر زندگی اجتماعی خود، نیازمند حمایت و درک بیشتری هستند تا بتوانند با چالش‌های پیش‌رو به خوبی مقابله کنند. بنابراین ضرورت دارد که پژوهشگران و متخصصان حوزه آموزش و روان‌شناسی، نگاه خود را به سوی این گروه سنی معطوف کنند و با انجام تحقیقات گسترده‌تر، به درک بهتری از دینامیک‌های قلدری در میان کودکان دبستانی دست یابند. تنها از این طریق است که می‌توان به راهکارهای مؤثرتری برای پیشگیری و مقابله با این پدیده دست یافت.

این مقاله با رویکرد جامع و سیستماتیک خود، تفاوت اساسی با مقالات پیشین دارد. برخلاف مقالاتی که ممکن است به صورت گزینشی به جنبه‌های خاصی از قلدری بپردازند، این مقاله با بررسی دقیق و جامع تمام شواهد موجود درباره قلدری در دوره دوم ابتدایی، از روش‌شناسی دقیقی برای جست‌وجو، ارزیابی و ترکیب نتایج مقالات مختلف

استفاده می‌کند. تمرکز ویژه بر دوره دوم ابتدایی، امکان بررسی عمیق‌تر عوامل خاص این دوره را فراهم کرده است. همچنین با توجه به ساختار مقاله که به سه جنبه اصلی (علل، پیامد و راهکارها) به طور جامع می‌پردازد، نه تنها عوامل خطر و ریشه‌های قلدری شناسایی می‌شود، بلکه با بررسی آخرین یافته‌های علمی، روش‌های مختلف کنترل و مداخله و راهکارهای عملی و مؤثری برای پیشگیری و حمایت از دانش‌آموزان ارائه می‌گردد.

مبانی نظری

قلدری به مجموعه‌ای از رفتارهای مکرر و احتمالاً آسیب‌زننده گفته می‌شود که برای مدت‌زمان طولانی ادامه دارد و به عواقب منفی می‌انجامد. آنچه قلدری را از سایر رفتارهای پرخاشگرانه و ضد اجتماعی متمایز می‌سازد، تکرار این رفتارها و همچنین عدم تعادل قدرت میان دو فرد است؛ زیرا قلدری نیازمند عدم توازن در قدرت است (ر.ک: حاج حسینی و دیگران، ۱۳۹۶). با توجه به تعاریف قلدری، این نوع رفتار، پنج ویژگی عمده دارد:

- ۱- رفتار پرخاشگرانه است. ۲- این پرخاشگری^۱ اغلب از پیش تحریک‌شده نیست. ۳- به صورت مکرر رخ می‌دهد. ۴- حاوی عدم توازن قدرت بین فرد قلدر و فرد قربانی است.
- ۵- در گروه‌های کوچک اجتماعی رخ می‌دهد که اعضای آن با یکدیگر آشنا هستند (حسینی و دیگران، ۱۳۹۴: ۱۵۳).

بر اساس دیدگاه‌های نظری نقش افرادی که در پدیده قلدری درگیر هستند، علاوه بر نقش‌های آزارگر و آسیب‌دیده، چهار نقش دیگر (کمک‌کننده به قلدر، تقویت‌کننده قلدر، بیگانه و دفاع‌کننده از قربانی) نیز به عنوان تماشاگر در این فرایند مشارکت دارند. تماشاگران از نظر نگرش به دو دسته تقسیم می‌شوند: طرفداران قلدر (کمک‌کننده‌ها و تقویت‌کننده‌ها) و طرفداران قربانی (دفاع‌کننده‌ها و بیگانه‌ها) (ر.ک: محبی و دیگران، ۱۳۹۷). رفتارهای قلدری، تنوع زیادی دارند و به طور کلی در دو دسته عمده قلدری سنتی و قلدری الکترونیکی طبقه‌بندی می‌شوند. قلدری سنتی شامل قلدری فیزیکی (مثل کتک زدن، هل دادن و لگد زدن)، قلدری کلامی (فحاشی، تحقیر و رنجاندن)، قلدری رابطه‌ای یا عاطفی (مانند محروم کردن فرد از ورود به گروه‌های دوستی، نادیده گرفتن یا طرد کردن عمدی و شایعه‌سازی و دروغ گفتن درباره فرد قربانی)، تبعیض نژادی و سوءاستفاده جنسی است؛ در حالی که قلدری الکترونیکی شامل استفاده از وسایل

الکترونیکی مانند موبایل، کامپیوتر و سایر دستگاه‌ها برای اعمال قلدری است (ر.ک: Camacho et al, 2018).

محققان، آثار کوتاه‌مدت و درازمدت متعددی را برای دانش‌آموزان قلدر، قربانی و دیگر دانش‌آموزان شاهد قلدری ذکر کرده‌اند. احتمال بروز رفتارهای مجرمانه و درگیر شدن با مسائل قانونی در آینده برای افراد قلدر، بیشتر است. دانش‌آموزان قلدر نسبت به سایرین، بیشتر اهل درگیری هستند، نمره‌های پایینی دارند و جو مدرسه را آشفته و منفی احساس می‌کنند. از سوی دیگر، قلدری، قربانی را با آسیب‌های زیادی مواجه می‌کند که شامل اختلال در امنیت و سلامت روانی، کاهش سازگاری اجتماعی، تنفر از محیط مدرسه، مشکلات جسمی و علائم بیماری‌های روان‌تنی، استرس شدید، اضطراب، افسردگی و در بدترین حالت خودکشی می‌شود. زمانی که فشارهای وارد بر قربانی به قدری زیاد شود که زندگی‌اش در همه جنبه‌ها تحت تأثیر قلدری قرار گیرد، ممکن است به خودکشی دست بزند (علی‌وردی‌نیا و دیگران، ۱۳۹۴: ۱۹). قلدرها با ویژگی‌هایی مانند متخاصم و پرخاشگر بودن، تکانشگری و ضعف در مهارت‌های اجتماعی، عدم درک و احساس همدلی با دیگران، لذت بردن از تسلط یافتن بر دیگران و غیره معرفی می‌شوند (ر.ک: Felipe et al, 2011; Kwak et al, 2017).

عوامل مختلف فردی و اجتماعی مانند جنسیت، سطح تحصیلات والدین، مهاجرت و تغییر مدرسه می‌تواند عوامل تأثیرگذاری در بروز و پیش‌بینی پدیده قلدری باشد. به طور کلی می‌توان بر اساس نظریات، عوامل ذکرشده را بدین‌گونه دسته‌بندی کرد:

۱. نظریه‌های مرتبط با عوامل فردی: این نظریه‌ها بر ویژگی‌های شخصیتی و شناختی فرد قلدر تمرکز دارند. برخی از این ویژگی‌ها عبارتند از: کمبود عزت نفس، نارسایی در مهارت‌های اجتماعی، عصبانیت و پرخاشگری و احساس حقارت و بی‌ارزشی.

۲. نظریه‌های مرتبط با عوامل اجتماعی: این نظریه‌ها، نقش عوامل اجتماعی و محیطی را در بروز قلدری بررسی می‌کنند. عوامل اجتماعی‌ای که می‌توانند به قلدری کمک کنند، عبارتند از: خانواده، گروه همسالان، مدرسه، فضای مدرسه و رسانه‌ها (نمایش خشونت و قلدری در رسانه‌ها می‌تواند به ترویج این رفتارها کمک کند).

۳. نظریه‌های یادگیری اجتماعی: این نظریه‌ها بر نقش یادگیری از طریق مشاهده و تقلید در بروز قلدری تأکید دارند. به عبارت دیگر، کودکان از طریق مشاهده رفتارهای قلدرانه دیگران و دریافت پاداش‌های احتمالی برای این رفتارها، قلدری را می‌آموزند.

۴. نظریه‌های تعامل‌گرایانه: این نظریه‌ها به تعامل بین ویژگی‌های فردی قلدر و عوامل محیطی می‌پردازد. آنها معتقدند که قلدری، نتیجه تعامل پیچیده‌ای بین ویژگی‌های فردی و عوامل اجتماعی و محیطی است.

لازم به ذکر است که هیچ نظریه واحدی نمی‌تواند به طور کامل قلدری را توضیح دهد. قلدری، رفتاری پیچیده است که عوامل مختلفی در بروز آن نقش دارد و درک کامل آن، نیازمند بررسی همه این عوامل است. همچنین برخی ویژگی‌های شخصیتی و روان‌شناختی نیز ممکن است با رفتارهای قلدری مرتبط باشد (ر.ک: چنگ و دیگران، ۲۰۱۱). در این زمینه، اسپریگز و همکاران (۲۰۰۷) بر این باورند که رفتار قلدری در مدرسه، بیشتر از قربانی شدن یا نقش قلدر/قربانی بودن، با عوامل خانوادگی، همسالان و شرایط مدرسه (مانند عملکرد تحصیلی پایین، رضایت تحصیلی کم و احساس ناایمنی در مدرسه) مرتبط است.

افراد قلدر معمولاً در مدارس، سازگاری کمتری از خود نشان می‌دهند که این خود منجر به بروز مشکلات تحصیلی زیادی می‌شود. این افراد اغلب از مدرسه، بیشتر نفرت دارند و این وضعیت می‌تواند باعث ایجاد مشکلاتی در سازگاری دیگر دانش‌آموزان، به‌ویژه قربانیان گردد (ر.ک: نجاری و دیگران، ۱۳۹۷). قلدری می‌تواند در فرد زورگو، عزت نفس کاذبی ایجاد کند و احساس قدرت و اهمیت او را تقویت کند که این احساس ممکن است او را به ادامه این رفتار ترغیب کند (نامور و دیگران، ۱۳۹۹: ۱۵).

روش پژوهش

در این مقاله از روش مرور نظام‌مند^۱ یا مرور سیستماتیک^۲ بهره برده‌ایم. امروزه جامعه علمی و تصمیم‌گیرندگان در سراسر جهان، مرور سیستماتیک را در بسیاری از

حوزه‌های علمی به طور گسترده‌ای پذیرفته‌اند. تحلیل کیفی، فرآیندی میان‌رشته‌ای، چندپارادایمی، چند روش تفسیری و طبیعت‌گراست که این امکان را فراهم می‌آورد تا پدیده‌ها و فرآیندهای اجتماعی به طور عمیق و معنادار بررسی شوند. مرور سیستماتیک در حقیقت مطالعه‌ای مشاهده‌ای است که روی مطالعات موجود و پیشین انجام‌شده صورت می‌گیرد (سراجزاده و باقری، ۱۳۹۶: ۱۳۴).

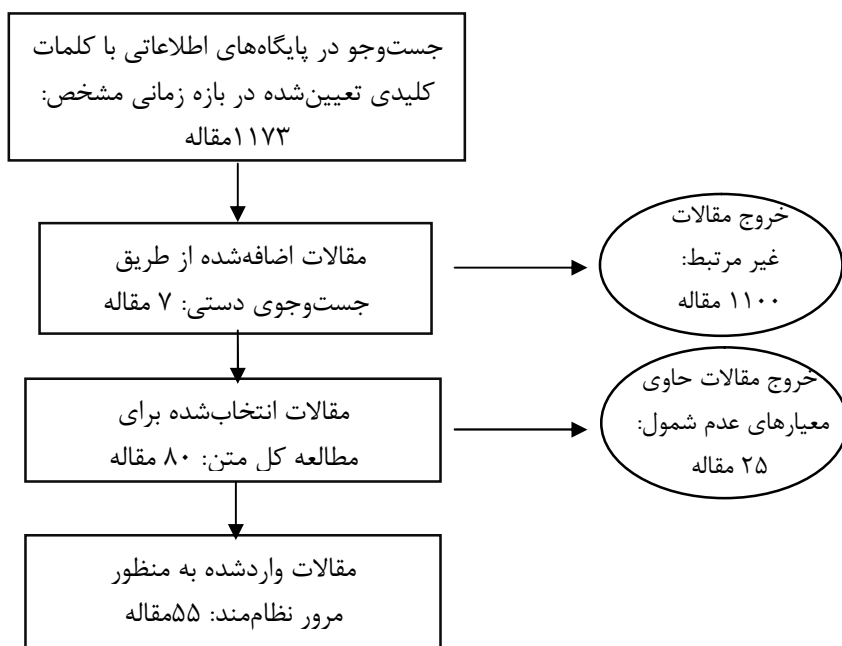
جامعه آماری مقاله حاضر، کلیه مطالعات درباره قلدری در مدارس ابتدایی، است. مطالعاتی در این مرور جای گرفته‌اند که به صورت برخط منتشر شده‌اند و شامل مقالات علمی و پژوهشی در دهه‌های اخیر است. در مطالعه حاضر، با استفاده از کلیدواژه‌های فارسی «قلدری»، «قربانی»، «قلدری در دانش‌آموزان ابتدایی»، در پایگاه اطلاعات علمی ایران با کلیدواژه‌ها در بانک‌های اطلاعاتی، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (Scientific Information Database_Sid)، بانک اطلاعات نشریات کشوری (Magiran) و Noormags جست‌وجو شد. همچنین کلیدواژه‌های انگلیسی «Bulling» و «Elementaryrogram» و «Education» که در پایگاه‌های اطلاعاتی گوگل اسکالر^۱ و ساینس دایرکت^۲ جست‌وجو شده که تعداد ۱۱۷۳ مطالعه یافت گردید.

علاوه بر این جست‌وجوی دستی و بررسی کامل منابع مقالات برای یافتن آثاری که از طریق جست‌وجوی الکترونیکی قابل دسترسی نبودند، بررسی و تعداد هفت مقاله به صورت دستی اضافه شد. از کل مقالات به دست آمده پس از بررسی عناوین مقالات و چکیده آنها، مقالاتی که دارای معیارهای عدم مشمول^۳ مانند در دسترس نبودن متن کامل آنها، نوشته شدن به زبانی به جز فارسی و انگلیسی، مرتبط نبودن با حوزه آموزش و پرورش، کنار گذاشته شد و از این تعداد، هشتاد مقاله به طور کامل مطالعه شد. پس از بررسی مقالات و در نظر گرفتن معیارهای خروج، در نهایت ۵۵ پژوهش (۲۳ مقاله خارجی و ۳۲ مقاله داخلی) وارد مرحله اصلی پژوهش شده، تجزیه و تحلیل شدند که در شکل ۱ مشاهده می‌کنید.

برای درک بهتر مسئله قلدری، به محتوای پژوهش‌ها مراجعه شد. ابتدا اهداف،

1. Google Scholar
2. Science Direct
3. declusion Criterion

سؤالات، ادبیات اصلی، چارچوب نظری، فرضیه‌ها، روش تحقیق، متغیرهای مستقل و وابسته، یافته‌ها و نتایج پژوهش‌ها، بازخوانی و سپس مفاهیم کدگذاری شد. این کدها بر اساس تم‌های اصلی هر پژوهش دسته‌بندی شد و پس از بازبینی مجدد، تم‌ها به روش کیفی تحلیل شد و در نهایت در قالب جداول تک‌بعدی نمایش داده شد. تنظیم جداول کمی برای ارائه شفاف‌تر مفاهیم و یافته‌ها انجام شد.



شکل ۱- آمار مقالات

یافته‌های پژوهش

مطالعه‌های انجام‌شده در این می‌ب‌ح‌ث را می‌توان بر اساس موضوع‌های گوناگون دسته‌بندی نمود. با مرور زمان انتشار و فراوانی منشورات می‌توان الگوهای مشخصی را در افزایش یا کاهش تعداد پژوهش‌ها مشاهده کرد که نشان‌دهنده توجه روزافزون پژوهشگران به این مسئله اجتماعی مهم است. جدول زیر به ترتیب زمانی، تعداد پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه قلدری در مدارس ابتدایی را نشان می‌دهد و اهمیت این کار در ارائه دیدی جامع نسبت به روند تغییرات و تحولات تحقیقات در این زمینه را

نمایان می‌سازد. با توجه به افزایش تعداد مقالات مربوط به قلدری، به نظر می‌رسد که پژوهشگران، توجه بیشتری به این پدیده نشان داده‌اند و به شناسایی علل و عوامل مؤثر بر بروز قلدری و همچنین ارائه تدابیر و مداخلات برای کاهش آن اهتمام ورزیده‌اند. این توجه روزافزون نشان‌دهنده اهمیت موضوع قلدری در نظام‌های آموزشی و اجتماعی است و می‌تواند به ارتقای کیفیت زندگی و سلامت روانی دانش‌آموزان کمک کند.

جدول ۱- تعداد مطالعات انجام‌شده برحسب دوره زمانی

خارجی	داخلی	تعداد مطالعات انجام‌شده در بازه زمانی ۵ سال
۵	-	پیش از ۱۳۸۵ (پیش از ۲۰۰۵)
۱۱	۲	۱۳۸۵-۱۳۹۰ (۲۰۰۶-۲۰۱۱)
۴	۹	۱۳۹۰-۱۳۹۵ (۲۰۱۱-۲۰۱۶)
۳	۱۴	۱۳۹۵-۱۴۰۰ (۲۰۱۶-۲۰۲۱)
-	۷	۱۴۰۰-۱۴۰۳ (۲۰۲۱-۲۰۲۴)

در زمینه قلدری و مدیریت آن، چندین رویکرد روانشناختی وجود دارد که می‌تواند برای پیشگیری و درمان قلدری در کودکان مقطع ابتدایی مؤثر باشد. همانگونه که در جدول آمده، مقالات بررسی شده از رویکردهای مختلف به مسئله قلدری پرداخته‌اند. در ادامه به برخی از این رویکردها اشاره می‌شود. بیشترین رویکرد دیدگاه پیوند اجتماعی بیشترین رویکرد استفاده شده در مطالعات داخلی و خارجی بوده است که ۱۹ مقاله داخلی و ۱۴ مقاله خارجی از آن بهره گرفته‌اند. پس از این رویکرد، رویکرد روانشناسی مثبت گرا از اقبال بیشتری در مطالعات داخلی و خارجی برخوردار بوده است.

جدول ۲- تعداد مطالعه‌های انجام‌شده درباره رویکردهای انسانی و شناختی

ردیف	رویکرد انسانی - شناختی	تعداد مقالات بررسی شده (داخلی)	تعداد مقالات بررسی شده (خارجی)
۱	رویکرد ارتقای امید	۵	۴
۲	رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا	۸	۴
۳	دیدگاه پیوند اجتماعی	۱۹	۱۴

نگاهی به جدول بالا نشان می‌دهد که رویکردهای مرتبط با قلدری، اندک هستند؛ ولی استفاده از آنها می‌تواند مفهومی مستقل و مؤثر در رشد و توسعه فردی و اجتماعی شناخته شده، در چارچوب‌های مختلف روان‌شناسی به کار رود. رویکرد شناختی آموزش ارتقای امید اسنایدر که به عنوان رویکردی نو در روان‌شناسی مثبت‌نگر شناخته می‌شود، بر هدف‌گذاری فرد برای مواجهه با مسائل زندگی و تعیین مسیرهایی برای رسیدن به این اهداف و مقابله با چالش‌ها تمرکز دارد. این رویکرد می‌تواند به تبدیل احساس ناامیدی فرد به امید و افزایش عزت نفس، خودکارآمدی و احساس ارزشمندی کمک کند (ر.ک: Snyder, 2009).

در این زمینه، تفکرات عامل به عنوان جزء انگیزشی نظریه امید شناخته می‌شود و به فرد اطمینان می‌دهد که قادر است تلاش‌های لازم برای پیگیری مسیرهای مشخص را آغاز کرده و تحمل کند. این نوع تفکرات، شناخت‌های فرد را درباره توانایی‌اش برای شروع و ادامه رفتارهای هدف‌محور تغییر می‌دهد و با جمله‌هایی مانند «من می‌توانم این کار را انجام دهم» یا «من از ادامه کار منصرف نخواهم شد» بیان می‌شود (ر.ک: Snyder et al, 1998). امید در این شرایط به تقویت مثبت‌اندیشی، اعتماد به نفس، خودارزشی و خودکنترلی می‌انجامد. این عوامل باعث افزایش تاب‌آوری روان‌شناختی فرد می‌شود، به طوری که او در برابر فشارهای روانی، مقاومت بیشتری نشان می‌دهد و احساس کنترل بیشتری بر رویدادهای زندگی خود دارد (ر.ک: صفرزاده، ۱۳۹۱). پیشنهاد می‌شود برنامه‌های شناختی برای ارتقای امید به عنوان بخشی از دوره‌های آموزش ضمن خدمت مشاوران مدارس گنجانده شود، تا آنها بتوانند از این برنامه‌ها بهره‌برداری کرده، توانمندی‌های

شناختی، عاطفی و رفتاری دانش‌آموزان را بهبود بخشند (حسینی و دیگران، ۱۴۰۲: ۴۷). در طول دهه گذشته، روان‌شناسی مثبت به یکی از گرایش‌های اصلی در علم روان‌شناسی تبدیل شده و به سرعت جایگاه ویژه‌ای در این حوزه یافته است. روان‌شناسان مثبت‌نگر بر اهمیت برقراری نوعی توازن و تعادل تأکید دارند؛ تعادلی که در آن نقاط قوت و ضعف افراد به طور هم‌زمان مورد توجه و درک قرار گیرد (نصیری و جوکار، ۱۳۷۸: ۱۶۱). برای اینکه دانش‌آموزان به روحیه مثبت‌نگر نسبت به خود، دیگران و جهان پیرامون دست یابند و خود را مفید و مؤثر بدانند، نیاز دارند که زندگی‌شان را با افکار روشن، دیدگاه واقع‌بینانه و اطمینان بیشتری سپری کنند. بنابراین نیاز به مداخله و آموزش به‌ویژه برای آنها، بیش از هر زمان دیگری احساس می‌شود تا بتوانند با امید و انگیزه بیشتری به تحصیل ادامه دهند (صفا‌آرا و معظم‌آبادی، ۱۳۹۶: ۱۶۴).

شواهد پژوهشی نیز نشان داده است که پیوند ضعیف با مدرسه به عنوان بعدی از پیوند اجتماعی، خطری برای بروز قلدری مدرسه‌محور است؛ به گونه‌ای که وابستگی کم به مدرسه و معلم، مشارکت تحصیلی ضعیف و عدم تعهد به قوانین مدرسه، به عنوان ویژگی‌های دانش‌آموزان قلدر مطرح شده است (ر.ک: محبی و دیگران، ۱۳۹۷). هر چقدر پیوند اجتماعی ضعیف باشد، به همان اندازه رفتارهای ضد اجتماعی بیشتر می‌شود. پژوهشگران پیشنهاد کرده‌اند که معلمان از راهبردهای مدیریت کلاسی مثبت، روش‌های آموزشی فعال و یادگیری مشارکتی در کنار حمایت از همسالان استفاده کنند تا پیوند دانش‌آموزان با مدرسه و مشارکت تحصیلی آنها افزایش یابد (همان، ۱۳۹۶: ۱۴۹). بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که ارتباط عاطفی بین نوجوان و افراد شناخته‌شده‌ای مانند معلمان و همسالان غیر انحرافی، به همراه شرکت در فعالیت‌های فوق برنامه، زمان در دسترس نوجوان برای مشارکت در رفتارهای انحرافی را کاهش می‌دهد و در عین حال سرمایه‌گذاری او را برای سازگاری با جامعه و به عبارتی پیوند اجتماعی‌اش را افزایش می‌دهد (Hirschi, 1969: 55). علاوه بر این روان‌شناسان رفتاری معتقدند که داشتن ادراک مثبت و مطمئن از جو مدرسه، علاوه بر ایجاد محیطی سازنده برای یادگیری کارآمد، باعث ایجاد حس احترام متقابل بین همسالان، حس قوی از تعقل به مدرسه و ادراک از هماهنگی محیط مدرسه می‌شود.

جدول شماره (۳)، مطالعه‌های انجام شده در حوزه مورد بررسی را برحسب موضوع اصلی نشان می‌دهد. لازم به ذکر است که سه مقاله (دو مقاله داخلی و یک مقاله خارجی) درباره روش سیستماتیک بوده، در این مقوله گنجانده نمی‌شود و در مجموع ۵۲ مقاله طبقه‌بندی شد.

جدول ۳- تعداد مطالعات انجام شده برحسب موضوع اصلی

ردیف	موضوع اصلی	تعداد مطالعات	
		داخلی	خارجی
۱	قلدری و روابط اجتماعی	۵	۲
۲	آموزش شناختی بر ارتقای امید و کاهش قربانی	۵	۱
۳	ارتباط سبک‌های هویت با رفتارهای قلدری	۴	۱
۴	کنترل استرس دانش‌آموزان	۱	۰
۵	حل مسئله و تصمیم‌گیری	۳	۲
۶	روش‌های مداخله در قلدری	۱	۳
۷	تحلیل عملکرد قلدری	۳	۱
۸	نقش معلمان در پیشگیری از قلدری	۳	۶
۹	کودک‌آزاری و بی‌توجهی	۲	۲
۱۰	مدیریت کلاس درس	۲	۲
۱۱	نقش شدت مزاحمت سایبری درک‌شده	۱	۲
جمع کل		۳۰	۲۲

همان‌طور که در جدول (۳) آمده است، مطالعه‌های انجام‌شده بیشتر در حوزه راهبردی قلدری است و کمک می‌کند تا روند توسعه و توجه به موضوع قلدری در مدارس ابتدایی را بررسی کنید. نتیجه پژوهش بروسارد و نورتاپ (۱۹۹۷) بیانگر اثربخشی تقویت افتراقی همسالان بر افزایش رفتار مطلوب و تأثیر خاموشی بر کاهش اختلال‌های رفتاری مخرب کودکان بوده است. در این زمینه، روس و هورنر (۲۰۱۴) معتقدند که طرح حمایت رفتاری مثبت به دلیل اینکه باعث افزایش پاسخ‌های مناسب تماشاگرها و قربانیان قلدری می‌شود و این امر احتمال تقویت رفتار پرخاشگرانه توسط همسالان را

در حیات مدرسه کاهش می‌دهد، در نتیجه مداخله اثربخش است. السن (۲۰۱۰) معتقد است که قلدری در خلأ اتفاق نمی‌افتد و عوامل مختلفی در بروز آن نقش دارند که یکی از مهم‌ترین آنها، نحوه مدیریت کلاسی معلم و واکنش او به رفتارهای نامطلوب دانش‌آموزان است. عده‌ای دیگر از پژوهشگران نیز با اشاره به نقش همسالان در بروز رویدادهای قلدری، به این نکته اشاره کرده‌اند که همسالان به‌ویژه طرفداران قلدر از طریق تشویق و کمک‌رسانی، به تأیید رفتار قلدرها در مدرسه می‌پردازند که این مسئله بر ضرورت توجه به نقش تماشاگرها در مداخله‌های قلدری اشاره دارد.

در راستای توسعه راهکارهای جامع و مؤثر برای مقابله با قلدری و بهبود محیط‌های آموزشی، جدول شماره (۴) به دسته‌بندی موضوعی مطالعات انجام‌شده در حوزه قلدری در مدارس ابتدایی بر اساس موضوعات مختلف می‌پردازد. اهمیت این جدول در ارائه نمای کلی و سازمان‌یافته از پژوهش‌های موجود است که به محققان و سیاست‌گذاران کمک می‌کند تا به‌راحتی به اطلاعات مورد نیاز خود دسترسی یابند.

جدول ۴- مطالعات انجام‌شده بر حسب موضوع (علل، پیامدها و راهکارها)

سال	نویسنده / نویسندگان	داخلی/خارجی	
۱۴۰۳	داداش‌زاده و دیگران	داخلی	علل
۱۴۰۳	پورطالب و گرگری		
۱۴۰۳	رخشانی‌نژاد و نیک‌منش		
۱۳۹۹	نامور و دیگران		
۱۳۹۵	فرمانی		
۱۳۹۷	سام‌خانینی و سوکی		
۲۰۱۱	چنگ و دیگران	خارجی	
۲۰۱۰	یورتال و آرتوت		
۲۰۰۷	اسپریگز و دیگران		
۲۰۱۷	علیوردی‌نیا و دیگران	داخلی	پیامد
۱۳۹۹	بهرامی و دیگران		
۱۳۹۷	نجاری و دیگران		
۱۳۹۵	پورطالب و میرنسب		

۲۰۱۱	فیلیپ و دیگران	خارجی	راهکار
۲۰۱۷	کواک و دیگران		
۱۴۰۳	نجف‌آبادی و دیگران	داخلی	
۱۴۰۳	دارابی و دیگران		
۱۴۰۲	حسینی و بدری گرگری		
۱۴۰۲	حسینی و دیگران		
۱۴۰۰	احسانی و دیگران		
۱۳۹۷	مرادی و دیگران		
۱۳۹۶	محبی و دیگران		
۱۳۹۶	حاج‌حسینی و دیگران		
۱۳۹۵	تاجری		
۱۳۹۵	گل‌پرور و رحیم بدری		
۱۳۹۴	روحانی و دیگران		
۱۳۹۴	گل‌پرور و دیگران		
۱۳۹۲	حسین‌خانزاده و دیگران		
۱۳۹۱	صفرزاده		
۱۳۸۹	قلعه‌شاهی		
۱۳۸۷	نصیری و جوکار		
۲۰۱۴	روس و هورنر	خارجی	
۲۰۱۰	الن		
۲۰۰۹	اسنایدر		
۲۰۰۵	هریسون		
۲۰۰۵	میشنا و دیگران		
۱۹۹۸	اسنایدر و دیگران		
۱۹۶۹	هیرسچی		

درمان قلدری نه‌تنها برای قربانیان آن ضروری است، بلکه برای کل سیستم اجتماعی شامل خانواده‌ها، مدارس و جوامع نیز اهمیت دارد. هرگونه اقدام برای درمان می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی کودکان، افزایش احساس امنیت و تقویت روابط اجتماعی منجر

شود. به همین دلیل، تمرکز بر درمان و مداخلات مؤثر در این زمینه، اهمیت ویژه‌ای دارد. بیان داستان‌ها و قصه‌گویی^۱ برای کودکان، فرصتی را فراهم می‌آورد تا با قهرمان داستان، همانندسازی کنند. کودکان با پیامدهای تصمیم‌های قهرمان آشنا شده، در موقعیت‌های مشابه تلاش می‌کنند تا با اتخاذ رفتار مناسب از عواقب نامطلوب فاصله بگیرند. به این ترتیب رفتارهای نامناسب در آنها کاهش می‌یابد (نامور و دیگران، ۱۳۹۹: ۱۵). افزایش رفتارها و تعاملات اجتماعی به‌ویژه با همسالان نیز سبب گسترش توانمندی عاطفی و هیجانی این کودکان می‌شود و بدین صورت قلدری آنان نیز کاهش می‌یابد (ر.ک: سبحانی نجف‌آبادی و دیگران، ۱۴۰۳).

مدل تروپ و لاد (۲۰۰۲)، باورهای معلمان درباره قلدری را به سه دسته تقسیم می‌کند:

۱. باورهای شجاعانه: معلمان معتقدند که دانش‌آموز با اعتماد به نفس و توانایی دفاع از خود، از قلدری مصون می‌ماند.

۲. باورهای هنجاری: معلمان باور دارند که قلدری و قربانی شدن به دانش‌آموزان در یادگیری هنجارهای اجتماعی کمک می‌کند.

۳. باورهای اجتنابی: معلمان معتقدند که دوری کردن از قلدر، دانش‌آموز را از آسیب حفظ می‌کند.

یون و گیلچرست (۲۰۰۶) تأکید کرده‌اند که واکنش‌های معلمان در مواجهه با قلدری، فرایندی پیچیده است که از ترکیب ویژگی‌های شخصیتی و شرایط محیطی نشأت می‌گیرد و نیاز به مداخلات متعددی دارد تا ماهیت متغیرهای مؤثر در این مداخلات شناسایی شود. در طراحی برنامه‌های آموزش ضمن خدمت برای معلمان در زمینه مدیریت بدرفتاری‌های کلاسی، باید به باورها و نگرش‌های معلمان در کنار ارتقای خودکارآمدی توجه شود. اصلاح درک نادرست معلمان از قلدری ضروری است، زیرا تحقیقات نشان داده است که خودکارآمدی به‌تنهایی نمی‌تواند روش‌های مقابله با قلدری را به‌درستی پیش‌بینی کند (ر.ک: گل‌پرور و دیگران، ۱۳۹۴).

گل‌پرور و رحیم‌بدری (۱۳۹۵) دریافته‌اند که میزان آگاهی و اعتقادات معلمان درباره ماهیت رفتارهای قلدری دانش‌آموزان قلدر بر انتخاب استراتژی‌هایی که آنها برای اداره

کلاس به کار می‌گیرند، تأثیرگذار است و همچنین در طراحی برنامه‌های مقابله با قلدری مبتنی بر مدرسه، باید ارتقای آگاهی و درک معلمان نسبت به پدیده‌های رفتاری کلاس مانند قلدری و شیوه‌های مؤثر برای مدیریت آنها در کلاس مورد توجه قرار گیرد. معلمان، نقش اصلی در مقابله با بدرفتاری‌های کلاس دارند. حال با توجه به فراگیری قلدری در مدارس و اهمیت اصلاح آن از کودکی و همچنین نقش پررنگ معلم در جریان پیشگیری یا کاهش آن، چه راهبردهایی می‌تواند به معلمان در این زمینه کمک کند؟ مهارت‌های زندگی، یکی از مفاهیم کلیدی در آموزش و پرورش است که به عنوان ابزاری برای سازگاری اجتماعی و پیشگیری از قلدری مورد توجه قرار می‌گیرد. این نوع برنامه‌ها در پیشگیری از مخاطرات سلامت، به طور کلی به تمام جنبه‌های زندگی نوجوانان توجه دارد (قلعه‌شاهی، ۱۳۸۹: ۱۴۵). در آموزش مهارت‌های زندگی به فرد یاد داده می‌شود که به روش درست، مسائل و مشکلات خود را حل کرده، تصمیم‌های صحیحی اتخاذ کند، بدون آنکه به خود یا دیگران ضرر برساند (حسین‌خانزاده و دیگران، ۱۳۹۲: ۵۵۱).

آموزش مدیریت استرس به نوجوانان از طریق پرورش قابلیت انطباق با فشار روانی و پرورش مقابله مسئله‌مدار، به فرد کمک می‌کند تا هنگام روبرویی با موانع و مشکلات زندگی، عملکرد بهتری داشته باشد و برابر ناکامی و پرخاشگری و رفتارهای مخرب و خشن مقاومت می‌کند (حاج‌حسینی و دیگران، ۱۳۹۶: ۱۵۳). قابلیت حل مسئله به افراد کمک می‌کند تا چالش‌های زندگی را بهتر مدیریت کنند. درمان‌های شناختی- رفتاری، با آموزش روش فکر کردن در مواجهه با مشکلات (به جای آموزش نوع فکر)، به نوعی روش حل مسئله محسوب می‌شود. تحقیقات نشان داده است که این نوع آموزش، مشکلات رفتاری نوجوانان را کاهش داده، روابط همسالان را بهبود بخشیده و رفتارهای ایذایی را کم می‌کند (تاجری، ۱۳۹۵: ۴۰).

خودراهبری، وضعیتی روانی است که در آن دانش‌آموز احساس می‌کند که مسئولیت خود، فرایند یادگیری و رفتارهای خود را به عهده دارد. یادگیری خودراهبری با تمرکز بر جریان‌های شناختی‌ای که فرد از آنها آگاه است (مانند خودمختاری و استقلال)، موجب تسهیل فرایندهایی چون برنامه‌ریزی، خودارزیابی، پرسش‌گری و بازنگری می‌شود و به طور کلی به تقویت یادگیری فراشناختی کمک می‌کند (مرادی و دیگران، ۱۳۹۷: ۸۶).

اسکینر (۱۹۵۳) خود-مدیریتی را به‌کارگیری اصول رفتاری برای تغییر رفتار توسط

خود فرد تعریف کرده است. او معتقد است که برای کاهش فراوانی رفتارهای مشکل‌آفرین، باید پیامدها و تقویت‌کننده‌های آن تغییر یابد (ر.ک: Skinner, 1938)؛ به طوری که ارائه تقویت‌کننده برای رفتارهای مطلوب به جای رفتارهای سازمان‌نیافته قبلی، می‌تواند به جایگزینی رفتار جدید کمک کند. راهبردهای خود-مدیریتی شامل دامنه‌ای وسیع از فنون خود-نظارتی تا خود-تقویتی می‌شود (ر.ک: Harrison, 2005). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که معلمان و همسالان، تأثیر زیادی در تنظیم تقویت‌کننده‌های محیطی و کاهش رفتارهای مشکل‌آفرین دارند. آموزش رفتارهای جایگزین به دانش‌آموزان قلدر با استفاده از روش‌های خودمدیریتی، به همراه تقویت این رفتارها و مدیریت رفتاری مطلوب توسط همسالان و معلمان، به طور همزمان موجب کاهش قلدری جسمانی و زد و خورد در کودکان شده است (ر.ک: محبی و دیگران، ۱۳۹۷). با توجه به نتایج تحقیقات به‌دست‌آمده به شیوه فراتحلیل از مقالات مرتبط، علل، پیامدها و راهکارها و همچنین رتبه‌بندی آنها در جدول شماره ۵، ۶ و ۷ بیان می‌گردد.

جدول ۵- رتبه‌بندی عوامل مؤثر در قلدری

رتبه	فراوانی	صاحبان اثر	علل
۱	۵	پورطالبی و گرگری (۱۴۰۳) اسپریگز و دیگران (۲۰۰۷) حاج‌حسینی و دیگران (۱۳۹۶) پورطالب و میرنسب (۱۳۹۵) چنگ و دیگران (۲۰۱۱)	جنس و جنه
۳	۳	پورطالبی و گرگری (۱۴۰۳) پورطالب و میرنسب (۱۳۹۵) چنگ و دیگران (۲۰۱۱)	سطح تحصیلات والدین
۱	۵	پورطالبی و گرگری (۱۴۰۳) فرمانی (۱۳۹۵) رخشانی‌نژاد و نیک‌منش (۱۴۰۳) اسپریگز و دیگران (۲۰۰۷) فیلیپ و دیگران (۲۰۱۱)	سیک استبدادی والدین در فرزندپروری

۴	۲	پورطالبی و گرگری (۱۴۰۳) نامور و دیگران (۱۳۹۹)	سبک دلبستگی ناایمن
۴	۲	پورطالبی و گرگری (۱۴۰۳) نامور و دیگران (۱۳۹۹)	فقر
۵	۱	پورطالبی و گرگری (۱۴۰۳)	خشونت خانگی
۳	۳	پورطالبی و گرگری (۱۴۰۳) پورطالب و میرنسب (۱۳۹۵) چنگ و دیگران (۲۰۱۱)	مهاجرت
۲	۴	پورطالبی و گرگری (۱۴۰۳) رخشانی نژاد و نیک‌منش (۱۴۰۳) پورطالب و میرنسب (۱۳۹۵) چنگ و دیگران (۲۰۱۱)	تغییر مدرسه
۵	۱	پورطالبی و گرگری (۱۴۰۳)	خودکنترلی پایین
۲	۴	فرمانی (۱۳۹۵) یورتال و آرتوت (۲۰۱۰) اسپریگز و دیگران (۲۰۰۷) داداش‌زاده و دیگران (۱۴۰۳)	جو حاکم بر مدرسه
۴	۲	فرمانی (۱۳۹۵) سام‌خانیانی و سوکی (۱۳۹۷)	نگرش معلمان
۴	۲	نامور و دیگران (۱۳۹۹) داداش‌زاده و دیگران (۱۴۰۳)	احساس قدرت و مهم بودن
۵	۱	داداش‌زاده و دیگران (۱۴۰۳)	تخریب شخصیت

با توجه به نتایج به دست آمده، مهم‌ترین علل بروز قلدری در مدارس دوره ابتدایی، جنس و جثه هم‌زمان با سبک‌های استبدادی والدین در فرزندپروری است. عواملی چون تغییر مدرسه و جو حاکم بر آن مدرسه در رتبه دوم قرار می‌گیرد.

جدول ۶- رتبه‌بندی پیامدهای پدیده قلدری

رتبه	فراوانی	صاحبان اثر	پیامدها
۳	۷	پورطالبی و گرگری (۱۴۰۳)/ فرمانی (۱۳۹۵) علیوردی‌نیا و دیگران (۱۳۹۴)؛ بهرامی و دیگران (۱۳۹۹)؛ نجاری و دیگران (۱۳۹۷)؛ حاج حسینی و دیگران (۱۳۹۶)؛ محبی و دیگران (۱۳۹۶)	مشکلات فیزیکی
۴	۶	پورطالبی و گرگری (۱۴۰۳)؛ اسپریگز و دیگران (۲۰۰۷)؛ علیوردی‌نیا و دیگران (۱۳۹۴)؛ نجاری و دیگران (۱۳۹۷)؛ حاج حسینی و دیگران (۱۳۹۶)؛ بندک و دیگران (۱۳۹۹)	مشکلات روانی
۵	۵	پورطالبی و گرگری (۱۴۰۳)؛ حاج حسینی و دیگران (۱۳۹۶)؛ علیوردی‌نیا و دیگران (۱۳۹۴)؛ داداش‌زاده و دیگران (۱۴۰۳)؛ پورطالب و میرنسب (۱۳۹۵)	افکار یا قصد خودکشی
۳	۷	پورطالبی و گرگری (۱۴۰۳)؛ فرمانی (۱۳۹۵) علیوردی‌نیا و دیگران (۱۳۹۴)؛ بهرامی و دیگران (۱۳۹۹)؛ فیلیپ و دیگران (۲۰۱۱)؛ گل‌پرور و بدری (۱۳۹۵)؛ محبی و دیگران (۱۳۹۶)	ترک تحصیل
۸	۲	پورطالبی و گرگری (۱۴۰۳) علیوردی‌نیا و دیگران (۱۳۹۴)	رفتار و تفکر مجرمانه
۱	۱۲	پورطالبی و گرگری (۱۴۰۳)؛ فرمانی (۱۳۹۵) علیوردی‌نیا و دیگران (۱۳۹۴)؛ بهرامی و دیگران (۱۳۹۹)؛ یانگ و دیگران (۲۰۰۶)؛ نجاری و دیگران (۱۳۹۷)؛ حاج حسینی و دیگران (۱۳۹۶)؛ تاجری (۱۳۹۵)؛ محبی و دیگران (۱۳۹۶)؛ داداش‌زاده و دیگران (۱۴۰۳)؛ پورطالب و میرنسب (۱۳۹۵)؛ بندک و دیگران (۱۳۹۹)	افسردگی
۲	۸	پورطالبی و گرگری (۱۴۰۳)؛ علیوردی‌نیا و	اضطراب

		دیگران (۱۳۹۴)؛ بهرامی و دیگران (۱۳۹۹)؛ فیلیپ و دیگران (۲۰۱۱)؛ گل پرور و بدری (۱۳۹۵)؛ محبی و دیگران (۱۳۹۶)؛ پورطالب و میرنسب (۱۳۹۵)؛ بندک و دیگران (۱۳۹۹)	
۸	۲	پورطالبی و گرگری (۱۴۰۳) علیوردی نیا و دیگران (۱۳۹۴)	پرخاشگری
۶	۴	فرمانی (۱۳۹۵)؛ گل پرور و بدری (۱۳۹۵)؛ نجاری و دیگران (۱۳۹۷)؛ پورطالب و میرنسب (۱۳۹۵)	اعتماد به نفس پایین
۷	۳	اسپریگز و دیگران (۲۰۰۷)؛ حاج حسینی و دیگران (۱۳۹۶)؛ علیوردی نیا و دیگران (۱۳۹۴)	اعتیاد
۴	۶	رخشانی نژاد و نیک منش (۱۴۰۳)؛ اسپریگز و دیگران (۲۰۰۷)؛ بهرامی و دیگران (۱۳۹۹)؛ نجاری و دیگران (۱۳۹۷)؛ فیلیپ و دیگران (۲۰۱۱)؛ داداش زاده و دیگران (۱۴۰۳)	طرد شدن اجتماعی
۸	۲	بهرامی و دیگران (۱۳۹۹)؛ فیلیپ و دیگران (۲۰۱۱)	مشارکت نکردن در فعالیت های کلاسی
۹	۱	نجاری و دیگران (۱۳۹۷)	عملکرد ضعیف در مدرسه و محل کار

همان طور که در جدول بالا آمده است، محققین ۱۳ پیامد برای قلدری احصا نموده اند که قابل دسته بندی به پیامدهای مرتبط با سلامت جسمی (فیزیکی، اعتیاد)، روانی (اضطراب، پرخاشگری، افسردگی، اعتماد به نفس پایین، افکار یا قصد خودکشی، مشکلات روانی)، اجتماعی (رفتار و تفکر مجرمانه، طرد شدن اجتماعی، ترک تحصیل)، ارتباطات اجتماعی (عملکرد ضعیف در مدرسه و محل کار، مشارکت نکردن در فعالیت های کلاسی) هستند. بدین ترتیب بر مبنای مطالعات بررسی شده، قلدری رفتاری است که ابعاد مختلف زندگی فرد را در زمان حال و آینده متأثر می سازد.

جدول ۷- رتبه بندی راهکارهای کاهش پدیده قلدری

رتبه	فراوانی	صاحبان اثر	راهکار
۷	۱	نجف‌آبادی و دیگران (۱۴۰۳)	آموزش خودشفقتی
۲	۷	نجف‌آبادی و دیگران (۱۴۰۳)؛ نفر و دیگران (۱۴۰۱)؛ حاج حسینی و دیگران (۱۳۹۶)؛ تاجری (۱۳۹۵)؛ مرادی و دیگران (۱۳۹۷)؛ نامور و دیگران (۱۳۹۸)؛ دارابی و دیگران (۱۴۰۳)	مهارت حل مسئله
۵	۳	حاج حسینی و دیگران (۱۳۹۶)	مهارت تصمیم‌گیری
۷	۱	سبحانی نجف‌آبادی و دیگران (۱۴۰۳)	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
۴	۴	نجف‌آبادی و دیگران (۱۴۰۳)؛ نفر و دیگران (۱۴۰۱)؛ حاج حسینی و دیگران (۱۳۹۶)؛ بندک و دیگران (۱۳۹۹)	مهارت‌های زندگی
۷	۱	نجف‌آبادی و دیگران (۱۴۰۳)	ذهن‌آگاهی مبتنی بر کودک
۶	۲	محبی و دیگران (۱۳۹۸)؛ حسینی و دیگران (۱۳۹۴)	مداخله رفتاری
۴	۴	حسینی و دیگران (۱۳۹۴)؛ حاج حسینی و دیگران (۱۳۹۶)؛ محبی و دیگران (۱۳۹۶)	مداخله آموزشی
۵	۳	محبی و دیگران (۱۳۹۸)؛ حسینی و دیگران (۱۳۹۴)؛ محبی و دیگران (۱۳۹۶)	برنامه مدرسه‌محور
۶	۲	محبی و دیگران (۱۳۹۷)؛ محبی و دیگران (۱۳۹۶)	مهارت خودمدیریتی
۱	۸	محبی و دیگران (۱۳۹۷)؛ حاج حسینی و دیگران (۱۳۹۶)؛ بندک و دیگران (۱۳۹۹)؛ تاجری (۱۳۹۵)؛ مرادی و دیگران (۱۳۹۷)؛ محبی و دیگران (۱۳۹۶)؛ علیوردی‌نیا و سهرابی (۱۳۹۴)؛ نجاری و دیگران (۱۳۹۷)	مهارت‌های اجتماعی و سازگاری اجتماعی

۱	۸	حسینی و دیگران (۱۳۹۴)؛ نامداری و دیگران (۱۳۸۹)؛ نفر و دیگران (۱۴۰۱)؛ حاج حسینی و دیگران (۱۳۹۶)؛ احسانی و دیگران (۱۴۰۰)؛ صف‌آرا و معظم‌آبادی (۱۳۹۶)؛ دارابی و دیگران (۱۴۰۳)؛ علیوردی‌نیا و سهرابی (۱۳۹۴)	+
۵	۳	حاج حسینی و دیگران (۱۳۹۶)؛ مرادی و دیگران (۱۳۹۷)؛ احسانی و دیگران (۱۴۰۰)	مهارت کنترل استرس و خشم
۳	۵	بندک و دیگران (۱۳۹۹)؛ حاج حسینی و دیگران (۱۳۹۶)؛ نفر و دیگران (۱۴۰۱)؛ تاجری (۱۳۹۵)	مهارت ارتباط بین‌فردی
۳	۵	مرادی و دیگران (۱۳۹۷)؛ حاج حسینی و دیگران (۱۳۹۶)؛ بندک و دیگران (۱۳۹۹)؛ گل‌پرور و دیگران (۱۳۹۲)	آموزش همدلی
۶	۲	مرادی و دیگران (۱۳۹۷)؛ تاجری (۱۳۹۵)	مهارت جرأت‌ورزی
۳	۵	مرادی و دیگران (۱۳۹۷)؛ نامور و دیگران (۱۳۹۹)؛ گل‌پرور و دیگران (۱۳۹۲)؛ حسینی و گرگری (۱۴۰۲)؛ بهرامی و دیگران (۱۳۹۹)	مدیریت هیجان
۷	۱	مرادی و دیگران (۱۳۹۷)	مداخله درمانی - تربیتی
۷	۱	محبی و دیگران (۱۳۹۶)	مداخلات چندجانبه کنش‌محور
۷	۱	نامور و دیگران (۱۳۹۸)	قصه‌درمانی
۷	۱	صف‌آرا و معظم‌آبادی (۱۳۹۶)	روان‌شناسی مثبت‌گرا
۶	۲	گل‌پرور و دیگران (۱۳۹۲)؛ سام‌خانیانی و سوکی (۱۳۹۷)	خودکارآمدی معلمان
۷	۱	بهرامی و دیگران (۱۳۹۹)	روش‌های مدیریت رفتاری والدین

با توجه به جدول بالا، راهکارهای متنوع و متکثری برای مواجهه با قلدری مطرح شده است که از پرتکرارترین این راهکارها، مهارت‌های اجتماعی و سازگاری اجتماعی است که در ۸ مطالعه به آن تاکید شده است. دومین راهکار پرتکرار در مطالعات، مهارت حل مسئله است که در ۷ مطالعه به آن پرداخته شده است. آموزش همدلی و مهارت ارتباط بین فردی از دیگر راهکارهایی است که در کاهش قلدری حائز اهمیت است. افزایش احساس کفایت و ارزشمندی و خودکارآمدی، جزء مهم‌ترین راهکارها در پیشگیری و درمان قلدری محسوب می‌شود.

نتیجه‌گیری

آموزش و پرورش، محیطی است که در آن اهداف تربیتی، فرهنگی و اخلاقی دنبال می‌شود. یکی از چالش‌های بزرگ مدارس، مسئله قلدری است که از زمان پیدایش مدارس به شکل امروزی، همواره وجود داشته است (حسینی و بدری گرگری، ۱۴۰۲: ۴۵). این مطالعه با استفاده از روش بررسی سیستماتیک نشان داد که میزان شیوع قلدری در مطالعات صورت‌گرفته به میزان متفاوت گزارش شده است (ر.ک: Polanin & Vera, 2013). یافته‌ها نشان می‌دهد که توجه به قلدری در مطالعات داخلی در سالهای اخیر افزایش داشته این در حالی است که میزان پرداختن مطالعات خارجی به موضوع با روند کاهشی همراه بوده است. محتمل است افزایش قلدری در مدارس کشور علت افزایش توجه محققین داخلی به موضوع باشد.

این مطالعه نشان می‌دهد در کنار ویژگی‌های جسمی دانش‌آموزان، سبک‌های تربیتی عامل مهمی در ایجاد و ظهور قلدری است. طبق تحلیل‌ها و جداول عرضه‌شده (۵، ۶ و ۷)، مهم‌ترین علل قلدری با بیشترین فراوانی در پژوهش‌های انجام‌شده، جنس و جثه و سبک استبدادی والدین در فرزندپروری است. طبق بررسی‌های انجام‌شده، آمار قلدری در پسران بیشتر از دختران است که با توجه به ویژگی‌های جنسیتی، دور از تصور نیست. همچنین کودکانی با جثه‌های ریزتر، مستعد قربانی شدن و کودکانی با جثه‌های قوی‌تر، مستعد قلدری کردن هستند. انواع سبک‌های فرزندپروری والدین در شکل‌گیری شخصیت کودکان مؤثر است. سبک استبدادی می‌تواند زمینه را برای تقویت یا ایجاد خصایص قلدری و زورگویی در کودکان ایجاد کند؛ به طوری که کودکان،

عقد‌های حاصل از والدین را بر سر کودکان کوچک‌تر از خود خالی می‌کنند. با توجه به یافته‌های این بررسی، مهم‌ترین پیامد قلدری، قابل دسته بندی به ابعاد روانشناختی (افسردگی) و جامعه شناختی است؛ و مهم‌ترین راهکار، مهارت‌های اجتماعی و سازگاری اجتماعی و افزایش احساس کفایت، ارزشمندی و خودکفایی است. کودکان قربانی قلدری به دلیل فشارهای روانی و اجتماعی، اغلب دچار افسردگی می‌شوند و برخی حتی به سمت خودکشی کشیده می‌شوند. از آنجایی که قلدری، آسیبی اجتماعی محسوب می‌شود، واکنش دادن کودکان به مهارت و سازگاری‌های اجتماعی می‌تواند آنها را از قربانی/ قلدری شدن جلوگیری کند. بسیاری از کودکان به دلیل جبران احساس سرخوردگی و تحقیر، دست به قلدری می‌زنند. بنابراین تقویت احساس خودکفایی و ارزشمندی می‌تواند راهکار مناسبی برای پیشگیری و درمان در این قشر باشد. سایر علل، پیامد و راهکارهای ذکر شده در جداول با ضریب فراوانی کمتر، در مراتب پایین‌تر اهمیت قرار می‌گیرند.

حال با توجه به شواهد و یافته‌های موجود در زمینه قلدری در مدارس، می‌توان گفت که این پدیده، به عنوان چالشی جدی در نظام آموزشی مطرح است. در بسیاری از کشورها، مؤسسات مختلفی برای ارائه خدمات مقابله با قلدری یا توقف آن از طریق آموزش مهارت‌های زندگی به مردم ایجاد شده است. این در حالی است که در جامعه ما، بحث درباره قلدری در مدارس و دیگر محیط‌های اجتماعی به طور مؤثر و گسترده‌ای مطرح نمی‌شود (حاج‌حسینی و دیگران، ۱۳۹۶: ۱۶۸). مطالعات انجام‌شده در ایران نشان می‌دهد که معلمان، نقشی کلیدی در پیشگیری و متوقف کردن رفتارهای ناسازگار در کلاس دارند. با این حال پژوهش‌ها نشان می‌دهد که معلمان یا آگاهی و کارآمدی لازم برای مدیریت قلدری را ندارند یا به دلیل نگرانی از توانایی‌های خود، این رفتارها را نادیده می‌گیرند. ناآگاهی و ناکارآمدی معلمان باعث شکل‌گیری باورها و نگرش‌های نادرست درباره قلدری و در نهایت استفاده از راهبردهای ناکارآمد برای مقابله با آن می‌شود که اغلب به ادامه مشکلات میان همسالان منتهی می‌شود. شواهد نظری و پژوهشی موجود، لزوم توجه به متغیرهای مهم در مواجهه مؤثر معلمان با پدیده قلدری را نشان می‌دهد؛ زیرا شناخت این متغیرها و روابط میان آنها می‌تواند در طراحی

برنامه‌های حرفه‌ای و تخصصی پیش از خدمت و ضمن خدمت برای آماده‌سازی معلمان در مواجهه با مسائل کلاس مؤثر باشد (گل‌پرور و دیگران، ۱۳۹۴:۱۳۰).

برای ایجاد تغییرات اثرگذار در این زمینه و بهبود وضعیت موجود، پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود:

۱. گنجانیدن مهارت‌های زندگی در برنامه درسی: طراحی و اجرای محتوای آموزشی که شامل مهارت‌های ارتباطی، مدیریت هیجانات، همدلی و توانایی حل مسئله است. این مهارت‌ها می‌تواند به دانش‌آموزان در کاهش رفتارهای قلدری و ارتقای تعاملات مثبت کمک کند.

۲. آموزش و توانمندسازی معلمان: برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای معلمان با محوریت شناخت قلدری، فنون پیشگیری و مدیریت این رفتارها.

۳. تشویق همکاری با والدین: ایجاد برنامه‌های مشاوره و آگاهی برای والدین که شامل شناسایی رفتارهای قلدری و راه‌های حمایت از فرزندانشان باشد. همکاری نزدیک میان مدارس و خانواده‌ها می‌تواند محیطی حمایتی برای دانش‌آموزان ایجاد کند.

۴. فراهم کردن بسترهای آموزشی جذاب: برگزاری اردوهای طبیعت‌گردی و نمایش‌های هنری که به توسعه مهارت‌های زندگی و روابط اجتماعی مثبت کمک کند. این فعالیت‌ها می‌تواند فضای یادگیری را جذاب‌تر کرده، حس همبستگی و تعامل میان دانش‌آموزان را افزایش دهد.

۵. ایجاد سیستم‌های گزارش‌دهی و حمایت از قربانیان: راه‌اندازی سیستم‌های محرمانه برای دانش‌آموزان برای گزارش رفتارهای قلدری و دریافت حمایت‌های لازم. این روش می‌تواند به قربانیان اطمینان دهد که صدای آنان شنیده می‌شود و آنها حمایت دریافت خواهند کرد.

۶. پژوهش و ارزیابی مداوم: تأکید بر انجام تحقیقات مستمر درباره رفتارهای قلدری و تأثیر برنامه‌های آموزشی بر کاهش این پدیده. داده‌های به‌دست‌آمده می‌تواند به توسعه سیاست‌ها و برنامه‌های آموزشی مؤثر کمک کند.

با اجرای این پیشنهادهای می‌توان به ترویج محیط‌های امن و سالم در مدارس دست

یافت و از بروز و انتشار رفتارهای قلدری جلوگیری کرد. این اقدامات نه تنها به کاهش قلدری کمک می‌کند، بلکه به رشد و پیشرفت شخصیت دانش‌آموزان و ایجاد جامعه‌ای بهتر و سالم‌تر نیز منجر خواهد شد.

منابع

- احسانی، ابوالفضل و دیگران (۱۴۰۰) «تأثیر مداخله کنترل استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی و خوش‌بینی دانش‌آموزان»، علوم پزشکی رازی، مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، سال بیست‌وهشتم، شماره ۸، صص ۹۰-۹۸.
- اسکندری، حسین و الهام اسحق (۱۳۹۹) «بررسی رابطه مصرف بازی‌های رایانه‌ای و قلدری آموزشی در بین دانش‌آموزان دوره ابتدایی»، فصلنامه روان‌شناسی تربیتی، سال شانزدهم، شماره ۵۸، صص ۲۸۷-۳۱۳.
- بندک، موسی و دیگران (۱۳۹۹) «اثر بخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر سازگاری اجتماعی و کاهش قلدری دانش‌آموزان ورزشکار مقطع متوسطه اول شهر تهران»، مجله علمی علوم حرکتی و رفتاری، سال سوم، شماره ۱، صص ۷۹-۸۹.
- بهرامی، منصوره و دیگران (۱۳۹۹) «تأثیر الگوی آموزش مدیریت والدین بر کاهش قلدری و بهبود تنظیم شناختی هیجان دانش‌آموزان»، فصلنامه سلامت روان کودکان، سال هفتم، شماره ۱، صص ۱۵۵-۱۶۷.
- بیرامی، منصور و دیگران (۱۳۹۴) «تبیین راهبردهای مدیریت قلدری بر اساس خودکارآمدی معلمان: نقش میانجی‌گرایی‌ها و باورها و نگرش‌های معلمان درباره قلدری دانش‌آموزان»، پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، سال پنجم، شماره ۱، صص ۱۰۷-۱۲۰.
- پورطالبی، نرگس و رحیم بدری گرگری (۱۴۰۳) «پیش‌بینی قلدری دانش‌آموزان متوسطه: نقش خودکنترلی و فرصت‌های رفتاری»، فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، سال نوزدهم، شماره ۷۳، صص ۱-۹.
- پورطالبی، نرگس و میرمحمود میرنسب (۱۳۹۵) «مقایسه سبک‌های هویت دانش‌آموزان با رفتارهای قلدری، قربانی و دانش‌آموزان عادی»، نشریه علمی-پژوهشی آموزش و ارزشیابی، سال نهم، شماره ۳۶، صص ۱۳۱-۱۴۵.
- تاجری، بیوک (۱۳۹۵) «اثر بخشی آموزش مهارت حل مسئله بر حساسیت بین‌فردی و پرخاشگری دانش‌آموزان»، مجله روان‌شناسی مدرسه، دوره پنجم، شماره ۳، صص ۳۹-۵۵.
- حاج حسینی، منصوره و دیگران (۱۳۹۶) «آموزش مهارت‌های زندگی در هنرستان‌ها: راهبردی ضروری و مؤثر جهت کاهش پرخاشگری قلدری»، نشریه آموزش و ارزشیابی، سال دهم، شماره ۴۰، صص ۱۵۱-۱۶۹.
- حسین‌خانزاده، عباسعلی و دیگران (۱۳۹۲) «تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر میزان اضطراب و

- پرخاشگری دانشجویان»، مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، سال دوازدهم، شماره ۷، صص ۵۴۵-۵۵۸.
- حسینی، سید عدنان و رحیم بدری گرگری (۱۴۰۲) «اثربخشی آموزش خودتنظیمی هیجانی بر کاهش قلدری دانش‌آموزان پسر مدارس دوره دوم متوسطه»، فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، سال هجدهم، شماره ۷۰، صص ۴۱-۴۸.
- حسینی، سید عدنان و دیگران (۱۳۹۴) «اثربخشی آموزش شناختی ارتقای امید در کاهش میزان قربانی شدن ناشی از قلدری دانش‌آموزان»، فصلنامه روان‌شناسی تربیتی، سال یازدهم، شماره ۳۷، صص ۱-۱۹.
- داداش‌زاده، مجید و دیگران (۱۴۰۳) «شناسایی عوامل زمینه‌ای مؤثر بر قلدری دانش‌آموزان در مدرسه: رویکرد تحلیل آمیخته»، مطالعات روان‌شناسی تربیتی، سال بیست‌ویکم، شماره ۵۴، صص ۱-۲۸.
- دارابی، کوروش و دیگران (۱۴۰۳) «مقایسه اثربخشی آموزش راهبردهای خودتنظیمی و آموزش مهارت حل مسئله بر خودکارآمدی و انگیزه تحصیلی دانش‌آموزان پسر پایه دهم»، فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی، سال پانزدهم، شماره ۱، صص ۱۹-۳۶.
- رخشانی‌نژاد، ریحانه و زهرا نیک‌منش (۱۴۰۳) «نقش ادراک شایستگی و خودآگاهی هیجانی در پیش‌بینی رفتارهای قلدری دانش‌آموزان»، مطالعات روان‌شناسی تربیتی، سال بیست‌ویکم، شماره ۵۵، صص ۱-۲۱.
- روحانی، هادی و دیگران (۱۳۹۴) «اثربخشی آموزش مهارت‌های تصمیم‌گیری بر کاهش اضطراب امتحان در میان دانش‌آموزان»، همایش ملی سوادآموزی و ارتقای سلامت، ایران: خراسان رضوی-مشهد.
- سام‌خانیانی، طاهره و سپیده سوکی (۱۳۹۷) «اثربخشی آموزش مدیریت رفتار کلاسی به معلمان بر کاهش علائم کاستی توجه/فزون‌کنشی و قلدری دانش‌آموزان»، فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، سال دوازدهم، شماره ۲ (پیاپی ۴۶)، صص ۳۰۳-۳۱۶.
- سبحانی نجف‌آبادی، و دیگران (۱۴۰۳) «اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی کودک‌محور بر اضطراب اجتماعی و قلدری دانش‌آموزان پسر پرخاشگر»، مجله علوم پزشکی صدرا، دوره دوازدهم، شماره ۲، صص ۳۷۹-۳۹۰.
- سراج‌زاده، سید حسین و لیلا باقری (۱۳۹۶) «تحلیل نظام‌مند پژوهش‌های سبک زندگی بعد از دهه ۸۰»، مطالعات فرهنگ-ارتباطات، سال هجدهم، شماره ۳۷، صص ۱۳۱-۱۶۲.
- شیوندی چلیچه، کامران و دیگران (۱۴۰۰) «بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی (حل مسئله و تصمیم‌گیری) بر هوش فردی، عشق به یادگیری و خودکنترلی در دانش‌آموزان پسر»، انجمن جامعه‌شناسی آموزش و پرورش ایران، سال هشتم، شماره ۲، صص ۶۶-۵۷.
- صفا‌آرا، مریم و محبوبه معظم‌آبادی (۱۳۹۶) «اثربخشی آموزش مثبت‌اندیشی بر کاهش زورگویی و افزایش

استقلال عاطفی نوجوانان شهر طبس»، مطالعات روان‌شناسی بالینی، سال هشتم، شماره ۲۹، صص ۱۶۱-۱۷۶.

صفرزاده، حسین و اعظم‌تدین و مریم حرمحمدی (۱۳۹۱) بررسی تأثیر استراتژی‌های مدیریت دانش بر نوآوری و عملکرد سازمانی (مطالعه موردی مراکز بهداشتی و درمانی شمال فارس)، طلوع بهداشت، ۱۱ (۱ مسلسل ۳۴)، صص ۷۶-۸۶.

علیوردی‌نیا، اکبر و مریم سهرابی (۱۳۹۴) «تحلیل اجتماعی قلدری در میان دانش‌آموزان (مطالعه موردی: دوره متوسطه شهر ساری)»، مطالعات توسعه اجتماعی-فرهنگی، سال چهارم، شماره ۱، صص ۹-۳۹.

فرمانی، سعید (۱۳۹۵) «قلدری در مدرسه، بررسی مداخله زودهنگام پدیده قلدری دانش‌آموزان»، رشد آموزش مشاور مدرسه، شماره ۴۵، صص ۳۶-۴۰.

قلعه‌شاهی، ضیاع‌الله (۱۳۸۹) «رویکردی جامعه‌شناختی به فلسفه آداب و مهارت‌های زندگی»، مجله رشد آموزش علوم اجتماعی، شماره ۲۳، صص ۱۸-۴۸.

گل‌پرور، فرشته و رحیم بدری (۱۳۹۵) «تحلیل کانونی رابطه باورهای معلمان درباره قلدری دانش‌آموزان با راهبردهای مدیریت در کلاس»، مجله مطالعات روان‌شناسی تربیتی، سال سیزدهم، شماره ۲۴، صص ۱۲۷-۱۵۰.

محبی، مینا و دیگران (۱۳۹۶) «کاهش قلدری جسمانی و بهبود شایستگی اجتماعی در دانش‌آموزان: از سنجش کنشی رفتار تا طراحی مداخله رفتاری»، فصلنامه روان‌شناسی تربیتی، سال سیزدهم، شماره ۴۶، صص ۱۴۵-۱۷۰.

----- (۱۳۹۷) «طراحی و ارزیابی اثربخشی مداخله رفتاری بر کاهش قلدری جسمانی و بهبود پیوند با مدرسه در دانش‌آموزان: روی‌آورد مدرسه‌محور»، فصلنامه سلامت روان کودک، دوره ششم، شماره ۳، صص ۱۴-۱.

مرادی، امیر و دیگران (۱۳۹۷) «بررسی تأثیر آموزش گروهی مدیریت خشم بر افزایش خودراهبری دانش‌آموزان دوره متوسطه اول»، فصلنامه پژوهشنامه تربیتی، سال سیزدهم، شماره ۵۵، صص ۸۵-۱۱۰.

نامور، مژگان و دیگران (۱۳۹۹) «اثربخشی قصه‌درمانی بر قلدری و زورگویی در کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست»، فصلنامه مددکاری اجتماعی، سال نهم، شماره ۴، صص ۱۳-۲۰.

نامداری، کوروش و دیگران (۱۳۸۹) «تأثیر آموزش شناختی ارتقای امید بر توانمندی‌های شخصیتی مراجعین افسرده‌خو»، مجله روان‌شناسی بالینی، شماره ۳، صص ۲۱-۳۴.

نجاری، مسعود و دیگران (۱۳۹۷) «تدوین برنامه آموزشی سازگاری اجتماعی و اثربخشی آن بر میزان قلدری دانش‌آموزان پسر»، پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، سال هشتم، شماره ۲۹، صص ۴۳-۵۸.

نصیری، حبیب‌الله و بهرام جوکار (۱۳۸۷) «معناداری زندگی، امید، رضایت از زندگی و سلامت روان و زنان»، پژوهش زنان، سال ششم، شماره ۲، صص ۱۵۷-۱۷۶.

- Allen KP. (2010) Classroom management, bullying, and teacher practices. *Professional Educator*.; 34(1):1-15.
- Bandura, A. (1997) *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: Freeman.
- Broussard C, Northup J. (1997) The use of functional analysis to develop peer interventions for disruptive classroom behavior. *Sch Psychol Q.*; 12(1): 65-76.
- Camacho S, Hassanein K, Head M. (2018) Cyberbullying impacts on victims' satisfaction with information and communication technologies: The role of perceived cyberbullying severity. *Inf Manage.*; 55(4):494-507.
- Cheng Y.-Y. & Chen, L.-M., (2011) «Prevalence of school bullying among secondary students in Taiwan: Measurements with and without a specific definition of bullying», *School Psychology International*, 34(6): 707-720.
- Felipe MT, García S de O, Babarro JM, Arias RM. (2011) Social characteristics in bullying typology: Digging Deeper into description of bully-victim. *Procedia Soc Behav Sci.*; 29: 869-878.
- Harrison, H. C. (2005) *The three-contingency model of self-management*
- Hirschi T. (1969) *Causes of delinquency*. University of California Press, Berkeley,; pp: 1-309
- Kwak M, (2017) Oh I. Comparison of psychological and social characteristics among traditional, cyber, Combined bullies, and non-involved. *Sch Psychol Int.*; 38(6): 608-627
- Mishna, F., Scarcello, I., Pepler, D. and Wiener, G. (2005) Teachers' Understanding of Bullying. *Journal of Education*, 28, (3), 718-738.
- Polanin, M. and Vera, E. (2013) "Bullying prevention and social justice".
- Ross SW, Horner RH. (2014) Bully prevention in positive behavior support: preliminary evaluation of third-, fourth-, and fifth-grade attitudes toward bullying. *Jemot Behav Disord.*; 22(4): 225-236
- Sanders, C.E. & Phye, G. D. (2004). *Bullying Implications for the Classroom*. Elsevier Academic Press, San Diego, California.
- Skinner, B. F. (1953) *Science and human behavior*. Simon and Schuster
- (1938) *Science and human behavior*. Simon and Schuster.
- Snyder, C. R. LaPointe, A. Bjeffrey Crowson, J. & Early, S. (1998) Preferences of high- and low-hope people for self-referential input. *Cognition & Emotion*, 12(6), 807-823.
- Snyder, C. R. (2009) Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13, 249-275.
- Spriggs, A. L., Iannotti, R. J., Nansel, T. R., & Haynie, D. L. (2007) Adolescent bullying involvement and perceived family, peer and school relations: Commonalities and differences across race/ethnicity. *Journal of Adolescent Health*, 43, 106-114.

- Troop, W. P. and Ladd, G.W. (2002) Teachers' Beliefs Regarding Peer Victimization and Their Intervention Practices. Poster presented at The Conference on Human Development, Charlotte, NC.
- Yoon, J. S. and Gilchrist, J. (2006) Elementary Teachers, Perceptions of Administrative Support in Working with Disruptive and Aggressive Students. *Journal of Education*, 123, (3), 564-569.
- Yurtal, F., & Artut, K. (2010) An investigation of school violence through Turkish children's. *Interpersonal Violence*, 25(1), 50-62.

فصلنامه علمی «پژوهش انحرافات و مسائل اجتماعی»

شماره دوازدهم، تابستان ۱۴۰۳: ۱۷۱-۱۴۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۱۶

نوع مقاله: پژوهشی

خوانش رویکردهای شیوع کرونا از نگاه اقشار اجتماعی در نسبت با تاب‌آوری اجتماعی

* علی حاتمی

** حسین نوری‌نیا

*** حسن پورنیک

چکیده

انسان در طول تاریخ در مواجهه با پدیده‌های طبیعی، تفاسیر گوناگونی ارائه داده است. در این تفاسیر تلاش شده تا به چرایی و عوامل شکل‌گیری مخاطره‌ها و رویدادها و سوانح و بحران‌های پیش‌آمده پاسخ داده شود. این عوامل را در یک تقسیم‌بندی کلی می‌توان در چهار گروه جای داد: الف) عوامل مرتبط با فرد (انسانی، ب) عوامل مرتبط با جامعه انسانی، ج) عوامل و قوانین طبیعی و د) عوامل ماوراءالطبیعی. جامعه ایرانی، رویکردهای مختلفی را نسبت به همه‌گیری کووید-۱۹ اتخاذ کرد؛ به گونه‌ای که می‌توان هر سه لایه و رویکرد را با قوت و ضعف در جامعه ایران پی گرفت. مقاله حاضر به دنبال بررسی و خوانش ترکیب رویکردهای موجود به شیوع کرونا در ایران در دوران شیوع است. برای پاسخ به این مسئله از روش تحلیل ثانویه و از داده‌های موج سوم پیمایش نگرش مردم تهران به ویروس کرونا استفاده شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که نگاه مردم به شیوع کرونا، عمدتاً نگاه الهیاتی و تقدیرگرایانه نیست. بیشتر شهروندان تهرانی،

* نویسنده مسئول: مربی پژوهشی گروه جامعه‌شناسی فرهنگی پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی
جهاددانشگاهی، تهران، ایران
alihatami@acecr.ac.ir

** مربی پژوهشی گروه جامعه‌شناسی فرهنگی پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی جهاددانشگاهی، تهران،
ایران
h.nourinia@acecr.ac.ir

*** استادیار گروه مطالعات فناوری و جامعه پژوهشگاه مطالعات فرهنگی اجتماعی و تمدنی، تهران، ایران

hpnik@yahoo.com



عامل شیوع و گسترش کرونا را به عامل انسانی و نهادی نسبت داده‌اند؛ همچنین جامعه ایران در مواقع بحرانی، توان بالای تاب‌آوری را نشان می‌دهد و تمایل به تداوم دارد تا گسست.

واژه‌های کلیدی: کرونا، فاجعه، عاملیت، افشار اجتماعی، تاب‌آوری اجتماعی.

مقدمه

با نگاهی به تاریخ دوران مدرن، چیزی که بیش از همه چشمگیر به نظر می‌رسد، رخداد‌های فاجعه‌باری است که دلایل طبیعی (مانند انواعی فجایع و بلایای طبیعی)، فن‌آورانه (مانند فاجعه چرنوبیل) یا تضادمحورانه (مانند جنگ) داشته‌اند. دامن‌گیری و فراوانی این وقایع نه تنها با پیشرفت فرایندهای مدرنیزاسیون و انواع دستاوردها و نوآوری‌های فن‌آورانه کاسته نشده است، بلکه اکنون به نظر می‌رسد که ابعاد بزرگ‌تر و پیامدهای پیش‌بینی‌نشده‌ای به همراه دارند؛ زیرا برخی از این رخدادها، زندگی اجتماعی را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهند و گاه پیامدهای آنها به مثابه مسئله اجتماعی رخ می‌نماید. از این‌رو جامعه‌شناسان ریسک استدلال کرده‌اند که برخلاف مدرنیته اولیه یا کلاسیک، در مدرنیته ثانویه یا متأخر، ریسک‌های ثانویه یا ریسک‌های ناشی از اقدامات پیشگیرانه موقعیت‌های بالقوه ریسک‌دار، بیشتر غالب هستند (ر.ک: بک، ۱۳۹۷؛ Beck et al, 1994).

اولریش بک نشان داده است که برای نخستین بار از زمان انقلاب صنعتی در مدرنیته متأخر، منطق تولید ریسک از منطق تولید ثروت پیشی گرفته است. از این‌رو جامعه همراه با مخاطره نیز با امور پیش‌بینی نشده، عدم قطعیت‌ها و تأثیرات بومرنگی تعریف می‌شود. در این میان، نه تنها عقلانیت ابزاری که در سراسر مدرنیته بر کنش‌های انسانی حاکم بوده و منطق زیربنایی تنظیمات اجتماعی کلان بوده و اکنون اطمینان‌بخشی خود را از دست داده است، بلکه دیدگاه‌های کارشناسان و نیز نهادهای مسئول نظارت، پیش‌بینی و کاهش مخاطره‌ها (ی بالقوه) به پرسش گرفته شده است. در این راستا، نظریه‌پردازان ریسک استدلال کرده‌اند که «فردیت‌یابی نهادی شده^۱» و «توانایی بازاندیشی^۲»، سازوکارهای اساسی برای کنار آمدن با و زندگی کردن در موقعیت‌های مخاطره‌ای روزافزون هستند.

در نظریه‌های ریسک، «توان بازاندیشانه افراد» به مثابه راه‌حلی برای مواجهه با وضعیت‌های پیش‌بینی نشده و پیامدهای فردی و جمعی‌شان معرفی می‌شود. در این میان، جامعه‌شناسی فاجعه^۳ به عنوان زیرشاخهٔ میان‌رشته‌ای جامعه‌شناسی به این

1. Institutionalized Individualism
2. Reflexivity
3. Sociology of disaster

موضوع علاقه‌مند است که ابعاد گوناگون فجایع اجتماعی را به لحاظ کمی و کیفی پژوهش کند و ابعاد گوناگون مناسبات فردی- روانی و اجتماعی برآمده از فجایع را بسنجد و راه‌کارهایی برای کاهش مصائب ناشی از فجایع ارائه دهد. از این منظر، در زیرشاخه جامعه‌شناسی، «فجایع» چنین تعریف می‌شود:

«[فجایع] رخدادهای تصادفی یا مهارناپذیر، حاضر و آماده یا تهدیدکننده هستند که باعث می‌شوند هر جامعه یا خرده‌نظام از قبیل اجتماع، زیان‌های انسانی و/ یا مادی ببیند یا دچار گسست جدی در برخی از کارکردهای اساسی مانند تأمین سرپناه، خوراک یا سلامت عمومی شوند» (Drabik & Drabik, 2019: 139).

به این ترتیب فجایع در بردارنده ابعاد گوناگون جامعه‌شناختی، اقتصادی، روان‌شناختی و جمعیتی هستند. افراد مختلف بر اساس خاستگاه اجتماعی- طبقاتی، سرمایه‌های فرهنگی و نوع باورمندی‌شان، پاسخ‌ها یا رهیافت‌های متفاوتی نسبت به فجایع اختیار می‌کنند. همه‌گیری کووید-۱۹ به مثابه یک بحران، زندگی مردم جهان را متأثر ساخت. با ورود ویروس کووید-۱۹ به ایران در بهمن ماه ۱۳۹۸، جامعه ایرانی، رویکردهای مختلفی را نسبت به این همه‌گیری کووید-۱۹ به مثابه مخاطره‌ای جدی اتخاذ کرد. مسئله اصلی مقاله حاضر بررسی و احصای رویکردها و عوامل موثر بر آن است. در این مقاله، با توجه به مباحث نظری، سه رویکرد اصلی بازشناسی می‌شود که افراد هنگام بروز همه‌گیری کرونا اتخاذ کرده بودند؛ الف) رویکردی که عاملیت را به امور مابعدالطبیعی ارجاع می‌دهد. ب) رویکردی که طبیعت را عامل اصلی می‌داند. ج) رویکردی که عملکرد انسانی- نهادی را در این زمینه نقش‌آفرین می‌داند (ر.ک: مهرآیین و کیان‌پور، ۱۳۹۶) و سپس می‌پرسد که چگونه می‌توان ابعاد تاب‌آوری اجتماعی جامعه را در چنین شرایطی مشخص و یا تبیین کرد.

پیشینه پژوهش

مقاله‌ها و پژوهش‌های چندی مرتبط با موضوع بلایا و فجایع موضوع قابل ردگیری است؛ از جمله حکمت‌پناه (۱۳۹۱) در مقاله «بررسی علل وقوع بلایا و حوادث طبیعی از دیدگاه قرآن و احادیث» اشاره می‌کند که بلاایای طبیعی، آیتی از آیات الهی است تا ما را

به تفکر و تدبیر بیشتر وادارد. از این دیدگاه بلایای طبیعی، نوعی آزمایش الهی و فرصتی برای به خود آمدن و شناخت واقعیت و حقایق زندگی است.

در مقاله‌ای که فجری (۱۳۸۸) با عنوان «بلاها و مصائب از دیدگاه اسلام» به چاپ رسانده است، علل وقوع بلایای طبیعی را از نظر اسلام (قرآن و روایات) ذیل چهار عنوان به بحث گذاشته است: الف) آزمایش الهی شامل امتحان عقیدتی، امتحان جانی، امتحان مالی و امتحان خانوادگی، ب) شکوفایی و تکامل، ج) حفظ و تقویت ایمان، د) پیشگیری و درمان شامل هشدار به انسان و سوق دادن او به جبران و تأدیب او.

مهرآیین و کیان‌پور (۱۳۹۶) در مقاله «رویکردهای نظری متفاوت به آسیب‌پذیری جامعه در برابر خطرات طبیعی»، با ارجاع به دیدگاه «گری استرن»، چهار رویکرد را در این زمینه مطرح کرده‌اند: ۱- رویکرد ماوراءالطبیعی و الهیاتی که در آن نیروهای آسمانی و خدایان در بروز مخاطره‌ها و رویدادها نقش دارند. ۲- رویکرد طبیعی که بر اساس آن، رخدادهای طبیعی باید شناخته و تبیین شوند و بر اساس دانش مهندسی و علمی مهار شوند. ۳- رویکرد عقلانیت بسته که در آن بر آموزش و آماده‌سازی مردم در برابر رخدادهای طبیعی مخاطره‌آمیز تأکید می‌شود. ۴- رویکرد نهادمحور که در آن فاجعه (طبیعی)، در چارچوب کنش اجتماعی و عملکرد نهادها فهمیده می‌شود.

ادبیات پژوهش انگلیسی‌زبان، دامنه وسیعی از مطالعه رخدادهای طبیعی و انسان-علت را در برمی‌گیرد که زیر مقوله کلی «جامعه‌شناسی فاجعه» جمع می‌شود. سابقه طولانی بلایای طبیعی ویرانگر در امریکا (مانند زمین‌لرزه ویرانگر شهر سانفرانسیسکو، ۱۹۰۶) باعث شده است مطالعات جامعه‌شناختی در این زمینه، پیشینه طولانی داشته باشد. در واقع نخستین پژوهش‌های جامعه‌شناختی در این زمینه به سال ۱۹۲۲ بازمی‌گردد. از سوی دیگر، وقوع جنگ جهانی دوم و پیامدهای ویرانگر آن برای نظامیان و خانواده‌های آنها و غیر نظامیان نیز موجب گسترش مطالعات فجایع تضادمحورانه (جنگ و...) در آمریکا و اروپا شد (Drabik & Drabik, 2019: 140).

موضوعات مرتبطی که پس از جنگ درباره آنها پژوهش شده است، گستره وسیعی از رویدادهای طبیعی، فن‌آورانه و تضادمحورانه را در برمی‌گیرد؛ از جمله رابطه همبستگی اجتماعی و گسترش دگرخواهی هنگام بروز فاجعه (ر.ک: Fritz, 1961; Collins, 2004).

بیمدهای روان‌شناختی فجایع برای افراد و خانواده و جامعه (ر.ک: Bonanno et al, 2010)، رابطه میان اعتماد اجتماعی و تاب‌آوری اجتماعی در دوره پس از فاجعه (ر.ک: Aldrich & Frailing & Harper, 2016; Barsky et al, 2014; Meyer, 2014) و امنیت و جرم پس از فاجعه (ر.ک: Barsky et al, 2014; Meyer, 2014). به این ترتیب به نظر می‌رسد که بررسی فجایع اجتماعی، یکی از شاخه‌های میان‌رشته‌ای پررونق و کاربردی است که با زندگی فردی و جمعی افراد در ارتباط مستقیم قرار دارد. این مرور کوتاه مطالعات و پژوهش‌های این حوزه خاطر نشان می‌سازد که این رشته هنوز در ایران جایگاه مستقلی نیافته است. از این رو با توجه به حادثه‌خیز بودن جغرافیایی ایران و رخداد‌های تضادمحورانه‌ای که امکان وقوع دارند، «جامعه‌شناسی فاجعه» نیازمند توجه پژوهشگران و نهاد و پژوهش‌های بیش، چندجانبه و میان‌رشته‌ای است.

مبانی نظری

فجایع یا خطرهای طبیعی، واجد ابعاد گوناگونی هستند و می‌توانند موضوع بحث‌های شاخه‌های مختلف علمی از جمله روان‌شناسی، جامعه‌شناسی، سیاست، مدیریت، اقتصاد و حتی الهیات قرار گیرند (ر.ک: Perry, 2018; Drabik & Drabik, 2019; Collins, 2004). بررسی‌های علمی نشان می‌دهد که مراحل فردی و یا جمعی رویارویی با هر «مخاطره» یا «فاجعه» به طور کلی چهار لایه دارد:

۱. **رویارویی با فاجعه:** در اینجا از سویی نحوه رویارویی افراد و خانواده‌ها با فجایع پیش‌رو و از سوی دیگر، نقش نهاد و سازمان‌های مسئول مورد توجه قرار می‌گیرد. در این راستا، نابرابری‌های اجتماعی نیز در نظر گرفته می‌شود. برای نمونه خانواده‌های ثروتمندتر نه تنها اطلاعات بیشتری درباره رویداد طبیعی پیش‌رو در اختیار دارند، بلکه به لحاظ مادی نیز می‌توانند امکانات پیشگیرانه بهتری فراهم کنند و آسیب را کاهش دهند.

۲. **واکنش‌ها و پاسخ‌ها به فاجعه:** افراد و گروه‌ها برحسب ویژگی‌های فردی و اجتماعی و موقعیت‌های اجتماعی‌شان، واکنش‌های مختلفی به فاجعه نشان می‌دهند. برای نمونه، افراد برحسب روحیه خودخواهی یا دگرخواهی (آمادگی

کمک به دیگران در مواقع خطر یا درگیر شدن در عملیات نجات آسیب‌دیدگان) در شرایط بروز مخاطره، رفتارهای متفاوتی نشان می‌دهند.

۳. **تجدید و بازسازی**^۱: توان فائق آمدن بر فاجعه و تلاش برای بازگرداندن زندگی به روال پیش از آن، به وضعیت و میزان «تاب‌آوری اجتماعی» جامعه بازمی‌گردد. تاب‌آوری موجب می‌شود تا فرد و جامعه، رویکردهای خود را نسبت به زندگی و آینده بازسازی کنند.

۴. **تسکین**^۲: بازسازی ویرانی‌ها و اتخاذ تدابیری برای پیش‌بینی و آمادگی برای مخاطرات آتی، گام نهایی است که می‌تواند به فرد و جامعه تسکین دهد (ر.ک: Drabik & Drabik, 2019; Aguirre & Lane, 2019; Aldrich & Meyer, 2014; Killian, 2002).

مراحل چهارگانه رویارویی و جذب و بازسازی هر فاجعه، معطوف به نوع رویکرد به فاجعه است. افراد برحسب رویکردهای گوناگون، به شیوه‌های مختلفی با این مراحل مواجه می‌شوند. به عبارتی نقطه اتکای افراد به فاجعه، با میزان تاب‌آوری آنان، ارتباط نزدیکی دارد. رویکرد غالب به فاجعه در جامعه نیز در نوع مواجهه و تاب‌آوری اجتماعی تأثیرگذار است. اگر تاب‌آوری اجتماعی را «توانایی جمعی یک اجتماع برای رویارویی با عوامل تنش‌زا و بازآفرینی مؤثر ضرب‌آهنگ‌های زندگی روزمره از راه عمل و همکاری» بدانیم (Aldrich & Meyer, 2014: 2)، آنگاه می‌توانیم در باب غلبه رویکرد به فاجعه در هر جامعه‌ای و نسبت آن با تاب‌آوری اجتماعی گفت‌وگو کنیم.

بر اساس مطالعات و مباحث مرتبط با فاجعه، سه رویکرد به فاجعه مطرح است که در هر رویکرد، یکی از عاملیت‌های سه‌گانه ارجحیت می‌یابد: عاملیت الهی، عاملیت انسانی و نهادی و عاملیت طبیعی.

الف) رویکرد عاملیت الهی یا مابعدالطبیعی، دیدگاهی کهن در تبیین رویدادهای مهم و تأثیرگذار بر زندگی است. از نگاه این رویکرد، فاجعه می‌تواند به عنوان آزمایش الهی، یا عقوبت نسبت به رفتار ناشایست و یا هشدار برای بازگشت به عمل شایسته تلقی شود. هدف این رویکرد، بازگرداندن انسان به راه درست، اصلاح رفتار او و افزایش اعتبار

ارزش‌های اخلاقی و دینی است (ر.ک: Johnstone, 2007). این رویکرد معمولاً معتقد است که بازگشت به دستورات الهی و اخلاقی و تقویت ایمان و دوری از کردارهای ناشایست و گناهان می‌تواند نقشی اساسی در کاهش بحران‌های مشابه در آینده داشته باشد (ر.ک: Ali, 2020). از دیدگاه جامعه‌شناختی، باورها و تفاسیر دینی و الهی به جامعه کمک می‌کنند تا به نوعی آرامش و امید دست یابند و با مفهوم‌سازی مشترکی از این بحران از سوی معتقدان و طرح این ایده که بحران‌ها و بلایا، بخشی از طرح و حکمت الهی هستند، انسان‌ها را به تقویت ایمان و بازنگری در رفتارها وادار کنند (ر.ک: Klein, 2000).

ب) رویکرد عاملیت طبیعی، دیدگاهی است که نگاهی زیست‌محیطی و اکولوژیکی به فاجعه دارد و بر آن است که فاجعه نتیجه تعاملات پیچیده‌ای میان انسان و محیط‌زیست هستند که به دو گونه بروز می‌یابد، یکی عملکرد طبیعی محیط‌زیست مانند زلزله، آتشفشان و ...، و دیگری دستکاری انسان در محیط زیست، مانند تخریب محیط‌زیست، تغییرات اقلیمی ناشی از آن، از بین بردن زیستگاه‌های طبیعی و افزایش تماس انسان با حیات وحش (ر.ک: Wallace, 2016). شیوع بیماری‌ها نیز از این دیدگاه، ناشی از اختلال در رابطه انسان با طبیعت که حتی می‌تواند موجب انتقال ویروس از محیط‌زیست به زندگی انسانی شود.

ج) رویکرد عاملیت انسانی و نهادی، دیدگاهی است برآمده از دوران جدید زندگی و شکل‌گیری جوامع نوین که با تأکید بر عوامل انسانی و ساختاری بر آن است که فجایع گوناگون از جمله شیوع بیماری‌ها، نتیجه تعاملات پیچیده و عملکرد نهادها، سیاست‌ها و ساختارهای اجتماعی و اقتصادی است. این رویکرد، ضمن طرح ایده مسئولیت‌های اجتماعی و نهادی در قبال فجایع، مهار بحران‌ها را نیز به جامعه و نهادهای اجتماعی بازمی‌گرداند (ر.ک: Giddens, 1984)؛ زیرا عواملی همچون نابرابری‌های اجتماعی، سیاست‌های اجتماعی، بی‌توجهی به توزیع عادلانه منابع و خدمات و نیز رفتارهای شخصی و اجتماعی که عمدتاً مبتنی بر عادات فرهنگی است، می‌توانند نقش مهمی در گسترش و تشدید بحران‌ها ایفا کنند (ر.ک: Farmer, 2001).

این دسته‌بندی سه‌گانه را مهرآیین و کیان‌پور (۱۳۹۶) نیز به کار گرفته‌اند. چنین به نظر می‌رسد که اعضای جامعه با توجه به جایگاه اجتماعی خود، نسبت متفاوتی با این رویکردها دارند. می‌توان اعضای جامعه را برحسب مجموعه‌ای از ویژگی‌ها در گروه‌های

اجتماعی متفاوتی قرار داد و برحسب آن تفاوت‌های موجود، رویکرد به فاجعه را شناسایی و تحلیل کرد. این ویژگی‌ها علاوه بر مقوله‌های و متغیرهای تقسیم افراد به گروه‌های اجتماعی مانند گروه‌های جنسی و سنی و فعالیتی و تحصیلی که برخی از آنان به‌نوعی بازنمایی قشربندی اجتماعی هستند، می‌تواند شامل ظرفیت‌های اجتماعی پیونددهنده که بازنمایی میزانی از تاب‌آوری اجتماعی است، شود.

مهم‌ترین ظرفیت در این زمینه، سرمایه اجتماعی است که عنصر مرکزی آن، اعتماد اجتماعی و کارکرد روابط اجتماعی در آن، میزان رضایت از آن رابطه است. از این‌رو با لحاظ این دو عنصر نیز می‌توان سطحی از تاب‌آوری اجتماعی را بازشناخت؛ زیرا توانایی جمعی در مواجهه با فاجعه و بازآفرینی و بازگشت به روال زندگی روزمره، در شرایط اعتماد اجتماعی و رضایت از رابطه یا عملکردها به صورت متفاوت بروز می‌کند که ارتباط نزدیکی با نوع رویکرد به فاجعه دارد. بنابراین این فرضیه را می‌توان در انداخت که در شرایط بروز فاجعه، رویکرد تقدیرگرا، تاب‌آوری بالاتری دارد؛ زیرا ضمن اعتماد بیشتر به سازمان‌های مرتبط با مقابله و مدیریت فاجعه، رضایت بالاتری نیز از عملکرد آنان دارند. در مقابل، رویکرد انسانی و نهادی که سازمان‌های مرتبط با مقابله و مدیریت فاجعه را در رخداد فاجعه سهیم می‌داند، تاب‌آوری کمتری در مقابل فاجعه دارد که خود را در اعتماد پایین و رضایت کم نسبت به سازمان‌های مرتبط نشان می‌دهد.

ویژگی‌های زمینه‌ای ← رهیافت‌های رویارویی ← تاب‌آوری اجتماعی
پاسخگویان با فاجعه (تداوم/گسست)

روش و داده‌ها

روش مطالعه در مقاله حاضر، «تحلیل ثانویه» است. در این نوع تحلیل، از داده‌های دیگر پژوهش‌ها برای تحلیل و پاسخ به پرسش پژوهش استفاده می‌شود. در مقاله حاضر، این تحلیل ثانویه متکی به داده‌های موج سوم پیمایش شهرداری تهران درباره شیوع کروناست. پژوهشگران بر آنند که «وقتی مجموعه‌ای از پیمایش‌های مقایسه‌ای را در فاصله زمانی مختلفی مورد تحلیل ثانویه قرار می‌دهیم، زمینه کم‌نظیری فراهم می‌آید که به

کمک آن می‌توان توصیفی تجربی از تغییرات بلندمدت ارائه کرد و با این شیوه، تحول پدیده‌ها در یک جامعه را بررسی کرد» (فرانکفورد و نجمیاس، ۱۳۹۰: ۴۴۲).

با شیوع کرونا در ایران، معاونت امور اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران، ده موج نظرسنجی درباره نگرش مردم به ویروس کرونا و سیاست‌های دولت در قبال آن و همچنین اثرات آن بر زندگی شهروندان در شهر تهران انجام داد. این نظرسنجی‌ها از اسفند ۱۳۹۸ تا اردیبهشت ۱۴۰۰ ادامه داشت. مقاله حاضر بر اساس داده‌های موج سوم نظرسنجی تدوین شده است که اطلاعات آن در روزهای ۱۶-۱۹ فروردین ۱۳۹۹، یعنی اواخر پیک اول کرونا در ایران جمع‌آوری شده بود.^(۱)

یافته‌های مطالعه

پاسخگویان در پیمایش‌های بررسی شده، نمونه‌ای از شهروندان تهرانی هستند که به صورت تصادفی انتخاب شدند. ۴۹.۵ درصد از این افراد، مرد و ۵۰.۵ درصد زن بودند. این نسبت، شباهت زیادی با نسبت مردان و زنان در شهر تهران دارد. میانگین سنی پاسخگویان، ۴۱.۷ سال است که به علت انتخاب افراد بالای ۱۸ سال از میانگین سنی شهروندان تهرانی، بالاتر است. نیمی از پاسخگویان تا ۳۹ سال و نیمی دیگر بیش از ۳۹ سال داشتند. همچنین بیشتر پاسخگویان (۴۷.۱ درصد)، تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۱۹.۳ درصد نیز با تحصیلات کمتر از دیپلم و ۳۳.۶ درصد دیپلمه بودند که تقریباً با نمونه نظرسنجی‌های شهر تهران، تفاوت معنادار ندارد. علاوه بر این ۲۷ درصد مجرد و ۶۸ درصد متأهل بودند. در ضمن ۴۵.۴ درصد از افراد نمونه، خود را شاغل، ۳۰.۵ درصد خانه‌دار، ۱۳ درصد بازنشسته، ۷.۵ درصد در حال تحصیل و ۳ درصد بیکار جویای کار معرفی کردند.

چنین افرادی که سیمای آنان تشریح شد، در زمان نظرسنجی، مواجهه و تجربه مستقیم با بیماری کرونا نداشتند. تنها ۳.۴ درصد از آنان بیان داشتند که حداقل یکی از اعضای خانواده آنها به کرونا مبتلا شده است. اما نگرانی از ابتلای به بیماری (توسط خود یا خانواده) در بین آنان بالا بوده است؛ به طوری که کمی بیش از نیمی از پاسخگویان (۵۱.۴ درصد)، این نگرانی را در حد زیاد بیان کردند. نسبت افراد با نگرانی زیاد به افراد با نگرانی کم، دو به یک بوده است؛ یعنی در مقابل هر دو نفر با نگرانی زیاد، یک نفر نگرانی کمی به ابتلای خود و خانواده به کرونا داشتند. این نگرانی، خود را در درخواست

کاهش فعالیت مردم در حوزه عمومی نشان می‌دهد؛ به طوری که حدود سه چهارم از پاسخگویان، خواهان تداوم خانه‌نشینی مردم تا زمان کنترل بیماری بودند. یک چهارم دیگر بر این نظر بودند که فعالیت‌های اقتصادی حتی با وجود کرونا باید تداوم داشته باشد تا مردم، درآمد و شغلشان را از دست ندهند؛ به‌ویژه آنکه بسیاری از افراد، تاب‌آوری اقتصادی خود را در حد زیاد نمی‌دانستند. ۳۳.۷ درصد پاسخگویان بیان داشتند که در حال حاضر از لحاظ اقتصادی با مشکل مواجه شده‌اند و نمی‌توانند این وضعیت اقتصادی را تحمل کنند. کمی بیش از دو پنجم (۴۴.۲ درصد) نیز تاب‌آوری اقتصادی خود را بین یک تا چهار ماه و بقیه پنج ماه و بیشتر اعلام کردند.

افراد مورد بررسی در این پیمایش که در سطور بالا، تیپولوژی آن به تصویر کشیده شد، با چنین تجربه و نگرانی‌ای از شیوع کرونا، عامل انسانی و اجتماعی را در شیوع و گسترش کرونا در ایران، بیش از عوامل طبیعی و ماوراءالطبیعی سهیم می‌دانستند. تنها ۱۳ درصد بر آن بودند که شیوع کرونا، نشانه خشم و غضب الهی نسبت به مردم است. اما نگرش به بیماری کرونا به عنوان پدیده‌ای طبیعی، در نسبت بیشتری از مردم قابل ردگیری است؛ به طوری که ۲۳.۷ درصد از پاسخگویان، چنین نظری داشتند.

با کنار گذاشتن حدود ۳۷ درصد از پاسخگویان که کرونا را ناشی از عمل خداوند یا ناشی از عمل طبیعت می‌دانستند، بقیه پاسخگویان، شیوع این بیماری را به عامل انسانی، چه در سطح فردی و چه در سطح اجتماعی ربط دادند. در این مقوله، سه رویکرد گنجانده شده است: شیوع کرونا ناشی از بی‌توجهی مردم به مراقبت‌های بهداشتی است؛ شیوع کرونا ناشی از ضعف و ناتوانی دولت‌ها و مدیران جامعه در کنترل بیماری است؛ و شیوع کرونا ناشی از توطئه برخی از کشورهاست. در مجموع ۶۳.۳ درصد از پاسخگویان در این سه رویکرد جای می‌گیرند که به عاملیت انسانی و ساختارهای اجتماعی در شیوع کرونا توجه دارند. در این میان نقش دولت‌ها و ضعف و ناتوانی آنها در کنترل کرونا که موجب شیوع بیشتر آن در جامعه شده است، بیشترین فراوانی را داشته است و ۲۷.۷ درصد از پاسخگویان چنین نظری داشتند. ۱۸.۸ درصد نیز مردم را به دلیل رعایت نکردن نکات بهداشتی و ضعف مراقبت‌های مربوط به کرونا از سوی آنان در شیوع این بیماری مؤثر معرفی کردند. قابل توجه آنکه ۱۶.۸ درصد نیز به توطئه کشورهای خارجی در این زمینه و نقش آنان در گسترش کرونا اشاره داشتند (جدول ۱).

جدول ۱- نگرش شهروندان تهرانی به چرایی شیوع کرونا در ایران و جهان

رویکرد	متغیر	تعداد	درصد	درصد معتبر	درصد تجمیعی
عاملیت الهی	خشم و غضب الهی	۱۱۹	۱۱.۶	۱۳.۰	۱۳.۰
عاملیت انسانی و نهادی	رعایت نکردن بهداشت توسط مردم	۱۷۲	۱۶.۸	۱۸.۸	۶۳.۳
	توطئه برخی کشورها	۱۵۳	۱۵.۰	۱۶.۸	
	ضعف دولت‌ها در کنترل بیماری	۲۵۳	۲۴.۷	۲۷.۷	
عاملیت طبیعی	پدیده‌ای طبیعی است	۲۱۶	۲۱.۱	۲۳.۷	۲۳.۷
سایر	سایر و بی‌پاسخ	۱۱۰	۱۰.۸	-	-
جمع		۱۰۲۳	۱۰۰.۰	۱۰۰.۰	۱۰۰.۰

عاملیت الهی و یا اعتقاد به عامل ماوراءالطبیعی، همیشه به عنوان یکی از رویکردهای توجیهی در وقوع بلایا به‌ویژه بلایای طبیعی مدنظر افراد بوده است. هرچند به لحاظ تاریخی، این رویکرد در نهاد جامعه انسانی، عمیق‌تر و ریشه‌دارتر است و می‌توان آن را نخستین تفسیرهای انسانی برای فهم وقوع رویدادها و بلایای طبیعی دانست، این رویکرد در سیر تاریخ حیات جوامع انسانی، به‌ویژه پس از انقلاب صنعتی و سرعت گرفتن فرایندهای مدرنیته و مدرنیسم، ضعیف‌تر شده و جایگاه پیشین خود را از دست داده است. با این حال اگر رویکردهای مرتبط با فهم رویدادها و بلایای طبیعی را در سه گروه عاملیت الهی و ماورایی، عاملیت طبیعی و عاملیت انسانی و نهادی دسته‌بندی کنیم، همان‌گونه که در یافته‌های این بررسی می‌توان ملاحظه کرد، هنوز این سه عامل و به عبارتی این سه لایه در تفسیر رویدادها همچنان در جوامع انسانی جریان و حیات دارد.

این موضوع مختص به وقوع شیوع کووید-۱۹ نیست و در دیگر وقایع طبیعی و حتی اجتماعی نیز خود را نشان می‌دهد. برای مثال، در موج سوم پیمایش ملی ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان، ۲۰ درصد از پاسخگویان تهرانی، فقر و تنگدستی را به خواست و مشیت الهی مربوط می‌دانستند. هرچند بیشتر افراد آن را ناشی از عاملیت انسانی و

نهادی معرفی کردند، به طوری که ۳۳.۸ درصد، فقر و تنگدستی بخشی از اعضای جامعه را ناشی از وجود بی‌عدالتی در جامعه، ۲۷.۶ درصد ناشی از سیاست‌های اقتصادی دولت-ها و ۸.۱ درصد ناشی از سودجویی شدید دیگران دانسته بودند. علاوه بر اینکه ۱۹.۴ درصد نیز آن را ناشی از رفتار و تنبلی خود فرد و ۷.۷ درصد آن را تداوم فقر خانوادگی بیان کرده بودند (دفتر طرح‌های ملی، ۱۳۹۵: ۱۵۴).

در اینجا نیز ملاحظه می‌شود که عاملیت انسانی از نگاه مردم، نقش مؤثرتری در شکل‌گیری و تداوم فقر و تنگدستی به عنوان فاجعه‌ای انسانی و اجتماعی دارد. هرچند مقایسه میزان نگرش نسبت به عوامل ایجادکننده بیماری و فقر برای استنباط جایگاه هر کدام از عوامل چندان درست نیست، می‌توان جایگاه هر عامل را در موضوع مورد نظر یافت و در نهایت به فهم جایگاه هر یک از عوامل در بروز مخاطرات دست یافت. این را نیز باید افزود که در نگاه شهروندان تهرانی، مخاطره بیماری سخت و لاعلاج، رتبه بالایی به دست نیاورد.

در همان پیمایش ملی ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان، پانزده مخاطره برای پاسخگویان خوانده شد تا برحسب میزان اهمیت آن نزد خودشان، نمره‌ای بین ۱ تا ۱۰ بدهند. میانگین نمره مخاطره بیماری، ۶.۷ از ۱۰ به دست آمد که هرچند نمره متوسط به بالایی است، در میان پانزده مخاطره، رتبه دهم را به دست آورده است. بر این مبنای به نظر می‌رسد که جامعه، خود را در برابر آن، چندان نایمن نمی‌داند. اما تغییرات زیاد قیمت‌ها و بی‌ثباتی اقتصادی که به معیشت روزانه مربوط می‌شود و آن را تحت‌الشعاع خود قرار می‌دهد، رتبه نخست مخاطرات را در میان شهروندان تهرانی داشته است. علاوه بر اینکه نقش عامل انسانی و نهادها در بروز چنین وضعیتی، بیش از بروز بیماری‌های سخت در نزد مردم است. شاید به همین دلیل هم باشد که نسبت کسانی که برای شیوع کرونا، عاملیتی الهی مدنظر داشتند، از آنهایی که برای فقر و تنگدستی به عاملیت الهی اشاره داشتند، بیشتر است.

با در نظر گرفتن متغیرهای زمینه می‌توان تفاوت‌های معناداری را در گروه‌بندی‌های اجتماعی از منظر نوع رویکرد به شیوع کرونا یافت؛ به طوری که زنان بیش از مردان، نگاه الهیاتی به این بیماری و شیوع آن داشتند. باید اشاره کرد که هرچند بیشتر زنان و مردان، سهم عاملیت انسانی و نهادی را در شیوع این بیماری بیشتر می‌دانستند، در

مقایسه بین مردان و زنان، مردان بیش از زنان، سهم عامل انسانی و اجتماعی را در این زمینه مؤثر دانستند و زنان (با ۱۶.۲ درصد) بیش از مردان (با ۹.۹ درصد) به عاملیت و قضای الهی اشاره کرده بودند. در داشتن رویکرد عاملیت طبیعی در شیوع کرونا، تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین زنان و مردان ملاحظه نمی‌شود (جدول ۲).

جدول ۲- نوع رویکرد به شیوع بیماری کرونا به تفکیک جنسیت

تعداد کل	زن		مرد		رویکرد
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۱۹	۱۶.۲	۷۴	۹.۹	۴۵	عاملیت الهی
۵۷۸	۵۹.۶	۲۷۳	۶۷.۰	۳۰۵	عاملیت انسانی و نهادی
۲۱۶	۲۴.۲	۱۱۱	۲۳.۱	۱۰۵	عاملیت طبیعی
۹۱۳	۱۰۰.۰	۴۵۸	۱۰۰.۰	۴۵۵	جمع
$X^2=۸.۹۹$ $df=۲$ $sig=۰.۰۱۱$					آماره

جوانان نیز کمتر تقدیرگرا هستند و بیش از میان‌سالان و بزرگ‌سالان، شیوع کرونا را به عامل انسانی و اجتماعی (نهادی) ربط داده‌اند. حدود سه‌چهارم از جوانان گفته بودند که خود مردم و دولت‌ها (اعم از داخلی و خارجی)، مسئول شیوع کرونا هستند. آن بخش از جوانان که این بیماری را قضای الهی دانسته‌اند، حدود یک‌سوم میان‌سالان و یک‌ششم بزرگ‌سالان می‌شوند که شیوع بیماری را الهیاتی درک کرده‌اند (جدول ۳).

جدول ۳- نوع رویکرد به شیوع بیماری کرونا به تفکیک گروه سنی

تعداد کل	بالای ۶۴ سال		۳۰ تا ۶۴ سال		تا ۲۹ سال		رویکرد
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۱۹	۲۶.۵	۲۲	۱۴.۲	۸۷	۴.۶	۱۰	عاملیت الهی
۵۷۸	۵۱.۸	۴۳	۶۱.۱	۳۷۵	۷۴.۱	۱۶۰	عاملیت انسانی و نهادی
۲۱۶	۲۱.۷	۱۸	۲۴.۸	۱۵۲	۲۱.۳	۴۶	عاملیت طبیعی
۹۱۳	۱۰۰	۸۳	۱۰۰	۶۱۴	۱۰۰	۲۱۶	جمع
$X^2=۸.۹۹$ $df=۲$ $sig=۰.۰۱۱$							آماره

به تبع این یافته، مجردها نیز کمتر از متأهلان و دیگر افراد از شیوع کرونا، تفسیری الهیاتی داشتند. نسبت مجردهایی که بیماری کرونا را به عاملیت و قضای الهی ربط دادند، حدود ۶ درصد کل مجردها و کمتر از نصف متأهلان و یک‌هفتم مطلقه‌ها و همسر فوت‌شده‌های معتقد به قضای الهی در این زمینه می‌شود. مجردها همچون جوانان، بیش از دیگران، شیوع بیماری را به مردم و دولت‌ها ربط داده‌اند. نزدیک به ۷۰ درصد از مجردها، چنین نظری داشتند. یک‌چهارم مجردها نیز به تأثیر عوامل طبیعی در ایجاد و شیوع کرونا اشاره کردند که این نسبت‌ها در میان متأهلان و دیگر افراد، کمتر و حتی به نصف مقدار مجردها می‌رسد (جدول ۴).

جدول ۴- نوع رویکرد به شیوع بیماری کرونا به تفکیک وضع تأهل

تعداد کل	سایر		متأهل		مجرد		رویکرد
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۱۹	۳۹.۵	۱۷	۱۴.۱	۸۸	۵.۷	۱۴	عاملیت الهی
۵۷۸	۴۴.۲	۱۹	۶۲.۴	۳۹۰	۶۹.۰	۱۶۹	عاملیت انسانی و نهادی
۲۱۶	۱۶.۳	۷	۲۳.۵	۱۴۷	۲۵.۳	۶۲	عاملیت طبیعی
۹۱۳	۱۰۰	۴۳	۱۰۰	۶۲۵	۱۰۰	۲۴۵	جمع
$X^2=۳۸.۸۵$ $df=۴$ $sig=۰.۰۰۰$							آماره

بر همین منوال می‌توان از نقش تحصیلات در داشتن چنین رویکردهایی در قبایل شیوع کرونا سخن گفت؛ به طوری که با کاهش سطح تحصیلات، باور به قضای الهی در این زمینه در میان پاسخگویان افزایش داشته است. تنها ۶ درصد از افراد با تحصیلات دانشگاهی، چنین نگاهی داشتند که در میان دیپلمه‌ها تا دو برابر و در میان افراد با تحصیلات کمتر از دیپلم، تا ۵ برابر افزایش می‌یابد. در مقابل، حدود ۶۸ درصد از افراد با تحصیلات دانشگاهی، مردم و دولت‌ها را مسئول گسترش کرونا در جامعه عنوان کردند که این نسبت در میان دیپلمه‌ها به ۶۴ درصد و در میان افراد با تحصیلات کمتر از دیپلم، به حدود ۵۱ درصد می‌رسد (جدول ۵).

جدول ۵- نوع رویکرد به شیوع بیماری کرونا به تفکیک سطح تحصیلات

تعداد کل	دانشگاهی		دیپلم		کمتر از دیپلم		رویکرد
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۱۸	۵.۷	۲۵	۱۲.۸	۳۹	۳۱.۴	۵۴	عاملیت الهی
۵۷۸	۶۷.۷	۲۹۵	۶۴.۱	۱۹۵	۵۱.۲	۸۸	عاملیت انسانی و نهادی
۲۱۶	۲۶.۶	۱۱۶	۲۳.۰	۷۰	۱۷.۴	۳۰	عاملیت طبیعی
۹۱۲	۱۰۰	۴۳۶	۱۰۰	۳۰۴	۱۰۰	۱۷۲	جمع
$X^2=۷۲.۵۷$ $df=۴$ $sig=۰.۰۰۰$							آماره

مجموع عوامل جوان بودن، با تحصیلات دانشگاهی و مجرد، خود را در وضعیت فعالیت هم نشان می‌دهد؛ به طوری که افراد در حال تحصیل که بیشتر دارای چنین ویژگی‌هایی هستند، به مراتب بیش از دیگر گروه‌های فعالیتی، مردم و دولت‌ها را در شیوع کرونا مسئول دانستند و به میزان زیادی، کمتر از دیگران برای این موضوع ریشه الهیاتی یافتند (جدول ۶). شاغلان در این زمینه، جایگاه دوم را داشته‌اند و شباهت بیشتری با افراد در حال تحصیل دارند و از خانه‌دارها و بازنشسته‌ها فاصله می‌گیرند.

جدول ۶- نوع رویکرد به شیوع بیماری کرونا به تفکیک وضع فعالیت

تعداد کل	بازنشسته		در حال تحصیل		خانه‌دار		شاغل		رویکرد
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۱۴	۱۸.۱	۲۱	۳.۰	۲	۲۰.۴	۵۶	۸.۳	۳۵	عاملیت الهی
۵۵۹	۵۴.۳	۶۳	۷۴.۶	۵۰	۵۵.۳	۱۵۲	۶۹.۳	۲۹۴	عاملیت انسانی و نهادی
۲۰۹	۲۷.۶	۳۲	۲۲.۴	۱۵	۲۴.۴	۶۷	۲۲.۴	۹۵	عاملیت طبیعی
۸۸۲	۱۰۰	۱۱۶	۱۰۰	۶۷	۱۰۰	۲۷۵	۱۰۰	۴۲۴	جمع
$X^2=۳۵.۷۹$ $df=۴$ $sig=۰.۰۰۰$									آماره

بنابر یافته‌های به‌دست‌آمده می‌توان چهار تیپ در بین پاسخگویان در رویکرد به چرایی شیوع کرونا یافت:

- تیپ جوانان، عمدتاً شامل افراد زیر سی سال، در حال تحصیل و مجرد است. در این گروه، رویکرد نقش‌آفرینی مردم، جامعه و دولت، بیش از دیگر گروه‌ها قابل مشاهده است و رویکرد الهیاتی در این گروه، بسیار ضعیف است.
 - تیپ بزرگسالان، عمدتاً شامل افراد بالای شصت سال است. در این گروه هرچند عاملیت انسانی و نهادی، بیشترین فراوانی را دارد، نسبت افراد معتقد به عاملیت الهی در این گروه، بیش از دیگر گروه‌هاست.
 - تیپ زنان، عمدتاً افراد خانه‌دار در گروه سنی بالای سی سال و متأهل را شامل می‌شود. هرچند فراوانی رویکرد نقش‌آفرینی مردم، جامعه و دولت، بیش از دو رویکرد دیگر است، رویکرد الهیاتی در این تیپ، بیش از دیگر گروه‌ها مشاهده می‌شود.
 - تیپ کم‌سوادان، عمدتاً شامل افراد با سنین بالا و بازنشسته است. در این گروه، نسبت افراد معتقد به عاملیت الهی برای فجایع طبیعی، بیش از دیگر گروه‌هاست. در مقایسه با گروه‌های تحصیلی، گروه‌های سنی، جنسی و نیز گروه فعالیت، بیشترین فراوانی باورمندی به عاملیت الهی در میان کم‌سوادان (افراد دارای تحصیلات کمتر از دیپلم) مشاهده می‌شود.
- در نظر گرفتن شیوع کرونا به عنوان یک مخاطره جمعی، رخدادی است که سابقه پیشینی ندارد تا بتوان بر مبنای داده‌های مرتبط با آن، روندهای محتمل را بررسی کرد و تغییرات این چهار تیپ را دریافت. در پیمایش‌های ملی، پرسش از دلیل فقر و تنگدستی به عنوان یکی از مخاطرات اجتماعی مطرح شد که در آن نیز عاملیت نهادی به عنوان مهم‌ترین دلیل وجود فقر از سوی مردم عنوان شد؛ به طوری که در آن پیمایش، ۵۷.۶ درصد بر آن بودند که وجود فقر و تنگدستی به خاطر وجود بی‌عدالتی در جامعه است (دفتر طرح‌های ملی، ۱۳۹۵: ۹۱).

باید در نظر داشت که در مخاطراتی چون بیماری، نقش عوامل ماورایی و الهی نزد مردم دارای تمایلات مذهبی، پررنگ‌تر می‌شود. سلامتی در ذهن و زبان بسیاری از دین‌داران، تا حد زیادی به خواست الهی بستگی دارد و بیماری گاه در شمار آزمون

خداوندی شناخته می‌شود. از این رو تاب‌آوری فردی نزد این گروه از جامعه باید بیش از دیگر گروه‌ها باشد. این تاب‌آوری می‌تواند خود را تا تاب‌آوری اجتماعی پیش ببرد و بازتولید آن در پذیرش فعالیت‌های نهادهای رسمی و اعتماد و رضایت نسبت به آنان بروز یابد.

از زاویه‌ای دیگر، اگر تفاوت‌های فردی و متغیرهای زمینه‌ای می‌تواند به تیپ‌بندی‌هایی در رویکردهای مرتبط با شیوع کرونا برسد، این رویکردها نیز تفاوت‌هایی را در سرمایه اجتماعی رقم می‌زند؛ زیرا میزان و نوع این سرمایه در میان گروه‌های اجتماعی، متفاوت است. بخشی از سرمایه اجتماعی در اعتماد نهادی و به طور خاص در اعتماد به دولت و رضایت از عملکرد آن تعریف می‌شود. از این رو می‌توان تفاوتی را در میزان اعتماد به نهادهای مسئول در این زمینه و میزان رضایت از عملکرد آنان در میان گروه‌های اجتماعی یافت و در نهایت دریافت که بین این بخش از سرمایه اجتماعی با نوع رویکرد به مخاطره، رابطه وجود دارد.

تبیین نظری: رابطه رویکردها به فجایع طبیعی، تاب‌آوری اجتماعی و گسست/تداوم جامعه

همواره شیوه رویارویی جمعی و فردی با فاجعه، بیانگر ویژگی‌های اساسی اجتماعی و فرهنگی جامعه‌ای است که دچار فاجعه می‌شود. همان‌گونه که رابرت مرتون استدلال کرده است، در چنین موقعیت‌های خاصی، از یکسو فرایندهای اجتماعی در یک بازه زمانی کوتاه فشرده می‌شوند و از سوی دیگر در اثر گسسته شدن موقتی پیوندهای اجتماعی، افراد در موقعیت خاص و بی‌سابقه‌ای قرار می‌گیرند. از این رو این موقعیت‌ها مناسب فهم زندگی اجتماعی در سطوح فردی و جمعی هستند (Webb, 2002: 88).

در این راستا، یافته‌ای تجربی این پژوهش در مقایسه با مراحل رویارویی با فاجعه نشان می‌دهد که جامعه مورد پرسش، نسبت به رویداد پیش‌بینی نشده و پرمخاطره‌ای که با آن مواجه شده، فهمی عقلانی را بسط داده است و جست‌وجوگر پاسخ‌های عقلانی برای خاستگاه و علل شیوع ویروس بوده است (تنها سیزده درصد بر آن بودند که شیوع کرونا، نشانه خشم و غضب الهی نسبت به مردم است). همان‌گونه که جامعه‌شناسان «نظریه ریسک» مانند گیدنز و بک خاطر نشان ساخته‌اند، ویژگی زندگی در دوران مدرن متأخر، آگاهی بازانديشانه درباره ریسک‌های اولیه و ثانویه است. در این نظریه، دانش و

آگاهی درباره شرایط گوناگون اجتماعی در سطوح زندگی روزمره و نهادی گردآوری و یا تولید و درباره همان موقعیت‌ها به کار برده می‌شوند (هیفی، ۱۳۹۶: ۱۲۴ به بعد). این ویژگی در شرایط همه‌گیری به افراد کمک کرده است تا منابع گوناگون را مقایسه کنند و نوعی نگاه انتقادی نسبت به داده‌ها و اخبار متناقض بسط دهند. درصد بالای واکسینه‌شده‌ها در ایران و مقاومت کمابیش اندک در برابر واکسینه همگانی در مقایسه با مقاومت‌ها، اعتراض‌ها و حتی نظریه‌های توطئه‌ای که در بسیاری از کشورهای بسیار پیشرفته دیده شد، نشانه‌هایی از بسط نگاه انتقادی و بازاندیشانه در جامعه شهری ایرانی دارد.

جدول ۷- نوع رویکرد به شیوع بیماری کرونا

به تفکیک میزان اعتماد به آمار منتشرشده دولت درباره کرونا

تعداد کل	قوانین طبیعی		انسانی و نهادی		الهیاتی		میزان اعتماد
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۴۴۲	۴۳.۴	۹۲	۵۵.۱	۳۱۲	۳۳.۹	۳۸	کم
۲۱۶	۲۴.۱	۵۱	۲۵.۳	۱۴۳	۱۹.۶	۲۲	متوسط
۲۳۲	۳۲.۵	۶۹	۱۹.۶	۱۱۱	۴۶.۴	۵۲	زیاد
۸۹۰	۱۰۰	۲۱۲	۱۰۰	۵۶۶	۱۰۰	۱۱۲	جمع
$X^2=۴۲.۱۶$ $df=۴$ $sig=.۰۰۰۰$							آماره

از سوی دیگر دیده شد که در دوره همه‌گیری کرونا، به‌ویژه در ماه‌های ابتدایی آن، گروه‌ها و افراد بسیاری در نقاط گوناگون کشور برای کمک به اجرای قرنطینه سراسری، اجرای دستورات بهداشتی و پیشگیرانه، همچنین تولید و توزیع محصولات بهداشتی در قالب‌های فردی و جمعی (انتفاعی و غیر انتفاعی) فعال شدند. در کنار آن، در شبکه‌های اجتماعی نیز انواع حمایت‌های مادی و غیر مادی از آسیب‌دیدگان کرونا شکل گرفت. حمایت معنوی و روحی- روانی از کادرهای درمانی، نمونه دیگری از این حمایت شبکه‌ای در مواقع اضطرار بود. با این همه همان‌گونه که جدول شماره (۸) نشان می‌دهد، درصد بالایی از پاسخگویان از عملکرد دولت ناراضی بودند. در حالی که در مرحله‌ای که به نظر می‌رسد فاجعه عملاً پایان یافته است، بازسازی ویرانی‌ها و تدابیر

پیشگیرانه آتی، نیازمند افزایش اعتماد اجتماعی از سویی و تعامل نهادهای سیاسی و تصمیم‌گیری با جامعه است (Aldrich & Meyer, 2014).

نبود این اعتماد می‌تواند به توان تاب‌آوری جامعه آسیب بزند. با این حال ملاحظه می‌شود که میزان اعتماد و رضایت نسبت به دولت و نهادهای رسمی در مبارزه با کرونا، در میان افراد با رویکرد الهیاتی، بیشتر است. این امر نشان می‌دهد که هرچند میزان تاب‌آوری در کل جامعه در حد متوسط است، در میان افراد معتقد به رویکرد الهیاتی، تاب‌آوری بیشتری وجود دارد. این تاب‌آوری در میان کسانی که رویکرد نهادی به فاجعه دارند، کمتر از دیگران است؛ به طوری که میزان اعتماد و رضایت آنان، کمتر از افراد باورمند به رویکردهای الهیاتی و طبیعی است.

جدول ۸- انواع رویکرد به شیوع بیماری کرونا

به تفکیک میزان رضایت از عملکرد دولت در مبارزه با کرونا

تعداد کل	قوانین طبیعی		انسانی و نهادی		الهیاتی		میزان رضایت
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۴۰۷	۳۸.۲	۷۹	۵۱.۳	۲۹۱	۳۲.۷	۳۷	کم
۲۴۲	۲۵.۶	۵۳	۲۸.۴	۱۶۱	۲۴.۸	۲۸	متوسط
۲۳۸	۳۶.۲	۷۵	۲۰.۳	۱۱۵	۴۵.۲	۴۸	زیاد
۸۸۷	۱۰۰	۲۰۷	۱۰۰	۵۶۷	۱۰۰	۱۱۳	جمع
$X^2=37.52$ df= ۴ sig=۰.۰۰۰							آماره

اگر دو متغیر اعتماد و رضایت را نمودی از تاب‌آوری بدانیم، میانگین تاب‌آوری در میان کسانی که کرونا را ناشی از خشم و غضب الهی می‌دانند، بیشتر است. میانگین شاخص این دو متغیر در میان افراد باورمند به این رویکرد، عدد ۵۱.۲ به دست آمد که در میان افراد باورمند به رویکرد نهادی، ۳۴.۴ و افراد باورمند به رویکرد طبیعی، ۴۴.۶ می‌شود. علاوه بر این میانگین شاخص این دو متغیر در میان زنان باورمند به خشم و غضب الهی با ۵۲.۴، بیش از دیگر گروه‌ها و در میان مردان باورمند به رویکرد نهادی با ۳۲.۹، کمتر از دیگر گروه‌هاست. این تفاوت‌ها در میان پاسخگویان برحسب تحصیلاتشان با تمایزهای بیشتری قابل ملاحظه است؛ به طوری که میزان تاب‌آوری در میان گروه‌های تحصیلی بالاتر، پایین‌تر است. برای مثال، میانگین شاخص دو متغیر

مورد بحث در گروه دارای تحصیلات زیر دیپلم با رویکرد عاملیت الهی ۵۰.۷، با رویکرد نهادی ۳۹.۹ و با رویکرد طبیعی ۵۴.۵ به دست آمد. ولی میانگین همین دو متغیر در گروه با تحصیلات دانشگاهی با رویکرد عاملیت الهی ۴۳.۲، با رویکرد نهادی ۳۱.۵ و با رویکرد طبیعی ۴۰.۹ می‌شود. گروه دارای دیپلم نیز در میانه این دو گروه قرار دارد.

جدول ۹- آزمون آنالیز واریانس میان رویکرد به کرونا و تاب‌آوری اجتماعی

سطح معنی‌داری	F	انحراف معیار	میانگین	فراوانی	رویکرد
۰.۰۰۰	۲۲.۷۳۱	۲۹.۹	۵۱.۲	۱۰۸	الهیاتی
		۲۶.۳	۳۴.۴	۵۵۸	انسانی و نهادی
		۲۹.۲	۴۴.۶	۲۰۵	قوانین طبیعی
		۲۸.۲	۳۸.۹	۸۷۱	کل

به نظر می‌رسد که پایین بودن تاب‌آوری در میان افراد با تحصیلات دانشگاهی در جامعه شهری مورد مطالعه به واسطه دانش و تحصیلات بالا و استفاده گسترده از ابزار ارتباطی نوین موجب می‌شود تا آنان توانایی بالایی بازاندیشی را در مواقع مخاطره‌آمیز داشته باشند. همین امر نیز فشارها را بر نهادهای سیاست‌گذاری برای ارائه راه‌حل‌های علم‌محورانه و متقاعدکننده بیشتر کرد. برای نمونه راه‌حلی که بیشتر از همه مورد حمایت بود، یعنی «ماندن در خانه»، مستلزم حمایت‌های وسیع رفاهی و بهداشتی دولت بود که برآورده نشدن آن، به اعتماد میان مردم و نهاد سیاست لطمه می‌زند (جدول شماره ۸). از سوی دیگر، ابعاد مهم جامعه مدنی نه تنها منفعلانه با همه‌گیری برخورد نکردند، بلکه به پویایی خود ادامه داد و مستقل از نظارت‌های نهادهای مسئول به رشد خود ادامه دادند و به نرخ‌های دگرگونی اجتماعی افزودند (ر.ک: پورنیک، ۱۴۰۰).

به عبارت دیگر، هرچند میزان اعتماد و رضایت از عملکرد دولت در این زمینه قابل توجه نبود و میزانی از فاصله اجتماعی را بین مردم به‌ویژه برخی از گروه‌های اجتماعی و دولت نشان می‌دهد، با این همه نمی‌توان از تأثیر آن بر گسیختگی اجتماعی سخن گفت؛ زیرا در این دوران، مردم از طریق نهادهای مدنی و برخی خیریه‌ها به حمایت از اقشار آسیب‌پذیر و خانواده‌های نیازمند پرداختند. علاوه بر اینکه سطحی از روابط

اجتماعی خود را در قالب اجتماع‌های محلی و نخستین حفظ کردند. برخلاف رهیافت موسوم به «فروپاشی اجتماعی»^(۲)، بر اساس یافته‌های این مقاله، جامعه ایرانی از سطوح بالای «تاب‌آوری اجتماعی» برخوردار است، یعنی «توانایی جمعی یک اجتماع برای رویارویی با عوامل تنش‌زا و بازآفرینی مؤثر ضرب‌آهنگ‌های زندگی روزمره از راه عمل و همکاری». از این‌رو این مقاله خود را بیرون از سه رهیافت یا «دعاوی رقیب» ایده فروپاشی اجتماعی مطرح می‌کند: نخست، رهیافت «جامعه‌شناسی اسلامی» که اصولاً قائل به فروپاشی اجتماعی نیست و نگاهی رو به پیشرفت از جامعه ایرانی اتخاذ می‌کند؛ دوم، رهیافت «آشفستگی اجتماعی» که زیر اصطلاح چترگونه «جامعه در حال گذار»، وضعیت کنونی را به سوی شکل‌گیری اشکال تازه‌ای از پیوندهای اجتماعی ارزیابی می‌کند؛ سوم، رهیافتی که بر وجود همبستگی اجتماعی در جامعه ایران تأکید می‌کند و شواهدی از مشارکت در رویدادهای گوناگون مذهبی-مناسکی، یا همیاری‌های جمعی فی‌المثل هنگام وقوع بلایای طبیعی در گوشه‌ای از کشور (ر.ک: سلیمانی‌قره‌گل و دیگران، ۱۴۰۳) و یا پیاده‌روی اربعین می‌آورد. در حالی که به نظر می‌رسد رهیافت تاب‌آوری اجتماعی که این مقاله مطرح می‌کند، به برداشت آخری نزدیک باشد. اما تأکیدی که این مقاله بر پایه مفهوم «تاب‌آوری اجتماعی» به معنای بازسازی پیوندهای اجتماعی در مواقع سخت و اعاده ضرب‌آهنگ‌های اجتماعی گسیخته‌شده دارد، رهیافت این مقاله را به عنوان رهیافت چهارمی به مسئله فروپاشی اجتماعی جامعه ایران معرفی می‌کند.

نتیجه‌گیری

این مقاله، رویکردهای مختلف به همه‌گیری کرونا را در میان شهروند تهرانی دسته‌بندی کرده، سنجیده و نشان داده که در مواجهه با بیماری کرونا، هر سه رویکرد اصلی الهیاتی و تقدیرگرایانه، انسانی و نهادگرایانه و طبیعت‌گرایانه قابل مشاهده و ردگیری است؛ هرچند باید تأکید کرد که رویکرد الهیاتی و تقدیرگرایانه، لایه و بخش کوچکی از جامعه را در بر گرفته و در موضوع شیوع کرونا، نگاه انسانی و نهادگرایانه، بخش زیادی از جامعه را با خود همراه کرده است.

نکته واجد توجه آنکه با در نظر گرفتن ویژگی‌های جمعیتی و خاستگاه‌های اجتماعی

پاسخگویان می‌توان در رهیافت‌های آنان نسبت به منشأ کرونا، تفاوت‌های معناداری یافت. برای مثال با در نظر گرفتن تحصیلات و سیر صعودی آن در میان مردم، بر باورمندی به منشأ نهادی و انسانی شیوع کرونا افزوده شده است. اما با افزایش سن از میزان باورمندان به این منشأ کاسته می‌شود. از سوی دیگر، این رویکردها با میزان اعتماد به نهادهای سیاست‌گذاری درباره مهار همه‌گیری کرونا رابطه دارد. به نظر می‌رسد که هرچند بی‌اعتمادی میان جامعه و نهادهای تصمیم‌گیری سیاسی وجود دارد، در مواقع بحرانی، نوعی پیوند شبکه‌ها میان افراد با یکدیگر و با نهادهای حاکمیتی برای گذار از بحران شکل می‌گیرد.

در اینجا مفهوم «تاب‌آوری اجتماعی» به کار گرفته شد تا دوگانه گسست/تداوم در مواقع بحرانی مانند بحران شیوع کرونا تحلیل شود. یافته‌ها به خوبی نشان می‌دهد که جامعه ایرانی در این زمینه، تمایل به تداوم دارد. به سخن دیگر، در دوگانه گسست/تداوم در شرایط بحران، جامعه ایرانی توانایی بازاندیشی، برقراری ارتباط با اجزای مختلف خود، گسترش شبکه‌های حمایتی و همکاری، بازسازی خود و دگرگونی مناسبات جاری را دارد. این تحلیل در مقابل رهیافت موسوم به فروپاشی اجتماعی جامعه ایران قرار می‌گیرد و خود را به‌مثابه یک ادعای رقیب در بحث‌های موجود درباره «فروپاشی اجتماعی» مطرح می‌کند؛ زیرا میزانی از تاب‌آوری در تمام اقشار اجتماعی، حتی لایه‌هایی که در زمره رویکرد نهادی نسبت به فاجعه قرار می‌گیرند، مشاهده شده است؛ لایه‌هایی که از یکسو قابل توجه هستند و از سوی دیگر، به بازتولید مناسبات اجتماعی انسجام‌بخش یاری می‌رسانند.

پی‌نوشت

۱. پرسشنامه و داده‌های این ده موج در سامانه مرکز رصد فرهنگی کشور در سایت <https://ircud.ir/> بارگذاری شده است.
۲. به طور کلی رهیافت فروپاشی اجتماعی در بستر علوم اجتماعی ایرانی، بیشتر به فروپاشی پیوندهای اجتماعی یا گسیختگی اجتماعی معطوف است (سلیمانی‌قره‌گل و دیگران، ۱۴۰۳:

منابع

- بک، اولریش (۱۳۹۷) جامعه مخاطره: به سوی مدرنیته‌ای نوین، ترجمه رضا فاضل و مهدی فرهمندزاد، تهران، ثالث.
- پورنیک، حسن (۱۴۰۰) «دگرگونی‌های مناسبات اجتماعی و کرونا: چگونه همه‌گیری ویروس کووید ۱۹ در حال دگرگونی مناسبات جامعه مدنی است»، در: کرونا و جامعه ایران: سویه‌های اجتماعی، جلد دوم، ویراسته محمد سلگی و دیگران، تهران، پژوهشگاه فرهنگ و هنر و ارتباطات، صص ۴۵-۵۹.
- حکمت‌پناه، منیژه (۱۳۹۱) «بررسی علل وقوع بلایا و حوادث طبیعی از دیدگاه قرآن و حدیث»، همایش ملی آسیب‌شناسی و برنامه‌ریزی اثرات زلزله، استان آذربایجان شرقی، ۲۱ مرداد.
- دفتر طرح‌های ملی (۱۳۹۵) پیمایش ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان، موج سوم، تهران، پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات.
- سلیمانی‌قره‌گل، هادی و دیگران (۱۴۰۳) «در دفاع از جامعه؛ واکاوی انتقادی انگاره‌ی فروپاشی اجتماعی در ایران»، فصلنامه مسائل اجتماعی ایران، سال پانزدهم، شماره ۱، صص ۴۱-۷۸.
- فجری، محمدمهدی (۱۳۸۸) «بلاها و مصائب از دیدگاه اسلام»، مجله مبلغان، شماره ۱۱۶، خرداد و تیرماه، صص ۵۳-۶۲.
- فرانکفورد، چاوا و دیوید نچمیاس (۱۳۹۰) روش‌های پژوهش در علوم اجتماعی، ترجمه فاضل لاریجانی و رضا فاضلی، تهران، سروش.
- مهرآیین، مصطفی و سپیده کیان‌پور (۱۳۹۶) «رویکردهای نظری متفاوت به آسیب‌پذیری جامعه در برابر خطرات طبیعی»، فصلنامه ترویج علم، شماره ۱۲، بهار و تابستان، صص ۶۱-۷۸.
- هیفی، برایان (۱۳۹۶) مدرنیته متأخر و تغییر اجتماعی (بازسازی زندگی اجتماعی و فردی)، ترجمه یعقوب احمدی و پرویز سبحانی، تهران، کویر.

Aguirre, B.E. and Lane, D. (2019) "Fraud in Disaster: Rethinking the Phases", *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 39, 101232. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2019.101232>.

Aldrich, P. D. and Meyer, M. A. (2014) "Social Capital and Community Resilience", *American Behavioral Scientist*, Pp:1-16. <https://doi.org/10.1177/0002764214550299>.

Ali, M. M. (2020) Religious and spiritual responses to COVID-19 pandemic. *Journal of Religion & Health*, 59(3), 1419-1430.

Barsky, L. E., Trainor, J. E., Torres, M. R., & Aguirre, B. E. (2007) Managing volunteers: FEMA's Urban Search and Rescue programme and interactions with unaffiliated responders in disaster response. *Disasters*, 31(4), 495-507. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7717.2007.01017.x>.

- Beck, U; Giddens, A. and Lash, S. (1994) *Reflexive Modernization: Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*. London: Polity Press.
- Bonanno, G. A., Brewin, C. R., Kaniasty, K., and Greca, A. M. L. (2010). "Weighing the costs of disaster: Consequences, risks, and resilience in individuals, families, and communities", *Psychological science in the public interest*, 11(1), Pp: 1-49.
- Collins, R. (2004) "Rituals of solidarity and security in the wake of terrorist attack". *Sociological theory*, 22(1), Pp: 53-87.
- Drabik, T. E., & Drabik, R. A. (2019) *The Sociology of Disaster: Fictional Explorations of Human Experiences*. Routledge.
- Farmer, P. (2001). *Infections and inequalities: The modern plagues*. University of California Press.
- Frailing, K., & Harper, D. W. (2016) *Toward a Criminology of Disaster*. Springer.
- Fritz, C.E. (1961) Disaster. In: Merton, R.K. and Nisbet, R.A., Eds., *Contemporary Social Problems*, Harcourt, Brace and World, New York, 651-694.
- Giddens, A. (1984) *The constitution of society: Outline of the theory of structuration*. University of California Press.
- Johnstone, R. L. (2007) *Religion in society: A sociology of religion*. Pearson Education.
- Killian, L. M (2002) An introduction to methodological problems of field studies in disasters, in: R. A. Stallings Bloomington (Ed.), *Methods of Disaster Research*, Xlibris.
- Klein, J. L. (2000) The role of God in modern philosophy and theology. *Religious Studies*, 36(2), 243-259.
- Perry, R. W. (2018) "Defining disaster: An evolving concept". In *Handbook of disaster research* (pp. 3-22). Springer, Cham.
- Wallace, R. (2016) *Big farms make big flu: Dispatches on infectious disease, agribusiness, and the nature of science*. Monthly Review Press.
- Webb, G. R. (2002) "Sociology, disasters, and terrorism: Understanding threats of the new millennium". *Sociological focus*, 35(1), Pp: 87-95.