

رابطه بلندپروازی غیر عقلانی و گرایش به اعتیاد

علی انتظاری*

راضیه ساروق فراهان**

چکیده

مقاله حاضر به بررسی تأثیر بلندپروازی غیر عقلانی در گرایش به سوء مصرف مواد مخدر در مراکز درمان و بازتوانی اعتیاد می‌پردازد. این پژوهش که به نوبه خود آزمون یک نوآوری نظری است به روش پیمایشی و با حجم نمونه ۲۱۸ نفر شامل ۱۶۸ نفر مراجعه‌کنندگان به مراکز درمان و بازتوانی اعتیاد و ۵۰ نفر گروه کنترل اجرا شده است. نتایج این مطالعه حاکی از آن است که بلندپروازی غیر عقلانی در گرایش به سوء مصرف مواد مخدر مؤثر است و میزان بلندپروازی غیر عقلانی بر حسب نوع مواد مصرفی شیشه و کوکائین متفاوت است. بیش‌ترین بلندپروازی در مردان در زمینه مالی و اقتصادی و در زنان در زمینه خوشبختی در زندگی خانوادگی است.

کلیدواژه‌ها: بلندپروازی، بلندپروازی غیر عقلانی، سوء مصرف مواد مخدر، درمان نگهدارنده با متادون.

۱. مقدمه

تاکنون تبیین‌های گوناگونی درباره مسئله اعتیاد صورت گرفته است، اما آمار اعتیاد هنوز روبه رشد و نگران‌کننده است. به نظر می‌رسد تبیین‌های صورت گرفته در خصوص اعتیاد بیش از هر چیز از فقر نظری رنج می‌برند و به همین علت نتوانسته‌اند به صورت تفصیلی مسئله اعتیاد را بررسی کنند. به عبارت دیگر، اعتیاد یک پدیده بسیط منفرد نیست که کلیت

* استادیار دانشگاه علامه طباطبایی (نویسنده مسئول) ali@entezari.ir

** کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی farahani.4110@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۱/۱۱، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱/۲۸

آن در یک قالب تبیین شود. دغدغه اصلی پژوهش حاضر این است که با تبیین جدیدی که هم مبتنی بر گرایش‌های بومی و هم نوگرایی در به‌کارگیری نظریه‌های مربوطه است، گرایش به اعتیاد را مطالعه کند.

همان‌طور که می‌دانیم، در عصر حاضر مسئله مواد مخدر شکل مخاطره‌آمیز و کاملاً پیچیده‌ای به خود گرفته و در عین حال گسترش جهانی یافته است. اعتیاد به مواد مخدر علاوه بر زیان‌های جدی و خطرناک جسمی از قبیل ابتلا به بیماری‌های عفونی و واگیردار همچون ایدز، هپاتیت، و سل عوارض و مشکلات عدیده اجتماعی و اقتصادی از قبیل افزایش جرم‌های مرتبط با مواد مخدر همچون جنایت، سرقت، تکدی‌گری، و هدر رفتن سرمایه‌های کلان مادی کشورها را نیز به دنبال داشته است. سوء مصرف مواد در حال حاضر یکی از معضلات مهم اجتماعی است و میزان شیوع سوء مصرف موادی از قبیل نیکوتین، تریاک، شیشه، قرص‌های روان‌گردان، و کراک در مردان بیش از زنان است و متأسفانه این امر با افزایش سن شدت می‌یابد.

سوء مصرف مواد پدیده شایع جوامع معاصر است که از آن با عناوینی همچون طاعون قرن و بلای خانمان‌سوز یاد می‌شود. آمارها حاکی از آن است که دو میلیون معتاد وابسته به مواد مخدر و شش میلیون معتاد تفنی در ایران زندگی می‌کنند؛ ولی با توجه به شواهد، برآورد می‌شود که تعداد معتادان بیش‌تر از این باشد (صادقیه اهری و دیگران، ۱۳۸۳: ۳۷).

گزارش‌ها حاکی از افزایش سوء مصرف مواد مخدر در جهان است. بیش‌ترین میزان گسترش سوء مصرف در سال‌های اخیر در درجه اول در مورد حشیش و سپس مواد محرک از خانواده آمفتامین بوده است. بنابراین به‌نظر می‌رسد سرعت افزایش سوء مصرف همه مواد به جز اکستازی به‌کندی گراییده است (UNODC, 2009).

همچنین تخمین‌های مبتنی بر گزارش سازمان ملل نشان می‌دهد که ۱/۵ الی ۲ درصد از جمعیت ایران مشکل جدی یا سوء مصرف مواد مخدر دارند. نیمی از زندانیان در ایران حدود ۸۰ هزار زندانی به علت مواد مخدر زندانی‌اند (وردی‌نیا، ۱۳۸۵: ۱۹۵). با مطالعه روند اعتیاد در کشور می‌توان دریافت که میزان معتادان تقریباً هر ۱۲ سال، دو برابر شده است و سالانه ۸ درصد بر جمعیت آنان افزوده می‌شود (میثمی و دیگران، ۱۳۸۵: ۳۵).

با توجه به موقعیت ژئوپولیتیک ایران و قرار گرفتن آن در کنار کشورهای هم‌چون افغانستان و پاکستان که جزو تولیدکنندگان عمده مواد مخدرند، اعتیاد پدیده‌ای آشنا برای هر ایرانی است. روزانه دو هزار کیلو از انواع مواد مخدر در کشور ما مصرف می‌شود و

سالانه ۱۲۰ تن از این مواد کشف و ضبط می‌شود. ایران تبدیل به معبر ترانزیتی برای مواد مخدر شده است، جوانان و نوجوانان بالقوه در معرض اعتیاد به مواد مخدرند و اعتیاد در میان دانش‌آموزان و دانشجویان از مسائل روز و مورد توجه در جامعه است. بسیاری نیز برای کسب درآمد به تجارت مواد مخدر می‌پردازند و باندهای بزرگ سوداگر مرگ درآمدهای هنگفتی از این زمینه به‌دست می‌آورند؛ به نحوی که سالانه ۶۰۰ هزار میلیارد دلار سود تجارت مواد مخدر در جهان است (محبوبی‌منش، ۱۳۸۲: ۴۱).

بنابراین سوء مصرف مواد مخدر یکی از جدی‌ترین معضلات بشری در سال‌های اخیر و یکی از پیچیده‌ترین پدیده‌های انسانی است و تا به حال هیچ پدیده‌ای نتوانسته تا این اندازه جوامع بشری به خصوص جوامع در حال توسعه و جوان را به چالش بکشد. برای اولین بار در تاریخ بشر با اپیدمی مواجه شده‌ایم که پایه‌ها و بنیان‌های جامعه انسانی را به تحلیل می‌برد. در عین حال زمینه‌های موجود در جامعه ایرانی نیز مزید بر دسترسی مواد مخدر می‌شوند. زمینه‌هایی نظیر تغییرات سریع، مهاجرت مرکزگرا، مشکلات اقتصادی، و بیکاری که هر یک به نوبه خود زمینه‌های بی‌هنجاری را فراهم می‌کنند. به همین علت برای تبیین مسئله اعتیاد در جامعه ایرانی به جای تکرار بررسی‌های پیشین و جمع‌آوری داده‌هایی که تجمع آن‌ها فاقد معنی خاصی است، بیش از هر چیز نیاز به نظریه‌پردازی داریم. در این پژوهش تلاش کرده‌ایم با یک نوآوری نظری به مسئله گرایش به اعتیاد بنگریم و عواملی را که قابل کنترل اند شناسایی کنیم. همان‌گونه که بعداً در این‌باره توضیح خواهیم داد این نوآوری نظری که برخاسته از نظریه رابرت مرتن (R. K. Merton) در تبیین کجروی است معطوف به سنجش تأثیر بلندپروازی غیر عقلانی در گرایش به اعتیاد است.

۲. پیشینه پژوهش و چهارچوب نظری

به طور کلی پژوهش در مسائل اجتماعی در کشور ما هنوز نوپاست. با توجه به اهمیت چنین موضوعاتی به خصوص در کشورهای در حال گذار، جای خالی پژوهش‌های جامع و کاربردی و مهم‌تر از آن به کار بردن نتایج و یافته‌ها به‌شدت احساس می‌شود. نبود آمار دقیق و رسمی، کمبود بودجه‌های پژوهشی، و مهم‌تر از آن رانت‌خواری در حوزه پژوهش باعث شده است که متخصصان واقعی کم‌تر به این حوزه قدم بگذارند. به‌رغم ضرورت پژوهش‌های متعدد حتی با متغیرهای یکسان، اما در جمعیت‌های آماری گوناگون متأسفانه، مسئولان امر به یک یا چند پژوهش محدود در یک زمینه بسنده می‌کنند. در این پژوهش

تلاش شده است در متغیرهای تبیین‌کننده گرایش به اعتیاد نوآوری صورت گیرد و ابعاد نوینی از آن مورد توجه قرار گیرد. به‌رغم بی‌سابقه‌بودن تبیین حاضر، برخی از گزارش‌های پژوهشی که تا حدودی شباهت به موضوع پژوهش داشته‌اند در زیر آمده‌اند:

مسعود کوثری در ۱۳۸۲ پژوهشی با عنوان «آنومی اجتماعی و اعتیاد به مواد مخدر» انجام داده است. این پژوهش به رابطه مفهوم بی‌هنجاری (آنومی) اجتماعی و اعتیاد می‌پردازد و می‌کوشد نشان دهد که نظریه بی‌هنجاری تا چه اندازه می‌تواند در روشن کردن ابعاد این مسئله اجتماعی در جامعه ما به‌کار آید. در این مقاله تلاش شد که از منظر هر دو رویکرد دورکیمی و مرتنی اعتیاد یا سوء مصرف مواد مخدر توضیح داده شود. پژوهش‌گر بر آن است که جامعه ایران به هر دو معنا (دورکیمی و مرتنی) وضعیتی آنومیک دارد. به بیان دیگر، می‌توان از نوعی آنومی مضاعف نام برد که هر دو به گرایش افراد به اعتیاد یا سوء مصرف مواد مخدر کمک می‌کنند. در نوع اول آنومی به این معناست که قواعد رقابت، نفع شخصی، و گرایش به تجملات و مادی‌گرایی به قاعده جاری جامعه تبدیل می‌شود و می‌خواهد جای اصول اخلاقی را بگیرد و حاصل چیزی جز فساد اخلاق جمعی نیست، و در معنای مرتنی نظام فرهنگی - ارزشی با تبلیغ روزافزون ارزش‌های مادی سبب شده است که تمایل به ارزش‌ها در توده مردم بیش‌تر شود و در نتیجه دست‌یابی به ارزش‌های مادی و پولی تبدیل به یک ارزش و در نتیجه نیاز شود. این نیاز روز به روز تشدید می‌شود و مردم به دنبال ارضای آن می‌روند، اما وسایل دست‌یابی به این ارزش با وضع اقتصادی موجود امکان‌پذیر نیست. از این‌رو، نوعی احساس ناکامی و سرخوردگی در افراد شکل می‌گیرد. این احساس می‌تواند فشاری برای انطباق‌های ابداع‌گرایانه یا انزواگرایانه باشد. در حالت انطباق انزواگرایانه اعتیاد به الکل و مواد مخدر راه‌های خوبی برای فراموش کردن وضع موجود و فرار از فشارها و تنش‌هایی است که فرد با آن دست به‌گریبان است. از این‌رو، می‌توان گفت که به هر دو معنا وضعیتی آنومیک در ایران برقرار است که افراد را به سوء مصرف مواد مخدر و دیگر آسیب‌های اجتماعی سوق می‌دهد (کوثری، ۱۳۸۲: ۲۶).

حسین مظفر و همکاران در ۱۳۸۸ پژوهشی با عنوان «آنومی فرهنگی و اعتیاد به مواد مخدر در بین جوانان شهر تهران» انجام داده‌اند. بی‌هنجاری (آنومی) فرهنگی مهم‌ترین بعد بی‌هنجاری اجتماعی است که در سطح رفتارهای اجتماعی قابل تشخیص است. این وضعیت ناشی از ضعف هنجارهای اجتماعی است و در قالب ناامنی اجتماعی، فساد اخلاقی، انحرافات فردی و گروهی، سوء استفاده از روابط اجتماعی، و ... مشاهده شدنی

است. هنجارهای فرهنگی باید و نبایدهای رفتاری است که به منزله قالب عملکردهای اجتماعی در جامعه برقرار است و هرگاه قدرت اعمال نفوذ بر عملکردها را از دست بدهد پیامد آن بی‌هنجاری فرهنگی است. هدف از این تحقیق بررسی رابطه بین آنومی فرهنگی و اعتیاد افراد به مواد مخدر در بین جوانان است. در این پژوهش بی‌هنجاری با متغیرهایی چون بدبینی، بی‌اعتمادی، سردرگمی، و بی‌محتوایی سنجیده شده است. نمونه آماری ۳۰۰ نفر از جوانان معتاد ۱۳-۲۸ ساله تهران است. یافته‌ها نشان داد بی‌هنجاری فرهنگی، بدبینی افراد نسبت به خود و اطرافیان، بی‌اعتمادی افراد به همه چیز، سردرگمی فرد و اغتشاش بین هنجارهایش، بی‌محتوایی زندگی، و شخصیت فرد در گرایش به اعتیاد مؤثر بوده است (مظفر و دیگران، ۱۳۸۸: ۱۳-۲۷).

در این دو پژوهش، تأثیر بی‌هنجاری فرهنگی و اجتماعی در گرایش به اعتیاد بررسی شده است. متغیر تبیین‌کننده در این پژوهش یعنی بلندپروازی غیر عقلانی نیز در همین زمینه قرار دارد. در واقع ما نیز، با رویکرد مرتنی به بی‌هنجاری، اشتیاق دست‌یابی به اهداف و آرمان‌ها را در شرایطی که وسایل و امکانات مقتضی فراهم نیستند یکی از عوامل گرایش به کج‌روی قلمداد کرده‌ایم.

اکثر پژوهش‌هایی که تا به حال صورت گرفته‌اند به علت ضعف مبانی و چهارچوب‌های نظری نتوانسته‌اند به تبیین و در نتیجه ارائه راه‌حل‌های کارآمد برای حل مسئله اعتیاد دست یابند. در میان رویکردهایی که طی قرن گذشته در حوزه جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی مطرح بوده است می‌توان به نظریه‌های آسیب‌شناسی اجتماعی، رویکرد بی‌سازمانی اجتماعی، رویکرد تضاد ارزش‌ها، رویکرد کج‌رفتاری، نظریه برچسب، رویکرد انتقادی، و رویکرد برساخت‌گرایی اجتماعی اشاره کرد. که در ذیل به مختصری از هر رویکرد می‌پردازیم (صدیق سروستانی، ۱۳۸۳ به نقل از بخارایی، ۱۳۸۹: ۳۱-۳۲):

۱. رویکرد آسیب‌شناسی اجتماعی: این رویکرد از سال ۱۹۰۵ به پدیداری نظام شهری و روند صنعتی شدن در قرن نوزدهم به‌منزله عوامل رخ‌نمایی مسائل اجتماعی تأکید دارد و به طور عمده مسائل اجتماعی مانند اعتیاد را یک مسئله کم و بیش شخصی می‌داند و در نهایت به «گروه» به‌منزله واحد تحلیل این پدیده توجه می‌کند. بر اساس این رویکرد معتاد یک بیمار است بنابراین، در یک مسیر تقلیل‌گرایانه، معضل اعتیاد به موضوع بیمار بودن معتاد تنزل می‌یابد و در یک سمت و سوی محافظه‌کارانه، درمان اعتیاد به سطح خرد یعنی همان درمان‌های روان‌شناسانه و روان‌پزشکانه نزدیک می‌شود. از آن‌جا که، علت شکل‌گیری اعتیاد

عبارت است از ناکامی در جامعه‌پذیری بنابراین، راه‌حل عبارت خواهد بود از آموزش اخلاقیات طبقه متوسط به معتادان.

۲. رویکرد بی‌سازمانی اجتماعی: این رویکرد از سال ۱۹۱۸ با تکیه بر مسائل ناشی از جنگ جهانی اول (فقر، بزه‌کاری، و بیماری‌های روانی) اعتیاد را به طور عمده ناشی از ضعف در مقررات می‌داند و به سازمان به‌منزله واحد تحلیل این پدیده توجه می‌کند. بر اساس رویکرد بی‌سازمانی اجتماعی، معتاد قربانی شیوه‌های ناهم‌نوای زندگی در گروه‌های نخستین (primary) و دومین (secondary) است. بنابراین، از آن‌جا که علت شکل‌گیری اعتیاد تغییرات اجتماعی است، راه‌حل اعتیاد عبارت خواهد بود از: برقراری تعادل در اجزای نظام با کاهش سرعت تغییرات فناوری و ایجاد مؤسسه‌های جدید (انجمن‌های حمایتی، دادگاه‌های ویژه، باشگاه‌ها و ...) برای مواجهه با شرایط جدید به نفع معتادان.

۳. رویکرد تضاد ارزش‌ها: از سال ۱۹۳۵، با توجه به قوی‌شدن گروه‌های صاحب‌نفوذ در دوران جنگ جهانی دوم و تزریق ارزش‌های میهن‌پرستانه به جامعه‌شناسی، مسائل اجتماعی، از جمله اعتیاد، را ناشی از ایجاد وضعیتی معارض با ارزش‌های برخی گروه‌ها و به طور کلی معلول تضاد ارزش‌ها و منافع گروه‌ها می‌داند و در سطح کلان به «گروه» به‌منزله واحد تحلیل این پدیده توجه می‌کند. بر اساس رویکرد تضاد ارزشی، اعتیاد ریشه در رقابت و انواع خاص برخورد بین گروه‌های قدرت‌طلب دارد، به گونه‌ای که ارزش‌های این گروه‌ها شفاف‌تر و ارزش‌های دیگر کم‌رنگ می‌شود و برخی افراد با احساس «کم‌ارزشی» به سوی اعتیاد روی می‌آورند. بنابراین نظر به این‌که علت شکل‌گیری اعتیاد عبارت است از تضاد ارزش‌ها و منافع گروه‌ها، پس راه‌حل اعتیاد عبارت خواهد بود از: تحقق یکی از پدیده‌های توافق، معامله و اعمال زور، بین گروه‌های صاحب قدرت.

۴. رویکرد کج‌رفتاری: از سال ۱۹۵۴، با توجه به مرفه‌ترشدن جامعه آمریکا پس از جنگ جهانی دوم و لزوم تحرک اجتماعی، مسائل اجتماعی از جمله اعتیاد را به طور عمده ناشی از فاصله‌گرفتن از هنجارها و روند نامتناسب جامعه‌پذیری می‌داند و با نزدیک‌شدن به رویکرد اول، یعنی آسیب‌شناسی اجتماعی به «گروه» به‌منزله واحد تحلیل در سطح خرد می‌پردازد. بر اساس رویکرد کج‌رفتاری، اعتیاد محصول افزایش تماس گروه نخستین با الگوهای رفتار نامشروع و یادگیری شیوه‌های کج‌روی است. بنابراین، از آن‌جا که اعتیاد را با جامعه‌پذیری نامتناسب تبیین می‌کند، راه‌حل اعتیاد را در کاهش تماس گروه با الگوهای رفتاری نامشروع و افزایش فرصت‌های مشروع در یک ساختار باز تشریح می‌کند.

۵. رویکرد برچسب‌زنی (labeling theory): از سال ۱۹۵۴، به موازات رویکرد کج‌رفتاری با توجه به توسعه حوزه‌های نظریه‌پردازی، مسائل اجتماعی از جمله اعتیاد را ناشی از واکنش‌های اجتماعی به تخلف‌ها و نیز بهره‌برداری برچسب‌زننده در وضعیت‌های خاص به رفتارهای کج‌روانه می‌داند. بر اساس رویکرد برچسب‌زنی، تشدید اعتیاد و تداوم آن محصول برچسب کج‌رو خوردن و پیامدهای آن در مشارکت اجتماعی و نیز خودانگاره افراد معتاد است. بنابراین، علت تشدید و تداوم اعتیاد را باید در تغییر تعریف‌ها و سودی که عاید برچسب‌زن‌ها می‌شود، جست‌وجو کرد. تغییر تعریف‌ها به معنای گسترش مدارای اجتماعی، کاهش فاصله‌های اجتماعی، و کاهش بهره‌برداری گروه‌ها از عایدات برچسب‌زنی موجبات کاهش برچسب‌ها را فراهم می‌کند.

۶. رویکرد انتقادی: از سال ۱۹۷۰، در یک جهت‌گیری کلان با واحد تحلیل ساختار اجتماعی به سلطه طبقاتی و وضعیت‌های استثمارگرانه توجه دارد. این رویکرد پس از رخ‌نمایی بحران‌های اجتماعی در امریکا مانند ترور رهبران سیاسی، جنبش‌های حقوق مدنی، فمینیسم، و بحران نفت شکل گرفت. بر اساس رویکرد انتقادی، مسائل اجتماعی از جمله اعتیاد ریشه در روابط طبقاتی در جامعه سرمایه‌داری دارد و فعالیت سیاسی و جنبش طبقه ستم‌کش و ایجاد جامعه بی‌طبقه راه‌حلی برای آن به‌شمار می‌رود.

۷. رویکرد برساخت‌گرایی (constructionism) اجتماعی: از سال ۱۹۸۵، پس از ناکامی رویکردهای شش‌گانه قبلی در ارائه راه‌حل‌های مؤثر برای کاهش نرخ جرم و انحراف، به‌منزله آخرین رویکرد پا به عرصه جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی نهاده است. این رویکرد، با اشتراک نظر با رویکرد برچسب‌زنی در خصوص لزوم «بازتعریف اجتماعی»، به فرایند تعامل بین شاکیان و پاسخ‌گویان توجه می‌کند و بر آن است که تعریف‌های ذهنی منبع مسائل اجتماعی است. از سوی دیگر، همانند رویکرد تضاد ارزشی به جنبه عینی مسائل اجتماعی در قالب خط مشی مدیریت کلان و قدرت نسبی طرفین دقت می‌ورزد. بر اساس رویکرد برساخت‌گرایی اجتماعی، مسائل اجتماعی از جمله اعتیاد در وضعیت‌های فرهنگی پردردسر و تغییرپذیر رشد می‌کند. با عنایت به شکل‌گیری و تقویت اعتیاد، بر پایه تلاش برای جبران نارضایتی از سوی شاکیان و مردم، اصحاب این رویکرد دقت در فرایند تعریف مسئله اعتیاد را برای بازسازی آن پیشنهاد می‌کنند.

یکی از نظریات مطرح در این زمینه نظریه مرتن با عنوان «ساختارهای بی‌هنجاری و فرصت» است که در رویکرد بی‌سازمانی اجتماعی مطرح می‌شود. بر اساس این تبیین،

کج‌روی بیش از هر چیز محصول بی‌هنجاری‌های اجتماعی است. به طور خلاصه از نظر مرتن بی‌هنجاری (آنومی) محصول فاصله میان اهداف، آرمان‌ها، و توقعات از یک سو و امکانات و وسایل مادی و هنجاری از سوی دیگر در میان افراد یا گروه‌های اجتماعی است. در این شرایط یعنی شرایط بی‌هنجاری، وضعیت به گونه‌ای می‌شود که بستر برای کج‌روی فراهم می‌شود.

مفهوم بی‌هنجاری یکی از مهم‌ترین مفاهیم رایج در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ آمریکا بود. به خصوص بعد از شبهاتی تحت عنوان بیگانگی از سوی مارکسیست‌ها، این مفهوم می‌توانست به خوبی در نقش جانشین برای توجیه نابه‌سامانی‌های اجتماعی به کار رود. روان‌شناسانی نظیر لئو استرول (L. Strole) مفهوم آنومیا (anomia) قبل از مفهوم آنومی (یا بی‌هنجاری) را بیش‌تر به منظور به‌کارگیری در پژوهش‌های تجربی مورد توجه قرار دادند. مفهوم آنومیا توصیف‌کننده وضعیت ذهنی و روانی و اجتماعی فردی است که با شرایط اجتماعی بی‌هنجاری مواجه شده است. این مفهوم در دهه ۱۹۶۰ به سبب قابلیت به‌کارگیری در پژوهش‌های تجربی به نحو گسترده‌ای مورد توجه قرار گرفته بود. به خصوص مقیاسی که استرول فراهم کرده بود اندازه‌گیری آن را تسهیل می‌کرد. در همین زمان بود که به‌کارگیری مفهوم بی‌هنجاری از سوی مرتن در مطالعه جرم و کج‌روی نیز شهرت یافته بود. این دو سنت خردنگر و کلان‌نگر هیچ‌گاه فرصت قرابت نیافتند (Deflem, 2007: 145).

از نظر مرتن بی‌هنجاری نبود توازن فرهنگی میان اهداف و هنجارهای فرهنگی است و بیش‌تر هنگامی رخ می‌دهد که اهداف در مقایسه با هنجارها بیش‌تر مورد تأکید قرار گیرند. از نظر مرتن فرهنگ‌هایی که به خوبی انسجام نیافته باشند زمینه لازم را برای رفتار کج‌روی فراهم می‌کنند. مرتن برخلاف تالکوت پارسونز (T. Parsons) و سایر کارکردگرایان، مهندسی اجتماعی را برای تنظیم اهداف و وسایل پیشنهاد می‌کرد. در تحلیل مرتن، سازمان جامعه و عملکرد عادی نهادهای جامعه شرایط را برای رفتار کج‌روی فراهم می‌کنند. مرتن این اندیشه را که «ناهم‌نوایی بیش‌تر در جامعه ریشه دارد تا در طبیعت اشخاص» مورد تأکید قرار داد و آن را توسعه بخشید. نکته‌ای که مرتن بر آن تأکید می‌کند این است که بی‌هنجاری و به تبع آن رفتار کج‌روی بیش از هر چیز محصول شرایط بهنجار (و نه نابهنجار) است. مرتن برخلاف دورکیم ضمن توجه بر پیامدهای بخشی هنجاری در جامعه قشربندی شده بر برجستگی و تشدید بی‌هنجاری از طریق سازگاری‌های فردی تأکید کرد (Parrillo, 2008).

در شرایطی که وسایل و امکانات ما را به هدف‌های مشروع و مؤکد جامعه نمی‌رساند، برخی از مردم ترجیح می‌دهند کج‌روی نکنند و از هنجارها دست برندارند، اما هدف‌ها را رها می‌کنند. مثلاً، وقتی که خرید منزل مسکونی در جامعه ایرانی مورد تأکید قرار می‌گیرد و همه آن را برای زوج‌های جوان آرزو می‌کنند، وقتی که عده‌ای ملاحظه می‌کنند با درآمد موجود امکان تهیه منزل را ندارند، ممکن است از هدف خرید منزل صرف نظر کنند و خود را مقید به هنجارها کنند؛ به عبارت دیگر، برای خرید منزل خود را به آب و آتش نزنند. مرتن این دسته از مردم را مناسب‌گرا می‌نامد. همچنین ممکن است عده‌ای هدف یا اهداف را رها نکنند مثلاً، برای خرید خانه به فکر روش‌هایی بیفتند که با هنجارهای رایج جامعه ناسازگار است؛ بعضی‌ها رشوه می‌گیرند، بعضی دیگر از رانت‌های دولتی استفاده می‌کنند، یک کسی هم ممکن است زورگیری یا دزدی بکند؛ به هر صورت برخلاف هنجارهای مشروع، هدفی مشروع را دنبال می‌کنند. مرتن این دسته از افراد را که به این نحو با شرایط بی‌هنجاری سازگار می‌شوند گروه نوآوران می‌نامد. بنابراین نوآوری عبارت است از عدول از هنجارهای اجتماعی در دست‌یابی به اهداف مشروع و مؤکد جامعه. نوآوری زمانی رخ می‌دهد که برخی افراد و گروه‌های اجتماعی در جامعه برای دست‌یابی به اهداف مورد نظر نمی‌توانند از وسایل و امکانات مشروع بهره‌گیرند در نتیجه به نوآوری روش‌های جدید می‌پردازند. در این جا بحث ما این است که گرایش به مصرف مواد مخدر را نیز می‌توان یکی از اشکال نوآوری تلقی کرد، زیرا فرد در زمان مصرف تا مدتی در عالم توهم به همه آن‌چه می‌خواسته می‌رسد. بنابراین طبق نظر مرتن اعتیاد را می‌توان یکی از اشکال نوآوری تلقی کرد که یکی از چهار روش انطباق با شرایط نابهنجار است. مرتن علاوه بر این دو گونه، طغیان و عزلت را نیز طرح می‌کند که توضیح آن‌ها خارج از ظرفیت این مقاله است. نوآوری زمانی رخ می‌دهد که اولاً، در بین گروه‌های اجتماعی بی‌هنجاری باشد یعنی این که بین امکانات و وسایل بهنجار با اهداف و توقعات مشروع و مؤکد آن‌ها فاصله‌ای قابل توجه وجود داشته باشد. ثانیاً، اشتیاق بسیار زیادی برای دست‌یابی به اهداف داشته باشند و حاضر باشند برای رسیدن به اهداف مورد نظر خود و گروه هر کاری انجام دهند. این پدیده را، یعنی پی‌جویی اهدافی که وسایل و امکانات آن را ندارید، بلندپروازی غیرعقلانی نامیده‌ایم. نوآوری نظری ما در همین بخش قرار دارد. اشتیاق برای دست‌یابی به اهداف بلندپروازی است و در شرایطی که وسایل و امکانات آن فراهم نباشد غیرعقلانی است. برای مثال وقتی نوجوانی قهرمانی حسین رضازاده یا بهداد سلیمی را در میداین

ورزشی جهان مشاهده می‌کند آن‌ها را الگوی خود قرار می‌دهد و می‌خواهد همانند آنان قهرمان جهان شود. حال اگر بین این خواسته و امکانات و وسایل وی هماهنگی برقرار باشد، این گرایش را صرف بلندپروازی می‌نامیم، اما اگر از امکانات و وسایل لازم برخوردار نباشد مثلاً، جنه ضعیفی داشته باشد و یا بیماری که به او اجازه چنین ورزشی را نمی‌دهد و یا امکانات مالی که به باشگاه برود را نداشته باشد، در این صورت بلندپروازی این شخص غیر عقلانی هم می‌شود.

در واقع در شرایطی که بلندپروازی از عقلانیت فردی و جمعی لازم برخوردار باشد، گرایش به اهداف و آرمان‌ها موجب تقویت انگیزه‌ها، پشتکار، پی‌جویی، و دسترسی به اهداف در فرایند نوآوری واقعی خواهد شد، اما چنانچه هدف‌گذاری در زندگی از عقلانیت فردی و جمعی متناسبی برخوردار نباشد، موجبات تقویت بلندپروازی‌های کاذب و جست‌وجوی آرمان‌ها در عالم تخیلات را فراهم می‌کند. عقلانیت عبارت است از: هماهنگی منطقی میان اهداف و امکانات و توانایی‌های فرد و گروه. در واقع عقلانیت زمانی محقق می‌شود که برای دستیابی به اهداف مورد نظر فرد، راه‌های کسب موفقیت نیز فراهم باشد. خلاصه این‌که در این‌جا به متغیر جدیدی به نام بلندپروازی غیر عقلانی دست خواهیم یافت، که هم حاوی میزان بلندپروازی است و هم نشان‌دهنده شکاف و فاصله آن با عقلانیت فردی و جمعی. به نظر می‌رسد چنانچه میزان بلندپروازی غیر عقلانی در میان معتادان و کسانی که تمایل به سوء مصرف مواد مخدر دارند بیش از افراد عادی باشد، می‌توان از این متغیر به منزله یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های گرایش به اعتیاد استفاده کرد؛ به این ترتیب که با اندازه‌گیری آن احتمال گرایش به این نوع نوآوری پیش‌بینی می‌شود. در کنار احتمال وقوع انواع دیگر نوآوری که تحت عنوان نوآوری‌های کاذب از آن‌ها یاد می‌شود و بنابراین لازم است طی پیمایشی میزان بلندپروازی غیر عقلانی و گرایش به سوء مصرف مواد مخدر، علاوه بر معتادان، در افرادی که سوء مصرف مواد مخدر ندارند ضمن کنترل متغیرهای اقتصادی - اجتماعی و سن بررسی شود.

در این پژوهش رابطه میان بلندپروازی غیر عقلانی و گرایش به سوء مصرف مواد مخدر در میان مراجعان مراکز درمان و بازتوانی اعتیاد بررسی شده است. نخست قصد بر این بود این پژوهش در میان معتادانی که در حال مصرف مواد مخدرند، صورت گیرد که به علت همکاری نکردن این افراد و ریسک‌پذیر بودن، در مراکز درمان و بازتوانی اعتیاد انجام شد که این امر طبیعتاً تاحدی در نتایج پژوهش تأثیرگذار بوده است و دیگر این‌که این افراد مدتی

بود که مواد مصرف نمی‌کردند در نتیجه در میزان بلندپروازی غیر عقلانی این افراد هم تأثیرگذار بوده است. بنابراین، در تعمیم نتایج باید محتاط بود. در مجموع، این مطالعه به دنبال پاسخ‌گویی به پرسش‌های زیر است:

- آیا بین بلندپروازی غیر عقلانی و گرایش به سوء مصرف مواد مخدر رابطه وجود دارد؟
- آیا میزان بلندپروازی غیر عقلانی معتادان بر حسب نوع ماده مصرفی متفاوت است؟
- تفاوت جنسیت در میزان و نوع بلندپروازی چگونه است؟
- تا چه اندازه بلندپروازی بر اولین سوء مصرف مواد مخدر تأثیرگذار بوده است؟
- طریقه آشنایی با مواد مخدر، نحوه گذراندن اوقات فراغت، و نحوه معاشرت با دوستان معتاد چگونه بوده است؟

برای پاسخ‌گویی به این پرسش‌ها از روش پیمایشی و ابزار پرسش‌نامه محقق‌ساخته بهره گرفته شده است. پرسش‌نامه شامل دو بخش: سنجش میزان و نوع بلندپروازی غیر عقلانی و گرایش به اعتیاد و سوابق مربوطه است. برای سنجش اعتبار از داوری متخصصان و برای سنجش اعتماد در مرحله پیش‌آزمون از آلفای کرونباخ بهره گرفته شده است و میزان آلفا در گویه‌های مربوط به بلندپروازی حدود ۰/۷۵ درصد برآورد شده است.

جامعه آماری معتادان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و بازتوانی اعتیاد است. در این میان ۱۲۸ نفر مرد و ۴۰ نفر زن بر اساس روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای غیر احتمالی مورد مطالعه قرار گرفتند. همچنین بخش سنجش بلندپروازی غیر عقلانی، پایگاه اقتصادی - اجتماعی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نیز در ۵۰ نفر افراد غیر معتاد به‌منزله گروه کنترل اجرا شد.

۳. تعاریف نظری و عملی متغیرها

۱.۳ بلندپروازی

اصطلاح بلندپروازی (ambition) مربوط به اواسط قرن چهاردهم میلادی است و ریشه در کلمه «امبیسون» فرانسوی یا ambitionem لاتین به معنای «به اطراف سرک‌کشیدن» به خصوص برای جمع‌آوری مشتری و آرا دارد. در واقع بلندپروازی اهمیاتی برای التفات، اظهار عشق، تملق، مطالبه‌ای برای احترام، عطشی برای شهرت و از این قبیل به‌شمار می‌رود (Online Etymology Dictionary). بلندپروازی میلی قوی برای پیشرفت فردی است که

شامل میلی درخور ستایش یا غیر معمول برای پیگیری یک هدف بلندپروازانه و به منزله اقدامی چالش برانگیز تشخیص داده می شود که احتیاج به تلاش بسیاری دارد و دربرگیرنده ابعاد مثبت و منفی است (Murray et al., 1970: 31). بلندپروازی را به منزله هدف و انگیزه، اجباری برای تلاش در جهت دستیابی به هدفی، تعریف می کنند. به نظر می رسد بلندپروازی شامل سه ویژگی باشد: میل شدید، پیگیری پرانرژی، و هدف معین (Champy and Nohria, 2000: 7). با توجه به موارد فوق در تعریف عملیاتی بلندپروازی موارد زیر قابل طرح است:

آشفته‌گی به سبب ناکامی، احساس تمایل شدید برای دستیابی به اهداف، احساس موانع در مسیر پیشرفت، تمایل به قرارگرفتن در موقعیت بهترین، تصور داشتن افکار و ایده‌های جالبی که باید عملی شوند، احساس ناکامی هنگامی که فرد دیگری عملکرد بهتری داشته باشد، نپذیرفتن شکست در مسیر رسیدن به هدف، تمایل به برجستگی در مقابل انظار دیگران، فرار از متوسط بودن، داشتن آرزوهای بزرگ، تمایل به قهرمانی در حرفه و رشته خود، تمایل به قرارگرفتن جای مشاهیر و ستارگان، و تمایل به طی سریع راه‌های کسب موفقیت.

گویه‌های زیر بخشی از گویه‌هایی است که برای سنجش بلندپروازی در نظر گرفته شده‌اند:

جدول ۱. گویه‌های سنجش بلندپروازی

۱. ناکامی در امور باعث آشفته‌گی من می‌شود.
۲. من آدمی هستم که هر طوری که هست باید به چیزی که می‌خواهم برسم.
۳. موانع زیادی را در پیشرفت خود احساس می‌کنم.
۴. دوست دارم در موقعیتی که قرار گرفتم بهترین باشم.
۵. فکرهای خیلی خوبی دارم که باید عملی شود.
۶. احساس ناکامی می‌کنم اگر کسی کارش را بهتر از کار من انجام دهد.
۷. وقتی در راه رسیدن به یک هدف مشکلی پیش بیاید اصلاً برایم قابل قبول نیست.
۸. آدم باید همیشه متوسط باشد و توی چشم دیگران نباشد.
۹. آرزوهای بزرگی دارم ولی برای آنها تلاش نمی‌کنم.
۱۰. همیشه دوست داشتم در حرفه و رشته خودم قهرمان باشم.
۱۱. خیلی دوست داشتم جای آدم‌های معروف باشم.
۱۲. انسان اگر بخواهد می‌تواند یک‌شبه راه صدساله را طی کند.

۲.۳ بلندپروازی غیر عقلانی

بلندپروازی غیر عقلانی که هم حاوی شدت بلندپروازی و هم مبین شکاف و فاصله آن با امکانات فردی و جمعی است، هنگامی مطرح می‌شود که خواسته و اهدافی که فرد بر تحقق آن‌ها اصرار دارد با امکانات فردی و گروهی وی تناسب نداشته باشد. در واقع کنشی غیر عقلانی محسوب می‌شود که وسایل به‌کار رفته با اهداف مورد نظر تناسب نداشته باشد. برای اندازه‌گیری بلندپروازی از برخی گویه‌های پرسش‌نامه کمال‌گرایی دانشگاه اهواز (حافظی و دیگران، ۱۳۸۷: ۵۷) استفاده شده است. در روان‌شناسی از اصطلاح کمال‌گرایی معادل بلندپروازی استفاده می‌شود. در این پژوهش بعد منفی کمال‌گرایی را مورد استفاده قرار داده‌ایم و از گویه‌های مربوط به پرسش‌نامه کمال‌گرایی و یک پرسش‌نامه مربوط به بلندپروازی استفاده شده است.

بدین ترتیب می‌توان گفت که بلندپروازی انرژی و نیروی مثبت به سمت اهداف و امیال فرد است که به خودی خود سازنده است، ولی در صورتی که با امکانات فرد تناسب نداشته باشد بلندپروازی غیر عقلانی نامیده می‌شود که مخرب است و از پیش‌بینی‌کننده‌های گرایش به اعتیاد در نظر گرفته شده است.

۳.۳ سوء مصرف مواد مخدر

سوء مصرف مواد بر اساس تعریفی که سازمان ملل متحد ارائه داده عبارت است از مسمومیت تدریجی یا حاد ناشی از مصرف مداوم یک دارو اعم از طبیعی یا ترکیبی که برای شخص و اجتماع زیان‌آور باشد (ستوده، ۱۳۷۳ به نقل از خالقی‌پور و یارمحمدیان، ۱۳۸۶: ۱۷).

به طور کلی مقصود از سوء مصرف، رفتار غیر انطباقی مصرف مواد در اندازه‌ای است که برای سلامتی فرد مضر باشد؛ ممکن است برخی از افراد نشانه‌های سوء مصرف را داشته باشند، ولی به مواد وابسته نباشند. میزان ماده مصرف‌شده تعیین‌کننده سوء مصرف مواد نیست، بلکه میزان تأثیری که مواد در فرد و زندگی وی می‌گذارد نشان‌دهنده سوء مصرف خواهد بود. همچنین مصرف باید در عملکرد فرد از نظر جسمی و روانی تأثیر بگذارد.

افرادی که سوء مصرف مواد دارند کسانی‌اند که یک یا چند ماده مخدر را مصرف می‌کنند و میل به تداوم مصرف آن دارند که توأم با وابستگی شدید جسمی و روحی است و احتمالاً طی دوره مصرف اقدام به ترک آن نیز کرده‌اند بنابراین، معیار سنجش متغیر نوع ماده مصرفی و مدت زمان مصرف ماده بوده است.

۴.۳ درمان نگره‌دارنده با متادون

درمان نگره‌دارنده با متادون شکلی از درمان است که برای افراد وابسته به مواد افیونی استفاده می‌شود. در این روش درمان (MMT)، که هدف آن کاهش آسیب به فرد بیمار است، متادون به صورت بلندمدت برای بیمار تجویز می‌شود که هم جانشین مواد مخدر مصرفی و هم کاهش‌دهنده نیاز به آن باشد. در این روش لازم است که بیمار روزانه به کلینیک مراجعه کند و متادون تجویز شده را در کلینیک مصرف کند (رستمی، ۱۳۸۴: ۲۷-۳۰).

روش درمان MMT بیش‌ترین و گسترده‌ترین روش به‌کار گرفته‌شده برای درمان معتادان به مواد مخدر است که از سال ۱۹۶۴ در آمریکا وجود دارد (Dole et al., 1966: 304-309). اعتقاد بر این است که در این روش متادون هم مشکلات مربوط به ترک را از بین می‌برد و هم دارای تأثیر مثبت در جنبه‌های مختلف فردی و اجتماعی افراد است.

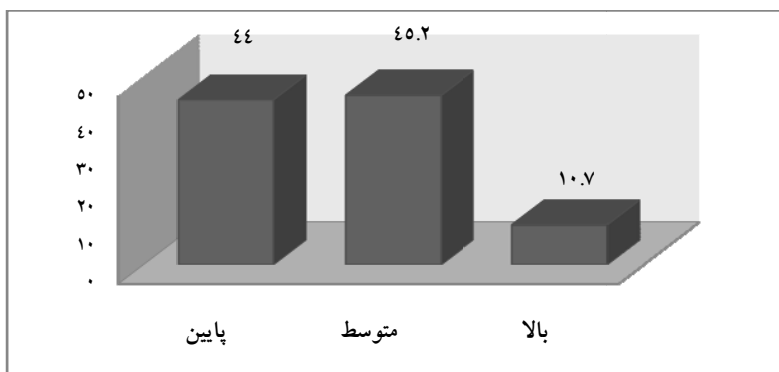
۴. یافته‌های پژوهش

در این بررسی ۱۶۸ نفر از افرادی که سوء مصرف مواد مخدر داشتند و به مراکز بازتوانی معتادان مراجعه کرده بودند مورد مطالعه قرار گرفتند. همان‌گونه که پیش‌تر نیز بیان شد، علاوه بر گروه آزمودنی، پرسش‌نامه بلندپروازی غیر عقلانی به همراه متغیرهای زمینه‌ای و جمعیت‌شناختی بر روی ۵۰ نفر از افراد بدون گرایش به اعتیاد و سابقه ابتلا به آن اجرا شد. در زیر به طور جداگانه اطلاعات افراد مراجعه‌کننده به مراکز بازتوانی و اطلاعات مربوط به گروه کنترل ارائه شده است.

۷۶/۲ درصد افراد مورد مطالعه، یعنی افراد معتاد، مرد و ۲۳/۸ درصد آنان زن هستند. سطح تحصیلات ۱۱/۳ درصد آنان ابتدایی تا پنجم، ۱۷/۳ درصد راهنمایی، ۳۷/۵ درصد تا دیپلم، ۱۳/۱ فوق دیپلم، ۲/۴ درصد دانشجو، ۱۴/۳ درصد لیسانس، و ۴/۲ درصد فوق لیسانس است. بنابراین حدود ۶۶/۱ درصد افراد مورد مطالعه دارای تحصیلات دیپلم به بالا هستند. همچنین سن ۲۸ درصد گروه آزمودنی زیر ۳۰ سال، ۵۱ درصد بین ۳۰-۴۵ سال، ۱۸/۵ درصد بین ۴۶-۶۰ سال، و ۲/۴ درصد ۶۱ سال به بالا هستند.

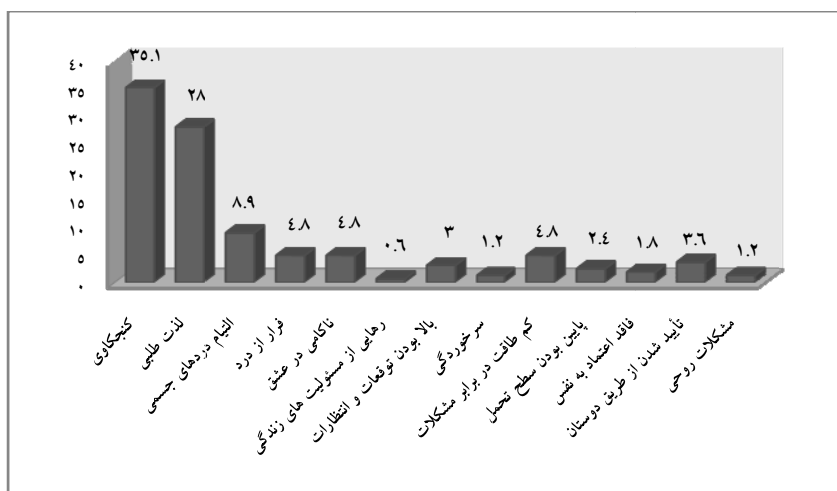
۳۹/۹ درصد جمعیت آزمودنی، درآمد خود را زیر ۸۰۰ هزار تومان، ۳۶/۳ درصد بین ۸۰۰ تا یک میلیون و ۶۰۰ هزار تومان، ۱۵/۵ درصد بین یک میلیون و ۷۰۰ تا دومیلیون و ۵۰۰ هزار تومان، ۸/۴ درصد نیز بالاتر از این میزان اعلام کرده‌اند. ۴۴ درصد پاسخ‌گویان مشاغلی در رده پایین، ۴۸/۲ درصد مشاغل رده متوسط، و ۷/۷ درصد مشاغل رده بالا دارند.

همچنین از نظر پایگاه اجتماعی و اقتصادی، ۴۴ درصد پایین، ۴۵/۲ درصد متوسط، و ۱۰/۷ درصد بالا هستند (نمودار ۱).



نمودار ۱. پایگاه اقتصادی - اجتماعی پاسخ‌گویان

نخستین مصرف در این پژوهش اهمیت بسیاری دارد. در واقع فرض ما این است که بلندپروازی غیر عقلانی زمینه‌های نخستین مصرف را فراهم می‌کند. اگرچه پس از نخستین مصرف، رابطه دوسویه‌ای با مصرف مواد مخدر می‌یابد؛ یعنی این که از یک طرف وقتی فرد بلندپرواز احساس می‌کند که در عالم توهم به همه آن چه می‌خواسته رسیده است، مصرف را ادامه می‌دهد و از سوی دیگر خود این مواد کمابیش خاصیت بلندپروازانه دارند و به بلندپروازی فرد معتاد دامن می‌زنند.



نمودار ۲. دلیل نخستین مصرف مواد مخدر در گروه آزمودنی

۱۶ رابطه بلندپروازی غیر عقلانی و گرایش به اعتیاد

همان گونه که در نمودار ۲ مشاهده می‌شود، ۳۵/۱ درصد از افراد گروه آزمودنی علت اولین بار مصرف را کنجکاوی، ۲۸ درصد لذت‌طلبی، ۱۳/۷ درصد التیام دردهای جسمی، ۷/۸ درصد کم‌طاقتی در برابر مشکلات و پایین‌بودن سطح تحمل، ۵/۴ درصد ضعف اعتمادبه‌نفس و نیاز به تأییدشدن از طریق دوستان، ۵/۴ درصد سرخوردگی و مشکلات روحی، و ۴/۸ درصد ناکامی در عشق بیان کرده‌اند. با توجه به این که بیش‌ترین مصرف به کنجکاوی مربوط است شاید بتوان این گونه تفسیر کرد که برخی از این کنجکاوی‌ها بیش‌تر جست‌وجویی برای راه‌حل است. کسانی که به آن‌چه دارند رضایت دارند به دنبال کنجکاوی نیستند. در واقع کنجکاوی جست‌وجوی راهی دیگر است. در مورد لذت‌طلبی نیز می‌توان گفت که بعضاً رفع آلام روحی و تنش‌های ناشی از ناکامی‌هاست. آن‌ها که دچار سرخوردگی نیستند و به آمال و آرزوهای خود رسیده‌اند کم‌تر در جست‌وجوی چیزی برای رفع آلام می‌گردند.

جدول ۲. توزیع جمعیت آزمودنی بر حسب سن شروع مصرف مواد مخدر

کل	۴۶ به بالا	۳۶-۴۵	۲۶-۳۵	۱۶-۲۵	تا ۱۵ سال	سن شروع مصرف	
						جنسیت	تعداد
۱۲۸	۴	۷	۲۹	۶۶	۲۲	مرد	تعداد
۱۰۰	۳/۱٪	۵/۵٪	۲۲/۷٪	۵۱/۶٪	۱۷/۲٪		درصد
۴۰	۰	۵	۷	۲۱	۷	زن	تعداد
۱۰۰	۰	۱۲/۵٪	۱۷/۵٪	۵۲/۵٪	۱۷/۵٪		درصد

با توجه به داده‌های جدول ۲، بیش از ۶۸ درصد مردان معتاد و ۷۰ درصد زنان معتاد در سنی کم‌تر از ۲۵ سالگی شروع به مصرف مخدر کرده‌اند. از آن‌جا که جوانان در این دوره سنی بیش‌تر در معرض توهّمات و هدف‌گذاری برای زندگی از یک سو و مشکلات و نگرانی‌های اقتصادی از سوی دیگر هستند میزان آسیب‌پذیری برای مصرف مواد مخدر نیز بیش‌تر به چشم می‌خورد.

جدول ۳. میزان بلندپروازی غیر عقلانی در گروه آزمودنی و گروه کنترل

بلندپروازی	گروه آزمودنی (معتادان)		گروه کنترل (غیر معتادان)	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
کم	۴۲	۲۵	۲۴	۴۸
متوسط	۹۵	۵۶/۵	۲۱	۴۲
زیاد	۳۱	۱۸/۵	۵	۱۰
کل	۱۶۸	۱۰۰	۵۰	۱۰۰

متغیر اصلی مستقل این پژوهش که بیشترین بحث نظری ما در مورد آن است بلندپروازی غیر عقلانی است. همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود میزان بلندپروازی در میان معتادان به نحو چشم‌گیری بیش از افراد غیر معتاد است. در حالی که جمعاً ۷۷ درصد معتادان از میزان بلندپروازی زیاد و متوسط رنج می‌برند، این نسبت در میان افراد غیر معتاد ۵۲ درصد یعنی ۲۵ درصد کم‌تر است. بلندپروازی غیر عقلانی کم در میان فقط ۲۵ درصد معتادان مشاهده شد. در حالی که بلندپروازی کم در میان ۴۸ درصد از افراد غیر معتاد دیده شده است. آزمون خی دو بیان‌گر فرض پوچ بودن رابطه را رد می‌کند و آزمون مان - ویتنی بیان‌گر تفاوت معنادار میانگین بلندپروازی غیر عقلانی در دو گروه معتادان و غیر معتادان است. به این ترتیب، میزان بلندپروازی غیر عقلانی در میان معتادان به نحو معناداری بیش از افراد غیر معتاد است.

جدول ۴. نوع بلندپروازی بر حسب جنسیت در گروه آزمودنی

نوع بلندپروازی	اقتصادی	تحصیلی	شغلی	موقعیت اجتماعی	خوشبختی خانوادگی	رفتن به خارج	کل
مرد	فراوانی	۶۰	۶	۲۹	۸	۱	۱۲۸
	درصد	۴۶/۹	۴/۷	۲۲/۷	۶/۲	۱۸/۸	۱۰۰
زن	فراوانی	۳	۱۱	۴	۱	۳	۴۰
	درصد	۷/۵	۲۷/۵	۱۰	۲/۵	۷/۵	۱۰۰

جدول ۴ نوع بلندپروازی گروه آزمودن یعنی کسانی را که به اعتیاد گرایش دارند بر حسب جنسیت توضیح می‌دهد. همان طوری که مشاهده می‌شود بلندپروازی ۴۶/۹ درصد مردان در زمینه اقتصادی، ۲۲/۷ درصد در زمینه موفقیت شغلی، ۱۸/۸ درصد خوشبختی در زندگی خانوادگی، ۶/۲ درصد در زمینه موقعیت اجتماعی، ۴/۷ درصد در زمینه موفقیت تحصیلی، و ۰/۸ درصد در زمینه رفتن به خارج از کشور است. این در حالی است که نوع بلندپروازی ۴۵ درصد زنان در زمینه خوشبختی در زندگی خانوادگی، ۲۷/۵ درصد در زمینه موفقیت تحصیلی، ۱۰ درصد در زمینه شغلی، ۷/۵ درصد در زمینه اقتصادی، ۷/۵ درصد نیز در زمینه مسافرت به خارج از کشور، و ۲/۵ درصد در زمینه موقعیت اجتماعی بالا است. به‌خوبی مشهود است که ناکامی‌های

۱۸ رابطه بلندپروازی غیر عقلانی و گرایش به اعتیاد

اقتصادی مردان نقش مهمی در بلندپروازی‌های اقتصادی دارد. و با توجه به نسبت درخور توجه مردان معتاد به زنان معتاد این مسئله بیشتر در حوزه مسائل اقتصادی قابل پی‌گیری است. در واقع ضعف عقلانیت اقتصادی و تمایل به طی ره صدساله در یک شب نقش مهمی در این گونه توهمات بازی می‌کند که می‌تواند به نوبه خود به اعتیاد منجر شود.

جدول ۵. گرایش به سوء مصرف شیشه بر حسب میزان بلندپروازی غیر عقلانی در گروه آزمودنی

شیشه				بلندپروازی
بلی		خیر		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۸/۸	۶	۱۰	۱۰	خیلی کم
۲۶/۵	۱۸	۲۹	۲۹	کم
۴۱/۲	۲۸	۳۱	۳۱	متوسط
۱۴/۷	۱۰	۲۹	۲۹	زیاد
۸/۸	۶	۱	۱	خیلی زیاد
۱۰۰	۶۸	۱۰۰	۱۰۰	جمع
احتمال خطا (sig)		مقدار χ^2 کرامر	مقدار X^2	آماره
۰/۰۲		۰/۲۵	۱۰/۸۵	

نتایج استفاده از آزمون خی دو و χ^2 کرامر درباره رابطه بلندپروازی و مصرف شیشه حاکی از آن است که بین افراد مصرف‌کننده شیشه و افرادی که مصرف نمی‌کنند، از نظر میزان بلندپروازی تفاوت معنادار است. همان‌طور که مشاهده می‌شود در بین افرادی که شیشه مصرف می‌کنند میزان بلندپروازی متوسط ۴۱/۲ درصد است که این برای افرادی که مصرف‌کننده نیستند، ۳۱ درصد است. بنابراین فرضیه آماری فوق تأیید می‌شود و میزان بلندپروازی در مصرف شیشه متفاوت است. همچنین باید به این نکته توجه شود که رابطه شیشه و بلندپروازی رابطه‌ای دوسویه است به طوری که بلندپروازی موجب مصرف شیشه و مصرف شیشه باعث تمایلات بلندپروازانه می‌شود.

جدول ۶. گرایش به سوء مصرف کوکائین بر حسب میزان بلندپروازی غیر عقلانی در گروه آزمودنی

کوکائین				میزان بلندپروازی
بلی		خیر		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۲۸/۶	۲	۸/۷	۱۴	خیلی کم
۵۷/۱	۴	۲۶/۷	۴۳	کم
۰	۰	۳۶/۶	۵۹	متوسط
۰	۰	۲۴/۲	۳۹	زیاد
۱۴/۳	۱	۳/۷	۶	خیلی زیاد
۱۰۰	۷	۱۰۰	۱۶۱	جمع
احتمال خطا (sig)		مقدار V کرامر	مقدار X ²	آماره
۰/۰۲		۰/۲۵	۱۱/۰۶	

نتایج استفاده از آزمون خبی دو و V کرامر در رابطه بین بلندپروازی و مصرف کوکائین حاکی از آن است که بین افراد مصرف‌کننده کوکائین و افرادی که مصرف نمی‌کنند، از نظر میزان بلندپروازی تفاوت معنادار است. همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود در بین افرادی که کوکائین مصرف می‌کنند میزان بلندپروازی خیلی زیاد ۱۴/۳ درصد است که این برای افرادی که مصرف‌کننده نیستند، اما از سایر مواد استفاده می‌کنند ۳/۷ درصد است. پس فرضیه آماری فوق تأیید می‌شود. البته باید به این نکته توجه داشت که به علت گران بودن و پرهزینه بودن کوکائین در ایران تعداد افراد مصرف‌کننده کم است که در گروه آزمودنی ما حدود ۷ نفر تجربه مصرف این ماده را داشتند که با توجه به آزمون آماری رابطه تأیید شد.

۵. نتیجه‌گیری

سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد یکی از مشکلات عمده کشورهای در حال گذار است. از آن‌جا که این کشورها جمعیت جوان دارند، بالطبع بیش‌تر در معرض خطر واقع می‌شوند. در این بین جوانان، به‌منزله عمده‌ترین و مستعدترین گروه، در معرض خطر بیش‌تری قرار دارند. دامنه تأثیرات سوء مصرف مواد از آن رو حائز اهمیت است که عواقب وخیم آن نه‌تنها فرد، بلکه خانواده، دوستان، و همکاران را نیز در معرض آثار ویران‌گر آن قرار خواهد

داد. این موضوع که قشر جوان جامعه بیش تر در معرض آسیب و آماج اعتیاد قرار دارند وظیفه همگان را در مقابله با این مشکل خطیرتر می کند.

با توجه به پژوهش های انجام شده، جامعه ایران در برخی از عرصه های حیات جمعی از بی هنجاری رنج می برد (رفیع پور، ۱۳۷۸) و این شرایط ظرفیت بالایی را برای گرایش به اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر ایجاد می کند. بر اساس دیدگاه رابرت مرتن بی هنجاری وضعیتی است که طی آن برخی از گروه های جامعه از وسایل و امکانات لازم برای پی جویی و دسترسی به اهداف مشروع و مؤکد جامعه محروم اند. یکی از شیوه های انطباقی افراد و گروه های اجتماعی با شرایط بی هنجاری نوآوری است. در این مقاله تلاش شد نشان داده شود که گرایش به اعتیاد نیز می تواند نوعی نوآوری تلقی شود. در این رابطه متغیر جدیدی تحت عنوان بلندپروازی غیر عقلانی مطرح کردیم. این متغیر یکی از تبیین کننده های گرایش به اعتیاد معرفی شد. این متغیر هم حاوی شدت بلندپروازی است و هم نشان دهنده شکاف و فاصله آن با امکانات فردی و جمعی است. نتایج نشان داد که رابطه بین بلندپروازی غیر عقلانی و گرایش به سوء مصرف مواد مخدر معنادار است. همچنین میزان بلندپروازی غیر عقلانی بر حسب نوع مواد مصرفی شیشه و کوکائین متفاوت است. به نظر می رسد مصرف شیشه و بلندپروازی غیر عقلانی از رابطه ای دوسویه برخوردار است؛ به طوری که بلندپروازی موجب مصرف شیشه و مصرف شیشه باعث تمایلات بلندپروازانه می شود. بیش ترین بلندپروازی مردان در زمینه مالی و اقتصادی و زنان در زمینه خوشبختی در زندگی خانوادگی است.

اگرچه با انجام دادن یک پژوهش نمی توان نتیجه قطعی درباره رابطه دو متغیر گرفت، ولی با عنایت به مبانی و چهارچوب نظری یادشده می توان از متغیر بلندپروازی غیر عقلانی به منزله یکی از پیش بینی کننده های اعتیاد بهره گرفت. در واقع می توان این گونه نتیجه گیری کرد که افرادی که از بلندپروازی غیر عقلانی بیش تری برخوردارند در مقایسه با افرادی که بلندپروازی های آنان عاقلانه تر است و یا بلندپروازی کم تری دارند برای انواع کج روی مستعدترند. اگر چنین باشد می توان پیش از این که گرفتار اعتیاد بشوند از ابتلای آنان با استفاده از روش های تغییر نگرش، ایجاد نگرش منفی، و آموزش های لازم پیشگیری به عمل آورد. در عین حال دامن زدن به بلندپروازی های گاه و بی گاه در عرصه های گوناگون از رسانه ها گرفته تا عملکرد مسئولان به منزله سمی مهلک تلقی می کنیم که به نوبه خود موجبات بی هنجاری را در گروه های مختلف اجتماعی فراهم می کند.

منابع

- بخارایی، احمد (۱۳۸۹). «رابطه هویت اجتماعی و اعتیاد»، *ماهنامه ایران پاک*، ش ۳۱.
- حافظی، فریبا، سعید بختیارپور، و احمد فخرالدین اعظم (۱۳۸۷). «مقایسه کمال‌گرایی، تعلل و افسردگی دبیران زن و مرد شهر اهواز»، *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، ش ۹.
- خالقی‌پور، شهناز و محمدحسین یارمحمدیان (۱۳۸۶). «مصرف مواد مخدر و برنامه‌های پیشگیری در نوجوانان و جوانان»، *دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان*، اصفهان.
- رستمی، رضا (۱۳۸۴). *راهنمای عملی درمان نگره‌دارنده با متادون*، تهران: تبلور.
- رفیع‌پور، فرامرز (۱۳۷۸). *آنومی یا آشفتگی اجتماعی*، تهران: سروش.
- صادقیه اهری، سعید، احد اعظمی، منوچهر براق، فیروز امانی، و انوشیروان صدیق (۱۳۸۳). «علل مؤثر بر بازگشت به اعتیاد در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد خودمعرف وابسته به بهزیستی تهران»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل*، س ۳، ش ۱۲.
- کوثری، مسعود (۱۳۸۲). «آنومی اجتماعی و اعتیاد به مواد مخدر»، *فصل‌نامه سوء مصرف مواد*، س ۲، ش ۵.
- مظفر، حسین، منیژه زکریایی، و مریم ثابتی (۱۳۸۸). «آنومی اجتماعی و اعتیاد به مواد مخدر»، *پژوهش‌نامه علوم اجتماعی*، س ۳، ش ۴.
- میثمی، علی پاشا، بیژن فرامرز، و کورش هلاکویی نایینی (۱۳۸۵). «معتادان در خصوص اعتیاد و مشکلات جامعه چگونه می‌اندیشند؟»، *مجله دانشکده علوم پزشکی تهران*، دوره ۶۴، ش ۵.
- وردی‌نیا، علی‌اکبر (۱۳۸۵). «مطالعه جامعه‌شناختی اعتیاد به مواد مخدر در ایران»، *فصل‌نامه رفاه اجتماعی*، س ۵، ش ۲۰.

- Champy, J. and N. Nohria (2000). *The Arc of Ambition: Defining the Leadership Journey*, Cambridge: Perseus Books, MA.
- Deflem, Mathieu (2007). 'Anomie, in: Ritzer, George (2007)', *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*, U.S: Blackwell.
- Dole, V. P., M. E. Nyswander and M. J. Kreek (1966). *Narcotic Blockade*, Archives of Internal Medicine, 118.
- Murray, James A. H., Henry Bradley, W. A. Craigie and C. T. Onion (eds.) (1970). *Oxford English Dictionary*, Vol. 1, England: Oxford, Clarendon Press.
- Online Etymology Dictionary*, www.etymonline.com.
- Parrillo, V. N. (2008). *Encyclopedia of Social Problems*, Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- UNODC (2009). *World Drug Report 2009*, United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), United Nations Publication Sales, No. E.09.XI.12.

