

چکیده:

این پژوهش باهدف بررسی سبک زندگی جوانان معتاد و غیر معتاد زندان‌های استان البرز انجام گرفت. روش پژوهش به صورت ترکیبی بود؛ یعنی با استفاده از هر دو روش کمی و کیفی به جمع‌آوری اطلاعات پرداخته شد. در بخش کمی با استفاده از پرسشنامه سبک زندگی لعلی و همکاران (۱۳۹۱) و پرسشنامه سبک زندگی کاویانی (۱۳۹۰) اطلاعات از دو گروه جوانان معتاد زندانی و جوانان غیر معتاد زندانی گردآوری و در بخش کیفی با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته از این دو گروه اطلاعات جمع‌آوری شدند. در بخش کمی، داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری چون: آزمون تحلیل واریانس چند متغیره و آزمون t دو گروه مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و در بخش کیفی نیز داده‌ها با استفاده از تحلیل زمینه‌ای بررسی و تفسیر گردیدند. یافته‌های کمی نشان داد که بین سبک زندگی آدلری در بین جوانان معتاد زندانی و جوانان غیر معتاد زندانی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P \leq 0.05$). اما بین این دو گروه در متغیر سبک زندگی اسلامی تفاوتی یافت نشد. یافته‌های کیفی نیز نتایج مشابهی را مبنی بر تفاوت سبک زندگی آدلری و سبک زندگی اسلامی در این گروه‌ها نشان داد. از نتایج این پژوهش می‌توان برای آموزش سبک زندگی سالم و دور از رفتارهای پرخطر در بین جوانان بهره جست.

کلیدواژگان: اعتیاد، سبک زندگی، سبک زندگی اسلامی، زندان، جوانان

فهرست مطالب

فصل اول: کلیات پژوهش:

مقدمه	۱
بیان مسئله	۴
اهمیت و ضرورت پژوهش:	۷
تعاریف متغیرها (مفهومی و عملیاتی)	۸
اهداف پژوهش	۱۰
هدف کلی	۱۰
اهداف فرعی	۱۰
فرضیه‌های پژوهش:	۱۰

فصل دوم: ادبیات پژوهش

بخش اول: اعتیاد و مفاهیم آن	۱۵
تعاریف و مفاهیم اعتیاد	۱۵
همه‌گیرشناسی	۱۷
انواع مواد (روان‌گردان)، ویژگی‌ها و آثار	۱۹
داروها و مواد مخدر (افیون‌ها)	۱۹
آثار افیون‌ها	۱۹
حشیش و ماری‌جوانا	۱۹
آثار حشیش و ماری‌جوانا	۲۰

۲۰	..... نیکوتین و سیگار
۲۰	..... آثار نیکوتین و سیگار
۲۱	..... مبانی نظری اعتیاد
۲۱	..... نظریه روان تحلیل گری
۲۲	..... دیدگاه‌های شناختی- رفتاری عاطفی
۲۳	..... نظریه‌های یادگیری اجتماعی- شناختی
۲۴	..... خودکارآمدی و مصرف مواد
۲۵	..... نظریه تعهد به رسوم و علاقه اجتماعی
۲۶	..... عوامل گرایش به مواد مخدر
۳۱	..... زندان و اعتیاد
۳۳	..... بخش دوم: سبک زندگی آدلری
۳۴	..... تعاریف سبک زندگی
۳۴	..... اعتقادات مربوط به سبک زندگی از دیدگاه شفیع‌آبادی و ناصری
۳۴	..... کارکردهای سبک زندگی
۳۵	..... مؤلفه‌های سبک زندگی از دیدگاه‌های مختلف
۳۵	..... مؤلفه‌های سبک زندگی از دیدگاه آدلر
۳۶	..... مؤلفه‌های سبک زندگی از دیدگاه‌های لعلی و همکاران
۳۸	..... عوامل تحول سبک زندگی
۳۹	..... ارتباط دین و سبک زندگی

بخش سوم: سبک زندگی اسلامی.....	۴۰
تعریف سبک زندگی اسلامی.....	۴۰
مؤلفه‌های سبک زندگی اسلامی	۴۱
چهار نوع رابطه که در چهارچوب سبک زندگی اسلامی به‌طور کل برای فرد مطرح می‌شود.....	۴۳
شباهت‌ها و تفاوت‌های سبک زندگی اسلامی از دیدگاه‌های مختلف.....	۵۰
بخش چهارم: سبک زندگی و اعتیاد	۵۱
نتیجه‌گیری	۵۳
فصل سوم: روش‌شناسی	
متغیرهای مورد مطالعه.....	۵۷
روش پژوهش	۵۷
روش کمی پژوهش	۵۸
روش کیفی پژوهش	۵۸
جامعه آماری.....	۵۹
روش نمونه‌گیری	۵۹
روش نمونه‌گیری کمی	۵۹
روش نمونه‌گیری کیفی	۵۹
ابزارهای پژوهش	۵۹
ابزارهای کمی.....	۵۹
ابزار کیفی	۶۰

۶۰.....	روش اجرای پژوهش
۶۱.....	روش تجزیه و تحلیل داده‌ها
	فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده‌ها
۶۳.....	تحلیل یافته‌های بخش کمی
۶۳.....	متغیرهای جمعیت شناختی
۶۶.....	آماره‌های توصیفی
۷۲.....	تحلیل آماری فرضیات پژوهش
۷۳.....	آزمون فرضیه اصلی
۷۴.....	آزمون فرضیه ویژه اول
۷۵.....	آزمون فرضیه ویژه دوم
۷۶.....	تحلیل یافته‌های بخش کیفی
۷۶.....	متغیرهای جمعیت شناختی
۷۶.....	تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها
	فصل پنجم: نتیجه‌گیری
۸۴.....	بررسی و تبیین فرضیه‌های پژوهش
۹۰.....	مقایسه یافته‌های کمی و کیفی
۹۲.....	پیشنهادها
۹۲.....	مشکلات و موانع
۹۳.....	محدودیت‌ها

منابع فارسی ۹۳

منابع انگلیسی ۹۷

پیوست‌ها ۱۱۴

پرسشنامه سبک زندگی لعلی و همکاران (۱۳۹۱) ۱۱۴

پرسشنامه سبک زندگی اسلامی (۱۳۹۱) ۱۱۷

سؤالات مربوط به مصاحبه‌های سبک زندگی آدلری ۱۲۲

سؤالات مربوط به مصاحبه‌های سبک زندگی اسلامی ۱۲۴

فهرست جداول، نمودارها و شکل‌ها

جدول (۱-۲). ملاک‌های تشخیصی DSM5 برای وابستگی به مواد ۱۷

جدول (۲-۲). درصد مصرف مواد در دنیا (۲۰۱۳) ۱۷-۱۸

جدول (۱-۴). متغیرهای جمعیت شناختی بخش کمی ۶۳

جدول (۲-۴). آماره‌های توصیفی متغیر سبک زندگی و مؤلفه‌های آن به تفکیک جنسیت و گر ۶۶-۶۸

جدول (۳-۴). آماره‌های توصیفی متغیر سبک زندگی اسلامی و مؤلفه‌های آن به تفکیک جنسیت و گروه‌ها ۶۸-۷۰

جدول (۴-۴). آزمون کولوموگروف-اسمیرنوف تک نمونه‌ای برای متغیرهای سبک زندگی و سبک زندگی اسلامی ۷۱

جدول (۵-۴). نتایج آزمون لوین برای همگنی واریانس‌ها ۷۱

جدول (۶-۴). آزمون تحلیل واریانس چند متغیره برای سبک زندگی و سبک زندگی اسلامی ۷۱-۷۲

جدول (۷-۴). آزمون آمستقل برای تفاوت سبک بین دو گروه معتاد و غیر معتاد زندان در متغیر سبک زندگی ۷۲

جدول (۸-۴). آزمون آمستقل برای تفاوت سبک بین دو گروه معتاد و غیر معتاد زندان در متغیر سبک زندگی اسلامی ۷۲

جدول (۹-۴). فراوانی و میانگین سن گروه نمونه به تفکیک وضعیت افراد در گروه ها و جنسیت.....۳۶

جدول (۱۰-۴). تجزیه و تحلیل مصاحبه با مردان معتاد زندانی - سؤالات مربوط به سبک زندگی آدلری.....۷۳-۷۴

جدول (۱۱-۴). تجزیه و تحلیل مصاحبه با مردان غیر معتاد زندانی - سؤالات مربوط به سبک زندگی آدلری..... ۷۵

جدول (۱۲-۴). تجزیه و تحلیل مصاحبه با زنان معتاد زندانی - سؤالات مربوط به سبک زندگی

آدلری.....۷۶

جدول (۱۳-۴). تجزیه و تحلیل مصاحبه با زنان غیر معتاد زندانی - سؤالات مربوط به سبک زندگی

آدلری..... ۷۷

جدول (۱۴-۴). تجزیه و تحلیل مصاحبه با مردان معتاد زندانی - سؤالات مربوط به سبک زندگی

اسلامی.....۷۷-۷۸

جدول (۱۵-۴). تجزیه و تحلیل مصاحبه با مردان غیر معتاد زندانی - سؤالات مربوط به سبک زندگی

اسلامی..... ۷۸-۷۹

جدول (۱۶-۴). تجزیه و تحلیل زنان غیر معتاد زندانی - سؤالات مربوط به سبک زندگی

اسلامی.....۷۹

جدول (۱۷-۴). تجزیه و تحلیل زنان معتاد زندانی - سؤالات مربوط به سبک زندگی

اسلامی.....۷۹-۸۰

جدول (۱۸-۴). فراوانی و درصد پاسخ دهندگان به سؤالات مصاحبه های سبک زندگی آدلری..... ۸۱

جدول (۱۹-۴). فراوانی و درصد پاسخ دهندگان به سؤالات مصاحبه های سبک زندگی اسلامی..... ۸۲

نمودار (۱-۴). توزیع فراوانی گروه نمونه بر اساس جنسیت..... ۶۴

نمودار (۲-۴). توزیع فراوانی گروه نمونه بر اساس سن..... ۶۴

نمودار (۳-۴). توزیع فراوانی گروه نمونه بر اساس وضعیت تاهل..... ۶۵

نمودار (۴-۴). توزیع فراوانی گروه نمونه بر اساس وضعیت اقتصادی..... ۶۶

نمودار (۵-۴). توزیع فراوانی گروه نمونه بر اساس اشتغال..... ۶۵

شکل (۱-۱). چهارچوب پژوهش ۱۲

شکل (۲-۱). نقشه ذهنی ۱۴

شکل (۲-۲). الگوی عمل مستدل فیشین و آیزن ۲۲

شکل (۲-۳). مبانی نظری اعتیاد ۲۵

شکل (۳-۱). چهارچوب تحقیقاتی ۵۶

شکل (۳-۲). طرح همگرا ۵۸

فصل اول

کلیات پژوهش

سال‌ها است که موضوع مواد مخدر یکی از مهم‌ترین مسائل اجتماعی در همه کشورها محسوب می‌شود. اعتیاد^۱ که برآمده از مصرف مواد مخدر و در واقع حالتی مزمن در اثر تکرار این مواد است، دارای این مشخصات می‌باشد^۱. در اثر مصرف مکرر مواد، عادات روحی ایجاد می‌شود و این عادات فرد را به علت نیاز و تمایل روانی به سوی مصرف مواد مخدر ترغیب می‌کند^۲. مقدار مواد مصرفی مرتباً رو به افزایش می‌رود^۳. در اثر قطع دارو، نشانگان محرومیت در شخص از قبیل: پرخاشگری^۲، تنش^۳ و اضطراب^۴ ایجاد می‌شود^۴. اعتیاد به مواد مخدر برای افراد یا جامعه حالت زیان‌آوری پیدا می‌کند (کلارک، نارو، رجیر و همکاران^۵، ۲۰۱۳). در تعریف (-DSM5 2013)؛ اعتیاد، مصرف مکررهر ماده است که با تغییرات روانی همراه باشد، مشروط بر آنکه نشانه‌های تحمل، عوارض ترک و یا اختلال در عملکرد ایجاد نماید. مواد مخدر نه تنها سلامتی فرد مصرف‌کننده و جامعه را به خطر می‌اندازد، بلکه همچنین راهی را به سمت فساد اخلاقی و فکری مخصوصاً برای جوانان هموار می‌کند که می‌تواند عواقب خطرناکی داشته باشد (سینها^۶، ۲۰۰۱)؛ متأسفانه افزایش قابل‌ملاحظه‌ای در مصرف مواد مخدر، الکل و سیگار مخصوصاً در جوانان وجود دارد (شیانگوا، جوشی و لال^۷، ۲۰۰۷)؛ بنابراین، اعتیاد به‌عنوان یک معضل اجتماعی در جامعه که به‌ویژه در میان جوانان شایع شده، می‌تواند مضرات مختلف اجتماعی و بهداشتی چون نابودی دارایی شخصی، افزایش خشونت، ایدز، بزهکاری، بیکاری، اختلالات روانی و خودکشی^۸ را در پی داشته باشد (رید، آمارو، ماتسوموتو و کایسن^۹، ۲۰۰۹).

مصرف مواد در کشور ما سابقه چند هزارساله دارد. از اولین احکام مربوط به ممنوعیت مصرف تریاک در ایران حدود ۴۰۰ سال می‌گذرد، بنابراین می‌توان درک کرد که عوارض ناشی از مصرف مواد، ده‌ها سال پیش

1. addiction

2. aggression

3. tension

4. anxiety

5. Clarke, D. E., Narrow, W. E., Regier, D. A & et al.

6. Sinha

7. Shyangwa, Joshi, & Lal

8. suicide

9. Reed, Amaro, Matsumoto, & Kaysen

تاکنون، توجه روانشناسان و جامعه شناسان را به خود جلب کرده است. در طول قرن اخیر با ورود هروئین^۱، وضعیت مصرف مواد در ایران پیچیده تر شده است، به طوری که در حال حاضر کشور ما دارای بالاترین میزان مصرف مواد افیونی در جهان می باشد (جهانگیری، ۱۳۹۱)؛ در این میان زندان‌ها^۲ هم از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند که با ایجاد شرایط استرس آور، این محیط را بیشتر مستعد مصرف مواد مخدر می کنند. بعلاوه، شواهد بسیاری که از مطالعات انجام شده به دست آمده است، نشان می دهد بیشتر افرادی که مواد مخدر مصرف می کنند، جرائم دیگری هم دارند؛ این بررسی ها نشان می دهد که مواد مخدر تقریباً در تمام زندان های دنیا مصرف می شود، به طوری که دولت ها را به چالش و مبارزه با این پدیده خطرناک فراخوانده است (کسل و برشتاین^۳، ۲۰۰۱)

اعتیاد به مواد مخدر علل گوناگونی دارد که مهم ترین آن ها را می توان در سه طبقه: اجتماعی، روانی و فردی دانست (بهرامی احسان، ۱۳۹۰). هریک از این عوامل به نوع خود در گرایش فرد به مصرف مواد مخدر نقش اساسی دارد. این عوامل در قالب نوعی سبک زندگی می توانند تاثیر خود را در رابطه با رفتارهای پرخطر بیشتر نشان دهند. تحقیقات نیز از خطر احتمالی تبدیل شدن اعتیاد به نوعی سبک زندگی به خصوص در بین جوانان خبر می دهند (ماناگی، بروزر، خان و همکاران^۴ ۲۰۰۹؛ خالسا، خالسا، خالسا و همکاران^۵، ۲۰۰۸). محمدی (۱۳۸۳) نیز در پژوهشی، یک از شایع ترین عوامل خطر در سبک زندگی بیماران قلبی - عروقی را مصرف سیگار، داشتن سابقه خانوادگی اعتیاد و استرس عنوان کرد، او نتیجه گرفتند که سبک زندگی ۹۵ درصد این بیماران خطر آفرین است و کاربرد آموزشی سبک زندگی سالم، بر تغییر سبک زندگی این افراد تأثیر می گذارد.

سبک زندگی خطمشی نسبتاً ثابت است که فرد برای رسیدن به اهداف خود به کار می برد یعنی راهی است برای رسیدن به اهداف زندگی. اولین بار آلفرد آدلر^۶ (۱۹۲۷) سبک زندگی را مطرح کرد و این مفهوم را

1. acetomorphine

2. prisons

3. Cassel, E., & Bernstein, D. A

4. Manghi, R. A., Broers, B., Khan, R & et.al

5. Khalsa, Khalsa, Khalsa & et.al

6. Adler

بعدها پیروان او گسترش دادند. او شناخت فرد را مستلزم شناخت سازمان ادراکی و شناخت سبک زندگی او می‌دانست و معتقد بود سبک زندگی به ایمان و اعتقاداتی اطلاق می‌شود که فرد را در روزهای اولیه زندگی خود کسب می‌کند و یک الگوی ادراکی^۱ جهت‌دار است؛ آدلر معتقد است افرادی که سبک زندگی سالم و مفید دارند، عالی‌ترین شکل انسانیت را در فرایند تکامل نشان می‌دهند و احتمالاً به دنیای آینده رونق می‌بخشند. گیدنز، دانیر و آپلبوم^۲ (۱۹۹۶) سبک زندگی سالم را تلاش برای دستیابی به حالت رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی توصیف می‌کنند. از نظر آن‌ها، سبک زندگی سالم شامل رفتارهایی است که سلامت جسمی و روانی انسان را تضمین می‌کند. به عبارت دیگر، سبک زندگی سالم دربردارنده ابعاد جسمی و روانی است. بعد جسمانی شامل تغذیه، ورزش و خواب است و بعد روانی شامل ارتباطات اجتماعی، مقابله با استرس، روش‌های یادگیری، مطالعه و معنویت است. آن‌ها تأکید می‌کنند که سبک زندگی هر فرد متأثر از دو عامل عمده است: شخصیت فرد و ویژگی‌های محیط. این ویژگی‌ها به طرق مختلفی بر سبک زندگی افراد تأثیر می‌گذارند. به عنوان مثال، افراد درون‌گرا و برون‌گرا سبک‌های متفاوتی در زندگی دارند؛ اما عامل مهمی که می‌تواند در سراسر عمر بر سبک زندگی افراد تأثیر بگذارد، ویژگی‌ها و شرایط محیطی است؛ از جمله فقر، اوضاع سیاسی-اقتصادی جامعه، ویژگی‌ها و شرایط خانوادگی، فقدان پدر مادر و یا همسر و غیره.

با توجه به مطالب بیان‌شده، اگر به مباحث اخیر پیرامون مصرف مواد اعتیادآور توجه کنیم و نیز حساسیت‌های به وجود آمده در افکار عمومی نسبت به پدیده مصرف مواد مخدر در میان جوانانمان در مدارس و دانشگاه‌ها را در نظر بگیریم، همگی به نظر حاکی از آن است که نوعی گرایش پنهان به مواد مخدر در قالب سبک زندگی در حال ایجاد است. اگرچه آمارهای رسمی حکایت از آن دارد که بسیاری از اخبار منتشرشده در خصوص اعتیاد جوانان غیرواقعی و غلوآمیز است، ولی مهم‌تر از آمارها و با در نظر داشتن آن آمارهای حداقلی، خطر به وجود آمدن نوعی سبک زندگی که در آن مصرف مواد مخدر دارای جایگاه ویژه‌ای باشد بسیار جدی

^۱. perceptual pattern

^۲. Giddens, A., Duneier, M., & Appelbaum, R. P

است. از طرف دیگر با توجه به اینکه ما اکنون در کشوری اسلامی و بر مبنای آموزه‌های اسلامی زندگی می‌کنیم و دین اسلام همچون یک سرمایه، نقشی تاثیرگذار بر کنش و انتخاب سبک زندگی و نحوه مصرف فرهنگی و مادی افراد دارد؛ بنابراین شاید شناخت سبک زندگی مبتنی بر فرهنگ و دین بتواند کمک بزرگی به مشکلات به وجود آمده در این زمینه بکند. به تعبیری دیگر، سبک زندگی اسلامی^۱ که برآمده از متون الهی است نیز به نظری می‌تواند چهارچوب مهمی برای رشد سالم انسان در زندگی باشد؛ بررسی سبک‌های زندگی‌ای که افراد معتاد برگزیده‌اند و مقایسه آن با سبک زندگی‌ای که در نگرش اسلامی مورد تأکید واقع شده است می‌تواند یک زاویه دید جدیدی را در خصوص افراد معتاد و درمانشان برای روانشناسان، مددکاران و مشاوران ایجاد نماید. تحقیقات مختلفی که در مورد اثربخشی معنا درمانی و مشتقات آن در خصوص افراد معتاد مطرح شده است (شریفی، ۱۳۹۱) همگی حاکی از ضرورت یافتن وجه تفاوت‌های سبک زندگی اسلامی و سبک زندگی‌ای است که افراد معتاد برای خود برمی‌گزینند؛ همچنین با توجه به اینکه اعتیاد یک نوع بیماری روحی نیز تلقی می‌شود، شناخت ارزش‌های و روحی و معنوی که وابسته به جهان‌بینی دینی و اعتقادی است، می‌تواند عاملی برای پیشگیری از رفتارهای پرخطر باشد که در سبک زندگی اسلامی متجلی است (کاویانی، ۱۳۸۸).

بیان مسئله

مشکل اعتیاد یکی از معضلات بهداشتی، روانی و اجتماعی جهان امروز است. در طول سال‌های گذشته، اعتیاد به داروهای قانونی و غیرقانونی بسیار فراگیر شده است و اکنون حاکی از وجود یک مشکل جدی در سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است. گسترش این روند ضربات قابل توجهی بر بنیادهای اخلاقی، اقتصادی و اجتماعی یک جامعه می‌زند، آن را از درون دچار فساد کرده و درنهایت به انحطاط می‌کشاند. این مشکل امروزه چنان خودنمایی می‌کند که هیچ کشوری نمی‌تواند خود را کاملاً از آن مصون بداند. مهم‌ترین عوارض روانی اعتیاد عبارت‌اند از: افسردگی، اضطراب، فراموشی^۲، روان‌پریشی^۳ و اختلالات مغزی^۱ و از مشکلات اجتماعی ناشی

^۱. Islamic lifestyle

^۲. amnesia

^۳. psychotic

از اعتیاد می‌توان جرائمی مثل سرقت، فحشا و خشونت، افزایش مشاغل کاذب و کاهش کارایی و تعدد خانواده‌های آشفته یا ازهم‌گسیخته نام برد (سازمان بهداشت جهانی^۲، ۲۰۰۴). از طرف دیگر اعتیاد با خالی کردن افراد از ارزش‌های اخلاقی و انسانی، آن‌ها را مستعد پذیرش فرهنگ‌های پوچ و مخرب می‌نماید. لذا به دلیل پیچیدگی مشکلات همراه با اعتیاد، ساختار مقابله‌ای پیچیده‌ای مورد نیاز است تا به‌طور کامل همه ابعاد زندگی و الگوهای رفتاری معتادان را در برگیرد. برنامه‌های درمانی به زمان و کوشش صبورانه فرد معتاد، خانواده وی، درمانگران و سازمان‌های مسئول نیاز دارند. کما اینکه بیشتر معتادان تمایل دارند سبک زندگی وابسته به مواد مخدر را تغییر دهند، اما وجود مشکلات زیاد درمانی، سبب عود و ترک دوره درمانی شده است (راوندال و واگلوب^۳، ۲۰۰۲).

از جمله مؤلفه‌های مهم در سبک زندگی؛ سلامت محیطی، سلامت اجتماعی و سلامت معنوی است که به‌طور جدی می‌تواند گرایش به مصرف مواد مخدر را پیش‌بینی کند؛ در واقع تأثیر محیط زندگی یا عوامل محیطی مانند، گروه همسالان یا روابط بین فردی نامناسب انسان را به گوشه‌گیری واداشته و در این صورت مصرف مواد مخدر به‌منظور راهی برای تسکین دردها و آمال دور از انتظار نیست (فاجیانو، ویگنا-تاگلیانته و بورخارت^۴، ۲۰۱۰)؛ همچنین نبود معنا و هدفی برای زندگی انسان را از ارزش‌های درونی تهی کرده به خلأ و بحران‌های وجود وامی‌دارد در مقابل معنویت می‌تواند یکی از مؤثرترین روش‌های سازش در مواجهه با شرایط سخت زندگی باشد (پارگامنت^۵، ۲۰۱۱). بررسی نشان می‌دهد کسانی که معنویت را مهم می‌شمارند و برای خود هدف و معنایی در زندگی ترسیم کرده‌اند کم‌تر به سمت رفتارهای پرخطر رفته و از مصرف مواد مخدر اجتناب می‌کنند (موریس، جانسون، لوزیر و همکاران^۶، ۲۰۱۳).

همان‌طور که ذکر شد، موضوع اعتیاد تا آنجا در حال پیشروی است که در حال تبدیل شدن به یک نوع سبک زندگی است. تحقیقات انجام‌شده نیز مؤید این ادعا هستند؛ در همین راستا گروه بهداشت جهانی (۲۰۱۰) طبق بیانیه‌ای اعتیاد را خطری برای سبک زندگی تلقی کرده است. مانگی و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی با

¹. brain disorder

². World Health Organization (WHO)

³. Ravndal & Vaglum

⁴. Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G.

⁵. Pargament

⁶. Morris, D. N., Johnson, A., Losier & et.al

عنوان مصرف قات^۱، اعتیاد یا سبک زندگی؟ به این نتیجه رسیدند که این ماده مخدر به‌طور شدید در بین جوانان آفریقایی و کشورهای خاورمیانه مصرف می‌شود. آن‌ها بر این باور بودند که مصرف مواد مخدر در بین این جوانان در حال تبدیل شدن به یک نوع سبک زندگی است. اورنیش، براون، بیلینگز و همکاران^۲ (۱۹۹۰) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که تغییرات جامع در سبک زندگی می‌تواند مصرف مواد را به حداقل برساند. خالسا و همکاران (۲۰۰۸) در تحقیقی که در هند انجام دادند، نشان دادند که سبک زندگی توأم با ورزش و تندرستی، مخصوصاً حرکات یوگا تأثیر درمانی مثبتی بر سوءاستفاده از مصرف مواد داشته و می‌تواند آن را کاهش دهد. والاک و باخمان^۳ (۱۹۹۱) بر این باورند که مؤلفه‌های سبک زندگی از جمله: رفتارها و ارزش‌های تربیتی، باورهای دینی و گذر زمان به‌طور نیرومندی با مصرف مواد در ارتباط می‌باشند.

بنابراین، با توجه به بررسی‌های انجام‌شده در زمینه سبک زندگی و اعتیاد، چه‌بسا بتوان گفت که پدیده اعتیاد به‌طور جدی متأثر از شیوه و سبک زندگی است که فرد برای خود برمی‌گزیند و این پدیده به‌عنوان یکی از اساسی‌ترین موضوعات و نگرانی‌ها هم برای فرد و هم برای جامعه است. متقابلاً سبک زندگی ناسالم می‌تواند تبعات خطرناکی از جمله گرایش به مصرف مواد مخدر را در پی داشته باشد (روزنبرگ، دریک، وولفورد و همکاران^۴، ۱۹۹۸). همانطور که پیشتر بیان شد، یکی از مکان‌هایی که به‌فور در آن مواد مخدر مصرف می‌شود، زندان‌ها هستند و این مکان‌ها در تثبیت وضعیت معتادان و ادامه این روند نقش بسزایی دارند، چراکه تحقیقات نیز نشان دادند که در تمام زندان‌های دنیا مواد مخدر مصرف می‌شود (کسل و برشتین، ۲۰۰۱)؛ بنابراین شناسایی محیط زندان و تأثیر آن بر به‌عنوان عامل تاثیرگذار بر زندانیان مسئله مهمی است که باید بیشتر به آن پرداخته شود. از طرفی دیگر به نظر می‌رسد تاکنون در کشور ایران پژوهشی صورت نگرفته که بتواند به‌طور مستقیم به این موضوع بپردازد؛ بنابراین، پژوهش حاضر در نظر دارد که به بررسی سبک زندگی جوانان معتاد و غیر معتاد زندان‌های استان البرز بپردازد و در پی این سؤال مهم هست که آیا بین سبک زندگی افراد معتاد و غیر معتاد تفاوتی وجود دارد؟

^۱. khat

^۲. Ornish, D., Brown, S. E., Billings & et.al

^۳. Wallace Jr. & Bachman

^۴. Rosenberg, S. D., Drake, R. E., Wolford, G. L and et al.

اهمیت و ضرورت پژوهش:

پدیده مواد مخدر در ایران وارد ابعاد جدیدی شده است، یکی از این ابعاد خطرناک احتمالی در حوزه تبدیل مصرف مواد مخدر به یک سبک زندگی به‌ویژه توسط جوانان است. سبک زندگی بیش از همه متأثر از وضعیت‌ها و الگوهای فرهنگی—اجتماعی است. هرگاه دسترسی به حوزه اجتماع و فرهنگ همراه با برخی از دشواری‌ها بوده و یا عدم سازگاری واقعیت اجتماعی با حوزه فرهنگی و ارزشی جامعه وجود داشته باشد، ایجاد سبک زندگی جدید و عجیب مورد انتظار است. حال چنانچه مصرف مواد مخدر و به‌ویژه افراط و سوءمصرف آن، به‌عنوان نوعی سبک زندگی تبدیل شود، گوشه‌گیری و طغیان روی می‌آورند. در چنین حالتی است که وضعیت مواد مخدر به یک سبک زندگی برای جوانان تبدیل می‌شود.

تحقیقات نشان از آن دارند که سبک زندگی بین افراد معتاد و غیر معتاد متفاوت است؛ برای مثال کوکرهام، هینوت، آبوت و هارپفر^۱ (۲۰۰۴) سبک زندگی سالم را بر سلامت جسمی و روانی بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند، کسانی که سبک زندگی سالمی دارند، در زندگی احساس رضایت بیشتری می‌کنند و روحیه شادتری دارند. در مقابل سبک زندگی که توأم با مصرف مواد باشد، انسان را بی‌انگیزه کرده و او را از ادامه مسیر زندگی باز می‌دارد (خالسا و همکاران، ۲۰۰۸).

اعتیاد نه‌تنها توانایی فرد را برای سازمان‌دهی امور خویش، اداره زندگی شخصی و خانوادگی مختل می‌کند بلکه فرد معتاد، حرمت ارزش‌های اخلاقی و هنجاری جامعه را پاس نمی‌دارد، قوانین را زیر پا می‌گذارد و در نهایت دست به جرائم جنایات آشکار یا پنهان مالی یا جانی می‌زند. از سویی آسیب‌پذیری کشور ما نیز با توجه به موقعیت ژئوپلیتیکی، واقع‌شدن در کوتاه‌ترین و ارزان‌ترین مسیر ترانزیت مواد مخدر و قاچاق آن و روند شتابان افزایش جمعیت و گستردگی افزایش جرائم، بزهکاری، قتل، تجاوز، خشونت و بالاخره معضل اعتیاد در ابعاد

^۱. Cockerham, W., Hinote, B. P., Abbott, P., & Haerper, C

فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و امنیتی آن زمینه‌های تکوین و پیدایش بحران را در جامعه فراهم می‌آورد (آهی، ذوقی، آجیل چی، ۱۳۸۹). از طرفی آمارها هم نشان‌دهنده وضعیت نامناسب از مصرف مواد در کشور به‌خصوص در بین جوانان است. با توجه به آخرین داده‌های وزارت بهداشت (۱۳۹۱)، بیش از دو میلیون نفر از شهروندان ایران به‌طور دائم مواد مخدر را مصرف می‌کنند و حدود ۸۰۰ هزار از آن‌ها معتادان به مواد مخدر سخت هستند و در این بین بیشتر این جمعیت را جوانان تشکیل می‌دهند؛ همچنین طبق جدیدترین سرشماری مرکز آمار ایران (۱۳۹۰) رشد جمعیت جوانان در طول ۱۰ سال گذشته از ۱۰ درصد به ۲۳ درصد رشد داشته است؛ همچنین براساس آخرین آمار جمع‌آوری شده در تاریخ ۵ فروردین ۱۳۹۳، تعداد کل زندانیان کشور، ۲۱۰ هزار و ۶۷۲ نفر است که آمار نگران‌کننده‌ای به نظر می‌رسد (قوه قضائیه، ۱۳۹۳). بنابراین چه آمار رسمی که وجود دو میلیون معتاد را تأیید می‌کنند و چه آمارهای متفاوت و فراتر از آمار رسمی، همگی بر این موضوع تأکید دارند که معضل مصرف مواد مخدر در کشور واجد خصلت خطرناکی است که اگر مهار نشود به بحران اصلی و مسلط کشور تبدیل می‌گردد. لذا ضرورت اساسی جامعه برای آگاه شدن از این پدیده به‌خصوص در بین جوانان که هر لحظه امکان‌گیر افتادن در دام اعتیاد را دارند، به‌صورت ملموس حس می‌شود.

تعاریف متغیرها (مفهومی و عملیاتی):

تعریف مفهومی اعتیاد به مواد: در طبقه بندی **DSM-5** که در سال ۲۰۱۳ منتشر شد جمعاً یازده معیار وجود دارد که هفت معیار آن همان معیارهای تشخیصی یک معتاد در **DSM-IV-TR** است ولی در کنار آنها چهار معیار دیگر به این شرح است: ۱- تداوم مصرف به نحوی که منجر به اختلال در انجام وظایف اصلی فرد شده است، ۲- تداوم مصرف به شکلی که سبب رفتارهای خطرناک او شده است. ۳- تداوم مصرف علی‌رغم مشکلات اجتماعی حاصله و ۴- وسوسه مصرف.

تعریف عملیاتی اعتیاد به مواد: در این پژوهش سوءمصرف مواد مخدر از جمله: نیکوتین و سیگار، تریاک، حشیش و ماری‌جوانا در بین جوانان معتاد زندانی به مدت ۵ سال اعتیاد به مواد تلقی می‌شود.

تعریف مفهومی سبک زندگی: از نظر آدلر (۱۹۲۷) سبک زندگی، خطمشی منحصر به فردی از ویژگی‌ها، رفتارها و عادت‌ها است که هر یک از ما برای رسیدن به برتری (کمال) پرورش می‌دهیم. الگوهای رفتاری برای جبران احساس حقارت بخشی از سبک زندگی می‌شوند. هر کاری که انجام می‌دهیم بر اساس سبک زندگی ما شکل می‌گیرد. سبک زندگی از تعامل‌های اجتماعی سال‌های اولیه زندگی (ترتیب تولد، رابطه‌ی والد - فرزند و ...) آموخته می‌شود و در ۴ یا ۵ سالگی چنان محکم می‌شود که بعد تغییر دادن آن مشکل است.

تعریف عملیاتی سبک زندگی: نمره‌ای است که فرد در هر یک از ۱۰ مقیاس سبک زندگی لعلی، عابدی و کجباف (۱۳۹۱) شامل: سلامت محیطی، پیشگیری از حوادث، اجتناب از داروها و مواد مخدر، سلامت اجتماعی، سلامت معنوی، سلامت روان‌شناختی، پیشگیری از بیماری‌ها، کنترل وزن و تغذیه، ورزش و تندرستی، سلامت جسمانی کسب می‌کند.

تعریف مفهومی سبک زندگی اسلامی: نوعی از سبک زندگی است که مبتنی بر آموزه‌های اسلام و فرهنگ اسلامی باشد (کاویانی، ۱۳۸۸).

تعریف عملیاتی سبک زندگی اسلامی: نمره‌ای است که فرد در هر یک از مؤلفه‌های سبک زندگی اسلامی (شامل: ۱. شاخص اجتماعی و ۲. مؤلفه‌های عبادی ۳. مؤلفه زمان‌شناسی ۴. مؤلفه دفاعی - امنیتی ۵. مؤلفه تفکر و علم ۶. مؤلفه سلامت ۷. مؤلفه خانواده ۸. مؤلفه مالی ۹. مؤلفه اخلاق ۱۰. مؤلفه باورها) در مقیاس سبک زندگی اسلامی کاویانی (۱۳۹۰) کسب می‌کند.

تعریف مفهومی جوان: روانشناسان و صاحب‌نظران درباره اینکه جوان کیست و دوره جوانی چه گستره‌ای از عمر انسان را دربرمی‌گیرد هم‌نظر نیستند. به‌هر حال آن‌ها جوانی را از ۱۸ سالگی تا ۲۴ سالگی می‌دانند که در این سن، تحولات جدی و اساسی ادامه دارد و شخص، هنوز در حالت فکری و عقلی است. آنان این مرحله را به نام اوایل بزرگ‌سالی نام‌گذاری می‌کنند (انجل، ۲۰۰۰؛ ترجمه تاج‌مزینانی و سطوتی، ۱۳۸۰).

تعریف عملیاتی جوان: در این پژوهش جوانان مورد نظر بین رده سنی ۱۸ تا ۴۰ سال قرار دارند

تعریف عملیاتی جوانان معتاد زندانی: منظور جوانانی هستند که بین رده سنی ۱۸ تا ۲۸ سال قرار

دارند، به خاطر سابقه اعتیاد زندانی شده‌اند و به مدت حداقل ۵ سال در زندان‌های استان البرز می‌باشند.

تعریف عملیاتی جوانان غیر معتاد زندانی: منظور جوانانی هستند که بین رده سنی ۱۸ تا ۲۸ سال قرار

دارند، به خاطر هرگونه جرم غیر از اعتیاد به مواد مخدر (مانند سرقت، تجاوز به عنف، کلاهبرداری) زندانی شده‌اند

و به مدت حداقل ۵ سال در زندان‌های استان البرز می‌باشند.

اهداف پژوهش:

هدف کلی: مقایسه سبک زندگی جوانان معتاد و غیر معتاد زندان‌های استان البرز

اهداف فرعی:

(۱) تعیین تفاوت بین سبک زندگی جوانان معتاد و جوانان غیر معتاد زندان‌های استان البرز

(۲) تعیین تفاوت بین سبک زندگی اسلامی جوانان معتاد و جوانان غیرمعتاد زندان‌های

استان البرز

فرضیه‌های پژوهش:

فرضیه اصلی: بین سبک زندگی و سبک زندگی اسلامی جوانان معتاد و غیر معتاد زندان‌های

استان البرز تفاوت معناداری وجود دارد.

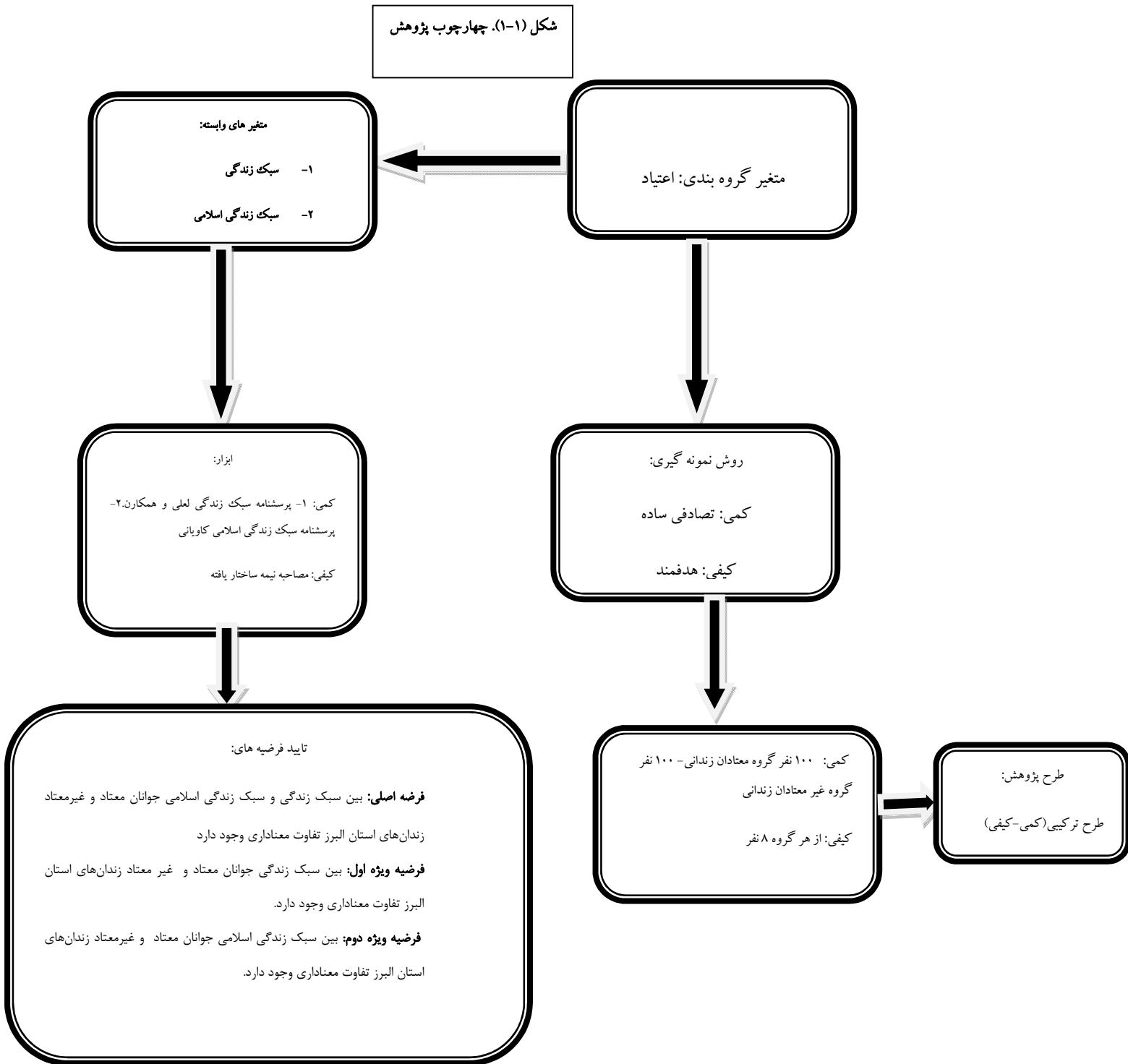
فرضیه ویژه اول: بین سبک زندگی جوانان معتاد و غیر معتاد زندان‌های استان البرز تفاوت

معنی‌دار وجود دارد

فرضیه ویژه دوم: بین سبک زندگی اسلامی جوانان معتاد و غیر معتاد زندان‌های استان البرز

تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

شکل (۱-۱). چهارچوب پژوهش



همان طور که در شکل (۱-۲) مشاهده می شود، اعتیاد در این پژوهش به عنوان متغیر گروه بندنی است که دارای دو زیرگروه، معتادان زندانی و غیر معتادان زندانی می باشد. متغیرهای وابسته نیز، سبک زندگی و سبک زندگی اسلامی است؛ که در بخش کمی با پرسشنامه های سبک زندگی لعلی و همکاران و کاویانی سنجیده می شوند. افراد نمونه در این پژوهش در بخش کمی با روش های نمونه گیری تصادفی ساده و در بخش کیفی با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. طرح پژوهش نیز از نوع ترکیبی (کمی-کیفی) است. در انتها نیز فرضیه های مشاهده شده در شکل فوق مورد بررسی قرار گرفتند.

فصل دوم:

ادبیات پژوهش

فصل حاضر به‌طور کلی از چهار بخش تشکیل شده است. بخش اول شامل موضوع اعتیاد و سوء مصرف مواد می‌شود؛ در اینجا سعی بر آن است که تعاریف، عوامل مؤثر و مبانی نظری آن‌ها مورد بررسی قرار گیرد. در بخش دوم به موضوع سبک زندگی آدلری پرداخته، در بخش سوم نیز سبک زندگی اسلامی مورد بررسی قرار می‌گیرد، بخش چهارم ارتباط بین سبک زندگی و اعتیاد تبیین و در انتها از موضوعات بیان شده نتیجه‌گیری حاصل می‌شود.

بخش اول: اعتیاد و مفاهیم آن

مسئله اعتیاد یکی از معضلات مهم و جدی در سطح بین‌المللی است که از جنبه‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی، فیزیولوژیکی و روانی دیدگاه‌های مختلفی به دنبال داشته است. اعتیاد پدیده‌ای چندوجهی است که توجه بسیاری از روانشناسان، مشاوران و مددکاران اجتماعی را به خود جلب کرده است. مواد مخدر و مصرف آن با تنوعی گسترده کم‌وبیش در اکثر دنیا رواج پیدا کرده است و متناسب با قوانین و هنجارهای اجتماعی هر کشور، رفتاری بیمارگونه یا مجرمانه تلقی می‌گردد.

تعاریف و مفاهیم اعتیاد

اعتیاد را به عادت کردن، خو گرفتن و خود را وقف عادت‌ی نکوهیده کردن معنا کرده‌اند؛ از دیدگاه علم روانشناسی اعتیاد، وابستگی به مواد نیز تلقی شده و یک اختلال روانی محسوب می‌شود (کاپلان و سادوک^۱، ۲۰۰۷). انجمن روانشناسی آمریکا^۲ (۲۰۱۳) علائم وابستگی به مواد را مجموعه‌ای از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی دانسته است که بر اساس آن فرد علی‌رغم داشتن اختلالات وابسته به مواد، مصرف آن را ادامه می‌دهد؛ در چنین مواردی الگویی برای مصرف وجود دارد که به‌طور معمول منجر به تحمل^۳، (نیاز به مقدار بیشتر مواد برای رسیدن به تأثیر موردنظر) محرومیت^۴ (تغییرات رفتاری سازش نیافته با پیامدهای فیزیولوژیکی و شناختی که بر اثر کاهش تجمع یک ماده در خون یا بافت فرد معتاد پدید می‌آید) و رفتارهای اجباری برای مصرف مواد می‌شود. گروه بهداشت جهانی (۲۰۰۴) تعریف نشانگان وابستگی را چنین بیان کرده است: مجموعه از پدیده‌های فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی که بر اساس آن، به دست آوردن و مصرف یک ماده برای فرد ارزش ویژه‌ای می‌یابد؛ همچنین طبق تعریف این گروه (۲۰۰۴): اعتیاد به مواد مخدر، مسمومیت حاد یا مزمنی است که مضر به حال شخص و اجتماع هست و زائیده مصرف دارویی طبیعی یا صنعتی به شمار می‌رود و خصوصیات

^۱ . Kaplan & Sadock

^۲ . American Psychological Association

^۳ . tolerance

^۴ . withdrawal

این حالت عبارت است از: ۱. وجود نیاز و احتیاج به ادامه استعمال دارو و به دست آوردن آن به هر طریقی که ممکن باشد ۲. وجود یک علاقه شدید، گرایش نسبت به ازدیاد میزان مصرف دارو که به نام افزون‌طلبی مشهور است و ۳. یک وابستگی روانی یا جسمی به اثرات داروهای اعتیادآور. این الگوی رفتاری در فرد سبب می‌شود مواردی را که از قبل دارای اهمیت بوده‌اند، در اولویت بعدی قرار گیرند. مهم‌ترین ویژگی‌های مهم این نشانگان عبارت‌اند از: میل شدید به مصرف الکل، توتون یا سایر مواد که گاهی حالت اضطراری به خود گرفته و مغلوب کننده است (ادواردز، آریف و هاجسون^۱ ۱۹۸۲).

از تعاریف اعتیاد این‌گونه برمی‌آید که به‌طور کل اعتیاد یک اصطلاح عامیانه و غیرعلمی به معنای وابستگی بیمارگونه به مصرف یک یا چند نوع ماده مخدر است که سبب بروز رفتارهای موادجویانه شده و در صورت عدم مصرف مواد موردنظر، علائم محرومیت در فرد معتاد بروز می‌کند. امروزه از دیدگاه علم روانشناسی، اعتیاد یا وابستگی به مواد، یک اختلال روانی محسوب می‌شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

سوءمصرف مواد: از نظر سازمان روانشناسی آمریکا (۲۰۱۳) تفاوت اساسی بین اعتیاد به مواد و سوءمصرف مواد وجود دارد. بنا بر تعریف این سازمان؛ سوءمصرف مواد، به حالتی گفته می‌شود که در آن فرد باینکه می‌داند این سوءمصرف برای سلامتی او زیان‌بار است و تأثیر بدی بر جسم و روان او می‌گذارد، به این رفتار ادامه می‌دهد. سوءمصرف کنندگان مواد با اینکه نظاره‌گر تخریب زندگی اجتماعی و فروپاشی مقاومتشان هستند، درعین‌حال به این رفتارها ادامه می‌دهند. بنا بر تعریف (DSM-IV- 5) سوءمصرف مواد در نتیجه پیامدهای شخصی، اجتماعی و فیزیکی منفی که فرد دریافت می‌کند به وجود می‌آید.

هم‌وابستگی^۲: واژه‌ای است که به اعضای خانواده‌ای اطلاق می‌شود که تحت تأثیر رفتار فرد سوءمصرف کننده مواد قرار دارند. با واژه توانمند ساز (فردی که رفتار معتادانه را در فرد سوءمصرف کننده از مواد تسهیل می‌کند، مثلاً مواد را مستقیماً برای او تهیه می‌کند یا پول برای او فراهم می‌کند تا بتواند مواد بخرد) مشابه است. توانمندسازی همچنین شامل عدم تمایل عضوی از خانواده به پذیرفتن اعتیاد به‌عنوان یک اختلال طبی روان‌پزشکی و یا انکار سوءمصرف مواد توسط فرد مذکور است (DSM-IV- 5).

¹ . Edwards, Arif, and Hodgson

² . codependence

جدول (۱-۲). ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR 5 برای وابستگی مواد

هم‌وابستگی	وضعیتی است که فردی از نظر احساسی به اعتیاد فرد معتادی، معتاد می‌گردد. خانواده فرد مواد را به چالش می‌کشد
وابستگی به مواد	تمایل شدید فرد به ادامه مصرف آن ماده که دو جنبه روانی و جسمی دارد
مواد	ماده، فرآورده‌ای طبیعی یا شیمیایی است که وقتی دود، تزریق، نوشیده، استنشاق، یا به صورت قرص مصرف می‌شود، رفتار، تفکر، هیجان و فیزیولوژی فرد را تغییر می‌دهد
سوءمصرف مواد	ادامه مصرف مواد علیرغم آگاهی به مسائل مستمر یا عودکننده جسمی یا روان‌شناختی که احتمالاً از مصرف ماده ناشی شده یا در نتیجه آن تشدید می‌شود (مثلاً ادامه مصرف کوکائین علیرغم وجود افسردگی ناشی از کوکائین، یا ادامه مصرف الکل علیرغم شناخت این موضوع که زخم گوارشی با ادامه مصرف آن شدت می‌یابد).

همه‌گیرشناسی

علیرغم آنکه سوءمصرف مواد در ایران و جهان یکی از مشکلات بزرگ اجتماعی معرفی شده است، متأسفانه، آمار دقیق از مصرف‌کنندگان تفریحی و معتادان به مواد مخدر در دسترس نیست. به‌رحال فعلاً به استناد به یافته‌های موجود که در سرتاسر دنیا انجام شده است، می‌توان تصویری کلی از وضعیت سوءمصرف مواد به دست آورد.

جدول (۲-۲) درصد مصرف مواد در دنیا در سال (۲۰۱۳)

درصد گزارش شده	نوع مواد	قاره	درصد گزارش شده	نوع مواد	قاره	درصد گزارش شده	نوع مواد	قاره	درصد گزارش شده	نوع مواد	قاره
۱۸	حشیش		۵	حشیش		۱۰	حشیش		۵۰	حشیش	
۱۲	کوکائین		۱۲	کوکائین		۱۸	کوکائین		۱۵	کوکائین	
۴	آرامش بخش‌ها	اروپا	۳	آرامش بخش‌ها	آمریکا	۴	آرامش بخش‌ها	آسیا	۸	آرامش بخش‌ها	آفریقا

درصد گزارش شده	نوع مواد	قاره	درصد گزارش شده	نوع مواد	قاره	درصد گزارش شده	نوع مواد	قاره	درصد گزارش شده	نوع مواد	قاره
۴۰	مواد مخدر		۶۰	مواد مخدر		۴۰	مواد مخدر		۷	مواد مخدر	
۱۰	آمفتانین و دیگر محرک ها	اروپا	۲	آمفتانین و دیگر محرک ها	آمریکا	۲۰	آمفتانین و دیگر محرک ها	آسیا	۱۰	آمفتانین و دیگر محرک ها	آفریقا
۸	توهم زا		۱۵	توهم زا		۴	توهم زا		۸	توهم زا	
۸	سایر		۳	سایر		۴	سایر		۲	سایر	
۱۰۰	کل		۱۰۰	کل		۱۰۰	کل		۱۰۰	کل	

منبع: دفتر پیشگیری از جرم سازمان ملل متحد (۲۰۱۳).

لازم به ذکر است که تعداد افراد مبتلابه مواد اعتیاد آورد در ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۱۳، تقریباً ۲۲ میلیون نفر برآورد شده است (سوفوگلو، دویتو، واترز و کارول^۱، ۲۰۱۳). ایران نیز از نظر معتادین به افیون در دنیا مقام اول را دارد و ۷۰٪-۶۰٪ مواد مخدر اروپا از مسیر ایران گذر می‌کند چراکه ۹۵٪-۹۰٪ تریاک جهان را همسایه‌ی ما افغانستان تولید می‌کند (نابدل، ۱۳۸۴). دفتر پیشگیری از جرم و کنترل مواد سازمان ملل^۲ (۲۰۱۳)، شمار مصرف‌کنندگان موجود مواد را در بین جمعیت ۶۴-۱۵ ساله‌ی سراسر جهان ۲۰۰ میلیون نفر برآورد نموده است. در کشور ایران نیز این مسئله شکل مخاطره‌آمیز و کاملاً پیچیده‌ای به خود گرفته و روزبه‌روز در حال گسترش یافتن هست و از این طریق سالانه میلیاردها تومان به کشور خسارت وارد می‌شود.

انواع مواد (روان‌گردان)، ویژگی‌ها و آثار

داروها و مواد مخدر (افیون‌ها):

این طبقه از مواد مجموعه‌ای را تشکیل می‌دهند که از گیاه خشخاش به‌دست‌آمده و دارای آثار ضد درد است. ترکیباتی نظیر تریاک،^۳ مرفین،^۴ هروئین،^۵ کدئین^۶ و مپردین^۷ به‌صورت مستقیم یا از طریق ترکیبات شیمیایی از شیر خشخاش به دست می‌آیند. اصطلاح مواد مخدر در ابتدا به این منظور برای این طبقه از داروها به‌کاربرده می‌شد تا این گروه از مسکن‌ها را از بقیه مسکن‌ها جدا سازد. در اواسط قرن ۱۹ از مرفین تزریقی برای

1. Sofuoglu, DeVito, Waters, & Carroll

2. United Nation Office for Drug Contorol (UNODC)

3. opium

4. morphine

5. acetomorphine

6. codeine

7. meperidine

کاهش درد استفاده می‌شد، اما آثار اعتیادآور آن نگرانی‌هایی را پدید آورده بود. در ۱۸۷۴، هروئین از طریق جوشاندن مرفین در اسید استیک به دست آمد که این ترکیب جدید را برای مصارف پزشکی به کار می‌بردند، اما به تدریج به مشخص شدن آثار زیان‌بار هروئین در ایجاد وابستگی شدید، این دارو تهدیدی جدی برای سلامت محسوب شد (کرینگ، جانسون، دیویسون و نیل^۱، ۲۰۱۰).

آثار افیون‌ها:

تزریق وریدی این مواد، آثار فوری و کوتاه‌مدتی را پدید می‌آورد که به شبه رؤیا مرسوم است. مصرف افیون‌ها، با کاهش اضطراب^۲، پرخاشگری^۳ و خصومت^۴ همراه است. علاوه بر این آثار مصرف این مواد به صورت موقت موجب کاهش رنج روانی^۵ است و این حالت در تداوم مصرف این مواد و شکل‌گیری اعتیاد مؤثر است (روزنهان و سیلیگمن^۶، ۲۰۰۱). مصرف این داروها در ابتدا حالت تهوع و استفراغ ایجاد می‌کند، اما با استفاده تدریجی از آن، سازگاری با این مواد ایجاد شده و حالت تهوع استفراغ از بین می‌رود و منجر به آثار ذیل می‌شوند:

۱. کاهش فشارخون
۲. تنگ شدن مردمک چشم (مردمک نوک سوزنی)^۳. کند شدن حرکت دستگاه گوارشی و یبوست، افت تنفسی و در شرایط حاد وقفه تنفسی (کرینگ و همکاران، ۲۰۱۰).

حشیش و ماری‌جوانا

یکی از رایج‌ترین مواد روان‌گردان که به صورت وسیعی در ایران و جهان مصرف می‌شود، حشیش و ماری‌جوانا^۷ است (بهرامی احسان، ۱۳۹۱). طی بررسی که دفتر پیشگیری از جرم سازمان ملل متحد (۲۰۱۳) انجام داد، نشان داده شد که مصرف ماری‌جوانا همچنان در آمریکا به خصوص در بین جوانان در حال افزایش است. تحقیقات دیگر نیز از رشد رو به افزون ماری‌جوانان در بین جوانان خبر می‌دهند (میجر، راسو و اداریو^۸، ۲۰۱۴).

^۱. Krings, Johnson, Davison, & Neale

^۲. anxiety

^۳. aggression

^۴. hostility

^۵. psychological pain

^۶. Rosenhan & Seligman

^۷. marijuana

^۸. Meijer, Russo, & Adhvaryu

مصرف بالای این روان‌گردان‌ها باعث تغییرات سریع هیجانی، کند شدن فرایند توجه^۱، گسیختگی در افکار^۲ و اختلالات حافظه می‌شود. افزایش مصرف آن می‌تواند توهمات و آثاری نظیر LSD^۳ ایجاد کند. در چنین حالت‌هایی وحشت‌زدگی ظاهر می‌شود و علت این وحشت‌زدگی نیز بیم از پایان نیافتن چنین حالتی است (کرینگ و همکاران، ۲۰۱۰).

نیکوتین و سیگار:

نیکوتین^۴ به گروهی از عناصر شیمیایی به نام آلکالوئید^۵ تعلق دارد. برخلاف برداشت رایج، نیکوتین و سیگار نیز اعتیادآور است و در شرایط موجود عمومی‌ترین روان‌گردان مورد استفاده در جهان تلقی می‌شود. فقط در آمریکا برای تولید سیگار، یک اقتصاد و صنعت ۳۰ میلیارد دلاری وجود دارد (روزنهان و سلیگمن^۶، ۱۹۹۵). تحقیقات جدیدی که در این رابطه انجام شده است نیز شیوع سیگار را بسیار بالا نشان داده‌اند و این شیوع در کشورهای در حال توسعه به مراتب بیشتر از کشورهای توسعه یافته بوده است (ثان، پتو، بورهام و لوپز^۷، ۲۰۱۲).

آثار نیکوتین

نیکوتین دو آثار کاملاً متضاد بر بدن دارد. هم می‌تواند آثار کند کننده‌ی داشته باشد و هم قادر است به‌عنوان یک محرک عمل کند. دو نوع تأثیر نیکوتین ناشی از تأثیر این روان‌گردان بر سیناپس‌های کولینرژیک^۸ و آمینرژیک^۹ است. در این حالت ضربان قلب افزایش یافته، فشارخون و برونادهای قلبی بالا رفته و عروق انقباض می‌یابند (بنویتز، هررا و جیکوب^{۱۰}، ۲۰۰۴). تحقیقات صورت گرفته نیز در این زمینه آثار مخرب نیکوتین بر سلامت فیزیکی و روانی را تأیید می‌کنند، از جمله: ایوانز، مک‌کوئین، جنتیک و همکاران^{۱۱} (۲۰۱۴) نشان دادند که نیکوتین می‌تواند کنترل شناختی را کاهش دهد و بر سیستم مغزی آسیب جدی وارد کند؛ همچنین

1. attention

2. fragmented thought

3. Lysergic Acid Dethylamide

4. nicotine

5. alkaloids

6. Rosenhan & Seligman

7. Thun, Peto, Boreham, & Lopez

8. cholinergic

9. aminergic

10. Benowitz, Herrera, & Jacob

11. Evans, D. E., MacQueen, D., Jentink, K. G & et.al

یافته‌های پژوهش آن‌ها نشان داد که استفاده زیاد از نیکوتین آسیب زیادی به آلل‌ها^۱ وارد کرده و می‌تواند سیستم روانی انسان را نیز مورد تأثیر قرار دهد؛ در مطالعه‌ای که اسمیت، هامیش، جیوینو و کوزلوسکی^۲ (۲۰۱۴) انجام دادند و تأثیر نیکوتین و سیگار را بر سلامت روان مورد بررسی قرار دادند، یافته‌ها حاکی از این بود که این دو ماده مخدر تأثیر منفی بر سلامت روان گذاشته و موجب پیامدهای زیان باری می‌شود. همچنین این پژوهش نشان داد که افرادی که نیکوتین مصرف می‌کنند به احتمال ۰/۴۴ احتمال عود و بازگشت به مصرف مواد مخدر را دارند.

مبانی نظری اعتیاد:

نظریه روان تحلیل گری:

در قرن بیستم نظام‌های روان‌شناختی بر اساس اطلاعات جمع‌آوری شده در جلسات تداعی آزاد تفاسیر آن‌ها شکل گرفت. این نظام‌ها بر نظریه‌های فروید، یونگ و دیگران مبتنی بود. دو نمونه از این مکتب‌های کلاسیک متعلق به رادو^۳ (۱۹۷۵) و گلاور^۴ (۲۰۰۹) بود که اعتیاد و الکلیسم را توصیف می‌کردند. گلوور بر جنبه جنبه ناسازگارانه رفتار معتاد به الکل و گذر وی از واقعیت به دنیای خیال تأکید کرده است. به نظر وی واپس‌روی^۵ به عالم خیال، متعاقب تحولات روانی توأم با اعتیاد به الکل و مستی‌های مکرر، روی می‌دهد و این واپس‌روی تا مرحله دهانی ادامه می‌یابد. او همچنین معتقد است سازوکار فرافکنی لازمه ویژگی‌های همه افراد الکلی است و مصرف زیاد الکل و شروع رفتار ناسازگارانه یک چرخه معیوب خود تنبیهی^۶، خود تنبیهی برون‌ریزی شده^۷ و تنبیه حاصل از محیط را ایجاد می‌کند که منجر به اجتناب از نوشیدن می‌شود؛ اما رادو نظر متفاوتی داشت. وی بر گرایش روان‌شناختی به استفاده از مواد تأکید می‌ورزید و اشتیاق به مواد را نوعی بیماری تلقی و آن را خوی دارویی^۸ عنوان کرد. رادو عقیده داشت که اعتیاد یک اختلال خودشیفتگی^۹ همراه با لیبدو^{۱۰} بیش‌ازحد طبیعی است.

1. alleles

2. Smith, Homish, Giovino, & Kozlowski

3. Rado

4. Glover

5. regression

6. self-punishment

7. projected self-punishment

8. pharmacothymia

9. narcissistic

10. libido

دیدگاه‌های شناختی-رفتاری-عاطفی

نظریه‌هایی که بر نقش باورها و عقاید در اعتیاد تأکید دارند، نظریه‌های شناختی نامیده می‌شوند. این نظریات مبنای خود را بر دو فرض اساسی استوار ساخته‌اند: الف. اساسی‌ترین دلیل فرد خصوصاً نوجوانان برای مصرف مواد، انتظارات و برداشت‌های او درباره مواد مخدر است. ب. سایر عوامل نظیر صفات شخصیتی نوجوانان یا ارتباط با همسالانی که ماده مخدر مصرف می‌کنند، بر شناخت‌ها، ارزیابی‌ها و تصمیم‌گیری‌های نوجوانان درباره مواد مخدر تأثیر می‌گذارند (بهرامی احسان، ۱۳۹۰). این نظریه‌ها اصلی‌ترین عامل مرتبط با مصرف مواد در جوانان را انتظارات و نگرش‌های آنان درباره مواد می‌دانند و معتقدند که سایر عوامل از قبیل ویژگی‌های شخصیتی جوان و یا ارتباط با همسالان مصرف‌کننده مواد، از طریق شناخت‌ها، ارزیابی‌ها و تصمیم‌های نوجوانان درباره مواد تأثیر خود را اعمال می‌کنند (آجزن و فیش‌بین^۱، ۱۹۸۰؛ پتریتیس، فلای و میلر^۲، ۱۹۹۵).

شماری از عوامل ارتقادهنده شناختی از جمله؛ گالاتامین^۳، اتوموکستین^۴، متیل فنیدات^۵ یافته‌های امیدوارکننده‌ای را در مطالعات انسانی نشان داده‌اند که می‌تواند در کاهش مصرف مواد مؤثر واقع شوند. همچنین مطالعات رفتاری ویژه از جمله درمان ناتوانی آموزشی^۶ می‌تواند بر این معضل تأثیرگذار واقع شود (سوفوگلو^۷ و همکاران، ۲۰۱۳).

یکی از مؤثرترین و قابل‌استفاده‌ترین الگوها: الگوی انتظار-ارزش (نظریه عمل مستدل)^۸ است که در بحث‌های معاصر درباره متقاعدسازی اهمیت فراوانی دارد (فیش‌بین و آیزن^۹ ۱۹۷۵). این الگو سعی دارد عوامل ثبات و سازگاری نگرش-رفتار را تعیین کند.

¹. Ajzen & Fishbein

². Petraitis, J., Flay B. R., & Miller, T. Q

³. galantamine

⁴. atomoxetine

⁵. methylphenidate

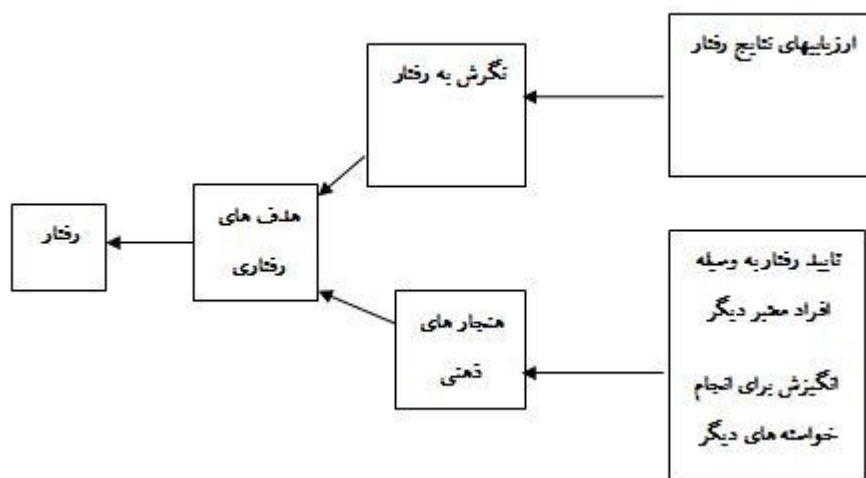
⁶. remediation

⁷. Sofuoglu

⁸. Reasoned action theory

⁹. Fishbein M and Aizen I

شکل (۲-۲) الگوی عمل مستدل (فیشبن و آیزن، ۱۹۷۵).



بر اساس این دیدگاه، رفتار اغلب از طریق مجموعه باورهای اساسی تعیین می‌شود، بنابراین برای تغییر رفتار باید این باورها را تغییر داد. تغییر در باورهای اساسی منجر به تغییر در نگرش‌ها و هنجارها می‌شود و آن‌هم خود منجر به تغییر در قصد و رفتار می‌گردد.

نظریه‌های یادگیری اجتماعی-شناختی

طبق نظریه یادگیری اجتماعی-شناختی بندورا^۱ (۱۹۸۵) نوجوانان باورهای خود در مورد مصرف مواد مخدر را از الگوهای نقش، خصوصاً دوستان نزدیک و والدین مصرف‌کننده مواد مخدر کسب می‌کنند. مواجهه و ارتباط با دوستان و والدینی که مواد مصرف می‌کنند، دو باور ویژه مصرف مواد مخدر را در فرد شکل می‌دهد: اول آنکه مشاهده الگوهای نقش که ماده مخدر مصرف می‌کنند، مستقیماً سبب شکل‌گیری انتظار پیامد^۲ در نوجوانان می‌شود، یعنی باور آن‌ها در مورد آثار مستقیم اجتماعی، شخصی و فیزیولوژیک مصرف مواد مخدر است. پرتیتس، فلی، برین و میلر^۳ (۱۹۹۵) بیان می‌کنند که مصرف حشیش در میان نوجوانانی که در این باره با دوستانشان صحبت کرده‌اند و یا دوستانی دارند که نگرش مثبتی نسبت به مصرف حشیش دارند و یا سیگار، حشیش و الکل به آن‌ها تعارف شده است، شایع‌تر است.

^۱ Bandura

^۲ outcome expectancy

^۳ Pertaitis, Flay, Brain, & Miller

خودکارآمدی و مصرف مواد:

عمده‌ترین و اصلی‌ترین مکانیسم در کارکرد شناختی انسان، باورهای خودکارآمدی^۱ است. باورهای خودکارآمدی تاریخچه مختصری دارد که از سال ۱۹۷۷ توسط بندورا مطرح شده است. اصول خودکارآمدی در رشته‌های مختلف و در موقعیت‌های گوناگون آزمون شده است (پاجارز و اوردان^۲، ۲۰۰۶). بدیهی است که تفکر، انگیزش، احساسات و رفتار انسان در موقعیت‌هایی که به توانایی خود احساس اطمینان می‌کند، متفاوت با رفتار وی در موقعیت‌هایی است که در آن‌ها احساس عدم امنیت یا فقدان صلاحیت دارد. درک انسان از خودکارآمدی بر الگوهای تفکر، انگیزش، عملکرد و برانگیختگی هیجانی فرد تأثیر می‌گذارد (بندورا، ۲۰۱۲).

امروزه باورهای خودکارآمدی به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین و مهم‌ترین عوامل در تبیین رفتارهای انسان محسوب می‌شود. استدلال کلیدی بندورا (۱۹۸۵) درباره نقش باورهای خودکارآمدی در عملکرد انسان این است که سطح انگیزه، شرایط مطلوب و اعمال بیشتر افراد بر پایه آنچه اعتقاد دارند، قرار دارد تا آنچه واقعاً درست است. به همین خاطر چگونگی رفتار انسان می‌تواند به‌وسیله باورهایی که در مورد توانایی‌هایشان دارند بهتر پیش‌بینی شود تا به‌وسیله آنچه واقعاً قادر به انجام دادن آن هستند؛ بنابراین باورهای خودکارآمدی به ما کمک می‌کند که تعیین کنیم افراد بادانش و مهارت‌هایی که نسبت به خوددارند چگونه می‌توانند در مواجهه با مشکلات عمل نمایند (پاجارز، ۲۰۰۲). هرچقدر میزان باورهای خودکارآمدی فرد بالاتر باشد، واکنش منفی او در برابر شکست کمتر خواهد بود. این افراد شکست را نشانه عدم توانایی نمی‌پندارند بلکه آن را نشانه عدم تلاش می‌دانند و در نتیجه به خاطر شکست مأیوس نمی‌شوند (بندورا، ۱۹۸۵).

بررسی‌ها نشان می‌دهد که خودکارآمدی به‌خوبی می‌تواند در مواجهه با رفتاری پرخطر از جمله اعتیاد و سوءمصرف مواد مفید باشد. در همین راستا آکرمین و ولمن^۳ (۲۰۰۷) در پژوهشی نشان دادند، از آنجایی که خودکارآمدی و عزت‌نفس با توانایی برآورد (مهارت‌های) خود، همبستگی بالایی دارد می‌تواند بر خودانگاره فرد معتاد تأثیر مثبتی گذاشته و او را از رفتن به سمت سوءمصرف مواد باز دارد. بلوم^۴ (۲۰۰۵) در بررسی سبب‌شناسی سوءمصرف مواد و عود رفتارهای اعتیادی، به عواملی مانند خودکارآمدی پایین و نقص مهارت‌های مقابله‌ای، اشاره کرد. کادن و لیت^۵ (۲۰۱۱) نیز به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی می‌تواند به‌عنوان یک

^۱. self-efficacy

^۲. Pajares, F., & Urdan, T. C

^۳. Ackerman & Wolman

^۴. Blume

^۵. Kaden & Litt

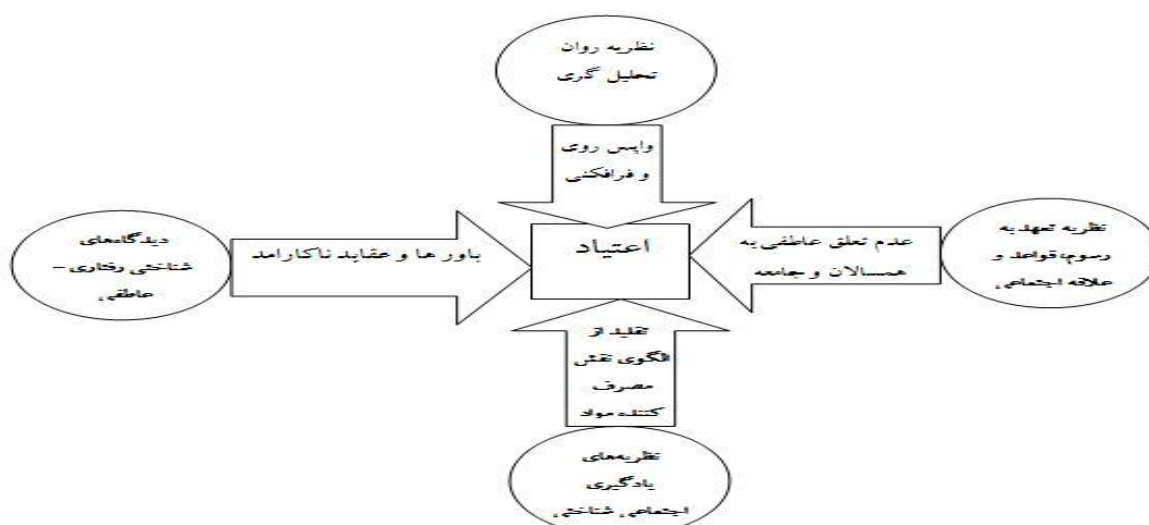
عامل پیش‌بین برای مصرف مواد باشد. بدین معنی افرادی که از خودکارآمدی پایین‌تری برخوردارند به احتمال بیشتری به سمت مصرف مواد مخدر روی می‌آورند.

نظریه تعهد به رسوم، قواعد و علاقه اجتماعی

نظریه الگوی اجتماعی ایوت^۱ و رشد اجتماعی هاوکینز^۲ و ویس (۱۹۸۵) بر نقش تعلق عاطفی با همسالان به‌عنوان مهم‌ترین علت مصرف مواد تأکید می‌کند. این نظریه‌ها عمدتاً بر اساس نظریات جامعه‌شناسی کلاسیک کنترل بنا شده‌اند. در این نظریه‌ها چنین فرض می‌شود که رفتارهای انحرافی^۳ در اکثر مردم وجود دارد، ولی این رفتارها تحت تأثیر پیوندهای قوی فرد با اجتماع، خانواده، مدرسه و مذهب کنترل می‌شوند. این الگو در مورد علل سست شدن تعهد فرد به جامعه و تعلق‌شکننده به‌الگوهای نقش به‌سه‌عامل اشاره می‌کند: فشار^۴ ناشی از تفاوت فاحش میان اهداف و ادراک فرد از فراهم‌بودن شرایط لازم برای دستیابی به آن اهداف، بی‌نظمی اجتماعی و فرایند جامعه‌پذیری.

در این نظریات، فقدان تعهدها به اجتماع، ارزش‌های آن و جود مؤسسات و عوامل تسهیل‌کننده فرایند جامعه‌پذیری نظیر مدارس و مذهب، از مصادیق پیوندهای مرسوم است؛ بنابراین نوجوانی با چنین ویژگی‌هایی، ارزش‌ها معیارهای موردقبول جامعه را درونی نمی‌کند و درواقع چنین افرادی احتمال بیشتری دارد با همسالانی احساس پیوند کنند که ماده مخدر استفاده می‌کنند (فلمنینگ و بری^۵، ۲۰۰۰).

شکل (۲-۳) مبانی نظری اعتیاد



1. Elliott
 2. Hawkins
 3. deviant behavior
 4. strain
 5. Fleming & Barry

شکل فوق تبیین‌های نظری در مورد اعتیاد را نشان می‌دهد، همان‌طور که در این شکل نشان داده شده است، هریک از نظریه‌های مطرح شده با توجه به اصول نظری خود به موضوع اعتیاد می‌نگرند؛ برای مثال نظریه روان تحلیل گری عامل اعتیاد را واپس روی به عالم خیال و فرافکنی می‌داند، در نظریه تعهد به رسوم قواعد علاقه اجتماعی، موضوع مهم علاقه اجتماعی است که نبود آن می‌تواند گرایش به سمت مواد را در پی داشته باشد، نظریه یادگیری اجتماعی-شناختی به نقش الگوهای نقش و تقلید از آن‌ها تکیه دارد و دیدگاه‌های شناختی رفتاری-عاطفی باورهای ناکارآمد و عقاید غیرمنطقی را عامل اصلی اعتیاد می‌دانند.

همان‌طور که اشاره شد نظریه‌ها و مدل‌های مختلفی تلاش کرده‌اند مصرف مواد را در جوانان تبیین نمایند، ولی هیچکدام از نظریه‌ها قادر به تبیین تمام ابعاد این پدیده نیستند. اکنون کاملاً روشن شده است که هیچ عاملی به تنهایی شرط لازم و کافی برای سوء مصرف مواد نیست و سوء مصرف مواد نتیجه ترکیبی از عوامل گوناگون است. بعضی از این عوامل موجب افزایش خطر مصرف و برخی دیگر موجب کاهش مصرف مواد می‌شوند (گلانز و هارتل^۱، ۲۰۰۲).

عوامل گرایش به مواد مخدر از دیدگاه‌های گوناگون:

به‌طور کلی، تقسیم‌بندی‌های مختلفی راجع به علل و عوامل مؤثر بر اعتیاد از طرف محققین و پژوهشگران در این زمینه ارائه شده است و نتایج به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که پنج عامل فردی، خانوادگی و محیطی، روانی و فرهنگی عمده‌ترین تقسیم‌بندی صورت گرفته را شکل می‌دهد.

فردی: عوامل فردی می‌تواند کمبود اعتماد به نفس باشد؛ مانند کسی که درخواست دوستانش را برای مصرف مواد نمی‌تواند نپذیرد و یا جرات نه گفتن ندارد. یا تمایل به اعمال زشت و خلاف مانند کسی که مرتب دزدی می‌کند و یا دوست دارد به دیگران آسیب بزند ممکن است به اعمال دیگر مانند اعتیاد هم‌روی آورد. ناراحتی روانی نیز عامل مهم فردی در گرایش به مواد مخدر است: مثل کسی که درد اعصاب دارد و برای کاهش افسردگی به‌جای مراجعه به پزشک، مصرف مواد را شروع می‌کند. وضعیت بد تحصیلی ویژگی دیگری است: مثل دانش‌آموزی که نمی‌تواند به‌خوبی همکلاسان خود درس بخواند و یا مدرسه را رها کند، احتمال دارد به مصرف مواد آلوده شود (بهادری، ۱۳۹۰).

نگرش فردی در گرایش به مواد مخدر نقش اساسی دارد. اعتقاد بر آن است که شکل‌گیری نگرش بدو به‌صورت یک فرایند یادگیری آغاز می‌شود؛ شخص در معرض اطلاعات و تجربه‌های مربوط به یک شیء یا

^۱.Glanz & Hartel

موضوع خاص قرار می‌گیرد و بر اثر فرایندهای تقویت و تقلید، سرمشق‌گیری و شرطی‌سازی نگرشی نسبت به آن شیء یا موضوع پیدا می‌کند (چاپل، ویک و کراگ^۱، ۱۹۸۵).

طبق نظر طرفداران نظریه یادگیری، نگرش‌ها اکتسابی بوده و می‌توانند آموخته شوند؛ فرض بنیادین این نظریه این است که نگرش‌ها، مانند عادت‌ها و مهارت‌ها می‌توانند آموخته شوند. نظریه‌پردازانی مثل، تیلو، پیلو و کرایز^۲ عقیده دارند که بعضی از احساسات، نگرش‌ها و اطلاعات افراد می‌تواند به‌وسیله تشویق و تنبیه اکتساب شود (عیار، لطفی و نورایی^۳، ۲۰۱۲). بررسی‌های متعددی ارتباط بین نگرش مثبت به مواد و مصرف آن را به تائید رسانده‌اند. پژوهش‌های هاوکینز، کاتالانو و میلر^۴ (۱۹۹۲) نشان داده است که میان شروع مصرف مواد و نگرش‌ها و باورهای جوان درباره مواد ارتباط وجود دارد، به‌واقع نگرش‌های مثبت درباره مصرف مواد تسهیل‌کننده‌ی زمان شروع مصرف مواد هستند. علاوه بر این نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهند افرادی که نگرش مثبت به مصرف‌مواد دارند، بیشتر به آزمایش مواد می‌پردازند (بوتوین^۵، ۲۰۰۰؛ بوتوین و گریفن، ۲۰۰۴).

خانوادگی: خانواده نقش بسیار مهمی در گرایش افراد به مصرف مواد مخدر و جلوگیری از آنها می‌تواند داشته باشد؛ برای مثال مصرف مواد توسط دیگر اعضای خانواده: مانند فردی که پدر یا برادرش در حضور او تریاک می‌کشند می‌تواند عامل مهمی برای سوق دادن فرد به سمت مصرف مواد باشد. رها کردن فرزندان به حال خود نیز می‌تواند خطر ساز باشد: مانند کسی فاقد پدر و مادر است و یا پدر و مادر به نیازهای او توجهی ندارند.

مشکلات نهفته در سیستم خانواده گرفتار مصرف مواد و الکل با مضامین مهمی برای رشد و تکامل فرزندان همراه است. در خانواده گرفتار اعتیاد حداقل یکی از دو والد در تربیت فرزندان دچار مشکل می‌شوند. والد معتاد دچار تردید و نوسانات زیادی هستند که بستگی به مصرف مواد یا الکل گاه مؤثر، گاه بی‌اثر، گاه سرد، گاه گرم، گاه عاطفی و گاه دوری‌گزین هستند. جانسون، دی-پیترو، الکو و همکاران^۶ (۲۰۱۲) نشان دادند که زندگی با والدین صمیمی به‌عنوان عامل محافظت‌کننده‌ای برای سوءمصرف مواد عمل می‌کند و نتایج تحقیق یو، کلمنس، یانگ و همکاران^۷ (۲۰۰۶)، حاکی از آن بود که عدم نظارت والدین در درگیر شدن نوجوان به

^۱ Chappel, J. N., Veach, T. L., & Krug, R. S.

^۲ Tealow, Pillow and Criez

^۳ Ayar, Lotfi, & Noorae

^۴ Hawkins, Catalano, & Miller

^۵ Botowin

^۶ Jansson, L., Di Pietro, J., Elko, A

^۷ Yu, S., Clemens, R., Yang, H & et.al

رفتارهای پرخطر نظیر سوءمصرف مواد و گرایش به اعتیاد را پیش‌بینی می‌کند. کودکانی که در خانواده‌هایی بزرگ می‌شوند که ارتباط باز است و ثبات سبک زندگی طبیعی است، بستگی به موقعیت معمول توانایی تقبل نقش‌های گوناگون را دارند. اما کودکانی که در خانواده‌های الکلی بزرگ می‌شوند به‌ندرت آمیزه‌ای از نقش‌هایی را که شخصیت‌های سالم را قالب‌ریزی می‌کنند، یاد می‌گیرند. آن‌ها بر اساس برداشت خود از آنچه باید انجام دهند تا زندگی‌شان را حفظ کنند و در خانواده‌ی دچار هرج‌ومرج به زندگی‌شان ثبات ببخشند، در نقش‌ها پیگیری می‌کنند (جیمز و گیلیلاند^۱، ۲۰۱۲). این خانواده‌ها مشکلاتی دارند که شایع‌ترین آن‌ها را بهادری (۱۳۹۰) به این شرح بیان می‌کند: ۱. سوءمصرف مواد یا رفتار ضداجتماعی دیگر ۲. روابط فزون آمیخته یا دور والدین ۳. کنترل بیش‌ازحد یا کمتر از حد نوجوانان توسط والدین ۴. کیفیت ضعیف ارتباطی بین والدین و نوجوانان ۵. فقدان قواعد و مقررات و پیامدها برای رفتار نوجوانان ۶. کاربرد نامنظم قواعد و پیامدهای رفتار نوجوانان ۷. نظارت ناکافی بزرگسالان و اداره‌ی فعالیهای نوجوانان با همسالان ۸. همبستگی ضعیف خانوادگی.

روانی: مانند انواع افسردگی، انحرافات جنسی، ناپایداری عاطفی، تغییرات خلقی، عدم اعتماد به محیط آینده، سرخوردگی در جامعه، احساس بی‌کفایتی، عدم رشد سالم شخصیت.

میلر (۱۹۹۷) نشان داد که الکل می‌تواند تنش را در افرادی که هنوز الکلی نیستند کاهش دهد، اما در این زمینه یافته‌های متناقضی وجود دارد؛ همچنین این یافته‌ها نشان می‌دهند که الکل تأثیر تنش‌زدایی خود را از طریق تغییر شناخت و ادراک ایجاد می‌کند. او معتقد است که الکل، پردازش شناختی را معیوب می‌کند و توجه به اغلب علائم موجود را کاهش می‌دهد و منجر به حالتی می‌شود که اصطلاح به (کوته‌بینی الکلی)^۲ معروف است. تحقیقات صورت گرفته دیگر نیز در این زمینه نشان داده‌اند که عاطفه منفی با گرایش و تمایل به مصرف مواد اعتیادآور مخصوصاً الکل در ارتباط است و تغییر در عاطفه منفی با تغییر در مصرف الکل ارتباط دارد (ویتکیویتز، بوون، دونوان^۳، ۲۰۱۱). نتایج مطالعات دیگر نیز حاکی از ارتباط اختلالات خلقی و اختلال اضطراب اجتماعی با سوءمصرف مواد در نوجوانان است، در این مطالعات نشان داده‌شده است که این عوامل، مصرف الکل در نوجوانان و جوانان را پیش‌بینی می‌کنند (ولیتزکی-تیلور، بابوا، زینبرگ و همکاران^۴، ۲۰۱۲). نتایج تحقیق روبرتز و اکسینگ (۲۰۰۷) نیز نشان می‌دهد که وابستگی به مواد با اختلالات اضطرابی همراه است، اما سوءمصرف مواد چنین نیست. علاوه بر این، هم سوءمصرف مواد و هم وابستگی به مواد اغلب با اختلالات خلقی

1. James, Gilliland

2. alcohol myopia

3. Witkiewitz, Bowen, & Donovan

4. Wolitzky-Taylor, Bobova, Zinberg and et.al

و نیز اختلالات رفتاری همراه است (رابرتز، رابرتز و ژینگ^۱، ۲۰۰۷). عزت نفس پایین (رایت و فیتس پاتریک^۲، ۲۰۰۴)، عاطفه منفی بالا (جکسون و شر^۳، ۲۰۰۳؛ شول و جیانکولا^۴، ۲۰۰۳)، مهارت‌های حل مسأله ضعیف و خودکارآمدی پایین (اپستین، گریفین و بوتوین^۵، ۲۰۰۰) و خودکنترلی ضعیف (ویلز و استول میلر^۶، ۲۰۰۲) نیز با مصرف مواد ارتباط تنگاتنگی دارد.

نتایج تحقیقات مختلف حاکی از آن است که شخصیت نیز با سوءمصرف مواد ارتباط دارد و متغیرهای شخصیتی فراوانی هستند که می‌توانند گرایش به اعتیاد را پیش‌بینی کنند (ارسچ، تورتون، پرادهان، بالمر و رابینز^۷، ۲۰۱۰؛ کوتو، گامز، اشمیت و واتسون^۸، ۲۰۱۰؛ ارسچ و همکاران^۹، ۲۰۱۳)؛ همچنین بر اساس ادبیات و مطالعات پیشین، حدود ۹۰ درصد معتادین به مواد مخدر، یک یا چند اختلال روان‌پزشکی دیگر نیز دارند که مهم‌ترین این اختلال‌های شامل: اختلال‌های خلقی (افسردگی یا مانیا)، اختلال‌های اضطرابی و اختلال شخصیت ضداجتماعی می‌باشند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

در برخی مطالعات از طرح طولی^{۱۰} استفاده شده که برای مطالعه ارتباط بین شخصیت و مصرف مواد طرح مناسبی است. در این مطالعه برخی ویژگی‌های شخصیتی مصرف‌کنندگان این‌گونه مواد پدیدار شده است. اولین ویژگی آن‌ها، بیش‌فعالی^{۱۱} در دوره کودکی است (وایس، میرین و فرانسیس^{۱۱}، ۱۹۹۲). بیش‌فعالی و رفتار ضداجتماعی با یکدیگر در پیش‌بینی وقایع بزرگ‌سالی همبستگی دارند. درواقع، شخصیت ضداجتماعی پیش‌بینی‌کننده مشکلات سوءمصرف مواد است (کادورت^{۱۲}، ۱۹۸۶). از دیگر متغیرهای مهم شخصیتی که با مصرف مواد در ارتباط است هیجان‌خواهی است (ارسچ و همکاران، ۲۰۱۰).

در راستای بررسی ارتباط سوءمصرف مواد و سازه‌های شخصیت این‌طور بیان شده است که: فرض وجود یک شخصیت یا منش اعتیادی در مفاهیم روان‌کاوی از وابستگی به مواد ریشه می‌گیرد (انجمن روانشناسی آمریکا ۲۰۱۳). در بیشتر بررسی‌های انجام‌شده همبودی اختلال‌های شخصیت و وابستگی به مواد گزارش شده است و همبستگی ۰/۴۴ تا ۰/۷۹ برای سوءمصرف الکل و مواد اعلام گردیده است (بال، رونساولیل، تنن و کرانزله

1. Roberts, R E., Roberts, R S & Xing

2. Wright & Fitzpatrick

3. Jackson & Sher

4. Shoal & Giancola

5. Epstein, Griffin & Botvin

6. Wills & Stool miller

7. Ersche, Turton, Pradhan, Bullmore, & Robbins

8. Kotov, Gamez, Schmidt, & Watson

9. longitudinal

10. hyperactivity

11. Weiss, Mirin, & Frances

12. Cadoret

^۱ (۲۰۱۰)؛ و همچنین تأثیر اختلالات روانی و ویژگی‌های شخصیتی بر گرایش نوجوانان به سوءمصرف مواد مخدر مخدر نیز طی تحقیقات متعدد تأیید شده است. نگرش‌ها و خود پنداره افراد نیز می‌تواند زمینه‌ساز گرایش به سمت اعتیاد و سوءمصرف مواد شود، در این راستا نتایج تحقیقات فروع الدین و صدر السادات (۱۳۸۱) نشان داد که خود پنداره افراد معتاد و غیر معتاد با یکدیگر تفاوت دارد و خود پنداره منفی را می‌توان به‌عنوان عاملی در گرایش به اعتیاد دانست.

فرهنگی:

گرایش به مواد مخدر به‌عنوان یک معضل اجتماعی به‌طور مستقیم با سایر مسائل و پدیده‌های اجتماعی و فرهنگی ارتباط دارد. اعتیاد ضمن اثرگذاری بر زندگی اجتماعی، گروه‌ها، خانواده‌ها و ایجاد آسیب‌های اجتماعی، از آن‌ها نیز اثر پذیرفته و دور وحشتناکی را در جامعه ایجاد می‌کند. افزایش آسیب‌ها و مفاسد اجتماعی خود زمینه مساعدتری را برای گرایش به مواد مخدر فراهم می‌کند. با این توصیف مواد مخدر از یکسو خود محصول شرایط اجتماعی و از سوی دیگر عاملی برای شکل‌گیری آسیب‌های اجتماعی است. به همین دلیل است که توجه افکار عمومی و محافل علمی و پژوهشی جهان به مسئله اعتیاد معطوف شده است. دو بعد مهم که در تسهیل زمینه‌های اجتماعی- فرهنگی برای اعتیاد سهیم‌اند عبارت‌اند از: متغیرهای اجتماعی- فرهنگی که از سطح یکپارچه^۲ تا سطح مولکولی^۳ در تغییر بوده و در ارتباط با افزایش مصرف آغازین ماده و ادامه آن تا حد مصرف زیاد قابل‌طرح هستند. در مصرف الکل به‌خصوص نقش متغیرهای بین فرهنگی^۴ و بین ملیتی^۵ مشهود است. در دسترس بودن مواد نیز یکی دیگر از دلایل روی آوردن نوجوانان و جوانان به مواد مخدر صرفاً این است که مواد مخدر در درس ترس آن‌ها است. هراندازه امکان دستیابی به مواد مخدر آسان باشد و شخص بتواند با هزینه و خطر کمتری آن را تهیه کند، میزان مصرف آن نیز بیشتر خواهد شد. ۷۵ تا ۹۸ درصد نوجوانان و جوانان مصرف‌کننده مواد اظهار داشتند که می‌توانند به سهولت این مواد را به دست آورند (بهرامی احسان، ۱۳۹۰).

محیطی: از عوامل تأثیر گذار دیگر در گرایش به مواد مخدر می‌تواند محیط و روابط محیطی باشد. یکی از عوامل محیطی مهاجرت است؛ تغییر محل زندگی از روستایی به روستای دیگر یا از روستا به شهر یا از شهری به شهر دیگر باعث می‌شود که فرد با محیط، مشکلات و شرایط جدید روبه‌رو شود که با آن بیگانه است:

^۱ Ball, S. A., Rounsaville, B. J., Tennen, H., & Kranzler, H. R.

^۲ Malor

^۳ .molecular

^۴ .cross-national

^۵ .cross-cultural

در حالی که عنایت آشنایان و دوستان خود را از دست داده است. چنین فردی اگر توانایی حل مشکلات را نداشته باشد ممکن است که دچار ناراحتی اعصاب شود و از افراد معتاد یاری طلبد.

یکی از عوامل محیطی، نقش دوستان و گروه همسالان است؛ در جمعی که اکثر افراد مخدر مصرف می‌کنند فشار زیادی روی اقلیتی که مصرف نمی‌کنند وارد می‌آید. در واقع افراد برای اولین بار از طریق این‌گونه گروه‌ها با مواد مخدر آشنا شده و اقدام به استعمال آن می‌نمایند؛ بنابراین می‌توان پیش‌بینی کرد در صورتی که دوستان و به‌ویژه نزدیک‌ترین دوستان، مواد مخدر مصرف کنند خود آن فرد نیز به مصرف چنین موادی روی می‌آورد (جسور^۱ و جسور، ۲۰۰۶). همچنین آگراوال و همکاران^۲ (۲۰۰۷) در مورد همسالان به نتایج مشابهی رسیدند و دریافتند که نگرش همسالان یکی از عوامل مؤثر در شروع مصرف سیگار، الکل و حشیش در نوجوانان است. همچنین در تحقیق دیگر نتایج حاکی از این بود که دوستان نزدیک و مخصوصاً بهترین دوستان فرد که مواد اعتیادآور، مخصوصاً سیگار هستند می‌توانند بر فرد تأثیر گذاشته و در این فرایند اجتماعی شدن است که جوانان و نوجوانان دچار وابستگی به مواد می‌شوند (سایمونز-مورتون و فارهات^۳، ۲۰۱۰). طالع‌ات انجام شده دیگر نیز نشان از آن دارند که ارتباط با همسالان مصرف‌کننده مواد یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های مصرف مواد در نوجوانان و جوانان است (کوران، استایس و چاسین^۴، ۱۹۹۷؛ بیگلان، دانکن، آری و همکاران^۵، ۱۹۹۵). همانطور که اشاره شد، یکی از عوامل مهم در اعتیاد عامل محیط است و یکی از محیط‌هایی که در آن مواد مخدر به وفور مصرف می‌شود، زندان‌ها هستند.

زندان و اعتیاد:

زندان یک محیط اجتماعی با ویژگی‌های منحصر به فرد است. هرچند فرایندهای زندگی اجتماعی در زندان حکم‌فرماست اما ساختارها و پوشش‌های ویژه‌ای دارد. چراکه، یک زیرسیستم است و خرده‌فرهنگ خاص دارد. زندان به‌عنوان یک نهاد اجتماعی تحت تأثیر ساختارهای سیاسی، اقتصادی و اجتماعی کشور است. با این حال ویژگی‌هایی دارد که معمولاً در هیچ موسسه‌ای حتی با ساختار نسبت مشابه آن نظیر سربازخانه‌ها و موسسه‌های شبانه‌روزی یافت نمی‌شود (گراوت^۶، ۱۹۹۹). از جمله ویژگی‌های زندان از دست دادن بسیاری از اختیارات فردی است که مشکل متراکم جمعیت و کمبود فضای کافی نیز به آن اضافه می‌شود. پویایی گروه‌ها

1. Jessore

2. Agrawal

3. Simons-Morton & Farhat

4. Curran, P. J., Stice, E., Chassin, L

5. Biglan, A., Duncan, T. E., Ary, D. V & et.al

6. Gravett

در محیط زندان با جامعه بیرون تفاوت چشمگیری دارد و فرد در چنبره این پویایی به سختی گرفتار می‌شود (مانند گروه‌های فشار و پرخاشگر). فرد زندانی به‌طور طبیعی از بسیاری از حقوق اجتماعی خود محروم است و از حلقه فعالیت‌ها و تعامل‌های خانوادگی و اجتماعی بیرون رانده شود. از سوی دیگر در زندان محرک‌های محیطی کاهش می‌یابد و زندگی جریان کسالت‌آوری و تکراری به خود می‌گیرد. کاهش محرک‌های محیطی می‌تواند در روش‌های تفکر و واکنش‌های روانی زندانیان تأثیر مخرب بگذارد. با توجه به ویژگی‌های یادشده و این‌که در زندان الگوهای رفتاری جامعه پسند محدود است، نسبت افرادی که رفتارهای پرخطر دارند از افراد جامعه بیشتر است (بری و مارسدن^۱، ۱۹۹۱)؛ علاوه بر این زندان یکی از مکان‌های استرس‌زا برای انسان است و در مقایسه با تمامی رخدادهای منفی زندگی از شدت درجه‌ی بالایی برخوردار است. ترکیبی از محدودیت‌های شخصی و محیطی در شرایط ناخوشایند و اغلب ترس‌آور می‌تواند منجر به استرس شدید شود. عواملی چون تبعیت از برنامه‌های روزانه دقیق و مشخص، زندگی کردن نزدیک به هم و به‌صورت بسته، فقدان کنترل بر مسیر زندگی و فقدان آزادی همگی به‌عنوان عامل ناراحتی روان‌شناختی مشخص شده‌اند. ارتباطات بین شخصی با افسران زندان و زندانیان دیگر و محدودیت ارتباط با دوستان و اعضای خانواده نیز باعث ناراحتی‌های روان‌شناختی می‌شود. عوامل مرتبطی مثل فشار اقتصادی، جوابگوی بزه و تقصیر بودن و برخورد با هم زندانیان پرخاشگر می‌تواند در مشکلات مرتبط با استرس زندانیان سهمیم باشد (گریفیث و استپتو^۲، ۲۰۰۰).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مواد مخدر در همه زندان‌های دنیا مصرف می‌شود. برای مثال: گوتالس^۳ و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند افرادی که به خاطر رفتارهای پرخطر در زندان بودند، همزمان مصرف بی‌رویه الکل و دیگر مواد مخدر داشتند. نتایج تحقیق اسکینر^۴ (۲۰۰۵) نیز حاکی از این است، افرادی که در زندان‌ها مشغول به سوءمصرف مواد بودند، دارای یک اختلال همراه با سوءمصرف مواد نیز بودند. در پژوهشی دیگر نتایج حاکی از این بود که ۵۰ درصد زندانیان سوءمصرف مواد دارند؛ در این پژوهش یافته‌ها حاکی از این بود جرم و با سوءمصرف مواد ارتباط دارد (زارکین، کاول، هیکس و همکاران^۵، ۲۰۱۲). در پژوهشی نیز که در زندان‌های ایران انجام گرفت (بوالهروی، ۱۳۸۱)، نشان داده شد که مقایسه سوء مصرف مواد افیونی در قبل و بعد از ورود به زندان رابطه معنی‌داری را نشان می‌دهد؛ اما تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های سنی مشاهده نشد. درباره سلامت روانی مصرف‌کنندگان نیز ۱۲/۵ درصد افراد سالم و ۸۷/۵ درصد مشکوک به اختلال روانی بودند. همچنین، بین سوء مصرف مواد در زندان و اختلالات، شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، افسردگی و روانپریشی رابطه معنی

^۱ Bray & Marsden

^۲ Griffith, and Stepto

^۳ Goethals

^۴ Skinner

^۵ Zarkin, Cowell, Hicks & et al.

داری دیده شد. بر اساس نتایج حاصله، مهمترین ماده مصرفی در زندان تریاک بوده است. به علاوه رفتارهای پرخطر در بین زندانیان نیز مشاهده شده است.

با نگاهی واقع بینانه به مسئله اعتیاد به مواد مخدر به راحتی درمی یابیم که سوء مصرف مواد افیونی از قرن ها پیش وجود داشته است و اکنون نیز تقریباً کشوری وجود ندارد که از گسترش سوء مصرف این گونه مواد در امان مانده باشد. اگرچه از دیرباز در تمام جوامع بشری سوء مصرف مواد افیونی به عنوان عادت غیر اجتماعی و نامقبول تلقی شده است، اما با وجود این عدم مقبولیت، طبقات مختلف اجتماع با این مسئله به صورت جدی درگیری باشند، به طوری که هم اکنون مردان و زنان زیادی، خصوصاً از سنین نوجوانی تا میان سالی مواد مخدر مصرف می کنند و به آن وابسته شده اند. این معضل یکی از آسیب های مهم اجتماعی است و به طوری که نه تنها سلامت فرد و جامعه را به خطر می اندازد بلکه موجبات انحطاط روانی و اخلاقی افراد را نیز فراهم می آورد. از طرفی دیگر، اگر به مباحث اخیر پیرامون مصرف مواد اعتیاد آور توجه کنیم و نیز حساسیت های به وجود آمده در افکار عمومی نسبت به پدیده مصرف مواد مخدر در میان جوانانمان در مدارس و دانشگاه ها را در نظر بگیریم، همگی به نظر حاکی از آن است که نوعی گرایش پنهان به مواد مخدر در قالب سبک زندگی در حال ایجاد است. باید در نظر داشت که خطر به وجود آمدن نوعی سبک زندگی که در آن مصرف مواد مخدر دارای جایگاه ویژه ای باشد بسیار جدی می نماید؛ بنابراین در این رهگذر مفید است که به موضوع سبک زندگی پرداخته شود.

بخش دوم: سبک زندگی آدلری

روانشناسی فردی آدلر کل نگر، یکپارچه نگر، اجتماعی و غایی است. روانشناسی فردی بازنمایی کننده سبک زندگی خود، مفهوم بنیادی و جهان بینی است که با تمام عرصه های زندگی اشخاص در ارتباط است. روانشناسی فردی، یکپارچه و تأیید کننده پیوند درونی بدن، ذهن و روح با محیط، اشخاص و همچنین یکپارچه کننده گستره ای از فنون درمانی است (سوپرینا و لینگل^۱، ۲۰۰۸). هسته مرکزی روانشناسی فردی آدلر، مفهوم سبک زندگی^۲ است (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۹۲). شیوه زندگی تکیه کلام نظریه شخصیت آدلر است و مشخص ترین بعد روانشناسی فردی است. شخص بر اساس شیوه زندگی خاص خود ایفای نقش می کند و آن کلی است که به اجزاء فرمان می دهد.

^۱. Lingle

^۲. Life style

تعریف سبک زندگی آدلری:

اولین بار آلفرد آدلر (۱۹۲۷) سبک زندگی را مطرح کرد و این مفهوم را بعدها پیروان او گسترش دادند. او شناخت فرد را مستلزم شناخت سازمان ادراکی و شناخت سبک زندگی او می‌دانست و معتقد بود سبک زندگی به ایمان و اعتقاداتی اطلاق می‌شود که فرد را در روزهای اولیه زندگی خود کسب می‌کند و یک الگوی ادراکی جهت‌دار است. همچنین از نظر آدلر، آنسباکر و آنسباکر^۱ (۱۹۵۸) سبک زندگی شیوه خاص فرد در اندیشه، نگرش و احساس او نسبت به زندگی است. از نظرموناهان^۲ (۲۰۰۷) سبک زندگی متاثر از نژاد، مذهب وضعیت اقتصادی و اجتماعی، اعتقادات و باورها می‌باشد. سبک زندگی در طول زندگی ثابت باقی می‌ماند مگر آنکه باورهای راسخ با میانجی‌گری و روان‌درمانی؛ تغییر کند بنابراین فهمیدن فرد مستلزم فهمیدن سازمان شناختی و سبک زندگی او است (علیزاده، ۱۳۸۳). طبق تعریفی دیگر، سبک زندگی هر فرد متأثر از دو عامل عمده است: شخصیت فرد و ویژگی‌های محیط. این ویژگی‌ها به طرق مختلفی بر سبک زندگی افراد تأثیر می‌گذارند. به‌عنوان مثال، افراد درون‌گرا و برون‌گرا سبک‌های متفاوتی در زندگی دارند؛ اما عامل مهمی که می‌تواند در سراسر عمر بر سبک زندگی افراد تأثیر بگذارد، ویژگی‌ها و شرایط محیطی است. از جمله فقر، اوضاع سیاسی-اقتصادی جامعه، ویژگی‌ها و شرایط خانوادگی، فقدان پدر مادر و یا همسر، جنگ و غیره (پلاسکر^۳، ۲۰۰۷).

اعتقادات فردی مربوط به سبک زندگی از دیدگاه شفیع‌آبادی و ناصری (۱۳۹۲):

سبک زندگی مجموعه‌ای از قوانین و راهنمایی‌هایی است که افراد شکل می‌دهند تا آن‌ها را در مسیر زندگی و به سمت اهدافشان سوق دهد.

- ۱- مفهوم خود یا خویشتن‌پنداری؛ یعنی اعتقاد فرد به این‌که «من که هستم»
- ۲- خود آرمانی؛ یعنی اعتقاد فرد به اینکه «من چه باید باشم» با «مجبورم چه باشم تا جایی در بین دیگران داشته باشم».
- ۳- «تصویری از جهان» یعنی اعتقادات فرد درباره اطرافیان و محیط پیرامونش.
- ۴- «اعتقادات اخلاقی»؛ یعنی مجموعه‌ای چیزهایی که فرد درست یا نادرست می‌داند

کارکردهای سبک زندگی:

علیزاده (۱۳۸۳) کارکردهای محوری سبک زندگی را به‌قرار زیر طبقه‌بندی کرده است:

^۱ Ansbacher, & Ansbacher

^۲ Monahan

^۳ Plasker, E

۱- سبک زندگی به ما کمک می‌کند تا زندگی را بهتر درک کنیم. ما در مورد موجودات فکر می‌کنیم، ارتباط برقرار کرده، کاوش کرده و فرضیه می‌سازیم. سبک زندگی به ما اجازه می‌دهد تا احساسات خود را نه تنها درباره این که ما که هستیم بلکه در مورد زندگی و ارتباط مردم با آن پرورش دهیم.

۲- سبک زندگی این شانس را به ما می‌دهد که زندگی را پیش‌بینی کنیم. بدون سبک زندگی، زندگی انسان یک حالت تکراری به خود می‌گیرد و مانند دور بازگشتی از شکست می‌شود که در آن مجبور خواهیم بود بارها و بارها اشتباهات و شکست‌ها را تجربه کنیم؛ بنابراین با داشتن یک نقشه و برنامه می‌توانیم طرح‌ها و برنامه‌هایی برای آینده پیش‌بینی کرده و بر طبق آن تصمیم بگیریم.

۳- سبک زندگی فرصت‌هایی را برای ما فراهم می‌کند تا زندگی را کنترل کنیم. اگرچه طبیعی است که هیچ‌کس نمی‌تواند زندگی را به‌طور کامل کنترل کند اما در عمل می‌توانیم آن را تا حدی کنترل کنیم و تا حدودی می‌توانیم آنچه را که بخواهیم به دست آوریم. از اتفاقاتی که می‌خواهد رخ دهد جلوگیری کنیم و موقعیت‌هایی را به وجود آوریم تا راه زندگی‌مان را پیدا کنیم

مؤلفه‌های سبک زندگی از دیدگاه‌های مختلف:

یکی از راه‌های درک بهتر مفهوم سبک زندگی بررسی عناصر و مؤلفه‌هایی است که برای سبک زندگی برشمرده‌اند. منظور از مؤلفه اموری است که مصداق عینی سبک زندگی محسوب می‌شوند. در ذیل به چند مورد از آن‌ها اشاره می‌کنیم.

مؤلفه‌های سبک زندگی از نظر آدلر (۱۹۷۰).

۱. تعلق-علاقه اجتماعی: این مؤلفه به ارزیابی احساس تعلق فرد به جامعه می‌پردازد. افرادی که در این مقیاس نمره بالا بگیرند گرایش به برون‌گرایی داشته و تعاملات گروهی را ترجیح می‌دهند. در حالی که افراد دارای نمره پایین در علاقه اجتماعی به درون‌گرایی گرایش دارند. آنسباکر (۱۹۹۱) چنین عنوان می‌کند که علاقه اجتماعی در سه مرحله ایجاد می‌شود: استعداد، توانایی و خصوصیات پویای ثانوی. انسان به‌طور فطری توانایی و استعداد همکاری و زندگی اجتماعی را دارد. پس از پرورش یافتن این استعداد، او صاحب توانایی‌هایی جهت ابراز تمایل به خویشتن به همکاری می‌شود و در پایان، نوبت به خصوصیات پویای ثانوی می‌رسد که در قبال نگرش‌ها و علایق بروز می‌نماید. در خانواده نیز علاقه اجتماعی نقش مهمی را ایفا می‌کند. اگر اعضای خانواده بتوانند با یکدیگر در کارها سهیم باشند و مصلحت خانواده را به منافع شخصی خود ترجیح دهند، در آن صورت می‌توان گفت که حس تعلق به خانواده شکل گرفته است. فقط در صورتی که

احساس می‌کنیم با دیگران متحد هستیم که با مشکلات خود جسورانه مبارزه می‌کنیم. طبق نظر آدلر (۱۹۷۰) علاقه اجتماعی در جو خانوادگی سالم پرورش می‌یابد که حس همکاری، احترام متقابل، اعتماد و تفاهم را ترغیب می‌کند. سازگاری و بقا نیازمند توسعه‌ی علاقه اجتماعی است. در نهایت روانشناسی فردی، به علاقه اجتماعی به‌عنوان نشانه‌ای برای سلامت روانی افراد اشاره می‌کند. در مقابل، احساس مبنی بر کهنتری و حقارت منجر به نیازهای فرد برای حمایت می‌شود. اگرچه علاقه اجتماعی مطالبی نظیر همکاری، روابط اجتماعی، همانند با گروه، همدلی و غیره را دربرمی‌گیرد ولی به عقیده آدلر معنی و مفهوم علاقه اجتماعی از همه این‌ها وسیع‌تر است و آن کمک فرد است به جامعه تا هدف یک جامعه کاملاً تحقق یابد. طبق تحقیقات و پژوهش‌های صورت گرفته نیز کسانی که از علاقه اجتماعی برخوردارند سلامت روان مناسب‌تری را تجربه می‌کنند (شوارتز، مایزنهلدر، ما و رید^۱، ۲۰۰۳).

۲. نیاز به تائید: نشان می‌دهد که فرد تا چه اندازه به اظهارنظرهای دیگران بهاداده و نظر آن یارا حائز اهمیت می‌دهد.

۳. کنار آمدن: این مؤلفه بیان می‌کند که فرد تا چه تمایل دارد که در سه حیطة مربوط به تکالیف زندگی یعنی ارتباطات اجتماعی، کار و صمیمیت از رندی قاعده‌مندی پیروی کند. فرد سازگار اساساً نوع‌دوست است، با دیگران همدردی می‌کند و مشتاق کمک به آن‌ها است و در جهت برآورده کردن نیازهای دیگران فعال است.

۴. مسئولیت‌پذیری: به بیان این نکته می‌پردازد که تا چه اندازه هدایت و رهبری دیگران برای فرد خوشایند و قابل قبول است. مسئولیت‌پذیری اجتماعی به معنای پاسخگویی، پیش‌قدم بودن، توانایی ادای وظیفه، قابل اتکا بودن، توانایی برای تصمیمات اخلاقی، شایستگی بهره‌مندی از تفکرات منطقی و غیرمنطقی هست.

۵. محتاط بودن: به بیان این نکته می‌پردازد که فردی تا چه اندازه در موقعیت‌های بین فردی احساس امنیت و آرامش می‌کند

از دیدگاه لعلی و همکاران (۱۳۹۱) مؤلفه‌های سبک زندگی عبارت‌اند از:

۱- سلامت جسمانی: برخورداری از آسایش کامل جسمی و فاقد هرگونه بیماری. کسانی که سبک زندگی سالمی دارند به جسم خود اهمیت داده و در سلامت آن می‌کوشند. در این راستا

^۱. Schwartz, Meisenhelder, Ma, & Reed

فلان، استرادی‌ن و موریسون^۱، (۲۰۰۱) در پژوهشی نشان دادند که سلامت جسمی و فیزیکی تا حد زیادی بسته به سبک زندگی افراد است؛ همچنین تحقیقات مشکی، توکلی و بحری (۱۳۸۹)، منصوریان و همکاران (۱۳۹۱) لعلی و همکاران، (۱۳۹۱) نیز در این زمینه است.

۲- ورزش و تندرستی: یکی از ویژگی‌های سبک زندگی سالم ورزش کردن است. افرادی که سبک زندگی سالم دارند با برنامه‌ریزی به ورزش پرداخته و آن را به‌عنوان مؤلفه مهم در زندگی در نظر می‌گیرند که می‌تواند بسیاری از عوارض جسمی و روانی انسان را کاهش دهد. مطالعات نشان می‌دهد که سبک زندگی توأم با ورزش تأثیری بسیار خوبی بر سلامتی دارد. در این مطالعات، یافته‌ها حاکی از آن است که ورزش به‌عنوان مؤلفه‌ی مهم در سبک زندگی موجب فعال شدن، افزایش انگیزه و رشد باورهای مثبت در فرد می‌شود (هوی، بک، لودویگ و همکاران^۲، ۲۰۱۲).

۳- کنترل وزن و تغذیه: کنترل وزن، از کارکردهای روان‌شناختی یا فردی مشارکت‌کننده در فعالیت‌های بدنی است که می‌تواند به افزایش بهزیستی روان‌شناختی، کسب شادی و طراوت، لذت و تفریح منجر شود. در همین راستا، مطالعه رجسکی^۳ و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که برنامه مداخلات سبک زندگی بر کنترل وزن و بهبود رژیم غذایی در افراد بارده سنی ۳۵-۴۰ مؤثر است. نتایج این تحقیق نشان داد که این آزمودنی‌ها بعد از چند ماه توانستند به وزن مطلوب برسند.

۴- پیشگیری از بیماری‌ها: این مؤلفه به این معنی است که سبک زندگی سالم این امکان را به فرد می‌دهد تا قبل از اینکه به بیماری خاصی مبتلا شود با روش و شیوه‌های سالم از آن پیشگیری کند.

۵- سلامت روان‌شناختی: گروه بهداشت جهانی (۲۰۰۴) سلامت روان را حالتی کامل از رفاه جسمی، روحی و اجتماعی فرض کرده که فقط با عدم مشاهده‌ی بیماری یا ناتوانی در فرد محقق نمی‌شود. تحقیقات صوت گرفته نیز نشان می‌دهند که سبک زندگی سالم می‌تواند سلامت روانی را تا حد زیادی پیش‌بینی کند (روهرر، پیرس و بلکبرن^۴، ۲۰۰۵؛ پورغفاری، پاشا و عطاری، ۱۳۸۸؛ دهقان‌زاده، جعفرآقایی و تبری، ۱۳۹۱).

1. Phelan, Stradins, & Morrison

2. Hui, A., Back, L., Ludwig & et.al

3. Rejeski

4. Rohrer, Pierce Jr, & Blackburn

۶- سلامت معنوی: حاتمی، بحرینیان، جوانبخت و غفاری (۱۳۸۹) افرادی را که از سلامت معنوی برخوردارند دارای این ویژگی‌ها می‌داند: ۱. از همه وابستگی‌ها آزاد هستند و در درون خود احساس اطمینان ایجاد می‌کنند ۲. احساس آن‌ها از اطمینان مبتنی بر توانایی‌هایشان، نقاط قوت، استعدادها و شایستگی‌های ذاتی است ۳. به‌عنوان یک انسان چیزی که آن‌ها می‌دهند بر مبنای چیزی که دیگران به آن‌ها می‌دهند نیست.

۷- سلامت اجتماعی: در هر جامعه‌ای فقدان ارتباط افراد با یکدیگر زمینه کاهش انسجام و آسیب به هویت ملی را فراهم می‌کند و پیوند بین گروه‌ها و هویت‌های فردی با هویت‌های گروه‌های اجتماعی می‌تواند به ایجاد سرمایه اجتماعی برای نظام مبدل شود و ایجاد روابط مناسب و همدلی بین افراد می‌تواند مانع از ایجاد رفتارهای پرخطر گردد. سلامت اجتماعی یعنی؛ انسجام ملی و حفظ پیوندهای اجتماعی که بیش از هر عاملی به عنصر فرهنگی، ارزش‌ها و هنجارها بستگی دارد. تحقیقات (ذوالفقاری و سلطانی، ۱۳۸۹؛ سرایی و پورجلی، ۱۳۸۶؛ ونصرتی و ذوالفقاری، ۱۳۹۱) در این راستا هستند.

۸- اجتناب از داروهای اعتیاد آور و مواد مخدر: این مؤلفه به‌عنوان یکی از عوامل مهم در سبک زندگی به شمار می‌رود. درواقع کسانی که شیوه زندگی سالم و مناسبی را برگزیده‌اند و آن را ادامه می‌دهند، باید عاری از هرگونه اعتیاد به مواد مخدر باشند. تحقیقات صورت گرفته نیز این ادعا را تأیید می‌کنند. برای مثال در تحقیقی، نذراالاسلام، حسین احمد و احسان^۱ (۲۰۰۲) سبک زندگی سالم را به کسانی که به مواد مخدر اعتیاد داشتند آموزش دادند و نتایج نشان داد که سبک زندگی سالم با کاهش مصرف مواد رابطه دارد.

۹- پیشگیری از حوادث: شاره به برنامه‌ریزی برای خطرات احتمالی در زندگی روزمره دارد.

۱۰- سلامت محیطی: یعنی اینکه فرد بتواند به‌طوری مناسب با محیط پیرامون خود ارتباط برقرار کند.

عوامل تحول سبک زندگی از دیدگاه آدلر وهمکاران (۱۹۵۸): دو عامل مهم وجود دارند که

باعث تحول در سبک زندگی می‌شوند که در ذیل به آن‌ها اشاره می‌شود:

۱. عوامل زیست‌شناختی

^۱. Nazrul Islam, S., Hossain, K. J., Ahmed, A., & Ahsan, M

الف. نقص عضو: فرد با یک عضو، یا یک سیستم زیستی مشکل‌دار متولد می‌شود، بدون اینکه لزوم ژنتیکی باشد. آنسباکر(۱۹۹۱) از سخنان آدلر سه مؤلفه را برای حقارت عضوی به دست آورد. اگر کسی با حقارت عضوی متولد شود می‌تواند در یکی از سه جهت آن را جبران کند ۱- در سطح بدنی. ۲- در سطح عاطفی و همدردی ۳- در سطح روانی.

ب. نقش سائق‌ها و نازپروردگی: این عامل زیستی، به مغز و سیستم اعصاب مرکزی مربوط است. آدلر اشاره می‌کند که سبک زندگی انسان، نه در قالب کلمات شکل می‌گیرد و نه در قالب افکار بیان می‌شود، بلکه مغز انسان به صورت بخشی عمل می‌کند، به این صورت که نیمکره راست بیشتر تعاملی و عاطفی و نیمکره چپ بیشتر تفسیری و شناختی است. فرد در ابتدای دوران کودکی، براساس نوع رفتارهایی که با او می‌شد، انتظاراتی را در خود شکل می‌دهد و راه‌حلی را می‌آموزد.

۲- عوامل روانی اجتماعی:

الف. جو خانوادگی: فرزندان در یک فضای پرتعارض، با وجود سبک مضطرب و همواره نگران حالت پرخاشگری، دشمنی و مخالفت پیدا می‌کنند. برعکس در فضای خانوادگی پرمحبت و احترام‌آمیز نسبتاً فرزندان سبک دیگری به خود می‌گیرند... جو خانوادگی ممکن است تحت تأثیر هر کدام از افراد خانواده شکل گرفته باشد، لازم نیست حتماً والدین این گونه بوده یا خواسته باشند.

ب. سبک تربیتی والدین: آدلر دو سبک تربیتی نازپروردگی و غفلت را که بیش از سبک‌های دیگر مشکل‌ساز بود مورد گفتگو قرارداد و اذعان داشت: اگر بچه‌ها را زیاد مورد توجه قرار دهیم یا کمتر از حد لازم به آن‌ها توجه کنیم به یک آثار ناخواسته منتهی می‌شود

ارتباط دین و سبک زندگی:

کاوینانی (۱۳۹۱) ارتباط دین و سبک زندگی را به شرح ذیل نشان داده است:

الف. (جهان‌بینی): باشد که فرد را در شناخت خود و جهان پیرامونش کمک کند و در ترسیم طرحی از آنها در ذهنش و تعیین آماری خودیاری رساند.

ب. دین احساس‌هایی را در فرد بر می‌انگیزد (ترس، احترام، ایمنی، رضایت گناهکاری و ...) این احساس‌ها می‌تواند در احساس کهنتری و حقارت فرد تاثیر بگذارد، آن را تقویت یا تضعیف کند.

ج. دین عموماً دارای مجموعه‌ای از قواعد و قوانین، ارزش‌ها و هنجارهای رفتاری، شعائر و مراسم است و مدعی است بهترین الگوی زندگی را به افراد و جامعه پیشنهاد می‌کند.

د. دین می‌تواند بر خلاقیت فرد اثر بگذارد و او را در مواجهه با محدودیت وراثتی و محیطی توانمند یا ناتوان سازد.

پس به‌طور کل دین می‌تواند در ایجاد عادت واره‌ها، سلیقه و زیباشناسی و در نتیجه سبک‌های زندگی نقش ایفا کرده و جدای از سبک‌های زندگی به‌خصوص دینی، در شکل‌گیری دیگر سبک‌های زندگی نیز دخیل می‌باشد. از ارتباط بین دین و سبک زندگی مفهوم سبک زندگی اسلامی تداعی می‌شود که مفید است بیشتر به آن پرداخته شود.

بخش سوم: سبک زندگی اسلامی

سخن در سبک زندگی اسلامی در عرصه حیات فردی و اجتماعی، از مباحث بسیار مهم در جوامع انسانی است. ارکان شکل‌دهی به هویت اجتماعی یک جامعه را باورها (جهان‌بینی)، ارزش‌ها (ایدئولوژی) و سبک زندگی (نظام ترجیحات فردی) آن‌ها تشکیل می‌دهد. نمود ظاهری هویت واقعی یک جامعه را، سبک زندگی مردمان آن جامعه، نشان می‌دهد. جامعه زمانی ثمره جهان‌بینی و ایدئولوژی خود را می‌بیند که سبک زندگی او متناسب با باورها و ارزش‌های دینی حاکم بر آن جامعه باشد. مع الاسف جامعه کنونی نتوانسته است، میان باورهای بنیادین و ارزش‌های اصیل دینی اسلامی از یک‌طرف و سبک زندگی خود در حوزه‌های مختلف اجتماعی، ارتباطی معناداری به وجود آورد. در حال حاضر سبک زندگی در کشورهای اسلامی مختلطی از آداب و رسوم اسلامی - غربی است که ناشی از عدم شناخت صحیح از سبک زندگی اسلامی هست. غفلت از ارائه سبک زندگی اسلامی می‌تواند عواقب شومی را برای جوامع اسلامی در پی داشته باشد که جبران‌ناپذیر خواهد بود؛ بنابراین، حفظ زندگی اسلامی و پایبندی به آن یکی از مهم‌ترین عوامل در حفظ فرهنگ و ارزش‌های اعتقادی قلمداد می‌شود و لذا در طول تاریخ یکی از شیوه‌های استعمار، تهاجم به سبک و شیوه‌ی زندگی در جوامع اسلامی است تا از این طریق زمینه برای تسلط فرهنگی، اقتصادی و سیاسی فراهم گردد. تغییر سبک زندگی معمولاً به‌صورت نرم و نامحسوس و خزنده صورت می‌گیرد. قبل از تغییر سبک زندگی، نگرش و دیدگاه افراد نسبت به مسائل اجتماعی و فرهنگی دگرگون می‌شود و با تغییر رفتار و جهان‌بینی فرد زمینه برای جلوگیری از انحرافات فراهم می‌گردد.

تعریف سبک زندگی اسلامی: کاویانی (۱۳۸۸) اولین بار سبک زندگی اسلامی را، به‌صورت علمی به‌عنوان موضوع رساله دکتری، بررسی کرد. منبع اصلی استخراج سبک زندگی اسلامی کتاب الهی بوده،

زندگی اسلامی در زندگی قرآنی معنا می‌یابد. چگونگی تعامل رفتارها و نگرش‌ها در زندگی روزانه، نشان‌دهنده‌ی سبک زندگی انسان است و مسیر نسبتاً ثابتی را برای زندگی پیش روی انسان ترسیم می‌کند. برای یافتن بهترین نوع سبک زندگی، الگویی لازم است که همه مؤلفه‌های شناختی و رفتاری انسان را به بهترین شکل در نظر بگیرد و از طرف دیگر با یافته‌های مسلم علمی مخالف نباشد و همچنین دنیا و آخرت را در کنار هم ببیند و از هیچ‌یک از ابعاد مادی و معنوی انسان غافل نشود. می‌توان ادعا کرد سبک زندگی اسلامی این‌گونه است. در سبک زندگی اسلامی عمق اعتقادات، عواطف و نگرش فرد سنجیده نمی‌شود؛ بلکه رفتارهای فرد، سنجیده می‌شود. در سبک زندگی از سایر دیدگاه‌ها، فقط به رفتار توجه می‌شود و فکر و نیت انجام رفتار بررسی نمی‌شود؛ اما سبک زندگی اسلامی نمی‌تواند نسبت به نیت‌ها بی‌تفاوت باشد، درحالی‌که تأکید آن روی رفتار است؛ به حداقل عواطف شناخت‌ها نیز نظر دارد

سبک زندگی شامل نظام ارتباطی، معیشتی تفریح و شیوهای گذراندن اوقات فراغت، الگوی خرید و مصرف، جلوه‌های عینی شان و منزلت، نحوه استفاده از صنایع فرهنگی، نقاط تمرکز علاقه مندی در فرهنگ مانند دین، خانواده، میهن، هنر، ورزش و امثال آنها می‌شود (مهدوی کنی، ۱۳۸۷).

سبک زندگی اسلامی، از جهتی دیگر با دیگر سبک‌های زندگی متفاوت است. در جامعه‌شناسی، مدیریت، علوم پزشکی و روانشناسی بالینی نیز بحث از سبک زندگی مطرح است؛ اما در این قلمرو فقط به رفتارهای خاص می‌پردازند و با شناخت‌ها و عواطف ارتباط مستقیم برقرار نمی‌کنند؛ اما سبک زندگی اسلامی از آن جهت که اسلامی است نمی‌تواند با عواطف و شناخت‌ها بی‌ارتباط باشد. بر اساس این هر رفتاری که بخواهد مبنای اسلامی داشته باشد باید حداقلی از شناخت و عواطف اسلامی را پشتوانه خود قرار دهد. سبک زندگی اسلامی نمی‌تواند بدون توجه به نیت‌ها باشد. مانند نماز، که اگر اعتقاد به خداوند و معاد را پشتوانه خود نداشته باشد رفتار اسلامی محسوب نمی‌شود (کاویانی، ۱۳۹۰).

مؤلفه‌های سبک زندگی اسلامی:

برای داشتن یک سبک زندگی مطلوب دو نوع جهت‌گیری لازم است: ۱- بایدها و نبایدهای موردقبول در زندگی. ۲- شیوه‌های اجرا و به عینیت رساندن آن. جهت‌گیری اول به‌طور غالب ارزشی و اخلاقی است و جهت‌گیری دوم مبتنی بر ارزش‌های عملی است و این مسائل هر دو در سبک زندگی اسلامی دیده شده است. سبک زندگی اسلامی از ده مؤلفه تشکیل شده است که نبود هرکدام باعث می‌شود که سبک زندگی اسلامی ناقص باشد، مرز هرکدام از این شاخص‌ها قابل‌شناسایی است و البته وجود همه‌ی آنها در کنارهم نتیجه‌ای فراترازحاصل جمع ساده‌ی آنها به دست می‌دهد (کجباف، سجادیان، کاویانی و انوری، ۱۳۹۰).

مؤلفه‌های سبک زندگی اسلامی از نظر کاویانی (۱۳۹۰) عبارت‌اند از: ۱. شاخص اجتماعی و ۲. مؤلفه‌های عبادی ۳. مؤلفه زمان‌شناسی ۴. مؤلفه دفاعی-امنیتی ۵. مؤلفه تفکر و علم ۶. مؤلفه سلامت ۷. مؤلفه خانواده ۸. مؤلفه مالی ۹. مؤلفه اخلاق ۱۰. مؤلفه باورها

۱- مؤلفه‌ی اجتماعی: به وظایفی اشاره می‌کند که فرد در ارتباط با دیگران، فراتر از خود خانواده‌ی هسته‌ای خود انجام می‌دهد

۲- مؤلفه عبادی: به وظایفی از زندگی اشاره دارد که رابطه بین فرد و خداوند را نشان می‌دهد.

۳- مؤلفه باورها: به مفاهیم درونی شده‌ای اشاره دارد که به‌طور مستقیم وظایف رفتاری زندگی نیستند؛ اما در لایه‌های زیرین عاطفی شناختی حضور دارند.

۴- مؤلفه اخلاق: به صفات رفتارهای درونی شده‌ای در فرد اشاره دارد که وظیفه‌ی رسمی قانونی او محسوب نمی‌شود؛ اما فرد آن صفت را دارد و آن رفتار را انجام می‌دهد.

۵- مؤلفه مالی: به رفتارهایی از فرد اشاره دارد که مستقیم یا غیرمستقیم به امور اقتصادی موادی زندگی مربوط می‌شود.

۶- مؤلفه خانواده: به رفتارها و روابط فرد از این حیث که عضوی از یک خانواده است اشاره دارد.

۷- مؤلفه سلامت: به تمام اموری اشاره دارد که به‌گونه‌ای در سلامت جسمانی و روانی فرد، ایفای نقش می‌کنند.

۸- مؤلفه تفکر و علم: به فضای شناختی فرد اشاره دارد؛ اعم از شناخت‌های موجود در فرد، تلاش برای افزایش شناخت‌های خود و جهان پیرامون.

۹- مؤلفه دفاعی-امنیتی: به وظایفی اشاره دارد که به‌صورت فردی یا اجتماعی، به امنیت افراد جامعه مربوط می‌شود.

۱۰- مؤلفه زمان‌شناسی: به وظایف فرد در ارتباط با استفاده بهینه از زمان مربوط می‌شود

چهار نوع رابطه که در چهارچوب سبک زندگی اسلامی برای فرد به‌طور کلی مطرح می‌شود از دیدگاه های مختلف:

۱. سبک زندگی مبتنی بر رابطه فرد با خود ۲. سبک زندگی مبتنی بر رابطه فرد با خدا ۳. سبک زندگی مبتنی بر رابطه فرد با دیگران و ۴. سبک زندگی مبتنی بر رابطه فرد با طبیعت. در ذیل هرکدام را به تفسیر شرح می‌دهیم:

۱- سبک زندگی مبتنی بر رابطه فرد با خود

اهمیت ارتباطی که فرد می‌تواند با خود برقرار کند از جهات مختلف در فرهنگ اسلامی مورد توجه قرار گرفته است. به‌نحوی که امکان تعامل سازنده فرد با دیگران و با طبیعت و ارتباط با خداوند تحت تأثیر کمیت و کیفیت ارتباط با خود قرار می‌گیرد. ذیلاً مصادیقی از ارتباط فرد با خود بر مبنای آموزه‌های اسلامی ارائه می‌شود. هریک از این موارد جایگاه سبک زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی را مشخص می‌کند. در واقع انتظار می‌رود یک فرد با تلاشی که برای تحقق موارد زیر دارد به‌سوی سبک زندگی مطلوب (سبک زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی) حرکت نماید (کاوایی، ۱۳۹۰).

الف- خودشناسی: خودشناسی فرایند مواجهه فرد با خویش است و می‌تواند به نحو مستمر، لحظه‌ای یا به‌صورت تأخیری باشد. همان‌گونه که می‌تواند به‌صورت تجربه‌ای، شهودی یا تدبری و سنجش‌گرا نه باشد. این فرایند می‌تواند معطوف به شناخت توان، کمال، امکانات، احساسات، آفت‌ها و عیب‌های خویش باشد. شئون مختلف من، گونه‌های خودشناسی را رقم می‌زند (قراملکی، ۱۳۹۰) امام علی (ع) فرمودند: بهترین معرفت برای انسان خودشناسی است^۱ (جعفری، ۱۳۸۰، ص ۲۶۷). همچنین امام می‌فرمایند: بهترین تعقل فکر در خودشناسی است. کسی که خود را شناخت با چراغ عقل راه سعادت خویش را پیدا می‌کند و آن‌کس که از خود غافل و بی‌خبر بود به گمراهی می‌رود^۲ (جعفری، ۱۳۸۰، ص ۲۶۷). خودشناسی حاصل تمرکز فرد بر خود و توانایی اخذ بازخورد از بیرون خود به‌منظور شناخت هر چه بیشتر توانایی‌ها و ناتوانی‌های خود است. شناخت توانایی‌ها و ناتوانی‌ها بخشی حاصل تمرکز ذهنی و روانی فرد است که تلاش می‌کند از روش درون‌نگری نسبت به خود وقوف پیدا کند و به‌نوعی با خود ارتباط برقرار می‌کند و بخشی حاصل اطلاعاتی است که ما از ویژگی‌های خود از بیرون دریافت می‌کنیم. اعم از آنچه افراد دیگر در مورد صفات خاص ما بازخوردی فراهم می‌سازند یا آنچه از صفات کلی انسانی به ما منعکس می‌شود. دامنه شخصیت انسان‌ها بسیار گسترده است آن

^۱ - افضل المعرفة معرفة الانسان لنفسه

^۲ - افضل العقل معرفة المرء نفسه فمن عرف نفسه عقل و من جهلها ضل.

چنانکه فهم حدود و ابعاد آن برای فرد و دیگران در مواردی غیرقابل تصور است. مولای متقیان امام علی (ع) فرموده‌اند: «تزعّم انک جرم صغیر و فیک انطوی العالم الاکبر» یعنی آیا تصور کرده‌ای که تو جسم کوچکی هستی و حال آنکه دنیای بزرگی در درون تو نهفته است. شناخت این ابعاد آن چنان اهمیتی دارد که پیامبر (ص) می‌فرماید: «من عرف نفسه فقد عرفه ربه» یعنی هر کس خود را شناخت آنگاه می‌تواند خدای خود را بشناسد.

ب- تفکر: پیامبر اسلام (ص) فرمودند: «أكثرُوا التّفکّر». اندیشه بسیار کنید؛ و یا فرمودند: «لا عبادةَ مثل التّفکّر» یعنی عبادتی چون تفکر نیست. یک مؤلفه دیگر از ارتباطی که فرد با خود برقرار می‌کند در حوزه تفکر اتفاق می‌افتد. ضمن آنکه دامنه این تفکر می‌تواند فراتر از فرد باشد. گفته شده است: تفکر در خصوصیات مخلوقات: انسان را به مبدأ جهان و صفات عالیّه او آشنا می‌کند و تفکر در نفس خود مرحله بندگی و وظیفه‌داشتن و اطاعت اوامر پروردگار متعال را تعلیم می‌کند و تفکر در اعمال و رفتار خود و دیگران، نواقص و عیوب و نقاط ضعف خود را نشان می‌دهد و تفکر در حالات گذشتگان، انسان را برای عواقب امور و نتایج اعمال و مراحل خوشبختی و گرفتاری و عالم ماوراء طبیعت متوجه می‌کند (مصطفوی، ۱۳۶۰، ص ۱۱۷). امیر مؤمنان به فرزندش امام حسین علیهما السلام می‌فرمایند: کسی که بدون عاقبت‌اندیشی خود را در کارها گرفتار کند در معرض حوادث است، فکر کردن پیش از عمل تو را از پشیمانی حفظ کند. هر کس که در نظرات مختلف با دقت نظر کند نقاط ضعف را دریابد (جعفری، ۱۳۸۰، ص ۸۴).

ج- محاسبه و مراقبت نفس: پیامبر اسلام (ص) فرمودند: «عوّدوا قلوبکم التّرقّب». دل‌های خویش را به مراقبت عادت دهید. غوالی اللئالی در پاره اخبار روایت شده که شخصی به نام مجاشع خدمت رسول خدا صلی الله علیه و آله وارد شد و عرضه داشت یا رسول الله راه شناخت حق چیست؟ فرمود خودشناسی و معرفت نفس. عرض کرد. راه متابعت و پیروی از حق چگونه است؟ فرمود. مخالفت نمودن با خواسته‌های نفس. عرضه داشت. راه به دست آوردن رضایت و خوشنودی حق چیست؟ فرمود دشمن داشتن و بدبینی به نفس. عرضه داشت. راه رسیدن به حق چیست؟ فرمود دوری کردن از نفس عرضه داشت راه اطاعت و فرمان‌بری از حق چیست؟ فرمود عصیان و نافرمانی نفس؟ عرضه داشت راه در یاد حق بودن چیست؟ فرمود فراموش کردن نفس. عرضه داشت راه نزدیک شدن به حق چیست؟ فرمود فاصله گرفتن و دور شدن از نفس. عرضه داشت راه آشنائی و مأنوس بودن با حق چیست؟ فرمود. وحشت داشتن از نفس و بیگانه شدن با او عرضه داشت راه بیگانه شدن از نفس چگونه است؟ فرمود استمداد و یاری خواستن از حق برای سرکوبی نفس.

د- انتخاب چارچوب جهت‌گیری مناسب: بدون شک نوع نگاه و ارزیابی که ما از هستی داریم به رفتار ما جهت می‌دهد. می‌توان ادعا کرد یکی از مهمترین برنامه‌های انبیا الهی اصلاح نگرش انسان‌ها به هستی بوده است. آنگونه که برای موضوعات مختلف اهمیت قائل هستیم به سمت آن‌ها جذب یا از آن‌ها فاصله می‌گیریم.

نیاز به داشتن چارچوب جهت‌گیری از جمله نیازهایی است که مورد تأکید اریک فرام نیز قرار گرفته است (کریمی، ۱۳۹۰).

۲. سبک زندگی مبتنی بر رابطه فرد با خدا

ادیان الهی و به‌طور خاص دین مبین اسلام رشد و تکامل انسان را منوط به فهم درست او از رابطه‌ای که با خالق یکتا باید داشته باشد می‌دانند. انبیا الهی تلاش کردند تا انسان‌ها نسبت خود را با خداوند دریافته و متناسب با این نسبت و رابطه، به وظایف خود عمل کنند. قرآن می‌فرماید: ای انسان ما تو را خلق کردیم. از ذات تو آگاهی، جایگاه تو جایگاه رفیعی است. برای آنکه تو به جایگاه رفیع خود برسی ما از تو عهد گرفتیم که بنده کسی جز خداوند نباشی و بر صراط مستقیم باشی. به تو گفتیم که اگر لغزشی پیش آمد زود بازگرد درهای رحمت خود را برای تو باز گذاشته‌ایم. ما از رگ گردن تو به تو نزدیک‌تریم و شاهد رفتارت هستیم. امام عسکری (ع) می‌فرمایند: مبدا در رابطه با خدا راه تفریط و تضييع را پیش بگیرید که زیانکار خواهید بود. مرگ و بدبختی باد بر کسانی که دست از اطاعت خدا بردارند و پند و اندرز اولیای خدا را نپذیرند (حکیمی و حکیمی، ۱۳۸۰، ص ۳۱۷). موارد زیر مصادیقی از رابطه فرد با خداوند است که رعایت آن‌ها لازمه سبک زندگی مطلوب است.

الف- خود را در محضر خداوند دیدن: ایمان به این موضوع و این احساس که عالم محضر خداوند است و خداوند در همه حال و در همه مکان‌ها و زمان‌ها ناظر بر رفتار ماست اگر به‌درستی در ما ریشه‌دار شود نوع رفتار، گفتار، اندیشه، قضاوت و احساس ما از بدترین شرایط یا بهترین شرایط بسیار متفاوت از هنگامی است که به این موضوع اعتقاد نداشته باشیم. وقتی در اوج گرفتاری و استیصال بتوانیم حضور خداوند مهربان را بر شرایط خود احساس کنیم، تسکین پیدا می‌کنیم. قدرت خداوند را بزرگ‌تر از مشکلات می‌بینیم و احساس قدرت می‌کنیم. وقتی خود را در خلوت و جلوت در محضر خدا بدانیم تسلط بیشتری بر رفتار خود پیدا می‌کنیم و خطای کمتری مرتکب می‌شویم. در هر مکان و زمان بی‌واسطه می‌توانیم خداوند را مخاطب قرار دهیم و برای کارهایمان از او استمداد بطلبیم (صابری یزدی، ۱۳۷۵).

ب- اطاعت از خداوند: مؤلفه دیگر از ارتباط فرد با خداوند در زمینه اطاعت از خداوند است. با اطاعت از فرمان‌ها الهی فرد تلاش می‌کند رابطه خود را با خداوند تحکیم بخشد. فردی که از این طریق با خداوند ارتباط برقرار می‌کند محبوب خداوند می‌شود رسول خدا صلی الله علیه و آله و سلم فرمود: محبوب‌ترین مؤمنان نزد خدا، کسی است که، وجود خود را در اطاعت خدا، قرار دهد و به امت پیامبرش پند دهد و در فکر عیب‌های خویش باشد و آن‌ها را اصلاح نماید و به یادگیری خود پردازد و آنگاه عمل کند و به دیگران هم بیاموزد (سلگی

نہاوندی، ۱۳۷۶). از امام علی (ع) نقل شده است که: خوشبخت کسی است که از روی اخلاص اطاعت خدا کند^۱ (صابری یزدی، ۱۳۷۵).

ج- کمک خواستن از خداوند: از ویژگی‌های اساسی انسان که به دلیل اهمیت در نظر برخی صاحب‌نظران عناصر اصلی معرف شخصیت انسان دانسته شده‌اند، نیازهای انسان است. نیازهای انسان متعدد و فراگیر است. این نیازها فرد را به سوی ارضا و رفع نیاز می‌کشاند. خداوند برای هر نیازی برآوردت نیازی خلق کرده است اما درعین حال فلاح رستگاری انسان را درگرو آن دانسته است که انسان برای رفع نیازهای خود تنها از او کمک جوید. این کمک طلبی از خداوند هم معرف قدرت فهم انسان و هم بی‌نیاز شدن او از دیگران باعث رشد و اعتلای شخصیت او می‌شود (جوادی آملی، ۱۳۹۱).

د- شکر گذاری: انسانی که خود را در محضر خدا ببیند و نقش هدایت‌های الهی و برخورداریش از نعمات الهی را درک کند در مقابل این همه لطف الهی شکر گذار خواهد بود و این یعنی ارتباطی با خداوند در همه حال برای تشکر از نعمت‌هایی که فراتر از شایستگی فرد نثارش شده است (جوادی آملی، ۱۳۹۱).

۳. سبک زندگی مبتنی بر رابطه فرد با دیگران

از آنجاکه انسان موجودی اجتماعی است ارتباط با دیگران امری طبیعی تلقی می‌شود با این وصف درک اهمیت ارتباط با دیگران و کیفیت این ارتباط در رابطه با سبک زندگی مطلوب حائز اهمیت است. امیرالمؤمنین (ع) در وصیت خود هنگام وفاتش فرمود: لازم است با یکدیگر رابطه داشته باشید و به یکدیگر بذل و بخشش نمایید و از قطع رابطه و پشت کردن به یکدیگر پرهیز کنید^۲ (صابری یزدی، ۱۳۷۵).

قبلاً از اهمیت خودشناسی صحبت شد، یکی از عواملی که به خودشناسی ما کمک می‌کند دیگران هستند. امام علی (ع) فرمودند: نظر خواستن عین هدایت است؛ و هر که خود را از نظر دیگران بی‌نیاز ببیند به مخاطره افتد^۳ (حکیمی و حکیمی، ۱۳۸۰، ص ۳۱۵). علاوه بر این بر اساس آموزه‌های اسلامی ارتباط با دیگران حدودمرزهای خاص خود را دارد. هرچند اصل بر ارتباط است اما رعایت این حدودمرزها در جای خود ضروری است. آن چنانکه از پیامبر (ص) نقل شده است: اگر کسی بی‌آنکه نیازمند باشد، چیزی را از دیگران درخواست

^۱ - السعید من أخلص الطاعة.

^۲ - علیکم بالتواصل و التبادل و إیتاکم و التدابر و التقاطع.

^۳ - الاستشارة عین الهدایة، و قد خاطر من استغنی برأیه

کند، چنان است که گویی پاره‌ای آتش را می‌خورد^۱. ذیلاً چند مؤلفه مهم از ارتباط با دیگران که در عین حال مصادیقی از سبک زندگی مطلوب نیز تلقی می‌شوند معرفی می‌شود:

الف. خدمت به دیگران: یک‌شکل از ارتباط با دیگران می‌تواند خدمت کردن به آن‌ها باشد. در نگرش اسلام نیازهایی که مردم از ما طلب می‌کنند، نعمت‌هایی الهی قلمداد شده است^۲. گفته شده است که امام علی^۳ بن الحسین علیهما السلام مسافرت نمی‌کرد مگر با کسانی که او را نمی‌شناختند و با آنان شرط می‌کرد که او خدمت دیگران را در تمامی احتیاجاتشان به عهده داشته باشد (آقا نجفی اصفهانی، ۱۳۶۲).

ب. احترام به دیگران: لازمه یک ارتباط مستحکم با دیگران این است که افکار، رفتار، عقاید و به‌طور کلی شخصیت آن‌ها از سوی ما محترم شمرده شود. احترام به دیگران، رغبت ارتباط با ما را زیادتر می‌کند. خدای تعالی به سبب ترک احترام دیگران، مرد را مبتلا به بلا می‌نماید (مسترحمی، ۱۳۶۶، ص ۱۳۰).

ج. دوست داشتن دیگران: یکی از ویژگی‌های پیامبر اسلام این بود که با عشق و محبتی که به انسان‌ها داشت آن‌چنان برای اصلاح امور آن‌ها خود را به‌زحمت می‌انداخت که خداوند در قرآن کریم خطاب به پیامبر می‌فرماید: «لعلک باخع نفسک». از امام صادق (ع) نقل شده که رسول خدا (ص) فرمود: دوستی با مردم نیمی از عقل است^۴ (صابری یزدی، ۱۳۷۵، ص ۳۹۶). همچنین از امام صادق (ع) نقل شده که فرمود: دو مسلمان که به یکدیگر می‌رسند بهترینشان کسی است که همراه خود را بیشتر دوست داشته باشد^۵. (صابری یزدی، ۱۳۷۵، ص ۳۹۷).

د. رعایت حقوق دیگران: در تعامل با دیگران باید حقوق اساسی آن‌ها را رعایت کنیم. از معصومین (ع) نقل شده است که زیر پا گذاردن و عدم رعایت حقوق [دیگران] خواری و مذلت آورد و بی‌شک هر فردی را در [توجیه] آن وادار به دروغ‌گویی می‌سازد (جعفری، ۱۳۸۰، ص ۳۳۹).

و. نپرداختن به عیوب دیگران: رسول خدا (ص) فرمودند: در پی کشف اسرار و زشتی‌های مردم نباشید زیرا کسی که در پی زشتی برادرش باشد خدا هم زشتی او را دنبال می‌کند و هرکس خدا بدی‌های او را دنبال کند او را درون خانه‌اش رسوا می‌کند^۵ (جوادی آملی، ۱۳۹۱، ص ۴۸۹).

۴. سبک زندگی مبتنی بر رابطه فرد با طبیعت

^۱ - من سأل من غیر فقر فکأنما يأکل الجمر

^۲ - ان حوائج الناس الیکم من نعم الله

^۳ - التودد إلى الناس نصف العقل.

^۴ - إن المسلمین یلتقیان فأفضلهما أشدهما حباً لصاحبه.

^۵ - لا تتبعوا عوراتهم ، فانه من تتبع عوره اخیه تتبع الله عورته و من تتبع الله عورته یفضحه فی جوف بیته.

طبیعت در طول تاریخ و در اندیشه‌ها و آثار نویسندگان و شاعران بزرگ جایگاه ویژه‌ای داشته است. نویسندگان شاعران با داشتن دیدگاه‌ها و اندیشه‌های مختلف با طبیعت روبرو گشته و در آثار خود طبیعت را آن‌گونه که می‌فهمیده‌اند توصیف کرده‌اند. در بین مکتب‌های ادبی مختلف مکتب رمانتیسم به طبیعت اهمیت ویژه‌ای بخشیده است و نویسندگان و شاعران رمانتیک با دیدگاهی عاطفی و احساسی با طبیعت و پدیده‌های آن مواجه شده‌اند. با اشعار و آثار غنایی خود طبیعت را توصیف نموده‌اند (پروینی و جعفری، ۱۳۸۵، ص ۴۲). تفکر درباره طبیعت، اجزا و عناصر آن و قوانین و نظام حاکم بر جهان هستی یکی از مقولات بسیار مهمی است که متون اسلامی به عنوان یکی از ابزار شناخت مؤکداً انسان را به آن ترغیب و توصیه می‌نمایند. قرآن تمام عالم طبیعت را یکسره آیه و نشانه برای شناخت ماوراء طبیعت می‌خواند (مطهری، ۱۳۶۷). فراوانی واژه‌های مربوط به طبیعت در قرآن، نامگذاری سوره‌های قرآن با برخی عناصر طبیعی و سوگند قرآن به بعضی از پدیده‌های طبیعی، همگی حاکی از توجه خاص اسلام به طبیعت است. کوه محل تجلی پروردگار^۱، پرندگان لشکر خداوند^۲، دریا خوان گسترده نعمات الهی^۳ و درخت وسیله گفتگوی خداوند با حضرت موسی (ع)^۴ عنوان شده است (امین زاده، ۱۳۸۲).

الف. استفاده کردن از طبیعت: خداوند طبیعت را مستخر انسان قرار داده است تا بتواند از آن استفاده کند قرآن کریم در بخشی از آیه ۶۵ سوره حج می‌فرماید: «الم تر ان الله سخر لکم ما فی الارض» آیا ندیده‌ای که خدا آنچه در زمین است به نفع شما رام گردانید. همچنین قرآن کریم در آیه ۸۷ سوره مائده با مخاطب قرار دادن مؤمنان می‌فرماید: «یا ایها الذین امنوا لا تحرموا طیب ما احل الله لکم و لا تعتدوا ان الله لا یحب المعتدین» ای کسانی که ایمان آورده‌اید چیزهای پاکیزه‌ای را که خدا برای (استفاده) شما حلال کرده است حرام مشمارید و از حد مگذرید که خداوند از حد گذرندگان را دوست نمی‌دارد.

ب. محافظت از طبیعت: شرط بهره‌برداری صحیح از طبیعت آن است که انسان به ارتباط بهینه با طبیعت نیز توجه داشته باشد. امین زاده (۱۳۸۲) در مقاله‌ای تحت عنوان جهان‌بینی دینی و محیط‌زیست (درآمدی بر نگرش اسلام به طبیعت)، به خوبی دیدگاه سلام را در مورد طبیعت و مهم‌تر از آن حفاظت از طبیعت توضیح داده است. در قسمتی از این مقاله آمده است: تخریب و آلودگی محیط‌زیست مانعی برای انسان در جهت راه جستن به عالم ملکوت و عبور از جهان جمادی و طبیعت به درون پدیده‌ها و عمق و باطن آن‌ها نیز هست. بی‌جهت نیست که هدف از ارتباط با طبیعت در اسلام بهره‌وری صرف از آن نیست بلکه تفکر اسلامی منادی

^۱- اعراف، ۱۴۳.

^۲- سوره فیل، ۳ و ۵ و سوره نمل، ۲۲.

^۳- نحل، ۱۴.

^۴- قصص، ۳۰.

«تداوم کمال» همه موجودات است. گفته شده است در آموزه‌های دینی برای کسانی که در احیا و نگهداری محیط‌زیست می‌کوشند پاداش مادی و معنوی فراوانی ذکر شده است برای نمونه رسول خدا (ص) می‌فرماید: هر کس درختی بکارد خدا به اندازه محصول آن برایش پاداش می‌نویسد^۱ (جوادی آملی، ۱۳۹۱، ص ۶۸۸).

ج. عبرت‌آموزی از طبیعت: در آیات ۴۳ و ۴۴ سوره نور می‌خوانیم: *الْم تَرَ أَنَّ اللَّهَ يَرْجِي سَحَابًا ثُمَّ يُؤَلِّفُ بَيْنَهُ ثُمَّ يَجْعَلُهُ رُكَامًا فَتَرَى الْوَدْقَ يَخْرُجُ مِنْ خِلَالِهِ وَيُنَزِّلُ مِنَ السَّمَاءِ مِنْ جِبَالٍ فِيهَا مِنْ بَرَدٍ فَيُصِيبُ بِهِ مَنْ يَشَاءُ وَيَصْرِفُهُ عَنْ مَنْ يَشَاءُ يَكَادُ سَنَا بَرْقِهِ يَذْهَبُ بِالْأَبْصَارِ. يُقَلِّبُ اللَّهُ اللَّيْلَ وَالنَّهَارَ إِنَّ فِي ذَلِكَ لَعِبْرَةً لِقَوْمٍ الْأَبْصَارِ* «۱». شهید مطهری (۱۳۶۹)، در کتاب آشنایی با قرآن در تفسیر این آیات می‌نویسند: همه این آیات یک هدف را تعقیب می‌کند و آن هدف همین است که همه موجودات عالم در یک روشنایی به سر می‌برند، روشن‌اند به نور خدا و با یک اراده حکیمانه‌ای تدبیر می‌شوند. در این آیه یکی از پدیده‌های جهان را (مسئله باد و ابر و باران و تگرگ و به اصطلاح علمای قدیم «کائنات جوّیه»)، برای ما بیان می‌کند و در آخر این آیات این تعبیر هست که ما با چشم حقیقت‌بین و با دیده عبرت (دیده نافذ و نفوذکننده) در اینها بنگریم.

بنابر مطالب گفته شده، زندگی انسان که حدفصل بین تولد تا مرگ است، در نگرش اسلامی دارای مشخصاتی است از جمله آنکه: ۱- حسب کلام امام علی (ع) هر نفس انسان، گامی است که انسان به سوی مرگ برمی‌دارد.^۲ ۲- در حالیکه زمان مرگ انسان نزدیک است انسان در غفلت است.^۳ ۳- زندگی دنیوی با مرگ انسانی منجر به نیستی انسان نمی‌شود و از معصومین (ع) نقل شده است که شما برای ماندن خلق شدید، نه برای نیست شدن.^۴ بر این اساس دنیا یک مرحله از تطور انسان است همچنانکه در دوره رحمی مرحله‌ای از تطور انسان است. ۴- فاصله بین تولد تا مرگ که زندگی دنیوی نامیده می‌شود دوره کاشت است و هر کس آنچه را از خوبی یا بدی بکارد در جهانی دیگر درو خواهد کرد.^۵ ۵- سبک زندگی ما یعنی آنگونه که ما با خداوند، خود، دیگران و طبیعت (هستی) تعامل داریم. ۶- همانطور که قبلاً گفته شد: سبک زندگی وقتی مطلوب و متناسب با ارزش‌های اسلامی است که فرد به تمام روابط چهارگانه (ارتباط با خدا، خود، دیگران و طبیعت) توجه داشته و اهمیت هر یک از این تعاملات را در چارچوبی که دستورات اسلامی مشخص کرده‌اند مدنظر داشته و نسبت به آنها غفلت نرزد. در این مقاله مهمترین حوزه‌های تعاملی مربوط به هر یک از این ابعاد چهارگانه با استناد به روایات معصومین (ع) و آیات قرآن معرفی شدند. آنچه از این ابعاد چهارگانه با استناد به هر یک

^۱ - ما من رجل یغرسا الا کتب الله له من الاجر قدر ما یرج من ثمر ذالک الغرس.

^۲ - نفس المرء خطا الی اجلها

^۳ - اقترب للناس حسابهم و هم فی غفلت معرضون. آیه قرآن کریم

^۴ - خلقتکم للبقا لا خلقتکم للفنا

^۵ - دنیا مزرعه الاخره

از این ابعاد چهارگانه است، تشریح و تبیین دقیق و کامل این ابعاد نیازمند بحث مفصلی است که قطعاً در این مجال نمی‌گنجد.

شباهت ها و تفاوت های سبک زندگی آدلری و سبک زندگی اسلامی از دیدگاه های مختلف

شباهت ها: ۱. توجه به ارزش ها ۲. کل نگری ۳. غایت گرایی ۴. جهت یابی فردی ۵. خود خلاق ۶. جبر گرایی ملایم ۷. نظریه میدان اجتماعی ۸. تلاش برای برتری ۹. اولویت دادن به هشیاری ۱۰. معیار های آسیب شناسی و درمان ۱۱. تاکید بر پیشگیری ۱۲. کارکرد های سبک زندگی (کاوپانی، ۱۳۹۰).

تفاوت ها: ۱. خدامحوری در مقابل انسان محوری، ۲. عقل مداری در مقابل دین مداری ۳. آخرت گرایی در مقابل دنیاگرایی

۱- خدامحوری در مقابل انسان محوری: از مهم ترین مبانی سبک زندگی در اسلام مسئله خدامحوری است که در نکته مخالف انسان محوری یا اومانیسیم در سبک زندگی مدرنیته می باشد بدون آشنایی با اندیشه و تفکر فلسفی یک ملت، نمی توان به درستی نسبت خود را با آن فرهنگ و تمدن دریافت. غلبه و تهاجم فرهنگی زمانی بستر مناسب خود را پیدا می کند که انسان ها به ظواهر تمدن های دیگران بسنده کرده، از اندیشه تفکر در اعماق مبانی فکری و فلسفی آن ها غفلت نمایند؛ به عبارت دیگر، غلبه ظاهر بینی و ظاهر اندیشی، دل آدمیان را به پوسته و قشر ظاهری تمدن ملل دیگر مشغول کرده و فرصت نفوذ به لایه های زیرزمین و مبانی اعتقادی و فکری آن فرهنگ را سلب می کند. نکته اساسی در همین جا نهفته است؛ زیرا موفقیت عمده غرب و اندیشه غرب گرایی در نتیجه غفلت و بی توجهی و نگرش سطحی دیگران به آن فرهنگ است. غرب از تمدن هایی که مبانی فکری و فلسفی آنان را به زیر سؤال برده و فرهنگ غربی را به چالش جدی وادار کند در هراس است. به همین دلیل، فرصت بروز و ظهور تفکرات مقابل را نمی دهد و با هزاران دسیسه و نیرنگ به مقابله با آنان برمی خیزد (معتمدی، ۱۳۹۱).

خدامحوری در اسلام: در جهان بینی اسلامی، خدامحور مرکز همه پدیده هاست؛ به عبارت دیگر جهان بینی اسلامی اصولاً بر مبنای خدامحوری و خدا مرکز استوار است. این محوریت خدا، از طرح مسئله خلقت انسان گرفته تا آفرینش همه هستی، علم بی پایان او به همه چیز و همه کس، مسئولیت انسان در مقابل پروردگار، اراده عام و شامل او به همه چیز - همگی ارائه تصویری از جهان بینی خدامحور قرآن است و آیه ای از قرآن یافت نمی شود، مگر اینکه بارها و بارها به یکی از مظاهر حضور بی قید و شرط خدا تأکید نموده و خدا به عنوان محور

همه چیز معرفی می‌گردد و این محوریت خود را در قرآن به گونه‌های مختلف در قالب صفات ثبوتیه و سلبیه بیان نموده است (خسروی، ۱۳۶۴).

۲- عقل مداری در مقابل دین‌مداری: از دیگر مبانی زندگی مدرنیته که رابطه تنگاتنگی با انسان‌محوری دارد عقل مداری در مقابل دین‌محوری است در سبک زندگی مدرنیته نقل جای دین تکیه زده و فرمان صادر می‌نماید اما سبک زندگی دینی، عقل در کنار نقل و نه درم قابل دین قرار دارد احکام و دستورات زندگی همان‌گونه که از عقل سالم نشأت می‌گیرد از وحی یعنی سرچشمه علم نامتناهی الهی نیز بهره‌مند می‌گردد که مصون از هرگونه خطا اشتباه بوده متکی بر براهین علمی و عینی هست (جوادی آملی، ۱۳۹۱).

۳- آخرت‌گرایی در مقابل دنیاگرایی: از دیگر مبانی سبک زندگی اسلامی و مدرن تفاوت در هدف از زندگی است در سبک زندگی اسلامی و دینی زندگی رویکردی آخرت‌مدارا نه دارد و هدف از زندگی چیزی فراسوی زندگی دنیوی است و حتی زندگی دنیوی مسیر و گذرگاهی برای رسیدن به زندگی اخروی است اما سبک زندگی مدرنیته رویکردی دنیاگرایانه دارد و منحصر در تمتعات و لذایذ دنیوی است (حکیمی و حکیمی، ۱۳۸۰).

لذت‌گرایی بر آن است که لذت بردن فاعل عمل اخلاقی ذاتی دارد و به عبارت دیگر سعادت عبارت است از برخورداری هرچه بیشتر فرد از لذت، استدلال پیروان این مکتب اخلاقی برای اثبات ارزش ذاتی لذت این است که انسان طبیعتاً طالب لذت است و از رنج و درد می‌گریزد. برای هر فرد خوشی و لذت خود او مطلوب است و هیچ‌کس رنج و ناراحتی خود را نمی‌خواهد. به این اساس ارزش ذاتی و منشأ مطلوبیت لذت خود فرد است. در نتیجه کاری که برای فاعل اخلاق لذت‌بخش باشد ارزش‌گیری مثبت دارد و باید صورت گیرد و کاری که برای فاعل وی رنج‌آور است ارزش‌گیری منفی دارد و نباید انجام گیرد. لذت‌گرایی از سوی افراد مختلف به صورت‌های متفاوتی ارائه شده است به گونه‌ای که نمی‌توان آن را به‌عنوان یک نظریه واحد و منسجم دانست؛ بلکه مجموعه‌ای از نظریات مختلف است که هرچند وجوه مشترکی با یکدیگر دارند؛ اما وجوه افتراق آن‌ها نیز فراوان است (جوادی آملی، ۱۳۹۱).

بخش چهارم: سبک زندگی و اعتیاد

صرف‌نظر از آمارهای مختلف و ابعاد کمی مصرف مواد مخدر، کیفیت این پدیده شاید واجد اهمیت بیشتری بوده و نیازمند توجه جدی‌تری باشد. مواد مخدر توسط انسان اجتماعی مصرف می‌شود. انسان اجتماعی درحالی‌که در چهارچوب نهادها، قواعد و هنجارهایی که تشکیل‌دهنده جامعه هستند قرار دارد، همه آن‌ها را نیز به‌اندازه خود، تحت تأثیر قرار می‌دهد. همه ما وقتی شروع به صحبت می‌کنیم، از قوا عدد کلامی خاصی پیروی

می‌کنیم، اما ویژگی اصلی انسان آن است که همه قواعد پیرامونی خود را تحت تأثیر قرار می‌دهد. برای مثال اگر ما به اصطلاحات و کلمات جدید و به‌طور کلی ساختار کلامی یا گفتمانی که نسل جوان به کار می‌برد توجه کنیم شاهد خلق کلمات جدیدی هستیم که در همان چهارچوب مسلط کلامی قرار دارند، اما هم از نظر شکلی و هم از نظر معنایی دارای هویت اختصاصی می‌باشند. این جریان در تمان شئون زندگی اجتماعی مصداق دارد. پدیده مصرف مواد مخدر در ایران نیز از این امر مستثنا نبوده و می‌تواند ابعاد ایجاد جدیدی بیابد. یکی از ابعاد خطرناک در این حوزه، تبدیل مصرف مواد مخدر به یک سبک زندگی و به‌ویژه توسط جوانان هست؛ بنابراین وقتی یک سبک زندگی برگزیده می‌شود دیگر رفتارهای قالبی آن سبک حتی اگر ضد هنجاری یا متفاوت از عموم باشد نیازمند توجه نیست. هرگاه دسترسی به حوزه اجتماع و فرهنگ همراه با برخی دشواری‌ها بوده و یا عدم سازگاری واقعیت اجتماعی با حوزه فرهنگی و ارزشی جامعه وجود داشته است، ایجاد سبک‌های زندگی جدید و عجیب مورد انتظار است. بر اساس نظریه تعهد به رسوم و علاقه اجتماعی (۱۹۸۵)، مصرف‌کنندگان مواد مخدر گروه هر هستند که اهداف تعریف‌شده فرهنگی و وسایل تعیین‌شده اجتماعی را برای نیل به اهداف طرد کرده و به‌اصطلاح به گوشه‌گیری رو می‌آورند؛ یعنی این گروه از افراد، زندگی خود را از مسیر جامعه جدا کرده و به تعاریف و ندای درونی خودبسندگی می‌کنند؛ اما وضعیت خطرناک آن است که این گروه از گوشه‌گیری دست کشیده و به طغیان گری روی آورد. طغیان گران افرادی هستند که نه تنها به طرد اهداف و وسایل می‌پردازند، بلکه خود در تعیین و خلق اهداف وسایل جدید تلاش کرده و جایگزین‌های خود را عرضه و تقویت می‌کنند. طرفداران نظریه علاقه اجتماعی از جمله هاوکینز و ویس (۱۹۸۵) اظهار داشتند که فقدان تعهد به اجتماع، ارزش‌های آن و به‌طور کلی دوری‌گزینی از جامعه منتج به رفتارهای مخرب و زیان‌بار هم برای خود فرد و هم برای جامعه می‌شود. حال چنانچه مصرف مواد مخدر به‌ویژه افراط و سوءمصرف آن به‌عنوان نوعی سبک زندگی تبدیل شود، گوشه‌گیران به طغیان گری روی می‌آورند، در چنین حالتی و در وضعیتی که مصرف مواد مخدر به یک سبک زندگی تبدیل شود، درواقع طرز تلقی و نگرش افراد دارای مدارای وسیعی در قبال مصرف مواد مخدر خواهد بود و شیوع مصرف گسترش‌یافته و غیرقابل‌مهار خواهد گشت.

در مقایسه با سبک‌های زندگی دیگر، روش و نگرشی دیگری نیز وجود دارد که سبک زندگی اسلامی خوانده می‌شود. این سبک از زندگی به فرد باارزش و تکریم نگاه می‌کند و باوجود آموزه‌های دینی و روش تربیتی صحیح مانع از گرایش و مواجهه فرد با رفتارهای ناسالم و پرخطر می‌شود. برخی تحقیقات انجام‌شده نیز مؤید تفاوت بین سبک زندگی اسلامی و سبک زندگی است که افراد معتاد برای خود برگزیده‌اند (شریفی، ۱۳۹۱) که نشان از ضرورت توجه به آن را چندین برابر می‌کند. تحقیقاتی که در مورد سبک زندگی اسلامی تاکنون صورت گرفته است، حاکی از مفید و سالم بودن این نوع از سبک زندگی است؛ برای مثال نقیبی و

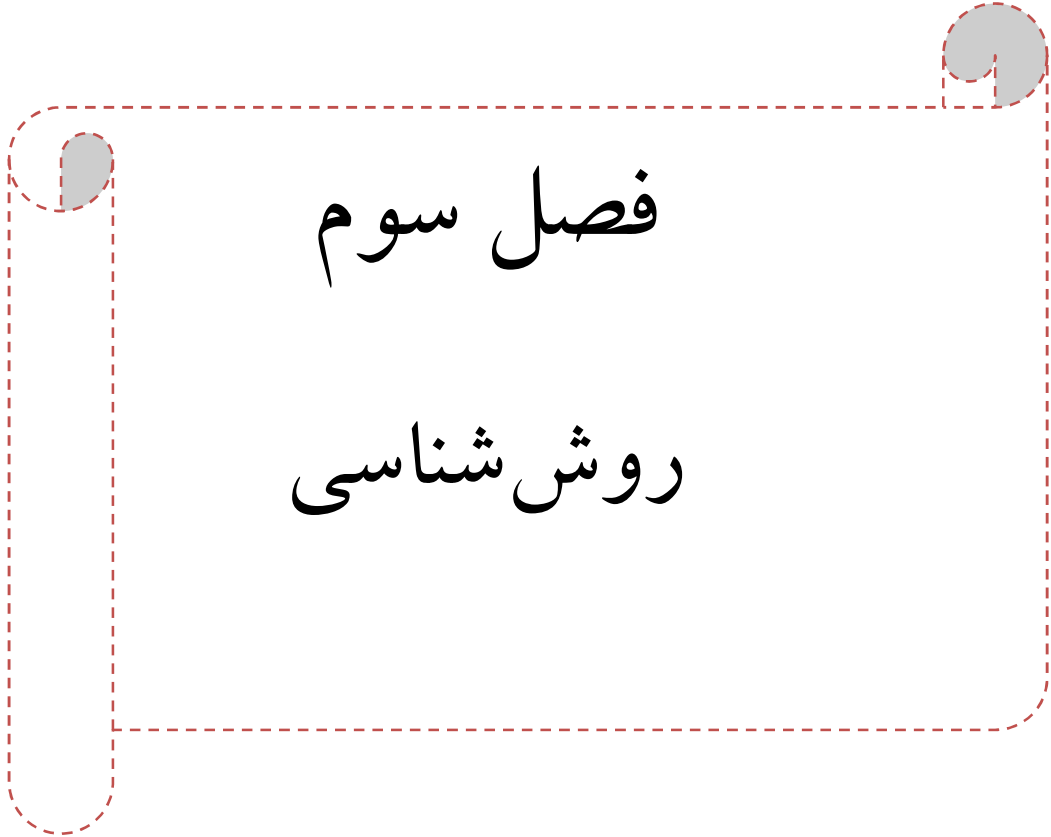
همکاران، ۱۳۹۲؛ طولابی و همکاران، ۱۳۹۲؛ کجیاف و همکاران، ۱۳۹۰) رابطه بین سبک زندگی اسلامی را با عملکرد خانواده و رضایت زناشویی بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که سبک زندگی اسلامی تأثیر مثبتی بر بهبود عملکرد خانواده و رضایت زوجین از زندگی دارد. صمیمی و همکاران (۱۳۹۰) سبک زندگی را با متغیرهای سلامت بررسی کردند و نشان دادند کسانی که این نوع از سبک زندگی را دارند، از سلامت روان بهتری برخوردارند.

به طور کلی همانطور که بیان شد، پژوهش‌های صورت گرفته، یا نشان از آن دارند که اعتیاد در حال تبدیل شدن به نوعی سبک زندگی است (ماناگی و همکاران ۲۰۰۹؛ خلسا و همکاران، ۲۰۰۸؛ سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴؛ اورنیش و همکاران، ۱۹۹۰)، یا از آن حکایت دارند سبک زندگی سالم می‌تواند گرایش به سمت رفتارهای پرخطر را کاهش دهند (محمدی زیدی و همکاران، ۳۸۴؛ والاکی و باچمن، ۱۹۹۱). پژوهش‌های دیگر نیز نشان می‌دهند که سبک زندگی سالم با کاهش رفتارهای غیرمعمول و ناسالم رابطه دارد (مشکی، توکلی و بحری، ۱۳۸۹؛ منصوریان و همکاران، ۱۳۹۱؛ عابدی و همکاران، ۱۳۹۰؛ پورغفاری، پاشا و عطاری، ۱۳۸۸؛ دهقان‌زاده، جعفرآقایی و تبری، ۱۳۹۱؛ ذوالفقاری و سلطانی، ۱۳۸۹؛ سرایی و پورجلی، ۱۳۸۶؛ نصرتی و ذوالفقاری، ۱۳۹۱).

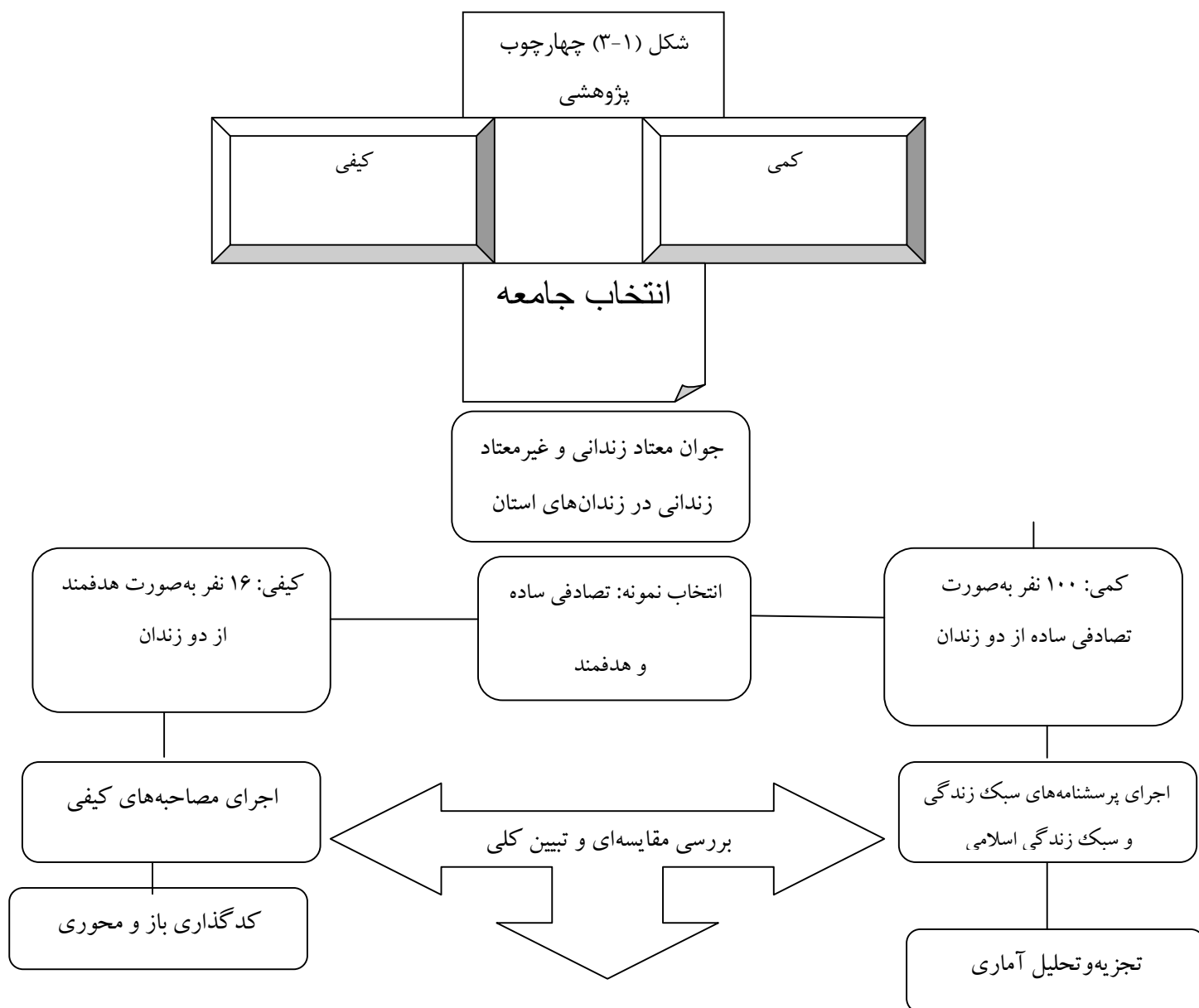
نتیجه‌گیری

مفهوم سبک زندگی از جمله مفاهیم علوم رفتاری است که در دهه‌ی اخیر بسیار مورد توجه عالمان این علوم قرار گرفته است. شیوه زندگی یا سبک زیستن منعکس کننده گرایش‌ها، تمایلات، رفتارها، عقاید و ارزش‌های یک فرد یا جامعه است و مجموعه‌ای از طرز تلقی‌ها، عادت‌ها، نگرش‌ها، سلیقه‌ها، معیارهای اخلاقی و سطح اقتصادی، در کنار یکدیگر طرز زندگی کردن فردی یا گروهی را می‌سازند. در بررسی سبک زندگی باید به آن دسته از رفتارهایی از فرد که در مواجهه با مسایل زندگی نسبتاً پایدار هستند، توجه شود. در کنار این نگرش و سبک زندگی، سبک زندگی اسلامی معلول و محصول ارزش‌ها، باورها و جهان بینی اسلامی است. در جهان بینی اسلامی، این دنیا محل گذر است و انسان‌ها با رفتار و اعمال در این دنیا و با عبادت به عنوان راه تقرب سعادت، کمال نهایی اخروی را رقم می‌زنند. در انسان‌شناسی اسلامی انسان مرکب از جسم و روح است؛ ضمن مختار بودن در چارچوب اصول و محورهایی گام بر می‌دارد و دنیا را مزرعه آخرت می‌بیند بنابراین سبک زندگی او برگرفته از متون اسلامی است؛ تأکید بر تحکیم بنیان خانواده، با توجه به روابط اجتماعی گسترده بیانگر سبک زندگی اسلامی است.

همانطور که پیشتر به آن پرداخته شد، یکی از پیامدهای سبک زندگی ناسالم گرایش به سمت رفتارهای مخرب، سوءمصرف مواد مخدر است. وابستگی به مواد یا اعتیاد به مواد مخدر در همه مشاغل، سطوح تحصیلی، طبقه اقتصادی و اجتماعی دیده می شود و اختصاص به افراد و اقشار خاصی ندارد. با توجه به شیوع بالای وابستگی به مواد و دشواری های درمان آن، تلاش در جهت شناسایی عوامل خطر ابتلا به این مشکل در جمعیت های مختلف بسیار ضروری می باشد. همانطور که توضیح داده شد، مصرف الکل، سیگار و مواد یکی از پیامدهای اعتیاد آور خطر ساز است که با بسیاری از رفتارها و تحولات دوره جوانی درارتباط است و خطری جدی برای زنان و مردان در اغلب جوامع از جمله گروه های پرخطر محسوب می شود؛ بنابراین، اعتیاد برای هر جامعه انسانی توأم با خساراتی است که جنبه های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی سیاسی و انسانی را در بر می گیرد. اعتیاد نیروی جوان، در واقع زمینه ساز تخریب و انحطاط کامل آن با اجتماع می باشد. بعضی از این جوانان افرادی هستند که وارد زندان می شوند که پس از گذراندن دوره محکومیت بایستی به اجتماع خود برگردند؛ بنابراین بررسی و پایش شاخص های سلامتی و بهداشتی این افراد در زندان هم از نظر کمک به بازگشت نیروی انسانی سالم و هم از نظر جلوگیری از مشکلات و خطرات بهداشتی بالقوه که این افراد امکان انتقال آن را از افراد دارند، مهم است. از طرفی احتمال وابسته شدن به مواد مخدر و مصرف آن در همه یکسان نیست؛ برخی افراد مصرف الکل را در حد متوسط کنترل می کنند و بخشی دیگر حتی مواد قوی تری مانند کوکائین را به شکل تفریحی مصرف می کنند بدون اینکه به آن وابسته شوند. این تفاوت های فردی می تواند از شیوه زیستن یا سبک زندگی که هریک از این افراد دارند ناشی شود؛ چه بسا که سبک زندگی که با رفتارها و ارزش های سالم همراه نباشد و نتواند برای فرد چهارچوب مناسب و سالمی به همراه داشته باشد بروز رفتارهای ناشایست و مخرب دور از انتظار نیست؛ از طرفی جهان بینی و نظام اعتقادی دینی که ملهم و منبعث از ارزش های و آموزه های دینی و معنوی است می تواند با تکیه بر وجود الهی و باوری محکم فرد را در راه درست و مفید قرار دهد؛ به تعبیر دیگر سبک زندگی دینی می تواند مانع از بسیاری از رفتارهای مخرب چون اعتیاد شود.



فصل سوم
روش شناسی



با توجه به شکل (۳-۱)، بعد از ذکر جامعه آماری و نمونه، ابتدا داده های کمی و سپس داده های کیفی تحلیل می شوند و در انتها به ترکیب نتایج هر دو روش پرداخته شده و نتیجه گیری می شود.

در این فصل از پژوهش، ابعاد تحقیق مشخص می‌شوند و به موضوعاتی چون: روش تحقیق، جامعه آماری، نمونه آماری، ابزار و روش گردآوری اطلاعات، روایی و پایایی پرسشنامه‌ها و روش تجزیه و تحلیل اطلاعات پرداخته می‌شود

متغیرهای مورد مطالعه

تحقیق حاضر به بررسی سبک زندگی و سبک زندگی اسلامی و مؤلفه‌های آن‌ها در دو گروه جوانان معتاد و جوانان غیر معتاد زندان‌های استان البرز پرداخته است.

روش:

مطالعه حاضر یک پژوهش ترکیبی^۱ (کمی-کیفی) محسوب می‌شود. هدف اساسی در این نوع پژوهش دستیابی به داده‌های کامل و متفاوت در باب موضوع مورد بررسی است. برای این تحقیق به‌طور کلی از طرح همگرا^۲ استفاده شد این طرح قدیمی‌ترین طرح زاویه‌بندی است، در این نوع طرح داده‌های کمی و کیفی در طی مراحل جداگانه گردآوری، تحلیل و تفسیر می‌شوند و سرانجام در تفسیر نهایی به مقایسه نتایج کمی و کیفی با یکدیگر اقدام خواهد شد، سپس نتیجه‌گیری نهایی صورت می‌گیرد (ادموندسون و مک‌مانوس^۳، ۲۰۰۷). پس از انجام دو روش کمی و کیفی گام بعدی ترکیب نتایج هر دو روش است. به دیگر بیان، در پژوهش ترکیبی هم از پژوهش کمی و هم از پژوهش کیفی استفاده می‌شود و تحلیل داده‌ها بر مبنای داده‌های کمی و کیفی صورت می‌گیرد. برای این بخش از روش تحلیل داده‌های ترکیبی موازی^۴ استفاده شد. این روش تحلیل دربردارنده دو فرایند تحلیلی مستقل است. تحلیل داده‌های کمی با استفاده از آماره‌های توصیفی و استنباطی برای متغیرهای مناسب از یکسو و تحلیل داده‌های کیفی با استفاده از روش تحلیل کیفی از سوی دیگر. در نهایت نتایج تحلیل‌های به‌دست‌آمده از هر دو شیوه تحلیل در مرحله استنباط یا نتیجه‌گیری و تفسیر باهم ترکیب شدند.

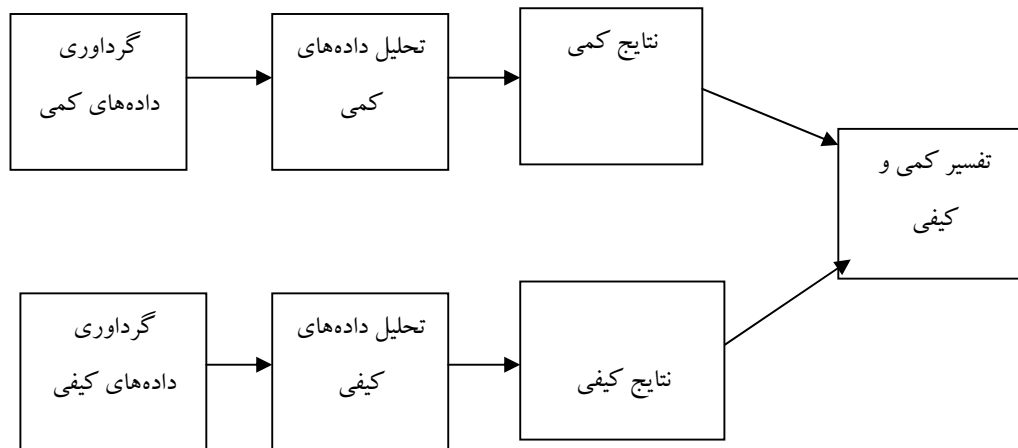
^۱. mixed

^۲. convergent design

^۳. Edmondson, & McManus

^۴. Parallel Mixed Data Analysis

شکل (۲-۳). طرح همگرا



همانطور که در شکل (۲-۳) مشاهده می‌شود، در هر دو روش به صورت موازی ابتدا داده‌ها گردآوری، تحلیل و نتیجه‌گیری می‌شوند و در انتها نیز نتایج با یکدیگر ترکیب می‌شوند.

روش کمی پژوهش:

در این قسمت، اطلاعات با روش پیمایشی و توصیفی گردآوری شد. در پژوهش توصیفی بیشترین توجه محقق به شناسایی و بررسی منابع موردنیاز و جمع‌آوری اطلاعات، تلفیق، مقایسه، تنظیم و ارائه گزارشی جامع از آن هست.

روش کیفی پژوهش

در این بخش، از تحلیل زمینه‌یابی استفاده گردید؛ بدین صورت که ابتدا سوال‌های مصاحبه طراحی و بعد از روایی لازم و تعیین وقت مصاحبه، با هریک از افراد گروه نمونه سوال‌ها تا آنجایی که همه اطلاعات لازم به صورت نظام مند از مصاحبه‌شوندگان گردآوری و تحلیل شود با استفاده از ابزار تحلیل محتوا پرسیده شد و پاسخ‌ها بلافاصله بعد از اتمام مصاحبه‌ها بر روی برگه یادداشت شد؛ در انتها نیز اطلاعات جمع‌آوری شده با دوروش کدگذاری باز و محوری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

جامعه آماری

جامعه آماری تحقیق شامل گروه‌های زیر است:

۱- افراد معتادی که در این زندان‌ها به سر می‌برند

۲- افرادی که با جرم‌های غیر از اعتیاد در این زندان‌ها به سر می‌برند.

روش نمونه‌گیری کمی:

در بخش کمی روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده انجام شد. بدین ترتیب که برای جوانان معتادان زندانی و غیر معتادان زندانی با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده تعداد ۲۰۰ نفر (۱۰۰ نفر افراد معتاد زندانی؛ ۵۰ نفر زن و ۵۰ نفر مرد) و (۱۰۰ نفر افراد غیر معتاد زندانی؛ ۵۰ نفر مرد و ۵۰ نفر زن) انتخاب شدند.

روش نمونه‌گیری کیفی:

در این روش افراد مورد مطالعه با روش نمونه‌گیری تصادفی هدفمند از بیندو گروه معتاد زندانی (۵ نفر مرد و ۳ نفر زن) و غیر معتاد زندانی (۵ نفر مرد و ۳ نفر زن) در این زندان‌ها تعداد ۱۶ نفر انتخاب شدند.

ابزارهای کمی پژوهش:

پرسشنامه‌ی سبک زندگی (LSQ)^۱:

این پرسشنامه را علی، عابدی و کجباف (۱۳۹۱) با اجرا بر روی ۳۰۰ آزمودنی ساختند. پرسشنامه LSQ متشکل از ۱۰ زیر مقیاس است که شامل: سلامت محیطی، پیشگیری از حوادث، اجتناب از داروهای اعتیاد آور و مواد مخدر، سلامت اجتماعی، سلامت معنوی، سلامت روان‌شناختی، پیشگیری از بیماری‌ها، کنترل وزن و تغذیه و ورزش و تندرستی می‌باشد. نمره بالا در هر کدام از این مؤلفه‌ها نشان‌دهنده سبک زندگی مناسب است. برای تعیین روایی این آزمون از سه روش محاسبه روایی محتوایی، تحلیل عوامل و روایی همگرا (همبستگی با آزمون بهزیستی روان‌شناختی) استفاده شد. همچنین برای تعیین پایایی آزمون مورد نظر از ۲ روش آلفای کرنباخ و باز آزمایی مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس دارای ۷۰ سؤال و طیف لیکرت است که به صورت همیشه (۳)، معمولاً (۲)، گاهی اوقات (۱) و هرگز (۰) نمره‌گذاری می‌شود. ضریب

^۱. Life Style Questionnaire (LSQ)

آلفای کرنباخ برای هریک از مؤلفه‌ها به این شرح است: سلامت محیطی (۰/۷۶)، پیشگیری از حوادث (۰/۸۵)، اجتناب از داروهای اعتیاد آور و مواد مخدر (۰/۷۹)، سلامت اجتماعی (۰/۸۲)، سلامت معنوی (۰/۸۴)، سلامت روان‌شناختی (۰/۸۸)، پیشگیری از بیماری‌ها (۰/۸۷)، کنترل وزن و تغذیه، (۰/۸۵) ورزش و تندرستی (۰/۸۷) و سلامت جسمانی (۰/۸۹). به‌طور کل ضریب آلفای کرنباخ برای این پرسشنامه ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ گزارش شده و ضرایب پایایی به روش باز آزمایی در دامنه‌ای از ۰/۸۴ تا ۰/۹۴ است. مقدار آلفای پژوهش حاضر نیز ۰/۸۷ محاسبه شد.

پرسشنامه سبک زندگی اسلامی: این پرسشنامه را کاویانی (۱۳۹۰) بر اساس مبانی و احکام اسلام و نیز طبق فرهنگ اسلامی-ایرانی با ۱۰ مؤلفه شامل: ۱. مؤلفه اجتماعی ۲. مؤلفه‌های عبادی ۳. مؤلفه زمان‌شناسی ۴. مؤلفه دفاعی-امنیتی ۵. مؤلفه تفکر و علم ۶. مؤلفه سلامت ۷. مؤلفه خانواده ۸. مؤلفه مالی ۹. مؤلفه اخلاق و ۱۰. مؤلفه باورها ساخته است. نمره بالا در هرکدام از این مؤلفه‌ها نشانگر سبک زندگی اسلامی آزمودنی است. طبق پژوهش او ضریب پایایی برای این پرسشنامه ۰/۷۸ و روایی آن که در ارتباط با آزمون جهت‌گیری مذهبی ۰/۶۴ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفا برای این متغیر ۰/۸۹ به دست آمد.

ابزار روش کیفی:

در این قسمت با توجه روش تحلیل محتوا، ابزار جمع‌آوری اطلاعات از آزمودنی‌ها مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته بود.

روش اجراء پژوهش

روش اجرای کمی پژوهش:

پس از اخذ مجوزها و معرفی نامه‌های لازم و مشخص نمودن نمونه‌ها، به کمک اداره سازمان زنده‌های استان البرز و همکاری مسئولین این زندان، جلساتی برای آشنا ساختن افراد معتاد، غیر معتاد و کارکنان با پرسشنامه‌ها برگزار شد که در پایان ضمن جلب رضایت مسئولین و همکاران زندان پرسشنامه‌ها بین گروه نمونه توزیع گردید و تعداد ۲۵۰ پرسشنامه برگشته شد.

روش اجراء کیفی پژوهش: بعد از طراحی برگه‌های مصاحبه و روایی متخصصان که توسط چند تن از اساتید دانشگاه علامه طباطبایی صورت گرفت، با مراجعه به داخل زندان و انتخاب نمونه و تعیین شیوه ثبت و

ضبط مصاحبه، انتخاب و آموزش مصاحبه گران، اجرای مقدماتی مصاحبه، اصلاح اشکالات مصاحبه، انجام مصاحبه‌های نهایی و تجزیه و تحلیل داده‌ها صورت گرفت.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها:

روش تجزیه و تحلیل کمی: در پژوهش کمی تحلیل داده‌ها با آزمون‌های آمار توصیفی (توزیع فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار، بیشینه، کمینه و آلفای کرنباخ) و استنباطی (آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه، و آزمون t مستقل) صورت گرفت.

روش تجزیه و تحلیل کیفی: در پژوهش کیفی هدف تحلیل داده‌ها، دستیابی به الگو یا نظریه موجود در داده‌ها و کشف و استخراج آن است. در این قسمت نیز که با روش تحلیل محتوا انجام گرفت و با توجه به محدودیت ضبط صدا در زندان، اطلاعات همه بر روی برگه یادداشت و با آوردن جداول فراوانی برای هر گروه شرحی از نتایج کار ارائه شد.

فصل چهارم

تجزیه و تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش حاضر از دو بخش کمی^۱ و کیفی^۲ تشکیل شده است؛ بخش کمی از دو قسمت توصیفی و استنباطی تشکیل شده است؛ با استفاده از آماره‌های توصیفی (مانند میانگین، انحراف استاندارد، بیشترین و کمترین مقدار و آلفای کرنباخ) به نمایش داده‌ها پرداخته شد. در قسمت استنباطی نیز به بررسی فرضیه‌های پژوهش و آزمون آن‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری چون تحلیل واریانس چند متغیره و آزمون آدو گروه مستقل پرداخته شده است. در بخش کیفی نیز با کدگذاری های باز و محوری به تجزیه و تحلیل مصاحبه ها پرداخته می شود.

تحلیل یافته های بخش کمی:

متغیرهای جمعیت شناختی

جدول (۴-۱) فراوانی و درصد شاخص های جمعیت شناختی بخش کمی گروه نمونه

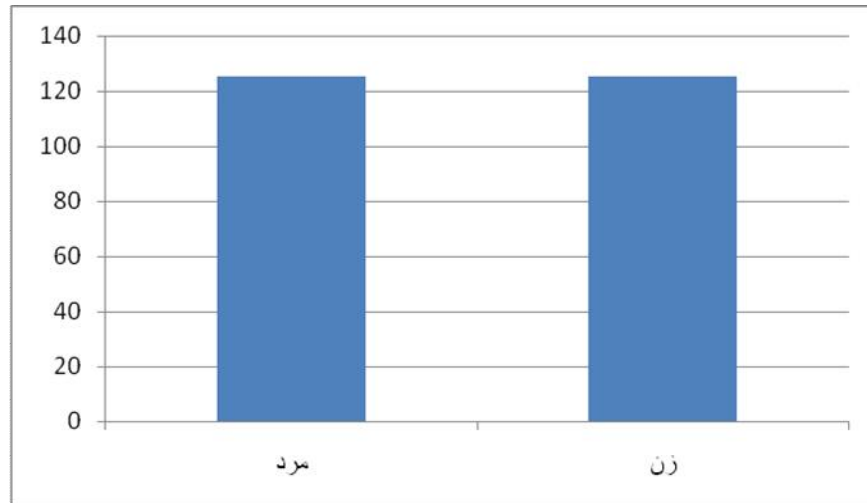
شاخص جمعیت شناختی	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
جنسیت	مرد	۱۰۰	۰/۵۰
	زن	۱۰۰	۰/۵۰
گروه سنی	۱۸-۲۳ سال	۶۴	۰/۲۵
	۲۴-۲۹ سال	۱۲۰	۰/۴۸
	۳۰-۳۴ سال	۴۵	۸/۴
	۳۵-۴۰ سال	۲۱	۸/۴
وضعیت تاهل	مجرد	۱۰۵	۰/۵۶
	متاهل	۹۵	۰/۴۴
	ضعیف	۴۶	۱۸/۴
وضعیت اقتصادی	متوسط	۱۸۷	۷۴/۸
	خوب	۱۷	۶/۸
	بیکار	۱۳۷	۵۴/۸
وضعیت اشتغال	شاغل	۱۱۳	۴۵/۲
	کل	۲۰۰	۱۰۰/۰

همانطور که در جدول (۴-۱) مشاهده می شود، تعداد گروه نمونه در بخش کمی به طور کل ۲۰۰ نفر می باشند که از این تعداد ۱۲۰ نفر را آقایان و ۱۲۰ نفر دیگر را خانم ها تشکیل می دهند. ۲۵ درصد اعضای

^۱. quantitative
^۲. qualitative

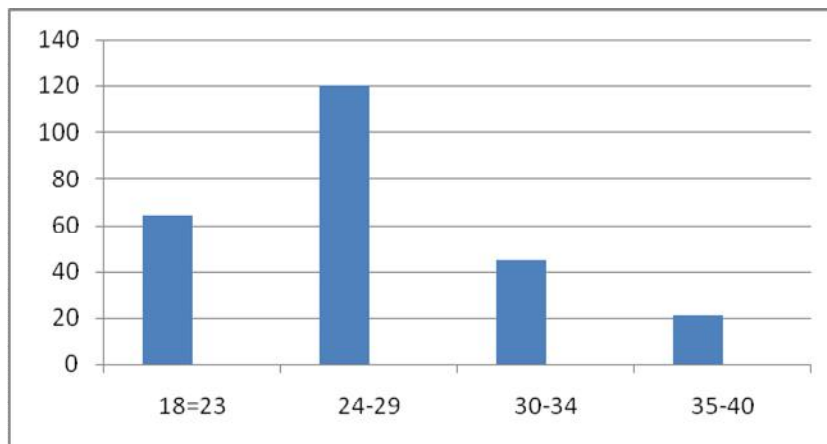
نمونه در دامنه سنی ۱۸-۲۳ سال، ۰/۴۸ درصد در دامنه سنی ۲۴-۲۹، ۸/۴ درصد در دامنه سنی ۳۰-۳۴ سال، و ۸/۴ درصد در دامنه سنی ۳۵/۴۰ سال قرار دارند. همانطور که مشخص است بیشترین گروه سنی را ۲۴/۲۹ سال تشکیل می دهند. ۰/۵۶ از افراد مجرد . ۰/۴۴ درصد متاهل بودند؛ همچنین ۱۸/۴ درصد در وضعیت اقتصادی ضعیف، ۷۴/۸ درصد متوسط و ۶/۸ درصد در وضعیت اقتصادی خوب بودند. ۵۴/۸ درصد نیز بیکار و ۴۵/۲ درصد شاغل بودند.

نمودار (۴-۱) نمودار توزیع فراوانی گروه نمونه بر اساس جنس



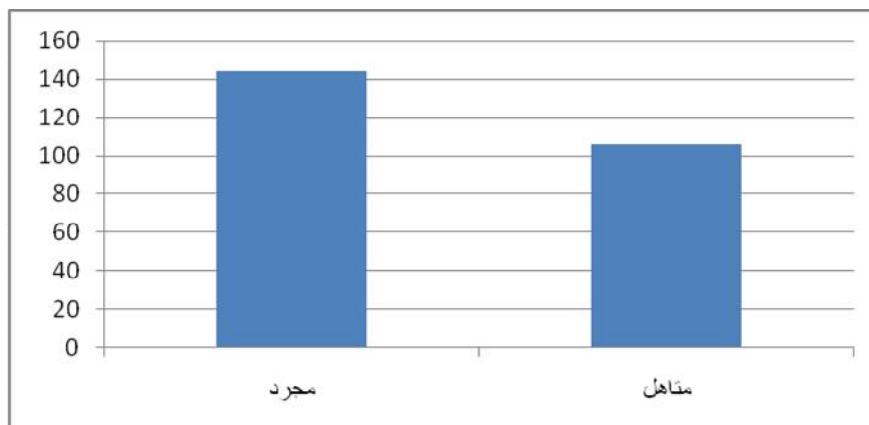
با توجه به نمودار (۴-۱) افراد گروه نمونه از نظر جنسیت به صورت برابر هستند: مرد (۱۰۰) و زن (۱۰۰).

نمودار (۴-۲) نمودار توزیع فراوانی سن گروه نمونه



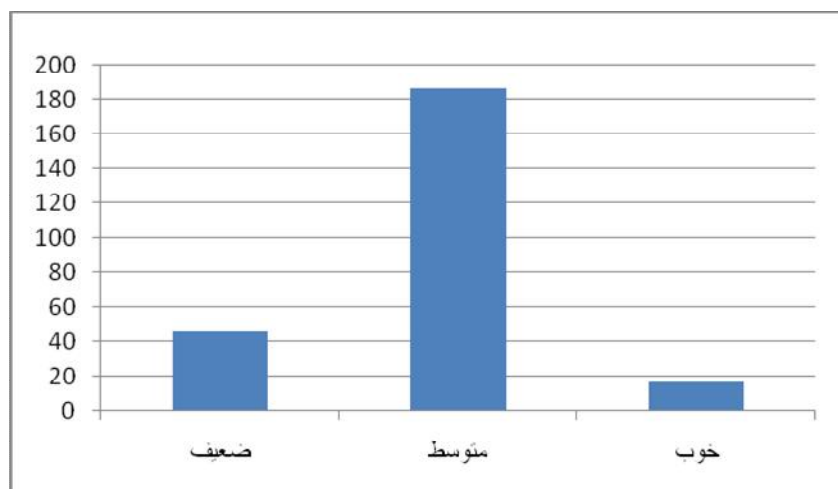
نمودار (۴-۲) بیشتر افراد گروه نمونه (۰/۴۸) در دامنه سنی ۲۴-۲۹ سال قرار دارند

نمودار (۳-۴) نمودار توزیع فراوانی گروه نمونه بر اساس وضعیت تأهل



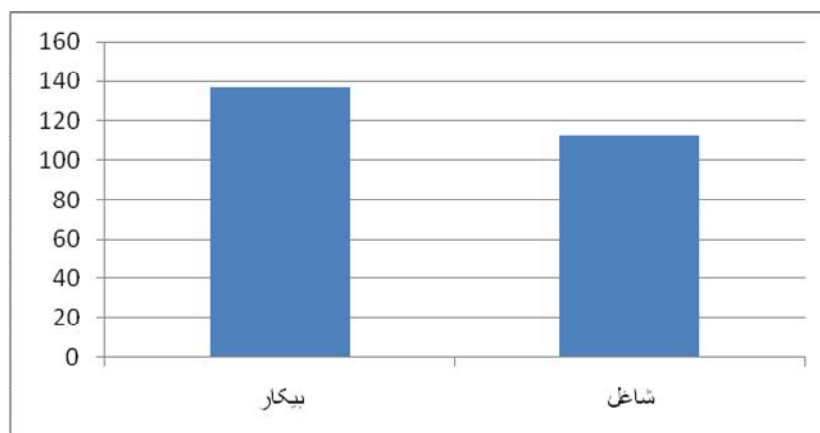
با توجه به نمودار (۳-۴) افراد مجرد (۱۰۵ نفر) در گروه نمونه بیشتر از افراد متأهل (۹۵ نفر) بودند

نمودار (۴-۴). توزیع فراوانی وضعیت اقتصادی گروه



با توجه به نمودار (۴-۴)، بیشتر گروه نمونه (۷۸٪) یعنی ۱۸۷ نفر وضعیت اقتصادی متوسط داشتند.

نمودار (۴-۵) نمودار توزیع فراوانی وضعیت اشتغال گروه



با توجه به نمودار (۵-۵) درصد افراد بیکار (۵۴/۸) در گروه نمونه بیشتر از افراد شاغل بودند

آماره‌های توصیفی: در این قسمت با ارائه شاخص های توصیفی مانند: میانگین، انحراف استاندارد، بیشینه و کیمنه و آلفای کرنباخ توصیفی از نتایج کار ارائه میشود.

جدول (۲-۴). آماره‌های توصیفی متغیر سبک زندگی و مؤلفه‌های آن به تفکیک جنسیت و گروه‌ها

متغیر	جنسیت	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	بیشینه	کمینه
سبک زندگی به‌طور کل	مردان	معتاد زندانی	۵۰	۱۵۲/۹۴	۲۲/۵۵	۲۳۶	۸۳
		غیر معتاد زندانی	۵۰	۱۶۱/۶۰	۱۶/۶۰	۲۲۸	۱۲۰
	زنان	معتاد زندانی	۵۰	۱۶۲/۹۴	۲۸/۵۵	۲۳۶	۸۳
		غیر معتاد زندان	۵۰	۱۹۲/۹۲	۳۳/۱۳	۲۸۹	۱۲۵
سلامت اجتماعی	مردان	معتاد زندانی	۵۰	۱۶/۵۶	۴/۲۶	۲۹	۱۱
		غیر معتاد زندانی	۵۰	۱۷/۷۲	۴/۷۲	۳۰	۱۲
	زنان	معتاد زندانی	۵۰	۲۰/۹۴	۴/۷۲	۲۹	۱۱
		غیر معتاد زندانی	۵۰	۱۷/۷۲	۴/۷۲	۳۰	۱۲
۲- ورزش و تندرستی	مردان	معتاد زندانی	۵۰	۱۵/۳۲	۳/۱۷	۲۳	۷
		غیر معتاد زندانی	۵۰	۱۶/۴۴	۳/۵۰	۲۶	۱۰
	زنان	معتاد زندانی	۵۰	۱۵/۳۲	۳/۱۷	۲۳	۷
		غیر معتاد زندانی	۵۰	۱۶	۳/۵۰	۲۶	۱۲

متغیر	جنسیت	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	بیشینه	کمینه
۳- کنترل وزن و تغذیه	مردان	معتاد زندانی	۵۰	۱۴/۸۸	۲/۱۰	۱۹	۹
		غیر معتاد زندانی	۵۰	۱۶/۴۴	۳/۵۰	۲۶	۱۰
	زنان	معتاد زندانی	۵۰	۱۴/۸۸	۲/۱۰	۱۹	۹
		غیر معتاد زندانی	۵۰	۱۵/۵۴	۳/۶۰	۲۳	۹
۴- پیشگیری از بیماری‌ها	مردان	معتاد زندانی	۵۰	۱۶/۱۲	۳/۹۱	۲۶	۸
		غیر معتاد زندانی	۵۰	۱۷/۲۴	۳/۷۵	۲۵	۱۲
۴- پیشگیری از بیماری‌ها	زنان	معتاد زندانی	۵۰	۱۷/۷۸	۴/۶۰	۲۶	۸
		غیر معتاد زندانی	۵۰	۲۲/۰۴	۶/۵۱	۴۴	۱۶
۵- سلامت روان شناختی	مردان	معتاد زندانی	۵۰	۱۵/۷۸	۳/۱۸	۲۵	۷
		غیر معتاد زندانی	۵۰	۱۶/۲۶	۳/۶۵	۲۳	۱۰
	زنان	معتاد زندانی	۵۰	۱۷/۸۸	۴/۶۰	۲۵	۷
		غیر معتاد زندانی	۵۰	۱۹/۲۰	۴/۲۱	۲۸	۱۲
۶- سلامت معنوی	مردان	معتاد زندانی	۵۰	۱۴/۳۴	۲/۲۵	۲۰	۷
		غیر معتاد زندانی	۵۰	۱۴/۶۶	۲/۸۵	۲۳	۱۰
	زنان	معتاد زندانی	۵۰	۱۵/۱۴	۳/۴۸	۲۵	۷
		غیر معتاد زندانی	۵۰	۱۵/۳۰	۳/۱۵	۲۱	۱۰

متغیر	جنسیت	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	بیشینه	کمینه
۷-اجتناب از داروهای اعتیادآور و مواد مخدر	زن	معتاد زندانی	۵۰	۱۵/۰۸	۳/۴۹	۲۲	۸
		غیر معتاد زندانی	۵۰	۱۶/۷۶	۲/۸۰	۲۳	۱۳
۸-پیشگیری از حوادث	مردان	معتاد زندانی	۵۰	۱۵/۷۶	۳/۴۰	۲۷	۸
		غیر معتاد زندانی	۵۰	۱۷/۰۴	۴/۲۲	۲۸	۹
	زن	معتاد زندانی	۵۰	۱۸/۵۰	۴/۷۱	۲۸	۱۲
		غیر معتاد زندانی	۵۰	۲۱/۲۴	۴/۱۵	۲۸	۱۲
۹-سلامت محیطی	مردان	معتاد زندانی	۵۰	۱۴/۲۶	۳/۳۹	۲۱	۷
		غیر معتاد زندانی	۵۰	۱۴/۹۶	۲/۷۴	۲۴	۹
۹-سلامت محیطی	زن	معتاد زندانی	۵۰	۱۵/۱۰	۳/۱۸	۲۳	۷
		غیر معتاد زندانی	۵۰	۱۷/۲۰	۷/۲۹	۲۲	۸
۱۰-سلامت اجتماعی	مردان	معتاد زندانی	۵۰	۱۵/۷۴	۲۶	۱۱	۵
		غیر معتاد زندانی	۵۰	۱۶/۳۶	۳/۱۴	۲۳	۱۰
	زن	معتاد زندانی	۵۰	۱۷/۶۴	۳/۴۹	۲۲	۸
		غیر معتاد زندانی	۵۰	۲۰/۲۸	۴/۵۱	۳۷	۱۲

همان‌طور که در جدول (۲-۴) گروه معتادان زندانی کمترین نمره و گروه غیرمعتادان زندانی بالاترین نمره را به دست آورده‌اند. آلفای کرباخ نیز برای متغیر سبک زندگی به‌طور کل، ۰/۸۷ به دست آمد.

جدول (۳-۴). آماره‌های توصیفی متغیر سبک زندگی اسلامی و مؤلفه‌های آن به تفکیک جنسیت و گروه‌ها

متغیر	جنسیت	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	بیشینه	کمینه
۱-اجتماعی	مردان	معتاد زندانی	۵۰	۲۱/۴۴	۲/۸۵	۲۹	۱۶
		غیر معتاد زندانی	۵۰	۲۰/۹۸	۴/۰۵	۲۹	۱۵
	زن	معتاد زندانی	۵۰	۲۱/۴۴	۳/۹۰	۳۰	۱۵
		غیر معتاد زندانی	۵۰	۲۰/۸۸	۳/۷۰	۲۹	۱۴
۲-عبادی	مردان	معتاد زندانی	۲۵	۲۲/۶۲	۴/۳۷	۳۴	۱۴

۱۵	۲۹	۴/۰۵	۲۰/۹۸	۵۰	غیر معتاد زندانی		
۹	۳۴	۵/۳۸	۲۱/۵۴	۵۰	معتاد زندانی	زن	
۱۶	۳۴	۴/۷۵	۲۳/۸۰	۵۰	غیر معتاد زندانی	زن	
۱۶	۵۶	۷/۳۴	۲۴/۶۸	۵۰	معتاد زندانی	مردان	۳-اخلاقی
۱۶	۲۹	۳/۴۶	۲۲/۱۲	۵۰	غیر معتاد زندانی	مردان	
۱۷	۵۶	۵/۵۱	۲۳/۵۴	۵۰	معتاد زندانی	زن	
۱۶	۳۱	۳/۱۲	۲۲/۶۸	۵۰	غیر معتاد زندانی	زن	
۱۸	۳۳	۴/۱۹	۲۴/۷۴	۵۰	معتاد زندانی	مردان	۴-مالی
۲۰	۳۲	۲/۷۰	۲۲/۶۲	۵۰	غیر معتاد زندانی	مردان	
۱۸	۳۳	۴/۱۹	۲۴/۷۴	۵۰	معتاد زندانی	زن	
۱۸	۳۴	۴/۱۱	۲۵/۳۴	۵۰	غیر معتاد زندانی	زن	
۱۵	۲۵	۲/۸۴	۱۷/۸۲	۵۰	معتاد زندانی	مردان	۵-خانوادگی
۱۰	۲۲	۲/۷۹	۱۷/۲۲	۵۰	غیر معتاد زندانی	مردان	
۱۱	۲۵	۳/۱۸	۱۷/۳۶	۵۰	معتاد زندانی	زن	
۱۲	۲۳	۲/۴۰	۱۷/۷۸	۵۰	غیر معتاد زندانی	زن	
۱۴	۱۹	۲/۰۲	۱۴/۱۲	۵۰	معتاد زندانی	مردان	۶-سلامت
۱۲	۱۸	۲/۶۰	۱۳/۴۸	۵۰	غیر معتاد زندانی	مردان	
۱۰	۱۷	۲/۱۸	۱۳/۵۲	۵۰	معتاد زندانی	زن	
۱۰	۱۸	۲/۳۸	۱۳/۷۸	۵۰	غیر معتاد زندانی	زن	
۱۰	۲۹	۳/۲۶	۲۱/۶۸	۵۰	معتاد زندانی	مردان	۷-تفکر و علم
۱۴	۳۲	۳/۴۸	۲۳/۰۴	۵۰	غیر معتاد زندانی	مردان	
۱۰	۳۲	۳/۹۵	۲۲/۱۶	۵۰	معتاد زندانی	زن	
۱۴	۲۸	۲/۷۶	۲۲/۱۸	۵۰	غیر معتاد زندانی	زن	
۱۰	۲۰	۳۴/۰۰	۱۵/۴۶	۵۰	معتاد زندانی	مردان	
۸	۲۱	۲/۹۹	۱۴/۷۰	۵۰	غیر معتاد زندانی	مردان	

۱۱	۳۴	۳/۹۲	۱۵/۳۴	۵۰	معتاد زندانی	زنان	۸-امنیت
۹	۱۹	۲/۸۰	۱۴/۳۲	۵۰	غیر معتاد زندانی		
۹	۲۰	۳/۲۰	۹/۶۰	۵۰	معتاد زندانی	مردان	۹- زمان شناسی
۵	۱۵	۲/۸۲	۱۰/۴۴	۵۰	غیر معتاد زندانی		
۳۵	۱۸	۳/۷۸	۹/۱۸	۵۰	معتاد زندانی	زنان	
۴	۱۴	۲/۷۷	۸/۶۶	۵۰	غیر معتاد زندانی		
۱۶	۲۸	۲/۳۳	۲۲/۳۲	۵۰	معتاد زندانی	مردان	۱۰-باورها
۱۲	۳۰	۴/۲۴	۲۲/۷۴	۵۰	غیر معتاد زندانی		
۱۸	۳۵	۳/۵۷	۲۳/۷۴	۵۰	معتاد زندانی	زنان	
۱۹	۳۲	۲/۹۴	۲۳/۴۴	۵۰	غیر معتاد زندانی		
۱۴۹	۲۳۴	۱۴/۴۹	۱۹۴/۴۸	۵۰	معتاد زندانی	مردان	سبک زندگی اسلامی به طور کل
۱۴۴	۲۱۴	۱۵/۰۶	۱۸۷/۶۶	۵۰	غیر معتاد زندانی		
۱۴۴	۲۳۵	۱۷/۸۵	۱۹۲/۱۲	۵۰	معتاد زندانی	زنان	
۱۶۹	۲۲۴	۱۲/۷۰	۱۹۲/۸۶	۵۰	غیر معتاد زندانی		

همچنین طبق جدول (۳-۴) نیز مشاهده می‌شود، تفاوت زیادی در میانگین‌های به دست آمده بین دو گروه معتادان زندانی و گروه غیرمعتادان زندانی مشاهده نمی‌شود. آلفای کرنباخ نیز برای متغیر سبک زندگی اسلامی به‌طور کل ۰/۸۹ به دست آمد.

تحلیل آماری فرضیات تحقیق:

در این پژوهش، بررسی سبک زندگی جوانان معتاد و غیر معتاد زندان‌های استان البرز مورد بررسی قرار گرفته است و فرضیه‌ها مطابق با موضوع تحقیق طراحی شده است که برای سنجش آن‌ها از آزمون‌های آماری چون؛ آزمون t دو گروه مستقل استفاده شد.

در بکار گیری روش آماری، ابتدا با استفاده از آزمون‌های آماری چون کولموگروف- اسمیرنوف^۱ و آزمون لوین^۱ نرمال بودن داده‌ها مورد آزمون قرار گرفت تا نوع آزمون آماری (پارامتری، غیر پارامتری) مورد استفاده مشخص می‌گردد.

^۱. kolmogorov-smirnov

جدول (۴-۴) آزمون کولوموگروف-اسمیرنوف تک نمونه‌ای برای متغیر سبک زندگی و سبک زندگی اسلامی

شاخص آماری	Z	P	سطح معنی‌داری دو دامنه
سبک زندگی به‌طور کل	۰/۷۶	۰/۶۰	۰/۰۵
سبک زندگی اسلامی به‌طور کل	۰/۸۳	۰/۴۸	

با توجه به نتایج جدول فوق و سطوح معناداری به‌دست‌آمده برای سبک زندگی و سبک زندگی اسلامی که بزرگ‌تر از ۰/۰۵ هست، داده‌های این متغیرها نرمال است و برای آزمون این متغیرها می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

فرضیه اصلی: بین سبک زندگی و سبک زندگی اسلامی جوانان معتاد و جوانان غیر معتاد

زندان‌های استان البرز تفاوت معناداری وجود دارد.

برای آزمون این فرضیه با توجه به دو متغیر وابسته از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره

استفاده شد. قبل از آزمون این فرضیه، آزمون لوین برای همگنی واریانس‌ها انجام شد.

جدول (۴-۵) نتایج آزمون لوین برای همگنی واریانس‌های متغیر سبک زندگی و سبک زندگی اسلامی

شاخص آماری	Df1	Df2	F	Sig	سطح معنی‌داری دو دامنه
سبک زندگی	۵	۲۴۴	۱/۳۵	۰/۳۳	۰/۰۵
سبک زندگی اسلامی	۵	۲۴۴	۱/۰۱	۰/۴۰	

طبق جدول فوق با توجه به اینکه معنی‌داری‌های به‌دست‌آمده بالاتر از سطح معنی‌داری ۰/۰۵ است واریانس‌ها همگن می‌باشند.

جدول (۴-۶) نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره برای سبک زندگی و سبک زندگی اسلامی

شاخص آماری	منبع تغییرات	SS	Df	MS	F	Sig
سبک زندگی	بین گروهی	۱۰۲۶۷/۴۴	۱	۱۰۲۶۷/۴۴	۹/۹۳	۰/۰۰۱

¹. Levene

Sig	F	MS	Df	SS	منبع تغییرات	شاخص آماری
		۱۰۳۴	۱۹۸	۲۰۴۷۳۲/۴۳	درون گروهی	
			۱۹۹	۵۹۸۶۵۰۳	کل	
Sig	F	MS	Df	SS	منبع تغییرات	شاخص آماری
۰/۱۵	۲	۴۶۲/۸۰	۱	۴۶۲/۰۸	بین گروهی	سبک زندگی اسلامی
		۲۳۱/۰۹	۱۹۸	۴۵۷۵۶/۲۴	درون گروهی	
			۱۹۹	۷۴۰۲۱۳۲	کل	

طبق یافته‌های جدول (۴-۶)، یا توجه به مقدار F به دست آمده برای سبک زندگی (۹/۹۳) که در سطح معناداری ۰/۰۵ معنادار است ($P \leq 0.05$) می‌توان به این نتیجه رسید که سبک زندگی گروه‌ها از تفاوت معناداری برخوردار است. اما از آنجایی که F به دست آمده (۲) با معنی‌داری (۰/۱۵) بزرگتر از سطح معنی‌داری ۰/۰۵ است تفاوت بین گروه‌ها از منظر سبک زندگی اسلامی معنی‌دار نیست.

آزمون فرضیه ویژه اول: بین سبک زندگی جوانان معتاد و غیرمعتاد زندان‌های استان البرز

تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول (۴-۷). نتایج آزمون t مستقل برای تفاوت سبک زندگی بین جوانان معتاد و غیرمعتاد زندان

Sig	Df	T	انحراف استاندارد	میانگین	گروه	متغیر
۰/۰۰۱	۱۹۸	-۳/۱۵	۳۰/۳۲	۱۶۲	معتادان زندان	سبک زندگی
			۳۳/۸۹	۱۷۷	غیرمعتاد زندان	

باتوجه به یافته‌های جدول (۴-۷)، از آنجایی که مقدار t به دست آمده برای متغیر سبک زندگی (-۳/۱۵) در

سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار و بزرگتر از t جدول می‌باشد، این فرضیه تایید می‌شود و می‌توان به این نتیجه رسید که بین این دو گروه از نظر سبک زندگی تفاوت وجود دارد.

فرضیه ویژه دوم: بین سبک زندگی اسلامی جوانان معتاد و غیرمعتاد زندان‌های استان البرز تفاوت معناداری

وجود دارد.

جدول (۴-۸). نتایج آزمون t مستقل برای تفاوت سبک زندگی اسلامی بین جوانان معتاد و غیر معتاد زندان

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	T	Df	Sig
سبک زندگی اسلامی	معتادان زندان	۱۹۳/۳۰	۱۶/۲۲	۱/۴۱	۱۹۸	۰/۱۵
	غیرمعتادان زندان	۱۹۰/۲۶	۱۴/۱۰			

باتوجه به یافته های جدول (۴-۸)، از آنجایی که مقدار t به دست آمده برای متغیر سبک زندگی اسلامی (۱/۴۱) در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار و کوچکتر از جدول می باشد، این فرضیه رد می شود و می توان به این نتیجه رسید که بین این دو گروه از نظر سبک زندگی اسلامی تفاوتی وجود ندارد وجود دارد.

تحلیل یافته های بخش کیفی

متغیرهای جمعیت شناختی

جدول (۴-۹) فراوانی و میانگین سن گروه نمونه به تفکیک وضعیت افراد در گروه ها و جنسیت آن ها

وضعیت	جنسیت	فراوانی	میانگین سنی
افراد معتاد زندانی	زن	۳	۳۳/۳
	مرد	۵	۳۶/۷
افراد غیر معتاد زندانی	زن	۳	۳۵/۵
	مرد	۵	۲۸/۸

همان طور که جدول (۴-۹) نشان می دهد، تعداد افرادی که برای مصاحبه دعوت شده بودند در هر سه گروه معتاد زندانی، غیر معتاد زندانی و کارکنان زندان ۸ نفر شامل ۳ نفر زن و ۵ نفر مرد بودند. این ناهمگونی بین زنان و مردان به دلیل قلت زندانیان زن نسبت به زندانیان مرد بود.

تجزیه و تحلیل مصاحبه ها:

جدول (۴-۱۰) تجزیه و تحلیل مصاحبه با مردان معتاد زندانی-سوالات مربوط به سبک زندگی

ردیف	محتوای گفتار	کدگذاری باز	کدگذاری محوری
۱	اعتقادی ندارم که خداوند به فکر همه بندگانش است، زیرا اگر این گونه بود این همه تبعیض وجود نداشت.		سبک زندگی آدلری
۲	زندگی در کل بی هدف است	عدم سلامت معنوی	
۳	من فقط احساس می کنم خودم هستم و خودم می توانم از پشش مشکلاتم برآیم، به نیرو یا منبع دیگر هم امیدوار نیستم		

	۴	به نظر من کمک کردن به دیگران در زندگی نمی‌تواند خدا را راضی کند، فقط آن شخص را راضی می‌کند (۲)	
	۵	نمی‌توانم افکارم را متمرکز کنم و در تصمیم‌گیری‌هایم خوب عمل نمی‌کنم - یک روز خوبم روز دیگر بد - یک روز شاد و روز دیگر ناراحت.	
عدم سلامت روان‌شناختی	۶	تنها راه آرامش را در مصرف مواد مخدر می‌دانم	
	۷	بیشتر وقت‌ها نمی‌دانم از چه چیزی می‌ترسم (۲)	
	۸	احساس می‌کنم نسبت به بیرون و محیط‌های بیگانه ترس و اضطراب دارم	
	۹	هر کاری می‌کنم نمی‌توانم با زندان محیط سازگار شوم	
عدم سلامت محیطی	۱۰	در محیطی که ما زندگی می‌کنیم دزدی زیاد اتفاق می‌افتد - بیشتر جوانان در این محیط معتاد به مواد هستند (۲)	
	۱۱	نمی‌توانم با محیط‌های جدید به‌خوبی سازگار شوم	
	۱۲	حوصله این را ندارم که به محیط‌زیست اهمیت بدم	
	۱۳	دیدن و مشاهده افراد در محیط اجتماعی برایم غیرقابل تحمل است و دوست دارم بیشتر مواقع تنها باشم	
	۱۴	ارتباط با دوستان و فامیل نزدیک برای من خیلی کم اتفاق می‌افتد (۲)	
	سبک زندگی آدلری	۱۵	مشکلات محیطی و اجتماعی خیلی زود من را خسته می‌کند
		۱۶	سیگار کشیدن باعث می‌شود که به مشکلاتم کمتر فک کنم (۲)
	عدم اجتناب از داروهای اعتیادآور و مواد مخدر	۱۷	وقتی که می‌بینم در جمعی مواد مخدر وجود مصرف می‌کنند، نمی‌توانم جلوی خودم را بگیرم
		۱۸	از نوجوانی با مواد مخدر انس گرفتم
		۱۹	وقتی که بیمار می‌شوم و درد دارم با مصرف مواد و دارو تسکین پیدا می‌کنم
عدم سلامت اجتماعی	۲۰	بیشتر مواد را می‌شناسم	
	۲۱	حوصله معاشرت اجتماعی را ندارم	
	۲۲	آدم معتاد فقط به فکر مواد است نه اجتماع و دوستی	

با توجه جدول (۱۰-۴) یک از مؤلفه‌هایی که در سبک زندگی مردان معتاد زندانی مشاهده شد، عدم سلامت معنوی بود؛ مانند پاسخ‌هایی از این قبیل که "من فقط احساس می‌کنم خودم هستم و خودم می‌توانم از پشش مشکلاتم برآیم، به نیرو یا منبع دیگر هم امیدوار نیستم" یا "زندگی در کل بی‌هدف است" عدم سلامت روان‌شناختی است که با پاسخ‌هایی مانند، "تنها راه آرامش را در مصرف مواد مخدر می‌دانم" یا "هر کاری می‌کنم نمی‌توانم با زندان محیط سازگار شوم" مشخص شد. شاخص دیگری که از سبک زندگی مردان معتاد زندانی پدیدار شد، عدم سلامت محیطی بود که با سؤال‌هایی از قبیل؛ دیدن و مشاهده افراد در محیط اجتماعی برایم غیرقابل تحمل است و دوست دارم بیشتر مواقع تنها باشم " یا "در محیطی که ما زندگی می‌کنیم دزدی زیاد اتفاق می‌افتد - بیشتر جوانان در این محیط معتاد به مواد هستند" نشان داده شد. عدم اجتناب از داروهای اعتیادآور و مواد مخدر نیز شاخص دیگر سبک زندگی مردان معتاد زندانی بود که با سؤال‌هایی از قبیل وقتی که می‌بینم در جمعی مواد مخدر وجود مصرف می‌کنند، نمی‌توانم جلوی خودم را بگیرم " یا "وقتی که بیمار

می شوم و درد دارم با مصرف مواد و دارو تسکین پیدا می کنم" نشان داده شد. عدم سلامت اجتماعی نیز با پاسخ‌هایی مانند " حوصله معاشرت اجتماعی را ندارم" مشخص شد.

جدول (۱۱-۴) تجزیه و تحلیل مصاحبه با مردان غیر معتاد زندانی-سوالات مربوط به سبک زندگی

ردیف	محتوای گفتار	کدگذاری باز	کدگذاری محوری
۱	بچه که بودم به دنیای دیگر اعتقاد داشتم ولی الان اعتقادی ندارم که دنیایی دیگر وجود دارد		
۲	من معتقدم که زندگی هدف دارد، ولی خودم در زندگی هدفی نداشته‌ام و ندارم		
۳	به فکر این نیستم کارهایی انجام دهم که ماندگار باشد یا به درد جامعه بخورد، اصلاً مشکل جامعه به من چه!	عدم سلامت معنوی	
۴	خیر احساس نمی‌کنم که به منبعی دیگر متوسل باشم یا پشتم به منبعی دیگر غیر از خودم گرم باشد.		
۵	به نظر کمک کردن به دیگران در زندگی نمی‌تواند خدا را راضی کند، فقط آن شخص را راضی می‌کنم		
۶	انگیزه‌های مخرب در سرم زیاد است؛ مثل دزدی، قاچاق مواد، آدم ریایی		
۷	همیشه فکر می‌کنم که باید پولدارترین آدم‌روی زمین باشم با هر روشی که می‌توانم	عدم سلامت روان‌شناختی	
۸	بیشتر وقت‌ها نمی‌دانم از چه چیزی می‌ترسم		
۹	دید مثبتی به آدم‌ها و زندگی ندارم		
۱۰	هر کاری می‌کنم نمی‌توانم با این محیط سازگار شوم		سبک زندگی آدلری
۱۱	در محیطی که ما زندگی می‌کنیم دزدی زیاد اتفاق می‌افتد- بیشتر جوانان در این محیط معتاد به مواد هستند.		
۱۲	وقتی که وارد محیط‌های ناآشنا وارد می‌شوم به خوبی نمی‌توانم یا آن رابطه برقرار کنم		
۱۳	معمولاً وقتی که به مسافرت می‌رفتیم، زباله‌ها را در کنار دریا و جنگل رها می‌کردم. پاکی محیط اهمیت زیادی برایم ندارد.	عدم سلامت محیطی	
۱۴	دیدن و مشاهده افراد در محیط اجتماعی برایم غیرقابل تحمل است و دوست دارم بیشتر مواقع تنها باشم		
۱۵	ارتباط با دوستان و فامیل نزدیک برای من خیلی کم اتفاق می‌افتاد (۲)		
۱۶	بیشتر دوست دارم که درجایی تنها باشم و به نقشه‌هایم فک کنم-حوصله کمک کردن به هیچ‌کس را ندارم. اصلاً زندگی مردم به من چه		
۱۷	در هر جا که هستم باید همه از دستم عاصی می‌شوند	عدم سلامت اجتماعی	
۱۸	در محیط بیرون احساس آرامش ندارم		
۱۹	وقتی که بیرون بودم زیاد دعوا می‌کردم		
۲۰	من اصلاً رابطه با دیگران ندارم که بخواد رابطه‌ام خوب باشه		
۲۱	من هر خلافی که بکنم ولی مواد نمی‌کشم	اجتناب از داروهای اعتیاد آور	
۲۲	اگر مواد مصرف کنم که نمی‌توانستم دعوا کنم	و مواد مخدر	

نتایج جدول (۱۱-۴) نیز نشان می‌دهد که مؤلفه‌هایی که در سبک زندگی افراد معتاد است، در سبک زندگی افراد غیر معتاد زندانی نیز وجود دارند با این تفاوت جوان غیرمعتاد زندانی به هیچ گونه موادی وابستگی نداشتند و ویژگی و اجتناب از داروهای اعتیادآور و مواد مخدر را با پاسخ‌هایی چون " اگر مواد مصرف کنم که نمی‌توانستم دعوا کنم" قابل درک است گزارش دادند.

جدول (۱۲-۴) تجزیه و تحلیل مصاحبه با زنان معتاد زندانی-سوالات مربوط به سبک زندگی

ردیف	محتوای گفتار	کدگذاری باز	کدگذاری محوری
۱	اعتقادی به جهان آخرت ندارم	عدم سلامت معنوی	سبک زندگی آدلری
۲	معتقدم که خداوند من را به حال خودم واگذار کرده است	عدم سلامت معنوی	
۳	از همه آدم‌ها بدم می‌آید- نمی‌توانم به کسی اعتماد کنم	عدم سلامت محیطی	
۴	حس می‌کنم محیط اطرافم پراز خطر است.	عدم سلامت محیطی	
۵	در خودم ارزش و اعتباری نمی‌بینم	عدم سلامت روان‌شناختی	
۶	نمی‌توانم به کسی اعتماد کنم. به همه چیز بدبینم	عدم سلامت روان‌شناختی	
۷	قدرت تصمیم‌گیری ندارم	عدم سلامت روان‌شناختی	
۸	نمی‌توانم به مواد نه می‌گوییم	عدم سلامت روان‌شناختی	
۹	به محض اینکه بیمار می‌شوم، دارو مصرف می‌کنم	عدم اجتناب از داروهای اعتیادآور و مواد مخدر	
۱۰	مواد مخدر به من آرامش می‌دهد و دردهایم را تسکین می‌دهد	عدم اجتناب از داروهای اعتیادآور و مواد مخدر	
۱۱	بله داروهای ضدبارداری زیاد مصرف می‌کنم	عدم اجتناب از داروهای اعتیادآور و مواد مخدر	
۱۲	از آدم‌های دوروبرم بیزارم	عدم سلامت اجتماعی	
۱۳	رابطه‌های من زودگذر و آنی‌اند	عدم سلامت اجتماعی	

زنان معتاد زندانی نیز در گزارش‌هایشان عدم سلامت معنوی را با پاسخ‌هایی مانند: «معتقدم که خداوند من را به حال خودم واگذار کرده است»، عدم سلامت محیطی «احساس می‌کنم محیط اطرافم پراز خطر است»، عدم سلامت روان‌شناختی (قدرت تصمیم‌گیری ندارم)، عدم اجتناب از داروهای اعتیادآور و مواد مخدر (به‌محض اینکه بیمار می‌شوم، و دارو مصرف می‌کنم) و عدم سلامت اجتماعی با پاسخ‌هایی مانند رابطه‌های من زودگذر و آنی‌اند نشان دادند.

جدول (۱۳-۴) تجزیه و تحلیل مصاحبه با زنان غیر معتاد زندان-سوالات مربوط به سبک زندگی

ردیف	محتوای گفتار	کدگذاری باز	کدگذاری محوری
۱	اعتقادی به جهان آخرت دارم ولی نماز و روزه را انجام نمی‌دهم (۲)		
۲	احساس می‌کنم که زندگی آلوده به گناه شده است	عدم سلامت معنوی	سبک زندگی آدلری
۳	نمی‌توانم محیط اطرافم را دوست داشته باشم	عدم سلامت محیطی	
۴	حس می‌کنم محیط اطرافم پراز خطر است (۲)		
ردیف	محتوای گفتار	کدگذاری باز	کدگذاری محوری
۵	وقتی که در محیط بیرون هستم نمی‌توانم آرام باشم و معمولاً پرخاشگری می‌کنم		
۶	در تصمیماتی که می‌گیرم نظر هیچ‌کس را قبول ندارم و کار خودم را انجام می‌دهم	عدم سلامت روان‌شناختی	
۷	نمی‌توانم به کسی اعتماد کنم. به همه چیز بدبینم (۲)		
۸	از زیر بار مسئولیت‌ها شانه خالی می‌کنم		
۹	مصرف مواد کار بی‌ارزشی است	اجتناب از داروهای اعتیادآور و مواد مخدر	
۱۰	همیشه موجب آزار دیگران بودم		
۱۱	از اذیت کردن دیگران لذت می‌بردم	عدم سلامت اجتماعی	

در جدول فوق زنان غیر معتاد زندانی نیز به شاخص‌های سبک زندگی پاسخ متفاوتی دادند که به این شرح است: عدم سلامت معنوی (احساس می‌کنم که زندگی آلوده به گناه شده است)، عدم سلامت محیطی (نمی‌توانم محیط اطرافم را دوست داشته باشم)، عدم سلامت روان‌شناختی (در تصمیماتی که می‌گیرم نظر هیچ‌کس را قبول ندارم و کار خودم را انجام می‌دهم)، اجتناب از داروهای اعتیادآور و مواد مخدر (مصرف مواد کار بی‌ارزشی است) و عدم سلامت اجتماعی (از اذیت کردن دیگران لذت می‌بردم).

جدول (۱۴-۴) تجزیه و تحلیل مصاحبه با مردان معتاد زندانی-سوالات مربوط به سبک زندگی اسلامی

ردیف	محتوای گفتار	کدگذاری باز	کدگذاری محوری
۱	فک نکنم اون دنیایی وجود داشته باشه، اصلاً کی از اون دنیا تا حالا برگشته.		
۲	خیر هیچ جمله‌ای از بزرگان دین به یاد ندارم، اصلاً علاقه‌ای با حفظ آن‌ها ندارم	عدم اعتقاد به دین	سبک زندگی اسلامی
۳	چون آدم بی‌انگیزه‌ای هستم معمولاً تلاش زیادی برای زندگی‌ام نمی‌کنم.	کم‌همتی	

		آینده اجتماع و میهن برای من مهم نیست، تنها به فکر خودم هستم	۴
		وقتی با مشکلی مواجه می‌شوم، اول سعی می‌کنم تا جایی که تونستم باهاش مبارزه کنم و اگر نتوانم هم زود از کوره در می‌روم.	۵
		خیر برنامه خاصی برای آینده ندارم، فقط دوس دارم زودتر از اینجا خلاص شوم	۶
	لذت طلبی	معمولاً تا بتوانم از همه چیز لذت می‌برم. خوب به نظر من یکی از راهای کسب لذت همین مصرف مواد است. چون واقعاً آرامش می‌گیرم	۷
		معمولاً نمی‌توانم جلو خواسته‌های غیرمنطقی خود را بگیرم. و دوست دارم هر طور شده به خواسته‌هایم برسیم	۸
سبک زندگی اسلامی	عدم نوع دوستی	من خانواده‌ام را دوست دارم؛ ولی وقتی خمار می‌شوم دوست داشتن برایم معنایی ندارد	۹
		بنی آدم اعضای یکدیگرند که در آفرینش ز یک گوهرند: شعر خوبی است به شرطی که شعار نباشد.	۱۰
		متأسفانه در زندگی من این شعر کم‌رنگ بوده است و البته بی‌هدفی من را منزوی ساخته و حتی برای کمک به دیگران هم راهی برایم باقی نگذاشته است	۱۱
سبک زندگی اسلامی		حوصله هیچ کس را ندارم	۱۱
		احساس می‌کنم همه با من دشمن‌اند	۱۲
	عدم سلامت	پدر و مادرم به خاطر طلاق از هم جدا شدند	۱۳
	خانوادگی	در خانواده ما روابط بسیار ضعیف است	۱۴

طبق یافته‌های این جدول، افراد گروه نمونه چند شاخص را در سبک زندگی اسلامی نشان دادند که عبارت‌اند از؛ عدم اعتقاد به دین (فک نکنم اون دنیایی وجود داشته باشه، اصلاً کی از اون دنیا تا حالا برگشته) کم‌همتی (وقتی با مشکلی مواجه می‌شوم، اول سعی می‌کنم تا جایی که تونستم بچه‌اش مبارزه کنم و اگر نتوانم هم زود از کوره در می‌روم)، لذت طلبی (معمولاً تا بتوانم از همه چیز لذت می‌برم. خوب به نظر من یکی از راهای کسب لذت همین مصرف مواد است. چون واقعاً آرامش می‌گیرم)، عدم نوع دوستی (حوصله هیچ کس را ندارم) و عدم سلامت خانوادگی (پدر و مادرم به خاطر طلاق از هم جدا شدند).

جدول (۱۵-۴) تجزیه و تحلیل مصاحبه با مردان غیر معتاد زندانی-سوالات مربوط به سبک زندگی اسلامی

ردیف	محتوای گفتار	کدگذاری باز	کدگذاری محوری
۱	مذهب و دین در زندگی من کم‌رنگ است	عدم اعتقاد به دین	
۲	شاید اگر کمی مؤمن بودم، این قدر دزدی نمی‌کردم		
۳	خیر اصلاً به فکر منافع دیگران و آخرت نیستم، فقط می‌خواهم بهترین لذت‌ها را ببرم	لذت طلبی	
۴	تا حالا نشده که از ته دل بخوام به کسی کمک کنم		
۵	در روابط با دیگران انرژی زیادی صرف نمی‌کنم.	عدم نوع دوستی	سبک زندگی اسلامی
۶	هم‌نشینی با بزرگ‌ترها و گوش دادن به نصیحت‌های آن‌ها برایم غیرقابل تحمل است		
۷	مشکلات دیگران و جامعه به من ربطی ندارد		
۸	خیر برنامه خاصی برای آینده ندارم، فقط دوس دارم زودتر از اینجا خلاص شوم (۲)	کم‌همتی	

در خانواده ما همیشه دعوا است	۹
نتوانستم با پدرم درد و دل کنم	۱۰
احساس می‌کنم خانواده‌ام مرا فراموش کرده‌اند	۱۱

همان‌طور که در جدول فوق نشان داده شده است، مردان غیر معتاد زندانی شاخص‌های سبک زندگی اسلامی را به این قرار گزارش دادند: عدم اعتقاد به دین (شاید اگر کمی مؤمن بودم، این قدر دزدی نمی‌کردم)، لذت طلبی (خیر اصلاً به فکر منافع دیگران و آخرت نیستم، فقط می‌خواهم بهترین لذت‌ها را ببرم)، عدم نوع دوستی (هم‌نشینی با بزرگ‌ترها و گوش دادن به نصیحت‌های آن‌ها برایم غیرقابل تحمل است)، کم‌همتی (مشکلات دیگران و جامعه به من ربطی ندارد) و عدم سلامت خانوادگی (احساس می‌کنم خانواده‌ام مرا فراموش کرده‌اند).

جدول (۱۶-۴) تجزیه و تحلیل مصاحبه با زنان غیر معتاد زندانی-سوالات مربوط به سبک زندگی اسلامی

ردیف	محتوای گفتار	کدگذاری باز	کدگذاری محوری
۱	تا قبل از اینکه به زندان بیایم، نماز و روزه‌ام را به شکل مرتب به‌جا می‌آوردم	عدم اعتقاد به دین	سبک زندگی اسلامی
۲	بله اعتقاد دارم که خداوند وجود دارد و ناظر بر اعمال بندگان است (۲)		
۳	در امور زندگی، توکل به خدا را کارساز نمی‌دانم		
۴	تا حالا نشده که از ته دل بخویم به کسی کمک کنم	عدم نوع دوستی	
۵	از بعضی افراد فامیل خوشم نمی‌آید		
۶	معلوم در هر کاری فقط مصلحت خودم را در نظر می‌گیرم		سبک زندگی اسلامی
۷	وقتی که دنیای دیگری وجود ندارد چرا به فکر آن باشم پس الان تمام لذت را می‌برم.	لذت طلبی	
۸	فقط امروز را خوش است.		
۹	رغبتی به اصلاح امور ندارم		
۱۰	من کاری به مشکلات دیگران ندارم. اصلاً به من چه	کم‌همتی	
۱۱	نه تمایلی ندارم از حوادث و اتفاقات اخیر کشورم باخبر باشم		
۱۲	از همسرم طلاق گرفته‌ام	عدم سلامت خانوادگی	
۱۳	مدت دو سال فراری بودم		

جدول (۱۷-۴) تجزیه و تحلیل مصاحبه با زنان معتاد زندانی-سوالات مربوط به سبک زندگی اسلامی

۱	تا قبل از اینکه به زندان بیایم، نماز و روزه‌ام را به شکل مرتب به‌جا می‌آوردم	عدم اعتقاد به دین	سبک زندگی اسلامی
۲	خیر اعتقادی ندارم که خداوند وجود دارد و ناظر بر اعمال بندگان است (۲)		
۳	تا حالا نشده که از ته دل بخوام به کسی کمک کنم	عدم نوع دوستی	
۴	مشکلات دیگران به من ربطی ندارد		
۵	نه بابا پس مسئولین چه کاره‌اند اونا باید به فکر مشکلات کشور باشند نه من و امثال من.	کم‌همتی	
۶	حتی در خانواده هم سعی نمی‌کنم به حل مشکلات کمک کنم.		

۷	تا بتوانم از مشکلات فرار می‌کنم
۸	فقط می‌خواهم خیلی زود به آرامش برسم حالا هر طور که شده، حتی با لذت طلبی
۹	مادرم مواد مصرف می‌کند
۱۰	هیچ وقت نخواستم با پدرم راحت باشم
	عدم سلامت خانوادگی

جدول (۱۸-۴). فراوانی و درصد پاسخ دهندگان به سؤالات مصاحبه‌های سبک زندگی آدلری

گروه	کدگذاری باز	کدگذاری محوری	تعداد پاسخ دهندگان	درصد پاسخ دهندگان
معتاد زندانی	سبک زندگی آدلری	عدم سلامت معنوی	۶	۱۸/۱۸
		عدم سلامت روان‌شناختی	۷	۲۱/۲۱
		عدم سلامت محیطی	۸	۲۴/۲۴
		عدم اجتناب از داروهای اعتیادآور و مواد مخدر	۸	۲۴/۲۴
		عدم سلامت اجتماعی	۴	۱۲/۱۲
		کل	۳۳	۱۰۰
		عدم سلامت معنوی	۷	۲۵
غیر معتاد زندانی	سبک زندگی آدلری	عدم سلامت روان‌شناختی	۸	۳۲
		عدم سلامت محیطی	۳	۱۲
		عدم سلامت اجتماعی	۷	۲۵
		اجتناب از داروهای اعتیادآور و مواد مخدر	۳	۱۲
		کل	۲۸	۱۰۰

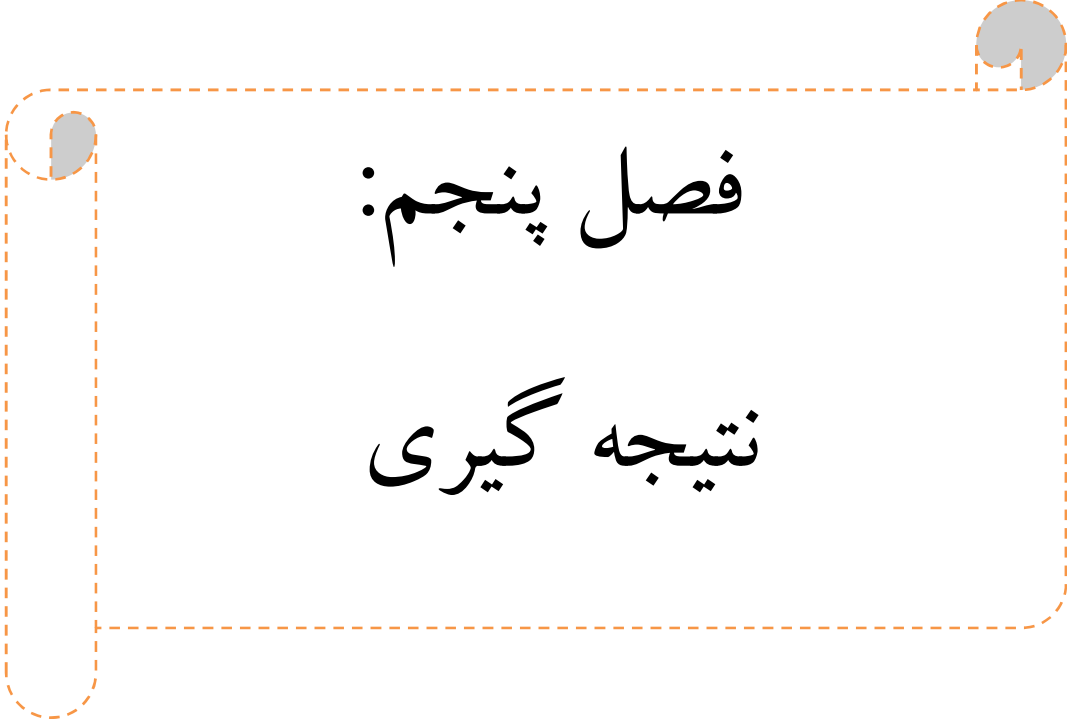
با توجه به تجزیه و تحلیلی که از گفته‌های تعداد کل گروه نمونه در متغیر سبک زندگی آدلری برمی‌آید، می‌توان به‌طور خلاصه بیان کرد:

در گروه معتادان زندانی، ۱۸/۱۸ درصد عدم سلامت معنوی، ۲۱/۲۱ درصد عدم سلامت روان‌شناختی، ۲۴/۲۴ درصد عدم سلامت محیطی، ۲۴/۲۴ درصد عدم اجتناب از داروهای اعتیادآور و مواد مخدر و ۱۲/۱۲ درصد عدم سلامت اجتماعی را گزارش دادند. در گروه غیر معتادان زندانی نیز مصاحبه شونده‌گان؛ ۲۵ درصد عدم سلامت معنوی، ۲۱/۲۱ درصد عدم سلامت روان‌شناختی، ۲۴/۲۴ درصد عدم سلامت محیطی و ۱۲/۱۲ درصد عدم سلامت اجتماعی را گزارش دادند؛ همچنین در این گروه بر خلاف گروه معتادان، ۲۴/۲۴ درصد ویژگی اجتناب از داروهای اعتیادآور و مواد مخدر را گزارش دادند.

جدول (۱۹-۴). فراوانی و درصد پاسخ دهندگان به سؤالات مصاحبه‌های سبک زندگی اسلامی

گروه	کدگذاری باز	کدگذاری محوری	تعداد پاسخ دهندگان	درصد پاسخ‌دهندگان
معتاد زندانی	سبک زندگی اسلامی	عدم اعتقاد به دین	۴	۱۷/۳۹
		کم‌همتی	۶	۲۶/۰۸
		لذت طلبی	۳	۱۳/۰۴
		عدم نوع دوستی	۶	۲۶/۰۸
		عدم سلامت خانوادگی	۴	۱۷/۳۹
		کل	۲۳	۱۰۰
غیر معتاد زندانی		عدم اعتقاد به دین و مذهب	۴	۱۷/۳۹
		کم‌همتی	۵	۲۱/۷۳
		لذت طلبی	۴	۱۷/۳۹
		عدم نوع دوستی	۵	۲۱/۷۳
		عدم سلامت خانوادگی	۵	۲۱/۷۳
		کل	۲۳	۱۰۰

گروه معتادان زندانی در گفته‌هایشان در سبک زندگی اسلامی این‌گونه گزارش دادند: عدم اعتقاد به دین (۱۷/۳۹ درصد)، کم‌همتی (۲۱/۷۳ درصد)، لذت طلبی (۱۷/۳۹ درصد)، عدم نوع دوستی (۲۶/۱۸ درصد) و عدم سلامت خانوادگی (۱۷/۳۹ درصد) در گروه غیر معتادان زندانی نیز ۱۷/۳۹ درصد از عدم اعتقاد به دین، ۲۶/۰۸ درصد کم‌همتی، ۲۱/۷۳ درصد عدم نوع دوستی، ۱۷/۳۹ درصد از لذت طلبی و ۲۱/۷۳ درصد از عدم سلامت خانوادگی خبر دادند.



فصل پنجم:

نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی سبک زندگی جوانان معتاد و غیر معتاد زندان‌های استان البرز بوده است؛ بدین ترتیب بعد از اخذ مجوز از سازمان‌های زیربط، از جمله: اداره زندان‌های کل کشور و اداره زندان‌های استان البرز و پس از آشنایی با مسئولین و زندانی‌ها، از دو گروه جوانان معتاد زندانی و جوانان غیر معتاد زندانی نمونه‌ای متشکل از ۲۰۰ نفر در بخش کمی پژوهش با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و به پرسشنامه‌های سبک زندگی و پرسشنامه سبک زندگی اسلامی پاسخ دادند؛ همچنین در بخش کیفی تعداد ۱۶ نفر از این سه گروه با روش نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب و مورد مصاحبه قرار گرفتند.

مطالعات متعددی در مورد سبک زندگی در ایران انجام شده است که یا عمدتاً به رابطه سبک زندگی با متغیرهای مرتبط با سلامت پرداخته‌اند (مشکی، توکلی و بحری، ۱۳۸۹؛ منصوریان و همکاران، ۱۳۹۱؛ عابدی و همکاران، ۱۳۹۰)، یا به رابطه سبک زندگی با متغیرهای روان‌شناختی پرداخته‌اند (مانند: پورغفاری، پاشا و عطاری، ۱۳۸۸؛ دهقان‌زاده، جعفرآقایی و تبری، ۱۳۹۱)، یا سبک زندگی را در مطالعات اجتماعی بررسی کرده‌اند (ذوالفقاری و سلطانی، ۱۳۸۹؛ سرایی و پورجیلی، ۱۳۸۶). در عین حال سبک زندگی با رویکرد ارزش‌های دینی نیز در برخی تحقیقات انجام شده است (نصرتی و ذوالفقاری، ۱۳۹۱).

امروز تنها دیگر عوامل اقتصادی و فرهنگی نیستند که تعیین کننده شیوه زندگی افرادند بلکه عوامل دیگر چون مذهب و دین نیز بر سبک زندگی تاثیر به خصوصی دارند (استوری، فورش، ویور و همکاران^۱، ۲۰۰۳). دین به عنوان یکی از سرمایه‌های مهم به شمار می‌ورد تا افراد بتوانند بر اساس آن سبک زندگی خود را از دیگران متمایز کنند؛ بنابراین نتیجه سبک زندگی با رویکرد اسلامی می‌تواند در مسیر رشد تمامیت شخصیت فرد استعدادهای او را شکوفا و فرد را به کمالی که مستحق آن است برساند. شناخت نسبت به خود، داشتن یک نگرش واقع بینانه از ضعف‌ها و توانایی‌های خود، تکیه کردن بر توانایی‌ها و استعدادهای خود و توفیق بیشتر در تعامل بهینه با دیگران، خداوند و طبیعت می‌تواند نتیجه ارتباط با خود باشد. همچنین وقتی فردی با خداوند ارتباط برقرار می‌کند و این ارتباط نه اتفاقی، فصلی و صرفاً در موارد بحرانی است بلکه در متن زندگی خود این ارتباط را به شکل مستمر، دائمی و برای هر لحظه تعریف کرده است؛ این فرد از این رابطه وابسته و دلبسته به خداوند می‌شود و سعی می‌کند برای تعمیق ارتباط خود دستورات الهی را انجام و از منهیات الهی پرهیز کند. چیزی را درست بداند و چیزی را انجام بدهد که خداوند فرموده است و این به معنای انتخاب سبک خاصی از زندگی است. همینطور ارتباط‌های دیگری که فرد با دیگران و طبیعت بر مبنای دستورات الهی برقرار

¹. Storey, M. L., Forshee, R. A., Weaver, A. R & et.al

می‌کند می‌توانند به عنوان سبکی از زندگی منجر فلاح و رستگاری فرد شوند و او را از رفتن به سمت رفتارهای مخرب و یران کننده مانند اعتیاد باز دارد.

بررسی و تبیین فرضیه‌های پژوهش:

فرضیه اصلی: بین سبک زندگی و سبک زندگی اسلامی جوانان معتاد و غیرمعتاد زندان‌های

استان البرز تفاوت معناداری وجود دارد.

هم یافته‌های کمی و هم یافته‌های کیفی نشان دادند که بین این دو سبک زندگی در بین جوانان معتاد و غیرمعتاد زندان تفاوت وجود دارد. به‌منظور تبیین دقیق این تفاوت به بررسی فرضیه‌های فرعی پرداخته می‌شود.

فرضیه ویژه اول: بین سبک زندگی جوانان معتاد و جوانان غیر معتاد زندان‌های استان البرز

تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

با توجه به یافته‌های کمی فصل چهارم که در جدول (۸-۴)، نشان داده شد، مقدار F به‌دست‌آمده برای متغیرهای سبک زندگی در بین جوانان معتاد و غیر معتاد در سطح $0/05$ معنادار است؛ همچنین یافته‌های توصیفی نشان داد که در بین این دو گروه، گروه معتادان نسبت به گروه غیرمعتادان نمره کمتری در متغیر سبک زندگی کسب کردند. یافته بخش کمی، با یافته‌های بخش کیفی در این زمینه نیز همسو است. در بخش کیفی همان‌طور که گزارش شد افراد معتاد، شاخص‌ها و علائم سبک زندگی ناسالم را با چند مورد نشان دادند و از جمله این شاخص‌ها می‌توان به عدم سلامت معنوی اشاره کرد که $18/18$ درصد افراد این گروه در گفته‌هایشان گزارش دادند؛ عدم سلامت معنوی و نبود معنویت می‌تواند انسان را به گوشه‌گیری وادارد که در این صورت گوشه‌گیران با واکنش وارونه می‌توانند دست به رفتارهای پرخطر بزنند (هاوکینز و ویس، ۱۹۸۵). امروزه اکثر برنامه‌های درمانی بر نقش معنویت در درمان معتادان تأکید دارند (بوک، توماس، دمپسی و همکاران^۱، ۲۰۰۹؛ چن، ۲۰۰۶) و بر این عقیده‌اند که تجربه معنویت می‌تواند افق دید تازه‌ای به انسان بخشد و او را از گرفتار شدن در دام اعتیاد و مصرف مواد مخدر نجات دهد، یا عدم سلامت روان‌شناختی که $21/21$ درصد به آن پاسخ دادند و به تعبیر آدلر و همکاران (۱۹۵۸) یکی از عوامل اصلی در سبک زندگی به شمار می‌رود و سازگاری فرد با اعمال و واکنش‌ها در زندگی را در پی دارد. پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه نیز (روبرت و

¹. Book, S. W., Thomas, S. E., Dempsey, J

همکاران، ۲۰۰۷؛ رایت و فیتس پاتریک، ۲۰۰۴؛ جکسون و شر، ۲۰۰۳؛ شول و جیانکولا، ۲۰۰۳؛ اپستین، گریفین و بوتوین، ۲۰۰۰ و ویلز و استول میلر، ۲۰۰۲)، به این موضوع اشاره دارند که عدم سازگاری روان‌شناختی گرایش به مصرف مواد را در پی دارد.

عدم سلامت محیطی و عدم اجتناب از داروهای اعتیادآور و مواد مخدر نیز که تأثیر بسیار بالایی در گرایش به مواد مخدر دارند (علی و همکاران، ۱۳۹۱؛ جسور و جسور، ۲۰۰۶؛ آگروال و همکاران، ۲۰۰۷) در گفته‌های ۲۴/۲۴ درصد افراد این گروه نمایان بود و ۱۲/۱۲ درصد افراد نیز از عدم سلامت اجتماعی خبر دادند. سلامت بنیادی است که تمام کوشش‌های انسان در بستر آن شکل می‌گیرد و در صورت وجود سلامت در سطحی پذیرفتنی، افراد جامعه قادر خواهند بود از دیگر منابع حیات بهره گیرند (سارمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴). امروزه سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمی، روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است؛ به‌گونه‌ای که دیگر، سلامتی فقط عاری بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع به‌عنوان معیارهای ارزیابی سلامت اجتماعی به شمار می‌روند (سام آرام، ۱۳۸۸)؛ بنابراین بی‌توجهی به سلامت اجتماعی موجب افزایش آسیب‌پذیری افراد در ابعاد روانی، خودکشی، گرایش به مصرف مواد مخدر، فرار از خانه، بزهکاری و دیگر مشکلات مهم خواهد شد (فتحی، عجم-نژاد، و خاک‌رنگین، ۱۳۸۸).

گروه دیگر، یعنی جوانان غیر معتاد زندانی نیز این ویژگی را با تفاوت‌هایی نسبت به گروه معتادان نشان دادند؛ تفاوت بارز در بین این دو گروه این بود که گروه غیر معتادان زندانی به مواد مخدر وابسته نبودند و ۱۲ درصد گزارش دادند که از مواد مخدر و داروهای اعتیادآور اجتناب می‌کنند. در رابطه با موضوع عدم سلامت معنوی نیز، ۲۵ درصد از افراد به این ویژگی با جملاتی مثل معتقدم که خداوند من را به حال خودم واگذار کرده است پاسخ دادند که نسبت به گروه معتادان درصد بیشتری را شامل می‌شود. زندگی بدون معنویت و عدم وجود منبعی محکم و قابل‌اطمینان موجب ترس و نگرانی انسان شده و آرامش را از او سلب می‌کند؛ در این صورت وجود رفتارهای غیرمعارف و ضرر رسان به حال جامعه دور از ذهن نیست. پارگامنت (۲۰۱۱) بر این نظر است که معنویت می‌تواند به‌عنوان راه‌حلی اساسی برای مشکلات در نظر گرفته شود. ریچاردز، هاردمن و برت^۱ (۲۰۰۷) در پژوهشی نشان دادند کسانی که باورهای مذهبی دارند، کم‌تر دچار بیماری‌های روانی شده و از سلامت روانی و جسمی بهتری برخوردارند. از جمله ویژگی‌های دیگری که جوانان غیر معتاد زندانی گزارش دادند، عدم سلامت محیطی بود که در گفته‌های ۱۲ درصد آنان مشهود بود و نسبت به گروه معتادان زندانی از

¹. Richards, Hardman & Berrett

درصد کمتری برخوردار است. از این تفاوت می‌توان به نقش بسیار مهم محیط و سلامت محیطی در اعتیاد به مواد مخدر پی برد. برای مثال یکی از عوامل محیطی در گرایش افراد به مواد مخدر نقش دوستان و همسالان است که تأثیر بسیار مهمی در این زمینه دارد؛ در این راستا سیمون-مورتون و فارهات (۲۰۰۱) به این نتیجه رسیدند که دوستان نزدیک و همسالان در اعتیاد به مواد مخدر نقش بسیار مهمی دارند. پژوهش‌های کوران (۱۹۹۷) و بیگلان و همکاران (۱۹۹۵) نیز در این راستا است. عدم سلامت روان‌شناختی نیز ویژگی دیگری بود که ۳۲ درصد افراد این گروه گزارش دادند و نسبت به گروه معتادان زندانی تقریباً ۱۰ درصد بیشتر است. مبنای زیستی و ژنتیکی آمادگی برای وقوع جرم را مهیا می‌کنند (آیزنک^۱، ۲۰۱۳)، در مقابل دیدگاه محیطی است که با نادیده نگاشتن نقش وراثت، جرم را معلوم عوامل اجتماعی، مناسبات معیوب در جامعه انسانی می‌داند (ورتلی و مازرولی^۲، ۲۰۱۳). اما نه محیط و نه وراثت به‌تنهایی عامل ارتکاب جرم نیستند. مطالعات اخیر نشان داده‌اند که عوامل روان‌شناختی سهم بیشتری در ارتکاب جرم دارند (هالین^۳، ۲۰۱۳). از آنجاکه مجرمان و زندانیان بخشی از افراد جامعه را تشکیل می‌دهند و بازخورد افراد جامعه نسبت به آن‌ها حاکی از بدبینی، نفرت و ترس است، شناخت ساختارهای معیوب روان‌شناختی می‌تواند در پذیرش و بازپروری آن‌ها حائز اهمیت باشد. نتایج تحقیقات صورت گرفته در این زمینه نیز نشان می‌دهند، زندانیانی که جرم‌های دیگری غیر از اعتیاد، مانند بزهکاری، سرقت، و .. دارند از مشکلات روان‌شناختی زیادی رنج می‌برند (هادی نژادی، ۱۳۸۵). ۲۵ درصد افراد در گروه غیر معتادان زندانی ویژگی عدم سلامت اجتماعی را گزارش دادند که تقریباً دو برابر درصد پاسخ‌های افراد معتاد است. عدم وجود روابط بین فردی، عدم تعلق عاطفی و عدم علاقه اجتماعی منجر به انزوا و احساس‌های حقارت می‌شود. طبق نظر آدلر (۱۹۷۰) علاقه اجتماعی در جو خانوادگی سالم پرورش و رشد میابد که می‌تواند نشانه‌ای برای سلامت روان باشد. زندانیان غیر معتاد که به دلیل ارتکاب جرم‌های مختلف در زندان هستند، با توجه به احساس‌های کهنتری و حقارت، دست به جبران افراطی زده و نوعی رفتارهای پرخاشگرانه و ضداجتماعی از خود بروز می‌دهند. افراد معتاد نیز که در گوشه‌گیری و حقارت به سر می‌برند، شاید مصرف مواد را راهی برای تسکین آلام خود بدانند. مطالعات نیز نشان می‌دهد بین سلامت اجتماعی و توانایی حل مسائل اجتماعی در بین زندانیان معتاد و غیر معتاد تفاوت بارزی وجود دارد (نظری بولانی، ۱۳۹۱).

جوانان معتاد زندانی و غیر معتاد زندانی به‌جز در شاخص اجتناب از داروهای اعتیادآور و مواد مخدر، شاخص‌های مشابهی را با اندکی تفاوت در درجه برخورداری از این شاخص‌ها نشان دادند. به‌هر حال از آنجاکه اعتیاد نیز در بعضی از حوزه‌ها و نگرش‌ها به‌عنوان جرم تلقی می‌شود، وجود شاخص‌های مشابه با دیگر زندانیان

^۱. Eysenck, H. J

^۲. Wortley, R., & Mazerolle, L

^۳. Hollin, C. R

دور از تصور نیست، هرچند که تفاوت‌هایی در جهان‌بینی و نظام اعتقادی که سبک زندگی آن‌ها را تشکیل می‌دهد تا حدی متفاوت است که در فوق با آن پرداخته شد. در پژوهش نیز که رحمانی (۱۳۹۰) در میان زندانیان شهر سنج انجام داد و به سبک زندگی آنان پرداخت، تفاوتی در سبک زندگی زندانیان این شهرستان یافت نشد.

سبک زندگی به مؤلفه‌های گوناگونی از جمله؛ محیط، معنویت، سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط و تربیت موفق خانوادگی و دوری از هرگونه رفتارهای پرخطر مخصوص مصرف مواد مخدر مربوط می‌شود. تفاوت در هرگونه از این شاخص‌ها می‌تواند منجر به سبک زندگی ناسالم شده و فرد را در مواجهه با مشکلات رفتاری و روانی زیادی قرار دهد. همان‌طور که گیدنز و همکاران (۱۹۹۶)، بیان می‌کنند سبک زندگی سالم تلاش برای دستیابی به حالت رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی است. او بین سبک زندگی سالم و ناسالم تفاوت‌هایی را مطرح می‌کند؛ از نظر او سبک زندگی سالم شامل رفتارهایی است که سلامت جسمی و روانی انسان را تضمین می‌کند؛ به عبارت دیگر، سبک زندگی سالم شامل: تغذیه، ورزش و خواب، ارتباطات اجتماعی، مقابله با استرس، مواجهه با رفتارهای خطرناک از جمله اعتیاد و روش‌های یادگیری، مطالعه و معنویت است. این تفاوت‌ها می‌تواند ناشی از عوامل گوناگونی چون: روابط خانوادگی، تربیت کودکان، روابط بین فردی و تعامل افراد، گروه همسالان، محیط نامناسب برای زندگی، وجود فرد معتاد در خانواده، تغذیه نامناسب و ... باشد. وجود فرد معتاد در خانواده یکی از عواملی است که دیگر اعضای خانواده را به سمت اعتیاد سوق می‌دهد. افراد زندانی غیر معتاد نیز که سبک زندگی متفاوتی دارند، معمول در محیط‌های آلوده‌ای پرورش پیدا می‌کنند، گروه همسالان و انتخاب دوست بسیار بر رفتار آن‌ها و سبک زندگی‌شان تأثیر گذاشته و باعث می‌شود که رفتارهای متفاوت بروز دهند. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین در این زمینه و نزدیک به آن همسو می‌باشد. از جمله: از جمله هاوکینز و ویس (۱۹۸۵) نشان دادند که سبک زندگی که افراد عادی و معتاد برای خود انتخاب کرده‌اند، متفاوت است. ارونیش و همکاران (۱۹۹۰) که نشان دادند که تغییرات جامع در سبک زندگی می‌تواند مصرف مواد را به حداقل برساند، خلسا و همکاران (۲۰۰۸) نشان دادند بین سبک زندگی افرادی که مواد مخدر مصرف می‌کنند و افرادی که این مواد را مصرف نمی‌کنند تفاوت معنی‌داری وجود دارد. والاک و باخمان (۱۹۹۱) نیز به این نتیجه دست یافتند که مؤلفه‌های سبک زندگی از جمله: رفتارها و ارزش‌های تربیتی، باورهای دینی و گذر زمان به‌طور نیرومندی با مصرف مواد در ارتباط می‌باشند. محمدی (۱۳۸۳) نیز به تفاوت سبک زندگی بیماران قلبی - عروقی را و افراد سالم اشاره کردند و نتیجه گرفتند که کم‌حرکی، فشارخون بالا، چاقی، سیگار، داشتن سابقه خانوادگی بیماری اعتیاد از عوامل این نوع بیماری است که مبین تفاوت بین این دو نوع سبک زندگی است.

فرضیه ویژه دوم: بین سبک زندگی اسلامی جوانان معتاد و غیرمعتاد زندان‌های استان البرز

تفاوت معناداری وجود دارد.

در این یافته نیز در بخش کمی تفاوتی بین سبک زندگی اسلامی در جوانان معتاد و غیرمعتاد زندان پیدا نشد اما در بخش کیفی که موضوع عمیق تر مورد بررسی قرار گرفت این دو گروه تفاوت‌هایی را نشان دادند که نشان از تفاوت در جهان‌بینی، ارزش‌های دینی و اعتقادی آن‌ها دارد.

در گروه معتادان زندانی ۱۷/۳۹ درصد افراد ویژگی‌هایی چون عدم اعتقاد به دین را با پاسخ‌هایی مثل " مذهب و دین در زندگی من کم‌رنگ است" نشان دادند. در گروه غیرمعتادان زندانی نیز ۱۷/۳۹ درصد این ویژگی را نشان دادند؛ می‌توان گفت که اعتقاد به دین و وجود باورهای دینی شاخصی تأثیرگذار بر عدم بروز رفتارهای ناشایست و مخرب است رای و پارگامنت^۱، (۲۰۰۰) در پژوهشی نشان دادند که مداخله‌های دینی و معنوی می‌توانند کمکی به افراد باشد تا تندی و عصبانیت خود را بروز دهند؛ در این صورت با توجه پالایش روانی صورت گرفته احتمال بروز رفتارهای پرخطر بسیار کاهش می‌یابد. نتایج پژوهش‌های موریس و همکاران (۲۰۱۳) و گاندور، کارام و مالوف^۲ (۲۰۰۹) نیز نشان می‌دهد که عدم اعتقاد به دین و نبود معنویت در زندگی با گرایش به مصرف مواد مخدر رابطه دارد. لیگ، بوون و مارلات^۳ (۲۰۰۵) نیز نشان دادند کسانی که از باورهای مذهبی قوی برخوردارند، از سوءمصرف مواد مخدر اجتناب می‌کنند. بیگی (۱۳۹۰) نیز نشان داد که باورهای مذهبی در کاهش گرایش به رفتارهای پرخطر، از جمله مصرف مواد مخدر تأثیر زیادی دارد.

ویژگی دیگری که در دو گروه معتادان زندان و غیرمعتادان زندانی نشان دادند، کم‌همتی بود. ۲۶/۰۸ درصد جوانان معتاد زندانی و ۲۱/۷۳ درصد جوان غیرمعتاد زندانی آن را گزارش دادند. همت یکی از حالات نفسانی است که عزم جدی بر عملی را برمی‌انگیزد و مقاومت‌ها و موانع را از سر راه برمی‌دارد. این انگیزه قوی در حوزه اراده قرار دارد. از این‌رو، می‌توان مدعی شد که همت، اراده قوی در انسان است و شخص در صورت واجد این خصلت بودن خواهد توانست بر مشکلات فائق آید. از سوی دیگر، اراده و همت یکی از اصول روانشناسی است که ویژگی‌های شخصیت سالم نیز به شمار می‌رود؛ بدین معنی کسانی که از وجود اراده قوی برخوردارند، بهتر

¹. Rye and Pargament

². Ghandour, L. A., Karam, E. G., & Maalouf, W. E

³. Leigh, J., Bowen, S., & Marlatt, G. A

خواهند توانست مشکلات را برای خود تجزیه و تحلیل و حل نمایند. از ویژگی‌های دیگر که ۱۳/۰۴ درصد جوانان معتاد زندانی و ۱۷/۳۹ درصد جوانان غیر معتاد زندانی گزارش دادند، لذت طلبی بود که از نظر فرانکل (۱۹۷۵) سرگرمی‌های منفعلانه‌ای هستند که افراد برای پر کردن خلأ وجودشان به آن می‌پردازند و وقت خود را به بطالت می‌گذرانند. عدم نوع دوستی دیگر شاخصی بود که ۲۶/۰۸ درصد از جوانان معتاد زندانی و ۲۱/۷۳ درصد از جوانان غیر معتاد زندانی گزارش دادند. همان‌طور که قبلاً نیز اشاره شد عدم تعلق عاطفی به دیگران و جامعه سردرگمی و خلأ را در پی دارد که منجر به وجود رفتارهای نگران‌کننده خواهد شد و در مقابل نوع دوستی می‌تواند در ارتباطات روزانه با خانواده، دوستان و دیگر اشکال جامعه آشکار شود. ارتباطات با خانواده، دوستان و اجتماع می‌تواند به گونه‌ای معنوی برای این روابط در نظر گرفته شود. آخرین شاخصی که این دو گروه گزارش دادند، در رابطه با موضوع خانواده و نقش آن بود؛ ۱۷/۳۹ درصد معتادان زندانی و ۲۱/۷۳ درصد از جوانان غیر معتاد زندانی از عدم سلامت خانوادگی خبر دادند. همان‌طور که پیش‌تر ذکر شد، خانواده نقش بسیار مهمی در گرایش افراد به مصرف مواد مخدر و جلوگیری از آن‌ها می‌تواند داشته باشد (یو و همکاران، ۲۰۰۶؛ جیمز و گیلیناند، ۲۰۱۲)، تربیت خانوادگی از عوامل مهم به شمار می‌رود، وجود والدین حمایت‌کننده نقش مهمی می‌تواند در جلوگیری از گرایش افراد به سمت مصرف مواد مخدر شود (جانسون و همکاران، ۲۰۱۲)؛ بنابراین عدم اعتقاد به دین، عدم نوع دوستی، لذت طلبی، کم‌همتی و عدم سلامت خانوادگی در مقابل؛ اعتقاد به دین، نوع دوستی، سعادت خواهی و سلامت خانوادگی ویژگی‌هایی بودند که معتادان و غیر معتادان در گفته‌هایشان گزارش دادند.

به‌طور کل دین می‌تواند در ایجاد عادت‌ها، سلیقه و زیباشناسی و در نتیجه سبک‌های زندگی نقش ایفا کرده و جدای از سبک‌های زندگی به‌خصوص دینی، در شکل‌گیری دیگر سبک‌های زندگی نیز دخیل می‌باشد (مهدوی کنی، ۱۳۸۶). این یافته با پژوهش‌های شریفی (۱۳۹۱) که نشان داد بین سبک زندگی اسلامی و سبک زندگی که افراد معتاد برای خود برگزیده‌اند تفاوت وجود دارد، صمیمی و همکاران (۱۳۸۵) که به این نتیجه رسیدند سبک زندگی اسلامی با سلامت روان ارتباط مثبت دارد؛ ریچاردز، هاردمن و برت (۲۰۰۷) به این نتیجه رسیدند که باورهای مذهبی با کاهش اختلالات روانی رابطه دارد در یک راستا است. موریس و همکاران (۲۰۱۳) نیز به این نتیجه دست پیدا کردند کسانی که از باورهای معنوی قوی برخوردارند کمتر به سمت مصرف مواد می‌روند. نتایج پژوهش گاندور و همکاران (۲۰۰۹) حاکی از این است کسانی که در گروه‌های دینی و جمعیت‌های مذهبی عضویت دارند کمتر به سمت مصرف مواد مخدر می‌روند؛ به‌طور کل این پژوهش نشان داد که دین‌داری با مصرف مواد، مخصوصاً الکل رابطه منفی دارد.

مقایسه یافته‌های کمی و کیفی

یافته‌های کمی پژوهش نشان داد که بین سبک زندگی آدلری و سبک زندگی اسلامی در جوانان معتاد و جوانان غیر معتاد زندان تفاوت معنی‌دار وجود دارد. گروه معتادان زندانی نسبت به دو گروه دیگر نمره کمتری در متغیر سبک زندگی آدلری کسب کردند. دریافته‌های کیفی این گروه ویژگی‌هایی چون: عدم سلامت معنوی، عدم سلامت محیطی، عدم سلامت روان‌شناختی، عدم سلامت اجتماعی و عدم اجتناب از داروهای اعتیاد-آور و مواد مخدر را گزارش شد. گروه غیر معتادان زندانی نیز دریافته‌های کیفی این ویژگی‌ها را نشان دادند با این تفاوت که این گروه از اجتناب از داروهای اعتیادآور و مواد مخدر گزارش دادند.

در رابطه با متغیر سبک زندگی اسلامی نیز، نتایج بخش کمی نشان داد که بین سه گروه ذکرشده به‌طور کلی تفاوت معنی‌داری وجود دارد اما بین دو گروه معتاد زندانی و غیر معتاد زندانی در این متغیر تفاوتی یافت نشد. یافته‌های کمی نیز نتایج مشابهی را در این زمینه نشان دادند. گروه معتادان زندانی در سبک زندگی اسلامی ویژگی‌هایی چون: عدم اعتقاد به دین، کم‌همتی، عدم نوع‌دوستی، لذت‌طلبی و عدم سلامت خانوادگی را نشان دادند و گروه غیر معتادان زندانی نیز همین مؤلفه‌ها را با اندکی تفاوت گزارش دادند.

همانطور که از نتایج یافته‌های کمی و کیفی برمی‌آید، سبک زندگی به‌طور کل به‌عنوان چهارچوب رشدی که افراد برای خود برمی‌گزینند، حائز اهمیت فراوانی است که غفلت از آن می‌تواند موجبات رفتارهای نگران‌کننده‌آتی را به دنبال داشته باشد. می‌توان گفت که یکی از بنیادی و مهم‌ترین انتخاب‌های انسان، سبک زندگی است؛ همچنین با توجه به اینکه در پیشینه‌های تحقیقاتی و نظریه‌های روانشناسی مطالعه می‌کنیم، عامل فرهنگ یکی از مولفه‌های تاثیرگذار بر سبک زندگی است، چرا که فرهنگ‌های گوناگون با توجه به نظام اعتقادی و ارزشی خود سبک زندگی متناسب با هنجارها و باورهای خود را دارند و چه بسا با این سبک زندگی مربوط با زمینه فرهنگی، بستر مناسب‌تری برای رشد سالم انسان در همه ابعاد زندگی فراهم آید، لذا شناخت سبک زندگی مبتنی بر فرهنگ کمک بزرگی برای رشد همگانی و فردی اعضای هر جامعه است؛ به تعبیری دیگر، شناخت سبک زندگی اسلامی می‌تواند افق دیدی برای افراد جامعه اسلامی در کشور متمدن و با افتخار ایران زمین باشد.

پیشنهادهای پژوهش:

پیشنهادهای کاربردی:

- ۱- با توجه به اینکه یکی از نتایج این پژوهش، تفاوت در سبک زندگی جوانان معتاد زندانی و جوانان غیر معتاد زندانی بود؛ لذا مسئولین باید برنامه‌ای برای آموزش سبک زندگی سالم و دور از رفتارهای پرخطر به منظور ممانعت از گرایش به این گونه رفتارها تدارک بینند.
- ۲- با توجه به موضوع مهم و بنیادی سبک زندگی، انتظار می‌رود خانواده‌ها در انتخاب سبک و روش زندگی خود دقت لازم را داشته باشند تا از وجود رفتارهای پرخطر و اعتیاد آمیز که معلول سبک زندگی ناسالم است، جلوگیری به عمل آید.
- ۳- همان‌طور که یافته‌های کیفی نشان دادند، یکی از تفاوت‌های افراد معتاد و غیر معتاد، تفاوت در محیط زندگی و سلامت محیطی آنان بود، لذا خانواده‌ها می‌توانند در انتخاب محیط سالم و دور از آلودگی‌های محیطی و رفتاری دقت لازم را به عمل آورند.
- ۴- از دیگر تفاوت‌های جوانان معتاد و غیر معتاد، تفاوت در روان‌شناختی آنان بود؛ در این زمینه دانشگاه‌ها و مراکز مشاوره‌ای در سراسر کشور می‌توانند با برپایی کلاس‌ها و کارگاه‌های سلامت، مخصوص برای افراد معتاد از گرفتار شدن آن‌ها در دام اعتیاد پیشگیری به عمل آورند.
- ۵- نظام آموزش عالی یکی از ارکان توسعه اجتماعی در جامعه به شمار می‌رود و یکی از اهداف بسیار مهم آن توسعه سلامت اجتماعی است. این مهارت‌ها بر سلامت اجتماعی افراد تأثیر می‌گذارد؛ بنابراین به منظور ارتقای سلامت اجتماعی جوانان کارگاه‌های آموزشی مهارت‌های اجتماعی برگزار گردد.
- ۶- با توجه به اینکه محیط زندان یکی از عوامل مهم در تثبیت وضعیت معتادان برای ماندن در این وضعیت می‌تواند باشد، اداره زندان‌های استان البرز بهتر است که برنامه‌هایی برای کلاس‌های مشاوره و برنامه‌های فرهنگی زندانیان در نظر گیرند.
- ۷- از دیگر نتایج مهم پژوهش حاضر تفاوت در سبک زندگی اسلامی جوان معتاد و غیر معتاد بود، در این زمینه نیز جامعه به‌طور اعم و خانواده‌ها به‌طور اخص باید در نظر داشته باشند که حرکت در چارچوب سبک زندگی اسلامی می‌تواند مانعی برای گرفتاری در دام اعتیاد، مخصوصاً برای

فرزندانشان شود؛ لذا به سازمان‌های مسئول باید در اشاعه و ترویج سبک زندگی اسلامی در جامعه و خانواده‌ها همه تلاش خود را به کارگیرند.

۸- برگزاری کلاس‌ها و کارگاه‌های توان‌بخشی و بازپروری برای برگرداندن افراد معتاد و دیگر زندانیان به جامعه انجام گیرد.

پیشنهاد‌های پژوهشی:

۱- این پژوهش از نوع توصیفی و پژوهشگران می‌توانند برای درک بهتر تأثیر سبک زندگی بر رفتارهای پرخطر، اثربخشی مؤلفه‌های سبک زندگی را بر کاهش گرایش به این رفتارها پرخطر بررسی کنند.

۲- همچنین اثربخشی آموزش مؤلفه‌های سبک زندگی اسلامی بر کاهش گرایش به رفتارهای پرخطر می‌تواند موضوع مهمی برای تحقیقات آتی باشد.

۳- پژوهشی با همین موضوع در دیگر زندان‌ها و دیگر جامعه‌های آماری و مقایسه با یافته‌های پژوهش حاضر نیز از موضوعات مهم و کاربردی برای محققان آتی است.

۴- مقایسه اثر بخشی بین سبک زندگی آدلری و سبک زندگی اسلامی در کاهش گرایش به رفتارهای پرخطر در بین جوانان و زندانیان نیز می‌تواند زمینه تحقیقاتی کاربردی آتی را فراهم آورد.

مشکلات و موانع پژوهش

- ۱- دشواری در هماهنگی با سازمان‌های زیربسط برای ورود به زندان
- ۲- مشکلاتی در همکاری کارکنان زندان به خاطر شرایط این مکان و ترس آن‌ها از فاش شدن گزارش‌هایشان به دیگر نهادها.

محدودیت‌های پژوهش:

- ۱- به علت شرایط ویژه زندان‌ها مخصوص زندان زنان، مصاحبه‌های این زندان‌ها توسط همکار خانم و غیر از خود پژوهشگر صورت گرفت.
- ۲- عدم صدور مجوز برای ضبط صدای مصاحبه‌های کیفی در زندانیان از سوی سازمان زندان‌های استان البرز

۳- محدودیت‌هایی در تعمیم دهی نتایج پژوهش؛ نمونه پژوهش حاضر تنها زندانیان و کارکنان زندان بودند که نمی‌توان با اطمینان این نتایج را به دیگر افراد جامعه تعمیم داد.

منابع فارسی

- امین زاده، بهناز (۱۳۸۲). جهان بینی دینی و محیط زیست (درآمدی برنگرش اسلام به طبیعت). *فصلنامه محیط شناسی* (۳۰).
- انجل، ویلیام (۲۰۰۰). قانون بین المللی حقوق جوانان. ترجمه: علی اکبر تاج مزبانی و جعفر سطوتی (۱۳۸۰)
- آقا نجفی اصفهانی، محمد تقی (۱۳۶۲). *عیون أخبار الرضا (ع)*. ج ۲ (چاپ اول). تهران: انتشارات علمیه اسلامیه.
- آهی، پرویز؛ ذوقی، لیلا و آجیل چی، بیبا (۱۳۸۹). رابطه آسیب های اجتماعی با امنیت اجتماعی با تأکید بر پدیده اعتیاد. *فصلنامه علمی - پژوهشی انتظام اجتماعی*، ۲(۲)، پاییز و زمستان ۱۳۸۹.
- بوالهری، جعفر (۱۳۸۱). ارزیابی سو مصرف مواد در زندانهای ایران. *مجله اعتیاد پژوهشی*، ۱(۳).
- بهادری، فرشاد (۱۳۹۰). *درمان سیستمی و توانمندسازی خانواده های معتادان*. تهران: نشر دانژه.
- بهرامی احسان، هادی (۱۳۹۰). *اعتیاد و فرایند پیشگیری*. تهران: انتشارات سمت
- بیگی، علی (۱۳۹۰). تحول و شکوفایی معنوی، فعالیت های اجتماعی مذهبی و کیفیت زندگی در معتادان گمنام. *فصلنامه دانش و تندرستی*، ۶(۲).
- پروینی، خلیل و جعفری، روح الله (۱۳۸۵). *نشریه دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه شهید باهنر کرمان*، دوره جدید. شماره ۱۹ (پیاپی ۱۶).
- پورغفاری، سیده سوگل؛ پاشا، غلامرضا؛ عطاری، یوسفعلی (۱۳۸۸). بررسی اثر بخشی آموزش مؤلفه‌های سبک زندگی مبتنی بر رویکرد روان شناسی فردی بر رضایت زناشویی در بین پرستاران متأهل زن بیمارستان دکتر گنجویان دزفول. *یافته‌های نو در روان شناسی*. ۴(۱۲).
- ثقه السلام، اهره؛ رضایی امیدوار و عقیقی، کبری (۱۳۸۹). تاثیر درمان شناختی-رفتاری در کاهش میزان افسردگی مبتلایان به سوء مصرف مواد. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل*، ۲(۴)، ۱۳۳-۱۴۴.
- جعفری، بهراد (۱۳۸۰). *تحف العقول (چاپ اول)*. تهران: انتشارات اسلامیه.

جوادی آملی، حسن (۱۳۹۱). *مفاتیح الحیاه*. قم: مرکز نشر اسراء. ۲۰.

جهانگیری، بیژن (۱۳۹۱). *راهنمای شناخت و درمان اعتیاد در ایران*. تهران: انتشارات ارجمند. چاپ سوم

حاتمی، حسین؛ بحرینیان، عبدالمجید؛ جوانبخت، مریم و غفاری، سمیه (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین ابعاد کیفیت زندگی و میزان باورهای معنوی در هنرمندان انجمن خوشنویسان ایران. *فصلنامه اخلاق پزشکی* ۴ (۱۴)، زمستان ۱۳۸۹

حکیمی، محمد رضا و حکیمی، علی (۱۳۸۰). *الحیاء*. ج ۱ (چاپ مکرر). تهران: دفتر نشر فرهنگ

خسروی، موسی (۱۳۶۴). *موعظ امامان علیهم السلام* - ترجمه جلد هفدهم بحار (چاپ اول). تهران: انتشارات اسلامی.

دلنو، آنتونیو. ایران مقام دوم شیوع مصرف مواد مخدر در جهان. ۳، دی، ۱۳۹۰. www.ilna.ir/newstext

دهقان زاده، شادی؛ جعفرآقایی، فاطمه؛ تبری خمیران، رسول (۱۳۹۱). *بررسی ارتباط مشخصات فردی اجتماعی، سبک زندگی و میزان مواجهه با رویدادهای استرس زا با سرطان کولورکتال*. پژوهش پرستاری. شماره: ۷ (۲۴).

ذوالفقاری، ابوالفضل و سلطانی، لایین (۱۳۸۹). *بررسی رابطه سبک زندگی با هویت قومی جوانان* (مطالعه موردی: شهرستان مهاباد). *مجله جامعه شناسی ایرا*، ۱۱ (۲).

رحمانی، صاحبه (۱۳۹۰). *بررسی سبک زندگی و قضاوت اخلاقی زندانیان شهر سنندج*. دانشگاه کردستان، سنندج، پایان نامه کارشناسی ارشد.

رحیمی موقر، آفرین و سهیمی ایزدیان، الهه (۱۳۸۴). *وضعیت مصرف مواد در دانش آموزان کشور*. فصلنامه رفاه اجتماعی، ۳۰، ۱۹-۷.

سام آرام، علی (۱۳۸۸). *بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی*. *فصلنامه پژوهشی انتظام اجتماعی* ۱ (۱).

سایت مرکز آمار ایران (۱۳۹۱). www.amar.org.ir

سایت قوه قضائیه جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۳). www.dadiran.ir

سایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۰). www.behdasht.gov.i/

سرایبی، حسن و پورجبللی، ربابه (۱۳۸۶). *بررسی مقایسه ای سبک زندگی دو قوم کرد و آذری* (مورد مطالعه قوم کرد و آذری شهر ارومیه). *فصلنامه علوم اجتماعی*، ۳ (۱۳).

سلگی نهبانندی، علی(۱۳۷۶). /رشاد القلوب. ج ۱(چاپ اول). قم: انتشارات ناصر.

شفیع آبادی، عبدالله و ناصری، غلامرضا (۱۳۹۲). نظریه های مشاوره و روان درمانی (چاپ نوزدهم). تهران: مرکز نشر دانشگاهی.

شریفی، محمد حسین (۱۳۹۱). الگوهای روان درمانی یکپارچه با معرفی درمان یکپارچه توحیدی (چاپ اول). قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

صابری یزدی، علی رضا و انصاری محلاتی، محمدرضا (۱۳۷۵). الحکم الزاهره (چاپ دوم). قم: مرکز چاپ و نشر سازمان تبلیغات اسلامی

صدیق سروستانی، رحمت اله (۱۳۸۳). آسیب شناسی اجتماعی. تهران. تهران: نشر آن.

صمیمی، رقیه؛ مسرورودوسری، دریادخت؛ حسینی، فاطمه؛ و تمدن فر، مهرآسا (۱۳۸۵). ارتباط سبک زندگی با سلامت عمومی دانشجویان. فصلنامه پرستاری/ایران، ۱۹ (۴۸)، ص ۸۳ تا ۹۳.

طولابی، زینب؛ صمدی، سعید؛ مطهری نژاد، فاطمه (۱۳۹۲). بررسی نقش میانجی عزت نفس و خود کارآمدی در رابطه بین سبک زندگی اسلامی و سازگاری اجتماعی. مجله مطالعات جامعه شناختی جوانان، ۴ (۴)، ۹-۱۳۲.

عابدی، پروین؛ هوانگ سولی، مری؛ کندای، میرنالیینی؛ یاسین، زیتون؛ شجاعی زاده، داوود؛ حسینی، مصطفی (۱۳۹۰). بررسی تأثیر تغییر سبک زندگی با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی بر عوامل خطر ساز قلبی در زنان یائسه شهر اهواز. مجله تحقیقات نظام سلامت، ۷ (۱).

علیزاده، حمید (۱۳۸۳). پیشگام روانکاوای جامعه نگر آدلر (گستره نظریه شخصیت و روان درمانی). تهران: دانه.

عمید، حسن (۱۳۸۹). فرهنگ عمید (چاپ سیزدهم). تهران: انتشارات امیرکبیر

فتحی، منصور؛ عجم نژاد، رضا و خاک رنگین، مریم (۱۳۸۸). عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی. فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی، ۱۲ (۴۷).

فرانکل، ویکتور (۱۹۷۵). فریاد ناشنیده برای معنا (روان درمانی و انسان گرایی). ترجمه: تبریزی، مصطفی و علوی نیا، علی (۱۳۸۸). تهران: انتشارات: درسا

فروع الدین، علی اکبر و صدرالسادات، سید جلال الدین (۱۳۸۱). بررسی رابطه بین خود پنداره و گرایش به اعتیاد در جوانان؛ طب و تزکیه، ۴۶، ۷۴-۶۶.

قراملکی، احد فرامرزی (۱۳۹۰). نظریه خودشناسی رازی در طب روحانی و جایگاه آن در نظام اخلاقی وی. نشریه انسان پژوهی دینی، ۱ (۲۵).

کاویانی، محمد (۱۳۸۸). طرح نظریه سبک زندگی بر اساس دیدگاه اسلام و ساخت آزمون سبک زندگی اسلامی و بررسی ویژگی های روان سنجی آن. رساله دکتری روانشناسی، دانشگاه اصفهان

کاویانی، محمد (۱۳۹۰). سبک زندگی اسلامی و ابزار سنجش آن. *روانشناسی و دین* ۴(۲)، ۲۷ تا ۴۴

کجباف، محمد باقر؛ سجادی پریناز؛ کاویانی، محمد و انوری، حسن (۱۳۹۰). رابطه سبک زندگی اسلامی با شادکامی و رضایت از زندگی دانشجویان شهر اصفهان. *مجله روانشناسی و دین* ۴(۴)، ۶۱-۷۴.

گال، مردیت؛ بورگ، والتر و گال، جوپس (۱۹۸۳) *روش های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی* (چاپ ششم). ترجمه: نصرافهانی (۱۳۹۲)، تهران: انتشارات سمت.

علی، محسن؛ عابدی، احمد و کجباف، محمد باقر (۱۳۹۱). ساخت و اعتباریابی پرسشنامه سبک زندگی (LSQ)؛ پژوهش های روانشناختی، ۱۵(۱).

مسترحمی، سید هدایت الله (۱۳۶۶). *علل الشرائع* (چاپ ششم). تهران: انتشارات کتاب فروشی مصطفوی.

محمدی، عیسی (۱۳۸۳). بررسی سبک زندگی بیماران قلبی و عروقی در چابهار و اراده برنامه آموزشی. *نشیریه دانشور*، ۱۳(۶۱)، ۴۹-۵۶

مشکی، مهدی؛ توکلی زاده، جهان شیر؛ بحری، نرجس (۱۳۸۹). *ارتباط باورهای کنترل سلامت و سبک زندگی در زنان باردار*. *مجله دانش و تندرستی* (ویژه نامه ششمین کنگره اپیدمیولوژی ایران). شماره ۵.

مصطفوی، حسن (۱۳۶۰). *مصباح الشریعہ* (چاپ اول). تهران: انتشارات انجمن اسلامی حکمت و فلسفه ایران.

مطهری، مرتضی (۱۳۶۷). *آشنایی با قرآن*. تهران: انتشارات صدرا.

مطهری، مرتضی (۱۳۶۹). *مسئله شناخت*. (جلد چهارم. تفسیر سوره نور) تهران: انتشارات صدرا.

معمدی، عبدالله (۱۳۹۱). *تحلیلی از نظریه های شخصیت و ارائه دیدگاهی متفاوت از شخصیت براساس متون اسلامی*.

منصوریان، مرتضی؛ قربانی، مصطفی؛ آسایش، حمید؛ پاشایی، طاهره؛ مقصودلو، درسا؛ حسینی، شیرزاد و نوروزی، مهدی (۱۳۸۹). ارتباط سبک زندگی و پر فشاری خون در جمعیت روستایی شهرستان گرگان در سال ۱۳۸۷. *مجله دانش و تندرستی*، ۵ (ویژه نامه ششمین کنگره اپیدمیولوژی ایران).

مهدوی کنی، محمدسعید (۱۳۸۷). مفهوم «سبک زندگی» و گستره آن در علوم اجتماعی. *فصلنامه تحقیقات فرهنگی*، ۱ (۱)، ۱۳۸۶، ص ۲۳۰ - ۱۹۹

نابدل، یونس (۱۳۸۴). *راهنمای پزشکی در درمان وابستگی به مواد افیونی*. تهران: انتشارات ارجمند.

نصرتی، شیما؛ ذوالفقاری، ابوالفضل. (۱۳۹۱). تأثیر میزان دینداری بر سبک زندگی جوانان تهرانی. نشریه پژوهش اجتماعی، ۵(۱۴).

نظری بولانی، گوهر (۱۳۹۱). بررسی مقایسه‌ای توانایی حل مسایل اجتماعی و مولفه‌های آن در زندانیان معتاد و غیرمعتاد. فصلنامه پژوهش‌های روانشناختی، ۷(۲۶).

نقیبی، فوزیه؛ گلمکانی ناهید؛ اسماعیلی، حبیب‌الله و محرری، فاطمه (۱۳۹۲). بررسی سبک زندگی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت روان در دختران نوجوان شهرستان مشهد. مجله مامایی و نازایی زنان ۱۶(۶۱): ۹-۱۹

هادی نژادی، حسن (۱۳۸۵). تحول یافتگی من و اختلال‌های شخصیت: مقایسه دوگروه زندانی و غیر زندانی. پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

Reference

- Ackerman, P. L., & Wolman, S. D. (2007). Determinants and validity of self-estimates of abilities and self-concept measures. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 13(2), 57.
- Adler, A. (1927). Individual psychology. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 22(2), 116.
- Adler, A. (1970). Superiority and social interest: A collection of later writings: Northwestern University Press.
- Adler, A., Ansbacher, R. R., & Ansbacher, H. L. (1958). *The Individual Psychology of Alfred Adler, a Systematic Presentation in Selections from His Writings*. Edited... by Heinz L. Ansbacher,... and Rowena R. Ansbacher: G. Allen and Unwin
- Agrawal, A. Lynskey, M. T., K. K Bucholz, Madden, P. A. F., & A. C Heath (2007). Correlates of cannabis initiation in a longitudinal sample of young women: The importance of peer influences. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 45(1), 31-44.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding the attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- American Psychological Association (2013). *Diagnostic criteria from DSM-IV*: Amer Psychiatric Pub Inc.
- Ansbacher, H. L. (1967). Life style: a historical and systematic review. *Journal of Individual Psychology*, 23(2), 191.
- Ansbacher, H. L. (1991). The concept of social interest. *Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research & Practice*.

- Ayar, A., Lotfi, Y., & Nooraee, E. (2012). The Effects of Social Factors on Committing Crimes: A Case Study of Darehshahr Prison, Iran. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 35, 70-82.
- Ball, S. A., Rounsaville, B. J., Tennen, H., & Kranzler, H. R. (2001). Reliability of personality disorder symptoms and personality traits in substance-dependent inpatients. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(2), 341.
- Bandura, A. (1985). Models of Causality in Social Learning Theory in M J mahoney and A Freeman (Eds). *Cognitive and Psychotherapy*: New York.
- Bandura, A. (2012). Information on self-efficacy. *Journal of Cognitive and Psychotherapy*.
- Benowitz, N. L., Herrera, B., & Jacob III, P. (2004). Mentholated cigarette smoking inhibits nicotine metabolism. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 310(3), 1208-1215.
- Biglan, A., Duncan, T. E., Ary, D. V., & Smolkowski, K. (1995). Peer and parental influences on adolescent tobacco use. *Journal of Behavioral Medicine*, 18, 315-330
- Blume, A. W. (2005). *Treating drug problems* (Vol. 1): John Wiley & Sons.
- Book, S. W., Thomas, S. E., Dempsey, J. P., Randall, P. K., & Randall, C. L. (2009). Social anxiety impacts willingness to participate in addiction treatment. *Addictive behaviors*, 34(5), 474-476.
- Botvin .J, G. (2000). preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors. *Addictive Behavior*, 25, 887-897
- Botvin, G. J., Griffin, K. W. (2004). Life Skills Training: Empirical Findings and Future Directions. *The Journal of Primary Prevention*, 25
- Bray, R.M. Marsden, M.E. (Eds.).(1999). Drug use in Metropolitan America. *SAGE pub*.
- Cadoret, R. (1986). *Epidemiology of antisocial personality. Unmasking the Psychopath: Antisocial Personality and Related Syndromes*, London: WW Norton.
- Cassel, E., & Bernstein, D. A. (2013). *Criminal behavior*. Psychology Press.
- Chappel, J. N., Veach, T. L., & Krug, R. S. (1985). The substance abuse attitude survey: an instrument for measuring attitudes. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 46(01), 48.
- Chen, G. (2006). Social support, spiritual program, and addiction recovery. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50(3), 306-323.
- Clarke, D. E., Narrow, W. E., Regier, D. A., Kuramoto, S. J., Kupfer, D. J., Kuhl, E. A., et al. (2013). DSM-5 Field Trials in the United States and Canada, part I: study design, sampling strategy, implementation, and analytic approaches. *American Journal of Psychiatry*, 170(1), 43-58.
- Cockerham, W., Hinote, B. P., Abbott, P., & Haerpfer, C. (2004). Health lifestyles in central Asia: the case of Kazakhstan and Kyrgyzstan. *Social Science & Medicine*, , 59,, 1409-1421.

- Curran, P. J., Stice, E., Chassin, L. (1997). The Relation between Adolescent Alcohol Use and Peer Alcohol Use: A Longitudinal Random Coefficients Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 65, 130-140. drinking. *British Journal of Addiction*, 82(4), 331-342.
- DSM-IV (2013). CAMH and St. Joseph's Health Centre, Toronto
- Edmondson, A. C., & McManus, S. E. (2007). Methodological fit in management field research. *Academy of management review*, 32(4), 1246-1264.
- Edwards, G., Arif, A., & Hodgson, R. (1982). NOMENCLATURE AND CLASSIFICATION OF DRUG-RELATED AND ALCOHOL-RELATED PROBLEMS-A SHORTENED VERSION OF A WHO MEMORANDUM. *British Journal of Addiction*, 77(1), 3-20.
- Epstien, J. A., G. J. Botvin, Diaz, T., Willams, C., K.G riffin, & (2000). Aggression, victimization, and problem behavior among inner-city minority adolescent. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 9, 51-66.
- Ersche, K. D., Turton, A. J., Chamberlain, S. R., Müller, U., Bullmore, E. T., & Robbins, T. W. (2012). Cognitive dysfunction and anxious-impulsive personality traits are endophenotypes for drug dependence. *American Journal of Psychiatry*, 169(9), 926-936.
- Ersche, K. D., Turton, A. J., Pradhan, S., Bullmore, E. T., & Robbins, T. W. (2010). Drug addiction endophenotypes: impulsive versus sensation-seeking personality traits. *Biological psychiatry*, 68(8), 770-773.
- Evans, D. E., MacQueen, D., Jentink, K. G., Park, J. Y., Lin, H. Y., & Drobos, D. J. (2014). CHRNA5 variants moderate the effect of nicotine deprivation on a neural index of cognitive control. *Genes, Brain and Behavior*.
- Eysenck, H. J. (2013). *Crime and Personality (Psychology Revivals)*. Routledge.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L., Gregori, D., ... & Galanti, M. R. (2010). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug and alcohol dependence*, 108(1), 56-64.
- Fishbein, M., & Aizen, I. (1975). *Belief, Attitude, International and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading : Addison-Wesley.
- Fleming, M. F., & Barry, K. L. (2000). *Addictive disorders*: Year Book Medical Pub.
- Fuchino, Y., Mizoue, T., Tokui, N., Ide, R., Fujino, Y., & Yoshimura, T. (2003). Health-related lifestyle and mental health among inhabitants of a city in Japan. *Japanese journal of public health*, 50(4), 303.
- Ghandour, L. A., Karam, E. G., & Maalouf, W. E. (2009). Lifetime alcohol use, abuse and dependence among university students in Lebanon: exploring the role of religiosity in different religious faiths. *Addiction*, 104(6), 940-948.
- Giddens, A., Duneier, M., & Appelbaum, R. P. (1996). *Introduction to sociology*. WW Norton.

- Glantz, Mayer. D. & Hartel. Christine. R. (2002). *Drug Abuse: Origins & Interventions*. Washington. D.C: American Psychological Association
- Glover, E. (2009). Common Problems in Psychoanalysis and Anthropology: Druge Ritual and Addiction . *British Journal of Medical Psychology*, 12(2), 109-131.
- Goethals, I., Soyez, V., Melnick, G., Leon, G. D., & Broekaert, E. (2011). Essential elements of treatment: a comparative study between European and American therapeutic communities for addiction. *Substance use & misuse*, 46(8), 1023-1031
- Goldstein, A. (1993). *Striking the Right Balance*. *SEARCHING FOR ALTERNATIVES*, 406, 398
- Gravett,S.(1999). Coping with prison, A guide to Practitioners on the realities of imprisonment. Cassell.
- Griffith, J., & Steptoe, A. (2000). Prison. *discovery.ucl.ac.uk*
- Hart, K. E., & Singh, T. (2009). An existential model of flourishing subsequent to treatment for addiction: The importance of living a meaningful and spiritual life. *Illness, Crisis, & Loss*, 17(2), 125-147.
- Hawkins, J. D., & Weis, J. G. (1985). The social development model: An integrated approach to delinquency prevention. *The Journal of Primary Prevention*, 6(2), 73-97.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological bulletin*, 112(1), 64.
- Hersen, M., & Hasselt, V. (2001). *Advanced Abnormal Psychology*. kluwer Academic/ Plenum Publishers
- Hollin, C. R. (2013). *Psychology and crime: An introduction to criminological psychology*. Routledge.
- Hui, A., Back, L., Ludwig, S., Gardiner, P., Sevenhuysen, G., Dean, H., et al. (2012). Lifestyle intervention on diet and exercise reduced excessive gestational weight gain in pregnant women under a randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(1), 70-77.
- Jackson, K. M., & Sher, K. J. (2003). Alcohol use disorders and psychological distress: A prospective state-trait analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 599–613.
- James, R. K., Gilliland, B. E., & James, L. (2012). *Crisis intervention strategies*: Brooks/Cole Publishing Company.
- Jansson, L., Di Pietro, J., Elko, A., Williams, E., Milio, L., & Velez, M. (2012). Pregnancies exposed to methadone, methadone and other illicit substances, and poly-drugs without methadone: A comparison of fetal neurobehaviors and infant outcomes. *Drug and alcohol dependence*, 122(3), 213-219.

- Jessor, R. (2006). Problem behavior theory, psychosocial development, and adolescent problem
- Kadden, R. M., & Litt, M. D. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive behaviors*, 36(12), 1120-1126.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2007). *Pocket handbook of primary care psychiatry*: Williams & Wilkins.
- Khalsa, S. B. S., Khalsa, G. S., Khalsa, H. K., & Khalsa, M. K. (2008). Evaluation of a residential Kundalini yoga lifestyle pilot program for addiction in India. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 7(1), 67-79.
- Kothari, D., Gourevitch, M. N., Lee, J. D., Grossman, E., Truncali, A., Ark, T. K., et al. (2011). Undergraduate medical education in substance abuse: a review of the quality of the literature. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 86(1), 98.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological bulletin*, 136(5), 768.
- Kring, A., Johnson, S., Davison, G. C., & Neale, J. M. (2010). *Abnormal psychology*: Wiley.
- Leigh, J., Bowen, S., & Marlatt, G. A. (2005). Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addictive Behaviors*, 30(7), 1335-1341.
- Madowall, W., Gibson, L. J., Tanton, C., Mercer, C. H., Lewis, R., Clifton, S., et al. (2013). Lifetime prevalence, associated factors, and circumstances of non-volitional sex in women and men in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *The Lancet*, 382(9907), 1845-1855.
- Madadi, A., & Nogani, F. (2004). *The textbook of Addiction and substance abuse*, Tehran: Jameanegar
- Manghi, R. A., Broers, B., Khan, R., Benguettat, D., Khazaal, Y., & Zullino, D. F. (2009). Khat use: lifestyle or addiction? *Journal of Psychoactive Drugs*, 41(1), 1-10.
- Meijer, K. A., Russo, R. R., & Adhvaryu, D. V. (2014). Smoking synthetic marijuana leads to self-mutilation requiring bilateral amputations. *Orthopedics*, 37(4), e391-394.
- Miller, N. S., & Miller, N. S. (1997). *The principles and practice of addictions in psychiatry*: Saunders.
- Monahan, F. D. (2007). Phipps' medical-surgical nursing: health and illness perspectives: *Elsevier Mosby*.
- Morris, D. N., Johnson, A., Losier, A., Pierce, M., & Sridhar, V. (2013). Spirituality and Substance Abuse Recovery. *Occupational Therapy in Mental Health*, 29(1), 78-84.
- Nazrul Islam, S., Hossain, K. J., Ahmed, A., & Ahsan, M. (2002). Nutritional status of drug addicts undergoing detoxification: prevalence of malnutrition and influence of illicit drugs and lifestyle. *British Journal of Nutrition*, 88(05), 507-513.

- Ornish, D., Brown, S. E., Billings, J., Scherwitz, L., Armstrong, W., Ports, T., et al. (1990). Can lifestyle changes reverse coronary heart disease?: The Lifestyle Heart Trial. *The Lancet*, 336(8708), 129-133.
- Pajares, F., & Urdan, T. C. (Eds.). (2006). *Self-efficacy beliefs of adolescents*. IAP.
- Pargament, K. I. (2011). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*: Guilford Press.
- Parlee, M. B. (1983). Menstrual rhythms in sensory processes :A review of fluctuations in vision, olfaction, audition, test and touch. *Psychological bulletin*, 93, 539-548.
- Pertaitis, J. C., Flay, K., Brain, & Miller, T. (1995). Reviewing of Theories of Adolescent Substance Abuse . *Psychological Bulltein*, 117.
- Phelan, M., Stradins, L., & Morrison, S. (2001). Physical health of people with severe mental illness. *BMj*, 322(7284), 443-444.
- Plasker, E. (2007). *The 100 Year Lifestyle: Dr. Plasker's Breakthrough Solution for Living Your Best Life-Every Day of Your Life!*. Adams Media.
- Rado, S. (1957). NARCOTIC BONDAGE A General Theory of the Dependence on Narcotic Drugs. *American Journal of Psychiatry*, 114(2), 165-170.
- Ravndal, & Vaglum. (2002). Psychopathology, Treatment Completion and 5 Years Outcome A Prospective Study of Drug Abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(2), 135-142.
- Reed, E., Amaro, H., Matsumoto, A., & Kaysen, D. (2009). The relation between interpersonal violence and substance use among a sample of university students: Examination of the role of victim and perpetrator substance use. *Addictive behaviors*, 34(3), 316-318
- Rejeski, W. J., Mihalko, S. L., Ambrosius, W. T., Bearon, L. B., & McClelland, J. W. (2011). Weight loss and self-regulatory eating efficacy in older adults: the cooperative lifestyle intervention program. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66(3), 279-286.
- Richards, P. S., Hardman, R. K., & Berrett, M. E. (2007). *Spiritual approaches in the treatment of women with eating disorders*: American Psychological Association.
- Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Xing , Y. (2007). Comorbidity of substance use disorders and other psychiatric disorders among adolescents. Evidence from an epidemiologic survey, *Drug and Alcohol Dependence* , 88,1 , S4-S13.
- Rohrer, J. E., Pierce Jr, R., & Blackburn, C. (2005). Lifestyle and mental health. *Preventive medicine*, 40(4), 438-443.
- Rosenberg, S. D., Drake, R. E., Wolford, G. L., Mueser, K. T., Oxman, T. E., Vidaver, R. M., ... & Luckoor, R. (1998). Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument (DALI): a substance use disorder screen for people with severe mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 155(2), 232-238.

- Rosenhan, D. L., & Seligman, M. E. (1995). *Abnormal psychology*: WW Norton & Co.7
- Royster, L. H., Royster, J. D., & Thomas, W. G. (1980). Representative hearing levels by race and sex in North Carolina industry. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 68(2), 551-566.
- Rye, M., & Pargament, K. (2003). Coping with divorce: A journey toward forgiveness. *Unpublished manual, University of Dayton, OH*.
- Saatcioglu, O., & Erim, R. (2009). Aggression among Male Alcohol-Dependent Inpatients who Smoke Cigarettes. *The Journal of Psychology*, 143, 6,615.
- Schwartz, C., Meisenhelder, J. B., Ma, Y., & Reed, G. (2003). Altruistic social interest behaviors are associated with better mental health. *Psychosomatic Medicine*, 65(5), 778-785.
- Shoal, G. D., & Giancola, P. R. (2003). Negative affectivity and drug use in adolescent boys: Moderating and mediating mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 221–233.
- Shyangwa, P. M., Joshi, D., & Lal, R. (2007). Alcohols and other substance use/abuse among junior doctors and medical students in a teaching institute. *Journal of Nepal Medical Association*, 46(167).
- Simons-Morton, B. G., & Farhat, T. (2010). Recent findings on peer group influences on adolescent smoking. *The journal of primary prevention*, 31(4), 191-208.
- Sinha, R. (2001). How does stress increase risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology*, 158(4), 343-359.
- Skinner DC.(2005). A modified therapeutic community for homeless persons with co-occurring disorders of substance abuse and mental illness in a shelter: an outcome study. *Subst Use Misuse*. 40(4): 483-97.
- Smith, P. H., Homish, G. G., Giovino, G. A., & Kozlowski, L. T. (2014). Cigarette smoking and mental illness: a study of nicotine withdrawal. *American journal of public health*, 104(2), e127-e133.
- Sofuoglu, M., DeVito, E. E., Waters, A. J., & Carroll, K. M. (2013). Cognitive enhancement as a treatment for drug addictions. *Neuropharmacology*, 64, 452-463.
- Stein, T. H. (2003). *Training Classical adlerian couple therapy*. Retrieved 2004 from our world
- Storey, M. L., Forshee, R. A., Weaver, A. R., & Sansalone, W. R. (2003). Demographic and lifestyle factors associated with body mass index among children and adolescents. *International journal of food sciences and nutrition*, 54(6), 491-503.
- Suprina, J., & Lingle, J. (2008). Overcoming Societal Discouragement: Gay Recovering Alcoholics' Perceptions of the Adlerian Life Tasks. *Journal of Individual Psychology*, 64(2), 193.
- Thun, M., Peto, R., Boreham, J., & Lopez, A. D. (2012). Stages of the cigarette epidemic on entering its second century. *Tobacco control*, 21(2), 96-101.

UNODC (2013). Available at [Http: // www. UNODC.ir](http://www.unodc.ir).

van den Brandt, P. A. (2011). The impact of a Mediterranean diet and healthy lifestyle on premature

Wallace Jr, J. M., & Bachman, J. G. (1991). Explaining racial/ethnic differences in adolescent drug use: the impact of background and lifestyle. *Soc. Probs.*, 38, 333.

Weiss, R. D., Mirin, S. M., & Frances, R. J. (1992). The myth of the typical dual diagnosis patient. *Hospital and Community Psychiatry*, 43(2), 107-108.

Wiiium, N., Torsheim, T., & B Wold (2006). Normative processes and adolescents' smoking behaviour in Norway. A multilevel analysis. *Social Science & Medicine*, 62, 1810-1818.

Wills, T. A., & Stool miller, M. (2002). The role of self-control in early escalation of substance use: A time-varying analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 986-997.

Witkiewitz, K., Bowen, S., & Donovan, D. M. (2011). Moderating effects of a craving intervention on the relation between negative mood and heavy drinking following treatment for alcohol dependence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(1), 54.

Wolitzky-Taylor, K., Bobova, L., Zinbarg, R. E., Mineka, S., & Craske, M. G. (2012). Longitudinal investigation of the impact of anxiety and mood disorders in adolescence on subsequent substance use disorder onset and vice versa. *Addictive behaviors*, 37(8), 982-985.

World Health Organization. (2004). *World health statistics 2004*: World Health Organization.

World Health Organization. (2010). *World health statistics 2010*: World Health Organization.

Wortley, R., & Mazerolle, L. (Eds.). (2013). *Environmental criminology and crime analysis*. Willan.

Wright, D. R., & Fitzpatrick, K. M. (2004). Psychosocial correlates of substance use behaviors among African American youth. *Adolescence*, 39(156), 653-667.

Yu, S., Clemens, R., Yang, H., Li, X., Stanton, B., Deveaux, L., et al. (2006). Youth and parental perceptions of parental monitoring and parent-adolescent communication, youth depression, and youth risk behaviors. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 34(10), 1297-1310.

Zarkin, G. A., Cowell, A. J., Hicks, K. A., Mills, M. J., Belenko, S., Dunlap, L. J., et al. (2012). Benefits and costs of substance abuse treatment programs for state prison inmates: Results from a lifetime simulation model. *Health economics*, 21(6), 633-652.

پیوست‌ها:

به نام خدا

پرسشنامه سبک زندگی (LSQ)

برادر/خواهر گرامی، بامطالعه دقیق هر جمله، گزینه مناسب حال خود را در پاسخنامه علامت بزنیید شرکت در این آزمون، علاوه بر یک خودشناسی ویژه، مساعدت در پیشبرد پژوهش‌های فرهنگی و علمی کشور است. قبل از شروع به چند نکته توجه فرمایید: ۱. مشخصات فردی را ننویسید ۲. هیچ جمله‌ای را بدون پاسخ نگذارید و تنها یک پاسخ صحیح را انتخاب کنید که مطابق رفتارها و تصمیم کنونی شماست، نه گزینه‌ای را که مطابق ایدئال‌های شما است.

جنس: مرد زن وضعیت اشتغال: شاغل بیکار سن....

وضعیت تأهل..... مجرد متأهل

ردیف	سؤال	همیشه	معمولاً	گاهی اوقات	هرگز
	سعی می‌کنم بدنم را سالم و تندرست نگه‌دارم				
	مراقب سلامتی‌ام هستم				
	برای معاینات پزشکی به پزشک مراجعه می‌کنم				
	قادر به استراحت و ایجاد آرامش هستم				
	فاقد بیماری‌های مزمن یا معلولیت جسمی هستم				
	هر شب حداقل ۷ تا ۸ ساعت می‌خوابم و سرحال بیدار می‌شوم				
	بیشتر مواقع به علت بیماری از محل کار غیبت می‌کنم				
	از نظر سلامتی جسمانی تقریباً هم‌سطح افراد هم سن خود هستم				
	مقاومت بدنی خوبی دارم				
۰	در هفته حداقل چندین بار نرمش و تقویت عضلانی انجام می‌دهم				
۱	حداقل ۳۰ دقیقه در روز و یک‌بار در هفته ورزش‌های پرنشاط مانند پیاده‌روی، بدن‌سازی، و به ایروبیک می‌پردازم				
۲	انرژی لازم جهت گذراندن یک روز را بدون احساس خستگی دارم				
۳	روزانه حداقل ۳۰ دقیقه به فعالیت‌های جسمی پرنشاط می‌پردازم				
۴	اکثر اوقات فراغت خود را صرف ورزش یا انجام فعالیت‌های بدنی مانند دوچرخه‌سواری، پیاده‌روی، شنا و ورزش‌های دیگر می‌نمایم				
۵	احساس تندرستی می‌نمایم				

				از مصرف بی‌رویه نمک و شکر خودداری می‌کنم	۶
				روزانه ۵ بار بیشتر از میوه‌ها و سبزی‌ها استفاده می‌کنم	۷
				برنامه غذایی متعادلی دارم	۸
				روزانه چندین نوبت از غذاهای حاوی فیبر استفاده می‌کنم	۹
				وزن خود را همیشه در حد مطلوبی نگه می‌دارم	۰۱
				از مصرف بی‌رویه غذاهایی مانند جگر، تخم‌مرغ و گوشت قرمز که منجر به افزایش کلسترول خونمی شود خود داری می‌کنم	۱
				از پرداختن به روابط جنسی نامشروع و خطرناک اجتناب می‌کنم	۲
				واکسیناسیون‌ها را به‌موقع انجام می‌دهم	۳
				بعد از دستشویی دست‌هایم را با آب و صابون می‌شورم	۴
				از قرار گرفتن بیش‌ازحد در معرض نور خورشید خودداری می‌کنم	۵
				فشار و چربی خون خود را به‌صورت منظم کنترل می‌کنم	۶
				زندگی فعالی دارم	۷
				از نظر سلامت جسمانی تقریباً هم‌سطح افراد هم سن خود هستم	۸
				به آینده امیدوار هستم احساسات و افکار مثبت دارم قادر به بیان احساسات هستم	۹
				در مجموع خودم را دوست دارم	۰
				از چالش و تغییر در زندگی لذت می‌برم	۱
				قادر به مهار و کنترل استرس زندگی‌ام هستم	۲
				از هنر (نقاشی، مجسمه‌سازی، موسیقی، خط و ...) لذت می‌برم	۳
				دوستان صمیمی دارم	۴
				توانایی ابراز و عشق و دوستی نسبت به دیگران را دارم	۵
				احساسات دیگران برای من قابل احترام هست	۶
				قادر به گسترش روابط خوش‌بینانه با دیگران هستم	

					۷
				احساسات و افکار مثبت دارم	۸
				از مصرف خودسرانه و بی‌رویه دارو پرهیز می‌نمایم	۹
				سیگار نمی‌کشم	۰
				از مصرف مواد مخدر اجتناب می‌کنم	۱
				از مصرف مواد مخدر و خطرآفرین اجتناب می‌کنم	۲
				از معاشرت با افراد معتاد و الکلی اجتناب می‌نمایم	۳
				از نوشیدن الکل اجتناب می‌نمایم	۴
				هنگام رانندگی از قوانین و رانندگی تبعیت می‌کنم	۵
				مواد شوینده و اسیدی خطرناک را در جای مطمئن نگهداری می‌کنم	۶
				هنگام رانندگی از کمربند ایمنی استفاده می‌کنم	۷
				هنگام رانندگی کودکان را در صندلی عقب و مجهز به کمربند ایمنی قرار می‌دهم	۸
				هنگام استفاده از دوچرخه و موتورسیکلت از کلاه ایمنی استفاده می‌کنم	۹
				از کیفیت و سالم بودن آبی که مصرف می‌کنم آگاه هستم	۰
				میوه و سبزی را قبل از مصرف می‌شویم	۱
				در مصرف انرژی (برق و گاز) و آب صرفه‌جویی می‌کنم	۲
				قوطی‌های آلومینیومی، شیشه‌ها و کاغذها را بازیافت می‌کنم	۳
				علاقه‌مند به مسائل محیط‌زیست (مانند تخریب لایه اوزون و... جنگل‌ها هستم)	۴

پرسشنامه سبک زندگی اسلامی

مطابق ایدئال‌های شما است ۳. خوب دقت کنید، ظاهر سوالات شمارا فریب ندهد ۴. به مفهوم گزینه‌های پاسخ‌نامه دقت کنید (عدد صفر در گزینه اول و عدد صد هم در گزینه چهارم حضور دارند). خیلی کم (۰ تا ۲۵٪)، کم (۲۶٪ تا ۵۵٪)، زیاد (۵۱٪ تا ۷۵٪) خیلی زیاد (۷۶٪ تا ۱۰۰٪)

تاریخ تولد..... جنس.....مرد زن وضعیت تأهل..... مجرد متأهل متاهل چند سال تحصیلات دانشگاهی دارید؟:.....رشته تحصیلی:..... چند سال تحصیلات علوم دینی دارید؟:.....

وضعیت اشتغال.....شاغل بیکار

سؤال	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد
۱ بدون اینکه مایل باشم، گاهی گرفتار مکروهات اقتصادی می‌شوم (بخل، حرص، دل‌بستگی به مال و ...)				
۲ نسبت به رواج زشتی‌ها در جامعه اسلامی بی‌تأثیر شده‌ام				
۳ برای حفظ روابط سالم در خانواده و در میان خویشان و دوستان نزدیکم تلاش می‌کنم				
۲ ساعات روز را کار می‌کنم				
۳ در انجام تکالیف واجب، سود و زیان دنیوی را محاسبه می‌کنم				
۴ چون قوانین اقتصادی اسلام (مثل خمس، اجاره، وام بیمه، قرعه‌کشی و ...) را بلد نیستم، ممکن است غیر اسلامی عمل کنم				
۵ زندگی‌ام بر اساس عقل و فکر است				
۶ به والدین خود نیکی می‌کنم				
۷ حقوق اجتماعی اسلام را در حد نیاز بلدم (استاد و شاگرد، خویشان همکاران، پزشک، بیمار و ..)				
۸ سعادت‌مندی خود را در آسایش و راحتی می‌جویم				
۹ برای اوقاتم برنامه دارم و بنا آن عمل می‌کنم				
۰ بدون اینکه خواسته باشم اسیر امتیازات طبقاتی شده‌ام				
۱ از تقدیراتی که خداوند تاکنون برایم قرار داده است ناخشنود هستم				

ردیف	سؤال	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد
۱	در عین خوش‌بینی و خیرخواهی در کارها دقیق و تیزبین هستم				
	در عمل، امر به معروف و نهی از منکر برایم دشوار است				
	متأسفانه گاهی گرفتار گناهان زبانی (غیبت، تمسخر، منت‌گذاری و ...) می‌شوم				
	برخلاف میل خودم، در جایی که از مؤمنان غیبت شود آن‌ها را همراهی می‌کنم				
	در دادوستدها بیشتر به حق خود می‌اندیشم تا حق طرف مقابل				
	باور به منجی موعود در زندگی عملی‌ام بی‌تأثیر است				
	گاهی مجبور می‌شوم به خاطر نیاز مادی، عزت‌نفسم را زیر پا بگذارم				
	مقید هستم که با دست‌های تمیز غذا بخورم				
ردیف	سؤال	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد
۲	در مبارزه با دشمن در جایی قرار می‌گیرم که بیشتر مفید باشم				
۳	خواسته‌های شخصی و خدایی من ناهماهنگ است				
۴	زیردستانم را بر اساس روش‌های تربیتی اسلام پرورش می‌دهم				
۵	اطرافیان و بستگان خود را به توحید و نماز و ..دعوت می‌کنم				
۶	از نظر مشورتی دیگران استفاده می‌کنم				
۷	به هنگام رفتن به مسجد ظاهرم را آماده می‌سازم				
۸	در صورت نیاز برای اجرای دستورات خدا، آمادگی دارم که محل زندگی را عوض کنم				
۹	پدر و مادرم متحد و همراز دینی من هستند، اگر چه کافر باشند				
۰	به‌رغم میل باطنی خودم، گاه تسلیم وسوسه‌های شیطان می‌شوم				
۱	نسبت به حقوق دیگر اعضای خانواده، بر اساس قوانین اسلام عمل می‌کنم				

				زیارت اماکن مقدس را بی فایده می دانم	۲
				بدون برنامه، وقت زیادی را صرف تلویزیون، بازی و تفریح می کنم	۳
				تشکر از خدا را با ذکر کردن و استفاده درست از نعمت هایش به جا می آورم	۴
				نسبت به اصلاح خود از بدی ها کم همت هستم	۵
				به خودی خود از ثروت خوشم می آید و برای آن ارزش قائل هستم	۶
خیلی زیاد	زیاد	کم	خیلی کم	سؤال	ردیف
				از قرآن و گفتار و رفتار پیامبر (ص) و اهل بیت او (ع) می آموزم که چگونه زندگی کنم	۷
				از رفتار بد، از هر کسی سر بزند (دوست یا خویشاوند یا دیگران) ناراحت می شوم	۸
				در امر ازدواج به قوانین دینی پایبند هستم	۰
				قرآن و حدیث حفظ می کنم	۱
				چندان به حکومت دینی باوری ندارم	۲
				شهید شدن در راه خدا را دوست دارم	۳
				هر چند پرخوری را خوب نمی دانم، ولی گاه به آن مبتلا می شوم	۴
				توجه کردن به پایان پذیری و محدودیت عمر را غیر لازم می دانم	۵
				تلاش می کنم نمازهای واجب خود را با جماعت بخوانم	۶
				برای کسب تحصیلات مناسب برای خود و خانواده ام تلاش می کنم	۷

			برخلاف میل خودم گاهی به دیگران آزار می‌رسانم	۸
			غذا خوردن را باید با یاد خدا آغاز کنم و پس از آن خدا را شکر کنم	۹
			مدتی از شب را به عبادت می‌پردازم	۰
			ثروتمند و فقیر را در حرمت انسانی متفاوت می‌دانم	۱
			در صورت پاکیزه و سالم بودن غذا، نسبت به حلال بودن یا بودن آن حساسیت ندارم	۲
			اگر بتوانم حج انجام می‌دهم	۳
			موقعی پیش می‌آید که گرسنه نیستم و غذا می‌خورم	۴
			متأسفانه گاهی گرفتار گناهان زبانی (غیبت، تمسخر، من‌ها گذاری و ...) می‌شوم	۵
			درباره موضوعاتی چون هدف آفرینش، دنیا و آخرت، انسان، مرگ، پیشینیان و قیامت می‌اندیشم	۶
			از راه حلال برای برطرف کردن نیازهای مادی خود و خانواده اقدام می‌کنم	۷
			به هنگام هیجانات شدید مثل خشم، شادی زیاد و ... کنترل خود را از دست می‌دهم	۸
			در امور زندگی، توکل به خدا را کارساز نمی‌دانم	۹
			دوست دارم مراسم کفن و دفن و خاک‌سپاری‌ام طبق احکام اسلام باشد	۱۰
			نسبت به امور اجتماعی مانند انتخابات، تظاهرات و ... غیرفعال هستم	۱۱
			نسبت به امور اجتماعی مانند: انتخابات،	

				تظاهرات و ... غیرفعال هستم	۱۲
				در کارها بیشتر به دنبال گزینه آسان هستم نه گزینه صحیح‌تر	۱۳
				بیشتر با ثروتمندان ارتباط برقرار می‌کنم تا با تنگ‌دستان	۱۴
				هم‌رنگی با جماعت آن‌قدر برایم مهم است که در تصمیمات کاملاً غلط هم گاهی هم‌رنگ جماعت می‌شوم	۱۵
				با مخالفان دین همراه نمی‌شوم	۱۶
خیلی زیاد	زیاد	کم	خیلی کم	سؤال	ردیف
				کاری را که به عهده می‌گیرم کاملاً دقیق انجام می‌دهم	۶
				شکست‌ها، من را در زندگی ناامید می‌کنند	۷
				نسبت به همسر خود، بر اساس ضوابط و قوانین اسلام عمل می‌کنم	۸
				متأسفانه گاهی دروغ می‌گویم	۹
				برای امرارمعاش خود و خانواده‌ام تلاش می‌کنم	۰
				در صورت لزوم در جهاد مالی شرکت می‌کنم	۱
				دوست دارم سحرخیز باشم ولی موفق نمی‌شوم	۲
				از تشویق خدمتگزاران و تنبیه خیانت‌کاران خوشحال می‌شوم	۳۳
				برای انجام صله ارحام موفق نمی‌شوم	۴

				نسبت به آشنایانم که باهم اختلاف دارند یا قهر هستند بی تفاوتم	۵
				دغدغه‌های دنیایی تمام فکر مرا اشغال می‌کنند	۶
				معمول در نماز جمعه شرکت می‌کنم	۷
				از لذت‌های حلال در حد اعتدال استفاده می‌کنم	۸
				کعبه و در مرتبه بعد، مسجدالاقصی را احترام می‌گذارم	۹

مصاحبه‌های مربوط به سبک زندگی آدلری

سلامت معنوی

- ۱- آیا به جود خداوند اعتقاد دارید؟
- ۲- آیا معتقدید که جهان دیگری به غیر از این جهان وجود دارد؟
- ۳- در زندگی تا چه اندازه احساس تقدس می‌کنید؟
- ۴- زندگی تان تا چه اندازه دارای هدف است؟
- ۵- تا چه اندازه خود را به خداوند نزدیک می‌دانید؟

سلامت روانشناختی

- ۱- برایتان آسان است که با محیط‌های جدید سازگار شوید؟
- ۲- تا چه اندازه مسئولیت پذیر هستید؟
- ۳- چه دیدی به دنیا و آدم‌ها دارید؟ خوش بینم هستید یا بدبین؟

۴- آیا در کارها با دیگران و متخصصان مشورت می کنید؟

۵- می توانید به راحتی در کارهایتان تصمیم بگیرید؟

سلامت محیطی:

۱- در محیط بیرون چه احساسی دارید؟

۲- تا چه اندازه دوست دارید در محیط اجتماعی باشید؟ آیا بودن در این محیط برایتان لذت بخش است یا نگران کننده؟ توضیح دهید؟

۳- چقدر به سلامت محیط زیست و پاکی آن اهمیت می دهید؟

۴- تا حالا شده که به زیبایی های طبیعت فکر کنید؟ چه احساسی داشتید؟

سلامت اجتماعی:

۱- روابطتان با دیگران و دوستانتان تا چه حد است؟

۲- آیا در گروه خاصی عضویت داشته اید یا دارید؟

۳- آیا از زندگی خود احساس رضایت می کنید؟

۴- آیا در کارهی خود احساس نشاط و سرزندگی دارید؟

اجتناب از داروهای اعتیادآور و مواد مخدر

۱- نسبت به مواد مخدر چه نگرشی دارید

۲- وقتی که مواد مخدر می بینید چه واکنشی نشان می دهید؟

۳- وقتی که با پیشنهاد دوستان و آشنایان برای مصرف مواد مواجه می شوید چه واکنشی دارید؟

مصاحبه های مربوط به سبک زندگی اسلامی:

اعتقاد به دین

- ۱- آیا فرد دین داری هستید؟ توضیح دهید
- ۲- دستورات دینی را تا چه حد در زندگی خود اعمال می کنید؟
- ۳- آیا خداوند را ناظر بر اعمال خود می دانید؟
- ۴- فرایض دینی را تا چه اندازه به جا می آورید؟
- ۵- دین چگونه می تواند در برخورد با مشکلات یاری رسان باشد؟

نوع دوستی:

- ۱- چقدر به روابط اجتماعی خود اهمیت می دهید؟ اصلاً روابط اجتماعی دارید؟
- ۲- تا حالا شده که برای همنوعان خود احساس دلسوزی کنید؟
- ۳- تا چه اندازه صلح را به جا می آورید؟
- ۴- نظرتان درباره ابن بیت شعر چیست؟ (بنی آدم اعضای یکدیگرند که در آفرینش ز یک گوهرند)

همت:

- ۱- وقتی با مشکلی روبه رو می شوید، تا چه اندازه برای حل آن تلاش می کنید؟
- ۲- چه اندازه به فکر اصلاح امور هستید؟
- ۳- برای آینده خود و خانوادگی تان برنامه ای دارید؟
- ۴- آینده کشورتان تا چه اندازه برایتان مهم است؟

لذت طلبی و سعادت خواهی:

- ۱- ناخواسته های غیرمنطقی خود چگونه برخورد می کنید؟
- ۲- تا چه اندازه منافع دیگران و جامعه برایتان اهمیت دارد؟

- ۳- در انجام کارها، تنها لذات مادی برایتان مهم است یا به فکر آن دنیا هم هستید؟
- ۴- در کارها مصلحت دیگران و جامعه را هم در نظر می‌گیرد یا فقط به فکر منافع خود هستید؟

سلامت خانوادگی:

۱- روابط خانوادگی‌تان تا چه اندازه به مبانی اسلامی نزدیک است؟

۲- آیا پدر و مادر شما باهم زندگی می‌کنند؟

۳- در خانواده‌تان کسی هست که مواد مخدر مصرف کند؟

۴- روابطتان با والدینتان چگونه است؟

۵- آیا مسائل مهم در خانواده به مشورت گذاشته می‌شود؟

Abstract

This study intended to investigate the the life-style of addicted and non-addicted youth in the Prisons of Alborz Province, Iran. A mixed method was used, thus both qualitative and quantitative methods were applied for data collection. For the quantitative section ISL and LSQ were used to collect data from two groups (namely addicted prisoners and non-addicted prisoners,) and for the qualitative section semi-structured interviews were used for data collection. For the quantitative section MANOVA and t test were applied for data analysis; and for the qualitative section data were analyzed using ground theory. Quantitative results indicated that there is a significant difference between the life-style of addicted and non-addicted prisoner youth ($P \leq 0.05$). The qualitative results also showed a significant difference between the life-style and Islamic life-style of these groups. The results can be applied for training healthy life-style without dangerous behaviors among youth.

Keywords: Addiction, life-style, Islamic life-style, youth, prison.