

مسمومیت دارویی عمدی به مثابه خودکشی:

زمینه‌ها و پیامدهای اجتماعی^۱

ستار پروین^۲، ابراهیم اخلاصی^۳، سید مهرداد نظری آدریانی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۱۰

چکیده

مطالعه حاضر باهدف بررسی زمینه‌ها و پیامدهای اجتماعی مسمومیت‌های دارویی عمدی در بین جوانان شهر پاکدشت انجام‌گرفته است. روش تحقیق کیفی و تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با روش داده‌بنیاد (اشتراوس و کوربین) انجام گرفت. نمونه‌گیری مبتنی بر نمونه‌گیری هدفمند و نظری است. فرایند اشباع نظری با مصاحبه عمیق با ۲۷ نفر از جوانان با تجربه مسمومیت دارویی عمدی مراجعه‌کننده به بیمارستان شهدای پاکدشت انجام شده است. براساس یافته‌های پژوهش، پدیده محوری «ضعف هویت اثرگذار» است که ناشی از «حس رها و دگی، ضعف مرجعیت اجتماعی و حس فرودستی اجتماعی» است. زمینه‌های اجتماعی پدیدآورنده این پدیده محوری در دو بعد، کلان و بین فردی، استخراج شده است. در بعد کلان، این زمینه‌ها عبارت‌اند از: «ضعف در انسجام‌بخشی زمانی، فقر نسلی، پس‌زدگی اجتماعی». در سطح بین فردی، زمینه‌های اجتماعی شامل «کشش‌های گروهی، میل جنسی تحقیق‌نیافته، مرزهای خانوادگی ناپایدار و روابط نارس» هستند. برای پیامدهای اجتماعی، ۱۹ مفهوم پایه استخراج شد که درنهایت، در قالب سه مقوله اصلی «تفکر انتقामी و جبرانی»، «گسست در سلامت اجتماعی» و «انگ و داغ اعتبار اجتماعی» سازمان‌دهی شدند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که جوانان پاکدشت در ساخت اجتماعی موجود انسجام و انطباق لازم را کسب نمی‌کنند. این وضعیت ابتدا «یافتن معنا در جامعه، دوم حس داشتن یک تجربه مشترک با دیگران، سوم کارآمدی اجتماعی و عاملیت و درنهایت، حمایت اجتماعی» آنها را مختل ساخته است.

واژگان کلیدی: جوانان، خودکشی، هویت اثرگذار، پاکدشت، مسمومیت دارویی عمدی.

۱. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد با عنوان بررسی زمینه‌ها و پیامدهای اجتماعی مسمومیت دارویی رشته مددکاری اجتماعی در دانشگاه علامه طباطبائی است.

۲. دانشیار دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی؛ پست الکترونیکی: sparvin1359@gmail.com

۳. استادیار دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی؛ پست الکترونیکی: eb.ekhlasi@gmail.com

۴. کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی نویسنده مسئول؛ پست الکترونیکی:

nazari.mehrdad1372@gmail.com

مقدمه و بیان مسئله

مسمومیت را می‌توان به عوارض نامطلوبی اطلاق کرد که از مصرف عامدانه و سوء داروها ناشی می‌شود (پروسر^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). مسمومیت دارویی عمدی استفاده بیش‌ازحد مجاز هر دارو یا ماده‌ای است که می‌تواند باعث اختلال مطلوب در بدن و دستگاه گوارشی بشود. در مسمومیت عمدی، شخص به‌صورت عامدانه در مصرف دارویی خاص زیاده‌روی می‌کند و با مصرف بیش‌ازحد دستگاه گوارش و خون خود را آلوده به سم می‌کند که در بسیاری از موارد اگر با رسیدگی سریع همراه نباشد، منجر به مرگ می‌شود. این نوع مسمومیت «خودکشی» تلقی می‌شود. اقدام به خودکشی با داروها و سموم شایع‌ترین راه رایج در دنیا در خودکشی است (لیو و زهو^۲، ۲۰۰۹: ۲). لزوم توجه به موارد اقدام به خودکشی ناشی از مسمومیت‌ها، از جمله مسمومیت دارویی به‌این‌خاطر است که نسبت به سایر روش‌های اقدام به خودکشی، شیوع بالاتری دارد. مسمومیت دارویی یکی از مشکلات اصلی سیستم بهداشتی درمانی در بسیاری از کشورها محسوب می‌شود. پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰ خودکشی ناشی از این نوع مسمومیت‌ها، دهمین علت شایع مرگ در جهان باشد» (کوشانفر، ۲۰۰۶: ۲۳).

این امر در بین کشورهای جهان سوم و در حال رشد، از جمله کشور ایران، وضعیت بغرنج‌تری دارد. طی آخرین مطالعات، با توجه به جوان بودن میانگین جمعیتی ایران، مسمومیت در گروه‌های نوجوان، تا ۲۲ درصد بیماران مراجعه‌کننده را در بخش‌های مسمومین به خود اختصاص داده است. این رقم در مقایسه با مطالعات کشورهای اروپایی، بسیار قابل‌ملاحظه است (سرجمعی، ۱۳۸۷: ۸۲). این نوع مسمومیت در صورتی که همراه با فوت و/یا جدایی والدین باشد، خطر اقدام به مسمومیت همراه با خودکشی را تا ۶ تا ۹ برابر افزایش می‌دهد. بر همین اساس، سازمان بهداشت جهانی ۴۴ درصد مرگ‌ومیر ناشی از مسمومیت‌ها را به کشورهای در حال توسعه منتسب نموده است (باری^۳ و همکاران، ۲۰۱۴: ۸). زمینه‌های اجتماعی و گروه‌های همسالان در کنار مسائل مربوط به نابرابری‌های اجتماعی و طبقاتی، مسبب مصرف داروهای مسموم‌کننده است که در کنار ویژگی‌های اجتماعی اقتصادی، باورهای اجتماعی، آداب‌ورسوم، آموزش و شرایط اقتصادی خانواده (راندو^۴ و همکاران، ۲۰۱۶: ۳) بسترهای شیوع این مسئله را دوچندان کرده‌اند. در دوره جوانی، جوانان به دلیل رسیدن به بلوغ و تمایل به استقلال با مشکلات متعددی از جمله گرایش به موادمخدر، ناتوانی در برقراری ارتباط با دیگران و عدم انجام وظایف محول به نحوه مناسب

1. Prosser
2. Liu Q.Zhou
3. Barry
4. Randev

مواجه هستند (سیلورس^۱، ۲۰۱۲: ۴۵). محققان مختلف (کرمی و همکاران، ۱۳۸۳؛ آذین و همکاران، ۱۳۸۷؛ مهدی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۴؛ شکرزاده و همکاران، ۱۳۹۶؛ وان هووینگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۸) نشان می‌دهند که تغییر و تحول جسمی، روانی و شخصیتی در دوران نوجوانی و جوانی، خواسته‌های جدیدی را مطرح می‌سازد و تنش‌های شخصیتی و هویتی خاصی را ایجاد می‌کند. از یک‌سو، فشار غرایز، نیازها و میل به تبعیت از ارزش‌های نوجوانی، همچنین پذیرفته شدن و جذب در گروه‌های همسال، فشارهای گروهی، میل به ابراز وجود، پی‌ریزی زندگی مستقل و از طرف دیگر، فقدان امکانات، روابط نامناسب عاطفی، عدم توجه به خواسته‌ها، ارزش‌ها و نظرات جوان و نیز بی‌تجربگی و عدم شناخت کافی، او را در یک بحران فکری و آشفتگی روانی قرار می‌دهد و عوارضی چون بی‌ثمری، پوچی و بی‌کفایتی به بار می‌آورد. در نتیجه، زمینه‌گرایی به انحرافات اجتماعی در آنان فراهم می‌شود. بدیهی است جوان برای هم‌رنگ شدن با ارزش‌ها و هنجارهای گروه‌های نزدیک زیر فشار قرار می‌گیرد. گاه هنجارها و ارزش‌های دو گروه به هم نزدیک و هماهنگ است و گاه باهم در تضاد قرار دارد. ولی به‌هرحال هر دو گروه برای هم‌رنگ شدن، جوان را زیر فشار قرار می‌دهند (کوهی، ۱۳۹۲: ۲۶).

این وضعیت در شهرستان پاکدشت، به دلیل بافت ناهمگون، جمعیت زیاد، مهاجرپذیری بی‌رویه و ضعف نظارت اجتماعی از شدت بالایی برخوردار است. این شهر از حیث شرایط اجتماعی با فقر و فشار اجتماعی بالایی روبرو است. نبود مراکز و کلینیک‌های روانی-اجتماعی حمایتی و ضعف گروه‌های اجتماعی مانند خانواده در روآوری به اعمال هنجارشکن و به تبع آن، گرایش جوانان به دارو و مسمومیت‌های آن نقش بسزایی داشته است. به این اعتبار، آگاهی از الگوی مسمومیت‌های دارویی در یک منطقه خاص و حاشیه شهر تهران (شهرستان پاکدشت) و نیز یک گروه خاص و مهم، یعنی جوانان، مسئله جدی و قابل‌اعتنایی است. لذا، بنا بر آنچه گفته شد، پرسش اصلی مطالعه حاضر این است که زمینه‌ها و پیامدهای اجتماعی مسمومیت‌های دارویی عمدی در بین جوانان مراجعه‌کننده به بیمارستان شهدای پاکدشت کدام‌اند؟

ملاحظات نظری-تجربی

این مقاله تلاش دارد تا مسمومیت دارویی عمدی را یک امر اجتماعی، که بیشتر با قصد خودکشی انجام می‌شود، نشان دهد؛ در این راستا، در ادامه برای ایجاد حساسیت نظری در این مطالعه کیفی، رویکرد فشار اجتماعی در حوزه کج‌روی‌های اجتماعی تشریح شده است.

دورکیم یکی از صاحب‌نظران کلاسیک جامعه‌شناسی است که در قالب رویکرد فشار اجتماعی، با طرح مفهوم آنومی اجتماعی به‌عنوان بیماری جامعه مدرن و پیوند آن با آسیب‌های اجتماعی سعی در تبیین پدیده خودکشی داشته است. تمام تلاش نظری دورکیم این است که نشان دهد؛ پدیده‌ای مانند خودکشی به‌جای این که نمودی از عوامل زیستی و روانی باشد، معلول عوامل اجتماعی است. در این بین همبستگی بسیار زیاد (خودکشی دگرخواهانه)، همبستگی ضعیف (خودکشی خودخواهانه) و شرایط آنومیک (خودکشی آنومیک) از مهم‌ترین عوامل اجتماعی تأثیرگذار در این آسیب اجتماعی هست.

محققان مسائل جوانان را براساس «فشار اجتماعی» و «بحران هویتی» می‌بینند (سوتھیل و همکاران، ۱۳۸۳: ۱۸۰-۱۷۹؛ وایت و هینز، ۱۳۸۶: ۱۴۱؛ کریمی، ۱۳۹۲: ۹۶). در رهیافت عمومی فشار، رابطه بین فشار و جرم، نه به‌صورت مستقیم، بلکه به واسطه‌گری احساسات منفی و به‌صورت غیرمستقیم است (سواگار^۱، ۲۰۱۱: ۲۰). مطابق با رویکرد فشار عمومی، فشار روابط منفی با دیگران تعریف می‌شود؛ روابطی که در آن، دیگران آنگونه که فرد می‌خواهد با او رفتار شود رفتار نمی‌کنند (اگنیو^۲، ۱۹۹۲: ۴۸؛ وارهام^۳، ۲۰۰۵: ۲۲؛ ساویج^۴، ۲۰۱۱: ۳۸)؛ بنابراین، رویکرد فشار جرم را نمودهایی از وجود آسیب اجتماعی به‌حساب می‌آورد نه آسیب فردی. در این مفهوم، علت مسمومیت دارویی شیوع آنومی و گسست اجتماعی است. رهیافت دیگر، هویت اجتماعی و این و وایت است که مفاهیمی مانند زندگی روزمره، تجربه‌های زیسته زندگی روزمره جوانان و چالش‌های هویتی که در زیر سطح واقعیت مسلط اجتماعی پنهان شده‌اند و اعضای جامعه با آنها خو گرفته‌اند (کلانی و سفیری، ۱۳۹۵: ۹۹) را برای این مطالعه آشکار می‌سازند.

درخصوص مسمومیت دارویی، مطالعات زیادی انجام شده است (تیلور، ۱۳۷۹: ۲۱؛ کرمی و همکاران، ۱۳۸۳؛ کریمیان و همکاران، ۱۳۸۸؛ شکرزاده و همکاران، ۱۳۹۵؛ شکرزاده و همکاران، ۱۳۹۶). این مطالعات غالباً توسط پزشکان، پرستاران و متخصصان بهداشت و تغذیه انجام شده است. در این پژوهش‌ها، با روش‌های کمی و استانداردهای پزشکی به بررسی مسمومیت و انواع آن پرداخته شده است. علاوه‌براین، در بین روان‌شناسان نیز مطالعاتی انجام گرفته است (فتحی و فدوی، ۱۳۹۱؛ علیوردی‌نیا و یوسفی، ۱۳۹۳) که عمدتاً به بررسی متغیرهای روان‌شناختی و خودکشی مسمومیت دارویی پرداخته‌اند؛ اما درخصوص زمینه‌ها و پیامدهای اجتماعی آن مطالعه‌ای در ایران انجام نشده است.

مطالعه کیفی در این حوزه، خیلی محدود است و بیشتر مطالعات با ابزار پرسش‌نامه بوده و درصد بررسی میزان شیوع و نسبت مسمومیت با سایر عوامل مؤثر بر آن آمده‌اند که در این بین عوامل و نیز

1. Swagar
2. Agnew
3. Wareham
4. Savage

پيامدهای اجتماعی آن نیز مورد غفلت واقع شده‌اند. پژوهش‌های داخلی بیشتر بر فراوانی دلایل روان‌شناختی و پزشکی موضوع تمرکز کرده‌اند، زیرا اساساً مسمومیت دارویی امری پزشکی و گاهاً روانی شناختی تعریف شده است. همچنین به نظر می‌رسد با توجه به آنکه خودکشی یک عمل عمدی است، لذا برخی از افرادی که مسمومیت عمدی دارویی دارند ممکن است عمدی قصد این عمل را داشته باشند لذا به شکل موردی به چند پژوهش در این خصوص هم اشاره می‌شود.

یافته‌های نجفی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان «علل و عوامل مؤثر بر مسمومیت عمدی در جوانان ۱۵ تا ۲۰ سال» نشان می‌دهند که اکثر افرادی که اقدام به مسمومیت دارویی عمدی کرده بودند، از ادامه تحصیل انصراف داده و/یا از فقدان والدین رنج می‌بردند، براین اساس مدارس و خانواده به‌عنوان مهم‌ترین نهادهای آموزشی و تربیتی نقش مهمی در کاهش اقدام به خودکشی در جوانان دارند. نتایج نشان می‌دهد که مهم‌ترین عامل خانواده است که زمینه‌های بروز آن را مساعد می‌سازد.

راسیماس^۱ و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهش خود نشان می‌دهند که موادمخدر و فشارهای اجتماعی از مهم‌ترین عوامل مسمومیت در بین افراد هستند. یافته‌ها نشان می‌دهد که مواد از مهم‌ترین عوامل مسمومیت در بین افراد است. فشارهای اجتماعی ناشی از تضاد هویتی، خانواده و ضعف نهادهای آموزشی در مسمومیت و مصرف مواد نقش بسزایی دارند.

اندرسون^۲ (۲۰۱۷) در تحقیقی، مسمومیت با موادمخدر را مورد مطالعه قرار داده است. یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که میزان استفاده از داروها در افراد ۱۶ تا ۱۹ ساله یکی از بالاترین درصدها را نشان می‌دهد. علاوه‌براین، یکی از مهم‌ترین عوامل مسمومیت در بین جوانان گرایش به موادمخدر غیرقانونی است که به دلیل تضاد هویتی رخ می‌دهد.

در ارتباط با خودکشی، که بخشی از علل آن می‌تواند مربوط به مسمومیت‌های دارویی عمدی باشد، مطالعه‌ی علی‌رودی‌نیا و همکاران (۱۳۹۰) نشان می‌دهد که برخورداری از حمایت اجتماعی و نظارت خانواده بر میزان گرایش به خودکشی اثرگذار است. در مطالعه‌ای دیگر، به تأثیر مدرنیزاسیون ناگهانی بر رفتار خودکشی اشاره شده است (جمشیدی‌ها و قلی‌پور ۱۳۸۹). مطالعه‌ی قادری و نظری (۱۳۹۸) نشان می‌دهد که افزایش همبستگی اجتماعی و اقتصادی با رفتار خودکشی رابطه‌ی معکوس دارد. در پژوهشی دیگر، در ارتباط با خودکشی، مقولات و مفاهیمی مانند گسیختگی خانوادگی، فشار ساختاری فشار هنجاری و فردیت عقیم مانده موردتوجه قرار گرفته است (قادرزاده و پیری ۱۳۹۳).

1. Rasimas

2. Anderson

روش تحقیق

این پژوهش با روش تحقیق کیفی «نظریه داده‌بنیاد»^۱ اشتراوس و کوربین انجام شده است. پژوهش کیفی دارای ویژگی‌هایی از جمله، رهیافتی درون‌گرایانه و امیک، طبیعی، انعطاف‌پذیر و اکتشافی است. در روش داده‌بنیاد از سه مرحله کدگذاری برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده می‌شود: «کدگذاری باز»^۲، «کدگذاری محوری»^۳، «کدگذاری گزینشی»^۴. تحلیل داده‌ها بر همین مبنا انجام شده است.

جامعه مورد مطالعه، کلیه جوانان مراجعه‌کننده ۱۵ تا ۳۵ ساله شهر پاکدشت هستند که به دلیل مسمومیت به بیمارستان شهدای پاکدشت مراجعه کرده‌اند. روش نمونه‌گیری نیز به صورت «هدفمند»^۵ و «نظری»^۶ است.

این نمونه‌ها متناسب با الگوی اولیه مصاحبه‌ها بودند و دائماً بر غنای ظهور و شکل‌گیری پدیده محوری می‌افزودند. حجم نمونه نیز براساس معیار «اشباع نظری» مشخص شد. تعداد مصاحبه‌ها ۳۰ مورد بود. شکل مصاحبه‌ها به صورت «عمیق» انجام شد. ابتدا با حضور در بیمارستان و مصاحبه با مراجعه‌کنندگان به بیمارستان که مراحل اولیه درمانی را پیموده‌اند، سعی شد که اطلاعات لازم از آنها کسب شود؛ اما در مواردی که این امر میسر نمی‌شد، با تهیه گزارش اولیه از آنها پیگیری‌های لازم به‌منظور بازدید از منزل انجام می‌شد.

به‌منظور تضمین مسائل اخلاقی نیز، ابتدا با بیمارستان شهدای پاکدشت رایزنی و نامه‌نگاری شد. اطلاعات افراد در دست قرار گرفت. سپس، با افراد بستری در بیمارستان که مایل بودند مصاحبه شد. افرادی که تمایلی به ضبط صحبت‌های خود نداشتند، داده‌ها به صورت کتبی و با حفظ محرمانه بودن آنها ثبت شد. در مورد افرادی که در خانه بودند، ابتدا با هماهنگی کامل و با تلفن از سوی بیمارستان با آنها صحبت شد. افرادی که تمایل به مصاحبه داشتند، با حفظ کامل مشخصات آنها به گردآوری اطلاعات پرداخته شد. مصاحبه‌ها هم در یک فضای باز و به اختیار افراد مشارکت‌کننده انجام شد. افزون بر این، در بین مصاحبه‌ها، روند مصاحبه با مواردی که با استرس، اضطراب، یادآوری خاطرات بد و ناراحت‌کننده روبرو می‌شدند را قطع و آنها از روند مصاحبه حذف شدند. لازم به ذکر است اسامی جدول زیر واقعی نیستند.

1. Grounded Theory
2. Open Coding
3. Axial Coding
4. Selective Coding
5. purposeful sampling
6. Theoretical sampling

جدول شماره ۱: مشخصات مشارکت‌کنندگان

ردیف	اسم	سن	جنس	دلیل	تعداد مسمومیت	تعداد دوستان	تأهل	وضعیت اقتصادی	وضعیت تحصیلی	نوع مسمومیت
۱	مهستی	۲۵	زن	ازدواج اجباری	۳	۲	مجرد	ضعیف	راهنمایی	سم
۲	فاطمه	۲۳	زن	تحقیر	۲	۱	مجرد	ضعیف	راهنمایی	سم
۳	پریا	۲۷	زن	مشاجره با دوستان	۲	۱	متأهل	متوسط	دبیرستان	سم
۴	صغری	۲۶	زن	دعوا همسر	۴	هیچ	متأهل	متوسط	سیکل	سم
۵	نرگس	۲۹	زن	خانوادگی	۱	۳	متأهل	متوسط	سیکل	دارو
۶	راضیه	۲۰	زن	خانوادگی	۱	۲	مطلقه	متوسط	دبیرستان	موادمخدر، روان‌گردان یا الکل
۷	لیلا	۲۷	زن	بیماری جسمی	۱	۳	مجرد	متوسط	لیسانس	موادمخدر، روان‌گردان یا الکل
۸	مینا	۲۶	زن	قربانی جنسی	۲	۳	مطلقه	متوسط	دیپلم	دارو
۹	آیدا	۳۰	زن	ازدواج اجباری	۳	۱	مجرد	متوسط	سیکل	دارو
۱۰	نسرین	۲۱	زن	قربانی جنسی	۲	۲	مطلقه	متوسط	فوق‌دیپلم	دارو
۱۱	مرضیه	۲۲	زن	عصبانیت	۴	۱	مجرد	ضعیف	دیپلم	دارو
۱۲	شیمای	۳۴	زن	شکست عشقی	۳	۴	مجرد	خوب	دیپلم	سم
۱۳	پگاه	۲۴	زن	انگ زدن	۲	۲	متارکه	خوب	فوق‌دیپلم	سایر
۱۴	فاطمه	۲۵	دوچنسه	خانوادگی	۳	۱	مجرد	خوب	دیپلم	سم
۱۵	نازنین	۳۰	زن	افسردگی	۲	۱	مجرد	ضعیف	دیپلم	سم
۱۶	زهرا	۲۸	زن	مشروبات الکلی	۳	۲	مجرد	ضعیف	سیکل	دارو
۱۷	محمد	۲۶	مرد	اعتیاد	۲	۳	مجرد	ضعیف	دیپلم	دارو
۱۸	حسن	۲۲	مرد	مشکل مالی	۱	۲	متارکه	ضعیف	سیکل	موادمخدر، روان‌گردان یا الکل
۱۹	شاهین	۲۶	مرد	قربانی جنسی	۲	۱	مجرد	ضعیف	سیکل	دارو
۲۰	محمد	۳۵	دوچنسه	قربانی جنسی	۱	۲	مجرد	متوسط	دیپلم	نامشخص
۲۱	اسماعیل	۳۴	مرد	دوست ناباب	ندارد	۴	مجرد	متوسط	فوق‌دیپلم	نامشخص

ادامه جدول شماره ۱: مشخصات مشارکت‌کنندگان

ردیف	اسم	سن	جنس	دلیل	تعداد مسمومیت	تعداد دوستان	تاهل	وضعیت اقتصادی	تخصصیات	نوع مسمومیت
۲۲	میلاد	۲۴	مرد	تمسخر دوستان	ندارد	هیچ	مجرد	متوسط	دیپلم	دارو
۲۳	عباس	۳۱	مرد	تحقیر	۲	۱	مجرد	خوب	سیکل	سم
۲۴	محمدرضا	۲۹	مرد	دین زدگی	ندارد	۱	مجرد	ضعیف	لیسانس	مواد مخدر، روان‌گردان یا الکل
۲۵	علی	۳۱	مرد	عدم دادن مسئولیت	۳	۳	نامشخص	متوسط	دیپلم	دارو
۲۶	امید	۳۳	مرد	مقایسه کردن همسر	۱	۱	متاهل	متوسط	سیکل	نامشخص
۲۷	امید	۲۷	مرد	بیکاری	۲	هیچ	متاهل	ضعیف	لیسانس	دارو

یافته‌ها

ابتدا یافته‌های عمومی تحقیق در قالب جدول زیر ارائه می‌شود و سپس یافته‌های حاصل از تفسیر داده‌ها در قالب پدیده‌محوری، شرایط علی، زمینه‌ها، شرایط مداخله‌گر، راهبردها و پیامدها تشریح می‌شود.

جدول شماره ۲: توزیع مشارکت‌کنندگان برحسب نوع مسمومیت عمدی و سایر ویژگی‌های عمومی

نوع مسمومیت	تحصیلات	تعداد مسمومیت	تعداد دوستان صمیمی	تاهل	وضعیت اقتصادی	سن	جنس
سم: ۸ نفر	راهنمایی: ۲	نامشخص: ۳	سه نفر: صفر	مجرد: ۱۶	ضعیف: ۱۰	کمترین ۲۰ سال	مرد: ۱۰ نفر
	دبیرستان: ۲	یک‌بار: ۶	ده نفر: ۱	متاهل: ۵	متوسط: ۱۳	بالاترین: ۳۵ ساله	زن: ۱۵ نفر
دارو: ۱۱ نفر	سیکل: ۸	دو بار: ۴ نفر	هفت نفر: ۲	متارکه: ۲	خوب: ۴	دامنه سنی: ۳۵-۲۰	ترا جنسیتی: ۲
مواد، الکل و روان‌گردان: ۴ نفر	دیپلم: ۹	سه بار: ۱۰	پنج نفر: ۳	مطلقه: ۳			
قرص‌های نامشخص: ۳	فوق‌دیپلم: ۳	چهار بار: ۶	دو نفر: ۵				
سایر هر کدام یک نفر	لیسانس: ۳ نفر						

۱. یعنی همسر و خانواده خود را ترک کرده‌اند.

ابتدا به پدیده محوری پرداخته می‌شود که نقش مهم و کانونی در نظریه داده‌بنیاد دارد. ظهور و شناسایی این پدیده به‌مثابه هسته اصلی کدها و مفاهیم دسته‌بندی‌شده، نقش بسزایی در تدقیق و تنظیم سایر مؤلفه‌ها (شرایط علی، زمینه‌ها، شرایط مداخله‌گر، راهبردها و پیامدها) دارد.

پدیده محوری: پدیده محوری «ضعف هویت اثرگذار» است. هویت اثرگذار هم ساخت اجتماعی واقعیت پاکدشت را تحت نفوذ قرار داده است و هم برای جوانان به‌مثابه یک پشتوانه هستی‌شناسانه عمل می‌کند که بتوانند در پرتو آن خود را تعریف کرده و همچون یک کنشگر با ساخت موجود در تعامل قرار گرفته، در جامعه مشارکت کنند و خود را متعلق به یک جامعه بدانند که سلامت اجتماعی پایداری داشته و آنها برای یک زندگی اجتماعی مثبت آماده می‌کند.

این پدیده برآمده از سه مقوله «حس فرودستی اجتماعی»، «خال و رهابودگی» و «بی‌مرجع بودگی اجتماعی» است. فرودستی اجتماعی افراد را در وضعیتی قرار می‌دهد که قوه درک مسائل والاتر و متعالی‌تر را از دست می‌دهند. قوه انتقادی و در نتیجه، مطالبات مهم در درجه دوم، برای آنها اولویت پیدا می‌کند. زمانی که جوانان جایگاه اجتماعی خود را در شاخص‌های عینی زندگی خود، مانند درآمد، اشتغال و سطح تحصیلات (که تعیین‌کننده‌های طبقه اجتماعی یک فرد در جامعه هستند) روبه‌زوال می‌بینند، در ارزیابی ذهنی از جایگاه خود در سلسله‌مراتب اجتماعی نسبت به سایرین احساس تحقیر و تبعیض می‌کنند.

«تا زمانی که این مناطق و اهالی آن را در گوشه‌کنار شهرهای بزرگ می‌بینیم، گفتن از فاصله طبقاتی

کلیشه نخواهد شد. مردمی که هرروز رنج را با بندبند وجودشان تجربه می‌کنن و روزگار می‌گذرانن»

(مرد، ۲۲ ساله).

خانواده‌های بعضاً از هم‌گسیخته نیز از عواملی است که حس ناتوانی و رهابودگی آنها را تقویت کرده است. این وضعیت ایجاد معنا و داشتن افرادی که به آنها انسجام بدهد را کاهش داده است. آزادی ناشی از این رهاشدگی که در دوره جوانی مهم است، خود را به‌صورت آسیب‌های مختلف از جمله تجربه خوردن قرص نشان می‌دهد. رهاشدگی با این تفکر همراه است که این جوانان مهم نیستند و وجودشان سربار دیگران است. از این‌رو، زمانی که برای مدتی توجه و عواطف خاصی دریافت نمی‌کنند، سعی می‌کنند به شیوه‌های مختلفی این وضعیت را نشان بدهند.

«میری خونه کسی نمیکه کجا بودی، دردت چیه؟ پول داری؟ لباس داری؟ این چیزها برای کسی مهم

نیست. آدم کلافه میشه و از خودش متنفره که من واقعاً ارزشی ندارم. دو بار قرص خوردم که از این

وضع راحت بشم» (زن، ۲۳ ساله).

۱. حشره‌کش یک نفر، ترامادول یک نفر، مواد شوینده یک نفر، دپاکین یک نفر، قرص روان‌گران یک نفر، قرص استامینوفن یک نفر، لیتیم یک نفر، سه نفر، دو نفر، مصرف الکل زیاد دو نفر، موادمخدر یک نفر، متادون یک نفر، سرتالین یک نفر.

شرایط علی

برای شرایط علی ۱۶ مفهوم پایه شکل گرفت. این مفاهیم با ساماندهی در الگوهای تکراری، در قالب ۳ مقوله اصلی، سازمان‌دهی شدند که عبارت‌اند از: «فقر آگاهی، انسجام اجتماعی پایین و خودپنداره ضعیف و سست». در ادامه، به تفسیر این مقولات پرداخته می‌شود.

فقر آگاهی، درمعنای کلی، به این معناست که فرد با دانش و اطلاعات کیفی کمی در مواجهه با شرایط فردی و اجتماعی خود روبرو است. این فقر از این جهت مهم است که شرایط فراروی و تعامل‌سازنده به‌منظور نیل به اهداف را با مشکل روبرو می‌سازد. در بین جوانان منطقه پاکدشت، این فقر به شیوه‌های مختلف خود را نشان داده است. تحصیلات پایین در کنار زندگی حاشیه‌نشینی منجر به قلت سرمایه فرهنگی آنها شده است. این وضعیت در یک پیوستار، چرخه‌ای ایجاد کرده که تعمیق وضعیت حاشیه‌بودگی را شتاب بخشیده است. یکی از مشارکت‌کنندگان اشاره می‌کند:

«ما مدرسه درست حسابی نرفتیم. از زندگی چیز زیادی نمی‌دونیم. البته زندگی هم همینیه. باید کیف کرد. تو خانواده ما کسی درس نخونده و همه مثل همیم. دوستانم هم مثل خودم هستن. زیاد فرقی نمی‌کنه» (زن، ۲۵ ساله).

بنابراین، ضعف در آگاهی تردید و ابهام در مواجهه با شرایط دائماً مخاطره‌آمیز ایجاد کرده و از این طریق در یک موقعیت بی‌ثبات شرایطی ایجاد می‌شود که جوانان بدون درک و/یا آگاهی دقیق از پیامدهای رفتارهای خود، به‌سوی مصرف و استعمال مواد و قرص می‌روند.

انسجام اجتماعی پایین

در پاکدشت، به دلیل مهاجرت‌های متنوع ساختار اجتماعی پراکنده و موزاییکی است. این وضعیت مهم‌ترین عامل توسعه این جامعه، یعنی جوانان، را در موقعیت سست و متزلزلی قرار داده است. نتیجه این وضعیت، نوعی رهاشدگی و نداشتن علقه و پیوند مستحکم با جهان اجتماعی است. یکی از مشارکت‌کنندگان متأهل روایت می‌کند:

«ما خیلی وقته اینجاییم؛ اما هنوز نتونستیم در و همسایه درستی پیدا کنیم. آدم روانی میشه. شش ماه تا به سال اینجا میمونیم بعد میرن. بعضی پول ندارن اجاره بدن، بعضی برمگردن شهرشون و هزارتا داستان دیگه. اینجا واقعاً سخته آدم بدون قوم و خویش و بدون رابطه زندگی کنه. واقعاً روانی شدم» (مرد، ۲۷ ساله).

در این ضعف پیوندهای اجتماعی، جوانان نمی‌توانند قدرت اجتماعی خود را به‌منصه ظهور برسانند. زمانی که از هم‌گسپختگی در پیوندها رخ می‌دهد، جوانان به‌ناچار برای پر کردن فراغت و ایجاد دوستی‌ها با

مشکلاتی روبرو می‌شوند که اضطراب، استرس، دل‌زدگی و نقش‌زدگی از مهم‌ترین پیامدهای آن به حساب می‌آید. لذا، با استمرار این وضعیت، ضعف اثربخشی و کاهش تعلق روانی شکل گرفته و در نتیجه، گرایش به‌سوی مواد و دارویی‌های مسکن منجر به عادت و سپس مسمومیت می‌شود.

خود پندارهٔ ضعیف

خود پندارهٔ ضعیف به معنای تصور فرد از خویشتن و درک احساسات و عواطف، تفکر و ایده‌آل‌های خود است. زمانی که خود را موجودی مثبت و اثربخش بداند، فعالانه در محیط مشارکت کرده و نسبت به امور اجتماعی حساس و تعهدپذیر خواهد بود. در جامعهٔ پاکدشت، به دلیل خیر محدود، جوانان مورد مطالعه نوعی حس فرودستی را تجربه کرده و موقعیت اجتماعی و پایگاه اقتصادی و اجتماعی پایینی برای خود متصور هستند. در واقع، خود پندارهٔ ضعیف و سستی دارند. این امر به‌صورت مکانیسمی خودکار و درونی عمل کرده و رانش روانی قوی‌ای به‌سوی ارتکاب جرم و بزهکاری ایجاد می‌کند؛ بنابراین، تفکرات جوانان نسبت به خود سست و لرزان است که در مواجهه با تنش‌ها و کمبودها شرایط مساعدی برای ارتکاب جرم (به‌صورت مسمومیت خود با دارو) فراهم می‌سازد.

«همیشه از خودم بدم می‌آید. اینکه این چه وضعیه. به هر جای این زندگی لعنتی که نگاه میکنی، همش کمبوده و به جای کار می‌لنگه. دوست داشتم همون موقع قرص خوردن بمیرم» (مرد، ۳۱ ساله).

شرایط (زمینه‌ها)

زمینه و شرایط اجتماعی در دو بعد تقسیم‌بندی شده‌اند. سطح کلان و سطح خرد. در سطح کلان، ناشی از زمینه‌های هستند که ساختار بر فرد تحمیل کرده و باعث می‌شود که فرد در یک زمینهٔ خاص رشدونمو پیدا کند. لازم به ذکر است که در سطح کلان، منظور ساختار سیاسی نیست، بلکه وضعیتی است که به‌نوعی به جوانان ارث رسیده و منتقل شده است. در سطح خرد، ناشی از روابطی هستند که بستری برای تعاملات و کنش‌های فردی و میان‌فردی جوانان ایجاد کرده است.

در سطح کلان، مفاهیم پایه، که حاصل ادغام و ترکیب کدهای باز هستند، ۱۶ مفهوم هستند. این مفاهیم پایه با سازمان‌دهی و ترکیب با مفاهیم هم‌پوشان، در ۳ مقولهٔ اصلی متجلی شدند که عبارت‌اند از: «ضعف در انسجام‌بخشی زمانی، فقر نسلی، پس‌زدگی اجتماعی». در ادامه، هر کدام از این مقولات اصلی مورد تفسیر و تشریح قرار می‌گیرد.

ضعف در انسجام‌بخشی زمانی: ناتوانی در انسجام‌بخشی به زمان و مدیریت آن خلایی است که نشان می‌دهد یک فرد در بطن جامعه و مناسبات آن فرونرفته است و در نتیجه تعلق برای غنابخشی و

معنادهی به زندگی خود نمی‌یابد. مهم‌ترین پیامدی که عدم انسجام‌بخشی زمانی در سوق دادن جوانان به سوی کنش‌های منفی جوانان می‌کند، این است که جوانان در ساخت اصلی جامعه گسترده ادغام و جذب نمی‌شود. قدرت اقتصادی، سرمایه فرهنگی و قابلیت‌های فردی و مهارت‌های اجتماعی این افراد معمولاً به‌صورتی است که آنها را از دسترسی به مهارت‌های اجتماعی ناکام و در نتیجه آنها را به کنار و حاشیه می‌راند. این حس نوعی وضعیت سربارگی نیز ایجاد کرده و در نتیجه، آنها را به سوی پایان دادن به این وضعیت می‌کشاند. یکی از جوانان مورد مطالعه اظهار می‌کند:

«بارها تو خونه بهم گفتن مفت‌خور و کار نمی‌کنی. کار خوب هم نیست. آدم نمی‌تونه بیکار و الاف باشه، اما همیشه هر کاری هم کرد. من واقعاً همه چی برام تکراری شده و فکر می‌کنم به آدم بی‌مصرفم. واقعاً سخته. آدم مجبوره دوتا قرص بندازه بالا و خودشو خلاص کنه» (زن، ۲۴ ساله).

فقر نسلی: فقر نسلی برای جوانان انسداد ایجاد کرده است. داشتن استعداد و قابلیت‌های فردی و اجتماعی جوانان در کنار نداشتن امکانات برای رشد و توسعه خود، سرخوردگی ایجاد کرده است. در نتیجه سرخوردگی، با ایجاد راه‌ها و شرایطی از موقعیت موجود فراتر رفته و سعی می‌کنند نوعی تعالی و فرا روندگی کاذب را تجربه کنند (برای مثال، به راحتی با ایجاد پاره گروه‌های بزهکار افراد سردرسته یک باند مافیا می‌شوند). در واقع، وضع موجود دور زده می‌شود. در مواردی نیز در برابر وضعیت انسدادی مقاومت می‌کنند، اما در نهایت، چون توان آن را ندارند، با سرخوردگی مجدد روبرو می‌شوند؛ بنابراین، اقدام به کنش‌های اعتراضی و تلافی‌جویانه یکی از مکانیسم‌هایی است که اتخاذ می‌شود. یکی از جوانان می‌گوید:

«هر کاری می‌خواهی بکنی باید کسی داشته باشی. به خانواده و قوم و خویش پولدار که حمایت کن، اما من هیچ، مثل حیوون باید کار کنی، اما به جایی نمی‌رسی. من و دوستانم تصمیم گرفتیم به کارهای بکنیم که به همه بفهمونیم که ما هم می‌تونیم؛ اما بعد مدتی دیدیم سر از مواد و قرص ترامادول درآوردیم و...» (مرد، ۳۴ ساله).

پس‌زدگی اجتماعی: پس‌زدگی و طرد جوانان با بیکاری و عدم انسجام‌بخشی به زمان ارتباط نزدیکی دارد. این پس‌زدگی به طرق مختلف در بطن داده‌ها تکرار شده و از مهم‌ترین زمینه‌های اجتماعی جوانان این منطقه در گرایش به سوی مسمومیت دارویی عمده است. جوانان پاکدستی در وضعیتی که باید دیده شوند تا بتوانند سلامت اجتماعی خود را حفظ کنند، با طرد روبرو می‌شوند. آثار این وضعیت به‌صورت استرس، اضطراب، دل‌زدگی و عدم مسئولیت‌پذیری خود را نشان می‌دهد. نقش‌زدگی و مشارکت‌ناپذیری پیامدی است که پس‌زدگی اجتماعی برای جوانان به همراه آورده است. در نتیجه، سازگاری و انطباق با وضعیتی که آنها را طرد کرد کاهش می‌یابد. این وضعیت به‌خوبی ترسیم شده است:

«انگار سرباری! درسته کار نیست، اما دروهمسایه و قوم و خویش همه طوری نگات میکنن انگار که دزدی کردی. خیلی بده. مردم برات ارزشی قائل نباشن (محقق: از کجا میدونی برات ارزش قائل نیستن؟)، موقعی بهت تیکه میپروون، بهت زن نمیدن، میگن الاف و هزار چیز دیگه، پس اینا چیه؟» (مرد، ۳۵ ساله).

واپس‌زدگی با برجسب و داغ‌خوردگی همراه است. این برجسب‌ها به دلایلی به امری طبیعی و هویتی تبدیل شده‌اند. از جمله این دلایل عبارت‌اند از: تکرار آنها، جامعه‌پذیری، ضعف آگاهی و نیز تصورات قالبی و اشتباه دیگران درخصوص این افراد. به همین دلیل، با داغ‌ننگ و اعتبار روبرو می‌شود که در ذهن نهادینه می‌شود.

در ادامه، به زمینه‌های میان‌فردی اشاره می‌کنیم. این زمینه‌ها ناشی از تعاملات خرد و میان‌فردی هستند که برخلاف موارد بالا به خودی خود بر فرد تحمیل نمی‌شوند، بلکه عاملیت و شرایط کنترل نشده نامتعیین در ظهور آنها نقش بسزایی دارد. در مجموع، برای بسترهای میان‌فردی ۳۳ مفهوم پایه شکل گرفت. این مفاهیم با ساماندهی در الگوهای تکراری، در قالب ۴ مقوله اصلی سازمان‌دهی شدند که عبارت‌اند از: «کشش‌های گروهی، میل جنسی تحقیق‌نیافته، مرزهای خانوادگی ناپایدار و روابط نارس». در ادامه، به تفسیر این مقولات پرداخته شده است:

کشش‌های گروهی: جوانان به‌تنهایی قادر به برآوردن نیازهای خود نیستند، روابط اجتماعی آنها نتیجه بازتاب و کشش‌های متقابل اجتماعی گروهی افرادی است که در کنارش زندگی می‌کنند. این گروه‌ها با ایجاد هنجارها و قوانین که ساخته خودشان است، چگونگی روابط و رفتارهای اعضا را شکل دهند و فرصت‌ها و محدودیت‌هایی در زمینه رفتار سایر اعضا به‌وجود آورند. در منطقه پاکدشت، به دلیل بیکاری، نداشتن اوقات فراغت، بی‌سازمانی اجتماعی و نیز ضعف گروه‌های مرجع رسمی و غیررسمی مشروع در جذب جوانان، گرایش به پاره‌گروه‌های بزهکار رو به افزایش است. این گروه‌ها با قواعد عمل و هنجارهای خاص خود کشش‌هایی برای عضویت ایجاد می‌کنند و درنهایت، شرایطی ایجاد می‌کنند که جوانان را به‌سوی رفتارهای مخاطره‌آمیز سوق می‌دهند. یکی از افراد مورد مطالعه روایت می‌کند:

«به خاطر گروهمون این کار را می‌کنم. من به خون‌بازی معتاد شده‌ام و نمی‌تونم ترکش کنم. (پرسیدم چطور شد که روی دستش تیغ کشیدی؟ گفت:) من برای اولین بار این کار را انجام دادم تا ببینم چطوریه. چون ما [اعضای گروه] می‌خوایم همه‌چیز رو امتحان کنیم. دو بار خفن روی دستاتم انجام دادم. تابستان روی پاهام انجام دادم و همین چند روز پیش هم دوباره انجام دادم. محله ما تعداد کسانی که خون‌بازی می‌کنن از ۱۰ نفر بیشتره. فرص می‌ندازیم تا دردش کمتر بشه» (مرد، ۳۴ ساله).

میل جنسی تحقق نیافته: در بین جوانان منطقه کشش جنسی به چند صورت جلوه‌گر شده است.

برای متأهلین به صورت «بدبینی» و برای مجردها به صورت افراد «بی‌ثباتی جنسی».

(الف) بدبینی: به دلیل ساخت فاقد نظارت درونی و برونی، زوجین به هیچ‌کس اعتماد نداشته، دائماً نگران آسیب دیدن و فریب خوردن از دیگران هستند. در ذهن خود، تهدیدهایی از طرف دیگران ترسیم می‌کنند و به دنبال آن موضع دفاعی می‌گیرند. این به صورت نگاه‌های نامتعارف طرفین به هم به کرات در متن مصاحبه‌ها، نمود دارد. حس خیانت در کنار پنهان‌کاری عواطف، که بعضاً به صورت کناره‌گیری عاطفی جلوه می‌کند، منجر به تنش‌ها و مشاجرات زیادی شده است. کنترل بیرونی توسط زوجین برطرف مقابل زیاد است، اما ضعف کنترل درونی آنها را به سوی پنهان‌کاری و خیانت می‌کشاند. افزون بر این، در مواردی به دلیل عدم توجه کافی زوجین به همدیگر، شرایط برای بروز عواطف نسبت به دیگران بروز می‌کند. یکی از مصاحبه‌شوندگان متأهل روایت می‌کند که:

«زندگی من نکبت‌بار بود. فشار و تحقیر و خودنمایی و واسه طرف [زنم] مهم نبودم و اون خیانت کرد بهم. این کارو کرد و رابطه من با دوستان، با خانواده اوکی نیست و منطقه زیاد خوب نیست و نظارت کمه. افسرده شدم، ناکام شدم و همه فامیل میدونه خیانت شده. من خودکشی کردم و به من بدبین هستند و کارم اشتباه است. استرس زیاد داشتم و گاهی سیگاری می‌کشیدم که بی‌خیال این اتفاق شوم» (مرد، ۳۳ ساله).

(ب) بی‌ثباتی جنسی: اینگونه افراد مورد مطالعه دائماً از نوعی انعطاف و/یا سستی در روابط جنسی می‌گفتند. این کدها به کرات در قالب‌های مختلف تکرار می‌شد. در اینجا، کنترل درونی و بیرونی در مواجهه با روابط جنسی کم است. این افراد از روابط سطحی و فاقد صمیمیت رنج برده‌اند و برای آینده جنسی خویش هدف مشخصی ندارند. منشأ داشتن روابط متعدد، که عمدتاً توسط مجردان صورت می‌گیرد، دو چیز است: کنترل‌های بیرونی زیاد که منجر به محرومیت جنسی آنها شده است و دوم، دوستی‌های متعدد. در حالت اول، تابوها از یک سو و تصور گناه از سوی دیگر باعث شده که جوانان با ممنوعیت زیادی روبرو شوند، اما بعد از مدتی، طغیان ناشی از این انسداد خود را به صورت افراط نشان داده است. در حالت دوم، نگاه مذهبی گناه باعث شده که این عمل مساوی با عذاب آخروی و سقوط در جهنم تلقی شود.

«آدم اولش فکر می‌کنه که خیلی گناهه. البته واقعاً گناه هم هست، اما همیشه تا آخر عمر هیچ رابطه‌ای نداشت. من بعد مدتی ذهنم تغییر کرد و هر دو سه روز به بار سکس داشتم. الان همه‌جا [سکس] زیاد شده. به کسی بگی سکس نداشتی بهت می‌خندن. برو همین شهرک انقلاب یا برو پشت شهرداری زیاده» (زن، ۳۴ ساله).

ناپایداری مرزهای خانوادگی: زمانی که این مرز از هم فروپاشد؛ یعنی مرزها جابه‌جا و کمرنگ شوند، رفتار یک عضو خانواده بلافاصله روی دیگران اثر می‌گذارد و استرس یکی از افراد از مرزها عبور می‌کند و به سرعت در سایر زیر منظومه‌ها منعکس می‌شود. این وضعیت باعث هرج و مرج و برانگیخته شدن و اختلال در مکانیسم‌های تطابقی و در نتیجه باعث مشکلات خانوادگی می‌شود. خانواده به هم تنیده نسبت به هر تغییری از وضع مأنوس و متداول به شدت و سرعت واکنش نشان می‌دهند. خانواده گسسته هنگام ضرورت واکنش هم‌میلی به ابراز آن ندارد و افراد سعی می‌کنند برای فرار از مشکلات راه خود را بروند و به اموری روی بیاورند که در خدمت نظم و انسجام مرزهای خانوادگی نیست.

روابط نارس: روابط نارس، به معنای هرگونه تعامل، کنش متقابل و روابط عاطفی و غیرعاطفی است که بین افراد صورت می‌گیرد اما فاقد هدفمندی، ارزش‌گذاری و نیل به نتایج مطلوب است. به سخن دیگر، روابطی است که اثر عمیق و باکیفیتی برجا نمی‌گذارد و ناتمام و ناقص است. این رفتارها به صورت روابط عاشقانه، دوست‌های زودگذر، روابط خانوادگی فاقد انسجام، عدم تفاهم، ازدواج‌های اجباری، نداشتن میدان‌های مشترک و روابط ابزاری بروز پیدا می‌کند. این روابط نارس و عقیم تأمین روابط عاطفی عمیق و صمیمی بین افراد (برای مجردها) و نیل به یگانگی در کانون خانواده (برای متأهل‌ها) را با مشکل روبرو ساخته است.

شرایط مداخله‌گر

برای شرایط مداخله‌گر ۱۵ مفهوم پایه شکل گرفت. این مفاهیم با ساماندهی در الگوهای تکراری، در قالب ۳ مقوله اصلی سازمان‌دهی شدند که عبارت‌اند از: «انطباق‌پذیری، تعارض موقعیتی و حس تهی بودگی». در ادامه، به تفسیر این مقولات پرداخته شده است.

در انطباق‌پذیری، گسترده شدن و انعطاف‌پذیری روابط صورت می‌پذیرد. انطباق‌پذیری زمانی اهمیت پیدا می‌کند که بحث مشارکت‌پذیری و نقش‌پذیری فرد مطرح شود. زمانی فرد می‌تواند با تغییرات هم‌نوا شود که توان و ظرفیت درونی پذیرش نقش‌های مثبت را داشته باشد. علاوه بر این، جوانان پاکدستی، زمانی می‌توانند با وضعیت موجود منطبق شوند که انسجام اجتماعی قدرتمندی پیدا کرده و اهداف و وسایل نیل به آرمان‌های خود را در وضعیت موجود بیابند؛ اما زمانی که شکاف بین این دو وجود داشته باشد، قدرت انطباق خود را از دست داده و در نتیجه، با نوعی سردرگمی و خلأ روبرو می‌شوند. یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گوید:

«بعد سال‌ها زندگی در اینجا تنونستم خودمو تو این شهر لعنتی پیدا کنم. شرایطی وجود داره که نمی‌توننی خوب و تمیز جفت‌وجور بشی. سازگار نیستم و دائماً تحت فشارم. نمی‌تونم برنامه‌هامو پیش ببرم. اصلاً اینجا به جوریه که آدمو فراری میده» (زن، ۲۲ ساله).

در انطباق و سازگاری، جوانان با امنیت روانی به سوی اهداف خود حرکت می‌کنند؛ اما در فقدان آن نوعی شکاف پیش می‌آید، در نتیجه، شرایط برای واگرایی و گسست اجتماعی مهیا می‌شود. عوارض این گسست خود را به صورت مصرف قرص و دارو نشان می‌دهد.

تعارض موقعیتی

این وضعیت در مناطقی که با ضعف آگاهی و انسجام اجتماعی روبرو هستند، نمود بیشتری دارد. در پاکدشت، فشارهای ساختاری ناشی از منزلت پایین و زیست‌بوم مخاطره‌آمیز، از یک‌سو، برای فقرای شهری محل خوبی به منظور اسکان‌یابی ایجاد کرده است، اما از سوی دیگر، از حیث موقعیتی تنش‌های ایجاد کرده است. این تنش‌ها آنها را از فرصت‌های اجتماعی برابر محروم ساخته است. علاوه بر این، برای گروه‌های خاص مانند جوانان، منشأ بی‌هویتی و بی‌سازمانی اجتماعی شده است. این موقعیت، پرسش بنیادین من چه کسی هستم را در بین آنها بی‌پاسخ گذاشته است.

«آدم نمی‌دونه کجای دنیا قرار گرفته. هیچ‌کاره و همه‌کاره‌ایم. به روز باید فلان کار رو انجام بدی به روز فلان کار. به روز مثبتی به روز منفی. آدم کلافه میشه که کیه و چیه» (زن، ۳۰ ساله).

حس تهی بودگی

در پاکدشت که تراکم جمعیت بالاست و پراکندگی قومیتی نیز انسجام و ادغام اجتماعی را کاهش داده است، شرایط برای غنابخشی و نیل به یک زندگی مطلوب و نیک کم شده است. یکی از دلایلی که به این وضعیت دامن زده است، ارزش‌های رفاهی کم است که جوانان نمی‌توانند با فرصت‌های مطلوب فراروی و تحرک صعودی داشته باشند. در واقع، ماندن و ایستایی زندگی غنای زندگی را کاهش داده است و زندگی بیشتر بعد بخورونمیر دارد. این وضعیت در بین مناطق کمتر برخوردار شهر، به خصوص حصار امیر، خاتون‌آباد، فرون‌آباد و قوهه مصداق بیشتری دارد.

«ته دلم خالیه و حس خوبی ندارم به این وضعیت. هرچی می‌دویی و تلاش می‌کنی آخرش همینه که می‌بینی. همه هم مثل هم هستیم. هیچ فرقی بین منطقه اینجا با پایین‌ترش نیست» (مرد، ۲۶ ساله).

راهبردها

برای راهبردها ۱۵ مفهوم پایه شکل گرفت. این مفاهیم با ساماندهی در الگوهای تکراری، در قالب ۳ مقوله اصلی سازمان‌دهی شدند که عبارت‌اند از: «هویت‌سازی کاذب، پنهان‌سازی روابط و نپذیرفتن قواعد موجود». در ادامه، به تفسیر این مقولات پرداخته می‌شود.

هویت‌سازی کاذب

جوانان مورد مطالعه با ورود به گروه‌ها و خرده‌فرهنگ‌های خاص خود، برای خود هویت‌سازی می‌کنند. این راهبرد به صورت موقتی آنها را تسکین داده و درضمن شرایطی ایجاد می‌کند که پذیرش درون‌گروهی آنها را تسهیل می‌کند؛ اما آنچه محل مناقشه است اینکه هویت ساخته‌شده کاذب و ضدفرهنگ است. این هویت‌سازی مشروع و موردپذیرش نیست، زیرا در بطن جامعه، نهادینه نشده و نیز بیشتر هویتی برای دیده شدن است. یکی از جوانان مورد مطالعه روایت می‌کند:

«ما تصمیم گرفتیم که خط بندازیم و نشون بدیم که باهمیم. همه نگاه می‌کردن و الگو می‌گرفتن. اوایلش به تیم تشکیل دادیم و همه ما رو می‌شناختن. حتی برا خط انداختن پول می‌گرفتم. قرار نیست که مثل بقیه مردم باشیم. دوست داریم این طوری هستیم. به کسی ربطی نداره. قرص هم می‌ندازیم و مشروب هم می‌خوریم و...» (مرد، ۲۹ ساله).

آنچه مهم است اینکه، بسترهای اجتماعی حاکم نمی‌توانند منابع اجتماعی لازم را در اختیار جوانان قرار داده و از این طریق بتوانند خودپنداره خود را به شکل مثبتی انسجام داده و در پرتو تعامل سازنده با جامعه هویت خود را قوام بخشند. مهاجرت‌های متنوع باعث شده است که از منابع هویتی پیشین گذر کرده و در موقعیت جدید نیز نتوانند به هویت مناسب و منسجمی برسند.

پنهان‌سازی روابط

پنهان‌سازی، به مثابه یک راهبرد، بیشتر مبتنی بر تعاملات خارج از عرفی است که از طریق آن جوانان سعی می‌کنند نوعی لذت، فراغت، روابط نامتعارف و دوستی‌های کاذب ایجاد کنند. این پنهان‌سازی درواقع نوعی واکنش به جامعه‌ای است که مانع تحقق امیال آنها در شرایط عادی می‌شود. یکی از این امیال میل جنسی است که در این تحقیق از آن به میل جنسی تحقق نیافته تعبیر کردیم (به زمینه‌های اجتماعی مراجعه کنید). زمانی که شرایط اجتماعی نتوانند مسیر عیان‌سازی روابط را محقق سازند، این راهبرد به منصه ظهور می‌رسد.

«من و دوستام تصمیم گرفتیم که خودمون قرار بذاریم و هر هفته جمع بشیم و کسی هم ندونه. به ساله ما این داستان رو داشتیم. دختر و پسر باهم بودیم؛ اما یهو همه چی به هم خورد» (مرد، ۲۶ ساله).

در پنهان‌سازی روابط، بخشی از امیال جوانان تحقق می‌یابد که در شرایط عادی ایستارها و هنجارهای موجود مانع آنها هستند. پنهان‌سازی حالتی تدافعی است که جوانان برمی‌گزینند تا بتوانند از دیده شدن در امان مانده و در نتیجه مسئولیت کمتری پذیرفته و به گفته یکی از مشارکت‌کنندگان:

«برا خودمون راحت باشیم و کسی امرونهی نکنه. حوصله جواب دادن به کسی رو ندارم. الانم که قرص انداختم به کسی ربط نداره. دلم خواست خوردم» (زن، ۳۰ ساله).

نپذیرفتن ابزارهای (قواعد) موجود

در جامعه مورد مطالعه، قواعد اجتماعی از قدرت و استحکام اجرایی برخوردار نیستند. فقر نسلی خانواده را تضعیف کرده و نهادهای انتظامی و قوانین کیفری و حقوقی نیز به راحتی توسط پاره گروه‌های بزهکار دور زده می‌شود. از این رو، نپذیرفتن قواعد موجود راهبردی است که توسط جوانان اعمال می‌شود.

«اینجا با قمه دعوا شد، کسی نبود که بیاد شکایت کنه. نیرو انتظامی هم کاری نمی‌تونه بکنه» (مرد،

۳۱ ساله).

به دلیل شرایط خاص جوانی، ایده‌ها و آمال جوانان فراتر از نظم موجود است. این کشش و آمال باعث شده که نظم موجود و قواعد تعبیه شده نوعی اختلال دانسته شود که مانع رسیدن آنها به اهدافشان می‌شود. لذا، توجیهی درونی و سازوکاری تعریف می‌شود که برای خروج از وضعیت موجود باید فعالانه آن را به کار گرفت.

«این همه مسخره‌بازی نمی‌ذاره ما جوونا زندگی کنیم. باید به همه جواب پس داد. کی گفته این قوانین

درستن؟ کی گفته باید به همه جواب پس داد؟» (زن، ۲۹ ساله).

پیامدها

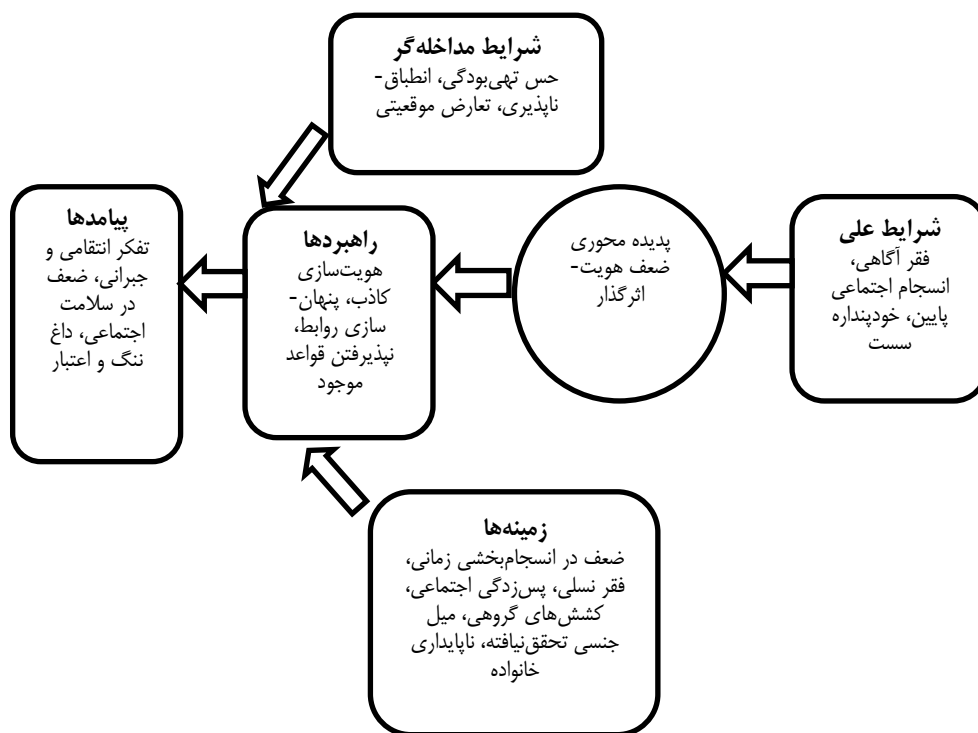
برای پیامدهای اجتماعی ۱۹ مفاهیم پایه استخراج شد که در قالب سه مقوله اصلی «تفکر انتقامی و جبرانی»، «گسست در سلامت اجتماعی» و «انگ و داغ اعتبار اجتماعی» سازمان‌دهی شدند.

تفکر (انتقامی و) جبرانی: تفکر جبرانی و انتقامی یکی از پیامدهای این وضعیت است که بر افراد مورد مطالعه ما عارض می‌شود. این «باز خورد جبرانی» در واقع بیانگر پاسخ خلاف انتظاری است که افراد اقدام‌کننده به مسمومیت دارویی انجام می‌دهند و تصور می‌کنند عملی صحیح و مناسب می‌دهد. در این وضعیت، افراد با خودکشی از وضعیت موجود انتقام می‌گیرند و سعی می‌کنند در برابر نابرابری موجود کنشی فعالانه انجام بدهند.

گسست روانی/اجتماعی: «گسست اجتماعی» در معنای مورد نظر ما، تهدید و مخاطره «سلامت اجتماعی» افراد اقدام‌کننده با مسمومیت دارویی است. در بحث سلامت اجتماعی، انسان به تنهایی و در معنای مجرد آن مطرح نیست، بلکه آنچه مورد نظر است، انسان در محیط اجتماعی و ارزیابی او از هر آن چیزی است که در اطراف او وجود دارند و بر فهم، انگارها و خود موجود به منظور نیل به خود مطلوب او به مثابه یک سیستم تأثیر می‌گذارند. آنچه جوانان، به مثابه جزئی از سیستم و خرده نظام اجتماعی، به جامعه می‌دهند (در قالب دستاوردها و عملکرد فرد) و در عین حال از جامعه می‌گیرند (در قالب خودشکوفایی و نظم نمادین و/یا اینکه فرد از حمایت اجتماعی برخوردار می‌شود) کیفیت سلامت اجتماعی آنها را مشخص می‌سازد.

«حس بی‌ارزشی و بی‌هدفی دارم. من دومین باره که خودکشی می‌کنم. بار قبل طول کشید که از ذهنم پاک شد. الان دیگه واقعاً فکر می‌کنم نمی‌تونم دوام بیارم و سازگار بشم. خیلی سخته. پشیمونم از کارم. فکر می‌کنم موجود بی‌مصرفی‌ام که دیگه نمی‌تونم ارتباط برقرار کنم و مثل بقیه حال کنم با زندگیم و درگیر بشم و مفید باشم» (زن، ۲۹ ساله).

داغ ننگ و اعتبار: برخلاف سلامت اجتماعی، که حاصل ارزیابی فرد از موقعیت ارتباطی خود در جامعه است و توسط فرد رخ می‌دهد، داغ ننگ توسط دیگران بر فرد تحمیل می‌شود. در واقع، محیط اجتماعی افراد را دسته‌بندی و جایگاه آنها را تثبیت می‌کند. صفتی که در ذهن ما از یک فرد بیرونی یک فردی که دست به مسمومیت و خودکشی زده است و جوانی که این کار را انجام داده است با فشارها و کلیشه‌هایی همراه می‌شود که داغ ننگ است. آگاه شدن از موقعیت پست‌تر، جوانان را درحالی قرار می‌دهد که او دیگر نمی‌تواند درمقابل شکل‌گیری برخی احساسات آزاردهنده مقاومت کند. این احساسات ناشی از بدترین نوع احساس ناامنی است که کنش فردی او؛ یعنی اقدام به مسمومیت ایجاد و ساختار اجتماعی آن را تعمیق و گسترش داده است.



نمودار شماره ۱: مدل حاصل از نظریه داده‌بنیاد

بحث و نتیجه‌گیری

پاکدشت از جمله شهرهای مهاجرپذیر است. این وضعیت در کنار فرصتهایی که برای درآمد و اشتغال افراد ایجاد کرده، منجر به تفرق ساختاری و موقعیت موزاییکی شده است. کم‌رنگ شدن قدرت نهادهایی مانند خانواده، دولت و آموزش و پرورش از پیامدهای این وضعیت است. این نهادها که حلقه‌های ارتباطی جامعه‌پذیری و نقش‌پذیری افراد محسوب می‌شوند، در تثبیت موقعیت اجتماعی افراد ناکام مانده و در نتیجه، شرایط برای جذب و ادغام اجتماعی افراد از جمله جوانان روبه‌زوال رفته است. در این وضعیت بی‌انسجام، آنچه قابل تحلیل است این که تضادی عمیق از حیث ساخت یابی ساختار اجتماعی شهر پاکدشت را رقم زده است. این تنگنای اجتماعی در یک دور و تسلسل بر دگردیسی هویتی، باز نقش‌پذیری و تعدیل روابط خشونت مؤثر واقع می‌شود. آزادی و بی‌ثباتی ناشی از این وضعیت، ایستاهای جدیدی برای جوانان خلق می‌کند که جلوه آن را می‌توان در الگوهای رفتاری مخاطره‌آمیز به‌وضوح مشاهده کرد. ایستارهای سنتی در حال رنگ باختن هستند، اما الگوهای جدید به سهولت اجازه بازنمایی ندارند. از سویی، جوانان درصدد خوداظهاری و پذیرش نقش‌های جدید هستند، اما از سوی دیگر، ساختار حاکم اجازه هنرنمایی را به آنها نمی‌دهد. آثار این وضعیت خود را به‌صورت از صف خارج شدن، تضاد خانوادگی، طلاق و ارتکاب جرم نشان می‌دهد. تجاوز به حریم شخصی جوانان (به‌خصوص دختران جوان) به دلیل ضعف نظارت اجتماعی رسمی، آنها را دربارهٔ خویشتن با سرخوردگی و ناکامی‌های متعدد روبرو ساخته است. خود حاشیه‌سازی و داشتن روابط پنهانی صرفاً جلوه‌های اندکی از قضیه هستند. خود حاشیه‌سازی، که نمود آن به‌مراتب بیشتر است، به‌نوعی طرد خودانگیخته و ارادی است که ساختار حاکم بر آنها تحمیل می‌کند و نوعی خشونت نمادین است که دیگری بر آنها مسلط ساخته و هنجارها و ارزش‌های خود را بر آنها مقرر می‌دارد.

نتایج این پژوهش همسو با نتایج مطالعات پیشین (نجفی و همکاران ۱۳۹۲، قادرزاده و پیری ۱۳۹۳ و علیوردی‌نیا و همکاران ۱۳۹۰) در این حوزه است. نتایج این مطالعه از حیث تئوریک، منطبق با رهیافت فشارهای اجتماعی_ساختاری است که طی آن منجر به سوق دادن افراد به‌سوی اعمال نابهنجار می‌شوند. بیشتر تمرکز این رویکرد، در معنای کلاسیک آن، بر شکاف‌های بین اهداف و وسایل تأکید دارد که شکاف‌های موجود در پاکدشت، که مانع دسترسی به فرصت‌ها و در نتیجه، محرومیت جوانان می‌شود، این وضعیت را تأیید می‌کند. در جامعهٔ مورد مطالعه، به دلیل فشارهای ناشی از جابه‌جایی و نیز تحرکات اجتماعی نوعی بی‌ثباتی وجود دارد. از این‌رو، منابع هویت‌ساز محلی (تأکید رویکرد هویت و نیز پدیدهٔ محوری ضعف هویت اثرگذار) با نوعی تعارض ارزشی، احساس محرومیت نسبی و نارضایتی اجتماعی روبرو هستند و سرانجام ضعف انسجام و تعارض موقعیتی جوانان را به‌دنبال دارد. این مطالعه با تمرکز بر پدیدهٔ محوری ضعف هویت اثرگذار از خلأ مناسبات و تعاملات اجتماعی حکایت دارد که به‌صورت

رهابودگی، مرجع نایابی و روابط نارس در بین جوانان جلوه می‌کند. این یافته‌ها با مطالعه اندرسون^۱ (۲۰۱۷) هم‌راستاست که مسمومیت ناشی از مصرف مواد را به دلیل تضاد هویتی می‌داند. گرایدون^۲ (۱۹۹۷) زمینه‌های اجتماعی از جمله تضاد خانوادگی و دوستی را از مهم‌ترین عوامل گرایش به الکل و مواد مخدر می‌داند که این دو عامل از عوامل مورد تأکید مطالعه حاضر هستند. این یافته در کنار یافته‌های مطالعه، راسیماس و همکاران^۳ (۲۰۱۷) مبنی بر اینکه فشارهای اجتماعی ناشی از تضاد هویتی، خانواده و ضعف نهادهای آموزشی منجر به مسمومیت و مصرف مواد می‌شوند، مقوله پدیده محوری و نیز بسترها را تأیید می‌کنند. بنابراین، با تمرکز بر پدیده محوری و زمینه‌های اجتماعی این مطالعه می‌توان گفت زمانی که انسجام و انطباق لازم با جامعه ایجاد نشود، نوعی حس رهاشدگی، ضعف در معنا یابی و معنا سازی و در نتیجه بحران هویت و معنا (پدیده محوری) به وجود می‌آید. یکپارچگی و مشارکت فعالان جوانان با دیگران و ایجاد تعاملات پایدار و هدفمند در جامعه، منوط به چهار عنصر کلیدی است: «اول یافتن معنا در جامعه، دوم حس داشتن تجربه مشترک با دیگران و سرمایه اجتماعی، سوم کارآمدی اجتماعی و مبادله اعتماد و در نهایت حمایت اجتماعی». این چهار عنصر مسیر نیل به پذیرش اجتماعی، پذیرش تکثر فرهنگی، اعتماد به دیگران و نگاه مثبت به انسان‌ها، نگاه واقع‌بینانه به خود و امکانات موجود، سازگاری و انسجام با جامعه و کاهش بیگانگی و ناهنجاری اجتماعی و آشنایی با قوانین مدنی و کاهش جرم و خودکشی را در بین جوانان فراهم می‌سازند. در بین گروه اقدام‌کننده مسمومیت دارویی (بیشتر افرادی که در منزل و خارج از بیمارستان با آنها مصاحبه شد) تجربه مشترک در بین افراد هم‌گروه زیاد بود؛ اما این اشتراک و هم‌نوایی با جامعه بزرگتر را کمتر می‌دانند. لذا جامعه بزرگتر را برای خود فاقد معنا دانسته و تصور بر این بود که جامعه بزرگتر مانع خودسامانی و استقلال آنها در داشتن زندگی دلخواه و مطلوب است. نتیجه این وضعیت، درک منفی از خود است که در قالب بی‌چیزی و بی‌معنایی (در بعد فردی) و کناره‌گیری از روابط اجتماعی پایدار (بعد اجتماعی) خود را بازتولید می‌کند. این اختلال در بعد فردی و اجتماعی، مبادله اعتماد را کاهش داده و منجر به نارسایی روابط اجتماعی جوانان پاکدستی شده است.

از جمله نتایج مهم قابل استنباط از مجموع داده‌ها و روابط بین آنها، ناکارآمدی رویکرد «پزشکی‌سازی مسمومیت دارویی» در مواجهه با وجوه مختلف مسمومیت‌های دارویی به‌عنوان یک مسئله اجتماعی است؛ تقلیل «مسئله اجتماعی» به‌نوعی مسئله «زیست پزشکی و روان‌شناسانه» مصداق آشکار تقلیل‌گرایی حداکثری در مقام فهم اضلاع مختلف مسئله و نیز دریافتن راه‌حل مناسب برای آن خواهد بود. به بیان دیگر،

1. Anderson
2. Graydon
3. Rasimas et al.

مسموم‌شوندگان کسانی هستند که پس از کارگر نیفتادن تمام سازوکارهای بازدارنده اجتماعی و هویتی، به‌طور خود اظهاری، به بیمارستان مراجعه نموده و یا دیگران آنها را به بیمارستان فرستاده‌اند. بدین ترتیب، همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، مراجعه به بیمارستان و مواجهه تشخیصی^۱، درمانی^۲ و داروشناختی^۳ با تجربه مسمومیت آخرین اقدام کاربردی و اورژانسی در پرداختن به مسئله‌ای است که پراکنش حداکثری آن مدلول سلسله گسترده‌ای از عوامل و زمینه‌هایی است که گرایش به مسمومیت دارویی را رقم زده‌اند. یافته‌های فوق مؤید نظریه دورکیم در مورد خودکشی است، وی تلاش داشت انواع آسیب‌های اجتماعی از جمله خودکشی را با عوامل اجتماعی نظیر همبستگی اجتماعی و انومی اجتماعی پیوند دهد. مشخص است که در پیوند با محیط اجتماعی، حمایت‌هایی که افراد به‌خصوص جوانان از نهادهای اجتماعی؛ مانند نهاد خانواده و اقتصاد، دریافت می‌کنند نقش تعیین‌کننده دارد.

براساس نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود که به بررسی نقش حمایتی خانواده‌ها از جوانان، ظرفیت سرای محلات به منظور مشارکت‌پذیری و افزایش تعلقات اجتماعی جوانان، برگزاری کلاس‌های آموزشی و تربیتی، فعال‌تر نمودن بخش پرورشی مدارس، ایجاد مراکز حمایتی مددکاری اجتماعی، استفاده از کارشناسان مجرب پرورشی و تربیتی جوانان توجه شود.

منابع

- آذین، سید علی؛ شهیدزاده، علی؛ عبادی، مهدی؛ امیدواری، سپیده؛ منتظری، علی (۱۳۸۷). عامل مسمومیت در مسمومیت‌های عمدی و مقایسه آن با مسمومیت‌های غیرعمدی و متغیرهای مرتبط. *مجله اپیدمیولوژی ایران*، دوره ۴، شماره ۲: ۱۷-۷.
- تیلور، استیو (۱۳۷۹). *جامعه‌شناسی خودکشی*. ترجمه: رسول ربانی. نشر تهران، آوای نور.
- جمشیدی‌ها، غلامرضا؛ قلی‌پور، سیاوش (۱۳۸۹) مدرنیته و خودکشی زنان و دختران لک. *مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران*، سال اول، شماره ۱: ۸۹-۱۰۶.
- سرجمی، سعیده؛ حسینیان مقدم، حسین؛ پژومند، عبدالکریم؛ زارعی، محمدرضا (۱۳۸۷). بررسی اپیدمیولوژیکی مسمومیت در نوجوانان مراجعه‌کننده به بیمارستان لقمان حکیم در ۶ ماهه اول سال ۱۳۸۲. *مجله پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی*، دوره ۳۲، شماره ۱: ۸۱-۸۵.
- سوت‌هیل، کیت؛ پیلو، مویرا؛ تیلور، کلر (۱۳۸۳). *شناخت جرم‌شناسی*. ترجمه: میر روح‌الله صدیق. تهران: دادگستر.

- شکرزاده، محمد؛ جلیلیان، جعفر؛ حسین پور، رضا؛ حاجی محمدی، امیر؛ دلارام، اعظم؛ شایسته، یعقوب (۱۳۹۵). بررسی شیوع و علل مسمومیت‌های غیرعمدی در بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان ۵ آذر گرگان در سال‌های ۱۳۹۳-۱۳۸۷. *مجله کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، شماره ۳۹: ۱-۱۱.
- شکرزاده، محمد؛ حاجی محمدی، امیر؛ دلارام، اعظم؛ پویان صدر، اکرم؛ شایسته، یعقوب (۱۳۹۶). علل مسمومیت‌های حاد منجر به بستری نوجوانان در گرگان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۵ (۱۰): ۸۰۹-۸۱۸.
- علیوردی‌نیا، اکبر؛ رضایی، احمد؛ پیرو، فریبرز (۱۳۹۰). تحلیل جامعه‌شناختی گرایش دانشجویان به خودکشی. *جامعه‌شناسی کاربردی*، سال بیست و دوم، شماره ۴۴: ۸-۱.
- علیوردی‌نیا، اکبر؛ یوسفی، ندا (۱۳۹۳). تمایل به خودکشی در میان دانشجویان: آزمون نظریه فشار عمومی اگنیو. *جامعه‌شناسی کاربردی*، سال بیست و پنجم، شماره ۲ (۵۴): ۹۹-۱۳۷.
- فتحی، سروش؛ فدوی، جمیله (۱۳۹۱). تحلیلی بر آسیب‌های اجتماعی جوانان طی سال‌های ۱۳۷۸-۸۷ و عوامل مؤثر بر آن. *فصلنامه مطالعات جامعه‌شناختی جوانان*، ۸: ۱۲۱-۱۴۴.
- قادرزاده، امید؛ پیری، کوهیار (۱۳۹۳). برساخت اجتماعی خودکشی: ارائه یک نظریه مبنایی. *پژوهشنامه مددکاری اجتماعی*، دوره یک، شماره ۲: ۹۵-۱۲۱.
- قادری، صلاح‌الدین؛ حامد نظری (۱۳۹۸). تحلیل جامعه‌شناختی خودکشی در ایران (براساس آمارهای سال ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۳). *مجله مسائل اجتماعی ایران*، سال دهم شماره ۱: ۱۹۵-۲۱۵.
- کرمی، محمد؛ ابراهیم‌زاده، محمدعلی؛ یوسفی، پرمون؛ خانی، کبری (۱۳۸۳). بررسی علل و عوامل مسمومیت‌های دارویی در بیمارستان‌های بوعلی و نیمه شعبان ساری در سال‌های ۸۱-۱۳۷۹. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران*، سال یازدهم، شماره ۴۲: ۶۳۵-۶۳۹.
- کریمان، حمید؛ علی محمدی، حسین؛ خدام، رامین (۱۳۸۸). *مسمومیت‌ها، اصول، تشخیص و درمان*. تهران: ناشران دیباج، خسروی.
- کریمی، آرمان؛ جمادی، علی؛ خسروشاهی، قدرت الله (۱۳۹۲). *بررسی علل خودکشی و راهکارهای پیشگیری از آن در استان کهگیلویه و بویر احمد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نراق.
- کلانی، سمیه؛ سفیری، خدیجه (۱۳۹۵). تناقض‌های هویتی جوانان درکنش و واکنش با خانواده و جامعه با رویکرد زمینه محور. *مسائل اجتماعی ایران*، سال هشتم، شماره ۱: ۹۷-۱۲۰.
- کوهی، کمال (۱۳۹۲). جوانان و آسیب‌های اجتماعی: تبیین جامعه‌شناختی انحرافات اخلاقی دانش‌آموزان دبیرستانی در استان آذربایجان شرقی. *فصلنامه دانش انتظامی آذربایجان شرقی*، ۳ (۱۰): ۲۷-۴۷.
- مهدی‌زاده، قاسم؛ منوچهری، علی‌اصغر؛ ضرغامی، امین؛ مقدم‌نیا، علی‌اکبر (۱۳۹۴). بررسی فراوانی و علل مسمومیت در بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید بهشتی بابل طی سال‌های ۱۳۹۰ الی ۱۳۹۱. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل*، ۱۷ (۷): ۲۲-۲۸.

- نجفی، فرید؛ احمدی جویباری، تورج؛ مرادی نظر، مهدی؛ ایزدی، ندا (۱۳۹۱). علل و عوامل مؤثر بر مسمومیت عمدی در جوانان ۱۵ تا ۲۰ سال: مطالعه تک مرکزی با ۳۲۱ بیمار. *مجله علمی پزشکی قانونی*، (۱) ۳۲-۳۸.
- وایت، راب؛ هینز، فیونا (۱۳۸۶). *جرم و جرم‌شناسی*. ترجمه: علی سلیمی. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- Agnew, R. (1992). Foundation for a General Strain Theory of Crime and Delinquency. *Criminology*, V. 30: 47-87.
- Anderson, M. (2017). Poisoning with illicit drugs. *Paediatrics and Child Health*, V. 27, Issue 9, September 2017: 401-405.
- Barri, MS.; Chakraborty, SR.; Alam, MMJ.; Qayyum, JA.; Hassan, N.; Chowdhury, FR. (2014). Four-Year Study on Acute Poisoning Cases Admitted to a Tertiary Hospital in Bangladesh: Emerging Trend of Poisoning in Commuters. *Asia Pac J Med Toxicol*, 3(4): 6-15.
- Graydon, D. (1997). The Prediction Of Alcohol And Other Drug Use.... *Dissertation Abstracts International*, V. 57, N.7.
- Koushanfar A. (2006). A study of accidental children poisoning. *Arch Iranian Medicine*, 3(1):32-34.
- Liu, Q.; Zhou, L. (2009). Poisoning death in china :Type and prevalence detected at Tongji forensic medical center in Hubei. *Forensic science international 2009*, 193(1): 88-94.
- Prosser, JM.; Perrone, J.; Pines JM. (2014). The epidemiology of intentional non-fatal self-harm poisoning in the United States. *Journal of Medical Toxicology*, 3(1): 20-4.
- Randev, S.; Grover, N.; Sharma, R.; Sharma, H. (2016). Acute poisoning in children: seven year experience at a tertiary care hospital of north India. *Current Pediatric Research*, 15(1): 65-8.
- Rasimas, J.J.; Smolic, E.; Sinclair, E.; Courtney, M (2017). Themes and trends in *Intentional self-poisoning: Perspectives from critical care toxicology*, V. 255: 304-313.
- Savage, Jenna Morgan (2011). *Gendered pathways from strain to delinquency during adolescence: an integration of general strain theory and differential gender socialization. Submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Criminology and Criminal Justice. in the Graduate School of Arts and Science. Boston .Northeastern University, April, 2011*
- Silvers, JA.; McRae, K.; Gabrieli, JDE.; Gross, JJ.; Remy, KA., Ochsner, KN. (2012). Age-Related Differences in *Emotional Reactivity, Regulation, and Rejection Sensitivity in Adolescence*, 12 (6): 1235-47.
- Tylor, A. (2013). *Childhood Abuse, Criminal Victimization, Sex Work, and Substance Use among Homeless Street Youth: An Application of General Strain Theory*. *Youth & Society*.47(4):502-519.
- Van, Hoving; Daniël, J; Luke, D; Hunter, Rachel; Hendrick, J; Gerber, Carine; Lateganb (2018). The burden of intentional self-poisoning on a district-level public Hospital in Cape Town. *South Africa*, V. 8, 3: 79-83.
- Wareham, J Jennifer (2005). *Strain, Personality Traits, and Deviance among Adolescents: Modeling Factors*. (P h.D Thesis). University of South Florida.