

اعتیاد والدین و کودک آزاری

دکتر علیرضا جزایری

روان شناس بالینی، استادیار گروه

روان شناسی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

چکیده:

قرون متمادی است که جهان در گیر بیماری اجتماعی عظیمی به نام «کودک آزاری» است. خشونت به کودکان و نوجوانان، به عنوان پدیده ای اجتماعی، مورد توجه گروه کثیری از متخصصان قرار گرفته است. روان شناسان، روان پژوهشکان، مددکاران، مشاوران، خانواده درمانگران، پژوهشکان اطفال - حقوق دانان ... همگی دست اندر کار تدوین راهکارهایی هستند تا بتوان با این پدیده مقابله و مبارزه نمود. پژوهش های روان شناختی گسترده ای، چه در باب نظری و چه در باب عملی، درباره این پدیده احتمای انجام گرفته است. به طور مثال، مقایسه طبیعت پرخاشگری در انسان با حیوانات، چگونگی تمایلات پرخاشگرانه در انسان و دلایل آن، میزان شیوع انواع پرخاشگری از گونه فعالیت هایی است که شاید متخصصان را به ریشه شناسی و تبیین راه کارهای مقابله راهنمایی کند.

تلash های فردی، خانوادگی، اجتماعی سازمان های بین المللی، گروه های غیر دولتی و قانونی همگی تأکید بر این مطلب دارند که حفاظت کودکان از خشونت، چه به صورت جسمی یا روانی، و چه غفلت ورزی، اجتماعی، تحصیلی، حرفا های و سایر گونه های آزار، می تواند منضم سلامت سازی یکی از اركان بهداشت روانی اجتماع باشد. آسیب پذیری این کودکان خصوصاً در برابر بیماری های روانی، اعتیاد و سایر آسیب های اجتماعی کاملاً تحقیق شده و مشخص است.

تحقیق حاضر کوششی به منظور مروری بر کلیه دیدگاه های نظری در حیطه های مختلف همه گیر شناسی، تشخیص و سبب شناسی آزار از دیدگاه خانواده، عوارض روانی آزار، عوارض فیزیکی و پیشگیری و درمان است. واژه شناسی: کودک آزاری - خشونت نسبت به کودکان.

کلید واژه: اعتیاد، کودک آزاری، خانواده معناد، خشونت.

مقدمه

خشونت، پرخاشگری در ضعیفترین اشکال آن با نابود سازی انسان ها به طور گسترده و در عرصه اجتماعی، پدیده ای است که ذهن بسیاری از افراد را در حوزه های مختلف علوم به خود مشغول کرده است. پژوهش های روان شناختی گسترده ای در باب مقایسه طبیعت پرخاشگری در انسان و حیوان، تمایلات پرخاشگرانه در انسان و دلایل آن، میزان شیوع انواع پرخاشگری و مانند آن صورت گرفته و تلash شده است تا به تبیین پرخاشگری با استفاده از دیدگاه های مختلف و چگونگی مقابله با آن پرداخته شود. به نظر می رسد که این پدیده، حوزه ای است که در آینده نیز تلash های فردی، خانوادگی، ملی و بین المللی بسیاری را در جهت شناسایی علل و چگونگی تعدیل و کنترل آن برانگیزد. در این میان، خشونت به کودکان، به دلایل متفاوت، از حساسیت خاصی برخوردار است و پژوهش های بسیاری را دامن زده است. یکی از زمینه هایی که در این باره مطرح است کودک آزاری^۱ است. این مقاله بر آن است تا مروری تحلیلی و نقدگونه، هر چند اجمالی و نارس، در این حوزه بکند.

تعاریف

تعریف دقیق «آزار» فربینده و دستیابی به آن دشوار است. آنچه بعضی افراد آزار تلقی می کنند، برخی دیگر مراقبت طبیعی و قابل قبول می دانند. کودک آزاری مجموعه پیچیده ای از رفتارهای والدین و پاسخ های کودک، و یک پدیده چند جانبه شخصی، خانوادگی و جامعه شناسی است (لودویگ^۲ و کورنبرگ^۳، ۱۹۹۲ به نقل از نوروزی ۷۱-۷۲).

۱.Child Abuse

۲.Ludwing

۳.Kornberg

تعاریف متفاوتی از کودک آزاری به وسیله سازمان‌ها، دولت‌ها، نهادها و یا پژوهشگران صورت گرفته است. هر یک از این تعاریف با هدف خاص تحقیقاتی یا خدمات دهی به فرد یا گروه ارائه شده است.

در تعریف عمومی کودک آزاری، بر حضور جراحات غیرتصادفی در نتیجه ضربه جسمانی یا قصور مراقبت کنندگان در حفظ و حمایت کودکان تأکید می‌شود. بنابراین، کودک آزاری جسمی^۱ با اشاره مستقیم‌تر به شرایط صدمه فیزیکی به کودک، به طور غیرمستقیم، هر گونه قصور و غفلت در اراضی نیاز به حمایت شدن کودک را (مواردی مثل زندگی کودک، سلامتی و بهداشت او) در بر می‌گیرد. در تعاریف قانونی، وزن تعریف بر پیامدهای آشکار آزار است تا به هدف عدمه تضمین حداقل استانداردهای اجتماعی مراقبت از کودک کمک کرده باشد (ولف، ۱۹۸۷).

گرین^۲ (۱۹۸۹) کودک آزاری را به طور کلی چنین تعریف می‌کند: «کودک مورد آزار کودکی است که کمتر از ۱۶ سال سن دارد و والدین یا سرپرست قانونی او: (الف) آسیب جدی به کودک وارد می‌آورند یا اجازه چنین کاری را می‌دهند؛ (ب) خطر واقعی جدی برای کودک ایجاد می‌کنند یا اجازه چنین کاری را می‌دهند؛ و (ج) عملی از اعمال آزار جنسی، طبق تعریف قانون جزایی، علیه کودک مرتكب می‌شوند یا اجازه ارتکاب آن را به دیگری می‌دهند. گذشته از تعاریف عمومی و کلی، هر یک از انواع کودک آزاری نیز به طور جداگانه معرفی شده‌اند.

کمپ^۳ و کمپ (۱۹۷۸، به نقل از نوروزی، ۷۱-۷۲) آزار جسمی را چنین تعریف می‌کنند: «عمل زیان آور جسمی در مورد کودک که معمولاً با آسیب وارد مانند کبودی، سوختگی، ضربه به سر، شکستگی، جراحات شکمی یا مسموم کردن مشخص می‌شود. آسیب وارد مستلزم توجه پژوهش است (خواه کودک آن را دریافت کند یا نکند).

بنتویسم^۴ (به نقل از نوروزی، ۷۱-۷۲) خشونت بدنی را چنین توضیح می‌دهد: «عملی که با قصد یا قصد تلويحی ایجاد در یا آسیب به کودک در خانواده اعمال می‌شود. خشونت طبیعی شامل موارد شایع سیلی، هل دادن، سقطمه زدن و ضربه به نقاطی از بدن است که غالباً به عنوان جزء قابل قبول یا طبیعی تربیت کودکان تلقی می‌شود. خشونت آزارنده شامل اعمال خطرناکی از خشونت است که قابلیت بالقوه آسیب رساندن به شخص در آن بالا است، مانند مشت و لگزدن، گازگرفتن، خفه کردن، کتک زدن، تیززدن، کارد زدن یا تهدید به زدن تیر یا کارد.

نکته مهم در اینجا، همچنانکه که بلمبرگ^۵ (۱۹۸۱) خاطر نشان کرده، قائل شدن تفاوت بین تنبیه بدنی و انضباط از یک سو و آزار از سوی دیگر است. اولی عمدی اما در جهت منافع کودک توجیه شده است. دومی غالباً، از نظر شدت خشونت اعمال شده، غیرارادی است و می‌تواند با جراحت‌هایی و آسیب‌هایی چون شکستگی، پارگی، سوختگی درجه سوم، خونریزی جمجمه‌ای یا حتی قتل آشکار شود.

اگر چه تمایز بین انضباط و آزار - چنانکه که بلمبرگ بدرستی به آن اشاره کرده است - ضروری می‌نماید، اما ابهامی که در اینجا باقی می‌ماند آن است که چگونه می‌توان مرز بین این دو را مشخص کرد؟ از آنجا که تعریف انضباط، خشونت و آزار در افراد، خانواده‌ها و فرهنگ‌ها و نیز در زمان‌های مختلف بسیار متفاوت است، نکته قابل تعمق آن است که این مرز نیز بسیار سیال و قابل تغییر است. این امر یکی از زمینه‌های دشواری پژوهش در این حوزه محسوب می‌شود که در ادامه به آن بیشتر اشاره خواهد شد.

در تعریف آزار جنسی^۶ کمپ و کمپ (۱۹۷۸، به نقل از نوروزی، ۷۱-۷۲) آورده‌اند که وارد کردن کودکان و نوجوانان - و البته از نظر رشدی نابالغ - در فعالیت‌های جنسی که کاملاً قادر به درک آن نیستند و نمی‌توانند رضایت خود را اعلام کنند، و یا وارد کردن آنها در فعالیت‌های جنسی که تابوهای اجتماعی نقش‌های خانوادگی را بر هم می‌زنند. به معنای دقیق‌تر، کودک آزاری جنسی به معنای بهره‌کشی

۱.Physical Child Abuse

۲.Wolfe

۳.Green

۴.Kempe

۵.Beneterism

۶-Blumberg

۷-Sexual Abuse

کودکان نابالغ از راه مزاحمت جنسی مانند زنا، تعریض و تجاوز است. این کودکان بهره‌کشی می‌شوند، زیرا آزار جنسی باعث خدشه دار شدن کنترل معین رشدی آنها بر بدن و ترجیح شرکای جنسی براساس مساوی با افزایش بلوغ می‌شود، خواه با عملی واحد، آشکار و احتمالاً

خشونت آمیز توسط غریبیه باشد و خواه با اعمال زنای با محارم به زور یا به نحوی دیگر که غالباً چندین سال هم ادامه می‌پاید.

گرین (۱۹۸۶) در تعریف بی‌توجهی^۱ (غلت) می‌نویسد: «کودک مورد بی‌توجهی کودکی کمتر از ۱۸ سال قرار می‌گیرد که در اثر عدم توفیق والدین یا سرپرست قانونی او در تهیه حداقل مراقبت‌های لازم، دچار آسیب شده است، یا کودکی کمتر از ۱۸ سال که والدین با سرپرست قانونیش او را ترک کرده باشند». بلامبرگ (۱۹۸۱) در این باره می‌نویسد که بی‌توجهی شامل محرومیت از غذا، لباس، مسکن یا مراقبت پزشکی برای شخص کمتر از ۱۸ سال است. ولف (۱۹۸۷) در مورد بی‌توجهی آورده است که عبارت است از هر گونه فصوري که در فراهم کردن تغذیه، پوشاش، مسکن، مراقبت بهداشتی، آموزش و به طور کلی رشد و پیشرفت کودک صورت گیرد.

در اینجا، ملاحظه می‌شود که تا چه حد تعریف بی‌توجهی می‌تواند طیف محدود یا گسترده‌ای را دربرگیرد. از جمله سؤال‌هایی که در این قسمت مطرح می‌شود این است که آیا سوء تغذیه کودک را می‌توان محرومیت او در تغذیه دانست؟ آیا زندگی در مکانهای نامناسب، استفاده از پوشاش نامناسب، جلوگیری کودک از رفتن به مدرسه در سطوح مختلف نوعی فصور در الزامات زندگی کودک تلقی نمی‌شود؟

و بالاخره، در تعریف یکی از مشکل‌ترین انواع کودک آزاری عاطفی / روانی، بنتویسم (۱۹۸۷، به نقل از نوروزی، ۷۱-۷۲) می‌نویسد: «آزار عاطفی عبارت است از ویران کردن منظم احساس لیاقت کودک». و در تعریف لیاقت آورده است که لیاقت، توانایی کارکرد در زمینه‌های اجتماعی است. ولف (۱۹۸۷) در این مورد می‌نویسد که بد رفتاری عاطفی اشاره به رفتاری است که مراقبت کننده کودک موجب کاهش عزت نفس، ایجاد اضطراب و سایر مسائل هیجانی کودک می‌شود. واکر^۲، کیفمان^۳ و بورنر^۴، (۱۹۸۷، به نقل از نوروزی، ۷۱-۷۲) می‌نویسد که تعریف آزار عاطفی بسیار مشکل اما شامل استفاده بیش از حد از تهدیدهای کلامی، ریختند کردن، عبارات تحقیر آمیز، جملات نکوهیده و تهدید علیه شخص خردسال به حدی است که عواطف کودک و سلامت روانی او به خطر افتاد.

قبل از تصور می‌شود که آزار بدنی و بی‌توجهی همراه با حضور دست کم مقداری آزار عاطفی است، اما عکس آن نیز ممکن است همیشه صادق نباشد. امروزه روش شده است که وجود آزار عاطفی در تمامی موارد دیگر کودک آزاری محرز است. امکان آزار عاطفی بیشمار است و چون زخمی دیده نمی‌شود ممکن است به آن توجهی نشود. عبارات مثل «احمق»، «سربر»، «نفرت انگیز» آزارهایی است که به صورت کلامی اعمال می‌شود (کمپ و کمپ، ۱۹۸۷؛ به نقل از نوروزی، ۷۱-۷۲).

ولف می‌نویسد که اگر چه شواهد صدمه فیزیکی به کودک یک عامل تعریفی اساسی باقی می‌ماند، اما تأکید بیشتر بر شرایط و طبیعت عمل (برخلاف پیامدها) و در تمایز سوء استفاده است. جدا از پیامدهای جسمی کودک آزاری، دانشمندان علوم اجتماعی به تلویحات اجتماعی - روان‌شناختی بدرفتاری در تحول کودک توجه کرده‌اند. ثبت کردن طبیعت روان‌شناختی بدرفتاری - نظری شدت، مزمن بودن یا جدی بودن تجربه قربانی شدن کودک - دشوارتر و صدمه‌زننده‌تر از جراحات جسمانی به کودک ارزشیابی شده است. اگر چه تعریف اجتماعی - روان‌شناختی غالباً قابل مقایسه کامل با موقعیت قانونی نیست اما دارای پارامترهای مشترکی است. تعریف اجتماعی - روان‌شناختی کودک آزاری بر طبیعت فرایند اجتماعی شدن تأکید دارد، امری که فرست استفاده از خشونت را به مثاله و سیله‌ای برای کنترل بین فردی و حل مسئله فراهم می‌کند. طبق این دیدگاه، کودک آزاری می‌تواند نوعی آشفتگی شدید در فرزند پروری تلقی شود که باید گفت ضرورتاً یک اختلال فردی با آشفتگی روان‌شناختی نیست.

در پایان این قسمت، به طور خلاصه می‌توان گفت که تعریف انواع کودک آزاری بحسب اهداف و دیدگاه‌های مختلف متفاوت است. چنانچه هدف، کمک رسانی دولت یا سازمان‌ها یا امور قضایی مطرح باشد، طبیعاً تعریف قانونی ارجحیت دارد و قانون بر موارد آشکار قابل اثبات تکیه می‌کند. به عبارت دیگر، پیامدهای قابل مشاهده و تعریف شده مطمح نظر هستند. البته، تعریف قانونی نیز در

۱-Neglect

۲.Walker

۳.Keafman

۴.Bornner

جوامع مختلف و با علل متفاوت فرق می‌کند. اما در صورتی که اهداف پژوهشی و تبیینی مطرح باشند، دامنه تعریف می‌تواند گستردگر شود و موارد وسیع‌تری را دربرگیرد.

همه‌گیرشناسی

کاربرد تعریف‌های مختلف هم بر تخمین و شیوع و هم بر نتایج تأثیر می‌گذارد. تعاریف آزار عبارت از بی‌توجهی وسیع، مسمی و دوپهلواست. یکی از ابهامات مربوط به سن تقویمی مورد نظر است که مثلاً در مورد تخمین آزار جنسی می‌تواند نوسان‌های زیادی در شیوع ایجاد کند. اگر تعریف محافظه کارانه‌ای به کار رود، رقم به طور کلی بزرگ نیست. اگر تعریف گسترده‌تر شود و تنبیه بدنی به هر شکل آن را شامل شود رقم بزرگی به دست می‌آید. در صورتی که بی‌توجهی به آن اضافه شود رقم بزرگتری به دست می‌آید و اگر آزار عاطفی هم افزوده شود، باز هم رقمی بزرگ تر به دست می‌آید. این نکته در مورد آزار جنسی هم صادق است. موارد مستند و گزارش شده حاکی از آمیزش جنسی مکرر است. با این حال، اگر نوازش و انواع دیگر رفتارهای جنسی اضافه شود، رقم بزرگتری به دست خواهد آمد. بعضی از انجمن‌ها و مراکز، همه موارد بروز آزار بدنی، جنسی، عاطفی و بی‌توجهی را به نام بدرفتاری با کودک یکجا مطرح می‌کنند تا آمار را زیاد نشان دهند. از طرف دیگر، برخی از آمارها با تعداد بروز آزار سروکار دارند و برخی دیگر با تعداد کودکان مورد آزار، بدیهی است از آنجا که عضی از کودکان به طور مکرر مورد آزار قرار گرفته‌اند، رقم اول بسیار بزرگتر است.

براساس گزارش انجمن انسانی امریکا^۱ (۱۹۸۴؛ به نقل از لوف، ۱۹۸۷)، نیمرخ ترکیبی از بدرفتاری‌های گزارش شده از سال ۱۹۷۶ تا ۱۹۸۲ تا ۱۹۸۲ الگوی نسبتاً ثابتی را آشکار کرد: ۶۴ درصد این کودکان تحت شرایط بی‌توجهی بودند. حدود ۲۵ درصد قربانیان سده جسمی بودند که خود شامل دو دسته شدید و خفیف بود. کودک آزاری جنسی از ۳٪ در سال ۱۹۷۶ تا ۰٪ در سال ۱۹۸۲ افزایش یافته بود. ۱۷ درصد کل گزارش‌ها بدرفتاری عاطفی را شامل می‌شده است. بسیاری از کودکان بیش از یک شکل بدرفتاری را تجربه کرده بودند.

طبق گزارش پژوهه سیستم جهانی داده‌های کودک آزاری و بی‌توجهی به کودکان (NCANDS)^۲، که در سال ۱۹۹۸ منتشر شد، در آمریکا به طور تقریبی در حدود ۳ میلیون کودک در سال ۱۹۹۶ طی تماس با مراکز خدمات اجتماعی و خدمات حمایتی از کودکان موارد مورد آزار قرار گرفتن را گزارش کردند. ارقام نشان می‌دهند که در گزارشی که در سال ۱۹۹۵ در آمریکا منتشر شد، کودکان به شکلهای مختلف مورد آزار قرار گرفته بودند. نتیجه این گزارش نسبت انواع کودک آزاری را این گونه آورده است.

۲۵٪ غفلت،

۲۴٪ آزار جسمی،

۱۲٪ آزار جنسی،

۶٪ آزار عاطفی،

۳٪ غفلت در زمینه‌های درمان،

۱۴٪ سایر اشکال بدرفتاری.

کاپلان^۳ و سادوک^۴ (۱۹۹۱)، براساس گزارش مرکز ملی کودک آزاری و بی‌توجهی (۱۹۸۸) در امریکا، یافته‌های ذیل را گزارش می‌دهند: بیش از یک میلیون کودک در سال ۱۹۸۶ در امریکا مورد آزار یا غفلت قرار گرفته‌اند؛ بیش از نیمی از موارد مورد آزار و نیمی مورد غفلت بوده‌اند؛ آسیب‌های متوسط پایدار در ۷۲ درصد موارد گزارش شده است؛ موارد قابل شمارش آزار از ۱۹۸۰ تا ۱۹۸۶ درصد

۱.American Humane Association

۲.National Child Abuse and Neglect Data System

۳.Medical Neglect

۴.Kaplan

۵.Sadoch

افزایش یافته است که نشان از افزایش معنی دار دارد؛ بروز آزار عاطفی و غفلت تغییر پایداری نشان نداده است؛ دو تا چهار هزار مورد مرگ سالانه ناشی از کودک آزاری و بی توجهی در آمریکا وجود دارد؛ در هر سال، ۱۵۰ تا ۲۰۰ هزار مورد جدید کودک آزاری گزارش می شود. احتمالاً در صد قرار گرفتن واقعی بیشتر کودکان در معرض آزار و بدرفتاری، ناشناخته باقی میمانند.

ولف (۹۸۷) گزارش می دهد که سن قربانیان اغلب بسیار کم است. بی توجهی، بویژه در زمان سن کم کودک، گزارش شده است. اگرچه بدرفتاری جنسی و عاطفی در سنین بالاتر - یعنی سن مدرسه و نوجوانی - رخ می دهد، آزار جسمی در تمام گروههای سنی دیده می شود، اما بیشتر در کودکان بزرگتر بین ۱۲-۱۷ ساله دیده می شود. او ادامه می دهد که، پسران و دختران، بجز آزار جنسی، به یک میزان مورد آزار جسمی و غفلت قرار می گیرند. از نظر نزدی نیز لطف می نویسد که، در سیاه پوستان، بی توجهی بیشتر و آزار فیزیکی و جنسی کمتر است در حالی که، در سفید پوستان، آزار جنسی یا ترکیبی از آزار جسمی و بی توجهی بیشتر دیده می شود.

فینکل هور^۱، هوتالینگ^۲، لویس^۳ و اسمیت^۴ (۱۹۹۰) در پژوهش زمینه یابی خود که در مورد ۱۱۴۵ مرد و ۱۴۸۱ زن در سن ۱۸ سالگی - که دارای سابقه دیدن آزار جنسی در دوره کودکی بوده اند - ملاحظه کردند که ۲۷ درصد زنان و ۱۶ درصد مردان به نحوی مورد قرار گرفته اند. سن متوسط آزار شدگی مردان ۹/۹ و در زنان ۹/۶ سال بود. بیشتر مردان از غریبه ها و بیشتر زنان از اعضای خانواده خود آزار جنسی دیده بودند. هر دو گروه گزارش کردند که افراد آزار دهنده عمدتاً مردان بوده اند.

داده هایی که از ۴۳ ایالت آمریکا به دست آمد، نشان داد که در حدود ۷۷ درصد از موارد مرتكبان کودک آزاری والدین هستند؛ ۱۱ درصد از سایر اقوام، و تنها ۲ درصد از مرتكبان آزار و غفلت کودکان از افراد دیگر نظیر مراقبان کودک بوده اند. با گلی^۵ و کریستوفر^۶ (۱۹۹۰) نیز در پژوهش زمینه یابی گذشتene نگر خود در مورد ۷۵ زن (بین سنین ۱۸-۲۷ سال) و با در اختیار اختیار داشتن یک گروه ۷۵ نفره در هر سن انجام دادند. دریافتند که ۲۲/۵ درصد ۱۹-۲۰ ساله ها، در مقایسه با ۳۳/۱ درصد ۳۷-۴۰ ساله ها، آزار جنسی بالاتر از سن ۱۶ سالگی به خاطر دارند.

وایت گیل^۷ و پیترز^۸ (۱۹۸۹) در بررسی ۴ مطالعه شیوع آزار جنسی در کودکان بحث می کنند که چگونه تفاوت در روش های تحقیق و ویژگی های نمونه در نرخ شیوع و تفاوت آن اثر می گذارد. به نظر آنها، عواملی که باعث این تفاوت می شوند عبارتند از: ۱- استفاده از مصاحبه های رودررو، نسبت به پرسشنامه ها، نرخ شیوع بیشتری را نشان می دهد؛ ۲- سوالات چند بعدی برای پرسش درباره انواع خاص سوء رفتارهای جنسی نرخ شیوع بیشتری را موجب می شوند؛ ۳- تفاوت در دامنه سنی آزمودنی ها نیز در نرخ شیوع اثر حتمی دارد. آنها می نویسند که شیوه های نمونه گیری، مکان مورد مطالعه، سطح تحصیلات آزمودنی ها و ترکیب اخلاقی نمونه بر یافته های شیوع اثری نداشته اند.

واکر و همکاران (۱۹۹۸) به نقل از نوروزی، (۷۱-۷۲) می نویسند که دختران بیشتر قربانی آزار جنسی هستند در حالی که پسران در معرض آزار جسمی قرار دارند. در مورد آزار کلامی، یافته ها متناقض هستند. ارقام آزار جنسی در کودکان در تمام گزارش ها در زنها بیشتر از مردان است. آنها می نویسند که مرکز ملی کودک آزاری و غفلت (۱۹۸۱) گزارش کرده که آزار جسمی در سنین بسیار کم (۲ سال و کم تر) فراوان است و با افزایش سن کم می شود؛ آزار جنسی در سنین کم فراوانی کمتری دارد، اما از حدود ۶ سالگی به طور قابل توجهی افزایش می یابد. این مرکز در سال ۱۹۸۸ اعلام کرد که بروز کلی بدرفتاری با افزایش سن افزایش می یابد.

البته، کودکی که تحت آزار و بدرفتاری قرار می گیرد هر چه کم سن تر باشد، آسیب پذیرتر است. آمار زیر نشان دهنده سنینی است که کودک بیشتر قربانی آزار قرار می گیرد.

۱.Finkelhor

۲.Hotaling

۳.Lewis

۴.Smith

۵.Bagley

۶.Christopher

۷.Wyatt Gail

۸.Peters

درصد قربانیان بدرفتاری	سن قربانی
%۶/۷	کمتر از یکسال
%۲۵	۱ تا ۴ ساله
%۴۱/۶	۵ تا ۱۱ ساله
%۲۴/۹	۱۲ تا ۱۸ ساله

در ایران، در مطالعه ابراهیمی قوام (۱۳۶۹-۷۰) سن شروع آزار جنسی (در ۵۰ آزمودنی) از ۴ تا ۱۴ سال گزارش شده است. در ایران و در مطالعه نوروزی (۷۱-۷۲) ۴۳ درصد کل آزمودنی‌ها و ۶۱ درصد موارد آزار، نوعی آزار جسمی را متحمل شده بودند. در این مطالعه، کل آزمودنی‌ها ۹۶۹ نفر بود. در این پژوهش، غفلت، آزار عاطفی و آزار جنسی در دخترها به طرز معنی‌داری بیشتر از پسرها گزارش شده است، ولی آزار جسمی در دو جنس تقاضوت معنی‌داری نداشت.

سوگار^۱ (۱۹۹۰) نتیجه‌گیری کرد که بدرفتاری در مدرسه با جنبه‌های عاطفی، جسمی، جنسی و غفلت همراه است. ولی فراوانی و اثرات رشدی دراز مدت آن بررسی نشده است. به آزار کلامی و عاطفی مطمئناً کمتر اشاره می‌شود ولی بسیار اتفاق می‌افتد. آزار جنسی توسط معلم‌ها هم نادر نیست و در هر سطح و در هر مدرسه‌ای، حتی در مذهبی‌ترین آنها، ممکن است اتفاق بیفتد. غفلت تحصیلی در مدارس نیز زیاد است.

تشخیص

واکرو همکاران (۱۳۸۸)، به نقل از نوروزی (۷۱-۷۲) می‌نویسند که مشاهده مستقیم آزار یا دستکاری متغیرهای مستقل برای روندمطالعه غیرممکن است. در نتیجه، مصاحبه، آزمون‌های روان‌شناسی و موقعیت‌های جاری تربیت کودک برای جمع‌آوری اطلاعات به کار می‌رود. به دلیل تازگی این حوزه، وسائل روان‌شناسی اندکی برای این منظور طراحی شده است. ابهامهای موجود باعث می‌شوند که حتی پرسش‌هادر مصاحبه یارفтарهایی که باید مورد مشاهده سازمان یافته قرار گیرد، مشخص نباشد. سرانجام، این که به نظر نمی‌رسد که کودک آزاری پدیده‌ای واحد باشد. به طور کلی، استفاده از مصاحبه، آزمون‌های فرافکن و پرسشنامه‌ها برای کودکان و والدین شوه‌های معمول ارزیابی هستند.

کمپ و کمپ (۱۳۸۷)، به نقل از نوروزی (۷۱-۷۲) یکی از راه‌های تشخیص و نزدیک شدن به موضوع را مشاهده علایمی می‌دانند که کودک از خود نشان می‌دهد. راه دیگر مشاهده رفتار بزرگسالان مراقبت کننده از کودک است. در همین زمینه، کاپلان و سادک (۱۳۸۸)، ترجمه پورافکاری مشاهده علایم را وسیله مهمی برای تشخیص کودک آزاری می‌دانند. آنها می‌نویسند که اگر چه کودک قربانی، غالباً نشانه‌های آشکاری از آزار دیدن را ندارد، ولی قرایین جسمی جزوی متعددی از محرومیت هیجانی و گاهی تغذیه‌ای، مورد غفلت و آزار واقع شدن نشان می‌دهد. کودک قربانی بدرفتاری معمولاً به نزد پزشک یا بیمارستان خصوصی برده می‌شود و سابقه عدم رشد، سوء تغذیه، ضعف بهداشت پوست، تحریک پذیری، کناره‌گیری و سایر نشانه‌های بی‌توجهی روانی و جسمی دارد. کودکانی که مورد آزار شدیدتری قرار می‌گیرند معمولاً در مراکز فوریت بیمارستانها و با قرایین آشکار بدرفتاری مثل ضرب دیدگی، پارگی، خون مردگی، ساییدگی یا سوختگی ظاهر می‌گردند. ناتوانی برای حرکت دادن اندام‌ها به علت دررفتگی و شکستگی همراه با نشانه‌های عصبی آسیب داخل جمجمه‌ای نیز می‌تواند نشانه‌ای از ضربات عمدی باشد. ضربه‌های شکمی ممکن است به پارگی‌های غیرقابل توجه معده، روده، کبد یا پانکراس با تظاهرات شکمی حاد منجر شود. کودکان قربانی بدرفتاری شدیدتر ممکن است در حال اغما یا تشننج به مطب یا بیمارستان منتقل شوند، برخی نیز تا رسیدن به پزشک، جان خود را از دست داده‌اند.

کاپلان و سادوک (۱۹۹۱) تشخیص آزار جنسی در کودکان را نیز بسیار دشوار می‌یابند. به نظر آنها، برخی از موارد ادعا شده دروغ است. درصد بیشتری از موارد قابل اثبات نیست. بسیاری از پژوهش‌ها شتابزده و توسط ارزیابهای بی‌تجربه انجام یافته‌اند. مخصوصاً ارزیابی آزار جنسی ادعا شده کودکان پیش‌دبستانی، به دلیل عدم بلوغ رشد شناختی، بسیار دشوار است.

وانگ^۱ (۱۹۸۷)، به نقل از نوروزی، ۷۲-۷۱ در این باره می‌نویسد یکی از راه‌های پژوهش درباره آزار جنسی کودکان خردسال کاربرد عروسکهای واقعی و نقاشی است. در مورد کودکان خردسال، مشکل جدی برای تحقیقات، توانایی کلامی و شناختی محدود آنان است. البته، در مورد اعتبار و روایی این شیوه پژوهش‌های بسیار کمی انجام شده است. به دست آوردن توانایی کلامی نسبی، مصاحبه با کودکان، روش اصلی تحقیقات است. با این حال، سوءاستفاده از تکنیک‌های بازجویی ممکن است بر شهادت کودک اثر بگذارد و به نتایج غلطی منجر شود.

لوریک و کورنبرگ (۱۹۹۲)، به نقل از نوروزی، ۷۱-۷۲ می‌نویسنده که، در برخی موارد، کودکان به تغییر یکی از والدین، تعرض جنسی واقع نشده‌ای را در دعواهی حضانت شرح می‌دهند. همچنین کودکان می‌توانند در ادراکات خیالپردازانه بزرگسالان در اتهام زدن شریک شوند. بالاخره، کودک نیز مثل بزرگسالان ممکن است، براساس بیماری روانی خود، گزارش نادرستی در مورد آزار جنسی با آزارهای دیگر بدهد. با این حال، ادعاهای آزار جنسی کودکان اغلب موثق هستند.

علت شناسی

روابط و الگوهای خانوادگی

در این قسمت، ویژگی‌های مختلف خانواده و تعاملهای خانوادگی مؤثر بر کودک آزاری و غفلت که در پژوهش‌های مختلف شان داده‌اند، بررسی می‌شود. فینکل هور و بارون^۲ (۱۹۸۶) در مرور تعدادی از زمینه‌یابی‌هایی که در مورد آزار جنسی صورت گرفته‌اند، تفاوت‌های خانوادگی براساس طبقه اجتماعی یا نژاد نیافتن‌های اند. اما مطرح می‌کنند که مطالعات اجتماعی در این مورد نشان می‌دهند که خطر آزار جنسی در کودکانی بیشتر است که ۱- بدون یکی از والدین اصلی خود زندگی می‌کنند؛ ۲- مادر به علت شاغل بودن، ناتوانی یا بیماری، در دسترس کودک نیست؛ ۳- کودک گزارش می‌دهد که ازدواج مادرش ناشاد یا پر از تعارض است؛ ۴- کودک رابطه ضعیفی با والدین دارد و یا در معرض انضباط تنگی‌بهی شدید است ۵- نایدیری دارد.

کاپلان و سادوک (۱۹۸۸)، ترجمه پورافکاری) می‌نویسنده که بیش از ۸۰ درصد کودکان آزار دیده مطالعه شده با والدینی که رسماً ازدواج کرده بودند می‌زیستند و تقریباً ۲۰ درصد فقط با یکی از والدین زندگی می‌کردند. آنها ادامه می‌دهند که والدین این کودک آزار توقعات نامتناسبی از فرزندان خود دارند و، در واقع، وارونگی نیازهای تابعیت در کار است. یعنی پدر و مادر به گونه‌ای با کودک رفتار می‌کنند که انگار کودک بزرگتر از آنهاست، پدر یا مادر غالباً برای به دست آوردن اطمینان، پرورش، آرامش و محافظت به کودک روی می‌آورد و انتظار واکنشی محبت‌آمیز دارد. نو درصد چنین والدینی آزار جسمی از جانب پدر یا مادر خود بوده‌اند. آزار جنسی معمولاً به دست مردها صورت می‌گیرد، هر چند زنها نیز بتهایی یا همانهگ با مردها در آزار جنسی کودکان درگیر بوده‌اند.

کمب (۱۹۷۸)، به نقل از نوروزی، ۷۱-۷۲ می‌گوید که کودک آزاری در خانواده‌هایی که خویشاوندهایی دیگر با آنها زندگی می‌کنند کمتر شایع است. در این خانواده‌های گسترده، کودکان می‌توانند از محبت بزرگسالان بیشتری برای مراقبت و محافظت خود برخوردار شوند. کاپلان و سادوک (۱۹۹۱) عوامل پر خطر برای آزار جنسی در کودک را، زندگی کودک در منزل تک والدی، تضاد زناشویی، پیشنه آزار جسمی و افزایش آزار جنسی عنوان کرده‌اند.

لورویگ و کورنبرگ (۱۹۹۲)، به نقل از نوروزی، ۷۱-۷۲ می‌نویسنده که خصوصیت آسیب روانی در خانواده کودکان آزار دیده مثل جمعیت عمومی است، پس این خصوصیت در بیشتر موارد کمک کننده نیست. عوامل اجتماعی و فرهنگی هستند که به آزار منجر می‌شوند. انزواهی خانواده عامل خطر مهمی است. آثار مواد مخدر و الکل نیز خطر آزار جنسی و جسمی را شدیداً افزایش می‌دهند. فینکل

هورد و همکاران (۱۹۹۰) در پژوهش زمینه‌یابی گستردۀ خویش نشان دادند که نرخ زیادتر آزار جنسی در خانواده‌های ناشاد و در افرادی یافته شده است که برای مدتی تنها با مادرانشان زندگی کرده بودند و آموزش جنسی ناکافی داشته‌اند.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که سوء مصرف مواد توسط والدین یکی از عمدترين عوامل آزار و بی‌توجهی در حق کودکان است. با انجام پژوهش‌های روز افزون، ارتباط بین مشکلات والدین در زمینه مواد یا الکل و بدرفتاری با کودکان به طور فزاینده‌ای آشکار می‌شود. این مشکل در مورد کودکان تک والد شدیدتر است. سه چهارم (۰.۷۱/۶٪) متخصصان بهزیستی کودکان از سال ۱۹۸۶ تاکنون، اعتیاد والدین را از اولیه‌ترین علل بدرفتاری با کودکان عنوان کرده‌اند.

اکثر متخصصین بهزیستی کودکان (۰.۷۹/۶٪) گزارش می‌کنند که اعتیاد والدین حداقل با نیمی از موارد کودک آزادی در ارتباط است. ۳۹٪ این متخصصان معتقدند که اعتیاد والدین در ۵۷٪ موارد عامل بدرفتاری با کودکان بوده است. در امریکا، تقریباً ۱۴ میلیون بزرگسال مبتلا به سوء مصرف الکل هستند و در حدود ۱۲ میلیون نفر از داروهای غیر مجاز - مثل ماری‌جوان، کوکائین، داروهای استنشاقی، هروئین و استفاده غیر پزشکی از داروهای روانپردازی - استفاده می‌کنند. بیشتر از ۶/۶ میلیون کودک زیر ۱۸ سال با خانواده‌های الکلی‌شان زندگی می‌کنند و بیشتر از این تعداد، کودکانی هستند که در خانواده‌های سوء مصرف کننده مواد زندگی می‌کنند. پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهند که یک چهارم کل کودکانی که دچار مشکلاتی در رفاه و بهزیستی خود هستند، دارای خانواده‌های معتاد به مواد و الکل هستند (۱۹۹۴، Ropenske & Howard). مطالعه دیگر این آمار را در حدود ۴۰ درصد شان داده است (کمیته ملی پیشگیری از کودک آزاری، ۱۹۸۹). بارنارد^۱ شواهدی را مورد بحث قرار می‌دهد که دال بر زنا با نزدیکان و تجاوز در بین الکلی‌هastت و بروز آن در مقایسه با غیرالکلی‌ها بیشتر است.

پژوهش‌های اخیر ارتباط نیرومند بین واپستگی به مواد و الکل در والدین و کودک آزاری و بی‌توجهی به کودکان را نشان می‌دهند. در حدود ۴۰ درصد کودکانی که قربانی خشونت و سوء رفتار بوده‌اند، دارای والدین و مراقبینی بوده‌اند که واپستگی به الکل و مواد مخدر داشته‌اند. به علاوه، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که سوء مصرف الکل و مواد توسط والدین از عده شهرت آزار عاطفی و بی‌توجهی به کودکان نیز به شمار می‌رود، در این میان، نقش بی‌توجهی والدین الکلی با معتاد بسیار حابز اهمیت است. کودکانی که در خانواده‌های الکلی یا معتاد زندگی می‌کنند، بیشتر از جمعیت عمومی کودکانی در معرض مسمومیت و جراحت هستند. الکل و سایر مواد مخدر باعث می‌شود والدین کمتر روی رفتارها و تکاههای خود کنترل داشته باشند، رفتارهای بازدارنده کمتری داشته باشند و، در نتیجه، رفتارهای آزارگرانه بیشتری انجام دهند.

بالتون^۲ و مک ایچ رون^۳ در بحث از خطر خانواده‌های تک والدی در زمینه بدرفتاری کودکان، نقش بحران طلاق و بی‌ثبتاتی روان‌شناختی را در این مورد مطرح می‌کنند (۱۹۸۶). خانواده‌هایی که تحت تأثیر الکلیسم هستند سطوح بالاتر از تعارض را نسبت به خانواده‌های غیرالکلی نشان می‌دهند. سوء مصرف الکل یکی از نخستین عوامل دخیل در آشتفتگی‌های خانوادگی است. محیط کودکانی که خانواده‌های الکلی دارند، دارای این خصوصیات است: فقدان مهارت‌های فرزند پروری، کاهش مدیریت در خانه، فقدان مهارت‌های ارتباطات در خانواده.

پیرس^۴ (۱۹۸۷) در بررسی گزارش‌های بالینی و پژوهشی درباره زنای پدر - پسر، الگوهای خانوادگی را مطرح می‌کند که به این شرح اند: (الف) خانواده‌های همجنس باز؛ (ب) خانواده‌های کودک سوء مصرف مواد و الکل همچنین روی جنین مادران باردار تأثیر می‌گذارد. مثلاً مادرانی که در دوران بارداری الکل مصرف می‌کنند ممکن است کودکی به دنیا بیاورند که مبتلا به نشانگان جنین الکلی (FAS)^۵ باشد. در غرب، از هر ۱۲۰۰۰ (دوازده هزار) نوزادی که در سال با علایم ناتوانی هوش به دنیا می‌آیند، ۴۰۰۰ مورد مبتلا به

۱.Barnard

۲.Bulton

۳.Maceachrom

۴.Piers

۵.Foetus Alcahol Syendrom

۶.P. T. S. D

۷.Trickett

FAS هستند. کودکان این خانواده‌ها که تحت آزار فیزیکی شدید قرار گرفته‌اند اغلب علایم اختلال فشار روانی (استرس) پس از آسیب^۱ اختلال تجزیه‌ای از خود نشان می‌دهند. بین مصرف کوکایین و خشونت و بدرفتاری جنسی با کودکان ارتباط اختصاصی وجود دارد. در مطالعه تربیت^۲ و ساسمن^۳ (۱۹۸۸)، الگوهای فرزند پروری خانواده‌هایی را که کودکانشان مورد آزار جسمی قرار می‌گیرند با خانواده‌های نرمال مقایسه کردند که این گروه با گروه اول از نظر طبقه اجتماعی و ویژگی‌های جمعیت شناختی معادل بودند. تحلیل‌ها نشان داد که والدین گروه آزمایش، در مقایسه با گروه کنترل، از فرزندان خود کمتر رضایت داشتند و فرزند پروری را دشوارتر و با لذت کمتر در کار می‌کردند. سبک زندگی ازو اطلبهای برای خود و فرزندانشان ایجاد کرده بودند و خشم و تعارض بیشتری را در خانواده گزارش کردند.

والدینی که الکل یا مواد مخدر مصرف می‌کنند و کودک خود را مورد آزار قرار می‌دهند اغلب دارای این خصوصیات هستند، این والدین، اغلب، در کودکی از راهنمایی صحیح محروم بوده‌اند، همچنین الگوی مناسبی برای الگوبرداری مشبت و مناسب نداشته‌اند، یا در انزوا زندگی کرده‌اند. شمار زیادی از این والدین به افسردگی، اضطراب و عزت نفس ناچیز دچار هستند. آنها در جوی از فشار روانی و تعارضات خانوادگی زندگی می‌کنند. در پژوهش وائز^۴، پاری^۵، کاپلان و بیتر^۶ (۱۹۸۹) نیز کودک آزاری در خانواده‌هایی شایع بود که فرزندان از والدین جدا شده بودند. ضمن آنکه کودکان مادر بسیار جوان بیشتر مورد بی‌توجهی قرار گرفته بودند. بدین ترتیب، عامل خطر در بی‌توجهی و سن کم ازدواج مطرح شده است.

ولف (۱۹۸۷) می‌نویسد که خانواده‌های آزار دهنده خانواده‌هایی هستند که در آنها تعادل معمول بین تعامل‌های مشبت و منفی به وجود نیامده است. لازم به ذکر نیست که والدین طبیعی، در مقایسه با افراد دیگر – مثل واپستگان، والدین رضاعی و سپرستان کودک – کودکان را کمتر مورد آزار جنسی قرار می‌دهند و بیشتر نسبت به آنها بی‌توجهی نوروزی (۷۱-۷۲) در پژوهش خود، بی‌توجهی را بیشتر در کودکانی یافته است که با نامادری یا پدر بنهایی زندگی می‌کنند.

آمرمان^۷ و همکاران (۱۹۸۸) نیز عوامل سهیم در خطر زیاد کودک آزاری و بی‌توجهی در کودکان با معلولیت چندگانه را چنین بر می‌شمرد: ۱- گسیختگی دلیستگی مادر - کودک، ۲- فشار روانی عمدتاً مرتبط با مشکلات نیازهای مراقبانه و رفتار دشوار، ۳- آسیب‌پذیری افزایشی مربوط به محدودیت‌های ارتباطی یا شناختی.

در نتیجه‌گیری از عوامل خانوادگی مؤثر بر کودک آزاری، می‌توان به چند عامل خطر اشاره کرد: خانواده‌های تک والدی، وجود نامادری یا ناپدری، ازدواج در سنین کم، تعارض و ناسازگاری‌های والدین و انحرافات جنسی، سختگیری‌های شدید و الگوهای غلط فرزند بپروری.

شرایط اجتماعی و اقتصادی

ولف (۱۹۸۷) می‌نویسد که به نظر می‌رسد کودک آزاری و بی‌توجهی به واسطه شرایط محیطی، بویژه موقعیت اجتماعی و اقتصادی، تعديل می‌شود. موقعیت اجتماعی و اقتصادی ضعیف، که نوعاً به خانواده‌ای اطلاق می‌شود که درآمد پایین‌تر از خط فقر است، مشاغل دون پایه و آموزش و تحصیلات سطح پایین، متغیرهای نیرومندی با پایامدهای منفی در تحول کودکان محسوب می‌شوند. تحقیقات بسیاری (پلتون، ۱۹۸۷، NCCAN، ۱۹۸۱) رابطه بین بدرفتاری با کودکان و فقر را نشان داده‌اند. فینکل هور (۱۹۸۵) به نقل از نوروزی، (۷۱-۷۲) می‌نویسد که آزار جسمی و جنسی در طبقات پایین اجتماعی بیشتر واقع می‌شوند، اگر چه ممکن است در هر طبقه‌ای نیز روی دهد.

^۱.Susman

^۲.Watters

^۳.Parry

^۴.Bates

^۵.Ammerman

واکر و همکاران (۱۹۸۸)، به نقل از نوروزی، ۷۱-۷۲) گزارش می کنند که به گفته مرکز ملی کودک آزاری و بی توجهی در سال ۱۹۸۸، درآمد کم عامل خطر معنی داری برای بذرخواری است ولی ارتباط معنی داری بین بروز بذرخواری و نژاد با قوم کودک وجود ندارد. لورویگ و کورنبرگ (۱۹۹۲)، به نقل از نوروزی، ۷۱-۷۲) نیز معتقدند که کودک آزاری به نژاد، مذهب، سطح تحصیلی یا گروه اجتماعی - اقتصادی معنی محدود نیست، ولی بسیاری عقیده دارند که فقر و زنانی که بنتهایی در منزل با کودکان خردسال خود زندگی می کنند در همه نژادها بیشتر در خطر کودک آزاری هستند.

کوکی^۱ و همکاران (۱۹۹۲) بر این باورند که فشارهای روانی که خانواده با آن مواجه می شود به مسئله در حال رشد کودک آزاری کمک می کند. فقر یکی از عوامل کمک کننده است. فشارهای روانی همراه فقر (مانند ترتیب زندگی پر جمعیت، پول محدود برای غذا، مسکن، لباس، رفاه و حمل و نقل) خطر آزار را افزایش می دهد. آنها می نویسند که در کامرون اغلب زنها قربانی آزار جنسی (۵۷/۵٪) ساکن نواحی پایین شهر بودند.

کاپلان و سادوک (۱۹۸۸)، ترجمه پورافکاری) نیز می گویند که اکثر کودکان آزار دیده از خانواده های فقر برآمده اند و خانواده های آنها معمولاً از نظر اجتماعی منزوی هستند. فارنیگتون^۲ (۱۹۸۶) در بحثی درباره فشار (استرس) اجتماعی و رابطه آن با خشونت خانوادگی مطرح می کنند که هنجارهای اجتماعی نیرومند در جامعه آمریکا رابطه بین استرس، ناکامی و رفتار خشن را تشویق می کنند. به نظر او، به دلیل استرس فزاینده در خانواده های امریکایی، مشروعیت خشونت نیز در جامعه آمریکا به طور فزاینده افزایش خواهد داشت. واندرا^۳ (۱۹۹۰) در بحثی درباره نقش اجتماع در موقع، شناسایی و پیشگیری از سوء رفتار با کودکان نکاتی را مورد بحث قرار می دهد که عبارتند از: ۱- حمایت اجتماعی در برابر انزواه اجتماعی در کاهش بذرخواری با کودکان مؤثر است؛ ۲- طبقات اجتماعی و اقتصادی پایین با سوء رفتار با کودکان رابطه دارند؛ ۳- نوع ارزشهای اجتماعی - فرهنگی حاکم بر جامعه و نیز^۴ ۴- کنش وری روان شناختی والدین از جمله عوامل در خور تأمل این مسئله اند و ۵- نقش مدارس نیز در این زمینه قابل بررسی است.

کانتریل^۵ و همکاران (۱۹۹۰) در بررسی خود درباره ۱۱۴ زن ۱۵ تا ۱۷ ساله، عوامل فرایند اجتماعی - اقتصادی و خانوادگی را در در این زمینه وارسی کردند. یافته ها حاکی از امر بود که موقعیت استخدامی والدین با استفاده از روش های خشن در حل تعارض به طور معناداری همبسته است. خانواده هایی که پدر آنها شاغل نبودند، گزارش بیشتری نسبت به خانواده های دارای پدر شاغل در فرزند آزاری از سوی پدر داشتند. اما منبع درآمد در این پژوهش با استفاده از روش های خشن همبسته نبود.

با گلی و کرسیتوفر (۱۹۹۰) نیز در پژوهش خود روبرو شدن آزمودنی ها با رسانه های نوشتاری و تصویری درباره آزار جنسی کودکان را با شیوع فزاینده کودک آزاری جنسی همراه می دانند. به نظر آنان، تغییر در جو ارزشی منعکس شده از سوی رسانه ها ممکن است در کاهش شیوع کودک آزاری جنسی نقش داشته باشد. نوروزی نیز (۷۱-۷۲) در پژوهش خود در ایران گزارش می کند که آزار جسمی در افراد دارای وضع مالی بد بطور معناداری بیشتر بوده است.

بدین ترتیب، از یافته های تحقیق های مختلف می توان چنین نتیجه گرفت که کودک آزاری با شرایط اجتماعی - اقتصادی رابطه دارد. بدیهی است که این رابطه لزوماً ارتباط علی مستقیم را نشان نمی دهد بلکه در تبیین کودک آزاری به مثاله پدیده ای چندوجهی نقش مهمی ایفا می کند. در این میان عمدتاً می توان به فقر و درآمد کم خانواده و جامعه، بیکاری پدر، تحصیلات کم، زندگی در نواحی پر جمعیت و متراکم، موقعیت اجتماعی انزوا طلبانه خانواده، فشارهای روانی و بحرانهای اجتماعی و نوع ارزشهای فرهنگی - اجتماعی حاکم بر جامعه، بویژه تجلی آن در رسانه ها، اشاره کرد. مجموعه این عوامل می تواند، از طریق ایجاد ناکامی، خشم، انزواج اجتماعی و سقوط ارزشهای اخلاقی، منجر به پیامدهای گسترده روان شناختی - اجتماعی از جمله کودک آزاری در معنای وسیع آن بشوند.

۱.Koki

۲.Farrington

۳.Vondra

۴.Cantrell

عوارض روان‌شناختی قربانیان کودک آزاری

هریس^۱ و آمرمان (۱۹۸۶) گزارش می‌کنند که افسردگی والدین غالباً با مشکلات تحصیلی و اجتماعی و سلامت روانی فرزندان آنان و نیز بی‌توجهی به کودکان همراه است. براساس گزارش NCANDS، سوء مصرف مواد مخدر از جمله عوامل برجسته در پیدایش پدیده آزار و غفلت از کودکان است. اگر چه NCANDS هنوز داده‌های آماری در دسترسی ارائه نکرده است، ولی چیزی که کاملاً واضح است این است که واپسگیری والدین به مواد، به توانایی والدین در اراضی نیازهای کودکان - از جمله مراقبت، راهنمایی، آموزش اضباط و نیازهای مربوط به سن کودک - تأثیر منفی شگرفی می‌گذارد.

آمرمان و همکاران (۱۹۸۶) در پژوهشی درباره موارد کودک آزاری و بی‌توجهی دریافتند که این کودکان دارای تقاضی در کنش وری هوشی و تحصیلی هستند؛ همچنین اختلالاتی از قبیل افسردگی، اضطراب، انزواج اجتماعی، پرخاشگری و مشکلات سلوک شان می‌دهند. برخی از کودکان در چنین محیط‌هایی، اختلالات رفتاری از خود نشان می‌دهند و تشخیص اختلال سلوک دریافت می‌کنند. گاهی مشکلات رفتاری کودک، که به علت زندگی در چنین محیطی ایجاد شده است، خود باعث افزایش بدرفتاری با کودک می‌شود و این چرخه بیمار گونه ادامه می‌یابد.

کودکانی که دارای والدین معتمد هستند، بیشتر از سایر کودکان در معرض ابتلاء به الکلیسم و سوء مصرف مواد هستند. در واقع، این کودکان آسیب‌پذیرترین گروه کودکان در مقابل ابتلاء به اعتیاد به الکل و مواد مخدر هستند. برایر^۲ و رانتز^۳ (۱۹۹۰) در پژوهش رابطه بین نوع آزار و بیامدهای آن در بزرگسالی نشان دادند که آزار عاطفی با عزت نفس کم، آزار جسمانی، پرخاشگری به دیگران و آزار جنسی با رفتال جنسی ناسازگارانه در بزرگسالی همبسته است. کودکان و والدین الکلی، بیشتر از دیگران گرایش به احساس شکست، عزت نفس کم و درگیر بودن با افسردگی و اضطراب دارند (فرزنдан الکلی‌ها، ۱۹۹۲).

دیر یا زود، اکثر این کودکان تسلیم الگویی می‌شوند که والدین به آنها ارائه کرده‌اند. احتمال زیادی هم دارد که به سوء مصرف کنندگان مواد تبدیل شوند و اگر مورد آزار قرار گرفته باشند، احتمالاً در آینده فرزندان خود را مورد آزار قرار خواهند داد (پیشگیری از کودک آزاری، ۱۹۹۶).

مالینوسکی^۴ و هنسن^۵ (۱۹۹۳) اثرات کودک آزاری جسمی را در بزرگسالی بررسی کرده‌اند. آنها می‌نویسن: «فردی که به اعمال پرخاشگرانه و خشن دست می‌زنند به نسبت گروه مقایسه احتمالاً در دوران کودکی بیشتر مورد آزار قرار گرفته‌اند. عکس این رابطه نیز برقرار است. همین مطالب در مورد خشونت در خانواده نیز صدق می‌کند. قریب به ۳۰ درصد قربانیان بهره‌کشی از فرزندان خود نیز بهره‌کشی می‌کنند. سوء استفاده کنندگان از مواد، به نسبت جمعیت عادی، آزار جسمی بیشتری را گزارش می‌کنند. از بسیاری از مطالعات چنین برمی‌آید که بر مبنای کودک آزاری در دوران کودکی می‌توان انواع متفاوت رفتار صدمه زدن به خود و خودکشی را پیش‌بینی کرد. به نظر می‌رسد علایم روانیزشکی فراوانی نظیر جسمانی کردن، اضطراب، افسردگی، خصومت، افکار پارانوئیدی، روان پریشی و تجزیه شخصیت در بیماران بستری شده با کودک آزاری جسمی دوران کودکی ارتباط دارد» (به نقل از طاهر پور، ۱۳۷۳).

ویدام^۶ (۱۹۸۹) در پژوهشی ۹۰۸ مورد کودک آزاری و بی‌توجهی، که در فاصله ۱۹۶۷ تا ۱۹۷۱ در سنین ۱۱ ساله یا پایین‌تر به دادگاه مراجعه کرده بودند را به آزمون کشید. موارد بر تعیین حدود رفتار مجرمانه خشن و در بزرگسالی پیگیری شدند و با ۶۶۷ نفر در همان گروه سنی مقایسه گردیدند. آزمودنی‌های هدف، نزد بالاتری در مجرمیت و توقيف برای دفاع‌های خشونت آمیز داشتند. در خانواده‌های الکلی چنین مشکلاتی بیشتر دیده می‌شود: افزایش تعارضات خانوادگی، خشونت‌های فیزیکی یا عاطفی، کاهش بهم پیوستگی خانوادگی، کاهش سازمان دهی خانوادگی، افزایش انزواج خانواده، افزایش فشارهای روانی خانواده از قبیل مشکلات کاری،

۱-Harris

۲-Briere

۳-Runtz

۴-Malinowsky

۵-Hanses

۶-Widome

بیماری، مشکلات زناشویی و مشکلات اقتصادی. خانواده‌های معتاد اغلب در ایجاد ساختار و نظم و ترتیب در خانه مشکل دارند. اما در این خانواده‌ها انتظارات از فرزند به طور غیرمنطقی و فراتر از حد توانایی کودک، آن هم در زمینه‌های مختلف، وجود دارد. پسران مردان معتاد بیشتر از سایر پسران تکالیف سخت و زیان‌آوری در زمینه انصباط دریافت می‌کنند. در مطالعه‌ای، از فرزندان کسانی که به نوعی از مشکلات روانپژشکی رنج می‌برند با فرزندان کسانی که سوء مصرف کننده الکل بودند، نشان داد که اختلال‌های ODD و ADHD در فرزندان والدین الکلی به میزان بیشتری مشاهده می‌شود.

در یک مطالعه، نشان داده شد که ۷۹٪ نوجوانانی که از خانه فرار کرده‌اند و بی‌خانمان هستند، مصرف الکل را در خانواده خود گزارش می‌کنند. ۵۴٪ از آنان مصرف مواد مخدر را در خانواده گزارش کردند. کودکانی که والدین معتاد دارند بیشتر از سایر کودکان علایم افسردگی، اضطراب و سایر بیماری‌های روانپژشکی و آشتفتگی‌های روانی - اجتماعی از خود نشان می‌دهند. مطالعه نشان داد که در نمونه‌ای از کودکان که در بیمارستان روانپژشکی بستری بودند، ۵۰ درصد این کودکان دارای والدین معتاد بودند. فرزندان والدین الکلی، از مشکلات رفتاری نظیر فقدان همدلی با دیگران، کاهش بسندگی اجتماعی و توانایی سازگاری بین فردی، همچنین عزت نفس کم و فقدان کنترل بر محیط رنج می‌برند. فرزندان والدین معتاد از لحاظ عملکرد تحصیلی و کارایی در مدرسه، نسبت به سایر کودکان، به طور معناداری ضعیف‌تر هستند.

برون^۱ و فینیکل هور (۱۹۸۶) اثرات سوء رفتار جنسی را در کودکان بررسی کردند و، حداقل در بخشی از قربانیان، واکنش‌های ترس، اضطراب، افسردگی، خشم، خصوصت، پرخاشگری و رفتار نامناسب جنسی را مشاهده کردند. اثرات دراز مدت گزارش شده مکرر شامل افسردگی و رفتار خود مخرب، احساس انزوا، عزت نفس ضعیف، اشکال در اعتماد به دیگران، تمایل به دوباره قربانی شدن، سوء استفاده از مواد و ناسازگاری جنسی هستند. اثرا کودک آزاری جنسی که به نظر می‌رسد بیشترین صدمه را دارد تجارتی هستند که در برگردانه تصاویر پدر، تماس جنسی و زور و فشار می‌باشند. اثرات مدت زمان فراوانی آزار، سن شروع، گزارش کودک از حمله و واکنش والدین را نیز باید در نظر گرفت.

کانینگهام^۲، پیرس^۳ و پیرس (۱۹۸۸) همراهی تاریخچه کودک آزاری جنسی و شکایات پزشکی آنها در بزرگسالی را آزمون کردند. آزمودنی‌های دارای تاریخچه‌ای از آزار جنسی در دوران کودکی به طور معنی‌داری شکایات فراوان‌تری در بسیاری از مشکلات پزشکی داشتند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که اثرات منفی بدرفتاری با کودکان و همچنین سوء مصرف الکل در والدین با بزرگ شدن کودک از بین نمی‌رود. این افراد در بزرگسالی نیز در کنار آمدن با مشکلات و برقراری ارتباط سالم با دیگران ناتوانند. فینانگر^۴ (۱۹۸۸) نیز اثرات هیجانی درازمدت تجربه شده زنانی را که در کودکی مورد آزار جنسی قرار گرفته بودند، بررسی کرد. یافته‌ها حاکی از آن بودند که آزمودنی‌ها اثرات هیجانی مرتبط با تجربه کودکی خود را حفظ کرده بودند و گستردگرین اثرات زمانی آشکار شد که قربانیان به وسیله فردی قابل اعتماد که کاملاً مورد شناخت آنها بود، مورد آزار قرار گرفتند.

نوروزی (۷۲-۷۱) گزارش می‌دهد که در پژوهش خود میانگین افسردگی کسانی که آزار عاطفی دیده‌اند به طور معنی‌داری بیشتر از سایر آزمودنی‌هایست. همچنین آزمودنی‌هایی که از غریبه‌ها آزار دیده بودند افسردگی بیشتری داشتند. همبستگی نمره افسردگی با شدت کتک خوردن در حال حاضر و نیز در گذشته معنی دار بود. افسردگی در سطح معنی‌داری با وارد شدن به کار غیراخلاقی و نیز کار اجرایی همبستگی مثبت داشت، ولی با کار غیرقانونی همبستگی نشان نداد. نمره بی‌توجهی با نمره همه اثرا کارهای و توصیف‌ها همبستگی مثبت معنی دارد. مورد اخیر نشان می‌داد که تمامی اشکال کودک آزاری معمولاً با بی‌توجهی همراه است. بنابراین، ملاحظه می‌شود که پیامدهای روان‌شناختی کودک آزاری ابعاد بسیار وسیعی دارد. این پیامدها نه تنها کنش وری شناختی کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهند، بلکه کنش وری عاطفی او را نیز متأثر می‌سازند. عوارض گستردگی‌ای - مثل اضطراب، افسردگی، اعتیاد، بزهکاری و شکایت متعدد جسمانی - از جمله پدیده‌هایی هستند که آینده این کودکان را مورد تهدید قرار می‌دهند.

۱.Browne

۲.Cunningham

۳.Pearce

۴.Feinager

پیشگیری و درمان

کاپلان و سادوک (۱۹۸۸، ترجمه پورافکاری) برنامه‌های پیشگیری و درمان کودک آزاری را در چند مورد خلاصه می‌کند: ۱) حتی امکان از جدایی والدین و کودک پیشگیری شود؛^۲ از جای دادن کودکان در مؤسسات جلوگیری نمایند؛^۳ والدین به مراقبت شخصی از کودکان تشویق شوند؛^۴ خانواده برای بدست آوردن خودکفایی تشویق شوند؛ و^۵ در صورت لزوم، کودک از خانواده جدا شود. از طرف دیگر، لزوم آموزش دست اندکاران بهداشتی درمانی برای کشف بموضع موارد و تأمین خدمات برای خانواده‌های تحت فشار در پیشگیری از وقوع مسأله مطرح می‌شود.

آنها ادامه می‌دهند که طرح درمانی باید در مورد کودک و والدین اجرا شود. در مورد کودک طرح مداخله مبتنی بر ارزیابی موارد زیر مطرح می‌شوند، ۱) عوامل مسؤول آسیب شناسی روانی (سایکوپاتولوژی) والدین، ۲) پیش آگهی کلی دستیابی والدین به مهارت‌های پدر و مادری،^۳ ۳) زمان دستیابی به تغییرات با معنی در توانایی پدر و مادر برای نقش مربوط،^۴ مشخص کردن حدود اختلال والدین در مورد یک کودک یا بیشتر،^۵ تعیین حاد یا مزمم بودن اختلال عملکرد والدین،^۶ تعیین وسعت اختلال عملکردی مادر با شیرخواران در مقایسه با کودکان بزرگتر،^۷ علاقمندی والدین به شرکت در برنامه مداخله،^۸ فراهم بودن افراد و امکانات برای به انجام رساندن روش‌های مختلف مداخله،^۹ و خطر آزار جسمی بیشتر از کودک در صورت ماندن در خانه. در مورد والدین، ۱) کاهش توقعات از مادر تا حد توانایی او،^۲ کاهش تأثیر روانی مضر عوامل اجتماعی بر والدین،^۳ کاهش توقعات از مادر تا حد توانایی او،^۴ تأمین حمایت هیجانی و آموزش در امر بچه‌داری و^۵ حل کردن یا کاستن از تعارضات روانی درونی والدین مطرح می‌شود.

وقتی که خانواده‌ای سوء مصرف کننده مواد یا الکل است و از طرفی کودک خود را مورد بدرفتاری قرار می‌دهد، باید هر دو شکل - یعنی کودک آزاری و سوء مصرف - را با هم مورد توجه قرار داد و در درجه اول، باید برای اینمی کودک چاره‌ای اندیشید. کودکانی که دارای والدین الكلی یا معتاد هستند، در صورتی که از حمایت‌های اجتماعی افرادی مانند سایر مراقبان، سایر اقوام و معلمان برخوردار باشند، بهتر می‌توانند با فشار های روانی ناشی از زندگی با این والدین مقابله کنند.

پیشگیری برای خانواده‌های وابسته به الکل یا مواد - که کودکانشان در معرض بدرفتاری قرار دارند - ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- آموزش برای کلیه کودکان، نوجوانان و بزرگسالان کم سن و سال‌تر؛
- ایجاد زمینه امکان دسترسی مستقیم به خدمات حمایتی برای کودکان دارای والدین سوء مصرف کننده مواد یا الکل، پیش از این که کودک مورد بدرفتاری و خشونت قرار گیرد؛
- آموزش شیوه‌های فرزند پروری و آموزش‌های پیشگیرانه و حمایتی برای همه زوجهایی که صاحب فرزند شده‌اند؛
- ایجاد گروه‌های خودیار و سایر خدمات حمایتی برای کلیه والدینی که تحت فشار روانی قرار دارند و نیز برای تمام قربانیان آزار و بدرفتاری؛
- آموزش کلیه کسانی که با کودکان و خانواده‌ها کار می‌کنند از جمله معلمان، ارائه دهنده‌گان خدمات، پزشکان متخصص زایمان، پزشکان متخصص کودکان، کارکنان پخش‌های اورژانس و فوریت‌ها.

این آموزش‌ها باید در زمینه درک ارتباط سوء مصرف مواد یا الکل توسط والدین و بدرفتاری و خشونت با کودکان باشد. برنامه‌های گروه درمانی، احسان شرم و ازوا، و احسان گناه کودکانی را که با والدینی الكلی زندگی می‌کنند، کاهش می‌دهد. برخی از کودکان بهتر به درمان پاسخ می‌دهند. این کودکان انعطاف‌پذیر دارای خصوصیاتی هستند که آنها را به استفاده از مهارت‌های مقابله‌شان با مشکلات هدایت می‌کند. مهارت‌هایی از قبیل تواالی در کسب توجه مثبت مردم، مهاته‌های ارتباطی کافی، هوش متوسط، نگرش مسؤولانه، میل به موفقیت و باور به اینکه می‌توانند به خودشان کمک کنند. وجود کسانی که بتوانند به او در شکستن این حلقه کمک کنند، بسیار مهم است. به حال، متأسفانه بسیاری از کودکان قربانی والدین معتاد که مورد آزار قرار می‌گیرند در چرخه‌ای که والدینشان برای آنها ساخته‌اند، قرار خواهد گرفت. احتمالاً به والدینی آزارگ و سوء مصرف کننده تبدیل خواهد شد.

درمان سوء مصرف مواد و الكل در خانوادهایی که به این مواد وابسته‌اند، به خودی خود، باعث انمام کودک آزاری نمی‌شود. حتی گاهی ممکن است فشار ناشی از ترک مواد باعث آزار بیشتر کودک شود. بنابراین، در طی درمان، در دسترس بودن منابعی برای کمک به والدین و کودک بسیار مهم است.

فارل^۱، هینس^۲ و دیویس^۳ (۱۹۹۸) در پژوهش خود درباره اثربخشی مداخله درمانی با ارزیابی قبل، بعد و پیگیری پس از سه ماه روی نشانه‌های PTSD و شاخص‌های اضطراب و افسردگی کودکان آزار جنسی دیده نتیجه می‌گیرند که تکنیک‌های رفتاری - شناختی می‌تواند رویکردی مؤثر برای کار با این گروه باشد.

همچنانکه این پدیده را با ابعاد مختلف در نظر گرفتیم، بدیهی است که پیشگیری و درمان آن نیز قطعاً باید چند جانبی باشد و از ابعاد مختلف صورت گیرد. چنانچه کار با کودک، بهبود عملکرد والدین و مداخلات در سطح اجتماعی و در چهارچوب ملی و ارتقای فرهنگی جامعه به طور همزمان صورت گیرد، می‌تواند پیامدهای قابل قبول و مؤثری در بی‌داشته باشد.

ارزیابی

در پایان این بحث و در ارزیابی می‌توان اشاره کرد که ماهیت حساس مقوله کودک آزاری، اجرای پژوهش کنترل شده دقیق را مشکل می‌کنند. از طرف دیگر، ملاحظات اخلاقی مربوطه به حقوق افراد سبب می‌شود تا نتوان اطلاعات جامع و دقیقی از ابعاد گسترده کودک آزاری فراهم کرد. امکان مطالعات آزمایشی بطور کلی وجود ندارد، زیرا که نمی‌توان اجازه داد که آزار صورت گیرد. مطالعات پیش‌نگر طولی نیز، به دلیل طلب هزینه و وقت زیاد، بسیار اندکند. در نتیجه، بیشتر مطالعات به صورت پس نگر است و داده‌های پس از وقوع، گاه تا زمان طولانی، گردآوری می‌شوند. بنابراین، سوگیری‌های ناشناخته‌ای در آن وجود دارند. مسائل اخلاقی باز هم مانع از آن می‌شوند که نمونه‌های مصرف در دسترس پژوهشگران قرار گیرد. در برخی موارد، حتی اعتبار و روایی اطلاعات جای سؤال دارند. علاوه بر سوگیری نمونه‌ها، بسیاری از نمونه‌هایی مورد مطالعه کوچکند و مدارک اثبات کننده از مطالعه‌ای به مطالعه دیگر فرق می‌کنند. همچنانکه که در آغاز بحث اشاره شد، تعاریف آزار نیز بر حسب هدف و دیگاه سازمانها و پژوهشگران بسیار متفاوتند. اشکال مختلف آزار و همراهی و همپوشی آنان با یکدیگر نیز مسئله را پیچیده‌تر می‌سازد. مشکلات تشخیص در گردآوری اطلاعات نیز بر مجموعه پیچیدگی‌ها افزوده می‌شود

با وجود تمامی این مشکلات، به دلیل اهمیت این پدیده رشت و غیرانسانی و ابعاد فزاینده آن، پژوهشگران تلاش کرده و می‌کنند تا این وضعیت را مورد بررسی قرار دهند. به نظر می‌رسد که تلاش در استفاده از اصطلاحات روش و تعاریف متمایز، نمونه‌های مصرف و ابزار تشخیصی بتواند به در شناخت ابعاد مختلف این پدیده و خیم روانی - اجتماعی که تحول همه جانبی کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد، کمک کند

۱.Farrel

۲.Hains

۳.Davies

منابع

- ابراهیمی قوام، صغرا (۶۹-۷۰): *تعیین سطوح اضطراب و حرمت نفس در دانش آموزانی که مورد استفاده جنسی قرار گرفته‌اند*; پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی. تهران: دانشگاه علامه طباطبائی.
- طاهر پور، فیروزه (۷۳-۱۳۷۳): «*پیامدهای دراز مدت بهره‌کشی جسمی دوران کودکی»*؛ پژوهش‌های روان‌شناسی، ۵، دوره سوم شماره ۱ و ۲. تهران
- کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین (۸۸-۱۹): *خلاصه روپریشکی؛ جلد چهارم*. ترجمه دکتر نصرت الله پور افکاری (۶۸-۱۳). تبریز: ذوقی.
- نوروزی، فاطمه (۷۱-۷۲): *بررسی میزان گزارش پیشینیه کودک آزاری و بی‌توجهی با توجه به تفاوت‌های جمعیت‌شناسی و ارتباط آن با شدت افسردگی در دانش آموزان دبیرستانهای دولتی تهران*; پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران.

- Ammerman, R. T.; Cassisi, J. E., Hersen, M; & Van Hasselt, V. B (۸۶-۱۹). “*Consequences of physical abuse and neglect in children*”. Clinical psychology Review, ۶ (۴), ۲۹۱-۳۱۰. abstract.
- Ammerman, R. T.; Lubetsky, M. J., Hersen, M, & Van Hasselt, V. B. (۸۸-۱۹); “*Maltreatment of children & adolescent with multiple handicaps: five case example*” ; *Journal of the multihandicapped personal*, ۱ (۲), ۱۲۹-۱۳۹. abstract.
- Bagley, & Christopher. (۹۰-۱۹); “*Is the prevalence of child sexual abuse decreasing*”? (Evidence from a random sample of ۷۵- young adultwomen); *Psychological Reports*, ۶۶ (۳), ۱۰۳۷-۱۰۳۸.
- Balton, F. G. & Mac Eachron, A. (۸۶-۱۹); “*Assessing child maltreatment risk in the recently divorced parent-child relationship*”; *Journal of family violence*, ۱ (۳), ۲۵۹. ۲۷۵. Abstract.
- Barnad, C. P. (۸۹-۱۹); “*Alchoholism & Sex abuse in the family*” : Incest and marital rape. Special Issue: Aggression, Family violence & chemical dependency»; *Journal of Chemical Dependency Treatment*, ۳ (۱). ۱۳۱-۱۴۴. Abstract.
- Blumbery, M. L. (۸۱-۱۹); “*Depression in abuse and neglected children*” ;*American journal of psychotherapy*. Vpl. XXXV. No. ۳. July, ۳۴۲-۳۵۵.
- Briere, J, & Runtz, M. (۹۱-۱۹); “*Differential adult symptomatology associated with r types of child abuse histories*” ; *Child abuse & Neglect*, ۱۴ (۳). ۳۵۷-۳۶۴. Abstract.

- Browne, A. & Finkelhor, D. (1988); “*Impact of child sexual abuse: A review of the research*”; *Psychological Bulletin*, 99 (1), 66-77.
- Booth, R. E., & Zhang, Y. (1996); “*Severe aggression and related conduct problems among runaway and homeless adolescents*”; *Psychiatric Services*, 47, 75-80.
- Children of Alcoholics Foundation. Inc. 1991; “*Children of alcoholics in the medical system: Hidden problems. Hidden costs*”; New York: Children of Alcoholics Foundation, Inc.
- Cantrell, P. J.; Carrico, M. F; Franklin, J. N; & Grubb, H. J. (1991); “*Violent tactics in family conflict relative to familial and economic factors*”; *Psychological Reports*, 66 (3, PT1), 823-828. Abstract.
- Cunningham, J; Pearce, T; Pearce, P. (1988); “*Childhood, sexual abuse and medical complaints in adult women*”; *Journal of Interpersonal violence*, 3 (2), 131-144. Abstract.
- Dies, R. R. & Burghardt, K. (1991); “*Group interventions for children of alcoholics: prevention and treatment in the schools*”; *Journal of Adolescent Group Therapy* 1 (3): 219-224.
- El Guebaly, N. & Offord, D. R. (1997); “*The offspring of alcoholics: a critical review*”; *American journal of Psychiatry*. 154:4, 357-365.
- Eales, F., Reich, W., Jung, K. G., & Cloninger, C. R. (1998); “*Psychopathology in children of alcoholic and antisocial parents*”; *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 12: 481-489.
- Famularo, R., Kinscherff, R., & Fenton, T. (1992); “*Parental substance abuse and the nature of child maltreatment*”; *Child Abuse and Neglect*. Vol. 16.
- Farrell, S. P.; Hanis, A. A; Davies, H. W. (1998); “*Behavior cognitive therapies for children sexual abused Exhibiting PTSD*”; *Behavior therapy* 29, 241-260.
- Farrington, Keith. (1986); “*The application of stress theory to the study of family violence*”; 1 (2), 131-147. Abstract.
- Feininger, L. L. (1988); “*Relationship of long term effects of childhood sexual abuse to identity of the offender: Family, Friend, or stranger*”; *Women & Therapy* 4 (4), 89-104. Abstract.
- Finkelhore, D; Baron, L. (1986); “*Risk factors for child sexual abuse*”; *Journal of Interpersonal violence*, 1(1), 43-71. Abstract.
- Finkelhor, D; Hotaling, G; Lewis, I. A; & Smith, C. (1991); “*Sexual abuse in a national survey of adult men & Women: Prevalence, Characteristics and risk factors*”; *Child abuse & Neglect*, 14 (1), 19-28. Abstract.
- Green, A. H. (1989); “*Physical and sexual abuse of children*”; In H. I Kaplan and B. J. Sadock, Comprehensive textbook of psychiatry.
- Jones, M. C. (1968); “*Personality correlates and antecedents of drinking patterns in adult males*”; *Journal of consulting and Clinical Psychology*. 33: 2-12.
- Vol. 5. Baltimore: Williams & Wilkins. Abstract.
- Harris, F. C., & Ammerman, R. T. (1986); “*Depression & Suicide in children and adolescents*”; Special Issue, *Education & Treatment of children* 9 (4), 334-342. Abstract.

- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1991); Sixth edition of “*synopsis of psychiatry*”; New York: Williams & Wilkins.
- Koki, N. P. D.; Biyong, I. F.; Eteki, T. N.; Craselle, G. & Lantum, D. (1992); “*Child victims of sexual abuse in Cameroon*”; *Annaual pesiatrie separis*, Fb, Vol. 31, No. 7, 111-114. Abstract.
- Kumpfer, K. L. & DeMarsh, J. (1986); “*Family environmental genetic influences on children's future ehaemical dependency*”; In Ezekoye, S., Kumpfer, K., & Bukoski, W., eds *Childhood and Chemical Abuse. Prevention and Intervention*. New York, NY: Haworth Press.
- Kumpfer, K. L. (1991); “*Outcome measures of interventions in the study of children of substance-abusing parents*”; *Pediatrics*. Supplement. 103 (5): 1128-1144.
- Moss, H. B., Vanyukov, M., Majumder, P. P., Kirisci, L., & Tarter, R. E., (1995); “*Pre-pubertal sons of substance abusers: influences of parental and familial substabce abuse on behavioral disposition, IQ and school achievement*”; *Addictive Behaviors*, 20 (2), 345-358.
- Moss, R. H. & Billinges, A. G. (1982); “*Children of alcoholics during the recovery process: alcoholic and matched control families*”; *Addictive Behaviors*. 7: 155-163.
- National Center on Child Abuse and Neglect (1996, September). M. S. Depantment of Health ans Human Sevices; “*The Third National incidence study of child abuse and Neglect*” ; (NIS-3); Washington, DC: M.S. Government printiong office.
- National Child Abuse and Neglect Data System. (1998); “*U. S. Department of Health and Humman Services, National Center of Child Abuse and Neglect*;” Child maltreatment 1996: Reports from the states to the national center on Child Abuse and Neglect, Washington, DC: U.S. Government printing office.
- National Committee to prevent Abuse. (1997); “*Unprecedented public engagement campaign plans to alert public to the importance of the first three years of life*”;
- National institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. (1994); *Alcohol health & research world* ;18 (3): 252.
- Prevent Child Abuse America. (1996); “*The relationship between parental alcohol or other problems and child maltreatment*”; On-line.<http://www.childabuse.org/fs14.html> [Ang. 31, 1991]. (web address no longer-functional).
- Pierce, L. H. (1987); “*Father-son incest: using the literature to guide practice. Special /issue: child abuse*”; *Social casework*. 68 (2). 57-74. Abstract.
- Reid, J., Macechutto, P., & Foster, S. (1991); *No Safe Haven: Children of substance-Abusing Parents*; Center on Addiction Substance Abuse at Columbia University.
- Russell, M., C. Henderson, and S. Blume. (1985); *Children of alcoholics: A review of the literature*; New York: Children of Alcoholics Foundation. Inc.
- Samhsa, Center for substance Abuse Prevention. (1993); “*Toward oreventing perinatal abuse of alcohol. Tobacco and other drug. USDHHS*”; *Technical Report*, No. 9 p.1.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U. S. Department of Health and Human Services. (1995); *National household survey on drug abuse: Population estimates 1995*; research Triangle par, NC: Reasearch Triangle institute.

- Sugar. M. (۱۹۹۰); “*Abuse & Neglect in schools*”; *American journal of psychotherapy*. Vol. XLIV, No. ۴. ۴۸۴-۴۸۹.
- Trickett, P. K. & Susman, E. J. (۱۹۸۸); “*Parental perceptions of child rearing practices in physically abuse and nonabused family*”; *Developmental Psychology*, ۲۴ (۲), ۲۷۰-۲۷۶. Abstract.
- U.S. Department of Health and Human services, National center on Child Abuse and Neglect, National Child Abuse and Neglect Data System. (۱۹۹۶); “*Child abuse and neglectL case-level data, ۱۹۹۳*”; *working paper ۱*. Washington, DC: U.S. Government printing office.
- Vondra. J. I. (۱۹۹۰); “*The community context of child abuse and neglect*”; *Marriage & family Review*, ۱۵ (۱-۲), ۱۹-۳۸. Abstract.
- Waters, J; Parry, R., Caplan, P. J; Bates R; et al (۱۹۸۹); “*A comparison of child abuse and neglect. Special Issue: Family violence: child abuse and wife assault*”; *Canadian journal of Behavioral science*; ۱۸(۴), ۴۴۹-۴۵۹. Abstract.
- Werner, E.E. (۱۹۸۶) ; “*Resilient offspring of alcoholics: A longitudinal study from birth to age ۱۸*.” *Journal of Studies on Alcohol* ۴۷(۱): ۳۴-۴۰.
- Werner, E.E., & Johnson, J. L. (۲۰۰۰); “*The role of caring adults in the lives of children of alcoholics*”; *Children of Alcoholics: Selected Readings*, Vol. ۲.
- Widom, C. S. (۱۹۸۹) . ; “*Child abuse, neglect and adult behavior: Research design & findings on criminality, violence and child abuse*” ; *American Journal of orthopsychiatry*, ۵۹(۳), ۳۵۵-۳۶۷. abstract.
- Wolfe, D. A. (۱۹۸۷); *Child abuse, Implication for child development & Psychopathology*;U.S.A SAGE publications.
- Wyatt, Gail, E; & Peters, S. D. (۱۹۸۹) ; “*Methodological Considerations in research on the prevalence of child sexual abuse*”; *Child abuse & Neglect*, ۱۰(۲), ۲۴۱-۲۵۱. Abstract.

عوامل مؤثر در شروع مصرف مواد مخدر ، با اشاره به وضعیت معتادان زن

دکتر محمد مهدی رحمتی
عضو هیأت علمی دانشگاه گیلان

چکیده :

مقاله حاضر که بخشی از نتایج طرح «ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران ^(۱)» است (سازمان بهزیستی : ۱۳۷۷)، با هدف شناسایی توصیفی و تحلیلی برخی از عوامل زمینه ای در شکل گیری و تداوم مصرف مواد مخدر بین جمعیت نمونه مورد مطالعه در ۱۰ استان کشور، با تأکید بر روند شکل گیری و آغاز مصرف مواد

مخدرا، ابتدا به طور عام به بررسی رفتارهای مرتبط با این پدیده معضل آفرین در قالب متغیرهایی چون مصرف سیگار، الکل، مواد مخدر مورد مصرف، نوع و شیوه مصرف، موقعیت شروع مصرف، سن شروع مصرف، علت شروع آن و برخی دیگر از عوامل مؤثر در الگوی شروع مصرف مواد مخدمری پردازد. افزون براین، به طوراخص، ویژگیهای مربوط به الگوی شروع مصرف مواد مخدر در زنان جمعیت نمونه نیز مورد بررسی قرار گرفته است.

بر اساس نتایج به دست آمده از بررسی حاضر که ۱۴۵۶ نفر معتقد را (هر استان ۱۵۰ نفر) در بردارد، می‌توان چند نکته قابل تأمل از آن استنباط کرد؛ نخست این که مصرف موادی مانند سیگار والکل نقش بسزایی در گرایش به سوی مصرف مواد مخدر ایفا می‌کند. دوم، خانواده، گروه همسالان، و برخی محیطهای اجتماعی - پارکها، قهوه خانه‌ها، سرباز خانه‌ها و وزندان - می‌توانند سبب افزایش آسیب پذیری دربرابر گرایش به مصرف مواد مخدرا و اعتیاد شوند. سوم، گرایش به تجربه مصرف مواد مخدر، به دلایل روانی و اجتماعی، در گروه‌های سنتی نوجوانان و جوانان بیش از سایر مقاطع سنی وجود دارد. چهارم، یا فته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهند که برخی تفاوت‌های کلی بین الگوی شروع به مصرف مواد مخدربین زنان و مردان به چشم می‌خورد، که در بیانی مختصر، می‌توان اذعان کرد که مردان بیشتر تحت تأثیر عوامل اجتماعی و زنان بیشتر تحت تأثیر عوامل فردی به مصرف مواد مخدر روی می‌آورند. با توجه به اطلاعات موجود، به طور ضمنی می‌توان نتیجه گرفت که شدت آسیب پذیری زنان در محیط‌های خانوادگی درقبال اعتیاد به مواد مخدر بیشتر از مردان است. به این ترتیب، پیشنهادمی‌گردد که برنامه ریزان فرهنگی و اجتماعی و سازمانهای مسؤول مبارزه با مواد مخدر بیش از سایر گروه‌ها، برای نوجوانان، جوانان وزنان اهمیت ویژه‌ای قابل شوند و، درگام نخست، این گروه‌های اجتماعی را به عنوان گروه هدف برگزینند. از سوی دیگر، به نظر می‌رسد که به تلاشی جدی برای سالم سازی محیط‌های اجتماعی از طریق ابزارهای فرهنگی و ارشادی به جای ابزارهای نظامی و اجباری نیاز است.

کلید واژگان: اعتیاد، زنان، گروه همسالان، تعیین بخشی و عوامل روان شناختی

مقدمه :

از جمله مشکلات مهمی که، در عصر حاضر، دامنگیر اکثر کشورهای جهان اعم از توسعه یافته و توسعه نیافته شده است افزایش روز افزون مصرف مواد مخدر می‌باشد که به صورت پدیده اجتماعی معضل آفرین و آسیب زایی جلوه گر شده است. مواد مخدر و مصرف آن که با تنوعی گسترده بیش و کم در اکثر نقاط دنیا رواج پیدا کرده است، متناسب با قوانین و هنجارهای اجتماعی هر کشور، رفتاری بیمارگون یا مجرمانه تلقی می‌گردد که نگهداری، خرید و فروش، حمل، استعمال و تبلیغ آن منمنع - در برخی موارد - متضمن تحمل مجازات است. افزون بر این، صرف نظر از ماهیت مجرمانه ای که در برخی از کشورها از مصرف مواد مخدر برداشت می‌شود، مصرف چنین موادی به طور بالقوه زمینه‌ها و شرایطی را برای ارتکاب به جایی فراهم می‌سازند. تحقیقات و پژوهش‌های انجام شده در نقاط مختلف جهان نشانگر آئند که بین اعتیاد و مواد مخدر و روی آوردن به جرم رابطه ای نیرومند وجود دارد و اعتیاد، چه به صورت مستقیم - به دلیل ماهیت مجرمانه آن بر اساس قواعد حقوقی و قانونی برخی کشورها - و چه به صورت غیرمستقیم و از طریق ایجاد وابستگی شدید به مصرف مواد مخدرا و اجتماعی وغیره، بتدریج باعث گرایش افراد معتقد به بزهکاری و ارتکاب به جرم می‌گردد. افزون بر این، اعتیاد به مصرف خدمات اقتصادی و اجتماعی وغیره، تأمین هزینه سنجین تهیه آن، محرومیت از برخی امکانات مصرف مواد مخدرا و مترابط ساخت بنيانهای روحی، اخلاقی و اجتماعی، تأمین هزینه سنجین تهیه آن، محرومیت از برخی امکانات وخدمات اقتصادی و اجتماعی وغیره، بتدریج باعث گرایش افراد معتقد به بزهکاری و ارتکاب به جرم می‌گردد. افزون بر این، اعتیاد به مصرف مواد مخدرا پدید آمدن شرایط آسیب زایی مانند اختلال و فوپاشی کانون خانواده، ولگردی و خوبانگردی، تکدی و درموارد حاد - انحراف جنسی و خود فروشی باعث شکل گیری دشواریهای متشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی می‌گردد. تأثیر گذاری شدید جسمی و روحی مصرف مواد مخدرب افراد معتقد وحتی اطرافیان وابستگان آنان، زمینه‌های شکل گیری آسیبها و جرایم گوناگون را فراهم می‌آورند.

در بررسی علل شروع رفتارهای آسیب زایانند سوء مصرف مواد مخدر، توجه به عوامل زینه‌ای نظیر مصرف سیگار و الکل و همچنین رفتارهایی که احتمال اثر گذاری بر شروع و تداوم مصرف مواد مخدرا دارند، بسیار ضروری است. تردیدی نیست که مصرف مواد مخدرا، که می‌تواند زمینه ساز بروز رفتارهای آسیب زای و حتی مجرمانه در فرد، خانواده و جامعه گردد، خود معلول عوامل و شرایطی است که بدون در نظر گرفتن آنها امکان شناخت دقیق و صحیح معضل اعتیاد ویاقت راه حلیابی برای رویارویی با آن امری عیث می‌نماید.

مقاله حاضر با هدف شناسایی توصیفی و تحلیلی برخی از عوامل زمینه‌ای در شکل گیری و تداوم مصرف مواد مخدرا بین جمعیت نمونه مورد مطالعه در ۱۰ استان کشور، با تأکید بر روند شکل گیری و آغاز مصرف مواد مخدرا، ابتدا به طور عام به بررسی رفتارهای مرتبط

با این پدیده معضل آفرین در قالب متغیرهایی چون مصرف سیگار، الکل، مواد مخدر مورد مصرف، نوع و شیوه مصرف، موقعیت شروع مصرف، سن شروع مصرف، علت شروع آن و برخی دیگر از عوامل مؤثر در الگوی شروع مصرف مواد مخدرمی پردازد. افزون براین، به طوراخص، ویژگیهای مربوط به الگوی شروع مصرف مواد مخدر در زنان جمعیت نمونه را مورد بررسی قرارمی دهد.

جمعیت مورد مطالعه

جمعیت مورد مطالعه^۱ در این پژوهش شامل ۱۴۵۶ نفر معتاد از ۱۰ استان آذربایجان شرقی، اصفهان، تهران، خراسان، خوزستان، سمنان، فارس، کرمان، کرمانشاه، و مازندران است که - به طورمتوسط - از هر استان ۱۵۰ معتاد انتخاب شده را در بر می گیرد. انتخاب نمونه ها براساس امکانات موجود و نیز در نظر گرفتن نمایابی^۲ استانهای برگزیده برای پژوهش صورت پذیرفته است، به گونه ای که از نظر نوعی^۳ فضای عمومی وضعیت معتادان کشور در آن مورد توجه قرار گرفته است. افزون بر این به منظور تعمیم بخشی^۴ یافته های پژوهش، انتخاب نمونه ها به تفکیک گروه های مختلف معتادان موجود در کشور انجام گرفته است. به این ترتیب، ۵۰۰ معتاد زندانی، ۴۸۵ معتاد خیابانی و ۴۷۱ نفر از معتادان مراجعه کننده به واحد های خود معروف برای مطالعه حاضر انتخاب شده اند، که بترتیب، ۳۴/۳٪ و ۳۲/۳٪ از جمعیت نمونه مورد مطالعه را تحت پوشش قرارمی دهند.

روش تحقیق و گردآوری اطلاعات

برای جمع آوری اطلاعات مورد نظر در این پژوهش، پرسشنامه ای شامل سؤالهای باز، نیمه باز و بسته تدوین گردید و پس از آموزش پرسشگران و آزمون مقدماتی^۵ ونهایی شدن پرسشنامه ها در بین افراد جمعیت نمونه توزیع و تکمیل شدند. افزون بر پرسشنامه، مصاحبه هایی هدایت شده عمیق با معتادان، خانواده هان آنان، و نیز افاده مسؤولان کلیدی - شامل رؤسای دادگاه های مبارزه با مواد مخدر، فرماندهان پاسگاه های نیروی انتظامی و پرسنل نیروی انتظامی - انجام پذیرفت و در تکمیل اطلاعات از آنها نیز استفاده شد. اطلاعات گردآوری شده، پس از بازبینی، اصلاح، مقوله بندي و کد گذاري، وارد کامپیوتر و تحت بسته نرم افزاری SPSS ذخیره شدند. پردازش داده ها در دو سطح آمار توصیفی^۶ ماراستبایطی^۷ انجام گرفت و، افزون بر توصیف متغیر ها به صورت منفرد، روابط بین آنها نیز براساس آمارهای مربوط محاسبه و گزارش گردیدند.

بخش اول) یافته های کلی پژوهش در مورد الگوی شروع مصرف مواد مخدر

در این پژوهش، اعتیاد به مواد مخدر به مثابه رفتاری که از اعتیاد به سایر مواد مانند سیگار والکل تأثیر می پذیرد، مورد توجه قرار گرفته است. بنابراین، قبل از طرح یافته های مربوط به الگوی شروع مصرف سیگار والکل در جمعیت نمونه مورد بررسی قرار می گیرند.

۱-۱) سابقه مصرف سیگار

توزیع فراوانی جمعیت نمونه براساس متغیر سابقه مصرف سیگار حاکی از آن است که از جمع کل افراد موردمطالعه در این پژوهش، ۹۱/۴ درصد - در حال حاضر - سیگاری هستند؛ ۲/۹ درصد در گذشته سابقه مصرف سیگار داشته اند، و تنها ۵/۶ درصد اظهار کردند که سابقه مصرف سیگار ندارند.

آزمون متغیر سابقه مصرف سیگار و اعتیاد به آن در حال حاضر در سه گروه معتادان مورد مطالعه حاکی از این است که ۸۹/۷٪ از معتادان خود معرف ، ۹۰/۵٪ از معتادان زندانی، و ۹۴/۱٪ از معتادان

۴- Generalization	۳- Typically	۲- Representation	۱-Population
	۷- Inferential Statistics	۶- Descriptive statistics	۵-Pre-test

خیابانی در حال حاضر سیگار مصرف می کنند، و آمارهای خی دو^۸ به میزان ۱۷/۹، $\chi^2(2)$ به میزان ۰/۰۰۱۳ بین نسبت معتادان سیگاری در سه گروه معتادان نشان می دهد. هرچند شدت رابطه (۱۱/۰) دلالت بر ضعیف بودن تفاوتهای موجود بین سه گروه معتادان از نظر اعتیاد به سیگار دارد، اما می توان اذعان نمود که اکثر (حداقل ۹۰ درصد) معتادان به مواد مخدر به سیگار نیز اعتیاد دارند.

تفکیک توزیع نسبت معتادانی که، در حال حاضر، مبادرت به مصرف سیگار می کنند در مناطق دهگانه مورد مطالعه حاکی از آن است که دو استان کرمان و اصفهان، بترتیب با ۸۶ و ۸۸/۷ درصد، کمترین و دواستان تهران و کرمانشاه، هردو با ۹۵/۳ درصد، بیشترین میزان معتادان به سیگار را در بین معتادان مورد بررسی دارند.

با توجه به تأثیر رفتارهای بین فردی، بیوژن در گروه نخستین^۹، بر شکل گیری بسیاری از الگوهای رفتاری افراد، کمیت و نقش افراد سیگاری موجود در شبکه ارتباطات فردی معتادان مورد توجه قرار گرفت. داده های این پژوهش نشان می دهند که ۶۱/۲ درصد از این معتادان در خانواده خود دارای فرد یا افرادی هستند که معتاد به سیگارند. در اکثر موارد، افراد سیگاری خانواده در نقش پدر (۶۱/۶٪)

وپرادر (۵۵/۲) هستند ونسبت مربوط به سایر اعضای مؤنث خانواده، بیویزه اعضای مؤنث خانواده، بسیار ناچیز است. افزون بر این، در کل جمعیت مورد مطالعه، ۸۸ درصد اظهار داشته اند که دوستان معتمد به سیگار دارند. اهمیت این متغیر هنگامی بیشتر آشکار می گردد که نتایج تحقیقات مربوط به معتمدان مواد مخدر در مورد ارتباط اعتیاد آنها با مصرف سیگار مورد توجه قرار گیرد. یافته های پژوهشی نشان می دهند که همیستگی معنا داری بین سیگاری بودن والدین و سیگاری شدن فرزندان وجود دارد. از سوی دیگر، در خانواده هایی که پدر با مادر یا هر دو معتمد هستند، کودکان در سنین کم به مصرف همان ماده ای که والدین به آن معتمدند گرایش پیدا می کنند، اما پس از آن در ادوار مختلف سنی، نوع اعتیاد را تغییر می دهند.^(۱)

۱-۱) سن شروع سیگار

میانگین سنی شروع مصرف سیگار در جمعیت نمونه، ۱۸/۸ سال و میانه آن ۱۸ سال است. به عبارت دیگر، با در نظر گرفتن آماره میانه می توان اذعان کرد که ۵۰ درصد افراد جمعیت نمونه که به مصرف سیگار مبادرت می کنند، این رفتار را قبل از ۱۸ سالگی تجربه و آغاز کرده اند. تقسیم بندی این متغیر به گروه های سنی نشان می دهد که ۳ گروه سنی ۱۸-۱۷ ساله با ۲۰-۱۹ ساله با ۲۰/۳ درصد و ۱۵-۱۶ ساله با ۱۹ درصد، بالاترین نسبت را دارا هستند. اگر، از نظر اجتماعی، شاخص سن جوانی را ۲۴ سال در نظر بگیریم، ۸۷/۴ درصد از افراد جمعیت نمونه مصرف سیگار را قبل از پایان دوره جوانی تجربه کرده اند.

آزمون تحلیل واریانس^۲ (نشانگر این است که در سه گروه معتمدان موردمطالعه، از نظر سن شروع مصرف سیگار، تفاوت معناداری به چشم نمی خورد) ($F=۲/۵۳$ $Sig=۰/۰۸$). اما مقایسه میانگینها با استفاده از روش LSD^۳ حاکی از آن است که میانگین سن شروع مصرف سیگار در گروه معتمدان

۲- Least Squared Differences

۲- Analysis of Variance

۱-PrimaryGroups

خود معرف با ۱۹/۲ سال، بیشتر از دو گروه معتمدان زندانی (۱۸/۷ سال) و معتمدان خیابانی (۱۸/۴ سال)

۲- سابقه مصرف الكل

بر اساس داده های پژوهش حاضر، ۴۷ درصد از کل جمعیت نمونه- که تجربه مصرف الكل را در گذشته داشته اند- ۱۶ درصد در حال حاضر به مصرف الكل مبادرت می کنند، و ۳۷ درصد نیز اظهار داشته اند که تا کنون الكل مصرف نکرده اند. افزون بر این، ۱۹/۸ درصد از پاسخگویان معتمدان عنوان کرده اند که در خانواده آنها الكل مصرف می شود، که، در این میان، نقش فرد الكلی در خانواده مانند مورد مصرف سیگار، عمدها برادر (۴۶٪/۳۴٪) و پدر (۷٪/۴٪) است. در بین سه گروه معتمدان، معتمدان خود معرف با ۱۴ درصد کمترین، و معتمدان خیابانی با ۲۸/۶ درصد بیشترین نسبت مصرف کنندگان الكل را دارند. هر چند محاسبه آماره ای خی دو (۲%) حاکی از وجود تفاوت معنادار آماری بین معتمدان از نظر سابقه مصرف الكل است ($Sig=۰/۰۲۲$)، لیکن محاسبه شدت رابطه (۰/۰۹) نشان می دهد که رابطه بین معتمدان سه گروه، با سابقه مصرف الكل، در حد ضعیف است. علاوه بر موارد یاد شده، ۵۴/۲ درصد از افراد جمعیت نمونه اشاره کرده اند که در بین دوستان نزدیک خود افراد الكلی دارند.

۱-۲) سن شروع مصرف الكل

میانگین سنی پاسخگویانی که الكل مصرف می کرده اند و یا، در حال حاضر، مبادرت به مصرف آن می کنند ۱۸/۹ سال و میانه ۱۸ سال است. سه گروه سنی ۱۸-۱۷ سال و ۲۰-۱۹ سال، بر ترتیب با ۲۳/۲۸، ۳/۲ و ۱۴/۹ درصد، بیشترین نسبت ها را در گروه بندی سنی شروع مصرف الكل دارا هستند. ۹۱/۳ درصد از پاسخگویان تا قبل از اتمام سن ۲۴ سالگی - یعنی در دوره جوانی و حتی پیش از آن - مصرف الكل را تجربه کرده اند. از نظر میانگین سن شروع مصرف الكل تفاوت محسوسی بین سه گروه معتمدان به چشم نمی خورد و در هر سه گروه، میانگین سن شروع مصرف الكل نزدیک به میانگین کل است، اما آزمون تحلیل واریانس در مورد میانگین سن شروع مصرف الكل در بین معتمدان دارای سابقه مصرف الكل در مناطق دهگانه کشور نشان از تفاوت معنادار بین میانگین سنی آنها دارد ($Sig=۰/۰۰۰$ و $F=۳/۷۱$). بیشترین میانگین شروع مصرف الكل متعلق به معتمدان دارای سابقه مصرف الكل مناطق خوزستان (۱۹/۸ سال)، سمنان، آذربایجان شرقی و کرمانشاه (هر سه ۱۹/۷ سال) و کمترین میانگین در این مورد متعلق به معتمدان دو منطقه نزدیک مازندران و اصفهان است که بر ترتیب ۱۷/۹ و ۱۷/۴ سال هستند. از نظر سن شروع مصرف الكل بین معتمدان دارای سابقه مصرف الكل، مازندران با معتمدان مشابه در مناطق کرمان، کرمانشاه، آذربایجان شرقی، سمنان و خوزستان تفاوتی معنادار به چشم می خورد. معتمدان دارای سابقه مصرف الكل دو منطقه اصفهان و خراسان نیز - بجز مورد کرمان - مانند معتمدان منطقه مازندران هستند و با مناطقی که ذکر گردید تفاوت معناداری دارند. همچنین معتمدان دارای سابقه مصرف الكل تهران با معتمدان مشابه در سه منطقه آذربایجان شرقی، سمنان و خوزستان، از نظر میانگین سن شروع مصرف الكل، تفاوت معنادار آماری دارند.

دراین قسمت از مقاله حاضر، و پس از مشخص شدن آمارهای مربوط به الگوی مصرف سیگار والکل بین معتادان جمعیت مورد مطالعه، به بررسی متغیرهای مربوط به مصرف مواد مخدر در جمعیت نمونه معتادان می‌پردازیم.

۱-۳-۱) سابقه‌ی مصرف مواد مخدر در خانواده و دوستان

۵۳/۴ درصد از معتادان جمعیت نمونه اظهار داشته اند که مصرف مواد مخدر در خانواده آنان رواج ندارد، و ۴۶/۶ درصد نیز عنوان نموده اند که مصرف مواد مخدر خانواده آنان سابقه دارد. تقریباً کلیه معتادان مورد بررسی اظهار نموده اند که مصرف مواد مخدر بین دوستانشان سابقه دارد. در مورد نقش فرد معتاد در خانواده، آن گروه از جمعیت نمونه که به وجود فرد مصرف کننده مواد مخدر در خانواده خویش اذعان نموده اند، ۴۰/۲ درصد به پدر و ۳۷/۲ درصد به برادر اشاره کرده اند. به نظرمی رسد که فراوانی نسبی زیادتر سابقه مصرف مواد مخدر بین پدر و برادر خانواده‌های معتادان دلالت ضمیمی بر اهمیت سازوکارهای الگویی دیگری که می‌توان از این آماره و نیز موارد مربوط به مصرف سیگار والکل اتخاذ کرد، مبتنی بودن الگوی مصرف مواد مخدر برمرد سالاری است.

۱-۳-۲) اولین ماده مصرفی و روش مصرف آن

توزیع فراوانی جمعیت نمونه معتادان بر حسب اولین ماده مصرفی نشان می‌دهد که ۵۹/۳ درصد از معتادان مذکور اولین ماده مصرفی خود را تریاک گزارش کرده اند، و پس از آن - بترتیب - حشیش با ۳۲/۱٪، هروین با ۵/۶٪، و شیره با ۲/۱٪ عنوان شده اند. ترتیب توزیع نسبت اولین ماده مصرفی بین سه گروه معتادان و نیز در مناطق دهگانه کشور تفاوت‌هایی بسیار جزیی را نشان می‌دهد، و در مجموع، نمی‌توان به وجود تفاوت‌هایی چشمگیر بین معتادان سه گروه و مناطق دهگانه از نظر اولین ماده مصرفی آنان اذعان کرد. توزیع فراوانی جمعیت نمونه معتادان بر حسب اولین روش مصرف براستفاده از روش تدخین دارو تأکید دارد، به گونه‌ای که ۹۳/۵ درصد از معتادان مورد مطالعه اظهار نموده اند که در هنگام اولین مصرف مواد مخدر از روش تدخین، روش خوردن با ۵/۹ درصد، و روش‌های تزریق، انفیه واستنشاق با مجموع ۰/۵ درصد در مرتب بعدی اولین روش مصرف مواد مخدر ذکر شده اند.

۱-۳-۳) سن شروع مصرف مواد مخدر

میانگین سن شروع مصرف مواد مخدر در جمعیت مورد بررسی ۲۲/۲ سال است که دو گروه سنی ۱۸-۱۷ و ۲۰-۱۹ سال، بترتیب با ۱۶/۴ و ۱۵/۹ درصد، نسبت بیشتری از سایر گروه‌های سنی را در بر می‌گیرند. ۷۰/۵ درصد از معتادان اظهار داشته اند که در سنین قبل از ۲۴ سالگی معتاد شده اند. هرچند که میانگین سنی اعتماد به مواد مخدر، نسبت به میانگین مشابه درمورد مصرف سیگار والکل بیشتر است، لیکن دراین مورد نیز ملاحظه می‌گردد که اکثر جمعیت نمونه مورد مطالعه درسن جوانی یا حتی نوجوانی به مصرف مواد مخدر معتقد شده اند.

میانگین سن شروع مصرف مواد مخدر بین معتادان خود معرف ۲۳/۳ سال، و در معتادان زندانی ۲۱/۵ سال، و در معتادان خیابانی ۲۱/۹ سال است که از نظر آماری درسطح (Sig=۰/۰۰۰۳) تفاوت معنا داری را نشان می‌دهد. آزمون LSD نیز در سطح ۰/۰۵ تفاوت معناداری بین میانگین سنی شروع مصرف مواد مخدر بین معتادان خود معرف با مورد مشابه در معتادان خیابانی و زندانی نشان می‌دهد. بیشترین میانگین سن شروع مصرف مواد مخدر در مناطق دهگانه، ۴/۵، ۲۴/۳ و ۲۴/۰ سال، بترتیب متعلق به دو منطقه آذربایجان شرقی و سمنان است، و کمترین میانگین سن شروع مصرف مواد مخدر با ۲۰ سال متعلق به معتادان منطقه خراسان است.

صاحب‌های عمیق با معتادان سطح شهر در مناطق دهگانه کشور حاکی از این است که اکثربی آنها (۶۴درصد) معتقدند که مصرف کنندگان هروین جوانان و نوجوانان هستند. گروه کوچکتری از صاحب‌های شوندگان (۱۱ درصد) نیز معتقدند که مصرف هروین در کلیه گروه‌های سنی رواج دارد و اختصاص به گروه سنی خاصی ندارد. ۴۶درصد از این افراد اظهار داشته اند که اغلب مصرف کنندگان تریاک گروه‌های جوانان و بزرگسالان بالاتر از ۴۵ سال هستند.

۱-۳-۴) اولین فرد پیشنهاد دهنده

داده‌های به دست آمده از جمعیت نمونه معتادان درمورد اولین فرد پیشنهاد دهنده مصرف مواد به آنها در شش گزینه «یکی از افراد خانواده»، «یکی از وابستگان»، «دوستان مدرسه»، «دوستان خارج از مدرسه» یا همکاران محل کار»، «سایر افراد» - شامل پزشک، سیگارفروش محل، هم خدمتی دوره سربازی، صاحب قهوه خانه و.... - و «بدون پیشنهاد دیگران» - توزیع شده اند.

جدول شماره ۱-توزيع فراوانی جمعیت نمونه معتادان بر حسب اولین فرد پیشنهاد دهنده

فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	اولین فرد پیشنهاد دهنده
۵۳/۸	۷۸۴	دستان خارج از مدرسه یا همکاران محل کار
۱۵/۷	۲۲۹	بدون پیشنهاد دیگران
۱۰	۱۴۵	یکی از واسیتگان
۷/۸	۱۱۴	دستان مدرسه
۷/۲	۱۰۵	سایر افراد
۴/۹	۷۰	یکی از افراد خانواده
۰/۶	۹	بدون پاسخ
۱۰۰	۱۴۵۶	جمع

نتایج توزیع فراوانی جدول شماره ۱ نشان می دهند که اکثر معتادان نخستین بار از سوی دستان خارج از مدرسه یا همکاران محل کار (۵۳/۸ درصد) به استفاده از مواد مخدر ترغیب شده اند، که اگر گزینه دستان مدرسه را نیز به آن اضافه کنیم، ۶۱/۶ درصد از معتادان جمعیت نمونه پیشنهاد مصرف مواد را اولین بار از جانب دستان و همکاران خود دریافت کرده اند . سهم و وزن این گزینه تفاوت بسیار زیادی با سایر مقوله ها دارد، به گونه ای که دومین گزینه - ازلحاظ وزن - به گزینه «بدون پیشنهاد دیگران» با ۱۵/۷ درصد تعلق دارد . در مراحل بعدی، بترتیب، گزینه های «یکی از واسیتگان» (۱۰ درصد)، «دستان مدرسه» (۷/۸ درصد)، «سایر افراد» (۷/۲ درصد)، و «یکی از اعضای خانواده» (۴/۹ درصد)، قرار گیرند. اگر گزینه های مربوط به این متغیرها درسه بعدی فردی، خانوادگی و اجتماعی مورد توجه قرار دهیم، مشخص می گردد که ۱۵/۶ درصد از یاسخگویان به طور فردی

وبدون پیشنهاد دیگران نخستین بار مصرف مواد را تجربه کرده اند. البته، بدیهی است که این امر – یعنی مصرف مواد – نمی تواند تنها براساس انگیزه ها ودلایل فردی صورت گرفته باشد، به طورقطع، چنین افرادی تحت تأثیرعوامل خانوادگی واجتماعی نیز قرارگرفته اند، لیکن به طور فردی مبادرت به شروع مصرف مواد مخدرکرده اند.

پس از بعد فردی، ملاحظه می شود که ۱۴/۹ درصد از معتادان از طریق یکی از بستگان وافراد خانواده با پیشنهاد استفاده از مواد روپرتو شده اند که این موضوع را می توان از بعد خانوادگی نیز مورد توجه قرار داد.اما بیشترین وزن در مورد متغیر اولین فرد پیشنهاد دهنده مربوط به بعدجتماعی است، به گونه ای که ۶۸/۸ درصد ازمعتادان نخستین بار تحت تأثیرابطه اجتماعی درعرض پیشنهاد استفاده از مواد مخدر قرار گرفته اند. موضوع دیگری که می توان درمورد متغیرمورد نظر به آن اشاره کرد، تأثیرگروه همسالان^۱ است. تأثیرگروه همسالان را می توان دراشارة جمعیت نمونه معتادان به گزینه های دوستان مدرسه، دوستان خارج ازمدرسه، وتا حدودی همکاران محل کارمتجلی دانست^(۲). توزیع فراوانی اولین فرد پیشنهاد دهنده مصرف مواد مخدر به تفکیک مناطق دهگانه ای کشور نیز حکایت از این دارد که در تمامی مناطق، بجز منطقه سمنان، بالاترین نسبت اختصاص به گزینه ی «دوستان خارج از مدرسه » یا «همکاران محل کار» دارد . نسبت این گزینه در منطقه سمنان ۳۰/۹ درصد ودر سایر مناطق بیشتر از ۵۰ درصد از اسخنگویان هر منطقه را به خود اختصاص داده است. بیشترین نسبت، با ۶۴درصد، به منطقه اصفهان تعلق دارد. آماره خی دواز معنادار بودن تفاوت انتخاب گزینه مذکور نسبت به سایر گزینه ها در مناطق مورد مطالعه حکایت دارد ($0/000 = ۱۹۸/۵۱$ ، $Sig = ۰/۰۰۰ = ۲ \chi$). مصاحبه عمیق با معتادان سطح شهر در مناطق دهگانه در مورد چگونگی شروع مصرف مواد مخدرنشان می دهد که تشویق دوستان با ۲۷/۵ درصد بیش از سایر گزینه ها مورد اشاره قرار گرفته است .

۱-۳-۵) اولین موقعیت شروع مصرف مواد مخد

از مجموع ۱۴۵۶ نفر جمعیت نمونه معتادان مورد مطالعه، حدود یک سوم اظهار داشته اند که اولین بار مواد رادرهمانی دوستانه مصرف کرده اند، پس ازآن بترتیب، گزینه های «منزل»، «اماكن عمومي»، « محل کار»، «مهمانی خانوادگی» قرار گرفته اند. آنچه که می توان درتوزيع فراوانی متغیر اولین موقعیت شروع مصرف مواد ملاحظه کرد، این است که، دراکثر موارد ، این موقعیت درچارچوب رفتاروکنش اجتماعی وغلب به صورت متقابل ودوسویه شکل گرفته است .

جدول شماره ۲-توزيع فراوانی جمعیت نمونه معتادان بر حسب موقعیت اولین شروع مصرف مواد مخد

جمعی	به خاطر ندارد	مدارسه	سربازخانه	مهманی خانوادگی	محل کار	*اماكن عمومي	منزل	مهمانی دوستانه	اماكن عمومي	اولين موقعیت صرف مواد
۱۴۵۶	۲۲	۱۵	۵۶	۹۸	۱۲۲	۲۳۱	۲۸۷	۴۹۲		فراوانی مطلق
۱۰۰	۱/۵	۱/۱	۳/۸	۶/۷	۸/۴	۱۵/۹	۱۹/۷	۳۳/۸		فراوانی نسبی

* اماكن عمومي شامل کوچه ، خیابان ، پارک و محلهایی مانند آن است.

موضوع مهم دیگری که در این باره قابل ذکر است، نقش موقعیتها و فضاهایی است که در قالب روابط صمیمانه خدمانی – مانند میهمانیهای خانوادگی ودوستانه – و یا درچارچوب شکل گیری روابط ورفتارهای

گروهی و جمعی^۱ مانند سربازخانه ، محل کار و مدرسه - بر مصرف مواد مخدر، بویژه به عنوان اولین موقعیت شروع مصرف، تأثیر گذارد است لازم به یاد آوری است که کم بودن نسبت معتادانی که در سربازخانه (۳/۸ درصد) یا مدرسه (۱/۱ درصد) مصرف موادرا شروع کرده اند نباید بی اهمیت و ناچیز تلقی شود، زیرا صرف نظر از اینکه این نسبتها - به دلیل تبعیت از کل توزیع - سهم اندکی را به خود اختصاص داده اند، تأثیر رفتارهای نهادی شده در چنین موقعیتهایی و نیز اقتضای سن و سال افرادی که در این شرایط به سر می برند، می تواند تأثیری عمیق بر ماندگاری و تداوم رفتارهایی داشته باشد که در این مرحله تجربه می شوند.

در مصاحبه گروهی با معتادان زندانی، گزینه «منزل دوستان» با فراوانی نسبی ۲۶ درصد بیشتر از هر جای دیگر، محل شروع مصرف معروف شده است و پس از آن، مجالس جشن، باغ و پارک، منزل خود و فامیلی، سربازخانه، زندان، محل کار و مدرسه بترتیب در رتبه های بعدی موقعیت مکانی شروع مصرف قرار داشته اند.

آنچه که می توان به عنوان نتیجه مهم این قسمت به آن توجه کرد، وجود فضاهای اجتماعی آلوده در عرصه های گوناگون حضور و تجلی کنشهای جمعی و گروهی است، که از نظر کیفی به میزان قابل توجهی بر درجه آسیب پذیری افرادی که در چنین فضاهایی فعالیت می کنند، تأثیر می گذارد. به نظر می رسد که در شرایط موجود، محلهایی مانند سربازخانه ها، مدارس، محیطهای شغلی و حتی زندانها در فرآهم ساختن زمینه های فعالیت سالم و پیشگیری از رفتارهای ناسالم از کامیابی مورد انتظار برخوردار نیستند و ضروری است که برنامه ریزان فرهنگی و اجتماعی بیش از پیش در اندیشه اتخاذ تمهیدات مناسب و سودمند برای حضور و فعالیت افراد در این محلها باشند.

۶-۳-۱) علت شروع مصرف مواد مخدر

توزیع پاسخگویان بر اساس علت شروع مصرف مواد مخدرنشان می دهد که اکثر معتادان مورد مطالعه در این پژوهش به دلایلی همچون کنجکاوی، کسب لذت، مشکلات خانوادگی، تأثیر و فشار دوستان، کمبود محبت و وجود خلاً عاطفی، عدم کنترل خانواده و درمان دردهای جسمانی به عنوان عوامل مهم روی آوردن به مواد مخدر اشاره کرده اند . بر اساس داده های جدول شماره ۳، جمعیت معتادان مورد مطالعه بیش از سایر علل، به کنجکاوی (۴۴/۷ درصد) و کسب لذت (۴۰/۲ درصد) به عنوان دلایل شروع مصرف مواد مخدر اشاره کرده اند، و پس از آن «مشکلات خانوادگی» (۲۵/۲ درصد)، «فسار دوستان» (۲۲/۷ درصد)، «دردسترس بودن مواد مخدر» (۲۱/۱ درصد)، «کمبود عاطفی» (۱۸/۹ درصد) و «درمان های جسمی» (۱۷/۵ درصد) قرار گرفته اند .

جدول شماره ۳ - توزیع فراوانی جمعیت نمونه معتادان بر اساس علت شروع مصرف مواد مخدر*

علت شروع مصرف فراوانی	کنجکاوی	کسب لذت	مشکلات خانوادگی	فسار دوستان	در دسترس بودن مواد	کمبود عاطفی	درمان دردهای جسمی	عدم کنترل خانواده	بیکار ی	شکست ی عشقی	***
فراوانی مطلق	۶۵۸	۵۹۲	۳۶۸	۳۳۴	۳۱۱	۲۷۸	۲۵۸	۱۸۹	۱۸۲	۱۲۶	۲۲۸
	۴۴/۷	۴۰/۲	۲۵	۲۲/۷	۲۱/۱	۱۸/۹	۱۷/۵	۱۲/۸	۱/۴۲	۹/۲	۱۶/۲

*با توجه به اینکه هر پاسخگو امکان انتخاب یک یا چند گزینه را داشته است ، تعداد پاسخگویان فرزونی یافته است .

**سایر ، شامل موادی چون شکست در امتحانات ، عدم وجود امکانات تفریحی ، مشکلات روانی ، عدم دسترسی به الکل ، بهبود عملکرد جنسی، ارتقای عملکرد شغلی و غیره است

جستجو کرد . از طرف دیگر، با توجه به توزیع سنی معتادان در هنگام شروع مصرف مواد مخدر، می توان اذعان

نمود که اعتیاد به طور نمادین با پایگاه بزرگسالی ، استقلال ، ماجراجویی، کنچکاوی و جذابیت ارتباط دارد . جدول شماره ۴ دلایل شروع به مصرف مواد مخدر را به تفکیک سه گروه معتادان مورد مطالعه نشان می دهد . این دلایل را می توان درسه دسته از عوامل طبقه بندی کرد ، که البته با توجه به همپوشانی بسیاری از دلایل ، تفکیک دقیق آنها از یکدیگر امری بیشتر اعتباری و قراردادی است .

همچنانکه ملاحظه می شود ، نسبت عوامل اجتماعی (درصد ۷۷/۴) دربین معتادان خود معرف به صورت برجسته ای نشانگر تأثیر پذیری این گروه از معتادان از عوامل اجتماعی است ، در حالی که این نسبت در دو گروه دیگر از معتادان (درصد ۲۸) و (درصد ۳۸/۵) است . در گروه معتادان زندانی ، عوامل فردی با ۵۹درصد بیش از سایر عوامل در شروع مصرف مواد مخدر سهم دارند و ، پس از آن ، عوامل اجتماعی و خانوادگی - بترتیب با ۳۸ و ۱۳درصد - قرار داد دارند . معتادان خیابانی نیز مصرف مواد مخدر را ، بیش از همه ، تأثیر عوامل فردی آغاز نموده اند (۴۳درصد) اما پس از آن ، عوامل اجتماعی با تفاوتی اندک (۳۸/۵) قرار می گیرند .

جدول شماره ۴- دلایل شروع مصرف مواد مخدر به تفکیک گروه های معتادان

اجتماعی (۳)	خانوادگی (۲)	فردي (۱) روانی و شخصیتی)	دلایل شروع مصرف گروه های معتادان
%۷۷/۴	%۱۰	%۱۲/۶	معتادان خود معرف
%۲۸	%۱۳	%۵۹	معتادان زندانی
%۳۸/۵	%۱۸/۵	%۴۳	معتادان خیابانی

- (۱) عوامل و دلایل فردی شامل ناراحتیهای روحی ، دردهای جسمانی ، تفنن و کنچکاوی ، فقدان اعتماد به نفس ، لذت جویی و هیجان ، جبران احساس حقارت ، کسب آرامش ، مشکلات جنسی ، رفاه زیاد ، تنها بی و ... هستند .
- (۲) دلایل خانوادگی شامل مصرف سایر اعضای خانواده ، بی توجهی و عدم نظرارت خانواده ، مشکلات و تنشهای خانوادگی و ... می شوند .
- (۳) عوامل و دلایل اجتماعی عبارتند از : دوستان ناباب و معتاد ، محبوط آلووده (مدرسه ، سریازخانه ، خله و ...) بیکاری ، فقدان امکانات تفریجی ، دسترسی راحت به مواد مخدرو ... هستند .

موردن اشاره در تعامل با یکدیگر عمل می کنند . بنابراین ، از نظر شناخت شناسی ، شایسته نیست که اعتیاد و مسائل مربوط به آن را تنها به یک دسته از عوامل تقلیل داد . قبل از پایان این بخش از مقاله حاضر ، به بررسی نظرهای کلیدی در مورد دلایل مصرف مواد مخدر می پردازیم . درمورد مهمترین دلایل گرایش به مصرف مواد مخدر ، توافق نظر میان افراد کلیدی وجود ندارد ، اما آکثر آنان به مواردی که توسط معتادان مطرح گردیده اشاره می کنند . در مصاحبه های صورت گرفته در مناطق دهگانه ، افراد کلیدی به عواملی مانند بیکاری (۲۰درصد) ، در دسترس بودن مواد مخدر (۱۷/۷درصد) ، کسب لذت (۱۲/۳) ، عدم کنترل خانواده ها (۵/۵درصد) ، به عنوان دلایل گرایش به مصرف مواد مخدر اشاره کرده اند . اکثر افراد نیروی انتظامی مصاحبه شده درمورد سهولت دسترسی به مواد مخدر براین باور هستند که دستیابی به موادی چون تریاک ، حشیش ، هروین و الکل در کوچه و خیابانهای سطح شهرها به آسانی صورت می پذیرد و مشکلی برای افرادی که خواهان دستیابی به چنین موادی هستند ، وجود ندارد .

بخش دوم: الگوی شروع مصرف مواد مخدر در میان زنان

از بین ۱۴۵۶ نفر جمعیت نمونه ، ۹۷ نفر (۷/۶درصد) را زنان تشکیل داده اند . توزیع معتادان نمونه زن به تفکیک گروه های معتادان حاکی از این است که ۴۵/۴ درصد از زنان معتاد جمعیت نمونه را معتادان زندانی ، ۳۰/۹ درصد رامعتادان خیابانی و ۲۳/۷ درصد رامعتادان خودمعرف تشکیل می دهد. میانگین سن معتادان زن ، در جمعیت نمونه ، ۳۷/۷ سال است ؛ میانگینهای سه گروه معتادان خود معرف، زندانی و خیابانی برابر با ۳۹/۶، ۳۶/۸، ۳۷/۵ سال هستند . مقایسه میانگین سن معتادان زن و مرد جمعیت نمونه با یکدیگر تفاوت معنادار آماری دارد : در حالی که میانگین سن معتادان زن ۳۷/۷ سال است، این شاخص برای مردان معتاد جمعیت نمونه ۳۳/۳ سال می باشد. در این بخش از گزارش ، ویژگیهای مربوط به الگوی شروع مصرف مواد مخدر در زنان معتاد جمعیت نمونه مورد بررسی قرار می گیرد .

۱- سابقه مصرف سیگار در زنان معتاد

بررسی پاسخهای ۹۷ نفر معتاد زن جمعیت نمونه نشان می دهد که ۷۲/۲ درصد از آنان در حال حاضر به مصرف سیگار مبادرت می کنند؛ ۳/۱ درصد در گذشته سیگار مصرف می کرده اند؛ و ۲۴/۷ درصد نیز سابقه مصرف سیگار در گذشته و حال را ندارند. توزیع سابقه مصرف سیگار بین گروه معتادان نشان می دهد که از جمعیت نمونه زنان معتاد خودمعرف، ۲۱/۷ درصد دارای سابقه مصرف سیگار نیستند؛ این نسبت در معتادان زندانی به ۲۲/۷ درصد، و در معتادان خیابانی به ۳۰ درصد افزایش یافته است . در حال حاضر نیز نسبت معتادان زن سیگاری در بین دو گروه از معتادان زن زندانی و خیابانی تقریباً با یکدیگر برابر است (۷۰ درصد)، ولی این نسبت در زنان خود معرف ۷۸/۳ درصد است. در ضمن، سابقه مصرف سیگار فقط بین معتادان زن زندانی (۸/۶درصد) به چشم می خورد و دو گروه دیگر فاقد سابقه سیگار در گذشته هستند .

بررسی سابقه مصرف سیگار بین معتادان زن سیگاری نشان می دهد که در مجموع از ۷۲ نفر زن سیگاری، نزدیک به یک سوم (۵/۳۰ درصد) قبل از ۱۹ سالگی کشیدن سیگار را آغاز کرد ه اند، و اندکی بیش از نسبت ذکر شده در سنین ۱۹-۲۶ سالگی (۴/۳۴ درصد)، و (۷/۴۳ درصد) نیز در سن ۲۶ سالگی وبالاتر شروع به مصرف سیگار کرده اند . میانگین سن شروع به سیگار در بین زنان معتادی که سابقه مصرف سیگار دارند ۹/۲۴ سال است که، در مقایسه با میانگین مشابه برای مردان سیگاری (۴/۱۸)، تفاوت معناداری بین دو میانگین به چشم می خورد ($F = ۵/۴۹$ ، $Sig = .۰۰۰$) ؛ و در این مورد می توان اذعان کرد که میانگین سن شروع به سیگار در معتادان زن بیشتر از مردان است .

جدول شماره ۵- توزیع فراوانی جمعیت نمونه معتادان زن سیگاری بر حسب سن شروع مصرف سیگار

سن شروع مصرف سیگار	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
۱۴ سال و کمتر	۶	۸/۳
۱۵-۱۶ سال	۸	۱۱/۱
۱۷-۱۸ سال	۸	۱۱/۱
۱۹-۲۰ سال	۵	۶/۹
۲۱-۲۲ سال	۵	۶/۹
۲۳-۲۴ سال	۷	۹/۷
۲۵-۲۶ سال	۸	۱۱/۱
۲۷-۲۸ سال	۷	۹/۷

۲۵/۰	۱۸	۲۹ سال و بیشتر
۱۰۰	۷۲	جمع

۲-۲ سابقه مصرف الکل در زنان معتاد

بررسی مصرف الکل در زنان جمعیت نمونه نشان می دهد که از ۹۷ نفر زن معتاد جمعیت نمونه، ۷۶/۳ درصد فقد سابقه مصرف الکل، ۱۱/۳ درصد دارای سابقه چنین مصرفی در گذشته، و ۱۲/۴ درصد نیز در حال حاضر به مصرف آن مبادرت می کنند. بیشترین نسبت سابقه مصرف الکل در گذشته و حال با ۱۷/۴ و ۲۰ درصد، بترتیب متعلق به معتادان خیابانی و خود معرف است. در هر سه گروه حدود ۷۵ درصد (دو سوم) از افراد گروه اظهار داشته اند که سابقه مصرف الکل ندارند. آماره ۲۶ تفاوت معناداری بین سابقه مصرف الکل در گروه های معتادان نشان نمی دهد. در بین ۲۳ معتاد زنی که دارای سابقه مصرف الکل بوده اند، شروع مصرف الکل در سنین بالاتر از ۲۹ سال بیش از سایر گروه های سنی گزارش شده است (۲۱/۷ درصد)، و پس از آن، گروه سنی ۲۰-۱۹ سال با ۱۷/۴ درصد قرار دارد. در مجموع، حدود یک سوم معتادان زن دارای سابقه مصرف الکل (۳۰/۲ درصد) مصرف الکل را در سنین کمتر از ۱۹ سالگی آغاز کرده اند. میانگین سن شروع مصرف الکل بین معتادان زن ۲۲/۲ سال است که، در مقایسه با میانگین مشابه برای معتادان مرد (۱۸/۸ سال)، به گونه ای معنادار بیشتر است ($F = 15/62$ ، $Sig = 0/000$).

۲-۳ شروع مصرف مواد مخدر در زنان معتاد

بررسی اطلاعات مربوط به ۹۷ نفر جمعیت نمونه معتادان زن نشان می دهد که ۶۲ نفر از این افراد (۶۳/۹ درصد) تریاک را به عنوان نخستین ماده مورد مصرف قرار داده اند، و ۱۶/۵ درصد از آنها در این مورد به هروئین و ۱۴/۴ درصد به حشیش اشاره کرده اند. نسبت زنان معتادی که مصرف مواد مخدر را با ترک آغاز کرده اند، بترتیب در سه گروه معتادان زن خود معرف برابر ۷۳/۹ درصد، معتادان زن زندانی ۶۵/۹ درصد، و معتادان زن خیابانی ۵۳/۳ درصد است. افزون بر این، استفاده از روش تدخین به عنوان اولین روش مصرف در بین اکثر زنان (۸۹/۷ درصد) گزارش شده است که این امر با توجه به اینکه تریاک اولین ماده مصرفی اکثربیت آنان بوده با حد زیادی قابل توضیح است. بررسی سن شروع به مصرف مواد مخدر در زنان معتاد نشان می دهد که ۳۶/۸ درصد آنان مصرف مواد را از سن ۲۹ سالگی و بالاتر آغاز کرده اند و ۱۶/۹ درصد نیز در سنین کمتر از ۱۸ سالگی به آن مبادرت ورزیده اند. میانگین سن شروع مصرف مواد مخدر در زنان معتاد نشان می دهد که با میانگین سن شروع مصرف مواد مخدر در مردان – که ۲۱/۸ سال است – به نحو معناداری تفاوت دارد ($F = 58/7$ ، $Sig = 0/00000$).

جدول شماره ۶- توزیع فراوانی جمعیت نمونه معتادان زن بر حسب سن شروع مصرف مواد

سن شروع	فراوانی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
۱۴ سال و کمتر	۳	۳	۳/۲
۱۵-۱۶ سال	۳	۳	۲/۲
۱۷-۱۸ سال	۱۰	۱۰	۱۰/۵
۱۹-۲۰ سال	۱۲	۱۲	۱۲/۶
۲۱-۲۲ سال	۸	۸	۸/۴
۲۳-۲۴ سال	۶	۶	۶/۳

۱۲/۶	۱۲	۲۵-۲۶ سال
۶/۳	۶	۲۷-۲۸ سال
۳۶/۸	۳۵	۲۹-۳۰ سال و بیشتر
۱۰۰	۹۵	جمع

توزیع فراوانی جمعیت نمونه زنان معتاد براساس اولین فرد پیشنهاد دهنده برای مصرف مواد نشان می دهد که بیشترین نسبت به معتادان زنی اختصاص دارد که یکی از افراد خانواده اولین پیشنهاد دهنده مصرف مواد به آنها بوده است (۲۰/۶ درصد). پس از آن، نسبت معتادان زنی که به پیشنهاد «یکی از وابستگان» (۲۰/۶ درصد)، «بدون پیشنهاد دیگران» (۱۸/۶ درصد) و «دوسستان خارج از مدرسه و همکاران» (۱۶/۵ درصد) مصرف مواد را شروع کرده اند بیش از سایرین بوده است. نزدیک به نیمی از معتادان زن (۴۹/۵ درصد) نخستین بار پیشنهاد مصرف مواد مخدر را از سوی اعضای خانواده و بستگان خویش دریافت کرده اند.

جدول شماره ۷- توزیع فراوانی جمعیت نمونه معتادان زن بر حسب اولین فرد پیشنهاد دهنده مصرف مواد مخدر

جمع	به خاطر ندارد	توصیه پزشک	دوسستان مدرسه	سایر افراد	دوسستان خارج از مدرسه یا محل کار	بدون پیشنهاد دیگران	یکی از بستگان	یکی از افراد خانواده	اولین فرد پیشنهاد دهنده فراوانی
۹۷	۱	۲	۳	۹	۱۶	۱۸	۲۰	۲۸	فراوانی مطلق
۱۰۰	۱	۲/۱	۳/۱	۹/۲	۱۶/۵	۱۸/۶	۲۰/۶	۲۸/۹	فراوانی نسبی

بررسی توزیع فراوانی پاسخگویان معتاد زن، براساس اولین موقعیت مصرف مواد، حاکی از آن است که بیش از نیمی از معتادان زن (۵۲/۶ درصد) نخستین بار در منزل اقدام به مصرف مواد مخدر نموده اند؛ پس از آن مکانهایی چون میهمانی دوسستانه، و میهمانی خانوادگی، بترتیب با ۱۷/۵ و ۲۳/۷ درصد قرار گرفته اند.

جدول شماره ۸- توزیع فراوانی جمعیت نمونه معتادان زن بر حسب اولین موقعیت شروع مصرف مواد مخدر

جمع	سایر	به خاطر ندارد	محل کار	میهمانی خانوادگی	میهمانی دوسستانه	منزل	اولین موقعیت شروع مصرف فراوانی
۹۷	۴	۱	۱	۱۷	۲۳	۵۱	فراوانی مطلق
۱۰۰	۴/۱	۱	۱	۱۷/۵	۲۳/۷	۵۲/۶	فراوانی نسبی

نسبت زنان معتادی که بار اول در منزل به مصرف مواد مخدر اقدام کرده اند درسسه گروه معتادان خود معرف، زندانی و خیابانی، بترتیب ۵۹/۱، ۵۵/۲، ۳۳/۳ درصد است. درمورد نسبت معتادانی که مواد را نخستین بار در میهمانی دوسستانه مصرف کرده اند، تفاوت بین سه گروه معتادان زن مشهود است به گونه ای که دربرابر ۱۳ درصد معتاد زن خود معرف که گزینه مذکور را مورد اشاره قرار داده اند، بترتیب ۱۸/۲ و ۴۰ درصد از معتادان زن زندانی و خیابانی این گزینه را مطرح کرده اند. نکته مهم وقابل توجه در این مورد آن است که هیچکدام از معتادان زن به اماکن عمومی - مانند پارکها، قهوه خانه، خیابان و کوچه - اشاره ای نکرده است. به نظر می رسد که

کنترل اجتماعی و نظارت ویژه ای که از سوی جامعه و نیروی انتظامی در مورد رفتارهای اجتماعی زنان اعمال می گردد محدودیت شدیدی برای مصرف مواد مخدر آنان در اماکن عمومی ایجاد می کند.

۲-۴ عوامل شروع مصرف مواد مخدر در میان زنان

براساس اطلاعات به دست آمده از ۹۷۹ نفر جمعیت نمونه معتادان زن، عوامل مربوط به شروع مصرف مواد درین آنان را می توان به سه دسته عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی تقسیم نمود. عوامل فردی شروع مصرف مواد شامل دردهای جسمانی، کسب لذت، کنجکاوی، کمبود روابط عاطفی، شکست عشقی و مشکلات روانی هستند.

جدول شماره ۹- توزیع فراوانی جمعیت نمونه معتادان زن بر حسب علل مصرف مواد مخدر*

علت شروع مصرف فراوانی	درمان دردهای جسمانی	مشکلات خانوادگی	درسترس بودن مواد	کنجکاوی	عدم کنترل خانواده	کسب لذت	کمبودهای عاطفی و مشکلات روانی	شارستان دوستان	سایر
فراوانی مطلق	۴۶	۴۰	۳۳	۲۴	۲۳	۲۰	۱۰	۸	۹
فراوانی نسبی	۴۷/۴	۴۱/۲	۳۴	۲۴/۷	۲۳/۷	۲۰/۶	۱۰/۳	۸/۲	۹/۳

*با توجه به اینکه هر پاسخگو امکان انتخاب بیش از یک گزینه را داشته، جمع فراوانیها از کل نمونه ها بیشتر است. در حاسبه فراوانی نسبی، نسبت پاسخهای هر گزینه به کل نمونه درنظر گرفته شده است.

تراکمی و با توجه به کل جمعیت نمونه معتادان زن درنظر بگیریم، مشخص می شود که بیش از نیمی از زنان معتاد عوامل فردی را باعث شروع به مصرف مواد ذکر کرده اند. همچنین ۲۵/۷ درصد از زنان معتاد در مورد علت شروع به مصرف مواد مخدر به عوامل خانوادگی - مانند تنشها و مشکلات موجود در درون خانواده - و عدم کنترل و نظارت اعضاي خانواده برفتا رهای آنان اشاره کرده اند، کمتر از ۱۲ درصد از معتادان زن در مورد عوامل مربوط به مصرف مواد مخدر به مسائل اجتماعی مانند در دسترس بودن مواد و فشار دوستان اشاره کرده اند. توزیع فراوانی معتادان زن براساس علت روی آوردن به مصرف مواد نشان می دهد که سهم وزن عوامل فردی و خانوادگی در سوق دادن زنان پاسخگو به سوی اعتماد نقش بارزی ایفا کرده است و این مسئله به میزان قابل توجهی با مورد مشابه مردان، که عوامل اجتماعی تأثیر بیشتری برای مبادرت به آن دارد، تفاوت دارد.

جدول شماره ۱۰- توزیع عوامل شروع مصرف مواد مخدر به تفکیک جنسیت

عوامل جنسیت معتادان	عوامل روحی و روانی	عوامل خانوادگی	عوامل اجتماعی	جمع
معتادان زن	٪ ۶۲/۹	٪ ۲۵/۷	٪ ۱۱/۸	٪ ۱۰۰
معتادان مرد	٪ ۱۲/۶	٪ ۱۰	٪ ۷۷/۵	٪ ۱۰۰

چنانکه توزیع فراوانی عوامل شروع مصرف مواد مخدر به تفکیک جنسیت در جدول شماره ۱۰ نشان می دهد، وزن عوامل اجتماعی در شروع مصرف مواد مخدر بین زنان غالب است و بیش از دو سوم (٪ ۷۷/۵) از کل معتادان

مرد به طور مستقیم تحت تأثیر عوامل اجتماعی مبادرت به آغاز مصرف مواد مخدر کرده است . اما در زنان ، سهم عوامل فردی با ۶۲/۹ درصد نقش بارزی در سوق دادن زنان به سوی مبادرت به مصرف مواد مخدردارد .
با توجه به داده های مطرح شده در این مقاله، چند نکته قابل تأمل می توان از آنها استخراج کرد . نخست ، مصرف موادی مانند سیگار والکل نقش بسزایی در گرایش به سوی مصرف مواد مخدر ایفا می کند . دوم ، خانواده گروه همسالان، و برخی محیطهای اجتماعی - پارکها، قهوه خانه ها، سرباز خانه ها وزنان - می توانند سبب افزایش آسیب پذیری در برابر گرایش به مصرف مواد مخدر و اعتیاد شوند . سوم، گرایش به تجربه مصرف مواد مخدر، به دلایل روانی و اجتماعی، در گروه های سنی نوجوانان و جوانان بیش از سایر مقاطع سنی وجود دارد . چهارم، یا فته های پژوهش حاضر نشان می دهند که برخی تفاوت های کلی بین الگوی شروع به مصرف مواد مخدر بین زنان و مردان به چشم می خورد، که در بیانی مختصر می توان اذعان کرد که مردان بیشتر تحت تأثیر عوامل اجتماعی و زنان بیشتر تحت تأثیر عوامل فردی به مصرف مواد مخدر روی می آورند . با توجه به اطلاعات موجود ، به طور ضمنی می توان نتیجه گرفت که شدت آسیب پذیری زنان در محیطهای خانوادگی در مقابل اعتیاد به مواد مخدر بیشتر از مردان است . به این ترتیب، پیشنهاد می گردد که برنامه ریزان فرهنگی و اجتماعی و سازمانهای مسؤول مبارزه با مواد مخدر بیش از سایر گروه ها، برای نوجوانان ، جوانان وزنان اهمیت ویژه ای قایل شوند و در، گام نخست، این گروه های اجتماعی را به عنوان گروه هدف^۱ برگزینند . از سوی دیگر، به نظر می رسد که به تلاشی جدی برای سالم سازی محیطهای اجتماعی از طریق ابزارهای فرهنگی و ارشادی به جای ابزارهای نظامی واجباری نیاز است .

بی نوشتها

^(۱)- ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران؛ سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری؛ تهران: بینا، ۱۳۷۸.

^(۲) شنایی، باقر؛ «اعتباد به سیگار و راههای درمان آن »؛ *فصلنامه پژوهش در مسائل روانی - اجتماعی*، شماره ۲، ۳، سال دوم ، زمستان ۱۳۶۶ - بهار ۱۳۷۶ ، ص ۱۵۵.

^(۳) گروه همalan (Peer Group)، گروهی اجتماعی که اعضای آن دارای منافع، وضعیت اجتماعی و سن مشابه به هم هستند . ر.ک :

موضوع: بررسی همبودی اختلال‌های خلقي و اضطرابی در سوء مصرف کنندگان مواد افيونی جویای درمان (معتادان خود معرف) و مقایسه آن با افراد بهنجار؛ علی‌اکبر پرویزی فرد؛ پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی؛ استاد راهنمای دکتر بهروز بیرشک؛ استاد مشاوران دکتر جلال شاکری و دکتر محمد کاظم عاطف وحید؛ ۱۳۷۸

مقدمه:

از آنجا که همبودی اختلالات روانی به ویژه اختلالات خلقي و اضطرابی در میان سوء مصرف کنندگان مواد افيونی به عنوان عامل مهمی در سبب شناسی، پیش‌آگهی و آسیب‌پذیری این گروه از بیماران بشمارمی‌رود و قویاً با عواملی مانند مقاومت کردن در برابر درمان، مزمن شدن عالیم و نشانه‌ها و در نهایت با عود بیماری ارتباط دارد، لذا به منظور بررسی همبودی اختلالات خلقي و اضطرابی در سوء مصرف کنندگان مواد افيونی جویای درمان، ۵۰ نفر معتاد خود معرف مرکز (که جهت ترک اعتیاد خود به مراکز آموزشی درمانی فارابی کرمانشاه مراجعه نموده و بستری شده بودند) با ۵۰ نفر آزمودنی بهنجار که از لحاظ سن، سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی، اجتماعی بطريق فردی همتا شده بودند، مورد مصاحبه و ارزیابی تشخیصی قرار گرفتند.

ارزیابی و تشخیص اختلالات خلقي و اضطرابی در معتادان خود معرف طی دو مرحله انجام گرفت. در مرحله اول پژوهشگر به هنگام بستری شدن معتادان خود معرف یک مصاحبه بالینی غیر ساخت یافته که در آن ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنیها ثبت می‌گردید انجام می‌داد. سپس تمامی آزمودنیهای مورد بررسی با استفاده از «فهرست وارسی عالیم و نشانه‌ها» بر پایه DSM - IV و مصاحبه تشخیصی روانپزشک، در خصوص اختلالات وابسته به مواد، مورد ارزیابی قرار گرفتند.

در مرحله دوم پژوهش، به منظور کاهش تأثیر استرسهای حاد موقعیتی و نیز کنترل همپوشی عالیم و نشانه‌های مرضی ناشی از دوره ترک، ارزیابی قرار گرفتند.

در مرحله دوم پژوهش، به منظور کاهش تأثیر استرسهای حاد موقعیتی و نیز کنترل همپوشی عالیم و نشانه‌های مرضی ناشی از دوره ترک، ارزیابی و تشخیص اختلالات خلقي و اضطرابی همبود در نمونه مورد بررسی دست کم دو هفته پس از بستری شدن بیمار و فروکش کردن عالیم دوره ترک انجام گرفت. ارزیابی و تشخیص اختلالات خلقي و اضطرابی در دو گروه پژوهش، با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک (BDI)، پرسشنامه حالت صفت اضطراب اسپلیبرگ (STAI) به عنوان ابزار غربالگری و نیز ارزیابی تشخیصی روانپزشک انجام شد.

اهداف تحقیق:

الف – هدف کلی

«بررسی همبودی اختلالات خلقي و اضطرابی در میان سوء مصرف کنندگان مواد افيونی و مقایسه آن با افراد بهنجار»

ب – اهداف اختصاصی:

۱. بررسی توزیع اختلالات خلقي در نمونه مورد مطالعه

۲. بررسی توزیع اختلالات اضطرابی در نمونه مورد مطالعه.

۳. بررسی نگرشهای ناکارآمد در نمونه های مورد مطالعه.

۴. بررسی رابطه بین نشانه‌های افسردگی و اضطراب، الگوی مصرف مواد متغیرهای جمعیت شناختی در گروه مورد مطالعه.

جامعه آماری

در پژوهش حاضر دو گروه نمونه به شرح زیر مورد مطالعه قرار گرفتند:

۱. معتادان خود معرف در مرکز آموزشی درمانی فارابی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه که بصورت داوطلب جهت ترک مواد به

این مرکز مراجعه کرده بودند و در مورد آنها تشخیص اختلالات وابسته به مواد داده می‌شد. ۵۰ نفر از آنها معتاد مرد بوده اند.

۲. افراد بهنجار بخش دیگر جامعه آماری این پژوهش و شامل ۵۰ نفر از افرادی بودند که از لحاظ متغیرهای مورد بررسی به گروه

معتادان خود معرف به گونه‌فرمی قابل همتا شدن بودند.

نتایج تحقیق:

۱. در گروه معتادان خود معرف ۲۰ نفر مجرد (۴۰ درصد)، ۲۶ نفر متأهل (۵۲ درصد) و ۴ نفر (۸ درصد) مطلقه بودند.

۲. در گروه معتادان خود معرف ۱۹ نفر (۳۸ درصد) تریاک، ۹ نفر (۱۸ درصد) هروئین، ۲ نفر (۴ درصد) حشیش، ۱۲ نفر (۲۴ درصد)

تریاک و هروئین، ۴ نفر (۸ درصد) تریاک و هروئین و حشیش و ۴ نفر (۸ درصد) تریاک و شیره مصرف می‌کردند که واحد ملاکهای

تشخیصی (DSM . IV) برای وابستگی به مواد افيونی بودند.

- ۳ و ۲۸ درصد گروه معتقدان خود معرف که مورد مصاحبه تشخیصی روانپردازی قرار گرفتند، واحد ملاک های تشخیصی اختلالات خلقی و اضطرابی بودند. در میان اختلالات خلقی، اختلال افسردگی اساسی و افسردگی خوبی به ترتیب با ۶۶ و ۶ درصد بیشترین میزان شیوع را داشت. در گروه اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب منتشر با ۱۲ درصد، اختلال هراس ۸ درصد، اختلال استرس با ۶ درصد و اختلال وسوسی — جبری با ۲ درصد به ترتیب بیشترین میزان شیوع را داشتند.
۴. نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که ۳۶ نفر (۲۲ درصد) از گروه معتقدان خود معرف واحد ملاک های تشخیصی اختلالات خلقی و ۱۴ نفر (۸ درصد) واحد ملاک های تشخیصی اختلالات اضطرابی بودند و بین نسبتهای میزان شیوع اختلالات خلقی و اضطرابی های گروه های مورد مقایسه تفاوت معنی داری از نظر آماری وجود دارد.
۵. شدت میزان افسردگی در معتقدان خود معرف بیش از افراد بهنجار است.
۶. شدت میزان اضطراب در معتقدان خود معرف بیش از افراد بهنجار است.
۷. میزان نگرانی های تاکارآمد در معتقدان خود معرف دارای اختلالات همبود بیش از افراد بهنجار است.
۸. معتقدانی که طول مدت اعتیاد آنها بیش از ۶ سال است، در مقایسه با معتقدانی که طول مدت اعتیاد آنها کمتر از ۶ سال بوده است اضطراب را به میزان بیشتری نشان داده اند.
۹. معتقدانی که دارای طول مدت اعتیاد بیش از ۶ سال بوده اند در مقایسه با معتقدانی که طول مدت اعتیاد آنها کمتر از ۶ سال بوده است اضطراب را به میزان بیشتری نشان داده اند.
۱۰. در خصوص بررسی شایعترین علایم و نشانه های افسردگی در معتقدان خود معرف نتایج نشان داد که به ترتیب احساس شکست خودگی و افکار خودکشی با فراوانی مساوی هر کدام ۲۱ نفر (۴۲ درصد) انتظار تنبیه داشتن ۲۰ نفر (۴۰ درصد)، کندی در انجام کارها ۱۵ نفر (۳۰ درصد)، دوره های گریه کردن، بیخوابی و کاهش وزن با فراوانی های مساوی هر کدام ۱۴ نفر (۲۸ درصد) بیزاری از خود، اتهام بستن به خود، اشتغال ذهنی درباره بدن با فراوانی های مساوی هر کدام ۱۳ نفر (۲۶ درصد)، نارضایی، احساس گناه و پایین بودن سطح انرژی با فراوانی های مساوی هر کدام ۱۱ نفر (۲۲ درصد)، احساس غمگینی و بدینی با فراوانی های مساوی هر کدام ۱۰ نفر (۲۰ درصد)، خستگی پذیری ۹ نفر (۱۸ درصد)، ازوای اجتماعی ۸ نفر (۱۶ درصد)، بی تصمیمی ۷ نفر (۱۴ درصد)، تحریک پذیری ۴ نفر (۸ درصد) و تغییر در تصویر بدن، بی اشتیاهی با فراوانی های مساوی هر کدام ۳ نفر (۶ درصد) از شایعترین علایم و نشانه های افسردگی در گروه مورد بررسی بود.

موضوع: نقش استرس در گرایش نوجوانان به سمت اعتیاد؛ نسترن شالچیان؛ پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی شخصیت؛ دانشگاه آزاد اسلامی – واحد کرج؛ استادان راهنمای؛ دکتر حسن احمدی؛ استاد مشاور دکتر غلامرضا نفیسی؛ ۱۳۷۸

مقدمه:

نوجوانی یکی از حساس ترین و بحرانی ترین مراحل زندگی است. نوجوانی دوره بین کودکی و بزرگسالی است که با ویژگهایی در زمینه های زیست شناختی، روانشناسی و جامعه شناختی در فرد مشخص می‌شود؛ نوجوان می‌باشد با این تغییرات رشدی به شکل مناسب برخورد کند و در طی این دوران هویت مستقل کسب کند. او از یک سو در معرض تغییرات ظاهری، فعل و افعالات شیمیابی درونی و از سوی دیگر با رفتار دگرگون شده و توانم با اضطراب اطراحیان، بالارفتن موقع دیگران از او در مقابل ناتوانی برای دریافت مسؤولیت‌های دنیاگی بزرگسالی و دهها مسئله دیگر درگیر می‌باشد و تمام این عوامل آسیب پذیر موجب استرس در او می‌شود.

هدف تحقیق:

۱. هدف کلی تحقیق بررسی رابطه بین استرس و شروع اعتیاد در دوران نوجوانی است.
۲. آگاهی از عوامل ایجاد تینیدگی یا فشار روانی هدف بعدی در این تحقیق است.
۳. بینش نسبت به تأثیر ریشه ای ترین علل اعتیاد سومین هدف تحقیق را شامل می‌شود.

جامعه آماری:

در این تحقیق دو گروه از افراد مورد مطالعه قرار گرفته اند گروه اول شامل ۲۵۰ نفر معتاد و گروه دوم ۲۵۰ نفر افراد سالم شامل می‌شوند. معنادان از زندان اوین، رجای شهر کرج و کانون اصلاح و تربیت انتخاب شدند و افراد سالم از دانشگاه، دبیرستان و از کارکنان انتخاب شدند.

نتایج تحقیق:

بررسی معنادان جامعه بر حسب توزیع سنی آنها، نشانگر این واقعیت است که گرایش افراد بسوی انحراف و امکان ابتلاء آنان به اعتیاد در میان گروههای سنی مختلف است. یعنی تمام گروههای سنی اعم از کودک، نوجوان، بزرگسال و سالخورده به یک میزان برای گرایش و آمادگی ندارند. بلکه در این بین گروههای سنی نوجوان از آمادگی بیشتری برخوردارند. وقوع رویدادهای مهم در زندگی افراد تأثیرات شگرف در جسم و جان آنها بر جا می‌گذارد و آنها را بطرف کجری و اعتیاد می‌کشاند و اغلب حادثی که گروههای مورد مطالعه گزارش کرده اند حادث نامطلوب بوده تا حادث مطلوب و مجموعاً آنچه که در پژوهش حاضر بدست آمده این است که پدیده استرس و عوامل استرس زا برای هر انسانی وجود دارد و اورا از بدو تولد تا پایان عمر با مشکلات فراوان روبرو می‌سازد که با تغییرات کیفی و کمی به گونه‌های خاص خود در مراحل مختلف حیات اورا تحت تأثیر قرار می‌دهد.

یافته‌های این تحقیق بطور خلاصه عبارتند از:

۱. افراد معتاد در نوجوانی تجارب استرس زای بیشتری را نسبت به افراد سالم تجربه کرده اند.
۲. بین زنان و مردان در تجارب استرس زا در دوران نوجوانی تفاوت معنی داری وجود دارد.
۳. از نظر تجارب استرس زا بین جنسیت و سن تعامل وجود ندارد.

موضوع: بررسی تطبیقی شیوه‌های درمان وابستگی دارویی در شهر تهران؛ سعید صیادلو؛ پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی؛ دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن؛ استاد راهنمای؛ آقای دکتر مجتبی

جزایری استاد مشاور دکتر حسن احمدی؛ ۱۳۷۸

مقدمه:

یکی از مشکلات عمدۀ بهداشت عمومی که جوامع بشری در زمان کنونی با آن مواجه هستند گسترش وسیع و روزافروز استفاده از مواد مخدر است. این مشکل، علاوه بر تمامی موارد مذکور بیماریهای روانیکه بسیاری از آنها ثانویه بر مصرف مواد هستند، در بین افراد مصرف کننده مواد مخدر مشاهده می‌شود.

اما به رغم تلاش‌هایی که برای مقابله با این مشکل بزرگ صورت گرفته و بخش عظیمی از سرمایه‌های ملی را صرف پیشگیری و غلبه بر آن کرده است به نظر می‌رسد که نتایج حاصله برای مردم و مسئولان رضایت بخش نبوده است. با توجه به اینکه اکثر فالیت‌های گذشته در ایران در جهت تهدید عرضه مواد افیونی بوده و کمتر به کاهش تقاضا توجه شده است. اکنون باید به این جنبه از مبارزه توجه بیشتری معطوف شود و جوانب مختلف آن مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گیرد.

در جریان استفاده از این دستاوردها باید به نکاتی ضروری توجه داشت. یکی اینکه روشها و امکانات درمانی بطور دقیق و کامل و با در نظر گرفتن کلیه جوانب به مورد اجرا گذاشده شوند و دیگر اینکه ارزیابی از نتایج حاصله، بطور پیوسته مد نظر باشد و با استفاده از بازخوردهای آن در جهت دقیق‌تر و کاملتر کردن فرایند درمان گام برداشت.

در جامعه ما سه نوع مرکز درمانی در این زمینه فعالند. مراکز درمان سرپایی دولتی، مراکز درمانی اقامتی دولتی و مراکز خصوصی شامل مطب پژوهشکاری با تخصص های مختلف در هیچ یک از مراکز مذکور برنامه پیگیری منظم و طولانی مدت درخصوص درمان وجود ندارد. بالطبع هیچگونه آماری درباره میزان عود مجدد وجود ندارد.

هدف تحقیق :

هدف آن است که ضمن پاسخگویی به سوالهای مطرح شده، مراکزی که در امر درمان از موفقیت بیشتری برخوردارندشناسایی شده و عاملی برای سرمایه گذاری بیشتر بر روی آن مراکز باشد.

جامعه آماری تحقیق:

جامعه تحقیق عبارت است از بیماران وابستگی دارویی (مردان ۲۰ تا ۴۰ ساله) که بطور داوطلبانه به مراکز سه گانه ای که تحقیق بر روی آنها صورت گرفته مراجعه نموده اند و مجموعاً ۹۳ مورد مطالعه قرار گرفتند.

نتایج تحقیق :

۱. تقریباً ۷۳ درصد از گروه نمونه قبل از مراجعه به مراکز درمانی سابقه ترک داشته اند و دفعات ترک از یکبار تا ۱۵ بار گزارش شده است و بین نمونه های انتخاب شده از سه مرکز تفاوت آماری معنی داری وجود ندارد، به عبارت دیگر، نمونه های انتخابی از سه مرکز از لحاظ تعداد دفعات ترک همگن می باشند.

۲. بیش از ۷۲ درصد از کل نمونه در سنین بین ۲۰ تا ۳۰ سال (۴۱ درصد از سنین بین ۲۰ تا ۲۵ سال و ۳۲ درصد از سنین بین ۲۶ تا ۳۰ سال) قرار دارند. میانگین سنی کل نمونه برابر با ۲۸ می باشد.

۳. تعداد موارد عود مجدد در مرکز شهید اشرفی، بازپروری قرچک و مطب های خصوصی به ترتیب عبارتنداز: ۳۵ نفر از ۳۷ نفر، ۲۵ نفر از ۲۸ نفری که از این سه مرکز مورد مطالعه قرار گرفته اند.

۴. بالاترین میزان عود مربوط به کسانی است که سابقه ۸ تا ۱۲ سال مصرف مواد مخدر داشته اند و پائین ترین میزان مربوط به به گروه ۱ تا ۲ سال است . به عبارت دیگر هر چه طول مدت اعتیاد بیشتر باشد مکان بھبود کمتر است.

۵. سطح تحصیلات افراد نمونه در میزان احتمال بازگشت مجدد آنها تأثیر معنی داری نداشته است یعنی افراد با تحصیلات متفاوت در شرایط برابری برای عود مجدد قرار دارند.

۶ وضعیت تأهل بیماران تأثیر معنی داری بر بازگشت مجدد آنها به وابستگی مواد مخدر نداشته است.

۷. سن بیماران در احتمال بازگشت مجدد به وابستگی دارویی تأثیر معنی داری نداشته است.

پیشنهادات:

۱. ارزیابی فرایند درمان در مراحل مختلف یکی از ملزومات تکوین برنامه های درمانی است. چرا که ضرورت این امر در کلیه فعالیتها از جمله در درمان وابستگی دارویی شناخته شده است.

۲. به تحقیقات طولانی مدت بر روی شیوه های درمان اهمیت بیشتری داده شود. زیرا به اثبات رسیده که اولاً سم زدایی و در ثانی ترک کوتاه مدت مصرف مواد مخدر به هیچ وجه نمی تواند دال بر ترک موفقیت آمیز باشد. بلکه با پیگیری طولانی مدت درخصوص عدم استفاده از مواد مخدر و تغییر شیوه زندگی است که می توان اطمینان حاصل نمود که یک مداخله درمانی تا چه حد در کار خود موفق بوده است.

۳. از آنجایی که درمان یکی از راههای مؤثر در سیاست کاهش تقاضای مواد مخدر است لازمست در جهت غنی تر نمودن مراکز درمان از لحاظ تعداد، ظرفیت پذیرش، افزایش کیفیت فعالیتهای درمانی و به روز درآوردن اطلاعات متخصصان و دست اندکاران فعالیتهای درمانی، اقدامات عاجلی انجام داد.

موضوع : مطالعه تطبیقی قوانین کیفری ایران در زمینه مواد مخدر با کنوانسیون ۱۹۸۸ سازمان ملل متحد:

نازلی صدر واحدی؛ پایان نامه کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم شناسی؛ دانشگاه آزاد اسلامی – واحد تهران

مرکز؛ استاد راهنمای دکتر منوچهر خزانی؛ استاد مشاور دکتر امیر حسین ابرندآبادی؛ ۱۳۷۸

مبارزه با مواد مخدر نیازمند یک اقدام همه جانبه است . یکی از ابعاد این اقدام، مجہز بودن به قوانین مؤثر است . متأسفانه در مبارزات قانونی با پدیده های مجرمانه، اولین، مؤثربین و نهایتاً ساده ترین گام، مجازات های شدید است. ولی تجربه کشور ما نشان می دهد که تشديد مجازات مرتکبین جرائم مواد مخدر، هرگز نتوانسته است این عضل را نابود کند. بنابراین، باید سعی شود به جای برخورد صرفاً کیفری و در حد حقوق داخلی این قضیه با اهداف جهانی در مبارزه با مواد مخدر هماهنگ باشد.

این هماهنگی جهانی، مستلزم وجود اصول، اهداف و قوانین مشابه در مبارزه با پدیده مواد مخدر کنوانسیون ۱۹۸۸ سازمان ملل متحد در مبارزه علیه مواد مخدر و داروهای روانگردان با همین انگیزه برای ریشه کن کردن فعالیت های بزهکارانه بین المللی در زمینه قاچاق مواد مخدر، از اعضا می خواهد که اهداف اصلی همکاری همه جانبه بین المللی اعضاء برای مبارزه با مواد مخدر، مطرح شود. در نتیجه کشورهای عضو باید قوانین داخلی خود را به نحوی اصلاح کنند که با اصول کنوانسیون مطابقت داشته باشد.

کشور ایران که در سال ۱۳۷۰ به این کنوانسیون پیوسته، هنوز بطور همه جانبه با اصول آن هماهنگ نشده است و مطالعه حاضر اقدامی است در جهت مقایسه قوانین کیفری کشورمان در زمینه مواد مخدر با مواد کنوانسیون ۱۹۸۸ سازمان ملل و مطالعه نقاط ضعف و قوت قوانین کشورمان در انطباق با اهداف کنوانسیون.

ما در دو بخش و چهار فصل در قسمتهای حقوق جزای عمومی، اختصاصی، آئین دادرسی کیفری و حقوق جزای بین الملل، قوانین کشورمان را با موارد مشابه مورد توجه در کنوانسیون ۱۹۸۸ مقایسه کردیم که در این مطالعه خلاصه ها و مشکلات مختلفی در تطبیق آشکار شد. یکی از مشکلات ، عدم جرم انگاری موارد مهمی است که کنوانسیون به عنوان جرم معروفی شده اند. اصولاً از اهداف این کنوانسیون مبارزه با این موارد می باشد. مثل مواردی که می توان از آن به عنوان تغییر پول های ناشی از جرائم مواد مخدر نام برد که متأسفانه در این جهت، اقدامی در قوانین ما صورت نگرفته است و در جهت انطباق با اصول کنوانسیون حتماً باید موادی قانونی به این مسئله مهم اختصاص یابد.

در کنوانسیون، اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک جرم، معرفی نشده است. لیکن در قانون مبارزه با مواد مخدر و اصلاحیه آن اعتیاد جرم است و قابل مجازات که همین مسئله تفاوت نگش کنوانسیون ۱۹۸۸ و قانون ما را نشان می دهد. در کشورما جرم انگاری اعتیاد یک روش مبارزه تلقی شده است و برای هماهنگی با کنوانسیون این نگرش باید اصلاح شود.

کنوانسیون ۱۹۸۸ احراز قصد مجرمانه را در اثبات مسئولیت کیفری مرتکبین جرائم مندرج در آن ضروری می داند لیکن در قانون مبارزه با مواد مخدر و اصلاحیه آن به جز در موارد محدودی قصد مجرمانه مفروض دانسته شده است که این مسئله مشکلات عدیده ای را در پی دارد.

مجازاتهای مشخصی در کنوانسیون به عنوان نمونه معرفی شده اند که مجازاتهای شلاق و اعدام موجود در قانون مبارزه با مواد مخدر کشور ما یا شباهتی به آنها نداشته و مشکلی عدمه در راه همکاریهای بین المللی مثل استرداد مجرمین محسوب می شود و بیشتر کشورها به همین دلیل از هر گونه همکاری به عنوان استرداد با کشورما خودداری می نمایند.

عدم رعایت بسیاری از اصول آئین دادرسی در دادگاههای انقلاب که مرجع صالح در رسیدگی به جرائم مواد مخدر در کشور ما می باشد، مانند حق داشتن وکیل و حق تجدید نظر و مغایرت موارد با اصول پذیرفته شده سازمان ملل و حتی قوانین دادرسی کیفری کشور خدمان موجب تضییع حقوق متهمان می گردد.

عدم پذیرش مرور زمان و اعتبار امر مختومه در کشور ما موجب بروز مشکلات بسیار در همکاریهای بین المللی برای تعقیب و محکمه مجرمین شده است. در قانون مجازات اسلامی کشور ما امکانی برای اجرای احکام بینکانه در نظر گرفته نشده است که این امر به همکاری و مبارزه بین المللی علیه مواد مخدر صدمه می زند.

به علت خلاء قانونی و پیش بینی نشدن امکان همکاریهای نظیر معاوضت و نیابت قضایی با دیگر کشورها در قوانین ما عملأ امکان چنین اقداماتی در راستای مبارزه با مواد مخدر برای کشورما وجود ندارد و در قوانین داخلی کشورما نص قانونی صریحی در این زمینه در نظر گرفته نشده که موجب بروز مشکلات عدیده می گردد.

با توجه به مشکلات و خلاء های مذکور در قوانین کیفری کشور ما در جهت امکان تطبیق با کنوانسیون، توصیه های زیر به نظر می رسد:

همانگی کامل جرائم در ارتباط با مواد مخدر در کشورمان با جرائم مندرج در کنوانسیون و در نتیجه رفع مشکلات عدیده ای که از این جهت در همکاریهای بین المللی ایجاد می گردد.

اصول حاکم به مطالعه اموال در بانکها و مراکز بازرگانی تغییر یابد و قوانین بانکداری در نحوه سپرده گذار و سیری بودن آن اصلاح شده واحد ویژه تعقیب مطالعه برای مبارزه با تلطیف پولهای نامشروع ناشی از قاچاق مواد مخدر باید ایجاد گردد.

مجازات اعدام و شلاق از جرائم مرتبط با مواد مخدر با توجه به تعزیزی بودن این جرائم و امکان تجدید نظر در مجازاتهای آن حذف گردد و در نتیجه ایجاد امکان برای همکاریهای بین المللی در مبارزه با قاچاق مواد مخدر و تسهیل شود.

نحوه اختیارات مقامات تعقیب و تحقیق در زمینه جرائم مواد مخدر برای مبارزه جدی تسهیل گردد.

قوانین موجود در جهت شناختن حق تجدید نظر، داشتن وکیل و دیگر حقوق افراد در جریان دادرسی برای جرائم مواد مخدر و ایجاد هماهنگی در نحوه دادرسی با اصول پذیرفته شده بین المللی، اصلاح شود.

اصول صلاحیت موجود در قوانین کیفری با اصول پذیرفته شده بین المللی، اصلاح شود.

قراردادهای دو و چند جانبه برای ترتیب اثر دادن به همکاریهای خاص مورد نظر کوانسیون، مانند استرداد، نیابت و معاوضت قضایی منعقد شده و در صورت لزوم قوانین جدید در این زمینه ها وضع گردد.

مکانیزمهای تبادل اطلاعات پلیسی همکاری با پلیس بین المللی و ایجاد بانکهای اطلاعات مربوط به گروههای مجرمانه قاچاق مواد مخدر، ارتقاء یابد.

قوانین مخصوصاً برای امر مبارزه با مواد مخدر باید توسط هیأتی مرکب از متخصصین علوم مختلف نظیر پژوهشگان، جرم شناسان، حقوقدانان، جامعه شناسان و غیره تدوین یابد تا جنبه های مختلف در آن رعایت گردد و یکی از مهمترین مسائلی که باید مورد توجه قرار گیرد، این است که علاوه بر وضع قانون و اصلاح آن و توجه به مبارزه کیفری با پذیده شوم مواد مخدر، به پیشگیری از ارتکاب جرم باید بیش از پیش بها داده شود. چرا که پیشگیری از وقوع جرائم بهتر از کیفردادن است. چنین است هدف اصلی هرگونه قانونگذاری صحیح که هر رهبری انسانها بسوی بیشترین خوشبختی یا کمترین بدبخشی ممکن با توجه به خیر و شر زندگی.

در این راستا باید به عل ارتکاب قاچاق مواد مخدر و اعتیاد از طرف مسئولان، توجه اصلی شود و با پی بردن آن در جهت درمان و پیشگیری کوشید.

برای این منظور فعل تر شدن رسانه های جمعی خصوصاً صدا و سیما و معرفی مفصل اجتماعی مواد مخدر و عوایق ناشی از آن، یکی از عوامل مؤثر در پیشگیری است. همچنین وزارت آموزش و پرورش یابد با اتخاذ برنامه ریزی مناسب جهت آشنا نمودن دانش آموزان با تمام ابعاد این پذیده شوم و مخرب اقدام نماید و اصولاً باید کوشید که به یک سیاست جنائی همه جانبه به منظور مبارزه با مواد مخدر مجاهد گردیم تا بتوانیم هر چه بیشتر با معرض مواد مخدوش مبارزه بپردازیم و برای این مقصود، هماهنگی با اصول بین المللی در این مبارزه ضروری است.

شایان توجه است که برنامه بین المللی مبارزه با مواد مخدر سازمان ملل متحد UNDCP در سال ۱۹۹۶ اقدام به گردآوری یک قانون مدل و الکو برای ارائه به کشورهای عضو کوانسیون ۱۹۸۸ نموده است که هرگاه این مدل توسط قانونگذاری کشور ما در اصلاح و وضع قوانین مربوط به مبارزه با مواد مخدر مورد رعایت قرار گیرد شاید بیشتر مشکلات موجود بر طرف گردد.

معرفی کتاب

”رفتار اعتیادی“

کتاب "رفتار اعتیادی^۱" اثر دنیس ال تامبز^۲ که از سوی انتشارات گلفورد^۳ در سال ۱۹۹۹ منتشر گردیده است، کاری وزین و اثری سنتگین و قابل تحسین است که بنحوی شیوا و با قلم و بیان صحیح به رشته تحریر در آمده است. این اثر تامبز در هشت فصل تدوین و تنظیم شده است.

در فصل اول، نویسنده ضمن طرح مفاهیم مرتبط با اعتیاد، مفاهیم بنیادی کنترل سوء مصرف مواد را مورد تحقیق و بررسی قرارداده و در باب دیدگاه هایی که رفتار اعتیادی را رفتاری مجرمانه و منحرفانه^۴ و یا اعتیاد را گونه ای بیماری یا اختلال پنداشته اند، به بحث و نقد می نشیند. فصول دوم تا هفتم دیدگاه های مختلف پژوهشی، روان کاوی^۵، رفتارگرایی^۶ و شناختی^۷ مربوط به رفتار اعتیادی و نیز نقش نظام خانواده و ساختارهای فرهنگی و اجتماعی را به عنوان بنیان های عمدۀ رفتار و شخصیت و یادگیری خصوصاً در رفتار اعتیادی مورد توجه و توفیق فراموشی دهد. در فصل پایانی، مؤلف به بررسی و نقد شرایط، روش ها و امکانات موجود در مداخلات درمانی پرداخته و موانع عمدۀ را در تغییر رفتار اعتیادی برمی شمارد.

این کتاب، عمدتاً برای استفاده مشاوران مبتدی و نیز آن دسته از متخصصان بهداشت روانی که از پیش در این حرفه به کار مشغول بوده اند اما در باب اعتیاد آموزش رسمی و منظم نمیدیده اند، نوشته شده است. از این رو دانشجویانی که می خواهند در آینده به عنوان مشاور در زمینه سوء مصرف مواد به کار پردازند و مشاوران حرفه ای کوئنی که در گذشته مجال مطالعه و تحقیق در باب بنیان های فرارشته ای مبحث مشاوره در زمینه اعتیاد را نیافرته اند، می توانند از این کتاب بهره کافی ببرند.

تامبز در این اثر، دو هدف اساسی را دنبال می کند: نخست وداشت خواننده به اندیشه و تقویت درک و فهم وی از اعتیاد است. وی برای نیل به این هدف، می کوشد تجربه دیگران را در شناخت اعتیاد و ریشه های آن بازگو کند و از این رهگذر برآورده خواننده تصویری روش و صحیح از اعتیاد ترسیم نماید. هدف دیگر مؤلف آن است که خواننده را با اهمیت نظریه (تئوری) و تحقیق در کارهای بالینی مربوط به اعتیاد آشنا سازد. برای این منظور نویسنده روش های گوناگونی را که در درمان انفرادی حائز اهمیت اند بر شمرده و می کوشد با آموزش این روش ها، دانش، قابلیت ها و مهارت های درمانگران، مشاوران و متخصصان بهداشت روانی را افزایش دهد.

این کتاب که با قلم شیوای آقای طهوریان به فارسی برگردانده شده است، آخرین مراحل ویراستاری خود را طی می کند تا در آینده ای نزدیک از سوی مرکز مطالعات، پژوهش و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر، به دانش پژوهان، محققان ، مدرسان ، دانشجویان و سایر علاقمندان و متخصصان مسائل اعتیادی در هیئت اثربخشی علمی و کتابی کاربردی عرضه شود.

"سوء مصرف مواد: ریشه ها، اقدامات پیشگیرانه و مداخلات درمانی"

کتاب "سوء مصرف مواد مخدر: ریشه ها، اقدامات پیشگیرانه و مداخلات درمانی^۸" که توسط میریدی گلانتز و کریستین آر هارتل^۹ به صورت مجموعه مقالات تدوین یافته و از سوی انجمن روان شناسی آمریکا در سال ۲۰۰۲ میلادی به زیور طبع آراسته شده است، اثری بی همتا و ارزشمند است که به نحو جامع و عمیقی به دو بعد مهم اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر یعنی منشاء ریشه و علت های آن و نیز اقدامات پیشگیرانه و مداخلات درمانی می پردازد.

این اثر وزین در دو بخش (Parts) و ۱۷ فصل (Chapeter) تدوین شده است. بخش اول، ناظر بر ۹ فصل و بخش دوم مشتمل بر ۸ فصل است.

فصلوں بخش نخست، ابعاد مختلف رفتار اعتیادی، گرایش ها و انگیزش های مربوط به سوء مصرف مواد، عوامل خطرزا و تهدید کننده، سبب شناسی اعتیاد، باورها و نگرش های عمومی جامعه نسبت به مواد مخدر و اعتیاد، سیاست های پیشنهادی، همه گیرشناسی (اپیدمیولوژی) اعتیاد و بالاخره شیوع اعتیاد در گروه های خاص (خصوصاً اقلیت های قومی، زنان ، جوانان و نظایر آن) را مورد تدقیق و بررسی قرار می دهد.

بخش دوم کتاب، عمدتاً بر اقدامات پیشگیرانه خصوصاً در گروه های خاص نظیر جوانان و معادان تزریقی متمرکز شده است و با ارائه اطلاعات (Data) تجربی، عوامل خطرزا و نگهدارنده را در فرایندهای مربوط به پیشگیری مورد توجه قرار می دهد. در این بخش،

۱-Addictive Behavior

۲-Denis, L., Thombs

۳-Gulford Press

۴-Deviant Behavior

۵-Psychoanalysis

۶-Behaviorism

۷-Gognitive

۸-Drug Abuse, Origins and Interventions

۹-Meyer D. Glantz

۱۰-Christine R. Hartel

همچنین اشکال و صور مداخلات درمانی و شیوه های ارزیابی روش های درمانی مختلف بر حسب مطالعات بالینی و اطلاعات جمع آوری شده، مورد بحث و تحلیل قرار گرفته است.

خصوصه باز و انگشت نمای کتاب حاضر رویکرد عملی آن و توجه دقیق به وضعیت کنونی تحقیقات مربوط به اعتیاد، خصوصاً در محورهای اتیولوژی (شناخت اسیاب و علل)، پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد مخدر است.

مرکز مطالعات، پژوهش و آموزش ستاد که کار ترجمه و ویراستاری این اثر وزین را از دو سال پیش آغاز کرده و اینک در مراحل پایانی است، می کوشد در نزدیک ترین زمان ممکنه، مقدمات طبع و چاپ آن را فراهم کند. امید است این اثر علمی، برای دانش پژوهان، متخصصان مسائل اعتیادی، استادی دانشگاه ها، دانشجویان، محققان و عموم علاقمندان به شناخت رفتار اعتیادی و شیوه های پیشگیری و درمان بکار آید و بر دانش آنان در این زمینه بیافزاید.

The Factors Affecting Drug Abuse Among Addicted Women

Mohammad Mehdi Rahmati, Ph . D
Gilan University

Abstract :

The aim of this article is to describe and analyse some background factors that has some effect on the formation and continuity of addictive behavior among a sample of ۱۵۰۰ addicted persons on the ۱۰ provinces of Iran. The article explores the processes under which the addictive behavior occurs. Based on the findings of a survey research on a sample of ۱۵۰۰ drug abusers, it is concluded that factors such as addiction to cigarettes, alcohol, drug type, and methods and situations of approaching and access to drugs are effective in beginning of addiction. At last , the article pays special attention to addiction among women as the drug abusers.

Key words: Addiction, Women, Peer Group, Socialization, Psychological Factors.

Parent's Addiction and Child Abuse

Alireza Jazayeri, Ph.D

**Clinical psychologist, Welfare & Rehabilitation
Science University**

Abstract :

Child abuse is a terrible misfortune for millions of children and families, for communities and for society. Many specialists as social problems, notice child abuse. Psychologists, psychiatrist, social workers, counselors, family therapists, general practitioners, lawyers and other specialists try to plan strategies for solving and preventing this problem. Many research have been done in this area, especially many of them are interested to explore the relationship between child abuse and parent's addiction.

These studies suggest that addicted parents abuse their children emotionally, physically and sexually more than non-abused parents. Also, aggression level and maltreatment in addicted families are higher than normal families.

Individual, familial, social efforts have been made in international, non-governmental and governmental organizations to prevent these problems and support abuse children from different types of maltreatment, because this subject has an enormous effects in mental health services in society.

The aim of this study is to review the theoretical approaches of child abuse and its prevalence, etiology, prevention, assessment and treatment. Also, we try to define the relationship between child abuse and parents' addiction and their side effects in different areas of children's life.

Key words : Child Abuse, Parents' Addiction and Aggression

Relapse Prevention: An Introduction to Marlatt's Cognitive – Behavior Model

**Farshad Nemati, M. A
Addiction Counsellor**

Abstract:

High rate of relapse after apparently successful treatment is a common problem facing with most approaches to treatment of drug dependency. This has led to the development of a variety of strategies for relapse prevention. Among these, Marlatt's cognitive – behavioural model has received a good deal of attention. It is based on two major axes: Identification of warning sings and development of necessary skills for coping with risk situations. In fact, client's perception relating to their abilities to cope with high - risk situations can lead to lapse. Relapses is a function of client's reaction to this initial lapses. Since formal training for addiction counsellors typically includes instruction on Marlatt's relapses taxonomy and intervention strategies have been designed based on his classification systems of high – risk stimuli, it is necessary for addiction counsellors to become familiar with this system. This paper presents an overview of Marlatts taxonomy of high – risk situations for relapse and his approach to relapse prevention. Special attention is given to definition of relapse, stages of relaps and relapse prevention strategies.

Key word: Relapse Prevention, Cognitive – Behavioural Model, Skills Coping, Relaps and Drug dependent

A Study of Substance Use Among Male Drug Addicts in Iran

Esmat Fazeli, Ph.D
Institute for Research and planning
In Higher Education

Abstract :

The present investigation was designed to explore the extent to which the elements of the Health Belief Model (HBM) predict substance use among male drug addicts in Iran. A self – report research instrument (questionnaire) was developed and administered to obtain data. One hundred and twenty four subjects voluntarily participated in the survey . The contributors had already attended places like Health Organization and other detoxicating centers in order to stop their risky behaviour . There were four distinct predictive components (perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits and perceived barriers) in the HBM. These components were internally consistent and together examined the risky behaviour, substance use.

This study revealed that the model is reliable, valid, robust and feasible for examining substance use behaviour. The theoretical components of the HBM appeared to have different predictive ability; perceived benefits showed the strongest power . This is consistent with a great number of research findings in this area. In contrary , predictive ability of predictive power of perceived severity . declined – all research hypotheses were approved except predictive power of perceived severity. Rationale for this decline refers to the repetition of relapse after detoxification .In fact, " believing in severity for the consequences of a risky behaviour pales through repetition of the behaviour ".

Keywords: Health Belief Model, Substance Use, Drug Addicts, Perceived Benefit, Perceived Severity, Predictive Power , Relapse, Detoxication

A Study With Special Emphasis On Applying Motivational Interviewing As a Clinical Approach to Change Addictive Behavior of Drug Abusers in Iran

**Majid Ghorbani, M.A
Addiction Counsellor and Researcher**

Abstract:

Any attempt in the area of substance abuse treatment without paying especial attention to client motivation has often been regarded as failure. It is now widely acknowledged that Motivation is a crucial component of behavior change, especially so in the area of addictive behavior. It is commonly believed that addicts show specific internal and enduring personality characteristics such as lack of motivation to change, and the use of defense mechanisms such as denial, projection and rationalization which is often believed to prevent addicts from recognizing their Problem. Miller and Rollnick (1991) by referring to this as "ambivalence about change", argue that (MI) is an approach to help clients resolve this ambivalence.

(MI) views motivation as a fluctuating state of readiness to consider changing a behavior. They define (MI) as a directive, client – centered counselling style for helping addicts explore and resolve the ambivalence about changing addictive behaviour.

Prochaska and DiClemente (1984) have offered a comprehensive cognitive – behavioural outpatient counseling approach for substance abusers. This program includes six components: 1-precontemplation, 2-contemplation, 3- preparation, 4- action, 5- maintenance, and 6-relapse.

The goals of present article are three – fold:

In the first step, it introduces a brief form of motivational Interviewing for addictive behaviors. Its primary basis is the idea that most substance abusers seek medical treatment without being ready to change addictive behaviors. As a result, attempts the addicts to change often lead to their resistance. Therefore, the use of motivational

interviewing (MI) in which clients are directed towards realizing their own reasons and arguments for changing their behavior, seems to be most appropriate to motivate and prepare them for change. In the second step, the article tries to discuss advantages

of motivational interviewing approach to often approaches (e.g. skills training approach, Indirect approach and confrontational – denial approach) and suggests that

(MI) is the most appropriate strategy for the substance abusers, according to their degree of readiness for change. Finally in the third step, the article attempts to indicate the current dominant strategies of addiction treatment in Iran and concludes that due to dominance and commonality of medicine – based treatment strategies of addictive behaviors, (MI) could be introduced as an alternative and appropriate treatment

strategy for drug addicts in Iran.

Key words: Motivational Interviewing, Ambivalence, State of Readiness, Client, Addictive Behavior, Behavior Change, Substance Abuse Treatment.

Administration of SCL - Scale for Depressive Disorders Among Self – Referred Treatment – Seeking Drug Abusers in Tehran

Alireza Mohseni – Tabrizi , Ph.D
The Associate Professor of Sociology and
Social Psychology Tehran University

Abstract:

The present article in the light of theoretical considerations on correlational associations between substance use and some socio – psychiatric disorders as well as findings of population – based epidemiologic studies on comorbidity of substance use disorders with some disorders such as depressive disorders, bipolar disorder, anxiety disorder, trauma and PTSD, psychosis, and other psychiatric disorders (Kidorf, ۱۹۹۶, Clark and Heyendus, ۱۹۹۷, Glantz and Hartel, ۲۰۰۲, kessler, ۱۹۹۵), attempts to present and discuss the results and findings of a population-based comorbidity survey of treatment seeking drug abusers in Tehran.SCL^A-R Scale for depressive and a structured interview for measuring APS (Addiction Potential Scale) were administered to ۱۵۳ treatment seeking drug abusers which was drawn through a disproportionately stratified sampling before main treatment stage and at intoxication time and at the end of treatment preiod .

The data utilized in the research were collected by a ۸ page questionnaire composed of ۱۷ items .

The research findings based upon statistical analysis showed a significant correlational association between depressive disorders as measured by SCL^A-R Scale and substance use as measured by APS ($r = .46 / p = .001 / R^2 = .21$).

The research results also demonstrate that addictive behaviore has been under influence of such variables as the length of addiction, socio – economic status (SES), previous treatment seeking experiences and the type of drug used.

Key words: Depression, Addiction, S.C.L^A , Rehabilitation, SES, Comorbidity

Table of Contents

۱) Administration of SCL ۹. Scale for Depressive Disorders Among Self-Referred Treatment-

Seeking Drug Abusers in Tehran **Alireza**

Mohseni – Tabrizi , PhD.

۲) A Study with Special Emphasis on Applying

Motivational Interviewing As a Clinical

Approach to Change Addictive Behavior of

Drug Abusers in Iran

Majid Ghorbani, M.A

۳) A Study of Substance Use Among Male Drug

Addicts in Iran **Esmat Fazeli, Ph.D**

۴) Relapse Prevention: An Introduction to Marlatt's Cognitive –Behavior

Model **Farshad Nemati, M . A**

۵) Parent's Addiction and Child Abuse

Alireza Jazayeri, Ph.D

۶) The Factors Affecting Drug Abuse Among

Addicted Women **Mohammad Mehdi Rahmati,**

Ph . D

۷) Thesis and Dissertation Abstracts

۸) New Publications and Books

Publisher : Center for Studies , Research And Training,
Drug Campaign Head Quarter D. C. H. Q.

Published by

Address : Sehe – Meem
Qurterly Journal of social pathology of
Drug Abuse and Addictive Behavior
No ۱۴۰ Baharan Sq.
Tehran , Iran
P.O. Box B۱۳۱۸۵-۸۸۸ – Tehran

Tel / Fax : + ۹۸ – ۲۱ – ۸۷۷۱۰۵۱

ISSN :

E – mail :

Pathology of Addiction

Vol. ۱/NO . ۱/ Authom ۱۳۹۲

(Quarterly Journal of Social Pathology of Drug Abuse and Addictive Behaviour)

Sehe - Meem

Editorial Board

Professors :	Houssain Shokrkon
	Asghar Askari Khaneghah
	Golam Abbas Tavassoli
	Bagher Sarokhani
	Mohammad Ashouri
Associate Professors :	Mohammad Mirzaei
	Jalleh Shaditalab
	Alireza Mohseni – Tabrizi
	Mahmood Ghazi Tabatabaei
	Jafar Bolhari
	Mansour Vosoghi
Assistant Professors :	Alireza Jazayeri
	Azarakhsh Mokri
	Saeid Moeidfar
	Hassan Hoveida
	Mohammad Omran Razaghi
	Hassan Rafiei
	Habib Roodsaz

Director in Charge: **Ali Hashemi**

Editor – in Chief: **Alireza**

Mohseni – Tabrizi

Executive Director and Technical Editor:

Davood Hatami

Production Editor and Field Coordinator: Majid Ghorbani

Type : **Zohreh Anvarizadeh- Naeini**

