

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

مخدر، 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 مخدر می پردازد. افزون بر این، به طور خاص، 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 معتاد را (هر استان ۱۵۰ نفر) در بردارد، می توان چند نکته قابل تأمل از آن استنباط کرد؛ نخست این که مصرف موادی مانند سیگار و الکل 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 و زندان - 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، یافته 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 قبال 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 و زنان اهمیت ویژه ای قایل شوند و، در گام نخست، این گروه های اجتماعی را به عنوان گروه هدف 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 و اجباری نیاز است.

کلید واژگان: اعتیاد، زنان، گروه همسالان، تعمیم 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 می باشد 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 می گردد که نگهداری، خرید و فروش، حمل، استعمال و تبلیغ آن ممنوع و - 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 می شود، مصرف چنین موادی به طور بالقوه زمینه ها و شرایطی را برای ارتکاب به جرایم فراهم می سازند. تحقیقات و پژوهش های انجام شده در نقاط مختلف جهان نشانگر آنند 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 غیر مستقیم و از طریق ایجاد وابستگی شدید به مصرف مواد مخدر، تضعیف و متزلزل ساختن بنیادهای روحی، اخلاقی و اجتماعی، تأمین هزینه سنگین تهیه آن، محرومیت از برخی امکانات و خدمات اقتصادی و اجتماعی و غیره، بتدریج باعث گرایش افراد معتاد به بزهکاری و ارتکاب به جرم می گردد. افزون بر این، اعتیاد به مصرف مواد مخدر با پدید آمدن شرایط آسیب زایی مانند اختلال و فروپاشی کانون خانواده، و لگردی و خیابانگردی، تکدی و - در موارد حاد - انحراف جنسی و خود فروشی باعث شکل گیری دشواریها و مشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی می گردد. تأثیر گذاری شدید جسمی و روحی مصرف مواد مخدر بر افراد معتاد و حتی اطرافیان و وابستگان آنان، زمینه های شکل گیری آسیبها و جرایم گوناگون را فراهم می آورند.

در بررسی علل شروع رفتارهای آسیب زا، مانند سوء مصرف مواد مخدر، توجه به عوامل زمینه ای نظیر مصرف سیگار و الکل و همچنین رفتارهایی که احتمال اثر گذاری بر شروع و تداوم مصرف مواد مخدر دارند، بسیار ضروری است. تردیدی نیست که مصرف مواد مخدر، که می تواند زمینه ساز بروز رفتارهای آسیب زا 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 و یافتن راه حلهایی برای رویارویی با آن امری عبث می نماید.

مقاله حاضر 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 مخدر، 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 مخدر می پردازد. افزون بر این، به طوارخاص، ویژگیهای مربوط به الگوی شروع مصرف مواد مخدر در زنان جمعیت نمونه را مورد بررسی قرار می دهد.

جمعیت مورد مطالعه

جمعیت مورد مطالعه^۱ در این پژوهش شامل ۱۴۵۶ نفر معنادار از ۱۰ استان آذربایجان شرقی، اصفهان، تهران، خراسان، خوزستان، سمنان، فارس، کرمان، کرمانشاه، و مازندران است که - به طور متوسط - از هر استان ۱۵۰ معنادار انتخاب شده را در بر می گیرد. انتخاب نمونه ها براساس امکانات موجود و نیز در نظر گرفتن نمایایی^۲ استانهای برگزیده برای پژوهش صورت پذیرفته است، به گونه ای که از نظر نوعی^۳ فضای عمومی وضعیت معنادان 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 معنادان موجود در کشور انجام گرفته است. به این ترتیب، ۵۰۰ معنادار زندانی، ۴۸۵ معنادار خیابانی و ۴۷۱ نفر از معنادان مراجعه کننده به واحد های خود معرف برای مطالعه حاضر انتخاب شده اند، که بترتیب، ۳۳/۳٪، ۳۲/۳٪ و ۳۳/۳٪ از جمعیت نمونه مورد مطالعه را تحت پوشش قرار می دهند.

روش تحقیق و گرد آوری اطلاعات

برای جمع آوری اطلاعات مورد نظر در این پژوهش، پرسشنامه ای شامل سؤالیهای باز، نیمه باز و بسته تدوین گردید و پس از آموزش پرسشگران و آزمون مقدماتی^۵ و نهایی شدن پرسشنامه ها در بین افراد جمعیت نمونه توزیع و تکمیل شدند. افزون بر پرسشنامه، مصاحبه هایی هدایت شده عمیق با معنادان، خانواده هان آنان، و نیز افراد و 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 بندی و کد گذاری، وارد کامپیوتر و تحت بسته نرم افزاری SPSS ذخیره شدند. پردازش داده ها در دو سطح آمار توصیفی^۶ و ماراستنباطی^۷ انجام گرفت و، افزون بر توصیف متغیرها 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 و الکل تأثیر می پذیرد، مورد توجه قرار گرفته است. بنابراین، قبل از طرح یافته های مربوط به الگوی شروع مصرف سیگار و الکل 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 مورد مطالعه 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 معنادان مورد مطالعه حاکی از این است که ۸۹/۷٪ از معنادان خود معرف، ۹۰/۵٪ از معنادان زندانی، و ۹۴/۱٪ از معنادان

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 آماره ی χ^2 به میزان ۱۷/۹، تفاوت معناداری در سطح $Sig=0.0013$ بین نسبت معنادان سیگاری در سه گروه معنادان نشان می دهد. هرچند شدت رابطه ($Cramer's V=0.11$) دلالت بر ضعیف بودن تفاوت های موجود بین سه گروه معنادان از نظر اعتیاد به سیگار دارد، اما می توان اذعان نمود که اکثر (حداقل ۹۰ درصد) معنادان به مواد مخدر به سیگار نیز اعتیاد دارند.

تفکیک توزیع نسبت معنادانی 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 دو استان تهران و کرمانشاه، هر دو با ۹۵/۳ درصد، بیشترین میزان معنادان به سیگار را در بین معنادان مورد بررسی دارند.

با توجه به تأثیر رفتارهای بین فردی، بویژه در گروه نخستین^۱، بر شکل گیری بسیاری از الگوهای رفتاری افراد، کمیّت و نقش افراد سیگاری موجود در شبکه ارتباطات فردی معنادان مورد توجه قرار گرفت. داده های این پژوهش نشان می دهند که ۶۱/۲ درصد از این معنادان در خانواده خود دارای فرد یا افرادی هستند که معتاد به سیگارند. در اکثر موارد، افراد سیگاری خانواده در نقش پدر (۶۱/۶٪)

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

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 ۱۷-۱۸ ساله با ۲۱/۶ درصد، ۱۹-۲۰ 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 معتادان مورد مطالعه، 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^۳ LSD حاکی از آن است که میانگین سن شروع مصرف سیگار در گروه معتادان

۳- Least Squared Differences

۲- Analysis of Variance

۱-Primary Groups

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

۱-۲ سابقه مصرف الکل

بر اساس داده های پژوهش حاضر، ۴۷ درصد از کل جمعیت نمونه- که تجربه مصرف الکل را در گذشته داشته اند- ۱۶ درصد در حال حاضر به مصرف الکل مبادرت می کنند، و ۳۷ درصد نیز اظهار داشته اند که تا کنون الکل مصرف نکرده اند. افزون بر این، ۱۹/۸ درصد از پاسخگویان معتاد عنوان کرده اند که در خانواده آنها الکل مصرف می شود، که در این میان، نقش فرد الکلی در خانواده مانند مورد مصرف سیگار، عمدتاً برادر (۴۶٪) و پدر (۳۴/۷٪) است. در بین سه گروه معتادان، معتادان خود معرف با ۱۴ درصد کمترین، و معتادان خیابانی با ۲۸/۶ درصد بیشترین نسبت مصرف کنندگان الکل را دارند. هر چند محاسبه آماره ی خی دو (X^۲) حاکی از وجود تفاوت معنادار آماری بین معتادان از نظر سابقه مصرف الکل است (Sig= $۰/۰۲۲$ ، $\chi^2=۱۱/۴۴$)، لیکن محاسبه شدت رابطه (۰/۰۹) نشان می دهد که رابطه بین معتادان سه گروه، با سابقه مصرف الکل، 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 الکلی دارند.

۱-۲-۱ سن شروع مصرف الکل

میانگین سنی پاسخگویانی که الکل مصرف می کرده اند و یا، در حال حاضر، مبادرت به مصرف آن می کنند ۱۸/۹ سال و میانه ی آن ۱۸ سال است. سه گروه سنی ۱۷-۱۸ سال، ۱۹-۲۰ سال و ۱۵-۱۶ سال، بترتیب با ۲۳/۲۸، ۲۳/۳ و ۱۴/۹ درصد، بیشترین نسبت ها را در گروه بندی سنی شروع مصرف الکل دارا هستند. ۹۱/۳ درصد از پاسخگویان تا قبل از اتمام سن ۲۴ سالگی - یعنی در دوره جوانی و حتی پیش از آن - مصرف الکل را تجربه کرده اند. از نظر میانگین سن شروع مصرف الکل تفاوت محسوسی بین سه گروه معتاد به چشم نمی خورد و در هر سه گروه، میانگین سن شروع مصرف الکل نزدیک به میانگین کل است، اما آزمون تحلیل واریانس در مورد میانگین سن شروع مصرف الکل در بین معتادان دارای سابقه مصرف الکل در مناطق دهگانه کشور نشان از تفاوت معنادار بین میانگین سنی آنها دارد ($F=۳/۷۱$ و sig= $۰/۰۰۰۱$). بیشترین میانگین سن شروع مصرف الکل متعلق به معتادان دارای سابقه مصرف الکل مناطق خوزستان (۱۹/۸ سال)، سمنان، آذربایجان شرقی و کرمانشاه (هر سه ۱۹/۷ سال) و کمترین میانگین در این مورد متعلق به معتادان دو منطقه نزدیک مازندران و اصفهان است که بترتیب ۱۷/۴ و ۱۷/۹ سال هستند. از نظر سن شروع مصرف الکل بین معتادان دارای سابقه مصرف الکل، مازندران با معتادان مشابه در مناطق کرمان، کرمانشاه، آذربایجان شرقی، سمنان و خوزستان تفاوتی معنادار به چشم می خورد. معتادان دارای سابقه مصرف الکل دو منطقه اصفهان و خراسان نیز - بجز مورد کرمان - مانند معتادان منطقه مازندران هستند و با مناطقی که ذکر گردید تفاوت معناداری دارند. همچنین معتادان دارای سابقه مصرف الکل تهران با معتادان مشابه در سه منطقه آذربایجان شرقی، سمنان و خوزستان، از نظر میانگین سن شروع مصرف الکل، تفاوت معنادار آماری دارند.

۱-۳ مصرف مواد مخدر

در این 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 می پردازیم.

۱-۳-۱) سابقه ی مصرف مواد مخدر در خانواده ودوستان

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 در 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 نظری رسد که فراوانی نسبی زیاده تر سابقه مصرف مواد مخدر بین پدر و برادر خانواده های معتادان دلالت ضمنی بر اهمیت سازوکارهای الگوپذیری از افراد یاد شده به عنوان زمینه ای برای آسیب پذیری سایر اعضای خانواده در قبال اعتیاد به مواد مخدر دارد. نتیجه ضمنی دیگری که می توان از این آماره و نیز موارد مربوط به مصرف سیگار والکل اتخاذ کرد، مبتنی بودن الگوی مصرف مواد مخدر بر مرد سالاری است.

۱-۳-۲) اولین ماده مصرفی وروش مصرف آن

توزیع فراوانی جمعیت نمونه معتادان بر حسب اولین ماده مصرفی نشان می دهد که ۵۹/۳ درصد از معتادان مذکور اولین ماده مصرفی خود را تریاک گزارش کرده اند، و پس از آن - برترتیب - حشیش با ۳۲/۱٪، هرویین 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 جزئی را نشان می دهد و، در مجموع، نمی توان 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 بر استفاده از روش تدخین دارو تأکید دارد، به گونه ای 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 مراتب 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 ۱۷-۱۸ سال و ۱۹-۲۰ سال، برترتیب با ۱۶/۴ و ۱۵/۹ درصد، نسبت بیشتری از سایر گروه های سنی را در بر می گیرند. ۷۰/۵ درصد از معتادان اظهار داشته اند که در سنین قبل از ۲۴ سالگی معتاد شده اند. هرچند که میانگین سنی اعتیاد به مواد مخدر، نسبت به میانگین مشابه در مورد مصرف سیگار والکل بیشتر است، لیکن در این مورد نیز ملاحظه می گردد که اکثر جمعیت نمونه مورد مطالعه در سن جوانی یا حتی نوجوانی به مصرف مواد مخدر معتاد شده اند.

میانگین سن شروع مصرف مواد مخدر بین معتادان خود معرف ۲۲/۳ سال، و در معتادان زندانی ۲۱/۵ سال، و در معتادان خیابانی ۲۱/۹ سال است که از نظر آماری در سطح (Sig=۰/۰۰۳) تفاوت معنا داری را نشان می دهد. 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 می دهد. بیشترین میانگین سن شروع مصرف مواد مخدر در مناطق دهگانه، ۲۴/۵ و ۲۴/۳ سال، برترتیب 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. مصاحبه عمیق با معتادان سطح شهر در مناطق دهگانه کشور حاکی از این است که اکثریت آنان (۶۹ درصد) معتقدند که مصرف کنندگان هرویین جوانان و نوجوانان هستند. گروه کوچکتری از مصاحبه شوندگان (۱۱ درصد) نیز معتقدند که مصرف هرویین در کلیه گروه های سنی رواج دارد و اختصاص به گروه سنی خاصی ندارد. ۶۴ درصد از این افراد اظهار داشته اند که اغلب مصرف کنندگان تریاک گروه های جوانان و بزرگسالان بالاتر از ۴۵ سال هستند.

۱-۳-۴) اولین فرد پیشنهاد دهنده

داده های به دست آمده از جمعیت نمونه معتادان در مورد 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، سیگار فروش محل، هم خدمتی دوره سربازی، صاحب قهوه خانه و..... - و « بدون پیشنهاد دیگران» - توزیع شده اند.

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

فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی اولین فرد پیشنهاد دهنده
۵۳/۸	۷۸۴	دوستان خارج از مدرسه یا همکاران محل کار
۱۵/۷	۲۲۹	بدون پیشنهاد دیگران
۱۰	۱۴۵	یکی از وابستگان
۷/۸	۱۱۴	دوستان 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 دوستان خارج از مدرسه یا همکاران محل کار (۵۳/۸ درصد) به استفاده از مواد مخدر ترغیب شده اند، که اگر گزینه دوستان مدرسه را نیز به آن اضافه کنیم، ۶۱/۶ درصد از معتادان جمعیت نمونه پیشنهاد مصرف مواد را اولین بار از جانب دوستان 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 - از لحاظ وزن - به گزینه «بدون پیشنهاد دیگران» با ۱۵/۷ درصد تعلق دارد. در مراحل بعدی، بترتیب، گزینه های «یکی از وابستگان» (۱۰ درصد)، «دوستان 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 متغیر را در سه بعدی فردی، خانوادگی و اجتماعی مورد توجه قرار دهیم، مشخص می گردد که ۱۵/۶ درصد از پاسخگویان به طور فردی

و بدون 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 و دلایل فردی صورت گرفته باشد، به طور قطع، چنین افرادی تحت تأثیر عوامل خانوادگی و اجتماعی نیز قرار گرفته اند، لیکن به طور فردی مبادرت به شروع مصرف مواد مخدر کرده اند

پس از بعد فردی، ملاحظه می شود که ۱۴/۹ درصد از معنادان از طریق یکی از بستگان و افراد خانواده با پیشنهاد استفاده از مواد روبرو 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 بعد اجتماعی است، به گونه ای که ۶۸/۸ درصد از معنادان نخستین بار تحت تأثیر رابطه اجتماعی در معرض پیشنهاد استفاده از مواد مخدر قرار گرفته اند. موضوع دیگری که می توان در مورد متغیر مورد نظر به آن اشاره کرد، تأثیر گروه همسالان^۱ است. تأثیر گروه همسالان را می توان در اشاره جمعیت نمونه معنادان به گزینه های دوستان مدرسه، دوستان خارج از مدرسه، و تا حدودی همکاران محل کار متجلی دانست^(۲). توزیع فراوانی اولین فرد پیشنهاد دهنده مصرف مواد مخدر به تفکیک مناطق دهگانه ی 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 و در سایر مناطق بیشتر از ۵۰ درصد از پاسخگویان هر منطقه را به خود اختصاص داده است. بیشترین نسبت، با ۶۶ درصد، به منطقه اصفهان تعلق دارد. آماره ی دوازده معنادار بودن تفاوت انتخاب گزینه مذکور نسبت به سایر گزینه ها در مناطق مورد مطالعه حکایت دارد (Sig = ۰/۰۰۰، $\chi^2 = ۱۹۸/۵۱$). مصاحبه عمیق با معنادان سطح شهر در مناطق دهگانه در مورد چگونگی شروع مصرف مواد مخدر نشان می دهد که تشویق دوستان با ۲۷/۵ درصد بیش از سایر گزینه ها مورد اشاره قرار گرفته است.

۳-۱) اولین موقعیت شروع مصرف مواد مخدر

از مجموع ۱۴۵۶ نفر جمعیت نمونه معنادان مورد مطالعه، حدود یک سوم اظهار داشته اند که اولین بار مواد را در مهمانی دوستانه مصرف کرده اند، پس از آن بترتیب، گزینه های «منزل»، «اماکن عمومی»، «محل کار»، «مهمانی خانوادگی» قرار گرفته اند. آنچه که می توان در توزیع فراوانی متغیر اولین موقعیت شروع مصرف مواد ملاحظه کرد، این است که، در اکثر موارد، این موقعیت در چارچوب رفتار و کنش اجتماعی و اغلب به صورت متقابل و دوسویه شکل گرفته است.

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی جمعیت نمونه معنادان بر حسب موقعیت اولین شروع مصرف مواد مخدر

فراوانی	اولین موقعیت مصرف مواد	مهمانی دوستانه	منزل	اماکن* عمومی	محل کار	مهمانی خانوادگی	سربازخانه	مدرسه	به خاطر ندارد	جمعی
فراوانی مطلق	۴۹۲	۲۸۷	۲۳۱	۱۲۲	۹۸	۵۶	۱۵	۲۲	۱۴۵۶	
فراوانی نسبی	۳۳/۸	۱۹/۷	۱۵/۹	۸/۴	۶/۷	۳/۸	۱/۱	۱/۵	۱۰۰	

* اماکن عمومی 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 خودمانی - مانند مهمانیهای خانوادگی و دوستانه - و یا در چارچوب شکل گیری روابط و رفتارهای

گروهی و جمعی^۱ مانند سربازخانه، محل کار و مدرسه - بر مصرف مواد مخدر، بویژه به عنوان اولین موقعیت شروع مصرف، تأثیر گذارده است. لازم به یاد آوری است که کم بودن نسبت معتادانی که در سربازخانه (۳/۸ درصد) یا مدرسه (۱/۱ درصد) مصرف مواد را 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 بیشترین جای دیگر، محل شروع مصرف معرفی شده است و پس از آن، مجالس جشن، باغ و پارک، منزل خود و فامیل، 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، تأثیری گذارد. به نظر می رسد که در شرایط موجود، محلهایی مانند سربازخانه ها، مدارس، محیطهای شغلی و حتی زندانها در فراهم 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.

۳-۱- علت شروع مصرف مواد مخدر

توزیع پاسخگویان بر اساس علت شروع مصرف مواد مخدر نشان 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 خلأ 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 درصد)، «فشار دوستان» (۲۲/۷ درصد)، «در دسترس 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	فشار دوستان	در دسترس بودن مواد	کمبود عاطفی	درمان دردهای جسمی	عدم کنترل خانواده	بیکاری	شکست عشقی	سایر**
فراوانی مطلق	۶۵۸	۵۹۲	۳۶۸	۳۳۴	۳۱۱	۲۷۸	۲۵۸	۱۸۹	۱۸۲	۱۳۶	۲۳۸
	۴۴/۷	۴۰/۲	۲۵	۲۲/۷	۲۱/۱	۱۸/۹	۱۷/۵	۱۲/۸	۱۴/۲	۹/۲	۱۶/۲

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

**سایر، شامل مواردی 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، کنجکاوی 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 (۷۷/۴ درصد) در بین 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 ۲۸ درصد (معتادان زندانی)، و ۳۸/۵ درصد (معتادان خیابانی) است. در گروه معتادان زندانی، عوامل فردی با ۵۹ درصد بیش از سایر عوامل در شروع مصرف مواد مخدر سهم دارند و، پس از آن، عوامل اجتماعی و خانوادگی - بترتیب با ۲۸ و ۱۳ درصد - قرار داد دارند. معتادان خیابانی نیز مصرف مواد مخدر را، بیش از همه، تأثیر عوامل فردی آغاز نموده اند (۴۳ درصد) 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

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

(۱) عوامل و دلایل فردی شامل ناراحتیهای روحی، دردهای جسمانی، تفنن و کنجکاوی، فقدان اعتماد به نفس، لذت جویی و هیجان، جبران احساس حقارت، کسب آرامش، مشکلات جنسی، رفاه زیاد، تنهایی و... هستند. (۲) دلایل خانوادگی شامل مصرف سایر اعضای خانواده، بی توجهی و عدم نظارت خانواده، مشکلات و تنشهای خانوادگی و... می شوند. (۳) عوامل و دلایل اجتماعی عبارتند از: دوستان ناب و معتاد، محیط آلوده (مدرسه، سرپنازخانه، محله و...)، بیکاری، فقدان امکانات تفریحی، دسترسی راحت به مواد مخدر و... هستند.

مورد اشاره در تعامل با یکدیگر عمل می کنند. بنابراین، از نظر شناخت شناسی، شایسته نیست که اعتیاد و مسایل 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. در مورد مهمترین دلایل گرایش به مصرف مواد مخدر، توافق نظر میان افراد کلیدی وجود ندارد، اما اکثر 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 (۲۰/۶ درصد)، در دسترس بودن مواد مخدر (۱۷/۷ درصد)، کسب لذت (۱۲/۳ درصد)، و عدم کنترل خانواده ها (۹/۵ درصد)، به عنوان دلایل گرایش به مصرف مواد مخدر اشاره کرده اند. اکثر افراد نیروی انتظامی مصاحبه شده در مورد سهولت دسترسی به مواد مخدر بر این باور هستند که دستیابی به موادی چون تریاک، حشیش، هرویین 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 (۶/۷ درصد) 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 خودمعرّف تشکیل می دهند. 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.

۱-۲ 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 خودمعرّف، 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 (۶/۸ درصد) 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 (۳۰/۵ درصد) قبل از ۱۹ سالگی کشیدن سیگار را آغاز کرده اند، و اندکی بیش از نسبت ذکر شده در سنین ۱۹-۲۶ سالگی (۳۴/۶ درصد)، و (۳۴/۷ درصد) نیز در سن ۲۶ سالگی و بالاتر شروع به مصرف سیگار کرده اند. میانگین سن شروع به سیگار در بین زنان معتادی که سابقه مصرف سیگار دارند ۲۴/۹ سال است که، در مقایسه با میانگین مشابه برای مردان سیگاری (۱۸/۴)، تفاوت معناداری بین دو میانگین به چشم می خورد ($F = 94/5$ Sig = $0/000$)؛ 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

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

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 فاقد سابقه مصرف الکل، ۱۱/۳ درصد دارای سابقه چنين 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 ۲۰ و ۱۷/۴ درصد، بترتیب متعلق به معتادان خیابانی و خود معرف است. در هر سه گروه حدود ۷۵ درصد (دوسوم) از افراد گروه اظهار داشته اند که سابقه مصرف الکل ندارند. آماره χ^2 تفاوت معناداری بین سابقه مصرف الکل در گروه های معتادان نشان نمی دهد. در بین ۲۳ معتاد زنی که دارای سابقه ی 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 ۱۹-۲۰ 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 ($F = ۱۵/۶۲$ ، $Sig = ۰/۰۰۰$)

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 هرویین 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 اکثریت 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 ۲۷/۵ سال است که با میانگین سن شروع مصرف مواد مخدر در مردان - که ۲۱/۸ سال است - به نحو معناداری تفاوت دارد ($F = ۵۸/۷$ ، $Sin = ۰/۰۰۰۰۰$).

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

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

۱۲/۶	۱۲	۲۵-۲۶ سال
۶/۳	۶	۲۷-۲۸ سال
۳۶/۸	۳۵	۲۹ 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 (۲۸/۹ درصد). پس از آن، نسبت معتادان زنی که به پیشنهاد « یکی از وابستگان » (۲۰/۶ درصد) « بدون پیشنهاد دیگران » (۱۸/۶ درصد) و « دوستان 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

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

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 دوستانه، و میهمانی خانوادگی، بترتیب با ۲۳/۷ و ۱۷/۵ درصد قرار گرفته اند.

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

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

نسبت زنان معتادی که بار اول در منزل به مصرف مواد مخدر اقدام کرده اند در سه گروه معتادان خود معرف، زندانی و خیابانی، بترتیب ۶۵/۲، ۵۹/۱، ۳۳/۳ درصد است. در مورد نسبت معتادانی که مواد را نخستین بار در میهمانی دوستانه مصرف کرده اند، تفاوت بین سه گروه معتادان زن مشهود است به گونه ای که در برابر 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 و قابل 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.

۴-۲ عوامل شروع مصرف مواد مخدر در میان زنان

براساس اطلاعات به دست آمده از ۹۷ نفر جمعیت نمونه معتادان زن، عوامل مربوط به شروع مصرف مواد در بین 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	درد دسترس بودن مواد	کنجکاوی	عدم کنترل خانواده	کسب لذت	کمبودهای عاطفی و مشکلات روانی	فشار 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. درحالی که فراوانی نسبی، نسبت پاسخیها هر گزینه به کل نمونه در نظر گرفته شده است.

تراکمی وبا توجه به کل جمعیت نمونه معتادان زن در نظر 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 اعضای خانواده بر رفتارهای آنان اشاره کرده اند، کمتر از ۱۲ درصد از معتادان زن در مورد عوامل مربوط به مصرف مواد مخدر به مسایل 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 و وزن عوامل فردی و خانوادگی در سوق دادن زنان پاسخگو به سوی اعتیاد نقش بارزی ایفا کرده است و این مسأله 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 فردی و 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 اند. امدارزنان، سهم عوامل فردی با ۶۲/۹ درصد نقش بارزی در سوق دادن زنان به سوی مبادرت به مصرف مواد مخدر دارد.

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 و الکل 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 و زندان - 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 قبال 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 و زنان 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 و اجباری نیاز است.

پی نوشتها

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

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

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

موضوع: بررسی همبودی اختلالات خلقی و اضطرابی در سوء مصرف کنندگان مواد افیونی جویای درمان (معتادان خود معرف) و مقایسه آن با افراد بهنجار؛ علی اکبر پرویزی فرد؛ پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی؛ انستیتوی روانپزشکی؛ استاد راهنما؛ 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 خلقی و اضطرابی در میان سوء مصرف کنندگان مواد افیونی به عنوان عامل مهمی در سبب شناسی، پیش آگهی و آسیب پذیری این گروه از بیماران بشمار می رود و قویاً با عواملی مانند مقاومت کردن در برابر درمان، مزمن شدن علائم و نشانه ها و در نهایت با عود بیماری ارتباط دارد، لذا به منظور بررسی همبودی اختلالات خلقی و اضطرابی در سوء مصرف کنندگان مواد افیونی 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 بطریق فردی همتا شده بودند، مورد مصاحبه و ارزیابی تشخیصی قرار گرفتند.

ارزیابی و تشخیص اختلالات خلقی 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 ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنیها ثبت می گردید انجام می داد. سپس تمامی آزمودنیهای مورد بررسی با استفاده از «فهرست واریسی علائم و نشانه ها» 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 علائم و نشانه های مرضی ناشی از دوره ترک، ارزیابی قرار گرفتند.

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

اهداف تحقیق:

الف – هدف کلی

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

ب – اهداف اختصاصی:

۱. بررسی توزیع اختلالات خلقی در نمونه مورد مطالعه
۲. بررسی توزیع اختلالات اضطرابی در نمونه مورد مطالعه .
۳. بررسی نگرشهای نا کارآمد در نمونه های مورد مطالعه.
۴. بررسی رابطه بین نشانه های 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 می شد. 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 گونه فردی 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 می کردند که واجد ملاکهای تشخیصی (DSM . IV) برای وابستگی به مواد افیونی بودند.

۳. ۷۲ و ۲۸ درصد گروه معتادان خود معرف که مورد مصاحبه تشخیصی روانپزشکی قرار گرفتند، واجد ملاک های تشخیصی اختلالات خلقی و اضطرابی بودند. در میان اختلالات خلقی، اختلال افسردگی اساسی و افسرده خویی 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 وسواسی - جبری با ۲ درصد به ترتیب بیشترین میزان شیوع را داشتند.

۴. نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که ۳۶ نفر (۷۲ درصد) از گروه معتادان خود معرف واجد ملاکهای تشخیصی اختلالات خلقی و ۱۴ نفر (۲۸ درصد) واجد ملاکهای تشخیصی اختلالات اضطرابی بودند و بین نسبتهای میزان شیوع اختلالات خلقی و اضطرابهای گروههای مورد مقایسه تفاوت معنی داری از نظر آماری وجود دارد.

۵. شدت میزان افسردگی در معتادان خود معرف بیش از افراد بهنجار است.

۶. شدت میزان اضطراب در معتادان خود معرف بیش از افراد بهنجار است.

۷. میزان نگرشهای ناکارآمد در معتادان خود معرف دارای اختلالات همبود بیش از افراد بهنجار است.

۸. معتادانی که طول مدت اعتیاد آنها بیش از ۶ سال است، در مقایسه با معتادانی که طول مدت اعتیاد آنها کمتر از ۶ سال بوده است اضطراب را به میزان بیشتری نشان داده اند.

۹. معتادانی که دارای طول مدت اعتیاد بیش از ۶ سال بوده اند در مقایسه با معتادانی 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 معتادان خود معرف نتایج نشان داد که به ترتیب احساس شکست خوردگی 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) بیخوابی از خود، اتهام بستن به خود، اشتغال ذهنی درباره بدن با فراوانی های مساوی هر کدام ۱۳ نفر (۲۶ درصد)، نارضایتی، احساس گناه و پایین بودن سطح انرژی با فراوانیهای مساوی هر کدام ۱۱ نفر (۲۲ درصد)، احساس غمگینی و بدبینی با فراوانیهای مساوی هر کدام ۱۰ نفر (۲۰ درصد)، خستگی پذیری ۹ نفر (۱۸ درصد)، انزوای اجتماعی ۸ نفر (۱۶ درصد)، بی تصمیمی ۷ نفر (۱۴ درصد)، تحریک پذیری ۴ نفر (۸ درصد) و تغییر در تصویر بدن، بی اشتهایی 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 روان شناسی شخصیت؛ دانشگاه آزاد اسلامی - واحد کرج؛ استادان راهنما: دکتر حسن احدی؛ استادمشاور 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 ویژگی‌هایی در زمینه های زیست شناختی، روانشناختی و جامعه شناختی در فرد مشخص می شود؛ نوجوان می بایست 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 انفعالات شیمیایی درونی و از سوی دیگر با رفتار دگرگون شده و توأم با اضطراب اطرافیان، بالا رفتن توقع دیگران از او در مقابل ناتوانی برای دریافت مسؤلیتهای دنیای بزرگسالی و دهها مسأله دیگر درگیر می باشد و تمام این عوامل آسیب پذیر موجب استرس در او می شود.

هدف تحقیق:

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

جامعه آماری:

در این تحقیق دو گروه از افراد مورد مطالعه قرار گرفته اند گروه اول شامل ۲۵۰ نفر معناد و گروه دوم ۲۵۰ نفر افراد سالم شامل می شوند. معنادان از زندان اوین، رجائی 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 اعتیاد 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 می گذارد و آنها را بطرف کجروی و اعتیاد می کشاند و اغلب حوادثی که گروههای مورد مطالعه گزارش کرده اند حوادث نامطلوب بوده تا حوادث 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 او را از بدو تولد تا پایان عمر با مشکلات فراوان روبرو می سازد که با تغییرات کیفی و کمی به گونه های خاص خود در مراحل مختلف حیات او را تحت تأثیر قرار می دهد.

یافته های این تحقیق بطور خلاصه عبارتند از:

۱. افراد معناد 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 شیوه های درمان وابستگی دارویی در شهر تهران؛ سعید صیادلو؛ پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی؛ دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن؛ استاد راهنما: آقای دکتر مجتبی جزایری استاد مشاور دکتر حسن احدی؛ ۱۳۷۸

مقدمه:

یکی از مشکلات عمده بهداشت عمومی که جوامع بشری در زمان کنونی با آن مواجه هستند گسترش وسیع و روزافزون 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 می شود.

اما به رغم تلاشهایی که برای مقابله با این مشکل بزرگ صورت گرفته و بخش عظیمی از سرمایه های ملی را صرف پیشگیری و غلبه بر آن کرده است به نظر می رسد که نتایج حاصله برای مردم و مسئولان رضایت بخش نبوده است. با توجه به اینکه اکثر فعالیتهای 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 قرارگیرد.

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 گذارده 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 پزشکانی با تخصص های مختلف در هیچ یک از مراکز مذکور برنامه پیگیری منظم و طولانی مدت در خصوص درمان وجود ندارد و بالطبع هیچگونه آماری درباره میزان عود مجدد وجود ندارد.

هدف تحقیق:

هدف آن است که ضمن پاسخگویی به سؤالهای مطرح شده، مراکزی که در امر درمان از موفقیت بیشتری برخوردارند شناسایی 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 عبارتند از: 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 بهبود 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 فعالیتهای 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 در خصوص 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 اندرکاران 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 راهنما: 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، مجهز بودن به قوانین مؤثر است . متأسفانه در مبارزات قانونی با پدیده های مجرمانه، اولین، مؤثرترین و نهایتاً ساده ترین گام، مجازات های شدید است. ولی تجربه کشور ما نشان می دهد که تشدید مجازات مرتکبین جرائم مواد مخدر، هرگز نتوانسته است این معضل 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 المللی، قوانین کشورمان را با موارد مشابه مورد توجه در کنوانسیون ۱۹۸۸ مقایسه کردیم که در این مطالعه خلاء ها و مشکلات مختلفی در تطبیق آشکار شد. یکی از مشکلات ، عدم جرم انگاری موارد مهمی است که کنوانسیون به عنوان جرم معرفی شده اند. اصولاً از اهداف این کنوانسیون مبارزه با این موارد می باشد. مثل مواردی که می توان از آن به عنوان تظهير 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 نگرش 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 عمده 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 خودمان 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 محاکمه مجرمین شده است. در قانون مجازات اسلامی کشور ما امکانی برای اجرای احکام بیگانه 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 معاضدت و نیابت قضایی با دیگر کشورها در قوانین ما عملاً 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؛

هماهنگی 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 تطهیر پولهای نامشروع ناشی از قاچاق مواد مخدر باید ایجاد گردد.

مجازات اعدام و شلاق از جرائم مرتبط با مواد مخدر با توجه به تعریزی 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 کنوانسیون، مانند استرداد، نیابت و معاضدت 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 پزشکان، جرم شناسان، حقوقدانان، جامعه شناسان و غیره تدوین یابد تا جنبه های مختلف در آن رعایت گردد و یکی از مهمترین مسایلی که باید مورد توجه قرار گیرد، این است که علاوه بر وضع قانون و اصلاح آن و توجه به مبارزه کیفری با پدیده شوم مواد مخدر، به پیشگیری از ارتکاب جرم باید بیش از پیش بها داده شود. چرا که پیشگیری از وقوع جرائم بهتر از کفردادن است. چنین است هدف اصلی هرگونه قانونگذاری صحیح که هنر رهبری انسانها بسوی بیشترین خوشبختی یا کمترین بدبختی ممکن با توجه به شر زندگی.

در این راستا باید به علل 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 فعال تر شدن رسانه های جمعی خصوصاً صدا و سیما و معرفی معضل اجتماعی مواد مخدر و عواقب ناشی از آن، یکی از عوامل مؤثر در پیشگیری است. همچنین وزارت آموزش و پرورش باید با اتخاذ برنامه ریزی مناسب جهت آشنا نمودن دانش آموزان با تمام ابعاد این پدیده شوم و مخرب اقدام نماید و اصولاً باید کوشید که به یک سیاست جنائی همه جانبه به منظور مبارزه با مواد مخدر مجهز گردیم تا بتوانیم هر چه بیشتر با معضل مواد مخدر به 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 الگو برای ارائه به کشورهای عضو کنوانسیون 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.

کتاب " رفتار اعتیادی^۱ " اثر دنیس ال تامبیز^۲ که از سوی انتشارات گلفورد^۳ در سال ۱۹۹۹ منتشر گردیده است، کاری وزین و اثری سنگین و قابل تحسین است که بنحوی شیوا و با قلم و بیان فصیح به رشته تحریر در آمده است. این اثر تامبیز 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 قرار داده 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 پزشکی، 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 عمده رفتار و شخصیت و یادگیری خصوصاً در رفتار اعتیادی مورد توجه و توفیق قرار می دهد. در فصل پایانی، مؤلف به بررسی و نقد شرایط، روش ها و امکانات موجود در مداخلات درمانی پرداخته و موانع عمده 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 ندیده 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 کنونی که در گذشته مجال مطالعه و تحقیق در باب بنیان های فرارشته ای مبحث مشاوره در زمینه اعتیاد را نیافته اند، می توانند از این کتاب بهره کافی ببرند.

تامبیز در این اثر، دو هدف اساسی را دنبال می کند: نخست واداشتن 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 بتواند برای خواننده تصویری روشن 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 برشمرده 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 مسایل اعتیادی در هیئت اثری 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^۱ " که توسط میبیدی گلانتز^۲ و کریستین آر هارتل^۳ 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.

فصول 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 معتادان 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

۱-Drug Abuse, Origins and Interventions

۲-Meyer D. Glantz

۳-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.

خصیصه بارز و انگشت نماي کتاب حاضر رویکرد عملی آن و توجه دقیق به وضعیت کنونی تحقیقات مربوط به اعتیاد، خصوصاً در محورهای اتیولوژی (شناخت اسباب 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، اساتید دانشگاه ها، دانشجویان، محققان و عموم علاقمندان به شناخت رفتار اعتیادی و شیوه های پیشگیری و درمان بکارآید و بر دانش آنان در این زمینه بیافزاید.