



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد تهران مرکزی

دانشکده علوم اجتماعی، گروه علوم اجتماعی

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد (M.A)

گرایش: پژوهش

عنوان :

مطالعه جامعه شناختی وضعیت اعتیاد زنان و بررسی عوامل مؤثر بر آن در شهر گرگان

در سال ۱۳۹۷

استاد راهنما :

دکتر رضاعلی محسنی

پژوهشگر :

پروانه گلپایگانی

پاییز ۱۳۹۷



معاونت پژوهش و فناوری

به نام خدا

منشور اخلاق پژوهش

با یاری از خداوند سبحان و اعتقاد به این که عالم محضر خداست و همواره ناظر بر اعمال انسان است و به منظور پاسداشت مقام بلند دانش و پژوهش و نظر به اهمیت جایگاه دانشگاه در اعتلای فرهنگ و تمدن بشری، ما دانشجویان و اعضای هیئت علمی دانشگاه های آزاد اسلامی متعهد می گردیم اصول زیر را در انجام فعالیت های پژوهشی مدنظر قرار داده و از آن تخطی نکنیم:

۱_ اصل حقیقت جویی: تلاش در راستای پی جویی حقیقت و فناوری به آن و دوری از هرگونه پنهان سازی حقیقت.

۲_ اصل رعایت حقوق: التزام به رعایت کامل حقوق پژوهشگران و پژوهندگان و سایر صاحبان حقوق.

۳_ اصل مالکیت مادی و معنوی: تعهد به رعایت کامل حقوق مادی و معنوی دانشگاه و کلیه همکاران پژوهشی.

۴_ اصل منافع ملی: تعهد به رعایت مصالح ملیو در نظر داشتن پیشبرد و توسعه کشور در کلیه مراحل پژوهش.

۵_ اصل رعایت انصاف و امانت: تعهد به اجتناب از هرگونه جانب داری غیر علمی، حفاظت از اموال، تجهیزات و منابع در اختیار.

۶_ اصل رازداری: تعهد به صیانت از اسرار و اطلاعات محرمانه افراد، سازمان ها و کشور و کلیه افراد و نهادهای مرتبط با تحقیق.

۷_ اصل احترام: تعهد به رعایت حریم ها و حرمت ها در انجام تحقیقات و رعایت جانب نقد و خود داری از هرگونه حرمت شکنی.

۸_ اصل ترویج: تعهد به رواج دانش و اشاعه نتایج تحقیقات و انتقال آن به همکاران علمی و دانشجویان به غیر از مواردی که منع قانونی دارد.

۹_ اصل برائت: التزام به برائت جویی از هرگونه رفتار غیر حرفه ای و اعلام موضع نسبت به کسانی که حوزه علم و پژوهش را به شائبه های غیر علمی می آلاینند.

تقدیم به :

وجود مقدس پدر و مادر عزیزم، آنان که ناتوان شدند تا من به توانایی برسم، مو سپید کردند تا من رو سفید شوم و قامتشان خمیده شد تا من سر بلند بمانم. والدینی که بودنشان تاج افتخاری است بر سرم و نام شان دلیلی است بر بودنم، چرا که این دو وجود پس از پروردگار مایه هستی ام بوده اند.

پروردگارا :

نه می توانم موهایشان را که در راه عزت من سفید شد سیاه کنم و نه برای دست های پینه بسته شان که ثمره تلاش برای افتخار من است مرهمی دارم. پس توفیق ده که هر لحظه شکرگزارشان باشم و ثانیه های عمرم را در عصای دست بودنشان بگذرانم.

تقدیر و تشکر

شکر شایان نثار ایزد منان که توفیق را رفیق راهم ساخت تا این پایان نامه را به پایان برسانم.
بر خود لازم می دانم از کلیه کسانی که اینجانب را در انجام و اتمام این تحقیق یاری نمودند تشکر و
قدردانی کنم.

از استاد گرانقدرم؛ جناب آقای دکتر رضاعلی محسنی که در کمال سعه صدر و با حسن خلق و فروتنی از
هیچ کمکی در این عرصه بر من دریغ ننمودند و زحمت راهنمایی این پایان نامه را بر عهده گرفتند،
صمیمانه کمال تشکر و قدردانی را دارم.

همچنین با نهایت سپاس از زحمات و حمایت های دبیرخانه شورای هماهنگی ستاد مبارزه با مواد مخدر
استان گلستان که در انجام تحقیق حاضر همکاری و همراهی لازم را به عمل آوردند.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	چکیده
	فصل اول
	کلیات تحقیق
	۱-۱- مقدمه
۴	
	۱-۲- بیان مسئله
۵	
	۱-۳- اهمیت و ضرورت تحقیق
۸	
۹	۱-۴- اهداف تحقیق
	۱-۵- فرضیه های تحقیق
	۱۰
	۱-۶- متغیرهای تحقیق
۱۱	

..... ۷-۱- تعریف مفاهیم و متغیرها ۱۱

فصل دوم

ادبیات تحقیق، پیشینه و مبانی نظری آن

..... ۱-۲- مقدمه ۱۵

..... الف) ادبیات تحقیق ۱۵

..... ۲-۲- اعتیاد ۱۵

..... ۳-۲- معتاد ۱۷

..... ۴-۲- خصوصیات افراد معتاد ۱۸

..... ۵-۲- تاریخچه اعتیاد در جهان ۱۹

..... ۶-۲- تاریخچه اعتیاد در ایران ۲۱

..... ۷-۲- تاریخچه اعتیاد زنان ۲۲

..... ۸-۲- مواد مخدر و انواع آن ۲۳

.....	۲-۸-۱-ترياک	۲۵
۲۶	..... ۲-۸-۲-هروئين	
۲۸	..... ۲-۸-۳-حشيش	
۲۹	..... ۲-۸-۴-روغن حشيش	
۲۹	..... ۲-۸-۵-تی. اچ. سی	
۲۹	..... ۲-۸-۶-کوکائين	
۳۱	..... ۲-۸-۷-کراک	
۳۲	..... ۲-۸-۸-ال. اس. دی	
۳۳	..... ۲-۸-۹-آفتامين ها	
۳۴	..... ۲-۸-۱۰-مت آفتامين (شیشه)	
۳۵	..... ۲-۸-۱۱-اکستازی	
۳۶	..... ۲-۸-۱۲-ماری جوآنا	
۳۸	..... ۲-۸-۱۳-مرفين	
۳۹	..... ۲-۸-۱۴-متادون	
۴۰	..... ۲-۹-۹-عوامل گرايش به اعتياد	
۴۰	..... ۲-۹-۱-عوامل فردی	
۴۵	..... ۲-۹-۲-عوامل خانوادگی	

- ۲-۹-۳- عوامل اجتماعی ۵۲
- ۲-۹-۴- عوامل محیطی ۵۵
- ۲-۹-۵- عوامل اقتصادی ۵۷
- ۲-۱۰-۱۰- پیامدهای اعتیاد ۵۷
- ۲-۱۰-۱- پیامدهای فردی ۵۸
- ۲-۱۰-۲- پیامدهای خانوادگی ۵۹
- ۲-۱۰-۳- پیامدهای اجتماعی ۶۲
- ۲-۱۰-۴- پیامدهای اقتصادی ۶۳
- ۲-۱۰-۵- پیامدهای شغلی ۶۴
- (ب) پیشینه تحقیق ۶۴
- ۲-۱۱- پیشینه داخلی ۶۴
- ۲-۱۲- پیشینه خارجی ۶۷
- (ج) مبانی نظری تحقیق ۷۱
- ۲-۱۳- تبیین های روان شناختی ۷۱
- ۲-۱۴- تبیین های زیست شناختی ۷۲
- ۲-۱۵- تبیین های جامعه شناختی ۷۳
- ۲-۱۶- نظریه بی هنجاری و آنومی دورکیم ۷۳
- ۲-۱۷- نظریه فشار ساختاری مرتن ۷۵

- ۱۸-۲ - نظریه ناکامی منزلتی کوهن ۷۶
- ۱۹-۲ - نظریه انتقال فرهنگی ۷۷
- ۲۰-۲ - نظریه پیوند افتراقی ساترلند ۷۷
- ۲۱-۲ - نظریه کنترل اجتماعی هیرشی ۷۹

فصل سوم

روش شناسی تحقیق

- ۱-۳ - مقدمه ۸۲
- ۲-۳ - روش تحقیق ۸۲
- ۳-۳ - قلمرو تحقیق ۸۲
- ۴-۳ - جامعه آماری ۸۳
- ۵-۳ - حجم نمونه ۸۳
- ۶-۳ - روش نمونه گیری ۸۳
- ۷-۳ - روش گردآوری اطلاعات ۸۳
- ۸-۳ - ابزار گردآوری اطلاعات ۸۴
- ۹-۳ - اعتبار و روایی تحقیق ۸۴
- ۱۰-۳ - تجزیه و تحلیل داده ها ۸۴

فصل چهارم

تجزیه و تحلیل داده ها

- ۱-۴ - مقدمه ۸۶

- ۸۶ ۲-۴- تحلیل توصیفی
- ۸۶ ۱-۲-۴- بررسی نمونه براساس سن
- ۸۷ ۲-۲-۴- بررسی نمونه براساس تحصیلات
- ۸۸ ۳-۲-۴- بررسی نمونه براساس وضعیت تأهل
- ۸۸ ۴-۲-۴- بررسی نمونه براساس وضعیت اشتغال
- ۸۹ ۵-۲-۴- بررسی نمونه براساس درآمد ماهیانه
- ۹۰ ۶-۲-۴- بررسی نمونه براساس سن شروع مصرف مواد
- ۹۱ ۷-۲-۴- بررسی نمونه براساس سابقه مصرف مواد مخدر اعضای خانواده
- ۹۲ ۸-۲-۴- بررسی نمونه براساس ماده مخدر مصرفی
- ۹۳ ۹-۲-۴- بررسی نمونه براساس نحوه مصرف
- ۹۴ ۱۰-۲-۴- بررسی نمونه براساس میزان مصرف روزانه
- ۹۵ ۱۱-۲-۴- بررسی نمونه براساس سابقه مصرف مواد
- ۹۶ ۱۲-۲-۴- بررسی نمونه براساس اولین موقعیت مصرف مواد مخدر
- ۹۷ ۳-۴- تحلیل استنباطی
- ۹۷ ۱-۳-۴- آزمون فرضیه های تحقیق

فصل پنجم

نتایج و پیشنهادها

- ۱۰۳ ۱-۵- مقدمه

۱۰۳	..... نتایج تحقیق
۱۰۴	..... یافته های تحقیق
۱۰۹	..... بحث و نتیجه گیری
۱۱۰	..... راهکارها و پیشنهادها
۱۱۱	..... محدودیت های تحقیق
۱۱۲	..... منابع

فهرست جدول ها

صفحه	عنوان
۸۶	۴-۱- جدول توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب سن
۸۷	۴-۲- جدول توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب میزان تحصیلات
۸۸	۴-۳- جدول توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب وضعیت تأهل
۸۸	۴-۴- جدول توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب وضعیت اشتغال
۸۹	۴-۵- جدول توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب درآمد ماهیانه
۹۰	۴-۶- جدول توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب سن شراره مصرف مواد
۹۱	۴-۷- جدول توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب سابقه مصرف مواد مخدر اعضای خانواده
۹۲	۴-۸- جدول توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب ماده مخدر مصرفی
۹۳	۴-۹- جدول توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب نحوه مصرف

- ۹۴-۴ - جدول توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب میزان مصرف روزانه
- ۹۵-۴ - جدول توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب سابقه مصرف مواد مخدر
- ۹۶-۴ - جدول توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب اولین موقعیت مصرف مواد مخدر

فهرست نمودارها

عنوان	صفحه
۱-۴ - نمودار توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب سن	۸۶
۲-۴ - نمودار توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب میزان تحصیلات	۸۷
۳-۴ - نمودار توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب وضعیت تأهل	۸۸
۴-۴ - نمودار توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب وضعیت اشتغال	۸۹
۵-۴ - نمودار توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب درآمد ماهیانه	۹۰
۶-۴ - نمودار توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب سن شروع مصرف مواد	۹۱
۷-۴ - نمودار توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب سابقه مصرف مواد مخدر اعضای خانواده	۹۲
۸-۴ - نمودار توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب ماده مخدر مصرفی	۹۳
۹-۴ - نمودار توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب نحوه مصرف	۹۴
۱۰-۴ - نمودار توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب میزان مصرف روزانه	۹۵

۴-۱۱- نمودار توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب سابقه مصرف مواد مخدر ۹۶

۴-۱۲- نمودار توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب اولین موقعیت مصرف مواد مخدر ۹۷

چکیده

اعتیاد به مواد مخدر همه ساله باعث قربانی شدن ده ها هزار نفر از مردم جهان و خسارت های بسیاری به افراد و خانواده ها و جامعه وارد می آورد. موضوع مواد مخدر همراه با عوامل انفجار جمعیت و آلودگی محیط زیست، سه موضوعی است که کشورها هر یک به تنهایی نمی توانند از پس آن ها برآیند. از آنجایی که زنان وظیفه مادری و تربیت نسل آینده را به عهده دارند و وجود مادر معتاد در خانواده می تواند آسیب های جدی را به همسر و فرزندان و در نتیجه به جامعه وارد کند، معمولاً زنان معتاد نسبت به مردان معتاد بیشتر از اجتماع جدا بوده و دوستان کمتری دارند. مقاله حاضر با هدف شناخت و تحلیل جامعه شناختی وضعیت اعتیاد زنان و عوامل مؤثر بر آن در شهرگران در سال ۱۳۹۷ انجام گرفته است. به لحاظ روش شناسی، تحقیق از نوع توصیفی و به لحاظ جمع آوری اطلاعات، پیمایشی و جامعه آماری آن را زنان معتاد شهر گرگان تشکیل می دهند، نمونه تحقیق را ۱۰۰ نفر زن معتاد در دسترس تشکیل داده اند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه محقق ساخته و آلفای کرونباخ پرسشنامه برابر با ۰/۷۷۸ می باشد. نتایج حاصل از تحقیق نشان می دهد که بین عوامل فردی (مشکلات روانی، ضعف اراده، کنجکاوی، انگیزه های درمانی، احساس تنهایی، فقدان شناخت) و عوامل اجتماعی (دسترس آسان به مواد مخدر، نابرابری های اقتصادی و اجتماعی، نقش دوستان ناباب، بیکاری، نقش محل سکونت) و عوامل خانوادگی (خانواده پرتنش، اعتیاد والدین، اعتیاد همسر، ستیز والدین، تبعیض بین فرزندان، بی سواد یا کم سواد والدین) و عوامل اقتصادی (رفاه اقتصادی، فقر اقتصادی، تورم، مهاجرت) و با گرایش به اعتیاد زنان رابطه معناداری وجود دارد، اما وجود رابطه معناداری بین عوامل محیطی (دوری از خانواده و خویشاوندان، نحوه گذران اوقات فراغت، محیط مدرسه، نقش جغرافیایی محل سکونت فرد) و گرایش به

اعتیاد زنان تأیید نگردید. همچنین نتیجه حاصل از تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان می دهد که متغیرهای مستقل (عوامل فردی، اجتماعی، خانوادگی، اقتصادی و محیطی) توانستند تا ۸۲ درصد مقدار متغیر وابسته (اعتیاد زنان) را تبیین کنند.

کلمات کلیدی: اعتیاد زنان، عوامل اعتیاد، تحلیل جامعه شناختی

فصل اول

کلیات تحقیق

۱-۱- مقدمه

جهان در حال حاضر در کنار بحران تهدید بمب اتمی، بحران نابودی محیط زیست و بحران فقر جامعه، شاهد بحران اعتیاد است. موضوع مواد مخدر همراه با عوامل انفجار جمعیت و آلودگی محیط زیست، سه موضوعی است که کشورها هر یک به تنهایی نمی توانند از پس آن ها برآیند. پرسودترین تجارت های امروز دنیای ما، تجارت اسلحه و مواد مخدر یعنی کسب و کارهایی برای نابودی بشر است. این درحالی است که اعتیاد در عین حال مهم ترین و دردناک ترین معضل اجتماعی است. مصرف افراطی و روز افزون مواد مخدر به قدری است که دهه اخیر را عصر دارو نام گذاری کرده اند (رجعتی فاروجی، ۱۳۹۶: ۱).

اگرچه از دیرباز در تمام جوامع بشری سوء مصرف مواد به عنوان عادت غیراجتماعی و نامقبول تلقی شده است، اما با وجود این عدم مقبولیت، طبقات مختلف اجتماع با این مسئله به صورت جدی درگیر می باشند، به طوری که هم اکنون مردان و زنان زیادی، خصوصاً از سنین نوجوانی تا میان سالی مواد مخدر مصرف می کنند و به آن وابسته شده اند. این معضل یکی از آسیب های مهم اجتماعی است به طوری که نه تنها سلامت فرد و جامعه را به خطر می اندازد بلکه موجبات انحطاط روانی و اخلاقی افراد را نیز فراهم می آورد (مولوی و رسول زاده، ۱۳۸۳: ۵۰).

اعتیاد به مواد مخدر همه ساله باعث قربانی شدن ده ها هزار نفر از مردم جهان می شود و صدها میلیارد هزینه را به آن ها تحمیل می کند و خسارت عظیم و غیر قابل اندازه ای به افراد و خانواده ها و جامعه وارد می آورد. در ایران به علت قرار گرفتن بر سر راه ترانزیت مواد از افغانستان به سایر کشورهای دنیا و سایر عوامل مربوطه، سهم نایبیری از خسارت مواد مخدر به مردم می رسد (صدیق سروسستانی، ۱۳۸۶: ۱۷۳). اثر شیوع مصرف مواد مخدر و اعتیاد بر جامعه آن چنان مخاطره آمیز است که آن را به یکی از مسائل اصلی اجتماعی تبدیل کرده است، حتی افزایش بخش زیادی از جرائم در دهه های اخیر به مواد مخدر نسبت داده

شده است. مواد مخدر علاوه بر تاثیری که بر افزایش میزان جرائم و در نتیجه کاهش امنیت شهروندان دارد همه ساله بخش قابل توجهی از منابع انسانی و اقتصادی جوامع را به صورت مستقیم و غیر مستقیم به خود اختصاص می دهد (محمدپور و عبدالله زاده و حیدری، ۱۳۹۱: ۱۴۷). صرف نظر از علل سیاسی و اجتماعی، سودجویی یکی از علل مهم گسترش روزافزون اعتیاد است. سوداگران مرگ از ناآگاهی و مشکلات گوناگون جوانان برای گسترش و رونق بازارهای خود استفاده می کنند (آبایان، ۱۳۸۰: ۴۷).

زنان، نیمی از جمعیت جامعه و همه ی جوامع جهانی را تشکیل می دهند، سهم آنان در آسیب های اجتماعی کاملاً برعکس برخورداری ایشان از سایر جنبه های انسانی است. به عبارتی زنان، نخستین قربانیان بسیاری از آسیب ها و انحرافات اجتماعی می باشند. در این میان اعتیاد یکی از مهم ترین آن هاست (رجعتی فاروجی، ۱۳۹۶: ۱). زنان به علت داشتن وظایف مادری و گاهاً سرپرستی خانوار اگر به اعتیاد نیز مبتلا شوند موجب بروز درگیری های خانوادگی و اجتماعی برای شان می گردد و باعث می شود اعتماد خانواده نسبت به آن ها از بین برود و این زمینه فرار آن ها از خانواده را فراهم می آورد و در نتیجه زمانی که زنان حمایت مالی و عاطفی خانواده خود را از دست بدهند به ناچار برای تأمین مخارج زندگی و اعتیادشان به روسپیگری و یا دزدی روی می آورند. برخی از پیامدهای اعتیاد در میان زنان عبارتند از: مطرود گردیدن، ایجاد نسل معتاد، کاهش ارتباط با افراد عادی و افزایش ارتباط با افراد معتاد (برآهویی خوش روز، ۱۳۹۵: ۴). تحقیق حاضر به مطالعه جامعه شناختی وضعیت اعتیاد زنان و بررسی عوامل موثر بر آن در شهر گرگان در سال ۱۳۹۷ پرداخته است.

۱-۲- بیان مساله

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان نابسامانی اجتماعی پدیده ای است که بدان بلای خانمان سوز نام نهاده اند؛ زیرا ویران گری های حاصل از آن زمینه ساز سقوط بسیاری از ارزش ها و هنجارهای فرهنگی و اخلاقی می شود و سلامت جامعه را به مخاطره می اندازد. مسئله ی مواد مخدر و اعتیاد مدت هاست که به یکی از مسائل و مشکلات اصلی بسیاری از جوامع و در سال های اخیر به یک مسئله ی جهانی تبدیل شده است. اعتیاد به مواد مخدر یکی از مهم ترین آسیب های اجتماعی و از مصادیق عمده انحرافات محسوب می شود که می تواند پایه و اساس بسیاری از آسیب ها و معضلات اجتماعی در سطح جامعه شود (صدیق سروستانی، ۱۳۸۶: ۱۷۳). اعتیاد ناهنجاری روانی _ اجتماعی است که از مصرف غیرطبیعی و غیرمجاز برخی مواد مانند الکل، تریاک، حشیش و غیره ناشی شده است و باعث وابستگی روانی یا فیزیولوژی فرد مبتلا به مواد مذکور می شود. این وابستگی در عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی فرد

معتاد اثر ناپسندی برجای گذاشته و در موارد شدید حتی زندگی فردی و اجتماعی وی را به طور جدی تهدید می کند. اعتیاد به مواد مخدر یکی از مشکلات اصلی جامعه جهانی است. آمار روبه افزایش مصرف مواد مخدر در دنیای کنونی به گونه ای است که یکی از سم شناسان به نام لودوینگ بیان می کند: اگر غذا را مستثنی کنیم، هیچ ماده ای در روی زمین نیست که به اندازه مواد مخدر این چنین آسان وارد زندگی ملت ها شده باشد (پاک رای، ۱۳۹۵: ۱۲).

به مثابه ی یک مسئله اجتماعی، پدیده ای است که همراه با آن توانایی جامعه در سازمان یابی و حفظ نظم موجود از بین می رود، عملکرد بهنجار حیات اجتماعی مختل می گردد و باعث دگرگونی های ساختاری در نظام اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی یک اجتماع می شود (میری آشتیانی، ۱۳۸۵: ۴۱). عوامل مختلفی از جمله وجود فقر مالی، مشکلات خانوادگی، اختلافات زناشویی، وجود الگوهای نامناسب برای همسان سازی و مسئله ی بیکاری از عوامل عمده ی گرایش به اعتیاد می تواند محسوب شوند. زمینه نظری مطالعه نمایان گر آن است که عوامل مختلفی از جمله عوامل فردی (ویژگی های شخصیتی، ویژگی های جسمی، وضعیت روحی و روانی و ...)، عوامل اجتماعی (نگرش مثبت به اعتیاد، عدم آگاهی از مضرات مواد مخدر، معاشرت با دوستان ناباب، عدم پایبندی به مسائل اخلاقی و دینی و ...)، عوامل محیطی (خانواده، دوستان، در دسترس بودن مواد و نداشتن برنامه اوقات فراغت و ...)، عوامل خانوادگی (از هم گسیختگی خانواده، نابسامانی های خانواده، وجود فرد معتاد در خانواده، طلاق و دور بودن همسران از یکدیگر و ...) و عوامل اقتصادی (وضعیت شغلی نامناسب، عدم رضایت از میزان درآمد و ...) در گرایش به اعتیاد زنان مؤثر است. آمارها نشان گر این هستند که میزان مصرف مواد در بین جوامع مختلف به ویژه در میان نوجوانان و جوانان در دهه های اخیر افزایش چشم گیری داشته است. اعتیاد به مواد طیف وسیعی از مواد از قبیل مواد مخدر، مواد روان گردان و مواد توهم زا را در بر می گیرد. در آخرین آمار ی که سازمان ملل اعلام کرده است، ۱۸۵ میلیون نفر از جمعیت جهان به مصرف مواد مخدر طبیعی یعنی تریاک، هروئین، حشیش، ماری جوانا، گراس و کوکائین ادامه می دهند.

۴۰ میلیون نفر به مصرف داروهای روان گردان، شیمیایی و مصنوعی به نام آمفتامین ها و ۸ میلیون نفر به مصرف قرص های اکس می پردازند. در طی سال های ۱۹۹۴ تا ۱۹۹۹ آمار منتشر شده در ایالات متحده ی آمریکا حاکی از رشد ۳۷ درصدی شیوع وابستگی یا سوء مصرف مواد می باشد. برآورد شده است که در حدود ۴/۶ میلیون نفر در ایالات متحده از اختلالات سوء مصرف مواد و اختلالات روانی رنج می برند (دولت خواه، ۱۳۹۶: ۲). جمعیت ایران به علت همسایگی و هم مرزی با دوکشور عمده تولیدکننده مواد مخدر (افغانستان و پاکستان) همیشه در معرض خطر ابتلا به مواد بوده است. کشف مواد مخدر از رقم

نزدیک به ۵/۴ تن در سال ۱۳۵۳ به رقم ۱۹۴/۷ تن در سال ۱۳۷۶ رسید. دفتر مبارزه با مواد و جرم سازمان ملل متحد شمار مصرف کنندگان مواد مخدر را بین جمعیت ۱۵_۶۴ ساله سراسر جهان، ۲۰۸ میلیون یا ۰/۰۵ کل جمعیت جهان برآورد نموده است (پاک رای، ۱۳۹۵: ۱۳). در کشور ما آمارهای مربوط به سن شیوع یا شروع مصرف مواد مخدر کمتر سند علمی داشته اند. روند مطالعات نشان می دهد که سن مبتلایان به مواد مخدر رو به کاهش است به گونه ای که بعضی گزارشات نشان گر آن است که ۶۴ درصد معتادان اولین مصرف را در فاصله سال های ۱۶ تا ۲۵ سال آغاز نموده اند. بیش از ۹۵ درصد سیگاری ها قبل از ۱۹ سالگی مصرف را شروع کرده اند (دولت خواه، ۱۳۹۶: ۳). برخی گزارش های ارائه شده در کشور ما شمار مصرف کنندگان مواد را نزدیک ۱/۸ تا ۳/۳ میلیون نفر اعلام کرده اند. با توجه به آمارهای ارائه شده هرچند غیر دقیق می توان جمعیت زنان مصرف کننده مواد کشور را حدوداً ۱۱۴ هزار نفر یعنی ۶ تا ۸ درصد تخمین زد (پاک رای، ۱۳۹۵: ۱۳). درحالی که اکثر زنان معتاد به علت ترس از آبرو و خوردن برچسب اعتیاد خود را از دیگران پنهان می کنند و یا به علت بودن در شهرهای کوچک که در آنجا مرکز ترک اعتیاد مخصوص بانوان وجود ندارد، در نتیجه به مراکز درمانی آقایان مراجعه نمی کنند و این باعث می شود آمار واقعی زنان معتاد دقیق نباشد که خود موجب وارد شدن زیان های جبران ناپذیر فردی و اجتماعی خواهد بود. چه بسا که در این مدت افراد دیگری را نیز مبتلا به اعتیاد کنند و دچار و یا ناقل بیماری های عفونی مثل ایدز و هپاتیت شوند. از آنجایی که زنان وظیفه مادری و تربیت نسل آینده را به عهده دارند و وجود مادر معتاد در خانواده می تواند آسیب جدی را به همسر و فرزندان و در نتیجه به جامعه وارد کند معمولاً زنان معتاد نسبت به مردان معتاد بیشتر از اجتماع جدا بوده اند (برآهویی خوش روز، ۱۳۹۴: ۲۲). زنان، نیمی از جمعیت همه جوامع انسانی را تشکیل می دهند و این حقیقت آماری در واقع و در عمل، آن چنان که باید در تمام زمینه های حیات اجتماعی تعمیم داده نشده است. نکته ی مهم در اینجا است که سهم آنان در آسیب های اجتماعی کاملاً برعکس برخورداری ایشان از سایر جنبه های انسانی است. به عبارتی زنان نخستین قربانیان بسیاری از آسیب ها و انحرافات اجتماعی می باشند. در این میان سوء مصرف مواد اگر نه اولین و عمده ترین، بلکه مهم ترین آن هاست. تصور اکثر مردم جامعه در مورد سوء مصرف موادمخدر این است که عمدتاً پدیده ای مردانه است اما براساس دلایل متعدد سوء مصرف مواد زنان اهمیت فوق العاده ای در مقایسه با سوء مصرف مواد مردان داشته و زوایای آن به دلایل گوناگون از جمله ابا داشتن زنان جهت مراجعه به مراکز درمان و نوع نگاه جامعه به زنان مصرف کننده مواد، پنهان باقی مانده است. مصرف مواد در زنان نسبت به مردان افزون بر عوارضی مانند بیماری و مرگ، به دلیل احتمال حاملگی و بنابراین در معرض خطر قرار گرفتن جنین (تولد نوزاد با وزن کم، زایمان زودرس، سوء تغذیه، سقط جنین با ایجاد سندرم ترک نواد) اهمیت ویژه ای

دارد (پاک رای، ۱۳۹۵: ۱۴).

باتوجه به اعلام آمار مدیرکل تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۹۱ تعداد یک میلیون و ۳۲۵ هزار نفر در ایران به مصرف مواد مخدر اعتیاد دارند که از این تعداد حدود ۴۵ درصد مصرف کنندگان زیر ۲۹ سال و حدود ۳۰ درصد بین ۳۰ تا ۳۹ سال سن داشته اند. باتوجه به مطالب ارائه شده و اهمیت مصرف مواد در بین زنان و با توجه به موقعیت جغرافیایی استان گلستان این تحقیق درصدد است به این پرسش پاسخ دهد که چه عوامل و روندی در اعتیاد زنان مؤثر است؟

۱-۳- اهمیت و ضرورت تحقیق

اعتیاد و سوء مصرف مواد و اختلالات ناشی از آن یکی از معضلات شهری در سال های اخیر و از پیچیده ترین پدیده های انسانی است که به عنوان الگوی غیرانطباقی مصرف مواد منجر به بروز مشکلات مکرر شغلی، اجتماعی و قانونی می گردد. جامعه شناسان، متخصصان و سایر اندیشمندان درباره ی علل و گرایش به اعتیاد نظریه هایی ارائه داده اند که در یک تقسیم بندی به اجمال به سه قسمت تقسیم شده است: گروه اول عقیده دارند که چون این مواد وجود دارند و در دسترس افراد قرار می گیرند به سمت آن روی می آورند. گروه دوم آمادگی های روانی و ویژگی های شخصیتی را دلیل آن می دانند و گروه سوم بحران ها و نابسامانی های اجتماعی را عنوان می کنند که افراد برای کاهش درد به سوی اعتیاد روی می آورند. بدین ترتیب سوء مصرف مواد مشکلات اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و بهداشتی را در کشورها به وجود می آورد. نتایج تحقیقات نشان می دهد که گرایش به اعتیاد چند وجهی یا چند عاملی می باشد و عوامل مختلف مانند روانی، فرهنگی، اقتصادی، فردی و ژنتیکی در آن دخیل هستند (دولت خواه، ۱۳۹۶: ۷).

مصرف مواد مخدر عوارض فراوانی به دنبال دارد که در بسیاری موارد بنیاد خانواده را متلاشی می کند و در نهایت موجب مرگ معتاد و فلاکت هرچه بیشتر خانواده او می شود. به گفته معاون کاهش تقاضا و توسعه مشارکت های مردمی ستاد مبارزه با مواد مخدر بعد از مرگ و میرهای ناشی از تصادفات و سوانح جاده ای دومین عامل مرگ و میر در کشور ناشی از سوء مصرف مواد مخدر می باشد (پاک رای، ۱۳۹۵: ۱۴). براساس آخرین آمارها ۶۰ درصد از معتادان به مواد افیونی، مشکلات روان پزشکی و یک سوم معتادان دچار افسردگی هستند. از لحاظ اقتصادی براساس شاخص ۱۳۸۳، سالیانه ۱۰۰ هزار میلیارد تومان هزینه و خسارت برای امر مبارزه با مواد مخدر بر اقتصاد کشور تحمیل می شود. براساس تحقیقات سال ۱۳۹۵ خسارت ناشی از اعتیاد نسبت به سال ۸۳ به میزان ۱۶ درصد افزایش یافته است؛ یعنی این میزان برابر با ۱۶ درصد از تولید ناخالص ملی است. ضمن آنکه با ایجاد اختلال در سیستم اقتصادی کشور و درگیر شدن سرمایه های داخلی در معامله های غیرقانونی ناشی از خرید و فروش مواد

مخدر، سبب بروز مشکلات دیگری بر جامعه می شود (پاک رای، ۱۳۹۵: ۱۵).

امروزه در سراسر جهان در کنار رشد اعتیاد مردان، شاهد افزایش اعتیاد زنان و جرم های مربوط به مواد مخدر در آن ها هستیم. مطالعات در سایر کشورها نشان می دهد که تعداد زنان در زندان ها به دلیل جرم های مرتبط با مواد مخدر در حال افزایش است. آمارهای موجود در ایران نیز حکایت از آن دارد که اعتیاد زنان در جامعه در حال گسترش است. یکی از مهم ترین چالش های اعتیاد زنان سن پایین شروع مصرف مواد مخدر و روان گردان های خطرناک است. با وجود اینکه مردان ابتدا مصرف سیگار، قلیان و مواد مخدر سبک را آغاز می کنند، زنان با مواد خطرناکی مانند شیشه و هروئین شروع می کنند. ممکن است زنی قلیان یا سیگار مصرف نکرده باشد ولی معتاد به شیشه باشد. با وجود اینکه مطالعه هایی در رابطه با دلایل شکل گیری اعتیاد در زنان انجام گرفته شد، با این حال کمبود دانش در این زمینه وجود دارد. برخی از مطالعه های اخیر داشتن خانواده مصرف کننده، دوستان شبکه های اجتماعی مصرف کننده، خصوصا دوستان غیر همجنس را مهم ترین انگیزه های بیرونی و کنجاوی و تمایلات شخصی را مهم ترین انگیزه ی درونی جهت شروع اولیه در زنان گزارش دادند (میرزاخانی، ۱۳۹۵: ۲۲). با توجه به شیوع بالای وابستگی به مواد و دشواری های درمان آن، تلاش در جهت شناسایی عوامل خطر ابتلا به این مشکل در جمعیت های مختلف بسیار ضروری است (دولت خواه، ۱۳۹۶: ۷).

۱-۴- اهداف تحقیق

هدف کلی:

__ بررسی جامعه شناختی وضعیت اعتیاد زنان و عوامل مؤثر بر آن در شهر گرگان

اهداف جزئی:

- ۱_ شناخت رابطه بین عوامل فردی و گرایش زنان به اعتیاد به مواد مخدر
- ۲_ شناخت رابطه بین عوامل اجتماعی و گرایش زنان به اعتیاد به مواد مخدر
- ۳_ شناخت رابطه بین عوامل محیطی و گرایش زنان به اعتیاد به مواد مخدر
- ۴_ شناخت رابطه بین عوامل خانوادگی و گرایش زنان به اعتیاد به مواد مخدر
- ۵_ شناخت رابطه بین عوامل اقتصادی و گرایش زنان به اعتیاد به مواد مخدر

۱-۵- فرضیه های تحقیق

الف) فرضیه اصلی:

__ بین عوامل ساختاری (فردی، اجتماعی، خانوادگی، محیطی و اقتصادی) و گرایش زنان به اعتیاد رابطه معناداری وجود دارد.

ب) فرضیه های فرعی:

__ بین عوامل فردی و گرایش به اعتیاد زنان رابطه معناداری وجود دارد.

__ بین عوامل اجتماعی و گرایش به اعتیاد زنان رابطه معناداری وجود دارد.

__ بین عوامل محیطی و گرایش به اعتیاد زنان رابطه معناداری وجود دارد.

__ بین عوامل خانوادگی و گرایش به اعتیاد زنان رابطه معناداری وجود دارد.

__ بین عوامل اقتصادی و گرایش به اعتیاد زنان رابطه معناداری وجود دارد.

۱-۶- متغیرهای تحقیق

الف) متغیر مستقل: عوامل فردی، اجتماعی، محیطی، خانوادگی، اقتصادی

ب) متغیر وابسته: اعتیاد زنان

۱-۷- تعریف مفاهیم و متغیرها

__ اعتیاد

در سال ۱۹۵۰ سازمان ملل متحد تعریف زیر را برای اعتیاد به مواد مخدر ارائه کرد: ی اعتیاد به مواد مخدر عبارت است از مسمومیت تدریجی یا حادی که به علت استعمال مداوم یک دارو اعم از طبیعی یا ترکیبی ایجاد می شود و به حال شخص یا اجتماع زیان آور باشد. در سال ۱۹۶۴ سازمان بهداشت جهانی به این نتیجه رسید که واژه اعتیاد علمی نیست و اصطلاح وابستگی به مواد مخدر را جایگزین نمود. برای

توصیف چیزهای مختلف وابستگی از دو مفهوم وابستگی روانی و رفتاری استفاده می شود. مفهوم وابستگی روانی یا میل شدید و مستمر برای مواد به منظور پرهیز از حالت ملال مشخص می شود در حالی که وابستگی جسمی به اثرات جسمانی دوره های متعدد سوء مصرف مواد اطلاق می شود. وابستگی رفتاری نیز بر فعالیت و تلاش های موادجویی و شواهد مربوط به الگوی مصرف بیمارگونه تأکید می کند. در تعریف اعتیاد می گویند: استفاده مکرر و زیاد از یک دارو یا ماده شیمیایی که محرومیت از آن موجب بروز نشانه های در ماندگی و میل غیرقابل مقاومت به استفاده مجدد از آن ماده شده، منجر به تباهی سلامت جسمانی و روانی می گردد. اعتیاد یک رفتار است نه یک رفتار معمولی، بلکه یک رفتار اجتماعی؛ زیرا به شکل اجتماعی و در رابطه با دیگری ساخته می شود. از آنجایی که اعتیاد یک رفتار اجتماعی است متأثر از ذهنی است که معتاد است و فرد معتاد را هدایت می کند. این ذهن معتاد متأثر از محیط های اطراف خود از جمله خانواده است (صالحی، ۱۳۷۱. به نقل از گروسی و دولت آبادی، ۱۳۹۰: ۵۶).

__ عوامل فردی

عوامل فردی یعنی ویژگی های فردی و هویتی فرد که می تواند از عوامل احتمالی و مهم اعتیاد به شمار آید. در این تحقیق ویژگی های شخصیتی، ویژگی های جسمی، وضعیت روحی و روانی، مصرف برای خواص درمانی، مصرف برای تحمل مشکلات زندگی، شکست عشقی، نقص جسمانی، به عنوان عوامل فردی محسوب می شوند.

__ عوامل اجتماعی

منظور از عوامل اجتماعی اشاره به تأثیر مسائل اجتماعی موجود در شکل گیری پدیده اعتیاد دارد. در واقع عوامل اجتماعی، زمینه اجتماعی شکل دهنده رفتار و افکار را مد نظر دارد. این در حالی است که آراء چشم گیری در این زمینه وجود دارد که اجتماع درگیر با اعتیاد را جامعه ای ناتوان و ضعیف می دانند. در این تحقیق در دسترس بودن مواد، عدم آگاهی از مضرات مواد مخدر، معاشرت با دوستان ناباب، عدم پایبندی به مسائل اخلاقی و دینی، بیکاری و عدم اشتغال، از عوامل اجتماعی مورد بررسی محسوب می شوند.

__ عوامل محیطی

برخی از عوامل محیطی در ترغیب افراد به رفتارهای خاص نقش دارند. به طوری که برخی محققان پدیده های اجتماعی را تابع متغیر زمان و مکان می دانند. تأثیر محیط در جامعه پیوسته در حال تغییر است. گاهی تحولات و شرایط محیطی سبب حالت خطرناکی گشته و افراد را به ارتکاب جرم و یا پدیده هایی مانند اعتیاد سوق می دهند. متغیرهایی مانند: نامناسب بودن محل سکونت، در تماس بودن با فضاهای آلوده، عدم وجود فضاهای مناسب گذران اوقات فراغت در تحقیق حاضر از عوامل محیطی محسوب می شوند

_ عوامل خانوادگی

خانواده اولین مکان رشد شخصیت و باورها و الگوهای رفتاری فرد است. ناآگاهی والدین، ارتباط ضعیف والدین با فرزندان و خانواده آشفته و از هم گسیخته، احتمال ارتکاب به انواع بزهکاری ها مانند سوء مصرف مواد مخدر را افزایش می دهد. آسان گیری بیش از حد و عدم نظارت در خانواده، مشغله ی پدر یا مادر، وجود ضعف های شخصیتی در والدین، عدم نظارت والدین بر دوستان فرزندان، محدودیت شدید در خانواده، اعتیاد یکی از اعضای خانواده، از عوامل دیگر گرایش به اعتیاد به خصوص در میان دختران و زنان است.

_ عوامل اقتصادی

عوامل اقتصادی عبارت است از: زمینه های اقتصادی که در شکل دهی به سبک زندگی و رفتار فرد نقش دارد. فقر، بیکاری، گدایی و ولگردی، بحران های اقتصادی، سودجویی و خرید و فروش مواد مخدر، تبعیض طبقاتی

و مشکلات مالی از عوامل مهم کشنده شدن فرد به سوی مواد مخدر است.

فصل دوم

ادبیات تحقیق، پیشینه و

مبانی نظری آن

۲-۱- مقدمه

تحقیق مانند هر کار دیگری، دانشی است که مستلزم شناخت اصول، قواعد و روش‌هایی می‌باشد و پژوهشگر با فراگرفتن و قبول کردن آن اصول، علاوه بر اعتبار بخشیدن به دستاوردهای تحقیقاتی خویش و دستیابی به نتایج جدید به ترمیم خطاهای پیشین خود یا دیگران توفیق می‌یابد. هدف از این فصل که با عنوان ادبیات تحقیق، پیشینه و مبانی نظری آن می‌باشد، ارائه مفهوم متغیرها و مطالب مرتبط با آن و همچنین بررسی یافته‌های تحقیقات دیگر محققان داخلی و خارجی می‌باشد. لذا در این فصل ابتدا مفاهیم

مرتبط را بیان نموده و پس از ذکر مطالبی در مورد متغیرها به خلاصه تحقیق های مرتبط صورت گرفته در رابطه با موضوع تحقیق حاضر پرداخته می شود. در واقع مرور ادبیات نظری به محقق کمک می کند تا بتواند ابعاد موضوع مسئله تحقیق را بهتر درک کند و در میدان مطالعه با ذهن باز و منعطف تری به بررسی مسئله بپردازد.

الف) ادبیات تحقیق

۲-۲-۲- اعتیاد

اعتیاد به معنای خو گرفتن و عادت کردن می باشد، به طوری که عدم دسترسی به آن، موجب بروز علائم محرومیت می شود. به عبارت دیگر تسلیم شدن در برابر ماده مخدر که از نظر جسمی و یا اجتماعی زیان آور شمرده می شود، اعتیاد نام دارد. بیماری اعتیاد مدارهای عصبی مربوط به نظام پاداش، انگیزش و حافظه را در مغز دچار اختلال کرده و اختلال در این سیستم ها در مغز باعث بروز عوارض بیولوژیکی، فیزیولوژیکی، اجتماعی و روحی می گردد. در کشور ما، سیگاری ها سالیانه ده ها میلیارد ریال را دود می کنند (صدیق سروستانی، ۱۳۸۶: ۱۷۶). در سال ۱۹۵۰ سازمان ملل متحد تعریف زیر را برای اعتیاد به مواد مخدر ارائه کرد: ی اعتیاد به مواد مخدر عبارت است از مسمومیت تدریجی یا حادی که به علت استعمال مداوم یک دارو اعم از طبیعی یا ترکیبی ایجاد می شود و به حال شخص و اجتماع زیان آور است. اعتیاد عبارت است از یک پدیده زیستی که به بدن امکان می دهد خود را به تدریج با پاره ای مواد سمی سازش دهد و مصرف روزمره از این مواد را که برای یک موجود زنده به کلی کشنده است، تحمل کند (ستوده، ۱۳۸۰: ۱۹۱). از سال ۱۹۶۴ میلادی، سازمان بهداشت جهانی، استفاده از عبارت وابستگی دارویی یا وابستگی به دارو را به جای اصطلاح اعتیاد توصیه نموده است. برای تشخیص اعتیاد پنج معیار ذکر گردیده است:

۱_ تحمل؛ عادت به مصرف یک ماده پس از مدتی منجر به کاهش تأثیر آن ماده شده و در نتیجه موجب افزایش تدریجی مقدار ماده مصرفی به منظور دستیابی به تأثیرات دلخواه می شود.

۲_ پیدایش حالت خماری، در صورت عدم مصرف یا کاهش مقدار مصرف.

۳_ تمایل دائم و تلاش های ناموفق برای کاهش یا قطع مصرف ماده.

۴_ مختل شدن فعالیت های اجتماعی، شغلی و تفریحی.

۵_ تداوم مصرف ماده علی رغم آگاهی از عوارض آن (عفتی، ۱۳۷۹: ۴_ ۵).

اعتیاد یک ناهنجاری با نشانه های بالینی، رفتاری و شناختی است که در ایجاد آن، عوامل اجتماعی و روانشناختی از یک طرف و عوامل زیست شناختی و داروشناختی از طرف دیگر نقش دارند. عوامل اجتماعی بیشتر در شروع مصرف و عوامل زیست شناختی در ادامه وابستگی مطرح هستند. اعتیاد پاسخ فیزیولوژیک بدن است به مصرف مکرر مواد اعتیادآور، این وابستگی از طرفی باعث تسکین و آرامش موقت و گاهی تحریک و نشاط گذرا برای فرد می گردد و از طرف دیگر، بعد از اتمام این اثرات سبب جست و جوی فرد برای یافتن مجدد ماده و وابستگی مداوم به آن می شود، در این حالت فرد هم از لحاظ جسمی و هم از لحاظ روانی به ماده مخدر وابستگی پیدا می کند و مجبور است به تدریج مقدار ماده مصرفی را افزایش دهد. اعتیاد به عنوان یکی از بحران های چهارگانه قرن بیست و یکم همه جوامع را درگیر کرده است. شمار معتادین ایران در سال ۱۳۳۰ بیش از ۱/۵ میلیون نفر (۷ درصد جمعیت کشور) بود. در سال ۱۳۵۸، پس از انقلاب اسلامی و مبارزه ای جدی علیه توزیع و تولید مواد مخدر، این میزان به ۲ میلیون نفر (۴ درصد کل جمعیت) رسید. در سال ۱۳۸۰ آمار رسمی شیوع مصرف مواد مخدر در ایران از ۱/۲ تا ۳/۳ میلیون نفر متفاوت است (شمس میمندی و دیگران، ۱۳۸۷: ۸۱).

مدیر کل دفتر تحقیقات و آموزش ستاد

مبارزه با مواد مخدر با بیان اینکه هنوز تریاک بیشترین نوع مواد مخدری است که در ایران مصرف می شود، مصرف چند ماده ای را مشکل جدید در حوزه مبارزه با مواد مخدر کشور عنوان کرد. به گزارش حمیدرضا صرامی، جوانان و نوجوانان را آسیب پذیرترین قشر در برابر اعتیاد دانست و گفت: امروز ۲ میلیون و ۸۰۰ هزار نفر در ایران به عنوان مصرف کننده مواد مخدر شناخته می شوند که الگوی مصرف تریاک به عنوان ماده مخدر سنتی ۵۳/۳ درصد، گل حشیش ۱۱ درصد و شیشه ۸/۱ درصد است. وی با اشاره به اینکه ۲۰ درصد مصرف کنندگان مواد مخدر دارای مدرک فوق دیپلم به بالا و ۱۵۶ هزار نفر از کل مصرف کنندگان زن هستند، میانگین شروع مصرف مواد را بین ۲۰ تا ۲۴ سال عنوان کرد. وی شانس مصرف مواد در خانواده ای دارای مشکل را ۲/۲۱ درصد بیشتر از سایر خانواده ها عنوان کرد و دانش آموزانی که با والدین مشکل دار زندگی می کنند، ۲/۶۷ درصد تمایل بیشتری به استفاده از این مواد دارند (اقتصاد نیوز، ۹۷/۵/۱۹).

۲-۳- معتاد

معتاد فردی است که از راه های گوناگون نظیر خوردن، دود کردن یا استنشاق یک یا چند ماده مخدر را با هم و به صورت مداوم مصرف می کند و در صورت قطع آن، با مسائل جسمانی، رفتاری یا هر دو مواجه می شود. به عبارتی می توان گفت معتاد فردی است که ماده شیمیایی خاصی را استفاده کرده و به آن وابستگی دارویی پیدا می کند؛ به این معنی که با قطع آن ماده تظاهرات فیزیولوژیکی غیر ارادی در او پیدا می شود (آقابخشی، ۱۳۷۹: ۹). معتادان به مواد مخدر در یک تقسیم بندی به دو گروه معتادان تفتنی و دائمی تقسیم می شوند. معتاد تفتنی فردی است که وابستگی عمیق به مواد مخدر ندارد و فقط در برخی مواقع آن را مصرف می کند. میانگین مصرف این افراد در هر ماه حداکثر ۴ بار و هر نوبت ۱ تا ۳ گرم (معمولاً تریاک) می باشد. معتاد دائمی فردی است که در اثر مصرف مکرر و مداوم مواد، دچار وابستگی به مواد است که به دو صورت فکری، روانی یا جسمی ایجاد می شود. وابستگی فکری ایجاد حالتی است که شخص پس از مصرف ماده مورد نظر، احساس رضایت و اقناع می کند، در این حالت میل فراوانی نسبت به مصرف مجدد مواد در شخص به وجود می آید. وابستگی جسمی نیز حالتی است که پس از مصرف مکرر مواد در فرد ایجاد می شود و در صورت عدم مصرف یا خنثی شدن اثر آن ماده، وی دچار اختلالات شدید جسمی نظیر پادرد، آب ریزش بینی، بی قراری، دل پیچه و ... می شود (آقابخشی، ۱۳۷۹: ۱۳).

۲-۴- خصوصیات افراد معتاد

- _ عدم توجه لازم به آراستگی سر و وضع ظاهری
- _ داشتن رفتارها و حرکات بی هدف و مشکوک
- _ به عهد و پیمان خود عمل نکردن
- _ زیاد توالی رفتن و طولانی بودن زمان آن
- _ وجود لکه های غیرمتعارف بر روی زبان
- _ وجود علائم سوختگی بر روی بدن خصوصاً لب ها و انگشت ها
- _ وجود نشانه های سوختگی بر روی لباس، فرش و پتو
- _ داشتن حالت خواب آلودگی و چرت زدن بی موقع و غیرمعمول
- _ کاسته شدن اشتها در این افراد

- _ عدم حفظ بهداشت و مراقبت های پزشکی
- _ داشتن خلق و خوی متغیر و کوتاه بدون فاصله عصبانیت و سر حال بودن آنها
- _ وضعیت غیر طبیعی دندان ها
- _ وجود آثار تزریق بر روی اعضای بدن
- _ داشتن شانه های افتاده و سر های متمایل به پایین و زانوهای خم
- _ کشیده شدن پا بر روی زمین هنگام راه رفتن
- _ گرفتگی صدا و لرزش آن و تلفظ غیر صحیح برخی از حروف هنگام صحبت کردن
- _ غیبت های متوالی در محل کار و تحصیل یا خانه
- _ بی علاقه بودن نسبت به کار و انجام وظیفه و در نتیجه پایین آمدن راندمان کار یا افت تحصیلی
- _ تغییر رنگ چهره خصوصاً لب ها، تغییر حالت غیر طبیعی مردمک چشم، خماری چشم ها و پایین آمدن پلکها
- _ خیره شدن غیر معقول به یک نقطه و عکس العمل های همراه با شک و تردید
- _ این افراد از کارهای دشوار و سنگین که مستلزم صرف انرژی است طفره می روند
- _ به نوعی دروغگویی و یاوه گویی مبتلا هستند
- _ این افراد به طور غیر متعارف و کاملاً مشکوکی لاغر می شوند و چشم هایشان گود می افتد (کارگر، ۱۳۷۹: ۲۰-۲۲).

۲-۵- تاریخچه اعتیاد در جهان

استعمال مواد مخدر بسته به نوع فرهنگ در هر جامعه متفاوت است. نقش گیاه خشخاش بر روی لوحه های گلی و کتیبه های سنگی بیانگر آگاهی اقوام گذشته از این گیاه و خواص آن می باشد حداقل حدود هفت هزار سال پیش انسان از شیره تریاک، تریاک و دانه های خشخاش به انحاء مختلف به عنوان داروهای ضد درد و شفا بخش امراض استفاده می کرده اند (میر علی، ۱۳۸۴: ۴۹). سومریان از کهن ترین اقوام هستند که از تریاک استفاده می کردند و از آن به نام گیاه شادی بخش نام می بردند. مجارستان اولین کشور اروپایی است که گیاه خشخاش را هزار و دویست سال پیش از میلاد مسیح می شناختند و از شیره ی آن استفاده می کردند (برفی، ۱۳۸۴: ۵۸). انگلیس اولین کشور استعمارگر بود که با استفاده از مواد مخدر بر

کشورهای جهان سوم تسلط پیدا کرد و به وسیله ی کمپانی هند شرقی باعث رواج این ماده افیونی در کشورهای چین و هندوستان شد به طوری که جنگ تریاک در چین به وقوع پیوست و باعث اعتیاد ۴۰ میلیون چینی شد. در سال ۱۸۶۰ مافیا که پشتیبان توده ها بود، منحرف می شود و به تشکیلات ضد بشری تبدیل می گردد. موسولینی این سازمان را در ایتالیا از بین برد اما مافیا وارد آمریکا شد. جامعه ملل در برابر این هجوم مافیایی مواد مخدر عکس العمل نشان داد و طی قرارداد ۲۳ ژانویه ۱۹۱۲ در لاهه به امضای جمعی از کشورها رسید اقدام به محدود کردن کشت و تجارت تریاک نمود و جمع زیادی از کشورها به جمع مبارزه کنندگان مواد مخدر پیوستند (برفی، ۱۳۸۴: ۶۴). پس از پایان جنگ جهانی دوم، تایلند، لائوس و برمه مرکز فعالیت مافیا گردید و مناطق مذکور را "مثلث طلایی" نامیدند. در سال ۱۹۴۹ که انقلاب سوسیالیستی چین به پیروزی رسید در حدود ۵۰ میلیون نفر در چین معتاد به مواد مخدر بوده اند. مائو رهبر انقلاب چین، مبارزه سخت و جدی بر علیه گروه های سازمان یافته قاچاقچیان مواد مخدر را آغاز و ضربه ای هولناک بر معتادین و قاچاقچیان و سوداگران وارد آورد. در خاورمیانه نیز به علت

جنگ داخلی در افغانستان در حدود دو میلیون نفر مهاجر افغانی در پاکستان به سر می برند که بین افغانستان و پاکستان در رفت و آمد می باشند و مواد مخدر را از افغانستان به پاکستان حمل می کنند و این دو کشور "هلال طلایی" نامیده می شوند. پس از فروپاشی اتحاد جماهیر شوروی در سال ۱۹۹۱ سازمان مافیا و سایر قاچاقچیان با استفاده از بی نظمی، اختلافات قومی و مذهبی در بعضی از کشورهای مستقل مشترک المنافع، مسیر جدیدی را از شمال افغانستان برای عبور از کشورهای مذکور برای حمل مواد مخدر به اروپا گشودند به طوری که تاجیکستان، ازبکستان، قزاقستان، ارمنستان، اوکراین و آذربایجان مسیر ترانزیت مواد مخدر به اروپا شده است (برآهویی خوش روز، ۱۳۹۵: ۱۳). به نقل از دانش، ۱۳۷۹: (۴۷). در دوران تشنجات جهانی ایتالیا، انگلیس، فرانسه و آلمان مرکز فعالیت مافیا

شد. اسپانیا به دلیل داشتن سواحل طولانی در دریای مدیترانه و اقیانوس اطلس یکی از پایگاه های قاچاقچیان مواد مخدر در اروپا به شمار می رود. در قاره آفریقا نیز سازمان مافیا با استفاده از جنگ های داخلی، فقر و هرج و مرج در کشورهای آفریقایی، سعی در گسترش کشت خشخاش در قاره مذکور از جمله اوگاندا، زامبیا، نیجریه، کنگو و آفریقای جنوبی را دارد. در قاره آمریکا مصرف آمفتامین در بین معتادان رو به ازدیاد است. در ایالات متحده آمریکا که سازمان مافیا فعالیت گسترده دارد، مصرف انواع مواد مخدر حتی در بین دانش آموزان متداول است. کوکائین از کلمبیا و ونزوئلا، هروئین از شرق آسیا و مکزیک وارد آمریکا می شود. کوکائین بیش ترین نوع مواد مخدر مصرفی در آمریکا می باشد (برآهویی خوش روز، ۱۳۹۵: ۱۴). به نقل از دانش، ۱۳۷۹: (۷۰).

۲-۶- تاریخچه اعتیاد در ایران

در ایران باستان در کتاب اوستا از گیاه کانابیز (شاهدانه) که به عنوان یک ماده بی حس کننده مرسوم بوده، نام برده شده است. در قرن های ۵ و ۶ نیز بنابر اظهار نظر بعضی از مورخین، فرقه اسماعیلیه از این ماده مخدر به منظور تخدیر پیروان خود استفاده می کردند. در ایران گیاه کوکنار و شیره آن یعنی تریاک در ابتدای دوران اسلامی شناخته شده بود و بر اساس نظر علی اکبر دهخدا، ابوعلی سینا و رازی اولین کسانی بودند که خواص تریاق یا تریاک را ذکر کردند. در دوران باستان از بنگ نیز نام برده شده است (میرعلی، ۱۳۸۴: ۴۲).

در عصر صفوی مواد مخدر به صورت گسترده ای در ایران رواج داشت به طوری که در شهر، محله هایی به نام کوکنارخانه ایجاد شد و اکثر مقامات و شاهزادگان دربار از مواد مخدر استعمال می کردند. حکومت نیز بدون در نظر گرفتن مضرات تریاک به خاطر درآمدزایی بیشتر مردم را وادار به مصرف مواد مخدر می کرد (شاکرمی، ۱۳۸۶: ۴۹). در دوران قاجاریه مصرف مواد مخدر به صورت امروزی در دوره ناصرالدین شاه با فعالیت استعمارگران انگلیس شکل گرفت و در واقع مواد مخدر شکل سیاسی به خود گرفت. کشت خشخاش توسط امیرکبیر در این دوره انجام و صادرات این محصول به خارج از کشور از جمله هند نیز شروع شد. با وجود ممانعت دولت هند از ورود تریاک، امیرکبیر توسط شیل، وزیر مختار انگلیس در ایران توانست نظر دولت هند را نسبت به این موضع تغییر دهد و وی را وادار به وارد کردن تریاک از ایران کند. ورود کارگران هندی به ایران نیز به علت کشیده شدن خطوط ارتباطی بین هند و انگلیس که از ایران می گذشت باعث گسترش مصرف تریاک در ایران شد (میرعلی، ۱۳۸۴: ۴۷). در سال ۱۳۲۹ قانونی در خصوص انحصار کشت خشخاش و خرید سوخته توسط مأموران مالیه تصویب و کشت خشخاش در انحصار دولت درآمد. در دوره پهلوی در سال ۱۳۵۰ هروئین به ایران وارد و گسترش یافت در این زمان به علت جنگ جهانی دوم و ورود سربازان انگلیسی به ایران انواع مواد مخدر وارد شد. وقوع جنگ و فشارهای اقتصادی بر حکومت باعث شد دسترسی به تریاک برای معتادین آزاد شود اما در سال ۱۳۳۴ مجدداً قانون منع کشت خشخاش به تصویب رسید و تریاک که از انحصارات وزارت دارایی بود، زیر نظر وزارت بهداشتی قرار گرفت (برآهویی خوش روز، ۱۳۹۵: ۱۵ به نقل از دانش، ۱۳۷۹: ۲۰). مبارزه با مواد مخدر در بعد از انقلاب اسلامی با تشکیل ستاد مبارزه با مواد مخدر شروع و در تاریخ ۵۹/۳/۱۹ لایحه قانونی تشدید مجازات

مرتکبین جرائم مواد مخدر و اقدامات تأمینی و درمانی به منظور مداوا و اشتغال به کار معتادین به تصویب رسید و کلیه قوانین قبلی ملغی الاثر شد (شاکرمی، ۱۳۸۶: ۶۰). طبق قانون خرداد ماه ۱۳۵۹ سهمیه تریاک معتادان مجاز لغو و دوره ای به مدت ۶ ماه به عنوان ترک اعتیاد مقرر شد. پس از اتمام مهلت قانونی ۶ ماهه، درمان به پایان رسید و از آن پس، اعتیاد جرم و معتاد مجرم شناخته شد. در سوم آبان ۱۳۶۷ قانون دیگری تحت عنوان قانون مبارزه با مواد مخدر توسط مجمع تشخیص مصلحت نظام به تصویب رسید. این قانون طی ۷ سال اول تمام توان خود را بر روی مقابله های نظامی و اقدامات اجرایی معطوف کرده بود. تا سال ۱۳۷۳ لزوم توجه به موضوع پیشگیری به عنوان یکی از حلقه های مفقوده مطرح شد. از سال ۱۳۷۵ مراکز سرپایی معتادان به سرعت گسترش یافت (برآهویی خوش روز، ۱۳۹۵: ۱۵). به نقل از خادمیان و قناعتیان، ۱۳۸۷: ۶۶).

۲-۷- تاریخچه اعتیاد زنان

تاریخچه استفاده زنان از الکل و دیگر مواد یکی از وقایعی است که یا نادیده گرفته شده و یا تبیین های تحریف آمیزی در مورد آن ارائه شده است. در گذشته، زنان الکلی یا معتاد هم وجود داشته اند اما حاضر به پذیرش این موضوع نبوده اند. در اواخر قرن نوزدهم، زنان، مصرف کنندگان ترکیبات گیاهی بوده اند، این ترکیب شربتی بود که "سرخی را بر گونه های خانم ها می انداخت" و این البته ناشی از ۳۰ درصد الکل آن بود. اگرچه خانم های متشخص می توانستند آن را به عنوان دارو مصرف کنند اما در حضور مردان از آن استفاده نمی کردند. خود زن آن را به عنوان اعتیاد قبول نداشت، چون اعتیاد نه در شأن یک خانم و نه از نظر اخلاقی قابل دفاع بود. زنان ممکن بود مریض شوند و داروهای را به صورت مرتب مصرف کنند تا از درد و رنج آنها بکاهد. اما نوشیدن الکل هرگز به عنوان یک دارو سفارش نشده بود. الکلی بودن بیماری تلقی نمی شد و یک شکست اخلاقی و نشانه ضعف مردانگی بود و دور از ویژگی هایی بود که از یک زن ایده آل انتظار می رفت. نوشیدن الکل برای مردان در مراسم اجتماعی و فرهنگی صورت می گرفت و با خود مفاهیم تهاجم، استقلال و حاکمیت را در پی داشت. از مردان انتظار می رفت توانایی کنترل خود را داشته باشند. زنان از نظر تاریخی به عنوان خانه دار و پرستار در نظر گرفته شده اند. دیدگاهی که زنان را منفعل و زیر سلطه و فرمانبردار در نظر می گرفت و هیچ موقعیت اجتماعی و یا موقعیت معاشرتی نزدیکی که در آن زنان به نوشیدن مواد الکلی روی آورند، وجود نداشت. پس آنها

مجبور بودند به طور مخفی به نوشیدن الکل روی آورند (سلیمی و داوری، ۱۳۸۰: ۴۰). تا اواخر قرن نوزدهم زنان به عنوان جنس دوم و طفیلی مردان و فرمانبردار آنها انگاشته می شدند. بنابراین استفاده زنان از مواد متناسب با نقش درجه دوم آن ها قابل قبول بود. تاریخچه اعتیاد زنان با گمنامی آن ها همراه بود. زنان معتاد همواره وجود داشته اند اما نه به صورت آشکار و نه در یک گروه. استفاده آنان از مواد در صورت پذیرش آنان باید به گونه ای توجیه می شد که موقعیت نابرابر، غیر رقابتی و ایده آل آنان را حفظ می کرد، همچنین دلیلی بر ناتوانی جنسی آنان تلقی می شد. استفاده از مواد به صورت هایی پنهانی، تحت عنوان استفاده از دارو هم وجود داشته است (سلیمی و داوری، ۱۳۸۰: ۳۰). دومقولگی زبان و معنی، انکار، انگ و موقعیت اقلیت زنان، باعث به وجود آمدن گروهی از افراد الکلی گمنامی شد که مبتنی بر تجربه مردانه بود و AA نام داشت. از همان اول در سال ۱۹۵۳ از زنان عضو می پذیرفت. اما آن ها همیشه به دلیل قلت تعداد و هم به دلیل نبود دید مربوط به اعتیاد زنان، در اقلیت بودند. این دیدگاه که زنان معتاد نمی شوند در صورتی می توانست ادامه یابد که زنان الکلی را به عنوان زنان شکست خورده مستثنی می کرد. بنابراین در ابتدا زنان در گروه AA به عنوان زیرمجموعه و احتمالاً با نیازهای ویژه وارد شدند، اما تجربه آنها در مورد اعتیاد می بایست با رویکرد مردانه سلطه، جور می بود. به هر حال در AA هیچ یک از زنان با نوشیدن بی رویه و بدون کنترل موافق نبودند. سال ها زنان در گروه AA در اقلیت بودند. در اولین چاپ کتاب BIG BOOK به شرح حال یکی از این زنان پرداخته شد و سپس به مرور زمان بر میزان آنان افزوده شد. سال ۱۹۹۸ در ارزیابی ای که از گروه AA به عمل آمد، زنان ۳۴ درصد کل افراد زیر ۳۰ سال را در گروه داشتند، از آن جا که جلسه های الکلی ها و بیشتر ادبیات آن ها متوجه تجربه مردان بود، جای شگفتی نیست که تحقیق های اولیه و ارجاعات بالینی آنان زنان را زیر مجموعه ای در زیر سلطه مردان می نگریست (محمدی نیکو، ۱۳۹۴: ۳۰ به نقل از رضایی، ۱۳۸۸: ۲۰). اگرچه زنان امروزه به عنوان گروهی از معتادین شناخته شده اند اما هنوز زنانی که دچار اعتیاد هستند، هم توسط خود و هم توسط دیگران به عنوان افرادی در نظر گرفته می شوند که شکست خورده اند، اما این مسأله برای مردان صادق نیست (ممتاز، ۱۳۸۱: ۴۵).

۲-۸- مواد مخدر و انواع آن

لغت شناسان برای مواد مخدر حداقل دو معنی ذکر کرده اند؛ یکی پوشش که براساس این معنی، مواد مخدر یعنی موادی که مراکز حسی و ادراکی را می پوشاند و فعالیت طبیعی آن را محدود می سازد. گوئی مواد مخدر پرده ای است که بر روی احساس و ادراک انسان کشیده می شود و مانع فعالیت و کارائی آن

می‌گردد. معنی دیگر این واژه، رخوت و سستی و بی‌حسی است. براساس این معنی، مواد مخدر یعنی موادی که اعصاب انسان را دچار سستی و بی‌حسی می‌کند و سازمان بهداشت جهانی هم مواد مخدر را موادی دانسته است که باعث خواب‌آلودگی، تسکین درد و ایجاد نقص در حرکات ارادی می‌شود، مانند تریاک، مورفین، هروئین، متادون و کدئین (کارگر، ۱۳۷۹: ۱۸).

مواد مخدر دارای انواع و مشتقات متعددی است که تعداد شناخته شده آن حدود ۱۰۵ نوع است. مواد مخدر را به طرق مختلف تقسیم بندی کرده اند، برخی از مواد فقط وابستگی روانی ایجاد می‌کنند مثل حشیش، ولی تعدادی از آنها هم وابستگی روانی و هم جسمی ایجاد می‌کنند مثل تریاک و هروئین. از نظر طرز مصرف؛ مواد مخدر به صورت خوردنی، آشامیدنی، تزریقی، استنشاقی و مقعدی استفاده می‌شوند. طبقه بندی براساس منشأ مواد؛ براین اساس مواد یا منشأ طبیعی دارند و یا مصنوعی هستند. مواد مخدر طبیعی: به موادی گفته می‌شود که مستقیماً در طبیعت وجود دارند و با اعمال فیزیکی و روش‌های شیمیایی از قسمت‌های مختلف گیاهان بخصوصی گرفته می‌شوند. مواد مخدر مصنوعی: به مواد

مخدري گفته می‌شود که با ترکیب کردن مواد شیمیایی در آزمایشگاه‌ها تهیه می‌شوند.

طبقه بندی براساس اثر

مواد بر روی فعالیت‌های فکری و وضع روحی بدن؛ بر این اساس مواد به سه دسته تقسیم می‌شوند:

سستی زاء، توهم زاء، نیروزاء. مواد سستی زاء:

موادی هستند که فعالیت فکری و بدنی مصرف‌کننده را کاهش می‌دهند. مواد توهم

زاء: موادی هستند که فعالیت‌های فکری مصرف‌کننده را مختل کرده و وی را دچار اوهام سمعی و بصری

می‌نمایند. مواد

نیروزاء: موادی هستند که فعالیت‌های فکری و گاهی بدنی مصرف‌کننده را افزایش داده و باعث ایجاد

هیجان درونی می‌شوند. این مواد را ی محرکه نیز می‌نامند (شاکرمی، ۱۳۸۶: ۹۰-۹۳).

به طور کلی مواد مخدر را می‌توان براساس ملاک‌های زیر طبقه بندی کرد:

الف) تأثیر

- _ محرک یا بالا برنده (کوکائین، کرک، آمفتامین، نیکوتین، کافیتن)
- _ کند کننده یا پایین برنده (الکل و مشتقات تریاک و هروئین، مرفین، اسپرین)
- _ توهم زا (ال.اس.دی، اکستازی) (صدیق سروستانی، ۱۳۸۶: ۱۴۲).

ب) نوع

- _ مخدر (مرفین، کدئین، متادون، اکسی کدون، دیفنوکسیلات و ...)
- _ محرک (آمفتامین، اکستازی، ریتالین و ...)
- _ توهم زا (ال.اس.دی، مسکالین، فن سیکلیدین و ...)
- _ ضعیف کننده اعصاب مرکزی (کتامین، متاکوالون، گلو تتاماید و ...)

ج) وابستگی

- _ فیزیکی، فیزیولوژیکی (ال.اس.دی، مسکالین و ...)
- _ فیزیکی با تحمل دارویی (آمفتامین و ...)
- _ روانی کوکائینی (کوکائین، کوکا) و روانی کنیسی (ماری جوانا و حشیش) (آقابخشی، ۱۳۷۹: ۹).

۲-۸-۱- تریاک

تریاک شیرابه سفت شده ای است که از گیاهی به نام کوکنار یا خشخاش گرفته می شود. برای تهیه تریاک، کپسول نارس خشخاش را تیغ می زنند و با روش های خاصی شیرابه ها را جمع آوری و آماده مصرف می کنند. رنگ تریاک معمولاً قهوه ای و بوی آن نافذ و قوی است. با مصرف تریاک ابتدا نوعی نشاط و خوشحالی زودگذر به شخص دست می دهد، پس از آن مرحله منفی آغاز می شود که فرد را برای بدست آوردن آن حالت خوش اولیه به مصرف مجدد تریاک وا می دارد. حرکات ارادی معتاد پس از مرحله اول کند می گردد و شخص نسبت به امور بی تفاوت می شود. معتاد از لحاظ اجتماعی و اخلاقی به قهقرا می رود و با زیر پا گذاشتن ضوابط اخلاقی و قوانین و مقررات، همه فعالیت خود را پیرامون بدست آوردن ماده مخدر متمرکز می سازد. در صورتی که ماده مخدر به معتاد نرسد دچار علائم خماری می شود و

نشانه هایی مانند: خمیازه، آبریزش بینی، عطسه، عرق زیاد، تپش قلب، لرز، بی قراری و اضطراب در او به وجود می آید.

تریاک در انسان سبب مسمومیت حاد و مزمن می شود. در مسمومیت حاد که خیلی سریع بروز می کند، بیمار دچار سردرد، سرگیجه و سنگینی سر می شود و سپس احساس تشنگی شدید می کند. آنگاه بیمار به خواب عمیق فرو رفته و به طرف مرگ سیر می کند. مردمک چشم تنگ می شود و دیگر به تحریک با نور پاسخ نمی دهد. در تریاک حدود ۲۵ نوع آکالونید وجود دارد که ۶ نوع آن بیشتر از بقیه در تریاک یافت می شوند که عبارتند از: مورفین (۳ تا ۲۳ درصد)، کدئین (۰/۵ درصد)، پاپاورین (۰/۱ درصد)، نارسئین (۰/۱ درصد)، تبائین (۰/۳ درصد). هرچه مقدار مورفین موجود در تریاک بیشتر باشد، می گویند آن تریاک دارای مرغوبیت بیشتری است. مقدار مورفین در تریاک های بازرگانی ۶ تا ۱۴ درصد می باشد. تریاک به صورت خوردن، کشیدن یا تزریقی مورد استفاده قرار می گیرد. تریاک از نظر طبقه بندی فارماکولوژی، تضعیف کننده فعالیت های سلسله اعصاب مرکزی است (باباگل زاده، ۱۳۸۶: ۱۲-۱۴). تریاک عوارض مختلف جسمانی و روانی مثل: خشکی پوست، لاغری، بی اشتها، بیبوست، ناراحتی معده و اختلالات روانی ایجاد می کند. تریاک یکی از مواد اعتیاد آور قوی است که وابستگی جسمی و روانی در انسان ایجاد می کند (کاکویی، ۱۳۸۷: ۴۰).

۲-۸-۲- هروئین

هروئین که از کلمه هیروس یا هیرو به معنی مرد قهرمان گرفته شده است؛ البته این کلمه به معنی زن قهرمان، زن برجسته، زنی که خدمات بزرگی به عالم بشریت کرده است و زن ایده آل نیز اطلاق می شود. هروئین یکی از ترکیبات مرفین است که با عمل استیلایسون بدست می آید و یکی از قوی ترین مواد مخدر اعتیاد آور است. از هر ۲ کیلوگرم مرفین ۱ کیلوگرم هروئین استخراج می شود و به عبارت دیگر برای تهیه ۱ کیلو هروئین مقدار ۲۰ کیلو تریاک مورد نیاز است (غنجی، ۱۳۸۶: ۸۱).

هروئین که نام شیمیایی آن دی استیل _ مرفین است اولین بار در سال ۱۸۷۴ توسط دانشمند انگلیسی به نام سی رایت در بیمارستان سنت مری کشف شد. در سال ۱۸۹۰ یک دانشمند آلمانی به نام درسر مطالعات بیشتری روی این ماده انجام داد و آن را برای معالجه مبتلایان به سل و همچنین برای ترک اعتیاد به مرفین پیشنهاد و عمل کردند، اما افسوس که این امید واهی خیلی زود به یأس مبدل گشت؛ زیرا متوجه شدند گرچه هروئین خواب آوری کمتری دارد، اما قدرت مسموم کنندگی آن

پنج برابر مرفین است. هروئین با عمل تقطیر از مرفین استخراج می شود. هروئین پودر کریستالی سفید رنگی است که کارخانه بایر آلمان دست به تهیه تجاری آن زد و به آن نام هروئین داد. شاید بایر کلمه هروئین را از کلمه ای که در زبان آلمانی به معنای عامل بسیار قوی و بسیار مؤثر که مقدار کم آن اثر زیادی دارد، اقتباس کرده است. از طرفی شاید چون مصرف هروئین می تواند اثر اعتیاد مرفین را از بین ببرد (چون یک مخدر قوی تر می تواند اثرات فیزیولوژیکی داروی مخدر قبلی را از بین ببرد و خود جانشین آن شود) و در ضمن چون پس از مصرف هروئین البته فقط در شروع و اوایل مصرف آن، اعمال روانی و جسمانی به شدت تقویت می شود و شخص می تواند کار چند روزه را در یک روز تمام کند، به این ماده نام هروئین، مشتق از کلمه ای به معنای قهرمان دادند. هروئین در شکل پودری آن مشابه شکر، مرسوم به هروئین مکزیکی است و اگر به صورت حبه های نامنظم باشد به رنگ قهوه ای یا قرمز است. تازه ی آن بو ندارد ولی اگر مدتی بماند، بوی سرکه می دهد. این ماده دارای مزه ای تلخ و تند است.

هروئین اعتیاد شدید فیزیکی را در کمتر از ۲۱ روز در ۹۷ درصد اشخاصی که آن را مورد مصرف قرار داده بودند، به وجود آورد. هروئین ماده مخدر قوی است که آخرین پله نردبان اعتیاد را در مصرف مواد مخدر به خود اختصاص داده است و شخص را به سفری می برد که کمتر کسی از آن به سلامت بازگشته است. فردی که پس از سیر در مصرف انواع مواد مخدر به هروئین روی می آورد، ابتدا آن را استنشاق می کند، اما کمی بعد جهت تأثیر فوری و افزایش دادن اثر آن، به سرنگ روی می آورد و در رگ تزریق می کند. هروئین تزریق شده احساس لذت عمومی و سریع و شدید را تولید می کند.

متخصصان این حالت را شبیه اوج در جماع توصیف نموده ولی در اصطلاح، معتادان آن را فلش یعنی چیزی شدید و آنی همانند نور فلش دوربین عکاسی می نامند. فلش عکس العملی است ناگهانی، زنده و عمیق که ارگانیزم نسبت به ورود ماده نشان می دهد. این حالت که در حدود ۱۰ ثانیه طول می کشد، برای معتاد همیشه عالی است. هروئینی که برای مصرف به دست معتاد می رسد در بست های ۵ سانتی گرمی آماده شده است که حاوی ۰/۰۵ گرم هروئین خالص است. هروئین که قدرت خواب آوری کمتری دارد، تولید برانگیختگی های شدید و خشنی می کند، لیکن سهولت تفکر و تصور تریاک را تولید نمی نماید، شاید به همین علت است که مصرف این ماده بیشتر در بین مردها متداول است. بررسی های آماری نشان می دهد که در برابر هر ۵ مرد معتاد فقط ۱ زن معتاد وجود دارد.

عوارض هروئین شامل: ایجاد خواب آلودگی، کاهش رفلکسها، پایین آمدن ضربان قلب، کاهش میزان تنفس، کاهش اشتها،

انقباض مردمک چشم و صاف شدن رشته های عضلانی ماهیچه ای (باباگل زاده، ۱۳۸۶: ۱۷ و کاکویی، ۱۳۸۷: ۶۰).

۲-۸-۳- حشیش

حشیش صمغ چسبیده به گل، برگ و ساقه گیاه ماده از بوته کانابیس است که در قالب تکه های جامد مکعبی شکل، تخته ای، لواشکی، قرص، تراشه و اشکال مختلف فروخته می شود. حشیش بوی قوی و طعمی تند و خاصیت سکرآور دارد، در رنگ های مختلف از سبز تیره، گاهی قهوه ای کم رنگ تا سیاه دیده شده و در ساختمان ترکیبی اش به صورت انواع مختلف از خشک و سخت گرفته تا نرم و شکننده دیده می شود. معمولاً آن را خرد و ریز کرده و در پیپ یا سیگار هایی که با دست درست می کنند، می پیچند و با ماری جوآنا یا توتون مصرف می کنند. گاهی حشیش را در شربت یا نوشابه ریخته و می خورند. اثرات حشیش با توجه به مقدار و نوع مصرف متفاوت است. اثرات کشیدن در عرض چند دقیقه پس از مصرف ظاهر می شود و ۲ تا ۴ ساعت باقی می ماند. در صورت خوردن، هضم آن کند صورت می گیرد، لذا اثر آن به تدریج و طولانی تر می گردد. معمولاً فرد پس از مصرف حشیش احساس آرامش و راحتی می کند، قوه درک و احساس او افزایش می یابد، رنگ ها به نظرش شفاف تر و روشن تر می آیند، صداها به نظر از فاصله دورتر به گوش می رسد و اشتها افزایش می یابد. مطالعات نشان می دهد خطر ابتلا به برونشیت مزمن، سرطان ریه و بیماری های دستگاه تنفسی، در مصرف کنندگان منظم حشیش بیش از سایر گروه هاست. کشیدن سیگار ماری جوآنا و حشیش، آسیب شدیدی به دستگاه تنفسی می زند؛ زیرا تار موجود در آن ۲ برابر قوی تر از تار موجود در سیگار معمولی است. همچنین عوامل ایجادکننده سرطان در تار موجود در حشیش خیلی بیشتر از سیگارهای معمولی است. حشیش از نظر طبقه بندی فارماکولوژی، تضعیف کننده یا محرک سیستم اعصاب مرکزی است. عوارض حشیش شامل: خواب آلودگی، اختلال حافظه، گیجی و بی توجهی به اطراف، تغییر در درک رنگ و صدا، تند شدن ضربان قلب، به هم خوردگی تعادل حرکتی، افزایش اشتها کاذب، قرمزی چشم، خشکی دهان و گلو، گشادی مردمک چشم، اختلال درک زمان و مکان، اضطراب، تحرک زیاد، تند مزاجی، بی قراری، پرحرفی، احساس ترس و وحشت، کاهش قوای دفاعی بدن در برابر عفونت ها و بیماری ها (باباگل زاده، ۱۳۸۶: ۲۲ و دانش، ۱۳۷۹: ۷۸).

۲-۸-۴- روغن حشیش

یکی از مشتقات شاهدانه که بیشترین مقدار تی.اچ.سی (T.H.C) را دارد، روغن حشیش است که برای اولین بار در سال ۱۸۴۰ یک شیمیدان بریتانیایی به نام پیتر اسکوایر آن را ساخت. این روغن غلیظ سبز تیره یا قهوه ای مایل به قرمز که از تصفیه حشیش با یک ماده محلل بدست می آید و معمولاً آن را به توتون داخل سیگار مالیده و به صورت دود کردنی مصرف می کنند. روغن حشیش ماده ای است بسیار قوی و خطرناک که ۵ تا ۱۵ برابر قوی تر از حشیش است. اگر مقدار کمی از آن بر روی یک سیگار ریخته شود، این سیگار بیش از ۱۰ نفر را دچار توهم می کند (باباگل زاده، ۱۳۸۶: ۲۳ و غنجی، ۱۳۸۶: ۸۶).

۲-۸-۵- تی.اچ.سی (T.H.C)

یک ترکیب حلال در حشیش است و به طور خالص، یک ترکیب شیمیایی است. T.H.C به ندرت در خیابان قابل دسترسی و فروش است و آنچه که به نام T.H.C فروخته می شود، معمولاً پی.سی. پی یا ال.اس. دی است. T.H.C مخفف Tetra Hydro Cannabionol یکی از عناصر فعال شاهدانه است. تی.اچ.سی یک ماده قوی توهم زاست و اثرات شیمیایی آن شباهت هایی به ال.اس. دی دارد که عبارتند از: تغییرات در رفتار، اختلال در حس زمان و حواس بینایی و شنوایی، از خود بی خود شدن. با این همه شواهدی وجود دارد که نشان می دهد احتمالاً این دو دارو از طریق مکانیسم های بیوشیمیایی مختلفی عمل می کنند و اثرات آنها روی عملکرد مغز متفاوت است.

۲-۸-۶- کوکائین

کوکائین آکالوئید اصلی برگ کوکا است که از برگ های بوته ای به نام Ergthroxglom Coca بدست می آید، که مرکز اصلی رویش آن آمریکای جنوبی است. این ماده به صورت منشورهای کوچک متبلور می شود و بسیار کم در آب محلول است ولی در الکل و اتر کاملاً حل می شود. کوکائین به عنوان ماده مؤثر در سال های ۶۰-۱۸۵۹ میلادی، از برگ کوکا مجزا و استحصال شد. این ماده در دمای ۸۹ درجه سانتی گراد ذوب می شود. املاح آن در پزشکی استفاده می شوند و از مهم ترین آنها کلریدرات کوکائین است. در آغاز قرن نوزدهم، مصرف کوکائین در بسیاری از کشورهای اروپایی، به ویژه فرانسه گسترش بسیار یافته بود و اغلب مردم آن را می جویدند، درون چای، قهوه و غذا می ریختند و با افزودن برگ های آن به شراب، معجونی می ساختند که معروف ترین آن شرابی به نام ماریانی بود که با قیمتی گران عرضه

می شد و فقط درباریان و ثروتمندان قادر به تهیه آن بودند. کوکائین همچنین یک بی حس کننده موضعی و ضد درد می باشد و بیشتر در چشم پزشکی جهت بی حس کردن قرنیه استفاده می شود. جویدن برگ های کوکا به منظور بالا بردن تحمل یک مقدار مصرف روزانه معمولی تا حدود ۲۰۰ میلی گرم را فراهم می کند. کوکائین پودر سفید نرم شفاف کریستالی با طعمی تلخ است که اغلب با پودر تالک، پاملین ها یا شکر مخلوط می شود و معمولاً به صورت استنشاق، تزریقی، خوراکی یا دود کردن و گاهی هم به طریق پاشیدن روی دستگاه تناسلی مصرف می کنند. استنشاق همیشگی پودر کوکائین می تواند باعث گرفتگی یا آبریزش و خون ریزی بینی شود. استنشاق بیش از اندازه این ماده ممکن است موجب بروز زخم های بینی و در مواردی استثنایی ممکن است موجب مرگ بافت ها و ایجاد سوراخ در غضروف میان بینی شود. سوء استفاده از کوکائین ممکن است به عضلاتی مانند قلب، کلیه ها و کبد آسیب وارد کند. سوء استفاده کنندگان این ماده ممکن است با دیگران قطع رابطه کنند و به آنها بدگمان شوند. انواع گوناگونی از توهم ممکن است به وجود آید که نوع شناخته شده آن ی حشرات کوکائین است که در آن شخص احساس می کند در زیر پوستش حشرات در حال حرکت هستند. کوکائین ممکن است مشکلات تنفسی به وجود آورد که یادآور مشکلات تنفسی حاصل از کشیدن سیگار است. مشکلات تنفسی ناشی از کشیدن کوکائین سریعتر از مشکلات ناشی از سیگار گسترش پیدا می کند؛ زیرا ریه ها نه تنها با آلودگی هوا، که باید با اثرات قوی کوکائین نیز مقابله کنند. مقداری از کوکائین که باعث مرگ می شود از یک فرد به فرد دیگر متفاوت است، بسته به وضعیت یک فرد، استفاده از مقدار مشخصی کوکائین در یک روز ممکن است لذت و سرخوشی و در روز دیگر مرگ را به دنبال داشته باشد. مشکلاتی که بلافاصله پس از مصرف کوکائین در انسان بروز می کند شامل فشار خون بالا، ضربان نامنظم قلب و تشنج باشد. فروید به عنوان یک محقق پزشکی، از مصرف کنندگان کوکائین و طرفداران آن به عنوان محرک و مسکن بود. او معتقد بود کوکائین درمان بسیاری از مشکلات ذهنی و فیزیکی است (باباگل زاده، ۱۳۸۶: ۲۵ و کوماتی، ۲۰۰۸: ۴۷۵).

۲-۸-۷- کراک

کراک از کوکائین تهیه شده و دارای ترکیبات شیمیایی سریع التاثری است که با حفظ خصوصیات کوکائین در اواخر تابستان و اوایل پاییز سال ۱۹۸۵ میلادی به بازار نیویورک عرضه گردید. کراک خطرناک ترین ماده اعتیاد آوری است که تا کنون وارد بازار شده و به حدی وابستگی آور است که حتی یک بار

مصرف آن فرد را معتاد می‌کند. کراک به صورت تکه های بلور است که به صورت تدریجی مصرف می‌شود. علت نام گذاری کراک صدایی است که هنگام گرم کردن بلورها در اثر تبخیر آب ایجاد می‌شود. تفاوت کراک با کوکائین از نظر شیمیایی در آن است که برای تهیه کوکائین به شکلی که قابل تزریق باشد، لازم است که آن را با اسید کلریدریک خنثی کنند. کراک در واقع فرم خنثی نشده کوکائین است. کراک ناخالص برخلاف انواع خالص تر کوکائین دارای قیمت پائینی است که باعث رواج آن در میان اقشار پایین جامعه می‌شود. در ایالات متحده مجازات همراه داشتن پنج گرم کراک حداقل پنج سال زندان می‌باشد که این برابر با مجازات همراه داشتن نیم کیلو پودر کوکائین است. بدین ترتیب قیمت پائین (نسبت به کوکائین)، وابستگی روحی و ضررهای بازگشت ناپذیر جسمی از مشخصه های کراک هستند. کراک برخلاف سایر مواد مثل تریاک، بدون بو است و مصرف آن ساده و بدون نیاز به وسایل حجیم و صرف وقت است و فرد می‌تواند در حمام یا توالت، ظرف کمتر از ۱ الی ۲ دقیقه مصرف کند. کراک بسیار کوچک است، از نخود کوچکتر، به اندازه یک عدس که آن را به نوک سنجاق می‌چسبانند و همین اندازه می‌تواند بارها با یک سنجاق داغ دیگر مورد استفاده قرار گیرد. اغلب با پیپ های شیشه ای و به صورت مخلوط با توتون یا پیپ نیز دود می‌شود. اثرات جسمی مصرف

کراک عبارت است از: خشک شدن دهان، گشادی مردمک چشم، تیرگی بینایی، عرق کردن، افزایش ضربان قلب و فشار خون، بی‌اشتهایی، توهمات شدید حسی. در دوزهای بالاتر افراد دچار اضطراب و دستپاچگی شدید می‌شوند. اثرات کشیدن کراک بسیار زودتر از اثرات کشیدن کوکائین آغاز شده و زودتر نیز از بین می‌رود. مصرف دوز بالای این مواد یا تکرار مصرف همان دوز قبلی در طول یک ساعت، می‌تواند باعث بروز اضطراب شدید شود. با دفع شدن مواد از بدن، اثرات آن نیز به تدریج از بین می‌رود. مصرف کنندگان این ماده، در زمان مصرف احساس نئشگی و پارانرژی بودن کرده و بلافاصله بعد از ناپدید شدن این اثرات، دچار خستگی و افسردگی می‌شوند. مصرف دوز بسیار زیاد می‌تواند باعث بروز اختلالات تنفسی یا ایست قلبی شود (شاکرمی، ۱۳۸۶: ۱۴۷ و ویکی پدیا، ۱۳۹۷/۵/۲۵).

۲-۸-۸- ال. اس. دی (L.S.D)

ال. اس. دی با نام شیمیایی اسید لایزرژیک دی اتیل آمید، معروف ترین دارو در دسته روان گردان هاست. این ماده برای اولین بار در سال ۱۹۳۸ توسط شیمی دان سوئیسی به نام دکتر آلبرت هافمن ساخته شده، اما خواص آن در سال ۱۹۴۳ زمانی که به صورت اتفاقی توسط دکتر هافمن مصرف شد، مشخص گردید.

مصرف این ماده در دهه ۱۹۶۰ تا ۱۹۷۰ افزایش یافت، ولی بعد از آن و در سال ۱۹۹۲ به طور احتمالی در نتیجه مبارزه سرسختانه دارو که به وسیله دولت آمریکا حمایت می شد، با افتی شدید مواجه شد. این ماده به شکل پودر کریستالی رنگ بی بو و بی مزه است که در خیابان به شکل قطره در کاغذ خشک کن و با ورق های ژلاتین و یا به شکل قرص، کپسول و محلول مایع فروخته می شود. اثرات مصرف ال. اس. دی می تواند غیر قابل پیش بینی باشد. این اثرات به میزان مصرف، شخصیت مصرف کننده و محیط مصرف بستگی دارد. معمولاً تأثیر آن ۲۰ تا ۶۰ دقیقه پس از مصرف ظاهر می شود و ۶ تا ۱۲ ساعت به طول می انجامد. تأثیر روان گردان هایی مثل ال. اس. دی به طور معمول یک تریپ (سفر) نامیده می شود. یکی از اثرات این ماده، ایجاد تغییرات هیجانی و حسی در مصرف کننده است. این تغییرات بیشتر از علائم فیزیکی مصرف است. معمولاً شخص مصرف کننده ابتدا دچار هیجان ها و احساسات شدید و متفاوتی می شود، یا احساسات و هیجانات او به سرعت تغییر می کند. اگر مصرف ال. اس. دی بیشتر شود، مصرف کننده دچار توهمات بصری لذت بخشی می شود. درک مصرف کننده از زمان و از خودش تغییر می کند. گاه ممکن است به نظر برسد حواس پنج گانه با هم مخلوط شده اند. مصرف کننده ممکن است حس کند رنگ ها را می شنود یا صداها را می بیند، به این حالت حس آمیزی می گویند. تأثیرات فیزیکی اولیه انگشت شمارند و شامل سرگیجه، بی حسی، خستگی، ضعف عضلات و لرزش، رفلکس های سریع، افزایش فشار خون، ضربان قلب و دمای بدن، آسیب دیدن مهارت های حرکتی (اختلال تعادل)، تهوع و تشنج می شوند. مهم ترین علامت فیزیکی آن قهقهه های ناگهانی است. این قهقهه ها ممکن است در برابر اتفاقاتی که معمولاً خنده دار نیستند پیش بیاید و اغلب هم قابل کنترل نیستند. ال. اس. دی به صورت فیزیکی اعتیادآور نیست. اما مصرف مداوم آن باعث بروز مقاومت می شود؛ یعنی مصرف کننده بعد از مصرف مداوم برای آنکه به همان حالت برسد باید میزان بیشتری مصرف کند. عوارض ال. اس. دی: تیره شدن مردمک چشم، ایجاد خطوط رنگین به هنگام بسته بودن چشم ها، حرکت کردن اشیاء ثابت در نظر فرد مصرف کننده (باباگل زاد، ۱۳۸۶: ۲۶ و غنجدی، ۱۳۸۶: ۸۸).

۲-۸-۹- آمفتامین ها

آمفتامین ابتدا در سال ۱۸۸۷ ساخته شد، اما در آن زمان اثر تحریک کنندگی آن بر سلسله اعصاب مرکزی مورد توجه قرار نگرفت. در سال ۱۹۳۷ به شکل قرص معرفی شد و در دهه ۱۹۳۰ مشتقات آمفتامین گسترش یافت و نوع دهانی و تزریقی وریدی آن تهیه و برای مصارف درمانی در دسترس قرار گرفت.

آمفتامین ها در آن زمان به عنوان داروی معجزه آسا تلقی می شدند. عمومی ترین و مؤثرترین شکل آن مت آمفتامین بوده است. آمفتامین ها دسته ای از ترکیبات شیمیایی محرک و هیجان آور هستند که به طور مصنوعی ساخته می شوند و مصرف آنها باعث تحریک و فعالیت سلسله اعصاب مرکزی می گردند. حدود ۵۰ نوع ترکیب آمفتامین یا مشابه موجود و در دسترس است که اولین و مهم ترین آنها بنزدین است که از متابولیت مؤثر آمفتامین است. بسیاری از متخصصان سلامتی این دارو را به عنوان قرص انرژی استفاده می نمودند. آمفتامین ها به اشکال مختلفی مانند قرص، کپسول، پودر و کریستال تولید شده و به طور غیرقانونی تحت عناوینی چون بی سرعت به فروش می رسند. آمفتامین های پودری دارای بوی تند و مزه ای تلخ بوده و در رنگ های مختلفی یافت می شوند. قرص ها و کپسول های آمفتامین نیز تنوع رنگ بسیار زیادی داشته و انواع ناخالص آن می تواند محتوی انواع مواد مخدر، کافئین، شکر یا مواد چسبنده باشد. سوء مصرف آمفتامین ها گرچه پدیده ای آمریکایی در نظر گرفته می شود، اما سوء مصرف آن در ۳ کشور شیوع وسیعی داشته است. ژاپن به عنوان اولین کشور، شروع مت آمفتامین را تجربه کرد. در جنگ جهانی دوم برای افزایش انرژی کارکنان صنایع از این دارو استفاده شد و این باعث وابستگی قسمت اعظم مردم ژاپن به این ماده شد، در نتیجه دولت ژاپن قوانین کنترل دارو را برقرار کرد. در طول جنگ جهانی دوم، آلمانی ها نیز سربازان خود را تشویق به استفاده از این دارو کردند. این امر باعث گردید تا ارتش ایالات متحده، بریتانیای کبیر و ژاپن به سوی مصرف مت آمفتامین و آمفتامین سوق داده شوند. در دهه ۱۹۵۰، دانشجویان کالج، ورزشکاران، رانندگان کامیون و زن های خانه دار، آمفتامین را برای مقاصد غیر پزشکی مصرف می نمودند و این دارو ها به شیوه ای نامنظم برای درمان چاقی، حمله خواب و افسردگی به فروش می رفتند. عوارض آمفتامین شامل: بی قراری، بی خوابی، سرگیجه، سردرد، بی حوصلگی، در طولانی مدت افسردگی شدید و سایکوز، بی اشتها، خشکی دهان، کاهش وزن، اسهال، بیبوست، افزایش فشار خون، افزایش فشار داخل چشم (کاکوئی، ۱۳۸۷: ۱۵۰-۱۵۵).

۲-۸-۱۰- مت آمفتامین (شیشه)

مت آمفتامین که در بازار سیاه به نام شیشه معروف است، نام یک ماده محرک اعصاب است. این ماده در سال ۱۸۹۳ در ژاپن ساخته شد. در زمان جنگ جهانی دوم توسط سربازان ژاپنی، آمریکایی و آلمانی برای برطرف کردن خستگی و افزایش انرژی استفاده می شد. بعد از جنگ، داروی باقی مانده وارد بازار ژاپن شد و یک همه گیری از مصرف مت آمفتامین رخ داد و باعث شد که مصرف آن ممنوع گردد.

در ایران، مطالعه و بررسی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در سال ۱۳۸۳ انجام شد که هیچ موردی از مصرف پیدا نشد. البته می توان حدس زد که تعدا محدودی مصرف کننده وجود داشته است. همان مطالعه در سال ۱۳۸۶ تکرار شد و این بار ۳/۵ درصد مصرف کننده شیشه گزارش شد. شیشه بر خلاف اکستازی حالت های هیجانی و سرخی چشم ندارد. تزریقات این دارو یکی از عوامل مهم شیوع بیماری های ویروسی چون هپاتیت و ایدز است. مصرف این ماده مخدر در همان مصارف اولیه به مغز بیمار آن آسیب جدی می رساند و به جای قدرت تشخیص و توان تصمیم گیری، او را دچار توهمات می کند که باعث آسیب های جدی نه تنها به خود فرد معتاد، بلکه نسبت به اطرافیان او می گردد (کاکوئی، ۱۳۸۷: ۳۸). مت آمفتامین یک ماده هم خانواده با آمفتامین هاست که اثرات داروئی و اعتیاد شدیدتری دارد. این ماده با سرعت بیشتر و با شدت قوی تری روی سیستم عصبی مرکزی اثر می گذارد و از نظر شیمیایی اثر آن از آمفتامین ها بیشتر است. شیشه، پودری کریستالی رنگ، بی بو، تلخ و بی مزه و شبیه خورده های یخ است. به تازگی به شکل قرص نیز به بازار آمده است. این ماده به صورت تدخینی یا کشیدنی استفاده می گردد و برای مصرف آن ابزار مخصوصی وجود دارد که به آن پایپ می گویند و شبیه یک چپق شیشه ای است. در ایران برخی مصرف کنندگان به جای آن از لامپ استفاده می کنند. به این صورت که انحنای لامپ روشنایی را جدا کرده و آن را به همراه محتویات لامپ بیرون می آورند، سپس شیشه را داخل این حباب توخالی ریخته و با قرار دادن یک لوله خودکار در داخل آن و مسدود کردن انتهای آن آماه مصرف می گردد (غنجدی، ۱۳۸۷: ۴۰). اعتیاد به آمفتامین معمولاً به سه طریق انجام می گیرد: در طریقه اول، فرد به عللی با این ماده آشنا می شود، معمولاً به عنوان محرک ذهنی (دانشجویان در مواقع امتحان) و یا در ورزش و یا برای کم کردن وزن (به دستور پزشک) مورد مصرف قرار می گیرد، اما مقدار مصرفی روز به روز افزایش یافته تا زمانی که بالاخره مصرف به صورت احتیاج درآید. ایجاد حالات بیداری و از بین بردن اثرات مواد خواب آوری، از آمفتامین ها استفاده می کنند و بدین صورت دوره های خواب و بیداری کاملاً مصنوعی را به وجود می آورند. بعضی از معتادان در مواقع کمبود مواد مخدر دیگر از آمفتامین ها استفاده می کنند؛ زیرا به سهولت و ارزان تر تهیه می شوند (صالحی، ۱۳۸۱: ۳۷). این ماده می تواند ریشه جوانی را به آسانی بخشکاند و از بین ببرد. اگر مصرف مواد مخدر دیگر همچون حشیش، هروئین و تریاک لااقل مدتی طول می کشد تا چهره و رفتار معتاد را تخریب کرده و به رفتار اجتماعی او آسیب برساند، مصرف این ماده مخدر در همان مصارف اولیه به مغز مصرف کنندگان آسیب جدی می رساند و توان تصمیم گیری او را دچار توهمات می کند که باعث آزار بیش از حد اطرافیانش می شود. توهماتی که ممکن است در نهایت موجب آسیب فرد به اطرافیان و خودش شود (صالحی، ۱۳۸۱: ۳۷).

۵۶). عوارض مصرف شیشه: کاهش اشتها برای روزها، پرحرفی و پرتحرکی بیش از حد، کاهش شدید وزن، تحریک پذیری، پرخاشگری، افسردگی و بدخلفی، خارش و زخم، اعتماد به نفس کاذب، هراس و سوء ظن و مردم آزاری، حمله و سکت قلبی، افت تحصیلی، گرفتگی عضلات و تشنج موضعی، افزایش تمایل جنسی به طور غیرعادی، افزایش تعداد تنفس، افزایش فعالیت فیزیکی. اثرات مصرف طولانی مدت شیشه باعث افسردگی، جنون، صدمه به کلیه، کبد، ریه، توهم، از دست دادن دندان ها، عفونت خزنده در زیر پوست و آسیب رساندن به سیستم ایمنی می باشد (آذر، ۱۳۸۷: ۱۲۷_۱۲۸).

۲-۸-۱۱-اکستازی

اکستازی یا متیلن دی اکسید متا آمفتامین که اختصاراً MDMA (۱) نام گذاری شده است، داروی مصنوعی بوده و دارای تصورات توهم زائی و تحریک کنندگی است. اکستازی اثرات محرک روانی دارد که به وسیله سروتونین و تا حدی دوپامین اعمال می شود. این ماده توسط دانشمندان آلمانی در سال ۱۹۱۲ به عنوان یکی از

1- Methylene Dioxide Meta Amphetamine

مشتقات آمفتامین و واسط شیمیایی چندکاره برای سنتز داروهای دیگر ساخته شد. منبع گیاهی آن درخت جوز هندی است که این ماده از روغن آن ساخته شده است. این ماده در دهه ۱۹۳۰ به عنوان ضد اشتها و کاهش دهنده وزن وارد بازار شد، اما به زودی به خاطر خطر وابستگی و سایر عوارض از بازار خارج شد. کاربرد دیگر این ماده برای ایالات متحده آمریکا به عنوان داروی اعتراف گیری و شست و شوی مغزی بود. MDMA در میان افراد جوان رایج بوده، توانایی این دارو در ایجاد احساس پیوستگی بین فردی و هیجان حرکتی که همراه با رقصیدن می تواند لذت بخش و مطبوع باشد، آن را به داروی مهمانی ایده آل تبدیل نمود. تولید این ماده در همه جا امکان پذیر است. لهستان یکی از بزرگترین تولیدکننده های اکستازی در جهان است. در اوائل دهه ۱۹۸۰ اکستازی جهت تخفیف خشم در آمریکا تجویز می شد، اما در سال ۱۹۸۵ استعمال آن ممنوع گردید. در مورد عوامل روی آوردن به مصرف، یک تحقیق انجام شده در استرالیا نشان می دهد که انگیزه های کنجکاوی، تفریح، لذت جویی و خوشگذرانی در مصرف این ماده نقش عمده دارند (کاکوئی، ۱۳۸۷: ۱۶۴_۱۶۵). قرص های اکستازی در رنگ های مختلف آبی پررنگ و کم رنگ، خاکستری، صورتی و قرمز مصرف می شود. در آمریکا به صورت قرص های

خوراکی، آدامس های جویدنی، کپسول، مواد تدخینی و تزریقی و پودر غذا موجود است.

عوارض مصرف اکستازی: افزایش فشار خون و ضربان قلب، بی خوابی، کم آبی بدن و افزایش دمای بدن، حالت تهوع، ناتوانی جنسی، دندان قروچه. اکستازی در مصرف مزمن باعث اختلال شناختی می شود، یعنی حافظه، قدرت یادگیری و مهارت های هوش فرد کاهش می یابد که ممکن است حتی با قطع دارو هم قابل بهبود نباشد. شواهدی در دست است که نشان می دهد مصرف طولانی مدت MDMA باعث تغییر در ساختار بخش هایی از مغز می شود. قطع مصرف اکستازی به دلیل خالی شدن منابع سروتونین، باعث افسردگی، احساس خستگی، بی حوصلگی و گاهی اوقات تهوع می شود. مصرف هم زمان اکستازی با داروهای ضد افسردگی باعث افزایش اثرات آن و سندروم سروتونین و ریسک مرگ می شود (شاکرمی، ۱۳۸۶: ۱۴۲-۱۴۳).

۲-۸-۱۲- ماری جوانا

ماری جوانا که در فرهنگ عامه با نام علف یا گل نیز شناخته می شود، ترکیبی از گیاه شاهدانه است که به عنوان داروی فعال کننده روان یا داروی طبی مورد استفاده قرار می گیرد. این ماده از قسمت های فوقانی برگ ها، گل و تخمک های شکفته شده بوته شاهدانه جنس ماده، که بریده و خشک شده، تهیه می شود و در رنگ های سبز متمایل به خاکستری و قهوه ای وجود دارد. دارای بوی تند و به صورت کشیدنی در پیپ یا سیگارهای دست پیچ استفاده می شود. اثر آن به صورت کشیدنی ۲ تا ۴ ساعت و در موارد خوردنی ۵ تا ۱۲ ساعت طول می کشد. این ماده در عین حال که موجب حالت سرخوشی و کیف می شود، غالباً هوشیاری و خودآگاهی مصرف کننده به هم می خورد و دچار تحریف ادراک، عدم هماهنگی و توازن، گیجی افزایش ضربان قلب و تنفس می گردد. فرد مصرف کننده آن تمایل به پرحرفی و خنده های بیش از حد دارد و این آثار تا چندین ساعت پایدار است. ماری جوانا را _ در عین حال که ماده اعتیاد آور سبک است و حتی آن را مدخل ورود به دنیای مواد اعتیادآور قوی معرفی کرده اند _ باید یک ماده توهم زا به حساب آورد. تحریف ادراک حسی، اختلال درک زمان و مکان، افزایش حساسیت به صدا، افزایش تلقین پذیری، احساس دارا شدن یک درک عمیق تر از معانی اشیا، احساس قدرت بیش از حد، شوریدگی یا اغتشاش فکری، تیرگی، هوشیاری، گیجی، نگرانی، ترس، سرگردانی و توهمات از اثرات و خطرات عمده مصرف این ماده است. در میان افرادی که مصرفشان خیلی زیاد است، میزان اختلالات عصبی و شخصیتی بیش از افراد عادی است. ماری جوانا وابستگی روانی بسیار خفیفی به دنبال می آورد.

گزارش شده است ماری جوانا می تواند به کاهش علائم درد مزمن، بیماری ام اس، تهوع و استفراغ به ویژه در جریان شیمی درمانی و همچنین اضطراب کمک کند و شواهد متوسطی وجود دارد که مصرف داروئی ماری جوانا می تواند به اختلال خواب، بی اشتها، فیبرومیالژیا، اختلال استرس پس از آسیب روانی و پارکینسون نیز کمک کند (باباگل زاده، ۱۳۸۶: ۴۲). از اوایل قرن بیستم، در اغلب کشورهای دنیا، محدودیت های قانونی در مورد استفاده و فروش ماری جوانا و دیگر محصولات گیاه شاهدانه وضع شده است. علاوه بر این، ماری جوانا در برخی کشورهای دنیا مانند کانادا، بلژیک، استرالیا، هلند، اسپانیا و همچنین ۳۲ ایالت از کشور آمریکا به عنوان یک درمان گیاهی با تجویز پزشکان مورد استفاده قرار می گیرد که به عنوان ماری جوانای طبی از آن یاد می شود. داشتن مصرف و فروش آن در بیشتر کشورهای جهان غیر قانونی است. اروگوئه در سال ۲۰۱۳ نخستین کشوری بود که لایحه تولید و تجارت آزاد ماری جوانا را تصویب کرد. این ابتکار به وسیله خوزه موخیکا، رئیس جمهور اروگوئه ارائه شد و به تصویب سنا این کشور رسید.

۲-۸-۱۳- مرفین

در سال ۱۸۰۵ میلادی، اولین آکالوئید تریاک که شناخته شد، مرفین نامگذاری کردند که توسط یک شیمی دان آلمانی به نام سرتونو کشف شد، که از کلمه مورفئوس، یعنی خدای رویای یونان باستان، مشتق شده بود، این ماده از آکالوئیدهای اصلی تریاک است که ۴ تا ۲۰ درصد ماده مذکور را تشکیل می دهد و به طور متوسط از هر ۱۰ کیلو تریاک یک کیلو مرفین تهیه می شود. از سال ۱۸۵۰ میلادی که سرنگ های تزریقی زیرجلدی به بازار آمد، استفاده از آن گسترش بیشتری پیدا کرد. مرفین از تریاک استخراج می شود و یا مستقیماً از ساقه خشخاش بدست می آید و به صورت پودری کریستالی به رنگ قهوه ای روشن و یا سفید می باشد. مرفین به اشکال قرص، کپسول، پودر یا محلول عرضه می شود و از طریق خوراکی، کشیدن از راه مجاری تنفسی و تزریق زیر پوستی و داخل سیاهرگی مورد استفاده قرار می گیرد. شروع مصرف مرفین را متخصصان به ی ماه عسل تعبیر می کنند؛ زیرا مرفین تمام احساس ها را تغییر می دهد و به تجربه های ادراکی، خلقی و حسی و اساساً ارتباطات شخص با دنیای خارج، ظاهر دلنشینی می بخشد. کارکرد ذهنی در سطوح بالا مانند قدرت استدلال نه تنها دچار اشکال نمی گردد، بلکه عملکرد آن با شور و هیجان زیاد توأم است. البته پس از مدتی مصرف، عادت پدیدار می گردد و شخص به ناچار مقدار مصرفی خود را افزایش می دهد. اضطراب که خود جزئی از درد و رنج وابسته به کمبود احتمالی در اعتیاد است، سبب می شود که شخص علاوه بر افزایش مقدار مصرفی خود، فواصل مصرف

را کاهش داده و به این شکل از بروز علائم کمبود و اضطراب احتمالی جلوگیری نماید. البته افرادی هستند که مصرف روزانه خود را بدون افزایش قابل ملاحظه ادامه می دهند و زندگی خود را بر اساس ریتم سرنگ ها قرار داده و به کار و زندگی معمولی خود مشغول می باشند. اما افراد دیگر قادر به تداوم کار و فعالیت نبوده و دائماً در پی بالا بردن مقدار مصرفی و پر کردن سرنگ های بعدی هستند. اختلاف مورد اشاره مربوط به سازمان روانی _ شخصیتی فرد و قدرت او در کنترل تمایلات و ارضاء آن است. اما در اکثر موارد، اعتیاد به مشتقاتی تریاک به طور عام و به ی مورفین به طور خاص، موجب زوال سریع فیزیکی، روانی و اجتماعی می گردد، و افرادی که قدرت ذهنی خود را حفظ کرده اند، رنج فراوان می کشند؛ زیرا دیگر از ماه عسل خبری نیست، بلکه فقط لحظات پر اضطراب و سختی وجود دارد که شخص به پر کردن سرنگ فردای خود می اندیشد (باباگل زاده، ۱۳۸۶: ۱۶ و کاکویی، ۱۳۸۵: ۵۲).

از جمله عوارض مرفین شامل: خشک شدن پوست، تنگ شدن مردمک چشم، وجود قند در ادرار، بی اشتها، یبوست، لاغری، ورو معده، اختلال روانی (غنجی، ۱۳۸۶: ۷۷).

۲-۸-۱۴- متادون

متادون در جنگ جهانی دوم جهت تسکین درد مجروحین توسط یک شیمی‌دان آلمانی ساخته شد و سودمندی آن در کنترل اعتیاد در ده ۱۹۶۰ کشف شد. در سال ۱۹۹۸ نیاز به کاهش مضرات دارو بهتر شناخته شد و با تغییر در قوانین موجود، پزشکان توانستند این دارو را تجویز کنند. این امر منجر به افزایش تعداد کسانی که از خواص درمانی این ماده بهره مند می شدند و کاهش مرگ و میر ناشی از هروئین شد. متادون متعلق به گروهی از مواد به نام شبه افیون ها، موادی با ساختار شیمیایی و عملکردی شبیه به مرفین هستند. یکی از زیر گروه های شبه افیون ها، خانواده مواد افیونی است که شامل داروهای تسکین دهنده درد عصبی مرکزی طبقه بندی می شوند، بدین صورت که کارکرد آنها به عنوان کاهش فعالیت این سیستم است.

متادون اثر بی حس کنندگی، تخدیری و ضد درد دارد و حتی قدرت ضد دردی نزدیک به ۲ برابر مرفین است با این امتیاز که عوارض موجود در مرفین را ندارد. یکی از ویژگی های مهم متادون این است که اگر فرد معتاد به تریاک و یا مشتقات آن متادون مصرف کند و پس از مدتی دوباره از تریاک یا از مشتقات آن استفاده نماید، وجود متادون در بدن سبب جلوگیری از اثرات دارویی ترکیبات مصرف شده خواهد شد.

متادون مانند سایر مواد مخدر نشئه کننده و نشاط آور نیست، بلکه موجب می شود تا دردها و ناراحتی هایی که در اثر قطع ماده مخدر به بیمار دست می دهد، قابل تحمل شود. متادون به صورت صنایعی ساخته می شود و به عنوان جانشینی برای درمان افراد وابسته به هروئین است، به طوری که مدت اثر یک دوز

واحد آن تقریباً ۲۴ ساعت است. در حالیکه در مورد هروئین ممکن است فقط ۲ ساعت باشد. در یک برنامه درمانی معمولاً متادون به صورت محلولی در آب میوه تجویز می گردد. مقدار مصرف معمول شربت متادون برای بزرگسالان به عنوان ضد درد ۵ تا ۲۰ میلی گرم و قرص یا آمپول آن ۲/۵ تا ۱۰ میلی گرم هر ۴ تا ۸ ساعت است. برای سم زدایی معتادان معمولاً از ۱۵ تا ۱۰۰ میلی گرم شربت متادون در روز استفاده می شود. مرگ در اثر مصرف متادون نادر است. مرگ مرتبط با متادون تقریباً همیشه به دلیل مصرف همزمان سایر داروها به خصوص بنزودیازپین ها یا الکل می باشد.

قابلیت متادون در مهار اعتیاد به مخدرهای اپیوئیدی ناشی از چند عامل است:

_ کاهش عوارض جسمی و روانی ناشی از ترک
_ مهار یا کاهش میل به مصرف (عطش)

_ کاهش نئشگی ناشی از مواد مخدر دیگر
متادون خالص یک پودر بلورین سفید است.

عوارض جانبی متادون شامل: رخوت، بیبوست، گرگرفتگی، تعریق و عدم تحمل گرما، سرگیجه و

غش، انقباض مردمک ها، کاهش فشار خون، تهوع و استفراغ، افزایش وزن، اختلال حافظه، بیقراری، درد شکمی، توهم و سرگشتگی، خارش پوست یا عوارض جلدی، قطع عادت ماهانه در زنان و اشکال در نعوض و انزال در مردان، کاهش میل جنسی در هر دو جنس (باباگل زاده، ۱۳۸۶: ۱۷_ ۱۹ و شاکرمی، ۱۳۸۶: ۱۴۷).

۲-۹- علل گرایش به اعتیاد

۲-۹-۱- عوامل فردی

بسیاری از روانشناسان علل رفتارهای انحرافی را برحسب نقص شخصیت فرد کجرو توجیه می کنند و بر این باورند که برخی از گونه های شخصیت، بیشتر از گونه های دیگر، گرایش به تبهکاری و ارتکاب جرم دارند. علل فردی گرایش به اعتیاد بیشتر بر مبنای نظری دیدگاه های روانشناختی متکی می باشند. با

دانستن عواملی که فرد را در معرض خطر اعتیاد قرار می دهند، می توان افراد در معرض خطر را شناسایی کرد و برای پیشگیری از ابتلای آنان به اعتیاد، برنامه ریزی های دقیق و مؤثر انجام داد.

_ مشکلات روانی

بین شخصیت و اعتیاد رابطه ای متقابل وجود دارد، به نحوی که فرد به علت وضع خاص شخصیتی و نیازها، شکست ها، ناتوانی در برخورد با مسائل و ناکامی در زندگی، عدم ثبات عاطفی و ...، به اعتیاد روی می آورد. از سوی دیگر، اعتیاد به نوبه خود منجر به از بین رفتن تعادل روانی و هیجانی شخص می شود. گروهی از افراد که بعضاً ضعیف النفس هستند، قدرت مقابله با مشکلات و ناکامی ها را ندارند و اعتیاد را راه نجات خود تلقی می کنند؛ برای رهایی از ناراحتی ها، فشارهای روانی، بی اعتمادی به خویشتن و رفع هیجانات درونی در جست و جوی پناهگاهی امن، به مواد مخدر و یا مصرف داروهای روان گردان پناه می برند. این افراد فکر می کنند که با مصرف مواد از گرفتاری های زندگی رهایی می یابند و دنیا را به نحو دیگری مشاهده می کنند؛ زیرا حالت تخدیری دارو و مواد مخدر سبب می شود که تا مدتی فرد معتاد نسبت به مسائل، مشکلات و واقعیت های زندگی بی تفاوت باشد. همین فرار از زیر بار مشکلات فردی، عامل عمده برای کشش افراد به طرف مواد مخدر است (سلیمی و داوری، ۱۳۸۱: ۵۰).

یک دسته از افرادی که بیشتر در معرض اعتیاد به مواد مخدر قرار میگیرند افراد افسرده هستند. افراد افسرده ضعف روانی دارند و به نوعی احساس خلأ شخصیتی می کنند. آنها به تصور خودشان، توان لذت بردن از دنیا را ندارند، همواره احساس ناتوانی و خستگی می کنند و خود را تهی از هرگونه توان و احساس مطلوب می دانند. به عقیده سیدنی کوهن، چنین افرادی ممکن است با مصرف مواد در جست و جوی جادویی برآیند که به دردهایشان پایان بخشد و خلأهایی را که خودشان احساس می کنند رفع و نقص شخصیتشان را برطرف کنند (موسی نژاد، ۱۳۸۱: ۲۱۸).

معتاد در مقایسه با دیگر زنان، مسائل و مشکلات روانی بیشتری دارند، گرچه مشخص شده است که اختلالات افسردگی یا اضطراب، شایع ترین بیماری در نزد زنان معتاد به مواد است. مطالعات نشان داده است، رفتارهای خودکشی، آسیب پذیری بالا و عزت نفس پایین در زنان معتاد بیشتر از دیگران است. حتی بسیاری از زنان گرفتار مشکلات بازگشت افسردگی می شوند (اصغری، ۱۳۹۴). به نقل از رشیدی نژاد، (۱۳۹۴: ۱۹).

— ضعف اراده

اراده عامل حرکت فرد می باشد. پس باید با منطق و شرع همسان باشد و با استفاده از تربیت و آموزش صحیح تقویت شود. فردی که با مشاهده یک عمل خلاف شرع و موازین اجتماعی با قاطعیت تمام در مقابل آن ایستادگی می نماید، از خود تزلزلی نشان نمی دهد و هدف خود را در زندگی به طور قطعی انتخاب می کند، دارای اراده ای قوی می باشد. اما اگر فرد دچار اراده ای ضعیف بوده و برنامه خاصی برای زندگی

خود نداشته باشد، اولاً، دچار نوعی سردرگمی و خستگی روحی می شود و ثانیاً، ممکن است در مقابل هر انحرافی پاسخ مثبت دهد. در این صورت، نه تنها شخص نمی تواند مانع انحراف دیگران شود، بلکه خود نیز دچار انحراف می گردد. این مسئله در اعتیاد فرد اهمیت بسزایی دارد (قنبری، ۱۳۷۹: ۱۸۰).

بین اعتیاد با زمینه های شخصیتی افراد همبستگی وجود دارد و هرچقدر افراد از عزم و اراده قوی برخوردار باشند، به همان نسبت در برابر رفتار انحرافی دیگران مقاومت می نمایند و از ارتکاب آن دوری می کنند. در حالی که افراد سست رأی، سریع تحت تأثیر افراد معتاد قرار گرفته و ارزش ها، هنجارها و اسلوب رفتاری آنان را می پذیرند. در مجموع، به نظر می رسد افرادی با روحیات ضعیف، زودباور، کم طاقت، در برابر مشکلات، سرخورده، فاقد اعتماد به نفس، هیجانی و ... بیشتر در معرض خطر ابتلا قرار دارند (قاسمی روشن، ۱۳۸۸. به نقل از رشیدی نژاد، ۱۳۹۴: ۱۷).

_ فقدان شناخت

پایین بودن سطح شناخت زنان نسبت به مشخصات مواد مخدر و پیامدهای ناگوار مصرف آن، از جمله عوامل اعتیاد است. بسیاری از افراد به جهت عدم اطلاعات کافی از عواقب مصرف مواد و زودباوری و ارضای حس کنجکاوی، به استعمال مواد مخدر روی می آورند، این مسأله در بین جوانان، خصوصاً جوانان باهوش حادثتر است. چنانچه فرد در اولین مرتبه مصرف مواد مخدر، احساس خوشایندی داشته باشد، سعی می کند که در روزهای بعد از هر طریق ممکن، مقدار دیگری از آن را مصرف نماید، لذا به تدریج معتاد می شود (قاسمی روشن، ۱۳۸۸. به نقل از رشیدی نژاد، ۱۳۹۴: ۱۸).

_ کنجکاوی

عده ای با شرکت در مجالس دوستانه، زمانی که می بینند دیگران از مواد مخدر استفاده می کنند، حس کنجکاوی در آنها تحریک شده، به مصرف مواد گرایش پیدا می کنند. این امر منجر به مهیا شدن زمینه اعتیاد در فرد می شود؛ زیرا ممکن است با اولین مرتبه استفاده در فرد احساس مثبتی ایجاد گردد و باعث تکرار این عمل شود. دسته ای از افراد نیز برای کنجکاوی و ارزیابی خودشان با تصور اینکه با یک بار مصرف معتاد نمی شوند و گاهی حتی برای اینکه قدرت خودشان را به دیگران ابراز دارند به مصرف مواد مخدر تن می دهند. احتمال معتاد شدن این افراد نیز بسیار زیاد است (قنبری، ۱۳۷۹: ۱۸۳).

_ رهایی از زندگی عادی

تقریباً انجام هر کاری بدون توجه به باورهای ذهنی و نیروهای درونی شخص انجام دهنده غیرممکن است. زمانی که یک تبدل به مفهوم دقیق کلمه در خاستگاه فلسفی ذهنی صورت می گیرد، باور روانی و انگیزه ای، که از آن گرایش به مواد مخدر تعبیر می کنیم، ایجاد می شود. فرد دائم مشکلات و موقعیت خود را ارزیابی و داوری می کند. این داوری نوعاً شخصی بوده و بر اساس دانش و فرهنگ تربیتی و فکری شخص داوری کننده صورت می پذیرد. حقیقت آن است که اعتیاد، همچنان که از نامش پیداست، اگرچه خود صورت عادت دارد، اما برای شکستن یک عادت دیگر انجام می گیرد. یکی از بارزترین علل گرایش به مصرف مواد مخدر در جوامع صنعتی پیشرفته، شکستن عادت ناشی از حیات عادی فردی است که در بستر زمان، صورت تکرار ملال آور به خود می گیرد. بر اساس آماری که به دست آمده، قریب هشتصد هزار نفر از معتادان (از جمع دو میلیون نفر)، معتادان تفتنی هستند که متأسفانه آمار سرآمدان علم و دانش در این طبقه زیاد است (قنبری، ۱۳۷۹: ۱۸۴).

— انگیزه های درمانی

یکی از علل مصرف مواد مخدر جنبه های درمانی آن است. برخی افراد برای تسکین دردهای جسمی، از مواد مخدر و مشتقات آن استفاده می کنند. این تسکین برای فرد مصرف کننده به منزله پاداش تلقی می شود، لذا استعمال مواد را ادامه داده و معتاد می شود. حقیقت آن است که در بسیاری از موارد پرداختن و گرایش به مواد مخدر در آغاز جنبه مداوا داشته و سپس در بستر زمان به اعتیاد بدل گردیده است. شیوع مواد مخدر در روستاها نوعاً با انگیزه درمانی صورت می پذیرد. در این بخش استفاده از مواد مخدر برای رسیدن به تعادل جسمی است (قنبری، ۱۳۷۹: ۱۸۷).

— شخصیت متزلزل

آلپورت در تعریف خود از شخصیت می گوید: ی شخصیت سازمانی است پویا از نظام های روانی- جسمانی در درون فرد که سبب سازگاری های بی همتا و بی نظیر او با محیط می شود. بین شخصیت و اعتیاد رابطه ای متقابل وجود دارد، به نحوی که فرد به علت وضع خاص شخصیتی و نیازها، شکست ها، ناتوانی در برخورد با مسائل و ناکامی در زندگی، عدم ثبات عاطفی و ملایمات دیگر، به اعتیاد روی می آورد. از سوی دیگر، اعتیاد به نوبه خود منجر به از بین رفتن تعادل

روانی و هیجانی شخص می شود. بدین سان، بین اعتیاد و شخصیت فرد دور باغظلی ایجاد می شود که مبارزه با آن مستلزم تغییر شرایط بیرونی و درونی، یعنی ایجاد اراده و روحیه ای قوی و آسیب ناپذیر است. شناخت شخصیت و ویژگی های رفتاری معتادان به منظور مبارزه با اعتیاد و پیشگیری و درمان آن، از اهمیت ویژه ای برخوردار است (ستوده، ۱۳۸۰: ۱۹۴). برخی از اختلالات مربوط به شخصیت که منجر به شکل گیری و ایجاد زمینه انحرافات اجتماعی و گرایش فرد به اعتیاد می شود عبارتند از:

شخصیت پارانویایی و شخصیت ضد اجتماعی. ویژگی های خاص شخصیت پارانویایی این است که این افراد اعمال دیگران را تحقیرآمیز یا تهدیدآمیز تفسیر می کنند؛ به دیگران اعتماد ندارند و روابط اجتماعی آنها در اثر همین بی اعتمادی مختل شده است. این افراد خود بزرگ بین هستند و به دیگران ظلم و ستم می کنند.

ضعف شخصیت ضد

اجتماعی. نوعی بهم ریختگی ارتباط میان انسان و جامعه است. این افراد نسبت به هنجارها و مقررات اجتماعی بی اعتنا و بی تفاوت هستند و سعی می کنند به هر نحو که شده به هوا و هوس خود پاسخ دهند. این افراد ارزش های اخلاقی را پایمال می کنند و به علت جست و جوی لذت و نیز ضعف اراده به آسانی گرفتار مواد مخدر و الکل می شوند. از نشانه ها و ویژگی های شخصیت ضد اجتماعی می توان به خودمحوری، فقدان احساس گناه و فریبندگی سطحی و ظاهری اشاره کرد (ستوده، ۱۳۸۰: ۱۱۸-۱۲۱).

— روابط صمیمانه و تعدی های جنسی

محققان مؤسسه علمی مواد مخدر آمریکا در تحقیقات خود به این نتیجه رسیده اند که سابقه تعدی جنسی و فیزیکی در زنان، می تواند زمینه ساز گرایش به مصرف مواد مخدر در بین زنان باشد. مطابق پژوهش های این مرکز، زنانی که مورد تعدی جسمی و جنسی قرار گرفته اند، ۴ برابر زنان دیگر به سوی اعتیاد کشیده شده اند (قاسمی روشن، ۱۳۸۸. به نقل از رشیدی نژاد، ۱۳۹۴: ۲۰).

دختران و زنان مصرف کننده مواد مخدر و الکل از نوجوانی تا سالخوردگی تحت تأثیر روابط در زندگی شان قرار دارند. به نظر می رسد دختران نوجوان نسبت به فشار گروه همسالان در مقایسه با پسران، آسیب پذیرتر باشند و ممکن است به منظور احساس پذیرفته شدن در گروه همسالان، اعتیاد را تجربه کنند. اگر زنان معتاد و الکی را با مردانی با همین ویژگی مقایسه کنیم، احتمال اینکه زنان شریک یا دوست جنسی با همین ویژگی داشته باشند، بیشتر است.

الف) یک دوم یا یک سوم زنان معتاد با مردی که معتاد است، زندگی می کنند.

ب) زنان جوان معتاد اغلب توسط مردی مسن تر که با او رابطه صمیمانه دارند با مواد مخدر آشنا شده اند.

ج) زنان معتاد به هروئین، از طریق دوستی نزدیک که با او ارتباط جنسی داشته اند و یا دوستی از جنس مخالف با هروئین آشنا شده اند.

د) زنان معتاد در مقایسه با مردان معتاد بیشتر احتمال دارد برای خرید هروئین پول دریافت کنند و حتی در مصرف مواد، مورد حمایت قرار گیرند.

ه) زنان معتاد و تزریقی معمولاً با مردی که مصرف تزریقی دارد روابط جنسی برقرار می کنند.

این نتایج دارای معنای ضمنی مهمی در خصوص آسیب پذیری زنان به مواد است. در واقع زنان اغلب از طریق روابط نزدیک و صمیمانه با مواد مخدر و الکل آشنا شده اند که این امر می تواند به طور بالقوه نتایج مصیبت باری برای سلامتی آنها در بر داشته باشد (رشیدی نژاد، ۱۳۹۴: ۲۱).

_ احساس تنهایی

یکی از عوامل عمده ارتکاب رفتارهای انحرافی نظیر اعتیاد، احساس تنهایی است، به طوری که بعضی روانشناسان، اعتیاد را بیماری تنهایی می دانند. افرادی که ارتباط مستحکمی با دیگران (خانواده، دوستان، بستگان) ندارند و همیشه احساس تنهایی می کنند و تنهایی آنان نتیجه ناکامی و شکست در عشق و دوستی می باشد، سعی می کنند برای فراموشی شکست و ناکامی خود در عشق و رهایی از فم ها و غصه ها، به مواد تحذیرکننده روی آورند و بدون در نظر گرفتن عواقب منفی و ناگوار آن، لذت آنی را جایگزین آن نمایند (باباگل زاده، ۱۳۸۶: ۳۶).

۲-۹-۲- عوامل خانوادگی

خانواده اصلی ترین نقش را در تربیت فرزندان دارد. یک خانواده سالم خانواده ای است که همه امور و فعالیت های آن منطبق با موازین و معیارهای حاکم بر جامعه باشد. یافته های تحقیقات حاکی از آنند که ۴۴ درصد بزهداران جامعه ما در خانواده های بی بند و بار زندگی می کرده اند. بی توجهی والدین به تربیت فرزندان، عواقب وخیمی در آینده فرزندان به دنبال خواهد داشت. نوع شغل پدر و مادر، وضعیت مسکن،

کثرت یا قلت اولاد، همسایگان، ساکنان دیگر منزل، ویژگی های اخلاقی پدر و مادر، میزان تحصیلات والدین، پدرسالاری یا مادرسالاری، وضع اقتصادی خانواده، از هم پاشیدگی و سردی خانواده، جدایی والدین و عدم پیوستگی اعضای خانواده و سست بودن ارکان خانواده از عوامل مهمی می باشند که زمینه انحراف و کجروی را در فرد ایجاد می نمایند (قربان حسینی، ۱۳۸۶: ۱۹۷).

تحقیقات نشان می دهند که افراد معتاد بیش از افراد غیر معتاد به خانواده های از هم پاشیده و بی ثبات تعلق دارند. یکی دیگر از زمینه های اعتیاد فرزندان، اعتیاد پدر و یا اعضای خانواده می باشد. امروزه نهاد خانواده در غرب از جایگاه اصلی خود دور شده است. به هم خوردن نظم خانوادگی، سست شدن پایه این نهاد اساسی، شانه خالی کردن جوانان از قبول مسئولیت از دواج، منفور شدن مادری، کاهش علاقه پدر و مادر و به ویژه مادر به فرزندان، جانشین شدن هوس های سطحی به جای عشق و افزایش طلاق، سبب گردیده اند که در این جوامع، نهاد خانواده کارکرد خود را در مورد کنترل آسیب های اجتماعی از دست بدهد (داوری، ۱۳۸۱: ۱۲۶-۱۲۷). اما در جامعه ما که یک جامعه اسلامی است و تعالیم اسلامی ارزش های خانوادگی را به بهترین وجه بیان کرده و مورد تأکید قرار داده است، نباید شاهد سست شدن پایه های خانواده باشیم. به طوری که بیش از چهار هزار دستورالعمل به صورت مستقیم درباره خانواده و ارزش های حاکم بر آن از طرف معصومان بیان شده است (داوری، ۱۳۸۱: ۱۲۸). در

نتیجه پژوهشی که از ۸۰۰ کودک بزهکار به عمل آمده، معلوم شد که ۶۵ درصد پدر و مادرشان طلاق گرفته یا در حال جدایی بوده اند. بررسی دیگر نشان می دهد که ۸۸ درصد کودکان مجرم دارای پدر و مادری بوده اند که از هم جدا زندگی کرده و بین آنها اختلاف نظر و ستیزه وجود داشته است (ستوده، ۱۳۸۰: ۴۱). در ذیل به برخی عوامل زمینه گرایش فرد به اعتیاد در خانواده اشاره می گردد:

— خانواده پرتنش

آمار افراد معتاد در خانواده های پرتنش که همیشه درگیر بحث و جدل هستند بیشتر از سایر خانواده هاست. وجود تنش های عاطفی در خانواده به محرومیت عاطفی می انجامد و محرومیت عاطفی از علل مهم گرایش فرد به اعتیاد محسوب می گردد. در نتیجه پژوهشی که از ۸۰۰ کودک بزهکار به عمل آمده، معلوم شد که ۶۵ درصد مادرانشان طلاق گرفته یا در حال جدایی بوده اند. بررسی دیگری نشان می دهد که ۸۸ درصد کودکان مجرم دارای پدر و مادری بوده اند که از هم جدا زندگی کرده و بین آنها اختلاف نظر و ستیزه وجود داشته است. خانواده حریم امن و آرامش است. ستیزه و اختلاف در خانواده از علل مهم

گرایش افراد به ناهنجاری ها و اعتیاد است. افراد پرورش یافته در خانواده نابسامان و از هم گسیخته زمینه های بیشتری در گرایش به انحراف و اعتیاد دارند. طبق یافته های تحقیقی، ۴۴ درصد بزهداران جامعه ما در خانواده های لاابالی زندگی می کنند. همچنین در پژوهش دیگری نشان داده شده است که ۸۸ درصد معتادان، ستیزه های خانوادگی را در فرار فرزندان و روی آوردن به اعتیاد مؤثر می دانند. زمانی که محیط خانواده محیط مناسبی برای زندگی نباشد، فرد سعی می کند بیشترین وقت خود را در خارج از خانه صرف نماید و این کار، ارتباط افراد را با شکارچیانی که به دنبال شکار می گردند مهیا می سازد. باید توجه داشت که هر قدر که ستیزه های خانوادگی بیشتر باشد، احتمال کشش افراد به طرف مصرف مواد مخدر و دیگر انحرافات اجتماعی بیشتر است (باباگل زاده، ۱۳۸۶: ۳۹).

_ اعتیاد والدین

خانواده اولین محیطی است که فرزندان را با باورها، ارزش ها و هنجارهای جامعه آشنا می کند و به تدریج شخصیت فرزندان را بر اساس این عناصر شکل می دهد. فرزندان با الگوبرداری از اغلب رفتارهای والدین، نظیر شیوه و لهجه صحبت کردن، پرخاشگری، به کار بردن الفاظ ناپسند، فحاشی، کارهای خلاف و ... تقلید می کنند. اعتیاد والدین به سیگار یا مواد مخدر، موجب می شود تا فرزندان رفتار آسیب زای آنان را الگو قرار داده و معتاد شوند. از سوی دیگر، تحمل فرزندان به جهت زندگی در خانه ای که آلوده به مواد مخدر است و اغلب اعضای خانواده معتاد و بیکار و .. می باشند، کاهش می یابد و به سوی اعتیاد کشیده می شوند (قاسمی روشن، ۱۳۸۸. به نقل از رشیدی نژاد، ۱۳۹۴: ۲۲). افرادی که در خانواده های معتاد زندگی می کنند، ترس و قبح معتاد شدن برایشان از بین رفته است و عادی شدن مصرف مواد در خانواده موجب سهولت گرایش دیگر اعضا به مصرف مواد مخدر می شود. اگر پدر و مادر در خانواده معتاد باشند، اعتیاد آنها از یک سو، کنترل و تسلط آنها را بر فرزندان کاهش می دهد و از سوی دیگر، عامل انتقال این عادت به فرزندان می شوند. البته گاهی اوقات برخی فرزندان به دلیل انزجار از رفتار پدر و مادر و عبرت گرفتن از آنها، از این صفت دوری می جویند، اما چنین والدینی در گرایش به اعتیاد فرزندان نقش مؤثری دارند. نتایج تحقیقات نشان می دهند که بسیاری از معتادان در خانواده، افراد معتاد از قبیل، پدر، مادر، پدربزرگ و ... داشته اند (مدنی، ۱۳۸۱: ۱۸۸).

_ اعتیاد همسر

شوهران معتاد یکی از مهم ترین عوامل اعتیاد زنان به حساب می آیند. آنها برای آنکه در موقع استعمال مواد مخدر مصاحبی داشته باشند و از سرزنش و انتقاد همسر خود بکاهند و در موقع تنگدستی و عدم تمکن مالی برای تهیه مواد مخدر، او را به کارهای ناپسند و نامشروع نظیر؛ گدایی، فروش مواد مخدر و خودفروشی بکشانند، زن خود را معتاد می کنند و حتی از فرزندان خویش سوء استفاده می نمایند و آنها را به توزیع مواد مخدر وادار می کنند. گاه برخی مردان معتاد، دختران کم سن و سال خود را به ازدواج با افراد مسن و ثروتمند مجبور می کنند و یا به انجام کارهای سخت و ا می دارند (قاسمی روشن، ۱۳۸۸. به نقل از رشیدی نژاد، ۱۳۹۴: ۲۴).

— کمبود محبت در خانواده

بسیاری از صاحب نظران در مسئله بزهکاری، کمبود محبت و ضعف عاطفی را ریشه اصلی جرم و انحراف دانسته اند. تحقیقی از غرب درباره بزهکاران نشان داده است که ۹۱ درصد مجرمان در ارتباط با جرم به نحوی دچار مشکل عاطفی بوده اند. فرد در خانواده زمانی که نیازهای عاطفی اش برآورده نشود، مجبور می شود دست نیاز به سوی دیگران دراز نماید. در این زمان است که شکارچیان از این موقعیت ها سوء استفاده می کنند و با ارتباط عاطفی دروغین افراد را به سوی انحراف می کشانند (عربیان، ۱۳۸۲: ۲۳. به نقل از محمدی نیکو، ۱۳۹۴: ۵۰).

— افراط در محبت

زیاده روی در محبت نیز خود مانند کمبود محبت اثر منفی بر تربیت فرزندان دارد، به نحوی که فرزند همیشه متکی به پدر و مادر می باشد و هیچ گاه احساس استقلال و بزرگمنشی نخواهد کرد. زمانی که چنین فردی وارد جامعه شود و در این موقعیت از محبت های پدر و مادر به دور باشد، احساس کینه و عقده جویی می نماید و برای جبران این مسئله دست به هر خلاقی خواهد زد.

— تبعیض بین فرزندان

این مسئله نیز یکی دیگر از مواردی است که فرد در خانواده احساس حقارت و حسادت می نماید. توجه نکردن به این امر خود می تواند زمینه اعتیاد در اعضای خانواده را ایجاد نماید.

— محدود کردن فرزندان

همان گونه که آزادی بی حد و حصر منجر به گرایش فرد به انحرافات اجتماعی می شود، محدود بودن نیز می تواند عامل گرایش فرد به انحرافات اجتماعی باشد؛ زیرا از سویی، محدود بودن منجر به فعال شدن حس کنجکاوی فرد و از سوی دیگر، منجر به بروز مشکلات عاطفی می شود. کنترل بیش از حد فرزندان سبب می شود که فرد وابسته به کنترل خارجی باشد؛ یعنی تا زمانی که از طریق اعمال زور، رفتارش تحت کنترل است دست به عمل منحرفانه نمی زند، اما به محض اینکه کنترل والدین ضعیف شود و یا والدین به دلیل اشتغالات فرصت کنترل را نداشته باشند، خود را رها می یابد و به رفتارهای انحراف آمیز روی می آورد؛ زیرا از کودکی حس کنترل درونی (وجدان) او خاموش بوده و همیشه به کنترل خارجی و احتمالاً زور وابسته بوده است (مدنی، ۱۳۸۱: ۱۸۷).

— رفاه اقتصادی خانواده

در خانواده هایی که رفاه و درآمد اقتصادی زیاد است، روابط انسانی بر اثر کثرت کار و یا سرگرمی ضعیف می گردد. ضعف روابط انسانی نیز به نوبه خود عامل مساعدی برای کشش فرد به مواد مخدر است. بهترین دلیل این مدعا افزایش روزانه درصد معتادان در جوامع صنعتی غرب است که با رشد صنعت، روابط انسانی ضعیف تر می گردد. همچنین افرادی که درآمد بیش از حد دارند موقعیت و زمینه مساعدتری در داخل یا خارج از کشور دارند و بدیهی است که این قبیل امکانات و تفریحات، زمینه را هم برای مصرف و هم برای فروش مواد مخدر بسیار مساعد می نماید. خداوند در قرآن کریم، رفاه طلبی و اسراف را به شدت مورد حمله و نکوهش قرار می دهد و آن را عامل مستقیم در ایجاد طقیان، فساد و ظلم و کژی ها معرفی می نماید. همچنین در متون دینی آمده است که رفاه طلبی و زندگی مرفهانه سبب طقیان در برابر خداوند، سیطره شهوات بر انسان، همراهی با ظالمان، فاسقان و کافران، لذت گرایی، غرق شدن در کامیابی ها و اقدام به کجروی ها می شود. پیامبر اکرم (صلی الله علیه و آله) در فرازی می فرمایند: من از ثروت بیش از حد، بیش از فقر برای شما هراسان هستم و آن را موجب هلاکت و سقوط می دانم (اسفندیاری: ۴۰. به نقل از محمدی نیکو، ۱۳۹۴: ۴۶).

— بی سوادی یا کم سوادی والدین

تحصیلات پایین یا بی سوادی نقش مهمی در فرهنگ عمومی جامعه و همچنین در حریم خانواده و تربیت فرزندان دارد. بی سوادی و کم سوادی عامل بسیاری از مسائل، مشکلات، نارسایی های اجتماعی و انحرافات است. روشن است که پدر و مادر باسواد بسیار بهتر و با دید باز نسبت به دنیای پیرامون،

مسائل و مشکلات خانواده را حل می کنند. والدین تحصیل کرده با روش های علمی و منطقی می توانند فرزندان را کنترل نمایند. آنان اغلب به دلیل آگاهی و شناخت مسائل و نیاز زندگی خود، شرایط مادی و معنوی و عاطفی مناسبی را برای فرزندان ایجاد می کنند. حال آنکه، بی سوادی والدین منجر به مسائلی از قبیل: روش های غیر منطقی در تربیت فرزندان، پی نبردن به نیازهای روانی فرزندان، پذیرفتن تغییرات در نگرش جوانان و تأکید بر روش ها و اعتقادات سنتی خود می شود که تمامی این مسائل موجب می گردند فرد نوعی احساس تنهایی و کمبود نماید و در نتیجه در پی یافتن همدرد و همدل، به هر شخص و هر موادی روی آورد. غالب تحقیقات نشان می دهند که بیشتر معتادان، والدینشان بی سواد و کم سوادند. پدر ۶۴ درصد متادان و مادر ۸۳ درصد آنها بی سواد می باشند و علاوه بر آن، ۵۱ درصد معتادان خود بی سواد بوده اند و یا دارای تحصیلات قدیمی و ابتدایی هستند. همچنین ۴۰ درصد همسران ایشان نیز بی سواد بوده اند (فرجاد، ۱۳۷۷: ۲۹۷. به نقل از محمدی نیکو، ۱۳۹۴: ۵۰).

_ فقر خانواده

فقر و انحرافات اجتماعی از جمله پدیده هایی هستند که به نظر بسیاری از صاحب نظران باهم مرتبط می باشند. آنان پدیده های مزبور را در دو طبقه خرد و کلان تبیین کرده اند. در سطح خرد، فقر را معلول ویژگی ها و استعداد های فردی شخص می دانند و عواملی همچون ضعف جسمانی و اختلالات روانی و بی استعدادی را از جمله مواردی می دانند که در رابطه با ایجاد فقر مؤثرند. اما در سطح کلان، فقر و انحرافات هر یک معلول تلقی شده، در یک چرخه علی و معلولی قرار می گیرند. بر اساس این گونه تبیین ها، مشخص می شود که در سطح نهادها، سازمان ها، روابط اجتماعی و خصایص ساختاری جامعه مشکلی وجود دارد و سبب ایجاد یک معضل در جامعه شده است. تحقیقات و پژوهش ها در عین حال که مؤید وجود رابطه مستقیم بین فقر و انحرافات نیست، اما وجود همبستگی میان آن دو را تأیید می نماید. بر این اساس، فقر به عنوان یکی از مسائل اجتماعی، در وقوع انحرافات و افزایش میزان آن، به ویژه در زمینه جرایم زنان، اعتیاد و سرقت تأثیرگذار است. در رویکرد دینی نیز این همبستگی میان فقر و انحرافات اجتماعی مورد تأیید است؛ بر این اساس، فقر انگیزش روی آوری به کجروی را افزایش می دهد. همچنان که رفاه طلبی و ثروتمند بودن در گرایش فرد به سوی انحرافات اجتماعی، انگیزه ای بسیار قوی می باشد. همان گونه که فقر می تواند فرد را به سوی قاچاق مواد مخدر و اعتیاد بکشاند، خود نیز یکی از عواقب اعتیاد می باشد؛ یعنی رابطه ای دوسویه بین فقر و اعتیاد وجود دارد، به گونه ای که هرگاه

فرد فقیر به دلیل مشکلات مالی به اعتیاد روی آورد، اعتیاد باعث فقر هرچه بیشتر او می شود؛ زیرا از سوئی، مصرف مواد مخدر نیازمند به صرف هزینه می باشد و از سوی دیگر، فرد معتاد ضعیف شده است و اراده کار کردن ندارد. آمارهای موجود تأییدکننده ارتباط بین اعتیاد و فقر می باشند. به عنوان نمونه، برطبق آماری که در بین سال های ۱۳۷۱_۱۳۷۷ انجام گرفت، این نتیجه بدست آمد که بین تغییرات نسبت خانواده های زیر خط فقر نسبی و تعداد دستگیر شدگان مرتبط با مواد مخدر همبستگی بالایی وجود دارد (اسفندیاری: ۴۷_۵۳. به نقل از محمدی نیکو، ۱۳۹۴: ۵۳).

— ستیزه والدین

خانواده، حریم امن و آرامش است. ستیزه و اختلاف در خانواده از علل مهم گرایش افراد به ناهنجاری ها و اعتیاد است. افراد پرورش یافته در خانواده نابسامان و از هم گسیخته زمینه های بیشتری در گرایش به انحراف و اعتیاد دارند. طبق یافته های تحقیقی ۴۴ درصد بزهکاران جامعه ما در خانواده های لاابالی زندگی می کنند. همچنین در پژوهش دیگری نشان داده شده است که ۸۲ درصد معتادان، ستیزه های خانوادگی را در فرار فرزندان و روی آوردن به اعتیاد مؤثر می دانند. زمانی که محیط خانواده، محیط مناسبی برای زندگی نباشد، فرد سعی می کند بیشترین وقت خود را در خارج از خانه صرف نماید و این کار، ارتباط افراد را با شکارچیانی که به دنبال شکار می گردند مهیا می سازد. باید توجه داشت که هر قدر ستیزه های خانوادگی بیشتر باشد، احتمال کشش افراد به طرف مصرف مواد مخدر و دیگر انحرافات اجتماعی بیشتر است (مدنی، ۱۳۸۱: ۱۸۶).

— نارضایتی از زندگی زناشویی

زنانی که از زندگی زناشویی خود راضی نیستند و احساس می کنند که راهی برای بازگشت ندارند، بیشتر در معرض خطر اعتیاد هستند. به طور نمونه، دختر کم سنی که پدرش برای رهایی از مخارج زندگی، او را مجبور به ازدواج با فردی می کند که از نظر سنی بزرگتر است و شغل و تحصیلات مناسبی ندارد، در این صورت تنفر بیش از اندازه از شوهر، او را وادار می کند که به جای دل بستن به زندگی و انجام نقش های خویش و اظهار عشق و علاقه به شوهر، جذب گروه های منحرف و معتاد شود و به انگیزه های مختلفی از جمله تقلیل ناراحتی های روحی و روانی، رهایی از فشار زندگی و جبران نارضایتی از ارتباط جنسی با شوهر، به سوی کسب لذت های جایگزین نظیر مصرف مواد مخدر کشیده شود (باباگل، زاد، ۱۳۸۶: ۴۴).

۲-۹-۳- عوامل اجتماعی

از آن رو که انسان طبعاً موجودی اجتماعی می باشد و برای زندگی کردن نیاز به حضور در اجتماع دارد، با یک سری علل اجتماعی روبه رو می گردد که برخی از آنها در گرایش فرد به اعتیاد مؤثرند. برخی از علل اجتماعی که در گرایش به سوی اعتیاد زمینه ساز و مؤثر می باشند عبارتند از:

_ دسترسی آسان به مواد مخدر

در دسترس بودن مواد مخدر علتی می باشد که به همراه علل دیگر زمینه گرایش فرد را به اعتیاد ایجاد می نماید، به گونه ای که اگر در فرد زمینه کجروی وجود داشته باشد و مواد مخدر به آسانی در دسترس او قرار گیرد، از مصرف و توزیع آن دریغ نمی نماید. دسترسی به مواد مخدر به عوامل گوناگونی بستگی دارد؛ از جمله: وضعیت جغرافیایی کشور، استان و محله جغرافیایی، نقش قوانین، نحوه اجرا و قاطعیت قوانین و برنامه ریزی های مسئولان برای مهار مواد مخدر.

_ بیکاری

عامل بیکاری به طور غیرمستقیم به گرایش فرد به سوی اعتیاد می انجامد. بیکاری از سویی، به فقر شخص و از سوی دیگر، سبب ایجاد بیماری های روانی، افسردگی، ضعف اعتماد به نفس و از بین رفتن امیدواری می شود که در نهایت به اعتیاد شخص منجر می گردد. فرد به دلیل بیکاری و نداشتن درآمد آبرومند به خرید و فروش مواد مخدر روی می آورد و برای خود شغلی کاذب ایجاد می نماید. یکی از نتایج اشتغال، فقدان فرصت برای ارتکاب جرم است. بیکاری منجر به افزایش اوقات فراغت فرد می شود و چنانچه برای اوقات فراغت افراد برنامه ریزی های منطقی و مناسبی اتخاذ نشده باشد زمینه گرایش به اعتیاد برای آنان مهیا می شود، چرا که در این فرصت فرد با منحرفان و معتادان آشنا می گردد و به آنها می پیوندد. پس می توان نتیجه گرفت که بیکاری یک عامل زمینه ای می باشد که می تواند در کنار عوامل دیگر، مانند فقر، موجب روی آوردن فرد به سوی اعتیاد گردد (ستوده، ۱۳۸۰: ۷۹).

_ نابرابری های اقتصادی و اجتماعی

نابرابری های اقتصادی و اجتماعی جنبه های وسیعی دارد که نابرابری ها در توزیع منابع مادی، نابرابری در قدرت، نابرابری در حیثیت، نابرابری های جنسی و نژادی را شامل می شود. عامل نابرابری

به طور مستقیم منجر به اعتیاد فرد نمی‌گردد، اما می‌تواند زمینه‌ساز فقر و مشکلات عاطفی گردد. از این رو، به طور غیر مستقیم عاملی در گرایش افراد به اعتیاد مواد مخدر محسوب می‌شود. اختلاف طبقاتی در هر جامعه به بی‌ایمانی بیشترین افراد آن جامعه نسبت به شرایط اقتصادی موجود منتهی می‌شود. همین بی‌ایمانی نسبت به شناخت اجتماعی در گرایش به اعتیاد تأثیر به‌سزایی دارد. مطالعات اجتماعی نشان می‌دهند در کشورهای که توزیع ثروت به صورت عادلانه صورت نمی‌گیرد، هر روز فقرا فقیرتر و اغنیاء غنی‌تر می‌شوند، فاصله طبقاتی فزونی می‌یابد و به علت عدم آموزش‌های اجتماعی و ضعف فرهنگی و فقدان احساس همبستگی ناشی از مادی‌گرایی و فردگرایی_ که از ویژگی‌های جوامع در حال توسعه است_ افراد قادر به هدایت درست ستیز علیه این بی‌عدالتی اجتماعی نیستند. در نتیجه ارزش‌های اجتماعی فاقد اعتماد می‌شوند، نظارت اجتماعی سست می‌گردد و بزهدکاری و تبهکاری عمومیت پیدا می‌کنند (ستوده، ۱۳۸۰: ۸۰).

_ نقش محیط جغرافیایی و محل سکونت

نقش محیط جغرافیایی شهر، از جمله شهرهای مرزی که امکان انتقال مواد مخدر به راحتی صورت می‌گیرد و نیز محل سکونت در گرایش افراد به اعتیاد نقش بسزایی دارد. در مورد محل سکونت، این مسئله اهمیت دارد که غالب افراد معتاد در مناطق حاشیه‌ای و مناطق قدیمی که دارای کوچه‌های پر پیچ و خم و خانه‌های مخروبه می‌باشد، زندگی می‌کنند. واقعیت این است که محیط‌های آلوده می‌توانند زمینه مساعد شکوفایی استعداد های موجود در افراد برای ارتکاب به جرم و اعتیاد ایجاد نمایند. در این گونه مناطق که اغلب مناطق فقیرنشین می‌باشند، امکانات رفاهی و مراکزی مانند سینما، پارک و امکانات رفاهی کمتر وجود دارند و جوانان برای گذران اوقات فراقت خود به اجبار به طرف اعتیاد کشانده می‌شوند. از سوی دیگر، غالباً این گونه مکان‌ها از طرف نیروی انتظامی کمتر نظارت می‌شوند. همچنین اغلب روستاییان و مهاجران خارجی در محل‌های قدیمی، شلوغ و مخروبه‌ها که از مراکز شهرها به دور هستند اسکان می‌یابند و به دلیل آنکه این افراد، اغلب شغلی ندارند و در بین مردم شناخته شده نیستند، خیلی راحت و بهتر می‌توانند به توزیع مواد مخدر و در نهایت، مصرف آن روی آورند (ستوده، ۱۳۸۰: ۴۵).

_ نقش دوستان ناباب

عضویت در گروه همسالان برای نخستین بار کودکان را در فرآیندی قرار می‌دهد که بیشترین میزان جامعه‌پذیری به صورتی ناخودآگاه و بدون هرگونه طرح‌سنجیده‌ای در آن انجام می‌پذیرد. گروه همسالان برخلاف خانواده و مدرسه، کاملاً حول محور منافع و علایق اعضا قرار دارد. اعضای این گروه

می توانند به جست و جوی روابط و موضوع هایی بپردازند که در خانواده و مدرسه با تحریم موجه است. تقریباً در ۶۰ درصد موارد، اولین مصرف مواد به دنبال تعارف دوستان رخ می دهد. ارتباط و دوستی با همسالان مبتلا به سوء مصرف مواد، عامل مستعدکننده قوی برای ابتلای نوجوانان و جوانان به اعتیاد است. مصرف کنندگان مواد برای گرفتن تأیید رفتار خود از دوستان سعی می کنند آنان را وادار به همراهی با خود نمایند. نظریه همنشینی افتراقی مؤید این دلیل می باشد. در این نظریه، کجروی و انحراف اجتماعی ناشی از آن است که فرد رفتار نابهنجاری را در خلال فرآیند جامعه پذیری و یادگیری فراگرفته و آن را از طریق همانندسازی یا درونی کردن ارزش ها، در درون خود جایگزین کرده است و به صورت رفتار بروز می دهد. در این تحلیل، خانواده، دوستان و گروه همسالان، بیشترین نقش را بر عهده دارند (داوری، ۱۳۸۱: ۶۳-۶۸).

گروه همسالان، به خصوص در شروع مصرف سیگار، بسیار مؤثرتر است. بعضی از دوستی ها صرفاً حول محور مصرف مواد شکل می گیرد. در پایان می توان به عواملی چند در گرایش به اعتیاد اشاره کرد که به دلیل ضیق مجال توضیح آنها امکان پذیر نمی باشد:

- _ نقش توسعه صنعتی و مهاجرت و حشیه نشینی
- _ نقش ضعف اجرای قوانین و مقررات
- _ نقش بی سوادی و عدم آگاهی فرد
- _ نقش زندان و عدم تأثیر آن
- _ نقش وسایل ارتباط جمعی

۲-۹-۴- عوامل محیطی

_ خانواده

خانواده اولین مکان رشد شخصیت، باورها و الگوهای رفتاری فرد است که می تواند خود، منبعی برای تنش باشد. خانواده نه تنها در تعیین ارزش ها و شخصیت کودک دارای اهمیت است، بلکه به صورت غیرمستقیم به تدریج بر ساخت جامعه اثر می گذارد و اندیشه و رفتار والدین به جامعه منتقل می شود. بنابراین، منشأ بسیاری از نابهنجاری ها و انحرافات اخلاقی نوجوانان نیز فقدان یک نظام صحیح و سالم خانوادگی است. حمایت افراطی والدین از فرزندان و رفتارهای اجتماع ستیز والدین، زمینه های ناسالم روانی و احتمال گرایش افراد را به اعتیاد فراهم می کند. در مطالعات متعدد مشخص شده است که دلبستگی ضعیف به مادر و وجود پدر نآرام و سهل انگار در دوران کودکی احتمال آنکه نوجوانان را به

مصرف الکل و مواد مخدر سوق دهد بسیار است. در زیر به برخی از مهم ترین عوامل مستعدکننده خانوادگی اشاره شده است:

زمینه های نامناسب خانوادگی، فقر مادی خانواده،

وجود الگوهای نامناسب در خانواده، ناآگاهی والدین، ارتباط ضعیف با فرزندان، غفلت از فرزندان، خانواده آشفته و متشنج، درگیری والدین و مشاجره آنها، نگرش مثبت یا گرایش به مصرف مواد مخدر در خانواده، از هم گسیختگی خانواده، ناسازگاری ها و اختلالات خانوادگی، کمبودهای عاطفی، بی سواد و ناآگاهی نسبت به مسائل اجتماعی، عدم کنترل فرزندان و روش های نامناسب تربیتی، فقر خانواده (محمدی نیکو، ۱۳۹۴: ۵۱).

_ دوستان

در بعضی از موارد اولین مصرف مواد مخدر به دنبال تعارف دوستان رخ می دهد. ارتباط و دوستی با همسالان مبتلا به سوء مصرف مواد، عامل بسیار قوی در ابتلا به اعتیاد است. مصرف کنندگان برای گرفتن تأیید خود از دوستان، آنها را با خود همراه می کنند و هرچه پیوند فرد با خانواده، مدرسه و اجتماع سالم کمتر باشد، احتمال پیوند با این گروه بیشتر است. به عبارت دیگر، عواملی چون دوستان مصرف کننده مواد، عدم کنترل و نظارت کافی توسط والدین بر چگونگی انتخاب دوست فرزندان و ... عواملی است که در گرایش فرد به معضل اعتیاد مؤثر است.

_ مدرسه

مدرسه دومین سازمان اجتماعی است که در ساختار شخصیتی نوجوانان سهم مهمی را ایفا می کند. آگاهی مریبان نسبت به اصول بهداشت روانی در شکل گیری صحیح شخصیت کودکان اثر دارد. عواملی چون بی توجهی اولیاء مدرسه به مصرف مواد، استرس های شدید تحصیلی، ورود به مدرسه جدید و احساس انزوای اجتماعی، بی علاقه به فعالیت های مدرسه، عدم نظارت و کنترل کافی مسئولین مدارس بر دانش آموزان، مدیریت ضعیف مدارس، شیوه های نامناسب آموزشی، بی توجهی به نیازهای دانش آموزان، فقدان مقدرات جدی منع مصرف، عدم حمایت و طرد و ... از جمله عوامل محیطی تأثیرگذار در گرایش فرد به اعتیاد هستند (محمدی نیکو، ۱۳۹۴: ۵۳).

_ محل سکونت فرد

محل سکونت فرد، موقعیت و شرایط حاکم بر آن از جمله فاکتورهایی است که باید در مورد معضل اعتیاد مدنظر قرار گیرد. به عبارت دیگر، افرادی که در محله های شلوغ و پرجمعیت شهرهای صنعتی و تجاری زندگی می کنند، بیشتر از سایر افراد در خطر اعتیاد قرار دارند و عواملی چون: حشیه نشینی، جمعیت زیاد، وفور مشاغل کاذب، شیوع خشونت، فقدان ارزش های اخلاقی و ... از جمله عوامل تأثیرگذار بر اعتیاد است (محمدی نیکو، ۱۳۹۴: ۵۴).

۲-۹-۵- عوامل اقتصادی

عواملی مانند بحران های اقتصادی، گرسنگی، تورم، مهاجرت (که در پی آن آوارگی، تضاد و تعارض فرهنگی به علت تغییرات جغرافیایی ایجاد می شود)، بیکاری، رفاه اقتصادی یا فقر نقش بسیار مهمی در گرایش افراد به سوء مصرف مواد مخدر ایفا می کند. احتمال دارد خانواده هایی هم که درآمد اقتصادی بالایی دارند، به دلیل ضعف روابط انسانی یا کثرت کار و سرگرمی، زمینه مساعدی را برای گرایش اعضای خانواده به مواد مخدر فراهم نمایند. همچنین جمعیت آسیب پذیری که معمولاً در گروه های سنی ۱۵ تا ۲۵ سال قرار می گیرد، به علت عدم دستیابی به شغل مناسب در جامعه در گرایش به مواد آسیب پذیرتر هستند (محمدی نیکو، ۱۳۹۴: ۵۵).

۲-۱۰- پیامدهای اعتیاد

اعتیاد، موقعیت و منزلت اجتماعی فرد را تنزیل می دهد و او را در نزد دیگران به عنوان فردی معرفی می کند که بی عاطفه، خودخواه، فاسد و دارای شخصیت نامتعادل و ناموزون است. اعتیاد، نظام خانواده را متلاشی می نماید، درآمد خانواده و جامعه را تقلیل می دهد و بخش قابل توجهی از آن را اتلاف می نماید. فرد معتاد نسبت به قوانین اجتماعی و دستورات دینی بی تفاوت می گردد و این مسأله، زمینه ارتکاب بسیاری از انحرافات را از سوی وی فراهم می کند. از این رو بر اساس قوانین جمهوری اسلامی ایران و بسیاری از کشورهای دیگر، اعتیاد به مواد مخدر جرم تلقی می شود. اعتیاد زنان، آسیب های جبران ناپذیری را بر فرد، خانواده و جامعه وارد می سازد که برخی از این پیامدها در این مجال بررسی می شود.

__ ابتلا به بیماری های روانی

وابستگی روانی معتاد به مواد مخدر، یکی از پیامدهای فردی اعتیاد محسوب می شود که در استمرار اعتیاد فرد، نقش عمده ای دارد و موجب کشش فرد به مصرف مداوم و مجدد مواد مخدر می شود. شخص معتاد تعادل روانی خود را تا رسیدن به دارو از دست می دهد و در نهایت دچار کاهش هوشیاری، تنبلی، بی تفاوتی، بی ارادگی، اضطراب، افسردگی، غم، ناامیدی و ... می شود. هرچند در اغلب موارد بیماری های روحی زمینه ساز اعتیاد زنان می باشد، اما چنانچه فرد قبل از اعتیاد، از سلامت روحی و روانی برخوردار باشد، اعتیاد می تواند موجب بروز بسیاری از بیماری های روانی باشد (باباگل زاده، ۱۳۸۶: ۵۳).

__ ابتلا به بیماری های جسمی

معتاد دائمی، به عوارض جسمی چون ناراحتی های عصبی، اضطراب و بی قراری، عطسه، ریزش مکرر آب از بینی، سوء هاضمه، سوء تغذیه، اختلالات گوارشی، اختلالات قلبی و عروقی، اختلالات مغزی تنفسی و ریوی، عفونت های خطرناک، تأثیر بر غدد جنسی و ضعف آنها، تأثیر بر هورمون ها و تغییر آنها، خارش بدن، تیره شدن رنگ چهره و لب ها و ... دچار می شود. آسیب های جسمی ناشی از مصرف مواد مخدر و سیگار در صورت استعمال در خانه می تواند به اطرافیان نیز منتقل شود و آنها جزء قربانیان پنهان این ماجرا و معتادان دست دوم خوانده می شوند (باباگل زاده، ۱۳۸۶: ۵۱).
سرطان لثه و مثانه و سرطان دهانه رحم با مصرف سیگار و مواد مخدر در زنان افزایش می یابد. استعمال مواد مخدر همچنین منجر به عوارض سوء در دوران حاملگی و یائسگی زود هنگام می شود و احتمال ناباروری و یا باروری دیر هنگام و سقط جنین را افزایش می دهد.

__ ابتلا به بیماری های جنسی

۵۰ درصد زنان معتاد روابط جنسی نامشروع دارند. اعتیاد زنان آنها را برای تأمین هزینه مواد مخدر به روسپیگری و خودفروشی می کشاند، در نتیجه، اغلب آنان مبتلا به انواع بیماری های جنسی سفلیس، سوزاک و ایدز هستند (محمدی نیکو، ۱۳۹۴: ۵۶).

_ اختلالات رفتاری

فرد معتاد، دچار دگرگونی های خلقی و شخصیتی به صورت بروز رفتارهایی نظیر دروغگویی، پرخاشگری، شب نشینی های مکرر، حرکات مشکوک، پنهان کاری در منزل و محل کار، گوشه گیری و انزوا، خروج از منزل خصوصاً بعدازظهرها، دوستی با افراد مشکوک، سرقت، عدم تمایل به مسافرت های دور، قرض گرفتن پول و ... می گردد. افراد معتاد غالباً دچار کمبود اعتماد به نفس، افسردگی، اضطراب، بی خوابی و پرخاشگری هستند. آنها به دلیل ناتوانی در برقراری روابط عاطفی، قادر به برقراری روابط سالم اجتماعی نیستند و دچار احساس بی کفایتی می باشند و از مواجه شدن با مشکلات روزمره زندگی از خود ناتوانی نشان می دهند. مصرف کنندگان مواد مخدر در پناه نشنگی حاصل از مصرف مواد، برای خود کاخی پوشالی از رویاها و تصورات بنا می کنند و در آن کاخ دروغین و تصویری، خود را در امان احساس می کنند، غافل از آنکه شخصیت آنان با مصرف مواد مخدر تباہ می شود. استعمال این مواد، نه تنها آنان را از جامعه و انسانیت دور می کند، بلکه سعادت و سلامت فردی آنان را به خطر می اندازد. مصرف مواد مخدر موجب عزلت و فرار آنان از اجتماع و پیدایش حاشیه نشینی اجتماعی می شود که خود از عوامل رفتارهای ضد اجتماعی است (اکبری، ۱۳۸۱: ۲۴۲_۲۴۵).

۲-۱۰-۲- پیامدهای خانوادگی

_ کاهش فرصت ازدواج دختران معتاد

اعتیاد می تواند مانع بزرگی در ازدواج دختران معتاد باشد؛ زیرا هیچ فردی راضی نمی شود چنین دختری را به عنوان مادر فرزندان خود انتخاب کند و اگر دختر معتادی بتواند از روی مکر و فریب، فردی را به خود جلب نموده و با او ازدواج کند، این ازدواج پایدار نخواهد بود. همچنین دختری که مادری معتاد داشته باشد، به جهت

تنزل موقعیت و حیثیت خانوادگی کمتر مورد پذیرش اجتماعی جهت انتخاب و همسری می باشد.

_ طرد از خانواده

زنان معتاد علاوه بر از دست دادن اعتبار و منزلت اجتماعی خود، از لحاظ عرف جامعه مورد قبول نیستند و طرد می شوند. این طرد همچنین از سوی خانواده فرد معتاد نیز صورت می گیرد. به جهت آنکه اعتیاد زنان معمولاً نشانه فروغلتیدن آنها در انواع رفتارهای ضداخلاقی می باشد، خانواده زنان معتاد، روابط عاطفی و انواع حمایت های خانوادگی را از آنان (به ویژه دختران) قطع می کنند و این مسئله آغاز مشکلات جدیدتر و خطرناک تری است (محمدی نیکو، ۱۳۹۴: ۵۷).

_ عدم ایفای نقش مادری

بی تردید اعتیاد مادر موجب می شود که دائماً به فکر رفع نیازها و وابستگی های جسمانی و روانی خود باشد و نتواند وظایف مادری خود را به خوبی انجام دهد. فرزندان این خانواده از ابراز احساسات و عواطف مادری محرومند و ممکن است جذب کسانی شوند که به دروغ نسبت به آنها اظهار عشق و علاقه می نمایند. همچنین به جهت ارتباط مستمر مادر با فرزندان، میزان اثرگذاری او بر افکار، اخلاق و رفتار فرزندان بیش از پدر است، بنابراین تأثیرات منفی اعتیاد مادر بر دختران، مضاعف می باشد.

_ فروپاشی خانواده

زن معتاد نسبت به اعضای خانواده خود احساس مسئولیت نمی کند و همیشه نیازهای خود را برخواسته های آنها مقدم می دارد. ارتباط عاطفی او با اعضای خانواده بسیار سطحی و زودگذر است و در آلام آنها همدردی نمی نماید. هیچ یک از وظایف و نقش های خود را انجام نمی دهد، چنین رویه ای در نهایت منجر به درخواست طلاق از سوی مرد می شود. تحقیقات نشان می دهد، تأثیر اعتیاد مادر در فروپاشی خانواده و قربانی شدن کودکان حتی از اعتیاد پدر بیشتر است؛ زیرا با اعتیاد مادر به عنوان رکن اصلی خانواده، نظم و انضباط خانواده برهم می خورد و در صورت زندانی شدن زن معتاد، معمولاً همسر وی ازدواج مجدد می نماید و اصولاً زندگی خانوادگی نابسامان می گردد.

_ ایجاد نسل معتاد

یکی از امیال و آرزوهای هر خانواده، داشتن فرزندان سالم و تندرست است، از این رو والدین تمام توان خود را برای دسترسی به این مطلوب به کار می گیرند. اما مادر معتاد در دوران بارداری، فرزندش را معتاد و ناقص می کند و با دست خود از داشتن فرزند سالم محروم می شود و فرزندان معتاد و بیمار تحویل جامعه می دهد. یافته های تحقیقاتی حاکی از آن است که به احتمال زیاد، نوزاد زنان معتاد از نظر

فیزیکی غیر عادی بوده و دچار محرومیت می باشند. گاهی اعتیاد مادر نیز موجب اعتیاد و مسمومیت نوزاد می شود (محمدی نیکو، ۱۳۹۴: ۵۸).

_ عدم نظارت بر رفتار فرزندان

یکی از آثار اعتیاد، از میان رفتن نظم و انضباط و کنترل رفتار اعضای خانواده است. والدین معتاد، به جای اینکه افکار، اخلاق و رفتار فرزندان را کنترل کنند، اعمال و روابط آنها توسط سایر اعضای خانواده کنترل می شود و حتی از سوی فرزندان شماتت می شوند. در این شرایط فرزندان از آزادی بیشتری برخوردار بوده در مقابل رفتارهای مختلف خود پاسخگو نیستند. در اغلب موارد، پسر (و اخیراً دختران) شب ها را با گروه دوستان خود سپری می کنند و بدون اجازه و رضایت والدین به هر شهری که بخواهند مسافرت می کنند و هر گروهی را برای دوستی خود برمی گزینند و از هر راهی که بخواهند درآمد کسب کرده و هر طور که بخواهند خرج می کنند، از این رو زمینه انحراف فرزندان دارای والدین معتاد به مراتب بیشتر است. در این خانواده ها فرزندان معمولاً ترک تحصیل نموده یا دچار افت تحصیلی می شوند.

_ ارائه الگوی نامناسب رفتاری

در خانواده ای که مادر معتاد باشد، احترام متقابل بین افراد جای خود را به نزاع و درگیری می دهد و در نتیجه فرزندان براساس ارزش ها و هنجارهای موجود در جامعه پرورش نمی یابند؛ زیرا الگوهای مناسب رفتاری ندارند. همچنین به دلیل عدم روابط محبت آمیز با مادر، حاضر به پذیرش نصایح وی نیستند و رفتارهای خود را براساس خواسته خود تنظیم می کنند. روابط عاطفی و روانی مادر با فرزندان، به دلیل اعتیاد آسیب می بیند و مصرف مواد مخدر برای وی اولویت می یابد. همین امر فرزندان را به سوی اعتیاد، بزهکاری و رفتار ضد اجتماعی می کشاند.

_ کاهش روابط فامیلی

یکی از نیازهای روانی انسان، روابط عاطفی و محبت آمیز با افراد دیگر است. بخش زیادی از این نیازهای انسانی به واسطه روابط میان اعضای خانواده و بخش دیگر، از طریق روابط میان این اعضا با سایر بستگان و دوستان حاصل می شود. عدم ارضای صحیح و کامل این نیاز موجب می شود تا در شخصیت افراد اختلالاتی ایجاد شود. اعتیاد والدین علاوه بر اینکه روابط بین اعضای خانواده را دستخوش اختلال کرده و فرزندان را از دریافت محبت و حمایت عاطفی محروم می کند، معاشرت های سایر بستگان

و آشنایان را کاهش می دهد؛ زیرا آنها از ارتباط با چنین خانواده ای احساس ناخرسندی، خطر و سرافکنندگی می کنند، بنابراین اعتیاد موجب می شود تا از میزان حمایت های خانوادگی و روابط فامیلی کاسته شود. این مسئله می تواند آسیب های جدی بر پیکر خانواده معتاد وارد نماید.

_ احتمال ابتلای اعضای خانواده به بیماری ایدز

مصرف مواد مخدر و عدم توجه به بهداشت شخصی، روسپیگری و اعتیاد و ارتباط با افراد آلوده به ویروس HIV اغلب منجر به ابتلای فرد معتاد، به بیماری ایدز می شود و از آنجا که فرد معتاد در خانواده با همسر و فرزندان در ارتباط است، می تواند منشأ بروز بیماری در میان سایر اعضای خانواده باشد. مطابق آمار ارائه شده از سوی دبیر ستاد مبارزه با مواد مخدر، آمار تزریقی های مبتلا به ایدز، ۱۶ هزار معتاد است (باباگل زاده، ۱۳۸۶: ۵۳-۵۶).

۲-۱۰-۳- پیامدهای اجتماعی

_ افزایش ارتکاب انواع جرائم علیه اموال و اخلاق

معتاد هر روز در معرض خطر ارتکاب جرم است. شایع ترین بزهکاری زنان معتاد، سرقت، حمل و نقل مواد مخدر و روسپیگری است. اعتیاد زنان حتی موجب می شود که جرائم زنان به الگوهای مردانه گرایش پیدا کند. میلر (۱۹۸۱) نشان می دهد که جرائم ارتكابی بین زنان مجرم معتاد و مجرمین غیر معتاد تفاوت دارد و جرائم زنان معتاد اغلب بر اساس الگوبرداری از مردان معتاد می باشد. در بسیاری از موارد، مصرف مواد مخدر به خودفروشی، سرقت و جیب بری می پردازند. ۱۲ درصد از زنان سارق به انگیزه تهیه مواد مخدر مرتکب سرقت شده اند (حسینی، ۱۳۸۱: ۲۹).

_ استهلاک سرمایه های اجتماعی و مادی

با توجه به شبکه ارتباطی هر معتاد که حداقل با ۴ نفر می تواند گفت که بسیاری از مردم تحت تأثیر مستقیم و غیرمستقیم اعتیاد قرار دارند که با افزودن نیروهای پلیس، قاضی، مشاور و مددکار، پزشک، پژوهشگر، پرستار، زندانبان و ... وسعت تهدید اجتماعی مسأله اعتیاد معلوم می گردد. اعتیاد افزون بر زیان های جدی و خطرناک جسمی از قبیل ابتلا به بیماری های عفونی و آگیردار همچون ایدز، هپاتیت، سل، عوارض و پیامدهای ناگوار اجتماعی و اقتصادی از قبیل افزایش جرائم مرتبط با مواد مخدر و هدر رفتن سرمایه های کلان مادی کشور را نیز به دنبال دارد. هزینه های مالی و اجتماعی و اتلاف

نیروی انسانی ناشی از اعتیاد و جرائم مربوطه، فقط محدود به شخص معتاد نمی شود. هزینه های اقتصادی که به اجتماع تحمیل می شود نظیر هزینه بهداشتی، درگیر شدن نیروی انتظامی و قضایی، بالا رفتن نرخ بیمه و تأمین اجتماعی، آزار و اذیت بستگان و ... اثرات بسیار منفی برجای می گذارد (عفتی، ۱۳۷۹: ۱۱).

۲-۱۰-۴- پیامدهای اقتصادی

__ هزینه مراکز درمانی ترک اعتیاد

__ هزینه ها و خسارات ناشی از مراقبت های بهداشتی ثانوی

__ خسارات ناشی از کاهش نیروی مولد و افزایش مصرف کننده در جامعه

__ صرف وقت دادگاه ها و نیروهای انتظامی

__ هزینه های تحمیل شده به نیروهای درگیر در امر مبارزه با مواد مخدر

۲-۱۰-۵- پیامدهای شغلی

__ افت اعتبار فردی و موقعیت شغلی

__ سوانح و حوادث حین کار

__ غیبت از کار

__ اخراج و بیکاری

__ افزایش مشاغل کاذب

__ کاهش شانس جذب در بازار کار (باباگل زاده، ۱۳۸۶: ۶۱).

ب) پیشینه تحقیق

۲-۱۱- پیشینه داخلی

__ بابایی فرد و شاه میرزایی بیدگلی (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر

اعتیاد در بین افراد متأهل شهر آران و بیدگل م نشان دادند که بین جنسیت، شغل، محل سکونت، درآمد،

تحصیلات، شرایط نابهنجار اجتماعی، ارتباطات خانوادگی ضعیف، دوست یابی نادرست، عدم موفقیت اجتماعی و اعتیاد رابطه وجود دارد. بین تعداد افراد خانوار و فقدان تفریحات سالم و اعتیاد رابطه معناداری پیدا نکردند. همچنین مطابق با تحلیل مسیر صورت گرفته در این پژوهش، دوست یابی نادرست و ارتباطات خانوادگی ضعیف، تأثیر مستقیم با اعتیاد به مواد مخدر داشته است (بابایی فرد و شاه میرزایی بیدگلی، ۱۳۹۳ به نقل از پرزور، ۱۳۹۵: ۵۶).

_ نوری (۱۳۹۳) در مقاله ای با عنوان «مروری بر عوامل های خطر خانوادگی در فرزندان والدین معتاد» آورده است که عامل ژنتیک، خطر ابتلای به اعتیاد در فرزندان والدین مصرف کننده را افزایش می دهد. همچنین عامل های اختصاصی نیز در چنین خانواده هایی وجود دارد مانند: دسترسی به مواد، نگرش مثبت به مواد، الگوگیری از والدین. سایر عامل های خطر غیراختصاصی خانوادگی نیز این کودکان را در خطر بالای اعتیاد قرار می دهد، مانند: خانواده آشفته، طلاق، اختلاف والدین، استرس بالا، نظارت ناکافی بر رفتار فرزندان، خشونت و آزار و بدرفتاری، ابتلای به بیماری های مختلف روانی. این درحالی است که مداخلات پیشگیری متعدد مبتنی بر خانواده وجود دارد که بخشی از آنها تأیید و به اثبات رسیده است (نوری، ۱۳۹۳. به نقل از پرزور، ۱۳۹۵: ۵۵).

_ شیرخانی (۱۳۹۲) در پژوهشی که با هدف علل سوق دهنده زنان به سوی اعتیاد انجام گرفت، نشان داد که بین تحصیلات و اعتیاد، رابطه وجود ندارد. بین اشتغال و اعتیاد رابطه وجود دارد. بین نابسامانی خانواده و اعتیاد زنان رابطه معناداری وجود دارد؛ یعنی هرچه نابسامانی بیشتر باشد احتمال معتاد شدن نیز بیشتر خواهد بود. بین وجود فرد معتاد در خانواده و اعتیاد زنان رابطه وجود دارد. بین معشرت با دوستان ناباب و اعتیاد رابطه وجود دارد. بین نحوه گذران اوقات فراغت و اعتیاد زنان رابطه معناداری وجود دارد؛ یعنی گذران اوقات فراغت با دوستان احتمال معتاد شدن را افزایش می دهد (شیرخانی، ۱۳۹۲. به نقل از ناصری و همکاران، ۱۳۹۲: ۸۵).

_ باقری، نبوی، ملتفت و نقی پور (۱۳۸۹) در پژوهشی به بررسی عوامل اعتیاد در شهر اهواز پرداختند. یافته های پژوهش آنها نشان داد که رابطه معکوس و معناداری بین پایگاه اجتماعی-اقتصادی و شدت اعتیاد وجود دارد. همچنین نتایج این پژوهش رابطه مستقیم و معناداری بین بی هنجاری، احساس انزوای طلبی و معاشرت با افراد معتاد با شدت اعتیاد را آشکار ساخت. اما بین متغیرهای سن، وضعیت تأهل

و محرومیت نسبی با شدت اعتیاد ارتباط معناداری به دست نیاموردند (باقری و همکاران، ۱۳۸۹). به نقل از پرزور، ۱۳۹۵: ۵۶).

__ امینیان (۱۳۸۹) در پژوهشی تحت عنوان «بررسی جامعه‌شناختی فاکتورهای زمینه‌ساز خانواده و مدرسه در گرایش دختران نوجوان به کژ رفتاری جنسی و اعتیاد به مواد مخدر» اظهار می‌دارد، هدف اصلی این تحقیق، شناخت میزان اثر نهادهای خانواده و مدرسه بر گرایش به کژ رفتاری جنسی و اعتیاد به مواد مخدر در میان دختران نوجوان می‌باشد. پژوهش حاضر سعی نموده است ضمن مرور و توجه به رویکردهای مختلف این حوزه، با رویکردی جامعه‌شناختی و با روش پیمایش (۴۲۶ نفر از دانش‌آموزان نوجوان دختر ۱۴ تا ۱۸ سال در تهران بزرگ)، نمونه‌ای از جامعه ایران را مورد مطالعه قرار می‌دهد. در این پژوهش عامل پایگاه اقتصادی-اجتماعی، از هم‌گسختگی خانوادگی، اعتیاد یکی از اعضای خانواده، اختلاف و تعارض و نظارت و کنترل، مورد سنجش قرار گرفت. رابطه معناداری بین این عوامل و گرایش به مواد مخدر وجود دارد. برای تحلیل داده‌ها از روش رگرسیون چندمتغیره استفاده شده است. یافته‌ها حاکی از آن است که فاکتورها و متغیرهای خانواده و مدرسه هرکدام به‌طور مجزا بر متغیرهای وابسته تحقیق اثرات قابل توجهی دارند. در مجموع، میان اکثر متغیرهای مستقل تحقیق با متغیرهای وابسته مورد نظر رابطه معناداری مشاهده شد و بنابراین نتایج حاصل از آزمون‌های رگرسیونی، مدل نظری تحقیق را تأیید نمود (امینیان، ۱۳۸۹). به نقل از نژادسبزی، ۱۳۹۴: ۱۸).

__ خادمیان و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهشی با هدف علل گرایش زنان به اعتیاد در استان کرمان نتیجه گرفت که بین پایگاه اقتصادی-اجتماعی، میزان تحصیلات، وضعیت شغلی، مصرف مواد توسط یکی از اعضای خانواده، اعتیاد والدین یا همسر زنان و از هم‌گسختگی خانواده، به عنوان متغیرهای مستقل و گرایش زنان به اعتیاد به عنوان متغیر وابسته، رابطه معناداری وجود دارد. وی پس از بیان مختصری از نظرات دورکیم، مارکس، مرتن و ساترلند، در این زمینه به نقش عوامل روان‌شناختی یعنی ضرورت تغییر طرز تلقی زنان نسبت به اعتیاد و مصرف مواد مخدر به عنوان عامل مؤثر در کاهش گرایش آنان می‌پردازد. روش تحقیق، پیمایشی و ابزار آن، پرسشنامه می‌باشد و جامعه آماری را زنان و دختران زندان مرکز بهزیستی و بازپروری استان کرمان تشکیل می‌دهند که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی، ۶۱ نفر به عنوان نمونه انتخاب شده‌اند (خادمیان و قناعتیان، ۱۳۸۷: ۶۱).

__ عباسی و همکاران (۱۳۸۵) در پژوهشی که در تهران انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که ۵۶/۴ درصد زنان معتاد مورد بررسی مجرد، مطلقه یا بیوه بوده‌اند. یعنی موقعیت خانوادگی پذیرفته شده

اجتماعی برای زنان را نداشته اند و تنها ۶/۶ درصد آنها دارای تحصیلات دانشگاهی بوده اند (عباسی و همکاران، ۱۳۸۵. به نقل از گروسی و دولت آبادی، ۱۳۹۰: ۵۹).

نتایج پژوهشی در ایران (۱۳۸۵) نشان می دهد که افراد معتاد بیش از افراد بهنجار، خشم و خشونت، طرد، کم محبتی، عدم مشارکت در امور خانواده را در زندگی خانوادگی خویش تجذبه کرده اند (گودرزی و همکاران، ۱۳۸۳. به نقل از گروسی و دولت آبادی، ۱۳۹۰: ۵۸).

این امر نشان دهنده ساختار شکننده و نامناسب خانواده در بین این افراد است. این یافته ها نشان می دهد که افراد برخاسته از خانواده هایی که وظایف نهاد خانواده را به درستی انجام نمی دهند، برای گرایش به سمت مواد مستعدترند. پژوهش های متعددی در ایران نشان می دهد که گروه دوستان و گروه خانواده به ویژه همسر، نقشی مهم در گرایش افراد به مصرف مواد مخدر داشته اند (سیام، ۱۳۸۵. به نقل از گروسی و دولت آبادی، ۱۳۹۰: ۵۹).

احمدی و غلامی آبی (۱۳۸۲) که به بررسی عوامل اقتصادی_ اجتماعی مؤثر بر اعتیاد در شهر شیراز پرداختند، نشان دادند که بین پایگاه اقتصادی_ اجتماعی معتادان با میزان و شدت اعتیاد ارتباط معناداری وجود دارد. همچنین نتایج این تحقیق روشن کرد، معتادانی که از شدت اعتیاد بیشتری برخوردارند، علاقه و دلبستگی کمی نسبت به نهاد خانواده و مدرسه داشته اند و پیوند و ارتباط آنان با دیگر نهادهای اجتماعی نیز ضعیف بوده است (احمدی و غلامی آبی، ۱۳۸۲. به نقل از پرزور، ۱۳۹۵: ۵۷).

بر اساس یک بررسی انجام شده (۱۳۸۱) در تهران که به صورت کلی صورت گرفته است، بیشترین طیف سنتی معتادان ۲۹_ ۲۵ سال و ۶/۹ درصد آنها را زنان تشکیل داده اند. ۴۱ درصد متأهل و ۵۰ درصد مجرد بوده اند و در ۱۰۰ درصد موارد توسط یکی از اعضای خانواده یا بستگان به سمت مواد روی آورده اند. براساس این تحقیق، الگوی مصرف مواد در ابتدا تریاک ۴۲/۵ درصد، هرئین ۲۴/۶ درصد، حشیش ۲۰/۶ درصد، شیره ۱۳/۸ درصد، اکستازی ۴ درصد و سوخته ۸/۳ درصد سایر موارد ۱۰ درصد، همچنین از نظر علت مصرف ۲۵/۵ درصد کسب لذت، ۲۲ درصد کنجکاوی، ۲۶ درصد مشکلات روحی، ۵ درصد مشکلات جسمی، ۷ درصد درد و ۳/۳ درصد در دسترس بودن مواد عنوان کرده اند (معاونت پیشگیری، سلزمان بهزیستی کشورف ۱۳۸۱. به نقل از نجاری، ۱۳۸۶: ۴۵۸).

نتایج تحقیق حاضر با نتایج برخی تحقیقات انجام شده داخلی مطابقت دارد. برخی مؤلفه های تایید شده در این تحقیق از جمله اعتیاد اعضای خانواده، نابسامانی خانوادگی، معاشضرت با دوستان ناباب، بیکاری و

دسترسی آسان به مواد مخدر در تحقیقات شیرخانی، امینیان، خادمیا و همکاران نیز مورد تایید قرار گرفته است.

۲-۱۲- پیشینه خارجی

__ چن و گوتا (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان سوءاستفاده از کودکان، اعتیاد به مواد مخدر و سلامت روان، مشکلات زنان زندانی در اسرائیل، با هدف بررسی ارتباط احتمالی بین انواع مختلف سوء استفاده دوران کودکی، مشکلات روحی_روانی، اعتیاد به مواد مخدر و حبس، از ۵۰ زن اسرائیلی در زندان نشان داد که زنان زندانی از خانواده های خطرناک با شیوع بالای مشکلات بهداشت روانی خانواده، اعتیاد والدین به مواد مخدر و جرم و جنایت و اعتیاد به مواد مخدر، خواهر و برادر است (چن و گوتا، ۲۰۱۵). به نقل از فرنام، ۱۳۹۵: ۵۲).

__ اسکینر و همکاران (۲۰۱۴)، در پژوهشی با بررسی رفتارهای پرخطر جنسی در میان نوجوانان و جوانان با والدین معتاد، به این نتیجه رسیدند که دختران و پسران با والدین معتاد نسبت به گروه کنترل، تمایل بیشتری به رفتارهای پرخطر جنسی و همچنین سوء مصرف مواد دارند. همچنین اختلاف و تعارض و از هم گسیختگی با گرایش به مواد رابطه دارد (اسکینر و همکاران، ۲۰۱۴). به نقل از نژادسبزی، ۱۳۹۴: ۲۲).

__ واستون و پارک (۲۰۱۱) مطالعه ای تحت عنوان تجارب بهبودی ۵ زن معتاد به هروئین انجام دادند. این پژوهش یک مطالعه پدیده شناسی بود. نمونه گیری در آن مبتنی بر هدف بوده و شرکت کنندگان آن مشتمل بر ۷ زن بودند که ۲ نفر آنها از مطالعه خارج شده و نهایتاً ۵ نفر آنها در پژوهش شرکت نمودند. دامنه سنی شرکت کنندگان بین ۲۵_۴۵ سال بود. معیارهای انتخاب نمونه ها عبارت بودند از: (۱) جنسیت زن داشته باشند. (۲) اهل لینکونشیر انگلستان باشند. (۳) فرآیند بهبودی از اعتیاد به هروئین توسط خود افراد گزارش داده شود. شیوه گردآوری داده ها در این پژوهش مصاحبه نیمه ساختار بود و طول زمان آنها بین ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه بود. روش تجزیه و تحلیل داده ها از طریق تجزیه و تحلیل پدیده شناسی اسمیت بود. در نهایت سه مفهوم اصل از فرآیند آنالیز در پژوهش مشتق شد که عبارت بودند از: (۱) تجربیات دوران کودکی (۲) اثرات فیزیولوژیکی و روان شناختی (۳) درک آنها از بهبودی (واستون و پارک، ۲۰۱۱). به نقل از برومندفر، ۱۳۹۵: ۵۵).

_ مارگی اسکیر و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی با عنوان بررسی احتمال بروز ناهنجاری مصرف مواد مخدر در نوجوانان، ناشی از اختلاف خانوادگی و استرس روان شناختی انجام دادند. اطفال در صورت قرار گرفتن در محیط نامناسب خانوادگی ممکن است دچار ناهنجاری مصرف مواد مخدر در دوره نوجوانی شوند. شواهد معینی بر این استنتاج تا حدود زیادی به مطالعات برشی عرضی بستگی دارد ولی این مطالعات نتوانستند رابطه این پدیده را با عوامل پایه نشان دهند. حجم نمونه شامل ۱۴۲۱ نوجوان شرکت کننده در پروژه توسعه انسانی حومه شیکاگو است که در فاصله ۱۹۹۴ تا ۲۰۰۱ سه موج از تحقیق انجام شد و کودکان ۱۰ تا ۲۲ ساله تحت بررسی قرار گرفتند. برای تعیین رابطه اختلاف خانوادگی با ناهنجاری مصرف مواد مخدر در اواخر دوران نوجوانی و جوانی، آنالیز رگرسیون لجستیکی انجام شد. اثر پشتیبانی اجتماعی خارجی بر تأثیر منفی اختلاف خانوادگی که به صورت رشد ناهنجاری مصرف مواد مخدر تجلی دارد، بررسی می شود. نتایج حاصله نشان می دهد که اختلافات خانوادگی به طور بارز با خطر ابتلا به اعتیاد در دوره نوجوانی ارتباط دارد و این تأثیر تا ۳۰ درصد ناشی از افزایش مسائل بیرونی (و نه مسائل داخلی) می باشد. پشتیبانی اجتماعی بیرونی در دوره نوجوانی به اثر گذاشتن اختلاف خانوادگی بر ناهنجاری اعتیاد کمک نمی کرد (مارگی اسکیر و همکاران، ۲۰۰۹).

به نقل از مومنی، ۱۳۹۴: ۸۵).

_ آروالو و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهشی، هدف خود را بررسی نقش معنویات، احساس وابستگی و واکنش های کنار آمدن در ارتباط با استرس و علائم ضربه روحی میان زنانی که درمان سوء مصرف مواد دریافت می کنند، عنوان کردند. داده های پژوهش حاضر از مصاحبه با ۳۹۳ زن در نقاط شهر نشین ماساچوست بدست آمده است. مصاحبه ها از آوریل ۲۰۰۳ تا سپتامبر ۲۰۰۶ انجام گرفته اند. یافته های اولیه استرس مشخصاً مرتبط با شدت اعتیاد به مواد بود و علائم ضربه روحی، مرتبط با شدت اعتیاد به الکل بود. نتیجه گیری: درمان های پیشرفته سوء مصرف مواد که باعث افزایش معنویت، احساس تعلق و واکنش های تحمل کننده باشد، می تواند به زنان معتاد کمک کند بهتر فشارهای ناشی از درمان و پس از آن را تحمل کنند (آروالو، ۲۰۰۸: ۱. به نقل از خادمیان و قناعتیان، ۱۳۸۷: ۷۰).

_ گرانج (۲۰۰۵) در پژوهشی با عنوان تشریح اعتیاد به تنباکو یا دخانیات در زنان باردار که در فرانسه انجام داد، هدف خود را مقایسه ویژگی های زنان بارداری که تا زمان وضع حمل سیگار می کشیدند و آن دسته که در دوران بارداری سیگار خود را ترک کردند را بیان کرد. طرح پژوهش بر اساس پرسشنامه و تحقیق توصیفی در رابطه با ۹۷۹ زن باردار در منطقه فرانسه است که به این نتیجه دست یافت که ۱۸

درصد زنان تا زمان وضع حمل سیگار می کشیدند، ۵۵ درصد هنگام بارداری و اغلب در سه ماهه اول سیگار را ترک کردند. زنانی که نتوانستند سیگار را ترک کنند، دچار مشکلات روانی_اجتماعی بیشتری بوده و اغلب تنها زندگی می کردند. میزان وابستگی آنها به سیگار بیشتر بوده و درک کمتری از خطرات دخانیات بر جنین داشتند (گرانج، ۲۰۰۵. به نقل از ناصری و همکاران، ۱۳۹۲: ۸۶).

_ در یک بررسی در ایتالیا (۲۰۰۴) در مراکز پیشگیری از سوء مصرف مواد ۴۲ درصد مراجعین زن با متوسط سن ۲۵ سال که ۶۷ درصد آنان در محل کار و ۳۳ درصد آنان در حین تحصیل دچار اعتیاد شده بودند و بیشترین آنها معتاد به الکل بودند. همچنین فاصله زمانی اولیه تجربه مصرف مواد تا تزیق در زنان به طور متوسط ۲ سال طول می کشد در حالیکه این زمان در مردان در حدود ۸ سال می باشد. همچنین مرگ در اثر مصرف مواد در زنان سریعتر رخ می دهد که اهمیت بررسی جوانب مختلف اعتیاد در زنان را نشان می دهد (رهبر، ۲۰۰۴. به نقل از نجاری، ۱۳۸۶: ۴۵۸).

_ در یک بررسی در پرتغال (۲۰۰۳)، نشان داده شده است که در زنان معتاد حامله ۸۰ درصد آنها دارای همسران معتاد و در فاصله سنی ۲۵_۲۰ و در ۴۷ درصد موارد، نوع مواد مصرفی مشتقاتی از کانابیس و در ۲۸ درصد تریاک و ۲۰ درصد اعتیاد به الکل را ذکر کرده اند (برونین، ۲۰۰۳. به نقل از نجاری، ۱۳۸۶: ۴۵۸).

_ هافمن و سربون (۲۰۰۲) در مطالعات خود به تأثیر اعتیاد والدین در گرایش افراد به اعتیاد پرداختند. براساس یافته های پژوهش آنان، زمانی که والدین مواد مخدر مصرف می کنند، احتمال بیشتری وجود دارد که فرزندان نیز معتاد گردند. آنان در پژوهش دیگری به این نتیجه رسیدند که معتادان جوان با تحصیلات متوسطه، درآمدهای پایین و متوسطی داشته و همچنین شدت اعتیاد مردان متأهل بیشتر از مردان مجرد است. آنها ادامه بر تأثیر معاشرت با دوستان معتاد در گرایش افراد به مواد مخدر می پردازند (هافمن و سربون، ۲۰۰۲. به نقل از پهلوان، ۱۳۹۴: ۲۲).

_ کزلاو و رخلینا (۲۰۰۱) در بررسی ۱۰۰ معتاد مرد و زن ۱۳ تا ۵۰ ساله، در خصوص عوامل مستعدکننده پیش اعتیادی، به این نتیجه رسیدند که همه بیماران ویژگی های شخصیتی ناهنجار مانند تحریک پذیری بالا برای نشاط، اختلال عاطفی پیش رونده مانند کج خلقی، افسردگی، بی تفاوتی، تهیج پذیری، اختلال عملکرد روانی_اجتماعی، علایق کاهش یافته، هیجان غیر عادی، کاهش اخلاق و منطق و فراموشی زودگذر را دارند. همچنین متغیرهای پایگاه اقتصادی_اجتماعی، از هم گسیختگی خانوادگی،

اعتیاد یکی از اعضا خانواده، اختلاف و تعارض و نظارت و کنترل با گرایش به اعتیاد رابطه دارد (کزلاو و رخلینا، ۲۰۰۱. به نقل از نژادسبزی، ۱۳۹۴: ۲۱).

_ نازرول اسلام (۲۰۰۰) در پژوهشی با عنوان ی سبک های جنسی زندگی و پایگاه اجتماعی معتادان در بنگلادش م به این نتیجه می رسد که معتادان جوان با تحصیلات متوسطه، درآمدهای پایین و متوسط داشته و همچنین شدت اعتیاد مردان متأهل بیشتر از مردان مجرد است. او در ادامه بر تأثیر معاشرت با دوستان معتاد در گرایش افراد به مواد مخدر می پردازد (نازرول اسلام، ۲۰۰۰. به نقل از محمدی نیکو، ۱۳۹۴: ۶۹).

_ نتایج مطالعات ار فورده (۱۹۹۴) در خصوص علل اعتیاد در میان دانشجویان در آمریکا نشان می دهد که اکثر دانشجویانی که معتاد بودند دچار سرخوردگی های ساختاری و محیطی بودند. عدم رسیدگی به خواسته های

عاطفی آنان توسط اجتماع از علل گرایش آنان به اعتیاد است (ارفورده، ۱۹۹۴. به نقل از محمدی نیکو، ۱۳۹۴: ۷۰).

نتایج تحقیقات برخی محققان خارجی مانند هافمن و سربون در سال ۲۰۰۲ و کزلاو و رخلینا در سال ۲۰۰۱ با برخی مؤلفه های تایید شده در تحقیق حاضر مطابقت دارد. در این تحقیقات از هم گسیختگی خانوادگی، اعتیاد والدین و به خصوص همسران، همچنین عدم رسیدگی به خواسته های عاطفی افراد از موارد گرایش به اعتیاد می باشد. در تحقیق حاضر عوامل مختلفی در گرایش زنان به اعتیاد مورد بررسی قرار گرفته است. این که چه عواملی باعث گرایش زنان به عنوان قشر آسیب پذیر جامعه به اعتیاد شده و ارائه راهکارهای مناسب برای پیشگیری از اعتیاد زنان و یا درمان زنان مبتلا به اعتیاد از دلایل اصلی پرداختن به این تحقیق می باشد.

ج) مبانی نظری تحقیق

۲-۱۳- تبیین های روان شناختی

تبیین های روان شناختی بر تفاوت های فردی اشخاص در شیوه تفکر و احساس درباره رفتار خویش تأکید دارند؛ تفاوت هایی که می تواند به شکل تفاوت هایی ظریف و جزئی در رفتار برخی افراد با افراد متعارف یا حتی در قالب اختلالات وخیم شخصیتی ظاهر شود و برخی افراد را به سبب عللی مانند خشم و

عصبانیت، کمی وابستگی و تعلق خاطر به یکدیگر یا تمایل به خطر کردن و لذت جویی با شدت بیشتری مستعد ارتکاب رفتارهای کجروانه سازد (سلیمی و داوری، ۱۳۸۰: ۴۰۶).

ژان برژه، معتادان را از نظر شخصیتی و روانی به معتادان با ساختار روانی نژند،

روان پریشم و افسرده‌حالم تقسیم می‌کند. اما به طور کلی تقسیم‌بندی دیگری وجود دارد که بیشتر روان‌شناسان پایبند آن هستند و آن تقسیم شخصیت معتاد به نوروتیک، پسیکوتیک و سازمان‌یافته

است. معتادان نوروتیک، خودآزار و دیگر آزارند و دارای اختلال در روابط عاطفی و خانوادگی می

باشند. معتادان پسیکوتیک، واقعیت‌گریز هستند. معتادانی که دارای رفتار سازمان‌یافته هستند، قادر به

برقراری ارتباط با واقعیت‌ها نیستند و ناکامی‌های خود را معلول محیط اجتماعی و خانوادگی دوران کودکی خود می‌دانند و بسیار خیال‌پردازند (برژه، ۱۳۷۸: ۲۹). می‌توان نتیجه گرفت که هرگاه رشد

روانی فرد به موازات رشد جسمی او انجام‌نگیرد و شخصیت فرد تکامل نیابد، فرد در معرض و هجوم بیماری‌ها و اختلالات روانی قرار می‌گیرد و به فردی بی‌اراده، تلقین‌پذیر و بی‌عاطفه تبدیل می‌شود.

در این هنگام در معرض خطر کجروی و انحراف واقع می‌شود، که اعتیاد به مواد مخدر یکی از این انحرافات می‌باشد. این‌گونه افراد به دلیل عدم تکوین شخصیت نمی‌توانند ارزش‌های اخلاقی را بپذیرند

و به آسانی نمی‌توانند خود را با محیط‌سازش دهند. علاوه بر آن دچار مشکلات احساسی و عاطفی می

گردند. در نتیجه زمینه مناسبی برای اعتیاد به مواد مخدر در چنین افرادی به وجود می‌آید

(داوری، ۱۳۸۱: ۴۸).

۲-۱۴- تبیین‌های زیست‌شناختی

تبیین‌های زیست‌شناختی را می‌توان به دو حیطه تبیین‌های حاکی از اختلالات بدن و تبیین‌های ژنتیک تقسیم کرد. تبیین‌های زیست‌شناختی، عوامل جسمی و زیستی را عامل پیدایش کجروی می‌دانند. به نظر

آنان مجرمان و تبه‌کاران، دارای ساختمان زیستی خاص هستند و با دیگران به لحاظ زیستی متفاوت می‌باشند؛ یعنی بین نقص‌بدنی و گرایش به انحرافات اجتماعی رابطه نزدیکی وجود دارد. روان‌پزشکان نیز

ابتلا به بیماری‌ها و اختلالات روانی را ناشی از ضایعات وارد بر مغز می‌دانند. بر این اساس عواملی

ها ابتلا به بیماری‌ها، جنسیت، سن و نژاد، به نوعی عامل روی آوردن فرد به مانند: ارث، کروموزوم، ژن

اعتیاد معرفی می‌شود (داوری، ۱۳۸۱: ۵۰). لامبروزو، پدر نظریه زیستی، معتقد است مجرمان خصایص

انسان‌های ابتدایی و وحشی را دارا می‌باشند. به عقیده وی، ویژگی‌های جسمی و ظاهری وجود دارد که

مجرمان را از بقیه انسان ها جدا می کند. دیدگاه جانی زادگان در این بخش قرار می گیرد. آنان معتقدند برخی افراد، جانی مادرزاد می باشند و خواه ناخواه مرتکب انحرافات اجتماعی می شوند. آنها دارای علائم بدنی می باشند که از دیگران متمایزند. علائم مزبور عبارتند از:

- _ داشتن پشستی خمیده و دندان های غیر عادی
- _ داشتن دید بسیار قوی و علاقمندی شدید به خون ریزی
- _ عدم تغییر رنگ در مواقع هیجان و شرم
- _ داشتن خصوصیات معکوس جنسی
- _ بی تفاوت در مقابل درد احساس پیری در جوانی به دلیل ترشح نادرست غدد داخلی (ستوده، ۱۳۸۰: ۹۰).
- برخی از این متفکران بر نقش وراثت و کروموزوم ها تأکید دارند و معتقدند اغلب افراد تبهکار دارای تفاوتی در ژن ها می باشند (افرادی که جنایتکار به دنیا می آیند الگوی کروموزوم xyy دارند).
- برخی نیز معتقدند بین تیپ جسمی افراد و گرایش آنها به جرم رابطه وجود دارد (ستوده، ۱۳۸۰: ۱۰۱).

۲-۱۵- تبیین های جامعه شناختی

نظریه های جامعه شناختی، بر نقش مهم و اساسی محیط اجتماعی در شکل دادن به پدیده کجروی تأکید دارند

و هنگام توجه به چگونگی شکل گرفتن رفتارهای کجروانه در صحنه اجتماع اساساً به عللی توجه می کنند که گروه ها یا قشرهایی را از اعضای آن در معرض کجروی قرار می دهد (سلیمی و داوری، ۱۳۸۰: ۴۲۵).

این دسته تبیین ها، شکل گیری رفتارهای کجروانه را عمدتاً به اموری مانند ساخت اجتماعی و شرایط و موقعیت های اجتماعی که فرد در آنها قرار می گیرد، نسبت می دهند. استدلال عمده در این دسته تبیین ها آن است که نهادهای اجتماعی را باید به عنوان یک کل نگرینست و بر همین اساس، کجروی را نیز در درون و در ربط و نسبت با آن باید مطالعه کرد. معمولاً این تبیین ها پاسخ به این پرسش را هدف خود قرار داده اند که چه چیزی در محیط های اجتماعی وجود دارد که مردم را کجرو و بزهکار می سازد؟ (داوری، ۱۳۸۱: ۵۶).

۲-۱۶- نظریه بی هنجاری و آنومی دورکیم

به اعتقاد دورکیم با ضعیف شدن روح جمعی و آزاد شدن فرد از سلطه آن، زمینه های دیگری شکل می گیرند که امکان کج رفتاری را پدید می آورد. دورکیم معتقد است که اقتدار اخلاق در یک جامعه تا جایی برای مردم قابل قبول است که این اخلاق با شرایط مادی زندگی مطابقت داشته باشد. به عبارت دیگر، اقتدار اخلاقی در صورتی اعتبار خواهد داشت که برای افرادی که درگیر فعالیت در جامعه همواره در حال تغییر و تحول هستند با معنی باشد. حال اگر افراد مجبور به انجام نقش هایی گردند که با استعدادهایشان مطابقت نداشته باشد، وضعیت آنومیک پیش می آید. در شرایط آنومیک که بیماری جامعه مدرن است به علت تضعیف هنجارها، زمینه مناسب کج رفتاری فراهم می شود (ممتاز، ۱۳۸۱: ۵۵).

دورکیم معتقد بود که کج رفتاری در جامعه مدرن در ارتباط با تقسیم کار قرار دارد. اگر جامعه ای تقسیم کار نرمال داشته باشد؛ یعنی همه افراد در شرایط مساوی بتوانند استعدادهای خود را پرورش دهند و شغلی متناسب با آن بدست آورند، ارقام کج رفتاری کاهش خواهد یافت. جامعه هرچه پیچیده تر و متمدن تر گردد بیشتر از جسم و توانایی های مربوط به آن رها شده و متکی به ذهن، اندیشه و خلاقیت خواهد بود. اما تضاد میان استعدادهای کلی و نقش های اجتماعی در شرایط تقسیم کار اجباری باعث ایجاد آنومی شده، به کج رفتاری منتهی می شود؛ یعنی نارضایتی از وضع موجود افزایش می یابد و در نتیجه موارد کج رفتاری هم تحت تأثیر آن قرار می گیرد (ممتاز، ۱۳۸۱: ۵۹).

مطابق نظریه اختلال هنجاری (آنومی) می توان گفت که بعد هنجاری ساختار اجتماعی در جامعه بسیار بااهمیت است که اگر در آن اختلال روی دهد، حس همبستگی و انسجام در جامعه را مختل کرده و فرد را از نظر الگوی رفتاری دچار مشکل کرده و آنومی را تقویت می نماید که از این لحاظ گرایش به انحرافات چون اعتیاد به مواد مخدر اجتناب ناپذیر است. این اختلال به صورت های مختلف در جامعه حضور پیدا می کند که به آنها اشاره می نمایم.

__ قطبی شدن هنجارها: هنگامی که دو قطب مخالف یا جدا از همدیگر برای فرد هنجار فرستی کنند و توزیع جمعیت برحسب میزان فشار هنجاری، نرمال نباشد، توزیع جمعیت دونمایی بوده و به جای اکثریت، اقلیت جامعه، متوسط هنجاری را درک کنند، قطبی شدن هنجاری ایجاد می شود. برای مثال اگر خانواده فرد را به هنجارهای سنتی و مذهبی دعوت کند و از سوی دیگر گروه دوستان، فرد را به مصرف مواد مخدر تشویق نماید، این مسئله ممکن است به نفع هرکدام از طرفین تمام شود که میزان اهمیت و احترام هر طرف در پذیرش هنجار مورد نظر از سوی فرد مؤثر خواهد بود.

__ تضاد هنجاری: در برخی جوامع، اعضای جامعه به دو گروه تقسیم می شوند و هر گروه در فضای هنجاری متفاوت سیر می کنند که این مسئله به ظهور دو مجموعه هنجار متفاوت می انجامد که ممکن

است هنجارهای طبقه متوسط با طبقه حاکم، نسل امروز با نسل گذشته و یا گروه های مختلف با همدیگر متضاد باشد و در کنار این مسئله که گروه هایی ممکن است به انحرافات سوق پیدا کنند و هنجارهای غیراخلاقی را رواج دهند.

_ ناپایداری هنجاری: تناقض منطقی میان دو یا چند هنجار در یک نظام هنجاری موجب می شود که هرکدام از هنجارها براساس خرده فرهنگ های متفاوت بر مسئله خاصی تأکید کنند و فرد با ناپایداری هنجاری مواجه شود. در مورد اعتیاد برخی خرده فرهنگ ها که اعتیاد را امری مطلوب و منزلت بخش می دانند در ناپایداری هنجاری تأثیر فراوان دارند.

_ ضعف هنجاری: هنگامی که احساس تعلق و تعهد نسبت به هنجارها پایین تر از میانگین لازم باشد و فشار هنجاری لازم وجود نداشته باشد، ضعف هنجاری ایجاد می شود که در این شرایط فرد الگوی رفتاری لازم برای کنش در جامعه را ندارد و با مشکلات جدی در این زمینه مواجه می شود و حتی ممکن است برخی انحرافات مانند اعتیاد به مواد مخدر را اصلاً انحراف تلقی نکند.

_ بی هنجاری: بی هنجاری یا آنومی که تأخر هنجاری و خلأ هنجاری در جامعه است، بیشتر مخصوص جوامع در حال گذر است که فرد به دلیل تغییرات سریع فرهنگی و اجتماعی هیچ هنجاری را نمی شناسد و قبول ندارد و این مسئله عامل و نیز تشدید کننده پدیده هایی مانند اعتیاد است (رفیع پور، ۱۳۷۸: ۵۲).

۲-۱۷- نظریه فشار ساختاری مرتن

نظریه رابرت مرتن این است که جامعه، فرد را به کج رفتاری مجبور می کند. به بیان خود او کج رفتاری حاصل فشارهای ساختاری_ اجتماعی خاصی است که افراد را به کج رفتاری وا می دارد. به نظر مرتن جوامع صنعتی جدید بر توفیقات مادی در زندگی تأکید دارند که به شکل انباشت ثروت و تحصیلات علمی به عنوان مهم ترین اهداف زندگی شخص و معیارهای منزلتی تجلی می کنند. دستیابی به این اهداف مقبول اجتماعی نیاز به ابزارهای مقبولی هم دارد که البته از دسترس جمعی از افراد جامعه خارج است؛ یعنی جامعه طوری ساخت یافته که طبقات فرودست، فرصت های کمتری برای تحقق آرزوهای خود دارند. در نتیجه چون این اهداف به آرمان های اصلی زندگی همه افراد تبدیل شده، آن شخصی هم که دسترسی به ابزار مشروع ندارد، تحت فشار جامعه برای دستیابی به آنها از ابزار نامشروع استفاده می کند. البته مرتن تأکید دارد که واکنش همه افراد نسبت به فشارهای وارده اجتماعی یکسان نیست (صدیق سروستانی، ۱۳۸۶: ۴۴).

برای تحلیل مسئله اعتیاد از منظر تئوری رابرت

مرتن، باید جامعه فعلی ایران را از بعد تغییر ارزش ها از سنتی و مذهبی به ارزش های مدرن مورد توجه قرار داد. در کنار این مسئله، تبلیغ مصرف گرایی، نابرابری های شدید اقتصادی، رشد روزافزون فقر و در نتیجه ارزشمند شدن ثروت در جامعه، تغییر نظام ارزشی جامعه را تشدید می کند. در این شرایط تأکید بر اهدافی که وسایل دسترسی به آن به طور قانونی فراهم نیست نه فقط فرد فرد انسان ها، بلکه کل نظام اجتماعی را دچار عدم تعادل و آشفتگی و نابسامانی می کند و بستر را برای ظهور رفتار انحرافی فراهم می کند. همین مسئله فرد را از جامعه و ارزش های آن جدا می کند و در اکثر موارد نیز وی را با ناکامی روبه رو می سازد که برای جبران ناکامی ها گرایش به مواد مخدر امری عادی است (هاشمی نژاد، ۱۳۹۵: ۳۵).

۲-۱۸- نظریه ناکامی منزلتی کوهن

جامعه شناس معاصر آمریکایی، آلبرت کوهن که نظریه ناکامی منزلتی از نظرات مرتن استخراج کرده، معتقد است طبقات پایین در جامعه از نظر دستیابی به منزلت دچار ناکامی هستند و این درحالی است که جامعه آنها را به کسب منزلت تشویق می کند و امکان دستیابی را در اختیار آنان قرار نمی دهد. طبقات پایین در جامعه پذیری، آموزش و پرورش و هنجارها و ارزش ها با تبلیغ خصایص و ارزش های طبقه متوسط رو به رو هستند، درحالی که از تحرک اجتماعی و حضور در این طبقه محروم می باشند. همین مسئله موجب احساس یأس، سرخوردگی و ناکامی در این طبقه شده و افراد را به خرده فرهنگ های بزهکاری در مکان های سکونت خویش متمایل می کند که این خرده فرهنگ ها معمولاً خصوصیتی چون گرایش لذت جویانه، منفی نگری، میل به توجه به شرایط طبقاتی و شکاف اقتصادی در جامعه نیز به علت شکست و سرخوردگی زنان در کسب منزلت و ارزش، به ناچار افراد به خرده فرهنگ های بزهکاری روی می آورند که در این خرده فرهنگ ها، کجروی هایی مانند اعتیاد خود ارزش و راه حل و حتی راه رسیدن به منزلت تعریف می شود. میل به اعتیاد از این منظر نه با هدف سودمند گرایانه، بلکه برای لذت جویی و کسب منزلت انجام می شود و ناکامی منزلتی چنین پدیده ای را در میان طبقه های پایین جامعه ایجاد و ایجاد می کند (هاشمی نژاد، ۱۳۹۵: ۳۷).

۲-۱۹- نظریه انتقال فرهنگی

نظریه انتقال فرهنگی بر این نکته تأکید دارد که رفتار انحرافی از طریق معاشرت با دوستان ناباب آموخته می شود. ادوین ساترلند به این امر معتقد بود که رفتار انحرافی از طریق معاشرت با اغیار یا پیوند افتراقی یعنی داشتن روابط اجتماعی با انواع خاصی از مردم مانند تبهکاران آموخته می شود (ستوده، ۱۳۸۰: ۱۳۸۰).

۱۴۹). ساترلند در تحقیقات خود، به خرده فرهنگ های گوناگون در شهرهای بزرگ توجه نمود و معتقد بود، در برخی مناطق شهری، کج رفتاری در جریان کنش متقابل با دیگران آموخته می شود. بخش اصلی یادگیری رفتار کجرو در اثر ارتباط صمیمی درون گروه انجام می گیرد و در جریان این یادگیری روش های ارتکاب جرم، توجیه، انگیزه ها و گرایش ها آموخته می شود و الگوی رفتار انحرافی برای فرد مهم تر و ارزشمندتر از الگوی قانونی تلقی می گردد و با توجه به فراوانی معاشرت، این رفتار به هنجار جاافتاده در فرد مبدل می شود (هزارجریبی و دیگران، ۱۳۸۹: ۳۳۰).

۲-۲۰- نظریه پیوند افتراقی ساترلند

ساترلند (۱۹۴۲) اصطلاح همنشینی افتراقی را به عنوان تبیینی از رفتار انحرافی به کار برد. هم نشینی افتراقی بر این پیش فرض بنا شده است که رفتار انحرافی موروثی و ذاتی نیست، بلکه نکته اصلی نظریه ساترلند این است که افراد به این علت کج رفتار می شوند که تعداد ارتباط های انحرافی آنان بیش از ارتباط های غیرانحرافی شان است. این تفاوت تعامل افراد با کسانی که ایده های کج رفتارانه دارند نسبت به افرادی که از ایده های هم نوایانه برخوردارند، علت اصلی کج رفتاری آنها است (صدیق سروسستانی، ۱۳۸۶: ۴۸).

از نظر ساترلند، از طریق ۹ قضیه، علل وقوع انحراف و تداوم آن قابل تبیین است:

۱_ رفتار مجرمانه یادگرفتنی است؛ به این معنی که رفتار مجرمانه ارثی نیست؛ بنابراین کسی که در زمینه جرم و جنایت آموزش ندیده باشد، مجرم نخواهد شد.

۲_ رفتار مجرمانه در ارتباط متقابل با دیگران یادگیری می شود. این فرآیند، اداها و تعامل کلامی را شامل می شود. در این مورد، ساترلند نقش رسانه های تصویری را نادیده گرفته است.

۳_ بخش اصلی یادگیری رفتار مجرمانه در بین دوستان صمیمی روی می دهد. برعکس، سازمان های غیر شخصی ارتباطات مانند: سینما، روزنامه و تلویزیون، نقش نسبتاً بی اهمیتی در این زمینه دارند.

۴_ فرآیند یادگیری رفتار انحرافی، شامل آموختن فنون مختلف بز هکاری و جرم است که گاهی بسیار پیچیده و گاهی هم اسان است و به صورت گرایش خاص، انگیزه های سائق ها، دلیل تراشی ها و نگرش ها را شامل می شود.

۵_ جهت خاص انگیزه ها و گرایش ها از طریق تعاریف موافق یا مخالف قواعد قانونی انجام می گیرد. در بعضی جوامع، فرد با جمعی احاطه شده است که همگی بر این اعتقادند که قانون باید رعایت شود، اما جوامع دیگری وجود دارند که فرد با جمعی احاطه شده است که تعاریف همه آنها موافق قانون شکنی است.

۶_ یک فرد به این دلیل مرتکب جرم و بز هکاری می شود که تعاریف مطلوب بودن تجاوز از قانون بیشتر از همنوایی یا سازگاری با قانون باشد. این اصل مهم نظریه فراوانی معاشرت است که هم شامل معاشرت انحراف آمیز و هم معاشرت های بهنجار می گردد. هنگامی افراد مبدل به مجرم می شوند؛ به علت تماس آنها با الگوهای رفتار کجرو و جدا افتاده آنها از الگوهای بهنجار است.

۷_ معاشرت (پیوندهای افتراقی) ممکن است از نظر فراوانی (تعداد دفعات)، دوام (مدت و زمان)، ارجحیت و شدت، یادگیری متفاوتی داشته باشد. در مورد تقدم یادگیری، می توان گفت که اگر الگوهای رفتار انحرافی از کودکی آموخته شود، می تواند در طول زندگی نهادینه شوند و پایدار بمانند. ارجحیت و شدت به منزلت و اهمیت الگوی رفتاری و میزان درگیری عاطفی فرد با آن مربوط می شود.

۸_ فرآیند یادگیری رفتار انحرافی از طریق تعامل با کج رفتاران و هم نوایان، شامل انواع مکانیسم های یادگیری کج رفتاری و رفتار انحرافی می شود و فقط محدود به تقلید نیست.

۹_ درحالی که کج رفتاری ها بیان نیازها و ارزش های کلی است، نمی تواند از طریق همان نیازها و ارزش ها تبیین شود؛ زیرا الگوهای بهنجاری و کج رفتاری، هر دو از الگوهای ارزشی و اجتماعی و نیازهای یکسان سرچشمه می گیرند.

بنابراین ساترلند با مفهوم کج رفتاری فردی مخالف و معتقد است که جرم و جنایت جریان های ناخودآگاه و یا انگیزه های خفته بیولوژیکی نیستند، بلکه الگوهای یادگیری اجتماعی رفتار با تأکید بر متغیرهایی چون انگیزه ها و سائق ها و نگرش ها، آموخته و اجرا می شود. در این نظر مسئله فراوانی معاشرت مطرح می شود و نه معاشرت به تنهایی (ممتاز، ۱۳۸۱:

۲-۲۱- نظریه کنترل اجتماعی هیرشی

نظریه کنترل نیز در تحلیل و تبیین کج رفتارهای اجتماعی از نظریه های با نفوذ حوزه جامعه شناسی انحرافات اجتماعی و جرم بوده است. این نظریه، رفتار انحرافی را عمومی و جهان شمول دانسته و علت اصلی کج رفتاری را کارکرد ضعیف یا نبود ساز و کارهای اجتماعی و کنترل های شخصی و درونی می داند. فرضیه اصلی این نظریه، ارضا نشدنی بودن ماهیت انسان است؛ یعنی انسان ها با داشتن آرزوهای نامحدود، برخلاف دیگر جانوران در برآورده شدن نیازهای زیستی خود سیری نپذیرند، بنابراین چنین برمی آید که آرزوهای انسان را تنها می توان با نظارت های اجتماعی خارجی یعنی با کنترل اجتماعی مهار کرد. کنترل اجتماعی به ساز و کارهایی اطلاق می شود که جامعه برای واداشتن اعضایش به سازگاری و جلوگیری از ناسازگاری و ناهمنوایی به کار می برد. به بیان دیگر، کنترل اجتماعی، مجموعه عوامل محسوس و نامحسوسی است که یک جامعه در جهت حفظ معیارهای خود به کار می برد (صدیق سروستانی، ۱۳۸۶: ۵۲. ممتاز، ۱۳۸۱:

۱۱۹). در نظریه کنترل اجتماعی فرض بر این

است که همه افراد به طور طبیعی انگیزه ارتکاب کج رفتاری را دارند و نیازی به تبیین این انگیزه ها نیست، بلکه آنچه نیاز به تبیین و توضیح دارد، هم نوایی با هنجارهای اجتماعی است.

تراوس هیرشی، مهم ترین صاحب نظر این رویکرد، علت هم نوایی افراد با هنجارهای اجتماعی را پیوند اجتماعی آنها دانسته است. وی مدعی است که پیوند میان فرد و جامعه مهم ترین علت هم

نوایی و عامل اصلی کنترل رفتارهای فرد است و ضعف این پیوند یا نبود آن موجب اصلی کج رفتاری است (صدیق سروستانی، ۱۳۸۶: ۵۳).

نظر را که وجود هر انگیزه برای ارتکاب به هر عمل انحرافی کافی است را رد می کند. او معتقد

است که افراد دارای منافع شخصی هستند و آماده برای عمل به شکلی که بیشترین سود و فایده را برای آنها داشته باشد. ولی جامعه و هنجارهای آن مانع انجام چنین رفتارهایی می شوند. اگر این

قیود اجتماعی سست شوند، رفتار خودمنفعتی ظاهر می گردد (سلیمانی و همکاران، ۱۳۸۷: ۹۸).

فصل سوم

روش شناسی تحقیق

۴-۱- مقدمه

از جمله ویژگی های مطالعه علمی که هدف آن حقیقت یابی است، استفاده از یک روش تحقیق مناسب می باشد و انتخاب روش تحقیق مناسب به هدف ها، ماهیت و موضوع مورد تحقیق و امکانات اجرایی بستگی دارد. هدف از تحقیق دسترسی آسان و دقیق جهت پاسخ به پرسش های تحقیق است. بدون روش شناسی علمی نتایج بررسی و تحلیل های مربوطه معتبر و قابل تعمیم نخواهد بود. از این رو در این فصل با هدف آشنایی خواننده از نحوه عمل تحقیق و با توجه به اهداف تحقیق به توضیح روش تحقیق، روش های جمع آوری اطلاعات، بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه و چگونگی تحلیل آماری پرداخته شده است.

۴-۲- روش تحقیق

این تحقیق از نوع توصیفی است و به لحاظ روش جمع آوری اطلاعات پیمایشی و از نظر هدف از نوع تحقیقات کاربردی محسوب می شود. تحقیق کاربردی تحقیقی است که هدف اصلی آن کشف علمی نیست، بلکه آزمودن و بررسی امکان کاربرد دانش برای حل مسائل و مشکلات روزمره است. این تحقیق همچنین از نوع تحقیقات پیمایشی است. در این گونه تحقیقات از ابزار های پرسشنامه و مصاحبه برای جمع آوری اطلاعات استفاده می شود (دلآوری، ۱۳۸۱). به نقل از محمدی نیکو، ۱۳۹۴: ۷۲).

۳-۴- قلمرو تحقیق

قلمرو مکانی تحقیق حاضر شهرستان گرگان در استان گلستان می باشد. قلمرو زمانی تحقیق حاضر سال ۱۳۹۷ می باشد و قلمرو موضوعی این تحقیق مطالعه جامعه شناختی وضعیت اعتیاد زنان و بررسی عوامل مؤثر بر آن در شهر گرگان در سال ۱۳۹۷ می باشد.

۴-۴- جامعه آماری

جامعه آماری عبارت است از گروهی از افراد، اشیاء یا حوادث که حداقل دارای یک صفت یا ویژگی مشترک هستند. نظر به اینکه هدف اصلی این تحقیق، بررسی عوامل مؤثر در گرایش زنان به اعتیاد در شهر گرگان است، جامعه آماری تحقیق کلیه زنان معتادی است که در سطح شهر گرگان و در مکان های خاصی تحت عنوان پاتق، حضور دارند.

۴-۵- حجم نمونه

نمونه، زیر مجموعه ای از کل جامعه که داده های نمونه را به جامعه تعمیم می دهد، به شرطی که نمونه معرف جامعه باشد (دلآوری، ۱۳۷۵: ۵). حجم نمونه تحقیق با توجه به جامعه مورد مطالعه، زنان معتاد در دسترسی است که در سطح شهر وجود دارند. با توجه به اینکه آمار رسمی و دقیقی از

تعداد زنان معتمد در این مکان ها (پاتق ها) وجود ندارد، حجم نمونه تحقیق ۱۰۰ نفر معتمد زن در دسترس در نظر گرفته شده است که پوشش نمونه گیری کامل می باشد.

۴-۶- روش نمونه گیری

نمونه گیری شامل فنون رسیدن به اعضای از جامعه است که نماینده کل جامعه باشند و مطالعه این اعضای انتخابی حداکثر اطلاعات جامعه را به محقق بدهد. بدیهی است نمونه های ناکارآمد منجر به استنباط های غلطی از جامعه می شود و در نتیجه تصمیم گیری های نامناسب را در پی خواهد داشت. روش نمونه گیری در این تحقیق از نوع نمونه گیری در دسترس می باشد.

۴-۷- روش گردآوری اطلاعات

در علوم اجتماعی روش های متفاوتی برای تحقیقات علمی وجود دارد (مثل تحقیقات آزمایشی، مشاهده مشارکتی و ...) که هر محقق با توجه به موضوع مورد بررسی و شرایطی که در آن قرار دارد، یک یا چند شیوه را برای بررسی موضوع مورد مطالعه انتخاب می کند. در این تحقیق به منظور گردآوری اطلاعات علاوه بر استفاده از روش کتابخانه ای که برای ادبیات و پیشینه تحقیق ضرورت دارد، از پرسشنامه نیز جهت جمع آوری اطلاعات میدانی استفاده می شود. پرسشنامه به صورت محقق ساخته است که از نمونه های مورد بررسی خواسته می شود که به گزینه های هر گویه که بر اساس طیف لیکرت با ارزش عددی از ۱ تا ۵ بر حسب کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم مرتب شده اند، پاسخ دهند.

۴-۸- ابزار گردآوری اطلاعات

در رابطه با ابزار گردآوری اطلاعات مبانی نظری می توان گفت که ابزار مورد نیاز در کتابخانه ها، فیش برداری می باشد و در رابطه با ابزار گردآوری اطلاعات میدانی نیز پرسشنامه محقق ساخته می باشد که سوالات آن بر اساس اهداف و فرضیات تحقیق ساخته شده است.

۴-۹- اعتبار و روایی تحقیق

پرسشنامه تحقیق حاضر با توجه به اینکه به تأیید استاد راهنما رسیده است، می توان گفت از روایی کافی برخوردار می باشد. برای سنجش پایایی ابزار تحقیق، تعداد ۳۰ نسخه از پرسشنامه در بین جامعه

آماري توزيع و آلفاي كرونباخ حاصل از آن برابر $0/778$ محاسبه شده است. با توجه به اينكه آلفاي كرونباخ حاصله به مقدار قابل توجهي بالا مي باشد، لذا پرسشنامه حاضر قابليت اجرا دارد.

۴-۱۰- تجزيه و تحليل داده ها

براي تجزيه و تحليل اطلاعات بدست آمده در اين تحقيق از نرم افزار spss شامل آمار توصيفي و استنباطي استفاده مي شود. آمار توصيفي شامل: فراواني، درصد، جداول و نمودار مي باشد. آمار استنباطي هم شامل: آزمون هاي متناسب با فرضيه هاي تحقيق كه در اينجا از آزمون ضريب همبستگي پيرسون استفاده شده است.

فصل چهارم

تجزیه و تحلیل داده ها

۴-۱- مقدمه

در این فصل ضمن ارائه یافته های تحقیق، به تجزیه و تحلیل آن ها و روابط بین متغیرها پرداخته می شود. یافته ها در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد بررسی قرار می گیرند. در بخش تحلیل توصیفی از جداول فراوانی و نمودارها و در بخش تحلیل استنباطی نیز به منظور رد یا قبول فرضیه های تحقیق از آزمون های آماری مناسب استفاده شده است.

۴-۲- تحلیل توصیفی

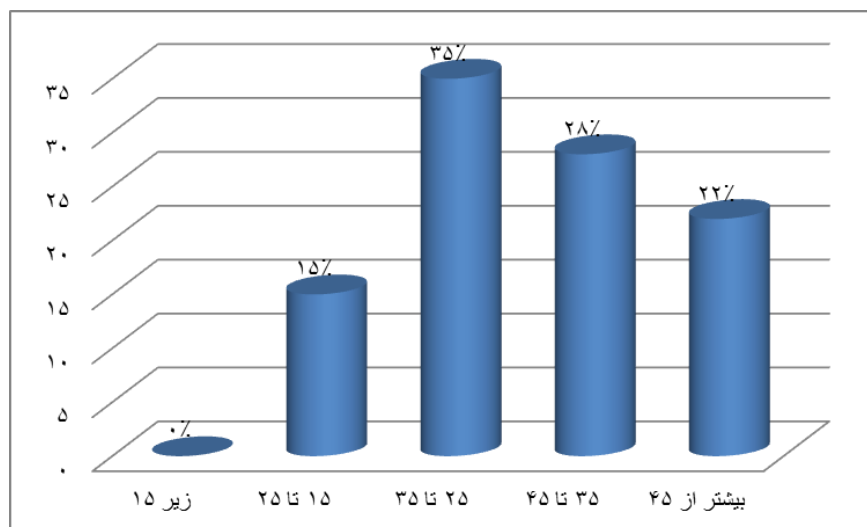
در این قسمت بعد از گردآوری داده ها و اطلاعات، با استفاده از آمار توصیفی که شامل فراوانی، درصد، جداول و نمودار می باشد، به توصیف نمونه پرداخته می شود.

۴-۲-۱- بررسی نمونه براساس سن

جدول (۴-۱) توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب سن

وضعیت سنی	رده سنی	زیر ۱۵	۱۵ تا ۲۵	۲۵ تا ۳۵	۳۵ تا ۴۵	بیشتر از ۴۵	جمع کل
فراوانی		۰	۱۵	۳۵	۲۸	۲۲	۱۰۰
درصد		۰	۱۵	۳۵	۲۸	۲۲	۱۰۰

نمودار (۴-۱) توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب سن



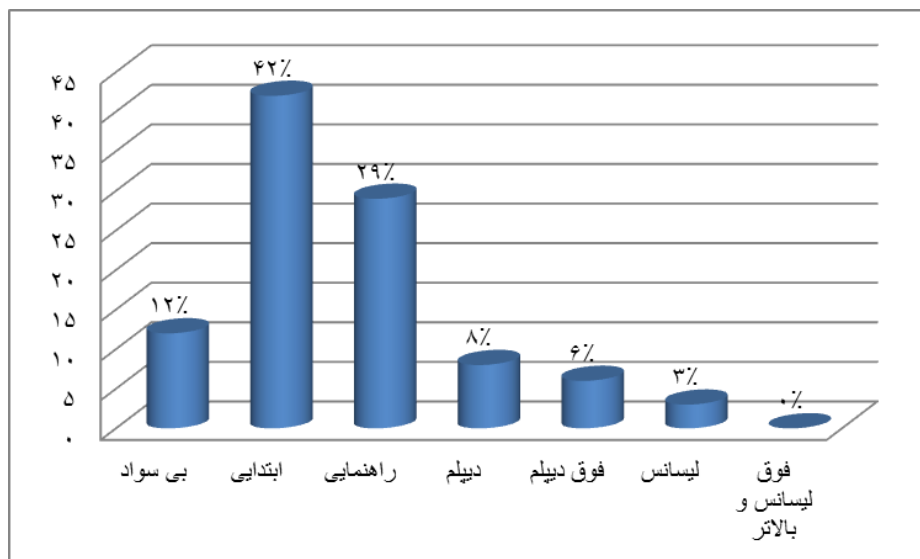
بر اساس جدول و نمودار (۴-۱) در مورد وضعیت سنی پاسخ گویان، بیشترین رده سنی بین ۲۵ تا ۳۵ سال و کمترین رده سنی آن ها بین ۱۵ تا ۲۵ سال بوده است. علاوه بر این، رده سنی زیر ۱۵ سال در میان پاسخ گویان وجود نداشته است.

۴-۲-۲- بررسی نمونه بر اساس تحصیلات

جدول (۴-۲) توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب میزان تحصیلات

میزان تحصیلات	مقطع	بی سواد	ابتدایی و نهضت	راهنمایی	دیپلم	فوق دیپلم	لیسانس	لیسانس و بالاتر	جمع کل
فراوانی	۱۲	۴۲	۲۹	۸	۶	۳	۰	۱۰۰	
درصد	۱۲	۴۲	۲۹	۸	۶	۳	۰	۱۰۰	

نمودار (۴-۲) توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب میزان تحصیلات



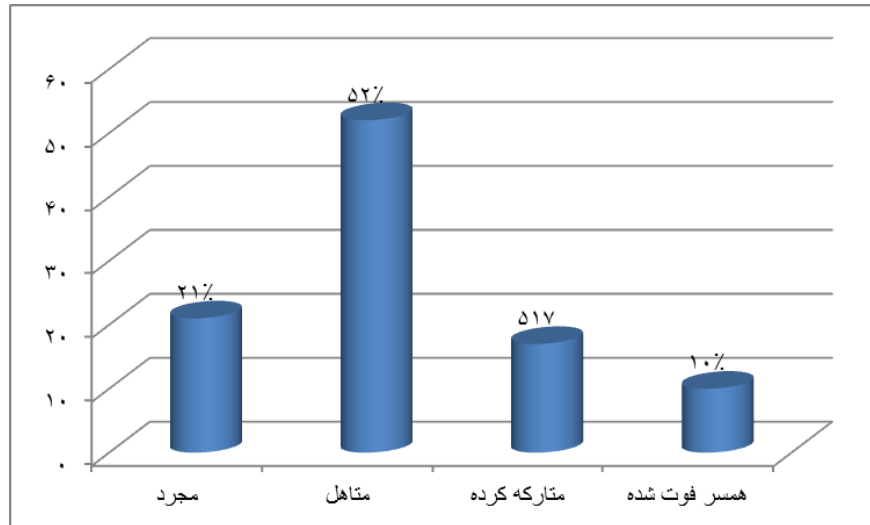
بر اساس جدول و نمودار (۲-۴) در مورد میزان تحصیلات پاسخ گویان، بیشترین فراوانی و درصد برای مقطع تحصیلی ابتدایی و کمترین فراوانی و درصد برای مقطع لیسانس بوده است. علاوه بر این، تحصیلات در سطح فوق لیسانس و بالاتر در بین پاسخ گویان وجود نداشته است.

۳-۲-۴- بررسی نمونه بر اساس وضعیت تأهل

جدول (۳-۴) توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب وضعیت تأهل

وضعیت تأهل	وضعیت	مجرد	متأهل	متارکه کرده	همسر فوت شده	جمع کل
فراوانی		۲۱	۵۲	۱۷	۱۰	۱۰۰
درصد		۲۱	۵۲	۱۷	۱۰	۱۰۰

نمودار (۳-۴) توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب وضعیت تأهل



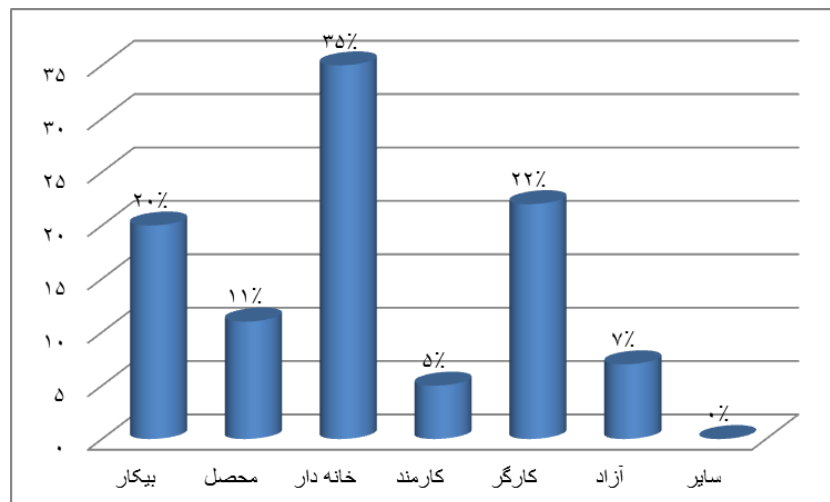
بر اساس جدول و نمودار (۳-۴) در مورد وضعیت تأهل پاسخ گویان، بیشترین فراوانی و درصد برای افراد متأهل و کمترین فراوانی و درصد برای افرادی که همسرشان فوت شده، بوده است.

۴-۲-۴- بررسی نمونه بر اساس وضعیت اشتغال

جدول (۴-۴) توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب وضعیت اشتغال

وضعیت اشتغال	شغل	بیکار	محصل	خانه دار	کارمند	کارگر	آزاد	سایر	جمع کل
فراوانی	20	11	35	5	22	7	0	100	
درصد	20%	11%	35%	5%	22%	7%	0%	100	

نمودار (۴-۴) توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب وضعیت اشتغال



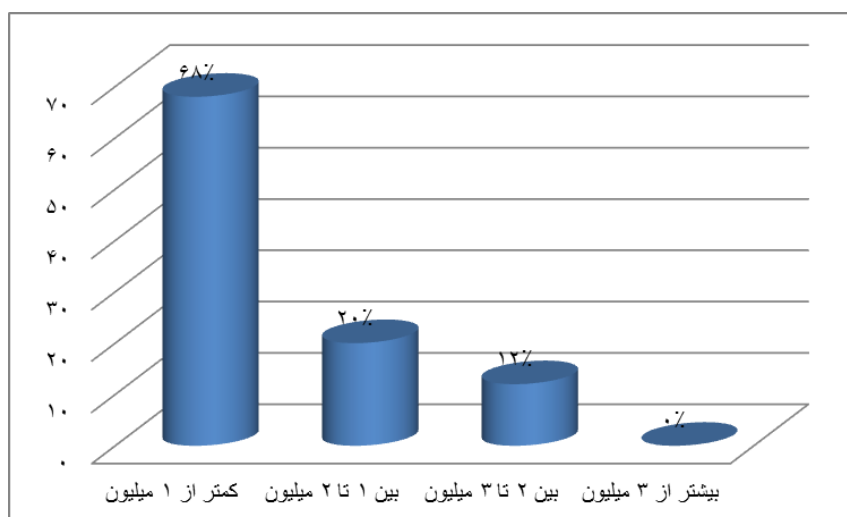
بر اساس جدول و نمودار (۴-۴) در مورد وضعیت اشتغال پاسخ گویان، بیشترین فراوانی و درصد برای خانه داری و کمترین فراوانی و درصد برای شغل کارمند، بوده است.

۴-۲-۵- بررسی نمونه بر اساس درآمد ماهیانه

جدول (۴-۵) توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب درآمد ماهیانه

جمع کل	بیشتر از ۳ میلیون	بین ۲ تا ۳ میلیون	بین ۱ تا ۲ میلیون	کمتر از ۱ میلیون	درآمد فراوانی	درآمد ماهیانه
۱۰۰	۰	۱۲	۲۰	۶۸	درصد	

نمودار (۴-۵) توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب درآمد ماهیانه



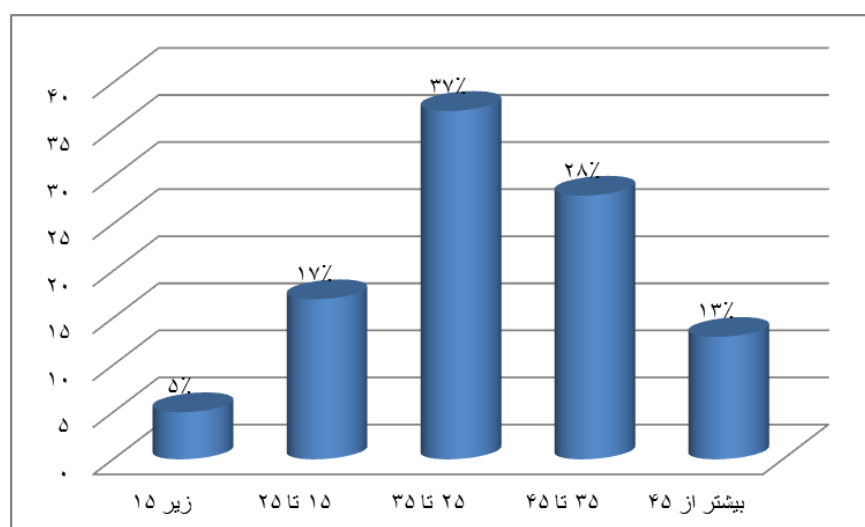
بر اساس جدول و نمودار (۴-۵) در مورد درآمد ماهیانه پاسخ گویان، بیشترین فراوانی و درصد برای درآمد کمتر از ۱ میلیون کمترین فراوانی و درصد برای درآمد بین ۲ تا ۳ میلیون بوده است. علاوه بر این، درآمد بیشتر از ۳ میلیون در بین پاسخ گویان وجود نداشته است.

۴-۲-۶- بررسی نمونه بر اساس سن شروع مصرف مواد

جدول (۴-۶) توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب سن شروع مصرف مواد

سن شروع مصرف مواد	سن فراوانی	زیر ۱۵	۱۵ تا ۲۵	۲۵ تا ۳۵	۳۵ تا ۴۵	بیشتر از ۴۵	جمع کل
شروع	فراوانی	۵	۱۷	۳۷	۲۸	۱۳	۱۰۰
مصرف مواد	درصد	۵	۱۷	۳۷	۲۸	۱۳	۱۰۰

نمودار (۴-۶) توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب سن شروع مصرف مواد



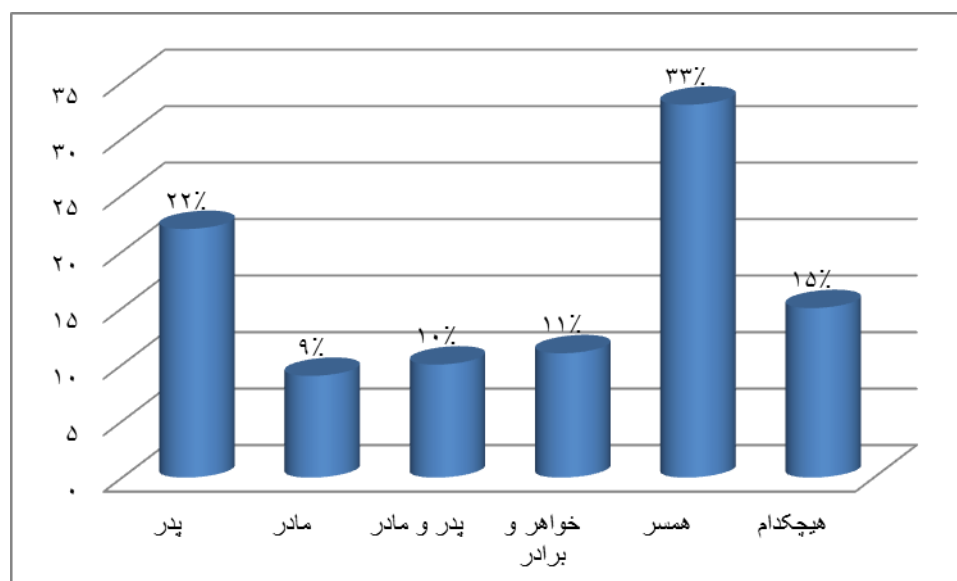
بر اساس جدول و نمودار (۴-۶) در مورد سن شروع مصرف مواد در پاسخ گویان، بیشترین فراوانی و درصد برای سنین ۲۵ تا ۳۵ سال و کمترین فراوانی و درصد برای سن زیر ۱۵ سال، بوده است.

۴-۲-۷- بررسی نمونه بر اساس سابقه مصرف مواد مخدر اعضای خانواده

جدول (۴-۷) توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب سابقه مصرف مواد مخدر اعضای خانواده

جمع کل	هیچکدام	همسر	خواهر و برادر	پدر و مادر	مادر	پدر	اعضا	سابقه مصرف مواد مخدر اعضای خانواده
۱۰۰	۱۵	۳۳	۱۱	۱۰	۹	۲۲	فراوانی	
۱۰۰	۱۵	۳۳	۱۱	۱۰	۹	۲۲	درصد	

نمودار (۴-۷) توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب سابقه مصرف مواد مخدر اعضای خانواده



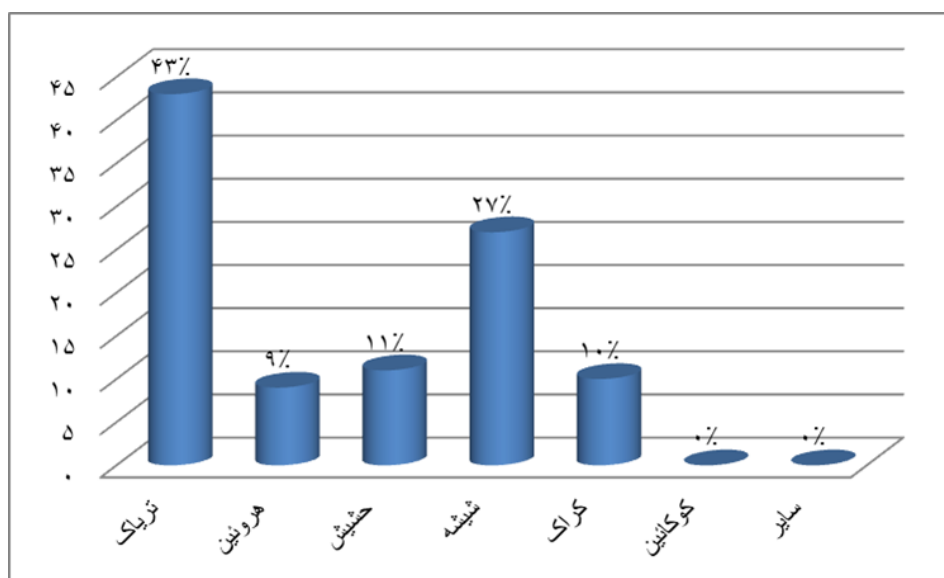
بر اساس جدول و نمودار (۴-۷) در مورد سابقه مصرف مواد مخدر اعضای خانواده پاسخ گویان، بیشترین فراوانی و درصد برای همسر و کمترین فراوانی برای مادر، بوده است.

۴-۲-۸- بررسی نمونه بر اساس ماده ی مخدر مصرفی

جدول (۴-۸) توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب ماده مخدر مصرفی

ماده مخدر مصرفی	ماده	تریاک	هروئین	حشیش	شیشه	کراک	کوکائین	سایر	جمع کل
فراوانی	۴۳	۹	۱۱	۲۷	۱۰	۰	۰	۱۰۰	
درصد	۴۳	۹	۱۱	۲۷	۱۰	۰	۰	۱۰۰	

جدول (۴-۸) توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب ماده مخدر مصرفی



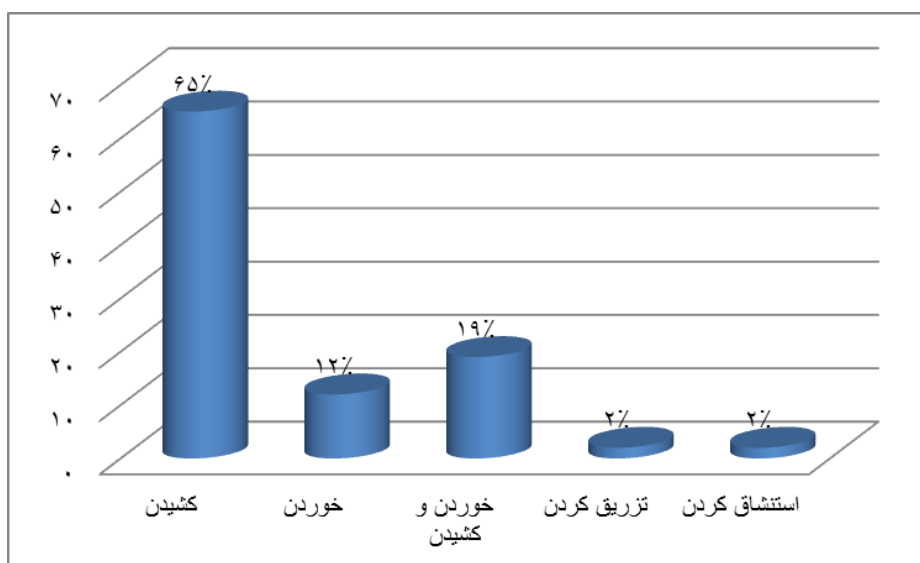
بر اساس جدول و نمودار (۴-۸) در مورد ماده مخدر مصرفی پاسخ گویان، بیشترین فراوانی و درصد برای تریاک و کمترین فراوانی برای هروئین، بوده است. علاوه بر این، گزینه های کوکائین و سایر در بین پاسخ گویان وجود نداشته است.

۹-۲-۴- بررسی نمونه بر اساس نحوه مصرف

جدول (۴-۹) توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب نحوه مصرف

نحوه مصرف	نحوه	کشیدن	خوردن	خوردن و کشیدن	تزریق کردن	استنشاق کردن	جمع کل
فراوانی	۶۵	۱۲	۱۹	۲	۲	۱۰۰	
درصد	۶۵	۱۲	۱۹	۲	۲	۱۰۰	

نمودار (۴-۹) توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب نحوه مصرف



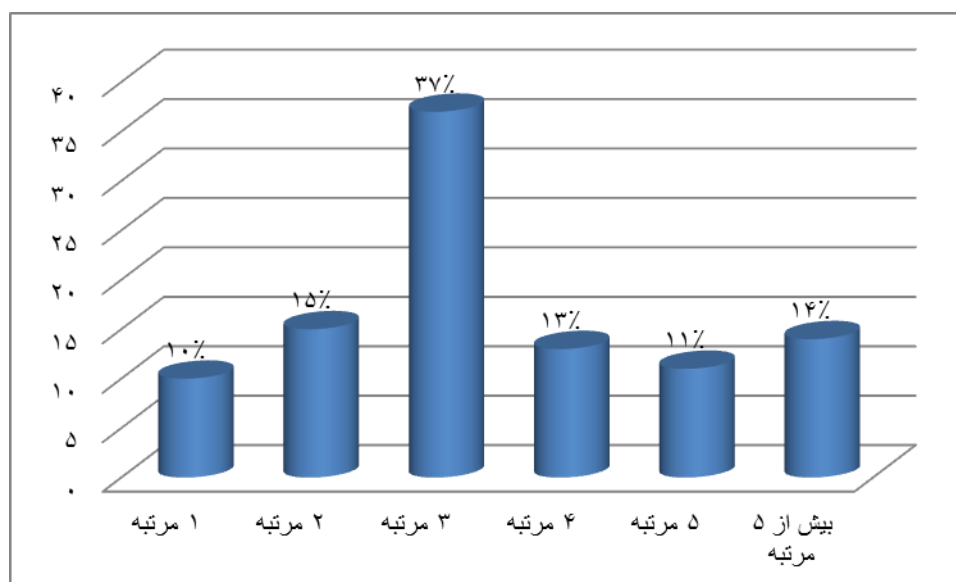
بر اساس جدول و نمودار (۴-۹) در مورد نحوه مصرف پاسخ گویان، بیشترین فراوانی و درصد برای کشیدن و کمترین فراوانی و درصد برای تزریق کردن و استنشاق کردن، بوده است.

۴-۲-۱۰- بررسی نمونه بر اساس میزان مصرف روزانه

جدول (۴-۱۰) توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب میزان مصرف روزانه

میزان مصرف روزانه	میزان	۱ مرتبه	۲ مرتبه	۳ مرتبه	۴ مرتبه	۵ مرتبه	بیش از ۵ مرتبه	جمع کل
فراوانی	۱۰	۱۵	۳۷	۱۳	۱۱	۱۴	۱۰۰	
درصد	۱۰	۱۵	۳۷	۱۳	۱۱	۱۴	۱۰۰	

نمودار (۴-۱۰) توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب میزان مصرف روزانه



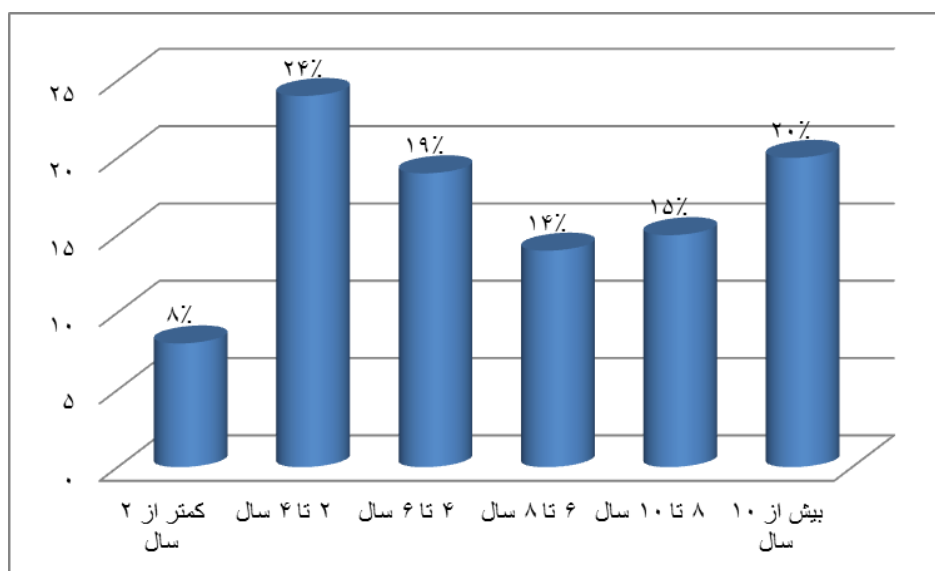
بر اساس جدول و نمودار (۴-۱۰) در مورد میزان مصرف روزانه پاسخ گویان، بیشترین فراوانی مصرف ۳ مرتبه در طول یک روز و کمترین فراوانی و درصد برای مصرف ۱ مرتبه بوده است.

۴-۲-۱۱- بررسی نمونه بر اساس سابقه مصرف مواد

جدول (۴-۱۱) توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب سابقه مصرف مواد

جمع کل	بیش از ۱۰ سال	۸ تا ۱۰ سال	۶ تا ۸ سال	۴ تا ۶ سال	۲ تا ۴ سال	کمتر از ۲ سال	سابقه	سابقه مصرف مواد
۱۰۰	۲۰	۱۵	۱۴	۱۹	۲۴	۸	فراوانی	
۱۰۰	۲۰	۱۵	۱۴	۱۹	۲۴	۸	درصد	

نمودار (۴-۱۱) توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب سابقه مصرف مواد



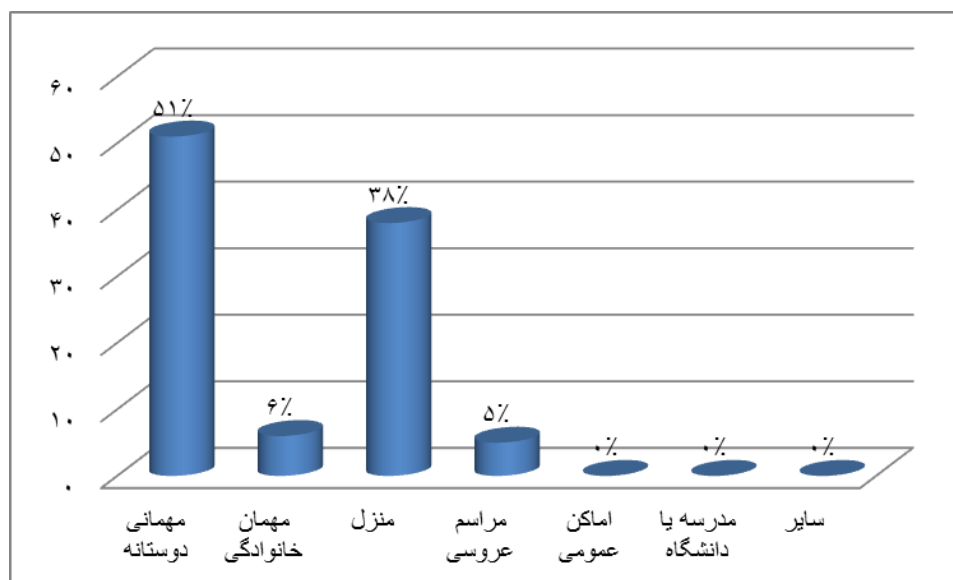
بر اساس جدول و نمودار (۴-۱۱) در مورد سابقه مصرف مواد پاسخ گویان، بیشترین فراوانی مربوط به سابقه ۲ تا ۴ سال و کمترین فراوانی برای کمتر از ۲ سال بوده است.

۴-۲-۱۲- بررسی نمونه بر اساس اولین موقعیت مصرف مواد

جدول (۴-۱۲) توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب اولین موقعیت مصرف مواد

اولین موقعیت مصرف مواد	موقعیت	مهمانی دوستانه	مهمانی خانوادگی	منزل	مراسم عروسی و جشن	اماکن عمومی	مدرسه یا دانشگاه	سایر	جمع کل
فراوانی	۵۱	۶	۳۸	۵	۰	۰	۰	۰	۱۰۰
درصد	۵۱	۶	۳۸	۵	۰	۰	۰	۰	۱۰۰

نمودار (۴-۱۲) توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب اولین موقعیت مصرف مواد



بر اساس جدول و نمودار (۴-۱۲) در اولین موقعیت مصرف مواد پاسخ گویان، بیشترین فراوانی و درصد مربوط به مهمانی دوستانه و کمترین فراوانی و درصد در مراسم عروسی و جشن بوده است. علاوه بر این، گزینه های اماکن عمومی، مدرسه یا دانشگاه و سایر در بین پاسخ گویان وجود نداشته است.

۴-۳- تحلیل استنباطی

۴-۳-۱- آزمون فرضیه های تحقیق

فرضیه ی اصلی:

بین عوامل مؤثر در اعتیاد (عوامل فردی، اجتماعی، محیطی، خانوادگی، اقتصادی) و گرایش زنان به اعتیاد رابطه معناداری وجود دارد.

برای شناسایی متغیرهای تأثیرگذار در گرایش به اعتیاد زنان، از تحلیل رگرسیون چندمتغیره استفاده کردیم.

جدول (۴-۱۳) آماره های تحلیل رگرسیونی چند متغیره گرایش به اعتیاد زنان

ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تصحیح شده	انحراف استاندارد
۰/۸۲۶	۰/۶۸۲	۰/۶۶۶	۱/۳۶۳

جدول (۴-۱۴) تحلیل واریانس رگرسیونی چند متغیره گرایش به اعتیاد زنان

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری
اثر رگرسیونی	۵۶۶/۹۳۳	۷	۸۰/۹۹۰	۴۳/۵۳۶	۰/۰۰۰
باقیمانده	۲۶۴/۱۶۱	۱۴۲	۱/۸۶۰		
کل	۸۳۱/۰۹۳	۱۴۹			

جدول (۴-۱۵) ضرایب استاندارد Beta و غیر استاندارد B رگرسیون

سطح معناداری	آماره T	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد		مدل
		B	خطای استاندارد	Beta	
۰/۰۰۳	۳/۰۳۴		۰/۹۲۲	۲/۷۹۷	مقدار ثابت
۰/۰۰۰	۰/۷۵۹	۰/۰۴۷	۰/۲۵۳	۰/۱۹۲	عوامل فردی
۰/۰۳۹	۲/۰۷۹	۰/۱۱۲	۰/۱۸۸	۰/۳۹۱	عوامل اجتماعی
۰/۴۴۹	۲/۶۸۹	۰/۷۳۸	۰/۰۱۴	۰/۱۷۳	عوامل محیطی
۰/۰۰۴	۰/۹۲۴	۰/۱۶۰	۰/۲۵۲	۰/۷۳۶	عوامل خانوادگی
۰/۱۴۶	۱/۴۶۲	۰/۰۸۷	۰/۱۷۳	۰/۲۵۲	عوامل اقتصادی

نتایج ضریب تعیین جدول (۴-۱۳) نشان می دهد که متغیرهای مستقل توانسته اند تا ۸۲ درصد مقدار متغیر وابسته را تبیین کنند. همچنین جدول (۴-۱۴) نشان می دهد که آزمون F در سطح ۹۹ درصد اطمینان معنی دار است و گویای آن است که حداقل یکی از متغیرهای مستقل در پیش بینی متغیر وابسته مؤثر است. جدول ضرایب استاندارد Beta و آزمون T نشان می دهد که متغیرهای عوامل فردی، عوامل اجتماعی و عوامل خانوادگی معنادار بوده و بر متغیر مستقل تحقیق تأثیرگذار بودند. متغیرهای عوامل محیطی و عوامل اقتصادی معنادار نبوده و از مدل رگرسیونی خارج می شوند.

فرضیه های فرعی:

الف) بین عوامل فردی و گرایش به اعتیاد زنان رابطه معناداری وجود دارد.

جدول (۴-۱۴) توزیع داده های آماری پیرسون بر حسب رابطه عوامل فردی و گرایش به اعتیاد زنان

سطح معناداری	مقدار آزمون	متغیر وابسته	متغیر مستقل
۰/۰۰۲	۰/۳۰۳ -	گرایش به اعتیاد زنان	عوامل فردی

آزمون همبستگی پیرسون در جدول (۴-۱۴) نشان می‌دهد که بین عوامل فردی و گرایش به اعتیاد زنان در سطح ۰/۰۰۲ رابطه‌ی معناداری وجود دارد و از ضریب همبستگی منفی برخوردار است که بیانگر این مطلب است که با کاهش یک متغیر، متغیر دیگر افزایش می‌یابد.

(ب) بین عوامل اجتماعی و گرایش به اعتیاد زنان رابطه معناداری وجود دارد.

جدول (۴-۱۵) توزیع داده‌های آماری پیرسون بر حسب رابطه عوامل اجتماعی و گرایش به اعتیاد زنان

متغیر مستقل	متغیر وابسته	مقدار آزمون	سطح معناداری
عوامل اجتماعی	گرایش به اعتیاد زنان	۰/۴۲۷	۰/۰۰۰

آزمون همبستگی پیرسون در جدول (۴-۱۵) نشان می‌دهد که بین عوامل اجتماعی و گرایش به اعتیاد زنان در سطح ۰/۰۰۰ رابطه‌ی معناداری وجود دارد و از ضریب همبستگی مثبت برخوردار است که بیانگر این مطلب است که هر دو متغیر باهم افزایش و کاهش می‌یابند.

(ج) بین عوامل محیطی و گرایش به اعتیاد زنان رابطه معناداری وجود دارد.

جدول (۴-۱۶) توزیع داده‌های آماری پیرسون بر حسب رابطه عوامل محیطی و گرایش به اعتیاد زنان

متغیر مستقل	متغیر وابسته	مقدار آزمون	سطح معناداری
عوامل محیطی	گرایش به اعتیاد زنان	۰/۰۳۹	۰/۲۹۴

آزمون همبستگی پیرسون در جدول (۴-۱۶) نشان می‌دهد که بین عوامل محیطی و گرایش به اعتیاد زنان در سطح ۰/۲۹۴ رابطه‌ی معناداری وجود ندارد.

(د) بین عوامل خانوادگی و گرایش به اعتیاد زنان رابطه معناداری وجود دارد.

جدول (۴-۱۷) توزیع داده‌های آماری پیرسون بر حسب رابطه عوامل خانوادگی و گرایش به اعتیاد زنان

متغیر مستقل	متغیر وابسته	مقدار آزمون	سطح معنا داری
عوامل خانوادگی	گرایش به اعتیاد زنان	۰/۲۷۷	۰/۰۰۴

آزمون همبستگی پیرسون در جدول (۴-۱۷) نشان می دهد که بین عوامل خانوادگی و گرایش به اعتیاد زنان در سطح ۰/۰۰۴ رابطه ی معناداری وجود دارد و از ضریب همبستگی مثبت برخوردار است که بیانگر این مطلب است که هر دو متغیر باهم افزایش و کاهش می یابند.

ه) بین عوامل اقتصادی و گرایش به اعتیاد زنان رابطه ی معناداری وجود دارد.

جدول (۴-۱۸) توزیع داده های آماری پیرسون بر حسب رابطه عوامل اقتصادی و گرایش به اعتیاد زنان

متغیر مستقل	متغیر وابسته	مقدار آزمون	سطح معنا داری
عوامل اقتصادی	گرایش به اعتیاد زنان	۰/۱۹۳	۰/۰۰۸

آزمون همبستگی پیرسون در جدول (۴-۱۸) نشان می دهد که بین عوامل اقتصادی و گرایش به اعتیاد زنان در سطح ۰/۰۰۸ رابطه ی معناداری وجود دارد و از ضریب همبستگی مثبت برخوردار است که بیانگر این مطلب است که هر دو متغیر باهم افزایش و کاهش می یابند.

فصل پنجم

نتایج و پیشنهادات

۵-۱- مقدمه

در فصل حاضر به بررسی نتایج توصیفی، تحلیلی، یافته‌ها و راهکارها و پیشنهادات بر مبنای یافته‌های تحقیق اشاره شده است. دلیل اصلی طرح ریزی تحقیق و گردآوری اطلاعات، ارائه‌ی یافته‌ها و نتیجه‌گیری است.

۵-۲- نتایج تحقیق

با توجه به نتایج توصیفی زنان مورد بررسی، از میان پاسخ دهندگان به پرسش‌نامه‌ها، بیش‌ترین رده سنی پاسخ‌گویان بین ۲۵ تا ۳۵ سال با فراوانی ۳۵ بوده و کم‌ترین رده سنی آن‌ها بین ۱۵ تا ۲۵ سال با فراوانی ۱۵، بیش‌ترین فراوانی مقطع تحصیلی ۴۲ نفر ابتدایی و کم‌ترین فراوانی آن ۳ نفر برای مقطع لیسانس بوده است. بیش‌ترین فراوانی وضعیت تأهل پاسخ‌گویان ۵۲ نفر متاهل و کم‌ترین فراوانی آن‌ها ۱۰ نفر همسر فوت شده، بیش‌ترین فراوانی و درصد در مورد وضعیت اشتغال ۳۵ نفر خانه‌دار و کم‌ترین فراوانی و درصد برای شغل کارمند با تعداد ۵ نفر بوده است. در مورد درآمد ماهیانه، بیش‌ترین فراوانی برای درآمد کمتر از ۱ میلیون کم‌ترین فراوانی برای درآمد بین ۲ تا ۳ میلیون می‌باشد. نتایج بدست آمده در مورد سن شروع مصرف مواد در پاسخ‌گویان، بیش‌ترین فراوانی و درصد برای سنین ۲۵ تا ۳۵ سال، ۳۷ نفر و کم‌ترین فراوانی و درصد برای سن زیر ۱۵ سال، ۵ نفر و همچنین در مورد سابقه مصرف مواد مخدر اعضای خانواده پاسخ‌گویان، بیش‌ترین فراوانی برای همسر، ۳۳ نفر و کم‌ترین فراوانی برای مادر، ۹ نفر بوده است. نتایج بدست آمده در مورد ماده مخدر مصرفی، بیش‌ترین فراوانی

را برای تریاک با ۴۳ نفر و کم‌ترین فراوانی را برای هروئین با ۹ نفر ارزیابی کرده و همچنین در مورد نحوه مصرف پاسخ‌گویان، بیش‌ترین فراوانی و درصد برای کشیدن، ۶۵ نفر و کم‌ترین فراوانی و درصد برای تزریق کردن و استنشاق کردن، هر کدام ۲ نفر بوده است. بررسی‌های حاصل از میزان مصرف روزانه پاسخ‌گویان نشان می‌دهد که بیش‌ترین فراوانی مصرف ۳ مرتبه در طول یک روز، ۳۷ نفر و کم‌ترین فراوانی و درصد برای مصرف ۱ مرتبه، ۱۰ نفر، در مورد سابقه مصرف مواد، بیش‌ترین فراوانی مربوط به سابقه ۲ تا ۴ سال با ۲۴ نفر و کم‌ترین فراوانی برای کمتر از ۲ سال با ۸ نفر و همچنین در مورد اولین موقعیت مصرف مواد پاسخ‌گویان، بیش‌ترین فراوانی و درصد مربوط به مهمانی دوستانه، ۵۱ نفر و کم‌ترین فراوانی و درصد در مراسم عروسی و جشن، ۵ نفر می‌باشد.

۵-۳- یافته‌های تحقیق

فرضیه اول:

بین عوامل فردی و گرایش به اعتیاد زنان رابطه‌ی معناداری وجود دارد.

برای آزمون این فرضیه عوامل فردی را به زیر متغیرهای روان‌شناختی و جسمی دسته‌بندی کردیم و برای نشان دادن رابطه‌ی هرکدام از این زیر متغیرها با متغیر گرایش به اعتیاد زنان، از آزمون همبستگی پیرسون استفاده کردیم که نتایج نشان می‌دهد که عوامل فردی با گرایش به اعتیاد زنان در سطح ۰/۰۰۲ رابطه‌ی معناداری دارد و با توجه به منفی بودن مقدار ضریب همبستگی، این رابطه در جهت عکس می‌باشد. یکی از اساسی‌ترین عواملی که می‌تواند ارتباط قابل توجهی با رفتارهای انسانی

داشته باشد، نقش عوامل روان‌شناختی و جسمی است. از طرف دیگر، سوء مصرف مواد مخصوصاً در

سال‌های اخیر و خاصه در مورد مواد اعتیاد آور نوپدید صنعتی در میان زنان رو به افزایش بوده و از معضلات اساسی جسم و روان می‌باشد. بنابراین این پدیده نیز مانند سایر پدیده‌های اجتماعی با عوامل

روان‌شناختی درگیر بوده و با بسیاری از آن‌ها ارتباط مثبت و معناداری دارد. از آن جایی که عوامل

روان‌شناختی متعدد بوده و رابطه متفاوتی با سوء مصرف مواد دارند؛ در این تحقیق متغیرهای احساس فرد در مورد خود، عدم احساس خوشبختی، دلشوره و نگرانی همیشگی، شکست عشقی، کنجکاو بودن بیش از اندازه، عدم اعتماد به نفس، تلاش برای رهایی از زندگی عادی، استفاده از مواد مخدر با انگیزه‌های درمانی، وجود شخصیت متزلزل، داشتن نقص جسمی دائمی، استفاده از مواد مخدر به عنوان مسکن درد، درمان سرخود بیماری‌ها با مواد مخدر، سرکوب شدن زنان در خانواده و ارتباط بین آن‌ها در گرایش به اعتیاد مورد توجه قرار گرفته و مشخص شده است که بین آن‌ها رابطه‌ی معناداری وجود دارد. به طوری که به عنوان مثال در مورد رابطه‌ی بین عدم اعتماد به نفس یا عدم احساس خوشبختی و رابطه‌ی منفی آن با اعتیاد می‌توان گفت: زنانی که مصرف‌کننده مواد هستند، اعتماد به نفس پایین‌تری داشته و به عبارت

دیگر این افراد در روابط بین فردی با دشواری های متعددی مواجه هستند، به طوری که این دشواری ها باعث می شوند تا فرد در رویارویی با موقعیت های تنیدگی زای زندگی توانایی تحلیل، تصمیم گیری و انتخاب رفتار صحیح را از دست داده و به سوی رفتارهای سازش نیافته، خصوصاً سوء مصرف مواد کشیده شوند. مشکلات جسمانی یکی دیگر از عوامل مؤثر در گرایش به مصرف مواد مخدر است. بعضی از افراد و زنان بعد از جراحی ها و عمل زایمان برای تسکین درد از مواد مخدر استفاده می کنند. در صورتی که پزشکان با بهره گیری از داروهای مسکن می توانند طوری درد را کنترل کنند که فرد به آن داروها وابسته نشود. پس می توان نتیجه گرفت، اهمیت دادن به موضوعات و مسائل روان شناختی در حوزه ی زنان، به خصوص از جانب خانواده تا حد بسیاری از گرایش آنان به سمت و سوی اعتیاد جلوگیری کرد.

فرضیه دوم:

بین عوامل اجتماعی و گرایش به اعتیاد زنان رابطه ی معناداری وجود دارد.

برای آزمون فرضیه ی دوم نیز از همبستگی پیرسون استفاده کردیم، نتایج نشان داد که عوامل اجتماعی با گرایش به اعتیاد زنان در سطح ۰/۰۰۰ رابطه ی معناداری دارد و از ضریب همبستگی مثبت برخوردار است که بیانگر این مطلب است که هر دو متغیر با هم افزایش و کاهش می یابند.

از آن رو که انسان طبعاً موجودی اجتماعی می باشد و برای زندگی کردن نیاز به حضور در اجتماع دارد، با یکسری عوامل اجتماعی رو به رو می گردد که برخی از آن ها در گرایش فرد به اعتیاد مؤثرند. برخی از مهم ترین عوامل اجتماعی که در گرایش به سوی اعتیاد زمینه ساز می باشند عبارتند از: بیکاری؛ عامل بیکاری به طور غیر مستقیم به گرایش فرد به سوی اعتیاد می انجامد. بیکاری از سویی به فقر شخص و از سوی دیگر سبب ایجاد بیماری های روانی، افسردگی، ضعف اعتماد به نفس و از بین رفتن امیدواری به خصوص در بین زنان می شود که در نهایت به اعتیاد شخص منجر می گردد. یکی از نتایج اشتغال فقدان فرصت برای ارتکاب جرم است. بیکاری منجر به افزایش اوقات فراغت فرد می شود و چنانچه برای اوقات فراغت افراد برنامه ریزی های منطقی و مناسبی اتخاذ نشده باشد، زمینه ی گرایش به اعتیاد برای آنان فراهم می شود. پس می توان نتیجه گرفت که بیکاری یک عامل زمینه ای می باشد که می تواند در کنار عوامل دیگر موجب روی آوردن فرد به سوی اعتیاد گردد. عامل دیگری که در گرایش به اعتیاد اثرگذار است، نگرش مثبت به اعتیاد می باشد. افرادی که نگرش ها و باورهای مثبت و یا خنثی به مواد مخدر دارند، احتمال مصرف و اعتیادشان بیش از کسانی است که نگرش های منفی دارند. این

نگرش های مثبت معمولاً عبارتند از: کسب بزرگی و شخصیت، رفع دردهای جسمی و خستگی، کسب آرامش روانی و غیره. عامل دیگری که در گرایش به اعتیاد زنان نقش دارد، کمبود یا نبود مکانات حمایتی می باشد. در زندگی افراد و به خصوص زنان، موقعیت ها و مشکلاتی پیش می آید که آنان را از جهات مختلف در معرض خطر قرار می دهد. فقدان امکانات لازم یا عدم دسترسی به خدماتی که در چنین مواقعی بتواند به فرد کمک کند، فرد را تنها و بی پناه رها می کند. در واقع کمبود امکانات لازم برای ارضای نیازهای طبیعی روانی و اجتماعی در زنان موجب گرایش آنان به کسب لذت و تفنن از طریق مصرف مواد و عضویت در گروه های غیر سالم می شود.

عامل مهم دیگری که می تواند در گرایش به اعتیاد تاثیرگذار باشد، عدم آگاهی از مضرات مواد مخدر است. نداشتن آگاهی از خطرات و مضرات مواد مخدر در میان دختران و زنان جوان، عواقب بسیار سنگین و جبران ناپذیری را برای آنان می تواند در پی داشته باشد. آن ها باید بدانند که هرگونه دسترسی به مواد مخدر چه جرایمی به دنبال دارد و چه مجازات هایی را باید متحمل شوند. در نتیجه خانواده ها، جامعه، مسئولین، مدارس و دانشگاه ها، باید نقش خود را به عنوان مراکز اطلاعاتی و آموزشی در حوزه ی اطلاع رسانی خطرات و مضرات مواد مخدر به درستی ایفا کنند.

فرضیه سوم:

بین عوامل محیطی و گرایش به اعتیاد زنان رابطه ی معناداری وجود دارد.

برای آزمون فرضیه ی سوم نیز از همبستگی پیرسون استفاده کردیم، نتایج نشان داد که عوامل محیطی با گرایش به اعتیاد زنان در سطح ۰/۲۹۴ رابطه ی معناداری ندارد.

با توجه به این که در این فرضیه بین عوامل محیطی و گرایش به اعتیاد زنان رابطه ای به اثبات نرسید و رابطه معنادار نبود اما می توان عنوان کرد در برخی تحقیقات انجام گرفته در حوزه ی اعتیاد، عوامل محیطی یکی از عوامل تأثیرگذار در گرایش به اعتیاد می باشد.

فرضیه چهارم:

بین عوامل خانوادگی و گرایش به اعتیاد زنان رابطه‌ی معناداری وجود دارد.

نتایج آزمون همبستگی پیرسون برای فرضیه‌ی چهارم نشان می‌دهد که بین عوامل خانوادگی و گرایش به اعتیاد زنان در سطح $0/004$ رابطه‌ی معناداری وجود دارد. متغیرهای مورد آزمون در این فرضیه شامل: اعتیاد یکی از اعضای خانواده؛ افرادی که در خانواده‌های معتاد زندگی می‌کنند، ترس و قبح معتاد شدن برایشان از بین رفته است و عادی شدن مصرف مواد در خانواده موجب سهولت گرایش دیگر اعضا به مصرف مواد مخدر می‌شود. البته گاهی اوقات برخی فرزندان به دلیل انزجار از رفتار پدر و مادر و عبرت گرفتن از آن‌ها از این کار دوری می‌کنند. آسان‌گیری بیش از حد و عدم نظارت در خانواده نیز عامل دیگری در حوزه‌ی گرایش به اعتیاد می‌باشد. مشغله‌ی پدر یا مادر، وجود ضعف‌های شخصیتی در والدین، عدم نظارت والدین بر دوستان فرزندان از عوامل دیگر گرایش به اعتیاد به خصوص در میان دختران و زنان است. یکی از مهم‌ترین عوامل خانوادگی گرایش دختران و زنان به مصرف مواد مخدر، اعتیاد همسران می‌باشد. زنانی که همسران معتاد دارند با تشویق و گاهی اجبار آن‌ها به سوی اعتیاد کشیده می‌شوند. مردان برای این که در هنگام مصرف مواد تنها نباشند یا بد رفتاری‌هایی مبنی بر نارضایتی زنان را تحمل نکنند آن‌ها را نیز معتاد می‌کنند. خانواده اولین مکان رشد شخصیت و باورها و الگوهای رفتاری فرد است. ناآگاهی والدین، ارتباط ضعیف والدین با فرزندان و خانواده آشفته و از هم گسیخته، احتمال ارتکاب به انواع بزهکاری‌ها مانند سوء مصرف مواد مخدر را افزایش می‌دهد. در واقع مطالعات نشان می‌دهند افرادی که والدین شان دچار مشکلات اخلاقی هستند یا در خانواده‌های پر تنش زندگی می‌کنند بیشتر در معرض خطر اعتیاد می‌باشند.

فرضیه پنجم:

بین عوامل اقتصادی و گرایش به اعتیاد زنان رابطه‌ی معناداری وجود دارد.

نتایج آزمون همبستگی پیرسون برای فرضیه پنجم نشان داده است که عوامل اقتصادی با گرایش به اعتیاد زنان در سطح $0/008$ رابطه‌ی معناداری دارد. با توجه به این که مقدار ضریب همبستگی پیرسون مثبت است، هر دو متغیر با هم افزایش و کاهش می‌یابند. از مهم‌ترین عوامل اقتصادی می‌توان به میزان درآمد اشاره کرد. در واقع فقر اقتصادی خانواده‌ها از دلایل بسیار مهم اعتیاد است. هرچند نمی‌توان بین فقر مادی و اعتیاد رابطه‌ی مستقیمی در نظر گرفت اما همین مسئله در گروه عمده‌ای از معتادان باعث

گرایش به مصرف مواد مخدر می شود. از آن جایی که فقر اقتصادی مشکلات متعددی به دنبال دارد و فشار بسیار زیادی بر فرد تحمیل می کند، باعث روی آوردن افراد به مصرف مواد مخدر می شود. فقر مالی و نداشتن درآمد کافی عامل مهمی در معتاد شدن افراد جامعه است؛ زیرا به دلیل فقر و نداری، امکان دسترسی به بسیاری از امکانات آموزشی را از دست می دهند و هیچ تخصص و حرفه ای را یاد نمی گیرند و در نتیجه در بازار کار سهمی ندارند. همین امر موجب کشیده شدن بسیاری از آن ها به سوی فروش مواد مخدر و استفاده از آن می شود. در مقابل در برخی مواقع علت گرایش برخی از افراد به سوی اعتیاد به مواد مخدر نه تنها فقر مالی نبوده بلکه رفاه مالی بیش از حد، آن ها را به سوی اعتیاد کشیده است. برخی افراد از نظر موقعیت اقتصادی آنقدر در رفاه هستند که دلیلی برای کار و تلاش بیشتر نداشته و همچنین برای لذت جویی و خوش گذرانی بیشتر به مواد مخدر روی می آورند. از دیگر عوامل اقتصادی گرایش به اعتیاد، اجبار به گرایش به مشاغل کاذب و عدم رضایت از نحوه ی زندگی و میزان درآمد و همچنین فشارهای وارده ناشی از بالا بودن هزینه های زندگی، روزگار را بر افراد سخت کرده و باعث کشیده شدن آن ها به سوی مصرف مواد مخدر می شود تا بتوانند برای لحظه ای از این دنیا فارغ شده و مشکلات را فراموش کنند.

فرضیه اصلی:

بین عوامل مؤثر در اعتیاد (عوامل فردی، اجتماعی، محیطی، خانوادگی، اقتصادی) و گرایش زنان به اعتیاد رابطه معناداری وجود دارد.

برای شناسایی متغیر تأثیرگذار در گرایش به اعتیاد زنان از تحلیل رگرسیون چند متغیره استفاده کردیم. نتایج ضریب تعیین جدول شماره (۴-۱۳) در فصل چهارم نشان می دهد که متغیرهای مستقل توانسته اند تا ۸۲ درصد مقدار متغیر وابسته را تبیین کنند. همچنین نتایج حاصل از جدول (۴-۱۴) در آزمون F در سطح ۹۹ درصد اطمینان معنی دار است و گویای آن است که حداقل یکی از متغیرهای مستقل در پیش بینی متغیر وابسته مؤثر است. جدول ضرایب استاندارد Beta و آزمون T نشان می دهد که متغیرهای عوامل فردی، عوامل اجتماعی و عوامل خانوادگی معنادار بوده و بر متغیر مستقل تحقیق تأثیرگذار بودند. متغیرهای عوامل محیطی و عوامل اقتصادی معنادار نبوده و از مدل رگرسیونی خارج می شوند.

۴-۵- بحث و نتیجه گیری

در این تحقیق تلاش شده است پدیده گرایش به اعتیاد زنان با نگاه به عوامل فردی، اجتماعی، خانوادگی، محیطی و اقتصادی مورد کنکاش قرار گیرد. فرضیاتی که در این تحقیق تأیید شده اند: رابطه بین عوامل فردی، اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی با گرایش به اعتیاد زنان است، اما رابطه بین عوامل محیطی با گرایش به اعتیاد زنان تأیید نگردید. بررسی سوابق تحقیقات انجام شده در خصوص موضوع تحقیق حاضر، نتایجی به شرح زیر به دست آمده است:

در تحقیق شیرخانی (۱۳۹۲) با عنوان بررسی علل سوق دهنده زنان به سوی اعتیاد، نتایج بدست آمده حاکی از آن است که رابطه ی بین خانواده و اعتیاد زنان تأیید شد که با نتیجه ی تحقیق حاضر همسو است. در تحقیق خادمیان و همکاران (۱۳۸۷) با عنوان بررسی علل گرایش زنان به اعتیاد در استان کرمان، رابطه بین پایگاه اقتصادی- اجتماعی با اعتیاد زنان تأیید شد که با نتیجه ی تحقیق حاضر همسو است. این محقق در تحقیق دیگری به بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر مراکز بازپروری و کاهش آسیب زنان شهر تهران پرداخته و به این نتیجه رسیده است که بین ازهم گسستگی خانواده و پایگاه اقتصادی- اجتماعی با اعتیاد زنان رابطه ی معناداری وجود دارد. این نتیجه از بعد مؤلفه خانواده و پایگاه اقتصادی و اجتماعی همسو است. در تحقیقات گروسی و دولت آبادی (۱۳۹۰) وجود رابطه معنادار بین موقعیت خانوادگی و عوامل اقتصادی با اعتیاد زنان تأیید شد که با نتیجه ی تحقیق حاضر همسو است.

۵-۵- راهکارها و پیشنهادها

- ۱_ ایجاد مراکز مشاوره ی روان شناسی به منظور آن که دختران و زنان بتوانند به راحتی و بدون پرداخت هزینه، مشکلات روانی خود را با آن مراکز در میان بگذارند.
- ۲_ عضویت یافتن دختران و زنان در گروه های هنری، ورزشی و مانند آن، تا از این طریق آن هایی که روحیه ضعیف و افسرده دارند نقاط مثبت خود را بشناسند و استعدادهای خود را شکوفا نمایند.

۳_ سرمایه‌گذاری در زمینه‌ی توسعه‌ی همه‌جانبه‌ی امکانات و مراکز درمانی اعتیاد در خصوص زنان از نظر شرایط و علوم روان‌شناختی.

۴_ ایجاد شغل در شرایط خاص برای زنان معتاد به نحوی که هم جنبه‌ی درآمدی برای آن‌ها داشته باشد و هم این‌که با کنترل و برنامه‌ریزی برای آن‌ها زمینه‌ی ترک اعتیاد پی‌ریزی گردد.

۵_ اجرای طرح‌های قانونی در جهت حمایت از زنان بی‌سرپرست.

۶_ جلوگیری از بحث و مجادله بین همسران و تقویت روحیه‌گذشت و و ایثار در خانواده.

۷_ توجه به امکانات مورد نیاز مردم ساکن مناطق دور افتاده و پایین شهر و ایجاد امکانات رفاهی، تفریحی که متناسب با نیاز و وضعیت مردم آن مناطق باشد.

۸_ آگاه‌سازی خانواده‌ها در زمینه‌های علائم فرد معتاد و عوامل گرایش به اعتیاد، تهیه و محل مصرف مواد و موقعیت‌هایی که سبب مصرف مواد می‌شود. تا از این طریق خانواده‌ها بتوانند از اعتیاد اعضایشان خودداری نمایند.

۹_ اجتناب از ارتباط و معاشرت با دوستان ناباب.

۱۰_ پرهیز از استعمال دخانیات و مواد مخدر حتی به عنوان لذت و تفریح.

۱۱_ آموزش مهارت‌های روان‌شناختی شامل: کنترل خشم، مهارت در برقراری روابط مفید اجتماعی، مهارت‌های حل مسئله، نوع برخورد با همسالان و ... از طریق والدین یا مشاورین و روان‌شناسان.

۱۲_ ایجاد مراکز آموزشی، ورزشی، تفریحی، مشاوره‌ای، برای گذران اوقات فراغت دختران و زنان.

۱۳_ ایجاد بستر مناسب برای ایجاد بیمه همگانی، بیکاری و برخورداری از تسهیلات اجتماعی و ... برای زنان سرپرست خانوار و زنانی که اعتیاد خود را ترک نموده و نیاز به کمک و یاری، به خصوص از سوی مراکز حمایت‌کننده مثل سازمان مبارزه با مواد مخدر، سازمان بیمه، اداره بهزیستی، کمیته امداد و سازمان‌های مرتبط دارند.

۱۴_ فراهم کردن موقعیت‌ها و بسترهای لازم در جامعه برای زنان پس از آزادی و رهایی از دام اعتیاد که مورد پذیرش جامعه واقع شوند و شغل آبرومندانه‌ای به دست آورند.

۱۵_ نظارت بیشتر و دقیق تر پلیس و سازمان های مسئول بر اماکن و نقاط عرضه مواد مخدر جلوگیری از خرید و فروش آن.

۵-۶- محدودیت های تحقیق

در مسیر انجام هر تحقیق محدودیت هایی وجود خواهد داشت. این محدودیت ها گاه تحت کنترل محقق و گاه از کنترل محقق خارج است. تحقیق حاضر نیز از این امر مستثنی نمی باشد.

- _ وابسته بودن تحقیق فقط به ابزار پرسشنامه و احتمال وجود سوگیری هایی در آن
- _ دشواری دسترسی به پاسخ گویان و جلب رضایت آنان جهت تکمیل پرسشنامه ها
- _ همکاری ناکافی برخی از نمونه ها در تکمیل و پاسخ گویی به سوالات پرسشنامه
- _ وجود برخی مشکلات در صحبت کردن با زنان معتاد در شهر

منابع

- _ آبیان، شیوا. (۱۳۸۰). علل گرایش به مواد مخدر در نوجوانان و جوانان. فصلنامه پیوند. شماره ۲۶۴.
- _ آقابخشی، حبیب. (۱۳۷۹). اعتیاد و آسیب شناسی خانواده. انتشارات دانش آفرین.
- _ آذر، ماهیار. (۱۳۸۷). دایره المعارف اعتیاد و مواد مخدر. انتشارات ارجمند.
- _ اکبری، ابوالقاسم. (۱۳۸۱). مشکلات نوجوانی و جوانی. انتشارات ساوالان.
- _ باباگل زاده، طیبه. (۱۳۸۶). بررسی علل گرایش زنان به اعتیاد و عوامل مؤثر بر گرایش مجدد. پایان نامه کارشناسی، حوزه علمیه جامعه الزهرا(س)، شهرستان بابل.
- _ برآهویی خوش روز، آمنه. (۱۳۹۵). بررسی جامعه شناختی عوامل مؤثر بر گرایش به مواد مخدر در بین زنان در شهر زاهدان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان.
- _ برژه، ژان. (۱۳۷۸). اعتیاد به شخصیت. تهران: آموزش انقلاب اسلامی.
- _ برفی، محمد. (۱۳۸۴). از میکده تا ماتمکده اعتیاد. تهران: انتشارات محراب فکر. چاپ چهارم.

_ برومند، زهرا. (۱۳۹۵). تحلیل روایت چگونگی ابتلا به اعتیاد در بین زنان: یک مطالعه کیفی. طرح تحقیقاتی دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر استان اصفهان.

_ پاک رای، حسین. (۱۳۹۵). علل و روند گرایش زنان به سوء مصرف مواد در یزد. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان شناسی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد.

_ پرزور، پرویز. (۱۳۹۵). بررسی علل بومی گرایش به اعتیاد در استان اردبیل. طرح تحقیقاتی دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر استان اردبیل.

_ پهلوان، منوچهر. (۱۳۹۴). بررسی عوامل مؤثر بر گرایش جوانان به مواد مخدر صنعتی (مطالعه موردی: استان مازندران). طرح تحقیقاتی دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر استان مازندران.

_ حسینی، علی اصغر. (۱۳۸۱). جرم شناسی و جرم یابی سرقت. انتشارات جهاد دانشگاهی مشهد. چاپ سوم.

_ خادمیان، طلیعه؛ قناعتیان، زهرا. (۱۳۸۷). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر مراکز بازپروری و کاهش آسیب زنان شهر تهران. پژوهش نامه علوم اجتماعی. سال دوم. شماره چهارم.

_ دانش، تاج زمان. (۱۳۷۹). معتاد کیست، مواد مخدر چیست. تهران: انتشارات کیان. چاپ اول.

_ داوری، محمد. (۱۳۸۱). پیشگیری و کنترل اعتیاد با نگرش اسلامی. قم: نقش کلک.

_ دولت خواه، کفایت. (۱۳۹۶). بررسی شیوع مصرف مواد و عوامل مؤثر بر آن (ویژگی های شخصیتی، سلامت روانی و حمایت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه های آذربایجان شرقی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز.

_ رجعتی فاروجی، میر علی. (۱۳۹۶). بررسی عوامل جامعه شناختی مؤثر بر اعتیاد زنان در مراکز بازپروری (نمونه موردی مراکز بازپروری در شهر مشهد). پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم اجتماعی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان.

_ رشیدی نژاد، زهرا. (۱۳۸۳). بررسی رابطه بین راهبردهای مقابله و ویژگی های شخصیتی در زنان معتاد مراجعه کننده به مراکز درمان و کاهش آسیب استان گیلان. طرح پژوهشی. دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر استان گیلان.

_ رفیع پور، فرامرز. (۱۳۸۷). آنومی یا آشفتگی اجتماعی. تهران: انتشارات سروش.

_ ستوده، هدایت الله. (۱۳۸۰). آسیب شناسی اجتماعی. تهران: آوای نور.

_ سروستانی، علی. (۱۳۹۲). مقایسه رضایت جنسی و تصویر بدنی در مردان متأهل با و بدون اعتیاد به مت آمفتامین (شیشه) و تریاک. پایان نامه کارشناسی ارشد.

_ سلیمی، علی؛ داوری، محمد. (۱۳۸۰). جامعه شناسی کجروی. قم: انتشارات پژوهشکده حوزه و دانشگاه.

- _ شاکرمی، عبدالحسین. (۱۳۸۶). درمان اعتیاد به مواد مخدر طبیعی و صنعتی. تهران: انتشارات ژیان. چاپ اول.
- _ شمس میمندی، منظومه ضیاء الدینی، حسن. شریفی یزدی، علی رضا. (۱۳۸۷). عوامل مؤثر در گرایش به مواد مخدر از دیدگاه دانش آموزان دبیرستانی کرمان ۱۳۸۴. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، شماره ۳.
- _ صالحی، ایرج. (۱۳۸۱). زنجیره های اعتیاد. تهران: انتشارات آوای نور.
- _ صدیق سروستان، رحمت الله. (۱۳۸۶). آسیب شناسی اجتماعی؛ جامعه شناسی انحرافات اجتماعی. تهران: انتشارات سمت.
- _ عفتی، جلیل. (۱۳۷۹). اعتیاد پیشگیری یا درمان. انتشارات نیکوروش، یزد.
- _ غنجی، علی. (۱۳۸۷). کلیات مواد مخدر. مرکز فناوری و معاونت آموزشی ناجا.
- _ فرنام، علی. (۱۳۹۵). بررسی علل گرایش زنان به مواد مخدر و روان گردان و روش های پیشگیری از اعتیاد. طرح تحقیقاتی دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر استان سیستان و بلوچستان.
- _ قربان حسینی، علی اصغر. (۱۳۸۶). پژوهشی نو در مواد مخدر و اعتیاد. تهران: امیرکبیر.
- _ قناعتیان، زهرا. (۱۳۸۸). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر مراکز بازپروری و کاهش آسیب زنان شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال.
- _ قنبری، محمدرضا. (۱۳۷۹). مطالعات مردم شناسانه در گرایش به مصرف مواد مخدر. همایش بین المللی علمی کاربردی جنبه های مختلف سیاست جنایی در قبال مواد مخدر. تهران.
- _ کارگر، محمد حسین. (۱۳۷۹). آتش هستی سوز. انتشارات امید.
- _ کاکویی، عیسی. (۱۳۸۷). گامی در شناخت مواد روان گردان. معاونت پژوهشی دانشگاه علوم انتظامی.
- _ کوماتی، جولیان آدوکات. (۲۰۰۸). راهنمای جامع داروهای روان پزشکی و مواد مؤثر بر روان. ترجمه صدیقه. (۱۳۸۹). تهران: انتشارات رحمند.
- _ گروسی، سعیده؛ محمدی دولت آبادی، خدیجه. (۱۳۹۰). تبیین تجربه زیستی زنان وابسته به مواد مخدر. فصلنامه علمی پژوهشی جامعه شناسی زنان. سال دوم. شماره ۱.
- _ محمدی نیکو، اکرم. (۱۳۹۴). بررسی عوامل مؤثر در گرایش به اعتیاد زنان (مطالعه موردی: استان گلستان). طرح پژوهشی دفتر تحقیقات و پژوهش ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- _ مدنی، سعید. (۱۳۸۱). خانواده و اعتیاد. مجموعه مقالات دومین همایش ملی آسیب های اجتماعی در ایران. تهران: نشر آگاه.

_ محمدپور، احمد؛ عبدالله زاده، خالد؛ حیدری، کامران. (۱۳۹۱). عوامل اجتماعی مؤثر بر مصرف مواد مخدر در بین دانشجویان پسر دانشگاه رازی کرمانشاه. دانش انتظامی. شماره ۵۷.

_ ممتاز، فریده. (۱۳۸۱). انحرافات اجتماعی، نظریه ها و دیدگاه ها. تهران: شرکت سهامی انتشار. چاپ اول.

_ موسی نژاد، علی. (۱۳۸۱). نگاهی به عوامل مؤثر بر گرایش نسل جوان به مواد مخدر. مجموعه مقالات دومین همایش ملی آسیب های اجتماعی در ایران. تهران: نشر آگه.

_ مولوی، پرویز؛ رسول زاده، بهزاد. (۱۳۸۳). بررسی عوامل مؤثر در گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر. اصول بهداشت روانی. شماره ۲۱ و ۲۲.

_ مؤمنی، فاطمه. (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین علل گرایش به مواد مخدر با سبک دل بستگی و ابعاد هویت زنان استان خراسان شمالی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روانشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری.

_ میرزاخانی، فهیمه. (۱۳۹۵). عوامل مؤثر بر شکل گیری اعتیاد زنان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب.

_ میرعلی، هادی. (۱۳۸۴). علل و عوامل گرایش به اعتیاد در نوجوانان و جوانان. سبزوار: انتشارات امید مهر.

_ میری آشتیانی، الهام. (۱۳۸۵). جامعه شناسی اعتیاد. تهران: نشر دیدآور، چاپ اول.

_ ناصری پلنگرد، سهیلا؛ محمدی، فریبا؛ دوله، معصومه؛ ناصری، محبوبه. (۱۳۹۲). عوامل مؤثر بر اعتیاد زنان. فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ. سال چهارم. شماره ۱۶.

_ نجاری، فارس. (۱۳۸۶). بررسی اعتیاد در زنان معتاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تهران. مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. دوره ۲۵. شماره ۴.

_ نژادسبزی، پروانه. (۱۳۹۴). بررسی علل گرایش دختران و خانم های جوان به مواد مخدر. طرح تحقیقاتی دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر استان لرستان.

_ هزارجریبی، جعفر؛ ترکمان، مهدی؛ مرادی، غلامرضا. (۱۳۸۹). عوامل مؤثر بر گرایش نوجوانان و جوانان پسر شهرستان کرج به مصرف مواد مخدر. مطالعات مدیریت انتظامی. شماره ۲.

سایت مرجع اقتصاد ایران. اقتصاد نیوز. منتشر شده در تاریخ ۱۳۹۷/۵/۱۹

- _ Arevalo, Sandra and Guillermo prado, hortensid amaro (2008). Spiritually, sense of coherence and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. Evaluation and program planning, .P.113_123.
- _ Bronin, Tisson. (2003). Rationales, obstacles and strategies for local out come monitory systems in .substance abuse treat ment setting, journal of substance abuse treatment.
- _ Chen, Gand and Gueta, K. (2015). Child abuse, drug addiction and mental health problems of in .carcerated women in Israel. International journal of low and psychiatry. 38_45.
- _ Grange, Gills and Christoph, Vayssiere and Anne, Bogne. (2005). Description of tobacco addition in .pregnant women. European journal of obstetrics gynecology.
- _ Islam,Sk. Nazrol and Etal. (2000). Sexual life style, Drug habit and social demographic status of drug .addiot in bangladesh, public health, vol.114,N.5.
- _ Kozlov, AA and Rokhlina,ML. (2001). Dependence of the formation of the addictive personality on the .predisposing factors.Zh nevroi Pzikiatr Im ss korsakova, 101.
- _ Orford,I.(1994).Empowering family and friends,Drug and Alcohol review,no.13.
- _ Rahbar, Rooholamin. (2004). Prevalence of HIV infection and other blood_borne infection in .incarcerated and non _incarcerrate injection drug users (IDUS) in Mashhad, Iran, international journal of drug .policy
- _ Skinner, M and Fleming, C and Haggerty, K and Catalano, R.F. (2014). Sex risk behavior among .adolescent and young adult children of opiate addicts prevention science.70_77
- _ Waston L, Park A. (2017). Experience of recovery for female heroin addicts: an interpretative .phenomenological analysis. International journal of mental health and addiction

