

## بررسی عوامل اجتماعی موثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر مراکز بازپروری و کاهش آسیب زنان شهر تهران (مراکز تولد دوباره، خانه خورشید)

دکتر طیبه خادمیان<sup>۱</sup>، زهرا قناعتیان<sup>۲</sup>

### چکیده

هدف این پژوهش، شناسایی عوامل اجتماعی موثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر است. به عبارت دیگر، در این مقاله سعی شده است به این پرسش اساسی پاسخ داده شود که کدامیک از عوامل اجتماعی بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر موثر است؟

رویکرد متفاوت و نو این تحقیق، پرداختن به زنان معتاد در مراکز بازپروری تولد دوباره و خانه خورشید است که بویژه در مرکز تولد دوباره این گونه پژوهش‌ها در خصوص زنان به این صورت و با این حجم نمونه انجام نشده است.

فرضیات از چهار دیدگاه نظری عمده یعنی نظریه فشار آگینو، نظریه یادگیری ساترلند، نظریه بوم‌شناختی شاو و مکی، نظریه کنترل اجتماعی هیرشی استنتاج شدند. که متغیرهای مستقل عبارتند از نابسامانی خانوادگی، از هم‌گسستگی خانوادگی، پایگاه اقتصادی-اجتماعی، در دسترس بودن مواد مخدر، اعتیاد اعضای خانواده، گروه همسالان و نظارت والدین و متغیر وابسته شدت اعتیاد، نوع ماده مصرفی و نحوه استعمال مواد می‌باشد. روش تحقیق پیمایشی است و داده‌های مورد نیاز جهت آزمون این فرضیات از طریق پرسشنامه همراه با مصاحبه و با شیوه نمونه‌گیری نمونه در دسترس با حجم نمونه ۲۰۰ از زنان معتاد دو مرکز تولد دوباره و خانه خورشید جمع‌آوری و با استفاده از تکنیک آمار توصیفی و آمار استنباطی مانند کای اسکوتر، ضرایب همبستگی کرامز و گاما و رگرسیون چند متغیره خطی به کمک نرم افزار SPSS مورد تحلیل آماری قرار گرفتند. یافته‌ها نشان می‌دهد از هم‌گسستگی خانواده زن و شوهری، از هم‌گسستگی خانواده پدر و مادری، نابسامانی خانواده زن و شوهری، پایگاه اقتصادی-اجتماعی، در دسترس بودن مواد مخدر، اعتیاد اعضای خانواده از عوامل موثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر بوده است

**واژگان کلیدی:** اعتیاد، زنان معتاد، عوامل اجتماعی، مراکز بازپروری زنان.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۱۰/۱۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۱۱/۱۰

<sup>۱</sup> - استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال (نویسنده عهده دار مکاتبات) sonia\_khademian@yahoo.com

<sup>۲</sup> - دانشجوی کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی

#### مقدمه

رفتارهای اجتماعی، زاده روابط و هنجارهای اجتماعی است و این هنجارها با «سه ویژگی اجبار، عمومیت و خارجی بودن، جامعه را اداره نموده و نظم اجتماعی را برقرار می کنند. تضعیف هر یک از این ویژگی ها اختلال هنجاری و بی نظمی را به همراه خواهد داشت؛ برای مثال، اگر افراد جامعه به هنجارهای اجتماعی و قوانین و مقرراتی که ویژگی خارجی بودن دارند و برای آنها وضع مقرر می شوند مقید نباشند، فعالیت های انسان دستخوش هرج و مرج خواهد شد. همچنین عملی را نابهنجاری و چنین فردی را نابهنجار یا کچرو می گویند.

انحرافات اجتماعی پدیده هایی متنوع، نسبی و متغیرند و برحسب زمان و مکان و فرهنگ های مختلف اجتماعی نسبی هستند. (احمدی، ۱۳۸۴، ص ۲۰) «بکر در تعریف از شناخت کچروی ها معتقد است که کچروان افرادی هستند که بر آنان برچسب کچروی خورده و تعیین آن بعهده مردم است و نتیجه ای که بدست می آید این است که افراد را وادار می کند که از قوانین و آیین ها پیروی کنند.» (فرجاد، ۱۳۷۵، ص ۴۰) در صورتی که انحراف در جامعه به صورت الگو درآید و در نزد مردم اشاعه یابد و درونی شود رفته رفته ناهنجاری تبدیل به هنجار گشته و یک ارزش اجتماعی تلقی شود و وجدان جمعی هم، آن را نکوهش نکند به ناگزیر، پیامد آن هرج و مرج و سقوط جامعه خواهد بود. «با پیدایش و رشد فمینیسم مطالعه جنسیت و انحرافات اجتماعی و جرایم زنان در کانون توجه مطالعات جامعه شناسی قرار گرفت. تا دهه هفتاد میلادی به دلیل نرخ پایین و قابل اغماض جرایم زنان نسبت به جرایم مردان موضوع جنسیت و انحرافات اجتماعی کمتر مورد علاقه جامعه شناسان قرار می گرفت. با آزاد شدن زنان از خانواده سنتی، کاهش محدودیت های اجتماعی، توسعه جنبش های اجتماعی زنان و ورود زنان به بازار کار، رفتار زنان و مردان به یکدیگر نزدیک شد و به دنبال آن جرایم زنان افزایش یافت.» (احمدی، ۱۳۸۴، ص ۲۱۰) اعتیاد از آن موارد می باشد. اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر به مثابه یک مسأله 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. (آشتیانی، ۱۳۸۵، ص ۴۱) استفاده از مواد مخدر توسط زنان آنها را با داغ اجتماعی مواجه می سازد که خود زمینه را جهت انجام کچروی های بعدی فراهم می کند زنان به علت داشتن وظایف مادری و گاهاً سرپرستی خانوار اگر به اعتیاد نیز مبتلا شوند موجب بروز درگیری های

بررسی عوامل اجتماعی موثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر مراکز بازپروری..... ۶۱

خانوادگی و اجتماعی برای‌شان می‌گردد و باعث می‌شود اعتماد خانواده نسبت به آنها از بین برود و این زمینه فرار آنها از خانواده را فراهم می‌آورد 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 می‌آورند.

استفاده از مواد مخدر در میان زنان پیامدها و عواقب جدی در بر دارد که برخی از پیامدها عبارتند از مطرود گردیدن، ایجاد نسل معتاد، کاهش ارتباط با افراد عادی و افزایش ارتباط با موادی‌ها. (خراسانی، ۱۳۷۷، ص ۲۵) «با توجه به آمارهای ارائه شده هر چند غیر دقیق می‌توان جمعیت زنان معتاد به مواد را در کشور حدوداً ۱۱۴ هزار نفر یعنی ۶ تا ۸٪ تخمین زد.» (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۷، ص ۲)

در حالی که اکثر زنان معتاد به علت ترس از آبرو و خوردن برچسب اعتیاد خود را از دیگران پنهان می‌کنند و یا به علت بودن در شهرهای کوچک که در آنجا مرکز ترک اعتیاد مخصوص بانوان وجود ندارد در نتیجه به مراکز درمانی آقایان نیز مراجعه نمی‌کنند و این باعث می‌شود از آمار واقعی این زنان معتاد بی‌اطلاع باشیم که خود موجب وارد شدن زیان‌های جبران‌ناپذیر فردی و اجتماعی خواهد بود چه بسا که در این مدت افراد دیگری را نیز مبتلا به اعتیاد کنند و دچار و یا ناقل بیماری‌های 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 می‌تواند آسیب جدی را به همسر و فرزندان و در نتیجه به جامعه وارد کند بنابراین لازم است اعتیاد زنان را به عنوان معضلی حاد بپذیریم و از سوی برنامه‌ریزان امر در جهت پیشگیری و درمان اقدامات لازم صورت پذیرد.

مقاله حاضر با هدف شناسایی برخی عوامل اجتماعی موثر بر اعتیاد زنان در بین جمعیت نمونه مورد مطالعه در مرکز بازتوانی زنان تولد دوباره و مرکز گذری خانه خورشید می‌باشد که مرکز بازتوانی زنان تولد دوباره دارای سیستم درمانی اقامتی کوتاه مدت، پرهیزمدار و ایمن مدار است که دوره بازپروری ۲۸ روزه دارد در این برنامه بازتوانی معتادان، برخلاف روش‌های پزشکی و روان‌درمانی که به درمان اعتقاد دارند، اعتیاد را به عنوان یک ناخوشی لاعلاج و غیر قابل درمان، اما مهار شدنی و قابل بهبودی می‌دانند، برای ایجاد زمینه بهبودی در معتادان، ضمن بهره‌برداری از یافته‌های علمی، تمرکز اصلی را بر معنویات و تجربه بهبودی شخصی معتادان بهبود یافته خدمت‌گزار قرار داده است. در حقیقت اساس درمان بر پایه خودیاری، برنامه بهبودی دوازده قدمی و بازپروری مدل

اجتماعی قرار دارد. و مرکز گذری خانه خورشید نیز که در دروازه غار واقع است خدمات حمایتی و کاهش آسیب را ارائه می‌دهد که اکثر مراجعه‌کنندگان به آنجا زنانی هستند که خانواده‌ای ندارند و شب‌ها را در خیابان یا شلتر می‌گذرانند این مرکز جهت کاهش آسیب در بین زنان معتاد با رفتار پرخطر به توزیع سرنگ و آموزش جلوگیری از بیماری‌های واگیر دار مثل ایدز و هپاتیت می‌پردازد و زنانی که مایل به ترک اعتیاد باشند به روش متادون درمانی آنها را درمان می‌کنند و سعی در بازگرداندن این زنان به سمت خانواده و جامعه دارند.

اما مشکلاتی که می‌توان اغلب در بین این زنان معتاد دید اعتماد به نفس پایین همراه با افسردگی شدید و ذهن آشفته و بیمار، خشونت و خودزنی، عدم انگیزه کافی برای ترک، عدم شناخت صحیح مواد مخدر که گاه‌آ دیده می‌شد زنانی که اعتیاد خود را به این علت که فقط تریاک مصرف می‌کنند و یا شیشه را فقط جهت لاغر شدن استعمال می‌کنند توجیه می‌کردند و... است که این خصوصیات بعد از ترک نیز با آنها می‌ماند که این ممکن است باعث برگشت دوباره آنها به سمت مواد مخدر شود هر چند که ریشه تمام این مشکلات فوق‌نشأت گرفته از عوامل اجتماعی متعددی مانند نابسامانی‌های خانوادگی و سایر عواملی که ما به دنبال شناخت آن عوامل هستیم می‌توان دانست. بر اساس اطلاعات موجود می‌توان گفت که روز به روز بر دامنه و عمق مسئله اعتیاد افزوده می‌شود. حال با آگاهی از این نکته که در حل هر پدیده اولین قدم شناخت دقیق از آن پدیده است ما در پی پاسخ به این سوال هستیم: چه عوامل اجتماعی موجب گرایش زنان به اعتیاد می‌شود؟

### نگاهی گذرا به تاریخچه اعتیاد در جهان

استعمال مواد مخدر بسته به نوع فرهنگ در هر جامعه متفاوت است نقش گیاه خشخاش بر روی لوحه‌های گلی و کتیبه‌های سنگی بیانگر آگاهی اقوام گذشته از این گیاه و خواص آن می‌باشد. حداقل حدود هفت هزار سال پیش انسان از شیر تریاک، تریاک و دانه‌های خشخاش به انحاء مختلف به عنوان داروهای ضد درد و شفابخش امراض استفاده می‌کرده‌اند. (میرعلی، ۱۳۸۴، ص ۴۹) سومریان از کهن‌ترین اقوامی هستند که از تریاک استفاده می‌کردند و از آن به نام گیاه شادی‌بخش نام می‌بردند. مجارستان اولین کشور اروپایی است که گیاه خشخاش را هزار و دو بیست سال پیش از میلاد مسیح می‌شناختند و از شیر آن استفاده می‌کردند. (برفی، ۱۳۸۴، ص ۵۸) انگلیس اولین کشور استعمارگر بود که با استفاده از مواد مخدر بر کشورهای جهان سوم تسلط

بررسی عوامل اجتماعی موثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر مراکز بازپروری..... ۶۳

پیدا کرد و بوسیله کمپانی هند شرقی باعث رواج این ماده افیونی در کشورهای چین و هندوستان شد بطوری 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 (همان، ص ۶۴). پس از پایان جنگ جهانی دوم، تایلند، لائوس و برمه مرکز فعالیت مافیا گردید و مناطق مذکور را "مثلث طلائی" 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 قاچاق چیان مواد مخدر را آغاز و ضربه ای هولناک بر معتادین و قاچاق چیان و سودگران وارد آورد (دانش، ۱۳۷۹، ص ۴۷) در خاورمیانه نیز به علت جنگ داخلی در افغانستان در حدود دو میلیون نفر مهاجر افغانی در پاکستان بسر می برند که بین افغانستان و پاکستان در رفت و آمد می باشند مواد مخدر را از افغانستان به پاکستان حمل می کنند و این دو کشور "هلال طلائی" نامیده می شود. پس از فروپاشی اتحاد جماهیر شوروی در سال ۱۹۹۱ سازمان مافیا و سایر قاچاق چیان 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 بطوری که تاجیکستان، ازبکستان، قزاقستان، ارمنستان و اوکراین و آذربایجان مسیر ترانزیت مواد مخدر به اروپا شده است (همان، ص ۵۰).

در دوران تشنجات جهانی ایتالیا، انگلیس، فرانسه و آلمان مرکز فعالیت مافیا شد. اسپانیا به دلیل داشتن سواحل طولانی در دریای مدیترانه و اقیانوی اطلس یکی از پایگاه های قاچاق چیان مواد مخدر در اروپا بشمار می رود. در قاره آفریقا نیز سازمان مافیا با استفاده از جنگ های داخلی، فقر، هرج و مرج در کشورهای آفریقائی، سعی در گسترش کشت خشخاش در قاره مذکور از جمله اوگاندا، زامبیا، نیجریه، کنگو و آفریقای جنوبی را دارد. در قاره آمریکا مصرف آفتامین 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 ونزئلا،

۶۴..... پژوهش نامه علوم اجتماعی، سال دوم، شماره چهارم، زمستان ۱۳۸۷

هروئین از شرق آسیا و مکزیک وارد آمریکا می‌شود. کوکائین بیشترین نوع مواد مخدر مصرفی در آمریکا می‌باشد.» (همان، ص ۷۰)

### تاریخچه مواد مخدر در ایران

در ایران باستان در کتاب اوستا از گیاه کانابیز (شاهدانه) که بعنوان یک ماده بی‌حس‌کننده مرسوم بوده نام برده شده است در قرن های ۵ و ۶ نیز بنا به اظهار نظر بعضی از مورخین، فرقه اسماعیلیه از این ماده مخدر به منظور تخدیر پیروان خود استفاده می‌کردند. 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، ص ۲۴) در عصر صفوی مواد مخدر به صورت گسترده‌ای در ایران رواج داشت بطوری که در شهر، محل‌هایی به نام کوکنارخانه ایجاد شد و اکثر مقامات و شاهزادگان دربار از مواد مخدر استعمال می‌کردند حکومت نیز بدون در نظر گرفتن مضرات تریاک به خاطر درآمدزایی بیشتر مردم را وادار به مصرف مواد مخدر می‌کرد. (شاکرمی، ۱۳۸۶، ص 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 با ورود تریاک، امیرکبیر توسط شیل وزیر مختار انگلیس در ایران توانست نظر دولت هند را نسبت به این موضع تغییر دهد و وی 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 می‌گذشت باعث گسترش مصرف تریاک در ایران شد. (میرعلی، ۱۳۸۴، ص ۴۷) در سال ۱۳۲۹ قانونی در خصوص انحصار کشت خشخاش و خرید سوخته توسط مأموران مالیه تصویب و کشت خشخاش در انحصار دولت در آمد.

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 به ایران وارد شد وقوع جنگ و فشارهای اقتصادی بر حکومت باعث شد دسترسی به تریاک برای معتادین آزاد شود اما در سال

بررسی عوامل اجتماعی موثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر مراکز بازپروری.....۶۵

۱۳۳۴ مجدداً قانون منع کشت خشخاش به تصویب رسید و تریاک که از انحصارات وزارت دارایی بود، زیر نظر وزارت بهداشتی قرار گرفت (دانش، ۱۳۷۹، ص ۲۰)

مبارزه با مواد مخدر در بعد از انقلاب اسلامی با تشکیل ستاد هماهنگی 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 بکار معتادین به تصویب رسید و کلیه قوانین قبلی ملغی الاثر شد. (شاکرمی، ۱۳۸۶، ص 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 مقابله‌های نظامی و اقدامات اجرایی معطوف کرده بود. تا سال ۱۳۷۳ لزوم توجه به موضوع پیشگیری به عنوان یکی از حلقه‌های مفقوده مطرح شد. از سال ۱۳۷۵ مراکز سرپایی معتادان به سرعت گسترش یافت. از این رو، هم زمان با ایجاد نگرش مثبت نسبت به لزوم تحقق اهداف برنامه کاهش تقاضا، اولین برنامه پنج ساله کاهش تقاضای مصرف مواد مخدر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین شد (آشتیانی، ۱۳۸۵، ص ۳۳).

#### مواد و انواع مواد مخدر

مواد مخدر دارای انواع و مشتقات متعددی است که تعداد شناخته شده آن حدود ۱۰۵ نوع است. مواد مخدر را بطرق گوناگون تقسیم بندی کرده‌اند برخی از مواد فقط وابستگی روانی ایجاد می‌کنند مثل حشیش. ولی تعدادی از آنها هم وابستگی جسمی ایجاد می‌کند هم وابستگی روانی. مثل تریاک، هروئین.

#### طبقه بندی مواد مخدر و روان گردان

۱- مواد سستی زا ۲- مواد توهم‌زا ۳- مواد توان‌افزا ۴- داروهای جانشین شونده ۵- آرام بخش‌ها (ضد اضطراب) ۶- داروهای مسکن و خواب‌آور.

از مواد سستی‌زا می‌توان به تریاک، مرفین، هروئین، دیفن‌اکسیلات و شیره اشاره کرد. حشیش، چرس، بنگ نیز جزء مواد توهم‌زاها هستند و ال‌اس‌دی و شیشه، اکستازی، شب‌عید و قرص عشق توهم‌زاهای مصنوعی هستند. کوکائین و کرک جزء مواد توان‌افزا می‌باشند. متادون، کلونیدین و

نالترکسون مواد جانشین شونده و دیازپام و انگرازپام و... مواد آرام بخش می باشند. باربیتورات ها و تمجیزک نیز جزء داروهای مسکن و خواب آور می باشند.

بیشترین مواد مخدر مورد استفاده در ایران تریاک، و در نسل جدید می توان به شیشه و کرک اشاره کرد که بدین شرح است: 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 تاکنون وارد بازار شده و به حدی وابستگی آور است که حتی یک بار مصرف آن فرد را معتاد می کند. (کاکویی، ۱۳۸۵، ص ۲۲۲) «کراک بدون بو است و مصرف آن ساده و بدون نیاز به وسایل حجیم و صرف وقت است و فرد می تواند در حمام یا توالت، ظرف کمتر از ۱۱ الی ۲ دقیقه مصرف کند. کراک بسیار کوچک است از نخود کوچک تر، به اندازه یک عدس که آن را به نوک سنجاق می چسبانند و همین اندازه می تواند بارها با یک سنجاق داغ دیگر مورد استفاده قرار گیرد. اغلب با پپ های شیشه ای و به صورت مخلوط با توتون یا پپ نیز دود می شود و عوارض گشادی مردمک چشم، تیرگی بینایی، توهمات شدید حسی، تعرق شدید، بی قراری، تهوع، فشار خون، تشنج و مرگ را به دنبال دارد. نوع دیگر کراک که به اسم کراک ایرانی مشهور است از هروئین تهیه می شود و بنام کراک یا هروئین فشرده معروفیت دارد. این کراک هروئینی است که تا حد امکان اشباع شده یعنی یک گرم کراک ۱۰ تا ۱۰۰ گرم هروئین ساخته می شود ولی قیمت آن باندازه قیمت هروئین و گاهی کمتر است. کراک نوع ایرانی و پاکستانی نامرغوب و غیر بهداشتی است ولی کراک نوع آمریکایی که از کوکائین ساخته می شود مرغوب تر و بهداشتی تر است.» (شاکرمی، ۱۳۸۶، ص ۱۴۷)

«مت آمفتامین (شیشه): مت آمفتامین از مشتقات آمفتامین است. این دارو در جنوب شرقی آسیا، به خصوص تایلند، سنگاپور، مالزی و همچنین در آزمایشگاه های مکزیک و کالیفرنیا به مقدار زیاد تولید شده و به تمام جهان قاچاق می شود. روش شناسایی: پودری کریستالی رنگ، بی بو، تلخ مزه و شبیه خرده های یخ است. به تازگی شیشه به شکل قرص هم به بازار آمده است. طریقه مصرف: مقداری از آن را روی یک تکه فویل آلومینیومی می گذارند و در زیر آن آتش روشن می کنند. ماده آب می شود. مواد متصاعد شده از آن با تنفس عادی و یا از طریق تنفس مستقیم وارد مغز می شود. تزریقات این دارو یکی از عوامل مهم شیوع بیماری های ویروسی مثل هپاتیت و ایدز بوده



بررسی عوامل اجتماعی موثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر مراکز بازپروری.....۶۷

است. شیشه را می‌توان به همراه دخانیات نیز استعمال کرد یا از طریق بینی، دهان و تزریقی مصرف کردند. در بلور مت آمفتامین، به طور معمول، کریستال‌های بزرگ و آشکار و شفاف وجود دارد که در یک لوله شیشه‌ای به نام پایپ کشیده می‌شود. کشیدن آن بویی ندارد و پس مانده آن در لوله باقی می‌ماند و دوباره می‌توان آن را مصرف کرد. نام‌های متداول: مت، کریستال، آتش، شیشه، سرعت، یخ و شابو. «(کاکوبی، ۱۳۸۵، ص ۱۵۸) عوارض شیشه: با مصرف این ماده حالاتی مثل هیجان زدگی، بی‌تابی، سخن گفتن تند، کاهش خواب، پرخاشگری و تهاجم به وجود می‌آید. مصرف این ماده می‌تواند باعث کاهش اشتها برای روزها، افزایش تعداد تنفس، افزایش فعالیت فیزیکی، افزایش دمای بدن و تحریک‌پذیری و بی‌خوابی و گیجی، لرزش و تشنج اضطراب و بدبینی و خشونت را سبب شود که تشنج و افزایش زیاد دمای بدن باعث مرگ افراد می‌گردد. همچنین با صدمه روی عروق باعث سکته مغزی و سکته قلبی می‌گردد.

### تحقیقات پیشین

#### الف: تحقیقات داخلی

بررسی علل اقتصادی-اجتماعی، روانی گرایش زنان به اعتیاد در بین گروهی از زنان مجتمع شبه خانواده شفق خانم پیرصالح پژوهشی فوق را در سال ۱۳۶۸ بر روی ۵۰۰ نفر از زنان معتاد در این مجتمع انجام داده و به نتایج ذیل دست یافته است: مسأله مهاجرت، طلاق، نداشتن شغل ثابت، اعتیاد زن و شوهر، تنها زندگی کردن، خانواده از هم پاشیده، تنها زندگی کردن، فقر مالی، سود اندک، محل سکونت، معاشرت نامناسب، ناراحتی‌های جسمانی و مرگ عزیزان مهم‌ترین علل اعتیاد مشخص بوده‌اند.

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

آقای رحمتی در پژوهش فوق به بررسی در سال ۱۳۷۷ بین جمعیت نمونه ۱۰ استان کشور بر روی ۱۴۵۶ نفر معتاد به شکل تحلیل ثانویه انجام شده است. پاسخگویان علت شروع مصرف مواد مخدر را به ترتیب کنجکاوی، کسب لذت، مشکلات خانوادگی، فشار دوستان، در دسترس بودن مواد مخدر، کمبود عاطفی، درمان دردهای جسمانی، عدم کنترل خانواده، بیکاری و شکست عشقی ذکر کرده‌اند.

علل گرایش زنان به اعتیاد در استان کرمان

در این پژوهش که توسط مدیریت مطالعات اجتماعی و ارشاد فرماندهی انتظامی استان کرمان به اجرا در آمده است به بررسی علل اجتماعی اعتیاد می‌پردازد. محقق در این بررسی بین پایگاه

اقتصادی - اجتماعی، میزان تحصیلات، وضعیت شغلی، مصرف مواد توسط یکی از اعضای خانواده، اعتیاد والدین یا همسر زنان و از هم گسیختگی خانواده به عنوان متغیرهای مستقل و گرایش زنان به اعتیاد به عنوان متغیر وابسته رابطه معنی داری می یابد وی پس از بیان مختصری از نظریات دورکیم، مارکس، مرتن و ساترلند در این زمینه به نقش عوامل روان شناختی یعنی ضرورت تغییر طرز تلقی زنان نسبت به اعتیاد و مصرف مواد مخدر بعنوان عامل موثر در کاهش گرایش آنان می پردازد روش تحقیق پیمایشی و ابزار آن پرسشنامه می باشد و جامعه آماری را زنان و دختران داخل زندان مرکز بهزیستی و بازپروری انسان کرمان تشکیل می دهند که با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ۶۱ نفر به عنوان نمونه انتخاب شده اند.

میزان استفاده از مواد مخدر در بین فرزندان معتادان

جمشید احمدی در این تحقیق به بررسی در بین فرزندان ۵۰۰ نفر از معتادانی که در سال ۱۳۸۰ به مرکز خود معرف سازمان بهزیستی در شهر شیراز مراجعه کرده اند پرداخته است. از مجموع کل پاسخگویان، ۲۲۵ نفر پسر و ۲۷۵ نفر دختر بوده اند. نتایج تحقیق حاکی از آن است که ۳۶/۲ درصد پاسخگویان سیگار، ۱۹ درصد تریاک، ۱۸/۲ درصد الکل و سایر افراد هروئین و حشیش مصرف می کرده اند. همچنین ۴۹ درصد پاسخگویان، انگیزه خود را از مصرف مواد مخدر، تقلید و الگوبرداری از والدین، ۵۶/۸ درصد کسب لذت، ۳۴ درصد برای آرامش و تسکین خاطر و ۳/۹ درصد کنجکاوی عنوان کرده اند. (احمدی، ۱۳۸۲، ص ۸۷)

#### ب. تحقیقات خارجی

تشریح اعتیاد به تنباکو یا دخانیات در زنان باردار  
گرانج در پژوهش فوق که در سال ۲۰۰۵ 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 یک تحقیق توصیفی در رابطه با ۹۷۹ زن باردار در ۴ منطقه ی فرانسه است که به این نتایج دست یافت: ۱۸ درصد زنان تا زمان وضع حمل سیگاری کشیدند. ۵۵ درصد هنگام بارداری و اغلب در سه ماهه ی 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. از میان این گروه ناموفق ۶ درصد بیان داشتند که به واسطه ی اطلاعات

بررسی عوامل اجتماعی موثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر مراکز بازپروری.....۶۹

پزشکی انگیزه یافته بودند، در حالی که این مورد در زنانی که موفق به ترک سیگار شدند به ۲۸ درصد می‌رسید. (Grange,2005,p1)

زنان در درمان اعتیاد: مقایسه va و نمونه هایی از اجتماع

دیویس و همکاران در پژوهش فوق به تفاوت‌های موجود شامل ناخوشی‌ها و نیازهای درمانی بیمار بین زنان در وضعیت‌های مختلف sud۱ (اختلال مصرف مواد) می‌پردازد: یک برنامه فشرده‌ی (va) به صورت سرپایی و یک برنامه خصوصی درمان در منزل.

در دو حالت شاخص شدت اعتیاد (ASI۲) در زمان پذیرش محاسبه شد. نتایج، یافته‌های قبلی را تأیید کردند که زنانی که وارد برنامه‌های SUD می‌شوند، مشکلات بسیار زیادی در زمینه‌ی روانی و همزمانی امراض و سابقه‌ی سوءمصرف داشته‌اند. زنان در درمان va sud تجربه مشکلات پزشکی و بیکاری بیشتری داشته‌اند، در حالی که نمونه‌های آژانس خصوصی، اعتیاد بیشتری به الکل داشتند و رتبه‌ی آنها در زمینه‌ی خانواده و اجتماع (پایگاه اجتماعی) در سطح بالاتری قرار گرفت. (Davis,2002,p1)

تجربه مادران از اعتیاد به متامفتامین: یک تحلیل موردی از زنان روستایی ایالت‌های میانی آمریکا هایت و همکاران پژوهش فوق را در سال ۲۰۰۹ انجام دادند و در آن ۴ مادر سفید پوست پس از بهبود و رهایی از اعتیاد متامفتامین، تجربیات گوناگون زندگی‌شان را در مصاحبه‌های بسیار دقیقی بازگو کردند. آنها تأثیر بیماری خود بر کودکان‌شان را به صورت فیزیکی و روانی به واسطه‌ی قرار گرفتن در معرض خشونت در خانه، سوءمصرف مواد توسط بزرگ‌سالان و دیگر رفتارهای ضداجتماعی و از دست دادن روابط مهم، مطرح می‌کردند. آنها نگران بودند که ممکن است کودکان‌شان نیز معتاد شوند. آنها ترک اعتیاد و بهبودی‌شان را تنها با حمایت بیرونی قابل توجهی ممکن دانسته و بدین شکل عوارض اجتماعی-روانی و فیزیکی بیماری‌شان را تحمل می‌کردند. (Haight,2009,p1)

معنویات، احساس وابستگی و واکنش‌های کنارآمدن در زنانی که درمان‌های مرتبط با اعتیاد به مواد و الکل دریافت می‌کنند

آروالو و همکاران پژوهش فوق را در سال ۲۰۰۸ انجام دادند و هدف خود را بررسی نقش معنویات، احساس وابستگی و واکنش‌های کنارآمدن در ارتباط با استرس و علائم ضربه میان زنانی که درمان سوءمصرف مواد دریافت می‌کنند عنوان کردند. داده‌های پژوهش حاضر از مصاحبه با

۷۰..... پژوهش نامه علوم اجتماعی، سال دوم، شماره چهارم، زمستان ۱۳۸۷

۳۹۳ زن در نقاط شهر نشین ماساچوست بدست آمده است. مصاحبه‌ها از آوریل ۲۰۰۳ تا سپتامبر ۲۰۰۶ انجام گرفته‌اند. یافته‌های اولیه: استرس مشخصاً مرتبط با شدت اعتیاد به مواد بود و علائم ضربه روحی مرتبط با شدت اعتیاد به الکل بود. نتیجه گیری: درمان‌های پیشرفته‌ی سوء مصرف مواد که باعث افزایش معنویت، احساس تعلق و واکنش‌های تحمل‌کننده باشد، می‌تواند به زنان معتاد کمک کند بهتر فشارهای ناشی از درمان و پس از آن را تحمل کنند (Arevalo, 2008, p1)

### مبانی و چارچوب نظری تحقیق

نظریه‌های مربوط به رفتار انحرافی هر کدام به بعضی از عوامل زمینه‌ساز کج‌روی توجه می‌نمایند اعتیاد نیز یک نوع کج‌روی است که تحت تأثیر عوامل متعددی شکل می‌گیرد و درک آن بدون مبانی نظری امکان‌پذیر نیست برای اینکه بدانیم ارتباط این مبانی با مفاهیم نظری چگونه صورت پذیرفته است باید که نظریه‌های اساسی در این حوزه را بشناسیم:

در نظریه فشار، رابرت اگینو معتقد است سه منشا کلی فشار وجود دارد: ۱- عدم موفقیت در دستیابی به اهداف با ارزش از نظر اجتماع است. ۲- وقوع حوادث بزرگ و تأثیر گذار از نظر اجتماعی است، مثلاً از دست دادن نزدیکان، طلاق پدر و مادر، اخراج از شغل یا اخراج از مدرسه. ۳- تجربه وقوع حوادث منفی از نظر ارزش‌های اجتماعی است، که این شامل تجربیاتی مانند سوء استفاده جنسی از کودکان، قربانی واقع شدن در یک واقعه جنایی، تنبیه‌های لفظی یا جسمانی می‌باشد اگینو معتقد است این فشارها تمایل به کژرفتاری را در فرد ایجاد می‌کند. (ممتاز، ۱۳۸۱، ص ۷۷)

در نظریه بوم‌شناختی، شاو و مکی معتقدند علل وقوع کج‌رفتاری مشکلات اجتماعی است که علت آن الگوهای کنترل نشده مهاجرت و ایجاد منطقه‌های طبیعی است که در این مناطق اهالی از فرهنگ کلی جامعه جدا افتاده‌اند. معیارهای شکل گرفته در این منطقه با سایر مناطق متضاد است. در این مناطق گرایش‌های فرهنگی خاصی استقرار یافته، به طوری که افراد مرتباً در معرض یادگیری الگوهای موافق قانون‌شکنی هستند بنابراین شاو و مکی نتیجه‌گیری می‌کنند که علت کج‌رفتاری و ارقام بالای آن بی‌سازمانی اجتماعی است. (همان، ص ۸۷) نظریه پردازان نظریه کنترل اجتماعی ویلنکینسن و هیرشی فروپاشی خانواده و پدیده طلاق را متغیر مهمی در بزهکاری نوجوانان می‌دانند. (همان، ص ۱۲۳) از تحقیقات هیرشی می‌توان نتیجه گرفت که، در مطالعه بزهکاری جوانان هنگامی که تأثیر متغیرهای خانوادگی مدنظر است می‌بایست به ساخت خانواده و طبیعت

بررسی عوامل اجتماعی موثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر مراکز بازپروری..... ۷۱

روابط درون خانواده توجه نمود. بحث‌های مرتبط با ساخت خانواده شامل گسیختگی خانوادگی و چگونگی روابط اعضای خانواده می‌گردد (ستوده، ۱۳۷۸، ص ۱۱۱)

نی (۱۹۸۵) به عنوان اولین نظریه پرداز کنترل اجتماعی، بر رابطه خانواده و بزهکاری متمرکز شده و رابطه‌ی معناداری را میان متغیرهای خانوادگی مانند روابط والدین- فرزند به وسیله شاخص‌هایی چون پذیرش و طرد فرزندان از طرف والدین، روش‌های برخورد والدین با فرزندان و تنبیه را اندازه گیری نموده است. (احمدی، ۱۳۸۴، ص ۱۱۰) نای معتقد است خانواده‌ای که پر از تشنج و اختلاف باشد می‌تواند نقش مهمی در کج رفتاری نوجوانان بازی کند. پس یک خانواده از هم پاشیده کم‌اهمیت‌تر از خانواده‌ای است که در آن تشنج و اختلاف باشد در چنین خانواده‌هایی نوجوانان با جامعه و خانواده رفتار هم‌نوا نخواهند داشت. (ممتاز، ۱۳۸۱، ص ۱۲۴) نای معتقد است خانواده از طریق چهار عامل باعث تقویت پیوند اجتماعی می‌گردد. نای معتقد است که خانواده دارای تأثیرات زیر است: (۱) نظارت درونی، (۲) نظارت غیر مستقیم، (۳) نظارت مستقیم و (۴) ارضای نیازها.

از نظر توبی یکی از مقیاس‌های جامعه عادل جامعه‌ای است که مکانی با معنی برای اعضای خود فراهم سازد بعضی از افراد جامعه این امکان را پیدا می‌کنند و برخی دیگر امید دارند که پیدا کنند. در بسیاری از جوامع تحصیلات، شغل و موقعیت طبقاتی با هم رابطه نزدیک دارند. بنابراین افرادی که در خانواده‌های مرفه به دنیا می‌آیند به تحصیلات می‌پردازند امکان گرفتن شغل بهتر و مناسب نیز برای او فراهم است اما در یک خانواده محروم، امکان تحصیل محدود در نتیجه آینده شغلی مناسبی نیز در انتظار فرد نیست زیرا خانواده نمی‌تواند امکانات تحصیلی و تفریحی مناسبی را برای فرزندان فراهم آورد.

در نظریه یادگیری ادوین ساترلند بر این اعتقاد است که رفتار انحرافی از طریق معاشرت با اغیار یا پیوند افتراقی یعنی داشتن روابط اجتماعی با انواع خاصی از مردم مانند جنایتکاران آموخته می‌شود. در واقع، فرایند یادگیری رفتار انحرافی به وسیله دوستان فرد مجرم تعیین می‌شود. (همان، ص ۹۰) ادوین ساترلند جرم را به آنچه که تفاوت ارتباطات نامیده است مربوط می‌داند. وی به یادگیری اهمیت خاصی می‌دهد و معتقد است که در جریان رشد، فرد درست رفتاری، کج رفتاری و انگیزه عمل به رفتار را یاد می‌گیرد. و بیشترین سهم یادگیری را به گروه‌های نخستین و خانواده می‌دهد، که دارای روابط چهره به چهره و صمیمانه هستند.» (گیدنز، ۱۳۷۴، ص ۱۴۰)

نظریه پردازان فرصت‌های نابرابر کلاوارد و اهلین، دسترسی نابرابر به فرصت‌های ارتکاب جرم را بیان می‌کنند. این دو معتقدند که فرصت ارتکاب جرم به شکل یکسان در اختیار همه قرار ندارد. (ممتاز، ۱۳۸۱، ص ۹۸) نظریه پردازان نظریه برچسب، انحراف را یک پدیده اجتماعی می‌دانند و بر این باورند که کج رفتاری اجتماعی ناشی از عوامل روان‌شناختی یا زیست‌شناختی نیست و منحرفان ذاتاً منحرف نیستند، بلکه این جامعه است که هویت انحرافی را در افراد پدید می‌آورد. (ستوده، ۱۳۷۸، ص ۱۳۲) این رویکرد، کج رفتاری را مفهومی ساخته جامعه می‌داند، یعنی گروهی در جامعه با تصویب قوانینی که تخطی از آنها کج رفتاری محسوب می‌شود، مفهوم کج رفتاری را می‌سازند کج رفتار کسی است که انگ کج رفتاری به طور موفقیت آمیزی در مورد او به کاررفته است (سروستانی، ۱۳۸۳، ص ۲۶).

در رابطه با مسائل اجتماعی کارشناسان علوم اجتماعی معتقدند که در تبیین مسائل اجتماعی، استفاده تنها از یک تئوری میسر نیست بلکه بایستی از تمام تئوری‌های مرتبط در تجزیه و تحلیل مطالب استفاده نمود. بخصوص در رابطه با موضوع اعتیاد که تک علتی محسوب نمی‌شود تأکید بر منظر و عامل واحد، خطر تحمیل تئوری خاص بر پدیده و لذا نتیجه‌گیریهای غیر واقعی را افزایش می‌دهد. بدین ترتیب به نظر می‌رسد که تئوری‌های فشار آگینو، کنترل اجتماعی هیرشی و نای، بوم شناختی شاو و مکی و نظریه یادگیری یا فراوانی معاشرت ساترلند در تبیین موضوع مورد مطالعه ما قوی تر عمل می‌کند.

- با توجه به اهمیت رابطه اجتماعی منفی در نظریه رابرت آگینو می‌توان نتیجه گرفت که وقوع حوادث بزرگ و تأثیرگذار در زندگی مثل از دست دادن پدر و مادر و طلاق در خانواده می‌تواند منبع فشاری باشد که فرد به کارهای خلاف روی آورد پس می‌توان این نظریه را در ارتباط با فرضیه از هم گسستگی خانواده در اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر موثر است را مورد استفاده قرار داد. از نظریه فوق برداشت ذیل را در مورد جامعه ایران داشته ایم:

طلاق و از هم گسستگی خانواده همواره موضوع بحث جامعه‌شناسان و روان‌شناسان بوده است. زیرا ازدواج‌ها همیشه پایدار نمی‌مانند و در اثر عدم سازگاری پدر و مادر، همه اعضای خانواده به نحوی به نتایج شوم آن گرفتار می‌شوند (مساواتی آذر، ۱۳۸۳، ص ۳۱۶).

در بعضی از خانواده‌ها ممکن است یکی از همسران یا هر دو فوت نمایند و خلأیی در انجام تکالیف خانواده به وجود آید در اثر طلاق و جدایی افراد خانواده تحت تأثیر عمیق این از

بررسی عوامل اجتماعی موثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر مراکز بازپروری..... ۷۳

هم گسیختگی قرار می گیرند. فرزندان بی سرپرست می شوند و مکانی برای زندگی کردن ندارند در نتیجه به خیابان ها پناه می برند جدایی والدین نه تنها باعث می شود به تربیت اطفال نرسند، بلکه باعث می شود آنها نتوانند بچه ها را با آموزش اجتماعی بیمه نمایند.

«مطالعات در تبریز نشان می دهد که طلاق و ازهم پاشیدگی خانوادگی در میان جمعیت معتادان شایع تر و گسترده تر از جمعیت کلی غیر بزهکار است و میزان طلاق معیاری برای سنجش تزلزل اجتماعی و گرایش به مخدرات است.» (مساوات آذر، ۱۳۸۳، ص ۱۳۸)

- با توجه به نظریه شاو و مکی که معتقدند الگوهای کنترل نشده مهاجرت و ایجاد منطقه هایی که با سایر مناطق در تضاد است می تواند از علل وقوع کج رفتاری باشد می توان نتیجه گرفت که برخی از محله های شهری، محل سکونت و تجمع مجرمان و باندهای توزیع مواد مخدر است پس می توان این نظریه را در ارتباط با فرضیه در دسترس بودن مواد مخدر در اعتیاد زنان به مواد مخدر موثر است را مورد استفاده قرار داد. از نظریه فوق برداشت ذیل را در مورد جامعه ایران داشته ایم:

در کشورهای در حال توسعه جمعیت شهری روز به روز در حال افزایش است و این می تواند باعث عدم تعادل در این کشورها شود با افزایش جمعیت و مهاجرت به سمت شهرهای بزرگ در کشورهای در حال توسعه جوانان جویای کار نیز افزایش پیدا می کند و اگر دولت نتواند شرایط لازم با توسعه را فراهم کند در نتیجه جوانان به سمت انحراف کشیده می شوند و زمینه لازم برای فعالیت جوانان در خرید و فروش مواد مخدر افزایش می یابد به خصوص در مناطق حاشیه نشین که مهاجران و فقیران در آنجا زندگی می کنند می تواند یکی از مراکز اصلی فعالیت قاچاق چیان باشد. کشور ایران به سبب مجاورت با یکی از بزرگ ترین کانون های تولید و قاچاق مواد مخدر، یعنی هلال طلائی (افغانستان، پاکستان) به مثابه پلی برای ترانزیت مواد مخدر به کشورهای اروپایی است و ناگزیر در این رهگذر با این پدیده شوم درگیر شده است (غنجی، ۱۳۸۶، ص ۱۹۲).

با توجه به توضیحات فوق نظریه بوم شناختی شاو و مکی می تواند برای این فرضیه مفید باشد چرا که جامعه ما و مخصوصاً شهر تهران با خیل عظیم مهاجرانی که با فرهنگ و آداب و رسوم مختلف از سایر نقاط کشور به این شهر آمده اند مواجه می باشد. که این مهاجرین مسائل و مشکلات خاص خود را دارند برخی از محله های شهری، محل سکونت، تجمع و فعالیت مجرمان است. مانند محله های دروازه غار. نویسندگان، نام های گوناگونی بر محله های مجرمان نهاده اند از قبیل محله های پایین شهری، محله های پر جمعیت و شلوغ، محله های جرم زا و محله های آلوده. این

محلها به جایی اطلاق می شود که ارتکاب جرمی نظیر تهیه، توزیع و مصرف مواد مخدر در آنها صورت می گیرد. باندها و گروه های کوچک تهیه و توزیع مواد مخدر معمولاً در این محلها شکل می گیرد و فعالیت می کنند.

- با توجه به اهمیت نقش خانواده در کنترل درونی و کنترل بیرونی در نظریه نی می توان نتیجه گرفت که این نظریه می تواند در ارتباط با فرضیه نظارت والدین در اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر موثر است را مورد استفاده قرار داد. از نظریه فوق برداشت ذیل را در مورد جامعه ایران داشته ایم: خانواده را می توان پایه و اساس ساخت اجتماعی به حساب آورد به گونه ای که سلامت جامعه همواره در گرو سلامت خانواده است. والدینی که با فرزندان خود دوست هستند و اعتماد فرزندان را جلب می کنند و در عین حال قاطعیت خویش را نیز اعمال می کنند در تربیت فرزندان خود موفق ترند کوتاهی پدر و مادر در هر یک از جنبه ها موجب گرایش فرزندان به گروه های ناسالم یا وابستگی به دوست و همسالان نامناسب خواهد شد.

در جامعه ایران خانواده از یک بعد عاطفی و وابستگی برخوردار است و پدر بر امور منزل نظارت دارد و به گونه ای مظهر قدرت و کنترل فرزندان است اما از آنجایی که پدر نقش حمایتی و نان آوری دارد و بیشتر وقت خود را خارج از منزل می گذراند در نتیجه نقش نظارتی وی بتدریج کم می شود و به مادر سپرده می شود. در چند سال اخیر به دلیل مشکلات مالی که گریبان بیشتر خانواده های ایرانی را فرا گرفته و با توجه به فعالیت بیشتر زنان در بیرون از منزل در نتیجه فرزندان بیشتر وقت خود را تنها و آزاد در خانه می گذرانند در نتیجه فرصتهای زیادی را برای انجام کارهای انحرافی در اختیار دارند در این خانواده ها روابط بین اعضای خانواده بسیار سرد و موزائیکی می شود و فرزند برای پرکردن این خلاء عاطفی و تنهایی خود به بیرون از خانه و تفریحات ناسالم روی می آورد.

۴- با توجه به اهمیت پیوند افتراقی در نظریه ساترلند می توان نتیجه گرفت که این نظریه می تواند در ارتباط با فرضیه گروه همسالان در اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر موثر است را مورد استفاده قرار داد. از نظریه فوق برداشت ذیل را در مورد جامعه ایران داشته ایم:

در جهان امروز، مصرف مواد مخدر یک معضل اجتماعی بحساب می آید زنانی که به مصرف مواد مخدر می پردازند نه تنها از نظر سلامت جسمی و روانی مشکل پیدا می کند، بلکه از نظر ارتباطات اجتماعی، پذیرفتن دیگران و پذیرفته شدن بوسیله آنها، و همچنین از بابت رعایت آداب و مقررات



بررسی عوامل اجتماعی موثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر مراکز بازپروری.....۷۵

اجتماعی نیز دچار مشکل می‌شوند مصرف مواد مخدر روز به روز در حال افزایش است و سن شروع به مصرف در حال افول مداوم می‌باشد و برای مصرف مواد مخدر افراد وابستگی شدیدی به دوستان یا همسالان و گروهی که به آن متعلق است پیدا می‌کند این وابستگی با سست شدن ارتباط با والدین شدیدتر و عمیق‌تر می‌شود. دوستان و معاشران و بطور کلی همسالان در سال‌های جوانی نقش مهمی در کشیده شدن فرد به اعتیاد دارند در تحقیق فرجاد و همکاران (۱۳۷۴) ۶۳٪ از نمونه شروع اعتیاد را در نتیجه توصیه دوستان اعلام کردند این میزان به نسبت مشابه در تحقیقات دیگر نیز یافت می‌شود.

۵- با توجه به اهمیت رابطه خانواده و بزهکاری در نظریه نی و با توجه به تأثیر متغیرهای خانوادگی در نظریه هیرشی و همچنین نظریه ساترلند که معتقد است شرایطی در خانواده مثل بزهکاری اعضای خانواده، ناسازگاری موجود در منزل و... می‌تواند در کج رفتاری فرد موثر باشد می‌توان نتیجه گرفت که این نظریات می‌تواند در ارتباط با فرضیه نابسامانی‌های خانوادگی در اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر موثر است را مورد استفاده قرار داد. از نظریه فوق برداشت ذیل را در مورد جامعه ایران داشته ایم :

روابط خانوادگی با معنای وسیع عاطفی و پر احساسش از آغاز تاریخ بشریت برای اعضای جامعه امری روشن بوده است. فیلسوفان و محققین اجتماعی معتقدند که جامعه متشکل از خانواده‌ها است. بر اساس قدیمی‌ترین نوشته‌های اخلاقی، جامعه هنگامی نیروی خود را از دست می‌دهد که افراد به وظایف خانوادگی خویش عمل نکنند. (برفی، ۱۳۸۴، ص ۱۲۳) «بنا به نظر دکتر نوع پرست، پدر و مادر و ساخت خانواده در شکل‌گیری اولیه و پرورش الگوهای بازخوردی کودک نقش اساسی را بر عهده دارند. ریشه تمام بازخوردهای فرد در هر مرحله از زندگی وابسته به مراحل اولیه زندگی اوست. رفتارهای پدر و مادر و دیگر اعضای خانواده نسبت به کودک، مهمترین عامل شکل‌گیری و تقویت الگوهای بازخوردی است. فرد در خانواده است که روش مقابله با مشکلات را یاد می‌گیرد گریز از مشکلات، به طوری که در معتادان دیده می‌شود، نمایشگر ناتوانی آنها در رویارویی با مشکلات روزمره زندگی است که خود به عنوان نموداری از آسیب‌دیدگی و شکل‌گیری نادرست، اختلال و عدم تناسب الگوهای بازخوردی با کمیت و کیفیت آن مشکلات شناخته شده است.» (مساواتی آذر، ۱۳۸۳، ص ۲۳۴) زمینه‌های ناسالم خانوادگی و نارضایتی زنان از زندگی زناشویی می‌تواند تأثیر ناسالمی در گرایش به مخدرات داشته باشد. با توجه به مباحث ارائه شده،

در ایران نیز اختلافات بین زوجین و خانواده‌های توخالی به اثبات رسیده است به طوری که روزنامه همشهری در تاریخ ۱۲/۱۰/۸۱ اعلام کرد ایران از نظر رتبه طلاق در مقام چهارم در جهان قرار دارد و هم اکنون از هر چهار ازدواج یک مورد به طلاق می‌انجامد در همین آمار گزارش شده که در سال ۱۳۵۶ تنها ۲ درصد طلاق‌ها مربوط به اعتیاد بوده و در حال حاضر این مقدار به ۶۰٪ رسیده است (همشهری، ۱۳۸۱، ص ۲۰) این آمار نشان می‌دهد که فرزندان یا خود والدین قبل از اینکه به مرحله جدایی برسند بر سر عوامل مختلف با هم درگیری و ستیز داشته‌اند و در این میان فرزندان و تربیت آنها را به دست فراموشی سپرده‌اند.

۶- با توجه به نظریه ساترلند که می‌گوید رفتارهای انحرافی مانند رفتارهای غیر انحرافی در تعامل با دیگر اعضای خانواده و دوستان آموخته می‌شوند می‌توان این نظریه را در مورد فرضیه اعتیاد اعضای خانواده در اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر موثر است را مورد استفاده قرار داد. از نظریه فوق برداشت ذیل را در مورد جامعه ایران داشته‌ایم: خانواده اولین محیطی است که فرزندان را با باورها، ارزش‌ها و هنجارهای جامعه آشنا می‌کند و به تدریج شخصیت فرزندان را بر اساس این عناصر شکل می‌دهد. فرزندان با الگوبرداری از والدین، اغلب رفتارهای آنان را تقلید می‌کنند. اعتیاد والدین به سیگار یا مواد مخدر، موجب می‌شود تا فرزندان، رفتار آسیب‌زای آنها را الگو قرار داده و معتاد شوند. از سوی دیگر تحمل فرزندان، به جهت زندگی در خانه‌ای که آلوده به مواد مخدر است و اغلب اعضای خانواده نشئه و بیکار و... می‌باشند، کاهش می‌یابد و به سوی اعتیاد کشیده می‌شوند. شوهران معتاد نیز یکی از مهمترین عوامل اعتیاد زنان به حساب می‌آید. 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 خود فروشی بکشانند زن خود را معتاد می‌کنند. (روشن، ۱۳۸۲، ص ۷) در خانواده‌های ایرانی پدر و بعد از آن مادر نقش حمایتی و نان‌آوری خانواده را بر عهده دارد و بر امور منزل نظارت دارند و به گونه‌ای مظهر قدرت و کنترل فرزندان هستند در خانواده‌های ایرانی انتظار می‌رود فضایی پر از عطوفت و مهر باشد و انتظار می‌رود پدر و مادر تمام تلاش خود را برای حفظ کانون خانواده انجام دهند اما با وجود اعتیاد والدین مشاهده می‌کنیم که والدین تبدیل به یک انسان بی‌مسئولیت و ضعیف می‌شوند که نیروی جسمی و جنسی آنان بتدریج تحلیل می‌رود و از بین می‌رود. در این نوع خانواده که والدین یا یکی از آنها اعتیاد دارند کنترل و نظارت از بین

بررسی عوامل اجتماعی موثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر مراکز بازپروری.....۷۷

می‌رود. زیرا پدر و مادر معتاد در هنگام نشنگی بسیار مهربان هستند و در هنگام خماری سرازیر خشم می‌شوند و کمترین احساسی نسبت به هیچ‌کس ندارند در چنین شرایطی است که اعضای خانواده بین مهرورزی و مصرف مواد مخدر نوعی رابطه می‌بینند این جاست که احساس خوشبینی نسبت به مصرف مواد مخدر در این اعضاء شکل می‌گیرد (آقابخشی، ۱۳۷۹، صص ۹۰-۹۳).

۷- با توجه به نظریه توبی که معتقد است در بسیاری جوامع تحصیلات، شغل و موقعیت طبقاتی با هم رابطه نزدیک دارند می‌توان نظریه فوق را در ارتباط با فرضیه پایگاه اقتصادی- اجتماعی در اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر موثر است را مورد استفاده قرار داد.

#### فرضیات اصلی

نظارت خانواده در اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر موثر است.

پایگاه اقتصادی- اجتماعی در اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر موثر است.

در دسترس بودن مواد مخدر در اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر موثر است.

#### فرضیات فرعی

گروه همسالان در اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر موثر است.

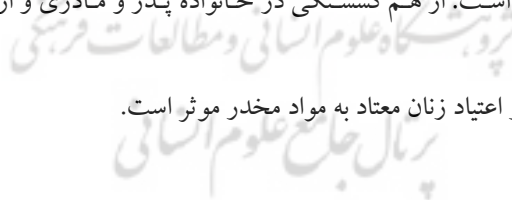
از هم‌گسستگی خانوادگی در اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر موثر است.

که در دو بخش قابل ذکر است: از هم‌گسستگی در خانواده پدر و مادری و از هم‌گسستگی در خانواده زن و شوهری

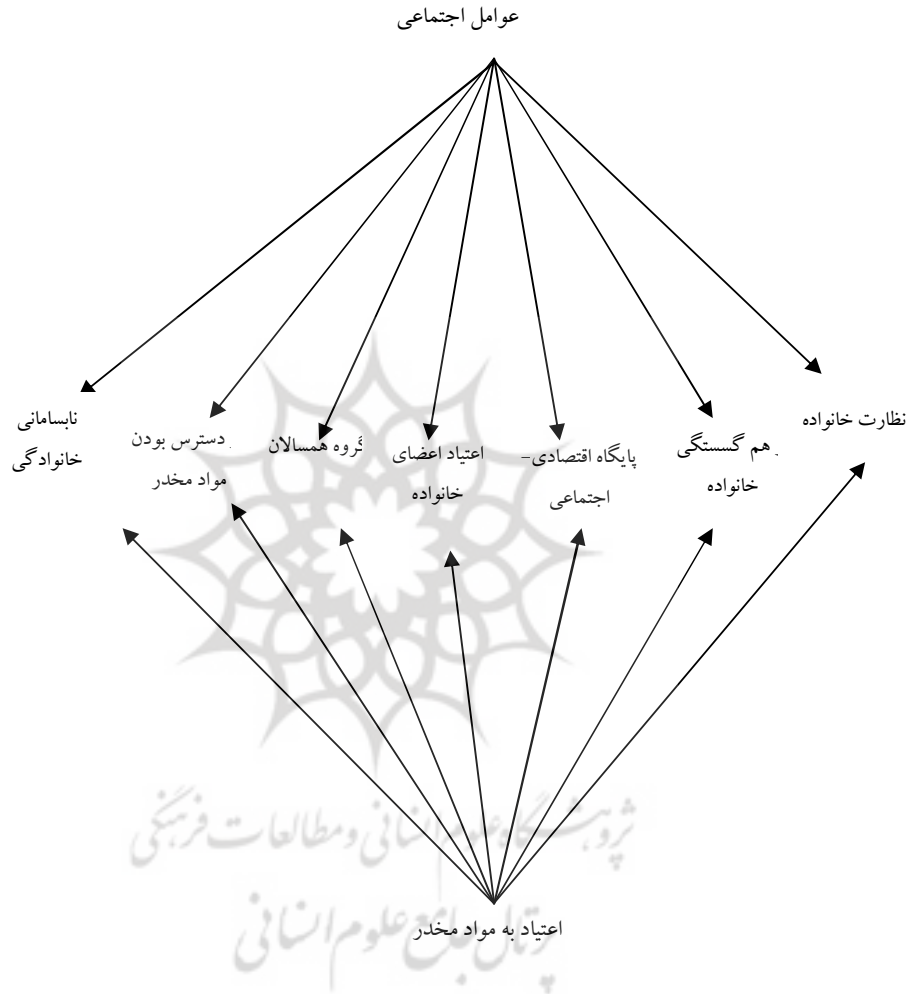
نابسامانی‌های خانوادگی در اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر موثر است.

در دو بخش قابل ذکر است: از هم‌گسستگی در خانواده پدر و مادری و از هم‌گسستگی در خانواده زن و شوهری

اعتیاد اعضای خانواده در اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر موثر است.



## مدل تحقیق



## روش تحقیق

روش تحقیق در این پژوهش پیمایشی می‌باشد. در این پژوهش جهت جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز از پرسشنامه همراه با مصاحبه استفاده کرده‌ایم. به منظور تحلیل داده‌ها نیز از روش‌های آماری نظیر رگرسیون، خی دو استفاده گردید. متغیر وابسته این تحقیق، اعتیاد زنان می‌باشد و به منظور سنجش شدت اعتیاد معتادان از سه شاخص نوع ماده مصرفی، روش مصرف و سابقه مصرف

بررسی عوامل اجتماعی موثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر مراکز بازپروری.....۷۹

استفاده نموده‌ایم. منظور از مواد مخدر تریاک، حشیش، کُرک، شیشه، متادون است و روش مصرف نیز شامل تدخین، خوردن، تزریق، استنشاق می‌شود. متغیرهای مستقل تحقیق نیز عبارتند از گروه همسالان، نظارت خانواده، اعتیاد اعضای خانواده، نابسامانی‌های خانوادگی، گسستگی خانواده، در دسترس بودن مواد مخدر و پایگاه اقتصادی - اجتماعی می‌باشد.

جامعه آماری زنان معتاد مراجعه کننده به مراکز بازتوانی و کاهش آسیب زنان شهر تهران که شامل مرکز بازتوانی کمپ زنان تولد دوباره و مرکز گذری شلتر بانوان تولد دوباره و خانه خورشید می‌باشد که تعداد افراد مراجعه کننده به این مراکز در مجموع ۴۰۰ نفر می‌باشد.

گزینش افراد نمونه از جامعه آماری به روش نمونه در دسترس صورت گرفته است.

با توجه به جامعه آماری ما که تعداد ۴۰۰ نفر می‌باشد برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده نموده‌ایم که تعداد ۲۰۰ نفر به دست آمد.

#### تجزیه و تحلیل یافته ها

فرضیه اول: از هم گسستگی خانوادگی در اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر موثر است.

که این فرضیه در دو بخش مطرح است: ۱- از هم گسستگی در خانواده پدر و مادری ۲- از هم گسستگی در خانواده زن و شوهری. این فرضیه منتج از نظریه آگینو است.

برای بررسی رابطه بین از هم گسستگی خانوادگی پدر و مادری با شدت اعتیاد از کای اسکوئر استفاده شده است. مقدار کای به دست آمده  $۸/۴۷۰$  با سطح معناداری  $۰/۶۲۴$ . نشان می‌دهد که رابطه معنی دار نیست. مقدار کای به دست آمده  $(۱/۴۴۵, ۱/۵۰۰)$  با سطوح معناداری  $(۰/۹۵۷, ۸۰۰)$  به ترتیب برای نوع ماده مصرفی و نحوه استعمال نشان می‌دهد رابطه بین متغیرهای ذکر شده معنی دار نیست.

در بخش دوم برای بررسی رابطه بین از هم گسستگی خانواده زن و شوهری با شدت اعتیاد از آزمون کای اسکوئر استفاده شده است مقدار کای به دست آمده  $۳۰/۴۶۵$  با سطح معناداری  $۰/۰۰۲$ . نشان می‌دهد که رابطه معناداری بین این دو متغیر وجود دارد شدت این ارتباط با توجه به ضریب توافقی کرامرز  $V, ۰/۰۰۲$  می‌باشد که نشان دهنده رابطه ضعیف بین از هم گسستگی خانواده زن و شوهری و اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر می‌باشد. این رابطه در مورد از هم گسستگی خانواده زن و شوهری با نوع ماده مصرفی با مقدار کای  $۴۷/۱۳۰$  و سطح معناداری  $۰/۱۰۱$  و برای نحوه استعمال ماده مخدر با کای  $۲۱/۸۹۳$  با سطح معناداری  $۰/۲۳۷$  معنی دار نبوده است.

فرضیه دوم عبارت است از نابسامانی‌های خانوادگی در اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر موثر است که این فرضیه نیز در دو بخش مطرح است: ۱- نابسامانی در خانواده پدر و مادری ۲- نابسامانی در خانواده زن و شوهری. برای بررسی رابطه بین نابسامانی‌های خانوادگی با شدت اعتیاد از کای اسکور استفاده شده است. مقدار کای به دست آمده  $3/852$  با سطح معناداری  $0/697$ . نشان‌دهنده عدم رابطه بین دو متغیر موجود است. این رابطه در مورد نابسامانی‌های خانواده پدر و مادری با نوع ماده مصرفی با مقدار کای  $25/728$  و سطح معناداری  $106$  و برای نحوه استعمال مواد مخدر با کای  $14/619$  با سطح معناداری  $102$  نشان‌دهنده عدم رابطه بین متغیرهای مذکور است.

در بخش دوم نابسامانی‌های خانواده زن و شوهری بر طبق جدول شماره ۱ در می‌یابیم بین نابسامانی‌های خانواده زن و شوهری و نوع ماده مصرفی رابطه معناداری وجود دارد. که با توجه به اطلاعات موجود نابسامانی در خانواده‌هایی که از شیر، حشیش و شیشه و کرک استفاده می‌کردند بیشتر از سایر مواد مصرفی بوده است. برای بررسی رابطه بین دو متغیر نابسامانی خانواده زن و شوهری و نوع ماده مصرفی از آزمون کای اسکور استفاده شده است. مقدار کای به دست آمده  $59/282$  با سطح معناداری  $0/000$ . نشان می‌دهد رابطه معنادار است. با توجه به جدول شماره ۳ شدت این ارتباط با توجه به ضریب توافقی کرامرز،  $0/000$  می‌باشد که نشان‌دهنده رابطه ضعیف بین از هم گسستگی خانواده زن و شوهری و نوع ماده مصرفی زنان معتاد به مواد مخدر می‌باشد.

برای بررسی رابطه بین دو متغیر نابسامانی خانواده زن و شوهری و شدت اعتیاد از آزمون کای اسکور استفاده شده است. مقدار کای به دست آمده  $9/580$  و سطح معناداری  $296$  نشان می‌دهد رابطه معنادار نیست. این رابطه در مورد نابسامانی‌های خانواده زن و شوهری با نحوه استعمال مواد مخدر با مقدار کای  $6/764$  با سطح معناداری  $873$  تأیید نشد. با توجه به تأیید رابطه بین نابسامانی خانواده زن و شوهری با نوع ماده مصرفی و عدم رابطه بین نابسامانی در خانواده پدر و مادری با اعتیاد زنان می‌توان گفت با توجه به جامعه آماری موجود نابسامانی در خانواده زناشویی عامل نسبتاً مهم‌تری در گرایش زنان متأهل به اعتیاد است.

فرضیه سوم عبارت است از پایگاه اقتصادی - اجتماعی در اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر موثر است. برای بررسی رابطه بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی با شدت اعتیاد از کای اسکور استفاده

بررسی عوامل اجتماعی موثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر مراکز بازپروری..... ۸۱

شده است مقدار کای به دست آمده ۱/۴۵۱ با سطح معناداری ۴۸۴ نشان می‌دهد رابطه معنادار نیست.

این رابطه در مورد پایگاه اقتصادی - اجتماعی با نوع ماده مصرفی معنی‌دار بوده است. مقدار کای به دست آمده ۱۵/۰۵۱ با سطح معناداری ۰/۲۰. نشان می‌دهد رابطه معنی‌دار است. شدت این ارتباط با توجه به ضریب همبستگی کرامرز ۰/۲۷۴. می‌باشد که نشان‌دهنده رابطه ضعیف بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی و نوع ماده مخدر مصرفی می‌باشد. مصرف کنندگان تریاک، حشیش و متادون دارای پایگاه اقتصادی - اجتماعی پایینی هستند. این رابطه در مورد پایگاه اقتصادی - اجتماعی با نحوه استعمال مواد مخدر با مقدار کای ۵۱۴ با سطح معناداری ۹۱۶ معنادار نیست.

فرضیه چهارم عبارت است از در دسترس بودن مواد مخدر در اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر موثر است. برای بررسی رابطه بین دو متغیر در دسترس بودن مواد مخدر و شدت اعتیاد از کای اسکوئر استفاده شده است که مقدار کای به دست آمده ۱۲/۳۲۹ با سطح معناداری ۱۳۷ نشان می‌دهد رابطه معنی‌دار نیست. این رابطه در مورد در دسترس بودن مواد مخدر با نوع ماده مصرفی با مقدار کای ۳۱/۱۵۹ با سطح معناداری ۱۴۹ نشان می‌دهد رابطه معنی‌دار نیست. این رابطه در مورد در دسترس بودن مواد مخدر با نحوه استعمال مواد با مقدار کای ۲۲/۱۷۴ با سطح معناداری ۳۶. نشان می‌دهد رابطه معنی‌دار است. شدت این ارتباط با توجه به ضریب همبستگی کرامرز ۰/۱۹۳. می‌باشد که نشان‌دهنده رابطه ضعیف بین در دسترس بودن مواد مخدر و نحوه استعمال آن می‌باشد.

#### فرضیات فرعی

فرضیه فرعی اول عبارت است از اعتیاد اعضای خانواده در اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر موثر است. بر اساس آزمون کای در می‌یابیم که بین اعتیاد اعضای خانواده و شدت اعتیاد با مقدار کای ۱۷/۷۱۱ و با سطح معناداری ۰/۲۳. رابطه معنی‌داری وجود دارد. شدت این ارتباط با توجه به ضریب همبستگی گاما ۱۰۵ می‌باشد که نشان‌دهنده رابطه بسیار ضعیف بین اعتیاد اعضای خانواده و اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر در نمونه آماری ما می‌باشد. این رابطه در مورد اعتیاد اعضای خانواده با نوع ماده مصرفی با مقدار کای ۳۱/۱۵۹ با سطح معناداری ۱۴۹ و در مورد اعتیاد اعضای خانواده با نحوه استعمال مواد با کای ۱۱/۸۱۹ با سطح معناداری ۴۶۰ نشان می‌دهد رابطه معنی‌دار نیست.

۸۲.....پژوهش نامه علوم اجتماعی، سال دوم، شماره چهارم، زمستان ۱۳۸۷

فرضیه فرعی دوم عبارت است از نظارت خانواده در اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر موثر است. آزمون کای در مورد دو متغیر نظارت خانواده و شدت اعتیاد انجام شد و مقدار کای به دست آمده ۷/۷۰۳ با سطح معناداری ۰/۴۶۳. نشان می‌دهد رابطه معنادار نیست. این رابطه در مورد نظارت خانواده با نوع ماده مصرفی با مقدار کای ۳۱/۴۲۷ با سطح معناداری ۰/۱۴۲ و در مورد نظارت خانواده با نحوه استعمال مواد مخدر با کای ۱۶/۵۴۶ با سطح معناداری ۰/۱۶۷ نشان می‌دهد رابطه معنی‌دار نیست.

فرضیه فرعی سوم عبارت است از گروه همسالان در اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر موثر است. آزمون کای در مورد دو متغیر گروه همسالان و شدت اعتیاد انجام شد. کای به دست آمده ۶/۱۳۴ با سطح معناداری ۰/۶۳۲. نشان می‌دهد که رابطه معنی‌داری بین گروه همسالان و شدت اعتیاد وجود ندارد مقدار کای به دست آمده ۳۶/۰۷۳ با سطح معناداری ۰/۰۵۴. نشان می‌دهد که رابطه معنی‌داری بین گروه همسالان و نوع ماده مصرفی وجود ندارد. مقدار کای به دست آمده ۱۳/۶۶۱ با سطح معناداری ۰/۳۲۳ نشان می‌دهد که رابطه معناداری بین گروه همسالان و نحوه استعمال مواد مخدر وجود ندارد.

جدول شماره (۱) نتایج ضرایب مدل رگرسیونی

مدل	منبع	ضرایب استاندارد نشده		t	سطح معنی داری
		ضرایب	خطای برآورد		
۱	مقدار ثابت	۴/۲۷۷	۰/۱۶۸	۲۵/۴۱۲	۰/۰۰۰
	نابسامانیهای خانواده زن و شوهری	۰/۱۵۲	۰/۰۳۳	۴/۶۶۵	۰/۰۰۰
۲	مقدار ثابت	۳/۶۶۵	۰/۳۰۷	۱۱/۹۲۱	۰/۰۰۰
	نابسامانیهای خانواده زن و شوهری	۰/۱۱۲	۰/۰۳۶	۳/۰۹۲	۰/۰۰۲
۳	از هم گسستگی خانواده زن و شوهری	۰/۱۶۶	۰/۰۷۰	۲/۳۷۰	۰/۰۱۹
	مقدار ثابت	۳/۹۶۳	۰/۳۲۳	۱۱/۹۰۳	۰/۰۰۰
	نابسامانیهای خانواده زن و شوهری	۰/۱۱۹	۰/۰۳۶	۳/۲۸۷	۰/۰۰۱
	از هم گسستگی خانواده زن و شوهری	۰/۱۵۵	۰/۰۶۹	۲/۲۳۶	۰/۰۲۷
	از هم گسستگی خانواده پدر و مادری	۰/۰۵۲	۰/۰۲۳	۲/۲۱۳	۰/۰۲۸

d Dependent Variable: عدم کنترل بر خود و اعضای خانواده



#### بررسی تحلیل داده‌های تحقیق از طریق رگرسیون چند متغیره خطی

در این بخش، متغیرهای مستقل که عبارتند از از هم گسستگی خانوادگی، نابسامانی‌های خانوادگی، پایگاه اقتصادی-اجتماعی، دردسترس بودن مواد مخدر، اعتیاد اعضای خانواده، نظارت والدین، گروه همسالان بر متغیر وابسته شدت اعتیاد از طریق رگرسیون چند متغیره خطی نیز تحلیل کردیم و نتایج ذیل به دست آمده است:

در اولین قدم متغیر نابسامانی خانواده زن و شوهری به معادله وارد شده و به دنبال آن متغیر از هم گسستگی خانواده زن و شوهری و در مرحله آخر متغیر از هم گسستگی خانواده پدر و مادری وارد مدل رگرسیونی شده است و پس از این سه سازه متغیرهای مستقل دیگر که عبارتست از نظارت والدین، در دسترس بودن مواد مخدر، اعتیاد اعضای خانواده، گروه همسالان و پایگاه اقتصادی-اجتماعی وارد مدل رگرسیونی نشده است.

نتایج ضرایب همبستگی چندگانه در مدل رگرسیونی نشان می‌دهد که ضریب همبستگی نابسامانی‌های خانواده زن و شوهری ۰/۱۰۱، از هم گسستگی خانواده زن و شوهری ضریب همبستگی ۰/۱۲۶ و در نهایت در مورد از هم گسستگی خانواده پدر و مادری مقدار  $R^2$  به ۰/۱۴۸ افزایش می‌یابد.

نتایج آنالیز واریانس را نشان می‌دهد در هر سه مدل ۱، ۲، ۳ سطح معناداری آزمون آنالیز واریانس کمتر از ۰/۰۵ است که نشان‌دهنده معنی‌دار بودن اثر متغیر نابسامانی خانواده زن و شوهری در مدل ۱، و متغیر نابسامانی خانواده زن و شوهری و از هم گسستگی خانواده زن و شوهری در مدل ۲، و در آخر نیز متغیرهای نابسامانی خانواده زن و شوهری و از هم گسستگی خانواده زن و شوهری و از هم گسستگی خانواده پدر و مادری می‌باشد.

جدول شماره ۱ نتایج ضرایب مدل رگرسیونی را بر اساس درصد مشارکت هر یک از متغیرها نشان می‌دهد. Beta در جدول آزمون معنی‌داری ضرایب رگرسیونی نشان دهنده میزان تغییر متغیر وابسته (بر اساس انحراف معیار) به ازای تغییری به اندازه یک انحراف معیار در متغیر مستقل است. بر این اساس متغیر مستقل نابسامانی‌های خانواده زن و شوهری بیشترین نقش (همبستگی جزئی) با مقدار ۰/۲۴۸ و پس از آن متغیر از هم گسستگی خانواده زن و شوهری با ضریب همبستگی جزئی ۰/۱۶۸ و در نهایت متغیر از هم گسستگی خانواده پدر و مادری مقدار ۰/۱۴۸ نقش خود را بر سازه اعتیاد زنان معتاد ایفا می‌کنند.

### نتیجه گیری

همان‌طور که ملاحظه شد در این تحقیق تلاش کردیم پدیده اعتیاد زنان را با نگاه اجتماعی جدیدی مورد کنکاش قرار دهیم. به عبارت دیگر عوامل اجتماعی موثر بر اعتیاد زنان را با در نظر گرفتن شدت اعتیاد، نوع ماده مصرفی و نحوه استعمال مواد مورد مطالعه قرار داده و توانستیم بعضی از عوامل موثر را بیابیم. فرضیاتی که در این تحقیق تأیید شدند عبارت است از: بر مبنای آزمون کای اسکور فرضیات از هم گسستگی خانواده زن و شوهری با شدت اعتیاد، نابسامانی خانواده زن و شوهری با نوع ماده مصرفی، پایگاه اقتصادی- اجتماعی با نوع ماده مصرفی، در دسترس بودن مواد مخدر با نحوه استعمال مواد مخدر، اعتیاد اعضای خانواده با شدت اعتیاد رابطه معناداری داشته‌اند. اما در مبحث رگرسیون چند متغیره خطی زمانی که چند متغیر مستقل را با یک متغیر وابسته (شدت اعتیاد) همزمان وارد مدل رگرسیونی کردیم و مورد آزمون قرار دادیم فرضیات نابسامانی خانواده زن و شوهری، از هم گسستگی خانواده پدر و مادری و از هم گسستگی خانواده زن و شوهری تأیید شدند. این نتایج حاکی از آن است که بین بعضی از عوامل اجتماعی با شدت اعتیاد، نوع ماده مصرفی و نحوه استعمال مواد رابطه معناداری وجود دارد. نتایج این تحقیق نشان داد که عوامل اجتماعی موثر بر اعتیاد بین زنان و مردان متفاوت است در مردان نتایج حاکی از آن است که گروه همسالان بیشترین تأثیر را می‌گذارند اما در بین زنان نابسامانی‌های خانواده زن و شوهری و از هم گسستگی خانوادگی بیشترین تأثیر را دارند. «طلاق و جدایی به عنوان آسیبی اجتماعی، آثار روانی نامطلوب بر روی زوجین و فرزندان آنها می‌گذارد پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تعداد قابل توجهی از زنان بعد از طلاق نسبت به آینده ناامید و احساس اضطراب، دل‌تنگی و اندوه می‌نمایند. طلاق و جدایی از همسر همچنین اثرات سوء ناگواری را بر زوجین بویژه زن بر جای می‌گذارد به حدی که زن مطلقه برای رفع مشکلات روحی ناشی از طلاق به اعتیاد گرایش پیدا می‌کند.» (مساواتی آذر، ۱۳۸۳، ص ۱۳۸) پس باید خانواده‌ها به ازدواج‌های فرزندان بیشتر دقت کنند تا دختر و پسر به اندازه ای از تفاهم با یکدیگر برسند تا مجبور به جدایی نگردند و از عواقب آن مصون بمانند.

### پی نوشت ها

1- substance use disorders

2- addiction severity index

### منابع

- آقابخشی، حبیب (۱۳۷۹). **اعتیاد و آسیب شناسی خانواده**. تهران: انتشارات دانش آفرین،
- احمدی خراسانی، نوشین (۱۳۷۷). **جنس دوم (مجموعه مقالات)**، مقاله زن و مواد مخدر در ایران. جلد چهارم. تهران: چاپ غزال،
- برفی، محمد (۱۳۸۴). **از میکده تا ماتمکده اعتیاد**. تهران: انتشارات محراب فکر، چاپ چهارم.
- دانش، تاج زمان (۱۳۷۹). **معتاد کیست مواد مخدر چیست**. تهران: انتشارات کیان، چاپ اول.
- روزنامه همشهری (۱۳۸۱). **حاشیه زندگی، ازدواج و طلاق، بخش جهان زندگی**، تاریخ ۱۳۸۱/۱۰/۱۲.
- ستوده، هدایت (۱۳۸۵). **آسیب های اجتماعی**. تهران: انتشارات آوای نور، چاپ هفدهم.
- شاکرمی، عبدالحسین (۱۳۸۶). **درمان اعتیاد به مواد مخدر طبیعی و صنعتی**. تهران: انتشارات ژیان، چاپ اول.
- صدیق سروستانی، رحمت الله (۱۳۸۳). **آسیب شناسی اجتماعی جامعه انحرافات اجتماعی**. تهران: انتشارات آن، چاپ اول.
- غنجی، علی (۱۳۸۶). **کلیات مواد مخدر**. تهران: انتشارات معاونت آموزشی ناجا، چاپ اول.
- فرجاد، محمد حسین (۱۳۷۵). **آسیب شناسی اجتماعی و جامعه شناسی انحرافات**. تهران: چاپ کامران، چاپ هفتم.
- قاسمی روشن، ابراهیم (۱۳۸۲). **از اعتیاد زنان تا نابسامانی خانواده**. فصلنامه کتاب زنان، شماره ۲۲.
- کاکویی، عیسی (۱۳۸۵). **گامی در شناخت مواد مخدر و روانگردان**. تهران: انتشارات دانشگاه علوم انتظامی، چاپ اول.
- کتاب سال ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۸۷). تهران: نشر دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر،
- گیدنز، آنتونی (۱۳۷۴). **جامعه شناسی**. ترجمه منوچهر صبوری. تهران: نشر نی، چاپ دوم.
- مساواتی آذر، مجید (۱۳۸۳). **آسیب شناسی اجتماعی ایران**. تبریز: انتشارات نوبل، چاپ دوم.
- ممتاز، فریده (۱۳۸۱). **انحرافات اجتماعی نظریه ها و دیدگاهها**. تهران: نشر شرکت سهامی انتشار، چاپ اول.
- میرعلی، هادی (۱۳۸۴). **علل و عوامل گرایش به اعتیاد در نوجوانان و جوانان**. تهران: انتشارات امید مهر، چاپ اول.
- میری آشتیانی، الهام (۱۳۸۵). **جامعه شناسی اعتیاد**. تهران: نشر دید آور، چاپ اول.
- 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.
- Davis, Tania, ph.d, Kelly m. carpenter (2002). *women in addictions treatment: comparing va and community samples. Journal of substance abuse treatment*, p 41-48.
- Grange, gilles and christophe vayssiere, anne borgne (2005). *description of tobacco addiction in pregnant women. European journal of obstetrics gynecology*, p 146- 151.
- Haight, wendy and Janet d. carter-black, Kathryn sheridan, *mothers experience of methamphetamine addiction: A case – based analysis of rural, Midwestern women, journal children and yduth services review*, p.71-77.