



بررسی عوامل مؤثر اجتماعی و روانی در معتادان ندامتگاه شهرستان تبریز در سال ۱۳۷۵

دکتر ایوب سهرابی^۱، دکتر نصرت اله پورافکاری^۲، دکتر احد رازی^۳، مهران سهرابی^۴، مهرناز سهرابی^۵

چکیده

پیش زمینه و هدف: اعتیاد یکی از بحران‌های امروزی جهان است. متأسفانه بعد از دهه ۵۰ به علت افزایش حجم جمعیت کشورمان از یک طرف و بحران‌های اجتماعی حاصل از تنش‌ها از طرف دیگر باعث شده هم تعداد معتادان بیشتر شده و هم سن شروع و کیفیت جرم ناشی از اعتیاد آورده تغییرات غیرمنتظره‌ای در جامعه به وجود آورد. این تغییرات نگرانی خانواده‌ها و مسئولان جامعه را موجب گردیده است. لذا به منظور کمک در حل این معضل اجتماعی طرح تحقیقاتی تحت عنوان، بررسی جنبه‌های روانی و اجتماعی معتادان در ندامتگاه شهرستان تبریز به اجرا درآمد.

مواد و روش: جمع آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه، مصاحبه و معاینه بالینی بود. و تعداد گروه شاهد مساوی تعداد مورد ۲۰۰ نفر است که از مراجعه کنندگان معمولی بیمارستان‌های دانشگاه می‌باشند و تست آماری مورد استفاده (کای دو) است و سطح معنی دار $p < 0/05$ تلقی شده است.

یافته‌ها: نشان می‌دهد از ۲۰۰ نفر معتاد زندانی ۶۱/۵ درصد زیر ۲۵ سالگی و ۱۲ درصد زیر ۱۸ سالگی است. در صورتی که قبل از دهه پنجاه ۸۰ درصد معتادان بالای ۴۰ سالگی بودند. از طرفی قبل از دهه پنجاه ۸۰ درصد معتادان وابسته به تریاک و فقط ۲۰ درصد معتاد به هروئین بودند در مطالعه حاضر ۶۰ درصد معتاد به هروئین و ۳۳ درصد معتاد به تریاک بوده است. هشتاد و دو درصد از ۲۰۰ نفر معتاد اظهار داشتند انگیزه شروع در وهله اول کنجکاو و در مراحل بعدی مشکلات روانی، فشارهای زندگی، بیکاری بوده است همچنین ۲۷ درصد معتادان مورد مطالعه ما فاقد خانواده سالم بودند و یکی از ناهنجارهایی که در بین معتادان و گروه شاهد معنی دار بود شیوع خودکشی در بین معتادان بود که ۳۸ درصد آنها اقدام به خودکشی ناموفق داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری: در آزمون هوش نیز همبستگی واضحی بین اعتیاد و عقب‌ماندگی ذهنی مشاهده گردید که با معاینه بالینی همخوانی نداشته است. شاید دلیل آن وجود حالت تشویش، افسردگی و خماری معتادان بوده است. این بررسی نشان می‌دهد ریشه آسیب‌های اجتماعی مثل اعتیاد و ... در بطن روابط خانوادگی و بسترهای نامناسب مانند دوست بد، محرومیت‌ها و عدم وجود سازگارهای اجتماعی برای جوانان نهفته است.

کل واژگان: زندان، معتاد، روانی - اجتماعی

مجله پزشکی ارومیه، سال چهاردهم، شماره اول، ص ۷-۱، بهار ۱۳۸۲

آدرس مکاتبه: دانشکده بهداشت و تغذیه، گروه بهداشت عمومی، دکتر ایوب سهرابی

۱- استادیار گروه بهداشت، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۲- استاد گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۳- استاد گروه پزشکی قانونی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۴- دانشجوی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۵- دانشجوی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

* نویسنده مسئول ایوب سهرابی

مقدمه

در زمینه مصرف غیرپزشکی و غیر موجه مواد روانگردان اصطلاحات گوناگونی در دهه‌های اخیر مورد استفاده قرار گرفته اند که مفهوم آنها از نظر فنی تفاوت هائی دارد، بین این اصطلاحات حداقل می توان در اعتیاد^۱ وابستگی^۲ سوء مصرف^۳ استفاده نابجا^۴ و عادات^۵ نام برد(۱).

در این پژوهش اصطلاح مورد نظر ما اعتیاد است که به سه ویژگی مهم شامل وابستگی جسمانی با فیزیولوژیک، وابستگی روانی و تحمل دارویی مشخص است. وابستگی جسمی با بروز اختلالات شدید فیزیولوژیکی در پی قطع دارو ظاهر می شود. وابستگی روانی با میل شدید و مستمر یا متناوب برای مصرف دارو به منظور جلوگیری از خماری یا ناراحتی مشخص است. تحمل دارویی نیز به نیاز شخص برای مقادیر فزاینده یک ماده روانگردان به منظور کسب آثار مورد نظر خود اطلاق می شود. در بین ویژگی‌های فوق وابستگی روانی از همه مهمتر است علت برگشت اعتیاد در کسانی که بارها اقدام به ترک مواد مخدر کرده باز به سوی آن برمی گردند همین پدیده است. اعتیاد سابقه چندین هزار ساله دارد اما فقط چند دهه اخیر منبع عمده نگرانی مردم و مسئولین گردیده است. مردم نگران اعتیادند چون سرنوشت معتاد را دیده و یا شنیده اند و مسئولین نگرانند چون اعتیاد جامعه را به تباهی و انحطاط می کشاند(۲). در حال حاضر بحران مواد مخدر در کنار سه بحران دیگر یعنی بحران نابودی محیط زیست، بحران تهدید اتمی و بحران فقر، مسئله جهانی روز شده است(۳). در کشور ما نیز آمار رسمی معتادان را یک میلیون و دویست هزار نفر برآورد کرده اند اما آمارهای غیررسمی تعداد معتادان را ۶ میلیون نفر تخمین زده اند(۴).

افزایش روند اعتیاد در کشورمان در مقایسه با سال‌های قبل سرعت بیشتری را از خود نشان می‌دهد. مثلا تعداد دانش آموزان معتاد در سال ۱۳۷۶، ۴۱۳۰۶ نفر در صورتی که این رقم در سال ۱۳۷۷ یک سال بعد به ۸۷۵۰۰ نفر یعنی به دو برابر افزایش یافته است(۵). از سال ۱۳۵۸ در کشورمان نه تنها تعداد معتادان و قاچاقچیان به دو برابر افزوده گردید بلکه ترکیب جرمی و سنی نیز تغییر یافته است. به طوری که در سال ۱۳۶۰ فقط ۴۷/۲ درصد زندانیان کل کشور از پنج جرم (مواد، قتل، ضرب و جرح، اعمال منافی عفت) جرم مربوط به مواد مخدر داشتند. در حالی که در سال ۱۳۶۶ به ۶۳/۱ درصد افزایش یافته است(۶). یکی از مشکلات جدید اعتیاد در کشورمان جوانی و سن شروع اعتیاد است. قبل از سال ۱۳۵۷ سن شروع ۴۹ درصد معتادان کشور بین ۲۰-۳۰ سالگی بوده است اما بین سال‌های ۱۳۵۷-۱۳۶۰ بیش از ۴۴ درصد معتادان شروع اعتیاد را زیر ۲۰ سالگی و ۴۷ درصد شروع اعتیاد را بین ۲۵-۲۰ سالگی اعلام داشته‌اند(۷). بر اساس آمار سال ۱۳۷۳ خسارت‌های ناشی از مصرف مواد و قاچاق در ایران سالیانه بالغ بر ۴۸۰ میلیارد تومان محاسبه شده که با توجه به افزایش نرخ تورم این رقم در حال حاضر معادل ۷۰۰ میلیارد تومان در سال تخمین زده می‌شود(۸). خسارت‌های اقتصادی و اجتماعی اشاره شده در این مقدمه و آسیب‌های اجتماعی بیان نشده ناشی از اعتیاد، مسئولین کشور را بر آن داشت تا دانشگاه‌ها و موسسات تحقیقی را به یک خیزش ملی جهت کاهش بحران اعتیاد در کشور تشویق نمایند. لذا بر مبنای این پیشنهاد مدیران طرح مزبور با شرکت اساتید صاحب نظر، طرح تحقیقاتی تحت عنوان، بررسی عوامل اجتماعی و روانی موثر در ایجاد اعتیاد در بین زندانیان تبریز، را طرح ریزی کردند تا با شناخت انگیزه‌های فردی، اجتماعی، روانی موثر در بروز و شیوع اعتیاد بتوانند به خانواده، جامعه و مسئولان مربوطه را در امر مبارزه و حذف روند رو به رشد بحران اعتیاد کمک نمایند.

1. Addiction
2. Dependence
3. Misuse
4. Abuse
5. Habituation

مواد و روش

چون محل اصلی این مطالعه ندامتگاه شهرستان تبریز بود لذا اول با مسئولان انتظامی و دادگستری هماهنگی‌های لازم بعمل آورده شد. سپس به منظور آشنایی با مسائل بهداشتی، اجتماعی ندامتگاه در فعالیت‌های ورزشی، ناهارخوری، قدم زدن در حیاط بندها با زندانیان مصاحبه‌هایی داشتیم و در ضمن این گفتگوها به منظور جلب اعتماد، تصمیم گرفته شد در کنار کارهای تحقیقی خدمات درمانی، آموزشی و بهداشتی نیز ارائه شود تا ارتباط دو طرفه با زندانیان برقرار شود.

پرسشنامه‌ای که به منظور رسیدن به هدف تدوین شد دو نوع بود نوع اول مربوط به جنبه‌های فرهنگی اجتماعی معنادان و نوع دوم مربوط به جنبه‌های هوشی و شخصیتی معنادان. که هر دو پرسشنامه هم برای ۲۰۰ نفر معناد و هم برای ۲۰۰ نفر گروه شاهد که مراجعه‌کنان معمولی بیمارستانها بودند تکمیل گردید. تکمیل پرسشنامه‌ها هر هفته دو بار و بمدت ۴ ماه در دفتر بهداری زندان به صورت انفرادی انجام می‌گرفت. اما تکمیل پرسشنامه‌ها به چند علت با مشکل روبه‌رو بود. چون اکثر معنادان برای گریز از مجازات در بازپرسی‌ها خلاف واقعیت را بازگو می‌کنند در نتیجه به‌رغم اطمینان دادن به زندانیان در دادن اطلاعات درست و دقیق مردد هستند زیرا استراحت که یک پدیده شناخته شده است معنادان برای گریز از مجازات سعی دارند گناه اعتیاد را به گردن دیگران بیندازند و از طرفی وجود حالت تشویش و افسردگی و عدم علاقه مانعی برای پاسخگویی دقیق می‌باشد.

نتایج

جدول ۱ نشان می‌دهد از ۲۰۰ نفر معناد ندامتگاه ۴۰/۵ درصد فاقد علائم اختلال هستند اما ۳۶ درصد سابقه روان‌نژندی و ۱۰/۵ درصد سابقه اختلال شخصیتی و ۸ درصد نیز سابقه روان‌پریشی داشته اند کج بیشترین علائم شخصیتی در بین نوروها که مربوط به فراوانی صفات افسردگی با ۷۰/۸ درصد و کمترین

فراوانی مربوط به صفات هیپوکندریاک با ۲/۷ درصد می‌باشد. در آزمون هوش نیز بیش از نصف یعنی ۵۴ درصد از بهره هوشی کمتر از ۷۰ و ۴/۵ درصد بین ۱۳۰-۱۱۰ و ۱ درصد از بهره هوشی ۱۳۰ به بالا برخوردار بودند. نتایج آزمون هوشی همبستگی واضحی بین اعتیاد و عقب ماندگی ذهنی را نشان می‌دهد. اما به نظر می‌رسد آزمون هوشی به عمل آمده هوش واقعی معنادان را نشان نمی‌دهد چون وجود حالت تشویش، عدم علاقه به تکمیل آزمون در نتایج آزمون‌ها بی‌تاثیر نبوده است. به نظر محققان همبستگی مشهود بین IQ پایین ۵۴ درصد از معنادین به اعتیاد در درجه اول حاصل بی‌تفاوتی آنها نسبت به تکمیل علاقه مندانه و صادقانه آزمون بوده است نه نتیجه هوش پایین آنان. در واقع ما ضمن مطالعه با انبوهی از افراد کم هوش در محیط زندان مواجه نشدیم.

جدول ۳ انگیزه معنادان را تعیین می‌نماید که در بین همه انگیزه‌های مورد پرسش کنجکاوی با ۳۳ درصد بیشترین و مشکلات روانی مانند رفتاری‌های خانوادگی، اختلافات والدین، عقده‌های تحقیر و شکست ۲۹ درصد و لذت جوئی با ۲۱ درصد به ترتیب بالاترین انگیزه‌های گرایش به اعتیاد بوده و مشکلات جسمانی با ۱۲ درصد و مرگ عزیزان ۳ درصد به ترتیب کمترین انگیزه اعتیاد میباشد.

محققین بر این باورند که احتمال گرایش به اعتیاد در بین افراد جامعه سستیز^۱ و کسانی که بعلت مرگ والدین و یا طلاق خانواده آنها گسیخته گردید به نسبت بالاست در این مطالعه در مقایسه گروه شاهد و گروه مورد، ۶ درصد معنادان و ۱/۵ درصد گروه شاهد محصول خانواده‌های گسیخته بودند. ضمناً ۲۱ درصد گروه مورد در هنگام شروع اعتیاد یکی از والدین خود را بعلت فوت از دست داده بودند. ضمناً ۲۱ درصد گروه مورد در هنگام شروع اعتیاد یکی از والدین خود را بعلت فوت از دست داده بودند. از تفاوت‌های فاحشی که بین گروه شاهد و

1. Psychopathic

جدول ۱، توزیع علائم شخصیتی، حالات روانی معنادان و ضریب هوشی معنادان زندان تبریز ۱۳۷۸

علائم شخصیتی	تعداد	درصد	حالات روانی معنادان	تعداد	درصد	ضریب هوشی	تعداد	درصد
صفات وسواسی	۵	۶/۹۴	فقدان اختلال	۸۱	۴۰/۵	کمتر از ۷۰	۱۰۸	۵۴
صفات هیپوکندریاک	۲	۲/۷۷	سابقه پسیکوز	۱۶	۸	۷۰-۸۹	۵۲	۲۸
صفات افسردگی	۵۱	۷۰/۸۳	نوروز	۷۲	۳۶	۹۰-۱۰۹	۱۵	۷/۵
سایر انواع	۲۴	۹/۷۲	اختلال شخصیتی	۲۱	۱۰/۵	۱۱۰-۱۲۹	۹	۴/۵
-	-	-	نامشخص	۱۰	۵	بالا تر از ۱۳۰	۲	۱
-	-	-	-	-	-	همکاری نداشتند	۱۴	۷
جمع	۷۲	۱۰۰	جمع	۱۰۰	۱۰۰	جمع	۲۰۰	۱۰۰

جدول ۲، توزیع فراوانی سن شروع اعتیاد و عاملین موثر در معنادان ندامتگاه تبریز ۱۳۷۵

سن شروع اعتیاد	تعداد	درصد	عاملین اعتیاد	تعداد	درصد
تا ۱۸ سالگی	۲۴	۱۲	دوست	۱۶۴	۸۲
۱۸-۲۵	۹۹	۴۹/۵	اعضاء خانواده	۱۰	۵
۲۵-۳۵	۴۷	۲۳/۵	اقوام	۲	۱
۳۵ به بالا	۳۰	۱۵	دیگران	۲۴	۱۲
جمع	۲۰۰	۱۰۰	جمع	۲۰۰	۱۰۰

جدول ۳، توزیع فراوانی نسبی انگیزه‌های معنادان در ندامتگاه شهرستان تبریز سال ۱۳۷۵

انگیزه	تعداد	درصد
کنجکاوی	۶۴	۳۲
لذت جوئی	۴۲	۲۱
مشکلات جسمانی و جنسی	۲۴	۱۲
مرگ عزیزان	۶	۳
مشکلات روانی	۵۸	۲۹
عوامل دیگر	۶	۳
جمع	۲۰۰	۱۰۰

مورد در این بررسی قابل بررسی است شیوع خودکشی، جرائم، انحراف جنسی و قتل گروه مورد نسبت به گروه شاهد است بطوریکه ۳۰ نفر از ۲۰۰ معتاد به جرم قتل نیز گرفتار بودند. نوع اعتیاد در گروه مورد به ترتیب ۶۰ درصد به هروئین ۳۴ درصد تریاک و ۷ درصد حشیش بوده است.

بحث

آنچه مسلم است اعتیاد معلول جمیع عواملی است که زمینه را برای حصول آن فراهم می کند و تک تک عوامل در اکثر موارد، هر چند پارز و قوی، منجر به اعتیاد نمی گردد. مثلاً هر چند دسترسی به مواد مخدر یکی از عوامل تسهیل کننده شمرده می شود، بدون شک بسیاری از کسانی که دسترسی آسان و همیشگی به این مواد دارند دچار اعتیاد نمی گردند یا هر چند سوء مصرف دارو یکی از خصوصیات مبتلایان به اختلال شخصیت ضداجتماعی است در بسیاری از این افراد سوء مصرف دارو به حد، "اعتیاد" نمی رسد. از بین عوامل متعددی که در مورد آنها تحقیق به عمل آمد این نکته قابل ذکر است که جلب همکاری زندانیان معتاد برای جواب دادن به پرسشنامه مشکل است زیرا اکثر آنها به علت افسردگی و عدم علاقه به پر کردن پرسشنامه بعضی از نتایج آزمون های روانی سوال برانگیز است مثلاً در آزمون های جدول یک در آزمون هوش به عمل آمده همبستگی نسبتاً واضحی بین اعتیاد و عقب ماندگی ذهنی مشاهده گردید که به نظر می رسد این همبستگی نشان دهنده بهره هوشی و یا شخصیتی واقعی نباشد چون معاینه بالینی با بهره هوشی حاصل از آزمون ها هماهنگی آشکار نداشت شاید دلیل عدم هماهنگی معاینه بالینی با نتایج آزمون هوشی وجود حالت تشویش و افسردگی و خماری معتادان باشد (۹). در جدول شماره یک ۴۰/۵ درصد معتادان فاقد علائم اختلال شخصیتی هستند در مطالعه دکتر احمدغنی زاده در دانشگاه شیراز از ۳۶۰ معتاد ۳۵/۶ درصد دارای ویژگی های شخصیتی طبیعی بودند و ویژگی های نابهنجار به ترتیب جامعه ستیز طبقه بندی نشده ۲۳/۱ درصد، جامعه ستیزهای افسرده ۱۵ درصد جامعه ستیز،

اسکیزوئید ۱۰ درصد و جامعه ستیز اولیه ۱/۴ درصد بود (۱۰). در مطالعه ما ۶/۹ درصد از اختلال شخصیت ها صفات و سواسی و ۲/۷ درصد صفات خود بیمار انگاری^۱ و ۷۰/۸ درصد صفات افسردگی داشته اند. مطالعه توسط استامال^۲ در سال ۱۹۹۲ نشان داد که شخصیت ضد اجتماعی یک عامل خطر ساز برای تمام انواع سوء مصرف دارد (۱۱). در مطالعات امروزی بیش از تمام صفات شخصیتی روی صفات شخصیتی ضد اجتماعی تاکید کرده اند اختلال شخصیت مرزی نیز جزو شخصیت های آسیب پذیر برای اعتیاد است (۱۲). اعتیاد پدیده ای که با بیکاری، شهرنشینی، جوانان و افزایش جمعیت ارتباط مستقیم دارد و متأسفانه در کشور ما نیز بعد از سال های ۱۳۵۵ به علت عدم حمایت از سیاست های تنظیم خانواده متولدین دهه شصت بیشترین حجم جمعیت کشور ما را تشکیل می دهند و امروزه حجم سنین ۲۰-۱۵ کشورمان به اندازه سه برابر حجم جمعیت جوان سال های دهه پنجاه است (۱۳). و این افزایش جمعیت باعث تفاوت های محسوس در گسترش اعتیاد در بین جوانان کشورمان گردیده است به طوری که در دهه های ۴۰ اکثریت معتادان کشور بالای ۴۰ سال گزارش شده اند در حالی که در سال ۱۳۶۳، ۴۴ درصد کسانی که در حوزه شهری در رابطه با مواد مخدر دستگیر شده اند در سنین ۳۰-۱۹ سالگی قرار داشتند و این رقم در سال ۱۳۶۵ به ۵۳ درصد و در شش ماه اول سال ۱۳۶۶ به ۵۴ درصد رسیده است (۱۴) در مطالعه ما نیز ۶۱/۵ درصد معتادان زیر ۲۵ سالگی و ۱۲ درصد نیز زیر ۱۸ سالگی است در مطالعه دکتر فاطمه محبوبیان آمده است سن معتادان از سال ۱۳۵۸ بطور مداوم کاهش یافته و در سال ۱۳۶۰، ۴۴ درصد معتادین زیر ۲۰ سالگی بودند در همین مطالعه گزارش گردیده قبل از دهه پنجاه ۲۰ درصد معتاد به هروئین و ۸۰ درصد معتاد به تریاک بودند اما بعد از سال های ۱۳۶۰ اعتیاد به هروئین بین ۹۰-

1. Hypochondriacal
2. Stabemall

تخلقات را به‌طور خفیف داشته باشند اما کانون خانوادگی محکم باشد در صورت پیش آمدن شرایط ارتکاب جرم از آن احتراز می‌جویند در کتاب پژوهشی نو در مواد مخدر تألیف عباس عبدی آمده است ۸۵ درصد مردانی که پس از ازدواج به اعتیاد کشیده شده‌اند بواسطه داشتن همسر نامناسب و یا همسرانیکه توقع آنان را در حد انتظار برنیاورده‌اند.

در بررسی یکی از پژوهشگران در مورد طلاق آشکار شده که ۵۰ درصد جرائم مربوط به فرزندان خانواده‌های گسیخته است و در پاسخ یازده عامل موثر در ایجاد طلاق، مطلقه‌ها اعتیاد همسر را از مهمترین عوامل ذکر کرده‌اند (۱۶). اثرات جرم زانی اعتیادها بر روی طلاق، تبهکاری فرزندان و انحراف شوهران مورد تأیید دانشمندان جرم شناس می‌باشد مقایسه آماری نشان می‌دهد که همبستگی واضحی بین اعتیاد، طلاق و تبهکاری وجود دارد (۱۷). یکی از رفتارهای نا به‌هنجاری که جوامع بشری باصطلاح مدرن امروزی به افراد جامعه‌القاء می‌نماید خودکشی است که در بین معتادان شیوع دارد در بررسی که در پزشکی قانونی شهرستان تبریز توسط یکی از پژوهشگران و همکاران در دانشگاه علوم پزشکی تبریز به‌عمل آمد نشان داد که اوج خودکشی بین سن ۲۰-۳۰ سالگی است که در این سن اختلافات خانواده نوپا، عدم آگاهی قبل از ازدواج و عدم انعطاف‌پذیری موجب خودکشی می‌گردد (۷). در مطالعه ما نیز از ۲۰۰ نفر معتاد ۳۸ درصد سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند یعنی ۱/۴ از معتادان اقدام به خودکشی ناموفق داشته‌اند.

پیشنهادات

آنچه از نتایج این بررسی برمی‌آید این است که اولاً ریشه اکثریت آسیب‌های اجتماعی مثل اعتیاد، طلاق، بیماریهای روانی و ... در بطن نهاد خانواده نهفته است. ثانیاً بسترهای نامناسب مانند انتخاب دوست، کنجکاوی، محرومیت‌ها و تربیت اجتماعی در ظهور اعتیاد و دیگر آسیب‌ها نقش اساسی دارند.

۷۰ درصد افزایش یافته است (۱۵). در مطالعه ما در تبریز ۶۰ درصد به هروئین، ۳۳ درصد تریاک و ۷ درصد به حشیش اعتیاد داشتند یکی از علل مهم گرایش به هروئین در بین جوانان آسانی مصرف است که مثل تریاک نیازی به تهیه وسایل اولیه ندارد. ثانیاً سرعت تأثیر هروئین نسبت به تریاک بیشتر بوده و به‌سرعت ایجاد تغییرات حسی می‌نماید ثالثاً مسئله توزیع مواد مخدر نسبت به تریاک سازمان یافته‌تر است. رابعاً توزیع کنندگان هروئین از لحاظ سنی نسبت به توزیع کنندگان تریاک هم سن و سال بوده امکان شبهه و ظن والدین و مامورین انتظامی را کمتر می‌انگیزد. بدان جهت نیز بیش از ۸۲ درصد معتادان زندانی در تبریز اظهار داشتند که اولین بار توسط دوست صمیمی اعتیاد را شروع کرده‌اند. کاهش سن شروع و وسیله گرایش به اعتیاد (دوست) دو عامل مهم در بحران اعتیاد بوده که همکاری بیشتر آموزش و پرورش و خانواده را می‌طلبد.

افزایش حجم جمعیت جوانان از یک طرف و کاهش سن از طرف دیگر زمینه را به انگیزه‌های فراوان منجمله کنجکاوی فراهم می‌نماید و در مطالعه ما انگیزه کنجکاوی با ۳۳ درصد بیشترین انگیزه برای اعتیاد بیان شده است مسلم است هر قدر سن کاهش می‌یابد این نیاز بیشتر خودنمائی کرده و به‌صورت یک عادت عمومی در می‌آید. از نقطه نظر تربیتی کنجکاوی مهمترین وسیله برای ارتقاء آموزش و یادگیری می‌باشد که متأسفانه در جوانان کشورمان تبدیل به تار عنکبوتی گردیده که خود را گرفتار می‌نماید دومین انگیزه در مطالعه ما مربوط به مشکلات روانی است که ۲۹ درصد معتادان ناراحتی روانی ناشی از فشارهای زندگی را علت اعتیاد ذکر کرده‌اند. محققان اعتقاد دارند احتمال گرایش به اعتیاد در بین افراد سایکوپات بیشتر از سایر طبقات است چون این جوانان علاوه از مشکلات روانی با مشکلات اجتماعی منجمله اختلالات خانوادگی، بیکاری و ... مواجه هستند که زمینه را برای اعتیاد فراهم می‌نماید چون هر قدر کانون خانوادگی گرم‌تر و صمیمی‌تر باشد از جرم زانی جلوگیری می‌نماید و حتی کسانی که زمینه و آمادگی جرائم و

قدردانی و یاد نیک

در انجام آزمون های روان سنجی این پژوهش شادروان دکتر سعید شهرآرا، استادیار فقید گروه روانپزشکی نهایت همیاری را به عمل آورده بودند. یادشان را گرامی می داریم و از خدای بزرگ برایشان طلب رحمت و مغفرت می کنیم.

منابع

- ۱- پورافکاری نصرالله: مجموعه مقالات سمینار بررسی مسائل مربوط به اعتیاد جوانان ۲۷-۲۸ تیرماه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۱۳۷۷. ص ۱۰.
- ۲- رازی ا، سهرابی ا: مطالعه رابطه اعتیاد و مواد مخدر و جرائم در زندان تبریز. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۱۳۷۷، شماره ۳۲؛ ص ۸۰-۸۱.
3. Birley J L T: Drugs and Crime, in drug scenes. Royal college of psychiatrists, Gaskell, 1987, 204-205.
- ۴- فرخی ف: زنان و دختران هروئینی. مجله حقوق زنان، ۱۳۷۸، شماره ۱۱؛ ص ۵.
- ۵- دژکام م، علیمزادی ع: بررسی نیمرخ قاچاقچیان مواد مخدر، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. همایش ترک اعتیاد، ۱۳۷۸. ص ۷.
- ۶- عبدی ع: آسیب شناسی اجتماعی، چاپ اول، انتشارات کوثر ۱۳۷۱ ص ۱۳-۱۵.
- ۷- محویان ف: اپیدمیولوژی اعتیاد و عوامل موثر بر آن، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، مقالات همایش ترک اعتیاد، ۱۳۷۸، ص ۳.
- ۸- فرخی ف: زنان و دختران هروئینی، مجله حقوق زنان، ۱۳۷۸، شماره ۱۱، ص ۲۰.
9. Perry C, Vailant G: Durg abuse and antisocial personality disorder, William, Wilkins:1989, 1376.
- ۱۰- غنی زاده ا: ویژگی های شخصیتی ۳۶۰ معتاد در شیراز، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، مقالات همایش اعتیاد. ۱۳۷۸ ص ۴۴.
- ۱۱- مادللی، گلیدر، درسامه روانپزشکی آکسفورد، ترجمه پورافکاری ن، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۱۳۷۶، جلد ۲، ص ۶۳.
12. Winstock A: Drug and alcohol, In core psychiatry, (edi) padraig wright. Julian stern, London, saunders, 1989.
- ۱۳- سهرابی ا، صادقی شجاع ح، نیک نیاز ع: مقایسه آگاهی، نگرش و عملکرد زنان ۴۹-۱۵ ساله نسبت به تنظیم خانواده در سال ۷۲-۱۳۵۶. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۱۳۷۳، شماره ۲۱، ص ۷۲.
- ۱۴- حسینی ق: پژوهشی نو در مواد مخدر و اعتیاد، چاپ اول، سپهر ۱۳۶۹. ص ۱۵۹.
- ۱۵- سهرابی ا: بررسی طلاق در بهداشت روانی و بکارگیری آن در P.H.C، مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۱۳۶۹، شماره ۱۰، ص ۴۵-۵۵.
- 16 - Zinberg N and Pobertson J: Drug Related crimes: in Drugs and the public, New York Simon and schucter, 1972: 204-8.
- ۱۷- رازی ا، سهرابی ا: بررسی خودکشی در پزشکی قانونی شهرستان تبریز. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۱۳۶۹، شماره ۱۰، ص ۳۱-۱۳.