

بررسی تاثیر ابعاد سلامت برگرایش زنان تهرانی به ماده متامفتامین

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۹/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۲۲

از صفحه ۱۰۷ تا ۱۳۳

حامد طیرانی^۱

چکیده:

زمینه و هدف: این پژوهش بررسی تاثیر ابعاد سلامت عمومی و اجتماعی بر گرایش زنان تهرانی به ماده متامفتامین با استفاده از روش نمونه گیری چند مرحله ای خوشه ای و استفاده از روش های آمار توصیفی و استنباطی محاسبه شده است. **روش:** پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش توصیفی-تحلیلی و روش اجرای پژوهش پیمایشی است. برای سنجش ابعاد سلامت و گرایش به اعتیاد از ابزار پرسش نامه در سه نوع استاندارد؛ سلامت اجتماعی کیز، سلامت عمومی (GHQ) و پرسشنامه اعتیاد زرگر استفاده شده است. جامعه آماری این تحقیق را تمامی زنان ساکن تهران تشکیل می دهند. **یافته ها:** نتایج این تحقیق نشان داد که هرچه سلامت در بین زنان بیشتر باشد گرایش به مواد مخدر صنعتی و به طور اخص ماده متامفتامین کمتر و هرچه ناسلامتی بیشتر باشد گرایش به ماده متامفتامین بیشتر است. همچنین تاثیر عوامل زمینه ای به وسیله آزمون تی دو نمونه ای بررسی که بین عواملی از قبیل: میزان سن، تحصیلات، شغل، درآمد و تاهل شرکت کنندگان و گرایش به اعتیاد به وجود روابط معنادار منتج گردید. **نتیجه گیری:** و در نهایت، نتایج این تحقیق نشان داد که گرایش به اعتیاد در زنان و به صورت ویژه در کلان شهری مانند تهران به طور فزاینده ای در حال تبدیل به یک اپیدمی بوده و نیاز به توجه بیشتر محققین، مسئولین و تشکل های مردمی از کوچکترین و ابتدایی ترین آنها یعنی خانواده گرفته تا سیاست گذاری هایی که در بعد کلان جامعه می بایست اتخاذ گردد.

کلید واژه ها: سلامت، ابعاد سلامت، زنان تهرانی، مصرف مواد مخدر، مواد مخدر صنعتی، متامفتامین.

مقدمه:

استفاده از مواد مخدر، معضل بزرگ بسیاری از جوامع بشری می باشد که علاوه بر اختلالات رفتاری و اجتماعی، بر جنبه های مختلف سلامت تاثیر گذاشته و خسارت مالی هنگفتی را به فرد، جامعه و خانواده وارد می کند. در حال حاضر الگوی مصرف مواد در سراسر دنیا در حال تغییر است، بدین معنی که مصرف مواد سنتی مانند تریاک با مصرف مواد مخدر صنعتی جدید از جمله متامفتامین جایگزین شده است. به طوری که محرک های نوع آمفتامین و متامفتامین با میزان مصرف حدود ۳۸ میلیون نفر در جهان بعد از حشیش در مقام دوم دنیا قرار دارند (بامداد و همکاران، ۱۳۹۲).

تعریف اعتیاد در دهه های اخیر دچار تغییرات اساسی از دید علمی و جامعه شده است. معرفی اعتیاد و سبب شناسی آن به زبان ساده برای بیماران و خانواده هایشان می تواند گام مهمی در تسهیل فرآیند درمان اعتیاد باشد. مصرف کنندگان مواد در طیفی از چگونگی مصرف قرار می گیرند که با توجه به شرایط و تقسیم بندی های مختلف، اسامی گوناگون ولی با مضامین کم و بیش مشابه دارند (رادفرد، ۱۳۸۸: ۸۷).

اعتیاد زنان به مواد مخدر تنها به خود زن و خانواده ی وی بر نمی گردد، بلکه ضربات سنگینی را بر پیکر جامعه تحمیل می نماید. نتایج نشان می دهد عواملی چون ناکامی، آنومی، همنشینی، تعهد، عوامل خانوادگی، پایگاه اقتصادی-اجتماعی نقش مهمی در مصرف مواد مخدر زنان داشته است. سن، همبستگی معنی داری با مواد مخدر ندارد. از بین کلیه عوامل بررسی شده نقش عوامل خانوادگی از همه بیشتر بوده که این امر نشان دهنده اهمیت خانواده در زندگی افراد می باشد. انسانها در فراز و نشیبهای تاریخ همیشه از دردها و آسیب های اجتماعی بسیار رنج برده اند و همواره در جستجوی یافتن علت و انگیزه های آنها بوده اند تا راه ها و روشهای پیشگیری و درمان آنها را بیابند از جمله این آسیب های اجتماعی می توان اعتیاد را نام برد. (برادی، ترجمه عسگری ۱۳۹۳: ۱۹)

زنان جامعه نیز به عنوان نیمی از جمعیت کشور به صورت بالقوه در معرض ابتلا به اعتیاد مواد مخدر بوده اند، هرچند براساس شواهد، اعتیاد عمدتاً مسئله ای مردانه تلقی شده است و دامنه شیوع و گسترش مواد مخدر همواره و در همه جوامع بیشتر دامن گیر مردان بوده است (نارنجی ها و همکاران، ۱۳۸۶)، اما به نظر می رسد در طول سال های اخیر دامنه آسیب های ناشی از مصرف مواد مخدر با وسعت بیشتری در میان جمعیت زنان کشور گسترش یافته است.

در چنین شرایطی، با توجه به بسترها و عوامل متمایز گرایش زنان به مصرف مواد مخدر، به نظر می‌رسد مطالعه این مقوله نیازمند توجه ویژه به زمینه‌ها و علل و عواملی است که به‌طور خاص زنان را در معرض ابتلا به این آسیب قرار می‌دهد.

در تحقیق حاضر قصد بر آن است که علاوه بر تعریف اعتیاد، روان‌گردانی که از آن به عنوان مخدری جدید یاد می‌شود اشاره و تعریف گردد، نحوه استفاده، اثرات آنی خطرات، عوارض و نشانگان هر یک مطرح گردد. ولی بحث اصلی دلایل گرایش زنان به مواد مخدر صنعتی بالاخص ماده متامفتامین از زوایای مختلف سلامت است (همان: ۴).

به نظر می‌رسد به علت مسایل فرهنگی جامعه و کمبود مراکز نگهداری و ترک اعتیاد زنان، تعداد معتادین زن بیش از آمار رسمی اعلامی از طریق مبادی ذیربط بوده است. از این رو مسئله اساسی این تحقیق آن است که ابعاد سلامت بر گرایش زنان تهرانی به ماده متامفتامین کدامند؟ به عبارت دقیق‌تر سهم ابعاد سلامت در گرایش زنان تهرانی به مصرف مواد مخدر تا چه اندازه است؟

واضح است که ابعاد سلامت شامل هفت بعد: فیزیکی، ذهنی، عاطفی، محیط زندگی، اجتماعی، معنوی و شغلی می‌باشد. اما بدلیل گستره ابعاد مطرح شده و حجم بالای پژوهش در این حوزه، همچنین هم پوشانی برخی از ابعاد که به طور مشخص در تعاریف آمده، می‌توانند زیر گروه هم باشند، بنابراین نگارنده بر آن شد تا صرفاً به بررسی دو بعد سلامت عمومی و سلامت اجتماعی به پردازد.

سوال اصلی :

آیا ابعاد سلامت بر گرایش زنان تهرانی به مصرف ماده متامفتامین تأثیر دارد؟

سوالات فرعی:

۱- آیا سلامت عمومی در گرایش زنان به ماده متامفتامین تأثیر دارد؟

۲- آیا سلامت اجتماعی در گرایش زنان به ماده متامفتامین تأثیر دارد؟

فرضیات فرعی:

سلامت عمومی دارای مولفه‌هایی است:

۱- میزان سلامت جسمانی بر گرایش زنان به ماده متامفتامین تأثیر دارد.

۲- میزان اضطراب و اختلال خواب بر گرایش زنان به ماده متامفتامین تأثیر دارد.

۳- میزان کارکرد اجتماعی بر گرایش زنان به ماده متامفتامین تأثیر دارد.

۴- میزان علائم افسردگی بر گرایش زنان به ماده متامفتامین تأثیر دارد.

سلامت اجتماعی هم دارای مؤلفه هایی است:

۵- میزان انسجام اجتماعی بر گرایش زنان به ماده متامفتامین تأثیر دارد.

۶- میزان پذیرش اجتماعی بر گرایش زنان به ماده متامفتامین تأثیر دارد.

۷- میزان مشارکت اجتماعی بر گرایش زنان به ماده متامفتامین تأثیر دارد.

۸- میزان شکوفایی اجتماعی بر گرایش زنان به ماده متامفتامین تأثیر دارد.

۹- میزان انطباق اجتماعی بر گرایش زنان به ماده متامفتامین تأثیر دارد.

پیشینه تحقیق:

۱- صیادی (۱۳۹۷) در تحقیقی با عنوان "نقش شبکه های اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان تهرانی" در دانشگاه آزاد اسلامی تهران با روش پیمایشی و استفاده از پرسشنامه در بین جامعه آماری ۱۸۷ نفر از زنان شهر تهران بر مبنای روش نمونه گیری خوشه ای به بررسی نقش شبکه های مجازی و تاثیر آن بر سلامت اجتماعی زنان پرداخته که سرانجام نتایج نشان دهنده وجود رابطه مثبت بین مولفه های تحقیق بوده و تاثیر شبکه های اجتماعی بر روابط شخصی، گذراندن اوقات فراغت و گرایش به مصرف انواع مواد مخدر از نگاه حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان موثر دانسته است.

۲- قمرانی و بیگلو (۱۳۹۴) در پژوهشی کیفی با عنوان "علل گرایش زنان به مصرف مواد اعتیاد آور نوین صنعتی" در دانشگاه اصفهان از طریق مصاحبه نیمه ساختاری با حدود ۴۰ نفر از زنان معتاد مراجعه کننده به مراکز درمانی و از طریق نمونه گیری موردی نوعی و بر طبق مدل زیستی، روانی و اجتماعی به این نتیجه رسیدند که خانواده ناسالم، اختلالات روابط جنسی

،سهولت دسترسی به مواد مخدر صنعتی،مشکلات خانوادگی،استعمال آسان،عوامل فردی،فشارهای روحی- روانی و بویژه زندگی در کنار مردان مصرف کننده مواد مخدر از مهمترین علل گرایش زنان به مواد مخدر می باشد.

۳-یزدان پناه و نیک و ورز (۱۳۹۴) مطالعه ای بر روی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان با عنوان " رابطه عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان" انجام دادند، این پژوهش از نوع پیمایشی- مقطعی و با استفاده از ابزار پرسشنامه در میان دانشجویان دانشگاه کرمان صورت پذیرفت و نتایج به دست آمده حاکی از آن است که از بین متغیرهای مستقل، اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی، دسترسی به امکانات و خدمات محیطی و ارزیابی فرد از طبقه اجتماعی خود و خانواده و از بین متغیرهای زمینه‌ای؛ وضعیت تاهل، وضعیت شغلی، محل تولد و رشته تحصیلی با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارند. برای سنجش تاثیر جمعی متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته با استفاده از رگرسیون مشخص شد ۵۹ درصد از تغییرات واریانس سلامت اجتماعی به وسیله دو متغیر اعتماد و مشارکت اجتماعی تبیین می شود

۴-ناصری و همکاران(۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان " تحلیل جامعه شناختی عوامل موثر بر اعتیاد زنان" باروش اسنادی و پیمایشی و با استفاده از پرسشنامه به بررسی یک نمونه ۱۰۰ نفری از زنان معتاد کمپ ترک اعتیاد رویش اراک پرداختند. فرضیات از سه دیدگاه کلوارد واهلین^۲، ساترلند^۳ و هیرشی^۴ استخراج شدند.تحلیل داده ها با استفاده از کندال بی وسی^۵ صورت گرفت.نتایج پژوهش نشان داد کنترل اجتماعی ضعیف، همنشینی با افراد بزهکار،عدم تعلق خاطر و وابستگی میان اعضای خانواده،ضعف اعتقادات مذهبی و ضعف توان اقتصادی و اجتماعی در گرایش زنان به موادمخدر موثرتر از بقیه آیتم هاست.

۵-اهدایی (۱۳۹۱) در تحقیقی با عنوان "بررسی عوامل اجتماعی موثر براعتیاد زنان در بین مراجعه کنندگان به درمانگاه ترک اعتیاد سرزمین پاک البرز" در دانشگاه آزاد اسلامی تهران باروش اسنادی و استفاده از پرسشنامه موضوع اعتیاد زنان را با بررسی عوامل شخصیتی،اجتماعی و خانوادگی مورد مطالعه قرار می دهد. در این تحقیق با استفاده از چارچوب نظری نظریه

² . Kelvard & Ohlin

³ .Saterland

⁴ . Hirshi

⁵ . Kenalls t

انزوطلبی مرتن^۶، نظریه برجسب زنی، نظریه بی هنجاری دورکیم^۷ و پیوند افتراقی ساترلند و ناکامی منزلتی کوهن به مسئله گرایش زنان به مواد مخدر پرداخته شده است. نمونه گیری از دو جامعه آماری شامل ۶۰ نفر زنان معتاد بصورت تمام شماری و ۴۰ نفر زنان غیر معتاد بصورت سیستماتیک صورت گرفته و با استفاده از نرم افزار اس پی اس^۸ جهت توصیف داده ها و آزمون های کالموگراف^۹، لوین^{۱۰}، کای اسکوئر^{۱۱} و آزمون تی^{۱۲} به این نتیجه رسید که پایگاه اجتماعی-اقتصادی مصرف کنندگان، میزان درگیری و خشونت و ناسازگاری میان اعضای خانواده، دسترسی آسان به مواد مخدر، میزان لذت جویی و راحت طلبی و میزان افسردگی و وجود افراد دیگر در خانواده می تواند عامل موثری در بروز اعتیاد زنان باشد.

۶- دانش و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان "نظریه زمینه ای درباره علل اعتیاد زنان معتاد زندانی در زندان مرکزی اصفهان" با روش کیفی نظریه داده بنیاد بر روی ۳۰ نفر از زنان معتاد زندانی که با روش نمونه گیری نظری انتخاب و مصاحبه های عمیق با آنان انجام شد به این نتیجه رسیدند که سابقه مصرف مواد در خانواده، نوع منطقه محل سکونت، تنش در زندگی و ارتباط با دوستان معتاد از شرایط علی اثر گذار و پایگاه اقتصادی، اجتماعی و روابط نامناسب خانوادگی از شرایط میانجی موثر بر پدیده ی مصرف مواد مخدر زنان است.

۷- برادی و همکاران (۲۰۱۴) در کتاب "زنان و اعتیاد یک دستورالعمل جامع" به مطالعه مصرف مواد مخدر در دوره های مختلف زندگی زنان و مباحث زیست شناختی و روانشناختی در این رابطه و انواع مصرف پرداخته اند. آنان دریافتند که تغییر الگوهای رفتاری و تغییرات هورمونی در تمایل به استفاده مواد مخدر موثر بوده است.

۸- پکستون و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه ای به بررسی عملکرد شناختی و عصبی در مردان و زنان وابسته به مواد با اختلال استرس پس از سانحه پرداختند. در این پژوهش یادآوری شده است که تحقیقاتی که به بررسی ارتباط تفاوت های جنسیتی و نقایص شناختی انجام شده اند نتایج متفاوتی داشته اند. در این تحقیق ۱۲۶ زن و ۲۹۷ مرد از افراد وابسته به مواد شرکت کردند

۶ . Merton

۷ . Durkheim

۸ . Statistic Packag Social Science(SPSS)

۹ . Colmograph Test

۱۰ . Louin Test

۱۱ . Chi Squer Test

۱۲ . T Test

که در آنها تاثیرات جنس و علائم استرس پس از سانحه روی توجه پیوسته و توانایی های بازداری بررسی شد. همچنین از این افراد تست آزمون حافظه فوری (IMT) نیز به عمل آمد. نتایج نشان داد زنان با علایم شدید اختلال استرس پس از سانحه به طور چشمگیری افت عملکرد در حافظه فوری داشتند. این یافته نشان دهنده پیشرفت در تلاش هایی بوده که سعی داشته است که وجود عوامل خطرزای وابسته به جنس را برای نقایص شناختی-عصبی در افراد وابسته به مواد را مطرح کند.

۹-کوان و همکاران (۲۰۱۲) در تحقیقی به مقایسه ویژگی های شخصیتی در سوء مصرف کنندگان متامفتامین و سوء مصرف کنندگان حشیش پرداختند. در این تحقیق ۳۲۰ تن از بیماران مبتلا به هیپاتیت C که مصرف مواد از راه تزریقی داشتند و ما بین سال های ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۰ جهت درمان مراجعه کرده بودند شرکت کردند که پرسشنامه های مربوط به سرشت و منش (TCI)، وابستگی به نیکوتین، وابستگی به الکل، افسردگی و اضطراب را تکمیل کردند.

نتایج نشان داد مصرف کنندگان متامفتامین نمرات بالایی در مولفه های نوجویی و آسیب پرهیزی نسبت به مصرف کنندگان حشیش کسب کردند و مصرف کنندگان حشیش نمرات بالاتری در خود راهبری و هدفمندی کسب کردند.

۱۰-پریسیاندارو و همکاران (۲۰۱۲) در تحقیقی به بررسی ارتباط بین عدم مهار رفتاری و سابقه مصرف کوکائین در افراد وابسته به کوکائین پرداختند. در این آزمون ۴۵ نفر (زن و مرد) وابسته به کوکائین در دو شکل همسان شده و نشده از نظر سن و جنس شرکت کرده و پرسشنامه سرشت و منش (TCI) و مقیاس تکانشگری بارات (BIS) را تکمیل کردند. این تحقیق یک تحقیق گذشته نگر است که در سابقه مصرف کوکائین افراد، سن شروع مصرف، مقدار و تعداد دفعات مصرف کوکائین در ۳۰ روز گذشته مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصله نشان داد بالا بودن تکانشگری فیزیکی و نوجویی با سن کم شروع مصرف ارتباط دارد و افراد با پشتکار کمتر، در یک ماه قبل از آزمون، مصرف کوکائین بیشتری داشتند. به طور غیر منتظره ای نمرات بالای نوجویی و تکانشگری توجهی با روزهای کمتر مصرف کوکائین و خرج کمتر پول برای کوکائین ارتباط داشته که در نهایت کنترل سن و جنس تغییر قابل ملاحظه ای در نتایج نداد.

۱۱- کزلاو^{۱۳} و همکاران (۲۰۱۰) در بررسی ۱۰۰ معتاد مرد و زن ۱۳ تا ۵۰ ساله در خصوص عوامل مستعد کننده پیش اعتیادی، به این نتیجه رسید که همه بیماران ویژگی های شخصیتی ناهنجار مانند تحریک پذیری بالا برای نشاط، اختلال عاطفی پیش رونده مانند کج خلقی، افسردگی، بی تفاوتی، تهییج پذیری، اختلال عملکرد روانی اجتماعی، علایق کاهش یافته، هیجان غیرعادی، اختلال کنترل تکانه، کاهش اخلاق و منطق و فراموشی زودگذر را دارند. (حسینیان و همکاران، ۱۳۹۳)

مفهوم سلامت:

سلامت از واژه هایی است که بیشتر مردمان با آنکه اطمینان دارند معنای آن را می دانند، تعریفش را دشوار می یابند. در فرهنگ های گوناگون تعریف های بسیاری از سلامت شده است.

درفرنگ ویستر^{۱۴} سلامت وضع خوب و عالی بدن، اندیشه و روح و به ویژه برکنار بودن از درد یا بیماری جسمی تعریف شده است. در فرهنگ آکسفورد به معنی وضع عالی جسم یا روح و حالتی که اعمال بدن به موقع و به گونه ای موثر انجام شود آمده است. جالینوس^{۱۵} سلامت را عبارت از: وجود نسبت معینی از عناصر گرمی، سردی، رطوبت و خشکی تعریف می کند. ابن سینا معتقد است: سلامت سرشت یا حالتی است که در آن اعمال بدن به درستی انجام می گیرد، نقطه مقابل آن بیماری است (سجادی، ۱۳۸۴: ۲۴۵).

تعریف سلامتی از دیدگاه ژنتیکی، حالتی است که ژن های مربوط و مخصوص نقایص و بی نظمی های جدی وجود نداشته باشد و هیچ نوع انحراف هم از نظر مجموعه مقدار کروموزومی کاریوتیپ یا مقدار تعیین شده به عنوان ژنوتیپ در کار نباشد و تشکیلات ژنتیک، ژن های مربوط به ویژگی های هنجار و کاریوتیپ هنجار را داشته باشد (همان: ۲۴۵).

در سالهای اخیر با گنجانده شدن توانایی داشتن یک زندگی مثمرتر از نظر اقتصادی و اجتماعی تعریف کامل تر شده است. سلامت بیشتر به عنوان ابزاری برای رسیدن به یک هدف منظور شده است که می توان آن را از لحاظ کارکردی به صورت یک منبع بیان کرد؛ منبعی که به مردمان امکان می دهد به گونه فردی، اجتماعی و اقتصادی زندگی کنند. سلامت تنها زندگی

¹³ . Keslow

¹⁴ . Webster

¹⁵ . Galenus

کردن نیست، بلکه منبعی برای زندگی روزمره است؛ سلامت یک مفهوم مثبت است که بر منابع و امکانات اجتماعی و شخصی و همچنین توانایی های جسمانی تاکید دارد.

شیشه یا متامفتامین^{۱۶}

برابر اعلام صرامی مدیر کل دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور در سال ۱۳۹۶ حدود ۸٪ مصرف کنندگان زن مواد مخدر در کشور از شیشه استفاده می کنند و این ماده رده سوم مصرف مواداعتیاد آور را در بین زنان دارا می باشد. خوشبختانه با آگاهی جوانان بویژه زنان نسبت به آثار شدید روحی و روانی این ماده مقدار مصرف به این حد رسیده است چرا که تا همین چند سال پیش میزان مصرف شیشه در بین زنان ۲۶ درصد بوده و این ماده دهشتناک رتبه دوم مصرف را پس از تریاک در کشور داشت!

کریستال متامفتامین^{۱۷} یا شیشه یا آیس ماده ای مهلک، خطرناک و غیر قابل پیش بینی بوده و محرکی قوی برای سیستم عصبی مرکزی به شمار می رود. ماده ای بیرنگ، بی بو و دارای کریستال های بزرگ است که عمدتاً با وسیله ای به نام پایپ تدخین می شود. شیشه ضربان قلب را افزایش داده و فشار خون را بالا می برد. ضمن اینکه مردمک چشم گشاد شده و تنفس افزایش می یابد و موجب بیماریهای قلبی-عروقی، آسیب به مویرگ های مغزی و سکته می شود.

شیشه انرژی زا است و مصرف آن تمایلات جنسی را افزایش می دهد، بیشتر افراد پس از مصرف شیشه دچار توهم می شوند. هرچند خاصیت تحریک کنندگی آن نسبت به اکستاسی بیشتر و توهم زایی آن کمتر است ولیکن بعلت تحریک کنندگی شدید احتمال هرگونه حملات فیزیکی و جنون آمیز و تجاوز به نزدیکان از مصرف کنندگان این ماده بسیار خطرناک متصور است. (پلیس مبارزه با مواد مخدر ناجا، ۱۳۸۹: ۲۸)

اعتیادزنان در ایران:

هرچند در ایران آمار و اطلاعات به روز وجود ندارد و نتیجه گیری بیشتر براساس اطلاعات موجود است، اما آمارهای جدید از افزایش شدید اعتیاد در بین زنان و دختران ایران حکایت دارد. برابر اعلام حمید رضا صرامی مدیر کل دفتر تحقیقات و

¹⁶ . Metamphetamine

¹⁷ . Crystal Methamphetamine

آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور در کنفرانس رسمی خبری در مهر ۱۳۹۶ در شیراز و همچنین طی مصاحبه با خبرگزاری ایسنا در اسفند ماه ۱۳۹۶، ۱۰ درصد معتادین ایران را زنان تشکیل می دهند. هرچند بر اساس آمار بین المللی، ۳۳ درصد معتادان و مصرف کنندگان مواد مخدر دنیا را زنان تشکیل می دهند. اما این صرفاً یک روی سکه است. روی دیگر سکه که باعث نگرانی عمومی شده است، آماری است که از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر منتشر شده و نشانگر افزایش شدید نرخ رشد اعتیاد در بین زنان طی چند سال گذشته است.

بر اساس گزارش ارزیابی سریع وضعیت سومصرف مواد در ایران^{۱۸} که در سال ۱۳۷۶ انجام گردید ۲ تا ۳ درصد معتادین کشور را زنان تشکیل می دادند. همین ارزیابی ۱۰ سال بعد یعنی در سال ۱۳۸۶ حکایت از آمار ۵/۳ درصدی معتادین زن داد. بر اساس گزارش شیوع شناسی مصرف مواد مخدر در بین شهروندان ایرانی که در سال ۱۳۹۰ صورت گرفت آمار اعتیاد زنان به ۹/۳ درصد رسید. نگاهی به این آمار نشان دهنده افزایش ۲ برابری نرخ شیوع اعتیاد نسبت به سال ۱۳۸۶ و ۴ برابری نسبت به سال ۱۳۷۶ و زنانه تر شدن اعتیاد می باشد. (نارنجی ها و همکاران، ۱۳۸۶)

هرچند برخی کارشناسان معتقدند در سال ۱۳۷۶ و ۱۳۸۶ فضای جامعه به گونه ای بوده که زنان تمایل نداشتند درباره اعتیادشان حرف بزنند و پنهان کاری در این رابطه خیلی بیشتر بوده است ولی با تغییر فضای اجتماعی در سال ۱۳۹۰ احتمال اینکه زنان جرات پیدا کرده باشند در خصوص اعتیاد صحبت کنند خیلی بیشتر شده است که این امر نشانگر کم شدن قبح اعتیاد در بین زنان است. (بینازاده، ۱۳۹۴)

روش شناسی:

پژوهش حاضر از نوع توصیفی - تحلیلی و روش اجرای پژوهش پیمایشی است. جامعه آماری تحقیق تمامی زنان تهرانی در تهران بزرگ را شامل می شود که به دلیل گستردگی شهر تهران، سه منطقه به عنوان نمونه انتخاب شده و ۳۸۴ نفر از آنان به وسیله جدول مورگان و با روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. روش گردآوری اطلاعات در پژوهش حاضر توسط مطالعات کتابخانه ای که برگرفته از مقالات و پایان نامه های داخلی و خارجی بوده و از سایت های اینترنتی معتبر علمی استفاده شده است. همچنین جهت گردآوری داده ها، در ابتدا ۳ منطقه شمال، شرق و غرب تهران از بین ۵

منطقه به انضمام جنوب و مرکز تهران بزرگ به صورت تصادفی انتخاب شد و با بدست آوردن جمعیت زنان این سه منطقه، پرسشنامه‌ها در بین ۳۸۴ نفر از زنان شهر تهران توزیع گردید و نهایتاً نتایج به دست آمده برای هر فرد به صورت جداول درصدی تنظیم شد و با توجه به اهداف و سؤالات پژوهش مورد بررسی و مطالعه و تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تجزیه تحلیل داده های به دست آمده، از شاخص‌ها و روش‌های آمار توصیفی برای به دست آوردن فراوانی، درصد، انحراف استاندارد، و خطای استاندارد داده‌ها و سپس آمار استنباطی به کمک نرم‌افزار SPSS-۲۲ استفاده شده و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش همگنی شیب رگرسیون، آزمون همبستگی و دیگر آزمون‌های مناسب استفاده شد.

یافته ها:

در تحقیق حاضر، جامعه آماری ابتدا از لحاظ عوامل زمینه ای و شاخصه هایی نظیر سن، میزان تحصیلات، شغل، درآمد، و وضعیت تاهل مورد بررسی قرار گرفتند که مقادیر بدست آمده به ترتیب جداول زیر می باشد:

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی و درصد شرکت کنندگان براساس سن

سن	فراوانی	درصد
۲۰ تا ۲۵ سال	۸۵	۲۲/۱
۲۶ تا ۳۰ سال	۱۳	۳/۴
۳۱ تا ۳۵ سال	۱۲۴	۳۲/۳
۳۶ تا ۴۰ سال	۸	۲/۱
۴۱ تا ۴۵ سال	۱۳۳	۳۴/۶
۴۶ تا ۵۰ سال	۲۱	۵/۵
جمع	۳۸۴	۱۰۰

جدول شماره ۱: فراوانی و درصد شرکت کنندگان را براساس سن نشان می‌دهد. بر این اساس، در این مطالعه ۲۲/۱ درصد

پاسخگویان در گروه سنی ۲۰ تا ۲۵ سال، ۳/۴ درصد ۲۶ تا ۳۰ سال، ۳۲/۳ درصد ۳۱ تا ۳۵ سال، ۲/۱ درصد در گروه سنی ۳۶ تا ۴۰

سال، ۳۴/۶ درصد در گروه سنی ۴۱ تا ۴۵ سال و ۵/۵ درصد در گروه سنی ۴۶ تا ۵۰ سال شرکت داشتند. همچنین میانگین سن افراد ۳۹ سال بوده است.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی و درصد شرکت کنندگان براساس تحصیلات

درصد	فراوانی	تحصیلات
۱۴/۸	۵۷	دیپلم و کمتر از دیپلم
۳۰/۷	۱۱۸	فوق دیپلم
۴۵/۱	۱۷۳	کارشناسی
۹/۴	۳۶	کارشناسی ارشد
۱۰۰	۳۸۴	جمع

جدول شماره ۲: فراوانی و درصد شرکت کنندگان را براساس تحصیلات نشان می‌دهد. بر این اساس، در این مطالعه ۱۴/۸ درصد افراد با مدرک تحصیلی دیپلم و فوق دیپلم، ۳۰/۷ درصد فوق دیپلم، ۴۵/۱ درصد لیسانس و ۹/۴ درصد فوق لیسانس شرکت داشتند که بر این اساس بیشترین فراوانی در رده تحصیلی لیسانس می‌باشد.

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی و درصد شرکت کنندگان براساس شغل

درصد	فراوانی	شغل
۵۳/۶	۲۰۶	خانه دار
۸/۹	۳۴	دانشجو
۴/۲	۱۶	کارمند
۱۲/۵	۴۸	فرهنگی
۷/۳	۲۸	پرستار
۴/۱	۱۶	آرایشگر
۶/۳	۲۴	آزاد
۳/۱	۱۲	خیاط
۱۰۰	۳۸۴	جمع

جدول شماره ۳: فراوانی و درصد شرکت کنندگان را براساس شغل نشان می‌دهد. بر این اساس، در این مطالعه ۵۳/۶ درصد خانه دار، ۸/۹ درصد دانشجو، ۴/۲ درصد کارمند، ۱۲/۵ درصد فرهنگی، ۷/۳ درصد پرستار، ۴/۱ درصد آرایشگر، ۳/۱ درصد خیاط و ۶/۳ درصد با شغل آزاد شرکت داشتند.

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی و درصد شرکت کنندگان براساس درآمد

درآمد	فراوانی	درصد
کمتر از یک میلیون	۲۹	۷/۶
یک تا دو میلیون	۶۰	۱۵/۶
دو و نیم تا سه میلیون	۱۹۴	۵۰/۵
بالاتر از سه میلیون	۱۰۱	۲۶/۳
جمع	۳۸۴	۱۰۰

جدول شماره ۴: فراوانی و درصد شرکت کنندگان را براساس درآمد نشان می‌دهد. بر این اساس، در این مطالعه ۷/۶ درصد شرکت کنندگان درآمد خود را کمتر از یک میلیون، ۱۵/۶ درصد یک تا دو میلیون، ۵۰/۵ درصد دو و نیم تا سه میلیون و ۲۶/۳ درصد بالاتر از یک میلیون عنوان کردند. که بر این اساس بیشترین فراوانی در رده درآمدی دو و نیم تا سه میلیون می‌باشد. همچنین میانگین درآمد افراد ۳ میلیون بوده است.

جدول شماره ۵: فراوانی و درصد شرکت کنندگان براساس تاهل

تاهل	فراوانی	درصد
مجرد	۱۰۵	۲۷/۳
متاهل	۲۷۹	۷۲/۷
جمع	۳۸۴	۱۰۰

جدول شماره ۵: فراوانی و درصد شرکت کنندگان را براساس تاهل نشان می‌دهد. بر این اساس، در این مطالعه ۲۷/۳ درصد افراد مجرد و ۷۲/۷ درصد متاهل شرکت داشتند.

۱- فرضیه های تحقیق :

۱-۱ میزان مولفه های سلامت جسمانی بر گرایش زنان به ماده متامفتامین تأثیر دارد.

جدول ۱-۱ ضریب همبستگی پیرسون رابطه مولفه های سلامت جسمانی بر گرایش زنان به ماده متامفتامین

مولفه ها	تعداد	مقدار (۲)	سطح معنی داری
سلامت جسمانی	۳۸۴	۰/۳۹۱	۰/۰۰۰
اضطراب و اختلال خواب	۳۸۴	۰/۵۰۰	۰/۰۰۰
اختلال کارکرد اجتماعی	۳۸۴	۰/۴۷۰	۰/۰۰۰
علائم افسردگی	۳۸۴	۰/۴۶۴	۰/۰۰۰

با توجه به نتایج جدول بالا هرچقدر فرد از نشانه های جسمانی بیشتری (سلامت جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال کارکرد اجتماعی، علائم افسردگی) برخوردار باشد، گرایش به ماده متامفتامین افزایش و اگر دارای نشانه های جسمانی کمتری (سلامت بیشتر) برخوردار باشد، گرایش به ماده متامفتامین کاهش می یابد :

- با توجه به سطح معنی داری مولفه سلامت جسمانی که کوچکتر از ۰/۰۵ است و ضریب همبستگی (۰,۳۹۱) بین میزان سلامت جسمانی بر گرایش زنان به ماده متامفتامین رابطه مثبت وجود دارد.

- با توجه به سطح معنی داری مولفه اضطراب که کوچکتر از ۰/۰۵ است و ضریب همبستگی (۰,۵۰۰) بین اضطراب و گرایش زنان به ماده متامفتامین رابطه مثبت وجود دارد یعنی هرچقدر فرد از اضطراب بیشتری برخوردار باشد، گرایش به ماده متامفتامین افزایش و اگر دارای اضطراب کمتری باشد، گرایش به ماده متامفتامین کاهش می یابد.

- با توجه به سطح معنی داری مولفه اختلال کارکرد اجتماعی که کوچکتر از ۰/۰۵ است و ضریب همبستگی (۰,۴۷۰) بین اختلال کارکرد و گرایش زنان به ماده متامفتامین رابطه مثبت وجود دارد یعنی هرچقدر فرد از اختلال کارکرد اجتماعی بیشتری برخوردار باشد، گرایش به ماده متامفتامین افزایش و اگر دارای اختلال کارکرد اجتماعی کمتری باشد، گرایش به ماده متامفتامین کاهش می یابد.

- با توجه به سطح معنی داری مولفه علائم افسردگی که کوچکتر از ۰/۰۵ است و ضریب همبستگی (۰,۴۶۴) بین علائم افسردگی و گرایش زنان به ماده متامفتامین رابطه مثبت وجود دارد یعنی هرچقدر فرد از علائم افسردگی بیشتری برخوردار باشد، گرایش به ماده متامفتامین افزایش و اگر دارای علائم افسردگی کمتری باشد، گرایش به ماده متامفتامین کاهش می یابد.

۲-۱ میزان مولفه های سلامت اجتماعی بر گرایش زنان به ماده متامفتامین تأثیر دارد.

جدول ۲-۱ ضریب همبستگی پیرسون رابطه مولفه های سلامت اجتماعی بر گرایش زنان به ماده متامفتامین

مولفه ها	تعداد	مقدار (r)	سطح معنی داری
انسجام اجتماعی	۳۸۴	-۰/۳۵۷	۰/۰۰۰
پذیرش اجتماعی	۳۸۴	-۰/۵۰۶	۰/۰۰۰
مشارکت اجتماعی	۳۸۴	-۰/۵۲۵	۰/۰۰۰
شکوفایی اجتماعی	۳۸۴	-۰/۳۸۲	۰/۰۰۰
انطباق اجتماعی	۳۸۴	-۰/۴۹۷	۰/۰۰۰

با توجه به نتایج جدول بالا هرچقدر فرد دارای مولفه های سلامت اجتماعی (انسجام اجتماعی ، پذیرش اجتماعی ، مشارکت اجتماعی شکوفایی اجتماع، انطباق اجتماعی) کمتری برخوردار باشد، گرایش به ماده متامفتامین افزایش و اگر دارای نشانه های سلامت اجتماعی بیشتری برخوردار باشد، گرایش به ماده متامفتامین کاهش می یابد :

با توجه به سطح معنی داری مولفه انسجام اجتماعی که کوچکتر از ۰/۰۵ است و ضریب همبستگی (۰,۳۵۷-) بین میزان انسجام اجتماعی و گرایش به ماده متامفتامین رابطه معکوس وجود دارد. یعنی هرچه میزان انسجام اجتماعی بیشتر گردد، گرایش به ماده متامفتامین کاهش و هرچقدر انسجام اجتماعی کاهش یابد، گرایش به ماده متامفتامین افزایش می یابد.

با توجه به سطح معنی داری مولفه پذیرش اجتماعی که کوچکتر از ۰/۰۵ است و ضریب همبستگی (۰,۵۰۶-) ، بین میزان پذیرش اجتماعی و گرایش به ماده متامفتامین رابطه معکوس وجود دارد. یعنی هرچه میزان پذیرش اجتماعی بیشتر گردد، گرایش به ماده متامفتامین کاهش و هرچقدر پذیرش اجتماعی کاهش یابد، گرایش به ماده متامفتامین افزایش می یابد.

با توجه به سطح معنی داری مولفه مشارکت اجتماعی که کوچکتر از ۰/۰۵ است و ضریب همبستگی (۰,۵۲-) ، بین میزان مشارکت اجتماعی و گرایش به ماده متامفتامین رابطه معکوس وجود دارد. یعنی هرچه میزان مشارکت اجتماعی بیشتر گردد، گرایش به ماده متامفتامین کاهش و هرچقدر مشارکت اجتماعی کاهش یابد، گرایش به ماده متامفتامین افزایش می یابد.

با توجه به سطح معنی داری مولفه شکوفایی اجتماعی که کوچکتر از ۰/۰۵ است و ضریب همبستگی (۰,۳۸۲-) ، بین میزان شکوفایی اجتماعی و گرایش به ماده متامفتامین رابطه معکوس وجود دارد. یعنی هرچه میزان شکوفایی اجتماعی بیشتر گردد، گرایش به ماده متامفتامین کاهش و هرچقدر انسجام اجتماعی کاهش یابد گرایش به ماده متامفتامین افزایش می یابد.

با توجه به سطح معنی داری مولفه انطباق اجتماعی که کوچکتر از ۰/۰۵ است و ضریب همبستگی (۰,۴۹۷-) بین میزان انطباق اجتماعی و گرایش به ماده متامفتامین رابطه معکوس وجود دارد. یعنی هرچه میزان انطباق اجتماعی بیشتر گردد، گرایش به ماده متامفتامین کاهش و هرچقدر انطباق اجتماعی کاهش یابد، گرایش به ماده متامفتامین افزایش می یابد.

۲- بررسی تاثیر عوامل زمینه ای بر گرایش به اعتیاد

جدول شماره ۲: نتایج آزمون تی بررسی تاثیر وضعیت تاهل و اشتغال بر گرایش زنان به ماده متامفتامین

عامل	سطح معناداری	مقدار T	درجه آزادی	تفاوت میانگین	خطای استاندارد
اشتغال	۰,۰۰۴	۲,۸۹۶	۳۸۲	۶,۹۴۸	۲,۳۹۹
وضعیت تاهل	۰,۵۳۷	۰,۶۱۸	۳۸۲	۱	۲,۷۱۲

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۴-۱۴ مشاهده می شود سطح معنی داری برای اشتغال کمتر از ۵ درصد و به عبارتی بین دو گروه مورد مطالعه از نظر اشتغال در متغیر گرایش به اعتیاد زنان ($T=2/896$, $Sig=0/004$) تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین مقایسه میانگین های دو گروه نشان داد که زنان بیکار میزان گرایش به اعتیاد بیشتری نسبت به زنان شاغل دارند. اما با توجه به سطح معنی داری برای وضعیت تاهل که بیشتر از ۵ درصد بوده ($T=0/618$, $Sig=0/537$) می توان گفت وضعیت تاهل زنان تاثیری بر گرایش به مواد وجود نداشت.

جدول ۴-۱۵: نتایج آنالیز واریانس ارتباط بین ویژگیهای جمعیت شناختی بر گرایش زنان به ماده متامفتامین

عوامل	آماره (F)	درجه آزادی	سطح معنی داری
تحصیلات	۰/۴۷۳	۳	۰/۷۹۶
سن	۰/۳۷۳	۵	۰/۷۷۲
درآمد	۰/۱۶۸	۳	۰/۹۱۸

بر اساس نتایج جدول ۴-۱۵ و همانطور که نتایج آزمون آنوا نشان می دهد، مشاهده می شود که آماره F با توجه به عامل ، تحصیلات، سن و درآمد به ترتیب برابر با ۰/۴۷۳ ، ۰/۳۷۳ و ۰/۱۶۸ بوده که مقادیر کوچکی اند و مقدار سطح معنی داری برای هر سه عامل نیز بیشتر از ۵ درصد بوده یعنی بین ویژگی های جمعیت شناختی فوق و گرایش به اعتیاد در زنان ارتباط معنی داری وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری:

با توجه به اطلاعات بدست آمده و برابر آزمون فرضیه ها، نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین ابعاد سلامت عمومی و سلامت اجتماعی و تاثیر آن ها بر گرایش زنان تهرانی به ماده متامفتامین رابطه معناداری وجود دارد بدین صورت که هرچه مولفه های سلامت عمومی یعنی: ناسلامتی اجتماعی، اضطراب، نارسا کنش اجتماعی و افسردگی افزایش یابد، گرایش زنان به اعتیاد افزایش می یابد (رابطه کامل و مستقیم) و هرچه مولفه های سلامت اجتماعی یعنی: انسجام اجتماعی، انطباق اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی افزایش یابد، گرایش زنان به اعتیاد کاهش می یابد (رابطه کامل و معکوس). همچنین در بررسی تاثیر عوامل زمینه ای با روش آزمون تی مشاهده گردید که؛ عامل اشتغال در متغیر گرایش زنان به ماده متامفتامین تفاوت معناداری وجود دارد به عبارتی زنان بیکار گرایش بیشتری به اعتیاد نسبت به زنان شاغل دارند. اما در سایر عوامل زمینه ای مانند: میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، میزان درآمد و میزان سن شرکت کنندگان در گرایش به ماده متامفتامین تفاوت معناداری حاصل نشد یعنی بین ویژگی های جمعیت شناختی فوق در گرایش به اعتیاد در زنان ارتباط معنی داری وجود ندارد.

پیشنهادات:

با استناد به یافته های تحقیق و نتیجه گیری از اطلاعات بدست آمده، ضمن اینکه هرکدام از فرضیه های تحقیق می تواند موضوعی جداگانه برای یک تحقیق باشد، در سایر ابعاد سلامت از جمله سلامت جسمی، روانی، معنوی، سلامت هوشی، محیطی، عاطفی، جنسی، شغلی، روحی و معنوی، با توجه به اینکه تا کنون مورد پژوهش قرارنگرفته اند می توانند مورد تحقیق و پژوهش قرار گیرند و یا از طریق روش مصاحبه انجام شوند. همچنین پیشنهاد می گردد؛ به دلیل افزایش نرخ رشد اعتیاد در بین زنان، لزوم توجه ویژه در بین مسئولین و تشویق کارشناسان به بررسی تمام ابعاد این مهم و برنامه ریزی برای حفظ کانون خانواده با افزایش آموزش مهارت های زندگی و تربیت فرزندان توسط والدین به عنوان مهمترین نهاد حفظ جوانان از آسیب های ناشی از کاهش نرخ سلامت در جامعه، ضروری به نظر می رسد. گرایش به اعتیاد در زنان تفاوت های مهمی با اعتیاد مردان دارد لذا در تنظیم مدل های پیشگیرانه و درمان اعتیاد زنان باید به این تفاوت ها توجه نموده و مدل زنانه

ای را در این رابطه تعریف و اجرا نمود. همانگونه که در تنظیم مدل های پیشگیری و درمان اعتیاد زنان بایستی به تفاوت های جنسیتی ایشان توجه و مدل خاصی ارائه نمود، در برخورد با زنان معتاد نیز بایستی بسیار هوشمندانه و دقیق اقدام کرد. لذا تربیت پلیس زن متخصص و متعهد در دانشگاه علوم انتظامی ویژه و مختص بکارگیری در پلیس های مبارزه با مواد مخدر استان ها و شهرستان ها می تواند بسیاری از مشکلاتی که برای معتادین و قاچاقچیان زن و مامورین و سازمان ایجاد می شود را کاهش دهد. ضمن اینکه فارغ از خاص بودن اعتیاد زنان با افزایش کمی تعداد معتادین زن نیز، این نیاز بیشتر احساس می شود. با توجه به آسیب های جبران ناپذیری که از ناحیه اعتیاد زنان و دختران بر بنیان خانواده ها و جامعه وارد می گردد، لزوم آموزش های همگانی در محیط های آموزشی دختران و تبلیغات رسانه ای در خصوص آسیب های اعتیاد با استفاده از همه ظرفیتها و از همه مهم تر ایجاد محتوای آموزشی متناسب با مقاطع تحصیلی مختلف در مدارس و دانشگاه ها در شناخت مضرات مواد مخدر و افزایش مهارت های زندگی یک ضرورت انکار ناپذیر است. رفع تبعیض جنسیتی و پذیرفتن نقش زنان و تلاش در جهت تغییر دیدگاه جامعه نسبت به اعتیاد زنان و دختران به عنوان یک بیماری و نه سوءرفتار اخلاقی موجب مراجعه ایشان به مراکز درمانی و آشکار شدن آمار دقیق تر آسیب دیدگان زن در راستای برنامه ریزی دقیق تر برای بهبود ایشان می گردد. پرداختن به سلامت جامعه در امر مبارزه با مواد مخدر همراه با سهیم نمودن همه مردم در شاخص های آن و درگیر کردن مسئولین، نهادها و سازمان ها، فرهیختگان، هنرمندان، ورزشکاران، روحانیون و... با قول و عمل در جهت کاهش گرایش جوانان دختر و پسر به مصرف دخانیات به عنوان دروازه ورودی مصرف مواد مخدر است. لذا بایستی از هرگونه قول و فعلی که موجب نگرش (به غلط) مثبت جوانان به مصرف دخانیات، مواد سکر آور و مواد اعتیاد آور می شود، به عنوان حداقل کاری که در این رابطه می شود انجام داد، اجتناب نمود

منابع:

- برادی، تی، کاتلین؛ ای. بک، سودی؛ گرین فیلد، شلی. اف «زنان و اعتیاد یک دستورالعمل جامع» ترجمه علی اکبر عسگری تلاوت (۱۳۹۳)، تهران، دانشگاه پیام نور؛ دفتر تحقیقات ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- برفی، محمد (۱۳۸۴)، از میکده تا ماتمکده اعتیاد. تهران: انتشارات محراب فکر

- بینازاده، محمد (۱۳۹۴) اعتیاد زنان خون بهای برابری خواهی جنسیتی، پایگاه خبری اعتیاد (آدنا) ۵ دی ۱۳۹۴
- پلیس مبارزه با مواد مخدر ناجا (۱۳۸۹)، شناخت مواد مخدر.
- دانش، تاج زمان (۱۳۹۱) معتاد کیست مواد مخدر چیست. تهران: انتشارات کیان، چاپ سوم.
- رادفرد، سید رامین. (۱۳۸۸)، مروری علمی و تعاریف اعتیاد، فصلنامه اعتیاد، سال سوم، شماره نهم، صفحه ۸۷.
- سجادی، حمیرا؛ صدرالسادات، سید جلال (۱۳۸۳). شاخص های سلامت اجتماعی، مجله سیاسی- اقتصادی، دوره ۱۹، شماره ۳۰۴ آذر و دی ۱۳۸۴، ص ۲۴۴-۲۵۳.
- صیادی، زهرا (۱۳۹۷)، نقش شبکه های اجتماعی بر سلامت زنان تهرانی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی تهران واحد شرق.
- قمرانی، امیر؛ بیک لو فاطمه (۱۳۹۴) «علل گرایش زنان به مصرف مواد اعتیاد آور نوین صنعتی» پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهان.
- نارنجی ها، هومان. رفیعی، حسن. باغستانی، احمد رضا. نوری، رویا. غفوری، بهاره و سلیمانی-نیا، لیلا. (۱۳۸۶). ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در کشور؛ مرکز تحقیقات سوء مصرف مواد، دانشگاه بهزیستی و توان بخشی.
- ناصری، سهیلا، محمدی، فریبا، دوله، معصومه، ناصری، محبوبه (۱۳۹۲). عوامل موثر بر اعتیاد زنان، فصلنامه علمی- پژوهشی زن و فرهنگ، سال چهارم. شماره شانزدهم تابستان ۱۳۹۲ صص ۸۳-۹۴
- یزدان پناه، لیلا (۱۳۸۲). بررسی عوامل موثر بر مشارکت اجتماعی شهروندان ۱۸ سال به بالای شهر تهران، تهران: دانشگاه علامه طباطبایی، پایان نامه دکتری رشته جامعه شناسی.

-Bartley, Mel (20۱4). Health Inequality, Envirment & Planing: Society &

Space.p15.

-Kwon, M., Min, J.A., Choi, J.H., Kim , D.J., (2012). Temperament and character in cannabis and methamphetamine abusers, Korean journal ofbiological psychiatry, 19(2): 99-105.

-Paxton, J.L., Vassileva, J., Gonzalez, R., Martin, E.M., (2012). Neurocognitive performance in drug-dependent males and females with post-traumatic stress symptoms, Clinical and Experimental Neuropsychology, March 2012:521-530.

-prisciandaro, J.J., Korte, J., K.T., (2012). Associations between behavioral dishibition and cocaine use history in individual with cocaine dependence , Addictive Behaviors, volume 37,issue 10, P:1185-1188.

-Keslow , M . D . , and smith , R . E . (2010) . social Psychology . (2 . nd , ed) U . S.A : Psychology press .