

نوجوانی و بی‌مبالاتی جنسی

دکتر مهدیس کامکار*

هدف این تحقیق بررسی علل سیر صعودی و روبه افزایش آسیب‌های روانی - اجتماعی، خصوصاً بی‌مبالاتی جنسی، در نوجوانان از دیدگاه روان شناختی - روان پزشکی می‌باشد.

در این پژوهش، ۹۵ فرد خود معرف یا ارجاع شده به مرکز مداخله در بحران سازمان بهزیستی کشور مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. براساس ارزیابی روان شناختی، روان پزشکی و نورولوژیک این افراد با توجه به بی‌مبالاتی در روابط جنسی به سه دسته زیر تقسیم می‌شوند:

۱- نوجوانی با رفتارهای خطرآفرین و بحران هویت. ۲- بزهکاری. ۳- روسپیگری
براساس نتایج به دست آمده:

الف - ۳۰/۵۳ درصد موارد در دو طیف تشخیص زیر قرار می‌گیرد:

۱- نوجوانی با رفتارهای خطرآفرین و بحران هویت (این گونه رفتارها اغلب گذرا و موقتی هستند و با افزایش سن کاهش می‌یابند) ۲- مشکلات و مسائل مربوط به شبکه خانوادگی و حمایتی فرد.

ب - ۱۶/۸۴ درصد موارد در طیف تشخیصی اختلالات سلوک و اختلالات شخصیت مرزی و ضد اجتماعی قرار می‌گیرند.

ج - ۱۳ درصد موارد مبتلا به اختلالات خفیف یا شدید روانپزشکی مانند روان پریشی، اختلالات خلقی اساسی و اختلالات هوشی می‌باشند.

الف- کلیات

۱- ضرورت طرح مسئله

رویاری با روند رو به افزایش آسیب و معضلات روانی - اجتماعی نوجوانان - جوانان که یا جزئی از اختلالات و بیماریهای جدی روانپزشکی - روانشناسی، عضوی - مغزی (Organic brain) می‌باشد، یا ناشی از بزهکاری نوجوان و جوان است و یا صرفاً جزئی از رفتارهای خطر آفرین موقت نوجوان و جوان به شمار می‌رود.

در این تحقیق سعی بر این بوده است که طبق تعریف سازمان بهزیستی، با رویکرد روانشناسی - روانپزشکی مسئله آسیب اجتماعی، اطلاعات و داده‌ها ارزیابی و جمع‌بندی گردد. با این رویکرد، بی‌مبالائی جنسی نوجوانان - جوانان می‌تواند در طیف وسیعی قرار گیرد.

۲- تاریخچه

به منظور اجرای مفاد آیین نامه اجرایی مصوب هیأت دولت، دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی معاونت امور اجتماعی سازمان بهزیستی کشور، مسئولیت تأسیس مراکز حمایت از زنان و دختران در معرض آسیب اجتماعی حاد و آسیب دیده اجتماعی و همچنین بازپروری آنها را بر عهده گرفت. هدف از تأسیس این مراکز، ارائه خدمات تخصصی برای بازگشت این افراد به زندگی سالم می‌باشد. امکان پیوند مجدد با خانواده، آموزش و ایجاد اشتغال و کسب درآمد مشروع، ازدواج و تشکیل خانواده و تامین حداقل نیازهای اقتصادی و حل مسائل و مشکلات آنها و ایجاد امکانات ضروری از اقداماتی است که برای تحقق هدف مورد نظر صورت گرفته است. مراکز مربوط به دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی عبارت‌اند از:

○ خانه سلامت

این مرکز، طبق وظایف قانونی خود، دختران در معرض آسیب اجتماعی و فاقد حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی را تحت پوشش قرار می‌دهد. در این مرکز، از طریق ارائه خدمات تخصصی، زمینه‌های کسب استقلال اقتصادی و اجتماعی این افراد فراهم و برای تأمین

- حداقل نیازهای اقتصادی و جلوگیری از ابتلا به آسیبهای اجتماعی به آنها کمک می‌شود.
- اهداف خانه سلامت: الف - حمایت و نگهداری از دختران نیازمند حمایت‌های اجتماعی که مشکلات اخلاقی ندارند و نیازمند خدمات بازپروری نیستند.
- ب - فراهم نمودن زمینه‌های تحصیل، اشتغال و استقلال
- ج - شناخت استعدادها و توانمندیهای دختران و هدایت آنان به سوی استفاده از این توانمندیها
- د - جلوگیری از ابتلا دختران به آسیبهای اجتماعی

○ مراکز بازپروری

- افراد تحت پوشش مراکز بازپروری به دو گروه تقسیم می‌شوند:
- اول - دختران و زنان در معرض آسیب حاد که به دلایلی چون متشنج بودن خانواده، اغفال،... یا از کانون خانواده فرار می‌کنند و یا طرد می‌شوند. بی سرپرستی یا بد سرپرستی باعث می‌شود تا این افراد آمادگی روانی، اجتماعی و اقتصادی لازم برای زندگی مستقل رانداشته باشند و لذا در مقابل شرایط نامساعد بسیار آسیب‌پذیر و همچنین مستعد برقراری روابط جنسی نامشروع باشند.
- دوم - زنان آسیب دیده اجتماعی که از طریق روابط جنسی نامشروع، روزگار می‌گذرانند؛ یعنی روسپی‌گری حرفه آنان است و زنانی که به ارزشهای اخلاقی و اجتماعی پای‌بند نیستند، اما انگیزه کسب درآمد نیز ندارند.
- اهداف مراکز بازپروری: مراکز بازپروری به منظور جلوگیری از اعزام مددجویان شهرستانی به مراکز بازپروری زنان و دختران آسیب دیده اجتماعی تهران تأسیس شد و اهداف آن به شرح زیر است:
- الف - ایجاد امکانات و تسهیلات لازم به منظور بازپروری و بازتوانی روانی، اجتماعی زنان و دختران در معرض آسیب اجتماعی حاد یا آسیب دیده اجتماعی
- ب - سهولت دسترسی به خانواده‌های مددجویان جهت اخذ اطلاعات بیشتر و

بررسی‌های مقدماتی به منظور ترخیص، شیوه‌های بازگشت به خانواده، ازدواج، اشتغال و...
 ج - جلوگیری از گسترش آسیب‌های اجتماعی و بدآموزی مددجویان در یک مکان
 د- سهولت پیگیری فعالیتهای مددجویان پس از ترخیص

○ مرکز مداخله در بحران

همان‌گونه که برای بیماران جسمی، مرکز فوریت‌های پزشکی وجود دارد، بیماران اجتماعی نیز باید امکان استفاده از مراکز مورد نیاز خود را داشته باشند. این بیماران باید بتوانند قبل از ارجاع به مراکز وابسته به نیروی انتظامی و زندان‌ها از خدمات به موقع و فوری که موجب درمان بیماران اجتماعی می‌شود، استفاده نمایند. در واقع شکل و طرح مناسب‌تر این مراکز آن است که به پایگاه‌های فوریت‌های اجتماعی تبدیل شوند و تیم‌هایی با تخصص‌های مختلف در این مراکز به ارائه خدمات بپردازند.

برای تحقق این هدف، سازمان بهزیستی در سال ۱۳۷۸، مراکز مداخله در بحران را در ۹ استان کشور تأسیس نمود که در طی سال ۷۹، تعداد آنها به ۳۱ مرکز افزایش یافت.
 همچنین سازمان بهزیستی در سال ۱۳۷۸، ابتدا در ۱۳ مرکز استان و در سال ۱۳۷۹، در ۱۸ مرکز استان و در سال ۱۳۸۰، در ۲۲ مرکز، مراکز بازپروری ایجاد نمود.

۳- تعریف مفاهیم

○ نوجوانی

حالت یا دوره‌ای از رشد است که بعد از کودکی آغاز و قبل از شروع جوانی خاتمه می‌یابد. شروع نوجوانی در حدود ۱۲ سالگی (هم زمان با ظاهر شدن صفات ثانوی جنسی) و ختم آن تقریباً در ۱۹ سالگی است. رشد در نوجوانی در سه سطح زیستی، روانی و اجتماعی، که هر سه رابطه نزدیکی با هم دارند، روی می‌دهد.

از نظر بیولوژیک، شروع نوجوانی با آخرین شتاب‌گیری رشد استخوانی و آغاز رشد جنسی مشخص می‌شود. از نظر روانی با تسریع رشد شناختی، شکل‌پذیری و ویژگیهای

شخصیتی، و از نظر اجتماعی با آماده شدن برای ایفای نقش جوانی و بزرگسالی (در آینده) مشخص می‌گردد. در واقع در پایان این دوره نوجوان امتیازات ویژه افراد بالغ را به دست می‌آورد؛ امتیازاتی که زمان و مقدار آن در جوامع مختلف متفاوت است.

تفکیک بلوغ (Puberty) (که فرآیند تغییرات فیزیکی است) و نوجوانی (که فرآیند تغییرات روانی است)، اهمیت بسیار دارد. در مطلوب‌ترین شرایط، این دو فرآیند هم زمان روی می‌دهند. در غیر این صورت نوجوان ناگزیر به مدارا با سایر استرسهاست.

رشد و نمو و تظاهر حس هویت، اساسی‌ترین مسئله (نقطه عطف) این دوره یا مرحله است. هویت یعنی خصوصیات ویژه هر فرد که مشخص می‌کند وی کیست؟ و به کجا دارد می‌رود؟

○ بحران هویت

این پدیده، در پایان نوجوانی رخ می‌دهد و در واقع بروز آن در این مرحله، هنجار تلقی می‌شود. اما شکست در تسلط بر این کشمکش هویتی موجب می‌شود که نوجوان فاقد هویت یکپارچه و قوام یافته گردد و در واقع از سردرگمی نقش یا هویت رنج ببرد. ویژگی این شکست، نداشتن حس مشخص درباره خود، یا از خود، یا تعریف مشخص از خود، نقش خود و اینکه کجای این جهان ایستاده است، می‌باشد.

سردرگمی یا گیجی در هویت و نقش: سردرگمی در هویت و نقش ممکن است به صورت ناهنجاریهای رفتاری گوناگون مثل فرار از منزل و مدرسه، ارتکاب جنایت و حتی روان پریشی آشکار بروز نماید. مشکلات در هویت جنسی و نقش جنسی نیز ممکن است در این مقطع زمانی رخ دهد.

نوجوان برای مقابله با این سردرگمی نقش و آشفتگی هویتی ممکن است به فرقه‌های مختلف عقیدتی، مذهبی، فلسفی و یا گروه‌های هنری (موسیقی و...) و یا خلاقکار بپیوندند و یا با قهرمانان ملی و قومی همانند سازی کند.

به نظر می‌رسد مهمترین شاخص مرحله نوجوانی، ایجاد و کسب هویت فردی، پیدا

کردن نقش فردی در جهان و زندگی، هویت و نقش جنسی است. به تعبیری می‌توان گفت در پایان این مرحله شخص می‌داند: «کیست»، «کجای این جهان ایستاده است» و «به کجا دارد می‌رود».

○ رفتارهای خطر آفرین

مصرف الکل، سیگار، سوء مصرف مواد مخدر، بی‌بندوباری جنسی (به ویژه در دو مورد آخر که ابتلا به سندرم ایدز و هپاتیت مطرح است)، رفتارهای مستعد تصادف (مانند رانندگی بی‌محابا و با سرعت بالا و بدون رعایت قوانین رانندگی)، سقوط آزاد، ورزشهای هوایی خطرناک (مانند sky diving یا شیرجه در آسمان) از فعالیتهای رفتارهای خطرآفرین این دوره به شمار می‌رود.

○ بزهکاری

این اصطلاح به رفتارهای قانون شکنانه نوجوانان (به طور مشخص حدود شانزده تا هجده سال) اطلاق می‌شود. مفهوم ضمنی آن این است که بزه در حد جرائم سنگین و جدی نیست. به عبارت دیگر، بزهکار نامیدن یک قاتل چهارده ساله درست به نظر نمی‌رسد. بزهکاری اکثراً با اختلالات سلوک مرتبط است، اما در عین حال ممکن است ناشی از سایر اختلالات نورولوژیک و روانپزشکی نیز باشد. معمولاً در دوران کودکی، قرائنی دال بر اختلالات دلبستگی (attachment disorder) به عنوان فقدان روابط گرم و صمیمی بین مادر و کودک وجود دارد. همچنین در این موارد، اختلال در روابط و الگوی خانوادگی، خانواده‌های پرجمعیت، از هم گسسته و شرایط بد اقتصادی مشاهده می‌شود.

اعمال و رفتار بزهکارانه معمولاً سر نخ‌های مهمی برای تشخیص به دست می‌دهد. فرار از منزل، مدرسه‌گریزی، ولگردی، دزدی، و رفتارهای قانون شکنانه دیگر در صورتی که جزئی باشد، شایع است؛ اما اعمال وحشیانه و جنایی به ندرت مشاهده می‌گردد.

○ بی بندوباری یا بی مبالاتی جنسی

به هر نوع رفتار یا رابطه جنسی با هم جنس یا جنس مخالف که قواعد اخلاقی، اجتماعی، عرفی در آن رعایت نشده باشد، اطلاق می‌گردد. این رفتار جزو رفتارهای خطر آفرین نوجوانان نیز طبقه بندی شده است.

رفتارهای سوء جنسی یا هرزگی و بی مبالاتی جنسی عوارض متعددی مانند درگیری در سایر موارد بزه و جرم و جنایت، سوء مصرف الکل و مواد مخدر، بارداری نامشروع، سقط جنین غیر قانونی، روسپیگری، بیماریهای مقاربتی و ایدز را به دنبال دارد.

در بسیاری از موارد، نوجوانان در واقع به اختلالات جدی و روانپزشکی (به عنوان بیماری اولیه و پایه‌ای) مانند اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی (افسردگی اساسی، اختلالات خلقی دو قطبی، [bipolar mood disorder]...)، اختلالات هراس، اختلالات سایکوتیک، اختلال کنترل تکانه (impulse control disorder)، اختلالات سلوک، اختلالات هویت فردی یا هویت جنسی، اختلالات توجه بیش فعالی (ADHD)، اختلالات تحصیلی، اختلالات عاطفی، اختلالات شخصیت، اختلالات ناشی از بیماریهای مغزی بارز، اختلالات هوشی، اختلالات و مشکلات خانوادگی و بسیاری از معضلات روانشناختی، جامعه شناختی دیگر مبتلا هستند. تظاهر این اختلالات می‌تواند به صورت اختلال یا ابهام در رفتارهای جنسی، هویت جنسی، نقش جنسی، و یا بی مبالاتی و بی بندوباری جنسی باشد.

○ روسپیگری

این اصطلاح به معامله پایاپای و بی بند و بارانه جنسی زنان و مردان به منظور کسب درآمد اطلاق می‌شود. در واقع اصطلاح دقیق‌تر آن، تن فروشی است و شخص از این راه کسب در آمد می‌نماید. به عبارتی انگیزه برای ایجاد روابط جنسی نامشروع و بی‌بندوباری جنسی و اخلاقی، تأمین معاش می‌باشد.

رابطه بین روسپی و مشتری نوعی تحقیر متقابل است. روسپیگری معمولاً با سایر آسیب شناختی‌های روانی - اجتماعی نظیر اعتیاد به مواد مخدر و الکل، جرم، جنایت، قاچاق

همراه است. زنان روسپی به درجات مختلف اختلالات شخصیت، و در بعضی موارد هوشی پایین‌تر از حد معمول دارند. برخی از آنها همجنس‌گرا هستند و احساس خصومت خود را با تحقیر جنس مخالف و ایجاد رابطه‌ای غیر اخلاقی و غیر قانونی ابراز می‌دارند.

○ روسپیگری در نوجوانان

نوجوانان به دلیل شرایط اجتماعی و بهداشتی کنونی، متأسفانه درصد و نسبت زیادی از جمعیت روسپیان را تشکیل می‌دهند. طبق گزارش کتاب مرجع روانپزشکی (sgnopsis of psychiatry, 1998) حدود یک میلیون نوجوان در امریکا گرفتار روسپیگری هستند که اغلب آنان دختر می‌باشند، اگر چه پسران نیز به عنوان روسپی همجنس‌گرا با این معضل دست به گریبانند. اکثر این نوجوانان از خانواده‌های درهم شکسته و از هم گسسته هستند و تاریخچه کودکی بسیار نامطلوب، همراه با سوء استفاده جسمی، جنسی و روانی دارند و خود قربانی تجاوز دیگران می‌باشند. بسیاری از آنان از خانه فرار کرده و به وسیله دلالان و قاچاقچیان مواد مخدر به دام افتاده و به سوء مصرف مواد مخدر و الکل گرفتار شده‌اند. این نوجوانان در معرض خطر و ریسک ابتلا به عفونت ایدز و سندرم آن، هیپاتیت و سایر بیماریهای مقاربتی (S.T.D) قرار دارند.

یکی از مهمترین دلایل پایین آمدن سن روسپیگری، افزایش تقاضا برای روسپیان کم سن و سال است که علت آن ترس از بیماریهای واگیردار مقاربتی به ویژه ایدز (AIDS) می‌باشد؛ چون تصور می‌شود احتمال آلودگی کودکان و نوجوانان به این بیماری کمتر است. معمولاً کودکان و نوجوانان مطیع‌تر و آسان‌گیرترند و به راحتی با قیمت پایین‌تر در مقابل خواسته‌ها و روشهای جنسی مورد علاقه مشتری تسلیم می‌شوند.

این روسپیان کوچک، در بسیاری از موارد، به دلایل گوناگون یا مشکلات اقتصادی (فقر، گرسنگی)، اجتماعی (جنگ، ناامنی، مرگ)، خانه، شهر، و یا حتی کشور خود را برای دست یافتن به زندگی بهتر و امنیت بیشتر ترک می‌کنند.

ب- اهداف تحقیق

هدف این تحقیق، بررسی رفتار بی‌بندوبارانانه یا بی‌مبالاتی جنسی نوجوانان است. چون طبق تعریف سازمان بهزیستی، این نوع رفتار جزو دسته‌بندی آسیب‌های اجتماعی قلمداد می‌گردد. این رفتار می‌تواند به تنهایی و یا با رفتارهای غیر متعارف ضد اخلاقی و ضد قانونی دیگر همراه باشد، می‌تواند یکی از رفتارهای خطر آفرین نوجوانی باشد که با افزایش سن تغییر و یا کاهش می‌یابد، یا به روسپیگری می‌انجامد و یا در زمره رفتارهای بزهکارانه نوجوانی قرار گیرد.

از نظر رویکرد روانپزشکی - روانشناختی، این رفتار می‌تواند با آسیب‌شناختی‌های جدی و مستمر روانپزشکی - روانشناختی - مغزی و از دیدگاه روانشناختی - روانپزشکی با مشکلات متعدد شبکه حمایتی یا خانواده همراه باشد. هدف از بررسی نوجوانان ارجاع شده به مرکز مداخله در بحران، ارزیابی موارد ذکر شده است.

ج- روش

روش این تحقیق، بررسی متون روانپزشکی - روانشناختی و مقالات مربوط به نوجوانان و رفتارهای قانون شکنانه آنان و تحقیق میدانی در مورد ۹۵ مراجع «خودمعرف» یا ارجاع شده از طرف مراجع مختلف قانونی به مرکز مداخله در بحران (به عنوان مرکز ستاد پذیرش و قرنطینه)، به ترتیب ماه ورود، می‌باشد. این جامعه آماری در نیمه دوم سال ۱۳۸۰، مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند (در واقع این دو مرکز ادغام شده‌اند).

○ روش ارزیابی

برای ارزیابی جمعیت مورد مطالعه ابتدا مصاحبه بالینی روانپزشکی و سپس آزمون‌های استاندارد ارزیابی روانشناسی شامل ۱- آزمون هوش وکسلر یا ریون (Wechsler یا Raven) ۲- آزمون شخصیت (MMPI) ۳- آزمون اضطراب و افسردگی کیتل (Cattelle) یا بک (Beck) انجام شد.

د- بررسی نتایج

- ۱- اکثر موارد در طیف سنی ۲۱-۱۶ قرار می‌گیرند که از نظر فراوانی با سایر گروه‌های سنی اختلاف فاحش دارد.
- ۲- از نظر توزیع فراوانی و درصدی، محل ارجاع اکثر موارد، نیروی انتظامی، زندانها، کانون اصلاح و تربیت، اداره سرپرستی، مفاسد اجتماعی، مرکز مداخله در بحران، خانهٔ ریحانه بود. ۷۲ نفر (۷۵/۷۹ درصد) ارجاع شده‌اند و ۲۳ نفر (۲۴/۲۱ درصد) خود معرف بودند.
- ۳- از نظر سابقه و دفعات ارجاع، ۷۷ نفر (۸۱/۱ درصد) اولین بار بود که به مرکز مداخله و ستاد پذیرش ارجاع شده بودند.
- ۴- از نظر علت ارجاع، اکثر موارد تداخل آماری داشتند و به دلیل رفتارهای بزهکارانه و خطر آفرین ارجاع شده بودند. در واقع بین فرار از منزل، بی‌مبالاتی جنسی و مصرف مواد مخدر یا الکل (حتی یکبار) ارتباط مستقیم یا مثبت وجود دارد. ۵ مورد روسپیگری به منظور کسب درآمد مشاهده شد.
- ۵- از نظر ارزیابی تشخیصی روانشناختی - روانپزشکی، به دلیل کافی نبودن مدت اقامت ۵۸ نفر مورد ارزیابی قرار گرفتند.
- مهم‌ترین موارد، مبتلایان به اختلالات سلوک، اختلالات شخصیت مرزی و ضد اجتماعی (۱۶/۸۴ درصد) بودند. بقیه که اکثر موارد را تشکیل می‌دادند (۳۰/۵۳ درصد)، به ترتیب میزان شیوع، در طیف سردرگمی یا اختلال هویت فردی - جنسی، رفتارهای خطر آفرین نوجوانی و طیف نوجوانی بهنجار قرار می‌گرفتند و یا دارای مشکلات خانوادگی، زناشویی، و بین فردی بودند.
- حدود ۱۳ درصد اختلالات هوشی و اختلالات خفیف یا جدی روانپزشکی داشتند.
- ۶- از نظر وضعیت تأهل، اکثر موارد (۴۲/۱۱ درصد) را افراد مجرد تشکیل می‌دادند.
- ۷- از نظر سابقه بازپروری در مراکز بازپروری سازمان بهزیستی، کانون اصلاح و تربیت و خانهٔ ریحانه (خانه سلامت)، اکثر موارد (۶۲ نفر با ۶۵/۲۶ درصد) سابقه بازپروری نداشتند.
- ۸- از نظر ارزیابی وضعیت خانوادگی، شرایط خانوادگی (به عنوان شبکه حمایتی -

عاطفی - روانی) اکثر موارد (۳۳ نفر با ۳۴/۷۴ درصد)، بد ارزیابی شده است. و سپس ۲۷ نفر (۲۸/۴۲ درصد) در وضعیت متوسط قرار گرفته‌اند. تذکر این نکته لازم است که به دلیل نبودن زمان کافی برای ارزیابی، امکان بررسی وضعیت خانوادگی ۲۴ نفر از مراجعان میسر نگردید.

۹- از نظر ارزیابی علت نابسامانی شبکه حمایتی، اکثر موارد در گروه با مشکلات زناشویی، مشکلات با خانواده همسر، طلاق (به عنوان سایر موارد) قرار گرفتند و سپس موارد طلاق والدین مطرح بوده است.

۱۰- ارزیابی وضعیت اجتماعی - اقتصادی فرهنگی خانواده یا شبکه حمایتی مراجعان، به دلیل کافی نبودن مدت اقامت آنها فقط ۷۱ نفر مورد ارزیابی قرار گرفتند که از این تعداد اکثر موارد (N=۳۰) با ۳۱/۵۸ درصد در وضعیت شبکه حمایتی (اجتماعی - اقتصادی - فرهنگی) بد قرار گرفتند و ۲۸ نفر (۲۹/۴۷ درصد) در وضعیت متوسط ارزیابی شدند.

۵- بحث و نتیجه گیری

با توجه به تعاریف آسیب اجتماعی از دیدگاه سازمان بهزیستی (دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی) دختران جوان و زنان به سه دسته تقسیم می‌شوند:

الف - دخترانی که به دلیل عدم وجود شبکه حمایتی، در معرض آسیب دیدگی قرار دارند. اختلال روانپزشکی، روانشناختی، هوشی و مشکلات اخلاقی ندارند و نیازمند خدمات بازپروری نیستند.

ب - دختران و زنانی که به دلایل اجتماعی، فرهنگی، خانوادگی در معرض آسیب پذیری حاد و برقراری روابط نامشروع قرار دارند. این گروه برای جلوگیری از بروز آسیب اجتماعی به بازپروری و بازتوانی نیازمندند.

ج - زنان آسیب دیده اجتماعی، شامل افرادی هستند که برای کسب درآمد و یا بدون انگیزه مادی به بی‌مبالاتی جنسی اقدام می‌نمایند. جلوگیری از گسترش آسیبهای اجتماعی، استفاده از شیوه‌های تخصصی بازپروری، بازتوانی روانی - اجتماعی به منظور ایجاد حرفه و شغل، ازدواج و استقلال اجتماعی، اقتصادی، انگیزه و اهداف مرکز مداخله در بحران دفتر

آسیب‌های اجتماعی می‌باشد.

طبق تعاریف کتابهای مرجع روانپزشکی، در اختلالات رفتاری (رفتارهای خطر آفرین و بزهکاری)، سابقه رفتارهای ضد اجتماعی و ضد اخلاقی - ضد قانونی وجود دارد. این رفتارها شامل سرقت، تکدی‌گری، فرار از منزل و مدرسه، بی‌مبالاتی جنسی، سوء مصرف مواد مخدر و الکل، نزاع و درگیری‌های قانونی می‌باشد.

اما اگر هدف از سرقت، تکدی‌گری و بی‌مبالاتی جنسی کسب درآمد (حرفه) باشد، در واقع در ردیف مشاغل نامشروع، غیر اخلاقی و غیر قانونی قرار می‌گیرد و جزو جرایم اجتماعی و قانونی محسوب می‌شود.

بررسی آماری مرکز مداخله در بحران نشان می‌دهد که از ۹۵ مراجع، فقط ۵ نفر روسپیگری را به عنوان حرفه و منبع کسب درآمد اختیار کرده بودند، ۸۰ نفر از این ۹۵ نفر شغلی که در تعاریف قانونی، اجتماعی، اخلاقی بگنجد نداشتند و سایر موارد (۱۰ نفر) در ردیف شغلی - اجتماعی پایین (مستخدم، کارگر، مستمری بگیر...) قرار گرفتند.

بحث فوق از آن جهت اهمیت دارد که رفتارهای بزهکارانه ضد قانونی و ضد اجتماعی در صورت تکرار، قابل ارزیابی و بررسی روانپزشکی هستند و در صورتی که به صورت رفتار پایدار، مستمر و غالب الگوی رفتاری فرد باشد، آسیب روانی - اجتماعی مطرح می‌گردد.

در واقع شخصی که مکرر به دلایل جرائم اخلاقی - قانونی - اجتماعی (مانند اختلالات رفتاری ناشی از سوء مصرف مواد الکل، سرقت، تکدی‌گری، بی‌مبالاتی جنسی، رفتارهای خشونت‌بار، تهدیدآمیز، فرار از منزل...) دستگیر و به مراکز قانونی یا بهزیستی ارجاع می‌شود یا فردی که سابقه یک بار مصرف مواد مخدر، الکل، ترک تحصیل، ترک منزل، اختلال در روابط اجتماعی یا سابقه یک بار بی‌مبالاتی جنسی را دارد، متفاوت است.

در بسیاری از موارد، این رفتارها اگر الگوی شایع، مکرر و غالب نوجوانان و جوانان نباشد، در حیطه رفتارهای طیف نوجوانی - جوانی قرار می‌گیرد. در واقع در اکثر موارد سه موضوع اصلی علل ارجاع می‌باشند: ۱- فرار از منزل و مدرسه ۲- ولگردی، بی‌مبالاتی جنسی ۳- مصرف مواد مخدر و الکل که به طور نسبی ۴۶/۳ درصد مراجعان (از ۹۵ مورد) را تشکیل داده‌است.

همه این موارد در باره مراجعانی صادق است که خود معرف نبوده و از طرف نیروی انتظامی، قوه قضائیه و سازمانها و نهادهای مسئول ارجاع شده‌اند.

در ارزیابی ۵۸ نفر از ۹۵ مراجع، اختلالات سلوک، اختلالات شخصیت در تشخیص‌های اساسی روانپزشکی نوجوانان - جوانان قرار دارد (۱۶/۸۴ درصد) و سایر موارد تشخیصی که ممکن است سردرگمی یا اختلالات هویت فردی، جنسی، مشکلات خانوادگی، مشکلات زناشویی، مشکل روابط بین فردی [Relational Problems]، رفتارهای خطر آفرین نوجوانی باشد، ۳۰/۵۳ درصد موارد را شامل شده است.

بیماریهای جدی روانپزشکی، مشکلات عصبی و ذهنی مانند کم توانی ذهنی و بیماریهای خفیف روانپزشکی ۳/۶ درصد موارد را شامل می‌شود.

در مجموع به نظر می‌رسد حدود ۴۶/۳ درصد (از ۹۵ مورد مراجعه) از مراجعان در طیف بزهکاری و بی‌مبالاتی جنسی قرار می‌گیرند. شایعترین تشخیص روانپزشکی این افراد اختلالات سلوک - شخصیت می‌باشد.

طیف سنی مراجعان، ۲۱-۱۶ (یعنی اواخر نوجوانی و اوایل جوانی) بود. اکثر آنها مجرد بودند و از نظر وضعیت شبکه حمایتی در شرایط نامطلوبی قرار داشتند. در مورد علت نابسامانی شبکه حمایتی، طلاق والدین، مشکلات اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی خانواده در الویت قرار دارد (در ۵۵ مورد، مشکلات مربوط به هسته اولیه خانواده فرد بود و در ۴۰ مورد مشکلات به خانواده همسر و زناشویی و... مربوط می‌گردید). محل ارجاع ۷۲ مراجع، مراکز و نهادهای قانونی و اجتماعی بود و ۳۳ نفر سابقه بازپروری داشتند.

و- پیشنهادها

۱- با توجه به آمار فوق (۸۱/۱ درصد از ۹۵ مراجع سابقه یک بار ارجاع داشتند)، پی‌گیری این موضوع که دلایل مربوط به عدم ارجاع مجدد چه بوده است، چه مواردی به خانواده و کاشانه و شبکه حمایتی خود بازگشته، چه مواردی از طرف سازمان‌های قانونی - اجتماعی حمایت شده (ازدواج کرده‌اند، اشتغال، استقلال فردی و شغلی پیدا کرده‌اند) و چه مواردی

(توزیع فراوانی و درصد) در جامعه رها شده‌اند، بسیار حائز اهمیت است و می‌تواند پس‌خوراند بسیار مهمی در مورد میزان تأثیر و کارایی و کارآمدی سازمانهای قانونی دولتی و بویژه سازمان بهزیستی بدهد.

۲- سابقه بی‌مبالائی جنسی به صورت مکرر و غالب، ده برابر سابقه روسپیگری (به عنوان حرفه و منبع کسب درآمد) است. برای جلوگیری از روند پیش‌رونده اختلال رفتاری بی‌مبالائی جنسی به سوی روسپیگری، بررسی وضعیت اجتماعی، اقتصادی، و فرهنگی شبکه حمایتی به عنوان عوامل زمینه ساز اجتماعی و مشکلات روانپزشکی، روانشناختی، مغز و اعصاب، به عنوان عوامل زمینه ساز فردی، بسیار مهم است. هدف اصلی برنامه‌های دراز مدت دفتر آسیب دیدگان اجتماعی باید پیشگیری اولیه، سپس ثانویه (درمان مشکلات حاضر) باشد تا به عوارض ثالثیه یعنی جنایت، جرائم شدید و روسپیگری منجر نشود.

بنابراین پیشنهاد اصلی و اساسی این است که چنانچه سازمان بهزیستی واسط بین فرد، خانواده، جامعه و سازمانهای قانونی و انتظامی شود و در غیاب شبکه حمایتی جانشین آن و در مواردی که فرد با بحرانهای فردی، خانوادگی، بین فردی رو به روست، متولی درمانهای روانی، اجتماعی گردد، می‌تواند در پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالثیه نقش بهتر و مؤثرتری ایفا نماید و نسبت به مواردی که به عنوان نهاد سوم (بعد از خانواده و سازمانهای قانونی، انتظامی) مطرح است، مفیدتر واقع شود.

پس‌خوراند آماری در مورد ارتباط بین مراجع - مددجو و تیم تخصصی یا بازپروری سازمان بهزیستی، حاکی از عدم موفقیت آن است و موارد فرار از مراکز بهزیستی رقمی بالاتر از ۹۰ درصد را به خود اختصاص داده است. به نظر می‌رسد شایعترین علت، آن باشد که بعد از درگیری مراجع با مراجع قانونی، امکان ارتباط و جلب مشارکت و همکاری مراجعان برای سالم و بهینه سازی زندگی آنها بسیار مشکل است.

در واقع، بررسی علل نارسایی و ناکارآمدی مراکز مداخله و بازپروری بهزیستی در مورد افراد ارجاع شده، برای بهبود و اصلاح نگرش، ارزیابی، برخورد، قضاوت و نتیجه‌گیری از موارد بزهکاری نوجوانان و جوانان، بسیار حائز اهمیت می‌باشد.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی سن جمعیت مورد مطالعه

درصد	فراوانی	سن
۷/۳۷	۷	۱۰-۱۵
۵۵/۷۹	۵۳	*۱۶-۲۱
۱۴/۷۴	۱۴	۲۲-۲۷
۱۰/۵۳	۱۰	۲۸-۳۳
۴/۲۱	۴	۳۴-۳۹
۴/۲۱	۴	۴۰-۴۵
۳/۱۵	۳	۴۵ سال به بالا
۱۰۰	۹۵	جمع

* بالاترین میزان در طیف سنی ۱۶-۲۱ است که با سایر گروه‌های سنی تفاوت فاحش دارد.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی محل ارجاع جمعیت مورد مطالعه به مرکز

مداخله بحران سازمان بهزیستی*

درصد	فراوانی	محل ارجاع
۱۱/۵۸	۱۱	مراکز مداخله در بحران
۲۷/۳۷	۲۶	نیروی انتظامی و دادگستری
۲۴/۲۱	۲۳	خود معرف
۵/۲۶	۵	خانه ریحانه
۱۲/۶۳	۱۲	کانون اصلاح و تربیت
۵/۲۶	۵	زندان
۸/۴۲	۸	مفاسد اجتماعی
۱/۶	۱	آموزش و پرورش
۳/۱۵	۳	اداره سرپرستی
۱/۶	۱	سایر موارد
۱۰۰	۹۵	جمع

* ۲۳ نفر (۲۴/۲۱ درصد) خود معرف و ۲۲ نفر (۷۵/۷۹ درصد) ارجاع شده بودند.

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی دفعات ارجاع جمعیت مورد مطالعه به مرکز

مداخله در بحران سازمان بهزیستی

سابقه و دفعات ارجاع	فراوانی	درصد
یکبار	۷۷	۸۱/۱
دو بار	۷	۷/۳۷
سه بار	۴	۴/۲۱
بیش از سه بار	۷	۷/۳۷
جمع	۹۵	۱۰۰

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی علت ارجاع جمعیت مورد مطالعه به مرکز

مداخله بحران سازمان بهزیستی*

علت ارجاع	فراوانی	درصد
۱- سرقت	۸	۸/۴۲
۲- تکدی‌گری	۴	۴/۲۱
۳- مصرف مواد مخدر و الکل	۳۰	۳۱/۶
۴- فرار از منزل یا مدرسه	۵۶	۵۸/۹
۵- ولگردی - بی‌مبالاتی جنسی	۴۸	۵/۵۲
۶- روسپیگری	۵	۵/۲۶
۷- سایر موارد	۳	۳/۱۵
جمع	۹۵	۱۰۰

* توضیح اینکه دلایل ارجاع، در بسیاری از موارد هم پوشانی داشته است. در واقع شخص ممکن است هم فرار از منزل داشته باشد،

هم بی‌مبالاتی جنسی و هم مصرف مواد مخدر یا الکل (در واقع در این مورد تداخل آماری وجود دارد).

جدول شماره ۵: توزیع فراوانی ارزیابی روانشناختی - روانپزشکی نورولوژیک

جمعیت مورد مطالعه *

درصد	فراوانی	ارزیابی تشخیصی
۵/۲۶	۵	۱- بیماریهای جدی روانپزشکی
۲/۱۱	۲	۲- بیماریهای خفیف روانپزشکی
۱۶/۸۴	۱۶	۳- اختلالات سلوک - شخصیت
۶/۳۲	۶	۴- کم توانی هوشی
۳۰/۳۵	۲۹	۵- سایر موارد
۱۰۰	۵۸	جمع

* توضیح اینکه ۲۷ نفر مورد ارزیابی روان شناختی، روانپزشکی، نورولوژیک تیم تخصصی قرار نگرفته‌اند. بیماریهای جدی روانپزشکی: اختلالات سایکوتیک (روان پریشی)، (اختلالات خلقی شدید)،... بیماری خفیف روانپزشکی: افسردگی خفیف، اختلالات اضطرابی،... سایر موارد: رفتارهای خطر آفرین، سردرگمی یا اختلالات هویت فردی، جنسی،...

جدول شماره ۶: توزیع فراوانی و درصدی مراجعان از نظر ارزیابی وضعیت خانوادگی *

درصد	فراوانی	وضعیت خانوادگی
۷/۳۷	۷	خیلی بد
۳۴/۷۴	۳۳	بد
۲۸/۴۲	۲۷	متوسط
۴/۲۱	۴	خوب
۱۰۰	۷۱	جمع

* توضیح اینکه ۲۴ نفر از مراجعان خدمات مددکاری دریافت نکرده‌اند. به همین دلیل، امکان ارزیابی وضعیت خانوادگی این افراد وجود نداشته است.

جدول شماره ۷: توزیع فراوانی علت نابسامانی شبکه حمایتی جمعیت مورد مطالعه

درصد	فراوانی	علت نابسامانی شبکه حمایتی
۳۱/۵۸	۳۰	۱- طلاق والدین
۳/۱۶	۳	۲- متارکه والدین
۷/۳۷	۷	۳- ناسازگاری والدین
۱۳/۶۸	۱۳	۴- کم توجهی والدین
۲/۱۱	۲	۵- بی‌مبالاتی فرهنگی
۴۲/۱۱	۴۰	۶- سایر موارد*
۱۰۰	۹۵	جمع

* منظور از سایر موارد، مشکلات زناشویی، طلاق، مشکلات با خانواده همسر می‌باشد.

- ۱- پور افکاری، نصرالله (۱۳۷۳). فرهنگ جامع روانشناسی - روانپزشکی، تهران، فرهنگ معاصر
- ۲- سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور اجتماعی، دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی (۱۳۷۹)، کلیاتی در خصوص مرکز مداخله در بحران (اورژانس اجتماعی - مرکز بازپروری دختران و زنان در معرض آسیب یا آسیب دیده اجتماعی - مرکز خانه سلامت)
- 3- Kaplan, H. & Sadock, B. (1998), 8th edition, synopsis of psychiatry Behavioral sciences / clinical psychiatry, williams & wilkins / Baltimore, Maryland / U.S.A
- 4- Kaplan, H. & Sadock, B.J. (2000), 6th edition, Comprehensive text book of psychiatry, williams & wilkins: Baltimore, Maryland U.S.A
- 5- Gelder, M. Gath, D. Mayou, R. cower, ph. (1996), oxford text book of psychiatry oxford university press, New York, U.S.A