

بنام خداوند جان و



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد یزد

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی (M.A)

عنوان:

علل و روند گرایش زنان به سوء مصرف مواد در یزد

استاد راهنما:

دکتر رضا بیدکی

استاد مشاور:

دکتر مرضیه ابوترابی زارچی

نگارنده:

حسین پاک رای

سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۶



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد یزد

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی (M.A)

عنوان: علل و روند گرایش زنان به سوء مصرف مواد در یزد

نگارنده: حسین پاک رای

از این پایان نامه در تاریخ ۹۶/۰۶/۲۰ در حضور استاد راهنما، مشاور و هیات داوران در دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد با موفقیت دفاع به عمل آمده و مورد تأیید قرار گرفت.

هیات داوران

استاد راهنما: دکتر رضا بیدکی

استاد مشاور: دکتر مرضیه ابوترابی زارچی

استاد داور: دکتر

مدیر گروه کارشناسی ارشد:



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد یزد

تعهدنامه اصالت پایان نامه

اینجانب حسین پاک رای دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی که در تاریخ ۹۶/۰۶/۲۰ از پایان نامه خود تحت عنوان علل و روند گرایش زنان به سوء مصرف مواد در یزد با کسب نمره ۱۸ و درجه عالی دفاع نموده‌ام بدینوسیله متعهد می‌شوم:

۱- این پایان نامه حاصل تحقیق و پژوهش انجام شده توسط اینجانب بوده و در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران (اعم از پایان نامه، کتاب، مقاله و...) استفاده نموده‌ام، مطابق ضوابط و رویه موجود، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آن را در فهرست مربوطه ذکر و درج کرده‌ام.

۲- این پایان نامه قبلاً برای دریافت هیچ مدرک تحصیلی (هم سطح، پایین تر یا بالاتر) در سایر دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی ارائه نشده است.

۳- چنانچه بعد از فراغت از تحصیل، قصد استفاده و هرگونه بهره برداری اعم از چاپ کتاب، ثبت اختراع و... از این پایان نامه داشته باشم، از دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد مجوزهای مربوطه را اخذ نمایم.

۴- چنانچه در مقطعی زمانی خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن را می‌پذیرم و واحد دانشگاهی مجاز است با اینجانب مطابق ضوابط و مقررات رفتار نموده و در صورت ابطال مدرک تحصیلی‌ام هیچگونه ادعایی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ و امضاء:

تقدیم به مادرم

که حضور سبزش، همواره قوت قلمم است، و در دشوارترین روزهای زندگی، همواره نگاه
گرمش، پشتوانه استوارم بود

پاسکزاری

از خداوند، تهنیده و مهربان، بخاطر الطافش پاسکزارم.
از پدر و مادرم پاسکزارم.

از "سازمبارزه با مواد مخدر استان یزد" به عنوان حمایت کننده مالی پاسکزارم.
از آقای "سید صالح میررحیمی" بخاطر همکاری بی دریغش پاسکزارم.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	چکیده
۲	فصل اول
۲	کلیات تحقیق
۳	۱-۱- مقدمه
۴	۲-۱- بیان مساله
۵	۳-۱- ضرورت پژوهش
۶	۴-۱- اهداف، سوالات و فرضیات
۶	۱-۴-۱- هدف کلی
۶	۲-۴-۱- سوال اصلی
۶	۵-۱- تعاریف متغیرها
۶	۱-۵-۱- تعاریف مفهومی
۷	۲-۵-۱- تعاریف عملیاتی
۸	فصل دوم
۸	مطالعات نظری و پیشینه تحقیق
۹	۱-۲- مبانی نظری مفهومی
۱۰	۱-۱-۲- تاریخچه مصرف مواد
۱۰	۲-۱-۲- اختلالات مربوط به مواد
۱۴	۳-۱-۲- علت شناسی اختلالات مربوط به مواد
۲۵	۴-۱-۲- نظریه ها در باب سوء مصرف مواد
۲۷	۲-۲- پژوهش های انجام شده در داخل و خارج از کشور
۲۷	۱-۲-۲- تحقیقات داخل کشور
۳۱	۲-۲-۲- تحقیقات خارج از کشور
۳۴	فصل سوم
۳۴	روش شناسی
۳۵	۱-۳- روش پژوهش
۳۵	۱-۱-۳- جامعه آماری
۳۵	۲-۱-۳- روش نمونه گیری و حجم نمونه
۳۵	۲-۳- ویژگی های توصیفی شرکت کنندگان
۳۶	۳-۳- ابزار پژوهش

۳-۴	روش جمع آوری داده ها.....	۳۶
۳-۵	روش اجرا.....	۳۶
۳-۶	روش تجزیه و تحلیل داده ها.....	۳۶
	فصل چهار.....	۳۸
	روش تجزیه و تحلیل داده ها.....	۳۸
۴-۱	بررسی متغیرهای جمعیت شناختی در شرکت کنندگان.....	۳۹
۴-۲	یافته های توصیفی حاصل از پرسشنامه	۴۰
۴-۳	علل گرایش به مواد مخدر از نظر شرکت کنندگان.....	۴۱
	فصل پنجم.....	۴۵
	بحث، نتیجه گیری و پیشنهادها.....	۴۵
۵-۱	بحث.....	۴۶
۵-۱-۱	زنان معتاد چه عواملی را سبب اعتیاد خود می دانند؟	۴۶
۵-۲	بحث و نتیجه گیری.....	۴۷
۵-۳	محدودیت های پژوهش.....	۴۹
۵-۴	پیشنهاد های پژوهشی.....	۴۹
۵-۵	پیشنهاد های کاربردی.....	۴۹
	منابع فارسی.....	۵۰
	منابع انگلیسی.....	۵۴
	پیوست.....	۵۷

فهرست جدول‌ها

صفحه	عنوان جدول
۳۵	جدول ۱-۳. ویژگی‌های توصیفی شرکت کنندگان.....
۳۹	جدول ۱-۴. پراکندگی متغیر سن و محل تولد.....
۳۹	جدول ۲-۴. پراکندگی متغیر تحصیلات.....
۳۹	جدول ۳-۴. فراوانی استفاده از سیگار در شرکت کنندگان.....
۳۹	جدول ۴-۴. بررسی متغیر سابقه بیماری در شرکت کنندگان.....
۴۰	جدول ۵-۴. پراکندگی مولفه مشکلات روانی در شرکت کنندگان.....
۴۰	جدول ۶-۴. پراکندگی وضعیت مسکن در شرکت کنندگان.....
۴۱	جدول ۷-۴. شاخص‌های توصیفی شرکت کنندگان.....
۴۱	جدول ۸-۴. علل گرایش به مصرف مواد از نظر شرکت کنندگان.....

چکیده:

اعتیاد یکی از مسایل پیچیده جهان امروزی است که تاریخچه‌ای بسیار طولانی دارد. ردپای این مشکل را به صورت گسترده و صنعتی در ایران را می‌توان از زمان استعمار انگلیس در کشور دید. اعتیاد در گذشته بیشتر به شکل مصرف مواد سنتی و در سطحی محدود و با تعداد معدودی از مصرف‌کنندگان وجود داشته است، این شکل از اعتیاد تاثیر زیادی بر کارکرد شخص در سطح فردی و محیط اجتماعی نداشت و فرد به سبب اعتیاد از اجتماع و خانواده فاصله نمی‌گرفت و قادر به ایفای مسولیت‌های خود در روابط بین فردی بود. اما آنچه اعتیاد را امروزه برای جوامع به یک مشکل پیچیده و مخرب، که بنیان خانواده و جامعه را به نابودی می‌کشاند، رواج گسترده استفاده از آن در بین همه افراد جامعه و تغییر الگوی مصرف آن می‌باشد. زنان نیز در این میان به جرگه مصرف‌کنندگان مواد صنعتی پیوسته‌اند. در نتیجه تاثیرات مصرف مواد در این افراد که مادران و الگوهای تربیت نسل هستند، بسیار ویران‌کننده تر از مصرف مواد در مردان است. آنچه در این میان حایز اهمیت است پی بردن به دلایل گرایش زنان امروز به مصرف مواد است. کشف دلایل بروز اعتیاد هم در زمینه درمان زنان معتاد و هم در راستای حذف بستر گرایش به اعتیاد برای سایر افرادی که امکان ابتلا به آن را دارند، کاربرد دارد. با توجه به مساله بومی شناسی در حیطه آسیب‌های اجتماعی پژوهش حاضر درصدد بررسی پدیدارشناسی علل گرایش به مواد مخدر در زنان معتاد شهر یزد برآمد. به همین منظور بعد از انجام هماهنگی های لازم با کلینیک ترک اعتیاد بیداری، و تعداد دیگری از کلینیک‌های ترک اعتیاد که زنان معتاد نیز مراجعه کننده آن بودند، پژوهشگر در محل حضور یافت و پس از کسب رضایت آگاهانه این زنان، تعداد ۸۲ نفر را به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب نمود. اهداف پژوهش به روشنی مطرح گردید، و به نگرانی مراجعین در زمینه عدم افشای نام و اطلاعات شخصی در محافل عمومی از طریق توضیح نحوه ارایه اطلاعات، پرداخته شد. پس از کسب رضایت و اعلام آمادگی شرکت‌کنندگان ابتدا پرسشنامه پژوهش را به منظور جمع آوری اطلاعات توصیفی پر نمودند و سپس مورد مصاحبه قرار گرفتند. اطلاعات بدست آمده از مصاحبه‌ها، نوشته و کدگذاری شدند. کدها و دسته بندی های صورت گرفته به شرکت کنندگان ارایه شد، تا میزان توافق آنان با موارد مطرح شده از سوی درمانگر مورد بررسی قرار گیرد. بعد از انجام تغییرات و اعلام نظر شرکت کنندگان، داده های بدست آمده از پرسشنامه و مصاحبه های صورت گرفته به منظور تلخیص و روشن سازی نتایج، مورد تحلیل و طبقه بندی قرار گرفت. علل گرایش به اعتیاد زنان به ۱۳ کد که برخی دارای چند گزینه بودند، دسته بندی شد. در نهایت علل گرایش زنان به مواد مخدر به ۱۹ مقوله شخصی، اجتماعی و محیطی تقسیم شد.

کلیدواژه: اعتیاد، زنان، علل گرایش به سوءمصرف مواد مخدر.

فصل اول

کلیات تحقیق

۱-۱. مقدمه

اعتیاد پدیده‌ای است که از شش هراتر سال پیش به تدریج در تار و پود جوامع بشری رسوخ کرده است؛ به طوری که امروزه طیف وسیعی از مردمان جهان را در کام خویش فرو برده و خانواده‌های بسیاری را به پیامدهای ناگوارش مبتلا ساخته و امنیت جوامع را به خطر انداخته است (چاسن، ۲۰۰۷)، اعتیاد یا سوء مصرف مواد به حالتی گفته می‌شود که فرد علیرغم عواقب و علایم نامطلوب ناشی از مصرف، اقدام به ادامه مصرف ماده ای را می‌کند که در وی ایجاد تغییرات خلقی یا رفتاری کرده یا دچار اختلالات عصبی ناشی از آن رفتارها می‌شود (نرگیس، ریچم و جارگن^۱، ۲۰۱۴).

سوء مصرف مواد یکی از مشکلات بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی مهم در بسیاری از کشور ست. تحقیقات نشان می‌دهند که اعتیاد به مواد مخدر چند وجهی یا چند عاملی است و عوامل مختلف روانی، اجتماعی، فرهنگی، فردی و ژنتیکی در این زمینه دخیل است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳)، با توجه به شیوع بالای وابستگی به مواد و دشواری‌های درمان آن با تلاش در جهت شناسایی عوامل خطر ابتلا به این مشکل در جمعیت‌های مختلف بسیار ضروری است. مصرف الکل، سیگار و مواد یکی از پیامدهای اعتیادآور و خطرناک است که با بسیاری از رفتارها و تحولات دوره جوانی در ارتباط است و خطری جدی برای زندگی فردی و رشد جامعه محسوب می‌شود (حاجی حسنی و همکاران، ۱۳۹۰). در جهان پیشرفت‌های زیادی در تشخیص اختلالات و یافتن مناسب‌ترین راه پیشگیری و درمان آنها ایجاد شده است. اما از انجام تحقیق بر زنان تا دو دهه پیش غفلت شده بود. بیشتر تحقیقات مربوط به گرایش به سوء مصرف مواد که تاکنون طراحی و اجرا شده اند. به طور قابل ملاحظه ای براساسی ویژگی‌ها و نیازهای مردان شکل گرفته اند (لشنر^۲، ۱۹۹۸).

دفتر مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (۲۰۰۸) شمار مصرف کنندگان مواد مخدر را بین جمعیت ۶۴-۱۵ ساله سراسر جهان، ۲۰۸ میلیون یا ۰/۰۵ درصد کل جمعیت جهان برآورد کرده است. برخی گزارشی‌های ارائه شده در کشور ما شمار مصرف کنندگان مواد را نزدیک به ۱/۸ تا ۳/۳ میلیون نفر اعلام کرده اتد (حاجی حسنی، ۱۳۹۰) تصور اکثر افراد جامعه در مورد اعتیاد این است که سوء مصرف مواد مخدر عمدتاً پدیده ای مردانه است؛ اما براساس دلایل متعدد، اعتیاد زنان از اهمیت فوق العاده‌ای در مقایسه با اعتیاد مردان داشته و زوایای آن به دلایل گوناگون از جمله بزهکاری و نوع نگاه جامعه به زن معتاد پنهان باقی مانده است. همچنین با توجه به اینکه زنان امروزه نیمی از جوامع انسانی را تشکیل می‌دهند، شالوده و بنیان جوامع و خانواده به سلامت تمامی افراد جامعه بالاخص زنان بستگی دارد. جرم یا انحراف از هنجارهای رسمی و وجود رفتارهای پرخطر چنانچه افزایش یابد، پایداری و استواری و سلامت جامعه را مورد تهدید قرار می‌دهد و امنیت ملی و استحکام خانواده‌ها را دچار تزلزل می‌کند (بنی فاطمه و بابایی نژاد، ۱۳۸۸).

دلایل مختلفی برای گرایش به انواع مواد مخدر وجود دارد. برخی از افراد برای پذیرفته شدن در جامعه به سمت مواد می‌روند و برخی دیگر سعی می‌کنند خود را رشد یافته تر و بزرگ تر جلوه دهند و برخی برای تسکین خود به مواد پناه می‌برند (جسور، ۱۹۸۴ به نقل از حاجی حسنی و همکاران، ۱۳۹۰)، اثرات مستقیم اعتیاد بر فرد معتاد، جسم و روان فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. یکی از موضوعاتی که در این افراد در حیطه روان شناختی حائز اهمیت است. نحوه تعامل با محیط، سازوکارهای انطباقی و نوع رفتارهای آنهاست که به نوعی در بعضی علت و در عمده آنها معلول پدیده اعتیاد است. رفتارهایی که می‌تواند عواقب بسیار ناخوشایندی را برای آنها و یا سایر افراد جامعه رقم بزند و تحت عنوان «رفتارهای پرخطر» تلقی میشوند. اقداماتی

1 - Narges, Rehem, Jurgen

2 - Leshner

نظیر خشونت، خودزنی، خالکوبی، تزریق مشترک، رفتارهای جنسی محافظت نشده را می توان از این دسته دانست (دستجردی و همکاران، ۱۳۹۰). با توجه به نتایج پژوهشهای به عمل آمده، شناسایی عوامل روان شناختی و اهتمام و برنامه ریزی در جهت تقویت یا تعدیل آنها تأثیر شگرفی در ارتقای سلامت جامعه دارد.

هزینه های اقتصادی، مرگ، خودکشی، بزه های سنگین، ازدواج های ناموفق به نوعی مربوط به مصرف و گرایش به مواد اعتیادآور است (اردکانی یاسینی و رفعتی، ۱۳۸۳). همچنین عوارض نامطلوب اجتماعی، مشکلات رفتاری و روان پزشکی، خطر بیماریهای جسمانی مانند ایدز، هپاتیت در اثر سوء مصرف مواد افزایش می یابد. از آنجایی که عوامل ایجاد کننده اعتیاد متعدد هستند، شناسایی کامل این عوامل به مؤثر بودن فعالیت های پیشگیری کمک خواهد کرد. از طرفی شناسایی به موقع جمعیت های در معرض خطر و سوء مصرف کنندگان مواد، به منظور تدوین برنامه های پیشگیری و درمان اهمیت دارد. لذا با توجه به عدم انجام تحقیق در این زمینه، پژوهشی حاضر با هدف بررسی علل و روند گرایش زنان به سوء مصرف مواد انجام شده است. لذا پژوهش حاضر در صدد پی بردن به "علل و روند گرایش زنان معتاد به سوء مصرف مواد" می باشد.

۱-۲. بیان مسأله

اعتیاد ناهنجاری روانی-اجتماعی است که از مصرف غیرطبیعی و غیرمجاز برخی مواد مانند الکل، تریاک و حشیش ناشی شده است و باعث وابستگی روانی یا فیزیولوژی فرد مبتلا به مواد مذکور می شود. این وابستگی در عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی فرد معتاد اثر ناپسندی برجای گذاشته و در موارد شدید حتی زندگی فردی و اجتماعی وی را به طور جدی تهدید می کند (نال، ریورز و بکارا، ۲۰۱۳). اعتیاد به مواد مخدر یکی از مشکلات اصلی جامعه جهانی است. آمار رو به افزایش مصرف موادمخدر در دنیای کنونی به گونه ای است که یکی از سم شناسان معروف به نام لودوینگ^۲ بیان می کند: "اگر غذا را مستثنی کنیم، هیچ ماده ای در روی زمین نیست که به اندازه موادمخدر این چنین آسان وارد زندگی ملت ها شده باشد" (اورنگ، ۱۹۸۹). جمعیت ایران به علت همسایگی و هم مرزی طولانی با دو کشور عمده تولیدکننده موادمخدر (افغانستان و پاکستان) همیشه در معرض خطر ابتلا به مواد بوده است. کشف موادمخدر از رقم نزدیک به ۵/۴ تن در سال ۱۳۵۳ به رقم ۱۹۴/۷ تن در سال ۱۳۷۶ رسید (عباسی، تازیکی و مرادی، ۱۳۸۶). دفتر مبارزه با مواد و جرم سازمان ملل متحد (۲۰۰۸) شمار مصرف کنندگان مواد مخدر را در بین جمعیت ۱۵-۶۴ ساله سراسر جهان، ۲۰۸ میلیون یا ۰/۰۵ کل جمعیت جهان برآورد نموده است. برخی گزارش های ارائه شده در کشور ما شمار مصرف کنندگان مواد را نزدیک ۱/۸ تا ۳/۳ میلیون نفر اعلام کرده اند (مکری، ۱۳۷۱ به نقل از حاجی حسنی، شفیع آبادی، پیرساقی و بشیرپور، ۱۳۹۰). با توجه به آمارهای ارائه شده هرچند غیردقیق می توان جمعیت زنان مصرف کننده مواد کشور را حدوداً ۱۱۴ هزار نفر یعنی ۶ تا ۸ درصد تخمین زد (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۷). زنان نیمی از جمعیت همه جوامع انسانی را تشکیل می دهند و این حقیقت آماری در واقع و در عمل، آن چنان که باید در تمام زمینه های حیات اجتماعی تعمیم داده نشده است، نکته مهم در اینجاست که سهم آنان در آسیب های اجتماعی کاملاً برعکس برخورداری ایشان از سایر جنبه های انسانی است. به عبارتی زنان نخستین قربانیان بسیاری از آسیب ها و انحرافات اجتماعی می باشند. در این میان سوء مصرف مواد اگر نه اولین و عمده ترین، بلکه مهم ترین آنهاست. هرچا پای سوء مصرف مواد باز می شود در صف نخستین آن زنان قرار دارند چرا که بیشترین آسیب ها از سوء مصرف مواد پدر، برادر، فرزند و همسر، به آنها وارد می شود، تصور اکثر مردم جامعه در مورد سوء مصرف مواد این است که سوء مصرف موادمخدر عمدتاً پدیده ای مردانه است اما بر اساس دلایل متعدد سوء

¹ Noel , Brevers & Bechara

² Ludowinge

مصرف مواد زنان اهمیت فوق العاده‌ای در مقایسه با سوء مصرف مواد مردان داشته و زوایای آن به دلایل گوناگون از جمله ابا داشتن زنان جهت مراجعه به مراکز درمان و نوع نگاه جامعه به زنان مصرف کننده مواد پنهان باقی مانده است بنابراین اکثریت مطالعات انجام شده به صورت کلی و با مرکزیت مردان بوده و آن چنان که باید و شاید به سوء مصرف مواد زنان پرداخته نشده است (احمدی، ۱۳۷۹). مصرف مواد در زنان نسبت به مردان افزون بر عوارضی مانند بیماری و مرگ، به دلیل احتمال حاملگی و بنابراین در خطر قرار گرفتن جنین آنان (تولد نوزاد با وزن کم، زایمان زودرس، سوء تغذیه، سقط جنین یا ایجاد سندرم ترک نوزاد) اهمیت ویژه ای دارد (رحیمی موقر، ملایری خواه لنگرودی، دلبرپور احمدی و امین اسماعیلی، ۱۳۹۰).

پژوهش های اخیر بر عوامل خطر ساز و سبب شناسی چندگانه سوء مصرف مواد متمرکز شده است و گرچه بر عوامل اجتماعی در گرایش به مواد مخدر تاکید بسیار می شود اما سوء مصرف این مواد می تواند با فرایندهای زیستی و روان شناختی نیز ارتباط جدی داشته باشد (اردکانی یاسینی و رفعتی، ۱۳۸۳). با توجه به آنچه در پیش گفته شد توجه به علل سوء مصرف مواد زنان از اهمیت زیادی برخوردار است و از آنجا که استان یزد به دلیل قرار گرفتن در مسیر عبور کاروان های بین المللی حمل مواد مخدر قرار دارد و شیوع این معضل در آن چشمگیر می باشد، این پژوهش به دنبال بررسی علل و روند سوء مصرف مواد زنان در یزد است.

۱-۳. ضرورت انجام تحقیق

بدون شک مصرف مواد مخدر عوارض جسمی، روانی، خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی فراوانی به دنبال دارد که در بسیاری موارد بنیاد خانواده را متلاشی می کند و در نهایت موجب مرگ معتاد و فلاکت هرچه بیشتر خانواده او می شود. مرگ و میر ناشی از سوء مصرف مواد مخدر یکی از موضوعاتی است که در سالیان اخیر مورد توجه مسولان و کارشناسان حوزه اعتیاد قرار گرفته است و همواره با بیان دلایل و علل مرگ معتادان تلاش می شود در جهت حل این مشکل اقداماتی صورت گیرد (شایسته، ۱۳۷۵).

به گفته معاون کاهش تقاضا و توسعه مشارکت های مردمی ستاد مبارزه با مواد مخدر بعد از مرگ و میرهای ناشی از تصادفات و سوانح جاده‌ای دومین عامل مرگ و میر در کشور ناشی از سوء مصرف مواد مخدر می باشد. سوء مصرف مواد مخدر عوارض جسمی فراوانی را به همراه دارد که ممکن است زمینه ساز مرگ معتاد، یا دست کم از کار افتادگی بخش هایی از بدن او شود. تغییرات نامطلوب جسمانی از مهمترین و شایع ترین عوارض سوء مصرف مواد مخدر است که البته مصرف تزریقی مواد و به دنبال آن استفاده از سرنگ مشترک عواقب خاص خود مانند ابتلا به بیماری های ایدز و هپاتیت را خواهد داشت. اما در کنار مشکلات جسمی، عوارض روانی نیز معتادان را به شدت تهدید می کند که همین عوارض روانی برای خانواده معتاد بسیار مساله ساز می شود. بر اساس آخرین آمارها ۶۰ درصد از معتادان به مواد افیونی مشکلات روان پزشکی و یک سوم معتادان دچار افسردگی هستند (شایسته، ۱۳۷۵). از لحاظ اقتصادی براساسی شاخص ۱۳۸۳، سالیانه ۱۰ هزار میلیارد تومان هزینه و خسارت برای امر مبارزه بر اقتصاد کشور تحمیل می شود. ضمن آنکه، با ایجاد اختلال در سیستم اقتصادی کشور و درگیر شدن سرمایه های داخلی در معامله های غیر قانونی ناشی از خرید و فروش مواد مخدر، سبب بروز مشکلات دیگری بر جامعه می شود. از لحاظ اجتماعی، به واسطه ارتباط مستقیم بین استفاده از مواد مخدر و توسعه جرائم، شاهد افزایش آمار زندانیان ورودی به زندان ها طی ربع قرن اخیر بوده ایم، به طوری که جرائمی همچون شرارت، سرقت و اعمال منافی عفت با در صد های رشد مواجه بوده است. از لحاظ فرهنگی، مصرف مواد مخدر در جامعه برای افراد در معرض خطر که فاقد هرگونه حمایت های اجتماعی، عاطفی،

مهارت های مقابله ای، و باورها و نگرش های معنوی هستند، به عنوان یک هنجار مثبت ذهنی و جزئی از سبک زندگی برای کسب لذت و گذراندن اوقات فراغت و دور از اضطراب و ناامیدی تلقی شده است (صرامی، ۱۳۸۷).

متأسفانه در چند سال اخیر مصرف مواد مخدر از سمت مواد مخدر سنتی مانند تریاک و یا حشیش به سمت مواد مخدر صنعتی کشیده است، که این امر سبب کاهش قیمت و همچنین دسترسی آسانتر اقشار مختلف جامعه به آن می گردد. این مواد به قدری خطرناک هستند که گاهاً فرد با مصرف حتی یکبار آنها به آن مواد معتاد میگردند (دستجردی و همکاران، ۱۳۹۰). علاوه بر آن تغییر تدریجی الگوی مصرف مواد مخدر از طبیعی به شیمیایی یا سنتی به صنعتی تهدیدی که کشور را با مخاطره روبرو خواهد ساخت است چرا که جوانانی که باید موتور محرکه جامعه و آینده سازان کشور باشند، پس از سوء مصرف مواد مخدر صنعتی دچار توهمات شدید روانی، رفتارهای پرخطر جنسی، قتل، خودکشی، هولیگانیسم و وندالیسم شده و به جای آنکه باعث حرکت و توسعه جامعه شوند، هزینه های اجتماعی و اقتصادی سهمگینی را بر پیکره جامعه تحمیل می کنند و چه بسیار خانواده هایی که در اثر گرفتار شدن به این معضل از هم پاشیده شده و رو به زوال می روند (آقابخشی، ۱۳۸۸). به گونه ای که مدیر کل مبارزه با جرائم جنایی آگاهی ناجا معتقد است، مواد مخدر صنعتی به مراتب خطرناک تر از گونه های سنتی هستند چرا که آمارهای موجود از این موضوع حکایت دارند که مخدرهای صنعتی موجود دست کم دو برابر مواد مخدر سنتی در ارتکاب جرائم نقش دارند.

از حیث میزان تخریب و آسیب جسمی و روانی و ایجاد وابستگی و نهایتاً مرگ آوری شیشه با ۹۰ درصد تخریب رتبه نخست و کراک با ۷۰ درصد تخریب مقام دوم را به خود اختصاص دادهاند (محبوبی منشی، ۱۳۸۱). لذا با وجود چنین خسارتهای جانی، مالی و آسیبهای اجتماعی ناشی از سوء مصرف مواد مخدر، پیشگیری و مقابله با این معضل نیازمند اقداماتی بسیار جدی با پشتوانه علمی معتبر میباشد. در نتیجه به عنوان اولین و مهمترین قدم برای طرح ریزی و مبارزه با مشکل اعتیاد، تلاش جهت شناسایی عوامل ایجاد کننده آن است. آنچه در این میان بسیار حایز اهمیت است جستجوی دلایل از منظر خود افرادی است که درگیر این مشکل می باشند.

۴-۱- اهداف، سوالات و فرضیات:

۴-۱-۱- هدف کلی

بررسی علل گرایش به مصرف مواد در زنان معتاد

۴-۱-۲- سوال اصلی

علل گرایش به سومصرف مواد در زنان معتاد چیست؟

۵-۱. تعاریف متغیرها

۱-۵-۱. تعاریف مفهومی:

اعتیاد به موادمخدر عبارت است از مسمومیت تدریجی یا حادی که به علت استعمال مداوم یک دارو اعم از طبیعی یا ترکیبی ایجاد می‌شود و به حال شخص و اجتماع زیان‌آور باشد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۳۵۰ به نقل از صالحی، ۱۳۷۱).

۲-۵-۱. تعاریف عملیاتی:

زنان شرکت کننده در پژوهش حاضر:

- ۱- به مواد مخدر وابستگی جسمی و روانی داشته اند.
- ۲- در مراحل ترک اعتیاد خود بودند.
- ۳- اعتیاد زندگی شخصی و اجتماعی آنان را مختل کرده بود.

فصل دوم

مطالعات نظری و پیشینه تحقیق

در این فصل ابتدا به تعریف و توصیف متغیرهای مورد مطالعه پرداخته می‌شود که شامل معرفی، ابعاد و عوامل موثر بر آنها است، سپس به ارایه پیشینه داخلی و خارجی مرتبط با موضوع تحقیق پرداخته می‌شود.

۲-۱. مبانی نظری و مفهومی

در سال ۱۹۵۰ سازمان ملل متحد تعریف زیر را برای اعتیاد به مواد مخدر ارائه کرد: "اعتیاد به موادمخدر عبارت است از مسمومیت تدریجی یا حادی که به علت استعمال مداوم یک دارو اعم از طبیعی یا ترکیبی ایجاد می‌شود و به حال شخص و اجتماع زیان‌آور باشد" (صالحی، ۱۳۷۱). اعتیاد پدیده‌ای است که از زمان‌های دور دامن‌گیر جوامع بشری بوده و در حال حاضر نیز با گذشت زمان و پیشرفتهایی که در جهان حاصل شده است، هم‌چنان یکی از معضله‌های مهم اکثر کشورها محسوب می‌شود. عده‌ای بر این عقیده‌اند که اعتیاد به موادمخدر پدیده‌ای جدید و خاص زندگی مدرن است. چرا که مصرف موادمخدر اگر هم در گذشته وجود داشت، به عنوان اعتیاد و یا انحراف شناخته نمی‌شد. اما با گسترش فرهنگ مدرن، ارزش‌ها و هنجارهای مدرن نیز رواج یافته و کنش‌ها و رفتارهایی چون اعتیاد به موادمخدر متعارض با هنجارها تلقی شده است (عفتی، ۱۳۷۹). اعتیاد یکی از مهم‌ترین انحرافات اجتماعی محسوب می‌شود که پایه و اساس بسیاری از آسیب‌ها و معضلات اجتماعی در سطح جامعه است (صدیق سروستانی، ۱۳۸۵ به نقل از رضایی، اسلامی و مهدی‌پور خراسانی، ۱۳۹۳). اعتیاد به مواد نه تنها بر ساختار فرهنگی، بلکه بر رفتارهای اجتماعی و حتی سلامت روانی جامعه تاثیر می‌گذارد.

از آنجا که اعتیاد یک مساله اجتماعی است، زنان نیز به عنوان نیمی از جمعیت جامعه به شکل مستقیم و غیرمستقیم درگیر آن می‌شوند. اگرچه هنوز در جامعه ما مساله‌ای مردانه تلقی می‌شود، اما گزارش‌های متعدد نشان می‌دهد که زنان به گونه سریع در حال روی آوردن به اعتیادند. اگرچه هنوز نسبت زنان معتاد به مردان معتاد در ایران کم است، اما نمی‌توان این واقعیت را نادیده گرفت که اعتیاد به یکی از مسائل مبتلا به زنان تبدیل شده است (گروسی و محمدی دولت آباد، ۱۳۹۰). براساس گزارش‌های آماری سازمان بهزیستی در سال‌های اخیر ۲ تا ۶ درصد معتادان خودمعرف به مراکز درمانی معتادان را زنان تشکیل داده‌اند (عباسی، تازیکی و مرادی، ۱۳۸۶). پیامدهای اعتیاد در زنان را می‌توان از جنبه‌های مختلف مدنظر قرار داد. پیامدهای فردی شامل: ابتلا به بیماری‌های جسمی، روانی، پیامدهای خانوادگی شامل: کاهش فرصت ازدواج، طرد از سوی خانواده، عدم ایفای نقش مادری، ایجاد نسل معتاد، عدم نظارت بر رفتار فرزندان، احتمال ابتلا افراد خانواده (همسر، فرزندان) به بیماری ایدز و هپاتیت و پیامدهای اجتماعی شامل: ارتکاب انواع جرایم اموال و اخلاق مانند روسپیگری، دزدی و ... (قاسمی روشن، ۱۳۸۰) هم‌چنین بنا به موقعیت جغرافیایی و فرهنگی کشور ما در منطقه، به زنان معتاد عمدتاً به چشم افراد بی بند و بار و بی عفت نگریسته می‌شود (آجیل چی، نادری و قائمی، ۱۳۸۸). تحقیقات نشان می‌دهد که در بسیاری از کشورهای آمریکایی و آفریقایی نیز زنان مصرف‌کننده مواد هیولا خوانده می‌شوند و از نظر مردان سزاوار تجاوز هستند (ویشبرگ، لازنو و الرسون، ۲۰۰۸). ناهنجاری‌های مصرف مواد در زنان بیش از مردان موانعی ایجاد می‌کند که بر دسترسی آنها به درمان تاثیر می‌گذارد (تاچمن، ۲۰۰۱) هم‌چنین فقر و وجود سابقه اعتیاد در افراد مهم خانواده و خشونت خانگی از آسیب‌های اجتماعی همراه در زنان جامعه مصرف‌کننده مواد گزارش شده است (هارینگتون، ۱۹۹۹). بر اساس آنچه گفته شد می‌توان دریافت که پدیده اعتیاد بر زنان اثرات قابل توجه و مهلک تری بر جای می‌گذارد و بنابراین توجه به علل این پدیده در زنان از مهم‌ترین گام‌های لازم در جهت مبارزه با آن می‌باشد که این پژوهش به دنبال آن بوده است.

۱-۱-۲. تاریخچه مصرف مواد مخدر:

اولین بار در سال ۱۸۰۴ مرفین در طب برای رهایی از درد عملیات جراحی و دردهای بعد از عمل مورد استفاده قرار گرفته است و لذتی که بعد از تزریق و مصرف مرفین به بیمار دست می‌دهد به خارج از بیمارستان انتقال پیدا نمود و مورد استفاده قرار گرفته است.

در این انتقال کارکنان بیمارستان برای استفاده مادی نقشی داشته‌اند. هروئین نیز در سال ۱۸۹۸ برای اولین بار به صورت گرد سفید رنگ مورد استفاده قرار گرفت و متأسفانه به علت اثرات روحی که در آغاز به آنها دست می‌داد از مصرف آن احساس لذت می‌کردند و کم‌کم به آن وابستگی جسمی و روانی پیدا می‌کردند. چون کاربرد داروهای مخدر ابتدا برای لذت روحی و شادمانی و همچنین شدید و طولانی کردن لذات جسمی و تأخیر در ارضاء جنسی و شهوت در موقع مقاربت می‌باشد افراد زیادی به آن گرایش پیدا نموده و معتاد می‌شوند ولی متأسفانه پس از مدتی مصرف، لذات فوق فقط به صورت احتیاج جسمی و روانی در می‌آید.

تاریخچه مصرف تریاک به قرن‌ها پیش حتی خیلی قبل از مرفین می‌رسد چون در یکی از نقشه‌های دولت آشور تصویر دسته‌ای از گل خشخاش دیده شده است. بقراط نیز از شیر خشخاش به عنوان داروی خواب‌آور و مسکن سخن گفته است. رازی و ابن‌سینا نیز از مصرف دارویی تریاک سخن گفته‌اند. هندیها که در مورد مصرف تریاک تعصب خاصی دارند و تریاک را دارویی آسمانی و شفا بخش می‌دانند آنرا بهترین درمان کلیه آلام جسمی و روحی می‌دانسته‌اند و حتی معتقد بودند که پلیدیهای انسان مانند خشم و غضب و حسد و هوی و هوس را نیز از انسان دور می‌کند ولی متأسفانه دولتهای استعمارگر از ترویج این دارو در تغییر افکار و حرکات مردم سوء استفاده کردند و به جنبه درمانی آن توجه نداشته‌اند. (فرجاد، ۱۳۷۷).

در ایران پایه‌گذار و رواج دهنده مواد مخدر، عوامل استعمارگر انگلستان بودند که در زمان صفویه راههای کشت خشخاش و استفاده از تریاک را رواج دادند و به تدریج در عصر قاجاریه کشت خشخاش و خرید و فروش تریاک را متداول کردند و تا آگاهی و کمبود رشد فرهنگ جامعه نیز عامل موثری در جهت بهره‌برداری استعمارگران برای گسترش کشت خشخاش و اعتیاد به تریاک گردید. به طوری که پزشکان انگلیس تریاک را به عنوان داروی موثر برای درمان بیماریهای مختلفی همانند سردرد، دندان درد، گوش درد و... تجویز می‌کردند. چندی نگذشت که این ماده مخدر به صورت داروی خانگی در هر خانه راه یافت (اداره سیاسی، انتظامی استانداری یزد، ۱۳۶۵).

۲-۱-۲- اختلالات مربوط به مواد

• سوء مصرف و وابستگی به الکل:

اصطلاح الکلی برای اغلب مردم آشناست اما معنای دقیقی ندارد اشخاص وابسته به الکل در مقایسه با اشخاص بدون وابستگی به الکل، فقط آن را سوء مصرف می‌کنند گرفتار علایم شدیدتر اختلال مانند تحمل یا ترک هستند (شوکی و همکاران^۱، ۱۹۹۸ به نقل از کرینگ، ۱۳۸۸). اثرات ترک ناگهانی الکل در مصرف‌کنندگان مزمن و شدید می‌تواند بسیار چشمگیر باشد. زیرا بدن به دارو عادت کرده است. شخصی از لحاظ ذهنی معمولاً احساس اضطراب، افسردگی، ضعف، بیقراری و ناتوانی برای خوابیدن می‌کند. لرزش‌های عضلات، به ویژه ساخت‌های عضلانی کوچک انگشتان دست، صورت، پلک‌ها، لب‌ها و زبان ممکن است محسوس باشد، و علاوه بر این، فشار خون و دمای بدن افزایش می‌یابد. در موارد کم و بیش نادر، شخصی که به مدت چند سال به شدت الکل

^۱ Schuckit et al

خورده است وقتی که سطح الکل خون به طور ناگهانی کاهش می‌یابد، ممکن است دچار دلیریوم ترمنس (روان آشفتگی الکلی) شود. شخص، روان آشفته و نیز هراسان می‌شود و توهم‌هایی دارد که عمدتاً دیداری اند اما ممکن است لمسی هم باشند. ممکن است به نظر بیاید که موجودات ناخوشایند و بسیار فعال، مانند مارها، سوسک‌ها، عنکبوت‌ها و مانند آن از دیوار بالا می‌روند یا روی بدن شخص می‌خزند یا اتاق پر از این حیوانات است. شخص تب دارد، سردرگم، و وحشت زده ممکن است دیوانه وار به پوستش چنگ بزند تا از دست جانوران مودی خلاص شود. دلیریوم و حمله‌های فیزیولوژیایی ایجاد شده بر اثر ترک الکل نشان می‌دهد که شخص معتاد است. مشروب خواری مزمن نه تنها باعث صدمات روان شناختی می‌شود، روی بدن هم اثرات نامطلوبی می‌گذارد. برای مثال الکل، تامین کننده کالری است یک پاینت (واحد اندازه گیری مایعات معادل ۰/۴۷۳ لیتر) الکل ۸۰ درصد، حدود نیمی از کالری مورد نیاز در روز را تامین می‌کند به طوری که مصرف کنندگان شدید الکل اندازه خوراک خود را کاهش می‌دهند. اما کالری‌های فراهم شده توسط الکل پوچ و بی محتوا است. مواد غذایی ضروری برای سلامت را تامین نمی‌کنند و نتیجه آن می‌تواند سوء تغذیه شدید باشد مصرف شدید الکل توسط مادر در دوره بارداری علت اصلی و شناخته شده عقب ماندگی ذهنی است، رشد جنین کند است و ناهنجاری‌های مجمله‌ای، چهره و دست و پا ممکن است به وجود آید وضعیتی که نشانگان جنین الکل^۱ (FAS) نامیده می‌شود مصرف طولانی الکل به همراه کاهش دریافت پروتئین‌ها، در پیدایش سیروز کبدی دخیل است. صدمه به غدد درون‌ریز و لوزالمعده، نقص قلبی، پرفشاری خون، سکنه مغزی از جمله تغییرات بدنی به دلیل مصرف الکل است. (کرینگ، ۱۳۸۸).

• سوء مصرف و وابستگی به نیکوتین و سیگار:

عامل اعتیادآور تنباکو مسیرهای عصبی فعال شده، نورون‌های دوپامین را در ناحیه مزولیمبیک تحریک می‌کنند. نورون‌هایی که به نظر می‌آید در ایجاد اثرات تقویت کننده اغلب داروهای مخدر نقش دارند. (ای. ا. اشتین و همکاران^۲، ۱۹۹۸ به نقل از همان منبع) با در نظر گرفتن تعداد کسانی که برای حفظ ذخیره تنباکو قربانی شده‌اند، می‌توان بخشی از مفهوم ویژگی‌های اعتیاد آور تنباکو را درک کرد. برآورد می‌شود که هر ساله بیش از ۴۴۰ هزار مصرف کننده تنباکو در امریکا پیش از موعد می‌میرند (اداره سلامت و منابع انسانی امریکا (USDHHS)، ۲۰۰۰ به نقل از همان منبع). مصرف سیگار به نحوی علت یک مورد از هر شش مورد مرگ در امریکاست. آمفیژم، سرطان‌های حنجره و مری، لوزالمعده، مثانه، گردن رحم، و معده، مشکلات دوران بارداری، نشانگان مرگ ناگهانی نوزاد، التهاب پیر ادندان، و شماری از اختلالات قلبی - عروقی در زمره مشکلات طبی دیگری هستند که با مصرف بلندمدت سیگار ارتباط دارند. محتمل‌ترین مولفه‌های زیان آور در دود ناشی از سوختن تنباکو عبارتند از نیکوتین، مونوکسیدکربن، و قطران که عمدتاً از برخی هیدروکربن‌ها تشکیل می‌شود و بسیاری از این هیدروکربن‌ها سرطان زا شناخته شده‌اند. خطرات بهداشتی استعمال دخانیات به افراد مصرف کننده محدود نمی‌شود دود حاصل از انتهای روشن سیگار که به اصطلاح دود غیرمستقیم سیگار یا دود تنباکوی محیطی^۳ نامیده می‌شود. در مقایسه با دودی که مصرف کننده دخانیات فرو می‌برد. محتوی تراکم بالاتر آمونیاک، مونوکسیدکربن و قطران است. در امریکا دود تنباکوی محیطی عامل نزدیک به ۴۰۰۰۰ مرگ در سال است. افراد غیر سیگاری ممکن است بر اثر مواجهه طولانی مدت با دود سیگار دچار آسیب ریه شوند که احتمال دارد همیشگی باشد. افرادی که با سیگاری‌ها زندگی می‌کنند بیش از همه در معرض خطر قرار دارند. نوزادان مادرانی که در دوره

¹ Fetal Alcohol Syndrome

² Stein et al

³ environmental tobacco Smoke

بارداری در معرض دود غیرمستقیم قرار دارند بیشتر احتمال دارد زودرس به دنیا بیایند، وزن کمتری در هنگام تولد داشته باشند و دچار نقایص مادرزادی باشند، احتمال اینکه فرزندان اشخاص سیگاری دچار عفونت‌های تنفسی، آسم، برونشیت، و عفونت‌های گوش درونی شوند بیش از فرزندان اشخاص غیر سیگاری است. (آسیب شناسی روانی، ترجمه شمسی پور، ۱۳۸۸).

• سوء مصرف و وابستگی به ماری جوانا :

از سر شاخه‌های گلدار و برگ‌های خشک شده و آسیا شده گیاه شاهدانه، تشکیل می‌شود. ماری جوانا معمولاً تدخین می‌شود، اما ممکن است جویده شود، مانند چای آماده شود یا در غذاهای پخته شده خورده شود. حشیش، ماده‌ای بسیار قوی تر از ماری جوانا، با برداشتن تراوه صمغی سرهای گیاه کانابیس ساخته می‌شود. هر چند شیوع در میان مردان بالاتر است تا در میان زنان، داده‌ها نشان می‌دهد که شیوع در میان زنان در دهه ۱۹۹۰ سریع‌تر افزایش یافت. (گرینفیلد و الیری^۱، ۱۹۹۹ به نقل از همان منبع). مصرف ماری جوانا در آمریکا، استرالیا، و نیوزیلند در کل بیشتر از مصرف آن در اتحادیه اروپا، آفریقا، آسیا، آمریکای جنوبی و کانادا است. (ری، مارتین و کرایمن^۲، ۲۰۰۴ به نقل از همان منبع). همانند اغلب داروهای دیگر، مصرف ماری جوانا خطرات خاص خودش را دارد به طور کلی، هر چه درباره یک داروی مخدر بیشتر می‌آموزیم. آن دارو کمتر سودمند از آب در می‌آید. و ماری جوانا از این قاعده مستثنی نیست. اثرات مسموم کننده ماری جوانا، همانند اثرات اغلب داروها، تا حدی به قدرت و اندازه دوز آن بستگی دارد. تدخین کنندگان ماری جوانا اعلام می‌کنند که این دارو باعث می‌شود احساس آرامیدگی و مردم آمیزی کنند. گزارش شده است که دوزهای بالا باعث تغییرات سریع در هیجان‌ها، تضعیف توجه، گسستگی افکار، آسیب دیدگی حافظه، و این احساس را بوجود می‌آورد که زمان کندتر می‌گذرد. گاهی دیده می‌شود که دوزهای بیش از حد بالا باعث ایجاد توهم‌ها و اثرات دیگری شبیه اثرات ال اس دی می‌شود، مانند وحشت زدگی مفرط که از این احساس ناشی می‌شود که تجربه ترسناک هرگز به پایان نخواهد رسید. تنظیم اندازه دوز می‌تواند دشوار باشد. زیرا پس از تدخین ماری جوانا، تا نیم ساعت طول می‌کشد تا اثرات آن ظاهر شود، به همین دلیل بسیاری از مصرف کنندگان، بسیار بیشتر از اندازه دلخواه مصرف می‌کنند. چند مطالعه ثابت کرده است که نشنگی بر اثر مصرف ماری جوانا، مهارت‌های روانی - حرکتی پیچیده‌ای را که برای رانندگی لازم است، تضعیف می‌کند. ارقام مرگ و میر در بزرگراه‌ها و رانندگان دستگیر شده نشان می‌دهد که ماری جوانا در شمار قابل توجهی از تصادفات و دستگیری‌ها دخیل است. (بروکوف و همکاران^۳، ۱۹۹۴ به نقل از همان منبع).

• سوء مصرف و وابستگی به افیون ها :

دسته‌ای از رخوت‌ها هستند که در دوزهای متوسط درد را کاهش می‌دهند و ایجاد خواب می‌کنند. تریاک که در اصلی مهم ترین داروی خرید و فروش غیر قانونی بین المللی است، در میان آنها از همه شاخص تر است. این ماده برای مردمان تمدن سومری که ۷۰۰۰ سال قبل از میلاد مسیح می‌زیستند شناخته شده بود. آنها نام تریاک (اوپیوم)، به معنای گیاه خوشی را روی خشخاش که این دارو از آن تهیه می‌شد، گذاشتند. دانشمندان از کاربرد گیاهی که می‌توانست زندگی آینده بیماران را آشفته کند نگران بودند به همین دلیل شروع به مطالعه مورفین کردند، آنها در سال ۱۸۷۴ دریافتند که مورفین می‌تواند به داروی درد زدای قوی دیگری تبدیل شود که آنها آن را هروئین نامیدند. هروئین که از آغاز به عنوان درمانی برای اعتیاد به مورفین به کار می‌رفت، در شربت‌های سرفه و سایر داروهای انحصاری، جایگزین مورفین شد. تعداد بیماری‌هایی که با هروئین درمان می‌شد به قدری بیشتر

¹ Greenfield & O'Leary

² Rey & Martin and Krabman

³ Broukof et al

بود که به داروی خود خدا معروف شد. (برچه^۱، ۱۹۷۲ به نقل از همان منبع). اما ثابت شد که هروئین اعتیادآورتر و قوی تر از مورفین است. امروزه، هروئین را معمولاً تزریق می‌کنند. هر چند می‌توانند آن را تدخین کنند. از راه دماغ بالا بکشند، یا به شیوه دهانی مصرف کنند. هروئین در گذشته به محله‌ها و محیط‌های شهری فقیرنشین محدود بود اما در اوایل دهه ۱۹۹۰، در میان دانشجویان طبقه متوسط و طبقه بالاتر از متوسط و نیز پیشه‌وران جوان رواج یافت. بخشی از افزایش تلفات دارویی به علت ویژگی‌های هروئینی است که امروزه در دسترس است. به عنوان مثال، در اوایل دهه ۱۹۸۰، هروئین فروخته شده در کالیفرنیا جنوبی به شکل گردی بود که خلوص کمتر از ۵ درصد داشت در میانه دهه ۱۹۹۰، هروئین از ۲۵ تا ۵۰ درصد خالص بود و به شکل ماده چسبناکی فروخته می‌شد. که رقیق کردن یا کاهش خلوص آن دشوار بود. افیون‌ها باعث سرخوشی، سستی و رخوت، خواب‌آلودگی و گاهی نبود هماهنگی می‌شوند. هروئین و اکسی کانتین باعث حالت اوج^۲ می‌شوند که عبارت است از احساس وجد و سرخوشی شدید و فراگیر که بلافاصله پس از تزریق درون سیاهرگی ایجاد می‌شود. مصرف کننده ترس‌ها و نگرانی‌ها را دور می‌ریزد و به مدت ۴ تا ۶ ساعت اعتماد به نفس بالایی دارد اما پس از آن دچار ناامیدی شدیدی می‌شود. و به سمت گیجی و منگی می‌رود. افیون‌ها اثرات خود را با تحریک گیرنده‌های عصبی دستگاه شبه افیونی خود بدن ایجاد می‌کنند. (بدن به طور طبیعی شبه افیون‌هایی به نام آندورفین و آنکفالین‌ها تولید می‌کند). برای مثال، هروئین در مغز به مورفین تبدیل می‌شود و سپس به گیرنده‌های شبه افیونی، که در سراسر مغز وجود دارند، متصل می‌شود. روشن است که افیون‌ها اعتیاد آورند، چرا که مصرف‌کنندگان این مواد دچار نشانه‌های تحمل و ترک می‌شوند. نشانه‌های ترک هروئین، دست کم زمانی که تحمل شدید ایجاد شده باشد، می‌تواند حدود ۸ ساعت پس از آخرین تزریق شروع شود. در خلال چند ساعت پس از شروع ترک شخص معمولاً دچار درد عضلات می‌شود، عطسه و عرق می‌کند، چشمانش اشک ریز می‌شود و زیاد خمیازه می‌کشد. این علائم شبیه علائم آنفلونزا است. علائم ترک در خلال ۳۶ ساعت شدیدتر می‌شود. ممکن است پرش مهار نشدنی عضلات، شکم درد، احساس سرما که جای خود را به برافروختگی و عرق ریزی شدید می‌دهد و افزایش ضربان قلب و فشار خون وجود داشته باشد. شخص نمی‌تواند بخوابد، استفراغ می‌کند، و دچار اسهال می‌شود. این نشانه‌ها معمولاً حدود ۷۲ ساعت ادامه می‌یابد و پس از آن طی ۵ تا ۱۰ روز به تدریج کاهش می‌یابد. سوء مصرف‌کنندگان افیون‌ها با مشکلات جدی روبرو می‌شوند در پیگیری ۲۹ ساله ۵۰۰ معتاد هروئین، حدود ۲۸ درصد آنها تا سن ۴۰ سالگی مردند نیمی از این مرگ‌ها بر اثر قتل، خودکشی، یا تصادفات و یک سوم بر اثر دوز بیش از حد بود. (هیپر، انگلین، پاورز، ۱۹۹۳ به نقل از همان منبع). مراجعه با عوامل عفونی مانند ویروس نقص ایمنی انسان (HIV) که باعث ایدز می‌شود از طریق سوزن‌های مشترک، مشکل دیگری است که با مصرف درون سیاهرگ‌ها همراه است. به طور خاصی، اجماع قابل ملاحظه‌ای، بین دانشمندان وجود دارد که برنامه‌های تعویض سوزن و توزیع رایگان سوزن و سرنگ باعث کاهش استفاده مشترک از سوزن و کاهش گسترش عوامل عفونی مرتبط با مصرف درون سیاهرگی داروها می‌شود. (گیبسون^۳، ۲۰۰۱، یوست و همکاران^۴، ۲۰۰۱ به نقل از همان منبع). برخلاف لفاظی‌های سیاسی رایج، این برنامه‌ها به همراه درمان با متادون منجر به افزایش مصرف نخستین یا مداوم داروها نشد. (کرینگ، ۱۳۸۸).

¹ Bursche

² rush

³ Gibson

⁴ Yoast et al

۲-۱-۳. علت شناسی اختلالات مربوط به مواد

در بررسی علل اختلالات مربوط به مواد باید بدانیم که وابسته شدن به مواد عموماً فرایندی تحولی است. شخص باید ابتدا نگرش مثبتی به مواد داشته باشد سپس آن را امتحان کند، سپس آن را استفاده کند، سپس آن را به شدت مصرف کند و سرانجام سوء مصرف کند یا به آن وابسته شود. تصور عمومی این است که پس از مصرف شدید طولانی مدت، اثرات زیستی تحمل و قطع مصرف، برخی اشخاص را به دام می‌اندازد. هر چند رویکرد تحولی در بسیاری از موارد درست است، تمام علل سوء مصرف یا وابستگی به مواد را تبیین نمی‌کند. برای مثال، موارد مستندی وجود دارد که در آن مصرف شدید تنباکو و هروئین باعث وابستگی به آن شده است. علاوه بر این باید به خاطر داشته باشیم که درباره پیشروی اجتناب ناپذیر از مرحله ای به مرحله دیگر صحبت نمی‌کنیم. شماری از مردم دوره هایی از مصرف شدید مواد - برای مثال الکل را پشت سر گذاشته اند و پس از آن به مرحله مصرف متوسط بازگشته اند. عوامل اجتماعی - فرهنگی، روان‌شناختی و زیستی ممکن است رابطه متفاوتی با مواد مختلف داشته باشد. برای مثال عوامل ژنتیکی ممکن است در وابستگی به الکل نقش داشته باشند اما در سوء مصرف توهم‌زها اهمیت کمتری داشته باشند. سازمان بهداشت جهانی به ۳ عامل الف (دارویی و فارماکولوژیکی ب) فردی و شخصیتی ج) اجتماعی، اعتیاد اشاره می‌کند. ممکن است اعتیاد از طریق معاشرت با معتادان، یا در اثر کنجکاو فرد به وجود آید. گاهی اعتیاد، اتفاقی و در برخی از موارد با اختلالات شخصیتی همراه است. عوامل به وجود آمدن اعتیاد را می‌توان به ۵ دسته عامل یعنی: ۱) عوامل دارویی و فارماکولوژیکی ۲) روانی ۳) خانوادگی ۴) اجتماعی ۵) سیاسی تقسیم نمود.

۱) عوامل فارماکولوژیکی: گاهی مواد مخدر مخصوصاً ترکیبات تریاک برای تسکین درد و بوسیله پزشک یا افراد دیگر تجویز می‌شود و همین تسکین موقت فرد را به تکرار استعمال و در نتیجه اعتیاد می‌کشاند.

۲) عوامل روانی: در افراد معتاد، معمولاً ۵ نوع شخصیت دیده می‌شود. الف) افراد عادی که اعتیاد آنان در اثر مصرف بی‌رویه داروهای ضد درد است. ب) بیماران نوروتیک^۱ که برای دفع اضطراب خود به مواد مخدر پناه می‌برند. ج) افراد سیکوپات^۲، که برای ایجاد نشه و خوشی، داروهای اعتیادآور مصرف می‌کنند. د) افراد سیکوپات، که برای رفع افسردگی داروی مخدر مصرف می‌کنند. و) افراد با خصوصیات توام سیکوپاتی و نوروتیک (سید احمد احمدی، ۱۳۶۹، به نقل از صائب، ۱۳۷۹). خصوصیات افراد معتاد نشان می‌دهد که آنان دارای شخصیتی وابسته و دوری‌گزین هستند آنان میلی به داشتن روابط اجتماعی مگر با معتادان ندارند و از جامعه کناره‌گیری می‌کنند. اعتماد به نفس ندارند و احساس بی‌ارزشی می‌کنند. از مسئولیت‌های اجتماعی و حتی خانوادگی، شانه خالی می‌کنند گویا توان کاری را ندارند و نمی‌توانند دست به ابتکاری بزنند دردهای بدنی که معلول، علت بدنی نیستند وجود نوعی بیماری خیالی را در آنها نشان می‌دهد. افسردگی و اضطراب آنان شخصیتی نوروتیک را برایشان به ارمغان می‌آورد. و همین امر باعث ادامه اعتیاد و افزایش مقدار آن می‌شود

۳) عوامل خانوادگی: روابط خانوادگی و الگوهای رفتاری در خانواده، نقش مهمی را در جلب افراد به طرف مواد مخدر ایفا می‌کند. به گفته کلمن^۳ افراد معتاد تحت تاثیر دینامیک خانواده و الگوهای رفتار اعتیادآور در خانواده بوده‌اند. خانواده‌های آشفته و آنان که مشکلات ارتباطی و خانوادگی دارند و یا اعتیاد در بین اعضای خانواده شایع است. بیشتر به دام مواد مخدر

¹ Neurotic

² Sychotic

³ Kelman

گرفتار می‌شوند. وقتی پدر و مادری معتاد باشد، مسئولیت تربیت فرزندان خود را درست به عهده نمی‌گیرند و نظارت و کنترل لازم را بر رفتار آنان ندارد چنین والدینی الگوی مناسب برای فرزندان خود نیستند و چه بسا فرزندان خود را به اعتیاد ترغیب می‌کنند.

۴) عوامل اجتماعی : اعتیاد، نوعی بیماری اجتماعی است در دورانی که ما زندگی می‌کنیم شرایط مناسب اجتماعی برای یک زندگی مناسب انسانی و توأم با محبت فراهم نیست و یا به عبارتی، در این عصر انسان‌ها از یکدیگر دور شده‌اند. عواطف انسانی تقلیل یافته و نامنی، تشویق، میل به انتقام جویی و اضطراب زیاد شده است. (صائب، ۱۳۷۹). در این اوضاع و احوال انسان‌های مضطرب و پر از تضاد و کشمکش و محرومیت برای تسکین ناراحتی‌های خود به مواد مخدر پناه می‌برند. فرد معتاد وقتی نمی‌تواند شرایط را مناسب کند و همه چیز را بر علیه خود می‌بیند خود را موقتا به عالم بی خبری می‌برد و به دامن مواد اعتیادآور می‌افتد. متأسفانه، کشور ما از نظر جغرافیایی با دو کشور افغانستان و پاکستان که تولیدکننده مواد مخدر هستند هم مرز است وضع خاص جغرافیایی و وجود کویرهای میان کشور و بافت عشایری و قبیله‌ای در مرزها باعث شده است که به سهولت و راحتی مواد مخدر به کشور ما وارد شود و به دست مصرف کننده برسند. از جمله علل اجتماعی را می‌توان معاشرت با دوستان و حصول کسب نوعی لذت و تفریح دانست. برخی از عوامل اجتماعی بصورت غیرمستقیم، فرد را به سوی اعتیاد می‌کشاند. در طبقات مرفه، کمبود فعالیت بدنی، یکنواختی زندگی و تنوع طلبی آنان را به سوی مواد مخدر می‌کشاند. در کارمندان، گاهی زیادی کار روزانه و خستگی عصبی و در کارگران، خستگی مفرط و وجود محرومیت‌ها موجب گرایش به سوی اعتیاد می‌شود (احمدی، ۱۳۶۹ به نقل از صائب، ۱۳۷۹).

۵) عوامل سیاسی : عامل سیاسی را نباید در توسعه اعتیاد نادیده گرفت. استعمارگران، از مواد مخدر برای توسعه نفوذ خود استفاده کرده و می‌برند. تجارت تریاک بوسیله انگلستان در چین معروف است. استعمار انگلیس با حربه اعتیاد، مردم فعال و پر تلاش چین را به افرادی وابسته و غیر مقاوم تبدیل نمود. در ایران نیز استعمار، تریاک را به ارمغان آورد و در میان مردم خصوصا، رجال دولت و دربار صفویه و ملازمان مخصوص رواج داد. پخش تریاک در تهران به وسیله عمال استعمار انجام گرفت. آنان سوخته تریاک را به قیمت گزاف می‌خریدند و مردم را ترغیب به اعتیاد می‌نمودند. (همان منبع).

هم‌چنین تحقیقات نشان داد که عوامل دیگری نیز می‌تواند در زمینه سبب‌شناسی اعتیاد معرفی شوند که این عوامل را تحت عنوان علل و انگیزه‌های گرایش به اعتیاد آورده‌اند:

۱) جستجوی پناهگاه : انسان کنونی با از دست دادن ارزش‌های معنوی دچار اضطراب و پریشانی گردیده است و به دنبال یافتن پناهگاه و سایه آرامشی می‌باشد از این رو زمانی که اوضاع را بر وفق مراد خود نمی‌بیند به سراب‌ها دل می‌بندد .

۲) دوستان ناسالم : تنگناهای زندگی و بیشتر سهل انگاری‌ها و بی دقتی‌ها در انتخاب دوستان موجب می‌گردد که افرادی به حریم خانواده‌ها و منازل راه یابند که هیچ نوع شایستگی دوستی و آشنایی در آنها وجود ندارد اینان همان افرادی هستند که معاشران خود را به راه‌های انحراف اعتیاد و آلودگی‌ها سوق می‌دهند. ۳) کام جویی در عالم خیال : مواد مخدر، انسان‌ها را در عالم خیال سیر می‌دهد و آنها را از واقعیت‌های زندگی دور نگه می‌دارد از این رو کامیابی خیالی و تسکین خاطر موقتی برای کسانی که در صحنه‌های واقعی زندگی موفقیتی به دست نیاورده‌اند عاملی جهت روی آوردن به اینگونه مواد به شمار می‌آید.

۴) بیکاری و اشتغال

۵) سابقه اعتیاد در خانواده

۶) کنجکاو و حساسیت دوران بلوغ

۷) محرومیت در خانه و خانواده

۸) آزادی بیش از حد

۹) فقدان ایمان و درک فضایل انسانی

۱۰) محیط مساعد

۱۱) خانواده از هم پاشیده و متزلزل (همان منبع).

در زمینه سبب‌شناسی اعتیاد می‌توان گفت، عواملی که مربوط به شرایط فرد و محیط خارجی است شامل:

۱: عوامل مخاطره آمیز فردی

الف) دوره نوجوانی: مخاطره آمیزترین دوران زندگی از نظر شروع به مصرف مواد مخدر دوره نوجوانی - دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی - و کسب هویت اجتماعی به شمار می‌آید.

ب) عوامل مختلف شخصیتی با مصرف مواد ارتباط دارند و برخی از صفات پیش‌بینی‌کننده احتمال اعتیاد هستند، از جمله عدم پذیرش ارزش‌های نسبی رایج، مقاومت در مقابل منابع قدرت، نیاز شدید به استقلال، صفات ضد اجتماعی، پرخاشگری شدید، احساس فقدان کنترل به زندگی خود، اعتماد به نفس پایین، فقدان مهارت‌های اجتماعی و انضباطی.

ج) اختلالات روانی: در ۷۰ درصد موارد اعتیاد با اختلالات دیگر روانپزشکی نیز همراه است.

د) نگرش مثبت به مواد مخدر: افرادی که نگرش مثبت یا خنثی نسبت به مواد مخدر دارند بیش از کسانی که دیدگاهشان منفی است در خطر اعتیاد قرار دارند مانند کسانی که از این مواد جهت کسب بزرگی، دفع دردهای جسمی و خستگی و کسب آرامش روانی استفاده می‌کنند. (رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۹۰).

۲: عوامل مخاطره آمیز محیطی: الف) خانواده: خانواده اولین مکان رشد شخصیت، تشکیل باورها و کسب الگوهای رفتاری برای فرد است. از این رو، ناآگاهی والدین، ارتباط ضعیف والدین با فرزندان، فقدان انضباط در خانواده، خانواده متشنج یا آشفته و از هم گسیخته، از نقش به‌سزایی در گرایش به مواد مخدر برخوردارند.

ب) دوستان: در ۶۰ درصد موارد اولین مصرف مواد به دنبال تعارف دوستان رخ می‌دهد. چنانکه ارتباط و دوستی با همسالان مبتلا به سوء مصرف مواد عامل مستعد کننده مهمی برای ابتلای نوجوانان به اعتیاد به شمار می‌آید و مصرف کنندگان این مواد برای گرفتن تاییدی جهت رفتار خود از دوستان سعی می‌کنند آنان را نیز به این عمل وارد نمایند. (همان منبع).

۳: عوامل مخاطره آمیز اجتماعی: الف) فقدان قوانین و مقررات جدی بر ضد خرید و فروش حمل و مصرف مواد مخدر موجب وفور و ارزانی آن می‌شود.

ب) مصرف مواد به عنوان یک هنجار اجتماعی: در جوامعی که مصرف مواد نه تنها ضد ارزشی تلقی نمی‌شود بلکه جزئی از آداب و سنن جامعه و یا نشان تمدن و شخصیت و وسیله احترام و پذیرایی است به فراگیر شدن آن خواهد انجامید.

ج) کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی، تفریحی: کمبود امکانات لازم برای ارضایی نیازهای طبیعی، روانی، اجتماعی نوجوانان و جوانان از قبیل کنجکاو، تنوع طلبی، هیجان، ماجراجویی و... به گسترش استعمال این مواد کمک خواهد کرد.

د) عدم دسترسی به سیستم‌های خدماتی، حمایتی، مشاوره‌ای، و درمانی: فقدان امکانات لازم و عدم دسترسی به خدماتی که در چنین مواقعی بتوان فرد را از نظر روانی، مالی، شغلی، بهداشتی و اجتماعی حمایت نمود به افزایش گستره این مواد منجر خواهد شد.

و) توسعه صنعتی جامعه، فقدان مهارت کافی، کمبود فرصت‌های شغلی و محرومیت اقتصادی: توسعه صنعتی، جوامع را به سمت شهری شدن و مهاجرت از روستاها به شهرها سوق می‌دهد. مهاجرت موجب می‌شود تا فرد با موانع جدیدی برخورد نماید و در صورت ناکامی و ناآگاهی به مصرف این گونه مواد روی می‌آورد. (همان منبع).

۴: نقش خانواده در گرایش افراد به اعتیاد:

با توجه نقش مهم خانواده در گرایش افراد به اعتیاد به طور ویژه‌ای به اهمیت این موضوع در سبب‌شناسی اعتیاد پرداخته می‌شود.

بی شک نقش خانواده به عنوان واحد اصلی و عنصر تأثیرگذار بر روابط، رفتارها و خصوصیات ذاتی و اکتسابی اعضا، واضح و غیرقابل تردید است. تأثیرگذاری و تأثیرپذیری افراد این نهاد کوچک اجتماعی از یکدیگر، باعث شده خانواده همواره عنصر اصلی مطالعات و پژوهش‌های اجتماعی قرار گیرد و تأثیر آن بر موفقیت‌ها یا آسیب‌های فردی و اجتماعی در موضوعات مختلف سنجیده شود. خانواده سالم بستر مناسبی برای رشد و شکوفایی و بالندگی اعضای خود فراهم می‌کند و در حفظ و ارتقای سلامت جسمی و روانی آنها تأثیر فراوان و غیرقابل انکاری دارد. در مقابل، خانواده ناسالم زمینه را برای ایجاد اختلاف در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی فراهم کرده و افراد را به سمت بزهکاری سوق می‌دهد.

از موضوعات قابل تحقیق در مطالعات خانوادگی، بحث نقش خانواده در بروز و پیشگیری از اعتیاد اعضای خود است و با توجه به این حقیقت که درمان اعتیاد امری دشوار و پرهزینه می‌باشد و احتمال بازگشت فرد معتاد به سمت مصرف مواد مخدر در اغلب موارد وجود دارد، پیشگیری از این بلای خانمان سوز از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در این مقاله پس از مروری اجمالی بر علل و عوامل گرایش به اعتیاد، به نقش خانواده در گرایش به اعتیاد اعضا، به خصوص فرزندان و همچنین نقش آن در پیشگیری از اعتیاد می‌پردازیم. به طور کلی، عواملی را که باعث بروز اعتیاد می‌شوند، می‌توان به چهار دسته تقسیم کرد:

۱- محیط فرهنگی - اجتماعی؛

۲- عوامل بین شخصی (خانواده، مدرسه و همسالان)؛

۳- متغیرهای روانی - رفتاری (شخصیت، برخوردها و فعالیت‌ها)؛

۴- تأثیرات زیستی (بشارت، ۱۳۸۶).

البته باید توجه داشت که نمی‌توان یک عامل را به طور خاص و جداگانه عامل بروز اعتیاد دانست، بلکه اغلب مجموعه‌ای از عوامل، انگیزه‌های کشش فرد به سمت مواد مخدر هستند که به تفصیل می‌توان عوامل زیر را برشمرد:

۱- عوامل فردی (عقب ماندگی‌ها و محرومیت‌ها، بوالهوسی، کنجکاوای فرد در خصوص مواد مخدر، بیکاری، باورهای مثبت در مورد سوء مصرف مواد، بی سواد و بی اطلاعی از تأثیر و عواقب مواد مخدر و ...)

۲- عوامل سیاسی - اجتماعی (در دسترس بودن مواد مخدر، فقر، مهاجرت‌ها، تنهایی، زورگویی و نابرابری در اجتماع، سیاست‌های مستعمران در کشورهای عقب مانده و ...).

۳- عوامل خانوادگی (اختلافات خانوادگی، طلاق، زندگی نوجوانان با نامادری و یا ناپدری، از بین رفتن احترام و ارزش‌های خانوادگی، سخت‌گیری‌ها و تنبیه بدنی، ملامت‌ها و سرزنش‌های زیاد و مداوم، منحرف بودن پدر و مادر از اصول اخلاقی، انحراف خواهرها یا برادرها، اعتیاد یکی از اعضای خانواده، بی سواد و نادانی والدین، فقدان احساس مسئولیت پدر و مادر، تربیت غلط کودک، کمبود محبت در دوران کودکی و ...).

۴- سایر عوامل (روابط و دوستی های خطرناک با افراد معتاد، بیماری های مزمن و لاعلاج، نقص عضو، بیماری های روانی و شخصیتی و یا تأثیر ژن در بروز اعتیاد) عوامل نام برد. (قاسمی روشن، ۱۳۸۲).

بسیاری از محققان در این زمینه بر این باورند که تیپ شخصیتی فرد نیز در معتاد شدن وی مؤثر است؛ به طوری که شخصیت های خودشیفته، پرخاشگر و ضد اجتماعی، مستعد اعتیاد به مواد مخدر هستند، چرا که مواد مخدر نیازهای روانی ایشان را کاملاً برطرف می کند. همچنین افراد با شخصیت افسرده، زودرنج و احساساتی نیز کاملاً مستعد اعتیاد به مواد مخدر هستند. (قلی زاده، ۱۳۸۲).

با این همه، نقش خانواده و عوامل خانوادگی را همواره می توان پررنگ ترین و مهم ترین عامل در گرایش یا عدم گرایش به مواد مخدر دانست. در خصوص آسیب شناسی خانوادگی اعتیاد می توان به اعتیاد پدر، اعتیاد مادر و اعتیاد فرزندان و تأثیر آن بر سایر اعضای خانواده به طور جداگانه پرداخت.

۱- اعتیاد پدر و نقش آن بر سایر اعضای خانواده

بی شک نقش بنیادین پدر در تحکیم پایه های خانواده غیرقابل تردید است. پدر به عنوان سرپرست و رئیس خانواده، برای فرزندان به عنوان الگو شناخته می شود. فرزندان با توجه به رفتارهای پدر، مسئولیت پذیری، اجتماعی بودن، چگونگی ارتباطات خانوادگی، مدیریت در مسائل مختلف اقتصادی، خانوادگی و اجتماعی را می آموزند و پس از تشکیل خانواده به همان شیوه سعی در اداره ی امورشان خواهند داشت. بنابراین یک خانواده ی سالم باید دارای اعضای سالم و روابطی سالم میان این اعضا باشد و هرگونه مشکل و اختلالی در این زمینه می تواند بستری برای انحرافات روحی و جسمی فرزندان و سایر اعضای خانواده شود.

بی شک علل و عوامل بسیاری در سلامت و عدم سلامت یک خانواده مؤثر هستند و اعتیاد یکی از مخرب ترین عوامل فروپاشی خانواده ها است. اعتیاد پدر خانواده به عنوان تکیه گاه مادر و فرزندان، سلامت جسمی و روانی ایشان را به شدت تهدید می کند. آمارها نشان می دهند، در خانواد هایی که پدر خانواده معتاد است، احتمال آلودگی فرزندان و حتی مادر خانواده به مواد مخدر بسیار بالاتر از خانواده هایی است که پدر معتاد نمی باشد. علاوه بر این اعتیاد پدر موجب بروز بیماری های روانی در مادر و فرزندان شده و سلامت روانی خانواده را به شدت تهدید می کند. در پژوهشی در خصوص بررسی ویژگی های روانی و اجتماعی همسران افراد معتاد، افسردگی، اضطراب، تمایل به خودکشی، بی خوابی، درگیری های شدید عاطفی، جستجوی حمایت اجتماعی، نارسایی عملکرد اجتماعی و ... از جمله آسیب هایی که مادر خانواده را تهدید می کند، شمرده شده است (قلی زاده، ۱۳۸۲).

از آنجا که مصرف کنندگان مواد مخدر اغلب رفتارهای ناسازگارانه و نامتناسبی مانند دروغگویی، دزدی، بی توجهی، پرخاشگری، خشونت، عدم مسئولیت پذیری و ... از خود بروز می دهند، موجب اختلال در ارتباطات خانوادگی و اجتماعی شده و نوعی بی اعتمادی در اطرافیان خود ایجاد می کنند. بنابراین در چنین خانواده ای معمولاً فرد معتاد توسط سایر اعضا طرد می شود و به عنوان یک عضو بی کفایت همواره موجب سرافکنندگی سایرین است. البته این امر در خصوص پدر خانواده مانع از تأثیرپذیری همسر و کودکان از رفتارهای وی نمی شود؛ به طوری که همان طور که ذکر شد، یکی از عوامل مهم اعتیاد در میان اعضای خانواده، اعتیاد پدر است.

علاوه بر عوامل مختلفی که در ابتدای مقاله در خصوص گرایش به اعتیاد ذکر شد، می توان به علل زیر به عنوان عوامل گرایش پدر خانواده به اعتیاد اشاره کرد:

—مواجه شدن با مشکلات خانوادگی در اوایل زندگی؛

—بیکاری و مشکلات اقتصادی؛

ازدواج اجباری و عدم واقع بینی در زمینه ماهیت ازدواج؛

مشکلات روانی؛

داغ دیدگی ها و ... (بشارت، ۱۳۸۶).

البته باید توجه داشت که مشکلات اقتصادی و خانوادگی مختص یک قشر یا خانواده نیست، اگرچه باتوجه به میزان درآمد و سطح فرهنگی و اجتماعی خانواده، مقابله با این قبیل مشکلات در افراد مختلف متفاوت است اما تربیت صحیح خانوادگی و تقویت اعتقادات مذهبی و اخلاقی در خانواده سبب می شود فرد در بحران هایی که پیش رو دارد، بیشتر به حل مشکل بیندیشد تا به راهی برای فرار از مشغولیت ذهنی خود.

آموزش های قبل از ازدواج در ارتباط با ازدواج و مسئولیت های آن، به طور وسیع و جدی می تواند ذهنیت روشنی به افرادی که تصمیم به تشکیل خانواده می گیرند، بدهد. همچنین آشنایی با مضرات مواد مخدر و آگاهی در خصوص آن، به پیشگیری از اعتیادهایی که از روی جهالت و سطح پایین سواد و یا فرهنگ خانواده است، کمک می کند.

تمرکز و دقت در تربیت پسران خانواده به عنوان پدر آینده نیز می تواند در سلامت خانوادگی نقش بسزایی ایفا کند، زیرا همان طور که آمارها نشان می دهد، درصد معتادان مرد نسبت به زنان بسیار بیشتر و تمایل جنس مذکر به مواد مخدر و اعتیاد بیش از جنس مؤنث است شاید بتوان یکی از عوامل این امر را علاوه بر تفاوت های جنسیتی که بین زنان و مردان وجود دارد، نوع نگاه خانواده ها به فرزند پسر به عنوان جنس برتر و عدم توجه کافی در تربیت وی دانست. به طوری که در بسیاری از خانواده ها مشاهده می شود: والدین دغدغه ی بسیاری برای تربیت صحیح دختر دارند اما پسر را آزادانه به حال خود می گذارند و کنترل صحیحی بر روابط و رفتارهای فردی و اجتماعی او ندارند. این اعتماد کاذب، علاوه بر تصویر ذهنی غلطی که به مردان آینده در خصوص برتری شان بر جنس مؤنث می دهد، باعث می شود به راحتی هر چیز را تجربه کنند و حدود اخلاقی و اجتماعی کمتری برای خویش قائل باشند. بنابراین می توان توجه و تمرکز والدین بر تربیت صحیح فرزندان به عنوان پدران و مادران آینده را یکی از مهم ترین عوامل پیشگیری از بروز اختلالات و مشکلات جسمی و روانی از جمله اعتیاد در آنان دانست.

۲- اعتیاد مادر و نقش آن بر سایر اعضای خانواده

علاوه بر علل و عواملی که در ابتدای بحث به عنوان زمینه های کشش افراد به سوی مواد مخدر ذکر شد، عوامل دیگری را برای اعتیاد زنان در خانواده می توان برشمرد. از آنجا که جنس زن از لحاظ روحی و عاطفی بسیار حساس تر از مرد است، در تقابل با مشکلات و معضلات خانوادگی از آسیب پذیری بیشتری برخوردار است. حال با توجه به این مطالب می توان بیشترین علل گرایش فردی زنان به اعتیاد را در موارد زیر خلاصه کرد.

الف: اعتیاد همسر

شوهران معتاد یکی از مهم ترین عوامل اعتیاد زنان به حساب می آیند. بسیاری از مردان 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 از او سوء استفاده کنند، همسر خود را نیز معتاد می کنند. آنها حتی ممکن است از فرزندان خود سوء استفاده کنند و آنها را به کارهایی مثل توزیع مواد مخدر، گدایی، دستفروشی و حتی خودفروشی مجبور می سازند.

ب: نارضایتی از زندگی زناشویی

زنانی که از زندگی زناشویی خود راضی نیستند و احساس می کنند راهی برای بازگشت ندارند، بیشتر در معرض خطر اعتیاد قرار می گیرند. به طور نمونه، دختری که پدرش برای رهایی از مخارج زندگی او را در سنین پایین مجبور به ازدواج با فردی می کند

که از نظر سنی تفاوت زیادی با او دارد و شغل و تحصیلات مناسبی ندارد، در این صورت تنفر بیش از اندازه از شوهر، او را وادار می کند که به جای دل بستن به زندگی و انجام نقش های خویش و اظهار عشق و علاقه به شوهر، جذب گروه های منحرف و معتاد شود و به انگیزه های مختلفی از جمله تقلیل ناراحتی های روحی و روانی، رهایی از فشار زندگی و جبران نارضایتی از ارتباط جنسی با شوهر، به سوی کسب لذت های جایگزین نظیر مصرف مواد مخدر کشیده شود. همچنین زنانی که در زندگی قبلی و فعلی خود مورد بدرفتاری و خشونت همسر قرار گرفته اند، ممکن است برای غلبه بر درد، اضطراب و ترس ناشی از آن به سمت مواد مخدر رو آورند.

ج: از هم گسیختگی خانواده

طلاق و جدایی به عنوان آسیبی اجتماعی، آثار روانی نامطلوبی بر روی زوجین و فرزندانشان می گذارد. پژوهش ها نشان می دهد که تعداد قابل توجهی از زنان بعد از طلاق نسبت به آینده ناامید بوده و احساس اضطراب، دلتنگی و اندوه می کنند. در اغلب خانواده های طلاق، فرزندان به ویژه دختران، از منزل و مدرسه فرار می کنند و ضمن جذب باندهای انحراف، به ارتکاب جرائم مختلف از جمله اعتیاد روی می آورند. طلاق و جدایی از همسر همچنین اثرات سوء و ناگواری بر زوجین، به ویژه زن بر جای می گذارد؛ به حدی که زن مطلقه برای رفع مشکلات روحی ناشی از طلاق به اعتیاد گرایش پیدا می کند (قاسمی روشن، ۱۳۸۲).
اعتیاد مادر خانواده به مواد مخدر، علاوه بر آسیب های جسمی و روانی که برای خود مادر در پی دارد، موجب تزلزل نظام خانوادگی و عدم انجام وظایف مادری و همسری از سوی او می شود. اغلب فرد معتاد بی عاطفه، خودخواه و دارای شخصیت نامتعادل و ناموزون است. این خصوصیات برای یک زن که نقش مادر در خانواده را برعهده دارد سازگار نیست. زن معتاد به خاطر وابستگی که به مواد مخدر پیدا می کند، اولویت هایش تغییر یافته و به جای توجه به تربیت فرزندان و تحکیم نظام و چهارچوب خانواده، هر لحظه به تهیه مواد مخدر و مصرف آن می اندیشد و دیگر جایی برای تدبیر امور خانواده و سامان دهی به آن به عنوان مدیر داخلی خانه باقی نمی گذارد.

همچنین اعتیاد به مواد مخدر در زنان زمینه ارتکاب بسیاری از انحرافات را فراهم می سازد، زیرا فرد معتاد برای به دست آوردن مواد مورد نیاز حاضر است هر قیمتی را پرداخت کند. او نسبت به قوانین اجتماعی و دستورات دینی بی تفاوت است و مسلماً نمی تواند فرزندان قانونمند و با اخلاق تربیت نماید. پس به طور کلی می توان گفت: فساد مادر، تأثیر مستقیم بر فساد خانواده و تزلزل نظام این واحد اجتماعی دارد.

به طور کلی، ابتلا به بیماری های روانی، جسمی و جنسی را می توان از پیامدهای فردی اعتیاد زنان دانست و از پیامدهای خانوادگی این ابتلا می توان به موارد زیر اشاره کرد:

✓ طرد خانواده

زنان معتاد علاوه بر از دست دادن اعتبار و منزلت اجتماعی خود، از لحاظ عرف جامعه مورد قبول نیستند و طرد می شوند. این طرد همچنین از سوی خانواده فرد معتاد نیز صورت می گیرد. به جهت آنکه اعتیاد زنان اغلب نشانه ی فروغلطیدن آنان در انواع رفتارهای ضد اخلاقی است، روابط عاطفی و انواع حمایت های خانوادگی آنان قطع می شود و این مسئله آغاز مشکلات جدیدتر و خطرناک تری است.

✓ عدم ایفای نقش مادری

تردید نیست که اعتیاد مادر موجب عدم انجام وظایف مادری می شود. فرزندان یک مادر معتاد از ابراز احساسات و عواطف مادری محروم بوده و مسلماً به فکر رفع نیازهای عاطفی و روانی خود در بیرون خانواده می شوند. همچنین به جهت ارتباط

مستمر مادر با فرزندان، میزان اثرگذاری او بر افکار، اخلاق و رفتار فرزندان بیش از پدر است. بنابراین تأثیرات منفی اعتیاد مادر بر فرزندان مضاعف است.

✓ فروپاشی خانواده

احساس مسئولیت زن معتاد نسبت به اعضای خانواده خود بسیار پایین است. ارتباط عاطفی او با اعضای خانواده بسیار سطحی و زودگذر است و در آلام آنها همدردی نمی‌کند. همیشه نیازهای خود را بر خواست دیگران مقدم می‌کند و وظایف و نقش خود را در خانواده انجام نمی‌دهد. چنین رویه‌ای در نهایت منجر به درخواست طلاق از سوی مرد می‌شود. تحقیقات نشان می‌دهد: تأثیر اعتیاد مادر در فروپاشی خانواده و قربانی شدن کودکان به مراتب از اعتیاد پدر بیشتر است، زیرا با اعتیاد مادر، به عنوان رکن اصلی خانواده، نظم و انضباط خانواده برهم می‌خورد.

✓ ایجاد نسل معتاد

از جمله امیال و آرزوهای هر خانواده، داشتن فرزند سالم و تندرست است. از این رو، والدین تمام توان خود را برای دسترسی به این مطلوب به کار می‌گیرند. اما مادر معتاد در دوران بارداری، فرزندش را معتاد می‌کند. یافته‌های تحقیقاتی حاکی از آن است که به احتمال زیاد، نوزادان زنان معتاد از نظر فیزیکی غیرعادی بوده و دچار محرومیت می‌شوند.

✓ عدم نظارت صحیح بر رفتار فرزندان

یکی از آثار مخرب اعتیاد از میان رفتن نظم، انضباط و کنترل رفتار اعضای خانواده است. والدین معتاد به جای اینکه افکار، اخلاق و رفتار فرزندان را کنترل کنند، اعمال و روابط آنها توسط سایر اعضای خانواده کنترل و حتی از سوی فرزندان شماتت می‌شوند. در این شرایط، فرزندان از آزادی بیشتری برخوردار بوده و در مقابل رفتارهای مختلف خود پاسخگو نیستند. فرزندان این خانواده‌ها زمینه انحرافات بیشتری را دارند، اغلب بدون اطلاع و رضایت والدین به هر شهری که بخواهند مسافرت می‌کنند، هر گروهی را برای دوستی برمی‌گزینند و از هر راهی که بخواهند درآمد کسب کرده و هر طور که بخواهند خرج می‌کنند. بررسی‌ها نشان داده است: فرزندان این قبیل خانواده‌ها اغلب ترک تحصیل کرده یا دچار افت تحصیلی می‌شوند.

✓ ارائه الگوی نامناسب رفتاری

در خانواده‌هایی که مادر معتاد است، هنجارهای موجود در جامعه پرورش نمی‌یابند، زیرا فرزندان الگوی مناسب رفتاری ندارند. در چنین خانواده‌هایی احترام متقابل بین افراد، جای خود را به نزاع و درگیری می‌دهد. بنابراین فرزندان حاضر به پذیرش سخنان و نصایح مادر نیستند و رفتارهای خود را بر اساس خواسته خود تنظیم می‌کنند. روابط عاطفی و روانی مادر با فرزندان به دلیل اعتیاد آسیب می‌بیند و مصرف مواد مخدر برای وی اولویت می‌یابد، همین امر فرزندان را نیز به سوی اعتیاد، بزهکاری و رفتار ضد اجتماعی می‌کشاند.

✓ کاهش روابط فامیلی

اعتیاد والدین، به خصوص مادر خانواده، علاوه بر اینکه بر روابط داخلی خانواده اثر می‌گذارد، موجب ایجاد تفاوت در برخوردها و روابط فامیلی می‌شود. بی‌شک بستگان و آشنایان رفت و آمد با این خانواده را موجب سرافکنندگی خویش می‌دانند و حتی ارتباط با آنها را برای سلامت خانواده خود مضر می‌انگارند. بنابراین شکی نیست که کاهش ارتباط و وابستگی فامیلی و عدم حمایت‌های آنان می‌تواند از لحاظ روحی و اجتماعی آسیب‌های جدی بر پیکره خانواده وارد کند (همان منبع).

۳- اعتیاد فرزندان در خانواده و نقش آن بر سایر اعضای خانواده

فرزندان ثمره ی زندگی مشترک پدر و مادر و گرمابخش کانون خانواده هستند. پس از تولد اولین فرزند در خانواده، بیشتر تمرکز پدر و مادر بر رفع نیازها و خواسته های او قرار می گیرد و تمام تلاش آنها بر این امر استوار است که در حد توان فرزندی سالم و خوب تربیت کنند.

شکل گیری شخصیت کودکان، ارتباط مستقیم با رفتارها و اعمال والدینشان دارد و این امر شاکله ی شخصیتی آنان تا بزرگسالی را بنا می نهد. رفتارهای غلط والدین در خانواده می تواند صدمات جبران ناپذیری بر شخصیت فردی و اجتماعی کودک وارد آورد. بنابراین وظیفه ی هر پدر و مادری است تا با مطالعه، همفکری و مشاوره، بهترین راهکارهای تربیتی را به دست آورند و با تمام توان در تربیت صحیح فرزندان کوشا باشند.

رفتارهای ناصحیح والدین گاهی موجب به وجود آمدن ناهنجاری های روحی و روانی در کودکان شده و آنها را به پناهگاهی دیگر غیر از خانواده سوق می دهد. این پناهگاه ممکن است دوستان و همسالان، معلم و یا افراد دیگری در فامیل باشند؛ اگرچه در برخی موارد این افراد در بهبود خلأهای شخصیت فرد تأثیر دارند، اما نباید از خطرات دوستی و همنشینی با افراد نالایق غافل بود.

کودکانی که از وضعیت مناسبی در خانواده برخوردار نیستند و محیط امن و محبت آمیزی را در خانه تجربه نمی کنند، بسیار سریع تر به انحرافات اخلاقی و اجتماعی دچار می شوند. آمار اعتیاد در میان نوجوانان و جوانانی که از محیط خانوادگی مناسبی برخوردار نیستند، بسیار بالا است. از همین رو محققان، خانواده درمانی را یکی از روش های مؤثر در پیشگیری و ترک اعتیاد برمی شمارند. نتایج تحقیقی از شصت نفر از مصرف کنندگان مواد (تریاک، شیره و هروئین) که جهت درمان به مراکز مشاوره و بیمارستان مراجعه کرده بودند و مورد مصاحبه ی بالینی قرار گرفتند مؤید این مطلب است. پس از تجزیه و تحلیل داده ها، نتایج تحقیقات، وجود مشکلات زیر را در سیستم های خانواده های آنها نشان داد (رضانی، ۱۳۷۸).

گرایش به مواد مخدر علل و زمینه های بسیاری دارد که در مورد نوجوانان و جوانان باید عمده دلایل آن را در خانواده هایشان جستجو کرد. بسیاری از خانواده ها با آموزش درست و کارآمد، توجه و محبت به فرزندان، ایجاد محیطی توأم با آرامش، تأمین امنیت، تربیت صحیح، رفتارهای منطقی و ... اعضای خود را از خطر ابتلا به اعتیاد ایمن می دارند. اما خانواده های متشنج و ناآرام، خانواده هایی که والدین متعصب و بدون انعطاف و یا بی خیال و معتاد دارند، اصطلاحاً خانواده های معتادپرور نامیده می شوند. همچنین خشونت در خانواده، کشمکش های مداوم میان والدین، مشکلات خاص تحصیلی یا شغلی، طلاق و جدایی، فقر مادی خانواده، نبود آگاهی و آموزش لازم، بیکاری و ... نیز بر این امر دامن می زنند. در زیر به برخی از عوامل زمینه ساز اعتیاد جوانان در خانواده می پردازیم.

الف: خانواده های متشنج و ناآرام:

جو حاکم بر این گونه خانواده ها آکنده از تشویش و عدم اعتماد است و اعضای خانواده همواره با هم اختلاف داشته و درک متقابلی از هم ندارند. این خانواده ها از ایجاد روابط سالم و بدون تنش ناتوانند و در آنها به تربیت و رشد شخصیتی فرزندان کمتر بها داده می شود و افراد آن نسبت به یکدیگر انواع توهین ها را روا می دارند. این قبیل خانواده ها محیطی ناامن و غیرجذاب برای کودکان هستند و خطر سوق فرزندان آنها به سوی اعتیاد و انواع دیگر بزهکاری فراوان است.

ب: خانواده هایی که والدین متعصب و ایرادگیر دارند:

خانواده هایی که با والدین متعصب و ایرادگیر، که حق تصمیم گیری به فرزندان را نمی دهند و آزادی های فردی آنها را سلب می کنند نیز در افزایش اعتیاد فرزندان مؤثر هستند. همچنین خانواده ها با مقایسه های بی مورد، پس از هر شکست، تنبیه

کردن، اهمیت ندادن به شخصیت و شعور فرد، جدی نگرفتن فرد و سلب مسئولیت از او، فرد را به ورطه ی ضعف و افسردگی می کشاند و راه را برای بروز انواع بزه خاصه اعتیاد بازتر می کنند.

ب: خشونت در خانواده:

خشونت علیه همسر و فرزندان در خانواده موجب ایجاد تنش و ناآرامی، احساس عدم امنیت در خانواده (که به طور طبیعی باید مکانی برای تأمین بیشترین امنیت برای فرد باشد)، استرس مداوم و ترس از والدین، پناه بردن هر یک از اعضای خانواده به تنهایی، از میان رفتن رابطه ی سالم میان اعضای خانواده، بی حوصلگی و عدم تمایل برای برقراری رابطه میان اعضا و در نتیجه، افسردگی ناشی از این عوامل می شود.

ج: طلاق و جدایی والدین:

از پژوهش های علمی و عینی جامعه سنجی خانواده های نابسامان چنین برمی آید که کانون های نابسامان خانوادگی که افراد بزهکار را تحویل جامعه می دهند، دو خصیصه اصلی دارند:

- ۱- از هم پاشیدگی کانون خانواده بر اثر طلاق یا مرگ یکی از والدین؛
- ۲- عدم مراقبت از فرزندان و عدم نظارت صحیح، به دلیل غیبت والدین.

این مسئله که طلاق یکی از عوامل محوری و اصلی بزهکاری کودکان و نوجوانان است، امری غیرقابل انکار است. بر این اساس، از عوامل بسیار مهم در اعتیاد فرد، جدایی والدین از یکدیگر است، زیرا پس از جدایی، کودک پناهگاه و تکیه گاه خود را از دست می دهد و تنها و افسرده می شود. همچنین نظارت و کنترلی که باید از سوی والدین او صورت بگیرد کاهش می یابد و فرایند آموزش و آگاهی دادن به شخص نیز مختل می شود (چترایی، ۱۳۸۷).

ح: فقر مادی / رفاه اقتصادی خانواده

فقر اقتصادی خانواده ها نیز از دلایل بسیار مهم اعتیاد است. هرچند نمی توان بین فقر مادی و اعتیاد رابطه ی مستقیمی در نظر گرفت، اما همین مسئله در گروه عمده ای از معتادان باعث گرایش به مصرف مواد مخدر سوق می شود. از آنجایی که فقر اقتصادی مشکلات متعددی به دنبال دارد و فشار بسیار زیادی بر فرد تحمیل می کند، باعث روی آوردن افراد به سمت مصرف مواد مخدر می شود. البته گفتنی است که در مواردی رفاه اقتصادی خانواده نیز خود عامل اعتیاد است.

در واقع باید دانست علاوه بر متغیرهای محروم ساز خانوادگی، متغیرهای برخوردار ساز خانوادگی نیز در گرایش جوانان به سوی اعتیاد و وابستگی به مواد مخدر مؤثر هستند. از جمله ی این متغیرهای برخوردار ساز می توان به موقعیت های اقتصادی و اجتماعی برتر خانوادگی اشاره کرد و موقعیت های اجتماعی خانواده، بازخوردها، تأییدات و انتظارات خانوادگی (و اجتماعی)، اعتماد به نفس کاذب در کودک تقویت می شود. گمانی که در چنین خانواده هایی معمولاً مجال آزمایش نمی یابد و در آزمون های واقعی، زندگی فرد را با شکست و ناکامی مواجه می کند. پناه بردن به مواد مخدر برای چنین فردی دست آویزی است برای فرار از مشکلات واقعی زندگی و بازگشت به وضعیت آزاد پیشین (بشارت، ۱۳۸۶).

د: کم سوادی، نبود آگاهی و آموزش لازم

از میان عوامل خانوادگی اعتیاد جوانان، نباید از نقش آگاهی و سواد غافل شد. افرادی که از آگاهی و سواد کمتری برخوردار هستند آسیب پذیرترند. در واقع، اشخاصی که از پیامدهای منفی مواد مخدر آگاهی دارند، در مقایسه با اشخاصی که چنین

اطلاعاتی ندارند، کمتر احتمال خطر اعتیاد برایشان متصور است. در نتیجه، خانواده ها باید نقش خود را به عنوان یک مرکز اطلاعاتی و آموزشی به درستی ایفا کنند.

در پژوهشی که به بررسی رابطه بین میزان آگاهی از مواد مخدر و اعتیاد با نوع نگرش نسبت به آن در دانش آموزان مقطع متوسطه استان بوشهر صورت گرفت، نتایج نشان داد که بین سطح آگاهی و نوع نگرش دانش آموزان نسبت به اعتیاد و مواد مخدر رابطه ی معناداری وجود دارد. در جنس پسر، آگاهی نسبت به مواد مخدر کمتر و نگرش مثبت تری نسبت به جنس دختر وجود دارد. همبستگی بین میزان آگاهی و نوع نگرش منفی در جنس دختران بسیار بیشتر از پسران بود و در مجموع، میانگین سطح آگاهی دانش آموزان بالاتر از نوع نگرش منفی نسبت به اعتیاد و مواد مخدر است. بنابراین، با توجه به مطالب ذکر شده، بالا بردن سطح آگاهی خانواده ها یکی از مهم ترین اقدامات اساسی پیشگیری از اعتیاد در میان نوجوانان و حتی اعضای دیگر خانواده است. بالا بردن سطح آگاهی خانواده ها برای آگاه سازی فرزندان پیرامون معضلات فردی و اجتماعی اعتیاد باعث تغییر نگرش آنان شده و رفتارهای فرد بر اساس همین نگرش شکل می گیرد (زارع، ۱۳۸۱).

ر: تأثیر گروه‌های دوستی و همسالان

از دیگر عوامل مهم اعتیاد جوانان می توان به گروه های دوستی ناسالم، که اصطلاحاً به آن « رفقای ناباب » می گویند، اشاره کرد. گروهی از جوانان و نوجوانان به دلیل سازگاری با دوستان و همسالان و یک رنگ شدن با آنها، در برابر هر تقاضایی سر تسلیم فرود می آورند. نقش خانواده ها در انتخاب دوستان بسیار مهم و اساسی است. اکثر افراد معتاد وجود گروه های دوستی ناپهنجار، که اغلب اعضای آن نیز اعتیاد دارند، را از عوامل مهم معتادشدن خودشان عنوان می کنند. این در حالی است که اعضای خانواده می توانند با نظارت و کنترل صحیح بر روابط دوستی و معاشرت های دیگر، اعضای خود آنها را از افتادن در دام اعتیاد برهانند. در ضمن به این نکته نیز باید توجه داشت که هرچه رابطه ی بین والدین و فرزندان نوجوانشان کاهش یابد، ارزش همسالان و روابط گروهی در نظر آنان بیشتر می شود. بنابراین پدر و مادر باید بکوشند جایگاه خود را در خانواده حفظ کنند تا همواره مأمین و پناهگاه فرزندان خود بوده و رابطه ای صمیمانه با ایشان برقرار سازند.

ه: محرومیت از والدین

برخی از فرزندان با جنبه های متعدد محرومیت از مواظبت پدر و مادر سروکار دارند. در خانواده هایی که یکی از پدر و مادر به دلایلی فوت کرده است، شخصیت فرزند بسیار آسیب پذیر می شود. خلأ وجود پدر به عنوان الگوی زندگی فردی و اجتماعی به خصوص برای فرزندان پسر به خوبی احساس می شود. بسیاری از پدران و مادران نیز ظاهراً در محیط خانواده حاضر هستند، اما از لحاظ عاطفی غایب محسوب می شوند. فرزندان این خانواده ها اغلب از خلأ عاطفی برخوردارند و سعی دارند خود با روش های گوناگون این خلأ عاطفی را پر کنند. چنین خانواده هایی بستر مناسب برای بروز انواع بزهکاری از جمله اعتیاد را فراهم می کنند.

ی: خصوصیات و ویژگی های خود افراد

برخی از خصوصیات و ویژگی های فردی نوجوان نیز در اعتیاد او دخیل است. نوجوانان و جوانانی که مضطرب، پریشان، افسرده و منزوی هستند، مرتب دچار سرخوردگی و شکست های گوناگون می شوند، عزت نفس خود را از دست می دهند و به سیگار، الکل، مواد مخدر و ... به عنوان مفری برای رهایی از این مشکلات روی می آورند. اما باز هم در شکل گیری هر یک از ویژگی های شخصیتی فرد نباید از نقش تأثیر خانواده غافل شد (چترایی، ۱۳۸۷).

با توجه به موارد بالا، اهمیت و نقش خانواده بر گرایش جوانان به سوی مواد مخدر و اعتیاد مشخص شد. حمایت های خانواده نه تنها در پیشگیری از اعتیاد در فرزندان و اعضای خانواده مؤثر است، بلکه می تواند عاملی برای بازگرداندن فرد معتاد

به زندگی سالم و ترک اعتیاد او باشد. در واقع، با شناخت و آگاهی از میزان تأثیرگذاری خانواده ها در فرایند ترک اعتیاد، می توان به ترسیم و برنامه ریزی واقع بینانه جهت آموزش خانواده ها و ارائه حمایت های لازم از این نهاد اجتماعی جهت دستیابی به دوران ترک موفقیت آمیز و به تأخیر انداختن مدت زمان عود اعتیاد امیدوار شد.

نتایج پژوهشی در این خصوص نشان می دهد: بین میزان حمایت روانی، اقتصادی و اجتماعی خانواده ها از افراد معتاد و انگیزه ی آنان جهت ترک اعتیاد، رابطه ی معناداری وجود دارد. همچنین بین برخی ویژگی های دموگرافیک خانواده نظیر حجم خانواده، درآمد و تحصیلات با ارجاع معتادان به مراکز درمان سرپایی اعتیاد، رابطه معناداری وجود دارد. نوع مواد مصرفی، مدت زمان اعتیاد و دفعات ترک قبلی با میزان حمایت خانواده ها از ارجاع معتادان برای ترک مرتبط است (قجاوند، ۱۳۸۳).

۲-۱-۴. نظریه ها در باب سوء مصرف مواد

این مساله که سوء مصرف مواد مربوط به کدام علوم می شود به یکی از مباحث روز تبدیل شده است. بعضی از پزشکان اعتیاد را یک بیماری زیستی و بیولوژیک می دانند. برخی جامعه شناسان آن را نابهنجاری اجتماعی، عده ای از روان شناسان آن را به عنوان یک رویکرد روان شناختی و شماری از حقوق دانان اعتیاد را جرم و معتاد را مجرم می دانند و هر گروه از بعدی خاص به فکر حل این مشکل برآمده اند. واقعیت این است که اعتیاد را باید به صورت معضلی چند بعدی نگرست و عوامل و راه حلها را در سطوح فردی میانه و کلان جستجو کرد (آتشین، ۱۳۸۰).

الف) نظریه روان کاوی:

در مقالات روان کاوی رفتار معتاد به مواد مخدر بر حسب تثبیت لیبیدویی، با پسرقت به سطوح پیش تناسلی، دهانی، یا حتی سطوح ابتدایی تر رشد روانی، جنسی توصیف شده و بیش از همه روی حالت های روانی تاکید شده است. از سوی دیگر، ضرورت توضیح روابط سوء مصرف دارو، دفاع، کنترل تکانه، اختلالات عاطفی و مکانیسم های انطباقی منجر به انحراف اخیر در فرموله کردن پویشی با تاکید بر روان شناسی ایگو گردیده است. هم چنین اغلب تصور می شود که پاتولوژی شدید ایگو با سوء مصرف مواد رابطه دارد و حاکی از آشفتگی های عمیق در رشد می باشد. رابطه بین ایگو و عواطف نیز به عنوان یک مساله کلیدی همواره مطرح بوده است. (همان منبع).

ب) نظریه های روانی - اجتماعی و روان پویشی :

نظریه های متعدد روان پویشی در مورد سوء مصرف مواد در صد سال اخیر رواج یافته اند و از منظرهای گوناگون به این مساله پرداخته اند در نظریه های کلاسیک، سوء مصرف مواد، معادل استمنا و یک مکانیسم دفاعی در مقابل تکانه های هم جنس گرایانه یا تظاهری از پسرقت دهانی تلقی می شد، اما در فرمول بندیهای روان پویشی اخیر بر رابطه بین مصرف مواد و افسردگی تاکید می گردد و مصرف این مواد بازتاب اعمال مختل ایگو تلقی می گردد در رویکردهای روان پویشی به احتمال ارتباط سوء مصرف مواد با بی ثباتی دوران کودکی فرد نیز اشاره می گردد و پژوهشهای زیادی هم اختلالات شخصیت را به پیدایش وابستگی به این مواد ربط ندادند. اما در مجموع شمار کمی از نظریه های روانی - اجتماعی به نقش خانواده و جامعه در گرایش به مواد مخدر تاکید شده است. چون دلایل چندان محکمی برای قائل شدن به یک نقش اجتماعی در پیدایش الگوهای سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد وجود ندارند (آتشین، ۱۳۸۰).

امروزه روزنامه ها مملو از حکایات تکان دهنده در مورد چگونگی نفوذ فرهنگ استعمال مواد مخدر به ویژه در نواحی فقیر شهری است این مقالات نشان می دهند که چگونه کودکان در سنین پایین با دنیای این مواد آشنا می گردند، اما با وجود این چندان

موید تاثیر فشار اجتماعی بر کودکان جهت سوء مصرف مواد یا وابستگی به مواد نیستند و بیشتر بر سایر عوامل اشاره دارند. (همان منبع).

ج) نظریه‌های رفتاری :

بعضی از نظریه‌های سوء مصرف مواد مخدر بر رفتار مواد طلبانه تاکید کرده‌اند تا علایم جسمی وابستگی، به بیان دیگر در مدل رفتاری نمی‌توان بر وجود علایم ترک یا تحمل متکی بود چرا که سوء مصرف بسیاری از مواد با پیدایش وابستگی فیزیولوژیکی همراه نیست. بعضی از پژوهشگران در پی یافتن آن بوده‌اند که کدام اصول رفتاری عمده در ایجاد رفتار مواد طلبانه موثرند و یافته‌های آنان نشان داده است که زمینه‌های تقویت مثبت و اثرات نامطلوب بسیاری از مواد در درجه اول اهمیت قرار دارند به طوری که بیشتر موارد سوء مصرف با تجربه مثبت پس از نخستین بار مصرف که به عنوان یک تقویت کننده برای رفتار مواد طلبانه عمل می‌کند تداوم مییابد. البته بسیاری از مواد نیز با اثرات نامطلوب همراه هستند که در این صورت در جهت کاهش رفتار مواد طلبانه عمل می‌کنند. همچنین شخصی باید قادر به تفکیک ماده سوء مصرف با سایر مواد باشد و تقریباً تمام رفتارهای مواد طلبانه او با نشانه‌های دیگری که ممکن است با تجربه مصرف دارو همراه گردند، رابطه دارند. (آتشین، ۱۳۸۰).

د) نظریه‌های ژنتیک :

قرائن محکم به دست آمده از مطالعه فرزند خوانده‌ها و دوقلوهایی که جدا از هم بزرگ شده‌اند حاکی از آن است که در علت سوء مصرف الکل یک جزء ژنتیک وجود دارد اما در سایر انواع سوء مصرف مواد یا وابستگی به مواد یک الگوی ژنتیک چندگان قطعیت ندارد. با وجود این در بعضی از مطالعات یک پایه ژنتیک برای وابستگی و سوء مصرف مواد غیر الکلی یافت شده است محققین به تازگی از روش یکی شدن مورفیس طولی قطعات عدود شده در مورد سوء مصرف مواد و وابستگی مواد استفاده کرده‌اند. و گزارش‌های معدودی از روابط (TTi p) گزارش شده است (ودی و جکی، ۱۳۸۵ آتشین، ۱۳۸۰).

ح) نظریه‌های نورو شیمیایی:

امروزه پژوهشگران برای اکثر مواد سوء مصرف به استثنای الکل، نوعی ناقل‌های عصبی یا گیرنده‌های ناقل عصبی که مواد بر آنها موثرند، شناسایی کرده‌اند. به عنوان مثال ترکیبات تریاک برگیرنده‌های تریاک اثر می‌کند. بنابراین در کسی که فعالیت افیونی درون‌زا کم است (سطح اندورفین‌ها) پایین، یا فعالیت آنتاگونیستی افیونی درون‌زا خیلی بالاست خطر ابتلا به وابستگی به ترکیبات تریاک بیشتر می‌باشد. اما بعضی پژوهشگران این نوع فرضیه nV را در مطالعات خود تضعیف می‌کنند. حتی در کسی که کارکرد گیرنده درون‌زا در او کاملاً طبیعی و غلظت ناقل‌های عصبی بهنجار است. از سوی دیگر مصرف طولانی یک ماده مورد سوء مصرف ممکن است سیستم‌های گیرنده را در مغز تعدیل نماید به طوری که مغز برای حفظ تعادل خود حضور ماده برون‌زا را طلب می‌کند. چنین فرایندی در سطح گیرنده مرکزی (CNS) می‌باشد. با این وصف، اثبات تعدیل میزان آزاد شدن ناقل عصبی و عمل گیرنده‌های ناقل عصبی دشوار است و پژوهش‌های جدید بر تاثیر مواد بر سیستم پیام برنده دوم و تنظیم ژن متمرکز می‌باشد. (آتشین، ۱۳۸۰).

و) دیدگاه سنخ‌شناسی :

به نظر طرفداران این دیدگاه از پیش نمی‌توان عامل یا عواملی را علت آسیب‌های اجتماعی به شمار آورد. بلکه آسیب‌های اجتماعی و از جمله اعتیاد، در خصوص تیپ معین افراد و سنخ‌شناسی آسیب‌ها قابل بحث و بررسی است. به بیان دیگر هر آسیب اجتماعی در زمینه گونه‌های مختلف انسانی دارای عامل تعیین کننده متفاوت می‌باشد. (برژره، ۱۹۶۸ به نقل از همان منبع).

۲-۲- پژوهش های انجام شده در داخل و خارج از کشور

۲-۲-۱- تحقیقات داخل کشور

در طول چند دهه اخیر که توجه به پدیده سوءمصرف مواد در مجامع علمی افزایش یافته است، پژوهش های زیادی با محوریت سوءمصرف مواد انجام گرفته است. برخی پژوهشگران به راهکارهای درمانی موثر بر این اختلال پرداخته اند و برخی دیگر به بررسی رابطه بین متغیرهای مختلف در افراد مصرف کننده مواد توجه نموده اند. در این میان برخی پژوهشگران هم چنان به دنبال بررسی علل گرایش افراد به سوءمصرف مواد بوده اند. پژوهش های فراوانی علل گرایش مردان را به سوءمصرف مواد مورد توجه قرار دادند. از آنجا که مرد و زن در درجه اول به عنوان یک انسان دارای شباهت های عمده ای هستند بنابراین توجه به علل گرایش مردان به سوءمصرف مواد می تواند پژوهشگران را به علل گرایش زنان نزدیک کند بنابراین در ابتدا علل گرایش مردان از نظر گذرانده می شود و در ادامه به پژوهش هایی که به طور خاص علل گرایش زنان را به سوءمصرف مواد مورد بررسی قرار می دهند، پرداخته خواهد شد.

حیدری، مال میر، کامران و بیرانوند (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان بررسی مقایسه ای علل سوءمصرف مواد مخدر از دیدگاه معتادین و خانواده آن ها (همراه) در مراجعین به مراکز ترک اعتیاد شهرستان خرم آباد که بر روی ۲۰ معتاد زن و ۳۴۰ معتاد مرد و همراهان آنها انجام گرفت به این نتیجه رسیدند که اعتماد به نفس پایین، شکست های پیاپی در زندگی، یادگیری مشاهده ای از مصرف اعضای خانواده، نابرابری های اقتصادی، بیکاری و کمبود فرصت های شغلی، اصرار دوستان و همسالان، تسکین درد و بیماری جسمی، احساس لذت در مصرف، نگرش مثبت به مواد مخدر از عللی بودند که برای گرایش به سوءمصرف مواد گزارش شدند.

در پژوهش دیگری که محمودی، نورمحمدی، عزیزپورفرد و فرهادی (۱۳۹۴) با هدف بررسی علل گرایش به مواد مخدر از نظر بیماران با تشخیص مسمومیت مواد مخدر و اعتیاد مراجعه کننده به بیمارستان های آموزشی شهر خرم آباد بر روی ۱۱ بیمار زن و ۸۹ بیمار مرد انجام شد به این نتیجه رسیدند که کسب لذت و افزایش توان جسمی برای کار، رهایی از مشکلات زندگی، تسکین ناراحتی های روحی، وجود افراد معتاد در خانواده، همرنگ شدن با دوستان ناباب و هم چنین بیکاری و ارزان بودن و در دسترس بودن مواد مخدر از شایع ترین علل گرایش به مصرف مواد بود.

راسخ و پناهزاده (۱۳۹۱) در پژوهش خود به دنبال بررسی عوامل اجتماعی تاثیرگذار بر اعتیاد جوان در حاشیه نشینان شهر شیراز بودند و با بررسی بر روی ۳۷۸ مرد مبتلا به سوءمصرف مواد به این نتیجه رسیدند که عزت نفس پایین، میزان تحصیلات پایین، میزان بالای دسترسی به مواد مخدر، حمایت کم از سوی خانواده، سن پایین، شروع روابط جنسی در سنین پایین، امید کم به آینده، معاشرت با افراد مصرف کننده از علل شروع مصرف مواد مخدر در افراد نمونه بودند.

رضایی، اسلامی و مهدی پور خراسانی (۱۳۹۳) در پژوهش خود با هدف بررسی نقش خانواده در گرایش جوانان به اعتیاد در شهرستان ورامین که بر روی ۲۵۰ مرد مبتلا به سوءمصرف مواد انجام گرفت، به این نتیجه رسیدند که اختلاف والدین، میزان کم کنترل والدین، اوقات فراغت کمتر، رابطه با دوستان معتاد، دسترسی بالا به مواد از علل گرایش افراد نمونه بود.

رضاخانی مقدم و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهش خود با عنوان مقایسه مصرف مواد مخدر و علل گرایش به آن در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی و دانشگاه تهران که بر روی دانشجویان پسر و دختر انجام گرفت به این نتیجه رسیدند که

اعتقادات ضعیف مذهبی، سابقه مصرف مواد در خانواده، کسب لذت و تفریح و سرگرمی از جمله علل گرایش دانشجویان حاضر در نمونه به مصرف مواد مخدر بود.

باقری، نبوی، ملتفت و نقی پور (۱۳۸۹) در پژوهش بررسی عوامل اجتماعی موثر بر پدیده اعتیاد در شهر اهواز که بر روی ۱۳۵ معتاد خودمصرف انجام گرفت دریافتند که پایگاه اجتماعی-اقتصادی ضعیف، بی‌هنجاری، احساس انزوای طلبی و معاشرت با افراد معتاد از جمله عواملی هستند که با شدت اعتیاد مرتبط هستند.

کریمی، احمدی، مالکی و علیپور (۱۳۸۹) در پژوهش خود با عنوان بررسی علل عود اعتیاد و عوامل مرتبط با آن در جانبازان مراجعه کننده به بیمارستان‌های طرف قرارداد بنیاد جانبازان در سال ۱۳۸۸ که بر روی ۱۲۲ نفر انجام گرفت دریافتند فشارهای روانی حاصل از جنگ، درد، عدم مصرف داروهای درمانی، فشارهای خانوادگی، عدم آشنایی با اعتیاد، کسب لذت و کنجکاوی از علل گرایش به مصرف مواد مخدر در افراد حاضر در نمونه بود.

مطیعی لنگرودی، فرهادی و زارع (۱۳۹۰) در پژوهشی با هدف بررسی عوامل موثر بر گسترش اعتیاد در نواحی روستایی دریافتند که عواملی چون لذت جویی، فشارهای روانی، کنجکاوی و ماجراجویی، شکست در ازدواج، استفاده دارویی از مواد مخدر و از همه مهم‌تر به وجود آمدن ناهنجاری فرهنگی جدید مصرف مواد مخدر به عنوان تنقل مهمانی‌های شبانه از عوامل موثر در گرایش افراد حاضر در نمونه به سوءمصرف مواد مخدر بود.

ناظمی، چمن و داوردوست (۱۳۹۱) نیز در پژوهش خود با هدف بررسی شیوع و علل گرایش به دخانیات در دانشجویان که بر روی ۱۸۰۰ نفر از دانشجویان دختر و پسر انجام گرفت دریافتند که از میان عوامل موثر در گرایش به مصرف دخانیات، رابطه با دوستان سیگاری، استرس، دوری از خانواده و سرگرمی از مهم‌ترین علل بودند و همچنین مصرف دخانیات در پسران ۴ برابر دختران بود، مصرف دخانیات در دانشجویان مجرد نیز ۴ برابر متأهلان بود.

برجاس، گواری، محمدعلی زاده و حق دوست (۱۳۹۰) نیز در پژوهشی که با هدف بررسی نظرات معتادان بستری در مراکز ترک اعتیاد شهر کرمان در مورد عوامل مرتبط در گرایش به استفاده از مواد مخدر انجام گرفت دریافتند که از میان عوامل متعدد فردی، خانوادگی و اجتماعی مورد مطالعه به ترتیب تقلید از بزرگسالان معتاد، اعتیاد والدین و معاشرت با دوستان معتاد بیشترین نقش را در گرایش به استفاده از مواد مخدر داشتند.

حاجلی و زکریایی (۱۳۸۳) در فراتحلیلی با عنوان مطالعات مواد مخدر و اعتیاد در نظام آموزش و پژوهش ایران دریافتند که از نظر ۳۷۰ پژوهش و مقاله بررسی شده عوامل اعتیاد عبارت بوده‌اند از عوامل فردی (بیماری‌ها و اختلالات جسمی، نقیصه‌های بدنی، خستگی، بی‌خوابی و کم‌خوابی، عوامل جنسی، اختلالات و بیماری‌های روانی، اضطراب و افسردگی، ناکامی، محرومیت و اکنش غمگین، اختلالات شخصیتی)، عوامل محیطی و بیرونی (خانواده بزهکار، خانواده از هم گسیخته، فوت مادر و پدر، غیبت والدین، طلاق، خانواده‌های پرجمعیت، ستیزه و اختلافات خانوادگی، فقدان روابط عاطفی در خانواده، مدرسه و محیط آموزشی نامطلوب، عضویت در گروه‌های فاسد و تقلید از همسالان، گروه دوستان معتاد، زندگی در مناطق بزهکار، بیکاری، دسترسی به مواد مخدر، توزیع ناعادلانه ثروت، جنگ و تبعات آن، مهاجرت و تعارض فرهنگی به دست آمده، استعمار، فقر فرهنگی و پایین بودن سطح سواد، نابسامانی و آشفتگی‌های اجتماعی، رشد و پیشرفت بی‌رویه شهرنشینی و کاهش کنترل اجتماعی و بیوتکنولوژی). در مورد انگیزه‌های شروع به مصرف مواد مخدر نیز به این موارد اشاره شده است: افزایش توانایی جسمی، افزایش توانایی جنسی، اختلالات روانپزشکی درمان نشده، دردهای جسمی مزمن، همانندسازی با بزرگ‌ترها، دسترسی داشتن به پول

هنگفت، تصورات نادرست نسبت به موادمخدر، ایجاد احساسات ویژه، عضویت در یک خرده فرهنگ برای کسب حمایتف مقابل با استرس، تشویق عضو معتاد خانواده.

ضیاءالدینی، زارع زاده و حشمتی(۱۳۸۵) نیز در پژوهش دیگری با عنوان شیوع سوءمصرف و اعتیاد به مواد و برخی عوامل مرتبط در دانش آموزان سال آخر دبیرستان و پیش دانشگاهی شهر کرمان در سال ۱۳۷۹-۸۰ دریافتند در میان دانش آموزان دختر و پسر، لذت بردن، مصرف دوستان، مقبولیت توسط دوستان، احساس سلامت و شادابی بیشترین عواملی بودند که انگیزه مصرف را ایجاد می کردند.

شجاع و همکاران(۱۳۸۹) در پژوهش خود با عنوان بررسی فراوانی مصرف و علل گرایش به سیگار در دانشجویان ساکن خوابگاه های دانشگاه علوم پزشکی گلستان که بر روی دانشجویان دختر و پسر انجام گرفت، دریافتند که مهم ترین دلایل گرایش به مصرف سیگار ارتباط با دوستان سیگاری، علاقه به مصرف سیگار، تفریح و سرگرمی، بیکاری و دوری از خانواده عنوان شد. مدبرنیا، میرحسینی، تبری و عطرکارروشن(۱۳۹۲) در پژوهش خود که به دنبال بررسی عوامل موثر بر اعتیاد به موادمخدر در افراد ۱۵ تا ۳۰ سال در قالب یک مطالعه کیفی بودند، دریافتند که کسب آسان منفعت های روانی و جسمی، شخصیت لذت طلب، روحیه کنجکاو، تمایل به متفاوت بودن، نداشتن مهارت زندگی، شرایط فرهنگی، وضع اجتماعی و عوامل اقتصادی از عوامل موثر بر اعتیاد به مواد مخدر در نمونه حاضر بود.

دهقانی، زارع، دهقانی، صدقی و پورموحد(۱۳۸۹) در پژوهش خود که به دنبال بررسی شیوع و عوامل مرتبط با سوءمصرف موادمخدر در دانشجویان بودند، دریافتند که به ترتیب بیکاری، اعتیاد دوستان و فامیل، عدم تامین نیازهای عاطفی، دعوا و مشاجره خانوادگی و عدم موفقیت تحصیلی از شایع ترین عوامل مرتبط بت گرایش به مصرف موادمخدر در نمونه حاضر بوده است.

مجیدپور، حمیدزاده اربابی، عباسقلی زاده و صالحی(۱۳۸۴) در پژوهش خود با هدف بررسی میزان شیوع و علل گرایش به مصرف سیگار در دانشجویان دریافتند که از میان عوامل موثر در گرایش به مصرف سیگار رابطه صمیمانه با افراد سیگاری، کسب لذت، طولانی شدن مدت تحصیل، ناامیدی به آینده شغلی و استفاده از آن به عنوان سرگرمی و تفریح مهم ترین علل بودند. امینی، امینی، افشارمقدم و آذر(۱۳۸۲) در پژوهشی با هدف بررسی عوامل اجتماعی و محیطی مرتبط با بازگشت مجدد معتادان به مصرف مواد افیونی دریافتند که عوامل بین فردی(معاشرت با دوستان معتاد و منحرف، رابطه با همکاران معتاد، پذیرفته نشدن از طرف دوستان و اجتماع و مرسوم بودن استفاده از مواد افیونی خاص)، عوامل شغلی(بیکاری، عدم علاقه و رضایت از شغل، مشکلات شغلی و حرفه ای، نداشتن شغل دائمی، ناکامی و شکست در امور شغلی، ساعات کار طولانی و کار بیش از اندازه خسته کننده)، عوامل اقتصادی(فقر، خرید و فروش مواد برای کسب معاش، ارزان بودن مواد افیونی و فشار هزینه های زندگی) و عوامل خانوادگی(برخورد نامناسب خانواده، وجود تبعیض در خانواده، عدم وجود ارتباطات مناسب در خانواده، شلوغ بودن خانه، فشارهای ناشی از مجردی و فقدان یا غیبت پدر) در عود اعتیاد افراد حاضر در نمونه موثر بوده است.

شرق، شکیبی، نیساری و آلیلو(۱۳۹۰) در بررسی عوامل موثر بر عود اعتیاد از دیدگاه معتادین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد دریافتند که در زمینه عوامل فردی، رفع احساس تنهایی و انزوا، در زمینه عوامل خانوادگی، روابط نامناسب والدین با فرزندان، در زمینه عوامل اجتماعی، وجود دوستان معتاد، در زمینه عوامل اقتصادی، بیکاری و در زمینه عوامل فرهنگی، نداشتن تفریحات و سرگرمی سالم به ترتیب دارای بیشترین اهمیت بوده اند.

هاشمی (۱۳۸۰) نیز در پژوهش خود با عنوان بررسی میزان گرایش به استعمال سیگار و علل آن در دانشجویان پسر دانشگاه علوم پزشکی یاسوج. مجله دانشگاه علوم پزشکی یاسوج دریافت که حس کنجکاوی، تفریح و سرگرمی، معاشرت با افراد سیگاری از مهم‌ترین علل گرایش به سیگار و تفریح و سرگرمی، مشکلات روحی و کسب آرامش از مهم‌ترین علل ادامه استعمال سیگار بود.

میرزایی و همکاران (۱۳۸۹) در بررسی خود با هدف مطالعه عوامل مرتبط با عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به سوءمصرف موادمخدر دریافتند که بی‌خوابی و وسوسه مهم‌ترین عوامل فردی و دسترسی آسان به موادمخدر، کشمکش‌های خانوادگی و عدم پابندی به درمان مهم‌ترین عوامل محیطی عود اعتیاد بودند.

سلیمی و همکاران (۱۳۸۵) در پژوهش خود با عنوان پژوهشی کیفی بر علل گرایش نوجوانان ارومیه به سیگار دریافتند که علل اصلی گرایش نوجوانان به سیگار شامل رفع عصبانیت، کنجکاوی، احساس شخصیت، ترس از طرد از گروه، تاثیر محیط، تقلید، احساس خوشی و نشاط، لجاجت و مخالفت با روش‌ها و سخت‌گیری‌های والدین، کمبود محبت در خانواده، عشق زودهنگام، تحریک ناخواسته از طرف والدین، وجود افراد سیگاری در خانواده، رفع تنهایی، اعتراض به مدیران و مسئولان اجتماعی بود. جوانمرد (۱۳۸۸) در بررسی عوامل اعتیاد در مراجعان مرکز معتادان خود معرف مراغه به بررسی کمی و کیفی پرونده ۲۵۰ نفر از معتادان به شیوه توصیفی پرداخت. او یازده عامل را در گرایش این افراد به سوءمصرف مواد شناسایی کرد: استفاده از مواد برای درمان دردها و بیماری‌های جسمی، استفاده از مواد برای درمان اختلالات روانی، استفاده از مواد برای رفع خستگی، استفاده از مواد برای رفع مشکلات جنسی و افزایش توان جنسی، تفریح و تفنن همراه با دوستان، انتقال از یک خانواده درجه اول یا درجه دوم به افراد، وسوسه کارفرما، بیکاری و مسائل اقتصادی، ویژگی‌های شخصیتی، آشنایی یا داشتن تجربه مصرف قبل از ۲۰ سالگی و عدم آگاهی و شناخت لازم از موادمخدر، اعتیاد و فرایند معتاد شدن.

حجاریان و قنبری (۱۳۹۲) در شناسایی و تحلیل مولفه‌های اجتماعی موثر در گرایش جوانان روستایی به اعتیاد در مناطق روستایی دریافتند که در بین عوامل خانوادگی و میزان مصرف، اختلافات خانوادگی و وابستگی خانوادگی و منزلت شغلی پدر موثر بود. هم‌چنین در بین عوامل اجتماعی احساسی آنومی، گرایش مسایل مذهبی و دینی و ارتباط با افراد معتاد موثرترین عوامل گرایش جوانان روستایی به مصرف موادمخدر بود. در بین عوامل فردی و افزایش میزان تحصیلات امری بازدارنده در مصرف مواد به دست آمد.

زینالی، وحدت و حامدینیا (۱۳۸۶) در مطالعه ای که با هدف بررسی زمینه‌های پیش‌اعتیادی معتادان و مقایسه آن با افراد سالم انجام دادند، به این نتایج رسیدند که وجود زمینه و استعداد ویژه برای قبول و مصرف موادمخدر ضروری است و اینکه زمینه‌های پیش‌اعتیادی معتادان نظیر خصوصیات شخصیتی، روابط خانوادگی، شیوه زندگی و عقاید آنها به طور معناداری متفاوت از افراد سالم است.

زرگر، نجاریان و نعمی (۱۳۸۷) نیز در پژوهش خود دریافتند که متغیرهایی از جمله هیجان خواهی، پرخاشگری، ابراز وجود و افسردگی ممکن است رابطه نزدیکی با مواد داشته باشد.

حاجی‌حسینی، شفیع‌آبادی، پیرساقی و کیانی‌پور (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان رابطه بین پرخاشگری، ابراز وجود و افسردگی با آمادگی به اعتیاد در دانشجویان دختر که بر روی ۱۵۰ دانشجوی دختر انجام گرفت دریافتند که رابطه بین متغیرهای پرخاشگری، ابراز وجود و افسردگی با آمادگی به اعتیاد معنادار است. این رابطه بین ابراز وجود و پرخاشگری با آمادگی به اعتیاد مستقیم و بین ابراز وجود و آمادگی به اعتیاد معکوس است.

پژوهش‌های بسیاری در زمینه علل و عوامل موثر در گرایش زنان به سوء مصرف مواد انجام شده است از جمله پژوهش‌های داخلی انجام شده در این زمینه موارد زیر می‌باشد:

ناصری پلنگرد، محمدی، دوله و ناصری (۱۳۹۲) در پژوهش خود با عنوان عوامل موثر بر سوء مصرف مواد زنان به این نتیجه رسیدند که کنترل اجتماعی قوی‌تر، عدم همنشینی با افراد بزهکار، تعلق خاطر و وابستگی میان اعضای خانواده، اعتقادات مذهبی، کاهش و قطع ارتباط با دوستان معتاد و مجرم، مشارکت در فعالیت‌های گروهی و هم‌چنین کمک و یاری کردن افراد در رسیدن به هدف و موفقیت و در اختیار گذاشتن منابع و وسایل مشروع در راه رسیدن به آنها می‌تواند منجر به کاهش سوء مصرف مواد زنان شود.

در پژوهش دیگری که نجاری (۱۳۸۶) با هدف بررسی سوء مصرف مواد در زنان مراجعه کننده به مراکز درمان سوء مصرف مواد تهران انجام داد به این نتیجه رسید که بیشترین علت شروع مصرف ناشی از سرخوشی و مهمانی‌های شبانه و توسط بستگان معتاد بوده است.

در مطالعه دیگری که گروسی و محمدی دولت آباد (۱۳۹۰) با هدف تبیین تجربه زیسته زنان وابسته به مواد مخدر از پدیده اعتیاد انجام داد این یافته‌ها حاصل شد که اجبار از سوی همسر برای مصرف مواد، روابط نامناسب خانوادگی، از هم گسیختگی خانوادگی، سابقه اعتیاد در خانواده، مشکلات روحی و روانی، احساس ناکامی، ضعف اراده، جنبه درمانی، رفت و آمد با دوستان معتاد، محیط اجتماعی، احساس ندامت، احساس افت منزلت و پرستیژ اجتماعی، احساس شعف و شادمانی، احساس انرژی، انزوای اجتماعی، تحقیر توسط دیگران، نامناسب شدن روابط خانوادگی، اجبار اجتماعی، انگ اجتماعی، بی ارادگی و عدم وجود توانمندی در زنان برای رویارویی با شرایط از علل گرایش زنان به اعتیاد به مواد بوده است.

دانش، ملکی و نیازی (۱۳۹۲) نیز در پژوهش خود با عنوان نظریه ای زمینه ای درباره علل سوء مصرف مواد زنان معتاد زندانی در زندان مرکزی اصفهان 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 تاثیرگذار و وجود فرزند، پایگاه اقتصادی اجتماعی و روابط نامناسب خانوادگی از شرایط میانجی موثر بر پدیده مصرف مواد مخدر در زنان است.

حسینیان، فرخجسته، عبداللهی و نوری پوریولی (۱۳۹۴) در پژوهشی با هدف بررسی رابطه رفتارهای پرخطر و هیجان خواهی با میزان گرایش به سوء مصرف مواد در زنان بزهکار دریافتند بین میزان هیجان خواهی و شدت و تازگی آن و هم‌چنین بین شدت رفتارهای پرخطر با گرایش به سوء مصرف مواد در زنان بزهکار رابطه معناداری وجود دارد.

شیرخانی (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان علل سوق دهنده زنان به سوی سوء مصرف مواد نشان داد که بین تحصیلات و اعتیاد رابطه وجود ندارد. بین وضعیت اشتغال، نابسامانی خانواده، وجود فرد معتاد در خانواده، معاشرت با دوستان ناباب و نحوه گذراندن اوقات فراغت و سوء مصرف مواد رابطه وجود دارد و همچنین دیده شد که گذراندن اوقات فراغت با دوستان احتمال معتاد شدن را افزایش می‌دهد.

۲-۲-۲. تحقیقات خارج از کشور

اولفسون^۱ در دانشگاه کلمبیا بر اساس مصاحبه بر روی ۵۰۰۰ جوان ۱۹ تا ۲۵ ساله که اختلالات شخصیتی شامل رفتارهای وسواسی، رفتارهای ضداجتماعی و اختلال پارانوایا از عوامل مهم اعتیاد در این افراد بوده است (به نقل از صالحی، ۱۳۷۸).

^۱ Olfson

اکالیفاتو^۱ در مقاله خود تحت عنوان بررسی مقایسه‌ای کارکرد خانواده‌های اصلی افراد معتاد و غیرمعتاد نشان داد که اغلب نوجوانانی که از خطر سوء مصرف مواد مخدر در امان بودند، افرادی به دور از هر نوع فشار خانوادگی بوده‌اند. به نظر وی سوء مصرف مواد مخدر در تنهایی اتفاق نمی‌افتد و اغلب عوامل خانوادگی و اجتماعی در آن دخیل‌اند (همان منبع).

آروالو، گیلرمو و هارتن ساید^۲ (۲۰۰۸) در پژوهش خود با هدف بررسی نقش معنویات، احساس وابستگی و واکنش‌های کنار آمدن در ارتباط با استرس و علائم ضربه میان زنان که درمان سوء مصرف مواد دریافت می‌کنند دریافت که استرس مشخصا با شدت وابستگی به مواد ارتباط دارد و علائم ضربه روانی با شدت وابستگی به الکل مرتبط است. نتیجه گیری نهایی نشان داد که درمان‌های پیشرفته سوء مصرف مواد که باعث افزایش معنویت، احساس تعلق و واکنش‌های تحمل کننده باشد، می‌تواند به زنان معتاد کمک کند بهتر فشارهای ناشی از درمان و پس از آن را تحمل کنند.

در بررسی دیگری در پرتغال که در سال ۲۰۰۴ انجام شد، مشاهده گردید ۸۰ درصد زنان معتاد حامله دارای همسران معتاد و در فاصله سنی ۲۰-۲۵ سال بودند.

بلوم^۳ در مقایسه خانواده‌های معتاد و غیرمعتاد در الجزایر دریافت که اعتیاد در خانواده‌هایی دیده می‌شود که انسجام کمتری دارند، نسبت به اعضا نظارت و سخت‌گیری لازم وجود ندارد، اعتقادات مذهبی و پایبندی به سنت‌ها ضعیف است و سرانجام توجه چندانی به تربیت کودکان نمی‌شود. بلوک دریافت که عقاید آزادگونه در مورد مواد مخدر، گرایش به مصرف را بیشتر کرده و در نتیجه دوستانی را برمی‌گزینند که تمایل به مصرف مواد مخدر دارند (به نقل از صالحی، ۱۳۷۸).

باندورا^۴ از الگوسازی والدین با دیگران سخن می‌راند و معتقد است که تمایل به مصرف مواد مخدر در نوجوانان و جوانان به این علت است که آنها تلاش می‌کنند تا خود را مانند افراد بالغ و بزرگ جلوه دهند و به امتیازات این افراد دست یابند (همان منبع).

هارینگتون، هیسر و هاو^۵ (۱۹۹۹) نیز در پژوهش خود دریافتند فقر و وجود سابقه اعتیاد در افراد مهم خانواده و خشونت خانگی از آسیب‌های اجتماعی همراه در زنان حامله مصرف کننده مواد است.

پژوهش اوبراین^۶ نشان داد که کنکای، تجربه و لذت جویی علل اصلی گرایش به مواد مخدر است هم‌چنین چائوونسلتر براساس ۴۱۰۰۰ پرسشنامه در بین دانش‌آموزان دبیرستان‌های آمریکا دریافت که نابسامانی شخصیتی و گروه‌های همسالان و کنجکای علت‌های اصلی اعتیاد است. در پژوهش دیگری نیز کلی^۷ در پژوهش بر روی خانواده به طور گسترده دریافت که اگر بزرگ خانواده معتاد باشد این مشکل به سرعت توسط دیگران پذیرفته شده و کنترل آن مشکل خواهد شد. هم‌چنین طلاق خانواده منجر به گرایش فرزندان به سمت اعتیاد می‌شود هم‌چنین استدلر^۸ در دانشگاه نروژ بر اساس پژوهشی که در مورد ۳۸ هزار نفر از مبتلایان به الکل در نروژ انجام داد دریافت که بیش از ۴۲ درصد آنها بعد از مصرف الکل مبادرت به مصرف مواد مخدر کرده و احساس تنهایی و گوشه‌گیری و افسردگی علت اعتیاد آنها است (به نقل از صالحی، ۱۳۷۸).

¹ Okaliphatou

² Arevalo, Guillermo & Hartonside

³ Bloum

⁴ Bandora

⁵ Howell, Heiser & Harrington

⁶ Obrine

⁷ Kelly

⁸ Stedler

نیوکامپ و ریچاردسون^۱ (۲۰۰۰) در پژوهش خود دریافتند که متغیرهای گوناگونی پیش بینی کننده وابستگی به موادمخدر هستند: ۱) محیط فرهنگی-اجتماعی (۲) عوامل بین شخصی (۳) عوامل روانی-رفتاری (۴) عوامل زیستی-ژنتیکی. هراکه، اسکولت، دی وریس و انگلس^۲ (۲۰۰۶) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که احساس ناامنی و سبک‌های دفاعی ناکارآمد به شروع مصرف موادمخدر ارتباط دارد.

در مطالعه سانتیس و همکاران^۳ (۲۰۱۱) که با هدف بررسی عوامل خطر و رفتارهای پرخطر موثر بر پیامدهای بارداری در جمعیت زنان باردار ایتالیا انجام شد، عدم ازدواج قانونی و سابقه سقط‌های القایی قبلی، به عنوان عامل خطر برای تمام رفتارهای پرخطر بود. تحصیلات پایین و سوءمصرف داروهای مغزواعصاب با مصرف سیگار همراه بود. پارите پایین تر، یک عامل خطر برای مصرف الکل بود و زنان با بیش از یک رفتار پرخطر، در معرض عوامل خطر بیشتری بودند.

¹ Newcomp & Richardson

² Harakeh, Scholte, de Vries & Engels

³ Santis et al

فصل سوم

روش پژوهش

در فصل گذشته گستره علمی موضوع و ابعاد آن همچنین مبانی نظری و یافته‌های پژوهش‌های مشابه در گذشته مورد بررسی قرار گرفت در این فصل فرایند روش پژوهش، جامعه آماری، روش نمونه‌گیری و حجم نمونه، روش جمع‌آوری داده‌ها، و روش تجزیه و تحلیل آنها می‌باشد.

۳-۱. روش پژوهش:

این پژوهش با توجه به هدف مطالعه و بررسی علل از دیدگاه افراد درگیر، از نوع مطالعات زمینه‌یابی است. در این روش، تأکید اصلی بر دیدگاه مشارکت‌کنندگان در پژوهش به عنوان منبع اصلی داده‌های پژوهشی است.

۳-۱-۱ جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان معتاد شه‌ریزد تشکیل می‌دادند.

۳-۱-۲ روش نمونه‌گیری و حجم نمونه:

روش نمونه‌گیری هدفمند برای این پژوهش انتخاب شده است. هدف از نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب واحدهای خاص و دسترسی به واحدهائی است که اطلاعات بیشتری (مرتبط با عنوان پژوهش) در اختیار ما قرار می‌دهند.

تعداد ۸۲ نفر از زنان معتاد مراجعه کننده به کلینیک ترک اعتیاد بیداری و تعداد دیگری از کلینیکهای ترک اعتیاد شهر یزد که زنان به آنها مراجعه می‌کردند، در ۲ ماهه نخست سال ۱۳۹۶، انتخاب شدند و از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با رضایت شخصی مورد مصاحبه قرار گرفتند. از قبل ملاک‌هایی برای انتخاب این زنان در نظر گرفته شده بود.

۱- همگی وابستگی جسمی و روانی به مواد مخدر داشتند.

۲- در مراحل ترک اعتیاد بودند.

۳- اعتیاد به مواد مخدر بر روی زندگی آنان تاثیر منفی گذاشته بود.

۳-۲ ویژگی‌های توصیفی شرکت‌کنندگان

۸۱٫۷ درصد این زنان را زنان بومی استان یزد، تشکیل می‌دادند و همگی خانه دار بودند.

۳-۱. اطلاعات توصیفی شرکت‌کنندگان

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
سن	۸۲	۳۹/۶	۵/۳۴
سن شروع مصرف	۸۲	۲۲/۰۹	۳/۶۳
مدت مصرف	۸۲	۱۴/۴۳	۵/۰۲

متوسط سن این زنان ۳۹.۶ سال ، متوسط سن شروع مصرف ۲۲.۰۹ سال و متوسط مدت مصرف برای این زنان ۱۴.۴۳ سال بود.

۳-۳- ابزار پژوهش

۳-۴-۱- پرسشنامه علل گرایش به مصرف مواد مخدر در جوانان (محمدی، پورقاز و رقیب، ۱۳۹۲).

۳-۴-۲. مصاحبه ساختار یافته

۳-۴-۳. بررسی اسناد و پرونده های آنها

۳-۴- روش جمع آوری داده ها:

داده‌های این پژوهش به دو شیوه گردآوری شد:

۱) از طریق مصاحبه نیمه ساخت‌دار جمع آوری شده است. مصاحبه با این پرسش آغاز شد که برای پژوهشگر "از دلایل موثر بر گرایش خود به مواد صحبت کنید". و بر اساس حوزه‌ای که شرکت کنندگان صحبت می‌کردند ابهامات پرسیده و اطلاعات کافی گرفته شد و در پایان، اگر مقوله یا کدی، از مصاحبه‌های قبلی بدست آمده بود که فرد در مورد آن صحبت نکرده بود، پرسیده می‌شد.

۲) استفاده از پرسشنامه علل گرایش به مصرف مواد مخدر در جوانان (محمدی، پورقاز و رقیب، ۱۳۹۲).

۳) مطالعه پرونده آنها

۳-۵. روش اجرا:

قبل از انجام مصاحبه، رضایت مصاحبه شونده جلب و به کلیه سوالات و ابهاماتش در مورد گمنام بودن، و اینکه از این اطلاعات چه استفاده‌ای خواهد شد، پاسخ داده شد. مدت زمان مصاحبه کاملاً به فرد مصاحبه شونده بستگی داشت که محدوده بین ۲۰-۸۰ دقیقه را در بر گرفت. با رضایت شخصی شرکت کنندگان، مصاحبه‌ها فقط به منظور مکتوب کردنشان، ضبط شد. و برای مکان مصاحبه اتاقی در مرکز ترک اعتیاد بیداری یزد در نظر گرفته شده بود.

۳-۶- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

ابتدا شرکت کنندگان پرسشنامه علل گرایش به اعتیاد در نوجوانان را پر نمودند. داده های پرسشنامه وارد spss شد و نتایج اطلاعات توصیفی آن در فصل ۴ توضیح داده شده است.

عملیات اصلی در تحلیل عبارتند از کد گذاری و یادداشت برداری. منظور از کد گذاری اختصاص نام و برچسب به قطعاتی از داده‌های جمع آوری شده است. و یادداشت برداری به فرایند پژوهش وضوح می‌بخشد و منجر به تصمیمات تحلیلی مناسب می‌شود. یادداشت برداری تحلیل داده‌ها را گسترش داده و چهارچوبی برای تبیین و تدوین نظریه ایجاد می‌کند.

تحلیل داده‌های کیفی شامل ۵ مرحله می‌باشد که عبارت است از :

- ۱- تنظیم داده‌ها برای تحلیل: که همان پیاده سازی مکالمات است.
- ۲- جداسازی یا کاهش داده‌ها: که شامل کدگذاری و یادداشت برداری و انتزاع و مقایسه مداوم داده‌های آماده سازی شده می‌باشد.
- ۳- بازآرایی داده‌ها (جستجوی الگو): در این روش پژوهشگر از یک بینش برای دیدن الگوهای تکوینی سود می‌برد روش‌های نمایش داده‌ها به آشکارسازی چنین الگوهای کمک می‌کند.
- ۴- تفسیر: در مرحله تفسیر با توجه با آرایش داده‌ها در مرحله بازآرایی معانی را از داده‌ها استخراج می‌کنیم.
- ۵- نتیجه‌گیری: یک نتیجه‌گیری مجموعه‌ای از عبارت‌های برگرفته از یافته‌های مطالعه در یک سطح مفهومی بالاتر یا مجموعه وسیعتری از عقاید قرار می‌دهد (ابوالمعالی, ۱۳۹۰).

فصل چهارم

تجزیه و تحلیل داده های پژوهش

در این فصل داده های حاصل از آزمون های پارامتریک و نتایج حاصل از مصاحبه های کیفی ارائه می شوند. اطلاعات در دو بخش توصیفی و مقوله بندی مصاحبه ها ارائه می شود. در قسمت ارائه داده های کیفی، به منظور شناسایی مقوله ها، داده های به دست آمده از مصاحبه ها کدگذاری شده و در جدول ارائه می شود.

۴-۱. بررسی متغیرهای جمعیت شناختی در شرکت کنندگان

به منظور سهولت در ارائه داده ها متغیر شغل و محل تولد در یک جدول ارائه می شوند.

۴-۱. پراکندگی متغیر سن و محل تولد

فرآوانی	درصد	فرآوانی	درصد
محل تولد		شغل	
یزد	۶۷	خانه دار	۸۲
غیر یزد	۱۵		۱۰۰
			۸۱/۷
			۱۸/۳

۴-۲. پراکندگی متغیر تحصیلات

متغیر	فرآوانی	درصد
دیپلم	۴۱	۵۰
سیکل	۲۲	۲۶.۸
بی سواد	۱۹	۲۳.۲
کل	۸۲	۱۰۰

۴-۳. فرآوانی استفاده از سیگار در شرکت کنندگان

متغیر	فرآوانی	درصد
سیگاری	۵۰	۶۱
غیر سیگاری	۳۲	۳۹
کل	۸۲	۱۰۰

۴-۴. بررسی متغیر سابقه بیماری در شرکت کنندگان

متغیر	فرآوانی	درصد
سالم	۲۱	۲۵.۵
گوارش	۸	۹.۸
دیابت	۲	۲.۴
آسم	۲	۱.۲
ناراحتی قلبی	۱	۱.۲

سردرد	۱۱	۱۳.۴
گوارش* آسم	۵	۶.۱
گوارش* دیابت	۱۰	۱۲.۲
گوارش* پادرد	۶	۷.۳
گوارش* سردرد	۵	۶.۱
آسم* سردرد	۶	۷.۳
ناراحتی قلبی* پادرد	۴	۴.۹

۴-۵. پراکندگی مولفه مشکلات روانی در شرکت کنندگان

متغیر	فراوانی	درصد
بدون مشکل	۱۳	۱۵.۹
اضطراب	۵	۶.۱
افسردگی	۴	۴.۹
خشم	۰	۰
خودکشی	۲	۲.۴
اضطراب* افسردگی	۲۲	۲۶.۸
اضطراب* خشم	۳	۳.۷
اضطراب* خودکشی	۱	۱.۲
اضطراب* افسردگی	۳	۳.۷
افسردگی* خودکشی	۴	۴.۹
اضطراب* افسردگی* خشم	۲۰	۲۴.۴
کل	۸۲	۱۰۰

۴-۶. پراکندگی وضعیت مسکن در شرکت کنندگان

متغیر	فراوانی	درصد
زندگی با فرزندان	۲۷	۳۲.۹
زندگی با همسر	۳۳	۴۰.۲
زندگی در خانه پدری	۱۷	۲۰.۷

۴-۲. یافته‌های توصیفی حاصل از پرسشنامه:

داده‌های بدست آمده از پرسشنامه شناسایی عوامل اعتیاد در جوانان به منظور شناسایی عوامل موردنظر شرکت کنندگان در پژوهش به صورت توصیفی ارائه می‌شود.

در جدول فوق متغیرها از نظر ویژگی‌های توصیفی در مقیاس علل گرایش به سوءمصرف مواد مخدر ارائه شده است.

براساس داده‌ها شرکت کنندگان مقیاسهای مطرح شده در پرسشنامه را به عنوان عوامل موثر در اعتیاد در نظر گرفتند. تمامی سوالها توسط شرکت کنندگان انتخاب شدند.

۴-۷. شاخص‌های توصیفی شرکت کنندگان

متغیر	تعداد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد
سن	۸۲	۲۷	۵۴	۳۹/۶	۵/۳۴
سن شروع مصرف	۸۲	۱۱	۲۹	۲۲/۰۹	۳/۶۳
مدت مصرف	۸۲	۲	۲۹	۱۴/۴۳	۵/۰۲
عوامل فردی	۸۲	۱/۷	۴/۹۷	۳/۴۱	۰/۵۸۸
عوامل محیطی	۸۲	۱/۷۰	۴/۹۷	۳/۴۱	۰/۷۷
عوامل اجتماعی	۸۲	۱/۵۹	۴/۴۸	۳/۲۲	۱/۱
نگرش به مصرف مواد	۸۲	۱/۳۳	۱۱/۱۷	۳/۷۲	۱/۱
افسردگی	۸۲	۳	۵	۴/۱۷	۰/۵۳۲
پرخاشگری	۸۲	۱	۵/۴	۲/۷۶	۰/۸۵۳
اضطراب	۸۲	۱	۵	۳/۶۲	۰/۹۷
دوستان	۸۲	۱	۵	۳/۱۷	۱/۱۴
عوامل موجود در مدرسه	۸۲	۱	۴	۲/۴۴	۱/۰۵
کمبود امکانات	۸۲	۱	۷/۴	۳/۰۴	۰/۹۵
توسعه نیافتگی کشور	۸۲	۱/۱۳	۵/۸۸	۳/۰۳	۰/۹۷
عدم دسترسی به مشاوره	۸۲	۱/۳۳	۴/۸۹	۳/۲۶	۰/۸۴
بازار فروش مواد	۸۲	۱	۵	۳/۶۲	۱/۰۰۸
ناکامی	۸۲	۱	۴/۸۰	۲/۸۰	۰/۸۹
کنجکاوی	۸۲	۱	۵	۳/۳۸	۰/۸۶
ضعف مبانی مذهبی	۸۲	۱	۵	۳/۲۶	۱/۱۳
عوامل خانوادگی	۸۲	۱/۳۸	۴/۷۵	۳/۱۴	۰/۸۱

براساس اطلاعات توصیفی جدول فوق شرکت کنندگان بالاترین میانگین نمرات مربوط به عوامل نگرش به مواد، کمبود امکانات و توسعه نیافتگی کشور و پرخاشگری می‌باشد.

۳-۴. علل گرایش به مواد مخدر از نظر شرکت کنندگان

جدول ۸-۴. علل گرایش به مصرف مواد از نظر شرکت کنندگان

مقوله های اصلی	کدها
سرگرمی	کسب لذت، کسب انرژی
کنجکاوی	برطرف کردن حس کنجکاوی
ناجی	رهایی از مشکلات، رهایی از احساس تنهایی، رهایی از افکار مزاحم، رفع خستگی
دستیابی به آرامش	رسیدن به آرامش و تمدد اعصاب

دسترسی به مواد	قیمت کم مواد، فروشنده مواد بودن، در دسترس بودن مواد
دارو	تسکین درد جسمی
فقر	مشکلات مالی و افسردگی ناشی از سرخوردگی‌های آن
تقلید	والدین معتاد
تاثیر اطرافیان	پیشنهاد دوستان،
عدم نه گفتن	فقدان مهارت نه گفتن در افراد
شرایط زندگی زناشویی	بدرفتاری همسر
تاثیر همسر	همسر معتاد
فقدان کنترل بیرونی	عدم مراقبت دیگران

سرگرمی: کد سرگرمی شامل دو دسته کسب لذت و کسب انرژی می‌شود:

- کسب لذت: شرکت کنندگان در پژوهش بیان کردند مواد را به دلیل کسب لذت و سرخوشی مصرف می‌کنند (۴۸ نفر).

: مواد را به این دلیل مصرف می‌کنم که احساس لذت بخشی به من دست می‌دهد. یک نوع لذت و سرخوشی که باعث می‌شود روحیه و حال بهتری داشته باشم.

- کسب انرژی: شرکت کنندگان بیان کردند مواد را به دلیل کسب انرژی مصرف کردند و می‌توانستند کارها و فعالیت‌های بیشتری انجام دهند (۴۸ نفر).

: برای اینکه بتوانم کارهایم را بهتر انجام دهم و کار بیشتری انجام دهم مواد مصرف می‌کنم.

- رفع خستگی: شرکت کنندگان گفتند به این علت مواد مصرف می‌کردند که بعد از مصرف مواد خستگی شان کمتر می‌شد و احساس می‌کردند سطح انرژی جسمی آنان بالاتر می‌رود (۷۱ نفر).

بعد از انجام کارهای خانه، خیلی خسته شده بودم و به پیشنهاد یکی از اعضای خانواده مواد مصرف کردم و خیلی احساس خوبی داشتم و رفع خستگی شد.

کد ناجی شامل مولفه‌های رهایی از مشکلات، رهایی از احساس تنهایی و رهایی از افکار مزاحم می‌شود.

- رهایی از مشکلات : شرکت کنندگان در پژوهش بیان کردند که مواد را به منظور فرار از مشکلات و دشواری‌ها و سختی‌های که با آن‌ها دست و پنجه نرم می‌کردند، مصرف می‌کردند. مصرف مواد باعث دور شدن و فاصله گرفتن آنها از مشکلاتشان می‌شد (۶۷ نفر).

: با مصرف مواد مشکلاتی که داشتم یادم می‌رفت و از واقعیت‌های دردناکی که در زندگی داشتم رها می‌شدم.

- رهایی از احساس تنهایی: شرکت کنندگان گفتند به منظور مقابله با تنهایی و نداشتن فردی نزدیک در زندگی مواد مصرف می‌کردند. این افراد لزوماً افراد بدون والدین یا بدون همسر نبودند اما خودشان احساس می‌کردند علی‌رغم اینکه افرادی در پیرامونشان هستند کسی نیست که به حرف آنها گوش دهد و پای درد دل آنها بشیند و با آنها همدلی داشته باشد (۶۲ نفر).

برای فرار از تنهایی و بی‌کسی و مشغول کردن ذهنم، مواد مصرف می‌کردم.

- رهایی از افکار مزاحم: شرکت کنندگان بیان کردند برای رهاشدن از فکرهای زیادی که به سرشان خطور می‌کرد و آنها خود را در برابر کنترل این افکار ناتوان می‌دیدند، مواد مصرف می‌کردند (۷۷).
- : خاطرات گذشته و افکار منفی آزار می‌داد و برای رهایی از آنها مواد مصرف می‌کردم.
- شرایط زندگی زناشویی: شرکت کنندگان بیان کردند، رابطه خوبی بین آنها و همسرانشان وجود نداشته و مدام مورد آزار جسمی و روحی همسرانشان قرار می‌گرفتند و برای گریز از این شرایط و تحمل کردن آن به مصرف مواد روی آوردند (۵۷ نفر).
- : شوهرم با من بد رفتاری می‌کرد و من هم برای اینکه بتوانم اوضاع خانه را تمل کنم مواد مصرف می‌کردم.
- رسیدن به آرامش خاطر: شرکت کنندگان بیان کردند به سبب اینکه شرایط روحی مناسبی نداشتند، مواد مصرف می‌کردند (۷۵ نفر).
- : اضطراب داشتم و برای اینکه بتوانم آرام شوم، مواد مصرف می‌کردم.
- عدم نه گفتن: شرکت کنندگان بیان کردند که در ارتباط با دیگران زمانی که خواسته ای از آنها می‌شود توانایی نه گفتن را ندارند، و همین دلیل شروع مصرف مواد در آنها بود (۳۶ نفر).
- : اولین باری که شوهرم یا دوستانم مواد را به من تعارف کردند نتوانستم نه بگویم و مصرف آن را پذیرفتم.
- دسترسی به مواد : شامل سه مقوله دسترسی آسان به مواد، ارزان بودن قیمت و فروشنده مواد بودن می‌شود.
- سهولت دسترسی: شرکت کنندگان بیان کردند دسترسی به ماد در محل سکونت آسان بود و آنان برای پیدا کردن مواد نباید سختی زیادی میکشیدند (۷۸ نفر).
- : اطرافیان ما، اکثرا فروشنده مواد بودند و مواد در محله و شهر به راحتی در دسترس بود.
- ارزان بودن قیمت مواد: قیمت کم مواد یکی دیگر از مواردی بود که شرکت کنندگان آن را جزو دلایل خود بیان کردند (۳۲ نفر).
- : در محل زندگی مان، قیمت تهیه مواد بسیار ارزان بود و اکثرا می‌توانستند آن را بخرند.
- فروشنده مواد بودن: شرکت کنندگان بیان کردند به سبب اینکه فروشنده مواد بودند و مواد همیشه در اختیارشان بود، آنها نیز کم کم شروع به مصرف مواد کردند (۲۱ نفر).
- : به اعضای خانواده و اقوام، مواد می‌فروختم و خودم هم گاهی آن را مصرف می‌کردم.
- دارو: شرکت کنندگان بیان کردند مواد را به عنوان دارو به منظور کاهش مشکلات جسمی خود مصرف می‌کردند (۷۲ نفر).
- : هر وقت درد جسمانی پیدا می‌کردم مواد مصرف می‌کردم و تسکین می‌یافتم.
- فقر: شرکت کنندگان بیان کردند، چون درگیر مسایل مالی و فقر بودند و این ناتوانی‌های مالی بر زندگی آنها و روحیه شان تاثیرگذار بود، و آنها راهی برای نجات از آن نداشتند برای اینکه بتوانند با این شرایط درداور کنار بیایند، مواد مصرف می‌کردند (۶۰ نفر).
- : فقر مالی مرا به شدت آزار می‌داد، نمیتوانستم کاری در زندگیم انجام دهم و نمیتوانستم به خواسته هایم برسم، بنابراین به مصرف مواد روی آوردم.

- تقلید: شرکت کنندگان بیان کردند اعضای خانواده آنها به اعتیاد دچار بودند، و آنان نیز از این افراد الگوبرداری کرده و به مواد اعتیاد پیدا کردند (۳۱ نفر).
- : والدین من هر زمانی که مشکلی پیدا می‌کردند مواد مصرف می‌کردند و آرامتر می‌شدن من هم از آنها تقلید کردم.
- تاثیر اطرافیان: شرکت کنندگان بیان کردند نخستین آشنایی آنها با مواد از طریق دوستانی بوده که آنان معتاد به مواد بودند. و آنان بخاطر اصرار و تشویقهای دوستان خود مصرف مواد را پذیرفتند.
دوستانم مواد مصرف می‌کردند و به من هم تعارف کردند و چون میخواستم با آنها باشم، قبول کردم. چون آنها را قبول داشتم (۲۶ نفر).
- همسر معتاد: شرکت کنندگان بیان کردند تاثیر شوهر معتاد بر اعتیاد زن امری بارز است. آنان بیان نمودند زمانی که شوهرشان به آنها پیشنهاد مصرف مواد می‌دهند آنان نیز قبول می‌کنند و همراه با همسر خود مواد مصرف می‌نمایند (۶۳ نفر).
- : شوهرم به من پیشنهاد داد که مصرف کنم و من هم پذیرفتم.
- فقدان کنترل بیرونی: شرکت کنندگان بیان کردند زمانی که والدین مراقب آنها نیست، آنها هم به نوعی از این شرایط استفاده می‌کنند و به مصرف روی می‌آورند(۳۴ نفر).
- : والدینم مشغول کارهای خودشان بودند و این به من آزادی می‌داد که بتوانم مواد مصرف کنم.

فصل پنجم:

بحث، نتیجه‌گیری و پیشنهادها

هدف پژوهش حاضر شناسایی دلایل گرایش به مصرف مواد در زنانی بود که با مشکل اعتیاد مواجه بودند. به منظور بررسی دقیق و همه جانبه مساله ۸۲ نفر زن معتاد مورد مصاحبه قرار گرفتند. به منظور پاسخگویی به فرضیه پژوهش مصاحبه‌ها آماده سازی و تحلیل شد. تحلیل کیفی داده‌ها انجام شد و دلایل اعتیاد در ۱۳ مقوله دسته بندی شد، که نتایج مصاحبه به تفصیل در فصل قبل ارایه شد. در این فصل به تبیین و توضیح علل گرایش زنان به مصرف مواد مخدر پرداخته خواهد شد و همسویی آن با پژوهشهای مشابه پیشین بیان خواهد گردید. در پایان فصل نیز محدودیتهای و پیشنهادات پژوهشی و کاربردی ذکر شده اند.

۵-۱. بحث:

۵-۱-۱. زنان معتاد چه عواملی را سبب اعتیاد خود می‌دانند؟

شاید نتوان در قالب یک پژوهش به درستی حق مطلب را در مورد دلایل اعتیاد زنان ادا کرد. این زنان در بیان دلایل گرایش خود به اعتیاد، از عوامل زیادی یاد کردند که در بسترسازی آنان برای مصرف مواد اثرگذار بوده‌اند، اما برخی یک یا چند دلیل را مهمترین عامل مصرف مواد خود دانستند، علتی که اگر به نظرشان وجود نداشت آنها اکنون معتاد نبودند. آنان شرایط خود قبل از مصرف مواد را مساعد نمی‌دانستند تا اینکه علت نهایی بروز می‌کند و به عبارتی جرقه نهایی مصرف مواد را در آنان زده است. این زنان حس ناامیدی، شکست، اعتماد و حرمت نفس کمی داشتند، زندگی خود را سخت می‌دیدند، رویاهای خود درباره آینده و داشتن یک زندگی خوب بر باد رفته می‌دانستند و اعتقاد داشتند دیگران آنها را با دیدی منفی می‌نگرند، ارزش و منزلتی برایشان قایل نیستند و وجود خود را ارزشمند نمی‌دیدند. اگر فرزندان داشتند که زندگی مناسبی نداشتند خود را در ایجاد شرایط بد فرزند خود مقصر می‌دانستند و اگر فرزندان داشتند که زندگی مناسبی داشتند احساس می‌کردند، مایه ننگ فرزندان خود هستند و به سبب وجود خودشان احساس شرم می‌کردند. اگر صاحب فرزندان کوچکی بودند دلمشغول آینده فرزند خود بودند. در مواردی این زنان بیان می‌کردند منتظر عواقب بعدی هستند که باید به سبب ظلمی که در حق دیگران کرده‌اند. این زنان چه در رابطه زناشویی بودند و چه طلاق گرفته بودند، احساسات دوسوگرانه‌ای به همسر و زندگی مشترکشان داشتند. از طرفی اعتیاد و شرایط زندگی کنونی خود را ناشی از آن می‌دانستند و نسبت به همسرشان احساس خشم داشتند از طرفی احساس می‌کردند اگر معتاد نبودند می‌توانستند زندگی بهتری با همسر خود داشته باشند. عده‌ای خانواده مادری خود را در این امر مقصر می‌دانستند آنان اظهار می‌کردند به ازدواج با همسرشان اجبار شده بودند، و زمانی هم که به خانه همسر رفتند، همسر خود را فردی ناشایست می‌دانستند که در نهایت عامل اعتیاد آنها شده بود. افرادی که مجرد بودند افراد دیگری نظیر والدین و دوستان خود را عامل اعتیاد خود میدانستند و اکنون نیز از اطرافیان خود شاک می‌بودند که چرا مراقبت بیشتری از آنها نکردند یا چرا فکر نکردند اگر آنها را وارد جرگه اعتیاد نمایند در نتیجه منجر به تباهی زندگی آنها کمک کردند. این افراد احساس می‌کردند اکنون که در اعتیاد گرفتار آمده‌اند کسی را ندارند که در مواقع نیاز به او رجوع کنند، و درمانده هستند. اما افرادی نیز بیان کردند، دوست دارند اعتیادشان را ترک کنند تا بتوانند روابط خود را بازسازی کنند و دوباره با خانواده خود، فرزندان و اطرافیان نزدیک تجدید رابطه کنند. آنها احساس می‌کردند اگر اعتیاد خود را ترک کنند می‌توانند دوباره به جامعه برگردند و امید خود را بازیابی کرده بودند. آنچه در این زنان مشهود بود وجود احساسات چندگانه و متضاد از قبیل خشم، ترس، امید و ناامیدی، باورهای ناکارآمد و خودشکن و درگیری‌های ذهنی مکرر و گسترده و... بود. هرچقدر مدت زمان مصرف مواد در این افراد بیشتر بود این موارد نیز در آنها بیشتر به چشم می‌خورد و درگیری‌های ذهنی بیشتری را برای این افراد بوجود می‌آورد. این زنان بیان کردند اولین بار که مواد را مصرف کردند حتی به ذهنشان نیز خطور نمی‌کرد قرار است چه آینده‌ای را تجربه کنند.

این زنان علاوه بر دشواری‌ها و مشکلاتی که خودشان داشتند مکرراً از طرف اطرافیان‌شان سرکوفت زده شدند. تحقیق شده و طرد شده بودند. که همین موارد نیز تا حدود زیادی سبب تشدید مصرف مواد در آنها شده بود. این زنان زمانی که با چنین رفتارهایی مواجه می‌شدند، احساس ناکامی کرده و برای تسکین خود مواد مصرف می‌کردند یا در مواردی دیگر زمانی که می‌دیدند رفتار دیگران با آنها بد است، مصرف مواد خود را گسترده‌تر، آشکارتر و متنوع‌تر می‌کردند به عبارتی دیگر همه می‌دانستند که آنها معتاد هستند پس دلیلی برای مخفی کاری و ازار خود در مصرف مواد نمی‌دیدند. این زنان در تعارضی گیر کرده بودند که حل مشکل را برای آنها دشوارتر می‌کرد از نظر اغلب آنها دیگران در اعتیاد آنان نقش داشتند و آنها ناخواسته وارد این مشکل شده بودند، و عملاً نمی‌توانستند کاری برای آن انجام دهند، اما حالا باید به تنهایی با این مشکل کنار بیایند و آن را حل کنند، در حایکه آنها هیچ کنترلی بر شرایط زندگی خود نداشتند. این زنان اعتیاد خود را متوجه عوامل بیرونی می‌دانستند و دیگران و شرایط را مقصر می‌دانستند و کمتر به نقش خود در اعتیادشان توجه می‌کردند. به عبارتی منبع کنترل در این افراد بیرونی، پایدار و فراگیر بود که مصرف مواد را در آنها تشدید، امید آنها به ترک مواد کم، ثبات قدم در انجام درمان و پرهیز از هوس مصرف را متزلزل می‌کرد.

۵-۲. بحث و نتیجه‌گیری

باید اشاره شود برخی از دلایلی که در این پژوهش از سوی شرکت‌کنندگان مطرح شد، در پژوهش‌های پیشین نیز به دست آمده بودند. نقش دلایل محیطی، تاثیر اطرافیان، نقش خانواده و تعارضات زناشویی مکرراً، در گرایش به مصرف مواد در پژوهش‌های قبلی نشان داده شده است (فیضی، ویسی رایگانی، عبدی، شاکری و مردوخی، ۱۳۹۴؛ نیوکامپ و ریچاردسون، ۲۰۰۰؛ اوبراین، به نقل از صالحی، ۱۳۷۸).

با این حال مرور مقوله‌ها و مفاهیم حاصل شده از این پژوهش و جمع‌بندی آنها به خوبی می‌تواند عللی که در اعتیاد این زنان دخالت داشته را نمایان سازد و تصویر شفافی از مشکلات و دشواری‌های تجربه شده توسط این زنان را در اختیار متخصصان و دست‌اندرکاران قرار دهد. خلاصه یافته‌ها حاکی از این است که این زنان شرایط دشواری را در طول عمر خود تجربه کرده اند که زمینه برای گرایش آنها به اعتیاد را فراهم آورده است.

یافته‌ها نشان می‌دهد که فراگیرترین عوامل در اعتیاد این زنان به ترتیب فراوانی نقل آنها از سوی شرکت‌کنندگان

عبارتند از:

- سهولت دسترسی (۷۸)
- افکار مزاحم (۷۷)
- رسیدن به آرامش (۷۵)
- تسکین درد جسمی (۷۲)
- رفع خستگی (۷۱)

این عوامل ۵ دلیلی هستند که بالاترین فراوانی را در بین صحبت‌های مراجعین داشته‌اند. این عوامل همگی فراوانی بالای ۷۱ داشته‌اند. بدین معنا که از بین ۸۲ نفری که مورد مصاحبه قرار گرفتند اکثریت زنان پنج دلیل ذکر شده در بالا را به عنوان دلایل اعتیاد خود بیان کرده‌اند. به عنوان مثال سهولت دسترسی تقریباً به عنوان علت گرایش به اعتیاد تمام زنان مطرح شده، همچنین وجود افکار مزاحم نیز در اکثر قریب به اتفاق زنان وجود داشته است. این در حالیست افکار مزاحم در پژوهش‌های دیگر تا به این حد فراوانی نداشته است.

به همین صورت ۵ دلیلی هم که کمترین میزان تکرار را داشته‌اند، به ترتیب عبارتند از:

- فروشنده مواد بودن (۲۱)
- تعارف دوستان (۲۶)
- والدین معتاد (۳۱)
- کنجکاو (۳۴)
- عدم مراقبت والدین (۳۴)

آنچه که با توجه به یافته‌های بالا قابل توجه است، نقش عوامل فردی در گرایش به اعتیاد است. در حالیکه اکثر زنان در صحبت‌های خود به نحوی بیان می‌کردند که چندان کنترلی بر اعتیاد خود نداشتند. بنابراین در نظر گرفتن این جنبه از دلایل گرایش به اعتیاد حایز اهمیت است. عواملی نظیر دسترسی آسان به مواد یکی از مواردی است که به شدت در گرایش زنان به مصرف مواد اثرگذار بوده است. اما عواملی نظیر والدین معتاد و تعارف دوستان که در نظر عموم مردم از جمله عوامل بسیار قوی در گرایش به اعتیاد است، کمترین میزان تکرار را در این پژوهش گزارش دادند. علت این امر می‌تواند به سبب ویژگی‌های نمونه پژوهش باشد. اکثر این زنان از خانواده‌های یزد بودند و تعداد معدودی از شهرستانهای دیگر بودند که از همین تعداد نیز عده‌ای همسران یزدی داشتند. به همین سبب ممکن است عامل فروشنده مواد بودن کمترین میزان بیان را داشته است. زیرا به دلیل مسایل فرهنگی در این شهر تعداد زنان فروشنده مواد نسبت به مردان کمتر است. تعارف دوستان نیز می‌تواند به سبب وجود تعداد کم معتادین زن در شهر یزد باشد، که روابط بین آنها باعث کشیده شدن دیگران به این سمت شود. کنجکاو نیز ممکن است به این دلیل پایین بوده باشد که زنان اصولاً کمتر از ویژگیهای جسورانه برخوردارند. ولی با نگاه به عوامل پرتکرار در یک دید کلی می‌توان دید که آنچه زنان شرکت کننده را به مصرف مواد سوق داده بیشتر عواملی مرتبط با هیجان‌ات و مدیریت آنها بوده است. به عبارتی شاید بتوان گفت این زنان به دلیل ناتوانی خود در حل مناسب تعارضات و مشکلات هیجانی خود دست به مصرف مواد زده‌اند و بعد از دیدن نتایج آرامش دهنده آنها بیشتر به آن پناه برده‌اند.

۳-۵. محدودیت‌های پژوهش:

- عدم تمایل مراکز ترک اعتیاد برای اجرای پژوهش
- عدم تمایل زنان برای شرکت در پژوهش
- دشواری جلب رضایت زنان درگیر اعتیاد به منظور انجام مصاحبه
- شرکت صرف زنان در پژوهش

۴-۵. پیشنهادهای پژوهشی

- آزمون کمی یافته‌های پژوهش حاضر
- طراحی مداخلات مبتنی بر بافت فرهنگی- اجتماعی بر اساس یافته‌های پژوهش فعلی و پژوهش‌های کیفی دیگر
- آزمون اثربخشی مداخلات بر اساس مداخلات طراحی شده

۵-۵. پیشنهادهای کاربردی

- مهم‌ترین کاربرد یافته‌های این پژوهش برای مشاوران و روان‌شناسان و سایر متخصصان سلامت روان بخصوص در حیطه درمان اعتیاد، لزوم تدبیر مداخلاتی جامع برای کمک به این افراد است.
- مهم‌ترین مؤلفه‌هایی که با توجه به یافته‌های حاضر پیشنهاد می‌شود عبارتند از:
- مداخلات درمانی و آموزشی برای افزایش تاب‌آوری و حل و فصل مشکلات روان‌شناختی و مدیریت زندگی اجتماعی و توانمندی‌های زنان
- مداخلات زوجی برای حل و فصل مسائل رابطه‌ای و غنی‌سازی رابطه
- مداخلات روان-آموزشی برای اعضای خانواده گسترده و کارکنان کلینیک‌های درمان اعتیاد
- مداخلات مبتنی بر ارتقای امیدواری و ارایه شقوقی جدید برا ترک اعتیاد و تجدید اهداف زندگی
- یافته‌های بدست آمده از پژوهش می‌توانند سرفصل مداخلاتی باشند که با توجه به نیازهای خاص این زنان در موقعیت‌های گوناگون بکار بسته شوند.

منابع فارسی:

احمدی، ف. (۱۳۷۹). سوء مصرف مواد در میان بیماران روانپزشکی ایرانی، *مجله درمان سوء مصرف مواد*، ۸۹، ۳۶۳-۳۶۵.

اداره سیاسی، انتظامی استانداری یزد. (۱۳۶۵). *اجتماع و اعتیاد. انتشارات خرده تفت*.

امینی، ک؛ امینی، د؛ افشارمقدم، ف و آذر، م. (۱۳۸۲). بررسی عوامل اجتماعی و محیطی مرتبط با بازگشت مجدد معتادان به مصرف مواد افیونی در مراجعین به مراکز دولتی ترک اعتیاد شهر همدان ۱۳۷۹. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان*، ۴۵: ۴۱-۴۷.

اورنگ، ج. (۱۳۶۷). *پژوهش در اعتیاد، نشریات راهنمایی وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، تهران*.

آتشین، ش. (۱۳۸۰). *ما، اعتیاد، جامعه. تهران: انتشارات گوهر منظم، چاپ هفتم*.

آجیل چی، ب؛ نادری، الف و قائمی، ف. (۱۳۸۸). رابطه ویژگی‌های شخصیتی زنان معتاد با نظم اجتماعی. *فصلنامه نظم و امنیت انتظامی*، ۲(۱۴): ۶۳-۷۵.

اردکانی یاسینی، م؛ رفعتی، ع. (۱۳۸۳). *شناخت و درمان اعتیاد. یزد: نشر طب گستر*.

بنی فاطمه، ج، بابایی نژاد، ر. (۱۳۸۸). بررسی عوامل اجتماعی مرتبط با میزان جرایم زنان زندان تبریز، تهران. *نشریه جامعه شناسی. دوره هشتم*.

باقری، م؛ نبوی، ع؛ ملتفت، ح و نقی پور، ف. (۱۳۸۹). عوامل اجتماعی موثر بر پدیده اعتیاد در شهر اهواز. *جامعه شناسی کاربردی*، ۲۱(۳۸): ۱۱۹-۱۳۶.

برجاس، ف؛ گواری، ف؛ محمدعلی زاده، س و حق دوست، ع. (۱۳۹۰). بررسی نظرات معتادان بستری در مراکز ترک اعتیاد شهر کرمان در مورد عوامل مرتبط در گرایش به استفاده از موادمخدر در سال ۱۳۸۶-۸۷. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۹(۴): ۲۷۹-۲۸۶.

بشارت، م. ع. (۱۳۸۶). آسیب شناسی خانوادگی اعتیاد. تازه های روان درمانی، ۱۲(۴۳ و ۴۴).

جوانمرد، غ. (۱۳۸۸). بررسی عوامل اعتیاد در مراجعان مرکز معتادان خود معرف مراغه. *مجله پیک نور*، ۱(۴): ۶۷-۷۵.

چترایی، م. (۱۳۸۷). *خانواده و اعتیاد. ماهنامه پرواز پیشگامان رهایی*، ۷.

حاجلی، ع و زکریایی، م. (۱۳۸۱). مطالعات موادمخدر و اعتیاد در نظام آموزش و پژوهش ایران؛ پیمایش ملی نگرش ایرانیان به مصرف موادمخدر. *ستاد مبارزه با موادمخدر. تهران*: ۱۱۱-۱۲۹.

حاجی حسنی، م؛ شفیع آبادی، ع؛ پیرساقی، ف و بشیرپور، م. (۱۳۹۰). پیش بینی گرایش به اعتیاد براساس میزان پرخاشگری و ابراز وجود در دانشجویان، *فصلنامه اعتیادپژوهی سوءمصرف مواد*، ۵(۲۰): ۴۱-۵۴.

حاجی حسنی، م؛ شفیع آبادی، ع؛ پیرساقی، ف و کیانی پور، عمر. (۱۳۹۱). رابطه بین پرخاشگری، ابرازوجود و افسردگی با آمادگی به اعتیاد در دانشجویان دختر دانشگاه علامه طباطبایی. *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۳(۳): ۶۵-۷۴.

حجاریان، الف و قنبری، ی. (۱۳۹۲). شناسایی و تحلیل مولفه‌های اجتماعی موثر در گرایش جوانان روستایی به اعتیاد در مناطق روستایی شهرستان اصفهان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۷(۲۷): ۶۷-۷۸.

حسینیان، س؛ فرخجسته، و؛ عبداللهی، ر و نوری پورلیاوی، ر. (۱۳۹۴). رابطه رفتارهای پرخطر و هیجان خواهی با میزان گرایش به اعتیاد در زنان بزهکار. *فصلنامه پژوهش‌های اطلاعاتی و جنایی*، ۱، ۹-۲۸.

حیدری، ح؛ مالمیر، م؛ کامران، ع و بیرانوند، ن. (۱۳۹۱). بررسی مقایسه‌ای علل سوءمصرف مواد مخدر از دیدگاه معتادین و خانواده آن‌ها (همراه) در مراجعین به مراکز ترک اعتیاد شهرستان خرم آباد. *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۸(۶): ۱۰۱۷-۱۰۲۶.

دستجردی، ق؛ ابراهیمی دهشیری، و؛ خلاصه‌زاده، گ و احسانی، ف. (۱۳۹۰). بررسی تاثیر داروی متادون بر کاهش رفتارهای پرخطر، *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۸ (۳).

دانش، پ؛ ملکی، الف و نیازی، ز. (۱۳۹۲). نظریه زمینه ای درباره علل اعتیاد زنان معتاد زندانی در زندان مرکزی اصفهان. *فصلنامه مطالعات توسعه اجتماعی فرهنگی*، ۴، ۱۲۵-۱۴۵.

دهقانی، خ؛ زارع، الف، دهقانی، ح؛ صدقی، ه و پورموحد، ز. (۱۳۸۹). شیوع و عوامل مرتبط با سوءمصرف مواد مخدر در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۸(۳)، ویژه نامه همایش رفتارهای پرخطر: ۱۶۴-۱۶۹.

راسخ، ک و پناه‌زاده، ط. (۱۳۹۱). عوامل اجتماعی تاثیرگذار بر اعتیاد جوانان (مطالعه موردی حاشیه نشینان شهر شیراز). *فصلنامه مطالعات جامعه شناختی جوانان*، ۳(۷): ۲۵-۴۲.

رحیمی موقر، الف؛ ملایری خواه لنگرودی، ز؛ دلبرپوراحمدی، ش و امین اسماعیلی، م. (۱۳۹۰). بررسی کیفی نیازهای زنان برای درمان اعتیاد. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲، ۱۱۶-۱۲۵.

رضاخانی مقدم، ح؛ شجاعی زاده، د؛ لشگرآرا، ب؛ صفری، ح؛ سوادپور، م و صحبت زاده، ر. مقایسه مصرف مواد مخدر و علل گرایش به آن در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی و دانشگاه تهران. *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۸(۷): ۱۳۰۰-۱۳۱۰.

رضایی، الف؛ اسلامی، ب و مهدی پور خراسانی، م. (۱۳۹۳). نقش خانواده در گرایش جوانان به اعتیاد در شهرستان ورامین. *فصلنامه مطالعات جامعه شناختی جوانان*، ۵(۱۵): ۲۷-۵۰.

رضایی، الف؛ اسلامی، ب و مهدی پور خراسانی، م. (۱۳۹۳). نقش خانواده در گرایش جوانان به اعتیاد در شهرستان ورامین. *فصلنامه مطالعات جامعه شناختی جوانان*، ۵(۱۵): ۲۷-۵۰.

رضانی، ح. (۱۳۷۸). کاربرد خانواده درمانی به عنوان یک روش پیشگیری از سوء مصرف مواد. *اولین کنگره سراسری راهکارهای بهداشتی مبارزه با اعتیاد*.

زرگر، ی؛ نجاریان، ب و نعمی، ع. (۱۳۸۷). بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی (هیجان خواهی، ابراز وجود، سرسختی روانشناختی)، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی به اعتیاد به مواد مخدر. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۱(۳): ۹۹-۱۲۰.

- زینالی، ع؛ وحدت، ر و حامدینیا، ص. (۱۳۸۶). بررسی زمینه های پیش اعتیادی معتادان و مقایسه آن با افراد سالم غیرمعتاد. *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی*. دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، ۳۳: ۱۴۹-۱۶۸.
- سادوک، ب ج و سادوک، و آ. (۱۳۹۱). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی - جلد اول، نصرت الله پورافکاری (مترجم). انتشارات شهرآب.
- سادوک، ب و سادوک، و. (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری روانپزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی. جلد اول. ویرایش دهم. انتشارات ارجمند. تهران.
- ستاد مبارزه با مواد مخدر، (۱۳۸۷). *نشر دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر*.
- سرگلزایی، م؛ بلالی مورد، م؛ آزاد، ر؛ اردکانی، م و ثمری، ع. (۱۳۸۲). مطالعه فراوانی سوء مصرف مواد مخدر و ارتباط آن با وضعیت فردی و خانوادگی دانشجویان پزشکی مشهد. *رفاه اجتماعی*، ۹، ۲۸۳-۲۹۴.
- سلیمی، ص؛ علیپور، س؛ عباسی، م؛ خردپور، ل؛ نیک نیا، ل؛ میرزاپور، پ؛ نادری، ف؛ صمدی، ل؛ ون آبادی، ن؛ عبدی، الف و سمیعی، پ. (۱۳۸۵). پژوهشی کیفی بر علل گرایش نوجوانان ارومیه به سیگار. *اعتیادپژوهشی*، ۲(۲۱): ۱۳-۲۴.
- شایسته، س. (۱۳۷۵). مقایسه شخصیتی جوانان معتاد به مواد مخدر و جوانان عادی در گروه سنی ۱۴-۲۲ سال در استان اصفهان. پایاننامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. *دانشگاه تربیت مدرس*.
- شجاع، م؛ جویباری، ل؛ قربانی، م؛ ثناگو، الف؛ شجاعی، ح؛ کیاکجوری، ز و ارگنجی، ح. (۱۳۸۹). بررسی فراوانی مصرف و علل گرایش به سیگار در دانشجویان ساکن خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی گلستان در سال ۱۳۸۷. *مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی*، ۱۵(۳): ۱۲۳-۱۲۸.
- شرق، ع؛ شکیبی، ع؛ نیساری، ر و آلیلو، ل. (۱۳۹۰). بررسی عوامل موثر بر عود اعتیاد از دیدگاه معتادین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد استان آذربایجان غربی در سال ۱۳۸۸. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۲(۲): ۱۲۹-۱۳۶.
- شیرخانی، ف. (۱۳۸۶). علل و عوامل سوق دهنده زنان به سوی اعتیاد. رساله برای دریافت مدرک کارشناسی ارشد منتشر نشده، *دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی*، دانشگاه اصفهان.
- صالحی، الف. (۱۳۷۱). *زنجیره اعتیاد*. تهران: *آوای نور*.
- صالحی، الف. (۱۳۷۸). *اعتیاد*. تهران: *نشر آوای نور*.
- صائب، الف. (۱۳۷۹). بررسی اعتیاد والدین بر رشد شخصیتی نوجوانان دختر راهنمایی شهرستان بهم سال تحصیلی ۷۸-۷۹. *پایان نامه کارشناسی ارشد*.
- صاحب الزمانی، م؛ آلیلو، ل و رشیدی، ع و مشکویی، ع. (۱۳۸۸). بررسی خصوصیات در معتادین مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۳۸۷.
- صرامی، ح. (۱۳۸۲). *سوء مصرف حلالها، نشریه توانمندسازی سازمانهای غیردولتی فعال در پیشگیری از مواد اعتیادآور*. ۴(۱۵).

ضیاءالدینی، ح؛ زارع زاده، ع و حشمتی، ف. (۱۳۸۵). شیوع سوءمصرف و اعتیاد به مواد و برخی عوامل مرتبط در دانش آموزان سال آخردبیرستان و پیش دانشگاهی شهر کرمان در سال ۱۳۷۹-۸۰. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، ۱۳(۲): ۸۴-۹۴.

عاشوری، الف؛ ملازاده، ج و محمدی، ن. (۱۳۸۷). اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری در بهبود مهارت‌های مقابله ای و پیشگیری از عود در افراد معتاد. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۳، ۲۸۱-۲۸۸.

عباسی، الف؛ تازیکی، ص و مرادی، الف. (۱۳۸۶). نمونه اولیه بدمصرفی مواد اوبیوییدی در معتادان خودمعرف در گرگان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۱: ۲۲-۲۷.

عفتی، ج. (۱۳۷۹). اعتیاد، پیشگیری یا درمان. یزد: نیکوروش.

فرجاد، م ح. (۱۳۷۷). بررسی مسائل اجتماعی ایران فساداداری، اعتیاد، طلاق. تهران: انتشارات اساطیر.

قاسمی روشن، الف. (۱۳۸۲). از اعتیاد زنان تا نابسامانی خانواده. *مجله کتاب زنان*، ۲۲: .

قاسمی روشن، الف. (۱۳۸۲). از اعتیاد زنان تا نابسامانی خانواده. *مطالعات کتاب زنان*، ۲۲: ۳۱-۴۲.

قجاوند، ک. (۱۳۸۳). نقش خانواده در ارجاع معتادان به مراکز درمان سرپایی شهر تهران و اصفهان. *مجموعه مقالات دومین همایش نقدی بر راهکارهای علمی و کاربردی رهایی از اعتیاد، تهران*.

قلی زاده، الف. (۱۳۸۲). بررسی ویژگی های روانی و اجتماعی همسران افراد معتاد و شیوه های مقابله آنها با اعتیاد همسران شان. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۲ (۴).

کریمی، غ؛ احمدی، خ؛ مالکی، م و علیپور، م. (۱۳۸۹). بررسی علل عود اعتیاد و عوامل مرتبط با آن در جانبازان مراجعه کننده به بیمارستان‌های طرف قرارداد بنیاد جانبازان در سال ۱۳۸۸. *مجله علمی پژوهشی طب جانباز*، ۲(۸): ۴۰-۴۴.

کرینگ، آن، م. (۱۳۸۸). آسیب شناسی روانی. ترجمه شمسی پور، ح و دژاکام، م. انتشارات/ارجمند، چاپ اول.

گروسی، س و محمدی دولت آباد، خ. (۱۳۹۰). تبیین تجربه زیسته زنان وابسته به مواد مخدر از پدیده اعتیاد. *فصلنامه علمی پژوهشی جامعه شناسی زنان*، ۱، ۵۵-۷۴.

مجیدپور، ع؛ حمیدزاده اربابی، ی؛ عباسقلی‌زاده، ن و صالحی، الف. (۱۳۸۴). میزان شیوع و علل گرایش به مصرف سیگار در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، ۵(۳): ۲۶۶-۲۷۰.

محمودی، غ؛ نورمحمدی، ح؛ عزیزپورفرد، ی و فرهادی، ع. (۱۳۹۴). بررسی علل گرایش به موادمخدر از نظر بیماران با تشخیص مسمومیت موادمخدر و اعتیاد مراجعه کننده به بیمارستان‌های آموزشی شهر خرم آباد. *فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، ۱۷(۱): ۵۵-۶۲.

مدبرنیا، م؛ میرحسینی، ک؛ تبری، ر و عطرکارروشن، ز. (۱۳۹۲). عوامل موثر بر اعتیاد به موادمخدر در افراد ۱۵ تا ۳۰ سال: یک مطالعه کیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۲۲(۸۷): ۷۰-۷۷.

مسکنی، ک و جعفرزاده فخاری، م. (۱۳۸۷). بررسی شیوع عوامل خطر در اعتیاد و ترک اعتیاد معتادان خود معرف. *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۳، ۱۷۶-۱۸۱.

مطیعی لنگرودی، س ح؛ فرهادی، ص و زارع، ز. (۱۳۹۰). عوامل موثر بر گسترش اعتیاد در نواحی روستایی (مطالعه موردی: دهستان چهاردولی غربی شهرستان قروه). *پژوهش‌های جغرافیایی انسانی*، ۴۵(۱): ۶۵-۸۵.

میرزایی، ط؛ راوری، ع؛ حنیفی، ن؛ میری، س؛ حق دوست اسکویی، س ف و میرزایی خلیل‌آبادی، ص. (۱۳۸۹). عوامل مرتبط با عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به سوءمصرف موادمخدر مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد شهر رفسنجان. *نشریه پرستاری ایران*، ۲۳(۶۷): ۱-۱۰.

محبوبی منشی، حمید. (۱۳۸۲). اعتیاد مردان تهدیدی علیه زنان و خانواده، *فصلنامه شورای فرهنگی اجتماعی زنان*، سال ششم، شماره ۲.

ناصری پلنگرد، س؛ محمدی، ف؛ دوله، م و ناصری، م. (۱۳۹۲). عوامل موثر بر اعتیاد زنان. *فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ*، ۱۶، ۸۳-۹۴.

ناظمی، س؛ چمن، ر و داوردوست، ن. (۱۳۹۱). بررسی شیوع و علل گرایش به دخانیات در دانشجویان. *فصلنامه دانش و تندرستی*، ۷(۳): ۱۰۷-۱۱۱.

نجاری، ف. (۱۳۸۶). بررسی اعتیاد در زنان معتاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تهران در سال ۸۴-۸۵. *مجله سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، ۴، ۴۵۷-۴۶۳.

ودی، ک و جکی، د. (۱۳۸۵). اعتیاد: الکل، دارو و وابستگی، نصرت الله پورافکاری (مترجم). *انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز*.

هاشمی، س ن. (۱۳۸۰). بررسی میزان گرایش به استعمال سیگار و علل آن در دانشجویان پسر دانشگاه علوم پزشکی یاسوج. *مجله دانشگاه علوم پزشکی یاسوج*، ۶(۲۳): ۴۳-۴۷.

منابع انگلیسی:

Arevalo, S Guillermo, p & Hartonside, p. (2008). hortensid amaro, spiritually, sense of coherence and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Evaluation and program planning*, 4, 13-123.

Bronin, T.(2004). Rationales, obstacles and Strategies for local out come monitory systems in substance abuse treatment setting. *journal of substance abuse treatment*, 24: 31-40.

De Santis, M; De Luca, C; Mappa, I; Quattrocchi, T; Angelo, L & Cesari E. (2011). Smoke, alcohol consumption and illicit drug use in an Italian population of pregnant women. *Eur J Obstet Gynecol Reprodu Biol*, 159(1): 106-10.

Harakeh, Z; Scholte, RH; de Vries, H & Engels, RC. (2006). Association between personality and adolescent smoking. *Addict Behave*, 31, 232-45.

- Howell, EM; Heiser, N & Harrington, M. (1999). A Review of Recent Findings on Substance Abuse Treatment for pregnant Women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16: 195-200.
- Kaplan H, Sadock B. (2003). *Synopsis of psychiatry*, 9 ed. New York: Williams and Wilkins.
- Leshner, A. L. (1998). Drug addiction research and the health of women. *US National Institute of Health*, Diane Publishing Co.
- Newcomp, M.D., & Richardson, M.A. (2000). Substance use disorders. *Advanced abnormal child psychology*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Noel, X; Brevers, D; & Bechara, A. (2013). A Neurocognitive Approach to Understanding the Neurobiology of Addiction. *Journal of in Current Opinion in Neurobiology*, 23(4): 632-638.
- Tuchman, E,V. (2010). Women and Addiction: The Importance of Gender Issues in Substance Abuse Research. *Journal of Addictive Diseases*, 19(1): 127-130.
- Wechsberg, WM; Luseno, W & Ellerson RM. (2008). Reaching Women Substance Abuser in Diverse Settings: Stigma and Access to Treatment 30 Years Later. Substance Use and Misuse. *Journal of Addictive Diseases*, 43: 1277-1279.

Abstract

Being one of the complex issues of today's world, addiction has a very long history. The vast and industrial form of addiction in Iran can be traced back to the British colonization in the country. In the past, the traditional substances were consumed, having a limited level and a small number of consumers; this form of addiction had no significant effect on individual's performances in the society, and the consumer being able to perform his responsibilities in interpersonal relationships was not isolated from the community and family due to his addiction. However, nowadays, the widespread prevalence of its use among all people in the community and changing its pattern of consumption have caused complex, destructive problems that destroy the foundation of the family and society. Women are also joining the group of industrial processors. As a result, the effects of the consumption of substance on these individuals, which are mothers and patterns of parenting, are far more devastating than on men. What is important in this context is to find out the reasons why today women tend to use drugs. Discovering the causes of addiction is important both in the treatment of addicted women and in the removal of addiction tendencies for other people who are likely to develop it. Regarding the issue of local ecology in the field of social harm, the present study seeks to investigate the tendency towards narcotics in addicted women in Yazd city. For this reason, ensuring the coordination with the Bidari addiction treatment clinic, and other addiction treatment clinics which treated addicted women as well, the researcher going to the clinics obtained the consent of these women to participate in the study, 82 women were selected through Targeted sampling method. The objectives of the research were clearly stated, and the concern of the clients about not disclosing the name and personal information in public circles was assured by explaining the way of presentation of the information. After obtaining consent and willingness of the participants, the questionnaire was first filled out in order to collect descriptive information and then the participants were interviewed. The information obtained from the interviews was written and coded. The codes and classes were submitted to the participants, in order to reflect their agreement with the issues raised by the therapist. After making changes and announcing the participants, the data from the questionnaires and the interviews were analyzed and classified to clarify the results. The causes of women's addiction to drugs were classified into 13 codes, some of which had multiple options. Finally, the causes of women's tendency toward drugs were divided into 19 personal, social and environmental categories.

Keywords: Addiction, Women, Reasons for drug abuse.

پیوستها:

پیوست ۱

مقیاس علل گرایش به سوء مصرف مواد مخدر در جوانان (محمدی، پورقاز و رقیب، ۱۳۹۲)

پاسخ‌دهنده گرامی؛

با پاسخ به عبارات زیر علل اصلی گرایش به سوء مصرف مواد مخدر در جوانان را شناسایی کنید.

ردیف	عبارات	خیلی زیاد	زیاد	کم	خیلی کم	اصلاً
۱	کسب لذت و سرخوشی					
۲	کسب انرژی و افزایش توان جسمی برای کار کردن					
۳	فراموشی و رهایی از مشکلات زندگی					
۴	تسکین دردها و ناراحتی های روحی و عصبی					
۵	افزایش و تقویت تحریک پذیری جنسی					
۶	اطلاعات غلط و باورهای نادرست درباره مواد مخدر					
۷	احساس تنهایی کردن					
۸	بی علاقه‌گی نسبت به همه چیز					
۹	نا امید شدن نسبت به آینده					
۱۰	احساس ناراحتی و غمگینی					
۱۱	احساس بی ارزشی کردن					
۱۲	دلخور و عصبی شدن					
۱۳	میل شدید به شکستن اشیاء و خرد کردن آن ها					
14	میل شدید به آزار رساندن و زدن دیگران					
15	بحث و درگیری با مردم					
16	داشتن دلهره و لرزش اندام					
17	احساس ترس داشتن					
18	ناراحتی و بی قراری					
19	فشارهای روحی و روانی					
20	شکست های عاطفی یا شکست در ازدواج					
21	شکست های تحصیلی					

					فوت والدین و نزدیکان	22
					شکست در فعالیت های مالی، شغلی و اقتصادی	23
					طلاق والدین و نزدیکان	24
					ارضاء حس کنجکاوی	25
					سر درآوردن از چیزهای ناشناخته	26
					دانستن تاثیر مواد مخدر بر روی بدن	27
					کسب تجربه درباره مواد مخدر	28
					سست شدن اعتقادات دینی و باورهای مذهبی	29
					هوس رانی و لذت طلبی	30
					آگاه نبودن از حرام بودن مصرف مواد مخدر	31
					بی هدف بودن در زندگی	32
					عدم پایبندی به انجام فرایض دینی (نماز و روزه)	33
					بی سوادی و ناآگاهی والدین	34
					والدین معتاد یا وجود افراد معتاد در خانواده	35
					اختلافات خانوادگی و کمبود محبت در روابط عاطفی خانواده	36
					کم توجهی والدین به خواسته های صحیح و منطقی شما	37
					عدم نظارت صحیح والدین	38
					سخت گیری بی مورد و سرزنش بی حد از طرف والدین	39
					طلاق و جدائی والدین	40
					ثروت و رفاه اقتصادی خانواده	41
					فشار دوستان و عدم توانایی نه گفتن به دوستان	42
					همرنگ شدن با دوستان	43
					نیاز به عضویت در گروه دوستان	44
					مصرف تفننی در پارتی ها و مهمانی های دوستانه	45
					معاشرت و همنشینی با دوستان ناباب	46
					شیوه های نامناسب آموزشی در مدارس	47
					بی توجهی به نیازهای دانش آموزان، مانند فقدان مشاور و مربیان آگاه	48
					طرد شدن از طرف معلمان و دانش آموزان	49
					اخراج از مدرسه	50
					وجود دانش آموزان معتاد در مدرس	51
					کمبود مراکز فرهنگی (کتابخانه، فرهنگسرا، سینما و...)	52
					نداشتن ابزار و مکان مناسب برای گذراندن اوقات فراغت	53
					عدم دسترسی به امکانات و تسهیلات ورزشی و تفریحی	54
					عدم برنامه ریزی صحیح جهت غنی سازی اوقات فراغت	55
					کمبود یا نبود امکانات تفریحی، ورزشی، سرگرمی های مفید و جذاب در کنار محله های مسکونی و مراکز آموزشی	56

					مهاجرت از روستاها به شهرها و تغییر محیط زندگی	۵۷
					بیکاری	۵۸
					مشکلات مالی و فقر اقتصادی	۵۹
					فقدان مهارت کافی برای جذب شدن در بازار کار	۶۰
					کمبود فرصت های شغلی و محرومیت اقتصادی	۶۱
					نابرابری های اجتماعی و اقتصادی و شکاف های طبقاتی	۶۲
					نبود امکانات رفاهی و بهداشتی در محل زندگی	۶۳
					زندگی در محلات آلوده	۶۴
					کمبود مراکز مشاوره و تشخیص اختلالات شخصیتی و روانی	۶۵
					عدم وجود یا کمبود فیلم ها، برنامه ها و کتب آموزشی به منظور ارتقاء سطح آگاهی افراد از عوارض مواد مخدر	۶۶
					عدم رسیدگی جدی به مشکلات روحی و روانی جوانان	۶۷
					عدم دسترسی به سیستم های خدماتی به منظور حمایت روانی مالی، شغلی، بهداشتی و اجتماعی	۶۸
					عدم اطلاع رسانی جامع در زمینه ی عوارض اعتیاد	۶۹
					کمبود مراکز مشاوره و ضعف فرهنگ مشاوره	۷۰
					عدم آگاهی از عوارض جسمی، روحی و اجتماعی مواد مخدر	۷۱
					برخورد ناصحیح با گروه های آسیب پذیر و در معرض خطر اعتیاد	۷۲
					بالا بودن هزینه استفاده از مراکز فرهنگی و مشاوره ای	۷۳
					ارزان بودن مواد مخدر	۷۴
					فراوانی مواد مخدر	۷۵
					سهولت دسترسی به مواد مخدر	۷۶
					تجارت و سود آوری مواد مخدر	۷۷
					به دست آوردن مواد از طریق خرید و فروش مواد مخدر	۷۸



Islamic Azad University

Yazd Branch

**Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Degree of
M.A in Clinical Psychology**

Title:

The Causes of Women's Abuse to Substance Abuse in Yazd Thesis Advisor

Supervisor:

Dr.

Advisor:

Dr.

By:

September 2017