



دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز

دانشکده علوم انسانی

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد

رشته علوم تربیتی

گرایش راهنمایی و مشاوره

عنوان:

بررسی اعتیاد در زنان (روند و عوامل)

استاد راهنما:

دکتر خلیل اسماعیل پور

نگارش:

ژاله سیدی سرنند

زمستان ۱۳۹۷

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تقدیم ہے:

باسم ارسہ وجود مقدس

آنان کہ ناتوان شدند تا ماہ توانایی برسیم ..

مویشان سپید شد تا ما رو سفید شویم ..

وحاشا کہ موتقند تا کہ ما بخش وجود ما و رو مستقر رہبان باشند .

روح پدر عزیزم

و حضور پر مہر مادام

و تمامی عزیزانی کہ دوستشان دارم

شکر و قدردانی

بسیار سپاسگذارم

از استاد گرامیم جناب آقای دکتر خلیل اسماعیل پور به دلیل یاری‌ها و راهنمایی‌های بی‌شمار داشت ایشان که بسیاری از سختی‌ها را برایم آسان‌تر نمودند چرا که بدون راهنمایی‌های ایشان نوشتن این پایان‌نامه برایم بسیار

مفصل بود.



## تعه‌دنامه ی اصالت پایان نامه/رساله

### دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز

- اینجانب ژاله سرچی دانش آموخته ی مقطع کارشناسی ارشد ناپیوسته در رشته ..... که در تاریخ ..... از پایان نامه ی خود تحت عنوان " بررسی اعتیاد در زنان (روند و عوامل)". با کسب نمره ی ۱۶.۵ و درجه بسیار خوب دفاع نموده ام، بدین وسیله متعهد می شوم:
- این پایان نامه/رساله حاصل تحقیق و پژوهش انجام شده توسط این جانب بوده و در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران (اعم از پایان نامه، کتاب، مقاله و ...) استفاده نموده ام، مطابق ضوابط و رویه ی موجود، نام منبع به کار رفته و سایر مشخصات آن را در فهرست مربوطه ذکر و درج کرده ام.
  - این پایان نامه/رساله پیش از این برای دریافت هیچ مدرک تحصیلی (هم سطح، پایین تر یا بالاتر) در سایر دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی ارایه نشده است.
  - چنان چه پس از فراغت از تحصیل قصد استفاده و هر گونه بهره برداری اعم از چاپ کتاب، ثبت اختراع و ... از این پایان نامه داشته باشم، از حوزه ی معاونت پژوهشی واحد مجوزهای مربوطه را بگیرم.
  - چنان چه در ه ر زمانی خلاف موردهای بالا ثابت شود، عواقب ناشی از آن را می پذیرم و واحد دانشگاهی مجاز است با این جانب مطابق ضوابط و مقررات رفتار نموده و در صورت ابطال مدرک تحصیلی ام هیچ گونه ادعایی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی:.....

تاریخ و امضا:.....

## چکیده

این پژوهش با هدف شناسایی عوامل موثر و رتبه بندی عوامل موثر بر وضعیت اعتیاد در زنان پرداخته شده است. روش تحقیق حاضر توصیفی از نوع پیمایشی و از نظر هدف کاربردی - عملی است و جامعه آماری در این پژوهش، زنان دارای اعتیاد به مواد مخدر، مشاوران، روانپزشکان و روان شناسان شاغل در حوزه سلامت اعتیاد در مراکز مشاوره و کمپ های اعتیاد می باشد. نمونه مورد مطالعه ۱۰۰ نفر از زنان معتاد و ۲۰ نفر مشاور، روانشناس و روانپزشک بودند که از روش تصادفی ساده جهت جمع آوری نمونه آماری بهره گرفته شده است. سپس پرسشنامه عوامل موثر در اعتیاد زنان در اختیار جامعه آماری قرار گرفت. داده های بدست آمده از پرسشنامه بوسیله ی آزمون تی تست و فریدمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که بین عوامل موثر بر اعتیاد معنی داری وجود دارد. تست مشاهده شده در سطح  $(p < 0/05)$  از نظر آماری معنی دار می باشد. نتایج بیانگر این بود که عوامل (اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، روانی، فیزیکی، جغرافیایی و مذهبی) بر وضعیت اعتیاد زنان موثر است.

کلید واژه ها: اعتیاد، زنان، عوامل موثر بر اعتیاد

## فهرست مطالب

۱	فصل اول: کلیات تحقیق
۱-۱	۱-۱- مقدمه
۲-۱	۲-۱- بیان مساله
۳-۱	۳-۱- اهمیت و ضرورت تحقیق
۴-۱	۴-۱- اهداف تحقیق
۵-۱	۵-۱- سوالات تحقیق
۶-۱	۶-۱- متغی‌های تحقیق
۱۰	فصل دوم: ادبیات پژوهش
۱-۲	۱-۲- مقدمه
۲-۲	۲-۲- اختلال مصرف مواد
۱-۲-۲	۱-۲-۲- تعریف و طبقه بندی مواد
۲-۲-۲	۲-۲-۲- متامفتامین
۳-۲-۲	۳-۲-۲- سبب شناسی
۱-۳-۲-۲	۱-۳-۲-۲- عوامل روان پویشی
۱-۳-۲-۲	۱-۳-۲-۲- یادگیری و شرطی سازی
۳-۳-۲-۲	۳-۳-۲-۲- عوامل ژنتیک
۴-۳-۲-۲	۴-۳-۲-۲- عوامل عصبی- شیمیایی
۱-۴-۳-۲-۲	۱-۴-۳-۲-۲- گیونده ها و دستگاه های گیونده
۲-۴-۳-۲-۲	۲-۴-۳-۲-۲- راه های عصبی و نوروترانسمیترها
۳-۲	۳-۲- نظری های اعطد
۱-۳-۲	۱-۳-۲- نظری زیست شناختی و ژنتیک:
۲-۳-۲	۲-۳-۲- نظری های روان شناختی
۳-۳-۲	۳-۳-۲- نظری های روانی - اجتماعی
۴-۳-۲	۴-۳-۲- نظری مشوق مثبت اعطد
۵-۳-۲	۵-۳-۲- نظری ی خود تنظیمی
۶-۳-۲	۶-۳-۲- نظری های یادگیری
۷-۳-۲	۷-۳-۲- نظری ی انتظار (امی)

۳۷	۲-۴- ماده مواد.....
۳۸	۲-۵- ویژگی های تشخیصی مواد.....
۴۱	۲-۶- مدل های پیشنهادی اعطای.....
۴۱	۲-۶-۱- مدل تربیتی نژاد مقابله و حمایت.....
۴۳	۲-۶-۲- مدل باورداشت سلامتی.....
۴۴	۲-۶-۳- مدل زیستی، روان شناختی، اجتماعی و معنوی.....
۴۵	۲-۷- تحقیقات انجام گرفته در داخل و خارج از کشور.....
۵۲	۲-۸- خلاصه و جمع بندی.....
۵۴	<b>فصل سوم: روش شناسی.....</b>
۵۵	۳-۱- مقدمه.....
۵۵	۳-۲- روش تحقیق.....
۵۵	۳-۳- جامعه آماری و حجم نمونه.....
۵۶	۳-۴- روش گردآوری اطلاعات.....
۵۶	۳-۵- ابزار گردآوری اطلاعات.....
۵۷	۳-۶- روش تجزیه و تحلیلی داده ها.....
۵۸	<b>فصل چهارم: تجزیه و تحلیلی داده ها.....</b>
۵۹	۴-۱- مقدمه.....
۵۹	۴-۲- آمارهای استنباطی.....
۵۹	۴-۲-۱- مشخصات جمعیت شناختی.....
۵۹	۴-۲-۱-۱- سن.....
۶۰	۴-۲-۱-۲- وضعیت تاهل.....
۶۱	۴-۲-۱-۳- وضعیت تحصیلات.....
۶۲	۴-۲-۱-۴- وضعیت مدت اعطای.....
۶۳	۴-۲-۲- آمارهای توصیفی مربوط به متغی های تحقیق.....
۶۶	۴-۳- بررسی آمار استنباطی.....
۶۶	۴-۳-۱- بررسی نرمال بودن توزیع متغی ها.....
۶۷	۴-۳-۲- پاسخ به سوالات پژوهش.....
۶۷	۴-۳-۲-۱- پاسخ به سوال اول.....
۶۸	۴-۳-۲-۲- پاسخ به سوال دوم.....



۷۱	..... فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۷۲	..... ۱-۵- مقدمه
۷۲	..... ۲-۵- بحث و نتیجه گیری
۷۵	..... ۳-۵- محدودیت های تحقیق
۷۵	..... ۴-۵- پیشنهادات
۷۵	..... ۱-۴-۵- پیشنهادات پژوهشی
۷۶	..... ۲-۴-۵- پیشنهادات کاربردی
۷۷	..... منابع

## فهرست جداول

- جدول (۴-۱): توزیع فراوانی پاسخگوین بر حسب سن ..... ۵۹
- جدول (۴-۲): توزیع فراوانی پاسخگوین بر حسب وضعیت تاهل ..... ۶۰
- جدول (۴-۳): توزیع فراوانی پاسخگوین بر حسب وضعیت تحصیلات ..... ۶۱
- جدول (۴-۴): توزیع فراوانی پاسخگوین بر حسب وضعیت مدت اعطای ..... ۶۲
- جدول (۴-۵): آمارهای توصیفی مربوط به متغیر عامل اجتماعی ..... ۶۳
- جدول (۴-۶): نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغی‌ها ..... ۶۶
- جدول (۴-۷): خلاصه آزمون بقی تست تک نمونه ای ..... ۶۷
- جدول (۴-۸): نتایج آزمون فریمن ..... ۶۸
- جدول (۴-۹): نتایج رتبه بندی در آزمون فریمن ..... ۶۹

## فهرست شکل ها و نمودار ها

- شکل (۴-۱): توزیع فراوانی پاسخگوین بر حسب سن..... ۶۰
- شکل (۴-۲): توزیع فراوانی پاسخگوین بر حسب وضعیت تاهل..... ۶۱
- شکل (۴-۳): توزیع فراوانی پاسخگوین بر حسب وضعیت تحصیلات..... ۶۲
- شکل (۴-۴): توزیع فراوانی پاسخگوین بر حسب وضعیت مدت اعطای..... ۶۳
- شکل (۴-۵): توزیع فراوانی مولفه عامل اجتماعی..... ۶۴
- شکل (۴-۶): توزیع فراوانی مولفه عامل فرهنگی..... ۶۴
- شکل (۴-۷): توزیع فراوانی مولفه عامل اقتصادی..... ۶۴
- شکل (۴-۸): توزیع فراوانی مولفه عامل روانی..... ۶۵
- شکل (۴-۹): توزیع فراوانی مولفه عامل فنیکی..... ۶۵
- شکل (۴-۱۰): توزیع فراوانی مولفه عامل جغرافیایی..... ۶۵
- شکل (۴-۱۱): توزیع فراوانی مولفه عامل مذهبی..... ۶۶

# فصل اول:

## کلیات تحقیق

اعتیاد واژه‌ای است که امروزه به عنوان وابستگی به مواد یاد می‌شود. وابستگی به مواد یعنی تمایل شدید فرد به مصرف یک ماده که به صورت یک سری علائم رفتاری، شناختی و جسمی تظاهر می‌کند به نحوی که فرد مصرف مواد را به رفتارهای دیگر ترجیح دهد (شورای نویسندگان، ۱۳۷۹). اعتیاد یک بیماری اجتماعی است که عوارض جسمی و روانی دارد و تا زمانی که به علل گرایش توجه نشود، درمان جسمی و روانی برای مدت کوتاهی نتیجه خواهد داد و معتاد دوباره گرفتار مواد مخدر می‌گردد (فرجاد، ۱۳۷۷).

در بعضی از نوجوانان ضعف رسوم و قواعد موجب می‌شود که وی چندان فشاری را در پیروزی از معیارهای مرسوم رفتاری احساس نکند. فقدان تعهد به اجتماع و ارزش‌های آن و عدم وجود موسسات و عوامل تسهیل‌کننده فراینده جامعه‌پذیری نظیر مدارس و مذهب از مصادیق مهم است. بنابراین نوجوانی با چنین ویژگی‌هایی ارزش‌ها و معیارهای مورد قبول جامعه را درونی نمی‌کند و در واقع چنین افرادی احتمال بیشتری دارد که با همسالانی احساس پیوند و وفاداری نمایند که ماده مخدر استفاده می‌کنند (باوی ساسان، ۱۳۸۸).

احساس عدم تعهد نوجوانان به جامعه و قراردادهای آن و احساس عدم صمیمت با والدین باعث گرایش فرد به همسالان مصرف‌کننده مواد مخدر می‌شود، رشد اجتماعی و تعاملات اجتماعی افراد به طوری که والدین در سالهای پیش از مدرسه، معلمان در دوران مدرسه و همسالان در دوره نوجوانی بیشترین تاثیر را دارند سرانجام تعاملات وی با والدین و معلمان ضعیف باشد نوجوانان بیشتر به سوی همسالان مصرف‌کننده مواد روی می‌آورند (گلپور، آتش‌پور و آقایی، ۱۳۸۲).

## ۱-۲- بیان مساله

در عصر حاضر، از جمله مشکلات مهمی که دامن‌گیر اکثر کشورهای جهان اعم از توسعه یافته و توسعه نیافته شده است افزایش روزافزون مصرف مواد مخدر می باشد که به صورت پدیده اجتماعی معضل آفرین و آسیب زایی جلوه گر شده است. مواد مخدر و مصرف آن با تنوعی گسترده بیش و کم در اکثر نقاط دنیا رواج پیدا کرده است (رحمتی، ۱۳۸۱).

اعتیاد به مواد به عنوان یکی از بحران‌های چهارگانه قرن بیست و یکم، یکی از معضلات بهداشتی، روانی و اجتماعی و نیز مهمترین عامل ایجاد کننده رفتارهای پرخطر می باشد (سهیلی، موسوی و دهشیری، ۱۳۹۴). اعتیاد به مفهوم وابستگی جسمانی و روانی به انواع مواد مخدر، محرک و توهم زا است، به نحوی که در صورت کنار گذاشتن آن علائم ترک و سندرم محرومیت از مواد در افراد ظاهر گردد (سازمان مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، ۲۰۱۱). یکی از گروه‌های جمعیتی جامعه که گرفتار اعتیاد می شوند زنان می باشند که با توجه به نقش عمده و مهم آنان در جامعه و خانواده باید به مشکلات آنان نیز توجه کرد. زنان نیمی از جمعیت جامعه و همه جوامع جهانی را تشکیل می دهند، نکته مهم در اینجاست که سهم آنها در آسیب‌های اجتماعی کاملاً برعکس برخورداری ایشان از سایر جنبه‌های انسانی است. بعبارتی زنان نخستین قربانیان بسیاری از آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی می باشند. همچنین اعتیاد زنان از چنان اهمیت فوق العاده‌ای در مقایسه با اعتیاد مردان برخوردار است که باید زوایای آن بطور دقیق مورد بررسی قرار گرفته شود تا زنان جهت مراجعه به مراکز ترک اعتیاد رغبت نشان دهند (آجیل چی، نادری و قائمی، ۱۳۸۸).

اعتیاد در زنان عوارض خطرناک تری نسبت به مردان ایجاد می کند. به نظر می رسد زنان وابسته به مواد مخدر بسیار آسیب پذیرتر از مردان وابسته به مواد باشند، زیرا مصرف مواد مخدر در زنان اغلب با آسیب

های اجتماعی مانند فرار از منزل، روسپیگری و خشونت همراه است. پژوهش های گوناگون سطوح نسبتاً بالای آشفتگی های اجتماعی و روانشناختی را در میان زنان مصرف کننده مواد گزارش کرده اند (توکلی و همکاران، ۲۰۱۴). گسترش و چگونگی وضعیت سوء مصرف مواد در بین زنان در کشور ما به طور دقیق شناخته شده نیست با این حال فراوانی اعتیاد زنان در ایران رو به افزایش است (رحیمی موقر، ۱۳۸۳).

عوامل خطر ساز متعددی منجر به اختلالاتی در زمینه اعتیاد زنان می شود که از میان آنها می توان به میزان بالای تعارض خانوادگی، مشکلات تحصیلی، بروز همزمان اختلال های روانی همچون افسردگی و اختلال های شخصیتی، مصرف مواد از سوی همسالان و تکانش گری و شروع زودرس مصرف سیگار، اشاره کرد (سادوک، سادوک، ۲۰۱۵). در بیش تر کشورهای جهان، برنامه های درمان اعتیاد و کاهش آسیب متناسب با نیازهای زنان معتاد، وجود ندارد و یا بسیار نادر است. بنابراین، بی توجهی به نیازها و عوامل مرتبط با جنسیت، به افزایش آسیب پذیری زنان معتاد منجر می شود (موقر رحیمی، لنگرودی، احمدی و اسماعیلی، ۱۳۹۰).

عوامل اعتیاد به مواد مخدر را می توان به عوامل اجتماعی، عوامل فرهنگی، عوامل اقتصادی، عوامل روانی، عوامل فیزیکی، عامل جغرافیایی و عامل مذهبی طبقه بندی کرد. اعتیاد بویژه اعتیاد زنان یکی از اساسی ترین مسائل اجتماعی جامعه است که می تواند خانواده و در نهایت جامعه را به تخریب کشانده و باعث انحرافات دیگر هم در جامعه می شوند (آقابخشی، ۱۳۶۸).

در برخی تحقیقات تنها به نقش عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد زنان پرداخته شده است. به عنوان مثال، اهدایی (۱۳۹۱) در مطالعه خود در بین زنان معتاد مراجعه کننده به درمانگاه ترک اعتیاد سرزمین پاک استان البرز به عوامل اجتماعی پرداخته است. در مقاله ای دیگر فیورنتین و همکاران (۱۹۹۷) با هدف بررسی تاثیر جنسیت بر قطع مصرف مواد مخدر انجام دادند. نتایج این پژوهش نشان داد احتمال اینکه زنان بعد از ترک اعتیاد، مجدداً به مصرف مواد گرایش پیدا کنند، در مقایسه با مردان کمتر است. از طرف دیگر، براساس

آمارهای موجود مهمترین عامل گرایش زنان به اعتیاد، روابط نزدیک این افراد با معتادان است (بابائی ارجگان، زهرا، ۱۳۷۸). هر جا پای اعتیاد باز می شود در صف نخستین آسیب، زنان قرار دارند چرا که بیشترین آسیب ها از اعتیاد پدر، برادر، فرزند، همسر و حتی دوست و همکار به آنها وارد می شود، تصور اکثر افراد جامعه در مورد اعتیاد این است که سوء مصرف مواد مخدر عمدتاً پدیده ای مردانه است اما بر اساس دلایل متعدد اعتیاد زنان از اهمیت فوق العاده ای در مقایسه با اعتیاد مردان داشته و زوایای آن بدلائل گوناگون از جمله ابا داشتن زنان جهت مراجعه به مراکز ترک و نوع نگاه جامعه به زن معتاد و پذیرش آنها در مسئولیت های مادرانه پنهان باقی مانده است فلذا اکثریت مطالعات انجام شده بصورت کلی و با مرکزیت مردان بوده و آن چنانکه باید و شاید به اعتیاد زنان پرداخته نشده است تنها سازمان زندان ها آمارهای خود را به تفکیک جنسیت تدوین کرده و بر این اساس ۴۲٪ زنان زندانی را معتادان تشکیل داده و تنها ۴٪ از معتادان دستگیر شده زن بوده اند (احمدی، ۱۳۸۰).

متأسفانه در حوزه زنان در بحث اعتیاد تحقیقات کمی وجود دارد. عوامل اعتیاد به طور کلی مورد مطالعه قرار نگرفته است و همچنین رتبه بندی این عوامل مشخص نشده است. بنابراین در این تحقیق این سوال را بررسی خواهیم کرد که عوامل مؤثر بر اعتیاد در زنان و همچنین رتبه بندی این عوامل کدامند؟

### ۱-۳- اهمیت و ضرورت تحقیق

تاریخ نشان داده است که در اثر افزایش اعتیاد، جامعه تعادل خویش را از دست می دهد، نظم اجتماعی دستخوش آشوب و اختلال می گردد، و در اثر فشار حاصل از این عدم تعادل زندگی اجتماعی برای اعضا آن جامعه دشوار و غیرقابل تحمل می گردد. بدیهی است که جدا کردن معتادان از جامعه نیز قطعاً راه حلی مناسب و امکان پذیر نیست و برای درمان آنها باید عوامل مؤثر در اعتیاد را شناسایی کرد بدین منظور



تحقیق حاضر به بررسی عوامل اعتیاد زنان می پردازد تا بتواند راهگشای اقدامات درمانی زنان معتاد باشد. لذا تحقیق ضروری به نظر می رسد و نتایج آن می تواند مورد استفاده درمانگران اعتیاد و سازمان بهزیستی و دست اندرکاران پیشگیری و درمان اعتیاد قرار گیرد. خطر گسترش آسیب های اجتماعی، لزوم برنامه های پیشگیری اولیه از اعتیاد را نه در شعار که در عمل مطرح می سازد و به متخصصان این هشدار را به صورت جدی تر می دهد.

اما ضرورت این تحقیق این است که اعتیاد زنان براساس دلایل متعدد از اهمیت فوق العاده ای در مقایسه با اعتیاد مردان داشته و زوایای آن بدلائل گوناگون از جمله ابا داشتن زنان جهت مراجعه به مراکز ترک و نوع نگاه جامعه به زن معتاد و پذیرش آنها در مسئولیت های مادرانه پنهان باقی مانده است. نتایج این تحقیق می تواند با روشن کردن عوامل موثر بر اعتیاد زنان توسط پژوهشگران حوزه اعتیاد و همچنین دست اندرکاران حوزه درمان و اعتیاد و همچنین کمپ ها یا مراکز مشاوره ترک اعتیاد مورد استفاده قرار گیرد. و با هدف بررسی اعتیاد در زنان (روند و عوامل) انجام گیرد.

#### ۱-۴- اهداف تحقیق

هدف اصلی: بررسی اعتیاد در زنان (روند و عوامل)

#### اهداف فرعی

۱. شناسایی عوامل موثر بر اعتیاد در بین زنان معتاد
۲. رتبه بندی عوامل موثر بر اعتیاد در بین زنان معتاد

#### ۱-۵- سوالات تحقیق

۱. از بین عوامل (اجتماعی فرهنگی اقتصادی روانی فیزیکی جغرافیایی و مذهبی) کدام یک بیشتر بر اعتیاد زنان موثر است؟

۲. رتبه بندی عوامل موثر بر اعتیاد زنان به چه صورت است؟

### ۱-۶- متغیرهای تحقیق

متغیرهای این تحقیق عبارت است از:

عوامل اعتیاد شامل عوامل اجتماعی، عوامل فرهنگی، عوامل اقتصادی، عوامل روانی، عوامل فیزیکی، عوامل جغرافیایی، عوامل مذهبی می باشد.

### عوامل اجتماعی

رفتارهای اجتماعی زاده روابط و هنجارهای اجتماعی است و این هنجارها با سه ویژگی اجبار، عمومیت و خارجی بودن جامعه را اداره نموده و نظم اجتماعی را برقرار می کنند. تضعیف هر یک از این ویژگی ها اختلال هنجاری و بی نظمی را به همراه خواهد داشت. در صورتی که انحراف در جامعه به صورت الگو درآید و در نزد مردم اشاعه یابد و درونی شود، رفته رفته ناهنجاری تبدیل به هنجار شده و به صورت ارزش اجتماعی در می آید (نوابی، نخعی مقدم و سالاری چینه، ۱۳۹۴).

### تعریف عملیاتی عوامل اجتماعی

تعیین عوامل اجتماعی براساس پرسشنامه عوامل موثر در اعتیاد زنان بدست خواهد آمد.

### عوامل فرهنگی:

در تعاریف توصیفی، «فرهنگ» را به معنای وسیعی گرفته اند که شامل عقاید، افکار، باورها، آداب و رسوم، اخلاق، فلسفه و هنر، ادبیات، ابداعات و اختراعات، نظام های سیاسی و اقتصادی، و محصولات مادی و معنوی می شود (جعفری، ۱۳۷۳).

### تعریف عملیاتی عوامل فرهنگی

تعیین عوامل فرهنگی براساس پرسشنامه عوامل موثر در اعتیاد زنان بدست خواهد آمد.

#### عوامل روانی:

زمینه های روانی و جسمی به عنوان یکی از مهم ترین عوامل موثر بر اعتیاد به مواد مخدر نام برده اند. معتقدند که وسوسه دستیابی فوری به نتایجی که فرد معتاد در آرزوی رسیدن به آن بوده یا دستیابی به آنها از راه های دیگر را پر دردسر و وقت گیر می دانسته، در بسیاری موارد به عنوان عامل شروع و ادامه مصرف مواد مخدر مطرح می شود (مدبرنیا، کامبخش میرحسینی، تبری، روشن، ۱۳۹۲).

### تعریف عملیاتی عوامل روانی

تعیین عوامل روانی براساس پرسشنامه عوامل موثر در اعتیاد زنان بدست خواهد آمد.

#### عوامل جغرافیایی:

عوامل جغرافیایی شامل بسیاری از عوامل مانند موقعیت جغرافیایی، شرایط آب و هوایی، منابع طبیعی، سوانح و بلایای طبیعی، ژئومورفولوژی، خاک و پوشش گیاهی، پراکندگی تسهیلات، امکانات و خدمات می شود (جعفری، ۱۳۷۳).

### تعریف عملیاتی عوامل جغرافیایی

تعیین عوامل جغرافیایی براساس پرسشنامه عوامل موثر در اعتیاد زنان بدست خواهد آمد.

## عوامل مذهبی:

کسانی که احساس مذهبی در آن‌ها ضعیف است برای فرار از اضطراب اجتماعی به اعتیاد روی می‌آورند و هدف خاصی در زندگی ندارند، در حالی که صاحب نظران یکی از دلایل عمده اعتیاد را بی‌هدفی انسان می‌دانند، مذهب نقش مهمی در هدفمند نمودن زندگی انسان دارد. مذهب به وسیله دور کردن فرد از گروه‌های منحرف، کسب ارزش‌های سازنده و مشارکت آنان در جامعه نقش خود را انجام می‌دهد (محمدی، دادخواه، ۱۳۸۰).

## تعریف عملیاتی عوامل مذهبی

تعیین عوامل مذهبی براساس پرسشنامه عوامل موثر در اعتیاد زنان بدست خواهد آمد.

## **فصل دوم:**

### **ادبیات پژوهش**

## ۲-۱- مقدمه

با توجه به اینکه پژوهش حاضر به بررسی مطالعه ای بر وضعیت اعتیاد در زنان (عوامل و روند) می پردازد، در فصل حاضر ابتدا توضیحاتی درباره اعتیاد، و الگوهای نظری در این زمینه مورد بررسی قرار گرفته است. سپس در مورد اعتیاد در زنان توضیحاتی داده شده است. و در پایان به برخی پژوهش های خارجی و داخلی انجام شده در مورد موضوع پژوهش اشاره شده است.

## ۲-۲- اختلال مصرف مواد

اختلالات مصرف مواد با مصرف مکرر و ناهنجار مواد و یا الکل توصیف می شود که اغلب به پریشانی فراوان و اختلال در زمینه های فردی، اجتماعی و شغلی منجر می شود. تعدادی از رویکردهای درمانی در درمان اختلالات مصرف مواد مؤثر شناخته شده اند. با این حال، درمان اختلالات مصرف مواد دشوار است. چنانچه عود مکرر از ویژگی های مشکل زای رایج این اختلالات است. موج سوم درمان شناختی رفتاری از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل رویکردها و روش های جدیدی است که پتانسیل بالایی برای رسیدگی به موارد پیچیده سوء مصرف مواد دارد. هدف از این تحقیق مروری نظری و پژوهشی بر کارای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان اختلالات مصرف مواد بود (فروزانفر، ۱۳۹۵).

## ۲-۲-۱- تعریف و طبقه بندی مواد

ماده ی مخدر ماده ای است شیمیایی یا طبیعی که نیروهای روانی را تحریک می کند و از طریق آثاری که در احساسات، اندیشه یا ذهن انسان می گذارد در رفتار تأثیر میکند (محقق، ۱۳۸۵).

اعتیاد از نظر سازمان جهانی بهداشت حالتی است مضر برای فرد و اجتماع که به خاطر مصرف مداوم ماده تخدیرکننده چه طبیعی، چه مصنوعی ایجاد می گردد و خواص آن عبارت اند از:

۱- میل و احتیاج به مصرف ماده مخدر و تهیه آن به هر صورت و عنوان.

۲- گرایش جهت افزایش آن.

۳- انقیاد روانی و گاهی جسمانی در نتیجه استعمال مواد مخدر.

مفهوم وابستگی به مواد<sup>۱</sup> معانی رسماً شناخته شده و رایج در طول دهه ها داشته است. دو مفهوم برای تعریف جنبه های وابستگی مورد استفاده قرار گرفته است: رفتاری و فیزیکی. در وابستگی رفتاری، فعالیت های ماده جویی و شواهد مرتبط الگوهای مصرف بیمارگونه مورد تأکید قرار می گیرد. در حالی که وابستگی فیزیکی به اثرات فیزیکی (فیزیولوژیکی) دوره های متعدد مصرف ماده اطلاق می شود (سادوک و سادوک، ۱۳۸۸).

وابستگی دارویی<sup>۲</sup> سه ویژگی عمده دارد: ۱) تحمل<sup>۳</sup> یعنی این که شخص با ادامه ی مصرف مجبور می شود مرتباً مقدار مصرف ماده را افزایش دهد تا به همان احساس قبلی دست یابد؛ ۲) علائم ترک دارو<sup>۴</sup> با قطع مصرف، شخص واکنش های جسمی و روانی ناخوشایندی تجربه می کند؛ ۳) احساس اجبار در مصرف<sup>۵</sup> شخص بیشتر از آنچه قصد داشته مصرف می کند. می کوشد میزان مصرف را کنترل کند اما نمی تواند، و وقت زیادی را صرف به دست آوردن مواد می کند. البته میزان تحمل دارو و شدت نشانه های ترک اعتیاد در مورد مواد مختلف فرق می کند (اتکینسون، اتکینسون، اسمیت، بیم و نولن - هوکسما، ۱۳۸۷).

توجه به این نکته ضروری است که هیچ کس به طور ناگهانی وابسته به مواد نمی شود بلکه معمولاً مصرف شامل سه مرحله زیر است:

---

<sup>۱</sup> Substance dependence

<sup>۲</sup> Drug dependence

<sup>۳</sup> Tolerance

<sup>۴</sup> Withdrawal

<sup>۵</sup> Compulsive use

۱. آشنایی: در این مرحله فرد از راه های مختلف (مثلا از طریق دوستان خود با مواد مخدر و نحوه استعمال آن آشنا می شود.

۲. شک و تردید: در این مرحله، فرد سعی می کند با میل خود مبارزه کند.

۳. اعتیاد واقعی در این مرحله فرد دچار اعتیاد می شود و برای رسیدن به حالت نشوونگی، هر بار بر میزان مصرف خود می افزاید (سادوک و سادوک، ۱۳۸۸).

در حالت کلی طبق پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-۵)<sup>۱</sup> اختلالات مرتبط با مواد شامل ۱۰ طبقه ی مجزا از داروها می شود: الکل؛ کافئین؛ شاهدانگان؛ توهم زاها (با طبقه بندی مجزا برای فن سیکلیدین (یا با فعالیت مشابه آریل سیکلو هگزلامین ها) و سایر توهم زاها)؛ دارو های استنشاقی؛ مواد افیونی؛ مسکن ها، داروهای خواب آور، ضد اضطراب ها، داروهای محرک (مواد از گونه ی آمفتامین، کوکائین و سایر داروهای محرک)؛ تنباکو؛ و سایر مواد شناخته نشده). این ۱۰ طبقه کاملا مجزا هستند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۳).

طبق DSM-۵ اختلالات مرتبط با مواد به دو گروه تقسیم شده اند: اختلالات مصرف مواد و اختلالات ناشی از مواد. ویژگی اصلی اختلال مصرف مواد مجموعه ای از نشانه های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که نشان می دهند فرد با وجود مشکلات قابل ملاحظه می مرتبط با مواد، مصرف مواد را ادامه می دهد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۳).

در مجموع، تشخیص اختلال مصرف مواد بر الگوی بیمارگون رفتار های مرتبط با مصرف مواد استوار است. برای کمک به سازماندهی، معیار ملاک های A را می توان متناسب با دسته بندی های کلی کنترل

---

<sup>۱</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- fifth edition (DSM-۵)

<sup>۲</sup> arylcyclohexylamines



معیوب، اختلال اجتماعی، مصرف مخاطره آمیز و ملاک های دارویی در نظر گرفت. کنترل معیوب در مورد مصرف مواد، اولین دسته بندی ملاک هاست (ملاکهای ۴-۱). امکان دارد فرد ماده ای را با مقادیر بیشتر، طی مدت طولانی تر از آنچه در آغاز در نظر داشته است مصرف کند (ملاک ۱). امکان دارد فرد تمایل مداومی را به کاهش دادن یا تنظیم کردن مصرف مواد ابراز کند و بگوید تلاش های ناموفق متعددی را برای کاهش دادن یا قطع مصرف به خرج داده است (ملاک ۲). ممکن فرد وقت زیادی را صرف به دست آوردن مواد، مصرف مواد یا بهبود یافتن از تاثیرات آن کند (ملاک ۳). در برخی موارد اختلالات مصرف مواد شدید تر، تقریباً تمام فعالیت های روزانه ی فرد بر محور مواد می چرخد (ملاک ۴).

اختلال اجتماعی دومین دسته بندی ملاک هاست (ملاک های ۵-۷). مصرف مواد عود کننده ممکن است به ناتوانی در برآورده کردن تعهدات نقش عمده در محل کار، مدرسه یا خانه منجر شود (ملاک ۵). امکان دارد فرد با وجود داشتن مشکلات اجتماعی یا میان فردی مداوم یا مکرر که در اثر تاثیرات مواد ایجاد یا تشدید می شوند به مصرف مواد ادامه دهد (ملاک ۶). فعالیت های مهم اجتماعی، شغلی یا تفریحی ممکن است به علت مصرف مواد رها شوند یا کاهش یابند (ملاک ۷). امکان دارد فرد از فعالیت های خانوادگی و سرگرمی ها به منظور مصرف مواد کناره گیری کند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۳).

مصرف مخاطره آمیز مواد سومین دسته بندی ملاک هاست (ملاک های ۸-۹). این ممکن است شکل مصرف مواد عود کننده در موقعیت هایی را به خود بگیرد که از لحاظ جسمانی خطرناک هستند (ملاک ۸). امکان دارد فرد با وجود آگاهی از اینکه مشکلات جسمانی یا روانی مداوم یا عود کننده ای دارد که احتمالاً ناشی از مواد هستند یا توسط مواد تشدید می شوند، به مصرف آن ادامه دهد (ملاک ۹).

ملاک های دارویی آخرین دسته بندی هستند (ملاک ۱۰ و ۱۱). تحمل (ملاک ۱۰) با نیاز به افزایش قابل ملاحظه ی مقدار مواد برای دستیابی به تاثیر مطلوب یا کاهش چشمگیر تاثیر هنگامی که مقدار معمول

مصرف شده است، مشخص می شود. اینکه تحمل تا چه اندازه ای ایجاد شود در بین افراد مختلف و در بین مواد گوناگون بسیار تفاوت دارد و ممکن است انواع تاثیرات دستگاه عصبی مرکزی را در بر داشته باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۳).

ترک (ملاک ۱۱) نشانگانی است که زمانی روی می دهد که غلظت مواد در خون یا بافت در فردی که مصرف مواد زیاد و طولانی مدت داشته است، کاهش می یابد. فرد بعد از ایجاد نشانه های ترک، احتمالاً برای کاهش دادن نشانه ها، مواد را مصرف می کند. نشانه های ترک در بین طبقات مواد بسیار متفاوت هستند و برای این طبقات دارویی، مجموعه ملاک های جداگانه ای برای ترک ارایه شده اند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۳).

به دلیل اینکه آخرین ماده مصرفی اکثر آزمودنی های حاضر در پژوهش متامفتامین بود در این قسمت به بررسی متامفتامین می پردازیم.

## ۲-۲-۲- متامفتامین

محرک ها موادی هستند که انسان را هوشیار کرده و فعالیت او را بالا می برند. محرک ماده ای است که دستگاه عصبی سمپاتیک را افزایش داده و سبب پدید آمدن حس نشیگی یا هوشیاری می شوند که برای نمونه می توان نیکوتین، کوکائین، ریتالین، اکتسازی و آمفتامین ها را نام برد.

آمفتامین ها در بریتانیا، استرالیا، آسیا و چندین کشور اروپای غربی پس از حشیش و ماری جوانا رایج ترین داروی غیرمجاز هستند. متامفتامین (یکی از داروهای مشابه آمفتامین) در سال های اخیر رواج بیشتری پیدا کرده است. در واقع متامفتامین شکل قوی آمفتامین است که سوء مصرف کنندگان آن را به شکل استنشاقی، تدخین یا تزریق وریدی مصرف می کنند. اثرات روان شناختی آن ساعت ها طول می کشد و بخصوص

اثرات قوی دارد. و قابل تولید در آزمایشگاه های غیر قانونی محلی است. بالاترین میزان مصرف این ماده در سال های اخیر، به ویژه در بین گروه های ۱۸ تا ۲۵ ساله گزارش شده است (سادوک و سادوک، ۱۳۸۷). در حالت کلی داروهای محرک که متامفتامین نیز در این گروه جای می گیرد، موادی هستند که مقدار پیک های عصبی تک آمین (نور اپی نفرین، اپی نفرین، دوپامین و سروتونین) را در سیناپس افزایش می دهند؛ اثر آنها مانند آن است که همه ی نورون هایی که هر کدام یک تک آمین ترشح می کنند، یکجا شلیک کنند. نتیجه ی این امر برانگیختگی همزمان جسمی و روانی است (اتکینسون و همکاران، ۱۳۸۷). این اثرات به خصوص برای نوروهای دوپامینرژیک که از ناحیه ی تگمنتال شکمی به قشر مخ و ناحیه ی لیمبیک کشیده می شوند قوی تر است. این مسیر را مسیر پاداش نامیده اند و فعال شدن آن احتمالاً مکانیسم اعتیاد آور عمده ی متامفتامین است (سادوک و سادوک، ۱۳۸۷).

مصرف متامفتامین با خلوص پایین که مخلوط با مواد دیگری از جمله شکر یا جوش شیرین است عوارض شدیدتری نسبت به متامفتامین خالص دارد. پارگی رگ ها، گرفتگی عضلانی و عفونت پوستی و یا داخلی از این عوارض می باشد. ضمناً موارد مرگ در اثر مصرف بیش از حد یا اور دوز در این نوع مواد بیشتر از مواد خالص است چراکه ممکن است بدون اطلاع فرد، ماده مخدري که از فروشنده ناشناسی تهیه شده دارای درصد یا دوز بالاتری نسبت به ماده معمول داشته باشد (نوری زاده، ۱۳۸۷).

اولین اثر بلند مدت مصرف متامفتامین، وابستگی و اعتیاد است به گونه ای که فرد مصرف کننده اجباری درونی را برای مصرف مکرر متامفتامین در خود احساس می کند که می تواند همراه با تغییراتی در مغز و نیز بافت مولکولی آن باشد. علاوه بر وابستگی، سایر عوارض بلند مدت مصرف متامفتامین شامل رفتار پرخاشگرانه، اضطراب، اغتشاش و آشفتگی ذهنی و بی خوابی است. بدگمانی و سوءظن فرد مصرف کننده در مواقعی می تواند منجر به اقدام به قتل یا اقدام به خودکشی شود (نوری زاده، ۱۳۸۷).



## ۲-۲-۳- سبب شناسی

گفته میشود که اعتیاد «بیماری مغز» است، یعنی فرآیند حیاتی که رفتار اختیاری مصرف مواد را به مصرف اجباری مواد تبدیل می‌کنید، ریشه در تغییراتی در ساختمان و شیمی اعصاب مغز مصرف‌کننده دارد. امروزه شواهد کافی وجود دارد که این تغییرات در مناطق مرتبطی از مغز روی می‌دهند. سؤال بی‌پاسخ که در این زمینه مطرح می‌شود این است که آیا این تغییرات برای توجیه رفتار مصرف مواد لازم و کافی هستند یا خیر؟ بسیاری معتقدند که چنین نیست و توانایی افراد وابسته به مواد برای تعدیل رفتار مصرف مواد در پاسخ به تقویت‌کننده‌های مثبت یا مقارن‌های بیزار سراز، نشان می‌دهد ماهیت اعتیاد پیچیده‌تر از این بوده و مستلزم تعامل عوامل متعددی است (بیمپیسیدیس و همکاران، ۲۰۱۳).

عنصر اساسی، خود رفتار مصرف مواد است. تصمیم به مصرف مواد تحت تأثیر موقعیت بلافصل اجتماعی و روانی و نیز سابقه قبلی فرد قرار دارد. مصرف مواد یک رشته پیامدهایی را آغاز می‌کند که می‌تواند پاداش‌دهنده یا بیزارکننده باشد و از طریق فرآیند یادگیری ممکن است به افزایش یا کاهش احتمال تکرار مصرف مواد منجر شود. مصرف برخی مواد سبب بروز فرآیندهای زیستی مرتبط با تحمل، وابستگی جسمی و حساس‌سازی می‌شود. از سوی دیگر تحمل می‌تواند برخی عوارض ماده مصرفی را کاهش داده و سبب تسهیل یا ایجاد مصرف مقادیر بالاتر شود و سرانجام بروز وابستگی جسمانی را تسریع یا تشدید کند. کیفیت بیزارکننده‌ی سندرم ترک، اگر به حدی بالاتر از یک آستانه مشخص برسد، انگیزه‌ی مشخص و عودکننده‌ی برای مصرف بیشتر فراهم می‌کند. حساس‌سازی سیستم‌های انگیزشی نیز اهمیت محرک‌های مرتبط با مواد را افزایش می‌دهد (علایی و همکاران، ۲۰۰۳).

## ۲-۳-۱- عوامل روان پوشی

طیف نظریات روان پوشی در مورد سوء مصرف مواد، بازتاب نظریه های مختلفی است که هر کدام دوره ای در طول ۱۰۰ سال گذشته رواج داشته اند. بر طبق نظریات کلاسیک سوء مصرف مواد معادل خودارضایی بوده و مکانیسمی دفاعی در مقابل تکانه های همجنس گرایانه یا تظاهری از پسرقت دهانی (یعنی وابستگی) است. برخی مصرف کنندگان هروئین نخستین نشئه را مشابه ارگاسم جنسی طول کشیده توصیف میکنند. فرمول بندی های سایکودینامیک جدید، مصرف مواد را بازتاب اعمال مختل ایگو معرفی می کنند (یعنی ناتوانی مقابله با واقعیت). به عنوان اقدام خوددرمانی، ممکن است الکل برای کنترل پانیک، مواد افیونی برای کنترل خشم و آمفتامین ها برای تخفیف افسردگی مصرف شوند. برخی معتادین در شناسایی حالات هیجانی درونی خود مشکل دارند که این حالت آلکسی تایمیا نامیده می شود (کندلر و همکاران، ۲۰۰۳).

## ۲-۳-۱- یادگیری و شرطی سازی

مصرف مواد چه به صورت گاه گاهی و چه به صورت اجباری رفتاری است که بر اثر پیامدهای آن تداوم می یابد. مواد می تواند از طریق رفع حالت های آزار دهنده و یا ناخوشایندی نظیر درد، اضطراب یا افسردگی، رفتارهای پیشاینده خود را تقویت کنند. در برخی موقعیت های اجتماعی، مصرف مواد (جدا از اثرات دارویی آن)، اگر سبب تأیید دوستان یا کسب موقعیت ویژه ای شود اثر تقویت کننده خواهد داشت. هر بار مصرف مواد در نتیجه نشنگی (شنگولی ناشی از مواد)، تخفیف اثرات ناراحت کننده، تخفیف علائم ترک و هر نوع تلفیقی از این اثرات، سبب تقویت مثبت سریعی می شود. علاوه بر این، برخی داروها دستگاه های عصبی را نسبت به اثرات تقویت کننده مواد حساس می کنند. سرانجام ابزارهای مصرف (سوزن، بطری، پاکت سیگار)، رفتارهای مرتبط با مصرف مواد و نشانه های حاکی از موجود بودن مواد، به صورت تقویت کننده ثانویه عمل می کنند و در حضور این عوامل، میل مصرف مواد افزایش می یابد.

در مصرف کنندگان مواد، هنگام مواجهه با محرک های مرتبط با مواد، فعالیت مناطق لیمبیک از جمله آمیگدال یا سینگولای قدامی افزایش می یابد. این فعالیت مرتبط با مواد مناطق لیمبیک در مورد انواعی از مواد از جمله کوکائین، مواد شبه افیونی و سیگار (نیکوتین) به اثبات رسیده است. جالب اینکه هم در گروه شاهد و هم در مصرف کنندگان کوکائین، محرک های جنسی و محرک های مرتبط با کوکائین مناطق یکسانی را فعال می کنند.

علاوه بر شرطی سازی عامل، مصرف مواد و رفتارهای موادجویی، سایر مکانیسم های یادگیری احتمالاً در وابستگی و عود مصرف نقش دارند (سادوک و سادوک، ۱۳۸۷).

## ۲-۲-۳- عوامل ژنتیک

شواهد محکم به دست آمده از مطالعه بر روی دوقلوها، فرزندخوانده ها و همشیرهایی که جدا از هم بزرگ شده اند نشان می دهد که در سبب یابی سوءمصرف مواد الکلی یک جزء ژنتیک وجود دارد. داده های بسیاری با قطعیت کمتر وجود دارد که نشان می دهد سایر انواع سوءمصرف مواد یا وابستگی به مواد نیز در پیدایش خود الگوی ژنتیک دارند (ژاکوبز (۱۹۸۵) به نقل از سیلگمن و روزنهان، ۲۰۰۰).

## ۲-۲-۳- عوامل عصبی - شیمیایی

یکی از عوامل مهم در ارتباط با تداوم مصرف مواد، پدیده انطباق عصبی<sup>۱</sup> نام دارد. منظور از انطباق عصبی تغییرات مغزی است که در برابر مصرف مکرر یا مزمن مواد ایجاد می شود. بر این اساس، مواد سبب تغییراتی در مغز می شوند و با قرار گرفتن مکرر در معرض یک ماده، بدن و مغز غالباً خود را با آن انطباق می دهد. وقتی مصرف ماده متوقف می شود عمل انطباق نیز متوقف می شود و تعادل حیاتی نیز مختل می گردد. به عبارتی دیگر، هنگامی که فرد به یک ماده خاص وابسته می شود، در حقیقت در یک چرخه

---

<sup>۱</sup> Neuroadaptation

معیوب مصرف مواد و نشانه های ترک اعتیاد قرار می گیرد که به ناچار برای گریز و اجتناب از این نشان ها مصرف مواد را ادامه می دهد (داوسون و همکاران، ۲۰۰۵).

## ۲-۲-۳-۴-۱- گیرنده ها و دستگاه های گیرنده

برای اکثر مواد مورد سوء مصرف، به استثنای الکل، محققین نوروترانسمیترها یا گیرنده های عصبی شناسایی کرده اند که اکثر مواد از طریق آن ها اثرات خود را اعمال می کنند. مصرف طولانی مدت یک ماده مورد سوء مصرف ممکن است نهایتاً سیستم های گیرنده را مغز تغییر دهد، به طوری که مغز برای حفظ تعادل، نیازمند ماده ی برونزا باشد (سادوک و سادوک، ۱۳۸۷).

## ۲-۲-۳-۴-۲- راه های عصبی و نوروترانسمیترها

نورو ترانسمیتر های اصلی که ممکن است در پیدایش سوء مصرف مواد و وابستگی دخیل باشند عبارت اند از سیستم های شبه افیونی، کاتکولامین (بخصوص دوپامین) و گابا آمینوبوتیریک اسید (GABA)، نورون های دوپامینرژیک ناحیه تگمتال شکمی (VTA) در این زمینه اهمیت خاصی دارند. این نورون ها به نواحی قشری و لیمبیک و بخصوص هسته ی اکومینس کشیده می شوند. این مسیر خاص احتمالاً در احساس پاداش دخالت دارد و ممکن است میانجی اصلی اثرات موادی نظیر آفتامین ها و کوکائین باشد. تصور می شود لوکوس سرولئوس (بزرگترین گروه نورون های آدرنرژیک)، احتمالاً مرکز تأثیر ترکیبات مواد افیونی و شبه افیونی است. این مسیر روی هم رفته مدار پاداش مغز نامیده می شود (بیمپسیدیس و همکاران، ۲۰۱۳).



## ۲-۳- نظریه های اعتیاد

امروزه کلمه اعتیاد به شرایط مزمنی<sup>۱</sup> اشاره می کند که در آن انگیزه های قوی ناسالم برای به کار بستن یک رفتار ویژه مخرب وجود دارد که به دلیل شرایط مختلف از جمله شرایط فیزیولوژیکی، روان شناسی، محیطی و اجتماعی می تواند ایجاد شود. هر چند در بحث اعتیاد، اگر تنها یک عامل در نظر گرفته شود عوامل دیگر نادیده گرفته می شوند. بر اساس برخی از پژوهش ها افراد برای فرار از زندگی ناخوشایند، احساس اضطراب و غیره رو به مصرف مواد می آورند.

برخی دیگر تصور می کنند مصرف مواد به دلیل تمایل شدیدی است که مواد شیمیایی و عصبی در آن دخیل است. از دید برخی نیز مصرف مواد به دلیل کسب لذت است. البته برخی دیگر اعتیاد را یک انتخاب می دانند و معتقدند که اعتیاد یک انتخاب است. افراد معتاد جوانب مثبت و منفی آنچه را انجام می دهند وزن می دهند و به یک تصمیم گیری می رسند و هنوز نیز عده ای اعتیاد را به دلیل مهار برانگیختگی<sup>۲</sup> ضعیف در افراد می دانند. هر کدام از این موضعه ها جنبه های مهمی از مشکل را در نظر گرفته اند.

اما بر اساس شواهد، هیچ کدام از این نظریه ها به تنهایی کامل نیستند. هر چند به نظر می رسد، مشکل است یک متخصص ویژه در حوزه خاصی از اعتیاد یک نظر کلی دهد و بخواهد در حوزه های غیر تخصصی خود اظهار نظر کنند. مثلاً یک متخصص اعتیاد به الکل در مورد کوکائین نظر بدهد ولی به اجبار لازم است اعتیاد به طور کلی و چند بعدی در قالب نظریه ها تعریف شود. زیرا اگر این کار انجام نشود، امکان درک آنچه در مجموع اعتیاد و اختلال مصرف مواد نامیده می شود وجود نخواهد داشت (وست و

بروان<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳)

---

<sup>۱</sup> chronic

<sup>۲</sup> impulse

<sup>۳</sup> West, R., & Brown, J.

## ۲-۳-۱- نظریه زیست شناختی و ژنتیک:

مطالعات انجام شده بر نقش ژنتیک و مولفه های عصب- شیمیایی<sup>۱</sup> در گیر سوء مصرف مواد تاکید دارد. همچنین مطالعات بر روی دوقلوها نشان داد در سوء مصرف الکل یک جزء ژنتیک وجود دارد. اما در مورد سوء مصرف و وابستگی به مواد الگوی ژنتیک چندان قطعیت ندارد. و هنوز ژن مشخصی یافت نشده است (تاجری، ۱۳۹۰). برای بیشتر مواد اعتیاد آور گیرنده های عصبی ویژه شناخته شده است. مثلا مواد افیونی بر گیرنده های مواد افیونی اثر می گذارند. بنابراین در کسی که فعالیت افیونی درون زا بسیار کم است یا فعالیت آنتاگونیستی درون زا<sup>۲</sup> خیلی بالاست، ممکن است در معرض ابتلا به وابستگی به مواد افیونی قرار گیرد (سادوک و سادوک، ۱۳۸۷). تحقیقات تاچمن<sup>۳</sup> (۲۰۱۰) نشان داد عواملی از جمله نوع ماده، عوامل و ویژگیهای اجتماعی که فرد در آن قرار دارد، پاسخ های زیست شناختی، همزمان بودن با دیگر اختلال های روانی می تواند باعث اختلاف جنسیتی در شیوع سوء مصرف مواد گردد.

## ۲-۳-۲- نظریه های روان شناختی

**الف) نظریه انسان نگری:** مطابق نظریه انسان نگری<sup>۴</sup>، فرد در هریک از انواع اعتیادها به دنبال تامین یکی از نیازهای بنیادین خویش است که با انواع نیازهای اولیه بشری مزلو<sup>۵</sup> قابل انطباق است. اعتیاد می تواند مفری برای رهایی از مشکل ها و یا گریز از واقعیت و یا راهی برای ارضای نیازهای هیجانی و روانی باشد (بست، دی، مک کارنی، دارلینگتون و پینچ بک<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸). بر اساس گزارش دفتر مواد مخدر و جرائم سازمان ملل متحد<sup>۷</sup> (۲۰۰۴) عوامل مختلفی در شکل گیری اعتیاد زنان زنان موثر است. عوامل روانی - اجتماعی<sup>۸</sup>،

---

<sup>۱</sup> neurochemical

<sup>۲</sup> endogenous antagonistic

<sup>۳</sup> Tuchman, E.

<sup>۴</sup> humanism

<sup>۵</sup> Maslow, A.

<sup>۶</sup> Best, D., Day, E., McCarthy, T., Darlington, I., & Pinchbeck, K.

<sup>۷</sup> United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)

<sup>۸</sup> psychosocial factors

فرهنگی-اجتماعی<sup>۱</sup> و ژنتیکی<sup>۲</sup> از جمله این عوامل است. اغلب تنیدگی ها، خلق منفی و مشکل های ارتباطی بین فردی باعث شروع سوء مصرف مواد در زنان است.

عدم رضایت از زندگی و تنش های ناشی از آن می تواند در شکل گیری اعتیاد موثر باشد (شک<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳).

ب) **نظریه رفتارنگری**: بر اساس نظریه رفتار نگری<sup>۴</sup>، اگر استفاده از مواد بتواند فرد را از واقعیت دور کنند و

خوبی را فراهم نماید، موجب کاهش تنش، افزایش شادی و شغف و در کل تجربه مثبت به هر صورتی احساس باشد، عامل تقویت کننده خواهد بود و به صورت یک چرخه عمل می کند و باعث افزایش رفتار مصرف و تداوم و در نهایت وابستگی خواهد شد. هرچند این تصور همواره این گونه نخواهد بود و با تکرار در مصرف و با گذشت زمان وضعیت تغییر خواهد کرد (تاجری، ۱۳۸۰).

مطالعه مرووری دلوزن و لیو<sup>۵</sup> (۲۰۰۸) نیز نشان داد انگیزه شروع مصرف مواد را در زنان افزایش بهره وری ذکر کرد. بر اساس این پژوهش زنان باور دارند که افزایش انرژی باعث بهره وری آنها می شود و باعث کاهش خستگی آنها از وظایف روزانه می شود و این خود دلیل برای مصرف می شود. این نظریه با استفاده از اصول شرطی سازی کلاسیک و شرطی سازی عامل (کنشگر<sup>۶</sup>) به سبب شناسی اعتیاد می پردازد.

**شرطی سازی کلاسیک**: بنا به تعریف شرطی سازی کلاسیک<sup>۶</sup> یک فرایند یادگیری است که در آن محرک به واسطه همراه شدن با محرک دیگر که محرک غیر شرطی<sup>۸</sup> است، به صورت محرک شرطی<sup>۹</sup> در می آید و به طور طور طبیعی پاسخی را فرا می خواند و موجب بروز آن پاسخ می شود (سارافینو<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۲ نقل از

---

<sup>۱</sup> socio-cultural

<sup>۲</sup> genetical

<sup>۳</sup> Shek, D. T. L.

<sup>۴</sup> behaviorism

<sup>۵</sup> Dluzen, D. E., & Liu, B.

<sup>۶</sup> classical conditioning

<sup>۷</sup> operant conditioning

<sup>۸</sup> unconditioned stimulus

<sup>۹</sup> conditioned stimulus

<sup>۱۰</sup> Sarafino, E. P.

سیف، ۱۳۸۳). محرک غیر شرطی شده در اعتیاد، اثر مواد است و در اصطلاح شرطی سازی کلاسیک احساس های اولیه ایجاد شده با آغاز عملکرد مواد می تواند ناشی از علائم درونی (فیزیولوژیکی) باشد که آثار بعدی را پیش بینی می کند و بنابراین به محرک های شرطی شده تبدیل میشوند (وست<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶).

نظریه هایی که اساسشان بر شرطی سازی کلاسیک است، میل به مصرف را به عنوان یک فرایند یادگیری و اکتساب توضیح می دهند. محرکهای محیطی با مصرف مواد، از قبیل وسایل مصرف پیوند می خوردند که این می تواند تاثیر شرطی شده را داشته باشد و در حقیقت باعث ایجاد میل به مصرف شود. بر این اساس، مدل مواجهه با نشانه ها به وجود آمده است که هدف آن شکستن تاثیر شرطی شده مواد است. به این اصول شرطی سازی کلاسیک خاموش سازی<sup>۲</sup> می گویند. خاموش سازی عدم تقویت در مواجهه با نشانه های<sup>۳</sup> است که با مصرف مواد شرطی شده اند که این خود باعث کاهش تاثیرات شرطی شده مواد می شود (دراموند<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱).

**شرطی سازی کنشگر:** بر اساس خاصیت دارویی مواد در رفتار، می توان گفت اعتیاد به مواد مخدر ناشی از بهره برداری از پاداش و تنبیه است. به طوری که به دلیل تاثیر مواد، سیستم تقویتی دستگاه عصبی چنان فعال می شود که رفتار فرد خارج از کنترل می شود، توقف رفتار اعتیادی سخت می شود و اجبار در مصرف رخ میدهد. این اجبار بر اساس یادگیری کنشگر (وسیله ای<sup>۵</sup>) و ناهشیارانه است. تاثیر مواد موجب می شود که رفتارهایی که به مصرف ختم می شوند پاداش دریافت کنند. در مقابل بر اثر تطابق سیستم دستگاه عصبی در زمان قطع مصرف مواد، احساس های منفی از جمله خلق افسرده به عنوان یک تنبیه و یک رویداد منفی و آزار دهنده به فرد هجوم می آورد و در این حالت به طور طبیعی فرد برای رفع تاثیر

---

<sup>۱</sup> West, R.

<sup>۲</sup> extinction

<sup>۳</sup> cues

<sup>۴</sup> Drummond, D. C.

<sup>۵</sup> instrumental learning

محرك آزاردهنده، از مکانیسم اجتناب<sup>۱</sup> استفاده می کند و به مصرف ادامه می دهد (وست، ۲۰۰۶). پژوهش ها نشان دادند سطح بالای احساس های روان آزردهنده از جمله اضطراب، افسردگی، درماندگی (جی یونگ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳ مارانگونی و الیور<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳ گویترس و ون پامبرگ<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶) و شکست عاطفی می تواند زمینه ساز اعتیاد باشد (روبرت<sup>۵</sup>، ۱۹۹۹).

**پ) نظریه روان تحلیل گری:** بر اساس نظریه روان تحلیل گری<sup>۶</sup>، دلایل مصرف مواد، وجود ناکامیهای بیرونی و یا بازداری های درونی (فرامن<sup>۷</sup> سخت گیر و تنبیه گر) و آسیب شدید در من<sup>۸</sup> است که به علت آشفتگی های عمیق در طی رشد خصوصا در روان کودکی ایجاد شده است. مطابق این دیدگاه سوء مصرف مواد به واسطه تعارض های درون فردی که منجر به تثبیت یا واپس روی به مرحله وابستگی دهانی<sup>۹</sup> در رشد می شود، شکل می گیرد. در برخی نظریه های روان تحلیل گری مصرف مواد معادل مکانیسم های دفاعی از جمله خودارضایی<sup>۱۰</sup> تلقی می شود (تاجری، ۱۳۹۰). نظریه های روان تحلیل گری با گذشت زمان از آغاز تا پایان قرن بیستم نمایانگر تغییر و تکامل این مبانی نسبت به اعتیاد بوده است. در آغاز قرن از دیدگاه فروید و سایر معاصرینش اعتیاد به نوعی، تمایل واپس روانه<sup>۱۱</sup> و خودارضایی غرایز قلمداد می شد. اما به مرور نظریه پردازان روانکاوی اعتیاد را بیشتر نوعی واکنش پیشرو<sup>۱۲</sup> فرد معتاد برای کنار آمدن با نقصانهایی ارزیابی کردند که به دلایل گوناگون فردی، ارتباطی، اجتماعی طی دوران رشد روانی او روی داده بود. برای مثال اعتیاد می تواند در برخی نوعی دفاع در مقابل خطر تکه تکه شدن<sup>۱۳</sup> به صورت دفاع در مقابل پسیکوز

---

<sup>۱</sup> aviodance

<sup>۲</sup> Giyung, H.K.

<sup>۳</sup> Marangoni, S. n. R., & Oliveira, M. L. c. F. l. d.

<sup>۴</sup> Gutierrez, S. E., & Van Puymbroeck, C

<sup>۵</sup> Roberts, C. A.

<sup>۶</sup> psychoanalysis

<sup>۷</sup> super ego

<sup>۸</sup> ego

<sup>۹</sup> oral

<sup>۱۰</sup> masturbating

<sup>۱۱</sup> regressive

<sup>۱۲</sup> progressive

<sup>۱۳</sup> fragmentation

تلقی شود. خود معتادان نیز اغلب علت مصرف مواد خویش را تلاش برای غلبه بر احساس های منفی، خلا و خردشدگی، هول، از دست دادن کنترل بر خود و رسیدن به حالت عادی بهتر، عاری از هول و وحشت و تحت کنترل در آوردن اوضاع توصیف می کنند. بنابراین مصرف مواد از دیدگاه این نظریه پردازان نوعی خوددرمانی<sup>۱</sup> محسوب می شود (جمالی، ۱۳۸۹؛ به نقل از سلیمانی امویی، ۱۳۹۲).

به طور کلی نظریه های روان تحلیل گری در تبیین سوء مصرف مواد به چهار حوزه تقسیم می شوند:

- ۱- سوء مصرف مواد کوششی برای ترمیم خودپنداشت<sup>۲</sup> آسیب دیده می باشد.
  - ۲- پدیده اعتیاد را می توان به عنوان یک حالت دفاعی برای مقابله با پریشانی و آشفتگی<sup>۳</sup> در نظر گرفت.
  - ۳- رابطه موضوعی آشفته به عنوان علت اصلی و بنیادی سوء مصرف است (مورگنسترن و لیدز<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹).
  - ۴- اعتیاد دفاع بر علیه فرامن در افرادی است که اغلب احساس های اضطراب زیاد، افسردگی همراه با ملامت، عدم رضایت از عملکرد، خشم، عصبانیت و زودانگیختگی<sup>۵</sup> را تجربه می کنند (ورمرسر<sup>۶</sup>، ۱۹۸۷).
- مطالعه گویترس و ون پامبرگ<sup>۷</sup> (۲۰۰۶) نیز نشان داد اغلب زنان معتاد به مواد، قربانی خشونت های دوران کودکی و بزرگسالی هستند. قربانی خشونت های جسمی و جنسی که نتایج آن مشکل های روان شناسی از جمله حرمت خود پایین، افسردگی و اضطراب و کشیده شدن به استفاده از مواد به عنوان راهی برای مقابله با مشکل ها است. زمانی که یک زن شروع به استفاده از مواد می کند تجربه اش در دنیای مواد آن را در ادامه قربانی بودن خشونت ها مختلف قرار میدهد و این باعث احساس منفی ارزش خود<sup>۸</sup> پایین، افسردگی و درماندگی<sup>۹</sup> است که دلیلی برای ادامه مصرف و شکل گیری اعتیاد میشود.

---

<sup>۱</sup> self- medication

<sup>۲</sup> self-concept

<sup>۳</sup> distress

<sup>۴</sup> Morgenstern, J., & Leeds, J.

<sup>۵</sup> impulsivity

<sup>۶</sup> Wurmser, L.

<sup>۷</sup> Gutierrez, S. E., & Van Puymbroeck, C

<sup>۸</sup> self-worth

<sup>۹</sup> helplessness

بر اساس پژوهش اویمیت، کیمرلینگ، شاو و مووس<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) سابقه افسردگی، اضطراب، سوء استفاده های جنسی<sup>۲</sup> و جسمی در زنان معتاد شایع است.

ت) نظریه های شخصیت: یکی از برجسته ترین نظریه های شخصیت<sup>۳</sup> نظریه سه عاملی آیزنگ<sup>۴</sup> است. بر اساس این نظریه سرچشمه زیست شناختی نوروز گرایی<sup>۵</sup> از حساسیت در سیستم خودکار لیمبیک<sup>۶</sup> است که فعالیت های ما را در محرکهای محیطی و روان شناختی تعیین می کند. افراد بسیار واکنش پذیر، سریع تر مضطرب و برانگیخته می شوند و برای آرام سازی خود و کنترل هیجان ها به استفاده از مواد روی می آورند (آیزنگ و آیزنگ<sup>۷</sup>، ۱۹۸۵).

همچنین مطالعه ها نشان داد، هیجان خواهی بالا که می تواند مربوط به سطح بالای دوپامین<sup>۸</sup> و فزون فعالیتی سیستم دوپامینرژیک<sup>۹</sup> مغز است با آسیب شناسی روانی ارتباط مستقیم دارد و منجر به هزینه های بالا می شود (نوربری و هوساین<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۵). و میتواند زمینه ساز گرایش به اعتیاد در افراد باشد (عرب ۲۰۱۵). این ویژگی شخصیتی به واسطه جستجوی تنوع<sup>۱۱</sup>، تازگی<sup>۱۲</sup>، پیچیدگی<sup>۱۳</sup>، تمایل به تجربه های جدید و خطر کردن بالا در مسائل جسمانی<sup>۱۴</sup>، اجتماعی<sup>۱۵</sup>، قانونی<sup>۱۶</sup> و مالی<sup>۱۷</sup> به عنوان تجربه های جدید تعریف

---

<sup>۱</sup> Ouimette, P. C. Kimerling, R., Shaw, J., & Moos, R. H.

<sup>۲</sup> sexual abuse

<sup>۳</sup> personality theories

<sup>۴</sup> eysenck three-factor theory

<sup>۵</sup> neuroticism

<sup>۶</sup> limbic autonomic system

<sup>۷</sup> Eysenck, H., & Eysenck, M.

<sup>۸</sup> dopamine

<sup>۹</sup> dopaminergic

<sup>۱۰</sup> Norbury, A., & Husain, M.

<sup>۱۱</sup> varied

<sup>۱۲</sup> novel

<sup>۱۳</sup> complex

<sup>۱۴</sup> physical

<sup>۱۵</sup> social

<sup>۱۶</sup> legal

<sup>۱۷</sup> financial

می شود (پاتون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). زاکن این ویژگیهای شخصیتی را به عنوان ویژگی که در خدمت ارضا نیازهای هیجانی افراد است تعریف کرد (زاکرمن<sup>۲</sup>، ۱۹۷۹ نقل از پاتون، ۲۰۱۲).

محمودی (۱۳۹۰) با بررسی رابطه ویژگی های شخصیتی (هیجان خواهی<sup>۳</sup>، ابراز وجود<sup>۴</sup>، سر سختی روان شناختی<sup>۵</sup>، روان شناختی<sup>۶</sup>)، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی اعتیاد به مواد مخدر نشان داد بین هیجان خواهی و گرایش به اعتیاد در زنان ارتباطی وجود ندارد و اما بین گرایش به اعتیاد در زنان با ابراز وجود، رابطه مستقیم و بین نگرش مذهبی بیرونی و درونی<sup>۷</sup> و رضایت زناشویی<sup>۸</sup> با گرایش به اعتیاد ارتباط معکوس وجود دارد.

بر اساس نظریه پنج عاملی، شخصیت حاصل هم گرایی پنج بعد نوروز گرایی، برونگرایی، گشودگی، توافق جویی و وظیفه شناسی است. افراد وابسته به مصرف مواد در مقایسه با دیگران روان آزاده تر هستند. افراد روان آزاده ایده های غیر منطقی دارند و بر برانگیختگی ها مهار کمتری دارند و توانایی مدیریت تنیدگی در آنها ضعیف است. از طرفی افراد اغلب بعد وظیفه شناسی ضعیف تری دارند. بعد وظیفه شناسی نشان دهنده سطح اراده، توانایی مهار هیجان ها، تمایل به خود انضباطی و وظیفه شناسی فرد است (دیویی، آرورا، گوپتا و کومار، ۲۰۱۰). ث) نظریه حساسیت به تقویت: گری (۱۹۹۴) نقل از گری و مک ناوتون (۲۰۰۰) در نظریه عصب روان شناختی خود الگوی زیستی از شخصیت را با عنوان نظریه حساسیت به تقویت ارائه داد. الگویی که تبیینی بر رگه های شخصیتی مبتنی بر سامانه های مغزی-رفتاری است و بر این اساس سه سامانه مغزی است که رفتارها و هیجان ها را کنترل می کند: ۱- سامانه فعال ساز رفتاری (BAS) ۲- سامانه باز داری رفتاری (BIS) ۳- سامانه جنگ و گریز و انجماد (FFFS) این سه سامانه با یکدیگر در تعامل

---

<sup>۱</sup> Patton, J.H.

<sup>۲</sup> Zuckerman, M.,

<sup>۳</sup> excitement willingness

<sup>۴</sup> self-assertion

<sup>۵</sup> psychological obstinacy

<sup>۶</sup> internal or external religious attitude

<sup>۷</sup> connubial satisfaction

<sup>۸</sup> extraversion



هستند. سامانه فعال ساز رفتاری به وسیله نشانه های شرطی و غیر شرطی پاداش یا رهایی از تنبیه برانگیخته می شود و رفتارهای اشتیاقی را فعال یا تعدیل می کند. این سامانه در تجربه هیجان مثبت و بروز بعد شخصیتی تکانشگری رفتار دخیل است. به عبارت دیگر افراد با سطوح بالای این سامانه مستعد گرایش به موقعیت هایی هستند که در آن محرک با پاداش همراه است. بنابراین غلبه سامانه فعال ساز رفتاری و حساسیت بالا نسبت به نشانه های پاداش که از طریق مصرف مواد و تجربه رفتارهایی که منجر به پاداش و تقویت می شود، نشان دهنده عوامل زمینه ساز در افراد مستعد اعتیاد خواهد بود (داو و لاتسون، ۲۰۰۴؛ فهیمی، علی مهدی، بخشی پور رودسری، و محمود علیلو. ۱۳۹۰؛ عبدی، بخشی پور رودسری؛ محمود علیلو، ۱۳۹۰).

## ۲-۳-۳- نظریه های روانی - اجتماعی

**الف) نظریه یادگیری اجتماعی:** نظریه یادگیری اجتماعی بندورا در این نظریه مصرف مواد به عنوان یک یادگیری اجتماعی و عملکرد رفتاری است که نتیجه فعل و انفعال بین عوامل اجتماعی (بین فردی و عوامل شخصی (درون فردی است (بوتوین، ۲۰۰۰). در واقع بر اساس این نظریه مشاهده مصرف مواد توسط پدر، مادر، دوست و همسالان و دیگر اعضای در ارتباط با فرد موجب می شود که اثرهای مثبت مصرف القا شود و الگوهایی ارائه شود که به فرد راههای به دست آوردن و استفاده از مواد را نشان می دهد (مووس، ۲۰۰۷). مطالعه ناصری پلنگرد، محمدی، دوله و ناصری (۱۳۹۲) نشان داد که کنترل اجتماعی ضعیف، همنشینی با افراد بزهکار، تعلق خاطر و وابستگی پایین میان اعضاء خانواده، کمبود اعتقادهای مذهبی، ارتباط با دوستان معتاد و مجرم، می تواند منجر به شکل گیری اعتیاد در زنان شود.

**ب) نظریه تنیدگی و مقابله:** طرفداران نظریه تنیدگی و مقابله معتقدند محیطهای زندگی پر تنیدگی که ناشی از اعضاء خانواده، دوستان، شغل، مسائل اقتصادی و دیگر مشکل ها است، می تواند منتهی به پریشانی و

بیگانگی و در نهایت سوء مصرف مواد توسط فرد شود. عوامل تنیدگی زای خانوادگی از جمله سوء استفاده فیزیکی و جنسی، درگیری های مستمر، نبود انسجام و ساختار موجب بیگانگی و اضطراب می شود و این شرایط تنیدگی را به ویژه در افرادی که اعتماد به خود و مهارت های مقابله ای ضعیف تری دارند، موجب استفاده از مواد می شود و با مصرف مواد، تنیدگی خود را کاهش می دهند (موس، ۲۰۰۷). | یافته های پژوهش بیاتی (۱۳۹۰) نشان داد میزان آگاهی زنان، از هم گسیختگی خانوادگی در خانواده اولیه و ثانویه، در دسترس بودن مواد مخدر، اعتیاد اعضای خانواده، میزان تحصیلات فرد و سطح تحصیلات والدین از عوامل موثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر است.

همچنین پژوهش ایل باسل، گیلبرت، وو، گو و هیل (۲۰۰۴) نشان داد که زنانی که در معرض انواع خشونت ها قرار می گیرند استفاده از مواد در آنها شایع تر است. بر اساس پژوهش کیفی میرز، کارنی و وچسبرگ (۲۰۱۵) آموزش و پرورش بیشتر در جهت علاقه و نیازهای مردان است و این خود بر توانایی زنان در یافتن شغل تاثیر می گذارد و منجر به خستگی و زیربنای استفاده از مواد مخدر می شود. زنان دچار فقر و عدم حمایت لازم از طرف جامعه و خانواده، به سمت مردان بزهکار کشیده می شوند و به واسطه این ارتباطها آنها در گیر مصرف مواد غیر قانونی می شوند.

یافته های پژوهش باقری، آزادفلاح و فتحی آشتیانی (۲۰۱۳) در زنان معتاد نشان داد اعتیاد و وابستگی به مواد در زنان می تواند مبتنی بر سازه های شخصیتی خاصی باشد که پدید آیی آنها در چهارچوب تحول به سال های نخستین زندگی فرد بر می گردد. در این افراد میانگین اضطراب و دلبستگی ناایمن در این افراد بالاست. با توجه به رابطه بسیار قوی بین کیفیت سبک های دلبستگی بزرگسالان و تجربه انواع مختلف تنیدگیها، نتیجه گیری می شود که این تنیدگی ها نیز به نوبه خود در سوق دادن زنان به سمت مصرف مواد موثر است. زنان دارای وابستگی به مواد از تجربه های دردناک ناشی از سر خوردگی شدید در ارتباط با

والدین به ویژه مادر رنج برده و در نتیجه این افراد به امور و اشیای بیرونی وابستگی پیدا می کنند و نسبت به افراد غیر معتاد نگرانی بیشتری از طردشدن توسط دیگران دارند.

پژوهش ها نشان داد زنان مصرف کننده مواد از سبک ها و راهبردهای مقابله ای آسیب زا و ضعیف استفاده می کنند. مطالعه کیمبرلی و گاردی (۲۰۰۳) و بهادری خسروشاهی و خانجانی (۲۰۱۳) نشان دادند دختران جوان مصرف کننده مواد بیشتر از سبک مقابله ای هیجان مدارک استفاده می کنند. سبک مقابله ای هیجان مدار می تواند زمینه گرایش آنها به اعتیاد را فراهم نماید. مطالعه کورت-باتلر (۲۰۰۹) نیز نشان داد زنانی که از سبک مقابله ای اجتنابی استفاده می کنند، مستعد گرایش به رفتارهای بزه کارانه هستند. همچنین مطالعه راکتیک، کرواسیوک و دجوریک (۲۰۰۹) نیز نشان داد سبک های مقابله ای رشد نیافته و سازش نیافته انکار، مجزاسازی مجزاسازی، نارزنده سازی، خیال پردازی و دوباره سازی با اعتیاد در زنان ارتباط معنی دار دارد. مطالعه ها نشان داد که نظریه های یک جانبه، قدرت بیان نمودن شکل گیری اعتیاد را ندارند و نگاه خطی و علت و معلولی جای خود را به مدل های پیچیده تحولی داده اند (ساتکر و آلین ۱۱، ۱۹۸۸ . تارتر ۱۲، ۱۹۸۸ نقل از بال، ۲۰۰۴).

بر اساس نظریه های روانکاوی فرد معتاد قادر به حس هیجان های خویش نیست. برای بسیاری از سوء مصرف کنندگان مواد عواطف کلی، نامتمایز و پیش کلامی<sup>۱</sup> تجربه می شوند. در نوزادان عواطف مقدماتی تنها از دو وضعیت آسایش و عذاب یا زجر تشکیل می شود. طی دوران رشد در حضور مراقبت گران و محیط حمایتگر تمامی الگوهای واکنش بزرگسالی عاطفی پدید می آیند. تمایز عاطفی فرآیندی مستمر است. برای مثال خجالت، خشم، نفرت و افسردگی همه ناشی از تمایز عواطف دردناک اولیه هستند. تکامل عاطفی به واسطه بیان و غیر جسمانی شدن عملی می شود. یک نوزاد عاطفه را تنها به عنوان تغییر های فیزیکی و درد می تواند حس کند. به تدریج که کودک رشد می کند آگاهی از تجربه شخصی «احساس

---

<sup>۱</sup> Pre verbal

کردن» ظاهر می‌شود. کودک می‌آموزد که احساساتش را بفهمد و در مقابل هشدارهای عاطفی به عمل دست یازد. تحمل عاطفی<sup>۱</sup> هم به همین میزان در ارتباط با معتادان مهم است. تحمل عواطف، توانایی پاسخ به محرک است که در حالت عادی می‌بایست به بیداری عواطف به وسیله تجربه ذهنی احساس‌ها منجر شود و نه آنکه به صورت بی‌واکنشی یا الگوی تخلیه واکنشی همانند رفتار تکانش‌گرانه، اختلال جسمانی یا بی‌نظمی شخصی تظاهر کند. در افراد معتاد به واسطه عدم آرامش درونی به علت نبود الگوهای آرام بخش مادرانه در کودکی، فقدان توانایی تخیل و توانایی تجربه ذهنی عواطف و ظرفیت کلامی کردن<sup>۲</sup> عاطفه، توانایی تحمل عواطف کمتر از سایرین مشاهده می‌شود (سلیمانی امویی، ۱۳۹۲).

علاوه بر دشواری در سازماندهی عاطفی، سوء مصرف کنندگان مواد ممکن است با سایر کارکردهای خود<sup>۳</sup> مانند حفظ وضعیت بهزیستی و اعتماد به نفس، ارضای نیازها، دفاع در مقابل سائق‌ها و ارتباط‌های شیئی<sup>۴</sup> نیز مشکل داشته باشند. پیش از این افراد معتاد به دلایل مختلفی با رغبت کمتری توسط درمانگران با گرایش به نظریه روانکاوی مورد درمان قرار می‌گرفتند. از جمله اینکه، مشکل وابستگی به مواد تظاهر ثانویه و ظاهری مشکلات عمیق‌تر روانی قلمداد شده و بنابراین کمتر مرکز توجه مستقیم قرار می‌گرفت. علاوه بر این تکنیک‌های روانکاوانه برای سوء مصرف کنندگان مواد با توجه به عدم کارکردهای ایگو و دفاع‌های کنشگرانه، نابه‌جا به نظر می‌رسید و دست‌آخر اینکه سوء مصرف کنندگان مواد عمدتاً از طبقات پایین جامعه بوده و قادر به استفاده از این روش‌های درمانی نبودند (سلیمانی امویی، ۱۳۹۲).

رادو اعتقاد داشت که اعتیاد یک اختلال «خودشیفتگی»<sup>۵</sup> همراه با لیبیدویی<sup>۶</sup> بیش از حد طبیعی است. این اختلال همچنین با تلاش مایوس‌کننده‌ی فرار از ملامت به وسیله‌ی مواد و نیز از مؤثر نبودن مواد همراه

---

<sup>۱</sup> Affect tolerance  
<sup>۲</sup> verbalization  
<sup>۳</sup> self  
<sup>۴</sup> Object relations  
<sup>۵</sup> narcissistic  
<sup>۶</sup> libido

است. راد و همچنین عقیده داشت که سبب شناسی اعتیاد با استناد به لیبدو، ارتباط نزدیکی با میزان رشد دهانی و میزان همجنس گرایی دارد که اولی از واپس روی یا تثبیت و دومی از انحراف رشد ناشی شده است (کمرزین، زارع و بروکی میلان، ۱۳۹۰)

### ۲-۳-۴- نظریه مشوق مثبت اعتیاد

این نظریه علت اصلی گرایش معتادان به مصرف مواد را، فرار یا اجتناب از پیامدهای ناخوشایند علائم ترک مواد یا علائم شرطی شده‌ی ترک مواد نمی‌داند بلکه بیشتر بر حصول آثار خوشایند مواد و ایجاد لذت می‌داند (بهرامی احسان، ۱۳۸۸).

نکته حائز اهمیت در این نظریه این است که لذت حاصل از مصرف مواد به خودی خود اساس اعتیاد نیست، بلکه لذت مورد انتظار از مصرف مواد یعنی ارزش مشوق مثبت مصرف مواد که سبب گرایش به مواد می‌شود (بهرامی احسان، ۱۳۸۸).

### ۲-۳-۵- نظریه ی خود تنظیمی<sup>۱</sup>

نظریه ی دیگری که در پی توضیح این است که چگونه پاداش به دنبال رفتار، از کنترل خارج می‌شود، نظریه‌ی خود تنظیمی است؛ که استدلال می‌کند اعمال آگاهانه ی فرد، در راستای رسیدن به اهداف مرتبط با سلامت است. در خود تنظیمی، فرآیندهای سطح بالاتر برجسته تر از فرآیندهای سطح پایین تر است (باومیستر، هترتون<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴؛ به نقل از کوایمتسیدز<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). شکست در خود تنظیمی زمانی روی می‌دهد که از طریق آن، فرآیندهای سطح پایین تر به جای فرآیندهای سطح بالاتر فعالیت می‌کنند. نظریه ی خود تنظیمی اجازه تأثیرات احتمالی وابستگی دارویی بر خود تنظیمی را می‌دهد و همچنین تأثیر کوتاه مدت

---

<sup>۱</sup> Self - regulation theory

<sup>۲</sup> Bauheister, Heatherton

<sup>۳</sup> Kouimtsidis

مانند خستگی، حالت عاطفی و محرک های محیطی بر خود تنظیمی را مورد بررسی قرار می دهد (کوایمتیدز، ۲۰۱۰؛ به نقل از پرنیان خوی، ۱۳۸۳).

بسیاری از درمان جویان دچار سوء مصرف مواد، الگوهای تفکر خاصی دارند که موجب تداوم اختلال آنها می شود و ممکن است مانع ایجاد تغییر شوند (بک، رایت، نیومن و لایز،<sup>۱</sup> ۱۹۹۳). این الگوهای تفکر را باورهای مرتبط با انتظاراتها، باورهای مرتبط با اجازه مصرف، باورهای انتظار و باورهای فرد در زمینه مصرف مواد تشکیل می دهند (کمر زرین و همکاران، ۱۳۹۰). این باورها شامل افکار و ایده هایی درباره لذت طلبی، حل مسئله، برجسته بودن و فرار است که ممکن است در دوره می کودکی فرد شکل گرفته باشند (بک و همکاران، ۱۹۹۳).

## ۲-۳-۶- نظریه های یادگیری

نظریه های یادگیری از چندین مکتب فکری مختلف راجع به رفتار شرطی شده نشأت گرفته است. این مکاتب فکری عبارت اند از: شرطی سازی کلاسیک، شرطی سازی عامل، نظریه های الگوسازی، نظریه های شناختی- رفتاری یا یادگیری اجتماعی. تمام این نظریه ها بر این باورند که رفتار انسان به جای اینکه توسط عوامل ارثی ایجاد شده باشد، آموخته شده هستند. رفتارهای مشکل دار شامل افکار، احساسات و تغییرات فیزیولوژیکی، می توانند با همان فرآیندهای یادگیری که در ابتدا آنها را به وجود آورده است، اصلاح و تغییر داده شود. به بیانی ساده این نظریه ها بر این عقیده تأکید می کنند که رفتارهای اعتیادی شامل یک دسته عادات بد می شوند که قابل اصلاح و تغییر هستند.

و بر اساس نظریه ی یادگیری اجتماعی بندورا، مصرف ماده مخدر ناشی از الگوگیری فرد از افرادی است که انتظارهای مثبتی در زمینه مصرف مواد مخدر دارند. به عبارت دیگر، الگوهای موجود در محیط زندگی،

---

<sup>۱</sup> Beck, Wright, Newman & Liese

فرد را به دلیل مصرف مواد تشویق و تقویت می کنند (لیف و استسی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶؛ به نقل از کمر زرین و همکاران، ۱۳۹۰).

## ۲-۳-۷- نظریه ی انتظار (امید)<sup>۲</sup>

نظریه ی امید در ابتدا به عنوان یک نظریه ی انگیزه ی انسانی در رابطه با رضایت از کار و شغل مطرح شد (کوایمتیدز، ۲۰۱۰). این نظریه پیشنهاد می کند که رفتار، از انتخاب بین گزینه هایی که هدف آن به حداکثر رساندن لذت و به حداقل رساندن درد است، نشأت می گیرد. این نظریه مطرح می کند "نیرو" که با آن فرد پیگیر کارهای خود می شود محصول دو مجموعه از عقاید است: بار هیجانی و امید. بار هیجانی اشاره به جهت گیری های احساسی مردم نسبت به پاداش دارد (دارای مبدأ بیرونی، مانند پول، ارتقاء، و خارج از منافع و یا ذاتی، مانند رضایت). امید اشاره به عقیده ی در لحظه بودن در رابطه با این احتمال که یک عمل خاص توسط یک نتیجه ی خاص دنبال می شود، دارد (کوایمتیدز، ۲۰۱۰). عملکرد کارکنان مرتبط با مفید بودن است. مفید بودن اشاره به احساس کارکنان دارد که آیا آنها واقعا آن چیزی هستند که مدیران آنها می خواهد. عملکرد محصول نیروی کارکنان و توانایی آنها برای اجرای کار مورد نیاز است. نظر نویسنده این است که توانایی یک مفهوم پیچیده ای است که شامل مهارت های حقیقی کارکنان و اعتماد به نفس آنان می شود. چندین فرضیه از این نظریه بر گرفته شده و مورد بررسی قرار گرفتند. مطابق با نظریه ی امید (انتظار) و کاربرد آن در زمینه ی اعتیاد، انتظارات در باره ی هزینه ها یا سودمندی استفاده از مواد کمک فراوانی می کند. این امید ممکن است شامل چیزی بیش از باورها باشد (قالب های حافظه). فرض می شود که دو عامل در آغاز و تکرار یک رفتار خاص توسط انسان تعیین کننده هستند: پیش بینی نتیجه و امید به اثربخشی (مارلات<sup>۳</sup> ۱۹۷۹؛ به نقل از کوایمتیدز، ۲۰۱۰). پیش بینی نتیجه عقیده به این امر است که یک

<sup>۱</sup> Leigh & Stacy

<sup>۲</sup> Expectancy theory

<sup>۳</sup> Marlatt

نتیجه ی خاص (مثبت یا منفی) به دنبال یک رفتار معین اتفاق خواهد افتاد، یعنی به وسیله ی پیمودن یک مسیر خاص شما به موقع در محل کار خود حاضر خواهید شد. انتظار اثربخشی، اشاره به این باور دارد که کسی قادر به انجام عمل فوق باشد، به عنوان مثال شما قادر خواهید بود در یک بزرگراه رانندگی کنید. پیش بینی نتیجه بر اساس تجارب قبلی ساخته می شود و توسط تقویت کننده های مثبت و منفی تداوم می یابد (فرآیند یادگیری اجتماعی) (کوایمتیدز، ۲۰۱۰).

## ۲-۴- ماده مواد

منظور داروهایی است که مورد سوء استفاده قرار می گیرند. ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی، مواد را به ده گروه طبقه بندی کرده است: الکل<sup>۱</sup>، کافئین<sup>۲</sup>، کانابیس<sup>۳</sup>، توهم زاها<sup>۴</sup> (شامل فن سیکلیدین<sup>۵</sup> و سایر توهم زاها، مواد استنشاقی<sup>۶</sup>، مواد افیونی<sup>۷</sup>، داروهای آرام بخش، خواب آور و یا ضد اضطراب<sup>۸</sup>، مواد محرک<sup>۹</sup> (مواد آمفتامین یا شبه آمفتامینی<sup>۱۰</sup>، کوکائین<sup>۱۱</sup>، و دیگر محرکها)، توتون<sup>۱۲</sup> و سایر مواد. اختلال مصرف مواد می تواند در مورد هر ۱۰ طبقه ذکر شده به جزء کافئین، به کار برده شود. البته شدت نشانه ها و تعداد نشانه ها ممکن است با یکدیگر متفاوت باشند ولی همه این مواد زمانی که به طور افراطی مصرف می شوند و یا مورد سوء مصرف قرار می گیرند در سیستم مدارهای مغز چنان تغییراتی به وجود می آورند که حتی بعد از مسمومیت زدایی نیز می توانند باعث اشتیاق شدید و ولع مصرف در فرد

---

<sup>۱</sup> alcohol

<sup>۲</sup> caffeine

<sup>۳</sup> cannabis

<sup>۴</sup> hallucinogen

<sup>۵</sup> phencyclidine

<sup>۶</sup> inhalant

<sup>۷</sup> opioids

<sup>۸</sup> sedative-, hypnotic-, or anxiolytic

<sup>۹</sup> stimulant

<sup>۱۰</sup> amphetamine or amphetamine-like

<sup>۱۱</sup> cocaine

<sup>۱۲</sup> tobacco



شوند. یا مسیرهای پاداش مغز را چنان فعال می سازند که ممکن است بر عملکرد طبیعی فرد تاثیر گذاشته و فعالیت های طبیعی مورد غفلت قرار گیرند (وست و بروان، ۲۰۱۳).

## ۲-۵- ویژگی های تشخیصی مواد

**الکل:** وابستگی به الکل معمولا همانند وابستگی به مواد می باشد. مصرف مکرر بر اغلب دستگاه های بدن تاثیر گذاشته و ۱۵٪ این افراد دچار سیروز کبدی و یا التهاب لوزالمعده و سرطان های دستگاه گوارش می شوند. در افراد مبتلا به اختلال مصرف الکل میزان بالای تمایل به خودکشی و اقدام به خودکشی وجود دارد (حقدوست، امامی، اسماعیلی، صابری نیا، امین، نژاد قادری و مهرالحسنی، ۱۳۹۲).

**کافئین:** قهوه، چای، نوشابه های کافئین دار، نوشابه های انرژیزا، داروهای آرام بخش، داروهای ضد سرماخوردگی، مواد کمک کننده به کاهش وزن و شکلات ها از منابع غنی کافئین هستند. چون کافئین از لحاظ رفتاری داروی فعالی است، توسط اغلب افراد در سنین مختلف استفاده می شود. ولی در صورتی که مصرف طولانی باشد، نشانه های ترک در اثر کاهش یا توقف مصرف رخ دهد، عملکرد فرد اختلال ایجاد شود و علائم با نشانه های یا بیماری های جسمی و روانی دیگر ارتباط نداشته باشد، تشخیص اختلال مرتبط با کافئین داده می شود (ضرغامی خامنه، جعفری، ۱۳۹۳).

**کانابیس:** موادی است که از گیاه شاهدانه و ترکیب های شیمیایی مشابه بدست می آید که اسامی مختلفی نیز دارند. عصاره غلیظ گیاه کانابیس (شاهدانه) که مصرف آن نیز شایع است "حشیش" نام دارد. مصرف آن معمولا از طریق تدخین<sup>۱</sup> است که به روش های مختلفی صورت می گیرد. گاه به صورت مخلوط کردن با غذا خورده می شود. و جدیداً از تبخیر این ماده جهت استنشاق مواد روان گردان آن استفاده می کنند. توقف مصرف روزانه می تواند به شروع نشانگان ترک منجر شود (طهرانی پور، موسوی، کهترپور، خیاط زاده، ۲۰۱۱).

---

<sup>۱</sup> fumigate

فن سیکلیدین: عبارت اند از فن سیکلیدین (مانند PCP، "گرده فرشته") و یا ترکیب های مشابه با قدرت پایین تر. اولین بار به عنوان داروی هوشبر ابداع شد. مصرف کم آن می تواند باعث اختلال تجزیه<sup>۱</sup> شود و احساس جدایی ذهن از بدن را موجب شود و در مقادیر بالا می تواند باعث خواب آلودگی شدید و اغماء گردد. مصرف آن از طریق تدخین یا خوارکی است اما ممکن است انفیه<sup>۲</sup> و یا تزریق شود. تاثیرات توهم زا<sup>۳</sup> در افراد آسیب پذیر ممکن است به مدت چند هفته دوام داشته باشد و موجب دوره روان پریشی مشابه با اسکیزوفرنی شود (هاشمی، ناظمی، ۱۳۹۳).

توهم زاهای دیگر (غیر از فن سیکلیدین): این گروه گروه متنوعی هستند که با وجودی که ساختارهای شیمیایی و مکانیزم های مولکولی متفاوتی دارند، ولی اثرات مشابهی در درک، خلق و شناخت می گذارند. از جمله این مواد مسکالین<sup>۴</sup> یا همان اکستازی<sup>۵</sup> و ال اس دی<sup>۶</sup> میباشد. حشیش و عنصر فعال آن با وجود توهم زا بودن در این گروه وارد نشده است زیرا تفاوت هایی در تاثیرات روان شناختی و رفتاری دارد. توهم زها معمولاً بصورت خوراکی مصرف می شوند ولی برخی تدخینی و برخی از طریق تزریق و یا از راه بینی مصرف می شوند (براتی، پور حمید، جلیلیان، ۱۳۹۰).

مواد استنشاقی: این گروه شامل هیدروکربن های فرار، گازهای سمی ناشی از چسب ها، سوخت ها، رنگها، و سایر ترکیبات قرار دیگر است. استنشاق این مواد می تواند مرگ در اثر بی نظمی قلب ایجاد کند. اغلب ترکیب های استنشاقی ترکیبی از چند ماده هستند که می توانند اثرات روان گردان ایجاد کنند (براتی، پور حمید، جلیلیان، ۱۳۹۰).

---

<sup>۱</sup> dissociative disorder

<sup>۲</sup> stuff

<sup>۳</sup> hallucinogen

<sup>۴</sup> mescaline

<sup>۵</sup> ecstasy

<sup>۶</sup> lysergic acid diethylamide (LSD)

مواد افیونی (مخدر): هروئین، تریاک، مورفین، کدئین و مشتقات ترکیبی آنها از جمله متادون<sup>۱</sup>، مپریدین<sup>۲</sup> مواد مشهور این گروه هستند. اختلال مصرف این مواد می تواند با سابقه ای از جرم های مرتبط با مواد از جمله دزدی، کلاه برداری و غیره همراه باشد. این مواد معمولاً از بازارهای غیر مجاز خریداری می شوند ولی ممکن است با مبالغه کردن بیمار از مشکلات جسمی توسط پزشکان، نسخه تجویز شود و فرد با استفاده از چندین نسخه از پزشکان مختلف مواد خود را به دست آورد (طهرانی پور و همکاران، ۲۰۱۱).

داروهای رخوت زا، خواب آور و یا ضد اضطراب: این دسته شامل تمام داروهای خواب آور تجویزی و تقریباً تمام داروهای ضد اضطراب تجویزی را در بر می گیرد. باریتوراتها و بنزودیازپین ها مواد ترکیبی هستند که به صورت قرص یا کپسول استفاده می شوند و اثر آنها شبیه به الکل و کندساز مغز هستند (هاشمی، ناظمی، ۱۳۹۳).

مواد محرک: آمفتامین و مواد محرک شبه آمفتامین با وجودی که ساختار متفاوتی دارند ولی تاثیرهای مشابهی دارند. البته قدرت تاثیر مت آمفتامین بیشتر است. این مواد معمولاً به صورت خوارکی یا درون وریدی استفاده می شوند. مت آمفتامین از طریق بینی نیز مصرف می شود. این مواد ممکن است برای درمان چاقی، نارسایی توجه فزون کنشی و حمله خواب<sup>۳</sup> تجویز شود. مصرف این داروها ممکن است به دلیل بالا بردن عملکرد جسمی - روانی خصوصاً برای دانشجویان با ورزشکاران استفاده شود. ولی بعد از مدت کوتاهی موجب وابستگی شده و اثرهای خطرناک دارد (فرانسس، ۱۳۹۴). مشتق جدیدی از آمفتامین به نام ام دی ام ای<sup>۴</sup> یا همان اکستازی ساخته شده که سوء مصرف آن در جوانان و پارتی های شبانه رو به افزایش

---

<sup>۱</sup> ilethadone  
<sup>۲</sup> meperidine  
<sup>۳</sup> narcolepsy  
<sup>۴</sup> MIDNIA

است. کوکائین نیز که قوی تری محرک گیاهی است، فرم خالص آن کراک<sup>۱</sup> نام دارد. مصرف کنندگان آن رفتارهای تهاجمی و خشنی بروز می دهند.

توتون: سیگار رایج ترین محصول توتون (نیکوتین) است. متأسفانه در سال های اخیر مصرف قلیان در میان نوجوانان و جوانان بسیار گسترش یافته است. عواقب جسمانی مصرف توتون معمولاً بعد از ۴۰ یا ۵۰ سالگی بروز می کند. معمولاً وابستگی از لحاظ جسمی و روانی است و مطالعه ها تاثیر استعدادهای ارثی را مطرح مینمایند (احمدی و رستمی، ۱۳۹۳ و انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳ و فرانسس<sup>۲</sup>، ۱۳۹۴ و انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۳۹۴).

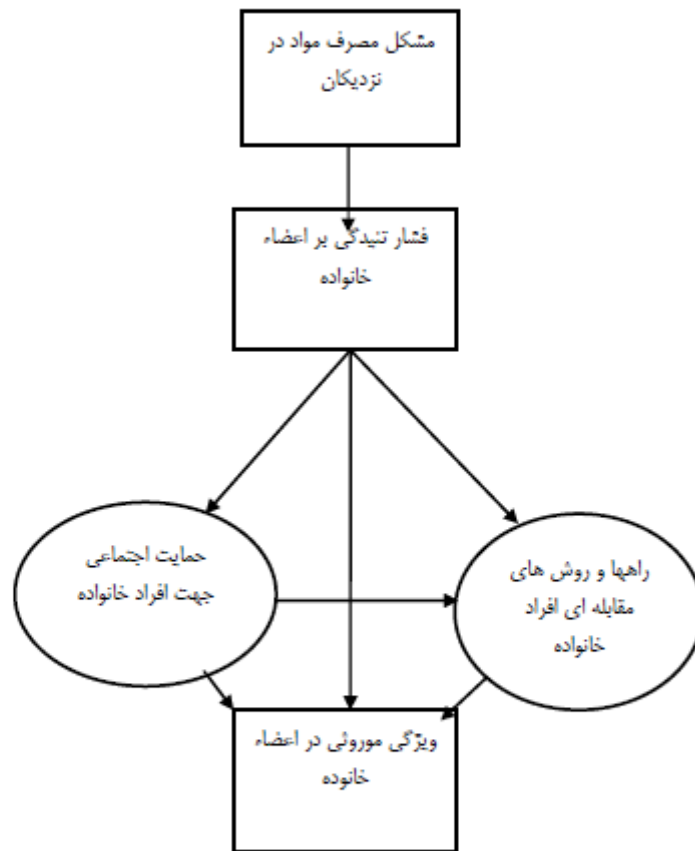
## ۲-۶- مدل های پیشنهادی اعتیاد

### ۲-۶-۱- مدل تنیدگی نژاد مقابله و حمایت

مدل تنیدگی-نژاد-مقابله و حمایت مدلی است که تاثیر اعتیاد در نزدیکی را نشان میدهد. این مدل پیشنهادی اعتیاد نزدیکان را موجب ایجاد شرایط تنیدگی زا در سایر افراد می داند. براساس این مدل اعتیاد و سوء مصرف مواد در اقوام، نزدیکان و اعضاء خانواده منجر به تنیدگی در کل خانواده می شود. با توجه به سبک مقابله ای که افراد خانواده اتخاذ می کنند و با توجه به میزان حمایت هایی که به شکل های گوناگون از جمله حمایت عاطفی، اطلاعاتی و غیره دریافت می کنند، می توانند سلامتی جسمی و روانی خود را حفظ کنند. اگر ویژگی های سبک مقابله با مشکل و میزان دریافت حمایت آسیب زننده باشد، اعتیاد یا اختلال ها و بیماری های جسمی و روانی می تواند به یک صفت موروثی در افراد خانواده تبدیل شود (اورفورد، کوپلو، ولمن و تمپلتون، ۲۰۱۰).

---

<sup>۱</sup> crack  
<sup>۲</sup> Frances, A.



شکل ۱-۲

مدل تنیدگی-تضاد-مقابله و حمایت (اورفورد، کوپلو، ولمن و تمپلتون، ۲۰۱۰)

مطالعه گریگویر و اسنیولی (۲۰۰۱) در زنان معتاد به مواد نشان داد، اغلب آنها حداقل یک نفر در خانواده شان سابقه مصرف دارند. نتایج پژوهش فرحانی (۱۳۹۳) نیز نشان داد، مهمترین عوامل روی آوردن زنان به مصرف مواد، عوامل خانوادگی، تعامل های دوستانه و ضعف در مهارت های زندگی می باشد. در خصوص عوامل خانوادگی اعتیاد پدر و یا دیگر افراد خانواده، اعتیاد همسر و خانواده همسر، اجبار و ترغیب همسر، روابط ناهنجار خانوادگی و ناهنجاری های اخلاقی، از هم گسیختگی خانواده از مهمترین عوامل می باشند. در خصوص عوامل مرتبط با گروه دوستان، تعاملها و تفریح های دوستانه، فشار دوستان، ارتباط با آنها، شروع مصرف در دوره می های دوستانه مقوله های اصلی می باشند. ضعف در مهارت های زندگی شامل

ضعف مدیریت بحران، شرایط نامناسب روانی، ناکامی اقتصادی، ناتوانی در حل مساله، ناکامی در دستیابی به اهداف، ناکامی زناشویی، ضعف در توانمندی شخصیتی و فقدان شناخت از مواد می باشد. همچنین پژوهش ها نشان داده سبک فرزندپروری آسان گیری و مسامحه کاری می توانند فرزندان را مستعد اعتیاد نمایند (احمدی، احمدی، دادفر، نصراللهی، عابدنی، آذرآبادار، ۲۰۱۴). نظارت صحیح والدین و کنترل مسئولانه نقش حفاظتی از فرزندان در برابر ارتباط با دوستان و شبکه های اجتماعی افراد بزهکار دارد. خصوصا دختران اهمیت بیشتری برای نظارت والدینی قائل هستند (احمدی، خدادادی سنگده، ۱۳۹۴).

## ۲-۶-۲- مدل باورداشت سلامتی

مدل باورداشت سلامتی مدل باورداشت سلامتی یکی از مدل های روان شناسی است که تلاش می کنند رفتارهای مرتبط با سلامتی را توضیح دهد و پیش بینی کنند. این نظریه تمرکز بر نگرش ها و باورهای افراد دارد. در ابتدا این نظریه توسط روزن استان و همکاران در سال ۱۹۹۴ بیان شد. مدل باورداشت سلامتی یک مدل اعتقاد بهداشتی است که از چهار ساختار تهدید و منافع بدست آمده است. مولفه های کلیدی آن حساسیت ادراک شده، وخامت ادراک شده، منافع ادراک شده و موانع ادراک شده است. این مفاهیم برای بررسی "آمادگی جهت عمل" افراد پیشنهاد شده است. حساسیت ادراک شده به آسیب پذیری فرد باز می گردد. بدین معنی که کسی که به مصرف مواد می پردازد تصور می کند که آسیب های آن در ابعاد گوناگون جسمانی، خانوادگی شخصی و حتی اجتماعی کم است. وخامت ادراک شده باور فرد نسبت به وخامت مصرف است به طوری که شخص شدت خطرهای ناشی از مصرف را در مورد خویش باور ندارد. در مورد منافع ادراک شده نیز ادراک فرد این است که از مصرف مواد منفععی کسب می کند به طوری که جهت ترک رفتار با موانعی مواجه می شود. بعدها مفاهیم راهنمایی برای عمل و "خودکارآمدی" نیز به این مدل اضافه

شد که کمک می کند نظریه باور داشت سلامتی بهتر بتواند رفتارهای غیر بهداشتی مثل اعتیاد را توجیه کند (وانگ، وو و لائو، ۲۰۱۶. روزن استاک، ۱۹۷۴. گلانز، ریمر و لوئیس، ۲۰۰۸).

بر اساس پژوهش کاکویی دینکی و قوامی (۱۳۹۴) نیز نشان داد معضل های روانی، مسائل و مشکل های عاطفی، دسترسی به مواد در محیطهای زنانه، درک فرد از منافع جسمانی مصرف مواد از جمله دستیابی به تناسب اندام و مشارکت در روابط صمیمانه از مهمترین عوامل گرایش به اعتیاد در زنان گزارش شد.

## ۲-۶-۳- مدل زیستی، روان شناختی، اجتماعی و معنوی

پژوهشگران نقش عوامل اجتماعی، زیست پزشکی و روان شناختی را در رفتارهای اعتیادی شناسایی کرده اند. هنوز مطالعه ها به اندازه کافی و به معنای واقعی در خصوص جنبه های واقعی اعتیاد صورت نگرفته است و پژوهش ها به صورتی است که به نظر می آید عوامل معنوی نقشی در زندگی ندارند. امروزه علوم رفتاری در حال بررسی نقش پیچیده عوامل روحانی و معنوی و فرایند تصمیم گیری در رفتارهای اعتیادی است (کریستو و فرانیه، ۱۹۹۵). | از نظر مفهومی معنویت "جنبه والای وجود انسانی است که در همه انسانها به امانت گذاشته شده است تا انسان را به راه تعالی نزدیکی به خدا برساند." (معماریان، رسولی و محرابی، ۲۰۱۶) نظریه رفتاری که گویای این عوامل است مدل زیستی، روان شناختی، اجتماعی و معنوی است. ابتدا این مدل زیستی - روانی - اجتماعی بود و سپس بعد معنویت به آن اضافه شد. در این مدل معنوی فرض می شود اعتیاد به خاطر جدایی و عدم ارتباط با نیروی برتر (خدا) است. این جدایی باعث درد و رنج انسان ها می شود. زیرا آنها در زندگی کردن در راستای خواست و اراده خدا شکست خورده اند. مثال بارز و برجسته رویکرد معنوی، الکلی های گمنام (AA) و دیگر گروههای ۱۲ قدمی است. اگر چه مدل غیر رسمی ۱۲ قدمی با اصطلاح های غیر حرفه ای حرفه ای صحبت می کند و زبان آن فنی و اختصاصی روان شناختی نیست، اما زبانی پر از اشاره ها به جنبه های جسمی، روان شناسی، اجتماعی و

معنوی است. مدل ۱۲ قدمی یک برنامه معنوی است نه برنامه مذهبی. در این برنامه خداوند به عنوان نیروی برتر است (کریستو و فرانی، ۱۹۹۵). ویلسون (۱۹۳۵) نقل از کریستو و فرانی (۱۹۹۵) پایه گذار الکی های گمنام، اعتیاد به الکل را به عنوان یک

بیماری مطرح کرد و به طور گسترده جنبه های روان پویشی مشکل اعتیاد به الکل را مطرح نمود. در نتیجه مدلی چند بعدی از عوامل آشکار و پنهان اعتیاد به الکل و دیگر مواد را ارائه داد. مطابق این نظریه ضعف در ابعاد زیستی، روان شناختی، اجتماعی و معنوی منجر به مصرف مواد و استفاده از مواد منجر به آسیب در ابعاد ذکر شده وجودی انسان می شود و این چرخه منتهی به نتایج وخیم تر و تنیدگی در فرد می شود. بر اساس این نظریه، مصرف برای بسیاری از افراد معتاد به دلیل احساس از خود بیگانگی، پوچی و بی معنایی است. اعتیاد حرکت کشتی بدون سکان در دریای متلاطم است. افراد معتاد سعی می کنند درون خالی خود را به وسیله مصرف مواد پر کنند غافل از اینکه که مواد تنها به صورت موقت تاثیرگذار است.

## ۲-۷- تحقیقات انجام گرفته در داخل و خارج از کشور

بوستانی و کرمی زاده (۱۳۹۶) در پژوهشی تحت عنوان شرایط و استراتژی های مصرف شیشه میان زنان معتاد (مطالعه موردی: شهر کرمان) به این نتیجه رسیدند که اعتیاد یکی از مسائل اجتماعی برجسته در ایران است که اغلب مسئله ای مردانه تلقی میشود. اما واقعیت این است که زنان نیز با این پدیده درگیرند. آنچه در حال حاضر با آن مواجهیم گرایش به سوء مصرف موادمخدر صنعتی در میان زنان است. با توجه به نقصان کارهای پژوهشی و به خصوص کارهای کیفی در این حوزه، پژوهش حاضر به بررسی شرایط (علی، مداخله گر، زمینه ای) و استراتژی های مصرف شیشه از سوی زنان معتاد به شیشه در شهر کرمان پرداخته است. از آنجا که کشف و فهم مسئله اعتیاد به شیشه میان زنان یکی از پدیده های حساس است که به برقراری تعامل و گفت و گو نیاز دارد.



قادری و همکاران (۱۳۹۶) در مقاله ای با عنوان سبب‌شناسی اعتیاد زنان (مقایسه دیدگاه های مصرف‌کنندگان، متخصصان و مردم) بیان داشتند که مقاله حاضر به شناسایی تفاوت‌های موجود در دیدگاه سه گروه اجتماعی (زنان مصرف‌کننده، زنان غیرمصرف‌کننده و کارشناسان و متخصصان حوزه اعتیاد زنان) با تأکید بر اولویت‌شناسی این دیدگاه‌ها پرداخته است. علاوه بر این، سعی شده دیدگاه گروه های مختلف مصرف‌کننده مواد در مراکز درمانی، زندان و ماده ۱۶ و زنان مصرف‌کننده غیر تحت درمان هم در این زمینه با هم مقایسه شود. داده‌های پژوهش به روش کمی و کیفی از سه گروه نامبرده گردآوری شده است؛ یافته‌های بدست آمده بیانگر این است که با وجود معنی دار بودن تفاوت دیدگاه سه گروه در اولویت بندی عوامل موثر بر اعتیاد زنان، در کلیت امر هر سه گروه بر اهمیت همه متغیرهای مورد مطالعه در اعتیاد زنان اذعان داشته‌اند و از این نظر می توان گفت، نگرش به پدیده اعتیاد زنان تا حدودی قابل قبولی واقع بینانه است. در بررسی مقایسه ای دیدگاه‌ها مشخص شد که زنان مصرف‌کننده، سهم عوامل ساختاری (فشار اجتماعی) را در گرایش به مصرف مواد، مهمتر از عوامل کنشی و ارادی (کسب قدرت و هویت یابی) ارزیابی کرده‌اند، در حالی که زنان غیرمصرف‌کننده و بیشتر کارشناسان و متخصصان حوزه اعتیاد، بر عوامل کنشی و ارادی تأکید داشته‌اند.

ولی پور (۱۳۹۶) در مقاله ای با عنوان بررسی تاثیر مهاجرت بر اعتیاد زنان به مواد مخدر در شهر قم اینگونه بیان داشتند که هدف از این پژوهش بررسی عوامل مهاجرت بر اعتیاد زنان به مواد مخدر می باشد. این پژوهش در شهر قم و در سال ۱۳۹۵ انجام گرفته شد و نتایج نشان داد که مهاجرت تاثیری مستقیم بر اعتیاد زنان داشته است بدین گونه که کسانی که از سنت آلبو اجدادی خود دل‌کنده‌اند و در شهرهای غیر از شهری که در آن متولد یا به آنجا تعلق داشته‌اند زیست می‌کنند بیشتر درگیر مواد مخدر هستند. در حقیقت

نبود همبستگی و گمنامی در شهرهای مهاجرپذیر یکی از عوامل اصلی در گرفتار شدن زنان در دام اعتیاد بوده است.

احمدی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان بررسی علل گرایش زنان به مواد مخدر استان قزوین (مطالعه موردی در زندان چوبیندر) اینگونه بیان داشتند که اعتیاد به مواد مخدر یک آسیب اجتماعی است که ویرانگریهای حاصل از آن زمینه ساز سقوط بسیاری از ارزشها و هنجارهای فرهنگی و اخلاقی است. این معضل تا چندی پیش خاص مردان تلقی می شد؛ اما اخیراً زنان را نیز درگیر کرده است. از آنجا که پیامدهای اعتیاد زنان بر جامعه بسیار ناگوارتر از پیامدهای اعتیاد مردان است، بر این اساس در این مقاله بررسی علل گرایش زنان به مواد مخدر و روانگردان در زندان چوبیندر قزوین پرداخته شده است. یافته ها نشان می دهد که، از هم گسستگی خانواده زن و شوهری، نابسامانی خانواده زن و شوهری، پایگاه اقتصادی- اجتماعی و پایگاه اقتصادی- اجتماعی آرمانی (پایگاهی که فرد آرزو دارد) موثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر بوده است. علاوه بر این افزایش احساس پیوستگی یا تعلق به جامعه، میزان پایبندی فرد به هنجارهایی که از سوی اجتماع پذیرفته شده اند، موجب کاهش آلودگی زنان به اعتیاد می شود. افزایش میزان بیگانگی اجتماعی زنان مجرم، شدت آلودگی آنها به مواد مخدر افزایش می یابد.

فصیحی و فرزی (۱۳۹۴) در مقاله ای با عنوان مسئله تریاک در جامعه عصر رضا شاه : پدیده اعتیاد، آثار سوء اجتماعی آن و راهکارهای دولت در مقابله با آن بیان داشتند که این مقاله در صدد بررسی مسئله تریاک در جامعه ایران عصر پهلوی است. اعتیاد به تریاک که در این دوره خود به معضلی بزرگ تبدیل شد، میراثی از دوران صفویه و قاجار بود. از اواخر دوره صفویه تولید و مصرف تریاک در جامعه افزایش یافت و در دوره قاجار و پهلوی، تجارت آن نقشی مهم در اقتصاد کشور ایفا کرد. افزایش تولید و تجارت تریاک به منظور عرضه به بازارهای جهانی در عصر قاجار و انتقال فزاینده این روند به دوره پهلوی، قابلیت دسترسی

آسان به این ماده را در سطح جامعه افزایش داد و این امر توأم با فرهنگ استفاده غلط از این ماده به جای هر نوع دارو در کنار عوامل داخلی دیگر، بر میزان مصرف آن در جامعه افزود و معضلی ایجاد کرد که اثرات سوء آن دامنگیر جامعه گردید.

یزدان پناه و صمدیان (۱۳۹۳) در مقاله ای با عنوان بررسی کیفی اعتیاد و پیامدهای آن برای خانواده (مورد مطالعه زنان معتاد به مواد مخدر مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد شهر کرمان) اینگونه بیان داشتند که یکی از مهمترین مسائل اجتماعی جهان معاصر اعتیاد به مواد مخدر است که در سال های اخیر به یکی از جدی ترین معضلات بشری و یکی از پیچیده ترین پدیده های انسانی تبدیل شده که پایه و بنیان جوامع انسانی را تحلیل می برد. این پدیده علاوه بر رشد روز افزونش، همه اقشار و گروه های جامعه رانیز درگیر کرده است. در این میان یکی از گروه هایی که کمتر اعتیاد آنها مورد توجه قرار گرفته است زنان هستند که روز به روز بر تعداد آنها افزوده می شود.

قوبانی (۱۳۹۴) در مقاله ای با عنوان مروری بر متغیرهای گرایش زنان به سوء مصرف مواد مخدر و پیامدهای آن بیان داشتند که اعتیاد زنان علاوه بر همه آنچه از اعتیاد گفته می شود، پدیده ای با لایه های پنهان تر و ابعاد فزون تدر از خود اعتیاد است. آمارها نشان میدهد که نرخ زنان درگیر با معضل اعتیاد رو به افزایش است که در سال های اخیر این موضوع و همچ نین مشکلات ناشی از آن، نهادها و سازمان های زیادی را درگیر خود کرده و در سراسر کشور عزیزمان ایران، مردم و مسئولان را با چالش هایی روبه رو کرده است. مقاله پیش رو با هدف مروری بر علل و عوامل و پیامدهای گرایش زنان به سوء مصرف مواد مخدر، به بررسی و تبیین بسترها، زمینه ها و نقش متغیرهای اصلی و دخیل تأثیرگذار بر گرایش به اعتیاد زندان پرداخته است.

پژوهش‌های اهدایی (۱۳۹۱) نشان داد پایگاه اجتماعی - اقتصادی، میزان درگیری و خشونت، ناسازگاری میان اعضای خانواده، دوستان ناباب، دسترسی آسان به مواد مخدر، میزان لذت جویی و راحت طلبی، میزان دین‌داری، میزان افسردگی فرد و وجود افراد معتاد دیگر در خانواده می‌توانند عوامل موثری بر بروز اعتیاد زنان باشند.

مزینانی (۱۳۸۹) در مقاله‌ای با عنوان زنان و اعتیاد بیان داشتند که هدف بررسی حاضر مروری کلی بر همه‌گیرشناسی سوء مصرف مواد، الگوی مصرف، همبودی روانپزشکی، سیر و درمان در زنان معتاد بوده است. تا اوایل دهه ۱۹۹۰، پژوهش‌ها در حوزه اعتیاد بیشتر متمرکز بر جمعیت مردان بود. از ۱۹۹۴ با تأکید

سازمان ملی بهداشت، شاهد افزایش چشمگیر پژوهش‌ها در جمعیت زنان و نقش تفاوت‌های جنسیتی

هستیم. بررسی‌ها نشان می‌دهد که (۱) شیوع کلی مصرف مواد و الکل در مردان بیش از زنان است؛ اما شیوع مصرف داروهای نسخه‌ای و سیگار برابری می‌کند. (۲) از با ثبات‌ترین یافته‌ها، آسیب‌پذیری زنان به عوارض جسمی، روانی و اجتماعی مواد است که با عنوان "تجمع یافتگی" نامیده می‌شود. (۳) الگوی همبودی، وجود میزان بالاتری از اضطراب، افسردگی، اختلال خوردن و شخصیت‌م‌ریزی را در زنان معتاد نشان می‌دهد. (۴) زنان معتاد به دلایل اجتماعی-فرهنگی (استیگما...) و مسایل اقتصادی کمتر از مردان به روند درمان وارد می‌شوند.

قاسمی روشن (۱۳۸۸) در پژوهشی تحت عنوان از اعتیاد زنان تا نابسامانی خانواده نشان دادند که اعتیاد به مواد مخدر یکی از انحرافات شایع عصر حاضر است که سالانه قربانیان بی‌شماری می‌گیرد و آسیبی جدی بر پیکر خانواده و جامعه وارد می‌کند. هرچند اعتیاد به مواد مخدر در بین مردان بیش از زنان است، اما در چند سال اخیر، نرخ اعتیاد زنان به علل مختلفی افزایش یافته است. در این نوشتار، علل و پیامدهای ناگوار اعتیاد زنان (صرف نظر از پیامدهای مشترک با اعتیاد مردان) در محورهای نظیر کارکردها، روابط و نقش

های خانواده، استحکام و ثبات خانواده ... تبیین شده است. در پایان مقاله نیز راهکارها و اقدامات اجرایی مؤثر جهت پیشگیری از اعتیاد زنان ارائه گردیده است.

شیرانی (۱۳۸۶) در پژوهشی تحت عنوان "علل سوق دهنده زنان به سوی اعتیاد" نشان داد که بین تحصیلات و اعتیاد رابطه وجود ندارد. بین وضعیت اشتغال و اعتیاد رابطه معناداری وجود دارد بین نابسامانی خانواده و اعتیاد زنان رابطه معنادار وجود دارد یعنی هر چه نابسامانی بیشتر باشد احتمال معتاد شدن نیز بیشتر خواهد بود. بین وجود فرد معتاد در خانواده و اعتیاد زنان رابطه وجود دارد. بین معاشرت با دوستان ناباب و اعتیاد رابطه وجود دارد. بین نحوه گذراندن اوقات فراغت و اعتیاد زنان رابطه معناداری وجود دارد. یعنی گذراندن اوقات فراغت با دوستان احتمال معتاد شدن را افزایش می دهد.

دواد و همکاران (۲۰۱۷) در کتاب زن و اعتیاد اینگونه بیان داشتند که مشکلات مربوط به الکل و مواد مخدر مربوط به جنسیت نه تنها به تفاوت های زیست شناختی بلکه همچنین عوامل اجتماعی و محیطی مربوط می شود که پیامدهای استفاده و رویکردهای درمان تأثیر بگذارد. زنان در ایالات متحده سریع ترین جمعیت رو به رشد مواد مخدر را در بر می گیرند. با توجه به این که زنان پیشرفت سریع تری از اعتیاد خود را از مردان تجربه می کنند، مهم است که ما در درک و مقابله با تفاوت ها برای کمک به ایجاد برنامه های پیشگیری و درمان که برای زنان طراحی شده است از جمله ارزیابی و مدیریت تروما، شناسایی و مداخلات پزشکی و روانپزشکی همراهی با بیماری، استقلال مالی، حاملگی و مراقبت از کودک استفاده کنیم.

گرانج (۲۰۰۵) در پژوهشی تحت عنوان "تشریح اعتیاد به تنباکو یا دخانیات در زنان باردار که در فرانسه انجام داد هدف خود را مقایسه ی ویژگی های زنان بارداری که تا زمان وضع حمل سیگار می کشیدند و آن دسته که در دوران بارداری، سیگار خود را ترک کردند را بیان کرد. طرح پژوهش بر اساس پرسشنامه و تحقیق توصیفی در رابطه با ۹۷۹ زن باردار در منطقه ی فرانسه است که به این نتایج دست یافت. ۱۸ درصد

زنان تا زمان وضع حمل سیگار می کشیدند. ۵۵ درصد هنگام بارداری و اغلب در سه ماهه اول سیگار را ترک کردند. زنانی که نتوانستند سیگار را ترک کنند، دچار مشکلات روانی اجتماعی بیشتری بوده و اغلب تنها زندگی می کردند. میزان وابستگی آنها به سیگار بیشتر بوده و در کمتری از خطرات دخانیات بر جنین داشتند.

آروالو و همکاران پژوهش فوق را در سال ۲۰۰۸ انجام دادند و هدف خود را بررسی نقش معنویات، احساس وابستگی و واکنش های کنار آمدن در ارتباط با استرس و علائم ضربه میان زنانی که درمان سوء مصرف مواد دریافت می کنند عنوان کردند. داده های پژوهش حاضر از مصاحبه با ۳۹۳ زن در نقاط شهر نشین ماساچوست بدست آمده است. مصاحبه ها از آوریل ۲۰۰۳ تا سپتامبر ۲۰۰۶ انجام گرفته اند. یافته های اولیه: نشان داد که استرس مشخصا مرتبط با شدت اعتیاد به مواد بود و علائم ضربه روحی مرتبط با شدت اعتیاد به الکل بود. نتیجه گیری نهایی مشخص نموده درمان های پیشرفته ی سوء مصرف مواد که باعث افزایش معنویت، احساس تعلق و واکنش های تحمل کننده باشد، می تواند به زنان معتاد کمک کند بهتر فشارهای ناشی از درمان و پس از آن را تحمل کنند.

نلسون و همکاران (۱۹۹۵) در مقاله ای با عنوان تفاوت های جنسیتی در اعتیاد به مواد مخدر و درمان: پیامدهای مداخلات اجتماعی کار با زنان با سوء مصرف مواد اینگونه بیان داشتند که این مقاله به تحقیق در مورد اعتیاد برای توصیف ویژگی های منحصر به فرد و نیازهای درمان زنان و اینکه چگونه آنها از مردان متفاوت هستند. این بررسی شباهت هایی را بین زنان معتاد به مواد مخدر و همه زنان که در معرض ظلم جنسی قرار دارند، بررسی می کند. نویسندگان پیشنهاد می کنند که استفاده از مواد مخدر یک استراتژی مقابله ای است که برخی از زنان برای کنترل این ستم در نظر می گیرند. در نهایت، مقاله به برنامه های درمانی سنتی که برای رفتار با معتادان طراحی کرده اند و به حل نیازهای درمان زنان کمک می کند، مورد

بررسی قرار گرفته است. نویسندگان ارائه یک مدل درمان جایگزین برای پاسخگویی به این نیازها طراحی کرده اند. ویژگی های این مدل، درمان جایگزین و رفتار اجتماعی و فرصت ها و استراتژی های کارکنان اجتماعی برای مداخله در ارتباط با معتادان زن شناسایی شده است.

## ۲-۸- خلاصه و جمع بندی

بر اساس چارچوب نظری تحقیق همه کس به طور طبیعی انگیزه ارتکاب کج رفتاری دارند نیازی به تبیین این انگیزه ها نیست بلکه آنچه نیاز به توضیح و تبیین دارد، همنوایی با هنجار اجتماعی است. پیوند فرد و جامعه مهمترین علت همنوایی و عامل اصلی کنترل رفتارهای فرد است و ضعف این پیوند یا نبود آن موجب کج رفتاری می شود. زنان جز نخستین قربانیان بسیاری از آسیب ها و انحرافات اجتماعی اند . در این میان اعتیاد اگر نه اولین و عمده ترین، بلکه یکی از مهمترین آنان است.

از عوامل موثر گرایش زنان به مواد مخدر و عدم تمایل به ترک اعتیاد می توان به موارد زیر اشاره کرد: یکی از علل اعتیاد در زنان رشد نیافتن مهارت های لازم برای توفیق در زندگی (ورود ناگهانی از کودکی به بزرگسالی) است. فقدان شایستگی فردی برای کسب پایگاه شغلی نیز از دلایل روی آوردن زنان به مواد مخدر و اعتیاد است. احساس بازنده بودن در رقابتهای شغلی و به دنبال آن، احساس ناتوانی در نیل به موفقیت، احساس ناامنی، ناعادلانه دانستن نظام اجتماعی، احساس خشم و بی اعتمادی در خانه، محل کار و مدرسه نیز در گرایش زنان به اعتیاد و مواد مخدر موثر است . مشکلات روحی و روانی نیز در روی آوردن زنان به اعتیاد و مواد مخدر موثر است. زنان معتاد در مقایسه با دیگر زنان مسائل و مشکلات روانی بیشتری دارند. مشخص شده است که اختلالات افسردگی یا اضطراب، شایع ترین بیماری در نزد زنان معتاد به مواد مخدر است. مطالعات نشان داده است رفتارهای خودکشی، آسیب پذیری بالا و عزت نفس پایین در زنان

معتاد بسیار بیشتر از دیگران است و حتی بسیاری از زنان، گرفتار مشکلات بازگشت افسردگی مزمن می شوند. پدیده های اجتماعی نیز در گرایش زنان به اعتیاد و مواد مخدر دخیل است. زنان به عنوان همسر، مراقبت کننده و پایه و اساس اخلاق به حساب می آیند. با این حال نگاه مرد سالارانه در جامعه، که اعتیاد زنان را منفیتر از مردان می داند و همچنین سایر نگرش های اجتماعی درباره ناپسند تر بودن اعتیاد زن، یک مانع عمده درمان آنها محسوب می شود. حتی زنانی که خود می دانند از یک بیماری رنج می برند این نگرانی درد آور را که دیگران مشکل آنها را بپذیرند همراه خود دارند. آنها می ترسند که خانواده شان، همراه، شریک، و یا جفتشان و یا حتی کارفرمایان دیدگاه مسلط جامعه را که اعتیاد را یک مشکل اخلاقی می دانند، داشته باشند و آنها را در درمان حمایت نکنند.



# فصل سوم:

## روش شناسی

### ۳-۱- مقدمه

در این فصل به روش تحقیق و جامعه آماری و ابزار گردآوری اطلاعات اشاره خواهد شد.

### ۳-۲- روش تحقیق

این پژوهش از نظر روش پژوهش، توصیفی از نوع پیمایشی است. از نظر هدف کاربردی \_ عملی است. در این پژوهش نیز به بررسی وجود یا عدم وجود رابطه و همبستگی، میزان و نوع رابطه بین متغیر های مستقل و وابسته پرداخته می شود. با توجه به اینکه در این پژوهش از روش های مطالعه ی کتابخانه ای و بررسی متون و نیز روش های میدانی نظیر پرسشنامه استفاده می شود و هدف آن شناخت صفات، ترجیحات، ویژگی ها و رفتار افراد جامعه از طریق مراجعه به آنها است، می توان گفت که پژوهش حاضر بر اساس ماهیت و روش تحقیق، میدانی است. لذا این تحقیق توصیفی- پیمایشی است.

### ۳-۳- جامعه آماری و حجم نمونه

زنان دارای اعطای به مواد مخدر که برای ترک اعتیاد به مراکز مشاوره یا کمپ های ترک اعتیاد در سال ۱۳۹۷ مراجعه می کنند و مشاوران، روانپزشکان و روان شناسان شاغل در حوزه سلامت اعتیاد در مراکز مشاوره و کمپ های اعتیاد جامعه آماری این پژوهش را تشکیل خواهند داد. نمونه آماری از میان زنان معتاد شهر تبریز که به مرکز مشاوره ها یا کمپ های ترک اعتیاد مراجعه کرده اند و براساس فرمول کوکران تعداد ۱۰۰ نفر زن معتاد و تعداد ۲۰ نفر مشاور روانشناس و روان پزشک می باشد.

### ۳-۴- روش گردآوری اطلاعات

بخش چهارچوب نظری پژوهش از نوع کتابخانه ای و داده های گردآوری شده از نوع میدانی خواهد بود.

### ۳-۵- ابزار گردآوری اطلاعات

ابزار اندازه گیری در تحقیق حاضر پرسشنامه مشخصات جمعیت شناسی و پرسشنامه عوامل موثر بر اعتیاد زنان خواهد بود.

پرسشنامه عوامل موثر در اعتیاد زنان: این پرسشنامه توسط بابائی ارچگان (۱۳۷۸) تهیه شده است و بعنوان پرسشنامه ای است که با هدف بررسی و ارزیابی عوامل دخیل در اعتیاد زنان معرفی شده است. این پرسشنامه ۵۰ گویه دارد و در مجموع ۷ عامل را مورد سنجش قرار می دهد. نمره گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت ۴ درجه ای (از خیلی کم تا خیلی زیاد) است. که از شرکت کنندگان پژوهش خواسته می شود نظر خود را در خصوص هر یک از گویه ها بیان کنند. روایی محتوایی پرسشنامه توسط اساتید دانشگاه تایید شده است. همچنین پایایی آن توسط تیم تحقیقاتی مادسیج از طریق ضریب همسانی ماده ها با آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۸ ذکر شده است.

مولفه های این پرسشنامه عبارتند از عامل اجتماعی (سوالات ۱ تا ۲۰)، عوامل فرهنگی (۲۱ تا ۲۸)، عامل اقتصادی (۲۹ تا ۳۳)، عامل روانی (۳۴ تا ۴۰)، عامل فیزیکی (۴۱ تا ۴۴)، عامل جغرافیایی (۴۵ و ۴۶) و عامل مذهبی (۴۷ تا ۵۰) می باشند و نمره گذاری این پرسشنامه به صورت ذیل می باشد:

خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد
۱	۲	۳	۴

تحلیل این پرسشنامه بر اساس میزان نمره هر مولفه می باشد که که نمره بالاتر در هر مولفه بیانگر موثرتر بودن این عامل در اعتیاد زنان منطقه مورد نظر می باشد.

### ۳-۶- روش تجزیه و تحلیل داده ها

در این تحقیق به منظور آزمون فرضیه‌های تحقیق از آزمون‌های آماری زیر بهره گرفته خواهد شد:

از آمارهای توصیفی نظری میانگین و انحراف معطر جهت نشان دادن وضعیت متغی‌ها و مقایسه درصدها استفاده به عمل خواهد آمد . آزمون کلموگروف اسمیرنوف برای نرمال بودن داده ها و آزمون تی تست و آزمون فریدمن برای آزمون فرضیه‌ها مورد استفاده قرار گرفته است.

## **فصل چهارم:**

### **تجزیه و تحلیل داده ها**

#### ۴-۱-مقدمه

در این فصل داده های جمع آوری شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است . همان طور که قبلاً ذکر شده است، هدف از پژوهش حاضر شناسایی و رتبه بندی عوامل موثر بر اعتیاد زنان می باشد. بدین منظور در این فصل ابتدا مشخصات جمعیت شناختی پاسخگویان در قالب جداول و نمودارهای توصیفی آورده شده است؛ سپس با استفاده از آزمون تی تست و فریدمن فرضیه های تحقیق آزمون شده است.

#### ۴-۲-آمارهای استنباطی

##### ۴-۲-۱- مشخصات جمعیت شناختی

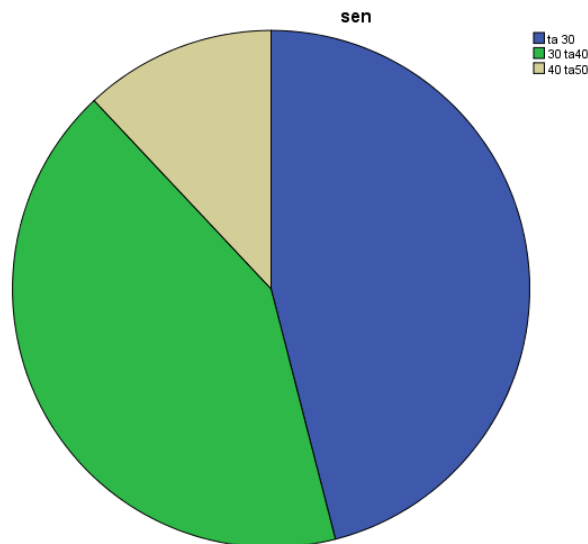
در تحقیق حاضر مشخصات جمعیت شناختی پاسخگویانی که به پرسشنامه های تحقیق پاسخ گفته اند، از دو منظر سن، تحصیلات، مدت اعتیاد و وضعیت تاهل مورد بررسی قرار گرفته است. در ادامه وضعیت جامعه آماری در قالب جداول و نمودارهای توصیفی ارائه می گردد.

##### ۴-۲-۱-۱- سن

جدول (۴-۱) و شکل (۴-۱) مشخصات پاسخگویان را به لحاظ سن نشان می دهد.

جدول (۴-۱): توزیع فراوانی پاسخ گویان بر حسب سن

سن	فراوانی	درصد	درصد تجمعی
تا ۳۰ سال	۲۳	۴۴/۲	۴۶/۰
۳۰ تا ۴۰ سال	۲۱	۴۰/۴	۸۸/۰
۴۰ تا ۵۰ سال	۶	۱۱/۵	۱۰۰/۰
پاسخ نداده ها	۲	۳/۸	
جمع	۵۲	۱۰۰	



شکل (۴-۱): توزیع فراوانی پاسخ‌گویان بر حسب سن

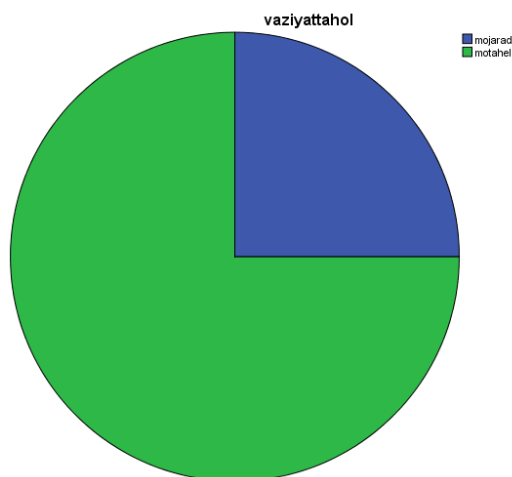
جدول (۴-۱) و شکل (۴-۱) نشان می‌دهد که از مجموع ۵۲ نفر از پاسخ‌گویان به پرسشنامه‌ها در تحقیق حاضر ۴۴/۲ درصد یعنی ۲۳ نفر تا ۳۰ سال و ۴۰/۴ درصد یعنی ۲۱ نفر ۳۰ تا ۴۰ سال و ۱۱/۵ درصد یعنی ۶ نفر ۴۰ تا ۵۰ سال داشتند. به طور کلی با توجه به جدول (۴-۱) و شکل (۴-۱) می‌توان فهمید که زنان دارای سنین تا ۳۰ سال بیشترین تعداد پاسخ‌گویان را در این تحقیق تشکیل می‌دهند.

#### ۴-۲-۱-۲- وضعیت تاهل

جدول (۴-۲) و شکل (۴-۲) مشخصات پاسخ‌گویان را به لحاظ وضعیت تاهل نشان می‌دهد.

جدول (۴-۲): توزیع فراوانی پاسخ‌گویان بر حسب وضعیت تاهل

وضعیت تاهل	فراوانی	درصد	درصد تجمعی
مجرد	۱۲	۲۳/۱	۲۵/۰
متاهل	۳۶	۶۹/۲	۱۰۰/۰
پاسخ نداده‌ها	۴	۷/۷	
جمع	۵۲	۱۰۰	



شکل (۲-۴): توزیع فراوانی پاسخ‌گویان بر حسب وضعیت تاهل

جدول (۲-۴) و شکل (۲-۴) نشان می‌دهد که از مجموع ۵۲ نفر از پاسخ‌گویان به پرسشنامه‌ها در تحقیق حاضر ۲۳/۱ درصد یعنی ۱۲ نفر مجرد و ۶۹/۴ درصد یعنی ۳۶ نفر متاهل می‌باشند. به طور کلی با توجه به جدول (۲-۴) و شکل (۲-۴) می‌توان فهمید که زنان متاهل بیشترین تعداد پاسخ‌گویان را در این تحقیق تشکیل می‌دهند.

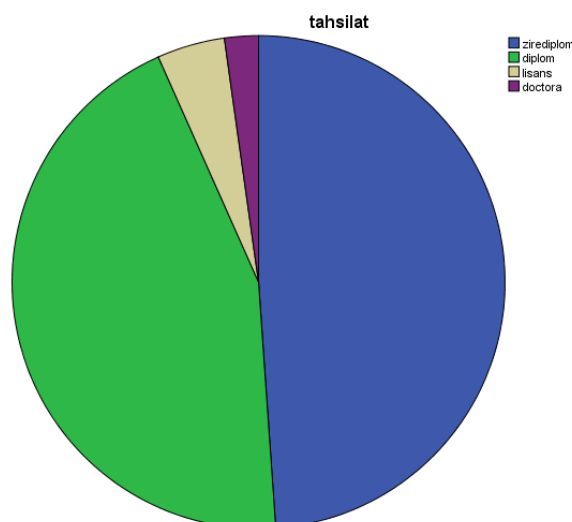
#### ۳-۱-۲-۴- وضعیت تحصیلات

جدول (۳-۴) و شکل (۳-۴) مشخصات پاسخ‌گویان را به لحاظ وضعیت تحصیلات نشان می‌دهد.

جدول (۳-۴): توزیع فراوانی پاسخ‌گویان بر حسب وضعیت تحصیلات

وضعیت تاهل	فراوانی	درصد	درصد تجمعی
زیردیپلم	۲۲	۴۲/۳	۳۸/۵
دیپلم	۲۰	۳۸/۵	۹۳/۳
لیسانس	۲	۳/۸	۹۷/۸
دکتر	۱	۲/۲	۱۰۰/۰
پاسخ نداده‌ها	۷	۱۳/۵	
جمع	۵۲	۱۰۰	





شکل (۴-۳): توزیع فراوانی پاسخ گویان بر حسب وضعیت تحصیلات

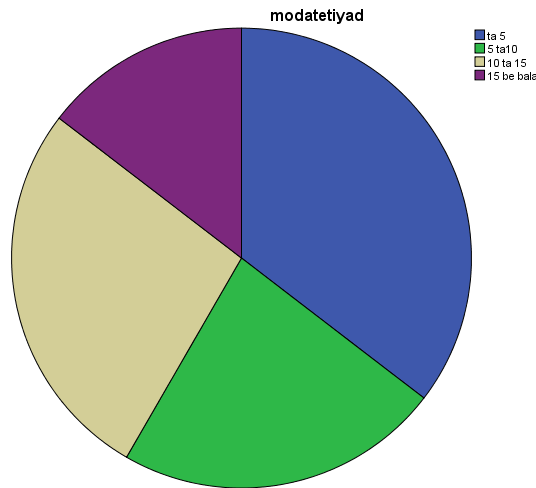
جدول (۴-۳) و شکل (۴-۳) نشان می دهد که از مجموع ۵۲ نفر از پاسخ گویان به پرسشنامه ها در تحقیق حاضر ۴۲/۳ درصد یعنی ۲۲ نفر زیردیپلم، ۳۸/۵ درصد یعنی ۲۰ نفر دیپلم، ۳/۸ درصد یعنی ۲ نفر لیسانس و ۱/۹ درصد یعنی ۱ نفر می باشند. به طور کلی با توجه به جدول (۴-۳) و شکل (۴-۳) می توان فهمید که زنان با مدرک زیردیپلم بیشترین تعداد پاسخگویان را در این تحقیق تشکیل می دهند.

#### ۴-۱-۲-۴- وضعیت مدت اعتیاد

جدول (۴-۴) و شکل (۴-۴) مشخصات پاسخگویان را به لحاظ وضعیت مدت اعتیاد نشان می دهد.

جدول (۴-۴): توزیع فراوانی پاسخ گویان بر حسب وضعیت مدت اعتیاد

وضعیت تاهل	فراوانی	درصد	درصد تجمعی
تا ۵ سال	۱۷	۳۲/۷	۳۵/۴
۵ تا ۱۰ سال	۱۱	۲۱/۲	۵۸/۳
۱۰ تا ۱۵ سال	۱۳	۲۵/۰	۸۵/۴
۱۵ سال به بالا	۷	۱۳/۵	۱۰۰/۰
پاسخ نداده ها	۴	۷/۷	
جمع	۵۲	۱۰۰	



شکل (۴-۴): توزیع فراوانی پاسخ گویان بر حسب وضعیت مدت اعتیاد

جدول (۴-۴) و شکل (۴-۴) نشان می دهد که از مجموع ۵۲ نفر از پاسخ گویان به پرسشنامه ها در تحقیق حاضر ۳۲/۷ درصد یعنی ۱۷ نفر تا ۵ سال، ۲۱/۲ درصد یعنی ۱۱ نفر ۵ تا ۱۰ سال، ۲۵/۰ درصد یعنی ۱۳ نفر ۱۰ تا ۱۵ سال و ۱۳/۵ درصد یعنی ۷ نفر ۱۵ سال بالاتر می باشند. به طور کلی با توجه به جدول (۴-۴) و شکل (۴-۴) می توان فهمید که زنان با مدت اعتیاد تا ۵ سال بیشترین تعداد پاسخگویان را در این تحقیق تشکیل می دهند.

#### ۴-۲-۲- آماره های توصیفی مربوط به متغیرهای تحقیق

برای بررسی وضعیت متغیرها در این تحقیق به ترتیب میانگین و انحراف معیار محاسبه شده است. همچنین

نمودار هیستوگرام با نمایش وضعیت نرمال بودن ترسیم گردیده است.

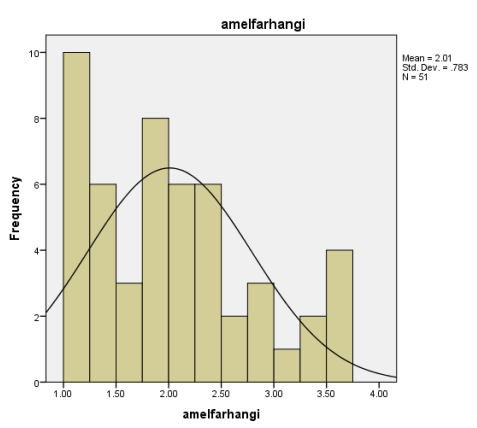
جدول (۴-۵): آماره های توصیفی مربوط به متغیر عامل اجتماعی

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کوچکترین داده	بزرگترین داده
عامل اجتماعی	۵۲	۱/۹۰۳۰	۰/۶۰۶۹۳	۱/۰۰	۳/۳۰
عامل فرهنگی	۵۱	۲/۰۰۹۱	۰/۷۸۳۲۷	۱/۰۰	۳/۵۷

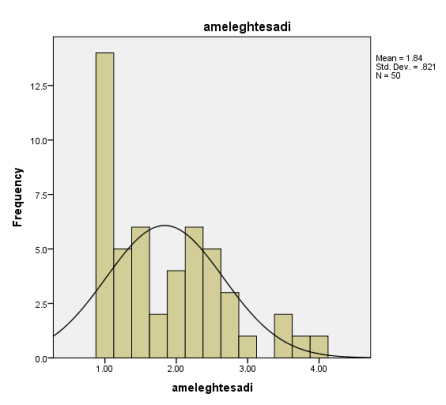
۴/۰۰	۱/۰۰	۰/۸۲۰۵۶	۱/۸۳۸۰	۵۰	عامل اقتصادی
۴/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۳۲۱۱	۲/۱۷۰۶	۵۲	عامل روانی
۴/۰۰	۱/۰۰	۰/۷۳۶۴۶	۱/۶۶۵۰	۵۰	عامل فیزیکی
۴/۰۰	۱/۰۰	۰/۶۰۶۸۵	۱/۲۹۰۰	۵۰	عامل جغرافیایی
۴/۰۰	۱/۰۰	۰/۷۶۶۶۱	۱/۵۹۸۰	۵۱	عامل مذهبی

۱۰۷

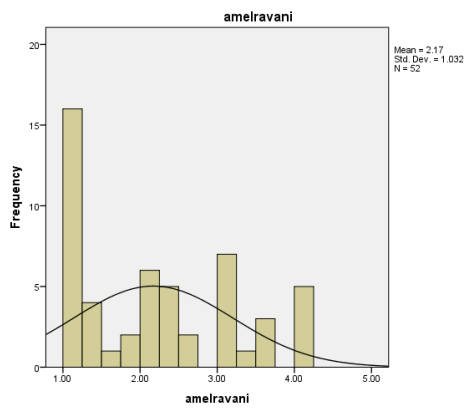
شکل (۴-۵): توزیع فراوانی مولفه عامل اجتماعی



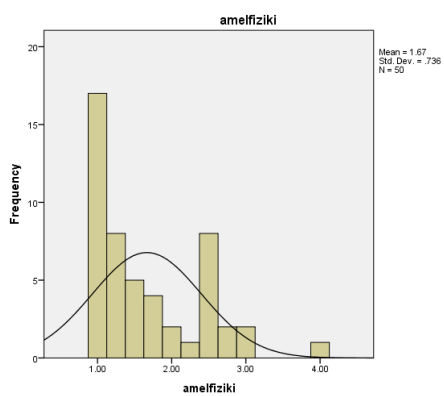
شکل (۴-۶): توزیع فراوانی مولفه عامل فرهنگی



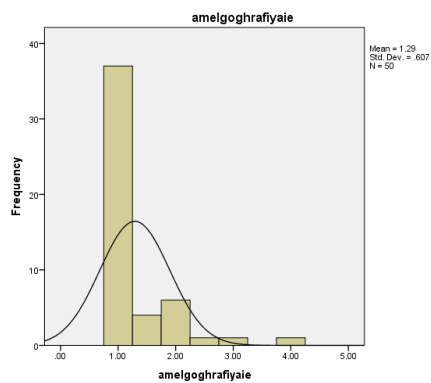
شکل (۴-۷): توزیع فراوانی مولفه عامل اقتصادی



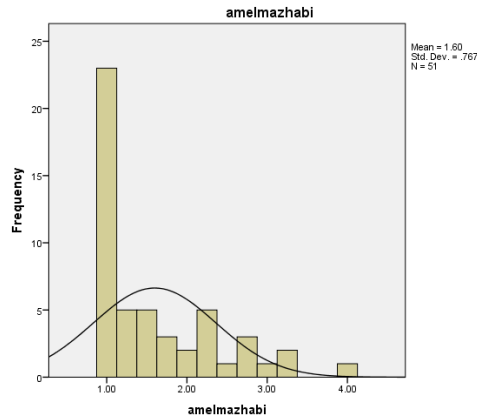
شکل (۴-۸): توزیع فراوانی مولفه عامل روانی



شکل (۴-۹): توزیع فراوانی مولفه عامل فیزیکی



شکل (۴-۱۰): توزیع فراوانی مولفه عامل جغرافیایی



شکل (۴-۱۱): توزیع فراوانی مولفه عامل مذهبی

### ۳-۴- بررسی آمار استنباطی

#### ۱-۳-۴- بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها

برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شده است. فرض صفر در این آزمون نرمال بودن توزیع متغیر است. اگر سطح معنی داری آزمون بزرگتر از ۰.۰۵ باشد فرض صفر تایید شده و نتیجه می‌گیریم که توزیع متغیر مورد نظر نرمال می‌باشد.

جدول (۴-۶): نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها

سطح معنی داری	آماره Z کولموگروف-اسمیرنوف	تعداد	
۰/۲۰۰	۰/۰۸۲	۵۲	عامل اجتماعی
۰/۲۰۰	۰/۱۰۶	۵۱	عامل فرهنگی
۰/۳۰۲	۰/۱۶۳	۵۰	عامل اقتصادی
۰/۲۰۶	۰/۱۴۹	۵۲	عامل روانی
۰/۱۰۰	۰/۲۱۳	۵۰	عامل فیزیکی
۰/۲۲۰	۰/۴۲۴	۵۰	عامل جغرافیایی
۰/۲۵۰	۰/۲۳۳	۵۱	عامل مذهبی

با توجه به سطوح معنی داری به دست آمده نتیجه گرفته می شود که تمام متغیرها دارای توزیع نرمال می باشند (سطح معنی داری بزرگتر از ۰.۰۵).

#### ۴-۳-۲- پاسخ به سوالات پژوهش

برای پاسخ به سوالات این تحقیق از آزمون تی تست و آزمون فریدمن استفاده می کنیم.

#### ۴-۳-۲-۱- پاسخ به سوال اول

۱. از بین عوامل (اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، روانی، فیزیکی، جغرافیایی و مذهبی) کدام یک بیشتر بر اعتیاد زنان موثر است؟

با توجه به داشتن یک متغیر چند مستقل و وابسته در یک سوال و نوع فرضیه می بایست از آزمون ضریب تی تست تک نمونه ای استفاده نمود. از آزمون فرض آماری میانگین یک جامعه یا به عبارتی از آزمون تی یک نمونه ای استفاده شده که در واقع تفاوت بین میانگین نمونه مورد بررسی را با یک مقدار مفروض مورد آزمون قرار می دهد. قابل ذکر است که وضعیت بعد ها چگونه است؟

$$\left\{ \begin{array}{l} H_0: \text{میانگین توزیع عوامل اعتیاد افراد برابر ۳ است} \\ H_1: \text{میانگین توزیع عوامل اعتیاد افراد بزرگتر از ۳ است} \end{array} \right. \iff \left\{ \begin{array}{l} H_0: \mu = 3 \\ H_1: \mu > 3 \end{array} \right.$$

خلاصه ای از نتایج آزمون تی تست به شرح ذیل می باشد. بلبتوجه به اینکه متغیر تشخیص مسئله دارای توزیع نرمال است از آزمون پارامتری تی تست تک نمونه ای استفاده شد. در صورتی که میانگین برای این سوال بیشتر از حد متوسط باشد نتیجه میگیریم که نقش عوامل موثر بر اعتیاد، تاثیر مناسب و قابل قبولی بوده است. آزمون تی تست تک نمونه ای به صورت زیر در جدول (۷-۴) بیان می شود:

جدول (۷-۴): خلاصه آزمون تی تست تک نمونه ای

عنوان فرضیه	آماره تی	میانگین	سطح معنی	نتیجه آزمون
	تست	داری	آماره	

عامل اجتماعی بر اعتیاد زنان تاثیر معنی داری دارد.	۱۳/۰۳۴	۶/۹۰۳۰	۰/۰۰۰	تائید
عامل فرهنگی بر اعتیاد زنان تاثیر معنی داری دارد.	۸/۷۲۹	۶/۰۵۴۷	۰/۰۰۰	تائید
عامل اقتصادی بر اعتیاد زنان تاثیر معنی داری دارد.	۱۰/۰۱۳	۶/۸۳۸۰	۰/۰۰۰	تائید
عامل روانی بر اعتیاد زنان تاثیر معنی داری دارد.	۵/۷۹۵	۶/۱۷۰۶	۰/۰۰۰	تائید
عامل فیزیکی بر اعتیاد زنان تاثیر معنی داری دارد.	۱۲/۸۱۸	۶/۶۶۵۰	۰/۰۰۰	تائید
عامل جغرافیایی بر اعتیاد زنان تاثیر معنی داری دارد.	۱۹/۹۲۵	۶/۲۹۰۰	۰/۰۰۰	تائید
عامل مذهبی بر اعتیاد زنان تاثیر معنی داری دارد.	۱۳/۰۶۰	۶/۵۹۸۰	۰/۰۰۰	تائید

همان گونه که نتایج جدول (۴-۷) در آزمون نشان می دهد که مقدار  $t$  بدست آمده برابر به ترتیب برابر ۱۳/۰۳۴، ۸/۷۲۹، ۱۰/۰۱۳، ۵/۷۹۵، ۱۲/۸۱۸، ۱۹/۹۲۵ و ۱۳/۰۶۰ می باشد که از ۱/۶۴۵ بیشتر بوده و در ناحیه بحرانی قرار می گیرد. همچنین فاصله اطمینان برای تفاضل میانگین نیز نشان می دهد که با توجه به مثبت بودن حد پایین و حد بالا، میانگین از مقدار مورد آزمون بزرگتر می باشد در نهایت عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، روانی، فیزیکی، جغرافیایی، و مذهبی بر اعتیاد زنان تاثیر معنی داری دارد.

#### ۴-۳-۲- پاسخ به سوال دوم

۲. رتبه بندی عوامل موثر بر اعتیاد زنان به چه صورت است؟

به منظور رتبه بندی از آزمون فریدمن استفاده شد که نتایج آزمون فریدمن در مرحله اول آزمون کای دو نشان می دهد که سطوح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ است. در نتیجه می توانیم هفت بعد تشخیص مسئله عوامل موثر بر اعتیاد زنان را به شرح ذیل در جدول (۴-۸) رتبه بندی می کنیم:

جدول (۴-۸) نتایج آزمون فریدمن

آزمون فریدمن	
Chi-square	۵۷/۳۹۰
درجه آزادی	۶
سطح معنی داری	۰/۰۰۰

جدول (۴-۹): نتایج رتبه بندی در آزمون فریدمن

رتبه	میانگین رتبه ای	عناوین متغیرها
۳	۴/۶۲	عامل اجتماعی
۲	۴/۷۷	عامل فرهنگی
۴	۴/۱۲	عامل اقتصادی
۱	۴/۸۲	عامل روانی
۵	۳/۷۹	عامل فیزیکی
۷	۲/۴۴	عامل جغرافیایی
۶	۳/۴۴	عامل مذهبی

همانگونه که از اطلاعات جدول (۴-۸) و (۴-۹) برمی آید عامل اجتماعی با میانگین رتبه ۴/۶۲ در رتبه سوم، عامل فرهنگی با میانگین رتبه ۴/۷۷ در رتبه دوم، عامل اقتصادی با میانگین رتبه ۴/۱۲ در رتبه چهارم، عامل روانی با میانگین رتبه ۴/۸۲ در رتبه نخست، عامل فیزیکی با میانگین رتبه ۳/۷۹ در رتبه پنجم، عامل جغرافیایی یا میانگین رتبه ۲/۴۴ در رتبه هفتم و همچنین عامل مذهبی با میانگین رتبه ۳/۴۴ در رتبه ششم قرار گرفته اند.



بنابراین بمتوجه به خروجی آزمون فریدمن اولین متغیری که بیشترین تاثیر را بر اعتیاد در زنان دارد عامل روانی می باشد.

## **فصل پنجم:**

### **بحث و نتیجه گیری**

در این فصل به بحث و تبیین پیرامون یافته های پژوهش که در فصل ۴ شرح داده شد پرداخته می شود و سپس به محدودیت هایی که در مسیر انجام پژوهش قرار داشت اشاره شده و در پایان با استفاده از یافته ها و نتایج پژوهش پیشنهادی جهت کاربرد نتایج تحقیق و پیشنهادهایی در رابطه با پژوهش های آتی اشاره خواهد شد.

## ۵-۲- بحث و نتیجه گیری

سوال اول: از بین عوامل (اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، روانی، فیزیکی، جغرافیایی و مذهبی) کدام یک بیشتر بر اعتیاد زنان موثر است؟

تمامی این عوامل همانطور که در فصل چهارم نتایج بدست آمد به ترتیب بر اعتیاد زنان موثر بودند. از این جهت می توان نتایج این فرضیه را با نتایج تحقیقات ناصری و همکاران، ۱۳۹۲؛ شیرخانی، ۱۳۸۶؛ گرانج، ۲۰۰۵؛ آروالو و همکاران، ۲۰۰۸ همسو دانست.

در تبیین این یافته می توان بیان نمود که اعتیاد از جمله مسایلی است که بعنوان فاجعه گریبان همه جهان را فراگرفته و قربانیان زیادی از جوامع بشری از جمله کشور ما را گرفته است. معتاد علاوه بر اینکه نیروی جسمانی و عقلانی خود را تحت اثر مواد مخدر از دست داده و در خدمت جامعه نیست، قسمتی از نیروی جسمانی و امکانات اقتصادی را که می تواند در راه سازنده تری مصرف گردد، به خود اختصاص می دهد. از این رو می توان گفت؛ سوء مصرف مواد و اعتیاد از عوامل مهم تاثیر گذار بر وضعیت سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد، در جامعه هستند (ناصری پلنگرد و همکاران، ۱۳۹۲). اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر به مثابه یک مساله اجتماعی، پدیده ای است که همراه با آن توانایی جامعه در سازمان یابی و حفظ

نظم موجود از بین می رود، عملکرد بهنجار حیات اجتماعی مختل می گردد و باعث دگرگونی های ساختاری در نظام اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی یک اجتماع می شود (میری آشتیانی، ۱۳۸۵).

سوال دوم: رتبه بندی عوامل موثر بر اعتیاد زنان به چه صورت است؟

طبق نتایج این سوال از تحقیق به این نتیجه رسید که عامل روانی در زنان بیشترین تاثیر را در اعتیاد زنان دارد. از این جهت نتایج این سوال از پژوهش با تحقیقات قربانی، ۱۳۹۳؛ رحیمی موقر، ۱۳۸۶؛ افشاری و امین، ۱۳۹۷؛ سومر و همکاران، ۲۰۱۷؛ کدت، ۲۰۱۶؛ سیمونز و سوارز، ۲۰۱۶؛ حسن بیگی و همکاران، ۲۰۱۳ هم سو می باشد.

در تبیین این یافته می توان بیان نمود که اعتیاد به مواد مخدر زنان نه تنه ا یکی از معضلات اصلی کشور اسلامی ایران است، بلکه معضلی بزرگ برای جامعه بانوان در سراسر دنی است. اعتیاد به مواد مخدر در ایران، ناهنجاری تازه ای نیست. اما آنچه هولناک است دامنه گسترش این پدیده مرگ آور و ویران ساز است. اعتیاد به مصرف چیزی زیان آور برای سلامتی فرد و جامعه، یعنی، وابسته شدن و تسلیم شدن در برابر آن است. فرد معتاد به ویژه با مواد مخدر، خود را از نظر روانی و ساختار جسمی یعنی کارکرد بدن و سوخت و ساز آن بی پناه، تسلیم و تن سپار میبیند. به طور کلی آمار موجود حاکی از آن است که زندان ۹ درصد مصرف کنندگان مواد مخدر در جامعه را تشکیل میدهند و گفته میشود وابستگی زنان ایرانی به سو مصرف مواد در طول یک دهه اخیر، به طور میانگین چهار برابر شده است (رحیمی موقر، ۱۳۸۳). در تبیین این مسأله می توان گفت زمانی که شخص با رویدادهای استرس زا و تأثیرگذار بر روند زندگی مواجه میشود، تنش هایی را تجربه میکند که در صورت نداشتن مهارت های تنظیم هیجان مناسب و مقابله مؤثر، تاب آوردن در برابر این شرایط برای او بسیار دشوار خواهد بود. همین مسأله با توجه به فرضیه خوددرمانی، برای آن دسته از افرادی که به دنبال رفع تنش های تجربه شده و آرام ساختن خود هستند،

زمینه ای را فراهم می آورد که به سمت اعتیاد به عنوان یک راهکار تنظیمی و البته ناکارآمد در گذر زمان روی آورند (پوتنزا، ۲۰۱۳). یافته دیگر پژوهش حاضر نقش تفکر برون مدار در پیش بینی اعتیاد زنان بود. سبک تفکر برون مدار عبارت است از فقدان تفکر خلاقانه و برخوردار از تخیل، تفکری که نشان دهنده ضعف در درون نگری و عمیق شدن در احساسات درونی خود و دیگران است (بگی و همکاران، ۱۹۹۴). افراد دارای این سبک در تخیل و رویاپردازی و شناخت دنیای درونی ضعیف هستند. آنها به جای تأمل و اندیشیدن درباره مسائل به نوعی مقابله ناکارآمد دست می زنند که به صورت کنار زدن هیجانات، فکر نکردن به مشکل یا اجتناب رفتاری است (حسن بیگی و همکاران، ۲۰۱۳). در واقع همین ناتوانی در تشخیص هیجانات منفی درونی و پرداختن به موضوعات بیرونی به عنوان رفتاری ناکارآمد منجر به جستجوی منبع آرامش بخش بیرونی در تخفیف تنش درونی می شود. سبکی که علت مشکلات را به مسائل پیرامونی نسبت می دهد و لذا به دلیل کم بودن درون نگری فرد به سمت تغییر رفتارهای آسیب زای خود نمی رود. شاید همین سبک تفکر و اسناددهی بیرونی، دلیلی بر کم بودن بیش نسبت به نقش خویشتن در مشکلات فعلی، ناموفق بودن اغلب تلاش های مربوط به ترک مواد و نهایتاً افت سلامت روان در معتادین باشد. مسئله ای که مستلزم تنظیم انگیزشی بالا به پایین سیستم کنترل شناختی (مناطق پیش پیشانی و مناطق آهیانه عقبی) است. سیستم شناختی بالا به پایین در خودتنظیمی، برنامه ریزی، تفکر انتزاعی، حافظه کاری و رفتار هدفمند نقش دارند. در صورت تحول کندتر یا بروز مشکل در این سیستم فرد مستعد مصرف مواد و اشکال در بازدار ی پاسخ است (دهقانی و همکاران، ۱۳۹۶) و در صورت ابتلا به اختلال مصرف مواد، با تغییرات و آسیب هایی که به این بخش های مغزی وارد می شود کنترل بر مصرف کاهش می یابد و لذا مصرف مواد به صورت چرخه ای معیوب ادامه می یابد.

## ۵-۳- محدودیت های تحقیق

۱. در این پژوهش به منظور زمینه یابی از پرسشنامه استفاده گردید، در نتیجه ممکن است برخی از افراد از ارائه پاسخ واقعی خودداری کرده و پاسخ غیر واقعی داده باشند.
۲. این پژوهش به صورت مقطعی انجام شده است . به این دلیل، نتیجه گیری درباره علیت را دشوار می سازد.
۳. تعداد زیاد پرسش های پرسشنامه ها به طولانی شدن زمان اجرای آن انجامید که بر مقدار دقت پاسخ های شرکت کنندگان بی تاثیر نبوده است.
۴. نتایج پژوهش حاضر قابل تعمیم دانشجویان دانشگاه های دولتی تهران بوده است و در صورت نیاز و به تعمیم به سایر دانش آموزان با احتیاط و دانش کافی این کار صورت بگیرد.

## ۵-۴- پیشنهادات

### ۵-۴-۱- پیشنهادات پژوهشی

۱. پیشنهاد می شود، برای نمونه هایی با حجم بیشتر و در اقشار و جوامع مختلف با فرهنگ های متفاوت تر این پژوهش توسط پژوهشگران دیگر تکرار شود تا قابلیت تعمیم نتایج بیشتر شود.
۲. در پژوهش های آتی پیشنهاد می شود که سایر عوامل موثر بر اعتیاد بررسی گردد و نتایج آن با نتایج تحقیق حاضر مورد مقایسه قرار گیرد.
۳. همچنین پیشنهاد می شود که در پژوهش های آینده عوامل پیشگیری از اعتیاد شناسایی و رتبه بندی شود.

## ۵-۴-۲- پیشنهادات کاربردی

۱. تلاش در جهت تغییر نگرش افراد جامعه نسبت به اعتیاد زنان و دختران که آن را یک سوء رفتار اخلاقی تلقی نکنند، بلکه اعتیاد زنان نیز در جامعه به عنوان یک بیماری نگریسته شود تا با درمان این مشکل اجتماع از پیامدها و عوارض ناگوار، مهلک و جبران ناپذیر آن در امان باشند.
۲. لزوم توجه به تفاوت‌های جنسیتی در برنامه های پیشگیرانه، همانطور که اشاره شد به دلیل تفاوت‌های جنسیتی زنان و مردان، بایستی برنامه های پیشگیرانه در ابعاد مختلف برای دو جنس با توجه به ویژگیهای آنها طراحی و اجرا شود.
۳. ایجاد مکانهای تفریحی سالم و بالابردن مشارکت در فعالیت های گروهی از جمله ورزش و همچنین توزیع عادلانه امکانات می تواند از شیوع این بیماری تا حدی جلوگیری کند.

## منابع

- ناصری پلنگرد، سهیلا؛ محمدی، فریبا؛ دوله، معصومه . (۱۳۹۲). عوامل موثر بر اعتیاد زنان، فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ، سال چهارم، شماره شانزدهم، صص ۸۳-۹۴.
- شیرخانی، فاطمه. (۱۳۸۶). *علل و عوامل سوق دهنده زنان به سوی اعتیاد*، پایان نامه کارشناسی ارشد.
- میری آشتیانی، الهام. (۱۳۸۵). *جامعه شناسی اعتیاد*. تهران: نشر دید آور، چاپ اول.
- قربانی، ابراهیم. (۱۳۹۴). مروری بر متغیرهای گرایش به زنان به سوء مصرف مواد مخدر و پیامدهای آن، فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، دوره ۲، شماره ۷، صص ۱۷۵-۱۵۱.
- رحیمی موقر، آفرین. (۱۳۸۳). شیوع و الگوهای مصرف مواد و اعتیاد زنان در ایران، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال سوم، شماره ۱۲، ۲۲۶-۲۰۳.
- افشاری، افروز؛ امین، راضیه. (۱۳۹۷). نقش تشخیصی رویدادهای استرس زا، تاب آوری و ناگویی هیجانی در اعتیاد زنان، مطالعات روان شناختی، دانشکده علوم تربیتی و روانش شناسی دانشگاه الزهرا (س)، دوره ۱۴، شماره ۲، صص ۱۲۵-۱۰۹.
- رحیمی موقر، آفرین؛ ملایری خواه لنگرودی، زهرا؛ دلبرپور احمدی، شهناز و امین اسماعیلی، معصومه . (۱۳۹۰). بررسی کیفی نیازهای زنان برای درمان اعتیاد. *مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران*، ۱۷ (۲): ۱۰۹-۱۰۱.
- Ait-Daoud, N., Blevins, D., Khanna, S., Sharma, S., & Holstege, C. P. (۲۰۱۷). Women and addiction. *Psychiatric Clinics*, ۴۰(۲), ۲۸۵-۲۹۷.
- Alaei H, Huotari M, Piepponen PT, Ahtee L, Hanninen O, Manniosto PT. Morphine releases glutamate through AMPA receptors in the ventral tegmental area: a microdialysis study in conscious rats. *Med J I R Iran* ۲۰۰۳; ۱۷(۳): ۲۲۵-۳۱.
- Arevalo, Sandra and Guillermo prado, hortensid amaro(۲۰۰۸).spiritually, sense of coherence,and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *evaluation and program planning*,p.۱۳-۱۲۳.



- Arevalo, Sandra and Guillermo prado, hortensid amaro. (2008). Spiritually, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Evaluation and program planning*, p. 13-123.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. and Taylor, G.J. (1994). The twenty item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*. 38(1): 23-32.
- Bimpisidis Z, De Luca MA, Pisanu A, Di CG. (2013). Lesion of medial prefrontal dopamine terminals abolishes habituation of accumbens shell dopamine responsiveness to taste stimuli. *Eur J Neurosci*; 37(4): 613-22.
- Cadet, J.L. (2016). Epigenetics of stress, addiction, and resilience: Therapeutic implication. *Molecular Neurobiology*, 53 (1): 545-560.
- Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., Chou, P. S., Huang, B., & Ruan, W. J. (2005). Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001–2002. *Addiction*, 100(3), 281-292.
- Grange, Gilles and Christophe Vayssière, Anne Borgne (2005). Description of tobacco addiction in pregnant women. *European journal of obstetrics gynecology*. p 146- 151.
- Grange, Gilles and Christophe Vayssière, Anne Borgne (2005). Description of tobacco addiction in pregnant women. *European journal of obstetrics gynecology*. p 146- 151.
- Hassanbeigi, A., Askari, J., Hassanbeigi, D. and Pourmovahed, Z. (2013). The relationship between stress and addiction. *Procedia-social and Behavioral Sciences*, 84: 1333 – 1340.
- Kendle, K. S., Myers, I., & Prescott, C. A. (2003). Sex differences in the relationship between social support and risk for major depression: a longitudinal study of opposite-sex twin pairs. *The American Journal of Psychiatry*. 160, 250-256.
- Nelson-Zlupko, L., Kauffman, E., & Dore, M. M. (1995). Gender differences in drug addiction and treatment: Implications for social work intervention with substance-abusing women. *Social work*, 40(1), 45-54.
- Potenza, M. N. (2013). Biological Contributions to Addictions in Adolescents and Adults: Prevention, Treatment, and Policy Implications. *Journal of Adolescent Health*, 52 (2): 22-32.

Simmons, S. and suarez, L. (۲۰۱۶). substance abuse and trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, ۲۵ (۴): ۷۲۳ – ۷۳۴.

Sommer, J., Hinsberger, M., Elbert, T. Holtzhuasen, L., Kaminer, D., Seedat, D., Madikane, S. and Weierstall, R. (۲۰۱۷) the interplay between trauma, substance abuse and appetitive aggression and its relation to criminal activity among highrisk males in Africa. *Addictive behaviors*, ۶۴ (۱):۲۹-۳۴.

## **Abstract**

The purpose of this study was to identify effective factors and ranking the factors affecting the status of addiction in women. The method of this research is descriptive survey and in terms of practical purpose, and the statistical population in this study is women with addiction, counselors, psychiatrists and psychologists working in the field of addiction in counseling centers and addiction camps. The sample consisted of 100 addicted women and 20 counselors, psychologists and psychiatrists who were selected using a simple random sampling method to collect statistical samples. Then, the questionnaire for effective factors in women's addiction was provided to the statistical population. The data obtained from the questionnaire were analyzed by T test and Friedman test. The results of the study showed that there are significant factors affecting addiction. The observed test at the level ( $p < 0.05$ ) is statistically significant. The results indicated that the factors (social, cultural, economic, psychological, physical, geographical and religious) affect women's addiction status.

**Keywords:** addiction, women, factors affecting addiction



**Islamic Azad University Tabriz Branch**  
**Faculty of Education Science**  
**Thesis M.A**  
**On Guidance and counseling**

**Title:**

**Women's Addiction Assessment**  
**(Trends and Factors)**

**Supervisor:**

**Khalil Esmail pour, Ph.D**

**By:**

**Zhaleh Seyedi Sarand**

**Winter ۲۰۱۹**