

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه پیام نور واحد آستارا
پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد
گرایش روانشناسی عمومی

عنوان :

مقایسه وقایع استرس زای زندگی، نظم جویی شناختی هیجان و حمایت اجتماعی
ادراک شده در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد و زنان غیر مبتلا

استاد راهنما:

آقای دکتر مجید برادران

استاد مشاور:

خانم دکتر فرزانه رنجبر

نگارنده:

مریم مدامی



این پایان نامه با حمایت مادی دفتر تحقیقات و
آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست
جمهوری انجام گرفته است.

تأیید هیئت داوران

صور جلسه دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد
 آقای خانم: میرزا، سحر، ا. س.
 دانشجوی رشته: ادبیات فارسی، گرایش: لغت و ادبیات
 به شماره دانشجویی: ۹۵۰۹۰۱۹۰۸

تحت عنوان: معانی و استعاره در دیوانه‌ها و دیوانه‌های ایران

جلسه دفاع پایان نامه کارشناسی ارشد نامبرده با حضور هیئت داوران در مورخ: ۹۷/۱۰/۲۷ ساعت: ۱۰ در محل مرکز واحد: کرج برگزار و پس از ارزیابی پایان نامه مذکور به شرح زیر ارزیابی گردید.

نمره دفاع بر مبنای ۱۸	نمره دستاورد پژوهشی*	نمره نهایی
۱۷,۸۵	—	به عدد
حذف رتبه و رتبه دوم		به حروف
	درجه ارزیابی	

هیئت داوران	نام و نام خانوادگی	مرتبه دانشگاهی	محل خدمت	امضاء
استاد راهنما	آقای دکتر محمد احمدی	استاد تمام	استاد تمام	
استاد مشاور	خانم دکتر فریاد زاده	استادیار	رئیس دانشکده	
استاد داور	آقای دکتر عباس جعفری	دکتر	دانشیار	
نماینده تحصیلات تکمیلی	سید امیر علی			

نمره نامبرده بر اساس بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های مربوط به دستاوردهای پژوهشی مستخرج محاسبه و در تاریخ ۹۷/۱۰/۲۷ نهایی شده است.

نام و امضای کارشناس پژوهشی مرکز و واحد: سید امیر علی
 دانشگاه: دانشگاه سیدالشهدا

* نمره دستاورد پژوهشی بر مبنای دستورالعمل مربوط در مهلت مقرر پس از دفاع تعیین شده و توسط کارشناس پژوهشی محاسبه و نمره نهایی اعلام می گردد.

کپی برگ شماره ۴ این کار برگ باید در سر برگ ردهی دارای دانشگاه
 تاپ و بریت گرفته شود. در صورت وجود اسناد بیشتر، به
 ردههای جدول اضافه شود. بریت این کارگزی است

۱۲

به تصویب شورای دانشگاه پیام نور رسید
 شماره: ۱۲۲۰۰ تاریخ: ۹۵/۴/۱۳

تعهد نامه اصالت رساله یا پایان نامه تحصیلی

اینجانب **مریم مدامی** دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد ناپیوسته در رشته روانشناسی عمومی که در تاریخ ۹۷/۱۰/۲۷ از پایان نامه/رساله خود تحت عنوان:

مقایسه وقایع استرس زای زندگی، نظم جویی شناختی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده در

زنان مبتلا به سوء مصرف مواد و زنان غیر مبتلا

با کسب نمره ۱۷/۸۵ و درجه خوب دفاع نموده ام بدینوسیله متعهد می شوم:

۱) این پایان نامه/رساله حاصل تحقیق و پژوهش انجام شده توسط اینجانب بوده و در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران (اعم از پایان نامه، کتاب، مقاله و...) استفاده نموده ام، مطابق ضوابط و رویه موجود، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آنرا در فهرست مربوطه ذکر و درج کرده ام.

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

۳) چنانچه بعد از فراغت از تحصیل، قصد استفاده و هرگونه بهره برداری اعم از چاپ کتاب، ثبت اختراع و ... از این پایان نامه یا رساله داشته باشم، از حوزه معاونت پژوهشی واحد مجوزهای مربوطه را اخذ نمایم.

۴) چنانچه در هر مقطع زمانی خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن را می پذیرم و دانشگاه پیام نور آستارا مجاز است با اینجانب مطابق ضوابط و مقررات رفتار نموده و در صورت ابطال مدرک تحصیلی ام هیچ گونه ادعایی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی: **مریم مدامی**

تاریخ و امضاء :

سپاسگزاری:

با سپاس از جناب آقای دکتر مجید برادران، استاد راهنمای بزرگواری که از راهنمایی های ارزشمند ایشان در این پژوهش بهره بسیار بردم و کمک های بیدریغ ایشان چراغ راه من بود و همچنین استاد مشاور فرهیخته ام، خانم دکتر فرزانه رنجبر.

همچنین بجاست از استاد گرانقدر جناب آقای دکتر عیسی جعفری که زحمت داوری رساله اینجانب را قبول فرموده و با نظرات ارزشمندشان در بهبود هر چه بیشتر این کار من را یاری نمودند، تشکر نمایم.

تقدیم به:

فرشتگان مهربانی که لحظات ناب باور بودن، لذت غرور دانستن، جسارت خواستن، عظمت رسیدن و تمام تجربه های یکتا و زیبای زندگیم، مدیون آنها بود.

تقدیم به خانواده عزیزم .

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
چکیده	۱
فصل اول: کلیات پژوهش	۲
۱-۱- مقدمه	۳
۲-۱- بیان مسئله	۴
۳-۱- اهمیت و ضرورت پژوهش	۸
۴-۱- اهداف پژوهش	۱۰
۵-۱- فرضیه های پژوهش	۱۰
۶-۱- تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها	۱۱
۱-۶-۱- وقایع استرس زای زندگی	۱۱
۲-۶-۱- نظم جویی شناختی هیجان	۱۱
۳-۶-۱- حمایت اجتماعی ادراک شده	۱۲
فصل دوم: پیشینه نظری و عملی پژوهش	۱۳
۱-۲- گستره اول: سوء مصرف مواد مخدر	۱۴
۱-۱-۲- مفهوم سوء مصرف مواد مخدر	۱۴
۲-۱-۲- انواع مواد مخدر	۱۵
۳-۱-۲- مفهوم وابستگی	۱۹
۴-۱-۲- تاریخچه سوء مصرف مواد	۱۹
۱-۴-۱-۲- تاریخچه سوء مصرف مواد مخدر	۱۹
۲-۴-۱-۲- تاریخچه سوء مصرف مواد در جهان	۱۹
۳-۴-۱-۲- تاریخچه سوء مصرف مواد در ایران	۲۱
۵-۱-۲- پیامد های سوء مصرف مواد مخدر	۲۲
۱-۵-۱-۲- پیامد های جسمانی	۲۲

- ۲۳..... ۲-۵-۱-۲- پیامدهای سوء مصرف مواد از جنبه روانی شخصیتی
- ۲۳..... ۳-۵-۱-۲- پیامدهای سوء مصرف مواد در خانواده
- ۲۳..... ۴-۵-۱-۲- پیامدهای اجتماعی سوء مصرف مواد
- ۲۳..... ۶-۱-۲- سوء مصرف مواد در زنان و دختران
- ۲۶..... ۷-۱-۲- نظریه های سوء مصرف مواد
- ۲۶..... ۱-۷-۱-۲- مدل بیماری
- ۲۶..... ۲-۷-۱-۲- مدل مبتنی بر نظریه یادگیری
- ۲۷..... ۳-۷-۱-۲- مدل های نظریه خانواده
- ۲۸..... ۴-۷-۱-۲- نظریه هنجاری
- ۲۸..... ۵-۷-۱-۲- مدل ترکیبی زیستی، روانی، اجتماعی
- ۳۰..... ۸-۱-۲- درمان اختلالات سوء مصرف مواد
- ۳۱..... ۱-۸-۱-۲- رویکردهای درمانی روان پوششی
- ۳۱..... ۲-۸-۱-۲- رویکرد شناختی رفتاری
- ۳۲..... ۳-۸-۱-۲- رویکرد های مصاحبه انگیزشی
- ۳۳..... ۴-۸-۱-۲- رویکردهای خود یاری رسانی
- ۳۴..... ۲-۲- گستره دوم : وقایع استرس زای زندگی
- ۳۴..... ۱-۲-۲- مفهوم وقایع استرس زای زندگی
- ۳۵..... ۲-۲-۲- سبب شناسی استرس
- ۳۷..... ۳-۲- گستره سوم : نظم جویی شناختی هیجان
- ۳۷..... ۱-۳-۲- مفهوم هیجان
- ۳۸..... ۲-۳-۲- نظم جویی هیجان
- ۴۰..... ۳-۳-۲- راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان
- ۴۱..... ۱-۳-۳-۲- سرزنش خود
- ۴۱..... ۲-۳-۳-۲- سرزنش دیگران
- ۴۱..... ۳-۳-۳-۲- پذیرش

۴۱	 نشخوار ذهنی ۴-۳-۳-۲
۴۲	 توجه مثبت مجدد ۵-۳-۳-۲
۴۲	 توجه مجدد به برنامه ریزی ۶-۳-۳-۲
۴۲	 بازاریابی مثبت ۷-۳-۳-۲
۴۲	 اتخاذ دیدگاه ۸-۳-۳-۲
۴۳	 فاجعه آمیزپنداری ۹-۳-۳-۲
۴۳	 عوامل اثرگذار برهیجان ۴-۳-۲
۴۴	 گستره چهارم: حمایت اجتماعی ادراک شده ۴-۲
۴۴	 ۱- مفهوم حمایت اجتماعی ۴-۲
۴۵	 ۲- انواع حمایت اجتماعی ۴-۲
۴۶	 ۳- منابع حمایت اجتماعی ۴-۲
۴۷	 ۴- حمایت اجتماعی و کارکردهای روانشناسی ۴-۲
۴۷	 ۵- نظریات موجود در مورد حمایت اجتماعی ۴-۲
۴۸	 ۶- جنسیت و تفاوت فرهنگی در دریافت حمایت اجتماعی ۴-۲
۴۹	 ۷- ارتباط حمایت اجتماعی و سلامت جسمی و روانی ۴-۲
۵۰	 ۵- پیشینه پژوهش ۲-۵
۵۰	 ۱- پژوهش های داخلی ۲-۵
۵۳	 ۲- پژوهش های خارجی ۲-۵
۵۶	 ۶- جمع بندی ۲-۶
۵۷	 فصل سوم: روش پژوهش ۵۷
۵۸	 ۱- طرح پژوهش ۳-۱
۵۸	 ۲- جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری ۳-۲
۵۸	 ۳- ابزار پژوهش ۳-۳
۶۰	 ۴- روش اجرا ۳-۴

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها	۶۲
۴-۱- یافته های توصیفی	۶۳
۴-۲- یافته های استنباطی	۶۷
۴-۲-۱- فرضیه اول پژوهش	۶۷
۴-۲-۲- فرضیه دوم پژوهش	۶۷
۴-۲-۳- فرضیه سوم پژوهش	۷۰
فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری	۷۲
۵-۱- بحث در نتایج	۷۳
۵-۲- محدودیت های پژوهش	۷۷
۵-۳- پیشنهاد های پژوهشی	۷۸
۵-۳-۱- پیشنهاد های کاربردی	۷۸
منابع	۸۰
پیوست ها	۹۰
چکیده انگلیسی	۹۷

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول ۱-۲: انواع مواد مخدر.....	۱۶
جدول ۱-۴- فراوانی شرکت کنندگان بر اساس تحصیلات به تفکیک گروه ها.....	۶۳
جدول ۲-۴- فراوانی شرکت کنندگان بر اساس وضعیت تأهل به تفکیک گروه ها.....	۶۴
جدول ۳-۴- فراوانی شرکت کنندگان زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر بر اساس نوع ماده مصرفی	۶۴
جدول ۴-۴- آماره های توصیفی مربوط به سن شرکت کنندگان به تفکیک گروه های مورد مطالعه.....	۶۵
جدول ۵-۴- شاخص های توصیفی متغیر رویدادهای تنش زای زندگی در شرکت کنندگان	۶۵
جدول ۶-۴- شاخص های توصیفی متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده در شرکت کنندگان	۶۵
جدول ۷-۴- شاخص های توصیفی متغیر نظم جویی شناختی هیجان در شرکت کنندگان.....	۶۶
جدول ۸-۴- نتایج آزمون t گروه های مستقل بر اساس متغیر وقایع استرس زای زندگی.....	۶۷
جدول ۹-۴- آزمون لوین جهت بررسی شاخص نظم جویی شناختی هیجان در گروه ها.....	۶۸
جدول ۱۰-۴- نتایج آزمون لوین جهت بررسی شاخص نظم جویی شناختی هیجان در گروه ها	۶۹
جدول ۱۱-۴- آزمون لوین جهت بررسی شاخص حمایت اجتماعی ادراک شده در گروه ها.....	۷۰
جدول ۱۲-۴- نتایج آزمون لوین جهت بررسی شاخص حمایت اجتماعی ادراک شده در گروه ها.....	۷۱

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه وقایع استرس زای زندگی، نظم جویی شناختی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر و زنان غیر مبتلا می باشد. این مطالعه، یک پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه ای است. جامعه آماری شامل تمامی افراد مراجعه کننده به کلینیک های ترک سوء مصرف مواد مخدر شهر رشت در سال ۹۸-۱۳۹۷ می باشد که در این راستا تعداد ۲۴۰ نفر از آنها (۱۲۰ نفر سوء مصرف کننده و ۱۲۰ نفر غیرمبتلا) با روش نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند و به پرسشنامه های وقایع استرس زای زندگی و نظم جویی شناختی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده پاسخ دادند. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش آماری تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج حاکی از آن است که بین افراد سوء مصرف کننده و افراد سالم از لحاظ وقایع استرس زای زندگی، نظم جویی شناختی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده، تفاوت معناداری وجود دارد و میانگین نمرات زنان سوء مصرف کننده نسبت به زنان غیرمبتلا در متغیرهای سبک های دفاعی رشدنیافته و روان آزرده، ناگویی خلقی و اجتناب از تجربه بیشتر و در متغیر سبک های دفاعی رشدیافته کمتر بود. با این وجود اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی و سبک های دفاعی به طور منطقی این ظرفیت را دارند که به عنوان متغیرهایی در درمان سوء مصرف مواد مخدر در نظر گرفته شوند.

کلید واژه ها: حمایت اجتماعی ادراک شده، سوء مصرف مواد مخدر، نظم جویی شناختی هیجان،

وقایع استرس زای زندگی

فصل اول

کلیات پژوهش

امروزه سوء مصرف مواد مخدرمخدر^۱ یکی از عمده ترین مشکلات جوامع بشری است که خود زمینه ساز بسیاری از مسائل و مشکلات اجتماعی دیگر است و روز به روز قربانیان بیشتری را جذب خود کرده است. با اینکه تحقیقات و پژوهش های بسیاری در این زمینه صورت گرفته است، ولی هنوز بسیاری از جنبه های آن نادیده گرفته شده و یا این که توجه کمی بدان مبذول داشته اند.

دامنه تاثیرات سوء مصرف مواد مخدر به مواد مخدر از این رو حائز اهمیت است که عواقب وخیم آن تنها فرد مبتلا به سوء مصرف مواد را در بر نمی گیرد؛ بلکه معمولاً همسر، فرزندان، خانواده، دایره دوستان و همکاران نیز در معرض آثار ویرانگر آن قرار خواهند گرفت^۲ سوء مصرف مواد مخدر ریشه در نابسامانیهای اجتماعی و خانوادگی دارد و همانگونه که درمان یک بیماری، مستلزم شناخت علل بیماری است، برای درمان سوء مصرف مواد نیز باید ابتدا پی به علل آن برد و این امر جز با پژوهش های علمی امکان پذیر نیست (رضایی و صنوبری، ۱۳۹۲).

زنان قشر آسیب پذیری هستند که به دلیل فعالیت های کم اجتماعی، وقتی دچار آسیب می شوند به صورت مخفیانه با آن مشکل ویا معضل سر می کنند و کمتر در سطح جامعه منعکس می کنند و زمانی که دیگر قدرت تحمل آن مشکل و سرپوش گذاشتن بر آن رانداشته باشند، آنرا بروز خواهند داد. درمورد مسئله سوء مصرف مواد مخدر زنان، نیز زنان دغدغه ها و مشکلات خاص خود را دارند. "استفاده از مواد مخدر در میان زنان نه تنها باعث می شود که آنها به عنوان خاطیان از نقشهای اجتماعی تلقی شوند بلکه این امر موجب خطرات ناشی از انزوای اجتماعی و مجازاته های قانونی می گردد. زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر به عنوان افرادی دیده می شوند که نقش های مادری و نظارتی خود را فراموش کرده اند و دچار بی ثباتی و عدم کنترل بر خود می باشند. خطرات ناشی از مواد مخدر توسط زنان بر روی حاملگی، سرنوشت فرزندان و بی قاعدگی اخلاقی و جنسی، همواره مرکز اصلی تحقیقات بوده است. نگاه دقیق تر بر روی زندگی زنان مبتلا به سوء مصرف مواد، نشان می دهد که چگونه انحراف اجتماعی آنها می تواند موجب تضاد عمیق آنها با جامعه و خانواده گردد" سوء مصرف مواد مخدر^۲ یکی از بزرگترین معضلات جوامع بشری است که نه تنها موجب اختلالات رفتاری و اجتماعی می گردد، بلکه با تأثیر بر جنبه های مختلف سلامت جسمی، خسارات مالی هنگفتی بر فرد، خانواده و جامعه وارد می سازد. سوء مصرف مواد مخدر در

^۱ Drug Abuse

^۲ Addiction

زنان، عامل بروز بسیاری از آسیب های اجتماعی و نابسامانی های خانوادگی و فردی است. پدیده سوء مصرف مواد مخدر و به ویژه گسترش روزافزون وابستگی به مواد جدید با توجه به تأثیرات روحی، روانی، اخلاقی و اجتماعی، خانواده و جامعه را تهدید می کند و به رفتارهای آسیب زایی مانند تنش در نقش های خانوادگی، ولگردی و خیابان گردی، تکدی گری، کجروی و در موارد حاد به انحراف جنسی و خودفروشی منجر می شود. از این رو می توان سوء مصرف مواد مخدر زنان را از مهمترین مسائل اجتماعی جهان امروز و همچنین یکی از عوامل تأثیرگذار بر بسیاری از آسیبهای اجتماعی تلقی کرد. یکی از متغیرهایی که سوء مصرف مواد مخدر زنان بر آن تأثیر مخرب می گذارد، سلامت روانی می باشد. مفهوم سلامت روان، جنبه های از مفهوم کلی سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است که علی رغم تلاشهایی که از سوی پیشگامان سلامت روانی در جهان به منظور تامین هر چه بیشتر سلامتی انسانها به عمل آمده است، هنوز معیار قاطعی در زمینه تعریف و مصداق کامل سلامت روانی در افراد وجود ندارد. برخی چنین تصور می کنند که نقطه مقابل سلامت روان، بیماری روانی است، یکی از مشکلات جدی و حاد جوامع امروزی را مصرف روز افزون مواد مخدر و داروهای روان گردان دانسته اند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). شیوع مصرف مواد مخدر در جامعه نیز متأسفانه افزایش یافته است و معضل سوء مصرف مواد مخدر به عنوان یکی از چهار بحران و مسأله روز مطرح است. با توجه به مطالب فوق می توان گفت وابستگی به مواد یکی از مشکلات عمده در جامعه ما به شمار می رود. در همین راستا پژوهش حاضر با هدف مقایسه وقایع استرس زای زندگی، نظم جویی شناختی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد مبتلا به مصرف مواد و افراد غیر مبتلا انجام پذیرفت.

۱-۲- بیان مسأله

سوء مصرف مواد مخدر به مواد مخدر، اصطلاحی نامطلوب و هراس انگیز است که همه ما را به یاد قیافه های غیر معمول و پژمرده، قدهای خمیده، سرهای فروافکنده، چشمانی به گودنشسته و حیثیت های به باد رفته می اندازد. سوء مصرف مواد مخدر هم یادآور قیافه مبتلا به سوء مصرف مواد است که ظالم ترین ضعیف دنیاست و هم یادآور قاچاقچیان و سوداگرانی بی رحم و خطرناک که جان و مال و ناموس بسیاری را به باد فنا داده اند (رضایی و صنوبری، ۱۳۹۲).

سوء مصرف مواد مخدر یک بیماری روانی، اجتماعی و اقتصادی است که از مصرف غیرطبیعی و غیرمجاز برخی مواد مانند الکل، تریاک، حشیش و.... ناشی می شود و باعث وابستگی روانی یا فیزیولوژیک فرد مبتلا (مبتلا به سوء مصرف مواد) به این مواد می شود و در عملکرد جسمی و روانی و اجتماعی وی

تأثیرات نامطلوب برجای می گذارد. این وابستگی از طرفی باعث تسکین و آرامش موقت و گاهی تحریک و نشاط گذرا برای فرد می گردد و از طرفی بعد از اتمام این تأثیرات، سبب جستجوی فرد برای یافتن مجدد ماده و وابستگی مداوم به آن می شود. در این حالت فرد هم از لحاظ جسمی و هم از لحاظ روانی به ماده مخدر وابستگی پیدا می کند و مجبور است به تدریج مقدار ماده مصرفی را افزایش دهد (زنجانی، ۱۳۸۶).

گرچه در جهان پیشرفت قابل ملاحظه ای در درک این اختلالات و یافتن مناسب ترین راه پیشگیری و درمان^۱ آنها ایجاد شده است. لیکن از انجام تحقیق در مورد سوء مصرف مواد مخدر در زنان تا دو دهه پیش کاملاً غفلت شده بود. از آنجا که زن در پیشرفت و ارتقای افراد خانواده نقش بسیار مهمی دارد، توجه به سلامت روان و روح و روان او از مسائل مهم به شمار می آید. در نتیجه هر موضوعی که به جامعه زنان مربوط می شود، از اهمیت خاصی برخوردار است. سوء مصرف مواد مخدر^۲ هم یکی از این مسائل مهم می باشد تا آنجا که سوء مصرف مواد مخدر در بین زنان از نظر علت، شیوع، مسری بیماری و تأثیر آن بر جامعه، اختلافات فاحشی با سوء مصرف مواد مخدر در مردان دارد. ولی با اینحال در کشور ما، در حال حاضر هیچ گونه خدمات اختصاصی برای سوء مصرف مواد مخدر زنان وجود ندارد و حتی برخی از خدمات و مراکز فقط به مردان اختصاص دارد. لیکن با توجه به اینکه مصرف مواد در زنان نا بهنجار تر از مردان تلقی می گردد، زنان معمولاً^۳ از مراجعه به مراکز درمانی مبتلا به سوء مصرف موادی که بیشترین مراجعه کنندگان آنها مردان هستند اکراه دارند. در نتیجه با توجه به اینکه مراکز درمانی مهم ترین مکان دسترسی به مبتلا به سوء مصرف مواد هستند بیشترین میزان اطلاعات مربوط به مبتلا به سوء مصرف مواد از این مراکز تعیین میشود، شیوع سوء مصرف مواد مخدر در زنان کمتر از میزان واقعی تخمین زده می شود. تا دهه هفتاد میلادی به دلیل نرخ پایین و قابل اقماض جرایم زنان نسبت به مردان، موضوع جنسیت^۴ و انحرافات اجتماعی کمتر مورد علاقه روانشناسان قرار می گرفت. با آزاد شدن زنان به بازار کار، رفتار زنان و مردان به یکدیگر نزدیک شده و بدنبال آن جرایم زنان افزایش یافت که سوء مصرف مواد مخدر از آن موارد می باشد (احمدی خراسانی، ۱۳۸۴). سوء مصرف مواد مخدر و سوء مصرف مواد مخدر^۴ به مثابه یک مسأله 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

^۱. Cure

^۲. Addiction

^۳. Sex

^۴. Drug Abuse

می گردد و باعث دگرگونی ساختاری در نظام اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی یک اجتماع می شود (امیری آشتیانی، ۱۳۸۵).

با توجه به آمارهای ارائه شده هرچند غیردقیق می توان جمعیت زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر را در کشور حدوداً ۱۱۴ هزار نفر یعنی ۸۶ درصد تخمین زد (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۷). در حالی که اکثر زنان مبتلا به سوء مصرف مواد به علت ترس از آبرو و خوردن برچسب، سوء مصرف مواد مخدر خود را از دیگران پنهان می کنند و یا به علت بودن در شهرهای کوچک که در آن مرکز ترک سوء مصرف مواد مخدر مخصوص بانوان وجود ندارد در نتیجه به مراکز درمانی آقایان مراجعه نمی کنند و این باعث می شود آمار واقعی زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر دقیق نباشد که خود موجب وارد شدن زیان های جبران ناپذیر فردی و اجتماعی می شود. چه بسا که در این مدت افراد دیگری را نیز مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر کنند و دچار یا ناقل بیماریهای عفونی مثل ایدز و هپاتیت شوند و وجود مادر مبتلا به سوء مصرف مواد در خانواده می تواند آسیب جدی را به همسر و فرزندان و در نتیجه به جامعه وارد کند. بنابراین زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر را باید بعنوان معضلی حاد پذیرفت (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۷).

یکی از متغیرهای روانشناختی که می تواند در گرایش به سوء مصرف مواد مخدر و عوامل تنش زای روانی نقش داشته باشد، وقایع استرس زای زندگی است. آنچه امروز در هزاره جدید، سلامتی و بهداشت روانی افراد را تهدید می کند، سرطان یا بیماریهای قلبی نیست، بلکه عامل اصلی آن استرس است که استرس در همه جوامع، مدام در حال افزایش است (تورکینگتون، ترجمه بلالی و عزت، ۱۳۸۳). در جهان امروز استرس مسأله بزرگی به شمار می رود و به عنوان یک پدیده روانشناختی از عوامل مهمی در بروز و استمرار بیماریهای جسمی و اختلالهای روانی از جمله اختلالهای مصرف مواد شناخته می شود. انواع استرس های اجتماعی، اقتصادی و روانشناختی در زمینه سازی و بروز سوء مصرف مواد مخدر نقش دارند (محمد رضا سرگلزایی، ۱۳۹۰).

افرادی که در معرض محرک هایی از قبیل ازدواج ناخوشایند، نارضایتی از استخدام یا آزار و اذیت قرار دارند، رفتارهای سوء مصرف مواد مخدری را بیشتر گزارش می دهند.

یکی دیگر از عوامل دخیل در سوء مصرف مواد مخدر زنان، مفهوم نظم جویی شناختی هیجان است. نظم جویی هیجان فرآیندی است که از طریق آن افراد (خواسته و ناخواسته) هیجانات خود را برای رسیدن به

یک پیامد مطلوب تبدیل میکنند(آلدائو^۱، نولن، هوکسما^۲، اشویزر، ۲۰۱۰). مطالعات قبلی نشان دادند که راهبردهای ناسازگارانه ی تنظیم هیجان احتمالاً" به دلیل تعارض با اهداف خودتنظیمی درطول دوره های آشفتگی در رشد و دوام حالات آسیب شناختی نقش دارند (گروس و منور ، ۱۹۹۵؛ موری، زوئلرومولنهودلت، ۲۰۰۸). این تعارض ممکن است به روی گرداندن توجه از یک هدف بلندمدت خودنظم جویی(نظیرسالم شدن) و معطوف کردن توجه به آشفتگی هیجانی موجود و درنهایت جستجوی رضایت و خشنودی فوری (نظیرسیگارکشیدن یا عمل تکانه ای) برای گریز از این حالت شود. افراد در معرض خطر بالای اختلالات مصرف مواد، رفتارهای با ثبات و تنظیم شده هیجانی اندکی نسبت به افراد در معرض خطر کمترسوء مصرف مواد مخدر نشان می دهند (شدلر و بلاک؛ ۱۹۹۰). بر این اساس تنظیم ضعف هیجان یک پیش زمینه مهم برای اختلالات مصرف مواد به حساب می آید(مزيج و همکاران، ۲۰۰۷).

یکی دیگر از متغیرهای روانشناختی که می تواند در گرایش به سوء مصرف مواد مخدر و عوامل تنش زای روانی نقش داشته باشد، حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی شبکه ای اجتماعی است که برای شخص، منابع روانشناختی توجه برانگیزی را فراهم می کند تا وی بتواند با شرایط استرس زای زندگی و مشکلات روزانه کنار آید. حمایت اجتماعی به عنوان کمک ها و حمایت های اجتماعی والدین، دوستان و دیگر افراد مهم تعریف شده است که فرد آنها را با توجه به شرایط اجتماعی و فردی خود درک می کند. حمایت اجتماعی به عنوان یکی از روشهای مقابله ای عاطفه نگر می تواند با پیشگیری از وقوع موقعیت های پرتنش و آسیب زا از افراد محافظت کرده و به آنها کمک کند تا وقایع پرتنش را به صورتی ارزیابی کنند که جنبه تهدیدکنندگی کمتری داشته باشد به سمت سوء مصرف مواد مخدر. افزایش حمایت اجتماعی زنان مبتلا به سوء مصرف مواد تاثیر مهمی بر سلامت روان و عملکرد اجتماعی آنان داشته باشد.

لانگن^۳ (۲۰۱۱) مشخص کرد حمایت اجتماعی ادراک شده باعث افزایش احساس همبستگی بین افراد و سبب بهبود وضعیت زندگی در تمامی ابعاد می شود. استرازدینس و بروم (۲۰۰۸) معتقدند که حمایت اجتماعی ادراک شده تقریباً در همه حال می تواند به عنوان سپری در مقابل حوادث و رویدادهای فشارآور عمل کند و شخص را در مقابل پیامدهای ناگوار مصون دارد و فقدان آن می تواند برای شخص اضطراب آور بوده و مشکلاتی را سبب شود.

^۱.Aldao

^۲.Huxma

^۳.Langlene

استفاده از مواد مخدر توسط زنان آنها را با داغ اجتماعی مواجه می سازد که خود زمینه را جهت انجام کج روی های بعدی فراهم می کند زنان به علت داشتن وظایف مادری و گاهاً سرپرستی خانوار اگر به اعتیاد نیز مبتلا شوند موجب بروز درگیری های خانوادگی و اجتماعی برای شان می گردد و باعث می شود اعتماد خانواده نسبت به آنها از بین برود و این زمینه فرار آنها از خانواده را فراهم می آورد در نتیجه زمانی که زنان حمایت مالی و عاطفی خانواده خود را از دست بدهند به ناچار برای تأمین مخارج زندگی و اعتیادشان به روسپی گری و یا دزدی روی می آورند.

بر اساس این مشکلات گفته شده، درباره اعتیاد زنان، ضرورت انجام این پژوهش را احساس کردم و براین اساس این موضوع را انتخاب نمودم. باتوجه به مطالب فوق، مساله اساسی مطالعه حاضر این است که آیا بین وقایع استرس زای زندگی، نظم جویی شناختی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر و زنان غیرمبتلا تفاوت وجود دارد؟

۱-۳- اهمیت و ضرورت پژوهش

با توجه به اینکه اغلب پژوهش ها غالباً درباره سوء مصرف مواد مخدر مردان هستند، کمتر پژوهشی درباره سوء مصرف مواد مخدر زنان و مقایسه آن با زنان غیرمبتلا صورت می گیرد. درمورد سوء مصرف مواد مخدر در زنان بایدنگاه عمیق تری به مسائل زنان و نقش مهم زن در تحکیم خانواده و پیشرفت کشور داشت. مطالعه و بررسی نیازها و نگرانیهای زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر در بهره برداری هرچه بهتر از ظرفیت های این افراد می تواند تاثیرگذار باشد. در این پژوهش تلاش می گردد که عوامل و وقایع استرس زای زندگی زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر و زنان غیر مبتلا بررسی گردد. زنان به عنوان اصلی ترین سرمایه های خانواده نقش مهمی در توسعه و رشد اجتماع دارند. و زمانی می توانند در پیشبرد اهداف مورد نظر اجتماع موفق باشند که از سلامت روانی لازم برخوردار باشند. هرچه افراد کنترل و تسلطشان بر محیط زندگی و بخصوص شرایط استرس آفرین زندگی بیشتر باشد، و از هیجانات منظم و حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار باشند احساس سلامت روحی بیشتری کرده و به سمت سوء مصرف مواد مخدر روی نمی آورند. لذا کاهش استرس ها و وقایع بد زندگی و افزایش حمایت اجتماعی و تنظیم هیجانات در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی بسیار مهم است.

با آزاد شدن زنان از خانواده سنتی، کاهش محدودیت های اجتماعی، توسعه جنبش های اجتماعی زنان و ورود زنان به بازار کار، رفتار زنان و مردان به یکدیگر نزدیک شد و به دنبال آن جرایم زنان افزایش

یافت. (احمدی، ۱۳۸۴) سوء مصرف مواد مخدر از آن موارد می باشد. سوء مصرف مواد مخدر و سوء مصرف مواد مخدر به مثابه یک مسأله 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. (آشتیانی، ۱۳۸۵) استفاده از مواد مخدر توسط زنان آنها را با داغ اجتماعی مواجه می سازد که خود زمینه را جهت انجام کج روی های بعدی فراهم می کند زنان به علت داشتن وظایف مادری و گاهی سرپرستی خانوار اگر به سوء مصرف مواد مخدر نیز مبتلا شوند موجب بروز درگیری های خانوادگی و اجتماعی برای شان می گردد و باعث می شود اعتماد خانواده نسبت به آنها از بین برود و این زمینه فرار آنها از خانواده را فراهم می آورد در نتیجه زمانی که زنان حمایت مالی و عاطفی خانواده خود را از دست بدهند به ناچار برای تأمین مخارج زندگی و سوء مصرف مواد مخدرشان به روسپی گری و یا دزدی روی می آورند.

استفاده از مواد مخدر در میان زنان پیامد ها و عواقب جدی در بر دارد که برخی از پیامدها عبارتند از مطرود گردیدن، ایجاد نسل مبتلا به سوء مصرف مواد، کاهش ارتباط با افراد عادی و افزایش ارتباط با موادی ها (خراسانی، ۱۳۷۷) «با توجه به آمارهای ارائه شده هر چند غیر دقیق می توان جمعیت زنان مبتلا به سوء مصرف مواد به مواد را در کشور حدوداً ۱۱۴ هزار نفر یعنی ۶ تا ۸٪ تخمین زد» (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۷).

برآوردهای صورت گرفته، نشان دهنده خسارتهای اجتماعی اقتصادی مستقیم و غیرمستقیم مواد مخدر است و قاچاق آن در کشور، سالانه حدود ۷۰۰ میلیارد تومان است و سالیانه حدود ۲۰۰ نفر از اعضای نیروی انتظامی کشور را در مبارزات از دست می دهیم (ولی زاده، ۱۳۸۸). دسترسی به زنان سوء مصرف کننده مواد، در مقایسه با مردان بسیار دشوار است. زنان علاوه بر داشتن نقش های سنتی همسران، مادران و تغذیه کنندگان، بارهای اضافی دیگری را بر دوش می کشند و همچنین ترس از طرد اجتماعی بر اثر سوء مصرف مواد مخدر، در بین زنان بسیار است. برای مثال: زنان مبتلا به سوء مصرف مواد از اینکه برای جستجوی درمان سوء مصرف مواد مخدر مورد تمسخر قرار بگیرند، می ترسند. همچنین زنان سوء مصرف کننده ی مواد مخدر، تسهیلات درمانی و دارویی کمتری دریافت می کنند. با توجه به اینکه دامنه های تبعیض و تعصب نسبت به زنان وسیع است، در بسیاری از نقاط جهان، خدمات درمانی برای مردان طراحی شده اند. در نتیجه به نیازهای خاص سوء مصرف مواد مخدر که ناشناخته اند، کمکی نمی کند (میرزایی، ۱۳۹۱).

پیامدهای سوء مصرف مواد مخدر در زنان را می توان از جنبه های مختلف مدنظر قرار داد. پیامدهای فردی شامل: ابتلا به بیماری های جسمی، روانی و پیامدهای خانوادگی شامل کاهش فرصت ازدواج، طرد از خانواده، عدم ایفای نقش مادری، ایجاد نسل مبتلا به سوء مصرف مواد، احتمال ابتلای اعضای خانواده (همسر، فرزندان به بیماری ایدز و هپاتیت و پیامدهای اجتماعی شامل ارتکاب انواع جرایم و مشکلات اخلاقی مانند دزدی، روسپیگری و...) (قاسمی روشن، ۱۳۸۲).

از دلایل انتخاب این موضوع پژوهشی می توان به این نکته اشاره کرد که دامنه آن از حیث موضوعی قوی بوده و بررسی زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر از لحاظ ویژگیهای شخصیتی، مکانیسم های دفاعی و انگیزش درمان در عملکرد بهتر درمان از اهمیت برخوردار است. از دیگر دلایل انتخاب موضوع، تناسب آن با زمینه علایق فردی پژوهشگر و تحقیقات اندک انجام شده پیرامون این موضوع در جامعه مورد مطالعه می باشد. این پژوهش می تواند به عنوان یک تحقیق بنیادی - کاربردی، بخشی از نارسایی های موجود را روشن سازد و به عنوان الگویی جهت بهره گیری از نتایج آن در تحقیقات و مطالعات بعدی به منزله پایهای مقدماتی، منظور عمل واقع شود همانگونه که ذکر شد میزان انگیزه برای ترک، در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد متفاوت است و این تفاوت می تواند پیامدهای درمانی متفاوتی برای آنها داشته باشد. بنابراین لازم است که این متغیر بیشتر مورد پژوهش قرار گیرد. در واقع، بدون شناسایی عوامل مهم در فرآیند آمادگی برای درمان نمی توان مداخله متناسب شده ای را طراحی نمود و موفقیت درمانی برنامه های درمان سوء مصرف مواد مخدر در زنان را بالا برد.

۱-۴- اهداف پژوهش

- مقایسه وقایع استرس زای زندگی بین زنان مبتلا به سوء مصرف مواد و زنان غیرمبتلا
- مقایسه نظم جویی شناختی هیجان بین زنان مبتلا به سوء مصرف مواد و زنان غیرمبتلا
- مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده بین زنان مبتلا به سوء مصرف مواد و زنان غیرمبتلا

۱-۵- فرضیه های پژوهش

- بین وقایع استرس زای زندگی در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد و زنان غیرمبتلا تفاوت وجود دارد.
- بین نظم جویی شناختی هیجان در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد و زنان غیرمبتلا تفاوت وجود دارد.
- بین حمایت اجتماعی ادراک شده در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد و زنان غیرمبتلا تفاوت وجود دارد.

۱-۶- تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

۱-۶-۱- وقایع استرس زای زندگی

استرس عبارت است از واکنشهای فیزیکی، ذهنی و عاطفی که در نتیجه تغییرات و نیازهای زندگی فرد، تجربه می شوند. تغییرات می توانند بزرگ یا کوچک باشند. پاسخ افراد به تغییرات زندگی متفاوت است. استرس مثبت می تواند یک انگیزش دهنده باشد در حالی که استرس منفی می تواند در زمانی که این تغییرات و نیازها، فرد را شکست می دهند، ایجاد شود. به عبارتی دیگر استرس را می توان این گونه تعریف کرد: پاسخ عمومی و غیراختصاصی بدن در جهت حفظ هموستاز به هر عاملی که موجب تهدید یا برهم خوردن تواناییهای جبرانی بدن گردد (اسرود، ۲۰۰۱، به نقل از حیدری سنگری، ۱۳۹۰).

استرس برای حوادث خوب و خوشایند بکار میرود و کلمه دیسترس بر اثر فرآیند حذف به کلمه متداول و روزمره استرس یا فشار روانی تبدیل شده است. بدن در یک موقعیت پراسترس با افزایش تولید هورمونهای خاصی جواب میدهد که باعث تغییراتی در ضربان قلب، فشار خون^۱، متابولیسم و فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری فیزیکی میگردد. عوامل استرس زا میتوانند کوتاه مدت باشند (استرس حاد) و یا به صورت روزانه ایجاد شوند (استرس مزمن). انواع گوناگونی از عکس العملها در پاسخ به عوامل استرسزا دیده میشود که از مهمترین آنها الگوی فعال ستیز و گریز (سیستم سمپاتیک - مدولاری آدرنال) و الگوی غیرفعال (سیستم قشری - آدرنالی - هیپوفیزی میشود) می باشند (کوهن^۲، ۲۰۰۰).

وقایع استرس زای زندگی، در پژوهش حاضر عبارت است از نمره ای که فرد در پرسش نامه هولمز و راهه (۱۹۷۶) در مقیاس فاصله ای کسب می کند.

۱-۶-۲- نظم جویی شناختی هیجان

راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان پاسخ های شناختی به وقایع فراخوانده هیجان هستند که به صورت هشیار یا ناهشیار سعی در تعدیل شدت و یا نوع تجربه هیجانی یا خود واقعه دارند (گارفنسکی و همکاران، ۲۰۰۲). پژوهش های پیشین، نه راهبرد متفاوت نظم جویی شناختی هیجان را به صورت مفهومی شناسایی نمودند که عبارتند از: سرزنش خود، پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، نشخوار فکری، فاجعه انگاری، سرزنش دیگری، دیدگاه گیری (گارفنسکی و همکاران، ۲۰۰۳؛ گارفنسکی و همکاران، ۲۰۰۲ و ۲۰۰۱). این راهبردها به دو دسته ی راهبردهای سازگارانه

¹ Hypertension

² Kohen

و ناسازگارانه تقسیم شده است. راهبردهای سازگارانه عبارتند از: تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و دیدگاه گیری و راهبرد های ناساز گارانه عبارتند از: سرزنش خود، سرزنش دیگری، نشخوار فکری و فاجعه انگاری (حسینی و میرآقایی، ۱۳۹۰). در مجموع اعتقاد بر این است که راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان به افراد کمک می کنند تا برانگیختگی ها و هیجان های منفی را تنظیم نمایند (کمبل-سیل و بارلو، ۲۰۰۷). نظم جویی شناختی هیجان، در پژوهش حاضر عبارت است از نمره ای که فرد در پرسش نامه اسکورن و فرایدلندرگارفنسکی و همکاران (۲۰۰۱) در مقیاس فاصله ای کسب می کند.

۱-۶-۳ - حمایت اجتماعی ادراک شده

مفهوم حمایت اجتماعی ادراک شده به حمایت از دیدگاه ارزیابی شناختی فرد از روابطش اشاره دارد. نظریه پردازان این حوزه بر این باورند که تمام روابطی که فرد با دیگران دارد حمایت اجتماعی محسوب نمی شود؛ مگر اینکه فرد آن ها را به عنوان یک منبع در دسترس و مناسب برای رفع نیازهایش ارزیابی کند. مقیاس های حمایت اجتماعی ادراک شده نیز بر ارزیابی شناختی فرد از محیطش و سطح اطمینان فرد به اینکه در صورت لزوم کمک و حمایت در دسترس خواهد بود متمرکز هستند (براور^۱ و همکاران، ۲۰۰۸). حمایت اجتماعی ادراک شده، در پژوهش حاضر عبارت است از نمره ای که فرد در پرسش نامه زیمن و همکاران (۱۹۸۸) در مقیاس فاصله ای کسب می کند

^۱.Braver

فصل دوم

مبانی و پیشینه پژوهش

فصل دوم پژوهش حاضر به پیشینه نظری و پژوهشی اختصاص دارد. در بخش پیشینه ابتدا به بررسی مفهوم سوء مصرف مواد مخدر و موضوعات مربوط به آن؛ همچون تعاریف، انواع مواد، پیامدها، سوء مصرف مواد مخدر زنان و درمان پرداخته و در ادامه موضوع انگیزه یا تمایل به درمان (ترک) سوء مصرف مواد مخدر، وقایع استرس زای زندگی، نظم جویی شناختی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده مورد بررسی قرار می گیرد. در بخش پیشینه پژوهشی، پژوهش هایی که در داخل و خارج از کشور درباره تمایل به ترک سوء مصرف مواد مخدر، وقایع استرس زای زندگی، نظم جویی شناختی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده در بین زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر از منابع مختلف به دست آمده است، مطرح و جمع بندی می شوند سوء مصرف مواد مخدر، یکی از مهمترین آسیب های اجتماعی است که جامعه و بخصوص نسل جوان را به صورت جدی تهدید می کند. مجموعه ای از عوامل و زمینه ها در گرایش به اعتیاد نقش دارند. لیکن در هر شرایط فرهنگی و اجتماعی و در هر فرد، برخی از عوامل نقش بارزتری ایفا می کنند.

۲-۱- گستره اول: سوء مصرف مواد مخدر

۲-۱-۱- مفهوم سوء مصرف مواد مخدر

سوء مصرف مواد مخدر، از جمله مفاهیمی است که تعاریف زیادی از آن ارائه شده است. در اینجا به تعدادی از آنها اشاره می کنیم: سوء مصرف مواد مخدر، یک بیماری مزمن و عود کننده است که اثری شبیه قند و فشار خون دارد و قابل درمان نیست اما می تواند به طور موثر و در مدت طولانی، با پیگیری تسکین داده شود (مک لیلیان، به نقل از میرزایی، ۱۳۹۱). معمولاً، سوء مصرف مواد مخدر برای شناسایی رفتار خود مخربی بکار می رود که دارای مولفه های دارویی است. این اصطلاح برای توصیف کسانی بکار می رود که گرفتار یک یا بیش از یک داروی غیر قانونی هستند. این تعریف شامل هوس کردن شدید مواد و نیاز به مواد بیشتر برای تجربه همان اثر قبلی است. (انجمن روانشناسی آمریکا، ۱۹۸۰، به نقل از میرزایی، ۱۳۹۱).

ضرورت شناخت ابعاد و سطوح این مسأله زمانی بیشتر مشخص می گردد که بدانیم پدیده سوء مصرف مواد مخدر متأثر از توسعه فناوریهای ارتباطی و رایانه ای و باندهای مافیایی و دست های پشت پرده است و از چنان پیچیدگی هایی برخوردار است که سازمان ملل متحد، آن را جزء جرائم سازمان یافته تلقی کرده و اقدام به صدور کنوانسیون ها و پروتکل های مختلف برای مقابله با آن (کنوانسیون، ۱۹۹۸) کرده است. حجم گسترده تجارت و چرخش مالی مرتبط با قاچاق مواد مخدر و مافیای منطقه ای و جهانی، این موضوع را قابل تحمل کرده است (عظیمی، ۱۳۸۹). کشور ایران به دلیل شرایط حساس و هم مرزی با مناطق عمده تولیدکننده

مواد مخدر و قرار گرفتن در کوتاهترین مسیر ترانزیت، در سالهای اخیر گذرگاه قاچاق مواد مخدر از افغانستان به اروپا بوده است. وجود زمینه های رشد و گسترش مواد مخدر در ایران و قاچاق آن، که هم اکنون به یک تجارت زیر زمینی تبدیل شده است، اوضاع فعلی را پیچیده کرده، و تبدیل به یک بحران اساسی در جامعه شده است. کشور ایران به علت ساختار جمعیتی، موقعیت سیاسی-جغرافیایی و فقدان استراتژی و طرح جامع ملی مبارزه با عرضه، کاهش، تقاضا و درمان مبتلایان به سوء مصرف مواد، به عنوان یکی از آسیب پذیرترین کشورهای جهان در مقابل مسأله مواد مخدر است. گزارشهای آماری نشان دهنده افزایش بیش از حد سوء مصرف مواد مخدرمخدر به مواد مخدر در ایران است. به طوری که بعد از بیکاری و گرانی، سوء مصرف مواد مخدرمخدر سومین معضل اجتماعی است. آمار و ارقام مختلفی در ایران راجع به مبتلا به سوء مصرف مواد وجود دارد برآوردهای صورت گرفته، نشاندهنده خسارت های اجتماعی-اقتصادی مستقیم و غیر مستقیم مواد مخدر است و قاچاق آن در کشور، سالیانه حدود ۲۰۰ نفر از اعضای نیروی انتظامی کشور را در مبارزات از دست می دهیم (ولی زاده، ۱۳۸۸).

۲-۱-۲- انواع مواد مخدر

انواع فراورده های گیاهان خشخاش، شاهدانه، کوکا و ترکیبات شیمیایی مشابه که مصرف آنها موجب سوء مصرف مواد مخدر می گردد. انواع مواد مخدر : ۱-سستی زا ۲- توهم زا^۱ - توان افزا

مواد سستی زا: موادی هستند که مصرف آن بر روی سلسله اعصاب مصرف کننده اثر گذاشته و در نتیجه فعالیت بدنی و فکری او را سست می نماید.

مواد توهم زا: مصرف آن بر روی سلسله اعصاب تاثیر گذاشته و در نتیجه فعالیت فکری و بدنی مصرف کننده بیشتر و باعث هیجان می شود (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۵)

¹ Hallucinogens

جدول ۲-۱: انواع مواد مخدر

انواع	ویزگیهای اصلی		شکل	عوارض
کند کننده ها	تاثیر برروی سلسله اعصاب و سست کردن فعالیت فکری و بدنی	طبیعی	تریاک	کاهش علائق و انگیزه ها، کاهش احساس مسئولیت، افسردگی، بیقراری، پرخاشگری، تهوع و استفراغ، کاهش اسید معده، اختلال در هضم غذا، خارش پوست، تضعیف دفاع بدن علیه بیماریها
			شیره	کاهش علائق، انگیزه ها، افسردگی، خارش پوست، تضعیف دفاع بدن علیه بیماریها
			مرفین	از نظر دارویی، ضددرد بوده با اثرات رخوت زایی که بر روی مغز دارد، باعث کنترل دردهای شدید می شود. سوء مصرف مواد مخدر به آن عوارضی مانند تریاک دارد.
	مصنوعی	هروئین	یکی از ترکیبات مرفین که با عمل استیلایسیون بدست می آید. به رنگ سفید مایل به کرم، دارای طعم تلخ و بی بو، به روش کشیدن از راه مجاری تنفسی، تزریق داخل رگ ها و تزریق زیر جلدی استعمال می گردد.	وابستگی، افسردگی، علائق و انگیزه ها، کاهش احساس مسئولیت، بی خوابی، نارسایی قلبی، کاهش میل و توان جنسی، التهاب عروق

			متادون	یک ماده سوء مصرف مواد مخدر آورقوی است ولی به عنوان یک داروی پزشکی برای ترک و معالجه مبتلا به سوء مصرف موادان به تریاک، هروئین و مرفین استفاده می کنند.	اثرات دارویی آن تا حدی شبیه مرفین بوده ،با این تفاوت که پس از مصرف، مدت بیشتری طول می کشد تا اثرات آن ظاهر شود و به مدت طولانی تر در بدن باقی می ماند.
توهم زا	ایجاد اوهام حسی و بصری	طبیعی	ماريجوآ نا	از گل گیاه شاهدانه (ماده) بدست می آید	تغییر و اختلال در خلق و خو، ادراک و حواس بینایی و شنوایی و احساسات، اختلال در درک زمان و مکان، القاء حالت رویا
			حشیش	ماده ای به رنگ سبز تیره و گاهی قهوه ای مایل به سبز شبیه حنا که از گل و برگ و ساقه گیاه شاهدانه مونث و ترشحات چسبنده آنها به صورت صمغ بدست می آید.	تغییر در درک رنگ و صدا، تند شدن ضربان قلب ،اختلال حافظه، توهم و هذیان، اختلال روانی شدید و پایدار
			ال اس دی	مخفف "اسیدلیزرژیک دی اتیل امید" ماده نیمه ترکیبی است که در لابراتور بدست می آید	تیره شدن مردمک چشم و ایجاد خطوط رنگین به هنگام بسته شدن چشم ها
			شیشه	شکل ظاهری آن شبیه خرده شیشه است و یا تکه های ککوچک ییخ، اما بیشتر بصورت دانه های ریز	توهم شدید و خیره شدن به یک نقطه خاص برای چندین ساعت و همچنین رفتارهای بی پروا، بی قراری ،لرزش و حرکات غیرارادی اعضاء بدن

توان افزا	تاثیر بر روی سلسله اعصاب و افزایش فعالیت فکری و بدنی مصرف کننده و همچنین ایجاد هیجان	کوکائین	از برگ کوکاتیه می شود. گرد کوکائین از راه بینی استنشاق می شود و یا در رگ تزریق می شود.	جنون. پارانوئید. توهم. خشونت و کاهش وزن
		کراک	مشتقی از کوکائین است که جنبه سوء مصرف مواد مخدر آوری آن بسیار زیاد و اثرات جانبی آن دهشتناک است. در واقع کراک ، کوکائینی است که دستکاری شده و غالباً با پیپ های شیشه ای دود می شود.	عصبانیت. پرخاشگری. تهوع. استفراغ. غیر قابل کنترل شدن. چرت زدن شدید و عرق کردن
		ناس	ناس بوته ای است که در افغانستان و پاکستان می روید. برگهای آن اگر تازه باشد می جوند و خشک کرده آن را مثل حنا کوبیده و در زیر لثه قرار می دهند. برای تاثیر بهتر و بیشتر کمی خاک سیگار یا آب آهک به آن اضافه می کنند.	سرگیجه. سردرد. تهوع. ازدست دادن تعادل حرکتی و رفتاری . ایجاد حرکات غیر طبیعی در چشم. دندان قروچه. اختلال در خواب. وابستگی روحی روانی. لرزش. تغییرات فشارخون و ضربان قلب
		آمفتامین	به اشکال قرص و کپسول . پودر و مایع وجود دارد.	عصبانیت. هراس. سردرگمی. تنگی نفس. اضطراب. افسردگی

۲-۱-۳- مفهوم وابستگی

اصطلاح «وابستگی» برای اشاره به پاسخ های رفتاری ای بکار می رود که شامل یک جبر برای مصرف مواد به منظور تجربه آثار جسمی یا روانشناختی آن و و یا گاهی به منظور اجتناب از ناراحتی های ناشی از عدم مصرف آن می باشد. اغلب وابستگی هم جسمی و هم روانشناختی توصیف می شود اگرچه وابستگی مصرف نابجای مواد مخدر به مصرف خارج از کاربرد درمانی آن نیز اشاره دارد که به سلامت یا عملکرد فرد آسیب می رساند. این نوع مصرف ممکن است شکلی از وابستگی جسمی و روانی را باعث شود یا قسمتی از طیف وسیع رفتارهای مشکل زا و زیان بار باشد. همچنین از این اصطلاح برای معرفی الگوهای مصرف استفاده می شود. اصطلاح (سوء مصرف مواد مخدر/مخدر) که اغلب با سوء مصرف مواد مخدر و وابستگی همراه است واژه ای ثقیل در نظر گرفته می شود و امروزه در ادبیات انگلستان، کاربرد محدودی دارد. در ایالات متحده، پزشکان ترجیح می دهند از اصطلاح (سوء مصرف) برای مشکلات ناشی از الکل یا سایر مواد مخدر تغییردهنده خلق استفاده کنند و هنگامی که مشکلات افزایش یافته و به وابستگی تبدیل می شود از واژه «اختلال های سوء مصرف مواد مخدرآور» استفاده می کنند (سالیوان، ۱۹۹۵، به نقل از میرزایی، ۱۳۹۱).

۲-۱-۴- سوء مصرف مواد مخدر

مفهوم سوء مصرف مواد مخدر، با اصطلاحاتی مانند وابستگی و مصرف نابجای مواد روان گردان و فعالیت هایی گفته میشه می شود که به الگوهای رفتار افراطی منجر می شوند. افرادی که با رفتارهای افراطی مانند خوردن، نوشیدن، مصروف مواد، قماربازی و فعالیت جنسی دارند، توصیف مشابهی از پدیده شناسی اختلالاتشان ارائه می دهند (کامینگر^۱، گوردون و مارلات، ۱۹۸۰، اوفورد، ۱۹۸۵). رفتارهای سوء مصرف مواد مخدرآور، دربرگیرنده ی سوء مصرف مواد مخدرهای داروشناختی و غیرداروشناختی می باشند که تحت مقوله ی تشخیصی جامع تر رفتار سوء مصرف مواد مخدری قرار می گیرد (مارکس، ۱۹۹۰، به نقل از میرزایی، ۱۳۹۱).

۲-۱-۴-۱- تاریخچه سوء مصرف مواد مخدر

۲-۱-۴-۲- تاریخچه سوء مصرف مواد مخدر در جهان

به سختی می توان کشوری را پیدا کرد که در آن داروهای غیرمجاز و مواد مخدریافت نشود. انسان ها، از هزاران سال قبل از میلاد، انواع مواد مخدر را استفاده می کردند. مصریان، حدود ۴۰۰۰ هزار سال قبل از

¹ Kamingar

میلاد، از شراب به عنوان یک ماده مخدر استفاده می کردند. حدود ۲۷۰۰ سال قبل از میلاد مسیح، ماری جوانا به وسیله چینی ها مورد استفاده قرار می گرفت (جونز، ۱۹۹۹، به نقل از میرزایی، ۱۳۹۱).

ماده مخدر ترکیباتی را شامل می شود که موجب تغییر در کارکرد مغز به صورت ایجاد حالات هیجانی، رفتارهای نابهنجار، عصبانیت و اختلال در قضاوت و شعور می شود (محبوبی منش، ۱۳۸۸).

یونانی ها تریاک را اپیوم^۱ نامیدند و اطبای بزرگ یونانی همچون سکراط، ترکیبات مختلفی از تریاک را برای بیماریهای مختلف جسمی و روانی تجویز می کردند. طریقه استفاده از مواد مخدر، بیشتر جنبه مصرف طبی داشت و فقط با دستور پزشکان مصرف می شد. در آن دوره سوء مصرف مواد مخدر ابعاد گسترده ای نداشت. اما امروزه به شکل مسائل سیاسی و اجتماعی ظهور پیدا کرده است و ابعاد سیاسی و بین المللی به خود گرفته است. با شروع انقلاب صنعتی (اواخر قرن ۱۷ و اوایل قرن ۱۸) و گسترش تجارت و ارتباطات و از همه مهم تر نیاز به سرمایه در صنایع نوپا، روند جدیدی در مسائل مختلف جهان آغاز شد و مواد مخدر از جمله تریاک نیز نقش تازه ای پیدا کردند. این ماده در کنار سایر ترنندهای استعماری، به عنوان وسیله ای برای جذب کشورهای جهان سوم، نابودی نیروی انسانی و نابودی فرهنگ و اقتصاد ملی کشورها، مورد تبادل قرار گرفت. عملکرد کمپانی هند شرقی در کشورهای آسیایی به خصوص چین، یک نمونه عینی است. با ظهور انقلاب صنعتی در انگلستان، این کشور به منظور سرمایه گذاری صنعتی و خرید مواد اولیه صنایع و ادویه جات موجود در کشورهای آسیای شرقی، به سرمایه نیاز شدید پیدا کرد اما بدلیل کمبود مالی بخصوص عدم وجود طلا و نقره کافی در این کشور، توجهش به دیگر کشورها مخصوصا کشورهای مستعمره اش معطوف شد و برای رسیدن به اهدافش به روش های مختلفی روی آورد. یکی از این راهها اقدام به تجارت تریاک^۲ در آسیای شرقی بود؛ این کمپانی با در اختیار گرفتن تجارت تریاک در آسیای شرقی، بخصوص در چین، تا سالها از این تجارت سود برد و بسیاری از مردم آن را به دام سوء مصرف مواد مخدر انداخت. دولت چین از شروع تریاک و خروج سرمایه از کشور به وحشت افتاد و به مقابله با کمپانی پرداخت و تقاضای قطع تجارت را از کمپانی کرد. اما کمپانی به دولت چین توجهی نداشت و به عمل خود ادامه می داد. بدین ترتیب کشور چین طی سالهای زیادی زیرچکمه های سوء مصرف مواد مخدر بود. به خاطر جهانی شدن سوء مصرف مواد مخدر و تبدیل شدن آن به معضل اجتماعی، زنگ خطر به صدا در آمده و انگیزه

^۱ تریاک

^۲ Opium

همکاری کشورهای مختلف جهان را علیه مواد مخدر افزایش داده است و باعث برگزاری نشست ها، عقد قراردادهای دوجانبه و چندجانبه و تشکیل کنوانسیون های جهانی شده است (میرزایی، ۱۳۹۱).

۲-۱-۳- تاریخچه سوء مصرف مواد مخدر در ایران

تاریخ نویسان اذعان دارند که عامل رواج مواد مخدر در ایران، انگلستان بود که در عصر صفویه، شیوه کشت خشخاش و استفاده از تریاک را رواج دادند به طوریکه ابتدا شاهان و شاهزادگان و درباریان صفویه را آلوده ساختند و سپس به مردم سرایت پیدا کرد. گسترش تریاک بسیار سریع و وسیع بود و بعد از گذشت اندک زمانی بسیار شایع شد و درون قهوه خانه ها بصورت رسمی به عنوان تفنن مورد استفاده قرار می گرفت. نکته قابل ذکر این است که در دوران صفویه، مصرف تریاک به صورت حب و یا شربت های مخصوص به نام (کوکنار) «جوشانده خشخاش» معمول بوده و از کشیدن تریاک چیزی عنوان نشده است (میرزایی، ۱۳۹۱).

برطبق نقل سیاحان و تاریخ نویسان، شاه طهماسب و شاه عباس صفوی که تا حدودی مضرات این مواد را دریافته بودند، دستورات و قوانین و مجازات هایی را برای منع مصرف مواد مخدر وضع کردند اما چندان کارساز نشد و همچنین، نا آگاهی و کمبود رشد فرهنگی جامعه نیز عامل تاثیرگذاری در جهت بهره برداری استعمارگران و افزایش خشخاش و سوء مصرف مواد مخدر به تریاک شد. به شکلی که پزشکان انگلیسی و حکیم باشی های وابسته، تریاک را برای درمان بیماریهای مختلفی چون سردرد، گوش درد و دندان درد معرفی می کردند. دیری نپایید که مواد مخدر به خانه ها و کاشانه های مردم راه پیدا کرد. برطبق شواهد و مدارک ستاد مبارزه با مواد مخدر، میلیاردها دلار تریاک از طریق افغانستان و ترکیه خریداری می شده که بخشی از آن به شکل خام و در بازار داخلی ایران به فروش می رسید و بخش دیگر در آزمایشگاههای زیرزمینی در تهران، به هروئین تبدیل می شد و علاوه بر عرضه در بازار داخل، در خط تولید شبکه بین المللی قرار می گرفت و به اروپا قاچاق می شد. در این مدت برای کم کردن اعتراضات مردم، گاهی فشارها و محدودیت های ظاهری اعمال می شد که در حقیقت نقیصه رقابتی دولت در امر مواد مخدر به حساب می آمد. در همین زمینه، تبلیغات مفصل و کنفرانس های بین المللی متعددی برپا شد و توافق نامه بین المللی مبتنی بر محدودیت ساخت، کشت، تجارت و مصرف مواد طبی و شیمیایی مخدر منعقد گردید (میرزایی، ۱۳۹۱).

پس از پیروزی انقلاب اسلامی، که استعمارگران راه را بر خود بسته دیدند، در جهت نابودی یا کنترل انقلاب، به اشاعه بیشتر مواد مخدر به عنوان حربه ای اساسی پرداختند. تاجائیکه باعث شد رهبر کبیر انقلاب در سخنرانی تاریخی این مسائل را بازگو کنند. ایشان فرمودند: «شما این مسئله را اتفاقی ندانید که بر حسب اتفاق عده ای هروئین فروش شده اند و عده ای دیگر مبتلا، بلکه این هم توطئه ای است که قدرت های بزرگ به

وسیله آن به ما ضربه بزنند». بنابراین با درک صحیح این معضل، مسئولین اقدامات اولیه و مطالعات نخستین را در سطح کشور آغاز کردند. شورای انقلاب در تاریخ ۱۳۵۹/۰۳/۱۹ با تصویب تشدید مجازات و تبئین جرایم موادمخدر و اقدامات تأمینی و درمانی، فصلی نو را در مبارزه با این معضل آغاز کردند. در سالهای اخیر نیز نگاه قهری صرف در مبارزه با موادمخدر مصرف آن مقداری تغییر کرده و علاوه بر مبارزه جدی با قاچاقچیان مواد مخدر، به افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر اپیوئیدی، به عنوان بیمار و دارای اختلال نگرسته می شود و سعی بر آن است تا با ایجاد این نگرش، ضمن تحت پوشش قراردادن افراد مبتلا به سوء مصرف مواد در خدمات بهداشتی درمانی، نسبت به توسعه و فرهنگ سازی در جامعه در راستای افزایش آگاهی عموم مردم علی الخصوص قشر جوان، عمده فعالیت ها را در سه بخش کاهش عرضه، تقاضا و کاهش آسیب متمرکز نمایند. (میرزایی، ۱۳۹۱).

۲-۱-۵- پیامدهای سوء مصرف مواد مخدر

مصرف مکرر موادمخدر آسیب ها، عارضه ها و خطرات بسیاری را بر سلامت فرد، خانواده و جامعه وارد می نماید. این عارضه ها عبارتند از:

۲-۱-۵-۱- پیامدهای جسمانی: بیماریهای عفونی

یکی از مهمترین پیامدهای موادمخدر، آلوده شدن مبتلا به سوء مصرف مواد به ویروس ایدز^۱ است. طبق آمار جهانی، مصرف کننده های تزریقی موادمخدر، با احتمال بالایی در معرض ابتلا به این بیماری هستند. در بیشتر از صد کشور جهان، مواد مخدر به صورت تزریقی مصرف می شود و در ۸۰ کشور، آلودگی به بیماری ایدز ناشی از تزریق مشترک مواد مخدر گزارش شده است (میرزایی، ۱۳۹۱).

دومین عارضه جسمانی در اثر موادمخدر، بیماری هپاتیت می باشد. مرکز کنترل بیماریها گزارش داده است که هپاتیت نوع آ در میان مبتلا به سوء مصرف موادان شیوع زیادی پیدا کرده است که دلایل عمده آن استفاده از سرنگ مشترک، بهداشت ضعیف، آلودگی مستقیم موادمخدر در حین حمل و نقل و توزیع مواد مخدر بوده است. (میرزایی، ۱۳۹۱).

همچنین سوء مصرف مواد مخدر به موادمخدر ممکن است سبب بیماریهای قلبی و ریوی، ناتوانی جنسی، عقیم شدن، سوء تغذیه و کاهش وزن شود.

^۱ HIV

۲-۵-۱-۲- پیامدهای سوء مصرف مواد مخدر از جنبه روانی-شخصیتی

سوء مصرف مواد مخدر، پیامدهای بیشماری چون ناراحتی های عصبی، اضطراب، بی قراری، افسردگی، فراموشی، روان پریشی، ازدست دادن نیروی کنترل، از دست دادن خلاقیت و اندیشه و خود آگاهی و تمرکز، اشکال در یادگیری، وقت شناسی، پرخاشگری، عدم اعتماد به نفس، خود کم بینی و گوشه گیری را به دنبال دارد (میرزایی، ۱۳۹۱).

۲-۵-۱-۳- پیامدهای سوء مصرف مواد مخدر در خانواده

از پیامدهای محتمل سوء مصرف مواد مخدر در خانواده، طلاق می باشد. سوء مصرف مواد مخدر زن یا شوهر، آرامش و امنیت روانی درون خانواده را بهم می ریزد، اصول اخلاقی و ارزشهای خانواده کمرنگ می شود، سازگاری با مشکل مواجه می شود و اختلافهای مکرر در پی دارد، مسئولیت پذیری، چه در بعد اقتصادی و چه در برار فرزند و همسر از بین می رود و در نهایت منجر به طلاق می شود. بر اساس تحقیقات صورت گرفته در ایران، ۳۴ درصد طلاق ها در اثر سوء مصرف مواد مخدر و مسائل مربوط به مواد مخدر بوده است. (میرزایی، ۱۳۹۱).

۲-۵-۱-۴- پیامدهای اجتماعی سوء مصرف مواد مخدر

افزایش بزهکاری، انحرافات اجتماعی و جرائم از پیامدهای اجتماعی سوء مصرف مواد مخدر مواد مخدر است. مبتلا به سوء مصرف مواد به دلیل عدم توانایی اقتصادی در تهیه مواد مخدر مورد نیاز، به سرقت، تکیه گری، فحشا، قاچاق مواد مخدر و کالا و دیگر جرائم اقتصادی و اجتماعی روی می آورند. خودکشی هم یکی دیگر از پیامدهای اجتماعی سوء مصرف مواد مخدر است. نیروی انسانی افراد به دلیل سوء مصرف مواد مخدر، تحلیل می رود و در نتیجه کفایت و ثبات شغلی را از دست می دهند و به مرور زمان با افزایش مصرف مواد، به یک موجود مصرف کننده صرف در اجتماع تبدیل می شوند. در نتیجه، پیامدهای اجتماعی، زیان های اقتصادی و تاثیر آن بر درآمد سرانه کشور و افزایش هزینه های یک جامعه، از جمله هزینه بهداشت و امنیت، هزینه اعمال اقدامات قانونی، هزینه های قضایی و انتظامی، از خسارتهای ناشی از سوء مصرف مواد مخدر است (میرزایی، ۱۳۹۱).

۲-۵-۱-۶- سوء مصرف مواد مخدر در زنان و دختران

دختران و زنان مصرف کننده مواد مخدر و الکل، از جوانی تا سالمندی تحت تاثیر روابطشان در زندگی قرار دارند. به نظر می رسد که دختران نوجوان نسبت به گروه همسالان آسیب پذیرتر هستند و ممکن است

بخاطر پذیرفته شدن در گروه همسالان، سوء مصرف مواد مخدر را تجربه کنند. زنان مبتلا به سوء مصرف و زنان الکلی در مقایسه با مردان، بیشتر احتمال دارد که دوست نزدیک و یا شریک جنسی ای که مصرف کننده مواد باشد، داشته باشند. بر اساس برآوردها، یک دوم یا یک سوم زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر، بامردی که دچار سوء مصرف مواد مخدر است زندگی می کنند. گرایش زنان به این است که از طریق مردی مسن که با او رابطه صمیمانه دارند با مواد مخدر آشنا شوند. در برآورد بنیاد کرون، حدود ۲۵ درصد زنان مبتلا به سوء مصرف به هروئین، به واسطه دوست نزدیک و یا همسرشان با هروئین آشنا شده اند در حالیکه این مساله در مورد مردان حدوداً "کمتر از ۵ درصد می باشد. تحقیق دیگری نشان می دهد که زنان مبتلا به سوء مصرف تزریقی، معمولاً "بامردی که مصرف کننده تزریقی است رابطه جنسی برقرار می کنند. این نتایج نشان دهنده ی آسیب پذیری بیشتر زنان به مواد است. در واقع زنان گرایش دارند تا از طریق روابط نزدیک و صمیمانه با مواد مخدر آشنا شوند که این مسئله می تواند نتایج ناگواری برای سلامتی آنان در پی داشته باشد (آپلند، ۱۹۹۵، به نقل از صفری، ۱۳۸۲).

زنان سوء مصرف کننده، یک گروه جمعیتی دشوار برای دسترسی در مقایسه با مردان هستند. زنان بار اضافی بردوش می کشند که در نقش های سستی همسران، مادران و تغذیه کنندگان را بر دوش می کشند و ترس از طرد اجتماعی بر اثر سوء مصرف مواد مخدر، در بسیاری از موارد آشکار است. برای مثال زنان مبتلا به سوء مصرف مواد از اینکه برای جستجوی درمان سوء مصرف مواد مخدر مورد تمسخر قرار می گیرند، می ترسند. همچنین زنان سوء مصرف کننده مواد مخدر، تسهیلات درمانی و دارویی کمتری دریافت می کنند. با توجه به اینکه دامنه های تبعیض و تعصب نسبت به زنان وسیع است، در بسیاری از نقاط جهان، خدمات درمانی برای مردان طراحی شده اند. در نتیجه به نیازهای خاص سوء مصرف مواد مخدر که ناشناخته اند، کمکی نمی کند (میرزایی، ۱۳۹۱).

ارائه تصویری دقیق از سوء مصرف مواد در زنان دشوار است. تحقیقات محلی، کشوری و حتی بین المللی خیلی کمی وجود دارند که که تصویر واضحی از وضعیت سوء مصرف مواد مخدر در زنان ارائه نمی دهند. همچنین در بسیاری از کشورها، از جمله هند، به دلیل تحقیقات اندک صورت گرفته و مسائل فرهنگی، آمار و اطلاعات مربوط به سوء مصرف مواد مخدر در زنان مورد بررسی قرار نگرفته است و به این دلیل در ابتدا تمرکز اصلی در این کشورها به بررسی مصرف مواد در مردان بوده است. مسائل مختلفی چون کمبود منابع و نگرش منفی موجود نسبت به مصرف مواد در بین زنان، ممکن است تاثیر زیادی بر انجام پژوهش های سبب شناسی و سایر تحقیقات مرتبط با سوء مصرف مواد مخدر زنان بگذارد. چالش عمده دیگر،

در نظر گرفتن مشکلات روش شناختی در پژوهش ها است. همچنین پیچیدگی های زیستی زنان در مقایسه با مردان بیشتر است. برای مثال خطرات دوران حاملگی، شیوع اختلالات همراه خصوصا در بین زنان جوان، تغییر در هورمون ها بدلیل قاعدگی و مشکلات مربوط به قبل و بعد از یائسگی از جمله این مسائل است (قادری و شاه محمدی، ۱۳۹۳).

بررسی های انجام شده در ایالات متحده در رابطه با تفاوت های جنسیتی در سوء مصرف مواد مخدر زنان با عنوان (روند جهانی مواد غیرقانونی) در سال ۲۰۰۲، نشان دهنده این است که حدود ده درصد از مصرف کنندگان مواد در برخی از جوامع سستی آسیایی رازنان تشکیل می دهند. در کشورهای اتحاد جماهیر شوروی سابق این آمار به ۲۰ درصد می رسد. همچنین در کشورهای آمریکای لاتین و برخی از کشورهای اروپایی بالغ بر ۴۰ درصد می باشد. در گزارشی با عنوان «شیوع پنهان، ارزیابی موقعیت مصرف مواد در آسیا در زمینه اچ آی وی /ایدز» نشان از افزایش مصرف مواد در بین زنان آسیایی و درگیر شدن بیشتر زنان تزریقی در روسپیگری در بین بسیاری از کشورهای آسیایی دارد. به طور کلی عواملی چون تزریق مواد، تن فروشی و اقدامات جنسی محافظت نشده، باعث افزایش احتمال ابتلا به ویروس ایدز در بین زنان، خصوصا " در آسیا، اروپای شرقی و آمریکای شمالی می باشد (قادری و شاه محمدی، ۱۳۹۳).

با اینکه نسبت مصرف مواد در بین زنان کمتر از مردان است اما زنان در مقایسه با مردان، بیشتر از داروهای غیر قانونی و تجویزی استفاده می کنند. در کشورهای اروپایی و آمریکای شمالی، نسبت بیشتری از زنان مسن، مواد سوء مصرف مواد مخدر آور تجویزی می کنند (قادری و شاه محمدی، ۱۳۹۳).

بر طبق تحقیقات صورت گرفته، وابستگی زنان به مصرف مواد دو برابر افزایش پیدا کرده و مصرف قلیان، حشیش و سیگار در حال افزایش است و همچنین بیش از ۶۰ درصد زنان زندانی، بدلیل مصرف مواد به بند افتاده اند. (فرهودیان، ۱۳۹۳). در گزارشی دیگر در مورد تعداد زنان سوء مصرف کننده، می توان به ۹/۳ درصد از جمعیت زنان مصرف کنندگان مواد (۱۳۰ هزار نفر) که از ۷ هزار و ۳۷۷ زن زندانی در کشور، ۶۰ درصد آنها به دلیل مرتبط با جرایم مواد مخدر در زندان به سر برده اند که اغلب در جرایم مربوط به جابجایی مواد از آنها استفاده می شود و در طرح شیوع شناسی سال ۱۳۹۰ نیز تعداد زنان مصرف کننده مواد در شهرها ۹/۷ درصد و در روستاها ۵/۴ درصد بوده است (بنیانیان، ۱۳۹۳، به نقل از قادری و شاه محمدی، ۱۳۹۳).

نتایج تحقیقات و گزارشات در مجموع همه از افزایش مصرف مواد در بین زنان نسبت به سالهای قبل خبر می دهند. همانگونه که قبلا ذکر شد مصرف مواد در بین زنان باعث بروز مشکلات زیاد و زمینه ساز انحرافات بیشماری می گردد. استفاده تزریقی از مواد و وجود سرنگ های مشترک، و همینطور رابطه جنسی

پرخطر در بین آنها، خطر ابتلای زنان مبتلا به سوء مصرف مواد به بیماری ایدز، هپاتیت و بیماری های مقاربتی را افزایش می دهند. در بعضی موارد زنان تن فروش از مواد محرکی مانند کوکائین، کراک، کریستال، متا فتامین استفاده می کنند که این امر منجر به قضاوت ضعیف، تماس جنسی محافظت نشده، بیماری های قلبی و عصبی در آنها می شود. احتمالاً "الکل مهم ترین ماده مخدر در صنعت تن فروشی می باشد که با خشونت، آزار، ابتلا به ایدز و آسیب های کلیوی همراه است (رومرو و دیگران، ۲۰۰۲، به نقل از قادری و شاه محمدی، ۱۳۹۳).

۲-۱-۷- نظریه های سوء مصرف مواد مخدر

نظریه ها و مدل های متعدد و متنوعی برای تشریح ماهیت پیچیده سو مصرف مواد به وجود آمده است که خلاصه مهم ترین آن ها به شرح زیر است:

۲-۱-۷-۱- مدل بیماری (پزشکی)

این مدل از این لحاظ اهمیت دارد که از دهه ۱۹۶۰ تاکنون تسلط زیادی بر رویکردهای درمان داشته است جالب اینکه برای اولین بار برای درک و شناخت اعتیاد به مشروبات الکلی مطرح شد و از آن زمان تاکنون در حیطه عمومی اعتیاد به کار برده می شود. در این مدل اعتیاد یک بیماری تصور می شود که دارای ریشه بیولوژیک وارثی است که تحت تأثیر عوامل محیطی بروزی کند هر چند این مدل توسط عامه مردم پذیرفته شده است و بر اساس آن گروه های به وجود آمده است اما عده های اعتقاد دارند که این مدل چیزی جز میدان نبرد بین چرخه پزشکی و بهداشت روانی نیست. (گودین^۱ و وارناک^۲، ۱۹۹۱).

۲-۱-۷-۲- مدل مبتنی بر نظریه یادگیری

مدل های نظریه های یادگیری از چندین مکتب فکری مختلف راجع به رفتار شرطی شده یا یاد گرفته شده نشأت گرفته است. این مکاتب فکری عبارتند از: شرطی سازی کلاسیک، شرطی سازی عامل، نظریه الگوسازی، نظریه شناختی رفتاری یا یادگیری اجتماعی. تمام این نظریه ها بر این باورند که رفتار انسان به جای این که توسط عوامل ارثی ایجاد شده باشد، آموخته شده هستند. رفتارهای مشکل دار شامل: افکار، احساسات و تغییرات فیزیولوژیک می توانند با همان فرآیندهای یادگیری که در ابتدا آن را به وجود آورده است، اصلاح و تغییر داده شود (راتگرز^۱، ۱۹۹۶).

¹ Ratgerz

۲-۱-۷-۳- مدل‌های نظریه خانواده

چهار مدل نظریه خانواده وجود دارد که معمولاً در حیطه سوء مصرف الکل و سایر مواد به کار گرفته می‌شود این مدل‌ها عبارتند از: ۱. مدل دستگاه‌ها، ۲. مدل رفتاری خانواده، ۳. مدل‌های بیماری خانواده ۴. مدل زیستی، روانی، اجتماعی

الف) مدل سیستم‌ها

در مدل سیستمی کار با خانواده به عنوان یک نظام باز در نظر گرفته می‌شود. ساختار، سازمان و الگوهای تبدیلی‌ای که نظام خانواده را نشان می‌دهد. متغیرهای مهمی در تعیین رفتار اعضای خانواده هستند. تغییرات درونی و بیرونی که بر سیستم خانواده اثر می‌گذارد بر رفتار کل اعضای خانواده مؤثر است. در درمان خانواده‌ها از جنبه ساختاری، سازماندهی یا الگوهای تبدیلی به اختلال درون سیستم توجه می‌شود. فرآیندهای درون روانی اعضای خانواده، در درجه دوم اهمیت قرار دارند. در این مدل، اگر متغیرهای سیستم در کنار هم کارکرد خوبی داشته باشند، آنگاه رفتار فرد و همچنین فرآیندهای درون روانی این افراد به طور مطلوبی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. در خانواده‌های معتاد مرزها یا الگوهای روابط (زن، شوهر یا والدین فرزندان) اغلب درهم‌ریخته آشفته است. در خانواده‌های مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر به خصوص الکی نقش‌ها و وضعیت ناسالم و مرضی پیدا می‌کند و خانواده درمانگران سعی می‌کنند چنین خانواده‌هایی را در اصلاح ساختار، مرزها نقش‌ها کمک کنند تحقیقات بر اثر بخشی خانواده درمانی مبتلایان به سوء مصرف مواد صحت می‌گذارد (مک کاردی و اپستین، ۱۹۹۶).

ب) مدل رفتاری خانواده

این مدل به شدت بر مشاهده اعضای خانواده به ویژه مشاهده الگوهای رفتاری و تعاملی آن‌ها توجه دارد. این روش از فنون تغییر و اصلاح رفتار، مثل بستن قرارداد، تشویق سبک‌های جدید، تعامل و حل مسئله استفاده می‌کنند. مدل‌های رفتاری، ملاحظات کلی که دارای ساختارهای کامل است برای کمک به زوجین در تغییر الگوهای تعاملی آن‌ها استفاده می‌کند (کاونر، ۱۹۸۹، به نقل از نورانی پور، ۱۳۸۳).

پ) مدل‌های بیماری خانواده

این مدل از مدل‌های بیماری سوء مصرف مواد ناشی شده و بسیاری از تست‌ها و فنون برنامه‌های الکی بی‌نام را به کار می‌برد. بیماری مورد بررسی در این مدل، سوء مصرف به الکل یا سایر مواد نیست بلکه بیماری هم وابستگی است. افراد به هم پیوسته اغلب دچار وابستگی و وسواس نسبت به رفتار معتاد به الکل یا مواد هستند آن‌ها به تدریج احترام به خود، ارزشمندی خود و حتی هویت خود را در موقع اداره یک زندگی پر از

بحران را که بر رفتار همسر مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر متمرکز است از دست می‌دهند تمرکز درمان بر کمک به همسر وابسته است تا به یک احساس ناپیوستگی نائل آید (مارگو لیس وزوبن، ۱۹۹۸).

ت) مدل زیستی، روانی، اجتماعی

اکثر متخصصان و مراکز درمانی از این مدل برای تشریح پیچیدگی سوء مصرف مواد مخدر استفاده می‌کنند در این مدل از شیوه‌های متنوعی برای تشریح اعتیاد استفاده می‌شود. لکن در مورد هر شخص عوامل خاصی نقش بااهمیت‌تر یا کم‌اهمیت ایفا می‌کند.

۲-۱-۷-۴- نظریه هنجاری

در این نظریه که ریشه در نظریات امیل دورکیم، جامعه‌شناس فرانسوی دارد به عوامل اصلی تضعیف معیارها و هنجارهای اجتماعی پرداخته و چنین مطرح می‌شود که سستی ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی-فرهنگی موجب روی آوردن افراد به مواد مخدر و سوء مصرف مواد می‌شود. تحولات سریع صنعتی، اقتصادی و به تبع آن تغییرات سریع در گستره اجتماعی مانند شهرنشینی، نوسازی، تضعیف باورها، متزلزل شدن ساختارهای سنتی خانواده، همه موجب تغییر در هویت افراد شده و باعث می‌شود تا رفتارهای سنتی آنها تغییر نماید پیشرفت بر گسترش شاخص‌های توسعه که خود، گواهی بر تغییر جوامع سنتی هستند، رابطه مبتنی با میزان شیوع مواد مخدر دارند مثلاً. به نظر می‌رسد در شهرها مصرف مواد بیش از روستاها است. یا در خانواده‌های که در معرض نوگرایی قرار داشته و بافت سنتی خود را از دست دادند یا در حال از دست دادن هستند سوء مصرف مواد مخدر رایج است (باوی، ۱۳۸۸).

اکثر متخصصان و مراکز درمانی از این مدل برای تشریح پیچیدگی سوء مصرف مواد مخدر استفاده می‌کنند در این مدل از شیوه‌های متنوعی برای تشریح سوء مصرف مواد مخدر استفاده می‌شود.

۲-۱-۷-۵- مدل ترکیبی زیستی، روانی، اجتماعی

در مورد هر شخص عوامل خاصی نقش بااهمیت‌تر یا کم‌اهمیت ایفا می‌کند (باوی، ۱۳۸۸).

الف) عوامل بیوشیمیایی

در این مدل عوامل بیوشیمیایی نقش مهمی در پیدایش و ادامه مشکلات مصرف الکل یا مواد دیگر برای افراد معتاد ایفا می‌کند.

ب) انتظار

مطالعات مربوط به انتظار (مارلت و گوردون، ۱۹۸۵) نشان می‌دهد که افراد انتظار اثرات بیشتری از الکل و مواد برای کاهش تنش، نشئه کیف، اجتناب از حالات عاطفی منفی دارند، بیشتر احتمال دارد که به مصرف الکل و مواد بپردازند. انتظارات نقش مهمی در شروع اختلالات مربوط به الکل و مواد بدر نوجوانان ایفا می‌کند. تأثیرات و نفوذ همگان در بیان علت شروع نوجوان به مصرف مواد حائز اهمیت است (بات اسکین^۱، ۱۹۹۵؛ راتگرز^۲، ۱۹۹۶).

پ) تأثیرپذیری از علائم

تحقیقات نشان داده‌اند که معتادان به مشروبات الکلی و سایر مواد یک نوع رفتار شرطی نسبت به مواد و موقعیت‌ها هنگام استفاده از آن‌ها پیدا می‌کرده‌اند (چایلدرس، ۱۹۹۸، به نقل از نورانی پور، ۱۳۸۳). بنابراین افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر که در معرض لوازم و ابزار مصرف الکلی و مواد دیگر قرار می‌گیرند در آن‌ها عکس‌العمل‌های فیزیولوژیکی قوی و نیرومند و همچنین حالت‌های نیاز و میل شدید (ولع) برای مصرف مواد به وجود می‌آید.

ت) خودکار آمدی

خودکارآمدی عبارت از احساس توانایی و اطمینان به خود برای مقابله با محیط و عواطف با روش‌های موفقیت‌آمیز است. افرادی که خودکار آمد نیستند بیشتر احتمال دارد که به سوء مصرف مواد و الکل بپردازند. تلاش و کوشش برای افزایش کارآمدی به وسیله مهارت اجتماعی جرأت‌آموزی، مهارت تسلط بر خشم و... ملاحظات درمانی ارزشمند و مفیدی برای درمان آسیب‌دیدگی‌های خود کارآمدی به شمار می‌رود (مک کاردی و اپستین، ۱۹۹۶).

ث) عملکرد نادرست خانواده

موقعی که تعارضات، کشمکش‌ها، دعوا و ناسازگاری بین اعضای خانواده وجود داشته باشد و رفتار و برخوردهای خانواده رنج‌آور و استرس‌زا باشد، برخی از افراد خانواده ممکن است به مشروبات الکلی یا مواد مخدر روی آورند. این مدل می‌کوشد تا اطلاعات تجربی و نظری مکاتب مختلف فکری را در چارچوب نظری ترکیب کند. تحقیقات زیادتری باید صورت گیرد تا بتوان به‌طور قطعی در مورد تأثیرات متفاوت عوامل زیستی، روانی و اجتماعی در به وجود آمدن اختلال سوء مصرف به مشروبات الکلی و مواد اظهار نظر کرد. بعلاوه تأثیر عوامل اجتماعی بزرگ‌تر مثل وضعیت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی هم هنوز به‌طور کاملاً عمیق مورد بررسی قرار نگرفته است.

د) نظریه سایکودینامیک

طبق نظریات سایکو دینامیک در مورد سوء مصرف مواد، بازتاب نظریه های مختلفی که هر کدام دوره ای در طول ۱۰۰ سال گذشته داشته است. بر طبق نظریات کلاسیک سوء مصرف مواد معادل خود ارضایی بوده و مکانیسمی دفاعی در مقابل تکانه های همجنس گرایانه یا تظاهری از پسرفت دهانی است. فرمول بندی های سایکو دینامیک جدید مصرف مواد را به افسردگی ربط می دهند و یا مصرف مواد را بازتاب اعمال مختلف ایگو معرفی می کنند.

رویکردهای سایکو دینامیک در مورد سوء مصرف مواد ارزش و مقبولیت بیشتری دارند تا در ارتباط با درمان بیماران الکلی، برخلاف بیماران الکلی، در افرادی که سوء مصرف مواد می پردازند احتمال اینکه دوران کودکی بی ثبات داشته باشند، اقدام به خود درمانی با مواد کنند و از روان درمانی بهره مند شوند بیشتر است. پژوهش های زیادی اختلالات شخصیت را پیدایش وابستگی به مواد ربط داده اند. سایر نظریات روانی-اجتماعی از روابط فرد با خانواده و جامعه به طور کلی مایه گرفته اند دلایل زیادی در مورد نقش عوامل اجتماعی-اخلاقی در پیدایش الگوهای سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد وجود دارد. با وجود این حتی تحت این فشارهای اجتماعی نیز همه کودکان دچار سوء مصرف مواد یا وابستگی نمی شوند که این امر نشان دهنده دخالت سایر عوامل سببی است (کاپلان و سادوک، ترجمه پور افکاری، ۱۳۸۹).

۲-۱-۸- درمان اختلالات سوء مصرف مواد مخدر

روان درمانی و مشاوره فردی یا گروهی اثربخشی درمان های دارویی اختلالات وابسته به مواد را به طور قابل توجهی افزایش می دهد. یکی از مهمترین مشکلات درمان های سوء مصرف مواد عود بیماری است که با بازگشت ناگهانی یا لغزش شروع می شود، البته لزوماً به عود منجر نمی شود. در گذشته عود را به عنوان شکست در درمان قلمداد می کردند. اکنون اعتقاد بر این است که سوء مصرف مواد مخدر یک بیماری مزمن است که با عودهای مکرر همراه است. آن چه در جریان هر عود مهم است شناسایی عوامل روانی-اجتماعی است که منجر به عود می شوند و این مسأله میسر نمی شود مگر با اجرای روش های روان درمانی. برخی از محققین اعتقاد دارند که سم زدایی به تنهایی نمی تواند به بیمار کمک کند بلکه بیمار نیازمند مداخلات روان-درمانی و انگیزشی است (کورین^۱، ۲۰۰۰؛ به نقل از گودرزی، ۱۳۸۵).

کاربرد درمانی مواد مخدر در تهیه داروها برای پیشگیری، تشخیص و درمان نابهنجاریها و آسیبها مورد استفاده قرار می گیرد. درحالیکه کاربرد غیر درمانی مواد مخدر به مصرف داروهای غیرقانونی یا داروهایی که

1. Corrinne

از نظر اجتماعی پذیرفته نیستند اشاره دارد؛ بنابراین موادمخدر دارای جنبه های درمانی و غیر درمانی است. بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت (۱۹۸۱)، (مواد مخدر، به هر نوع دارو یا ماده شیمیایی گفته می شود که ساختار یا عملکرد موجود زنده را تغییر می دهد).

در اینجا چند رویکرد درمانی که بیشترین کاربرد را در پیشگیری از عود و ایجاد انگیزه در بیماران و حفظ بیماران در درمان دارند مورد بررسی قرار می دهیم. این رویکردها عبارتند از: ۱) رویکرد روان پویشی ۲) رویکرد شناختی - رفتاری ۳) رویکردهای مصاحبه انگیزشی ۴) رویکرد خودیاری رسانی ۵) رویکرد پیشگیری از عود مارلات.

۲-۱-۸-۱- رویکرد درمانی روان پویشی

امروزه درمان روان پویشی بیش از آنکه به تجارب دوران کودکی فرد بپردازند، بر مشکلات و تعارضات فعلی او تمرکز دارند. در این روش به شناخت دفاع های مراجع و آگاهی از ضعف های ایگو^۱ و نحوه مقابله توانایی های افراد تاکید می شود. در این روش به مراجع کمک می شود به خود آگاهی برسد و رشد کند و بتواند با مشکلاتش روبرو شده و بر آنها فائق شود. با وجود اینکه این روش می تواند در بسیاری از موارد موثر باشد. با این حال، محدودیت نیز دارد. این روش را می توان فقط در درمان تعداد محدودی از افراد وابسته به مواد به کار برد (فرانسیس^۲ و همکاران، ۱۹۹۴). همچنین در رویکردهای جدید نظریه روان پویشی به نقش دفاع ها، من ضعیف، مکانیزم های دفاعی و آسیب های عاطفی در برابر سوء مصرف مواد مخدر توجه می شود. در این رویکرد ها، کنترل عاطفی یک موضوع محوری در علت شناسی سوء مصرف مواد مخدر مورد توجه قرار می گیرد و مصرف مواد تلاشی است برای سازش با احساسات دردناک (راسکین و کریستال^۳، ۱۹۷۰؛ به نقل از بهرامی، ۱۳۸۳).

۲-۱-۸-۲- رویکرد شناختی - رفتاری

رویکرد شناختی - رفتاری، بر نقش باورها، انتظارات و عقاید در پدید آیی اختلالات مصرف مواد تاکید دارد. از دیدگاه شناختی - رفتاری، سوء مصرف مواد مخدر ناشی از تعامل پیچیده فرآیندهای شناختی، رفتاری، هیجانی، خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی و فرایندهای زیستی، روانی و اجتماعی است. فرایندهای شناختی شامل فعالیتهایی مانند افکار، باورها، ایده ها، طرحواره ها، ارزش ها، عقاید، انتظارات و فرضیات

1. Ego

2. Frances

3. Raskin & Krystal

می‌باشد. فرایندهای شناختی که بیشتر در سبب‌شناسی و درمان سوء مصرف مواد مخدر نقش دارند باورهای انتظاری، باورهای متمرکز بر تسکین، افکار خودآید و باورهای تسهیل‌کننده و وسیله‌ای است (گالانت و کلبر^۱، ۲۰۰۴).

درمان شناختی یک درمان فعال، هدفمند، ساختار یافته است که از طریق آن مراجعان مهارت‌های روانشناختی جهت مقابله با مصرف مواد را یاد می‌گیرند. این درمان با تأکید بر سه حوزه اصلی به مراجعان در پرهیز از مصرف مواد کمک می‌کند. ۱) کاهش دادن باورهای ناسازگارانه درباره رفتارهای مرتبط با مصرف مواد، ۲) آموزش به مراجعان در جهت اهمیت مهارت‌های زندگی و به طبع آن کسب رضایت و بالا بردن خودکارآمدی و ۳) تغییر نگرش مراجعان از خودشان، زندگی و آینده (بک و همکاران، ۱۹۹۳).

۲-۱-۸-۳- رویکردهای مصاحبه انگیزشی

انگیزه در تصمیم‌گیری افراد جهت تغییر مصرف مواد نقش مهمی بازی می‌کند. در این مدل انگیزه بیشتر از آنکه به عنوان یک صفت در نظر گرفته شود، به مثابه مولفه‌ای است که می‌تواند تحت تأثیر قرار گیرد. درحقیقت بالا بردن انگیزه مراجعین بخش اصلی وظیفه درمانگر محسوب می‌شود. رویکرد مصاحبه انگیزشی با این فرض شروع می‌شود که مسئولیت‌پذیری و توانایی برای تغییر در درون مراجع قرار دارد، وظیفه درمانگر این است که مجموعه شرایطی را خلق کند که انگیزش مراجع و تعهد او را برای تغییر افزایش دهد. مصاحبه انگیزشی، روش تعاملی جهت‌دار و مراجع محور است که هدف از آن کمک به افراد برای بررسی و رفع دودلی در مصرف مواد و شروع ایجاد تغییرات مثبت است. بسیاری از افراد درگیر مصرف زیان‌آور مواد می‌شوند و متوجه نیستند که مشکلی دارند، با این‌که سایر مشکلات زندگی آنها به مصرف مواد و یا الکل ارتباط دارد (میلر^۲، رولنیک^۳، ۱۹۹۱، ۲۰۰۲).

درمان سوء مصرف مواد مخدر بدون توجه به مسأله انگیزشی نمی‌تواند کامل باشد. پروجاسکا و دیکلمنته (۱۹۸۴) الگوی جامعی را برای مفهوم پردازش انگیزش بیمار برای تغییر ارائه داده‌اند، آنها دریافتند که تغییر در طول زمان و در پنج مرحله مجزا انجام می‌شود. این مراحل عبارتند از:

(۱) پیش از تأمل: مشکلی دیده نمی‌شود.

(۲) تأمل: مشکلی دیده می‌شود و لزوم عمل مد نظر قرار می‌گیرد.

1. Miller

2. Rollnick

(۳) آمادگی: طرح‌های عینی برای عمل بلافاصله انجام می‌شود.

(۴) عمل: جهت تغییر کاری انجام می‌شود.

(۵) نگهداری: برای حفظ تغییر کاری انجام می‌شود.

مصاحبه انگیزشی می‌تواند به عنوان:

- یک ابزار ارزیابی
- یک ابزار تعاملی برای ایجاد انگیزه در مراجع در فرآیند تغییر
- روشی برای تسهیل فرآیند تغییر که به طور طبیعی در انسان‌ها رخ می‌دهد و
- روشی برای کمک به مراجع برای برطرف کردن دودلی مورد استفاده قرار گیرد (میلر و رولنیک، ۱۹۹۱، ۲۰۰۲).

۲-۸-۱-۴- رویکردهای خودیاری رسانی

رویکردهای خودیاری رسانی مبتنی بر نگرش‌های معنوی و ماوراء طبیعی است. مهمترین رویکرد خودیاری رسان در قالب دوازده‌گام مطرح شده است. در مدل دوازده‌گام بر دوستی و همدلی، اهمیت یافتن خدا یا یک قدرت برتر، نیاش و بیدارسازی معنوی و تکیه بر یک قدرت برتر برای مقابله با اعتیاد تأکید می‌شود (مارلات و همکاران، ۲۰۰۴). بهبودی در این رویکرد مستلزم تسلیم و واگذاری قدرت شخصی فرد بر یک «قدرت برتر» است که از این طریق شخص می‌تواند سلامت خود را بازیابد. تلویحاً فرض می‌شود که شخص مبتلا خود توانایی تغییر افکار، هیجانات و رفتارهای خود را ندارد و تنها راه امید، تسلیم شدن و پذیرفتن عجز و ناتوانی در مقابل مواد و واگذاری کنترل شخصی به قدرتی فراتر از خود است.

پژوهش‌های انجام شده توسط تونیگان^۱ و همکاران (۱۹۹۹؛ به نقل از هارتز^۲، ۲۰۰۷) نشانگر آن است که شرکت در گروه‌های دوازده‌گانه با کاهش در رفتار آماج از قبیل مصرف الکل، استفاده از مواد مخدر یا پرخوری مرتبط بوده است. همچنین عضویت در برنامه‌های دوازده‌گانه با بهبود در عملکرد روانی-اجتماعی و افزایش تعهد و پذیرش تغییر همراه است و شرکت در این جلسات ممکن است اثر نامطلوب شبکه‌های اجتماعی غیر حمایت‌گر را تعدیل کند.

تونیگان و همکاران (۱۹۹۹؛ به نقل از هارتز، ۲۰۰۷)، مولفه‌های معنوی رویکردهای دوازده‌گانه را این‌گونه خلاصه کرده اند:

1. Tonigan

2 Hartz

- شناخت یک نیروی برتر یا وجود متعالی
- رابطه شخصی با نیروی برتر
- متانت و آرامش از طریق مداخله معجزه آسا از سوی نیروی برتر
- تجدید روزانه تمرین معنوی
- آرامش

۲-۲- گستره دوم: وقایع استرس زای زندگی

۲-۲-۱- مفهوم وقایع استرس زای زندگی

استرس، عبارت است از واکنشهای فیزیکی، ذهنی و عاطفی که در نتیجه تغییرات و نیازهای زندگی فرد، تجربه می شوند. تغییرات، می توانند بزرگ یا کوچک باشند. پاسخ افراد به تغییرات زندگی متفاوت است. استرس مثبت میتواند یک انگیزش دهنده باشد در حالی که استرس منفی میتواند در زمانی که این تغییرات و نیازها، فرد را شکست می دهند، ایجاد شود. به عبارتی دیگر استرس را میتوان این گونه تعریف کرد: پاسخ عمومی و غیراختصاصی بدن در جهت حفظ هموستاز به هر عاملی که موجب تهدید یا برهم خوردن تواناییهای جبرانی بدن گردد (اسرود، ۲۰۰۱، به نقل از نامجو سنگری، ۱۳۹۰). به طور کلی میتوان گفت استرس یا فشار روانی یک اصطلاح کلی برای بیان الگوهایی از پاسخهای روانی و فیزیولوژیک به تحریکات هیجانی و فیزیکی است. پاسخهای فشار روانی وقتی بروز پیدا میکنند که ظرفیت برای سازش با بدن تحت فشار قرار میگیرد. استرسهای منفی (دیسترس) که مربوط است به ترس، خشم، و خستگی روزمره افراد و با کلماتی از قبیل ناکامی، خشم، ترس، سردرگمی، سرخوردگی و ... از آنها یاد میکنند و منشاء آنها را در هیجانات و تنش های عصبی و وضعیت های پرفشار زندگی می دانند (اسرود، ۲۰۰۱، به نقل از نامجو سنگری، ۱۳۹۰).

در واقع استرس عبارت است هر نوع رویدادی که چه از لحاظ ذهنی و چه از لحاظ جسمی فشاری بر بدن وارد نماید. شباهتهای موجود در هر سه نوع فشار روانی که به آنها اشاره شد، باعث شده است که بیشتر به اثرات منفی فشار روانی توجه نماییم، در واقع برای بیان هریک از فشارهای مثبت و منفی کلمات متفاوتی وجود دارد. دیسترس که اشاره به حوادث بد و ناخوشایند دارد.

استرس برای حوادث خوب و خوشایند بکار میرود و کلمه دیسترس بر اثر فرآیند حذف به کلمه متداول و روزمره استرس یا فشار روانی تبدیل شده است. بدن در یک موقعیت پراسترس با افزایش تولید هورمونهای خاصی جواب میدهد که باعث تغییراتی در ضربان قلب، فشار خون، متابولیسم و فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری فیزیکی میگردد. عوامل استرسزا میتوانند کوتاه مدت باشند (استرس حاد) و یا به صورت روزانه ایجاد

شوند (استرس مزمن). انواع گوناگونی از عکس العملها در پاسخ به عوامل استرس زا دیده میشود که از مهمترین آنها الگوی فعال ستیز و گریز (سیستم سمپاتیک - مدولاری آدرنال) و الگوی غیرفعال (سیستم قشری - آدرنالی - هیپوفیزی میشود می باشند). (ماسودا و تالی، ۲۰۱۲).

۲-۲-۲- سبب شناسی استرس

الگوهای متفاوتی برای تبیین نقش بالقوه استرس در سبب شناسی، شدید، عود و مزمن شدن بیماری های روانی و جسمانی مطرح شده اند.

اگرچه این الگوها خاستگاه های متفاوتی دارند، در برگیرنده عوامل مشترکی نیز هستند. در نخستین رویکرد استرس به منزله یک محرک (stimulus-based) تلقی می شود. در این تعریف استرس چیزی است که از خارج بر فرد تحمیل می شود و افراد آن را به عنوان منبع یا علت تنش^۱ خود در نظر می گیرند پژوهشگرانی که این رویکرد را پذیرفته اند به مطالعه گستره وسیعی از رویدادهای استرس زای زندگی (مثبت یا منفی) پرداخته اند. در رویکرد دوم، استرس به عنوان یک پاسخ^۲ توصیف می شود که نمایانگر واکنش های فرد در برابر رویدادهای استرس زاست. این پاسخ دو مؤلفه مرتبط با یکدیگر دارد: مؤلفه شناختی که دربرگیرنده رفتار، الگوهای فکر و هیجان هاست و مؤلفه فیزیولوژیک که مشتمل بر افزایش برانگیختگی جسمانی، ضربان قلب، فشارخون، سرعت تنفس و مانند آن است.

در سومین رویکرد، استرس به منزله فرآیندی محسوب می شود که بر چگونگی ادراک فرد از موقعیت تأکید می ورزد. این دیدگاه استرس را به شبکه وسیع عواملی چون محرک پاسخ، ویژگی های فرد، ارزشیابی ها و سبک های انطباقی نسبت می دهد که بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند. در این رویکرد، موقعیت ها به خودی خودی استرس آور نیستند بلکه ناشی از عدم توازن است که بین ادراک فرد از الزام های محیط اطراف و ارزشیابی او از توانایی خویش در پاسخ دهی به آنها به وجود می آید.

براساس الگوی ارزیابی لازاروس و فولکمن (Lazarus & Folkman, 1984). تجربه استرس تنها زمانی روی می دهد که آن موقعیت به عنوان آسیب، از دست دادن، تهدید یا کشمکش ارزیابی شده باشد. به عقیده لازاروس فرآیند ارزیابی که فرآیندی شناختی است، در خلال دو مرحله صورت می گیرد: ارزیابی اولیه که ارزیابی خود رویداد است و ارزیابی ثانویه که ارزیابی منابع در دسترس

¹ Tension

² Response-base

فرد برای مقابله^۱ با استرس است. اگر فرد مطمئن نباشد که توانایی مقابله با موقعیتی که تهدیدآمیز ارزیابی شده را دارد، استرس تجربه می‌شود.

افراد برای مقابله با این استرس‌ها از راه‌های مقابله‌ای مختلف استفاده می‌کنند. انتخاب راه‌های مقابله مناسب در برابر استرس‌های ایجاد شده، می‌تواند از تأثیر استرس‌ها بر سلامت روانی فرد بکاهد و در نتیجه به سازگاری و انطباق هر چه بیشتر بیانجامد. در زمینه روش‌های مقابله با استرس‌ها الگوهای مختلفی ارائه شده است.

دو روش اصلی مقابله عبارتند از:

۱- مسئله مدار^۲

۲- هیجان مدار^۳

روش مقابله مسئله مدار یا عقلانی در موقعیت‌هایی بروز می‌کند که شخص احساس کند می‌تواند موقعیت را کنترل کرده یا تغییر دهد. برخی از روش‌های عملی در شیوه مقابله مسئله مدار عبارتند از: استفاده از تجربیات گذشته، واقع‌بینی، جمع‌آوری اطلاعات بیشتر برای حل مشکل، مشورت و توجه به نقاط مثبت مسئله. روش مقابله هیجان مدار در موقعیت‌هایی دیده می‌شود که فرد احساس کند، موقعیت غیرقابل تغییر و کنترل است. بنابراین در برابر آن واکنش هیجانی نشان داده یا سعی در تحمل آن دارد. برخی از نمودهای عینی روش مقابله‌ای هیجان مدار عبارتند از: خشمگین شدن، گریه کردن، احساس تنهایی، افسرده شدن، فکرکردن به گذشته و دورشدن از موقعیت، به طور کلی، می‌توان درباره روش‌های مقابله با استرس‌ها بیان کرد که اشخاص رشد یافته، منطقی و متعادل معمولاً در برخورد با استرس‌ها بیشتر به روش‌های مسئله مدار متوسل می‌شوند و درمقابل افراد حساس، رشدنا یافته و غیرمتعادل (به لحاظ روانی) معمولاً در برابر موقعیت استرس‌زا از روش‌های مقابله هیجان مدار استفاده می‌کنند. دیدگاه‌های مختلف درباره استرس:

از دیدگاه سلیه، استرس فیزیولوژیک، تدبیر کلی ارگانیسم انسانی است که به جهت سازگاری با گستره وسیعی از محرک‌های خارجی پدید می‌آید. هدف کلی این تدابیر آن است که موجودزنده را در رویا رویی با اوضاع تهدیدآمیز یاری کند. به بیان دیگر ارگانیسم را قادر سازد که برای نمونه از نیروی عضلانی بیشتری استفاده کرده و یا حرارت بیشتری در محیط سرما تولید کند. این واکنش استرس به واکنش جنگ و گریز هم

³ Coping

² Problem - Focused

³ Emotion - focused

معروف است ، یعنی آمادگی جاندار را برای رویارویی با دشمن یا فرار بالا می برد. بنابراین نخستین هدف واکنش استرس برای موجود زنده مفید و سودمند است و باید در جهت جنگ (رویارویی با عامل فشار روانی) ویا گریز (فرار از عامل استرس زا) بکار رود. درغیر این صورت زیان آور خواهد بود(کاپلان و سادوک، ۱۹۹۱). هر عاملی که بتواند بتواند به شکلی واکنش استرس را در فرد برانگیزد عامل استرس زا نامیده می شود. این رویدادها ممکن است مثبت (مانند قبولی در امتحان) یا منفی (مرگ یکی از عزیزان) باشند. ممکن است عامل استرس زا حاد (مانند یک تصادف) یا کهنه (مانند ناسازگاریها و جدال مداوم زناشویی) باشند. ممکن است رویدادی جنبه عمومی داشته باشد (مانند زلزله و جنگ) ویا فردی باشد (مانند شکست تحصیلی). بنابراین رویدادهای استرس زا را به مثبت و منفی ، خفیف تا فوق العاده شدی، حاد یا مزمن ، فردی یا جمعی تقسیم می کنند(کاپلان ، سادوک ، ۱۹۹۴).

۲-۳- گستره سوم: نظم جویی شناختی هیجان

۲-۳-۱- مفهوم هیجان

هیجان نقش مهمی در جنبه های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای تنیدگی را ایفا می کند. اصولاً، هیجان را می توان واکنش های زیست شناختی به موقعیت هایی دانست که آن را یک فرصت مهم یا چالش برانگیز ارزیابی می کنیم و این واکنش های زیستی با پاسخی که به آن رویدادهای محیطی می دهیم، همراه می شوند(گارفنسکی و همکاران، ۲۰۰۲).

همچنین هیجان را وضعیت پیچیده ای در پاسخ به تجربه های دارای بار احساسات تعریف کرده اند. که هر هیجان شدید حداقل شش مولفه دارد. مولفه های هیجان عبارتند از:

۱-	تجربه شخصی و ذهنی هیجان.
۲-	پاسخ های جسمانی درونی، بویژه آنهایی که با دستگاه عصبی خودمختار ارتباط دارند.
۳-	شناخت های شخص درباره ی هیجان و موقعیت های مرتبط با آن.
۴-	جلوه های چهره.
۵-	واکنش های شخص به هیجان.
۶-	گرایش به اعمال معین.

هیچ یک از این مولفه ها به تنهایی گویای حالت هیجانی نیست، بلکه ترکیبی از همهی آنهاست که هیجان معینی را به وجود می آورد. علاوه بر این، هر یک از این مولفه ها ممکن است بر دیگر مولفه ها اثر بگذارد. برای مثال ارزیابی شناختی شما از هر موقعیت معین می تواند هیجان خاصی را در شما ایجاد کند: اگر فکر کنید که فروشنده سعی دارد شما را مغبون کند احتمال دارد خشمگین شوید؛ اما اگر در حال خشم، درچنین موقعیتی قرار بگیرید ممکن است رفتار فروشنده را حقه بازی و تقلب بدانید (زمینه روانشناسی هیلگارد، ۱۳۹۰).

۲-۳-۲- نظم جویی هیجان

وقتی در باره هیجان صحبت می شود، نباید گفت که انسان موجودی است که هیجان ها را فقط تجربه می نماید، بلکه علاوه بر تجربه نمودن هیجان ها، آنها را مورد ارزیابی قرار داده، نظم جویی کرده و در برخی موارد با آنها مبارزه می کند (حسنی، ۱۳۸۷). افزون بر این، هیجان ها دارای کنش وری های متعدد از جمله کنش وری تکاملی، ارتباطی و اجتماعی می باشند. نتایج بررسی ها نشان می دهد که هیجان ها در هر لحظه، توجه، تصمیم گیری، حافظه، پاسخ های فیزیولوژیک و تعامل های اجتماعی را تحت تاثیر قرار می دهند (حسنی و همکاران، ۱۳۸۸).

نظم جویی هیجان، فرایندهای درونی و بیرونی است که مسولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف بر عهده دارد (تامپسون^۱، ۱۹۹۴). نظم جویی هیجان شامل طبقه وسیعی از فرایندهای داخلی و خارجی است که به منظور بازبینی، ارزیابی و تعدیل واکنش های هیجانی به کار گرفته می شوند. همچنین نظم جویی هیجان دربرگیرنده ی دامنه ی وسیعی از پاسخ های شناختی، رفتاری، هیجانی و فیزیولوژیک می باشد و برای درک همبسته های هیجانی و رفتاری استرس و حالت های عاطفی منفی ضروری است (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶). بنابراین نظم جویی هیجان، یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازماندهی رفتار سازگارانه و همچنین جلوگیری از بروز هیجان های منفی و رفتارهای ناسازگارانه محسوب می شود (اسنیدر، ۲۰۰۲). این سازه یک مفهوم پیچیده است که طیف گسترده ای از فرایندهای زیستی، اجتماعی، رفتاری و همچنین فرایندهای شناختی هشیار و ناهشیار را در بر می گیرد (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). به عبارت دیگر، واژه ی نظم جویی هیجان مشتمل بر راهبردهایی است که باعث کاهش، حفظ و یا افزایش یک هیجان می شوند (گراس^۲، ۲۰۰۲) و به فرایندهایی اشاره دارد که بر هیجان های کنونی فرد و چگونگی تجربه و ابراز آنها اثر می گذارد (گراس، ۱۹۹۸).

ریشه‌ی راهبردهای تنظیم هیجان، تحول هیجانی، شناختی و اجتماعی است. بدکارکردی در این راهبردها می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در ایجاد و حفظ اختلالات روانی ایفا کند (گراس، ۲۰۰۲). توانایی تنظیم هیجانی با سلامت روانی، اجتماعی و فیزیولوژیک ارتباط دارد (گراس، ۲۰۰۲، ۲۰۰۷). از سوی دیگر هم فرض شده است که مکانیزم زیربنایی اختلالات خلقی و اضطرابی، نارسایی در تنظیم هیجان است (کمبل-سیل و بارلو، ۲۰۰۷). بازنگری‌های اخیر هم نشان می‌دهند که ناهماهنگی‌های هیجانی در تمام اختلال‌های محور I و بیشتر اختلال‌های محور II بروز می‌کند (آلدانو و همکاران، ۲۰۱۰). در مجموع فرض بر این است که نظم‌جویی هیجان یکی از عوامل اساسی بهزیستی و کنش‌وری موفق می‌باشد (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱).

در بازنگری انجام شده توسط آگوستین^۱ و هیمینوور^۲ (۲۰۰۸) بیش از ۳۰۰ راهبرد نظم‌جویی عاطفه که در نظریه‌ها و الگوهای مختلف مطرح شده است، مورد فرا تحلیل قرار گرفت. نتیجه‌ی این بررسی نشان داد که بر اساس طبقه‌بندی پارکینسون و توتردل (۱۹۹۹) و لارسن (۲۰۰۰) راهبردهای نظم‌جویی هیجان را می‌توان در دو طبقه وسیع شناختی (به عنوان مثال: تفکر مثبت، ارزیابی مجدد) و رفتاری (فرونشانی، گوش دادن به موسیقی) یا روی آورد و اجتناب قرار داد.

تنظیم هیجانی، شامل استفاده از استراتژی‌های رفتاری و شناختی برای تغییر در مدت زمان یا شدت تجربه یک هیجان است (گراس و تامپسون، ۲۰۰۷) و مشخص شده است که افراد در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا، از راهبردهای تنظیم هیجانی متفاوتی برای اصلاح یا تعدیل تجربه‌ی هیجانی خود استفاده می‌کنند (گراس و تامپسون، ۲۰۰۷؛ کول، ۲۰۰۹؛ به نقل از تروی، ۲۰۱۲؛ آلدانو و همکاران، ۲۰۱۰). یکی از متداول‌ترین این راهبردها، تنظیم هیجان با استفاده از راهبردهای شناختی است. فرایندهای شناختی نقش بسیار مهمی در تنظیم هیجانی ایفا می‌کنند که اطلاع از چگونگی این تاثیر در درمان بسیاری از مشکلات روانشناختی مربوط به هیجان مفید خواهد بود (مک لئود و باکس^۱، ۲۰۰۱).

ایزارد و همکاران (۲۰۱۱) با تاکید بر تعامل هیجان و شناخت، معتقدند که دانش هیجانی نقش تسهیل‌کننده‌ای در رشد تنظیم هیجانی دارد.

نظم‌جویی هیجان‌ها از طریق شناخت‌ها یکی از ملزومات اساسی زندگی انسان می‌باشد و افراد را در مدیریت هیجان‌ها پس از تجربه وقایع استرس‌زا یاری می‌کند (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۷). شناخت‌ها یا

1) Augustine

2) Hemenover

فرایندهای شناختی به افراد کمک می کنند که هیجان ها و احساسات خود را تنظیم نموده و توسط شدت هیجان ها مغلوب نشوند. فرایندهای شناختی را می توان به فرایندهای ناهشیار (مانند: فرافکنی و انکار) و هشیار (مانند: فاجعه سازی و شخوارگری) تقسیم کرد. یادآور می شود که نظم جویی شناختی هیجان بر فرایندهای هشیار تمرکز دارد (حسنی، ۱۳۸۹).

تنظیم شناختی هیجان به شیوه مدیریت و دستکاری ورود اطلاعات فراخوانده هیجان، اشاره دارد (اوکسنر و گراس، ۲۰۰۵، ۲۰۰۴). در واقع راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان پاسخ های شناختی به وقایع فراخوانده هیجان هستند که به صورت هشیار یا ناهشیار سعی در تعدیل شدت و یا نوع تجربه هیجانی یا خود واقعه دارند (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۲).

به دیگر سخن، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به نحوه ی تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا رخداد آسیب زا گفته می شود. تنظیم شناختی هیجان در فرایندهای مختلف بهنجار و نابهنجار نقش اساسی داشته و در برابر محرک های منفی و تجارب هیجانی ناخوشایند یکی از فرایندهای مهم در روند مقابله است. پژوهش ها نشان می دهند افرادی که از سبک های شناختی ضعیف استفاده می کنند، بیش از سایر افراد در برابر مشکلات هیجانی و اضطرابی آسیب پذیرند (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶).

در مجموع، تنظیم شناختی هیجان ما را قادر می سازد با انعطاف پذیری بیشتری به وقایع متنوع محیطی پاسخ دهیم. توانایی تغییر دادن رفتار همراه با تغییرات محرک در کنش وری سازگارانه هیجان از اهمیت خاصی برخوردار است. پس، تفاوت های فردی در نظم جویی شناختی هیجان می تواند کنش وری موثر در محیط اجتماعی را تحت تاثیر قرار دهد. حتی تفاوت های فردی در نظم جویی هیجان در تعامل با سایر عوامل می تواند فرد را در معرض خطر بروز جنبه های آسیب شناختی قرار دهد (حسنی و همکاران، ۱۳۸۷).

۲-۳-۳- راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان

افراد در موقعیت های هیجانی، از ارزیابی هایی مثبت و منفی یا سازش یافته و سازش نایافته استفاده می کنند و کلیدی ترین مفهوم در این روی آورد ارزیابی است که تعیین کننده ی معنادار بودن یک هیجان برای فرد است (ریو، ۲۰۱۵).

گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۲) براساس پژوهش ها و مطالعات بالینی، ۹ راهبرد اصلی نظم جویی هیجانی شناختی را تعریف کرده اند که عبارت است از: سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری، تلقی فاجعه آمیز، توسعه ی چشم انداز، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مثبت، پذیرش شرایط و برنامه ریزی (گارنفسکی، کرایچ و اسپین هاون، ۲۰۰۱) نشان دادند این راهبردها را می توان به دو گروه راهبردهای هیجانی سازش یافته و

سازش نیافته تقسیم کرد. راهبردهای سازش یافته، پذیرش شرایط، تمرکز مجدد مثبت، برنامه ریزی، ارزیابی مثبت و توسعه‌ی چشم انداز هستند و راهبردهای کمتر سازش یافته، شامل سرزنش خود، نشخوار فکری، تلقی فاجعه آمیز و سرزنش دیگران است. در ادامه به توضیح هر یک پرداخته خواهد شد:

۲-۳-۳-۱- سرزنش خود

خود را مسئول و مقصر دانستن در تجربیات تلخ. کسی که در وقایع پیش آمده به سرزنش خود می-پردازد به این معنی است که شخص به شدت گرفتار احساس گناه است. احساس گناه بالا ممکن است منجر به بیماری‌های روانی چون افسردگی باشد.

۲-۳-۳-۲- سرزنش دیگران

نحوه تفکری مبتنی بر اینکه دیگران مسئول و مقصر اتفاق بدی که برای شما رخ داده هستند. مطالعات نشان داده‌اند که تمام نمونه‌هایی که تجارب منفی دارند شخص دیگری را در این رویداد مقصر می‌دانند و به سرزنش او می‌پردازند، چنانچه گفته می‌شود که سرزنش و مقصر دانستن دیگران با بهزیستی هیجانی ضعیف همراه می‌باشد.

۲-۳-۳-۳- پذیرش

دلالت دارد بر پذیرش رویداد و تجربه‌ی تلخ و کناره‌گیری از آنچه روی داده است. پذیرش یک راهبرد مقابله‌ای است که رابطه مثبت و تعدیل کننده‌ای با میزانی از خوش بینی و عزت نفس و رابطه منفی (تعدیل-کننده) با میزانی از اضطراب دارد. اگرچه خود فرایند پذیرش، خوب است اما برای بسیاری از وقایع، سطوح خیلی بالای پذیرش می‌تواند نشانگر نوعی از کناره‌گیری حسی شود و به احساس عدم توانایی در تأثیرگذاری روی وقایع منجر گردد.

۲-۳-۳-۴- نشخوار ذهنی^۱

تفکر مداوم به احساسات و تفکرات همراه با اتفاق ناخوشایند بدون اقدام به اصلاح محیط بلاواسطه‌ی مؤثر. اثبات شده است که شیوه‌ی مقابله‌ای نشخوار ذهنی با سطوح بالای افسردگی همراه می‌باشد و البته این نحوه‌ی تفکر تا حدی هم به مقابله مؤثر با شرایط تنیدگی‌زا کمک می‌کند.

¹ Festive Mind

۲-۳-۳-۵- توجه مثبت مجدد

فکر کردن درباره‌ی وقایع مثبت به جای وقایع منفی، تحقیقات نشان داده‌اند که این راهبرد به خودی خود تأثیر مثبت روی سلامت روانی انسان‌ها دارد، اما به کارگیری این راهبرد در سطوح بالا می‌تواند به عنوان ترک رابطه روانی محسوب گردد. گمان بر این است که این راهبرد در کوتاه مدت یاری‌دهنده ولی در بلند مدت مانع از مقابله سازنده با رویداد منفی گردد.

۲-۳-۳-۶- توجه مجدد به برنامه‌ریزی

تفکر درباره برنامه‌هایی که برای مداخله در اتفاقات طرح‌ریزی می‌شود، یا تفکر روی طرحی که موقعیت‌ها را تغییر می‌دهد. این راهبرد لزوماً یک راهبرد مقابله شناختی مثبت است. این راهبرد مقابله شناختی متمرکز بر عمل است یعنی صرفاً شناختی نیست بلکه همراه با عمل می‌گردد و رفتاری حقیقی به دنبال دارد. توجه مجدد به برنامه‌ریزی میان مقابله مواجهه‌ای (تلاش پرخاشگرانه برای مواجهه با موقعیت) و حل مسأله برنامه‌ریزی شده تمایز قائل می‌شود. حل مسأله برنامه‌ریزی شده شامل دو مؤلفه می‌باشد، الف) شناختی: رویکرد تحلیلی به مسأله داشتن، ب) رفتاری: تلاش رفتاری برای تغییر موقعیت. این راهبرد همچنین میان دو حوزه از مقابله مسأله محور تمایز قائل می‌شود: ۱- حوزه رفتاری محور و ۲- حوزه شناختی محور. بنابراین این راهبرد درهم آمیزنده عناصر شناختی و رفتاری می‌باشد، کاربرد برنامه‌ریزی به عنوان یک راهبرد با خوش‌بینی و عزت نفس رابطه مثبت و با اضطراب رابطه منفی دارد.

۲-۳-۳-۷- بازاریابی مثبت

معنای مثبت بخشیدن به وقایع و اتفاقات دوران رشد و فکر کردن به اینکه این اتفاقات می‌توانند فرد را قوی‌تر کنند و یا جستجوی جنبه‌های مثبت یک اتفاق، این راهبرد نیز با خوش‌بینی و عزت نفس رابطه مثبت و با اضطراب رابطه منفی دارد.

۲-۳-۳-۸- اتخاذ دیدگاه

اتخاذ این دیدگاه یا نحوه‌ی تفکر که وقتی یک سری از عوامل با هم همراه شوند و یا نقش یک سری عوامل دیگر اگر ضعیف شود اتفاقی خواهد افتاد. این راهبرد با انواع گوناگونی از بیماری روانی همبستگی نشان می‌دهد.

۲-۳-۳-۹- فاجعه آمیز پنداری

فکر کردن به اینکه اتفاق رخ داده چقدر وحشتناک بوده و این اتفاق بدترین چیزی است که در زندگی هر کسی رخ می‌دهد. کاربرد زیاد این راهبرد به مشکلات هیجانی و بیماری‌های روانی منجر می‌شود در کل این راهبرد به نظر می‌رسد که با غیر انطباقی بودن، پریشانی هیجانی و افسردگی مرتبط باشد (گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون، ۲۰۰۱).

نظریه پردازان بر این باورند، افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجانات‌شان در برابر رویدادهای روزمره نیستند، بیشتر نشانه‌های تشخیصی، اختلال‌های درونی سازی از قبیل افسردگی و اضطراب را نشان می‌دهند، بنابراین می‌توان گفت، نظم‌دهی هیجان عاملی کلیدی و تعیین‌کننده در بهزیستی روانی و کارکرد اثربخش است که در سازگاری با رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی نقش اساسی ایفا می‌کند تا جایی که باید گفت بر کل کیفیت زندگی فرد اثر می‌گذارد (مشهدی، میردورقی، حسنی، ۱۳۹۰).

۲-۳-۴- عوامل اثرگذار بر هیجان

- تفاوت‌های جنسیتی
- عوامل زیستی
- عوامل درون فردی
- عوامل روانشناختی
- عوامل زوجی
- عوامل خانوادگی
- عوامل محیطی و اجتماعی
- عوامل راهبردی

در ادامه به توضیح برخی عوامل پرداخته شده است.

۲-۳-۴-۱-عوامل زیستی

با توجه به نتایج پژوهش‌ها، عوامل زیستی در تنظیم هیجان مؤثر است مثلاً هورمون پروژسترون در زنان منجر به اختلالات خلقی می‌شود، اما هورمون تستسترون مانعی برای اختلالات خلقی می‌باشد (وینگ، اُسوارد، بک استرم، هرمانز، فرناندز^۱، ۲۰۱۱).

۲-۳-۴-۲-تفاوت‌های جنسیتی

با توجه به پژوهش‌های انجام شده، تفاوت‌های جنسیتی در زمینه‌ی تنظیم هیجان وجود دارد به عنوان مثال زنان از راهبردهای سازگاران و ناسازگاران بیشتر از مردان استفاده می‌کنند، همچنین در زنان استفاده از راهبرد سرکوبی با بالا رفتن سن، افزایش می‌یابد. استفاده بیشتر زنان از راهبردهای مقابله‌ای شاید به این دلیل باشد که آنها استرس بیشتری را نسبت به مردان تجربه می‌کنند. زنان تمایل بیشتر به نشخوار فکری دارند در صورتی که مردان بیشتر از سرکوبی هیجانی استفاده می‌کنند (جلوانی، اعتمادی، جزایری، فاتحی‌زاده، ۱۳۹۶).

۲-۳-۴-۳-ذهن آگاهی

ذهن آگاهی، آگاهی پذیرنده و باز هیجانات بدون نشخوار یا اجتناب از این تجربیات می‌باشد. بنابراین افرادی که ذهن آگاهی پایینی دارند، احتمال دارد که بیشتر مشکلات تنظیم هیجانی را تجربه کنند (گودال، ترجنسکا، دارلینگ^۲، ۲۰۱۲).

۲-۴-گستره چهارم: حمایت اجتماعی ادراک شده

۲-۴-۱-مفهوم حمایت اجتماعی

در پژوهش‌های مربوط به حمایت اجتماعی، این مفهوم، در ابتدا بر اساس تعداد دوستان و افرادی که از فرد حمایت می‌کنند تعریف شد. اما، به مرور زمان مفهوم حمایت اجتماعی گسترش یافت و میزان رضایتی را که افراد از این حمایت دریافت می‌کرد نیز در بر گرفت (کویتیسی^۱، ۲۰۰۷). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی یک مفهوم چندبعدی است. با وجود تعداد زیاد مطالعات انجام شده در خصوص حمایت اجتماعی و دستیابی عمده در این حوزه، درباره تعریف مفهوم حمایت اجتماعی، اجماع نظر کلی وجود دارد. بنابراین در پیشینه پژوهش، تعریف‌های متفاوتی از مفهوم حمایت اجتماعی دیده می‌شود.

¹ Wingen, Ossewaarde, Backstrom, Hermans, Fernandez

² Darling

2-Kaniasty

حمایت اجتماعی به کارکرد و کیفیت روابط اجتماعی مانند ادراک از دسترس‌پذیری به روابط کمک‌کننده و یاری‌رسان یا تجربه واقعی حمایت اجتماعی، اشاره دارد. این تعریف دو شکل بااهمیت حمایت اجتماعی، یعنی حمایت اجتماعی دریافت شده و حمایت اجتماعی ادراک شده که در طول دو دهه اخیر حجم قابل ملاحظه‌ای از مطالعات را به خود اختصاص داده‌اند را شامل می‌شود.

حمایت اجتماعی دریافت شده بیان‌گر رفتارهای یاری‌رسان هستند که به طور طبیعی به وقوع می‌پیوندند. حمایت اجتماعی ادراک شده به باور فرد درباره برخورداری از رفتارهای کمک‌کننده در مواقع ضروری اشاره می‌کند. در تفکیک حمایت دریافت شده از حمایت ادراک شده توجه به این مهم ضروری است که در حمایت دریافت شده، رفتارهای کمک‌کننده اتفاق افتاده‌اند، اما در حمایت ادراک شده، رفتارهای کمک‌کننده ممکن است به وقوع بپیوندند (نوریس و کانیاستی^۲، ۱۹۹۶). موقعیت‌های زیر به کمک گرفتن از دیگران تمایل دارند:

۱. وقتی مشکلاتی که به خاطرش درخواست می‌کنند موجب احساس گناه یا شرمندگی نشود
۲. زمانی که کمک دیگران، موجب از دست دادن کنترل افراد به زندگی‌شان نشود
۳. زمانی که کمک دیگران، موجب رشد مهارت‌های حل مسئله در افراد شود نه این‌که کنشی منفعلانه در آن داشته باشند
۴. زمانی که شخص کمک‌گیرنده نسبت به مدت و نوع کمک ارائه‌شده کنترل داشته باشد
۵. زمانی که فرد حمایت‌کننده مورد احترام و اعتماد است و می‌تواند این کمک را در کمال آرامش، بدون مزاحمت و به شیوع اطمینان‌بخش ارائه دهد (ماسودا، ۲۰۱۲).

۲-۴-۲- انواع حمایت اجتماعی

رایجترین انواع حمایت اجتماعی که توسط پژوهشگران معرفی شده و در تحقیقات متعددی مورد بررسی قرار گرفته‌اند، شامل سه مقوله حمایت اجتماعی عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی می‌باشد:

۲-۴-۲-۱- حمایت اجتماعی عاطفی

حمایت اجتماعی عاطفی دربردارنده احساس همدلی، مراقبت، توجه و علاقه نسبت به یک شخص را به داشتن احساس راحتی و آسایش، اطمینان، تعلق داشتن و مورد محبت قرار داشتن به هنگام فشار و تنش تعریف می‌شود. حمایت عاطفی این امکان را فراهم می‌کند که افراد به عنوان یک شخص با ارزش تلقی شوند و آن نیز در گاهی اوقات به نام حمایت، اعتماد به نفس و پشتیبانی ارزیابی می‌شود (تایلر^۱، ۲۰۱۱).

¹Tailer

۲-۲-۴-۲- حمایت اجتماعی ابزاری

حمایت ابزاری به کمک های مادی، عینی و واقعی دریافت شده توسط یک فرد از سوی دیگران اطلاق می گردد. این نوع حمایت به افراد کمک می کند تا نیازهای روزانه خود را تأمین نمایند و شامل عناصری از کمک های مادی و عینی است. حمایت ابزاری حمایت مالی نیز نامیده می شود، شامل ارائه کمک های مالی، حمایت مادی و خدمات است، این نوع حمایت اجتماعی طریقه محسوس حمایت از دیگران می باشد (هانی و اسیرال^۱، ۲۰۰۸).

۲-۲-۴-۳- حمایت اجتماعی اطلاعاتی

به دست آوردن اطلاعات ضروری از طریق تعامل های اجتماعی با دیگران را حمایت اجتماعی اطلاعاتی تعریف کرده اند. به عبارت دیگر حمایت اطلاعاتی ارائه آگاهی، راهنمایی، پیشنهاد و اطلاعات ارزشمند می باشد. این نوع از حمایت اجتماعی توان حل مسئله را به افراد در موقعیت های مختلف می دهد و در شرکت ها و سازمان ها به صورت فعالیت های اجتماعی به اشتراک گذاشته می شود (یوچینو^۲، ۲۰۰۴).

۲-۴-۳- منابع حمایت اجتماعی

منابع ارائه حمایت اجتماعی بسیار گوناگون است و محیط خانواده به عنوان محل کسب اولین تجارب حمایت اجتماعی و منابع دیگری از قبیل گروه همسالان، دوستان، خویشاوندان، همسایگان، مغازه داران، معلمان... در این طیف گسترده قرار می گیرند. در نظریاتی که بر نظریه بالینی استوار است، اعضای خانواده و دوستان منابع اصلی حمایت اجتماعی محسوب می گردند.

غالباً ارائه حمایت اجتماعی به فرد از سه طریق زیر ممکن است

(۱) خانواده و دوستان نزدیک با ارائه خدمات و کمک های مستقیم و غیرمستقیم در طی دوره فشار روانی می تواند اقدام به حمایت از فرد نماید.

(۲) خانواده و دوستان صمیمی در مواقع فشار روانی از طریق دادن اطلاعات مفید و ارائه توصیه های لازم به فرد می توانند وی را مورد حمایت قرار دهند

(۳) در طی تجربه فشار روانی اغلب مردم از نظر عاطفی و هیجانی دچار مشکل می شوند. یعنی ممکن است دچار افسردگی، اضطراب، کاهش عزت نفس شوند. در همین مواقع خانواده و دوستان با متقاعد ساختن فرد از این که وی برای آنها با ارزش است و مورد حمایت آنها قرار دارد، می توانند برای او امنیت عاطفی فراهم

1.Heaney & Israel

2.Uchino

نمایند (حسینی، ۱۳۹۱).

۲-۴-۴- حمایت اجتماعی و کارکردهای روان‌شناسی

شواهد پژوهشی متعددی رابطه بین حمایت اجتماعی و طیف وسیعی از نتایج وابسته به آن را بررسی کرده‌اند. برای مثال برخی مطالعات نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی تنیدگی را به شیوه‌های کاهش می‌دهد و تجربه حمایتی با تجربه سطوح پایین فشار، احساس بهزیستی و عزت نفس بالا رابطه نشان می‌دهد (یار چسکی، ماهون و یارچسکی^۱، ۲۰۰۱). در مقابل نتایج برخی مطالعات نشان داده‌اند که فقدان منابع حمایتی با تجربه منفی همراه است.

در حوزه‌های حمایت اجتماعی جهت گیری‌های نظری متفاوتی، رابطه بین حمایت اجتماعی و نتایج وابسته به آن را تبیین کرده‌اند. دو جهت گیری نظری کلی، شامل الگوی اثرات اصلی و الگوی ضربه گیرانه می‌باشد. در الگوی اثرات اصلی فرض می‌شود که تجربه منابع حمایت کننده برای همه افراد با صرف نظر از شرایط زندگی آنها مفید است (کوهن، کاتلیو و آندروود^۲، ۲۰۰۲).

الگوی ضربه گیرانه حمایت اجتماعی پیشنهاد می‌کند که حمایت اجتماعی فقط برای افرادی که در معرض رخدادهای منفی و تنیدگی‌ها زندگی هستند اثرات مفیدی به همراه دارد (کوهن و همکاران^۳، ۲۰۰۰؛ کوهن و ویلنر، ۱۹۸۵).

تجربه حمایت یا مستقماً به صورت یک عمل ضربه گیرانه واقعی بین موقعیت ناخوشایند و آسیب روان شناختی ظاهر می‌شود یا از طریق اثرگذاری بر متغیرهای مداخله کننده همانند مقابله در برابر اثر: موقعیت‌های منفی یا رخدادهای تنیدگی‌ها عمل می‌کند. الگوی اثرات ضربه گیرانه حمایت اجتماعی به شیوه متفاوت عمل می‌کند. آگاهی از وجود منابع حمایتی سبب می‌شود که فرد باور کند که برای تغییر در موقعیت یا رخداد از کمک دیگران برخوردار می‌شود. بنابراین باور فرد، منابع مقابله‌ای وی را در مواجهه با رخداد تنیدگی‌ها تقویت می‌کند (کوهن و همکاران^۴، ۲۰۰۲).

۲-۴-۵- نظریات موجود در مورد حمایت اجتماعی

در رابطه با حمایت اجتماعی نظریات متفاوتی وجود دارد که برخی از آنها به رابطه دوران کودکی با اعضای خانواده در سال‌های اولیه تولد تأکید دارد. عده‌ای دیگر به رابطه فرد و تماس‌های اجتماعی او با شبکه اجتماعی در زندگی روزانه می‌پردازد، عده‌ای دیگر هر دو را در شکل‌گیری این مفهوم دخیل می‌دانند در اینجا به اختصار هر نظریه مورد بررسی قرار می‌گیرد.

دیدگاه نظریه پردازان تحولی:

مازلو (۱۹۵۴) حمایت اجتماعی را یک نیاز اساسی برای رشد هر فرد می‌داند. او مشاهده کرد که اکثر افراد نورو تیک دارای سطوحی از حس فقدان امنیت، تعلق خاطر، عشق توجه به حرمت نفس می‌باشند. هر یک از این نیازها و ویژگی‌ها رابطه تنگاتنگی با تعامل شخصیت و خود شکوفایی دارند. مازلو همچنین اعتقاد دارد که افراد وابسته به محیط اجتماعی خود هستند و بدین روش نیازهای اساسی خود را مرتفع می‌کنند و از این رو نسبت به احساسات و نیاز دیگران حساس بوده و با انعطاف‌پذیری خود را با شرایط مختلف زندگی سازگار می‌سازند. از نظر مازلو حمایت اجتماعی کمکی است که موجب تصور مثبت و پذیرش خود، عشق و ارزشمند بودن توسط فرد می‌گردد. اینها همه شرایطی را فراهم می‌کند که شخص بتواند استعدادها و توانایی‌های بالقوه خود را شکوفا و به کمال برساند. لذا بر اساس نظریه مازلو افراد خود شکوفا نیاز اندکی به حمایت اجتماعی دارند زیرا آنها متکی به خود بوده و منبع حمایت مثبتی برای دیگران هستند.

هرزبرگ (به نقل از آراسته، ۱۳۹۰) اظهار دارد که دامنه نتایج رفع نیاز اجتناب از درد، حالات هیجانی متنوعی را موجب می‌گردد در حالی که رفع نیاز تحولی، حالات انگیزش را موجب می‌شود که دامنه اش در دو بعد پوچی و خود شکوفایی قرار دارد اگر فردی در رفع نیاز اجتناب از درد شکست بخورد دچار عواطف منفی و نارضایتی می‌شود. در حالی که شکست در تحقق نیاز به تحول موجب از دست دادن عواطف مثبت و رضایت‌مندی می‌شود. او بر این باور است که تنها عوامل بهداشتی مثل فقدان موقعیت‌های فشارزایی شغلی می‌تواند نیاز اجتناب از درد را مرتفع نماید و تنها عوامل انگیزشی همانند چالش و هم‌آورد جویی، تعهد و علاقه به کار، می‌تواند نیازهای مربوط به تحول را مرتفع نماید.

رکمن (به نقل از آراسته، ۱۹۸۶) بیان می‌کند که حمایت اجتماعی به ۲ نوع اساسی، ساختاری و کارکردی تقسیم می‌شود. حمایت ساختاری معمولاً به جنبه عینی حمایت اشاره دارد و دربرگیرنده ارتباطات اولیه و اساسی می‌باشد از قبیل عضویت در گروه، دل‌بستگی، علائق غیره...

حمایت کارکردی شامل کارکردهای مثل حمایت اطلاعاتی و ابزاری، صمیمیت در روابط اجتماعی، عضویت در روابط اجتماعی و میزان دسترسی به فرد مذکور در زمان معین و مورد نیاز را در برمی‌گیرد.

۲-۴-۶- جنسیت و تفاوت فرهنگی اجتماعی در دریافت حمایت اجتماعی

میزان حمایت اجتماعی که افراد از آن برخوردارند به جنس و گروه فرهنگی آن‌ها بستگی دارد. بعضی شواهد نشان می‌دهد که زنان در مقایسه با مردان کمتر از همسرشان از حمایت بهره‌مند می‌شوند. برای کسب حمایت اجتماعی بیشتر به دوستان نزدیک خود تکیه می‌کنند این تفاوت ممکن است نتیجه صمیمیت بیشتر

میان خانم‌ها، منعکس‌کننده تفاوت در حمایت عاطفی وارثی که زنان و مردان می‌طلبند و به دیگران می‌دهند، باشد (سارافینو، ۲۰۰۲).

۲-۴-۷-ارتباط حمایت اجتماعی و سلامت جسمی و روانی

این ارتباط شامل علت شناسی بیماری، مرگ و میر، کارکرد سیستم ایمنی بدن، بیماری مختلف جسمانی و روانی، بهبود بیماری و... بوده اند. برای مثال، مطالعه آلامداکانتی در کالیفرنیا نشان داد که در شرایط جسمانی مشابه، اشخاصی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار بودند در طول سال‌های بعد از یک عارضه قلبی، خطر مرگ آنان نصف دیگرانی که چنین منابع حمایتی نداشتند تهدید می‌کرد (آدام و هر تسلیک، ۱۳۸۵).

همچنین حمایت اجتماعی می‌تواند تأثیرات آسیب‌زای محرک‌های استرس———زا بر سیستم ایمنی بدن را کاهش دهد. بدین معنی کسانی که از حمایت اجتماعی برخوردار باشند سیستم ایمنی بدنشان نیز قوی‌تر بوده و در نتیجه دیرتر بیمار شده و در صورت ابتلا به بیماری زودتر بهبود می‌یابند.

در مجموع پژوهش‌های انجام‌شده نشان داده‌اند که مهم‌ترین انواع اختلالات جسمی و فیزیولوژیکی ناشی از کمبود یا فقدان حمایت اجتماعی عبارت‌اند از سر دردهای عصبی و تنشی (میگرن)، ناراحتی گوارشی، از بین رفتن اشتها، بالا رفتن فشارخون، افزایش احتمال مرگ—میر. همچنین پژوهش‌ها به بررسی ارتباط حمایت اجتماعی با سلامت روان پرداخته‌اند و تأثیر آشکار حمایت اجتماعی بر سلام روان را تأیید نموده‌اند (کورنمال و همکاران، ۲۰۰۳).

هندرسون (۱۹۹۲) با انجام یک فرا تحلیل، به این نتیجه رسید که علی‌رغم به‌کارگیری مقیاس‌های متفاوت برای سنجش میزان حمایت اجتماعی و افسردگی در تمام پژوهش‌های انجام‌شده نتایج ثابتی راجع به اثرات مثبت حمایت اجتماعی در کاهش ابتلا به افسردگی مشاهده شده است (ترنر و ترنر^۱ ۱۹۹۹).

بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و رویدادهای استرس‌زای زندگی با افسردگی نشان می‌دهد که میزان حمایت اجتماعی با نرخ افسردگی همبستگی منفی داشتند و میانگین حمایت اجتماعی در افراد افسرده به‌طور معناداری پایین‌تر از افراد غیر افسرده می‌باشد.

¹ Terner

۲-۵- پیشینه پژوهش

به منظور بررسی پیشینه تحقیق و تعیین سهم پژوهش های گذشته در روشن کردن ابعاد مختلف مسئله، منابع اطلاعاتی گوناگون مورد بررسی قرار گرفت. لذا شرح مختصری از نتایج پژوهش های بدست آمده در داخل و خارج از کشور در این قسمت بیان گردیده اند.

۲-۵-۱- پژوهش های داخلی

برخی پژوهش ها نشان داده اند که اهمیت این رویدادها در اعتیاد زنان و مردان متفاوت است. برای مثال در پژوهشی که محمدی، سرافراز و قربانی (۱۳۹۶) بر روی زنان و مردان معتاد انجام دادند، نتایج مقایسه نیازهای بنیادی روانی، حمایت اجتماعی و استرس گروه معتادان و غیرمعتادان زن و مرد نشان داد که تعداد وقایع استرسزا و شایستگی، بهترین پیش بینی کننده های اعتیاد مردان هستند، همچنین نتایج پژوهش مذکور بیان کننده عدم تفاوت استرس ادراک شده و تعداد وقایع استرس زا در زنان معتاد و سالم بود. لذا به دلیل وجود یافته های متناقض در این زمینه، در این پژوهش یکی از متغیرهای مورد بررسی در ارتباط با اعتیاد زنان رویدادهای استرس زا در نظر گرفته شد.

حسنی، تاج الدینی، قائد نیای جهرمی و شهرضا (۱۳۹۳) به مقایسه ی راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان و طرحواره های هیجانی در همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و افراد بهنجار پرداختند. یافته ها بیانگر استفاده بیشتر راهبردهای سازش نیافته نظم جویی شناختی هیجانی همچون ملامت خویشتن، نشخوارگری، فاجعه سازی و ملامت دیگران در همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و استفاده بیشتر همسران افراد بهنجار از راهبردهای سازش یافته نظم جویی شناختی هیجانی همچون تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه گیری بود. همچنین نتایج نشان داد که همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد بیشتر از طرحواره های هیجانی ناکارآمد همچون نشخوار ذهنی، گناه، غیرقابل کنترل بودن، سرزنش و تلاش برای منطقی بودن استفاده می کنند درحالی که همسران افراد بهنجار در استفاده از طرحواره های هیجانی کارآمد همچون ابراز احساسات، قابل درک بودن و پذیرش هیجانات نمرات بیشتری نسبت به همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد کسب نمودند.

احمدی، نژاد فرید و برجعلی (۱۳۹۳) به مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر و افراد سالم پرداختند. یافته های پژوهش نشان داد که بین بیماران دچار انسداد عروق کرونر با افراد سالم از نظر طرحواره های ناسازگار اولیه و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان تفاوت معناداری وجود دارد. بر اساس نتایج، بیماران دچار انسداد عروق کرونر قلب در

طرحواره های ناسازگار اولیه، بالاترین میانگین را در ایثار و معیارهای سرسختانه و کمترین میانگین را در نقص و شرم بدست آوردند و در راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی بالاترین میانگین را در تمرکز مجدد برنامه ریزی شده و کمترین میانگین را در کم اهمیت شماری بدست آوردند.

احمدیان ورگهان، غرایبی، عاطف وحید و حبیبی (۱۳۹۳) به مطالعه نقش ابعاد کمال گرایی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی در پیش بینی شدت نشانه های افسردگی و اضطراب دانشجویان پرداختند. نتایج نشان داد که از بین ابعاد کمال گرایی، کمال گرایی خودمدار و از بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و شیوه های مقابله، راهبردهای گریز-اجتناب، حل مساله مدبرانه، ارزیابی مجدد مثبت و نشخوار ذهنی توانستند ۳۶ درصد از واریانس شدت نشانه های افسردگی را تبیین کنند. و از بین ابعاد کمال گرایی، کمال گرایی خودمدار و از بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و شیوه های مقابله، راهبردهای گریز-اجتناب، فاجعه سازی، ارزیابی مجدد مثبت و نشخوار ذهنی ۳۰ درصد از واریانس شدت نشانه های اضطراب را تبیین کنند و همچنین می توان نتیجه گرفت که بین ناگویی هیجانی و مشکلات بین شخصی یک رابطه ی خطی ساده برقرار نیست و راهبردهای انطباقی و غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان می توانند بر این رابطه تاثیر بگذارند.

بشرپور (۱۳۹۲) به بررسی ارتباط نظم جویی شناختی هیجان و کنترل هوشمند با شدت وابستگی و ولع مصرف در افراد با وابستگی به مواد پرداخت. نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که شدت وابستگی به مواد به طور مثبت با ملامت خویشتن و ملامت دیگران مرتبط است. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری نیز آشکار کرد که ملامت خویشتن، پذیرش هیجانات و ملامت دیگران پیش بینی کننده های شدت وابستگی به مواد در افراد مبتلا به وابستگی مواد بودند. نتایج آزمون همبستگی همچنین نشان داد که ولع مصرف مواد نیز با ملامت خویشتن، نشخوارگری، فاجعه سازی، کنترل توجه و کنترل هوشمند رابطه منفی و با ملامت دیگران ارتباط مثبت دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد ملامت خویشتن، تمرکز مجدد بر مشکل و ملامت دیگران به طور مثبت و نشخوارگری، تمرکز مجدد بر برنامه، فاجعه سازی و کنترل توجه به طور منفی پیش بینی کننده های ولع مصرف ماده در افراد مبتلا به وابستگی مواد هستند.

اندامی خشک، گلزاری و اسماعیلی نسب (۱۳۹۲) به بررسی نقش راهبردهای نه گانه ی تنظیم شناختی هیجان در پیش بینی تاب آوری پرداختند. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که از بین راهبردهای سازگاران تنظیم شناختی هیجان، راهبردهای ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی بصورت مثبت و از میان راهبردهای ناسازگاران ی تنظیم شناختی هیجان، فاجعه آمیز پنداری و سرزنش دیگران به صورت منفی امکان پیش بینی تاب آوری را دارند. این نتایج نشان می دهد راهبردهایی که افراد برای تنظیم هیجانانشان به کار می گیرند، می تواند عامل بسیار مهمی در تعیین تاب آوری آن ها باشد و تقویت راهبردهای سازگاران تنظیم

شناختی هیجان باید به عنوان هدفی برای پی ریزی مداخلات و برنامه های آموزشی تاب آوری مورد توجه واقع شود.

در پژوهشی تحت عنوان ”مقایسه میزان فشار روانی و رضایتمندی زناشویی و حمایت اجتماعی ادراک شده والدین کودکان کم توان ذهنی و کودکان عادی در استان گلستان بر روی نمونه ۱۰۰ نفری، شامل دو گروه ۵۰ نفری از والدین کودکان کم توان ذهنی و والدین کودکان عادی، نتایج به روش تصادفی خوشه ای انجام شد و با استفاده از پرسشنامه های فشار روانی، فرزند پروری، رضایتمندی زناشویی انریچ، رضایتمندی زوجیت افروز و حمایت اجتماعی، نتایج با استفاده از آزمون های آماری مستقل، همبستگی پیرسون و رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته های پژوهش رابطه بین فشار روانی و رضایتمندی زناشویی والدین کودکان عادی و کم توان ذهنی را تایید نمود. والدین کودکان کم توان ذهنی فشار روانی بیشتری را نسبت به والدین کودکان عادی تحمل می کنند. در عین حال والدین کودکان کم توان ذهنی نسبت به والدین کودکان عادی از رضایت زناشویی پایین تری برخوردارند، ولی از نظر حمایت اجتماعی ادراک شده تفاوت، معنادار نبوده است. نتایج پژوهش نشان داد که همبستگی بین متغیر فشار روانی و رضایتمندی زناشویی والدین کودکان کم توان ذهنی و والدین کودکان عادی منفی است و در والدین کودکان عادی، همبستگی حمایت اجتماعی ادراک شده و رضایتمندی زناشویی معنادار است، ولی در کودکان کم توان ذهنی رابطه معنادار نبوده است. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که اثر فشار روانی و سطح تحصیلات بر رضایتمندی زناشویی معنادار است. در پژوهش حسینی المدنی و همکاران (۱۳۹۱) تحت عنوان مقایسه تابآوری، سبک های هویتی، معنویت و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد معتاد و غیر معتاد و بهبود یافته. در این مطالعه علی مقایسه ای تعداد ۳۰ نفر معتاد، ۳۰ نفر غیر معتاد و ۳۰ نفر بهبود یافته، به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. نتایج نشان داد که دریافت حمایت اجتماعی ادراک شده و مشارکت در فرآیند ترک مواد باعث افزایش تاب آوری در معتادان بهبود یافته شده است.

مفتاحی (۱۳۸۱)، در پایان نامه کارشناسی ارشد خود با عنوان: « بررسی پیشینه اجتماعی - اقتصادی، عزت نفس و حمایت اجتماعی بر افسردگی (دانشجویان کارشناسی دانشگاه رودهن)» به این نتایج رسیده است؛ بین پیشینه اجتماعی، اقتصادی و افسردگی، بین حمایت اجتماعی و افسردگی و بین عزت نفس و افسردگی رابطه معکوس و منفی وجود دارد، بین پیشینه اجتماعی اقتصادی و حمایت اجتماعی، بین پیشینه اجتماعی، اقتصادی و عزت نفس و بین حمایت اجتماعی و عزت نفس ارتباط مثبت وجود دارد. در پژوهش میکاییلی و هم کاران (۱۳۹۱) تحت عنوان ” نقش حمایت ادراک شده، راهبردهای مقابله ای و تابآوری در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران اماس استان آذربایجان ” این مطالعه از نوع همبستگی که از بین بیماران

مراجعه‌کننده به انجمن اماس حجم نمونه ۱۰۰ نفر بوده است که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند. برای گردآوری داده‌ها از مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده، پرسشنامه مقابله با استرس، مقیاس تاب‌آوری، پرسشنامه کیفیت زندگی و برای تحلیل داده‌ها ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به کار رفت. نتایج تحقیق نشان داد وجوه مختلف حمایت اجتماعی اداره شده، راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری با کیفیت زندگی همبستگی مثبتی دارد و همچنین حمایت اجتماعی ادراک‌شده می‌تواند سلامت جسمی و روانی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد.

در پژوهش خبازی و همکاران تحت عنوان "رابطه حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله با تاب‌آوری در پسران نوجوان" روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. حجم نمونه ۴۱۰ نوجوان از میان دانش‌آموزان مقاطع راهنمایی و دبیرستان مناطق حومه شهر تهران با روش نمونه‌گیری تصادفی-خوشه‌ای انتخاب شدند. داده‌ها با روش آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه تحلیل شد. نتایج این داده‌ها نشان داد بین حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله‌ای با تاب‌آوری در نوجوانان همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین حمایت اجتماعی و سبک مقابله مسئله محور قادر به پیش بینی تاب‌آوری است.

سموعی (۱۳۷۹) در پژوهش خود نشان داد که کارکرد خانواده‌های معتادان بسیار پایین‌تر از خانواده‌های بدون معتاد می‌باشد، از این رو فرد معتاد برای رهایی از این وضع به خشونت دست می‌زند، بدین‌سان در فرصت‌هایی که برای درمان یا بازپروری معتاد پیش می‌آید وی از مصرف مواد دور می‌شود و خشونت او با همسرش کاهش چشم‌گیر می‌یابد (فیلد و کاتانو، ۲۰۰۳).

آقا بخشی (۱۳۷۶) گزارش کرده است که اعتیاد پدر نقش حمایتی وی را در خانواده کاهش می‌دهد و افت کارکرد خانواده و کاهش پیوندهای خانوادگی را به دنبال دارد.

بررسی‌های انجام شده درباره افراد مبتلا به سوءمصرف مواد نشان می‌دهد که بین اعتیاد و ناگویی هیجانی رابطه وجود دارد و شیوع این صفت در میان معتادان بین ۳۹ - ۶۷ درصد تخمین زده شده است (توربرگ، یانگ و سولیوان، ۲۰۰۹؛ رضایی و حسن‌زاده، ۱۳۹۶).

۲-۵-۲- پژوهش‌های خارجی

علاوه بر شواهد ذکر شده در حوزه تنظیم هیجان و اعتیاد، شواهد برخی دیگر از پژوهش‌های تجربی نشان می‌دهد که مواجهه با استرس‌های شدید (حاد و مزمن)، به آسیب‌های مغزی و تغییرات اپی‌ژنتیکی در افراد منجر می‌شود (کدت، ۲۰۱۶). هرچند به طور کلی سوءمصرف‌کنندگان مواد در مقایسه با افراد غیرمعتاد، مواجهه بیشتری با وقایع تروماتیک (برای مثال سوء رفتار جسمی و جنسی در کودکی) گزارش کرده‌اند (سومر، هینزبرگر، البرت، هوتزاتسن و همکاران، ۲۰۱۷؛ سیمونز و سوارز، ۲۰۱۶) با این حال

برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اهمیت این رویدادها در اعتیاد زنان و مردان متفاوت است.

در پژوهشی که محمدی، سرافراز و قربانی (۱۳۹۶) بر روی زنان و مردان معتاد انجام دادند، نتایج مقایسه‌ی نیازهای بنیادی روانی، حمایت اجتماعی و استرس گروه معتادان و غیرمعتادان زن و مرد نشان داد که تعداد وقایع استرسزا و شایستگی، بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های اعتیاد مردان هستند، در حالی که در گروه زنان ارتباط و حمایت اجتماعی خانواده بهترین پیش‌بینی‌کننده‌ها گزارش شد. همچنین نتایج پژوهش مذکور بیان‌کننده‌ی عدم تفاوت استرس ادراک شده و تعداد وقایع استرس‌زا در زنان معتاد و سالم بود. لذا به دلیل وجود یافته‌های متناقض در این زمینه، در این پژوهش یکی از متغیرهای مورد بررسی در ارتباط با اعتیاد زنان رویدادهای استرس‌زا در نظر گرفته شد.

در پژوهشی که با هدف پیش‌بینی تاب‌آوری و مؤلفه‌های هیجانی (افسردگی، اضطراب و استرس) در گرایش به اعتیاد دانشجویان انجام شد، نتایج بیان‌کننده‌ی تفاوت معنادار دو گروه با گرایش بالا و پایین، در تاب‌آوری و مؤلفه‌های هیجانی بود و افراد با احتمال سوءمصرف بالاتر، تاب‌آوری کم‌تر و میزان اضطراب، افسردگی و استرس بیشتری را گزارش کردند (محمدی، آقاجانی و زهتابور، ۱۳۹۰). لذا انتظار می‌رود افرادی که از تاب‌آوری کم‌تری بهره‌مند باشند، به میزان بیشتری از وقایع آشفته‌ساز زندگی تأثیرپذیرفته و به مشکلات روانی-رفتاری یا اجتماعی دچار شوند. نتایج پژوهش شیخی و محمدنیا (۱۳۹۴) نیز در بررسی تأثیر تحمل ناکافی، تاب‌آوری و اضطراب اجتماعی بر نگرش به اعتیاد دانشجویان نیز نشان داد که بین تاب‌آوری و نگرش به اعتیاد رابطه‌ی معناداری وجود دارد.

مک‌کرا، اوکسندر، ماوس، گابریل و گروس (۲۰۱۴) به بررسی تفاوت‌های جنسیتی در نظم‌جویی هیجان (راهبرد ارزیابی مجدد شناختی) با استفاده از FMRI پرداختند. آنها با استفاده از تصویربرداری روزنانس مغناطیسی عملکردی از شرکت‌کنندگان مرد و زن خواستند که با استفاده از راهبرد نظم‌جویی شناختی هیجان (ارزیابی مجدد) به تعدیل پاسخ‌های هیجانی‌شان نسبت به تصاویر بپردازند. نتایج آنها نشان داد که از لحاظ رفتاری مردان و زنان تفاوت کمی را در تجربه‌ی هیجان منفی نشان دادند. اگرچه از لحاظ عصبی تفاوت‌های جنسیتی پدیدار شد مردان در مقایسه با زنان (۱) افزایش کمتر در مناطق جلویی مغز که با ارزیابی مجدد همراه است (۲) کاهش فراوان در آمیگدال که با پاسخ‌های هیجانی مرتبط است و (۳) تعامل و درگیری کمتر ریشه‌ی قدامی جسم مخطط که با پردازش پاداش مرتبط است، را نشان دادند. توضیحاتی که در این زمینه می‌توان داد این است که اولاً مردان به دلیل استفاده بیشتر از تنظیم احساسات خودکار، تلاش کمتری در هنگام استفاده از مقررات شناختی نشان می‌دادند. دوماً زنان ممکن است به درجه‌ی بیشتری از هیجانات مثبت در خدمت ارزیابی مجدد هیجانات منفی استفاده کنند.

برکینگ^۹ و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند که مهارت های ضعیف تنظیم هیجان سطح بالای مصرف الکل در دوره پس از درمان را پیش بینی میکند.

آلدائو و نولن- هوکسما (۲۰۱۰) به بررسی ویژگی نیروبخشی راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان پرداختند. آنها به بررسی ارتباط بین چهار استراتژی تنظیم شناختی هیجان (نشخوارفکری، سرکوب، ارزیابی مجدد و حل مسئله) با نشانه های سه اختلال روانی (افسردگی، اضطراب و اختلالات خوردن) در یک نمونه ۲۵۲ نفری از دانشجویان در مقطع کارشناسی پرداختند. آنها دریافتند که استراتژی های ناسازگارانه (نشخوار فکری، سرکوب) در مقایسه با استراتژی های سازگارانه (ارزیابی مجدد، حل مسئله) به شدت با آسیب شناسی روانی در ارتباط بودند و بسیار بیشتر در عامل نهفته تنظیم شناختی هیجان لود می شود. علاوه براین، این عامل نهفته تنظیم شناختی هیجان به طور قابل توجهی با علائم هر سه اختلالات همراه بود. به طور کلی، این نتایج نشان می دهد که استفاده از استراتژیهای ناسازگار ممکن است یک نقش بسیار مهمی در آسیب شناسی روانی بازی کند و ازدیدگاه نیروبخشی تنظیم شناختی هیجان پشتیبانی می کند.

شیتهم، آلن، یوکل و لومن (۲۰۱۰) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که سطح بالای عاطفه منفی، سطح پایین کنترل هوشمند و سطح بالای هر دو و سطح پایین عاطفه مثبت در خطر درگیری و دوام رفتارهای مرتبط با مصرف مواد نقش دارند.

فورد^۴ (۲۰۰۹) در تحقیقی با بررسی داده های پروژه نوجوانان فراری و بی خانمان در آمریکا مرکزی^۵ به بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و رفتارهای پرخطر پرداخت و به این نتیجه دست یافت که نوجوانانی که تعداد دوستان صمیمی بیشتری دارند احتمال کمتری برای انجام رفتارهای جنسی مخاطره آمیز دارند. مطالعات نشان داده است که حمایت اجتماعی می تواند تعیین کننده عادت های شیوه زندگی و عادت های بهداشتی وابسته مانند مصرف مواد مخدر، الکل و تنباکو .. باشد.

اسپرینگر و همکاران (۲۰۰۵) در بررسی اهمیت ارتباطات اجتماعی حمایت گرانه (خانواده- مدرسه) و رفتارهای مخاطره آمیز بر روی ۹۳۰ دانش آموز دختر و پسر در السالوادور دریافتند که ادراک حمایت اجتماعی پایین از طرف والدین در دختران احتمال بیشتری با گزارش انجام رفتارهای پرخطر دارد و همچنین ادراک همبستگی اجتماعی مدرسه پایین تر، احتمال بیشتر گزارش افکار خودکشی، مصرف الکل و مصرف مواد در دختران را دارد. ادراک حمایت اجتماعی پایین والدین در پسران نیز با احتمال بیشتر گزارش تفکرات خودکشی، مصرف مواد و خشونت فیزیکی در پسران همراه است، در حالی که پسرانی که حمایت اجتماعی دریافت شده کمتری از مدرسه را دریافت می کردند احتمال بیشتر گزارش خشونت های فیزیکی و احتمال کمتری برای گزارش مصرف الکل را دارند.

۲-۶- جمع بندی

در این فصل به بررسی مبانی نظری و پیشینه پژوهش پرداخته شد. ابتدا به بحث درباره سوء مصرف مواد مخدر و سوء مصرف مواد مخدر شامل تاریخچه، تعاریف، مفهوم شناسی و انواع مواد مخدر و نظریه و درمانهای مرتبط با اختلالات مصرف مواد پرداخته شد، در ادامه به وقایع استرس زای زندگی، نظم جویی شناختی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده پرداخته شد. در انتها پژوهش های انجام شده در زمینه موضوع مورد تحقیق در داخل و خارج کشور به تفکیک ارائه گردید. با مطالعه پیشینه پژوهش های انجام یافته نیز می توان چنین بیان نمود که پژوهشی که صرفاً به بررسی سه متغیر اشاره شده در زنان مبتلای به سوء مصرف مواد مخدر بپردازد وجود ندارد و از طرفی با روش علی مقایسه ای مورد بررسی قرار نگرفته اند.

ابتلا به مواد مخدر و مواد محرک را در دهه های اخیر در بین زنان بسیار فراگیر شده است و حاکی از بروز یک مشکل جدی در سلامت جسمی- روانی و اجتماعی است. تأثیرات سوء مصرف مواد، مشکلات زیادی را ایجاد می نماید و بسیاری از عوارض آن سال ها بعد ظاهر می شود. زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر، هم برای خود و هم اعضای خانواده پیامدهای بدی را باعث می شوند، بنابراین شناخت عواملی که به بهبود زندگی این افراد کمک می کند بسیار مناسب است که از جمله این عوامل می تواند وقایع استرس زای زندگی، نظم جویی شناختی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده باشد.

فصل سوم

مواد و روش ها

۳-۱- طرح پژوهش

این پژوهش از نظر هدف تحقیق کاربردی و با توجه به موضوع حاضر مبنی بر مقایسه وقایع استرس زای زندگی، نظم جویی شناختی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده از نظر روش، از نوع علی-مقایسه ای می باشد.

۳-۲- جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

این پژوهش در بین افراد مصرف کننده مواد مراجعه کننده به درمان در مراکز ترک سوء مصرف مواد مخدر کل استان گیلان، شهرهای رشت، لاهیجان و انزلی، در پائیز ۱۳۹۷ انجام پذیرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان سوء مصرف کننده مواد در استان گیلان بود که در پائیز ۱۳۹۷ به مراکز ترک سوء مصرف مواد مخدر شهرستان های تحت درمان مراجعه نموده بودند. همچنین در گروه زنان عادی نیز از میان افرادی که در طول این مدت در این شهرستان هاساکن بوده اند و سابقه هیچ نوع مصرف مواد را گزارش نکرده بودند به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. در این پژوهش تعداد ۱۲۰ نفر برای زنان دارای سوء مصرف مواد و ۱۲۰ نفر عادی به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند.

۳-۳- ابزار پژوهش

۳-۳-۱- وقایع استرس زای زندگی

پرسشنامه استرس هولمز و راهه (SRRS)^۱ در سال ۱۹۶۷ طراحی شد. این پرسشنامه حاوی ۴۳ سوال میباشد که به منظور نشان دادن تاثیر استرس ناشی از تغییرات عمده زندگی که عامل مشترک بین تمام انواع استرسهاست، ساخته شده است. مقیاس هولمز و راهه برای ارزیابی دگرگونی های زندگی (مقیاس استرس) به منظور سنجش میزان فشار روانی بر حسب تغییراتی که در زندگی آدم روی میدهد طراحی شده است.

این پرسشنامه ترجمه شده از روی یک ابزار به زبان انگلیسی است و دارای اعتباریابی (سنجش روایی و پایایی است) و نویسنده روایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده و پایایی آن را طبق آلفای کرونباخ بالای ۹۰ ذکر کرده است.

مقیاس هولمز - راهه از روایی ظاهری، محتوا، و پیشبینی خوبی برخوردار است (به نقل از حیدری و نامجو سنگری، ۱۳۹۰). هولمز و راهه (۱۹۶۰) برای تعیین پایایی مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده کردند.

^۱ . The Social Readjustment Rating Scale

ضریب آلفای کرنباخ گزارش شده برای این پرسشنامه ۰/۷۹ و اعتبار آن با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون برابر با ۰/۳۶ گزارش کردند. در پژوهش حیدری و نامجو سنگری (۱۳۹۰) ضریب پایایی پرسشنامه استرس با استفاده از روش آلفای کرنباخ و دو نیمه‌سازی محاسبه گردید که به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۶۴ می‌باشد که به طور کلی بیانگر ضرایب پایایی قابل قبول پرسشنامه یاد شده است. برای تعیین اعتبار پرسشنامه استرس نمره آن را با نمره پرسشنامه استرس ادارک شده همبسته نمودند و مشخص گردید که رابطه مثبت معنا داری بین آنها وجود دارد.

۳-۲-۳- نظم جویی شناختی هیجان

این پرسشنامه توسط گارنفسکی، کرایج و اسپینهاون (۲۰۰۱) در کشور هلند تدوین شده و دارای دو نسخه ی انگلیسی و هلندی است. این پرسشنامه یک پرسشنامه ی چند بعدی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله ای شناختی پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت های منفی مورد استفاده قرار می گیرد. و بر خلاف سایر پرسشنامه های مقابله ای به صورت آشکار بین افکار فرد و اعمال واقعی وی تمایز قایل نمی شوند، این پرسشنامه افکار فرد را پس از مواجهه با یک تجربه ی منفی یا وقایع آسیب زا ارزیابی می کند. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است که دارای ۳۶ ماده می باشد. و اجرای آن خیلی آسان و برای افراد ۱۲ سال به بالا (هم افراد بهنجار و هم جمعیت های بالینی) قابل استفاده می باشد. پرسشنامه ی نظم جویی شناختی هیجانی دارای پایه ی تجربی و نظری محکمی بوده و از ۹ خرده مقیاس تشکیل شده است. خرده مقیاس های مذکور ۹ راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه گیری، فاجعه سازی و ملامت دیگران را ارزیابی می کند. روش نمره گذاری: دامنه ی نمرات مقیاس از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) می باشد. هر خرده مقیاس شامل چهار ماده است. نمره کل هر یک از خرده مقیاس ها از طریق جمع کردن نمره ماده ها به دست می آید که دامنه ای از ۳۶ تا ۱۸۰ قرار می گیرد. بنابراین دامنه نمرات هر خرده مقیاس بین ۴ تا ۲۰ خواهد بود. نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیانگر میزان استفاده ی بیشتر از راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع استرس زا و منفی می باشد (به نقل از حسنی، ۱۳۸۹). بنابراین برای بدست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات سوالات مربوط به آن بعد را با هم جمع می نماییم. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات را با هم جمع می کنیم.

نسخه ی فارسی پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان در فرهنگ ایرانی توسط حسنی (۱۳۸۹) مورد هنجاریابی قرار گرفته است. در این مطالعه، اعتبار مقیاس بر اساس روش های همسانی درونی (با دامنه آلفای کرنباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲) و بازآزمایی (با دامنه همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷) و روایی پرسشنامه ی مذکور

از طریق تحلیل مولفه های اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین خرده مقیاس ها (با دامنه همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷) و روایی ملاکی، مطلوب گزارش شده است (حسنی، ۱۳۸۹).

۳-۳-۳- حمایت اجتماعی ادراک شده

این پرسشنامه را زیمنت و همکارانش در سال ۱۹۸۸ به منظور سنجش حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی فرد تهیه کرده‌اند. این مقیاس ۱۲ گویه دارد و پاسخگو نظر خود را در یک مقیاس ۷ گزینه‌ای از نمره یک برای کاملاً مخالفم تا هفت برای کاملاً موافقم مشخص می‌کند. برآور و همکارانش در سال ۲۰۰۸، پایایی درونی این ابزار را در یک نمونه ۷۸۸ نفری از جوانان دبیرستان با استفاده از آلفای کرونباخ، ۹۰٪ تا ۸۶٪ برای خرده مقیاس‌های این ابزار و ۰/۸۶ برای کل ابزار گزارش نموده‌اند. بسیاری از تحقیقات نشان داده اند که این پرسشنامه از ثبات درونی و پایایی باز آزمایی بالایی برخوردار است. سلیمی و همکارانش، ضریب آلفای کرونباخ سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی را به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ ذکر نموده اند.

۳-۴- روش اجرا

روش اجرای کار بدین ترتیب بود که ضمن اخذ معرفی نامه از محل دانشگاه و هماهنگی های لازم به مراکز ترک سوء مصرف مواد مخدر شهرستان لاهیجان، رشت و انزلی مراجعه و از جامعه آماری تحقیق که شامل تمامی زنان سوء مصرف کنندگان مواد که جهت درمان به مراکز ترک سوء مصرف مواد مخدر گیلان در پائیز سال ۹۷ مراجعه نموده بودند تعداد ۱۲۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و پرسشنامه های تحقیق را تکمیل نمودند، برای گروه زنان عادی نیز از بین زنان عادی که مصرف کننده مواد نمی باشند نیز ۱۲۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس از بین شهروندان شهرستانهای لاهیجان، رشت و انزلی انتخاب و همانند زنان مصرف کننده مواد، پرسشنامه ها را تکمیل نمودند، قبل از شروع پاسخگویی راهنمایی و توضیحات لازم در خصوص دستورالعمل و نحوه تکمیل پرسشنامه ها در زمان تکمیل توسط پژوهشگر ارائه گردید.

با استفاده از نفرات آموزش دیده و ضمن رعایت مسائل اخلاقی و رازداری از آزمودنی ها خواسته شد تا پرسشنامه های تحقیق را تکمیل نمایند. جهت انتخاب نمونه ها ملاک هایی مراعات گردیدند که عبارت بودند از: دارا بودن دامنه سنی ۱۸ تا ۷۰ سال، ارجاع روانپزشک یا پزشک توجه به تشخیص اصلی و اولیه اختلال مرتبط با مصرف مواد بر طبق معیارهای تشخیصی پنجمین ویراست با راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، نداشتن وابستگی بلند مدت به چند ماه به طور همزمان. داده های تحقیق با استفاده از سه پرسشنامه وقایع استرس زای زندگی، نظم جویی شناختی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده جمع آوری

شده و پس از ورود به نرم افزار آماری SPSS مورد تحلیل قرار گرفت. جهت رعایت اصول اخلاقی نیز ضرورت تحقیق به کلیه آزمودنی ها ابلاغ و فرم رضایت آگاهانه توسط آنها تکمیل گردید.

فصل چهارم

تجزیه و تحلیل آماری

پیشگفتار

در این فصل داده‌های خام به دست آمده از ابزارهای پژوهش، با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در ابتدا ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان و سپس آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) هر یک از متغیرهای پژوهش ارائه می‌شود. در بخش بعدی، نتایج تحلیل آماری مربوط به فرضیه‌های پژوهش ارائه می‌شود و معنی‌داری آن‌ها از لحاظ آماری مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۴-۱- داده‌های توصیفی

به منظور ارایه تصویر روشن‌تر از یافته‌های پژوهش، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی هر یک از افراد نمونه در جداول ۴-۱ الی ۴-۴ و یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در جداول ۴-۵ الی ۴-۷ ارائه شده است.

جدول ۴-۱- فراوانی شرکت کنندگان بر اساس تحصیلات به تفکیک گروه‌ها

گروه			
تحصیلات	مبتلا به سوء مصرف مواد	غیرمبتلا	کل
زیر دیپلم	۷۴	۲۴	۹۸
دیپلم	۳۴	۶۷	۱۰۱
کاردانی	۳	۱۲	۱۵
کارشناسی	۹	۱۷	۲۶
کل	۱۲۰	۱۲۰	۲۴۰

نتایج جدول ۴-۱ فراوانی شرکت کنندگان بر اساس سطح تحصیلات را نشان می‌دهد. بر این اساس، در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر، بیشتر افراد دارای تحصیلات زیر دیپلم و در زنان غیر مبتلا بیشتر افراد دارای تحصیلات دیپلم بوده‌اند.

جدول ۲-۴- فراوانی شرکت کنندگان بر اساس وضعیت تأهل به تفکیک گروه ها

گروه	وضعیت تأهل		
	مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر	غیرمبتلا	کل
مجرد	۳۳	۵۴	۸۷
متأهل	۴۴	۵۷	۱۰۱
مطلقه	۳۶	۶	۴۲
همسر فوت شده	۷	۳	۱۰
کل	۱۲۰	۱۲۰	۲۴۰

نتایج جدول ۲-۴ فراوانی شرکت کنندگان را بر اساس وضعیت تأهل نشان می دهد. طبق آن، بیشتر افراد شرکت کننده در هر دو گروه، متأهل و کمترین افراد شرکت کننده در هر دو گروه، دارای همسر فوت شده بودند.

جدول ۳-۴- فراوانی شرکت کنندگان زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر بر اساس نوع ماده مصرفی

نوع ماده مصرفی	فراوانی	درصد
تریاک	۲۴	۲۰
حشیش	۳۰	۲۵
هروئین	۳۹	۳۲/۵
شیشه	۲۷	۲۲/۵
کل	۱۲۰	۱۰۰

جدول ۳-۴، فراوانی و درصد شرکت کنندگان را براساس نوع ماده مصرفی در زنان مبتلا به سوء مصرف نشان می دهد. بر این اساس، در این مطالعه ۲۴ نفر تریاک، ۳۰ نفر حشیش، ۳۹ نفر هروئین و ۲۷ نفر شیشه مصرف می کردند.

جدول ۴-۴- آماره های توصیفی مربوط به سن شرکت کنندگان به تفکیک گروه های مورد مطالعه

گروه	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر	۳۵/۳۱	۱۱/۹۴	۱۸	۷۰
غیرمبتلا	۳۳/۴۸	۱۱/۴۲	۱۸	۷۰

نتایج جدول ۴-۴ حاکی از این است که میانگین و انحراف معیار سن در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر به ترتیب ۳۵/۳۱ و ۱۱/۹۴ و در زنان غیر مبتلا ۳۳/۴۸ و ۱۱/۴۲ می باشد.

جدول ۴-۵- شاخص های توصیفی متغیر رویدادهای تنش زای زندگی در شرکت کنندگان

متغیر	گروه	میانگین	انحراف
رویدادهای تنش زای زندگی	مبتلا به سوء مصرف مواد	۳۷۹/۷۸	۱۶۸/۲۲
	غیرمبتلا	۸۹/۸۹	۷۷/۳۶

جدول ۴-۶- شاخص های توصیفی متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده در شرکت کنندگان

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
حمایت خانواده	مبتلا به سوء مصرف مواد	۱۲/۶۴	۳/۹۴
	غیرمبتلا	۱۳/۸۳	۳/۵۸
حمایت دوستان	مبتلا به سوء مصرف مواد	۷/۵۴	۳/۷۷
	غیرمبتلا	۹/۸۹	۴/۳۳
حمایت افراد مهم	مبتلا به سوء مصرف مواد	۱۱/۷۴	۳/۷۷
	غیرمبتلا	۱۳/۰۴	۳/۵۶
حمایت اجتماعی ادراک شده	مبتلا به سوء مصرف مواد	۳۱/۹۳	۶/۵۶
	غیرمبتلا	۳۶/۷۶	۷/۶۶

جدول ۷-۴- شاخص‌های توصیفی متغیر نظم جویی شناختی هیجان در شرکت کنندگان

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
ملاحت خویشتن	مبتلا به سوء مصرف مواد	۱۱/۷۶	۱/۸۲
	غیرمبتلا	۱۰/۴۷	۱/۶۶
پذیرش	مبتلا به سوء مصرف مواد	۱۰/۱۸	۱/۵۳
	غیرمبتلا	۱۱/۳۳	۱/۸۵
نشخوارگری	مبتلا به سوء مصرف مواد	۱۱/۳۳	۱/۷۱
	غیرمبتلا	۱۰/۵۳	۲/۰۲
تمرکز مجدد مثبت	مبتلا به سوء مصرف مواد	۱۱/۰۴	۲/۰۷
	غیرمبتلا	۱۲/۲۸	۲/۲۷
تمرکز مجدد برنامه ریزی	مبتلا به سوء مصرف مواد	۱۱/۸۲	۲/۸۶
	غیرمبتلا	۱۲/۷۵	۳/۲۸
ارزیابی مجدد مثبت	مبتلا به سوء مصرف مواد	۱۰/۲۳	۱/۹۴
	غیرمبتلا	۱۱/۱۸	۲/۴۸
دیدگاه گیری	مبتلا به سوء مصرف مواد	۱۰/۶۳	۲/۵۹
	غیرمبتلا	۱۰/۹۷	۳/۰۹
	مبتلا به سوء مصرف مواد	۱۱/۳۹	۲/۰۸
	غیرمبتلا	۱۰/۵۶	۲/۸۳
ملاحت دیگران	مبتلا به سوء مصرف مواد	۱۱/۱۱	۲/۰۵
	غیرمبتلا	۱۰/۴۳	۲/۴۲

۲-۴- یافته های استنباطی

۲-۴-۱- فرضیه اول پژوهش

بین وقایع استرس زای زندگی در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر و زنان غیرمبتلا تفاوت وجود دارد.

با توجه به تنها وجود یک نمره کلی در متغیر وقایع استرس زای زندگی، جهت بررسی تفاوت دو گروه از آزمون t گروههای مستقل استفاده شد که نتایج مربوط به آن در جدول ۴-۸ ارائه شده است.

جدول ۴-۸- نتایج آزمون t گروه های مستقل بر اساس متغیر وقایع استرس زای زندگی

شاخص	متغیر	میانگین	انحراف معیار	t	درجه آزادی	معناداری
وقایع استرس زای	مبتلا	۳۷۹/۷۸	۱۶۸/۲۲			
	غیرمبتلا	۸۹/۸۹	۷۷/۳۶	۱۷/۱۵	۲۳۸	۰/۰۰۱

جدول ۴-۸- نتایج آزمون t گروه های مستقل بر اساس متغیر وقایع استرس زای زندگی را نشان می دهد. نتایج حاکی از این است که بین دو گروه زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر و زنان غیرمبتلا، از نظر متغیر مذکور تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که میانگین نمره وقایع استرس زای زندگی در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر ($M=379/78$) بالاتر از زنان غیرمبتلا ($M=89/89$) است ($t = 17/15, df=238, Sig<0/05$). بر این اساس فرضیه نخست این مطالعه مورد تأیید قرار گرفت.

۲-۴-۲- فرضیه دوم پژوهش

بین نظم جویی شناختی هیجان در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر و زنان غیرمبتلا تفاوت وجود دارد. جهت بررسی تفاوت دو گروه از نظر متغیر نظم جویی شناختی هیجان از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. پیش از به کارگیری این آزمون، مفروضه های آن به وسیله آزمون باکس و لوین بررسی گردید. ابتدا، جهت بررسی پیش فرض همسانی ماتریس های واریانس- کواریانس در گروه ها از آزمون باکس استفاده شد که نتایج نشان داد این پیش فرض به خوبی رعایت شده است ($Box's M=15/81, F=1/92, P=0/11$).

در ادامه جهت بررسی پیش فرض تساوی واریانس ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج مربوط به آن در جدول ۹-۴ ارائه گردیده است.

جدول ۹-۴- آزمون لوین جهت بررسی شاخص نظم جویی شناختی هیجان در گروه ها

شاخص	DF1	DF2	F	sig
ملاکت خویشتن	۱	۲۳۸	۲/۵۷	۰/۱۳
پذیرش	۱	۲۳۸	۳/۴۱	۰/۰۷
نشخوارگری	۱	۲۳۸	۲/۶۸	۰/۱۲
تمرکز مجدد مثبت	۱	۲۳۸	۱/۹۴	۰/۱۷
تمرکز مجدد برنامه ریزی	۱	۲۳۸	۱/۲۱	۰/۲۷
ارزیابی مجدد مثبت	۱	۲۳۸	۳/۰۴	۰/۱۰
دیدگاه گیری	۱	۲۳۸	۱/۸۱	۰/۱۸
فاجعه سازی	۱	۲۳۸	۲/۵۵	۰/۱۳
ملاکت دیگران	۱	۲۳۸	۳/۶۱	۰/۰۶

همان گونه که نتایج جدول ۹-۴ نشان می دهد، با توجه به عدم معناداری آزمون لوین برای متغیرها، می توان بیان نمود که شرط برابری واریانس ها برای همه متغیرها رعایت گردیده است. با توجه به نتایج به دست آمده از دو پیش فرض فوق، می توان در بررسی فرضیه دوم از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده نمود که نتایج مربوطه در جدول ۱۰-۴ آمده است.

جدول ۴-۱۰- نتایج آزمون لوین جهت بررسی شاخص نظم جویی شناختی هیجان در گروه ها

شاخص	SS	df	MS	F	sig
ملامت خویشتن	۱۰۰/۱۰	۱	۱۰۰/۱۰	۳۳/۱۰	۰/۰۰۱
پذیرش	۸۰/۵۰	۱	۸۰/۵۰	۲۸/۰۱	۰/۰۰۱
نشخوارگری	۳۷/۶۰	۱	۳۷/۶۰	۱۰/۷۵	۰/۰۰۱
تمرکز مجدد مثبت	۹۲/۵۰	۱	۹۲/۵۰	۱۹/۶۰	۰/۰۰۱
تمرکز مجدد برنامه ریزی	۵۲/۲۷	۱	۵۲/۲۷	۵/۵۳	۰/۰۲
ارزیابی مجدد مثبت	۵۴/۱۵	۱	۵۴/۱۵	۱۰/۹۱	۰/۰۰۱
دیدگاه گیری	۶/۶۷	۱	۶/۶۷	۰/۸۲	۰/۳۷
فاجعه سازی	۴۱/۶۷	۱	۴۱/۶۷	۶/۷۵	۰/۰۱
ملامت دیگران	۲۷/۳۴	۱	۲۷/۳۴	۵/۴۴	۰/۰۲

بر اساس جدول ۴-۱۰، بین همه مولفه های نظم جویی شناختی هیجان به غیر از دیدگاه گیری در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد، به طوری که طبق جدول ۴-۷، میانگین نمره مؤلفه های ملامت خویشتن، نشخوارگری، فاجعه سازی و ملامت دیگران در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر و میانگین نمره مؤلفه های پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد برنامه ریزی و ارزیابی مجدد مثبت در زنان غیرمبتلا بالاتر از گروه مقابل بوده است. طبق نتایج به دست آمده می توان مطرح نمود که فرضیه دوم پژوهش حاضر مبنی بر تفاوت بین نظم جویی شناختی هیجان در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر و زنان غیرمبتلا مورد تأیید قرار گرفت.

۴-۲-۳- فرضیه سوم پژوهش

بین حمایت اجتماعی ادراک شده در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر و زنان غیرمبتلا تفاوت وجود دارد.

جهت بررسی تفاوت دو گروه از نظر متغیرحمایت اجتماعی ادراک شده از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. پیش از به کارگیری این آزمون، مفروضه های آن به وسیله آزمون باکس و لوین بررسی گردید. ابتدا، جهت بررسی پیش فرض همسانی ماتریس های واریانس- کواریانس در گروه ها از آزمون باکس استفاده شد که نتایج نشان داد این پیش فرض به خوبی رعایت شده است. ($\text{Box's } = 11/98, F=1/97, P=0/07$). در ادامه جهت بررسی پیش فرض تساوی واریانس ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج مربوط به آن در جدول ۴-۱۱ ارائه گردیده است.

جدول ۴-۱۱- آزمون لوین جهت بررسی شاخص حمایت اجتماعی ادراک شده در گروه ها

شاخص	DF1	DF2	F	sig
حمایت خانواده	۱	۲۳۸	۱/۳۳	۰/۲۵
حمایت دوستان	۱	۲۳۸	۲/۴۳	۰/۱۲
حمایت افراد مهم	۱	۲۳۸	۱/۳۲	۰/۲۵
حمایت اجتماعی ادراک شده	۱	۲۳۸	۲/۰۷	۰/۱۵

نتایج جدول ۴-۱۱ نشان می دهد که با توجه به عدم معناداری آزمون لوین برای متغیرها، شرط برابری واریانس ها برای همه متغیرها رعایت گردیده است. با توجه به نتایج حاصل شده از دو پیش فرض باکس و لوین، می توان در بررسی فرضیه سوم از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده نمود که نتایج مربوطه در جدول ۴-۱۲ آمده است.

جدول ۴-۱۲- نتایج آزمون لوین جهت بررسی شاخص حمایت اجتماعی ادراک شده در گروه ها

شاخص	SS	df	MS	F	sig
حمایت خانواده	۸۴/۰۲	۱	۸۴/۰۲	۵/۹۲	۰/۰۲
حمایت دوستان	۳۳۱/۳۵	۱	۳۳۱/۳۵	۲۰/۱۱	۰/۰۰۱
حمایت افراد مهم	۱۰۱/۴۰	۱	۱۰۱/۴۰	۷/۵۶	۰/۰۱
حمایت اجتماعی ادراک شده	۱۴۰۱/۶۷	۱	۱۴۰۱/۶۷	۲۷/۵۵	۰/۰۰۱

بر اساس جدول ۴-۱۲، بین همه مؤلفه های حمایت اجتماعی ادراک شده در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد، به طوری که طبق جدول ۴-۶، میانگین نمره همه مؤلفه های حمایت خانواده، حمایت دوستان، حمایت افراد مهم و حمایت اجتماعی ادراک شده در زنان غیرمبتلا بالاتر از زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر بوده است. در این راستا، می توان گفت که فرضیه سوم پژوهش حاضر مبنی بر تفاوت بین حمایت اجتماعی ادراک شده در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر و زنان غیرمبتلا مورد تأیید قرار گرفت.

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

۵-۱- بحث در نتایج

در این فصل نتایج به دست آمده از دو زاویه مورد بحث قرار گرفته است، از یک سو با استناد به ادبیات نظری به تبیین نتایج پرداخته و از سوی دیگر، شواهد پژوهشی متعددی به عنوان پشتوانه پژوهشی متعددی برای نتایج مطرح شده است.

هدف این تحقیق مقایسه وقایع استرس زای زندگی و نظم جویی شناختی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر و زنان غیر مبتلا در سطح استان گیلان می باشد. در این فصل تلاش شده است نتایج به دست آمده از این پژوهش مورد نتیجه گیری و بحث قرار گیرد و با توجه به نتایج و یافته های به دست آمده پیشنهادهایی ارائه گردد.

با توجه به مطالب بیان شده می توان نتیجه گرفت که وقایع استرس زای زندگی، نظم جویی شناختی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده مولفه های مهمی در پیش بینی میزان گرایش به سوء مصرف مواد مخدر در زنان می باشند، چرا که همگی این مولفه ها بر سلامت روانی فرد موثر بوده و در نتیجه ارتباط آن ها با همدیگر نشان دهنده ی تاثیر گذاری این متغیرها بر یکدیگر می باشد. این امر خود بیانگر آن است که سلامت روانی فرد به عوامل مختلفی بستگی دارد و برای تضمین آن باید همگی آن ها را با هم در نظر گرفت و از آنجایی که اعتیاد یک آسیب روانشناختی محسوب می گردد باید تمامی مولفه های موثر بر آن را در نظر گرفته و برای پیشگیری و بهبود آن به بررسی دقیق آنها پرداخت.

سوء مصرف مواد مخدر، پدیده ای است که از زمان های دور در جوامع بشری وجود داشته است و در حال حاضر نیز با وجود پیشرفت های علمی و افزایش غیرقابل تردید سطح شعور و آگاهی مردم، همچنان در حال گسترش می باشد و هر ساله افراد زیادی را به کام خود می کشد. سوء مصرف مواد مخدر، تنها جنبه فردی ندارد بلکه یک آسیب اجتماعی محسوب می شود و علاوه بر تهدید سلامت جسم و روان افراد، بر جنبه های اجتماعی و اقتصادی جامعه نیز اثرات زیان آور غیرقابل جبرانی وارد می سازد. از این رو مسئله مصرف مواد، یکی از مشکلات اصلی جهان کنونی است و در حال حاضر بیش از سرطان یا ایدز، دلمشغولی متخصصان بهداشت جهانی را برانگیخته است و هزینه های مادی و معنوی سرسام آوری را بر جوامع کنونی تحمیل می کند (بهاری، ۱۳۸۸). لذا این پژوهش درصدد پاسخگویی به این سؤال است که: آیا بین زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر و زنان غیر مبتلا از لحاظ وقایع استرس زای زندگی، نظم جویی شناختی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده تفاوت وجود دارد؟

فرضیه اول پژوهش: بین وقایع استرس زای زندگی در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر و زنان غیرمبتلا تفاوت وجود دارد.

نتایج حاکی از این است که بین دو گروه زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر و زنان غیرمبتلا، از نظر متغیر مذکور تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که میانگین نمره وقایع استرس زای زندگی در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر بالاتر از زنان غیرمبتلا است. نتیجه می گیریم کسانی که در معرض وقایع استرس زای بیشتری هستند به احتمال بیشتر نسبت به افراد غیر مبتلا در معرض سوء مصرف مواد مخدر هستند. بر این اساس فرضیه نخست این مطالعه مورد تأیید قرار گرفت. و لذا نتایج پژوهش حاضر با این پژوهش ها همخوانی دارد (سومر و همکاران، ۲۰۱۷؛ کدلت، ۲۰۱۶؛ سیمونز و سوارز، ۲۰۱۶؛ حسینیگی و همکاران، ۲۰۱۳).

نتایج این پژوهش بر روی زنان غیرمبتلا و زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر نشان داد مواجهه بیشتر با شرایط استرس زا، تاب آوری کم تر و در عین حال داشتن سبک تفکر برونمدار، فرد را به احتمال بیشتری در گروه زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر قرار میدهد. این نتایج بیان کننده اهمیت این متغیرها در پیشبینی زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر در زنان سطح استان گیلان بود. در زمینه نقش استرسورها و تروماهای زندگی بر سوء مصرف مواد مخدر، پژوهش ها این مسأله را از گذار تغییرات زیستی (آسیب مغزی، تغییرات نوروترانسمیتری، هورمونی و اپی ژنتیکی) یا روان شناختی (مقابله ناکارآمد هیجان مدار) تأیید کرده است.

فرضیه دوم پژوهش: بین میزان نظم جویی شناختی هیجان در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر و زنان غیر مبتلا تفاوت معنی داری وجود دارد.

نتایج نشان می دهد بین همه مولفه های نظم جویی شناختی هیجان به غیر از دیدگاه گیری در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد، به طوری که ، میانگین نمره مؤلفه های ملامت خویشتن، نشخوارگری، فاجعه سازی و ملامت دیگران در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر و میانگین نمره مؤلفه های پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد برنامه ریزی و ارزیابی مجدد مثبت در زنان غیرمبتلا بالاتر از گروه مقابل بوده است. طبق نتایج به دست آمده می توان مطرح نمود که فرضیه دوم پژوهش حاضر مبنی بر تفاوت بین نظم جویی شناختی هیجان در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر و زنان غیرمبتلا مورد تأیید قرار گرفت. به این معنی که هرچه میزان استفاده فرد از راهبرد های سازگارانه ی نظم جویی شناختی هیجان از جمله تمرکز

مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و دیدگاه گیری، بیشتر باشد گرایش به سوء مصرف مواد مخدر در او کمتر می باشد و هر چه میزان استفاده فرد از راهبردهای ناسازگارانه نظم جویی شناختی هیجان مانند سرزنش خود، سرزنش دیگری، نشخوار فکری و فاجعه انگاری بیشتر باشد گرایش به اعتیاد در فرد بیشتر می باشد.

با توجه به یافته های استخراج شده می توان گفت که این نتایج با نتایج تحقیقات حسنی و همکاران (۱۳۹۳) همسو می باشد چرا که جامعه پژوهشی آن ها شامل همسران افراد مبتلا و غیر مبتلا به سوء مصرف مواد بود و امکان خطر گرایش به اعتیاد در همسران افراد مبتلا به سوء مصرف بیشتر از همسران افراد غیر مبتلا می باشد. همچنین بابایی و همکاران (۱۳۹۱) نشان دادند که آموزش مهارت نظم جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک به افراد مبتلا به سوء مصرف مواد موجب کاهش چشم گیر نمرات وسوسه در مقیاس عقاید وسوسه انگیز شد. نتایج تحقیقات برکینگ و همکاران (۲۰۱۱) نیز نشان داد که مهارت های ضعیف تنظیم هیجان سطح بالای مصرف الکل در دوره ی پس از درمان را پیش بینی می کند. البته تحقیقات فروانی در مورد اهمیت راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در مسایل روانشناختی از جمله اضطراب، افسردگی، وسواس و... صورت گرفته است که می توان به تحقیقات نادری و همکاران (۱۳۹۴) اشاره کرد که نتایج آن ها نشان داد که مداخله ی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معنی داری موجب کاهش نشانه های افسردگی، اضطراب و راهبردهای ناسازگارانه ی نظم جویی شناختی هیجان شده است. و به نظر می رسد که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی با مورد هدف قرار دادن ساز و کارهای درگیر در تغییر راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان بیماران مبتلا به افسردگی اساسی می تواند روش مناسبی برای درمان و جلوگیری از عود این اختلال باشد. همچنین قادری و همکاران (۱۳۹۴) نیز نشان دادند که طرحواره درمانی باعث بهبود معنادار در همه راهبردهای سازش نیافته نظم جویی شناختی هیجان شده و بر دو راهبر سازش یافته ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی نیز تاثیر معنادار داشته است که در بهبود و درمان علایم روانشناختی مبتلایان به اختلالات اضطرابی موثر بوده است.

در تبیین این مساله می توان گفت هرچه میزان استفاده فرد از راهبرد های سازگارانه ی نظم جویی شناختی هیجان از جمله تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و دیدگاه گیری، بیشتر باشد گرایش به اعتیاد در او کمتر می باشد و هر چه میزان استفاده فرد از راهبردهای ناسازگارانه نظم جویی شناختی هیجان مانند سرزنش خود، سرزنش دیگری، نشخوار فکری و فاجعه انگاری بیشتر باشد گرایش به اعتیاد در فرد بیشتر می باشد به طور کلی، این نتایج نشان می دهد که استفاده از

استراتژی های ناسازگار ممکن است یک نقش بسیار مهمی در آسیب شناسی روانی بازی کند و ازدیدگاه نیروبخشی تنظیم شناختی هیجان پشتیبانی می کند. و از آنجایی که اعتیاد هم جزء آسیب های روانشناختی محسوب می شود تلاش در جهت افزایش مهارت های استفاده از راهبرد های نظم جویی شناختی هیجان سازگاران و مثبت می تواند نقش موثری در کاهش گرایش به اعتیاد باشد و این مهم جز با پژوهش ها و مداخلات بیشتر، حاصل نمی گردد.

نتایج پژوهش در فرضیه دوم همچنین نشان داد که مادران دارای کودک اختلال یادگیری، در مؤلفه های پذیرش، نشخوارگری، فاجعه سازی و ملامت دیگران نمرات بیشتری از مادران کودکان عادی کسب نموده اند. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش تبریزی و وحیدی (۱۳۹۴)، که نشان می دهد تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی و بهزیستی روانشناختی در مادران دارای کودک اختلال یادگیری به طور معناداری کمتر از مادران کودکان عادی است، گنجی، محمدی و تبریزیان (۱۳۹۱)، نشان دادند که مادران دارای کودک اختلال یادگیری در مقایسه با مادران کودکان عادی، از توانایی مدیریت و تنظیم هیجانی پایین تری برخوردارند، بگیان، درتاج و امینی (۱۳۹۱)، در تحقیق خود نشان دادند که مادران دارای کودک اختلال یادگیری، انتظارات غیرواقع بینانه دارند و به دلیل سرزنش مداوم خود، سطوح بالایی از اضطراب و افسردگی را تجربه می کنند.

فرضیه سوم پژوهش: بین میزان حمایت اجتماعی ادراک شده در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر و زنان غیر مبتلا تفاوت معنی داری وجود دارد.

نتایج نشان می دهد بین همه مؤلفه های حمایت اجتماعی ادراک شده در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد، به طوری که میانگین نمره همه مؤلفه های حمایت خانواده، حمایت دوستان، حمایت افراد مهم و حمایت اجتماعی ادراک شده در زنان غیرمبتلا بالاتر از زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر بوده است. در این راستا، می توان گفت که فرضیه سوم پژوهش حاضر مبنی بر تفاوت بین حمایت اجتماعی ادراک شده در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر و زنان غیرمبتلا مورد تأیید قرار گرفت و زنان غیر مبتلا به طور معنی داری در این مؤلفه ها میانگین بیشتری را نسبت به زنان مبتلا کسب نموده اند.

پژوهش حاضر با نتایج پژوهش های لوبینگا و همکاران (۲۰۱۳)، فورد (۲۰۰۹)، هارت، بلینکاو و توماس (۲۰۰۷)، اسپرینگر و همکاران (۲۰۰۵)، پژوهش ملیسا و دروئی (۲۰۰۵)، به نقل از نیسی و همکاران، (۱۳۸۴)، نوغانی، صدیق اورعی و سالار (۱۳۹۲)، تمنائی فر و منصوری نیک (۱۳۹۲)، ارجمندنیا و همکاران (۱۳۹۲)، ستوده ناورودی و همکاران (۱۳۹۱)، مفتاحی (۱۳۸۱)، حسینی المدنی و همکاران (۱۳۹۱)، میکاییلی و همکاران (۱۳۹۱)، خبازی و همکاران (۱۳۸۹)، تمنائی فر و منصوری نیک (۱۳۹۲)، همخوان است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که ازجمله تأثیرات سوء مصرف مواد مخدر بر اعضای خانواده، ناتوانی در برقراری ارتباط با دیگران و در نتیجه خودداری از برقراری ارتباط و گفتگو با دیگران و ناتوانی در بیان خواسته‌های خود و وحشت از پذیرفته نشدن توسط دیگران، ناتوانی در اعتماد به دیگران است. از آنجا که معمولاً مخفی‌کاری و اضطراب بر رفتار خانواده معتاد حاکم است؛ آنان در گفتار خود نوعی هیجان، نگرانی و توجیه‌گرانی دارند. در این خانواده‌ها، احترام و عطف متقابل در درون نظام خانواده از بین می‌رود و میزان ناسازگاری بین اعضای خانواده افزایش می‌یابد. این رفتارها به تدریج بر روابط و مناسبات اجتماعی خانواده، تأثیر مخرب برجای می‌گذارد، به گونه‌ای که همسر و فرزندان در معاشرت‌هایی که با حضور ———— صادر صورت می‌گیرد، احساس راحتی و امنیت نمی‌کنند. بنابراین در روابط اجتماعی اعضای خانواده‌های مادر مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر، به جای مهر و عطف، خشونت حاکم می‌شود؛ اعضای خانواده معتاد، با فامیل و بستگان و آشنایان مراوده بسیار کمی دارند و در معاشرت‌هایی که ———— انانود معتاد حضور دارد، اعضای خانواده، به جای احساس راحتی و غرور، بیشتر احساس شرم و خجالت می‌کنند.

۵-۲- محدودیت‌های پژوهشی

مسئله مواجه شدن با محدودیت‌ها با توجه به پیچیدگی‌های انسان و همچنین ناتوانی پژوهشگران در کنترل دقیق و کامل تمامی اعمال و حرکات و تأثیرپذیری انسان از محرک‌های گوناگون در هر تحقیقی پرواضح است. این پژوهش نیز مطمئناً از برخی محدودیت‌ها مصون نمانده است که به برخی از آنها در زیر اشاره می‌شود:

۱- نمونه پژوهش به صورت غیرتصادفی و به شکل در دسترس انتخاب شد، بنابراین محدودیت جامعه آماری، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها و تفسیر متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کند که باید در نظر گرفته شوند.

۲- با توجه به اینکه نمونه‌های پژوهش تنها از ۳ شهرستان در استان گیلان انتخاب شدند، ممکن است لزوماً معرف جامعه استان گیلان نباشند که باید در تعمیم یافته‌ها مدنظر قرار گیرد.

۳- با اینکه دقت کاملی در استفاده از ابزار پرسشنامه به عمل آمده بود ولی استفاده از ابزار پرسشنامه از محدودیت‌های اصلی همه پژوهش‌هایی است که از ابزار خود گزارشی استفاده می‌کنند.

۴- گروه مورد مطالعه در این پژوهش، سوء مصرف کنندگان خودمعرّف مراجعه کننده به مراکز ترک بودند که از لحاظ وضعیت روانشناختی با بیماران غیرمراجعه کننده که تمایلی به ترک ندارند، تفاوت دارند. به همین دلیل گروه مورد مطالعه را نمی‌توان نماینده کل سوء مصرف کنندگان در نظر گرفت.

۳-۵- پیشنهادهای پژوهشی

بنابر روال معمول در هر پژوهشی این تحقیق نیز پیشنهادهایی برحسب موضوع موردنظر در جنبه‌های مختلف می‌دهد که در زیر به برخی از آنها اشاره می‌شود:

۱- در صورت وجود امکانات، به‌تراست این پژوهش در نمونه‌های بزرگ‌تر و مناطق و شهرهای مختلف اجرا شود تا امکان تعمیم آن به جوامع مختلف وجود داشته باشد.

۲- در پژوهش مورد بررسی، نمونه‌های دیگری مثل اعضای خانواده معتادان نیز مورد توجه قرار گیرد.

۳- سعی شود عوامل دیگری مثل وضعیت اقتصادی اجتماعی، نوع اعتیاد، مدت زمان اعتیاد کنترل شود.

۴- پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات بعدی در کنار پرسشنامه از مصاحبه نیز استفاده گردد تا بتوان اطلاعات جامع‌تر و بدون شبهه از شرکت‌کنندگان به دست آورد.

۵-۳-۱- پیشنهادات کاربردی

۱- با توجه به اینکه در این پژوهش به این نتیجه رسیدیم که متغیرهای پیش بین وقایع استرس‌زای زندگی و نظم جویی شناختی هیجان و همچنین حمایت اجتماعی ادراک شده قادر به پیش‌بینی میزان گرایش به اعتیاد در زنان می‌باشند پیشنهاد می‌گردد که در دانشگاه‌ها و مراکز آموزشی برنامه‌ها و مداخلاتی به منظور شناسایی و بهبود میزان وقایع استرس‌زای زندگی، راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر در زنان بر اساس مبانی نظری و پژوهشی و نتایج پژوهش حاضر طراحی گردید تا سطح سلامت روانی این قشر مهم جامعه بالا رفته و در نتیجه بتوان در پیشگیری از اعتیاد و گرایش به آن بخصوص در زنان جامعه موفق بود.

۲- خانواده درمانی با حضور افراد معتاد و خانواده‌های آن‌ها انجام شود.

۳- ارائه راهکارهایی در جهت افزایش سطح حمایت اجتماعی از خانواده‌های افراد معتاد در جهت افزایش سلامت روانی این افراد.

۴- تشکیل کارگاه‌های آموزشی جهت افزایش میزان تاب‌آوری و رضایت زناشویی همسران و خانواده افراد معتاد.

۵- پیشنهاد می‌شود به منظور افزایش آگاهی اقشار مختلف جامعه در مورد راه‌های پیشگیری و مقابله با سوء مصرف مواد مخدر و آشنایی با ویژگی‌های افرادی که بیشتر در معرض گرایش به سوء مصرف مواد

مخدر قرار دارند، اقداماتی همچون برگزاری کارگاه های آموزشی، تکثیر بروشورهای آموزشی، افزایش دادن آگاهی افراد از طریق مدارس و رسانه ها و ... در جامعه پررنگ تر شوند.

۶- براساس یافته های پژوهش، متغیرهای وقایع استرس زای زندگی، نظم جویی شناختی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده، از عوامل خطرزا برای سوء مصرف مواد مخدر هستند که به نظر می رسد برنامه های درمانی که برای بهبود این عوامل انجام شوند، می توانند کمک زیادی در موفقیت برنامه های درمانی افراد وابسته به مواد مخدر داشته باشد.

منابع

- آتشین، شعله (۱۳۸۱). «ما، اعتیاد، جامعه»، مؤسسه فرهنگی انتشاراتی گهر منظوم.
- احسان منش، مجتبی و کریمی، یحیی (۱۳۷۸). نگاهی به تاریخچه و برخی پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه اعتیاد در ایران، فصلنامه اندیشه و رفتار، ۵(۱۳): ۶۲-۷۸.
- احمدپور، ندا (۱۳۹۱). مقایسه خشونت تجربه شده در زنان دارای همسر معتاد به مواد افیونی و محرک.
- احمدی، س. (۱۳۸۵). روانشناسی نوجوانان و جوانان، اصفهان: انتشارات مشعل.
- آدام، فیلیپ و هرتسلیک، کلودین (۱۳۸۵). جامعه شناسی بیماری و پزشکی، ترجمه دلتر نورانس، تهران- نشرنی.
- آراسته، صادق (۱۳۹۰). رابطه بین خودکارآمدی و حمایت اجتماعی با رضایت از زندگی در زنان مطلقه، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد مرودشت.
- ارجمندیا، علی اکبر، افروز، غلامعلی، نامی، محمد صالح (۱۳۹۲). مقایسه میزان فشار روانی و رضایتمندی زناشویی و حمایت اجتماعی ادراک شده والدین کودکان کم توان ذهنی و کودکان عادی در استان گلستان. ماهنامه تعلیم و تربیت استثنایی.
- اسماعیلی، اسماعیل (۱۳۷۴). بررسی ارتباط بین خویشتن پنداری در رضایت از زندگی زناشویی دانشجویان دانشگاه آزاد و دولتی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره _دانشگاه تربیت معلم.
- افشاری، صدیقه (۱۳۸۱). بررسی رابطه بین رضایت زناشویی والدین و پیشرفت تحصیلی فرزندان پسر پایه پنجم ابتدایی شهرستان بوشهر، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم
- افضلی، سید محمدرضا (۱۳۹۲). رابطه کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی ادراک شده و امید به زندگی در جانبازان و معلولین قطع عضو، دانشگاه روانشناسی مرودشت.
- آقا بخشی، حبیب (۱۳۷۶). رویکرد مددکاری اجتماعی در زمینه ی اثرات اعتیاد بر نظام خانواده، تهران، اداره ی کل مطالعات و پژوهش‌ها.
- آقا بخشی، حبیب (۱۳۷۹). «اعتیاد و آسیب‌شناسی خانواده»، انتشارات دانش آفرینی.
- اکبری، معصومه (۱۳۸۹). بررسی هوش هیجانی و رضایت زناشویی در زنان شاغل و غیر شاغل، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان.

انجمن روان شناسی آمریکا، (۱۹۹۴). به نقل از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت تحقیقات و فناوری، (۱۳۹۱).

باباپورخیر الدین، ج. رسول زاده طباطبایی، ک. ازه ای، ج. فتحی آشتیانی، ع. (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین شیوه های حل مسأله و سلامت روانشناختی ۵۶۰-۱۴۰: (۱).

باکر، فیلیپ (۱۳۷۵). خانواده درمانی پایه، ترجمه م. دهقانی. تهران: انتشارات رشد.

باوی، سامان (۱۳۸۸). اعتیاد، انواع مواد، سبب شناسی، پیشگیری و درمان. دانشگاه آزاد اهواز.

بخشایی - احمد (۱۳۹۰)

بشارت، محمد علی (۱۳۸۶). بررسی تابآوری آسیب پذیری و سلامت روان، ۶.

بشرپور، س. (۱۳۹۴) ارتباط نگرانی های مربوط به تصویر بدن با باورهای غیر منطقی و نگرش های جنسیتی در دانشجویان دختر، پژوهش نامه زنان، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، سال ششم، شماره اول ۱۵۰-۱: (۱) ۶.

بنجامین جی سادوک؛ ویرجینیا، ای سادوک (۱۳۸۲). خلاصه روان پزشکی، علوم

رفتاری/روان پزشکی بالینی: ترجمه حسن رفیعی، فرزین رضاعی. تهران: ارجمند.

بهمنی، بهمین؛ عسکری، علی؛ تمدنی، مجتبی (۱۳۸۵). اعتبار یابی و استاندارد ساختن مقیاس رضایت زناشویی انریچ برای جامعه ایرانی، دومین کنگره آسیب شناسی خانواده، پژوهشگاه خانواده تهران.

پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی

تبریزی، مصطفی (۱۳۸۳). بررسی و مقایسه اثربخشی گروه درمانی تلفیقی زوج ها، شناخت درمانی بک و کتاب درمانی در کاهش نارضایتی زناشویی، رساله دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی.

تمنایی فر، محمد رضا؛ منصوری نیک، اعظم (۱۳۹۲). پیش بینی رضایت از زندگی بر اساس رگه های شخصیتی، حمایت اجتماعی و بهزیستی معنوی. دوره هشتم، شماره ۲۹، دانشگاه کاشان.

جاهد مطلق؛ عذرا (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش تاب آوری بر فشار روانی دانش آموزان دختر دبیرستانی ساکن خوابگاه. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.

جوادی، زینت (۱۳۸۹). بررسی تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر میزان رضایت زناشویی و

سبک‌های حل مسئله در زنان خانه‌دار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه پیام نور تهران.

جوادیان، سیدرضا (۱۳۸۱). «خشونت و سوء مصرف مواد»، فصلنامه علمی پژوهشی مددکاری اجتماعی، سال سوم، شماره دهم.

حاج علیزاده، کبرا. (۱۳۸۷). مقایسه نگرش‌های ناکارآمد در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد افراد عادی و پیامدهای روان‌شناختی آن. تهران: انتشارات مؤلفین.

حسینی المدنی، سیدعلی؛ احدی، حسین؛ کریمی، یوسف؛ بهرامی، هادی؛ معاضدیان، آمنه (۱۳۹۱). مقایسه تاب‌آوری، سبک‌های هویتی، معنویت، حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد معتاد و غیر معتاد و بهبود یافته. فصلنامه اعتیاد پژوهشی سوء مصرف مواد، سال ششم، شماره بیست و یکم، بهار ۱۳۹۱

حسینی قومی، طاهره و سلیمی بجستانی، حسین (۱۳۹۰). رابطه جهت‌گیری مذهبی و تاب‌آوری در بین مادران دارای فرزندان مبتلا به بیماری، روان‌شناسی و دین، سال چهارم، شماره سوم.

حسینی، سارا (۱۳۹۲). مقایسه تنظیم شناختی هیجان و کسب هویت در افراد معتاد به مواد مخدر و غیر معتاد ساکن شیراز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه مرودشت.

حسینی، سید محمد (۱۳۹۱). مقایسه حمایت اجتماعی و سلامت عمومی افراد آلوده به ویروس ایدز با افراد عادی شهر اهواز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد مرودشت

حلم سرشت، پ؛ دل‌پیشه، آ (۱۳۷۹). نگرشی بر مسئله اعتیاد و طلاق به عنوان بحران‌های خانوادگی. انتشارات: چهر.

حیدری پهلویان، ا؛ امیرزرگر، م؛ فرهادی نسب، ع و محبوب، ح. (۱۳۸۲). بررسی مقایسه‌ای ویژگی‌های شخصیتی معتادان به مواد مخدر با افراد غیر معتاد ساکن همدان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی همدان. سال دهم. شماره ۲.

حیدری، علیرضا؛ نامجو سنگری، زهرا (۱۳۹۰). مقایسه ناتوانی هیجانی، دلبستگی و استرس بین کارکنان مرد و زن متاهل شرکت ملی حفاری اهواز. یافته‌های نو در روانشناسی. سا پنجم، شماره ۲۰. پاییز: ۲۱-۴۰.

خبازی، محمود؛ بهجتی، زهرا؛ ناصری، محمد (۱۳۹۰). رابطه حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله، با تاب‌آوری در پسران نوجوان حومه شهر تهران، فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، سال پنجم، شماره ۴ (۲۰).

خدا پناهی، محمد کریم؛ صالح پور، بهرام؛ اصغری، آرزو؛ حریرچی، ایرج و کتبیانی، ژیللا (۱۳۸۹). روابط ساختاری بین حمایت اجتماعی و امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان.

مجله روان شناسی، سال چهاردهم، شماره (۳). ص ۲۹۸-۲۸۵

خدا جوادی، رحم، آقا بخشی، حبیب؛ رفیعی، حسن؛ عسکری، علی، عبدی زرین، مهرباب (۱۳۹۰). فصلنامه علمی پژوهشی، سال یازدهم، شماره ۴۱.

خداوندی راهدانه، شهین (۱۳۸۳). بررسی هوش هیجانی بر میزان رضایت از زندگی زناشویی و رابطه آن با نظام ارزشی همسران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی.

دررودی، حمید (۱۳۸۹). اثربخشی زوج درمانی گروهی امید محور برافزایش رضایت زناشویی زوج‌های شوهر معتاد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.

دهخدا، اکبر (۱۳۸۸). لغت‌نامه (زیر نظر دکتر محمد معین ۹. تهران: دانشگاه تهران

رستمی، علی‌رضا؛ نوروزی، علی؛ زارعی، عادل؛ امیری، محسن؛ و سلیمانی، مهران (۱۳۸۷). بررسی رابطه فرسودگی شغلی و سلامت روان با کنترل‌کنندگی جنسیت و تاب‌آوری در میان معلمان. فصلنامه سلامت، دوره پنجم، شماره ۳ و ۴، ص ۷۵-۶۸.

رضایی، علی محمد و صنوبری، محمد (۱۳۹۲). نگرش دانشجویان به مواد مخدر: نقش بازدارنده‌ی منع قانونی، ممانعت خانواده، عدم دسترسی به مواد و اعتماد به خود، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، ۷ (۲۶): ۲۸.

زارعی کلاله، رقیه (۱۳۹۰). مقایسه خود پنداره، تاب‌آوری و رضایت زناشویی در زنان بارور و نابارور، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه مرودشت.

زرگر، یداله؛ نجاریان، بهمن (۱۳۸۷). تحت عنوان بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی اعتیاد به مواد مخدر در کارکنان یک شرکت صنعتی بزرگ در اهواز. دوره پانزدهم، شماره یکم.

سارا فینو، ترجمه میرزایی، افتخاری، اردبیلی، (۱۳۸۴). روان‌شناسی سلامت. انتشارات: جوانه رشد سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام؛ صحراگرد، نرگس (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی، رضایت‌مندی

از زندگی. مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی بالینی ایران، سال سیزدهم.

ستوده ناورودی، سید امید؛ زینعلی، شینا، خستگان؛ نوشین (۱۳۹۱). رابطه بین همسر آزاری، حمایت اجتماعی و استرس ادراک شده در زنان دارای همسران معتاد و غیر معتاد شهر رشت. مجله پرستاری و مامایی جامع نگر..

سموعی، راحله (۱۳۷۹). مقایسه عملکرد خانواده‌ی معتادان خودمعرف و غیرمعتادان، دانش و پژوهش، ۱(۳)، ۷۳-۸۶.

شادی، ناهید (۱۳۹۱). رابطه خودتنظیمی و عزت نفس با تاب‌آوری در نوجوانان.

شفیع زاده، رقیه (۱۳۹۱). رابطه تاب‌آوری با عامل بزرگ شخصیت. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، سال سیزدهم، شماره ۳

عامری، فریده؛ نوربالا، احمد؛ ازهای، جواد؛ رسولزاده، سید کاظم (۱۳۸۲). بررسی تأثیر مداخلات خانواده درمانی راهبردی و اختلاف‌های زناشویی. مجله روان‌شناسی، ۲۷(۳)، ۲۱۸-۲۳۲.

عرفانیان تقوایی؛ داریوش، اسماعیلی؛ حبیب اله، صالح پور؛ حمید. (۱۳۸۴) بررسی کمی و کیفی رضایت زناشویی معتادان و همسران آنها در مراجعه کنندگان به کلینیک درمان و ترک اعتیاد. فصلنامه اصول بهداشت روانی، شماره ۲۸ صص ۱۱۵-۱۲۱.

فراست، زهرا (۱۳۸۱). بررسی منبع کنترل و رضایت زناشویی در بین زنان شاغل و خانه دار شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.

فزونی، بهمن؛ سیاسی، ایرج (۱۳۷۷). بررسی بیماران روانی و معتادان کهن سال در مقام مقایسه با گروه‌های جوان‌تر در ایران

فلاح زاده، هاجر؛ ثنایی ذاکر، باقر؛ فرزاد، ولی‌الله؛ (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان مدار و زوج درمانی سیستم تلفیقی بر کاهش اضطراب صمیمیت زوج‌ها. فصلنامه خانواده پژوهشی ۸۰(۳۲)، ۴۸۴-۵۶۵.

کاپلان و سادوک (۲۰۰۳)؛ ترجمه پور افکاری (۱۳۸۹).

کشاوری، سمیه (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش گروهی به روش تلفیقی، رویکرد ارتباطی و راه حل محور برافزایش صمیمیت در افراد معتاد و همسرانشان، دانشگاه آزاد مرودشت.

کلارک، استوارت، الیسون. کرنلیا، برنتانو. (۱۳۸۹). طلاق علل و پیامدها. سعید صادقی، مجتبی ناجی.

محمود محمد زاده. نفیسه کریمیان. اصفهان: پیغام دانش، ص ۳۸

کلینکه، کریسلین (۱۳۹۱). مجموعه کامل مهارت‌های زندگی، ترجمه: شهرام محمدخانی، (چاپ هشتم) تهران انتشارات رسانه تخصصی، (تاریخ انتشار به زبان بین‌المللی ۱۹۴۴).

کتاب اعتیاد و زنان. سرگلزایی، محمد (۱۳۹۰). اعتیاد، سبب‌شناسی تا درمان، تهران، نشر قطره. گلپور، محسن و مولوی، حسین (۱۳۸۰). مقایسه ویژگی‌های روانی و روابط زناشویی معتادان و غیرمعتادان با همسران آن‌ها، دانش و پژوهش، ۲(۷)، ۱-۲۰.

گلدنبرگ، ایرانه؛ گلدنبرگ، هربرت (۱۳۸۷). خانواده درمانی. ترجمه حسین شاهی، س. تهران، انتشارات: روان.

مازلو، ابراهام (۱۳۷۵). انگیزش و شخصیت. ترجمه: رضوانی، احمد. مشهد: آستان قدس رضوی. مافی، مهوش (۱۳۸۵). «بررسی ویژگی‌های مرتکبین خشونت خانوادگی»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه الزهرا

محبوبی منش، حسین (۱۳۸۲). اعتیاد مردان تهدیدی علیه زن و خانواده. فصلنامه کتاب زن، شماره ۲۲. محمدخانی، پروانه؛ عسگری، علی؛ آمنه فروزان، ستاره؛ مومنی، فرشته؛ دلاور، بهارک (۱۳۸۹). بروز نشانگان روان پزشکی در زنان دارای همسر معتاد. فصلنامه روانشناسی تحولی، سال ششم، شماره ۲۳

محمدی، منوچهر. (۱۳۸۶). نقش آموزش مهارت‌های زندگی در دانش و نگرش نسبت به مواد مخدر و عزت نفس دانش آموزان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور تهران محمدی، مسعود (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب آوری در افراد در معرض سوء مصرف مواد پایان‌نامه دکتری دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.

مسکنی، زهره (۱۳۸۲). «همسرآزاری»، نشریه اصلاح و تربیت، شماره ۱۴-۱۳. معتدین، مختار؛ سهرابی، فریبا؛ فتحی آذر، اسکندر؛ ملکی، صادق (۱۳۸۷). مقایسه بهداشت روانی، رضایت زناشویی و ابراز وجود والدین دانش آموزان کم توان ذهنی و عادی در استان آذربایجان غربی. دانش و پژوهش در روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوزاسگان. ۳۵، ۱۵-۱۲. مفتاحی (۱۳۸۱)، بررسی پیشینه اجتماعی - اقتصادی، عزت نفس و حمایت اجتماعی بر افسردگی دانشجویان کارشناسی دانشگاه رودهن. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد واحد

رودهن.

مکایلی، نیلوفر؛ گنجی، مسعود؛ طالبی، مسعود (۱۳۹۱). مقایسه تاب آوری، رضایت زناشویی و سلامت روان در والدین کودکان نا توان یادگیری و عادی. مجله ناتوانی‌های یادگیری، سال دوم، شماره یک، ۱۳۷-۱۲۰.

منصور، لادن و عبدالمحمد، کبری (۱۳۷۸). بررسی رابطه بین باورهای ارتباطی و سازگاری زناشویی کارکنان زن متأهل دانشگاه شهید بهشتی، فصل‌نامه مشاوره شغلی و سازمانی، ۲، ۱۲۶-۱۱۱.

موسوی، لیلا (۱۳۹۲). رابطه عزت نفس و باور هاس ارتباطی با رضایت زناشویی در زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره منطقه دو شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد مرودشت.

مولودی گنجه، سجاد (۱۳۸۹). بررسی توصیفی حمایت اجتماعی و نقش آن در کاهش جمعیت کیفری زندان‌ها، اصلاح و تربیت، سال دهم، شماره ۱۳، ص ۲۲-۱۷.

میرزایی، یعقوب (۱۳۹۰). مقایسه تاب آوری و معنا بخشی زندگی در افراد عادی و افراد سوء مصرف کننده مواد در شهر شیراز. دانشگاه آزاد مرودشت.

نوابی نژاد، شکوه (۱۳۸۰). مشاوره ازدواج و خانواده درمانی. تهران: انجمن اولیا و مربیان.

نورانی پور، رحمت الله (۱۳۸۳). بررسی علل اعتیاد به مواد تغییر دهنده خلق و رفتار و روش‌های مؤثر و کارآمد مشاوره اعتیاد. ۲ (۶) ۵۵-۵۷.

نوغانی، محسن؛ صدیق اورعی، غلامرضا؛ سالار، علی (۱۳۹۲). شبکه اجتماعی همسرگزینی و تاثیر آن بر رضایت از زندگی زناشویی در بین مردان متأهل. فصلنامه جامعه شناسی کاربردی، شماره ۴۹ صص ۱۷ تا ۳۶.

نیسی، عبدالکاسم؛ شهنی بیلاق، منیجه؛ فراشبندی، افسانه (۱۳۸۴). بررسی رابطه ساده و چندگانه متغیرهای عزت نفس، اضطراب عمومی، حمایت اجتماعی ادراک شده، سرسختی روان شناختی، اضطراب اجتماعی دختران دانش آموز پایه اول دبیرستان شهرستان آبادان. مجله علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه اهواز، دوره سوم، سال دوازدهم، شماره ۳، صص ۱۵۲-۱۳۷.

هالفورد، کیم (۱۳۸۴). زوج درمانی کوتاه مدت. ترجمه تبریزی، مصطفی و همکاران. تهران: انتشار فراروان، چاپ اول، ص ۲۳.

والترز، ۱۹۹۹ به نقل از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت تحقیقات و فناوری، (۱۳۹۱).
یوسفی، مرضیه (۱۳۹۲). مقایسه کمال گرایی، میزان استرس، تابآوری و رضایت زناشویی در بین
معلمان عادی دوره ابتدایی شهرهای جنوبی استان فارس. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه مرودشت.

منابع انگلیسی

Al-Arabi S(2003). Social support, coping methods and quality of life in Hem dialysis patient. PHD Dissertation, Galveston, University of Texas.

Allen ,R.,Ox ,J.&Cooper ,N.(2006).the impact of a summer day camp on the resilience of disadrantaged youths.journal of physical Education recreation &dance 77(1):1723.

American Psychiatric Association. 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder.. 4th ed. USA Arlingtom: American Psychiatric Pub. Inc; 175- 272.

Babigumira JB (2013). Health -related quality of life and social support among women treated for abortion complications in western Uganda. Health Qual Life Outcomes. 10.1186/1477-7525-11-118.

Bakstien ,G.(1995).Adolescent stabtance abase :Assessment prevention and treatment .NewYork ,wile Baron , R. A & Byrne, D .(1997), Social Psychology ,8th edn , Boston : Allyn &bacon.

Bennett, Larry, and Oliver J. Williams (2003) Substance Abuse and Men Who Batter: Issues in Theory and Practice.” Violence against Women 9(5):558-575.

Bprnstein ,Ph.(1984).behavioal communications treatment of marital interaction hegative behaviors. British journal of clinical pasychology .22,41-48.

Bruwer B, Emsley R, Kidd M, Lochner C, Seedat S(2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. Comprehensive Psychiatry. 49: 195-201.

Cadet, J.L. (2016). Epigenetics of stress, addiction, and resilience: Therapeutic implication. *Molecular Neurobiology*, 53 (1):545-560.

Campbell- sills, L., Cohen, Sh.L., Stein, M.B. (2006). Relationship or resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults.Behaviour Research and Therapy, 44, 585-599.

Chon, W. D. (2000). Dimensionality of Resiliency and its role in the Stress-disorder relationship among chins adolescence, 29, 2, 147-161.

Coetess ,J . M.(2007).the psychological health implication of social support for the Alzheimer caregiver . A dissertation for the degree magister atriam in psychology , Department of psychology, faculty of humanities university of Pretoria.

Cohen ,S., Gottlieb .B.H. Underwood , L. G (2002).social relationship and health .in Cohen ,L.G Underwood &B.H Gottlieb (Ids).social support measurement and intervention (pp.3_25).New York :oxford university press .

Cohen ,S.,Wills.T.A .(1985) .stress social support and the buffering hypothesis.psychological Balletin ,98, 310357.

Conger ,R.Elder ,G,Loren Z,F .Conger ,K, & etal .(1990).linding economi hardships to marital quality and stability .journal of marriage and family ,N:52 pp.643656 .

Cornman ,Jennifer C.et al., (2003).social ties and perceived support .journal of aging 7 health 15(4).pp:616-44.

Dehle, C. Landers, GF.(2005).You cant always get what you want? ,but you can get what you need?.personality traits and social support in marriage .journal of social and clinical psychology , 24(7).10511076.

Dunkel _ schtter ,C.,Folkman, S. & Lazarus ,R.S.(1987).correlates of social support receipt .journal of personality and social psychology 53(1),71_80.

Ellis .B.,Bernichon,T. ,Yu,.D.Roberts .T.,Herrel,T .M .(2004).effect of social support on substance abuse relapse in a residential treatment setting for woman Evaluation of program planning ,27,213210.

Eysenck & wakefied (2004).psychological factors as predictors of marital satisfaction Advances in behavior research and therapy personality and individual differences ,3,151192.

Ford, A. N. (2009). The effect of social support on risky sexual behavior in homeless adolescent youth . Nut Digital Library.

Fower ,B.J.,Lyon ,E. M ., & Montel K .H. (1996). Positive marital illusion enhancement or relationship enhancement .journal of family paschology .16. 192208.

Goodwin,D.W., & Warnock, J. K,(1991).Alcoholism: A family Disease . in clinical text book of addiction disorders New York :Guildford press.

Gottlieb ,B .H .(1978). Using social support to protect and promote health journal of primary prevention, 8,49_70.

Greeff, A. P. (2000). Characteristics of families that function well. *Journal of Family Issues*, 21(8), 948-962.

Greeff, A. P., & Malherbe, H. L. (2001). Intimacy and marital satisfaction in spouses. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 247-257.

Halford, W.K & ETAL, (2003). best practice in couple relationship education *journal of marital and family therapy*, vol.29, 385_406.

Hassanbeigi, A., Askari, J., Hassanbeigi, D. and Pourmovahed, Z. (2013). The relationship between stress and addiction. *Procedia-social and Behavioral Sciences*, 84: 1333 – 1340.

Longitudinal Model Predicting (2003) .Field, Craig A., and Raul Caetano Partner Violence among White, Black, and Hispanic couples in the United States.” *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 27(9):1451- 1458.

Masuda, A., & Tully, E.C. (2012). The Role of Mindfulness and Psychological Flexibility in Somatization, Depression, Anxiety, and General Psychological Distress in a Nonclinical College Sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*. 17 (1): 66-71.

Masuda, A., & Tully, E.C. (2012). The Role of Mindfulness and Psychological Flexibility in Somatization, Depression, Anxiety, and General Psychological Distress in a Nonclinical College Sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*. 17 (1): 66-71.

Simmons, S. and suarez, L. (2016). substance abuse and trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 25 (4): 723 – 734.

Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(2), 249-275.

پیوست ها

بخش اول: پرسشنامه استرس هولمز و راهه (SRRS)

عبارات زیر را خوانده و در صورت دارا بودن هریک از موارد، دور شماره آن خط بزنید.

امتیاز	عبارات	ردیف
100	فوت همسر	1
73	طلاق	2
65	جدایی از همسر	3
63	زندانی شدن	4
63	فوت یکی از اعضای خانواده	5
53	زخمی یا بیمار شدن	6
50	ازدواج	7
47	از دست دادن کار	8
45	آشتی با همسر	9
45	بازنشستگی	10
44	تغییر در سلامتی یکی از اعضای خانواده	11
40	حاملگی	12
39	مسائل جنسی	13
39	ورور عضو جدید به خانواده	14
39	تغییر در کار	15
38	تغییر در وضعیت اقتصادی	16
37	مرگ یک دوست صمیمی	17
36	تغییر از یک شغل به شغلی دیگر	18

35	تغییر در تعداد درگیری ها با همسر	19
31	وام مهم مسکن	20
30	ناتوانی در پرداخت وام مسکن یا وام دیگر	21
30	داشتن قرض یا وام زیاد	21
29	تغییر در مسئولیتهای کاری	22
29	رفتن یک فرزند از خانه	23
29	اختلاف با والدین همسر	24
28	تحقق یافتن برنامههای شخصی سطوح بالا	25
26	شروع مجدد یا قطع کار همسر	26
26	شروع یا پایان تحصیلات	27
25	تغییر در شرایط زندگی	28
24	تجدید نظر در عادات شخصی	29
23	مشکل داشتن با رئیس	30
20	تغییر در ساعات یا شرایط کار	31
20	تغییر محل سکونت	32
20	تغییر محل تحصیل	33
19	تغییر در سرگرمیها	34
19	تغییر در فعالیتهای مذهبی	35
18	تغییر در فعالیتهای اجتماعی	36
37	وام کوچک خرید خانه یا	37
16	تغییر در ساعات خواب	38
15	تغییر در تعداد دورهم جمع شدنهای خانوادگی	39
15	تغییر در عادات غذایی	40
13	گذراندن تعطیلات تابستانی	41

42	شرکت در جشنهای نوروزی	12
43	خلاف کاربهای جزئی	11

پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان (CERQ-P)

هدف: ارزیابی مقیاس های نظم جویی شناختی هیجان

نحوه تکمیل: چگونه با وقایع کنار می آید؟ هرکس با وقایع منفی و ناخوشایند مواجهه می شود و به شیوه ی خاص خود در برابر آنها پاسخ می دهد. پس از مطالعه ی هر یک از عبارات زیر مشخص فرمایید وقتی وقایع منفی یا ناخوشایندی را تجربه می کنید عموماً درباره آنها چگونه فکر می کنید؟

ردیف	عبارات	همیشه	بیشتر	گاهی	کمتر	هیچگاه
۱	خودم را مقصر این مساله می دانم.					
۲	مجبورم این اتفاق را بپذیرم.					
۳	من اغلب به احساسی که نسبت به این تجربه دارم فکر می کنم.					
۴	به مسایل بهتری فکر می کنم.					
۵	به بهترین کاری که میتوانم انجام دهم فکر می کنم.					
۶	میتوانم از این موقعیت چیزی یاد بگیرم.					
۷	شرایط میتوانست به مراتب بدتر از این باشد.					
۸	اغلب فکر می کنم چیزی را که من تجربه کرده ام در مقایسه با چیزهایی که دیگران تجربه کرده اند به مراتب بدتر می باشد.					
۹	دیگران را مقصر این اتفاق می دانم.					
۱۰	من مسول این اتفاق می باشم.					
۱۱	مجبورم این موقعیت را قبول کنم.					

					این مساله ذهن مرا به خود مشغول می کند.	۱۲
					به چیزهای خوشایندی فکر می کنم که ربطی به این اتفاق ندارند.	۱۳
					به بهترین شیوه ی کنار آمدن با این موقعیت فکر می کنم.	۱۴
					احساس می کنم بر اثر چیزی که برایم اتفاق افتاده است، مقاوم تر خواهم شد.	۱۵
					فکر می کنم سایر مردم شرایط بسیار بدتری را تجربه می کنند.	۱۶
					من به فکر کردن در مورد وحشتناک بودن تجربه ام ادامه می دهم.	۱۷
					دیگران مسول این اتفاق می باشند.	۱۸
					به اشتباهاتی که در این خصوص مرتکب شده ام فکر می کنم.	۱۹
					قادر به تغییر این وضعیت نمی باشم.	۲۰
					میخواهم بدانم چرا چنین احساسی نسبت به این مساله دارم.	۲۱
					من به جای این اتفاق به چیزهای خوب می اندیشم.	۲۲
					به تغییر دادن این موقعیت فکر می کنم.	۲۳
					فکر می کنم این موقعیت دارای جوانب مثبتی هم می باشد.	۲۴
					فکر می کنم این مساله در مقایسه با مسایل دیگر خیلی هم بد نبوده است.	۲۵
					اغلب فکر می کنم چیزی که تجربه کرده ام بدترین اتفاقی است که میتواند برای یک فرد رخ دهد.	۲۶
					به اشتباهاتی که دیگران در این خصوص مرتکب شده اند فکر می کنم.	۲۷
					خود را مسبب اصلی این مساله می دانم.	۲۸

					باید یاد بگیرم با این شرایط کنار بیایم.	۲۹
					من عمیقاً به احساساتی که این موقعیت در من برانگیخته است فکر می‌کنم.	۳۰
					به تجربه های خوشایند فکر می‌کنم.	۳۱
					برای بهترین کار ممکن برنامه ریزی می‌کنم.	۳۲
					من به جستجوی جوانب مثبت این مساله می‌پردازم.	۳۳
					من به خودم می‌گویم که در زندگی چیزهای بدتری هم وجود دارد.	۳۴
					من همواره به ناگواری آن موقعیت فکر می‌کنم.	۳۵
					دیگران را مسبب اصلی این مساله می‌دانم.	۳۶

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده/۱۲ آیتی

هر عبارت را به دقت بخوانید و احساس خود را با انتخاب یکی از اعداد ۱ تا ۵ مشخص نمایید. (پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده)

۱ ◀ به شدت مخالف	۲ ◀ مخالف	۳ ◀ نظری ندارم	۴ ◀ موافق	۵ ◀ به شدت موافق
------------------	-----------	----------------	-----------	------------------

۱. فرد خاصی وجود دارد که در هنگام نیاز به او دسترسی داشته باشم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲. فرد خاصی وجود دارد که می توانم شادی ها و غم هایم را با او در میان بگذارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳. خانواده ام واقعاً سعی می کند که به من کمک کند.	۱	۲	۳	۴	۵
۴. وقتی که به کمک و حمایت احساسی اعضای خانواده ام نیاز دارم، آن را از آنها دریافت می کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۵. فرد خاصی در زندگی ام وجود دارد که باعث تسلی خاطر من می شود.	۱	۲	۳	۴	۵
۶. دوستانم واقعاً سعی دارند که به من کمک کنند.	۱	۲	۳	۴	۵
۷. در هنگام بروز مشکل می توانم روی دوستانم حساب کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۸. می توانم در مورد مشکلاتم با خانواده ام صحبت کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۹. دوستانی دارم که می توانم با آنها شادی ها و غم هایم را در میان بگذارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰. فرد خاصی در زندگی ام وجود دارد که برای احساساتم ارزش قائل است.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱. خانواده ام مایلند که در مواقع تصمیم گیری به من کمک کنند.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲. در مورد مشکلاتم می توانم با دوستانم صحبت کنم.	۱	۲	۳	۴	۵

Abstract

The purpose of this study was to compare stressful life events, cognitive-emotional order and perceived social support in women with substance abuse and non-affected women . This study is a causal - comparative study . The statistical population consisted of all individuals referring to narcotic drug abusers in Guilan province in the year 2018 . In this regard, 240 of them (120 abusers and 120 non- addicts) were selected by available sampling method. They were selected as statistical samples and responded to life stress questionnaires and cognitive-emotional order and perceived social support . To analyze the data, multivariate analysis of variance analysis was used . The results show that there is a significant difference between subjective and healthy subjects in terms of stressful life events, cognitive emotion and perceived social security, and the mean scores of abusive women as compared to non-women's in the defensive styles variables Unhealthy and unhealthy, less moody mood and avoiding more experience and less in the variable of defensive styles . However avoid the experience, alexithymia and defensive style logically have the capacity to treat substance abuse as factors to be considered.

Keywords : Perceived social support , drug abuse, cognitive emotional ordering, Stressful events of life



Payame Noor University
Department of Psychology

Thesis Submitted in Partial Fulfillment
Of the requirement for the Degree of M.A
In Psychology

Title:

**Comparison of stressful life events, cognitive-emotional order and
perceived social support in drug abuse women and non-affected
women**

Supervisor:

Dr. Majid Baradaran

Advisor:

Dr. Farzaneh Ranjbar Noushari

By:

Maryam Modami

June 2019