



وزارت کشور

استانداری چهارمحال و بختیاری

معاونت امور سیاسی، امنیتی و اجتماعی

عنوان طرح :

علل گرایش بانوان به مواد مخدر در خوابگاه‌های دانشجویی و دانش‌آموزی و شناسایی علل بازگشت

مجدد زنان محله ۳۲ به سمت اعتیاد

کارفرما:

معاونت امور سیاسی، امنیتی و اجتماعی استانداری چهارمحال و بختیاری

مجری طرح: دکتر ذبیح الله کاوه فارسانی

همکار طرح: دکتر محمد ربیعی

ناظر پژوهش: سرکار خانم دکتر مرضیه جلیل‌پور

مدیر کل دفتر امور زنان و خانواده استانداری چهارمحال و بختیاری

زمستان ۹۹

تاریخ شروع: ۹۸/۱۲/۲۰

تاریخ اتمام: ۹۹/۱۰/۱

اعتبار مصوب : ۲۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال

شماره قرارداد :

۹۸/۳۲/۲/۶۴۱۸۶

تاریخ قرارداد:

۱۳۹۸/۱۲/۱۸

مدت اجرای طرح: ۱ سال

مدت زمان: ۹ ماه

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تقدیر و تشکر

از جناب آقای جعفر مردانی معاون امور سیاسی، امنیتی و اجتماعی استانداری چهارمحال و بختیاری، زحمات سرکار خانم دکتر مرضیه جلیل پور، مدیر کل محترم دفتر امور زنان و خانواده استانداری و کارشناس مربوطه خانم طیبه اردشیری که با صبر و حوصله زیاد در به انجام رسیدن این پژوهش به ما یاری رساندند، تشکر دارم

و

همچنین از ریاست محترم دانشگاه شهرکرد، مدیر کل آموزش و پرورش استان چهارمحال و بختیاری، مدیر آموزش و پرورش ناحیه ۲ و کارشناسان و مدیران مدارس در هماهنگی لازم برای انجام این طرح سپاسگزارم

فهرست

۸	فصل اول.....
۹	مقدمه.....
۱۰	بیان مسئله.....
۱۱	اهمیت و ضرورت مسئله.....
۱۲	اهداف تحقیق.....
۱۲	اهداف کلی تحقیق.....
۱۲	اهداف جزئی تحقیق.....
۱۲	فرضیه‌های پژوهش.....
۱۳	سوالات پژوهش.....
۱۳	معرفی متغیرها.....
۱۳	مواد مخدر.....
۱۴	اعتیاد به مواد مخدر.....
۱۴	علل گرایش به مواد.....
۱۴	عود مجدد به مواد.....
۱۵	فصل دوم.....
۱۶	سابقه تاریخی اعتیاد وموادمخدر.....
۱۶	تاریخچه اعتیاد و مواد مخدر در ایران و جهان.....
۱۷	مفهوم اعتیاد، وابستگی و سوء مصرف مواد.....
۱۷	علل گرایش به اعتیاد.....
۱۷	علل فردی.....
۲۴	علل اجتماعی.....
۲۶	عوامل مؤثر در تجربه مصرف مواد.....
۲۷	عوامل مؤثر در تداوم مصرف مواد.....
۲۸	طبقه‌بندی کلی مواد مخدر.....
۲۸	انواع مواد مخدر.....

۳۴	نظریه های سبب شناسی سوء مصرف مواد
۳۴	مدل های رشد اجتماعی
۳۶	نظریه ژنتیکی
۳۶	نظریه روانپویشی
۳۷	نظریه های رفتاری و شناختی- رفتاری
۳۹	همه گیر شناسی اعتیاد و سوء مصرف مواد
۴۴	مروری بر تحقیقات صورت گرفته
۴۴	تحقیقات انجام شده ی داخلی
۴۷	تحقیقات انجام شده خارجی
۵۰	فصل سوم
۵۱	روش تحقیق
۵۱	جامعه آماری
۵۱	حجم نمونه
۵۲	روش نمونه گیری
۵۳	ابزار گردآوری اطلاعات و پایایی و روایی آنها
۵۳	پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف مواد
۵۴	پرسشنامه محقق ساخته علل گرایش به اعتیاد
۵۴	پرسشنامه محقق ساخته علل عود مجدد مواد مخدر
۵۴	اعتبار ابزار پژوهش
۵۴	روش اجرا
۵۴	شیوه های تجزیه و تحلیل اطلاعات
۵۶	فصل چهارم
۵۷	تحلیل نتایج دانشجویان
۶۲	تحلیل نتایج محله ۳۲
۶۸	تحلیل نتایج دانش آموزان
۷۳	فصل پنجم
۷۴	مقدمه
۷۴	بررسی یافته های نمونه دانشجویان و دانش آموزان دختر
۷۴	نکته اول
۷۵	پیشنهاد کاربردی

۷۵.....	نکته دوم.....
۷۶.....	پیشنهاد کاربردی
۷۷.....	نکته سوم.....
۷۷.....	پیشنهادهای کاربردی
۷۸.....	نکته چهارم.....
۷۸.....	پیشنهادهای کاربردی
۷۹.....	نکته پنجم.....
۸۰.....	پیشنهاد کاربردی
۸۰.....	تبیین نتایج یافته‌های مربوط به محله ۳۲.....
۸۰.....	نکته اول.....
۸۰.....	پیشنهاد کاربردی
۸۰.....	نکته دوم.....
۸۰.....	پیشنهاد کاربردی
۸۱.....	نکته سوم.....
۸۱.....	پیشنهاد کاربردی
۸۱.....	نکته چهارم.....
۸۲.....	پیشنهاد کاربردی
۸۲.....	نکته پنجم.....
۸۲.....	پیشنهاد کاربردی
۸۳.....	نکته ششم.....
۸۳.....	پیشنهاد کاربردی
۸۳.....	نکته هفتم.....
۸۳.....	پیشنهاد کاربردی
۸۳.....	نکته هشتم.....
۸۳.....	پیشنهاد کاربردی
۸۴.....	پیشنهادها پژوهش‌های آینده
۸۴.....	محدودیت‌های پژوهش
۸۵.....	منابع.....

فصل اول

کلیات تحقیق

مقدمه

متلاشی شدن شخصیت فردی، نابودی نهاد خانواده، افزایش انواع دیگر آسیب‌ها و جرائم اجتماعی، کاهش بازدهی کاری و شغلی، افزودن بر افراد بیکار و سربرار جامعه، اشغال تخت‌های بیمارستانی، کاهش نرخ بهداشت عمومی وده‌ها عارضه دیگر، همگی وابستگی کامل به میزان معتادان یک جامعه دارد. وجود ۸۰۰ هزار تا یک میلیون و ۷۰۰ هزار نفر معتاد (آن هم بدون در نظر گرفتن مصرف‌کنندگان تفننی مواد مخدر) در سال ۱۳۸۶ که از این تعداد ۹۵ درصد را مردان و ۵ درصد زنان را تشکیل می‌دهند و میانگین سنی ۱۸ سالگی، شروع زنگ خطر را برای جامعه ما (ایران) به صدا درآورده است (نخستی زایی، هزاره مقدم و ملازهی، ۱۳۸۹).

در ایران اعتیاد در دهه‌های اخیر روند رو به رشدی داشته است. جدیدترین آمارهای ارائه شده حاکی از آن است که دو میلیون معتاد وابسته و شش میلیون معتاد تفننی در ایران وجود دارد؛ اما با توجه به شواهد موجود، برآورد می‌شود که تعداد معتادان بسیار بیشتر از این آمار است و اگر میانگین بُعد خانوار را در ایران پنج نفر در نظر بگیریم حداقل ۱۰ میلیون نفر در معرض گرایش به اعتیاد قرار دارند و اگر هر فرد معتاد روزانه حداقل هزار تومان صرف مواد مخدر کند خسارت وارده به کشور در هر روز دو میلیارد تومان خواهد بود (شرق، شکیبی، نیساری و آیلو، ۱۳۹۰).

اعتیاد بیماری پیچیده‌ای است که با ویژگی‌هایی همچون رفتار اجبارگونه، وسوسه‌های غیرقابل کنترل، رفتارهای جستجوگرانه مواد و مصرف مداوم آن حتی در شرایطی که پیامدهای منفی بسیاری برای فرد به همراه دارد، مشخص می‌شود. این بیماری با مصرف یک ماده شروع شده و باگذشت زمان و به علت وابستگی بدن به آن ادامه می‌یابد به گونه‌ای که فرد مصرف‌کننده تحمل مصرف نکردن آن را نداشته و در هر زمانی و برای آنکه بتواند شرایط عادی و روزانه خود را داشته باشد به ناچار می‌بایستی از آن استفاده کند. باگذشت زمان رفتار جستجوگرانه مواد حالتی اجباری پیدا کرده و به علت تأثیرات سمی طولانی‌مدت بر عملکرد مغز، دامنه وسیعی از بدکارکردی‌های رفتاری، روانشناختی، اجتماعی و فیزیولوژیکی را ایجاد می‌کند که مانع از انجام رفتار و عملکرد طبیعی در خانواده، محیط کاری و در سطح وسیع‌تر در جامعه می‌شود. هر روز شمار زیادتری از افراد به مصرف مواد روی می‌آورند و دچار پیامدهای بدنی، روانی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی می‌شوند. در ایران به دلایل متعدد از جمله همجواری با افغانستان به‌عنوان بزرگترین تولیدکننده مواد مخدر، شرایط برای گرایش افراد به مصرف مواد مناسب است.

بیان مسئله

هر چند آمار دقیقی از میزان جمعیت زنان معتاد کشور وجود ندارد. اما براساس برخی پژوهش‌ها ۹/۶ درصد از معتادان کشور را زنان تشکیل می‌دهند (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۷). وزارت بهداشت در آمار خود در مورد زنان معتاد از رقم یک زن معتاد به ازای هشت مرد معتاد گزارش می‌دهد. برخی گزارش‌ها هم بر این امر تأکید دارند که در مقابل هر ۱۰۰ مرد معتاد ۷ زن معتاد در کشور وجود دارد. از سوی دیگر به-گفته‌ی مسؤولان زندان‌های کشور، در حال حاضر ۵۰ درصد زندانیان زن در رابطه با مواد مخدر و اعتیاد در زندان هستند که به نقل از همین مسؤولان این آمار در سال‌های اخیر افزایش یافته است (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۱).

درست است که آمار معتادان در بین دختران و زنان پایین است اما نباید از این آمار هم گذشت. البته لازم به ذکر است که در دهه ۹۰ هنوز آمار دقیق‌تری با بررسی‌های انجام شده محقق به طور رسمی و اعلام شده در مورد اعتیاد زنان به غیر از آمار اعلام شده در بالا وجود نداشت. بسیاری از زنان و دختران به دلیل برچسب‌هایی که به یک زن و دختر معتاد در جامعه زده می‌شود کمتر تصور مراجعه به مراکز خود معرف را دارند. از این رو اغلب، اعتیاد در زنان و دختران پنهان مانده و بخش قابل توجهی از جمعیت معتادان زن کشور در آمارها گنجانده نمی‌شوند. علاوه بر آن در حال حاضر الگوی مصرف تغییر کرده است و قرص‌های روان‌گردان و گونه‌های دیگر مواد شیمیایی مورد مصرف قرار گرفته است. اگر چه در ظاهر دیگر از آن کارتن-خواب‌ها با چهره‌های معتاد تدریسی و تزریقی کاسته شده است اما گرایش به مواد شیمیایی به مراتب خطرناک‌تر و کشنده‌تر است (بیاتی، ۱۳۸۹).

تا سه دهه پیش، حوزه مصرف مواد، حوزه‌های مردانه تصور می‌شد و بسیاری از تحقیقات در این رابطه، راجع به مردان و اعتیاد آنان بود. توجه متأخر بر پژوهش در زمینه اعتیاد زنان، بیشتر در حوزه ملاحظات سبب‌شناختی و ویژگی‌های اجتماعی و فرهنگی اعتیاد زنان در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه است؛ و به رغم تفاوت‌های جوامع، ضرورت‌های خاص خود را در بعد پیشگیری، مداخله و درمان اعتیاد در بر دارد (قادری، نوری، کریمی و مروت، ۱۳۹۶). نتایج مطالعات نشان می‌دهد، دختران نوجوان بیشتر از پسران می‌توانند احساسات و تجربیات-شان را با دیگران در میان بگذارند. این گرایش امکان بازخورد موثر یا حمایت از دیگران را ممکن می‌سازد. با وجود این، همین ویژگی رابطه مستقیمی برای شروع استفاده از مواد در دختران دارد (بريمن و بروان، ۲۰۰۳). به عنوان مثال در مورد مصرف الکل، پسرها الکل را برای تفریح مصرف می‌کنند، در حالی که دختران الکل را به عنوان وسیله‌ای ارتباطی با دیگران استفاده می‌کنند. علاوه بر این، دختران مواد را برای بیشتر رفع ناراحتی‌ها و پسران بیشتر برای کسب لذت آن را مصرف می‌کنند (قادری و همکاران، ۱۳۹۶).

در مورد تفاوت های الگوهای مصرف اعتیاد زنان و مردان نتایج پژوهش های مختلف قابل تأمل می باشد. زنان تا قبل از معتاد شدن، در مقایسه با مردان، مقادیر کمتری مواد مصرف می کنند و همچنین زنان ممکن است ولع بیشتری نسبت به مواد مخدر داشته باشند (نادا، ۲۰۱۵).

نکته قابل توجه در سبب شناسی اعتیاد به مواد به مخدر، به طور عام و در میان زنان به صورت خاص این است که این پدیده از یک الگوی ثابت و روند شروع و تداوم و زمینه گرایش یکسان به این مواد پیروی نمی کنند. بنابراین، سبب شناسی اعتیاد زنان می تواند نقش قابل توجهی در پیشگیری و تقلیل گرایش به مواد، درمان و پایداری درمان داشته باشد. شناسایی دلایل مصرف مواد مخدر در میان زنان می تواند تصویری از شرایط و زمینه های رواج، علل و ساز و کارهای داوم و پایداری این پدیده را روشن کند و به سیاست گذاران و برنامه ریزان و به طور کلی به جامعه کمک کند تا با این شناخت در راستای پیشگیری یا تقلیل و درمان این پدیده تلاش کنند. از این رو، اعتیاد زنان معلول عوامل مختلفی است که می توان از ابعاد روانشناختی، اجتماعی، بیولوژیکی و پزشکی و غیره به آن پرداخت. بنابراین هدف از طرح پیشنهادی حاضر علل گرایش بانوان به مواد مخدر در خوابگاه های دانشجویی و دانش آموزی و شناسایی علل بازگشت مجدد زنان محله ۳۲ به سمت اعتیاد است.

اهمیت و ضرورت مسئله

هر انسانی تحت تأثیر ارزش ها، هنجارها، آداب و رسوم و ایده هایی است که در جامعه تبلیغ و منتشر می شود؛ اما در جامعه در حال گذر که تغییرات سریع فرهنگی حاصل می شود فرد دچار آنومی و خودباختگی فرهنگی شده؛ ارزش ها روز به روز تغییر می کند و اختلال هنجاری ایجاد می شود که این مسائل در ایجاد انحرافات مانند اعتیاد بی تأثیر نیست (فرجاد، ۱۳۸۹). در جهانی کنونی، دنیا به طور جدی و روزافزون با مشکل اعتیاد مواجه است. همانطور که جرائم مواد مخدر، بین المللی و سازمان یافته می باشند، اعتیاد نیز یکی از مسائل مهم و بین المللی است که در سطح جهان وجود دارد. متأسفانه امروزه قربانیان اعتیاد، طبقه جوان جوامع هستند. تمدن امروز که بی بندوباری و بی خبری را برای جوانان به ارمغان آورده و فساد و هرزگی را امری عادی جلوه داده، زمینه های گرایش جوانان را به ارمغان آورده و فساد و هرزگی را امری عادی جلوه داده؛ زمینه های گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر را فراهم ساخته است.

در کشورمان اعتیاد پدیده ای آشنا برای هر فردی است. روزانه مقادیر زیادی از انواع مواد مخدر در کشور ما مصرف می شود و سالانه چندین تن از این مواد کشف و ضبط می شود. در این میان جوانان و نوجوان به طور بالقوه در معرض اعتیاد به مواد مخدر هستند و اعتیاد در میان دانش آموزان و دانشجویان از مسائل روز و مورد توجه در جامعه است؛ بنابراین اعتیاد به مواد مخدر از مسائل و معضلات اجتماعی عصر حاضر خصوصاً در کشورهایمانند ایران با شرایط اجتماعی جوان و شرایط جغرافیایی خاص خود هست.

در حال حاضر اعتیاد در کشور ما یک معضل و مشکل اجتماعی و عمومی است و در سطح قابل توجهی وجود دارد؛ بنابراین بررسی اعتیاد و پیشگیری از آن در زمان حاضر از اهمیت ویژه ای برخوردار است. مواد مخدری که

امروزه مصرف می‌شود متنوع و طبقات مصرف کننده و معتادین نسبت به گذشته تفاوت‌های عمده‌ای دارند که مهمترین نکته آن اعتیاد نوجوانان و جوانان است. کاهش سریع سن اعتیاد و مصرف، در کنار قاچاق و توزیع نسبتاً آسان مواد مخدر و تنوع و شیوع نامیمون این پدیده خطرناک در میان جوانان و نوجوانان کشور، زنگ خطر و هشدار آشکار و جدی برای جامعه ما به شمار می‌رود که سلامت روحی و روانی جمعیت بسیار جوان و امنیت اجتماعی و ملی ما را تهدید می‌کند.

لذا از آنجایی که بیشترین افراد جامعه ایران، نوجوان و جوان است و از طرف دیگر نوجوانان و جوانان اصلی‌ترین قربانیان مواد مخدر هستند؛ چراکه آنان به خاطر خصوصیات‌شان، آسیب‌پذیری بیشتری دارند، به هر جا سر می‌کشند، کنجکاو و به دنبال همه‌چیز هستند و در مسیرشان هر راهی را که گشوده شود به آن وارد می‌شوند، چنانکه در راه لذت و بی‌خبری وجود داشته باشد به سرعت آنان را جذب می‌کند. لذا بررسی این موضوع پر اهمیت و مهم است.

اهداف تحقیق

اهداف کلی تحقیق

شناسایی علل گرایش بانوان به مواد مخدر در خوابگاه‌های دانشجویی و دانش‌آموزی.
شناسایی مهمترین عوامل محافظت کننده و خطرناک‌ساز گرایش به اعتیاد زنان محله ۳۲.
شناسایی علل بازگشت مجدد زنان محله ۳۲ به سمت اعتیاد.

اهداف جزئی تحقیق

- ۱- تعیین رابطه بین امید دانشجویان و دانش‌آموزان با نگرش نسبت به مواد.
- ۲- تعیین رابطه بین روان‌رنجوری دانشجویان و دانش‌آموزان با نگرش نسبت به مواد.
- ۳- تعیین رابطه بین رفتارهای پرخطر دانشجویان و دانش‌آموزان با نگرش نسبت به مواد.
- ۴- تعیین رابطه بین سبک زندگی سلامت جسمی دانشجویان و دانش‌آموزان با نگرش نسبت به مواد.
- ۵- تعیین رابطه بین مذهب دانشجویان و دانش‌آموزان با نگرش نسبت به مواد.
- ۶- تعیین رابطه بین سازگاری با شرایط خوابگاه دانشجویان و دانش‌آموزان با نگرش نسبت به مواد.
- ۷- تعیین رابطه بین حمایت خانوادگی دانشجویان و دانش‌آموزان با نگرش نسبت به مواد.
- ۸- شناسایی عوامل محافظت کننده و خطرناک‌ساز در میان بانوان محله ۳۲.
- ۹- اکتشاف مهمترین علل بازگشت مصرف مجدد مواد مخدر در بین بانوان محله ۳۲.

فرضیه‌های پژوهش

- ۱- بین امید دانشجویان و دانش‌آموزان با نگرش نسبت به مواد رابطه وجود دارد.
- ۲- بین روان‌رنجوری دانشجویان و دانش‌آموزان با نگرش نسبت به مواد رابطه وجود دارد.
- ۳- بین رفتارهای پرخطر دانشجویان و دانش‌آموزان با نگرش نسبت به مواد رابطه وجود دارد.
- ۴- بین سبک زندگی سلامت جسمی دانشجویان و دانش‌آموزان با نگرش نسبت به مواد رابطه وجود دارد.

- ۵- بین مذهب دانشجویان و دانش‌آموزان با نگرش نسبت به مواد رابطه وجود دارد.
- ۶- بین سازگاری با شرایط خوابگاه دانشجویان و دانش‌آموزان با نگرش نسبت به مواد رابطه وجود دارد.
- ۷- بین حمایت خانوادگی دانشجویان و دانش‌آموزان با نگرش نسبت به مواد رابطه وجود دارد.

سوالات پژوهش

- ۱- مهمترین علل عود مصرف مجدد مواد در بین بانوان محله ۳۲ شهرکرد کدامند؟

معرفی متغیرها

متغیر یا متغیرهای وابسته

نگرش نسبت به مواد: نگرش به صورت مستقیم و غیرمستقیم بر رفتارهای اعتیادی تأثیر می‌گذارد. به همین دلیل، با تغییر نگرش‌های مثبت افراد و تقویت نگرش‌های منفی آنان نسبت به مواد می‌توان از تمایل به سوء مصرف مواد و تداوم آن پیشگیری نمود.

ب- متغیرهای مستقل:

عوامل مؤثر بر گرایش به مصرف مواد مخدر در سه سطح (فردی، اجتماعی، خانوادگی).

تعریف نظری و عملیاتی کلیدواژه‌ها

-اعتیاد

مصرف مکرر و افزایش یافته‌ی یک ماده که محرومیت از آن سبب بروز علائم ناراحتی و میل قابل کنترل برای مصرف مجدد آن ماده می‌شود و این روند به تباهی روانی و جسمی منجر می‌گردد. این اصطلاح از طب حذف شده است و اصطلاح وابستگی جایگزین آن شده است، اما هنوز هم در زبان متداول به کار می‌رود و اصطلاح مفیدی است.

-وابستگی

مصرف مکرر دارو یا یک ماده شیمیایی با یا بدون وابستگی جسمی. وابستگی جسمی نشان دهنده تغییر فیزیولوژیک ناشی از مصرف مکرر دارویی است که قطع آن باعث بروز سندروم خاصی می‌شود.

-مواد مخدر

عبارت مواد مخدر، اصطلاحی است که از سال (۱۳۳۸) هجری شمسی در قانون‌گذاری و سازمان‌های مبارزه با این مواد در ایران مورد استفاده قرار گرفته است و به موادی اطلاق می‌شود که برای انسان وابستگی جسمی و روانی به وجود می‌آورند. ماده مخدر از نظر تحت الفظی ماده‌ای است که تولید خواب می‌کند (شاکری ۱۳۶۸).

به بیان دیگر، مواد مخدر، به موادی گفته می‌شود که از نظر شیمیایی خاصیت تخدیر کننده و به عبارت بهتر، خاصیت نشئه‌آور داشته باشند. مواد مخدر موادی هستند که از طریق کشیدن، تنفس، بلعیدن، تزریق، بالا کشیدن از طریق بینی و جذب کردن، وارد بدن می‌شود و با سرعت‌های مختلف وارد گردش خون شده و در نهایت با ورود به مغز مصرف‌کننده نحوه احساس، تفکر، دریافت یا رفتار وی را تحت تأثیر خود قرار دهد

اعتیاد به مواد مخدر:

اعتیاد به مواد، یعنی وابستگی یا عادت در به کاربردن مواد سمی تحریک‌کننده یا آرام‌بخش دستگاه عصبی که به نحو خوشایندی حس درونی و وضع آنی مصرف‌کننده را تغییر می‌دهد. این وضع با اعتیاد تدریجی و حالت نیاز دردناکی که بر اثر نبودن مواد سمی بروز می‌کند، مشخص می‌شود.

علل گرایش به مواد:

الف- تعریف نظری: باورها و نگرش‌های افراد درباره‌ی مواد و علل گرایش به آن، تعریف شده است.
ب- تعریف عملی: در این تحقیق نمره‌ی که هر فرد در مقیاس محقق ساخته علل گرایش به اعتیاد به دست می‌آورد.

عود مجدد به مواد:

الف- تعریف نظری: فرآیندی که منجر به مصرف مجدد مواد به صورت منظم‌تر می‌شود.
ب- تعریف عملی: در این تحقیق نمره‌ی هر فرد در مقیاس محقق ساخته علل گرایش به عود مجدد به دست می‌آورد.

فصل دوم

ادبیات پژوهش

سابقه تاریخی اعتیاد و مواد مخدر

تاریخچه اعتیاد و مواد مخدر در ایران و جهان

پیشینه‌ی سوءمصرف مواد در دنیا به درستی مشخص نیست و برخی آن را به دوران مصر باستان می‌رسانند. در ایران بی‌گمان ایرانیان باستان با گیاه کوکنار به عنوان پادزهر و تریاک، آشنا بوده‌اند. از اینکه مواد مخدر از چه زمانی در ایران مورد مصرف قرار می‌گرفت، اطلاع درست و دقیقی در دست نیست، با این وجود، برخی پیشینه مصرف مواد مخدر را به دوران رواج آئین مهرپرستی در ایران می‌رسانند. در دوره‌ی بعد از اسلام در ایران، پزشکان ایرانی همچون ابن‌سینا و زکریای رازی، از خواص دارویی تریاک و شیرهی کوکنار به خوبی آگاه بوده و از آن بهره می‌برده‌اند (آقاجری، حسام پور و رحمانی، ۱۳۹۱).

مردم قرن‌ها با هدف‌های اجتماعی، مذهبی، دارویی و تفریحی، داروهای تغییردهنده‌ی ذهن را مصرف کرده‌اند. برای مثال بیش از ۳۰۰۰ سال است که تریاک در جوامع مختلف مصرف شده است. در قرن نوزدهم، در آمریکا و انگلستان انواع فراورده‌های تریاک وسیعاً در دسترس بوده و حتی به مصرف کودکان می‌رسیده است. مصرف تریاک در طبقه‌ی متوسط بسیار رایج بوده و این مشکل اجتماعی عمده یا اعتیاد محسوب نمی‌شده است. فقط بعدها در این قرن مصرف افیون‌ها با اعتیاد، جرم و فساد اخلاقی پیوند یافت. به داروهای توهم‌زا^۱ نیز بر حسب زمینه‌ی اجتماعی به شیوه‌های متفاوتی نگریسته شده است. بسیاری از جوامع بدوی، برای مقاصد مذهبی، عبادی یا تشریفاتی، گیاهان حاوی مواد توهم‌زای قدرتمند را مصرف کرده‌اند. هر محل جغرافیایی و نیز تعداد قابل توجهی از سوءمصرف‌کنندگان دارو تحت تأثیر گرایش‌های سطح بالا (مانند شیوع کراک) و نیز تاریخچه و فعالیت‌های سوءمصرف‌کنندگان و فروشندگان سابق قرار می‌گیرند. خرده‌فرهنگ‌های محلی الگوهای منحصر به فرد خودشان را برای مصرف دارند و نیز واژه‌های مورد استفاده‌ی فروشندگان و مصرف‌کنندگان دارو در هر خرده‌فرهنگی متفاوت است و به ندرت مشابه آن در محلات دیگر دیده می‌شود و یا اصلاً دیده نمی‌شود. برای مثال خرده فرهنگ محلی شهر نیویورک از بسیاری جهات منحصر به فرد است. بسیاری از سوءمصرف‌کنندگان هروئین، ترکیبی از هروئین و کوکائین با اصطلاح توپ سرعت^۲ را تزریق می‌کنند، افرادی که فقط کوکائین تزریق می‌کنند و از هروئین پرهیز می‌کنند، بسیار نادر هستند (لویسون^۳، ۲۰۰۵).

امروزه در ایران با توجه به موقعیت جغرافیایی و داشتن نزدیک به ۲۰۰۰ کیلومتر مرز مشترک با دو کشور افغانستان و پاکستان که به هلال طلایی (منطقه حایل بین ایران، افغانستان و پاکستان) مرسوم هستند و سالانه بیش از ۳۵۰۰ تن مواد مخدر تولید می‌کنند و همچنین جوان بودن جمعیت کشور، شاهد گسترش روز افزون اعتیاد در بین نوجوانان و جوانان هستیم. منطقه هلال طلایی هم اکنون به عنوان بزرگترین مبدا ترانزیت مواد مخدر در جهان از منطقه مثلث طلایی پیشی گرفته و در همسایگی ایران قرار گرفته است. منطقه هلال طلایی

^۱. Hallucinogenic drugs

^۲. Speed ball

^۳. Lowinson

شامل کشورهای ایران، افغانستان و پاکستان بوده و در برگیرنده انواع مشتقات تریاک است، اما منطقه مثلث طلائی را در گذشته کشورهای میانمار، تایلند و لائوس در اختیار داشتند. آمارهای موجود نشان می‌دهند که حدود ۱۶ درصد از معتادین ایران کمتر از ۱۹ سال سن دارند و ۲۸ درصد آنها بین ۲۰ تا ۲۴ سالگی به اعتیاد روی می‌آورند. روزانه ۲۰۰۰ کیلوگرم از انواع مواد مخدر در کشور ما مصرف می‌شود و سالانه ۱۲۰ تن از این مواد کشف و ضبط می‌شود. ایران تبدیل به معبر ترانزیتی برای مواد مخدر شده است و بنابراین جوانان و نوجوانان به بالقوه در معرض اعتیاد به مواد مخدر هستند و اعتیاد در میان دانش‌آموزان و دانشجویان از مسائل روز و مورد توجه در جامعه‌ی ایران است (مجیدی منش، ۱۳۸۲).

در قرن بیست و یکم، قاچاق مواد غیرقانونی، مواد مخدر، داروهای روان‌گردان و اعتیاد به آن‌ها، به صورت بحرانی درآمده که سالانه بیش از ۲۶ میلیون مرگ به علت مصرف مواد غیرقانونی و مواد مخدر در دنیا وجود دارد که این رقم تا ۲۰ سال آینده به بیش از ۴۰ میلیون مورد خواهد رسید که یک سوم آن در کشورهای رخ می‌دهد که هنوز به سطح توسعه‌یافتگی نرسیده‌اند. وجود ۲ کشور پاکستان و افغانستان که به عنوان هلال طلایی نامیده می‌شوند، در همسایگی ایران باعث تهدیدی برای کشورهای همسایه‌ی آن‌ها در طول تاریخ بوده است (امام هادی و جلیل‌وند، ۱۳۸۶).

مفهوم اعتیاد، وابستگی و سوء مصرف مواد

مفهوم وابستگی به مواد تعاریف رسمی بسیاری دارد و در طول چند دهه معانی رایج آن بارها تغییر کرده است. برای تعریف جنبه‌های مختلف وابستگی، دو مفهوم عمده به کار می‌رود. اولین مفهوم وابستگی رفتاری و دومین مفهوم وابستگی جسمی است. در وابستگی رفتاری، فعالیت‌های موادجویی و شواهد مربوط به الگوهای مصرف بیمارگون مورد تاکید قرار می‌گیرد. اما وابستگی جسمی به اثرات جسمی (فیزیولوژیک) دوره‌های متعدد مصرف مواد اطلاق می‌شود. واژه اعتیاد و معتاد تا حدودی با وابستگی ارتباط دارد. واژه معتاد به طور نسبی مفهوم ناپسند و تحقیرآمیزی پیدا کرده است که مفهوم سوء مصرف مواد را به عنوان یک اختلال طبی نمی‌رساند. این وابستگی و سوء مصرف مواد می‌تواند اثراتی بر فعالیت نواحی پاداش اختصاصی مغز نظیر ناحیه تکمنتال، بطنی، لوكوس، سرلئوس و هسته آکومنیس داشته باشد (سادوک و سادوک^۱، ۱۳۹۰).

علل گرایش به اعتیاد

علل گرایش به اعتیاد را می‌توان در سه قلمرو فردی، خانوادگی و اجتماعی مطرح کرد:

علل فردی

بسیاری از روان‌شناسان علل رفتارهای انحرافی را برحسب نقص شخصیت فرد کجرو توجیه می‌کنند و بر این باورند که برخی از گونه‌های شخصیت، بیشتر از گونه‌های دیگر، گرایش به تبهکاری و ارتکاب جرم‌دارند. علل

^۱.Sadock & Sadock

فردی گرایش به اعتیاد بیشتر بر مبنای نظری دیدگاه‌های روان‌شناختی متکی می‌باشند. با دانستن عواملی که فرد را در معرض خطر اعتیاد قرار می‌دهند، می‌توان افراد در معرض خطر را شناسایی کرد و برای پیشگیری از ابتلای آنان به اعتیاد، برنامه‌ریزی‌های دقیق و مؤثر انجام داد.

الف: مشکلات روانی

گروهی از افراد که بعضاً ضعیف‌النفس هستند، قدرت مقابله با مشکلات و ناکامی‌ها را ندارند و اعتیاد را راه نجات خود تلقی می‌کنند؛ برای رهایی از ناراحتی‌ها، فشارهای روانی، بی‌اعتمادی به خویشتن و رفع هیجانات درونی در جستجوی پناهگاهی امن، به مواد مخدر و یا مصرف داروهای روان‌گردان پناه می‌برند. این افراد فکر می‌کنند که با مصرف مواد از گرفتاری‌های زندگی رهایی می‌یابند و دنیا را به نحو دیگری مشاهده می‌کنند؛ زیرا حالت تخدیری دارو و مواد مخدر سبب می‌شود که تا مدتی فرد معتاد نسبت به مسائل، مشکلات و واقعیت‌های زندگی بی‌تفاوت باشد. همین فرار از زیر بار مشکلات فردی، عامل عمده برای کشش افراد به‌طرف مواد مخدر است.

یک دسته از افرادی که بیشتر در معرض اعتیاد به مواد مخدر قرار می‌گیرند افراد افسرده هستند. افراد افسرده ضعف روانی دارند و به‌نوعی احساس خلأ شخصیتی می‌کنند. آن‌ها به تصور خودشان، توان لذت بردن از دنیا را ندارند، همواره احساس ناتوانی و خستگی می‌کنند و خود را تهی از هرگونه توان و احساس مطلوب می‌دانند. به عقیده سیدنی کوهن، چنین افرادی ممکن است با مصرف مواد در جستجوی جادویی برآیند که به دردهایشان پایان بخشد و خلأهایی را که در خودشان احساس می‌کنند رفع و نقص شخصیت‌شان را برطرف کنند.

ب: کنجکاوی

عده‌ای با شرکت در مجالس دوستانه زمانی که می‌بینند دیگران از مواد مخدر استفاده می‌کنند حس کنجکاوی در آن‌ها تحریک‌شده، به مصرف مواد گرایش پیدا می‌کنند. این امر منجر به مهیا شدن زمینه اعتیاد در فرد می‌شود، زیرا ممکن است با اولین مرتبه استفاده در فرد احساس مثبتی ایجاد گردد و باعث تکرار این عمل شود. البته آن‌ها غافل از این هستند که این نوع لذت‌ها زودگذر و خانمان‌سوز می‌باشند.

دسته‌ای از افراد نیز برای کنجکاوی و ارزیابی خودشان با تصور اینکه با یک‌بارمصرف معتاد نمی‌شوند و گاهی حتی برای اینکه قدرت خودشان را به دیگران ابراز دارند به مصرف مواد مخدر تن می‌دهند. احتمال معتاد شدن این افراد نیز بسیار است.

ج: ضعف اراده

اراده عامل حرکت فرد است. پس باید با منطق و شرع همسان باشد و با استفاده از تربیت و آموزش صحیح تقویت شود. فردی که با مشاهده یک عمل خلاف شرع و موازین اجتماعی با قاطعیت تمام در مقابل آن ایستادگی می‌نماید، از خود تزلزلی نشان نمی‌دهد و هدف خود را در زندگی به‌طور قطعی انتخاب می‌کند دارای

اراده‌ای قوی است؛ اما اگر فرد دچار اراده ضعیف بوده و برنامه خاصی برای زندگی خود نداشته باشد، اولاً دچار نوعی سردرگمی و خستگی روحی می‌شود و ثانیاً، ممکن است در مقابل هر انحرافی پاسخ مثبت دهد. در این صورت، نه تنها شخص نمی‌تواند مانع انحراف دیگران شود، بلکه خود نیز دچار انحراف می‌گردد. این مسئله در اعتیاد فرد اهمیت بسزایی دارد.

د: رهایی از زندگی عادی

تقریباً انجام هر کاری بدون توجه به باورهای ذهنی و نیروهای درونی شخص انجام دهنده غیرممکن است. زمانی که یک تبدل به مفهوم دقیق کلمه در خاستگاه فلسفی ذهنی صورت می‌گیرد، باور روانی و انگیزه‌ای، که از آن گرایش به مواد مخدر تعبیر می‌کنیم، ایجاد می‌شود. فرد دائم مشکلات و موقعیت خود را ارزیابی و داوری می‌کند. این داوری نوعاً شخصی بوده و بر اساس دانش و فرهنگ تربیتی و فکری شخص داوری کننده صورت می‌پذیرد. حقیقت آن است که اعتیاد، همچنان که از نامش پیداست، اگرچه خود، صورت عادت دارد، اما برای شکستن یک عادت دیگر انجام می‌گیرد. یکی از بارزترین علل گرایش به مصرف مواد مخدر در جوامع صنعتی پیشرفته شکستن عادت ناشی از حیات عادی فردی است که در بستر زمان، صورت تکرار ملال‌آور به خود می‌گیرد. بر اساس آماری که به دست آمده، قریب هشتصد هزار نفر از معتادان (از جمع دو میلیون نفر)، معتادان تفننی هستند که متأسفانه آمار سرآمدان علم و دانش در این طبقه زیاد است.

ه: انگیزه‌های درمانی

یکی از علل مصرف مواد مخدر جنبه‌های درمانی آن است. حقیقت آن است که در بسیاری از موارد پرداختن و گرایش به مواد مخدر، در آغاز، جنبه مداوا داشته و سپس در بستر زمان به اعتیاد بدل گردیده است. شیوع مواد مخدر در روستاها نوعاً با انگیزه درمانی صورت می‌پذیرد. در این بخش استفاده از مواد مخدر برای رسیدن به تعادل جسمی است. در برخی از روستاها برای تسکین درد کمر، درد دندان، درد گوش و مانند آن از تریاک استفاده می‌کنند.

و: شخصیت متزلزل

آلپورت در تعریف خود از شخصیت می‌گوید: «شخصیت سازمانی است پویا از نظام‌های روانی - جسمانی در درون فرد که سبب سازگاری‌های بی‌همتا و بی‌نظیر او با محیط می‌شود.» بین شخصیت و اعتیاد رابطه‌ای متقابل وجود دارد، به نحوی که فرد به علت وضع خاص شخصیتی و نیازها، شکست‌ها، ناتوانی در برخورد با مسائل و ناکامی در زندگی، عدم ثبات عاطفی و ملایمات دیگر، به اعتیاد روی می‌آورد. از سوی دیگر، اعتیاد به نوبه خود منجر به از بین رفتن تعادل روانی و هیجانی شخص می‌شود. بدین‌سان، بین اعتیاد و شخصیت فرد دور باطلی ایجاد می‌شود که مبارزه با آن مستلزم تغییر شرایط بیرونی و درونی، یعنی ایجاد اراده و روحیه‌ای قوی و آسیب‌ناپذیر است. شناخت شخصیت و ویژگی‌های رفتاری معتادان به منظور مبارزه با اعتیاد و نیز پیشگیری و

درمان آن، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. برخی از اختلالات مربوط به شخصیت که منجر به شکل‌گیری و ایجاد زمینه انحرافات اجتماعی و گرایش فرد به اعتیاد می‌شود عبارت‌اند از: «شخصیت پارانویایی» و «شخصیت ضداجتماعی». ویژگی‌های خاص شخصیت «پارانویایی» این است که این افراد اعمال دیگران را تحقیرآمیز یا تهدیدآمیز تفسیر می‌کنند؛ به دیگران اعتماد ندارند و روابط اجتماعی آن‌ها در اثر همین بی‌اعتمادی مختل شده است. این افراد خودبزرگ‌بین هستند و به دیگران ظلم و ستم می‌کنند.

ضعف «شخصیت ضداجتماعی» نوعی بهم‌ریختگی ارتباط میان انسان و جامعه است این افراد نسبت به هنجارها و مقررات اجتماعی بی‌اعتنا و بی‌تفاوت هستند و سعی می‌کنند به هر نحو که شده به هوا و هوس خود پاسخ دهند. این افراد ارزش‌های اخلاقی را پایمال می‌کنند و به علت جستجوی لذت و نیز ضعف اراده به آسانی گرفتار مواد مخدر و الکل می‌شوند. از نشانه‌ها و ویژگی‌های شخصیت ضداجتماعی می‌توان به خودمحوری، فقدان احساس گناه و فریبندگی سطحی و ظاهری اشاره کرد (حسینی، ۱۳۸۹).

علل خانوادگی

خانواده اصلی‌ترین نقش را در تربیت فرزندان دارد. یک خانواده سالم خانواده‌ای است که همه امور و فعالیت‌های آن منطبق با موازین و معیارهای حاکم بر جامعه باشد. یافته‌های تحقیقات حاکی از آن است که ۴۴ درصد بزهکاران جامعه ما در خانواده‌های بی‌بندوبار زندگی می‌کرده‌اند. بی‌توجهی والدین به تربیت فرزندان عواقب وخیمی در آینده فرزندان به دنبال خواهد داشت. نوع شغل پدر و مادر، وضعیت مسکن، کثرت یا قلت اولاد، همسایگان، ساکنان دیگر منزل، ویژگی‌های اخلاقی پدر و مادر، نحوه رفتار با کودکان، طلاق، وجود ناپدری و نامادری، تعدد ازدواج، فرهنگ خاص حاکم بر خانواده، میزان تحصیلات والدین، پدرسالاری یا مادر سالاری، وضع اقتصادی خانواده، ازهم‌پاشیدگی و سردی خانواده، جدایی والدین و عدم پیوستگی اعضای خانواده و سست بودن ارکان خانواده از عوامل مهمی می‌باشند که زمینه انحراف و کجروی را در فرد ایجاد می‌نمایند (قربان حسینی، ۱۳۶۸). تحقیقات نشان می‌دهند که افراد معتاد بیش از افراد غیر معتاد به خانواده‌های ازهم‌پاشیده و بی‌ثبات تعلق دارند. یکی دیگر از زمینه‌های اعتیاد فرزندان اعتیاد پدر، مادر و یا اعضای خانواده است.

امروزه نهاد خانواده در غرب از جایگاه اصلی خود دور شده است. به هم خوردن نظم خانوادگی، سست شدن پایه این نهاد اساسی، شانه خالی کردن جوانان از قبول مسئولیت ازدواج، منفور شدن مادری، کاهش علاقه پدر و مادر و به‌ویژه مادر به فرزندان، جانشین شدن هوس‌های سطحی به‌جای عشق و افزایش طلاق، سبب گردیده‌اند که در این جوامع، نهاد خانواده کارکرد خود را در مورد کنترل آسیب‌های اجتماعی از دست بدهد اما در جامعه ما که یک جامعه اسلامی است و تعالیم اسلامی ارزش‌های خانوادگی را به بهترین وجه بیان کرده و مورد تأکید قرار داده است، نباید شاهد سست شدن پایه‌های خانواده باشیم. به‌طوری‌که بیش از چهار هزار دستورالعمل به‌صورت مستقیم درباره خانواده و ارزش‌های حاکم بر آن از طرف معصومان بیان شده است در نتیجه پژوهشی که از ۸۰۰ کودک بزهکار به‌عمل آمده، معلوم شد که ۶۵ درصد مادران‌شان طلاق گرفته یا در حال جدایی بوده‌اند.

بررسی دیگر نشان می‌دهد که ۸۸ درصد کودکان مجرم دارای پدر و مادری بوده‌اند که از هم جدا زندگی کرده و بین آن‌ها اختلاف نظر و ستیزه وجود داشته است. در ذیل به برخی عوامل زمینه‌ساز گرایش فرد به اعتیاد در خانواده اشاره می‌گردد:

الف: کمبود محبت در خانواده

بسیاری از صاحب نظران در مسئله بزهکاری، کمبود محبت و ضعف عاطفی را ریشه اصلی جرم و انحراف دانسته‌اند. تحقیقی از غرب درباره بزهکاران نشان داده است که ۹۱ درصد مجرمان در ارتباط با جرم به نحوی دچار مشکل عاطفی بوده‌اند. فرد در خانواده زمانی که نیازهای عاطفی‌اش برآورده نشود، مجبور می‌شود دست نیاز به سوی دیگران دراز نماید. در این زمان است که شکارچیان از این موقعیت‌ها سوءاستفاده می‌کنند و با ارتباط عاطفی دروغین افراد را به سوی انحراف می‌کشانند.

ب: افراط در محبت

زیاده‌روی در محبت نیز خود مانند کمبود محبت اثر منفی بر تربیت فرزندان دارد، به نحوی که فرزند همیشه متکی به پدر و مادر است و هیچ‌گاه احساس استقلال و بزرگ‌منشی نخواهد کرد. زمانی که چنین فردی وارد جامعه شود و در این موقعیت از محبت‌های پدر و مادر به دور باشد، احساس کینه و عقده جویی می‌نماید و برای جبران این مسئله دست به هر خلافی خواهد زد.

ج: تبعیض بین فرزندان

این مسئله نیز یکی دیگر از مواردی است که فرد در خانواده احساس حقارت و حسادت می‌نماید. توجه نکردن به این امر خود می‌تواند زمینه اعتیاد در اعضای خانواده را ایجاد نماید.

د: محدود کردن فرزندان

همان‌گونه که آزادی بی‌حد و حصر منجر به گرایش فرد به انحرافات اجتماعی می‌شود، محدود بودن نیز می‌تواند عامل گرایش فرد به انحرافات اجتماعی باشد؛ زیرا از سویی، محدود بودن منجر به فعال شدن حس کنجکاوای فرد و از سوی دیگر، منجر به بروز مشکلات عاطفی می‌شود. کنترل بیش از حد فرزندان سبب می‌شود که فرد وابسته به کنترل خارجی (زور) باشد؛ یعنی تا زمانی که از طریق اعمال زور رفتارش تحت کنترل است دست به عمل منحرفان نمی‌زند، اما به محض اینکه کنترل والدین ضعیف شود و یا والدین به دلیل اشتغالات فرصت کنترل را نداشته باشند، خود را رها می‌یابد و به رفتارهای انحرافی آمیز روی می‌آورد، زیرا از کودکی حس کنترل درونی (وجدان) او خاموش بوده و همیشه به کنترل خارجی و احتمالاً زور وابسته بوده است.

ه: اعتیاد یکی از اعضای خانواده

افرادی که در خانواده‌های معتاد زندگی می‌کنند، ترس و قبح معتاد شدن برایشان از بین رفته است و عادی شدن مصرف مواد در خانواده موجب سهولت گرایش دیگر اعضا به مصرف مواد مخدر می‌شود. اگر پدر و مادر در خانواده معتاد باشند اعتیاد آن‌ها از یک‌سو، کنترل و تسلط آن‌ها را بر فرزندان کاهش می‌دهد و از سوی دیگر، عامل انتقال این عادت به فرزندان می‌شود. البته گاهی اوقات برخی فرزندان به دلیل انزجار از رفتار پدر و مادر و عبرت گرفتن از آن‌ها، از این صفت دوری می‌جویند، اما چنین والدینی در گرایش به اعتیاد فرزندان نقش مؤثر دارند. نتایج تحقیقات نشان می‌دهند که بسیاری از معتادان در خانواده، افراد معتاد، از قبیل پدر، مادر، پدربزرگ و... داشته‌اند.

و: رفاه اقتصادی خانواده

در خانواده‌هایی که رفاه و درآمد اقتصادی زیاد است، روابط انسانی بر اثر کثرت کار و یا سرگرمی ضعیف می‌گردد. ضعف روابط انسانی نیز به‌نوبه خود عامل مساعدی برای کشش فرد به مواد مخدر است. بهترین دلیل این مدعا افزایش روزانه درصد معتادان در جوامع صنعتی غرب است که با رشد صنعت، روابط انسانی ضعیف‌تر می‌گردد. همچنین افرادی که درآمد بیش از حد دارند موقعیت و زمینه مساعدتری برای شرکت در کلوپ‌های شبانه و یا تفریحات متنوع در داخل یا خارج از کشور دارند و بدیهی است که این قبیل امکانات و تفریحات، زمینه را هم برای مصرف و هم برای فروش مواد مخدر بسیار مساعد می‌نماید. خداوند در قرآن کریم، رفاه‌طلبی و «اسراف» را به‌شدت موردحمله و نکوهش قرار می‌دهد و آن را عامل مستقیم در ایجاد طغیان، فساد و ظلم و کژی‌ها معرفی می‌نماید. همچنین در متون دینی آمده است که رفاه‌طلبی و زندگی مرفهانه سبب طغیان در برابر خداوند، سیطره شهوات بر انسان، همراهی با ظالمان، فاسقان و کافران، لذت‌گرایی، غرق شدن در کامیابی‌ها و نیز اقدام به کجروی‌ها می‌شود. پیامبر اکرم (صلی‌الله علیه واله) در فرازی می‌فرمایند: من از ثروت بیش‌ازحد، بیش از فقر برای شما هراسان هستم و آن را موجب هلاکت و سقوط می‌دانم و نیز امام علی (علیه‌السلام) فزونی ثروت را مایه هلاکت، طغیان و فنا دانسته است.

بی‌سوادی یا کم‌سوادی والدین

تحصیلات پایین یا بی‌سوادی نقش مهمی در فرهنگ عمومی جامعه و همچنین در حریم خانواده و تربیت فرزندان دارد. بی‌سوادی و کم‌سوادی عامل بسیاری از مسائل، مشکلات، نارسایی‌های اجتماعی و انحرافات است. روشن است که پدر و مادر باسواد بسیار بهتر و بادید باز نسبت به دنیای پیرامون، مسائل و مشکلات خانواده را حل می‌کنند. والدین تحصیل کرده با روش‌های علمی و منطقی می‌توانند فرزندان را کنترل نمایند. آنان اغلب به دلیل آگاهی و شناخت مسائل و نیاز زندگی خود، شرایط مادی و معنوی و عاطفی مناسبی را برای فرزندان ایجاد می‌کنند. حال آنکه، بی‌سوادی والدین منجر به مسائلی از قبیل روش‌های غیرمنطقی در تربیت فرزندان، پی

نبردن به نیازهای روانی فرزندان، نپذیرفتن تغییرات در نگرش‌های جوانان و تأکید بر روش‌ها و اعتقادات سنتی خود می‌شود که تمامی این مسائل موجب می‌گردند فرد نوعی احساس تنهایی و کمبود نماید و در نتیجه، در پی یافتن همدرد و همدل، به هر شخص و هر موادی روی آورد. غالب تحقیقات نشان می‌دهند که بیشتر معتادان، والدینشان بی‌سواد و کم‌سوادند. «پدر ۶۴ درصد معتادان و مادر ۸۳ درصد آن‌ها بی‌سواد می‌باشند و علاوه بر آن، ۵۱ درصد معتادان خود بی‌سواد بوده‌اند و یا دارای تحصیلات قدیمی و ابتدایی هستند. همچنین ۴۰ درصد همسران ایشان نیز بی‌سواد بوده‌اند.»

فقر خانواده

فقر و انحرافات اجتماعی از جمله پدیده‌هایی هستند که به نظر بسیاری از صاحب‌نظران باهم مرتبط می‌باشند. آنان پدیده‌های مزبور را در دو طبقه خرد و کلان تبیین کرده‌اند. در سطح خرد، فقر را معلول ویژگی‌ها و استعداد‌های فردی شخص می‌دانند و عواملی همچون ضعف جسمانی و اختلالات روانی و بی‌استعدادی را از جمله مواردی می‌دانند که در رابطه با ایجاد فقر مؤثرند؛ اما در سطح کلان، فقر و انحرافات هر یک معلول تلقی شده، در یک چرخه علی و معلولی قرار می‌گیرند. بر اساس این‌گونه تبیین‌ها، مشخص می‌شود که در سطح نهادها، سازمان‌ها، روابط اجتماعی و خصایص ساختاری جامعه مشکلی وجود دارد و سبب ایجاد یک معضل در جامعه شده است.

تحقیقات و پژوهش‌ها در عین حال که مؤید وجود رابطه مستقیم بین فقر و انحرافات نیست، اما وجود همبستگی میان آن دو را تأیید می‌نماید. بر این اساس، فقر به‌عنوان یکی از مسائل اجتماعی، در وقوع انحرافات و افزایش میزان آن، به‌ویژه در زمینه جرائم زنان، اعتیاد و سرقت تأثیرگذار است. در رویکرد دینی نیز این همبستگی میان فقر و انحرافات اجتماعی مورد تأیید است، بر این اساس، فقر انگیزش روی‌آوری به کجروی را افزایش می‌دهد. همچنان که رفاه طلبی و ثروتمند بودن در گرایش فرد به‌سوی انحرافات اجتماعی، انگیزه‌ای بسیار قوی است. همان‌گونه که فقر می‌تواند فرد را به‌سوی قاچاق مواد مخدر و اعتیاد بکشانند، خود نیز یکی از عواقب اعتیاد است، یعنی رابطه‌ای دوسویه بین فقر و اعتیاد وجود دارد، به‌گونه‌ای که هرگاه فرد فقیر به دلیل مشکلات مالی به اعتیاد روی آورد، اعتیاد باعث فقر هر چه بیشتر او می‌شود، زیرا از سویی، مصرف مواد مخدر نیازمند به‌صرف هزینه است و از سوی دیگر، فرد معتاد ضعیف شده است و اراده کار کردن ندارد. آمارهای موجود تأییدکننده ارتباط بین اعتیاد و فقر می‌باشند. به‌عنوان نمونه، بر طبق آمارهای ۱۳۷۱ - ۱۳۷۷ انجام گرفت، این نتیجه به دست آمد که بین تغییرات نسبت خانواده‌های زیرخط فقر نسبی و تعداد دستگیرشدگان مرتبط با مواد مخدر همبستگی بالایی وجود دارد.

ستیزه والدین

خانواده، حریم امن و آرامش است. ستیزه و اختلاف در خانواده از علل مهم گرایش افراد به ناهنجاری‌ها و اعتیاد است. افراد پرورش‌یافته در خانواده نابسامان و ازهم‌گسیخته زمینه‌های بیشتری در گرایش به انحراف و اعتیاد دارند. طبق یافته‌های تحقیقی ۴۴ درصد بزه‌کاران جامعه ما در خانواده‌های لابیالی زندگی می‌کنند. همچنین در پژوهش دیگری نشان داده شده است که ۸۲ درصد معتادان، ستیزه‌های خانوادگی را در فرار فرزندان و روی آوردن به اعتیاد مؤثر می‌دانند. زمانی که محیط خانواده، محیط مناسبی برای زندگی نباشد، فرد سعی می‌کند بیشترین وقت خود را در خارج از خانه صرف نماید و این کار، ارتباط افراد را با شکارچینی که به دنبال شکار می‌گردند مهیا می‌سازد. باید توجه داشت که هر قدر ستیزه‌های خانوادگی بیشتر باشد، احتمال کشش افراد به طرف مصرف مواد مخدر و دیگر انحرافات اجتماعی بیشتر است (شاکرمی، ۱۳۶۸).

علل اجتماعی

از آن رو که انسان طبعاً موجودی اجتماعی است و برای زندگی کردن نیاز به حضور در اجتماع دارد، با یکسری علل اجتماعی روبه‌رو می‌گردد که برخی از آن‌ها در گرایش فرد به اعتیاد مؤثرند. برخی از علل اجتماعی که در گرایش به سوی اعتیاد زمینه‌ساز و مؤثر می‌باشند عبارت‌اند از:

الف: دسترسی آسان به مواد مخدر

در دسترس بودن مواد مخدر علتی است که به همراه علل دیگر زمینه گرایش فرد را به اعتیاد ایجاد می‌نماید، به‌گونه‌ای که اگر در فرد زمینه کج‌روی وجود داشته باشد و مواد مخدر به‌آسانی در دسترس او قرار گیرد، از مصرف و توزیع آن دریغ نمی‌نماید. دسترسی به مواد مخدر به عوامل گوناگونی بستگی دارد، از جمله: وضعیت جغرافیایی کشور، استان و محله جغرافیایی، نقش قوانین، نحوه اجرا و قاطعیت قوانین و برنامه‌ریزی‌های مسئولان برای مهار مواد مخدر.

ب: بیکاری و اعتیاد

عامل بیکاری به‌طور غیرمستقیم به گرایش فرد به سوی اعتیاد می‌انجامد. بیکاری از سویی، به فقر شخص و از سوی دیگر، سبب ایجاد بیماری‌های روانی، افسردگی، ضعف اعتماد به نفس و از بین رفتن امیدواری می‌شود که در نهایت، به اعتیاد شخص منجر می‌گردد. فرد به دلیل بیکاری و نداشتن درآمد آبرومند به خرید و فروش مواد مخدر روی می‌آورد و برای خود شغلی کاذب ایجاد می‌نماید. یکی از نتایج اشتغال، فقدان فرصت برای ارتکاب جرم است. بیکاری منجر به افزایش اوقات فراغت فرد می‌شود و چنانچه برای اوقات فراغت افراد برنامه‌ریزی‌های منطقی و مناسبی اتخاذ نشده باشد زمینه گرایش به اعتیاد برای آنان مهیا می‌شود، چراکه در این فرصت فرد با منحرفان و معتادان آشنا می‌گردد و به آن‌ها می‌پیوندد. پس می‌توان نتیجه گرفت که بیکاری یک عامل زمینه‌ای است که می‌تواند در کنار عوامل دیگر، مانند فقر، موجب روی‌آوری فرد به سوی اعتیاد گردد.

ج: نابرابری‌های اقتصادی و اجتماعی

نابرابری‌های اقتصادی، اجتماعی جنبه‌های وسیعی دارد، که نابرابری‌ها در توزیع منابع مادی، نابرابری در قدرت، نابرابری در حیثیت، نابرابری‌های جنسی و نژادی را شامل می‌شود. عامل نابرابری به‌طور مستقیم منجر به اعتیاد فرد نمی‌گردد، اما می‌تواند زمینه‌ساز فقر و مشکلات عاطفی گردد. از این‌رو، به‌طور غیرمستقیم عاملی در گرایش افراد به اعتیاد مواد مخدر محسوب می‌شود. اختلاف طبقاتی در هر جامعه، به بی‌ایمانی بیشترین افراد آن جامعه نسبت به شرایط اقتصادی موجود منتهی می‌شود. همین بی‌ایمانی نسبت به شناخت اجتماعی در گرایش به اعتیاد تأثیر بسزایی دارد. مطالعات اجتماعی نشان می‌دهند در کشورهایی که توزیع ثروت به‌صورت عادلانه صورت نمی‌گیرد، هرروز فقرا فقیرتر و اغنیا ثروتمندتر می‌شوند، فاصله طبقاتی فزونی می‌یابد و به علت عدم آموزش‌های اجتماعی و ضعف فرهنگی و فقدان احساس همبستگی ناشی از مادی‌گرایی و فردگرایی - که از ویژگی‌های جوامع در حال توسعه است - افراد قادر به هدایت درست ستیز علیه این بی‌عدالتی اجتماعی نیستند. در نتیجه، ارزش‌های اجتماعی فاقد اعتماد می‌شوند، نظارت اجتماعی سست می‌گردد و بزهکاری و تبهکاری عمومیت پیدا می‌کنند.

د: نقش محیط جغرافیایی و محل سکونت

نقش محیط جغرافیایی شهر، از جمله شهرهای مرزی که امکان انتقال مواد مخدر به راحتی صورت می‌گیرد و نیز محل سکونت در گرایش افراد به اعتیاد نقش بسزایی دارد. در مورد محل سکونت، این مسئله اهمیت دارد که غالب افراد معتاد در مناطق حاشیه‌ای و مناطق قدیمی که دارای کوچه‌های پرپیچ‌وخم و خانه‌های مخروبه است، زندگی می‌کنند. واقعیت این است که محیط‌های آلوده می‌توانند زمینه مساعد شکوفایی استعدادها را موجود در افراد برای ارتکاب به جرم و اعتیاد را ایجاد نمایند. در این‌گونه مناطق که اغلب مناطق فقیرنشین می‌باشند، امکانات رفاهی و مراکزی مانند سینما، پارک و امکانات رفاهی کمتر وجود دارند و جوانان برای گذران اوقات فراغت خود به اجبار به طرف اعتیاد کشانده می‌شوند. از سوی دیگر، غالباً این‌گونه مکان‌ها از طرف نیروی انتظامی کمتر نظارت می‌شوند. همچنین اغلب روستاییان و مهاجران خارجی در محله‌های قدیمی، شلوغ و مخروبه‌ها که از مراکز شهرها به دور هستند اسکان می‌یابند و به دلیل آنکه این افراد، اغلب شغلی ندارند و در بین مردم شناخته شده نیستند، خیلی راحت و بهتر می‌توانند به توزیع مواد مخدر و در نهایت، مصرف آن روی آورند.

ه: نقش دوستان ناباب

عضویت در گروه همسالان برای نخستین بار کودکان را در فرایندی قرار می‌دهد که بیشترین میزان جامعه‌پذیری به صورتی ناخودآگاه و بدون هرگونه طرح‌سنجیده‌ای در آن انجام می‌پذیرد. گروه همسالان برخلاف خانواده و مدرسه، کاملاً حول محور منافع و علائق اعضا قرار دارد. اعضای این گروه می‌توانند به جستجوی روابط و موضوع‌هایی بپردازند که در خانواده و مدرسه با تحریم مواجه است. تقریباً در ۶۰ درصد

موارد، اولین مصرف مواد به دنبال تعارف دوستان رخ می‌دهد. ارتباط و دوستی با همسالان مبتلا به سوءمصرف مواد، عامل مساعدکننده قوی برای ابتلای نوجوانان و جوانان به اعتیاد است. مصرف‌کنندگان مواد برای گرفتن تأیید رفتار خود از دوستان سعی می‌کنند آنان را وادار به همراهی با خود نمایند. نظریه هم‌نشینی افتراقی مؤید این دلیل است. در این نظریه، کج‌روی و انحراف اجتماعی ناشی از آن است که فرد رفتار نابهنجاری را در خلال فرایند جامعه‌پذیری و یادگیری فراگرفته و آن را از طریق همانندسازی یا درونی کردن ارزش‌ها، در درون خود جایگزین کرده است و به‌صورت رفتار بروز می‌دهد. در این تحلیل، خانواده، دوستان و گروه همسالان بیشترین نقش را بر عهده‌دارند.

گروه همسالان، بخصوص در شروع مصرف سیگار، بسیار مؤثرتر است. بعضی از دوستی‌ها صرفاً حول محور مصرف مواد شکل می‌گیرد. در پایان می‌توان به عواملی چند در گرایش به اعتیاد اشاره کرد که به دلیل ضیف مجال توضیح آن‌ها امکان‌پذیر نیست:

- نقش توسعه صنعتی و مهاجرت و حاشیه‌نشینی.
- نقش ضعف اجرای قوانین و مقررات.
- نقش بی‌سوادی و عدم آگاهی فرد.
- نقش زندان و عدم تأثیر آن.
- نقش وسایل ارتباط جمعی (دانش، ۱۳۸۹).

عوامل مؤثر در تجربه مصرف مواد

الف: دسترسی

هر چه دسترسی به مواد راحت‌تر باشد احتمال مصرف آن در جامعه بیشتر می‌شود.

ب: قیمت

مصرف مواد به‌طور کلی تحت تأثیر قیمت است. این تأثیر هم در مصرف‌کنندگان دچار وابستگی و هم به میزان کمتر در مصرف‌کنندگان غیر وابسته دیده می‌شود. دسترسی و قیمت می‌توانند مستقل از یکدیگر عمل کنند.

ج: پذیرش اجتماعی و عوامل فرهنگی

عوامل فرهنگی و اجتماعی که شامل عقاید در مورد آثار مواد نیز می‌شود، تأثیر زیادی روی الگوهای مصرف مواد دارد. این عوامل عمیقاً روی میزان دسترسی به مواد غیرقانونی تأثیر می‌گذارند. در برخی مناطق شهری که تعداد فراوانی از مصرف‌کنندگان مواد غیرقانونی زندگی می‌کنند، نوعی خرده‌فرهنگ (subculture) به وجود آمده است که تجربه و تداوم مصرف مواد را حمایت می‌کند.

د: فشار همسالان

رفتار گروه هم‌سن‌وسال از عوامل مهم پیدایش رفتار در گروه سنی نوجوان و جوان محسوب می‌شود. لذا چنانچه مصرف مواد در برخی اعضای این گروه سنی دیده شود احتمال شروع مصرف در دیگر اعضا بیشتر می‌شود.

ه: قوانین:

وجود قوانین سهل‌انگارانه در مورد مواد ممکن است منجر به افزایش احتمال اولین تجربه گردد. البته نقش قانون نسبت به عوامل یادشده در بالا کم‌رنگ‌تر است.

این عوامل گاهی در تضاد با دیگر عوامل عمل می‌کنند؛ مثلاً در اواخر دهه ۸۰ میلادی که آگاهی عمومی از عوارض نامطلوب الکل افزایش یافت، مصرف الکل کاهش یافت اگرچه میزان دسترسی بیشتر شده بود و قیمت آن نیز کاهش یافته بود و نگرش منفی به الکل نوشی در بانوان نیز کمتر شده بود. در دهه ۸۰ میلادی همین اتفاق در مورد حشیش نیز رخ داد. بدون آن که قوانین نسبت به مصرف حشیش تغییر کند و یا قیمت آن گران‌تر شود، مصرف این ماده کاهش یافت. برخی محققان این کاهش مصرف را ناشی از تغییر برداشت‌ها در مورد حشیش و آگاهی از آثار مخرب آن بر سلامتی می‌دانند؛ اما در دهه ۹۰ میلادی که این تلقی منفی نسبت به حشیش کمتر شد، مصرف آن رو به افزایش گذاشت (وزیریان و همکاران، ۱۳۸۴).

عوامل مؤثر در تداوم مصرف مواد

الف: اثر اعتیادآوری ماده

مهم‌ترین عامل تداوم مصرف، تأثیری است که مواد بر مغز می‌گذارند. این امر خود را به‌صورت پدیده تحمل و ترک نشان می‌دهد.

ب: آسیب‌پذیری فردی

برخی افراد استعداد بیشتری به وابستگی به مواد دارند. این امر ممکن است جنبه ژنتیکی داشته باشد. مثلاً برخی افراد سریعاً به آثار ناراحت‌کننده مواد تحمل می‌یابند و لذا راحت‌تر می‌توانند میزان مصرف خود را افزایش دهند و به نشئگی برسند. لذا احتمال وابستگی و تداوم مصرف در آن‌ها بیشتر است. برعکس در برخی دیگر آثار ناراحت‌کننده مواد مثل گرگرفتگی ناشی از الکل تداوم می‌یابد و لذا کمتر احتمال دارد مصرف مواد را ادامه دهند و در نتیجه خطر وابستگی کمتری دارند. عوامل شخصیتی نیز در گرایش افراد به‌سوی مواد نقش دارند.

ج: عوامل محیطی و اجتماعی

عوامل فرهنگی و اجتماعی که در قسمت پیشین ذکر شد ممکن است در تداوم مصرف نیز نقش داشته باشند (وزیریان و همکاران، ۱۳۸۴).

طبقه‌بندی کلی مواد مخدر

امروزه طبقه‌بندی‌های متعددی برای این دسته از داروها به انجام رسیده است که یکی از بهترین طبقه‌بندی‌ها، طبقه‌بندی سازمان پیشگیری از سوء مصرف مواد و بیماری‌های روانی^۱ است که انواع مواد سوء مصرفی را به ۴ دسته تقسیم نموده‌اند:

۱. مخدرها: مواد سوء مصرفی این گروه آگونیست نمونه‌وار گیرنده افیونی هستند که در نمای کلی اثرات ذهنی مشابهی دارند مانند: تریاک، مرفین، هروئین، کوکائین و کراک.
۲. محرک‌ها: باعث افزایش کارکرد سیستم اعصاب مرکزی شده و انرژی، خلق و روحیه را بالا می‌برند.
۳. توهم‌زاها: باعث تغییرات شدید خلقی و بروز افکار ترسناک می‌شود.
۴. ضعیف‌کننده‌های سیستم اعصاب مرکزی (دفتر هماهنگی و نظارت بر امور درمانی و بازتوانی، ۱۳۸۲).

انواع مواد مخدر

انواع مواد مخدری که از برگ و گل میوه و ساقه و ریشه گیاهان و یا از طریق شیمیایی و صنعتی تهیه می‌گردد، بی‌شمارند. لیکن در این مبحث به تعدادی از مشهورترین این مواد که از سایرین مهم‌تر بوده و جمع کثیری از مردم جهان و ایران به آن‌ها معتاد هستند، اشاره می‌گردد.

۱ تریاک

تریاک^۲ قدیمی‌ترین و مشهورترین ماده مخدر است که در لوح‌های سومری متعلق به ۳ یا ۴ هزار سال پیش از میلاد مسیح، مطالبی پیرامون گیاه تریاک نوشته شده و آن را گیاه شادی بخش نامیده‌اند. متون آشوری، مصری و یونانی در مورد استفاده از تریاک در زمان‌های قدیم مطالب بسیاری دارند. در کتاب ادیسه هومر آمده است که النا همسر شاه منلانو، شربتی به تلماکو که از جستجوی بی حاصل پدر غمگین بود، داد. هرودوت، ارسطو و هیپوکرات در کتاب‌هایشان از تریاک بسیار سخن گفته‌اند. زنان مصری از شربت تریاک برای فرونشاندن خشم و تسکین غم استفاده می‌کرده‌اند. از زمان ارسطو تا ویرژیل شاعر رومی و دیگر نویسندگان یونان و روم، همواره از خشخاش و تریاک سخن گفته شده است و صحبت از آن در قرون وسطی نیز ادامه یافت. برخی مطالعات نشان می‌دهد که این ماده در قرن هشتم میلادی در هند رایج شده و عده‌ای عقیده دارند که سابقه استفاده از آن در هند به ۱ قرن قبل از لشکرکشی اسکندر مقدونی می‌رسد.

تریاک به شکل ماده‌ای قهوه‌ای تیره رنگ به صورت دلمه شده مانند پلاستیک وجود دارد. تریاک شیرهی الکالوئید داری است که از تیغ زدن گرز خشخاش و لخته شدن شیره خشخاش نارس به دست می‌آید. تخمدان

^۱.The substance abuse and mental health service administration(Samhsa)

^۲.opium

حاوی دانه‌های خشخاش، بیضی شکل است که گلبرگ‌های صورتی رنگ دارد. وقتی این گلبرگ‌ها رو به پژمردگی می‌رود، با تیغ زدن تخمدان نارس، عصاره شیرین رنگی شروع به تراوش می‌کند که در مجاورت هوا به صورت دلمه شده و پس از گذشت یک شبانه روز به رنگ قهوه‌ای و گاهی سیاه در می‌آید و به حالت صمغی چسبیده بر جدار خارجی تخمدان باقی می‌ماند که آن را تراشیده و جمع آوری می‌کنند. خشخاش را در انگلیسی پوپی^۱ و در فارسی کوکنار و صمغ جمع‌آوری شده را تریاک می‌نامند که از تریاکا که از زبان یونانی گرفته شده، و در عربی افیون، ابیون، تریاق و دریاق گفته می‌شود (اختر محقق، ۱۳۸۵).

تریاق و مشتقات آن که امروزه در طب، تحت عنوان اویپوئیدها مورد بحث قرار می‌گیرند، از گذشته دور از داروهای موثر و پرمصرف در پزشکی بوده است. همچنین دانشمندان طب سنتی ایران به کاربردهای درمانی، عوارض جانبی، اعتیاد به تریاک و روش‌های ترک آن آشنا بوده‌اند. در ایران، استفاده از تریاک از چند هزار سال پیش به عنوان ماده دارویی و شفابخش رایج بوده است و از حدود قرن دهم هجری قمری، مصرف آن به صورت قهوه خانه‌ای و خانه‌ای گسترش پیدا کرد و مورد سوء مصرف قرار گرفته است (نظری، ناصری، مکری، غفاری، دولتی و کمالی نژاد، ۱۳۹۰).

نحوه مصرف تریاک دارای انواعی به شرح زیر است:

۱. شیوه مصرف به صورت تدخینی با دستگاه بافور و سیخ.
 ۲. به وسیله قلیانی دست ساز و کوچک که اغلب سوءمصرف کنندگان خود اقدام به ساخت آن می‌کنند.
 ۳. به صورت خوراکی که معمولاً آن را در چای غلیظ حل کرده و مصرف می‌کنند (اختیاری، ۱۳۸۸).
- از نظر اجتماعی، اگرچه معتادان سنتی به تریاک در هر نقطه کشور همچنان به فعالیت خود اجباراً ادامه می‌دهند، ولی از هم پاشیدگی خانواده در اغلب موارد نتیجه اولیه این نوع اعتیاد محسوب می‌شود. مصرف مزمن داروهای مخدر توسط مادر در حین حاملگی که شامل تریاک باشد، برای جنین مضر است و سبب دیسترس داخل رحمی و کم وزنی نوزاد هنگام تولد و گاهاً موجب مرگ جنین می‌شود و در مواردی که مادر حامله‌ی معتاد، تمایل و سعی در ترک اعتیاد را دارد، بایستی سقط زودرس را انجام داد. مصرف بیش از حد، موجب اختلالات سیستم تنفسی گردیده و تنفس به کندی و آهستگی صورت می‌گیرد و در نهایت احتمالاً به مرگ منجر می‌شود. مصرف تریاک همراه با الکل، می‌تواند خطرآفرین باشد (اختر محقق، ۱۳۸۵).

۲ مرفین

در سال (۱۸۰۴)، اولین الکلوئید شناخته شده تریاک را مرفین^۲ نامگذاری کردند که از کلمه مورفئوس خدای رویای یونان باستان مشتق شده بود. مرفین ماده‌ی مؤثر و جزء اساسی تریاک بوده و ۷ تا ۱۴ درصد آن را تشکیل می‌دهد. به طور متوسط، از هر ده کیلوگرم تریاک، یک کیلوگرم مرفین تهیه می‌شود. مرفین به صورت

^۱. poppy

^۲. morphin

گرد سفید یا کرم و گاهی قرمز آجری و مایع بدون رنگ وجود دارد. طعم آن تلخ و بویی تند و زننده دارد. مرفین یکی از قوی‌ترین و قدیمی‌ترین داروهای خواب‌آور است. چنانچه مرفین را در آزمایشگاه‌های مجهز، از تریاک استحصال نمایند، پودر سفید رنگی به دست می‌آید. مرفین به دو صورت مایع و پودر مصرف می‌گردد و در جوامع صنعتی مصرف آن توسط جوانان زیاد است. از سال (۱۸۵۰) که سرنگ‌های تزریقی زیرپوستی به بازار آمد، استفاده از آن گسترش بیشتری پیدا کرد. مرفین از تریاک استخراج می‌شود و یا مستقیماً از ساقه خشخاش به دست می‌آید و به صورت پودری کریستالی به رنگ قهوه‌ای روشن و یا سفید می‌باشد. مرفین به اشکال قرص، کپسول، پودر یا محلول عرضه می‌شود و از طریق خوراکی، کشیدن از راه مجاری تنفسی و تزریق زیر پوستی و داخل سیاهرگی مورد استفاده قرار می‌گیرد (اختر محقی، ۱۳۸۵).

این ماده در حالت خالص نرم یا ورقه‌ای و به رنگ سفید تا زرد کم‌رنگ می‌باشد. همچنین مرفین به صورت آمپول‌های ۱۰ و ۲۰ میلی گرمی مورد مصرف پزشکی قرار می‌گیرد. به صورت زیرپوستی، داخل عضلانی و داخل وریدی نیز مصرف می‌شود (بواله‌ری، ۱۳۸۴). همچنین خاصیتی ضد درد دارد که باعث تسکین درد در بیماران می‌شود (ابراهیمی مقدم، ۱۳۹۰).

۳ هروئین

هروئین^۱ که نام شیمیایی آن دی استیل مرفین است، با عمل تقطیر از مرفین استخراج می‌شود و قدرت مسموم‌کنندگی آن پنج برابر مرفین است. همچنین این ماده بسیار قوی و تأثیرگذار بوده و مقدار کم آن هم تأثیری شدید را به دنبال دارد (یارمحمدی و قنادی، ۱۳۸۹). از هر یک کیلوگرم مرفین، ۹۰۰ گرم هروئین به دست می‌آید که ۳ تا ۵ برابر قوی‌تر از مرفین بوده و از راه استنشاق و یا تزریق زیرپوستی و با خوراکی به مصرف می‌رسد. اگرچه هروئین خواب‌آوری کمتری دارد، اما قدرت مسموم‌کنندگی آن پنج برابر مرفین است. هروئین پودر کریستالی سفید رنگی است که در سال (۱۸۷۴) کشف شد (اختر محقی، ۱۳۸۵). هروئین به دو شکل خالص و ناخالص وجود دارد. نوع ناخالص آن از مواد مخدر (کافئین، کدئین، هروئین و مونو استیل مرفین) و غیر مخدر (پودر گلوکز، شیرخشک، پودر بی‌کربنات و گرد آجر) تشکیل شده است.

۴ حشیش

حشیش^۲، سرشاخه‌های گل‌دار پایه‌های ماده گیاه شاهدانه هندی می‌باشد که به رنگ سبز مایل به قهوه‌ای است. بیشتر با توتون سیگار مخلوط و سپس دود می‌کنند. این ماده به صورت خوراکی همراه با برخی غذاها نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد. برخی نیز با استفاده از چپق به مصرف حشیش مبادرت می‌کنند. فردی که حشیش مصرف کرده است، دارای چشمانی قرمز، سرخوشی، گیجی و بی‌توجهی به اطراف، افزایش ضربان قلب، گشاد

^۱. heroin

^۲. hashish

شدن رگ‌های عروقی سطح بدن، احساس گرما، خشکی دهان، ضعف عضلانی، لرزش خفیف و عدم تعادل در راه رفتن را دارد (اختر محقق، ۱۳۸۵). حشیش با نام های جرس، گرس، علف، بنگ و ماری جوانا از نوعی شاهدانه هندی به نام کانابیس گرفته می‌شود. کاربرد نام‌های مختلف برای حشیش بر حسب چگونگی مصرف و مقدار آن است (ابراهیمی مقدم، ۱۳۹۰).

حشیش دروازه ورود به دنیای سایر مواد مخدر بخصوص کوکائین به حساب می‌آید مصرف این دارو به صورت خوراکی از طریق نوشابه و یا کشیدنی همراه با توتون، سیگار، چپ و پیپ است. حشیش از موادی است که پس از مصرف به سرعت و فوری توسط شش‌ها جذب خون شده و مغز و سایر اعضای بدن منتقل می‌شود. این ماده از موادی است که بر سیستم اعصاب اثر گذاشته و شخص را دچار توهم می‌نماید. مصرف‌کننده حشیش ممکن است با مصرف حشیش حالت‌های مختلفی بر او عارض گردد که از آن جمله می‌توان به حالت توهم‌زایی، اقدام به اعمال ددمنشانه و جنون‌آور، ایجاد اشتباهی کاذب و میل شدید به مصرف غذا و همچنین خواب عمیق اشاره نمود (ارفع، ۱۳۸۲).

۵ کوکائین

کوکائین^۱، آلکالوئیدی است که از برگ‌های درخت کوکا استخراج می‌شود. این ماده به صورت منشورهای کوچک متبلور می‌شود و بسیار کم در آب محلول می‌شود ولی در الکل و اتر کاملاً حل می‌شود. برگ گیاه اریتروکسپلون کوکا از دوران باستان در آمریکای جنوبی برای مراسم مذهبی، جادویی، اجتماعی، شادی آوری و پزشکی (اغلب به طور قابل توجهی برای افزایش تحمل، بالا بردن احساس خوب شدن، کم کردن خستگی و بالا بردن قوای جسمی، ایجاد سرخوشی و کم کردن گرسنگی) مصرف می‌شد. همچنین کوکائین در دمای ۸۹ درجه سانتیگراد ذوب می‌شود. املاح آن در پزشکی استفاده می‌شود و از مهمترین آن‌ها کلریدرات کوکائین است. کوکائین همچنین یک بی حس‌کننده موضعی ضد درد می‌باشد و بیشتر در چشم پزشکی جهت بی حس کردن قرنیه کاربرد دارد (رحیمی خواه، ۱۳۸۵).

کوکائین پودر سفید رنگ، نرم و کریستالی با طعم تلخ است که اغلب با پودر تالک یا ملین‌ها با شکر مخلوط می‌شود. معمولاً به صورت استنشاق، تزریقی، خوراکی یا دود کردن مصرف می‌شود. دود معمولی آن برای استنشاق ۳۰ تا ۱۰۰ میلی گرم است و ۱۰ تا ۲۵ میلی گرم آن برای تزریق استفاده می‌گردد. کوکائین نوعی بی حس‌کننده موضعی است و به ندرت برای اعمال جراحی استفاده می‌شود. اثرات آن پس از مصرف شامل افزایش ضربان قلب، نبض، تنفس، درجه حرارت بدن، فشار خون، گشادی مردمک چشم، پریدگی رنگ، کاهش اشتها، تعرق شدید، تحریک و هیجان، بیقراری، لرزش به خصوص در دست‌ها، توهمات شدید حسی، عدم هماهنگی حرکات، گیجی، درد پا، فشار قفسه سینه، تهوع، تیرگی بینایی، تب، اسپاسم عضله، تشنج و مرگ می‌باشد (اختر محقق، ۱۳۸۵).

¹. Cocaine

۶ کراک

کراک^۱ که یکی دیگر از مواد صنعتی جدید است، در ایران از هروئین خالص ساخته می‌شود و با کراک واقعی موجود در دیگر نقاط جهان که از مشتقات کوکائین است تفاوت دارد. مصرف راحت، بی بویی و سریع الاثر بودن از دلایل شیوع این ماده می‌باشد. عوارض مصرف کراک علاوه بر تشنگی، عصبانیت، پرخاشگری شدید، تهوع و استفراغ است. شخص مصرف کننده در زمان نرسیدن مواد قابل کنترل نیست و رفتارهای بسیار پرخطری از او سر می‌زند که قابل پیش بینی نمی‌باشد. این عوارض، ناهنجاری‌های عدیده و مسأله سازی را در سازگاری فرد، به خصوص سطح سازگاری اجتماعی و روابط بین فردی و گروهی وی ایجاد می‌کند. از این رو اعتیاد به کراک را جزء اعتیادهای مقاوم و ضعیف کننده می‌دانند (درتاج، شکبیا و شکبیا، ۱۳۹۲).

۷ بنگ ۲، گانجا ۳، چرس ۴

این سه ماده همگی از مشتقات گیاه شاهدانه هستند با این تفاوت که بنگ از برگ‌های مسن تر فوقانی گیاه شاهدانه ساخته می‌شود و گانجا را از گل‌های خشک شده فوقانی گیاه ماده شاهدانه که بدون کود کشت می‌شود تهیه می‌کنند. همچنین از چرس ماده صمغی فوقانی گیاه ماده شاهدانه، پس از مالیدن و سابیده شدن به دست می‌آید. به‌طور کلی چرس از گانجا و گانجا از بنگ قوی تر است (حسینی، ۱۳۸۵).

۸ شیشه

شیشه یا مت آمفتامین کریستال شده، یک ترکیب محرک از خانواده مواد آمفتامینی است که در آزمایشگاه‌های صنعتی ساخته می‌شود و در چند سال اخیر رواج زیادی در بین جوانان ایرانی پیدا کرده است. معمولاً مصرف مت آمفتامین وابستگی جسمی و روانی شدیدی در فرد ایجاد می‌کند. به طوری که شخص پس از چند بار مصرف، میل شدیدی برای مصرف مجدد آن پیدا می‌کند (اختیاری، ۱۳۸۸). مصرف کوتاه مدت مت آمفتامین موجب افزایش انرژی، چابکی زیاد و احساس سرخوشی، توهم حسی، پرحرفی، گشادی مردمک چشم، هیجان و بی قراری، رعشه و لرزش، تصورات و خیالات باطل، افزایش ضربان قلب، افزایش تپش و فشار خون، عرق کردن و از دست دادن اشتها می‌گردد و مصرف بلند مدت آن باعث ایجاد روان پریشی‌های عمده می‌گردد (کیانی، شاملو و صادقی، ۱۳۹۰).

¹. crack
². Bhang
³. Ganga
⁴. Charas

۹ اکستازی^۱

اکستسی، یکی از فرآورده‌های متا آمفتامین‌ها می‌باشد که منجر به آسیب سلول‌های مغزی می‌شود (لیچتی، ساور، گاما و هیل^۲، ۲۰۰۰). محرک روانی ۳ و ۴ منیل دی اکسی مت آمفتامین، یک آمفتامین مشتق شده است که به طور وسیعی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این ماده به اشکال قرص، پودر، کپسول و برچسب‌های پوستی و همچنین به شکل تزریقی آن نیز موجود است، اما در اغلب موارد شکل خوراکی آن مصرف می‌شود. قرص‌های موجود در بازار دارای درصد زیادی ناخالصی است که متابولیسم بدن را به شدت افزایش می‌دهند (دلآوری هروی، احمدی و سیستانی، ۱۳۸۶).

۱۰ متادون

متادون از مشتقات تریاک است و اثرات آن شبیه مرفین است. متادون به صورت شیمیایی تهیه می‌شود و قدرت آن دو برابر مرفین است. این دارو ابتدا برای ترک هروئین به کاررفته شد ولی متأسفانه در سال‌های اخیر مصارف غیرپزشکی آن به طور فاحشی افزایش یافته و سبب بروز مشکلات فراوانش گردیده است (اورنگ، ۱۳۶۷). این دارو در جنگ جهانی دوم برای تسکین درد مجروحان و به عنوان جایگزین مرفین ساخته شد و اگرچه خود یک ماده مخدر قوی است ولی مدتی است از آن به عنوان داروی ترک اعتیاد استفاده می‌شود.

۱۱ ریتالین

منیل فنیدیت که بیشتر به نام تجاری آن، ریتالین شناخته می‌شود، از مشتقات گروه آمفتامین‌ها است که برای درمان بیش فعالی، نشانه‌های نارکولپسی و برخی از مبتلایان به افسردگی تجویز می‌شود. از این دارو همچنین در درمان خواب آلودگی مزمن در میان افراد میانسال و کهنسال استفاده می‌شود (دارونامه رسمی ایران، ۱۳۸۴، به نقل از بوالهروی، ۱۳۸۴). مصرف بدون نسخه ریتالین سبب سندروم ترک در بیماران می‌شود که علایمی همچون دردهای عضلانی، خواب آلودگی و افسردگی را به دنبال دارد (دفتر هماهنگی و نظارت بر امور درمان و بازتوانی، ۱۳۸۲).

۱۲ ال اس دی

در قدیم خیلی اتفاق افتاده که آردها خاصیت توهم‌زایی پیدا می‌کردند که این آثار به ارواح خبیثه نسبت داده می‌شد. بعدها متوجه شدند که نوعی آفت مزارع گندم در این قضیه دخیل است و ال اس دی از آنجا گرفته شده است. این ماده را از کپک انگل چاودار و سایر غلات می‌گیرند. این ماده خاصیت توهم‌زایی شدیدی دارد و ضمناً امروزه از طریق شیمیایی نیز ساخته می‌شود (ابراهیمی مقدم، ۱۳۹۰).

¹. Ecstasy

². Lechti, Saur, Gamma, & Hell

۱۳ مسکالین

مسکالین یا همان کاکتوس مسکال، یک کاکتوس کوچک و بدون خار است که خاصیت توهم زایی دارد. مسکالین ماده اصلی و فعال کاکتوس است که قرن‌هاست به عنوان دارویی جادویی برای درمان دردها مصرف می‌شود. در گذشته‌های دور، کاکتوس مسکال به عنوان بخشی از آیین‌های مذهبی، توسط بومیان شمال مکزیک و جنوب غرب آمریکا مصرف می‌شد. بخش فوقانی این کاکتوس که بالای سطح زمین قرار می‌گیرد و به آن تاج کاکتوس می‌گویند، از قسمت‌های دکمه‌مانند نامتقارنی تشکیل شده است که آن‌ها را از ریشه جدا کرده و سپس خشک می‌کنند. معمولاً این دکمه‌ها جویده یا در آب خیسانده می‌شوند که مایع حاصل از آن سکرآور است (بوالمهری، ۱۳۸۴).

۱۴ فن سکیلدین

این ماده در اواخر دهه (۱۹۵۰) به عنوان داروی بیهوشی ساخته شد، ولی به دلیل عوارض جانبی آن همچون روان‌آسفتگی و گم‌گشتگی مصرف آن در اواخر دهه (۱۹۶۰) به عنوان ماده مخدر، تحت سوء مصرف قرار گرفت و به نام سرنیلان و به عنوان یک داروی بیهوشی برای حیوانات، مورد مصرف قرار می‌گرفت (دفتر سلامت روانی-اجتماعی و مدارس، ۱۳۸۵).

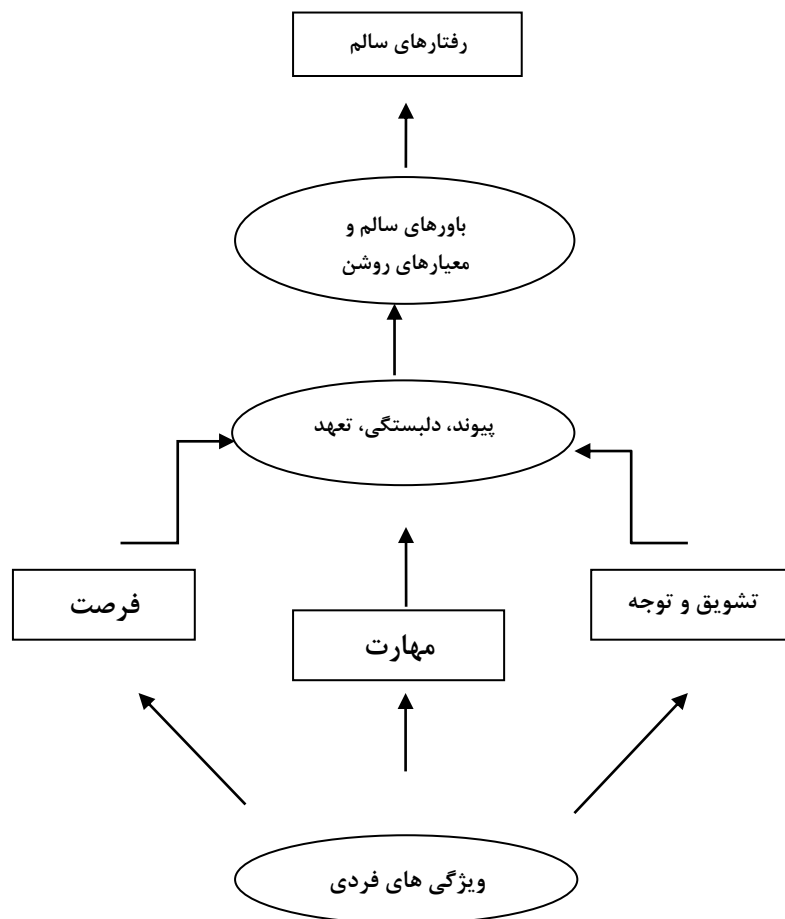
نظریه‌های سبب‌شناسی سوء مصرف مواد

در مورد علل سوء مصرف مواد مخدر، نظریات و مدل‌های مختلفی وجود دارند که هر کدام از این نظریات، اعتیاد و سوء مصرف مواد را از دیدگاه و مدل خود بررسی می‌کنند.

مدل‌های رشد اجتماعی: در مدل‌های رشد اجتماعی که توسط هاوکینز و ویس^۱ (۱۹۸۵) مطرح شده است، رفتارهای نابهنجار از جمله مصرف مواد را بر اساس پیوند اجتماعی تبیین می‌کنند. مدل‌های زیربنایی رشد اجتماعی، بر رشد اجتماعی و تعاملات اجتماعی فرد تأکید می‌کنند و تأثیری که خانواده، مدرسه و همسالان بر رفتار نوجوان دارند. اگر این تأثیر به صورت انحرافی و مخدوش باشد، فرد به سمت مواد مخدر شوق پیدا می‌کند (پترایتس، فلی و میلر^۲، ۱۹۹۵).

^۱. Hawkins & Weis

^۲. Petraitis, Flay, & Miller



شکل ۱-۲. مدل رشد اجتماعی (هاوکینز و ویس، ۱۹۸۵)

در مدل‌های سبب‌شناسی که جنبه‌های بوم شناختی سوء مصرف را بررسی می‌نمایند، مهمترین علت سوء مصرف مواد، فشار روانی، به ویژه فشار روانی مرتبط با بستر آموزشی- محیطی است. نوجوانانی که محیط خود را سخت و پر استرس ادراک می‌نمایند، از فعالیت‌های بهنجار زندگی گریزان شده و همسالان منحرف را به منزله مفری برای رهایی از فشار روانی انتخاب می‌کنند. در عین حال، سوء مصرف مواد نیز توسط آن‌ها تقویت می‌شود (کامپفر و ترنر^۱، ۱۹۹۱). در تبیین سوء مصرف مواد در دیدگاه‌های تلفیقی، عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف مواد را به صورت مجموعه‌ای از عوامل که در آغاز مصرف مواد نقش دارند، در یک مدل جامع شروع مصرف الکل، سیگار و سایر مواد، تلفیق کرده است. این عوامل را می‌توان بر اساس حیطه‌ها یا زمینه‌های مختلف گروه بندی کرد. این مدل نظری، عناصر و مؤلفه‌های اساسی چندین نظریه سبب شناسی مهم در زمینه مصرف مواد، از جمله نظریه یادگیری اجتماعی (بندورا^۲، ۱۹۷۷)، نظریه رفتار مشکل ساز (جسر و جسر^۳، ۱۹۷۷)، نظریه

¹. Kumpfer & Turner

². Bandura

³. Jesr

تحقیق خود (کاپلان، ۱۹۸۰)، نظریه ارتباطات متقاعد کننده^۱ (مک گوایر^۲، ۱۹۶۸) و نظریه‌های مربوط به گروه همسالان (اولینگ و بیوایس^۳، ۱۹۸۷) را در بر می‌گیرد (به نقل از طارمیان و مهریار، ۱۳۸۷). بر اساس مدل تلفیقی، مصرف الکل، سیگار و سایر مواد نتیجه تعامل پویای مجموعه‌ای از عوامل محیطی و فردی در نظر گرفته می‌شود که در آن همسالان، والدین و سایر عوامل اجتماعی در تعامل با آسیب‌پذیری‌های روان شناختی فرد به مصرف الکل، سیگار و سایر مواد منجر می‌شوند. به عنوان مثال، برخی افراد ممکن است تحت تأثیر تبلیغات رسانه‌ای که مصرف الکل، سیگار و سایر مواد را طبیعی یا فریبنده جلوه می‌دهند، به مصرف این مواد روی آوردند، در حالی که افراد دیگر تحت تأثیر اعضای خانواده یا دوستانی که مواد مصرف می‌کنند، یا باورها و نگرش‌هایی دارند که مصرف مواد را تایید می‌کند، شروع به مصرف مواد کنند و احتمالاً در مورد افرادی که از نظر روان‌شناختی آسیب‌پذیر هستند، به عنوان مثال دچار اضطراب اجتماعی، عزت‌نفس پایین، خودکارآمدی ضعیف و ناراحتی روانی هستند، بیشتر تأثیرگذار می‌باشند. مطابق مدل تلفیقی بوتوین، عوامل تلفیقی اجتماعی، روانی و زیستی، قوی‌ترین عوامل موثر در آغاز مصرف الکل، سیگار و سایر مواد هستند. مزیت اصلی این مدل سبب شناسی آن است که علاوه بر سازمان دادن عوامل مرتبط با شروع مصرف مواد، به مفهوم سازی سطح بالقوه مداخله برای پیشگیری از مصرف مواد نیز کمک می‌کند (بوتوین^۴، ۲۰۰۰).

نظریه ژنتیکی

در بحث ژنتیک باید با این اظهار نظر شروع شود که هم عوامل ژنتیکی و هم محیطی، تجلی نهایی یک اختلال مصرف مواد روان‌گردان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. در واقع صفحات بسیار اندکی، در صورت وجود، ندرتاً به وسیله عوامل ژنتیکی یا محیطی تعیین می‌شوند. مطالعه‌ی نقش ژنتیک در سوءمصرف، معطوف به تأثیر نسبی وراثت است. امکان وجود زمینه‌ی ژنتیکی در مورد سایر اشکال سوء مصرف مواد تنها به تازگی مورد بررسی قرار گرفته است. مطالعات انسانی آشکارا نشان داده‌اند که خطر سوءمصرف الکل و احتمالاً سایر مواد ژنی است. از مطالعات حیوانی برای تحلیل جنبه‌های خاصی از زمینه‌ی ارثی استفاده می‌شود. سوء مصرف مواد، نشانگان رفتاری پیچیده‌ای است و احتمالاً از مکانیسم‌های ژنتیکی متعددی تأثیر می‌پذیرد (داجن و دبلیو^۵، ۱۳۸۳).

نظریه روان‌پویشی

نظریه‌های روان‌پویشی بر جنبه‌های لیبیدویی سوء مصرف همچون ارضای سائق لذت، لذت‌گرایی و دستیابی به حالت‌های بازگشتی تاکید می‌کردند. این مفهوم پردازی‌ها از سوء مصرف مواد همگام با علائق گسترده‌تر در حوزه روان‌شناختی "نهاد" شهوت دهانی و نقش سابق‌ها در تعیین رفتار است. در حال حاضر تصور بر این است که سوءمصرف مواد در نقش کارکردهای دفاعی و انطباقی نامناسب و نابه‌جا عمل می‌کند. سوءمصرف مواد، تلاش

¹. persuasive communications theory

². Mc Guire

³. Avtyling & Byvays

⁴. Botvin

⁵. Dajeen & Dabilow

برای مقابله با عواطف و جهان خارج، به ویژه دنیای شیء را بازنمایی می‌کند. برای مثال سوءمصرف مواد به عنوان ایفاکننده‌ی نقش دفاع عاطفی تصنعی در نظر گرفته می‌شود. در مورد سوءمصرف‌کنندگان مواد، عواطف معمولاً کلی، نامتمایز و پیش‌کلامی می‌باشند، به طوری که تجربه عواطف، بدنی و توان‌گاه می‌شوند. تجربه‌ی بدنی جان‌گاه عواطف، منجر به میل و اشتیاق به مواد در کسانی می‌شود که ناتوان از تحلیل بیان و کنترل احساسات خود هستند. شرایطی که از آن به عنوان الکسی تایمی یاد می‌شود. نظریه‌های فعلی روان‌پویشی سوءمصرف مواد در باورهای زیر مشترک هستند:

۱- سوءمصرف مواد به عنوان نشانه‌ای از آسیب روانی اساسی تر تلقی می‌شود.

۲- دشواری در کنترل عاطفه به صورت یک مشکل هسته‌ای در نظر گرفته می‌شود.

۳- روابط شیء آشفته در ابتلا به سوء مصرف مواد مهم هستند (داجن و دبلیو، ۱۳۸۳).

نظریه روان‌کاوی، استفاده از مواد مخدر را نشانه‌ی روان‌رنجورهایی می‌داند که خودشان را در هنگام بلوغ نشان می‌دهند. ما می‌دانیم که نوجوانان معمولی مراحل از ملامت، اضطراب، خشم، ناکامی و حتی افسردگی کوتاه-مدت را می‌گذرانند. یکی از مشخصه‌های نوجوانان، تغییرات سریع و فراگیر، تقریباً در همه جنبه‌های زندگی است که این خود به فشار روانی بسیار زیادی منجر می‌گردد. تحقیقات نشان داده است که این عوامل به همراه گروه همسالان، در کشاندن نوجوانان به مصرف مواد نقش دارند. یک نوجوان معمولی مانند یک بزرگسال، تجربه‌ی کافی برای رویارو شدن با احساسات ناشی از فشارهای روانی-اجتماعی را ندارند. مواد مخدر روان‌گردان به عنوان داروهای خودتجویزی در این شرایط فشارزا، توسط نوجوان مصرف می‌شود. این داروها اختلالات روانی به همراه دارند. مواد مخدر و داروهای که برای اختلالات عاطفی تجویز شوند دارای تأثیرات شیمیایی-عصبی هستند و به احتمال زیاد می‌توانند نابهنجاری را درمان کنند (آبادینسکی^۱، ۱۳۸۴؛ ترجمه کریمی و همکاران).

نظریه‌های رفتاری و شناختی - رفتاری

به دلیل ماهیت زیستی-روانی-اجتماعی انسان، اعتیاد به مواد مخدر یا اختلال وابسته به مواد از پیچیدگی خاصی برخوردار است. به همین علت درمان این اختلال با تاکید بر رویکرد محض، اغلب دشوار و ناکارآمد است. نتایج مطالعات پژوهشگران بیانگر این حقیقت است که همانند بسیاری از اختلالات روانی دیگر، کارآمدترین رویکرد درمانی در کاهش یا ترک مواد اعتیادآور، شامل ترکیبی از شیوه‌های جسمی و روان‌شناختی می‌باشد. (کارول^۲، ۱۳۸۶).

نظریه‌های رفتاری و شناختی-رفتاری سوءمصرف مواد تا اندازه‌ای از اصول یادگیری شرطی سازی پاولفی، شرطی‌سازی کنشگر و نظریه‌ی یادگیری اجتماعی بدست آمده‌اند. جنبه‌های تقویت‌کننده‌ی سوء مصرف مواد، هم از طریق ایجاد یا افزایش حالات روانی مثبت و هم از طریق تقلیل یا حذف حالات روانی منفی به طور واضحی منطبق با پارادایم شرطی‌سازی عاملی هستند. اصول شرطی‌سازی کلاسیک کمک به تبیین تداعی قوی

¹. Abadynsky

². Carole

بین نشانه‌های محیط و تجربه میل به مواد می‌کند. عبارتهای معروف انجمن الکلی‌های گمنام^۱، معتادان گمنام^۲ به اعضای خود در مورد این که از مردم، مکان‌ها و اشیاء دور بمانند، تلاش برای شکستن پیوند بین نشانه‌های محیطی و مصرف مواد را منعکس می‌سازند.

مؤلفه‌های اساسی نظریه یادگیری اجتماعی که در درک سوءمصرف مواد به کار برده می‌شود عبارتند از: نقش، سرمشق‌گیری و میانجی‌گری شناختی-رفتاری، شاید مشخص‌ترین عوامل خطرزای سوءمصرف مواد، تداعی با سایر سوءمصرف‌کنندگان مواد هم در خانواده و هم در گروه همسالان باشد که سرمشق‌الگوهای مصرف یا سوءمصرف مواد هستند. عوامل شناختی زمینه‌ساز فرد برای سوءمصرف مواد شامل مهارت‌های مقابله و حل مسأله‌ی ضعیف، حس خودکارآمدی پایین، برداشت از درماندگی و انتظارات مثبت از اثرات مواد می‌باشد (داجن و دیلیو، ۱۳۸۳).

از منظر نظریه شناختی-رفتاری، وابستگی به الکل و مواد، رفتارهای آموخته شده تلقی می‌شوند. این رفتارها از طریق تجربه کسب می‌شوند. اگر مصرف الکل یا یک ماده به طور مکرر نتایج مطلوب معینی از قبیل احساسات خوشایند، کاهش تنش و غیره به دنبال داشته باشد، مصرف الکل و مواد به شیوه‌ای ترجیحی برای دستیابی به آن نتایج مطلوب، وجود نداشته باشد. از این منظر، وظایف اولیه درمانگر عبارتند از:

۱- شناسایی نیازهای خاصی که الکل و مواد برای ارضای آن‌ها مصرف می‌شوند.

۲- گسترش مهارت‌هایی که شیوه‌های بدیل ارضای آن نیازها را فراهم می‌سازند.

درون این منظر عام، دیدگاه‌های مختلفی صورت‌بندی شده‌اند. رویکردهای رفتاری بر پیش‌آیندها و پس‌آیندهای رفتاری مشاهده‌پذیر تاکید می‌ورزند، بدون اینکه در این‌گونه رویکردها به رویدادهای درونی مانند شناخت‌ها که دست‌یابی به آن‌ها تنها از طریق گزارش شخصی ممکن است، ارجاعی صورت گیرد. از سوی دیگر، رویکردهای شناختی-رفتاری از میان عواملی که باعث ظهور و تداوم رفتار می‌گردند، به شناخت‌ها، افکار و هیجانات توجه دارند. در این رویکردها برای اصلاح فرآیندهای شناختی و هیجانی، غالباً از روش‌های رفتاری مانند تمرین مکرر و تقویت استفاده می‌شود (کادن^۳، ۱۳۸۳).

درمان شناختی-رفتاری بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی است. این رویکرد چنین فرض می‌کند که یک عامل عمده در تعیین علت شروع مصرف مواد توسط افراد، این است که آنها یاد می‌گیرند این‌گونه رفتار کنند. شیوه-

¹. Alcoholics anonymous

². Narcotics anonymous

³. Kadn

های مختلفی که افراد به وسیله آنها مصرف مواد را یاد می‌گیرند شامل الگوسازی^۱، شرطی‌سازی عامل^۲ و شرطی‌سازی کلاسیک^۳ می‌باشد (کارول، ۱۳۸۶).

همه‌گیر شناسی اعتیاد و سوء مصرف مواد

استفاده از داروهای غیر مجاز در حال رواج است. این مساله در دهه‌های ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۰ اساساً تغییر یافت و تصور می‌شود که مشکل مهم ۲۰ سال اول هزاره‌ی جدید باشد. عصر دارو به عنوان یک دوره‌ی زمانی تاریخی-اجتماعی تعریف می‌شود که طی آن دارویی جدید با یک سبک جدید مصرف دارو (مانند مصرف هروئین یا کراک که سبک جدید از کوکائین است) معرفی می‌شود و توسط تعداد زیادی از مردم پذیرفته می‌شود و مصرف آن دارو در جمعیت عمومی رسمی می‌شود.

هر عصر دارو ۴ مرحله اصلی دارد. مرحله اول نهفتگی است که طی آن بعضی از افراد به عنوان پیشگام، شروع به مصرف می‌کنند. به بدعت‌گذاری پرداخته و الگوهای نسبتاً استاندارد مصرف و یا فروش دارو را گسترش می‌دهند. مرحله‌ی بسط زمانی اتفاق می‌افتد که پیشگامان مصرف دارو تعداد زیادی از مصرف‌کنندگان را با آن دارو آشنا می‌کنند، که معمولاً افرادی هستند که تجربه‌ی مصرف سایر داروهای قاچاق را دارند و تعداد زیادی از آنها مصرف‌کنندگان منظم می‌شوند. مرحله‌ی فلات زمانی اتفاق می‌افتد که اغلب آنها در معرض خطر زیاد برای تبدیل شدن به مصرف‌کنندگان عادی هستند و فرصت آن را نیز دارند، اما هنوز مصرف‌کننده منظم نشده‌اند. از طرف دیگر، جریان آشنا شدن مصرف‌کنندگان جدید (معمولاً افراد زیر ۲۰ سال) کماکان ادامه دارد. مرحله کاهش مربوط به زمانی است که تعداد کمتری از مبتدیان در معرض بالای خطر آشنایی با مصرف دارو هستند و یا مصرف‌کنندگان منظم، میزان مصرفشان را کاهش می‌دهند. بنابراین روی هم‌رفته تقاضا کاهش می‌یابد و سودهای اقتصادی ناشی از فروش دارو محدود می‌شود.

با این وجود بسیاری از افرادی که در طول مرحله‌ی اول و دوم با آن دارو آشنا شده‌اند، آن‌چنان منظم و پایدار به مصرف آن ماده می‌پردازند که مصرف آن در طول زندگی عود می‌کند. رفتار افراد عمدتاً بین ۱۶ تا ۲۱ سال برای پی‌بردن به اینکه در کدام مرحله‌ی عصر دارو هستند، تعیین کننده است. داروهایی که افراد در طی دوره بزرگسالی با آن‌ها آشنا می‌شوند و به طور منظم آن‌ها را مصرف می‌کنند و نیز داروهایی که آن‌ها از مصرفشان اجتناب می‌کنند، ممکن است اکثر مصرف‌کنندگان را گرفتار کند و بنابراین مصرف دارو و رفتارهای مربوط به فروش آن می‌تواند تا سال‌های زیادی باقی بماند (لوینسون، ۲۰۰۵).

از نظر نگرش نسبت به مواد، الگوهای مصرف آن‌ها، دسترسی به مواد، واکنش‌های فیزیولوژیایی به آن‌ها و شیوع اختلال‌های مرتبط با مواد، تفاوت‌های فرهنگی گسترده‌ای وجود دارد. بعضی گروه‌ها مصرف الکل را ممنوع

¹. Modeling

². Operant conditioning

³. Classical conditoning

کرده‌اند، در حالی که در جاهای دیگر مصرف مواد گوناگون به خاطر تأثیر در تغییر خلق بسیار رایج است. در ارزیابی الگوهای مصرف مواد در هر فردی باید این عوامل را مورد توجه قرار داد و قرار گرفتن در معرض سموم در داخل هر کشور و نیز میان کشورهای مختلف متفاوت است. در میان افرادی که در محدوده‌ی سنی ۱۸ تا ۲۴ سال قرار دارند، میزان شیوع مصرف تقریباً همه‌ی مواد از جمله الکل نسبتاً زیاد است. برای داروهایی که مورد سوءمصرف قرار می‌گیرند معمولاً برروز مسمومیت جزء اولین اختلال‌های مرتبط با مواد است که به طور معمول در دوره‌ی نوجوانی آغاز می‌شود.

هرگاه یک دارو به مقدار نسبتاً زیاد و در یک دوره‌ی نسبتاً طولانی مصرف شود، احتمال دارد در هر سنی عوارض ترک مصرف ظاهر شود. وابستگی به مواد نیز ممکن است در هر سنی رخ دهد، ولی به طور معمول آغاز آن برای بیش‌تر داروهایی که مورد سوءمصرف قرار می‌گیرند، در دهه‌ی سوم، چهارم، و پنجم عمر است. هرگاه یک اختلال مرتبط با مواد به جز مسمومیت در اوایل نوجوانی آغاز شود، اغلب با اختلال سلوک و ناتوانی در اتمام تحصیلات رابطه دارد. در مورد سوءمصرف داروها معمولاً تشخیص‌های مرتبط با مواد در مردان بیشتر از زنان مطرح می‌شود، اما نسبت تشخیص در هر دو جنس در سه طبقه مواد مصرفی متفاوت است (سادوک و سادوک، ۱۳۹۰).

در ایران آمارهایی که مشاهده می‌کنیم، آمارهایی است که در جراید و نشریات اعلام شده و چون معارضی ندارد می‌توان آنها را تایید شده تلقی نمود. مصرف‌کنندگان مواد مخدر ایران یک میلیون و ۱۵۰ هزار نفر معتاد اصلی است. ۸۸۰ هزار نفر مصرف‌کننده‌ی تفنی و ۵۰۰ هزار نفر نیمه معتاد هستند. اگر نسبت به جمعیت همه‌ی این ارقام را جمع بزنیم، در حدود ۴ درصد خواهد شد. البته اگر فقط عدد اول را محاسبه کنیم کمتر از ۲ درصد معتاد خواهیم داشت که ۲۱ درصد از این افراد در تهران زندگی می‌کنند و ۳۰۰ هزار نفر از کل معتادان کشور تریاک، ۳۲۴ هزار نفر شیره و ۷۲ هزار نفر هروئین مصرف می‌کنند. شیوع مصرف مواد قبل از ۱۰ سالگی در سال ۱۳۷۵ صفر درصد بوده، ولی در سال ۱۳۷۷ به ۱۲ درصد رسیده است که این امری وحشتناک است. ستاد مبارزه با مواد مخدر اعتیاد به عنوان یکی از چهار بحران و مساله جهانی روز مطرح است (فلاح، ۱۳۷۷). آمار وابستگی و سوءمصرف در ایران از ۲ میلیون نفر در سال ۱۳۷۶ به ۳ میلیون در سال ۱۳۸۰ افزایش یافته است. در حال حاضر ۴ درصد جمعیت جهان به انواع مواد مخدر معتاد هستند (ره‌دار، ۱۳۸۲).

نتیجه‌ی مطالعات اسماعیلی (۱۳۷۹)، به نقل از بواله‌ری، بیان زاده، تقی زاده اصل، افشار، ماهانی، وهمکاران، (۱۳۸۲) بیشترین اختلالات مشاهده شده در افراد معتاد را افکار پارانوئیدی، افسردگی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل و شکایت جسمانی نشان داد. همچنین نتایج یک تحقیق دیگر حاکی از آن بود که حدود ۷۰ درصد موارد همراه با اعتیاد، اختلالات روانی دیگر مانند افسردگی اساسی، اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، فوبی، اختلال وسواسی-جبری، مانیا و اسکیزوفرنیا دارند (رحیمی موقر رزاقی، نوری خواجوی، حسینی و فیض زاده، ۱۳۷۶). یافته‌های رحیمی موقر، محمدی، رزاقی، (۱۳۸۱) درباره‌ی وضعیت اجتماعی معتادین

نشان می‌دهد که میانگین سن افراد مورد مطالعه ۳۳/۶ سال بوده و از لحاظ جنسیت، مردان ۱۴ برابر زنان مبتلا می‌باشند. ۵۶/۷ درصد متاهل، ۱۲/۴ درصد بی‌سواد، ۳۳/۸ درصد راهنمایی و ۵/۲ درصد دارای تحصیلات عالی هستند. شیوع اعتیاد در شهرها ۱۰/۵ برابر روستاها بوده است. ۲۰/۵ درصد بی‌کار بوده و بیشترین شیوع (۲۸/۶ درصد) در میان کارگران مشاهده شد. نتیجه مطالعات بوالهروی و همکاران (۱۳۸۲) نشان می‌دهد ۸۴/۲ درصد نمونه‌های مورد مطالعه، ساکن شهر بوده‌اند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۳۴/۴۱ سال بود. ۳۲/۵ درصد متاهل و ۶۱ درصد مجرد بودند. ۲۱/۹ درصد دیپلم و بالاتر و ۳۳/۷ درصد تا مقطع ابتدایی سواد داشتند. ۳۰/۸ درصد کارگر، ۳۷/۶ درصد بی‌کار، ۲۸/۶ درصد کشاورز، ۲۶/۵ درصد کارمند و ۲۸/۸ درصد از سایر مشاغل بودند.

بر اساس گزارش دفتر کل مواد مخدر سازمان ملل حدود ۳۲ درصد از مقادیر تولید شده‌ی مواد مخدر از کشورهای تولیدی مواد مخدر مانند افغانستان، امکان انتقال به خارج از محدوده مصرفی خود را دارند. همچنین توانایی آسیب به کشورهای غربی را نیز دارند. از مقدار باقی‌مانده، حدود ۱۵ درصد کشف و مابقی در کشورهای پاکستان، افغانستان و ایران مصرف می‌شوند (شجاعی و تهرانی، ۱۳۷۹).

آخرین یافته‌های پژوهشی در مورد سوءمصرف مواد مخدر در ایران حاکی از آن است که سوءمصرف مواد مخدر و اعتیاد به مواد مخدر در بین مردان، ۴ تا ۸ برابر زنان است، اما تعداد زنان مصرف‌کننده نیز رو به افزایش است و احتمال سوءاستفاده‌های جسمی و جنسی در زنان معتاد، ۴ برابر مردان است (پارساژاد، ۱۳۸۹). در ایران مطابق آمارهای رسمی، ۲ میلیون نفر و مطابق آمارهای غیر رسمی، ۳ میلیون نفر مصرف‌کننده مواد مخدر وجود دارد. بر اساس آمار وزارت بهداشت، نسبت زنان معتاد به مردان در کشور، ۱ به ۸ است و اطلاعات رسیده از آخرین آمارگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر، بیانگر وجود ۱۴۰۰۰۰ نفر زن معتاد در کشور است (پارساژاد، ۱۳۸۹). طبق آمار خوشبینانه، تعداد معتادان به مواد مخدر در ایران، ۲ میلیون نفر تخمین زده شده است. چنانچه دایره‌ی ارتباطی هر فرد معتاد را فقط به ۴ نفر محدود کنیم، قریب به ۱۰ میلیون نفر از مردم، مستقیم یا غیر مستقیم با مساله‌ی اعتیاد در تماس و یا درگیر می‌باشند. یقیناً ابعاد زیان‌بخش اجتماعی-اقتصادی ناشی از این معضل بر کسی پوشیده نیست (پارساژاد، ۱۳۸۹). مطالعات نشان می‌دهد که مصرف مواد مخدر در ایران از ۱ تا ۲ درصد در متولدین دهه‌ی ۲۰ به ۲۰ درصد در متولدین دهه‌ی ۵۰ افزایش یافته است (عارف نسب، ۱۳۸۴).

از نظر اکثریت مسئولین کلیدی مرتبط با مواد مخدر و مردم، در طول سال‌های گذشته تعداد کل معتادین افزایش یافته و نسبت مصرف‌کنندگان هروئین و معتادان تزریقی کشور افزوده شده و متوسط سن مصرف‌کنندگان کاهش یافته و بر پراکندگی اعتیاد در گروه‌های مختلف فرهنگی اجتماعی کشور افزوده شده است. در مطالعه تخمین زده شده تعداد معتادین با استفاده از اطلاعات حاصل از مطالعه‌ی ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف مواد در ایران و آمار مراکز بازپروری کشوری تعداد ۵۹۲۷۰۹ نفر با متوسط مصرف ۱۱ سال به دست آمد (شجاعی و تهرانی، ۱۳۷۹).

افرادی که دچار وابستگی و سوءمصرف مواد می‌شوند، به طور همزمان به اختلالات دیگری نیز گرفتار می‌گردند (گلدِر، مایو و کوون^۱، ۱۹۹۶). وابستگی هم‌زمان به چند ماده، افسردگی و اختلال شخصیت، از جمله اختلالات توام با اعتیاد محسوب می‌شوند (جو، سیمپسون و هابارد^۲، ۱۹۹۱). اضطراب و افسردگی در تمامی مراحل زندگی معتاد، اعم از وقتی که مقادیر بیشتر از معمول را مصرف نموده یا به علت ترک مصرف دچار علائم شده، مشهود است (آنتنلی و اسپوکیت^۳، ۱۹۹۳). از بین انواع اختلالات اضطرابی، فوبیا بیشتر از سایر موارد با افسردگی همراه می‌شود (کوهن و هنکن^۴، ۱۹۹۳). وقوع افسردگی به دنبال ترک مصرف مواد، خاص مواد افیونی نبوده و در هنگام کنار گذاشتن سایر مواد، نظیر سیگار هم به فراوانی به چشم می‌خورد (برسلاو، کیلیلی و آندرسکی^۵، ۱۹۹۱).

از میان اختلالات روان‌پزشکی همراه با اعتیاد، افسردگی از اهمیت خاصی برخوردار است، زیرا کاهش انرژی و ناامیدی ناشی از افسردگی، می‌تواند انگیزه‌ی معتادان را برای ترک مصرف مواد و درمان کم‌رنگ نماید (جو و همکاران، ۱۹۹۱). مواد مخدر و داروهای روان‌گردان ممکن است رویدادهای شناختی را مستقیماً مانند ایجاد آرامش، ایجاد اجتناب، گریز از شناخت‌های دردناک و ایجاد آگاهی توجه و یا به صورت غیر مستقیم مانند احساس دلبستگی، بهت‌زدگی و ارزیابی سرکوب شده با تغییر باورها و نگرش‌ها در مورد اجتناب از رویدادهای شناختی تحت تأثیر قرار دهد. این تغییرات شناختی ممکن است حاصل تقویت‌کننده‌های مثبت و منفی نیرومندی از مصرف مواد مخدر باشند. به علاوه، استفاده از مواد مخدر نه تنها ممکن است باورها و انتظارات مثبتی را در اثر مواد مخدر و روان‌گردان به وجود آورد، بلکه باعث به دست آوردن دانش و آگاهی درباره‌ی پیامدهای شناختی می‌شوند. عدم مصرف مواد مخدر هنگامی که تمایل به آن در فرد وجود دارد، ممکن است با باورهای اختصاصی و نگرش در مورد تأثیر رویدادهای شناختی مرتبط باشد (توناتو^۶، ۱۹۹۴). پژوهشی در مورد سوءمصرف داروهای روان‌گردان نشان داد که رویدادهای ناخوشایند شناختی با سوءمصرف مواد ارتباط قوی دارد، در حالی که با رویدادهای خوشایند شناختی این رابطه ضعیف بود. سوءمصرف داروهای روان‌گردان با ویژگی‌هایی از قبیل برانگیختگی، عصبانیت، استرس و اضطراب مرتبط بود. نتایج این پژوهش حاکی است که فراشناخت ممکن است مهم‌ترین میانجی مصرف مواد روان‌گردان در افرادی باشد که در جستجوی درمان هستند. داروها و الکل نه تنها به طور مستقیم رویدادهای شناختی نامطلوب را تغییر می‌دادند، بلکه آن‌ها قادر به تأثیرگذاری بر چگونگی مصرف مواد، درک شناخت و انتقال ناراحتی کمتر در آزمودنی‌ها بودند (فراست، مارتین، لاهارت و روزنبلیت^۷، ۱۹۹۰).

1. Gelder, Mayou, & Cowen

2. Joe, simpson, & Hubbard

3. Anthenelli, & Schuckit

4. Cohen & henken

5. Breslau, Kilbey, & Andreski

6. Toneatto

7. Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate

برای شروع و ادامه‌ی مصرف مواد، زمینه‌های رشد ناسالم و استعداد ویژه‌ای لازم است که بنیان آن در درون نظام خانواده و سپس در اجتماع ریخته می‌شود. در زمینه‌ی وابستگی به مواد، عوامل گوناگون روانشناختی، اجتماعی، خانوادگی و زیست‌شناختی درگیر هستند، اما هیچ‌یک از آنها به تنهایی نمی‌توانند در وابستگی به مواد تعیین کننده باشند (فراکوئیس، اوریکومپ، تیگنول^۱، ۱۹۹۹). برخی از پژوهشگران ناراحتی‌های عصبی و روانی، دردهای بدنی، مشکلات جنسی و برخی دیگر فقر و بی‌سوادی را علت اعتیاد دانسته‌اند. در حالی که یافته‌های بالینی اخیر، ۷۰ درصد معتادان را متاهل و دارای شغل دانسته‌اند (زینالی، ۱۳۷۹). این یافته‌ها همچنین زمینه‌های رشدی ناسالم و استعداد و آمادگی برای اعتیاد را دارای نقش اساسی معرفی کرده‌اند. برخی بررسی‌ها ۵ تا ۱۰ درصد افراد جامعه را دارای زمینه‌ی مستعد برای اعتیاد دانسته‌اند (پیران، ۱۳۷۶، به نقل از زینالی، ۱۳۷۹). وابستگی تنها در بخش کوچکی از افراد مستعد وابستگی، دارای یک رشته ویژگی‌های رفتاری و اختلال‌های رفتاری همراه مانند جستجوی لذت، جستجوی تازگی و شخصیت ضد اجتماعی نشان داده است (آگاستوما و هیروی^۲، ۲۰۰۴).

بررسی‌ها نشان داده‌اند که مشکلات شخصیتی، پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی در وابسته شدن به مواد افیونی و کوکائین به شمار می‌روند (فراکوئیس و همکاران، ۲۰۰۰). همچنین هیجان‌خواهی به عنوان یک عامل آسیب‌پذیر در وابستگی به مواد معرفی شده است. لوینسون (۲۰۰۵) نشان داد که هیجان‌خواهی را می‌توان به عنوان یک آمادگی شخصیتی برای اعتیاد، در کودکان ۶ تا ۹ ساله اندازه‌گیری نمود. کزوف و روخلینا^۳ (۲۰۰۰) در بررسی ۱۰۰ معتاد مرد و زن ۱۳ تا ۵۰ ساله نشان دادند که همه‌ی بیماران ویژگی‌های شخصیتی نابهنجار مانند تحریک‌پذیری بالا برای نشاط، اختلال‌های عاطفی پیش‌رونده مانند کج‌خلقی، افسردگی، بی‌تفاوتی و عاطفه‌ی لغزنده، اشکال شایع هیستریک، تهییج‌پذیری، اختلال عملکرد روانی-اجتماعی، علایق کاهش یافته، هیجان غیر طبیعی، اختلال کنترل تکانه، کاهش اخلاق و منطق و فراموشی زودگذر را دارند. آنان در بررسی دیگری عوامل پیش‌آگهی بد را در اعتیاد به شرح زیر گزارش نمودند:

- ۱- سابقه‌ی خانوادگی الکلیسم، ۲- اعتیاد دارویی، ۳- سایر اختلالات ذهنی، ۴- سابقه‌ی قبلی انحرافات شخصیتی، ۵- شروع زود هنگام اعتیاد دارویی، ۶- نوع دارو، ۷- تحصیلات، ۸- سوءمصرف الکل پیش از اعتیاد، ۹- مدت زمان اعتیاد (کزوف و روخلینا، ۲۰۰۱).

شیوه‌ی زندگی معتادان با دوست‌گزینی افراطی بدون ارزیابی دوستان و گذراندن اوقات بیش‌تری از زندگی خود با آنان و اوقات کمتر با خانواده همراه است. این افراد شیوه‌ی زندگی بی‌نظم داشته، رفت و حضور منظم در خانواده ندارند (زینالی، ۱۳۷۹). آن‌ها دارای ویژگی‌های عملکرد تحصیلی ضعیف، غیبت بیشتر از مدرسه، کمک کمتر به والدین به والدین در امور منزل و صرف وقت کمتر برای انجام تکالیف هستند (کلارک، نیبرز، لینچ و

¹. Franques, Auriacombe, & Tignol

². Agatsuma & Hiroi

³. Kozlov & Rokhlina

دونوان^۱، ۱۹۹۸). تحقیق وینستین^۲ (۱۹۹۳) در ایالت متحده نشان داد که دوستان و همسالان، مهم‌ترین تأثیر را در مصرف مواد دارند. کلاهدرداری، زیر پا گذاشتن ارزش‌های اجتماعی، دروغ‌گویی، فریب دادن دیگران، شیوه‌ی تربیتی، روابط درون خانواده و شیوه‌ی زندگی خانواده عوامل مهمی هستند که می‌توانند در شکل‌دهی اعتیاد موثر باشند. خانواده به عنوان نخستین منبع تأثیرگذار در دوران کودکی و نوجوانی، بر تصمیم فرد در انجام رفتارهای مخاطره‌آمیز اثر تعیین‌کننده‌ای دارد. شیوه‌های فرزندپروری و اعتیاد والدین در بروز و ظهور رفتارهای مخاطره‌آمیز تأثیر دارند.

عواطف شکننده و احساساتی که با کوچکترین وضعیت ناراحت‌کننده، جریحه‌دار می‌شوند، گویای عاطفه‌ی بی‌ثبات یا نوروتیک این افراد هستند. رفتارهای خشونت‌آمیز والدین موجب خودکم‌بینی کودکان شده و رضایت از خویشتن را در آنان کاهش می‌دهد. این کودکان احتمال دارد یا افرادی که از نظر عاطفی آن‌ها را حمایت می‌کنند و احياناً مصرف مواد در بین آن‌ها رواج دارد، دوست شده و به مصرف مواد بپردازند. بسیاری از معتادان، مواد را به خاطر کاهش اضطراب و کنار آمدن با احساس‌های پرخاشگرانه به کار می‌برند (لیندزی و پاول، ۱۳۷۷).

مروری بر تحقیقات صورت گرفته

تحقیقات انجام‌شده‌ی داخلی

رحیمیان بوگر و طوسی (۱۳۹۳) تحقیقی با عنوان نگرش نسبت به سوء مصرف مواد و پیامدهای آن: نقش پیش بین صفات شخصیت و عوامل جمعیت شناختی انجام دادند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین روان رنجورخویی، برون‌گرایی، گشودگی، توافق‌پذیری، مسئولیت‌پذیری و درآمد با نگرش نسبت به سوء مصرف مواد و خطرات آن رابطه معنادار وجود داشت ($p < 0/001$). جنسیت، سطح تحصیلات و سن نیز تنها رابطه معناداری با نگرش به خطرات سوء مصرف مواد داشتند ($p < 0/001$). توافق‌پذیری، روان رنجورخویی، مسئولیت‌پذیری، گشودگی و درآمد نقش معناداری در پیش‌بینی تمایل به سوء مصرف مواد داشتند ($p < 0/001$)؛ به‌علاوه، مسئولیت‌پذیری، گشودگی، روان رنجورخویی، جنسیت، توافق‌پذیری، سطح تحصیلات و سن در پیش‌بینی خطرات سوء مصرف مواد دارای نقش معناداری بودند.

مرادی، قربانی و رادبخش (۱۳۹۷) در مطالعه‌ای که با عنوان نگرش به مواد مخدر و برخی عوامل مرتبط با آن در دانش‌آموزان پسر دبیرستانی سمنان اجرا نمودند، به نتایج زیر دست یافتند: میانگین \pm انحراف معیار سن دانش‌آموزان $16/4 \pm 0/8$ سال بود. $27/6\%$ نگرش خیلی منفی، $39/7\%$ نگرش منفی، $28/2\%$ نگرش متوسط، $3/8\%$ نگرش مثبت و $0/6\%$ نگرش خیلی مثبت به مواد مخدر داشتند. همبستگی مثبت و معنی‌داری بین جو عاطفی خانواده با نگرش به مواد مخدر ($r = 0/151, p = 0/006$)، اثرات ($r = 0/119, p = 0/029$)، خطرات ($r = 0/139, p = 0/011$) و مصرف ($r = 0/139, p = 0/011$) مواد مخدر دیده شد. هم‌چنین دانش‌آموزان با پدر

¹. Clark, Neighbors, Lesnick, Lynch, & Donovan

². Weinstein

معتاد نگرش مثبت‌تری به مواد مخدر ($p=0/004$)، اثرات ($p=0/019$)، خطرات ($p=0/021$) و مصرف مواد مخدر ($p=0/001$) داشتند. همبستگی بین نگرش به اثرات مواد مخدر با درآمد خانوار منفی و معنی‌دار بود ($r = 0/117$ ، $p=0/033$)، دانش‌آموزانی که از طرف والدین نسبت به مواد مخدر منع می‌شوند نگرش منفی‌تری نسبت به مواد مخدر داشتند ($p < 0/05$).

نتیجه مطالعات کردستانی، فرهادی و سلیمانی (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان بررسی علل گرایش به مصرف مواد مخدر و داروهای روان‌گردان از دیدگاه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان نشان می‌دهد که نتایج فرضیات تحقیق حاکی از آن است که عوامل فردی و عوامل محیطی و بین فردی و عوامل اجتماعی بر گرایش دانشجویان به مصرف مواد مخدر، تأثیر دارد ($P < 0/01$). با توجه به نتایج بدست آمده در میان عوامل فردی، نگرش مثبت به مواد مخدر ۳۳/۲۳٪ و افسردگی ۸/۲۰٪ و عدم تحمل شکست و ناکامی ۹۸/۱۸٪ بیشترین میانگین را داشتند و کنجکاوی و پرخاشگری با ۵۸/۱۳٪ کمترین میانگین را داشت. در عوامل بین فردی و محیطی عوامل مربوط به خانواده با میانگین ۹۶/۳۰٪ بیشترین میانگین را داشت و عوامل مربوط به مدرسه ۶۷/۱۷٪ کمترین میانگین را بدست آورد. همچنین در عوامل اجتماعی عدم دسترسی به سیستمهای خدماتی، حمایتی و مشاوره‌های با میانگین ۲۷/۳۴٪ بیشترین میانگین و بازار مواد مخدر در ایران با میانگین ۶۷/۲۰٪ کمترین اولویت را بدست آوردند. در بین عوامل ذکر شده عوامل فردی با میانگین ۶۲/۲۳٪ بالاترین تأثیر را داشت.

پارسیان، هاشمیان، ابوالمعالی و میرهاشمی (۱۳۹۴) نیز در پژوهش خود تحت عنوان پیش‌بینی نگرش به مصرف مواد مخدر در نوجوانان بر اساس عوامل خطر ساز تربیتی خانوادگی به منظور سلامت روانی نوجوانان در جامعه: طراحی مدلی برای پیشگیری از اعتیاد، به این نتایج دست می‌یابد در برآورد ضرایب تأثیر وضعیت اجتماعی- اقتصادی خانواده با ($t = 2/35$ ، ضریب مسیر = $2/35$) در پیش‌بینی نگرش به مصرف مواد مخدر در نوجوانان رابطه- مستقیم و مثبت و معنی‌دار وجود دارد. همچنین در برآورد ضرایب تأثیر مهارت حل مسئله سازگاران ($t = 1/62$ ، ضریب مسیر = $0/13$) در پیش‌بینی نگرش به مصرف مواد در نوجوانان رابطه- مستقیم و مثبت ولی غیر معنی‌دار و مهارت حل مسئله ناسازگاران ($t = 3/39$ ، ضریب مسیر = $0/27$) در پیش‌بینی نگرش به مصرف مواد در نوجوانان رابطه- مستقیم و منفی و معنی‌دار وجود دارد و در برآورد ضرایب تأثیر سبک‌های فرزندپروری با ($t = -2/48$ ، ضریب مسیر = $-0/19$) در پیش‌بینی نگرش به مصرف مواد در نوجوانان رابطه- مستقیم و منفی و معنی‌دار وجود دارد.

ولدبیگی، نیکبخت و لشکری (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان گرایش به مصرف مواد مخدر در بین دانش‌آموزان دبیرستانی دبیرستان‌های شهر میوان به این یافته‌ها دست یافتند که برمبنای یافته‌های تحلیلی پژوهش، همبستگی بین متغیرهای «تعهد» و گرایش به مصرف مواد مخدر در بین دانش‌آموزان، پس از کنترل سایر متغیرهای مستقل (پیوستگی، درگیر بودن و باور) از ($0/471$)-

(۰/۳۹۴) به (۰/۳۹۴) کاهش یافته است. همچنین همبستگی متغیرهای «درگیر بودن» پس از کنترل سایر متغیرهای مستقل (تعهد، پیوستگی و باور) از (۰-۱۳۹/۰) به (۰-۱۱۸/۰) کاهش یافت. میزان همبستگی تفکیکی بین متغیرهای باور و پیوستگی با متغیر وابسته پژوهش (گرایش به مصرف مواد مخدر) به ترتیب ۰/۰۹۷ - و ۰/۰۷۶ - بود. در ضمن، نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره نشان داد که همبستگی چندگانه چهار متغیر مورد بررسی در این تحقیق (تعهد، درگیر بودن، پیوستگی و باور)، با گرایش به مصرف مواد مخدر ۰/۵۳۲ بوده است.

مولوی و رسول زاده (۱۳۸۳) در مقاله‌ای تحت عنوان بررسی عوامل موثر در گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر به نتایج زیر اشاره می‌کند این مطالعه نشان داد که متغیرهای افسردگی، طلاق والدین، معاشرت با افراد ناباب، سیگار کشیدن و در نهایت شکست تحصیلی بیشترین تاثیر را در گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر دارند

هزارجریبی، ترکمان و مرادی (۱۳۸۹) در تحقیق خود تحت عنوان عوامل مؤثر بر گرایش نوجوانان و جوانان پسر شهرستان کرج به مصرف مواد مخدر به این نتایج دست یافتند که عوامل اقتصادی، رسانه‌های جمعی، گروه‌های مرجع، نهادهای اجتماعی به ترتیب در گرایش نوجوانان و جوانان به مصرف مواد مخدر تأثیر دارند.

صالحی و حاجی زاده (۱۳۹۰) در مقاله‌ای تحت عنوان بررسی علل گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر در شهرستان بهشهر به موارد زیر اشاره کرده است: جوانان علل گرایش به مصرف مواد مخدر را به ترتیب اولویت: به عوامل خانوادگی، عوامل اجتماعی، عوامل فردی، عوامل اقتصادی و عوامل فرهنگی اعلام کرده اند همچنین معاشرت با دوستان منحرف و دسترسی آسان به مواد مخدر دیگر عامل بیان شد.

همچنین مطالعه آقازاده و هدایتی (۱۳۸۲) نشان داده است که افراد مورد مطالعه علت اعتیاد خود را نابسامانی‌های خانوادگی و مسائل درون خانواده اعلام کرده‌اند.

نتایج تحقیق عدل و همکارانش (۱۳۸۳) در خصوص «تأثیر هم‌نشینی و معاشرت با گروه هنجارشکن و گرایش جوانان به اعتیاد» نشان داده است که میانگین تعداد دوستان سیگاری در جوانان معتاد ۷/۳۸، میانگین تعداد دوستان معتاد ۴/۳۱ و میانگین تعداد دوستان دزد یا قاچاقچی ۲/۰۸ درصد بود بوده است. این ارقام برای جوانان غیر معتاد به ترتیب ۱/۵۴، ۰/۱۹ و ۰/۰۴ بوده است. این ارقام برای جوانان غیر معتاد به ترتیب ۱/۵۴، ۰/۱۹ و ۰/۰۴ بوده است. همچنین ۶۴/۴ درصد از معتادان اولین بار توسط دوستانش به مصرف مواد مخدر دعوت شده‌اند.

طارمیان (۱۳۸۷) در تحقیقی با عنوان اثربخشی برنامه‌ی آموزش مهارت‌های زندگی به‌منظور پیشگیری از مصرف مواد مخدر در دانش آموزان دوره‌ی راهنمایی به این نتیجه رسید که آموزش مهارت‌های زندگی دانش‌آموزان می‌تواند به‌منزله‌ی یک عامل حفاظت‌کننده، سبب کاهش مصرف مواد مخدر در سال‌های بعد شود.

ضرابی و همکاران (۱۳۸۷) در تحقیقی با عنوان شیوع مصرف مواد مخدر در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گیلان به این نتیجه رسید مصرف مواد مخدر در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گیلان مانند سایر مطالعه‌های مشابه نگران‌کننده است و به مداخله هدفمند و برنامه‌ریزی جهت پیشگیری و کاهش عوارض این معضل است.

آسایش و همکاران (۱۳۸۹) در تحقیقی با عنوان ارتباط ویژگی‌های فردی و خانوادگی با گرایش افراد به سوءمصرف مواد مخدر بر روی ۱۲۰ معتاد مراجعه‌کننده به کلینیک ترک اعتیاد مرکز آموزشی درمانی پنجم آذر گرگان انجام داد به این نتیجه رسید اعتیاد دوستان، مصرف سیگار، تحصیلات پایین و بیکاری در گرایش به مواد مخدر مؤثر است؛ لذا اقداماتی برنامه‌ریزی‌شده برای کاهش این‌گونه عوامل خطر در بین افراد جامعه به‌ویژه جوانان، توسط خانواده و مسؤولین جامعه ضروری است.

تحقیقات انجام‌شده خارجی

کومبس و لندسورک^۱ (۱۹۸۸) بیان داشتند، رابطه والد-فرزند یک عرصه منطقی برای مطالعه این‌که چرا برخی فرزندان الکل مصرف می‌کنند، برخی دیگر دارو و برخی دیگر از مصرف امتناع می‌کنند، فراهم می‌آورد.

باشولز^۲ (۱۹۹۰) در تحقیقی دریافت که نوجوانانی که عملکرد تحصیلی خوبی ندارند و نوجوانانی که علاقه زیادی به مدرسه ندارند در مقایسه با دیگر نوجوان به‌احتمال بیشتر سوءمصرف مواد دارند.

نتایج بررسی وزارت آموزش و پرورش آمریکا^۳ (۱۹۹۴) نشان می‌دهد که نوجوانانی که ترک تحصیل می‌کنند در مقایسه با آن‌هایی که در دبیرستان باقی می‌مانند، به‌احتمال خیلی بیشتری داروهای مانند کوکائین مصرف می‌کنند، الکل می‌نوشند و حشیش می‌کشند.

نتایج پژوهش بویل (۲۰۰۰) با موضوع بررسی وجود اعتیاد در خانواده و تأثیر آن بر گرایش افراد به اعتیاد نشان داد که برادر بزرگ‌تر معتاد، اثر بیشتری در سوق دادن نوجوانان و جوانان به اعتیاد دارد.

هافمن و سربون (۲۰۰۲) نیز در مطالعات خود به تأثیر اعتیاد والدین در گرایش افراد به اعتیاد پرداخته‌اند، بر اساس یافته‌های پژوهش آنان زمانی که والدین مواد مخدر مصرف می‌کنند، احتمال بیشتری وجود دارد که فرزندان‌شان نیز معتاد شوند.

طبق یافته‌های پژوهشی پیکو (۲۰۰۰)، خلأ عاطفی در روابط فرزندان با والدین به‌خصوص پدر از عوامل گرایش آنان به اعتیاد است.

^۱ - Coombs & landsverk

^۲ - Bacholz

^۳ - U.S. Department of Education

نتایج پژوهش نورکو و همکاران در میان معتادان به مواد مخدر در شهر بالتیمور آمریکا نشان داد که وجود دوستان همسال دارای رفتارهای اجتماعی نابهنجار در گرایش به مواد مخدر تأثیرگذار است.

نتایج پژوهش سوسمان و همکاران، روی دو جامعه آمریکا و روسیه نشان داد که در میان عوامل اجتماعی- درون فردی سوءمصرف مواد مخدر در دوستان و سوءمصرف مواد مخدر در خانواده همبستگی مثبتی با گرایش فرد به اعتیاد دارد.

مطالعات اسمارت^۱ (۲۰۰۱) نشان می‌دهد که در خانواده اکثر افراد معتاد حداقل یک نفر آشنا از اقوام نزدیک معتاد بوده‌اند.

یافته‌های استفان^۲ (۲۰۰۲) نشان می‌دهد که مناطق فقیرنشین و محلاتی که دارای عواملی چون ازدحام جمعیت و وضعیت نامطلوب محیط فیزیکی هستند زمینه را برای گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر مهیا می‌سازند.

بررسی‌های انجام‌شده توسط مولر^۳ (۲۰۰۳) نشان داده که رابطه دوستی با معتادان به مواد مخدر، به ایجاد رفتارهای مخاطره‌انگیز و یا استفاده از مصرف مواد مخدر منجر می‌شود. وی فراهم شدن شرایط لازم برای گرایش به اعتیاد به‌وسیله دوستان را، در زندگی بیش از ۸۵٪ افراد معتاد مشاهده کرده است.

کاپلان^۴ (۲۰۰۴) در تحقیقات خود عامل شکست تحصیلی را به‌عنوان پیش‌بینی‌نشده سوءمصرف مواد در دوره جوانی شناختند و متغیرهای غیبت از مدرسه و اخراج زودرس از مدرسه را پیش‌آگهی‌هایی برای مصرف مواد مخدر گزارش دادند.

آمستر^۵ (۲۰۰۵) افسردگی و بعضی تغییرات خلقی شخصیت افسرده را از عوامل مؤثر فردی در گرایش به اعتیاد دانسته و بر این باور هستند که بیشتر افرادی که گرایش به اعتیاد دارند، افرادی هستند گوشه‌گیر، مردم‌گریز و خجالتی که انعطاف لازم را در کنش‌های متقابل اجتماعی از خود نشان نمی‌دهند.

بررسی‌های مختلف همچنین نشان داده است که مدرسه و همسالان نیز در گرایش نوجوانان به مواد مخدر نقش دارند. نتایج پژوهش آسانگ کونچای^۶ و همکاران (۲۰۰۷) نشان می‌دهد که جنسیت پایه تحصیلی و عملکرد تحصیلی با مصرف مواد غیرمجاز رابطه‌ای قوی دارد.

¹ - Smart

² - Stephen

³ - Muller

⁴ - Kaplan

⁵ - Amster

⁶ - Assanang kornchai

همچنین مطالعه اسپونر^۱ (۲۰۰۷) نشان داده است افرادی که در خانواده زمینه سوءمصرف مواد دارند یا یکی از والدین مبتلا هستند، در سنین نوجوانی و جوانی، گرایش به سوءمصرف مواد بیشتر است.

فریدمن^۲ (۲۰۰۸) در تحقیق خود اوقات فراغت را به عنوان یکی از عوامل مؤثر در گرایش افراد به مصرف مواد مخدر دانسته وی اظهار می‌دارد که مسئله بیکاری از طریق فراهم آوردن معاشرت‌های آلوده زمینه را برای گرایش به اعتیاد مساعد می‌سازد.

در بین عوامل خانوادگی، مطالعات اینگلز و همکاران^۳ (۲۰۰۶) نشان داده که آمار طلاق والدین در بین افراد معتاد به مراتب بیشتر از سایر افراد است. همچنین ایشان اظهار داشت که مصرف مواد مخدر در خانواده‌هایی که تنها دارای یکی از والدین بوده‌اند به مراتب بیشتر بروز کرده، در حالی که در خانواده‌هایی که با رضایت‌بخش و صمیمی، اعتیاد به مواد مخدر با احتمال کمتری عادت می‌گردد.

سالمون و همکاران^۴ (۲۰۰۹) در بررسی وضعیت معتادین اظهار می‌دارد که سیگار، شرایط و زمینه را در فرد برای گرایش به اعتیاد ایجاد می‌نماید وی سیگار را به عنوان رابط، مصرف و واسطه آشنایی انسان و مواد مخدر دانسته است.

^۱ -Spooner

^۲ -Freedman

^۳ -Engels & et.al

^۴ -Salmon and et.al

فصل سوم:

روش شناسی

روش تحقیق

با توجه به ماهیت موضوع و اهداف پژوهش، از روش توصیفی-تحلیلی در پژوهش حاضر استفاده شد که علل گرایش به مواد مخدر در بین دانشجویان و دانش‌آموزان خوابگاهی و همچنین علل بازگشت به مواد مخدر در بین زنان محله ۳۲ بررسی شد.

جامعه آماری

در این پژوهش ۳ جامعه آماری مورد نظر عبارت است

کلیه دانشجویان دختر خوابگاهی شهرستان‌های شهرکرد و فارسان دانشگاه شهرکرد در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹.

کلیه دانش‌آموزان دختر خوابگاهی شهر شهرکرد (ناحیه ۲) در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹.

کلیه زنان ۱۸ تا ۴۰ ساله ساکن در محله ۳۲ شهرکرد در سال ۱۳۹۹.

حجم نمونه

جهت تعیین تعداد نمونه بعد از محاسبه آمار دانشجویان، دانش‌آموزان و زنان ساکن در محله ۳۲ (مراجعه به دانشگاه شهرکرد، آموزش و پرورش ناحیه ۲ و اداره ثبت و احوال استان) از فرمول کوکران استفاده شده است. در تحقیقات پیمایشی به دلیل زیاد بودن حجم جامعه برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده می‌کنیم. چون حجم جامعه (تعداد دانشجویان، دانش‌آموزان و زنان ساکن) مشخص است خواهیم داشت:

$$n_0 = \frac{Z^2 pq}{e^2}$$

N=حجم جامعه آماری

n=حجم نمونه

Z=مقدار متغیر نرمال واحد استاندارد که در سطح اطمینان ۹۵ درصد برابر ۱.۹۶ است

P=مقدار نسبت صفت موجود در جامعه است. اگر در اختیار نباشد می‌توان آن را ۵/۰ در نظر گرفت. در این حالت مقدار واریانس به حداکثر مقدار خود می‌رسد.

q=درصد افرادی که فاقد آن صفت در جامعه هستند (q=1-p)

d=مقدار اشتباه مجاز (رفیع پور، ۱۳۸۰)

برای مثال اگر حجم جامعه آماری ۴۰۰۰ باشد و مقدار خطای مجاز را ۰۵/۰ در نظر بگیریم.

$$p=q=0/5 \quad Z=1.96$$

آنگاه طبق فرمول بالا حجم نمونه ۳۵۰ خواهد بود.

به عنوان مثال، جامعه پژوهش دانشجویان خوابگاهی شهرستان فارس و شهرکرد دانشگاه شهرکرد حدود ۱۴۵۰ نفر دانشجوی بودند که با استفاده از این فرمول نمونه‌ای ۳۰۳ نفره از دانشجویان برای شرکت در پژوهش کافی بود. اما در این پژوهش ۵۸۳ نفر دانشجوی به این پرسشنامه پاسخ و مورد بررسی قرار گرفت.

روش نمونه‌گیری

از آن جایی که جامعه مورد مطالعه در این پژوهش از گروه‌های مختلف تشکیل یافته است، لذا برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد.

نمونه دانشجویان از طریق ارسال لینک پرسشنامه از طریق SESS دانشگاه شهرکرد برای همه دانشجویان خوابگاهی شهر شهرکرد و فارس انجام شد که حدود ۵۸۳ نفر به این پرسشنامه پاسخ دادند. علت ارسال پرسشنامه از طریق سامانه SESS به دلیل شیوع ویروس کرونا و تعطیلی خوابگاه‌های دانشگاه شهرکرد بوده است.

نمونه دوم که شامل دانش‌آموزان بودند، بدین صورت انتخاب شدند:

در مرحله اول به دلیل داشتن خوابگاه دانش‌آموزی در اداره آموزش و پرورش ناحیه ۲، این ناحیه به عنوان نمونه مورد بررسی انتخاب شدند.

به دلیل شیوع ویروس کرونا، در نیمه دوم شهریور ماه با اعلام برگزاری کلاس‌های از سوی آموزش و پرورش، مجری با هماهنگی دفتر امور زنان و خانواده، اداره کل آموزش و پرورش و همچنین اداره آموزش و پرورش ناحیه ۲، در روزهایی که این دانش‌آموزان که در مقطع دوم دبیرستان مشغول به تحصیل بودند در مدارس حضور داشتند، به صورت کاملاً تصادفی حدود ۱۵۰ پرسشنامه بین این دانش‌آموزان توزیع و از آنها درخواست شد که به این پرسشنامه‌ها پاسخ دهند.

نمونه سوم زنان ساکن در محله ۳۲ بود.

این نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده صورت گرفت. مجری با هماهنگی دفتر امور زنان و خانواده و روحانی محله ۳۲، یک پژوهشگر فعال در زمینه اجتماعی را برای پرس کردن پرسشنامه‌ها در این محله انتخاب کرد. این

پژوهشگر توسط مجری آموزش داده شد تا نحوه اجرای پرسشنامه‌ها و پیدا کردن زنانی که سابقه ترک و سپس عود مجدد مواد را داشتند، بیاموزد. نمونه تصادفی به این صورت بود که ۱۵۰ نفر از زنان ۱۸ تا ۴۰ سال به صورت تصادفی انتخاب و سپس پرسشنامه عوامل محافظت‌کننده و خطرآفرین مواد مخدر را بین این زنان توزیع و نحوه پر کردن پرسشنامه را به آنها آموزش دهد. در پایان این پرسشنامه یک سوالی آورده شد که از افراد خواسته می‌شد، آیا تاکنون شما مواد مخدر را ترک کرده‌اید و سپس دوباره شروع به مصرف مجدد آن کرده‌اید، اگر پاسخ بلی است از شرکت‌کننده درخواست شد، به پرسشنامه دیگری که در ادامه پرسشنامه عوامل محافظت‌کننده و خطرآفرین، با نام پرسشنامه محقق ساخته علل عود مجدد را تکمیل کنند. ۳۰ نفر از این ۱۵۰ نفر به این پرسشنامه پاسخ دادند.

ابزار گردآوری اطلاعات و پایایی و روایی آن‌ها

تکنیک جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه است به این جهت برای آزمایش فرضیه‌های پژوهش از پرسشنامه محقق ساخته علل گرایش به اعتیاد، پرسشنامه علل عود مجدد مواد مخدر و پرسشنامه عوامل خطرناک و حفاظت‌کننده مصرف مواد استفاده شد.

پرسشنامه عوامل خطرناک و حفاظت‌کننده مصرف مواد

پرسشنامه عوامل خطر و محافظ اعتیاد یک ابزار غربالگری است که به منظور ارزیابی عوامل خطرناک و حفاظت‌کننده مصرف مواد توسط محمدخانی (۱۳۸۴-۱۳۹۴) ساخت و استانداردسازی شده است. نسخه اولیه پرسشنامه عوامل خطر و محافظ اعتیاد دارای ۱۱۰ گویه و ۱۸ خرده مقیاس بود. با این حال، بر اساس تحلیل مجدد داده‌های اولیه و نتایج تحلیل عاملی پرسشنامه‌ی در جمعیت در معرض خطر و اجراهای بعدی، تعداد گویه‌های پرسشنامه به ۸۶ گویه و ۱۲ خرده مقیاس تقلیل یافت که متغیرهای مرتبط با مصرف مواد را در چهار حیطه فردی، خانوادگی، مدرسه‌ای و اجتماعی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. بررسی روایی افتراقی پرسشنامه عوامل خطرناک و حفاظت‌کننده مصرف مواد در نوجوانان از طریق مقایسه دانش‌آموزان مصرف‌کننده مواد و غیر مصرف‌کننده، نشان داد که این مقیاس می‌تواند این دو گروه را از هم تفکیک نماید و از روایی افتراقی قابل قبولی برخوردار است (محمدخانی، ۱۳۸۶). همچنین روایی سازه پرسشنامه‌ی مذکور با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی و اکتشافی در نمونه‌ای از دانش‌آموزان در معرض خطر شهر تهران مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که پرسشنامه عوامل خطرناک و حفاظت‌کننده مصرف مواد در نوجوانان از لحاظ نظری با مدل‌های نظری پیش‌بینی‌کننده مصرف مواد، منطبق است و از روایی سازه خوبی برخوردار است (محمدخانی، ۱۳۹۱). خرده مقیاس‌های این پرسشنامه شامل نگرش به مصرف مواد، ناامیدی، مهارت‌های اجتماعی، هیجان خواهی،

تکانشگری، حساسیت به اضطراب، تعارضات خانوادگی، نگرش والدین، نظارت خانواده، بی‌نظمی اجتماعی، تعهد به مدرسه و فضای روانی اجتماعی مدرسه است.

پرسشنامه محقق ساخته علل گرایش به اعتیاد

این پرسشنامه محقق ساخته به منظور شناسایی علل گرایش دختران دانشجو و دانش‌آموز و همچنین میزان شیوع مواد مخدر و نوع مواد ساخته شد. پرسشنامه شامل دو بخش اطلاعات جمعیت شناختی از قبیل سن، وضعیت تاهل، پایه تحصیلی، رشته تحصیلی، میزان تحصیلات پدر و مادر، وضعیت شغل مادر و پدر و وضعیت اقتصادی شرکت کنندگان و ۲۷ سوال در مورد علل گرایش به مواد مخدر و همچنین ۱ سوال که الگوی مصرف انواع مواد در طول ۱۲ ماه گذشته را مورد بررسی قرار داد. برای روایی صوری و محتوایی، این پرسشنامه به ۳ نفر متخصص در زمینه اعتیاد ارائه شد و همگی این پرسشنامه را تایید کردند. نمونه‌ای از سوالات این پرسشنامه «خانواده‌ام از لحاظ عاطفی من را حمایت می‌کنند»، «هر چند وقت یکبار احساس می‌کردید که ناامید هستید»

پرسشنامه محقق ساخته علل عود مجدد مواد مخدر

این پرسشنامه شامل ۱۷ سوال در طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای می‌باشد که علل عود مجدد افراد را به سمت مواد مخدر می‌سنجد. برای روایی صوری و محتوایی، این پرسشنامه به ۳ نفر متخصص در زمینه اعتیاد ارائه شد و همگی این پرسشنامه را تایید کردند. به عنوان مثال یکی از سوالات این پرسشنامه، بعد از ترک مواد دائم و سوسه مصرف داشتم و نتوانستم و سوسه‌ام را کنترل کنم و به همین دلیل دوباره مصرف مواد را شروع کردم.

اعتبار ابزار پژوهش

در پژوهش حاضر برای تعیین اعتبار ابزار تحقیق (پرسشنامه) از روش اعتبار صوری استفاده شده است. منظور از اعتبار صوری میزان توافق متخصصان یک امر در رابطه با یک شاخص یا معیار است (ساروخانی، ۱۳۸۸).

روش اجرا

با کسب مجوزهای لازم از دانشگاه شهرکرد، اداره کل آموزش و پرورش استان چهارمحال و بختاری و ناحیه ۲ و هماهنگی لازم با مسئولین در محله ۳۲ شهرکرد، پرسش‌نامه‌های نامبرده پخش شد و پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط دانشجویان، دانش‌آموزان و بانوان ناحیه ۲، داده‌های حاصل از پرسش‌نامه‌ها کدگذاری شد و به وسیله نرم‌افزار SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

شیوه‌های تجزیه و تحلیل اطلاعات

برای تنظیم اطلاعات و داده‌ها و عرضه آن‌ها به صورت نمودار و جدول از متداول‌ترین ابزار موجود در مجموعه علوم اجتماعی یعنی SPSS استفاده شده است. تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد. در سطح توصیفی با استفاده از مشخصه‌های آماری نظیر فراوانی و درصد به تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته شد و در سطح استنباطی از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام استفاده شده است.

فصل چهارم

تجزیه و تحلیل داده ها

تحلیل نتایج دانشجویان

در پژوهش علل گرایش دانشجویان دختر خوابگاهی به مواد مخدر ، ۵۸۳ دختر خوابگاهی شرکت کردند. در ادامه به تحلیل داده‌های این پژوهش پرداخته می شود.

تحلیل دموگرافیک

جدول شماره (۱) مربوط به بررسی سن

سن	تعداد
۱۸	۳
۱۹	۱۱۳
۲۰	۱۴۴
۲۱	۱۰۳
۲۲	۸۶
۲۳	۶۱
۲۴	۱۸
۲۵	۱۰
۲۶	۶
۲۷	۷
۲۸	۵
۲۹ به بالا	۲۷

همانطوری که در جدول شماره (۱) مشاهده می شود بیشترین گروه سنی شرکت کنندگان ۲۰ ساله ها و کمترین آنها ۲۷ سال بودند.

جدول شماره (۲) مربوط به وضعیت تاهل

متغیرها	تعداد مجرد	متاهل
وضعیت تاهل	۴۸۲	۱۰۱
/مجرد		

همانطوری که در جدول شماره (۲) مشاهده می شود، ۴۸۲ نفر شرکت کنندگان (۸۲/۷) مجرد و ۱۰۱ نفر آنها (۱۷/۳) متاهل بودند.

جدول شماره (۳) مربوط به سال تحصیلی شرکت کنندگان

سال اول	سال دوم	سال سوم	سال چهارم	سال پنجم	سطح تحصیلات
۱۵۲	۱۷۹	۱۲۰	۱۰۶	۲۶	

همانطوری که در جدول شماره (۳) مشاهده می شود، ۱۵۲ نفر (۲۶/۱ درصد) شرکت کنندگان سال اول دانشگاه؛ ۱۷۹ نفر (۳۰/۷ درصد) سال دوم دانشگاه؛ ۱۲۰ نفر (۲۰/۶) سال سوم دانشگاه؛ ۱۰۶ نفر (۱۸/۲) سال چهارم دانشگاه و ۲۶ نفر (۴/۵) سال پنجم دانشگاه بودند.

جدول شماره (۴) مربوط به وضعیت اقتصادی

پایین	متوسط	بالا	وضعیت اقتصادی
۷۹	۴۴۳	۵۹	

همانطوری که در جدول شماره (۴) مشاهده می شود، ۷۹ نفر (۱۳/۶ درصد) از شرکت کنندگان وضعیت اقتصادی خود را پایین، ۴۴۳ نفر (۷۶ درصد) متوسط و ۵۹ نفر (۱۰/۱ درصد) نفر از شرکت کنندگان وضعیت اقتصادی خود را بالا گزارش دادند.

جدول شماره (۵) مربوط به وضعیت تحصیلات والدین شرکت کنندگان

وضعیت تحصیلات پدر	درصد پدر	مادر	درصد مادر	وضعیت تحصیلات
۵۴	۹/۳	۷۹	۱۳/۶	بی سواد در حد خواندن
۱۷۹	۳۰/۷	۱۹۳	۳۳/۱	زیر دیپلم
۱۸۳	۳۱/۴	۲۱۰	۳۶	دیپلم
۱۲۵	۲۱/۴	۸۱	۱۳/۹	کاردانی/کارشناسی
۴۲	۷/۲	۲۰	۳/۴	کارشناسی ارشد یا دکتری

جدول شماره (۵) وضعیت تحصیلات والدین شرکت کنندگان را نشان می دهد.

جدول شماره (۶) مربوط به وضعیت اشتغال والدین شرکت کنندگان

وضعیت تحصیلات	پدر	درصد	مادر	درصد
شاغل	۳۸۶	۶۶/۲	۱۲۱	۲۰/۸
بیکار	۴۹	۸/۴	۴۲۵	۷۲/۹
بازنشسته	۱۲۰	۲۰/۶	۲۲	۳/۸
مستمری بگیر	۲۸	۴/۸	۱۵	۲/۶

جدول شماره (۶) وضعیت اشتغال والدین شرکت کنندگان را نشان می دهد.

جدول شماره (۷) میزان شیوع و نوع مواد مصرفی در بین شرکت کنندگان

در ۱۲ ماه گذشته مشخص کنید حدوداً چند بار هر یک از مواد زیر را مصرف کرده اید

اصلاً	۳-۹	۱۰-۲۰	۲۰-۵۰	بیش از ۵۰
سیگار	۴۰	۱۱	۱۱	۱
قلیان	۷۷	۱۷	۱۹	۳
مشروب	۳۲	۹	۷	۰
حشیش، گل، ماری جوانا	۱۵	۰	۷	۰
شیشه	۹	۳	۳	۰
تریاک	۶	۰	۶	۰
کراک	۸	۰	۶	۰
ترامادول، متادون	۹	۰	۶	۰
مواد نیروزا	۱۶	۰	۵	۰
دیازپام، کلونازپام	۲۰	۳	۳	۰

کدئین	۴۷۹	۸۸	۷	۶	۳
-------	-----	----	---	---	---

جدول شماره (۷) میزان مصرف و نوع موادی که شرکت کنندگان در ۱۲ ماه گذشته مصرف کرده اند را نشان می دهد.

در ادامه به بررسی آمار توصیفی و استنباطی متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش پرداخته می شود.

جدول شماره (۸) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای نگرش به اعتیاد و ...

امید	روان- رنجوری	رفتارهای پرخطر	سبک زندگی	مذهب	سازگاری خانوادگی	حمایت تحصیلی	درگیری نسبت به مواد	نگرش
۱۰/۹۱	۷/۱۹	۳/۵۱	۱۱/۶۵	۴/۸۹	۴/۳۶	۱۱/۱۵	۴/۷۰	۱/۱۷
۳/۲۵	۲/۸۲	۱/۱۱	۱/۷۶	۱/۵۴	۱/۷۰	۲/۹۰	۱/۲۲	۰/۵۵۹
انحراف استاندارد								
۰/۶۷۹	۰/۸۷۱	۲/۶۲۸	-/۳۶۶	-/۳۱۹	۰/۳۳۱	-/۲۶۵	۰/۱۷۹	۳/۸۷
کجی								
۰/۰۱۴	۰/۱۹۸	۷/۶۵۷	۰/۰۸۶	-/۸۵۱	-/۷۵۱	-/۴۲۶	۰/۳۳۷	۱۵/۸۳۱
کشیدگی								

جدول شماره (۸) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش مشاهده می شود.

جدول شماره (۹) همبستگی نگرش نسبت به مواد با سایر متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱- امید										
۲- روان- رنجوری	-/۲۹۴**									
۳- رفتارهای پرخطر	-/۱۰۵*	۰/۱۲۱**								
۴- سبک زندگی	۰/۰۰۸	-/۰۵۳	۰/۰۲۳							
۵- سلامت جسمی	۰/۳۰۲**	-/۲۳۴**	-/۲۰۳**	۰/۰۲۹	۱					
مذهب										

۶- سازگاری	۰/۱۸۱**	۰/۲۰۰**	۰/۰۱۱	۰/۱۰۳**	۰/۱۰۹**	۱			
۷- حمایت خانوادگی	۰/۲۷۷**	۰/۴۵۹**	۰/۱۳۴**	۰/۰۸۰	۰/۲۵۱**	۱	۰/۰۷۵		
۸- درگیری تحصیلی	۰/۰۳۴	۰/۰۰۴	۰/۱۰*	۰/۰۰۶*	۰/۰۵۹	۱	۰/۰۰۸	۰/۰۳۱	
۹- رضایت	۰/۳۳۵**	۰/۵۶۴**	۰/۱۶۰**	۰/۱۰۷*	۰/۲۴۷**	۱	۰/۰۳۴	۰/۵۱۳**	۰/۱۵۵**
۱۰- نگرش به مواد	۰/۰۹۹*	۰/۱۴۱**	۰/۲۰۰**	۰/۰۴۴	۰/۱۸۹*	۱	۰/۰۵۴	۰/۱۴۲**	۰/۱۴۳**

در جدول شماره (۹) همبستگی های متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش ارائه شده است. برای بررسی اینکه کدام یک از متغیرهای در پیش بینی نگرش نسبت به مواد و سهمی که در این پیش بینی دارد از رگرسیون گام به گام در ادامه ارائه می شود.

جدول ۱۰: خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای تعیین متغیرهای پیش بین مصرف مواد

متغیرهای وابسته	متغیرهای پیش بین	R	R square	Adjusted R	F	P	β	t	P
رفتارهای پرخطر		۰/۲۰	۰/۰۴۰	۰/۰۳۸	۲۴/۱۰۳	۰/۰۰۱	۰/۱۰۱	۴/۹۰	۰/۰۰۱
مذهب		۰/۲۵	۰/۰۶۳	۰/۰۵۹	۱۹/۳۴۱	۰/۰۰۱	۰/۰۵	-۳/۷۴۷	۰/۰۰۱
مصرف مواد	درگیری تحصیلی	۰/۲۷	۰/۰۷۷	۰/۰۷۲	۱۵/۹۶۷	۰/۰۰۱	۰/۰۵۴	-۲/۹۵۰	۰/۰۰۱
	روان رنجوری	۰/۲۹	۰/۰۸۴	۰/۰۷۸	۱۳/۲۹۹	۰/۰۰۱	۰/۰۱۸	۲/۲۲۸	۰/۰۲۶

نتایج مندرج در جدول شماره (۱۰) بیانگر آنست که قوی ترین پیش بینی کننده نگرش نسبت به مواد، رفتارهای پرخطر، مذهب، درگیری های تحصیلی و روان رنجوری است. بنابراین افزایش رفتارهای پرخطر و رفتارهای روان-رنجوری احتمال افزایش مصرف مواد بیشتر و با کاهش مذهب و درگیری تحصیلی در بین دانشجویان احتمال مصرف مواد نیز بالا خواهد رفت.

تحلیل نتایج محله ۳۲

در پژوهش بررسی محله ۳۲، ۱۵۰ دختر و زن ساکن این محله شرکت کردند که از میان آنان ۳۰ زن دچار عود مجدد نسبت به مواد مخدر داشتند. در ادامه به تحلیل داده‌های این پژوهش پرداخته می‌شود.

تحلیل دموگرافیک

جدول شماره (۱) مربوط به بررسی سن

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	بیشترین	کمترین
سن	۲۳/۳۰	۴/۳۶	۳۵	۱۷

همانطوری که در جدول شماره (۱) مشاهده می‌شود میانگین سنی شرکت کنندگان ۲۳/۳۰ و انحراف استاندارد ۴/۳۶ بوده است. بیشترین سن شرکت کنندگان ۳۵ و کمترین آن ۱۷ سال بوده است.

جدول شماره (۲) مربوط به وضعیت تاهل

متغیرها	تعداد مجرد	متاهل
وضعیت تاهل / مجرد	۳۷	۱۱۳

همانطوری که در جدول شماره (۲) مشاهده می‌شود، ۳۷ نفر شرکت کنندگان (۲۴/۷) مجرد و ۱۱۳ نفر آنها (۷۵/۳) متاهل بودند.

جدول شماره (۳) مربوط به تحصیلات شرکت کنندگان

سطح تحصیلات	سیکل	دیپلم	کاردانی	کارشناسی
	۱۲۶	۲۰	۲	۲

همانطوری که در جدول شماره (۳) مشاهده می‌شود، ۱۲۶ نفر (۸۴ درصد) شرکت کنندگان دارای مدرک سیکل، ۲۰ نفر (۱۳ درصد) دیپلم و ۲ نفر کاردانی و ۲ نفر دارای کارشناسی داشتند.

جدول شماره (۴) مربوط به وضعیت اقتصادی

پایین	متوسط	بالا
۷۱	۷۸	۱

همانطوری که در جدول شماره (۴) مشاهده می شود، ۷۱ نفر (۴۷/۳ درصد) از شرکت کنندگان وضعیت اقتصادی خود را پایین، ۷۸ نفر (۵۲ درصد) متوسط و تنها یک نفر از شرکت کنندگان وضعیت اقتصادی خود را بالا گزارش دادند.

جدول شماره (۵) مربوط به وضعیت تحصیلات والدین شرکت کنندگان

وضعیت تحصیلات	پدر	مادر
بی سواد	۲۳	۸۷
سیکل	۷۹	۵۳
دیپلم	۴۵	۹
کاردانی/کارشناسی	۳	۱

جدول شماره (۵) وضعیت تحصیلات والدین شرکت کنندگان را نشان می دهد.

در ادامه به بررسی آمار توصیفی و استنباطی متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش پرداخته می شود.

جدول شماره (۶) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای نگرش به اعتیاد و ...

نگرش	نامیدی	هیجان	تکانشگری	اضطراب	تعارض	نظارت	نگرش بی	تعهد به	فضای
نسبت	خواهی	در	خانواده	نسبت	به	اجتماعی	محیط	مواد	محیط
۲۸/۰۹	۲۹/۷۸	۲۲/۲۴	۱۳/۷۴	۱۵/۷۸	۱۷/۵۴	۶/۷۲	۱۲/۰۷	۲۴/۴۷	۱۳/۰۴
۴/۸۵	۳/۱۸	۴/۰۵	۴/۰۵	۲/۵۱	۵/۵۴	۲/۶۸	۲/۴۲	۴/۴۸	۲/۳۹
کجی	-۱/۷۸۷	-۱/۵۹۲	-۱/۶۶۶	-۱/۴۳۸	-۱/۷۸۴	۱/۶۱۷	۰/۲۷۲	۰/۱۹۸	۰/۱۴۳

کشیدگی ۰/۰۶۴ ۰/۳۹۴ -/۱۹۲ -/۱۲۹ ۱/۱۴۲ ۲/۵۴۰ ۰/۰۶۳ ۰/۰۳۲ ۱/۳۹۵ ۱/۸۵ ۱/۰۹

جدول شماره (۶) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش مشاهده می شود.

جدول شماره (۷) همبستگی نگرش نسبت به مواد با سایر متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱
نگرش نسبت به مواد												
ناامیدی	۰/۴۱۹**											
هیجان خواهی	۰/۵۹۷**	۰/۴۲۴**	۱									
تکانشگری	۰/۶۴۱**	۰/۳۲۰**	۰/۵۹۹**	۱								
اضطراب	۰/۶۱۷**	۰/۳۰۱**	۰/۴۴۵**	۱/۳۳۹**	۱							
تعارض در خانواده	۰/۲۳۲**	۰/۱۵۷	۰/۱۰۶	۰/۲۰۵*	-۰/۰۲۸	۱						
نظارت والدین	۰/۲۲۸**	-/۳۹۵**	-/۳۴۵**	-۰/۱۵۷	۰/۲۹۲**	۰/۱۹۶*	۱					
نگرش والدین نسبت به مواد	۰/۲۲۷**	۰-/۱۵۹	۰/۱۸۳*	۰/۱۷۳*	-۰/۱۲۷	۱/۳۷۳**	۱/۳۹۷**	۱				
بی نظمی محیط اجتماعی	۰/۱۹۳**	۰/۱۸۳*	۰/۲۰۴*	۱/۲۲۲**	۰/۳۵۸**	۰/۱۶۱*	۰/۰۸۵	۱/۲۴۸**	۱			
تعهد به	۰/۱۷۱**	-۰/۱۲۲	۰/۲۶۷**	-۰/۰۹۲	-۰/۱۷۰*	۰/۰۵۶	۱/۲۷۱**	-۰/۰۰۸	۱/۱۴۳	۱		

تحصیلات	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
فضای روانی و اجتماعی محیط	۰/۳۲۷**	۰/۲۲۲**	۰/۴۸۵**	۰/۲۰۴*	۰/۲۴۴**	۰/۰۶۴	۰/۴۵۴**	۰/۰۳۹	۰/۰۶۳	۰/۴۱۹**	۱
مهارت- های اجتماعی	-۰/۰۳۸	-۰/۱۵۰	-۰/۰۶۷	-۰/۰۱۹	-۰/۱۶۳*	۰/۲۲۰**	۰/۴۷۳**	۰/۱۹۹*	۰/۰۹۳	۰/۴۴۷**	۱/۴۲۶۵**

در جدول شماره (۷) همبستگی های متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش ارائه شده است. برای بررسی اینکه کدام یک از متغیرهای در پیش بینی نگرش نسبت به مواد و سهمی که در این پیش بینی دارد از رگرسیون گام به گام در ادامه ارائه می شود.

جدول ۸: خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای تعیین متغیرهای پیش بین نگرش نسبت به مواد

متغیرهای وابسته	متغیرهای پیش بین	R	R square	Adjusted R	F	P	β	t	p
نگرش نسبت به مواد	تکانشگری	۰/۶۴۱	۰/۴۱۱	۰/۴۰۷	۱۰۳/۲۸۳	۰/۰۰۱	۰/۴۰۷	۷/۲۵۹	۰/۰۰۱
	اضطراب	۰/۷۶۹	۰/۵۹۲	۰/۵۸۶	۱۰۶/۶۱۳	۰/۰۰۱	۰/۴۲۰	۷/۵۹۰	۰/۰۰۱
	تعارضات خانوادگی	۰/۷۸۴	۰/۶۱۴	۰/۶۰۶	۷۷/۴۱۴	۰/۰۰۱	۰/۱۵۱	۲/۹۱۱	۰/۰۰۴
	فضای روانی و اجتماعی محیط	۰/۷۹۵	۰/۶۳۳	۰/۶۲۳	۶۲/۴۲۸	۰/۰۰۱	-۰/۱۲۷	-۲/۴۱۴	۰/۰۱۷
نامیدی	۰/۸۰۲	۰/۶۴۳	۰/۶۳۰	۵۱/۸۰۷	۰/۰۰۱	-۰/۱۱۱	۲/۰۱۴	۰/۰۴۶	

نتایج مندرج در جدول شماره (۸) بیانگر آنست که قویترین پیش بینی کننده نگرش نسبت به مواد، تکانشگری، اضطراب، تعارضات خانوادگی، فضای روانی و اجتماعی محیط و نامیدی است. بنابراین با افزایش تکانشگری، اضطراب، تعارضات خانوادگی، فضای روانی و اجتماعی محیط و نامیدی منجر به افزایش نگرش مثبت تر نسبت به مواد خواهد شد.

در ادامه برا اکتشاف علل عود مجدد بانوان به مواد مخدر در این پژوهش ۳۰ نفر از شرکت کنندگان اعلام کردند که در طول سالهای گذشته چندین بار دچار عود مجدد و بازگشت شده بودند. پژوهشگران یک پرسشنامه که محقق ساخته بود را آماده کردند و در بین این ۳۰ نفر توزیع کردند

این پرسشنامه ۱۸ سوال داشت که در جدول شماره (۹) به بررسی آن پرداخته می شود.

جدول شماره (۳): علل بازگشت مجدد زنان به سمت اعتیاد

میزان تاثیر عوامل موثر بر بازگشت به سمت مواد	خیلی زیاد			زیاد			نظری ندارم			کم		خیلی کم	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
دوست داشتم دوباره لذت مصرف مواد را تجربه کنم	۱۱	۳۶/۷	۱۲	۴۰/۰	۴	۱۳/۳	۱	۳/۳	۲	۶/۷			
بعد از ترک مواد دائم وسوسه مصرف داشتم و نتوانستم وسوسه را کنترل کنم	۱۱	۳۶/۷	۱۴	۴۶/۷	۵	۱۶/۷	۰	۰	۰	۰			
بعد از ترک مواد کسل و بی حوصله بودم	۱۳	۴۳/۳	۱۶	۵۳/۳	۱	۳/۳	۰	۰	۰	۰			
بعد از ترک کارکرد قبلی را در زندگی نداشتم	۴	۱۳/۳	۱۸	۶۰/۰	۶	۲۰/۰	۱	۳/۳	۱	۳/۳			
قصد مصرف مواد مجدد مواد را نداشتم که به صورت اتفاقی مصرف کردم و	۵	۱۶/۷	۱۱	۳۶/۷	۱۰	۳۳/۳	۳	۱۰/۰	۱	۳/۳			

										دوباره گرفتار شدم
۰	۰	۰	۰	۳/۳	۱	۷۶/۷	۲۳	۲۰/۰	۶	بعد از ترک، استرس های زیادی داشتم
۱۶/۷	۵	۰	۰	۳۳/۳	۱۰	۳۰/۰	۹	۲۰/۰	۶	بخاطر لجبازی و انتقام از دیگران دوباره مصرف را شروع کردم
۱۶/۷	۵	۳/۳	۱	۱۶/۷	۵	۲۳/۳	۷	۴۰/۰	۱۲	بعد از ترک مشکلاتی مثل بیخوابی، بی قراری و خستگی باعث شد مجدد به سمت مصرف مواد رفتم
۳/۳	۱	۰	۰	۴۳/۳	۱۳	۳۰/۰	۹	۲۳/۳	۷	بعد از ترک احساس کردم دچار پوچی هستم و زندگی برایم معنا ندارد
۰	۰	۰	۰	۲۶/۷	۸	۵۳/۳	۱۶	۲۰/۰	۶	مشکلاتی که قبلا باعث اعتیاد من شده بود تداوم داشت
۱۶/۷	۵	۰	۰	۰	۰	۳۶/۷	۱۱	۴۶/۷	۱۴	زندگی در یک محل آلوده به مصرف مواد، باعث اعتیاد مجدد من شد
۰	۰	۱۶/۷	۵	۲۶/۷	۸	۳۰/۰	۹	۲۶/۷	۸	داشتن والدین مصرف کننده موجب برگشت مجدد اعتیاد من شد
۰	۰	۰	۰	۱۰/۰	۳	۵۳/۳	۱۶	۳۶/۷	۱۱	داشتن دوستان

مصرف کننده									
موجب برگشت									
مجدد اعتیاد من									
شد									
بی فایده بودن	۲	۶/۷	۱۶	۵۳/۳	۲	۶/۷	۱۰	۳۳/۳	۰
روش های ترک									
مثل دارو، کمپ									
و مشاوره باعث									
اعتیاد مجدد من									
شد									
اختلافات	۱۳	۴۳/۳	۸	۲۶/۷	۱	۳/۳	۸	۲۶/۷	۰
خانوادگی باعث									
اعتیاد مجدد من									
شد									
مشکلات مالی و	۲۵	۸۳/۳	۴	۱۳/۳	۱	۳/۳	۰	۰	۰
اقتصادی باعث									
اعتیاد مجدد من									
شد									
نداشتن هر گونه	۱۷	۵۶/۷	۸	۲۶/۷	۰	۰	۵	۱۶/۷	۰
جایگزین و									
دلخوشی در									
زندگی باعث									
اعتیاد مجدد من									
شد									

نتایج جدول شماره (۳) گویای این واقعیت است که بیشترین درصد (۸۳/۳) درصد که «مشکلات مالی و اقتصادی باعث اعتیاد مجدد من شد» از سوی شرکت کنندگان علت بازگشت مجدد به سمت اعتیاد شد. دیگر مورد «زندگی در یک محل آلوده به مصرف مواد، باعث اعتیاد مجدد من شد» و سایر موارد که در جدول شماره (۹) مشخص است.

تحلیل نتایج دانش آموزان

در پژوهش علل گرایش دانش آموزان دختر به مواد مخدر، ۱۵۰ دختر دانش آموز شرکت کردند. در ادامه به تحلیل داده‌های این پژوهش پرداخته می‌شود.

جدول شماره (۱) مربوط به بررسی سن

سن	تعداد
۱۵	۲۷
۱۶	۵۴
۱۷	۵۸
۱۸	۱۱

همانطوری که در جدول شماره (۱) مشاهده می شود بیشترین گروه سنی شرکت کنندگان ۱۷ ساله ها و کمترین آنها ۱۸ سال بودند.

جدول شماره (۲) مربوط به سال تحصیلی شرکت کنندگان

سال اول	سال دوم	سال سوم	سطح تحصیلات
۵۵	۴۴	۵۱	

همانطوری که در جدول شماره (۲) مشاهده می شود، ۵۵ نفر (۳۶/۷ درصد) شرکت کنندگان سال اول متوسطه دوم؛ ۴۴ نفر (۲۹/۳ درصد) سال دوم متوسطه؛ ۵۱ نفر (۳۴ درصد) سال سوم متوسطه بودند.

جدول شماره (۳) مربوط به وضعیت اقتصادی

پایین	متوسط	بالا	وضعیت اقتصادی
۹	۱۱۳	۲۸	

همانطوری که در جدول شماره (۳) مشاهده می شود، ۹ نفر (۶ درصد) از شرکت کنندگان وضعیت اقتصادی خود را پایین، ۱۱۳ نفر (۷۵/۳ درصد) متوسط و ۲۸ نفر (۱۸/۶ درصد) از شرکت کنندگان وضعیت اقتصادی خود را بالا گزارش دادند.

جدول شماره (۴) مربوط به وضعیت تحصیلات والدین شرکت کنندگان

وضعیت تحصیلات پدر	درصد	مادر	درصد
-------------------	------	------	------

بی سواد در حد خواندن	۱۳	۸/۷	۱۸	۱۲
زیر دیپلم	۴۲	۲۸	۳۴	۲۲/۷
دیپلم	۵۶	۳۷/۳	۵۷	۳۸
کاردانی/کارشناسی	۱۴	۹/۳	۲۰	۱۳/۳
کارشناسی ارشد یا دکتری	۲۵	۱۶/۷	۲۱	۱۴

جدول شماره (۴) وضعیت تحصیلات والدین شرکت کنندگان را نشان می دهد.

جدول شماره (۵) مربوط به وضعیت اشتغال والدین شرکت کنندگان

وضعیت تحصیلات	پدر	درصد	مادر	درصد
شاغل	۱۱۴	۷۶	۳۸	۲۵/۳
بیکار	۱۱	۷/۳	۱۰۵	۷۰
بازنشسته	۱۷	۱۱/۳	۴	۲/۷
مستمری بگیر	۸	۵/۳	۳	۲

جدول شماره (۵) وضعیت اشتغال والدین شرکت کنندگان را نشان می دهد.

جدول شماره (۶) میزان شیوع و نوع مواد مصرفی در بین شرکت کنندگان

در ۱۲ ماه گذشته مشخص کنید حدوداً چند بار هر یک از مواد زیر را مصرف کرده اید			
خانواده	خود دانش آموز	خانواده و دانش آموز	
سیگار	۳۴	۶	۱۱۰
قلیان	۱۷	۱۳	۱۲۰
مشروب	۶	۶	۱۳۸
حشیش، گل، ماری جوانا	۴	۴	۱۴۲

شیشه	۲	۴	۱۴۴
تریاک	۴	۶	۱۴۰

جدول شماره (۶) میزان مصرف و نوع موادی که شرکت کنندگان و خانواده هایشان را در ۱۲ ماه گذشته مصرف کرده اند را نشان می دهد.

در ادامه به بررسی آمار توصیفی و استنباطی متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش پرداخته می شود.

جدول شماره (۷) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای نگرش به اعتیاد و ...

	امید	روان-	رفتارهای	سبک	مذهب	حمایت	درگیری	نگرش
	رنجوری	پرخطر	زندگی	سلامت	خانوادگی	تحصیلی	نسبت	به مواد
			جسمی					
میانگین	۱۱/۳۸	۵/۹۴	۳/۲۱	۹/۲۰	۴/۷۹	۷/۸۸	۳/۹۷	۱۶/۸۴
انحراف استاندارد	۲/۶۴	۲/۳۸	۱/۷۶	۱/۸۲	۱/۶۷	۲/۳۸	۱/۶۷	۱/۸۷
کجی	۰/۶۷۹	۰/۸۷۱	۲/۶۲۸	-۳/۶۶	-۳/۱۹	-۲/۶۵	۰/۱۷۹	۳/۸۷
کشیدگی	۰/۰۱۴	۰/۱۹۸	۷/۶۵۷	۰/۰۸۶	-۱/۸۵۱	-۴/۲۶	۰/۳۳۷	۱۵/۸۳۱

جدول شماره (۷) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش مشاهده می شود.

جدول شماره (۸) همبستگی نگرش نسبت به مواد با سایر متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱- امید										
۲- روان-										
رنجوری										
۳-										
رفتارهای										
پرخطر										
۴- سبک										
زندگی										
سلامت										
جسمی										

۵-	۰/۲۸۵**	-۰/۲۲۶**	۰/۰۶۷	۰/۰۴۴	۱					مذهب
۶-	۰/۲۷۳**	-۰/۳۶۷**	-۰/۱۳۸	-۰/۰۶۱	-۰/۱۲۳	۱				حمایت خانوادگی
۷-	۰/۱۲۳	۰/۰۴۳	۰/۱۰	۰/۰۰۵۶	-۰/۰۵۱	۰/۰۹۵	۱			درگیری تحصیلی
۸-	۰/۱۸۳**	-۰/۵۰۲**	-۰/۲۲۹**	۰/۰۷۰	۰/۰۸۰	۰/۰۱۶	۱			رضایت نگرش به مواد
۹۰-	-۰/۰۱۰*	۰/۱۴۱*	۰/۲۱۴**	-۰/۰۶۶	-۰/۱۱۵*	-۰/۲۰۱*	-۰/۱۷۰*	-۰/۱۲۳**	۱	

در جدول شماره (۸) همبستگی های متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش ارائه شده است. برای بررسی اینکه کدام یک از متغیرهای در پیش بینی نگرش نسبت به مواد و سهمی که در این پیش بینی دارد از رگرسیون گام به گام در ادامه ارائه می شود.

جدول ۱۰: خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای تعیین متغیرهای پیش بین مصرف مواد

متغیرهای وابسته	متغیرهای پیش بین	R	R square	Adjusted R	F	P	β	t	p
رفتارهای پرخطر		۰/۲۰	۰/۰۴۰	۰/۰۳۸	۶/۷۷۴	۰/۰۱۰	۰/۱۰۱	۲/۹۰۶۰	۰/۰۱۰
مذهب		۰/۲۵	۰/۰۶۳	۰/۰۵۹	۶/۳۴۱	۰/۰۱۰	۰/۰۵	-۳/۷۴۷	۰/۰۰۱۰
مصرف مواد خانوادگی	حمایت خانوادگی	۰/۲۷	۰/۰۷۷	۰/۰۷۲	۵/۹۸	۰/۰۰۳	۰/۰۵۴	-۲/۲۴۰	۰/۰۲۷

نتایج مندرج در جدول شماره (۱۰) بیانگر آنست که قوی ترین پیش بینی کننده مصرف مواد، رفتارهای پرخطر، مذهب و حمایت خانوادگی است. بنابراین افزایش رفتارهای پرخطر افزایش مصرف مواد بیشتر و با کاهش مذهب و درگیری تحصیلی در بین دانشجویان احتمال مصرف مواد نیز بالا خواهد رفت.

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

مقدمه

اعتیاد بیماری است که دارای پیامدها و هزینه‌های بی‌شماری برای فرد، خانواده و جامعه هست و اکثر آسیب‌های اجتماعی دیگر همانند طلاق و بزهکاری تحت تأثیر اعتیاد است. امروزه اکثر متخصصین متفق القولند که درمان اعتیاد مشکل، هزینه‌بر و طاقت فرساست و بهترین راه تلاش برای پیشگیری از آن است و فرایند پیشگیری نیز هر چه از سنین پایین‌تر شروع شود بهینه‌تر و اثرات مثبت‌تری دارد. در این فصل تلاش می‌شود با توجه به یافته‌های طرح حاضر به ارائه پیشنهادهای کاربردی برای پیشگیری و کمک به برنامه‌ریزی سیاست‌گذاران بهداشت و سلامت کشورمان ارائه خواهد شد.

بررسی یافته‌های نمونه دانشجویان و دانش‌آموزان دختر

نکته اول: در یافته‌های این طرح در زمینه میزان مصرف مواد در بین دانشجویان و دانش‌آموزان مشاهده شد مصرف موادی همچون سیگار و قلیان بیشتر از مواد دیگر در بین نمونه دختر پژوهش ما شیوع داشته است. نکته مهمی که باید به آن اشاره شود این است که بیشتر پژوهش‌ها تمرکزشان بر روی مصرف مواد مخدر سنگینی همچون تریاک، حشیش، شیشه و غیره است و اغلب بر روی موادی همچون سیگار و قلیان کمتر تمرکز داشته‌اند و یا اینکه خانواده‌ها اغلب خطر مصرف این مواد را نسبت به سایر مواد کم خطرتر می‌دانند. در ایران محمدخانی (۱۳۹۰) نشان داد مصرف سیگار از شایع‌ترین مواد مورد مصرف در میان دانش‌آموزان ایرانی و شیوع آن ۱۴/۷ هست. برخی پژوهش‌ها نشان داده که احساس لذت از کشیدن سیگار و کاهش اضطراب به واسطه‌ی آن، یکی از مهم‌ترین علت‌های مصرف سیگار است (انصاری و همکاران، ۱۳۸۶). همچنین آمارهای جهانی حاکی از آن است که کشیدن قلیان به یک پدیده‌ی اجتماعی تبدیل شده (کتیر و همکاران، ۲۰۰۰) و امروزه این پدیده در بین جوانان رواج یافته است (مازیاک و همکاران، ۲۰۰۴). نتایج طرح ملی سلامت و بیماری، حاکی از افزایش مصرف قلیان در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال بود؛ به طوری که روزانه حدود ۱۰۰ میلیون نفر در سراسر جهان قلیان مصرف می‌کنند و حتی در بعضی از مناطق شیوع آن از استعمال سیگار بیشتر است (مازیاک و همکاران، ۲۰۰۴). پژوهشی را مؤمنان و همکاران (۱۳۸۶) در زمینه شیوع تجربه مصرف قلیان و مصرف فعلی آن را در دوره‌ی راهنمایی ۵۱/۵ و ۲۰/۵ درصد و در مقطع دبیرستان ۵۹/۶ و ۲۷/۷ برآورد و شایع‌ترین سن شروع تجربه‌ی کشیدن قلیان را در ۱۲ سالگی گزارش کرده‌اند. همچنین ترفی‌جاه و همکاران (۱۳۸۹) شیوع مصرف قلیان در

دانشجویان را ۴۰/۰۳ درصد گزارش کردند. یا در پژوهش دیگری، شیوع سوءمصرف مواد در دانشجویان ۴/۱۵ درصد و شیوع قلیان و سیگار در حدود ۴۷ درصد است (بابایی، رمضانخواهی، برکتی و همکاران، ۲۰۱۵).

برای تبیین این یافته باید باید به دو نظریه شناختی - عاطفی، نظریه یادگیری - اجتماعی بندورا و مدل رشد اجتماعی هاوکینز و وایس اشاره کرد. نظریه‌های شناختی - عاطفی سوءمصرف مواد بر نقش باورها و عقاید نوجوانان در مورد عوارض مصرف مواد، به‌عنوان عاملی برای شروع مصرف مواد تأکید می‌نمایند و اصلی‌ترین عامل را انتظارات و نگرش‌های نوجوانان درباره‌ی مواد می‌دانند و معتقدند که سایر عوامل از طریق شناخت‌ها، ارزیابی‌ها و تصمیم‌های نوجوانان درباره‌ی مواد تأثیر خود را اعمال می‌کنند (اسچیر و همکاران، ۲۰۰۱). نظریه یادگیری - اجتماعی بندورا در تبیین سوءمصرف مواد بر عوامل اجتماعی و بین‌فردی تأکید می‌کند. این نظریه معتقد است که نوجوانان باورهای خود را در مورد رفتارهای بزهکارانه، از الگوهای نقش به‌ویژه از دوستان نزدیک و والدین خود کسب می‌کنند و نگرش فرد در مورد مواد، قوی‌ترین پیش‌بینی کننده‌ی مصرف مواد در نوجوانان است و نوجوانانی که تصور می‌کنند فواید مصرف مواد بیشتر از پیامدهای منفی آن است، در معرض خطر مصرف مواد قرار دارند (پیترا تیس و همکاران، ۱۹۹۵). مدل رشد اجتماعی هاوکینز و وایس (۱۹۸۵) رفتارهای نابهنجار از جمله مصرف مواد را بر اساس پیوند اجتماعی تبیین می‌نمایند. مطابق این نظریه، تعلق عاطفی به همسالانی که مواد مخدر مصرف می‌کنند، علت اصلی سوءمصرف مواد است

پیشنهاد کاربردی

برنامه‌های دانشگاه‌ها، آموزش و پرورش، صدا و سیما، فضاهاى مجازى و ساىر ارگان‌ها بر روى پیشگیری از مصرف سیگار و قلیان متمرکز شود تا جامعه، دانشجویان، دانش‌آموزان و والدین به خطرات و اینکه این مواد دروازه‌ای برای مصرف مواد سنگین (مانند تریاک، حشیش و غیره) است، آگاه شوند. زیرا مشاهده می‌شود تمرکز اغلب برنامه‌ها بر روی مواد سنگین است.

در ادامه به بررسی مهم‌ترین متغیرهایی پیش‌بینی کننده علل گرایش دانشجویان و دانش‌آموزان به مواد مخدر پرداخته می‌شود. به علت شباهت نتایج دانشجویان و دانش‌آموزان هر دو یافته‌ها با هم تبیین می‌شود.

نکته دوم: یکی از پیش‌بینی کننده‌های علل گرایش به اعتیاد رفتارهای پرخطر به دست آمد. رفتارهای پر خطر شامل والدین مصرف کننده، نگرش مثبت نسبت به مواد، هیجان طلبی بالا، وجود مشکلات خانوادگی، آسان‌پذیری دسترسی به مواد و غیره می‌باشد.

رفتارهای پرخطر جوانان یکی از مهمترین مسائل بهداشتی و اجتماعی جوامع کنونی است که بر فرد، خانواده و جامعه تأثیر می‌گذارد (جانستون، اومالی و بچمن، ۲۰۰۲). رفتارهای پرخطر، رفتارهایی هستند که زندگی دیگران را مختل می‌کند و ممکن است به اشخاص و یا اموال آنان آسیب برساند که شامل تخطی از قانون، نظیر تخریب اموال، سرقت، خشونت یا استفاده از سیگار، الکل، مصرف مواد مخدر، فرار از مدرسه و تهدید می‌شود (ماستن، ۱۹۹۱). این‌گونه رفتارها احتمال نتایج منفی و مخرب جسمی، روانشناختی و اجتماعی را برای فرد افزایش می‌دهد (کار و گرور، ۲۰۰۳). رفتارهای پرخطر انواع مختلفی دارد؛ از جمله این رفتارها می‌توان به بی‌دقتی و رفتارهای غیرمعمول در رانندگی، کنجکاوی در استفاده از مواد مخدر و روانگردان، مشروبات الکلی، بی‌نظمی‌های غذایی، عصیان و سرکشی در رعایت قوانین و مقررات، ارتکاب جرم، قتل، خودکشی و انجام فعالیت‌های ورزشی خطرناک اشاره کرد (مووس و پروتن، ۱۹۹۸)، از نظر بویر (۲۰۰۶) مهم‌ترین رفتارهای پرخطر از حیث فراوانی، نمونه و ناخوشایندی شامل مصرف الکل، مصرف تنباکو، فعالیت رانندگی خطرناک و خشونت بین‌فردی می‌شود. یکی از پراهمیت‌ترین رفتارهای پرخطر بین نوجوانان مصرف مواد است، به نحوی که شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی را در رده سنی نوجوانی و جوانی تشکیل می‌دهد و از طرفی نوجوانانی که در سنین پایین از مشروبات الکلی و سیگار استفاده می‌کنند، احتمال بیشتری دارد که به آنها اعتیاد پیدا کنند و این فرآیند نیز احتمال اعتیاد به مواد را افزایش می‌دهد. همچنین، انتقال از دوره نوجوانی به بزرگسالی، پذیرفته شدن در دانشگاه است و یکی از خصوصیات این دوره، رسیدن به استقلال نوپدیدی است که تحت تأثیر آن دانشجویان، خودمختاری بیشتری در سبک‌های زندگی و رفتارهای‌شان احساس کرده و بسیاری از آنها گرایش بیشتری به سمت رفتارهای ناسالم و سبک‌های پرخطر پیدا می‌کنند. به عنوان مثال، نتایج پژوهش حسینیان و همکاران (۱۳۹۴) نشان داد هیجان خواهی و رفتارهای پرخطر می‌توانند میزان گرایش به اعتیاد را در زنان پیش بینی کنند.

پیشنهاد کاربردی

برای کاهش رفتارهای پرخطر درگیر کردن والدین می‌تواند راهکار بسیار خوبی باشد. در ادامه به چند پیشنهاد کاربردی اشاره می‌شود.

۱- اجرای برنامه‌هایی که به مدیریت هیجان در بین دانشجویان و دانش‌آموزان کمک کند.

۲- موردی که در دانشگاه‌ها به نظر می‌رسد باید حتما مورد بررسی قرار گیرد، دفتر ارتباط والدین و دانشگاه است. به نوعی ما می‌خواهیم والدین را درگیر کنیم.

۳- ارتقای سطح آگاهی خانواده‌ها، یعنی برنامه‌هایی که به رشد و ارتقای خانواده‌ها کمک کند تا به کاهش رفتارهای پرخطر در این دوران کمک کند.

نکته سوم: یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های که در کاهش گرایش به اعتیاد بسیار موثر است، مذهب است که در این طرح این متغیر به دست آمد. یکی از عوامل حمایت‌کننده فرد مذهب است که در برخی از مطالعات از آن به عنوان سپری در مقابل وابستگی به مواد یاد شده است (ویلز و همکاران، ۲۰۰۳). در واقع انتظار می‌رود دین به عنوان یکی از منابع اصلی ارزش‌ها و اخلاقیات افراد جامعه، از طریق برقراری اموری مانند نظم اخلاقی، تدارک فرصت‌هایی برای به دست آوردن شایستگی‌های یاد گرفته شده و تهیه قوانین اجتماعی، سوءمصرف مواد و بهبودی از آن را تحت تأثیر قرار دهد (اسمیت، ۲۰۰۳). در همین رابطه پژوهش رگنرس و الدر (۲۰۰۳) صورت گرفته، نشان می‌دهد که بین نگرش و عملکرد مذهبی دانش‌آموزان دبیرستانی و رفتارهای پرخطر، مصرف الکل و مواد و بزهکاری همبستگی منفی و معکوس وجود دارد و حداقل عملکرد مذهب، داشتن نقش حفاظتی مستقیم در برابر هر نوع آسیب‌پذیری است (رگنرس و الدر، ۲۰۰۳)؛ به نقل اصغری و همکاران، (۱۳۹۲). نتایج مطالعه آروالو، پرادو و آمارو (۲۰۰۸) نشان می‌دهد که بین اثربخشی درمانهای سوءمصرف مواد با افزایش معنویت، حس انسجام و رفتارهای کنارآمدن رابطه وجود دارد و این متغیرها به زنان در درمان سوءمصرف مواد کمک می‌کنند. نتایج مطالعه یانگ، هامان، بورلند، فونگ و اومار (۲۰۰۹) نشان داد که ۸۵ درصد بودائی‌های تایلند و مسلمانان مالزیایی اعتقاد دارند که تعالیم و نگرش‌های مذهبی باعث ترک سیگار آنها شده است. نتایج مطالعات زیادی حاکی از رابطه و همبستگی منفی بین داشتن نگرش‌های مذهبی و گرایش به سوءمصرف مواد است. کوئینگ، جورج، مدور، بلازر و فورد (۱۹۹۴) نیز به این نتیجه دست یافتند که افراد درگیر در فعالیت‌های مذهبی گرایش کمی به مصرف الکل و سیگار دارند. مطالعه زرگر، نجاریان و نعمانی (۱۳۸۷) نشان داد که رابطه منفی بین نگرش مذهبی و آمادگی به اعتیاد وجود دارد.

پیشنهادهای کاربردی:

۱- برقراری گفت‌وگوهای مذهبی با دانشجویان و دانش‌آموزان

۲- همه جا صحبت از مهارت‌های زندگی است و کمتر به مهارت‌های معنوی پرداخته شده است. مهارت‌های معنوی موجب افزایش گرایش‌های مذهبی می‌شود که خود این امر طبق مطالعاتی که در این بخش اشاره شد موجب کاهش رفتارهای پرخطر از جمله مصرف مواد مخدر می‌شود. زیرا داشتن نگرش‌ها و باورهای مذهبی

و اعمال معنوی با کاهش استرس‌های روانشناختی و پیشگیری از رفتارهای پرخطری همچون سیگارکشیدن، مصرف الکل و مواد همراه است. همچنین مطالعات نشان داده‌اند که دینداری و معنویت از تأثیر فشارهای زندگی بر گرایش به مصرف مواد می‌کاهد و در طول زمان نیز میزان افزایش مصرف مواد را مهار می‌کند.

نکته چهارم: یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های علل گرایش به اعتیاد که به عنوان یک عامل محافظت‌کننده محسوب می‌شود، درگیری تحصیلی است. داشتن عملکرد تحصیلی قوی برای بسیاری از دانشجویان مهم است. تحقیقات نشان داده‌اند که عملکرد تحصیلی مطلوب در دانشجویان دوره کارشناسی می‌تواند با موقعیت‌های شغلی و موفقیت‌های اقتصادی در آینده مرتبط باشد. بنابراین، تعجب‌آور نخواهد بود دانشجویانی که در دانشگاه قبول می‌شوند، بخواهند برنامه‌ی جامعی برای ارتقاء معدل کل خود به عنوان شاخصی از عملکرد تحصیلی، داشته باشند. دانشجویان در آغاز دوره تحصیل، اغلب با مشکلاتی نظیر مدیریت زمان مطالعه دروس، کاهش مدت خواب، چالش‌های روابط بین فردی، آغاز استعمال دخانیات و مصرف سیگار مواجه هستند و ممکن است به اشتباه، به‌منظور حفظ هشیاری و انرژی و یا فرار از مشکلات تحصیلی به اعتیاد گرایش پیدا کنند (رضایی و همکاران، ۱۳۹۳). یکی از آثار سوء مصرف مواد، تأثیر آن بر عملکرد تحصیلی دانشجویان می‌باشد (شفیعی، ۱۳۸۶). لوراند و همکاران (۲۰۰۹) در این رابطه می‌نویسد، دانشجویانی که کمتر از مواد مخدر و داروها استفاده می‌کنند، موفقیت تحصیلی بیشتری را کسب می‌کنند (لوراند، ۲۰۰۹؛ به نقل از حیاتی و همکاران، ۱۳۹۶). در همین رابطه، نتایج پژوهش تاون‌سند، فیشر و کینگ (۲۰۰۶) نشان داد که سوءمصرف مواد به ویژه کشیدن سیگار و مصرف ماری‌جوانا با ترک تحصیل، پس از تعدیل تفاوت‌های فردی موجود در ویژگی‌های جمعیت‌شناختی رابطه دارد. در همین رابطه نتایج پژوهش رضایی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد درگام اول، رگرسیون عملکرد تحصیلی از روی گرایش به اعتیاد معنی‌دار بود. یا پژوهش حیاتی و همکاران (۱۳۹۶) نشان داد پیشرفت تحصیلی در دانشجویانی که سابقه سوء مصرف داشتند، به طور معنی‌داری نسبت به دانشجویانی که سابقه مصرف نداشتند در سطح پایین‌تری قرار داشت.

پیشنهاد‌های کاربردی:

۱- اگر بتوانیم در دانشگاه‌ها و آموزش و پرورش چکاب تحصیلی سالانه که شامل (بررسی هر ساله مشکلات افرادی که یا مشروط شده‌اند و یا اینکه معدل سالانه‌یشان دو یا سه نمره نسبت به سال پیش کمتر شده است)

داشته باشیم؛ درگیری تحصیلی که به عنوان یک عامل محافظت کننده در برابر مصرف مواد محسوب می‌شود بالاتر می‌رود.

۲- چگونگی درگیری تحصیلی دانش‌آموزان و دانشجویان را به اساتید و معلمان نشان دهیم.

۳- در درگیری تحصیلی ما با دو مشکل روبرو هستیم. غیبت دانش‌آموزان و دانشجویان و همچنین برای دانشجویان پنجره خالی که در برنامه ترمی آنها وجود دارد این دو مورد به کاهش درگیری تحصیلی منجر می‌شود. بنابراین باید نظارت دقیقی بر روی غیبت‌ها با ورود والدین داشته باشیم. همچنین برای پنجره خالی دانشجویان باید کلاس‌های فوق برنامه بسیار جالبی در نظر گرفته شود تا این فاصله کلاس‌ها و استراحت‌ها بسیار کاهش یابد.

۴- به اساتید و معلمان آموزش بدهیم برای افزایش درگیری تحصیلی به موارد دیگر همچون حضور مرتب دانش‌آموزان و دانشجویان با انجام حضور و غیاب هر جلسه، در نظر گرفتن نمره برای حضور آنان در کلاس درس؛ تاکید بر نوشتن جزوه؛ تشویق به سوال کردن سر کلاس؛ انجام پروژه مشترک بین استاد و دانشجو هر مقطع تحصیلی؛ درگیری ذهنی-عاطفی با درس

بنابراین چکاب تحصیلی+ آموزش به اساتید و معلمان می‌تواند به درگیری تحصیلی کمک بسیاری کند.

نکته پنجم: یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های علل گرایش به اعتیاد در این پژوهش که به عنوان یک عامل خطرآفرین محسوب می‌شود، ویژگی شخصیتی روان رنجوری است. عوامل روانشناختی نظیر ویژگی‌های شخصیتی و عوامل فردی یا جمعیت شناختی متعددی نگرش به سوء مصرف مواد را تبیین می‌کنند (مک کان، ۲۰۱۰؛ دنهارت و مورفی، ۲۰۱۳). طی دهه‌های اخیر، رابطه بین صفات شخصیتی و نگرش نسبت به سوء مصرف مواد و دارو توجه زیادی را به خود جلب نموده است (وود و همکاران، ۲۰۱۳؛). از طرفی، ارتباط بین شخصیت و سوء مصرف مواد به دلیل پراکندگی دامنه صفات شخصیت بسیار پیچیده و توأم با ابهام است (منصوریان و همکاران، ۱۳۸۷؛ وود، ۲۰۱۳). در مطالعه‌ای مشخص شد که سوء مصرف کنندگان مواد درمقایسه با افراد غیر سوء مصرف کننده در عامل روان رنجورخویی نمرات بسیار بالاتر و در عوامل مسئولیت پذیری و توافق پذیری نمرات پایین تری کسب کرده اند (کوتوف و همکاران، ۲۰۱۰). در مطالعه ای مشابه نیز مشخص شد که سوء مصرف کنندگان مواد نمره بالاتری را درمقیاس‌های برون‌گرایی، روان رنجورخویی و روان نژندخویی کسب کرده اند (سالمون و همکاران، ۲۰۱۰). از طرفی، در مطالعه‌ای دیگر پیرامون الگوی پنج عاملی شخصیت نیز نتیجه گرفته شد افرادی که گرایش به سوء مصرف مواد دارند،

دارای سطح پایین برون‌گرایی، توافق و وظیفه‌شناسی و نیز دارای سطوح بالای روان‌رنجوری و گشودگی هستند. در کل یافته‌های این مطالعات بیان می‌کند که سوء مصرف‌کنندگان مواد یا الکل واجد صفات شخصیتی خطرناک‌تر نظیر روان‌رنجورخویی، پریشانی ذهنی و تکانشگری هستند. در ۲ سال اخیر پژوهش‌ها نشان داده است که نوجوانان و جوانان چهارم‌حال و بختیاری در بُعد روان‌رنجوری نمرات بالایی کسب کرده‌اند. همچنین بر طبق نتایج بالا روان‌رنجوری بالا یک پیش‌بینی‌کننده نگرش مثبت به مواد است بنابراین برای کاهش روان‌رنجوری باید اقدامات آموزشی انجام داد.

پیشنهاد کاربردی:

برای کاهش روان‌رنجوری استفاده از کلاس‌های آموزشی خودشناسی و آموزش‌های متمرکز بر شادمانی برای دانش‌آموزان و دانشجویان می‌تواند بسیار مؤثر باشد.

تبیین نتایج یافته‌های مربوط به محله ۳۲

نکته اول: در یافته‌های توصیفی ۱۲۶ نفر از شرکت‌کنندگان دارای مدرک سیکل و ۴ نفر دارای تحصیلات دانشگاهی داشته‌اند. در همین رابطه گفته شده است در یکی از کشورهای جهان فرد خیری در یکی از محله‌های فقیرنشین و سیاه‌پوست که آمارها نشان دهنده از مصرف بالا مواد مخدر بود یک دانشگاهی تاسیس می‌کند و زمینه تحصیل را در آنجا را بالا برد. پژوهش‌ها نشان داد بعد از ۶ سال آمارها حاکی از کاهش شدید مصرف مواد در این منطقه بود.

پیشنهاد کاربردی:

به نظر می‌رسد اگر آموزش و پرورش و دانشگاه‌های غیرانتفاعی، علمی کاربردی و پیام‌نور بستری را آماده کنند که در این محله‌ها مثلاً مدارس بزرگسالان و شعبه‌ای از این دانشگاه‌ها احداث شود با ایجاد درگیری تحصیلی و ایجاد زمینه‌ای آکادمیک در این منطقه به نظر بستر مصرف مواد کاهش یابد.

نکته دوم: نگرش مثبت به مواد در این محله یکی دیگر از یافته‌های این پژوهش بود.

پیشنهاد کاربردی

به نظر می‌رسد فقدان اطلاعات صحیح و درست می‌تواند بر روی شکل‌گیری نگرش نسبت به مواد تاثیرگذار باشد. در این رابطه پیشنهاد پژوهشگران این است که با استفاده از روانشناسان اجتماعی برای تغییر بر روی نگرش اقدام شود. تغییر نگرش باید در سه حیطه تفکر، احساس و رفتار انجام گیرد.

نکته سوم: یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های علل گرایش به اعتیاد در این پژوهش در میان زنان محله ۳۲ که به عنوان یک عامل خطر آفرین محسوب می‌شود، تکانشگری است. در همین ارتباط پژوهش‌ها از رابطه روان‌نژندی و تکانشگری با ولع مصرف در معتادان مواد افیونی (پاول و همکاران، ۱۹۹۰؛ پاول، برادلی و گری، ۱۹۹۲) و ارتباط میان زیرساخت‌های شخصیتی و ولع مصرف در زنان مصرف‌کننده الکل و کوکائین (زیلبرمن، تاوارس و الگوبالی، ۲۰۰۳) نشان داده شده است. در بررسی‌های دیگر سطوح بالای تکانشگری و بروز رفتارهای مخاطره‌جویانه در معتادان تأیید شده است. تکانشگری دارای یک ساختار چندبعدی است که شامل ابعادی چون تأکید بر زمان حال، ناتوانی در به تأخیرافکندن پاداش، ناتوانی در بازداری، خطرپذیری، حس‌جویی، حساسیت به پاداش، بی‌حوصلگی، لذت‌جویی و ناتوانی در برنامه‌ریزی گزارش شده است (اختیاری، رضوان‌فرد و مکر، ۱۳۸۷).

پیشنهاد کاربردی:

تکانشگری بیانگر عدم توانایی مدیریت وسوسه تعریف می‌شود. بنابراین برای کاهش تکانشگری به نظر می‌رسد استفاده از گروه درمانی برای این زنان و همچنین تبلیغات محیطی که متمرکز بر راه‌هایی برای پیشگیری از میل و وسوسه باشد راهکارهای خوبی برای این زمینه باشد.

نکته چهارم: یکی دیگر از پیش‌بینی‌کننده‌های علل گرایش به اعتیاد در این پژوهش در میان زنان محله ۳۲ که به عنوان یک عامل خطر آفرین محسوب می‌شود، اضطراب است. در همین رابطه، در پژوهشی که توسط گرنِت در سال (۲۰۰۴) انجام شد معلوم شد که سوء مصرف مواد و اختلالات خلقی و اضطرابی که مستقل از سوء مصرف و ترک مواد ایجاد می‌شوند، رایج‌ترین اختلالات روانپزشکی در آمریکا هستند. آنها دریافتند که فقط تعداد کمی از افرادی که اختلال خلقی و اضطرابی دارند به عنوان سوء مصرف‌کنندگان مواد طبقه‌بندی می‌شوند با این حال ارتباط بین اختلال سوء مصرف مواد و اختلالات خلقی و اضطرابی معنادار است به طوری که ۲۰ درصد و ۱۸ درصد از افرادی که سوء مصرف مواد داشتند به ترتیب مبتلا به اختلال خلقی و اضطرابی بودند (گرنِت، ۲۰۰۴؛ به نقل از بیدست و همکاران، ۱۳۹۱). همبودی اختلالات روانی

به ویژه اختلالات خلقی و اضطرابی در میان سوء استفاده کنندگان مواد افیونی به عنوان عامل مهمی در سبب شناسی، پیش آگهی و آسیب پذیری این گروه از بیماران به شمار می رود و قویا با عواملی مانند مقاومت کردن در برابر درمان، مزمن شدن علائم و نشانه‌ها و در نهایت با عود بیماری ارتباط دارد (مختاری و بحرانی، ۱۳۸۰).

پیشنهاد کاربردی:

به نظر می‌رسد اگر ارگان‌ها و سازمان‌هایی همچون بهزیستی، آموزش و پرورش، سازمان ورزش و جوانان امکانات مشاوره رایگان و امکانات ورزشی متناسب برای بانوان را در این محله قرار بدهند می‌تواند با این موارد خصوصا برای زنانی که تازه از بند اعتیاد رهایی پیدا کرده‌اند در زمینه کاهش علائم اضطراب راهگشا باشد.

نکته پنجم: یکی دیگر از پیش‌بینی‌کننده‌های علل گرایش به اعتیاد در این پژوهش در میان زنان محله ۳۲ که به عنوان یک عامل خطرآفرین محسوب می‌شود، تعارضات زناشویی است. مطالعات متعددی بر روی ارتباط میان شرایط حاکم بر خانواده و ویژگی‌های پدر، مادر، همسر و ایجاد یا تداوم اعتیاد در فرد بیمار مبتلا به اعتیاد صورت پذیرفته که غالباً نشانگر تاثیرات متعدد رفتارهای اعضای خانواده فرد معتاد در شکل‌گیری و تداوم پدیده‌هایی ناپسند در خانواده بوده است. اگرچه پژوهش‌ها به طور خاص و ویژه‌ای به روابط زناشویی و اعتیاد نپرداخته‌اند اما به گونه‌ای غیرمستقیم به تاثیر نگرش و رفتارهای همسر فرد معتاد بر کیفیت و کمیت اعتیاد او مشابه آن چه که در مورد اثرگذاری مادر یا پدر بر ایجاد یا تداوم اعتیاد در خانواده بیان کرده‌اند، نیز اشاراتی داشته‌اند (عرفانیان تقوی و همکاران ۱۳۸۴).

پیشنهاد کاربردی:

همانند پیشنهاد بالا به نظر می‌رسد اگر ارگان‌ها و سازمان‌هایی همچون بهزیستی، آموزش و پرورش، سازمان ورزش و جوانان امکانات مشاوره رایگان و کلاس‌های آموزشی خانواده مناسب را در این محله متمرکز کنند چه در پیشگیری و چه در عود مجدد بسیار موثر می‌باشد.

نکته ششم: یکی دیگر از پیش‌بینی‌کننده‌های علل گرایش به اعتیاد در این پژوهش در میان زنان محله ۳۲ که هم می‌تواند به عنوان یک عامل خطرآفرین و هم محافظت‌کننده محسوب می‌شود، فضای روانی - اجتماعی است.

در یک آزمایشی که بر روی موش‌های آزمایشگاهی انجام شد، دو دسته موش در این آزمایش وجود داشتند. دسته اول موش‌هایی که در مازهای ساده قرار داشتند و دسته دوم موش‌هایی که در مازهای پیچیده به همراه ابزار بازی زیاد قرار گرفتند. به هر دو گروه موش‌ها مواد مخدر کوکائین دادند. نتایج این آزمایش نشان داد موش‌هایی که در مازهای ساده بودند زودتر از موش‌هایی که در مازهای پیچیده حضور داشتند به کوکائین اعتیاد پیدا کرده بودند. این نتایج نشان داد که محیط فقیر و فاقد امکانات ریسک‌آمیز به اعتیاد را بالا می‌برد.

پیشنهاد کاربردی:

از آنجایی که محله ۳۲ از لحاظ امکانات نسبت به شهر شهرکرد فاقد امکانات یا حداقل امکانات را داراست پیشنهاد می‌شود شهرداری و شورای شهر فضاهای سبز زیاد، امکانات تفریحی بیشتر و سرانجام برنامه‌های متنوع فرهنگی را در نظر بگیرد.

نکته هفتم: مهمترین دلیل عود مجدد اعتیاد از سوی زنانی که تاکنون چندین بار مواد مخدر را ترک و سپس دوباره به سمت اعتیاد رفتند مسائل مالی و اقتصادی بوده است

پیشنهاد کاربردی:

به نظر می‌رسد این زنان بعد از ترک هیچ تغییری در وضعیت اقتصادی و شغلی زندگی‌شان مشاهده نکردند. از این رو، پیشنهاد می‌شود این گروه از مشاوره شغلی بهره‌جویند. در مشاوره شغلی به این زنان کمک می‌کنیم که اولاً با توجه به شناختی که از خودشان با توجه کارگاه خودشناسی پیدا می‌کنند؛ آنان میدانند که باید سراغ چه شغلی بروند. همچنین آنان توانایی پیدا می‌کنند یک رزومه شغلی برای خودشان آماده کنند منظور این است که چگونه بتوانند خودشان را برای کارفرما معرفی کنند؛ و در نهایت توصیه‌های به خودکفایی و خودکارآمدی از طریق مشاوره شغلی به این زنان داده می‌شود.

نکته هشتم: یکی از دلایل دیگری که زنان محله ۳۲ به آن اشاره کردند زندگی در محل آلوده بود.

پیشنهاد کاربردی:

برخوردهای انتظامی محکم دسترسی به مواد را کاهش می دهد. نکته بسیار مهم این است که یک فاکتور بسیار خطرناک برای افراد مشاهده خرید و فروش مواد و دسترسی به مواد مخدر می باشد. البته در کنار این برخوردهای انتظامی آموزش تاب‌آوری به تمام افراد این محله می‌تواند در کاهش اعتیاد بسیار تاثیرگذار باشد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند هر چه تاب‌آوری افراد بالا باشد اگر چه در محله‌های پرخطری هم زندگی کنند احتمال اعتیاد بسیار پایین می آید.

پیشنهادها پژوهش‌های آینده

پیشنهاد می شود این پژوهش بر روی دانش آموزان و دانشجویان پسر نیز انجام شود و نتایج این دو طرح با یکدیگر مقایسه شود.

پیشنهاد می‌شود این پژوهش در سایر استان‌ها و با فرهنگ‌های مختلف کشورمان انجام شود تا یکسری نتایج مناسب کشوری به دست آید.

پیشنهاد می‌شود از پژوهش‌های کیفی برای درک عمیق تجربه‌های زیسته شرکت کنندگان دست یافت.

محدودیت‌های پژوهش

محدود بودن نمونه آماری به دختران و زنان

چون در شهرستان شهرکرد و فارسان این پژوهش انجام شده است تعمیم نتایج به سایر استان‌ها و شهرستان‌ها باید با احتیاط انجام گیرد

چون تنها از ابزار پرسشنامه استفاده شده است احتمال سوگیری نتایج وجود دارد.

منابع

- ابراهیمی مقدم، حسین. (۱۳۹۰). *نوروپسیکولوژی*. تهران: ساوالان.
- اختر محقق، مهدی. (۱۳۸۵). *جامعه شناسی/اعتیاد*. تهران: مولف.
- اختیاری، حامد. (۱۳۸۸). *آشنایی با مواد اعتیادآور در ایران*. تهران: مهر ماه.
- اختیاری، حامد؛ رضوانفرد، مهرناز؛ مگری، آذرخش. (۱۳۸۷). *تکانشگری و ابزارهای گوناگون ارزیابی آن: بازبینی دیدگاه‌ها و بررسی های انجام شده*. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۴(۳)، ۲۴۷-۲۵۳.
- ارفع، سید مصطفی. (۱۳۸۲). *اعتیاد و تراژدی آن*. انتشارات نوید شیراز، چاپ اول.
- اصغری، فرهاد؛ کردمیرزا، عزت اله و احمدی، لیلا. (۱۳۹۲). *رابطه نگرش مذهبی، منبع کنترل و گرایش به سوء مصرف مواد در دانشجویان*. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد*، ۲۵(۷)، ۱۱۲-۱۰۷.
- امام‌هادی، محمد علی و جلیل‌وند، مریم. (۱۳۸۶). *مقایسه تاثیر روش‌های کاهش گرایش سوءمصرف مواد*. *مجله سازمان نظام پزشکی*، ۲۵(۴)، ۴۴۹-۴۴۱.
- انصاری، رضوان؛ خسروی، علیرضا و مختاری، محمدرضا. (۱۳۸۶). *شیوع و علل گرایش به سیگار در دانشجویان پزشکی*. *فصلنامه کومش*، ۹(۱)، ۲۱-۲۶.
- اورنگ، جمیله. (۱۳۶۷). *پژوهشی درباره اعتیاد*. تهران: وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- آبادینسکی، هوارد. (۱۳۸۴). *مواد مخدر، نگاه اجمالی*. (ترجمه جلیل کریمی، مهدی دهقانی، محمد علی کاظمی، علی زکریایی و محمد فراهانی). تهران: جامعه و فرهنگ.
- آسایش، حمید؛ قربانی، مصطفی؛ سالاری، هادی؛ منصوریان، مرتضی و رویا، صفری. (۱۳۸۹). *ارتباط ویژگی‌های فردی و خانوادگی با گرایش افراد به سوءمصرف مواد مخدر*. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۱۲(۴)، ۹۱-۹۴.

- آقاجری، سیدهاشم؛ حسام‌پور، مهدی و رحمانی، کامران. (۱۳۹۱). *علل رواج اعتیاد در جامعه عصر قاجار و آثار اجتماعی آن*. مجله مطالعات تاریخ اسلام، ۴(۱۲)، ۲۸-۱۹.
- بوالهری، جعفر (۱۳۸۴). *راهنمای پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد ویژه پزشکان*. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاون سلامت.
- بیاتی، پروانه. (۱۳۸۹). *بستر اجتماعی - فرهنگی مؤثر بر اعتیاد به مواد روان‌گردان در میان زنان*. *اعتیاد پژوهی*، ۴(۱۴)، ۱۶-۷.
- بیدست، فهیمه؛ رستمی، رضا و زارعی، جمیله. (۱۳۹۱). *بررسی رابطه سوء مصرف مواد با اختلالات خلقی و اضطرابی*. *رویش*، ۳، ۸۵-۹۴.
- پارسانژاد، معصومه. (۱۳۸۹). *بررسی عوامل اجتماعی-اقتصادی مؤثر بر اعتیاد زنان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مطالعات زنان، دانشگاه شیراز.
- پارسیان، منیره؛ هاشمیان، کیانوش؛ ابوالمعالی خدیجه و میرهاشمی، مالک. (۱۳۹۴). *پیش‌بینی نگرش به مصرف مواد مخدر در نوجوانان بر اساس عوامل خطر ساز تربیتی خانوادگی به منظور سلامت روانی نوجوانان در جامعه: طراحی مدلی برای پیشگیری از اعتیاد*. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، ۱۵(۲)، ۱۹۸-۲۰۶.
- ترقی‌جاه، صدیقه؛ حمدیه؛ مصطفی و یعقوبی، نرگس. (۱۳۸۹). *عوامل پیش‌بینی کننده مصرف سیگار و قلیان در دانشجویان دانشگاه‌های دولتی*. *پژوهش در پزشکی*، ۳۴(۴)، ۲۵۶-۲۴۹.
- حسینی، سید غلامرضا. (۱۳۸۹). *شاخه‌های سوخته*. تهران، نشر آفتاب توسعه، چاپ اول.
- حسینیان، سیمین؛ فرخجسته، وحیده سادات؛ عبدالهی راشن، نوری و پورلیاوی، رقیه. (۱۳۹۴). *رابطه رفتارهای پرخطر و هیجان خواهی با میزان گرایش به اعتیاد در زنان بزهکار*. *پژوهش‌های اطلاعاتی و جنایی*، ۱۰(۱)، ۲۸-۹.
- درتاج، فریبرز؛ شکیبا، منصور و شکیبا، جواد. (۱۳۹۲). *تاثیر گروه‌درمانی شناختی - رفتاری بر سازگاری اجتماعی افراد وابسته به سوء مصرف کراک در شهرستان زاهدان*. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*، ۱۵(۷)، ۲۸-۳۳.
- دفتر هماهنگی و نظارت بر امور درمان و بازتوانی (۱۳۸۲). *آشنایی با مواد صنعتی اعتیادآور*. کتاب سال ۱۳۸۲ ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- دلآوری هروی، مریم؛ احمدی، اکبر و نوری سیستانی، ملیحه (۱۳۸۶). *میزان آگاهی دانشجویان مدیریت در مورد اثرات و عوارض ترکیب اکستسی در دانشگاه تهران*. *مجله علوم پزشکی بابل*، ۹(۳): ۴۷-۴۳.
- رحیمی موقر، آفرین؛ رزاقی، محمد عمران؛ نوری خواجه‌جوی، مرتضی؛ حسینی مهدی و فیض‌زاده، گلناز (۱۳۷۶). *راهنمای پیشگیری و درمان اعتیاد*. معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور.
- رحیمی موقر، آفرین؛ محمدی، کاظم و رزاقی، محمد عمران (۱۳۸۱). *روند ۳۰ ساله وضعیت سوء مصرف مواد در ایران*. *مجله علمی-پژوهشی حکیم*، ۵(۳): ۱۷۱-۱۸۲.

رحیمیان بوگر، اسحاق و طوسی، سید موسی و طوسی، جلیله. (۱۳۹۳). نگرش نسبت به سوء مصرف مواد و پیامدهای آن: نقش پیش بین صفات شخصیت و عوامل جمعیت شناختی. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۱(۱۲۱)، ۳۹-۵۰.

رحیمی خواه، سعید (۱۳۸۵). بررسی همه گیرشناسی اختلالات روان پزشکی در سوء مصرف کنندگان مراجعه کننده به مراکز بازپروری اعتیاد شهر شیراز، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه شیراز. رضائی، سجاده؛ جهانگیر پور، مهسا؛ موسوی، سید ولی الله و موسوی، سیدحشمت الله. (۱۳۹۳). نقش میانجی ویژگی شخصیتی وظیفه شناسی در رابطه بین گرایش به اعتیاد و عملکرد تحصیلی. فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، ۸ (۳۰)، ۶۸-۵۳.

رهدار، احمد (۱۳۸۲). تعارض جسم و روان در فضای تجدد. دفتر تبلیغات اسلامی حوزه علمیه قم. زرگر، یدالله؛ نجاریان، بهمن و نعمانی، عبدالزهرا. (۱۳۸۷). بررسی رابطه ویژگی های شخصیتی هیجان خواهی، ابراز وجود سرسختی روان شناختی نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی اعتیاد به مواد مخدر در کارکنان یک شرکت صنعتی در اهواز، *مجله علوم تربیتی و روان شناسی*، دانشگاه شهید چمران اهواز، ۳ (۱۴)، ۳۷-۴۵.

زینالی، علی. (۱۳۷۹). گزارش عملکرد مرکز سرپایی بازتوانی معتادان ارومیه. سازمان بهزیستی استان آذربایجان غربی.

سادوک، بنجامین و سادوک، ویرجینیا. (۱۳۹۰). خلاصه روان پزشکی. (ترجمه فرزین رضاعی). تهران: ارجمند. شجاعی، حسن و تهرانی، عبدالرسول. (۱۳۷۹). اعتیاد و عوامل مستعد کننده اثرات سوءبهداشتی، پیشگیری و درمان. تهران: انتشارات پورسینا.

شرق، علی؛ شکیبی، علی؛ نیساری، رقیه و آلیلو، لیلان. (۱۳۹۰). بررسی عوامل موثر بر عود اعتیاد از دیدگاه معتادین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد استان آذربایجان غربی در سال ۸۸. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه*، ۲۲(۲)، ۱۳۶-۱۲۹.

شفیعی، نعمت الله؛ شمسی، افضل و قادری، مصعب. (۱۳۸۶). بررسی همبستگی مصرف مواد مخدر، الکل، سیگار و داروهای اعصاب و روان با پیشرفت تحصیلی در دانشجویان بم. *مدیریت ارتقای سلامت*، ۲(۱)، ۵۸-۴۹.

حیاتی، فرخنده؛ گرجیان، زهرا؛ محمودی، ناهید؛ زارع، کورش و شگفت فرد، مرجان (۱۳۹۶). شیوع سوء مصرف مواد و رابطه آن با پیشرفت تحصیلی در دانشجویان پرستاری شهر آبادان. *مجله ی توسعه ی آموزش جندی شاپور*، ۸(۴)، ۳۹۱-۳۹۸.

صالحی، محمد و حاجی زاده، محمد. (۱۳۹۰). بررسی علل گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر در شهرستان بهشهر. *فصلنامه روانشناسی تربیتی*، ۲(۴)، ۹۴-۱۰۲.

- ضرابی، هما؛ نجفی، کیومرث؛ شیرازی، مریم؛ برنا، سیروس؛ صباحی، عمادالدین و نظیفی، فاطمه. (۱۳۸۷). شیوع مصرف مواد مخدر در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گیلان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۱۲(۴)، ۶۹-۷۴.
- طارمیان، فرهاد و مهریار، هوشنگ. (۱۳۸۷). اثربخشی برنامه‌ی آموزش مهارت‌های زندگی به منظور پیشگیری از مصرف مواد مخدر در دانش‌آموزان دوره راهنمایی. *مجله علمی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، شماره ۶۵، ۷۷-۸۸.
- طارمیان، فرهاد و مهریار، هوشنگ. (۱۳۸۷). اثربخشی برنامه‌ی آموزش مهارت‌های زندگی به منظور پیشگیری از مصرف مواد مخدر در دانش‌آموزان دوره راهنمایی. *مجله علمی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، شماره ۶۵، ۷۷-۸۸.
- عارف نسب، زهرا. (۱۳۸۴). *بررسی تاثیر درمان نگهدارنده با متادون بر کاهش مصرف مواد مخدر افیونی و بهبود سلامت روانی در معتادان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز.
- عدل، فروع الدین؛ صدرالسادات، جلال؛ بیگلریان، اکبر و جوادی یگانه، محمدرضا. (۱۳۸۳). تأثیر هم‌نشینی و معاشرت با گروه هنجارشکن و گرایش جوانان به اعتیاد. *رفاه اجتماعی*، ۴(۱۵)، ۳۱۹-۳۳۲.
- عرفانیان تقوایی، مجید رضا؛ اسماعیلی، حبیب‌الله و صالح پور، حمید. (۱۳۸۴). بررسی کمی و کیفی رضایت زناشویی معتادان و همسران آنها در مراجعه‌کنندگان به کلینیک درمان و ترک اعتیاد. *اصول بهداشت روانی*، ۷(۲۸)، ۱۱۵-۱۲۱.
- فرجاد، محمدحسین. (۱۳۸۹). *آسیب‌شناسی اجتماعی و جامعه‌شناسی انحرافات*. تهران: دفتر تحقیقات و انتشارات بدر
- فلاح، محمد. (۱۳۷۷). *شیوع‌شناسی اعتیاد*. نشریه و آمار مبارزه با مواد مخدر، ۲۵-۲.
- قادری، صلاح الدین؛ نوری، رویا؛ کریمی، جلیل و مروت، برزو. (۱۳۹۶). سبب‌شناسی اعتیاد زنان (مقایسه دیدگاه‌های مصرف‌کنندگان، متخصصان و مردم). *بررسی مسایل اجتماعی ایران (نامه علوم اجتماعی)*، ۱(۱)، ۱۶۲-۱۳۹.
- قربان حسینی، علی‌اصغر. (۱۳۶۸). *پژوهشی نو در مواد مخدر و اعتیاد*. تهران، امیرکبیر.
- کردستانی، داوود؛ فرهادی، علی و سلیمانی، فریبا. (۱۳۹۶). بررسی علل گرایش به مصرف مواد مخدر و داروهای روان‌گردان از دیدگاه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان. *فصلنامه یافته، ۱۹(۱)*، ۴۲-۵۳.
- کیانی، مهرزاد؛ شاملو، باقر و صلواتی، علیرضا. (۱۳۹۰). پیشگیری از مصرف ماده روان‌گردان شیشه توسط نوجوانان. *فصلنامه حقوق پزشکی*، ۵(۱۹): ۱۶۷-۱۲۷.
- لیندزی، اس، جی. و پاول، جی. ای. (۱۳۷۷). *اصول روان‌شناسی بالینی بزرگسالان*. ترجمه‌ی هاماپاک آوادیس یانس و محمد رضا نیکخو. تهران: بیکران.
- مجیدی‌منش، حسین. (۱۳۸۲). اعتیاد مردان، تهدیدی علیه زن و خانواده، *فصلنامه شورای فرهنگی-اجتماعی زنان*، ۶(۲)، ۳۳-۵۷.

محمد خانی، شهرام. (۱۳۹۰). شیوع مصرف سیگار، مشروبات الکلی و مواد روان گردان در نوجوانان ایرانی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، ۱۹(۱)، ۴۸-۳۲.

مرادی، قربانی و رادبخش. (۱۳۹۷). نگرش به مواد مخدر و برخی عوامل مرتبط با آن در دانش آموزان پسر دبیرستانی سمنان. *فصلنامه کومش*، ۲۰(۲)، ۳۳۵-۳۲۵.

منصوریان، مرتضی؛ کارگر، مهدی؛ رحیم زاده، هادی، قربانی، مصطفی و بهنام پور، ناصر. (۱۳۸۷). آگاهی و نگرش دانشجویان درباره اکستازی در گرگان (گزارش کوتاه). *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۱۰(۴)، ۶۳-۶۰.

مولوی، پرویز و رسول زاده، بهزاد. (۱۳۸۳). بررسی عوامل مؤثر در گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر. *اصول بهداشت روانی*، ۲۲، ۵۵-۴۹.

مومنان، امیرعباس؛ سربندی زابلی، فاطمه؛ اعتمادی؛ آرش و عزیزی، فریدون. (۱۳۸۶). الگوی مصرف قلیان بین نوجوانان دانش آموز: مطالعه مقطعی در منطقه ۱۳ شهر تهران. *پایش*، ۶(۲)، ۱۳۵-۱۴۴.

نخستی زایی، ناصر؛ هزاره مقدم، مهدیه و ملازهی، اسما. (۱۳۸۹). عوامل مؤثر بر عود اعتیاد در معتادان خودمعرّف به مراکز ترک اعتیاد شهر زاهدان. *مجله پرستاری و مامایی*، ۸(۳)، ۱۷۴-۱۶۹.

نظری، سید محمد؛ ناصری، محسن؛ مکرری، آذرخش؛ غفاری، فرزانه؛ دولتی، علی و کمالی نژاد، محمد (۱۳۹۰). تریاک و درمان آن از دیدگاه طب سنتی. *فصلنامه تاریخ پزشکی*، ۳(۳): ۳۷۱-۳۶۵.

وزیریان، محسن، سید عباس، باقری یزدی، نرگس، علی زاده، شمس، علیرضا، عابدین و مستشاری، گلاره. (۱۳۸۴). *راهنمای پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد (ویژه پزشکان)*، تهران: انستیتو روان پزشکی و مرکز تحقیقات سلامت روان.

ولدبیگی، اقبال؛ نیکبخت، عیسی و لشکری، امید. (۱۳۹۶). گرایش به مصرف مواد مخدر در بین دانش آموزان دبیرستانی دبیرستان های شهر مریوان. *رفاه اجتماعی*، ۱۷(۶۴)، ۲۳۷-۲۵۹.

هزارجریبی، جعفر؛ ترکمان مهدی و مرادی، غلامرضا. (۱۳۸۹). عوامل مؤثر بر گرایش نوجوانان و جوانان پسر شهرستان کرج به مصرف مواد مخدر. *پژوهش های مدیریت انتظامی*، ۵(۲)، ۳۲۹-۳۲۲.

Agatsuma, S., & Hiroi, N. (2004). [Genetic basis of drug dependence and comorbid behavioral traits]. *Nihon shinkei seishin yakurigaku zasshi= Japanese journal of psychopharmacology*, 24(3), 137-145.

Amester, G. (2005). *Measuring the quality of health care*, London: Oxford university press

Anthenelli, R. M., & Schuckit, M. A. (1993). Affective and anxiety disorders and alcohol and drug dependence: diagnosis and treatment. *Journal of addictive diseases*, 12(3), 73-87.

- Arevalo, S. Prado, G & Amaro, H. (2008). Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Evaluation and Program Planning*, 31,113-123.
- Assanagrachai, S & et al. (2007). Substance use among high school student in southern Thailand over 3 years (2002-2004). *Drug and Alcohol Dependence*, 86, 2-3, 167-174.
- Baron, R.A. & Byrne, D. (1997). *Social Psychology*. New York: Allyn and Bacon.
- Bierman, K.L., & Brown, H. (2003). *Preventing drug use among children and adolescents* (2nd Ed.). U.S. Department of Health and Human Services.
- Botvin, G. J., Griffin, K. W., Diaz, T., & Ifill-Williams, M. (2001). Drug abuse prevention among minority adolescents: Posttest and one-year follow-up of a school-based preventive intervention. *Prevention Science*, 2(1), 1-13.
- Boyer, T. (2006). The development of risk-taking: A multi-perspective review. *Developmental Review*, 26(3), 291-345 .
- Breslau, N., Kilbey, M., & Andreski, P. (1991). Nicotine dependence, major depression, and anxiety in young adults. *Arch Gen Psychiatry*, 48(12), 1069-74.
- Carr, G.M., & Grover, S. (2003). Risk taking behavior of young women in Australia, screening for health risk behavior, *Medical journal of Australia*, 178(12), 601-604.
- Clark, D. B., Neighbors, B. D., Lesnick, L. A., Lynch, K. G., & Donovan, J. E. (1998). Family functioning and adolescent alcohol use disorders. *Journal of Family Psychology*, 12(1), 81.
- Cohen, E., & Henkin, I. (1993). Prevalence of substance abuse by seriously mentally ill patients in a partial hospital program. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(2), 178-180.
- Dennhardt, A.A., & Murphy, J.G., (2013). Prevention and treatment of college student drug use: A review of the literature. *Addictive Behaviors*, 38 (10), 2607-2618.
- Engels, C., & Richard, L. (2006). Early Adolescent Delinquency: the Role of parents and best Friends, Criminal, Justice and Behavior. *SAGE Publication*, 33(4), 410-438.
- Fraques, P., Auriacombe, M., & Tignol, J. (1999). [Addiction and personality]. *L'Encephale*, 26(1), 68-78

- Freedman, A. (2008). Family structure family processes and adolescent delinquency. *Journal of Research in crime Dequincy*, 41(5), 58-81.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy and research*, 14(5), 449-468.
- Hawkins, J.D., & Weiss, J.G. (1985).The social development model: An integrated approach to delinquency prevention. *The Journal of Primary Prevention*, 6, 73- 97.
- Joe, G. W., Simpson, D. D., & Hubbard, R. L. (1991). Unmet service needs in methadone maintenance. *Substance Use & Misuse*, 26(1), 1-22.
- Johnston, L.D.; O'Malley, P.M. & Bachman, J.G. (2002). *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975–2002. Volume 1: Secondary School Students*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Kaplan, B. (2004). Illicit drug use among Canadian university undergraduates. *Canadian journal of psychology and clinical psychology*, 11(2), 187-193.
- Kiter, G., Ucan, E.S., Ceylan, E., & Kilinc, O. (2000)Water-pipe smoking and pulmonary functions. *Respiratory Medicine*, 94(9), 24, 891-4.
- Koenig, H. George, L, K. Meador, K. G. Blazer, D. G. & Ford, S. M. (1994). Religious practices and alcoholism in a southern adult population. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 225- 231.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., &Watson, D. (2010). Linking "big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta analysis. *Psychological Bulletin*, 136 (5), 768-821.
- Kozlov, A. A., & Rokhlina, M. L. (2000). " Addictive" personality. *Neurology and psychiatry* ,100(7), 23, 27.
- Kumpfer, K. L., & Turner, C. W. (1991). The social ecology model of adolescent substance abuse: Implications for prevention. *Substance Use & Misuse*,25(S4), 435-463.
- Liechti, M. E., Saur, M. R., Gamma, A., Hell, D., & Vollenweider, F. X. (2000). Psychological and physiological effects of MDMA ("Ecstasy") after pretreatment with the 5-HT₂ antagonist ketanserin in healthy humans. *Neuropsychopharmacology*, 23(4), 396-404.
- Lowinson, J. H. (Ed.). (2005). *Substance abuse: A comprehensive textbook*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Lowinson, J. H. (Ed.). (2005). *Substance abuse: A comprehensive textbook*. Lippincott Williams & Wilkins.

- Masten, A.S. (1991). Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(4), 425-444.
- Maziak, W., Eissenberg, T., Rastam, S., Hammal, F., Asfar, T., Bachir, M.E., & et al. (2004). Belief and attitude related to narghile (waterpipe) smoking among university student in Syria. *Annals of Epidemiology*, 14, 646-54.
- Maziak, W., Ward, K.D., Afifi Soweid, R.A., & Eissenberg, T. (2004). Tobacco smoking using a waterpipe: A re-emerging strain in a global epidemic. *Tobacco Control*, 13(4), 327-33.
- McCann, S.J. (2010). Subjective well-being, personality, demographic variables, and American state differences in smoking prevalence. *Nicotine & Tobacco Research*, 12 (9), 895-904.
- Mohammad, K., Noorbala, A.A., Majdzadeh, S.R., Karimloo, M. (2001). Trend of smoking prevalence in Iran from 1991 to 1999 based on two national health survey. *Hakim Research Journal*, 3(4), 290-7.
- Muller, A. (2003). Beliefs and opinions about drug and their user as predictors of drug –user status of adolescents in post – revolutionary England. *Drug Alcohol Depend*, 99-110.
- Muuss, R. & Proton, H. (1998). *Increasing risks behavior among adolescents. Adolescent Behavior and Society*. New York: Prentice-Hill.
- National Institute on Drug Abuse(NIDA); National Institutes of Health; U.S. Department of Health and Human Services(2015). Substance Use in Women.
- Petraitis, J., Flay, B. R., & Miller, T. Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: organizing pieces in the puzzle. *Psychological bulletin*, 117(1), 67-86.
- Powell, J., Bradly, B. P., & Gray, J. A. (1992). Classical conditioning and cognitive determinants of subjective craving for opiates: An investigation of their relative contributions. *British Journal of Addiction*, 87, 1133-1144.
- Powell, J., Gray, J. A., Bradly, B. P., Kasvikis, Y., Strang, J., Barrett, L., & Marks, I. (1990). The effects of exposure to drug-related cues in detoxified opiate addicts: A theoretical perspective and some data. *Addictive Behaviors*, 15, 339-354.
- Scheier, L.M, Botvin, G.J, & Griffin, K.W.(2001). Preventive intervention effects on developmental progression in drug use: Structural equation modeling

- analyses using longitudinal data. *Prevention Science*, 2, 89–100.
- Petratis, J., Flay, B.R., & Miller, T.Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance abuse: Organizing pieces of the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 67-86.
- Smart, R. Adlaf, E. & Walsh, G. (2001). Neighborhood social economic factors in relation to student drug use and programmer. *Journal of child Adolescent substance Abuse*, 3(2), 37-46.
- Smith C. (2003). Theorizing religious effects among American adolescents. *Journal for the scientific study of religion*, 42(1), 17-30.
- Solomon, T.M., Kiang, M.V., Halkitis, P.N., Moeller, R.W., & Pappas, M.K. (2010). Personality traits and mental health states of methamphetamine dependent and methamphetamine non-using MSM. *Addictive Behaviors*, 35 (2), 161-3.
- Spooner, C. (2007). Cause and correlates of adolescent drug abuse and implications for treatment. *Drug and Alcohol Review*, 18(2), 543-475.
- Stephen, D. (2002). The significance of parental absence versus parental Gender. *Journal of Research in crime and Delinquency*, 41(10), 58-81.
- Toneatto, T. (1994). metacognition and substance abuse. *addictive behaviors*, 24(2), 167-174.
- Weinstein, N. D. (1993). Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health psychology*, 12(4), 324.
- Wills, T.A., Gibbons, F. X., Gerrard, M., Murry, V. M., & Brody, G. H. (2003). Family communication and religiosity related to substance use and sexual behavior in early adolescence: a test for pathways through self control and prototype perceptions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(4), 312-23.
- Wood, A.P., Dawe, S., & Gullo, M.J. (2013). The role of personality, family influences, and pro social risk taking behavior on substance use in early adolescence. *Journal of Adolescence*, 36 (5), 871-81.
- Yong, H, Hamann, S, L. Borland, R. Fong, G. T & Omar, M (2009). Adult smokers' perception of the role of religion and religious leadership on smoking and association with quitting: A comparison between Thai Buddhists and Malaysian Muslims. *Social Science & Medicine*, 69, 1025–1031.

Zilberman, M., Tavares, H., & el-Guebaly, N. (2003). Relationship between craving and personality in treatment seeking woman with substance-related disorders. *BMC Psychiatry*, 3, 1.

پرسشنامه زیر به بررسی علت های احتمالی بازگشت دوباره افراد به اعتیاد یا مصرف دخانی می پردازد. اگر شما تجربه مصرف مواد مخدر و دخانی داشته اید و ترک کرده اید ولی دوباره آن را تجربه کرده اید لطفا به این پرسشنامه پاسخ دهید.

					دوست داشتم دوباره لذت مصرف مواد را تجربه کنم	۱
					بعد از ترک مواد دائم وسوسه مصرف داشتم و نتوانستم وسوسه را کنترل کنم.	۲
					بعد از ترک مواد کسل و بی حوصله بودم	۳
					بعد از ترک کارکرد قبلی را در زندگی نداشتم	۴
					قصد مصرف مواد مجدد مواد را نداشتم که به صورت اتفاقی مصرف کردم و دوباره گرفتار شدم	۵
					بعد از ترک، استرس های زیادی داشتم	۶
					بخاطر لجبازی و انتقام از دیگران دوباره مصرف را شروع کردم	۷
					بعد از ترک مشکلاتی مثل بیخوابی، بی قراری و خستگی باعث شد مجدد به سمت مصرف مواد رفتم	۸
					بعد از ترک احساس کردم دچار پوچی هستم و زندگی برایم معنا ندارد	۹
					مشکلاتی که قبلا باعث اعتیاد من شده بود تداوم داشت	۱۰
					زندگی در یک محل آلوده به مصرف مواد، باعث اعتیاد مجدد من شد	۱۱
					داشتن والدین مصرف کننده موجب برگشت مجدد اعتیاد من شد	۱۲
					داشتن دوستان مصرف کننده موجب برگشت مجدد اعتیاد من شد	۱۳
					بی فایده بودن روش های ترک مثل دارو، کمپ و مشاوره باعث اعتیاد مجدد من شد	۱۴
					اختلافات خانوادگی باعث اعتیاد مجدد من شد	۱۵
					مشکلات مالی و اقتصادی باعث اعتیاد مجدد من شد	۱۶
					نداشتن هر گونه جایگزین و دلخوشی در زندگی باعث اعتیاد مجدد من شد	۱۷