

سلامت اجتماعی و اعتیاد

سال سوم، شماره نهم، بهار ۱۳۹۵

صاحب امتیاز: ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری

مدیر مسئول: دکتر علیرضا جزینی

سر دبیر: دکتر مجید صفاری نیا

ویراستار علمی: دکتر محمود نجفی

مدیر اجرایی: ولی اله نادری

ناشر: دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری

شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه

نشانی دفتر فصلنامه: تهران - خیابان اشرفی اصفهانی - بالاتر از میدان پونک - جنب مجتمع

فرهنگی و تفریحی هوپزه - پلاک ۲۰ - ساختمان ستاد مبارزه با مواد مخدر -

ریاست جمهوری

صندوق پستی: ۱۴۶۹۹۱۵۸۳۴

تلفن و دورنگار: ۴۷۳۶۱۷۳۱-۴۷۳۶۱۷۰۳

پست الکترونیک: info@sh-addiction.ir

مجوز تهیه فصلنامه برای چاپ طی نامه ی شماره ۵۴۷۶۳/۱۸/۳ مورخ ۱۹/۴/۱۳۹۲ توسط رئیس مرکز برنامه ریزی و سیاستگذاری پژوهشی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی آن توسط کمیسیون انتشارات دولتی طی نامه ی ۲۵۹۹۴/۹۲ مورخ ۱۸/۹/۱۳۹۲ اعلام شده است.

فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد در پایگاه مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری (dchq.ir)، بانک اطلاعات نشریات کشور (magiran.com)، پرتال جامع علوم انسانی (ensani.ir)، پایگاه تخصصی مجلات نور (noormags.com) و سامانه فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد قابل دسترسی است.

لیتوگرافی، چاپ و صحافی: شرکت ایران چاپ (۲۹۹۹۳۴۴۵)

هیئت تحریریه

دکتر محمد نریمانی	استاد روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی
دکتر عصمت دانش	استاد روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید بهشتی
دکتر جلیل باباپور خیرالدین	استاد روان‌شناسی دانشگاه تبریز
دکتر امیر ملکی	دانشیار جامعه‌شناسی دانشگاه پیام نور
دکتر غلام‌رضا محمدنسل	دانشیار حقوق جزا و جرم‌شناسی دانشگاه علوم انتظامی امین
دکتر محمد اورکی	دانشیار روان‌شناسی دانشگاه پیام نور
دکتر فرید براتی	استادیار روان‌شناسی
دکتر حمید یعقوبی	استادیار روان‌شناسی بالینی دانشگاه شاهد
دکتر سیدرضا حسینی	استادیار علوم دفاعی راهبردی دانشگاه علوم انتظامی امین

داوران این شماره

دکتر علی محمدزاده	دانشیار روان‌شناسی دانشگاه پیام نور
دکتر جعفر حسینی	دانشیار روان‌شناسی دانشگاه خوارزمی
دکتر قربان همتی علمدارلو	دانشیار روان‌شناسی دانشگاه شیراز
دکتر محمود شیرازی	دانشیار روان‌شناسی دانشگاه سیستان و بلوچستان
دکتر اسماعیل سلیمانی	استادیار روان‌شناسی دانشگاه ارومیه
دکتر محمد علی محمدی فر	استادیار روان‌شناسی دانشگاه سمنان
دکتر علیرضا جزینی	استادیار مدیریت دانشگاه علوم انتظامی امین
دکتر غلامرضا دهشیری	استادیار روان‌شناسی دانشگاه الزهرا
دکتر علی شیخ‌الاسلامی	استادیار روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی

راهنمای تنظیم مقالات فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد

فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد با هدف انتشار یافته‌های بدیع علمی در زمینه‌های مختلف اعتیاد، مبادله اطلاعات علمی بین پژوهشگران و تقویت نهضت تولید علم، راه‌اندازی گردیده و نسبت به چاپ مقالات مبادرت خواهد ورزید. رعایت نکات زیر برای تنظیم مقاله الزامی است:

- مقاله تنها در قالب راهنمای نویسندگان مورد بررسی قرار می‌گیرد و در صورت رعایت نکردن ساختار مورد نظر، به نویسنده برگردانده می‌شود.
- مقاله ارسالی نباید به طور هم زمان برای سایر مجلات ارسال شده یا در مجله دیگر به چاپ رسیده باشد.

عنوان: مختصر و متناسب با محتوا (عنوان فارسی و انگلیسی - چکیده فارسی و انگلیسی)

نام و نشانی نویسنده مسئول: نام، نام خانوادگی، درجه علمی، مرتبه دانشگاهی، نشانی پستی محل کار، تلفن و پست الکترونیکی. مثال: استادیار روان‌شناسی بالینی گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه تبریز (همین الگو برای چکیده انگلیسی لحاظ شود).

در صورتی که نویسنده فاقد عنوان دانشگاهی است: دکتر روان‌شناسی بالینی دانشگاه تبریز (همین الگو برای چکیده انگلیسی لحاظ شود).

- به منظور دریافت فصلنامه توسط نویسنده مسئول و همکاران، نوشتن آدرس پستی تمامی همکاران الزامی است (به منظور برگشت نخوردن فصلنامه توسط پست، بهتراست آدرس محل کار را ذکر نمایید).

چکیده فارسی: حداقل ۲۰۰ کلمه و حداکثر ۲۵۰ کلمه در یک پاراگراف شامل مقدمه، هدف، روش (نمونه و ابزار)، یافته‌ها، نتیجه‌گیری نهایی و واژه‌های کلیدی (۳ تا ۵ واژه)
نکته: چکیده باید بتواند بیشترین مقدار اطلاعات مربوط به مقاله را در کمترین حجم ممکن بیان نماید و در واقع تابلوی تمام‌نمای مقاله باشد.

چکیده انگلیسی: معادل و مطابق چکیده فارسی

- در صفحه اول باید چکیده و کلیدواژه‌های فارسی (اندازه ۱۲) و سپس چکیده و کلیدواژه‌های انگلیسی (اندازه ۱۱) نوشته شود.

- نوشته‌های فارسی صفحات متن اصلی مقاله با فونت B zar، اندازه ۱۳ و نوشته‌های انگلیسی با فونت New Times Roman اندازه ۱۱ نوشته شوند. تیتراها Bold باشند. منابع در انتهای متن اصلی و با اندازه فارسی ۱۱ و انگلیسی ۱۰ نوشته شوند. در صورت احتیاج، فونت‌های یادشده را از سایت www.fontsfa.com دریافت کنید.
- جدول‌ها و نمودارها واضح و بدون اطلاعات تکراری در متن بوده و حتماً شماره و توضیح (اندازه فارسی ۱۱ و انگلیسی ۹) داشته باشند. در متن برای شماره‌گذاری و ارجاع به تصاویر، جدول‌ها و نمودارها سه سری شماره‌گذاری مستقل انجام شود. تصاویر، شامل شکل‌های استفاده شده از منابع و عکس‌های تهیه شده توسط نویسندگان است.
- متن مقاله به فارسی نوشته شود و از نگارش کلمات لاتین به صورت فارسی اکیداً پرهیز شود؛ مگر در مواردی که هیچ جایگزین پذیرفته شده‌ای برای واژه‌ی مورد نظر موجود نباشد. اسامی و اصطلاحات اولین بار زیرنویس شود. بدیهی است که معادل لاتین یک کلمه مشخص، فقط یک بار و در اولین مورد استفاده‌ی کلمه‌ی فارسی آن نوشته می‌شود. زیرنویس‌ها به صورت جداگانه در هر صفحه شماره‌گذاری شوند.
- مقالاتی که برای چاپ آماده شده‌اند برای تأیید نهایی به نویسندگان ارجاع می‌شوند. صحت و سقم و مسئولیت مطالب مقاله به عهده نویسنده (گان) است.

پانویس‌ها: توضیحات و معادل لاتین اصطلاحات و اسامی مؤلفانی که ذکر نامشان در منابع ضرورت ندارد، پایین هر صفحه با شماره‌های مجزا برای هر صفحه. ذکر لاتین نویسنده و همکاران ایشان برای اولین بار در پانویس مقاله الزامی است.

- فواصل خطوط در تمام مقاله ۱ واحد باشد.

مراجع: مراجعی که در متن مقاله از آنها استفاده شده است مطابق ضوابط APA به شرح زیر تنظیم شوند:

مقاله: نام خانوادگی و حرف (حروف) اول نام نویسنده یا نویسندگان، سال انتشار، عنوان مقاله، نام نشریه، شماره، صفحه؛

کتاب (تالیف): نام خانوادگی و حرف (حروف) اول نام نویسنده یا نویسندگان، سال انتشار، عنوان کتاب، نوبت چاپ، محل نشر، ناشر؛

کتاب (ترجمه): نام خانوادگی و حرف (حروف) اول نام نویسنده یا نویسندگان، سال انتشار متن اصلی، عنوان کتاب، نام و نام خانوادگی مترجم یا مترجمان، سال ترجمه، نوبت چاپ، محل نشر، ناشر؛

پایگاه‌های اینترنتی: ابتدا نشانی URL و سپس تاریخ بازدید به روز/ماه/سال نوشته شود. توجه: در مراجع فارسی، مطابق الگوی APA نام خانوادگی به‌طور کامل و نام (ها) به‌صورت اختصاری نوشته شود.

علاوه بر نکات فوق، مقاله براساس شرایط زیر بررسی می‌شود:

مهم: در صورتی که نویسنده مسئول، تغییرات درخواست شده از سوی هیئت تحریریه مجله مطابق ضوابط فوق را ظرف مدت پانزده روز انجام ندهد و دوباره مقاله را ارسال نکند، مقاله از فرایند بررسی و داوری حذف می‌شود.

- فصلنامه علمی - ترویجی سلامت اجتماعی و اعتیاد، حق رد یا قبول و نیز ویراستاری مقالات را برای خود محفوظ می‌دارد. هیئت تحریریه در انجام اصلاحات (با تأیید مؤلف) آزاد است.

تکته: کل مقاله شامل تمام بخش‌های آن باید حداقل ۱۰ و حداکثر ۱۵ صفحه باشد. (مقالات کمتر از ۱۰ صفحه به‌عنوان مقاله کوتاه منتشر خواهد شد)

مقاله باید فقط از طریق سامانه فصلنامه علمی - ترویجی سلامت اجتماعی و اعتیاد به نشانی www.sh-addiction.ir ارسال شود.

خواهشمندیم که از ارسال پستی یا حضوری مقاله خودداری کنید. فصلنامه علمی - ترویجی سلامت اجتماعی و اعتیاد در رد، اصلاح و ویرایش مقاله آزاد است.

مسئولیت محتوای علمی مقاله با نویسنده(گان) آن است.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۹	سخن اول
۱۱-۳۶	مروری بر علل گرایش به رفتارهای پرخطر در نوجوانان فائزه ادیب‌نیا، عبدالجواد احمدی، سیدعلی محمد موسوی
۳۷-۶۰	سوء مصرف مواد در جوانان: پیشگیری، مداخلات اولیه، کاهش آسیب و درمان مصرف مواد در جوانان سید جواد حسینی، حسن نوروزی
۶۱-۹۰	مروری بر دو دهه تحقیقات شیوع شناسی اعتیاد زنان در ایران (از ۱۳۷۴ تا ۱۳۹۴) مجید قربانی، ثریا انصاری طالبی
۹۱-۱۱۰	مقایسه افکار خودکشی، پر خاشگری و شخصیت مرزی در معتادین به مواد مخدر با توجه به نوع ماده مصرفی الهه زارعی مته کلایی، محمدعلی محمدی‌فر، محمود نجفی
۱۱۱-۱۲۹	مروری بر عوامل فیزیولوژی و شناختی مرتبط با اعتیاد سیمین قباد زاده، مرضیه مسعودی، شهرام محمدخانی، جعفر حسنی
۱۳۱-۱۶۰	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اختلالات مصرف مواد: مروری نظری و پژوهشی آزاده فروزانفر
۱۶۱-۱۹۳	پیشگیری از عود رفتار اعتیادی در معتادان کیوان شکری، محمد صالح سنگین استادآبادی، جمال علی آبادی
۴-۱۰	چکیده مقالات به زبان انگلیسی

سخن اول

نیم‌نگاهی به روند مسائل و تهدیدات اجتماعی کشور، حکایت از این واقعیت دارد که جامعه به وضعیت پرمساله (problematic) تبدیل شده است. شاید بتوان علل آن را در تهاجم دشمن، شتاب ناموزون در توسعه‌های تک‌بعدی و در نتیجه بروز شکاف‌های متعدد، غفلت متولیان مربوطه در پرداختن اساسی در پنج برنامه کشور به مؤلفه‌ی توسعه اجتماعی، کاهش دغدغه در برخی از دستگاه‌ها ناشی از عادی شدن مسائل اجتماعی و تکراری شدن آمارها و هشدارها، جستجو کرد.

موارد فوق زمینه‌ی متراکم شدن آسیب‌های اجتماعی و در پی آن افزایش حجم و دائره‌ی تهدیدات اجتماعی را رقم زد به گونه‌ای که از اردیبهشت ماه سال 1394 تا آبان‌ماه سال 1395 با حضور رهبر فرزانه انقلاب اسلامی و مسؤولان طراز اول کشور، چهار نشست تخصصی به منظور مهار و کنترل آسیب‌های اجتماعی با اولویت "اعتیاد- حاشیه‌نشینی- فساد و فحشا و بی‌بندوباری اخلاقی- طلاق- وجود یک آسیب ویژه در نقاط حاد و بحرانی" برگزار شده و مقام معظم رهبری به اتخاذ راه‌کارهای خلاقانه و اثربخش به منظور ضربه زدن به استراتژی‌های آسیب‌های اجتماعی تاکید فرموده‌اند.

نیم‌نگاهی به رواج بی‌ثباتی در جامعه‌ی در حال گذار ایران ناشی از تقابل جامعه‌ی سنتی و ارزش‌های آن با ارزش‌های دنیای مدرن و فرامدرن، ایجاد ترک در روابط اجتماعی و بروز اختلال در انسجام اجتماعی، افزایش تفاوت‌ها و شکل‌گیری شکاف و گسست بین‌نسلی، تغییر در شیوه-مدل و سطح زندگی، وقوع شکاف اقتصادی بین طبقات محروم و برخوردار و در نتیجه بروز فاصله شدید بین سطح انتظارات و واقعیت‌های اقتصادی جامعه، ضعف مداخله مراکز علمی به خصوص متخصصان علوم اجتماعی به منظور رصد مسائل اجتماعی و در نتیجه شکل‌گیری فهم ساده اندیشانه از تهدیدات اجتماعی، فقدان پیوست اجتماعی و فرهنگی برای طرح‌های کلان اقتصادی، عدم پاسخ‌گویی به نیازهای اجتماعی جوانان و نبود گریزگاه برای تخلیه هیجانات مثبت، بیانگر این واقعیت تلخ است که امروزه شاهد ریشه‌دار شدن عمیق مسائل اجتماعی در هم تنیده در سطح کشور، هستیم.

راه برون رفت از وضعیت موجود نیازمند شناخت و درک صحیح محیطی مبتنی بر داده‌های علمی و پشتوانه‌های نظری، تحلیل روشن از روند آسیب‌ها، هدف‌گذاری، تدوین مدل و اعمال مدیریت سیستمی، تهیه برنامه هدفمند-جامع-منسجم-دانش‌محور، لزوم مداخله‌ی هوشمندانه و مؤثر مبتنی بر شناخت نقشه خلقی جامعه‌ی ایران، بهره‌گیری از تمامی پتانسیل‌ها و ظرفیت‌ها، رصد

مستمر و ارزشیابی اقدامات به منظور شناخت میزان اثربخشی فعالیت‌ها و از همه مهم‌تر آینده‌نگری پدیده‌های اجتماعی، است.

به عبارت دیگر پرداختن مقطعی و اقدامات هیجانی از سوی سازمان‌های دولتی و غیر دولتی ضمن آنکه در مهار آسیب‌ها به‌خصوص اعتیاد، اثربخش نخواهد بود بلکه در مواردی تبعات و پیامدهای ناگواری را رقم خواهد زد که بعضاً غیر قابل جبران است. با توجه به نقاط قوت و فرصت‌های بی‌شمار نظیر فرهنگ و هویت غنی دینی و ملی، ۳۷ سال تجربه گرانقدر در امر مبارزه با موادمخدر و روان‌گردان‌ها، وجود گروه‌های مرجع و تاثیرگذار، حساسیت افکار عمومی نسبت به آسیب‌ها به‌خصوص اعتیاد، امکانات وسیع آموزشی-فرهنگی-فناوری اطلاعات و رسانه‌ای در کشور، توان بالقوه‌ی نهادهای غیر دولتی نظیر صدها تشکل دانشجویی- دانش‌آموزی- کارگری-اساتید-روحانیون- انجمن‌های اولیاء و مربیان- ورزشکاران- هنرمندان- اصحاب رسانه و...، ضرورت خروج از اقدامات انفعالی را در امر مبارزه آشکار می‌سازد.

به منظور نیل به وضعیت مطلوب، نیازمند توسعه جدی مرزهای دانش اعتیاد با مشارکت کلیه نخبگان، پژوهشگران، دستگاه‌های عضو و مرتبط با ستاد مبارزه با موادمخدر هستیم تا با تقویت علمی کردن امر مبارزه، شاهد تحقق مطالبه‌ی رهبر انقلاب در عرصه بروز خلاقیت و نوآوری در حوزه‌های کاهش تقاضا و کاهش عرضه باشیم. امید می‌رود ضمن ایفای نقش مستمر از سوی کلیه‌ی اصحاب اندیشه در جهاد مقدس مبارزه، زمینه برای احیای نفوس انسان‌ها فراهم شود(ان شاء الله).

حمید صرامی

مشاور دبیر کل و مدیر کل دفتر تحقیقات و آموزش

ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری

مروری بر علل گرایش به رفتارهای پرخطر در نوجوانان

فائزه ادیب‌نیا^۱، عبدالجواد احمدی^۲، سیدعلی محمد موسوی^۳

چکیده

رفتارهای پرخطر به رفتارهایی گفته می‌شود که سلامت و بهزیستی جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی افراد و جامعه را به خطر می‌اندازد. دوره‌ی نوجوانی که با تغییرات جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی گسترده همراه است، به دلیل خودمحوری و عدم درک مناسب نوجوانان از رفتارهای خود، مرحله‌ی مهمی برای شروع رفتارهای پرخطر محسوب می‌شود. گرایش نوجوانان به انواع رفتارهای پرخطر یکی از اصلی‌ترین منابع نگرانی در جامعه است زیرا نوجوانانی که گرایش بیشتری به رفتارهای پرخطر دارند پیشرفت تحصیلی کمتری دارند، گرایش بیشتری به خودکشی دارند و احتمال مرگ و میر و ابتلا به بیماری‌های مرتبط با رفتارهای پرخطر در آن‌ها بیشتر است. هدف پژوهش حاضر مروری بر علل گرایش به رفتارهای پرخطر در نوجوانان بود. این پژوهش به‌صورت مطالعه‌ی کتابخانه‌ای و اسنادی بر مبنای نظریات موجود و پژوهش‌های انجام شده توسط پژوهشگران مختلف در حوزه‌ی رفتارهای پرخطر انجام شد. در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که گرایش به رفتارهای پرخطر محصول تعامل عوامل شناختی، هیجانی، اجتماعی و خانوادگی است. بنابراین، شناسایی دقیق عوامل مؤثر در گرایش به رفتارهای پرخطر در نوجوانان و همچنین تدوین برنامه‌های مربوط به پیشگیری و کنترل این رفتارها امری ضروری است.

کلید واژه‌ها: بهزیستی جسمی، بهزیستی روان‌شناختی، رفتارهای پرخطر، نوجوانان

* این مقاله برگرفته از بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده مسئول است

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران،
پست الکترونیک: adibfaezeh@yahoo.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران

مقدمه

بدون شک روش زندگی افراد و رفتارهایی که در گستره‌ی عمر از خود نشان می‌دهند به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم، سلامت آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. متخصصان حوزه‌ی سلامت با ارائه‌ی شواهد تجربی محکم ثابت کرده‌اند که عمده‌ترین علل مرگ و میر در نوجوانان و جوانان مربوط به مواردی است که مهم‌ترین عامل زیربنایی آن‌ها را رفتارهای آسیب‌زا تشکیل می‌دهند. این واقعیت، روان‌شناسان را واداشته است که در راستای شناخت هر چه بیشتر ارتباط میان رفتار و سلامت بشر به مطالعه و پژوهش بپردازند (سلیمانی، ۱۳۸۴). به دلیل اینکه نوجوانی یک دوره‌ی بحرانی از زندگی است، الگوهای رفتاری مهم که می‌توانند بر سراسر زندگی فرد تأثیر بگذارند، در این دوره شکل می‌گیرند. در نوجوانی، فرد جایگاه خویش را در خانواده، دوستان و جامعه تعیین می‌کند. در دوره‌ی نوجوانی افراد تجربه‌آموزی می‌نمایند و از این رو با خطرهای گوناگونی روبه‌رو می‌شوند. تصمیم‌گیری‌های نادرست ممکن است آن‌ها را به سمت رفتارهای پرخطر سوق دهد (فتحی و ذاکری پور، ۱۳۹۳). رفتارهای پرخطر به رفتارهایی گفته می‌شود که سلامت و بهزیستی جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی افراد جامعه را به خطر می‌اندازد. این رفتارها به دو گروه تقسیم می‌شوند: گروه اول رفتارهایی هستند که سلامت و بهزیستی خود فرد را به خطر می‌اندازد مثل مصرف مواد مخدر، الکل، سیگار و رفتارهای جنسی نایمن. گروه دوم رفتارهایی هستند که سلامت و بهزیستی سایرین را تهدید می‌کنند مثل دزدی، پرخاشگری و خشونت، گریز از مدرسه و گریز از خانه (سلمانی، حسنی و آریاناکیا، ۱۳۹۳). نوجوانان، یکی از آسیب‌پذیرترین قشر جامعه در برابر رفتارهای پرخطر هستند. بر اساس آمار پزشکی قانونی کشور، شایع‌ترین علل مرگ جوانان و نوجوانان زیر ۲۵ سال در ایران، در درجه اول صدمات رانندگی و پس از آن به ترتیب مسمومیت ناشی از الکل، مواد مخدر، خودکشی و در نهایت بیماری سرطان است (گرما رودی، مکارم، علوی و عباسی، ۱۳۸۸).

بدیهی است که هرگونه ضایعه و نارسایی در بهداشت جسمی و روانی نوجوانان و در نتیجه کاهش توانایی‌های این قشر حرکت‌ساز، به گونه‌ای غیرقابل اجتناب به‌کندی در پیشرفت جامعه می‌انجامد و از طرف دیگر عدم سلامت جسمی و روانی آن‌ها ممکن است

در درازمدت، روی سلامتی آحاد جامعه اثر منفی بگذارد، بنابراین باید به مسائل و مشکلات آن‌ها توجه بیشتری شود.

شیوع رفتارهای پرخطر در نوجوانان

شریف‌زاده (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان بررسی شیوع استعمال مواد اعتیادآور در خصوص ۴۹۱ دانشجوی پسر در مقاطع مختلف تحصیلی، شیوع استعمال سیگار را ۳۰ درصد، تجربه مصرف سیگار را ۴۳ درصد، شیوع مصرف مواد مخدر را ۹/۹ درصد، تجربه مصرف مواد مخدر را ۲۲/۷ درصد، شیوع الکلی بودن را ۱۴/۵ درصد، تجربه مصرف الکل را ۲۵/۴ درصد و تجربه مصرف قرص اکستازی را ۷/۵ درصد گزارش نموده است (به نقل از میری و بهرامی احسان، ۱۳۸۹). بر اساس یافته‌های پژوهش حمدیه، مطلبی، عاشری و بروجرودی (۱۳۸۷) مصرف الکل با ۲۵/۷ درصد شایع‌ترین رفتار پرخطر در میان نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۳۵ ساله شهر تهران است و پس از آن مصرف مواد محرک و داروهای روان‌گردان به ترتیب با ۷/۲ درصد و ۳/۸ درصد قرار دارند. در پژوهش اسماعیل‌زاده، اسدی، میری و کرامتکار (۱۳۹۳) در دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع متوسطه‌ی قزوین بیشترین شیوع را به ترتیب مصرف قلیان با ۵۹/۲ درصد، مصرف سیگار با ۳۲/۷ درصد، مصرف الکل با ۱۶/۷ درصد و مصرف مواد مخدر با ۷/۳ درصد به خود اختصاص دادند.

یافته‌های رشید (۱۳۹۴) در پژوهشی پیرامون رفتارهای پرخطر روی ۱۰۲۲ دانش‌آموز ۱۵-۱۸ ساله شهر تهران نشان داد که تجربه کشیدن قلیان با ۵۱/۵ درصد، تجربه کشیدن سیگار با ۳۵/۲ درصد، تجربه رابطه‌ی جنسی به میل خود با ۳۰/۴ درصد، کتک‌کاری در بیرون از خانه با ۲۸/۱ درصد و تجربه مصرف الکل با ۲۸/۴ درصد به ترتیب همه‌گیرترین رفتارهای پرخطر در میان دانش‌آموزان مورد بررسی بوده‌اند. همچنین تجربه مصرف کراک و هرویین هر کدام با ۱۵/۵ درصد، تجربه مصرف کوکائین با ۲ درصد، تجربه مصرف متادون با ۲/۹ درصد و تجربه مصرف تریاک با ۳/۳ درصد به ترتیب کمترین میزان شیوع رفتارهای پرخطر را در میان دانش‌آموزان مورد بررسی دارند.

پژوهش‌های انجام‌شده در ایران نشانگر آن است که در سال‌های اخیر رفتارهای پرخطر

در میان نوجوانان شیوع بیشتری پیدا کرده است. رشد میزان شیوع رفتارهای پرخطر تا آنجا بوده است که به یکی از موارد جدی تهدیدکننده‌ی سلامت در طول سال‌های گذشته تبدیل شده است و به دلیل اهمیت آن، مورد توجه سازمان‌های بهداشتی، مجریان قانون و سیاست‌گذاران اجتماع قرار گرفته است.

تفاوت‌های جنسیتی در ارتکاب رفتارهای پرخطر

این گونه فرض می‌شود که پسران بیشتر از دختران درگیر رفتارهای پرخطر می‌شوند و تحقیقات متعددی نیز این مسأله را ثابت کرده‌اند که شیوع اغلب رفتارهای پرخطر در پسران بیشتر از دختران است. عطا دخت، رنجبر، غلامی و نظری (۱۳۹۲) در پژوهشی پیرامون گرایش دانشجویان به رفتارهای پرخطر گزارش کردند که میزان گرایش به مواد مخدر، الکل، سیگار و رابطه‌ی جنسی در پسران بیشتر از دختران است. اما در گرایش به خشونت، رانندگی خطرناک و دوستی با جنس مخالف تفاوتی بین دختران و پسران دیده نمی‌شود. وجود تفاوت‌های زیستی و تربیتی در دو جنس، انتظارات فرهنگی و اجتماعی متفاوت و آزادی بیشتر پسران احتمالاً امکان گرایش به رفتارهای پرخطر را در پسران افزایش می‌دهد. این امر می‌تواند از انتظارات و ارزش‌های فرهنگی در مورد لزوم عفت و پاک‌دامنی برای دختران و نه لزوماً برای پسران و آزادی جنسی بیشتر پسران ناشی می‌شود. مصرف الکل با تصمیم‌گیری برای رابطه‌ی جنسی ناایمن در دانشجویان ارتباط قوی دارد. بنابراین، بالاتر بودن رابطه‌ی جنسی ناایمن در پسران ممکن است به علت مصرف بیشتر الکل در آن‌ها باشد. نتایج پژوهش علی‌وردی نیا (۱۳۹۲) نشان داد که تفاوت معناداری بین دختران و پسران در مورد اقدام به خودکشی و ایده پردازی خودکشی وجود ندارد. اما میانگین مصرف مواد و الکل در پسران بیشتر از دختران است، میزان خشونت پسران نیز بیشتر از دختران است. شکری و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهش خود روی دانش‌آموزان دوره‌ی پیش دانشگاهی به این نتیجه رسیدند که فراوانی بروز انواع رفتارهای پرخطر در پسران بیشتر از دختران است. از دلایل این امر می‌توان به وجود زمینه‌های مساعد برای گرایش به رفتارهای پرخطر، آزادی عمل بیشتر محدود بودن نظارت‌ها و روابط اجتماعی

وسیع‌تر به همراه حساسیت بالاتر به یکنواختی در پسرها اشاره کرد. از دیگر دلایل آن می‌توان مسائل اجتماعی را مطرح کرد، به‌طوری‌که جامعه‌گرایی و عمل نوجوانان پسر برای رفتارهای پرخطر مانند رانندگی خطرناک، خشونت، سیگار کشیدن، مصرف مواد مخدر، مصرف الکل و رابطه‌ی جنسی را کمتر مورد محدودیت قرار می‌دهد. در پژوهش رشید (۱۳۹۴) همه‌ی رفتارهای پرخطر پسران بیشتر از دختران گزارش شده است. اما شایع‌ترین رفتارهای پرخطر در دانش‌آموزان پسر به ترتیب کشیدن قلیان، کشیدن سیگار، تجربه‌ی کتک‌کاری، تجربه‌ی رابطه‌ی جنسی با میل خود و مصرف الکل بوده است. شایع‌ترین رفتارهای پرخطر در دانش‌آموزان دختر نیز به ترتیب کشیدن قلیان، کشیدن سیگار، تجربه‌ی رابطه‌ی جنسی با میل خود، تجربه‌ی مصرف الکل و کتک‌کاری گزارش شده است.

به‌طور کلی می‌توان اذعان داشت که پایین بودن هم‌نشینی با همسالان منحرف در دختران نسبت به پسران، عدم مقبولیت و پذیرش این رفتارها از سوی آن‌ها و انتظارات اجتماعی متفاوت جنسیتی (ایتان، کروگر، جانسون، مک‌گو و لاوکن^۱، ۲۰۰۹)، بالاتر بودن میزان خودکنترلی در دختران (پریفر^۲ و همکاران، ۲۰۱۱)، کمتر فراهم بودن بستر بروز این رفتارها (بویر^۳، ۲۰۰۶) و نیز نظارت بیشتر والدین بر دختران (کلوپ، گونسی، کک و سیمسک^۴، ۲۰۰۹) از دلایل گرایش کمتر دختران به رفتارهای پرخطر است. گرایش بیشتر پسران به مصرف الکل، سیگار و مواد مخدر به دلیل نظارت ضعیف‌تر والدین آن‌ها (فوترگیلند و انسمینگر^۵، ۲۰۰۶) است. از دیگر علل گرایش بیشتر پسران نسبت به دختران عصیان‌گری، ارزش‌های غیرسستی، فقدان تأکید بر پیشرفت در مردان و ملامت، بی‌اعتمادی و دفاعی بودن زنان (ردز، لیلی و فرناندز^۶، ۲۰۰۳) است.

اغلب تحقیقات صورت گرفته در زمینه‌ی رفتارهای پرخطر به‌ویژه در ایران با استدلال اینکه شیوع رفتارهای پرخطر در پسران بیشتر از دختران بوده، آن‌ها را در اولویت پژوهش

و برنامه‌ریزی قرار داده‌اند و گروه دختران را از مطالعه‌ی خود حذف نموده‌اند این در حالی است که یافته‌های برخی از پژوهش‌های فوق نشان می‌دهد که این تفاوت میان دختران و پسران در همه‌ی حوزه‌های رفتارهای پرخطر معنادار نیست و در برخی از حوزه‌ها نیز دختران همپای پسران در معرض خطر این رفتارها قرار دارند. بنابراین، دختران نیز همانند پسران باید در اولویت آموزش و پیشگیری قرار گیرند.

علل گرایش به رفتارهای پرخطر در نوجوانان

به‌طور کلی می‌توان علل گرایش به رفتارهای پرخطر در نوجوانان را به چهار عامل شناختی، هیجانی، اجتماعی و محیطی و خانوادگی تقسیم کرد:

الف) عوامل شناختی

۱. رشد شناختی

پژوهش‌های رشدی رویکرد شناختی، بر این پیش‌فرض استوار هستند که کودکان و نوجوانان نسبت به بزرگسالان، کفایت شناختی کمتری دارند. با افزایش سن ظرفیت‌های بازنمایی شناختی پیشرفته‌تر می‌شوند، مهارت‌های استدلالی ارتقا می‌یابند، راهبردها کارا تر می‌شوند، سرعت پردازش اطلاعات افزایش می‌یابد و مهارت‌های فراشناختی نیز رشد می‌کنند. هر یک از این تحولات شناختی، احتمالاً بر احتمال درگیری فرد در رفتارهای خطرناک تأثیر می‌گذارند، باین حال پژوهشگران رشد شناختی علاقه‌مند به خطرپذیری، اخیراً تمرکز خود را به تحول مهارت‌های تصمیم‌گیری تغییر داده‌اند (بویر، ۲۰۰۶).

۲. قضاوت و تصمیم‌گیری

تصمیم‌گیری فرایندی است که در آن همه‌ی گزینه‌های موجود برای انتخاب، موردبررسی قرار گرفته و یکی پس از دیگری از میان برداشته می‌شود. در تصمیم‌گیری مخاطره‌آمیز، شخص با گزینه‌هایی روبرو است که انتخاب آن‌ها باری از سود و زیان، در زمان حال و آینده را به دنبال دارد. هرچند این سود و زیان با درجاتی از احتمال و عدم قطعیت همراه است. درواقع، تصمیم‌گیری مخاطره‌آمیز، نوعی از تصمیم‌گیری با پیامدهای کوتاه‌مدت مثبت ولی بلندمدت منفی، به شمار می‌آید و مشخصه‌ی آن، تجربه‌ی یک لذت آنی است. این همان چیزی است که به‌عنوان عامل کلیدی بسیاری از اختلال‌های روانی از جمله

سوء مصرف مواد، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اختلال خلقی دوقطبی، گرایش به خودکشی، اختلال‌های رفتاری نابهنجار و رفتارهای پرخطر جنسی به شمار می‌رود (متیس، فیلیپسن و اسوالدی^۱، ۲۰۱۲).

۳. ادراک خطر

برخی از پژوهشگران چنین بحث کرده اند که کودکان و نوجوانان خطرات موقعیت‌ها را پایین‌تر از حد معقول ارزیابی می‌کنند. یکی از نظراتی که با این جریان کلی همسو است و اصولاً بر مبنای کارهای نظری کلاسیک استوار است این است که نوجوانان از لحاظ شناختی خودمحور هستند و بنابراین آسیب‌پذیری در برابر پیامدهای ناگوار خطر را نادیده می‌گیرند (وارتانیان^۲، ۲۰۰۰). در مقابل تعدادی از مطالعات دریافته‌اند که نوجوانان قادرند گزینه‌های خطرناک بالقوه را ارزیابی کنند یا حداقل با بزرگسالان در زمینه‌ی تخمین احتمال پیامدهای خطر، کاملاً قابل مقایسه‌اند. برای مثال بیت‌ماروم، آستین، فیچکو، پالمگرن و کوادرل^۳ (۱۹۹۳) از نوجوانان و بزرگسالان خواستند تا امکان پیامدهای مختلف چند رفتار خطرناک (مثل مصرف الکل، رانندگی خطرناک، مصرف ماری‌جوانا، فرار از مدرسه و رفتارهای جنسی نایمن) و آسیب‌پذیری خویش در برابر این پیامدها را برآورد کنند. آن‌ها گزارش کردند که هر دو گروه نوجوانان و بزرگسالان خود را به میزان مشابهی در برابر پیامدهای منفی احتمالی، آسیب‌پذیر ارزیابی کردند. شاید یکی از حالات ممکن برای توجیه این عدم همخوانی، عدم استفاده نوجوانان از اطلاعات قبلی یا عدم استفاده از روند تصمیم‌گیری منطقی باشد. به این معنا که دسترسی به اطلاعات و توانایی برای ارزیابی دقیق لزوماً ضامن استفاده از آن‌ها نیست. ممکن است نوجوانان با وجود داشتن تجارب قبلی در موارد مشابه توانایی کمتری در استفاده از آن تجارب داشته باشند درحالی‌که در شرایط معمولی و ایمن می‌توانند به‌خوبی بزرگسالان در مورد خطرات و پیامدهای ناگوار آن‌ها صحبت کنند. به عبارت دیگر توانایی درس گرفتن از تجارب قبلی و به کار بردن آن در موارد مشابه بعدی ممکن است نقطه ضعف نوجوانان نسبت به بزرگسالان باشد.

ب) عوامل هیجانی

۱. تأثیر هیجان‌ها بر تصمیم‌گیری

تصمیم‌گیری، امری پیچیده است. در زمان تصمیم‌گیری و انتخاب مؤلفه‌های پیش رو، حتی اگر از پیامدهای گزینه‌ی انتخابی نیز آگاه باشیم، از حالت هیجانی خود نسبت به پیامد، هنگام وقوع آن، آگاه نخواهیم بود. به‌طور کاملاً آشکار ارتباط بین هیجانات و تصمیم‌گیری دوسویه است یعنی نه تنها هیجانات بر تصمیم‌گیری تأثیر دارند بلکه پیامد هیجانی مثبت یا منفی یک تصمیم می‌تواند تصمیم‌گیرنده را تحت تأثیر قرار دهد (متیس و همکاران، ۲۰۱۲). هیجان‌ها برای تصمیم‌گیری ضروری هستند و سود و زیان هیجانی به‌عنوان مبنای برآورد مزایا است. پاسخ‌های هیجانی به پیامدهای مثبت و منفی، تصمیم‌گیری را در موقعیت‌های خطرناک و مبهم هدایت می‌کنند. هیجانات به‌واسطه‌ی یادگیری پیش‌بینی نتایج به سناریوهای معین، مرتبط می‌شوند. در نتیجه، پیش‌بینی افزایش هیجانات مثبت و کاهش هیجانات منفی منجر به افزایش احتمال درگیری در رفتارهای پرخطر می‌شود. همچنین ناتوانی در تولید، یادآوری و توجه به علائم هیجانی و ناتوانی در استفاده از مهارت‌های تنظیم هیجان در موقعیت‌های بالقوه خطرناک، با ناتوانی در تصمیم‌گیری منطقی همراه است که این مسئله نیز با افزایش خطرپذیری مرتبط است. مطالعات رشدی بهبود نسبی در ظرفیت‌های تصمیم‌گیری هیجانی را از اوایل کودکی تا نوجوانی و نیز از نوجوانی تا بزرگسالی نشان می‌دهند (بچارا، دامازیو و دامازیو، ۲۰۰۰).

۲. تکانشگری و تنظیم هیجان

رویکرد دیگر بیان می‌کند که رفتارهای خطرپذیری ناشی از تکانشگری است. طبق تعریف کلاسیک، تکانشگری، تمایل به تصمیم‌گیری عجولانه به‌جای تأمل و اندیشیدن است. طبق این رویکرد که بر ارتباط بین تکانشگری و تنظیم هیجانی تأکید زیادی دارد، تکانشگری ناشی از ناتوانی در بازداری پاسخ اولیه و ناتوانی در تلاش برای عمل کردن به پاسخ ثانویه است. منطق این رویکرد این است که افراد فاقد مهارت‌های تنظیم هیجانی، به‌ویژه در شرایط ناکامی و برانگیزنده خشم، به‌طور عجولانه‌ای در رفتارهای خطرناک درگیر

می‌شوند (استینبرگ و اسکات^۱، ۲۰۰۳). پژوهش رابینز و برایان^۲ (۲۰۰۴) نشان داد که افزایش تکانشگری هم در بین نوجوانان و هم در بزرگسالان، با افزایش انواع مختلف رفتارهای خطرناک، از جمله مصرف مواد، سیگار، قماربازی و روابط جنسی نایمن، مرتبط است.

۳. هیجان خواهی^۳

بیشتر پژوهش‌های موجود در زمینه‌ی نقش هیجان‌ها در رفتارهای پرخطر به بررسی هیجان خواهی پرداخته‌اند. هیجان خواهی به صورت نیاز به تجارب و هیجان‌های متنوع، جدید و پیچیده و همچنین تمایل به پذیرش خطرات جسمی و اجتماعی برای دستیابی به این گونه تجارب تعریف شده است. به نظر زاگرم^۴ هیجان خواهی چهار مؤلفه دارد که عبارت‌اند از: خطر جویی^۵ (گرایش به کسب هیجان به وسیله‌ی فعالیت‌های خطرناک مثل چتربازی یا رانندگی با سرعت زیاد)، تجربه جویی^۶ (تمایل به کسب هیجان از راه شرکت در فعالیت‌های غیرمعمول)، بازداري زدایی^۷ (گرایش فرد به آزاد گذاشتن خویش از بازداري‌های معمول در اجتماع مثل قماربازی یا مشروب‌خواری) و حساسیت به یکنواختی^۸ (که به معنای سطح تحمل پایین در برابر یکنواختی و روزمرگی است). هیجان خواهی با مصرف الکل، سوء مصرف مواد، فعالیت جنسی بی‌قاعده، شرکای جنسی متعدد، قماربازی افراطی، انتخاب مشاغل پرخطر و ماجراجویانه، رانندگی‌های خطرناک و ورزش‌های خطرناک و پرحادثه ارتباط دارد. آیزنک^۹ بر این باور بود که افراد هیجان خواه سطح برانگیختگی مغزی بالاتری نسبت به دیگران دارند و به همین دلیل به برانگیختگی و تحرک زیاد نیاز دارند و به طور فعال آن را می‌جویند و بر این اساس، آیزنک علت این امر را زیستی و ژنتیکی می‌داند (به نقل از سلمانی و همکاران، ۱۳۹۳).

به نظر می‌رسد که هیجان خواهی به دو شیوه بر خطرپذیری اثر می‌گذارد: از یک سو

1. Steinberg & Scott
2. Rabbins & Brayan
3. sensation seeking
4. Zuckerman
5. risk taking

6. experience seeking
7. border seeking
8. disinhibition
9. Eyzencck

آمادگی خطرپذیری در جهت کسب لذت را افزایش می دهد؛ به طور مثال افراد در جهت کسب لذت یا رفع یکنواختی، مشروبات الکلی و مواد مخدر مصرف می کنند یا سایر رفتارهای پرخطر را انجام می دهند و از سوی دیگر، آن ها خطرات و پیامدهای منفی گرایش به این گونه رفتارها را برای خود کم و ناچیز و خیلی پایین تر از میزان واقعی آن ارزیابی کنند؛ مثلاً به رغم مصرف گاه گاهی مشروبات الکلی یا مواد مخدر یا درگیریشان در رفتارهای پرخطر جنسی، پیامدها و خطرات آن را برای خود ناچیز قلمداد کرده و با افکار غیرمنطقی، خود را در برابر این قبیل خطرات قوی و مصون می پندارند (بانکرفت^۱ و همکاران، ۲۰۰۳؛ به نقل از مهرابی، کجباف و مجاهد، ۱۳۸۹).

ج) عوامل اجتماعی و محیطی

۱. تغییرات اجتماعی

جوامع در حال گذار، به دلیل تغییرات متنوع و متعدد، با تضادهای مختلف در ساختارها و زیرساخت های اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و اجتماعی مواجه اند. در چنین جوامعی، افراد به سختی می توانند خود را با محیط سازگار و با تغییرات و دگرگونی های سریع و تازه همراه کنند. بنابراین، از این حیث دچار ناهنجاری و کشمکش های مختلف اجتماعی، از خودبیگانگی و در سطحی وسیع تر، بی سازمانی و ازهم گسیختگی اجتماعی می شوند. این بی نظمی ها و بی سازمانی ها به عدم تعادل و بی ثباتی اجتماعی و افزایش بحران ها و آسیب های اجتماعی منجر می شود. ایران از طرفی در حال تجدید حیات طیبیه اسلامی است و از طرفی به عنوان یک کشور در حال توسعه و در حال گذار از مرحله سنتی، از این قاعده مستثنا نیست. در نتیجه سرعت تغییرات در ابعاد فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی، آسیب ها و تهدیدات اجتماعی متنوعی بر جامعه ایران وارد شده است، به طوری که طبق گزارش های سازمان بهزیستی کشور طی سال های اخیر، آسیب های اجتماعی در کشور ما به طور متوسط، هر سال ۱۵ درصد رشد داشته است. آسیب های اجتماعی می توانند بحران های بزرگ اقتصادی و اجتماعی را در پی داشته باشند و حتی در

مواردی امنیت یک کشور را به خطر بیندازند. پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی در هر جامعه به شناخت علمی ویژگی‌ها و قانونمندی‌های حاکم بر تحول آسیب‌ها در جامعه و به کارگیری یافته‌های علمی در فرایند برنامه‌ریزی اجتماعی موکول می‌شود. میزان موفقیت هر کشور در امر پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی معرف کارایی نظام اجتماعی غالب بر آن جامعه است (طباطبایی و آتش‌نفس، ۱۳۹۰).

۲. طبقه‌ی اجتماعی

میلر^۱ (۱۹۵۸) از منظر خرده‌فرهنگی به رفتارهای انحرافی نوجوانان طبقه‌ی پایین می‌پردازد. وی معتقد است پسران طبقه‌ی پایین از خرده‌فرهنگ خود تبعیت می‌کنند. آن‌ها زمانی در چشم جامعه‌ی کلان، منحرف جلوه می‌کنند که بخواهند رفتار مقبول خرده‌فرهنگ خود را در پرتو ارزش‌های این خرده‌فرهنگ‌ها شامل: دردمرستی، زرنگی، هیجان‌طلبی، ماجراجویی، تقدیرگرایی و استقلال‌طلبی نشان دهند. برای تحقق این ارزش‌هاست که پسران تجربه و کیفیات شخصی خاصی را پرورش می‌دهند و از این رهگذر به رفتارهای پرخطر گرایش پیدا می‌کنند. آن‌ها از این طریق زندگی را با والدین و همسالانشان تجربه نموده و جامعه‌پذیر می‌شوند. این جامعه‌پذیری از فرهنگ طبقه‌ی متوسط متغیر است و این افراد به غفلت از هنجارها و ارزش‌های فرهنگ غالب می‌پردازند. بدین ترتیب از نظر میلر، بزهکاری پسران محلات بدنام، محصول جامعه‌پذیری در این خرده‌فرهنگ خصوصاً در محلات بدنام است (به نقل از محمدی اصل، ۱۳۸۵).

۳. کنترل اجتماعی

نظریه‌ی کنترل اجتماعی^۲ بر این پیش‌فرض استوار است که رفتارهای پرخطر متعلق به همه‌ی طبقات اجتماعی است و جنبه‌ی عمومی و جهان‌شمول دارد و متعلق به طبقه‌ی خاصی از اجتماع نیست. این نظریه بر عوامل اجتماعی و جامعه‌پذیری تأکید بیشتری دارد تا ویژگی‌های فردی. علاوه بر این، نظریه‌ی کنترل اجتماعی بیشتر بر علت‌های هم‌نوايي به‌جای علت‌های ناهم‌نوايي تأکید دارد. درنهایت، این نظریه بیشتر به نقش بازدارندگی و نظارتی عوامل اجتماعی در ارتباط با رفتارهای پرخطر پرداخته است. دو نوع کنترل

1. Miller

2. social control theory

اجتماعی رسمی و غیررسمی وجود دارد. قوانین به عنوان پدیده‌ای اجتماعی، شکل رسمی کنترل اجتماعی هستند و کنترل اجتماعی غیررسمی شامل روابط خانوادگی و دین است. نظریه‌ی کنترل اجتماعی بر این پیش فرض مبتنی است که برای کاستن از تمایل به رفتار پرخطر، همه‌ی افراد باید کنترل شوند (کاوه، ۱۳۹۱).

هیرشی (۱۹۶۹) مهم ترین پایه گذار نظریه‌ی کنترل اجتماعی است. وی موضوع پیوند اجتماعی را مطرح می سازد و بر این باور است که انحراف رفتاری زمانی اتفاق می افتد که پیوند میان فرد و جامعه ضعیف یا گسسته شود. هیرشی در نظریه‌ی خود، نقش سازمان‌های کنترل اجتماعی مانند خانواده و مدرسه را مورد تأکید قرار می دهد و بر این باور است که چون برخی از نیروهای اجتماعی بازدارنده و کنترل کننده، از بین رفته یا کارکرد آن‌ها ضعیف شده است، نوجوانان مرتکب رفتارهای پرخطر می شوند (به نقل از اریکسون، کرسنو و درمباسچ^۱، ۲۰۰۰).

۴. یادگیری اجتماعی

بر اساس نظریه‌ی یادگیری اجتماعی بندورا^۲ (۱۹۷۷) رفتارهای پرخطر آموختنی است. فرآیند الگوسازی در کانون توجه نظریه‌ی یادگیری اجتماعی قرار دارد که در آن، شخص رفتار اجتماعی دیگران را به وسیله‌ی مشاهده یاد می گیرد و الگوسازی می کند. صرف نظر از اینکه رفتارهایی را که فرد مشاهده می کند چقدر خوب مورد توجه قرار داده و آن‌ها را به یاد سپرده یا چقدر توانایی انجام آن‌ها را دارد، بدون فرآیندهای تشویقی یا انگیزشی آن‌ها را انجام نخواهد داد. بنابراین محیط از طریق ارائه‌ی الگو نقش مهمی در یادگیری نوجوانان دارد (به نقل از احمدی، ۱۳۸۴). بندورا (۱۹۸۶) معتقد است که رفتار در نتیجه‌ی کنش متقابل بین شناخت شخص و عوامل محیطی به وجود می آید. یعنی رفتار توسط محیطی که فرد در آن قرار می گیرد و تفسیری که از آن دارد تعیین می شود. بندورا این شرایط را جبر متقابل (تعیین کنندگی متقابل) نامید. به طور مثال می توان به یادگیری ناشی از تصویرهایی که توسط رسانه‌های گروهی منتقل می شود، اشاره کرد. این نوع یادگیری باعث می شود افرادی که به رفتارهای پرخطر گرایش دارند تا حدی، تصوراتشان از آن

دسته از واقعیت‌های اجتماعی را که هیچ‌گونه تماس مستقیمی با آن‌ها نداشته‌اند، از طریق صحنه‌های تلویزیون - که پر از شخصیت‌های فاسد و فاقد اصول اخلاقی است - بیاموزند و این رفتارها را طبیعی بپندارند. به این ترتیب این دید تحریف آمیز از واقعیت ممکن است به رفتارهای پرخطر منجر شود (به نقل از سامانی و بهمنش، ۱۳۸۹).

۵. استرس اجتماعی

الگوی استرس اجتماعی^۱ رودز^۲ که برای توضیح احتمال مصرف مواد به وجود آمده است، دیدگاه دیگری درباره‌ی رفتارهای پرخطر نوجوانان است. این الگو در واقع تعامل استرس، دلبستگی‌ها و مهارت‌های سازگاری برای یک رفتار پرخطر مانند مصرف مواد را توضیح می‌دهد. با توجه به این الگو، احتمال مصرف مواد توسط یک فرد نوجوان به عنوان تابعی از سطح استرس نابرابر به وسیله‌ی این سه متغیر در نظر گرفته می‌شود (والنسیا و کرامر^۳، ۲۰۰۰؛ به نقل از احمدی و معینی، ۱۳۹۴).

۶. مدرسه

مدرسه یکی از عوامل مهم در ایجاد یا پیشگیری از رفتارهای پرخطر است. مدرسه اولین نهاد اجتماعی مؤثر بر زندگی نوجوانان بوده که فرصت‌ها، کیفیت زندگی و رفتارهای نوجوانان را تعیین می‌کند. تعلق به مدرسه، عضویت در مدرسه، حمایت و رضایت از مدرسه باعث کاهش خلاف کاری و سوءرفتار در مدرسه مانند تقلب و سرپیچی از قوانین مدرسه، ترک تحصیل، رفتارهای پرخطر از جمله سوء مصرف مواد، خشونت، کج رفتاری و رفتار جنسی ناایمن می‌شود (پشت مشهدی، احمدآبادی، پناغی، زاده محمدی و رفیعی، ۱۳۸۹).

۷. همسالان و دوستان

در مرحله‌ی نوجوانی فرد از خانواده به سوی جامعه کشیده می‌شود و روابط با همسالان اهمیت زیادی پیدا می‌کند. همنشینی و همانندسازی با همسالان بزهکار یا وابستگی به آن‌ها، صرف نظر از طبقه‌ی اجتماعی و اقتصادی، عاملی مهم در بروز رفتارهای پرخطر و

نابهنجاری‌های رفتاری تلقی می‌شود. منظور از همنشینی با همسالان بزهکار، ارتباط نوجوان با همسالانی است که رفتارهایی از قبیل حمل سلاح، تهدید کردن یا آسیب رساندن به دیگران، شرکت در درگیری و مصرف مواد مخدر و الکل را مرتکب می‌شوند (ملدرا، یانگ و ویرمن^۱، ۲۰۰۹؛ به نقل از احمدی، خدادادی سنگده، ملازمانی، خانزاده و امینی منش، ۱۳۹۴). زمانی که نوجوان وارد گروهی می‌شود میل به پذیرفته شدن در میان همسالان دارد و از جمله راه‌هایی که جهت پذیرش همسالان مورد استفاده قرار می‌دهد، هم‌رأیی و تلاش جهت شباهت با همسالان است. بنابراین، زمانی که نوجوان وارد گروه‌هایی با رفتارهای پرخطر می‌شود تلاش او در جهت همراهی و شباهت با رفتارهای آنهاست که در نهایت باعث سوق یافتن به سوی رفتارهای پرخطر می‌شود (درگاهی، اعیادی، شاکرمی، محبی و قاسم‌زاده، ۱۳۹۳).

۸. مذهب

مذهب (به‌عنوان جزئی از فرهنگ) می‌تواند بر تصمیم‌گیری به‌واسطه‌ی تأثیرگذاری بر مفهوم افراد از هویت شخصی خودشان و نیز برهنجارمند ساختن باورها و ارزش‌های معین اثر بگذارد. مذهب سیستم سازمان‌یافته‌ای از باورها، اعمال و تشریفات یک جامعه است. مذهب برای افزایش حس نزدیکی به وجودی مقدس یا برتر و اغلب با باورها و خط‌مشی‌هایی در ارتباط است که از بین اهداف دیگر، به دنبال جداسازی خوب از بد است (گیلبرت^۲، ۲۰۰۸). باورها درباره‌ی کنترل خدا ممکن است بر نوجوانان تأثیر بگذارد تا آنها در رفتارهای پرخطر قدرتمند باشد. نگرش اخلاقی مبتنی بر مذهب ممکن است درگیری نوجوانان در رفتارهای پرخطر از قبیل مقاربت جنسی زودهنگام یا استفاده از داروها، الکل و مواد مخدر را کاهش دهد (قره‌داغی، محمودی و اصل فتاحی، ۱۳۹۱). مذهب می‌تواند مصرف مواد و بهبودی پس از آن را از طریق برقراری یک نظم اخلاقی تحت تأثیر قرار دهد. مذهب راهنمایی‌ها و قوانین خاص اخلاقی به‌منظور کنترل خویش و عفت از قبیل امتناع از استفاده از الکل و دیگر مواد را در اختیار فرد قرار می‌دهد. علاوه بر این مذهب به تسهیل تجربه‌ی معنوی کمک می‌کند. تجربه‌ی معنوی می‌تواند تعهدات

اخلاقی را تحکیم بخشید که این نیز به نوبه‌ی خود مانع از مصرف الکل و دیگر مواد می‌گردد (اسمیت^۱، ۲۰۰۳).

د) عوامل خانوادگی

۱. انسجام^۲ خانواده

خانواده نخستین و مناسب‌ترین مکان نقش‌پذیری و کانون اصلی فعالیت فرد است و مانند سیستم پویایی عمل می‌کند که اعضای آن پیوسته باهم در تعامل‌اند و به صورت متقابل بر یکدیگر اثر می‌گذارند. انسجام خانواده، بعد مهمی برای تلاش جهت درک متقابل در میان اعضای خانواده است. خانواده‌ی منسجم، توسط جو خانوادگی حمایتی و تفاهم و درک اعضای آن شناخته می‌شود که اعضای آن تمایل به درک و کمک برای برطرف کردن نیازها و دغدغه‌های افراد خانواده دارند. پیوند و تعهد عاطفی، گرمی روابط و عواطف حاکم بر خانواده‌های منسجم در فرزندان آن‌ها این احساس را به وجود می‌آورد که موردپذیرش والدین هستند و والدین نسبت به خواسته‌های آن‌ها حساس و مسئول‌اند. در چنین خانواده‌هایی حمایت، صفا، صمیمیت، کنترل و نظارت والدین بر فرزندان بیشتر است (ویکتور، برنات، برنسشن و لاین^۳، ۲۰۰۷). نوجوانی که در خانواده‌ای منسجم پرورش می‌یابد، گرمی روابط، عواطف، عشق، علاقه‌ی موجود، احساس مسئولیت و تعهد اعضا را به یکدیگر احساس می‌کند و در نتیجه در قبال خواسته‌های بقیه‌ی اعضا احساس تعهد می‌کند. علاوه بر این، خانواده‌ی حمایت‌گر منبع بازخورد خزانه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری است. به طوری که نوجوانان در شرایط مختلف می‌توانند با شیوه‌ای مؤثر با مشکلات برخورد کنند. انسجام خانواده و میزان گرمی و محبت والدین، همواره دارای پیامدهای مثبتی برای فرزندان بوده است. وجود انسجام در خانواده باعث افزایش سازش‌یافتگی فرزندان، کاهش پرخاشگری، بهبود رفتار اجتماعی، مشکلات برون‌سازی شده‌ی کمتر فرزندان و کاهش خطرپذیری در آن‌ها می‌شود (شارما و جوشی^۴، ۲۰۱۵).

۲. خانواده‌های تک‌والدی

از جمله چالش‌هایی که خانواده‌های تک‌والد با آن مواجه هستند، گرایش به رفتارهای پرخطر در بین فرزندان آن‌هاست. شیوع رفتارهای پرخطر در خانواده‌های تک‌والدی بیشتر از خانواده‌های عادی است. طلاق و مرگ والدین، عوامل اصلی زمینه‌ساز آشفتگی ساختار خانواده هستند که رخ دادن آن‌ها با حذف یکی از والدین همراه است. گسستگی در ساختار خانواده، به‌ویژه اگر در اثر طلاق رخ دهد موجب افزایش بروز رفتارهای پرخطر می‌شود (درگاهی و همکاران، ۱۳۹۳).

به‌عنوان مثال پدرانی که همسرانشان را طلاق داده‌اند، از تأمین معاش فرزندان خود دست می‌کشند و مادران مجبور می‌شوند تا تمام بار مالی خانواده، اعم از خود و فرزندان را بر عهده بگیرند، در نتیجه، فشار اقتصادی باعث می‌شود که این مادران فرصت کمتری برای مراقبت از کودکان خود داشته باشند. اغلب افرادی که در خانواده‌های مادر سرپرست زندگی می‌کنند، به دلیل عدم حضور پدر، با چالش‌های متعددی در زندگی‌شان مواجه هستند. حضور پدر در خانواده‌های با نوجوانان معتاد بسیار کم‌رنگ است. ارتباط بین فرزندان و والدین غیر صلبی (معمولاً ناپدری) نیز در مقایسه با والدین صلبی بیشتر گسسته، دارای تضاد، همراه با دیکتاتوری، روابطی سرد و ضعیف بدون حمایت و تعهد نسبت به یکدیگر است. والد تنها نیز، تسلط و کنترل کمتری بر فرزندان خود دارد و راهبردهای نظم‌بخشی ناکارآمدتری دارد. همچنین در مقایسه با نوجوانانی که در خانواده‌های دو‌والدی هستند، نوجوانان تک‌والدی و یا غیر صلبی مشکلات روان‌شناختی و رفتاری بیشتر و عملکرد ضعیف‌تری دارند و بیشتر به رفتارهای پرخطر گرایش دارند (مکتبی، سلطانی، بواسحاقی و نوکاریزی، ۱۳۹۳).

۳. نظارت والدینی^۱

نظارت والدینی را می‌توان آن دسته از رفتارهای والدین دانست که دربردارنده‌ی توجه و پیگیری نسبت به آگاهی از مکان حضور فرزندان و اعمال آن‌ها است؛ به عبارت دیگر، نظارت والدین را برحسب میزانی تعریف می‌کنند که والدین می‌دانند که نوجوانشان در

زمان‌هایی که با آن‌ها نیستند کجا به سر می‌برد و اوقاتش را چگونه سپری می‌کند (رومرو و رویز^۱، ۲۰۰۷؛ به نقل از احمدی و همکاران، ۱۳۹۴). نظارت مؤثر بر رفتار نوجوان همراه با روش‌های متقاعدسازی عامل مهمی در پیشگیری از رفتارهای پرخطر است. درحالی‌که وجود آزادی بیش‌ازحد و شیوه‌ی کنترل اجبار عوامل خطرآفرین هستند. نظارت پایین والدین با افزایش رفتارهای پرخطر از قبیل مصرف مشروبات الکلی، مصرف مواد مخدر، استفاده از قرص‌های روان‌گردان و رفتار جنسی نایمن همراه است (درگاهی و همکاران، ۱۳۹۳).

۴. سبک‌های فرزند پروری^۲

یکی از عوامل مهم تأثیرگذار خانواده بر رفتارهای پرخطر، سبک‌های فرزند پروری است. کیفیت خوب فرزند پروری با توسعه‌ی سطوح بالای عزت‌نفس، کنترل رفتاری و مقاومت در برابر فشار دوستان و درنهایت کاهش خطرپذیری در ارتباط است. بامریند^۳ (۱۹۹۱) سبک فرزند پروری را به‌عنوان کارکرد کنترل والدین معرفی می‌کند و با توجه به میزان رفتار گرم و کنترل والدین آن را به انواع مستبدانه^۴، مقتدرانه^۵ و سهل‌گیرانه^۶ تقسیم می‌کند (ریتمن، رد، هاپ و آلتوبلو^۷، ۲۰۰۲؛ به نقل از همتی علمدار لو، حسین خانزاده، ارجمندی، تیموری آسفیچی و طاهر، ۱۳۹۳).

بیشترین رفتارهای پرخطر مربوط به سبک فرزند پروری سهل‌گیرانه و کمترین آن مربوط به سبک اقتدارگر است. گرایش به رفتارهای پرخطر در سبک فرزند پروری استبدادی کمتر از سبک فرزند پروری سهل‌گیرانه است. سبک فرزند پروری استبدادی بیانگر تعامل نامناسب و نادیده گرفتن و درعین حال، کنترل غیرمنصفانه و غیرمنطقی است. در سبک فرزند پروری سهل‌گیرانه والدین اجازه می‌دهند فرزند هرچه که خود دوست دارد و یا منطقی می‌داند انجام دهد و هیچ نظارتی بر اعمال او ندارند اما در سبک فرزند پروری مقتدرانه، والدین به‌طور منطقی بر اعمال فرزندشان نظارت نموده و در موقعیت

1. Romero & Ruiz
2. parenting styles
3. Baumrind
4. authoritarian

5. authoritative
6. permissive
7. Reitman, Rohde, Hupp & Altobello

مقتضی به او اجازه‌ی اظهارنظر می‌دهند. بنابراین، سبک فرزند پروری اقتدارگرا یکی از عوامل مؤثر در پیشگیری و حفاظت نوجوانان از رفتارهای پرخطر است (شکری و همکاران، ۱۳۹۴).

۵. سبک‌های دلبستگی

پیوندهای عاطفی اولیه و سبک دلبستگی فرد در سازش‌های اجتماعی او تأثیر به سزایی دارد. نظریه‌ی دلبستگی میزان آسیب‌پذیری و سازش یافتگی فرد را نسبت به رویدادهای زندگی به‌طور قابل ملاحظه‌ای پیش‌بینی می‌کند (بشارت و شالچی، ۱۳۸۶). افراد دارای دلبستگی ایمن، قادر هستند با موفقیت با چالش‌های نوجوانی روبرو شوند، درحالی‌که افراد دلبسته‌ی ناایمن ناتوانی بارزی در مدیریت استقلال‌فزاینده‌ای دارند که لازمه نوجوانی است. در افراد دارای سبک دلبستگی ایمن، محیط گرم و صمیمی خانواده، مانع از بروز رفتارهای پرخطر در فرزندان‌شان می‌شود. سبک دلبستگی ایمن منجر به افزایش مهارت‌های اجتماعی می‌شود و از این طریق از بروز رفتارهای پرخطر و جرم‌ها پیشگیری می‌کند. با توجه به اینکه رفتارهای پرخطر درواقع بی‌توجهی فرد به سلامت خود و دیگران را می‌رساند، می‌توان نوع نگرش فرد به خود و دیگران را زیربنای آن دانست. همان‌طور که گفته شد روابط کودک با مراقبان اولیه موجب می‌شود که او الگویی فعال از خود و دیگران را ایجاد کند که روی مدیریت عاطفه، رفتار و افکار او تأثیر می‌گذارد و نوع نگاه او به خود و دیگران را تعیین می‌کند. افراد دلبسته‌ی ایمن خود را قابل‌پذیرش و ارزشمند می‌دانند اما آن‌هایی که انگاره‌های دلبستگی غیر پاسخگو و متناقض دارند خود را غیرقابل‌پذیرش و بی‌ارزش ارزیابی می‌کنند. افراد دارای سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی تصویر مثبت از خود و تصویر منفی از دیگران می‌سازند چراکه پیشینه‌ی دلبستگی شان به آن‌ها آموخته است که نباید روی کمک و حمایت دیگران حساب کنند. این افراد تمایلی به نزدیک شدن به دیگران نشان نمی‌دهند و به‌طور اجباری فاصله‌ی خود را از آن‌ها حفظ می‌کنند تا از افکار پریشان‌کننده در امان باشند. افراد دارای سبک دلبستگی ناایمن دوسوگرا نیز به‌طور اجباری، تمایل به مجاورت با دیگران دارند و به‌شدت نسبت به نشانه‌های طرد و ترک شدن حساس‌اند. این افراد تصویر منفی از خود و تصویر مثبت از

دیگران دارند. سبک دلبستگی دوسوگرا و اجتنابی با کاهش عزت‌نفس همراه است و پایین بودن عزت‌نفس یکی از عواملی است که باعث گرایش به رفتارهای پرخطر می‌شود. از طرفی نیز چون افراد دلبسته‌ی ناایمن به دلیل روابط بین فردی ناکارآمد و نیز عدم احساس توانمندی تنش بیشتری تجربه می‌کنند، ممکن است برای تسکین خود به مصرف مواد مخدر و الکل و سیگار روی بیاورند زیرا این افراد از تحمل کمتری در مواجهه با تنش و فشار موقعیت برخوردارند (محمد علی پور، رستمی و میر قائم مقامی، ۱۳۸۹).
باتوجه آنچه گفته شد و به با بررسی کتاب‌ها، مقالات و یافته‌های پژوهشگران در حوزه رفتارهای پرخطر مهمترین عوامل مؤثر در گرایش به رفتارهای پرخطر در جدول شماره ۱، طبقه بندی و خلاصه شده است.

جدول ۱: عوامل مؤثر بر گرایش به رفتارهای پرخطر در نوجوانان

عامل	بعد	تأثیرات
شناختی	رشد شناختی	ضعیف‌تر بودن مهارت‌های استدلالی در نوجوانان.
	قضاوت و تصمیم‌گیری	توجه بیشتر نوجوانان به پیامدهای کوتاه‌مدت مثبت و توجه کمتر به پیامدهای بلندمدت منفی.
هیجانی	ادراک خطر	نوجوانان معمولاً خطرات موقعیت‌ها را پایین‌تر از حد معقول ارزیابی می‌کنند.
	تأثیر هیجان‌ها بر تصمیم‌گیری	پیش‌بینی افزایش هیجانات مثبت و کاهش هیجانات منفی یک رفتار، منجر به افزایش احتمال درگیری در رفتارهای پرخطر می‌شود.
	تکانشگری و تنظیم هیجان	ناتوانی نوجوانان در بازداری پاسخ اولیه، تصمیم‌گیری عجولانه و فقدان مهارت‌های تنظیم هیجانی مناسب باعث گرایش بیشتر آن‌ها به رفتارهای پرخطر می‌گردد
	هیجان‌خواهی	نوجوانان به دلیل هیجان‌خواهی زیاد جهت کسب لذت یا رفع یکنواختی به رفتارهای پرخطر روی می‌آورند.
کنترل اجتماعی	تغییرات اجتماعی	بی‌نظمی‌های ناشی از تغییرات اجتماعی باعث افزایش آسیب‌های اجتماعی نظیر رفتارهای پرخطر می‌گردد.
	طبقه‌ی اجتماعی	گرایش به رفتارهای پرخطر و بزهکاری در طبقات پایین اجتماعی ناشی از نوع جامعه‌پذیری نوجوانان در این طبقات است.
	کنترل اجتماعی	سست شدن نیروهای اجتماعی بازدارنده‌ی رسمی و غیررسمی باعث افزایش رفتارهای پرخطر می‌شود.

عامل	بعد	تأثیرات
	یادگیری اجتماعی	نوجوانان با مشاهده رفتارهای پرخطر در جامعه یا مشاهده شخصیت‌های فاقد اصول اخلاقی در رسانه‌های گروهی، این رفتارها را طبیعی می‌پندارند و به تقلید از آن‌ها می‌پردازند.
اجتماعی و محیطی	استرس اجتماعی	این نظریه احتمال گرایش به رفتارهای پرخطر را ناشی از تعامل سه متغیر استرس، دلبستگی و مهارت‌های سازگاری می‌داند.
	مدرسه	احساس تعلق نوجوان به مدرسه و رضایت از آن، باعث کاهش گرایش به رفتارهای پرخطر و کاهش کج‌رفتاری‌های نوجوانان می‌شود.
	همسالان و دوستان	همنشینی و همانندسازی با همسالان بزه‌کار یا وابستگی به آن‌ها، صرف نظر از طبقه اجتماعی و اقتصادی، عاملی مهم در بروز رفتارهای پرخطر و نا-بهنجاری‌های رفتاری تلقی می‌شود.
	مذهب	نگرش‌های اخلاقی مبتنی بر مذهب می‌تواند درگیری نوجوانان را در گرایش به رفتارهای پرخطر کاهش دهد.
	انسجام خانواده	انسجام خانواده باعث افزایش سازش یافتگی فرزندان، کاهش پرخاشگری، بهبود رفتار اجتماعی و کاهش خطرپذیری در آن‌ها می‌شود.
	خانواده‌های تک‌والدی	نوجوانان تک‌والدی، مشکلات روان‌شناختی و رفتاری بیشتری دارند و بیشتر در معرض رفتارهای پرخطر هستند.
خانوادگی	نظارت والدینی	نظارت پایین والدین با افزایش رفتارهای پرخطر از قبیل مصرف مشروبات الکلی، مصرف مواد مخدر و استفاده از قرص‌های روان‌گردان و رفتارجنسی نایمن همراه است.
	سبک‌های فرزندپروری	بیشترین رفتارهای پرخطر مربوط به سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه و کمترین آن مربوط به سبک فرزندپروری اقتدارگرا است.
	سبک‌های دلبستگی	نوجوانان دلبسته‌ی ایمن با چالش‌های نوجوانی روبه‌رو می‌شوند؛ اما افراد دلبسته‌ی نایمن از تحمل کمتری در مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا برخوردار هستند و به احتمال بیشتری به رفتارهای پرخطر روی می‌آورند.

نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، شناخت و بررسی علل و زمینه‌های گرایش به رفتارهای پرخطر در نوجوانان بود. دوران نوجوانی از دوره‌های پراهمیت در فرایند رشد آدمی محسوب می‌شود. قدم گذاردن به این دوره معمولاً با بلوغ آغاز می‌شود. شکوفایی غریزه‌ی جنسی، تثبیت و تحکیم علائق و منافع شغلی و اجتماعی، میل به آزادی و استقلال، هویت‌یابی، گسست از خانواده، گرایش به همسالان و الگو یابی از ویژگی‌های مهم این دوره است.

تغییر و تحول جسمی، جنسی، روانی و شخصیتی در این دوران، خواسته‌های جدیدی را مطرح می‌سازد. با توجه به آنچه گفته شد فقط یک عامل خاص در گرایش نوجوانان به رفتارهای پرخطر دخیل نیست؛ بلکه احتمال گرایش یک فرد به رفتارهای پرخطر، محصول تعامل عوامل شناختی، هیجانی، اجتماعی و محیطی و خانوادگی است. هر یک از عوامل ذکر شده در بروز، تداوم و اوج خطرپذیری در نوجوانی، دخیل هستند. درک خطرپذیری نوجوانان و تأکید بر آن به عنوان اقتضای قابل انتظار این دوره‌ی سنی و نه به عنوان رفتاری انحرافی، امکان شناخت و پیشگیری را واقع‌بینانه‌تر می‌سازد. با توجه به آنچه گفته شد نوجوانان بیش از سایر گروه‌های سنی در معرض رفتارهای پرخطر قرار می‌گیرند. به‌طوری که انجام این رفتارها از ابتدای نوجوانی تا میانه‌ی آن افزایش می‌یابد و در اواخر نوجوانی افت می‌کند. شناسایی علل گرایش به رفتارهای پرخطر می‌تواند راه‌های مناسب جهت پیشگیری و کاهش بسیاری از آسیب‌های روانی ناشی از رفتارهای پرخطر را در نوجوانان فراهم نماید.

چنانچه گفته شد هیجان یکی از عوامل مهم تأثیرگذار بر رفتارهای پرخطر است. اگر بسترها و مجراهایی برای تخلیه‌ی این هیجان‌ها به نحو مطلوبی وجود داشته باشد کمتر شاهد بروز رفتارهای پرخطر در نوجوانان هستیم. لذا آموزش کنترل هیجان و افزایش توانمندی مدیریت هیجانی در کاهش گرایش به رفتارهای پرخطر نقش مهمی دارد. از سوی دیگر متنوع ساختن امور فوق برنامه در کنار راهبردهای محیطی نظیر تعیین چگونگی تخلیه‌ی هیجانی در برنامه‌های فراغتی جامعه به‌ویژه برای نوجوانان و جهت‌دهی نیروهای روانی نوجوانان به سمت مسیرهای جامعه‌پسند در قالب فعالیت‌های گروهی نظیر فعالیت‌های اجتماعی و جشن‌ها یا مسابقات محلی و گروهی می‌تواند در کاهش گرایش به رفتارهای پرخطر نقش به‌سزایی ایفا کند. تدوین برنامه‌هایی نظیر فعالیت‌های جذاب فراغتی، ورزشی، علمی و فرهنگی در جهت ارضای میل به هیجان خواهی نیز می‌تواند مفید باشد.

در بسیاری از مواقع، روابط عاطفی مناسب در خانواده می‌تواند به عنوان عامل مهمی در

پیشگیری از بروز رفتارهای خطر آفرین تلقی شود. افزایش حضور والدین در منزل و تقویت ارتباط عاطفی بین اعضای خانواده نه تنها امنیت روانی فرزندان را تأمین می‌نماید، بلکه می‌تواند به عنوان یک نیروی مهم در پیشگیری از رفتارهای پرخطر و پیامدهای آن تلقی شود. با توجه به تمهیدات یادشده به نظر می‌رسد در جهت پیشگیری از بروز رفتارهای پرخطر، تغییر در الگوهای ارتباطی خانواده و بهبود مهارت‌های ارتباطی والدین و فرزندان، نقش مؤثری را ایفا نماید.

در برنامه‌های آموزشی مدارس ما در دوران متوسطه، جای برنامه‌های آموزشی مقابله با رفتارهای پرخطر خالی است. لذا آموزش و پرورش می‌تواند با برنامه ریزی صحیح در پیشگیری از رفتارهای پرخطر در نوجوانان پیشگام باشد. طراحی برنامه‌هایی نظیر آموزش مهارت‌های زندگی به صورت کارگاهی به این معنا که فرد در موقعیت‌های مختلف باید این مهارت‌ها را یاد بگیرد نیز می‌تواند مؤثر باشد. افزایش آگاهی اولیه از ویژگی‌های دوره‌ی نوجوانی و نحوه‌ی برخورد مناسب با نوجوانان در این سن و آشنا کردن آن‌ها با پیشرفت‌ها و فناوری‌های جدید به گونه‌ای که بتوانند پاسخگوی نیاز فرزندانشان باشند از جمله مواردی است که باید مورد توجه قرار گیرد. ارائه‌ی آموزش و برگزاری کلاس‌های توجیهی در زمینه‌ی رفتارهای پرخطر و آسیب‌های اجتماعی و عواقب آن، تسهیل امر مشاوره در مدارس و اجرای جلسات بحث گروهی با حضور دانش آموزان، مشاوران و افراد متخصص در زمینه‌ی تعلیم و تربیت نیز می‌تواند توسط مسئولین آموزش و پرورش به اجرا درآید.

بنابراین با توجه به آنچه گفته شد آموزش والدین و نوجوانان و آگاه کردن آن‌ها از عوامل خطر و نحوه برخورد کارآمد با این عوامل می‌تواند جزء وظایف اصلی مجریان امر تعلیم و تربیت و سایر سازمان‌های مربوطه شود تا به موجب آن از بروز رفتارهای پرخطر و آسیب‌های ناشی از آن در نوجوانان جلوگیری شود.

منابع

- احمدی، حبیب و معینی، مهدی (۱۳۹۴). بررسی رابطه‌ی مهارت‌های اجتماعی و رفتارهای پرخطر جوانان. فصلنامه‌ی پژوهش‌های راهبردی امنیت و نظم اجتماعی، ۴(۱)، ۲۴-۱.
- احمدی، حبیب (۱۳۸۴). جامعه‌شناسی انحرافات. تهران: سمت.
- احمدی، خدابخش؛ خدادادی سنگده، جواد؛ ملّازمانی، علی؛ خانزاده، مصطفی و امینی منش، سجاد (۱۳۹۴). رفتارهای پرخطر نوجوانان: نقش نظارت والدینی و همنشینی با همسالان منحرف. فصلنامه‌ی پژوهش‌های مشاوره، ۱۲(۴۸)، ۲۲-۴.
- اسماعیل‌زاده، هاجر؛ اسدی، مسعود؛ میری، میرنادر و کرامتکار، مریم (۱۳۹۳). بررسی شیوع رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان شهر قزوین در سال‌های ۹۱-۱۳۹۰. فصلنامه‌ی اپیدمیولوژی ایران، ۱۰(۳)، ۸۲-۷۵.
- بشارت، محمدعلی و شالچی، بهزاد (۱۳۸۶). رابطه سبک‌های دلبستگی و مقابله با تنیدگی. فصلنامه‌ی روان‌شناسان ایرانی، ۳(۱۱)، ۲۳۶-۲۲۵.
- پشت مشهدی، مرجان؛ احمدآبادی، زهره؛ پناغی، لیلی؛ زاده محمدی، علی و رفیعی، حسن (۱۳۸۹). نقش مدرسه در گرایش به سوء مصرف سیگار، الکل و مواد در نوجوانان دبیرستانی شهر تهران. فصلنامه‌ی تحقیقات علوم رفتاری، ۸(۱)، ۵۵-۴۶.
- حمیدیه، مصطفی؛ مطلبی، نبی؛ عاشری، حسین و بروجردی، اشرف (۱۳۸۷). بررسی شیوع مصرف الکل و داروهای روان‌گردان در نوجوانان و جوانان ۳۵-۱۵ ساله شهر تهران. فصلنامه‌ی پژوهش در پزشکی، ۳۲(۴)، ۳۱۹-۳۱۵.
- درگاهی، شهریار؛ اعیادی، نادر؛ شاکرمی، محمد؛ محبی، حامد و قاسم‌زاده، عظیم (۱۳۹۳). رابطه‌ی نظارت والدین و همنشینی با همسالان بزهکار در رفتارهای پرخطر نوجوانان تک والد. فصلنامه‌ی نسیم تندرستی، ۲(۴)، ۸-۱.
- رشید، خسرو (۱۳۹۴). رفتارهای پرخطر در بین دانش آموزان نوجوان دختر و پسر شهر تهران. فصلنامه‌ی رفاه اجتماعی، ۱۵(۵۲)، ۵۵-۳۱.
- سامانی، سیامک و بهمنش، زهرا (۱۳۸۹). مقایسه‌ی فرایندها و کنش‌های خانواده در نوجوانان عادی و بزهکار. فصلنامه‌ی مطالعات امنیتی اجتماعی، ۲۳، ۶۸-۴۳.
- سلمانی، بهزاد؛ حسنی، جعفر و آریاناکیا، المیرا (۱۳۹۳). بررسی نقش صفات شخصیتی در رفتارهای پرخطر. فصلنامه‌ی تازه‌های علوم شناختی، ۱۶(۱)، ۱۰-۱.

- سلیمانی نیا، لیلا (۱۳۸۴). تفاوت‌های جنسیتی نوجوانان در ارتکاب انواع رفتارهای پرخطر. فصلنامه‌ی مطالعات جوانان، ۸ و ۹، ۸۴-۷۲.
- شکری، نسرين؛ یوسفی، مرضیه؛ صفایی راد، ایرج؛ اکبری، طیه؛ موسوی، سیده مریم و نظری، هیمن (۱۳۹۴). همبستگی رفتارهای پرخطر در نوجوانان دانش آموز با شیوه‌های فرزند پروری والدین. فصلنامه‌ی مدیریت ارتقای سلامت، ۱۵(۱)، ۸۲-۷۳.
- طباطبایی، سیدموسی و آتش نفس، الهه. (۱۳۹۰). دو نیمه‌ی آسیب‌ها. فصلنامه‌ی رشد آموزش طباطبایی، مشاور مدرسه، ۶(۴)، ۱۶-۸.
- عطادخت، اکبر؛ رنجبر، محمدجواد؛ غلامی، فائزه و نظری، طوبی (۱۳۹۲). گرایش دانشجویان به رفتارهای پرخطر و ارتباط آن با متغیرهای فردی-اجتماعی و بهزیستی روان شناختی. فصلنامه‌ی سلامت و مراقبت، ۱۵(۴)، ۵۹-۵۰.
- علیوردی نیا، اکبر (۱۳۹۲). مطالعه‌ی رفتارهای پرخطر در دانشجویان از دیدگاه جامعه شناختی. فصلنامه‌ی توسعه‌ی اجتماعی، ۷(۳)، ۱۵۴-۱۲۳.
- فتحی، یوسف و ذاکری پور، غلامرضا (۱۳۹۳). شناسایی علل گرایش روان شناختی نوجوانان به رفتارهای پرخطر و راهکارهای مقابله با آن. فصلنامه‌ی دانش انتظامی پلیس پایتخت، ۱۷(۱)، ۹۵-۱۲۶.
- قره داغی، علی؛ محمودی، جعفر و اصل فتاحی، بهرام (۱۳۹۱). پیش‌بینی رفتارهای پرخطر بر اساس جهت‌گیری مذهبی و سبک مقابله‌ای در دانش آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهرستان مرند. فصلنامه‌ی زن و مطالعات خانواده، ۴(۱۵)، ۱۶۶-۱۴۹.
- کاوه، محمد (۱۳۹۱). آسیب‌شناسی بیماری‌های اجتماعی (جلد اول). تهران: جامعه‌شناسان.
- گرما رودی، غلامرضا؛ مکارم، سیده شهره و عباسی، زینب (۱۳۸۸). عادات پرخطر بهداشتی در دانش آموزان شهر تهران، فصلنامه‌ی پایش، ۹(۱)، ۱۹-۱۳.
- محمدعلی پور، زینب؛ رستمی، محمد و میرقائم‌مقامی، مریم (۱۳۸۹). رابطه‌ی سبک‌های دلبستگی و رفتارهای پرخطر. فصلنامه‌ی اعتیاد پژوهی، ۴(۱۵)، ۹۰-۸۲.
- محمدی اصل، عباس (۱۳۸۵). درآمدی بر جامعه‌شناسی انحرافات رفتاری نوجوانان. تهران: علم.
- مکتبی، غلامحسین؛ سلطانی، عبدالله؛ بواسحاقی، منیژه و نوکریزی، حسن (۱۳۹۳). بررسی رابطه‌ی پیوندهای والدینی و ابراز وجود با رفتارهای پرخطر. دو فصلنامه‌ی مشاوره‌ی کاربردی، ۴(۲)، ۶۹-۸۲.

مهرابی، حسینعلی؛ کجباف، محمدباقر و مجاهد، عزیزالله. (۱۳۸۹). پیش‌بینی رفتارهای پرخطر بر اساس هیجان خواهی و عوامل جمعیت شناختی در دانشجویان دانشگاه اصفهان. فصلنامه‌ی مطالعات روان‌شناختی، ۶(۲)، ۱۶۶-۱۴۱.

میری، میرنادر و بهرامی احسان، هادی. (۱۳۸۹). رابطه‌ی مذهب گرایی و عوامل جمعیت شناختی با سوء مصرف مواد در دانشجویان. مجله‌ی روان‌شناسی و دین، ۳(۴)، ۱۲۶-۱۰۹.

همتی علمدارلو، قربان؛ حسین خانزاده، عباسعلی؛ ارجمندی، محمدصادق؛ تیموری آسفیچی؛ محمدمهدی و طاهر، محبوبه. (۱۳۹۳). نقش سبک فرزند پروری مادران در پیش‌بینی مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی با کم‌توانی ذهنی. دوم‌نامه‌ی تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۲۵، ۷-۱۶.

Bechara, A., Damasio, H., & Damasio, A.R. (2000). Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Journal of Cerebral Cortex*, 10(3), 295-307.

Beyth-Marom, R., Austin, L., Fischho, V. B., Palmgren, C., & Quadrel, M. J. (1993). Perceived consequences of risky behaviors: Adults and adolescents. *Journal of Development Psychology*, 29(3), 549- 563.

Boyer, T. (2006). The development of risktaking: *Amultl perspective review. Journal of developmental review*, 26(3), 291-345.

Eaton, N. R., Krueger, R.F., Johnson, W., McGue, M., & Lacono, W. G. (2009). Parental monitoring personality and delinquency. *Journal of Research in Personality*, 43(1), 49-59.

Erikson, K., Crosnoe, R., & Dormbusch, S. M. (2000). Asocial process model of adolescent deviance. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(4), 395-425.

Fothergilland, K. E., & Ensminger, M. E. (2006). Childhood and adolescent antecedents of drug and alcohol problems: A longitudinal study. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, 81(1), 61-76.

Gilbert, S. S. (2008). The influence of Islam on aids prevention among Senegales university students. *Journal of Aids Education and Prevention*, 20(5), 399-407.

Kloep, M., Guncey, M., Cok, F., & Simsek, O. (2009). Motives for risk-taking in adolescence: Cross cultural study. *Journal of Adolescence*, 32(1), 135-151.

Matthies, S., Philipsen, A., & Svaldi, J. (2012). Risky decision making in adults with ADHD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43 (3), 938-946.

Pfeifer, J. H., Masten, C.L., Moore, W. E., Oswald, T.M., Mazziotta, J.C., Iacoboni, M., & Dapretto, M. (2011). Entering adolescence: Resistance to

- peer influence, risky behavior and neural changes in emotion reactivity. *Journal of Neuron*, 69(5), 1029-1036.
- Rhodes, T., Lilly, R., & Fernandes, C. O. (2003). Risk factors associated with drug use: The importance of risk environment. *Journal of Drugs, Prevention and Policy*, 10(4), 303-329.
- Robbins, R.N., & Brayan, A. (2004). Relationships between future orientations, impulsive sensation seeking and risk behavior among adjudicated adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 19(4), 428-445.
- Sharma, M., & Joshi, H.L. (2015). Role of family environment and parenting style in adjustment among male adolescent. *Journal of Current Research and Academia*, 3, 252-263.
- Smith, C. (2003). Theorizing religious effect among American adolescents. *Journal of Scientific Study for Religion*, 42(1), 17-30.
- Steinberg, L. D., & Scott, E. S. (2003). Less guilty by reason of adolescence: developmental immaturity, diminished responsibility, and the juvenile death penalty. *Journal of American Psychologist*, 58(12), 1009-1018.
- Vartanian, L. R. (2000). Revisiting the imaginary audience and personal fable constructs of adolescent egocentrism: A conceptual review. *Journal of Adolescence*, 35 (140), 639- 661.
- Victor, M., Bernat, H., Bernstien, A., & Layne, E. (2007). Effects of parent and family characteristics on treatment outcome of anxious children. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(6), 835-848.

سوء مصرف مواد در جوانان: پیشگیری، مداخلات اولیه، کاهش آسیب و درمان مصرف مواد در جوانان

سید جواد حسینی^۱، حسن نوروزی^۲

چکیده

در این مقاله به بررسی نظام‌مند شواهد مربوط به اثربخشی مداخلات پیشگیرانه، مداخلات اولیه، مداخلات کاهش آسیب و همچنین درمان مصرف تنباکو و مواد غیر قانونی (مثل حشیش، اپیوئیدها، آمفتامین و کوکائین) در افراد جوان پرداخته می‌شود. مالیات، منع مصرف عمومی، محدودیت‌های تبلیغ ابزار مفیدی برای کاهش مصرف تنباکو هستند، اما برای مواد غیر قانونی کاربرد ندارند. شواهد موجود در مورد پیشگیری مبتنی بر مدرسه تحت تأثیر مشکلات روش شناختی است. مداخلاتی که از آموزش مهارت‌ها استفاده می‌نمایند نسبت به آگاهی بخشی اثر گذاری بیشتری دارند. شواهد مربوط به اثربخشی مداخلات هنجارهای اجتماعی و مداخلات فشرده برای کاهش مصرف مواد در افراد جوان قوی نیست. مداخلاتی که برای کاهش آسیب‌های مرتبط با تزریق به کار گرفته می‌شوند دارای اثربخشی متوسط تا زیاد هستند. با این حال بررسی‌های بیشتری بر روی افراد جوان باید صورت پذیرد. دسترسی کم به اطلاعات مرتبط با مصرف مواد آسیب‌زا در افراد جوان بیانگر نیاز به مداخلات آزمایشی است که در افراد بزرگسال اثر بخش بوده‌اند. شواهد موجود مربوط به کشورهایی است که میزان درآمد بالا دارند، که کاربرد آن در دیگر کشورها و فرهنگ‌ها و همچنین جوامعی که به لحاظ سن، جنسیت و وضعیت خطر متفاوت هستند، نامشخص است. برای افزایش شواهد مربوط به مداخلاتی که با هدف کاهش بار سنگین مصرف مواد در افراد جوان انجام می‌شود، تلاش‌های بیشتری مورد نیاز است.

کلید واژه‌ها: پیشگیری، مداخلات اولیه، کاهش آسیب و درمان مصرف مواد

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. پست الکترونیک:

dr.hoseini70@yahoo.com

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

مقدمه

مصرف مواد در بین جوانان یک نگرانی مهم برای سلامت عمومی است (دگنهارت، استاکینگز، پاتون، هال و لینسکی^۱، ۲۰۱۶). نوجوانی اوج دوره شروع مصرف مواد محسوب می‌گردد که مسئولیت سنگینی برای افراد در این گروه سنی ایجاد می‌نماید. افراد جوان تشکیل دهنده یک گروه پویا و گسترده‌ای هستند و در نتیجه، نوع پاسخ و واکنش به مصرف مواد در آن‌ها به سن، مرحله زندگی، میزان مصرف مواد، و بافت اجتماعی محیطی آنان وابسته است (سازمان امور اجتماعی و اقتصادی آمریکا^۲، ۲۰۱۵). در مورد پاسخ و واکنش به مصرف مواد، اولین نکته‌ای که باید لحاظ گردد تفاوت در جوامعی است که این جوانان در خلال تحول تجربه می‌نمایند. از جمله این موارد تحول روان‌شناختی سریع این افراد است که بر استدلال شناختی^۳، نظم جویی هیجانی^۴ و خطرپذیری^۵ اثر می‌گذارد (هال^۶ و همکاران، ۲۰۱۶). جوانان در حال تحول دارای فرصت‌های خوبی هستند، اما در معرض خطر مصرف مواد نیز قرار دارند که در نتیجه افزایش هیجان‌پذیری و گروه همسالان ایجاد می‌گردد (استینبرگ^۷، ۲۰۱۴). علاوه بر این، افراد جوان دستخوش تحولات دیگری از جمله پایان تحصیلات، ورود به دوره کار، گذر به سمت زندگی نیز می‌شوند. در این مرحله از زندگی و برای افرادی که در مرحله گذر به بزرگسالی قرار دارند، عمده تصمیم‌ها باید بر پیشگیری، مداخله اولیه، کاهش آسیب در افرادی باشد که به تازگی مصرف مواد را آغاز کرده‌اند. بسیاری از افرادی که مواد مصرف می‌کنند، هنوز به صورت کامل وابسته به مواد نیستند (علی‌الخصوص در بین نوجوان‌ها) که این موضوع بیانگر نقش گسترده خدمات درمانی و کاربرد رویکردهای درمانی است که دارای شواهد خوبی در بین بزرگسالان است. خط‌مشی در مورد این که کدام مداخلات برای افراد این گروه سنی صورت گیرد در همه جوامع یکسان است. برای ارائه خدمات و مداخلات تلفنی و آنلاین نسبت به گروه‌های بزرگ‌تر، در این گروه باید

1. Degenhardt, Stockings, Patton, Hall, & Lynskey
2. United Nations Department of Economic and Social Affairs (UNESDA)

3. cognitive reasoning
4. emotion regulation
5. risk taking
6. Hall
7. Steinberg

زمینه تحصیلی افراد نیز لحاظ گردد.

در این مقاله، به مرور پاسخ‌های افراد جوان به مصرف مواد، شکل‌گیری همه‌گیر شناسی مصرف مواد در بین جوانان (دگنهارت و همکاران، ۲۰۱۶) و خطرات تحولی و ساختاری مصرف مواد و در نتیجه ایجاد آسیب پرداخته می‌شود (هال و همکاران، ۲۰۱۶). به صورت نقادانه، به شواهد مربوط به اثربخشی مداخلات مختلف، چگونگی تفاوت آن‌ها بر حسب سن، میزان مصرف مواد و بافت اجتماعی محیطی پرداخته می‌شود. این رویکردها در طیفی از مداخلات جوامع محور سطوح کلان تا مداخلات سطح فردی را شامل می‌شوند. نوع و هدف مداخلات بر حسب سن و میزان مصرف مواد متفاوت است. برای مثال، رویکردهای مبتنی بر مدرسه، برای افرادی که ممکن است هنوز مصرف مواد را آغاز نکرده باشند با رویکردهایی که دانشجویانی که زندگی مستقل را شروع کرده و ممکن است مواد را نیز تجربه نمایند متفاوت است. به همین ترتیب، رویکردها برای بزرگسالانی که مستقل از خانواده خود زندگی می‌کنند و ممکن است الگوهای مصرف مواد و وابستگی با آن را آغاز کرده باشند نیز متفاوت است. در ادامه نتیجه‌گیری خواهد شد که چه رویکردی برای این افراد مورد نیاز است و مسائل مهم در زمینه درمانی برای افراد بزرگ‌تر از ۱۸ سال بیان می‌گردد. منبع اولیه شواهد، مرور نظام‌مند مطالعات کنترل شده تصادفی و طرح‌های آزمایشی است که از شرایط کنترل شده استفاده می‌کنند. با این حال، اگر چنین شواهدی در دسترس نباشد و یا مجموع آزمایش‌های کنترل شده تصادفی غیرقابل استفاده باشد، شواهد مربوط به بررسی‌های مشاهده‌ای و تحلیل‌های زمانی بررسی می‌شوند. علاوه بر این، در موارد مورد نیاز نیز از مطالعات تجربی استفاده می‌شود (استرانگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۲؛ تامبورو^۲ و همکاران، ۲۰۰۷).

چارچوب مداخلات

مداخلات عمده‌ای برای پیشگیری جوانان از شروع مصرف مواد، مداخله اولیه، کاهش آسیب و درمان مشکلات مصرف مواد ارائه شده است. مداخلات پیش‌گیرانه^۳ عمدتاً

مداخلات در سطح جمعیت عمومی هستند و می‌توانند اهداف گوناگونی داشته باشند. آن‌ها می‌توانند با هدف کاهش تمایل مصرف مواد در جوانان و محدود کردن دسترسی به مواد و مصرف آن، صورت گیرند. بسیاری از سیاست‌های پیش‌گیرانه مورد استفاده برای مصرف تنباکو و الکل برای داروهای غیرقانونی قابل‌کاربست نیست. مداخلات اولیه با هدف شناسایی آن دسته از افراد جوان صورت می‌گیرد که در معرض خطر مصرف مواد قرار دارند و یا کسانی که علائمی از مصرف مواد آسیب‌زا را نشان می‌دهند. رویکرد کاهش آسیب بر محدودیت و کم کردن اثرات منفی مصرف مواد در جوانان، خانواده آن‌ها و همسالان تمرکز دارد. هدف از پرداختن به الگوهای وابسته ساز مصرف مواد مانند مداخلاتی که بر افراد تمرکز دارند، درمان وابستگی آسیب‌زا به مواد است. این مداخلات ممکن است علاوه بر خود فرد، خانواده و اشخاص مهم زندگی آن فرد و یا حتی جوامع فرد را نیز دربر بگیرد (پاتل^۱ و همکاران، ۲۰۱۵؛ دگنهارت، استاکینگر، استرانگ، مردسن^۲ و هال، ۲۰۱۵).

مداخلات جمعیت عمومی جامعه: پیش‌گیری مصرف مواد

ممنوعیت همراه با جرائم قانونی برای مصرف مواد هنوز هم بحث برانگیز است زیرا شواهد کمی وجود دارد که نشان می‌دهد وضع کردن مجازات سخت در مجموع منجر به کاهش مصرف مواد می‌گردد (استرانگ و همکاران، ۲۰۱۲). نتایج مطالعه‌ای در ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۱۵ نشان داد که در حالی که استفاده از حشیش مجاز بود هیچ‌گونه افزایشی در میزان مصرف آن در ایالات متحده مشاهده نگردید و حتی میزان مصرف آن در بین دانش‌آموزان سال هشتم (۱۴-۱۳ ساله) کاهش پیدا کرد (هاسین^۳ و همکاران، ۲۰۱۴). نکته مهم اینجاست که مصرف مواد دربردارنده تأثیرات اجتماعی و پزشکی شدیدی است (روم و ریتز^۴، ۲۰۱۲؛ دگنهارت و هال، ۲۰۱۲). برخی از آن‌ها شامل اثرات سلامتی مانند انتقال ویروس HIV و هپاتیت ناشی از تزریق غیربهداشتی مواد (اوج سنین ایجاد عفونت در سال‌های اولیه تزریق مواد است)، اثرات اجتماعی و قانونی ناشی از

زندانی شدن افراد جوان، اثرات شدید آن مانند خشونت ایجاد شده در این جوامع می باشد. برای مثال در آمریکای لاتین میزان بالائی از آدم کشی در بین جوانان، به دلیل خشونت های ایجاد شده در بازارهای مواد غیرقانونی صورت می گیرد (مورای^۱ و همکاران، ۲۰۱۵).

محدودیت دسترسی و فروش

شواهد در مورد اثرات محدودیت مصرف مواد و کاهش آسیب مرتبط با الکل در بین جوانان متناقض است (مارتینو، تینر، لورنس، پتی کریو و لاک^۲، ۲۰۱۳). اثربخشی محدودیت آن به عوامل مختلفی بستگی دارد. این راهبرد اگر به صورت منطقه ای و یا ملی صورت گیرد می تواند بیشتر اثربخش باشد (مارتینو و همکاران، ۲۰۱۳). شواهد نشان می دهد که میزان آسیب های مرتبط با مواد پس از وضع محدودیت ها هم چنان ثابت می ماند. از طرفی ممکن است برخی آسیب ها زودتر رخ دهند (لاتیمر، گایلمه، گایلر، چایلیکات و پاینه^۳، ۲۰۰۹؛ مارتینو و همکاران، ۲۰۱۳). شواهد مربوط به دسترسی به الکل و محدودیت فروش آن باید برای تمام سنین مصرف کننده آن وضع گردد. جوانان در مرحله ای از زندگی قرار دارند که دلایل متفاوتی برای مصرف مواد دارند و این دلایل تأثیرات متفاوتی بر مصرف مواد در بین آنان دارد. محدودیت مصرف تنباکو در مکان های عمومی مانند محل کار، بیمارستان و رستوران موجب کاهش شیوع مصرف آن در بین جوانان می شود (واکوفیلد و چالوپکا^۴، ۲۰۰۰). بر اساس برخی زمینه یابی ها در سطح جمعیت عمومی جامعه، مطالعه طولی، و مطالعات مقطعی ممنوعیت مصرف باعث کاهش میزان مصرف و افزایش میزان ترک در بین افراد جوان و بزرگ سال می شود (فورستر، ویدوم و برنات^۵، ۲۰۰۷). مکانیسم موجود برای برقراری این ارتباط مشخص نیست. اما احتمالاً به دلیل کاهش فرصت موجود برای مصرف و ایجاد نوعی هنجار اجتماعی است که براساس آن مصرف مواد نوعی رفتار غیرقابل پذیرش محسوب می گردد. علی رغم این چارچوب نظری، شواهد کافی برای سیاست منع مصرف در مدارس وجود ندارد تا مانع شروع

1. Murray
2. Martineau, Tyner, Lorenc,
Petticrew & Lock

3. Latimer, Guillaume, Goyder,
Chilcott & Payne
4. Wakefield & Chaloupka
5. Forster, Widome & Bernat

مصرف گردد (کوپو^۱ و همکاران، ۲۰۱۴).

کاهش سن قانونی مصرف مواد و تنباکو

در بسیاری از جوامع محدودیت سنی در قبال خرید قانونی مواد و تنباکو وضع شده است. محدودیت سنی قانونی که در کشورهای مختلف وضع شده است از ۱۰ تا ۲۱ سالگی متغیر است که غالباً سن تعیین شده ۱۸ سالگی یا بالاتر می باشد (سازمان جهانی بهداشت^۲، ۲۰۱۴). افزایش سن قانونی مصرف مواد می تواند منجر به کاهش تعداد مراجعانی گردد که به دلیل مسمومیت حاد ناشی از مصرف مواد به بیمارستان مراجعه می کنند و می تواند تصادفات موتور سیکلت ناشی از مصرف مواد را کاهش دهد (لاتیمر و همکاران، ۲۰۰۹؛ مارتینو و همکاران، ۲۰۱۳). برخی شواهد نشان می دهد که در افراد جوان تر مصرف مواد با مصرف حشیش جابه جا می شود؛ با این حال یافته ها باید در تلفیق با هم گزارش گردند (لاتیمر و همکاران، ۲۰۰۹). می توان مجازات را برای مصرف کننده های مواد که به سن قانونی نرسیده اند اعمال کرد اما در مورد اثربخشی مجازات نقدی، تعلیق گواهینامه رانندگان و خدمات اجتماعی کاهش مصرف مواد شواهد کافی وجود ندارد (هافمیستر و جکسون^۳، ۲۰۰۴).

کاهش سن قانونی ۱۸ سالگی برای خرید تنباکو موجب دشوار شدن دسترسی به سیگار در بین افراد جوان می شود و خرید آن در بین افراد کمتر از ۱۸ سال را کاهش می دهد (لانتس^۴ و همکاران، ۲۰۰۰). برخی از افراد هم با حيله و از طریق دوستان یا خانواده و یا بازارهای غیرقانونی تنباکو مواد مورد نظر خود را تهیه می کنند، بنابراین به نظر نمی رسد که مصرف آن کاهش یابد (فورستر و همکاران، ۲۰۰۷؛ مک نیل^۵ و همکاران، ۲۰۱۳). برخی یافته ها نشان می دهند که ارائه خدمات آموزشی، منجر به کاهش میزان مسمومیت ناشی از مواد و بستری شدن در بیمارستان می گردد (هالدر^۶ و همکاران، ۲۰۰۰) با این حال برخی مطالعات دیگر نشان می دهند که خدمات ارائه شده برای افراد مسموم

1. Coppo
2. World Health Organization
3. Hafemeister & Jackson

4. Lantz
5. McNeill
6. Holder

شده و خشونت‌های ناشی از مصرف مواد هیچ اثربخشی ندارند (هاکس^۱ و همکاران، ۱۹۹۸). مطالعات مربوط به اثربخشی بهبود خدمات ارائه شده برای جوانان مصرف‌کننده مواد نشان می‌دهد که گاهی اوقات این خدمات هیچ اثری بر مصرف آن ندارد (کراس و فلاهرتی^۲، ۱۹۹۴). به نظر می‌رسد که تلاش‌ها در جهت کاهش سن خرید تنباکو ظاهراً در کاهش شیوع مصرف آن اثرگذار نبوده‌اند (لانتس و همکاران، ۲۰۰۰).

مالیات و کم کردن هزینه‌ها

شواهد بسیاری نشان می‌دهند که افزایش مالیات مواد و قیمت آن باعث کاهش مصرف شده است (لاتیمر و همکاران، ۲۰۰۹؛ مارتینو و همکاران، ۲۰۱۳). بدین صورت که همراه با ۱۰ درصد افزایش در قیمت مواد ۱۰-۳ درصد مصرف آن کاهش پیدا کرده است (الدر^۳ و همکاران، ۲۰۱۰). ممکن است شواهد کمی در مورد اثر افزایش مالیات بر مصرف آسیب‌زای مواد وجود داشته باشد، اما برخی شواهد مشابه نشان می‌دهند که افزایش قیمت مواد باعث میزان کاهش متوسط تا زیاد در ناخوشی، مرگ و میر، جرم، خشونت، و بیماری‌های جنسی مرتبط با مصرف الکل شده است (لاتیمر و همکاران، ۲۰۰۹؛ مارتینو و همکاران، ۲۰۱۳). مطالعه روی گروه جوانان نیز بیانگر تأثیرات مشابه با جمعیت عمومی بوده است (الدر و همکاران، ۲۰۱۰). برخی شواهد نشان می‌دهند که افزایش قیمت سیگار و مالیات آن باعث کاهش میزان مصرف سیگار در آن دسته از جوانانی شده است که به تازگی مصرف سیگار را شروع کرده‌اند (بادر، بویسکلار و فرنس^۴، ۲۰۱۱؛ واکوفیلد و چالوپکا، ۲۰۰۰). برخی شواهد هم نشان می‌دهد که افزایش مالیات مصرف سیگار باعث جلوگیری از شروع آن در بین جوانان شده است (بادر و همکاران، ۲۰۱۱).

محدودیت یا ممانعت از تبلیغ مواد

شواهد مشابهی نشان می‌دهد که مواجهه طولانی با تبلیغات مواد می‌تواند شروع مصرف آن را پیش‌بینی کند و باعث افزایش مصرف آن در بین جوانان گردد. به نظر می‌رسد که محدودیت یا ممانعت تبلیغ مواد می‌تواند رویکرد مؤثری برای جلوگیری و کاهش مصرف

آسیب‌زای مواد و آسیب‌های مرتبط با مواد در بین جوانان باشد. بررسی مروری در سال ۲۰۱۴ روی آزمایش‌های کنترل شده تصادفی نشان داد که ممانعت از تبلیغ مواد منجر به کاهش استفاده آن در بین جوانان می‌گردد. با این حال بررسی‌هایی با کیفیت بیشتر و نظارت بهتر و طولانی‌تر باید صورت گیرد (سیگفريد^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). شواهد نشان می‌دهد که در بین آن دسته از جوانانی که دائماً با تبلیغات تنباکو مواجه می‌گردند نسبت به کسانی که با تبلیغات آن روبه‌رو نیستند احتمال بیشتری برای مصرف آن وجود دارد. برخلاف مواد، محدودیت تبلیغ تنباکو به صورت تدریجی در سراسر جهان اعمال شد، به این صورت که ۱۲٪ از کشورها در سال ۲۰۱۴ ممنوعیت تبلیغ آن را گزارش نمودند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۵). ممنوعیت یا محدودیت تبلیغ تنباکو منجر به ۷ درصد کاهش شیوع مصرف تنباکو در این کشورها بوده است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۳).

رسانه‌های جمعی

ارزیابی اثربخشی رسانه‌های جمعی علی‌الخصوص برای الکل دشوار است چرا که تأثیر رسانه‌های جمعی باید با در نظر گرفتن پیشینه گسترده در این زمینه صورت گیرد. بررسی تأثیر آن‌ها بر کاهش مصرف و آسیب نامشخص است چرا که برخی بررسی‌ها پیشنهاد کرده‌اند که رسانه‌های جمعی که به مواد غیرقانونی پرداخته‌اند ممکن است باعث افزایش مصرف آن در بین جوانان گردد (مارتینو همکاران، ۲۰۱۳؛ هورنیک، جکوبسو، اوروین، پیس و کالتون^۲، ۲۰۰۸؛ فری، الارا، بو، کاسپارینی و فاگیانو^۳، ۲۰۱۳).

مداخلات پیش‌گیرانه که در زمینه‌های آموزشی ارائه می‌گردد

مدرسه و دیگر زمینه‌های آموزشی (مثلاً ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان) فرصتی برای فراهم نمودن پیش‌گیری ارائه می‌کنند چرا که دسترسی و ارائه خدمات در این زمینه‌ها آسان است. بسیاری از این مداخلات بخشی از جریان کلاس محسوب می‌شوند که تعداد کمی از آن‌ها اثربخشی مداخلات پیش‌گیرانه را بررسی می‌کنند. کیفیت مطالعات پیش‌گیرانه مبتنی بر مدرسه دارای برخی مشکلات نیز است. اگرچه تمایل به کاهش میزان بروز

1. Siegfried
2. Hornik, Jacobsohn, Orwin, Piesse
& Kalton

3. Ferri, Allara, Bo, Gasparini &
Faggiano

مصرف مواد وجود دارد، تعداد بسیاری از مطالعات تنها تغییر در نگرش و دانش شاگردان مدرسه را گزارش نموده‌اند (وود، شاکشاد، گیلmour و سانسون فیشر^۱، ۲۰۰۶؛ فوکس کرافت، لیستر شارپ و لاو^۲، ۱۹۹۷). به نظر می‌رسد برنامه‌های پیش‌گیرانه نسبت به برنامه متمرکز بر مواد اثربخشی بیشتری داشته‌اند (فاکس کرافت و ترسوادز^۳، ۲۰۱۱). مداخلاتی که بر تحول روان‌شناختی عمومی و تحول سبک زندگی تمرکز نموده‌اند ممکن است در کاهش مصرف مواد اثربخش باشند (فاکس کرافت و ترسوادز^۳، ۲۰۱۱؛ فاکس کرافت و ترسوادز^۳، ۲۰۱۲)، اما در کاهش آسیب مرتبط با الکل اثربخش نبوده‌اند (الد و همکاران، ۲۰۰۵). مداخلاتی که تنها بر دانش و آگاهی آسیب‌های مواد غیرقانونی متمرکز بودند باعث تغییر مصرف مواد در بین جوانان نشدند (استرانگ و همکاران، ۲۰۱۲؛ فاجیانو، مینوزی، ورسینو و بوسمی^۴، ۲۰۱۴).

راهبردهای پیش‌گیری تنهاکو به صورت عمده‌ای در فضای آموزشی مدارس استفاده می‌شوند. بسیاری از مداخلات پیش‌گیرانه اطلاعاتی در مورد میزان مصرف سیگار، آسیب‌های آن و مهارت‌های عدم پذیرش آن فراهم می‌کنند. برخی از برنامه‌های چند بعدی کودکان، والدین، معلمان و جوامع را نیز مشارکت داده‌اند. مداخلات مبتنی بر مهارت که دارای مؤلفه‌های اجتماعی و تأثیرات اجتماعی هستند می‌توانند موجب ممانعت در شروع مصرف سیگار شوند (توماس، باکر^۵، توماس، ۲۰۱۶). مداخلات جوامع محور چند مدلی که در آن‌ها کودکان، والدین و معلمان و جوامع هم مشارکت دارند، نشان داده‌اند که در کاهش مصرف مواد اثرگذار هستند (کارسون^۶ و همکاران، ۲۰۱۱). در مورد مداخلات روان‌شناختی که با هدف پیش‌گیری از مصرف حشیش در بین جوانان انجام شده است نیز تأثیرات مثبت اندکی گزارش شده است (نوربرگ، کرلمان و لیم-هاو^۷، ۲۰۱۳). با این حال، همه مطالعات اشاره به اثرات آن نداشته‌اند و برخی مطالعات هم تأثیرات منفی آن را گزارش کرده‌اند. برخی شواهد هم نشان می‌دهند که مداخلات

1. Wood, Shakeshaft, Gilmour & Sanson Fisher
2. Foxcroft, Lister-Sharp & Lowe
3. Tsertsvadze

4. Faggiano, Minozzi, Versino, & Buscemi
5. Thomas, Baker
6. Carson
7. Norberg, Kezelman & Lim-Howe

پیش گیرانه می توانند باعث مصرف آفتامین، هروئین و کوکائین شوند. محدودیت عمده برنامه های پیش گیری مبتنی بر مدرسه این است که افرادی که مدرسه را رها کرده اند و یا افراد غایب را شامل نمی شود، چراکه این گروه در معرض خطر مصرف مواد قرار دارند (دگنهارت و همکاران، ۲۰۱۶).

مداخلات پیش گیرانه که به خانواده و والدین ارائه می گردد

اساس خانواده، محور و هسته اصلی کلیه اجتماعات بشری است (حسینی و نجفی، ۱۳۹۴). خانواده به لحاظ قدمت، ابتدایی ترین و از لحاظ گستردگی، جهان شمول ترین نهاد اجتماعی است (خدایاری فرد، شهابی و اکبری، ۱۳۸۶). خانواده، نهاد مقدسی است که اساس و ارکان هر جامعه ای بر آن قرار دارد. در واقع، خانواده کوچک ترین نهاد اجتماعی است که وظیفه مهم آن رشد و پرورش فرزندان است و به همین دلیل، مفهوم خانواده با آرامش، گرمی، صمیمیت و رشد همراه شده است. زندگی خانوادگی نقش اساسی در حفظ سلامت روانی، اجتماعی و جسمانی کودکان و والدین دارد. خانواده اولین و مهم ترین بافت اجتماعی را برای رشد انسان فراهم می سازد. بکارگیری روش آموزشی حل مسئله با رویکرد خانواده محور می تواند جهت بهبود و تکمیل فرآیند درمانی ترک اعتیاد مدد جویان به عنوان یک روش غیر دارویی مفید و مؤثر باشد (محمدخانی و نوری، ۱۳۹۱). اگرچه از نظر تخصصی، در همه کشورهای جهان، خانواده یکی از مهم ترین و اساسی ترین عوامل در پیش گیری از اعتیاد محسوب می شود، ولی به لحاظ ویژگی های اجتماعی و فرهنگی کشور ما، اهمیت خانواده بیشتر از سایر کشورهاست زیرا، اکثر فرزندان در داخل خانواده زندگی می کنند و معمولاً افراد زمانی خانواده خود را ترک می کنند که خود، خانواده دیگری را تشکیل می دهند. همچنین، سال های زندگی افراد در داخل خانواده، طولانی تر از سایر کشورهای سنتی یا پیشرفته است. گاهی اوقات حتی افراد تا نیمی از دهه سوم عمر خود را در داخل خانواده زندگی می کنند. علاوه بر این، آیین ها، سنت ها و فرهنگ نیز به شدت بر خانواده و زندگی خانوادگی تأکید دارند (محمدخانی، ۱۳۸۸). مساله اعتیاد به مواد مخصوصاً در بستر خانواده و فرزندان، از مسائل مهم به شمار می رود و توجه به آن و انجام مداخلات به موقع و پیشگیرانه، امری

لازم و ضروری است (نوروزی، حسینی و نجفی، ۱۳۹۴). می‌توان از خانواده به عنوان فرصتی برای پیش‌گیری از مصرف مواد استفاده کرد. بسیاری از مداخلات پیشگیرانه مبتنی بر خانواده به جای پیش‌گیری مصرف مواد، بر رشد روان‌شناختی تمرکز می‌کنند (فاکس کرافت و ترسوازد، ۲۰۱۱). دیگر مداخلات پیش‌گیرانه مبتنی بر خانواده اطلاعاتی در مورد مصرف مواد، ایجاد قواعد، نظارت و سرپرستی والدین و بهبود ارتباط والد-کودک^۱ را فراهم می‌کنند (استاکینگز^۲ و همکاران، ۲۰۱۶). مداخلاتی که بر ایجاد مهارت‌های فرزندپروری و روابط والد-فرزند تمرکز دارند می‌توانند شروع مصرف مواد را به تعویق اندازند و میزان مصرف آن را کاهش دهند (فاکس کرافت و تدست وادز، ۲۰۱۱). به نظر می‌رسد که این تأثیرات در پیگیری‌های سه ساله هم باقی‌ماند (فاکس کرافت، ایرالند^۳، لیستر شاپ، لاو و برن^۴، ۲۰۰۳). شواهدی وجود دارد که آموزش والدین (درمان شناختی-رفتاری)، آموزش مهارت‌های خانواده^۵ و درمان‌های ساختاری خانواده^۶ می‌توانند از مصرف مواد غیرقانونی در جوانان پیش‌گیری نمایند (کامپفر، آلواردو و وایت ساید^۷، ۲۰۰۳).

مداخلاتی برای جوانان مصرف‌کننده مواد: پیش‌گیری اولیه و کاهش آسیب

مداخلات گوناگونی برای جوانان مورد استفاده قرار گرفته است که هدف آن‌ها کاهش مصرف مواد، کاهش الگوهای پرخطر مصرف مواد، و کاهش‌های آسیب‌های محتمل مصرف مواد است. اگرچه منطق این مداخلات اولیه واضح است، شواهد اثربخشی آن‌ها قوی نیست. مداخلاتی که با هدف کاهش اثرات شدید مصرف مواد صورت می‌گیرد اغلب تحت عنوان مداخلات کاهش آسیب نام‌گذاری می‌شود. این مداخلات باید در سطوح جمعیت عمومی و یا به صورت فردی ارائه گردند. برخی از این مداخلات به خوبی مورد سنجش قرار گرفته‌اند، در حالی که شواهد اثربخشی آن در جمعیت کوچک‌تر از ۱۸ سال مشاهده نشده است.

1. Parent-child Communication
2. Stockings
3. Ireland
4. Lister-Sharp, Lowe & Breen

5. Family Skills Teaching
6. Family Structure Therapies
7. Kumpfer, Alvarado, Whiteside

مداخلات هنجارهای اجتماعی^۱

مداخلات هنجارهای اجتماعی با هدف کاهش مصرف آسیب‌زای مصرف مواد در جوانان صورت می‌گیرد. به این صورت که اطلاعات درستی در مورد مصرف مواد در گروه همسالان فراهم می‌کند، که اغلب جوانان در مورد آن دچار حدس و گمان افراطی می‌گردند. بررسی‌هایی که به ارزیابی این مداخلات پرداخته‌اند دارای کیفیت کم تا متوسط بوده‌اند و اندازه اثر آن‌ها مثبت و کم بوده است و در مورد فواید آن بحث وجود دارد (فاکس کرافت، موریرا، آلمیدا سانتیمانو و اسمیت^۲، ۲۰۱۵). نتیجه یک پژوهش نشان داده است که مداخلات مبتنی بر گروه همسالان که غالباً هنجارهای اجتماعی را مورد هدف قرار می‌دهند باعث کاهش بروز مصرف سیگار می‌شوند، اما بررسی‌های بیشتری در این زمینه مورد نیاز است (کامپیل^۳ و همکاران، ۲۰۰۸). مداخلات اصلاح هنجارهای اجتماعی شواهدی در مورد اثربخشی این مداخلات بر شروع مواد غیرقانونی یا استفاده آن در دانشجویان ارائه نکرده‌اند (دنهارت و مورفی^۴، ۲۰۱۳).

غربالگری و مداخله برای کاهش مصرف مواد و آسیب‌های مرتبط

الگوهای مصرف آسیب‌زا اغلب به سرعت پس از شروع مصرف مواد شکل می‌گیرند. منطق غربالگری^۵ در بزرگسالان این است که قبل از شکل‌گیری الگوهای آسیب‌زا مداخلاتی صورت گیرد. غربالگری افراد جوان برای مصرف مواد آسیب‌زا به منظور شناسایی افرادی است که در معرض خطر آسیب‌های مرتبط با مواد هستند (سانسی^۶ و همکاران، ۲۰۱۵). شواهد اثربخشی مداخلات مختصر قوی نیست (میتچل، گریزینسکی، اوگرادی و شواتز^۷، ۲۰۱۳)، و به خوبی برای افراد مصرف‌کننده مواد آسیب‌زا و هم‌چنین کاهش آسیب در جوانان تطبیق داده نشده است (دونل^۸ و همکاران، ۲۰۱۴). برای برخی افراد ارائه بازخوردهای شخصی و مصاحبه انگیزشی^۹ در بسیاری از موارد مفید است.

1. Social Norms Intervention
2. Moreira, Almeida Santimano & Smith
3. Campbell
4. Degenhardt & Murphy

5. Screening
6. Sanci
7. Mitchell
8. O'Donnell
9. Motivation Interview

اثرات این مداخله در طولانی مدت نامشخص است (تانر- اسمیت^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). شواهد حاکی از اثربخشی غربالگری و مداخلات مختصر موجود برای مصرف تنباکو در زمینه مراقبت‌های اولیه است (کریستاکیس، گاریسون، ابل، ویهه و ریوارا^۲، ۲۰۰۳). شواهد نشان می‌دهد که پرسشنامه‌های غربالگری می‌توانند مشکلات مصرف مواد غیرقانونی در بزرگسالان را شناسایی کنند اما شواهد در مورد اثربخشی آن‌ها در کاهش مصرف مواد و آسیب‌های مرتبط با آن در گروه جوانان کافی نیست (پیلوفسکی و وو^۳، ۲۰۱۳). یک آزمایش تصادفی کنترل شده در مورد مصرف حشیش نشان داده است که کاهش مصرف حشیش از طریق مصاحبه انگیزشی امکان پذیر است (برنستین^۴ و همکاران، ۲۰۰۹). به نظر می‌رسد که کاهش میزان الکل موجود در خون می‌تواند باعث کاهش آسیب‌های مرتبط با الکل و مرگ و میر آن در افراد بین ۱۸-۲۵ سال گردد (لاتیمر و همکاران، ۲۰۰۹؛ مارتینو و همکاران، ۲۰۱۳).

کاهش آسیب‌های مرتبط با تزریق

افراد جوانی که مواد را تزریق می‌کنند گروه آسیب‌پذیری هستند که در معرض بالاترین میزان خطر بروز عفونت در سال‌های اولیه پس از شروع مصرف مواد قرار دارند (دگنهارت و همکاران، ۲۰۱۶). درمان وابستگی به مصرف مواد نیز می‌تواند منجر به کاهش رفتارهای آسیب‌زا مرتبط با موارد انتقال HIV شده است. با این حال همه افراد جوانی که مواد را تزریق می‌کنند وابسته به آن نیستند، بنابراین مداخلات کاهش آسیب حیطه گسترده‌ای است. واکسیناسیون هپاتیت B روش مؤثر و ایمنی برای پیش‌گیری از هپاتیت B است، و باید به صورت مداوم برای افراد جوانی که در معرض عفونت قرار دارند به کار رود (مرکز کنترل و پیشگیری بیماری^۵، ۲۰۱۲).

درمان تقویت انگیزش^۶

درمان تقویت انگیزش برای تقویت انگیزش تغییرات رفتاری ارائه می‌شود و یک نوع

1. Tanner-Smith
2. Christakis
3. Pilowsky & Wu
4. Bernstein

5. Centers for Disease Control and Prevention
6. Motivation Reinforcement Therapy

درمان مراجع محور بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی^۱ است (جنسن^۲ و همکاران، ۲۰۱۱). درمان تقویت انگیزش در پیش گیری از مصرف آسیب‌زای الکل یا آسیب‌های مرتبط با الکل تأثیری ندارد (فاکس کرافت و همکاران، ۲۰۱۴). بررسی ۲۱ مطالعه کنترل شده نشان داد که پس از درمان میزان کاهش آسیب کم ولی معنادار بود (جنسن و همکاران، ۲۰۱۱). یک بررسی نشان داد که بین اثربخشی مداخلات مربوط به پرهیز از مصرف اکستازی و کوکائین در مقایسه با آگاهی بخشی در مورد خطرات مواد محرک، تفاوتی وجود ندارد (مارسدن^۳ و همکاران، ۲۰۰۶).

مداخلات خود کمکی نوشتاری یا آنلاین

اطلاعات نوشتاری که به مردم ارائه می‌شود تأثیر اندکی بر مصرف مواد و مصرف آسیب‌زای آن در کوتاه مدت ایجاد می‌کند، اما این تغییرات پس از ۶ ماه حفظ نشدند. مداخلات آنلاین ترک مصرف سیگار غالباً اطلاعاتی از طریق وبسایت یا مجله‌های عمومی ارائه می‌دهند. استفاده از پیام متنی برای ایجاد انگیزش، بازخورد، و حمایت ترک سریع سیگار دارای طرفداران زیادی است چون افراد جوان خیلی زیاد از تلفن استفاده می‌کنند (زیسرسون، پالفای و زایتس^۴، ۲۰۰۷؛ لاریمر و گرانس^۵، ۲۰۰۷).

مداخلات کامپیوتری^۶ بر مصرف مواد و آسیب‌های مرتبط با مواد در مقایسه با افرادی که هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند تأثیر معناداری دارد (کاری، اسکات-شلدون، الیوت، بولس و کاری^۷، ۲۰۰۹). شواهد مربوط به اثربخشی مداخلات آنلاین برای ترک سیگار باید با هم تلفیق شوند (چامپیون، نیوتون، بارت و تیسون^۸، ۲۰۱۳). برخی مداخلات حاکی از آن است که بعد از مداخلات، ترک سیگار افزایش پیدا کرد، در حالی که برخی شواهد دیگر هیچ اثری را نشان ندادند (پارک و دراک^۹، ۲۰۱۵؛ هوتون^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۱). مطالعات اندکی در مورد اثربخشی مداخلات اینترنتی برای حشیش و دیگر مواد غیرقانونی

1. Social Learning

2. Jensen

3. Marsden

4. Zisseron, Palfai & Saitz

5. Larimer & Cronce

6. Compurer Intervention

7. Carey, Scott-Sheldon, Elliott,

Bolles, & Carey

8. Champion, Newton, Barrett &

Teesson

9. Park & Drake

10. Hutton

در بین جوانان صورت گرفته است (ویتاگر، مک روی، بولن، بورلاند و رود گرس^۱، ۲۰۱۲). یک مطالعه مروری که بر روی جمعیت دانشگاهی صورت گرفت نشان داد که این مداخلات اثربخش هستند (گالیور^۲ و همکاران، ۲۰۱۵).

درمان رفتاری شناختی

مطالعات کمی اثربخشی درمان رفتاری شناختی بر اختلال مصرف مواد در جوانان را بررسی کرده‌اند. برخی مطالعات نشان می‌دهند که درمان رفتاری شناختی منجر به افزایش پرهیز در افراد می‌گردد (بریانت، بونوسکی، پا، مک‌الدوف و آتیا^۳، ۲۰۱۱؛ کری، مرملستین و اسپورر^۴، ۲۰۰۹)؛ تعداد کمی از بررسی‌ها نیز پیشنهاد کرده‌اند که درمان رفتاری شناختی برای درمان اختلال مصرف حشیش مؤثر است (دنيس^۵ و همکاران، ۲۰۰۴). مؤسسه پزشکی ایالات متحده در سال ۲۰۱۵ گزارش کرد که کیفیت شواهد مداخلات روان‌شناختی برای مصرف مواد ضعیف است (انگلند، باتلر و گونزالس^۶، ۲۰۱۵).

درمان‌های مبتنی بر خانواده و درمان‌های چند سیستمی

برخی مطالعات حاکی از آن است که مداخلات مبتنی بر خانواده و درمان‌های چند سیستمی منجر به کاهش مصرف مواد در بین جوانان و اختلال مصرف مواد می‌گردند. با این حال، بسیاری از این مطالعات هیچ گروه کنترل نداشته‌اند و یا دوره‌های پیگیری آنان کوتاه بوده است. هیچ مداخله مبتنی بر خانواده برای مصرف تنباکو مشاهده نگردید (دس^۷، ۲۰۰۸). مرور درمان‌های چند سیستمی و خانواده‌محور برای مصرف مواد در جوانان نشان داد که این درمان‌ها دارای اثرات معناداری در بزرگ‌سالان مصرف‌کننده مواد هستند. با این حال توان آماری آن‌ها به دلیل حجم کم نمونه پایین بوده است (بالدوین، کریستیان، برکلجون و شادیش^۸، ۲۰۱۲).

اصولاً جوامع به دنبال پرهیز کامل از مصرف مواد هستند. آن‌ها عموماً از روش‌های

1. Whittaker, McRobbie, Bullen, Borland & Rodgers
2. Gulliver
3. Bryant, Bonevski, Paul, McElduff, & Attia
4. Curry, Mermelstein, & Sporer

5. Dennis
6. England, Butler & Gonzalez
7. Deas
8. Baldwin, Christian, Berkeljon & Shadish

خود کمکی و گروه‌های درمانی بهره می‌جویند تا محیط حمایتی ایجاد کنند با این هدف که جوانان بتوانند مواد را ترک کنند و بهبودی را به دست آورند. این برنامه‌ها تماماً توسط افراد جوان مورد استفاده قرار نمی‌گیرند، و میزان ریزش این برنامه‌های طولانی بالاست (بیشتر از ۹۰٪). در مورد اثربخشی این درمان‌ها شواهد کافی وجود ندارد (جاینچیل، باتاکارین و یاگلکا^۱، ۱۹۹۵).

دارو درمانی وابستگی به مواد

شواهد نشان می‌دهند که تجویز دارو^۲ - از جمله نالتروکسان - در بزرگ‌سالان در پیش‌گیری از عود مصرف الکل مؤثر هستند (جوناس^۳ و همکاران، ۲۰۱۴). با این حال، شواهد اندکی برای دارو درمانی وابستگی به الکل در بین جوانان وجود دارد. شواهد حاکی از آن است که لیتوم در کاهش مصرف مواد در افرادی که به اختلال افسردگی دوقطبی مبتلا هستند، مؤثر است. در افرادی که دچار وابستگی به الکل هستند، آکامپروستات در افزایش میزان پرهیز از مواد اثربخش است. برخی شواهد نیز حاکی از آن است که نالتروکسان در کاهش مصرف الکل در افراد وابسته به الکل مؤثر است، اما نتایج سایر مطالعات این موضوع را تأیید نکرده‌اند (کلارک^۴، ۲۰۱۲). درمان‌های جایگزین نیکوتین (مثل قرص نیکوتین، جویدن آدامس)، ضد افسردگی‌ها (مثل بوبره پیون و نورترپ تیلین) و بازدارنده جذب مجدد نیکوتین (مثل وارینیکلین) منجر به ترک مصرف سیگار می‌شود (کهیل، استیونز، پرا و لانکاسر^۵، ۲۰۱۳). بررسی‌ها نشان داده‌اند که درمان‌های جایگزین اپیوئیدی در وابستگی بزرگ‌سالان به مواد نیز مؤثر است. یک مطالعه دو نوع دارو اپیوئیدی (متادون و لواستیل متادون) را به عنوان درمان نگه‌دارنده مورد مقایسه قرار داده و نشان داد که تفاوتی در نتیجه آزمایش ادرار، عوارض جانبی و کارکردهای اجتماعی بین این داروها وجود ندارد (مینوزی، آواتو و داوولی^۶، ۲۰۰۹).

1. Jainchill, Bhattacharya & Yagelka
2. Medication
3. Jonas
4. Clark

5. Cahill, Stevens, Perera, & Lancaster
6. Minozzi, Amato, Davoli

دادگاه مواد نوجوانان

نوجوانانی که مرتکب جرائم مرتبط با مواد می‌شوند ممکن است به جای رفتن به زندان به دادگاه‌های مواد نوجوانان ارجاع داده شوند. این دادگاه‌ها به ارزیابی، درمان، نظارت و ارجاع می‌پردازند و در خلال حضور منظم در دادگاه‌ها برای رشد این افراد، بازخورد می‌دهند. مطالعات اثربخشی دادگاه‌های مواد نوجوان در کاهش مصرف مواد غیرقانونی متغیر است (گیلمور، رودریگز و وب^۱، ۲۰۰۵). یک آزمایش کنترل‌شده تصادفی گزارش کرده است که نسبت به درمان‌های استاندارد، حضور در این دادگاه‌ها منجر به میزان مصرف کمتر مواد در افراد جوان شده است. در مقابل، برخی پژوهش‌ها نیز نشان داده است که دادگاه‌های مواد نوجوانان در درمان مصرف حشیش و کوکائین نسبت به درمان‌های استاندارد اثربخشی کمتری دارد (هانگلر^۲ و همکاران، ۲۰۰۶).

نتیجه‌گیری

در این مقاله مروری به بررسی نظام مند شواهد مربوط به اثربخشی مداخلات پیشگیرانه، مداخلات اولیه، مداخلات کاهش آسیب و همچنین درمان مصرف تنباکو و مواد غیرقانونی (مثل حشیش، اپیوئیدها، آمفتامین و کوکائین) در افراد جوان پرداخته شد. مصرف مواد در بین جوانان یک نگرانی مهم برای سلامت عمومی است. در این مرحله از زندگی و برای افرادی که در مرحله گذر به بزرگسالی قرار دارند، عمده تصمیم‌ها باید بر پیشگیری، مداخله اولیه، کاهش آسیب در افرادی باشد که به تازگی مصرف مواد را آغاز کرده‌اند. نوجوانی اوج دوره شروع مصرف مواد محسوب می‌گردد که مسئولیت سنگینی برای افراد در این گروه سنی ایجاد می‌نماید. در این صورت لازم است مداخلات پیشگیرانه‌ای را برای این گروه سنی جهت داشتن نوجوانی سالم و به تبع آن خانواده و جامعه‌ی سالم در نظر گرفت. مداخلات اولیه با هدف شناسایی آن دسته از افراد جوان صورت می‌گیرد که در معرض خطر مصرف مواد قرار دارند و یا کسانی که علائمی از مصرف مواد آسیب‌زا را نشان می‌دهند. رویکرد کاهش آسیب بر محدودیت و کم کردن اثرات منفی مصرف مواد در جوانان، خانواده آن‌ها و همسالان تمرکز دارد. هدف از پرداختن به الگوهای وابسته‌ساز

مصرف مواد مانند مداخلاتی که برای افراد تمرکز دارند درمان وابستگی آسیب‌زا به مواد است، این مداخلات ممکن است علاوه بر خود فرد، خانواده و اشخاص مهم زندگی آن فرد و یا حتی جوامع فرد را نیز دربر بگیرد. سخن آخر آنکه می‌بایستی تلاش‌های فراوانی برای در امان نگه داشتن نوجوان‌ها از مصرف مواد در بستر خانواده، مدرسه و جامعه انجام شود و برای افزایش شواهد مربوط به مداخلاتی که با هدف کاهش بار سنگین مصرف مواد در افراد جوان انجام می‌شود، تلاش‌های بیشتری مورد نیاز است.

منابع

- حسینی، سید جواد؛ نجفی، محمود. (۱۳۹۴). اعتیاد به مواد: بدکارکردی جنسی و فروپاشی خانواده. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۲(۶)، ۱۳۵-۱۵۱.
- خدایاری فرد، محمد، شهابی، روح اله و اکبری زردخانه، سعید (۱۳۸۶). رابطه نگرش مذهبی با رضایت مندی زناشویی در دانشجویان متأهل، *خانواده پژوهی*، ۱۰(۳)، ۶۱۱-۶۲۰.
- محمدخانی، شهرام (۱۳۸۸). *عوامل خطر ساز و حفاظت کننده ی خانوادگی مصرف مواد در نوجوانان*. مقاله ارائه شده در نخستین کنگره ی کشوری پیشگیری از سوء مصرف مواد، تهران. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- محمدخانی، شهرام و نوری، ربابه (۱۳۹۱). *پیشگیری اولیه از اعتیاد با تمرکز بر خانواده*. تهران: ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- نوروزی، حسن، حسینی، سید جواد و نجفی، محمود. (۱۳۹۴). اعتیاد، خانواده و مداخله‌های خانواده محور. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۲(۷)، ۹۷-۱۲۲.
- Bader, P., Boisclair, D., & Ferrence, R. (2011). Effects of tobacco taxation and pricing on smoking behavior in high risk populations: a knowledge synthesis. *International journal of environmental research and public health*, 8(11), 4118-4139.
- Baldwin, S. A., Christian, S., Berkeljon, A., & Shadish, W. R. (2012). The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 281-304.
- Bernstein, E., Edwards, E., Dorfman, D., Heeren, T., Bliss, C., & Bernstein, J. (2009). Screening and brief intervention to reduce marijuana use among youth and young adults in a pediatric emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 16(11), 1174-1185.
- Bryant, J., Bonevski, B., Paul, C., McElduff, P., & Attia, J. (2011). A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of behavioural

- smoking cessation interventions in selected disadvantaged groups. *Addiction*, 106(9), 1568-1585.
- Cahill, K., Stevens, S., Perera, R., & Lancaster, T. (2013). Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *The Cochrane Database of Systematic Review*, 5, CD009329
- Campbell, R., Starkey, F., Holliday, J., Audrey, S., Bloor, M., Parry-Langdon, N., & Moore, L. (2008). An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomized trial. *The Lancet*, 371(9624), 1595-1602.
- Carey, K. B., Scott-Sheldon, L. A., Elliott, J. C., Bolles, J. R., & Carey, M. P. (2009). Computer-delivered interventions to reduce college student drinking: A meta-analysis. *Addiction*, 104(11), 1807-1819.
- Carson, K. V., Brinn, M. P., Labiszewski, N. A., Esterman, A. J., Chang, A. B., & Smith, B. J. (2011). Community interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 7. [DOI: 10.1002/14651858.CD001291.pub2]
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2012). integrated prevention services for HIV infection, viral hepatitis, sexually transmitted diseases, and tuberculosis for persons who use drugs illicitly: summary guidance from CDC and the US Department of Health and Human Services. *MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports/Centers for Disease Control*, 61(RR-5), 1-36.
- Champion, K. E., Newton, N. C., Barrett, E. L., & Teesson, M. (2013). A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs facilitated by computers or the Internet. *Drug and alcohol review*, 32(2), 115-123.
- Christakis, D. A., Garrison, M. M., Ebel, B. E., Wiehe, S. E., & Rivara, F. P. (2003). Pediatric smoking prevention interventions delivered by care providers: a systematic review. *American journal of preventive medicine*, 25(4), 358-362.
- Clark, D. B. (2012). *Pharmacotherapy for adolescent alcohol use disorder*. *CNS drugs*, 26(7), 559-569.
- Coppo, A., Galanti, M. R., Giordano, L., Buscemi, D., Bremberg, S., & Faggiano, F. (2014). School policies for preventing smoking among young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, Art. No.: CD009990. DOI: 10.1002/14651858.CD009990.pub2.
- Curry, S. J., Mermelstein, R. J., & Sporer, A. K. (2009). Therapy for specific problems: youth tobacco cessation. *Annual review of psychology*, 60(14), 229-231.
- Deas, D. (2008). Evidence-based treatments for alcohol use disorders in adolescents. *Pediatrics*, 121, 348-354
- Degenhardt L, Stockings E, Strang J, Marsden J, Hall W. (2015). *Chapter 6: Illicit drug dependence*. In: Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina Mora M-E, eds. *Disease Control Priorities*, third edition

- (volume 4): mental, neurological, and substance use disorders. Washington, DC: World Bank.
- Degenhardt, L., & Hall, W. (2012). Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *The Lancet*, 379(9810), 55-70.
- Degenhardt, L., Stockings, E., Patton, G., Hall, W. D., & Lynskey, M. (2016). The increasing global health priority of substance use in young people. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 251-264.
- 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.
- Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J., & Hamilton, N. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. *Journal of substance abuse treatment*, 27(3), 197-213.
- Elder, R. W., Lawrence, B., Ferguson, A., Naimi, T. S., Brewer, R. D., Chattopadhyay, S. K., ... & Task Force on Community Preventive Services. (2010). the effectiveness of tax policy interventions for reducing excessive alcohol consumption and related harms. *American journal of preventive medicine*, 38(2), 217-229.
- Elder, R. W., Nichols, J. L., Shults, R. A., Sleet, D. A., Barrios, L. C., Compton, R., & Task Force on Community Preventive Services. (2005). Effectiveness of school-based programs for reducing drinking and driving and riding with drinking drivers: a systematic review. *American journal of preventive medicine*, 28(5), 288-304.
- England M., Butler A., Gonzalez M. (2015). The Committee on Developing Evidence-Based Standards for Psychosocial Interventions for Mental Disorders, Board on Health Sciences Policy, Institute of Medicine. Psychosocial interventions for mental and substance use disorders: a framework for establishing evidence-based standards. Washington DC: Institute of Medicine.
- Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E., & Buscemi, D. (2014). Universal school-based prevention for illicit drug use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. No: CD003020.
- Ferri, M., Allara, E., Bo, A., Gasparrini, A., & Faggiano, F. (2013). Media campaigns for the prevention of illicit drug use in young people. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6, CD009287
- Forster, J. L., Widome, R., & Bernat, D. H. (2007). Policy interventions and surveillance as strategies to prevent tobacco use in adolescents and young adults. *American journal of preventive medicine*, 33(6), S335-S339.
- Foxcroft, D. R. & Tsertsvadze, A. (2011a). Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Systematic Review*, 9, CD009308.
- Foxcroft, D. R., & Tsertsvadze, A. (2012). Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: Cochrane systematic reviews. *Perspectives in Public Health*, 132(3), 128-134.

- Foxcroft, D. R., Coombes, L., Wood, S., Allen, D., & Almeida Santimano, N. M. (2014). Motivational interviewing for alcohol misuse in young adults. *Cochrane Database Systematic Review*, 8, CD007025
- Foxcroft, D. R., Ireland, D., Lister-Sharp, D. J., Lowe, G., & Breen, R. (2003). Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction*, 98(4), 397-411.
- Foxcroft, D. R., Lister-Sharp, D., & Lowe, G. (1997). Alcohol misuse prevention for young people: a systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness. *Addiction*, 92(5), 531-537.
- Foxcroft, D. R., Moreira, M. T., Almeida Santimano, N. M., & Smith, L. A. (2015). Social norms information for alcohol misuse in university and college students. *Cochrane Database Systematic Review*, 1, CD006748
- Gilmore, A. S., Rodriguez, N., & Webb, V. J. (2005). Substance abuse and drug courts the role of social bonds in juvenile drug courts. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 3(4), 287-315.
- Gulliver, A., Farrer, L., Chan, J. K., Tait, R. J., Bennett, K., Caele, A. L., & Griffiths, K. M. (2015). Technology-based interventions for tobacco and other drug use in university and college students: a systematic review and meta-analysis. *Addiction science & clinical practice*, 10(1), 2-10
- Hafemeister, T.L., and Jackson, S.L. (2004). Effectiveness of sanctions and law enforcement practices targeted at underage drinking not involving operation of a motor vehicle. In National Research Council and Institute of Medicine, *Reducing underage drinking: A collective responsibility, background papers*. [CD-ROM]. Committee on Developing a Strategy to Reduce and Prevent Underage Drinking, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press
- Hall, W. D., Patton, G., Stockings, E., Weier, M., Lynskey, M., Morley, K. I., & Degenhardt, L. (2016). Why young people's substance use matters for global health. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 265-279.
- Hasin, D. S., Wall, M., Keyes, K. M., Cerdá, M., Schulenberg, J., O'Malley, P. M., & Feng, T. (2015). Medical marijuana laws and adolescent marijuana use in the USA from 1991 to 2014: results from annual, repeated cross-sectional surveys. *The Lancet Psychiatry*, 2(7), 601-608.
- Hawks, D., Rydon, P., Stockwell, T., White, M., Chikritzhs, T., McLeod, R. and Heale, P. (1998) The Freemantle Police-Licensee Accord: Impact on serving practices, harm and the wider community. *Australian Professional Society on Alcohol and Other Drugs Conference*, Sydney.
- Henggeler, S. W., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., Randall, J., Shapiro, S. B., & Chapman, J. E. (2006). Juvenile Drug Court: Enhancing Outcomes by Integrating Evidence-Based Treatments *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 42-54.
- Holder, H. D., Gruenewald, P. J., Ponicki, W. R., Treno, A. J., Grube, J. W., Saltz, R. F., ... & Gaumont, G. (2000). Effect of community-based

- interventions on high-risk drinking and alcohol-related injuries. *Jama*, 284(18), 2341-2347.
- Hornik, R., Jacobsohn, L., Orwin, R., Piesse, A., & Kalton, G. (2008). Effects of the national youth anti-drug media campaign on youths. *American Journal of Public Health*, 98(12), 2229-2236.
- Hutton, H. E., Wilson, L. M., Apelberg, B. J., Tang, E. A., Odelola, O., Bass, E. B., & Chander, G. (2011). A systematic review of randomized controlled trials: Web-based interventions for smoking cessation among adolescents, college students, and adults. *Nicotine & Tobacco Research*, 13(4), 227-238.
- Jainchill, N., Bhattacharya, G., & Yagelka, J. (1995). Therapeutic communities for adolescents. *NIDA research monograph*, 156, 190-217.
- Jensen, C. D., Cushing, C. C., Aylward, B. S., Craig, J. T., Sorell, D. M., & Steele, R. G. (2011). Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(4), 433.
- Jonas, D. E., Amick, H. R., Feltner, C., Bobashev, G., Thomas, K., Wines, R., & et.al. (2014). Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 311(18), 1889-1900.
- Krass, I., & Flaherty, B. (1994). The impact of a responsible service training on patron and server behavior: a trial in Waverley (Sydney). *Health Promotion Journal of Australia*, 4(2), 51-58.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., & Whiteside, H. O. (2003). Family-based interventions for substance use and misuse prevention. *Substance use & misuse*, 38(11-13), 1759-1787.
- Lantz, P. M., Jacobson, P. D., Warner, K. E., Wasserman, J., Pollack, H. A., Berson, J., & Ahlstrom, A. (2000). Investing in youth tobacco control: a review of smoking prevention and control strategies. *Tobacco control*, 9(1), 47-63.
- Larimer, M. E., & Crouce, J. M. (2007). Identification, prevention, and treatment revisited: Individual-focused College drinking prevention strategies 1999–2006. *Addictive behaviors*, 32(11), 2439-2468.
- Latimer J, Guillaume L, Goyder E, Chilcott J, Payne N. (2009). Interventions on control of alcohol price, promotion and availability for prevention of alcohol use disorders in adults and young people. University of Sheffield School of Health and Related Research Public Health Evidence Report 2009. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph24/documents/review-1-macro-level-interventions-for-alcohol-use-disorders-effectivenessreview2> (accessed Jan 18, 2016).
- Marsden, J., Stillwell, G., Barlow, H., Boys, A., Taylor, C., Hunt, N., & Farrell, M. (2006). An evaluation of a brief motivational intervention among young ecstasy and cocaine users: no effect on substance and alcohol use outcomes. *Addiction*, 101(7), 1014-1026.

- Martineau, F., Tyner, E., Lorenc, T., Petticrew, M., & Lock, K. (2013). Population-level interventions to reduce alcohol-related harm: an overview of systematic reviews. *Preventive medicine*, 57(4), 278-296.
- McNeill, A., Iringe-Koko, B., Bains, M., Bauld, L., Siggins, G., Russell, A., & et .al. (2013). Countering the demand for, and supply of, illicit tobacco: an assessment of the 'North of England Tackling Illicit Tobacco for Better Health' Programme. *Tobacco control*, tobaccocontrol-2013.
- Minozzi, S., Amato, L., & Davoli, M. (2009). Detoxification treatments for opiate dependent adolescents. *The Cochrane Library*.
- Mitchell, S. G., Gryczynski, J., O'Grady, K. E., & Schwartz, R. P. (2013). SBIRT for adolescent drug and alcohol use: Current status and future directions. *Journal of substance abuse treatment*, 44(5), 463-472.
- Murray, C. J., Barber, R. M., Foreman, K. J., Ozgoren, A. A., Abd-Allah, F., Abera, S. F., & et .al (2015). Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. *The Lancet*, 386(10009), 2145-2191.
- Norberg, M. M., Kezelman, S., & Lim-Howe, N. (2013). Primary prevention of cannabis use: a systematic review of randomized controlled trials. *PloS one*, 8(1), e53187.
- O'Donnell, A., Anderson, P., Newbury-Birch, D., Schulte, B., Schmidt, C., Reimer, J., & Kaner, E. (2014). The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol and alcoholism*, 49(1), 66-78.
- Park, E., & Drake, E. (2015). Systematic review: internet-based program for youth smoking prevention and cessation. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(1), 43-50.
- Patel, V., Chisholm, D., Parikh, R., Charlson, F. J., Degenhardt, L., Dua, T., & et .al. (2015). Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities. *The Lancet*.
- Pilowsky, D. J., & Wu, L. T. (2013). Screening instruments for substance use and brief interventions targeting adolescents in primary care: a literature review. *Addictive behaviors*, 38(5), 2146-2153.
- Room, R., & Reuter, P. (2012). How well do international drug conventions protect public health? *The Lancet*, 379(9810), 84-91.
- Sanci, L., Chondros, P., Sawyer, S., Pirkis, J., Ozer, E., Hegarty, K., & et .al. (2015). Responding to Young People's Health Risks in Primary Care: A Cluster Randomised Trial of Training Clinicians in Screening and Motivational Interviewing. *PloS one*, 10(9), e0137581.
- Siegfried, N., Pienaar, D. C., Ataguba, J. E., Volmink, J., Kredt, T., Jere, M., & Parry, C. D. (2014). Restricting or banning alcohol advertising to reduce alcohol consumption in adults and adolescents. *The Cochrane Library*.
- Steinberg, L. (2014). *Age of opportunity: Lessons from the new science of adolescence*. Houghton Mifflin Harcourt.

- Stockings, E., Hall, W. D., Lynskey, M., Morley, K. I., Reavley, N., Strang, & et .al. (2016). Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 280-296.
- Strang, J., Babor, T., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D., & Humphreys, K. (2012). Drug policy and the public good: evidence for effective interventions. *The Lancet*, 379(9810), 71-83.
- Tanner-Smith, E. E., Steinka-Fry, K. T., Hennessy, E. A., Lipsey, M. W., & Winters, K. C. (2015). Can brief alcohol interventions for youth also address concurrent illicit drug use? Results from a meta-analysis. *Journal of youth and adolescence*, 44(5), 1011-1023.
- Thomas, R. E., Baker, P., & Thomas, B. C. (2016). Family-based interventions in preventing children and adolescents from using tobacco: A systematic review and meta-analysis. *Academic pediatrics*, 16(5), 419-29
- Toumbourou, J. W., Stockwell, T., Neighbors, C., Marlatt, G. A., Sturge, J., & Rehm, J. (2007). Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *The Lancet*, 369(9570), 1391-1401.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs (UNESDA). (2015). Definition of youth. <http://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-definition.pdf>.
- Wakefield, M., & Chaloupka, F. (2000). Effectiveness of comprehensive tobacco control programmes in reducing teenage smoking in the USA. *Tobacco control*, 9(2), 177-186.
- Whittaker, R., McRobbie, H., Bullen, C., Borland, R., & Rodgers, A. (2012). Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD006611
- World Health Organization. (2013). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). *Global health observatory data repository: age limits for purchasing alcohol (on-premise service and off-premise purchase)* http://www.who.int/gho/alcohol/policies/age_limits_text/en/ (accessed May 5, 2015).
- Wood, E., Shakeshaft, A., Gilmour, S., & Sanson-Fisher, R. (2006). A systematic review of school-based studies involving alcohol and the community. *Australian and New Zealand journal of public health*, 30(6), 541-549.
- World Health Organization. (2015). *WHO report on the global tobacco epidemic*, raising taxes on tobacco: executive summary.
- Zisserson, R. N., Palfai, T. P., & Saitz, R. (2007). "No-contact" interventions for unhealthy college drinking: Efficacy of alternatives to person-delivered intervention approaches. *Substance Abuse*, 28(4), 119-131.

مروری بر دو دهه تحقیقات شیوع شناسی اعتیاد زنان در ایران (از ۱۳۷۴ تا ۱۳۹۴)

مجید قربانی^۱، ثریا انصاری طالی^۲

چکیده

هدف اصلی این تحقیق مروری بر تحقیقات انجام گرفته در حوزه مطالعه شیوع اعتیاد در زنان جامعه ایران و بررسی چگونگی گرایش آنان به اعتیاد بود. تحقیقات انجام شده درباره مسأله اعتیاد، در سطح کشور همان آمار کلی معتادان است و تعداد زنان معتاد به وضوح در آن مشخص نیست. روش این تحقیق، کتابخانه‌ای و از بین پژوهش‌های انجام شده شامل پایان‌نامه‌ها، طرح‌های پژوهشی، مقالات، کتاب و سایت در زمینه شیوع شناسی اعتیاد استفاده شده است. یافته‌ها در اغلب تحقیقات انجام گرفته بیانگر بالاتر رفتن میزان آمار زنان معتاد بوده است و مهم‌ترین علت گرایش زنان به مصرف موادمخدر عوامل شخصیتی و روان‌شناختی است. بیشترین ماده مصرفی توسط زنان مواد محرک و اکستازی بوده است. به نظر می‌رسد که آمار دقیقی از میزان جمعیت زنان معتاد در کشور وجود ندارد. سوء مصرف مواد تهدید بزرگی برای سلامتی زنان است که می‌تواند منجر به عوارض جبران ناپذیری شود. اگرچه آمار اعتیاد زنان نسبت به مردان در سطح پایین‌تری وجود دارد، ولی میزان اعتیاد در زنان نسبت به سنوات گذشته رو به افزایش است. با توجه به نقش مادری زنان در خانواده و جامعه به عنوان مهم‌ترین عامل تربیت فرزندان این موضوع بیش از گذشته می‌بایست مورد توجه قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: اعتیاد، زنان، شیوع‌شناسی

۱. نویسنده مسؤول: دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه سمنان و رییس اداره مطالعات و کتابخانه دفتر تحقیقات و

آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری. پست الکترونیک: ghorbanimajid95@gmail.com

۲. کارشناسی ارشد مدیریت مالی و کارشناس اداره پژوهش دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با موادمخدر ریاست

مقدمه

اعتیاد از جمله مسائلی است که به عنوان فاجعه، قربانیان زیادی از جوامع بشری از جمله کشور ایران را گرفته است. فرد معتاد علاوه بر اینکه نیروی جسمانی و عقلانی خود را تحت تأثیر موادمخدر از دست می‌دهد و در خدمت جامعه نیست، قسمتی از نیروی جسمانی و امکانات اقتصادی خود را که می‌تواند در راه سازندگی صرف کند در راه مصرف مواد از دست می‌دهد. به همین دلیل شناخت این پدیده بویژه در میان زنان، کنجکاو ی بیشتری را برمی‌انگیزد. زنی که می‌تواند در ساختن شخصیت بزرگ‌ترین افراد جهان نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشد یا مادری که می‌تواند با دمیدن منش و روحیه و بینش والا در فرزندش به اعتلای او کمک کند و یا همسری که می‌تواند در بالا رفتن مقام شوهرش تأثیر فوق‌العاده‌ای داشته باشد، چگونه آلوده بلای خانمان سوز اعتیاد می‌شود و بر همه نقش‌های مهمی که می‌تواند ایفا کند خط بطلان می‌کشد (حجتی، نوری، دیباجی و اکبری، ۱۳۹۰). زنان به عنوان هسته اصلی خانواده نقش اساسی در سلامت اعضای خانواده دارند. بنابراین، پیشگیری از اعتیاد زنان در سلامت و نظم در خانواده و نهایتاً داشتن یک خانواده سالم، مفید خواهد بود (امانی، ۱۳۹۲).

۶۲

سال ۳، شماره ۹، بهار ۱۳۹۵
Vol. 3, No. 9, Spring 2016

از منظر آماری باید متذکر شد که برای هر گونه برنامه‌ریزی، دستیابی به اطلاعات دقیق الزامی است. به عنوان مثال، اگر قرار است پیشگیری از اعتیاد در ایران به عنوان اولویت‌های برنامه‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر به مرحله کاربردی برسد، شکی نیست که ابتدا باید اطلاعات جامعی از شیوع شناسی اعتیاد به انواع مواد، توسط گروه‌های مختلف جامعه به دست آید. حال اگر ضرورت رسیدن به این آمار و اطلاعات روشن است پس موانع آن چه می‌تواند باشد؟ برای همگان آشکار است که اعتیاد طبق ماده ۱۵ قانون مبارزه با مواد مخدر جرم است. پس به نظر می‌رسد جمع‌آوری اطلاعات دقیق آمار معتادان یا به عبارت دقیق‌تر شیوع شناسی اعتیاد در ایران با مشکلاتی نظیر محرز شدن جرم و تبعات بعدی آن برای معتاد مواجه است. این در حالی است که روش‌های معمول نمونه‌گیری از جامعه معتادان با هدف روشن شدن تعداد واقعی معتادان کشور برای برنامه‌ریزی‌های پیشگیرانه و درمانی آن‌ها کاربرد چندانی ندارد. روش‌های معمول همه‌گیرشناسی برای رسیدن به

حقیقت آمار معتادان بسنده نمی‌کند. پی بردن به دامنه شیوع مصرف و سوء مصرف مواد مخدر مستلزم اجرای مداوم پژوهش‌های پیمایشی برای نمونه‌های بزرگ و مناسبی از کل جامعه است. در عمل به علت نامطلوب بودن سوء مصرف مواد، استفاده از روش‌های سنتی همه گیرشناسی چندان مثمر ثمر نبوده و هر جای دیگری که سوء مصرف مواد جرم و قابل تعقیب باشد به کارگیری روش‌های سنتی همه گیرشناسی با محدودیت بیشتری همراه خواهد بود. به همین منظور برای پی بردن به میزان بروز و شیوع سوء مصرف مواد از روش‌های گوناگونی استفاده می‌شود که باز از تک تک یا حتی از مجموعه آن‌ها اطلاعات دقیق و مطمئنی به دست نمی‌آید (قربانی و یآوری، ۱۳۸۸).

تقریباً، زنان نیمی از جمعیت جامعه و همه جوامع جهانی را تشکیل می‌دهند. نکته مهم این است که سهم زنان در آسیب‌های اجتماعی کاملاً برعکس برخورداری آن‌ها از سایر جنبه‌های انسانی است. به عبارتی، زنان نخستین قربانیان بسیاری از آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی هستند. در این میان، اعتیاد اگر نه اولین و عمده‌ترین، بلکه یکی از مهم‌ترین آنهاست. هر جا پای اعتیاد باز می‌شود در صف نخستین آن زنان قرار دارند؛ چرا که بیشترین آسیب‌ها از اعتیاد پدر، برادر، فرزند، همسر و حتی دوست و همکار به آنها وارد می‌شود. تصور اکثر افراد جامعه در مورد اعتیاد این است که سوء مصرف مواد مخدر عمدتاً پدیده‌ای مردانه است (نجاری، ۱۳۸۷؛ به نقل از روشن قیاس، ۱۳۹۴). در واقع، اکثر زنان معتاد به علت ترس از آبرو و انگ اعتیاد، خود را از دیگران پنهان می‌کنند و یا به علت سکونت در شهرهای کوچک که فاقد مرکز ترک اعتیاد ویژه بانوان است، به مراکز درمانی آقایان مراجعه نمی‌کنند و این امر سبب می‌شود که آمار واقعی زنان معتاد دقیق نباشد. با توجه به اینکه زنان وظیفه مادری و تربیت نسل آینده را به عهده دارند اعتیاد آنان در خانواده می‌تواند آسیب جدی به همسر و فرزندان و در نتیجه به جامعه وارد کند (ناصری پلنگرد، محمدی، دوله و ناصری، ۱۳۹۲). گلانتز و هارتل (۱۹۹۶)، ترجمه محمدی و قربانی، ۱۳۸۵) معتقدند که اهمیت سوء مصرف مواد و نیز دامنه وسیع تأثیر زیان‌باری که سوء مصرف مواد بر زنان و فرزندان‌شان دارد، اهمیت مشکل اعتیاد زنان و نقش آن در سلامت جامعه را صد چندان می‌سازد. زنانی که مواد مصرف می‌کنند، در

سایر رفتارهای مخاطره آمیز نیز درگیر می‌شوند و احتمالاً از نظر بهداشتی، مشکلات دیگری نیز دارند. از سوی دیگر، هر چند تا اوایل دهه ۱۹۹۰ میلادی، پژوهش‌ها در حوزه اعتیاد بیشتر متمرکز بر جمعیت مردان بود، اما از سال ۱۹۹۴ میلادی تا کنون با تاکید سازمان بهداشت جهانی، پژوهش‌های معطوف به جمعیت‌های زنان (به ویژه شیوع‌شناسی) و در نظر گرفتن تفاوت‌های جنسیتی، رو به رشد بوده است (مزینانی، ۱۳۸۹). در همین چارچوب، همه‌گیرشناسی مواد مخدر، حوزه‌ی نسبتاً جدیدی از تحقیقات است و شناخت سوء مصرف مواد به عنوان یک پدیده، نمایانگر نیاز به استمرار مطالعه و تحقیق در این حوزه است. تشخیص وابستگی یا اعتیاد به مواد و شناسایی گروه‌های تحت تاثیر، عمدتاً متکی به اطلاعات مربوط به معضلات و مشکلات ناشی از سوء مصرف مواد است. طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی یا طبقه‌بندی بین المللی امراض، از معیارهای رفتاری برای تعریف سوء مصرف و وابستگی به مواد استفاده می‌کنند. هر چند که اکثر ارزیابی‌های جمعیت‌های خاص یا عمومی، شامل تدابیری که منعکس کننده‌ی این معیارها باشند، نیستند و خودشان با پیشرفت و توسعه ابزار بیولوژیکی و پزشکی و معیارهای بهینه‌ی سنجش مصرف - که ارزیابی‌های رفتاری و فیزیکی را با یکدیگر ترکیب می‌کنند - امکان مطالعه دقیق‌تر شیوه‌های گوناگون سوء مصرف و وابستگی به مواد را فراهم می‌آورند (قربانی و یآوری، ۱۳۸۸).

آمارهای موجود از وضعیت اعتیاد زنان در جامعه ناقص و متناقض است و قابل اتکا نیست. به نظر می‌رسد که اعتیاد زنان به مواد (به ویژه در گروه روان‌گردان‌ها) با سرعت بسیار زیادی در حال رشد و رو به افزایش است. آمارهای موجود حاکی از آن است که زنان ۹ درصد از مصرف‌کنندگان مواد مخدر در جامعه را تشکیل می‌دهند و گفته می‌شود که وابستگی زنان به سوء مصرف مواد در طول یک دهه اخیر، به‌طور میانگین چهار برابر شده است (رشیدی نژاد، ۱۳۹۴). در این چارچوب، صاحب نظران بر این باورند که بررسی‌های شیوع شناسی گام اول در طراحی برنامه‌های پیشگیرانه هستند و دست کم به هشت نوع ارتباط متقابل میان شیوع‌شناسی و طراحی روش‌های مؤثر پیشگیری اشاره دارند:

- شناسایی انواع مواد مورد استفاده و مشکلات ناشی از آن
- برآورد سن شروع مصرف
- مشخص کردن خرده گروه‌های در معرض خطر
- ارزیابی و بررسی تحولات زمینه‌ای و محیطی به عنوان معیاری برای اثربخشی برنامه‌های پیشگیری
- شناسایی متغیرهای میانجی
- فراهم ساختن برخی شاخص‌های آماری و هنجاری برای برنامه‌ریزی و استفاده در میان گروه همسالان و دیگر گروه‌های دارای نفوذ.
- ارزیابی میزان پوشش و تعیین تعداد گروه‌هایی که برنامه‌های پیشگیری آن‌ها را در بر گرفته‌اند
- ارزیابی آثار ترکیبی و همزمان تمام عوامل مؤثر اجتماعی در مصرف مواد (طارمیان، ۱۳۸۷).

بررسی ویژگی‌های جنسیتی و پیامدهای گرایش زنان به سوء مصرف مواد مخدر در موقعیت کنونی حائز اهمیت است. با توجه ویژگی‌های متمایز روان‌شناختی و جامعه شناختی زنان در جامعه ایران، روند افزایشی سرایت سوء مصرف مواد در میان آنان آثار متمایزی در سطوح مختلف ساختار اجتماعی جامعه برجای می‌گذارد. از سوی دیگر اقدام برای پیشگیری و کاهش ابتلای زنان به سوء مصرف مواد، مستلزم روش‌ها و بینش‌های متفاوتی در مقایسه با مردان خواهد بود (کاکویی دینکی و قوامی، ۱۳۹۴). یکی از این آثار متمایز، این است که زنان مصرف‌کننده مواد بیش از سایر زنان در معرض ابتلای به بیماری‌هایی همچون امراض مقاربتی، کم خونی و بیماری‌های دندان هستند. شیوع بیماری‌هایی از قبیل امراض قلبی، شرایط نیازمند جراحی و بیماری‌های پستان نیز در این گروه از زنان بیشتر است. مصرف مواد مخدر و آلوده شدن زنان به روسپیگری، احتمال ابتلا به ویروس اچ آی وی را در آنان افزایش می‌دهد. همان‌گونه که در طول دهه‌های اخیر، الگوها و نیم‌رخ‌های عوامل مخاطره و بیماری‌ها بر حسب جنسیت تغییر یافته، به همان نسبت نیز مصرف مواد مخدر توسط زنان افزایش یافته است. لذا ضرورت و فوریت

پژوهش درباره عوامل روانی-اجتماعی مرتبط با سلامت زنان نیز محسوس تر شده است (گلانتز و هارتل، ترجمه محمدی و قربانی، ۱۳۸۵).

سیستم هوشمند، خلاق، فعال و پویای موادمخدر و روان گردان‌ها به سبب چند وجهی بودن و همچنین تغییرات پنهانی و سریع، نیازمند مداخلات جامع، دقیق و در عین حال سریع و پویا است. به عبارت دیگر، پایه و اساس سیاستگذاری، برنامه‌ریزی و انتخاب روش‌های مقابله با این پدیده، نیازمند وجود اطلاعات و آگاهی روز آمد از روند تغییرات در طول زمان است. تغییر الگوی مصرف و خصوصیات افراد مصرف‌کننده، از جمله این تغییرات است که بدون علم به آن‌ها، سیاستگذاری در حوزه‌های کاهش تقاضا و مبارزه با عرضه، امکان‌پذیر نخواهد بود. براین اساس لازم است با جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات، ضمن نقد و ارزیابی تحقیقات انجام شده به منظور اجتناب از تکرار خطاهای گذشته، نسبت به ارائه تصویری از پدیده اعتیاد در هر مقطع مبادرت ورزیده تا از کنار هم قراردادن این تصاویر، همزمان تحولات این پدیده را نیز شناسایی و احتمالاً پیش‌بینی کرد (صرامی، قربانی و مینویی، ۱۳۹۲). با توجه به آنچه گفته شد در مقاله حاضر به مرور دو دهه تحقیقات شیوع شناسی اعتیاد زنان در ایران پرداخته شد.

روش

روش تحقیق استفاده شده در این مقاله روش اسنادی و استفاده از منابع کتابخانه‌ای بود. لذا از طرح‌های پژوهشی و تحقیقاتی، پایان‌نامه‌های دانشجویی، مجلات و سایت که به نوعی موضوع شیوع اعتیاد زنان را مطرح کرده است، به‌طور هدفمند استفاده شد.

مروری بر پژوهش‌های انجام شده

در این مطالعه به بررسی تعداد زیادی از پایان‌نامه‌ها، طرح‌های پژوهشی، مقالات و سایت که به مسأله اعتیاد زنان پرداخته بود استفاده شده است.

نتایج بررسی یاسمی و همکاران (۲۰۰۲، به نقل از مومنی، ۱۳۹۴) نشان داد که همه‌گیرشناسی مصرف مواد و اختلال‌های ناشی از آن در جمعیت عمومی که به صورت مصاحبه رودررو در اورژانس‌های کشور انجام شده بود، نشان داد که مصرف تریاک و مشتقات آن (مواد شبه افیونی) در ۲ درصد زنان و وابستگی به این مواد در ۵/۵ درصد آنان

وجود دارد (به نقل از مومنی، ۱۳۹۴). همچنین، برخی از گزارش‌ها نیز بر این امر تأکید دارد که در مقابل هر ۱۰۰ مرد معتاد ۷ زن معتاد در کشور وجود دارد. از سوی دیگر به گفته 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 نیز داشته است. طبق بررسی الگوهای مصرف مواد مخدر در ایران در سال ۱۳۷۷ نزدیک به ۸۱ درصد جمعیت نمونه افراد مصرف‌کننده مواد در ایران در فاصله سنی ۲۰ تا ۳۴ سال قرار داشتند. با وجود این آمار و اطلاعات پراکنده و مقدماتی، دیگر نمی‌توان به راحتی گفت جمعیت اندکی از زنان گرفتار مواد مخدر و پیامدهای آن هستند. این در حالی است که بسیاری از زنان و دختران نیز به علت برچسب‌هایی که به یک زن و دختر معتاد در جامعه ما زده می‌شود کمتر به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند و بدین ترتیب، اغلب، اعتیاد در زنان و دختران پنهان مانده و بخش قابل توجهی از جمعیت معتادان زن کشور در آمار گنجانده نمی‌شود (سایت خبری فرارو، ۱۳۸۷؛ کد خبر ۱۱۴۶۲). در مطالعه‌ی رحیمی موقر (۱۳۸۳) با عنوان «شیوع و الگوهای مصرف مواد و اعتیاد زنان در ایران» جمعیت زنان معتاد به مواد اپیوئیدی در کشور بین ۱۰۰ تا ۱۵۰ هزار نفر تخمین زده شده است. به نظر می‌رسد این آمار، امروز بیش از رقم یاد شده باشد (اختیاری و محمدی، ۱۳۸۸). در واقع، افزایش ۱۵ درصدی مرگ و میر زنان نیز بر اثر سوء مصرف مواد نسبت به سال ۹۱ در آمارها مشهود است و از سوی دیگر رشد ۲۵ درصدی مصرف شیشه در سال ۱۳۹۲ (مومنی، ۱۳۹۴) نیز گواهی بر این ادعا است. همچنین، براساس آمار سازمان زندان‌ها ۴۲ درصد زنان زندانی را معتادان تشکیل داده‌اند، در حالی که تنها ۴ درصد از معتادان دستگیر شده زن بوده‌اند (جعفرزاده، ۱۳۹۲). گزارش‌های متعدد دیگر نیز نشان می‌دهند که زنان به گونه‌ی سریع، در حال روی آوردن به مصرف مواد هستند. به عنوان نمونه در مطالعه‌ای که روی ۵۰۱ دانشجوی دختر انجام شده، ۱/۶ درصد پاسخگویان در زمان پژوهش تریاک و ۰/۴ درصد آن‌ها هروئین مصرف می‌کردند (ظهور، ۱۳۸۰).

بر پایه‌ی گزارش اداره‌ی مواد و جرایم سازمان ملل، نسبت زنان در جمعیت مصرف‌کننده‌ی مواد از ۱۳ درصد در کشورهای آسیایی تا ۴۰ درصد در کشورهای اروپایی

تخمین زده شده است. بنابراین با در نظر گرفتن ۱۶ تا ۳۸ میلیون مصرف کننده‌ی مواد در جهان، تعداد زنان مصرف کننده‌ی مواد، قابل توجه است. براساس گزارش‌های آماری سازمان بهزیستی ایران در سال‌های اخیر نیز ۲ تا ۶ درصد از مراجعه کنندگان به مراکز درمانی معتادان را زنان تشکیل می‌دهند (گروسی، ۱۳۹۰، به نقل از وجدان پرست، ۱۳۹۴). در یک پژوهش توصیفی-مقطعی که به بررسی اعتیاد در زنان معتاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تهران در سال ۸۵-۱۳۸۴ پرداخته بود، از تعداد ۲۱۰۰ نفر معتاد ارجاعی به مراکز تحت مطالعه، ۸/۵ درصد کل مراجعین را زنان تشکیل می‌دادند (نجاری، ۱۳۸۶، به نقل از وجدان پرست، ۱۳۹۴). همچنین، براساس ارزیابی که توسط نارنجی‌ها و همکاران (۱۳۸۶) انجام شد، درصد زنان مصرف کننده‌ی مواد در ایران ۵/۲ درصد گزارش شده است. در مورد شدت اعتیاد در زنان نسبت به مردان نیز تفاوت‌هایی وجود دارد. از یک سو میزان مصرف تزریقی مواد در زنان کمتر از مردان است (یعنی حدود ۱/۳ درصد تا ۷/۴ درصد معتادان تزریقی را زنان تشکیل می‌دهند) و از سوی دیگر رفتارهای پرخطر در زنان برابر یا حتی بیش از مردان است. در بررسی معتادان تزریقی شهر تهران، بیشتر زنان مصرف کننده تزریقی مواد در شرایط بد بهداشتی زندگی می‌کردند و برای ادامه زندگی دست به تن فروشی می‌زدند (آقابابایی، ۱۳۹۴). در تحقیق اصغری (۱۳۹۴) تحت عنوان "بررسی عوامل روانشناختی، اجتماعی و فردی گرایش به مصرف مواد محرک در معتادان به شیشه در استان گیلان"، ۲۲/۵ درصد از زنان معتاد گروه نمونه در دامنه سنی ۲۱ تا ۲۶ سال بودند. از این میان، ۲۰/۸ درصد از زنان در دامنه سنی ۱۶ تا ۲۰ سال و ۲۰/۸ درصد از زنان در دامنه سنی ۲۰ تا ۲۶ سال بوده‌اند و به طور کلی ۶۳ درصد از زنان معتاد، زیر ۳۰ سال سن داشتند (اصغری، ۱۳۹۴). اصغری (۱۳۹۴) بر اساس داده‌های جدول شماره ۱ اعلام کرده است که ۵۰/۲ درصد از زنان معتاد عضو گروه نمونه شیشه، ۲۰/۲ درصد تریاک، ۱۱/۱ درصد حشیش، ۷/۵ درصد هروئین، ۲/۹ درصد ترامادول، ۲/۶ درصد کراک، ۲/۳ درصد قرص، ۲ درصد ماری جوانا و ۱/۳ درصد الکل مصرف کرده‌اند. بیشترین ماده مصرفی شیشه بوده است (اصغری، ۱۳۹۴).

جدول ۱: توصیف نمونه بر اساس ماده‌ی مصرفی در پژوهش اصغری (۱۳۹۴)

نوع ماده مصرفی	فراوانی	درصد	نوع ماده مصرفی	فراوانی	درصد
شیشه	۱۵۴	۵۰/۲	الکل	۳	۱/۳
هروئین	۲۳	۷/۵	قرص (استامینوفن و ...)	۷	۲/۳
تریاک	۶۲	۲۰/۲	ترامادول	۹	۲/۹
حشیش	۳۴	۱۱/۱	کراک	۸	۲/۶
ماری جوانا	۶	۲			

یافته‌های پژوهش جمشیدی منش، سلیمانی فر و حسینی (۱۳۸۳)، به نقل از آقابابایی، (۱۳۹۴) نشان می‌دهد که ۵۴/۶ درصد زنان معتاد مورد بررسی مجرد، مطلقه یا بیوه بوده‌اند و تنها ۶/۶ درصد آن‌ها دارای تحصیلات دانشگاهی بوده‌اند. همچنین، نتایج گزارش عباسی و همکاران به نقل از آقابابایی (۱۳۹۴) نشان‌داد که فقط ۰/۵ درصد زنان معتاد تحصیلات دانشگاهی داشتند و ۶۱/۷ درصد پاسخگویان بیکار یا دارای مشاغل موقتی بوده‌اند.

۶۹

فتحی (۱۳۹۴) در پژوهش خود به شیوع اعتیاد در دانش آموزان سال آخر دبیرستان و پیش دانشگاهی شهر کرمان استناد کرده است و نشان داده است که ۲۶/۵ درصد پسران و ۱۱/۵ درصد دختران سابقه حداقل یک بار مصرف مواد را داشته‌اند. شیوع مصرف مواد دختران در تریاک (۵/۱٪)، الکل (۴/۵٪)، حشیش (۲/۸٪)، شیره (۲/۶٪)، ال. اس. دی (۲/۲٪) بوده است^۱ (فتحی، ۱۳۹۴). سابقه‌ی حداقل یکبار مصرف حشیش در دانشجویان مذکر از ۶/۶ تا ۲۴/۷ درصد و در دانشجویان مونث از ۱/۳ تا ۱۲/۹ درصد گزارش شده است. مواد افیونی (تریاک و هروئین) در دانشجویان مذکر از ۹/۸ تا ۳۱/۸ درصد و در دانشجویان مونث از ۰/۳ تا ۱۳/۵ درصد و در مجموع از ۱/۱ تا ۳۴/۱ درصد بود. مصرف منظم مواد افیونی در دانشجویان مذکر در مجموع از ۰/۸ تا ۵ درصد بود (صرامی، قربانی و تقوی، ۱۳۹۲). نتایج حاصل از بررسی سوءمصرف مواد در بین ۵۶۵ نفر از دانشجویان ۷ دانشکده‌ی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی نیز نشان داد که ۱۵ درصد زنان (و ۸۲٪

۱. این آمار در پسران به ترتیب: الکل (۱۶/۲٪)، تریاک (۱۱/۷٪)، حشیش (۳/۸٪)، شیره (۷/۷٪)، هروئین (۵/۵٪)، ال. اس. دی (۸/۵٪) بوده است.

مردان) حداقل یک بار مواد مصرف کرده‌اند. در مورد آمار مصرف مواد توسط زنان نیز حشیش ۰/۳ درصد (مردان ۰/۶/۶٪)، تریاک ۰/۳ درصد (مردان ۰/۷/۸٪)، هروئین صفر درصد (مردان ۰/۱/۱٪) و آرام بخش‌ها و ضداضطراب‌های بدون تجویز پزشک نیز ۱۰/۶ درصد (مردان ۰/۱۴/۴٪) بوده است (خسروی، ۱۳۹۲). نتایج تحقیق اصغری (۱۳۹۴) نیز نشان می‌دهد که ۵۳/۱ درصد از زنان معتاد مجرد و ۳۷/۸ درصد متأهل و ۸/۵ درصد مطلقه بوده‌اند. یافته‌های این تحقیق در زمینه ترتیب تولد بیانگر این واقعیت است که فرزندان اول با ۵۰/۵ درصد بیشترین مصرف کنندگان مواد مخدر در بین اعضای نمونه بوده‌اند. فرزندان دوم و سوم نیز به ترتیب با ۲۲/۱ درصد و ۱۹/۲ درصد مصرف کنندگان مواد مخدر در گروه نمونه شامل می‌شدند. در تحقیق اصغری (۱۳۹۴) و بر اساس داده‌های جدول دو، ۲۹/۳ درصد از زنان معتاد دارای یکسال سابقه اعتیاد بوده‌اند که بیشترین فراوانی را داشته است. ۲۲/۵ درصد دارای دو سال و ۱۴ درصد نیز دارای سه سال سابقه اعتیاد بوده‌اند. در مجموع، ۶۵/۸ درصد از زنان معتاد دارای سابقه اعتیاد کمتر از سه سال بوده‌اند. ۱۵/۳ درصد از زنان دارای سابقه اعتیاد چهار تا شش سال بوده‌اند و ۱۸/۹ درصد دارای سابقه اعتیاد بیشتر از ۷ سال بوده‌اند (اصغری، ۱۳۹۴).

۷۰

سال ۳، شماره ۹، بهار ۱۳۹۵
Vol. 3, No. 9, Spring 2016

جدول ۲: توصیف نمونه بر اساس مدت اعتیاد در پژوهش اصغری (۱۳۹۴)

مدت اعتیاد (سال)	فراوانی	درصد	مدت اعتیاد (سال)	فراوانی	درصد
۱	۹۰	۲۹/۳	۱۱	۲	۰/۷
۲	۶۹	۲۲/۵	۱۲	۲	۰/۷
۳	۴۳	۱۴	۱۳	۲	۰/۷
۴	۲۸	۹/۱	۱۴	۲	۰/۷
۵	۱۱	۳/۶	۱۵	۳	۱
۶	۸	۲/۶	۱۶	۱	۰/۳
۷	۱۳	۴/۲	۱۷	۱	۰/۳
۸	۴	۳/۱	۲۰	۳	۱
۹	۵	۱/۶	۲۱	۲	۰/۷
۱۰	۱۷	۵/۵	۲۸	۱	۰/۳
جمع کل فراوانی و درصد			۳۰۷	۱۰۰	

در بخش اعتیاد زنان در سایت خبری فرارو (۱۳۸۷ کدخبر: ۱۱۴۶۲) گزارش شده است که در سال های ۱۳۷۷ و ۱۳۷۸ که آمار تفکیکی نسبت زنان در جمعیت معتادان موجود است، بیشترین میزان از سه استان کرمان، خراسان و تهران بوده‌اند، به گونه‌ای که بیش از ۵۰ درصد از تمامی زنان مراجعه کننده به مراکز درمانی سراسر کشور از این استان‌ها بوده‌اند، بنابر گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر، به رغم تشدید مبارزه با قاچاق مواد مخدر و افزایش مراکز پذیرش و درمان در سطح کشور، از یک سو آمار مصرف کنندگان مواد مخدر روبه افزایش است و از سوی دیگر سن شروع اعتیاد نیز کاهش یافته است. در سال ۱۳۸۱ در مطالعه‌ای کیفی که در زندان های بزرگ کشور انجام شد، تنها در سه زندان از شش زندان زنان مورد بررسی، وجود مصرف تزریقی مواد گزارش شد که اکثراً میزان آن را در کمتر از ۱۰ درصد زندانیان مصرف کننده‌ی مواد ذکر کردند. در گزارش یاد شده آمده است که مواد تزریقی مورد مصرف ابتدا تریاک (به صورت پودر) و سپس هروئین بوده است. به طور کل، با توجه به آمارهای گوناگون ارائه شده (هرچند غیر دقیق) در سایت یاد شده، می‌توان جمعیت زنان معتاد به مواد را در کشور بین ۱۰۰ تا ۱۵۰ هزار نفر یعنی ۰/۶ تا ۰/۸ درصد تخمین زد؛ بدیهی است رقم واقعی مصرف کنندگان مواد افیونی بسیار بالاتر است. همچنین، می‌توان نسبت زنان به مردان معتاد در کشور را بین ۱ به ۱۳ تا ۱ به ۲۳ تخمین زد و گفت میزان مصرف هروئین در معتادان زن در حد نگران کننده‌ای است و تعداد زنان مصرف کننده‌ی مواد تزریقی در کشور ۴ تا ۹ هزار نفر تخمین زده می‌شود. به نظر می‌رسد مصرف حشیش در جمعیت عمومی زنان بالغ، شایع نباشد، ولی در گروه‌هایی از زنان شیوع بیشتری دارد. مصرف حشیش و الکل نیز در دختران دانشجو و مصرف تریاک در دانشجویان برخی از نقاط کشور، کم به نظر نمی‌رسد (سایت فرارو، کد خبر: ۱۱۴۶۲).

به عبارت دیگر، به دلیل مراجعه محدود زنان به مراکز درمانی ترک اعتیاد و عدم شرکت آنان در تحقیقات مرتبط با استعمال مواد مخدر و از سوی دیگر، غفلت عرصه‌های پژوهشی و برنامه ریزی در شناسایی زنانی که از انواع مختلف مواد مخدر استفاده می‌کنند، آمار دقیقی از تعداد زنانی که با معضل اعتیاد دست و پنجه نرم می‌کنند، در دست

نیست (رحیمی موقر، امین اسماعیلی، آرج و هرمز، ۲۰۱۲، به نقل از منیر پور، ۱۳۹۵). همچنین، بر اساس آمار سازمان زندان‌ها بر اساس تفکیک جنسیت، از بین کل افراد دستگیر شده به جرم مصرف مواد مخدر، تنها ۴ درصد زن بوده‌اند، اما ۴۲ درصد زنان زندانی، به جرم اعتیاد در زندان هستند (احمدی، فکور، پزشکیان، خشنود و مالک پور، ۲۰۰۱؛ به نقل از منیر پور، ۱۳۹۵). بر اساس نتایج به دست آمده از تحقیق روشن قیاس (۱۳۹۴) نیز مشکلات و تنش‌های خانوادگی از جمله اعتیاد والدین، مشکلات اقتصادی، مشکلات روانی اعضای خانواده، نارضایتی پدر و مادر از زندگی عاطفی والدین، نداشتن سرپرست مناسب، تک والد بودن از مهم‌ترین عوامل گرایش زنان است. در دوران مجردی ۳۹/۷۵ درصد زنان برای فرار از فشارهای روانی، به مصرف مواد گرایش پیدا می‌کنند و بعد از گرفتار شدن در دام این افیون ۴۴/۹۹ درصد به دلیل اثرات نشئه آوری بیشتر در آن غرق می‌شوند. یکی از یافته‌های تحقیق روشن قیاس، این است که ۴۶/۳۴ درصد زنان بیش از سه تا شش بار اقدام به ترک مواد مخدر کردند، ولی به علت لاینحل بودن مشکلات قبلی و حتی اضافه‌تر شدن آن‌ها، دوباره از روی ناچاری به مصرف مواد مخدر روی آورده‌اند. مشکلات زناشویی یکی دیگر از مهم‌ترین عوامل مؤثر در اعتیاد زنان است. همچنین، تعداد زنان معتاد متأهل ۴۸/۴۳ درصد بود که بیش از دختران معتاد بوده‌اند. اعتیاد شوهر نیز یکی از اصلی‌ترین عوامل اعتیاد زنان در ایران است. این امر ناشی از مسائل فرهنگی و وابستگی شدید زنان به همسرانشان بویژه از لحاظ اقتصادی است که منجر به اطاعت بی چون و چرا و همنوایی کامل با شوهر می‌شود (روشن قیاس، ۱۳۹۴).

پژوهش‌ها عمدتاً به عوامل جمعیت‌شناختی نظیر سن، تاهل، میزان تحصیلات و عوامل اجتماعی نظیر آشفستگی خانواده اصلی و هسته‌ای، میزان پیوستگی اجتماعی، میزان پابندی فرد به هنجارهای اجتماعی، میزان دینداری، میزان رضایت از زندگی، بیگانگی اجتماعی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و تاثیر اعتیاد شوهر، و نقش اختلالات روانی همچون افسردگی و اضطراب و عوامل خانوادگی نظیر سبک‌های فرزندپروری و شخصیت والدین پرداخته است (منیر پور، ۱۳۹۵). برخی مطالعات نیز از شیوع قابل توجه مصرف داروهای روانگردان بدون تجویز پزشک در زنان حکایت دارند که شاید شایع‌ترین مواد اعتیادآور

در ایران باشد (به نقل از پیشدار، ۱۳۹۱). اطلاعات موجود درباره میزان مصرف هروئین در زنان معتاد، نگران کننده است. همین طور تعداد زنان معتاد به تزریق موادمخدر در ایران بین ۲ یا ۳ هزار نفر تخمین زده می شود (پیشدار، ۱۳۹۱). هال^۱ و همکاران (۲۰۰۵) در بررسی مصرف داروهای محرک در دانشگاه میدوسترن^۲ آمریکا دریافتند که ۱۷ درصد از ۱۷۹ مرد و ۱۱ درصد از ۲۰۲ زن دانشجوی مصرف مواد غیر مجاز و داروهای محرک را گزارش کرده اند. همچنین، نتایج زمینه یابی سال ۲۰۰۸ در جدول زیر نیز نشان می دهد که مشروبات الکلی و حشیش همچنان در صدر جدول هستند (به نقل از صرامی و همکاران، ۱۳۹۲).

جدول ۳: انواع موادمخدر مصرفی توسط دانشجویان در زمینه یابی سال ۲۰۰۸

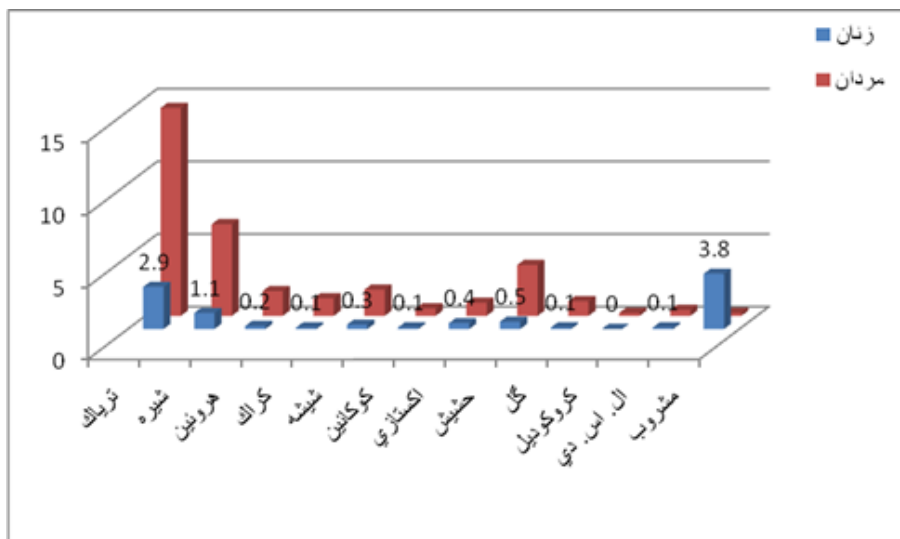
نوع ماده مصرفی	کل دانشجویان	دانشجویان پسر	دانشجویان دختر
مشروبات الکلی	۸۵/۳	۸۵/۶	۸۵/۱
ماری جوانا (حشیش)	۴۶/۸	۴۹/۲	۴۵/۳
قرص های آرام بخش ها	۸/۶	۱۰/۲	۷/۶
قرص اکس	۶/۲	۷	۵/۶
متامفتامین کریستال (شیشه)	۱/۱	۱/۶	۰/۸
هرویین	۰/۷	۱/۲	۰/۳

توجه: در جدول اصلی، نام و میزان مصرف مواد مختلف دیگری وجود داشت که به دلیل رواج نداشتن آنها در کشور ایران، از جدول حذف شده اند.

بررسی وضعیت سوء مصرف مواد زنان در سال ۱۳۸۹ نشان می دهد که میانگین سن مصرف کنندگان زن ۳۷/۳ سال، اولین ماده ی مصرفی تریاک با ۶۳/۹ درصد، هرویین ۵/۱۶ درصد، حشیش ۱۴/۴ درصد، شیر ۲/۱ درصد و سایر مواد ۱ درصد بوده است. همچنین، میانگین سن شروع مواد ۲۷/۵ درصد، شایع ترین علل آغاز مصرف مواد، دردهای جسمانی با ۳۶/۱ درصد، و مشکلات خانوادگی با ۱۵/۵ درصد گزارش شده است (نوری، ۱۳۹۴). تحقیقات نشان می دهد که مصرف مشروبات الکلی در زنان در طی سال های اخیر تغییر کرده است به گونه ای که میزان مصرف مواد در بین دانشجویان دختر در حد دانشجویان پسر افزایش یافته است. تا حدی که شایع ترین ماده ی مصرفی در دانشجویان کشور انگلیس، حشیش بوده است (به نقل از صرامی و همکاران، ۱۳۹۲). نتایج تحقیق یاراحمدی

(۱۳۹۴) نیز نشان می‌دهد که شیشه و تریاک بیشترین فراوانی مصرف در بین مواد را در زنان معتاد دارند که از کل نمونه آماری پژوهش ۲۱ نفر معادل ۲۸ درصد شیشه، ۸ نفر معادل ۰/۰۹ درصد تریاک مصرف می‌کنند. در تحقیق کوثری نیا (۱۳۹۰) آمار اعتیاد در شهرستان کاشان ۴ درصد از کل جمعیت ۳۲۰ هزار نفری (یعنی ۱۲۸۰۰ نفر معتاد)، اعلام شد که قریب به ۷۰۰ نفر (یعنی ۵ درصد) از این تعداد را زنان و دختران تشکیل می‌دادند. بیش از ۸۵۰۰ نفر در مراکز ترک اعتیاد تحت درمان قرار دارند که تقریباً کمتر از نیمی از آن‌ها را در بر می‌گیرد. به طور کلی، شیوه مصرف مواد مخدر در زنان و مردان با هم متفاوت است؛ بدین نحو که شیوه مصرف زنان بیشتر تدخین (کشیدنی) است، در حالی که مردان بیشتر از شیوه‌هایی همچون تزریق استفاده کرده‌اند. انگیزه برای ترک معمولاً در زنان بیشتر است و اغلب از طریق همسر با مواد آشنا شده و معتاد شده‌اند (کوثری نیا، ۱۳۹۰).

براساس تحقیق افکارسنجی دانشجویان، زنان به طور معناداری کمتر از مردان مواد مخدر را مصرف کرده‌اند (نمودار ۱ که در آن فقط داده‌های مربوط به زنان-ستون جلویی- ارائه شده است). همچنین، بین جنس و شاخص نگرش به مواد مخدر نیز رابطه وجود دارد. به این صورت که در مجموع زنان نسبت به مردان نگرش منفی‌تری به مواد مخدر دارند. بر اساس این افکارسنجی، شناخت مردان از مواد بیشتر از شناخت زنان بود و همچنین میانگین نمرات گرایش به اعتیاد در زنان و مردان با اختلاف کمی برابر بوده است. علاوه بر این، مهم‌ترین عامل در گرایش به اعتیاد زنان، "سابقه اعتیاد در خانواده" بود (مرکز افکارسنجی دانشجویان ایران، ۱۳۹۳).



نمودار (۱): مقایسه مصرف مواد توسط زنان و مردان

براساس پژوهش نوری و همکاران (۱۳۸۹) که در زنان معتاد شهر تهران انجام شد، علل شروع مصرف مواد مورد ارزیابی قرار گرفت. در این مطالعه، انگیزه حدود نیمی از این زنان (۴۷/۸ درصد) «لاغری» عنوان شده است. «افزایش تمرکز»، «کنجکاوی»، «افزایش قدرت جنسی» نیز از دیگر دلایل پربسامد این مطالعه بوده است. «افزایش حافظه و سایر قوای ذهنی»، «کارایی بیشتر»، «افزایش انرژی»، «شب بیداری» در مرتبه‌های بعدی قرار گرفته‌اند و در نهایت «ترک سایر مواد مخدر»، «افسردگی»، «شادابی پوست»، «اضطراب» از دیگر دلایل آغاز مصرف ذکر شده‌اند. نتایج پژوهش دیگری تحت عنوان «بررسی شیوع مواد اعتیاد آور در دختران دانشجو» روی ۶۰۱ دانشجوی دختر چهار دانشگاه هنر، تهران، آزاد، شاهد در رشته‌های مختلف، نشان داد که شیوع استعمال سیگار به طور کلی ۱۸/۱ درصد و به تفکیک در دانشگاه هنر ۱۵/۹ درصد، تهران ۱۲/۶ درصد، آزاد ۷/۵ درصد و دانشگاه شاهد ۵/۸ درصد بود. شیوع مصرف قلیان ۱۰/۸ درصد، قرص ۱/۵ درصد، ماری جوانا و حشیش ۰/۷ درصد، پیپ ۰/۵ درصد، هروین ۰/۳ درصد و تریاک ۰/۲ درصد بود (جعفری و همکاران، ۱۳۸۴؛ به نقل از نقویان، ۱۳۹۰). در تحقیق طارمیان، بواله‌ری و پیروی (۱۳۸۹)، نیز مواد افیونی (تریاک و هروین) در دانشجویان مذکر از ۹/۸

تا ۳۱/۸ درصد و در دانشجویان مونث از ۰/۳ تا ۱۳/۵ درصد و در مجموع از ۱/۱ تا ۳۴/۱ درصد بود.

موضوع مهم دیگر در مورد مصرف داروهای نشاط آور، الگوی مصرف آن است. در مقایسه با سایر مواد مخدر تمایل زنان به مصرف اکستازی به مراتب بیشتر است. اگر در مصرف مواد مخدری نظیر هروئین به ازای هر ۱۰ مصرف کننده مرد ۱ مصرف کننده زن وجود داشته باشد در مورد اکستازی این نسبت دو به یک است. به طور کلی، افسردگی و اختلالات اضطرابی در میان زنان شیوع بیشتری دارد و از طرف دیگر زنان به درمان‌های بی سر و صدا علاقه‌مندترند. حالت نئشه و خمودگی که در اعتیاد به سایر مواد مخدر ایجاد می‌شود در مصرف این دارو مشهود نیست. به علاوه، استفاده از آن سریع و راحت است و همچنین به دلیل حمل و نقل راحت و آسان زنان ترجیح می‌دهند از این قرص‌ها برای درمان حالات نامناسب روانی خود استفاده کنند (یاراحمدی، ۱۳۹۴).

از نکات جالب در زمینه اثرات عامل جنسیت در اختلال شخصیت نیز می‌توان مطرح کرد که در بین زنان بالاترین شیوع اختلال شخصیت تحت عنوان اختلال شخصیت جامعه ستیز شناخته می‌شود که این وضعیت در مقایسه با مردان بسیار بالاتر است. در انتقاد به ارتباط بین عامل جنسیت و شیوع آسیب شناسی روانی می‌توان به همبودی اختلالات آسیب‌های روانی پرداخت که این وضعیت در حیطه شیوع‌شناسی و طبقه‌بندی اختلالات روانی همواره مشکلات فزاینده‌ای را برای پژوهشگران و نظریه پردازان بوجود آورده است (شکرزاده، ۱۳۹۱). بررسی شیوع مصرف مواد مخدر در بین ۲۴۰ نفر دانشجوی دختر در سال تحصیلی ۱۳۹۰ در دانشگاه گیلان نشان داد که بین میزان مصرف انواع مواد مخدر بین دانشجویان دختر تربیت بدنی و غیر تربیت بدنی تفاوت معناداری وجود ندارد. با توجه به اینکه در بین دانشجویان غیر تربیت بدنی افرادی بودند که دارای سطح فعالیت بدنی مناسب بودند، در تحلیلی دیگر یافته‌ها نشان داد که در مورد مصرف سیگار و الکل بین دانشجویان فعال و بی تحرک تفاوت معناداری وجود داشت (اراضی و عسکری، ۱۳۹۰).

یافته‌های مطالعه نوری و همکاران که در سال ۱۳۸۹ وضعیت مصرف مواد محرک را در شهر تهران مورد بررسی قرار داد، حاکی از این امر است که نیمی از زنان مصرف کننده

مواد محرک در شهر تهران، مجرد هستند. همچنین حدود ۹۰ درصد این زنان در گروه‌های سنی زیر ۳۵ سال قرار دارند. میانگین سن زنان مصرف کنندگان مواد محرک در شهر تهران ۲۷/۵ سال است. نیمی از زنانی که پیش از مصرف شیشه، بدون اعتیاد قبلی به مواد مخدر، مصرف شیشه را آغاز به نسل جوانی تعلق دارند که اکثریت از طبقه متوسط جامعه بوده و مشمول الگوهای رایج افراد معتاد نمی‌شوند، زیرا در خانواده حد قبلی برای عملکرد وجود ندارد و فاصله عمیقی میان افراد وجود دارد. دلائل مصرف برخی از زنان بیشتر با تکیه بر باورهایی مانند زیباتر شدن، شادابی و بالا بردن انرژی عنوان شده است. حدود نیمی از این زنان دارای سابقه مصرف محرک‌ها بوده و دلیل شروع مصرف این مواد را لاغری، افزایش تمرکز و کنجکاوی به عنوان عمده‌ترین دلایل شروع مصرف مواد محرک ذکر کرده‌اند (به نقل از نوری حکمت، ۱۳۹۵).

نوری، قرقلو، نارنجی‌ها، رفیعی و اکبریان (۱۳۹۰) در یک مطالعه کیفی در میان زنان مصرف کننده به این نتیجه رسیدند که اکثریت افراد مورد مطالعه دارای تحصیلات زیر دیپلم هستند، اما نکته قابل توجه در این مطالعه وجود زنان جوانی بود که در میان جمعیت نمونه این پژوهش مشاهده شدند و دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. این زنان به رغم راه‌یابی به فضای اخذ آگاهی بیشتر، از آسیب‌های اجتماعی محفوظ نماندند و رفتارهای پرخطر مصرف را تجربه کردند. براساس نتایج این پژوهش، حدود نیمی از زنان تحصیلکرده دارای سابقه مصرف محرک‌ها بوده و دلیل شروع مصرف این مواد را لاغری، افزایش تمرکز و کنجکاوی به عنوان عمده‌ترین دلایل شروع مصرف مواد محرک ذکر کرده‌اند. یافته‌های این پژوهش حاکی از این امر بود که اکثریت زنان مورد مطالعه در گروه سنی ۱۸ تا ۳۵ سال قرار دارند. پایین آمدن سن اعتیاد در زنان نیز قابل تأمل است. به نظر می‌رسد که نسل جدید زنان مصرف کننده مواد کسانی هستند که با سرعت بیشتری دوران طلایی مصرف را طی کرده و به اوج تخریب اعتیاد رسیده‌اند. بررسی وضعیت تأهل این زنان حاکی از وجود شرایط نابهنجار بود. غالب این زنان با اجبار شرایط خانوادگی، به ازدواج زودرس در سنین ۱۱ تا ۱۸ سال تن داده و یا ازدواج‌های مکرر و طلاق‌های متعدد داشته‌اند. اولین پیشنهاد دهنده مصرف مواد به این زنان، یک مرد بوده است. این مرد، پدر،

برادر، دوست پسر یا همسر بوده است.

نتایج پژوهشی دیگر درباره شناسایی عوامل اعتیاد زنان در بخش بررسی عامل فردی، کاهش دردهای جسمانی را ۴۷ درصد، کسب لذت را ۲۰ درصد، کنجکاوی را ۲۴ درصد و کمبودهای عاطفی را ۹ درصد گزارش داده است (اصغری، ۱۳۹۴). مصرف تمامی مواد دخانی، موادمخدر صنعتی و سنتی و نیز مشروبات الکلی در کارکنان مرد با فاصله بسیار زیادی بیشتر از زنان است که البته این نتایج با توجه به ماهیت مردانه محیط‌های سنتی نمی‌تواند ملاک مقایسه و ارزیابی بین دو جنس قرار گیرد. اگرچه بروز مصرف مواد در سال‌های اخیر در هر دو جنس افزایش یافته است، ولی سرعت افزایش در سال‌های اخیر در زنان به طور معناداری بیشتر از مردان بوده است (رحیمی موقر، ملایری خواه لنگرودی، دلبرپوراحمدی، امین اسماعیلی، ۱۳۹۰). وسعت و ماهیت سوء مصرف مواد و اعتیاد در زنان کشورمان کمتر شناخته شده است، به همین علت به نیازهای آنان در برنامه ریزی‌های مربوط به اعتیاد کمتر توجه شده است (محمدی، ۱۳۹۲). در یک پژوهش توصیفی-مقطعی که به بررسی اعتیاد در زنان معتاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تهران در سال ۸۵-۸۴ پرداخته بود، از تعداد ۲۱۰۰ نفر معتاد ارجاعی به مراکز تحت مطالعه، زنان ۸/۵ درصد از کل مراجعین را تشکیل می‌دادند (نجاری، ۱۳۸۶). همچنین، در پژوهش دیگری ضرابی و همکاران (۱۳۸۷) ۸۴۵ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گیلان را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج مطالعه آنان نشان داد که فراوانی مصرف مواد یک بار در طی عمر در مردان ۵۹/۳ درصد و در زنان ۱۳/۹ درصد و فراوانی مصرف مواد طی ۳۰ روز گذشته، در مردان ۲۵/۱ درصد و در زنان ۳/۸ درصد بود.

بر اساس نتایج به دست آمده از تحقیق صفری (۱۳۸۳)، به نقل از زهرائی و مهدی‌پور، (۱۳۹۴)، تحت عنوان "اعتیاد و زنان تفاوت‌های جنسیتی در زمینه سوء مصرف مواد و درمان آن" نیز، زنان در روابط نزدیک و صمیمانه بیشتر از طریق همسر خویش به اعتیاد روی می‌آورند. همچنین، نیروهای منفی گروه همسالان ممکن است رفتار دختران و زنان را بیش از رفتار پسران و مردان تحت تأثیر قرار دهد. از نقطه نظر نابسامانی روانی، رابطه بین اختلاف فشار روانی پس از سانحه و اعتیاد ممکن است در بین زنان و دختران قوی‌تر از

این رابطه در بین پسران و مردان باشد. اعتیاد زنان علاوه بر بیماری سوء تغذیه، فشار خون بالا و سرطان، آنان را در معرض بیماری‌های خطرناکی مانند هپاتیت و ایدز قرار می‌دهد. زنان معتاد در مقایسه با مردان احتمال بیشتری دارد دچار ایدز و دیگر بیماری‌های ناشی از روابط جنسی شوند و در مقایسه با زنان دیگر احتمال بیشتری وجود دارد که به بیماری‌های زنانه و معضلات آن دچار شوند. در موانع درمان نگرش منفی اجتماعی درباره اعتیاد زنان و مراقبت از بچه و دریافت حمایت کمتر از خانواده و دوستان عواملی است که مانع از درمان اعتیاد زنان می‌شود. به طور کلی، در ایران، مصرف مواد مخدر بر اساس تصور اکثر افراد جامعه، عمدتاً پدیده‌ای مردانه است و زنان بسیار کمتر از مردان به اعتیاد روی می‌آورند. هر چند آمار دقیقی از میزان جمعیت زنان معتاد در کشور وجود ندارد، اما بر اساس برخی مطالعات، ۹/۶ درصد معتادان کشور را زنان تشکیل می‌دهند. وزارت بهداشت نیز در آمار خود، از رقم ۱ زن معتاد به ازاء هر ۸ مرد معتاد گزارش می‌دهد. برخی گزارش‌ها نیز، از وجود ۷ زن معتاد به ازای هر ۱۰۰ مرد معتاد حکایت می‌کند. از سوی دیگر به گفته مسئولان زندان‌های کشور در حال حاضر، ۵۰ درصد زندانیان زن به دلیل مواد مخدر و اعتیاد در زندان هستند (پور عسگر به نقل از خواجه دلویی و دادگر مقدم، ۱۳۹۲).

نمونه‌هایی از دیگر کشورها نشان می‌دهند که حدود ۹۰ درصد از مجموع تحقیقات انجام شده که به برآورد نرخ اعتیاد زنان پرداخته اند، پس از سال ۱۹۹۰ میلادی منتشر شده‌اند که در واقع بیانگر توجه بیشتر به مقوله جنسیت در تحقیقات بالینی است و متأسفانه به هر ترتیب آمارها و تحقیقات سال‌های اخیر حاکی از این است که نرخ اعتیاد در بین زنان نسبت به دو دهه قبل رو به افزایش است. هم اکنون، حدود ۴۰ درصد از تسهیلات درمانی و بازتوانی در ایالات متحده آمریکا به زنان اختصاص داده شده است و بنا بر آمار رسمی تقریباً ۹ درصد معتادین را زنان و حدود ۱۰ درصد از زندانیان مواد مخدر را زنان تشکیل می‌دهند (حجتی و همکاران، ۱۳۹۰).

در یک بررسی در تایلند در سال ۲۰۰۵، متوسط سن معتادان ارجاعی به مراکز درمانی ۳۵ سال بود. نسبت زن به مرد در آن کشور یک به هفت و اکثر آنان را

مصرف کنندگان تریاک تشکیل می‌دادند. نتایج مطالعه‌ای روی زنان باردار مصرف کننده مواد مخدر در پرتغال در سال ۲۰۰۴ نشان داد که ۸۰ درصد از این افراد دارای همسران معتاد بوده و در دامنه سنی ۲۰ تا ۲۵ سال قرار داشتند. نیمی از افراد فوق مصرف کننده حشیش و مشتقات آن و ۲۸ درصد آن‌ها وابستگی به مصرف تریاک داشتند. مطالعه‌ای در مراکز درمان سوء مصرف ایتالیا نشان داد که ۴۲ درصد از مراجعین را زنان با متوسط سن ۲۵ سال تشکیل داده‌اند که اکثریت آنان در محل کار یا هنگام تحصیل درگیر اعتیاد شده‌اند (سولیگوی، ماگلوچی، نیکولتی، پزوتی و رضا، ۲۰۰۴؛ به نقل از منیرپور، ۱۳۹۴).

نتیجه‌گیری

اعتیاد زنان یک بحث جدی در حیطه سلامت در ایران است. متأسفانه در ایران و کل منطقه خاورمیانه، هیچ گونه گزارش چاپ شده جامع و به روزی در رابطه با زنان معتاد در سطح کشوری، وجود ندارد. این مساله حتی در سطح وسیع‌تر، در حد کشورهای حوزه خلیج فارس، نیز کاملاً مشهود است. حال آن که این گونه مطالعات، به شناخت هر چه بهتر وضعیت کنونی اعتیاد زنان کمک می‌کند و در طراحی برنامه‌های کلان پیشگیری، آموزشی و مداخلات درمانی با توجه بر واقعیات موجود، می‌تواند نقش بسزایی داشته باشد (نوری و قادری، ۱۳۹۵). براساس مطالعات و شواهد موجود اعتیاد زنان یک مسئله اجتماعی است و یک دغدغه شخصی یا نگرانی مقطعی نیست. اما در مورد شدت اعتیاد زنان نسبت به مردان در ایران تفاوت‌هایی وجود دارد. میزان مصرف تزریقی مواد در زنان کمتر از مردان است (رحیمی موقر، ۱۳۸۳). بیشترین گرایش به مواد مخدر و روان گردان در زنانی دیده شده که دارای اختلال شخصیت و جامعه‌گریزی دارند (شکرزاده، ۱۳۹۱؛ یاراحمدی، ۱۳۹۴). تفاوت میان زنان و مردان در بسیاری از جنبه‌های اختلالات مربوط به سوء مصرف مواد، موضوعی است که در طی دو دهه گذشته، نظر بسیاری از محققان را به خود، جلب کرده است. قبل از این امر، توجه به حوزه سوء مصرف مواد، به عنوان حوزه‌ای مردانه تصور می‌شد و بسیاری از تحقیقات در این رابطه، در مورد مردان و اعتیاد آنان بود. توجه اخیری که در بعد پژوهش به بحث اعتیاد زنان شده است عموماً در حوزه اختلالات

مربوط به سوء مصرف مواد، ملاحظات سبب شناختی و ویژگی‌های اجتماعی و فرهنگی اعتیاد زنان در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه است و باید گفت که تمام این تفاوت‌ها، ضرورت‌های خاص خود را در بعد پیشگیری، مداخله و درمان اعتیاد در بر دارد (نوری و قادری، ۱۳۹۵). براساس پژوهش انجام گرفته توسط پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی در سال ۱۳۹۰ نیز سهم زنان از گروه مصرف کننده ۹ درصد بوده است که در این مطالعه سهم زنان در مطالعات قبلی ۴ تا ۵ درصد بالاتر بوده است. هرچند که با توجه به اینکه آمار به دست آمده از این پژوهش برگرفته از اطلاعات به دست آمده از برخی شهرهای استان‌های سراسر کشور بوده است، تعمیم آن به کل کشور نیز قابل تامل است (پژوهشگاه علوم اجتماعی، ۱۳۹۰).

با توجه به آمار زنان معتاد متاهل نسبت به زنان معتاد مجرد نیز می‌توان گفت که همسر معتاد در اعتیاد زنان نقش مهمی دارد. بنابراین برای جلوگیری از اعتیاد زن در خانواده‌ای که مرد معتاد است باید در صدور احکام طلاق و نجات زنان از دام اعتیاد بیشتر دقت کرد. از سوی دیگر، هر چند آمار استفاده زنان از مواد مخدر غیرقانونی کمتر از مردان است، ولی زنان با شروع مصرف، سریع‌تر از مردان گرایش به اعتیاد را نشان می‌دهند و پیامدهای منفی آن را زودتر تجربه می‌کنند. یکی از پیامدهای اعتیاد زنان، خطرات آن برای فرزندان آنان در آینده است (نجفی اصل، ۱۳۹۴). مسأله نگران کننده، روند روبه افزایش شیوع سوء مصرف مواد در دختران و زنان در مقایسه با مردان، طی سال‌های اخیر است. این موضوع با توجه به نقش محوری دختران و زنان در تربیت نسل فعلی و آینده جامعه ایران، از اهمیت مضاعفی، برخوردار است. به رغم آن که اعتیاد و مصرف مواد در ایران و جهان یکی از مشکلات بزرگ اجتماعی معرفی شده است، متأسفانه پژوهش دقیقی درباره بررسی مهم‌ترین علل گرایش آنان به مصرف مواد و همچنین آماری دقیق از مصرف کنندگان تفریحی و معتادان به انواع مواد اعتیادآور در دسترس نیست (بهرامی، ۱۳۸۸ به نقل از نوری و قادری، ۱۳۹۵).

با توجه به یافته‌های حاصل از دو دهه پژوهش شیوع‌شناسی اعتیاد در ایران می‌توان گفت که شیوع اعتیاد در زنان نیز مشابه مردان در حال افزایش بوده و سن اعتیاد با

روش‌های مصرف سریع و مواد خطرناک، نشان‌دهنده کاهش آن است. به طوری که الگوهای مصرف مواد به صورت استفاده از مواد اعتیادآور نظیر کراک، کریستال و تمجیزک در افراد تحصیل کرده به شدت مطرح است (آجیل چی نادری و قائمی، ۱۳۸۹). با توجه به آمارهای ارائه شده هرچند غیردقیق می‌توان جمعیت زنان معتاد را در کشور حدوداً ۱۱۴ هزار نفر یعنی ۶ تا ۸ درصد تخمین زد (میری آشتیانی، ۱۳۸۵). یافته‌های گزارش شده در تحقیق یعقوبی، طارمیان، پیروی و ظفر (۱۳۹۱)، بیانگر نسبت مصرف همه موادی است که مورد سؤال قرار گرفته‌اند (قلیان، سیگار، مشروبات الکلی، تریاک، حشیش، قرص اکس، شیشه، کراک و هروئین)، و نشان می‌دهد که در بین دانشجویان دختر و پسر به طور معناداری متفاوت است و این نسبت در دانشجویان پسر بیشتر از دختران است. در واقع، خطر مرد بودن در رابطه با رفتارهای مرتبط با مواد مخدر بیشتر از زن بودن است. سهم بیشتر دانشجویان پسر در مصرف سایر مواد در پژوهش طارمیان و همکاران (۱۳۸۹) و شمس‌علیزاده (۱۳۸۷)، سیام (۱۳۸۵)، ضربابی و همکاران (۱۳۸۷)، بحرینیان و همکاران (۱۳۸۳) و کاربخش و زندی (۲۰۰۷) گزارش شده است (به نقل از یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۳). برخی مطالعات دیگر نیز در جمعیت‌های محدود زنان بویژه در شهرهای بزرگ اذعان دارند که الگوهای رایج اعتیاد در حال دگرگونی است و نمودهای جدیدی از وابستگی به مواد در حال ظهور و بروز است. افزایش گرایش اقشاری از دختران و زنان جوان متعلق به طبقه متوسط مانند دانشجویان دختر در ایام امتحانات به سوء مصرف مواد از جمله این نمودهای جدید است (رحیمی موقر، ۱۳۸۳). بنابراین، موضوع اعتیاد زنان یک مشکل اجتماعی پنهان است. زیرا فضای سنتی حاکم بر خانواده‌ها و جامعه به زنان معتاد اجازه نمی‌دهد که اعتیادشان را اعلام کنند. از طرفی در فرهنگ ایران، مصرف مواد توسط زنان، ناهنجارتر از مردان تلقی می‌شود. بنابراین، زنان معتاد برای دریافت خدماتی مانند ترک و درمان اختلالات روانی ناشی از سوء مصرف مواد مشکلات زیادی دارند. لذا اعتیاد چالش‌های متفاوتی برای سلامت زنان معتاد ایجاد کرده است. به طور کلی و با توجه به آمارهای ارائه شده، جمعیت زنان معتاد به مواد افیونی بالا است. با توجه به مطالعات انجام شده، مصرف مواد در زنان (بویژه مصرف تزریقی) با آسیب‌های دیگر مانند فرار از خانه و

روسیگری همراه است. اختلالات افسردگی یا اضطراب، شایع‌ترین بیماری در نزد معتادان است. رفتارهای خودکشی، آسیب‌پذیری بالا، عزت نفس پایین در زنان معتاد بیشتر از دیگران است. بنابراین، توجه به مشکلات روانی زنان معتاد به دلایلی مانند آسیب‌پذیر بودن آن‌ها در مقابل انحرافات اجتماعی و ویژگی‌های جنسیتی ضرورت دارد (مقرنسی، کوشان، گلستانه، سید احمدی، کیوانلو، ۱۳۹۰).

یافته‌های تحقیق روشن‌کننده قیاس (۱۳۹۴) نشان می‌دهد که از هم‌گسستگی خانواده زن و شوهری، نابسامانی خانواده زن و شوهری، پایگاه اقتصادی-اجتماعی و پایگاه اقتصادی-اجتماعی آرمانی (پایگاهی که فرد آرزو دارد) اعتیاد زنان مؤثر بوده است. علاوه بر این، افزایش احساس پیوستگی یا تعلق به جامعه، میزان پایبندی فرد به هنجارهایی که از سوی اجتماع پذیرفته شده‌اند، موجب کاهش آلودگی زنان به اعتیاد می‌شود. افزایش میزان ییگانگی اجتماعی زنان مجرم، شدت آلودگی آنها به موادمخدر را افزایش می‌دهد. به همین منظور لازم است برای جلوگیری از ازدواج دختران با افراد معتاد، صدور گواهی عدم اعتیاد با دقت و مسئولیت بیشتری از سوی مسئولین ذی صلاح صورت گیرد، به طوری که در صورت کشف خلاف، مسئولین مربوطه، مورد را پیگرد قانونی نموده و جریمه‌های سنگینی را تعیین کنند. در حالی که امروزه به جهت عدم دقت کافی در این زمینه، افراد معتاد می‌توانند با شیوه‌های مختلف گواهی عدم اعتیاد دریافت کنند و به عنوان یک فرد عاری از اعتیاد، ازدواج کرده و یا به عنوان کارمند فعالیت کنند و خانواده‌ها با اطمینان از این برگه تأیید صلاحیت، دختر خود را همسر فردی معتاد کنند که بعد از مدتی یا اعتیاد همسر را به دنبال داشته یا فرزندان معتادی را تحویل جامعه می‌دهد (قاسمی روشن، ۱۳۹۳). درمان زنان مصرف‌کننده مواد طی سال‌های اخیر به علت ورود شیشه (از گروه آفتامین‌ها) بسیار دشوار شده است. بسیاری از بیمارستان‌ها و مراکز درمانی سرپایی، زنان معتاد را نمی‌پذیرند، بویژه اگر این زنان، حامل ویروس ایدز یا حامله باشند. دلایل پذیرش محدود زنان در مراکز درمانی از قبیل نبود بخش‌های جداگانه و تخصصی برای زنان و نبود تخصص در تعامل با معتادان زن یا حامله یا ترس از انتقال ویروس ایدز به دیگر بیماران و کارکنان مراکز بهداشتی است (حسنی، ۱۳۹۵). نظر به مشکلات بیشتر برای زنان

در زمینه درمان و ترک اعتیاد، لازم است اقدامات حمایتی درباره درمان زنان معتاد و انجام درمان رایگان ترک مورد توجه قرار گیرد. با توجه به آمارهای ارائه شده نه چندان دقیق، می توان جمعیت تقریبی زنان معتاد در کشور را ۱۱۴ هزار نفر (۸ تا ۶ درصد) تخمین زد (وجدان پرست، ۱۳۹۴). با عنایت به بررسی های صورت گرفته در زمینه شیوع شناسی اعتیاد باید متذکر شد که توجه جدی تر به بحث اعتیاد زنان، نیاز به انجام تحقیقات بیشتری از نوع شیوع شناسی است. درواقع، بررسی شیوع شناسی اعتیاد زنان می تواند به برنامه ریزی های پیشگیرانه در اعتیاد زنان و متعاقب آن به ارائه خدمات درمان بهتر کمک شایانی کند.

در نهایت، با اطلاع رسانی و انجام تبلیغات گسترده رسانه ای باید آحاد جامعه بویژه زنان را متوجه کرد که اعتیاد به مواد روانگردان خصوصاً شیشه نه تنها تناسب اندام به همراه ندارد، بلکه ممکن است در استفاده بعدی باعث از دست دادن تناسب و ایجاد مشکلات روانی و جسمی شود. همچنین، در چارچوب نتایج تحقیقات پیشنهاد می شود که با برگزاری کلاس های عمومی برای جامعه هدف شامل دختران دبیرستانی، دانشجو و سایر گروه های اجتماعی زمینه کسب آگاهی و فرهنگ سازی در زمینه تأثیر روابط با دوستان مستعد مصرف مواد از جمله زنان سیگاری، زنان مصرف کننده الکل و همچنین زنان دارای رفتارهای جنسی خطرناک از آلوده شدن به این بیماری جلوگیری کنند (یاراحمدی، ۱۳۹۴). به طور کلی، براساس پژوهش های اخیر مشخص شده است که میزان مصرف مواد در میان زنان نیز افزایش قابل توجهی داشته و در برخی پژوهش ها با میزان مصرف مواد در مردان تفاوت معناداری ندارد (یعقوبی، ۱۳۹۳).

به طور کلی، نتایج تحقیقات مختلف مبین نگرانی ناشی از گرایش روزافزون زنان به مواد صنعتی و روانگردان است. این مهم شاید به این خاطر باشد که نمی توان نقش همسر معتاد در اعتیاد زنان را نادیده گرفت. به همین دلیل لازم است برای جلوگیری از اعتیاد بیشتر زنان از طریق اطلاع رسانی و انجام تبلیغات گسترده رسانه ای، آحاد جامعه از جمله زنان را آگاه تر کرد، که اعتیاد به انواع مواد بویژه شیشه، نه تنها تناسب اندام به همراه ندارد، بلکه باعث مشکلات عدیده جسمی و روانی می شود. در نهایت راه کارهایی همچون

انجام مستمر پژوهش‌های شیوع‌شناسی زنان و همچنین، گسترش اقدامات حمایتی زنان با هدف پیشگیری و درمان گرایش به اعتیاد آنان یا محافظت بیشتر از زنان دارای همسر معتاد می‌تواند در جلوگیری از افزایش اعتیاد زنان مؤثر باشد.

منابع

- اختیاری، حامد و محمدی، محمد (۱۳۸۸). یافته‌های موجود و چالش‌های پیش روی سوء مصرف مواد توسط دختران و زنان، مجموعه مقالات پژوهش سوء مصرف مواد/درسال‌های ۸۹-۱۳۸۷، دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- اراضی، حمید و عسگری، بهمن (۱۳۹۰). شیوع مصرف مواد مخدر در بین دانشجویان دختر تربیت بدنی و غیر تربیت بدنی. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۵(۱۹)، ۷۰-۵۷
- اصغری، فرهاد (۱۳۹۴). بررسی عوامل روانشناختی، اجتماعی و فردی گرایش به مصرف مواد محرک در معتادان به شیشه در استان گیلان. گزارش طرح پژوهشی مصوب ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری.
- اصغری، فرهاد (۱۳۹۴). بررسی وضعیت روانی معتادان زن مراجعه کننده به مراکز درمانی استان گیلان. گزارش طرح پژوهشی مصوب ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری.
- امانی، حسن (۱۳۹۲). رابطه بین تاب‌آوری و سرسختی روان‌شناختی با گرایش به اعتیاد در دانش آموزان دوره متوسط. پایان نامه کارشناسی ارشد. چاپ نشده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر.
- آجیل چی نادری، امیر و قائمی، فاطمه (۱۳۸۹). رابطه ویژگی‌های شخصیتی زنان معتاد با نظم اجتماعی. فصلنامه، نظم و امنیت انتظامی، ۴(۲)، ۴۹-۶۹
- آقابابایی، مریم (۱۳۹۴). تبیین مدل تحلیل اعتیاد به افمتامین (شیشه) به وسیله شاخص‌های روانی، ویژگی‌های شخصیتی و جمعیت شناختی در زنان شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد.
- پیشدار، مهناز (۱۳۹۱). بررسی مقایسه‌ای ساختار و محتوای اخبار و مطالب مربوط به اعتیاد در روزنامه‌های ایران و همشهری در سال ۱۳۹۰. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد جنوب.
- پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی (۱۳۹۰). طرح ملی شیوع‌شناسی مصرف مواد مخدر در میان شهروندان جمهوری اسلامی ایران. ستاد مبارزه با مواد مخدر-ریاست جمهوری.

جعفرزاده، مهناز (۱۳۹۲). تدوین راهنمای عملی درمان شناختی رفتاری سوء مصرف مواد برای زنان با تمرکز بر نیازهای خاص زنان برای درمان. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه خوارزمی.

حجتی، سوده؛ نوری، رویا؛ دیباجی، شکوفه؛ اکبری، کاوه (۱۳۹۰). بررسی وضعیت اعتیاد زنان به مواد مخدر. کمیته مبارزه با مواد مخدر مجمع تشخیص مصلحت نظام.

حسنی، محمدحسین (۱۳۹۵). تحلیل جامعه‌شناختی اعتیاد زنان در شهر زنجان در سال‌های ۹۲ و ۹۳. گزارش طرح مصوب ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری.

خسروی، عزت‌الله (۱۳۹۲). تحلیل چرایی ناکارآمدی برنامه‌های پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌ها از نظر جوانان و مسئولان شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه اصفهان.

خواجه دلویی، محمد و دادگر مقدم، ملیحه (۱۳۹۲). اعتیاد مادر در بارداری و اعتیاد فرزند در دوران نوجوانی و جوانی. مجله زنان، مامایی و نازایی ایران، ۱۶ (۵۲)، ۷-۱.

رحیمی موقر، آفرین؛ ملایری خواه لنگرودی، زهرا؛ دلبرپور احمدی، شهناز و امین اسماعیلی، معصومه (۱۳۹۰). بررسی کیفی نیازهای زنان برای درمان اعتیاد. مجله ی روان پزشکی و روان

شناسی بالینی ایران، ۱۷ (۲)، ۱۱۶-۱۲۵.

رحیمی موقر، آفرین (۱۳۸۳). شیوع و الگوهای مصرف مواد و اعتیاد زنان در ایران. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ۳ (۱۲)، ۲۲۶-۲۰۳.

رشیدی نژاد، زهرا (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین راهبردهای مقابله و ویژگی‌های شخصیتی در زنان معتاد مراجعه کننده به مراکز درمان و کاهش آسیب استان گیلان. گزارش طرح مصوب ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری.

روشن قیاس، کلثوم (۱۳۹۴). بررسی علل گرایش زنان به مواد مخدر و روانگردان و روش‌های پیشگیری از اعتیاد آنها در شهر قزوین. گزارش طرح مصوب ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری

زهرانی، نسیم؛ مهدی‌پور، بهارک (۱۳۹۴). تعیین وضعیت جمعیت شناختی زنان معتاد مراجعه کننده به مراکز درمان و بررسی میزان آسیب دیدگی فردی، اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی آنان. طرح پژوهشی دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری.

شکرزاده، شهره (۱۳۹۱). بررسی عوامل مرتبط با مصرف شیشه و تعیین سهم و نقش هر یک از آن‌ها در بین نوجوانان و جوانان شهر تهران. گزارش طرح مصوب ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری.

صرامی، حمید؛ قربانی، مجید؛ تقوی، منصور (۱۳۹۲). بررسی دو دهه تحقیقات شیوع شناسی مصرف مواد در بین دانشجویان دانشگاه‌های ایران. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۷ (۲۷)، ۲۱، ۱۴-۱۵.

صرامی، حمید؛ قربانی، مجید؛ مینویی، محمود (۱۳۹۲). بررسی چهار دهه تحقیقات شیوع شناسی اعتیاد در ایران. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۷ (۲۶)، ۲۹-۵۲.

ضرابی، هما؛ نجفی، کیومرث؛ شیرازی، مریم؛ برنا، سیروس؛ صباحی، عمادالدین و نظیفی، فاطمه (۱۳۸۷). شیوع مصرف مواد مخدر در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گیلان (۸۵-۱۳۸۴)،

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۱۲ (۴)، ۷۴-۶۹

طارمیان، فرهاد (۱۳۸۷). نقش و اثر تحقیقات ایمنولوژیک در پیشگیری از مصرف مواد، ماهنامه ژرفای تریب (نشریه دفتر پیشگیری از سوء مصرف مواد وزارت آموزش و پرورش)، شماره ۶.

طارمیان، فرهاد؛ بوالهری، جعفر و پیروی، حمید (۱۳۸۹). شیوع شناسی مصرف مواد در بین دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران با بررسی عوامل خطر و حفاظت کننده. ستاد مبارزه با مواد مخدر.

ظهور، علی رضا (۱۳۸۰). عوامل مؤثر در استفاده از سیگار و مواد مخدر در دانشجویان دانشگاه شهید باهنر شهر کرمان در سال ۱۳۸۰. نشریه اصول بهداشت روانی، ۳ (۱۲ و ۱۱)، ۱۰۴-۹۹.

فتحی، آیت الله (۱۳۹۴). رابطه ارزش‌های دینی خانواده با گرایش به اعتیاد در نوجوانان و جوانان شهر تبریز. گزارش طرح پژوهشی مصوب ستاد مبارزه با مواد مخدر.

قاسمی روشن، ابراهیم (۱۳۹۳). از اعتیاد زنان تا نابسامانی. مطالعات راهبردی زنان، ۲۲، ۱۵۱-۱۳۰
قربانی، مجید و یآوری، امیرحسین (۱۳۸۸). همه‌گیر شناسی سوء مصرف مواد مهم‌ترین رویکرد کاهش تقاضا و مقدمه‌ای بر برنامه‌ریزی‌های پیشگیری از اعتیاد. مجموعه مقالات نخستین کنگره کشوری پیشگیری از سوء مصرف مواد، صص ۹۳-۱۱۶.

کاکویی دینکی، عیسی. قوامی، نسرین السادات (۱۳۹۴). بررسی ویژگی‌های جنسیتی و پیامدهای گرایش زنان به سوء مصرف مواد مخدر. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۱ (۴)، ۳۲-۹.

- کوثری نیا، فاطمه (۱۳۹۰). تحلیل و بررسی جرایم مربوط به مواد مخدر در شهرستان کاشان. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
- گلانتز، م؛ هارتل، ک (۱۳۸۵). سوء مصرف مواد با خواستگاه ها و گذرگاه ها. ترجمه مسعود محمدی، مجید قربانی، انتشارات ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری. ۲۸۴-۲۸۳
- محمدی، کوروش (۱۳۹۲). میزان شیوع اعتیاد در محیط های صنعتی. گزارش طرح پژوهشی مصوب ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- مرکز افکارسنجی دانشجویان ایران (ایسپا) (۱۳۹۳). نگرش مردم به مواد مخدر و روانگردان ها و نحوه مصرف آن ها (گزارش کل کشور). گزارش طرح پژوهشی مصوب ستاد مبارزه با مواد مخدر. ص ۱۸
- مزیانی، ربابه (۱۳۸۹). زنان و اعتیاد (چکیده دهمین همایش پیاپی سالیانه انجمن علمی روانپزشکان ایران). مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۱۶ (۳)، ۳۴۲.
- مقرنسی، مهدی، کوشان، محسن، گلستانه، فرشته، سید احمدی، محمد و کیوانلو، فهیمه (۱۳۹۰). تأثیر یک دوره ایرویک بر سلامت روان زنان معتاد. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، ۱۸ (۲)، ۹۷-۹۱.
- منیرپور، نادر (۱۳۹۵). بررسی علل اعتیاد در زنان استان قم: نقش عوامل روانشناختی، کارکرد خانواده و حمایت اجتماعی. طرح پژوهشی دفتر تحقیقات دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری.
- مومنی، فاطمه (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین علل گرایش به مواد مخدر با سبک دلبستگی و ابعاد هویت زنان استان خراسان شمالی. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری.
- میری آشتیانی، الهام (۱۳۸۵). جامعه شناسی اعتیاد. تهران: نشر دیدآور، چاپ اول.
- نارنجی ها، هومان؛ رفیعی، حسن؛ باغستانی، احمد رضا؛ نوری، رویا؛ غفوری، بهاره و سلیمانی نیا، لیلا (۱۳۸۶). ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در کشور. گزارش طرح پژوهشی مرکز تحقیقات سوء مصرف مواد، دانشگاه بهزیستی و توان بخشی.
- ناصری پلنگرد، سهیلا؛ محمدی، فریا؛ دوله، معصومه و ناصری، محبوبه (۱۳۹۲). عوامل مؤثر بر اعتیاد، فصلنامه زن و فرهنگ، ۴ (۱۶)، ۹۴-۸۳

نجاری، فارس (۱۳۸۶). بررسی اعتیاد در زنان معتاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تهران در سال ۸۵-۸۴. *مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، ۲۵ (۴)، ۴۶۳-۴۵۷.

نجفی اصل، زهره (۱۳۹۴). *نگاهی آسیب شناسانه به اعتیاد در خانواده های تهرانی*. گزارش طرح پژوهشی مصوب ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری.

نقیویان، سمیه (۱۳۹۰). *بررسی علل گرایش به مصرف مواد در میان دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد بابل*، پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بابل.

نوری، رویا. قرقلو، بابک. نارنجی ها، هومان. رفیعی، حسن و اکبریان (۱۳۹۰). *بررسی نیازهای زنان مصرف کننده مواد شهر تهران در زمینه کنترل اعتیاد و پیشگیری از ابتلا به HIV/AIDS*؛ گزارش دفتر مبارزه با جرم و مواد مخدر سازمان ملل در تهران.

نوری، رویا؛ رفیعی، حسن؛ نارنجی ها، هومان؛ باغستانی، احمدرضا؛ کیومرثی، علیرضا؛ قرقلو، بابک؛ دیلمی زاده، عباس؛ اکبریان، مهدی و قادری، صلاح الدین (۱۳۸۹). *بررسی روند مصرف مواد محرک در شهر تهران؛ واحد پژوهش جمعیت تولد دوباره*، گزارش طرح پژوهشی مؤسسه مطالعات رفتاری و اجتماعی دفتر مبارزه با جرم و مواد مخدر سازمان ملل در تهران.

نوری حکمت، سمیه (۱۳۹۵). *برآورد جمعیت زنان دارای سوء مصرف مواد در شهر کرمان با استفاده از روش PRM و بررسی علت شناختی آن در سال ۱۳۹۴*. طرح پژوهشی دفتر تحقیقات دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری.

نوری، رقیه (۱۳۹۴). *تبیین علل بازگشت به مصرف مواد در زنان وابسته به سوء مصرف مواد در شهر سنندج*، پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان.

نوری، رویا؛ قادری، صلاح الدین (۱۳۹۵). *سبب شناسی حساس به جنس واره در زنان وابسته به مواد اعتیاد آور در شهر تهران ۱۳۹۵-۱۳۹۴*. طرح پژوهشی دفتر تحقیقات دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری.

وجدان پرست، حسین (۱۳۹۴). بررسی علل گرایش زنان به مواد مخدر و روان گردان و روش پیشگیری از اعتیاد آنان در شهر تبریز. گزارش طرح مصوب ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری.

یاراحمدی، یحیی (۱۳۹۴). بررسی عوامل مؤثر بر گرایش زنان به اعتیاد به مواد مخدر و روانگردان‌ها. گزارش طرح پژوهشی مصوب ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری. یعقوبی، حمید؛ طارمیان، فرهاد؛ پیروی، حمید؛ ظفر، مسعود (۱۳۹۳). شیوع مصرف مواد در دانشجویان دانشگاه های تابع وزارت علوم، تحقیقات و فناوری (سال ۱۳۹۱). فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۸ (۳۲)، ۳۶-۹.

سایت فارو به آدرس <http://fararu.com/fa/news/11462>

مقایسه افکار خودکشی، پرخاشگری و شخصیت مرزی در معتادین به مواد مخدر با توجه به نوع ماده مصرفی

الهه زارعی مته کلایی^۱، محمدعلی محمدی‌فر^۲، محمود نجفی^۳

چکیده

مطالعه حاضر با هدف مقایسه افکار خودکشی، ویژگی‌های شخصیت مرزی و پرخاشگری در معتادین با توجه به نوع ماده مصرفی انجام شد. این پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. نمونه این پژوهش ۳۰۰ نفر از معتادین مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر سمنان بود که با توجه به ملاک‌های ورود به این پژوهش براساس نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. در این پژوهش از سه پرسشنامه افکار خودکشی، پرخاشگری باس و پری و پرسشنامه شخصیت مرزی استفاده شد. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره تحلیل شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که افکار خودکشی، ویژگی‌های شخصیت مرزی و پرخاشگری در معتادین مصرف کننده مواد محرک بالاتر از معتادانی بود که مواد مخدر یا ترکیبی از مواد را مصرف می کردند. بود. نتایج این پژوهش از اهمیت نوع ماده مصرفی در افکار خودکشی و شخصیت مرزی و پرخاشگری که از عوامل مرتبط با افکار خودکشی هستند حکایت داشت. بنابراین توجه به نوع ماده مصرفی در پیشگیری از خودکشی ضروری به نظر می‌رسد.

کلید واژه‌ها: خودکشی، شخصیت مرزی، پرخاشگری، مواد مخدر، مواد محرک

۱. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان شناسی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران، پست الکترونیک

alimohammadyfar@semnan.ac.ir

۳. استادیار گروه روان شناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

مقدمه

مطالعات مربوط به خودکشی طیف رفتار خودکشی را بررسی می کنند که دارای دامنه‌ای از فکر خودکشی، تهدید به خودکشی و اقدام به خودکشی تا خودکشی کامل است. بنا به تعریف، افکار خودکشی به افکار مربوط به آرزوی مردن، برنامه‌ریزی برای زمان و مکان و نحوه خودکشی و اثر آن بر دیگران اطلاق می‌شود و یا این که افکار خودکشی به عنوان یک پاسخ مثبت به این سؤال است که آیا شما فکر گرفتن زندگی خود را دارید حتی اگر شما واقعا نخواهید این کار را انجام دهید؟ خودکشی موفق نیز عبارت است از گرفتن جان خویش به دست خویشتن، در صورتی که آسیب منجر به مرگ شود خودکشی موفق نامیده می‌شود و اگر منجر به مرگ نشود اقدام به خودکشی تلقی می‌گردد (علیزاده اصلی، فرقانی رامندی، علیرضایی، علیخانی و قدیری، ۱۳۹۰). خودکشی یک مشکل عمده سلامت عمومی و یکی از دلایل اصلی مرگ و میر در جهان است. سازمان جهانی بهداشت تخمین زده است که تا سال ۲۰۲۰، حدود ۱/۵۳ میلیون نفر از خودکشی خواهند مرد و در سراسر جهان جمعیت افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند ۱۰ تا ۲۰ برابر افزایش خواهد یافت. این تخمین بیانگر این است که به طور متوسط یک مرگ در هر ۲۰ ثانیه و یک تلاش خودکشی در هر ۱ تا ۲ ثانیه اتفاق خواهد افتاد. هزینه اقدام به خودکشی تنها از دست دادن زندگی نیست، چرا که این اقدام فشار روانی بسیاری را بر اعضای خانواده و دوستان فرد تحمیل می‌کند و علاوه بر این هزینه‌هایی را نیز به منابع عمومی وارد می‌کند به این صورت که افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند نیازمند دریافت کمک از جانب موسسات مراقبت بهداشتی و روانی هستند (گوین و آپتر^۱، ۲۰۱۲). این امر و میزان بالای خودکشی و اقدام به آن سبب گردیده تا پژوهشگران عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی را مورد بررسی قرار دهند و به این نتیجه برسند که پرخاشگری و شخصیت مرزی با خودکشی مرتبط هستند (موسوی، کرامتیان، مراسی و فولادی، ۲۰۱۲؛ کر و کاپالدی^۲، ۲۰۱۰؛ زانگ و همکاران^۳؛ هیندوجا و پاتچین^۴، ۲۰۱۰)؛ فایت، استاپل بین،

گرینینگ و پردی^۱؛ ۲۰۱۱؛ لگن و همکاران^۲؛ ۲۰۰۹؛ لیونگ، یو، لای و فو^۳؛ ۲۰۱۲؛ سگال، مارتی، می‌یر و کولدیج^۴؛ ۲۰۱۲؛ بلک، بلوم، پفوھی و هال^۵؛ ۲۰۱۲؛ شارپ و همکاران^۶؛ ۲۰۱۲؛ سلطانی نژاد و همکاران، ۲۰۱۳؛ نتا، ایزال، دورون، می‌آیر و آلان^۷؛ ۲۰۰۳).

از دیگر عواملی که در ارتباط با خودکشی مطرح می‌شود اعتیاد است. اختلال مصرف مواد در ایران به عنوان یک تهدید بزرگ برای سلامت اجتماعی کشور در نظر گرفته می‌شود چرا که علاوه بر اثرات مخربی که بر سلامت جسمی و روانی فرد دارد؛ دارای پیامدهای منفی برای خانواده و متعاقب آن برای جامعه است و همچنین با مشکلات و پدیده‌های منفی زیادی از جمله خودکشی در ارتباط است. مطالعات نشان داده است که نرخ خودکشی در افراد با سوء مصرف مواد، بالاتر از افراد عادی است (اسکیان، کرائوس، بابا، عبدالکدیر و معصومیان شرقی^۸؛ ۲۰۱۶؛ پنی، مازمانیان، جامیسون و بلک^۹؛ ۲۰۱۲؛ بریدج، گلدستین و برنت^{۱۰}؛ ۲۰۰۶). وابستگی به مواد شامل نیاز جسمی یا روانی به ادامه مواد به رغم عواقب نامطلوب آن است (مرکادو و همکاران^{۱۱}؛ ۲۰۱۶) و شواهد در این زمینه حاکی از این است که یکی از دلایل افزایش خودکشی افزایش سوء مصرف مواد مخدر و روان گردان‌ها است (هاون و همکاران^{۱۲}؛ ۲۰۰۴؛ کامینر^{۱۳}؛ ۱۹۹۲؛ مکتری، تیشلر و کلی^{۱۴}؛ ۱۹۸۳؛ مونی و همکاران^{۱۵}؛ ۲۰۰۸؛ کوهن و همکاران^{۱۶}؛ ۲۰۰۴؛ کالکستین و همکاران^{۱۷}؛ ۲۰۰۰؛ جونز^{۱۸}؛ ۱۹۹۷؛ دهاون، سینگ باله‌ارا و امفیل^{۱۹}؛ ۲۰۰۷؛ اشنایدر^{۲۰}؛ ۲۰۰۹؛ اشنایدر و همکاران، ۲۰۰۹).

1. Fite, Stopplbein, Greening & Preddy
2. Ligen
3. Leung, You, Lai & Fu
4. Segal, Marty, Meyer & Cooldige
5. Black, Blum, Pfohi & Hale
6. Shar
7. Netta, Israel, Doron, Meire &
8. Askian, Krauss, Baba, Abdul Kadir & Masoumian Sharghi
9. Penney, Mazmanian, Jamieson & Black

10. Bridge, Goldstein & Brent
11. Mercado
12. Hoven
13. Kaminer
14. Mckenry, Tishler & Kelley
15. Mooney
16. Cohen
17. Kalechstein
18. Jones
19. Dhawn, Singhbalhara & Mphl
20. Schneider

اختلالات مصرف مواد به تنهایی یا در ترکیب با سایر اختلالات روانپزشکی بارها و بارها منجر به مرگ شده‌اند. اختلالات روانپزشکی که همراه سوء مصرف مواد هستند اختلالات اضطرابی، اسکیزوفرنی و اختلالات شخصیت و به خصوص خوسه دوم اختلال شخصیت هستند (برادویک، برگلاند، فرانک، لیندگرین و لون هلم^۱؛ کامینر، ۱۹۹۲). مطالعاتی که در این زمینه انجام شده است حاکی از ارتباط سوء مصرف مواد مخدر و روان گردان‌ها با پرخاشگری و شخصیت مرزی بوده است (متسون، افارل، لوفگرین، کانینگ‌هام و مارفی^۲، ۲۰۱۲؛ فرناندز- مونتالوو، لویز- گونی و آرتگا^۳، ۲۰۱۲؛ پلادمان، فلیشر، مکین، پری و لومبارد^۴، ۲۰۱۰؛ اسکادال، اولدهام و گالاهر^۵، ۱۹۹۹؛ باکیاردی و همکاران^۶، ۲۰۱۲؛ آدلاف، کورف، هریسون و اریکسون^۷، ۲۰۰۶؛ برچت و هریک^۸، ۲۰۱۳؛ کارتیر، فارابی و پرندرگست^۹، ۲۰۰۶؛ ارنست، ویس، انرایت- اسمیت، هیلتن و بیرد^{۱۰}، ۲۰۰۸؛ لاپورث و همکاران^{۱۱}، ۲۰۰۹؛ باسکین- سامرز و سامرز^{۱۲}، ۲۰۰۶؛ سامرز و باسکین^{۱۳}، ۲۰۰۶؛ ترول، شر، مینکس- برون، دارین و بور^{۱۴}، ۲۰۰۰).

اما با وجود مطالعات مختلف در زمینه ارتباط مواد مخدر با خودکشی، شخصیت مرزی و پرخاشگری مطالعات اندکی به بررسی و مقایسه اثرات مواد مخدر گوناگون بر این متغیرها پرداخته‌اند، بنابراین با توجه به این امر و همچنین با توجه به رشد رو به افزایش خودکشی و اهمیت پیشگیری از این پدیده که در گرو شناسایی عوامل مؤثر بر آن است و همچنین با در نظر گرفتن نقشی که سوء مصرف مواد بر افزایش این پدیده دارد سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بین افکار خودکشی، ویژگی‌های شخصیت مرزی و پرخاشگری در معتادان مصرف کننده مواد مخدر و مواد محرک تفاوت وجود دارد؟

1. Bradvik, Berglund, Frannk, Lindgren & Lowenhielm
2. Mattson, Farrell, Lofgreen, Cunningham & Murphy
3. Fernandez- Montalvo, Lopez-Goni & Arteaga
4. Pluddemann, Flisher, Mcketin, Parry & Lombard
5. Skodol, Oldham & Gallaher
6. Bacciardi

7. Adlaf, Korf, Harrison & Erickson
8. Brecht & Herbeck
9. Cartier, Farabee & Prendergast
10. Ernst, Weiss, Enright-Smith, Hilton & Byrd
11. Lapworth
12. Baskin-Sommers & Sommers
13. Sommers & Baskin
14. Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin & Burr

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه این پژوهش کلیه معتادین مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد سطح استان سمنان بودند که از این میان ۵ کلینیک به تصادف انتخاب شدند. به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰۰ نفر از معتادان با توجه به ملاک‌های ورود به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. افراد نمونه با توجه به نوع مواد مصرفی در ۳ گروه مصرف‌کنندگان مواد محرک، مواد مخدر و ترکیبی از مواد محرک و مخدر قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: مذکر بودن، دامنه سنی ۲۰-۴۰ سال، عدم وجود حادثه ناخوشایند در چند ماه اخیر، عدم مراجعه به روان‌شناس یا روانپزشک به دلیل مشکل روانی دیگری به جز اعتیاد و اینکه بیشتر از یک ماه از زمان ورود آن‌ها به کلینیک نگذشته باشد. ملاک‌های خروج پژوهش عبارت بودند از: جنسیت مونث، داشتن بیماری جسمی سخت (مثل بیماری قلبی، ایدز، سرطان، مالیتیل اسکروزیز).

ابزار

۱- مقیاس اندیشه خودکشی: این مقیاس توسط محمدی‌فر، حبیبی و بشارت در سال ۱۳۸۴ ساخته و هنجاریابی شده است. دارای ۳۸ گویه است که در طیف لیکرت از ۰ تا ۳ به معنای هرگز تا همیشه نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس ۵ بعد احساس گناه و خود تخریب‌گری، ناامیدی و احساس حقارت، انزوا طلبی و فقدان رابطه، رکود و ایستایی، و افسردگی را می‌سنجد. ضرایب آلفای کرونباخ برای این ۵ بعد به ترتیب عبارتند از ۰/۸۳، ۰/۸۴، ۰/۸۰، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ گزارش شده است (پورشریفی و همکاران، ۱۳۹۱).

۲- پرسشنامه ویژگی‌های شخصیت مرزی: این پرسشنامه توسط لیشرینگ^۱ ساخته شده و برای نمونه‌های بالینی و غیر بالینی کاربرد دارد. طیف این پرسشنامه به صورت بله/خیر است. نمونه اصلی این پرسشنامه ۵۳ آیتم دارد. در این پژوهش از نسخه ۳۴ سؤالی که محمدزاده و رضایی (۱۳۹۰) در ایران روایی یابی کردند استفاده شده است. این پرسشنامه

۴ بعد آشفته‌گی هویت، مکانیزم دفاعی اولیه، واقعیت آزمایی و ترس از صمیمیت را می‌سنجد. ضرایب آلفای کرونباخ برای این ۴ بعد به ترتیب عبارتند از ۰/۶۳، ۰/۷۴، ۰/۶۶، ۰/۶۲ و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۰ گزارش شده است؛ همچنین روایی همزمان با ضریب ۰/۷۰ و همبستگی خرده مقیاس‌ها با کل مقیاس و با یکدیگر با ضرایب ۰/۷۱ تا ۰/۸۰ و سه نوع اعتبار باز آزمایی، دو نیمه سازی و همسانی درونی به ترتیب با ضرایب ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۸۵ گزارش شد (محمد زاده و رضایی، ۱۳۹۰).

۳- پرسشنامه پرخاشگری باس و پری: این پرسشنامه توسط باس و پری ساخته شده است، نمونه اصلی این پرسشنامه ۵۲ سؤال داشت که تعدادی از سؤالات به دلیل ضعف و نارسایی در تحلیل عاملی حذف شد. در نهایت این مقیاس تبدیل به پرسشنامه ۲۹ آیتمی شد. برای پاسخ‌دهی از طیف لیکرت از ۱ تا ۷ استفاده شده است که معادل گزینه‌های "کاملاً متفاوت از من" تا "کاملاً شبیه من" است. این پرسشنامه ۴ بعد پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت را می‌سنجد. ضرایب همسانی درونی برای این ۴ بعد به ترتیب ۰/، ۰/۶۸، ۰/۶۷، ۰/۷۱ گزارش شده است (رنا، للو، سانچز و بروسینو، ۲۰۱۱). ضرایب آلفای کرونباخ برای این ۴ بعد به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۲، ۰/۸۳، ۰/۷۲ و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ گزارش شده است (نقدی، ادیب راد و نورانی پور، ۱۳۸۹).

یافته‌ها

نمونه این پژوهش ۳۰۰ نفر از معتادین مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر سمنان بود که از این تعداد ۳۲/۹٪ مجرد، ۶۱/۷٪ متأهل و ۵/۴٪ مطلقه بودند و از لحاظ اشتغال ۵۰/۷٪ شاغل و ۴۹/۳٪ بیکار بودند و از نظر تحصیلات ۶/۱٪ بی سواد، ۴۴/۱٪ ابتدایی و سیکل، ۴۱/۴٪ دیپلم و ۸/۴٪ فوق دیپلم و بالاتر بودند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه با توجه به گروه‌ها در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
ناامیدی و احساس حقارت	مخدر	۱۵/۸۱	۸/۰۹
	محرک	۲۰/۵۰	۷/۹۶
	ترکیب مخدر و محرک	۱۶/۴۰	۶/۹۴
احساس گناه و خود تخریب‌گری	مخدر	۷/۸۸	۵/۸۴
	محرک	۱۳/۴۲	۶/۲۷
	ترکیب مخدر و محرک	۹/۷۲	۵/۴۵
انزوایی و فقدان رابطه	مخدر	۷/۷۳	۴/۹۵
	محرک	۱۱/۷۴	۴/۴۰
	ترکیب مخدر و محرک	۹/۱۴	۴/۶۸
رکود و ایستایی	مخدر	۷/۴۳	۴/۱۳
	محرک	۱۰/۳۹	۴/۰۳
	ترکیب مخدر و محرک	۷/۵۷	۳/۹۵
افسردگی	مخدر	۵/۶۱	۳/۹۳
	محرک	۹/۱۳	۳/۶۷
	ترکیب مخدر و محرک	۶/۲۹	۳/۶۶
پرخاشگری فیزیکی	مخدر	۳۲/۴۵	۱۴/۵۷
	محرک	۴۲/۴۷	۱۵/۹۸
	ترکیب مخدر و محرک	۳۳/۸۲	۱۵/۸۹
پرخاشگری کلامی	مخدر	۱۸/۲۳	۸/۴۲
	محرک	۲۳/۰۰	۹/۲۲
	ترکیب مخدر و محرک	۱۷/۱۷	۸/۷۷
خشم	مخدر	۲۷/۹۲	۱۰/۰۵
	محرک	۳۳/۱۴	۱۰/۷۷
	ترکیب مخدر و محرک	۲۷/۳۱	۱۰/۵۰
خصوصیت	مخدر	۳۱/۴۲	۱۳/۱۷
	محرک	۳۹/۴۰	۱۴/۲۲
	ترکیب مخدر و محرک	۳۱/۱۸	۱۳/۵۹
آشفته‌گی هویت	مخدر	۵/۴۹	۲/۵۱
	محرک	۶/۳۹	۲/۳۷
	ترکیب مخدر و محرک	۵/۶۸	۲/۱۶
مکانیزم دفاعی اولیه	مخدر	۳/۹۸	۲/۳۸
	محرک	۴/۵۳	۲/۲۴
	ترکیب مخدر و محرک	۴/۱۹	۲/۲۶
واقعیت آزمایی	مخدر	۰/۹۶	۱/۱۶
	محرک	۱/۶۱	۱/۳۷
	ترکیب مخدر و محرک	۱/۱۳	۱/۲۸
ترس از صمیمیت	مخدر	۳/۱۸	۲/۱۴
	محرک	۳/۶۱	۲/۴۲
	ترکیب مخدر و محرک	۲/۷۴	۲/۴۱

برای بررسی تفاوت نمرات افکار خودکشی در سه گروه مصرف کنندگان مواد محرک، مخدر و ترکیب مخدر و محرک از تحلیل واریانس چند استفاده شد. یکی از مفروضه‌های این آزمون برابری ماتریس کواریانس‌ها است که برای بررسی این مفروضه از آزمون باکس استفاده شد. نتایج این آزمون در مورد افکار خودکشی هیچ نوع تخطی جدی از مفروضه را نشان نداد ($P > 0/05$, $F = 0/91$, $M = 28/44$ باکس). نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که تفاوت معناداری در ترکیب خطی مؤلفه‌های افکار خودکشی با توجه به سه گروه مصرف کنندگان مواد وجود دارد ($P < 0/001$, $F = 4/41$, $\lambda = 0/822$ ، ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس به شرح ذیل استفاده شد.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت نمرات در مؤلفه‌های افکار خودکشی

متغیرها	آماره F	ضریب اتا	سطح معناداری
ناامیدی و احساس حقارت	۱۱/۱۰	۰/۰۹	۰/۰۰۰۵
احساس گناه و خود تخریب گری	۱۶/۷۶	۰/۱۳	۰/۰۰۰۵
انزوایی و فقدان رابطه	۱۳/۴۷	۰/۱۱	۰/۰۰۰۵
رکود و ایستایی	۱۱/۴۴	۰/۰۹	۰/۰۰۰۵
افسردگی	۱۷/۰۲	۰/۱۳	۰/۰۰۰۵

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود در ناامیدی و احساس حقارت تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد ($F = 11/10, P < 0/0005$). همچنین در مؤلفه‌های احساس گناه و خودتخریب گری ($F = 16/76, P < 0/0005$)، انزوا طلبی و فقدان رابطه ($F = 13/47, P < 0/0005$)، رکود و ایستایی ($F = 11/44, P < 0/0005$) و افسردگی ($F = 17/02, P < 0/0005$) تفاوت معناداری وجود دارد. برای بررسی تفاوت بین گروه‌ها در موارد مذکور از آزمون تعقیبی HSD توکی به شرح ذیل استفاده شد.

جدول ۳: نتایج آزمون HSD توکی برای بررسی تفاوت گروه‌ها در مؤلفه‌های افکار خودکشی

متغیرها	گروه ها	تفاوت میانگین ها	انحراف استاندارد	سطح معناداری	
نامیدی و	مخدر	محرک	۵/۶۹-	۱/۲۶	۰/۰۰۰۵
احساس حقارت	مخدر	مخدر،محرک	۰/۶۵-	۱/۲۴	۰/۸۶۰
	محرک	مخدر،محرک	۵/۰۴	۱/۳۷	۰/۰۰۱
احساس گناه و	مخدر	محرک	۵/۵۴-	۰/۹۶	۰/۰۰۰۵
خود تخریبگری	مخدر	مخدر،محرک	۱/۸۴-	۰/۹۴	۰/۱۳
	محرک	مخدر،محرک	۳/۷۰	۱/۰۴	۰/۰۰۱
انزوای طلبی وفقدان	مخدر	محرک	۴/۰۱-	۰/۷۷۳	۰/۰۰۰۵
رابطه	مخدر	مخدر،محرک	۱/۴۰-	۰/۷۶۲	۰/۱۶
	محرک	مخدر،محرک	۲/۶۰	۰/۸۳۹	۰/۰۰۶
رکود و ایستایی	مخدر	محرک	۲/۹۶-	۰/۶۶۴	۰/۰۰۰۵
	مخدر	مخدر،محرک	۰/۱۴-	۰/۶۵۴	۰/۹۷۴
	محرک	مخدر،محرک	۲/۸۲	۰/۷۲۰	۰/۰۰۰۵
افسردگی	مخدر	محرک	۳/۵۲-	۰/۶۱۹	۰/۰۰۰۵
	مخدر	مخدر،محرک	۰/۶۹-	۰/۶۱۰	۰/۵۰
	محرک	مخدر،محرک	۲/۸۴	۰/۶۷۱	۰/۰۰۰۵

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود بین گروه مصرف‌کننده مواد محرک با گروه مخدر و مخدر، محرک در تمام مؤلفه‌های افکار خودکشی تفاوت معناداری وجود دارد که با توجه به آماره‌های توصیفی، در تمام موارد مذکور نمرات گروه محرک بالاتر است. برای بررسی تفاوت نمرات پرخاشگری در سه گروه مصرف‌کنندگان مواد محرک، مخدر و ترکیب مخدر و محرک از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. برای بررسی مفروضه برابری ماتریس کواریانس از آزمون باکس استفاده شد. نتایج این آزمون در مورد پرخاشگری تخطی در این مفروضه را نشان داد ($M=34/94$ باکس، $F=1/703$ ، $P<0/05$). با توجه به اینکه تبدیل خطی متغیرها نیز مانع از این تخطی نشد لذا طبق گفته فیدل و تاباخنیک (۱۹۹۹) اثر پیلای به عنوان شاخص چندمتغیری مبنای گزارش قرار گرفت. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که تفاوت معناداری در ترکیب خطی مؤلفه‌های پرخاشگری با توجه به سه گروه مصرف

کنندگان مواد وجود دارد ($F=3/35, P<0/001$, $\eta^2=0/109$). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس به شرح ذیل استفاده شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت نمرات در مؤلفه‌های پرخاشگری

متغیرها	آماره F	ضریب اتا	سطح معناداری
پرخاشگری فیزیکی	۹/۵۸	۰/۰۸	۰/۰۰۰۵
پرخاشگری کلامی	۹/۱۸	۰/۰۷	۰/۰۰۰۵
خشم	۷/۰۴	۰/۰۶	۰/۰۰۱
خصومت	۸/۸۴	۰/۰۷	۰/۰۰۰۵

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود در پرخاشگری فیزیکی تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد ($F=9/58, P<0/0005$). همچنین در مؤلفه‌های پرخاشگری کلامی ($F=9/18, P<0/0005$)، خشم ($F=7/04, P<0/001$) و خصومت ($F=8/84, P<0/0005$) تفاوت معناداری وجود دارد. برای بررسی تفاوت بین گروه‌ها در موارد مذکور از آزمون HSD توکی به شرح ذیل استفاده شد.

جدول ۵: نتایج آزمون HSD توکی برای بررسی تفاوت گروه‌ها در مؤلفه‌های پرخاشگری

متغیرها	گروه ها	تفاوت میانگین ها	انحراف استاندارد	سطح معناداری
پرخاشگری	مخدر	محرک	-۱۰/۰۲	۲/۴۱
فیزیکی	مخدر	مخدر، محرک	-۱/۳۶	۲/۴۲
	محرک	مخدر، محرک	۸/۶۶	۲/۵۸
پرخاشگری	مخدر	محرک	-۴/۷۷	۱/۳۷
کلامی	مخدر	مخدر، محرک	۱/۰۶	۱/۳۸
	محرک	مخدر، محرک	۵/۸۳	۱/۴۷
خشم	مخدر	محرک	-۵/۲۲	۱/۶۳
	مخدر	مخدر، محرک	۰/۶۰۶	۱/۶۳
	محرک	مخدر، محرک	۵/۶۰۸۳	۱/۷۴
خصومت	مخدر	محرک	-۷/۹۸	۲/۱۳
	مخدر	مخدر، محرک	۰/۲۴	۲/۱۴
	محرک	مخدر، محرک	۸/۲۲	۲/۲۸

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود بین گروه مصرف کننده مواد محرک با گروه مخدر و مخدر، محرک در تمام مؤلفه‌های پرخاشگری تفاوت معناداری وجود دارد که با توجه به آماره‌های توصیفی، در تمام موارد مذکور نمرات گروه محرک بالاتر است. برای بررسی تفاوت نمرات ویژگی‌های شخصیت مرزی در سه گروه مصرف کنندگان مواد محرک، مخدر و ترکیب مخدر و محرک از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. برای بررسی مفروضه برابری ماتریس کواریانس از آزمون باکس استفاده شد. نتایج این آزمون در مورد ویژگی‌های شخصیت مرزی هیچ نوع تخطی جدی از مفروضه را نشان نداد ($P > 0/05$, $F = 1/10$, $M = 22/60$ باکس). نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که تفاوت معناداری در ترکیب خطی مؤلفه‌های افکار خودکشی با توجه به سه گروه مصرف کنندگان مواد وجود دارد ($P < 0/001$, $F = 2/49$, $0/921 = \text{لامبدای ویلکز}$). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس به شرح ذیل استفاده شد.

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت نمرات در مؤلفه‌های ویژگی‌های شخصیت مرزی

متغیرها	آماره F	ضریب اتا	سطح معناداری
آشفته‌گی هویت	۳/۲۶	۰/۰۳	۰/۰۴
مکانیزم دفاعی اولیه	۱/۲۳	۰/۰۱	۰/۲۹
واقعیت آزمایی	۵/۸۹	۰/۰۵	۰/۰۰۳
ترس از صمیمیت	۲/۶۶	۰/۰۲	۰/۰۷

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود در آشفته‌گی هویت ($F = 3/26, P < 0/05$) و واقعیت آزمایی ($F = 5/89, P < 0/05$) تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد اما در مؤلفه‌های مکانیزم‌های دفاعی اولیه ($F = 1/23, P > 0/05$) و ترس از صمیمیت ($F = 2/66, P > 0/05$) تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود ندارد. برای بررسی تفاوت بین گروه‌ها در موارد مذکور از آزمون HSD توکی به شرح ذیل استفاده شد.

جدول ۷: نتایج آزمون HSD توکی برای بررسی تفاوت گروه ها در مؤلفه های ویژگی-های شخصیت مرزی

متغیرها	گروه ها	تفاوت میانگین ها	انحراف استاندارد	سطح معناداری
آشفتگی	مخدر	محرک	-۰/۹۰	۰/۳۶
هویت	مخدر	مخدر، محرک	-۰/۱۹	۰/۶۰
واقعیت	مخدر	مخدر، محرک	۰/۷۱	۰/۴۰
آزمایی	مخدر	محرک	-۰/۶۵	۰/۰۰۱
	مخدر	مخدر، محرک	-۰/۱۷	۰/۴۰
	مخدر، محرک	مخدر، محرک	۰/۴۹	۰/۰۲

همانگونه که در جدول ۷ مشاهده می شود بین گروه مصرف کننده مواد محرک با گروه مخدر و مخدر،محرک در مؤلفه های آشفتگی هویت و واقعیت آزمایی تفاوت معناداری وجود دارد که با توجه به آماره های توصیفی،در موارد مذکور نمرات گروه محرک بالاتر است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی تفاوت بین افکار خودکشی، ویژگی های شخصیت مرزی و پرخاشگری در معتادین با توجه به نوع ماده مصرفی بود. نتایج نشان داد که بین ویژگی های شخصیت مرزی،افکار خودکشی و پرخاشگری در معتادین مصرف کننده مواد محرک با دیگر گروه های این پژوهش تفاوت وجود دارد. یافته های این پژوهش با یافته های کامینر (۱۹۹۲)، مونی و همکاران (۲۰۰۸)، مارشال، گالا، وود و کر^۱ و همکاران (۲۰۱۱)، کوهن و همکاران (۲۰۰۴)، کالکستین و همکاران (۲۰۰۰) همسو است. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که مت آمفتامین که یک ماده محرک است به طور معناداری با خودکشی و افکار خودکشی بالاتر در ارتباط است. همچنین با یافته های متسون و همکاران (۲۰۱۲)، پلادمان و همکاران (۲۰۱۰)، برچت و هریک (۲۰۱۳)، کارتیر و همکاران (۲۰۰۶)، ارنست و همکاران (۲۰۰۸)، لاپوورث و همکاران (۲۰۰۹)، باسکین - سامرز و سامرز (۲۰۰۶)، سامرز و باسکین (۲۰۰۶) همسو است. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که مت آمفتامین به طور

معناداری با پرخاشگری بیشتر در ارتباط است و همچنین با یافته‌های ترول و همکاران (۲۰۰۰)، اسکادال و همکاران (۱۹۹۹) همسو است. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که سوء مصرف مواد مخدر با شخصیت مرزی ارتباط دارد.

در تبیین این یافته‌ها و در رابطه با ارتباط مواد محرک با پرخاشگری می‌توان گفت که مت‌آفتمین مخاطرات را در تعاملات روزمره افزایش می‌دهد و آن‌ها را از تعاملات غیرچالشی به رقابت بین شخصیت‌ها تبدیل می‌کند که اغلب شامل خشونت است و همچنین مت‌آفتمین باعث می‌شود که خشم بیش از آن چه که هست احساس شود. اثر نسبتاً شایع مت‌آفتمین پارانوایا است که منجر به اسنادهای خصمانه می‌شود که یک جو خطر و تهدید ایجاد می‌کند که منجر به خشونت دفاعی و پیشگیرانه می‌شود. ارتباط خشونت و مصرف مواد را در چارچوب علت‌شناسی گلدستین به صورت خشونت روانی - دارویی^۱ می‌توان بررسی کرد. بدین صورت که استفاده از مواد باعث تحریک‌پذیری، پارانوایا و رفتار خشونت آمیز می‌شود و همچنین باعث تغییر در شناخت و رفتار و تشدید حالت هیجانی می‌شود. همچنین عملکرد فیزیولوژیکی را مختل می‌کند که باعث ایجاد عدم مهار خشونت می‌شود. تبیین دیگر در قالب پرخاشگری سیستماتیک^۲ است. بدین صورت که پرخاشگری سیستماتیک اشاره دارد به رفتارهای پرخاشگرانه در افرادی که درگیر در فرایند خرید و فروش مواد هستند. همچنین خشونت اقتصادی - جبری^۳ نیز به خشونت عمدی مصرف‌کنندگان مواد اشاره دارد که در فعالیت‌های جنایی برای دستیابی به منابع و پول به منظور تهیه مواد و ادامه دادن مصرف شرکت می‌کنند (سامرز و باسکین، ۲۰۰۶؛ تینر و فریمو^۴، ۲۰۰۸؛ بولس و میتو^۵، ۲۰۰۳؛ فرناندز - مونتالوو و همکاران، ۲۰۱۲). علاوه بر این موارد، مصرف مت - آفتمین به اختلال در لوب فرونتال - که بر عملکرد شناختی - اجتماعی و همین طور بر عملکرد اجرایی و خودکنترلی تأثیر دارد - مربوط می‌شود. در نتیجه این عامل اختلال بر توانایی کنترل یا مهار تکانه‌های پرخاشگرانه به وجود می‌آید. همچنین از نظر عصب شناختی پرخاشگری به مدار پردازش هیجان به ویژه آمیگدال و قشر پیش پیشانی مربوط است.

1. psychopharmacological violence
2. systemic violence
3. economic- compulsive violence

4. Tyner & Fremouw
5. Boles & Mitto

آمیگدال مربوط به بیان هیجان و قشر پیش پیشانی مربوط به پردازش هیجان است، افراد سوء مصرف کننده مت آمفتامین نابهنجاری در این سیستم را نشان می دهد. علاوه بر این یکی از مکانیزم های عصب شیمیایی که در بیان پرخاشگری وجود دارد مسیر سروتونریک است. یک پیوند بین کاهش فعالیت سروتونریک و افزایش پرخاشگری در انسان و حیوان وجود دارد. مت آمفتامین بر مسیر سروتونریک در حیوانات اثر گذاشته و باعث کاهش تراکم ناقل سروتونین می شود (برجت و هریک، ۲۰۱۳؛ لاپوورث و همکاران، ۲۰۰۹؛ پایر، لیبرمن و لاندون^۱، ۲۰۱۱؛ هومر و همکاران^۲، ۲۰۰۸).

در رابطه با ارتباط مواد محرک و افکار خودکشی می توان گفت که مواد با اثر روی سیستم انتقال دهنده های عصبی احتمال اقدام به خودکشی را افزایش می دهد. سوء مصرف مواد و خودکشی و رفتارهای خودمخرب بیولوژی رفتاری مشترک دارند و ریشه های زیست محیطی یا آسیب پذیری های مشترک دارند. علاوه بر این کاربران مزمن مت آمفتامین کاهش انتقال دهنده دوپامین دارند که این عامل خود در فقدان لذت، افسردگی و رفتار خودکشی نقش بازی می کند (هاون و همکاران، ۲۰۰۴؛ مارشال و همکاران، ۲۰۱۱). در خودکشی هم مثل پرخاشگری سطح سروتونین پایین است. در خودکشی سروتونین موجود در قشر پیش پیشانی کاهش می یابد و همان طور که گفته شد اثر مت آمفتامین بر مسیر سروتونریک اثبات شده است و این می تواند به عنوان یک عامل ارتباط مواد محرک و خودکشی در نظر گرفته شود (مان^۳، ۲۰۰۳). علاوه بر این پرخاشگری گاهی به سمت بیرون جهت داده می شود که نتیجه آن رفتارهای تهاجمانه است و گاهی هم پرخاشگری به سمت درون جهت داده می شود که نتیجه آن آسیب رسانی به خود فرد و در بعضی مواقع خودکشی است (وورتزل و آرسینگاس^۴، ۲۰۱۳؛ کوکارو^۵، ۱۹۸۹؛ مان، ۲۰۰۳؛ تورکی^۶، ۲۰۰۵؛ فارزیک، اسکوتوا؛ میشل، تام و باتر^۷، ۲۰۱۳؛ سیور^۸، ۲۰۰۸). بنابراین با توجه به مطالب گفته شده خودکشی و

1. Payer, Lieberman & London
2. Homer
3. Mann
4. Wortzel & Arciniegas
5. Coccaro

6. Turocki
7. Furczyk, Schutova, Michel,
Thome & Buttner
8. Siever

پرخاشگری دارای مسیرهای مشترکی بوده و ممکن است که هر آن چه که در مورد ارتباط پرخاشگری با مواد صدق می‌کند در رابطه با خودکشی هم صدق می‌کند.

در رابطه با ارتباط مواد محرک و شخصیت مرزی می‌توان از یک مدل سه عاملی نام برد که در ارتباط با مصرف الکل و مواد مخدر روان‌گردان در این زمینه کاربرد دارد. این مدل به سه عامل اشاره می‌کند که عبارتند از آسیب‌پذیری دارویی^۱، تنظیم هیجانی^۲ و انحراف استعداد^۳. آسیب‌پذیری دارویی به ارتباط بین تکانشگری/عدم بازداری و استفاده از مواد محرک اشاره دارد. همبودی شخصیت مرزی و سوء مصرف مواد با سطوح بالاتری از تکانشگری مرتبط است. تکانشگری ممکن است بر تصمیم به مصرف مواد روان‌گردان و ادامه مصرف آن تأثیر بگذارد و همچنین مصرف مزمن مواد باعث کاهش سروتونین می‌شود که این به نوبه خود می‌تواند منجر به تکانشگری و رفتارهای خودآسیبی شود. تنظیم هیجانی از دیگر ویژگی‌های شخصیت مرزی بی‌ثباتی عاطفی است و از آن جایی که این تغییرات عاطفی شدید اغلب غیر قابل پیش‌بینی و نامطلوب هستند افراد با اختلال مرزی به نظر می‌رسد که به منظور مقابله با این عواطف منفی ناخواسته در معرض سوء مصرف مواد قرار می‌گیرند. در انحراف استعداد فرض این است که عوامل فطری (به خصوص آنهایی که مربوط به تکانشگری/عدم بازداری هستند) ممکن است با عوامل دیگر در محیط تداخل کند مثل نقص کنترل والدین که این عامل خود منجر به مشکلاتی در جامعه‌پذیری می‌شود و نقص جامعه‌پذیری با انبوهی از مشکلات همراه است که یکی از این مشکلات می‌تواند سوء مصرف مواد باشد (ترول و همکاران، ۲۰۰۰؛ سلطانی نژاد و همکاران، ۲۰۱۳).

به طور کلی نتایج این پژوهش از اهمیت نوع ماده مصرفی در افکار خودکشی و شخصیت مرزی و پرخاشگری که از عوامل مرتبط با افکار خودکشی هستند حکایت داشت. بنابراین توجه به نوع ماده مصرفی در پیشگیری از خودکشی ضروری به نظر می‌رسد. پژوهش حاضر محدود به نمونه مردان بوده است لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این موضوع در دو جنس بررسی شود.

منابع

- پورشریفی، حمید؛ حبیبی، مجتبی؛ زرانی، فریبا؛ عاشوری، احمد؛ حفاظی، میترا؛ حاجبی؛ احمد و بوالهری، جعفر (۱۳۹۱). نقش افسردگی، استرس، شادکامی و حمایت اجتماعی در شناسایی افکار خودکشی دانشجویان. *مجله روان پزشکی و روان شناسی ایران*، ۱۸(۲)، ۹۹-۱۰۷.
- علیزاده اصلی، افسانه؛ فرقانی رامندی، فاطمه؛ علیرضایی، نصرت اله؛ علیخانی، حسین آقا و قدیری، حسن (۱۳۹۰). عوامل روان شناختی و جامعه شناختی مؤثر بر خودکشی در زنان شهرهای شال و دانشفهان استان قزوین (۱۳۸۷-۱۳۷۶). *پژوهش های روان شناسی اجتماعی*، ۱(۳)، ۷۱-۹۱.
- محمدی فر، محمدعلی؛ حبیبی عسکراباد، مجتبی و بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۴). ساخت و هنجاریابی مقیاس افکار خودکشی در بین دانشجویان. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۶، ۳۶۱-۳۳۹.
- محمدزاده، علی و رضایی، اکبر (۱۳۹۰). اعتبار سنجی پرسشنامه شخصیت مرزی در جامعه ایرانی. *مجله علوم رفتاری*، ۵(۳)، ۲۷۸-۲۶۹.
- نقدی، هادی؛ ادیب راد، نسترن و نورانی پور، رحمت اله (۱۳۸۹). اثر بخشی آموزش هوش هیجانی بر پرخاشگری دانش آموزان پسر سال اول دبیرستان. *بهبود فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۱۴(۱۳)، ۲۱۸-۲۱۱.
- Adlaf, E.M; Korf, D.J; Harrison, L & Erickson, P (2006). Cross-national differences in drugs and violence among adolescents: preliminary findings of the DAVI study. *Journal of drug issues*, 36, 597-618.
- Askian, P; Krauss, S.E; Baba, M; Abdul Kadir, R & Masoumian Sharghi, H (2016). Characteristics of co-dependence among wives of persons with substance use disorder in iran. *International journal of mental health and addiction*, 14(3), 268-283.
- Bacciardi, S; Giovanni icromaremmanni, A; Rovia, L; Rugani, F; Lamanna, F; Dellosso, L; Pacini, M & Maremmanni, I . (2012). Aggressive behavior and heroin addiction. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 14(4), 81-94.
- Baskin-sommers, A & Sommers, I (2006).Methamphetamine use and violence among young adults. *Journal of criminal justice*, 34, 661-674.
- Black, D.W; Blum, N; Pfohi, B & Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factor, prediction and prevention. *Journal of personality disorder*, 18, 226-239.
- Boles, S.M & Miotto, K (2003). Substance abuse and violence: a review of the literature. *Aggression & violent behavior*, 8, 155-174.
- Bradvike, L; Berglund, M; Frank, A; Lindgren, A & Lowenhielm, P (2009). *Number of addictive substances used related to increased risk of*

- unnatural death: a combined medico-legal and case-record study. *Bmc psychiatry*, 9(48), 1-7.
- Brecht, M.L & Herbeck, D.M (2013). Methamphetamine use and violent behavior: user perceptions and predictors. *Journal of drug issues*, 43(4), 468-482.
- Bridge, J.A; Goldstein, T.R & Brent, D.A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(3/4), 372-394.
- Cartier, J; Farabee, D & Prendergast, M (2006). Methamphetamine use, self reported violent crime and recidivism among offenders in California who abuse substances. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(4), 435-445.
- Coccaro, E.F. (1989). Central serotonin and impulsive aggression. *The British Journal of Psychiatry*, 8, 52-62.
- Cohen, J.B; Zweben, J; Christian, D; Galloway, G.P; Salinardi, M; Parent, D & Iguchi, M (2004). Psychiatric symptoms in methamphetamine users. *The American journal on addictions*, 13(2), 181-190.
- Dhawan, A; Singh balhara, Y & Mphil, N (2007). Adolescent substance abuse and suicide. J. Indian assoc. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 3(2), 34-42.
- Ernst, A.A; Weiss, S.J; Enright-smith, S; Hilton, E & Byrd, E.C (2008). Perpetrators of intimate partner violence use significantly more methamphetamine, cocaine and alcohol than victims: a report by victims. *American journal of emergency medicine*, 26, 592-596.
- Fernandez-Montalvo, J; lopez-Goni, J & Arteaga, A. (2012). Violent behaviors in drug addiction: differential profiles of drug-addicted patients with and without violence problems. *Journal of interpersonal violence*, 27(1), 142-157.
- Fite, P.J; Stoppelbein, L; Greening, L & Preddey, T.M. (2011). Associations between relational aggression, depression and suicidal ideation in a child psychiatric inpatient sample. *Child Psychiatry & Human Development*, 42, 666-678.
- Furczyk, K; Schutova, B; Michel, T.M; Thome, J & Buttner, A. (2013). The neurobiology of suicide – a review of post – mortem studies. *Journal of molecular psychiatry*, 1(2), 1-22.
- Gvion, Y & Apter, A (2012). Suicide and Suicidal Behavior. *Public Health reviews*, 34, 1-20.
- Hinduja, S & Patchin, J.W (2010). Bullying, cyberbullying and suicide. *Archives of suicide research*, 14, 206-221.
- Homer, B.D; Solomon, T.M; Moeller, R.W; Mascia, A; Deraleau, L & Halkitis, P.N (2008). Methamphetamine abuse and impairment of social functioning: a review of underlying neurophysiological causes and behavioral implications. *Psychological bulletin*, 134(2), 301-310.
- Hoven, C.W; Wu, P; Liu, X; Cohen, P; Fuller, C.J & Shaffer, D (2004). Substance use, suicidal ideation and attempts in children and adolescents. *Suicide life threatening behavior*, 34(4), 408-420.

- Jones, G.D (1997). The role of drugs and alcohol in urban minority adolescent suicide attempts. *Death studies*, 21(2), 189-202.
- Kalechstein, A.D; Newton, T.F; Longshore, D; Anglin, M.D; Vangorp, W.G & Gawin, F.H (2000). Psychiatric comorbidity of methamphetamine dependence in a forensic sample. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 12(4), 480-484.
- Kaminer, Y. (1992). Psychoactive substance abuse and dependence as a risk factor in adolescent – attempted and completed suicide; review. *The American journal in addiction*, 1(1), 21-29.
- Kerr, D.C.R & Capaldi, D.M. (2010). Young men intimate partner violence and relationship functioning: long-term outcomes associated with suicide attempt and aggression in adolescence Cambridge university. *Press psychological medicine*, 1-11.
- Lapworth, K; Dawe, S; Davis, P; Kavanagh, D; Young, R & Saunders, J. (2009). Impulsivity and positive psychotic symptoms influence hostility in methamphetamine users. *Addictive behaviors*, 34, 380-385.
- Leung, F; You, J; Lai, C & Fu, K. (2012). The associations between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder features among Chinese adolescents. *Journal of personality disorder*, 26(2), 226-237.
- Llgen, M.A; Chermack, S.T; Murray, R; Walton, M.A; Barry, K.L; Wojnar, M & blow, F.C. (2009). The association between partner and non- partner aggression and suicidal ideation in patients seeking substance use disorder treatment. *Addictive Behavior*, 34(2), 180–186.
- Marshall, B, D. L. Galea, S; Wood, E & Kerr, T (2011). Injection methamphetamine use in associated with an increased risk of attempted suicide: a prospective cohort study. *Drug and Alcohol Dependence*, 119(1-2), 134-137.
- Mann, J.J (2003). Neurobiology of suicidal behavior. *Nature Reviews Neuroscience*, 4, 819-828.
- Mathias, C.W; Dawes, M.A; Richard, D.M; Hill-kapturczak, N & Dougherty, D.M. (2000). Adolescent suicidal behavior and substance use: developmental mechanisms. *Substance: research and treatment*, 2, 13-28.
- Mattson, R. E; Ofarrell, T.J; Lofgreen, A.M; Cunningham, K & Murphy, C.M. (2012). The role of illicit substance use in a conceptual model of intimate partner violence in men undergoing treatment for alcoholism. *Psychology addictive behavior*, 26(2), 255-264.
- Mckenry, P.C; Tishler, C.L; Kelley, C. (1983). The role of drugs in adolescent suicide attempts. *Suicide life threatening behavior*, 13 (3), 166-175.
- Mercado, A; Rogers, D.L; Colunga Rodriguez, C; Villarreal, D; Terracciano, A & Nguyen-Finn, K. (2016). Personality and substance use in Mexicans and Mexican-Americans. *International journal of mental health and addiction*, 14(6), 907-920.
- Moony, L.J; Suzette glasner, E; Marinelli-casey, P; Hillhouse, M; Ang, A; Rawson, R & The methamphetamine treatment project corporate outhors

- (2008). Risk factors for suicide attempts in methamphetamine- dependent patients. *The American Journal on addictions*, 17, 24-27.
- Mousavi, G; Keramaton, K; Maracy, M.R; Fouladi, M. (2012). Suicidal ideation, depression, and aggression among students of three universities of Isfahan, Iran in 2008. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 6 (1), 47-52.
- Netta, H; Israel, O; Doron, G; Meir, E & Alan, A. (2003). Comparison of the suicidal behavior of adolescent inpatients with borderline personality disorder and major depression. *Journal of nervous & mental disease*, 191 (9), 582-588.
- Payer, D.E; Lieberman, M.D & London, E. D. (2011). Neural correlates of affect processing and aggression in methamphetamine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 271-282.
- Penney, A; Mazmanian, D; Jamieson, J & Black, N. (2012). Factors associated with recent suicide attempts in clients presenting for addiction treatment. *International journal of mental health and addiction*, 10, 132-140.
- Pluddemann, A; Flisher, A.J; Mcketin, R; Parry, C & Lombard, C. (2010). Methamphetamine use, aggressive behavior and other mental health issues among high school students in Cape Town South Africa. *Drug and Alcohol Dependence*, 109(0), 1-14.
- Reyna, C; Lello, M.G; Sanchez, A & Brussino, S. (2011).The Buss-Perry Aggression Questionnaire: Construct validity and gender invariance among Argentinean adolescents. *International Journal of Psychological Research*, 4(2), 30-37.
- Schneider, B. (2009). Substance use disorders and risk for completed suicide. *Archives of suicide research*, 13(4), 303-316.
- Schneider, B; kolves, K; Blettner, M; Wetterling, T; Schnabel, A & Varnik, A. (2009). Substance use disorders as risk factors for suicide in an eastern and central European city (Tallinn and Frankfurt/Main). *Psychiatry research*, 165, 263-272.
- Segal, D.L; Marty, M.A; Meyer, W.J & Cooldige, F.L. (2012). Personality, suicidal ideation and reasons for living among older adults. *The journal of gerontology, series B: psychology sciences and social science*, 67(2), 159-166.
- Sharp, C; Green, K.L; Yaroslavsky, L; Venta, A; Zanarini, M.C & Pettit, J. (2012) .The incremental validity of borderline personality disorder relative to major depressive disorder for suicidal ideation and deliberate self-harm in adolescents. *Journal of personality disorder*, 26 (6), 927-938.
- Siever, L. J. (2008). Neurobiology of aggression and violence. *The American Journal of Psychiatry*, 165(4), 429-442.
- Skodal, A.E; Oldham, J.M & Gallaher, P.E. (1999). Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 15(5), 733-738.

- Soltaninejad, A; Fathiashtiani, A; Ahmadi, K; Nikmorad, A.R; Rahmatinajarkolaei, F; Jahani, S; Mokaberi, M.A & Dalivand, H.M. (2013). Model of suicidal ideation among Iranian soldiers: the role of personality disorder, emotion focused coping style and impulsivity. *Journal of basic and applied scientific research*, 3(2), 832-837.
- Sommers, I & Baskin, D. (2006). Methamphetamine use and violence. *Journal of drug issues*, 36, 77-97.
- Trull, T.J; Sher, K.J; Minks-brown, C; Durbin, J & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorder: a review and integration. *Clinical psychology review*, 21(2), 235-253.
- Turecki, G. (2005) .Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviors. *The Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 30(6), 398-408.
- Tyner, E.A & Fremouw, W. J. (2008). The relation of methamphetamine use and violence: a critical review. *Aggression and violent behavior*, 13, 285-297.
- Wortzel, H & Arciniegas, D.B. (2013). A forensic neuropsychiatric approach to traumatic brain injury, aggression and suicide. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 41, 274-286.
- Zhang, P; Roberts, R.E; Liu, Z; Meng, X; Tang, J; Sun, L & Yu, Y. (2012). Hostility, physical aggression and trait anger as predictors for suicidal behavior in Chinese adolescents: a school-based study. *Plos one*, 7 (2), 1-5.

مروری بر عوامل فیزیولوژی و شناختی مرتبط با اعتیاد

سیمین قباد زاده^۱، مرضیه مسعودی^۲، شهرام محمدخانی^۳، جعفر حسینی^۴

چکیده

در سال‌های اخیر مصرف مواد، یکی از جدی‌ترین معضلات بشری و از پیچیده‌ترین پدیده‌های انسانی است. به طوری که سوء مصرف مواد و اعتیاد، امروزه به یکی از دغدغه‌های بزرگ جوامع بشری تبدیل شده است. این پدیده خانمان سوز آثار مخرب جسمانی، روانی، خانوادگی، شغلی، مالی و اخلاقی را به دنبال دارد. با توجه به مشکلات زیاد و گسترده حاصل از اعتیاد، پیشگیری از این معضل الزامی است. با توجه به هزینه‌های بسیار بالای مبارزه با مواد مخدر، درمان و نگهداری معتادان و همچنین میزان عود بالا پس از درمان، به نظر می‌رسد پیشگیری از سوء مصرف مواد بسیار مقرون به صرفه و کارآمدتر باشد. پیشگیری از این مشکل، مستلزم شناسایی عوامل خطر و عوامل محافظت کننده در برابر وابستگی به مواد است. در طی سال‌های گذشته، پژوهش‌های متعددی در ایران در زمینه سبب شناسی و پیشگیری از مصرف مواد انجام شده‌اند. این پژوهش‌ها طیف گسترده‌ای از عوامل مرتبط با مصرف مواد مخدر از جمله عوامل شناختی و فیزیولوژی را مورد بررسی قرار داده‌اند. به منظور برنامه‌ریزی برای ارتقای فعالیت‌های پژوهشی آینده، ارزیابی و دسته‌بندی نتایج تولید شده علمی در دهه‌های گذشته ضروری است. در این مقاله مروری، سعی شده است تا عوامل شناختی و فیزیولوژی مرتبط با اعتیاد که در ۲۰ سال اخیر در پژوهش‌های ایران به دست آمده است، جمع‌آوری شود. این مطالعه به مسئولین، متخصصان و درمانگران چشم‌اندازی جهت شناسایی عوامل تهدید کننده و مستعد کننده و در صورت لزوم انجام مداخلات متناسب را پیشنهاد می‌کند.

کلید واژه‌ها: عوامل فیزیولوژی، عوامل شناختی، اعتیاد

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. پست الکترونیک:

Raha_gh72@yahoo.com

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۳. دانشیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۴. دانشیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

مقدمه

با افزایش سوء مصرف مواد در جهان، کشورها هزینه قابل توجهی را در نتیجه خسارت ناشی از آن، مانند اثرات مخرب بر سلامت و افزایش جرم و جنایت و مرگ و میر در جامعه متقبل می شوند (پیتر و آلیسیا^۱، ۲۰۱۰). با در نظر گرفتن اعتیاد به عنوان یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی عوامل متعددی در مصرف مواد نقش دارند (گالانتر^۲، ۲۰۰۶). به نظر می رسد که برخی از عوامل به عنوان عوامل حمایت کننده و برخی دیگر به عنوان عوامل خطر آفرین، ابتدا به مواد مخدر را تحت تأثیر قرار می دهند. برای طراحی برنامه های مؤثر در جهت پیشگیری از مصرف مواد، درک سبب شناسی این پدیده و عوامل مرتبط با آن لازم است (اسپرینگر^۳ و همکاران، ۲۰۰۴). از عوامل مرتبط با اعتیاد می توان عوامل فیزیولوژی و شناختی را نام برد. نظریه های شناختی سوء مصرف مواد بر نقش باورها و عقاید در مورد عوارض مصرف مواد، به عنوان عاملی برای شروع مصرف مواد تأکید می نمایند. آن ها اصلی ترین عامل را انتظار و نگرش درباره ی مواد می دانند و معتقدند که سایر عوامل از طریق شناخت، ارزیابی و تصمیم درباره ی مواد، تأثیر خود را اعمال می کنند (اسچیر، بوتوین و گرiffin^۴، ۲۰۰۱). همچنین بررسی ها نشان داده اند که فرآیندهای اعتیاد تحت تأثیر باورها و نگرش های فرد قرار دارند. چگونگی ارزیابی دستگاه شناختی فرد در هنگام مواجه شدن با حادثه منفی از اهمیت بالایی برخوردار است. افکار و شناخت ها در توانایی مدیریت، نظم جویی و کنترل احساس ها و هیجان های بعد از تجربه یک رویداد تنش زا نقش بسیار مهمی دارند (گارنفسکی، تردس، کریج، لجراستی و کومر^۵، ۲۰۰۴). وابستگی به مواد منجر به آسیب هایی در عملکرد شناختی از جمله حل مسئله، برنامه ریزی، سازمان دهی، یادگیری مطالب جدید، توانایی فضایی-بینایی، انعطاف پذیری شناختی و مهارت های یادسپاری می شود (آردیلا^۶ و همکاران، ۲۰۰۷). تغییرات فیزیولوژیک و ساختاری در قسمت های مختلف مغزی نشان داده است که کاستی در کارکردهای اجرایی از مشخصه های مصرف مواد است.

1. Peter & Alicia
2. Galanter
3. Springer

4. Scheier, Botvin & Griffin
5. Garnefski
6. Ardila

با توجه به نقش عوامل شناختی و فیزیولوژیک در اعتیاد، در این مقاله سعی شده است به عوامل شناختی و فیزیولوژیک مستعد کننده گرایش به اعتیاد به طور خلاصه اشاره شود و در نهایت تبیین این ارتباط از جدیدترین مقاله انتخاب و مطرح خواهد شد.

الف- عوامل فیزیولوژیک

۱- مناطق مغزی درگیر در ولع مصرف

نقش روش‌های تصویربرداری مغزی، در بررسی نوع عمل و تأثیرات داروهای مورد سوء مصرف، روز به روز پررنگ‌تر می‌شود. به کمک این روش‌ها، امروزه می‌توان عصب زیست‌شناسی اعتیاد را در طول مراحل مختلف مسمومیت، وابستگی، ترک و عدم مصرف بررسی نمود. شیوه‌های تصویربرداری مغزی غیرتهاجمی این فرصت را فراهم می‌کنند که پایه‌های عصب - فیزیولوژیکی پدیده‌های گوناگون روان‌شناختی شناخته شوند. ولع مصرف مواد، یک موقعیت انگیزشی قدرتمند یا گرایش شدید به مصرف در فرد معتاد است (چایلدرس، اهرمن، روزنش، روینز و اُبراین^۱، ۱۹۹۲). در پژوهش اختیاری و همکاران (۱۳۸۷) شرکت کنندگان به کمک آزمون تصویری تحریک ولع مصرف با بهره‌گیری از تصویربرداری رزونانس مغناطیسی عملکردی^۲ (fMRI) مورد تصویربرداری عملکردی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که بین فعالیت شکنج‌های مغزی شرکت کنندگان پاسخگو و غیر پاسخگو تفاوت معنی‌دار وجود دارد. شرکت کنندگانی که ولع مصرف بالاتری داشتند در مناطق شکنج سینگولیت قدامی چپ، شکنج رکتوس قدامی چپ، شکنج هسته، میداربی‌تال فرونتال قدامی چپ (مناطق ۲۴، ۱۱ و ۲۵ برومن)، هسته اکومینس چپ (منطقه ۳۴ برومن) و شکنج سوپریور فرونتال قدامی چپ، شکنج سوپریور مدیال فرونتال قدامی راست و میدل فرونتال قدامی راست (مناطق ۸، ۱۰ و ۹ برومن) فعالیت قشر مغز را نشان دادند. شرکت کنندگان غیر پاسخگو (دارای ولع مصرف پایین) در فعالیت مغزی با گروه بهنجار تفاوتی نداشتند؛ بنابراین اختیاری و همکاران (۱۳۸۷) نتیجه گرفتند که در فرآیند القا ولع مصرف که توسط نشانه‌های مرتبط در افراد مصرف‌کننده ایجاد

1. Childress, Ehrman, Rosensh, Robbins & O'Brien

2. functional magnetic resonance imaging

می‌شود، همان مناطق مغزی دخالت دارند که در فرآیند پاداش/تنبيه درگیر هستند. سیستم لیمبیک/پارالیمبیک و لذت/بازداری در القاء و مصرف نقش دارند.

۲- سیستم فعال سازی- بازداری رفتار^۱

فعال سازی بازداری رفتار از متغیرهایی است که اخیراً در رابطه با سوء مصرف مواد مورد بررسی قرار گرفته است. گری^۲ (۱۹۹۴) توضیح می‌دهد که چگونه صفات شخصیتی مرتبط با مغز، افراد را مستعد اختلالات آسیبی روان شناختی می‌کند. در نظریه گری (۱۹۹۴) دو سیستم اساسی مغزی وجود دارد که رفتار و هیجان‌ها را کنترل می‌کند. سیستم بازداری رفتاری به وسیله محرک شرطی- که با تنبيه یا حذف پاداش ارتباط دارد- فعال می‌شود. سیستم فعال ساز رفتاری به وسیله محرکی که با پاداش یا پایان دادن به تنبيهی که به منظور هدایت ارگانیزم به سوی محرک ارتباط دارد، فعال می‌شود. افرادی که حساسیت بالایی در سیستم فعال ساز رفتار دارند بیشتر تمایل دارند تا رفتار گرایشی و عاطفه‌ی مثبت را در شرایط تحریک- که با پاداش همراه است- تجربه کنند (داو و لوگستن^۳، ۲۰۰۴). فاولس^۴ (۲۰۰۰) سیستم بازداری رفتار را با اضطراب و ناکامی و سیستم فعال سازی رفتار را با امید و آسودگی مرتبط می‌داند. بنابراین، به نظر می‌رسد حساسیت متفاوت سیستم‌های مغزی/رفتاری در افراد مختلف، آسیب پذیری آن‌ها را برای تجربه حالات مختلف روان شناختی تحت تأثیر قرار می‌دهد. نتایج ارزیابی پورکرد، ابوالقاسمی، نریمانی و رضایی جمالویی (۱۳۹۲) نشان داد که متغیر فعال سازی رفتاری و بازداری رفتاری به طور مستقیم و غیرمستقیم از طریق مهارت‌های اجتماعی بر سوء مصرف مواد تأثیر می‌گذارد. همچنین در یافته‌های پژوهش‌های باقری (۱۳۸۱)، رحمتی (۱۳۸۲) و امام هادی و جلیوند (۱۳۸۶)، نشان داده شد که سیستم فعال سازی رفتاری و بازداری با اعتیاد به طور معناداری رابطه دارد. نتایج این تحقیقات حاکی از این است که فعالیت سیستم بازداری رفتاری افراد دارای سوء مصرف مواد و معتاد کمتر از افراد سالم است. طبق نظریه انگیزشی گری، سیستم بازداری رفتاری یک سیستم

عصب‌شناختی است که با ضعف آن نشانه‌های لذت و سرخوشی فعال شده و موجب تجربه احساس رهاشدگی در فرد می‌شود. حساسیت کم سیستم بازدارنده رفتاری می‌تواند حالت خوشی فزاینده و گرایش به فقدان بازدارنده را در فرد ایجاد کند و آمادگی وی برای تجربه مواد مخدر و انحراف را افزایش دهد. نتایج پژوهش پورکرد و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد که سیستم فعال‌سازی رفتاری اثر مثبت مستقیم بر سوء مصرف مواد دارد. به عبارت دیگر، هر چه سطوح فعال‌سازی رفتاری بالاتر باشد، تمایل به سوء مصرف مواد و اعتیاد در افراد افزایش می‌یابد. افراد دارای سوء مصرف مواد از سیستم فعال‌سازی رفتاری قوی‌تری برخوردار بوده و به این دلیل برای گرایش به مواد مخدر آسیب‌پذیرتر می‌باشند.

۳- کارکردهای اجرایی - عصب‌شناختی

وابستگی به مواد منجر به آسیب‌هایی در عملکرد شناختی از جمله حل مسئله، برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی، یادگیری مطالب جدید، توانایی فضایی-بینایی، انعطاف‌پذیری شناختی و مهارت‌های یادسپاری می‌شود (آردیلا و همکاران، ۲۰۰۷). تغییرات فیزیولوژیک و ساختاری در قسمت‌های مختلف مغزی نشان داده است که کاستی و آسیب در کارکردهای اجرایی از مشخصه‌های مصرف مواد است. کارکردهای اجرایی مجموعه‌ی وسیعی از فرایندهای فراشناختی و مدیریتی از قبیل برنامه‌ریزی، جستجوی سازمان‌یافته، کنترل تکانه، رفتار هدفمند، نگهداری مجموعه، به کارگیری راهکارهای انعطاف‌پذیر، توجه انتخابی، کنترل توجهی، شروع اعمال و ارزیابی خود به شمار می‌آید (گیان کولا، آلترمن، فورمن، گارکی و رودترفورد، ۲۰۰۷). کارکردهای اجتماعی شناختی به طور عمده با قطعه پیش‌پیشانی مغز مدیریت می‌شود و موجب کشف تازگی، برنامه‌ریزی، راهبرد، پایش کارایی، استفاده از پسخورندها برای تعدیل پاسخ، گوش‌به‌زنگی و مهار اطلاعات غیر مرتبط با تکلیف است. کارکرد اجرایی، نقش برجسته‌ای در مهارت‌ها و فعالیت‌های برنامه‌ریزی، حافظه کاری، کنترل هیجان، مهار، انتقال و همچنین شروع و پیگیری ایفا می‌کند. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که کوکائین بر کارکرد اجرایی و

افزایش مصرف الکل و سایر مواد مؤثر است (گیان کولا و همکاران، ۲۰۰۷). آسیب‌های روان‌عصب‌شناختی در کنترل بازداری و تکانش‌گری به طور مستقیم با احتمال عود ارتباط دارد. بنابراین، گرایش وسواس گونه برای تداوم مصرف مواد و میزان بالای عود می‌تواند احتمالاً بر اساس تغییرات ویژه‌ای در کارکرد اجرایی تبیین شود. افراد معتاد نقص‌های جدی در کارکردهای اجرایی از جمله بازداری از پاسخ، تصمیم‌گیری و حل مسئله، استدلال انتزاعی و تغییر توجه دارند (نول^۱ و همکاران، ۲۰۰۷). مصرف مواد مانند کوکائین، بر ساختارهای مغزی که در کنترل رفتار نقش دارند، تأثیر می‌گذارد و در همین راستا مشخص شده است که مصرف مکرر کوکائین با ناهنجاری‌های متابولیکی و ساختاری در برخی نواحی از جمله قطعه پیش‌پیشانی - که نقش بسزایی در کنترل اجتماعی دارند - ارتباط دارند. همچنین مشخص شده است که مصرف کنندگان دائمی کوکائین، نقص‌های عصب‌روان‌شناختی متعددی در آزمون‌های ارزیابی سطح کارکرد اجرایی نشان می‌دهند (گاروانا و هسر^۲، ۲۰۰۴). کورین و اوبین^۳ (۲۰۱۰) نشان داد که نارسایی‌های ادراکی با مصرف هرویین ارتباط تنگاتنگی دارد. یافته‌های امینی، علیزاده و رضائی (۱۳۸۹)، حاکی از آن بود که افراد معتاد در مقایسه با هم‌تایان سالم در کارکردهای اجرایی عملکرد ضعیف‌تری دارند. امینی و همکاران (۱۳۸۹) در تبیین نتایج پژوهش خود مبنی بر ارتباط نارسایی‌های ادراکی با مصرف هرویین بیان کرده‌اند که بر اساس مطالعات عصب‌روان‌شناختی، مصرف مواد مخدر با آسیب‌های بخش پیشین حلقه‌ای قشر پیش‌پیشانی مرتبط است. از سویی دیگر مصرف مزمن مواد آسیب‌های شدیدی بر کارکردهای کنترل اجرایی به‌ویژه حیطه‌های مرتبط با بازداری پاسخ و تصمیم‌گیری وارد می‌کند. این آسیب‌ها با بدکارکردی شکنج قدامی و قشر پیشانی همراه است. مطالعات تصویربرداری مغزی و عصب‌روان‌شناختی نشان می‌دهند که سوء مصرف مواد با آسیب به مدارهای کارکردی متفاوت در قشر پیش‌پیشانی نیز همراه است (ارچ^۴، ۲۰۰۵).

1. Noël
2. Garvana, & Hester

3. Korin & Aubin
4. Erch

ب- عوامل شناختی

۱- ادراک خود^۱

ادراک خود از جمله متغیرهایی است که می‌توان آن را به عنوان عامل پیش‌بین مصرف مواد در نظر گرفت. مجموعه هوشیاری‌ها و تصورات نسبت به ویژگی‌های درونی و بیرونی خود که در یک نظام پیچیده و پویا توحید یافته‌اند، ادراک خود را تشکیل می‌دهند (بشارت، گلی‌نژاد، احمدی، ۱۳۸۲). ادراک خود به عنوان نظام شناختی اجتماعی در برگیرنده کلیه ملاحظات فرد درباره خود بوده و در جهت متمایز ساختن خود از دیگری به کار می‌رود. از جمله این ملاحظات می‌توان از صفات جسمانی و دارایی‌های مادی چون قد و مالکیت‌ها، فعالیت‌ها و قابلیت‌ها (ذوق و سرگرمی)، ویژگی‌های اجتماعی و روانی، طرز حرکات، عادات، استعدادها و باورهای فلسفی نام برد (محسنی، ۱۳۷۵). مطالعه برآبادی، یونسی، طالقانی (۱۳۸۸) نشان داد که ادراک خود در افراد معتاد دچار مشکل بوده و به عبارتی این افراد در سطح تحول ادراک خود تأخیر دارند. نتایج پژوهش کاری، نواران و موسی‌زاده (۱۳۹۳) نیز نشان داد که ادراک خود در افراد وابسته به مواد پایین‌تر از افراد بهنجار است. این محققان در تبیین این نتایج بیان کردند که تأخیر تحولی صرف نظر از علت آن باعث تقویت و تداوم اختلالات رفتاری و مشکلات روانی می‌گردد، زیرا به علت تأخیر و عقب ماندگی در سطح تحول «خود»، فرد به جذابیت خود از دید دیگران اهمیتی نمی‌دهد. بنابراین، آن‌ها خودشان را برای انجام رفتارهای سازش نایافته و نامطلوب دچار مانع نمی‌بینند. پیامد این گونه رفتارهای سازش نایافته و نامطلوب، تأخیر در رشد است، زیرا طرد «خود» از طرف دیگران باعث می‌شود تا تصور «خود» در ارتباط با آن‌ها رنج‌آور باشد و این موقعیت، موجب تحکیم و تثبیت سطح دوم ادراک خود (ارزیابی‌های مقایسه‌ای) می‌شود. هرچه دوام اشکالات افراد در ادراک و تصور خود در بافت اجتماعی، بیشتر باشد، به همان نسبت اشکالات او در زمینه‌های اجتماعی و قانونی بیشتر خواهد بود.

۲- استرس ادراک شده

به نظر می‌رسد یکی دیگر از متغیرهایی که می‌تواند گرایش به اعتیاد را پیش‌بینی نماید، استرس ادراک شده است. استرس ادراک شده عبارت است از واکنش بدن به تغییری که مستلزم سازگاری یا پاسخ جسمی، ذهنی یا هیجانی است. استرس می‌تواند به وسیله هر عامل یا محرک تنش‌زا حتی سر و کار داشتن با یک بیمار ایجاد شود (مارو، ۲۰۱۱). استرس ادراک شده حالت یا فرآیندی روان‌شناختی است که طی آن، فرد به‌زیستی جسمی و روان‌شناختی خود را تهدیدآمیز ادراک می‌کند. در واقع ایجاد استرس بستگی به چگونگی برداشت و درک فرد از موقعیت‌ها دارد. ممکن است یک موقعیت برای فردی بی‌خطر و برای فرد دیگری به‌صورت یک تهدید درک شود (کلارک، ۲۰۱۰). بنابراین ناتوانی در رویارویی با عوامل استرس‌زا و این باور که مصرف الکل و مواد نتایج مطلوبی را در بر خواهد داشت، پایه روی آوردن به مصرف مواد است. یافته‌های پژوهش پور سید موسایی، موسوی و کافی (۱۳۹۱) نشان می‌دهند که بین استرس با ولع مصرف القائی و بین استرس با ولع مصرف لحظه‌ای رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. در واقع استرس یک عامل خطر مهم در توسعه اعتیاد و عود اعتیاد است. بر اساس مدل محمدخانی، صادقی و فرزاد (۱۳۹۰) تجربه هیجان‌های منفی مانند اضطراب، افسردگی و استرس، موجب فعال شدن باورهای مرکزی و اعتیادی و در نتیجه برانگیخته شدن وسوسه مصرف مواد می‌شود. یافته‌های پژوهش‌های پور سید موسایی و همکاران (۱۳۹۱) و سلم‌آبادی، سلیمی، خیامی آبیز و جوان (۱۳۹۴) نشان داد که هرچه استرس ادراک شده افزایش یابد، میزان گرایش به اعتیاد هم افزایش می‌یابد. سلم‌آبادی و همکاران (۱۳۹۴) در تبیین این یافته اظهار داشته‌اند که فرد برای فرار از شرایط استرس‌زا و فشارزای غیرقابل تحمل و آرام شدن به دنبال یافتن راهی برای رهایی از آن فشار و استرس می‌گردد. تأثیر مواد مخدر فرد را به کشف این مسئله هدایت می‌کند که وی قادر است درد و اندوه خویش را که نتیجه استرس و فشار روانی است به کمک مواد مخدر تحت تأثیر قرار داده و بدین وسیله شرایط روانی او را دگرگون کند.

۳- باورهای غیرمنطقی

الیس در رابطه با ویژگی باورهای غیرمنطقی بر این باور است که باورهای غیرمنطقی، مطلق، تعصبی و جزمی هستند و بر پایه بایدها و نبایدها قرار دارند و موجب هیجانات منفی مانند افسردگی، اضطراب و خشم می‌شوند. همچنین از نظر الیس نوع تفکر و باور فرد معتاد است که وی را به مصرف مواد می‌کشاند و یا از آن دور می‌سازد. نگرش‌های افراد معتاد عموماً ناهشیار، اغراق شده، مطلق گرایانه و غیر قابل انعطاف بوده و از این نظر عملکرد مناسب نسبت به ناکامی ندارند (الیس^۱، ۲۰۰۳). در مورد باورهای غیرمنطقی تقسیم‌بندی‌های مختلفی وجود دارد و در یک نوع آن ده باور غیرمنطقی شامل توقع از دیگران، انتظارات بیش از حد از خود، سرزنش کردن، واکنش با درماندگی، درماندگی به ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، نگرانی زیاد توأم با اضطراب، اجتناب از مشکل، وابستگی، درماندگی برای تغییر و کمال‌گرایی ذکر شده است (الیس و ناوس^۲، ۱۹۹۷، ترجمه صالحی و یزدی، ۱۳۷۵). محمدخانی و همکاران (۱۳۹۰) نشان دادند که مجموعه‌ای از متغیرهای شناختی مانند باورهای مرکزی، عقاید مرتبط با مواد و عقاید وسوسه‌انگیز از طریق میانجی‌گری رابطه هیجان منفی و بازگشت مصرف‌مواد، منجر به عود می‌شوند. یافته‌های پژوهش یعقوبی، محقق، امیری و اسفندیاری (۱۳۹۴) و اسدی مجره، علیلو، خسروشاهی و خورسند (۱۳۹۳) نشان داده است که بین افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و افراد عادی از نظر باورهای غیرمنطقی و مؤلفه‌های آن تفاوت معناداری وجود دارد و با افزایش سطح باورهای غیرمنطقی، گرایش نسبت به مواد نیز افزایش می‌یابد. این محققان در تبیین این یافته‌ها بیان کرده‌اند که طبق دیدگاه الیس و بک در افراد سوء مصرف‌کننده مواد، وجود چند نگرش و باور غیرمنطقی رایج، منجر به تحمل پایین ناکامی و در نتیجه احساسات منفی مثال خشم و غمگینی می‌شود. یکی از این باورهای غیرمنطقی این است که امور همیشه بر وفق مراد باشد. زمانی که فرد انتظار دارد همه چیز باید و بر وفق مرادش باشد، اگر با کوچک‌ترین مانعی مواجهه شود تحریک‌پذیر و آشفته می‌شود و شیوه‌های دیگر رسیدن به هدف را نادیده می‌گیرد. در چنین شرایطی فرد برای مقابله با

مشکل و کاهش تنش به سوء مصرف مواد روی می آورد. بنابراین، خلق منفی بالا که زمینه ساز گرایش به سوء مصرف مواد است با باورهای غیرمنطقی رابطه مستقیم دارد (مبارکی، ۱۳۹۰). از طرفی معتادان معمولاً اعتیاد خود را به ولع غیرقابل کنترل به مصرف مواد نسبت می دهند. اما افکار غیرمنطقی، ولع را تشدید می کند. برای مثال یک عامل بسیار مهم در وابستگی روانی بیماران این باور است که ترک مواد مخدر باعث بروز عوارض غیرقابل تحمل خواهد شد. باور اساسی دیگر احساس ناتوانی معتاد در کنترل ولع مصرف مواد است. فردی که خود را اسیر و گرفتار افکار غیرمنطقی می کند حالات خشم، مقاومت، خصومت، دفاع، گناه، اضطراب، سستی و رخوت مفرط، عدم کنترل و ناچاری را تجربه می کند و گاه به فکر گریز از این احساسات با کمک رفتارهای غیر انطباقی چون وابستگی دارویی است.

۴-نگرش به مواد

در حیطه ی عوامل فردی و روان شناختی، نگرش مثبت به مواد از جمله عوامل خطر ساز مصرف مواد است. نتایج پژوهش های جهان شاه لو، محمدخانی، امیری، فخاری و حسینی (۱۳۹۵)، محمدخانی و رضایی جمالویی (۱۳۹۵)، یعقوبی و همکاران (۱۳۹۴)، گلپایگانی و خادمی اشکذری (۱۳۹۰)، محمد خانی (۱۳۸۷) و محمدخانی، جزایری، محمدخانی، رفیعی و قاضی طباطبایی (۱۳۸۶) نشان داده اند که داشتن نگرش مثبت یا منفی به مواد و نگرش والدین به نسبت به مواد، نقش مهمی در زمان شروع و عامل خطر مهم در مصرف مواد ایفا می کند. نتایج پژوهش محمدخانی و رضایی جمالویی (۱۳۹۳) نشان داده است که نگرش به مصرف مواد بیشترین سهم را در تبیین مصرف مشروبات الکلی دارد و توانایی پیش بینی همه مؤلفه های آن را دارد. یافته دیگر پژوهش گلپایگانی و خادمی اشکذری (۱۳۹۰) نیز نشان داده است که دختران نسبت به پسران، نگرش مثبت تری نسبت به مصرف مواد دارند. همچنین دانش آموزان دختر نسبت به دانش آموزان پسر نگرش مثبت تری به مواد مخدر دارند. این یافته با یافته های حاصل از پژوهش بروک، نورمن و کوهن^۱ (۱۹۸۹) هم خوان است. اما این یافته با یافته های معمول پژوهش های دیگر

(جزایری، رفیعی و نظری، ۱۳۸۱؛ کاظمی لر، ۱۳۸۳) که نشان داده‌اند دختران نسبت به پسران نگرش منفی‌تری نسبت به مصرف‌مواد دارند و پسران در معرض خطراتیاد به مواد مخدر بیشتری قرار دارند همسو نبود. گلپایگانی و خادمی اشکذری (۱۳۹۰) برای تبیین این تفاوت بیان می‌کنند که اگرچه پسران نوجوان به طور سنتی، به میزان بیشتری گرایش به سمت مصرف‌مواد دارند، اما امروزه با افزایش گرایش بیشتر به سمت مصرف‌مواد در دختران نوجوان رو به رو هستیم. امروزه عوامل مختلفی در افزایش شمار دخترانی که به مصرف‌مواد گرایش مثبت دارند دخیل هستند. عواملی نظیر افسردگی، سوءاستفاده‌های جنسی، اختلالات خوردن، فشار ناشی از بلوغ جنسی و مشکلات ناشی از در میان گذاشتن این مسائل با والدین باعث شده است که نگرش دختران نسبت به گذشته در برابر مصرف مواد مثبت‌تر باشد.

۵- خودکارآمدی

نتایج پژوهش جلالی و احدی (۱۳۹۴) وجود رابطه بین سطوح پایین خودکارآمدی با سوءمصرف‌مواد در دانش‌آموزان را مورد تأیید قرار داده است و نشان داد که خودکارآمدی پایین به صورت مستقیم و غیرمستقیم بر سوءمصرف‌مواد در دانش‌آموزان تأثیر دارد. همچنین نتایج تحقیق ضیاءالدینی، زارع زاده و حشمتی (۱۳۸۵) نشان داد که خودکارآمدی، پیش‌بین مناسبی برای سوءمصرف‌مواد در موقعیت‌های ناکام‌کننده در نوجوانان است. جلالی و احدی (۱۳۹۴) در تبیین این رابطه این گونه بیان کردند که خودکارآمدی بالا به نوجوانان کمک می‌کند تا در مقابل فشار دوستان برای مصرف مواد رفتارهای خود را مهار کنند. اگر مهارت‌های تصمیم‌گیری و خودکارآمدی به طور مستقیم با مصرف سیگار رابطه نداشته باشند، مبنایی برای سایر عواملی مرتبط با مصرف سیگار است. نمونه‌ای از مهارت‌های اصلی که رابطه‌ای تنگاتنگی با مصرف سیگار دارند، توانایی در امتناع قاطعانه است. با توجه به ترویج مصرف سیگار توسط رسانه‌های گروهی، اگر نوجوانان از توانایی لازم برای مقاومت در برابر فشارهای اجتماعی برای مصرف سیگار برخوردار باشند، با احتمال کمتری سیگار می‌کشند. تفکیک دو نوع خودکارآمدی در ارتباط با مصرف آزمایشی مواد، ضروری است. خودکارآمدی مصرف

به معنای باور نوجوان درباره توانایی خود در دستیابی و استفاده از موادمخدر است. براساس این دیدگاه، برخی از نوجوانان به دلیل اینکه می‌دانند در چه محلی و چگونه مواد را به دست آورند و مصرف کنند، به مصرف موادمخدر می‌پردازند. خودکارآمدی امتناع نیز بیانگر باور نوجوان بر توانایی مقاومت در برابر فشار اجتماعی برای مصرف مواد مخدر است. بر اساس این دیدگاه، نوجوان به دلیل فقدان مهارت‌های لازم در امتناع از فشار (تعارف) همسالان به مصرف مواد، ممکن است ماده مخدر را مصرف کند. همچنین نتایج تحقیقات پورکرد و همکاران (۱۳۹۲) حاکی از این است که خودکارآمدی افراد دارای سوءمصرف مواد و معتاد کمتر از افراد سالم است. براساس این یافته‌ها در هنگام رویارویی با رویدادهای نامطلوب و استرس‌زا، افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند، پایداری بیشتری از خود نشان می‌دهند و تفکرات منفی درباره خود و توانایی خود را نمی‌پذیرند.

۶- پایگاه هویت

طرفداران دیدگاه کنش متقابل^۱، در بررسی رفتارهای انحرافی و اعتیاد، اهمیت تغییر هویت در پیدایش، ادامه و خاتمه اعتیاد به مواد را موردتوجه قرار داده‌اند. اندرسون^۲ (۱۹۹۵)، مدل تغییر هویت ناشی از مصرف را بر اساس اصول نظریه کنش متقابل نمادین ارائه داده است. به نظر وی افراد به سوی گروه‌های خرده‌فرهنگ مواد جذب می‌شوند تا مشکلات هویتی فعلی‌شان در دوران کودکی و نوجوانی را حل نمایند. خرده‌فرهنگ مصرف‌مواد، فرصت‌های مهمی را برای تغییر هویت مرتبط با مواد تدارک می‌بیند. اندرسون (۱۹۹۵) در چارچوب اصول نظریه کنش متقابل نمادین^۳، نشان داده است که احراز هویت در خرده‌فرهنگ و انطباق با هویت مرتبط با مواد مخدر، رضایتمندی فرد را نسبت به هویت شخصی افزایش می‌دهد و یا از میزان رنج‌آوری هویت از این طریق می‌کاهد. قضیه اصلی در این مدل آن است که افراد به دلیل مشکلات هویتی فعلی‌شان، در کودکی و نوجوانی به سوی تغییر هویت مرتبط با مواد، انگیزه می‌شوند و گروه‌های

خرده فرهنگ مواد مخدر، فرصت‌های مهمی را برای تغییر هویت مرتبط با مواد، تدارک می‌بینند. آنان هویت‌های منحرف یا جایگزین و سطح مهمی از رضایتمندی نسبت به هویت شخصی یا هویت خود را ارائه می‌کنند. هویت آسیب‌دیده افراد، آنان را به سوی گروه‌های حاوی خرده فرهنگ شکل گرفته حول محور مصرف مواد، برمی‌انگیزاند که می‌توانند به آنان کمک کنند تا مشکلات هویتی‌شان را رفع نمایند. اریکسون هویت را تعادلی بین تعهد و سردرگمی نقش (نقشی که فرد در جامعه به عهده می‌گیرد) می‌داند. الگوی پایگاه هویت مارسیا بیشتر بر پایه نظریه اریکسون و در رابطه با شکل‌گیری هویت در نوجوانان است. مارسیا^۱ (۱۹۹۶) مفهوم "هویت من"^۲ اریکسون را به عنوان پایگاه هویت^۳، عملیاتی کرده است. پایگاه هویت نتیجه دوران بحران هویت است که در اواخر نوجوانی (۲۲-۱۸ سالگی)، فرد به یک پایگاه هویت مستقل می‌رسد. مارسیا با ترکیب حضور یا فقدان این معیارها (عبور از بحران و کسب تعهد)، چهار پایگاه هویت را مشخص کرد:

- پایگاه هویت موفق (فرد بحران را پشت سر گذاشته و دارای تعهد است).
- پایگاه هویت تعلیق (فرد در دوره بحران است و تعهدی ایجاد نکرده است).
- پایگاه هویت زودرس (فرد بحرانی نداشته، اما دارای تعهد است).
- پایگاه هویت سردرگم (فرد در حال حاضر نه بحران دارد و نه تعهدی کسب کرده است).

اریکسون (نقل از شرفی، ۱۳۸۱)، اظهار می‌دارد که رسیدن به هویت ثابت، برای برخی گروه‌ها مشکل‌تراست، مثلاً، برای گروه‌زنان که در برخی جوامع شرایط نابرابری با مردان دارند، دستیابی به هویت ثابت دشوار است. شاره و آقا محمدیان (۱۳۸۶)، در پژوهشی با عنوان رابطه پایگاه‌های هویت و فرار دختران از خانه، تعداد ۲۰ نفر از دختران معتاد ساکن مرکز بهزیستی طوس شهر مشهد را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که نمرات پایگاه هویت پراکندگی (معوق)، در دختران فراری به طور معناداری

بالا تر از میانگین این پایگاه در دختران عادی بود. همچنین جوادی (۱۳۸۷) در تحقیقی با عنوان رابطه پایگاه هویت و اعتیاد به مقایسه پایگاه‌های هویت در زنان معتاد و غیرمعتاد پرداخت. نتایج پژوهش او نشان داد که در گروه معتاد مشکلات هویتی بیشتری وجود داشت. میانگین هویت‌های نابالغ و فاقد تعهد (سردرگم، معوق) در گروه معتاد به طور معناداری از گروه غیر معتاد بالاتر بوده و میانگین هویت موفق در گروه غیرمعتاد، به طور معناداری از گروه معتاد بالاتر بود. جوادی در تبیین این یافته‌ها بیان کرد که چون افراد دارای هویت موفق از بحران عبور کرده و به تعهداتی دست یافته‌اند، کمتر در معرض خطر اعتیاد می‌باشند.

نتیجه‌گیری

به‌طور خلاصه براساس یافته‌های پژوهش‌های مختلف می‌توان نتیجه گرفت که عوامل شناختی و فیزیولوژیکی، عواملی تأثیرگذار در گرایش، شروع و تداوم اعتیاد هستند. این نتایج، تلویحات کاربردی مهمی در پیشگیری، درمان و پیشگیری از عود اعتیاد دارد. ارتقای سلامت روان مستلزم آموزش روش دستیابی به زندگی سالم، رفتارهای مقابله سازگارانه و کمک به افراد در معرض خطر برای پرهیز از رفتارهای پرخطر است. یافتن افراد در معرض خطر براساس این عوامل شناختی و فیزیولوژیکی و برنامه‌های آموزش مهارت‌های شناختی می‌تواند به عنوان یکی از برنامه‌های درمانی باشد و سلامت روان افراد را بهبود بخشد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده به نقش عوامل شناختی و فیزیولوژیکی در افراد معتاد توجه شود. همچنین ضرورت دارد که روان درمانگرها و متخصصین ترک اعتیاد در کنار روش‌های معمول ترک افراد در معرض خطر برای عود بیشتر و با آموزش مهارت‌های شناختی به مراجعان خود به کاهش وابستگی به مواد در آن‌ها کمک نمایند. محدودیتی که به چشم می‌آید تعداد کم مطالعات مداخله‌ای است که نیاز به انجام مطالعاتی از این دست را در آینده روشن می‌سازد.

منابع

اختیاری، حامد؛ بهزادی، آرزو؛ گنجگاهی، حبیب؛ مکرری، آذرخش؛ عدالتی، هانیه؛ بختیاری، مرتضی؛ ربیعی، نغمه و عقابیان، محمد علی (۱۳۸۷). بررسی مناطق مغزی در گیر در ولع

- مصرف معتادان تزریقی هرویین به وسیله تصویربرداری مغزی عملکردی. *مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴(۳)، ۲۶۹-۲۸۰.
- اسدی مجره، سامره؛ علیلو، مجید محمود؛ بهادری خسروشاهی، جعفر و خورسند، مریم (۱۳۹۳). الگوهای شخصیتی، باورهای غیرمنطقی و تکانش گری در مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۳۲(۸)، ۱۱۹-۱۳۵.
- امام هادی، محمدعلی و جلیلوند، مریم (۱۳۸۶). مقایسه تأثیر روش های کاهش گرایش سوء مصرف مواد در دانش آموزان. *مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، ۲۵(۴)، ۴۴۱-۴۴۹.
- امینی، فرشته؛ عزیزاده، حمید و رضایی، امید (۱۳۸۹). مقایسه کارکردهای اجرائی عصب شناختی در بزرگسالان معتاد به مواد افیونی با افراد عادی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۳۷-۲۵، (۱۳)۴.
- الیس، آلبرت و ناوس (۱۳۷۵). *زوج درمانی*، ترجمه جواد صالحی قدری و سید امیر امین یزدی . تهران: انتشارات میثاق، (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۷).
- باقری، منصور (۱۳۸۱). *نقش آموزش مهارت های زندگی بر دانش و نگرش دانش آموزان نسبت به مواد مخدر و عزت نفس دانش آموزان*. پایان نامه کارشناسی ارشد . چاپ نشده، دانشگاه تهران.
- برآبادی، حسین؛ یونسی، سید جلال و طالقانی، نرگس (۱۳۸۸). "خود" و بزهکاری: نقش درمان یکپارچه نگر در بهبود ادراک خود در بزهکاران معتاد. *رفاه اجتماعی*، ۱۰(۳۴)، ۳۱۹-۳۴۷.
- بشارت، محمدعلی؛ گلی نژاد، محمد و احمدی، علی اصغر (۱۳۸۲). بررسی رابطه سبک های دل بستگی و مشکلات بین شخصی. *مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. اندیشه و رفتار، ۷۱-۸۲، (۴)۸.
- پورسیدموسایی، سیده فاطمه؛ موسوی، سید ولی الله؛ کافی و سید موسی (۱۳۹۱). مقایسه و رابطه بین استرس با ولع مصرف در وابستگان به مواد افیونی و صنعتی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۶(۲۴)، ۹-۲۶.
- پورکرد، مهدی؛ ابوالقاسمی، عباس؛ نریمانی، محمد و رضایی جمالویی، حسن (۱۳۹۲). بررسی اثر مستقیم و غیرمستقیم خودکارآمدی، تکانشوری، فعال سازی بازدارندگی رفتاری و

- مهارت‌های اجتماعی بر سوءمصرف مواد در دانش آموزان. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، ۲۶ (۷)، ۱۱-۲۶.
- جزایری، علی‌رضا؛ رفیعی، حسین و نظری، محمدعلی (۱۳۸۱). اصلاح نگرش دانش‌آموزان مقطع راهنمایی شهر تهران نسبت به اعتیاد، معتاد و مواد مخدر. طرح پژوهشی: سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری.
- جلالی، ایران و احدی، حسن (۱۳۹۴). رابطه تنظیم شناختی هیجان، خودکارآمدی، برانگیختگی و مهارت‌های اجتماعی با سوءمصرف مواد در نوجوانان. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، ۳۶ (۹)، ۹۵-۱۰۹.
- جهان شاه لو، مرتضی؛ محمدخانی، شهرام؛ امیری، حمید؛ فخاری، آفاق و حسینی، سپیده (۱۳۹۵). عوامل خطر ساز و محافظت‌کننده فردی، خانوادگی و اجتماعی گرایش به مصرف مواد در دانشجویان. مجله مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، ۳ (۲)، ۱۲۷-۱۳۷.
- جوادی، رحم‌خدا (۱۳۸۷). رابطه پایگاه هویت و اعتیاد در زنان استان تهران. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، ۲ (۷)، ۵۵-۶۶.
- رحمتی، عباس (۱۳۸۲). تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به شیوه بحث گروهی بر نگرش دانش‌آموزان نسبت به سوءمصرف مواد مخدر. پایان‌نامه دکتری، چاپ‌نشده، دانشگاه علامه طباطبائی.
- سلم‌آبادی، مجتبی؛ سلیمی بجستانی، حسین؛ خیامی آبیز، حمزه و جوان، رضا (۱۳۹۴). سهم ابعاد فرسودگی تحصیلی، تاب‌آوری و استرس ادراک‌شده در پیش‌بینی گرایش به اعتیاد دانش‌آموزان. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، ۳۳ (۹)، ۲۱-۳۰.
- شاره، حسین، آقا محمدیان، حمیدرضا (۱۳۸۶). رابطه پایگاه هویت و فرار دختران از خانه، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۳ (۲)، ۱۲۷-۱۲۲.
- شرفی، محمد رضا (۱۳۸۱). جوان و بحران هویت. تهران: انتشارات سروش
- ضیاءالدینی، حسن؛ زارع زاده، علیرضا و حشمتی، فرزاد (۱۳۸۵). بررسی نگرش به مواد مخدر. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳ (۲)، ۸۴-۹۴.

کاظمی لر، شهربانو (۱۳۸۳). بررسی میزان آگاهی، نگرش و رفتار جوانان ساکن شهرک قدس نسبت به قرص‌های شادی‌آور. پایان‌نامه دکتری پزشکی، چاپ‌نشده، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران.

کاری، فریده؛ غفاری نواران، عذرا؛ و موسی زاده، توکل (۱۳۹۳). مقایسه ادراک خود، خود-تنظیمی هیجانی و سبک‌های دلبستگی افراد وابسته به مواد مخدر و بهنجار. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۳۲ (۸)، ۱۱۷-۱۰۵.

گلپایگانی، فهیمه؛ خادمی اشکذری، ملوک (۱۳۹۰). رابطه تعهد به مدرسه، نگرش به مواد مخدر و مصرف آن در دانش‌آموزان. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۲۲ (۶)، ۷۵-۶۵. مبارکی، مهسا (۱۳۹۰). بررسی تطبیقی باورهای غیرمنطقی، هیجان‌خواهی و خودکارآمدی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد و افراد غیر مبتلا. پایان‌نامه کارشناسی، چاپ‌نشده، دانشگاه پیام نور رضوانشهر.

محسنی، نیک چهره (۱۳۷۵). ادراک خود. تهران: انتشارات بعثت.

محمد خانی، شهرام؛ جزایری، علی‌رضا؛ محمدخانی، پروانه؛ رفیعی، حسن و قاضی طباطبایی، محمود (۱۳۸۶). بررسی اثر مستقیم و غیر مستقیم بازخورد نسبت به مصرف مواد، کانون کنترل و توانایی‌های فردی و اجتماعی بر مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر. فصلنامه روانشناسی معاصر، ۲ (۱)، ۱۲-۳.

محمدخانی، شهرام (۱۳۸۷). عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف الکل، سیگار و سایر مواد در نوجوانان کشور. روان‌شناسی تربیتی، ۱۲ (۴)، ۳۷-۶۴.

محمدخانی، شهرام و رضایی جمالویی، حسن (۱۳۹۳). پیش‌بینی کننده‌های مصرف مواد و مشروبات الکلی در نوجوانان. مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، ۲۲ (۴)، ۱۰-۱. محمدخانی، شهرام و رضایی جمالویی، حسن (۱۳۹۵). رابطه مصرف سیگار و قلیان با عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی نوجوانان. مجله دانشگاه علوم پزشکی سینوار، ۲۳ (۲)، ۲۸۰-۲۶۲.

محمدخانی، شهرام؛ صادقی، نگار و فرزاد، ولی الله (۱۳۹۰). مدل روابط علی هیجان منفی، باورهای مرکزی، باورهای مرتبط با مواد، عقاید و سوسه‌انگیز و تنظیم هیجان با بازگشت به مصرف مواد. فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۶ (۲۳)، ۱۸۵-۱۵۹.

یعقوبی، ابوالقاسم؛ محقق، حسین؛ امیری، لادن و اسفندیاری، کیوان (۱۳۹۴). رابطه بین نگرش نسبت به سوء مصرف مواد با باورهای غیرمنطقی و اهمال کاری تحصیلی، اعتیاد پژوهی، ۳۶ (۹)، ۹-۱۹.

- Anderson T.L. (1995). Toward a preliminary macro theory of drug addiction, *Deviant behavior*, 16, 353-372.
- Ardila, P., Perez, J., Sanches, M., Peluso, M., A., Glahn, D., & Soares, J. C. (2007). Impulsivity and bipolar disorder". *Europiann Neuropsychopharmacology*, 17(5), 313-20
- Brook, J. S., Nomura, C., & Cohen, P. (1989). A network of influences on adolescent drug involvement: neighborhood, school, peer, and family. *Genetic, social, and general psychology monographs*, 115 (1), 123-145.
- Childress, A. R., Ehrman, R., Rosensh, D. J., Robbins, S. J., & O'Brien, C. P. (1992). *Classically conditioned factors in drug dependence, in substance abuse: A comprehensive textbook*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Clark, K, D. (2010). *The Relationship of Perceived Stress and Self-Efficacy among Correctional Employees in Close-Security and Medium-Security-Level Institutions*. Unpublished dissertation, Degree of Doctor of Philosophy. Psychology. Walden University
- Dawe, S., & Ixton, N.J. (2004). The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neuroscience and Behavioral Reviews*, 28(3), 343-351.
- Ellis, A. (2003). *Overcoming resistance: A rational emotive behavior therapy in degraded approach* (2nd Ed). New York: Springer
- Erch, F. (2005). Electrophysiological evidence of two different types of error in the Wisconsin Card Sorting Test. *Neuroreport*, 10, 1299-1303.
- Fowles, D. C. (2000), electrodermal hyporeactivity and antisocial behavior. *Journal of Affective Disorders*, 61, 177- 189.
- Galanter M. (2006). Innovations: Alcohol & drug abuse, spirituality in alcoholics anonymous: A valuable adjunct to Psychiatric Services. *Psychiatric Services*, 57, 307-309
- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J. & Van den Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 267-76.
- Garvana, H., Hester, R. (2004). Executive Dysfunction in Cocaine Addiction: Evidence for Discordant Frontal, Cingulate, and Cerebellar Activity. *The journal of Neuroscience*, 24(49), 11017-11022.
- Giankola, J., Alterman, A. I., Fureman, I., Gargi A.P, & Rutherford, M. J. (2007) "The Use of Case Vignettes for Addiction Severity Index Training, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(5), 439-443.

- Gray, J. A. (1994). *Framework for taxonomy of psychiatric disorders*. In: S. Van. Goozen, De poll and J. Sergeant (Eds). *Emotions: Essay on Emotion Theory*, UK: Lawrance Erlbaum.
- Korin, M., & Aubin, H. J., b. (2010). Craving's place in addiction theory: Contributions of the major models. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*.34, 606–623
- Marcia J.E, (1966), Development and validation of ego identity status. *Journal of personality and social psychology*, 3, 551-558.
- Morrow, J. R. (2011). *Measurement and evaluation in human performance: Human Kinetics*.
- Noël, X., Van der Linden, M., d'Acremont, M., Bechara, A., Dan, B., Hanak, C., & Verbanck, P. (2007). "Alcohol cues increase cognitive impulsivity in individuals with alcoholism". *Psychopharmacology*, 192(2), 291-298.
- Peter N & Alicia D. (2010). Extent and influence of recreational drug use on men and women aged 15 years and older in South Africa. *African Journal of Drug & Alcohol Studies*, 9(1), 33-48.
- Scheier LM, Botvin GJ, & Griffin KW. (2001). Preventive intervention effects on developmental progression in drug use: Structural equation modeling analyses using longitudinal data. *Prevention Science*, 2, 89–100.
- Springer, J. F., Sale, E., Hermann, J., Sambrano, S., Kasim, R., & Nistler, M. (2004). Characteristics of effective substance abuse prevention programs for high-risk youth. *The Journal of primary prevention*, 25(2), 171–194.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اختلالات مصرف مواد: مروری نظری و پژوهشی

آزاده فروزانفر^۱

چکیده

اختلالات مصرف مواد با مصرف مکرر و ناهنجار مواد و با الکل توصیف می‌شود که اغلب به پریشانی فراوان و اختلال در زمینه‌های فردی، اجتماعی و شغلی منجر می‌شود. تعدادی از رویکردهای درمانی در درمان اختلالات مصرف مواد مؤثر شناخته شده‌اند. با این حال، درمان اختلالات مصرف مواد دشوار است. چنانچه عود مکرر از ویژگی‌های مشکل‌زای رایج این اختلالات است. موج سوم درمان شناختی رفتاری از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل رویکردها و روش‌های جدیدی است که پتانسیل بالایی برای رسیدگی به موارد پیچیده سوءمصرف مواد دارد. هدف از این تحقیق مروری نظری و پژوهشی بر کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان اختلالات مصرف مواد بود. روش پژوهش مطالعات کتابخانه‌ای و یادداشت برداری و خواندن اسناد بود. بر اساس مبانی نظری و پژوهشی می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله امیدبخش برای اختلالات مصرف مواد است. با این حال برای کارایی بیشتر، پژوهش بیشتر با نمونه‌های بزرگ‌تر و دوره پیگیری طولانی، همراه با مطالعه مکانیسم درمان برای شکل‌دهی مدل نظری و پروتکل درمان سوءمصرف مواد مورد نیاز است. در پایان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یک مداخله مؤثر برای اختلالات مصرف مواد توصیه شده است.

کلید واژه‌ها: موج سوم درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اختلالات مصرف مواد

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه تهران، تهران، ایران، پست الکترونیک:

azadehfroozanfar@yahoo.com

مقدمه

وابستگی به مواد مخدر^۱ یکی از مهم ترین مسائل اجتماعی جهان امروز است. اعتیاد عامل بروز بسیاری از آسیب های اجتماعی و نابسامانی های خانوادگی و فردی است. پدیده اعتیاد و به ویژه گسترش روزافزون وابستگی و اعتیاد به مواد جدید با توجه به تأثیرات روانی، اخلاقی و اجتماعی، خانواده و جامعه را تهدید می کند و به رفتارهای آسیب زایی مانند تنش در نقش های خانوادگی، ولگردی و خیابان گردی، تکدی گری، رفتارهای کج رو و در موارد حاد و به ویژه در موارد اعتیاد زنان به انحراف جنسی و خودفروشی منجر می شود (کاکویی و قوامی، ۱۳۹۴). آثار و نتایج زیان بار و مخرب فردی، اجتماعی و فرهنگی سوء مصرف، وابستگی و اعتیاد به مواد سبب شده است تا بیماران سوء مصرف مواد^۲ و کادر درمانی جامعه برای پیشگیری، ترک و جلوگیری از عود مصرف مواد اقدام کنند. بر این اساس، متخصصان بهداشتی و مؤسسات آموزشی و درمانی نظریه ها، مدل ها، راهکارها و فنون مختلفی را در پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد و پیشگیری از عود، ابداع، آزمایش و تجربه کرده اند (حامدی، شهیدی و خادمی، ۱۳۹۲). استفاده از درمان های دارویی مثل درمان نگهدارنده با متادون^۳ یا سم زدایی^۴ یکی از انواع متعدد درمان اعتیاد است اما نکته مهم آن است که درمان های غیردارویی اعم از درمان های روان شناختی و مداخلات اجتماعی عنصر مهمی در درمان اعتیاد است که به مدت زمان بسیار طولانی نیاز دارد. حقیقت آن است که افراد وابسته به مواد مخدر به علت ضعف در مهارت ها و توانمندی های خاص دچار اعتیاد شده اند و درمان های دارویی و سم زدایی قسمتی از نیازمندی های آنان را برطرف می سازد و در کنار این درمان ها ضروری است که بیماران تغییراتی در سبک زندگی خود ایجاد کنند (نوری، ۱۳۸۴؛ به نقل از طباطبایی چهر، ابراهیمی ثانی و مرتضوی، ۱۳۹۱). در این میان با وجود کارآمدی نسبی اغلب شیوه های درمانی در کاهش آسیب های ناشی از این اختلال و کمک در زمینه بهبودی آن، هنوز کاستی هایی وجود دارد که به تبع آن مدل های نظری جایگزین در حال

شکل‌گیری هستند و درمان‌های جدیدی نیز به کار گرفته شده‌اند (سترگ، کاظمی و ریسی، ۱۳۹۲). موج سوم درمان‌های رفتاری^۱ از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ امید بزرگی برای هدف‌گیری اختلالات پیچیده سوء مصرف مواد دارد (استاتز و نرثراپ^۳، ۲۰۱۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نوعی از رفتاردرمانی است که با استفاده از راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی^۴، به جای تمرکز بر انواع نشانه‌ها بر تغییر عملکرد تمرکز می‌کند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فراوانی یا تغییر محتوای خاص تجربه‌های درونی تمرکز نمی‌شود، بلکه بر تغییر رابطه فرد با رفتار تمرکز می‌شود. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان روان‌شناختی طیف گسترده‌ای از مشکلات، از جمله وابستگی به مواد مخدر، درد مزمن، صرع، افسردگی، اختلال اضطراب اجتماعی و استرس کار مؤثر است (گادیانو، هربرت و هیز^۵، ۲۰۱۰).

اختلالات مصرف مواد

نسخه چهارم راهنمای تشخیصی-آماري اختلالات روانی^۶ دو طبقه مجزا و مستقل برای سوء مصرف و وابستگی به مواد در نظر گرفته بود. اما در نسخه پنجم یک تغییر بسیار مهم ایجاد شده است. به این صورت که دو طبقه مستقل سوء مصرف و وابستگی به مواد حذف شده و یک طبقه واحد به نام اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد جایگزین شده است. منطق ادغام این دو طبقه این است که گروه تحقیقاتی به این نتیجه رسید که بین سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد هیچ مرز مشخصی وجود ندارد و هر دو روی یک بعد قرار دارند. طبق تعریف نسخه پنجم راهنمای تشخیصی-آماري اختلالات روانی، ویژگی اصلی هر یک از انواع اعتیادها و اختلالات با مصرف مواد عبارت است از مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک که نشان می‌دهند فرد، به‌رغم مشکلات مهمی که برایش به وجود می‌آید، به مصرف ماده ادامه می‌دهد. یکی از ویژگی‌های مهم اختلالات مصرف مواد تغییر در مدارهای مغزی است که مدت‌ها بعد از ترک ادامه می‌یابد مخصوصاً در افرادی

1. third-wave behavioral therapies
2. Acceptance & commitment therapy
3. Stotts & Northrup

4. Mindfulness
5. Gaudiano, Herbert & Hayes
6. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

که اعتیاد شدید دارند. نشانه‌های این تغییرات مغزی را می‌توان در دو نوع رفتار مشاهده کرد: ۱- فرد بارها ترک اعتیاد می‌کند ولی دوباره مصرف را از سر می‌گیرد، و ۲- هر بار در معرض محرک‌هایی قرار می‌گیرد که به‌نوعی با ماده اعتیادی در ارتباط هستند و به شدت هوس مصرف دارد (گنجی، ۱۳۹۲). در مجموع تشخیص اختلال مصرف مواد بر الگوی بیمارگون رفتارهای مرتبط با مصرف مواد استوار است. ملاک‌های اختلالات مصرف مواد شامل موارد زیر است:

دسته‌بندی کنترل معیوب

۱- امکان دارد فرد ماده‌ای را با مقادیر بیشتر، طی مدت طولانی‌تر از آنچه در آغاز در نظر داشته است مصرف کند.

۲- امکان دارد فرد تمایل مداومی را به کاهش دادن یا تنظیم کردن مصرف مواد ابراز کند و بگوید تلاش‌های ناموفق متعددی را برای کاهش دادن یا قطع مصرف به خرج داده است.

۳- ممکن است فرد وقت زیادی را صرف به دست آوردن مواد، مصرف مواد، یا بهبود یافتن از تأثیرات آن کند.

۴- در برخی موارد اختلالات مصرف مواد شدیدتر، تقریباً تمام فعالیت‌های روزانه فرد بر محور مواد می‌چرخد.
دسته‌بندی اختلال اجتماعی

۵- مصرف مواد عودکننده ممکن است به ناتوانی در برآورده کردن تعهدات نقش عمده در محل کار، مدرسه، یا خانه منجر شود.

۶- امکان دارد فرد با وجود داشتن مشکلات اجتماعی یا میان فردی مداوم یا مکرر که در اثر تأثیرات مواد ایجاد یا تشدید می‌شوند به مصرف مواد ادامه دهد.

۷- فعالیت‌های مهم اجتماعی، شغلی، یا تفریحی ممکن است به علت مصرف مواد رها شوند یا کاهش یابند.

دسته‌بندی مصرف مخاطره‌آمیز

۸- مصرف مخاطره‌آمیز مواد که ممکن است شکل مصرف مواد عودکننده در

موقعیت‌هایی را به خود بگیرد که از لحاظ جسمانی خطرناک هستند.

۹- امکان دارد فرد با وجود آگاهی از اینکه مشکلات جسمانی یا روانی مداوم یا عودکننده‌ای دارد که احتمالاً ناشی از مواد هستند یا توسط مواد تشدید می‌شوند، به مصرف آن ادامه دهد.

ملاک‌های دارویی

۱۰- تحمل با نیاز به افزایش قابل ملاحظه مقدار مواد برای دستیابی به تأثیر مطلوب یا کاهش چشمگیر تأثیر هنگامی که مقدار معمول مصرف شده است، مشخص می‌شود.

۱۱- ترک نشانگانی است که زمانی روی می‌دهد که غلظت مواد در خون یا بافت در فردی که مصرف مواد زیاد و طولانی مدت داشته است، کاهش می‌یابد (سیدمحمدی، ۱۳۹۳).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توسط استیون هیز در ایالات متحده ایجاد شد و بعدها توسط تعدادی از همکاران او، از جمله کرک استروسال و کلی ویلسون توسعه یافت. این مدل، درمانی مبتنی بر اصول علمی است که برای طیفی گسترده از شرایط دردناک بشری اعم از افسردگی و اعتیاد به موادمخدر تا استرس شغلی و اسکیزوفرنی مؤثر است. اگرچه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس آخرین مطالعات در روانشناسی رفتاری انجام شده است، اما تا حدود زیادی به سنت‌های کهن شرقی شبیه است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس مجموعه قواعدی استوار است که «انعطاف‌پذیری روانی»^۱ انسان را ارتقاء می‌دهد. طبق تحقیقات هرچه سطح انعطاف‌پذیری روانی بالاتر باشد، کیفیت زندگی بهتر می‌شود. انعطاف‌پذیری روانی، توانایی سازگاری با موقعیت‌ها همراه گشودگی، آگاهی، تمرکز و اقدام مؤثر طبق ارزش‌ها^۲ (عمیق‌ترین خواسته‌های قلبی فرد برای آنچه می‌خواهد باشد و آنچه به خاطرش در زندگی ایستادگی می‌کند) است (هریس، ۲۰۰۹، ترجمه دوستی، هدایتی و محقق، ۱۳۹۵).

مبنای فلسفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مبنای فلسفه عملی شناخته شده به عنوان بافت گرایی کارکردی^۱ است. بافت گرایی کارکردی رویدادهای روان شناختی را به عنوان تعامل بین ارگانیسم و محیط آن که از لحاظ تاریخی (تاریخچه یادگیری قبلی) و موقعیتی (پیشایندها و پیامدهای فعلی، قواعد کلامی) بافت نامیده می شود، می بیند. این یعنی محیط کنونی و پیامدهای قبلی رفتار روی فرد تأثیر می گذارد (باخ و موران، ۲۰۰۸، ترجمه کمالی و کیانراد، ۱۳۹۳). واحد تحلیلی اصلی بافت گرایی کارکردی «عمل مداوم در بافت» است. اجزای اصلی بافت گرایی کارکردی عبارتند از: ۱- تمرکز بر کل رویداد، ۲- حساسیت به نقش بافت در درک ماهیت و عملکرد یک رویداد، ۳- تأکید بر یک معیار حقیقت عمل گرایانه و ۴- اهداف علمی خاص در برابر به کار بردن آن ملاک حقیقی (هیز، ۲۰۰۴). تحلیل بافتاری کارکردی بر رفتار مداوم مراجع و نیز محیطی که رفتار در آن رخ می دهد، تمرکز می کند (باخ و موران، ۲۰۰۸، ترجمه کمالی و کیانراد، ۱۳۹۳). در حقیقت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به همان اندازه که بر ایجاد تکنیک تأکید دارد، بر کار فلسفی و نظری نیز مبتنی است (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۱).

مبنای نظری درمان

زیربنای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نظریه چارچوب ارتباطی^۲ است که نظریه ای در باب زبان و شناخت است (فلکسمن، بلک لج و باند، ۲۰۱۱، ترجمه میزایی و نونهال، ۱۳۹۳). فرض اولیه نظریه چهارچوب ارتباطی این است که رفتار انسان عمدتاً به واسطه شبکه هایی از روابط متقابل یعنی چهارچوب های ارتباطی تعیین می شود. این رابطه ها هسته زبان و شناخت انسان را تشکیل می دهد و به انسان اجازه می دهد که بدون نیاز به تجربه مستقیم یاد بگیرد (هیز، ۲۰۰۵). نظریه چهارچوب ارتباطی پیشنهاد می کند که انسان ها همواره بین حوادث، کلمات، احساسات، تجارب و تصاویر ارتباطاتی برقرار می کنند. آنان در رویارویی با کلمات، احساسات، تجارب و تصاویر به گونه ای عمل می کنند که انگار واقعی هستند. بدین ترتیب خاطره یک حادثه دردناک می تواند همان واکنش هایی را

برانگیزاند که خود آن حادثه برمی‌انگیزاند. یادگیری ارتباطی همچنین چارچوب هم‌آمیزی بین تجارب درونی و حوادث منعکس‌کننده آن‌ها را بنا می‌نهد. از این رو، تجارب درونی به گونه‌ای اضطراب، غمگینی، خشم، یا ناراحتی را برمی‌انگیزاند که انگار حوادث واقعاً دارد اتفاق می‌افتد. این هم‌آمیزی می‌تواند اجتناب تجربه‌ای^۱ را افزایش دهد (رومر و اورسیلو، ۲۰۰۹، به نقل از محمدی و همکاران، ۱۳۹۴).

نظریه چارچوب ارتباطی، یک روایت بافتاری کارکردی از زبان و شناخت انسان است و می‌تواند به خوبی برای مشکلات بالینی کاربرد داشته باشد زیرا تحقیقات بنیادین نظریه چهارچوب ارتباطی مطرح می‌کنند که زبان و شناخت درحالیکه از نظر تکاملی به بقا و موفقیت انسان کمک کرده‌اند، همچنین می‌توانند باعث رنج بیشتر انسان شوند. زبان و شناخت هنگامی مشکل‌ساز می‌شود که افراد دچار هم‌آمیزی^۲ با افکارشان می‌شوند به نحوی که اجتناب تجربه‌ای افزایش می‌یابد و آن‌ها را وادار می‌کند تغییرات بیهوده‌ای در برنامه‌هایشان ایجاد کنند و سرزندگی را از بین می‌برد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک کاربرد بنیادین از تحقیقات نظریه چارچوب ارتباطی است. فرض بر این است که تغییرات بالینی هنگامی رخ می‌دهند که بافت رفتار در راستای کار موفقیت‌آمیز تغییر کند نه اینکه شکل رفتار به سمت یک مدل مشخص تغییر یابد. بنابراین، به جای تأکید بر شکل رفتار، کارکردها و بافت‌های رویدادهای روان‌شناختی مورد کاوش قرار می‌گیرد. به این معنا که حتی مشکلی که مراجع مطرح می‌کند لازم است که با تغییر در بافت رفتار به آن پرداخته شود و نه ضرورتاً تغییر در شکل رفتار. درمانگران درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ممکن است تلاش نکنند تعداد، شدت یا مدت مشکلات را تغییر دهند بلکه بافت آن مشکلات را تغییر می‌دهند (باخ و موران، ۲۰۰۸، ترجمه کمالی و کیانراد، ۱۳۹۳).

فرایندهای اصلی شیوه درمانی

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در عمل می‌تواند در قالب شش فرایند که از درون با هم مرتبط هستند، مورد توجه قرار بگیرد. این شش فرایند عبارتند از پذیرش، ناهم‌آمیزی^۳،

ارتباط با لحظه اکنون، عمل متعهدانه^۱، خود به عنوان بافت و ارزش‌ها. راهبردهای اصلی درمان برای مقابله با آسیب‌شناسی روانی در رابطه با این فرایندها تعیین می‌شود. این فرایندهای اساسی در بسیاری از زمینه‌های مهم با هم مرتبط هستند و هیچ‌یک از آن‌ها نباید کاملاً مجزا در نظر گرفته شود. رویکرد بافتاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرایندهایی دارد که از درون به هم مرتبط هستند و هر کدام از آن‌ها بدون سایر اصول قابل تعریف نیست (باخ و موران، ۲۰۰۸، ترجمه کمالی و کیانراد، ۱۳۹۳).

پذیرش

پذیرش شامل درگیر شدن فعال در فرایند تجربه احساسات، افکار، و خاطرات، بدون تلاش برای اجتناب و یا تغییر تجارب است. پذیرش همچنین می‌تواند به عنوان رفتار نزدیک شدن به محرک داخلی از نظر روانی آزارنده یا مشکل‌زا، درحالی‌که رفتار انطباقی است، تعریف شود (گیفورد^۲ و هیز، ۱۹۹۷؛ به نقل از براون^۳ و همکاران، ۲۰۰۸). پذیرش آگاهی بدون قضاوت و پذیرفتن فعالانه تجربه افکار، احساسات و حس‌های بدنی را شامل می‌شود (هیز و استروسال^۴، ۲۰۰۴). پذیرش در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به معنای خواستن هیجان‌ها و تجارب آزارنده، تحمل صرف آن‌ها و «از خود استقامت نشان دادن» نیست؛ بلکه، تمایل به تجربه رویدادهای ناخوشایند است یعنی، رویدادهای درونی که در مسیر رفتار همسو با ارزش‌ها، قد علم می‌کنند. بنابراین، پذیرش قطب مخالف اجتناب تجربه‌ای به عنوان یکی از عناصر اصلی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (فلکسمن و همکاران، ۲۰۱۱، ترجمه میرزایی و نونهال، ۱۳۹۳). پذیرش اغلب مورد سوءتعبیر واقع می‌شود. مثلاً به جای اینکه به عنوان عملی در نظر گرفته شود که موجب افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود، به عنوان یک ارزشیابی (قضاوت یا نقطه نظر درباره رویدادها)، انفعال در برابر وقایع، یا حتی بدتر، به عنوان قبول شکست، مطرح می‌شود. ممکن است اشتباهاً این طور برداشت شود که پذیرفتن یک رویداد، حاکی از دوست داشتن آن است. اما پذیرش الزاماً مبنی بر دوست داشتن آن موقعیت یا اتفاق نیست؛

بنابراین، ممکن است شامل قبول و پذیرفتن رویدادی باشد که حتی شخص دوستش ندارد (باخ و موران، ۲۰۰۸، ترجمه کمالی و کیانراد، ۱۳۹۳).

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کنترل و اجتناب زمینه‌ای است که تجربه رویدادهای درونی در این زمینه می‌تواند آسیب‌زا باشد. بنابراین به‌جای تمرکز بر تغییر آن رویداد درونی، درمانگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال تغییر این زمینه است. با تغییر این زمینه و تبدیل آن به زمینه پذیرش، هر رویداد درونی می‌تواند تجربه شود، بدون اینکه آسیب‌زا باشد؛ و با تغییر این زمینه، هدف بافتارگرایی کارکردی، یعنی پیش‌بینی رفتار و تأثیر بر رفتار محقق می‌شود (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۱). هیز و همکاران (۱۹۹۹)، به نقل از باخ و موران، ۲۰۰۸، ترجمه کمالی و کیانراد، ۱۳۹۳). معتقدند که فرایند روان‌درمانی تلویحاً شامل درجه‌ای از پذیرش است. به این معنا که مراجع و درمانگر می‌پذیرند مشکلی وجود دارد که مراجع می‌خواهد برای آن کاری انجام دهد. اما آنچه اغلب مشکل‌ساز می‌شود این است که مراجع برای حل این مشکل، چه کاری می‌خواهد انجام دهد (باخ و موران، ۲۰۰۸، ترجمه کمالی و کیانراد، ۱۳۹۳). پذیرش، برای اینکه همواره فرایند مهمی باشد، اصولاً، باید شامل تمایل به تجربه هر میزان از پریشانی باشد (فلکسمن و همکاران، ۲۰۱۱، ترجمه میرزایی و نونهال، ۱۳۹۳).

ناهم‌آمیزی شناختی

استیون هیز متوجه شد انسان‌ها افکار منفی خود را جدی می‌گیرند و این افکار را بازتابی دقیق از واقعیت تلقی می‌کنند. انسان‌ها چنان محکم به افکار منفی خود چسبیده‌اند که انگار افکارشان با هویتشان یکی است (مک‌کی، فنینگ، آویگیل و اسکین، ۲۰۱۳، ترجمه حمید پور و میرزا بیگ، ۱۳۹۴). وقتی رفتار انعطاف‌ناپذیر است و بیشتر تحت تأثیر شبکه‌های کلامی است تا پیامدهای محیطی تجربه‌شده، می‌توان گفت که فرد درهم‌آمیزی شناختی درگیر شده است. هیز و همکاران (۱۹۹۹) هنگام صحبت از هم‌آمیزی شناختی عنوان می‌کنند که نمادهای کلامی و رویدادهای محیطی «باهم ترکیب شده‌اند» انگار دو چیز مختلف تبدیل به یک ترکیب شده‌اند. به‌طور ساده‌تر، هم‌آمیزی شناختی هنگامی رخ می‌دهد که افراد نمی‌توانند بین مسائل و توصیف آن‌ها تمایز قائل شوند. در نتیجه افراد

به جای تجربه مستقیمی که با دنیا دارند؛ توسط محتوای کلامی افکارشان هدایت می شوند (باخ و موران، ۲۰۰۸، ترجمه کمالی و کیانراد، ۱۳۹۳).

ناهم آمیزی شناختی، در اصل، شکستن قواعد زبانی به طریقی که باعث شود کلمات مشکل آفرین، بخش اعظم یا کلی معنای خود را از دست بدهند؛ یعنی، افکار فقط و فقط افکار شوند نه امور واقعی. به بیان فنی تر، «تکنیک‌های ناهم آمیزی شناختی به جای تغییر شکل، فراوانی، یا حساسیت موقعیتی نسبت به افکار، سعی در تغییر کارکردهای نامطلوب آن‌ها و سایر رویدادهای درونی دارند» (فلکسمن و همکاران، ۲۰۱۱، ترجمه میرزایی و نونهال، ۱۳۹۳). اجتناب تجربه‌ای و هم آمیزی زمانی مسلط می شود که رفتار کلامی فرد را از زمان حال بیرون می آورد. در ناهم آمیزی شناختی تأکید بر تغییر محتوای افکار و احساسات مراجع نیست. هدف این است که نحوه ارتباط مراجع با افکار و احساساتش تغییر یابد. تمرین‌های ناهم آمیزی معمولاً مفید واقع می شوند و اغلب با فرایند پذیرش انسجام می یابند و با زمان حال و دیدگاه گیری در ارتباط است (باخ و موران، ۲۰۰۸، ترجمه کمالی و کیانراد، ۱۳۹۳).

۱۴۰

درمانگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق فرایند ناهم آمیزی شناختی به مراجع می آموزد که رویدادهای درونی را همان طور که واقعاً هستند، ببینند نه آن طور که آن رویدادها می گویند. این درنهایت باعث می شود فرایند پذیرش بهتر رخ دهد، چون ناهم آمیزی از افکار، ارزشیابی‌ها و احساسات، باعث می شود کارکرد این رویدادهای درونی به عنوان موانع روان شناختی کاهش یابد (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۱). از میان تکنیک‌های مختلف، فن‌های ناهم آمیزی، غالباً زبان وصفی و قضاوت گرانه (ارزیاب) را کاملاً برجسته می کند و باورهای انسان درباره انطباق واژه‌های قضاوت گرانه با واقعیت عینی را تضعیف می نماید. این تکنیک‌ها به درمان‌جویان کمک می کند تا این مفهوم را از طریق تجربه درک کنند، با این هدف که قداست زبان را تضعیف نمایند و تأثیر آن را کاهش دهند (فلکسمن و همکاران، ۲۰۱۱، ترجمه میرزایی و نونهال، ۱۳۹۳).

خود به عنوان یک بافت

پیش‌بینی نظریه چهارچوب ارتباطی این است که تقریباً هر محرکی می تواند با محرک

دیگر، ارتباط برقرار کند. به زعم نظریه چهارچوب ارتباطی، سه برداشت از خویشتن را می‌توان متصور شد: محتوا انگاشتتن خویشتن^۱، بافتار انگاشتتن خویشتن^۲ و فرایند انگاشتتن خویشتن^۳. در دسترس‌ترین معنای کلامی از خویشتن، به خویشتنی اشاره دارد که به‌سان محتواست. خویشتن وقتی محتوا انگاشته شود، شخص خویشتن خویش را تقریباً معادل محتوای افکار، هیجان‌ها، خاطرات و حس‌های بدنی که هر لحظه تجربه می‌کند، می‌داند (فلکسمن و همکاران، ۲۰۱۱، ترجمه میرزایی و نونهال، ۱۳۹۳). در این وضعیت، افکار خودشان را جدی می‌گیرند و آن‌ها را نمایانگر واقعیت می‌دانند. فکر و خویشتن با هم یکسان به نظر می‌رسند. علاوه بر افکار، آن‌ها هیجان‌ها را نیز با واقعیت یکی فرض می‌کنند (مک‌کی و همکاران، ۲۰۱۳، ترجمه حمید پور و میرزا بیگ، ۱۳۹۴).

خویشتن بافتاری، در ساده‌ترین وجه آن به خویشتنی اشاره دارد که بخش پایدار و همیشه حاضر فرد است، بخشی که متوجه گذار افکار، هیجانات، خاطرات و حس‌های بدنی در آگاهی شخص است. فرد وقتی با محتوای تجاربش تعریف نمی‌شود، موقعیت‌های پریشان‌ساز و ارزیابی‌های کلامی حاصل از آن‌ها، کمتر تهدیدآمیز است. هیجانات ناخوشایند، به تدریج، به احساسات نسبتاً گذرای تبدیل می‌شوند که تابع اوضاع و احوال کنونی هستند، نه بیانات تخطی‌ناپذیر شخصیت فرد (فلکسمن و همکاران، ۲۰۱۱، ترجمه میرزایی و نونهال، ۱۳۹۳). خود به‌عنوان فرایند یا خود آگاهی مداوم، وقتی تجربه می‌شود که انسان‌ها رویدادهای رفتاری فوری، چه عمومی چه خصوصی را مشاهده می‌کنند. اهمیت محتوای این پاسخ‌های کلامی کمتر از مشاهده تجربه در حال جریان آن است. دانستن اینکه یک فرد دارد به چه چیزی فکر می‌کند، چه احساس یا حسی دارد، مفید است. به همین دلیل بسیاری از مکاتب درمانی حاوی مداخلاتی است که هدف آن‌ها افزایش توانایی فرد برای مشاهده و توصیف تجربه مداوم است (باخ و موران، ۲۰۰۸، ترجمه کمالی و کیانراد، ۱۳۹۳).

در زمان حال بودن

ارتباط با لحظه حال به معنای حضور روان‌شناختی است یعنی ارتباط هشیارانه و درگیر شدن با هر آنچه که در لحظه در حال اتفاق افتادن است (هریس، ۲۰۰۹، ترجمه امین زاده، ۱۳۹۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و فنون آن، مشاهده و توصیف بدون قضاوت تجارب در زمان حال را تشویق می‌کند، چیزی که خود به‌عنوان یک فرایند دانستن نامیده می‌شود. این تجربه در زمان حال، به مراجعان کمک می‌کند که تغییرات دنیا را آن‌گونه که هست تجربه کنند، نه آن‌گونه که ذهن می‌سازد (هیز، ۲۰۰۴، به نقل از ایزدی و عابدی، ۱۳۹۱). تماس نداشتن با لحظه‌لحظه‌های زندگی، ممکن است باعث شود که فرد فرصت‌های یادگیری یا پاسخ مؤثر به محرک موجود را از دست بدهد. نشخوار فکری درباره شکست‌ها یا خاطرات ناخوشایند، احساس غم، گناه، پشیمانی، شرم، اضطراب، خشم و ملغمه‌ای از هیجان‌ها را سرازیر می‌کند. با این حال، اگر فرد با لحظه‌لحظه‌های زندگی‌اش تماس پیوسته‌ای داشته باشد، ممکن است سر و کله این هیجان‌ها پیدا نشود (یا اگر هم شود، شدید نباشد). مشغله ذهنی با افکار ناخوشایند درباره گذشته و آینده، یا حتی افکار ارزیاب ناخوشایند درباره حال حاضر، نه تنها پریشانی را شدت می‌بخشد، بلکه به اعمال ناکارآمد هم منجر می‌شود. به نظر می‌رسد که هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تمرکز پایدار و پیوسته بر زمان حال نیست، بلکه بازگشت پیوسته به حال حاضر است، آن‌هم در زمان‌هایی که افکار، به‌هنگام پریشانی، فرد را با خود به حاشیه می‌برد (فلکسمن و همکاران، ۲۰۱۱، ترجمه میرزایی و نونهال، ۱۳۹۳). با تمرین‌های ذهن‌آگاهی افراد یاد می‌گیرند که به تماشای احساس‌ها، هیجان‌ها و افکار خود بپردازند. اهمیت ندارد که احساس‌ها یا افکار فرد دردناک هستند یا خوشایند، بلکه مهم این است که فرد یاد بگیرد که فقط نظاره‌گر باشد (مک‌کی و همکاران، ۲۰۱۳، ترجمه حمید پور و میرزا بیگ، ۱۳۹۴). در مقابل راهبردهای تغییر رفتاری، ذهن‌آگاهی متضمن پذیرش تجربه بدون تلاش برای چاره کردن، تغییر، سرکوب و یا اجتناب از تجربه است. با توجه به اینکه ذهن‌آگاهی پذیرش و مشاهده تجربه‌های داخلی دردناک را شامل می‌شود، ذهن‌آگاهی ممکن است از طریق مواجهه تقویت نشده با هیجان‌ها، افکار، احساسات اجتناب شده قبلی، مؤثر واقع

شود. این عمل مهارت یادگیری را شامل می‌شود که همیشه پاسخ به هر حس، انگیزش و یا هیجان لازم نیست. ذهن آگاهی همچنین به کیفیت آگاهی که یک فرد به لحظه حال می‌آورد مربوط می‌شود (زاوالنسکی، برنشتاین و ویوجانویک^۱، ۲۰۱۱).

ارزش‌ها

ارزش‌ها، صفات مطلوب برای عمل مداوم هستند. به عبارت دیگر آن‌ها توصیف می‌کنند که انسان چطور می‌خواهد در زمینه‌ای به طور مداوم عمل کند. داشتن ارزش‌های واضح و روشن یک قدم اساسی در خلق زندگی پرمعنا است. معمولاً در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از ارزش‌ها به عنوان «جهت‌های انتخاب‌شده زندگی» یاد می‌شود. ارزش‌ها معمولاً با قطب‌نما مقایسه می‌شود چرا که آن‌ها به انسان جهت می‌دهند و سفر انسان را به طور مداوم هدایت می‌کنند (هریس، ۲۰۰۹، ترجمه امین زاده، ۱۳۹۴). در این رویکرد، انسان‌ها باید بین دو گزینه دست به انتخاب بزنند: ۱- اجتناب از درد روان‌شناختی و ۲- رویارویی با درد روان‌شناختی. حرکت در مسیر ارزش‌ها بدون شک با درد روان‌شناختی همراه است. واقعیت این است که انسان‌ها در زندگی، هیجان‌های دردناکی را تجربه خواهند کرد. آن‌ها می‌توانند با فرار از این هیجان‌های دردناک، از پیشرفت باز بمانند یا در حین حرکت در مسیر اهداف و ارزش‌های بنیادین خود، این هیجان‌های دردناک را نیز تجربه کنند (مک‌کی و همکاران، ۲۰۱۳، ترجمه حمید پور و میرزا بیگ، ۱۳۹۴). اعتقاد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این است که افکار، احساسات و حواس ناخواسته معمولاً به حرکت در جهت ارزش‌ها کمک می‌کند. اجتناب از این افکار و احساسات دردناک اجتناب‌ناپذیر منجر به یک زندگی محدود و بی‌روح می‌شود، درحالی‌که تمرکز بر ارزش‌ها سرزندگی می‌آورد و تمایل به تجربه هر دردی که ممکن است در یک زندگی خوب تجربه شود را در فرد ایجاد می‌کند. مراجع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این چالش قرار می‌گیرد که بزرگ‌ترین آرزوهای خود را دنبال کند حتی وقتی که ممکن است این کار با افکار، احساسات و حواس ناخواسته همراه شود (باخ و موران، ۲۰۰۸، ترجمه کمالی و کیانرادی، ۱۳۹۳). ارزش‌ها نیروی محرک خوبی برای تغییر رفتار به شمار می‌روند (مک‌کی و

همکاران، ۲۰۱۳، ترجمه حمید پور و میرزا بیگ، ۱۳۹۴). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با استفاده از استعاره‌ها و تمرین‌ها به مراجعین در شناسایی جهت‌های ارزشمند زندگی کمک می‌شود (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۱). درمانگران درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این دلیل با درمان‌جویان به روشن‌سازی ارزش‌ها می‌پردازند که سعی دارند به آن‌ها کمک کنند راه‌های ارزشمند زیستن را بشناسند، به گونه‌ای که حس سرزندگی، معنا و هدفمندی بیشتری کنند (فلکسمن و همکاران، ۲۰۱۱، ترجمه میرزایی و نونهال، ۱۳۹۳).

عمل متعهدانه

عمل ارزش‌مدار طیف وسیعی از افکار و احساسات مطلوب و نامطلوب را برمی‌انگیزد. بنابراین عمل متعهدانه به این معناست که برای داشتن زندگی ارزشمند آنچه را لازم است انجام دهید حتی اگر درد و رنج به دنبال داشته باشد. همه مداخلات رفتاری سنتی مانند هدف‌گزینی، مواجهه، فعال‌سازی رفتاری و آموزش مهارت‌ها می‌توانند در این بخش از مدل به کار گرفته شوند. هر مهارتی که می‌تواند زندگی را تسهیل و پربار سازد- از مذاکره تا مدیریت زمان، از جرأت‌ورزی تا حل مسأله، از خود آرام‌سازی تا مقابله با بحران- می‌تواند آموخته شوند (به شرطی که در خدمت زندگی ارزشمند باشد و نه در خدمت اجتناب تجربه‌ای) (هریس، ۲۰۰۹، ترجمه امین زاده، ۱۳۹۴). تعهد یک جنبه مهم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در واقع، عمل متعهدانه وقتی در درمان اتفاق می‌افتد که مراجع در حال انجام رفتارهایی است که نشان از بهبودی وی دارد. وقتی مراجع به سمت عمل متعهدانه حرکت می‌کند از قوانین نامؤثر و رویدادهای کلامی ناهم‌آمیزی ایجاد می‌کند، با لحظه اکنون تماس برقرار می‌کند و هم‌زمان پاسخ‌های جسمانی و شناختی را می‌پذیرد. در واقع سکوی پرشی دارد که از طریق آن، گام اول به سمت بهبودی را برمی‌دارد (باخ و موران، ۲۰۰۸، ترجمه کمالی و کیانراد، ۱۳۹۳). تعهد همچنین ممکن است تعیین فعالیت‌هایی برای دستیابی به هدف‌های فرد باشد. این برنامه‌ریزی ممکن است شناسایی راهبردهای سودمند برای گشایش مسائلی باشد که احتمالاً در مسیر هدف‌ها سر برمی‌آورند، هدف‌هایی که همسو با ارزش‌های فرد هستند. در پی این برنامه‌ریزی، فرد اغلب به استفاده از راهبردهای ذهن آگاهی، به هنگام مواجهه با موانع شناختی و هیجانی،

متعهد می‌شود. تعهد در سطحی دیگر، برنامه‌ریزی برای رفتار همسو با ارزش‌ها آن‌هم به شیوه‌ای نظام‌مندتر است. گاه برنامه‌ریزی برای نگه‌داشتن رفتار در مسیر موردنظر، ضروری به نظر می‌رسد کنند (فلکسمن و همکاران، ۲۰۱۱، ترجمه میرزایی و نونهال، ۱۳۹۳).

انعطاف‌پذیری روانی

هر شش فرایند بنیادین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باهم ترکیب می‌شوند تا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را پدید آورند کنند (فلکسمن و همکاران، ۲۰۱۱، ترجمه میرزایی و نونهال، ۱۳۹۳).

هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که شامل تمایل فرد برای درگیر شدن در فعالیت‌های ارزش‌مدارانه، هم‌زمان با حضور رویدادهای خصوصی است (باخ و موران، ۲۰۰۸، ترجمه کمالی و کیانرادی، ۱۳۹۳). دو مؤلفه کلیدی در انعطاف‌پذیری روانی وجود دارد:

۱. توانایی آگاهی ذهنی: حالت ذهنی که معمولاً به «ذهن آگاهی» معروف است. ذهن آگاهی فرد را قادر می‌سازد که با نگرشی باز و کنج‌گاو (اشتیاق) از تجربه‌های حال خود کاملاً آگاه باشد؛ متعهد و شیفته کاری باشد که در حال انجام آن است؛ تأثیر افکار و احساسات دردناک را کاهش دهد.

۲. توانایی انجام عمل مؤثر: به عبارت دیگر اقدامی که به جای آنکه بدون تفکر و ناگهانی باشد، آگاهانه و عمدی است؛ با انگیزه، هدایت‌شده و توسط ارزش‌های اصلی خود الهام گرفته شده است؛ انعطاف‌پذیر و با وضعیت موجود سازگار است. به عبارت ساده‌تر، انعطاف‌پذیری روانی عبارت است از توانایی برگشتن به لحظه حال، گشودگی و انجام آنچه مهم است. هرچه انعطاف‌پذیری روانی فرد افزایش یابد، به‌طور مؤثرتری می‌تواند بر احساسات دشوار تسلط یابد، فرایندهای فکری بیهوده را قطع کند، بر باورهای محدودکننده خود غلبه کند، بر آنچه انجام می‌دهد تمرکز کند و به آن متعهد باشد (هریس، ۲۰۰۹، ترجمه هدایتی و محقق، ۱۳۹۵).

از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش سلامت روان، در اصل به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بستگی دارد نه کاهش علائم مسئله با اختلال روانی (فلکسمن

و همکاران، ۲۰۱۱، ترجمه میرزایی و نونهال، ۱۳۹۳). وقتی هدف درمان، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است، به جای کاهش نشانه‌های خاص، زندگی کردن به گونه‌ای که ارزش زیستن داشته باشد، می‌تواند آماج بالینی باشد (باخ و موران، ۲۰۰۸، ترجمه کمالی و کیانراد، ۱۳۹۳).

مدل آسیب‌شناسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

رویکرد پذیرش و تعهد فیلسوفانه بر اساس بافت‌گرایی کارکردی است و مدل آسیب‌شناسی آن عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یک راه «فوق تشخیصی» برای سیستم‌های طبقه‌بندی رسمی است (گانزالز-منندز، فرناندز، رودریگز و ویلاگرا^۱، ۲۰۱۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک فرایند غیرخطی با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، از طریق مداخله در هریک از شش بعدی است که باهم ارتباط درونی دارند. این شش زمینه می‌تواند به عنوان فرایندهایی مشخص شود که با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی همسویی دارد. بر اساس مدل آسیب‌شناسی روانی این درمان، رفتار بالینی می‌تواند با توجه به فرایندهای نمودار انعطاف‌ناپذیری توصیف شود. تکلیف درمانگر رویکرد پذیرش و تعهد این است که برای رفتار مراجع با توجه به این فرایندها توضیحات کارکردی فراهم کند (باخ و موران، ۲۰۰۸، ترجمه کمالی و کیانراد، ۱۳۹۳).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای اختلالات مصرف مواد

اختلالات مصرف مواد متداول و اغلب پیچیده هستند و با مشکلات پزشکی، حقوقی، اجتماعی و روانی همپوشانی دارند (استاتز و نرثراپ، ۲۰۱۵). تعدادی از رویکردهای رفتاردرمانی شامل مدیریت پیشامد، درمان شناختی رفتاری سنتی، مصاحبه انگیزشی، مشاوره دارویی^۲، زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی در درمان اختلالات مصرف مواد مؤثر شناخته شده‌اند (کارول و انکن^۳، ۲۰۱۴؛ مک‌هاگ، هرون و او تو^۴، ۲۰۱۰؛ اسمدس لاند^۵ و همکاران، ۲۰۱۱). اخیراً رویکردهای شناختی رفتاری زمینه‌ای مانند درمان مبتنی بر پذیرش

1. Gonzalez-Menéndez, Fernández, Rodríguez & Villagrà
2. drug counseling

3. Carroll & Onken
4. McHugh, Hearon & Otto
5. Smedslund

و تعهد (هیز و لوین، ۲۰۱۲)، رفتاردرمانی دیالکتیکی^۱ (لینهان^۲، ۱۹۹۳)، پیش‌گیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۳ (ویتکیویتز^۴، مارلات و والکر^۵، ۲۰۰۵) برای درمان اختلالات مصرف مواد مورد استفاده قرار می‌گیرند. یک تفاوت کلیدی بین رویکردهای شناختی رفتاری زمینه‌ای و رویکردهای شناختی رفتاری سستی، تأکید بر راهبردهای ذهن‌آگاهی و پذیرش برای کاهش اثر انگیزه‌های درونی بر رفتار مصرف مواد است (لی، آن، لوین و توهیگ^۶، ۲۰۱۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یکی از مدل‌های معروف نسل سوم مشاوره شناختی رفتاری است که مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و ناهم‌آمیزی شناختی را برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۱). چنانچه این رویکرد برای اختلالات مصرف مواد به کار رود، مراجعین، به جای مصرف مواد، با روش‌های پذیرش و ذهن‌آگاهی رابطه با تجربه‌های داخلی (مثال، در پاسخ به ولع یا فرار از احساس منفی)، همزمان با حرکت رو به جلو در ایجاد الگوهای معنادار فعالیت را می‌آموزند که با مصرف مواد ناهم‌هنگ است. به علاوه به علت ماهیت فراتشخیصی این رویکرد، این رویکرد می‌تواند به‌طور مؤثری مشکلات روان‌شناختی مهم همراه با مصرف مواد شامل افسردگی، اضطراب را هدف بگیرد (لی و همکاران، ۲۰۱۵). افراد مصرف‌کننده مواد احساسات (مثلاً، افسردگی، اضطراب) و افکار ناخوشایند (مثلاً، من یک شکست‌خورده هستم) را تجربه می‌کنند هر دو پیامدهای مصرف مواد مخدر است. مصرف مواد مخدر و دیگر رفتارهای اعتیاد آور اغلب برای اجتناب و یا کنترل این تجربیات داخلی و ناراحتی همراه با آن‌ها به کار می‌رود. پیامدهای پریشان‌کننده و اجتناب‌ناپذیر منفی مصرف مواد مخدر اغلب به‌طور مداوم به چرخه مداوم اجتناب تجربه‌ای منجر می‌شود (استاتز و نرثراپ، ۲۰۱۵). نتیجه این راهبردهای اجتناب تجربه‌ای (که در این مورد مصرف مواد مخدر برجسته‌ترین است) از دست دادن انعطاف‌پذیری و نشاط در زندگی مراجعان است. در نهایت، کاهش انرژی و کاهش زنده‌دلی باعث اجتناب بیشتر می‌شود.

1. dialectical behavior therapy
2. Linehan
3. mindfulness-based relapse prevention

4. Witkiewitz
5. Walker
6. Lee, An, Levin & Twohig

اجتناب موجب زایش اجتناب و عمیق تر غرق شدن در بی معنایی و ناامیدی می شود (هیز و استروسال، ۲۰۰۴). بنابراین، یک هدف اساسی درمان های شناختی رفتاری زمینه ای مانند رویکرد پذیرش و تعهد، شناسایی و تجربه راه های جایگزینی است که به این وقایع خصوصی ناخوشایند مربوط می شود. برای مثال مهارت های پذیرش برای تسهیل افزایش تمایل به زندگی با حوادث پریشان کننده استفاده می شود. همچنین راهبردهای تنظیم هیجان می تواند برای افزایش آگاهی هیجانی و کاهش آسیب پذیری به هیجان های فشار آور استفاده شود. راهبردهای پذیرش و تنظیم هیجان از طریق تمرین های تجربی و استعاره ها مطرح می شود که در آن توجه آگاهانه به پریشانی روانشناختی در یک رفتار غیرقضاوتی هدایت می شود. چنین تغییری در زمینه، عملکرد افکار و احساسات پریشان کننده را تغییر می دهد و رفتارهای جایگزین برای مصرف مواد مخدر را ممکن می سازد (استاتز و نرثاپ، ۲۰۱۵).

مراجعان با اختلالات مصرف مواد اغلب از محرک های مصرف مواد مخدر بی اطلاع هستند و همچنین در توجه به پیامدهای منفی اعتیادشان و رفتارهای مرتبط به آن ناموفق هستند. اغلب تغییر رفتار تکنانشی مصرف مواد، بدون این آگاهی چالش برانگیز است و بنابراین بیشتر رویکردهای موج سوم، درمان های شناختی رفتاری زمینه ای تمرین های مبتنی بر ذهن آگاهی (توجه به اینجا و اکنون) را معرفی می کنند. مداخلات ذهن آگاهی، آگاهی از وابستگی های محیط طبیعی را افزایش می دهد و به مصرف کنندگان مواد مخدر در توجه به محرک ها و پیامدها در یک رفتار انعطاف پذیر و غیر واکنشی کمک می کند. در واقع مراجعان قادر می شوند که به جای اجتناب و یا کنترل از طریق مصرف مواد، تصمیم ها و انتخاب هایی بر اساس اهداف مهم شخصی و ارزش ها بگیرند. درمان های شناختی رفتاری زمینه ای مانند رویکرد پذیرش و تعهد به جای تمرکز انحصاری بر کاهش/حذف رفتارهای اعتیاد آور، بر زندگی ارزشمند و معنادار توجه می کنند. بسیاری از مراجعان اختلالات مصرف مواد، خانواده و روابط اجتماعی رها شده دارند. در فرایند تغییر، ایجاد مجدد جهت های ارزشمند یک مرحله چالش انگیز بسیار مهم است (استاتز و نرثاپ، ۲۰۱۵). شواهد تجربی نشان می دهند که اجتناب تجربه ای در ایجاد اعتیاد و به عنوان یک عامل

بازدارنده برای ورود به درمان نقش مهمی ایفا می کند. احتمال اینکه سوء مصرف مواد، توسط اجتناب تجربه ای همراه با پیامدهای بی حس کننده زندگی اعتیاد، برانگیخته شود، نشان می دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ممکن است یک درمان بالقوه مؤثر برای این جمعیت باشد. علاوه بر این، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به خوبی با محیط بالینی در درمان سوء مصرف مواد مناسب است زیرا زمینه های مشترکی با رویکردهای ۱۲ گام^۱ (ویلسون، هیز و برد^۲، ۲۰۰۰) و مدل های پیشگیری از عود^۳/کاهش آسیب (کارول، رونساولیل، نیچ و گوردون^۴، ۱۹۹۴؛ مارلات^۵ و گوردون، ۱۹۸۵) دارد (به نقل از هیز و لوین، ۲۰۱۲).

مروری بر پژوهش های مرتبط با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

اگرچه پژوهش مربوط به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبتاً جدید است، توجه زیاد و رو به شتابی را دریافت کرده است. در سال ۲۰۱۰، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به فهرست ملی برنامه ها و شیوه های مبتنی بر شواهد اداره خدمات سلامت فکری و سوء مصرف مواد آمریکا اضافه شد (اداره خدمات سلامت فکری و سوء مصرف مواد، ۲۰۱۰؛ به نقل از هیز و لوین، ۲۰۱۲). در سال های اخیر تحقیقات متفاوتی در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلالات مصرف مواد صورت گرفته است. در ذیل خلاصه ای از این تحقیقات ارائه می شود.

محمدی، صالح زاده و نصیریان (۱۳۹۴) پژوهشی با عنوان «اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در مردان تحت درمان با متادون» انجام دادند. در این پژوهش ۲۴ نفر از مردان معتاد تحت درمان با متادون به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. یافته های حاصل از پژوهش نشان داد که روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش میزان سرزنش خود، نشخوار ذهنی، فاجعه آمیز پنداری و سرزنش دیگران تأثیر مثبت و معنی دار داشته است. همچنین این درمان بر افزایش میزان پذیرش، توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به برنامه ریزی، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه

1. 12-step therapy
2. Wilson & Byrd
3. relapse prevention

4. Rounsaville, Nich & Gordon
5. Marlatt

مردان تحت درمان با متادون تأثیر مثبت و معنی‌دار داشته است و در کل باعث بهبود تنظیم هیجان گروه آزمایش شده است. حسینی‌نژاد (۱۳۹۳) در پژوهشی روی ۳۰ زن وابسته به سوء مصرف مواد دارای فرزند و همسر اذعان داشت که مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت‌زناشویی، خودکارآمدی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مادران وابسته به سوء مصرف مواد مؤثر است. در پژوهش خاکباز (۱۳۹۳) تحت عنوان اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود تنظیم هیجانی افراد وابسته به مت‌آفتمین ۴۰ نفر از افراد وابسته به مت‌آفتمین بازتوانی شده که در مرحله ترک مواد به سر می‌بردند، انتخاب شدند. سپس از این تعداد، ۳۰ نفر از افرادی که نسبت به میانگین گروه نمره بالاتری در مقیاس مشکل در تنظیم هیجان کسب کردند، ۱۵ نفر به صورت تصادفی، در گروه آزمایش و ۱۵ نفر دیگر در گروه کنترل گمارش شدند. جلسات گروه‌درمانی شامل هشت جلسه، هفته‌ای دو بار و هر بار به مدت ۹۰ دقیقه بود. یافته‌ها نشان دادند که بین میانگین نمره تنظیم هیجان و خرده مقیاس‌های آن در دو گروه آزمایش و کنترل از نظر آماری اختلاف معناداری وجود داشت. ساعدی (۱۳۹۲) در پژوهشی به بررسی اثربخشی روش درمانی پذیرش و تعهد بر اضطراب، افسردگی و بهبود افراد دارای اختلال وابستگی به مواد پرداخت. دو گروه نمونه ۱۴ نفری به روش غیر تصادفی و داوطلبانه انتخاب شدند. ۱۴ نفر به گروه آزمایش (که تحت درمان نگهدارنده با آگونیسست و درمان پذیرش و تعهد قرار گرفتند) و ۱۴ نفر به لیست انتظار (که فقط تحت درمان نگهدارنده با آگونیسست بودند)، اختصاص یافت. نتایج پژوهش بر اثربخشی روش درمانی پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و بهبود اختلال وابستگی به مواد در افراد دارای اختلال وابستگی به مواد مخدر صحه گذاشت ولی نتایجی مبنی بر اثربخشی بر روی اضطراب به دست نیامد. یافته‌های حاصل از پژوهش کیانی، قاسمی و پورعباس (۱۳۹۱) بر ۳۴ مصرف‌کننده ماده شیشه نشان داد که گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر شدت ولع مصرف در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معناداری داشتند. همچنین در مقایسه اثربخشی این دو درمان بر ابعاد نه‌گانه تنظیم شناختی هیجان تفاوت معناداری مشاهده نشد و هر دو درمان به یک میزان بر شاخص‌های شناختی تنظیم هیجان تأثیرگذار بودند.

در خارج از کشور، مداخله‌های زیادی بر روی افراد وابسته به سوء مصرف مواد صورت گرفته است. نتایج فراتحلیل لی و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله امیدبخش برای اختلالات مصرف مواد است. این فراتحلیل، اثر کوچک تا متوسط درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بعد از درمان در طول شرایط کنترل شده نشان داد. این اندازه اثر وقتی که داده‌های پیگیری در تجزیه و تحلیل استفاده شد، افزایش یافت. این نتایج نشان می‌دهد که اثرات مثبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طول زمان افزایش می‌یابد یا حداقل با سرعت کمتری نسبت به دیگر درمان‌های فعال کیفیت خود را از دست می‌دهد. تجزیه و تحلیل داده‌های ثانویه پژوهش استاتز و همکاران (۲۰۱۵) از یک مداخله مدیریت وابستگی^۱ سوء مصرف کنندگان کوکائین که به مداخله مدیریت وابستگی پاسخگو نبودند و خط پایه بسیار بالاتر اجتناب و عدم انعطاف رفتاری را در زمینه افکار، احساسات و حس‌های جسمانی پریشان کننده مربوط به کوکائین داشتند، نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ترکیب با درمان مدیریت وابستگی اثرات خوبی را برای اختلال مصرف کوکائین افزایش می‌دهد. لانزا، گارسیا، لاملاس^۲ و منندز (۲۰۱۴) در پژوهش خود به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان اختلال سوء مصرف مواد در زنان زندانی پرداختند. شرکت کنندگان ۳۱ زن زندانی مبتلا به اختلال مصرف مواد بودند. بعد از ۱۶ جلسه مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد، نرخ پرهیز ۲۷/۸ درصد، مشاهده شد و پس از شش ماه به ۴۳/۸ درصد افزایش یافت. همچنین درمان باعث کاهش آسیب‌شناسی روانی و افزایش قابل توجه انعطاف‌پذیری روانی در گروه آزمایش شد. گانزالز-منندز و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی با عنوان نتایج بلندمدت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر زنان زندانی وابسته به مواد نشان داد که مداخلات شناختی رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان سوء مصرف مواد مؤثر هستند ولی در پیگیری ۱۸ ماهه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در حفظ میزان پرهیز از استعمال نتایج بهتری نشان داد.

در یک مطالعه درباره سم‌زدایی با متادون، تقریباً تعداد دو برابر شرکت کنندگان در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۳۷ درصد) در مقایسه با کسانی که در مشاوره مواد مخدر (۱۹

درصد) شرکت کرده بودند، به طور موفقیت آمیز بدون هیچ افزایشی در خطر مصرف مواد افیونی از متادون سم زدایی شدند (استاتز و همکاران، ۲۰۱۲). اسموت^۱ و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای با قرار دادن ۱۰۴ نفر از افراد سوء مصرف کننده مت آمفتامین در دو گروه درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان دادند که تأثیر این دو درمان بر مصرف آمفتامین و تسکین آسیب‌های روان شناختی آن معنادار بوده است. اما تفاوت‌های گروهی قابل توجهی درباره حضور در درمان و نتایج مربوط به مت آمفتامین به دست نیامد. مصرف مت آمفتامین، پسماندهای منفی و شدت وابستگی در طول زمان در دو گروه کاهش یافت.

مطالعه استاتز، ماسودا^۲ و ویلسون (۲۰۰۹) نتایج مثبت مستقیم و بلندمدت (یک ساله) ترکیب درمان نگهدارنده با متادون با ۲۴ جلسه هفتگی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد را ارائه کرد. این پژوهش نشان داد که رویکرد پذیرش و تعهد که روی پذیرش پریشانی اجتناب‌ناپذیر همراه با ترک مواد مخدر تمرکز می‌کند، می‌تواند نتایج سم زدایی متادون را بهبود بخشد. علاوه بر این، فراتر از نشان دادن کاهش مصرف مواد مخدر، مطالعات اخیر اثر مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کاهش خودخوارشماری^۳ و شرمندگی سوء مصرف کنندگان مواد مخدر نشان داده‌اند (لوما، کوهلنبرگ^۴، هیز، بانتینگ و ری^۵، ۲۰۰۸؛ لوما، کوهلنبرگ، هیز، بانتینگ و فلیچر^۶، ۲۰۱۲). مطالعه انجام شده توسط توهیگ^۷، شونبرگر^۷ و هیز (۲۰۰۷) شواهد مقدماتی برای اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افراد وابسته به ماری جوانا ارائه کرد. توهیگ و همکاران (۲۰۰۷) در یک پژوهش موردی اثربخشی این درمان را بر سه جوان وابسته به مواد مخدر مورد سنجش قرار دادند. نتایج بهبود افسردگی، اضطراب، نشانه‌های ولع و سطوح کلی اجتناب تجربه‌ای نسبت به خط پایه را نشان داد. هیز و همکاران (۲۰۰۴) اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در بین افراد با سوء مصرف چند گونه مواد مخدر که تحت درمان نگهدارنده متادون بودند، بررسی

1. Smout
2. Masuda
3. self-stigma
4. Luoma & Kohlenberg

5. Bunting & Rye
6. Fletcher
7. Twohig, Shoenberger & Hayes

کردند. نتایج نشان داد که در مقایسه با درمان نگهدارنده متادون به تنهایی، ۱۶ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با درمان نگهدارنده متادون در مصرف مواد افیونی کمتر (۶۱ درصد در مقابل ۲۸ درصد) و مصرف مواد مخدر کمتر (۵۰ درصد در مقابل ۱۲ درصد) در پیگیری شش ماهه نتیجه داد.

تعدادی از پژوهش‌ها نیز به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سوء مصرف الکل پرداخته‌اند. در مطالعه انجام‌شده توسط پترسون و زتل^۱ (۲۰۰۹) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان‌های معمول، رهایی سریع‌تر برای بیماران در حال تجربه افسردگی و سوء مصرف الکل (که با برنامه ۱۲ گام بستری شده بودند) را نشان داد. همچنین یک مطالعه تجربی نشان داد که پذیرش تجربی ذهن‌آگاهی ارتباط بین انگیزش‌های خودکار برای نوشیدن الکل و نوشیدن خطرناک را ضعیف کرد (استافین^۲ و مارلات، ۲۰۰۸). به علاوه مطالعه هفتر، آيفرت، پارکر، هرناوندز و اسپری^۳، (۲۰۰۳) حاکی از کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش میزان مصرف نزدیک به صفر را در یک مراجع مرد وابسته به الکل بود. لوسیانو^۴ و همکاران (۲۰۰۱) نیز اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر افراد وابسته به الکل نشان دادند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک رویکرد برای ترک سیگار، نتایج قابل مقایسه‌ای با رویکرد شناختی رفتاری نشان داد (هرناوندز-لویز، لوسیانو، بریکر، نیتو و مونته‌سینوس^۵، ۲۰۰۹). نتایج از درمان جایگزین نیکوتین (گیفورد و همکاران، ۲۰۰۴) یا وقتی که با بوپروپیون توأم می‌شود، در مقایسه با نتایج حاصل از بوپروپیون به تنهایی به طور قابل توجهی بهتر بود (گیفورد و همکاران، ۲۰۱۱). در مطالعه دیگری نتایج مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد برای ترک سیگار مثبت بود (بریکر، مان، مارک، لیو و پترسون^۶، ۲۰۱۰). همچنین نتایج یک مطالعه آزمایشی شامل یک بسته درمانی از ترکیب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان جایگزین نیکوتین، مواجهه و پیشگیری از عود به منظور بهبود

1. Petersen & Zettle
2. Ostafin
3. Heffner, Parker, Hernandez & Sperry

4. Luciano
5. López, Luciano, Bricker, Nieto & Montesinos
6. Bricker, Mann, Marek, Liu

تحمل پریشانی در عود اولیه افراد سیگاری حمایت کرد (براون و همکاران، ۲۰۰۸). شرکت کنندگان ۱۶ نفر بودند و نتایج حاکی از افزایش مداومت در پرهیز طولانی تر بود که احتمالاً به دلیل افزایش تحمل پریشانی در این افراد است که احتمال عود را در آنها کاهش داده است. گیفورد و همکاران (۲۰۰۴) کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را با درمان جایگزینی نیکوتین مقایسه کردند و در پیگیری یک ساله نتایج نشان داد که شرکت کنندگان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ۳۵ درصد در مقابل ۱۰ درصد از سیگار پرهیز کرده بودند.

نتیجه گیری

به طور کلی نتایج پژوهش های گذشته را می توان این طور خلاصه کرد که مداخلات متعددی در داخل و خارج کشور در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلالات مصرف مواد انجام شده است که حاکی از کارایی این رویکرد بر افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد است. نتایج نشان می دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد احتمالاً یک درمان مؤثر برای انواع مختلف اختلالات مصرف مواد، الکل و ترک سیگار است. در مورد سوء مصرف شدید مواد شواهدی نشان می دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با سایر روش های درمانی مؤثر از جمله ۱۲ گام، نگهدارنده با متادون و شناختی رفتاری به همان اندازه مؤثر یا بهتر است (هیز و همکاران، ۲۰۰۴؛ اسموت و همکاران، ۲۰۱۰). ترکیب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان های متداول اعتیاد از جمله نگهدارنده با متادون و مدیریت وابستگی موجب افزایش و بهبود نتایج شده است (استاتز و همکاران، ۲۰۱۵؛ ۲۰۰۹؛ هیز و همکاران، ۲۰۰۴). پژوهش ها نشان می دهد که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در دوره پیگیری ادامه داشته و افزایش یافته است (لانزا و همکاران، ۲۰۱۴؛ گانزالز-منندز و همکاران، ۲۰۱۴). در حالیکه این یافته ها اولیه هستند، اگر بتوان آن ها را تکرار کرد و در مطالعات آینده مورد بررسی قرار داد، می تواند پیامدهای مهمی برای درمان سوء مصرف مواد داشته باشد به دلیل اینکه عود مکرر یکی از ویژگی های شایع این اختلالات است.

وابستگی به سوء مصرف مواد یک مشکل بزرگ است و برای آن روش های درمان

مؤثر مورد نیاز است. تاکنون شیوه‌های درمانی متعددی از درمان‌های روان‌تحلیل‌گری، رفتاردرمانی، گروه‌درمانی، دارودرمانی و غیره بر روی بیماران مبتلا به اختلال اعتیاد صورت گرفته است. با این حال، درمان اختلالات مصرف‌مواد مشکل است. مرور درمان‌های فعلی نشان می‌دهد که قطع مصرف‌مواد تقریباً تنها در ۳۰ تا ۵۰ درصد افراد تحت درمان با اندازه اثر کلی نسبتاً کوچک دیده می‌شود (هوبارد، کرادوک و آندرسون^۱، ۲۰۰۳؛ پرندرگاست، پوداس، چانگ و ارادا^۲، ۲۰۰۲) و اثرات اغلب طولانی‌مدت نیست (بنیشک^۳ و همکاران، ۲۰۱۴). اما هر یک از این شیوه‌ها تا حدودی اثرگذار بوده و عود و بازگشت مجدد سوءمصرف‌مواد را به همراه داشته‌اند (لی و همکاران، ۲۰۱۵). به نظر می‌رسد که مشکل عمیق‌تر است. به دلیل کاستی‌های روش‌های درمانی و رویکردهای روان‌شناختی مورد استفاده برای مصرف‌کنندگان مواد، لزوم استفاده از مدل‌های نظری جایگزین و رویکردهای جدید در مورد افراد وابسته به سوءمصرف مواد احساس می‌شود. اخیراً درمان شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد برای اختلالات مصرف‌مواد مورد استفاده قرار گرفته است. هدف اصلی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک به مراجعان است که با هسته مشکلات خود ارتباط پیدا کنند و از آنجا، در بازسازی زندگی‌شان با یک حس ارزش، مؤثر واقع شوند. این یک آموزش اصولی برای ارتباط با موانع شناختی و عاطفی مرتبط با قطع مصرف است و این هدف باید توسط مراجع انتخاب شود. به‌طور خاص، این درمان برای کاهش یا کنترل وقایع خصوصی که با مصرف مواد مخدر در ارتباط است تلاش نمی‌کند، بلکه به ایجاد زمینه‌ای کمک می‌کند که در آن انگیزش برای مصرف و افکار در مورد مصرف می‌تواند تجربه‌شود و به آن‌ها عمل نشود.

همچنانچه عود مکرر یکی از ویژگی‌های مشکل‌ساز و شایع اختلالات مصرف‌مواد است، یک نیاز بزرگ به ارائه درمان‌هایی برای مصرف‌مواد احساس می‌شود که نتایج را در طول زمان حفظ کند. به نظر می‌رسد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، حداقل به‌طور اولیه، در این حوزه امید بخش است. نتایج اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اثر

بالقوه بزرگ‌تری را در دوره پیگیری نسبت به بعد از درمان نشان داده است که با نظریه‌پردازی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همسان است که در آن افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بعد از درمان ممکن است به ادامه تغییر رفتاری مثبت و رشد در طول زمان منجر شود.

پژوهش‌ها در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلالات مصرف مواد در جمعیت‌های مختلف شامل مواد هدف مختلف (مواد مخدر، مت‌آمفتامین، الکل) و محیط‌های مختلف (زندان، کلینیک متادون، درمان اقامتی و سرپایی) انجام شده است و نتایج پژوهش‌ها کارایی این رویکرد را در درمان اختلالات مصرف مواد نشان می‌دهد. با این حال علاوه بر نیاز به انجام مطالعات با نمونه‌های بزرگ‌تر و دوره پیگیری طولانی، انجام مطالعات به منظور شناسایی و درک مکانیسم دقیق مسئول تغییر رفتار در این درمان جهت شکل‌دهی مدل نظری و پروتکل درمان سوء مصرف مواد مهم است. با توجه به پیشینه قوی نظری و پژوهشی، می‌توان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به مشاوران و درمانگران حوزه اعتیاد جهت انجام مداخله‌های مرتبط با اختلالات سوء مصرف مواد پیشنهاد نمود.

۱۵۶

منابع

ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۱). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. تهران: انتشارات جنگل.
 باخ، پاتریشیا ا. و موران، دنیل ج. (۲۰۰۸). *ACT در عمل: مفهوم‌پردازی مورد در درمان پذیرش و تعهد*. ترجمه: یارا کمالی و نیلوفر کیانراد (۱۳۹۳). تهران: انتشارات ارجمند.
 حامدی، علی؛ شهیدی، شهریار و خادمی، علی. (۱۳۹۲). اثربخشی ذهن‌آگاهی و مشاوره کاهش آسیب بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*. (۲۸)۷. ۱۰۱-۱۱۸.

حسینی‌نژاد، ناهید (۱۳۹۳). *اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی، خودکارآمدی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مادران وابسته به سوء مصرف مواد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه تهران.

خاکباز، حمید (۱۳۹۳). *اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تنظیم هیجانی افراد وابسته به مت‌آمفتامین بازتوانی شده*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

ساعدی، مژگان (۱۳۹۲). *اثربخشی روش درمانی پذیرش-تعهد بر اضطراب، افسردگی و بهبود افراد دارای اختلال وابستگی به مواد*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. چاپ نشده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.

سترگ، صحرا؛ کاظمی، حمید و ریسی، زهره (۱۳۹۲). *اثربخشی درمان فراشناختی بر عقاید و سوسه‌انگیز و باورهای مرتبط با مواد در بیماران وابسته به مواد صنعتی. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۷(۲۱)، ۱۶۲-۱۴۷.

سیدمحمدی، یحیی (۱۳۹۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. ویراست پنجم*. تهران: نشر روان.

طباطبایی چهر، محبوبه؛ ابراهیمی ثانی، ابراهیم و مرتضوی، حامد (۱۳۹۱). *اثربخشی روان‌درمانی گروهی شناختی-رفتاری در تغییر باورهای غیرمنطقی افراد معتاد. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۴(۳)، ۴۳۰-۴۱۹.

فلکسمن، پل ادوارد؛ بلک‌لج، ج ت و باند، فرانک (۱۳۹۳). *تندآموز درمان مبتنی بر پذیرش و پای‌بندی*. ترجمه: مصلح میرزایی، سامان نونهال، تهران: انتشارات ارجمند، (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۱).

کاگوی دینکی، عیسی و قوامی، نسرین‌السادات (۱۳۹۴). *بررسی ویژگی‌های جنسیتی و پیامدهای گرایش زنان به سوء مصرف مواد مخدر. فصلنامه سلامت اجتماعی اعتیاد*، ۱(۴)، ۳۲-۹.

کیانی، احمدرضا؛ قاسمی، نظام‌الدین؛ پورعباس، علی (۱۳۹۱). *مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان شیشه. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۶(۲۴)، ۳۶-۲۷.

گنجی، مهدی (۱۳۹۲). *آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5*. جلد دوم. تهران: انتشارات ساوالان.

محمدی، ابوالفضل؛ امیدی، عبدالله؛ اکبری، مهدی؛ توپسرکانی راوی، مهدیه؛ میرزایی، مصلح؛ زرگر، فاطمه و همکاران (۱۳۹۴). *مقدمه‌ای بر نسل سوم درمان‌های شناختی-رفتاری*. تهران: انتشارات ارجمند.

محمدی، لیل؛ صالح‌زاده ابرقویی، مریم و نصیریان، منصوره (۱۳۹۴). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در مردان تحت درمان با متادون. ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۳(۹)، ۸۵۳-۸۶۱.

مک کی، متیو؛ فیننگ، پاتریک؛ آویگیل، لیوف و اسکین، میشل (۱۳۹۴). *رهایی از مشکلات بین فردی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. ترجمه: حسن حمیدپور؛ آئیمیناس میرزاییگ (۱۳۹۴). تهران: انتشارات ارجمند، (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۳).

هریس، راس (۱۳۹۵). *درمان پذیرش و تعهد با عشق*. ترجمه: پیمان دوستی، سپیده هدایتی و حسین محقق، همدان: انتشارات فراگیر هگمتانه، (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۹).

هریس، راس (۱۳۹۴). *ACT به زبان ساده*. ترجمه انوشه امین زاده، تهران: انتشارات ارجمند، (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۹).

- Bricker, J. B., Mann, S. L., Marek, P. M., Liu, J., & Peterson, A. V. (2010). Telephone-delivered acceptance and commitment therapy for adult smoking cessation: A feasibility study. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(4), 454-458.
- Brown, R.A., Palm, K.M., Strong, D.R., Lejuez, C.W., Kahler, C.W., Zvolensky, M.J., Hayes, S. C., Wilson, K.G., & Gifford, E.V. (2008). Distress tolerance treatment for early-lapse smokers: Rationale, program description, and preliminary findings. *Behavior Modification*, 32, 302-332.
- Carroll, K. M., & Onken, L. S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1452-1460.
- Gaudiano, B. A., Herbert, J. D., & Hayes, S. C. (2010). Is it the symptom or the relation to it? Investigating potential mediators of change in acceptance and commitment therapy for psychosis. *Behavior therapy*, 41(4), 543-554.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D.O., Piasecki, M. M., & Rasmussen-Hall, M. L. (2004). Acceptance theory-based treatment for smoking cessation: An initial trial of acceptance and commitment therapy. *Behavior Therapy*, 35, 689-706.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Pierson, H. M., Piasecki, M. P., Antonuccio, D. O., & Palm, K. M. (2011). Does acceptance and relationship focused behavior therapy contribute to bupropion outcomes? A randomized controlled trial of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy for smoking cessation. *Behavior therapy*, 42(4), 700-715.
- González-Menéndez, A., Fernández, P., Rodríguez, F., & Villagrà, P. (2014). Long-term outcomes of Acceptance and Commitment Therapy in drug-dependent female inmates: A randomized controlled trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(1), 18.
- Hayes, S. C. & Levin, M. E. (2012). *Mindfulness and Acceptance for Addictive Behaviors: Applying Contextual CBT to Substance Abuse and Behavioral Addictions*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S. C. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.

- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2004). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer-Verlag.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E., Bissett, R., Batten, S., Piasecki, M., et al. (2004). A preliminary trial of Twelve-Step Facilitation and Acceptance and Commitment Therapy with poly substanceabusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior Therapy*, 35, 667–688.
- Hayes, SC., Levin, M. (2012). *Mindfulness and Acceptance for Addictive Behaviors: Applying Contextual CBT to Substance Abuse and Behavioral Addictions*. New Harbinger Publications.
- Heffner, M., Eifert, G. H., Parker, B. T., Hernandez, D. H., & Sperry, J. A. (2003). Valued directions: Acceptance and commitment therapy in the treatment of alcohol dependence. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 378-383.
- Hernández-López, M., Luciano, M. C., Bricker, J. B., Roales-Nieto, J. G., & Montesinos, F. (2009). Acceptance and commitment therapy for smoking cessation: a preliminary study of its effectiveness in comparison with cognitive behavioral therapy. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(4), 723.
- Hubbard, R. L., Craddock, S. G., & Anderson, J. (2003). Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *Journal of substance abuse treatment*, 25(3), 125-134.
- Lanza, P. V., Garcia, P. F., Lamelas, F. R., & González-Menéndez, A. (2014). Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy in the treatment of substance use disorder with incarcerated women. *Journal of clinical psychology*, 70(7), 644-657.
- Lee, E. B., An, W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2015). An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 155, 1-7.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Luciano, M.C., Gómez, S., Hernández, M., & Cabello, F. (2001). Alcoholismo, trastorno de evitación y Terapia de Aceptación y Compromiso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 113, 333-372.
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., & Fletcher, L. (2012). Slow and steady wins the race: A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 43-53.
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Bunting, K., & Rye, A. K. (2008). Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction Research and Theory*, 16, 149-165.
- McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 511-525.
- Ostafin, B. D., & Marlatt, G. A. (2008). Surfing the urge: Experiential acceptance moderates the relation between automatic alcohol motivation

- and hazardous drinking. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(4), 404-418.
- Petersen, C. L., & Zettle, R. D. (2009). Treating inpatients with comorbid depression and alcohol use disorders: A comparison of acceptance and commitment therapy versus treatment as usual. *Psychological Record*, 59, 521-536.
- Prendergast, M. L., Podus, D., Chang, E., & Urada, D. (2002). The effectiveness of drug abuse treatment: A meta-analysis of comparison group studies. *Drug and alcohol dependence*, 67(1), 53-72.
- Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrøm, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M., & Karlsen, K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5. Art. No.: CD008063. DOI: 10.1002/14651858.CD008063.pub2
- Smout, M. F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W & White, J. M. (2010). Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: A preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy. *Substance Abuse*, 312, 98-107.
- Stotts, A. L., & Northrup, T. F. (2015). The promise of third-wave behavioral therapies in the treatment of substance use disorders. *Current opinion in psychology*, 2, 75-81.
- Stotts, A. L., Green, C., Masuda, A., Grabowski, J., Wilson, K., Northrup, T. F., Moeller, G., & Schmitz, J. M. (2012). A stage I pilot study of acceptance and commitment therapy for methadone detoxification. *Drug and alcohol dependence*, 125(3), 215-222.
- Stotts, A. L., Masuda, A., & Wilson, K. (2009). Using Acceptance and Commitment Therapy during methadone dose reduction: rationale, treatment description, and a case report. *Cognitive and behavioral practice*, 16(2), 205-213.
- Stotts, A. L., Vujanovic, A., Heads, A., Suchting, R., Green, C. E., & Schmitz, J. M. (2015). The role of avoidance and inflexibility in characterizing response to contingency management for cocaine use disorders: A secondary profile analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(2), 408.
- Twohig, M.P., Shoenberger, D., & Hayes, S.C. (2007). A preliminary investigation of Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for marijuana dependence in adults. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40, 619-632.
- Wilson, K. G., Hayes, S. C., & Byrd, M. (2000). Exploring compatibilities between Acceptance and Commitment Therapy and 12-Step treatment for substance abuse. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 18(4), 209-234.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 211-228.
- Zvolensky, M. J., Bernstein, A., Vujanovic, A. A. (2011). *Distress tolerance: Theory, Research, and Clinical Application*. New York: Guilford Press.

پیشگیری از عود رفتار اعتیادی در معتادان

کیوان شکری^۱، محمد صالح سنگین استادآبادی^۲، جمال علی آبادی^۳

چکیده

خطر بازگشت به مصرف مواد مخدر به دنبال ترک اعتیاد همواره مطرح است و این مساله مقابله با مسئله اعتیاد را پیچیده تر می سازد. فرایند عود و بازگشت زمانی آغاز می شود که تفکرات، احساسات و رفتارهای فردی که در برنامه بهبودی قرار دارد دوباره تحریف و غیر منطقی می شوند. فرایند عود و بازگشت غالباً شامل فعال نمودن سیستم انکار ورزی به مثابه یک سپر دفاعی غیر انعطاف پذیر، تمایل به تنهایی و انزوا و نمونه هایی از قضاوت های منفی، تصمیم گیری های عالی و نامناسب، ناتوانی در مواجهه با مشکلات و بروز فشارهای زندگی و استرس است. بنابراین، این مساله همواره مورد توجه مسئولین و نیز خود مبتلایان به سوء مصرف مواد و خانواده آنان بوده است. بر این اساس برنامه ریزی و تلاش جهت کاهش این مسئله باید به عنوان بخشی از برنامه های پیشگیری از اعتیاد در جامعه مورد توجه قرار گیرد. در کشور ما نیز خصوصاً در سال های اخیر با وجود گسترش انواع برنامه های درمانی و تلاش در جهت کاهش تعداد مبتلایان به اعتیاد از طریق بازگرداندن آنان به زندگی سالم، همچنان شاهد آمار روز افزون معتادان و نیز اخبار ناخوشایند از این مسئله در جامعه هستیم. کارشناسان امر علت اصلی شکست اغلب این برنامه های درمانی و کاهش آسیب در معتادان را فراوانی بازگشت معتادان در کشور دانسته اند. لذا پرداختن به مسئله عود در درمان اعتیاد الزامی و از نیازهای اساسی در فرایند کنترل معضل اعتیاد در کشور است. به این منظور، هدف اصلی این مقاله مروری، بررسی عود رفتار اعتیادی و عوامل مؤثر بر آن و رویکردهای پیشگیری از عود بود.

کلید واژه ها: اعتیاد، عود رفتار اعتیادی، پیشگیری از عود رفتار اعتیادی

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران،

shokri.keivan@gmail.com

۲. کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۳. کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

مقدمه

وابستگی به مواد مخدر از مشکلات عمده در سطح بین الملل و کشور ما است؛ زیرا از یک سو سلامت جامعه را مورد تهدید قرار داده و از سویی دیگر با بسیاری از جرائم و جنایات‌ها همچون ایدز در ارتباط است و به یکی از معضلات و نگرانی‌های عمده جهان امروز تبدیل شده است و هرساله افراد زیادی را به دام خود می‌کشاند. بنا به گزارش برلی^۱ (۱۹۸۷؛ نقل از یزدانی، ۱۳۹۰)، مسئله سوء مصرف مواد در حال حاضر بعد از سه بحران اصلی جهان یعنی نابودی محیط زیست، تهدیداتمی و بحران فقر، بحران چهارم جهان را تشکیل داده است. طبق گزارش «برنامه کنترل مواد مخدر سازمان ملل» در آستانه قرن بیست و یکم، حدود یکصد و هشتاد میلیون نفر در سراسر دنیا، مصرف کننده اصلی مواد مخدر بوده‌اند که بخش قابل توجهی از این آمار متعلق به شرق و جنوب شرقی آسیا می‌باشد و سهم ایران از معتادین جهان برای سال ۱۳۸۱، رقم ۱/۶۷۸/۰۰۰ نفر اصلی، ۸۹۵/۰۰۰ تفتنی و ۴۱۰/۰۰۰ نفر ناشناخته را نشان می‌دهد (رئیس دانا، ۱۳۸۱، به نقل از زاهدی اصل، ۱۳۹۳). بر اساس اعلام مسئولان وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی سالانه حدود ۸ درصد به مصرف کنندگان مواد مخدر در کشور افزوده می‌شود. طبق گزارش معاونت سلامت بهداشت، آمار مبتلایان به سوء مصرف مواد در ایران ۳ میلیون و ۷۰۰ هزار نفر اعلام شده است (کریم یار جهرمی، افتخارزاده و حمیدی پور، ۱۳۹۲). علیرغم اینکه در سراسر دنیا با این پدیده شوم روبه‌رو هستند، هنوز شیوه‌ای که بتوان آن بیماری را به صورت دائمی و قطعی درمان کرد یافت نشده است. حتی پس از اینکه فرد معتاد مصرف مواد مخدر را برای مدتی طولانی قطع نماید نیز نمی‌توان امیدوار بود که مصرف مواد را از سر نگیرد. لذا بهبودی فرد معتاد با قطع مصرف مواد مخدر حاصل نمی‌شود. از این جهت عود مصرف مواد یکی از معضلات اصلی درمان افراد دچار سوء مصرف مواد است. تاریخچه پیشگیری از عود اعتیاد به اواسط دهه ۱۹۷۰ برمی‌گردد. در طی این سال‌ها عده‌ای به رواج راهبردهای‌های پیشگیری علاقه‌مند شدند (بهراری، ۱۳۹۲). به نظر می‌رسد که عود یا بازگشت رفتارهای اعتیادی (مانند سوء مصرف مواد، الککل، قماربازی) در

معتادان نسبتاً رایج است. حدود ۲۰ تا ۸۰ درصد از معتادان ظرف یکسال اول درمان اعتیاد دچار عود می‌شوند (بهاری، ۱۳۹۲). مارلات و گوردون^۱ (۱۹۸۵) احتمال بازگشت به مواد مخدر را در خوشبینانه‌ترین شکل تا ۵۰ درصد پیش‌بینی کرده‌اند؛ به نظر آنان این احتمال تا ۹۰ درصد نیز متغیر است (به نقل از اسنو و اندرسون^۲، ۲۰۰۰). کوپ^۳ (۲۰۰۰) به نقل از کریمیان، (۱۳۹۰) نیز تخمین می‌زند ۸۰ درصد از معتادانی که دوره سم‌زدایی را با موفقیت پشت سر گذارده‌اند، ظرف مدت یک سال و یا کمتر به مصرف مجدد روی می‌آورند و تنها ۲۰ درصد از آن‌ها بهبودی خود را پس از سم‌زدایی ادامه می‌دهند. براساس گزارش آژانس مبارزه با مواد مخدر^۴ (۲۰۰۶) میزان عود سوء مصرف مواد در سال ۲۰۰۵ از میان ۳۲/۸۰۸ معتاد، ۱۷/۴۱۹ نفر بوده است. این در حالی بوده است که میزان معتادان جدید در همان سال ۲۰۰۵، معادل ۱۵/۳۸۹ نفر اعلام شده است (به نقل از ابراهیم و کومار^۵، ۲۰۰۹). در حال حاضر در ایران آمار دقیقی از این که چند درصد از بهبودیافتگان به مصرف مجدد مواد روی آوردند در دسترس نیست؛ اما افزایش آمار مبتلایان به سوء مصرف مواد در کشور می‌تواند بیانگر این مسئله باشد که روش‌های درمانی انجام شده مؤثر یا جامع نبوده است (کریم یارجه‌رمی و همکاران، ۱۳۹۲). میزان بازگشت به مصرف مجدد مواد مخدر ۵۰ تا ۷۵ درصد ذکر شده است (امینی، امینی، افشار مقدم و آذر، ۱۳۸۲). براساس آمارهای حضور معتادان در مراکز بازپروری بهزیستی در ایران، بسیاری از آن‌ها پس از ترک اعتیاد بیش از ۲ الی ۳ بار چه به صورت خودمعرف و چه از طریق دادگاه از خدمات بازپروری استفاده کرده‌اند. و در پژوهشی که در زنجان بین ۹۶ معتاد مراجعه کننده به مرکز بازپروری انجام شد، تمامی آن‌ها سابقه حداقل یک بار ترک اعتیاد را داشته‌اند (یزدانی، ۱۳۹۰). در پژوهش حق‌دوست و همکاران، ۳۳/۵ درصد مبتلایان به مصرف مواد یک بار، ۳۸ درصد دو تا سه بار، ۲۸/۵ درصد بیش از سه بار درمان ناموفق داشتند. این درحالی است که ۵۳ درصد آن‌ها در کمتر از ۳ ماه به مصرف مجدد مواد مخدر روی آورده بودند و فقط ۱۲ درصد آن‌ها توانسته بودند به مدت بیش از یک سال عاری از مواد مخدر باقی

بمانند. میانگین زمان اجتناب از مواد مخدر $3_ + 6/3$ ماه بود و به طور کلی بر اساس میانگین امتیازات محاسبه شده، بی‌خوابی و وسوسه مهم‌ترین عوامل فردی و دسترسی آسان به مواد مخدر، کشمکش‌های خانوادگی و عدم پای‌بندی به درمان، مهم‌ترین عوامل محیطی عود بوده‌اند (به نقل از دهقانی فیروزآبادی و همکاران، ۱۳۹۳). بدون تردید تمام عوامل مختلفی که در ایجاد اعتیاد مؤثر است، می‌تواند در بازگشت و عود به اعتیاد هم مؤثر باشد. این عوامل شامل عوامل درون فرد (مسائل روانی و ویژگی‌های شخصیتی)، عوامل بین فردی (افراد که به نحوی در مصرف مواد فرد نقش داشته‌اند، عدم باور خانواده نسبت به ترک اعتیاد) و عوامل محیطی است. در پژوهش میرزایی و همکاران (۱۳۸۹) در بین عوامل فردی وسوسه بیشترین تأثیر را در عود به مصرف ماده مخدر داشته است. در پژوهش شرق، شکیبی، نیساری و آلیلو (۱۳۹۰) نتایج حاکی از آن بوده که در زمینه عوامل فرهنگی، نداشتن تفریحات و سرگرمی سالم در اوقات فراغت $4/40$ درصد، در زمینه عوامل فردی، رفع احساس تنهایی و انزوا 36 درصد، در زمینه عوامل اجتماعی، وجود دوستان معتاد $5/35$ درصد، در زمینه عوامل اقتصادی، بیکاری $6/34$ درصد و در زمینه عوامل خانوادگی، روابط نامناسب والدین با فرزندان $5/17$ درصد، دارای بیشترین اهمیت در زمینه بازگشت به رفتارهای اعتیادی بوده است (شرق و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش ناستی‌زایی، هزاره مقدم، و ملارهی (۱۳۸۹) مشخص شد که محیط زندگی آلوده، دوستان معتاد، ناکارآمدی جلسات روان‌درمانی و عوامل تداعی‌کننده در عود اعتیاد فرد نقش دارند (ناستی‌زایی و همکاران، ۱۳۸۹). شاطریان، منتی، کسانی و منتی (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان عوامل مرتبط با عود اعتیاد در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر ایلام به این نتیجه رسیدند که عود اعتیاد با متغیرهای سابقه ترک اعتیاد، معاشرت با دوستان معتاد، تحصیلات، سابقه اعتیاد در خانواده، وضعیت اشتغال، مصرف سیگار، نوع ماده مخدر، سن و تعداد افراد خانوار ارتباط معنی‌دار وجود دارد (شاطریان و همکاران، ۱۳۹۳).

با توجه به موارد ذکر شده مسئله بازگشت به مواد شایع است و این مسئله تأثیرات منفی زیادی را بر فرد، جامعه و خانواده در پی دارد. فردی که بعد از ترک به‌سوی سوءمصرف مواد برمی‌گردد احساس گناه، ناامیدی، خجالت و عصبانیت‌گریبان‌گیر وی

می‌شود. از نظر خانوادگی نیز اختلافات خانوادگی وی تشدید می‌شود. از نظر اجتماعی نیز امکان اینکه فرد بعد از عود برای تهیه مواد دست به جرم بزند بسیار بالاست، در همین راستا یکی از راهکارهایی که می‌توان اعمال کرد تا افراد مبتلا به اعتیاد هر چه سریع‌تر از این مشکل رهایی یابند و افراد مستعد دیگری را نیز به دام این گرفتاری نیندازند پیشگیری از عود رفتار اعتیادی است. پیشگیری از عود یکی از چالش‌های اصلی درمانگران و افراد وابسته به مواد است. باور بر این است که آگاهی از ماهیت پیشگیری، مدل‌ها و نظریات موجود در حوزه پیشگیری مسئولان و برنامه‌ریزان را در اجرای سیاست‌ها و اقدامات پیشگیرانه و کنترل‌کننده عود اعتیاد یاری خواهد کرد. با توجه به اینکه عود مصرف مواد یکی از معضلات اصلی درمان افراد دچار سوء مصرف مواد است، با استناد به دیدگاه‌های مراکز معتبر بین‌المللی که بر ساخته از آخرین یافته‌های علمی و عملی در زمینه اعتیاد است، ابتدا عود رفتار اعتیادی، فرایند عود، الگوهای عود را معرفی می‌شوند و سپس عوامل مؤثر بر عود، مدل‌ها، اصول، رویکردهای پیشگیری از عود برای برنامه‌ریزی و انجام مداخله‌های پیشگیرانه معرفی می‌شوند.

عود رفتار اعتیادی^۱

عود نیز یکی از جنبه‌های مهم اعتیاد است که پس از دوره‌ای از قطع مصرف و طی تلاش‌های بازدارنده بروز می‌کند. عود از بحث‌انگیزترین پدیده‌ها در رابطه با مباحث اعتیاد در میان پژوهشگران و همچنین یکی از عوامل ناامیدی به ترک در میان افراد به ترک انواع اعتیاد است (برونو و پرون^۲، ۲۰۱۰). معانی و تعریف‌هایی از پدیده عود ارائه شده است که تغییرات مختلفی نیز در آن‌ها، در طول سال‌ها، اعمال شده است. عود در ابتدا به عنوان یک شکست فردی در ترک و یا درمان تلقی می‌شد، دنیس^۳ نیز عود را اینگونه تعریف کرد: «عود فرایند بازگشت به اعمال غیر سالم گذشته است که فرد را به استفاده مجدد از ماده یا دارو ترغیب می‌کند». به طور معمول، افرادی که درگیر عود می‌شوند، نشانه‌هایی از تغییر در افکار، نگرش‌ها، هیجانات و اعمالشان دیده می‌شود (به نقل از ابراهیم و کومار^۴، ۲۰۰۹).

فرایند عود^۱

عود به عنوان یک فرایند آشکار و طولانی که نقص در سازگاری و مقابله با محرک‌ها و فشارهای داخلی و خارجی می‌باشد، تعریف می‌شود. معمولاً عود یک واقعه و رخداد جداگانه نیست و فرایندی است که در آن فرد توانایی مقابله با زندگی و فشارهای آن را ندارد. عود با علائم هشداردهنده قابل پیش‌بینی شناسایی می‌شود (خالقی، ۱۳۹۳). مراحل مختلفی وجود دارند که دلالت بر شروع فرایند عود می‌کنند. این مراحل را رادفر^۲ (۱۳۸۲) به این صورت عنوان نموده است: ۱- مرحله تغییر در نگرش؛ مرحله‌ای است که معتاد ترک کرده در حال بهبودی از خود راضی شده و برنامه درمانی خود را قطع می‌کند. نشانگرهای این مرحله عبارتند از اینکه فرد هوشیاری و متانت خود را از دست می‌دهد، به زندگی بدبین می‌شود، صبر و تحملش کم می‌شود، اطمینان بیش از حد پیدا می‌کند و کمک دیگران را رد می‌کند. ۲- مرحله تغییر در افکار که الگوی بازگشت به مصرف مواد توسط نگرش‌ها، ارزش‌ها و جریان تفکر افراد ساخته می‌شود. این فرایندها ملکه ذهن افراد می‌شوند و فرد به الگوی تفکر قدیمی‌اش باز می‌گردد. نشانگرهای این مرحله عبارتند از اینکه فرد فکر می‌کند به خاطر اینکه مدتی کاملاً پاک بوده است می‌تواند مجدداً مواد مصرف کند، فکر می‌کند می‌تواند جایگزین‌های مواد مثل حشیش یا الکل مصرف نماید، فکر می‌کند به خاطر اینکه مدتی کاملاً پاک بوده است مسئله‌ای ندارد و نسبت به تغییرات مثبت مقاومت می‌کند. ۳- مرحله تغییر در احساسات؛ که در آن فرد در حال بهبودی، نسبت به موقعیت‌های مختلف پاسخ منفی می‌دهد. نشانگرهای این مرحله عبارتند از اینکه فرد بد اخلاقی و افسردگی‌اش افزایش پیدا می‌کند، احساس رنجش و عصبانیت بیش از حد دارد و احساس تنهایی و بی‌کسی می‌کند. ۴- مرحله تغییر در رفتار؛ در این مرحله توجه به پاسخ‌های رفتاری فرد معتاد می‌تواند فرایند تفکر فرد معتاد را نشان دهد. این تغییرات در اعمال، واکنش‌ها و پاسخ‌های فرد مشهود است. همچنین فرد مجدداً به اماکن، اشخاص و فعالیت‌هایی که در زمان اعتیاد با آنها سروکار داشته است تمایل و گرایش پیدا می‌کند. نشانگرهای این مرحله عبارتند از از اینکه در فرد ناسازگاری و عدم توافق با دیگران

افزایش پیدا می‌کند، در جلسات خودیاری شرکت نمی‌کند، در این مرحله نشانه‌های استرس مثل سیگار کشیدن بیش از حد افزایش می‌یابد، با دوستان معتاد خود ملاقات می‌کند و مکرراً راجع به لذات مصرف مواد صحبت می‌کند (رادفر، ۱۳۸۲).

نظریه‌ها درباره عود اعتیاد

در نگاه به علل عود اعتیاد رویکردها و نظریات مختلفی طراحی و ارائه شده است. برخی با رویکرد فشارهای ساختاری عود را نتیجه ادامه شرایطی در جامعه می‌دانند که ابتدا باعث ارتکاب اولیه اعتیاد شده و بعد از ترک اعتیاد و خروج از اعتیاد هنوز ادامه دارد و به عواملی مانند فقر، بیکاری، بی‌نظمی یا آشفتگی اجتماعی و امثال آن اشاره می‌کنند. در این صورت وضعیت ساختاری در جامعه سبب عود در معتادان به اعتیاد می‌شود. لذا برخی پژوهشگران به نقش عوامل ساختاری در تکرار اعتیاد اشاره دارند (خالقی، ۱۳۹۳). برخی به تأثیر رضایت اجتماعی معتادان بر کاهش تکرار اعتیاد اشاره می‌کنند. سرانجام، برخی با رویکرد کنش متقابل به شیوه‌های تعامل اجتماعی با معتادان و تعریف و برچسب‌زدن به آنان اشاره می‌کنند. بدین گونه که فرد معتاد انگشت‌نما می‌شود و اعضای خانواده، دوستان، آشنایان و نیز مقامات کنترل رسمی مانند پلیس و قاضی او را مظنون، معتاد و غیره می‌نامند، در نتیجه او را بیشتر از دیگران مورد توجه قرار می‌دهند یا او را منزوی و طرد می‌کنند. در نهایت شخص معتاد آن تعاریف و برچسب‌ها را قبول می‌کند و با پذیرش آن‌ها چاره‌ای جز پیوستن به همگان خود در گروه‌های معتاد ندارد؛ زیرا این گروه‌ها از وی حمایت‌های گوناگون خواهند کرد و ارزش‌های مورد قبول او را تایید می‌کنند. این گروه‌ها فرد را علیه کسانی که وی را طرد کرده‌اند بر می‌انگیزد و نتیجه آن ارتکاب و عود اعتیاد خواهد بود (خالقی، ۱۳۹۳).

نظریه‌های ساختاری

دیدگاه ساختاری کارکردی، عود اعتیاد را ناشی از وضعیت ساختاری می‌داند. این دیدگاه سعی می‌کند کنش متقابل افراد و ساختار جامعه را با یکدیگر ارتباط دهد. مرتون عقیده دارد که جامعه، فرد را به کج رفتاری مجبور می‌کند. به نظر وی کج رفتاری حاصل فشارهای ساختاری - اجتماعی خاصی است که افراد را به کج رفتاری و می‌دارد. از نظر

مرتون^۱ (۱۹۶۸) شرایط ساختاری می‌تواند پایگاه‌ها و موقعیت‌هایی باشند که فرد، در اختیار دارد مانند سن، سواد یا پایگاه شغلی و محل سکونت که شرایط محیطی خاصی را برای فرد فراهم می‌سازند و او را در محدودیت‌های ساختاری قرار دهند. عامل سن در معتادان بازگشت‌کننده حائز اهمیت است، زیرا سن بالا در کنار سایر شرایط ساختاری وضعیت دشواری فراهم می‌سازد که فرد نمی‌تواند با آن‌ها مقابله کند و ناچار به ترک است. در حالی که سن کم و جوان بودن چنین تأثیر ساختاری بر افراد ندارد و لذا کمتر برای ترک اقدام می‌کنند. لذا شرایط ساختار اجتماعی بر رضایت اجتماعی تأثیر دارد (به نقل از آزادارمکی، ۱۳۹۲).

نظریه کنترل اجتماعی^۲

نظریه کنترل اجتماعی نیز در تبیین کج رفتاری‌های اجتماعی از نظریه‌های با نفوذ حوزه جامعه‌شناسی انحرافات اجتماعی است. این نظریه علت اصلی کج رفتاری را نبود کنترل اجتماعی می‌داند. فرض اصلی این است که افراد به طور طبیعی تمایل به کج رفتاری دارند و اگر تحت کنترل قرار نگیرند دچار انحراف می‌شوند (نگو و پاترنوستر^۳، ۲۰۱۱). مذهب یکی از منابع کنترل اجتماعی است. از نظر این دیدگاه، مذهب یک هدف اجتماعی دارد و آن هدف یگانه‌سازی برای جامعه است (بوکر^۴، ۲۰۱۱). یکی از راهکارهای کنترل اجتماعی کنترل مستقیم است که جامعه یا خانواده به وسیله آن نظارت خود را بر افراد معتاد اعمال و آنها را وادار کنند که با ارزش‌ها و هنجارهای جامعه هم‌نوا شوند (شکری، ۱۳۹۴). طبق نظر هیرشی^۵، بین تعلق خاطر افراد معتاد به خانواده، خویشاوندان و جامعه و تعهد و اعتقاد آنان به نظام هنجاری جامعه از یک‌سو و احتمال اعتیاد آنان از سوی دیگر رابطه معکوس وجود دارد (فریدریکسن^۶، ۲۰۰۸).

نظریه کنش متقابل

در نظریه کنش متقابل نمادین، مید^۷ معتقد بود خود‌انگاره، از جریان کنش متقابل اجتماعی

1 . Merton

2 . social control theory

3 . Ngo, & Paternoster

4 . Buker

5. Hirschi

6. Fredrickson

7. Mead

سرچشمه می‌گیرد. افراد می‌آموزند که نگرش به دیگران را نسبت به خود دریابند و با این کار خود را به عنوان موضوعی اجتماعی می‌بینند و در نتیجه بنابر همان خود انگاره هم رفتار می‌کنند. مید همچنین باور داشت که کنش متقابل اجتماعی خصلتی پویا دارد و ایستا نیست. وی تأکید می‌کرد افراد با خواندن ژست‌ها و نمادها، پیوسته رفتارشان را با آنچه به نظر میرسد دیگران می‌خواهند انجام دهند سازگار می‌کنند. رویکرد انگ زنی تناسب این مفهوم را برای مطالعه عود اعتیاد به روشنی نشان می‌دهد (رابینگتن و مارتین، ترجمه صدیق سروستانی، ۱۳۸۶). افراد معتاد با نگرش مثبتی که به اعتیاد ایجاد می‌کنند، زشتی آن را در نظر خود کاهش می‌دهند و تصور مثبتی از اعتیاد خود دارند.

نظریه برچسب

نظریه برچسب، تکرار اعتیاد را ناشی از دریافت برچسب از جامعه می‌داند. نظریه پردازان برچسب بیشتر به تحلیل کج رفتاری ثانوی (تکرار انحراف) پرداخته و برچسب را الگوی پایدارکننده کج رفتاری حرفه‌ای یا زنجیره‌ای نامیده‌اند (والکر^۱، ۲۰۰۸). در نظریه برچسب انحراف اولیه و قضاوت‌های افراد سبب به وجود آمدن انحراف ثانویه می‌شود. در واقع انحراف ثانویه در اثر عمل انحرافی اولیه به وجود می‌آید و موقعیت خاصی را برای شخص به عنوان منحرف ایجاد می‌کند. فرایند برچسب‌زنی می‌تواند آثار منفی خاص خود را داشته‌باشد، مانند اینکه شخص برچسب خورده نقشی را بپذیرد که در آن برچسب به او نسبت داده می‌شود. به بیان دیگر اگر بر شخصی رسماً انگ کجرو، خلافکار یا مجرم وارد آید این امر ممکن است موجب شود که به شکل مناسب با آن برچسب رفتار کند. می‌توان گفت پس از آنکه شخصی برچسب معتاد خورد، اغلب از او انتظار دارند که به اعتیاد خود ادامه دهد. این کار می‌تواند فرصت‌های شخص معتاد را در زندگی محدود و او را به ادامه نقش معتاد وادار کند. مثلاً وی نمی‌تواند به کار مناسب مشغول شود و مجبور می‌شود برای تأمین زندگی خود به کارهای انحرافی روی آورد. پس برچسب‌زدن دارای روند دوگانه‌ای است که یک خط‌مشی انحرافی را به فرد توسط برچسب تلقین می‌کند و فرد هم می‌پذیرد (مظلوم خراسانی، ۱۳۸۵).

الگوهای عود اعتیاد

محققان و صاحب‌نظران به الگویی در فرایند عود پی برده‌اند. آن‌ها عقیده دارند که عود مدتها پیش از اینکه معتاد اولین جرعه را بنوشد یا اولین بار مواد مصرف کند، آغاز می‌شود. این فرایند به شرح زیر است (لینتون^۱، ۲۰۰۸).

۱. شخص در موقعیت پرخطری قرار می‌گیرد؛ یعنی او در موقعیتی است که وی را در ارتباط تنگاتنگ با مصرف مواد یا الکل قرار می‌دهد. درنتیجه، او هوس و میل به مصرف را به شیوه‌های مساله ساز تجربه می‌کند.

۲. در عین حال هیچ‌گونه پاسخ مقابله‌ای برای این موقعیت رواج نیافته است یعنی، شخص هنوز طرح و برنامه‌ای برای سر و کارداشتن با این موقعیت تهیه نکرده است.

۳. شخص مطمئن نیست که او بتواند مصرف مواد یا الکل را مهار کند او ممکن است قادر باشد این موقعیت را چند بار اول اداره کند اما اطمینانش را از دست می‌دهد. فکر مصرف مواد یا الکل از راه‌های مشکل ساز از مغزش خارج نمی‌شود.

۳. آنگاه شخص مواد یا الکل مصرف می‌کند.

۴. شخص احساس گناه و بی‌کفایتی می‌کند و انگار به خاطر شروع دوباره اختیارش را از دست می‌دهد.

۵. بنابراین، این احساس‌ها ممکن است او را به سمت مشکلات بیشتر مواد و الکل سوق دهند.

چنانچه او پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثری را برای سروکار داشتن با این موقعیت پرخطر بروز دهد کمتر احتمال دارد به مصرف دوباره (عود) بازگردد. همین‌طور اگر شخص قدرت پیش‌بینی موقعیت‌های پرخطر را داشته باشد، کمتر احتمال خواهد داشت خود را در موقعیت‌های که منجر به عود می‌شوند، دریابد.

عوامل مؤثر بر عود

عوامل بازگشت به رفتارهای اعتیادآمیز قبلی پس از طی یک دوره کم‌وبیش موفق، به همان اندازه گرایش علل گرایش اولیه به سمت سوءمصرف مواد، پیچیده بوده و به عوامل

متعددی بستگی دارد. عوامل مؤثر در عود را رادفر (۱۳۸۲) به چهار عمده فردی، بین فردی، اجتماعی و موقعیتی تقسیم نموده است: الف) **عوامل فردی**: این عوامل شامل ویژگی های فردی، نگرش ها و طرز تفکر و مهارت های اجتماعی و نحوه مقابله با مشکلات و فشارهای روانی — اجتماعی است. طول مدت اعتیاد، نوع و مقدار ماده مورد مصرف، میزان آسیب دیدگی شخص از مواد و نقشی که سوء مصرف مواد در شیوه زندگی کلی فرد بازی می کند به نوبه خود می توانند روی احتمال عود تأثیر بگذارند. ب) **عوامل بین فردی**: از نظر تعریف، پیشگیری را می توان فعالیت ها یا اقداماتی دانست که بروز (وقوع مورد های جدید) سوء مصرف مواد را کاهش داده یا تثبیت می کند و در نتیجه تعداد کل موردها را کاهش داده یا ثابت نگه می دارد. فرد معتادی که پس از ترک سوء مصرف مواد مجبور است، با خانواده ای زندگی کند که یک یا چند نفر دیگر از اعضای آن به مشکل اعتیاد دچار هستند بیشتر در معرض خطر عود قرار دارد. همین طور معتادی که علیرغم کوشش در ترک مواد با عکس العمل منفی و طرد کننده اعضای خانواده خود مواجه شود و همچنان خود را متهم یا محکوم احساس نماید و یا نتواند حمایت و تشویق لازم را در محیط خانواده دریافت کند احتمال دارد اعتماد به نفس و خود باوری خود را از دست داده و به عنوان نوعی راه حل مشکلات ناشی از این احساس، مجدداً به دوستان معتاد پناه ببرد. پ) **عوامل اجتماعی**: عوامل اجتماعی به موضوع هایی چون محل سکونت، شرایط کار، وجود دوستان سالم برای گذراندن اوقات فراغت، داشتن مهارت لازم برای استخدام، وجود امکانات کارآموزی و اشتغال، نگرش نسبت به سوء مصرف مواد و معتادان سابق، قوانین حاکم بر استخدام کارکنان معتاد و بالاخره دیدگاه کلی جامعه درباره مصرف مواد اشاره می کنند. نوجوانی که به خاطر عدم دسترسی به امکانات سالم گذران اوقات فراغت و احساس خوشی و نشاط، به طرف سوء مصرف مواد کشیده شده است، اگر پس از گذراندن مرحله سم زدایی و بهبود جسمی و روانی باز هم جا و مکانی برای گذراندن اوقات فراغت و احساس شادی و نشاط در یک محیط فارغ از اعتیاد نداشته باشد، هم چنان در خطر عود عادت ها و رفتارهای نامطلوب سابق خود خواهد بود. به همین ترتیب، معتادانی که پس از ترک اعتیاد امکان تغییر شغل و یا بازگشت به شغل سابق، یا جذب در

بازار کار نداشته باشند طبعاً با مشکلات شخصی و خانوادگی زیادی روبه‌رو خواهند شد که برای فرار از آنها ممکن است به طرف مصرف مجدد مواد کشیده شوند. وجود قوانینی که این قبیل افراد را از بازگشت به کار سابق محروم یا امکان جذب آنها را در بازار کار مناسب با تجربه و آموزش قبلی آنها محروم می‌سازد می‌تواند آنها را به سوی بازار زیرزمینی پخش و فروش مواد سوق داده و به سوء مصرف مواد و اعمال خلاف قانون دیگر منجر شود (رادفر، ۱۳۸۲). (ت) **عوامل موقعیتی**: عوامل موقعیتی محل‌ها و موقعیت‌هایی هستند که با سوء مصرف مواد در گذشته فرد مرتبط هستند. افراد معتاد به علائم و نشانه‌های درونی و بیرونی که قبلاً برایشان حاکی از وجود امکان مصرف مواد بوده حساس‌اند. افرادی که دوره مسمومیت‌زدایی و ترک را طی کرده‌اند، در معرض این خطر قرار دارند که احساس علاقه و کشش بسیار شدید به سوی محل‌هایی داشته باشند که در گذشته با مصرف مواد همراه بوده‌اند. این ولع بسیار شدید درونی به عنوان یکی از علل عمده گرایش به آزمایش مجدد مواد ترک شده و اعتیاد شناخته شده‌اند. در اغلب موارد این احساس علاقه شدید باعث می‌شود که فرد خطر ابتلای مجدد خود را نادیده بگیرد. به این دلیل، کمک به افراد معتاد برای شناسایی علائم و نشانه‌های محیطی یا موقعیتی مربوط به مصرف مواد و نیز علائم و احساسات حاکی از کشش شدید به مصرف به عنوان یکی از هدف‌های عمده برنامه‌های پیشگیری از عود تلقی می‌شوند (هاشمی جشنی، ۱۳۹۰).

علاوه بر موارد بیان شده برخی دیگر از پژوهشگران بدون ارائه چارچوب‌بندی و طبقه‌بندی خاصی، برخی از این عوامل را ذکر کرده‌اند؛ مثلاً گورسکی و میلر دو عامل دیگر را معرفی کرده‌اند. (۱) اعتیادهای جایگزین: تمایل به دیگر مواد که غالباً مواد با اثرات مشابه با اثرات ماده اولیه را شامل می‌شود در میان افراد معتاد شایع است. برخی تغییر مواد مصرفی را بهبودی می‌دانند که در واقع باور اشتباهی است. همچنین به نظر می‌رسد که ترک کردن و عود نکردن در اعتیاد از چند ماده سخت‌تر از یک ماده باشد. (۲) رفتارهای وسواسی در عود: بسیاری از افراد تلاش می‌کنند تا با انجام رفتارهایی آن را جایگزین مصرف مواد کنند درحالی‌که نتیجه این کار ممکن است شکل‌گیری رفتارهای وسواسی شدید باشد که در روند بهبودی فرد اختلال ایجاد می‌کند. (به نقل از یزدانی، ۱۳۹۰).

ماهیت پیشگیری و چشم‌اندازهای آن

در حوزه اعتیاد، پیشگیری تعابیر متعددی دارد. از نظر عده‌ای، پیشگیری به معنای متوقف سازی مشکل موجود قبلی نظیر کشیدن سیگار به طور منظم، برای پیشگیری از بیماری بعدی است. عده‌ای دیگر پیشگیری را حذف هرگونه تجربه و امتحان رفتار اعتیادی می‌دانند. سرانجام، عده‌ای نیز پیشگیری را فرایند آموختن و تلقین تدریجی باورهای می‌دانند که مانع از اندیشیدن درباره توسل به هرگونه رفتار اعتیادی تهدیدکننده سلامت در نظر می‌گیرند (دی کلمنته^۱، ۲۰۰۳). بنابراین یکی از مشکلات همیشگی در حوزه پیشگیری از سوء مصرف مواد، این توافق ناکافی است که دقیقاً منظور یکسانی از پیشگیری استنباط نمی‌شود. با این حال، سه هدف مجزا اما مرتبط با هم از پیشگیری وجود دارد: اولاً هدف از پیشگیری را می‌توان دستیابی به پرهیز تعریف کرد. با این حال، پرهیز معانی مختلفی دارد. برای مثال، پرهیز را می‌توان برای اشاره به منع کلی مصرف مواد توسط هر کسی تلقی کرد. بازنگری و مرور تاریخچه مصرف مواد طی زمان‌های مختلف در جوامع مختلف نشان می‌دهد که منع کامل ممکن است دست‌نیافتنی باشد و باید دنبال اهداف دیگری از پیشگیری بود. معنای دوم پرهیز بر منع مواد برگزیده یا ممانعت برای اқشار خاص در جامعه (اقلیت‌ها) تکیه می‌زند. یک برنامه باید هدفش پیشگیری از سوء مصرف مواد باشد نه پرهیز؛ زیرا سوء مصرف مواد به طور کلی بر حسب مقدار، دفعات، یا مدت زمان مصرف مواد اشاره می‌کند. سومین هدف از اقدامات پیشگیرانه کاهش پیامدهای نامطلوب مصرف یا سوء مصرف مواد است. این تعریف از پیشگیری، کانون توجه را از مواد به تعامل بین مواد، مصرف‌کننده و محیط جلب می‌کند. لوئیس، دانا و بلوینس^۲ (۱۹۹۴) اظهار می‌دارند که باید ۱- عوامل سبب‌ساز در رواج مصرف مواد را شناخت ۲. برنامه‌ها و فعالیت‌هایی طراحی شوند که این عوامل خطر ساز کاهش یابد ۳. منابع لازم برای اجرای برنامه‌ها وجود داشته باشد و ۴) اثربخشی برنامه‌ها بررسی شود.

مدل‌ها و سطوح پیشگیری

فرنچ و کافمن دو مدل پیشگیری ارائه می‌دهند. مدل اول توسط موسسه ملی سوء مصرف

مواد^۱ (NIDA) ارائه شده و بر این فرض استوار است که اعتیاد و سوء مصرف مواد اساساً یک مشکل فردی است که ناشی از اطلاعات، آموزش، راه حل ها و برنامه های مداخلاتی ناکافی است. طبق این مدل، برنامه های اطلاع رسانی تلویحاً به این مطلب اشاره دارند که اطلاعات دقیق، درست و به موقع به افراد مجال می دهد تا تصمیم های مسئولانه ای گرفته و رفتار جامعه پسندی در پیش بگیرند یعنی مواد مصرف نکنند. بر اساس این مدل، برنامه های آموزشی به افراد کمک می کند که مهارت های اساسی زندگی را گسترش دهند یا بالا ببرند (مثل تصمیم گیری کاهش استرس، برقراری رابطه). برنامه های جایگزین می کوشند که با ارائه جایگزین هایی که مفرح، پاداش دهنده و مقبول قشر هدف هستند مانع از سوء مصرف مواد شوند. مدل دوم پیشگیری از اعتیاد که توسط موسسه ملی الکلیسم و سوء مصرف مواد^۲ ارائه شده است از یک رویکرد سلامت جمعی برای طرح ریزی پیشگیری تبعیت می کند. این مدل از دو بعد سطح فعالیت ها و آماج فعالیت ها بهره می گیرد. این مدل شامل یک نگاه سه بخشی به اقدامات پیشگیری در قالب پیشگیری اولیه، ثانوی و ثالث است (بهاری، ۱۳۹۲).

پیشگیری اولیه

این پیشگیری جهت کاهش وقوع هر بیماری با هدف ریشه کنی آن از طریق روش های تایید شده تجربی صورت می گیرد. به عبارت دیگر هدف از پیشگیری اولیه محافظت از فرد به منظور اجتناب از مشکلات قبل از پیدایش علائم یا نشانه های مشکل است. آنچه از راهبردهای پیشگیری اولیه در خصوص مسئله سوء مصرف مواد مطرح است، رساندن پیام مؤثر و مفید به کسانی است که مواد مصرف نکرده اند و هدف این است که این افراد از مصرف مواد مخدر منصرف شوند و تمایلی به استعمال این مواد پیدا نکنند.

پیشگیری ثانویه

درمان نارسائی های موجود در مراحل اولیه در حیطه این نوع پیشگیری است. این گونه پیشگیری اغلب گونه ای از پیشگیری اولیه است ایده اصلی در پیشگیری ثانویه حمله به

1. National Institute on Drug Abuse (NIDA).

2. National Institute on Alcoholism and Drug Abuse.

مشکلات در زمانی است که قابل مهارند، پیش از آنکه در برابر مداخله مقاوم شوند (یزدانی، ۱۳۹۰).

پیشگیری ثالث

در این نوع پیشگیری تلاش در جهت کاهش آثار باقیمانده یک نارسائی است. در خصوص سوء مصرف و وابستگی به مواد تلاش برای پایان دادن به مصرف غیرارادی الکل و سایر مواد و یا بهبود بخشیدن به اثرات منفی آن‌ها از طریق درمان و توان بخشی است. این نوع پیشگیری اغلب به درمان اشاره دارد، ضمن این که توان بخشی و پیشگیری از عود را نیز شامل می شود. آماج پیشگیری ثالث در اعتیاد عبارت است از ۱) مواد مورد مصرف. ۲) مصرف کننده یا میزبان. ۳) آن جنبه هایی از محیط فیزیکی و اجتماعی که معتاد را مجاز دانسته یا مانع می شوند (ناروقه، قادری و مصالایی، ۱۳۹۵).

سومین چارچوب کلی برای سامان دهی تلاش های پیشگیرانه را می توان در آثار کخ و گروپ^۱ (۱۹۷۱) مشاهده کرد. آن‌ها از یک مدل اقتصادی عرضه و تقاضا بهره گرفتند. طبق این مدل هر گونه برنامه یا فعالیتی که عرضه یا قابلیت دسترسی به مواد را در جامعه یا تقاضا برای مواد را کاهش دهد، پیشگیری است. ابزار اولیه کاهش عرضه مواد ممانعت از حمل و نقل، تولید و توزیع است. کاهش در عرضه، قانون اصلی قانون و مالیات است. کاهش تقاضا برای مواد شامل ترکیبی از راهبردهایی مانند راهبردهای زیر است ۱. درمان معتادان فعلی ۲. شناسایی مصرف کنندگان و مداخله زود هنگام ۳. اجبار و تهدید به مجازات مصرف کننده ۴. اطلاع رسانی درباره خطرات فردی و اجتماعی مصرف مواد و الکل، ۵. اعمال محدودیت در تبلیغ مواد و منافع و مزایایی مواد ۶. ارائه جایگزین های دلپسند ۷. آموزش مصرف مناسب مواد ۸. طراحی تغییرات اجتماعی برای افزایش کیفیت زندگی اقشار آسیب پذیر و در معرض خطر (به نقل از بهاری، ۱۳۹۲).

در سال ۱۹۹۴ چارچوب جدیدی برای طبقه بندی و پیشگیری ارائه شد. مدل جدید مراقبت تقسیم بندی جدیدی را ارائه داده است که عبارتند از:

راهبردهای پیشگیری همگانی: این راهبردها برای عموم جمعیت در سطح ملی،

محلی و مدارس اجرا می‌شوند. هدف پیام‌ها و برنامه‌ها در این نوع پیشگیری، جلوگیری از مصرف مواد یا به تأخیر انداختن شروع مصرف مواد است.

راهبردهای پیشگیری انتخابی: این راهبردها معطوف به گروه‌های از جمعیت عمومی است که به دلیل وابستگی اعضای آن به گروه خاصی گمان می‌رود که در معرض سوء مصرف مواد می‌باشند، مثل فرزندان افراد معتاد، کسانی که در مدرسه مردود شده‌اند، یا اخراج گردیده‌اند و یا دانشجویانی که دچار شکست تحصیلی شده‌اند.

راهبردهای پیشگیری برای افراد علامت‌دار: این راهبردها، راهبردهای پیشگیری از سوء مصرف مواد در جمعیت ویژه‌ای است که نشانه‌های اولیه را نشان می‌دهند ولی هنوز ملاک‌های تشخیص اعتیاد را ندارند (هاشمی جشنی، ۱۳۹۰: ۸۱).

پیشگیری از عود

پیشگیری از عود روش سازمان‌دهی شده‌ای است که برای معتادین در حال بهبودی تهیه می‌شود. رادفر (۱۳۸۲) اهداف برنامه‌های پیشگیری از عود را شامل این موارد عنوان می‌کند: ۱. به وجود آوردن مهارت‌های مقابله‌ای جدید برای چالش با موقعیت‌های پرخطر از نظر عود ۲. شناخت علائم و نشانه‌های عود ۳. ایجاد تغییرات مفید در شیوه زندگی ۴. افزایش فعالیت‌های اخلاقانه

اصول پیشگیری از عود

شناخت عواملی که دلالت بر کاهش خطر عود دارند می‌تواند به اقدام مؤثر در برابر موقعیت‌های گوناگون کمک کند. رادفر (۱۳۸۲) برای پیشگیری از عود اصول زیر را به همراه پیشنهادها مرتبط با آن، عنوان می‌کند:

(۱) **برخورد و مقابله با علائم محرومیت و بحران‌های حین سم زدایی:** برای مثال باید ظرفیت و توانایی مراجع در تفکر، خود تنظیمی احساسات، حافظه، قضاوت و رفتار و سطح ثبات (که باید باتوانایی او در انجام فعالیت‌های روزانه‌اش سنجیده می‌شود) در فرد بررسی شود. (۲) **ارزیابی:** هر چه میزان درک مراجع از موقعیت‌ها و حوادثی که قبلاً منجر به بازگشت وی به مصرف مجدد مواد شده‌است بالاتر برود و این واقعیات را درک و قبول کند، میزان خطر عود کاهش می‌یابد. مشاور و افراد با نقش‌های مشابه، باید ارزیابی

خود را راجع به مشکلات ارائه شده توسط مراجع (موقعیت‌هایی که باعث شده مراجع به دنبال درمان برود) و تاریخچه عودهای او داشته باشد. (۳) **آموزش:** به هر مقدار که درک بهتری از فرایند بهبودی و عود وجود داشته باشد، خطر عود نیز کاهش می‌یابد. فرد نیاز دارد که اطلاعات دقیق و مناسبی در خصوص آنچه باعث عود می‌شود و آنچه که می‌تواند برای پیشگیری آن انجام دهد داشته باشد. اطلاعات داده شده در خصوص عود باید شامل مدل زیستی-روانی-اجتماعی در بروز بیماری اعتیاد، مدل تکاملی در بهبودی، سختی‌های بین راه، عوارض، شناسایی علائم خطر، راهبرهای مقابله با علائم خطر و طرح‌های مؤثر برای بهبودی باشد. بررسی و ارزیابی از مراجع در خصوص موارد آموزش داده شده مهم است. بسیاری از مراجعین مشکلات و مسائل شدید حافظه دارند که به علت سندرم بعد از محرومیت حاد^۱ است که از درک و فهم صحیح مطالب آموزشی توسط آنان جلوگیری می‌کند (کیرشنبوم^۲، ۲۰۰۹: ۴). **شناسایی علائم خطر:** زمانی که مراجع خودش علائم هشدار دهنده در خصوص خطر مصرف مواد و نقض پاکی‌اش را بداند خطر عود کاهش می‌یابد. علائم خطر شامل دو گونه علائم می‌شوند. برخی ریشه در مسائل روانی فرد (مثل مسائل دوران کودکی) دارند و برخی ریشه در اعتیاد فرد دارند. علائمی که ریشه در مسائل روانی فرد دارند باعث درد و افت عملکرد می‌شوند ولی مستقیماً باعث مصرف مواد نمی‌شوند و زمانی که شیوه تفکر اعتیادی که باعث بازگشت و عود می‌شوند شروع می‌شود عود مصرف مواد را شاهد هستیم (یزدانی، ۱۳۹۰: ۵). **کنترل علائم خطر:** زمانی که مراجع طرح و نقشه محکم و استواری را برای پیشگیری از بروز و توقف علائم خطر دارد خطر عود کاهش پیدا می‌کند. کنترل علائم خطر شامل آموزش به فرد در خصوص چگونگی مقابله و کنترل علائم خطر در میزانی که بروز می‌کنند، می‌شود (کیرشنبوم، ۲۰۰۹: ۶). **دخیل شدن افراد شاخص:** زمانی که افراد شاخصی (نظیر خانواده، دوستان) واکنش مناسب به نشانه‌های خطر نشان دهند خطر عود کاهش می‌یابد. مراجعین در معرض عود نمی‌توانند به تنهایی بهبود یابند و به کمک دیگران به خصوص اعضای خانواده، پشتیبانان و حامیانی در هنگام ترک، مشاورین، گروه‌های مختلف نیازمند هستند.

هر چه این افراد خود از نظر روانی و خلقی سالم تر باشند بیشتر می توانند به مراجع در پاک ماندنش کمک نمایند. این افراد می بایست در خصوص نشانه های خطر آموزش ببینند و بایستی مراقب باشند تا زمانی که نشانه های خطر را مشاهده کردند به مراجع اعلام کنند و همچنین به مراجعین باید خاطر نشان شد که به تذکرات این افراد گوش کنند و اقدام نمایند (یزدانی، ۱۳۹۰). **تقویت:** زمانی که فردی برای سه سال متوالی پاک بود می توان برنامه های پیشگیری از عود را سالانه مود بررسی و تجدید نظر قرار داد. این برنامه ها و فعالیت ها آن قدر باید تکرار و تقویت گردند تا به صورت عادت فرد در بیایند. **مشاوره:** پیشگیری از عود می بایست قسمتی از برنامه درمانی باشد. مهارت های مقابله و فائق آمدن بر مشکلات بایستی به معتادین آموزش داده شود. در اینجا است که نقش عوامل دیگر همچون مشاوره، جامعه و خانواده تعیین کننده است. مشاوره راه های دستیابی به حل مسئله پیش آمده را تسهیل می کند. نقش مشاور در این موقعیت این است که محیطی را که در آن فرد بتواند با مشکلاتش برخورد کند و با آنها کنار بیاید را فراهم نماید. انواع مشاوره شامل مشاوره بازتوانی، فردی و گروهی می شود. **۱۰) گروه های خودیاری:** گروه خودیاری انجمنی از افرادی است که مشکلات مشابه دارند و خودشان را برای کمک و راهنمایی دو و یا چند جانبه سازماندهی می کنند. در این گروه ها افراد تشویق می شوند که راجع به تجربیات و مشکلات شان، احساسات شان و اقدامات شان برای غلبه کردن بر مشکلات صحبت کنند و این تبادل تجربیات برای دیگران امید و اعتماد به آینده را به ارمغان می آورد. آنها می توانند مشکلات یکدیگر را شناسایی کنند و به فرد مشکل دار در غلبه بر احساس شرم و ترس از داشتن این مشکلات کمک کنند. تعامل فعال بین اعضای گروه، ارتباطات محکمی را بین اعضا ایجاد می کند. مراقبت و اهمیتی که آنها به هم می دهند به آنها در پیروزی در جنگ با مشکلات کمک می کند و به خصوص زمانی ارزش دارد که حمایت آنچنانی در خارج از گروه نیز مشاهده نمی شود. تلاش مشترک آنها در بهبودی، ارزش ها را در آنها می پروراند. درصد زیادی از موفقیتی که هر گروه خودیاری به آن دست می یابد به خاطر فلسفه وجودی یا مجموعه اعتقاداتی است که اعضای آن گروه به کمک یکدیگر، رعایت آنها را تمرین می کنند. در حین اینکه گروه به آنها ارزش و احترام به زندگی را به خاطر

اعتقادات‌شان نشان می‌دهد، تغییرات مثبتی را در احساسات، تفکر و رفتارشان در هر یک از اعضا نیز به وجود می‌آورد. گروه خودیاری در هر مدل برنامه درمان سوء مصرف ابزار قدرتمندی است و اعضای قدیمی‌تر گروه با تمرینات تجربی مفید، بینش لازم را در اعضا جدیدتر نسبت به مشکل‌شان به وجود می‌آورند. زمانی که اعضای قدیمی‌تر از تجربیات شان و آنچه بر آن‌ها گذشته است و راهکارهایی که برای مقابله اخذ کرده‌اند صحبت می‌کنند اعضای جدیدتر از تجربیات آن‌ها استفاده می‌کنند و یاد می‌گیرند که چگونه با موقعیت‌های مختلف زندگی برخورد کنند و بر آنها فائق آیند، بدون اینکه مواد مصرف‌نمایند (یزدانی، ۱۳۹۰). (۱۱) **آموزش شغلی:** این آموزش می‌تواند شامل ارزیابی شغلی فرد، آموزش مهارت‌ها و کمک در یافتن شغل باشد. (۱۲) **جامعه:** دخالت جامعه در پیشگیری از عود نقش اساسی در موفقیت این امر خطیر دارد و باید شامل آموزش جامعه در ارتباط با اعتیاد، درک اهداف برنامه‌های مختلف باشد. (۱۳) **مشارکت خانواده:** از اعتیاد به عنوان بیماری خانوادگی نام می‌برند. احساس‌ها و رنج‌های مختلفی در طول فرایند اعتیاد به سمت افراد خانواده یک معتاد روی می‌آورند که از جمله مهمترین آن‌ها احساس گناه، اندوه و غم، عصبانیت، شرمساری و احساس تنهایی، ناامیدی و ترس و احساس مغبون شدن است. به دلیل درگیری و تأثیر زیاد خانواده بر فرد معتاد، لازم است که جلسات مشاوره خانواده برای کمک به پیشگیری از عود صورت گیرد. (۴) **برطرف کردن موانع بهبودی:** فرایند پیشگیری از عود هیچگاه آسان نبوده و شناسایی تعدادی از عواملی که می‌توانند مانعی در راه بهبودی باشند می‌تواند مثمرتر باشد. آگاهی داشتن از این عوامل به درک بهتر سختی‌ها و راه‌های اجتناب از مشکلات کمک می‌کند. برخی از این موارد شامل بیماری‌های همبود از جمله اختلالات خلقی است که نیاز به درمان اساسی دارد. همچنین به آشفتگی روانی اجتماعی و نقائص شناختی باید توجه شود (پاگانو، وایت، کلی، استوت و تونیگان^۱، ۲۰۱۳).

در یک نگاه کوتاه و به طور خیلی مختصر می‌توان پیشگیری از عود را شامل اجزاء

زیر عنوان کرد (رادفر، ۱۳۸۲).

الف) بهبودی جسمی: مراقبت از سلامت فرد، عادات پسندیده و مفید غذایی، تمرینات جهت دستیابی به آرامش، خواب منظم و فعالیت‌های خلاقانه. ب) بهبودی روانی و رفتاری: اعتماد به نفس. به دست آوردن ارزش‌های والا مثل شرافت، به موقع سرکار حاضر شدن، قبول مسئولیت و از عهده آن به خوبی برآمدن. ج) بهبودی اجتماعی: وقت خود را با خانواده و دوستانش صرف کردن، با اعضاء خانواده غذا خوردن، و نقشهای اختصاصی را به عهده گرفتن. د) بهبودی معنوی و مذهبی: ارزشهای اخلاقی و معنوی را افزایش دادن.

رویکردهای پیشگیری از عود

چهار مدل رایج پیشگیری عبارتند از مدل طبی، مدل یادگیری اجتماعی، مدل زیستی - روانی - اجتماعی و مدل فرانظری.

مدل طبی پیشگیری از عود

این مدل را اولین بار جلنیک^۱ (۲۰۱۰) به عنوان راهی برای درک الکلیسم مفهوم‌سازی کرد و از آن زمان برای رفتارهای اعتیادی به کار گرفته است. این دیدگاه فرضیات اصلی که افراد وابسته به مواد و الکل اساساً دچار هوس‌های جسمی مقاومت‌ناپذیر برای مواد هستند و در مصرف مواد خویشتن‌دار نیستند، می‌پذیرد. طبق این مدل، بیماری الکلیسم یا اعتیاد، پیشرونده و برگشت‌ناپذیر است. حاصل این مدل برای پیشگیری از عود در پتانسیل آن برای دید دو مقولگی هم به اختلال و هم مشکل نهفته است. این مدل بیماری محور مراجع را به صورت «پرهیزکننده^۲» یا «بازگشت‌کننده^۳» تعریف می‌کند. چون مبارزه علیه نیروهای قدرتمند و مهارنشدن بیماری بسیار سخت است اغلب عود به صورت رویدادی احتمالی نگریسته می‌شود. در واقع عود جزئی از بیماری است. بسیاری از طرفداران این مدل تمام لغزش‌ها را عود می‌بینند و تصور بر این است که لغزش‌های مراجع درمان را بی‌اثر و ختشی می‌کند؛ بنابراین در صورت تمایل، مراجع باید فرایند بهبودی را از نو آغاز کند و دوباره از نقطه صفر شروع کند (به نقل از بهاری، ۱۳۹۲). در دیدگاه‌های سنتی،

لغزش اهمیت بسیار زیادی دارد. به این صورت که آموزش داده می‌شود که یک جرعه مشروب، مقداری حشیش، یا یک قرص یا مقداری تریاک به سوء مصرف منجر خواهد شد. زیرا عقیده بر این است که اعتیاد پیش‌رونده است. هرگونه مصرف مواد بی‌درنگ به پیشروی بیماری می‌انجامد؛ و بنابراین، تنها اقبال و بخت معتاد «پرهیز» است. این تصویری رایج است که پرهیز به معنای سلامتی و مصرف مواد برابر با بیماری است. افزون بر آن، طرفداران مدل طبی معمولاً به مراجع می‌گویند که الکلیسم و وابستگی به هرگونه مواد، بیماری است که به طور مزمن عود کننده است.

مدل یادگیری اجتماعی پیشگیری از عود

طرفداران این مدل عقیده دارند که مصرف و سوء مصرف مواد حاصل تاریخچه خاص یادگیری است و رفتار مصرف مواد مخدر از نظر فراوانی، طول عمر و شدت به دلیل منافع روانی که دارد، افزایش یافته است. این عقیده را می‌توان با عقیده خانتزیان^۱ (۲۰۱۱) مبنی بر اینکه مصرف مواد پاسخ بالقوه در تلاش برای کاهش سائق است و چون اثرات روانی مواد در ابتدا کاستن از تنش و فشار است، پس تقویت کننده می‌باشد همسو دانست (خانتزیان، ۲۰۱۱). آلبرت بندورا نیز در نظریه یادگیری خود معتقد است که مصرف بیش از اندازه مواد توسط عوامل فشارزای محیطی آغاز می‌شود و توسط اثرات افسرده‌وار بی‌حس کننده مواد مخدر بر دستگاه اعصاب مرکزی حفظ می‌شود. طبق مدل یادگیری اجتماعی به بازگشت به مواد به عنوان تجربه‌ای آموزنده‌ای نگریسته می‌شود که می‌توان با موفقیت از آن بهره‌برداری نمود تا منفعی که قبلاً در درمان به دست آمده است، تقویت و تحکیم کرد. عود نیز پاسخی به شرایط محیط است که مادام بر مراجع تحمیل می‌شود. از این نظر عوامل تعیین کننده‌ی عود و موقعیت‌های پرخطر را باید از همان آغاز ردیابی کرد و با آموزش به مراجع احتمال مصرف دوباره مواد و عود تمام عیار بعدی را از همان ابتدا به طور مؤثری کاهش داد (مطهری، ۱۳۹۳).

مدل زیستی- روانی- اجتماعی

این مدل اعتیاد را الگوی رفتاری پیچیده و پیش‌رونده‌ای می‌داند که دارای مؤلفه‌های زیستی

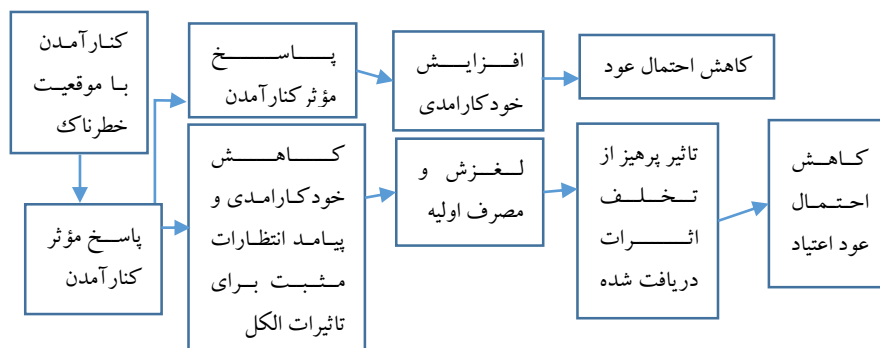
- روانی و اجتماعی است چیاپوزی^۱ (۲۰۰۰) این مدل را برای پیشگیری از عود به کار گرفته و به این نکته اشاره داشته که نظام‌های زیستی، روانی و اجتماعی پتانسیل خطرات عود را در خود دارند. خطرات نظام‌های زیستی که می‌توانند فرد را در معرض خطر عود قرار دهند عبارتند از عواملی از قبیل تخریب اعصاب، هوس‌های ناشی از واکنش به سرخ و نواقص زیستی - شیمیایی. عوامل خطرساز روانی شامل باورها و انتظارات از مصرف مواد و نیز نواقص در مهارت‌های مقابله‌ای است. وقایع منفی زندگی و وضعیت اقتصادی - اجتماعی از عوامل اجتماعی مؤثر بر عود هستند. از این منظر، راهبردهای پیشگیری از عود شامل توجه به یکایک این نظام‌ها است. طرز برخورد مراجع با مسائل و مشکلات جسمی و شناختی که مربوط به ترک هستند بر خطر آن‌ها برای عود تأثیر دارد و بر مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های مقابله‌ای، مهارت‌های حل مساله، مقابله شناختی و فکری و مدیریت استرس تأکید می‌شود. این مدل بر سیستم‌های اجتماعی بویژه بر سیستم خانواده همراه با مداخلات زناشویی و خانوادگی که نقش مهمی در فرایند پیشگیری از عود بازی می‌کند، تأکید می‌ورزد (به نقل از بهاری، ۱۳۹۲).

مدل پیشگیری از عود مارلات

یکی از مدل‌های اثرگذار در خصوص اعتیاد، مدل مارلات و گوردن^۲ (۱۹۸۵) در مورد فرایند عود است. بر اساس این مدل، احتمال عود در موقعیت‌های پرخطر، به وسیله پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد، احساس خودکارآمدی کاهش یافته و انتظارات مثبت در مورد اثرات رفتارهای پرخطر اعتیادی افزایش می‌یابد. مارلات موقعیت پرخطر را موقعیتی تعریف می‌کند که در آن تهدید، فراتر از توان مقابله فرد ادراک می‌شود و راهی به جز تسلیم فرد در برابر وسوسه رفتارهای مربوط به اعتیاد باقی نمی‌گذارد. مشخص کردن موقعیت‌های پرخطری که فرد در آن قرار می‌گیرد یکی از فعالیت‌های اصلی در مدل پیشگیری از عود است. تحلیل محتوای دوره‌های عود الکلی‌ها، سیگاری‌ها، معتادان هروئینی، قماربازان تکانشی و افراد پرخور به سنخ‌شناسی موقعیت‌های پرخطر در بین گروه‌های نامتجانس سوء مصرف مواد منجر شده است. این سنخ‌شناسی پنج نوع موقعیت

درون فردی (حالات هیجانی منفی، حالات فیزیکی - فیزیولوژی منفی، افزایش حالات هیجانی مثبت، آزمایش مهار شخصی، تسلیم میل و وسوسه شدن) و سه موقعیت بین فردی (تعارض بین فردی، فشار اجتماعی و افزایش حالات هیجانی مثبت) را شامل می شود. در نظریه مارلات بر دو دسته از تعیین کنندگان عمده در فرایند عود تأکید شده است. اولین دسته از تعیین کنندگان عود، تعیین کنندگان محیطی — درون فردی است که یا در مراحل اولیه عود در پاسخ به رویدادهای جسمانی یا روان شناختی اولیه (نظیر مقابله با حالت های هیجانی منفی و سایر موارد) و یا در پاسخ به رویداد محیطی (نظیر بدشانسی، بیچارگی، تصادف و مشکل مالی) مورد استفاده قرار می گیرد. دومین دسته از تعیین کنندگان عود، عوامل بین فردی می باشند و زمانی که مراحل عود دربرگیرنده تأثیرات افراد دیگر است (نظیر، تعارض بین فردی، فشار اجتماعی) نمایان می شود (مارلات، پارکز و ویتکیترز^۱، ۲۰۰۲). براساس این الگو، هدف اولیه درمان های پیشگیری از عود باید کمک به معتاد برای ایجاد راهبردهای رفتاری و شناختی کارآمد برای مقابله با موقعیت های پرخطر بین فردی — محیطی و بین فردی باشد. افراد با دادن پاسخ های مقابله ای مؤثر مطمئن می شوند که از طریق افزایش خودکارآمدی می توانند با این موقعیت ها کنار آیند و به این وسیله احتمال عود در این افراد کاهش می یابد. در مقابل افرادی که پاسخ مقابله ای غیر مؤثر تجربه می کنند، خودکارآمدی شان کاهش یافته و با این انتظار که مصرف مواد نتایج مثبت به همراه خواهد داشت، دچار لغزش می شوند. این لغزش به نوبه خود به احساس گناه و شکست منجر شده و در همایندی با اثرات مثبت مواد، احتمال عود را افزایش می دهد. با توجه به مدل پیشگیری از عود مارلات، نقص مهارت های مقابله ای کلی به احساس خودکارآمدی کاهش یافته و افزایش احتمال اینکه رفتارهای اعتیادی به عنوان یک راهبرد مقابله ای مناسب مورد استفاده قرار گیرد، در موقعیت های پرخطر کمک می کند (ویتکیترز، واندرماس و هافورد^۲ و مارلات، ۲۰۰۷). الگوی شناختی-رفتاری فرایند

بازگشت (برگرفته از مارلات و همکاران، ۲۰۰۲) در شکل ۱ ارائه شده است.



شکل ۱. الگوی شناختی - رفتاری فرایند بازگشت (برگرفته از مارلات و همکاران، ۲۰۰۲)

از این مدل می توان استنباط کرد این است که افراد با دادن پاسخ های مؤثر کنار آمدن، مطمئن می شوند که می توانند با این موقعیت ها کنار آیند (افزایش خودکارآمدی) و به این وسیله احتمال عود کاهش می یابد. در مقابل، افرادی که پاسخ های غیر مؤثر کنار آمدن را تجربه می کنند، خودکارآمدی شان پایین خواهد آمد و با این انتظار که مصرف الکل اثر مثبت خواهد داشت (نتایج مثبت انتظارات) همراه است که می تواند منجر به لغزش اولیه شود. این لغزش، در جای خود می تواند به احساس گناه و شکست (تأثیر پرهیز از تخلف) منجر شود. تأثیر پرهیز از تخلف، تنها با نتایج مثبت انتظارات، می تواند احتمال عود را افزایش دهد

دید فرایندی به پیشگیری

مدل فرایندی تغییر رفتار عمدی آدمی را می توان برای پیشگیری به راحتی به کار گرفت. به ویژه مراحل، فرایندها، نشانگرها (شاخصه ها) و بافت تغییر چارچوبی را برای کاربرد دقیق تر هر سه نوع فعالیت پیشگیری در اختیار می گذارند. رازینسکی و دی کلمنته^۱، ۲۰۱۱ به نقل از بهاری، (۱۳۹۲) مدعی هستند که کاربرد مدل فرایندی تغییر برای شروع اعتیاد قادر است بسیاری از مشکلات مفهومی و عملی که مانع از اقدامات پیشگیرانه در قبال رفتارهای تهدید کننده سلامتی هستند را برطرف سازد. زیرا هدف نهایی برنامه های

پیشگیری از رفتار اعتیادی پیشگیری از مبادرت منظم به سوء مصرف مواد یا وابستگی به رفتار اعتیادی است. این هدف بر نقطه پایانی فرایند معتادشدن یعنی مرحله «نگهداری اعتیاد» تمرکز می‌کند. فرایند معتادشدن از طریق یک سلسله مراحل که شامل التزام فزاینده به مصرف مواد، از بین رفتن خویش‌تنداری و وابستگی فزاینده زیستی- روانی- اجتماعی به رفتار اعتیادی است، به پیش می‌رود. مطابق مدل فرانظری مراحل رفتارهای اعتیادی پروچاسکا، دیکلمنته و نور کروز^۱ (۱۹۹۲) و دی کلمنته (۲۰۰۳) مشخصه مرحله پیش قصد و فقدان قصد برای تغییر است. در این نقطه، فرد از مشکل آگاه نیست یا آن را کمتر از اندازه برآورد می‌کند و در برابر تغییر دادن آن مقاوم است. در خلال مرحله قصد فرد از مشکل آگاه است، درباره تغییر کردن می‌اندیشد، اما الزام و تعهدی به انجام اقدام برای برطرف سازی مشکل در خود نمی‌بیند. در این مرحله، فرد به این می‌اندیشد که تصدیق مشکل چقدر هزینه دارد و آیا بهایی که قرار است برای تغییر بپردازد، ارزش دارد دادن رفتار اعتیادی است و می‌کوشد که رفتارش را (بدون موفقیت) در سال گذشته تغییر دهد. در خلال مرحله عمل / اقدام این تغییرات را به وجود می‌آورد. از نظر پروچاسکا و دی کلمنته در این مرحله رفتار اعتیادی فرد در هر حال از یک روز تا شش ماه تغییر کرده است. سرانجام، در مرحله نگهداری یا ابقاء، فرد در حال پیشگیری از عود رفتار اعتیادی با استمرار فرایند تغییر از طریق ثبات رفتار است؛ بنابراین، پی بردن به اینکه مراجع بر حسب مراحل تغییر در کجا قرار دارد (مثلاً با استفاده از مصاحبه یا پرسشنامه تغییر رفتار اعتیادی) می‌تواند به مشاور کمک کند تا پی ببرد که آیا عود دغدغه فکری مراجع هست یا نیست و چگونه وارد بحث پیشگیری از عود یا یا بهبودی شود زیرا عود رفتار اعتیادی تا مرحله ابقاء یا نگهداری دغدغه فکری مراجع به حساب نمی‌آید. با این وجود، احتمال دارد که دغدغه عود، در هر یک از این مراحل بروز کند حتی اگر ظاهر متفاوتی داشته باشد چون ممکن است تصور کند که قادر نیست که تغییر موفقیت آمیزی داشته باشد. حال آنکه در مرحله اقدام یا ابقاء مراجع ممکن است نگران عود باشد چون تعهد به تغییر شکل گرفته است؛ بنابراین، بسیار مهم است که در مراحل قبلی، مشاور مساله عود را مطرح کند (نه اینکه آن

را ترغیب کند یا منکر شود.) در حالی که در مراحل بعدی مشاور ممکن است مراجع را دعوت کند که درباره نگرانی‌هایش بحث کند (دی کلمنته، ۲۰۰۳). در خلال کار با مراجع در مورد پیشگیری یا بهبودی از عود، مشاور باید با پرسیدن سؤالات زیر، خودش را واریسی کند:

۱. آیا من دارم به مراجع می‌گویم که انتظار عود برای تمام معتادان است؟
 ۲. آیا من دارم از گفتن پیامدهای انتخاب مصرف مواد به مراجع اجتناب می‌کنم؟
 ۳. آیا من فکر می‌کنم که اگر در همان موقعیت بودم، همان کار را می‌کردم؟
 ۴. آیا من اطلاعاتم را درباره عود از دیگران پنهان می‌کنم؟
- اگر پاسخ مشاور به به هر یک از این سؤالات «بلی» است، او باید به تنهایی یا به همراه همکار یا استاد ناظر احتمال بالا بردن مصرف مواد را در مراجع بررسی کند. اولین سؤال بسیار اساسی است چون مشاور نمی‌خواهد مشوق عود باشد. همین‌طور نمی‌خواهد که احتمال عود را منکر شود. ممکن است مشاور بخواهد که مساله عود را در همان مراحل اولیه تغییر مطرح کند اما باید مواظب باشد که این پیام را به مراجع ندهد که همه معتادان دچار عود می‌شوند. این پیام مانند این جمله به بیمار است که «شما به طور مدام نباید مساله بازگشت بیماری سرطان را نادیده بگیرید». برعکس، مشاور باید امید واقع‌بینانه به تغییر را به مراجع بدهد که ممکن است گرفتار این مثل باشد که «امید بهترین چیز را داشته باش و آماده بدترین وضعیت باش» (آگبولا، مک نیل، کولمن و لیناردی بی، ۲۰۱۰).

نتیجه‌گیری

اعتیاد و سوء مصرف مواد یک مشکل جدی جهانی است که سلامت عمومی هر جامعه‌ای را تهدید می‌کند و منجر به اختلالات روانی، رفتاری و شناختی زیادی می‌شود. هیچ اجتماعی از پیامدهای منفی اعتیاد و سوء مصرف مواد در امان نیست. تلاش برای درک، پیش‌بینی، پیشگیری و درمان سوء مصرف مصرف مواد معمولاً با این سؤال شروع می‌شود که چرا افراد مواد مصرف می‌کنند؟ چرا افسرده می‌شوند؟ چرا حتی پیش از مشاهده‌ی

پیامدهای مصرف مواد و الکل همچنان به مصرف خود ادامه می‌دهند؟ و هزاران چرای دیگر را در این حوزه می‌توان مطرح کرد. از حدود چند دهه قبل محققان توجه خود را به این مسئله معطوف کرده‌اند که چرا نه؟ چرا بسیاری از افراد که در خطر مصرف مواد هستند هرگز به سراغ آن نمی‌روند؟ چرا برخی از افراد تحت تأثیر عواملی که برای دیگران مشکلات عاطفی و روانی به وجود می‌آورد این پیامدها را تجربه نمی‌کنند؟ چگونه افراد بعد از اقدام به ترک می‌توانند از خطر عود در امان باشند؟ پرسش‌هایی از این دست و دامنه گسترده‌ای از مشاهدات پژوهشی و بالینی به توجه به مفهوم پیشگیری منجر گردیده است. اگر چه امروزه بکارگیری روش‌های مختلف پیشگیرانه در به تاخیر انداختن اعتیاد افراد کمک می‌کند اما سرمایه‌گذاری بر مقوله کاهش تقاضا و ایجاد فرهنگ پیشگیری اولیه، هرگز نباید منجر به غفلت از سرمایه‌گذاری و حمایت از درمان مبتلایان و فعالیت در سطح دوم و سوم پیشگیری باشد. پیشگیری از مصرف مجدد مواد راهبرد مهمی است که نقش اساسی در جلوگیری از گرایش افراد به مصرف مواد دارد. هر چند طی سالیان اخیر برنامه‌هایی توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر در زمینه گسترش برنامه‌های پیشگیری و تدوین سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد اجرا شده‌اند اما یکی از حوزه‌های که ضروری است به صورت ویژه‌ای به آن پرداخته شود، بهره‌گیری از رویکردها و برنامه‌های پیشگیری از مصرف مجدد مواد است. بدون شک استفاده از چنین برنامه‌هایی کمک خواهد کرد تا از هدر رفت انرژی و منابع انسانی در سرمایه‌گذاری بر برنامه‌هایی که از کارآمدی لازم برخوردار نیستند، جلوگیری گردد و در نتیجه از برنامه و رویکردهای استفاده شود که کارآمد هستند و اثربخشی آن‌ها نیز ثابت شده است. عود مانع اساسی در درمان رفتارهای اعتیادآور و در نتیجه تغییر رفتار اعتیادی است (برانندون، ویدرین و لیتوین^۱، ۲۰۰۷). به عنوان مثال میزان عود دوازده ماه بعد از مصرف الکل یا دخانیات به طور کلی از ۸۰ تا ۹۵ درصد در نوسان است (پولیوی و هرمن^۲، ۲۰۱۱). وسوسه‌ی مصرف نقش بسیار مهمی در بروز عود ایفا می‌کند. در فرایندهای درمان معتادان پس از رسیدن به حالت پرهیز، میل شدیدی برای تجربه‌ی اثرات لذت‌بخش ماده‌ی اعتیادآور دیده می‌شود. این احساس

ممکن است از چند ساعت پس از شروع درمان تا روزها و ماه‌ها پس از پایان آن دیده شود. فراوانی و شدت مصرف شاید کم‌کم رو به کاهش رود ولی این احتمال هست هیچ‌وقت به طور کامل از بین نرود. بعضی افکار، احساسات و موقعیت‌ها می‌توانند وسوسه‌ی مصرف را در فرد در حال بهبودی ایجاد و یا تشدید کنند. به این عوامل، عوامل شروع کننده گفته می‌شود یعنی عواملی که باعث می‌شوند دوره‌ی مصرف برای فرد یادآوری شده و وسوسه‌ی مصرف آغاز شود. طبق مطالب بیان شده وقتی فردی عود می‌کند، مانند دوره‌ی اعتیاد دیگر قادر نیست میزان مصرف خود را کنترل کند. نکته‌ی مهم دیگر این است که دوباره رفتارهای مرتبط با اعتیاد مانند انکار کردن اعتیاد، دروغ گفتن، پنهان‌کاری، و مانند آن در فرد دیده می‌شوند (معارف وند و اختیاری، ۱۳۹۱). مطلبی که نباید از آن غافل شد این است که بهبودی فقط به این معنی نیست که مصرف مواد قطع شود، بلکه علاوه بر قطع مصرف باید رفتارهایی که در دوره‌ی مصرف از فرد سر می‌زند نیز متوقف شوند. به این ترتیب اگر کسی مصرف مواد را قطع کرده اما هنوز رفتارهای مرتبط با اعتیاد در او مشاهده می‌شود، در وضعیت نگران‌کننده‌ی قرار گرفته است، چرا که احتمال دارد رفتارهایی مرتبط با اعتیاد بازهم زمینه را برای مصرف او مهیا کنند.

براساس رویکردهای رایج و کاربردی و نظریات مختلف که در رابطه با فرایند عود بیان شد می‌توان به این نتایج رسید که عود به یک باره اتفاق نمی‌افتد. همیشه قبل از عود اتفاقاتی اتفاقاتی رخ می‌دهد و علامت‌هایی ظاهر می‌شوند که افراد نزدیک به فرد معتاد از خطر عود آگاهی یابند. احتمال دارد در بعضی موارد خود فرد مصرف‌کننده متوجه این علائم نشود در چنین شرایطی اگر خانواده یا اطرافیان این علائم را بشناسند و بدانند باید در مورد آن‌ها چه کاری انجام دهند می‌توانند فرد در حال بهبودی را نسبت به وضعیت خطرناکی که در آن قرار گرفته است آگاه سازند و از روش‌های مناسب برای انتقال اطلاعات در زمینه سوء مصرف مواد و عود اعتیاد استفاده کنند. در انتخاب روش‌ها به چند نکته توجه شود: روش‌ها جذاب باشد، با توجه به شرایط خاص هر یک از گروه‌های هدف باشد و شرایط سنی - جسمی - تحصیلی - فرهنگی افراد در نظر گرفته شود. هر چه قدر اطلاعات ارائه با نیازهای افراد یا مشکلات‌شان نزدیکی بیشتری داشته باشد، احتمال

تأثیرگذاری آن‌ها بر افراد و مشارکت و علاقه‌مندی شان برای شرکت در برنامه‌های پیشگیری افزایش می‌یابد. علاوه بر این شناخت عوامل زمینه‌ساز بروز مشکلات و اولویت‌بندی تأثیرگذاری آن عوامل و تدوین برنامه‌های پیشگیری براساس این عوامل زمینه‌ساز و اولویت آنها کارایی و اثر بخشی برنامه‌ها را افزایش می‌دهد. نکته بعد اینکه در ارائه اطلاعات به شرایط توجه شود. به عبارتی یک برنامه ثابت برای همه مناطق کشور ارائه نشود چرا که نیازها و مشکلات در همه مناطق شبیه هم نیستند. عوامل زمینه‌ساز و بروز مشکل در همه مناطق یکسان نیستند و برای تأثیرگذاری اطلاعات ارائه شده در زمینه‌های پیشگیری لازم است که به این مسائل توجه شود. برنامه پیشگیری باید مبتنی بر مشارکت مردم منطقه و گروه‌های هدف باشد و استفاده از گروه‌های خودیاری در ارائه اطلاعات در این سطح می‌تواند مؤثر واقع شود. استفاده از این گروه‌ها که در گذشته خود با مشکلات درگیر بوده‌اند از این جهت مهم است که مشکل را لمس کرده‌اند.

در مراحل ارائه خدمات و انجام مداخله‌ها برای پیشگیری از فرایند عود می‌توان گفت که: (۱) ارائه خدمات یا انجام مداخله‌ها به موقع باشند (۲) ارائه خدمات یا انجام مداخله‌ها در سطح تخصصی باشند (۳) آشنایی با منابع ارائه‌کننده خدمات بسیار مهم است. (۴) مشارکت و انگیزه افراد برای درمان و حل مشکل حائز اهمیت است (۵) توزیع و پراکندگی مناسب موسسات ارائه‌کننده خدمات در ارائه خدمات تأثیر دارد (کیرشنبوم^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). ارائه خدمات نباید در طولانی مدت ادامه پیدا کند چرا که منجر به وابستگی افراد می‌شود. ارائه این خدمات نیز منجر به استقلال نسبی نمی‌شود بلکه هدف بیشتر کنترل مشکل است. به عبارت دیگر ارائه خدمات منجر به کاهش بحران می‌شود اما افراد پس از این مرحله لازم است خدمات دیگری را هم دریافت کنند تا باز پروری و توانبخشی آنان فراهم شود. با توجه به مواردی که در رویکردهای پیشگیری بیان شد برای رسیدن به این هدف نکات زیر مورد توجه قرارگیرد: پیشگیری معمولاً در کوتاه مدت به نتیجه نمی‌رسد و با توجه به ماهیت کار همکاری سازمان‌های مختلف و مردم ضروری است. یکی از راهبردهای اساسی در این مرحله توجه همزمان به فرد خانواده و جامعه است.

امروزه در اکثر موسسات کشور ممکن است که بیشترین تمرکز بر فرد باشد و شاید یکی از دلایل عدم موفقیت کامل در استقلال‌نسبی افراد و موفقیت در درمان اعتیاد غفلت از خانواده و جامعه باشد. برای حل مشکل اعتیاد و مسئله عود اعتیاد باید در جامعه و عوامل تسریع‌کننده اعتیاد تغییراتی صورت گیرد. در مراکز بازپروری نیز تغییرات گسترده‌ای باید صورت گیرد. در حال حاضر در مراکز بازپروری به معتاد فقط در همان مکان رسیدگی می‌شود درحالی که باید علاوه بر اینها به ایجاد تغییراتی در خانواده نیز پرداخت. به عبارت دیگر، مرحله‌ای به عنوان پیگیری بعد از مرحله ترخیص معتاد باید وجود داشته باشد و سعی شود خانواده را محیطی پذیرای فرد معتاد ساخت. زیرا نپذیرفتن فردی که ترک اعتیاد نموده از طریق جامعه و خانواده باعث اعتیاد مجدد او می‌شود. علاوه بر این موارد باید قبل از شروع بازپروری معتاد در مراکز بازپروری با رفتار حرفه‌ای ضمن توجه به نکات مثبتی که ممکن است در فرد معتاد وجود داشته باشد، امید و اعتمادی را در او بوجود آورد تا او به این درک برسد که مشکل متعلق به خود اوست و بجای پرداختن به احساسات باید با رفتار و عملکرد زمان حال او پرداخت. در واقع باید سعی نمود که به معتاد فهماند که در این راه علاوه بر حمایت‌هایی که از او می‌شود راه برای هرگونه دلیل تراشی و دستاویزهایی که معتادان معمولاً بکار می‌برند بسته‌است. با توجه به مطالب بیان‌شده پیگیری بعد از ترک ماده مصرفی نیز حائز اهمیت است که متأسفانه در فرایند ترک اعتیاد نادیده گرفته می‌شود. پیگیری می‌تواند از بازگشت مکرر معتادان ترک کرده و شروع مجدد اعتیاد جلوگیری کند و کوششی در جهت کنترل و هدایت غیررسمی فرد پس از اعتیاد و جلوگیری از اعتیاد مجدد وی باشد. پیگیری در شرایط مطلوب باید با تغییر محیط اجتماعی معتاد و فضای پیرامونی او همراه گردد. به منظور عملیاتی‌شدن تمام موارد ذکرشده در سطح جامعه و کاربرد آن در امر خطیر پیشگیری از عود اعتیاد پژوهش‌های بیشتری مورد نیاز است.

منابع

- امینی، کورش؛ امینی، داریوش؛ افشارمقدم، فاطمه و آذر، ماهیار (۱۳۸۲). بررسی عوامل اجتماعی و محیطی مرتبط با بازگشت مجدد معتادان به مصرف مواد افیونی در مراجعین به مراکز دولتی ترک اعتیاد شهر همدان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان*، ۱۱(۴۵)، ۴۷-۴۱.
- آزاد ارمکی، تقی (۱۳۹۲). *نظریه‌های جامعه‌شناسی*. تهران: انتشارات سروش.

بهراری، فرشاد (۱۳۹۲). اعتیاد مشاوری و درمان (راهنمای تغییر رفتار اعتیادی در معتادان). تهران: نشر دانژه، چاپ دوم.

خالقی، عصمت (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی با رویکرد سیستماتیک در پیشگیری از عود اعتیاد و افزایش سلامت عمومی در افراد وابسته به مواد در مراکز ترک اعتیاد گیلان. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مددکاری اجتماعی، چاپ شده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.

دهقانی فیروزآبادی، سمیرا؛ قاسمی، حامد؛ منتظرهدش، رویا؛ فاتحی زاده، مریم؛ ذوالفقاری، سلاله؛ و ابراهیمی، علی اکبر (۱۳۹۳). اثربخشی مصاحبه انگیزشی (مدل MI) بر پیش بینی عود زنان وابسته به مواد مخدر. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۸ (۲۹)، ۱۱۸-۱۰۷.

راینگتن، ارل و مارتین واینبرگ (۱۳۸۶). رویکردهای نظری هفتگانه در بررسی مسائل اجتماعی، ترجمه رحمت اله صدیق سروستانی، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

رادفر، رامین (۱۳۸۲). مقدمه‌ی بر پیشگیری از عود اعتیاد. تهران: نشر کنکاش، چاپ اول.

زاهدی اصل، محمد (۱۳۹۳). آسیب‌های اجتماعی از منظر مددکاری اجتماعی. تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی، چاپ اول.

شاطریان، محسن؛ منتی، رستم؛ کسانی، عزیز و منتی، والیه (۱۳۹۳). عوامل مرتبط با عود اعتیاد در بیماران مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر ایلام. مجله علوم پزشکی ایلام، ۲۲ (۶)، ۱۷۳-۱۶۵.

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

شکری، کیوان (۱۳۹۴). عوامل اجتماعی مؤثر بر بزهکاری نوجوانان (مطالعه موردی شهر سنندج). پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مددکاری اجتماعی، چاپ نشده، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی تهران.

کریم یار جهرمی، مهدی؛ افتخارزاده، محمدهاد و حمیدی پور، زهرا (۱۳۹۲). بررسی میزان تأثیر علل مختلف عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف مواد. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۳ (۱)، ۱۳۴-۱۳۳.

کریمیان، نگار (۱۳۹۰). اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی — رفتاری بر پیشگیری از عود مردان وابسته به مواد. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۵ (۲۰)، ۸۶-۷۳.

مطهری، سجاد (۱۳۹۳). اثربخشی روان درمانی شناختی دیدگاه مایکل فریش در پیشگیری از عود و بهبود دشواری در تنظیم هیجان معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره توانبخشی، چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبائی.

- مظلوم خراسانی، محمد (۱۳۸۵). بررسی مسائل اجتماعی ایران. انتشارات دانشگاه فردوسی مشهد.
- معارف‌وند، معصومه و اختیاری، حامد (۱۳۹۱). پیگیری از عود (چگونه از عود بیماری اعتیاد در طی درمان پیشگیری کنیم). تهران: نشر مهرسا. چاپ اول.
- میرزایی، طیه؛ راوری، علی؛ حنیفی، نسرين؛ میری؛ سکینه، حقدوست اسکویی، سیده فاطمه و میرزایی خلیل آبادی، صدیقه (۱۳۸۹). عوامل مرتبط با عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد شهر رفسنجان. نشریه پرستاری ایران، ۲۳ (۶۷)، ۴۹-۵۸.
- ناروقه، نعمت‌اله؛ قادری، سلمان و مصلائی، سیده مهسا (۱۳۹۵). مدل‌های پیشگیری از مصرف مواد، بررسی هزینه - اثربخشی مدل‌های پیشگیری از مصرف مواد. فصلنامه علمی - تخصصی دانش انتظامی پلیس پایتخت، ۲۸ (۹)، ۳۷-۴۸.
- ناستی‌زایی، ناصر؛ هزاره‌مقدم، مهدیه و ملارهی، اسماء (۱۳۸۹). عوامل مؤثر بر عود اعتیاد در معتادان خودمعرف به مراکز ترک اعتیاد زاهدان. دو ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ۸ (۳)، ۱۷۴-۱۶۹.
- هاشمی جشتی، عبدالله (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مهارت‌های جرات ورزی و امتناع بر کاهش عود معتادان مراجعه کننده به مرکز درمانی ترک اعتیاد حیات سبز شهرستان اقلید، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی، چاپ نشده، پردیس نیمه حضوری، دانشگاه علامه طباطبائی.
- یزدانی، فاطمه (۱۳۹۰). مقایسه حمایت اجتماعی بین افرادی که پس از قطع مصرف مواد عود داشته‌اند با افرادی که عود نداشته‌اند در کمپ تولدی دوباره شهرستان تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مددکاری اجتماعی، چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- Agboola, S., McNeill, A., Coleman, T., & Leonardi Bee, J. A. (2010). Systematic review of the effectiveness of smoking relapse prevention interventions for abstinent smokers. *Association for the Study of Addiction*, 10(3), 105-136.
- Brandon, T. H., Vidrine, J. I., & Litvin, E. B. (2007). Relapse and relapse prevention. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 257-284.
- Brower, K., J. & Perron, B. E. (2010). Sleep disturbance as a universal risk factor for relapse in addictions to psychoactive substances. *Journal of Medical Hypotheses*, 74, 928-933.
- Buker, H. (2011). Formation of self-control: Gottfredson and Hirschi's general theory of crime and beyond. *Journal Aggression and Violent Behavior*, 16(3), 265-276.
- Di Clemente, C. C. (2003). *Addiction and change: How Addition Develop and Addicted People Recover*. The Guilford Publication. Inc USA.
- Fredrickson, B. L. (2008). The Role of positive Emotion in Positive Psychology: The Broaden and Build Theory of Positive Emotion. *Journal American Psychologist*, 56, 218-226.

- Ibrahim, F., & Kumar, N. (2009). The Influence of Community on RelapseAddiction to Drug use: Evidence from Malaysia. *European Journal of Social Sciences*, (11) 3, 89-100.
- Khantzian, E. J. (2011). Fine – tuning on painful Affect and Relapse: A Group Vignette. *Journal of Groups in Addition & Recovery*, 6(3), 264-271.
- Kirshenbaum, A.P., Olsen, D. M., Bickel, W. K. (2009). A quantitative review of the ubiquitous relapse curve. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(1), 8–17.
- Koch, J.V., & Grupp.S. E. (1971). The economics of drug control policies. *International Journal of the Addictions*, 6(4), 571-584.
- Lewis, A. J., Dana, Q.R., & Blevins, G. A. (2012). *Substance Abuse Counseling: An Individ ualized Approach*. 2 ED. Brooks / Cole Company. US.
- Linton. M. J. (2008). *Overcoming Problematic Alcoholic and Drug Use: A guide for Beginning the people recover*. The Guilford Publication. Inc. USA.
- Marlatt, G. A., Parks, G.A., & Witkiewtz, K. (2002). *Clinical Guidelines for Implementing Relapse Prevention* Addictive Behaviors Research Center, Department of Psychology, University of Washington
- Marlatt, G.A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the treatment of behaviors*. New York: Guilford press.
- Ngo, F T., & Paternoster, R. (2011). Cybercrime Victimization: An examination of Individual and Situational level factor. *International Journal of Cyber Criminology*, 5(1), 775-776.
- Pagano, M. E., White, W, L., Kelly, J. F., Stout, R. L., & Tonigan, J. S. (2013). The 10-year course of Alcoholics Anonymous participation and long-term outcomes: a follow-up study of outpatient subjects in Project MATCH. *Substance Abuse*, 34(1), 51–59.
- Polivy, J., Herman, C. P. (2011). *If at first you don't succeed: False hopes of self-change*. *American Psychologist*, 57, 677–689.
- Prochaska, J.O., Declemente, C.C., & Norcross, J. C. (2002). In search of how people change: Applictions to addictive behaviors. *Journal Amerriican Psycholgist*, 47, 1102-1114.
- Snow, D., & Anderson, C. (2000). Exploring the factors influencing relapse and recovery among drug and alcohol: addicted women. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 38(7), 8-19
- Walker, S. P. (2008). Accounting, paper shadows and the stigmatised poor. *Accounting, organizations and society*, 33(4, 5), 453-487.
- Witkiewitz, K., Van der Maas, H.L. J., Hufford, M.R., & Marlatt, G. A. (2007). Nonnormality and divergence in posttreatment alcohol use: Reexamining the Project MATCH data another way. *The Journal of Abnormal Psychology*, 116(2), 378–394.

Prevention from Addictive Behavior Relapse in Addicts

Shokri, K.¹; Sangin Ostad Abadi, MS.²; Aliabadi, J.³

Abstract

The risk of drug abuse relapse has always been a major concern complicating fight against addiction. The process of relapse starts when thoughts, feelings, and behaviors of the individual in the process of recovery are diverted and become illogical again. The relapse process often includes activation of the denial system as an inflexible defense mechanism, tendency for isolation, negative judgments, inappropriate decision making, failure to cope with problems, and re-existence of life pressures, and stress. Hence, this complication has always been a focus of attention and concern for experts as well as addicts and their families. On this basis, planning and attempts to reduce the severity of the problem has to be called to attention as part of addiction prevention programs. We have frequently heard news of an increasing number of addicts in spite of all treatment programs and attempts to bring addicts back to normal life. Experts see the main reason for such failures the high frequency of relapse. Therefore, addressing the stubborn issue of relapse is a necessity in addiction treatment, and is essential in the process of addiction control in our country. The aim of this review was to examine addictive behavior relapse and pertinent contributing factors, as well as approaches to help avoid more relapses.

Key Words: addiction, addictive behavior relapse, addictive behavior relapse prevention

1 . Corresponding author: M.A. in social work, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
E-mail: shokri.keivan@gmail.com

2 . M.A. in social work, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

3 . M.A. in social work, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Substance Abuse Disorders: A Theoretical and Research Review

Forouzanfar, A.¹

Abstract

Substance abuse disorder is define as frequent and abnormal use of drugs and/or alcohol often resulting in considerable distress and dysfunction in personal, social, and occupational activities. There are various treatment approaches to address substance abuse disorders. However, treatment of substance abuse disorders remains difficult, so much so that frequent relapses is a complicating feature of such disorders. The third wave of cognitive behavioral therapy (CBT) including acceptance and commitment therapy (ACT) includes new approaches and methods potentially capable of addressing complex cases in substance abuse. The aim of the present research was to review from theoretical and research points of view the efficacy of ACT in treating substance abuse disorders. Use was made of library and documentary research methods. Based on theoretical and research principles, it might be stated that acceptance and commitment therapy is a promising intervention approach to cure substance abuse disorders. However, in order to enhance efficacy, a larger bulk of research making use of bigger samples and longer follow-up periods would be necessary. In addition, a careful study of treatment mechanism would be critical before a theoretical model and treatment protocol for substance abuse disorders could be formed. Finally, ACT is recommended as an influential intervention approach to remedy substance abuse disorders.

Key Words: third wave treatment (CBT), acceptance and treatment therapy, substance abuse disorders

1. M.A. in Family Counseling, Department of Educational Psychology & Counseling, Faculty of Psychology & Education, Tehran University, Tehran, Iran. Email: raha_gh72@yahoo.com

A Review of Physiological and Cognitive Factors Associated with Drugs (Based on Two Decades of Research in Iran)

Ghobadzadeh, S.^۱; Masoudi, M.^۲; Mohammad Khani, Sh.^۳; Hasani, J.^۴

Abstract

Drug abuse has been a very complicated problem challenging humans and a complex phenomenon in modernity, such that drug abuse and addiction are now a great concern of humanity. This phenomenon has detrimental physical, mental, familial, occupational, financial, and ethical impacts. Prevention of addiction is thus a necessity. Given the high expenses incurred by fighting narcotics and drug abuse, treatment and rehabilitation of addicts, and a high rate of relapse, it is but logical that preventing drug abuse is much more economical and efficient. To achieve this, identifying risk factors and protective factors- factors against drug dependence- are essential. Recently, much research has been carried out on the etiology and prevention of drug abuse in Iran. This bulk of research has addressed a wide spectrum of associated factors including cognitive and physiological agents. In order to plan for enhancement of research activities in the future, assessment and categorization of results and findings is necessary. In this review, attempt has been made to collect a wide range of cognitive and physiological factors related to addiction in Iran in the last 20 years. This study offers perspectives to authorities, experts, and therapists on identification of contributing factors as well as comments on appropriate interventions.

Key Words: physiological factors, cognitive factors, addiction

-
1. Corresponding author: Ph.D student of Health Psychology, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran. Email: raha_gh72@yahoo.com
 2. Ph.D student of Health Psychology, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran
 3. Associate Professor of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran
 4. Associate Professor of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

A Drug-Type Based Comparative Study of Suicidal Ideation, Aggression, and Borderline Personality Disorder in Drug Addicts

Elahe Zareie, MK.¹; Mohammadifar, MA.²; Najafi, M.³

Abstract

The present study was conducted aiming at comparing suicidal ideation, characteristics associated with borderline personality disorder and aggressiveness based on the type of drug used. This is a descriptive research best categorized in causal-comparative research type. The sample of the study included 300 addicts who had referred to addiction treatment clinics in Semnan, and were selected based on convenience sampling method. Use was made of three Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ), Buss Perry Aggression Questionnaire, and Borderline Personality Questionnaire (BPQ). The collected data and information were analyzed using multi-variate analysis method. Findings from data analysis suggested that suicidal ideation, borderline personality features, and aggressiveness were higher in addicts using stimulant drugs compared to addicts using narcotic drugs or combination of various drugs. The finding of the study imply a significance of drug type in suicidal ideation, borderline personality characteristics, and aggressiveness, all associated with suicidal thoughts. Accordingly, careful consideration of the drug type used appears necessary in preventing suicide attempts.

Key Words: suicide, borderline personality, aggressiveness, narcotic drugs, stimulant drugs

1. M.A student of clinical psychology, Semnan University, Semnan, Iran
2. Corresponding author: Assistant professor of psychology, Semnan University, Semnan, Iran
E-mail: alimohammadyfar@semnan.ac.ir
3. Assistant professor of clinical psychology, Semnan University, Semnan, Iran

A Review of Two Decades of Research on Studies of the Prevalence of Women's Addiction in Iran (1995-2015)

Ghorbani, M.^۱; Ansari Talebi, S.^۲

Abstract

The main goal of this study was to review research carried out on prevalence of addiction in Iranian women, and examination of how and why they have been attracted to addiction. An absolute majority of research on addiction only report the total number of addicts, and there is no clear reference as to the number of addicted women. This meta-research makes use of library research method, and is based on pertinent theses, research projects, articles, books, and websites on the study of addiction prevalence. Findings in most researches indicate an increase in the number of female addicts. In addition, the most important reasons for women's inclination to drug use are shown to be personality and psychological factors. The most frequently used substance among women has been Ecstasy. It appears that accurate statistics on the population of female addicts does not exist. Drug abuse is a great threat for women's health, and can lead to irreparable harms. Although the number of female addicts is still lower compared to that of male ones, the population of female addicts has been recently on the rise. Given the parenting role of women as mothers in family and society, this has to be considered and taken care of more seriously than ever before.

Key Words: addiction, women, study of prevalence

1 . Corresponding author: Ph.D student of Psychology, Semnan University & Addiction Researcher. E-mail :Ghorbanimajid95@gmail.com

2. M.A. of Financial managment & Addiction Researcher

Drug Abuse in Adolescents: Prevention, Early Interventions, Harm Reduction, and Treatment of Drug Abuse in Adolescents

Hoseini, J.¹; Norouzi, H.²

Abstract

In this study, a systematic examination of evidences on the efficacy of preventive interventions, early interventions, harm reduction interventions, and treatment of tobacco and illegal drugs (cannabis, opioid, amphetamine, and cocaine) abuse in adolescents was carried out. Tax levies, general public prohibition, advertisement limitations, are useful tools to reduce tobacco use, but are of no avail for illegal drugs. Current evidence on school-based prevention is affected by methodological complications. Interventions that benefit from skills training, are more efficient with making individuals aware. Evidence indicating efficacy of social norms interventions and intensive interventions for reduction of drug use in adolescents is not considerable. Interventions used to reduce harms due to drug injection have an efficacy of average to high. However, more research must be done on adolescents. Insufficient access to information and data concerning the use of harmful drugs indicates a need for experimental interventions – already proved to be efficacious for adults. The current evidence is from countries with high GDP; this fact implies that using such evidence in countries and cultures with different age, sex, and risk vulnerability levels brings about uncertain results. More attempts have to be made to increase evidence on interventions aiming reduction of drug use in adolescents.

Key Words: prevention, early intervention, harm reduction, drug use treatment

1 . Corresponding author: M.A student in general psychology, Semnan University, Semnan, Iran. Email: dr.hoseini70@yahoo.com

2 . M.A student in clinical psychology, Semnan University, Semnan, Iran.

A Review of the Reasons for risky Behaviors in Adolescents

Adibnia, F.¹; Ahmadi, A.²; Mousavi, AM.³

Abstract

Risky behaviors are defined as behaviors that put physical, psychological, and social health and wellbeing of individuals and society at risk. Adolescence, a period associated with extensive physical, psychological, and social changes, is prone to initiation of risky behaviors, particularly as a result of egocentrism and lack of understanding of one's behaviors. Adolescents' tendency to various risky behaviors is a prime cause of concern in any society, because adolescents who have a higher tendency to risky behaviors, enjoy less academic achievement, have a higher level of inclination to suicide, and are at a higher risk of fatalities due to diseases associated with risky behaviors. The aim of the present research is a review of reasons for a tendency to risky behaviors on the part of adolescents. This research was carried out using library and documentary research methods and benefited from theories and research in the risky behaviors literature. On the whole, it can be concluded that an exact determination of influential factors contributing to a tendency for risky behaviors in adolescents, as well as drawing up programs and plans to prevent and control such behaviors are essentially important.

Key Words: physical wellbeing, psychological wellbeing, risky behaviors, adolescents

1 . Corresponding author: M.A in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran. E-mail: adibfaezeh@yahoo.com.

2 . Assistant Professor, Department of Psychology, Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran.

3 . Associate Professor, Department of Psychology, Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran.

Contents

Title	Page
A Review of the Reasons for risky Behaviors in Adolescents Adibnia, F.; Ahmadi, A.; Mousavi, AM.	11-36
Drug Abuse in Adolescents: Prevention, Early Interventions, Harm Reduction, and Treatment of Drug Abuse in Adolescents Hoseini, J.; Norouzi, H.	37-60
A Review of Two Decades of Research on Studies of the Prevalence of Women's Addiction in Iran (1995-2015) Ghorbani, M.; Ansari Talebi, S.	61-90
A Drug-Type Based Comparative Study of Suicidal Ideation, Aggression, and Borderline Personality Disorder in Drug Addicts Elahe Zareie, MK.; Mohammadifar, MA.; Najafi, M.	91-110
A Review of Physiological and Cognitive Factors Associated with Drugs (Based on two Decades of Research in Iran) Ghobadzadeh, S.; Masoudi, M.; Mohammad Khani, Sh.; Hasani, J.	111-129
Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Substance Abuse Disorders: A Theoretical and Research Review Forouzanfar, A.	131-160
Prevention from Addictive Behavior Relapse in Addicts Shokri, K.; Sangin Ostad Abadi, MS.; Aliabadi, J.	161-193
Abstract	4-10

Editorial Board

Narimani, M., Ph.D.	Professor of Psychology, Mohaghegh Ardabili University
Danesh, E., Ph.D.	Professor of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University
Babapour Kheyroddin, J., Ph.D.	Professor of Psychology, Tabriz University
Maleki, A., Ph.D.	Associate Professor of Sociology, Payame Noor University
Mohamad Nasl, GH., Ph.D.	Associate Professor of Criminology and Criminal Law, Amin Police University
Oraki, M., Ph.D.	Associate Professor of Psychology, Payame Noor University
Barati, F., Ph.D.	Assistant Professor of Psychology
Yaghubi, H., Ph.D.	Assistant Professor of Clinical Psychology, Shahed University
Hosseini, SR., Ph.D.	Assistant Professor of Strategic Defense Science, Amin Police University

Reviewers of This Issue

Mohammadzadeh, A., Ph.D.	Associate Professor of Psychology, Payame Noor University
Hasani, J., Ph.D.	Associate Professor of Psychology, Kharazmi
Hemmati Alamdarloo, Gh., Ph.D.	Associate Professor of Psychology, Shiraz University
Shirazi, M., Ph.D.	Associate Professor of Psychology, Sistan and Baloochestan University
Soleimani, E., Ph.D.	Assistant Professor of Psychology, Urmia University
Mohammadifar, MA., Ph.D.	Assistant Professor of Psychology, Semnan University
Jazini, AR., Ph.D.	Assistant Professor of Management, Amin Police University
Dehshiri, GhR., Ph.D.	Assistant Professor of Psychology, Alzahra University
Sheykholeslami, A., Ph.D.	Assistant Professor of Psychology, Mohaghegh Ardabili University

In the name of God

Social Health and Addiction
Vol. 3, No. 9, Spring 2016

Licence Holder: Drug Control Headquarters of the Presidency

Managing Director: Jazini, A.R., Ph.D.

Chief Editor: Saffarinia, M., Ph.D.

Science Editor: Najafi, M., Ph.D.

Executive Director: Naderi, V., M.A.

Publisher: Drug Control Headquarters, Research & Education Office

Address: No. 20, Building of Presidential Drug Control Headquarters,
after Hoveyzeh Cultural-Entertainment Complex, after
Poonak Sq., Ashrafi Esfahani Blv., Tehran

Postal Box: 1469915834

Tel/Fax: +98-21-47361730 Fax: +98-21-44411761

Email: info@sh-addiction.ir