

عوامل رفتاری، هیجانی و اجتماعی مرتبط با اعتیاد

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

چکیده

وابستگی به موادمخدر، تهدیدی جدی برای سلامت افراد است. این اختلال نه تنها زندگی فرد را تحت شعاع قرار می‌دهد، بلکه نواقص و ناراحتی‌های زیادی را برای خانواده و جامعه ایجاد می‌کند. در واقع اعتیاد یکی از آسیب‌های مهم اجتماعی است که باعث دگرگونی‌های ساختاری در نظام اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی یک اجتماع می‌شود. با توجه به مشکلات زیاد و گسترده حاصل از اعتیاد، پیشگیری از این معضل الزامی است. پیشگیری از این مشکل، مستلزم شناسایی عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده در برابر وابستگی به مواد است. تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که فقدان مهارت‌های رفتاری و همچنین اختلال در تنظیم هیجانات در کنار عوامل اجتماعی اثرگذار، از حیثه‌های مؤثر در پیش‌بینی اعتیاد می‌باشند. اعتیاد در کشور ما مانند کشورهای شرقی دیگر، الگوی خاصی دارد که با الگوی موجود در کشورهای توسعه یافته غربی متفاوت است. در چنین شرایطی تولید اطلاعات و دانش داخلی می‌تواند نقش اساسی در بهبود سیاست‌گذاری‌ها، برنامه‌ریزی‌ها و انجام مداخلات ایفا نماید. در این مقاله مروری، سعی شده است تا سازه‌های رفتاری، هیجانی و اجتماعی مرتبط با اعتیاد که در پژوهش‌های ایران به دست آمده است، جمع‌آوری شود. نتایج این مطالعه نشان داد که در سطح فردی، عواملی مثل راهبردهای مقابله‌ای، عوامل مربوط به تحصیل و مدرسه، مکانیسم‌های دفاعی فرد معتاد و خانواده‌ی او و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی؛ در سطح هیجانی عواملی مثل هوش هیجانی، هیجان‌طلبی و سبک تنظیم هیجان و در سطح اجتماعی عواملی مثل وضعیت آتومیک، سرمایه اجتماعی، شبکه‌ی روابط، حمایت اجتماعی، شکاف بین‌نسلی و معنویت نقش عمده در گرایش، شروع و ادامه‌ی مصرف مواد ایفا می‌کنند.

کلیدواژه‌ها: عوامل رفتاری، عوامل هیجانی، عوامل اجتماعی، 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

اعتیاد و وابستگی به مواد یکی از معضلات و نگرانی‌های جهان امروز است. اعتیاد به الگویی غیرانطباقی از مصرف مواد گفته می‌شود که منجر به مشکلات مکرر و پیامدهای سوء می‌شود و مجموعه‌ای از علائم شناختی، رفتاری و روانشناختی را در برمی‌گیرد (سادوک و سادوک، ترجمه رضایی، ۱۳۹۵). اعتیاد نه تنها زندگی فرد را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد، بلکه نواقص و ناراحتی‌های زیادی را برای خانواده و جامعه ایجاد و بار زیادی را به آن‌ها تحمیل می‌کند. از آنجایی که اعتیاد اثرات بازدارنده بر رشد و شکوفایی جامعه دارد، تهدیدی جدی و نگران‌کننده است. اعتیاد و وابستگی به مواد به عنوان اختلالات مزمن و عودکننده با تأثیرات و پیشایندهای اجتماعی، رفتاری، معنوی، زیستی، فرهنگی و روانی در نظر گرفته می‌شود (براد، ۲۰۰۴) و یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر جهان به شمار می‌آید (مارگولین، بیتل، الیور و اوانتس، ۲۰۰۶). دفتر پیشگیری از جرم و کنترل مواد سازمان ملل در سال ۲۰۰۵، تعداد مصرف‌کنندگان جهان را ۲۰۰ میلیون نفر یا ۵ درصد کل جمعیت جهان برآورد کرده است. شیوع و بروز این پدیده در جامعه ایران هم منجر به طیف وسیعی از آسیب‌های روانی/اجتماعی و خانوادگی گردیده است (به نقل از بابایی، حسنی و محمدخانی، ۱۳۹۱). در تحقیق‌های مرتبط با وابستگی به مواد، علاوه بر تبیین ابعاد گوناگون این مشکل، سعی شده است متغیرهای پیش‌بینی‌کننده این اختلال نیز کشف شود. لذا با توجه به هزینه‌های بسیار بالای مبارزه با مواد مخدر، درمان و نگهداری معتادان و همچنین معایب مربوط به روش‌های درمان و سم‌زدایی، به نظر می‌رسد که پیشگیری از سوءمصرف مواد بسیار مقرون به صرفه و کارآمدتر باشد. پیشگیری از این مشکل مستلزم شناسایی عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده در برابر وابستگی به مواد است. در این مقاله سعی شده مبتنی بر تحقیقات انجام شده در ایران به عوامل فردی و اجتماعی مستعدکننده گرایش به اعتیاد به طور خلاصه اشاره شود. همچنین ارتباط این عوامل با اعتیاد نیز مورد تبیین قرار می‌گیرد. عوامل

فردی به دو قسمت عوامل رفتاری و عوامل هیجانی تقسیم شده است.

عوامل فردی (رفتاری)

۱- راهبردهای مقابله‌ای

یکی از عواملی که ارزیابی آن در تبیین آمادگی اعتیاد مهم است، سبک‌های مقابله با فشار روانی است. راهبردهای مقابله به عنوان تلاش‌های رفتاری و شناختی افراد به منظور فائق آمدن بر یک عامل فشارهای درونی یا بیرونی (متمرکز بر مسئله) یا ایجاد تضمین هیجانی و عاطفی (متمرکز بر هیجان) تعریف شده است (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴). به اعتقاد پژوهشگران راهبردهای مقابله با فشار روانی می‌تواند رویدادهای تنش‌زا را تحت تأثیر قرار داده و چگونگی برخورد با آن‌ها را تعیین کنند. استفاده از راهبرد مقابله‌ی هیجانی با سطح بالای استرس و فشار روانی و استفاده از راهبرد مقابله‌ی حل مسئله با سطح پایینی از استرس و فشار روانی همراه است (استنتون، تنن، افلک و مندولا، ۲۰۰۸). راهبردهایی که فرد برای مقابله برمی‌گزیند، بخشی از نیمرخ آسیب‌پذیری او به شمار می‌روند (بن ژور و رشف، ۲۰۰۳). بر اساس برخی پژوهش‌ها مصرف مواد نوعی راهبرد مقابله‌ای به شمار می‌رود (هانا و نیکلا، ۲۰۰۳). به طور کلی معتادان از کمبود مهارت‌های مقابله‌ای مناسب در مقابل حل مسائل و مشکلات خود رنج می‌برند. مهارت‌های مقابله‌ای معتادان عمدتاً عبارتند از: اجتناب، حل فوری مشکل با کمترین تفکر در مورد پیامد آن و رفتارهای پرخاشگرانه (ارجی، ۱۳۸۷). سموعی، ابراهیمی، موسوی، حسن‌زاده و رفیعی (۱۳۷۹) در پژوهشی دریافتند که الگوی مقابله معتادین، بیشتر روش‌های غیر وابسته (تفکر منفی، آرزومندانه، تفکر خرافی، انکار، مصرف دارو و غیره) و فروریزی عواطف است. یافته‌های مؤمنی، کرمی و شهبازی راد (۱۳۹۱)، صدیقی ارفعی، تمنایی فر و عابدین آبادی (۱۳۹۱)، زارعی و اسدی (۱۳۹۰)، کیامرثی و ابوالقاسمی (۱۳۹۰) و شعاع کاظمی (۱۳۸۷)، نشان داد که راهبردهای مقابله با استرس می‌تواند استعداد سوء مصرف مواد را پیش‌بینی کند و

افرادی که وابستگی به مواد دارند برای مقابله با فشارها و استرس‌های ناشی از محیط بیشتر از سبک‌های مقابله‌ای هیجان محور استفاده می‌کنند تا سبک‌های مقابله‌ای مسئله محور. نتایج تحقیق ملازاده اسفنجانی، کافی و صالحی (۱۳۹۰) نشان داد که بین سبک مقابله‌ای متمرکز بر هیجان در افراد معتاد و عادی تفاوت معناداری وجود دارد ولی از نظر به کارگیری سبک متمرکز بر مسئله تفاوت معناداری بین این دو گروه به دست نیامد. از طرفی، زارع، آقا یوسفی، صفاری نیا و شایقیان (۱۳۸۹) در پژوهشی دریافتند که بین مصرف مواد و راهبردهای مقابله‌ای رابطه معناداری وجود ندارد. مؤمنی و همکاران (۱۳۹۱) بیان کرده‌اند که اگر چه از پژوهش‌ها نتایج متفاوتی به دست آمده است، اما به نظر می‌رسد که راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌دار از طریق تقویت عزت نفس به عنوان مکانیسم واسطه‌ای انطباق‌پذیری مثبت عمل می‌کنند. در صورتی که راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار با عزت نفس پایین و روش‌های مقابله‌ای ناکارآمد همراه است و در نتیجه فرد را از نظر روانی آسیب‌پذیر کرده و احتمال گرایش به موادمخدر بیشتر می‌شود. در واقع راهبردهای مقابله‌ای در یافتن راه حل برای مسئله و مشکل موجب انسجام فکری در جهت شناخت منبع استرس و ارزیابی قابلیت کنترل آن برای فرد می‌شود. صدیقی ارفعی و همکاران (۱۳۹۱) بیان کرده‌اند که سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار از طریق افزایش مهارت‌های فرد برای مدیریت تنش، احتمال موفقیت وی را برای کاهش فشارها افزایش می‌دهد و از طریق تمرکز بر توانمندی‌های شناختی، عاطفی، اجتماعی و رفتاری فرد برای حل مسئله و نیز مواجهه فعال با موقعیت تنش‌زا، استرس را کاهش داده و منجر به رضایت از زندگی بیشتر می‌شود.

۲- ابراز وجود

ابراز وجود عبارت است از توانایی فرد جهت دفاع از خود و توانایی «نه گفتن» به تقاضاهایی که فرد نمی‌خواهد انجام دهد (آدام ریتا، ۲۰۱۰). مشکلاتی مانند بزهکاری، نقص در عملکرد تحصیلی و شناختی، فرار از مدرسه و مصرف الکل، رفتارهای ضداجتماعی و اختلالات روانی با مهارت‌های ضعیف اجتماعی فرد مرتبط هستند (ثابتی و

شهنی، ۱۳۷۷). در پژوهش حاجی حسنی، شفیع آبادی، پیرساقی و بشیرپور (۱۳۹۰) نشان داده شد زنانی که قدرت ابراز وجود بیشتری دارند کمتر در معرض گرایش به اعتیاد می‌باشند. با این حال در پژوهش زرگر، نجاریان و نعیمی (۱۳۸۷) رابطه معناداری بین ابراز وجود و اعتیاد به دست نیامد. در ارتباط بین ابراز وجود و آمادگی برای اعتیاد، حاجی حسنی و همکاران (۱۳۹۰) بیان کرده‌اند که افرادی که ابراز وجود کمتری دارند، از عزت نفس و خودپنداره ضعیف تری برخوردارند و به همین دلیل، توانایی رد درخواست‌های نامعقول دیگران را ندارند. به علاوه ممکن است این افراد برای تقویت خودپنداره ضعیف خود، در جهت همانندسازی با دوستان معتادشان عمل کنند تا شاید بیشتر مورد تأیید قرار گیرند و از طرد شدن بیشتر نجات یابند. بنابراین ابراز وجود پایین به عنوان مهارت اجتماعی ضعیف با اثر منفی بر عزت نفس و خودپنداره باعث افزایش گرایش به مصرف مواد می‌شود.

۳-۱-۳- اهمال کاری تحصیلی

اهمال کاری تحصیلی یکی از مشکلاتی است که نوجوانان با آن مواجه هستند. اهمال کاری زمانی اتفاق می‌افتد که فرد کاری را که باید انجام دهد به تعویق می‌اندازد. فرد اهمال کار دارای علائمی چون رفتار وقت‌کشی و اتلاف وقت، احساس غرق شدن در مسئولیت‌ها، ناتوانی در رسیدن به اهداف مهم زندگی، انجام کارها با سرعت زیاد در آخرین دقیقه، خیالبافی و نداشتن برنامه‌ریزی مداوم برای زندگی است. اهمال کاری باعث بی‌قراری شبانه و خواب نامناسب، سطوح بالای استرس و هراس، عقب افتادن به دلیل کمبود زمان یا تکمیل نامناسب تکالیف می‌شود. از آنجایی که اهمال کاری به تأخیر انداختن شروع کار و یا اجتناب از وظیفه است سبب بروز احساس گناه، بی‌کفایتی، حس خودکم‌بینی، اضطراب و افسردگی در فرد می‌شود. رفتارهای اهمال کارانه دارای توان بالایی برای ایجاد اثرات دردناک روانی اجتماعی هستند و برای کنار آمدن با آن‌ها نیازمند داشتن توان بالایی مقابله‌ای است که در بعضی افراد وجود ندارد. لذا سبب آسیب‌های خاص از جمله گرایش به مصرف مواد می‌شود. نتایج پژوهش یعقوبی، محقق،

امیری و اسفندیاری (۱۳۹۴) و توکلی و دهکردیان (۱۳۹۲) نشان داد که بین متغیرهای اهمال کاری تحصیلی و نگرش نسبت به سوء مصرف مواد رابطه مثبت وجود دارد و با افزایش سطح اهمال کاری، نگرش نسبت به مواد افزایش می‌یابد. یعقوبی و همکاران (۱۳۹۴) در تبیین این یافته‌ها این گونه بیان کردند که در شرایط خاص و مشکل‌زای اهمال کاری، به دلیل تجربه اضطراب بیش از اندازه از تعویق تکلیف، فرد گاه دست به رفتارهای مقابله‌ای ناکارآمد و ناسازگار می‌زند که در این میان نگرش مثبت به سوء مصرف مواد نیز قابل تصور است. اهمال کاری پیامدهای مهم عینی (مانند از دست دادن فرصت‌ها، درآمد، زمان) و عاطفی (مانند تضعیف روحیه، افزایش استرس و اضطراب، ترس و عصبانیت و نیز انگیزه پایین) در فراگیران به وجود می‌آورد و می‌تواند زمینه را برای نگرش نسبت به مواد فراهم آورد. بنابراین، می‌توان اهمال کاری را به عنوان عامل گرایش به مصرف مواد در نظر داشت.

۴- فرسودگی تحصیلی

فرسودگی تحصیلی به عنوان یکی از عوامل فردی در بین دانش‌آموزان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بسیاری از پژوهشگران، فرسودگی را حالتی از خستگی هیجانی می‌دانند که حاصل سندرم استرس مزمن مانند گرانباری نقش، فشار و محدودیت‌های زمانی و فقدان منابع کافی برای انجام دادن وظایف و تکالیف محوله است. فرسودگی تحصیلی در موقعیت‌های آموزشی به عنوان احساس خستگی به خاطر تقاضاها و الزامات تحصیل (خستگی) داشتن یک حس بدبینانه و بدون علاقه به مطالب و تکالیف درسی (بی‌علاقگی) و نیز احساس پیشرفت شخصی ضعیف در امور درسی و تحصیلی (خودکارآمدی شخصی کاهش یافته) تعریف می‌شود (ژانگ، گان و چام، ۲۰۰۷). همچنین از نظر بروس^۲ (۲۰۰۹) فرسودگی زمانی اتفاق می‌افتد که یک فرد برای یک دوره طولانی استرس را تجربه کند. سلم‌آبادی، سلیمی، خیامی‌آبیز و جوان (۱۳۹۴)، شفیع، شمسی و قادری (۱۳۹۱) و سواری و بشلیده (۱۳۸۸) در پژوهش‌های خود نشان

داده‌اند که رابطه مثبت معناداری بین فرسودگی تحصیلی با گرایش به اعتیاد وجود دارد. همچنین مولوی و رسولزاده (۱۳۸۳) در مطالعه خود نشان دادند که شکست تحصیلی عامل پیش‌بینی‌کننده گرایش به موادمخدر است. از این یافته‌ها این گونه استنباط می‌شود که هر چه فرسودگی تحصیلی افزایش یابد گرایش به اعتیاد نیز افزایش می‌یابد. سلم‌آبادی و همکاران (۱۳۹۴) در تبیین این یافته این چنین توضیح دادند که داشتن یک حس بدبینانه و بدون علاقه به مطالب و تکالیف درسی (بی‌علاقگی) و نیز احساس پیشرفت شخصی ضعیف در امور درسی و تحصیلی که خود از نشانه‌ها و علائم فرسودگی تحصیلی به شمار می‌روند موجب ایجاد نوعی احساس ناکامی و سرخوردگی در فرد می‌شود. این احساس می‌تواند فشاری در جهت انطباق‌های انزواگرانه باشد. در حالت انطباق انزواگرانه، اعتیاد به الکل و موادمخدر راه‌های فرار خوبی برای به فراموشی سپردن وضع موجود و فرار از فشارها و تنش‌هایی است که فرد با آن دست به گریبان است و در نتیجه فرد به مصرف مواد گرایش پیدا می‌کند. بنابراین فرسودگی تحصیلی را می‌توان به عنوان یک نشانه پیش‌بین و خطر برای مصرف مواد در نظر گرفت.

۵- تعهد به مدرسه

ادبیات پژوهشی مربوط به تعهد به مدرسه و همچنین نتایج پژوهش گلیایگانی و اشکذی (۱۳۹۰) و محمدخانی (۱۳۸۷) نشان می‌دهند که عدم تعهد به مدرسه و فعالیت‌های تحصیلی و غیبت از مدرسه، به طور معناداری با مصرف مواد در دانش‌آموزان رابطه دارد. این محققان در تبیین این رابطه بیان کرده‌اند زمانی که نوجوان احساس پیوستگی به مدرسه خود داشته باشد، کمتر احتمال دارد که در رفتارهای فردی و اجتماعی مخرب درگیر شود و بیشتر احتمال دارد که رفتارهای اجتماعی هم‌نوا مانند موفقیت در مدرسه یا امتناع از درگیری در سوءمصرف مواد را انجام دهد. عوامل تعیین‌کننده میزان تعهد به مدرسه شامل سازگاری آموزشی، احساسی و اجتماعی مثبت در دانش‌آموز می‌باشد. عوامل تاثیرگذار در تعهد دانش‌آموزان به مدرسه عبارتند از: نحوه‌ی اداره کلاس توسط معلم، امکانات رفاهی، تفریحی و آموزشی در مدرسه، ویژگی‌های سازمان‌دهی مدارس

(برنامه‌هایی از قبیل ساختاردهی مجدد برنامه‌های درسی، سهم کردن دانش‌آموزان در برخی تصمیم‌گیری‌ها، نوآوری‌های آموزشی مانند یادگیری همیارانه، راهنمایی شغلی، برگزاری آزمون‌ها، خدمات مستقیم برای دانش‌آموزان آسیب‌پذیر به منظور افزایش شرکت آن‌ها در فعالیت‌های تحصیلی و کسب موفقیت در آن‌ها)، فعالیت‌های فوق‌برنامه همانند برنامه‌های سهم کردن دانش‌آموز در اداره‌ی مدرسه، همکاری در ایجاد نظم و زیباسازی کلاس‌ها و گرداندن بوفه مدرسه. همچنین انتظار می‌رود که برنامه‌های آموزش حرفه‌ای به صورت علمی که در آن دانش‌آموزان فرصت آشنایی با دنیای کار را می‌یابند و برنامه‌های آموزش خصوصی توسط عده‌ای از دانش‌آموزان به عده‌ای دیگر و فراهم آوردن فرصت‌هایی برای ارضاء حس هیجان‌طلبی و تنوع‌طلبی در بعضی دانش‌آموزان، میزان تعهد به مدرسه را افزایش می‌دهند و در نتیجه موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان افزایش می‌یابد که خود یکی از مهم‌ترین عوامل حفاظت‌کننده در برابر مصرف مواد توسط دانش‌آموزان است.

۶- مکانیسم (دفاعی) در فرد معتاد و خانواده

متغیر دیگری که می‌تواند نقش اساسی در اعتیاد داشته باشد، مکانیسم‌های دفاعی است. مکانیسم‌های دفاعی فرآیندهای ناهشیار درون روانی هستند که وظیفه محافظت از خود را در مقابل موقعیت‌های تهدیدآمیز یا استرس‌زا به عهده دارد. آن‌ها از طریق اجتناب از اضطراب و با شیوه‌ای خاص از مواجهه با اضطراب شرایط روانی را سازمان و بقا می‌بخشند. بنابراین، آن‌ها تلاش‌هایی را در رویارویی با تعارض روانی انجام می‌دهند و می‌توانند رفتارهای مقابله‌ای را تسهیل کنند. اما استفاده نامناسب از آن‌ها (همچون اجتناب، فرافکنی، جابجایی و انزوا) می‌تواند رشد روانی را مختل کند و از پاسخ‌های مقابله‌ای مفید جلوگیری به عمل آورد (کرامر^۱، ۲۰۰۲). مکانیسم‌های دفاعی در حقیقت تحریف‌کننده واقعیت هستند. هرچه میزان تحریف شناختی یک دفاع بیشتر باشد، به دنبال آن، میزان آگاهی هشیارانه کاسته می‌شود و در نتیجه تلاش کمتری برای مقابله با تحریف شناختی انجام

می شود (براد، ۲۰۰۴). از این رو، مکانیسم های دفاعی خصوصاً مکانیسم هایی که رشد نایافته تر هستند، مانعی برای درک واقعیت در فرد می شود و امکان دفاع منطقی و مؤثر را از وی سلب می کند و ظرفیت بینشی و خوداکتشافی فرد را کاهش می دهند (وایلنت، ۲۰۰۳). مهدی، فهیمی و بیرامی (۱۳۹۲) و اکبری زردخانه، رستمی و زارعان (۱۳۸۷) نشان دادند که بین مکانیسم های دفاعی رشد یافته و نیافته با گرایش به مصرف مواد و موادمخدر رابطه معنادار وجود دارد. پناه‌علی و آقایی نیلاتو (۱۳۹۳) نشان دادند که در مکانیسم های دفاعی بین سه گروه افراد عادی، زندانیان معتاد و زندانیان غیرمعتاد تفاوت معناداری وجود دارد؛ به طوری که میزان استفاده از مکانیسم های دفاعی رشد یافته در زندانیان معتاد و غیرمعتاد کمتر از افراد عادی بود. همچنین زندانیان معتاد و غیرمعتاد نسبت به افراد عادی در مکانیسم های دفاعی ناپخته و روان آزرده نمرات بالاتری داشتند. نتایج پژوهش قمری، رستمی، نادر و ایل‌بیگی قلعه‌نی (۱۳۹۲) و احمدی، نجفی، حسینی المدنی و عاشوری (۱۳۹۱) نشان داد که بین مکانیسم های دفاعی در افراد معتاد و غیرمعتاد تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که مکانیسم های دفاعی رشد نیافته و نورو تیک در افراد معتاد و مکانیسم های دفاعی رشد یافته در افراد غیرمعتاد بیشتر بود. این محققان در تبیین این نتایج چنین عنوان کرده‌اند که برخی از افراد در مواجهه با موقعیت های دشوار و پراسترس، توانایی تحلیلی، تصمیم‌گیری و انتخاب رفتار صحیح را از دست می دهند و در این شرایط احتمال ارتکاب رفتارهای ناسازگارانه افزایش می یابد. در این مفهوم می توان مصرف موادمخدر را به عنوان یک مکانیسم دفاعی رشد نیافته یا نورو تیک در نظر گرفت که افراد در هنگام مواجهه با موقعیت های مشکل آفرین به آن متوسل می شوند. همچنین، می توان بیان کرد که وقتی اطلاعات هیجانی و شناختی به درستی در فرآیند پردازش، ادراک و ارزیابی نشوند، سازمان عواطف و شناخت های فرد عملکرد بهینه‌ای نخواهد داشت و در نتیجه احتمال استفاده از مکانیسم های دفاعی رشد نیافته و نورو تیک در شرایط استرس‌زا افزایش می یابد.

اعتیاد یک مسئله خانوادگی است و هنگامی که خانواده یا یکی از وابستگان دچار سوء مصرف مواد هستند، استرس بالایی را تجربه می کنند. در این شرایط، خانواده به عنوان یک واحد جهت کسب مجدد ثبات و تعادل، راهبردهای مقابله‌ای و مکانیسم‌های دفاعی پیچیده اتخاذ می کند که ممکن است در مزمن شدن سوء مصرف نقش داشته باشند. آگاهی از این فرایندها و ارزشیابی تعاملات میان عضو مصرف کننده و سایر اعضای خانواده منجر به فهم نقش پویایی ناکارآمد خانوادگی در علت شناسی، نوع مصرف و پیشرفت آن می شود (ساتوریوس، لف، لویز، ایبور ماج و اوکاشا، ۲۰۰۸). جناآبادی و زمانی (۱۳۹۴) به بررسی مکانیسم‌های دفاعی خانواده‌های افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر پرداختند. نتایج آن‌ها نشان داد که خانواده‌های این افراد بیشتر از سبک‌های دفاعی رشد نیافته استفاده می کنند. بیشترین میانگین و درصد استفاده از مکانیسم‌های رشد نیافته در خانواده‌های بیماران مبتلا به مصرف مواد مخدر و الکل و کمترین میانگین و درصد در خانواده‌های بیماران مبتلا به مصرف مواد آرام بخش بوده است. در میان مکانیسم‌های رشد نیافته بیشترین درصد مربوط به مکانیزم انکار و کمترین درصد متعلق به مکانیسم گذار به عمل بود. این محققان در تبیین این نتایج بیان کردند که حضور در خانواده دارای عضو مبتلا به اختلال روانی، اغلب فشار عینی و ذهنی عمده‌ای بر سایر اعضای خانواده تحمیل می کند. شاید یکی از دلایل استفاده بیش از حد خانواده‌های افراد مبتلا به اعتیاد از مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته عدم روبرو شدن با همین مشکلات در خانواده است. دفاع‌هایی مانند انکار، جبران، تشکل و اکنشی، عقلانی سازی که خانواده افراد مبتلا به اعتیاد از آن‌ها استفاده می کنند، نه تنها باعث حل مشکل خانواده نمی شود بلکه با افزایش تنش دفاعی باعث خستگی ذهنی این افراد نیز می شود. این افراد با توسل به مکانیسم انکار سعی می کنند شرایط موجود را نفی کنند و با دفاع عقلانی سازی سعی در توجیه رفتارها و اعمال نادرست خود دارند و از این طریق یک دور باطل ایجاد و باعث تثبیت این دفاع‌ها می شود. چون افراد قادر به حل مشکلات نیستند سعی می کنند اثرات زیانبار آن را حتی به صورت

موقتی کاهش دهند و در نتیجه بیشتر به مکانیسم‌های ناکارآمد و استفاده از آن‌ها سوق داده می‌شوند. بنابراین، با توجه به تحقیقات انجام شده می‌توان گفت مکانیسم‌های رشدنا یافته هم در افراد معتاد و هم در خانواده‌های آن‌ها بیشتر استفاده می‌شود.

۷- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی از جمله متغیرهایی هستند که به عنوان عوامل افزایش خطر در گرایش به مصرف مواد مطرح شده‌اند. مرکز ملی اعتیاد و سوء مصرف مواد دانشگاه کلمبیا^۱ (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای با بررسی پژوهش‌های انجام شده در زمینه سوء مصرف مواد اظهار کرد که پدیده سوء مصرف الکل، تنباکو و مواد غیرقانونی در سنین ۱۸ تا ۲۵ سالگی شایع است و این سنی است که اکثر جوانان به دانشگاه می‌روند. بر طبق این گزارش افراد با ورود به دانشگاه با منابع استرس زیادی شامل جدایی از خانواده، تشکیل گروه‌های اجتماعی جدید، فشارهای تحصیلی شدید و عدم توازن بین مسئولیت‌های اجتماعی با وظایف زندگی و تحصیلی مواجه می‌شوند. نوع پاسخ افراد به این استرس‌ها متفاوت است و برخی روش‌های ناسالمی را برای مواجهه با این عوامل فشارزا انتخاب می‌کنند. عوامل مختلفی از جمله متغیرهای جمعیت‌شناختی بر نوع و انتخاب این پاسخ مؤثر است. توکلی و دهکردیان (۱۳۹۲) در پژوهشی به بررسی پیش‌بینی اعتیاد بر اساس متغیرهای جمعیت‌شناختی پرداختند. متغیرهای جمعیت‌شناختی مورد نظر در این پژوهش شامل سن، جنسیت، وضعیت اقتصادی و رشته تحصیلی و متغیرهای بین فردی نیز شامل محل سکونت، دوستان مصرف‌کننده مواد، آشنایی یا عدم آشنایی دانشجویان با مرکز مشاوره دانشگاه، خانواده از هم گسیخته و عضویت در گروه‌های رسمی بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد که به طور کلی ۲۳/۶ درصد از دانشجویان مورد بررسی در معرض اعتیاد قرار دارند. همچنین، یافته‌ها نشان داد که بین دو متغیر سن و اعتیادپذیری رابطه معناداری وجود ندارد. در تحلیل متغیرهای فردی نتایج نشان داد که به جز متغیر جنسیت

بقیه متغیرهای فردی شامل سن، وضعیت اقتصادی و رشته تحصیلی در مجموع ۱۳ درصد از واریانس تغییرات مربوط به اعتیادپذیری را تبیین می‌کنند. همچنین پایین بودن وضعیت اقتصادی، اعتیادپذیری را در فرد افزایش می‌دهد. در ارتباط با متغیرهای بین فردی مشخص شد که متغیرهای دوستان مصرف‌کننده مواد و خانواده از هم گسیخته در پیش‌بینی اعتیادپذیری نقش داشته است و داشتن دوستان مصرف‌کننده مواد و وجود خانواده از هم گسیخته می‌تواند اعتیادپذیری فرد را افزایش دهد. نتایج پژوهش اکبری زردخانه و همکاران (۱۳۸۹) در دانشجویان دانشگاه‌های دولتی کشور نشان داد که نسبت مصرف همه مواد در بین دانشجویان پسر بیشتر از دختران است. همچنین در گروه‌های سنی بالاتر نسبت مصرف مشروبات الکلی و تریاک بیشتر بوده و در گروه دانشجویان مجرد و جدا شده نسبت مصرف کراک بالاتر از گروه دانشجویان متأهل بود. در پژوهش فوق مشخص شد که مصرف سیگار در بین دانشجویان ساکن در خوابگاه و مصرف مشروبات الکلی در بین دانشجویان ساکن در خانه‌های دانشجویی نسبت به دیگر گروه‌ها بیشتر بود. یافته‌های فاضلی پور و فتاحی (۱۳۸۸) نشان داد که بین بیکاری پدر خانواده، فقر خانواده، پایگاه اقتصادی و اجتماعی خانواده با اعتیاد فرزند رابطه وجود دارد.

ارتباط بین رشته‌های تحصیلی دانشجویان و رفتار مصرف مواد نیز مورد توجه برخی از محققان بوده است. بواله‌ری، طارمیان و پیروی (۱۳۸۶) در یک پژوهش زمینه‌یابی به این نتیجه رسیدند که دانشجویان گروه‌های فنی و مهندسی بیشترین فراوانی مصرف مواد را نشان دادند. کرد میرزا، آزاد و اسکندری (۱۳۸۲) در پژوهش خود بین گروه‌های آموزشی هنر، انسانی، فنی - مهندسی و پزشکی در آسیب‌پذیری به اعتیاد تفاوت معنادار نیافتند، اما در کل گروه آموزشی هنر بیشترین آسیب را نسبت به سایر گروه‌ها نشان داد. همچنین خالقی، صیادی و ناظر (۱۳۸۱) در پژوهش خود دریافتند که افراد مجرد بیشتر از متأهل‌ها از داروهای اعصاب و موادمخدر استفاده می‌کنند. در مجموع، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مثل جنسیت، سن، وضعیت اقتصادی، رشته تحصیلی، وضعیت تأهل و وضعیت سکونت در زمان تحصیل و مصرف مواد رابطه

معناداری وجود دارد.

عوامل فردی (هیجانی)

۱- هوش هیجانی

در مواجهه با آسیب‌های اجتماعی و رفتارهای مخرب مانند اعتیاد، هوش هیجانی می‌تواند اثرگذار باشد. هوش هیجانی تعاریف متعددی دارد. در این تعاریف دو خط نظری کلی وجود دارد: یکی دیدگاه اولیه از هوش هیجانی است که آن را به عنوان نوعی از هوش تعریف می‌کند که هیجان و عاطفه را در بر می‌گیرد. دوم دیدگاه مختلطی است که هوش هیجانی را با سایر توانایی‌ها و ویژگی‌های شخصیتی مانند انگیزش ترکیب می‌کند. گلمن هوش هیجانی را این‌گونه تعریف می‌کند: هوش هیجانی توانایی درک، توصیف، دریافت و مهار هیجان‌ها است. گلمن پنج مهارت اساسی هوش هیجانی را شامل شناخت احساسات خود، تسلط بر احساسات، برانگیختن، ترغیب خود و شناسایی احساسات دیگران و تنظیم روابط خود با دیگران تعریف می‌کند (گلمن، ۱۹۹۹، ترجمه ابراهیمی و جوینده، ۱۳۸۳). بار-آن و پارکر^۱ (۲۰۰۰) نیز هوش هیجانی را به عنوان توانایی‌های یک شخص در سر و کار داشتن با چالش‌های محیطی تعریف می‌کنند. بار-آن و پارکر (۲۰۰۰) هوش هیجانی را مرکب از پانزده مؤلفه به شرح زیر می‌دانند:

حل مسئله (توانایی تشخیص و تعریف مشکلات و ایجاد و به کارگیری راه‌حل‌های مؤثر)، شادکامی (توانایی احساس رضایت از زندگی، خود و دیگران)، استقلال (توانایی خودرهبی، خویش‌داری فکری و عملی و رهایی از وابستگی‌های هیجانی)، تحمل فشار روانی (توانایی تحمل فرد در برابر رویدادهای ناخوشایند، شرایط تنش‌زا و هیجان‌های شدید)، خودشکوفایی (توانایی تشخیص استعدادهای ذاتی و کارهایی را که شخص می‌تواند، می‌خواهد و از انجام آن‌ها لذت می‌برد)، خودآگاهی (میزان آگاهی فرد از احساسات خویش و درک و فهم این احساسات)، واقع‌گرایی (توانایی ارزیابی رابطه تجربه عاطفی و عینیت‌های موجود)، روابط میان فردی (مهارت‌های اجتماعی - توانایی ایجاد و

حفظ روابط رضایت‌بخش متقابل)، خوش‌بینی (توانایی توجه به جنبه‌های روشن‌تر زندگی و حفظ نگرش مثبت حتی در هنگام وجود احساسات)، حرمت خود (توانایی خودآگاهی، درک و پذیرش خویش و احترام به خود)، کنترل تکانه‌ها (توانایی مقاومت در مقابل تنش‌ها یا وسوسه‌ها و کنترل هیجان‌های خویش)، انعطاف‌پذیری (توانایی کنار آمدن با هیجان‌ها، افکار و رفتارهای فرد در شرایط و موقعیت‌های مختلف)، مسئولیت‌پذیری (توانایی فرد در معرفی خود به عنوان عضوی مفید و سازنده و دارای حس همکاری در گروه‌های اجتماعی خویش)، همدلی (توان آگاهی از احساسات دیگران و درک و تحسین آن احساسات) و قاطعیت (ابراز احساسات، باورها، افکار و دفاع منطقی و مطلوب از حق و حقوق خویش) (سیاروچی، فورگاس و مایر، ۲۰۰۱).

بگیان کوله مرز، نریمانی، سلطانی و مهربانی (۱۳۹۳)، ناطق و میناکاری (۱۳۸۸) و رضایی دوگانه (۱۳۷۹) در پژوهش‌های خود به مقایسه هوش هیجانی در افراد معتاد و غیر معتاد پرداختند. یافته‌های آن‌ها نشان داد که هوش هیجانی معتادین از افراد غیرمعتاد همتای خود پایین‌تر است. ناطق و میناکاری (۱۳۸۸) در تبیین این نتیجه چنین بیان کردند که افراد مصرف‌کننده مواد مخدر در درک هیجانات خود و دیگران ضعیف می‌باشند و نمی‌توانند با احساسات دیگران هم‌رأی و همراهی نمایند. همچنین این افراد نمی‌توانند با احساسات کهنه و مخرب خود کنار بیایند، بنابراین سعی می‌کنند که از طریق مصرف مواد مخدر تنش‌ها و ناراحتی‌های مبهم و ناشناخته خود را از بین ببرند. همچنین بگیان کوله مرز و همکاران (۱۳۹۳) در تبیین نتایج خود چنین بیان کردند که افراد دچار نارسایی هیجانی به دلیل عدم آگاهی هیجانی و ناتوانی در پردازش شناختی احساسات خود، معمولاً قادر به شناسایی، درک و یا توصیف هیجان‌های خویش نیستند و توانایی محدودی در سازگاری با شرایط تنش‌زا دارند، که این موضوع می‌تواند منجر به مصرف مواد شود. بنابراین بر اساس یافته‌های تحقیقات می‌توان نتیجه گرفت که هرچه هوش هیجانی بالاتر باشد گرایش شخص به مصرف مواد کمتر می‌شود.

۲- هیجان طلبی

یکی از عوامل روانشناختی مرتبط با سوء مصرف مواد، هیجان خواهی است. هیجان خواهی به عنوان جستجوی هیجان‌ها و تجارب متنوع، تازه، پیچیده و میل به خطر کردن تعریف شده است (زاکرمین^۱، ۱۹۹۴). زاکرمین، هیجان طلبی را دارای چهار بعد دانسته است:

(۱) هیجان جویی و ماجراجویی: میل به فعالیت‌های بدنی که سرعت خطر و تازگی داشته باشند؛ (۲) تجربه جویی: جستجوی تجربه‌های نو به کمک مسافرت، موسیقی، هنر و یا سبک زندگی ناهمگون با اشخاصی که گرایش‌های مشابهی دارند؛ (۳) بازداری زدایی: تمایل به تکانشی بودن، سرکشی در برابر هنجارهای اجتماعی و ترجیح دادن موقعیت‌های غیر قابل پیش‌بینی؛ (۴) حساسیت نسبت به یکنواختی: بی‌زاری از تجارب تکراری، کارهای عادی و افراد قابل پیش‌بینی. نتایج پژوهش‌های محمدخانی و رضایی جمالویی (۱۳۹۵)، جهان شاه‌لو، محمدخانی، امیری، فخاری و حسینی (۱۳۹۵) و محمدخانی (۱۳۸۷) نشان داده است که هیجان خواهی یکی از بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های گرایش به مصرف مواد است. همچنین در پژوهش کیامرثی و ابوالقاسمی (۱۳۹۰) نشان داده شد که با افزایش هیجان خواهی استعداد سوء مصرف مواد افزایش می‌یابد. رحمانیان و حسنی (۱۳۸۴) در پژوهش خود روی چهار گروه افراد مصرف‌کننده هرویین، تریاک، سیگار و افراد عادی دریافتند که افراد سوء مصرف‌کننده تریاک و هرویین سطح هیجان‌طلبی بالاتری نسبت به افراد عادی دارند. کیامرثی و ابوالقاسمی (۱۳۹۰) در تبیین این رابطه بیان کردند که افراد دارای سوء مصرف مواد احتمالاً به دلیل برخورداری از سیستم فعال‌ساز رفتاری قوی‌تر، در گرایش به مادمخدر آسیب‌پذیرتر هستند. همچنین با توجه به اینکه مادمخدر میزان انگیزتگی را افزایش می‌دهد، افراد دارای هیجان‌خواهی بالا تمایل بیشتری به مصرف مواد نشان می‌دهند. با توجه به نتایج پژوهش‌های انجام شده می‌توان نتیجه گرفت که سطح هیجان‌طلبی در افراد معتاد نسبت به افراد عادی بالاتر بوده و همچنین هیجان‌طلبی پیش‌بین گرایش به اعتیاد می‌باشد.

۳- خودتنظیمی هیجانی

یکی از عواملی که ارتباط نزدیکی با مصرف مواد دارد خودتنظیمی هیجانی است. خودتنظیمی یا به عبارت دیگر کنترل خود، تلاش سازمان یافته در جهت تنظیم افکار، احساسات و اعمال به منظور دستیابی به اهداف خاص است (مایبرگ^۱، ۲۰۱۱). مایر و سالووی، کاروسو و سیتارنیوس^۲ (۲۰۰۳) خودتنظیمی را تحت عنوان کاربرد صحیح هیجان‌ها معرفی می‌نمایند و اعتقاد دارند که قدرت تنظیم احساسات موجب افزایش ظرفیت شخصی برای تسکین دادن خود، درک کردن اضطراب‌ها، افسردگی‌ها یا بی‌حوصلگی‌های متداول می‌شود. خودتنظیمی فرایندی است که به موجب آن فرد می‌تواند افکار، هیجان‌ها و رفتارها را مطابق اهداف خود کنترل کند. اغلب، کوشش‌های خودتنظیمی به تدریج، بدون اینکه با موانع بیرونی یا نقایص شخصی مواجه شوند، ادامه می‌یابند. با وجود این، گاهی اوقات افراد در آنچه که می‌خواهند انجام دهند با مشکلاتی روبرو می‌شوند. به عنوان مثال خودتنظیمی پایین می‌تواند در اعتیاد به مصرف داروها و الکل دخیل باشد و در واقع یکی از مهم‌ترین علل آن در نظر گرفته می‌شود، زیرا خودداری از مصرف مواد بعد از اینکه فرد جریان تنظیم مصرف را تثبیت کرد، بسیار مشکل است. نتایج تحقیق رمضان‌زاده، مرادی و محمدخانی (۱۳۹۴) و قائدنیای جهرمی، حسنی، نوری و فرمانی شهرضا (۱۳۹۳) نشان داده است که آموزش راهبردهای نظم‌جویی زمینه را برای بهبود و عدم بازگشت به سوءمصرف مواد فراهم می‌کند. نتایج تحقیق جانفر و شیرازی (۱۳۹۴) و کاری، نواران و موسی‌زاده (۱۳۹۳) نشان داده است که بین ابعاد دشواری‌های تنظیم هیجانی با استعداد به اعتیاد رابطه مثبت و معناداری وجود داد. نتایج پژوهش بابایی و همکاران (۱۳۹۱) و محمدخانی، صادقی و فرزاد (۱۳۹۰) نشان داده است که توانایی فرد در استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان می‌تواند اثر وسوسه بر مصرف مواد را تحت تاثیر قرار دهد. پژوهش احدی، ابوالقاسمی و نریمانی (۱۳۸۸) نشان داد که افراد وابسته به مواد نسبت به دیگر افراد از خودتنظیمی پایین‌تری برخوردار هستند. نجفی،

1. Myberg

2. Mayer, Salovey, Caruso, & Sitarenios

محمدی فر و عبداللهی (۱۳۹۴) در پژوهش خود نقش مولفه‌های تنظیم هیجان، عدم تحمل پریشانی و هیجان خواهی را مرور کردند و نتیجه گرفتند که نقص در عملکرد هیجانی نقش مهمی در گرایش به ابتلا به سوء مصرف مواد دارند. جانفر و شیرازی (۱۳۹۴) بیان داشته‌اند که افراد معنادار به به کارگیری راهبردهای مؤثر تنظیم رفتار نیستند و این امر باعث ایجاد مشکلاتی در زمینه‌های رفتاری و روابط بین فردی می‌گردد. همچنین بر اساس دیدگاه شناختی می‌توان چنین تبیین کرد که افراد وابسته به موادمخدر جهت حفظ تعادل جسمانی و روانی به جای اینکه به اعمال برنامه‌ریزی شده درونی پردازند به ساختارهای بیرونی از جمله وابستگی به مواد بیش از حد اعتماد می‌کنند و به علت مهارت‌های خودتنظیم‌گری پایین، قادر به کنترل مصرف خود نیز نیستند. بنابراین به نظر می‌رسد که خودتنظیمی هیجانی نقش مهمی هم در گرایش به مصرف مواد و هم در ادامه و عود ایفا می‌کند.

۴- برانگیختگی

ویسیک، استوارت، پیل و کانرود^۱ (۲۰۰۹) دریافته‌اند که ویژگی‌های روانشناختی مانند برانگیختگی، پیش‌بین‌های مهمی برای سوء مصرف مواد هستند. عدم شناخت و فقدان آگاهی از چگونگی مهار برانگیختگی می‌تواند موجب تضعیف مدیریت رفتار و مهارت‌های خود مهارگری شود. نتایج پژوهش جلالی و احدی (۱۳۹۴) نشان داد که بین سطوح بالای برانگیختگی با سوء مصرف مواد رابطه وجود دارد. به عبارت دیگر، برانگیختگی اثر مثبت مستقیم و غیرمستقیم (از طریق تأثیر بر مهارت‌های اجتماعی) بر سوء مصرف مواد دارد. همچنین بین مولفه‌های برانگیختگی یعنی عدم برنامه‌ریزی، برانگیختگی حرکتی و برانگیختگی شناختی با گرایش به سوء مصرف مواد در نوجوانان رابطه مثبت معنادار بدست آمد. جلالی و احدی (۱۳۹۴) در تبیین این رابطه بیان کردند که به نظر می‌رسد عدم برنامه‌ریزی سبب می‌شود که نوجوانان توجه کمتری به آینده داشته باشند و بدون برنامه‌ریزی عمل کنند. این موضوع به نوبه خود زمینه گرایش به

سوء مصرف مواد را در آنان فراهم می‌سازد. برانگیختگی حرکتی در نوجوانان که به معنای ناتمام رها کردن کارها و پرخاش به دیگران به هنگام عصبانیت است، مشکلاتی در روابط بین فردی ایجاد می‌کند و فرد برای رهایی از این مشکلات، به سوء مصرف مواد روی می‌آورد. بارات^۱ (۱۹۹۴) معتقد است که برخی از الگوهای مغزی با برانگیختگی مرتبط هستند. به نظر می‌رسد که برانگیختگی شناختی فرد را از نظر فیزیولوژیکی مستعد چنین الگویی می‌سازد. افزون بر آن، برانگیختگی شناختی می‌تواند توانایی تمرکز، توجه، تفکر، استدلال و در کل پردازش خبر را دچار مشکل سازد و در نتیجه احتمال گرایش به سوء مصرف مواد را افزایش دهد. بنابراین با توجه به نتایج پژوهش‌های صورت گرفته مؤلفه برانگیختگی که نوعی متغیر چندوجهی هیجانی، رفتاری و شناختی است پیش‌بین گرایش به مصرف مواد می‌باشد.

عوامل اجتماعی

در یک دسته‌بندی که توسط لیتری (۱۹۸۴، نقل از دانایی، ۱۳۹۴) صورت گرفت، تعامل با خود، دیگران، جامعه و طبیعت پایه‌های اصلی ایجاد اعتیاد معرفی شده‌اند. اعتیاد یکی از مسائل و معضلات اجتماعی است که در به خطر انداختن سلامت فرد، خانواده و مخصوصاً سلامت جامعه نقش مؤثر دارد. تحقیقات مختلفی به بررسی نقش و رابطه عوامل مختلف اجتماعی با اعتیاد پرداخته‌اند که در زیر به آن‌ها اشاره می‌شود.

۱- وضعیت آنومیک^۲

نتایج پژوهش دانایی (۱۳۹۴) نشان داد که وضعیت آنومیک (نابسامانی اجتماعی) رابطه معناداری با گرایش به اعتیاد دارد. وضعیت آنومیک، به شرایطی گفته می‌شود که جامعه نفوذ خود را در هدایت رفتار بشر از دست می‌دهد. برای پی بردن به این مطلب، کافی است شهرهای بزرگ را با شهرهای کوچک تر مقایسه کرد. در شهرهای کوچک، هر کس بخواهد از عادت‌های جاری مردم تخلف کند با مخالفت‌هایی که گاه شدید است روبه‌رو می‌شود. برعکس، در شهرهای بزرگ، فرد بیشتر از قید عمومی آزاد است

(دورکیم^۱، ۱۳۶۹). دانایی (۱۳۹۴) در تبیین یافته خود چنین بیان کرد که هرگاه شیرازه نظم‌های اجتماعی از هم گسیخته گردد، نفوذ نظارت‌کننده جامعه بر گرایش‌های فردی، کارایی خود را از دست می‌دهد و افراد جامعه به حال خودشان واگذار خواهند شد. در این موقعیت، آرزوهای فردی، دیگر با هنجارهای مشترک تنظیم نمی‌شود و در نتیجه افراد از راهنمایی اخلاقی بی‌بهره بوده و هر کسی فقط اهداف شخصی را دنبال می‌کند. بنابراین متغیر نابسامانی اجتماعی را می‌توان یکی از مؤلفه‌های مهم اجتماعی در بروز استعداد گرایش به اعتیاد در نظر داشت.

۲- سرمایه اجتماعی و شبکه روابط

سرمایه اجتماعی عبارت است از منابع حاصل از روابط و سازمان اجتماعی که افراد را در رسیدن به هدفشان کمک می‌کند. پاتنام^۲ سرمایه اجتماعی را با ۳ مؤلفه تعریف می‌کند: شبکه‌های اجتماعی، مشارکت و اعتماد (پاتنام، ۲۰۰۰). طبق نظر پاتنام، سرمایه اجتماعی بالا موجب کاهش جرم و اعتیاد می‌شود. جوانان بزهکار اغلب در معرض نوعی از روابط اجتماعی هستند که ویژگی آن نبودن رابطه و پیوند نزدیک و صمیمانه بین والدین و فرزندان است که به تدریج کیفیت این روابط در رفتار آن‌ها نسبت به دیگران اثر می‌گذارد (پاتنام، ۲۰۰۰). پژوهش حیدرنژاد، باقری بنجار و اصانلو (۱۳۹۱) نشان داد که بین جوانان معتاد و غیرمعتاد از لحاظ میزان مشارکت اجتماعی در فعالیت‌های مختلف، اعتماد اجتماعی، روابط اجتماعی (روابط همسایگی، روابط خانوادگی و دوستانه، کمک یا ایثار نسبت به غریبه‌ها) تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین پژوهش جلیلیان (۱۳۸۸) نشان داد که هر چه شبکه روابط ناسالم افراد قبل و بعد از اعتیاد قوی‌تر و وسیع‌تر باشد، شدت درگیری آن‌ها در اعتیاد بیشتر خواهد بود. نتایج پژوهش فروع‌الدین و صدرالسادات (۱۳۸۱) نشان داد که ۶۴/۴ درصد معتادان بیان کرده‌اند که اولین بار از طرف دوستانشان مواد مخدر به آن‌ها ارائه شده است و ۸۷/۹ درصد جوانان غیرمعتاد با هیچ دوست معتادی همنشین نبوده و معاشرت نداشته‌اند؛ در حالی که ۸۹/۹ درصد جوانان معتاد بیان کرده‌اند

که دارای دوست معتاد هستند. همچنین ستوده (۱۳۷۳) در پژوهش خود نشان داد که بیشتر معتادان از خانواده‌هایی بودند که در آن مشارکت، همکاری و اتحاد در روابط عاطفی کم بوده و اعضای خانواده دارای بیماری‌های روانی بوده‌اند و والدین به نیازهای فرزندان توجهی نداشتند. در تبیین این یافته‌ها جلیلیان (۱۳۸۸) بیان کرد که فرد به خاطر ضعف پیوند و ارتباط با جامعه به انحراف (اعتیاد) کشیده می‌شود. گروه‌های کوچک، صمیمی و دارای پیوندهای محکم، از طریق فراهم ساختن تعلق و دلبستگی (عشق، دوستی و عاطفه) و یک حس پیوند با اعضا خانواده یا اجتماع، قدرت نفوذ بر رفتار پیدا می‌کنند (هورتیز^۱ و همکاران، ۱۹۹۰). بنابراین می‌توان گفت هر اندازه فرد قبل از اعتیاد احساس پیوند بیشتری با اعضای شبکه سالم خود داشته باشد، به واسطه کنترلی که از طریق پیوندها و از سوی اعضای شبکه‌اش بر روی او اعمال می‌شود میزان درگیری او در اعتیاد کمتر خواهد بود. ویژگی‌های شبکه شخصی و پیوندهای اجتماعی غیر رسمی فرد از جمله بزرگی و کوچکی شبکه روابط، صمیمیت و همچنین حمایت‌هایی که فرد از شبکه اجتماعی خود دریافت می‌کند و تعهدات و تکالیفی که نسبت به آن‌ها احساس می‌کند، به عنوان سرمایه یا منبع اصلی کنترل عمل کرده و بر روی درگیر شدن یا عدم درگیری فرد در اعتیاد و میزان شدت درگیری او در اعتیاد مؤثر است. این تأثیرات به این صورت است که اگر شبکه روابط فرد از نوع سالم و پیوندهای فرد با شبکه از نوع مثبت باشد فرد حمایت‌های بیشتری از اعضای شبکه دریافت می‌کند و تلاش خواهد کرد که با شبکه‌اش هم‌نوا بماند و کمتر احتمال دارد منحرف شود و به سوی اعتیاد پیش رود. در صورتی که اگر شبکه روابط فرد از نوع منفی و مخرب (عمدتاً شامل معتادان و افراد سابقه‌دار) باشد و میزان تماس فرد با چنین شبکه‌ای زیاد باشد، در نتیجه فرد به مرور هنجارها و ارزش‌های موافق با اعتیاد را از شبکه‌اش یاد می‌گیرد و احتمالاً درگیر اعتیاد می‌شود. بنابراین شبکه روابط اجتماعی به عنوان متغیر مهمی در ایجاد و حفظ اعتیاد مؤثر می‌باشد.

۳- حمایت اجتماعی ادراک شده

داویس و جیسون^۱ (۲۰۰۵) به این نتیجه رسیدند که پرهیز از مصرف مواد به طور مثبت با دریافت حمایت اجتماعی در ارتباط است. همچنین در طی مراحل ابتدایی درمان، حمایت دیگران برای ترک مصرف اهمیت زیادی دارد (وارن، استین و گرلا، ۲۰۰۷). نتایج پژوهش حسینی المدنی، احدی، کریمی، بهرامی و معاضدیان (۱۳۹۱) روی سه گروه معتاد بهبودیافته و غیرمعتاد نشان داد که میانگین حمایت اجتماعی در گروه غیرمعتاد و بهبودیافته بالاتر از گروه معتاد بود. این محققان نتایج را این گونه تبیین کردند که فرآیند توقف سوء مصرف مواد و پایان دادن به روابط با همسالان معتاد به شدت استرس آور است و نیازمند منابع و روابط حمایتی جدید است. همچنین حمایت اجتماعی ادراک شده همانند سپری علیه عود پس از درمان عمل می کند. همانطور که در پژوهش آنها نشان داده شد، افراد بهبودیافته از حمایت اعضای خانواده و همتایان خود در جلسات گروه‌های NA برخوردار بودند و این حمایت کسب شده از سوی خانواده و هم گروه‌های خود نقش به سزایی در بهبودی و جلوگیری از عود آنها داشته است.

۴- شکاف بین نسلی

مفهوم شکاف نسلی به چگونگی تداوم فرهنگ یک جامعه از نسلی به نسل دیگر مربوط می شود. اگر فرآیند اجتماعی کردن نوجوانان و جوانان به عللی دچار مشکل شود، انتقال به طور ناقص انجام پذیرد و فرهنگ جامعه در حد مطلوبی به نسل بعد منتقل نشود، بین نسل جدید و قدیم فاصله می افتد و این اختلاف فرهنگی بین دو نسل ۵ تا ۱۰ درصد است. شکاف نسلی به دو نوع شکاف ارزشی بین نسلی و شکاف هنجاری بین نسلی تفکیک می شود. ارزش‌ها، آرمان‌های انتزاعی هستند و هنجارها نشان‌دهنده بایدها و نبایدها در زندگی اجتماعی هستند و از طرف عموم پذیرفته شده‌اند (پناهی، ۱۳۸۲). نتایج پژوهش شالچی، دادخواه، یاقوتی آذری (۱۳۹۴) نشان داد که بین شکاف نسلی و گرایش به اعتیاد رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. این محققان در تبیین این یافته بیان کردند که

تفاوت‌های دانشی، گرایشی و رفتاری مابین دو نسل با وجود پیوستگی‌های کلان متأثر از ساختارهای اجتماعی، فرهنگی و تاریخی است. فرزندان در مقایسه با افراد پیر و میانسال با وجود اینکه در یک فضای فرهنگی زندگی می‌کنند، اطلاعات، گرایش‌ها و رفتارهای متفاوت دارند. شکاف نسلی، وجود تعارض و تضاد بین والدین و نوجوانان است و این تعارض بخش جدایی‌ناپذیری از تحول انسان‌ها است (چیت‌ساز، ۱۳۸۶). شکاف نسلی شامل مؤلفه‌های ارزشی اجتماعی - مذهبی، ارزشی - اجتماعی، ارزشی - سیاسی، هنجاری - سیاسی، هنجاری - اجتماعی، هنجاری - اقتصادی، و هنجاری ° مذهبی است. از بین مؤلفه‌های شکاف بین نسلی، مؤلفه ارزشی - اجتماعی مذهبی ارتباط قوی با آسیب‌پذیری در برابر اعتیاد دارد. در واقع ارزش‌ها، وسیله همبستگی اجتماعی هستند و انتقال ارزش‌ها باعث پیوستگی فرهنگی می‌شود. به دلیل اینکه ارزش‌ها جهت‌دهنده‌ی رفتار و استانداردهای رفتارند، ارزش‌های متفاوت بین نسل‌ها باعث فاصله افتادن نسل پیشین از نسلی می‌شود که قرار است جامعه‌پذیر گردد. بنابراین خانواده می‌تواند با انتقال ارزش‌ها در فضایی حاکی از صمیمیت و همکاری مانع ایجاد شکاف نسلی و گرایش به رفتارهای مصرف مواد شود.

۵- معنویت

معنویت بعدی مهم و تأثیرگذار در سلامت فرد و خانواده است (والش^۱، ۲۰۰۳). معنویت و مذهب سازه‌ای پیچیده، چندبعدی و به هم مرتبط هستند. معنویت به ابعاد ذهنی، تجربی و شخصی تعالی اشاره دارد و مذهب به ابعاد عینی و اجتماعی آن تأکید می‌کند و یک قالب فرهنگی ارائه می‌دهد و همچنین با فراهم کردن مدل‌های تبیینی و روشنگرانه که به لحاظ فرهنگی مورد قبول است، به تجارب معنوی ساخت می‌دهد. معنویت را می‌توان جستجوی امری مقدس تعریف کرد و مذهب به عنوان بافت اجتماعی این جستجو است (پارگامنت^۲، ۲۰۰۷). تسه، پتچوسکی، لیود و مانیا^۳ (۲۰۰۵) معتقدند که معنویت یک منبع مقابله‌ای در

1. Walsh
2. Pargament

3. Tse, Liloyd., Petchovsky., & Manaia

شرایط سخت زندگی، فراهم می آورد. توریانو^۱ و همکاران (۲۰۱۲) بیان می کنند که باورهای مذهبی به بهبود سلامت، کیفیت زندگی و افزایش عزت نفس منجر می شود. از جمله عواملی که می تواند در پیشگیری اعتیاد به مواد مخدر نقش مؤثری داشته باشد، داشتن اعتقادات مذهبی و معنویت است (شلودرمن، شلودرمن، نیدهام و مالنگا، ۲۰۰۱). یکی دیگر از کارکردهای مذهب و معنویت، توصیه به پرهیز از رفتارهای پرخطر همچون اعتیاد است. مذهب همچون سپری محافظت کننده از مهم ترین عوامل محافظت درباره اعتیاد است (ویلز، یار و سندی، ۲۰۰۳). رابطه منفی معنویت با احتمال مصرف مواد در بسیاری از تحقیقات ثابت شده است. مطالعه یاور، نوری و حسن آبادی (۱۳۹۴) پورنیکدست، تقی زاده، علی اکبری دهکردی، امیدیان و میکائیلی حور (۱۳۹۳)، اصغری، کرد میرزا و احمدی (۱۳۹۲) و زرگر و همکاران (۱۳۸۷) نشان داد که بین نگرش مذهبی و آمادگی به اعتیاد رابطه منفی وجود دارد. مذهب از طریق برقراری نظم اخلاقی، قواعد درونی و بیرونی و روش های مقابله ای سالم مانع پیوستن فرد به گروه های ناسالم دوستان و همسالان می شود. نتایج بیرامی، نبی زاده و اسماعیلی انامق (۱۳۸۹) نیز نشان داد که میزان جهت گیری مذهبی در گروه معتاد در مقایسه با گروه بهنجار پایین است. پژوهش مکارم و زنجانی (۱۳۹۲) و حسینی المدنی و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد که مؤلفه معنویت در افراد غیرمعتاد و بهبود یافته به طور معناداری دارای نمرات بالاتری نسبت به افراد معتاد بود. اما بین دین داری خانواده با میزان مصرف مواد رابطه ای مشاهده نشد. پورنیکدست و همکاران (۱۳۹۳) در تبیین این نتایج بیان کردند که دین به عنوان یک سامانه متشکل از برنامه هایی زیاد برای هدایت بشر است و شامل عناصری از خود کنترلی نیز هست، زیرا راهنمایی ها و قواعد خاص اخلاقی به منظور کنترل نفس و امتناع از برخی رفتارها را در اختیار فرد قرار می دهد. مذهب به عنوان یک فرآیند میانجی در ارزیابی انسان ها از وقایع تأثیر می گذارد و فرد مذهبی با کمک ایمان در برخورد با ناملازمات زندگی، وضعیت هیجانی مثبت تری

1. Turiano
2. Schludermann,
Schludermann, Needham, & Mulenga

3. Wills, Year, & Sandy

خواهد داشت. در حقیقت دستورات و مناسک مذهبی با افزایش عزت نفس و همچنین کاهش احساسات از خود بیگانگی و تنهایی، ایجاد احساس هدفمندی در زندگی، افزایش تحمل و تاب آوری، مقابله بر اساس توکل، توسل و تدبیر و در نهایت تأمین بهداشت روانی افراد، همچون سپری در مقابل میل افراد به مصرف مواد مخدر عمل می کنند. بنابراین معنویت و مذهب را می توان به عنوان عامل پیشگیری کننده گرایش به مصرف مواد دانست.

نتیجه گیری

به طور خلاصه براساس یافته های پژوهش های انجام شده، مصرف مواد یک پدیده چند عاملی است. به این معنا که عوامل مختلفی بر گرایش، شروع و ادامه ی مصرف و همچنین برگشت دوباره بعد از درمان موثر هستند. بر اساس این یافته ها تاریخچه افراد مبتلا به سوء مصرف مواد نشان می دهد که آن ها هم قبل از شروع مصرف مواد و هم بعد از مصرف در مقابله با مشکلات از سبک های مقابله هیجان مدار استفاده می کنند، توانایی نه گفتن به تقاضاهای دیگران را ندارند و در تحصیل دچار مشکلاتی بوده اند. همچنین در این افراد و خانواده آن ها استفاده از مکانیسم های دفاعی رشد نیافته به طور معناداری بالاتر از افراد غیر معتاد بود. در مورد متغیر جمعیت شناختی، نتایج پژوهش ها نشان داده است که سن نوجوانی و ابتدای ورود به دانشگاه و همچنین وضعیت اقتصادی پایین، داشتن دوستان معتاد و خانوادگی از هم گسیخته با اعتیاد ارتباط زیادی دارد. در حوزه متغیر هیجان، عواملی مثل هوش هیجان پایین، هیجان طلبی بالا، برانگیختگی هیجانی بالا در کنار خود تنظیمی هیجانی پایین عوامل پیش بین گرایش به اعتیاد هستند. در حوزه عوامل اجتماعی، نابسامانی اجتماعی، سرمایه اجتماعی پایین، شبکه روابط اجتماعی ضعیف، حمایت اجتماعی ضعیف، و شکاف بین نسلی در جامعه باعث افزایش گرایش و مصرف مواد می شود. این نتایج کاربردهای مهمی در مفهوم سازی سطوح بالقوه مداخله برای پیشگیری از مصرف مواد دارد. با توجه به اینکه عوامل مختلفی در حیطه های متعدد فردی، اجتماعی، خانوادگی و مدرسه با مصرف مواد ارتباط دارند، برنامه های پیشگیرانه ای که فقط یک سطح از عوامل خطر ساز را هدف قرار داده و حیطه های دیگر را نادیده می گیرند، فاقد

اثر بخشی می‌باشند. بنابراین مداخلات پیشگیرانه و درمانی باید چند سطحی بوده و عوامل خطر ساز را در حیطه‌های متعدد و به صورت چندوجهی هدف قرار دهند.

برنامه آموزش مهارت‌های زندگی یک برنامه‌ی پیشگیری اولیه مبتنی بر عوامل خطر ساز و حفاظت کننده است که بر اساس مدل سبب‌شناسی چند وجهی سوء مصرف الکل، سیگار و سایر مواد طراحی شده و اثر بخشی آن در مطالعات مختلف ارزیابی شده است (محمدخانی، ۱۳۸۶). هدف اصلی این برنامه ایجاد تغییر در عوامل فردی و اجتماعی مؤثر در گرایش به مصرف مواد است. بنابراین پیشنهاد می‌شود در راستای پیشگیری بهنگام، اجرای برنامه‌های مدرسه محور به ویژه آموزش مهارت‌های زندگی به منظور ایجاد تغییر در دانش، نگرش و مهارت‌های فردی، اجتماعی و هیجانی و همچنین مداخلات خاص برای والدین و اولیای مدارس باید مورد توجه برنامه‌ریزان پیشگیری از سوء مصرف مواد قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود روان‌درمانگران و متخصصین ترک اعتیاد در کنار روش‌های رایج، از آموزش مهارت هیجانی به مراجعان خود برای کاهش وابستگی به مواد کمک بگیرند. به نظر می‌رسد کمتر به مطالعات مداخله‌ای پرداخته شده است و نیاز به انجام چنین مطالعاتی در آینده لازم و ضروری است.

منابع

- احمدی، بتول؛ ابولقاسمی، عباس و نریمانی، محمد (۱۳۸۸). بررسی ارتباط هوش هیجانی، سبک اسناد و خودکارآمدی با رضایت از زندگی در زنان شاغل، *مطالعات تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی*، ۱۰(۱)، ۱۲۷-۱۱۷.
- احمدی، محسن؛ نجفی، محمود؛ حسینی‌المدنی، سیدعلی و عاشوری، آلاله (۱۳۹۱). مقایسه سبک‌های دفاعی و ویژگی‌های شخصیتی در افراد معتاد و عادی، *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۶(۲۳)، ۵۱-۳۹.
- ارجی، اکرم (۱۳۸۷) *مقایسه ویژگی‌های شخصیتی، هیجان‌خواهی و راهبردهای مقابله در بیماران HIV مثبت معتاد و گروه بهنجار*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، چاپ نشده، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز.
- اصغری، فرهاد؛ کردمیرزا نیکوزاده، عزت‌اله و احمدی، لایلا (۱۳۹۲). رابطه نگرش مذهبی، منبع کنترل و گرایش به سوء مصرف مواد در دانشجویان، *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۷(۲۵)، ۱۱۲-۱۰۳.

- اکبری زردخانه، سعید؛ رستمی، رضا و زارعان، مصطفی (۱۳۸۷). رابطه هوش هیجانی و مکانیزم‌های دفاعی با اعتیاد. *فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*، ۴(۱۵)، ۲۹۳-۳۰۳.
- بابایی، زهرا؛ حسنی، جعفر و محمدخانی، شهرام (۱۳۹۱). تأثیر آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک در وسوسه‌ی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد: مطالعه‌ی تک آزمودنی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۴(۳)، ۳۳-۴۱.
- بگیان کوله‌مرز، محمدجواد؛ نریمانی، محمد؛ سلطانی، ساناز و مهرابی، علیرضا (۱۳۹۳). مقایسه نارسایی هیجانی و کنترل عواطف در سوء مصرف کنندگان مواد و افراد سالم. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱(۲۹)، ۱۳۱-۱۴۷.
- بوالمهری، جعفر؛ طارمیان، فرهاد؛ و پیروی، حمید (۱۳۸۶). شیوع مصرف مواد در بین دانشجویان شهر تهران و ارزیابی عوامل خطر و محافظت‌کننده. وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، دفتر مرکز مشاوره.
- بیرامی، منصور؛ نبی زاده چپانه، قسیم و اسماعیلی و انامق، بهمن (۱۳۸۹). *رابطه سبک‌های هویت با جهت‌گیری مذهبی و صفات شخصیتی. اولین همایش کشوری دانشجویی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت.*
- بناه‌علی، امیر و آقایی نیلانلو، سهراب (۱۳۹۳). مقایسه سلامت عمومی و مکانیزم‌های دفاعی در زندانیان معتاد، غیرمعتاد و افراد عادی. *زن و مطالعات خانواده*، ۷(۲۵)، ۴۳-۵۶.
- پناهی، محمدحسن (۱۳۸۲). *شکاف نسلی در آموزش عالی. دبیرخانه شورای عالی انقلاب.*
- پورنیکدست، سجاده؛ تقی‌زاده، محمداحسان؛ علی‌اکبری دهکردی، مهناز؛ امیدیان، مهدی و میکائیلی - حور، فرهنگ (۱۳۹۳). مقایسه نوجوانان با نگرش مذهبی بالا و پایین از لحاظ سازگاری تحصیلی، عاطفی و اجتماعی و گرایش به اعتیاد، *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۱(۳۲)، ۷۵-۸۵.
- توکلی، محمدعلی و دهکردیان، پریسا (۱۳۹۲). پیش‌بینی اعتیادپذیری دانشجویان بر اساس متغیرهای جمعیت‌شناختی، اهمالکاری تحصیلی و متغیرهای بین فردی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۷(۲۸)، ۲۳-۴۰.
- ثابتی، فهیمه و شهنی بیلاق، منیژه (۱۳۷۷). تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی در کاهش ناسازگاری‌های اجتماعی - عاطفی دانش‌آموزان. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۴(۱ و ۲)، ۵۸-۵۲.
- جانفر، منور و شیرازی، محمود (۱۳۹۴). نقش پیش‌بینی‌کنندگی دشواری‌های تنظیم هیجانی و خودکنترلی با استعداد به اعتیاد در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۳۳(۹)، ۶۹-۵۷.

جلالی، ایران و احدی، حسن (۱۳۹۴). رابطه تنظیم شناختی هیجان، خودکارآمدی، برانگیختگی و مهارت‌های اجتماعی با سوء مصرف مواد در نوجوانان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۳۶(۹)، ۱۰۹-۹۵.

جلیلیان، فرشته (۱۳۸۸). بررسی شبکه روابط/پیوندهای اجتماعی غیررسمی سالم و ناسالم در بین جوانان معتاد ۳۵-۱۸ سال مراکز ترک اعتیاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۲۹-۱۰۵.

جناآبادی، حسین و زمانی، نرگس (۱۳۹۴). مکانیسم‌های دفاعی در خانواده‌های افراد مبتلا به سوء مصرف موادمخدر. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۹(۳۵)، ۶۷-۵۵.

جهان شاهلو، مرتضی؛ محمدخانی، شهرام؛ امیری، حمید؛ فخاری، آفاق و حسینی، سپیده (۱۳۹۵). عوامل خطر ساز و محافظت کننده فردی، خانوادگی و اجتماعی گرایش به مصرف مواد در دانشجویان. *مجله مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت*، ۳(۲)، ۱۳۷-۱۲۷.

چیت‌ساز، محمدجواد (۱۳۸۶). بازسازی مفاهیم نسل و شکاف نسلی. *جوانان و مناسبات نسلی*، ۱، ۱۱۲-۸۵.

حاجی حسینی، مهرداد؛ شفیق آبادی، عبدالله؛ پیرساقی، فهیمه و بشیرپور، محراب (۱۳۹۰). پیش‌بینی گرایش به اعتیاد بر اساس میزان پر خاشگری و ابراز وجود در دانشجویان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۵(۲۰)، ۵۴-۴۱.

حسینی‌المدنی، سیدعلی؛ احدی، حسن؛ کریمی، یوسف؛ بهرامی، احسان؛ و معاضدیان، آمنه (۱۳۹۱). مقایسه تاب‌آوری، سبک‌های هویتی، معنویت و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد معتاد، غیر معتاد و بهبود یافته. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۶(۲۱)، ۶۴-۴۷.

حیدر نژاد، علیرضا؛ باقری‌بنجار، عبدالرضا و اصانلو، علی (۱۳۹۱). مقایسه میزان سرمایه اجتماعی در جوانان معتاد و غیرمعتاد. *فصلنامه علمی و پژوهشی اعتیاد پژوهی*، ۶(۲۴)، ۹۴-۸۵.

خالقی، عزت‌اله؛ صیادی، احمدرضا؛ و ناظر، محمد (۱۳۸۱). بررسی میزان فراوانی مصرف داروهای اعصاب و روان و موادمخدر در دانشجویان دانشکده پزشکی رفسنجان در سال ۸۱. *سومین همایش سراسری اعتیاد*.

دانایی، نسرين (۱۳۹۴). ارتباط بین اعتیاد و امنیت اجتماعی در جامعه شهری. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۳۶(۹)، ۴۸-۳۱.

دورکیم، امیل (۱۳۶۹). *درباره تقسیم کار اجتماعی* (ترجمه باقر پرهام)، تهران: کتابسرای بابل. رحمانیان، مهدیه و حسینی، جعفر (۱۳۸۴). مقایسه هیجان‌طلبی در افراد سوم مصرف کننده مواد و افراد بهنجار. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۱(۳)، ۳۴۱-۳۳۵.

رضایی دوگانه، ابراهیم (۱۳۷۹). بررسی نیمرخ روانی معتاد با استفاده از پرسشنامه چندوجهی شخصیت مینه‌سوتا، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.

رمضان زاده، فاطمه؛ مرادی، علیرضا و محمدخانی، شهرام (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارتهای نظم-جویی هیجانی در روان‌بندهای هیجانی و نیمرخ خطر مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر.

مجله روان‌شناسی، ۱۹(۴)، ۳۹۳-۳۸۰.

زارع، مریم؛ آقاییوسفی، علیرضا؛ صفارنیا، مجید و شایقیان، زینب (۱۳۸۹). اعتیاد و سوء مصرف مواد: نقش افکار خودکار، راهبردهای مقابله و نوروخوبی در عود. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۴(۱۵)، ۴۷-۳۵.

زارعی، سلمان و اسدی، زهرا (۱۳۹۰). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله با استرس در نوجوانان معتاد و بهنجار. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۵(۲۰)، ۱۰۴-۸۷.

زرگر، یدالله؛ نجاریان، بهمن و نعیمی، عبدالزهرا (۱۳۸۷). بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی (هیجان‌خواهی، ابراز وجود، سرسختی روان‌شناختی)، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی به اعتیاد به مواد مخدر. مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، ۱۵(۱)، ۱۲۰-۹۹.

سادوک، بنجامین و سادوک، ویرجینا (۱۳۹۵). خلاصه‌ی روان‌پزشکی، علوم رفتاری، روان‌پزشکی بالینی. جلد دوم. ترجمه‌ی فرزین رضایی. تهران: ارجمند.

ستوده، هدایت اله (۱۳۷۳). مقدمه‌ای بر آسیب‌شناسی اجتماعی. تهران: موسسه انتشارات آوای نور. سلم‌آبادی، مجتبی؛ سلیمی بجستانی، حسین؛ خیامی آئیز، حمزه و جوان، رضا (۱۳۹۴). سهم ابعاد فرسودگی تحصیلی، تاب‌آوری و استرس ادراک شده در پیش‌بینی گرایش به اعتیاد دانش‌آموزان. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۳۳(۹)، ۳۰-۲۱.

سموعی، راحله؛ ابراهیمی، امرالله؛ موسوی، غفور؛ حسن‌زاده، اکبر و رفیعی، سعید (۱۳۷۹). الگوی مقابله با استرس در استرس معتادین خود معرف: مرکز اعتیاد اصفهان. مجله اندیشه و رفتار، ۶(۲ و ۳)، ۶۳-۷۰.

سواری، کریم و بشلیده، کیومرث (۱۳۸۸). بررسی ارتباط میان ویژگی‌های شخصیتی با فرسودگی تحصیلی در دانش‌آموزان مقطع دبیرستان اهواز، مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی، ۴(۱)، ۱۰۲-۸۹.

شالچی، بهزاد؛ دادخواه، مهرناز و یاقوتی‌آذری، شهرام (۱۳۹۴). نقش عملکرد خانواده، شکاف بین نسلی و موقعیت اجتماعی-اقتصادی در تبیین اعتیاد پذیری جوانان. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۹(۳۴)، ۵۲-۳۷.

شعاع کاظمی، مهرانگیز (۱۳۸۷). بررسی مقایسه‌ای رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای و نگرش نسبت به مصرف مواد در معتادان. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱(۱)، ۸۹-۷۹.

شفیعی، نعمت‌ا...؛ شمسی، افضل و قادری، مصعب (۱۳۹۱). بررسی همبستگی موادمخدر، الکل، سیگار و داروهای اعصاب و روان با پیشرفت تحصیلی در دانشجویان بم، فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت، ۲ (۱)، ۵۸-۴۹.

صدیقی ارفعی، فریبرز؛ تمنایی فر، محمدرضا و عابدین آبادی، عاطفه (۱۳۹۱). رابطه جهت‌گیری مذهبی سبک‌های مقابله و شادکامی در دانشجویان. روان‌شناسی و دین، ۵ (۳)، ۱۶۳-۱۳۵.

فاضلی‌پور، محمدمهدی و فتاحی، فاطمه (۱۳۸۸). مطالعه و بررسی تأثیر اختلافات خانوادگی در گرایش فرزندان به اعتیاد در رده سنی ۲۵-۱۵ ساله در شهرستان کاشان، سومین کنگره طلوع بهداشت. ۱-۷.

فروع الدین، اکبر و صدر السادات، سید جلال الدین (۱۳۸۱). بررسی رابطه بین خودپنداره و گرایش به اعتیاد در جوانان. طب و ترکیه، ۴۶، ۶۶-۷۴.

قائدینای جهرمی، علی؛ حسنی، جعفر؛ نوری، ربابه و فرمانی شهرضا، شیوا (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش گروهی راهبردهای نظم‌جویی در مقابله شناختی افراد مبتلا به سوءمصرف مواد. فصلنامه اعتیادپژوهی سوءمصرف مواد، ۸ (۳۱)، ۹۰-۷۱.

قمری، حسین؛ رستمی، مریم؛ نادر، مقصود و ایل بیگی قلعه‌نی، رضا (۱۳۹۲). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و مکانیزم‌های دفاعی در افراد معتاد و غیر معتاد. فصلنامه اعتیادپژوهی سوءمصرف مواد، ۴ (۱۵)، ۸۱-۷۱.

کردمیرزا، عزت‌اله؛ آزاد، حسین؛ اسکندری، حسین (۱۳۸۲). هنجاریابی آزمون آمادگی اعتیاد به منظور شناسایی افراد مستعد سوءمصرف مواد در بین دانشجویان دانشگاه‌های تهران. فصلنامه علمی-پژوهشی سوءمصرف مواد، ۲ (۲)، ۸۰-۴۷.

کاری، فریده؛ غفاری نواران، عدرا و موسی‌زاده، توکل (۱۳۹۳). مقایسه ادراک خود، خود-تنظیمی هیجانی و سبک‌های دلبستگی افراد وابسته به مواد مخدر و بهنجار. فصلنامه اعتیادپژوهی سوءمصرف مواد، ۳۲ (۱)، ۱۱۷-۱۰۵.

کیامرثی، ابوالقاسم و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۰). ارتباط خودکارآمدی، هیجان‌خواهی و راهبردهای مقابله با استرس با استعداد سوءمصرف مواد در دانشجویان. فصلنامه اعتیادپژوهی سوءمصرف مواد، ۵ (۲۰)، ۲۴-۷.

گلپایگانی، فهیمه و خادمی اشکذی، ملوک (۱۳۹۰). رابطه تعهد به مدرسه، نگرش به موادمخدر و مصرف آن در دانش‌آموزان. فصلنامه اعتیادپژوهی سوءمصرف مواد، ۲۲ (۶)، ۷۵-۶۵.

گلمن، دانیل (۱۳۸۳). هوش هیجانی در کار. ترجمه بهمن ابراهیمی و محسن جوینده. تهران: انتشارات بهین دانش.

محمدخانی، شهرام (۱۳۸۶). مدل ساختاری مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر: ارزیابی اثر مستقیم و غیر مستقیم عوامل فردی و اجتماعی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان شناختی*، ۲(۱۲)، ۵-۱۶.

محمدخانی، شهرام (۱۳۸۷). عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف الکل، سیگار و سایر مواد در نوجوانان کشور. *فصلنامه روانشناسی تربیتی*، ۴(۱۲)، ۶۹-۳۸.

محمدخانی، شهرام و رضایی جمالویی، حسن (۱۳۹۵). رابطه مصرف سیگار و قلیان با عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی نوجوانان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۳(۲)، ۲۸۰-۲۶۲.

محمدخانی، شهرام؛ صادقی، نگار و فرزاد، ولیا... (۱۳۹۰). مدل روابط علی هیجان منفی، باورهای مرکزی، باورهای مرتبط با مواد، عقاید و سوسه انگیز و تنظیم هیجان با بازگشت به مصرف مواد. *فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی*، ۶(۲۳)، ۱۵۹-۱۸۵.

مکارم، سیده و زنجانی، زهرا (۱۳۹۲). رابطه دین داری فرد، خانواده و اعتقاد به پیامدهای مصرف مواد با میزان مصرف موادمخدر. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۷(۲۸)، ۷۵-۸۸.

ملازاده اسفنجانی، رحیم؛ کافی، موسی و صالحی، ایرج (۱۳۹۰). مقایسه سرسختی روان شناختی و سبک های مقابله با فشار روانی در افراد معتاد و عادی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۵(۱۷)، ۴۱-۵۷.

مهدی، منصور علی؛ فهیمی، صمد و بیرامی، منصور (۱۳۹۲). مطالعه مقایسه‌ی سبک‌ها و ساز و کارهای دفاعی معتادان خود معرف و افراد غیر معتاد. *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۱۴(۱)، ۸۳-۹۱.

مولوی، پرویز و رسولزاده، بهزاد (۱۳۸۳). بررسی عوامل مؤثر در گرایش جوانان به مصرف موادمخدر. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، ۶(۲۲)، ۴۹-۵۵.

مومنی، خدامراد؛ کریمی، جهانگیر و شهبازی راد، افسانه (۱۳۹۱). رابطه معنویت، تاب آوری و راهبردهای مقابله‌ای با بهزیستی روان شناختی دانشجویان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۶(۲)، ۱۰۳-۹۷.

ناطق، ابراهیم و میناکاری، محمود (۱۳۸۸). مقایسه هوش هیجانی در مردان معتاد به مواد افیونی و غیر معتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۲(۸)، ۱۳۴-۱۲۱.

نجفی، محمود؛ محمدی فر، محمد علی؛ عبداللهی، معصومه (۱۳۹۴). نقص عملکرد هیجانی و گرایش به سوء مصرف مواد: نقش مولفه‌های تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و هیجان خواهی. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۲(۵)، ۶۸-۵۳.

یاوری، سمیرا؛ نوری، ربابه و حسن آبادی، حمیدرضا (۱۳۹۴). مدل یابی ساختاری مصرف مواد در دانشجویان: نقش فعالیت مذهبی، الگوگیری اجتماعی، بهزیستی معنوی و نگرش به مواد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۹(۳۳)، ۱۴۴-۱۴۵.

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

Adam Rita, C. S. (2010). *The effect of gestalt therapy and cognitive-behavioural therapy group intervention on the assertiveness and self-esteem of women with physical disability facing abuse*. For the degree of doctor of philosophy, Wayne state university.

Bar-On, R. E., & Parker, J. D. (2000). *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace*. Jossey-Bass.

Barratt, E. S. (1994). *Impulsivity: Integrating cognitive, behavioral, biological and environmental data*. In W.B. McCown & M. Shure (Eds.), *The impulsive client: Theory, research, and treatment*. Washington, D. C.: American Psychological Association.

Ben-Zur, H. & Reshef, Y. (2003). Risk taking and coping strategies among Irish adolescents. *Journal of Adolescence*, 26(3), 255-265.

Brad, B. (2004). Psychological Defense Mechanisms: A new perspective. *American Journal of Psychoanalysis*, 64 (1), 1-26.

Bruce, S. P. (2009). Recognizing stress and avoiding burnout. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 1(1), 57-64.

Ciarrochi, J., Forgas, J. P., & Mayer, J. D. (2001). *Emotional intelligence in everyday life: A scientific inquiry*. Psychology Press.

Cramer, P. (2002). Defense Mechanisms in Psychology Today. *Journal of American Psychology*, 55 (6), 637-646.

Davis, M. I., & Jason, L. A. (2005). Sex differences in social support and self-efficacy within a recovery community. *American Journal of Community Psychology*, 36(3/4), 259-74.

Hannah, R. & Nicola, S. (2003). Low emotional intelligence as a predictor of substance-use problems. *Journal of Drug Education*, 33(4), 391-398.

Horwitz, R., I., Viscoli, C., M., Berkman, L., Donalson, R., M., Horwiys, S., M., Murray, C., J., Ransohoff, D., F., & Sindelar, J. (1990). Treatment adherence and risk of death after a myocardial infraction. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 1, 336 (8714), 545-542.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Coping and Adaptation*. In W. D. Gentry (Ed.), *The Handbook of Behavioral Medicine* (pp. 282-325.). New York: Guilford

Margoline, A., Beitel, M., Oliver, Z. S., & Avants, K. (2006). A controlled study of a spirituality focused intervention for increasing motivation for HIV prevention among drug users. *Aids Education of prevention*, 18(4), 311-322.

Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D.R., Sitarenios, G. (2003). Measuring emotional with the MSCEIT. *Emotion*, 3(20), 97-105

- Myberg, L. (2011). *Forgiveness as a mechanism of self-regulation: An ego depletion model*. Unpublished dissertation in psychology, University of Richmond.
- Pargament, K. I. (2007). *Spiritually-Integrated Psychotherapy: Understanding and Addressing the Sacred*. New York: The Guilford Press.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: the collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.
- Sartorius, N., Leff, J., Lopez, J., Ibor, L., Maj, M & Okasha A. (2008). *Family & Mental Disorders: from burden to empowerment*. John WILEY & Sons
- Schludermann, E. H., Schludermann, S. M., Needham, D., & Mulenga, M. (2001). Fear of rejection versus religious commitment as predictors of adjustment among Reformed and Evangelical college students in Canada. *Journal of Beliefs and Values*, 22(2), 209-224.
- Stanton, A. L., Tenen. H., Affleck, G. & Mendola, R. (2008). Coping and adjustment to infertility. *Journal of social and clinical psychology*, 11(1), 1-13.
- The National center on Addiction and substance Abuse at Columbia University. (2003). *Depression, substance Abuse and college student Engagement: A Review of the literature*. Funded by: the Engelhard foundation. From <http://www.casacolumbia.org/articlefile/380-wasting>.
- Tse, S., Lioyd., C., Petchovsky, L. & Manaia, W. (2005). Exaploration of Australian & NewZeladd iiiii eessss eelll e s sii ritality add mett al eaalt.. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52 (3), 181-187.
- Turiano, N. A, Shawn, D, Whiteman, S, E, Hampson, B, W, Roberts & Daniel K. (2012). Personality and substance use in midlife: Conscientiousness as amoderator and the effects of trait change, *Journal of Research in Personality*, 46(3), 295° 305.
- Vaillant, G. E. (2003). *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*, Washington, DC. American Psychiatric Press.
- Walsh, F. (2003). *Family resilience: Strengths forged through adversity*. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes* (pp. 399° 421). New York: The Guilford Press.
- Warren, J. I., Stein, J. A., & Grella, C. E. (2007). Role of social support and selfefficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 89(2-3), 267-74.
- Wills, T.A., Year, M.A., & Sandy, J. (2003). Buffering Effects of Religiosity for Adolescent Substance use. *Psychology of Addictive Behavior*, 17(1), 24-31.
- Woicik, P. A., Stewart, S. H., Pihl, R. O., & Conrod, P. J. (2009). The substance use risk profile scale: A scale measuring traits linked reinforcement specific substance use profiles. *Addictive Behaviors*, 34 (12), 1024-1055.
- Zhang, Y, Gan, Y. & Cham, H. (2007). Perfectionism, academic burnout and engagement among Chinese college students: A structural equation modeling analysis. *Personality and individual differences*, 43(6), 1529-1540.
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. Cambridge university press.