



بررسی کیفی علل عود مواد در معتادان

مسعود راطق^۱، هادی فرهادی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۸/۰۲

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین علل مصرف مجدد مواد توسط معتادان انجام گرفت. **روش:** پژوهش حاضر کیفی و به روش مطالعه موردی بود. جامعه‌ی آن شامل افراد در حال بهبودی وابستگی به مصرف مواد در سال ۱۳۹۷ بودند که به روش درمانی خودیاری (NA) سعی در ترک و قطع وابستگی خود به مواد داشتند. مشارکت کنندگان این تحقیق با روش تعیین حجم نمونه با روش اشباع ۱۴ نفر تعیین شدند. روش جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته بود که از دو قسمت اطلاعات جمعیت‌شناختی، شناسایی دلایل مصرف مجدد و کشف علل تشکیل شده بود. برای تعیین میزان استاندارد آن از روش سه سوسازی (پژوهشگر، استاد راهنما و مشاوران هم‌تراز) استفاده شد. **یافته‌ها:** روش تجزیه تحلیل به صورت بررسی محتوای آشکار و پنهان داده‌های به دست آمده از گفته‌ها و نوشته‌ها به شیوه کدگذاری دستی انجام گرفت. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش نشان داد که در مصرف مجدد مواد توسط افراد در حال ترک گروه‌های خودیاری عوامل فردی، روانی و اجتماعی تأثیر دارد.

کلیدواژه‌ها: مصرف مجدد مواد، علل فردی، علل روانی، علل اجتماعی

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران، پست الکترونیک: farhadihadi@yahoo.com

مقدمه

اختلال سوءمصرف مواد^۱ یکی از بحران‌های چهارگانه قرن بیست و یکم و از معضلات بهداشتی، روانی و اجتماعی است که همه جوامع را درگیر نموده است. در ایجاد و تداوم این اختلال، عوامل اجتماعی و روان‌شناختی از یک سو و عوامل زیست‌شناختی از سوی دیگر نقش دارند. اختلال سوءمصرف مواد، یک اختلال عودکننده‌ی مزمن است و با مسائل زیادی در حوزه‌های پزشکی، روان‌پزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی، مالی و معنوی همراه است. این اختلال نه تنها زندگی فرد را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد، بلکه نواقص و ناراحتی‌های زیادی را برای خانواده و جامعه ایجاد کرده و بار زیادی به آن‌ها تحمیل می‌کند (زاهد، قلیلو، ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۹).

مفهوم وابستگی به مواد در طی چند دهه‌ی گذشته معانی رسمی بسیار و معانی معمول فراوان داشته است. امروزه وابستگی به مواد به‌نوعی الگوی ناسازگارانه‌ی مصرف مواد اطلاق می‌شود که با مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی ظرف یک دوره‌ی ۱۲ ماهه آشکار می‌شود که مصرف مداوم مواد آن را ایجاد می‌کند (هالجین و یتبورن^۲، ۱۳۹۴). یکی از مسائل مهم این اختلال عودهای مکرر بیماران است (چی^۳ و همکاران، ۲۰۱۵). از این رو تمامی مدل‌های درمانی به اهمیت شناسایی عوامل مربوط به عود واقف هستند. شناخت عوامل خطر، بیمار را قادر می‌سازد تا از عود فاجعه‌آمیز به مصرف مواد جلوگیری کند، برای این منظور بایست با یک دیدگاه چندوجهی به درمان اعتیاد پرداخته شود (سوبل، سوئل و وارد^۴، ۲۰۱۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در درمان و پیشگیری از بازگشت مصرف مواد، حالت‌های هیجانی منفی و مثبت، نارسایی مدیریت هیجان‌ها و وسوسه^۵، از مهم‌ترین عوامل خطر بازگشت^۶ است (ویگوتز، مارلات و وال کر^۷، ۲۰۰۵). این اختلال نه تنها زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه نواقص و ناراحتی‌های زیادی را برای خانواده و جامعه ایجاد کرده و بار زیادی به آن‌ها تحمیل

1. substance abuse disorder
2. Haljin, & Yetborn
3. Chie
4. Sobell, Sobell, & Ward

5. craving
6. relapse
7. Witkiewitz, Mralatt & Walkers

می‌کند. از این رو باید بیان شود سوء مصرف مواد مانند هر اختلال مزمن دیگری نیاز به مدیریت درمان در طی زمان دارد (شپارد، دادلی، بلکمن و مک کی، ۲۰۱۶).

بعضی از محققین اعتقاد دارند که سم‌زدایی به تنهایی نمی‌تواند به بیمار کمک کند و درمان باید بر تقویت احساس کنترل و تسلط فرد، به‌ویژه از طریق برنامه‌ریزی برای فرصت‌ها و تمرین رفتارهای مقابله‌ای مناسب تمرکز کند (لویس، دانا و بلوینس، ۲۰۱۴). صرف نظر از این که مشکل چگونه شروع شده باشد، افراد باید از طریق یادگیری فنون رفتاری، بیاموزند که مسئولیت حل مشکلات خود را به عهده بگیرند؛ بدون این که مجبور باشند خود را به علت شروع اعتیاد سرزنش کنند (مارلات و گوردون، ۱۹۸۵).

نقطه قوت این نگرش این است که بیمار از همه توانایی خود برای ایجاد تغییرات در محیط زندگی‌اش استفاده می‌کند. مارلات و گوردون (۱۹۸۵) در تأکید بر این دیدگاه معتقدند که آسیب‌شناسی اعتیاد می‌تواند تحت تأثیر عواملی کاملاً متفاوت با عوامل مربوط به فرایند درمان و بهبودی به حساب آید. عنصر اساسی در هر برنامه درمانی، پیشگیری از عود است. رویکرد پیشگیری از عود دو محور اساسی را در بر می‌گیرد: اولین محور بر شناسایی و تحلیل کارکردی موقعیت‌های پرخطر که به مصرف مواد منجر می‌شود و همچنین بر استفاده از آموزش مهارت‌های سازگاری تمرکز دارد. فراگیری این مهارت‌ها به افراد کمک می‌کند تا با موقعیت‌های پرخطر مقابله کنند (هندرشوت، ویتکیویتز، جورج و مارلات، ۲۰۱۱). دومین محور پیشگیری از عود عبارت است از افزایش درک و فهم مراجعان از الگوی مصرف مواد، که می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از عود ایفا کند. در الگوی پیشگیری از عود بر مقابله با عودهایی که اتفاق افتاده و به حداقل رساندن تأثیر منفی آن‌ها تأکید می‌شود. داشتن چنین دیدگاه‌هایی به مراجعان کمک می‌کند تا یاد بگیرند که عودها در تداوم بخشیدن به انگیزه‌های آنان

برای رسیدن به اهداف بلندمدت مؤثر است. از این دیدگاه، بهبودی بیشتر به عنوان یک فرایند یادگیری مدنظر قرار می‌گیرد (مارلات، لاریمر و ویتکیویتز^۱، ۲۰۱۱).

اگر مراجعان در باتلاق منفی‌بافی نگرش‌های ناسالم بیافتند ممکن است از پذیرش این واقعیت که پیشگیری از بازگشت مستلزم سخت‌کوشی است سر باز زنند، غرق در ترحم‌جویی شوند و نسبت به کندی درمان اظهار بی‌صبری کنند. این شرایط موجب افسردگی، احساس خستگی مزمن، تنهایی، غمگینی، عصبانیت، احساس شرم و گناه می‌شود که غالباً زمینه‌ساز عود هستند (سورن سن^۲ و همکاران، ۲۰۰۵). نیمه (۱۳۹۲) اعتقاد دارد در تحقیقات مربوط به عود و مصرف مواد، مطالعات کیفی به دلیل تعاملات طبیعت و انسان‌ها و تعامل با محیط اجتماعی نقش مهمی در شناسایی علل دارد. در پژوهش کیفی، محقق می‌تواند به دیدگاه‌ها و عوامل مؤثر بر چرخه زندگی و تعاملات دست یابد. در پژوهش کیفی محققان از روش نظری مبتنی بر درک تعاملات انسانی و محیطی استفاده می‌کنند. از آنجا که پدیده تحقیق مبتنی بر نظریه مبتنی بر تعامل نمادین و تعاملات بین فردی است؛ می‌توانند منجر به کشف، توسعه نظریه یا مدل در زمینه علل عود شود. لیکن با توجه به مطالب مطرح شده می‌توان بیان نمود جهت کنترل عود و شکست درمان افراد مبتلابه سوءمصرف مواد؛ شناسایی علل و عوامل عود ایشان می‌تواند نقش بسزایی در شناسایی افراد در معرض خطر و برنامه‌ریزی برای درمان داشته باشد. از این رو پژوهش حاضر باهدف شناسایی عوامل عود مجدد اعتیاد به صورت کیفی در پی پاسخ‌گویی به این سؤال است که چه عواملی در عود مجدد مصرف مواد توسط افراد در حال درمان نقش ایفا می‌کنند؟

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

شیوه و روش پژوهش حاضر از نوع تحقیق و پژوهش کیفی است. تحقیق کیفی عبارت از مجموعه فعالیت‌هایی چون مشاهده، مصاحبه و شرکت گسترده در فعالیت‌های پژوهشی است، که هر کدام به نحوی محقق را در کسب اطلاعات دست‌اول، درباره‌ی موضوع

1. Marlatt, Larimer, & Witkiewitz

2. Sorensen

مورد تحقیق یاری می‌دهند؛ لیکن از آنجایی که در پژوهش حاضر محقق قصد پاسخ‌گویی به سؤال علل مصرف مجدد مواد توسط معتادان شهر اصفهان را دارد، روش پژوهش از نوع مطالعه‌ی موردی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل افراد در حال بهبودی وابستگی به مصرف مواد شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ می‌باشند که به روش درمانی خودیاری (NA) سعی در ترک و قطع وابستگی خود به مواد دارند. با توجه به این که در روش کیفی برخلاف روش‌های کمی، محقق به دنبال دستیابی به تعمیم‌پذیری‌های گسترده نیست، تعداد افراد مورد مصاحبه به اشباع^۱ داده‌ها بستگی دارد. در این مطالعه مصاحبه با اولین مشارکت‌کننده آغاز و تا رسیدن به حد اشباع اطلاعات که حجم نمونه ۱۴ نفر بود ادامه پیدا کرد. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد.

جهت کسب روایی و اعتبار یافته‌ها از روش سه سوسازی^۲ استفاده شد که شامل سه سوسازی داده‌ها (مصاحبه نوشته شده، ضبط صدا و فیلم) و سه سوسازی محقق (پژوهشگر، استاد راهنما و مشاوران هم‌تراز) بود. برای به دست آوردن روایی ابتدا یک مصاحبه به صورت آزمایشی تنظیم شد که داری سه قسمت بود. در قسمت اول اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان مورد بررسی قرار گرفت. در قسمت دوم به تجارب مصرف مواد شرکت‌کنندگان پرداخته شد. در قسمت آخر به بررسی عوامل زمینه‌ساز مصرف مجدد پرداخته شد. از طرف دیگر این مصاحبه توسط استاد راهنما و اساتید دیگری که در این زمینه کار کرده بودند مورد بررسی قرار گرفت تا روایی صاحب‌نظران تأمین شود. همچنین به منظور حصول اطمینان از موثق بودن داده‌ها، محقق تلاش خود را برای جمع‌آوری اطلاعات مبنی بر تجارب و وقایع زندگی متمرکز ساخت که این موضوع به نوبه‌ی خود به عینی بودن داده‌ها کمک نمود و روشی برای تأیید موثق بودن داده‌ها می‌باشد. در پایان مصاحبه‌ها با مراجعه به مشاورین و افراد مطلع و مورد وثوق که در جریان روند رفتارهای مصرف مجدد بودند برای تأیید یافته‌های حاصل از متن مصاحبه‌ها، مصاحبه‌هایی صورت داده شد. از این رو سه سوسازی محقق با روش‌ها و اقدامات فوق فراهم شد.

از طرف دیگر پس از پیاده کردن مصاحبه‌های ضبط شده از روی فایل صوتی و ویرایش آن‌ها به وسیله موارد مکتوب شده در جلسه‌ی مصاحبه، مصاحبه به فرد مشارکت‌کننده بازگردانده شد تا مجدداً آن را مطالعه، مفاهیم را تأیید و مطالبی را حذف یا اضافه نماید. لازم به ذکر است که قبل از انتخاب افراد و ورود به فرایند پژوهش، شرکت‌کنندگان فرم رضایت‌نامه ورود به پژوهش را تکمیل نمودند. در حین جمع‌آوری داده‌ها به رعایت مسائل اخلاقی پژوهش از قبیل گمنام ماندن، پاسخ‌گویی به سؤالات شکل گرفته و... پرداخته شد. معیارهای ورود و خروج شامل قرار گرفتن در دامنه سنی ۲۵ تا ۵۵ سال، داشتن حداقل یک سال پاک‌ی بود. همچنین سعی در انتخاب نمونه‌ای با حداکثر تفاوت و پراکندگی بود. بنابراین نمونه انتخابی افرادی بودند که حداکثر تمایز را در تحصیلات، فرهنگ، سن، وضعیت مالی، منطقه سکونت و روش‌های درمانی داشتند.

محقق پس از حضور بین معتادان در حال ترک و انتخاب افراد پژوهش به صورت دردسترس؛ به بررسی علل عود مصرف مجدد مواد به وسیله مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته پرداخت. جهت تجزیه و تحلیل یافته‌ها، محقق پس از انجام مراحل که ذکر شد موضوعات اصلی و فرعی (کدبندی مطالب اصلی شامل دلایل مصرف مجدد مواد و کدبندی مطالب فرعی شامل نشانه‌های رفتاری شرکت‌کنندگان بود) را از یکدیگر متمایز و بر اساس جداول، کدگذاری و مجزا گردانده و معانی درونی آن‌ها را موردسنجش قرار داد. سپس تم‌های اصلی و فرعی مطابق با سؤالات پژوهش را شناسایی و جهت کشف علل مصرف مجدد مواد، مرتبط با مطالب، مقوله‌بندی شد و دلایل مصرف مجدد مواد توسط آن‌ها مشخص شد.

یافته‌ها

در این پژوهش یافته‌های تحقیق به روش مصاحبه‌ی نیمه ساختار یافته با سه محور اصلی تعیین علل مصرف مجدد مواد توسط معتادان شهر اصفهان جمع‌آوری شد. در این پژوهش روش کار کیفی بود. تلاش بر آن بود که علل مصرف مجدد مواد توسط معتادان شهر اصفهان مشخص شود. نتایج نشان داد علل فردی، روانی و اجتماعی می‌تواند رفتار افراد در مصرف مواد در دوران درمان را تبیین کند. در ادامه برای مشخص شدن تأثیر و نوع نقش

علل فردی، روانی و اجتماعی برای مشخص شدن نقش آن‌ها بر مصرف مجدد مواد در دوران درمان به محتوای مصاحبه‌ها پرداخته شد. یافته‌ها نشان داد در علل فردی عواملی همچون نقص در نگرش نسبت به مواد، عدم کنترل تکانه، نبود مهارت جرات‌ورزی، مخفی‌کاری، آزادی بی‌قید و شرط، عدم کنترل علائم ترک، دانش و آگاهی، مسئولیت‌پذیری، دوری از معنویت، عدم وجود خودآگاهی، استرس شغلی، لذت‌گرایی، عدم پابندی به درمان، عدم تحمل تغییر، نبود اعتماد، مقایسه خود با دیگران، خودمحوری، مسائل مالی، عدم استفاده از درمان، ناآگاهی نسبت به الکل، تعصب، نداشتن مهارت حل مسئله، نداشتن مهارت کنترل خشم، سرسری گرفتن درمان، عدم تمایل به ترک، روابط جنسی، فرار از قبول واقعیت، فشار اطرافیان، شکست عاطفی، خانواده مصرف‌کننده، فرزندپروری در گرایش افراد به بازگشت مجدد مصرف مواد نقش دارند.

یافته‌های حاصل از بررسی عوامل روانی در گرایش مجدد افراد به مصرف مواد نشان داد عوامل نبود مهارت تنظیم هیجان، استرس شغلی، خودبزرگ‌بینی، افسردگی، نبود سلامت روان، اختلالات جنسی، شخصیت ضداجتماعی، نبود مهارت حل مسئله، تحریک‌پذیری، منبع کنترل، عدم کنترل هیجانات، استرس، خلق تحریک‌پذیر، عدم کنترل تکانه، نبود اعتمادبه‌نفس و عزت‌نفس، تاب‌آوری پایین، پرخاشگری، اعتمادبه‌نفس کاذب، عاطفه منفی، وابستگی روانی، وسواس فکری، ویژگی‌های شخصیتی، اجتناب تجربه‌ای، رفتار نمایشی، نبود انگیزه درمان در مصرف مجدد مواد مؤثر می‌باشند.

همچنین یافته‌ها نشان داد عواملی از قبیل تشویق دیگران، کاهش سرمایه‌های اجتماعی، تعارض با اجتماع، عدم دوست‌یابی موفق، نبود حمایت اجتماعی، رابطه با جنس مخالف، رابطه با مصرف‌کنندگان، بی‌کاری، خانواده معتاد، سرمشق‌گیری غلط، عدم وجود امنیت اجتماعی، دوستان ناباب، انزوای اجتماعی، تعارض خانوادگی، عملکرد منفی خانواده، عملکرد نامناسب شغلی، دریافت راهنمایی غلط، پرخاشگری خانوادگی، فشار اجتماعی، سوءاستفاده، مشکلات اقتصادی، طلاق والدین، ناآگاهی خانواده، درمان‌های غیرعلمی، آموزش ناکافی در بعد اجتماعی، موجب بازگشت معتادان در حال ترک به مصرف مواد می‌شوند.

بحث و نتیجه گیری

در تبیین تأثیرگذاری عوامل فردی بر گرایش به مصرف مجدد مواد در افراد در حال ترک باید بیان داشت اعتیاد بیماری پیچیده‌ای است که با ویژگی‌هایی همچون رفتارهای اجباری، وسوسه‌های مقاوم‌ناپذیر، رفتارهای جستجوگرانه مواد و مصرف مداوم آن حتی در شرایطی که پیامدهای منفی بسیاری برای فرد به همراه دارد، مشخص می‌شود. تداوم مصرف مواد در طی زمان و تأثیرات سمی طولانی‌مدت مصرف آن بر عملکرد مغز، منجر به دامنه وسیعی از بدکاری‌های رفتاری، روان‌شناختی، اجتماعی و فیزیولوژیکی شده که مانع از انجام رفتار و عملکرد طبیعی معتادان در خانواده، محیط کاری و در سطحی وسیع‌تر در جامعه می‌شود. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند افرادی که نگرش‌ها و باورهای مثبت یا خنثی به مواد مخدر دارند، احتمال مصرف و اعتیادشان بیش از کسانی است که نگرش‌های منفی دارند. این نگرش‌های مثبت معمولاً عبارتند از: کسب بزرگی و تشخیص، رفع دردهای جسمی و خستگی، کسب آرامش روانی، توانایی مصرف مواد بدون ابتلا به اعتیاد. از طرف دیگر رفتارهای تکانشی که گاه با عنوان رفتارهای مخاطره‌آمیز نیز خوانده می‌شوند، طیف وسیعی از اعمالی را شامل می‌شوند که روی آن‌ها تفکر کمی صورت گرفته، به صورت نابالغ با وقوع آنی، بدون توانایی در انجام تمرکز بر یک تکلیف خاص، در غیاب یک برنامه‌ریزی مناسب، رخ می‌دهند و از ریسک و خطرپذیری بالایی برخوردار هستند (واکسمن^۱، ۲۰۱۱). امروزه تکانش‌گری به صورت یک بعد شناختی، مفهوم‌پردازی می‌شود به این معنا که تکانش‌گری، با عدم بازداری شناختی و روند تصمیم‌گیری کند و ناقص در افراد همراه می‌باشد (حدادی، رستمی، رحیمی‌نژاد، و اکبری زردخانه، ۱۳۸۸). در واقع مشخص شده است که تکانش‌گری یکی از وجوه مشخصه‌های انواع اعتیاد است (میرث، پالسن، مولد، جانسون، و لورویک^۲، ۲۰۰۹). عده‌ای از افراد در تمامی موقعیت‌ها به صورت تکانش‌گری عمل می‌کنند (وابسته به صفت)؛ درحالی‌که عده‌ای دیگر در موقعیت‌های به خصوص به این شیوه عمل می‌نمایند همانند مواجه‌شدن با نشانه‌های

1. Waxman

2. Myrseth, Pallesen, Molde, Johnsen, & Lorvik

ایجادکننده ولع مصرف (وابسته به موقعیت) (دوقرتی، ماتیاس، مارش، مولر، و اسوان^۱، ۲۰۰۴). از این رو می‌توان بیان نمود تکانش‌گری موجب افزایش ولع مصرف و در نتیجه بازگشت مصرف مجدد مواد می‌شود.

همچنین می‌توان بیان نمود هرچند کشف تمامی علل و عوامل و مؤلفه‌های رفتارهای پرخطر مشکل است، اما دستیابی به تعدادی از عوامل و متغیرهای تأثیرگذار در این رفتارها به‌ویژه گرایش به سوءمصرف مجدد مواد قدرت پیش‌بینی را تسهیل می‌کند و متصدیان را در جهت پیشگیری اولیه و تدوین برنامه‌ها و مداخلات آموزشی برای افراد در معرض خطر یاری می‌دهد. عوامل درونی که افراد را مستعد یا آسیب‌پذیر می‌کند، می‌بایست به جنبه‌های فردی توجه کرد. از بین این عوامل می‌توان به اطلاعات دقیق و درست فرد درباره مزایا و معایب سوءمصرف مواد اشاره کرد. در واقع اشخاصی که از پیامدهای منفی مواد آگاهی دارند، در مقایسه با اشخاصی که چنین اطلاعاتی ندارند کمتر احتمال دارد که به مصرف مجدد مواد روی بیاورند. علاوه بر این هنجارهای انتزاعی یا نرم‌های ذهنی نقش مهمی در گرایش مجدد فرد به مواد مخدر دارد که می‌تواند تحت تأثیر فشار اجتماعی درک شده از طرف همسالان و اطرافیان بوده و شدت آن به انگیزه فرد برای برآوردن انتظارات دیگران بستگی دارد. در همین راستا سازمان جهانی بهداشت آموزش را یکی از اساسی‌ترین اقدامات در پیشگیری و درمان مبتلایان به آسیب‌های اجتماعی می‌داند. چرا که آموزش باعث تغییر پایدار در نگرش و عملکرد افراد و در نهایت تغییر در نحوه زندگی آن‌ها خواهد شد (مک‌میلان و کونر^۲، ۲۰۰۳). همچنین مطالعات زیادی نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های زندگی مانند مهارت جرات‌ورزی، کنترل خشم و پرخاش‌گری و مهارت حل مسئله بر پیشگیری از سوءمصرف مواد اثرات رضایت‌بخشی داشته است. در بین مهارت‌های زندگی، قاطعیت (جرات‌ورزی) به معنی دفاع از حقوق خود و بیان افکار و احساسات به شیوه مستقیم، صادقانه و مناسب است. افراد قاطع برای خود و دیگران احترام قائل‌اند، منفعل نیستند و اجازه نمی‌دهند دیگران از آن‌ها سوءاستفاده نمایند. از

1. Dougherty, Mathias, Marsh, Moeller, & Swann,

2. McMillan, & Conner

طرف دیگر به خواسته‌ها و نیازهای دیگران احترام می‌گذارند و به شیوه‌ای مدبرانه با آن‌ها ارتباط برقرار می‌نمایند. افرادی که قاطع نیستند، ممکن است منفعل (دارای قاطعیت کم) یا تهاجمی (دارای رفتار پرخاشگرانه) باشند. افراد منفعل، به دیگران اجازه می‌دهند تا به حقوق‌شان تجاوز نمایند و همواره نگران مورد پذیرش واقع شدن توسط دیگران هستند. افراد تهاجمی نیز هرچند حقوق خود را حفظ می‌کنند، اما حقوق دیگران را ضایع می‌نمایند (کلینک^۱، ۲۰۰۵). از این رو بیشتر تحت تأثیر رفتار دیگران قرار گرفته و مجدداً به دام اعتیاد گرفتار می‌شوند.

از طرف دیگر مطالعات مختلف مواردی از قبیل ترغیب دوستان و هم‌نوایی با آنان، اختلال در فرایند جامعه‌پذیری، ضعف کنترل و نظارت‌های رسمی و غیررسمی، اعتیاد سایر اعضای خانواده، رهایی از فشارهای اجتماعی، جهان‌بینی مصرف‌کننده مواد نسبت به مواد مخدر و زندگی، ضعف در قدرت ابراز وجود و تصمیم‌گیری، حس کنجکاوی و بی‌اطلاعی از عوارض سوء مصرف مواد، اعتماد به نفس پایین، ضعف در خودکنترلی و اندوه از شکست، وجود نگرش‌های مثبت، نسبت به مصرف مواد را در پیش‌بینی مصرف مواد مؤثر دانسته‌اند (جلیلیان و همکاران، ۱۳۹۲). بنابراین افزایش روزافزون اعتیاد به عنوان یکی از مهم‌ترین مشکلات جامعه امروزی را می‌توان در روابط فرد با خانواده جستجو کرد. از این رو می‌توان بیان نمود هرگاه الگوهای رفتاری خانواده برای رسیدن به اهداف سودمند باشد عملکرد خانواده کارآمد و در غیر این صورت ناکارآمد است و منجر به گرایش فرد به مصرف مجدد مواد می‌شود.

مذهب راهنمایی‌ها یا قواعد خاص اخلاقی را به منظور کنترل خویشتن و عفت (مانند امتناع از مصرف مواد) در اختیار فرد قرار می‌دهد. علاوه بر این، مذهب به تسهیل تجربه معنوی نیز کمک می‌کند. تجربه معنوی می‌تواند تعهدات اخلاقی را تحکیم بخشد که این نیز به نوبه خود مانع از مصرف مواد می‌شود. همچنین، با استناد به دستورات مذهبی می‌توان قوانینی وضع کرد که مصرف مواد را ممنوع اعلام کند (اسمیت^۲، ۲۰۰۳). مذهب می‌تواند از طریق مهارت‌ها و دانش‌هایی که فرد در طی زندگی خود کسب می‌کند از مصرف مواد

پیشگیری کند. به عنوان مثال، مذهب می تواند یک سیستم معنایی شامل هدف دار بودن زندگی، و احساس خود ارزشمندی مثبت را ایجاد کند. این سیستم معنایی می تواند مانع از خطرپذیری و رفتار هیجان خواهی شود، که این نیز می تواند منجر به احتمال کاهش مصرف مجدد مواد توسط فرد دارای سابقه سوء مصرف مواد شود. شرکت در فعالیت ها و گروه های مذهبی می تواند به عنوان یک مهارت مقابله ای در برابر تنش گری های زندگی که فرد را وادار به استفاده از مواد می کند، عمل کند (اسمیت، ۲۰۰۳). می توان این گونه بیان کرد که فرد معنوی معنایی که به خود و جهان اطرافش می دهد توأم با احساس ارزشمندی و هدفمندی است. بنابراین، احتمال کمتری وجود دارد که پس از یک دوره ترک موفق و دریافت بهبودی، به اقداماتی نظیر مصرف مواد دست زند که به احساس ارزشمند بودنش آسیب رساند یا آن که مانع از رسیدن به اهدافش شود. به عبارت دیگر، مذهب به واسطه نقش مقابله ای در برابر فشارهای روانی می تواند وابستگی یا سوء مصرف مواد را پیشگیری کند. چرا که باورهای شناختی افراد متدین نظیر اعتقاد به این که خداوند در سختی ها به انسان کمک می کند، اعتقاد به این که خداوند انسان را آزاد آفریده و او را مسئول رفتار خودش قرار داده است؛ یا احساس اطمینان و آرامش از طریق نیایش، بر واکنش فرد متدین در مقابله با فشار روانی تأثیر می گذارد.

در تبیین تأثیر گذاری عوامل روانی می توان بیان داشت تنظیم هیجانی یک انگیزه اساسی برای مصرف مواد است. در واقع مصرف کنندگان مواد اغلب، مصرف خود را به مسکن بودن مواد نسبت می دهند (ابوالقاسمی، اله قلی لو، نریمانی، و زاهد، ۱۳۹۰). همچنین، گزارش شده است که مصرف مواد زمانی بیشتر می شود که افراد عصبانی، غمگین یا پریشان می شوند. به عبارت دیگر، مصرف مواد، یکی از سازو کارهای مقابله ای هیجان مدار است (کاسل^۱، ۲۰۱۰). از این رو مصرف مجدد مواد می تواند تحت تأثیر راهبردهای تنظیم هیجانی افراد قرار گیرد. به عبارت دیگر از آنجایی که مصرف کنندگان مواد، هیجان منفی و بی قراری را غیر قابل تحمل و مستأصل کننده توصیف می کنند و نمی توانند این حالات

هیجانی را بدون اتکا به مواد مدیریت کنند، از خواص جسمانی و روان‌شناختی مواد برای دستیابی به ثبات هیجانی استفاده می‌کنند.

همچنین از دیدگاه روان‌شناختی افراد سوء‌مصرف‌کننده مواد یک ویژگی شخصیتی آسیب‌پذیر دارند (بوید^۱، ۲۰۱۴). خصوصیات روانی - شخصیتی معتادان به مواد مخدر صرفاً ناشی از مواد مخدر نیست بلکه معتادان، قبل از اعتیاد دارای نارسایی‌های روانی و شخصیتی عدیده‌ای بوده‌اند که بعد از اعتیاد به صورت مخرب‌تری ظاهر و تشدید شده، لذا مشکل معتاد تنها مواد مخدر نیست. بلکه در اصل رابطه متقابل شخصیت او و اعتیاد مطرح است (حجتی، آلوستانی، آخوندزاده، حیدری، و شریف‌نیا، ۱۳۸۹). از طرف دیگر در بین معتادین، اختلالات خلقی و اضطراب، افسردگی اساسی و اختلال اضطراب منتشر شایع می‌باشد. شخصیت مرزی، خودشیفته و ضداجتماعی و وضعیت‌های روانی مثل سطح تحمل پائین، ناامیدی، رفتارهای ضداجتماعی، احساس حقارت، وابستگی و اضطراب‌های شدید در بین معتادین رواج دارد؛ گرایش به اعتیاد، مشکلات اجتماعی و روان‌شناختی فرد را افزایش می‌دهد (معلمی، رقیبی، و سالاری درگی، ۱۳۸۹). بنابراین متغیرهایی مانند اختلالات شخصیتی و نبود بهداشت روان می‌تواند منجر به افزایش بازگشت مجدد افراد به مصرف مواد شوند. به عبارت دیگر اعتیاد به‌طور مستقیم با سلامت روان مرتبط بوده و رابطه‌ی دوسویه میان اعتیاد و کاهش سلامت روان برقرار است.

از طرف دیگر یافته‌های پژوهش نشان داد افراد در حال ترک یکی از علل اصلی مصرف مجدد مواد را اختلالات جنسی بیان می‌کنند. یکی از اثرات مواد مخدر این است که انزال را به تأخیر می‌اندازد که احتمالاً به دلیل خاصیت مهارکنندگی اوپوئیدها بر لوکوس سرولوتوس در ساقه مغز و کاهش رها شدن نوراپی نفرین می‌باشد. به‌طوری‌که در ابتدای مصرف مواد مخدر تأخیر انزال باعث طولانی شدن زمان مقاربت می‌شود. نداشتن اطلاعات صحیح از چرخه فعالیت جنسی زن و مرد و عدم آمیزش صحیح باعث نارضایتی زوجین از رابطه جنسی می‌شود و متأسفانه کمتر پیش می‌آید که زوجین برای مشاوره مسائل جنسی به افراد متخصص در این زمینه مراجعه کنند. در مواردی با مشاوره با افراد ناآگاه نیز

مصرف تریاک را راه حل این مشکل می دانند؛ بنابراین مرد شروع به مصرف تریاک می کند و با این کار انزال خود را به تأخیر می اندازد و به گونه ای غیرسالم از رابطه جنسی رضایت پیدا می کند. غافل از این که خیلی زود این سوء مصرف که در ابتدا فقط محدود به زمان رابطه جنسی است به سرعت به زمان های دیگر نیز سرایت می نماید و به تدریج وابستگی به مواد مخدر پیش می آید و در درازمدت باعث کاهش میل جنسی و حتی ناتوانی جنسی می شود. پس از ترک اعتیاد نیز مشکلات جنسی ممکن است عود نماید به طوری که فردی که مدت ها معتاد بوده و انزال دیررس داشته است، پس از ترک اعتیاد دچار انزال زودرس می شود (شفیعی و ترقی خواه، ۱۳۸۴)؛ بنابراین این افراد برای کم کردن مشکلات جنسی خود مصرف مواد را از سر می گیرند.

از این رو با توجه به مطالب گفته شده می توان بیان نمود عوامل روان شناختی فوق نقش اساسی در بازگشت معتادان در حال ترک به مصرف مواد ایفا می کنند. به طور کلی مواد مخدر به دو صورت جسمی و روانی روی افراد تأثیر می گذارند. در بعد روانی اثر خود را هم از طریق خلق فرد و هم از طریق مسائل رفتاری و ارتباطی نشان می دهد. به این شکل که مصرف مواد در کوتاه مدت با برداشتن مهارهای روانی، به فرد حس اعتماد به نفس داده و این تصور ایجاد می شود که در اثر مصرف این مواد بهداشت روانی افزایش یافته، ولی در درازمدت موجب کاهش سلامت روان فرد و افزایش مشکلات روانی و وابستگی فرد به آن ماده می شود.

در تبیین علل اجتماعی مصرف مجدد مواد نیز می توان بیان نمود بررسی علل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، سیاسی و طبی اعتیاد و عوامل مؤثر بر رویکرد اقشار مختلف به مواد مخدر یکی از موضوعات مهم پزشکی اجتماعی می باشد و اطلاعات ضروری را برای تصمیم گیری های طبی و اجتماعی در مورد این قشر عظیم فراهم خواهد آورد. از دیدگاه معتادان، معاشرت با دوستان معتاد و منحرف به عنوان مهم ترین عامل بین فردی مرتبط با بازگشت به اعتیاد توصیف شده است. باین حال عوامل شغلی همچون بیکاری، عوامل اقتصادی مانند فقر و عوامل خانوادگی همچون برخورد نامناسب اعضای خانواده از دیگر عوامل بازگشت معتادان محسوب می شوند (طراحی و همکاران، ۱۳۹۲). این در حالی

است که در بازگشت مجدد، افراد مجرد و افراد دارای تحصیلات پایین و سیگاری بیش از دیگران در معرض عود هستند (شاطریان، منتی، کسانی، و منتی، ۱۳۹۳).

مهم‌ترین عامل درزمینه‌ی «عوامل بین فردی» معاشرت با دوستان معتاد و منحرف بیان شده است. یافته‌های حاضر را مطالعات فراوانی تأیید می‌کنند. در تحقیقی که توسط موسی‌نژاد انجام شد، مشخص شد که، ۷۸ درصد معتادان دارای دوستان معتاد بوده‌اند. این امر از اهمیت زیادی برخوردار است چراکه بر اساس تئوری ساترلند، دوستان معتاد و منحرف از عوامل مهم انحراف افراد می‌باشند (امینی، امینی، افشار مقدو و آذر، ۱۳۸۲).

لوینسون^۱ (۲۰۰۵) بعد از بررسی منابع مختلف یکی از علل گرایش مجدد به اعتیاد را متغیرهای محیطی و بین فردی معرفی کرد و عواملی مانند از دست دادن موقعیت اجتماعی و خانوادگی، فشارهای اجتماعی برای استفاده از مواد (مانند زندگی کردن با یک سوء‌مصرف کننده‌ی دارو، وارد شدن در اماکنی که محل تجمع معتادان می‌باشد) و عدم وجود علاقه به تفریحات سالم را از عوامل مهم سوق‌دهنده‌ی فرد به اعتیاد مجدد بعد از اقدام قبلی برای قطع مصرف بیان کردند.

اکثر مددجویان مهم‌ترین عامل شغلی مرتبط با اعتیاد مجدد را فشارهای شغلی و اقتصادی ذکر کرده‌اند. همان‌طور که مطرح شد یکی از علل مهم و شناخته‌شده‌ی عود اعتیاد بیکاری است. بیکاری در واقع به‌عنوان یک پدیده‌ی اجتماعی زمینه‌ی مساعدی برای انحرافات به‌ویژه اعتیاد می‌باشد. بیکاری و عدم اشتغال نه تنها از طریق عدم تأمین زندگی اقتصادی و رفاه مادی و معنوی برای اعضای خانواده، بلکه از طریق اختلال در استحکام شخصیتی، ثبات اخلاقی، مناعت طبع، امید به آینده و اقتدار فرد منجر به انحرافات مختلف از قبیل اعتیاد می‌شود. پژوهش‌های مختلف نشانگر این واقعیت است که میان بیکاری و ابتلای به اعتیاد همبستگی وجود دارد و در میان بیکاران احتمال معتاد شدن بیشتر از افراد شاغل می‌باشد (هنکل^۲، ۲۰۱۱).

در عوامل اقتصادی نیز مهم‌ترین عامل عود اعتیاد از دیدگاه معتادان، «فقر» عنوان شده است. فقر به‌عنوان عامل مهم به وجود آورنده‌ی انحرافات در جامعه مطرح است. پدیده‌ی

فقر به اشکال مختلف مادی و غیرمادی (فرهنگی و آموزشی) پدیدار می‌شود. به‌طور عینی بروز انحرافات در طبقات ضعیف‌تر بیشتر است. درزمینه‌ی اعتیاد نیز متأسفانه بیشترین معتادان هر جامعه را افراد فقیر تشکیل می‌دهند. دلیل این امر، می‌تواند وجود محرومیت‌های ناشی از فقر و توجه تولیدکنندگان و قاچاقچیان مواد مخدر به این دسته از افراد به‌عنوان عاملین توزیع باشد، چراکه تعداد آن‌ها نسبت به سایر طبقات اقتصادی اجتماعی بیشتر است (صدیق سروسنایی، ۱۳۸۶).

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد حمایت اجتماعی نیز ازجمله عوامل مؤثر در پیشگیری از بازگشت است. بر اساس دیدگاه سارینو (۱۳۹۱) برای تبیین و توضیح چگونگی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی و مقاومت افراد در مواقع فشارزا، دو مدل نظری مطرح شده است. مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی که مطابق این مدل نظری، برخورداری از حمایت اجتماعی برای سلامتی مفید است. حمایت اجتماعی، صرف‌نظر از این‌که فرد تحت تأثیر استرس و فشارهای روانی باشد یا نه، باعث می‌شود فرد از تجارب منفی زندگی پرهیز کند. این امر، تأثیرات سودمندی بر سلامتی دارد. تأثیر سودمند حمایت اجتماعی برای سلامتی افراد، تحت شرایط و موقعیت‌های پرتنش یا آرام و کم استرس، یکسان و مشابه است (ریاحی، ۱۳۸۹). بر اساس این مدل افرادی که از حمایت اجتماعی خانواده و دوستان برخوردار هستند به دلیل سازوکارهای مثبتی که حمایت اجتماعی در سلامتی آن‌ها ایفا می‌کند کمتر تحت تأثیر شرایط منفی زندگی قرار می‌گیرند. از آنجایی که بیشتر وقت خود را با خانواده و دوستان می‌گذرانند کمتر با زندگی روزمره و تکراری مواجه می‌شوند و از مصرف مواد برای فائق آمدن بر این روزمرگی استفاده می‌کنند. از طرف دیگر حمایت اجتماعی برای افراد دارای سابقه سوءمصرف مواد باعث می‌شود که برای پذیرفته شدن در این جمع‌ها انگیزه بیشتری به ترک موفق مواد خود داشته باشند و کمتر به سراغ مصرف مجدد مواد روند؛ البته به شرط این‌که از طرف این افراد تحریک به مصرف مواد نشوند.

مدل تأثیر غیرمستقیم یا فرضیه ضربه‌گیر که بر اساس این مدل، حمایت اجتماعی صرفاً برای افرادی مفید و مؤثر است که تحت فشار روانی و استرس قرار دارند. در این حال،

حمایت اجتماعی همانند سپری در مقابل ضربات ناشی از استرس، عمل کرده و نقش مدل ضربه گیر «تعديل کننده آثار منفی حوادث استرس‌زا» را بازی می‌کند. به تعبیر دیگر، حمایت اجتماعی عمدتاً هنگامی که میزان استرس زیاد است بر سلامت روانی تأثیر می‌گذارد (قدسی، ۱۳۸۲). این کارکرد حفاظتی حمایت اجتماعی، تنها زمانی رخ می‌دهد که فرد با عامل تنش‌های قوی روبه‌رو می‌شود (علی‌پور، ۱۳۸۵). در موقعیت‌های کم استرس، اثر ضربه‌گیری حمایت اجتماعی یا بسیار کم است یا اصلاً عمل نمی‌کند. در این مدل حمایت اجتماعی افراد دارای بهبودی زمانی که دچار تنش‌های مصرف مواد می‌شوند، به جای مصرف مجدد مواد به آغوش خانواده و یا دوستان حمایت‌کننده برمی‌گردند که می‌تواند این تنش‌ها را در آن‌ها خنثی کرده و مانع از مصرف مجدد مواد توسط آن‌ها و بازگشت علائم اعتیاد شود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بررسی تجارب افراد در حال درمان بود، لیکن عدم استفاده از اطلاعات افراد دیگر در مورد دلایل مصرف مجدد مواد همانند خانواده و راهنمایان از جمله محدودیت‌های مهم پژوهش حاضر بود. همچنین محدودیت دیگر پژوهش محدود کردن نمونه پژوهش حاضر به معتادان و بهبودیافتگان روش درمانی NA و عدم استفاده از مراجعان درمان‌های دیگر از قبیل کنگره شصت و موسسه سروج از جمله محدودیت‌های پژوهش است که تعمیم‌یافته‌ها به سایر اعضای جامعه را با محدودیت روبرو می‌کند. پیشنهاد می‌شود درمان‌گران افراد در معرض خطر را شناسایی و با تهیه برنامه‌های فوق‌العاده از میزان بازگشت مجدد این افراد به مصرف مواد جلوگیری نمایند. سازمان‌های متولی نیز شرایطی را فراهم آورند تا افراد در حال ترک بتوانند برای برطرف کردن موانع موجود بر سر درمان موفقیت‌آمیز خود، حمایت‌های اجتماعی بیشتری دریافت نمایند.

منابع

ابوالقاسمی، عباس؛ اله‌قلی‌لو، کلثوم؛ نریمانی، محمد و زاهد، عادل (۱۳۹۰). راهبردهای تنظیم هیجان در سوءمصرف کنندگان مواد دارای واکنش‌پذیری بالا و پایین. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۲۰ (۷۷)، ۲۲-۱۵.

امینی، کورش؛ امینی، داریوش؛ افشار مقدم، 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 دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۱۱(۴۵)، ۴۷-۴۱.

سید فاطمی، نعیمه (۱۳۹۲). تبیین فرایند عود در مصرف کنندگان مواد مخدر و ارائه مدل پیشگیری. رساله دکتری تخصصی پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران. جلیلیان، فرزاد؛ میرزایی علویجه، مهدی؛ آمونی، محمدرضا؛ زینت مطلق، فاضل؛ حاتم‌زاده، ناصر و الهوردی پور، حمید (۱۳۹۲). بررسی میزان شیوع و الگوی سوء مصرف مواد در زندانیان شهر کرمانشاه. *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، ۱(۲)، ۵۰-۴۱.

حجتی، حمید؛ آل‌وستانی، سودابه؛ آخوندزاده، گل‌بهار؛ حیدری، بهروز و شریف‌نیا، سید حمید (۱۳۸۹). بررسی بهداشت روانی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در معتادین. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۸(۳)، ۲۱۴-۲۰۷.

حدادی، روح ...؛ رستمی، رضا؛ رحیمی‌نژاد، عباس؛ اکبری زردخانه، سعید (۱۳۸۸). اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری کنترل تکانه بر کاهش تکانشگری، ولع مصرف و شدت اعتیاد در معتادان مصرف کننده کراک. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۳(۱۰)، ۵۲-۲۹.

ریاحی، م. (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان. *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۱۰(۳۹): ۸۵-۱۲۱.

زاهد، عادل؛ الله قلیلو، کلثوم؛ ابوالقاسمی، عباس و نریمانی، محمد (۱۳۸۹). ارتباط بین راهبردهای تنظیم هیجان و رفتار بین فردی در سوء مصرف کنندگان مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۳(۱۱)، ۹۹-۱۱۳.

سارافینو، ا. (۱۳۹۱). *روان‌شناسی سلامت*. ترجمه میرزایی، الهه و همکاران. چاپ ششم، تهران: انتشارات رشد.

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 علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۲(۶)، ۱۷۳-۱۶۵.

شفیعی، نعمت اله و ترقی‌خواه، مریم (۱۳۸۴). *مشکلات جنسی و رابطه آن با اعتیاد به مواد مخدر*. دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی، تهران، دانشگاه شاهد، کلینک سلامت خانواده.

- صدیق سروسستانی، رحمت‌اله (۱۳۸۶). *آسیب‌شناسی اجتماعی*. تهران: انتشارات سمت.
- طراحی، محمدجواد؛ انصاری، حسین؛ حیدری، کاظم؛ شرهانی، اسعد؛ اکرمی، رحیم و هلاکویی‌نائینی، کورش (۱۳۹۲). بررسی دیدگاه کارشناسان ترک اعتیاد و معتادان خودمعرف مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر خرم‌آباد در مورد عوامل مرتبط با عود اعتیاد سال ۱۳۸۹. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۲(۴)، ۳۰۸-۲۹۹.
- علیپور، الف. (۱۳۸۵). ارتباط حمایت اجتماعی با شاخص‌های ایمنی بدن در افراد سالم؛ بررسی مدل تأثیر کلی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران؛ اندیشه و رفتار*، ۱۲(۲): ۱۳۴-۱۳۹.
- قدسی، ع م (۱۳۸۲). *بررسی جامعه‌شناختی رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی*. پایان‌نامه دکتری رشته جامعه‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
- معلمی، صدیقه؛ رقیبی، مهوش و سالاری درگی، زهره (۱۳۸۹). مقایسه هوش معنوی و سلامت روان در افراد معتاد و غیر معتاد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۸(۳)، ۲۴۲-۲۳۴.
- میرزایی علویجه، مهدی؛ نصیرزاده، مصطفی؛ اسلامی، احمدعلی؛ شریفی‌راد، غلامرضا و حسن‌زاده، اکبر (۱۳۹۲). تأثیر عملکرد خانواده در وابستگی جوانان به مواد مخدر صنعتی. *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران*، ۱(۲)، ۳۰-۱۹.
- هالچین، ر پ؛ ویتبورن، س. ک. (۱۳۹۴). *آسیب‌شناسی روانی*. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر روان.

References

- Boyd, M. A. (2014). *Psychiatric nursing: Contemporary practice*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Chie, Q. T., Tam, C. L., Bonn, G., Wong, C. P., Dang, H. M., & Khairuddin, R. J. F. i. p. (2015). *Drug abuse, relapse, and prevention education in Malaysia: perspective of university students through a mixed methods approach*. 6, 65 .
- Dougherty, D. M., Mathias, Ch. W., Marsh, D. M. Moeller, F. G., & Swann, A. C. (2004). Suicidal behaviors and drug abuse: Impulsivity and its assessment. *Drug and Alcohol Dependence*. 76S S93-S105
- Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6(1), 17-23.
- Henkel, D. J. C. d. a. r. (2011). Unemployment and substance use: *a review of the literature (1990-2010)*. 4(1), 4-27 .
- Kassel, J. D. (2010). *Substance abuse and emotion*. American Psychological Association.

- Klinke CH. (2005). *Life skills: Coping with anxiety, depression, loneliness, shyness, failure*. Tehran: Sepand Honar.
- Lewis, J. A., Dana, R. Q., & Blevins, G. A. (2014). *Substance abuse counseling*. Cengage Learning.
- Lowinson, J. H. (2005). *Substance abuse: A comprehensive textbook*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A., Larimer, M. E., & Witkiewitz, K. (2011). *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. Guilford Press.
- McMillan, B., & Conner, M. (2003). Applying an Extended Version of the Theory of Planned Behavior to Illicit Drug Use among Students. *Journal of Applied Social Psychology*, 33(8), 1662-1683.
- Myrseth, H., Pallesen, S. A., Molde, H., Johnsen, B. H., Lorvik, I. M., (2009). Personality factors as predictors of pathological gambling. *Personality and Individual Differences* 47, 933-937.
- Shepard, D. S., Daley, M. C., Neuman, M. J., Blaakman, A. P., & McKay, J. R. (2016). Telephone-based continuing care counseling in substance abuse treatment: economic analysis of a randomized trial. *Drug & Alcohol Dependence*, 159, 109-116 .
- Smith, C. (2003). Theorizing religious effects among American adolescents. *Journal for the Scientific Study of Religion*; 42, 17-30.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Ward, E. (2013). *Evaluating alcohol and drug abuse treatment effectiveness*. Recent advances: Elsevier.
- Sorensen, J. L., Haug, N. A., Gruber, V. A., & Song, Y. S. (2005). *Relapse prevention for opioid dependence. Relapse prevention strategies in the treatment of addictive behaviors (2nd ed)*. New York, NY: Guilford, PP. 151-178.
- Waxman, S. E. (2011). A Systematic Review of Impulsivity in Eating Disorders. *Impulsivity in Eating Disorders, Review*, 17, 408-425.
- 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.