

مصرف مواد مخدر و بهداشت روانی، فردی - خانوادگی

محمد کاری علیدش*^۱، پروین شاهین^۲، اسماعیل حقی کلخوران^۳

^۱دبیر کانون هلال احمر دانشگاه آزاد اسلامی واحد سرعین، سرعین، ایران (نویسنده مسئول)

^۲رئیس خانه جمعیت هلال احمر شهرستان سرعین، سرعین، ایران.

^۳مسؤل امور جوانان جمعیت هلال احمر شهرستان سرعین، سرعین، ایران.

چکیده

اعتیاد به مواد مخدر از جمله مصایب و معضلاتی است که سلامت میلیون ها انسان در سراسر جهان و به همان نسبت در کشور ما را به شدت تهدید می کند. بدان سبب این پدیده به نام بلای هستی سوز به خود گرفته که ویرانگری های حاصل از آن زمینه سقوط بسیاری از ارزش ها و معیارهای انسانی و اخلاقی گردیده و سلامت جامعه را به خطر می اندازد. گرایش به مواد مخدر از آن دسته آسیب هایی است که انسان را نسبت به معنویت و فرهنگ اجتماعی بیگانه می سازد و موجبات انحطاط و فروپاشی زندگی فردی و حیات جامعه را فراهم می آورد. سوء مصرف مواد یکی از معضلات بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی جهان امروز است که تاثیر مستقیمی بر سلامتی روانی و فردی و حتی اجتماعی دارد. برخی از پژوهشگران معتقدند کسانی که به سوی مصرف مواد روی می آورند، مواد مخدر را به عنوان راهی برای تسکین اضطراب و خشم یا افسردگی مصرف می کنند. براین اساس مطالعه حاضر به هدف مصرف مواد مخدر و بهداشت روانی، فردی - خانوادگی صورت گرفت. در مجموع براساس نتایج مطالعاتی مصرف مواد مخدر زمینه ساز بسیاری از مشکلات روانشناختی، فردی و خانوادگی است. بعلاوه روابط این عوامل دوطرف است. به طوری که وجود برخی از پارامترهای روانی، فردی - خانوادگی و اجتماعی نیز می تواند زمینه ساز گرایش به مصرف مواد باشد.

واژه های کلیدی: مواد مخدر، بهداشت روانی، بهداشت فردی، عوامل خانوادگی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

وابستگی^۱ و سوء مصرف^۲ مواد بعنوان اختلالات مزمن و عود کننده با تأثیرات و پیش آیندهای زیستی و فرهنگی، روانی، اجتماعی، رفتاری و معنوی در نظر گرفته می‌شود (آسایش و همکاران، ۱۳۸۹). مسئله مصرف مواد مخدر همواره یکی از عوامل صدمه زنده به بهداشت فردی، روانی و کانون خانوادگی بوده است. در خصوص بهداشت روانی موجب پیدایش آشفتگی های روانشناختی و سایر مشکلات روانی- اجتماعی می‌گردد. همچنین در خصوص مسائل خانوادگی سرپرست معتاد به واسطهٔ اعتیاد قادر به ایفای نقش خود به عنوان همسر و پدر در خانواده نیست و اهمیت نقش زن در خانواده های سرپرست معتاد دو چندان می‌گردد، که این عامل زمینه ساز افزایش مشکلات این زنان مانند آشفتگی هیجانی، عدم تحمل بلا تکلیفی و در نهایت گرایش به طلاق و جدایی را رقم می‌زند (رجبی و همکاران، ۱۳۹۶). آشفتگی ممکن است در نتیجه فرایندهای فیزیکی و شناختی به وجود آید، اما به صورت حالت هیجانی بروز می‌کند و اغلب با تمایل به عمل برای رهایی از تجربه هیجانی مشخص می‌شود. بررسی‌های اخیر به رابطه پیچیده بین آشفتگی هیجانی با تنیدگی های روانی- اجتماعی افراد نیز اشاره کرده‌اند. که وجود این تنیدگی های می‌تواند زمینه ساز بروز مشکلات زیادی در حیطه کارکردهای روانی، فردی، اجتماعی و غیره را به همراه داشته و به نوبه خود می‌تواند زمینه ساز افزایش تعارضات زناشویی و در افزایش میل طلاق در آنان شود. با توجه به آنچه بیان شد در این پژوهش برآنیم که به مصرف مواد مخدر و بهداشت روانی، فردی و خانوادگی مرتبط با آن بپردازیم.

مواد مخدر

مصرف مواد امروزه بیش از هر زمان دیگر سلامت خانواده‌ها و جوامع را تهدید نموده و با سرعت زیادی در حال گسترش است. آثار شوم اعتیاد مانند از هم پاشیدگی خانواده‌ها، ارتکاب انواع جرائمی چون قاچاق مواد مخدر، ضرب و جرح و سرقت توسط معتادان و سایر انواع مشکلات فردی و اجتماعی که ایجاد همواره نگرانی‌های زیادی برای خانواده‌ها، مسولان و ... ایجاد نموده است. اعتیاد به مواد مخدر اصطلاحی نامطلوب و هراس انگیز است که همه ساله هزاران قربانی از مردم می‌گیرد. صدها هزار میلیارد دلار هزینه بر آن تحمیل می‌کند و خسارات عظیم غیر قابل اندازه‌گیری به افراد، خانواده‌ها و کل جامعه وارد می‌آورد. اعتیاد به مصرف مکرر و زیاد یک ماده که محرومیت از آن موجب علایم ناراحتی و میل شدید به مصرف دوباره می‌شود و همچنین منجر به تباهی جسمی و روانی می‌گردد گفته می‌شود. این اصطلاح دیگر در نامگذاری رسمی استفاده نمی‌شود و به جای آن از واژه وابستگی استفاده می‌شود اما در گفتگوهای روزمره کاربرد دارد (نریمانی و صادقیه، ۱۳۸۳).

۱- تاریخچه

مصرف مواد و داروها در طول زمان تعاریف و استفاده‌های مختلفی داشته‌اند. یکی از جنبه‌هایی که موجب ایجاد نابهنجاری مواد می‌شود. مفهوم وابستگی می‌باشد که در دو جنبه‌ی کلی وابستگی جسمی و وابستگی رفتاری تعریف می‌شوند. مطابق با DSM-IV-TR^۳ ملاک‌هایی تعیین شده‌اند که وضعیت فروکش کامل یا نسبی نشانه‌ها را مشخص می‌کنند. هر کدام از مواد مشخصات و تاریخچه مخصوص به خود دارند. مواد افیونی یا اپیوئیدها هزاران سال سابقه مصرف داشته‌اند. کوکائین در امریکای جنوبی شناخته شده بوده و برگهای گیاه کوکا مورد استفاده قرار می‌گرفته‌اند. تولید شربت و ماده‌ی خشک در سده‌های اخیر از انواع مواد صورت گرفت. نخستین بار در سال ۱۸۰۶ مورفین و در سال ۱۸۳۲ کدیین از تریاک جدا شدند و بتدریج در قرن بیستم جایگزین تریاک خام شدند. کوکائین نیز از بوته‌ی اریتروکسیلون کوکا^۴ استخراج می‌شود که نخستین بار در سال ۱۸۶۰ الکالوئید کوکائین تولید شده و در سال ۱۸۸۰ به عنوان بی حس کننده‌ی موضعی مورد استفاده قرار گرفت. زیگموند فروید در ۱۸۸۴ در مورد اثرات فارماکولوژیکی کوکائین تحقیق کرد و به گفته‌ی زندگینامه نویسان مدتی به این دارو وابستگی پیدا کرد. کوکائین در سال ۱۹۱۴ در ردیف هرویین و مورفین قرار گرفت اما پیش از آن برای درمان بسیاری از بیماریها مورد استفاده قرار می‌گرفت. اما آمفتامین‌ها تاریخچه‌ی مصرف جالب‌تری دارند. با تولید صنعتی آمفتامین‌ها به نظر می‌رسد انسان کیمیایی

^۱ Dependence

^۲ Substances Abuse

^۳ Diagnostic And Statistical Of Manual Of Mental Disorders- Iv Three Edition

^۴ Erythroxyton Coca

جوانی را پیدا کرده است. مصرف آمفتامین انرژی و خلق بالا، بی‌خوابی و فقدان خستگی و تحرک را در سنن مختلف موجب شد. از آمفتامین‌ها در جنگ جهانی دوم استقبال وسیعی شد و سربازان به کمک آن سرشار از انرژی می‌شدند. گاهی به قهرمانان جنگ این مواد را به عنوان هدیه‌ای لذت بخش اعطا می‌کردند. بعد از جنگ نیز برای رفع افسردگی و داشتن اندام ایده آل از آمفتامین‌ها استفاده می‌شد که پس از ۱۹۷۰ با مشاهده عوارض این مواد، مصرف آن غیرقانونی اعلام شد (مدنی، ۱۳۹۷).

۲- سوء مصرف مواد

سوء مصرف مواد به معنی مصرف یک ماده به صورت مداوم برخلاف توجه به عواقب نامطلوب آن و وابستگی دارویی نیز به صورت استفاده اجباری و مداوم یک ماده برخلاف توجه به عواقب منفی و نامطلوب آن تعریف شده است. در نسخه ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5) که توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۶ (۲۰۱۳) منتشر شده است، به دلیل نبودن مرز مشخص بین این دو طبقه، از یک طبقه واحد تحت عنوان «اختلالات وابسته به مواد و اعتیاد» نام برده شده است. در همه انواع این اختلالات، مجموعه‌ای از علائم شناختی، رفتاری و جسمی در فرد نمایان می‌شود که مشکلات جدی برای فرد به وجود می‌آورند ولی فرد به دلیل احساس مثبت ناشی از مصرف مواد از یک طرف و پرهیز از احساس منفی ناشی از ترک مواد از طرف دیگر، به مصرف مواد ادامه می‌دهد (سلیمی، ۱۳۹۳).

اختلالات مربوط به سوء مصرف مواد شیوع بالایی داشته و عوارض زیادی را ایجاد می‌کنند. طیف درمان‌های دارویی و روان‌درمانی مربوط به این مشکلات رو به گسترش است. پیچیدگی عوامل زیست‌شناختی ژنتیک و اجتماعی/محیطی در ایجاد این اختلالات، هر فردی را مستلزم داشتن مهارت‌های ویژه با این بیماران می‌کند. مشکلات مربوط به سوء مصرف مواد باعث ناتوانی‌های چشمگیری در درصد بالایی از مردم می‌شوند. سوء مصرف مواد غیرقانونی بر زمینه‌های متعدد عملکرد افراد تاثیر گذاشته و تشخیص همزمان^۸ بیماری‌های دیگر در ۶۰ تا ۷۵ درصد بیماران مبتلا به اختلال‌های مربوط به مواد دیده می‌شود. حدود ۴۰ درصد جمعیت آمریکا حداقل یک بار از یک ماده غیرقانونی استفاده کردند و در بیش از ۱۵ درصد جمعیت بالای ۱۸ سال، تشخیص این اختلالها دیده می‌شود. سندرم‌های ناشی از مصرف مواد می‌توانند تابلوی کامل بیماری‌های روانپزشکی از جمله اختلالات اساسی خلقی، روانپریشی، و اضطرابی را تقلید کنند (سادوک و سادوک، ۲۰۱۰، ترجمه ارجمند، رضایی و فغانی جدیدی، ۱۳۹۰).

۳- اختلالات مرتبط با مواد و اعتیاد آور

اختلالات مرتبط با مواد ۱۰ طبقه مجزای داروها را در بر می‌گیرند: الکل، کافئین، حشیش؛ مواد توهم‌زا (با طبقات مجزا برای فن سایکلیدین [یا آریل سیکلوهگزیل‌آمین] ها^۹ و مواد توهم‌زای دیگر)؛ مواد استنشاقی؛ مواد شبه افیونی، داروهای آرامبخش، خواب آور، و ضد اضطراب؛ مواد محرک (مواد نوع آمفتامین، کوکائین، و مواد محرک دیگر)؛ توتون؛ و مواد دیگر (یا نامشخص). این ۱۰ طبقه کاملاً مجزا هستند. تمام داروهایی که بیش از حد مصرف شوند از نظر فعالسازی مستقیم سیستم پاداش مغز مشترک هستند، که در تقویت رفتارها و تولید خاطرات مشارکت دارند. آنها به قدری سیستم پاداش را فعال می‌کنند که از فعالیت‌های عادی غفلت می‌شود. داروهایی که سوء مصرف می‌شوند به جای اینکه از طریق رفتارهای انطباقی به فعال سازی سیستم پاداش دست یابند، مستقیماً گذرگاه‌های پاداش را فعال می‌کنند. مکانیزم‌های دارویی که هر طبقه از داروها به وسیله آنها پاداش را تولید می‌کنند متفاوت هستند، اما داروهایی که معمولاً این سیستم را فعال کرده و احساسات لذت ایجاد می‌کنند، اغلب «نشئه آور» نامیده می‌شوند. به علاوه، افرادی که خویشتنداری کمی دارند، که ممکن است اختلالات مکانیزم‌های بازدارنده مغز را منعکس کند، امکان دارد برای مبتلا شدن به اختلالات مصرف مواد خیلی مستعد باشند، بدین معنی که

^۶ Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders- 5

^۷ American Psychiatric Association

^۸ Drug and Addiction Disorders

^۹ Co Morbid

^{۱۰} arylcyclohexylamines

منشا اختلالات مصرف مواد در برخی افراد را مدت ها قبل از شروع عملی مصرف مواد، می توان در رفتارها پیدا کرد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۳).

علاوه بر اختلالات مرتبط با مواد، اختلال قماربازی را نیز شامل می شود و شواهدی را منعکس می کند که رفتارهای قماربازی، سیستم پاداش را شبیه داروهایی که سوء مصرف می شوند فعال کرده و نشانه های رفتاری ایجاد می کنند که به نظر می رسد مشابه نشانه هایی باشند که توسط اختلالات مصرف مواد تولید می شوند. الگوهای رفتاری افراطی دیگر، مانند بازی اینترنتی، نیز شرح داده شده اند، اما پژوهش درباره اینها و مجموعه نشانگان رفتاری دیگر کمتر روشن است. بنابراین، مجموعه رفتارهای تکراری، که برخی آنها را اعتیادات رفتاری می نامند، با طبقات فرعی مانند «اعتیاد جنسی»، «اعتیاد ورزش» و «اعتیاد خرید»، منظور نشده اند، زیرا در این زمان، برای تعیین ملاک های تشخیصی و توصیفات روند که جهت مشخص کردن این رفتارها به عنوان اختلالات روانی ضروری هستند، شواهد کافی وجود ندارد. اختلالات مرتبط با مواد به دو گروه تقسیم شده اند: اختلالات مصرف مواد و اختلالات ناشی از مواد. اختلالات زیر را می توان با عنوان ناشی از مواد طبقه بندی کرد: مسمومیت، ترک، و اختلالات روانی دیگر ناشی از مواد / دارو (اختلالات روان پریشی، دو قطبی و اختلالات مربوط، اختلالات افسردگی، اختلالات اضطرابی، وسواس فکری - عملی و اختلالات مربوط، اختلالات خواب، کژکاری های جنسی، دلیریوم، و اختلالات عصبی-شناختی) (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۳). بخش کنونی با بحث کلی درباره مجموعه ملاک ها برای اختلال مصرف مواد، مسمومیت با مواد و ترک مواد، و اختلالات روانی دیگر ناشی از مواد / دارو شروع می شود که حداقل برخی از آنها در بین طبقات مواد قابلیت کاربرد دارند. باقی این فصل که بیانگر چند جنبه منحصر به فرد ۱۰ طبقه مواد مرتبط با این فصل است، به وسیله طبقه مواد و توصیف و جنبه های منحصر به فرد آنها سازمان یافته است. برای آسان کردن تشخیص افتراقی، متن و ملاک ها برای باقی اختلالات روانی ناشی از مواد / دارو، همراه با اختلالاتی منظور شده اند که پدیدارشناسی مشترک با آنها دارند (مثل اختلال افسردگی ناشی از مواد/دارو در فصل «اختلالات افسردگی») (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۳).

اهمیت و ضرورت توجه به معضل مصرف مواد مخدر

خانواده سالم زمینه مناسبی برای رشد و شکوفایی اعضای خود فراهم می کند و در حفظ و سلامت جسمی و روانی آنها تاثیر فراوانی دارد ولی خانواده ناسالم زمینه را برای ایجاد اختلال و سوق دادن افراد به بزهکاری فراهم می کند به همین دلیل این گروه از افراد به واسطه جنس و فرهنگ حاکم بر جامعه از آسیب پذیرترین اقشار جامعه به شمار می روند، بیش از ۲۰ درصد افراد معتاد بیکار هستند و میانگین درآمد آنها تنها ۱/۵ تا ۲ برابر هزینه مصرف آنان را تشکیل می دهد بنابراین مسائل بسیاری برای این افراد از بابت شغلی، فردی و خانوادگی پیش خواهد آمد. علاوه بر کنار مشکلات معیشتی مصرف مواد و عدم مصرف به موقع موجب افزایش خشونت در خانواده می شود به همین دلیل طلاق یکی از شایع ترین عوارض اجتماعی و خانوادگی اعتیاد است (مهدی زاده، قدوسی و ناجی، ۱۳۹۲) و ۳۵ درصد از افرادی که درخواست طلاق داده اند به دلیل اعتیاد همسرانشان بوده است (کاظمی، ۱۳۹۰).

غیر قابل اعتماد بودن و بدقولی های افراد معتاد یک بی نظمی درهم ریختگی در خانواده ایجاد می کند که نخست خانواده تمام تلاش خود را به کار می گیرد تا اعتیاد را مهار سازد ولی آشفتگی عاطفی و رفتارهای بی ثبات و غیرقابل پیش بینی یک فرد معتاد به اضطراب مزمن، گیجی و ترس خانواده تداوم می بخشد (رجبی، یوسفی مقدم و اصلانی، ۱۳۹۶). با توجه به اینکه تعداد افرادی که در دام اعتیاد گرفتار هستند نسبتاً چشمگیر است چنان چه بررسی ها نشان داده حدود ۳۷ درصد جمعیت ۱۲ سال و بالاتر آمریکا حداقل یک بار در طول عمر مواد مخدر را تجربه کرده اند، در ایران تعداد مصرف کنندگان مواد مخدر ۲/۳ تا ۱/۸ میلیون نفر برآورد شده است در حدود ۷۰ درصد موارد اعتیاد به مواد مخدر با اختلالات روانپزشکی در خانواده فرد معتاد همراه است (محمد خانی، فروزان، اصغری، مومنی و دلاور، ۱۳۸۹) به طوری که مطالعات نشان داده که ۳۴/۸ درصد زنان با همسران معتاد دارای اضطراب خفیف، ۳۹/۲ درصد دارای اضطراب متوسط و ۲۶ درصد از اضطراب شدید، ۳۹/۱ درصد افسردگی خفیف، ۲۸/۳ درصد افسردگی در حد متوسط و ۲۳/۹ درصد افسردگی در حد شدید دارند (قاسم نژاد، نوری زاده، ۱۳۹۵). در

ایران مطالعات مربوط به اعتیاد عمدتاً متمرکز بر برآوردهای پراکنده از شیوع، نوع مواد مصرفی، نگرش به مصرف مواد و عوامل پیش‌بین، خطرناک یا محافظت‌کننده و ضعف مهارت‌های زندگی در افراد در معرض خطر اعتیاد بوده است، اما مطالعات اندکی به بررسی همه جانبه عوامل روانی، فردی و خانوادگی پرداخته است.

مصرف مواد مخدر و بهداشت روانی

مصرف مواد مخدر زمینه ساز برور بسیار از مشکلات روانی می باشد. در این خصوص طی کنفرانس ملی که از سوی روانپزشکان، روانشناسان و مسئولان مواد مخدر صورت گرفت، مهم‌ترین چالش‌های پیش روی بهداشت روانی و مصرف مواد مخدر در کشور وجود داشت به شرح ذیل ارائه شده است:

۱- نگاه نادرست و نگرش‌ناچندان منطقی مردم، متخصصان و سیاست‌گذاران سیاسی و بهداشتی به مقوله بهداشت روان: امروزه اهمیت بهداشت روان و تأثیر جدی آن بر بخش‌های دیگر سلامت (جسمی، اجتماعی و معنوی) انکارپذیر نیست. جدا از تعریف سلامت، با توجه به ارتباط نزدیک این بخش از سلامت با بهداشت عمومی و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت (پرینس^۱ و همکاران، ۲۰۰۷) می‌توان گفت بدون سلامت روان، دستیابی به بخش‌های دیگر سلامت امکان‌ناپذیر است (ریبیا، ۲۰۱۰). رنجوری و در معرض آسیب بودن ۵ درصد (۴۵۰ میلیون نفر) مردم جهان (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۵) و ۲۱ درصد از جمعیت کشورمان (نوربالا، عاطف‌وحید، باقری یزدی و یاسمی، ۲۰۰۲) از یکی از ناهنجاری‌های روان‌پزشکی، مقوله بهداشت روان را به‌عنوان یک اولویت قطعی و اصلی و نه در حد تعارف‌های معمول در جهان و ایران اجتناب‌ناپذیر کرده است. ایران در اصلاح نگرش‌های نادرست به مقوله اختلال‌های روان‌پزشکی و مشکل اعتیاد، نه تنها در میان عموم مردم، بلکه در میان سیاست‌مداران و مدیران ارشد، گام‌های بزرگی برداشته است، به‌طوری‌که امروزه هیچ مسئولی هر چند در حد شعار اهمیت سلامت روان را نادیده نمی‌گیرد. ولی با نگاه به آینده باید گفت هنوز راه‌های نرفته زیادی در پیش رو است و لازم است گام‌های اساسی و بنیادی تری برداشته شود.

۲- فرسوده بودن شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه: از سال ۱۳۶۵ در دوران جنگ تحمیلی، دوره چهارم تاریخ بهداشت روان کشور شروع شد. در آن دوره حساس، ادغام خدمات بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه، امکان پیوند آرایه این خدمات با بدنه بزرگ شبکه‌های بهداشتی-درمانی کشور را پایه‌گذاری کرد. در این الگو از بیرونی‌ترین تا تخصصی‌ترین سطح، آموزش، بیماریابی، درمان، ارجاع و پیگیری بیماری‌های مهم روان‌پزشکی انجام می‌شد. این برنامه طی بیش از بیست سال گذشته گسترش یافته و اکثریت جمعیت روستایی کشور را زیر پوشش داشته است، که خود تحولی انقلابی و انقلابی در آرایه خدمات سلامت روان در کشور بود. متناسب با تغییر ساختار جمعیتی، تحول اقتصادی و سیاسی و توسعه شهرنشینی، این برنامه با گذشت بیش از دو دهه هنوز مورد بازبینی قرار نگرفته است. نبود توان و پویایی لازم در شبکه کنونی، پاسخ‌گویی به شرایط امروز را سخت کرده است. بنابراین بازنگری در اهداف و زیرساخت‌های شبکه و ارتقای سطح کمی و کیفی نیروهای محیطی و ستادی ضروری است. در چند سال اخیر بازبینی نظری برنامه کشوری سلامت روان در اداره کل سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد شروع شده بود، که به دلایل برشمرده ادامه کار با مشکلاتی روبه‌رو شد (صابری زفرقندی، ۱۳۹۰).

۳- وجود دستگاه‌های موازی و غیرحرفه‌ای در کشور در حوزه بهداشت روان و اعتیاد: تسلط ساختارهای موازی و غیرحرفه‌ای در روند تصمیم‌سازی، تصمیم‌گیری و اجرا، چالشی است که اختیار را از دست متولی قانونی و حرفه‌ای سلامت کشور، یعنی وزارت بهداشت، ربوده است. با تلاش فراوان در سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه، یکپارچگی در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی مورد تأکید و تصویب قرار گرفت و پیرو آن، هماهنگی با تبصره ۱، بند د، ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه تمامی آرایه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی کشور (دولتی و غیردولتی) موظف شدند از خط‌مشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پیروی کنند. اصلاح این روند باید با شتاب بیشتر صورت پذیرد تا تمامی خدمات سلامت روان در بستر قانونی و تخصصی و مبتنی بر شواهد علمی قرار گیرد. چندپاره‌شدن وظایف نظام سلامت در حوزه اعتیاد و بهداشت روان، آسیبی است که دستیابی به هدف‌های ازپیش‌تعیین‌شده را ناممکن می‌سازد، از سوی دیگر به دلیل ماهیت

موضوع‌های اجتماعی، در بیشتر موارد مداخله نکردن بهتر از مداخله نادرست است و این چندپارگی ممکن است صدمات جبران‌ناپذیری را به دنبال داشته باشد (صابری زفرقندی، ۱۳۹۰).

۴- انگ در روان‌پزشکی: اگرچه کیفیت خدمات بهداشت روان و تأثیر درمان‌های روان‌پزشکی در طول ۵۰ سال پیشرفت روزافزون داشته است (عاطف وحید، ۲۰۰۴)، اما هنوز بسیاری از افراد به بهره‌گیری از این خدمات تمایل ندارند، که یکی از دلایل آن وجود انگ است. انگ برچسبی است که موجب تحقیر یا تبعیض فرد یا گروه دارنده آن در جامعه می‌شود. از بیم انگ درصد قابل توجهی از مردم، حتی در کشورهای پیشرفته، برای درمان مراجعه نمی‌کنند و یا در صورت مراجعه، درمان خود را به شکل درست و کامل ادامه نمی‌دهند. بنابراین انگ به افزایش بیماران درمان‌نشده و پیرو آن افزایش هزینه‌های بهداشتی کشور منجر می‌شود. بررسی پیشینه تاریخی انگ و شناسایی عوامل اجتماعی، فرهنگی و تاریخی مرتبط، بررسی روش‌های مؤثر در کاهش آن و تقویت نقش رسانه برای افزایش آگاهی‌های عمومی راهبردی است که لازم است مورد توجه سیاست‌گذاران قرار گیرد (صابری زفرقندی، ۲۰۱۰). گسترش بخش‌های روان-تنی و اختصاص تخت‌های روان‌پزشکی در بیمارستان‌های عمومی، که از سالیان پیش از اولویت‌های کاری وزارت بهداشت بوده است، نیز نقش به‌سزایی در کم‌رنگ کردن این انگ دارد. افزایش آگاهی از نقش تخریبی کاربرد کلماتی مانند دیوانه، روانی، تیمارستان و دارالمجانین، در گفت‌وگوهای عادی، رسانه‌ای، فیلم و سریال و به‌ویژه در متون قانونی و حقوقی باید مورد توجه قرار گیرد (همان‌جا).

۵- بهداشت روان شهری: به دلیل تغییر ساختار جمعیتی کشور به سوی افزایش شهرنشینی و به‌ویژه حاشیه‌نشینی (نقوی و همکاران، ۲۰۰۵)، تغییر و تحول سریع اولویت‌ها و خط‌مشی‌هایی مورد نیاز است که سال‌ها پیش برپایه ویژگی‌های جمعیت-شناختی آن زمان تدوین شده بوده است. بنابراین لازم است با توجه به یافته‌های پژوهشی در زمینه همه‌گیرشناسی، نیازسنجی جامعه و ارزیابی برنامه‌ها از نظر هزینه-اثربخشی، همچنین توجه به مسایل فرهنگی و اجتماعی، برنامه‌های موجود بازنگری شوند. روان‌پزشکی مبتنی بر جامعه می‌تواند جایگزین نظام شبکه روستایی و شهری در حوزه سلامت روان باشد، که این مهم با چالش‌هایی از جمله تغییر نگاه سیاست‌گذاران بهداشتی، نظام بیمه‌ای، ابهام در تأمین اعتبار لازم و پیوستگی در تخصیص منابع روبرو است (صابری زفرقندی، ۱۳۹۰).

۶- پیش‌گیری و درمان سوءمصرف مواد مخدر: موفقیت استراتژیک ایران و قرارگرفتن آن در کنار کشورهایی مانند افغانستان و پاکستان بازار مصرف داخلی مواد مخدر را رونق بخشیده است (وزیربان، ۲۰۰۳). مروری بر برنامه‌های کاهش تقاضای مواد در ایران نشان می‌دهد که هرچند هیچ کشوری به اندازه ایران در زمینه مبارزه با قاچاق مواد مخدر فعالیت نداشته است. بررسی‌های انجام‌شده در زمینه شیوع اعتیاد در ایران در سالیان اخیر، همگی شیوع نسبتاً بالای اعتیاد در کشور را نشان داده‌اند (همان‌جا). مواد مخدر یکی از مشکل‌های اصلی بهداشتی کشور و مسبب شیوع برخی از بیماری‌های عفونی است، به‌طوری‌که حدود ۶۶ درصد موارد گزارش‌شده آزمایش مثبت ایدز در سال ۱۳۸۹ به دلیل اعتیاد تزریقی بوده است (مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت، ۲۰۱۰). بنابراین با توجه به شیوع بالای اعتیاد در کشور و مشکلات بهداشتی-اجتماعی ناشی از آن، در نظر گرفتن اعتیاد به عنوان یکی از چند اولویت بهداشتی کشور که سلامت جامعه را به خطر می‌اندازد، بسیار منطقی است که باید برای پیش‌گیری و درمان آن برنامه‌ریزی اصولی و گسترده انجام شود. با گسترش دیدگاه بیماری‌نگر به معتاد، وزارت بهداشت از سال ۱۳۸۳ برای پیشگیری و درمان اعتیاد، ادغام برنامه پیش‌گیری و درمان سوءمصرف مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه را آغاز کرده است، تا امکان اولیه درمان معتادان توسط پزشکان عمومی و متخصصان آموزش‌دیده را فراهم نماید. با توجه به توانمندی نسبی ساختاری شبکه بهداشتی درمانی و پوشش نسبتاً کامل آن به‌ویژه در مناطق روستایی، در حال حاضر هیچ سازمان و تشکیلات دیگری از توانایی‌های برابر برخوردار نیست (دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، ۲۰۰۸). گسترش مراکز درمانی به استان‌ها برای تسهیل دسترسی، ورود وزارت بهداشت در امر پیش‌گیری و درمان اعتیاد و گسترش درمان‌های دارویی و غیردارویی از جمله کارهای مثبت کشور ارزیابی می‌شود. ولی فراوانی مراکز تصمیم‌گیرنده، نبود نگاه فراگیر و مسئولانه به اعتیاد، مبتنی نبودن برنامه‌ها بر شواهد پژوهشی و علمی، نبود نظام پایش و ارزیابی برنامه‌ها، سهم

^۱ Center for disease control MHME

ناچیز متولی سلامت در حوزه سیاست‌گذاری، کم‌رنگ دیدن نقش ادغام برنامه‌های پیش‌گیری و درمان در شبکه بهداشتی درمانی و ناکارآمد شدن برنامه‌های اجرا شده به دلیل دخالت دستگاه‌های نامرتب در دادن مجوز برای راه‌اندازی مرکز درمانی از چالش‌های مهم نظام سلامت در حوزه درمان و کاهش آسیب ناشی از اعتیاد است (صابری زفرقندی، ۱۳۹۰).

مصرف مواد مخدر و بهداشت فردی - خانوادگی

اعتیاد به مواد مخدر پدیده‌ای است که از زمان‌های دور در جوامع بشری وجود داشته و در حال حاضر به موازات پیشرفتهای علمی و افزایش غیر قابل تردید سطح شعور دانش و آگاهی مردم همچنان در حال گسترش است. توسعه زندگی شهری فراوانی مشکلات اقتصادی، اجتماعی و جوان بودن در صد بالایی از جمعیت جامعه ایران باعث افزایش کمی و کیفی آسیب‌های اجتماعی گوناگون شد و زمینه منابعی برای ابتلاء به انواع آسیبها خصوصاً اعتیاد را برای جامعه جوان کشور فراهم آورده است. در ادامه عوامل روانی و خانوادگی که از اعتیاد تاثیر می‌پذیرند و تاثیر می‌گذارند ارائه شده است:

الف) عوامل فردی

- فقدان ارزشهای مذهبی و اخلاقی

- اختلالات روحی و روانی، احساس حقارت، پایین بودن عزت نفس، نارسایی و کمبودهای شخصیتی، وابستگی شخصیت، اضطراب‌ها و تشویق‌ها، محرومیت‌های جنسی و تاخیر در ازدواج، فقر در معاشرت و دوستی، شکست‌ها و ناکامی‌ها همه کمک می‌کنند شخصیت‌های آسیب‌پذیر زودتر و راحت‌تر به دام اعتیاد بیفتند.

- زمینه تربیتی؛ فردی که یکی از اعضای خانواده یا بستگانش معتاد باشند احتمال اعتیادش بیشتر است.

- افت تحصیلی یا ترک تحصیل

- بیماری‌های جسمی؛ مانند فرد سستی که دچار کم‌رنگی درد یا پادرد است به جای مراجعه به پزشک مواد مصرف کند.

ب) عوامل اجتماعی

۱) فقر مادی خانواده

با کمال تأسف می‌توان اذعان داشت که بیشترین معتادان هر جامعه را افراد فقیر تشکیل می‌دهند مثلاً افرادی که در محله‌های شلوغ و پر جمعیت شهرهای صنعتی و تجارتهای زندگی می‌کنند بیشترین درصد معتادان را تشکیل می‌دهند. البته نمی‌توان گفت بین فقر و اعتیاد رابطه مستقیم وجود دارد چون در هر جامعه عده زیادی از مردم فقیرند ولی معتاد نیستند علت‌هایی که این افراد را به این راه میکشد یکی محرومیت‌های ناشی از فقر است که، تنها راه فرار از این ناراحتیها را مصرف مواد مخدر میدانند. عامل دیگر این است که تولیدکنندگان سعی می‌کنند عوامل توزیع را از اینگونه افراد انتخاب کنند چون اولاً به علت فقر تخصص و حرفه‌ای ندارند و در نتیجه بازار کارشان بی‌رونق است. عوامل تولید سعی می‌کنند اول آنها را معتاد کنند و بعد از آنان برای فروش مواد مخدر استفاده نمایند چون کاری است بدون زحمت با درآمد نسبتاً بالا، و در عین حال به تخصص و مهارت حرفه‌ای نیاز ندارد همچنین فقر آموزشی ناشی از فقر خانوادگی نیز عاملی برای حرکت در این راه است. چون خوشبختانه بین میزان آگاهی و شناخت یا حدود تحصیلات و اعتیاد مردم رابطه معکوس وجود دارد. هنوز هم درصد افراد تحصیل کرده معتاد به قدری پایین است که از لحاظ آماری رقم چشمگیری نیست. لذا میزان آموزش در مورد دیگر انحرافات اجتماعی همین نتیجه را دارد (ذکریایی، ۱۳۹۰).

۲) ستیز والدین

برخی از معتادان جوان اذعان داشتند که به علت روابط نامطلوب والدین شان با یکدیگر و با آنان، این راه را انتخاب کرده بودند. چون وقتی محیط خانواده کانون و محیط مناسبی برای زندگی نباشد انسان سعی می‌کند بیشترین اوقات خود را در خارج از خانه بگذراند و این کار ارتباط او را با دیگرانی که چون شکارچیان ماهری به دنبال شکار می‌گردند، زیاد می‌کند و آنان پس از شناخت مشکل شخص، در نقش انسانی دلسوز ظاهر شده و برای فرار از این واقعیت تلخ او را به مصرف داروی مخدر دعوت می‌کنند و پس از چند بار مصرف معتادش می‌نمایند، ولی پس از معتاد کردن شخص، دیگر از آنان به عنوان

دوستی دلسوز خبری نمی شود. هر قدر ستیزه‌های خانوادگی بیشتر باشد، احتمال کشش به طرف اعتیاد و دیگر انحرافات اجتماعی بیشتر است (نیازی، ۱۳۹۵).

۳) اقتصاد والدین

تعداد چشمگیری از مشتریان مواد مخدر را افراد ثروتمند و پر درآمد جامعه تشکیل می دهند. چون در خانواده هایی که رفاه و درآمد اقتصادی زیاد است روابط انسانی بر اثر کثرت کار و یا سرگرمی ضعیف تر می گردد ضعف روابط انسانی به نوبه خود عامل مساعدی برای کشش به مواد مخدر است. بهترین دلیل این مدعا افزایش روزانه درصد معتادان در جوامع صنعتی غربی است که با رشد صنعت روابط انسانی ضعیف تر می گردد. امروزه والدین و فرزندان نسبت به هم احساس و عاطفه گذشته را ندارند؛ چون با یکدیگر تماس و ارتباط کمتری دارند و یا افرادی که درآمد بیش از حد دارند موقعیت و زمینه مساعد تری برای شرکت در کلوب های شبانه و یا تفریحات متنوع در داخل و یا خارج از کشور را دارند و بدیهی است که این قبیل امکانات برای فروش مواد مخدر هم جای بسیار مساعدی است. در جامعه های امروزی افرادی که بیشترین درآمدها را دارند همچون برخی از هنرمندان هنرهای مبتذل و آنانی که زندگی پر فراز و نشیبی دارند اغلب ارقام چشمگیری از معتادان را تشکیل می دهند (کاظمی، ۱۳۹۰).

چندی از مطالعات صورت گرفته

فیضی و همکاران (۱۳۸۹) در تحقیقی به بررسی تاثیر خانواده، دوستان و محله بر مصرف مواد مخدر پرداختند. مطالعه حاضر تلاش دارد تا با اتکاء به تئوریهای کنترل اجتماعی، یادگیری و بوم شناسی انسانی به بررسی تاثیر آسیب زایی محله، کنترل خانوادگی، انسجام خانوادگی، حساسیت خانواده به مصرف مواد مخدر توسط فرزندان، و تاثیر داشتن دوستان کجرو بر مصرف مواد مخدر بپردازد. نتایج نشان می دهد که تاثیر دوستان کجرو و دارای تجربه مصرف مواد مخدر بیش از سایر عوامل بوده است. متغیر انسجام فقط بطور مستقیم تاثیرگذار بوده و تاثیر آسیب زایی محله عمدتاً از طریق دوستان و تاثیر مستقیم آن اندک بوده است.

منصوریان و همکاران (۱۳۹۵) در تحقیقی به عوامل فردی و محیطی مستعدکننده گرایش به مصرف مواد مخدر از دیدگاه معتادان شهر اهواز پرداختند. این مقاله بخشی از یک مطالعه کیفی بود که به روش تحلیل محتوا انجام شد. بعد از انجام اولین مصاحبه، اطاعات نوار ضبط شده وارد نرم افزار گردیده و بصورت تحلیل مقایسه ای مداوم و در سه سطح کدگذاری باز، محوری و انتخابی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تحلیل داده ها سه علت به عنوان عوامل موثر بر گرایش به مصرف مواد مخدر از سوی معتاد ذکر گردید: محیط خانوادگی مستعد کننده، محیط اجتماعی مستعد کننده و عوامل فردی مستعد کننده. با توجه به نقش عوامل فردی و محیط خانوادگی و اجتماعی موثر بر گرایش به اعتیاد به نظر می رسد افزایش آگاهی های والدین در مورد مواد مخدر و علائم مصرف مواد، نظارت مناسب بر فرزندان مخصوصاً در سنین نوجوانی و حمایت جامعه و خانواده از معتادان بتواند در کنترل معضل اعتیاد و پیشگیری از گرایش افراد به مصرف مواد مخدر موثر باشد.

باقری جامخانه و رسولی (۱۳۹۴) در تحقیقی به بررسی نقش خانواده در گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر پرداختند. در این پژوهش از روش توصیفی و تحلیلی و کاربردی (کتابخانه ای)، از مقالات معتبر خارجی و داخلی، مجلات علمی و پژوهشی، دانشگاه مازندران، دانشگاه آزاد، دانشگاه پیام نور و از سایت های معتبر در این پژوهش استفاده شده است. عوامل خانوادگی بعد از علت های فردی بیشترین علت درگرایش افراد به اعتیاد است به عوامل خانوادگی بعد از علت های فردی بیشترین علت درگرایش افراد به اعتیاد است. خانواده به عنوان اولین محیطی که فرد در آن به هویت خود پی می برد و نقش های متفاوتی را در آن کسب می کند، بیشترین سهم درگرایش افراد به اعتیاد را به خود اختصاص می هد.

نیازی (۱۳۹۵) در تحقیقی به مطالعه وضعیت اعتیاد والدین و تأثیر آن بر سلامت روانی و اجتماعی فرزندان پرداخت. این تحقیق به شیوه پیمایش و با استفاده از ابزار پرسشنامه ی استاندارد شده انجام شده و نمونه ها با استفاده از تکنیک نمونه گیری سهمیه ای انتخاب شده اند. یافته ها: پرداختن به فرزندان خانواده های اعتیاد از دریچه آسیب های روانی و اجتماعی که اعتیاد والدین برای آن ها رقم می زند، مسأله ای بسیار ضروری محسوب می شود. والدین معتاد اغلب فرزندان بیمار و یا معتاد

خواهند داشت زیرا چنین والدینی الگوی نامناسبی برای فرزندان خود هستند و حوصله ی کافی جهت تربیت فرزندان خود ندارند و در واقع اعتیاد والدین با سلامت فرزندان رابطه معنادار دارد.

در تحقیقی آسایش و همکاران (۱۳۸۹) به بررسی ارتباط ویژگی های فردی و خانوادگی با گرایش افراد به سوء مصرف مواد مخدر پرداختند. بر اساس یافته های این مطالعه، شانس گرایش به مواد مخدر را نسبت به تحصیلات دانشگاهی افزایش داد. داشتن دوست یا دوستان معتاد شانس گرایش فرد به سوء مصرف مواد را و سابقه سیگاری بودن فرد در گذشته یا حال شانس گرایش به مواد مخدر را افزایش داده است. همچنین افراد دارای شغل دایم نسبت به افرادی که شغل موقت داشتند؛ شانس کمتری برای گرایش به مواد مخدر داشتند.

ابراهیمی ثانی و همکاران (۱۳۹۶) در تحقیقی به بررسی رابطه بین سوءمصرف مواد مخدر و عوارض روانی- اجتماعی آن در خانواده معتادان استان خراسان شمالی (مطالعه موردی فرزندان خانواده) پرداختند. نتایج خی دو نشان داد که بین سوء مصرف مواد مخدر والدین با شیوع بیماری روانشناختی فرزندان رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0.05/0$). بر اساس نتایج بدست آمده ۲۸ درصد فرزندان دارای والدین معتاد با علائم روان پزشکی روبرو هستند که شیوع علائم فرزندان به ترتیب در شکایات جسمانی (۵۰ درصد)، افکار پارانوئیدی (۴۳ درصد)، افکار وسواس-اجباری (۳۸ درصد)، اضطراب (۳۵ درصد)، حساسیت در روابط متقابل (۲۶ درصد)، روان پریشی (۲۴ درصد)، پرخاشگری (۲۳ درصد)، ترس مرضی (۱۲ درصد) می باشد.

ایمانی (۱۳۹۷) در تحقیقی به تعیین تاثیر اعتیاد بر سلامت روانی و سازگاری اجتماعی افراد وابسته به مواد مخدر و افراد سالم پرداختند. این پژوهش از نوع مطالعات علی- مقایسه ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد معتاد به مواد مخدر مخدر مراجعه کننده به مراکز درمانی ترک اعتیاد شهرستان املش در سال ۱۳۹۷ بودند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS به روش تحلیل واریانس چند متغیری و آزمون بون فرنی انجام گرفت. یافته های این تحقیق نشان داد که معتادان از سلامت روان و سازگاری اجتماعی کمتری نسبت به افراد سالم برخوردارند.

رستم زاده و همکاران (۱۳۹۸) در تحقیقی به بررسی رابطه بهداشت، سلامت روان، در بروز و پیشگیری از اعتیاد نوجوانان (سوء مصرف مواد) پرداختند. در گام اول با استفاده از مطالعات کتابخانه ای، جست و جو در اینترنت و مقالات، ابتدا به تعاریف بهداشت و سلامت روان، اعتیاد نوجوانان که موضوع اصلی ما می باشد پرداخته شد. در گام دوم قواعد کلی برای والدین در ارتباط با تضمین بهداشت روانی، پیشگیری و کاهش آسیب های اعتیاد نوجوانان ارائه گردید. و در گام سوم نتیجه گیری و پیشنهادات مناسب در ارتباط با آسیب های اعتیاد بیان شده است.

نتیجه گیری

در مجموع یکی از عوامل اعتیاد، اتکای روانی معتاد به مواد مخدر است ناراحتی روانی موجب کشش فرد به طرف مواد مخدر می شود و اصل اتکای روانی مقدم بر اعتیاد جسمی است و اگر افراد صحیح پرورش یابند سعی نخواهند کرد محرومیت های خود را از طریق مصرف دارو درمان کنند زیرا شخص معتاد تعادل روانی خود را تا رسیدن به دارو از دست خواهد داد. از همه مهم تر اینکه اغلب افراد معتاد بعد از چند سال مصرف به بیماریهای روانی دچار می شوند بویژه آنهایی که موادی چون حشیش، ال - سی - دی ، کوکائین و الکل مصرف می کنند. در هر جامعه هر کس تا مدتی که به سن رشد برسد مصرف کننده است و جامعه برای آموزش و پرورش او سرمایه گذاری می کند به این امید که او نیز به نوبه خود در جامعه خویش مولد و سازنده باشد ولی معتادان نه تنها مولد نیستند بلکه مصرف کنندگانی هستند که ضرر اجتماعی دارند اغلب آنان عوامل توزیع و فروش میشوند و روز به روز جامعه را از نیروی انسانی غیر قابل کاربرد پر می کنند. کسی که معتاد است نسبت به اعضای خانواده اش احساس مسئولیت نمی کند و معلوم نیست سرنوشت اعضای خانواده او به کجا خواهد کشید. ضعف روابط انسانی یکی از عوامل اعتیاد است و به نوبه خود یک پدیده نادرست اجتماعی است که هر روز بیشتر و بیشتر می شود. ارتکاب جرایم هر روز بیشتر و شدیدتر شده و به همین دلیل اعتماد عمومی و امنیت اجتماعی به خطر می افتد مثلا اغلب معتادان ناگزیرند احتیاج خود را از راههای نادرست چون دزدی و تجاوز و آدم کشی تامین کنند و این خود به افزایش کجروی و انحرافات اجتماعی در هر جامعه کمک می کند.

علاوه بر تعارضات و اختلال های خانوادگی، کانون سرد، بی روح و عاطفه خانواده نیز اثرات نامطلوبی بر کجروی و اعتیاد فرزندان دارد. نظریه یادگیری اجتماعی بندورا، وقتی در مورد سوء مصرف مواد به کار می رود، چنین استدلال می کند که نوجوانان، باورهای خود را در مورد سوء مصرف مواد از الگوهای نقش ها، خصوصاً دوستان نزدیک و والدین مصرف کننده ی مواد مخدر کسب می کنند (شهریاری و همکاران، ۱۳۹۲). ادوین ساترلند نیز در نظریه یادگیری اجتماعی یا تفاوت ارتباطی خود معتقد است که در اغلب موارد، انحراف به وسیله دیگران و از طریق گروه های اولیه آموخته می شود (فیضی و علی بابایی، ۱۳۸۹). بر اساس این نظریه، افرادی که در ارتباطات خانوادگی و یا دوستانه خود با الگوهای رفتاری تأیید کننده مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی بیش تر سر و کار دارند به احتمال زیاد، چنین الگوهایی را می آموزند (سراج زاده و فیضی، ۱۳۸۶؛ فتوحی و رضایی نسب، ۱۳۹۱). در مجموع براساس نتایج مطالعاتی مصرف مواد مخدر زمینه ساز بسیاری از مشکلات روانشناختی، فردی و خانوادگی است. بعلاوه روابط این عوامل دوطرفه است. به طوری که وجود برخی از پارامترهای روانی، فردی- خانوادگی و اجتماعی نیز می تواند زمینه ساز گرایش به مصرف مواد باشد.

منابع و مراجع

- آسایش، حمید؛ قربانی، مصطفی؛ سالاری، هادی؛ منصوریان، مرتضی و صفری، رویا. (۱۳۸۹). ارتباط ویژگی های فردی و خانوادگی با گرایش افراد به سوء مصرف مواد مخدر. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، ۴(۳۶)، ۹۱-۹۹.
- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-5. ترجمه یحیی سید محمدی. (۱۳۹۴). چاپ چهارم، تهران: نشر روان.
- ایمانی، زهرا. (۱۳۹۷). تعیین تاثیر اعتیاد بر سلامت روانی و سازگاری اجتماعی افراد وابسته به مواد مخدر و افراد سالم در شهرستان املش، ششمین همایش ملی مطالعات و تحقیقات نوین در حوزه علوم تربیتی، روانشناسی و مشاوره ایران، تهران. باقری جامخانه، فاطمه و رسولی، سیدحسن. (۱۳۹۴). بررسی نقش خانواده در گرایش جوانان به مواد مخدر، اولین همایش ملی علوم و فناوری های نوین ایران، تهران
- ذکریایی، محمد علی. (۱۳۹۰). اعتیاد پژوهشی - فصلنامه علمی پژوهشی سوء مصرف مواد مخدر - ویراستار رجیبی، غلامرضا؛ یوسفی مقدم، مرضیه؛ اصلانی، خالد. (۱۳۹۶). ارزیابی مدل افسردگی و رضایت زناشویی زنان براساس طرحواره های ناسازگار اولیه و سبک های مقابله ای شوهران مبتلا به مواد افیونی. پژوهشهای مشاوره، ۱۷(۶۵)، ۱۰۴-۱۲۴.
- رستم زاده، محمود؛ شیویاری، فرهاد؛ صفریانی، آرزو و بهزاد فر، بهناز. (۱۳۹۷). بررسی رابطه بهداشت، سلامت روان، در بروز و پیشگیری از اعتیاد نوجوانان (سوء مصرف مواد)، سومین کنفرانس ملی رویکردهای نوین در علوم انسانی، چالشها و راه حل ها، تهران.
- سراج زاده، سید حسین و فیضی، ایرج (۱۳۸۶)، عوامل اجتماعی مؤثر بر مصرف تریاک و مشروبات الکلی در بین دانشجویان، نامه علوم اجتماعی، ۳۱، ۱۰۲-۸۱.
- سلیمی، مسعود. (۱۳۹۳). سوء مصرف مواد و بیماری های روانی. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۱(۲)، ۲۹-۴۰.
- شهبازی، فاطمه؛ میرترابی، سید داوود؛ قدیرزاده، محمد؛ قریشی، سیدمحمد صادق؛ هاشمی نظری، سیدسعید. (۱۳۹۷). بررسی اپیدمیولوژی مرگ و میر ناشی از سوء مصرف مواد مخدر در اجساد ارجاعی به سازمان پزشکی قانونی کشور در سال ۱۳۹۲. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، ۱۴(۱)، ۹-۱۸.
- شهریاری، شیرین؛ دستجردی، رضا؛ حجت زاده، نسربین؛ کیخایی، راضیه و رمضانی، عباسعلی. (۱۳۹۲). نقش و کارکرد خانواده در گرایش دانشجویان به اعتیاد و سوء مصرف مواد، فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی زابل، ۵(۴)، ۶۷-۵۴.
- صابری زفرقندی، محمدباقر. (۱۳۹۰). برخی از چالش های بهداشت روان و اعتیاد در ایران. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۷(۲)، ۱۵۷-۱۶۱.

- فتوحی، سردار و رضایی نسب، زهرا. (۱۳۹۱). بررسی تأثیرات اعتیاد والدین بر کارکردهای خانواده، دومین همایش سراسری اعتیاد و آسیب های روانی و اجتماعی، انجمن علمی دانشجویان روان شناسی دانشگاه خوارزمی.
- فرید کیان، سیما (۱۳۸۹). بررسی اختلال در کارکردهای خانواده و تأثیر آن بر اعتیاد فرزندان، فصلنامه علمی پژوهشی انتظام اجتماعی، (۱)۲، ۱۷۹-۲۰۲.
- فیضی، ایرج؛ علی بابایی، یحیی و رحمتی، محمدمهدی. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر خانواده، دوستان و محله بر مصرف مواد مخدر، مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران، (۴)۱، ۱۳۲-۱۵۰.
- قاسم نژاد، سیده مدینه؛ نوری زاده، مجید. (۱۳۹۵) تعیین میزان اضطراب و افسردگی در زنان با همسران دارای اعتیاد. فصلنامه سلامت و سالمندی خزر، (۱)۱، ۳۶-۴۱.
- قربانی، مجید. (۱۳۹۰). صاحب امتیاز: مرکز مطالعات. چاپ و صحافی: جامعه و فرهنگ.
- کاظمی، محسن (۱۳۹۰). بررسی رابطه تأثیر ساختار خانواده بر اعتیاد به مواد مخدر، به سفارش اداره کل زندان های لرستان. منصوریان، مرتضی؛ عبادی فردآذر، فرید؛ رستگاری مهر، بابک و صلحی، مهناز. (۱۳۹۵). عوامل فردی و محیطی مستعدکننده گرایش به مصرف مواد مخدر از دیدگاه معتادان شهر اهواز، یک تحقیق کیفی. پایش، (۳)۱۵، ۲۹۱-۲۷۱.
- مهدیزاده، سمیه؛ قدوسی، آرش؛ ناجی، سیدعلی. (۱۳۹۲). بررسی تنش های درونی همسران مردان معتاد به هروئین. نشریه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز، (۳)۲، ۱۲۸-۱۳۸.
- نیازی، محسن. (۱۳۹۵). مطالعه وضعیت اعتیاد والدین و تأثیر آن بر سلامت روانی و اجتماعی فرزندان. فصلنامه دانش انتظامی اصفهان، ۷، ۹۴-۱۰۴.
- Atef-Vahid, M. K. (2004). Mental health in Iran: Achievement and challenges. *Social Welfare Quarterly*, 14(4), 29-45.
- Center for disease control MHME (2010) Asibe Penhan Newsletter.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Masekko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). Global mental health: No health without mental health. *Lancet*, 370, 859-877.
- Riba, M. (2010). Chronic physical illnesses and mental illness: The need for integrated care. Retrieved Oct ۱۶, ۲۰۱۱, <http://www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs220/en>.
- Saberi-Zafarghandi, M. B. (2010). Strategies of Ministry of Mental Health for destigmatization. Abstract book of the mental health and media meeting: Destigmatization in psychiatry, 23-۱۳.
- Vazirian, M. (2003). A review on drug demand reduction in Iran and recommendations for strategic development programs. *Social Welfare Quarterly*, 9(3), 145-201.
- World Health Organization (1995). Mental health :Strengthening our response. Retrieved Oct ۱۵, ۲۰۱۱, from <http://www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs220/en>.