

دانش و پژوهش در روان‌شناسی
دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)
شماره سی‌وسوم - پاییز ۱۳۸۶
صص ۱۶۸ - ۱۴۹

بررسی زمینه‌های پیش‌اعتیادی معتادان و مقایسه آن با افراد سالم غیرمعتاد

علی زینالی^۱ - رقیه وحدت^۲ - صفر حامدنی^۳

چکیده

به منظور بررسی تفاوت زمینه‌های مستعدکننده اعتیاد در افراد سالم و معتاد از دو گروه مطالعه (معتادان) و مقایسه (افراد سالم) استفاده شد. آزمودنی‌های شرکت‌کننده در پژوهش ۴۰۰ نفر بودند که ۲۰۰ نفر آنها را معتادان مراجعه‌کننده به مرکز بازتوانی معتادان ارومیه و ۲۰۰ نفر آنها را افراد سالم شهر ارومیه تشکیل می‌دادند. نمونه معتادان به صورت نمونه تصادفی ساده و نمونه افراد سالم به صورت غیرتصادفی ساده انتخاب شد. آزمودنی‌ها مرد و تحصیلات حداقل پنجم ابتدایی به بالا داشتند. داده‌ها با پرسشنامه

* - این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انجام پذیرفته است.

۱- عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوی و دانشجوی دوره دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات اهواز. cognition20@yahoo.com

۲- عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه و دانشجوی دوره دکترای مدیریت آموزش عالی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران.

۳- بوردر تخصصی روانپزشکی دانشگاه ارومیه

۷۰ سؤالی محقق ساخته که اعتبار و پایایی آن مطلوب برآورد شد، جمع‌آوری گردید و در یک طرح علی-مقایسه‌ای با آزمون آماری t تحلیل شد. یافته‌های پژوهش نشان داد، زمینه‌های پیش‌اعتیادی معتادان (خصوصیات شخصیتی، روابط خانوادگی، شیوه زندگی، عقاید) به‌طور معناداری متفاوت از افراد سالم است. لذا وجود زمینه و استعداد ویژه برای قبول و مصرف مواد مخدر ضروری است و لازم است، اقدامات پیشگیرانه از زمان کودکی و از درون نظام خانواده آغاز شود و در درمان بیماران معتاد علاوه بر جنبه جسمی به جنبه‌های روان‌شناختی و اجتماعی تخریب یافته، برای کسب بهبودی، توجه اکید شود.

کلید واژه‌ها: زمینه‌های پیش‌اعتیادی، استعداد اعتیاد، خانواده

مقدمه

سوء مصرف مواد مخدر و مسأله اعتیاد یکی از مهمترین مشکلات عصر حاضر است که گستره‌ای جهانی پیدا کرده، پا از مرزهای بهداشتی درمانی فراتر نهاده و به یک معضل روانی، اجتماعی و خانوادگی تبدیل شده است. علی‌رغم تلاشهای گسترده‌ای که در سطح جهان برای کنترل مواد مخدر صورت گرفته، شیوع و مصرف مواد مخدر همچنان رو به افزایش و سن مصرف مواد مخدر رو به کاهش است. علل شیوع اعتیاد پیچیده و متعدد است و بنا به ویژگی جوامع مختلف تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای دارد. میزان شیوع اعتیاد در ایران بر اساس گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر ۲ میلیون نفر تخمین زده می‌شود، اما به نظر می‌رسد آمار واقعی بیش از این میزان باشد. محاسبه دقیق رقم معتادان ایران به سهولت ممکن نیست و چنین رقمی در حال حاضر وجود ندارد، چرا که بررسی بیماریهای همه‌گیر (اپیدمیولوژیک) در زمینه اعتیاد مشکل و گاه غیر ممکن است. از سوی دیگر مشخص نمودن تأثیر سوء مصرف مواد مخدر بر جامعه مشکل است، زیرا بسیاری از عوارض آن، دهها سال بعد ظاهر می‌شود. لیکن عواقب و خسارت‌های اقتصادی، بهداشتی، روانی، اجتماعی و خانوادگی اعتیاد بر کسی پوشیده نیست. تخمین زده می‌شود که هر معتاد ایرانی حدود یک میلیون تومان در سال به جامعه زیان می‌رساند. (رحیمی مؤقر، ۱۳۷۵).

یافته‌های بالینی نشان می‌دهد که، حدود ۷۰ درصد معتادان متأهل‌اند. اگر هر معتاد متأهل تنها ۳ فرزند داشته باشد پیش‌بینی می‌شود حدود ۶/۵ میلیون فرزند معتاد (بیچه‌های اعتیاد) وجود داشته باشند (زینالی، ۱۳۷۹a). گزارش‌های بهداشتی، بیماری‌های خطرناک مانند HIV، HCV و HBV را همراه اعتیاد نشان می‌دهد. مهمترین عوارض روانی اعتیاد عبارت‌اند از افسردگی، اضطراب، فراموشی، روان‌پریشی، اختلالات مغزی مانند دمانس و دلیریوم. از مشکلات اجتماعی ناشی از اعتیاد می‌توان بیکاری، طلاق سرقت و... را نام برد. از منظر دیگر قدرت اقتصادی ناشی از ارزش افزوده مواد مخدر و به تبع آن حمایت قدرتهای سیاسی و نظامی از تولید و توزیع مواد مخدر به دلیل تجارت سودآور آن که بعد از اسلحه در درجه دوم قرار دارد (درآمد سالانه حاصل از تجارت مواد مخدر بالغ بر ۵۰۰ میلیارد دلار است، رحیمی مؤقر، ۱۳۷۵)، مقابله و کنترل سوء مصرف مواد مخدر را با مشکل مواجه ساخته است. از این رو ضروری است که در سیاستگذاری کلان جامعه علاوه بر داشتن نگرشی جامع و برنامه‌ریزی همه‌جانبه، مستمر و مبتنی بر نیازها و واقعیت‌های موجود، به پیشگیری اولیه بر اساس پژوهش‌های علمی، توجه ویژه شود.

این پژوهش سعی دارد، اعتیاد را به عنوان یک بیماری معرفی نماید و تأکید کند که وجود استعداد و آمادگی برای قبول مصرف مواد مخدر ضروری است. بنیان این آمادگی و استعداد ابتدا در درون نظام خانواده و سپس در اجتماع ریخته می‌شود. بررسی حاضر تجلی این استعداد و آمادگی را حداقل در ۴ زمینه؛ خصوصیات شخصیتی، روابط اجتماعی و خانوادگی، شیوه زندگی و افکار و عقاید جست‌وجو می‌نماید. رشد ناسالم (بیمارگون) فرد در این زمینه‌ها به‌عنوان استعداد اعتیاد مطرح است. بنابراین خانواده به عنوان زیربنایی‌ترین و اساسی‌ترین بنیان شکل‌دهنده زمینه‌های پیش‌اعتیادی محسوب می‌گردد که اقدامات پیشگیرانه باید در قالب آموزش زندگی خانواده، آموزش مهارتهای زندگی، آموزش شیوه‌های تربیتی و... از درون نظام خانواده قبل از آنکه نوجوان مستعد مصرف مواد گردد، آغاز شود.

مبانی نظری و تجربی پژوهش

افراد به دلایل مختلف مثل ناراحتی عصبی و روانی، دردهای جسمی، مشکلات جنسی و... مواد مصرف می‌کنند، اما عده‌ای که این‌گونه معتاد می‌شوند بسیار کم‌اند و گاهی این دلایل توجیهاتی بیش نیستند. همچنین اینها دروازه‌های ورود به مواد مخدر هستند، نه علل و عوامل مصرف مواد مخدر. در گذشته فقر، بی‌سوادی، بیکاری، تجرد، از طبقه پایین اجتماع بودن و... را علت اعتیاد می‌دانستند، اما یافته‌های جدید بالینی این دیدگاه را زیر سؤال برده است، چرا که اعتیاد در تمام اقشار، فقیر و غنی، بی‌سوادی، با سوادی، بیکار و شاغل، مجرد و متأهل و... دیده می‌شود. بر خلاف دیدگاه‌های قبلی ۷۰ درصد معتادان متأهل‌اند و ۷۰ درصد معتادان به نوعی دارای شغل هستند و قسمت اعظم ۳۰ درصد بقیه در جریان اعتیاد شغل خود را از دست داده‌اند (زینالی ۱۳۷۹).

یافته‌های جدید بالینی نشان می‌دهد که در شکل‌گیری اعتیاد زمینه‌های رشدی ناسالم و استعداد و آمادگی برای اعتیاد نقش اساسی ایفا می‌کنند.

نظریه استعداد اعتیاد^۱ بیان می‌کند، برخی افراد مستعد اعتیاد هستند و اگر در معرض آن قرار بگیرند، مبتلا می‌شوند، (در حالی که اگر کسی استعداد نداشته باشد، حتی اگر در معرض مواد مخدر قرار گیرد و تجربه مصرف هم داشته باشد معتاد نمی‌شود). براساس اطلاعات موجود ۵ تا ۱۰ درصد افراد جامعه مستعد اعتیاد هستند (پیران، ۱۳۷۶).

اعتیاد با وجود نتایج منفی آن با علایم مصرف غیرقابل کنترل دارو مشخص می‌شود. وابستگی تنها در بخش کوچکی از اشخاص که به مصرف داروهای اعتیادآور می‌پردازند، روی می‌دهد. این نشان می‌دهد که تفاوت قابل ملاحظه‌ای در استعداد و آمادگی^۲ شخصی به مواد وجود دارد. افراد مستعد به وابستگی، یک سری خصوصیات اختلالی رفتاری، مانند جست‌وجوی لذت، جست‌وجوی تازگی و شخصیت ضد اجتماعی را نشان می‌دهند (آگاتسوما و هیروی^۳، ۲۰۰۴).

1 – AddictProne

2 – Susceptibility

3 – Agatsuma & Hiroi

فرانک^۱ و دیگران (۲۰۰۳) با اشاره به رشد و ایجاد این آمادگی در طی زندگی بیان می‌کنند؛ اشخاصی که وابسته به مواد رشد نمی‌کنند، اگر چه مواد در دسترس داشته باشند، ممکن است خطرپذیری عوامل روانپزشکی متفاوت‌تری از کسانی که مواد در دسترس دارند و وابسته به مواد رشد می‌کنند داشته باشند.

از سوی دیگر فلاگل، وازگوز و رایبسون^۲ (۲۰۰۳) دریافتند که افزایش توجه و رسیدگی والدین به دنبال حوادث استرس‌آمیز در طی رشد اولیه، مانند یک سد محافظتی در مقابل رفتارهای داروجویانه در آینده برای فرد است. این مطالعه نشان داد که چگونه حوادث اولیه زندگی لایه‌های زیست‌شناختی را تغییر می‌دهد و کمک می‌کند استعداد و آمادگی متفاوتی به سوء مصرف داروها در نوجوانان و بزرگسالان ایجاد شود. همان‌طوری که ملاحظه می‌شود رویکردهای اخیر قویاً به وجود آمادگی و استعداد برای قبول و مصرف مواد تأکید می‌کنند.

خصوصیات شخصیتی که با مصرف مواد رابطه دارند، عبارت‌اند از: ابراز وجود پایین، عزت‌نفس یا خود سودمندی پایین، اعتماد به نفس پایین، امنیت اجتماعی پایین و مرکز کنترل بیرونی (ادجر^۳، ۱۹۹۱).

در یک مطالعه طولی دابکین^۴ و دیگران (۱۹۹۵) خصوصیات شخصیتی پسران ۶ ساله را مورد مطالعه قرار دادند. آنها دریافتند که الگوی رفتاری جدایی اولیه در شکل‌گیری مصرف مواد اساسی است. علاوه بر این سوء مصرف مواد غالباً با آسیب‌شناسی روانی ارتباط دارد.

کوزلو و روخلینا^۵ (۲۰۰۱) در یک بررسی نشان دادند، معنادارترین عامل پیش‌آگهی بد که تعیین‌کننده میزان شکل‌دهی شخصیت اعتیادی قبل از اعتیاد است، به قرار ذیل است:

۱- سابقه خانوادگی الکلیسم ۲- اعتیاد دارویی ۳- سایر اختلالات ذهنی ۴- سابقه قبلی انحراف شخصیتی ۵- شروع زودهنگام اعتیاد دارویی ۶- نوع دارو ۷- تحصیلات ۸- سوء مصرف الکل قبل از اعتیاد ۹- مدت زمان اعتیاد

1 – Franke

2 – Fligel & Vazquez & Robinson

3 – Adger

4 – Dobkin

5 – Kozlov & Rokhlina

سیگل^۱ (۱۹۹۸) در یک جمع‌بندی بیان می‌دارد، تحقیقات نشان می‌دهند که معتادان دارای ویژگی‌های شخصیتی چون من ضعیف، دامنه پایین تحمل ناکامی، اضطراب و تخیل همه‌کاروانی هستند. بسیاری از آنها دارای شخصیت‌های اجتماع ستیز و بیماری‌های روان‌شناختی جدی هستند. همچنین مصرف‌کنندگان مواد تمایل به اضطراب، تکانشی بودن، سرکشی و غرور بیشتر دارند، آنها در بزرگسالی ناشکیبا و بی‌طاقت هستند و نیاز قوی به تأیید شدن دارند (لوینسون^۲، ۱۹۹۷).

به‌طور کلی اختلالات شخصیت پیش‌بینی‌کننده قوی در وابسته شدن به مواد افیونی و کوکائین محسوب می‌شود (فرانکوویس^۳، ۲۰۰۰).

پژوهش‌هایی که به بررسی صفات و خصوصیات شخصیتی و بالینی معتادان پرداختند، به وجود صفات و خصوصیات شخصیتی و بالینی خاص در معتادان اشاره و آنها را پیش‌بینی‌کنندگان قوی در اعتیاد به مواد مخدر می‌دانند، تا جایی که کوزلو و روخلینا آنها را تحت عنوان شخصیت اعتیادی نام می‌برند.

خانواده به عنوان اولین منبع تأثیرگذار در خلال کودکی و نوجوانی بر تصمیم فرد در انجام رفتارهای مخاطره‌آمیز نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. بیشتر تحقیقات بر روی اهمیت شیوه‌های فرزندپروری (روشهای کنترل و ایجاد نظم) و اعتیاد والدین در بروز و ظهور رفتارهای مخاطره‌آمیز تأکید دارند.

استارک - روبلوسکی و پل^۴ (۲۰۰۶) دریافتند که سبکهای والدینی (اقتداری، استبدادی و بی‌اعتنا) با مصرف مواد در نوجوانان دختر و پسر رابطه دارد. اسپیرس نومیستر و فینچ^۵ (۲۰۰۶) نشان دادند که سبکهای والدینی متفاوت منجر به هدف‌گزینی متفاوت در نوجوانان می‌شود.

کلارک^۶ و دیگران (۱۹۹۸) به مطالعه عملکرد خانواده از دید مادران و نوجوانان استفاده‌کننده از الکل پرداختند. نتایج نشان داد که عملکرد نامطلوب در خانواده‌های نوجوانان الکلیک بیش از نوجوانان عادی است. مادران نوجوانان الکلیک عملکرد نامطلوب‌تر خانوادگی را در مقایسه با مادران گروه عادی و بیماران روانی گزارش کردند.

1 – Siegle

2 – Lowinson

3 – Franques

4 – Stark-Wroblewski & paul

5 – Spires Neumeister & Finch

6 – Clark

متغیرهای متعدد خانوادگی همچون تعارض و ناهمخوانی بین والدین، فقدان نظارت والدین، غیبت و حضور کمرنگ پدر در خانواده، رابطه مستبدانه والدین با فرزندان و والدین معتاد، با رفتارهای مخاطره‌آمیز در نوجوانان همبستگی مثبت دارد (پاترسون^۱، ۱۹۹۲).

اینکه فرد در طی زندگی تحت تأثیر چه عوامل اجتماعی و خانوادگی قرار دارد، منجر به انتخاب سبک و شیوه خاصی از زندگی شده و آن هم او را به مصرف یا عدم مصرف مواد هدایت می‌کند. احتمال اعتیاد افرادی که در شرایط بدی از زندگی به‌سر می‌برند، نسبت به کسانی که منابع خشنودی بیشتری در دسترس دارند، بیشتر است.

شیوه زندگی معتادان با دوست‌گزینی افراطی بدون ارزیابی دوستان و گذراندن اوقات بیشتری از زندگی خود با دوستان و اوقات کمتری با خانواده ورق می‌خورد. آنها هیچ تمایلی به دادن اطلاعات در مورد وضعیت دوستان، مکانهای رفت و آمد و صحبت‌های فیما بین دوستان و خود به خانواده خویش ندارند. این‌گونه افراد شیوه زندگی بی‌نظم دارند، رفت و آمد و حضور منظم در خانواده ندارند (زینالی، ۱۳۸۰b). چنین نوجوانانی عملکرد تحصیلی ضعیف، غیبت بیشتر از مدرسه، کمک کمتر به والدین در امور منزل و صرف وقت کمتر برای انجام تکالیف از خود نشان می‌دهند (کلارک، ۱۹۹۸).

وینستین^۲ (۱۹۹۳) مطالعه‌ای را بر روی ۳۳۸ دانشجو در ایالات متحده انجام داد. در این پژوهش نشان داد که دوستان و همسالان مهمترین تأثیر را در مصرف مواد مخدر دارند. سوء مصرف مواد نوجوانان با عوامل متعددی از جمله دوستان مصرف‌کننده مواد ارتباط دارد (بست^۳ و دیگران، ۲۰۰۰، برس ویت^۴ و دیگران، ۲۰۰۰). کروم-مراویت و مایر^۵ (۲۰۰۵) در یک مطالعه مقایسه‌ای با ۴۰۴۵ نوجوان به‌عنوان گروه پرخطر و ۱۷۰۹ نوجوان به‌عنوان گروه گواه، دریافتند که نوجوانان خطر جو بیشتر اوقات خود را در بیرون از مدرسه با دوستان صرف می‌کنند و به جای انجام تکالیف درسی، اغلب سیگار می‌کشند، الکل مصرف می‌کنند و با احتمال بیشتری در زد و خورد های فیزیکی درگیر می‌شوند.

1 – Patterson

2 – Weinstein

3 – Best

4 – Braithwaite

5 – Krumm-Merabet & Meyer

افکار و عقاید مردم دربارهٔ اعتیاد نقش عمده‌ای در اقدام به استفاده از مواد مخدر ایفا می‌کند. وقتی کسی باور داشته باشد که مواد مخدر نمی‌تواند او را معتاد کند و هر موقع بخواهد می‌تواند آن را کنار بگذارد به طرف مصرف و اعتیاد سوق پیدا می‌کند. معنای مصرف دارو برای فرد نقش تعیین‌کننده‌ای در گرایش او به مصرف دارو دارد. به عبارت دیگر اشخاص به‌طور ناگهانی و توجیه‌ناپذیر قربانی اعتیاد به مواد و الکلیسم نمی‌شوند. آنها به‌طور فعال درگیر مصرف داروها می‌شوند و نگرشها و باورها، هدفها و انتظاراتشان در این کار نقش مهمی دارد (مارلات و روزنو^۱، ۱۹۸۰).

پژوهشی که زینالی (۱۳۷۹b) برای بررسی نگرش معتادان به اعتیاد با نمونه ۲۵۸ نفری معتادان مراجعه‌کننده به درمانگاه انجام داد با استفاده از مصاحبه بالینی که در آن یک سؤال اساسی پرسیده می‌شد، «به نظر شما اعتیاد چیست» به نتایج جالبی دست یافت. در این پژوهش ۹۳/۴ درصد معتادان اعتیاد را یک عمل خلاف، ناشایست و خانمانسوز می‌دانستند، ۵/۶ درصد معتادان اظهار داشتند نمی‌دانند و تنها ۱ درصد آنان اعتیاد را یک بیماری قلمداد می‌کردند.

نه تنها نگرش، باورداشت و انتظارات فرد از مصرف نوع خاصی از مواد موجب سوء مصرف مواد می‌شود، بلکه افکار و عقاید نقش تعیین‌کننده‌ای در شروع و ادامهٔ مصرف مواد ایفا می‌نماید (زینالی، ۱۳۸۴).

همان‌طور که ملاحظه شد، پژوهشهای انجام یافته تأکید بر وجود یک سری زمینه‌های بیمارگون (خصوصیات شخصیتی، روابط اجتماعی و خانوادگی، شیوهٔ زندگی، افکار و عقاید) داشته که فرد را مستعد و آمادهٔ مصرف مواد مخدر می‌کند. پژوهش حاضر سعی بر آن دارد تا نشان دهد که زمینه‌های رشدی آسیب‌شناختی و آمادگی ویژه‌ای در طی زندگی ایجاد می‌گردد تا یک فرد معتاد شود. یافتهٔ پژوهش حاضر نه تنها موجب درک روشن‌تر و شناخت دقیق‌تر از بیماری اعتیاد می‌شود، بلکه اطلاعات مفید و اساسی در زمینهٔ پیشگیری، درمان و بازتوانی بیماران معتاد ارائه می‌دهد.

روش

جامعه آماری شامل ۱۶۰۰ معتاد مراجعه‌کننده به مرکز بازتوانی معتادان ارومیه طی سالهای ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۳ بود. نمونه مورد بررسی ۴۰۰ نفر بود، ۲۰۰ نفر معتاد مراجعه‌کننده (گروه مطالعه) به مرکز بازتوانی و ۲۰۰ نفر افراد سالم غیرمعتاد (گروه گواه) ارومیه بودند. آزمودنیهای شرکت‌کننده در پژوهش مرد بودند و دامنه سنی ۱۵ تا ۶۲ سال داشتند و تحصیلات حداقل پنجم ابتدایی و بالاتر داشتند. روش انتخاب نمونه معتادان مورد مطالعه، روش تصادفی ساده (برحسب شماره پرونده معتادان) بود و برای انتخاب نمونه افراد سالم ابتدا با یک طرح از پیش تعیین شده، ۴ منطقه شهر ارومیه به تصادف انتخاب شد و سپس با مراجعه به آن مناطق، به صورت روش غیرتصادفی ساده نمونه‌های مورد مطالعه انتخاب شدند.

ابزار پژوهش

برای سنجش زمینه‌های پیش‌اعتیادی (شرایط و وضعیت درونی و بیرونی ناسازگارانه فرد که در طی رشد از بدو تولد تا شروع مصرف مواد به مرور در وی شکل می‌گیرند و فرد را مستعد و آماده مصرف مواد می‌نمایند) معتادان و وضعیت افراد سالم غیرمعتاد از پرسشنامه محقق‌ساخته استفاده شد. ابتدا سؤالات متعددی بر اساس ۴ زمینه مستعدکننده (خصوصیات شخصیتی، روابط اجتماعی و خانوادگی، شیوه زندگی، افکار و عقاید) طرح شد و پس از تحلیل سؤالات توسط سه صاحب‌نظر در حیطه مربوط (حذف و اضافه و تغییر سؤالاتی که کمتر از ۵۰ درصد نمونه به آنها پاسخ داده بودند)، اجرای آزمایشی و برآورد پایایی و اعتبار^۱ در هر مرحله، پرسشنامه‌ای با ۷۰ موضوع و ۴ زیرمقیاس طراحی شد که آزمودنیها در هر یک از زیرمقیاس‌ها و کل مقیاس نمراتی در مقیاس فاصله‌ای دریافت می‌کنند. در نهایت پرسشنامه طراحی شده بر روی نمونه منتخب اجرا شد. اعتبار محتوای سؤالات پرسشنامه در جریان ساخت و تحلیل موضوعات را ۳ متخصص حیطه مربوط مطلوب برآورد کردند.

روش اجرا

روش پژوهش علی-مقایسه‌ای (پس رویدادی) بود. متغیر مستقل زمینه‌های پیش‌اعتیادی و متغیر وابسته بیماری اعتیاد بود. در این پژوهش سعی شده هر دو گروه آزمودنی‌های شرکت‌کننده در پژوهش از نظر سن، تحصیلات، شغل و وضعیت اجتماعی هم‌تا گردند. قبل از ارائه پرسشنامه به آزمودنی‌ها در مورد نحوه پاسخگویی به سؤالات، توضیحی که آنها را به مشارکت و صداقت در تکمیل پرسشنامه تشویق و رهنمون می‌نمود، راهنمایی‌های لازم ارائه می‌گشت.

روشهای آماری

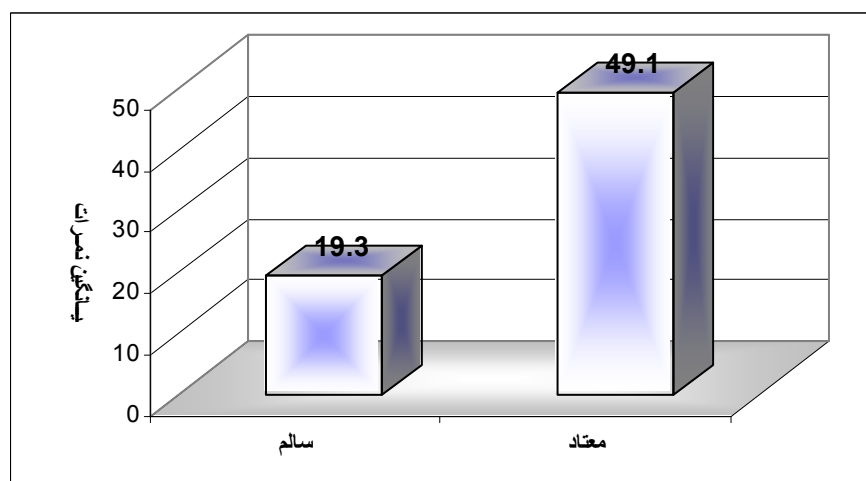
پس از جمع‌آوری اطلاعات به وسیله پرسشنامه، داده‌های ۴۰۰ پاسخ‌دهنده استخراج و در برنامه SPSS ۱۱/۵ با آزمون آماری t ، تفاوت دو میانگین مستقل پردازش شد.

یافته‌های پژوهش

در این مطالعه آزمودنی‌ها (معتادان و افراد سالم) برحسب میزان نمره اخذ کرده از پرسشنامه وضعیت پیش‌اعتیادی مقایسه شدند. هر قدر آزمودنی در این آزمون نمره بیشتری دریافت می‌کرد، نشان‌دهنده وضعیت پاتولوژیک و اعتیادی وی بود. همان‌طوری که جدول شماره ۱ نشان می‌دهد، میانگین نمره وضعیت پیش‌اعتیادی معتادان ۴۹/۱۴ و میانگین نمره افراد سالم ۱۹/۳۱ می‌باشد. داده‌ها نشان می‌دهد که معتادان نسبت به افراد سالم از وضعیت بیمارگون و آسیب‌شناختی بیشتری برخوردار هستند.

جدول ۱- میانگین نمرات وضعیت پیش‌اعتیادی معتادان و میانگین نمرات افراد سالم

انحراف معیار	میانگین	تعداد	آزمودنی‌ها
۹/۹۱	۱۹/۳۱	۲۰۰	سالم
۱۴	۴۹/۱۴	۲۰۰	معتاد



نمودار ۱- میانگین نمرات وضعیت پیش‌اعتیادی معتادان و میانگین نمرات افراد سالم

آزمون فرضیه‌ها

جدول ۲- تفاوت خصوصیات شخصیتی معتادان و افراد سالم

زمینه	آزمودنیها	میانگین	آزمون برابری واریانسها		t	درجه آزادی	سطح معناداری
			F-leven	سطح معناداری			
خصوصیات شخصیتی	معتاد	۱۲/۶	۰/۵۲۱	۰/۳۰۲	۱۸/۴	۳۹۸	۰/۰۰۱
	سالم	۵/۸۸					

جدول ۲ نشان می‌دهد، بین خصوصیات شخصیتی معتادان و افراد سالم تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0.001$ ، $t(398) = 18.4$). معتادان از ویژگیهای شخصیتی غیرطبیعی بیشتری برخوردار هستند.

جدول ۳- تفاوت روابط اجتماعی و خانوادگی معنادان و افراد سالم

سطح معناداری	درجه آزادی	t	آزمون برابری واریانس‌ها		میانگین	آزمودنیها	زمینه
			سطح معناداری	F			
۰/۰۰۱	۳۹۸	۲۱/۴	۰/۱۲۸	۰/۳۵۲	۷	معتاد	روابط اجتماعی و خانوادگی
					۲/۴۷	سالم	

جدول ۳ نشان می‌دهد، بین روابط اجتماعی و خانوادگی معنادان و افراد سالم تفاوت معنادار وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$ ، $t = ۲۱/۴$ ، $t(۳۹۸)$). معنادان از روابط اجتماعی و خانوادگی غیرطبیعی بیشتری برخوردار هستند.

جدول ۴- تفاوت شیوه زندگی معنادان و افراد سالم

سطح معناداری	درجه آزادی	t	آزمون برابری واریانس‌ها		میانگین	آزمودنیها	زمینه
			سطح معناداری	F			
۰/۰۰۱	۳۹۸	۱۹/۲	۰/۲۱۲	۰/۴۲۳	۷/۴۸	معتاد	شیوه زندگی
					۲/۷۳	سالم	

جدول ۴ نشان می‌دهد، بین شیوه زندگی معنادان و افراد سالم تفاوت معنادار وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$ ، $t = ۱۹/۲$ ، $t(۳۹۸)$). معنادان از شیوه زندگی غیرطبیعی بیشتری برخوردار هستند.

جدول ۵- تفاوت افکار و عقاید معتادان و افراد سالم

زمینه	آزمودنیها	میانگین	آزمون برابری واریانس‌ها		t	درجه آزادی	سطح معناداری
			F	سطح معناداری			
افکار و عقاید	معتاد	۹	۰/۱۲۵	۰/۰۹۸	۱۸/۴	۳۹۸	۰/۰۰۱
	سالم	۳					

جدول ۵ نشان می‌دهد، بین افکار و عقاید معتادان و افراد سالم تفاوت معنادار وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$ ، $t(۳۹۸) = ۱۸/۴$). معتادان از افکار و عقاید غیرطبیعی بیشتری برخوردار هستند.

جدول ۶- تفاوت زمینه‌های پیش‌اعتیادی معتادان و افراد سالم

زمینه	آزمودنیها	میانگین	آزمون برابری واریانس‌ها		t	درجه آزادی	سطح معناداری
			F	سطح معناداری			
در کل زمینه‌ها	معتاد	۴۹/۱۴	۰/۶۰۵	۰/۴۴۸	۲۴/۵۹	۳۹۸	۰/۰۰۱
	سالم	۱۹/۳۱					

جدول ۶ نشان می‌دهد، بین وضعیت پیش‌اعتیادی معتادان و افراد سالم غیرمعتاد تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$ ، $t(۳۹۸) = ۲۴/۵۹$). معتادان از وضعیت پیش‌اعتیادی آسیب‌شناختی (پاتولوژیک) بیشتری نسبت به افراد سالم برخوردار هستند. وضعیت و شرایطی که آنها را به سوی مصرف مواد مخدر سوق داده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش نشان داد که وضعیت پیش‌اعتیادی غیرطبیعی (بیمارگون) در بین معتادان به‌طور معناداری بیشتر از افراد سالم است. از آنجایی که این بررسی پس‌رویدادی است، نتایج به وضعیت پیش‌اعتیادی آزمودنیها در مرحلهٔ کودکی، نوجوانی و جوانی اشاره دارد. یافتهٔ پژوهش نشان می‌دهد که افراد معتاد در مرحلهٔ کودکی، نوجوانی و جوانی یک‌سری صفات و خصوصیات بیمارگون، روابط اجتماعی و خانوادگی ناسالم، افکار و عقاید غلط و شیوهٔ زندگی مخاطره‌آمیز داشتند که آنها را به‌سوی مصرف مواد مخدر سوق داده است. وضعیتی که در افراد سالم غیرمعتاد به‌صورت بیمارگون وجود ندارد. به‌عبارت دیگر معتادان در طی مراحل رشد قبل از اعتیاد به‌گونه‌ای رشد و تربیت می‌یابند که مستعد و آمادهٔ مصرف مواد مخدر می‌شوند در حالی که چنین استعداد و آمادگی در افراد سالم مشاهده نمی‌شود.

یافته‌های پژوهش با رویکرد نظری و یافتهٔ پژوهش‌ها در این زمینه مطابقت و همخوانی دارد. نظریهٔ استعداد اعتیاد اشاره به وجود استعداد ویژه‌ای در افراد، برای معتاد شدن دارد. به‌طوری که اگر افراد مستعد در معرض مصرف مواد مخدر قرار بگیرند معتاد شده و آنهایی که این استعداد را ندارند معتاد نمی‌شوند (پیران، ۱۳۷۶). آگاتسوما و هیروبی (۲۰۰۴) نشان دادند که تفاوت قابل ملاحظه‌ای در استعداد و آمادگی شخصی به مواد وجود دارد و فرانک و دیگران (۲۰۰۳) بیان داشتند که این استعداد و آمادگی در طی زندگی رشد می‌کند.

فرانکوویس (۲۰۰۰) نتیجه گرفت که بین صفات شخصیتی و وابستگی به مواد رابطه وجود دارد و لذت‌طلبی را به عنوان یک آمادگی شخصیتی برای اعتیاد که می‌توان در کودکان خردسال شناسایی کرد مطرح نمود. لوینسون (۱۹۹۷) نشان داد که جست‌وجوی لذت یک صفت دائمی است و به عنوان یک ساز و کار اساسی ممکن است نوجوانان را به مصرف مواد مخدر بکشاند. سیگل (۱۹۹۸) در یک جمع‌بندی بیان می‌دارد، که معتادان دارای ویژگیهای شخصیتی چون من ضعیف، دامنهٔ کم تحمل ناکامی، اضطراب و تخیل همه‌کار توانی هستند. این پژوهش نیز تأکید بر آمادگی فرد از نظر شخصیتی برای مصرف مواد مخدر دارد. عقاید و باورداشتهای فرد در خصوص

مواد مخدر در گرایش فرد به مصرف مواد نقش اساسی دارد. این یافته‌ها با یافته این پژوهش که معتادان از ویژگیهای شخصیتی غیرطبیعی بیشتری برخوردار هستند، همخوانی دارد.

افکار و عقاید بیمارگون پیش از اعتیاد، در هدایت نوجوانان و جوانان به مصرف مواد مخدر نقش اساسی دارند. مارلات و روزنو (۱۹۸۰) معتقد هستند که اشخاص به‌طور ناگهانی و توجیه ناپذیر قربانی اعتیاد به مواد و الکلیسم نمی‌شوند. آنها به‌طور فعال درگیر مصرف داروها می‌شوند و نگرشها و باورها، هدفها و انتظاراتشان در این کار نقش مهمی دارند. زینالی (۱۳۷۹b) نشان داد، ۹۹ درصد معتادان یا نمی‌دانند اعتیاد چیست و یا اعتیاد را یک عمل خلاف، ناشایست و خانمانسوز می‌دانند نه یک بیماری که در طی رشد شکل گرفته باشد و نیاز به درمان روان‌شناختی داشته باشد. این یافته‌ها نشان‌دهنده اهمیت افکار و عقاید در شکل‌گیری اعتیاد است که با یافته این پژوهش که معتادان از افکار و عقاید غلط بیشتری برخوردار هستند، همخوانی دارد.

افراد معتاد در طی زندگی قبل از اعتیادشان یاد می‌گیرند به شیوه‌های خاصی زندگی کنند. این شیوه‌های خاص زندگی، آنها را در معرض مصرف مواد مخدر قرار می‌دهد. شیوه زندگی معتادان با دوست‌گزینی افراطی بدون ارزیابی دوستان و گذراندن اوقات بیشتری از زندگی خود با دوستان و اوقات کمتری با خانواده تعیین می‌شود. آنها هیچ تمایلی به دادن اطلاعات در مورد وضعیت دوستان، مکانهای رفت و آمد و صحبت‌های فیما بین دوستان و خود به خانواده خویش نیستند. این‌گونه افراد شیوه زندگی بی‌نظم دارند، رفت و آمد و حضور منظم در خانواده ندارند (زینالی، ۱۳۸۴). چنین نوجوانانی عملکرد تحصیلی ضعیف، غیبت بیشتر از مدرسه، کمک کمتر به والدین در امور منزل و صرف وقت کمتر برای انجام تکالیف از خود نشان می‌دهند (کلارک و دیگران، ۱۹۹۸). سوء مصرف مواد به وسیله نوجوانان با عوامل متعددی از جمله دوستان مصرف‌کننده مواد ارتباط دارد (بست و دیگران، ۲۰۰۰؛ برس ویت و دیگران، ۲۰۰۰). کروم - مرابیت و مایر (۲۰۰۵) دریافتند که نوجوانان خطر جو بیشتر اوقات خود را در بیرون از مدرسه با دوستان صرف می‌کنند و به جای انجام تکالیف درسی، اغلب سیگار می‌کشند، الکل مصرف می‌کنند و با احتمال بیشتری در زد و خوردهای فیزیکی درگیر

می‌شوند. این یافته‌ها با یافته‌های این پژوهش که معتادان از شیوه زندگی مخاطره‌آمیز بیشتری برخوردار هستند، همخوانی دارد.

خانواده به‌عنوان اولین منبع تأثیرگذار در خلال کودکی و نوجوانی بر تصمیم فرد در انجام رفتارهای مخاطره‌آمیز نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. استارک - رولوسکی و پل (۲۰۰۶) دریافتند، سبکهای والدینی (اقتداری، استبدادی و بی‌اعتنا) با مصرف مواد در نوجوانان دختر و پسر رابطه دارد. اسپیرس نومیستر و فینچ (۲۰۰۶) نشان دادند که سبکهای والدینی متفاوت منجر به هدف‌گزینی متفاوت در نوجوانان می‌شود. کلارک و دیگران (۱۹۹۸) نشان دادند، عملکرد نامطلوب در خانواده‌های نوجوانان الکلی بیش از نوجوانان نرمال است. مادران نوجوانان الکلی عملکرد نامطلوب‌تر خانوادگی را در مقایسه با مادران گروه نرمال و بیماران روانی گزارش کردند. متغیرهای متعدد خانوادگی همچون تعارض و ناهمخوانی بین والدین، فقدان نظارت والدین، غیبت و حضور کم‌رنگ پدر در خانواده، رابطه مستبدانه والدین با فرزندان و والدین معتاد، بار رفتارهای مخاطره‌آمیز در نوجوانان همبستگی مثبت دارد (پاترسون، ۱۹۹۲). این یافته‌ها با یافته‌های این پژوهش که معتادان از روابط اجتماعی و خانوادگی ناسالم بیشتری برخوردار هستند، همخوانی دارد.

همان‌طوری که ملاحظه شد اعتیاد یک بیماری پیچیده و چندوجهی است و عوامل روانی، اجتماعی علاوه بر جنبه جسمی نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌دهی آن دارد. به‌طوری که برای قبول و مصرف مواد مخدر زمینه رشد ناسالم و استعداد ویژه‌ای لازم است که بنیان آن ابتدا در درون نظام خانواده و سپس در اجتماع ریخته می‌شود. اما هنوز در جوامع انسانی با پدیده اعتیاد به‌عنوان جرم و عمل خلاف به‌طور ناشایست برخورد شده و فرد معتاد دستگیر، زندانی و مجازات می‌شود. اعتیاد قبل از آنکه فرد مصرف مواد مخدر را شروع نماید، در طی دوران رشد و به موازات شکل‌گیری خصوصیات شخصیتی، عقاید، روابط اجتماعی و خانوادگی، شیوه زندگی و... بستر ظهورش فراهم شده و از آنجایی که مصرف مواد مخدر موجب تخریب جسمی و روانی (ذهنی) می‌گردد، فرد به‌شدت از نظر اجتماعی افت پیدا می‌کند. به‌تدریج

خصوصیات نامناسب دیگری به آن اضافه شده و اعتیاد فرد بارز و آشکارتر می‌شود. در واقع معتاد شدن فرد، دست خودش نیست، ولی بهبودی آن کاملاً دست خودش است، اما چون فرد معتاد از نظر شناخت (اعتقادات، افکار و قضاوت) مختل است، اقدام به بهبود، بسیار پیچیده و سخت می‌نماید. از این دیدگاه تا زمانی که فرد معتاد انگیزه و میل به کنار گذاشتن مواد را نداشته باشد، هیچ سازمان و نهاد قدرتمندی نمی‌تواند به بهبود وی اقدام نموده و موفقیت حاصل نماید.

اعتیاد یک بیماری مزمن، مسری و پیش‌رونده است که ریشه و زمینه در رشد فرد داشته و در نهایت می‌تواند با تخریب جنبه‌های سه‌گانه فرد، وی را به کام مرگ بکشاند. از آنجایی که اعتیاد ریشه در رشد و شکل‌گیری شخصیت فرد دارد، درمان آن نیز طولانی‌مدت و چند بعدی (پزشکی، روان‌شناختی و اجتماعی) است. گذشته از این باید درمان‌های خودیار (NAR-ANON, N.A) و حمایت‌های روان‌شناختی تقریباً برای تمام عمر به فرد در حال درمان ارائه شود و معتاد به‌صورت عضو دائمی از گروه تحت درمان درآید. چرا که در هر مرحله از درمان احتمال برگشت به شرایط قبلی زندگی و روابط اجتماعی قبلی وجود دارد. همان‌طوری که یافته‌های این پژوهش و پژوهش‌های انجام یافته در این زمینه تأکید می‌کنند، زمینه و ریشه شکل‌گیری بیماری اعتیاد ابتدا در درون خانواده و سپس در اجتماع ریخته می‌شود. خانواده به عنوان زیربنایی‌ترین و اساسی‌ترین بنیان شکل‌دهنده زمینه‌های پیش‌اعتیادی محسوب می‌گردد، لذا اقدامات پیشگیرانه در قالب آموزش زندگی خانواده، آموزش مهارت‌های زندگی، مسائل تربیتی و... از درون نظام خانواده قبل از آنکه نوجوان مستعد شود و به مصرف مواد مخدر بپردازد، باید آغاز گردد و در درمان بیماران معتاد علاوه بر جنبه جسمی، به جنبه‌های روانی و اجتماعی تخریب یافته برای کسب بهبود در قالب درمان‌های گروهی و به‌خصوص خودیار توجه ویژه شود.

منابع

- پیران. (۱۳۷۶)، «اپیدمیولوژی اعتیاد»، *نشریه پیام پیشگیری*، سال دوم، شماره ۱۵.
- رحیمی موقر، آفرین. (۱۳۷۵)، *پیشگیری اولیه از اعتیاد*، سازمان بهزیستی کشور.
- زینالی، علی. (۱۳۷۹a)، «گزارش عملکرد مرکز سرپایی بازتوانی معتادان ارومیه»، سازمان بهزیستی استان آذربایجان غربی.
- زینالی، علی. (۱۳۷۹b)، «بررسی نگرش معتادین نسبت به اعتیاد»، *مجله سراب*، شماره‌های ۱۷ - ۱۸.
- زینالی، علی. (۱۳۸۴)، *بررسی سبب‌شناختی زمینه‌های پیش‌اعتیادی معتادان بهبود یافته*، تهران، مؤسسه داریوش.

- Adger, H. (1991). problems of Alcohol and other drug use and abuse in adolescence, medical and social perspectives, New york, feb, 21 – 22 .
- Agatsuma, S & Hiroi, N. (2004). Genetic basis of Drug dependence and comorbid behavioral traits, *Nihon shinkei Seishin*, Jun; 24(3):137 – 45 .
- Best, D., Rawaf, S., Rowley, J., Floyd, K., Manning, V. & Strang, J. (2000). Drinking and smoking as concurrent predictors of illicit drug use and positive drug attitude in adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 60,319 – 321 .
- Braithwaite, R., Robillard, A., Woodring, T., Stephens, T. & Arriola, K.J. (2001). Tattooing and body piercing among adolescent detainees: Relationship to alcohol and other drug use. *Journal of Substance Abuse*, 13,5 –16.
- Clark, D.B. & et al. (1998). family functioning and Adolescent Alcohol use Disorder, *J. of family psychology*, vol. 12 , No 1,81 –91 .
- Dobkin. P.L. Tremblay, R.E. Masse, L.C. Vitaro, F. (1995). Individual and peer characteristics in predicting boy's early onset of substance abuse. *child Devel*, 66 :1198 –1214 .

- Flagel, S.B. Vazques, D.M. & Robinson, T.E. (2003). Manipulations During the Second Week of life Increase Susceptibility to Cocaine Self - Administration in female Rats, *Neuropsychopharmacology*, 28, pp 1741 – 1751.
- Franke, P., Neef, D., Weiffenbach, O., Gansicke, M., Hautzinger, M. & Maier, W. (2003). Psychiatric Comorbidity in risk groups of opioid addiction, *Fortschr Neurol Psychiatr*; Jan, 71(1):37 – 44.
- Franques. P., Auriacombem M. & Tignol, J. (2000). Addiction and personality *J. of Encephale*, 26(1).
- Kozlov, A.A & Rokhlina. M.L. (2001). Dependence of the formation of the Addictive Personality on the Predisposing Factors, *zh Nevrol Psikhiatr*;101(5):16 – 20.
- Krumm-Merabet and C. Meyer, T. D. (2005). Leisure activities, alcohol, and nicotine consumption in people with a hypomanic/hyperthymic temperament. *Journal of Personality and Individual Differences*, 38,701 – 712.
- Lowinson, H.J. (1997). *Substance abuse*, Williams and Wilkins, U.S.A.
- Marlatt, G.A. and Rohsenow, D.J. (1980). *Cognitive Processes in Alcohol use*, Greenwich, Conn: JAI Press.
- Patterson, G.R. (1992). *Antisocial boys*, Eugen, OR, Gastalia.
- Siegel, J.L. (1998). *criminology*, wadsworth: Belmont.
- Speirs Neumeister, K.L & Finch, H. (2006). Perfectionism in High-Ability Student. *The Gifted Child Quarterly*; 50,35; Academic Reserch Library.
- Stark-Wroblewski, K. and Paul, A.B. (2006). The Relationship between Parenting Styles and Substance Abuse: Evidence for Differential Influence by Gender. Paper presented at the annual meeting of the The Association For Women in Psychology, Marriott at Eagle Crest

Conference Resort, Ypsilanti/Ann Arbor, MI. Available.
www.allacademic.com.

Weinstein, N.D. (1993). Testing for competing theories of health protective behavior, *Health psychology*, 12 :324–333.

تاریخ وصول: ۸۵/۱۲/۲۲

تاریخ پذیرش: ۸۶/۳/۲