

بررسی عوامل مؤثر در گرایش به مواد مخدر و روان‌گردان زنان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد وابسته به بهزیستی شهر تهران

سارا افشاری آزاد^۱، شیرین حجازی^۲، نسیم الله‌وردی^{۳*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۶/۱۴ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۹/۰۷

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: وابستگی به مواد مخدر یک مسئله اجتماعی است و زنان به‌عنوان نیمی از جمعیت جامعه با آن درگیر هستند. بنیان جوامع و خانواده به سلامت تمامی افراد جامعه به‌خصوص زنان بستگی دارد. هدف از این مطالعه تعیین عوامل مؤثر در گرایش به مواد مخدر و روان‌گردان زنان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد وابسته به بهزیستی شهر تهران بود.

مواد و روش کار: مطالعه‌ای بر روی کلیه زنان وابسته و غیر وابسته به مواد مخدر مراجعه‌کننده به بهزیستی شهر تهران و درمانگاه قدس که از بین آنان با روش نمونه‌گیری در دسترس ۱۵۰ نفر در گروه مورد و ۱۵۰ نفر در گروه شاهد قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه ۲ قسمتی محقق ساخته که قسمت اول مشخصات دموگرافیک و قسمت دوم ۵ بعد علل گرایش به مواد مخدر و روان‌گردان با روایی و پایایی تأیید شده بود. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری تی تست و کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: مهم‌ترین علل فردی در بیماری‌های جسمی: کمردرد و در بیماری‌های روانی: (افسردگی، اضطراب تحریک‌پذیری، خشم شدید، ...) و در ویژگی رفتاری: (نگرش مثبت به مواد مخدر، اعتماد به نفس پایین، کمبودهای عاطفی، ناتوانی در سازگاری با مشکلات، ...) در علل خانوادگی: (وابستگی اعضای خانواده به مواد مخدر، بی‌پندوباری و متشنج بودن و حساسیت شدید خانواده) و در علل اقتصادی: (میزان درآمد، منطقه سکونت)، در علل اجتماعی: (عدم دسترسی به تفریحات سالم، نداشتن امکانات تفریحی و خدماتی - مشاوره‌ای، داشتن دوستان معتاد) و علل فرهنگی: (آسیب‌زا بودن محل تحصیل و استرس تحصیلی) بود.

بحث و نتیجه‌گیری: اعتیاد زنان می‌تواند آسیب‌های جبران‌ناپذیری را بر فرد، خانواده و جامعه حاکم کند. با کشف عوامل مؤثر در وابستگی زنان به مواد مخدر می‌توان از بروز بسیاری از معضلات بهداشتی و اجتماعی جامعه جلوگیری نمود.

کلیدواژه‌ها: اعتیاد، مواد مخدر، عوامل مستعد کننده، زنان

مجله پرستاری و مامایی، دوره هفدهم، شماره ۱۰، پی‌درپی ۱۲۳، دی ماه ۱۳۹۸، ص ۸۳۹-۸۲۶

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۶۱

Email: nasim.allahverdi@yahoo.com

مقدمه

اعتیاد یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی است که میزان شیوع آن در زنان در حال افزایش می‌باشد (۱). بر پایه‌ی گزارش اداره‌ی مواد و جرائم سازمان ملل نسبت زنان معتاد در جمعیت مصرف‌کننده‌ی مواد از ۱۰ درصد در کشورهای آسیایی تا ۴۰ درصد در کشورهای اروپایی تخمین زده شده است، بنابراین با در نظر گرفتن ۱۶ تا ۳۸ میلیون مصرف‌کننده مواد در جهان، تعداد زنان مصرف‌کننده‌ی مواد، قابل توجه است (۲). هرچند آمار دقیقی از

جمعیت زنان مصرف‌کننده مواد در کشور وجود ندارد، اما بر اساس برخی مطالعات، ۹/۶ درصد از معتادان کشور را زنان تشکیل می‌دهند. وزارت بهداشت نیز در آمار خود، از رقم ۱ زن معتاد به ازای هر ۸ مرد معتاد گزارش می‌دهد. برخی گزارش‌ها نیز، از وجود ۷ زن معتاد به ازای هر ۱۰۰ مرد معتاد حکایت می‌کند. از سوی دیگر به گفته مسئولان زندان‌های کشور در حال حاضر، ۵۰ درصد زندانیان زن به دلیل مواد مخدر و اعتیاد در زندان هستند (۳). اعتیاد در هر جامعه‌ای با توجه به ویژگی‌های خاص فردی، اجتماعی و شخصیتی

^۱ مربی، گروه پرستاری، واحد پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲ گروه پرستاری، واحد پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۳ مربی، کارشناس ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

افراد آن جامعه، باعث بروز مشکلاتی جبران‌ناپذیر از جمله وابستگی در عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی فرد می‌شود (۴)، این وابستگی در عملکردهای مذکور فرد معتاد اثر ناپسند بر جای گذاشته و در موارد شدید زندگی فردی و اجتماعی وی را به‌طور جدی تهدید می‌کند (۵). بنیان جوامع و خانواده به سلامت تمامی افراد جامعه به‌خصوص زنان بستگی دارد، بنابراین عوارض مصرف مواد مخدر در زنان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۶) اعتیاد زنان باعث ایجاد بیماری‌های جسمی و روانی، افزایش بیماری‌های منتقله از راه جنسی^۱ و ایدز^۲، افزایش طلاق در جامعه، ابتلا اعضا خانواده و فرزندان به اعتیاد می‌شود که می‌تواند آثار مخرب آن در نسل‌های بعدی ادامه یابد (۷). برچسب اعتیاد بر روی زنان موجب می‌شود فرصت‌های تحصیلی و اشتغال و تغییر محیط زندگی از آنان گرفته شود و حمایت‌های اجتماعی کمتری دریافت کنند (۸، ۹) بر اساس آخرین مطالعاتی که توسط نایدا (موسسه ملی مصرف اعتیاد آمریکا) در سال ۲۰۱۵ منتشر شده است، مواجهه زنان با مصرف مواد، متأثر از دو عامل (۱) جنسی، یعنی تفاوت‌های بیولوژیکی و (۲) جنسیت، یعنی تفاوت‌های فرهنگی است؛ به این معنا، که برخی ویژگی‌های جسمی و بیولوژیکی در زنان وجود دارد که عامل گرایش به مواد و مصرف آن است. همچنین فرضیات و نظریات مطرح در مورد سبب‌شناسی اعتیاد زنان، سه دسته عوامل را در این حوزه برجسته نشان می‌دهد که عبارتند از: (۱) «مقابله و پاسخ به بحران‌های عاطفی و بی‌قدرتی ناشی از عدم تأثیرگذاری بر فشارهای وارده شده از سوی نزدیکان یا جامعه، (۲) استفاده از مواد به‌عنوان وسیله‌ای برای «براز خود و کسب هویت زنانه» و (۳) استفاده ابزاری از مواد که ممکن است به توصیه اطرافیان و گاهی پزشکان، برای مقابله با خواب و کار بیشتر، برای بالارفتن قوه تخیل، لاغری، زیبایی و ... مصرف شود (۱۰). در زمینه علل اعتیاد زنان مطالعات مختلف صورت گرفته است. عوامل متعددی از جمله در دسترس بودن مواد، فقدان اطلاعات درست در مورد مواد مخدر، فشار همسر یا دوستان، نیاز به فرار از واقعیت، فقر یا مقابله با آن، خشونت‌های خانگی و سوءاستفاده جنسی، فشارهای روانی، آلوده بودن محیط خانوادگی فرد، وجود فرد معتاد در خانواده، طلاق، روابط دوستانه، تن‌فروشی، نامساعد بودن شرایط اجتماعی، مشکلات اقتصادی، اختلاف‌های خانوادگی، وجود رفتارهای پرخطر در همسر، محل زندگی افراد و آلودگی آن از نظر جرم و کجروی از جمله از عواملی بودند که در مطالعات مختلف به آن اشاره شده است (۷، ۱۱). برای پیشگیری و تقلیل گرایش به مواد در زنان و ارائه راهکارهایی برای آن، انجام پژوهش‌هایی در این خصوص ضرورت دارد (۱۲). شناسایی دلایل مصرف مواد مخدر در میان زنان می‌تواند تصویری از شرایط و

زمینه‌های رواج، علل و سازوکارهای دوام و پایداری این پدیده را روشن کند و به سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان و به طور کلی به جامعه کمک کند تا با این شناخت در راستای پیشگیری یا تقلیل و درمان این پدیده تلاش کنند (۱۰). لذا با توجه به شیوع روزافزون اعتیاد در زنان و فقدان اطلاعات کافی در مورد سبب‌شناسی اعتیاد زنان که دارای نقش‌های چند گانه در جامعه و خانواده هستند، مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل مؤثر در در گرایش به مواد مخدر و روان‌گردان زنان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد وابسته به بهزیستی شهر تهران انجام گرفت.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه پژوهش کلیه زنان وابسته به مواد مخدر که به صورت خود معرف، توسط خانواده و یا مراجع قضایی جهت ترک سوء مصرف مواد مخدر به این مراکز معرفی شده بودند و دارای معیارهای ورود به پژوهش بودند و زنان غیر وابسته به مواد مخدر که برای تشخیص یا درمان بیماری خود به درمانگاه قدس مراجعه کرده بودند تشکیل دادند. حداقل حجم نمونه ۶۴ نفر به دست آمد اما به دلیل در دسترس بودن زنان وابسته به مواد مخدر جهت بالا بردن درجه اطمینان مطالعه و رساندن آن به بالاترین سطح این تعداد به ۱۵۰ نفر برای گروه وابسته به مواد مخدر افزایش داده شد، بنابراین با روش نمونه‌گیری در دسترس ۱۵۰ نفر در گروه مورد و ۱۵۰ نفر در گروه شاهد قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: افراد وابسته به مواد مخدر هوشیار و قادر به صحبت کردن و راضی به شرکت در پژوهش باشند، در پژوهش مشابه دیگری شرکت نکرده باشند و در نهایت تابع ایران و ساکن شهر تهران باشند و زنان غیر وابسته به مواد مخدر برای امور پزشکی خود به درمانگاه قدس مراجعه کرده باشند. معیارهای خروج از مطالعه شامل: بی‌حوصلگی و خستگی واحد پژوهش در زمان جواب دادن به سؤالات پرسشنامه و عدم تمایل واحدهای پژوهش به ادامه جواب دادن به سؤالات پرسشنامه بود. ابزار مطالعه، پرسشنامه خود محقق ساخته دو قسمتی شامل اطلاعات دموگرافیک (۱۴ سؤال) و علل مؤثر در وابستگی به مواد مخدر در ۵ بعد فردی (۴ سؤال)، خانوادگی (۱۱ سؤال مربوط به پدر، ۱۱ سؤال مربوط به مادر و ۹ سؤال مربوط به همسر)، اقتصادی (۷ سؤال)، اجتماعی (۷ سؤال) و فرهنگی (۳ سؤال) بود که گویه‌های مربوط به هر سؤال در جدول مشخص گردیده است. سؤالات مربوط به مصرف مواد مخدر در گروه شاهد حذف گردید (جدول ۱).

³ National Institute on Drug Abuse (NIDA)

¹ sexually transmitted disease

² AIDS: acquired immune deficiency syndrome

جدول (۱): ابعاد پرسش نامه

مشخصات دموگرافیک	سن، تحصیلات (بی سواد، ابتدایی، راهنمایی، دیپلم، فوق دیپلم، لیسانس، فوق لیسانس و بالاتر) شغل (دانشجو، کارمند، آزاد، بیکار، مشاغل کاذب) میزان ساعت کار در شبانه روز (چند ساعت) داشتن شب کاری (بله، خیر) سن شروع استفاده از ماده مخدر، اولین ماده مخدر مصرفی (تریاک، سوخته و شیر، آل اس دی، هروئین، شیشه، کراک، مورفین، حشیش، گراس)، اولین مکان مصرف (خانه خود، خانه دوست، خانه اقوام، پارک، کافی شاپ، خیابان، سفره خانه، سایر) اولین همراهی کننده مصرف (خانواده، دوستان همکلاسی، دوستان محله، همکاران، اقوام) طریقه آشنایی با مواد (خانواده، دوستان همکلاسی، دوستان محله، همکاران، اقوام) تعداد دفعات مصرف در روز و هفته (چند بار در هفته، چند بار در روز، چند ساعت در روز) نوع ماده مخدر مصرفی فعلی (تریاک، سوخته و شیر، آل اس دی، هروئین، شیشه، کراک، مورفین، حشیش، گراس) شیوه مصرف مواد (کشیدن، خوردن، تزریق، دود کردن)
عوامل مؤثر در وابستگی به مواد مخدر	
علل فردی	داشتن بیماری جسمی (بیماری‌های مزمن مانند دیابت، کمردرد، ابتلا به بیماری‌های صعب العلاج، جهت رفع خستگی و تمدد اعصاب، جهت افزایش میل جنسی، دردهای مزمن) بیماری‌های روانی (افسردگی، اضطراب، ترس مرضی، تحریک‌پذیری، خشونت، پانیک، مانیا، اسکیزوفرنی، اختلالات دو قطبی، سایر مشکلات روانی) سابقه آزار جنسی (بله، خیر) ویژگی رفتاری خاص (تفکر و نگرش مثبت نسبت به مواد، اعتماد به نفس پایین، کمبودهای عاطفی، ناتوانی در سازگاری با مشکلات، شکست در عشق، از دست دادن والدین، احساس تنهایی، لذت جویی و خوشگذرانی، عدم تحمل و ناامیدی، حس کنجکاوی، رسیدن به تناسب اندام، عدم پذیرش ارزش‌های سنتی و رایج، احساس فقدان کنترل بر زندگی خود، تقلید از دیگران، فقدان مقاومت در برابر پیشنهادات خلاف دیگران، رهایی از عصبانیت، فشار مسائل اجتماعی، خلاروانی، احساس بی پناهی، کمبود دوستان خوب، مورد تأیید و پذیرش قرار نگرفتن بین همسالان)
علل خانوادگی	پدر مادر و همسر: وضعیت زندگی (در قید حیات، فوت شده، در قید حیات اما طلاق گرفته) سن، میزان درآمد (کمتر از پانصد هزار تومان، پانصد هزار تومان تا یک میلیون تومان، یک تا یک و نیم میلیون تومان، بیش از یک و نیم میلیون تومان) میزان ساعت کار در شبانه روز (چند ساعت) داشتن اعتیاد (بله، خیر) تحصیلات (بی سواد، ابتدایی، راهنمایی، دیپلم، فوق دیپلم، لیسانس، فوق لیسانس و بالاتر) مشکل جسمی یا روانی (بله، خیر) داشتن ناپدری و نامادری (بله، خیر) رضایت از روابط پدر و مادر، رضایت از ارتباط پدر و مادر با دیگر فرزندان، رضایت از ارتباط پدر و مادر با همسر، میزان رضایت جنسی از همسر، رضایت از احترام متقابل توسط همسر و رضایت از برآورده شدن نیازهای عاطفی توسط همسر (بسیار زیاد، زیاد، متوسط، کم، اصلاً)، اعتیاد در خواهر و برادر (بله، خیر)، مشکلات موجود در خانواده (جدول ۲)ه
علل اقتصادی	منبع درآمد (خود، خانواده، دوستان، اقوام) میزان درآمد (کمتر از پانصد هزار تومان، پانصد هزار تومان تا یک میلیون تومان، یک تا یک و نیم میلیون تومان، بیش از یک و نیم میلیون تومان)، منطقه سکونت (شمال شهر، جنوب شهر، شرق، غرب) محل سکونت (شهر، روستا، حاشیه نشین) نوع مسکن (شخصی، اجاره‌ای، بی خانمان)، مالکیت وسیله نقلیه (بله، خیر)، تعداد افراد تحت تکفل (چند نفر)
علل اجتماعی	همبستگی در محله (قوی، ضعیف، ندارد) داشتن تفریحات سالم و امکانات تفریحی (بله، خیر)، داشتن امکانات خدماتی - مشاوره‌ای و شغلی (بله، خیر)، ضد ارزش بودن ماده مخدر (بله، خیر)، پایبندی به اعتقادات مذهبی (بله، خیر) داشتن دوست معنادار (بله، خیر)
علل فرهنگی	مشکلات محل تحصیل (بله، خیر) استرس تحصیلی (بله، خیر)، بی توجهی مدرسه به نیازهای عاطفی (بله، خیر)

و نشریات مرتبط با موضوع تحقیق و استفاده از نظرات اساتید فرم جمع آوری اطلاعات تهیه و در اختیار ده نفر از اعضای هیئت علمی

جهت روایی ابزار گردآوری اطلاعات از روش روایی صوری و محتوایی استفاده شد. بدین ترتیب که پس از مطالعه کتب، مقالات

دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران و ده نفر از پزشکان مشغول در مرکز ترک اعتیاد قرار داده و مورد بررسی و قضاوت قرار گرفت. سؤالات پرسشنامه پس از انجام تغییرات و اصلاحات پیشنهادی تأیید و مورد استفاده قرار گرفت. جهت تعیین پایایی پرسشنامه در این پژوهش از روش آزمون مجدد استفاده شد. بدین ترتیب ابتدا پرسشنامه در اختیار ۱۵ نفر از معتادین مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد و ۱۵ نفر از زنان غیر معتاد مراجعه‌کننده به درمانگاه قدس قرار گرفت. پرسشنامه توسط آن‌ها تکمیل گردید و پس از ده روز همان افراد مجدداً به سؤالات پرسشنامه پاسخ دادند و در نهایت با استفاده از آزمون‌های همبستگی پایایی کل سؤالات ابزار مورد بررسی قرار گرفت که ۰/۸ به دست آمد.

پس از تعیین روایی و پایایی علمی پرسشنامه، پژوهشگران (تعداد پژوهشگران در این مطالعه ۳ نفر بود) با اخذ مجوز از مرکز تحقیقات دانشگاه آزاد واحد پزشکی تهران و ارائه آن به معاونت بهزیستی شهر تهران و و درمانگاه قدس وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی و معرفی پژوهش اجازه لازم را کسب و معرفی نامه‌های مربوط برای ارائه به مسئولین مراکز ترک اعتیاد و درمانگاه قدس را اخذ نموده و سپس به هرکدام از مراکز مراجعه کرده و در مورد پژوهش و اهداف آن و محرمانه ماندن اطلاعات به مسئولین مراکز توضیح داده شد. برای انجام نمونه‌گیری، پژوهشگران ساعت ۱۲-۸ روزهای اداری در مراکز حضور یافته و در محیطی امن و مناسب شروع به پخش پرسشنامه‌ها شد. ابتدا هدف از انجام پژوهش برای نمونه‌های پژوهش توضیح داده شد و مدت زمان ۹۰ دقیقه برای پر کردن پرسشنامه به آنان اختصاص داده شد، و نمونه‌ها در حضور پژوهشگران پرسشنامه را تکمیل کردند. در مواردی که ابهاماتی در پرسشنامه وجود داشت، توضیحات لازم جهت رفع ابهام در اختیار واحدهای مورد پژوهش قرار گرفت. در خصوص افرادی که سواد کافی نداشتند پرسشنامه با قرائت سؤالات توسط پژوهشگران و نگارش جواب‌های ارائه شده، تکمیل شدند. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها مورد بررسی و آنالیز قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از این پژوهش از نرم افزار Spss نسخه ۱۶ استفاده شد و برای توصیف اطلاعات از آمار توصیفی (تهیه جداول، توزیع فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار) و برای تحلیل آن‌ها از آزمون آماری استنباطی آزمون t مستقل جهت متغیرهای کمی و آزمون کای دو، فیشر جهت متغیرهای کیفی استفاده شد.

یافته‌ها

ابتدا دو گروه زنان معتاد و غیر معتاد از نظر خصوصیات دموگرافیک باهم مقایسه شدند. نتایج نشان داد میانگین و انحراف معیار سن زنان معتاد و غیرمعتاد به ترتیب $29/78 \pm 7/39$ و $29/78 \pm 12/7$ بود. بیشترین درصد شغل در هر دو گروه کارمند ($28/7$

درصد زنان معتاد و $41/3$ درصد زنان غیر معتاد) و کمترین درصد دانشجوی ($6/7$ درصد زنان معتاد و 6 درصد زنان غیرمعتاد) بودند. میانگین و انحراف معیار ساعت کار در شبانه‌روز زنان معتاد $11/86 \pm 7/38$ و زنان سالم $11/42 \pm 7/67$ بود. $18/3$ درصد زنان معتاد و $14/2$ درصد زنان غیر معتاد کار شبانه داشتند. دو گروه زنان معتاد و غیر معتاد از نظر سن، شغل، میزان ساعت کار در شبانه روز و داشتن کار شبانه تفاوت آماری معناداری نداشتند ($p > 0/05$) از این لحاظ هر دو گروه باهم هم‌تا بودند. بیشترین درصد تحصیلات در هر دو گروه دیپلم (40 درصد زنان معتاد و $30/7$ درصد زنان غیر معتاد) کمترین درصد تحصیلات در گروه معتاد ($0/7$ ٪) فوق لیسانس و بالاتر و در گروه زنان غیرمعتاد (2 ٪) ابتدایی بود. میانگین و انحراف معیار سن شروع استفاده از مواد مخدر بین زنان معتاد $21/41 \pm 5/84$ بود که کمترین سن شروع مصرف مواد ۱۱ سال و بیشترین آن ۴۵ سال بود. اولین همراهی کننده مصرف مواد مخدر در زنان معتاد بیشترین درصد دوستان هم‌کلاسی ($31/3$ درصد) و کمترین درصد همکاران (6 درصد) بودند. بیشتر زنان معتاد نحوه آشنایی خود با مواد مخدر را از طریق دوستان هم‌کلاسی عنوان کردند، همچنین اولین مکانی که مواد مخدر را مصرف کرده بودند بیشترین درصد در خانه خود (32 درصد) و کمترین درصد کافی شاپ و خانه اقوام (4 درصد) بود. اولین ماده مخدر مصرفی بیشترین درصد شیشه و حشیش ($23/3$ درصد) و کمترین میزان آن کراک (4 درصد) بود. بیشتر زنان معتاد ماده مخدر مصرفی فعلی خود را شیشه ($37/3$ درصد) و کمترین آن را تریاک (6 درصد) عنوان کردند. بیشترین شیوه استفاده از ماده مخدر بصورت کشیدن و دود کردن ($73/3$ درصد) و دفعات مصرف در هفت روز هفته بوده است.

در ادامه دو گروه از نظر خصوصیات کیفی و کمی مرتبط در ۵ بعد با یکدیگر مقایسه شدند. در علل فردی بر اساس بیماری‌های جسمی، روانی و ویژگی‌های رفتاری خاص ارزیابی شدند. از نظر بیماری جسمی درصد بیشتری از زنان معتاد، در مقایسه با زنان غیرمعتاد کم‌درد بگزارش کردند ($p = 0/027$)؛ که این میزان در زنان معتاد ($10/7$ درصد) و در زنان غیر معتاد (4 درصد) بود. در بیماری‌های روانی (افسردگی، اضطراب، تحریک‌پذیری، خشم شدید، حملات پانیک، اسکیزوفرن) و ویژگی‌های رفتاری خاص (اعتماد به نفس پایین، کمبودهای عاطفی، ناتوانی در سازگاری با مشکلات، احساس تنهایی، احساس کنج‌کاو نسبت به مواد مخدر، تقلید از رفتار دیگران، عصبانیت، فشار مسائل اجتماعی، خلأ روانی، احساس بی‌پناهی، کمبود دوست خوب و پیروی از همسالان برای طرد نشدن از سوی آنان و نگرش مثبت به مواد مخدر) در زنان معتاد در مقایسه با زنان غیر معتاد بیشتر بود و آزمون کای دو تفاوت آماری معناداری را نشان داد ($p < 0/05$). همچنین زنان معتاد در مقایسه با زنان غیر معتاد سابقه آزدیدگی بیشتری در کودکی داشتند.

در علل خانوادگی نتایج نشان داد اکثریت پدران و مادران زنان معنادار و غیر معنادار در قید حیات بودند. از نظر داشتن ناپدری و نامادری دو گروه باهم همتا بودند. تحصیلات پدر در زنان معنادار بیشترین درصد فوق دیپلم و در زنان غیر معنادار دیپلم بود ($p=0/002$). در پدر زنان معنادار به طور معناداری بی سواد ($p=0/05$) و تحصیلات ابتدایی ($p=0/042$) بیشتر از پدر زنان غیر معنادار بود، در حالی که در پدر زنان غیر معنادار به طور معناداری میزان تحصیلات دیپلم بیشتر از پدر زنان معنادار بود ($p=0/01$). بیشترین میزان تحصیلات مادر در هر دو گروه دیپلم بود ($p=0/117$). بیشترین درصد شغل پدر در دو گروه آزاد بود. پدر زنان معنادار به طور معناداری بیشتر از پدر زنان غیر معنادار بیکار بودند ($p=0/026$). در حالی که مادر زنان غیر معنادار به طور معناداری بیشتر از مادر زنان معنادار کارمند بودند و بین دو گروه از نظر توزیع شغل مادر تفاوت آماری معناداری وجود داشت ($p=0/044$). بیشترین درصد پدران و مادران زنان معنادار دارای درآمد ماهیانه یک تا یک و نیم میلیون تومان بودند در حالی که بیشترین درصد

پدران و مادران زنان غیر معنادار درآمد ماهیانه بیش از یک و نیم میلیون تومان داشتند. از نظر میزان درآمد ماهیانه پدر و مادر بین دو گروه تفاوت آماری معنادار بود ($p=0/001$ و $p=0/006$). از نظر داشتن بیماری جسمی و روانی پدر و مادر دو گروه باهم همتا بودند. $36/7$ درصد پدران زنان معنادار، 10 درصد زنان غیر معنادار، $15/6$ درصد مادران زنان معنادار و $4/9$ درصد مادران زنان غیر معنادار اعتیاد داشتند. ($p=0/001$ و $p=0/01$). میانگین رضایت از ارتباط با پدر و مادر، رضایت از ارتباط پدر و مادر با سایر فرزندان و ارتباط پدر با همسر در زنان معنادار به صورت معناداری کمتر از زنان غیر معنادار بود ($p=0/001$) اما تفاوت آماری معناداری در میانگین رضایت از ارتباط مادر با همسر در زنان معنادار و غیر معنادار وجود نداشت ($p=0/268$). 23 درصد خواهران و 37 درصد برادران زنان معنادار و 7 درصد خواهران و 7 درصد برادران زنان غیر معنادار اعتیاد داشتند که از نظر آماری معنادار بود ($p=0/002$) و ($p=0/001$).

جدول (۲): مقایسه توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشکلات موجود در خانواده زنان معنادار و غیر معنادار

مشکلات خانواده	سطوح	معنادار		غیر معنادار		آماره کای دو	مقدار احتمال
		تعداد	درصد	تعداد	درصد		
سخت گیری زیاد	بلی	۱۴	۹/۳	۱۴	۹/۳	-	-
	خیر	۱۳۶	۹۰/۷	۱۳۶	۹۰/۷		
بی ثباتی و بی تفاوتی	بلی	۲۲	۱۴/۷	۱۶	۱۰/۷	۱/۰۸	$p=0/298$
	خیر	۱۲۸	۸۵/۳	۱۳۴	۸۵/۳		
خانواده بی بندوبار	بلی	۴۹	۳۲/۷	۲۳	۱۵/۳	۱۲/۳۵	$p=0/0001$
	خیر	۱۰۱	۶۷/۳	۱۲۷	۸۴/۷		
خانواده متشنج و ازهم گسیخته	بلی	۷۱	۴۷/۳	۴۰	۲۶/۷	۱۳/۴	$p=0/0001$
	خیر	۷۹	۵۲/۷	۱۱۰	۷۳/۳		
فقدان انضباط در خانواده	بلی	۳۱	۲۰/۸	۲۷	۱۸	۰/۳۷۶	$p=0/54$
	خیر	۱۱۸	۷۹/۲	۱۲۳	۸۲		
حساسیت شدید و نگرانی خانواده	بلی	۲۲	۱۴/۷	۴۲	۲۸	۷/۹۴	$p=0/005$
	خیر	۱۲۸	۸۵/۳	۱۰۸	۷۲		
از دست دادن یکی از والدین	بلی	۴۴	۲۹/۳	۴۴	۲۹/۳	-	-
	خیر	۱۰۶	۷۰/۷	۱۰۶	۷۰/۷		
عدم توجه به نیازهای فرزندان	بلی	۳۰	۲۰	۲۴	۱۶	۰/۸۱۳	$p=0/367$
	خیر	۱۲۰	۸۰	۱۲۶	۸۴		
پایین بودن سطح تحصیلات والدین	بلی	۱۵	۱۰	۱۲	۸	۰/۳۶۶	$p=0/545$
	خیر	۱۳۵	۹۰	۱۳۸	۹۲		
رفتار خشن و مستبدانه	بلی	۲۵	۱۶/۷	۱۶	۱۰/۷	۲/۲۸	$p=0/13$
	خیر	۱۲۵	۸۳/۳	۱۳۴	۸۹/۳		
شلوغ و پرتعداد بودن خانواده	بلی	۱۷	۱۱/۳	۲۰	۱۳/۳	۰/۲۷۷	$p=0/598$
	خیر	۱۳۳	۸۸/۷	۱۳۰	۸۶/۷		

با توجه به جدول فوق بی‌بندوباری و متشنج بودن و از هم گسیختگی در خانواده‌های زنان معتاد و حساسیت شدید و نگرانی در خانواده‌های زنان غیر معتاد بیشتر است.

میانگین و انحراف معیار سن همسر زنان معتاد $38/05 \pm 8/89$ و غیر معتاد $39 \pm 8/16$ بود ($p=0/533$). تفاوت آماری معناداری در میزان تحصیلات همسر دو گروه زنان معتاد و غیرمعتاد وجود داشت ($p=0/024$). در همسر زنان غیرمعتاد میزان تحصیلات لیسانس بیشتر از همسر زنان معتاد بود ($p=0/006$). از نظر میزان درآمد همسر زنان معتاد بیشتر دارای درآمد ماهیانه یک تا یک و نیم میلیون تومان بودند و همسر زنان غیرمعتاد بیشتر دارای درآمد ماهیانه بیش از یک و نیم میلیون تومان بودند ($p=0/001$). بیشترین درصد شغل همسر در دو گروه آزاد بود ($p=0/089$). داشتن بیماری جسمی ($p=0/008$) و روانی ($p=0/168$) در همسر هر دو گروه زنان یکسان بود. $59/6\%$ درصد همسر زنان معتاد اعتیاد داشتند که این میزان در همسر زنان غیر معتاد $14/5\%$ درصد بود ($p=0/001$). رضایت جنسی از همسر ($p=0/003$)، رضایت از احترام متقابل ($p=0/001$) و رضایت از برآورده شدن نیازهای عاطفی ($p=0/015$) در زنان معتاد در رابطه با زنان غیرمعتاد کمتر بود.

در آخر بررسی آزمون آماری کای دو و فیشر در دو گروه از نظر علل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نشان داد در گروه زنان معتاد و غیر معتاد بیشترین درصد منبع تأمین درآمد خودشان بودند ($p=0/436$). تفاوت آماری معناداری در توزیع میزان درآمد ماهیانه دو گروه زنان معتاد و غیرمعتاد وجود داشت و زنان معتاد بیشتر دارای درآمد ماهیانه پانصد هزار تا یک میلیون تومان و زنان غیرمعتاد بیشتر دارای درآمد ماهیانه بیش از یک و نیم میلیون تومان بودند ($p=0/001$). هر دو گروه بیشترین درصد داخل شهر سکونت داشتند ($p=0/155$) همچنین از نظر منطقه سکونت زنان معتاد بیشتر در جنوب شهر ($p=0/002$) و زنان غیرمعتاد بیشتر در شمال شهر سکونت داشتند ($p=0/008$). زنان معتاد کمتر از زنان غیر معتاد تفریحات سالم و امکانات تفریحی داشتند اما دارای دوست معتاد بیشتری بودند ($p=0/001$).

زنان غیر معتاد بیشتر از زنان معتاد دسترسی به امکانات خدماتی، مشاوره‌ای و شغلی داشتند ($p=0/001$). از نظر زنان غیر معتاد بیشتر از زنان معتاد مواد مخدر ضد ارزش تلقی می‌شد، همچنین بیشتر به اعتقادات مذهبی پایبند بودند. زنان معتاد محل تحصیلشان آسیب‌پذیرتر و استرس تحصیلی بیشتری داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف مقایسه عوامل مؤثر در گرایش به مواد مخدر و روان‌گردان زنان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد وابسته به بهزیستی شهر تهران انجام شد. در مقایسه مشخصات دموگرافیک افراد مورد مطالعه میانگین سنی زنان معتاد $29/78$ و زنان غیرمعتاد

$29/8$ سال بود، سن زنان معتاد و غیر معتاد تقریباً با هم برابر بود. در مطالعه رضوی و همکاران (1390) میانگین سنی افراد معتاد $34/78$ و افراد غیر معتاد $33/03$ بود و تفاوت آماری معناداری بین سن افراد معتاد و غیر معتاد وجود نداشت که همسو با این مطالعه بود (13). در مطالعه قانع و همکاران (1395) میانگین سنی زنان وابسته به مواد $37/88 \pm 10/65$ بود که بیشتر از مطالعه حاضر بود (14).

در این مطالعه میانگین سن شروع استفاده از مواد مخدر $41/21$ سال بود. در مطالعه‌ای دیگر توسط حاجیان و همکاران (1392)، میانگین سن شروع اعتیاد 17 ± 21 بیان شده که همسو با این مطالعه بود (15) ولی در برخی مطالعات برعکس نتایج پژوهش حاضر، میانگین سن شروع مصرف مواد مخدر زیر 20 سال بود ($16-18$). می‌توان نتیجه گرفت تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی و همچنین میزان دسترسی به مواد بتواند تفاوت الگوی سنی معتادان را توجیه کند.

در این مطالعه مدرک تحصیلی در دو گروه زنان بیشترین درصد دیپلم بود. در گروه زنان غیرمعتاد هیچ فرد بی‌سوادی حضور نداشته و کمترین درصد تحصیلات ابتدایی بوده، در زنان معتاد میزان تحصیلات راهنمایی بیشتر از زنان غیرمعتاد بود در حالی که در زنان غیرمعتاد به‌طور معناداری میزان تحصیلات لیسانس بیشتر از زنان معتاد بود. در نتیجه زنان غیر معتاد تحصیلات بالاتر و زنان معتاد تحصیلات پایین‌تری داشتند. تحصیلات در گرایش به اعتیاد زنان نقش داشت. در مطالعه فروزان فر و همکاران (1396) تحصیلات زنان معتاد بیشترین درصد زیر دیپلم بود که غیر همسو با این مطالعه بود (19). عامل تحصیلات پایین از عواملی است که در مطالعات متعدد به‌عنوان پیشگویی‌کننده اعتیاد مطرح شده است. بیشتر زنان معتاد تحصیلات دانشگاهی نداشتند که می‌توان به اهمیت ادامه تحصیل به‌خصوص تحصیلات دانشگاهی به‌عنوان عامل بازدارنده اعتیاد پی برد، البته خود اعتیاد و اختلال زمینه ساز آن می‌تواند مانع ادامه تحصیل شود.

از نظر شغل، در دو گروه کمترین درصد دانشجوی و بیشترین درصد کارمند بودند. در مطالعه بیگی و همکاران (1395) بیشتر افراد مورد مطالعه دارای شغل آزاد بودند (20). همچنین شاطریان و همکاران (1393) نشان دادند در گروه معتاد و غیر معتاد بیشتر افراد بیکار بودند (21)، که دو مطالعه فوق غیر همسو با این تحقیق بود. اگرچه بیکاری یکی از علل اعتیاد است، اما امروزه خیلی از افراد وابسته به مواد دارای شغل هستند. وجود مشکلات موجود در شغل از جمله فشار کاری، نارضایتی شغل، موجب ناراحتی و خستگی در زنان شده و آنها را وادار می‌سازد تا برای فرار از این مشکلات، به مصر مواد مخدر روی بیاورند (22).

اولین ماده مخدر مصرفی در زنان معتاد بیشترین درصد شیشه و حشیش بوده و کمترین درصد کراک بود. همسو با این مطالعه گروسی و همکاران (1390) نشان دادند که بیشتر معتادین شیشه

را به عنوان نخستین ماده مصرفی خود معرفی کرده بودند (۲۳). در نتیجه‌ای متفاوت با این تحقیق همچنین حیدری و همکاران (۱۳۹۱) نشان دادند که اولین ماده مخدر مصرف شده توسط اکثر معتادین تریاک و کمترین آن کراک بود (۲۴).

اولین مکان مصرف مواد مخدر در زنان معتاد بیشترین درصد خانه خود و کمترین درصد خانه اقوام و کافی شاپ بود. اولین همراهی کننده مصرف مواد مخدر بیشترین درصد دوستان همکلاسی و کمترین درصد همکاران بوده‌اند. زنان معتاد بیشتر از طریق دوستان هم‌محل‌های با مواد مخدر آشنا شده بودند. در مطالعاتی غیر همسو با این مطالعه که بیشتر افراد معتاد مکان اولین بار مصرف را در مهمانی دوستانه و خانوادگی ذکر کرده بودند (۲۴، ۲۵)، عزیزی و همکاران (۱۳۹۰) در مطالعه خود بیان کردند که در بیشتر موارد پیشنهاد دهنده‌ی اولین بار مصرف دوستان خارج از مدرسه و همکاران بودند (۲۵). دعاگویان و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهش خود بیشترین میزان اولین همراهی کننده مصرف مواد مخدر را دوستان محل و کمترین میزان را دوستان مدرسه بیان کردند (۱۷). نصیری زرنندی و همکاران (۱۳۹۱) بیشترین میزان یادگیری مواد مخدر را از طریق دوستان و کمترین میزان را از طریق همکاران بیان کردند که همسو با این مطالعه بود (۲۶). می‌توان گفت ارتباط و دوستی با همسالان مبتلا به سو مصرف مواد، عامل مستعد کننده قوی برای ابتلا به اعتیاد است، مصرف کنندگان مواد، برای گرفتن تائید دوستان، سعی می‌کنند آنان را وادار به همراهی با خود نمایند.

ماده مخدر مصرفی فعلی زنان معتاد بیشترین درصد شیشه و کمترین درصد تریاک بود. در مطالعه کریمی و همکاران (۱۳۹۷) بیشتر معتادان شیشه مصرف می‌کردند (۲۷) ولی در هر یک از مطالعات ذیل نوع ماده مصرفی کنونی را یکی از انواع مواد ذکر نموده‌اند. میرزایی علویچه و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه خود بیشترین ماده مخدر مصرفی در گروه وابسته به مواد مخدر را تریاک بیان کردند (۲۸). شاطریان و همکاران (۱۳۹۳) و حیدری و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه خود بیشترین ماده مخدر مصرفی تریاک و شیره و کمترین آن را شیشه بیان کردند (۲۱). بیشترین طریقه مصرف مواد در زنان معتاد به ترتیب شامل کشیدن، تزریق و خوردن بود. فیضی و همکاران (۱۳۹۶) همسو با این تحقیق بیان کردند که روش دود کردن بر سایر روش‌ها غلبه دارد (۲۹). ولی در مطالعه عزیزی و همکاران (۱۳۹۰) به ترتیب تزریق، تدخین، خوردن مواد و انفیه بود که غیر همسو با این مطالعه بود (۲۵).

در بررسی علل فردی در این پژوهش زنان معتاد، در مقایسه با زنان غیرمعتاد در بیماری جسمی (کمردرد) و در بیماری روانی (افسردگی، اضطراب، تحریک‌پذیری، خشم شدید، حملات پانیک، اسکیزوفرنی) بیشتری داشتند که از عوامل مؤثر در وابستگی به مواد مخدر در زنان معتاد بود. در مطالعات مختلف همسو با این پژوهش به نتایج یکسانی دست یافتند. هیوز و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه خود اختلالات روانی را از پیشگویی کننده‌های مهم مصرف مواد

معرفی کرده بودند (۳۰). مدبرنیا و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه خود از کسب آسان منفعت در زمینه‌های روانی و جسمی به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر اعتیاد به مواد مخدر نام برده‌اند. ساتگلیو و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه خود ارتباط بین افسردگی و اعتیاد را معنادار نشان دادند که همسو با این مطالعه بود (۳۱). حاجی حسنی و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه خود نشان دادند که بین پرخاشگری با آمادگی به اعتیاد رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد (۳۲). سلیمی (۱۳۹۳) و سایشان و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه خود نشان داد که تعداد قابل توجهی از افرادی که مواد را به صورت مزمن مصرف می‌کنند از برخی از انواع اختلالات روانی رنج می‌برند (۳۳) (۳۴). سروسرستانی و نصرافهانی (۱۳۸۸) در مطالعه خود نشان دادند ناتوانی‌های جسمی و روانی از عوامل تسهیل کننده اعتیاد هستند (۳۵). در این پژوهش زنان معتاد در مقایسه با زنان غیرمعتاد سابقه آزار دیدگی جنسی بیشتری در دوره کودکی داشتند. مطالعاتی همسو با این مطالعه نشان دادند که همبستگی مستقیمی بین کودک آزاری و وابستگی به مواد مخدر وجود دارد (۳۶-۳۸). می‌توان گفت که افراد مبتلا به اضطراب و استرس، به دنبال مصرف مواد برای تعدیل شدن عواطف و احساسات خود هستند در نتیجه رابطه قوی بین اضطراب و استفاده از مواد وجود دارد همچنین. برخی از افراد برای رهایی از دردهای جسمی و آرامش روانی و تمدد اعصاب بیشتر به مصرف مواد مخدر روی می‌آورند (۳۹).

زنان معتاد در مقایسه با زنان غیرمعتاد نگرش مثبت‌تری به مواد داشتند، در مطالعه‌ای همسو با این تحقیق حیدری و همکاران (۱۳۹۱) نشان دادند که تعداد زیادی از معتادین و غیر معتادین نگرش مثبتی به مواد مخدر داشته‌اند (۲۴). ولی در نتایج غیر همسو با این تحقیق مدبرنیا و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه خود نشان دادند که معتادین دیدگاهی کاملاً منفی نسبت به اعتیاد به مواد مخدر داشته‌اند (۴۰). حجاریان و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه خود نشان دادند که اکثر معتادین نسبت به مواد مخدر نگرش منفی و تعداد کمی نظر مثبت و بقیه نگرش بینابینی نسبت به مواد مخدر داشتند (۴۱). قادری و محسنی تبریزی (۱۳۸۹) باورهای عامیانه را از علل گرایش به مواد مخدر دانسته‌اند (۴۲). پایین بودن سطح شناخت زنان به مشخصات مواد مخدر و پیامدهای ناگوار مصرف آن، داشتن نگرش مثبت مانند کاهش دردهای جسمی، هیجان و نشنگی، افزایش میل جنسی با مصرف مواد بدون توجه به عوارض آن، زمینه وابستگی به مواد را فراهم می‌کند.

زنان معتاد در مقایسه با زنان غیرمعتاد اعتماد به نفس پایین، کمبود عاطفی، ناتوانی در سازگاری با مشکلات، احساس تنهایی، احساس کنجکاوی، تقلید از دیگران، عصبانیت، فشار مسائل اجتماعی، خلأ روانی، احساس بی‌پناهی، کمبود دوستان خوب، طرد از سوی دوستان بیشتری گزارش کردند که این عوامل در اعتیاد زنان معتاد نقش داشته است. در مطالعاتی همسو با این مطالعه مشخص شد اعتماد به نفس پایین از عوامل پیش بینی کننده مصرف

مواد بود (۱۸، ۲۴، ۴۳، ۴۴). دعاگویان و همکاران (۱۳۹۰) بیان کردند که بیشتر معتادین برای جبران کمبودهای فردی به اعتیاد روی آورده‌اند همچنین تقلید از سایر جوانان جز عواملی است که بیشترین تأثیر را در تغییر الگوی مصرف مواد مخدر از نظر کارشناسان بر جای می‌گذارد (۱۷). حاجی حسنی و همکاران (۱۳۹۱) نشان دادند که افراد افسرده به علت این که احساس تنهایی بیشتری می‌کنند به دنبال مسکن می‌گردند تا احساسات دلپذیرتری را جایگزین این احساسات کنند به همین علت این مسکن را در مواد مخدر جست و جو می‌کنند (۳۲). دهقانی و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه خود بیان کردند که حس کنجکاو به عنوان انگیزه گرایش به سوء مصرف مواد و نقش موثری بر گرایش جوانان تهرانی به سوء مصرف مواد مخدر صنعتی داشته است (۴۵). باران اولادی و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه خود نشان دادند که افراد روان رنجور بیشتر به سمت مصرف مواد کشیده می‌شوند (۴۶). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت زنان و دخترانی که ارتباط مستحکمی با دیگران (خانواده، دوستان، بستگان) ندارند همیشه احساس تنهایی می‌کنند که نتیجه آن احساس ناکامی و شکست است، برای فراموشی و رهایی از غم‌ها و غصه‌ها، به مواد مخدر روی می‌آورند و بدون در نظر گرفتن عواقب منفی و ناگوار آن، لذت هدای آنی را جایگزین می‌کنند.

در بررسی علل خانوادگی اکثریت پدران و مادران هر دو گروه در قید حیات بودند. میانگین سنی پدر زنان معتاد بیشتر از زنان غیرمعتاد بود، در حالی که سن مادران دو گروه تفاوت آماری معنا داری نداشت. خواهر و برادر زنان معتاد به صورت معناداری بیشتر از زنان غیرمعتاد اعتیاد داشتند. در پدر زنان معتاد بی‌سواد و تحصیلات ابتدایی بیشتر از پدر زنان غیرمعتاد بود، در حالی که در پدر زنان غیرمعتاد میزان تحصیلات دیپلم بیشتر بود. در دو گروه بیشترین درصد مادران دارای مدرک تحصیلی دیپلم و کمترین درصد فوق‌لیسانس و بالاتر بودند. پدر زنان معتاد بیشتر از پدر زنان غیرمعتاد بیکار بودند. شغل کارمندی در مادر زنان غیرمعتاد بیشتر از زنان معتاد بود. درآمد ماهیانه پدر زنان غیرمعتاد بیشتر از زنان معتاد بود، اما درآمد ماهیانه مادران زنان معتاد بیشتر از مادر زنان غیرمعتاد بود. همچنین پدران و مادران زنان معتاد در مقایسه با پدران زنان غیرمعتاد اعتیاد بیشتری داشتند. میرزایی علویچه و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه خود همسو با این مطالعه نشان دادند که در گروه معتاد و غیرمعتاد اکثراً پدران و مادران در قید حیات بودند. (۲۸) آهون و همکاران (۱۳۹۳) همسو با این مطالعه نشان دادند بین سن پدران نمونه‌ها تفاوت آماری معنادار بود (۴۹). در مطالعه نصیری زرنندی و همکاران (۱۳۹۱) شغل پدر بیشتر افراد معتاد همانند افراد غیرمعتاد آزاد بود که غیر همسو با این مطالعه بود (۲۶). در مطالعه چن و گتا (۲۰۱۵) اعتیاد والدین و بی‌توجهی آنان به کودک در اعتیاد زنان از عوامل مهم بود (۴۷). حیدری و همکاران (۱۳۹۱) نشان دادند که یادگیری مشاهده‌ای از مصرف

اعضای خانواده از دیدگاه معتادین و افراد همراه آن‌ها (غیر معتادین) اهمیت بیشتری نسبت به علل دیگر در گرایش به اعتیاد داشته است (۲۴). میرزایی علویچه و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهش خود نشان دادند که در گروه معتاد ۴ برادر بیشتر از گروه غیرمعتاد اعتیاد داشته است که همسو با این تحقیق بود (۲۸). می‌توان گفت اعتیاد والدین رابطه مستقیم با اعتیاد فرزندان دارد، زیرا در خانواده‌ای که فرد معتاد وجود دارد استرس زیادی وجود دارد. همچنین اعتیاد والدین باعث غفلت از فرزندان و سهل انگاری در مورد آنان می‌شود. خانواده‌ها و بخصوص پدران، مورد تقلید کودکان هستند و کودکان از رفتارهای آنان کپی برداری می‌کنند و این موجب می‌شود که در خانواده‌هایی که مصرف مواد وجود دارد، فرزندان بیشتر به مواد مخدر آلوده شده و گرایش بیشتری به آن داشته باشند (۴۸).

میزان رضایت از ارتباط با مادر و پدر و رضایت ارتباط مادر و پدر با سایر فرزندان در زنان معتاد کمتر از زنان غیرمعتاد بود. خانعلی زاده و همکاران (۱۳۹۲) همسو با این مطالعه نشان دادند که بین اعتیادپذیری دانشجویان دختر با رابطه مادر و خرده مقیاس‌های عاطفه مثبت، آزرده‌گی و سردرگمی همبستگی منفی و معنادار وجود دارد. همچنین رابطه‌ی منفی و معنادار بین اعتیادپذیری دانشجویان دختر و دانشجویان پسر در رابطه با پدر و خرده مقیاس‌های عاطفه مثبت، آمیزش و ارتباط وجود داشت. کمتر بودن میزان رضایت والدین در زنان معتاد در مقایسه با زنان سالم اهمیت ارتباط مناسب بین والدین و فرزندان را مشخص می‌کند. در افراد معتاد فرهنگ حاکم بر خانواده‌ها و ارتباطی که خانواده با فرزندان خود دارد، از عوامل مهمی است که در بررسی علل پیدایش اعتیاد در فرزندان باید مورد توجه قرار گیرد (۴۸).

در بین مشکلات موجود در خانواده بی‌بندوباری، متشنج بودن و ازم‌گسیختگی بیشتری در خانواده زنان معتاد در مقایسه با زنان غیرمعتاد وجود داشت در مطالعه آهون و همکاران (۱۳۹۳) در گروه نمونه‌ی معتاد درصد زیادی خانواده از هم پاشیده وجود داشت و خانواده‌ی آن‌ها به هیچ مبانی ارزشی معتقد نبودند که همسو با این تحقیق بود (۴۹). می‌توان گفت درگیری و نزاع بین والدین در محیط خانواده موجب سلب آرامش و آسایش دختران در خانه می‌شود، بنابراین آنها ترجیح می‌دهند که بیشتر اوقات خود را در خارج از منزل سپری کنند و به جهت کمبود حمایت از سوی والدین، جذب محبت‌های ظاهری گروه‌های منحرف می‌شوند و با تحریک آنها برای رهایی از سختی‌ها و مشکلات زندگی، به مصرف مواد مخدر روی می‌آورند. بنابراین هرچقدر اختلافات خانوادگی بیشتر باشد، احتمال گرایش فرزندان به سوی اعتیاد بیشتر است. (۵۰).

میزان تحصیلات و میزان درآمد ماهیانه همسر زنان غیرمعتاد بیشتر از زنان معتاد بود. همسر زنان معتاد اعتیاد بیشتری داشتند. میانگین رضایت جنسی از همسر، رضایت از احترام متقابل همسر با سایر فرزندان، رضایت از برآورده شدن نیازهای عاطفی در زنان معتاد به صورت معناداری کمتر از زنان غیرمعتاد بود. در مطالعه منچری و

همکاران (۱۳۹۲) همسو با این مطالعه در نمونه‌ها بیش از نیمی (۵۳/۸ درصد) همسرشان اعتیاد داشتند (۵۱). اعتیاد همسر می‌تواند منجر به کاهش سرزنش و انتقاد همسر و درگیر شدن فرد در منجلا ب اعتیاد شود. زنانی که شوهران دارای اعتیاد هستند، ممکن است خود به سوی مصرف مواد روی آورند، در واقع این زنان بیش از پیش فشارهای روانی داخل و خارج خانه را تحمل می‌کنند و این فشارها و فیزیولوژی بدنی خاص آنان، ایشان را بیشتر مستعد اختلالاتی چون اضطراب و افسردگی می‌نماید.

در مورد علل اقتصادی در هر دو گروه زنان معتاد و غیر معتاد منبع تأمین درآمد خودشان بودند. درآمد ماهیانه زنان غیر معتاد بیشتر از زنان معتاد بود. بیشتر زنان معتاد و غیر معتاد داخل شهر سکونت داشتند. از نظر منطقه سکونت زنان معتاد بیشتر ساکن جنوب شهر و زنان غیر معتاد ساکن شمال شهر بودند. همسو با این مطالعه حاجیان و همکاران (۱۳۹۲) نشان دادند ۷۵ درصد معتادان خود معرف، ساکن شهر بودند (۱۵). یافته‌های مطالعات سورکن و همکاران (۲۰۱۴) و پری مک و همکاران (۲۰۱۲) که مصرف مواد با محل سکونت ارتباط معنادار داشت با این مطالعه همخوانی نداشت (۵۲، ۵۳) ارتباط مستقیمی بین شهرنشینی و صنعتی شدن و افزایش نرخ اعتیاد وجود دارد.

در مورد علل اجتماعی، زنان غیر معتاد در مقایسه با زنان معتاد بیشتر از تفریحات سالم برخوردار بودند، به امکانات تفریحی و امکانات خدماتی، مشاوره‌ای و شغلی دسترسی داشتند و پایبندی به اعتقادات مذهبی در آنان بیشتر بود. زنان معتاد دارای دوستان معتاد بیشتری بودند. در مطالعاتی همسو با این مطالعه ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۰) نشان دادند که میانگین اوقات فراغت فعال نمونه‌ها که شامل داشتن تفریح و سرگرمی است بیشتر از اوقات غیر فعال آنان بود (۵۴). آقابخشی و همکاران (۱۳۸۸) در مطالعه خود نشان دادند که نداشتن ابزار مناسب برای گذران اوقات فراغت هفتمین عامل مؤثر بر گرایش جوانان تهرانی به سوء مصرف مواد مخدر صنعتی شناسایی شد (۵۵). فیضی و همکاران (۱۳۹۴) و حاجیان و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعات خود نشان دادند که بیشتر افرادی که معتاد شدند علت اعتیاد خود را معاشرت با دوستان ناباب و معتاد دانسته بودند که همسو با این مطالعه بود (۵۶، ۵۷). بنابراین می‌توان گفت ارتباط و دوستی با افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر، عامل مستعد کننده قوی برای اعتیاد است و پذیرفتن ارزش‌ها و هنجارهای مورد قبول دوستان و عضویت در گروه‌های آنان یکی از دلایل اعتیاد است. فرد معتاد نسبت به قوانین اجتماعی و دستورات دینی بی تفاوت شده و این مسئله، زمینه ارتکاب بسیاری از انحرافات را از سوی وی فراهم می‌کند، همچنین دسترسی نداشتن به امکانات تفریحی، رفاهی و معیشتی، احساس محرومیت، ناکامی و افسردگی را به دنبال دارد که می‌تواند زمینه اعتیاد برخی زنان را ایجاد کند. (۵۸).

در مورد علل فرهنگی زنان معتاد در مقایسه با زنان غیر معتاد محل تحصیلشان آسیب پذیرتر بوده و استرس تحصیلی بیشتری داشتند. همسو با این مطالعه سلم آبادی و همکاران (۱۳۹۴) و کوسما و همکاران (۲۰۱۴) بیان کردند هر چه استرس ادراک شده افزایش یابد میزان گرایش به اعتیاد افزایش می‌یابد (۵۹، ۶۰). همچنین قباد زاده و همکاران (۱۳۹۶) بیان کردند عوامل مربوط به تحصیل و مدرسه می‌تواند در گرایش به اعتیاد نقش داشته باشد (۲۲). می‌توان گفت مقابله ناکارآمد افراد با عوامل استرس زا در بلندمدت پیامدهای منفی نظیر افسردگی، اضطراب و استفاده از مواد مخدر را به همراه دارد؛ استرس ادراک شده عاملی مهم برای مصرف مواد است (۶۱).

با توجه به تأثیر عوامل متعدد در روی آوری به مواد مخدر در زنان و نقش مهم آنان در خانواده و جامعه، حمایت از زنان معتاد و حفظ پاکي پس از ترک آن‌ها، لازم است پرستاران، روان پرستاران و دیگر افراد آموزش دیده در مراکز ترک اعتیاد حضور داشته باشند، این افراد به‌عنوان عوامل و افراد آگاه کننده در جامعه می‌توانند با آموزش به خانواده‌ها در شناسایی عوامل تأثیرگذار به مواد مخدر، راهکارهایی را به آنان ارائه نمایند. همچنین با تقویت اعتمادبه‌نفس و عزت نفس و ویژگی‌های فردی افراد می‌توانند در گرایش به اعتیاد آنان نقش بازدارنده داشته باشند. با شناسایی عوامل تأثیرگذار و افزایش مهارت‌های لازم برای ساختن پیوندهای قوی خانوادگی و ایجاد رابطه‌ای دوستانه با فرزندان می‌توان در بعضی از زمینه‌های گرایش به اعتیاد زنان پیشگیری به عمل آورد. در این زمینه لازم است رسانه‌ها و مردم همکاری‌های لازم را با هم داشته باشند و علل روی آوری به اعتیاد را به فرد، خانواده و جامعه معرفی کنند تا در کاهش آمار و ارقام اعتیاد به مواد مخدر مؤثر واقع شوند. همچنین با ایجاد مراکز مشاوره‌ای و خدماتی و فراهم کردن دسترسی آسان به امکانات تفریحی و تفریحات سالم می‌توان زمینه‌های سرگرمی و اوقات فراغت مناسب را جایگزین روی آوری به اعتیاد نمود. از محدودیت‌های پژوهش فوق می‌توان گفت به دلیل عدم تمایل برخی از زنان معتاد و غیر معتاد جهت شرکت در مطالعه، با ارائه توضیحات لازم در مورد اهداف مطالعه و محرمانه ماندن اطلاعات این مشکل حل شد. همچنین به دلیل تعداد زیاد سؤالات پرسشنامه و احتمال ایجاد خستگی، جمع آوری داده‌ها در طی دو نوبت انجام گرفت همچنین تفاوت‌های فردی، فرهنگی و اجتماعی نمونه‌ها می‌توانست در اظهار نظر آن‌ها تأثیرگذار باشد که محدودیتی خارج از اختیار پژوهشگر بود. پیشنهاد می‌شود نمونه‌گیری تصادفی از جامعه افراد معتاد در مطالعات بعدی انجام گیرد. پیشنهاد می‌شود با توجه به این که اهمیت پیشگیری از اعتیاد بسیار مهم‌تر از ابتلا به اعتیاد می‌باشد، درباره شناسایی عوامل پیشگیری کننده و مطالعاتی به صورت همگروهی آینده نگر در رابطه با علل اعتیاد انجام گیرد. همچنین تحقیقاتی در رابطه با ویژگی‌های فردی و تغییر سبک الگوی مصرف زنان از سنتی به صنعتی انجام شود.

پزشکی تهران می‌باشد. محققان مراتب تقدیر و تشکر خود را از کلیه شرکت‌کنندگان در طرح، مسئولین و کارکنان مرکز تحقیقات دانشگاه یادشده و مراکز ترک اعتیاد استان تهران اعلام می‌دارند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل کار پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری یا کد شناسایی ۱۳۶۱۰۴۰۳۹۳۱۰۳۲ دانشگاه آزاد اسلامی واحد

References:

1. Zar A HA, Dehghani K SZ. Investigating the Relationship between the Premenstrual Syndrome with Sleep Quality in Women Sponsored by the Drug Addiction Treatment Centers in Shiraz in 2017. J Ilam Univ Med Sci 2019;26(6):38-45.
2. Rahimi Movaghar A, Malayerikhah Langroodi Z, Delbarpour Ahmadi Sh, Amin Esmaeili M. A Qualitative Study of Specific Needs of Women for Treatment of Addiction. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2011;17(2):116-25.
3. Khajedaluae M, Dadgar Moghadam M. Maternal Substance Abuse and the Child's Addiction during Adolescence and Young Adulthood. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2013;16(52):1-7.
4. Jafaraliloo H MH, Didarloo A, Forotani MR, J. H. Effect of educational intervention and interactive behavior on changing of the highrisk behaviors among the drug injecting users in drape in center (DIC). J Urmia Nurs Midwifery Fac 2016;14(7):11-21.
5. Mohammadkhani S YT, Karimpour K. Role of Religious Orientation and Self-Control in Prediction of Drug Addiction Potential. Journal of health & care 2015;17(3):248-59.
6. Jannati Y HJ ALH, Mahmoudi Alami Gh. Mental Health Nursing. tehran: Jamehnegar; 2014. 132 p.
7. Danesh P, Maleki A, Niazi Z. Ground Theory about the Addiction Causes of the Addicted Women in Jail of Central Prison of Isfahan Journal of Studies of Socio-cultural Development 2013;1(4):125-45.
8. Myers B CT, Wechsberg WM. "Not on the agenda": A qualitative study of influences on health services use among poor young women who use drugs in Cape Town, South Africa. Int J Drug Policy 2016;30 :52-8.
9. Azim T BI, Strathdee S. Women, drugs and HIV. Int J Drug Policy. 2015;26(1):S16-S21.
10. ghaderi S, Nouri R, Karimi J. Etiology of Women's addiction (A Comparative Study). Iranian Journal of Social Problems 2017; 8(1):139-62.
11. Forouzanfar A, Gholamali Lavasani M, shoa kazemi M. The Effectiveness of Group Counselling based on Acceptance and Commitment Therapy in Distress Tolerance and Anxiety Sensitivity among Female Substance Abusers. Journal of Research on Addiction 2017;11(44):135-54.
13. Razavi V SA, Rafiee A. Comparing of early maladaptive schemas between healthy and addicted men. Zahedan J Res Med Sci 2012;14(9):60-3.
14. Ghane M, Pourhashemi S J, Jafari A, Shekarchizadeh H. Oral health behavior of in-treatment female drug addicts in Tehran. J Dent Med Tehran Univ Med Sci 2016;29(1):60-9.
15. Hajian K KF FM. Epidemiology of Addiction among Volunteered Addicts Attending in Detoxification Centers. J Guilan Uni Med Sci 2013;22(87):22-30.
16. Jalilian F MAM, Amoei MR, Zinat Motlagh F, Hatamzadeh N, Allahverdipour H. Prevalence and Pattern of Drug Abuse among Prisoners in Kermanshah City. J Educ Health Promot 2013;1(2):41-50.
17. Doagvoian D HA. The factors affecting the changing patterns of drug use among young people" of light to heavy material." J Law Enforc 2011;50(13):105-34.
18. Rasekh K AZ. Social Factors Affecting on Drugs Abuse: (Slum Dwellers in Shiraz -Iran) Sociological Studies of Youth (Jame Shenasi Motaleate Javanan) 2011;3(7):25-42.

19. Forouzanfar A, Gholamali Lavasani M, shoa kazemi M. The Effectiveness of Group Counselling based on Acceptance and Commitment Therapy in Distress Tolerance and Anxiety Sensitivity among Female Substance Abusers. *Journal of Research on Addiction* 2018;11(44):135-54.
20. Beige H ZK, Heidarnajad J. An antisocial and borderline personality disorders with addiction with a case study in Bonab city. *Hum Stud* 2016;3(6):39-48.
21. Shaterian M MR KA, Menati W. Associated Factors with Addiction Relapse in Patients of Referring to Addiction Treatment Centers in Ilam: a Case-Control Study. *J Ilam Univ Med Sci* 2014;22(6):165-73.
22. Sheykholeslami A. The Role of Job Skills in Non-recurrence of Substance Use. *Social health and addiction*. 2018;5(17):37-56.
23. Garousi S MDK. Explaining the experience of drug addicted women in the phenomenon of addiction. *Psychol Women Q*. 2011;2(1):55-74.
24. Heydari H MM, Kamran A, Beiranand N. Comparison of Causes of Drug Abuse from the Viewpoint of Addicted Patients and Their Families. *J Health Syst Res* 2011;8(6):1017-26.
25. Azizi A AF, Amiriyan M. Prevalence and factors associated with HCV infection in drug addicts self-. *Hayat*. 2011;17(1):55-61.
26. Nasiri Zarandi S KA, Vakili Gazi MR, .Non- function of family and its effects on addiction of Zanjan youngsters. *Danesh Entezami* 2011;4(2):31-55.
27. Karimi M JZ, Mahmoodi M. Relationship between Health Literacy and Addiction in Women of Reproductive Age Referring to Addiction Treatment Centers in Tehran. *J Educ Community Health*. 2018;5(1):36-41.
28. Mirzaei Alavijeh M NM, Eslami A, Sharifirad G, Hasanzadeh A. Influence of Family Function about Youth Dependence to Synthetic Drugs. *J Health Educ Health Prom* 2013;1(2):19-30.
29. Feyzi H VRA, Abdi A, Shakeri J, Mardokhian M. The predisposing factors for drug abuse in viewpoints of referrers to Addiction Treatment Centers in Kermanshah. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing* 2016;2(2):47-56.
30. Hughes T SL, McNair R, . Substance abuse and mental health disparities: Comparisons across sexual identity groups in a national sample of young Australian women. *Soc Sci Med* 2010;71(4):824-31.
31. Saatcioglu O ER. Aggression among male alcohol-dependent inpatients who smoke cigarettes. *J Psychol* 2009;143(6):615-24.
32. Hajihasani M SA, PirsaghiF, KiyanipourO. Relationship between aggression, assertiveness, depression and addiction potential in female students of allameh tabatabai. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2012;13(3):65-74.
33. M S. Substance abuse and mental illness. 1. 2014;2(29-40).
34. Saisan J SM, Segal J, . Substance abuse and mental health: Overcoming alcohol abuse and drug addiction while coping with depression or anxiety. 2013.
35. Sedigh Sarvesta R NEA. Drug Abuse, Social Exclusion, and Homelessness in Tehran: A Qualitative Study. *IJSP*. 2018;4(1):1-18.
36. Saboori E SS, Qaderi S, Rezazadeh B, Azizy H. Correlation between Drug Abuse and Child Abuse. *Urmia Med J* 2016;27(4):301-9.
37. Wright MO CE DCD. Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse Negl* 2009;33(1):59-68.
38. Fathi Kordlar F ARS, Khalkhali HR. Prevalence of drug abuse among and factors influencing drug use in urmia's medical sciences university students. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2018;15(12):888-901.
39. Ilhan I YF, Demirbaş H, Doğan Y. Prevalence and sociodemographic correlates of substance use in a university-student sample in Turkey. *Int J Public Health* 2009;54(1):40-4.

40. Moddabernia MJ MS, Tabari R, . Factors influencing addiction in people of 15 to 30 years of age: a qualitative study. *Guilan Univ Med Sci* 2013;22(87):70-7.
41. Hajarian A, Ghanbari Y. Recognition and Analysis of the Effective Social Dimensions on the Tendency of Rural Youths to Addiction in Rural Areas of Isfahan City. *J Res Addic* 2013;7(27):67-78.
42. Qaderi S, Mohseni Tabrizi AR. Norms Facilitating Drug Abuse in Iranian Ethnic Sub-Cultures *Iranian Journal Of Social Problems* 2019;4(1):37-54.
43. Wheeler SB. Effects of self-esteem and academic performance on adolescent decision-making: an examination of early sexual intercourse and illegal substance use. *J Adolesc Health* 2010;47(6):582-90.
44. Schinke S, Hopkins J, Wahlstrom L. Drug abuse risk and protective factors among Hispanic adolescents. *Prev Med Rep* 2016;3:185-8.
45. Dehghani Kh ZA, Dehghani H, Sedghi H, Poormovahed Z, . Drug Abuse Prevalence and Risk Factors in Students of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd. *J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci* 2010;18(3):164-9.
46. Baron-Oladi S NA, Kaveh-Farsani Z, . The study of relationship between addiction potentiality and personality characteristics, conformity and gender among pre-university students. *J Shahrekord Uni Med Sci* 2013;15(2):33-42.
47. Chen G, Gueta, K. Child abuse, drug addiction and mental health problems of incarcerated women in Israel. *Int J Law Psychiatry* 2015;1(39):36-45.
48. Mehdipoor Robari R, Nematollahi M, Nouhi E. The family role in drug addiction of children from the perspective of addicted children's mothers in kerman. *J Health Care* 2012;3(2):67-72.
49. Ahoun R, Esmaeily M, Shakehnia F, Akhlaghi A, Montazeri M. Perceived Effects of Predisposing Male Adolescents to Addiction (Family, Attachment, Belief) Knowledge and Research in Applied Psychology 2014;15(4):110-20.
50. Ghorbani E, Akbari k, Aghazadeh R. The effects of parental addiction in the tendency to Offspring's addiction and run away from home (Case study: city of Urmia) *The Professional Drug Studies*. 2014;6(23):33-48.
51. Mancheri H, Sharifi Nishtank ND, Seyedfatemi N, Heydari M, Ghodoosi M. Psychosocial Problems of Families Living with an Addicted Family Member. *Iran Journal of Nursing* 2013;26(83):48-56.
52. Suerken C, Sutfin E, Wagoner K, Spangler J, Wolfson M. Prevalence of marijuana use at college entry and risk factors for initiation during freshman year. *Addict Behav* 2014;39(1):302-7.
53. Primack B, Kim K, Carroll M, Hoban M, Leino E, et al. Waterpipe smoking among US University students. *Nicotine Tob Res* 2012;15(1):29-35.
54. Ebrahimi GA, Razeghi N, Moslemi Petroodi R. Social factors affecting leisure A case study of the 15-64 year-old in the city of Jouybar, Mazandaran. *Iran. J Appl Soc* 2011;22(4):71-98.
55. Aghabakhchi H, Sadiq B, Eskandari M. A Survey on the Effective Factors of the Youths' Tendency Towards Industrial Drugs Abuse. *Social Research* 2009;2(4):71-87. (Persian)
56. Hajian K, Falatoni M. Epidemiology of Addiction among Volunteered Addicts Attending in Detoxification Centers. *J Guilan Uni Med Sci* 2013;22(87):22-30.
57. Feyzi H, Weissy Raygani AA, Abdi A, Shakeri J, Mardohki M. The predisposing factors for drug abuse in viewpoints of referrers to Addiction Treatment Centers in Kermanshah. *Iran J Rehabil Res Nurs* 2016;2(2):47-56.
58. Gorbani E. A review of the women tendency variables to drug abuse and its consequences. *Social health and addiction* 2015;2(7):151-75. (Persian)
59. Salmabadi M, Salimi Bejestani H, Khayami Abiz H, Javan A. The Role of Academic Burnout, Resilience, and Perceived Stress in Predicting Students' Addiction Potential. *J Res Addic* 2015;9(33):21-39.

60. Kumesa S, Gebremariam E, Gelaw B, Seifu M. The prevalence and pattern of social drug abuse among students of rift valley University College, bishoftu campus, 2014, bishoftu, Ethiopia. J Pharma Care Health Sys 2015;2(131):1-7.
61. Hajlou N ,jafari E. The role of perceived stress, social support in sensation seeking and addiction. Health Psychol 2015;4(16):19-30.

EFFECTIVE FACTORS OF DRUG AND PSYCHOTROPIC SUBSTANCE TENDENCIES IN WOMEN REFERRED TO ADDICTION TREATMENT CENTERS AFFILIATED TO THE WELFARE OFFICE IN TEHRAN

Sara Afshari Azad¹, Shirin Hejazi², Nasim Allahverdi^{3*}

Received: 04 Sep, 2019; Accepted: 28 Nov, 2019

Abstract

Background & Aims: Drug dependence is a social issue and women as half the population are involved with it. The foundation of societies and families depends on the health of all people, especially women. Therefore, the aim of this study was to determine the factors affecting the tendency for narcotics and psychotropic substances among women referred to the Welfare office in Tehran.

Materials & Methods: A causal-comparative study was conducted on all drug-dependent and non-drug dependent women referred to the Welfare office and Quds clinic in Tehran. A sample of 150 patients in the case group and 150 subjects in the control group were selected. The data gathering tool was a researcher-made 2-part questionnaire. The first part of the questionnaire was about demographic characteristics, and the second part was about the 5 causes of narcotics and psychotropic substance tendencies. The validity and reliability of the questionnaire was confirmed. Data were analyzed using the t-test and Chi-square.

Results: Findings showed that addicted women were more likely to have physical illnesses (back pain) and mental illnesses (depression, irritability anxiety, severe anger. Also, with regard to behavioral attributes, they had positive attitude towards drugs, had low self-esteem, suffered emotional deficits, and they had inability to adapt to problems. Also, family causes showed that family members were addicted, unrestrained, tense, and also intense family sensitivity was observed among these women.. Furthermore, with regard to social causes lack of access to healthy recreation, lack of recreational and service facilities - counseling, having addicted friends were observed among addicted women. Cultural causes showed academic stress).

Conclusion: Women's addiction has an irreparable damage to the individual, family, and society. Discovering the factors affecting the drug tendency in women can prevent many social and health problems in society.

Keywords: Addiction, Drugs, predisposing factors, Women

Address: Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: +984432754961

Email: nasim.allahverdi@yahoo.com

¹ Instructor, Nursing Department, Tehran Medical Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Nursing Department, Tehran Medical Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

³ Instructor, Master of Nursing Education, Urmia University of Medical Sciences, Iran