



## The Role of Communication skills in Depretion and Addiction Potential in Adolscents

Parnian Farhadi Afshar <sup>1\*</sup>, Vahid Banisi <sup>2,3,4</sup>

<sup>1</sup> Teaching Assistant, Islamic Azad University, South Tehran Branch, Tehran, Iran.

<sup>2</sup> Doctorate in Educational Management, Isfahan Islamic Azad University (Khorasgan), Isfahan, Iran

<sup>3</sup> PhD in Educational Psychology, Islamic Azad University, Bandar Abbas Branch, Bandar Abbas, Iran

<sup>4</sup> Education and Training District 1, Bandar Abbas, Hormozgan

\* Corresponding author: parnian.f.afshar@gmail.com

Received: 2025-04-16

Accepted: 2025-05-14

### Abstract

Communication skills are one of the key factors in the prevention and treatment of psychological disorders in adolescents, including depression and susceptibility to substance abuse. During this critical developmental phase, adolescents face numerous social and emotional challenges, and their inability to establish effective communication with family, peers, and society can lead to psychological problems. Adolescents with weak communication skills often experience feelings of loneliness, anxiety, and isolation, which can eventually lead to depression. Furthermore, these adolescents may resort to substance abuse as a means of escaping personal difficulties, rather than seeking social support. Research has shown that communication skills such as active listening, expressing emotions in a healthy way, and building positive relationships can help reduce stress and anxiety in adolescents, thus lowering the risk of depression and substance abuse. Additionally, adolescents who can effectively cope with life's problems and crises tend to be more resilient to social and environmental pressures and are less likely to turn to addiction. This article examines the impact of communication skills on the prevention of depression and substance abuse in adolescents, emphasizing the importance of teaching these skills as a preventive approach. Ultimately, by presenting educational models and practical solutions, this paper highlights the role of communication skills in reducing the risk of these psychological issues in adolescents and emphasizes the importance of social and family support in strengthening these skills.

**Keywords:** Communication skills, Depression, Addiction, Drugs

© 2023 Journal of School Education in the Third Millennium (JSETM)



This work is published under CC BY-NC 4.0 license.

© 2022 The Authors.

**How to Cite This Article:** Farhadi Afshar, P & Banisi, V.(2025). The Role of Communication skills in Depretion and Addiction Potential in Adolscents. *JSETM*, 3(1): 18-32.





## نقش مهارت‌های ارتباطی در افسردگی و آمادگی به موادمخدر در نوجوانان

پرنیان فرهادی افشار<sup>۱\*</sup>، وحید بنیسی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> دستیار آموزشی دانشگاه آزاداسلامی واحد تهران جنوب، تهران، ایران.

<sup>۲</sup> دکتری تخصصی مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

<sup>۳</sup> دکتری تخصصی روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس، بندرعباس، ایران

<sup>۴</sup> آموزش و پرورش ناحیه ۱ بندرعباس، هرمزگان

\* نویسنده مسئول: parnian.f.afshar@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۲/۲۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۱/۲۷

### چکیده

مهارت‌های ارتباطی یکی از عوامل مؤثر در پیشگیری و درمان اختلالات روانی در نوجوانان، از جمله افسردگی و آمادگی به اعتیاد به مواد مخدر، به شمار می‌روند. در این دوران حساس رشد، نوجوانان با چالش‌های اجتماعی و احساسی زیادی روبه‌رو هستند و عدم توانایی در برقراری ارتباط مؤثر با خانواده، همسالان و جامعه می‌تواند موجب بروز مشکلات روانی شود. نوجوانانی که از مهارت‌های ارتباطی ضعیفی برخوردارند، معمولاً احساس تنهایی، اضطراب و انزوا می‌کنند که این احساسات می‌توانند به افسردگی منجر شوند. این گروه از نوجوانان ممکن است در مواجهه با فشارهای اجتماعی و مشکلات شخصی، به جای جستجوی حمایت اجتماعی، به مواد مخدر به‌عنوان راهی برای فرار از مشکلات روی بیاورند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مهارت‌های ارتباطی همچون گوش دادن فعال، ابزار احساسات به‌طور سالم و ایجاد روابط مثبت می‌تواند به کاهش استرس‌ها و اضطراب‌های نوجوانان کمک کند و در نتیجه، احتمال ابتلا به افسردگی و گرایش به مواد مخدر را کاهش دهد. نوجوانانی که توانایی دارند تا به‌طور مؤثر با مشکلات و بحران‌های زندگی مواجه شوند، اغلب در برابر فشارهای محیطی و اجتماعی مقاوم‌تر هستند و کمتر به اعتیاد کشیده می‌شوند. این مقاله به بررسی تأثیر مهارت‌های ارتباطی بر پیشگیری از افسردگی و اعتیاد به مواد مخدر در نوجوانان پرداخته و به لزوم آموزش این مهارت‌ها به‌عنوان یک رویکرد پیشگیرانه تأکید می‌کند. با ارائه مدل‌های آموزشی و راهکارهای عملی، این مقاله به نقش مهارت‌های ارتباطی در کاهش ریسک این مشکلات روانی در نوجوانان پرداخته و اهمیت حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی را در تقویت این مهارت‌ها مورد تأکید قرار می‌دهد.

**واژگان کلیدی:** مهارت ارتباطی، افسردگی، آمادگی به اعتیاد، موادمخدر

تمامی حقوق نشر برای فصلنامه آموزش مدارس در هزاره سوم محفوظ است.

شيوه استناد به این مقاله: فرهادی افشار، پرنیان و بنیسی، وحید. (۱۴۰۴) نقش مهارت‌های ارتباطی در افسردگی و آمادگی به موادمخدر در نوجوانان. فصلنامه آموزش مدارس در هزاره سوم، ۳(۱): ۳۲-۱۸.

### مقدمه

نظم جنسی و روانی نوجوان می‌شود (بیسادی، ۱۴۰۱). در سنین نوجوانی، همزمان با این تحولات، انتظارات خانواده و جامعه نیز از فرد افزایش می‌یابد، به طوری‌که نوجوان می‌پذیرد که به سبب زندگی اجتماعی، بخشی از تمایلات خود را محدود کند و در چارچوب هنجارهای اجتماعی و گروهی قرار دهد. در این میان

دوره نوجوانی یکی از مهمترین دوره‌های زندگی فرد است که دارای یک روند منحصر بفرد می‌باشد. می‌توان گفت که این دوره یک زمان بحرانی رشد و نمو است که تحولات بسیار عمیقی از نظر جسمی و روانی در فرد ایجاد می‌کند و باعث بهم ریختن

متغیرهای پیش بینی کننده اعتیاد معرفی می‌کنند. افرادی که در معرض تجربیات مشکلات اقتصادی-اجتماعی و حوادث ناگوار در زندگی بوده‌اند آمادگی به وابستگی به مواد بیشتر در مقایسه با سایرین دارند.

عواملی که احتمال اختلال سوءمصرف را افزایش می‌دهد در عوامل زیستی، روانی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و... در این میان می‌توان به عوامل شخصی مانند سن، اختلال افسردگی اساسی، اضطراب، اضطراب اجتماعی، فقدان مهارت‌های زندگی مانند مهارت‌های ارتباطی، عوامل خانوادگی مانند عدم نظارت و سرپرستی، والدین مصرف‌کننده، خانواده آشفته و الگوی نامناسب در خانواده، دوستان مصرف‌کننده و همچنین عوامل اجتماعی مانند در دسترس بودن مواد، مصرف مواد به عنوان یک هنجار، کمبود امکانات حمایتی مشاوره‌ای و درمانی اشاره نمود.

همانطور که اشاره شد، افسردگی یکی از عوامل خطرناک برای ابتلا به اختلال سوءمصرف مواد محسوب می‌شود، ثروت‌یاری، یوسفی فایق، والیزاده؛ رسولی، حسینی، قادری، یزدان‌پناه، و مردانی نبی (۱۳۹۸)، بیان نمودند که افسردگی و ناامیدی نقش مهمی در کیفیت زندگی و پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد دارد و یکی از عوامل عمده‌ای که افسردگی را موجب می‌شود، فقدان مهارت‌های ارتباطی و ناتوانی در برقراری ارتباط مؤثر است. پژوهش‌ها نشان داده‌است که نوجوانانی که در برقراری روابط اجتماعی مشکل دارند و یا گروه همسالان آنان را نمی‌پذیرند، در معرض ابتلا به انواع ناهنجاری‌های رفتاری، عاطفی و تحصیلی قرار دارند (باران چشمه، ۱۳۹۶).

مهارت‌های ارتباطی لازمه زندگی و ادامه مسیر است و می‌توانند در کنار آمدن انسان با دیگران مؤثر باشند، هرگونه کاستی در این زمینه به بروز مشکلاتی در ارتباط‌های بین فردی می‌انجامد. به طوریکه نارسایی آن‌ها می‌تواند با احساس تنهایی، اضطراب اجتماعی، افسردگی، عزت نفس پایین، عدم موفقیت‌های تحصیلی و شغلی و گرایش به سوءمصرف همراه باشد. این مهارت‌ها بر قابلیت‌های عملی و موفقیت تأکید دارند و از تحلیل نیازها و خواسته‌های اجتماعی و الزام‌های روزمره و عادی زندگی استخراج می‌شوند و بر کیفیت زندگی، سلامت و شیوه‌های حل مسائل افراد تأثیر بسزایی دارند. بنابراین فقدان مهارت‌های ارتباطی، مستقیم و غیرمستقیم بر سوءمصرف مواد مخدر اثرگذار است.

باوجود آنکه شواهد حاصل از چندین پژوهش بزرگ مقیاس و بررسی کمی، از همبستگی بین مهارت‌های ارتباطی و افسردگی و افسردگی با اختلالات مصرف مواد مخدر پشتیبانی می‌کند، اما تاکنون مطالعه‌ای که به طور خاص به بررسی رابطه مهارت‌های ارتباطی با افسردگی و اعتیاد و اثربخشی آموزش این مهارت‌ها

هرچه جامعه پیچیده‌تر و ارتباطات بین فردی نوجوان ضعیف‌تر باشد، تعارضات درونی و بیرونی نیز سیر صعودی می‌یابد و همه این عوامل به سرگشتگی و آشفتگی نوجوان دامن می‌زند و سبب می‌شود اعتیاد به صورت پناهی برای فرار از این تعارضات درآید و بدین صورت آمادگی به اعتیاد در نوجوانان افزایش می‌یابد (احمدزاده و احمدزاده، ۱۴۰۱). طی مطالعات یانگ و همکارانش نیز مشخص گردید که اوج تجلی آمادگی برای اعتیاد اوایل نوجوانی تا اوایل بزرگسالی است و در این دوره گرایش به رفتارهای نایمن مانند مصرف مواد افزایش می‌یابد که می‌تواند عامل خطری برای مشکلات مرتبط با سوءمصرف در آینده فراهم نماید (زینالی و شریفی، ۱۳۹۷). به گونه‌ای که وزارت بهداشت کشور اعلام کرده است که میانگین سن شروع مصرف مواد مخدر در کشور نسبت به گذشته کاهش یافته و به ۱۵ سال رسیده است.

نوجوانان در ۹ استان کشور در وضعیت قرمز یا بحرانی قرار دارند زیرا میزان شیوع مصرف مواد مخدر در این استان‌ها که شامل تهران، خراسان جنوبی، فارس، سمنان، البرز، خوزستان، کرمان، خراسان رضوی و کرمانشاه می‌باشد از میانگین متوسط بالاتر است.

سرپرست معاونت ستاد مبارزه با مواد مخدر یادآور شد: میانگین شیوع مصرف مواد در نوجوانان ۱۵ تا ۱۸ سال ۲/۱ درصد است و این عدد نشان می‌دهد اگر چه از میانگین متوسط مصرف کشور پایین تر است اما باید در نوجوانان مداخلات پیشگیرانه بیشتری انجام شود به خصوص در نوجوانان افسرده زیرا نوجوانان افسرده (صرف نظر از جنسیت و پایه‌های تحصیلی آنان)، نگرش مثبت تری به سوء مصرف مواد مخدر دارند (اسدی، ۱۳۹۸).

اعتیاد به مواد مخدر، یکی از مسائل پیچیده اجتماعی در عصر حاضر است که زمینه ساز بروز بسیاری از آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی شده است. رابطه اعتیاد با مسائل اجتماعی ارتباطی دو جانبه است؛ از یکسو اعتیاد، جامعه را به رکود و انحطاط می‌کشاند و از سوی دیگر پدیده‌ای است که ریشه در مسائل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه دارد. پیامدهای اعتیاد، جامعه، فرد و خانواده را از نظر اقتصادی، اجتماعی، روانی و جسمی در بر می‌گیرد. به همین دلیل در جوامع به دنبال شناسایی عوامل آمادگی به اعتیاد برای پیشگیری از ابتلا به آن هستند. در این راستا نظریه آمادگی به اعتیاد بیان می‌کند که برخی اشخاص در صورت فراهم بودن شرایط، مستعد اعتیاد هستند؛ اما سایر افراد این آمادگی را ندارند. تحقیقات نشان داده است محیط فرهنگی، اجتماعی، عوامل زیستی، عوامل بین فردی و خانوادگی و عوامل روانی- رفتاری مانند استرس را

مهارت های ارتباطی به رفتارهایی اطلاق می شود که شخص می تواند از آن طریق با دیگران به نحوی ارتباط برقرار کند که به بروز پاسخ های مثبت و پرهیز از پاسخ های منفی منتهی شود. مهارت های ارتباطی شامل پنج مهارت فرعی، گوش دادن، کنترل عاطفی، توانایی دریافت و ارسال پیام، بینش نسبت به فرآیند ارتباط و ارتباط توأم با قاطعیت می باشد.

۱. گوش دادن: عبارت است از مشارکت فعال در یک گفت و شنود و هدف از آن تأمین این منظور است که گوش دهنده به آنچه گفته می شود، گوش دهد نه اینکه حدس بزند. گوش سپردن در گفتگوها نیز بیشتر به معنی فهمیدن است تا شنیدن صرف واژه

۲. کنترل هیجانات: این مقوله ناظر به توان ابراز و کنترل آن و نیز کنار آمدن با هیجانات دیگران در خلال ارتباط است.

۳. توانایی دریافت و ارسال پیام: توانایی دریافت و ارسال پیام های واضح ارتباطی که از آن به عنوان درک پیام نیز یاد می شود یکی دیگر از مقوله های مهارت های ارتباطی را شامل می شود.

۴. بینش نسبت به فرایند ارتباط: این مقوله ناظر به توانایی کشف معنای حقیقی پیام های کلامی و غیرکلامی در ارتباط بوده و در واقع توانایی فهم دیگران است.

۵. قاطعیت ارتباطی: این مهارت ناظر به آن است که فرد بتواند صرف نظر از واکنش عاطفی دیگران، سئوالات و ابهامات خود را بیان کند. در واقع، توان ابزار عقاید و احساساتی است که علیرغم معقول بودن، گاهی اوقات با هنجارهای گروه همخوانی ندارد (بنیسی و فرهادی افشار، ۱۴۰۱).

### تعریف کارآفرینی

در اوایل سده شانزدهم میلادی کسانی را که در کار مأموریت نظامی بودند کارآفرین می خواندند. پس از آن نیز برای مخاطرات دیگر نیز همین واژه با محدودیت هایی مورد استفاده قرار گرفت. از حدود سال ۱۷۰۰ میلادی به بعد درباره پیمانکاران دولت که دست اندرکار امور عمرانی بودند، از واژه «کارآفرین» زیاد استفاده شد. کارآفرینی و کارآفرین نخستین بار مورد توجه اقتصاددانان قرار گرفت. همه مکاتب اقتصادی از قرن شانزدهم میلادی تاکنون به نحوی این مفهوم را در نظریه های خود تشریح کرده اند.

بنابراین، کارآفرینی واژه ای نسبتاً قدیمی است که ریشه فرانسوی دارد. اقتصاددانان هرگز تعریفی ثابت از کارآفرین یا کارآفرینی نداشته اند، گرچه مفهوم کارآفرینی وجود داشت و قرن ها شناخته شده بود، اما اقتصاددانان کلاسیک و نئوکلاسیک، این افراد را از مدل های رسمی خود کنار گذاشتند؛ آن ها تصور می کردند که

بر گرایش به مصرف موادمخدر بپردازد، انجام نشده است. انگشت شمار پژوهش هایی نیز که در این زمینه انجام گرفته است به اعتیاد به فضای مجازی پرداخته اند و سوءمصرف را در نظر نگرفته اند. علاوه بر این عمده پژوهش های انجام شده در زمینه اعتیاد بر روی جامعه سوءمصرف کنندگان یا افراد افسرده بوده و به قصد درمان اجرا شده است و کمتر پژوهشی به بحث پیشگیری پرداخته است باوجود آنکه یکی از شعارهای مهم حوزه سلامت «پیشگیری بهتر از درمان» است. باتوجه به خلأهای موجود در این زمینه مطالعه مروری حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا آموزش مهارت های ارتباطی می تواند به عنوان روشی جهت کاهش آمادگی به اعتیاد و نیز توانبخشی بعد از ابتلا استفاده گردد.

### مبانی نظری

#### اختلال مصرف مواد

مهارت ارتباط مؤثر یک مهارت حیاتی در زندگی است که اغلب مواقع نادیده گرفته می شود. هیچ وقت برای کار کردن روی مهارت های ارتباطی دیر نیست و به کمک آن کیفیت زندگی بهبود می یابد. ارتباط مؤثر با دیگران از مهم ترین مهارت های زندگی است؛ زیرا بهبود آن به تمام جنبه های زندگی کاری، شخصی و اجتماعی کمک خواهد کرد. به این شکل شاهد آرامش و پیشرفت بیشتری خواهید بود.

ارتباط مؤثر، کلید موفقیت در هر فعالیت اجتماعی است. محیط کار نیز نه تنها از این قاعده مستثنی نیست، بلکه یکی از مهم ترین مکان های عمومی است که لزوم برقراری ارتباط مؤثر در میان کارکنان آن نقشی انکارناپذیر در موقعیت های اساسی نظیر ارتقا و امنیت شغلی ایفا می کند. با برقراری ارتباط مؤثر، محیط کار به فضایی دلپذیر تبدیل می گردد و همین موضوع می تواند زمینه ساز دستیابی به اهداف فردی و گروهی فراوانی گردد. مهارت های ارتباطی به منزله آن دسته از مهارت هایی هستند که به واسطه آن ها افراد می توانند درگیر تعامل های بین فردی و فرآیند ارتباط شوند. یعنی فرآیندی که افراد در طی آن اطلاعات، افکار و احساسات خود را از طریق مبادله کلامی و غیرکلامی در میان می گذارند. بر این اساس مهارت های ارتباطی معلمان نقش مهمی در ایجاد انگیزه پیشرفت تحصیلی دانش آموزان ایفا می کند.

این مهارت ها بر قابلیت های عملی و موفقیت تأکید دارند و از تحلیل نیازها و خواسته های اجتماعی و الزام های روزمره و عادی زندگی استخراج می شوند و بر کیفیت زندگی، سلامت و شیوه های حل مسائل افراد تأثیر بسزایی دارند.

نوآوری در یکی از اجزای یک مدل کسب و کار و یا محصول یا خدمت به خلق و توسعه و تجاری سازی یک ارزش پردازد. این ارزش منجر به برطرف کردن نیاز و یا مشکل و یا خواستی از گروهی از مشتریان بازار هدف می شوند. معمولاً اگر این مشکل:

- ۱- متعلق به گروه زیادی از مردم باشد.
- ۲- مربوط به مسائل زیست محیطی باشد.
- ۳- مربوط به بهبود زندگی مردم باشد.
- ۴- هزینه تولید کالائی حیاتی و یا عمومی را کاهش دهد. و یا سود حاصل از شرکتها در مواردی مانند بالا هزینه شود و یا بین سهام داران و ذینفعان تقسیم نشده و برای اهداف و یا توسعه سازمان هزینه شود، کارآفرینی اجتماعی معنا پیدا می کند (رشیدی، ۱۳۹۹).

### کارآفرین اجتماعی

کارآفرینی اجتماعی فرآیند دنبال کردن راه حل‌های خلاقانه برای مسائل اجتماعی است. به طور ویژه، کارآفرینان اجتماعی، مأموریتی برای خلق و نگهداری ارزش‌های اجتماعی در خود مجموعه ای از نشانه های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که نشان می دهد فرد با وجود اینکه مواد موجب مشکلات قابل ملاحظه ای در زندگی او می شوند، به مصرف آن ها ادامه می دهد. متخصصان بالینی اختلال مصرف مواد را با ارزیابی فرد براساس چهارطبقه نشانه، تشخیص می‌دهند: نداشتن کنترل، اختلال اجتماعی، مصرف مخاطره آمیز، درجه بندی شدت از خفیف تا شدید را تعیین می‌کنند.

به طور کلی اعتیاد یک بیماری اصلی و مزمن است که در مدار های پاداش، انگیزه، حافظه و دیگر اجزاء مغز اختلال ایجاد می کند و این اختلال سبب بروز برخی حالات روانی، جسمانی، اجتماعی ... می شود که بروز این حالات سبب می شود فرد برای دستیابی به لذت و یا تسکین به مصرف مواد مخدر یا انجام رفتار مخرب روی آورد. به طور کلی اعتیاد به ۲ دسته تقسیم می‌شود:

- اعتیاد رفتاری
- اعتیاد مواد مصرفی

اعتیاد رفتاری، به رفتاری اجباری و وسواس گونه گفته می‌شود که فرد مبتلا نمی‌تواند انجام آن را کنترل کند و با وجود آسیب‌های که به خود و دیگران می‌زند نمی‌تواند با اراده خود از انجام آن دست بردارد. این گونه رفتارهای اعتیادی عبارتند از: قمار، اعتیاد به کار و اینترنت، اعتیاد به خوردن غذا یا پرخوری یا رفتارهای پرخطر و موارد این چنینی، اصطلاح رفتارهای اعتیادی را می‌توان درباره انواع رفتارهای مزمن و وسواس گونه

تعاریف کلی و قدیمی در وصف کارآفرین کاملاً منطقی است و جایی برای ریسک پذیری و کشف آن‌ها باقی نمی‌گذارد (رواندوست، ۱۴۰۳). تا اواسط قرن بیستم بود که اقتصاددانان به طور جدی تلاش کردند کارآفرینی را در مدل‌های خود بگنجانند. نظریه توسعه اقتصادی ژوزف شومپیتر به سال ۱۹۳۴ سرآمد این نظریه‌ها است. این نظریه همزمان با دوران رکود بزرگ اقتصادی مطرح شد و بر نقش محوری کارآفرینان در ایجاد سودآوری تأکید گردید. به همین دلیل شومپیتر را «پدر کارآفرینی» لقب داده‌اند. از نظر شومپیتر، کارآفرین نیروی محرکه اصلی در توسعه اقتصادی است و نقش کارآفرینی عبارت است از نوآوری یا ایجاد ترکیب‌های تازه از مواد.

یک کارآفرین فردی است که به آفرینش کارهای کوچک و بزرگ می‌پردازد و همه خطرات و پاداش‌های سرمایه‌گذاری‌اش را خود در برمی‌گیرد. کارآفرین معمولاً به عنوان یک نوآور، منبع ایده‌های جدید، کالاها و خدمات دیده می‌شود.

کارآفرینی را می‌توان به عنوان فرآیندی تعریف کرد که طی آن یک فرد یا گروهی از افراد، با شناسایی فرصت‌های جدید و با استفاده از خلاقیت، نوآوری و ریسک‌پذیری، ایده‌های خود را به کسب و کارهای موفق تبدیل می‌کنند. این فرآیند شامل ایجاد محصولات یا خدمات جدید، توسعه مدل‌های کسب و کار نوآورانه و ایجاد ارزش برای مشتریان و جامعه است (رواندوست، ۱۴۰۳).

کارآفرینی فرآیندی از ارائه اندیشه‌های تازه و نو، بهره‌گیری از امکانات و فرصت‌های موجود با تکیه بر دانش، پیشه و کار مربوط به آن و پذیرش خطر است. یک کارآفرین به منظور تحقق ایده‌اش عوامل مورد نیاز مانند: زمین، نیروی کار، مواد مصرفی و سرمایه را فراهم آورده و با استفاده از قدرت تصمیم‌گیری، مهارت‌ها و استعدادهای فردی‌اش در طراحی، سازماندهی، راه‌اندازی و مدیریت واحد جدید، ایده‌اش را محقق ساخته و از این راه به کسب درآمد می‌پردازد. کارآفرین سرمایه‌دار نیست ولی قادر است از سرمایه‌های راکد به خوبی استفاده کند. همچنین او ممکن است مخترع، عالم و متخصص باشد. آقای Jeffrey Tammons اعتقاد دارد کارآفرین از هیچ، یک چیز ارزشمند فراهم می‌کند. Bill Gates می‌گوید: بیشترین راه حل‌ها در جای دیگری کشف می‌شود که باید آنها را شناسایی کرده و از حوزه کشفشان به حوزه خودمان انتقال دهیم. این همان کارآفرینی است (مطلبی، افتخاری نیا و موسوی، ۱۳۹۹).

### تعریف کارآفرین

کار آفرین شخصی است که با توجه به قابلیت‌های ذاتی و آموزش‌های دریافتی و تجربیات گذشته خود می‌تواند با ایجاد

۲- میل مداوم یا اقدامات ناموفق برای کاهش دادن یا کنترل کردن مصرف ماده وجود دارد.

۳- زمان زیادی صرف فعالیت های لازم برای به دست آوردن، مصرف، یا بهبود از تاثیرات ماده می شود.

۴- اشتیاق یا میل شدید به مصرف

۵- مصرف مکرر ماده موجب ناتوانی در برآورده کردن تعهدات نقش در محل کار، مدرسه، خانه و ... می شود.

۶- ادامه مصرف ماده با وجود مشکلات مداوم یا مکرر اجتماعی یا میان فردی که به وسیله مصرف ماده ایجاد یا تشدید شده اند.

۷- فعالیت های مهم اجتماعی، شغلی، یا تفریحی به علت مصرف ماده رها می شوند یا کاهش می یابند.

۸- مصرف مکرر ماده در موقعیت هایی که از لحاظ جسمانی خطرناک است.

۹- مصرف ماده با وجود آگاهی از داشتن مشکل جسمانی یا روان شناختی مداوم یا عود کننده که احتمالاً در اثر ماده ایجاد یا تشدید شده است ادامه می یابد.

۱۰- تحمل؛ به صورتی که توسط هر یک از موارد زیر توصیف شود:

a. نیاز به افزایش چشمگیر مقدار ماده مصرفی برای دستیابی به تاثیر دلخواه یا مسمومیت.

b. کاهش چشمگیر تاثیر در اثر مصرف مداوم مقدار یکسانی از ماده.

۱۱- ترک؛ به صورتی که توسط هر یک از موارد زیر آشکار می شود:

a. نشانگان مخصوص ترک برای ماده

b. ماده برای کاهش با اجتناب از نشانه های ترک مصرف شده باشد.

### مواد اعتیاد آور

مواد اعتیاد آور موادی هستند که از ترکیبات مواد شیمیایی و یا مواد طبیعی بدست می آیند و در صورت مصرف موجب وابستگی فرد به آن ماده می شوند. این مواد پس از مصرف موجب تغییر خلق یا رفتار در فرد مصرف کننده شده و به شکل های مختلفی از جمله خوردن، تزریق و یا دود مصرف می شوند. بر اساس مصوبات سازمان قانون گذاری کنترل مواد آمریکا (CSA)، مواد اعتیاد آور اغلب به ۴ دسته زیر تقسیم می شوند (غلامی حیدرآبادی، ۱۳۹۶):

۱. کندسازها یا آرام بخش ها<sup>۱</sup>

۲. محرک ها یا تحریک کننده ها<sup>۲</sup>

۳. توهم زها<sup>۳</sup>

۴. آنابولیک استروئیدها<sup>۴</sup>

که باعث می شود فرد مبتلا دچار اضطراب و تشویش شود اما با مصرف مواد شیمیایی مخدر همراه نیست به کار برد. وجود رفتارهای اعتیادی در بیشتر افراد چندان جدی گرفته نمی شوند چون این نوع اعتیاد با مصرف مواد شیمیایی همراه نیست. از جمله عوامل و مسائل دیگری که باعث می شود تشخیص رفتارهای اعتیادی دشوار شود این است که رفتارهایی که حالت اعتیادگونه پیدا کرده اند در واقع جزئی از رفتارهای روزمره انسان ها هستند و رفتارهای عجیب و غریبی نیستند که بتوان غیرعادی بودن آن ها را به راحتی تشخیص داد. برخلاف مصرف مواد مخدر که امری غیرطبیعی و غیرعادی برای یک انسان سالم محسوب می شود، رفتارهای اعتیادی بخشی از فرآیند زندگی انسان محسوب می شوند و تنها زمانی که این گونه رفتارها حالت وسواس و مخرب پیدا می کند به آن ها رفتارهای اعتیادی گفته می شود.

اعتیاد به مواد مخدر، که اختلال مصرف مواد نیز نامیده می شود، وابستگی به داروها با مواد مجاز و غیر مجاز است. باید به خاطر داشت که هر چیزی اگر در کشوری مجاز هم باشد مثل الکل و نیکوتین، باعث نمی شود مواد در نظر گرفته نشوند. هنگامی که فردی معتاد می شود، قادر به کنترل خود در استفاده از مواد مخدر نخواهد بود و همانطور که در بالا هم اشاره شد ممکن است با وجود آسیب های ناشی از آن به مصرف مواد ادامه دهد.

سوء مصرف مواد، عبارتست از الگوی غیرانطباقی مصرف مواد که پیامدهای مضر دارد، مانند مشکلات اجتماعی - قانونی و شغلی و استعمال در موقعیت هایی که از نظر جسمی خطرناک است. مثلاً هنگام رانندگی موادی که قابل سوء مصرف هستند شامل، الکل - آمفتامین ها - کافئین، حشیش، مواد افیونی، کوکائین، توهم زا - مواد استنشاقی، نیکوتین، مسکن ها، خواب آورها، و ضد اضطراب ها و فن سیلکیدین می باشند. به این مواد گاهی مواد موثر بر روان یا روانگردان نیز می گویند. مواد موثر بر روان موادی هستند که وقتی وارد بدن می شوند هوشیاری و حالت روانی را تغییر می دهند این مواد از روزگاران قدیم به شکل داروهای درمانی، محلول ها، گیاهان و غیره مورد استفاده قرار می گرفتند.

### ملاک های DSM-5 برای تشخیص اختلال مصرف

#### مواد:

A. الگوی مشکل آفرین مصرف مواد که به اختلال یا ناراحتی قابل ملاحظه بالینی منجر می شود، به صورتی که حداقل با ۲ مورد زیر آشکار می شود که ظرف دوره ۱۲ ماهه روی می دهد:

۱- ماده ی مخدر اغلب بیشتر یا به مدت طولانی تر از آنچه مورد نظر بوده مصرف می شود.

**کانابیس‌ها:** کانابیس داروی مشتق شده از گیاهی با همین نام و در فارسی با عنوان گیاه شاهدانه می‌باشد. این ماده از طریق گیرنده‌های کانابینویدی در مغز اثر کرده و مانند مواد توهم زا بر روی سیستم عصبی مرکزی تأثیر می‌گذارد. ماده کانابیس در انواع و شکل‌های مختلفی از قبیل بنگ، حشیش، گراس، وید، علف، ماری جوانا، گانجا، چرس و غیره مصرف می‌شود که البته بعضی از این اسامی صرفاً نام گذاری‌های متفاوت بر روی این ماده در مناطق مختلف جهان می‌باشد و در نحوه تولید آن تفاوت چندانی وجود ندارد.

### سبب شناسی اختلال مصرف مواد

اختلال مصرف مواد و تداوم آن تحت تأثیر عوامل بسیاری قرار دارد و می‌توان گفت که پیشگیری و درمان این اختلال به شدت به شناخت این عوامل بستگی دارد. امروزه اعتیاد را پدیده ای زیستی، روانی و اجتماعی می‌دانند، که به دلیل عوامل گوناگون مانند عوامل اجتماعی، جسمی، روان شناختی، سیاسی و اقتصادی شکل می‌گیرد.

### دیدگاه زیستی

**عملکرد مغز:** موارد اعتیاد آور در یک مورد مشترک اند و آن افزایش فعالیت در برخی مناطق مغز و افزایش سطح دوپامین در مغز است. ولع مصرف مواد، یک موقعیت انگیزشی قدرتمند یا گرایش شدید به مصرف در افراد معتاد است. در پژوهش اختیاری شرکت کنندگان به کمک آزمون تصویری تحریک ولع مصرف با بهره‌گیری از تصویربرداری رزونانس مغناطیسی عملکردی (fMRI) مورد تصویربرداری عملکردی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که بین فعالیت شکنج‌های مغزی شرکت کنندگان پاسخگو و غیر پاسخگو تفاوت معنی دار وجود دارد. شرکت کنندگانی که ولع مصرف بالاتری داشتند در مناطق شکنج سینگولیت قدامی چپ، شکنج رکتوس قدامی چپ، شکنج هسته ای، میداربییتال فرونتال قدامی چپ (مناطق ۲۴، ۱۱، ۲۵)، هسته اکومبنس چپ (منطقه ۳۴ برودمن) و شکنج سوپریور فرونتال قدامی چپ، شکنج سوپریور مدیل فرونتال قدامی راست و مدیل فرونتال قدامی راست (مناطق ۳، ۲۲، ۹ برودمن) فعالیت قشر مغز را نشان دادند.

**تقویت و هسته اکامبنس:** در یک بررسی که توسط Elders & Minor انجام شد آن‌ها الکترودهایی را به بخش‌هایی از مغز موش‌ها متصل کردند که تحریک ایجاد می‌کرد، آن‌ها به طور اتفاقی به ناحیه ای در مغز به نام سپتوم برخورد کردند و دریافتند زمانیکه موش‌ها تحریک دریافت می‌کنند رفتارهایی مثل صاف نشستن، بو کشیدن و... را انجام می‌دهند

**مواد کند کننده‌ها یا آرام بخش‌ها:** مهارکننده و یا کاهش دهنده سرعت فعالیت‌های مغز و اعصاب می‌باشند و مستقیماً بر روی سیستم عصبی مرکزی تأثیر می‌گذارند. این دسته شامل، باربیتورات‌ها، (فنوباریتال، تیوپنتال، بوتال بیتال)، بنزودیازپین (آلپرازولام، دیازپام، کلونازپام، لورازپام، میدازولام)، الکل و گاما - هیدروکسی بوتیریک (GHB) می‌باشد. علائم مصرف آن‌ها شامل: خمیازه، تهوع و استفراغ، احساس لرز و سرما، دردهای عضلانی، اسهال و بی‌خوابی، به وجود آمدن اختلال در عملکردهای شغلی، تحصیلی است.

### محرک‌ها یا تحریک کننده‌ها: موادی هستند که موجب

افزایش فعالیت و سرعت سیستم عصبی مرکزی می‌شوند. مواد محرک باعث می‌شود که فرد مصرف کننده احساس انرژی زیاد، تمرکز و هوشیاری داشته باشد. این دسته از مواد باعث می‌شوند فرد احساس دوگانه، خشم و یا پارانویا داشته باشد. رایج‌ترین مواد محرک موجود در جهان عبارتند از کوکائین، کراک، آمفتامین و مت آمفتامین. با توجه به آخرین گزارش جهانی اعتیاد توسط دفتر جرم و اعتیاد سازمان ملل متحد، محرک‌های مشتق شده از آمفتامین، مانند اکستازی و مت آمفتامین، بعد از ماری جوانا رایج‌ترین مواد مخدر در جهان می‌باشند. همچنین در دسته‌بندی داروها، نیکوتین به عنوان یکی از مواد اصلی موجود در سیگار، در این طبقه‌بندی از مواد قرار می‌گیرد.

**مواد توهم‌زا:** این مواد بر روی سیستم عصبی مرکزی تأثیر می‌گذارند و موجب تغییر ادراک فرد از واقعیت، زمان و مکان می‌شوند. توهم زاهای ممکن است موجب شوند فرد دچار توهم شده و چیزهایی را ببیند و یا بشنود که وجود ندارند و یا این که شرایط و موقعیت‌های غیرواقعی را برای خود تجسم کند. بعضی از مواد توهم زا عبارتند از سیلوسایبین<sup>۵</sup> (موجود در قارچ‌های جادویی)، ال‌اس‌دی (اسید لیزرژیک دی اتیل آمید: دارویی که از نوعی قارچ به نام ارگوت به دست می‌آید)، پیوت<sup>۷</sup> (یک نوع گیاه دارویی دارای ماده شیمیایی مسکالین)، دی متیل<sup>۸</sup> (یک ماده توهم زای طبیعی از خانواده تریپتامین)

**مواد استنشاقی:** ویژگی اصلی و مشترک این مواد مصرف استنشاقی آن‌هاست. این نوع مواد شامل رنگ، چسب، تینر و رقیق کننده رنگ، بنزین، جوهر خودکار، مارکر و غیره می‌باشد. اگرچه در نهایت تمام این مواد از طریق ریه وارد جریان خون می‌شوند اما روش‌های دقیق مصرف آن‌ها ممکن است با هم متفاوت باشند مانند: (بو کشیدن عمیق ماده استنشاقی - اسنایف کردن)، اسپری، (قرار دادن پارچه آلوده به ماده استنشاقی روی بینی و دهان و تنفس عمیق)، (جمع کردن ماده استنشاقی داخل پاکت یا پلاستیک و قرار دادن آن بر روی دهان و بعد تنفس عمیق محتوای داخل آن) و غیره.

یافتن چگونگی حساس شدن مغز به مواد آزمایشی انجام گرفت که در آن موش ها در جعبه ای قرار گرفتند که با فشار دادن اهرم می توانستند به خود هروئین تزریق کنند. سپس موش ها به دو دسته تقسیم شدند، دسته ای که در حالت ترک امکان تزریق را داشتند و دسته ای که این امکان برایشان وجود نداشت. بعد از این مرحله هر دو گوه بار دیگر وارد مرحله ترک شدند با این تفاوت که هر دو امکان فشردن اهرم را داشتند اما هروئینی به آن ها تزریق نمی شد. موش هایی که در مرحله قبل امکان تزریق را داشتند بیشتر اهرم را فشار داده بودند. آن دسته از موش هایی که در مرحله اول ترک امکان تزریق را داشتند نسبت به هروئین حساس شده بودند؛ در واقع آن ها یاد گرفته بودند که مصرف دارو ناراحتی ناشی از ترک را کاهش می دهد و تأثیر بیشتری در آن دوره دارد.

**ضعف عصب شیمیایی:** در بدن انسان گیرنده های مواد شبه افیونی نظیر اندورفین وجود دارد. افرادی که دچار کمبود این مواد شبه افیونی در بدن هستند از طریق مصرف مواد مخدر این کمبود را جبران می کنند، به عبارت دیگر این دیدگاه معتقد است اعتیاد حاصل کمبود مواد شیمیایی در بدن است (براهوئی مقدم، ۱۳۹۸).

**پایه های ژنتیکی:** سوء مصرف مواد پایه زیستی و ژنتیکی دارد؛ افرادی که والدین مصرف کننده دارند با احتمال بیشتری به این اختلال دچار می شوند؛ افرادی که ژن های مستعد کننده را به ارث می برند حساسیت بیشتری نسبت به جنبه های لذت بخش مصرف مواد دارند و حساسیت آن ها به جنبه های منفی کمتر است. عامل ژنی، به عنوان نوعی عامل مستعد کننده عمل می کند که در تعامل با محیط می تواند منجر به مصرف مواد شود. فردی که از نظر ژنتیک مستعد مصرف مواد است بالقوه توانایی ابتلاء به اختلال های مصرف مواد را دارد و اگر محیط نیز مساعد باشد، زودتر توانایی بالقوه خود را به مرحله عمل در می آورد. هنوز ژن خاصی در این مورد کشف نشده است اما احتمالاً مجموعه ای از ژن ها مؤثر است.

### دیدگاه های روان شناختی

**دیدگاه روانکاوی:** روانکاوان در تبیین مفهوم اعتیاد هم دچار تغییراتی شده اند. طبق نظریات کلاسیک، سوء مصرف مواد معادل خودارضایی و مکانیزمی دفاعی در مقابل تکانه های اضطرابی یا تظاهری از پسرقت دهانی (وابستگی) است. همچنین از دیدگاه نظریه پردازان روابط موضوعی، مواد، موضوع دارای اهمیتی بالا برای فرد معتاد است. فرمول بندی های روان تحلیلی جدید نیز مصرف مواد را بازتاب اعمال مختل ایگو معرفی می کنند. طبق تحقیقات انجام شده در رابطه با وجود انواع

که گویی به تجربه خوشایندی دست یافته اند. پس از این کشف آن ها موش ها را در جعبه اسکینر قرار دادند و الکتروود ها را به مغز آن ها متصل کردند به گونه ای که با هر بار فشار دادن اهرم تحریک صورت می گرفت مشاهدات حاکی از آن بود که این موش ها گاهی در هر ساعت حدود ۲۰۰۰ بار اهرم را فشار می دادند. این الکتروود ها تقریباً مستقیم یا غیر مستقیم نواحی را که دوپامین در هسته آکامبنس آزاد می کرد تحریک می کردند؛ بنابراین افزایش سطح دوپامین در مغز به گونه ای پاداش تلقی می شود که رفتار را افزایش می دهد. مواد اعتیاد آور نیز سبب افزایش سطح دوپامین در مغز می شود که دوپامین احساس لذت را ایجاد می کند. این احساس لذت در فرد به عنوان یک پاداش تلقی شده و موجب تقویت و در نتیجه افزایش بروز رفتار می شود؛ و فرد به ماده اعتیاد آور نیازمند می شود. به عبارت دیگر به گونه ای از رفتار در فرد شرطی می شود.

**اعتیاد به منزله افزایش خواستن:** بریج و راینسون دوست داشتن را از خواستن متمایز کردند؛ آن ها معتقدند که افزایش فعالیت در هسته آکامبنس با خواستن ارتباط دارد نه دوست داشتن و معتاد شدن به معنای افزایش مقدار چیزی است که فرد معتاد می خواهد نه اینکه آن را دوست دارد و مواد اعتیادآور حتی زمانی که تجربه آن لذت بخش نیست، توانایی زیادی در تسلط بر اشتیاق فرد دارد. برای توجیه این موضوع موش هایی را مورد آزمایش قرار دادند. موش ها را به دو دسته موش های معمولی و موش هایی که جهش یافته ای که اثر دوپامین را افزایش می دهد و طولانی تر می کند تقسیم کردند؛ در این آزمایش مواد خوراکی شیرین را به موش ها می دادند و میزان دوست داشتن آن ها را از طریق بررسی جلوه های صورت انجام می دادند. موش هایی که جهش یافته بودند بیشتر از موش های معمولی دوست داشتن را نشان نمی دادند اما بیشتر از آن ها این مواد را مصرف می کردند زیرا بیشتر می خواستند، اما درباره مواد غذایی هر دو دسته به یک اندازه مصرف می کردند که این بدان معناست که این موش های جهش یافته غذا را دوست داشتند اما به اندازه کافی نمی خواستند (Berridge & Robinson, 2016).

**حساس شدن هسته آکامبنس:** وقتی افراد به ماده ای معتاد می شوند هسته آکامبنس نسبت به آن ماده قوی تر پاسخ می دهد که به عبارت دیگر هسته آکامبنس حساس شده است و در این هنگام فرد به سایر فعالیت های بالقوه تقویت کننده واکنش نشان نمی دهد و فقط به مواد اعتیاد آور واکنش می دهد. دلیل این پدیده آن است که قشر پیش پیشانی در هنگام تجربه فعالیت بالقوه تقویت کننده درون داد تحریکی را ایجاد می کند که در صورت مصرر مکرر مواد اعتیاد آور، بازدارنده پس زمینه ای افزایش یافته و فقط به دارو واکنش می دهد. برای

بازداری رفتار از متغیرهایی است که اخیراً در رابطه با سوء مصرف مواد مورد بررسی قرار گرفته است. گری توضیح می دهد که چگونه صفات شخصیتی مرتب با مغز، افراد را مستعد اختلالات آسیبی روانشناختی می کند. در نظریه گری دو سیستم اساسی مغزی وجود دارد که رفتار و هیجانها را کنترل می کند: سیستم فعال ساز رفتاری و بازدارنده رفتاری.

سیستم بازداری رفتاری به وسیله محرک شرطی - که با تنبیه یا حذف پاداش ارتباط دارد - فعال می شود. سیستم فعال ساز رفتاری به وسیله محرکی که با پاداش یا پایان دادن به تنبیهی که به منظور هدایت ارگانیزم به سوی محرک ارتباط دارد، فعال می شود. افرادی که حساسیت بالایی در سیستم فعال ساز رفتار دارند بیشتر تمایل دارند تا رفتار گرایشی و عاطفه ی مثبت را در شرایط تحریک - که با پاداش همراه است - تجربه کنند. سیستم بازداری رفتار را با اضطراب و ناکامی و سیستم فعال سازی رفتار را با امید و آسودگی مرتب می دانند. بنابراین، به نظر می رسد حساسیت متفاوت سیستم های مغزی - رفتاری در افراد مختلف، آسیب پذیری آن ها را برای تجربه حالات مختلف روانشناختی تحت تأثیر قرار می دهد. بنابراین حساسیت کم سیستم بازداری رفتاری می تواند حالت خوشی فزاینده و گرایش به فقدان بازداری را در فرد ایجاد کند و آمادگی وی برای تجربه مواد مخدر و انحراف را افزایش دهد (مسلمان، حسینی، صادق پور، ۱۳۹۷).

### درمان اعتیاد

درمان های اعتیاد به طور کلی به دنبال دست یافتن به سه هدف کلی هستند:

- قطع وابستگی جسمی به مواد
- قطع وابستگی روانی به مواد
- پیشگیری از بازگشت مجدد بیماری

روش های درمان، شامل دو روش زیست شناختی و روان شناختی است. این درمان ها ممکن است فردی یا گروهی باشد.

### درمان های زیست شناختی

این درمان ها شامل دو روش درمانی کلی است؛ ۱. دارو درمانی و ۲. سم زدایی فوق سریع

### دارو درمانی

**آنتاگونیست ها:** از تأثیرگذاری مواد بر روی گیرنده ها جلوگیری می کنند و اثر آن ها را خنثی می کند. این دارو ها شامل نالوکسان و نالتراکسون است.

نالوکسان: کوتاه اثر بوده و قبل از شروع درمان برای اطمینان از

اختلالات شخصیت در افراد دچار سوء مصرف مواد، این افراد نیازمند درمان های تخصصی همچون درمان های روان تحلیلی هستند که بر روی سازه های شخصیت کار می کنند (نچارپور محمدآبادی، رستمی، اصلانی، ۱۳۹۹).

**دیدگاه رفتاری:** نظریه پردازان رفتاری در تبیین دلایل گرایش به مواد مخدر بر مفاهیمی چون یادگیری، تقویت و شرطی سازی تأکید می کنند. یکی از نظریه های رفتاری سوء مصرف موارد نظریه کاهش تنش یا استرس بوک استین است، طبق این نظریه، سوء مصرف مواد یک رفتار پاداش دهنده است که منجر به کاهش تنش هایی چون ترس، تعارض یا ناکامی می گردد. این نظریه مبتنی بر نظام پاداش مصرف مواد است. از آنجائیکه تنش از طریق مصرف مواد کاهش می یابد، بنابراین تصور می شود که مواد تجارب ناخوشایند را تعدیل می کنند (صفاری نیا، ۱۴۰۲).

**دیدگاه شناختی:** نظریه های شناختی سوء مصرف مواد بر نقش باورها و عقاید در مورد عوارض مصرف مواد، به عنوان عاملی برای شروع مصرف مواد تأکید می نمایند. آن ها اصلی ترین عامل را انتظار و نگرش درباره ی مواد می دانند و معتقدند که سایر عوامل از طریق شناخت، ارزیابی و تصمیم درباره ی مواد، تأثیر خود را اعمال می کنند. همچنین بررسی ها نشان داده اند که فرآیندهای اعتیاد تحت تأثیر باورها و نگرش های فرد قرار دارند. چگونگی ارزیابی دستگاه شناختی فرد در هنگام مواجه شدن با حادثه منفی از اهمیت بالایی برخوردار است. افکار و شناخت ها در توانایی مدیریت، نظم جویی و کنترل ها و هیجان های بعد از تجربه یک رویداد تنش زا نقش بسیار مهمی دارند (قبادزاده، مسعودی، حسینی، محمدخانی، ۱۳۹۵).

**عوامل خانوادگی:** خانواده نقش مهمی در گرایش افراد به اعتیاد دارد. عواملی مانند: اعتیاد یکی از والدین یا هر دو، زندانی بودن، انحراف جنسی یا انحرافات اخلاقی پدر و مادر، غیبت والدین از خانه، اختلاف والدین، عقب ماندگی فرهنگی خانواده، طلاق و جدایی، رفتارهای ضد اجتماعی والدین و بسیاری عوامل مشابه در شکل گیری پدیده اعتیاد مؤثر هستند.

**دیدگاه اجتماعی فرهنگی:** این دیدگاه بر نقش عوامل مختلفی مانند سلامت اجتماعی پایین، در دسترس بودن ارزان و راحت مواد در جامعه، بیکاری، احساس درماندگی، فقدان شادی اجتماعی، عدم وجود شیوه های مؤثر تخلیه هیجان، ادراک امنیت اجتماعی، سبک های فرزند پروری و ده ها عامل دیگر توجه دارد.

**دیدگاه گری:** در این دیدگاه دو سیستم فعال ساز رفتاری و بازداری رفتاری مطرح شده است. در این دیدگاه اعتقاد بر این است که افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد سیستم بازداری رفتاری ضعیف تری نسبت به افراد بهنجار دارند. فعال سازی

سم زدایی کامل فرد تجویز می شود.

نالتراکسون ها: تاثیرات طولانی تری دارند و به مدت ۷۲ ساعت پس از مصرف مانع اثر مواد لذا برای پیشگیری از بازگشت تجویز می شود.

**آگونیسست ها:** گیرنده های افیونی را فعال می کنند و به آن ها می چسبند و از این طریق مانع اتصال مواد به گیرنده ها می شوند. این دارو ها شامل متادون و لوواستیل متادول است. متادون، سبب بروز علائمی مشابه مواد شبه افیونی می شود مانند: سرخوشی، بی دردی و ... و مصرف مقدار ثابت آن مانع از بروز سرخوشی شدید ناشی از هروئین و نیز مانع از بروز علائم محرومیت از مواد می شود. لوواستیل متادول، مشابه متادون است اما شروع اثر آهسته تر با اثر طولانی تر (مدت اثر آن بین ۷۲ تا ۹۶ ساعت) است.

آگونیسست های نسبی: با اتصال به گیرنده های افیونی سبب جدا شدن مواد افیونی دیگر از گیرنده ها می شوند، این دسته شامل بوپرونورفین ها است. بوپرونورفین، مدت اثر ۲۴ ساعته دارد و به عنوان جایگزین متادون برای سم زدایی و درمان نگه دارنده مورد استفاده قرار می گیرد.

**سم زدایی فوق سریع (UROD) بیهوشی عمومی:** با ایجاد بی هوشی زجر جسمی ناسی از محرومیت را کاهش می دهند (صفاری نیا، ۱۴۰۲).

## روان درمانی

روش های روان درمانی متعددی برای درمان اعتیاد وجود دارد مانند: روان درمانی فردی، درمان های شناختی رفتاری، خانواده درمانی، گروه های حمایتی و ...

**الگو فرا نظری (TTM):** این الگو توسط پروچاسکا بیان شده است و شامل ۵ مرحله می باشد:

۱. مرحله پیش از تفکر

۲. مرحله تفکر

۳. مرحله آمادگی

۴. مرحله عمل

۵. مرحله نگهداری (فتحی آشتیانی، عظیمی آشتیانی، ۱۴۰۲).

**خانواده درمانی:** خانواده می تواند نقش تعیین کننده ای در شکل گیری و یا ترک اعتیاد داشته باشد. عواملی چون سو مصرف اعضای خانواده، بزهکاری، فقر، سکونت در محله های نامناسب، سبک های فرزند پروری نامناسب و ... می تواند سبب بروز اعتیاد در فرد شود. بنابراین خانواده درمانی در ترک اعتیاد شرط لازم است اما شرط کافی نیست (گل خندان، ۱۴۰۱).

**درمان رفتاری:** رفتار گرایان برای درمان اعتیاد از روش های شرطی سازی استفاده می کنند، در این روش آن ها با همراه

کردن مکرر مصرف ماده با اشیا یا حوادث مختلف سبب ایجاد ارتباط بین آن ها می شود. این ارتباط به تدریج سبب تداعی این حوادث به هنگام مصرف می شود که می تواند سبب کاهش مصرف گردد.

**درمان شناختی:** باورها و اعتقادات و انتظارات فرد را به چالش می کشند و تلاش می کنند باور های نامعقول و غیر منطقی فرد را با باورها و اعتقادات منطقی جایگزین کنند. به عنوان مثال اگر فردی انتظار داشته باشد که مصرف مواد استرس های او را کاهش دهد، در روزی که استرس داشته باشد به احتمال بیشتری به مصرف مواد روی می آورد.

**مدل شناختی بک:** سه مجموعه باور در رابطه با سوء مصرف مواد وجود دارد:

- باور های هسته ای: باور های اساسی فرد درباره خود، جهان اطراف و دیگران است که در اثر تجارب گذشته ایجاد می شود. این باور ها می تواند توسط تجارب جدید تحت تأثیر قرار گیرد.
- باور های مرتبط با مواد: این باور ها یا به شکل انتظاری اند و یا به شکل تسکینی
- افکار خودآیند: تفسیر کوتاه باور های اساسی اند که مرتبط با موقعیت فرد است.

در این مدل برای درمان ابتدا فرد را نسبت به این افکار آگاه می کنند و سپس آن ها را تغییر می دهند (صفاری نیا، ۱۴۰۲).

**مدل پیشگیری از بازگشت مارلات:** این نظریه بر اساس نظریه ی یادگیری اجتماعی بندورا شکل گرفته است که مهم ترین مفاهیم آن شامل مفهوم انتظار و خودکارآمدی است. در این نظریه اعتقاد بر این است که در شروع و تداوم یک رفتار دو عامل بسیار مهم است؛ انتظار پیامد و انتظار کارایی، افرادی که دچار اعتیاد می شوند انتظار پیامد مثبت و در عین حال خودکارآمدی پایین را تجربه می کنند. مارلات تأکید می کند که نقص مهارت های درون فردی و بین فردی از علل مهم بازگشت به اعتیاد است؛ لذا برای جلوگیری از بازگشت باید این دو مهارت را ارتقا بخشید (نیکنام، مداحی، شفیعی آبدی، ۱۳۹۶).

**درمان شناختی رفتاری:** در این مدل از هر دو روش رفتاری و شناختی تواما استفاده می شود

**مصاحبه انگیزشی:** در این روش اعتقاد درمانگر بر این است که قابلیت حل مشکل در درون مراجع وجود دارد و اگر انگیزه ی فرد برای تغییر را بالا ببریم می توانیم تغییرات را در فرد ایجاد کنیم، پس مهم ترین وظیفه ی درمانگر در این روش افزایش انگیزه فرد است. تکنیک هایی که در جلسه درمان برای ایجاد تغییر در مراجع استفاده می شود شامل؛ حل مسئله، هدف گزینی، برنامه پیشگیری از بازگشت، تکنیک تن آرامی، آموزش

که منجر می‌شود فرد بعد از سال‌ها ترک یا حین ترک به مصرف مواد بازگردد و درمان با شکست مواجه شود. از طرف دیگر به دلیل اینکه اطلاعات زیست‌شناختی کمی در زمینه عود وجود دارد بسیاری از درمان‌های رایج در اعتیاد هنوز آن طور که باید کارآمد نیستند، بنابراین شناسایی روش‌ها و عواملی که به پیشگیری از دچار شدن به این اختلال منجر می‌شود از اهمیت اساسی برخوردار هستند.

نوجوانی پر التهاب‌ترین دوره رشدی انسان است و بسیاری از مشکلات و معضلات بزرگسالی همچون اعتیاد ریشه در همین سنین دارد. بعضی نوجوانان در مواجهه با برنامه‌های سختگیر و غیر قابل انعطاف و رفتارهای پر خاشاگرانه والدین خود، دچار تنگنا می‌شوند. علاوه بر این، فشارهای مدرسه نیز باعث می‌شود نوجوان عزت نفس و خودباوری خود را از دست بدهد و دچار افسردگی و گوشه‌گیری شود. نوجوانان افسرده رفتار خودآزارگونه و خودتخریبی از خود بروز می‌دهند که یکی از این رفتارها گرایش به مواد مخدر که آمادگی اعتیاد را افزایش می‌دهد (ثروت‌باری و همکاران، ۱۳۹۸)، به همین سبب پرداختن به این گروه سنی بسیار مهم و حائز اهمیت است.

صدمات ناشی از سوءمصرف مواد برای جامعه هزینه‌های هنگفتی دارد. عوارض هیجانی اعتیاد بر زندگی سوء مصرف کنندگان و خانواده‌های آنان قابل اندازه‌گیری نیست. گرایش روزافزون به مواد به عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم آسیب اجتماعی، با کاهش سن اعتیاد و مصرف آن به خصوص در میان نوجوانان، اهمیت توجه به آن را بیشتر کرده است. در مورد علل ریشه‌ای گرایش به مصرف مواد مخدر توافق خاصی وجود ندارد. عوامل مرتبط با مصرف و سوءمصرف مواد متعدد و متنوع هستند و شامل زمینه‌های فردی، ویژگی‌های خانوادگی و عوامل اجتماعی و محیطی می‌شود (مسلمان و همکاران، ۱۳۹۷).

پژوهش‌های اخیر بر عوامل خطر ساز و سبب شناسی چندگانه متمرکز شده‌اند. توانای ننه‌کران (۱۴۰۲)، اشکنانی، خسته، عالی نژاد و عالی نژاد (۱۴۰۱) و زلّی، رضایی، شاهسواری، سرلک و قشلاقی (۱۴۰۰)، بر خانواده و روابط خانوادگی به عنوان عامل گرایش به اعتیاد تأکید نموده‌اند و معتقدند خانواده می‌تواند با ایجاد فضایی امن، صمیمی در جذب و راهنمایی فرزندان کمک شایانی کرده و مانع از به دام افتادن فرزندان در آسیب‌های اجتماعی شود (اشکنانی و همکاران، ۱۴۰۱). نتایج این پژوهش‌ها نشان داده‌است که الگوهای ارتباطی آسیب دیده خانواده که در آنها میزان گفت و شنود بین اعضا کم و همنوایی بالا است با گرایش به اعتیاد ارتباط دارد (توانای ننه‌کران، ۱۴۰۲).

یافته‌های پژوهش اسدی و همکاران (۱۳۹۹) و مرادی و صفاریان (۱۳۹۸) نیز نشان داد که عوامل فردی (سطح تحصیلات ابتدایی

ابراز وجود، ایفای نقش، بازسازی محیطی، تقویت مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی سنجش و بازخورد است (میلر، ۱۴۰۱).

**درمان ذهن آگاهی:** در این روش معتقد اند که امیال و وسوسه‌ها را نمی‌توان نابود کرد، بلکه باید به فرد درباره آن‌ها آگاهی داد تا آن‌ها را مشاهده کنند و بپذیرند. از این روش برای پیشگیری از بازگشت استفاده می‌شود.

**درمان ۱۲ قدم (TSF):** در این روش درمانی که به صورت گروهی انجام می‌شود معتقدان به صورت ناشناس وارد می‌شوند و مشکلات و تجارب خود را مطرح می‌کنند و از افرادی که قبلاً همدرد آن‌ها بوده‌اند و روانشناسان مرکز کمک و همیاری دریافت می‌کنند. ۱۲ قدم این درمان به شرح زیر است.

- ❖ ما پذیرفتیم که در برابر اعتیاد ناتوان بوده ایم و این کنترل زندگی مان را از دست ما خارج کرده است.
- ❖ به این باور رسیدیم که یک قدرت بالاتر از خود ما می‌تواند ما را به عقلانیت بازگرداند.
- ❖ تصمیم گرفتیم اراده و زندگی را به سوی توجه به خدا سوق دهیم به طریقی که او را درک کرده ایم.
- ❖ جسورانه عادت‌های اخلاقی خود را جست و جو و فهرست کردیم.

❖ به رنجش‌ها و خطاها نسبت به خدا، خودمان و هر انسان دیگر اعتراف کردیم.

❖ برای پذیرفتن این حقیقت که خداوند تمام نقائص را از ما دور می‌کند آمادگی کامل پیدا کردیم.

❖ از خداوند برای رفع تمام کمبودهایمان عاجزانه درخواست کردیم.

❖ از تمام افرادی که به آن‌ها آسیب رساندیم لیستی تهیه کردیم و با کمال میل تصمیم بر اصلاح و جبران خطاهای خود گرفتیم.

❖ در صورت امکان، به‌طور مستقیم اقدام به جبران کردن آسیب‌هایی که به برخی وارد آوردیم، کردیم مگر در شرایطی که این کار ممکن بوده موجب آسیب رساندن به آن‌ها شود.

❖ به جست و جوی عادت‌های رفتاری شخصی خود ادامه دادیم و هر زمان که اشتباه کردیم به آن اقرار نمودیم.

❖ ارتباط خود را با خداوند به صورت آگاهانه با مناجات و مراقبه بهبود بخشیدیم و از اراده و قدرت خداوند کمک خواستیم.

❖ از طریق ۱۲ گام به بیداری معنوی دست یافتیم و این پیام را به معتادین دیگر انتقال دادیم.

### بحث و نتیجه‌گیری

بازگشت مکرر به مصرف مواد حکایت از یکسری تغییرات پایدار مولکرولی و سلولی در مدارات عصبی دخیل در این پدیده دارد

می‌برند (اللهیار و زینالی، ۱۳۹۹). اما واقعیت این است که مصرف الکل و مواد دیگری که واکنش‌های مغز را کند می‌کند، می‌تواند باعث تشدید احساس ناراحتی شود. ارتباط بین افسردگی و اعتیاد ارتباطی دو طرفه است. افرادی که از افسردگی رنج می‌برند، بیشتر مستعد ابتلا به اختلال اعتیاد به مواد مخدر هستند و بیماران معتاد خود را در معرض خطر افسردگی قرار می‌دهند. بر اساس گزارشی که در نشریه روانپزشکی بالینی به چاپ رسیده است، از هر سه فرد بزرگسال دچار اختلال سوءمصرف مواد یا الکل یک نفر با مشکل افسردگی دست و پنجه نرم می‌کند. همچنین با توجه به آمار انجمن افسردگی و اضطراب آمریکا، تقریباً ۲۰ درصد آمریکایی‌های دچار افسردگی یا اضطراب به اختلال سوءمصرف مواد نیز مبتلا هستند و حدوداً از هر ۵ بیمار مبتلا به اعتیاد مواد مخدر یک نفر دچار افسردگی یا اضطراب نیز هست (جوادی، ۱۴۰۲). نتایج پژوهش‌هایی که در زمان پاندمی کووید-۱۹ انجام شده است، ارتباط بین این متغیرها را تأیید می‌کند. براساس

یافته‌های پژوهش Oesterle Tyler, Kolla, Bhanuprakash, Risma Cameron, Breitinger Scott, Rakocevic Daniela, Loukianova Larissa, Hall-Flavin Daniel, Gentry Melanie, Rummans Teresa, Chauhan, & Gold Mark (2020)، در دوران قرنطینه کرونا به سبب کاهش ارتباطات بین فردی و اجتماعی، مصرف مواد مخدر در بین افراد افسرده و روان‌رنجور به شکل معنی‌داری افزایش یابد (Oesterle et al, 2020).

بنابراین، آشنایی با روش‌های پیشگیری مناسب از جمله آموزش مهارت‌های ارتباطی بسیار لازم است. داشتن اطلاعاتی پیرامون این روش می‌تواند در انجام فرایندهای روانشناسانه برای مراجعین نیازمند مثمرتر باشد، تا با انجام این اقدامات بتوان افسردگی را بهبود بخشیده، امید به زندگی را بالا برده و آمادگی به اعتیاد را کاهش داد.

### موازین اخلاقی

در این مطالعه اصول اخلاق در پژوهش شامل اخذ رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان و حفظ اطلاعات محرمانه آنها رعایت گردیده است.

### تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب قدردانی و تشکر خود را از کلیه شرکت‌کنندگان این پژوهش که با استقبال و بردباری، در روند استخراج نتایج همکاری نمودند، اعلام می‌دارند.

افراد وابسته به مواد و دوستان آن‌ها، بیکاری و داشتن مشاغل کارگری، پیشنهاد مصرف مواد توسط همکاران محیط کار، شروع مصرف با تریاک)، عوامل خانوادگی (طرد فرد در مشاجرات خانوادگی، مصرف مواد برای فرار از مشکلات خانوادگی، مصرف مواد بعد از شکست عشقی، سابقه اعتیاد در بین اعضای خانواده و عملکرد خانوادگی نامناسب)، عوامل روان‌شناختی (مصرف مواد برای لذت جویی و خوشگذرانی، مصرف مواد برای حس کنجکاو، گرایش به رفتارهای پرخطرانه بالا، ناتوانی و ضعف در ابراز وجود و استرس‌های زیاد در سبک زندگی)، عوامل فرهنگی (عدم عضویت و فعالیت در گروه‌های مذهبی، پایبندی کمتر به سبک زندگی مذهبی، ناآگاهی از اثرات و عوارض مواد مخدر، معاشرت با دوستان ناباب، قبح شکنی مصرف مواد در جامعه، تبلیغات و کارکرد منفی رسانه‌ها و استفاده بالا از ماهواره)، عوامل اجتماعی (عدم عضویت و فعالیت در گروه‌های اجتماعی و احساس محرومیت اجتماعی)، عوامل اقتصادی (بیکاری و وضعیت اقتصادی ضعیف، احساس محرومیت اقتصادی و فقر) و عوامل جغرافیایی (حاشیه نشینی و بالا بودن میزان بروز جرم و اعتیاد در محل سکونت فرد) در گرایش به اعتیاد افراد به مواد نقش دارد (اسدی و پرزور، ۱۳۹۹).

بررسی دقیق‌تر عوامل مرتبط با اعتیاد که در پژوهش‌های مذکور به آن اشاره شد، حاکی از وجود الگوی ارتباطی نامناسب و ضعف مهارت‌های ارتباطی در افراد سوءمصرف‌کننده و خانواده‌های آن‌هاست، مهارت‌های ارتباطی لازمه زندگی و ادامه مسیر است و می‌تواند در کنار آمدن ما با دیگران مؤثر باشند، هرگونه کاستی در این زمینه به می‌تواند به بروز مشکلات روانشناختی چون احساس تنهایی، اضطراب اجتماعی، عزت نفس پایین، عدم موفقیت‌های تحصیلی و شغلی و بالاخص افسردگی منجر شود (نسائی، کهرازی، فرنام و فردین، ۱۳۹۹). نتایج مطالعات ایمانی (۱۳۹۹) نیز همراستا با همین یافته بوده و نشان می‌دهد بین افسردگی و مهارت‌های ارتباطی رابطه معکوس و معناداری وجود دارد و با کاهش مهارت‌های ارتباطی افسردگی افزایش می‌یابد.

نتایج پژوهش دیگری حاکی از رابطه معنادار مثبت افسردگی با نگرش به سوءمصرف مواد بود. الافسداتیر و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که استرس، اضطراب و افسردگی با اختلال مصرف مواد رابطه معناداری دارد (Ólafsdóttir, Hrafnadóttir, Orjasniemi, 2018). در پژوهشی دیگر، اسماعیل‌زاده و همکاران گزارش کردند که بین افسردگی و مصرف مواد رابطه منفی و معنادار وجود دارد (Esmaeizadeh, Moraros, Thorpe, Bird, 2018)، بسیاری از بیماران افسرده برای بهبود خلق‌وخوی خود یا فرار کردن از احساس گناه و درماندگی به مشروبات الکلی یا سوءمصرف مواد مخدر پناه

## تعارض منافع

نویسندگان این مطالعه هیچ گونه تعارض منافی در انجام و نگارش آن ندارند.

### واژه نامه

1. Depressants	کندسازها یا آرام بخش ها
2. Stimulants	محرکها یا تحریک کننده ها
3. Hallucinogens	توهمزها
4. Anabolic Steroids	آنابولیک استروئیدها
5. Psilocybin	سیلوسایبین
6. Lysergic Acid Diethylamide	اسید لیزرجیک دی اتیل آمید
7. Peyote	پیوت
8. Dimethyltryptamine	دی متیل

## منابع فارسی

احمدزاده امید و احمدزاده مریم. (۱۴۰۱). بررسی مهارت های ارتباطی موثر بر سلامت روان. علوم انسانی و اسلامی در هزاره سوم، ۱۹(۶): ۶۸-۷۶.

اسدی سیدمحمدرضا، و پرزور پرویز. (۱۳۹۹). بررسی علل گرایش به مصرف مواد مخدر (اعتیاد) در شهر اردبیل. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۴(۵۶): ۱۶۹-۱۹۸.

اسدی علی. (۱۳۹۸). میانگین سن شروع مصرف مواد مخدر در کشور به ۱۵ سال رسیده است. تهران: خبرگزاری جمهوری اسلامی ایران. اشکنانی فرشته؛ خسته آسیه؛ عالی نژاد فهیمه و عالی نژاد مرضیه. (۱۴۰۱). تاثیرات خانواده در جلوگیری از معضلات اجتماعی باتاکید بر اعتیاد به مواد مخدر. نخستین کنفرانس ملی مطالعات روانشناسی سلامت روان، ۰.

باران چشمه، زهرا. (۱۳۹۶). تاثیر آموزش مهارت های ذهن آگاهی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری مبتنی بر افسردگی و مهارت های ارتباطی دانش آموزان پسر متوسطه دوم. آموزش، مشاوره و روان درمانی (تعالی مشاوره و روان درمانی) دوره ششم پاییز، شماره ۲۳

براهوئی مقدم، نورمحمد، ۱۳۹۸، مکانیزم های عصبی - شیمیایی اعتیاد به مواد مخدر (مواد افیونی)، سومین همایش ملی روانشناسی، تعلیم و تربیت و سبک زندگی، قزوین.

بیسادی سمیرا. (۱۴۰۱). اثربخشی مهارت های شناختی رفتاری بر کنترل خشم و اعتیادپذیری دانش آموزان دختر دوره متوسطه شهر تهران. فصلنامه ایده های نوین روانشناسی، ۱۵(۱۹): ۱۲-۱۰.

توانای ننه کران سعیده. (۱۴۰۲). بررسی رابطه الگوهای ارتباطی خانواده با آمادگی به اعتیاد در نوجوانان. اولین کنفرانس بین المللی روانشناسی، علوم اجتماعی، علوم تربیتی و فلسفه، ۰.

ثروت یاری کارو؛ یوسفی فایق؛ اردلان، پویا، والیزاده؛ رسولی محمدعزیز؛ حسینی ساعد؛ قادری مهدی؛ یزدان پناه، هیرو، و

مردانی نبی. (۱۳۹۸). بررسی شیوع افسردگی و ناامیدی و رابطه آن بر گرایش به سوءمصرف مواد مخدر در دانش آموزان دبیرستان های شهرستان دیواندره روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۶(۵): ۱-۱۳.

جوادی مسعود. (۱۴۰۲). افسردگی و اختلال همزمان سوءمصرف الکل و مواد مخدر. از وبسایت.

زلفی، علیرضا و رضایی، معصومه و شاهسواری، مهدیه و سرلک، نگین و قشلاقی، فاطمه، ۱۴۰۰، نقش خانواده در پیشگیری از اعتیاد جوانان به مواد مخدر در شهرستان الیگودرز، چهارمین همایش بین المللی روانشناسی، علوم تربیتی و مطالعات اجتماعی، همدان.

زینالی علی و شریفی حسن پاشا. (۱۳۹۷). عوامل خطر و محافظت کننده استعداد اعتیاد نوجوانان دبیرستانی. سلامت اجتماعی، ۵(۴): ۳۱۹-۳۲۷.

صفاری نیا مجید. (۱۴۰۱). آسیب شناسی اجتماعی. تهران: انتشارات ارسباران.

غلامی حیدرآبادی، زهرا. (۱۳۹۶). پیشگیری از اعتیاد در خانواده. انتشارات دفتر مقابله با مواد مخدر.

فتحی آشتیانی علی. (۱۴۰۱). آزمون های روانشناختی. تهران: انتشارات بعثت.

قبادزاده، سیمین، مسعودی، مرضیه، محمدخانی، شهرام، حسینی، جعفر. (۱۳۹۵). مروری بر عوامل فیزیولوژی و شناختی مرتبط با اعتیاد. سلامت اجتماعی و اعتیاد سال سوم بهار، شماره ۹.

گل خندان، سمیرا. (۱۴۰۱). رابطه ساختار خانواده با بزهکاری اطفال و نوجوانان (مطالعه میدانی در کانون اصلاح و تربیت استان اصفهان ۱۳۹۵). پژوهش های حقوق جزا و جرم شناسی، ۱۰(۱۹): ۲۰۷-۲۳۵.

اللهیار اشرف، و زینالی علی. (۱۳۹۹). مدل کاهش سوءمصرف مواد در نوجوانان دیابتی: نقش افسردگی و استرس با میانجیگری مهارت های حل مسئله و تعارض. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۲۳(۲): ۱۲۶-۱۳۷.

مرادی، علی و صفاریان، محسن. (۱۳۹۸). علل اجتماعی مرتبط با اعتیاد به مواد مخدر: مورد مطالعه جوانان شهر کرمانشاه. فصلنامه مطالعات مبارزه با مواد مخدر، ۱۱(۴۱): ۲۸-۵۷.

مسلمان مهسا؛ حسینی عاطفه و صادق پور مریم. (۱۳۹۷). پیش بینی آمادگی به اعتیاد بر اساس سیستم های مغزی بازاری فعال سازی رفتاری و توانایی های شناختی در بین دانشجویان موسسه آموزش عالی آمل در سال ۹۷-۱۳۹۶.

میلر، ویلیام. (۱۴۰۱). مصاحبه انگیزشی در درمان اعتیاد. ترجمه ناصر همتی، نازفر ناظم. انتشارات ارجمند.

نجارپورمحمدآبادی الهام، رستمی رضا، اصلانی سعید. (۱۳۹۹). مروری بر اعتیاد از دیدگاه روان تحلیلی؛ از تثبیت در مرحله دهانی تا بدتنظیمی هیجانی. رویش روان شناسی، ۹(۴): ۱۸۱-۱۹۰.

نسائی وحید؛ کهرازی فرهاد؛ فرنام علی و فردین محمدعلی. (۱۳۹۹). واریسی مسیر رابطه میان مهارتهای ارتباطی، سازگاری فردی و مولفه های روان شناسی مثبت نگر در دانشجویان پسر و دختر

- Chaharmahal Bakhtiari: Jihadaneshgahi Publications. [Persian]
- Berridge, K. C., & Robinson, T. E. (2016). Liking, wanting, and the incentive-sensitization theory of addiction. *The American psychologist*, 71(8), 670–679. <https://doi.org/10.1037/amp0000059>.
- Bisadi, S. (2022). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Skills on Anger Control and Addiction in Female High School Students in Tehran. *Quarterly Journal of New Ideas in Psychology*, 15(19): 1-12. [Persian]
- Brahoi Moghadam, N. (2019). Neurochemical Mechanisms of Drug Addiction (Opioids), Third National Conference on Psychology, Education and Lifestyle, Qazvin. [Persian]
- Esmaeelzadeh, S., Moraros, J., Thorpe, L., Bird, Y. (2018). The association between depression, anxiety and substance use among Canadian post-secondary students. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 14: 3241-3251.
- Fathi-Ashtiani, A. (2017). Psychological tests. Tehran: Besat Publications. [Persian]
- Ghobadzadeh, S., Masoudi, M., Mohammadkhani, S., Hassani, J. (2016). A review of physiological and cognitive factors related to addiction. *Social health and addiction*, third year, spring, issue 9. [Persian]
- Gholami-Haydarabadi, Z. (2017). Prevention of addiction in the family. Publications of the Office of Combating Drugs.
- Golkhandan, S. (2016). The relationship between family structure and juvenile delinquency (field study in the Isfahan Province Correctional Center, 2016). *Criminal Law and Criminology Research*, 10(19), 207-235. [Persian]
- Javadi, M. (2023). Depression and concurrent alcohol and drug abuse disorder. From the website. [Persian]
- Miller, W. (2018). Motivational interviewing in addiction treatment. Translated by Naser Hemmati, Nazfar Nazim. Arjomand Publications. [Persian]
- Moradi, A., & Safarian, M. (2019). Social causes related to drug addiction: A case study of Kermanshah youth. *Quarterly Journal of Drug Control Studies*, 11(41), 28-57. [Persian]
- Moslemman, M., Hosseini A., & Sadeghpour M. (2018). Predicting readiness for addiction based on brain systems of behavioral activation inhibition and
- دانشگاه فرهنگیان مشهد. مجله مطالعات روانشناسی تربیتی، ۱۷(۴۰): ۱۳۸-۱۵۳.
- نیکنام، ماندانا، مداحی، محمدابراهیم، شفیع آبادی، عبدالله. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی مدل شناختی- رفتاری مارلات و معنادرمانی بر کاهش ولع و پیشگیری از بازگشت زنان وابسته به مواد. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۸(۲)، ۱-۱۵.
- رشیدی محمد. (۱۳۹۹). کارآفرینی اجتماعی چیست؟. نیسی پریناز، و فرهادی‌افشار پرینان. (۱۴۰۱). آموزش مهارت‌های ارتباطی، چهارم‌حال بختیاری: انتشارات جهاددانشگاهی.
- مطلبی پدram؛ افتخاری‌نیا جواد، و موسوی زهراسادات. (۱۳۹۹). کارآفرینی استراتژیک. کنفرانس بین‌المللی مدیریت، حسابداری و توسعه اقتصادی.
- رواندوست رضا. (۱۴۰۳). کارآفرین کیست و کارآفرینی چیست..

### فهرست منابع

- Ahmadzadeh, A., Ahmadzadeh M. (2022). A study of communication skills effective on mental health. *Humanities and Islamic Sciences in the Third Millennium*, 19(6): 68-76. [Persian]
- Allahyar A., Zeinali A. (2019). Model for reducing substance abuse in diabetic adolescents: The role of depression and stress through the mediation of problem-solving and conflict skills. *Journal of Arak University of Medical Sciences*, 23(2): 126-137. [Persian]
- Asadi, A. (2019). The average age of starting drug use in the country has reached 15 years. Tehran: Islamic Republic of Iran News Agency. [Persian]
- Asadi, S. M., & Porzour, P. (2019). A study of the causes of drug addiction in the city of Ardabi. *Quarterly Journal of Addiction Studies*, 14(56): 169-198. [Persian]
- Ashkanani, F., Khasta, A., Alinejad, F., Alinejad, M. (2022). The effects of family on preventing social problems with an emphasis on drug addiction. *The First National Conference on Psychological Studies of Mental Health*. [Persian]
- Barancheshmeh, Z. (2017). The effect of mindfulness skills training based on a cognitive-behavioral approach based on depression and communication skills of male second-year high school students. *Education, Counseling and Psychotherapy (Excellence in Counseling and Psychotherapy)* 6(23). [Persian]
- Benisi P, & Farhadi Afshar, P. (2014). Communication skills training,

- from substance-use disorder among family members in Iceland. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* .35(3): 165-178.
- Rashidi M. (2019). What is social entrepreneurship?. [Persian]
- Ravandost, R. (2024). Who is an entrepreneur and what is entrepreneurship. [Persian]
- Safarinia, M. (2022). *Social pathology*. Tehran: Arasbaran Publications. [Persian]
- Serwatiyari, K., Yousefi, F., Ardalan, P., Valizadeh., Rasouli MA, Hosseini, S., Ghaderi, M., Yazdanpanah, H., & Mardani, N. (2019). Investigating the prevalence of depression and hopelessness and its relationship to drug abuse tendency in high school students of Divandarreh city *Psychology and Psychiatry Knowledge*, 6(5): 1-13. [Persian]
- Tavanaye Nene Karan, S. (2023). Investigating the Relationship between Family Communication Patterns and Adolescents' Readiness for Addiction. *First International Conference on Psychology, Social Sciences, Educational Sciences and Philosophy*. [Persian]
- Zalghi, A., Rezaei, M., Shahsavari, M., Sarlak, N., & Gheshlaghi, F., (2021). The role of the family in preventing youth drug addiction in Aligudarz city, 4<sup>th</sup> International Conference on Psychology, Educational Sciences and Social Studies, Hamadan. [Persian]
- Zeinali, A., & Sharifi, H.P. (2018). Risk and protective factors of addiction tendency in high school adolescents. *Social Health*, 5(4): 319-327. [Persian]
- cognitive abilities among students of Amol Institute of Higher Education in 2017-2018. [Persian]
- Motlabi, P., Eftekharinia J., & Mousavi Z. (2019). Strategic entrepreneurship. *International Conference on Management, Accounting and Economic Development*. [Persian]
- Najarpour Mohammadabadi, A., Rostami, R., Aslani, S. (2019). A review of addiction from a psychoanalytic perspective; From fixation in the oral stage to emotional dysregulation. *Development of Psychology*; 9 (4):181-190. [Persian]
- Nasaei, V., Kahrazei, F., Farnam, A., Fardin, M. A. (2019). Examining the relationship between communication skills, personal adjustment and positive psychology components in male and female students of Farhangian University of Mashhad. *Journal of Educational Psychology Studies*, 17(40): 138-153. [Persian]
- Niknam, M., Madhahi, M. A., Shafiabadi, A. (2017). Comparing the effectiveness of Marlatt's cognitive-behavioral model and semantic therapy on reducing craving and preventing relapse in substance-dependent women. *Quarterly Journal of Applied Psychological Research*, 8(2), 1-15. [Persian]
- Oesterle Tyler, S., Kolla, Bhanuprakash., Risma Cameron, J.,Breitinger Scott, A., Rakocevic Daniela, B., Loukianova Larissa, L., Hall-Flavin Daniel, K., Gentry Melanie, T., Rummans Teresa, A., Chauhan, M., & Gold Mark, S. (2020). Substance Use Disorders and Telehealth in the COVID-19 Pandemic Era: A New Outlook. *Mayo Clinic Proceedings* .95(12): 2709-2718.
- Ólafsdóttir, J., Hrafnadóttir, S., Orjasniemi, T. (2018). Depression, anxiety, and stress