ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2019;8(2):69-73

Afarand Scholarly Publishing Institute

A Comparison of Life Expectancy, Feelings of Guilt, and Psychosomatic Disorders between Revealing Female Addicts under Compulsory Treatment and Self-Introduced Female Addicts

Deputy of Health, Rescue & Treatment

ARTICLE INFO

Article Type
Original Research

Authors
Razavi R.[1] *MSc,*
Arab A.* *PhD,*
Shirazi M.[2] *PhD*

How to cite this article
Razavi R, Arab A, Shirazi M. A Comparison of Life Expectancy, Feelings of Guilt, and Psychosomatic Disorders between Revealing Female Addicts under Compulsory Treatment and Self-Introduced Female Addicts. Journal of Police Medicine. 2019;8(2):69-73.

ABSTRACT

Aims Addiction is a brain disorder that is caused by compulsion in rewards despite adverse consequences. This study aimed at comparing life expectancy, feelings of guilt, and psychosomatic disorders between revealing female addicts under compulsory treatment and self-introduced female addicts.

Materials & Methods This cross sectional study was conducted among revealing female addicts under compulsory treatment and self-introduced female addicts in Zahedan in 2018. Of each group, 30 cases were randomly selected as sample. Eysenck Feelings of Guilt Scale, Schneider Life Expectancy Inventory, and Takata and Sakata Psychosomatic Disorders were used to collect the data. The data were analyzed by SPSS 21, using multivariate analysis of variance.

Findings Mean score of life expectancy in revealing female addicts (30.36±8.68) was lower than that of the self-introduced female addicts (37.80±7.14; F=14.20; p<0.01). Mean score of feelings of guilt in revealing female addicts (18.80±2.44) was higher than that of the self-introduced female addicts (16.86±3.00; F=26.32; p<0.01). Also, mean score of psychosomatic disorders in revealing female addicts (58.30±8.78) was higher than that of the self-introduced female addicts (52.70±9.47; F=24.73; p<0.01).

Conclusion The revealing female addicts have lower levels of life expectancy, higher levels of feelings of guilt, and psychosomatic disorders in comparison to the self-introduced female addicts.

Keywords Life Expectancy; Feelings of Guilt; Psychosomatic Disorders; Revealing and Self-Introduced Female Addicts

*Department of Psychology, Faculty of Psychology & Educational Sciences, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran
[1]Department of Psychology, Faculty of Psychology & Educational Sciences, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran
[2]Department of Psychology, Faculty of Psychology & Educational Sciences, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran

Correspondence
Address: Sistan and Baluchestan University, Daneshgah Buolvared, Zahedan, Iran.
Phone: -
Fax: -
aliarab@edpsy.usb.ac.ir

Article History
Received: November 12, 2018
Accepted: January 20, 2019
ePublished: March 19, 2019

CITATION LINKS

[1] Neurobiologic advances from the brain disease model of ... [2] Cellular basis of memory for ... [3] Reinforcement and Addictive Disorders Molecular Neuropharafmacology a foundation for Clinical ... [4] A dynamic model of guilt: Implications for motivation and self-regulation in the context of ... [5] Mindfulness- and acceptance-based interventions for psychosis: A systematic review and ... [6] Factors affecting addiction in ... [7] When mindfulness is therapy: Ethical qualms, historical ... [8] Social problems of wives of addicted men in the area covered by the health center of east Tehran. Soc ... [9] Positiye urgency predicts illegal drug use and risky sexual ... [10] I wish a happy end; hope in the lives of chronic schizophrenic ... [11] Hope in advanced cancer ... [12] Assessing treatments used to reduce rumination and/or worry: A systematic ... [13] Psychopathology, treatment completion and 5 years outcome: A prospective study of drug ... [14] Emotion–based dispositions to rash action positive and negative ... [15] Mindfulness interventions for psychosis: A systematic review of the ... [16] Mindfulness ... [17] Identifying the profiles of psychosomatic disorders in an iranian adult population and their relation to psychological ... [18] Methadone and oral health: A brief ... [19] Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: Comparison at intake and 6 months ... [20] CHAPTER 16: Reinforcement and addictive disorders. In: Molecular Neuropharmacology: A Foundation for Clinical ... [21] Contributions of dopaminergic and non-dopaminergic neurons to VTA-stimulation induced neurovascular responses in brain reward ... [22] A little rein on ... [23] Is the concept of compulsion useful in the explanation or description of addictive behaviour and ...

Copyright© 2019, ASP Ins. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-NonCommercial terms.

مقایسه امید به زندگی، احساس گناه و اختلالات روان‌تنی در معتادان متجاهر زن تحت درمان اجباری و زنان معتاد خودمعرف

ریحانه رضوی MSc
گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران
علی عرب* PhD
گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران
محمود شیرازی PhD
گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

چکیده
اهداف: اعتیاد یک اختلال مغزی است که به‌واسطه اجبار در محرک‌های پاداش با وجود عواقب ناگوار ایجاد می‌شود. هدف از انجام این پژوهش مقایسه امید به زندگی، احساس گناه و اختلالات روان‌تنی در معتادان متجاهر زن تحت درمان اجباری و زنان معتاد خودمعرف بود.
مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی در معتادان متجاهر زن تحت درمان در مراکز اقامتی اجباری و زنان معتاد خود معرف تحت درمان مراکز اقامتی شهرستان زاهدان در تابستان ۱۳۹۷ انجام شد. از هر گروه ۳۰ نفر به روش تصادفی به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های احساس گناه آیزنک، اختلالات روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا و امید به زندگی اشنایدر استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری در قالب نرم‌افزار SPSS 21 تجزیه و تحلیل شد.
یافته‌ها: میانگین نمره امید به زندگی در زنان معتاد متجاهر مراکز اجباری (۸/۶۸±۳۰/۳۶) پایین‌تر از زنان معتاد خودمعرف (۷/۱۴±۳۷/۸۰) بود (F=۱۴/۲۰؛ p<۰/۰۱). میانگین نمره احساس گناه در زنان معتاد متجاهر مراکز اجباری (۲/۴۴±۱۸/۸۰) بالاتر از زنان معتاد خودمعرف (۳/۰۰±۱۶/۸۶) بود (F=۲۶/۳۲؛ p<۰/۰۱)؛ همچنین میانگین نمره اختلالات روان‌تنی در زنان معتاد متجاهر مراکز اجباری (۸/۷۸±۵۸/۳۰) بالاتر از زنان معتاد خودمعرف (۹/۴۷±۵۲/۷۰) بود (F=۲۴/۷۳؛ p<۰/۰۱).
نتیجه‌گیری: میزان امید به زندگی در زنان معتاد متجاهر پایین‌تر و میزان احساس گناه و اختلالات روان‌تنی در آنها بالاتر از زنان خودمعرف است.
کلیدواژه‌ها: امید به زندگی، احساس گناه ، اختلالات روان‌تنی، زنان معتاد متجاهر و خودمعرف

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۸/۲۱
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۰/۳۰
تاریخ انتشار الکترونیک: ۱۳۹۷/۱۲/۲۸
*نویسنده مسئول: aliarab@edpsy.usb.ac.ir

مقدمه
اعتیاد یک اختلال مغزی است که به واسطه اجباری در محرک‌های پاداش با وجود عواقب ناگوار ایجاد می‌شود[1-3]. علایم کلاسیک اعتیاد شامل اختلال در کنترل مواد یا رفتار، مشغله با مواد یا رفتار و ادامه استفاده با وجود عواقب آن است[4]. علاوه بر آسیب‌های احتمالی جسمی، اجتماعی و روحی، استفاده از بعضی از مواد مخدر نیز ممکن است جرم محسوب شود که این موضوع به طور گسترده‌ای بسته به صلاحیت محلی است[1, 5]. فرد معتاد علاوه بر اینکه نیروی جسمانی و عقلانی خود را در اثر مصرف مواد مخدر از دست می‌دهد و در خدمت جامعه نیست، قسمتی از نیروی جسمانی و امکانات اقتصادی را که می‌تواند در راه سازنده‌تری مصرف شود، به خود اختصاص می‌دهد. از این رو می‌توان گفت، سوء مصرف مواد و اعتیاد از عوامل مهم و تاثیرگذار بر وضعیت سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد، در جامعه است. گرچه در سراسر دنیا پیشرفت قابل ملاحظه‌ای در درک این اختلالات و یافتن مناسب‌ترین راه‌ها برای پیشگیری و درمان آنها ایجاد شده است، ولی از انجام پژوهش در مورد اعتیاد زنان تا دو دهه پیش کاملا غفلت شده بود. از آنجا که زنان در پیشرفت و ارتقای خانواده نقش بسیاری موثری دارند، توجه به سلامت روان آنها از مسایل مهم به‌شمار می‌آید. از آنجایی که اعتیاد بین زنان از نظر علت، شیوع و تاثیر آن بر جامعه اختلاف فاحشی با اعتیاد در مردان دارد، ولی با این حال در ایران، در حال حاضر خدمات اختصاصی برای اعتیاد زنان وجود ندارد. زنان معمولا از مراجعه به مراکز درمانی معتادان که بیشترین مراجعه‌کنندگان آنها مردان هستند، اکراه دارند[6].
بر پایه گزارش اداره مواد و جرایم سازمان ملل، نسبت جمعیت زنان بین مصرف‌کنندگان مواد، از ۱۰% در کشورهای آسیایی تا ۴۰% در کشورهای اروپایی تخمین زده شده است؛ اگرچه در مورد برخی از انواع مواد، این آمار در تفاوت جنسی کاهش داشته است. بنابراین با درنظرگرفتن تعداد ۱۶ تا ۳۸میلیون مصرف‌کننده مواد در جهان، تعداد زنان مصرف‌کننده مواد قابل توجه است. با توجه به آمارهای ارایه‌شده هرچند غیردقیق، می‌توان جمعیت زنان معتاد را در ایران حدود ۱۱۴هزار نفر یعنی ۶ تا ۸% تخمین زد[7, 8] که البته از این آمار به‌دست آمده، بعضی از معتادین خواستار درمان هستند که به آنها معتادین خودمعرف می‌گویند و بعضی دیگر از درمان فرار می‌کنند که معتادین متجاهر نام‌گذاری شده‌اند. ماده ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر، درمان اجباری را برای معتادین متجاهر صادر کرده است. بین این دو دسته از معتادین یعنی معتادین زن خودمعرف و متجاهر باید از لحاظ ویژگی‌هایی چون امید به زندگی، کاهش احساس گناه و اختلالات روان‌تنی تفاوت‌هایی وجود داشته باشد که یک دسته خواستار بهبودی و بازگشت سلامت خود و دسته‌ای دیگر عدم خواستار بهبودی را دارند. در هر صورت نگاه و جهان‌بینی فرد معتاد تاثیرگذار است و متغیرهایی چون امید به زندگی، کاهش احساس گناه و اختلالات روان‌تنی می‌تواند بر جهان‌بینی این دو دسته‌تاثیر گذار باشد.
امیدواری، درخواستی است که یک فرد برای آینده خود دارد[9]. امید، ادراک افراد را در رابطه با توانایی گسترش راهبردها در راستای رسیدن به هدف و حفظ انگیختگی تا رسیدن به هدف نشان می‌دهد[10]. امید دارای تصورات و توجه افراد به آینده است و با این تصور که احتمال دارد نتایج مثبت حاصل شود، سبب کوشش فرد می‌شود. هر نوعی از امید، ویژگی‌های چندبُعدی، پویایی، آینده‌نگری و فرآیندنگری آن را منعکس می‌کند[11]. امید یک حالت خوش‌بینانه است که بر پایه انتظارات نتایج مثبت با توجه به رویدادها و شرایط در زندگی فرد یا اجتماع شکل می‌گیرد.[12] . به عنوان یک فعل، تعاریف آن شامل "انتظار با اعتماد به نفس" و "گرامی‌داشتن میل با پیش‌بینی" می‌شود[13].
احساس گناه، حالتی هیجانی است و یک وضعیت فکری و خیالی نیست. احساس گناه احساس‌هایی هستند که ناامیدشدن، نگرانی، غم و اندوه تا احساس لکه‌دارشدن، ننگین‌شدن و مُهر بدنامی‌خوردن را در بر می‌گیرد[14]. احساس گناه تنها محصول نادیده‌گرفتن معیارهای اخلاقی، مذهبی یا اجتماعی نیست، بلکه به دلیل احساس کوتاهی‌نمودن در برخورد با یک وظیفه یا احساس انجام‌دادن یک کار نادرست، در انتظار مجازات‌بودن یا مورد بازخواست قرارگرفتن هم استنباط می‌شود[15].
سلامتی انسان همواره تحت تاثیر دو عامل جسمی و روانی قرار دارد. در چند دهه اخیر، بیماری‌ها تحت عنوان اختلالات روان‌تنی (سایکوسوماتیک) ظهور کرده‌اند که عوامل هیجانی و روانی در ایجاد آنها دخیل هستند. اختلالات روان‌تنی، گروه وسیعی از

بیماری‌ها هستند که نشانه‌ها و علایم جسمی، مولفه اصلی آنها را تشکیل می‌دهند. این مشکلات و اختلالات اشاره به شرایط جسمانی مانند اختلالات قلبی-عروقی، تنفسی، معدی-روده‌ای، استخوانی-عضلانی، دستگاه تناسلی-ادراری و پوست و اختلالات دیگری نظیر سردردهای میگرنی، سرگیجه، خستگی بیش از اندازه، اختلال حافظه، اشکال در تمرکز، تنگی نفس، تهوع، استفراغ، بی‌خوابی و غیره دارند که در آنها حوادث پُرمعنای روان‌شناختی به طور تنگاتنگی با نشانه‌های بدنی مرتبط هستند[16]. قوی‌ترین دیدگاه اختلالات روان‌تنی این است که تمایز بین اختلالات روانی و جسمی به طور فزآینده‌ای منسوخ شده است، زیرا تقریبا تمام بیماری‌های فیزیکی دارای عوامل ذهنی است که تعیین‌کننده آن، ارایه، نگهداری، حساسیت به درمان و حل آن است. با توجه به این دیدگاه، حتی بیماری‌های جدی مانند سرطان، به طور بالقوه می‌تواند تحت تاثیر افکار، احساسات و وضعیت عمومی سلامت روان قرار گیرد[17].

اعتیاد زنان یکی از مسایل مهم است و از آنجایی که زنان وظیفه مادری و تربیت نسل آینده را به عهده دارند و وجود مادر معتاد در خانواده می‌تواند آسیب جدی را به همسر و فرزندان و در نتیجه به جامعه وارد کند، بنابراین اعتیاد زنان را به عنوان معضلی حاد باید پذیرفت و فکری برای حل این موضوع شود. هدف از انجام این پژوهش مقایسه امید به زندگی، احساس گناه و اختلالات روان‌تنی در معتادان متجاهر زن تحت درمان اجباری و زنان معتاد خودمعرف بود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی در معتادان متجاهر زن تحت درمان در مراکز اقامتی اجباری و زنان معتاد خود معرف تحت درمان مراکز اقامتی شهرستان زاهدان در تابستان ۱۳۹۷ انجام شد. از هر گروه براساس معادله کوکران ۳۰ نفر به روش تصادفی به عنوان نمونه انتخاب شدند.

برای گردآوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های احساس گناه آیزنک، اختلالات روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا و امید به زندگی اشنایدر استفاده شد.

پرسش‌نامه احساس گناه آیزنک: شامل ۳۰ سئوال با پاسخ بلی و خیر است. روایی این پرسش‌نامه مورد تایید قرار گرفت و پایایی آن به دو روش آلفای کرونباخ و دونیمه‌کردن به‌ترتیب، ۰/۶۷ و ۰/۶۸ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه اختلالات روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا: در ژاپن ساخته و اعتباریابی شده که از ۳۰ سئوال تشکیل شده است. نمره‌گذاری پرسش‌نامه به‌صورت طیف لیکرت ٤درجه‌ای است که برای گزینه‌های هرگز، به‌ندرت، گاهی اوقات و به‌طور مکرر به‌ترتیب امتیازات ۰، ۱، ۲ و ۳ درنظرگرفته می‌شود.

پرسش‌نامه امید به زندگی اشنایدر: دارای ۱۲ سئوال براساس طیف لیکرت ۵گزینه‌ای کاملاً مخالفم (۱ امتیاز)، مخالفم (۲ امتیاز)، نظری ندارم (۳ امتیاز)، موافقم (٤ امتیاز)، کاملاً موافقم (۵ امتیاز) است. روایی این پرسش‌نامه توسط استادان رشته مدیریت و مطالعه آزمایشی مورد تایید قرار گرفت و همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۱۱ تا ۰/۷۹۱ به‌دست آمد.

در اجرای پژوهش، آزمونگر به آزمودنی‌ها برای محرمانه بودن نتایج اطمینان و هدف از اجرای آزمون را صادقانه و به دور از ابهام توضیح داد.

داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری در قالب نرم‌افزار SPSS 21 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

بین دو گروه از نظر سن (χ^2=۰/۱؛ p=۰/۹۵۱)، وضعیت تاهل (χ^2=۰/۱٤؛ p=۰/۹۳۳)، وضعیت تحصیلی (χ^2=۲/۷؛ p=۰/۱) و وضعیت اشتغال (χ^2=۱/۷۲۳؛ p=۰/۶۳۲) تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (جدول ۱).

جدول ۱) فراوانی مطلق و نسبی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

شاخص	زنان معتاد متجاهر مراکز اجباری	زنان معتاد خودمعرف
سن		
۲۰-۳۰ سال	۱۰ (۳۳/۳)	۱۰ (۳۳/۳)
۳۰-٤۰ سال	۱۱ (۳٦/۷)	۱۰ (۳۳/۳)
٤۰ به بالا	۹ (۳۰/۰)	۱۰ (۳۳/۳)
وضعیت تاهل		
مجرد	۸ (۲٦/۷)	۸ (۲٦/۷)
متاهل	۱۷ (۵٦/۷)	۱۸ (٦۰/۰)
مطلقه	۵ (۱٦/۷)	٤ (۱۳/۳)
تحصیلات		
بی‌سواد	٦ (۲۰/۰)	٤ (۱۳/۳)
ابتدایی	۵ (۱٦/۷)	٤ (۱۳/۳)
راهنمایی	۸ (۲٦/۷)	٦ (۲۰/۰)
دیپلم و بالاتر	۱۱ (۳٦/۷)	۱٦ (۵۳/۳)
وضعیت اشتغال		
خانه‌دار	۲۳ (۷٦/۷)	۱۷ (٤٦/۷)
شاغل	۷ (۲۳/۳)	۱۳ (۵۳/۳)

میانگین نمره امید به زندگی در زنان معتاد متجاهر مراکز اجباری (۳۰/۳٦±۸/٦۸) پایین‌تر از زنان معتاد خودمعرف (۳۷/۸۰±۷/۱٤) بود (F=۱٤/۲۰؛ p<۰/۰۱). میانگین نمره احساس گناه در زنان معتاد متجاهر مراکز اجباری (۱۸/۸۰±۲/٤٤) بالاتر از زنان معتاد خودمعرف (۱٦/۸٦±۳/۰۰) بود (F=۲٦/۳۲؛ p<۰/۰۱)؛ همچنین میانگین نمره اختلالات روان‌تنی در زنان معتاد متجاهر مراکز اجباری (۵۸/۳۰±۸/۷۸) بالاتر از زنان معتاد خودمعرف (۵۲/۷۰±۹/٤۷) بود (F=۲٤/۷۳؛ p<۰/۰۱).

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین دو گروه معتادان زن متجاهر تحت درمان در مرکز اقامتی اجباری با معتادان خودمعرف تحت درمان در این مرکز از لحاظ میزان امید به زندگی، احساس گناه و اختلالات روان‌تنی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در این میان، امید به زندگی در معتادان متجاهر زن تحت درمان در مرکز اقامتی اجباری پایین‌تر از زنان معتاد خودمعرف تحت درمان در این مرکز بود. این در حالی است که احساس گناه و اختلالات روان‌تنی معتادان متجاهر زن بالاتر از زنان معتاد خودمعرف بود. این نتایج با یافته‌های *چاورسکای*، *موشر* و *دانوف-بارگ*، *ورهال* و همکاران، *والتون* و *رابرتز* و *لیوی* همخوانی دارد[8].

با توجه به نتایج به‌دست آمده می‌توان گفت افرادی که علاقه‌مند به ترک اعتیاد هستند به طور کلی وضعیت بهتری نسبت به آنهایی دارند که علاقه‌ای به ترک نداشته و به طور اجباری در حال ترک هستند. هرچند هیچ پژوهشی به طور ویژه این مباحث را بررسی ننموده است، اما شواهد نشان می‌دهد که به طور کلی می‌توان

انتظار داشت که افرادی که به ترک تمایل دارند، احساس امید بیشتری خواهند داشت و همچنین کمتر دچار نگرانی و احساس گناه خواهند شد. در واقع به‌نظر می‌رسد آنهایی که یک گام برای ترک برداشته‌اند با علاقه و انگیزش بیشتری به زندگی ادامه می‌دهند و با شور فراوان برای برگشت به وضعیت عادی تلاش می‌کنند. در حالی که آنهایی که علاقه‌ای به ترک ندارند به‌طور طبیعی بیشتر تحت تاثیر مشکلات ناشی از وضعیت خود قرار خواهند داشت. این افراد به طور قابل توجهی در سلامت جسمانی، اجتماعی، خانوادگی و مسایل مربوط به ارتباطات اجتماعی دچار مشکل هستند. مطالعات تجربی نشان می‌دهند که اختلالات مربوط به سلامت روان‌شناختی و سوء مصرف مواد معمولا با هم بروز پیدا می‌کنند و اینکه این اختلالات به طور همایندی با دیگر مشکلات رایج مربوط به سلامت از جمله خشونت و عدم علاقه به ترک مواد در ارتباط هستند[18]. نتایج پژوهش انجام شده در کانادا به‌منظور مقایسه سلامت روان و مشکلات روان‌شناختی افرد مراکز اقامتی اجباری حاکی از آن است که تقریبا ۵۵% این افراد دارای مشکلات مربوط به سلامت روان هستند[19]. یکی از عوارض عدم تمایل به ترک و وسوسه زیاد، ایجاد احساس گناه و وجود افسردگی همراه با دلسردی در واکنش نسبت به زندگی است.

همچنین به‌نظر می‌رسد افرادی که تمایل به ترک ندارند بیشتر از افرادی که تمایل به ترک دارند دچار مشکلات شخصیتی هستند که می‌تواند مشکلات آنها را پیچیده‌تر نماید. افراد مبتلا به اختلال شخصیت ممکن است به طور خاص تحت تاثیر عواطف منفی قرار بگیرند و مشکلات بین فردی زیادی را تجربه نمایند که از رایج‌ترین علل عود مجدد مصرف به‌شمار می‌آیند. توجه خاص درمانی به علایم اختلال شخصیت ممکن است با کاهش شدت سوء مصرف مواد و دیگر مشکلات روان‌پزشکی از قبیل افسردگی، اضطراب، پارانویا که بالقوه فرد را مستعد عود می‌کند، همراه باشد[15, 16, 20-22].

ویژگی‌های پارانویاگونه در افرادی که تمایلی به ترک نداشته و در مراکز اجباری به‌سر می‌برند می‌تواند یکی از علل‌های مهم نتایج به‌دست آمده در این پژوهش باشد. در واقع ویژگی‌های پارانویاگونه عامل مهمی در بروز احساس ناامیدی، احساس گناه و اختلالات روان‌تنی است. علاوه بر این در افرادی که تمایلی به ترک نداشته و در مراکز اقامتی اجباری به‌سر می‌برند میزان خشونت بیشتری دیده می‌شود که این خشونت می‌تواند آثار و تبعات فراوانی را برای سلامت آنها و بروز اختلالات روان‌تنی در این افراد داشته باشد. پژوهش‌های همه‌گیرشناسی جمعیت این ملاحظات بالینی را به اثبات رسانده که افرادی که تمایل به ترک ندارند معمولا دارای افکار آسیب‌رسان به خود و دیگران هستند[23]. نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افرادی که تمایلی به ترک نداشته و خشونت بیشتری را تجربه می‌کنند دارای ملاک تشخیص برای نوع مبتلا به بیماری‌های همراه و بیماری‌های حادتر بوده و مشکلات روانی شدیدتری را تجربه می‌کنند و معمولا سیر بالینی بدتری دارند[19]. عامل دیگر بروز نشانه‌های روان‌تنی در افرادی که تمایل کمتری به ترک نشان داده و در مراکز اجباری هستند، این است که آنها اضطراب بیشتری را به دلیل احساس ناامیدی و احساس گناه تجربه می‌نمایند. *کوشنر* و همکاران در پژوهش‌های خود دریافتند که به مرور زمان یک رابطه دو سویه میان ناتوانی در ترک و عدم علاقه به انجام آن و اختلال‌های اضطرابی به‌وجود می‌آید که هر کدام می‌تواند به دیگری منتهی شوند[4]. بنابراین احساس اضطراب مداوم در این افراد باعث می‌شود که آنها در بلندمدت علایم روان‌تنی بیشتری را تجربه نمایند. این در حالی است که افرادی که خودمعرف هستند به دلیل علاقه و امید بیشتر برای ترک، احساس گناه کمتری را تجربه نموده و در نتیجه اضطراب کمتری را تجربه می‌نمایند. این اضطراب کمتر در آنها می‌تواند دلیل مناسبی برای نمرات پایین آنها در علایم اختلالات روان‌تنی نسبت به افرادی باشد که در مراکز اقامتی اجباری زندگی می‌کنند.

پژوهش حاضر نیز همانند تمامی پژوهش‌ها با توجه به شرایط و ضوابط مربوط به تحقیقات علمی دارای محدودیت‌هایی بود. یکی از محدودیت‌ها مربوط به تحقیقات پرسش‌نامه‌ای است که پاسخ‌دهنده‌ها گاهی بی‌علاقگی و بی‌انگیزگی در پاسخ‌دادن از خود نشان می‌دهند. همچنین گاهی افراد برای ارایه تصویر بهتر از خود پاسخ برخی از سئوالات را به درستی نمی‌دهند.

از محدودیت‌های دیگر این پژوهش، زنان معتاد تحت درمان است که تعمیم آن به مردان مشکل است. پیشنهاد می‌شود عوامل دیگر روان‌شناختی برای سایر گروه‌های مشابه نیز انجام شود و نتایج آن با پژوهش حاضر مقایسه و تبیین شود. همچنین توصیه می‌شود محققان بعدی پژوهش‌های مشابهی روی مردان معتاد تحت درمان اجباری انجام دهند. برگزاری جلسات آموزشی برای مربیان کمپ‌ها و مراکز اقامتی معتادین به‌منظور شناخت بیشتر عوامل روان‌شناختی مربوط به زنان معتاد متجاهر و خودمعرف توصیه می‌شود. برگزاری جلسات مشاوره گروهی به طور منظم و برنامه‌ریزی‌شده و تحت نظارت کارشناسان مراکز اقامتی معتادین برای افرادی که تمایل کمتری به ترک داشته و نسبت به آن مقاومت می‌ورزند ضروری به‌نظر می‌رسد. به مشاوران و سایر درمانگران حوزه اعتیاد توصیه می‌شود تا در مصاحبه بالینی خود و تحلیل سبب‌شناختی مشکلات مراجعان را مورد کنکاش قرار دهند و از طریق شناخت راهبردهای ناکارآمد آنان بر اثربخشی شیوه درمان خود بی‌فزایند و راهبردهای کارآمد را به فرد آموزش دهند.

نتیجه‌گیری

میزان امید به زندگی در زنان معتاد متجاهر پایین‌تر و میزان احساس گناه و اختلالات روان‌تنی در آنها بالاتر از زنان خودمعرف است.

تشکر و قدردانی: از سرکار خانم دکتر *فرنگیس نخعی* و همه دوستانی که در مراکز ترک و مراکز اقامتی اجباری، در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر می‌نماییم.

تاییدیه اخلاقی: موردی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

تعارض منافع: هیچگونه تعارض منافعی وجود ندارد.

سهم نویسندگان: ریحانه رضوی (نویسنده اول)، پژوهشگر اصلی/روش‌شناس/نگارنده بحث (۴۰%)؛ علی عرب (نویسنده دوم)، نگارنده مقدمه (۳۰%)؛ محمود شیرازی (نویسنده سوم)، تحلیل‌گر آماری (۳۰%)

منابع مالی: این مقاله برگرفته از رساله مقطع دکتری در رشته روان‌شناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان بوده و کلیه هزینه‌های آن توسط پژوهشگران تامین شده است.

منابع

1- Volkow ND, Koob GF, Mclellan AT. Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. N Engl J Med. 2016;347(4):363-71.

2- Nestler EJ. Cellular basis of memory for addiction. Dialogues Clin Neurosci. 2013;15(4):431-43.

3- Malenka RC, Nestler EJ, Hyman SE. Reinforcement and Addictive Disorders Molecular Neuropharafmacology a foundation for Clinical Neuroscie. 2nd edition. New York: McGraw-Hill Medical; 2009. pp. 364-75.
4- Amodio M, Devine PG, Harmon-Jones E. A dynamic model of guilt: Implications for motivation and self-regulation in the context of prejudice. Psychol Sci. 2007;18(6):524-30.
5- Cramer HL, Lauche R, Haller H, Langhorst J, Dobos G. Mindfulness- and acceptance-based interventions for psychosis: A systematic review and meta-analysis. Glob Adv Health Med. 2016;5(1):30-43.
6- Naseri Polangerd S, Mohammadi F, Doleh M, Naseri M. Factors affecting addiction in women. Women Culture. 2011;4(16):83-94. [Persian]
7- Harrington A, Dunne JD. When mindfulness is therapy: Ethical qualms, historical perspectives. Am Psychol. 2015;70(7):621-31.
8- Malayeri Khah Langerodi Z, Rahimi Moghar A, Younessian M, Delbar Pour Ahmadi Sh, Shariaty M. Social problems of wives of addicted men in the area covered by the health center of east Tehran. Soc Welfare. 2008;7(29):109-23. [Persian]
9- Zapolski TC, Cyders MA, Smith GT. Positiye urgency predicts illegal drug use and risky sexual behaviar. Psychol Addict Behav. 2009;23(2):348-54.
10- Van Dongen E. I wish a happy end; hope in the lives of chronic schizophrenic patients. Anthropol Med. 1998;5(2):169-92.
11 -McClement SE, Chochinov HM. Hope in advanced cancer patients. Eur J Canser. 2008;44(8):1169-74.
12- Querstret D, Cropley M. Assessing treatments used to reduce rumination and/or worry: A systematic review. Clin Psychol Rev. 2013;33(8):996-1009.
13- Ravndal E, Vaglum M. Psychopathology, treatment completion and 5 years outcome: A prospective study of drug abusers. J Subst Abuse Treat. 1998;15(2):135-42.
14- Cyders MA, Smith GT. Emotion–based dispositions to rash action positive and negative urgency. Psychol Bull. 2008;134(6):807-28.
15- Aust JB, Bradshaw T. Mindfulness interventions for psychosis: A systematic review of the literature. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2017;24(1):69-83.
16- Creswell JD. Mindfulness intervention. Ann Rev Psychol. 2017;68:491-516.
17- Shabbeh Z, Feizi A, Afshar H, Hassanzade Kashtali A, Adibi P. Identifying the profiles of psychosomatic disorders in an iranian adult population and their relation to psychological problems. J Mazandaran Univ Med Sci. 2016;26(137):82-94. [Persian]
18- Brondani M, Park PE. Methadone and oral health: A brief review. J Dent Hyg. 2011;85(2):92-8.
19- Madras BK, Compton WM, Avula D, Stegbauer T, Stein JB, Clark HW. Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: Comparison at intake and 6 months later. Drug Alcohol Depend. 2009;99(1-3):280-95.
20- Malenka RC, Nastler EJ, Hyman SE, Holtzman DM. CHAPTER 16: Reinforcement and addictive disorders. In: Molecular Neuropharmacology: A Foundation for Clinical Neuroscience. Nestler EJ, Hyman SE, Holtzman DM, Malenka RC, editors. New York: McGraw-Hill Medical; 2015.
21- Brocka M, Helbing C, Vincenz D, Scherf T, Montag D, Goldschmidt J, et al. Contributions of dopaminergic and non-dopaminergic neurons to VTA-stimulation induced neurovascular responses in brain reward circuits. Neuroimage. 2018;177:88-97.
22- Mathuru AS. A little rein on addiction. Semin Cell Dev Biol. 2018;78:120-9.
23- Heather N. Is the concept of compulsion useful in the explanation or description of addictive behaviour and experience?. Addict Behav Rep. 2017;6:15-38.