ORIGINAL ARTICLE

Psychological Factors Predisposing Women to Addiction: A Qualitative Study

Fahimeh Mirzakhani[1],
Javad Khodadadi Sangdeh[2]

[1] MA in Clinical Psychology, Faculty of Psychology & Education, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
[2] PhD in Family Counseling, Department of Consulting, Faculty of Psychology & Education, Kharazmi University, Tehran, Iran

(Received November 1, 2016 ; Accepted December 20, 2016)

Abstract

Background and purpose: Alongside men addiction, the rate of women addiction is increasing. But most studies on this subject are about men. Because addiction among women is on the rise, research is needed to be done on identifying the factors influencing addiction. This research investigated the psychological factors predisposing women to addiction.

Materials and methods: This study was a qualitative study using thematic analysis. Purposive sampling of 32 women dependent on drugs was done. They were selected from those attending addiction clinics in 2015-2016. Data was collected using deep interviews. They were then coded and classified into main categories.

Results: Data analysis showed that the following psychological factors could predispose women to addiction: personality characteristics including sensation seeking, neuroticism, perfectionism**;** harmful coping styles including emotional and avoidant coping styles; psychological conflicts including conflict in goals, gender role conflict, self conflict; negative experiences such as loss of parents, parental neglect, violence, emotional breakdown; and individual motives including physical or mental benefits.

Conclusion: This research indicated that particular psychological factors could predispose women to addiction. Therefore, the factors causing this problem should be considered in preventing or treatment of these women.

Keywords: addiction, women, psychological factors, qualitative research

J Mazandaran Univ Med Sci 2017; 26 (145): 332-344 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و ششم شماره ۱۴۵ بهمن سال ۱۳۹۵ (۳۴۴-۳۳۲)

عوامل روان‌شناختی مستعدکننده اعتیاد در زنان: یک تحقیق کیفی

فهیمه میرزاخانی[۱]
جواد خدادادی سنگده[۲]

چکیده

سابقه و هدف: اعتیاد زنان در کنار اعتیاد مردان رو به گسترش است ولی با این وجود اغلب مطالعات اعتیاد در خصوص مردان و با رویکرد کمّی صورت گرفته است. از آن‌جا که سرعت رشد اعتیاد در زنان رو به افزایش است نیاز است پژوهش‌ها درخصوص شناسایی عوامل موثر بر اعتیاد صورت گیرد. پژوهش حاضر به بررسی عوامل روان‌شناختی مستعدکننده اعتیاد در زنان طی یک تحقیق کیفی پرداخته است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک پژوهش کیفی از نوع تحلیل محتوی مضمونی می‌باشد. نمونه‌گیری هدفمند از ۳۲ نفر از زنان معتاد به مواد مخدرکه در بازه زمانی ۹۵-۹۴ به مراکز درمان اعتیاد شهر تهران مراجعه کرده بودند، صورت گرفت. ابزار پژوهش، مصاحبه عمیق بود.یافته‌های پژوهش کدکذاری شد و درطبقات محوری قرار گرفت.

یافته‌ها: در نهایت تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد عوامل روان‌شناختی از جمله ویژگی‌های شخصیتی شامل، هیجان خواهی، روان‌آزردگی، کمال طلبی، راهبردهای مقابله‌ای آسیب‌زا از جمله، سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی و هیجانی، تعارض‌های روان‌شناختی شامل، تعارض در اهداف، تعارض نقش جنسیتی و تعارض خود، تجربه آسیب‌زا شامل، از دست دادن والدین، غفلت والدین، تجربه خشونت‌ها و شکست عاطفی، انگیزه‌های فردی شامل، کسب منافع روانی و کسب منافع جسمانی می‌توانند عوامل مستعدکننده اعتیاد در زنان باشند.

استنتاج: این پژوهش نشان داد عوامل روان‌شناختی خاصی می‌توانند زنان را مستعد اعتیاد نماید. نیاز است جهت پیشگیری و یا درمان اعتیاد زنان عوامل موثر در نظر گرفته شوند.

واژه های کلیدی: اعتیاد، زنان، عوامل روان‌شناختی، پژوهش کیفی

مقدمه

اختلال مصرف مواد مخدر (substance use disorder) که در تمامی ویراست‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) شناسایی شده‌است(۱) یکی از مهم‌ترین مشکل‌های بهداشت روانی در ایران است(۲). هرچند شیوع اختلال مصرف مواد در زنان کمتر از مردان گزارش شده‌است، ولی سرعت سیر وابستگی در آن‌ها سریع‌تر است(۳) و امروزه به یک تهدید جدی رو به رشد تبدیل شده است(۴). برچسب اعتیاد بر روی زنان موجب می‌شود فرصت‌های تحصیلی و اشتغال و تغییر محیط زندگی از آن‌ها گرفته‌شود. زنان معتاد به مواد بیش از مردان همتای

مولف مسئول: فهیمه میرزاخانی- تهران: دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب E-mail: f.mirzakhani@sbmu.ac.ir
۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب، تهران، ایران
۲. دکتری تخصصی مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
تاریخ دریافت : ۱۳۹۵/۸/۱۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۳۹۵/۸/۱۲ تاریخ تصویب : ۱۳۹۵/۹/۳۰

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

خـود، مـورد بـدرفتاری‌های جامعـه قـرار می‌گیرنـد و حمایت‌های اجتماعی کـم‌تـری دریافـت می‌کننـد(۵). از طرفی شانس ابتلا به بیماری‌های منتقلـه از راه جنسـی[1] و ایدز[2] در آن‌ها بالاتر است(۷،۶). اعتیاد زنان به مثابه ورود بـه دنیـای انحـراف اسـت. در آمریکـا ۵۲ درصـدزنان زندانی، به الکل یا مواد مخدر اعتیاد دارند درحالی ایـن میزان در مردان ۴۴ درصـد اسـت(۸). در خـانواده نیـز بـه دلیل نقش زنان، اعتیاد آنها باعث می‌شود خانه و خانواده که از امن‌ترین کانون‌های زندگی اجتماعی است آسیب دیده(۹) و اثرهای مخرب آن بر کل خانواده تاثیر گذاشـته و حتی در نسل‌های بعد نیز ادامه داشته باشد(۱۰). عوامـل روان‌شناختی متعددی در شکل‌گیری اعتیـاد زنـان مـوثر هستند. براساس مطالعات انجام شده شیوع بالای اخـتلالات خلقـی و اضـطرابی در زنـان می‌توانـد زمینه‌سـاز اعتیـاد باشـد(۱۱). مطالعـات دیگـر اعتیـاد زنـان را پیامـد تجربـه آسیب‌های روانی می‌دانند(۱۲). برخی مطالعات نیز انگیزه زنان از مصرف مواد را مورد بررسی قرار داده‌اند. بر این اساس، کنجکاوی و تمایلات شخصی[3] مهم‌ترین انگیـزه درونی[4] مصرف مواد در زنان گزارش شده اسـت(۱۳) در مقابل برخی پژوهشگران معتقد هستند این تصور که همه زنـان و دختـران بـه دنبـال کسـب لـذت و کنجکـاوی و تفریح به مصرف مواد روی می‌آورند، اندیشه‌ای نادرست است، بلکه زنان مواد را جهـت رفـع مشـکلات از جملـه مشکلات روانی مصرف می‌کنند(۱۴).

برنامه‌ها و سیاست‌ها در زمینه اعتیاد زنان باید بر پایه درک علمی معتبری از مصرف و سوءمصرف باشد تادر گام‌های آتی بتوان انتظار داشت درمـان مـوثر بـا درنظـر گرفتن تفاوت‌ها صورت گیرد و در زمینه اسـتراتژی‌های پیشگیری نیز باید انگیزه زنان در ارتباط با مصرف و نیـز آسیب‌پذیری بیش‌تر آن‌ها در مقایسه با مـردان مـورد تاکیـد قرار گیرد(۱۵). مطالعات باید در جهت رسـیدن بـه درک عمیـق از مسـاله باشـند، کـه فقـدان ایـن اطلاعـات در مطالعه‌های کمی محسوس است. به دلیل این‌کـه در ایـن نـوع مطالعـات از پرسشـنامه و انـدازه‌گیری‌های آمـاری استفاده می‌شود، در حالی که درخصوص مصـرف مـواد نیاز است با استفاده از تحقیقات کیفی بـه پیچیـدگی‌های زندگی افراد دسترسی پیدا کرد(۱۶). لـذا مطالعـه حاضـر به بررسـی عوامـل روان‌شـناختی مسـتعدکننده اعتیـاد در زنان درطی یک پژوهش کیفی می‌پردازد.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر به روش کیفی و از نوع تحلیـل محتـوی مضمونی[5] بود. تجزیه و تحلیل مضـمونی اسـاس روش‌هـای تجزیه و تحلیل در داده‌های کیفی است(۱۷). ابـزار پـژوهش مصـاحبه عمیـق[6] و بـدون سـاختار بـود. نمونـه‌گیری بـه صورت هدفمند تا رسیدن به اشباع نظری و بـه صـورت مقطعی از زنان معتاد به مـواد مراجعه‌کننـده بـه دو مرکـز بهبودی اقامتی میان مدت زنان شهر تهران در بازه زمـانی ۱۳۹۵-۱۳۹۴ انجام گرفت. اشباع نظری حالتی است کـه محقق به این نتیجه می‌رسد که، دیگر داده‌های جدیـدی به دست نمی‌آید(۱۸). منظور از مواد در این مطالعه کلیـه مواد اعتیادآور مشخص‌شـده بـر اسـاس ویراسـت پـنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی[7] بـه غیـر از الکـل و نیکـوتین بـود. معیارهـای ورود در مطالعـه حاضر شامل اعتیاد به مواد، عـدم ابـتلا بـه بیمـاری حـاد[8] روان‌پزشکی و یـا بیماری‌هـای مـزمن بـا تظـاهرات حـاد روان پریشی،[9] خواه علائم روان‌پریشی وابسته بـه مـواد و یا غیر وابسته به مـواد باشـد، تمایـل و توانـایی جسـمی و روانی فرد جهت مشارکت و ارائـه تجربـه‌هـای خـود در مطالعه بود. مدت مصاحبه در مطالعه حاضر بین ۲۵ تا ۹۰ دقیقه بود. حاصل تجارب مشـارکت‌کنندگان بـر روی نـوار ضبط شد و در اولین فرصت پیاده‌سازی شد. مصاحبه بـا

1. sexually transmitted disease
2. AIDS: acquired immune deficiency syndrome
3. individual willingness
4. Intrinsic motivations

5. thematic content analysis
6. indepth interview
7. DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
8. Acute
9. psychotic

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

سوال‌ها یی از قبیل "چطور با مواد آشنا شدید؟" "چه شد که مواد مصرف کردید؟" و "چه شد که مصرف مواد را ادامه دادید؟» شکل گرفت و در طول مصاحبه در مواقع لازم از سوال‌های اکتشافی استفاده شد. پرسیدن سوال‌های کاوشگرانه از قبیل «می‌توانید بیشتر در این مورد بگویید؟ » یا «منظورتان از این مورد چه بود؟» دستیابی به معنا، جزئیات و اطلاعات غنی‌تر را فراهم نموده و ابهام را کاهش می‌دهد(۱۹). قبل از انجام مصاحبه رضایت‌نامه کتبی به فرد مورد مطالعه داده شد و در موارد لزوم مفاد آن توسط محقق قرائت شد. مصاحبه‌های ضبط شده توسط محقق بر روی کاغذ پیاده شدند، بعد از پیاده‌کردن متن مصاحبه بر روی کاغذ و تایپ کلمه به کلمه، متن مصاحبه چند بار مطالعه شد. کدگذاری اولیه بر اساس شباهت‌ها و اختلاف‌ها صورت گرفت و همه مفاهیم و موضوع‌های برداشت شده به بخش‌های مشخص از این داده‌ها ارتباط داده‌شدند.کدگذاری در این مطالعه به صورت دستی و بدون استفاده از نرم‌افزار انجام گرفت. کدها با یکدیگر برای یافتن محور مشترک مقایسه شدند و منجر به شکل‌گیری مفاهیم از کدها شد. از طریق مقایسه هر مفهوم با مفهوم دیگر و یافتن محورهای مشترک میان آن‌ها مضمون‌های اصلی و مضامین فرعی بصورت مقوله‌های اصلی و زیر مقوله‌ها طبقه‌بندی شدند. طبقه‌ها از طریق منطق مقایسه‌ای به سطوح انتزاعی‌تر ارتقاء پیدا کردند. مصاحبه تا زمانی ادامه پیدا کرد که اشباع اطلاعاتی حاصل شد و اطلاعات تازه‌ای یافت نشد(۲۰،۲۱). جهت تضمین قابلیت اطمینان[1] و کفایت روند تحلیل داده‌ها و فرآیند تصمیم‌گیری، سعی شد فرآیند کار با مشورت صاحب‌نظران و متخصصین پژوهش کیفی صورت گیرد وتوسط سه نفر از اساتید دانشگاه‌های تهران مورد بازنگری قرار گرفت. جهت افزایش قابلیت تعمیم و انتقال[2] به موقعیت‌های دیگر سعی شد تنوع در شرکت‌کنندگان از جمله طبقه‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی، طول دوره مصرف، وضعیت تاهل، سن و محل سکونت و دیگر موارد رعایت شود(۲۲).

یافته ها

در مجموع از ۳۲ نفر مصاحبه انفرادی به عمل آمد. حداقل سن شرکت‌کنندگان ۱۸ سال و حداکثر ۴۵ سال بود. بر اساس جدول شماره۱، میانگین سن شرکت‌کنندگان ۳۱/۲۸ سال، میانگین سن اولین مصرف ۲۱/۸۷ سال، میانگین سال‌های مصرف مواد ۸/۹ سال بود. ماده مصرفی، ۲۱/۸۷ درصد شیشه (مت‌آمفتامین[3]) و ۳/۱۲ درصد تریاک و ۷۵/۰۱ درصد چندین ماده را هم‌زمان مصرف می‌کردند.

جدول شماره ۱: ویژگی‌های مصرف مواد

متغیر	فراوانی	درصد	میانگین
سن شرکت‌کنندگان	–		۳۱/۲۸
سن اولین مصرف	–	–	۲۱/۸۷
سال‌های مصرف مواد	–	–	۸/۹
نوع ماده مصرفی	–	–	
شیشه	۷	۲۱/۸۷	–
تریاک	۱	۳/۱۲	–
چندین ماده هم زمان	۲۴	۷۵/۰۱	–

بر اساس تجربه‌های شرکت‌کنندگان در مطالعه مقوله‌های روان‌شناختی مختلفی استخراج شد که برخی از این مقوله‌ها و مضامین باهم همپوشانی داشتند. در مجموع بر اساس جدول شماره ۲، از یافته‌های این مطالعه ۵ مقوله اصلی و ۱۴ زیر مقوله اصلی شناسایی شد.

بر این اساس عوامل روان‌شناختی از جمله ویژگی‌های شخصیتی، راهبردهای مقابله‌ای آسیب‌زا، تعارض‌های روان‌شناختی، تجربه آسیب‌زا و انگیزه‌های فردی می‌توانند عوامل مستعدکننده اعتیاد در زنان باشند.

ویژگی‌های شخصیتی

ویژگی‌های شخصیتی[4] برخی از زنان شرکت‌کننده در مطالعه ممکن بود آن‌ها را مستعد مصرف‌مواد و شکل‌گیری

1. Dependability
2. transferability
3. methamphetamine
4. Personality characteristics

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

جدول شماره۲: عوامل روان‌شناختی مستعدکننده اعتیاد در زنان

مقوله‌ها	ویژگی‌های شخصیتی	راهبردهای مقابله‌ای آسیب زا	تعارض روان شناختی	تجربه آسیب زا	انگیزه های فردی
زیر مقوله‌ها	هیجان‌خواهی روان‌آزردگی (نوروزگرایی) کمال‌طلبی	سبک مقابله‌ای اجتنابی سبک مقابله‌ای هیجانی	تعارض در اهداف تعارض در نقش جنسیتی تعارض خود	از دست دادن والدین غفلت والدین تجربه خشونت ها شکست عاطفی	کسب منافع روانی کسب منافع جسمانی

اعتیاد کرده باشد. یکی از این ویژگی‌ها، هیجان‌خواهی بود. شخصیت‌هایی که به دلیل نیاز به هیجان، کسب تجربه‌های جدید و متنوع، ماجراجویی و گریز از عادی شدن و یکنواختی زندگی، مصرف مواد را انتخاب کرده بودند. برخی خود را شخصیت‌های خودمحور و جسور می‌نامیدند. هرچند میزان هیجان‌خواهی بستگی به سن مشارکت‌کنندگان نیز داشت. افراد جوان‌تر بیشتر هیجان‌خواهی را گزارش دادند. آن‌ها شروع مصرف مواد را به عنوان تجربه جدید و مهیج برای خود برگزیده بودند و مصرف مواد اعتیادآور مختلفی را تجربه کرده بودند. رفتارهای هیجان‌خواهانه و تجربه‌جویی در اواخر نوجوانی به اوج رسیده بود و نتیجه مصرف مواد را در پی‌داشته‌است. خانم ۱۹ ساله‌ای گفت: "پدرم کوکائین مصرف می‌کرد بخاطر توهم زدن فوت کرد. من دوست داشتم یک چیزهایی را خودم تجربه کنم ببینم آن چی بود که بابام به خاطرش اینجوری شد. وقتی آدم تو سنی هست خودش هم متوجه نیست کلا من شخصیت کنجکاو و دنبال هیجان هستم. نترس هستم."

زنان مورد پژوهش اغلب ویژگی‌های شخصیتی روان آزردگی (نوروزگرایی) داشتند. آن‌ها اغلب تجربه احساس درماندگی، افسردگی، خشم، عصبانیت، انتقام، حس قربانی بودن، خلاءهای عاطفی، وابستگی، بی‌هدفی، ناکامی و افسردگی و به ویژه احساس تنهایی را داشتند. خانم ۳۳ ساله گفت:" من نوجوان بودم مواد مصرف می کردم چون همیشه احساس افسردگی می‌کردم، احساس تنهایی داشتم اولین بار که مصرف کردم حس خوبی بهم دست داد."

برخی از زنان مورد پژوهش اظهار نمودند گرایش‌های افراطی به بی‌عیب و نقص بودن و رسیدن به کمال در آنها به حدی بوده که میتوان گفت نیاز به تایید به یک منبع اضطراب تبدیل شده بود. با توجه به تجربه‌های گذشته این زنان، انگیزه درونی بسیاری از آنها از نیاز روان‌رنجورانه کمال‌طلبی، ترس از طرد شدن بود. از طرفی برخی از آن‌ها به دلیل شرایط فرهنگی – اجتماعی حاکم بر زندگی‌شان و به دلیل باورهای فردی به صورت افراطی به دنبال کامل بودن و بی‌نقص بودن، رسیدن به منزلت اجتماعی–اقتصادی بالاتر، رسیدن به زیبایی و دیگر اهداف کمال‌گرایانه بودند. خانم ۲۸ ساله بیان داشتند: "من آدم افراط‌گرایی هستم. کاری را شروع کنم، باید تا آخرش برم. مثلا تو زمانی که ورزش و شنا می‌رفتم هر روز استخر بودم. دوست دارم یک کاری را کامل انجام بدم تو درس هم افراطی بودم. همیشه اضطراب تایید شدن را دارم."

سبک‌های مقابله‌ای آسیب‌زا[1]

براساس اظهارهای شرکت‌کنندگان، اغلب در رویدادهای منفی تنیدگی‌زا، عواطف منفی بروز داده و در نتیجه سبک‌های مقابله‌ای آسیب‌زا را انتخاب کرده‌بودند که زمینه‌ساز مصرف مواد در آن‌ها شده بود. سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، آن‌ها در برابر تنش‌های موقعیتی ضعیف کرده و راه را بر آسیب‌های ناشی از مصرف مواد هموار کرده بود. برخی از این زنان در شرایط تنیدگی‌زا سبک مقابله‌ای هیجانی را در پیش گرفته بودند و جهت کسب حمایت اجتماعی به صورت هیجانی به شبکه اجتماعی مردان، زنان و یا اقوامی پیوسته بودند و به دنبال تخلیه هیجانی ناخوشایند بودند که خود زمینه‌ساز اعتیاد در آن‌ها شده بود. خانم ۲۹ ساله گفت:

2. Coping styles

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

"به یک شخصی وابستگی داشتم. خانوادم نگذاشتند باهاش ازدواج کنم. رابطه‌ام باهاش تمام شده بود. رفتم خونه یکی از اقوامم گفتم خیلی دارم اذیت میشم.... احساس می‌کردم اگه مواد بکشم همه می‌فهمند چه ظلمی در حقم کردند. عاشق فراموشی بعد از مصرف بودم."

برخی نیز به دنبال اجتناب از واقعیت و موقعیت بحرانی بودند. اغلب آن‌ها جهت مقابله با عواطف آزاردهنده و شرایط بحرانی مهارت‌های لازم را کسب نکرده بودند. خانم ۳۹ ساله گفت: "من چون سن و سالم کم بود نمی‌دانستم چی به چیه. سفره عشق و محبت هم بین من و شوهرم نبود. من با یکی دیگه رابطه داشتم به شوهرم خیانت کردم. راه را بلد نبودم (تو مشکلات) نمی‌آمدم چاله‌ای که جلوی پام هست را پر کنم یا برش دارم هر سری از یک طرف چاله می‌رفتم ولی نمی‌دانستم که یک روز می‌افتم تو چاله اعتیاد."

تعارض‌های روان‌شناختی[1]

زنان شرکت‌کننده در مطالعه اظهار کردند که تجربه تعارض‌های موجود در زندگی شرایط نامساعدی برای آن‌ها فراهم کرده‌بود. تعارض‌های دورن فردی و میان فردی موجب احساس فشار و تنیدگی در آن‌ها شده بود. برخی از زنان شرکت‌کننده در مطالعه از تعارض‌های خود با خانواده و والدین خصوصا در انتخاب اهداف و معنای زندگی در رنج بودند. آن‌ها اهداف خود را در تعارض با شرایط محیطی و خانوادگی پنداشته و احساس ناکامی و ناامیدی را تجربه کرده بودند. آن‌ها به دلیل ورود به اجتماع و یا شاید به دلیل گذار از سنت به مدرنیته اهدافی برگزیده بودند که با دیدگاه‌های سنتی خانواده مغایرت داشته و زمینه‌ساز تعارض‌های خانوادگی شده بود. خانم ۳۴ ساله گفت: "خانواده‌ام خیلی سعی می‌کردند به من هدف بدهند مثلاً با ازدواج ولی من هدفم این بود که ماشین بخرم منطقه زندگیمون بالاتر باشه خانواده ام درک نمی‌کردند به همه دری هم می‌زدم ولی فکر نمی‌کردم من تنها چطور می‌تونم یک تنه شرایط زندگیم را تغییر بدم.... وقتی مواد را اولین بار زدم (مصرف کردم) احساس کردم خیلی کمکم می‌کنه برای اینکه بتونم بعدهای زندگی را با آن بگذرانم."

از دیگر تعارض‌هایی که زنان تجربه کرده بودند تعارض نقش جنسیتی[2] بود. شرایط فرهنگی-اجتماعی حاکم و سبک تربیتی و انتظارهای خانواده منجر به القاء دوگانگی در نقش هویت جنسی در آنها شده بود. خانم ۳۶ ساله گفت: "سه سال بعد از ورشکستگی پدرم خرج خانه را می‌دادم. من را یک پسر تربیت کرده بودند بعد تو سن کم چادر سرم کردند و شوهرم دادند. خریدهای خونه با من بود حتی نسیه. درسته که من حس تجارت خوبی داشتم ولی یک زن بودم ازم توقع داشتند هم گرگ باشم هم نجیب."

گاهی عدم تعادل در رشد ابعاد جنسیتی شخصیت فرد و ناتوانی در دستیابی به هنجارهای جنسیتی موجب احساس اضطراب، افسردگی و ناکامی در آنها شده بود.تعارض بین خودواقعی[3] و خودآرمانی[4] نیز از تعارض درون فردی بود. برخی از این زنان به دلیل‌های فردی یا اجتماعی- فرهنگی ازجمله تحصیلات پایین، مهارت‌های ضعیف ارتباطی و دیگر شرایط موجود، امکان لازم جهت رسیدن به خود آرمانی و آنچه آرزو کرده بودند را نداشتند و به سبب ناهمخوانی‌ها و ناهماهنگی‌ها دچار تعارض شده بودند، حرمت خود[5] آن‌ها تنزل پیدا کرده و موجب افزایش خود تحقیری در آن‌ها شده بود که مشکل‌های رفتاری و عاطفی زیادی را به دنبال داشته و سبب شده بود فرد با کوچک‌ترین بحران دچار اضطراب، ناامیدی و افسردگی شود. خانم ۲۹ ساله گفت: "خانواده همسرم تو روابط خانوادگی هر کدام کار خودشون و دیسیپلین خودشون را داشتند و من احساس کمبود می‌کردم.... به خودم می‌گفتم بلند

1. Psychological conflicts

2. gender-role conflict
3. realself
4. Idealself
5. Self-Esteem

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

شو باید تعیر کنی سعی کن خوب باشی خیلی مهم بود برام. ولی بازهم کم می‌آوردم. اعتماد به نفسم پایین بود. مواد بی‌خیالم می‌کرد. بی‌تفاوت کردن زندگی باعث مصرف دوباره من شد."

تجربه آسیب‌زا[1]:

شرکت‌کنندگان در پژوهش تجربه‌های عاطفی و روانی دردناکی را یادآوری کردند که منجر به احساس اضطراب، افسردگی، درماندگی و آسیب‌پذیری در آن‌ها شده بود. ضربه‌های روانی اغلب در سنین کودکی و یا نوجوانی تجربه شده بودند و چنان تاثیرگذار بوده که احساس‌های درهم شکستگی از جمله ناامیدی، ترس‌های گوناگون و دیگر آسیب‌های روانی ناشی از آن زمینه‌ساز بروز رفتارهای پرخطر شده بود. خانم ۲۶ ساله گفت: "۱۵ سالم بود پدرم ما را ول کرد و رفت پدرم آدم هوسبازی بود وقتی پدرم ترکمون کرد همون موقع‌ها بود که فهمیدم نامادریم از بچگی من را بزرگ کرده و من که بچه بودم مادرم من را ول کرده و از پدرم جدا شده احساس اضافی بودن کردم اینقدر بهم سخت گذشت که زدم بیرون از خانه و از خانه فرار کردم."

در بسیاری از موارد این ضربه‌ها و آسیب‌های ناشی از آن به صورت مزمن و مکرر بوده است. خشونت‌های خانگی نمونه بارز آن بود. خانم ۲۶ ساله گفت: "پدرم از بچگی من و داداشم را تنبیه بدنی می‌کرد. یادمه یک صبح که با مامانم بحث کرده بود ما را بیدار کرد و با کمربند کتکمون زد. الان هم اگه یک جایی کمربند آویزان باشه می‌ترسم."

شکست‌های عاطفی نیز در شرایطی که به صورت ناگهانی و غیرقابل پیش‌بینی رخ داده‌بود تاثیرهای عمیقی بر سیستم روانی فرد گذاشته‌بود. خانم ۳۴ گفت: "شروعش از یک شکست عشقی بود، ۱۹ سالم بود. قرار بود باهم ازدواج کنیم. خانواده‌ها هم در جریان ارتباطمون بودند. خیلی دوستش داشتم ولی آن یک دفعه از ایران رفت و دیگه نیامد. خیلی بهم سخت گذشت مثل آدم‌هایی شده بودم که با باد هوا زنده‌اند. قید همه چیز را زدم کلا من تمام شدم پذیرش این شکست برام خیلی سخت بود.... یک جورایی پناه آوردم به مواد."

تجربه خشونت‌ها و تجاوزهای جنسی توسط محارم فرد، اقوام نزدیک و یا دوستان غیرهمجنس در این زنان به مراتب گزارش شد. خانم ۳۰ ساله گفت: "وقتی مدرسه می‌رفتم با یک گروه پسر آشنا شدم. بعدا فهمیدم یک گروه باند توزیع شیشه بودند. از من سوءاستفاده جنسی کردند. هنوز هم که آن صحنه‌ها یادم می‌آید فشار عصبی دارم. به کسی هم نمی‌تونستم بگم بعد از آن اتفاق افسرده شده بودم."

طلاق والدین و مرگ ناگهانی والدین و اعدام یا خودکشی افراد خانواده در برخی از زنان، تاثیرات مهلکی گذاشته بود. خانم ۲۸ ساله گفت: "من ۱۲ ساله بودم که فهمیدم پدرم اعدام شده. باعث شد که هنوز هم ترس داشته باشم خیلی از موقعیت‌ها می‌ترسم مثلا از اینکه نکنه مادرم را هم از دست بدم." زنان با سابقه تجربه‌های آسیب‌زا این تصور را داشتند که توانایی خارج شدن از این تجربه دردناک را ندارند.

انگیزه‌های فردی[2]:

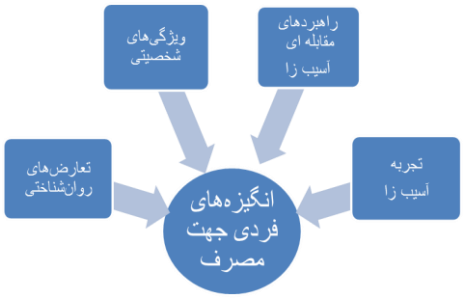
با توجه به زمینه‌های روان‌شناختی ذکر شده، اغلب زنان جهت کسب آرامش، جسارت و اعتماد به نفس، فرار از واقعیت، فرار از تنهایی، رسیدن به شادی، ارضاء هیجان‌خواهی، افزایش بهره‌وری و بی‌تفاوتی و توانایی سازگاری با شرایط موجود، مصرف مواد را انتخاب کرده بودند. زن ۴۱ ساله گفت: "وقتی مواد استفاده کردم احساس کردم من هم وجود دارم من هم یک شخصیتی هستم من هم تو جامعه هستم با اینکه واقعیت نداشت. احساس خیلی خوبی بهم دست داد احساس کردم هنوز هم می‌توانم وجود داشته باشم."

1. trauma

2. Individual motivation

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

برخی از زنان نیز رسیدن سریع به منافع جسمانی مطلوب ناشی از مصرف مواد از جمله خوددرمانی در مشکل‌های جسمی، افزایش یا کاهش اشتها، کاهش وزن و تناسب اندام را انگیزه مصرف اولیه یا ادامه مصرف بیان کردند.خانم ۲۹ ساله گفت: "دیگه هر چی ورزش می‌کردم لاغر نمی‌شدم وقتی شیشه مصرف کردم دیدم لاغر شدم مداوم مصرف کردم خیلی خوش‌استیل شده بودم. فکر کن یک سال چیزی مصرف کنی که لاغرت کنه. دیگه ورزش بهم جواب نمی‌داد. هرچی ورزش می‌کردم یا می‌دویدم لاغر نمی‌شدم ولی خیلی لذت داشت که بعد از مصرف ۴۳ کیلو شده بودم."



تصویر شماره۱: عوامل روان‌شناختی مستعدکننده اعتیاد در زنان

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد یکی از عوامل مهم شکل‌گیری اعتیاد زنان تفاوت در ویژگی‌های شخصیتی از جمله هیجان‌خواهی بود. هیجان‌خواهی به تفاوت‌های شخصیتی جهت تجربه‌های غیرمعمول اشاره دارد. مطالعه‌ها نشان داده‌اند، هیجان خواهی بالا مربوط به سطح بالای دوپامین[1] و افزایش فعالیت سیستم دوپامینرژیک[2] مغز است که با آسیب‌شناسی روانی ارتباط مستقیم دارد و منجر به هزینه‌های بالا می‌شود(۲۳). مطالعات نشان داد، هیجان‌خواهی و جستجوی رفتارهای پرخطر از جمله اعتیاد ارتباط مستقیمی باهم دارند(۲۴). افراد معتاد در هیجان‌خواهی و زیر مولفه‌های آن که شامل تجربه‌طلبی[3]، ماجراجویی[4]، ملال‌پذیری[5] و تنوع‌طلبی[6] است، سطح بالاتری از افراد عادی دارند. هرچه میزان هیجان‌خواهی فرد بالاتر باشد، احتمال ابتلای وی به اختلال مصرف مواد بیش‌تر است. همسو با دیگر مطالعات، مطالعه حاضرنیز نشان داد، زنان معتاد ممکن است ویژگی شخصیتی هیجان‌خواهی بیش‌تری داشته باشند(۲۷،۲۵).

مطالعه حاضر همسو با تحقیق‌های جی یونگ[7] (۲۰۱۳) و مارانگونی و اُلیور[8] (۲۰۱۳) بوده و نشان داد نوروزگرایی و روان‌آزردگی می‌تواند زمینه‌ساز اعتیاد زنان باشد. افراد وابسته به مواد میزان اضطراب و افسردگی و تنیدگی بالایی را تجربه می‌کنند(۲۹،۲۸). ویژگی شخصیتی روان آزردگی می‌تواند زمینه‌ساز اعتیاد در افراد باشد(۳۰).

پژوهش حاضر نشان داد زنان معتاد به مواد ممکن است ویژگیهای شخصیتی کمال‌طلبانه داشته باشند. مطالعه‌های اخیر نیز نشان دادند ویژگی‌های کمال‌گرایانه[9] و به‌طور افراطی در جستجوی تایید بودن،[10] می‌تواند یک پیش‌بینی‌کننده قوی در شکل‌گیری انواع اعتیاد باشد. افراد با نگرش‌های ناکارآمد کمال‌طلبی مستعد اعتیاد می‌باشند(۳۲،۳۱). در تبیین این یافته می‌توان گفت، بر اساس مطالعه‌های پیشین افراد با ویژگی‌های کمال‌طلبی اغلب از سبک های مقابله‌ای هیجانی استفاده می‌کنند(۳۳) و افراد کمال‌طلب به دلیل ترس‌هایی از جمله ترس از شکست و نگرانی از ارزیابی‌ها، اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند(۳۴) و جهت مقابله با اضطراب ممکن است مواد مصرف کنند(۳۵).

این مطالعه همسو با دیگر مطالعات نشان داد زنان مصرف‌کننده مواد از سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای آسیب‌زا استفاده می‌کنند. مطالعات نشان دادند دختران

1. dopamine
2. dopaminergic

3. experience seeking
4. adventure seeking
5. boredom susceptibility
6. Variety seeking
7. Giyong
8. Marangoni, S. n. R., & Oliveira, M. L. c. F. l. d.
9. perfectionistic attitude
10. approval

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

جـوان مصـرف‌کننده مـواد بیشـتر از سـبک مقابلـه‌ای هیجان‌مدار[1] استفاده می‌کنند. سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار می‌تواند زمینه گرایش آن‌ها به اعتیاد را فراهم نمایـد(۳۶، ۳۷). مطالعه کورت-باتلر[2] (۲۰۰۹) نیز نشان داد زنانی که از سبک مقابله‌ای اجتنابی استفاده می‌کنند، مستعد گـرایش به رفتارهای بزه‌کارانه هستند. همچنین بر اساس یافته‌های مطالعـه راکتیـک، کوواسـیوک و دجوریـک[3] (۲۰۰۹) سبک‌های مقابله‌ای رشدنایافته و سـازش‌نایافته بـا اعتیـاد در زنان ارتباط معنی‌دار دارند(۳۸). سـبک‌های مقابلـه‌ای متمرکـز بـر هیجان‌هـا، اضـطراب فـرد را افـزایش داده و سلامت روانی فرد را به مخاطره می‌اندازد و پیامدهایی از جملـه درمانـدگی روان‌شـناختی[4] و کـاهش میـزان خودمراقبتی[5] در افراد را دارد(۳۹).

تجربه آسیب‌زا

مطالعه حاضر همسو با دیگر پ مطالعـات نشـان داد اعتیاد زنان می‌تواند نتیجه تجربـه آسیب‌زایی باشـد کـه سبک مقابله‌ای طبیعی را درهم می‌شکند و موجـب تجربـه احساس منفی و هیجان‌های دردآور می‌شـود کـه درنهایـت می‌تواند پیامدهای رفتاری را بـه دنبـال داشـته باشـد(۴۰). ضربه‌های آسیب‌زا انواع مختلفی دارند و هرکدام بنـا بـه شدت و خصوصیاتشان می‌توانند به مشکل‌های رفتـاری خصوصـا اعتیـاد منجـر شـوند(۴۱). مطالعـه گـویترس و ون‌پامبرگ[6] (۲۰۰۶) نیز نشان داد که تجربـه خشـونت و سوءرفتارهایی در زندگی زنـان بـه صـورت آسـیب‌های روانی، می‌تواند زمینه‌سـاز مصـرف مـواد و شـکل‌گیری اعتیاد شود(۴۳،۴۲). هم‌چنین تجربـه از دسـت دادن افـراد مهم زندگی به دلیل مرگ، طلاق والدین یا دیگر مـوارد و تجربه طرد شدن می‌تواند از عوامـل زمنیـه‌سـاز اعتیـاد باشد. زنانی که این تجربه‌ها را دارند احسـاس مـی‌کننـد که توانایی دریافت عشق و یا اعتماد به دیگران را نـدارد و خود را قربانی می‌پندارند و ممکن است جهت تسکین به مصرف مواد گرایش پیدا کنند(۴۴). خصوصاً از آن‌جا که پدیدآیی آن‌هـا در چهـارچوب تحـول بـه سـال‌های نخستین زندگی فرد برمی‌گردد می‌تواند بر سـازه شخصـیتی فرد تاثیر گذاشـته و سـبب ایجـاد میـانگین بـالای سـطح اضطراب و دلبستگی ناایمن در این افراد شود(۴۵).

تعارض‌های روان‌شناختی

تفاوت‌هـا در جهـان‌بینی، نظـام باورهـا، فرهنگ‌هـا، تاریخ‌ها، سـاختارهای قـدرت، پایـه تعارض‌هـای حـوزه روان‌شناسی اجتمـاعی اسـت(۴۶). از جملـه تعارض‌هـایی که در این مطالعه اسـتخراج شـد، تعـارض در اهـداف و نقش جنسیتی زنان بود که ریشه در تعارض‌های محیطـی و تعارض‌های خانوادگی داشت. همسو بـا دیگـر مطالعـات، مطالعـه حاضـر نشـان داد تعـارض بـین افـراد خـانواده می‌تواند منجر به سوءمصرف مواد در افراد شـود(۴۷). در تبیین این یافته می‌توان گفت بر اساس مطالعه‌های انجـام شده تعارض در خانواده موجب احساس خشـم در افـراد می‌شود(۴۸) و در خانواده‌های جمع‌گرا از جمله خـانواده ایرانی تعارض بین افـراد خصوصـا تعـارض در ارزش‌هـا موجب کاهش رضایت از زندگی در دختران می‌شـود(۴۹). در نتیجه این کاهش رضایت می‌تواند زمینه‌ساز مصـرف شود(۵۰). همسو با مطالعـه‌هایی دیگـر ایـن مطالعـه نشـان داد، افـرادی کـه دچـار تعـارض نقـش جنسـیتی هسـتند ممکـن اسـت بـه مصـرف مواداعتیادآورکشـیده شوند(۵۱). از آن‌جا که افراد نیاز دارنـد در ویژگـی‌هـای جنسیتی زنانگی و مردانگی به تعادل مناسب دسـت پیـدا کننـد(۵۲). افـرادی کـه در تعـارض نقـش جنسـیتی قـرار گرفته‌اند و توانایی رسیدن به تعادل در جنبه‌های زنـانگی و مردانگی شخصیت نداشـته‌اند بهزیسـتی روان‌شـناختی (Psychological Well-Being) و سلامت روانی بهینـه کـم‌تـری را تجربـه می‌کننـد(۵۴،۵۳). از طرفـی مطالعـات نشان داد، افرادی که سلامت روانی کم‌تری دارند جهت مقابله با تنیـدگی از مصـرف مـواد اعتیـادآور بـه عنـوان

1. Emotional-oriented
2. Kort-Butler, L. A.
3. Raketic, D., Kovacevic, M., & Djuric, T
4. psychological distress
5. self-care
6. Gutierres, S. E., & Van Puymbroeck, C

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

راهبرد مدیریت تنیدیگی استفاده می‌کنند(۵۵). هم‌چنین این مطالعه نشان داد، ممکن است افراد جهت کاهش تعارض میان خودواقعی و خودآرمانی مصرف مواد را تجربه کنند(۵۶). ناهمخوانی‌ها و ناهماهنگی‌ها در خویشتن موجب تنش و اضطراب و افسردگی در فرد می‌شود(۵۸،۵۷) و فرد ممکن است جهت خوددرمانی در جهت درمان اختلال‌های اضطرابی، مواد مصرف کند(۳۵).

انگیزه

همسو با مطالعه‌های دیگر این مطالعه نشان داد، کسب منافع روانی می‌تواند انگیزه قوی جهت مصرف مواد در زنان باشد. زنان ممکن است جهت ارضاء نیازهای هیجانی از جمله کنجکاوی مواد را تجربه کنند(۵۹). کسب انرژی نیز ممکن است انگیزه درونی مصرف باشد(۶۰) و یا ممکن است افراد جهت تسکین فشار و استرس و فرار از واقعیت زندگی(۶۲،۶۱) و یا رسیدن به آرامش(۶۳) به مصرف روی بیاورند. هم‌چنین کاهش وزن سریع و رسیدن به لاغری و تناسب اندام و یا تسکین دردها و درمان اختلال‌های جسمانی میتواند انگیزه مصرف در زنان باشد(۶۲). یافته‌های فوق را می‌توان با نظریه رفتارگرایی تبیین کرد. بر اساس این نظریه احساس‌های خوب مصرف اولیه ازجمله کسب آرامش، شادی و فرار از واقعیت دردناک زندگی در این افراد می‌تواند عامل تقویت‌کننده باشد(۶۴). در مجموع ادراک فرد از دریافت پاداش به موجب مصرف می‌تواند تقویت‌کننده انگیزه مصرف باشد(۶۵).

پژوهش حاضر به نوبه خود با محدودیت‌هایی مواجه بود. باتوجه به این‌که دسترسی به زنان معتاد به مواد، خارج از مراکز درمانی مشکل‌های خاص خود را داشت لذا در این مطالعه تنها زنانی که به مراکز درمانی مراجعه کرده بودند، شرکت داشتند. تعمیم نتایج به همه زنان معتاد مستلزم رعایت احتیاط است. از طرف دیگر به دلیل این‌که این پژوهش یک مطالعه مقطعی بود و افراد شرکت کننده تحت درمان بودند ممکن بود در دیدگاهشان تغییراتی بوجود آمده باشد.

References

1. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, et al. DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. Am J Psychiatry 2013; 170(8): 834-851.
2. Momtazi S, Rawson RA. Substance abuse among Iranian high school students. Curr Opin Psychiatry 2010; 23(3): 221-226.
3. United Nations Office on, Drugs Crime. Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned. New York: United Nations; 2004.
4. Naghizadeh M, Rezaei Z, Zarei F, Firoozi E, Ahmadi D. Pattern of Illegal Use of Drug in Substance Abuse Control Clinic of Fasa, Iran (2009-2011). J Fasa Univ Med Sci 2013; 3(4): 305-311 (Persian).
5. Myers B, Carney T, 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; 52-58.
6. Rodriguez N, Griffin ML. Gender Differences in Drug Market Activities: A Comparative Assessment of Men and Women's Participation in the Drug Market. Arizona. Criminal Justice and Criminology; 2005.
7. Azim T, Bontell I, Strathdee S. Women, drugs and HIV. Int J Drug Policy 2015; 26(01): S16-S21.
8. Karberg JC, James DJ. Substance dependence, abuse, and treatment of jail inmates, 2002. Washington, DC: Office of Justice Programs; 2005.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

9. Covington S. The relational theory of women's psychological development: Implications for the criminal justice system, In: Female offenders: Critical perspectives and effective interventions. Zaplin RT. 2th ed. Burlington Jones & Bartlett Learning 2007. p. 113-131.
10. Werner D, Young N, Dennis K, Amatetti S. Family-centered treatment for women with substance use disorders: History, key elements and challenges. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Washington, DC. 2007 .Available at: http://wom enandchildren treatment org/ documents/Family_Treatment_Paper508V pdf. Accessed July 6; 2011.
11. Greenfield S, Back S, Lawson K, Brady K. Substance abuse in women. Psychiatr Clin North Am 2010; 33(2): 339-355.
12. Covington S. Women and addiction: A trauma-informed approach. J Psychoactive Drugs 2008; Supp 5: 377-385.
13. Roshanfekr P, Noori R, Dejman M , Geshnigani ZF, Rafiey H. Drug use and sex work among at-risk women: a qualitative study of initial factors. Iran J Psychiatry Behav Sci 2015; 9(2): e953 (Persian).
14. Heidari M, Tashkhorian R. Book of the Year. Tehran: Iran Drug Control Headquarters, Office of Planning and National Research; 2015 (Persian).
15. Opland EA, Winters KC, Stinchfield RD. Examining gender differences in drug-abusing adolescents. Psychol Addict Behav 1995; 9(3): 167-175.
16. Sterk-Elifson C. Determining drug use patterns among women: The value of qualitative research methods. NIDA Res Monogr 1995; 157: 65-83.
17. Willig C. Introducing qualitative research in psychology. 3thed. New York: McGraw-Hill; 2013.
18. Charmaz K. Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative research. London: SagePublications Ltd; 2006.
19. Khodadadi Sangdeh J, Nazari A, Ahmadi K, Hasani JJoQRHS. Successful parents' experiences regarding factors affecting a healthy family: a qualitative research. Journal of Qualitative Research Health Sciences 2015; 4(2): 178-190 (Persian).
20. Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. 3thed. California: Sage publications; 2014.
21. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol 2006; 3(2): 77-101.
22. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: Newbury Park, CA: Sage; 1990.
23. Norbury A, Husain M. Sensation-seeking: Dopaminergic modulation and risk for psychopathology. Behav Brain Res 2015; 288: 79-83.
24. Arab A. The Relationship between Sensation Seeking and Risky Behaviors in Addicts (Case Study: Iran, Kermanshah Province). Intl Res J Appl Basic Sci 2015; 9(5):703-705.
25. Alipour F, Saeidpour S, Hasani J. The Comparison of Sensation Seeking in Sex Addicts, Stimulant Addicts, Opioid Addicts and Normal Individual. Mazandaran Univ Med Sci 2015; 25(125): 135-138 (Persian).
26. Khanjani Z, Fakhraei N, Badri R. A gender-based study of sensation seeking in addicted and normal subjects. Journal of Research in Behavioural Sciences 2011; 9(4): 295-287 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

27. Saeedi M. Compare alexithymia and flexibility of action addicts and normal People. MA Thesis. Islamic Azad University Ahvaz. Iran. 2012 (Persian).
28. Marangoni SnR, Oliveira MLcFld. Triggering factors for drug abuse in women. Texto & Contexto Enfermagem 2013; 22(3): 662-670.
29. Giyung HK. The Comparison meta cognitive belief and mental health of addicts to opiate and normal. Int J Stress Manag 2013; 59(1): 90-110.
30. Dubey C, Arora M, Gupta S, Kumar B. Five factor correlates: A comparison of substance abusers and non-substance abusers. J Indian Acad Appl Psychol 2010; 36(1): 107-114.
31. Walter J. Dentistry: risks for addictive disease. J Am Coll Dent 2006; 74(4): 24-27.
32. Senormancı O, Saraçlı O, Atasoy N, Senormancı G, Koktürk F, Atik L. Relationship of Internet addiction with cognitive style, personality, and depression in university students. Compr Psychiatry 2014; 55(6): 1385-1390.
33. Kaviani N, Mohammadi K, Zarei E. The relationship between perfectionism and coping strategies in drug-dependent men. Addict Health 2014; 6(1-2): 45-53.
34. Walsh JJ, Ugumba-Agwunobi G. Individual differences in statistics anxiety: the roles of perfectionism, procrastination and trait anxiety. Pers Individ Dif 2002; 33(2): 239-251.
35. Robinson J, Sareen J, Cox BJ, Bolton J. Self-medication of anxiety disorders with alcohol and drugs: Results from a nationally representative sample. J Anxiety Disord 2009; 23(1): 38-45.
36. Renk K, Creasey G. The Relationship of Gender, Gender Identity, And Coping Strategies In Late Adolescents. J Adolesc 2003; 26(2): 159-168.
37. Khosroshahi JB, Khanjani Z. Relationship of Coping Strategies and Self-Efficacy with Substance Abuse Tendency among Students. Knowledge & Research in Applied Psychology 2013; 14(53): 80-90.
38. Raketic D, Kovacevic M, Djuric T. P01-63 Women addiction (alcohol and opiates) and defense mechanism style. Eur Psychiatry 2009; 24(supp1): S451.
39. Graven L, Grant JS, Vance DE, Pryor ER, Grubbs L, Karioth S. Coping styles associated with heart failure outcomes: A systematic review. J Nurs Educ Pract 2014; 4(2): 227-242.
40. Covington SS. Beyond trauma: A healing journey for women. 2thed. facilatorâ€™s guide. Minnesota: Haselden Press; 2003.
41. Colon S. Trauma & addiction. American Academy of Health Care Providers in the Addictive Disorders. 2014.
42. Gutierres SE, Van Puymbroeck C. Childhood and adult violence in the lives of women who misuse substances. Aggress Violent Behav 2006; 11(5): 497-513.
43. El-Bassel N, Gilbert L, Wu E, Go H, Hill J. Relationship between drug abuse and intimate partner violence: a longitudinal study among women receiving methadone. Am J Public Health 2005; 95(3): 465-470.
44. Roberts CA. Drug use among inner-city African American women: The process of managing loss. Qual Health Res 1999; 9(5): 620-638.
45. Bagheri M, Azadfallah P, Fathi Ashtiany A. The Comparison of Defense and Attachment Styles in Addicted/NonAddicted Women. Journal of Psychology 2013; 17(2): 220-236 (Persian).
46. Power S. On social psychology and conflict. Psychol Soc 2011; 4(1): 1-6.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

47. Chaplin TM, Sinha R, Simmons JA, Healy SM, Mayes LC, Hommer RE, et al. Parent–adolescent conflict interactions and adolescent alcohol use. Addict Behav 2012; 37(5): 605-612.
48. Asgeirsdottir BB, Sigfusdottir ID, Gudjonsson GH, Sigurdsson JF. Associations between sexual abuse and family conflict/violence, self-injurious behavior, and substance use: The mediating role of depressed mood and anger. Child Abuse Negl 2011; 35(3): 210-219.
49. Anari A, Mazaheri MA, Tahmasiyan K. Family factors associated with life satisfaction in teenage girls. Culture Strategy 2015; 8(30): 7-33 (Persian).
50. Zullig KJ, Valois RF, Huebner ES, Oeltmann JE, Drane JW. Relationship between perceived life satisfaction and adolescentsâ€™ substance abuse. J Coll Student Dev 2001; 29(4): 279-288.
51. Korcuska JS, Thombs DL. Gender role conflict and sex-specific drinking norms: Relationships to alcohol use in undergraduate women and men. J Coll Stud Dev 2003; 44(2): 204-216.
52. Woodhill BM, Samuels CA. Desirable and undesirable androgyny: A prescription for the twenty-first century. J Gend Stud 2004; 13(1): 15-28.
53. Lefkowitz ES, Zeldow PB. Masculinity and Femininity Predict Optimal Mental Health: A Belated Test of the Androgyny Hypothesis. J Pers Assess 2006; 87(1): 95-101.
54. Hajloo N, Azizi R, Moghaddasi K. Contribution of Gender Role Conflict in Prediction of Students General Health. Knowledge & Research in Applied Psychology 2015; 16(2): 93-100 (Persian).
55. Prochaska JJ. Failure to treat tobacco use in mental health and addiction treatment settings: a form of harm reduction? Drug Alcohol Depend 2010; 110(3): 177-182.
56. Downey L, Rosengren DB, Donovan DM. To thine own self be true: Self-concept and motivation for abstinence among substance abusers. Addict Behav 2000; 25(5): 743-757.
57. Levinson CA, Rodebaugh TL. Anxiety, self-discrepancy, and regulatory focus theory: acculturation matters. Anxiety Stress Coping 2013; 26(2): 171-186.
58. Hardin EE. Depression and social anxiety among Asian and European Americans: The roles of self-discrepancy, optimism, and pessimism. Dessertation. The Ohio State University; 2002.
59. Roshanfekr P, Noori R, Dejman M, Geshnigani ZF, Rafiey H. Drug use and sex work among at-risk women: a qualitative study of initial factors. Iran J Psychiatry Behav Sci 9(2): e953 (Persian).
60. Cohen JB, Greenberg R, Uri J, Halpin M, Zweben JE. Women with methamphetamine dependence: research on etiology and treatment J Psychoactive Drugs 2007; 39(sup4): 347-351.
61. Brown M. Familial, social, and individual factors contributing to risk for adolescent substance use. J Addict 2013; 2013: 1-9.
62. Jiloha RC. Social and Cultural Aspects of Drug Abuse in Adolescents. Delhi Psychiatry Journal 2009; 12(2): 167-175.
63. Alhyas L, Al Ozaibi N, Elarabi H, El-Kashef A, Wanigaratne S, Almarzouqi A, et al. Adolescents ' perception of substance use and factors influencing its use: a qualitative study in Abu Dhabi. J R Soc Med 2015; 6(2): 1-12.
64. West R. theory of Addiction. 1thed .Oxford, Blackwells; 2006.
65. Ghasemi M, Sabzmakan L. Experiences of High School Students about the Predictors of Tobacco Use: A Directed Qualitative Content Analysis. Journal of Education and Community Health 2015; 2(3): 1-11 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]