

بررسی تاثیر آمفتامین ها یا THC بر روی اختلال پارافیلیا

فاطمه بیان فر^۱، شبزم آجیلیان^۲

^۱ استادیار گروه روانشناسی و علوم تربیتی هیئت علمی دانشگاه پیام نور سمنان

^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان

چکیده

مقاله حاضر با هدف بررسی تاثیر آمفتامین ها یا THC ها بر روی اختلال پارافیلیا انجام شد. این پژوهش از نوع علی - مقایسه ای بوده، جامعه آماری شامل کلیه افراد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر کرج که دارای مصرف آمفتامین می باشند، بوده و به منظور نمونه گیری به شیوه در دسترس و از بین جامعه آماری مطرح شده تعداد ۴۰ نفر مرد مبتلا به سوء مصرف آمفتامین ها (شامل بنزدین، متا آمفتامین و متیل فنیدات (ریتالین)) انتخاب شدند که حداقل ۶ ماه آمفتامین مصرف کرده بودند و در دو گروه بهنجار و دارای اختلال پارافیلیا طبقه بندی شدند. مبنای این طبقه بندی پرسشنامه‌های رفتارهای جنسی سوء مصرف کنندگان مواد و پرسشنامه باورهای مرتبط با مصرف مواد مخدر بود. در ادامه به منظور تحلیل با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۲ و با استفاده از آزمون آماری کواریانس داده های پژوهش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که آمفتامین ها بر روی اختلال پارافیلیا با ضریب بتای ۰/۴۶ موثر می باشد.

واژه‌های کلیدی: آمفتامین، سوء مصرف مواد، اختلال پارافیلیا.

۱- مقدمه

سوء مصرف مواد یکی از پر مخاطره ترین و بزرگترین معضلاتی است که تمامی کشورهای جهان به نوعی با آن درگیر هستند. در حال حاضر الگوی مصرف مواد در سراسر دنیا در حال تغییر است، بدین معنی که مصرف مواد سنتی مانند تریاک با مصرف مواد صنعتی جدید از جمله آمفتامین جایگزین شده است به طوری که محرک های نوع آمفتامین با میزان مصرف حدود ۳۸ میلیون نفر در جهان بعد از حشیش در مقام دوم دنیا قرار دارد در ایران نیز شمار مصرف کنندگان مواد صنعتی به ویژه آمفتامین ها و بالاخص در سنین جوانی چشمگیر و رو به فزونی اعلام شده است. با توجه به این که این رفتار سوء مصرف حاصل برآیند پیچیده ای از عوامل اجتماعی، فرهنگی، زیستی، معنوی و روانی است و منجر به بروز الگوهای رفتار خود مخربی می شود که هزینه های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی فراوانی را بر فرد، خانواده و جامعه تحمیل می کند، لذا شناسایی عوامل موثر بر این پدیده و شناخت این اختلال و فرایندهای مرتبط با پیشگیری و درمان آن از اهمیت برخوردار است.

در مقوله سوء مصرف مواد که در تحقیق حاضر به دلیل افزایش شیوع، وابستگی به آمفتامین مورد نظر بوده است و هم بخاطر اینکه در سایر مطالعات مرتبط، انسان موجودی زیستی، روانی، اجتماعی در نظر گرفته می شود؛ هر یک از این ابعاد می تواند سلامت کلی وی را تحت تاثیر قرار دهد.

آمفتامین ها به عنوان محرک سیستم اعصاب مرکزی، افزایش دهنده گوش به زنگی و فعالیت جسمانی است و شامل سه نوع ماده متداول است: آمفتامین، دکترامفتامین و دگزامفتامین. آمفتامین در پزشکی برای درمان نارکولپسی، اختلالات خواب و نقض کمبود توجه استفاده می شود.

برخی پژوهشها حاکی از آن است که بیشتر مصرف کنندگان عقیده دارند که مصرف آمفتامین تجربیات جنسی آنها را افزایش می دهد و این مصرف یکی از عوامل موثر در راه اندازی انحرافات جنسی آنهاست. این شرایط به گونه ای است که بیش از یکبار مصرف متاآمفتامین ۲ تا ۱۲ بار احتمال انجام رفتارهای پر خطر جنسی را افزایش می دهد.

فرابارگی (پارافیلیا) عبارت است از رفتارهای جنسی و تخیلات برانگیزاننده جنسی که تکرار شونده و معطوف به موضوعاتی غیر از انسان باشند یا اینکه موجب رنج خود شخص، شریک جنسی او یا کودکان شوند یا اینکه با افراد بدون رضایت آنها صورت گیرد. این رفتارها باید حداقل ۶ ماه ادامه داشته باشند و باعث رنج بالینی قابل توجه گردند و یا افت عملکرد اجتماعی، کاری یا جنسی در فرد ایجاد کند.

حدود ۴۰ نوع رفتار مختلف فراباره شرح داده شده است ولی DSM-IV آنها را به ۹ گروه تقسیم می کند:

- ۱- عورت نمایی^۱
- ۲- نظر بازی^۲
- ۳- یادگار خواهی^۳
- ۴- مالش خواهی^۴
- ۵- بچه بازی^۵
- ۶- آزار خواهی جنسی^۶

^۱. exhibitionism

^۲. voyeurism

^۳. fetishism

^۴. frotteurism

^۵. pedophilia

۷- آزارگری جنسی^۶

۸- یادگار خواهی همراه با مبدل پوشی^۸

یک طبقه غیر تقسیم بندی شده (NOS) که شامل ۳۰ نوع دیگر رفتارهای فراباره است.

براین اساس و با توجه به مفاهیم نظری ارائه شده پژوهشگر درصدد پاسخگویی به این سوال است که به چه میزان مصرف آمفتامین ها یا THC ها می تواند در ایجاد اختلال جنسی پارافیلیا موثر باشد؟

اهمیت سلامت روانی جامعه و ایجاد جامعه ای سالم از اهداف هر جامعه ای است. سازمان جهانی بهداشت پیشگیری از مشکلات سلامت روان را به عنوان فعالیت هایی تعریف می کند که به طور خاص متمرکز است بر پیشگیری از روان رنجوری و ارتقای سلامت روان را برای افزایش سلامت روان و احساس رضایت از زندگی به کار می برد در عمل این دو فعالیت (چه بخواهیم سلامت روان را ارتقا بدهیم و چه بخواهیم از روان رنجوری پیشگیری کنیم با هم همپوشانی دارند. افزایش مشکلات سلامت روان مسیر پیچیده ای را طی می کند و شامل سطح وسیعی از عوامل ژنتیکی، محیطی و اجتماعی است که اغلب به عنوان عوامل خطر یا محافظ توصیف می شود. سوء مصرف مواد محرک روان گردان در چند سال اخیر یکی از معضلات جدی حوزه سوء مصرف مواد و چه بسا حوزه سلامت است مبتلایان به آمفتامین ها اغلب برای غلبه بر مشکلات زندگی، احساس شادی بیشتر، هوشیار و بیدار ماندن به مدت طولانی، کاهش ناگهانی وزن و فائق آمدن به اضطراب های خود به این دسته مواد روی می آورند. یک رفتار جنسی طبیعی به صورت ابراز عشق و علاقه دو طرفه با هدف زندگی مشترک، دلبستگی و تولید مثل است در حالی که رفتارهای انحرافی نابهنجار همچون پارافیلیا رفتاری است که برای خود و یا شریک جنسی آسیب رسان و مضر است و رفتارهای پنهان کننده برای کل جامعه منبع تخریب و تهدید به حساب می آیند. در واقع عنصر اصلی در این اختلال کارکرد جنسی تخیل است و تحریک جنسی و ارگاسم پدید های وابسته هستند که خیال یا تکانه را تقویت می کند تاثیرات رفتاری این تخیلات گاهی فراتر از حیطه زندگی خصوصی و جنسی فرد بوده و زندگی افراد عادی را مورد تهاجم قرار می دهد براین اساس یکی از مولفه های که باعث افزایش و تسریع بخشی به این اختلال می شود به نظر می رسد مصرف آمفتامین ها باشد چراکه این مواد محرک را موجب رفتارهای جنسی پرخطر را فراهم می کنند. براین اساس ضرورت این پژوهش برای پژوهشگر ریشه یابی و بررسی تاثیر مواد محرک آمفتامین بر روی اختلال پارافیلیا و اختلالهای جنسی است و به واسطه این پژوهش به دنبال راهکارهایی برای کمک به جامعه مورد نظر می باشد. هدف این مقاله تعیین تاثیر آمفتامین ها بر روی اختلال پارافیلیا است.

مبانی نظری

انحرافات جنسی و اختلالات هویت جنسی

از نظر فروید تمام فعالیت ها و تکانه های لذت بخش ریشه ی جنسی دارند. تقریباً هر کودکی تا سن ۲ تا ۳ سالگی اعتقاد محکمی در مورد مونث یا مذکر بودن خود پیدا می کند. شباهت های روانشناختی دو جنس بیشتر از تفاوت های آنهاست. قشر حدقه ای - پیشانی که در هیجانات نقش دارد قشر حلقوی (سینگولیت) قدامی که در کنترل هورمون و انگیزندگی جنسی دخالت دارد و هسته دم دار راست که فعالیت آن در بروز یا عدم بروز فعالیت جنسی به دنبال انگیزندگی جنسی نقش

^۶.sexual masochism

^۷.sexual sadism

^۸.transvestic fetishism

دارد. تصور می شود افزایش دو پامین سبب افزایش میل جنسی می شود. سروتونین که در پل های فوقانی و مغز میانی تولید می شود بر روی کارکرد جنسی اثر مهاری دارد. اکسی توسین با ارگاسم آزاد شده و اعتقاد بر این است که فعالیت های لذت بخش را تقویت می کند (کاظمی، قربانی، بحرینی و سپهری، ۱۳۹۳). چهار مرحله چرخه جنسی: برانگیختگی، ۹، فلات ۱۰، ارگاسم ۱۱ و فرونشینی ۱۲ می باشد. مرحله برانگیختگی شامل احساس ذهنی لذت است. اکسی توسین در ایجاد احساس لذت در طول فعالیت جنسی نقش دارد و در هر دو جنس مرد و زن پس از ارگاسم سطح آن افزایش می یابد.

ابعاد روانشناختی مشکلات جنسی در بیماران وابسته به مواد مخدر

در جوامع کنونی خانواده ها با مشکلاتی مواجه می شوند که یکی از عوامل اصلی آن نداشتن رضایت جنسی و وجود مشکلات جنسی می باشد. وجود دائم مشکلات در این زمینه می تواند خشم و عصبانیت آشکار یا پنهان یا تنفر در زوجین ایجاد کند. این عوامل زمینه ساز تضعیف احساس اعتماد در افراد شده، انگیزش جنسی را تحلیل می برد و افسردگی، اضطراب یا نارضایتی جنسی و زناشویی را به دنبال دارد و با توجه به اهمیت آن می توان با آگاهی یافتن از واکنش های جنسی و اختلالات شایع در این زمینه از ایجاد مشکلات پیشگیری کرد و در صدد رفع آن برآمد. براساس دیدگاه هالمیس^{۱۳} آگاهی از عملکرد جنسی طبیعی و اختلالات آن تاثیر زیادی بر روی کیفیت زندگی دارد (وزیری و لطفی کاشانی، ۱۳۸۹).

پارافیلیا

پارافیلیاها تظاهرات نا به هنجار تمایلات جنسی هستند و ابعاد آنها از رفتارهایی که برای خود شخص یا شریک جنسی آسیب رسان و مضر است تا رفتارهایی که برای کل جامعه منبع تخریب و تهدید است فرق می کند. عنصر اصلی در این نابهنجاری روحی تخیلاتی است که سبب میل مفرط و اجبار در انجام عملی می شود. این تخیل ویژگی اصلی پارافیلیا است و تحریک جنسی و ارگاسم پدیده ایوابسته هستند که خیال یا تکانه را تقویت می کند.

سبب شناسی انحرافات جنسی در مدل روانکاوی بر حل نشدن بحران ادیپال با همانند سازی با والد پرخاشگر جنس مقابل تکیه دارد مثلاً مردی که لباس زنانه می پوشد با مادر خود همانند سازی می کند اگر فردی در زمان کودکی مورد سوء استفاده جنسی قرار گیرد احتمال دوام این رفتار در بزرگسالی یا برعکس مورد استفاده قرار دادن یا قربانی کردن دیگران وجود دارد. از لحاظ سبب شناسی بیولوژیکی یافته عضو مشخص در افراد پارافیلیاک مشاهده نشده است (حجازی، دالکی، بدیعیان موسوی، زارع نژاد، ۱۳۸۸).

نروبیولوژی مصرف، سوء مصرف و وابستگی به مواد

بسیاری از مردم از مواد استفاده می کنند بی آنکه سوء مصرف کنند و همه سوء مصرف کننده ها نیز وابسته به مواد نمی شوند. مواد به این دلیل مصرف می شوند که توانایی اثر بخشی به عنوان تقویت کننده مثبت را دارند یعنی قادرند تجارب ذهنی مثبت نظیر حالت نشئه یا کاهش اضطراب را بوجود آورند.

^۹ -arousal

^{۱۰} -plateau

^{۱۱} -orgasm

^{۱۲} -resolution

^{۱۳} -Halmiis

پیشرفت های بدست آمده در درک سوء مصرف مواد بر اهمیت وجود یک نروآناتومی مبتنی بر پاداش و تقویت تاکید کرده اند. نواحی آناتومیک اصلی که به نظر می رسد واسطه اعمال این اثرات باشد عبارتند از: دسته میانی، مغز جنوبی، هسته آکومینس، آمیگدال و لوکس سرئوس. دسته میانی مغز جلویی محل استقرار سیستم دوپامین نرولیمیک است. به نظر می رسد که این سیستم محل اصلی عملکرد اکثر داروهای مخدر (کوکائین، آمفتامین، مواد افیونی، نیکوتین، الکل و کانابینوئیدها) باشد که موجب جریان یافتن دوپامین به درون هسته آکومینس توسط مکانیسم های مختلف می شود. با اینکه این مکانیسم ممکن است بر احساس اجبار به مصرف ماده اعتیاد آور نقش داشته باشد ولی روند کلی اعتیاد احتمالا ناشی از واسطه های عصبی و مسیرهای متعدد دیگری است. لوکوس سرئوس که گروه اصلی سلولهای نورآدرنژیک است، نقش مهمی در ترک مواد افیونی دارد که نشان می دهد مناطق آناتومیک مربوط به مصرف اعتیاد آمیز و ترک مواد از نظر فیزیکی مجزا می باشند (رادفر ، ۱۳۸۸).

اتیولوژی سوء مصرف مواد:

تحقیقات متعدد زیادی جهت پاسخگویی به این سوال که چرا بعضی از افراد مستعد سوء مصرف موادند و برخی دیگر خیر انجام شده است در این زمینه تئوریهای گوناگونی با تکیه بر جنبه های زیستی، روانی، اجتماعی- فرهنگی و رفتاری - شناختی ارائه شده است. بنا به تئوری بیولوژیکی سوء مصرف مواد یک علت فیزیولوژیکی دارد. به عنوان مثال دو نوع الکلیسم شناخته شده است: الکلیسم نوع A که فرمی پراکنده و دیر شروع شونده است در حالی که الکلیسم نوع B به یک فرم فامیلی و زود شروع شونده گفته می شود. الکلیسم نوع B با وقوع زیاد خشونت در حین مسمومیت (مستی) و افزایش افسردگی و تهاجم همراه است (طاهری نخست ، ۱۳۸۹).

سوء مصرف مواد:

استفاده از یک ماده، به نحوی که مغایر با نرمهای پزشکی و اجتماعی بوده و علیرغم بروز عوارض منفی آن صورت پذیرد. به عبارت دیگر سوء مصرف مواد به استفاده پاتولوژیک از یک ماده تغییردهنده ذهن و روان گفته می شود که با فقدان کنترل بر روی میزان و تواتر مصرف مواد مشخص می شود. سوء مصرف مواد موجب اختلال در تفکر و عملکرد افراد می شود. مصرف کننده ممکن است مواد را به صورت گهگاهی یا مداوم، در طول یک دوره یا ماههایی که در بین دوره های وقوع سوء مصرف وجود دارد، مصرف نماید. چهارمین کتابچه تشخیص و آمار اختلالات روانی سوء مصرف و وابستگی به مواد را در ۱۱ طبقه از موارد ذیل لیست کرده است که شامل:

- ✓ الکل
- ✓ آمفتامین یا موادی با خواص مشابه
- ✓ کافئین
- ✓ کوکائین
- ✓ کانابیس
- ✓ توهم زاها
- ✓ استنشاقی ها

- ✓ نیکوتین
- ✓ اوپیوئیدها
- ✓ PCP(فن سیکلیدین) یا مواد مشابه
- ✓ آرام بخش ها ، خواب آورها یا ضد اضطرابها

دوازدهمین طبقه باقیمانده شامل موادی چون آنابولیک استروئیدها و نیتروس اکساید می باشند که در این ۱۱ گروه طبقه بندی شده وجود ندارند. طبق DSM-IV سوء مصرف مواد به الگوی بد انطباق یافته ای از مصرف مواد گفته می شود که با پیامدهای منفی عود کننده و واضحی که مربوط به تکرار مصرف مواد است مشخص می شود. مشکلات باید در طول ۱۲ و به صورت عود کننده ای ظاهر شود. معیارهای سوء مصرف مواد شامل تحمل ، محرومیت یا الگوی اجباری مصرف نیست و فقط شامل پیامدهای مضر مصرف تکراری می باشد. در صورتی که الگوی مصرف مواد معیارهای وابستگی برای همان طبقه از مواد را داشته باشند، تشخیص وابستگی جانشین سوء مصرف مواد می شود. معیارهای DSM-IV برای سوء مصرف مواد شامل موارد ذیل است:

الف- الگوی غیر انطباقی مصرف مواد که موجب ناراحتی یا اختلالات قابل ملاحظه بالینی شده و با یک یا چند علامت از علائم زیر که در طول یک دوره ۱۲ ماهه روی می دهند تظاهر می کند:

- ۱- مصرف مکرر مواد که منجر به ناتوانی در برآوردن تعهدات عمده مربوط به نقش فرد در کار ، مدرسه یا خانه می شود(مانند غیبت های مکرر یا عملکرد ضعیف شغلی مربوط به مصرف ماده، تعلیق یا اخراج از مدرسه به دلیل مصرف مواد، مسامحه نسبت به فرزندان و خانه)
 - ۲- مصرف مکرر مواد در موقعیت هایی که در آنها مصرف مواد از نظر فیزیکی خطرناک است(مثلا رانندگی یا کار با ماشین الات تحت تاثیر مواد)
 - ۳- مشکلات قانونی تکراری مربوط به مواد(مثلا دستگیری به دلیل رفتارهای نادرست مربوط به مصرف مواد)
 - ۴- مصرف مواد علیرغم مشکلات پایدار یا عود کننده اجتماعی یا بین فردی که ناشی از تاثیرات ماده بوده یا بر اثر آن تشدید شده اند(مانند مشاجره با همسر در اثر نتایج مسمومیت ، نزاع فیزیکی)
- ب- نشانه های فوق هیچگاه واجد ملاک های وابستگی به این خانواده از مواد نبوده اند(رستمی راروی، مقدم، جهانی، جهرمی، حیدری، ۱۳۹۲).

آمفتامین ها

آمفتامین ها، گروهی از مواد محرک مغزی هستند که از نظر ساختمانی با ناقل های عصبی مربوطند . آمفتامین ها آزادسازی ناقل های عصبی را افزایش می دهند . افزایش ترشح این مواد باعث افزایش انرژی و ایجاد علائم بیماری روانی می گردد. این مواد معمولاً به شکل پودر سفید و گاه متمایل به قهوه ای روشن و بلورهای کریستالی شفاف، یا مایع زرد - قهوه ای دیده می شوند. اسامی خیابانی :شیشه، کریستال، یخ، شالک، آپس، سرعت، تعقیب اژدها، شابو، سولفات و. . . شیوه ی مصرف : این ماده ی مخدر جدید به صورت خوراکی، بویایی، انفیه، کشیدن، تزریق و سیگاری استفاده می شود . شکل تزریقی آن از همه ی شیوه ها خطرناک تر است و عوارض زود هنگام تری د ارد . گر چه سایر روش ها بسیار خطرناک و آسیب زا هستند.

آمفتامین ها سریع از راه دهان جذب می شود و آثار آن ۱ تا ۲ روز طول می کشد . مصرف مداوم آن باعث می شود که فرد در هر بار دوز مقدار مصرفی را افزایش دهد.

THC

ماده ای محلول در چربی است که در بافت THC چربی بدن تجمع می یابد و به تدریج در آنجا به مشتقات غیرفعال (متابولیت ها) تبدیل می گردد . مهمترین متابولیت است که- ۹ Carboxy THC که قدرت اثر گذاری آن یک دهم THC است. متابولیت مهم دیگر- Hydroxy - THC ۱۱ می باشد که تقریباً ۲۰ درصد قویتر از THC است و سریعتر از THC از سد باز دارنده خونی مغز عبور می کند . این متابولیت ها سپس از طریق ادرار، مدفوع و خون دفع می گردد. نیمه عمر THC بین یک تا هفت روز است و متابولیت های THC تا بعد از ده هفته پس از قطع مصرف هم در ادرار دیده می شود. دفع آهسته و طولانی THC و متابولیت هایش از بدن ممکن است منشاء تاثیرات مزمن و دراز مدت در بدن گردد. به شکل زیر دقت فرمایید(دزفولی، مکری، اختیاری ، ۱۳۸۸)

ابعاد روانشناختی مشکلات جنسی در بیماران وابسته به مواد مخدر

در جوامع کنونی خانواده ها با مشکلاتی مواجه اند که یکی از عوامل اصلی آن نداشتن رضایت جنسی و وجود مشکلات جنسی می باشد. وجود دائم مشکلات در این زمینه می تواند خشم و عصبانیت آشکار یا پنهان یا تنفر در زوجین ایجاد کند. این عوامل زمینه ساز تضعیف احساس اعتماد در افراد شده ، انگیزش جنسی را تحلیل می برد و افسردگی، اضطراب یا ناراضی جنسی و زناشویی را به دنبال دارد و با توجه به اهمیت آن می توان با آگاهی یافتن از واکنش های جنسی طبیعی و اختلالات شایع در این زمینه از ایجاد مشکلات بیشتر پیشگیری کرد و درصدد رفع آن برآمد. براساس دیدگاه هلمیس آگاهی از عملکرد جنسی طبیعی و اختلالات آن تاثیر زیادی بر روی کیفیت زندگی دارد. واکنش های طبیعی جنسی معمول به ۴ مرحله تقسیم می شوند که این مراحل شامل:

- ۱- تمایل
- ۲- تحریک
- ۳- ارگاسم
- ۴- آرامش

می باشند و اختلالات به طور معمول در یک یا چند مرحله رخ می دهند. اختلال در تمایلات جنسی ، محدودیتی بزرگ در کیفیت زندگی فرد است و ممکن است اثرات مضر بر روی تمامی زمینه های زندگی افراد مبتلا اعمال کند. این اختلالات به دو دسته کمبود میل جنسی یا انزجار جنسی تقسیم می شوند. در اختلالات کمبود میل جنسی، کمبود یا فقدان خیال پردازی و در انزجار جنسی، بیزاری و اجتناب از تماس جنسی تناسلی دیده می شود. بیشترین اختلالات جنسی در مردان را کاهش میل جنسی، اختلال در نعوظ و همچنین اختلالات ارگاسم و انزال شامل می شود. مطالعات شیوع شناسی نشان داده که اختلال نعوظ در مردان در سراسر جهان حدود ۲۰ تا ۲۲ درصد است که این نشان می دهد مشکلات جنسی بسیار بیشتر از آنچه تصور می شود بر روی سلامت عمومی تاثیر گذار است . رابطه جنسی هم یک رابطه در سطح جسمانی و هم در سطح روانی و در نتیجه اختلالات جنسی نیز در هر دو سطح می تواند رخ دهد(رستمی و زارعی ، ۱۳۹۰).

در تحقیقات دیگری، عواملی مانند سن، سبک زندگی، چاقی و سوء مصرف نیکوتین، الکل و مواد مخدر را جزء عوامل موثر بر افزایش اختلالات جنسی دانسته اند. تاکنون تحقیقات زیادی درباره اثرات مواد مخدر بر روی عملکرد جنسی صورت گرفته است. اختلالات عملکرد جنسی در اثر مداوم و مزمن مواد افیونی همواره یکی از مشکلات جدی است که سوء مصرف کنندگان مواد با آن مواجه هستند. اختلال عملکرد جنسی ناشی از سوء مصرف مواد می تواند در تمامی مراحل تحریک جنسی مرحله برانگیختگی جنسی و ارگاسم وجود داشته باشد. همچنین تاثیرات جسمانی، هیجانی و رفتاری ناشی از مصرف مواد به شیوه های مختلفی همچون تاخیر در انزال، بی میلی جنسی، خشونت جنسی و جسمانی و آزار کلامی بروز کرده و رفته رفته موجب افزایش اختلالات زوجین و تزلزل نظام خانواده می شود. با وجود اینکه اختلالات عملکرد جنسی شکایتی شایع در بین سوء مصرف کنندگان مواد است اما تحقیقات بسیار اندکی در رابطه با اختلالات عملکرد جنسی در افراد سوء مصرف کننده چه در داخل و چه در خارج وجود دارد. از سوی دیگر تحقیقاتی که تا کنون در این زمینه انجام گرفته اند بیشتر بر بعد جسمانی اختلالات جنسی تاکید داشته و بر تغییرات فیزیولوژیکی ایجاد شده توسط مواد تمرکز داشته اند و کمتر تحقیقی مبنی بر تفکیک اختلالات جنسی از بعد روانشناختی صورت گرفته است (عرب، از خوش، فرهودیان، دولتشاهی، فرضی، ۱۳۹۰)

پیشینه تحقیق

طی چند دهه گذشته نظریه های مختلف تلاش کرده اند تا تبیین روشنی از علل گرایش به سمت مواد ارائه دهند. این نظریه ها طیف گسترده ای از عوامل زمینه ساز ژنتیک، روانشناختی، خانوادگی، اجتماعی را مورد بررسی قرار داده اند (بوتوین، ۲۰۰۰؛ شی، ۲۰۰۱). موثرترین رویکرد متنی بر سوء مصرف مواد از نظریه های روانی اجتماعی^{۱۴} نشات گرفته اند و عمدتاً بر عوامل خطر ساز و حفاظت کننده روانی اجتماعی که موجب شروع مصرف اولیه مواد می شوند تاکید می نماید. براساس رویکرد تقویت توانایی سوء مصرف مواد به عنوان یک رفتار اجتماعی آموخته شده تلقی می شود که نتیجه تعامل عوامل فردی و عوامل اجتماعی است. (اپستین، گریفین و بوتوان، ۲۰۰۰). این رویکرد معتقد است که افراد دارای مهارت های اجتماعی و فردی ضعیف نه تنها در برابر عوامل مشوق مصرف مواد آسیب پذیر هستند بلکه تمایل دارند از مصرف مواد به عنوان جایگزینی برای راهبردهای مقابله ای سازش یافته استفاده نمایند (بوتون، ۲۰۰۰). رویکردهای نفوذ اجتماعی معتقدند عوامل اجتماعی قویترین عوامل موثر در آغاز مصرف مواد هستند این عوامل شامل رفتار و بازخورد های افراد مهم از قبیل والدین، خواهران، برادران و دوستان نسبت مصرف الکل، سیگار و سایر مواد هستند (هانوینکل و آهار، ۲۰۰۴).

یکی دیگر از عوامل روانشناختی مرتبط با مصرف مواد، انتظارات شناختی و بازخورد افراد نسبت به مصرف مواد است. برخی از پژوهشگران معتقدند که بازخورد مثبت نسبت به مواد یکی از مهمترین همبسته های سوء مصرف مواد در افراد است. به طور کلی مدل های نظری در مورد رفتار مصرف مواد نشان می دهد که ویژگی های درون فردی مرتبط با قابلیت های عمومی نظیر حل مساله و خودکارآمدی نقش اساسی در آمادگی برای مصرف دارد. خودکارآمدی بالا به فرد کمک می کند تا در مقابل فشار دوستان مقاومت نماید و رفتارهای خود را کنترل نماید. برخی مطالعات رابطه مستقیم بین مهارت های حل مسئله ضعیف و خودکارآمدی پایین و مصرف سیگار کشف کرده اند.

سبب شناسی انحرافات جنسی در مدل روانکاو بر حل نشدن بحران ادیپال یا همانند سازی با والد پرخاشگر جنس مقابل تکیه دارد مثلاً فردی که لباس زنانه می پوشد با مادر خود همانند سازی می کند اگر فردی در زمان کودکی مورد سوء استفاده

^{۱۴}. Psychosocial

جنسی قرار گیرد احتمال دوام این رفتار در بزرگسالی یا برعکس مورد استفاده قرار دادن یا قربانی کردن دیگران وجود دارد از لحاظ سبب شناسی بیولوژیکی یافته عضوی مشخص در افراد پارافیلیاک مشاهده نشده است.

توافق جمعی در موارد فوق الذکر براین است که آنها اختلال روانی محسوب می شوند و نیازمند درمان هستند و براین اساس درمان های مختلفی برای آنها پیشنهاد شده است که عموماً در پنج گروه زیر قرار می گیرند:

۱- درمانهای معطوف به کاهش میل جنسی، که عمدتاً داروهایی هستند که نوروترانسمیترها، رسپتورها و هورمونه هایی را مورد هدف قرار می دهند که در ایجاد تمایل جنسی دخیل اند.

۲- ایجاد کنترل خارجی: عموماً برای رفتارهایی که برای خود فرد یا دیگر افراد خطرناک باشد اعمال می گردد.

۳- درمان بیماریهای همراه با افسردگی اختلال تکانه، سوء مصرف مواد سوگ، سایکوز، ADHD، اختلال دو قطبی و ..

۴- روش های شناختی و رفتاری شامل آموزش مهارتهای اجتماعی، آموزش جرات مندی، آموزش جنسی، بازسازی شناختی^{۱۵}، حساس سازی مخفی^{۱۶}، شرطی سازی انزجاری^{۱۷}، جلوگیری از عود^{۱۸}، سایکوتراپی روان پویایی^{۱۹}.

یاسمی و همکاران (۱۳۸۵) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که اثر بخشی مثبت رفتار درمانی در اکثر این بیماران حاکی از آن است که این روش می تواند جایگاه خاصی در درمان این دسته از اختلالات جنسی باشد اگرچه موفقیت رفتار درمانی در این بیماران با تاثیر از میزان پذیرش و همکاری آنها نبوده است ولی گویایی آن است که پیش از غیر قابل درمان تلقی کردن این بیماران و یا به کارگیری درمان های غیر قابل برگشت مثل جراحی در نظر گرفتن رفتار درمانی امری منطقی است.

بامداد و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهش خود با عنوان تاثیر مراقبت معنوی بر سلامت معنوی وابستگان به آمفتامین؛ به این نتیجه رسیدند که مراقبت معنوی بر سلامت معنوی مبتلایان به وابستگان آمفتامین موثر است و پیشنهاد می شود در برنامه های مراقبتی سوء مصرف مواد جهت ارتقا سلامت معنوی گنجاده شود.

عرب و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی به منظور مقایسه ویژگی های شخصیتی مردان وابسته به مواد افیونی و مردان وابسته به مت آمفتامین به این نتیجه رسیدند که بین ویژگی های شخصیتی مردان وابسته به مواد افیونی و مت آمفتامین تفاوت وجود دارد بنابراین شخصیت و ویژگی های آن می تواند در پیشگیری و درمان موثر باشد.

جهانگیر پور و همکاران (۱۳۹۲) در مقاله خود با عنوان اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی معتادان درمان با متادون، به این نتیجه رسیدند که به نظر می رسد آموزش ذهن آگاهی گروهی تاثیر معناداری در کاهش افسردگی مردان تحت متادون درمانی دارد. در نتیجه پیشنهاد می شود آموزش ذهن آگاهی به عنوان یک درمان شناختی برای کاهش علائم افسردگی و بالا بردن سلامت روان این بیماران به کار برده شود.

رستمی رواری و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهش خود با عنوان شناخت اثر بخشی روانشناسی مثبت بر مبنای مدل پرما سلیگمن بر بهبود سلامت روان کارگران سایکوسوماتیک مبتلا به اعتیاد در معدن مس سرچشمه کرمان به این نتیجه رسیدند که آموزش مدل پرمای سلیگمن باعث افزایش سلامت روان و کاهش علائم در بیماران سایکوسوماتیک مبتلا به اعتیاد در آزمودنی های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون گردید.

^{۱۵}Restructuring cognitive

^{۱۶}covert sensitization

^{۱۷}aversive conditioning

^{۱۸}relapse prevention

^{۱۹}psychodynamic

سمپل و همکاران (۲۰۰۹) در بیشتر مصرف کنندگان مواد متآمفتامین، زیاده خواهی جنسی مصرف زیاد ویاکرا و تکانه های جنسی بالایی به چشم می خورد.

هاروار (۲۰۰۸) زاپاتا و همکاران (۲۰۰۸) مشاهده فعالیت های جنسی پرخطر و ارتباط جنسی غیر محافظتی را باید از رفتارهای مبتنی بر زیاده طلبی جنسی تفکیک کرد در واقع شیوع مواردی چون هپاتیت، HIV در افراد معتاد نه به انجام یا تمایل بیشتر یا کمتر انجام دادن رفتار جنسی یا زیاده خواهی جنسی بلکه به علت ارتباط غیر محافظتی و شرکای آلوده در درون گروههایی است که شانس بیشتری برای آلودگی داشتن (به نقل از وزیری و همکاران، ۱۳۸۹).

روش پژوهش

این پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه ای است. با استفاده از نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمون های توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد و ...) و به علت اینکه موضوع پژوهش از نوع همبستگی می باشد در بخش استنباطی به واسطه (کواریانس، همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس و رگرسیون) مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهند گرفت.

یافته های استنباطی پژوهش

در این قسمت به تجزیه و تحلیل فرضیه پژوهش پرداخته می شود. فرضیه پژوهش: استفاده از آمفتامینها و یا THC ها بر روی اختلال پارافیلیا مؤثر است. به منظور تحلیل این فرضیه پژوهش از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد. بدین منظور ابتدا برقراری مفروضه این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. مفروضه های تحلیل کواریانس

۱. توزیع صفت در گروهها نرمال باشد: به منظور بررسی این مفروضه از آزمون کولموگروف-اسمیرنف تک گروهی استفاده شد.

جدول ۱: نتایج آزمون نرمال بودن توزیع متغیر اختلال پارافیلیا به تفکیک گروهها

متغیر اختلال پارافیلیا	گروه ها	
	آماره Z	سطح معناداری
	آماره Z	سطح معناداری
	۰/۳۹	۰/۹۹
	۰/۷۵	۰/۷۰

همانگونه که در جدول ۱ گزارش شده است سطح معناداری آماره Z کولموگروف-اسمیرنف برای دو گروه بزرگتر از ۰/۰۵ است. این به معنای آن است که توزیع متغیر اختلال پارافیلیا در دو گروه با توزیع نرمال تفاوت معناداری ندارد، بنابراین توزیع این متغیر در دو گروه نرمال است.

۲. همگنی واریانس خطاهای متغیرهای وابسته در گروهها: مفروضه یکسانی پراکندگی ایجاب می کند که متغیرهای وابسته کمی در سرتاسر دامنه متغیرهای مستقل (پیوسته یا طبقه ای) از سطوح پراکندگی یکسان برخوردار باشند. جهت بررسی این مفروضه از آزمون لوین استفاده شد.

جدول ۲: آزمون لوین (همگنی واریانس خطاها) در گروهها

متغیر	آماره f لوین	درجه آزادی	درجه آزادی	سطح معناداری
		۱	۲	
اختلال پارافیلیا	۰/۱۹	۱	۳۸	۰/۶۶

همان گونه که در جدول ۲ ملاحظه میکنید سطح معناداری آماره f بزرگتر از ۰.۰۵ است بنابراین میان واریانس خطاهای دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد و شرط همگنی واریانس خطاها برقرار است. با توجه به برقراری مفروضههای تحلیل واریانس این آزمون به منظور بررسی تفاوت بین گروه بهنجار و دارای اختلال پارافیلیا انجام شد.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کواریانس گروهها در میزان اختلال پارافیلیا

منابع تغییر	مجموع درجه آزادی	میانگین	F	سطح معناداری	مجذور ایتا
	مجذورات	مجذورات	مجذورات	معناداری	ایتا
گروه	۱	۳۷۸/۲۲	۳۷/۵۵	۰/۰۰۰	۰/۴۹
خطا	۳۸	۱۰/۰۷۲	--	--	--
کل اصلاح شده	۳۹	--	--	--	--

جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت دو گروه در میزان اختلال پارافیلیا را نشان میدهد. نتایج حاصله ($p < .01, F = 37.55$) نشان میدهد بین گروهها تفاوت معناداری وجود دارد و فرض صفر پژوهش مبنی بر عدم وجود تفاوت معنادار بین گروهها رد میشود و فرض پژوهش تأیید میشود. همچنین با توجه به نتایج کسب شده آمفتامینها بر روی اختلال پارافیلیا با ضریب بتای ۰/۴۶ مؤثر میباشد.

نتیجه گیری

فرضیه پژوهش: استفاده از آمفتامینها و یا THCها بر روی اختلال پارافیلیا مؤثر است.

نتایج آزمون تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت دو گروه در میزان اختلال پارافیلیا ($F=37/55$ ، $p<0/1$) تفاوت معناداری را نشان میدهد و فرض صفر پژوهش مبنی بر عدم وجود تفاوت معنادار بین گروهها رد میشود و فرض پژوهش تأیید می شود. همچنین با توجه به نتایج کسب شده آمفتامینها بر روی اختلال پارافیلیا با ضریب بتای ۰/۴۶ مؤثر می باشد.

این یافته همسو با یافته های کمال زاده، علوی و صالحی (۱۳۹۳)، کاظمی، قربانی، بحرینی بروجنی و سپهری بروجنی (۱۳۹۳)، پارسانیا، فیروزه، تک فلاح، محمدی سمنانی، جهان، امامی (۱۳۹۱)، عرب و همکاران (۱۳۹۰)، معلمی و همکاران (۱۳۹۰)، رستمی و زارعی (۱۳۹۰)، وزیری و لطفی کاشانی (۱۳۸۹)، حجازی، دالکی، بدیعیان موسوی و زارع نژاد (۱۳۸۸)، یاسمی، محمدی، کاملی، یوسفی و صمیمی اردستانی (۱۳۸۵)، سمپل ۲۰ و همکاران (۲۰۰۹)، سمپل، استراسری ۲۱ و همکاران (۲۰۰۹)، هاروار ۲۲، ۸۰۰ (۲۰۰۸) و زاپاتا ۲۳ و همکاران (۲۰۰۸) است.

کمال زاده، علوی و صالحی (۱۳۹۳) در پژوهش خود با عنوان گزارش یک مورد از ابتلای همزمان به اختلال دوقطبی و پارافیلیاهای متعدد به این نتیجه رسیدند که توجه به هم ابتلایی روانپزشکی در هر یک از اختلالات خلقی و پارافیلیک با هدف ارزیابی و درمان کامل بیمار و اجتناب از تداخلات درمانی اهمیت دارد.

کاظمی، قربانی، بحرینی بروجنی و سپهری بروجنی (۱۳۹۳) در پژوهش خود با عنوان مقایسه ابعاد روانشناختی مشکلات جنسی در بیماران وابسته به مواد مخدر با گروه شاهد به این نتیجه رسیدند که مواد مخدر موجود در بازار با اثر گذاری بر کنش جنسی فرد مصرف کننده تاثیرات تخریبی خاص خود را بر بهداشت جنسی زوجین و خانواده خواهد گذاشت.

سیه جانی، اورکی و زارع (۱۳۹۲) در پژوهش خود با عنوان طول مدت مصرف متامفتامین (شیشه) و اختلالات توجه پایدار در سوء مصرف کنندگان متامفتامین، نتایج نشان داد که بین نتایج و عملکرد آزمودنی ها در توجه و طول مدت مصرف شیشه رابطه منفی وجود دارد. آزمودنی ها با مدت مصرف طولانی تر خطای ارایه پاسخ بیشتر، زمان واکنش طولانی تر و پاسخ صحیح کمتری داشتند. از یافته ها چنین استنباط شد که سوء مصرف شیشه منجر به آسیب های مغزی و نقایص توجه می شود که می تواند نتایج درمانی نامطلوب را در پی داشته باشد.

جهانگیر پور و همکاران (۱۳۹۲) در مقاله خود با عنوان اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی معتادان درمان با متادون، به این نتیجه رسیدند که به نظر می رسد آموزش ذهن آگاهی گروهی تأثیر معناداری در کاهش افسردگی مردان تحت متادون درمانی دارد. در نتیجه پیشنهاد می شود آموزش ذهن آگاهی به عنوان یک درمان شناختی برای کاهش علائم افسردگی و بالا بردن سلامت روان این بیماران به کار برده شود.

رستمی رواری و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهش خود با عنوان شناخت اثر بخشی روانشناسی مثبت بر مبنای مدل پرما سلیگمن بر بهبود سلامت روان کارگران سایکوسوماتیک مبتلا به اعتیاد در معدن مس سرچشمه کرمان به این نتیجه رسیدند که آموزش مدل پرما سلیگمن باعث افزایش سلامت روان و کاهش علائم در بیماران سایکوسوماتیک مبتلا به اعتیاد در آزمودنی های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون گردید.

^{۲۰} -Sampel

^{۲۱} -Estrasri

^{۲۲} -Harvar

^{۲۳} -Zapata

بامداد، فلاحی خشکتاب، دالوندی و خدایی اردکانی(۱۳۹۲) در پژوهش خود با عنوان تاثیر مراقبت بر سلامت معنوی وابستگان به آمفتامین؛ نتیجه گرفتند که مراقبت معنوی بر سلامت معنوی مبتلایان به وابستگان آمفتامین موثر است و پیشنهاد می شود در برنامه های مراقبتی سوء مصرف مواد جهت ارتقا سلامت معنوی گنجانده شود.

پارسا، فیروزه، تک فلاح، محمدی سمنانی، جهان، امامی (۱۳۹۱) در پژوهش خود با عنوان بررسی اختلالات شخصیت در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد به این نتیجه رسیدند که با توجه به شیوع بالای اختلالات شخصیتی در افراد معتاد به نظر می رسد مداخلات روانپزشکی در مراکز درمان سوء مصرف مواد در کنار دارو درمانی کاملاً ضروری و لازم می باشد.

عرب و همکاران(۱۳۹۰) در پژوهشی به منظور مقایسه ویژگی های شخصیتی مردان وابسته به مواد افیونی و مردان وابسته به مت آمفتامین به این نتیجه رسیدند که بین ویژگی های شخصیتی مردان وابسته به مواد افیونی و مت آمفتامین تفاوت وجود دارد بنابراین شخصیت و ویژگی های آن می تواند در پیشگیری و درمان موثر باشد.

معلمی و همکاران(۱۳۹۰) در پژوهش خود با عنوان مقایسه هوش معنوی و سلامت روان در افراد معتاد و غیر معتاد؛ به این نتیجه رسیدند که سوء مصرف مواد سلامت جسمانی و روانی افراد را به خطر می اندازد، فراد با هوش معنوی پایین به احتمال بیشتری دچار سوء مصرف می شوند . این احتمال وجود دارد که بتوانیم با پرورش هوش معنوی افراد از مبتلا شدن آنها به این معضل جلوگیری کنیم.

رستمی و زارعی(۱۳۹۰) در پژوهش خود با عنوان بررسی بدکارکردی های جنسی و متغیرهای شناختی مرتبط با آنها در معتادان مرد وابسته به مواد افیونی در تهران، به این نتیجه رسیدند که اختلالات جنسی در معتادین وابسته به مواد افیونی نسبت به جمعیت عمومی و نیز اهمیت سبک های جنسی در عملکرد جنسی افراد بود.

وزیری و لطفی کاشانی(۱۳۸۹) در مقاله خود با عنوان تاثیر مت آمفتامین ها و نارکوتیک ها در رفتار جنسی و بی پروایی جنسی. مجله اندیشه و رفتار، به این نتیجه رسیدند که سومصرف آمفتامین ها می تواند با تمنا و قوی تر کردن رفتار جنسی چرخه ای معیوب شامل انگیختگی- اشتیاق فراهم کندو به این ترتیب احتمال بروز و گسترش اختلالات واگیردار را افزایش دهد . پدیده ای که در مصرف نارکوتیکها نیز مشاهده میشود به نظر میرسد میتوان با آموزش مهارتهای جنسی و کارآمدتر کردن و شناخت افزایشی افراد آنها را از وارد شدن به این چرخه بازداشت.

حجازی، دالکی، بدیعیان موسوی و زارع نژاد(۱۳۸۸) در پژوهش خود با عنوان گزارش یک مورد دیگر آزاری جنسی به همراه برخی پارافیلیا کبه این نتیجه رسیدند که اکثر متجاوزین جنسی چندین نوع انحراف را در طول زمان تجربه می کنند در این مورد خاص نیز مشاهده شد که فرد بیمار چهار نوع اختلال نمایشگری، نظر بازی، مالش و سادیسم را در طول زمان تجربه کرده بود. زمانی که پارافیلیا ادامه پیدا می کند. رفتارها بر روی قربانیان به تدریج مخرب تر و خطرناک تر می شود. در این بیمار خاص نیز انحراف با نمایشگری و نظر بازی آغاز شده و پس از مدت ها تجربه مالش به دیگر آزاری جنسی منتهی شده بود و چه بسا در صورت عدم بازداشت به تجاوز به عنف یا قتل ختم می گردید.

یاسمی، محمدی، کاملی، یوسفی و صمیمی اردستانی(۱۳۸۵) در پژوهش خود با عنوان تجربیاتی از درمان موفقیت آمیز همجنس با رگی خود ناپذیر، فرابارگی(پارافیلیا) و تبدیل خواهی جنسی با روش شناختی- رفتاری به این نتیجه رسیدند که اثر بخشی مثبت رفتار درمانی در اکثر این بیماران حاکی از آن است که این روش می تواند جایگاه خاصی در درمان این دسته از اختلالات جنسی باشد. اگرچه موفقیت رفتاردرمانی در این بیماران با تاثیر از میزان پذیرش و همکاری آنها نبوده ولی گویای

آن است که پیش از غیر قابل درمان تلقی کردن این بیماران و یا به کارگیری درمان های غیر قابل برگشت مثل جراحی، در نظر گرفتن رفتار درمانی امری منطقی است.

سمپل^{۲۴} و همکاران (۲۰۰۹) در بیشتر مصرف کنندگان مواد متآمفتامین، زیاده خواهی جنسی مصرف زیاد ویاگرا و تکانه های جنسی بالایی به چشم می خورد.

سمپل، استراسری^۱ و همکاران (۲۰۰۹) آمفتامین ها موجب افزایش لذت جنسی می شود.

۲۵هاروار ۲۶(۸۰۰۲)، زاپاتا^{۲۷} و همکاران (۲۰۰۸) مشاهده فعالیت های جنسی پرخطر و ارتباط جنسی غیر محافظتی را باید از رفتارهای مبتنی بر زیاده طلبی جنسی تفکیک کرد در واقع شیوع مواردی چون هپاتیت، HIV در افراد معتاد نه به انجام یا تمایل بیشتر یا کمتر انجام دادن رفتار جنسی یا زیاده خواهی جنسی بلکه به علت ارتباط غیر حفاظتی و شرکای آلوده در درون گروههایی است که شانس بیشتری برای آلودگی داشتن (به نقل از وزیری و همکاران، ۱۳۸۹).

پژوهشهای زاپاتا، هیلیس، مارچ باتکس و همکاران (۲۰۰۸)؛ کارتر و همکاران (۲۰۰۸)؛ فشر. ری نولدز، وارونایر (۲۰۰۹)؛ میلیوی، کر و بوکستون (۲۰۰۹)؛ نیز حاکی از آن بود که بیشتر مصرف کنندگان عقیده دارند که مصرف آمفتامین تجربیات جنسی آنها را افزایش می دهد و این مصرف یکی از عوامل موثر در راه اندازی انحرافات جنسی آنهاست. این شرایط به گونه ای است که بیش از یکبار مصرف متآمفتامین ۲ تا ۱۲ بار احتمال انجام رفتارهای پر خطر جنسی را افزایش می دهد.

فراپارگی (پارافیلیا): از رفتارهای جنسی و تخیلات برانگیزاننده جنسی که تکرار شونده و معطوف به موضوعاتی غیر از انسان باشند یا اینکه موجب رنج خود شخص، شریک جنسی او یا کودکان شوند یا اینکه با افراد بدون رضایت آنها صورت گیرد. این رفتارها باید حداقل ۶ ماه ادامه داشته باشند و باعث رنج بالینی قابل توجه گردند و یا افت عملکرد اجتماعی، کاری یا جنسی در فرد شود (یاسمی و همکاران، ۱۳۸۵). در مجموع می توان گفت مصرف آمفتامین ها افزایش قابل ملاحظه ای یافته است اکثر مصرف کنندگان آمفتامین ها افرادی هستند که فعالیت های جنسی پرخطر دارند و یا پذیرای ارتباط جنسی غیر محافظتیاند. مطالعات نشان میدهد مصرف آمفتامینها به سرعت به مواد انتخابی برای سوء مصرف کنندگان تبدیل میشود و به طور قابل ملاحظه های رفتارهای پرخطر و HIV شرکای جنسی متعدد، حاملگی، یا حامله کردن دیگران، ارتباط غیر محافظتی، هپاتیت B و سیفیلیس، خیابانی و زندانی شدن همراه است. دیگر یافته ها نیز نشان می دهد که مردان برای افزایش لذت جنسی، از متآمفتامین ها استفاده می کنند در حالیکه زنان از طریق شریک جنسی خود با این ماده آشنا می شوند و این ماده را برای کاهش وزن به کار می برند (عرب و همکاران، ۱۳۹۲). برخی پژوهشها حاکی از آن است که بیشتر مصرف کنندگان عقیده دارند که مصرف آمفتامین تجربیات جنسی آنها را افزایش می دهد و این مصرف یکی از عوامل موثر در راه اندازی انحرافات جنسی آنهاست. این شرایط به گونه ای است که بیش از یک بار مصرف متآمفتامین ۲ تا ۱۲ بار احتمال انجام رفتارهای پر خطر جنسی را افزایش می دهد.

محدودیت های پژوهش

- محدود بودن جامعه پژوهش

^{۲۴} -Sampel

^{۲۵} -Estrasri

^{۲۶} -Harvar

^{۲۷} -Zapata

- این پژوهش صرفاً در بین افراد مراجعه کننده در مرکز ترک اعتیاد شهر کرج و مبتلا به سوء مصرف آمفتامینها انجام شده است و قابل تعمیم نیست.
- وجود مشکلات مالی در طول اجرای هر چه بیشتر پژوهش
- کمبود منابع و پیشینه در زمینه موضوع پژوهش

پیشنهادات پژوهش

با توجه به محدودیت های ذکر شده برای رفع آنها پیشنهاد می شود:

پیشنهادات کاربردی

اجرای کارگاههای آموزشی برای هر دو جنس زن و مرد برای افزایش سطح کیفیت زندگی با توجه به آسیبهای استفاده از آمفتامینها متناسب با وسایل و امکانات امروزی

پیشنهادات پژوهشی

با عنایت به این که پژوهش حاضر بر روی مردان سوء مصرفکننده موادآمفتامین انجام گرفته است در نتیجه نمیتوان این یافته ها را به کلیه افراد تعمیم داد. پیشنهاد میشود پژوهشی مشابه بر روی دیگر افراد و با ملاکهای جمعیت شناختی (همچون سن، تحصیلات، قشر فرهنگی و اقتصادی، وضعیت تأهل) و بر روی دیگر سوء مصرفکنندگان موادمخدر انجام شود.

منابع و مآخذ

۱. اختیاری، حامد. (۱۳۸۸). افق های آینده پژوهش در درمان زیست شناختی وابستگی به مت آمفتامین (شیشه) فصلنامه اعتیاد در ایران. شماره ۲. ص ۴۰-۵۹
۲. استرنبرگ، رابرت. (۱۳۸۷). روانشناسی شناختی. ترجمه کمال خرازی و الهه حجازی. تهران:
۳. انتشارات سمت: دبامداد، مریم. فلاحی خشکناز، مسعود. دالوندی، اصغر و خدایی اردکانی، محمدرضا. (۱۳۹۲). تاثیر مراقبت بر سلامت معنوی وابستگان به آمفتامین. روان پرستاری. دوره ۱. شماره ۳. ص ۱۱۲-۱۳۰
۴. پارسانی، زینب. فیروزه، مهری. تک فلاح، لیلا. محمدی سمنانی، سعید. جهان، الهه. امامی، عاطفه.
۵. حجازی، آریا. دالکی، شهره. بدیعیان موسوی، نازیلا. زارع نژاد، محمد. (۱۳۸۸). گزارش یک مورد دیگر آزاری جنسی به همراه برخی پارافیلیا. مجله علمی پزشکی قانونی. دوره ۱۵. شماره ۴. ص ۵۶-۸۹ دزفولی، امیر. مکرری، آذرخش. اختیاری، حامد. (۱۳۸۸). درآمدی بر الگوی خود مصرفی مواد در، نمونه های انسانی به منظور اندازه گیری تقویت کنندگی آمفتامین. فصلنامه اعتیاد. ص ۴۰-۵۹ رادفرد، سید رامین. (۱۳۸۸). مروری علمی بر تعاریف اعتیاد. فصلنامه اعتیاد، ص ۴۰-۵۹
۶. رستمی، رضا و زارعی، جمیله. (۱۳۹۰). بررسی بدکارکردی های جنسی و متغیرهای شناختی مرتبط با آنها در معتادان مرد وابسته به مواد افیونی در تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روانشناسی دانشگاه تهران
۷. رستمی راوری، معصومه. رستمی راوری، محمد علی. مقدم، نیره. جهانی، کامبیز. قاندنیا جهرمی، علی. حیدری، روشنک. (۱۳۹۲). شناخت اثر بخشی روانشناسی مثبت بر مبنای مدل پرما سلیگمن بر بهبود سلامت روان کارگران سایکوسوماتیک مبتلا به اعتیاد در معدن مس سرچشمه کرمان. مقاله علمی پژوهشی واحد دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند ص ۲۰۰-۲۱۵
۸. کاظمی، حمید. قربانی، مریم. بحرینی بروجنی، مجید و سپهری بروجنی، کبری. (۱۳۹۳). مقایسه ابعاد روانشناختی مشکلات جنسی در بیماران وابسته به مواد مخدر با گروه شاهد. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد. دوره ۱۶. شماره ۱. ص ۸۰-۹۹
۹. میرسلیمانی، لاله. ثنایی ذاکر، باقر. وزیر، شهرام. لطفی، فرح. (۱۳۹۰). مقایسه رفتارهای جنسی، رفتارهای جنسی پرخطر و رفتارهای آسیب به خود در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر با محرک.
۱۰. مجله اعتیاد پژوهی دوره ۱. شماره. ص ۲۳۰-۲۵۰
۱۱. طاهری نخست، حمیدرضا. (۱۳۸۹). مروری بر مداخلات روانشناختی در درمان بستری سوء مصرف مواد با تأکید بر مواد محرک. خدمات بستری در درمان اعتیاد از مجموعه کتاب های تازه های پیشگیری و درمان در دانش اعتیاد. تهران: انتشارات مهر و ماه نو. ص ۸۰-۱۲۰
۱۲. عرب، اعظم. ازخوش، منوچهر. فرهودیان، علی. دولتشاهی، بهروز. فرضی، مرجان. (۱۳۹۰). مقایسه ویژگی های شخصیتی مردان وابسته به مواد افیونی و مردان وابسته به مت آمفتامین. ویژه نامه پنجمین کنگره سایکوسوماتیک. دانشگاه علوم پزشکی چهارمحال بختیاری. ص ۲۳۰-۲۵۰
۱۳. کاپلان و سادوک. (۱۳۸۹). خلاصه روانپزشکی ترجمه فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند.

۱۴. کفراشی، سعید(۱۳۸۹). ماتریکس درمان سرپایی اختلالات ناشی از سوء مصرف شیشه و مواد محرک. تهران: انتشارات تیمورزاده.
۱۵. کمال زاده، لیلای، علوی، کاوه، صالحی، منصور. (۱۳۹۳). گزارش یک مورد ابتلای همزمان به اختلال دوقطبی و پارافیلیاهای متعدد. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. سال ۲۱. شماره ۱. ص. ۲۲۰-۲۶۰
۱۶. محمدی، کورش. (۱۳۹۰). بررسی علل تغییر الگوی مصرف مواد مخدر از سنتی کم خطر به صنعتی خطر در ایران. دومین همایش سراسری آسیبهای اجتماعی و فرهنگی. ص ۱۳۰-۱۵۰
۱۷. مهلینگ، رندی. (۱۳۹۰). مت آمفتامین(شیشه) ترجمه مهرزاد مظفر و نازیلا رستمی. انتشارات ستاد مبارزه با مواد مخدر، دفتر تحقیقات و آموزش.
۱۸. وزیری، شهرام. لطفی کاشانی، فرح. (۱۳۸۹). تأثیر متآمفتامین ها و نارکوتیک ها در رفتار جنسی و بی پروایی جنسی. مجله اندیشه و رفتار. دوره چهارم. شماره ۱۵. ص ۲۳۰-۲۵۰
۱۹. یاسمی، محمد تقی. محمدی، علی. کاملی، جعفر. یوسفی، محمدرضا. صمیمی اردستانی، سید مهدی.
۲۰. Fisher, D. G. , Reynolds, G. L. , Ware, M. R. , & Napper, L. E.
۲۱. (۲۰۰۹). Methamphetamine and Viagra Use: Relationship to Sexual
۲۲. RiskBehaviors. Archives Behavior. Available at:<Http://www. Ncbi. Nlm. Nih. Gov/ Pubmed/ 19330436>.
۲۳. Mc Fadden, L. M. , & Matuszewich, L. (۲۰۰۷). The effects of methamphetamine exposure during readolescence on male and female rats in the water maze. Behavioral Brain, (۱۸۵)۲, ۹۹-۱۰۹. Available at <Http://Www. Ncbi. Nlmlnih. Gov/Pubmed/17727969>.
۲۴. Springer, A. E. , Peters, R. J. , Shegog, R. , White, D. L. , & Kelder, Sh. (۲۰۰۷). Methamphetamine use and sexual risk behaviors in U. S. Highschool students: Findings from a national risk behavior survey. Prevention science: The Official Journal of the Society for PreventionResearch, (۸)۲, ۱۰۳-۱۱۳
۲۵. Botvin, G. J. (۲۰۰۰). Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches target ing individual-level etiological factors. Addictive Behaviors, 25, 887- 798
۲۶. Hanewinkel. R & Aûhauer. M. (۲۰۰۴). Fifteen-month fol low-up results of a school-based life-skills approach to smoking prevention. Health education research: Theory and Practice, 19, 125-137 .