

ریاست جمهوری
ستاد مبارزه با مواد مخدر
دفتر تحقیقات و آموزش

عنوان طرح

بررسی میزان شیوع اختلالات روانی و جسمانی همراه در متقاضیان مداخلات درمان و

کاهش آسیب در سال های ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵

مجری طرح:

دکتر مسعود حجازی

همکار اصلی طرح:

سهیلا قنبری

ناظر طرح:

دکتر قمر کیانی

۱۳۹۵



نام کارفرما:

دفتر تحقیقات و آموزشی ستاد مبارزه با مواد مخدر

تاریخ شروع: ۱۳۹۴/۱۲/۰۹

تاریخ اتمام: ۱۳۹۴/۱۲/۰۹

مدت زمان اجرای طرح: یکسال

اعتبار مصوب: ۷۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال

شماره قرارداد:

۱۸۶۳۳۴۶ مورخ ۹۵/۱۲/۱۱

با همکاری دبیرخانه شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان زنجان

تقدیر و تشکر

انجام این پژوهش با دشواری های زیادی مواجه بود که اگر همراهی و همکاری بسیاری از سازمان ها و مراکز درمانی ترک اعتیاد نبود، اجرای طرح مذکور مقدور نبود، لذا بر خود لازم می دانیم تا از مساعدت این عزیزان قدردانی کنیم و اسامی برخی از آنها در زیر ذکر می گردد:

جناب آقای نصیری دبیر محترم شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان زنجان

دکتر یوسف بیانلو دبیر محترم پژوهش شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان زنجان

مسئولین و کارکنان کلیه مراکز درمانی و ترک اعتیاد شهر زنجان

چکیده:

"بررسی شیوع اختلالات روانی و جسمانی همراه در متقاضیان مداخلات درمان، کاهش آسیب و حمایت

های اجتماعی شهر زنجان در سال های ۱۳۶۴-۱۳۹۵"

طرح مساله: بی تردید، اعتیاد، معضل بزرگی در جوامع امروزی است. اکنون دیگر کمتر کشوری است که با اعتیاد دست و پنجه نرم نکند. در کنار چالش اعتیاد، گسترش بیماری های روانی و جسمانی در این افراد به پیچیدگی این مساله افزوده و در روند درمان سوء مصرف کنندگان اختلال ایجاد کرده است که این مساله ضرورت مطالعه و پژوهش دقیق در مورد اعتیاد و اختلالات همراه آن را دو چندان کرده است. **هدف پژوهش:** هدف پژوهش حاضر بررسی شیوع اختلالات جسمانی و روانی همراه در متقاضیان مداخلات درمان، کاهش آسیب و حمایت های اجتماعی شهر زنجان در سال های ۹۴-۹۵ می باشد. **روش پژوهش:** پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی و به لحاظ روش از نوع پیمایشی است. ابزار جمع آوری داده ها، چک لیست نشانه های اختلالات روانی و پرسشنامه اطلاعات بیوگرافی و اختلالات جسمانی که محقق ساخته است می باشد. **جامعه آماری پژوهش:** تمامی افرادی که در سال های ۹۴-۹۵ تحت پوشش ستاد مبارزه با مواد مخدر متقاضی مداخلات درمان، کاهش آسیب و حمایت های اجتماعی در کمپ ها و مراکز متادون درمانی و کاهش گذری آسیب در شهر زنجان بوده اند. حجم نمونه این پژوهش ۳۵۱ نفر است که از طریق جدول مورگان به دست آمده است. **تحلیل داده ها:** پس از گردآوری داده های مورد نیاز، اطلاعات موجود وارد نرم افزار SPSS گردیده و در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفته اند. در حوزه استنباطی از آزمون t تک نمونه ای استفاده شده است.

یافته ها: بر اساس یافته های پژوهش متغیرهای «شکایات جسمانی»، «افسردگی»، «اضطراب»، «پانیک»، «اختلال تفکر»، «حساسیت در روابط متقابل»، «روان گسستگی»، «پرخاشگری»، «اختلالات جسمی» با اعتیاد رابطه معناداری دارد. به این معنا که شیوع این اختلالات در بین معتادان بیشتر از افراد عادی است. اختلال وسواسی- اجباری در میان معتادان بیشتر از افراد عادی نبود.

نتیجه گیری: در مجموع میتوان نتیجه گیری کرد معتادان دارای ویژگی های روانشناختی و جسمانی متفاوتی از افراد عادی هستند.

کلید واژه: اعتیاد، پانیک، اختلال تفکر، وسواسی- اجباری، روان گسستگی.

فهرست

۱	فصل اول کلیات پژوهش
۲	مقدمه
۶	بیان مساله
۸	اهمیت و ضرورت پژوهش
۱۰	اهداف پژوهش
۱۱	فرضیه های پژوهش
۱۲	تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها
۱۸	فصل دوم چهارچوب نظری پژوهش
۱۹	اعتیاد
۲۱	ملاک های تشخیصی D.S.M-5 برای سوء مصرف مواد
۲۳	نظریه های سوء مصرف مواد
۳۳	اختلالات روانی همراه با اعتیاد
۳۳	اختلال جسمانی سازی
۳۴	اختلال وسواسی- جبری
۳۶	اختلال افسردگی
۳۸	اختلال اضطرابی
۴۰	اختلال پانیک
۴۱	پرخاشگری

اختلال تفکر	۴۲
اختلال روان گسستگی	۴۲
مواد شایع مورد سوء مصرف	۴۳
تأثیر قومیت و فرهنگ بر مشکلات روانی همراه	۵۷
پیشینه خارجی	۵۸
پیشینه داخلی	۶۶
جمع بندی	۶۸
فصل سوم روش شناسی پژوهش	۷۰
مقدمه	۷۱
طرح پژوهش	۷۱
جامعه آماری	۷۱
روش نمونه گیری و حجم نمونه	۷۲
ابزار گردآوری متغیرهای پژوهش	۷۲
پرسشنامه نشانه های اختلالات روانی	۷۲
توصیف شاخص های کلی	۷۴
اعتبار و روایی	۷۵
پرسشنامه اختلالات جسمانی	۷۶
روش اجرای پژوهش	۷۶
روش تجزیه و تحلیل داده ها	۷۷

فصل چهارم استخراج و تحلیل داده های تجربی ۷۸

مقدمه ۷۹

یافته های توصیفی ۷۹

بررسی شیوع شناسی علائم نه گانه سلامت روان ۸۳

یافته های استنباطی ۸۵

فصل پنجم بحث و نتیجه گیری ۹۷

مقدمه ۹۸

یافته های پژوهش ۹۸

فرضیه اول ۹۸

فرضیه دوم ۹۹

فرضیه سوم ۱۰۰

فرضیه چهارم ۱۰۱

فرضیه پنجم ۱۰۲

فرضیه ششم ۱۰۳

فرضیه هفتم ۱۰۴

فرضیه هشتم ۱۰۵

فرضیه نهم ۱۰۶

فرضیه دهم ۱۰۷

نتیجه گیری ۱۰۹

محدودیت های پژوهش	۱۱۰
پیشنهادهای پژوهش	۱۱۰
منابع و مآخذ	۱۱۲
منابع فارسی	۱۱۳
منابع انگلیسی	۱۱۵
پیوست	۱۱۹
چکیده	۱۲۶

فهرست جداول

جدول ۱-۳- خرده مقیاس ها و شماره سوالات آزمون SCL-90	۷۳
جدول ۱-۴- توزیع فراوانی میزان تحصیلات	۷۹
جدول ۲-۴- توزیع فراوانی طلاق	۸۰
جدول ۳-۴- توزیع فراوانی تعداد فرزندان	۸۰
جدول ۴-۴- توزیع فراوانی اولین سن مصرف مواد مخدر	۸۱
جدول ۵-۴- میانگین پیش فرض در ابعاد نه گانه سلامت روان	۸۳
جدول ۶-۴- میانگین محاسبه شده، انحراف استاندارد در ابعاد نه گانه سلامت روان	۸۳
جدول ۷-۴- میانگین محاسبه شده، انحراف استاندارد شیوع شکایات جسمانی	۸۵
جدول ۸-۴- میانگین محاسبه شده، انحراف استاندارد شیوع افسردگی	۸۶
جدول ۹-۴- میانگین محاسبه شده، انحراف استاندارد شیوع اضطراب	۸۷
جدول ۱۰-۴- میانگین محاسبه شده، انحراف استاندارد شیوع اختلال وسواسی- جبری	۸۸

- جدول ۴-۱۱- میانگین محاسبه شده، انحراف استاندارد شیوع پانیک ۸۹
- جدول ۴-۱۲- میانگین محاسبه شده، انحراف استاندارد شیوع اختلال تفکر ۹۰
- جدول ۴-۱۳- میانگین محاسبه شده، انحراف استاندارد شیوع حساسیت در روابط متقابل ۹۱
- جدول ۴-۱۴- میانگین محاسبه شده، انحراف استاندارد شیوع روان گسستگی ۹۲
- جدول ۴-۱۵- میانگین محاسبه شده، انحراف استاندارد شیوع پرخاشگری ۹۳
- جدول ۴-۱۶- توزیع فراوانی بر اساس میزان شیوع اختلالات جسمانی ۹۴

فهرست نمودارها

- نمودار ۴-۱- توزیع میانگین پیش فرض و میانگین محاسبه شده ابعاد نه گانه سلامت روان ۸۳
- نمودار ۴-۲- توزیع فراوانی شیوع اختلالات جسمانی ۹۵

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱- مقدمه:

در مورد اعتیاد تاکنون تعاریف متعددی توسط صاحب نظران و پژوهشگران ارائه شده اما واقعیت این است که هیچ یک از تعاریف نمی تواند به تنهایی جامعیت اعتیاد را مطرح کند. شاید دلیل این امر این است که اعتیاد در بر گیرنده و تأثیر گذار بر جنبه های مختلفی از زندگی بشر است و تعاریف مزبور هر یک تنها بخشی از این دامنه را مطرح می نمایند (محمدی، ۱۳۸۷).

اعتیاد به مواد مخدر و الکل بیماری دوره ای یا مزمنی است که توسط ساینی ناپهنجار و ممتد برای برخی نوروتروپها مشخص می شود. اگر سوژه از ماده مخدر که به آن معتاد شده محروم گردد، حالت نیاز در او رو به تزايد خواهد گذارد. سندرم ابستیننس^۱ یا پرهیز که در اثر محرومیت سوژه از ماده مخدر حادث می شود غالباً با اختلالات جسمی و روحی همراه است (کورکینا^۲ و تسیومیکو^۳، ۱۹۸۹؛ ترجمه رزم آزما، ۱۳۶۸). بر اساس (D.S.M IV) در بسیاری موارد، فرد معتاد از یک یا چند اختلال روانی و شخصیتی و جسمی دیگر نیز (که در اثر سوء مصرف مواد ایجاد می شوند) رنج می برد (محمدی، ۱۳۸۷).

اختلال جسمانی سازی^۴ شامل شکایات بدنی متعدد در دستگاه های عضوی متعدد است که سالهای متمادی ادامه می یابد و سبب تخریب جدی یا جستجوی درمان یا هر دوی این ها می شود. این اختلال مزمن است و با ناراحتی روانشناختی قابل ملاحظه، اختلال در عملکرد اجتماعی و شغلی و جستجوی افراطی برای کمک

1 . Abstinence

2 . Kourkina

3 . Tessiomikoo

4 . Somatization Disorder

طبی همراه است. این اختلال رابطه معکوسی با موقعیت اجتماعی دارد و اغلب در بیماران کم سواد و کم درآمد بروز می کند (کاپلان^۱ و سادوک^۲، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

بر طبق DSM-IV-TR تشخیص اختلال جسمانی سازی مستلزم آن است که علائم پیش از ۳۰ سالگی شروع شود. در مسیر این اختلال، بیمار بایستی حداقل از چهار علامت دردناک: دو علامت گوارشی، یک علامت جسمی و یک علامت شبه عصبی شاکی باشد که هیچ یک از آنها با معاینات جسمی و بررسی های آزمایشگاهی، به طور کامل قابل توجیه نباشند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

خصیصه اصلی اختلال وسواسی-جبری^۳ وجود وسواس های فکری یا عملی مکرر چنان شدید است که رنج و عذاب قابل ملاحظه ای را برای فرد به بار می آورند. این وسواس های فکری یا عملی سبب اتلاف وقت می شوند و اختلال قابل ملاحظه ای در روند معمولی و طبیعی زندگی، کارکرد شغلی، فعالیت های معمول اجتماعی یا روابط فرد ایجاد می کنند. بیمار مبتلا به این اختلال ممکن است فقط وسواس فکری، فقط وسواس عملی یا هر دوی آنها را با هم داشته باشد. وسواس فکری عبارت است از فکر، احساس، اندیشه یا حسی عود کننده و مزاحم. وسواس عملی عبارت است از اجبار رفتاری آگاهانه، استاندارد و عود کننده نظیر شمارش، واری، اجتناب (روزنهان^۴ و سلیگمن^۵، ۲۰۰۶؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۱).

طبق متن DSM-5 اختلال افسردگی^۶ اساسی بدون سابقه ای از دوره های مانیا رخ می دهد. دوره ی افسردگی اساسی باید حداقل دو هفته طول بکشد. بیماری که دچار افسردگی اساسی تشخیص داده شود، باید حداقل چهار علامت از فهرستی شامل تغییرات اشتها و وزن، تغییرات خواب و فعالیت، فقدان انرژی، احساس

1 . Kaplan

2 . Sadock

3 . Obsessive compulsive disorder

4 . Rosenhan

5 . Seligman

6 . Depression

گناه، مشکل در تفکر و تصمیم گیری و افکار عود کننده ی مرگ یا خود کشی را هم داشته باشد (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۶؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴).

اختلالات اضطرابی^۱ با عوارض زیادی همراهند و اغلب مزمن شده و نسبت به درمان مقاوم هستند. این اختلالات را می توان خانواده ای از اختلالات روانی مجزا و در عین حال مرتبط به هم در نظر گرفت. احساس اضطراب دو مؤلفه دارد: با خبر شدن فرد از تغییرات جسمی خود (مثل تپش قلب و تعریق) و با خبر شدن از اینکه عصبی شده است یا ترسیده است. اضطراب گذشته از اثرات حرکتی و احشایی بر تفکر، ادراک و یادگیری فرد هم اثر می گذارند. اضطراب اغلب سردرگمی و تحریف هایی در ادراک ایجاد می کند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

حمله حاد شدید اضطراب همراه با احساس مرگ قریب الوقوع را اختلال پانیک^۲ می نامند. مشخصه ی اختلال پانیک، حملات و دوره های مجزای ترس شدید هستند و فراوانی بروز آنها از چند حمله در یک روز تا صرفاً تعداد انگشت شماری حمله در یک سال فرق می کند. بیماری های شایع همراه اختلال پانیک عبارتند از: خود بیمار انگاری^۳، اختلال شخصیت و اختلال مرتبط با مواد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

اصطلاح پرخاشگری^۴ به طور اختصاصی در متن بازنگری شده کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان پزشکی امریکا تعریف نشده است. تعریف به کار رفته در این بخش عبارت است از رفتاری که به قصد آسیب جسمی به دیگران انجام می شود و این تعریف در واقع توصیف پیامد کوتاه مدت پرخاشگری یعنی صدمه زدن به دیگران است (روزنهان و سلیگمن، ۲۰۰۶؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۱).

1 . Anxiety disorder

2 . Panick Disorder

3 . Hypochondriasis

4 . Aggression

اختلال تفکر^۱ هرگونه اختلال در تفکر که بر زبان، ارتباط کلامی، محتوای فکری تأثیر بگذارند. تظاهرات آن از وقفه ساده تفکر و حاشیه پردازی خفیف تا شدید تداعی ها، بی ربطی کلام و هذیان را در بر می گیرد، مشخصه آن این است که فرد نمی تواند از قواعد نحوی و معنایی پیروی کند و این حالت با سطح تحصیلات، هوش یا زمانه فرهنگی وی تناسبی ندارد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

روان گسستگی^۲ سندرمی بالینی شامل آسیب شناسی روانی متغیر اما عمیقاً ویرانگری است که شناخت، هیجان، ادراک و سایر جنبه های رفتار را درگیر می کند. سوء مصرف مواد در این اختلال شایع است و با کارکرد ضعیف تر بیمار همراه است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

حساسیت در روابط متقابل به احساس عدم کفایت و حقارت فرد بالاخص در مقایسه با دیگران اشاره دارد. دست کم گرفتن خود، احساس عدم آرامش و ناراحتی محسوس در جریان ارتباط با دیگران از تظاهرات خاص این بعد است (آشتیانی، ۱۳۹۱).

نتایج برخی از تحقیقات نشان می دهد که بعضی از معتادان برای کاهش دردهای ناشی از بیماری های جسمی به استفاده از مواد مخدر پرداخته و معتاد شده اند. در بررسی سابقه بیماری جسمی قبل از اعتیاد که دلیل و محرک اصلی در گرایش به اعتیاد بوده است، وجود بیماری های عضلانی-اسکلتی بیشترین سهم را به خود اختصاص داده است و بعد از آن بیماری های دستگاه عصبی و گوارش در رده بعد قرار می گیرند. همچنین مصرف مواد مخدر برای افراد عوارض و بیماری های جسمانی را هم به دنبال دارد که در زمینه بیماری های جسمی بعد از اعتیاد هم بیشترین موارد ابتلا مربوط به دستگاه گوارش و در رده های بعد، دستگاه عصبی و دستگاه عضلانی-اسکلتی بوده است و این می تواند به دلیل همان عوارض ناشی از اعتیاد به مواد مخدر یا عوارض داروهای تجویز شده در امر درمان افراد معتاد باشد (قندی زاده، اشکالی و مانی، ۱۳۸۰).

^۱ . Thought Disorder

^۲ . Psychosis

۱-۲- بیان مسأله:

اعتیاد یعنی مصرف نا به جا و مکرر مواد مخدر که موجب وابستگی به آنها می شود. این وابستگی بدنی و روانی است. ترک مصرف مواد مشکلات و محرومیت های بدنی و روانی را در پی خواهد داشت. بر اساس DSM.IV-TR در بسیاری موارد، فرد معتاد از یک یا چند اختلال روانی و شخصیتی و جسمانی دیگر نیز (که در اثر سوء مصرف مواد ایجاد می شوند) رنج می برند (محمدی، ۱۳۸۷). در اینجا ما به تعدادی از این اختلالات اشاره می کنیم. اختلال جسمانی سازی شامل شکایات بدنی متعدد در دستگاه های عضوی متعدد است که سال های متمادی ادامه می یابد و سبب تخریب جدی یا جستجوی درمان و یا هر دوی این ها می شود (روزنهان و سلیگمن، ۲۰۰۶؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۱). خصیصه اصلی اختلال وسواسی-جبری وجود وسواس های فکری یا عملی مکرر و چنان شدید است که رنج و عذاب قابل ملاحظه ای را برای فرد به بار می آورند. وسواس فکری عبارت است فکر، احساس، اندیشه یا حسی عود کننده و مزاحم. وسواس عملی عبارت است اجبار رفتاری آگاهانه، استاندارد و عود کننده نظیر شمارش، واری، اجتناب. بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-جبری از غیر منطقی بودن وسواس هایش آگاهی دارد و این وسواس های فکری و عملی را خود-ناهمخوان می یابد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

دوره افسردگی اساسی باید حداقل دو هفته طول بکشد. بیماری که دچار دوره افسردگی اساسی تشخیص داده شود، باید حداقل چهار علامت از فهرستی شامل تغییرات اشتها و وزن، تغییرات خواب و فعالیت، فقدان انرژی، احساس گناه، مشکل در تفکر و تصمیم گیری و افکار عود کننده مرگ یا خودکشی را هم داشته باشد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

اختلال اضطرابی با عوارض زیادی همراه است و اغلب مزمن شده و نسبت به درمان مقاوم است. احساس اضطراب دو مؤلفه دارد: با خبر شدن فرد از تغییرات جسمی خود (مثل تپش قلب و تعریق) و باخبر شدن از

این که عصبی شده است یا ترسیده است. اضطراب گذشته از اثرات حرکتی و احشایی، بر تفکر، ادراک و یادگیری فرد هم اثر می گذارد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

حمله حاد شدید اضطراب همراه با احساس مرگ قریب الوقوع را اختلال پانیک می نامند. مشخصه این اختلال حملات و دوره های مجزای ترس شدید هستند و فراوانی بروز آنها از چند حمله در یک روز تا صرفاً تعداد انگشت شماری حمله در یک سال فرق می کند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

اصطلاح پرخاشگری به معنای رفتاری است که به قصد آسیب جسمی به دیگران انجام می شود و این تعریف در واقع توصیف پیامد کوتاه مدت پرخاشگری یعنی صدمه به دیگران است. بسیاری از رفتارها با این که منجر به آسیب جسمی نمی شوند، پرخاشگری محسوب می شوند که پرخاشگری کلامی نمونه ای از این رفتارها است (روزنهان و سلیگمن، ۲۰۰۶؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۱).

اختلال تفکر هرگونه اختلال در تفکر که بر زبان، ارتباط کلامی، محتوای فکری تأثیر بگذارند. تظاهرات آن از وقفه ساده تفکر و حاشیه پردازی خفیف تا شدید تداعی ها، بی ربطی کلام و هذیان را در بر می گیرد، مشخصه آن این است که فرد نمی تواند از قواعد نحوی و معنایی پیروی کند و این حالت با سطح تحصیلات، هوش یا زمانه فرهنگی وی تناسبی ندارد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

روان گسستگی سندرمی بالینی شامل آسیب شناسی روانی متغیر اما عمیقاً ویرانگری است که شناخت، هیجان، ادراک و سایر جنبه های رفتار را درگیر می کند. سوء مصرف مواد در این اختلال شایع است و با کارکرد ضعیف تر بیمار همراه است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

حساسیت در روابط متقابل به احساس عدم کفایت و حقارت فرد بالاخص در مقایسه با دیگران اشاره دارد. دست کم گرفتن خود، احساس عدم آرامش و ناراحتی محسوس در جریان ارتباط با دیگران از تظاهرات خاص این بعد است (آشتیانی، ۱۳۹۱).

طبق گزارش کوهن^۱ و همکاران (۱۹۹۱) احتمال مصرف سیگار، ماری جوانا و الکل در بین افراد مبتلا به افسردگی به ترتیب ۹۰ درصد، ۱۰۰ درصد، ۱۲۰ درصد، بیشتر از افرادی است که سابقه ابتلا به بیماری افسردگی نداشته اند.

گرانث^۲ و همکاران (۲۰۰۴) نشان دادند که ۲۸/۶ درصد از بیماران دارای اختلال کنونی مصرف الکل حداقل یک اختلال شخصیت داشته اند. همچنین آنها نشان دادند که افراد دارای اختلال های مصرف الکل تقریباً پنج برابر بیشتر احتمال داشت که اختلال شخصیت ضد اجتماعی داشته باشند و احتمال اینکه اختلال شخصیت وابسته داشته باشند سه برابر بیشتر بود. محسنی تبریزی (۱۳۸۱) معتقد است رفتار اعتیادی بازتابی از تأثیرات متقابل افسردگی به عنوان اختلالی همراه و نیز مجموعه ای از عوامل و متغیرهای زمینه ای است. وی نشان داد که اختلال های روانی به سوء مصرف مواد منجر می گردند.

با توجه به مطالب گفته شده محقق در صدد بررسی این مسأله است که میزان شیوع اختلالات روانی و مشکلات جسمی در بین افرادی که وابستگی به مواد مخدر دارند چقدر است؟

۱-۳- اهمیت و ضرورت پژوهش:

بی تردید اعتیاد، معضل بزرگی در جوامع امروزی است. اکنون دیگر کمتر کشوری است که با اعتیاد دست و پنجه نرم نکند. در کشور ما نیز اعمال سیاست های کلان در دو محور کاهش عرضه و کاهش تقاضا نتایجی به ارمغان آورده است. گرچه طلبه امید را در دل می پروراند اما کافی نیست؛ به ویژه در محور کاهش تقاضا به نظر می رسد به یک تحول فرهنگی و نرم برای مواجهه با روند افزایش سوء مصرف مواد نیاز است (بهاری، ۱۳۸۸).

^۱ . Cohen

^۲ . Grant

وقتی مراجعان شروع به پرهیز یا کنترل سوء مصرف مواد یا الکل می کنند تمام مشکلات آنها خود به خود از بین نمی رود. درمان هم بر عوامل درونی روانی و هم عوامل بین فردی و محیطی متمرکز است. عوامل زیستی و روان شناختی به طور متقابل هم در سبب شناسی و هم در حذف مشکلات وابسته به مواد نقش دارند (بهاری، ۱۳۸۸؛ به نقل از واشتون^۱، ۱۹۸۴).

بسیاری از نظریه پردازان آشکارا اظهار می کنند یا به طور ضمنی معتقدند که برخی از مکانیسم های تعارضات درونی آنچه را که می توان «مستعد بودن به اعتیاد» نامید، به حرکت وا می دارد (بهاری، ۱۳۸۸؛ به نقل از اسمارت، ۱۹۸۰). بعضی از مواقع این تعارضات می تواند نتیجه مشکلات محیطی باشد اما اکثر مواقع به عنوان یک سابق درونی تلقی شده و منجر به سبک زندگی پوچ و رخوت انگیزی می شود (بهاری، ۱۳۸۸؛ به نقل از کریوس^۲، ۱۹۸۰). این یک واقعیت است که متخصصان اعتیاد مشکلات مطرح شده از سوی مراجعان خود را بیش از حد ساده می گیرند (بهاری، ۱۳۸۸؛ به نقل از الیس^۳، ۱۹۸۴). این ساده انگاری تمایزات بالینی و علمی حساس را نادیده گرفته و در تشخیص مشکلات سوء مصرف مواد به صورت پیچیده شکست می خورند. روشن است که نگاه ساده انگارانه به درمان اعتیاد موفقیت چندان در پی نخواهد داشت. روشن است که پرهیز تنها هدف درمان موفقیت آمیز نیست بلکه رسیدگی به مشکلات روانی سوء مصرف مواد به صورت نشانگان چند متغیره ای که باید تک به تک و به گونه ای متمایز درمان شوند، حائز اهمیت است، زیرا مشکلات مختلفی برای افراد گوناگون در راستای مصرف مواد مطرح می شود (بهاری، ۱۳۸۸؛ به نقل از بارت^۴، ۱۹۸۵).

همراهی مشکلات روانی و جسمانی و مواد در میان افرادی که در جستجوی کمک برای هر یک از این دو مشکل هستند، خیلی رایج است. در واقع، مشکلات همراه به اندازه ای در میان افرادی که از نهاد های

1 . Wash ton

2 . Crios

3 . Ellic

4 . Barthes

درمانی مشکلات سلامت روان، مواد و الکل کمک درخواست می کنند رواج دارد که ما باید فرض کنیم، کسانی که با یکی از مشکلات مراجعه می کنند، به احتمال زیاد هر دو مشکل را دارند، مگر اینکه خلاف این موضوع ثابت شود، قابل درمان اند. جداسازی فیزیکی و فرهنگی مراکز خدمات درمانی، مشکلات سلامت روان و مواد مشخص می کند که در بیشتر کشورهای توسعه یافته کارکنان مراکز درمانی که کار تشخیص، سنجش و درمان مراجعان را در هر یک از این دو زمینه را به عهده دارند، برای مشکلات توأم آموزش ندیده اند. در نتیجه، افراد مبتلا به همراهی مشکلات سلامت روان و مواد اغلب درمان مطلوبی در یافت نمی کنند. با شناخت مشکلات جسمانی و روانی همراه این افراد می توانیم به فرایند درمان اعتیاد آنها کمک کنیم و روش های درمانی مطلوب تری به کار برده و در نتیجه این افراد درمان مؤثرتری خواهند داشت.

۱-۴-اهداف پژوهش:

هدف اصلی:

بررسی میزان شیوع بیماری های همراه روانی و جسمانی در متقاضیان مداخلات درمان.

اهداف فرعی:

(۱) بررسی میزان شیوع شکایات جسمی در بیماران متقاضی درمان.

(۲) بررسی میزان شیوع اختلال "وسواسی-جبری" در بیماران متقاضی درمان.

(۳) بررسی میزان شیوع "حساسیت در روابط متقابل" در بیماران متقاضی درمان.

(۴) بررسی میزان شیوع اختلال "افسردگی" در بیماران متقاضی درمان.

(۵) بررسی میزان شیوع اختلال "اضطراب" در بیماران متقاضی درمان.

- ۶) بررسی میزان شیوع اختلال "پانیک" در بیماران متقاضی درمان.
- ۷) بررسی میزان شیوع "پرخاشگری" در بیماران متقاضی درمان.
- ۸) بررسی میزان شیوع "اختلال تفکر" در بیماران متقاضی درمان.
- ۹) بررسی میزان شیوع "روان گسستگی" در بیماران متقاضی درمان.
- ۱۰) بررسی میزان شیوع "اختلالات جسمانی" در بیماران متقاضی درمان.

۱-۵- فرضیه های پژوهش:

فرضیه اصلی:

میزان شیوع اختلالات همراه روانی و جسمانی در بیماران متقاضی درمان بالاست.

فرضیه های فرعی:

- ۱) میزان شیوع شکایات جسمی در بیماران متقاضی درمان بالاست.
- ۲) میزان شیوع اختلال وسواسی-جبری در بیماران متقاضی درمان بالاست.
- ۳) میزان شیوع حساسیت در روابط متقابل در بیماران متقاضی درمان بالاست.
- ۴) میزان شیوع اختلال افسردگی در بیماران متقاضی درمان بالاست.
- ۵) میزان شیوع اختلال اضطراب در بیماران متقاضی درمان بالاست.
- ۶) میزان شیوع اختلال پانیک در بیماران متقاضی درمان بالاست.

۷) میزان شیوع پرخاشگری در بیماران متقاضی درمان بالاست.

۸) میزان شیوع اختلال تفکر در بیماران متقاضی درمان بالاست.

۹) میزان شیوع روان گسستگی در بیماران متقاضی درمان بالاست.

۱۰) میزان شیوع اختلالات جسمانی در بیماران متقاضی درمان بالاست.

۱-۶- تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای پژوهش:

۱-۶-۱- اعتیاد:

۱-۶-۱-۱- **تعریف مفهومی:** اعتیاد به مواد مخدر و الکل بیماری دوره ای یا مزمنی است که توسط ساییقی نابهنجار و ممتد برای برخی نورو تروپها مشخص می شود. اگر سوژه از ماده مخدر که به آن معتاد شده محروم گردد، حالت نیاز در او رو به تزاید خواهد گذارد. سندرم ابستیننس یا پرهیز که در اثر محرومیت سوژه از ماده مخدر حادث می شود غالباً با اختلالات جسمی و روحی همراه است (کورکینا و کوسودا و همکاران، ۱۹۸۹؛ ترجمه رزم آزما، ۱۳۶۸).

۱-۶-۱-۲- **تعریف عملیاتی:** منظور ما از فرد معتاد در این پژوهش کسانی هستند که در مراکز کاهش آسیب، متادون درمانی و کمپ ها بستری یا تحت پوشش بوده و به عنوان معتاد به محقق معرفی شده اند.

۱-۶-۲- اختلال جسمانی سازی:

۱-۶-۲-۱- **تعریف مفهومی:** اختلال جسمانی سازی شامل شکایات بدنی متعدد در دستگاه های عضوی متعدد است که سالهای متمادی ادامه می یابد و سبب تخریب جدی یا جستجوی درمان یا هر دوی

این ها می شود. این اختلال مزمن است و با ناراحتی روانشناختی قابل ملاحظه، اختلال در عملکرد اجتماعی و شغلی و جستجوی افراطی برای کمک طبی همراه است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

۱-۲-۶-۲-تعریف عملیاتی: برای بررسی اختلال جسمانی از ۱۲ سؤال آزمون نشانه های اختلالات

روانی که عبارتند از سؤال های: ۵۸-۵۶-۵۳-۵۲-۴۹-۴۸-۴۲-۴۰-۲۷-۱۲-۴-۱ استفاده شده است (آشتیانی، ۱۳۹۱).

۱-۳-۶-۳-اختلال وسواسی - جبری:

۱-۳-۶-۱-تعریف مفهومی: خصیصه اصلی اختلال وسواسی-جبری وجود وسواس های فکری یا

عملی مکرر چنان شدید است که رنج و عذاب قابل ملاحظه ای را برای فرد به بار می آورند. این وسواس های فکری یا عملی سبب اتلاف وقت می شوند و اختلال قابل ملاحظه ای در روند معمولی و طبیعی زندگی، کارکرد شغلی، فعالیت های معمول اجتماعی یا روابط فرد ایجاد می کنند. بیمار مبتلا به این اختلال ممکن است فقط وسواس فکری، فقط وسواس عملی یا هر دوی آنها را با هم داشته باشد. وسواس فکری عبارت است از فکر، احساس، اندیشه یا حسی عود کننده و مزاحم. وسواس عملی عبارت است از اجبار رفتاری آگاهانه، استاندارد و عود کننده نظیر شمارش، واری، اجتناب (روزنهان و سلیگمن ؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۱).

۱-۳-۶-۲-تعریف عملیاتی: برای سنجش اختلال وسواسی - جبری از ۱۰ سؤال آزمون نشانه های

اختلالات روانی که عبارتند از: ۶۵-۵۵-۵۱-۴۶-۴۵-۳۸-۲۸-۱۰-۹-۳ استفاده شده است (آشتیانی، ۱۳۹۱).

۱-۴-۶-۴-اختلال افسردگی:

۱-۴-۶-۱-تعریف مفهومی: طبق متن DSM-5 اختلال افسردگی اساسی بدون سابقه ای از دوره

های مانیا رخ می دهد. دوره ی افسردگی اساسی باید حداقل دو هفته طول بکشد. بیماری که دچار افسردگی

اساسی تشخیص داده شود، باید حداقل چهار علامت از فهرستی شامل تغییرات اشتها و وزن، تغییرات خواب و فعالیت، فقدان انرژی، احساس گناه، مشکل در تفکر و تصمیم گیری و افکار عود کننده ی مرگ یا خودکشی را هم داشته باشد (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۶؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴).

۱-۶-۲-تعریف عملیاتی: برای سنجش اختلال افسردگی افراد از ۱۳ سؤال آزمون نشانه های اختلالات روانی استفاده شده است که شامل سؤال های ۷۹-۷۱-۵۴-۳۲-۳۱-۳۰-۲۹-۲۶-۲۲-۲۰-۱۵-۱۴ است (آشتیانی، ۱۳۹۱).

۱-۶-۵-اختلال اضطرابی:

۱-۶-۵-۱-تعریف مفهومی: اختلالات اضطرابی با عوارض زیادی همراهند و اغلب مزمن شده و نسبت به درمان مقاوم هستند. این اختلالات را می توان خانواده ای از اختلالات روانی مجزا و در عین حال مرتبط به هم در نظر گرفت. احساس اضطراب دو مؤلفه دارد: با خبر شدن فرد از تغییرات جسمی خود (مثل تپش قلب و تعریق) و با خبر شدن از اینکه عصبی شده است یا ترسیده است. اضطراب گذشته از اثرات حرکتی و احساسی بر تفکر، ادراک و یادگیری فرد هم اثر می گذارند. اضطراب اغلب سردرگمی و تحریف هایی در ادراک ایجاد می کند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

۱-۶-۵-۲-تعریف عملیاتی: برای سنجش اختلال اضطرابی از ۱۰ سؤال آزمون نشانه های اختلالات روانی استفاده شده است که عبارتند از سؤال های: ۸۶-۸۰-۷۸-۷۲-۵۷-۳۹-۳۳-۲۳-۱۷-۲ (آشتیانی، ۱۳۹۱).

۱-۶-۶-اختلال پانیک:

۱-۶-۶-۱-تعریف مفهومی: حمله حاد شدید اضطراب همراه با احساس مرگ قریب الوقوع را اختلال پانیک می نامند. مشخصه ی اختلال پانیک، حملات و دوره های مجزای ترس شدید هستند و فراوانی بروز

آنها از چند حمله در یک روز تا صرفاً تعداد انگشت شماری حمله در یک سال فرق می کند. بیماری های شایع همراه اختلال پانیک عبارتند از: خود بیمار انگاری، اختلال شخصیت و اختلال مرتبط با مواد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

۱-۶-۲-تعریف عملیاتی: برای بررسی اختلال پانیک در افراد از ۷ سؤال آزمون نشانه های اختلالات روانی استفاده شده است که این سؤال ها شامل ۸۲-۷۵-۷۰-۵۰-۴۷-۲۵-۱۳ است (آشتیانی، ۱۳۹۱).

۱-۶-۷-پرخاشگری:

۱-۶-۷-۱-تعریف مفهومی: اصطلاح پرخاشگری به طور اختصاصی در متن بازنگری شده کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان پزشکی امریکا تعریف نشده است. تعریف به کار رفته در این بخش عبارت است از رفتاری که به قصد آسیب جسمی به دیگران انجام می شود و این تعریف در واقع توصیف پیامد کوتاه مدت پرخاشگری یعنی صدمه زدن به دیگران است (روزنهان و سلیگمن؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۱).

۱-۶-۷-۲-تعریف عملیاتی: برای بررسی پرخاشگری افراد از ۶ سؤال آزمون نشانه های اختلالات روانی که عبارتند از سؤال های ۸۱-۷۴-۶۷-۶۳-۲۴-۱۱ استفاده شده است (آشتیانی، ۱۳۹۱).

۱-۶-۸-اختلال تفکر:

۱-۶-۸-۱-تعریف مفهومی: اختلال تفکر هرگونه اختلال در تفکر که بر زبان، ارتباط کلامی، محتوای فکری تأثیر بگذارند. تظاهرات آن از وقفه ساده تفکر و حاشیه پردازی خفیف تا شدید تداعی ها، بی ربطی کلام و هذیان را در بر می گیرد، مشخصه آن این است که فرد نمی تواند از قواعد نحوی و معنایی پیروی

کند و این حالت با سطح تحصیلات، هوش یا زمانه فرهنگی وی تناسبی ندارد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

۱-۶-۸-۲-تعریف عملیاتی: برای بررسی اختلال تفکر در افراد از ۶ سؤال آزمون نشانه های اختلالات روانی استفاده شده است که عبارتند از: ۸۳-۷۶-۶۸-۴۳-۱۸-۸ (آشتیانی، ۱۳۹۱).

۱-۶-۹-روان گسستگی:

۱-۶-۹-۱-تعریف مفهومی: روان گسستگی سندرمی بالینی شامل آسیب شناسی روانی متغیر اما عمیقاً ویرانگری است که شناخت، هیجان، ادراک و سایر جنبه های رفتار را درگیر می کند. سوء مصرف مواد در این اختلال شایع است و با کارکرد ضعیف تر بیمار همراه است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

۱-۶-۹-۲-تعریف عملیاتی: برای سنجش اختلال روان گسستگی از ۱۰ سؤال آزمون نشانه های اختلالات روانی استفاده شده است که این سؤال ها شامل: ۹۰-۸۸-۸۷-۸۵-۸۴-۷۷-۶۲-۳۵-۱۶-۷ است (آشتیانی، ۱۳۹۱).

۱-۶-۱۰-حساسیت در روابط متقابل:

۱-۶-۱۰-۱-تعریف مفهومی: حساسیت در روابط متقابل به احساس عدم کفایت و حقارت فرد بالاخص در مقایسه با دیگران اشاره دارد. دست کم گرفتن خود، احساس عدم آرامش و ناراحتی محسوس در جریان ارتباط با دیگران از تظاهرات خاص این بعد است (آشتیانی، ۱۳۹۱).

۱-۶-۱۰-۲-تعریف عملیاتی: برای بررسی حساسیت در روابط متقابل از ۹ سؤال آزمون نشانه های اختلالات روانی که عبارتند از: ۷۳-۶۹-۶۱-۴۱-۳۷-۳۶-۳۴-۲۱-۶ استفاده شده است (آشتیانی، ۱۳۹۱).

۱-۶-۱۱-اختلالات جسمانی:

۱-۶-۱۱-۱-تعریف مفهومی: اختلالات جسمانی شامل اختلالاتی است که موجب بر هم خوردن

کارکردهای طبیعی بدن در قسمت های مختلف بدن شده و مشکلاتی برای زندگی عادی فرد ایجاد می کنند.

۱-۶-۱۱-۲-تعریف عملیاتی: برای سنجش اختلالات جسمانی از چک لیست محقق ساخته ای

استفاده شده است که ویژگی های دموگرافیک و اختلالات جسمانی (مثل اختلال کلیوی، قلبی، تنفسی،

پوستی، کبدی و) را بررسی می کند.

فصل دوم

چهارچوب نظری

پژوهش

۲-۱- اعتیاد

در مورد اعتیاد تاکنون تعاریف متعددی توسط صاحب نظران و پژوهشگران ارائه شده اما واقعیت این است که هیچ یک از این تعاریف نمی تواند به تنهایی جامعیت اعتیاد را مطرح کند. شاید دلیل این امر این است که اعتیاد دربر گیرنده و تأثیرگذار بر جنبه های مختلفی از زندگی بشر است و تعاریف مزبور هر یک تنها بخشی از این دامنه را مطرح می نمایند. اعتیاد یک فرآیند چند عاملی است که بسته به شرایط و موقعیت های مختلف اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، روانی و فیزیولوژیایی باید مورد ارزیابی قرار گیرد چرا که برای حصول نتیجه و راهیابی به فضای پذیرش عمومی در سطح جامعه لازم است تا با دیدگاهی جامع نگر پذیرای عوامل و آثار این پدیده در حوزه های مختلف جامعه باشیم. از طرفی با گذشت زمان و ظهور پیشرفت های بشری و زمینه های علمی و تکامل علم روان شناسی همواره شاهد تغییر نگرش ها و نوع قضاوت ها در خصوص اعتیاد بوده ایم، به طوری که امروزه از نظر سازمان جهانی بهداشت^۱ به کار بردن واژه اعتیاد از مقبولیت کاربردی برخوردار نیست بلکه به جای آن وابستگی دارویی^۲ توصیه شده است. مع الوصف در این جا به برخی از تعاریف موجود از اعتیاد اشاره می کنیم:

– اعتیاد یعنی خوگرفتن و وابسته شدن جسمی، روانی و عصبی فرد به مواد مخدر که ترک یا فرار از آن ناممکن و یا بسیار مشکل است (محمدی، ۱۳۸۷).

^۱ . World Health Organization

^۲ . Drug dependency

- اعتیاد یعنی مصرف نا به جا و مکرر مواد مخدر که موجب وابستگی به آنها می شود. این وابستگی بدنی و روانی است. ترک مصرف مواد مشکلات و محرومیت های بدنی و روانی را در پی خواهد داشت (فیلدز^۱؛ ترجمه حمیدی کیا و غلامرضایی، ۱۳۹۲).

- اعتیاد به مواد مخدر و الکل بیماری دوره ای یا مزمنی است که توسط سایقی نابهنجار و ممتد برای برخی نوروتروپها مشخص می شود. اگر سوژه از ماده مخدر که به آن معتاد شده محروم گردد، حالت نیاز در او رویه تزیاید خواهد گذارد. سندرم ابستیننس یا پرهیز که در اثر محرومیت سوژه از ماده مخدر حادث می شود غالباً با اختلالات جسمی و روحی همراه است (کوکینا، تسیومیکو و همکاران، ۱۹۸۹؛ به نقل از رسول، ۲۰۰۷).

برای تعریف جنبه های مختلف وابستگی به مواد دو مفهوم به کار می رود: وابستگی رفتاری و وابستگی جسمی. در وابستگی رفتاری، فعالیت های مواد جویی و شواهد مربوط به الگوهای مصرف بیمارگون مورد تأکید قرار می گیرد، اما وابستگی جسمی به اثرات جسمی (فیزیولوژیک) دوره های متعدد مصرف مواد اطلاق می شود. مشخصه وابستگی روانی که خوگیری^۲ نیز نامیده می شود میل مداوم یا تناوب برای مصرف مواد به منظور اجتناب از حالت ملال است (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۶؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴).

۲-۱-۱- ملاک های تشخیصی 5-D.S.M برای سوء مصرف مواد

ویژگی اصلی اختلال مصرف یک ماده، مجموعه ای از علائم شناختی، رفتاری، و فیزیولوژیکی است که نشان دهنده تداوم مصرف ماده از سوی فرد به رغم مشکلات چشمگیر مرتبط با ماده است. ویژگی دیگر اختلالات مصرف مواد، بالاحص در مبتلایان به اختلالات شدید، بروز تغییر اساسی در مدارهای مغزی است که ممکن است پس از سم زدایی باقی بمانند. اثرات رفتاری این تغییرات مغزی ممکن است به صورت عودهای مکرر و

¹ . Fields

² . Habituation

ولع شدید نسبت به مواد در هنگام مواجهه فرد با محرک های مرتبط با مواد نمایان شوند. در مجموع، تشخیص اختلال مصرف ماده بر پایه ی الگوی آسیب زایی از رفتارهای وابسته به مصرف ماده استوار است. جهت سازماندهی بهتر، می توان چنین فرض کرد که ملاک های متعلق به ملاک الف در قالب چهار گروه بندی کلی کنترل مختل، اختلال اجتماعی، مصرف پر خطر و ملاک های داروشناختی قرار گرفته اند. در این میان، کنترل مختل در زمینه مصرف ماده اولین گروه بندی ملاک ها است (ملاک های ۱-۴): (۱) فرد ممکن است ماده را در مقادیری بیشتر یا برای مدت زمانی طولانی تر از تمایل اولیه خود مصرف نماید. (۲) فرد ممکن است وجود تمایل مستمر برای قطع یا تعدیل مصرف ماده را عنوان کرده و شاید گزارش کند که تلاش های ناموفقی برای کاهش یا توقف مصرف داشته است. (۳) فرد ممکن است زمان زیادی را برای تهیه، مصرف و یا رهایی از اثرات آن ماده صرف نماید. (۴) در بعضی از موارد اختلالات شدیدتر مصرف مواد، تقریباً تمام فعالیت های روزانه فرد پیرامون مواد دور می زند. ولع با احساس فوریت و یا یک تمایل قوی برای مصرف ماده تظاهر پیدا می کند و ممکن است در هر زمانی اتفاق بیفتد اما بیشتر احتمال دارد با قرارگیری فرد در مکانی که ماده قبلاً از آن تهیه و یا در آن مصرف شده بروز نماید.

دومین گروه بندی ملاک ها به تخریب اجتماعی مربوط می شود (ملاک ۵-۷): (۵) مصرف مکرر مواد ممکن است فرد را از ایفای وظایف عمده مربوط به نقش های شغلی، تحصیلی و یا خانوادگی باز دارد. (۶) فرد ممکن است به رغم وجود مشکلات پایدار یا مکرر اجتماعی یا بین فردی ایجاد و یا تشدید شده بر اثر ماده به مصرف ادامه دهد. (۷) همچنین، ممکن است فعالیت های مهم اجتماعی، شغلی و یا تفریحی به دلیل مصرف ماده رها شده و یا کاهش یابند. مصرف پر خطر ماده به سومین گروه بندی ملاک ها تعلق دارد (ملاک های ۸ و ۹): (۸) در این حالت، فرد ممکن است ماده را به صورت مصرف مکرر در موقعیت های از نظر جسمانی خطر آفرین مصرف نماید. (۹) به علاوه مصرف ماده ممکن است به رغم آگاهی فرد از مشکل جسمانی یا روان شناختی مکرر یا پایداری که احتمالاً با ماده ایجاد و یا تشدید شده ادامه پیدا کند.

ملاک های داروشناختی آخرین گروه ملاک ها هستند: ۱۰) تحمل با لزوم افزایش قابل توجه مقدار مصرفی ماده جهت نیل به اثر دلخواه و یا کاهش بارز اثر در هنگام مصرف مقدار معمول ماده مشخص می شود. ۱۱) محرومیت سندرمی است که در هنگام افت غلظت های خونی و یا بافتی یک ماده در بدن فردی با سابقه مصرف سنگین و طولانی مدت آن ماده به وقوع می پیوندد. با بروز علائم محرومیت، احتمال دارد که فرد جهت رفع علائم مواد مصرف نماید (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه رضاعی، فخرایی و همکاران، ۱۳۹۳).

چهارتا از معرف های فروکش^۱ را فقط زمانی می توان به کار برد که حداقل به مدت یک ماه ملاک های وابستگی به مواد وجود نداشته باشد. تعریف این چهار نوع فروکش مبتنی بر دو عامل است:

۱) فاصله زمانی که از قطع وابستگی می گذرد (فروکش اولیه در مقایسه با فروکش مستمر). ۲) دوام وجود یک یا چند تا از ملاک های وابستگی یا سوء مصرف (فروکش نسبی در مقایسه با فروکش کامل). از آنجا که در ۱۲ ماه اول پس از وابستگی، خطر عود بالا است، این دوره را فروکش اولیه نامیده اند. پس از آن که ۱۲ ماه دوره فروکش اولیه بدون عود وابستگی سپری شد، شخص وارد دوره فروکش مستمر می شود. به هر یک از دو نوع فروکش می توان صفت کامل یا نسبی را اضافه کرد. فروکش کامل زمانی است که در طول دوره ی فروکش هیچ یک از ملاک های سوء مصرف یا وابستگی وجود نداشته باشد و فروکش نسبی به مواردی اطلاق می شود که در طول دوره فروکش، به طور متناوب یا مستمر حداقل یکی از ملاک های وابستگی یا سوء مصرف وجود داشته باشد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

¹ . Remisson

۲-۱-۲- نظریه های سوء مصرف مواد:

الگوها و نظریه های بی شماری جهت توضیح مصرف یا سوء مصرف الکل و مواد و علل گرایش به مصرف مواد ارائه شده اند. دامنه این نظریه ها از آنهایی که بر عوامل ژنتیکی و زیست شناختی تا آنهایی که بر عوامل اجتماعی و روان شناختی تأکید دارند، گسترده شده. این نظریه ها عبارتند از:

۲-۱-۲-۱- نظریه شخصیت:

نظریه شخصیت بر اهمیت صفات و ویژگی های شخصیتی در شکل گیری و تداوم وابستگی تأکید دارد. یافته های مبنی بر ارتباط بین صفاتی مانند بیش فعالی، تحریک خواهی، رفتار ضد اجتماعی و تکانش گری و سوء مصرف مواد پیدا شده است. تا زمانی که «رابطه همه گیر شناسی بین سوء مصرف مواد و اختلال شخصیت مقایسه وجود دارد و با توجه به این که بیشتر مطالعات افراد وابسته به مصرف مواد را با افراد غیر وابسته مقایسه کرده اند» نمی توان در مورد علیت نتیجه گیری کرد. این نظریه ادعا می کند که ممکن است صفات شخصیت باشند که احتمال وابسته شدن فرد به مواد را تغییر می دهند (رسول، ۲۰۰۷؛ ترجمه رحمت زاده، ۱۳۹۱).

۲-۱-۲-۲- نظریه سایکودینامیک:

طیف نظریات سایکودینامیک در مورد سوء مصرف مواد بازتاب نظریه های مختلفی است که هر کدام دوره ای در طول ۱۰۰ سال گذشته رواج داشته اند. بر طبق نظریات کلاسیک سوء مصرف مواد معادل خود ارضایی بوده و مکانیسم دفاعی در مقابل تکانه های همجنس گرایانه یا تظاهری از پسرفت دهانی (یعنی وابستگی) است. برخی مصرف کنندگان هروئین نخستین نشئه را مشابه ارگاسم جنسی طول کشیده توصیف می کنند. فرمول بندی های سایکودینامیک جدید، مصرف مواد را بازتاب اعمال مختل ایگو معرفی می کند (یعنی ناتوانی مقابله با واقعیت). به عنوان اقدام خود درمانی، ممکن است الکل برای کنترل هول (پانیک)، مواد

افیونی برای کنترل خشم و اُفتامین ها برای تخفیف افسردگی مصرف شوند. برخی معتادین در شناسایی حالات هیجانی درونی خود مشکل دارند که این حالت آلکسی تایمی^۱ نامیده می شود (در این حالت فرد قادر نیست واژه ای برای توصیف احساسات خود به کار برد). (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

۲-۱-۳- نظریه زیست شناختی:

گفته می شود که اعتیاد «بیماری مغز» است، یعنی فرآیند حیاتی که رفتار اختیاری مصرف مواد را به مصرف جبری مواد تبدیل می کند، ریشه در تغییراتی در ساختمان و شیمی اعصاب مغز مصرف کننده دارد. امروزه شواهد کافی وجود دارد که این تغییرات در مناطق مرتبطی از مغز روی می دهند. تصمیم به مصرف مواد تحت تأثیر موقعیت بلافصل اجتماعی و روانی و نیز سابقه ی قبلی فرد قرار دارد. مصرف مواد یک رشته پیامدهایی را آغاز می کند که می تواند پاداش دهنده یا بیزار کننده باشد و از طریق فرآیند یادگیری ممکن است به افزایش یا کاهش احتمال تکرار مصرف مواد منجر شود. مصرف برخی مواد سبب بروز فرآیندهای زیستی مرتبط با تحمل، وابستگی جسمی و حساس سازی می شود. از سوی دیگر تحمل می تواند برخی عوارض ماده مصرفی را کاهش داده و سبب تسهیل یا ایجاب مصرف مقادیر بالا شود و سرانجام بروز وابستگی جسمانی را تشدید کند. کیفیت بیزار کننده سندرم ترک، اگر به حدی بالاتر از یک آستانه مشخص برسد، انگیزه مشخص و عود کننده ای برای مصرف بیشتر فراهم می کند. حساس سازی سیستم انگیزشی نیز اهمیت محرک های مرتبط با مواد را افزایش می دهد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

۲-۱-۴- نظریه تقویتی:

مصرف مواد چه به صورت گاه گاهی و چه به صورت اجباری رفتاری است که بر اثر پیامدهای آن تداوم می یابد. مواد می تواند از طریق رفع حالت های آزار دهنده و یا نا خوشایندی نظیر درد، اضطراب یا افسردگی، رفتارهای پیشایند خود را تقویت کنند. در برخی موقعیت های اجتماعی، مصرف مواد (جدا از اثرات دارویی

^۱ . Alexithymia

آن)، اگر سبب تأیید دوستان یا کسب موقعیت ویژه ای شود اثر تقویت کننده خواهد داشت. هر بار مصرف مواد در نتیجه نشئگی (شنگولی ناشی از مواد)، تخفیف اثرات ناراحت کننده، تخفیف علایم ترک و هر نوع تلفیقی از این اثرات، سبب تقویت مثبت سریعی می شود. سرانجام ابزار مصرف (سوزن، بطری، پاکت سیگار)، رفتارهایی مرتبط با مصرف مواد و نشانه های حاکی از موجود بودن مواد، به صورت تقویت کننده ثانویه عمل می کنند و در حضور این عوامل، میل مصرف مواد افزایش می یابد (رسول، ۲۰۰۷؛ ترجمه رجمت زاده، ۱۳۹۱).

۲-۱-۲-۵ نظریه عصب-رسانه ای:

برای اکثر موارد مورد سوء مصرف، به استثنای الکل، محققین نوروترانسمیترها^۱ (عصب-رسانه) یا گیرنده های عصبی شناسایی کردند که اگر مواد از طریق آنها اثرات خود را اعمال می کنند. برخی پژوهشگران در مطالعه خود این نوع فرضیه را دنبال می کنند. مثلاً مواد افیونی بر گیرنده های مواد افیونی اثر می کنند. بنابراین در کسی که فعالیت افیونی درونزا بسیار کم است (مثلاً غلظت آندورفین ها^۲ در بدنش کم است) یا فعالیت آنتاگونیستی^۳ افیونی درونزا خیلی بالا است ممکن است در معرض خطر ابتلا به وابستگی به مواد افیونی قرار داشته باشد. حتی در کسی که کارکرد گیرنده درونزا در او کاملاً طبیعی و غلظت عصب-رسانه بهنجار است، مصرف طولانی مدت یک ماده مورد سوء مصرف ممکن است نهایتاً سیستم های گیرنده را در مغز تغییر دهد، به طوری که مغز برای حفظ تعادل، نیازمند ماده برونزا می باشد. چنین فرآیندی در سطح گیرنده ممکن است مکانیسم پیدایش تحمل در دستگاه عصبی مرکزی^۴ باشد. با این حال اثبات تغییر میزان آزاد شدن عصب-رسانه و کارکرد گیرنده ناقل عصبی دشوار بوده و تحقیقات جدید بر اثرات مواد بر سیستم پیام برنده دوم و تنظیم ژن متمرکز است.

1. Neurotransmitters

2. Endorphins

3. Antagonist

4. CNS

عصب-رسانه های اصلی که ممکن است در پیدایش سوء مصرف مواد و وابستگی دخیل باشند عبارتند از سیستم های شبه افیونی، کاتکولامین^۱ (به خصوص دوپامین^۲) و گاما آمینو بوتیریک اسید^۳. نورون های دوپامینرژیک ناحیه تگمنتال شکمی^۴ در این زمینه اهمیت خاصی دارند. این نورون ها به نواحی قشری و لیمبیک^۵ و به خصوص هسته ی آکومبنس^۶ کشیده می شوند. این مسیر خاص احتمالاً در احساس پاداش دخالت دارد و ممکن است میانجی اصلی اثرات موادی نظیر آمفتامین ها و کوکائین باشد. تصور می شود لوکوس سرولوئوس^۷ (بزرگترین گروه نورون های آدرنرژیک)، احتمالاً مرکز تأثیر ترکیبات مواد افیونی و شبه افیونی است. این مسیر روی هم رفته مدار پاداش مغز نامیده می شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

۲-۱-۲-۶- نظریه اخلاقی:

نظریه اخلاقی بر این باور است که مصرف الكل و مواد نشانه ی ضعف اخلاقی، شخصیت بد یا آدم های گناهکار می باشد. طرفداران این الگو هر گونه مبنای زیستی برای اعتیاد را رد می کنند. بر طبق این نظریه، انسانها در مورد انتخاب های رفتاری و سلامتی خود مسئول هستند. این جایی است که دیدگاه «سرزنش قربانی»^۸ ظاهر می شود. این الگو اندکی به درک ما از این مسئله که چرا مردم به مواد و الكل وابستگی پیدا می کنند و چرا ارزش های درمانی آن محدود شده است، کمک می کند. تأکید این الگو در مداخله بر کنترل رفتار از طریق عدم تأیید اجتماعی، هدایت معنوی، متقاعد سازی اخلاقی یا زندان است (رسول، ۲۰۰۷؛ ترجمه رحمت زاده، ۱۳۹۱).

1. Catecholamine

2. Dopamine

3. Gama-Amino butyric acid

4. Ventral tegmental

5. Limbic

6. Accumbens

7. Locus-Coeruleus

8. Victim-Blaming

۲-۱-۲-۷- نظریه بیماری:

این نظریه مدعی است که اعتیاد به دلیل اختلال در فرآیندهای رفتاری یا نورو شیمیایی یا ترکیبی از این دو، یک بیماری محسوب می شود. این نظریه سوء مصرف مواد را به عنوان اختلالی پیش رونده و غیر قابل درمان در نظر گرفته و قاطعانه علت بیماری را به ساختار ژنتیکی و زیستی فرد نسبت می دهد (جلیک^۱، ۱۹۶۰؛ والینت^۲، ۱۹۸۳). در این نظریه اعتقاد بر این است که اعتیاد به الکل و مواد یک بیماری منحصر به فرد، بازگشت ناپذیر و پیش رونده است و نخستین نشانه های آن ناتوانی در کنترل میزان مصرف است. رویکرد بیماری بر پذیرش نقش بیمار توسط سوء مصرف کنندگان الکل و مواد اشاره دارد و از آنها انتظار می رود به عنوان کسانی که «بیماری» دارند رفتار کنند. بهبودی سریع بعید است و حتی با وجود درمان، امکان بازگشت همیشه وجود دارد. الگوی بیماری اعتیاد، دامنه تحلیل خصوصياتی که در اصل فیزیولوژیکی هستند را کاهش داده و آن را از اهمیت رابطه متقابل عوامل روان شناختی و اجتماعی - فرهنگی در تداوم رفتار مصرف مواد جدا می سازد (رسول، ۲۰۰۷؛ ترجمه رحمت زاده، ۱۳۹۱).

۲-۱-۲-۸- نظریه ژنتیک:

در الگوی ژنتیک چنین فرض می شود که اعتیاد به الکل و مواد دارای زمینه ژنتیکی است. مطالعات بی شمار نشان داده اند که اعتیاد به الکل و مواد ناشی از ژنتیک یا نا بهنجاری زیست شناختی با ماهیت فیزیولوژیکی، ساختاری و شیمیایی است. شواهد محکمی وجود دارد که شروع اعتیاد به الکل را عوامل ژنتیکی تعیین می کنند (کلون-اینگر^۳، ۱۹۸۷؛ بلام^۴ و همکاران، ۱۹۹۰؛ پیکنز^۵ و همکاران، ۱۹۹۱).

1. Jellick

2. Valliant

3. Cloninger

4. Blum

5. Pickens

در مطالعه جفت های دو قلو توسط تسانگ^۱ و همکاران (۱۹۹۶)، یافته ها نشان دادند که احتمال ایجاد وابستگی به مخدرها و مواد نیروزا بیشتر تحت تأثیر عوامل ژنتیکی است تا عوامل محیطی مشترک. بعضی افراد ممکن است گرایش کمی به مصرف نوشیدنی های الکلی تجربه کنند، چنین افرادی تا قبل از این که احساس مسمومیت کنند، مشروب می نوشند، همچنین مشخص شده است زمینه ژنتیکی ممکن است از کسانی که به لحاظ ژنتیکی حساسیت سوخت و سازی اساسی به زیاده روی در مصرف مواد روان گردان مانند الکل را دارند، محافظت کند (ولف^۲، ۱۹۷۲). هنوز میزان تأثیری که عوامل ژنتیکی در رفتارهای اعتیاد آور بازی می کنند، نا مشخص است و به پژوهش های بیشتری نیاز دارند.

۲-۱-۲-۹- نظریه روانکاوی:

نخستین توضیحات روانکاوی از این باور نشأت می گیرد که اعتیاد نتیجه تمایل به مرگ ناهشیار در قالب شکلی از «خودکشی تدریجی»^۳ است (کانت زین^۴، ۱۹۸۰). مکاتب فکری دیگر آن را شامل ادراک تعارض بین یک فکر سرکوب شده و دفاع بر علیه آن و یک خود ناکارا می دانند. بر طبق نظریه ی روانکاوی، رفتار سازگارانه نیاز به کارکرد هماهنگ نهاد^۵، من^۶، فرامن^۷ دارد. این اجزاء طی مراحل رشد روانی جنسی تغییر می کنند. الکلیسم^۸ و دیگر وضعیّت های آسیب شناختی به تعارض در این مراحل رشدی، در اثر فعل و انفعالات مخرب بین این سه جزء تشکیل دهنده ی خود، منتسب می شوند. در مورد سبب شناسی چنین فرض می شود که ارضای جسمانی (اجتناب از درد و اضطراب)، تعارض بین نهاد، من و فرامن و تثبیت در دوران کودکی باعث وابستگی به الکل و مواد می شود. به نظر می رسد که مکانیزم های دفاعی^۹ ذهن در ارتباط با

1. Tsuang

2. Wolf

3. Slow suicide

4. Khantzian

5. Id

6. Ego

7. Superego

8. Alcoholism

9. Defense mechanisms

تعارض های بین اجزای تشکیل دهنده ی خود عمل می کنند. مکانیزم های انکار^۱، سرکوبی^۲، فرافکنی^۳ و جابه جا سازی^۴ می توانند به عنوان خزانه ی رفتاری در نظر گرفته شوند. مصرف الکل و مواد با تثبیت در مرحله ی دهانی رشد ارتباط دارد. به اعتقاد کانت زین (۱۹۹۷)، ویژگی های روان پویایی خاصی در افراد وابسته به مواد مشاهده می شود. این ویژگی ها شامل مشکلاتی در مدیریت عواطف، خود شیفتگی، روابط شیء، قضاوت و مراقبت از خود می شوند. این مشکلات ممکن است زمینه را برای وابستگی افراد به مواد مهیا کنند زیرا آنها مبنای اضطراب یا ناراحتی هایی هستند که با مصرف مواد روان گردان فرو نشانده می شوند. وابستگی در برگیرنده جذب تدریجی اثرات مواد و نیاز به تحمل آن ها برای ایجاد ساختار تدافعی خود برای خویشتن است (رسول، ۲۰۰۷؛ ترجمه رحمت زاده، ۱۳۹۱).

۲-۱-۲-۱۰- نظریه رفتاری:

در نظریه های رفتاری، مصرف مواد روان گردان به عنوان رفتاری اکتسابی در نظر گرفته می شود. پاسخی که از طریق فرآیند شرطی سازی کلاسیک^۵، شرطی سازی عاملی^۶ و یادگیری اجتماعی یاد گرفته می شود. در شرطی سازی کلاسیک، وابستگی تا حدودی از طریق فرآیندهای یادگیری تداعی به دست می آید. این بدین معنا است که گرایش به مصرف مواد ممکن است نتیجه عوامل خاصی باشند که با مصرف یک ماده ی خاص همراه شده اند. تداوم رفتار مصرف مواد در نتیجه تداعی های گذشته با محیط یا موقعیتی است که در آن مواد مصرف می شده است.

1. Denial

2. Repression

3. Projection

4. Displacement

5. Classical Concitioning

6. Operent Concitioning

ویکلی^۱ (۱۹۶۱) نخست اعتقاد داشت که شرطی سازی کلاسیک نقش مهمی در ایجاد انگیزش جهت مصرف مواد بازی می کند. با وجود این، نظریه شرطی سازی کلاسیک پشتوانه ای برای تفاوت های فردی (عوامل ژنتیک)، عوامل اجتماعی یا انتظاراتی ناشی از تأثیرات مصرف مواد ارائه نمی کند. در نظریه شرطی سازی عاملی، یادگیری هنگامی رخ می دهد که پاسخ یا رفتار به واسطه ی تقویت^۲ دنبال شود. تقویت کننده ها رفتار را نیرو می بخشند و ممکن است مثبت (پاداش دادن به رفتار) و یا منفی (اجتناب از تجربه ای ناخوشایند) باشند. نقش تقویت کننده ی مثبت در مصرف مواد روان گردان را می توان به این صورت توضیح داد که مواد می توانند سبب احساسات لذت بخش شوند. لذت بیشتر یا در برخی موارد ترس از ترک، ادامه مصرف مواد را تقویت می کند (رسول، ۲۰۰۷؛ ترجمه رحمت زاده، ۱۳۹۱).

۲-۱-۱-۱۱- نظریه یادگیری اجتماعی:

نظریه یادگیری اجتماعی توضیحی درباره ی چگونگی شکل گیری رفتار (سازگار یا ناسازگار) و تداوم آن از طریق فرآیند تقویت مثبت و منفی ارائه می دهد و نیز، چنین فرض می شود که رفتار از طریق سرمشق گیری^۳ نقش و نیاز به هم رنگی با آن تحت تأثیر قرار می گیرد. الگوهای رفتاری و نگرشی نیز می توانند از طریق مشاهده ی الگوهای اجتماعی، بدون دریافت هیچ گونه تقویتی از محیط اطراف آموخته شوند. سایر نظریه ها و مدل های شناختی شامل نظریه کاهش تنش^۴، مدل خود آگاهی^۵، نظریه انتظار^۶ می باشند. نظریه کاهش تنش بر این فرض استوار است که افراد الکلی می نوشند تا تنش و اضطراب را کاهش دهند. نوشیدن الکلی یا مواد تقویت کننده است زیرا کاهشی را در تنش ایجاد می کند (کاپل و گرلی، ۱۹۸۷؛ به نقل از رسول، ۲۰۰۷).

1. Wikler

2. Reinforcement

3. Modeling

4. Tension-Reduction

5. Self-awareness

6. Expectancy

مدل خود آگاهی تلاش می کند تا به علت و اثرات مواد روان گردان بر حسب منع بازداري رفتار اجتماعی به دنبال کاهش سطح خود آگاهی فرد پی ببرد. نظریه انتظار توصیفی برای نقش عوامل شناختی در شروع و تداوم رفتار مصرف مواد با وجود پیامدهای آن است (استیسی^۱ و همکاران، ۱۹۹۰).

۲-۱-۲- نظریه های اجتماعی - فرهنگی:

نظریه های اجتماعی - فرهنگی در بر گیرنده تعداد زیادی نظریه های فرعی مانند نظریه ی سیستمی^۲، نظریه تعامل خانوادگی^۳، نظریه انسان شناسی^۴، نظریه اقتصادی، نظریه دروازه ورودی^۵ و نظریه در دسترس بودن^۶ می باشند. در نظریه سیستمی، رفتار به وسیله ی درخواست های مداوم نظام های بین فردی که فرد با آن در تعامل است ایجاد و تداوم پیدا می کند. سبب شناسی این نظریه بر مبنای رفتار مشاهده شده در زمینه های خانوادگی مانند رفتار بر آمده از تعاملات بین سایر افراد مهم قرار دارد. در نظریه تعامل خانوادگی، مهم ترین عامل سبب شناسی احتمالاً کمبودهای وابسته به پدر و مادر است که به عنوان محصولی از الکیسم والدی رخ می دهد. شواهدی وجود دارد که نشان می دهد الکل ممکن است باعث تسهیل در ارتباطات کارکردی سازگارانه در روابط زناشویی شود (جکوب^۷ و لئونارد^۸، ۱۹۸۸). نظریه در دسترس بودن نشان می دهد که هر چه قابلیت دسترسی به مواد روان گردان بیشتر باشد، شیوع و شدت مشکلات مرتبط با مصرف مواد در اجتماع بیشتر خواهد بود. تأثیر فرهنگ در همه حال تعیین کننده ی مهمی در به دام انداختن افراد به اعتیادهای خاص است. به نظر می رسد که نگرش های فرهنگی و مذهبی به عنوان سپر دفاعی در برابر اعتیاد به مواد باشند.

1. Stacy

2. Systems Theory

3. Family interaction

4. Anthropological

5. Gateaway

6. Availability

7. Jacob

8. Leonard

۲-۱-۲-۱۳- نظریه زیستی- روانی اجتماعی:

این نظریه دامنه ی گسترده ای از عوامل که در نتیجه تعامل با یکدیگر به اعتیاد منجر می شود را مورد توجه قرار می دهد. به این معنی که اعتیاد به الکل و مواد به لحاظ سبب شناسی به جای تک بعدی بودن، چند عاملی در نظر گرفته می شود. مدل «در دسترس بودن» زیستی- روانی اجتماعی، در بر گیرنده عوامل زیستی، عوامل روانی-اجتماعی و عوامل محیطی می باشد. علاوه بر این، مؤلفه ی دیگری که ممکن است به نظریه ی زیستی-روانی اجتماعی افزوده شود، بعد معنوی است. این مدل این عوامل را «به عنوان احکامی موقتی با تأثیر متقابل آن ها» در نظر می گیرد که باعث اعتیاد می شوند (رسول، ۲۰۰۷؛ ترجمه رحمت زاده، ۱۳۹۱).

۲-۲- اختلالات روانی همراه با اعتیاد:

بر اساس D.S.M-IV-TR در بسیاری موارد، فرد معتاد از یک یا چند اختلال روانی و شخصیتی دیگر نیز (که در اثر سوء مصرف ایجاد م شود) رنج می برد. شایع ترین اختلالات توأم با اعتیاد عبارتند از: روان آشفتگی^۱، زوال عقل^۲، اختلال یادزدودگی^۳، اختلال پسیکوتیک^۴، اختلالات خلقی^۵، اختلالات اضطرابی، بدکاری جنسی^۶، رفتارهای پرخاشگرانه. این اختلالات و اعتیاد تأثیرات متقابلی بر هم می گذارند یعنی اعتیاد می تواند منشأ بروز اختلالات توأم باشد و به همان کیفیت، اختلالات روانی نیز قاد خواهند بود تا اعتیاد فرد را تشدید کنند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

1. Delirium Disorder

2. Dementia Disorder

3. Amnesia Disorder

4. Psychotic Disorder

5. Temperamental Disorder

6. Disfunction sexual

۲-۲-۱- اختلال جسمانی سازی:

اختلال جسمانی سازی شامل شکایات بدنی متعدد در دستگاه های عضوی متعدد است که سال های متمادی ادامه می یابد و سبب تخریب جدی یا جستجوی درمان یا هر دوی این ها می شود. اختلال جسمانی سازی اختلال شبه جسمی نمونه واری است؛ در بین اختلالات شبه جسمی این عنوان تشخیصی بیشترین ثبات را در طول سال های متمادی دارد. وجه افتراق اختلال جسمانی سازی از سایر اختلالات شبه جسمی، تعداد شکایات و دستگاه های متعدد (مثلاً دستگاه گوارش و اعصاب) درگیر در این اختلال است. این اختلال مزمن است و با ناراحتی روان شناختی قابل ملاحظه، اختلال در عملکرد اجتماعی و شغلی و جستجوی افراطی برای کمک طبی همراه است. میزان شیوع اختلال جسمانی سازی در طول عمر برای جمعیت کلی ۰/۲ تا ۲ درصد در زنان و ۰/۲ درصد در مردان تخمین زده می شود. این اختلال رابطه معکوسی با موقعیت اجتماعی دارد و اغلب در بیماران کم سواد و کم درآمد بروز می کند. اختلال جسمانی سازی طبق تعریف پیش از ۳۰ سالگی آغاز می شود و اغلب در خلال سنین نوجوانی شروع می شود.

۲-۲-۱-۱- ملاک های تشخیصی برای اختلال جسمانی سازی:

الف) سابقه شکایات جسمی متعدد که قبل از ۳۰ سالگی شروع شده، چندین سال دوام یافته و منجر به درمان جویی یا اختلال قابل ملاحظه در کارکرد اجتماعی، شغلی و دیگر زمینه های مهم شده است.

ب) وجود هر یک از ملاک های زیر الزامی است و هر یک از علایم در هر دوره از سیر اختلال ممکن است ظاهر شود: (۱) چهار علامت درد: سابقه درد مربوط به حداقل چهار محل یا کارکرد (مانند سر، شکم، پشت، مفاصل، اندام های انتهایی، سینه، راست روده). (۲) دو علامت گوارشی: سابقه حداقل دو علامت گوارشی غیر از درد (مانند تهوع، نفخ، استفراغ، اسهال یا عدم تحمل چندین نوع غذای مختلف). (۳) یک علامت جنسی: سابقه حداقل یک علامت جنسی یا تناسلی به غیر از درد (مانند بی میلی جنسی، اختلال نعوظی یا انزال). (۴) یک علامت جنسی یا تناسلی به غیر از درد (مانند بی میلی جنسی، اختلال نعوظی یا انزال).

۴) یک علامت شبه عصبی: سابقه حداقل یک علامت یا نقص که محدود به درد نباشد و یک عارضه ی عصبی را تداعی کند (علائم تبدیلی مانند اختلال هماهنگی یا تعادل، فلج یا ضعف موضعی، اشکال در بلع یا احساس لقمه در گلو، خفگی صدا، احتباس ادرار، توهمات، فقدان حس لامسه یا حس درد، دو بینی، کوری، کری، تشنج).

تشخیص اختلال جسمانی سازی مستلزم آن است که علائم پیش از ۳۰ سالگی شروع شود. در مسیر این اختلال، بیمار بایستی حداقل از چهار علامت دردناک: دو علامت گوارشی، یک علامت جنسی و یک علامت شبه عصبی شاکی باشد که هیچ یک از آنها با معاینات جسمی و بررسی های آزمایشگاهی، به طور کامل قابل توجیه نباشند (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۶؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴).

۲-۲-۲- اختلال وسواسی - جبری:

خصیصه اصلی اختلال وسواسی-جبری وجود وسواس های فکری^۱ یا عملی^۲ مکرر و چنان شدید است که رنج و عذاب قابل ملاحظه ای را برای فرد به بار می آورند. این وسواس های فکری یا عملی سبب اتلاف وقت می شوند و اختلال قابل ملاحظه ای در روند معمولی و طبیعی زندگی، کارکرد شغلی، فعالیت های معمول اجتماعی یا روابط فرد ایجاد می کنند. بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-جبری ممکن است فقط وسواس فکری، فقط وسواس عملی و یا هر دوی آنها را با هم داشته باشد.

وسواس فکری عبارت است از فکر، احساس، اندیشه یا حسی عود کننده و مزاحم. بر خلاف وسواس فکری که یک فرآیند ذهنی است، وسواس عملی نوعی رفتار است. اجبار رفتاری آگاهانه، استاندارد و عود کننده است، نظیر شمارش، واریسی، اجتناب. بیمار مبتلا به اختلال وسواسی جبری از غیر منطقی بودن وسواس

^۱ . Obsession

^۲ . Compulsion

هایش آگاهی دارد و این وسواس های فکری و عملی را خود-ناهمخوان می یابد (یعنی به صورت یک رفتار ناخواسته).

هر چند عمل وسواسی ممکن است در تلاش برای کاستن از اضطراب همراه با وسواس فکری انجام می شود، همیشه به کم شدن این اضطراب منجر نمی گردد. ممکن است پس از کامل شدن انجام عمل وسواسی، اضطراب فرقی نکرده باشد و یا حتی بیشتر شده باشد. وقتی فرد در مقابل انجام وسواس عملی مقاومت به خرج می دهد نیز اضطراب افزایش می یابد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

۲-۲-۱- ملاک های تشخیصی اختلال وسواسی-جبری:

الف) وجود وسواس های فکر یا عملی یا هر دو. وسواس های فکری عبارتند از:

۱) افکار، تمایلات یا تصورات راجعه و پایداری که در دوره ای از اختلال، به شکل مزاحم و ناخواسته تجربه شده و در اکثر افراد موجب اضطراب یا ناراحتی عمده گردند. ۲) فرد تلاش می کند این افکار، تمایلات یا تصورات را ندیده گرفته یا سرکوب کند یا با پرداختن به افکار یا فعالیت های دیگر (مثل انجام یک وسواس عملی)، خنثی سازد. وسواس های عملی عبارتند از:

۱) رفتارهای تکراری (نظیر شستن دست، رعایت نظم و ترتیب، واریسی کردن) یا فعالیت های ذهنی (نظیر دعا کردن، شمردن، تکرار آهسته کلمات در سکوت) که فرد احساس می کند مجبور به اجرای آن ها در پاسخ به یک وسواس فکری و یا بر طبق قوانینی که باید دقیقاً انجام شوند. ۲) این اعمال یا فعالیت های ذهنی با هدف پیشگیری یا کاهی اضطراب یا ناراحتی و یا جلوگیری از بعضی از رویدادها و وضعیت های هراس آور صورت می پذیرند؛ با این وجود اعمال و فعالیت های ذهنی مذکور رابطه ی واقع گرایانه ای با آنچه که قرار بوده خنثی یا جلوگیری شوند ندارد یا به وضوح افراطی اند.

ب) وسواس های فکری یا عملی وقت گیرند (بیش از یک ساعت در روز) یا موجب ناراحتی قابل توجه یا اختلال در کارکرد های اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه های مهم کارکردی می شوند (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۶؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴).

۲-۲-۲-۲- میزان شیوع اختلال وسواسی-جبری:

میزان شیوع مادام العمر اختلال وسواسی-جبری در جمعیت عمومی حدود ۲ تا ۳ درصد است. حدود دو سوم بیماران پیش از بیست و پنج سالگی و تنها کمتر از پانزده درصد آنها پس از سی و پنج سالگی علایم اش شروع می شود. افراد مجرد بیشتر از متأهل ها به این اختلال مبتلا می شوند. ابتلا به سایر اختلالات روانی هم در میان بیماران دچار اختلال وسواسی-جبری شایع است. میزان شیوع مادام العمر دو اختلال افسردگی اساسی و جمعیت هراسی^۱ در این بیماران به ترتیب ۶۷ درصد و ۲۵ درصد است. سایر بیماری های روان پزشکی شایعی که در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری به صورت همزمان^۲ پیدا می شود، عبارت است از اختلالات مصرف الکل، اختلال اضطراب فراگیر، اختلالات شخصیت، اختلال پانیک (روزنهان و سلیگمن، ۲۰۰۶؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۱).

۲-۲-۳- اختلال افسردگی:

طبق متن D.S.M-5، اختلال افسردگی اساسی بدون سابقه ای از دوره های مانیا رخ می دهد. دوره ی افسردگی اساسی باید حداقل دو هفته طول بکشد. بیماری که دچار دوره افسردگی اساسی تشخیص داده شود، باید حداقل چهار علامت از فهرستی شامل تغییرات اشتها و وزن، تغییرات خواب و فعالیت، فقدان

^۱ . Social phobia

^۲ . Comorbid

انرژی، احساس گناه، مشکل در تفکر و تصمیم گیری و افکار عود کننده ی مرگ یا خودکشی را هم داشته باشد. در جدیدترین مطالعات اختلال افسردگی اساسی در بین اختلالات روان پزشکی بالاترین شیوع طول عمر (حدود ۱۷ درصد) را داشته است. میزان بروز سالیانه افسردگی اساسی ۱/۵۹ درصد است. اختلال افسردگی اساسی بیشتر در افرادی پیدا می شود که هیچ ارتباط بین فردی نزدیکی ندارند و یا طلاق گرفته یا متارکه کرده اند.

شایع ترین اختلالات همراه عبارتند از: سوء مصرف یا وابستگی به الکل، اختلال هول، اختلال وسواسی-جبری، اختلال اضطراب اجتماعی. از سویی دیگر در افراد دچار اختلالات مصرف مواد و اختلالات اضطرابی خطر بروز طول عمر یا همزمان اختلالات خلقی بالاتر از جمعیت عمومی است.

۲-۳-۱- ملاک های تشخیصی اختلال افسردگی:

الف) حداقل پنج تا از علائم زیر همزمان در یک دوره ی دو هفته ای وجود داشته باشد و نشانه ی تغییری در کارکرد قبلی باشد: ۱) خلق افسرده در اکثر اوقات روز و تقریباً همه روزها، چه طبق گزارش خود بیمار از احساس ذهنی اش چه طبق مشاهده دیگران. ۲) کاهش واضح علاقمندی یا لذت بردن از همه یا تقریباً همه فعالیت ها، اکثر اوقات روز و تقریباً همه روزها. ۳) کاهش چشمگیر وزن بدن بدون اجرای برنامه رژیم خاصی برای لاغری، یا افزایش وزن، یا کاهش یا افزایش اشتها تقریباً همه روزها. ۴) کم خوابی یا پر خوابی به طور تقریباً همه روزه. ۵) سراسیمگی یا کندی روانی-حرکتی در تقریباً همه روزها. ۶) احساس خستگی یا از دست دادن انرژی تقریباً همه روزها. ۷) احساس بی ارزشی یا احساس گناه مفرط یا نامتناسب تقریباً هر روز. ۸) کاهش قدرت تفکر یا تمرکز، یا احساس بلا تصمیمی، تقریباً هر روز. ۹) افکار عود کننده ای درباره مرگ، فکر مکرر خودکشی بدون هیچ نقشه خاصی، اقدام به خودکشی یا داشتن نقشه ای معین برای انجام خودکشی.

ب) داغدیدگی توجیه بهتری برای علایم نباشد، یعنی به دنبال از دست رفتن فرد محبوب، علایم بیش از دو ماه طول کشیده باشد، یا مختل شدن واضح کارکردها، اشتغال ذهنی شدید با احساس بی ارزشی، فکر خودکشی، علایم روانپریشی، کندی روانی-حرکتی به شکلی مشخص وجود داشته باشد (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۶؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴).

۲-۲-۴- اختلال اضطرابی:

اختلالات اضطرابی از شایع ترین اختلالات روان پزشکی در جمعیت عمومی هستند. اختلالات اضطرابی با عوارض زیادی همراهند و اغلب مزمن شده و نسبت به درمان مقاوم هستند. این اختلالات را می توان خانواده ای از اختلالات روانی مجزا و در عین حال مرتبط به هم در نظر گرفت.

افراد مضطرب مستعد آنند که به برخی چیزها در دور و بر خود به طور انتخابی توجه کنند و از بقیه آنها صرف نظر کنند. آنها با این کار میکوشند اثبات کنند که اگر دارند موقعیت خود را ترس آور تلقی می کنند محق اند و لذا دارند واکنش درستی نشان می دهند. اگر آنها ترس خود را به غلط موجه جلوه دهند اضطرابشان با این واکنش انتخابی تقویت می شود و به این ترتیب دور باطلی از اضطراب به وجود می آید که یک سر آن ادراک تحریف شده آنهاست و سر دیگرش تشدید اضطراب شان اما اگر برعکس با نوعی تفکر انتخابی به خود اطمینان خاطر ببخشند، اضطراب به جای آنها ممکن است تضعیف یابد و دیگر نتوانند احتیاط های لازم رادپیش بگیرند.

اینکه واقعه ای را عامل فشار تلقی کنیم یا نه، به ماهیت آن واقعه و نیز به امکانات فرد، دفاع های روانی اش و مکانیسم های مدارایش بستگی دارد که همه با مشارکت ایگو انجام می شود، ایگو مفهوم انتزاعی و مشترکی است برای روند ادراک، تفکر و عمل فرد به وقایع بیرونی با سائق های درونی خودش، کسی که

ایگواش درست کار می کند، با جهان بیرون و نیز درون خود در انطباق و تعادل بسر می برد اما اگر ایگو خوب کار نکند و اختلالی که در تعادل فرد حاصل می شود به قدر کافی ادامه یابد فرد دچار اضطراب مزمن می شود.

عدم تعادل مذکور چه بیرونی باشد یعنی میان فشارهای جهان خارج و الگوی فرد باشد چه درونی یعنی میان تکانه های بیمار (مثلا تکانه های پر خاشگرانه، جنسی و وابستگی) و وجدانش تولید تعارض می کند. تعارض های ناشی از وقایع بیرونی معمولاً بین فردی است، حال آنکه تعارض های ناشی از وقایع درونی، درون روانی یا درون فردی است.

در مطالعه ی ملی ابتلای هم زمان گزارش شده است که از هر چهار نفر یکی واجد ملاک های تشخیصی اختلال اضطرابی است و میزان شیوع دوازده ماهه این اختلال ها ۱۷/۷ درصد است. دست آخر این که با افزایش طبقه اجتماعی-اقتصادی از شیوع اختلالات اضطرابی کاسته می شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۶؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴).

۲-۴-۱- علایم اضطراب:

احساس اضطراب دو مؤلفه دارد: ۱) با خبر شدن فرد از تغییرات جسمی خود (مثل تپش قلب و تعریق) و ۲) با خبر شدن از اینکه عصبی شده است یا ترسیده است.

اضطراب، گذشته از اثرات حرکتی و احشایی، بر تفکر، ادراک و یادگیری فرد هم اثر می گذارد. اضطراب اغلب سردرگمی و تحریف هایی در ادراک ایجاد می کند؛ تحریف هایی نه فقط در درک زمان و مکان که حتی در درک افراد و معنا و اهمیت وقایع، این تحریف ها با کاستن از تمرکز، کم کردن قدرت یادآوری و مختل ساختن قدرت ربط دادن امور به هم-یعنی تداعی کردن-می توانند در یادگیری اختلال ایجاد کنند.

۲-۴-۲- عوامل زیر خطر ابتلا به اختلالات اضطرابی را افزایش می دهد:

- (۱) **زن بودن:** زنان بیشتری از مردان با ابتلا به این بیماری شناسایی شده‌اند.
- (۲) **رویدادهای کودکی:** کودکانی که تحت تجاوز قرار گرفته اند ضربه های روحی دیده‌اند و یا شاهد وقایع ناراحت کننده بوده‌اند، بیشتر در خطر ابتلا به اختلال اضطراب می باشند.
- (۳) **استرس ناشی از یک بیماری:** ابتلا به بیماری خاص و یا جدی باعث نگرانی شدید در رابطه با مواردی همچون درمان و یا آینده اتان می شود.
- (۴) **جمع شدن استرس:** واقعه ای بزرگ و یا کم کم جمع شدن استرس های کوچک زندگی می تواند محرک ابتلا به استرس باشد. (برای مثال نگرانی همیشگی برای وضعیت مالی عزیزان).
- (۵) **خصوصیات شخصیتی:** افرادی که خصوصیات شخصیتی خاصی داشته بیشتر از دیگران در خطر ابتلا به اضطراب هستند.
- (۶) **سابقه خانوادگی اضطراب:** افرادی که در خانواده شان سابقه اختلال اضطراب دارند، بیشتر از دیگران در خطر ابتلا به اضطراب می باشند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

۲-۲-۵- اختلال پانیک (هول):

حمله حاد شدید اضطراب همراه با احساس مرگ قریب الوقوع را اختلال پانیک (هول) می نامند. مشخصه ی اختلال پانیک، حملات و دوره های مجزای ترس شدید هستند و فراوانی بروز آن ها از چند حمله در یک روز تا صرفاً تعداد انگشت شماری حمله در یک سال فرق می کند. در مطالعات همه گیر شناسی شیوع مادام العمر اختلال پانیک را یک تا چهار درصد شیوع شش ماهه آن ۰/۵ تا ۱ درصد و شیوع مادام العمر حمله های هول را سه تا پنج و شش دهم درصد گزارش کرده اند.

اختلال پانیک بیش از همه در جوانان روی می دهد، به طوری که میانگین سنی تظاهر آن حدود بیست و پنج سالگی است؛ البته در هر سنی ممکن است پیدا شود. بیماری های شایع همراه اختلال پانیک عبارتند از: خود بیمارانگاری، اختلالات شخصیت و اختلالات مرتبط با مواد.

۲-۵-۱- ملاک های تشخیصی اختلال پانیک:

حداقل چهار تا از علایم زیر به طور ناگهانی پیدا می شود و در عرض ده دقیقه به حداکثر شدت خود می رسد: (۱) تپش، کوبش، افزایش ضربان قلب. (۲) تعریق. (۳) لرزش یا تکان. (۴) احساس کوتاه شدن تنفس یا احساس اختناق.^۱ (۵) احساس خفقان.^۲ (۶) احساس ناراحتی یا درد در قفسه سینه. (۷) تهوع یا ناراحتی شکمی. (۸) احساس سرگیجه، تلو تلو خوردن، منگی، ضعف. (۹) مسخ واقعیت^۳ یا مسخ شخصیت^۴. (۱۰) ترس از دیوانه شدن یا از دست دادن تسلط بر خود. (۱۱) ترس از مردن. (۱۲) مور مور (احساس کرحتی یا سوزن سوزن شدن). (۱۳) سرما لرزه یا گرگرفتگی (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۶؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴).

۲-۶- پرخاشگری:

اصطلاح پرخاشگری به طور اختصاصی در متن بازنگری شده و کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان پزشکی امریکا تعریف نشده است. تعریف به کار رفته در این بخش عبارت است از رفتاری که به قصد آسیب جسمی به دیگران انجام می شود و این تعریف در واقع توصیف پیامد کوتاه مدت پرخاشگری یعنی صدمه به دیگران است. بسیاری از رفتارها با این که منجر به آسیب جسمی نمی شوند، پرخاشگری محسوب می شوند که پرخاشگری کلامی نمونه ای از این رفتارها است (روزنهان و سلیگمن، ۲۰۰۶؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۱).

1. Smothering

2. Choking

3. Derealization

4. Depersonalization

۲-۲-۷- اختلال تفکر^۱:

اختلال تفکر هر گونه اختلال در تفکر که بر زبان، ارتباط کلامی، محتوای فکری تأثیر بگذارند. تظاهرات آن از وقفه ساده تفکر و حاشیه پردازی خفیف تا شدید تداعی ها، بی ربطی کلام و هذیان را در بر می گیرد، مشخصه آن این است که فرد نمی تواند از قواعد نحوی و معنایی پیروی کند و این حالت با سطح تحصیلات، هوش یا زمینه فرهنگی وی تناسبی ندارد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

۲-۲-۸- اختلال روان گسستگی:

روان گسستگی سندرمی بالینی شامل آسیب شناسی روانی متغیر اما عمیقاً ویرانگری است که شناخت، هیجان، ادراک و سایر جنبه های رفتار را درگیر می کند. بروز این تظاهرات در افراد مختلف و در طول زمان متغیر است اما تأثیر بیماری همواره شدید و دیرپا است. کم توجهی و انزوای اجتماعی که به دلیل نا آگاهی عمومی نسبت به این اختلال گریبانگیر بیماران می شود این بیماران را آزار می دهد. شیوع مادام العمر روان گسستگی در ایالات متحده، حدود یک درصد است. این اختلال در تمام جوامع و حوزه های جغرافیایی یافت می شود و میزان بروز و شیوع آن در سراسر جهان تقریباً یکسان است. سوء مصرف مواد در این اختلال شایع است. شیوع طول عمر هر نوع سوء مصرف مواد (به استثنای توتون) اغلب بالاتر از ۵۰ درصد است. سوء مصرف مواد با کارکرد ضعیف تر بیمار همراه است. در یک مطالعه مبتنی بر جمعیت، شیوع مصرف الکل در طول عمر بیماران دچار این اختلال ۴۰ درصد گزارش شد. شیوع سوء مصرف داروهای خیابانی در بیماران مبتلا به روان گسستگی بالاتر است. توجه خاصی به ارتباط مصرف حشیش و روان گسستگی جلب شده است. گزارش شده که مصرف زیاد حشیش (بیش از ۵۰ دفعه) خطر بروز روان گسستگی را در مقایسه با کسانی که مصرف نمی کنند شش برابر افزایش می دهد. مصرف آمفتامین ها، کوکائین و مواد مشابه نیز مایه

¹ . Thought Disorder

نگرانی هستند زیرا می توانند سبب افزایش علایم روان پریشی شوند (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۶؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴).

۲-۳- مواد شایع مورد سوء مصرف:

۲-۳-۱- الکل:

طول عمر فرد معمولی وابسته به الکل ۱۰ تا ۱۵ سال کاهش می یابد و الکل سالیانه در ۲۲۰۰۰ مرگ و ۲ میلیون ضایعات غیر کشنده نقش دارد. مسمومیت با الکل سبب بروز تحریک پذیری، رفتار خشن، احساس افسردگی و در موارد نادر توهم و هذیان می شود. میزان رو به افزایش و طولانی مدت مصرف الکل، تحمل و نیز انطباق بدنی شدیدی ایجاد می کند به طوری که قطع مصرف ممکن است سبب بروز سندرم ترک شود. علل شایع مرگ در افراد دچار اختلالات مرتبط با الکل عبارتند از: خودکشی، سرطان، بیماری قلبی، بیماری کبدی.

۲-۳-۱-۲- اختلالات روانی همراه با الکل:

رابطه بین اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اختلالات مرتبط با الکل فراوان گزارش شده است. برخی مطالعات حاکی است که اختلال شخصیت ضد اجتماعی به خصوص در مردهای مبتلا به اختلالات مرتبط با الکل شایع است و ممکن است مقدم بر پیدایش اختلال مرتبط با الکل باشد. حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد افراد مبتلا به اختلالات مرتبط با الکل زمانی در طول عمر خود واجد ملاک های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی می شوند. افسردگی در زن های مبتلا به این اختلال شایع تر از مردهای مبتلا است. چندین مطالعه نشان دادند که احتمال بروز افسردگی در بیماران مبتلا به اختلالات مرتبط با الکل زمانی بیشتر است که مصرف روزانه الکل بالا است و سابقه خانوادگی سوء مصرف الکل وجود دارد. تصور می شود بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی در معرض خطر ابتلا به اختلال مرتبط با الکل قرار دارند، چون ممکن است در دوره های مانیا (شیدایی) اقدام به خود درمانی با الکل نمایند. بسیاری از افراد، الکل را به منظور رفع اضطراب مصرف

می کنند. هر چند هم ابتلاي اختلالات مرتبط با الكل و اختلالات خلقی به طور نسبتاً وسیع شناخته شده است، اما کمتر کسی می داند که شاید ۲۵ تا ۵۰ درصد همه افراد مبتلا به اختلالات مرتبط با الكل واجد ملاک های تشخیصی یک اختلال اضطرابی هستند. هراس ها (فوبی ها) و اختلال هول (پانیک) به خصوص تشخیص های توأم شایع در این بیماران هستند. برخی از داده ها حاکی است که الكل ممکن است در تلاش برای خود درمانی نشانه های بازار هراسی یا جمعیت هراسی مصرف شود، اما در عین حال احتمال دارد اختلال مرتبط با الكل مقدم بر پیدایش اختلال هول یا اضطراب فراگیر باشد (رسول، ۲۰۰۷؛ ترجمه رحمت زاده، ۱۳۹۱). از دیگر عوارض و مشکلات روانی الكل می توان به اختلال خواب، اختلال در تمرکز، توجه و حافظه، رفتارهای پرخاشگرانه، افسرده خویی، توهم، سندرم ورنیکه (عدم تعادل در ایستادن، فاج عضلات چشمی، بهت زدگی)، سندرم کورساکف^۱ (از دست دادن حافظه) اشاره کرد (محمدی، ۱۳۸۷).

۳-۱-۳- اختلالات جسمانی همراه با الكل:

اثرات نا مطلوب عمده مصرف الكل به آسیب کبدی مربوط اند. مصرف الكل (حتی طی دوره های کوتاه مدت یک هفته ای می بارگی فزاینده) می تواند موجب تجمع چربی و پروتئین در کبد شده و به پیدایش کبد چرب منجر شود که گاهی در معاینه جسمی به صورت بزرگی کبد قابل تشخیص است. مصرف الكل با بروز هپاتیت الکلی و سیروز کبدی ارتباط دارد. افراط درازمدت در مصرف الكل با پیدایش ازوفازیت^۲، گاستریت^۳، آکلریدری^۴ و زخم معده ارتباط دارد. بروز واریس های مروی ممکن است همراه با سوء مصرف افراطی الكل دیده شود. گاهی بر اثر مصرف الكل اختلالات روده کوچک بروز می کند و پانکراتیت^۵، نارسایی پانکراس و سرطان پانکراس نیز با مصرف افراطی الكل ارتباط دارد. مصرف زیاد الكل ممکن است در فرآیندهای طبیعی هضم و جذب غذا تداخل کند و در نتیجه غذای مصرف شده به طور ناقص هضم می شود. سوء مصرف الكل

۱ . Korsakoff syndrome

۲ . Esophagitis

۳ . Gastritis

۴ . Klydry

۵ . Pancreatitis

همچنین جذب مواد مغذی مختلف از جمله ویتامین ها و اسیدآمین ها را از روده باریک مختل می کند. این اثر، همراه با عادات غذایی به افراد مبتلا به اختلالات مرتبط با الکل می تواند به کمبود جدی ویتامین ها مخصوصاً ویتامین های B منجر شود. همچنین مصرف قابل ملاحظه الکل با افزایش فشار خون، بی نظمی لیپوپروتئین ها^۱ و تری گلیسریدها^۲ و افزایش خطر انفارکتوس قلبی و بیماری های عروقی مغز ارتباط دارد. نشان داده شده است که الکل بر قلب افراد غیر الکلی که به طور معمول الکل مصرف نمی کنند تأثیر گذاشته و موجب افزایش برون ده قلب در حال استراحت، ضربان قلب و مصرف اکسیژن میوکارد می شود.

شواهد حاکی است مصرف الکل می تواند تأثیر نامطلوبی بر دستگاه خون سازی گذاشته و میزان بروز سرطان، به خصوص سرطان سر، گردن، مری، معده، کبد، کولون^۳ و ریه را افزایش دهد. مسمومیت حاد چنین ممکن است با هیپوگلیسمی^۴ همراه باشد که اگر شناسایی نشود احتمال دارد مسئول مرگ ناگهانی برخی از افراد مست باشد. ضعف عضلانی یکی دیگر از عوارض نامطلوب الکلیسم است. شواهد اخیر حاکی است که مصرف الکل غلظت خونی استرادیول^۵ را در زنان افزایش می دهد (رسول، ۲۰۰۷؛ ترجمه رحمت زاده، ۱۳۹۱).

۲-۳-۲- آمفتامین ها:

آمفتامین های عمده عبارتند از: دکستروآمفتامین^۶، متامفتامین^۷، نمک مخلوط دکستروآمفتامین^۸ و متیل فنیدیت^۹. این داروها اسامی خیابانی نظیر کریستال، یخ، کریستال مت و سرعت^{۱۰} دارند. به عنوان یک طبقه ی کلی آمفتامین ها را مقلدهای سمپاتیک^{۱۱}، محرک ها و محرک های روانی هم می نامند. آمفتامین های

-
1. Lipoprotein
 2. Triglyceride
 3. Colon
 4. Hypoglycemi
 5. Estradiol
 6. Dexedrine
 7. Desoxyn
 8. Addevall
 9. Ritalin
 10. Speed
 11. Sympathetic

تیپیک برای بالا بردن عملکرد و ایجاد سرخوشی مصرف می شود. آمفتامین ها بدون شک اعتیاد آورند، اما میزان اعتیاد آوری آنها در حد کوکائین نیست.

سایر موارد شبه آمفتامین ها عبارتند از: افدرین^۱، پسودوافدرین^۲ و فنیل پروپانولامین^۳ که برای رفع احتقان بینی مصرف می شوند. این داروها به خصوص (PPA)، می تواند موجب تشدید خطرناک هیپرتانسیون^۴ و تسریع سایکوز (روان پریشی) سمی یا مرگ شوند.

۲-۳-۱- اختلال سایکوتیک ناشی از آمفتامین:

علامت بارز اختلال سایکوتیک ناشی از آمفتامین، وجود پارانویا^۵ است. اختلال سایکوتیک ناشی از آمفتامین با توجه به چندین ویژگی از اسکیزوفرنی پارانوئید قابل تفکیک است. این ویژگی های افتراقی عبارتند از برتری توهمات بینایی، عواطف کاملاً متناسب، بیش فعالی، تمایلات جنسی قوی، سردرگمی، بی ربط گویی و شواهد ناچیز اختلال تفکر (مانند شل شدن تداعی ها). در چندین مطالعه مشخص شده است که هر چند علائم اختلال سایکوتیک ناشی از آمفتامین و اسکیزوفرنی مشابه اند، سطحی شدن عاطفه و ناگویی اسکیزوفرنی در اختلال سایکوتیک ناشی از آمفتامین وجود ندارد.

۲-۳-۲- اختلال خلقی ناشی از آمفتامین:

شروع اختلال خلقی ناشی از آمفتامین ممکن است در خلال مسمومیت یا ترک باشد. به طور کلی مسمومیت با ویژگی های مانیک (شیدایی) یا خصوصیات خلقی مختلط همراه است، در حالی که ترک با ویژگی های خلق افسرده تظاهر می کند. اختلال اضطرابی ناشی از آمفتامین می تواند ضمن دوره ی مسمومیت یا ترک شروع شود. آمفتامین همچون کوکائین می تواند علائم شبه اختلال وسواسی-جبری، اختلال پانیک و مخصوصاً اختلالات فوبیک را به وجود آورد. مصرف مقادیر زیاد و طولانی مدت آمفتامین با اختلال نعوظی و

1. Ephedrine

2. Pseudoephedrine

3. Phenylpropanolamine(PPA)

4. Hypertension

5. Paranoia

سایر کژکاری های جنسی همراه است. این کژکاری ها تحت عنوان کژکاری های جنسی ناشی از مواد، با شروع در خلال مسمومیت طبقه بندی شده است (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۶؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴).

۲-۳-۳- اختلالات جسمانی همراه با آمفتامین:

اثرات عروق مغزی، قلبی و گوارشی از جدی ترین اثرات جانبی سوء مصرف آمفتامین هستند. اختلالات خاص مهلک ناشی از این داروها عبارتند از: انفارکتوس میوکارد، افزایش شدید فشار خون، بیماری عروق مغزی و کولیت اسکمیک^۱. مصرف وریدی آمفتامین ها ممکن است موجب انتقال ویروس نقص ایمنی انسان و هپاتیت شده و پیدایش آبسه های ریوی، آندوکاردیت^۲ و پلی آرتریت گرهی^۳ را تسهیل نمایند.

۲-۳-۳- کتامین:

۲-۳-۳-۱- اختلالات روانی همراه با کتامین:

مصرف مداوم کتامین حالت انزوا را به وجود می آورد (گوشه گیری)؛ هنگامی که دوزها بالا است، گوشه گیری می تواند با نا هماهنگی حرکتی^۴، نارساگویی عضوی^۵، افزایش گرگرفتگی عضلانی و انقباض های ماهیچه ای به شدت افزایش یابد. کتامین ممکن است به حافظه آسیب بزند و روان پریشی، اضطراب، افسردگی موجود را بدتر کند. با مقادیر زیاد و تکراری توهمات، برای مثال از دست دادن حس زمان، احساس جدایی از بدن، تجربه های مرگ قریب الوقوع به فرد دست می دهد. مصرف مداوم ممکن است باعث فقدان جهت یابی و کناره گیری مداوم از دنیا شود (رسول به نقل از کو، ۲۰۰۷).

1. Colitis ischemic

2. Endocarditis

3. Polyarteritis nodosa

4. Ataxia

5. Dysarthria

6. Chu

۲-۳-۳-۲- اختلالات جسمانی همراه با کتامین:

کتامین تنها رکود تنفسی خفیفی ایجاد می کند و معمولاً در وضعیت قلبی عروقی بی تأثیر است. مقادیر زیاد می تواند به فقدان هشیاری منجر شود. در بررسی روی ده نفر از مصرف کنندگان کتامین، شواهدی وجود داشت که نشان داد مصرف بلند مدت ممکن است باعث آسیب به کبد یا مثانه یا حتی ناراحتی حاد کلیه شود. در مقادیر بسیار بالا، اغماء و فشار خون بالا ممکن است رخ دهد؛ مرگ ها غیر معمول هستند.

۲-۳-۴- کوکائین:

۲-۳-۴-۱- اختلالات روانی همراه با کوکائین:

همچون سایر اختلالات مرتبط با مواد، اختلالات مرتبط با کوکائین اغلب با سایر اختلالات روانی همراه اند. معمولاً اختلالات خلقی و اختلالات مرتبط با الکل پس از شروع اختلالات مرتبط با کوکائین بروز می کنند، در حالی که تصور می شود که اختلالات اضطرابی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اختلال بیش فعالی-کم توجهی قبل از پیدایش اختلالات مرتبط با کوکائین وجود دارند. اکثر مطالعات هم ابتلایی در بیماران مبتلا به اختلالات مرتبط با کوکائین نشان داده اند که اختلال افسردگی اساسی، اختلال دو قطبی، اختلال خلق ادواری (سیکلوتایمی)، اختلالات اضطرابی و اختلال شخصیت ضد اجتماعی شایع ترین اختلالات روان پزشکی همراه هستند.

۲-۳-۴-۲- اختلال سایکوتیک ناشی از کوکائین:

تا نیمی از مصرف کنندگان کوکائین ممکن است دچار توهمات و هذیان های پارانوئید شوند. بروز این علائم سایکوتیک به دوز مصرفی، طول مدت مصرف و حساسیت فرد نسبت به ماده بستگی دارد. اختلالات سایکوتیک ناشی از کوکائین بیش از همه در مصرف وریدی و نیز در مصرف کنندگان «کرک» دیده می شود. احتمال بروز نشانه های سایکوتیک در مردها بیشتر از زن ها است. هذیان های پارانوئید شایع ترین علائم سایکوتیک هستند. توهمات شنوایی نیز شایع است، اما توهمات بینایی و لامسه نسبت به هذیان های

پارانوئید شیوع کمتری دارند. احساس خزیدن حشرات زیر پوست^۱ همراه با مصرف کوکائین گزارش شده است. بروز اختلالات سایکوتیک ممکن است با رفتار جسمی شدید نا متناسب و رفتار کلی غیر عادی و رفتار دیگرکشی و اعمال خشونت در ارتباط هذیان های پارانوئید یا توهمات همراه شود.

۲-۳-۴- اختلال خلقی ناشی از کوکائین:

امکان تشخیص اختلال خلقی ناشی از کوکائین وجود دارد. این اختلال ممکن است در جریان مسمومیت یا ترک ظاهر شود. به طور کلاسیک علایم اختلال خلقی مربوط به مسمومیت، ماهیت هیپومانیک^۲ (نیمه شیدایی) یا مانیک (شیدایی) دارد، در حالی که علایم اختلال خلقی مربوط به ترک، ماهیت افسرده دارد.

۲-۳-۴- اختلالات جسمانی همراه با کوکائین:

یک عارضه شایع مصرف کوکائین، احتقان بینی است. هر چند التهاب شدید، تورم، خون ریزی و زخمی شدن مخاط بینی نیز ممکن است روی دهد. مصرف طولانی مدت کوکائین همچنین می تواند به سوراخ شدن تیغه بینی منجر شود. تدخین کرد و فرم خالص کوکائین ممکن است موجب آسیب راه های برونشی و ریه شود. مصرف وریدی کوکائین می تواند سبب عفونت، آمبولیسم^۳ و انتقال ویروس ایدز شود. اما عوارض اصلی آن عبارتند از: اثرات عروق مغزی، صرعی و قلبی.

شایع ترین بیماری عروقی مغز در ارتباط با مصرف کوکائین، انفارکتوس های مغزی بدون خون ریزی هستند. کوکائین در بین مواد مورد سوء مصرف بیش از همه با تشنج^۴ همراه است. تشنجات ناشی از کوکائین معمولاً رویدادهای واحدی هستند، هر چند تشنج های متعدد و صرع بی وقفه^۵ نیز ممکن است روی دهد. انفارکتوس های قلبی و آریتمی ها احتمالاً شایع ترین ناهنجاری های قلبی ناشی از کوکائین هستند. با مصرف درازمدت کوکائین ممکن است کاردیومیوپاتی^۶ بروز کند و انفارکتوس های مغزی با منشأ قلبی از عوارض دیگری است

1. Formication

2. Hypomania

3. Embolism

4. Convulsion

5. Status epilepticus

6. Cardiomyopathy

که ممکن است در ارتباط با اختلال میوکاردی ناشی از کوکائین ظاهر شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۶؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴).

۲-۳-۵- مواد استنشاقی:

این مواد شیمیایی در چهار طبقه تجاری به فروش می رسد: (۱) حلال های چسب، (۲) ماده مولد فشار در اسپری های رنگ، افشانه های مو و خمیرهای اصلاح صورت، (۴) مواد سوختنی. این ترکیبات در دمای اتاق به بخارهای گازی تبدیل می شوند که می توان آنها را از طریق دهان یا بینی استنشاق نمود و از این طریق از راه ریه وارد گردش خون می شوند.

۲-۳-۵-۱- اختلالات روانی همراه با مواد استنشاقی:

حالات پارانوئید احتمالاً شایع ترین سندرم های سایکوتیک در جریان مسمومیت با مواد استنشاقی هستند، اختلال افسردگی شایع ترین اختلالات خلقی مربوط به مصرف این مواد، اختلالات پانیک (هول) و اختلال اضطراب فراگیر شایع ترین اختلالات اضطرابی مربوط به آن است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

۲-۳-۵-۲- اختلالات جسمانی همراه با مواد استنشاقی:

مواد استنشاقی با اثرات نامطلوب بالقوه جدی بسیاری همراه هستند که جدی ترین آنها مرگ است. مرگ ممکن است بر اثر تضعیف تنفس، آریتمی های قلبی، خفگی، آسپیراسیون مواد استنفاغی عارض شود. مصرف مزمن مواد استنشاقی عوارض عصبی متعددی ایجاد می کند. برش نگاری کامپیوتر وجود آتروفی منتشر مخ، مخچه، ساقه ی مغز و نیز بیماری ماده سفید را در مصرف کنندگان نشان داده اند.

دیگر عوارض جسمی مصرف مواد استنشاقی عبارتند از: افت شنوایی، نوروپاتی^۱ محیطی، سردرد، پارستزی^۱، نشانه های مخچه ای، تخریب پایدار حرکتی، پارکینسونیسم^۲، آپاتی^۳ (بی احساسی)، ضعف تمرکز، افت

^۱ . Neuropathy

حافظه، کژکاری دیداری-فضایی، اختلال در پردازش مطالب زبانی، آنسفالوپاتی ناشی از سرب، تغییرات ماده سفید یا آتروفی پل دماغی، بیماری برگشت ناپذیر کبدی، آسیب کلیه (اسیدوز توبولار^۴) و آسیب دائمی عضلات همراه با رابدومیولیز^۵، علایم قلبی، عروقی و وریدی نظیر درد قفسه سینه و اسپاسم برونش و علایم گوارشی (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

۲-۳-۶- توهّم زاهّا:

۲-۳-۶-۱- ال. اس. دی^۶:

ال. اس. دی ممکن است باعث وحشت، پریشانی، رفتار تکانشی، خطاهای حسی ناخوشایند شود و ممکن است واکنش های روان پریشانه را آشکار سازد. ال. اس. دی می تواند اثرات فیزیولوژیکی شامل افزایش ضربان قلب، فشار خون بالا، بالا رفتن حرارت بدن داشته باشد. مصرف بلند مدت این ماده ممکن است باعث آسیب عضوی مغز شود. همچنین این ماده ممکن است منجر به ایجاد هذیان و افسردگی نیز شود (رسول؛ ترجمه رحمت زاده، ۱۳۹۱). مصرف طولانی مدت ال. اس. دی ممکن است باعث ایجاد افکار پارانوئید، اختلال قضاوت، مسخ واقعیت و مسخ شخصیت نیز شود (محمّدی، ۱۳۸۷).

۲-۳-۶-۲- فن سیکلیدین^۸ یا گرد فرشته:

از عوارض روانی شایع مصرف این ماده می توان به بی قراری، ستیزه جویی، علایم جنون، اختلال شدید رفتاری، کاهش واکنش به تحریکات، ایجاد ناهماهنگی حرکتی، اختلال قضاوت و اختلالات اضطرابی اشاره

1. Paresthesia

2. Parkinsonism

3. Apathy

4. Tubular acidosis

5. Rhabdomyolysis

6. Hanucinogen

7. Lysergic Acid Diethylamid

8. Phencyclidine

کرد. مصرف کنندگان بلند مدت از دست دادن حافظه، دشواریهایی در حرف زدن و تفکر، افسردگی و از دست دادن وزن بدن را گزارش می کنند. روان پریشی نوع اسکیزوفرنی گذرا ممکن است چندین روز یا هفته طول بکشد.

توهمات شنیداری، تحریف تصویر، اختلالات خلقی شدید و یادزدودگی نیز ممکن است رخ دهد. در حال حاضر، شواهد پژوهشی محکمی وجود دارد که میزان سوء مصرف مواد به طور قابل توجهی در بیماران روانی در مقایسه با جمعیت عمومی بالاتر است. به نظر می رسد استفاده از مواد، به خصوص الکل و حشیش، در بین بیماران روانی شدید، کاملاً رایج شده است. میزان شیوع اختلال مصرف مواد در بین افراد دارای مشکلات سلامت روانی دامنه ای از ۳۵ درصد تا ۶۰ درصد دارد (رسول به نقل از موسر^۱، ۲۰۰۷). همچنین ممکن است مصرف این ماده باعث اختلال جسمانی مثل، پرش عضلانی، تشدید بیمارگونه حس شنوایی، افزایش فشارخون و تند شدن نبض شود (محمدی، ۱۳۸۷).

۲-۳-۶-۳- حشیش:

۲-۳-۶-۱- اختلالات روانی همراه با حشیش:

اختلال اضطرابی ناشی از حشیش تشخیص شایعی برای مسمومیت حاد حشیش است و در بسیاری از افراد حالت اضطرابی زودگذری ایجاد می کند که اغلب بر اثر افکار پارانوئیدی ایجاد می شود. در چنین شرایطی ممکن است بر اساس ترس های مبهم و آشفته، حملات پانیک ایجاد شود. مسمومیت با حشیش ممکن است با علائم افسردگی همراه باشد.

نیمه شیدایی از علائم شایع در مسمومیت با حشیش است. یک سندرم بحث انگیز مربوط به حشیش، سندرم فقدان انگیزش است. به طور سنتی سندرم فقدان انگیزش به مصرف افراطی و طولانی مدت حشیش ربط

¹. MUESER

داده شده است و مشخصه ی آن بی میلی شخص در استمرار روی کار است. بیمار فاقد نیرو و بی حال، غالباً فربه و ظاهراً تنبل به نظر می رسد.

۲-۳-۶-۱-۱-اختلال سایکوتیک ناشی از حشیش:

تشخیص اختلال سایکوتیک ناشی از حشیش در صورت وجود سایکوز (روان پریشی) ناشی از حشیش گذاشته می شود. این اختلال نادر است و افکار پارانوئید گذرا شایع تر از آن است. مصرف حشیش ندرتاً با تجربه پرواز بد^۱ که غالباً با مسمومیت توهم زاها ارتباط دارد، همراه است. وقتی اختلال سایکوتیک ناشی از حشیش روی می دهد، ممکن است با اختلال شخصیت قبلی در فرد مبتلا رابطه داشته باشد.

۲-۳-۶-۲-اختلالات جسمانی همراه با حشیش:

شایع ترین اثرات جسمانی حشیش، اتساع عروق خونی ملتحمه ی چشم و تاکی کاردی^۲ خفیف است. در دوزهای بالا افت فشار خون وضعیتی ممکن است بروز کند. مصرف درازمدت حشیش با آتروفی مغزی^۳، استعداد تشنج، آسیب کروموزومی، نقایص مادر زادی، اختلال فعالیت ایمنی، تغییر غلظت تستوسترون، افزایش ضربان قلب، برونشیت^۴، نفخ، تنگی نفس^۵ (که به علت انقباض عضلات دیواره های ریه ایجاد می شود)، سرطان ریه، بازداري سیستم ایمنی بدن ارتباط دارد (رسول، ۲۰۰۷؛ ترجمه رحمت زاده، ۱۳۹۱).

۲-۳-۷-مواد افیونی:

۲-۳-۷-۱-اختلالات روانی همراه با مواد افیونی:

اختلالات ناشی از مواد افیونی شامل پدیده های شایعی نظیر اختلال خواب ناشی از مواد افیونی و کژکاری های جنسی ناشی از مواد افیونی. اختلال سایکوتیک ناشی از مواد افیونی، اختلال خلقی ناشی از مواد افیونی

1. Bad trip

2. Thachycardia

3. Brain atrophy

4. Bronchitis

5. Bronchial asthma

و اختلال اضطرابی ناشی از مواد افیونی در مصرف مواد افیونی آگونیست^۱ ندارند اما همراه برخی مواد افیونی مختلط آگونیست-آنتگونیست^۲ مؤثر بر سایر گیرنده ها دیده می شوند. حدود ۹۰ درصد افراد مبتلا به وابستگی مواد افیونی یک تشخیص روان پزشکی دیگر هم دارند. شایع ترین تشخیص روان پزشکی توأم، عبارتند از: اختلال افسردگی اساسی، اختلالات مصرف الکل، اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اختلالات اضطرابی.

اختلال ناشی از مواد افیونی ممکن است در جریان مسمومیت با این مواد شروع شود. اختلال خلقی نیز ممکن است شروع شود. علایم این اختلال بسته به واکنش شخص در برابر مواد افیونی یا شبه افیونی ممکن است ماهیت مانیک، افسرده یا مختلط داشته باشد. اختلال خواب که بیشتر به صورت پر خوابی است در جریان مصرف الکل ممکن است ایجاد شود و شایع ترین کژکاری جنسی در این افراد احتمالاً ناتوانی جنسی است.

۲-۳-۷-۲- اختلالات جسمانی همراه با مواد افیونی:

اثرات جسمانی مواد افیونی و شبه افیونی عبارتند از: تضعیف تنفس، انقباض مردمک، انقباض عضلات صاف، یبوست، تغییر در فشارخون، ضربان قلب و دمای بدن. اثرات تضعیف تنفس در سطح ساقه مغز ظاهر می شود. شایع ترین و جدی ترین اثرات نامطلوب اختلالات مرتبط با مواد افیونی احتمال انتقال هپاتیت و ایدز از طریق سوزن های آلوده مشترک است.

مصرف مواد افیونی در برخی افراد موجب واکنش آلرژیک فرد ویژه (ایدیوسنکراتیک^۳) می شود که در صورت عدم دسترسی به درمان کافی و فوری منجر به شوک آنافیلاکتیک^۴، ادم ریوی^۵ و مرگ می شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۶؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴).

1. Agonists

2. Antagonist

3. Idiosyncratic

4. Anaphylactic

5. Pulmonary edema

۲-۳-۷-۳- متادون^۱:

امروزه در درمان اعتیاد به مواد مخدر به کار می رود، ولی مواردی از مرگ در اثر عدم تحمل متادون در شروع درمان جایگزین گزارش شده است (محمدی، ۱۳۸۷). مصرف درازمدت متادون ممکن است منجر به اختلالات روانی از جمله اضطراب، افسردگی، تشنج، توهم، تغییر خلق و خو و اختلال در تفکر شود. همچنین مصرف این ماده عوارض و اختلالات جسمانی زیادی را هم به دنبال دارد که عبارتند از: یبوست، کاهش فشارخون، تضعیف تنفس، اسپاسم صفرا یا مثانه، ضعف بینایی، کاهش ضربان قلب، طپش قلب، افت فشار خون وضعیتی، افزایش فشارخون ریوی، بثورات جلدی^۲ و کهیر^۳ (محمدی، ۱۳۸۷).

۲-۳-۷-۴- هروئین^۴:

مصرف طولانی مدت هروئین ممکن است منجر به اختلال افسردگی، رفتارهای پرخطرانه، بی خوابی و یا تغییرات خلقی را در افراد شود. همچنین مصرف هروئین عوارض جسمانی نیز به دنبال دارد که این عوارض عبارتند از: آبرسه مغز^۵، عفونت مغز، مرگ بخشی از سلول های مغزی و نخاع، کاهش اسید معده و اختلال در هضم غذا، کاهش وزن، نارسایی و عفونت کلیه، عفونت پوست، انسداد رگ های تغذیه کننده ریه، عفونت ریه و ایست تنفسی، نارسایی قلب، التهاب و عفونت عروق، اشکال در کار کبد، التهاب کبد، ایدز و هپاتیت در صورت مصرف تزریقی (محمدی، ۱۳۸۷).

1. Methadone

2. Exanthem

3. Hives

4. Heroin

5. Brain abscess

۲-۳-۷-۵- کراک ایران:

کراک ایران مخدری بسیار قوی و مشتق شده از هروئین است. این کراک در واقع شکل فشرده و تغلیظ شده هروئین است که با درصد خلوص بالاتری نسبت به هروئین است. کراک ایران را می توان هروئین آزمایشگاهی با درصد خلوص بین ۶۰ تا ۷۰ درصد دانست. عوارض روانی کراک ایران عبارتند از: حرکات غیر ارادی پاها، افسردگی، اضطراب، تغییرات خلقی، پرخاشگری، بی قراری و بی خوابی شبانه.

از عوارض جسمانی مصرف این ماده می توان به آبه مغز، عفونت مغز، مرگ بخشی از سلول های مغزی و نخاع، کاهش اسید معده و اختلال در هضم غذا، بی اشتها، کاهش وزن، نارسایی و عفونت کلیه، پوسیدگی دندان، عفونت پوست، انسداد ناگهانی رگ های تغذیه کننده ریه، عفونت ریه، مرگ در اثر ایست تنفسی، عفونت بافت های داخلی و دریچه های قلب، نارسایی قلب، به هم خوردن نظم ضربان قلب، سخت شدن دیواره عروق، التهاب و عفونت عروق، اشکال در کار کبد، ایدز و هپاتیت و سرطان ریه و حنجره اشاره کرد (محمدی، ۱۳۸۷).

۲-۳-۷-۶- تریاک^۱

مصرف درازمدت تریاک عوارض جسمانی و روانی را به دنبال دارد. شایع ترین عوارض روانی مصرف تریاک افسردگی، پرخاشگری، کاهش انگیزه، بی قراری و اختلالات اضطرابی است. عوارض جسمانی سوء مصرف این ماده نیز عبارتند از: اختلال در ضربان قلب، کاهش فشارخون، بی اشتها، یبوست مزمن، اختلال در هضم غذا، کاهش وزن، عفونت و التهاب ریه ها، ابتلا به بیماری های خطرناک مانند ایدز و هپاتیت در صورت مصرف تزریقی (محمدی، ۱۳۸۷).

^۱ . Opium

۲-۳-۷-۷- مورفین^۱:

مصرف طولانی مدت مورفین منجر به بدکاری مزمن در دستگاه عصبی، ناتوانی در تمرکز فکری، ایجاد تغییر در سطح هوشیاری می شود. همچنین عوارض جسمانی سوء مصرف مورفین عبارتند از: ایجاد اختلالات تنفسی، کاهش فشارخون، افزایش فشار مایع مغزی در عروق مغز، کند شدن حرکات معده و تأخیر در تخلیه روده باریک، سوء هاضمه، یبوست، تأثیر بر هورمون های جنسی که ممکن است موجب عقیم شدن فرد گردد (محمدی، ۱۳۸۷).

۲-۴- تأثیر قومیت و فرهنگ بر مشکلات روانی همراه:

اگر چه هنوز مطالعات معتبری درباره ی تأثیر فرهنگ و قومیت بر افراد مبتلا به شکست همراه انجام نشده است، ولی مشخص است که مشکلات شدید سلامت روان و سوء مصرف مواد در تمام فرهنگ ها و گروه های قومی به طور متفاوت بروز می کند؛ برای نمونه، تعلق داشتن به یک قوم با دسترسی کمتر به مراکز خدمات درمانی و معناها و ارزش های متفاوت به مواد و الکل مرتبط است؛ بنابراین، خدمات مراکز باید با توجه به نیازهای هر یک از گروه های فرهنگی انجام شوند تنظیم شوند و نسبت به آنها حساس باشند. افراد مبتلا به اختلال های همراه، اغلب مشکلات متعددی در زمینه های اجتماعی اقتصادی، اجتماعی و هیجانی دارند. عده ای از آنان که اختلال شدید دارند بیکارند و فعالیت های تفریحی محدودی دارند یا دوستانی ندارند که مصرف کننده نباشند؛ بنابراین، اغلب آنها فعالیت دیگری به جز مصرف مواد ندارند؛ پس به منظور موفقیت در درمان اختلال های مهم و تعیین کننده، حل این مشکلات ضروری به نظر می رسد؛ افسردگی در این

¹ . Morphine

افراد فراگیر است و ما می دانیم که ملالت، تا چه حد بر خودکارآمدی^۱ و پیشرفت اثر می گذارند (بکر^۲ و ولمن^۳، ۲۰۰۶).

۲-۵- پیشینه تجربی پژوهش:

۲-۵-۱- پیشینه خارجی:

بارنت^۴ و همکاران (۲۰۰۷) متوجه شدند که اکثریت بیمارانی که اولین دوره سایکوز را نشان می دادند، مصرف مواد را گزارش کردند. مصرف مواد گزارش شده در این گروه دو برابر جمعیت عمومی بود. حشیش و الکل با فراوانی دو برابر بیشتر از اشکال دیگر مصرف یا سوء مصرف مواد، گزارش شدند؛ ۵۱ درصد گروه نمونه با شاخص استاندارد برای سوء مصرف یا وابستگی به حشیش و ۴۳ درصد با شاخصی برای سوء مصرف الکل یا وابستگی در برخی از مقاطع زندگی شان مواجه بودند.

در پژوهشی که در کشور انگلستان روی ۱۷۱ بیمار در مرکز شهر لندن که با خدمات روان پزشکی در تماس بودند نشان دادند که میزان شیوع یک ساله در آزمودنی هایی که بیماری روانی داشتند برای هر نوع مشکل سوء مصرف مواد ۳۶/۳ درصد بود (۳۱/۶ درصد الکل، ۱۵/۸ درصد مواد). مرکز مطالعات پژوهش ملی درباره ی برون داد درمان شواهدی مبنی بر وجود اختلال های روانی در افرادی که اختلال های مصرف مواد اولیه دارند، یافت. مرکز مطالعات پژوهش ملی درباره ی برون داد درمان دریافتند که ۱۰ درصد بیماران سوء مصرف کننده ی مواد که وارد درمان شده بودند در دو سال گذشته پذیرش روان پزشکی داشتند (رسول به نقل از منز، ۲۰۰۷). همچنین پنج گروه تحقیقی دانشگاه بین سال های ۱۹۸۰ و ۱۹۸۴ حدود ۲۰ هزار مصاحبه در جامعه انجام دادند؛ در این مصاحبه ها حدود یک چهارم (۲۹ درصد) از کسانی که یک بار اختلال

1. Self-Efficacy

2. Baker

3. Velleman

4. Barnett

روانی را در عمرشان تجربه کرده بودند، تاریخچه ای از یک یا چند بار مصرف مواد را در طول عمرشان داشتند؛ ۲۲ درصد از آنان اختلال مصرف الکل و ۱۵ درصد، اختلال مصرف سایر مواد را داشتند؛ بر عکس در میان افرادی که دارای اختلال مصرف الکل بودند، ۳۷ درصد از آنها دست کم یک اختلال روانی دیگر (غیر از مصرف مواد) داشتند و ۵۳ درصد از کسانی که اختلال مصرف مواد را در طول عمرشان داشتند، دست کم به یک اختلال روانی غیر از مصرف الکل، مبتلا بودند؛ ۴۵ درصد از افراد با تاریخچه اختلال مصرف الکل در عمرشان، همراهی با اختلال روانی یا اختلال های سایر مواد و ۷۲ درصد از کسانی که مبتلا به اختلال مواد بودند یک همراهی با اختلال روانی یا الکل داشتند. بالاترین میزان اختلال مصرف الکل یا مصرف سایر مواد در میان افرادی با اختلال شخصیت ضد اجتماعی (۸۴ درصد)، اختلال دو قطبی (۶۱ درصد)، اسکیزوفرنی (۴۷ درصد)، اختلال عاطفی^۱ (۳۲ درصد) و اختلال اضطرابی (۲۴ درصد) مشهود بود. شیوع اختلال های عاطفی و اضطرابی در طول عمر در جامعه (به ترتیب ۸ درصد و ۱۵ درصد) بیشتر از اختلال شخصیت ضد اجتماعی (۳ درصد) و اسکیزوفرنی (۲ درصد) است و توزیع شیوع کلی مشکلات همراه، مقداری بیشتر است (بکر و ولمن، ۲۰۰۶).

بررسی فریشر و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که بیمارانی که در معرض سوء مصرف قرار داشتند نسبت به آنهایی که در معرض سوء مصرف مواد قرار نداشتند ۱/۵۴ بار احتمال بیشتری داشت که به بیماری روانی مبتلا شوند. بیمارانی که در معرض بیماری روانی قرار داشتند نسبت به آنهایی که در معرض بیماری روانی قرار نداشتند ۲/۰۹ بار بیشتر احتمال داشت به سوء مصرف مواد مبتلا شوند. همچنین در بررسی شیوع همزمان بیماری روانی و سوء مصرف مواد در مراکز مراقبت اولیه در انگلستان و ولز (فریشر^۲ و همکاران، ۲۰۰۴)، نشان داده شد که شیوع بیماری روانی همراه با سوء مصرف مواد طی پنج سال، بیش از ۶۰ درصد افزایش یافته است، شیوع بیماری روانی و سوء مصرف مواد تا ۱۴۷ درصد طی پنج سال افزایش داشت، در

^۱ . Affective Disorder

^۲ . Frisher

حالی که پارانوئیا و سوء مصرف مواد تا ۱۴۴ درصد افزایش داشت. شیوع اسکیزوفرنیا ترکیب شده با سوء مصرف مواد ۱۲۸ درصد رشد داشت.

گران^۱ و همکاران (۲۰۰۴) نشان دادند که ۲۸/۶ درصد از بیماران دارای اختلال کنونی مصرف الکل، حداقل یک اختلال شخصیت داشتند. همچنین آنها نشان دادند که افراد دارای اختلال های مصرف الکل تقریباً پنج برابر بیشتر احتمال داشت که اختلال شخصیت ضد اجتماعی داشته باشند و احتمال اینکه اختلال شخصیت وابسته داشته باشند سه برابر بیشتر بود. با اینکه به طور معمول، اختلال های رفتاری مخرب^۲، بیشترین اختلال هایی هستند که در وضعیت همراه گزارش می شوند (۶۸ درصد)، اما اختلال های عاطفی نیز به میزان زیادی در اقشار جوان مشاهده می شود. ۲ تا ۳ درصد از نوجوانان با اختلال مصرف مواد، اختلال خلقی اختلالات اضطرابی را نیز در همان زمان گزارش کرده اند. طی مطالعات و پژوهشی گسترده مشخص شد که جوانانی که ترکیبی از سیگار کشیدن منظم، مصرف الکل و حشیش دارند، ۲۷ بار بیشتر در معرض خطر اختلال افسردگی قرار دارند (بویز^۳ و همکاران، ۲۰۰۳). در مطالعه دیگر، حتی بعد از کنترل دوره های قبلی اختلال افسردگی و مصرف مواد، مصرف اولیه الکل به طور معناداری اختلال افسردگی عمده را در سنین بعدی (در سن ۲۷ سالگی)، پیش بینی می کرد (بویز و همکاران، ۲۰۰۳).

درباره مصرف مواد غیر قانونی، با وجود نگرانی های فزاینده در خصوص ارتباط میان مصرف حشیش و روان پریشی (دگن هاردت^۴ و هال^۵، ۲۰۰۳)، در کشورهای استرالیا و بیشتر کشورهای غربی جوانان، حشیش را به طور عمده استفاده می کنند.

ارتباط مداوم میان گرایش به خودکشی، مشکلات مواد، الکل و افسردگی در جوانان، هشدار دهنده است؛ به ویژه در حالتی که مدل های کنونی ارائه خدمات گرایش دارند که بر اختلال هایی با شیوع پایین تمرکز کنند، اغلب اختلالات با شیوع بالا را مورد غفلت قرار می دهند. سوء مصرف مواد در افراد روان پریش، معمول

1. Grant

2. Disruptive Behaviour Disorder

3. Boys

4. Degenhardt

5. Hall

است. برآوردهای شیوع در طول عمر سوء مصرف مواد، نوشیدن آسیب زای الکل یا وابستگی به مواد برای این گروه مراجعان در حدود ۵۰ درصد است. افراد مبتلا به روان پریشی و مشکلات مصرف مواد در خطر بالای تعدادی از مشکلات همراه شامل خودکشی، پیروی ضعیف تر از درمان، بستری ماندن بیشتر، خشونت و در کل پیش آگهی های ضعیف تر قرار دارند (ریجز^۱ و دیویس^۲، ۲۰۰۲). از سویی دیگر ریجز و دیویس (۲۰۰۲) نشان دادند که در مقایسه با سایر اختلال های روانی خاص، اختلال دو قطبی بالاترین میزان ارتباط را با سوء مصرف مواد دارد. شخص مبتلا به اختلال دو قطبی به طور تقریبی، پنج بار بیشتر نسبت به جمعیت عمومی از اختلال سوء مصرف الکل و یازده بار بیشتر از آنها از اختلال سوء مصرف مواد رنج می برد؛ سایر زمینه یابی های انجام شده روی بیماران درمان شده اختلال دو قطبی، شیوع ۲۱ تا ۳۱ درصدی برای همراهی اختلال های سوء مصرف مواد را نشان می دهند. همراهی اختلال های شخصیت و مصرف مواد، چالش هایی ویژه را برای درمان ارائه می کنند. مصرف مواد می تواند رفتارهای مربوط به اختلال شخصیت از قبیل تکانشی بودن، ملالت، پرخاشگری و خود ویرانگری^۳، ایجاد مشکلات رابطه ای، عملکرد بد در کار، فعالیت غیر قانونی و رفتارها و احساسات بد تنظیم شده^۴ را تشدید یا نامشخص کند. این تضاد نیز وجود دارد که افرادی با اختلال شخصیت ممکن است عواطف و هیجانات خود را تنظیم کنند و از ایجاد ناراحتی و نا آرامی خودداری کنند و یا با استفاده از مواد، سایر احساسات را نسبت به خود تغییر دهند؛ در واقع به نظر می رسد که دو اختلال، بازتابی از یکدیگر باشند و همدیگر را تقویت کنند. اضطراب و اختلال مصرف مواد به طور گسترده همزمان به وجود می آیند. بین ۲۵ تا ۴۵ درصد افرادی که در پی درمان اختلال های مصرف مواد هستند، نوعی از اختلال اضطرابی را در حال حاضر یا در گذشته داشته اند. بر عکس، بین ۱۵ تا ۲۵ درصد کسانی که در پی درمان اختلال اضطرابی هستند، در حال حاضر یا در گذشته، اختلال مصرف الکل داشته اند. در بررسی شیوع و مدیریت بیماری های همزمان در بین بزرگسالان مصرف کننده مواد و جمعیت

1. Rigs

2. Davies

3. Self-Destructiveness

4. Dysregulated

های درمانی سلامت روان یافته ها نشان داد که تقریباً ۷۴/۵ درصد استفاده کنندگان خدمات مواد و ۸۵/۵ درصد از استفاده کنندگان خدمات الکل مشکلات سلامت روان را تجربه کردند. اغلب اختلال های عاطفی (افسردگی، اختلال های اضطرابی و روان پریشی داشتند. تقریباً ۳ درصد جمعیت تحت درمان مواد و بیش از ۵۰ درصد کسانی که تحت درمان الکل، بیماری های چندگانه همزمان (وقوع همزمان تعدادی اختلال های روانی یا مشکلات سوء مصرف مواد) را تجربه کردند. تقریباً ۳۸/۵ درصد مصرف کنندگان مواد دارای اختلال روانی، هیچ گونه درمانی برای مشکلات سلامت روانی خود دریافت نکرده بودند (ویور^۱ و همکاران، ۲۰۰۲).

بررسی ویور و همکاران (۲۰۰۲) نشان داد که اغلب الکل و مشکلات سلامت روانی با هم رابطه دارند و ۸۵/۵ درصد، استفاده کنندگان خدمات الکل مشکلات بهداشت روانی را تجربه کرده اند. اکثراً اختلالات عاطفی (افسردگی)، اختلالات اضطرابی و روان پریشی داشتند. روابط رایج بین الکل و سلامت روان شامل افسردگی، رفتار خودکشی، اضطراب، اختلالات وسواسی-جبری، اختلالات دو قطبی، اسکیزوفرنیا و اختلالات شخصیت می شوند. کمی بیش از ۵۰ درصد کسانی که برای مشکلات الکل تحت درمان بودند همزمانی چندگانه را تجربه کردند. همچنین کراوفورد^۲ (۲۰۰۱) نشان داد که حداقل دو سوم افراد وابسته به الکل که وارد درمان می شوند، شواهدی از اضطراب، غمگینی، افسردگی و یا علایم شبه مانیک نشان می دهند.

شواهد روز افزون وجود دارد که مصرف حشیش، ممکن است با آغاز روان پریشی در جوانان با نوعی آسیب پذیری اساسی مرتبط باشد، اما به طور قابل توجهی نسبت به رابطه میان مصرف حشیش و اختلالات روانی شایع تر، مانند اضطراب، اختلال های افسردگی و رفتاری توجه کمی شده است؛ این مسئله که مصرف اولیه حشیش، اختلالات ضد اجتماعی و افسردگی عمده را در اواخر دوره ی نوجوانی و جوانی پیش بینی می کند، به شکل چشم گیری نگران کننده است (فرگوسن^۳ و هوروود^۴، ۲۰۰۱). در پژوهشی دیگر راس^۵ و همکاران

1. Weaver

2. Crawford

3. Fergusson

4. Horwood

5. Reis

(۲۰۰۰) همزمانی قابل ملاحظه ای را بین اختلالات اضطرابی و مشکلات الکل نشان داده اند و بیانگر آنند که سوء مصرف کنندگان الکل دو یا سه برابر بیشتر در معرض خطر ابتلا به یک اختلال اضطرابی می باشند. مطالعات زمینه یابی همه گیرشناسی از اقشار جوان، میزان بالای افسردگی، اضطراب، اختلال های رفتاری به علاوه تجربه اساسی با مواد و الکل را در این قشر گزارش می کنند. مواردی که، ممکن است به طور گسترده بر فرآیند رشد و تحول تأثیر بگذارند. جوانان مبتلا به اختلالات مصرف مواد، حتی میزان بیشتری از اختلال های روانی را دارند؛ زمینه یابی ها در جامعه نشان می دهد که آنها به احتمال فراوان، دو تا سه بار بیشتر از افراد غیر مصرف کننده، اختلال های اضطرابی، خلقی و رفتار مخرب را تجربه می کنند (کندل^۱ و همکاران، ۱۹۹۹)؛ این نتایج با نتایجی که از موقعیت های بالینی به دست آمده است همخوانی دارد که در این موقعیت ها میزان بالا از اختلال های همراه در نوجوانانی که در صدد درمان مشکلات روانی هستند، (بالای ۷۱ درصد) و کسانی که در صدد دست یابی به مراکز خدمات درمانی مواد جوانان هستند (حدود ۸۹ درصد) (کلارک^۲ و همکاران، ۱۹۹۷)، یافت شده است. از سویی دیگر مایریک^۳ و برادی^۴ (۱۹۹۷) متوجه شدند که شیوع ترس از اجتماع افراد وابسته به کوکائین، ۱۳/۹ درصد می باشد. همچنین، آنها دریافتند که افراد دارای ترس از اجتماع احتمال بیشتری دارد که آسیب شناسی روانی مضاعف داشته باشند و چندین داروی روان گردان مصرف کنند.

هر چند که مصرف الکل در میان جوانان سرتاسر جهان غرب ادامه دارد، شواهد روز افزون از پیوند میان مصرف مشکل آفرین الکل و افسردگی وجود دارد؛ برای نمونه، روهده و همکاران (۱۹۹۶) دریافتند که ۵۰ درصد از نوجوانان وابسته به الکل (سنین میان ۱۴ تا ۱۸ سال) همراهی با اختلال افسردگی را گزارش کرده اند؛ همچنین در یک مطالعه زمینه یابی در سطح جامعه این نتیجه به دست آمد که جوانان افسرده (سنین ۱۲ تا ۱۵ سال) دوبار با احتمال بیشتری به طور منظم، الکل مصرف می کردند. همچنین توماس (۱۹۹۳) دریافت

1. Kandel

2. Clark

3. Myrick

4. Brady

که مصرف حشیش می تواند به ایجاد اضطراب و حملات وحشت منجر شود، معمولاً علایم، مدت زمان کوتاهی حضور دارند و شامل بی قراری، مسخ شخصیت، مسخ واقعیت، پارانوایا و اختلال های خلقی زودگذر می باشند. و نیز سلرز^۱ و لیبرمن^۲ (۱۹۹۳) نشان دادند که بیشتر کسانی که سوء مصرف مواد دارند علایمی مشابه افرادی که اسکیزوفرنی دارند را نشان می دهند و ممکن است کسانی که اسکیزوفرنی دارند با افرادی که سوء مصرف بالا دارند، اشتباه گرفته شوند، برآورد می شود که بیش از ۵۰ درصد کسانی که اختلالات روانی دارند الکل و مواد را مورد سوء مصرف قرار می دهند.

در بین افرادی که برای درمان وابستگی به کوکائین، الکل یا مواد شبه افیونی مراجعه می کنند، اختلالات روانی شیوع بالایی دارد و در برخی مطالعات میزان اختلالات روان پزشکی همزمان را در بین معتادین، ۵۰ درصد گزارش شده است. هر چند آن دسته از سوء مصرف کنندگان کوکائین، الکل و مواد شبه افیونی که دارای مشکلات روان پزشکی هستند بیشتر برای درمان مراجعه می کنند، آنها که نیز در پی درمان بر نمی آیند لزوماً عاری از مشکلات روانی همزمان نیستند، این گروه اخیر ممکن است دارای حمایت های اجتماعی باشند که آنها را قادر می سازد تأثیر مصرف مواد را در زندگی خود انکار کنند. در مطالعات مختلف بین ۳۵ تا ۶۰ درصد بیماران مبتلا به سوء مصرف یا وابستگی به مواد، واجد ملاک های تشخیصی اختلال شخصیت ضد اجتماعی هستند. درصد بالایی از بیمارانی که تشخیص سوء مصرف یا وابستگی به مواد را دارند، دارای یک الگوی رفتار ضد اجتماعی نیز هستند، خواه این الگو قبل از شروع مصرف مواد وجود داشته باشد و خواه در مسیر مصرف مواد پدید آمده باشد. در بیمارانی که تشخیص وابستگی به مواد را توأم با اختلال شخصیت ضد اجتماعی دارند احتمالاً مواد غیر قانونی بیشتری مصرف می کنند، آسیب روانی بیشتری دارند، تکانشی تر، منزوی تر و افسرده تر از بیمارانی هستند که فقط تشخیص اختلال ضد اجتماعی دارند (پیکنز و همکاران، ۱۹۹۱). طبق گزارش کوهه و همکاران (۱۹۹۱) احتمال مصرف سیگار، ماری جوانا و الکل در بین افراد مبتلا

1. Selzer

2. Liberman

به افسردگی به ترتیب ۹۰ درصد، ۱۰۰ درصد، ۱۲۰ درصد بیشتر از افرادی است که سابقه ی ابتلا به بیماری افسردگی نداشته اند.

علایم افسردگی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد یا وابستگی به مواد شایع است. حدود یک سوم تا نیمی از کسانی که سوء مصرف مواد مشابه افیونی دارند که به آن وابستگی دارند و حدود ۴۰ درصد کسانی که سوء مصرف یا وابستگی الکل دارند زمانی در طول عمر خود واجد ملاک های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی بوده اند. مصرف مواد همچنین عامل زمینه ساز عمده برای خودکشی محسوب می شود. احتمال خودکشی موفق بین مبتلایان به سوء مصرف مواد تقریباً ۲۰ برابر بیشتر از کل جمعیت است. گزارش شده است که حدود ۱۵ درصد افراد مبتلا به سوء مصرف یا وابستگی به الکل اقدام به خودکشی می کنند، این میزان از شیوع خودکشی مقام دوم را دارد، یعنی فقط اختلال افسردگی اساسی بالاتر از آن است (فیلدز؛ ترجمه حمیدی کیا و غلامرضایی، ۱۳۹۲).

همچنین بیشترین میزان شیوع انواع اختلالات روانی در افراد الکلی به این قرار است: اختلال های اضطرابی (۱۹ درصد)، اختلال شخصیت ضد اجتماعی (۱۴ درصد)، اختلال عاطفی (۱۳ درصد) و اسکیزوفرنیا (۴ درصد) (رجیر و همکاران، ۱۹۹۰). همچنین هندریکس^۱ (۱۹۹۰) در مطالعه خود، روی ۱۵۲ بیمار وابسته به مواد به این نتیجه رسید که ۸۰ درصد از نمونه ها دارای اختلال روانی بودند و بیشترین شیوع به ترتیب اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اختلال افسردگی و اختلالات مربوط به اضطراب بود. از سویی دیگر مطالعه خانتزن^۲ و تریس^۳ (۱۹۸۵) نشان داد که ۷۷ درصد از بیماران وابسته به مواد یک یا بیشتر از یک اختلال روانی داشتند.

1 . Hendriks

2 . Khantzian

3 . Trcece

۲-۵-۲- پیشینه داخلی:

دل آذر، کافی ماسوله و همکاران (۱۳۹۱) نشان دادند که به دلیل اختلال عملکرد افراد وابسته به مواد این موضوع بر احساس سلامت فیزیکی و کیفیت زندگی آنان سایه افکنده و موجب اثر متقابل بر سلامت روان آنان می شود.

به طور کل، رابطه اعتیاد و اختلال روانی یک رابطه ی دو سویه است، یعنی اختلال های روانی مانند افسردگی و اضطراب می تواند زمینه ساز اعتیاد افراد شده و اعتیاد می تواند زمینه ای برای اختلالات روانی مانند افسردگی شود (امامی پور و همکاران، ۱۳۸۷). از سویی دیگر عارف نسب، محمدی و همکاران (۱۳۸۶) دریافتند که افراد معتادی که برای استفاده از درمان نگهدارنده متادون مراجعه می کنند نسبت به جمعیت عمومی جامعه از نظر سلامت جسمانی و روانی در وضعیت بسیار بدی قرار دارند و هر چه مصرف هروئین آنها بیشتر بود وضعیت وخیم تر است.

شاهی و احمدیان (۱۳۸۳) نشان دادند که بسیاری از سوء مصرف کنندگان مواد که در جستجوی درمان هستند، یک تشخیص دوگانه دارند. منظور این است که آنها علاوه بر تشخیص اعتیاد، تشخیص سندرمی دیگر نظیر افسردگی، اختلال شخصیت یا ترکیبی از هر دو را دارند. آنها نشان دادند که ۲۵ تا ۴۰ درصد از بیماران که برای درمان وابستگی به مواد روانگردان مراجعه کردند، گزارش از اختلال روانی را داشتند. بررسی ها مهم ترین اختلالات همبود را به ترتیب اختلالات عاطفی، اختلالات شخصیت و اختلالات سایکوتیک معرفی نمودند، که در میان اختلالات عاطفی، افسردگی و اضطراب و در میان اختلالات شخصیتی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی و مرزی و در میان اختلالات سایکوتیک، اسکیزوفرنیا مهم ترین انواع اختلالات بوده است.

طاهرخانی (۱۳۸۲) نشان داد که بیشترین همراهی الکلیسم با اختلال شخصیت ضد اجتماعی، سایر وابستگی ها به مواد، مانیا و اسکیزوفرنی است. به طور شگفت انگیزی میزان همراهی افسردگی در حد متوسطی (۱/۷) بود که خیلی کمتر از آنچه به طور تیپیک در نمونه های کلینیکی دیده شده بود. همراهی با اختلالات

اضطرابی نیز در حد متوسط با نسبت ۲ تا ۲/۵ بود. همراهی وابستگی به مواد با اختلالات عاطفی (به جز مانیا) قابل توجه بود ولی از نظر اهمیت متوسط بود (حدود ۳ تا ۴). وی طی این پژوهش نشان داد که نسبت شیوع برای همه اختلالات روان پزشکی قابل توجه بود ولی آنها که به ویژه نسبت بالایی داشتند، شامل موارد زیر می شوند: اختلال اضطراب عمومی، کج خلقی، مانیا، اختلال سلوک و اختلال شخصیت ضد اجتماعی. همچنین تبریزی (۱۳۸۱) نشان داد رفتار اعتیادی بازتابی از تأثیرات متقابل افسردگی به عنوان اختلالی همراه و نیز مجموعه ای از عوامل و متغیرهای زمینه ای است. وی نشان داد که اختلال های روانی به سوء مصرف مواد منجر می گردند. وقتی که این یافته ها از جهات مختلف تجزیه و تحلیل می شود و اختلالات پیش زمینه ای مختلف به صورت منفرد یا با همدیگر در نظر گرفته شود، بیشترین میزان وابستگی به مواد (به تنهایی)، اختلالات عاطفی همراه با سایر اختلالات مربوط می شود. یافته های مقایسه ای حتی نشان داد که همراهی افسردگی با وابستگی به مواد بیشتر از همراهی آن با وابستگی به الکل است. افراد وابسته به مواد تقریباً ۷ برابر بیشتر از افراد غیر وابسته، در طول زندگی دچار افسردگی می شوند. وقتی نسبت احتمال وابستگی خاص به مواد مورد تحلیل قرار گرفت، ارتباط قوی تری بین افسردگی با آمفتامین (۱۰/۲۶) و آرامبخش (۱۰/۰۶) برای مردان مشاهده شد. همچنین پژوهش امیدی، حسینی و عساریان (۱۳۸۱) نشان دهنده ی فراوانی رفتارهای غلط بهداشتی در افراد وابسته به مواد از قبیل کم خوابی، عدم ورزش، عدم رعایت موازین بهداشتی است که خود می تواند به طور مستقیم منجر به افزایش بیماری های جسمانی شود و نیز در پژوهشی دیگر پرویزی فرد، بهروز و همکاران (۱۳۸۰) دریافتند که نشانه های افسردگی در سطح متوسط تا شدید در ۲۰ تا ۶۸ درصد معتادان بستری و نشانه های اضطراب در سطوح متوسط تا شدید در ۳۰ تا ۵۸ درصد گروه مورد بررسی وجود دارد.

۲-۶- جمع بندی:

در این فصل ابتدا تعاریفی از اعتیاد را مطرح کرده و ملاک های تشخیصی آن را بررسی کردیم. در واقع فردی معتاد تلقی می شود که مصرف مواد زندگی اجتماعی و خانوادگی او را مختل کرده باشد، مشکلات قانونی برای فرد ایجاد کرده باشد و مصرف مواد در موقعیت هایی که برای فرد از نظر فیزیکی خطرناک است رخ دهد.

نظریه های زیادی جهت توضیح مصرف مواد و علل گرایش به مصرف مواد ارائه شده که در این فصل این نظریات مورد بررسی قرار گرفت. برخی از این نظریه ها عبارتند از: (۱) نظریه شخصیت که بر اهمیت ویژگی های شخصیتی در شکل گیری و استمرار وابستگی تأکید دارد. (۲) نظریه سایکودینامیک که سوء مصرف مواد را معادل خود ارضایی دانسته و آن را مکانیسم دفاعی در مقابل تکانه ای همجنس گرایانه یا پسرفت دهانی می داند. (۳) نظریه زیست شناسی اعتیاد را بیماری مغز قلمداد کرده که ریشه در تغییراتی در ساختمان و شیمی اعصاب مغز مصرف کننده دارد. (۴) نظریه تقویتی مصرف مواد را رفتاری می داند که بر اثر پیامدهای آن تداوم می یابد. (۵) نظریه اخلاقی بر این باور است که مصرف مواد نشانه ی ضعف اخلاقی، شخصیت بد یا آدم های گناهکار می باشد. (۶) نظریه بیماری مدعی است که اعتیاد به دلیل اختلال در فرایندهای رفتاری یا نوروشیمیایی یا ترکیبی از آنها، یک بیماری محسوب می شود. (۷) نظریه ژنتیکی فرض می کند که اعتیاد به مواد دارای زمینه ژنتیکی است. (۸) نظریه روانکاوی بر این عقیده است که اعتیاد نتیجه تمایل به مرگ ناهشیار در قالب خودکشی تدریجی است. (۹) نظریه رفتاری مصرف مواد را به عنوان رفتاری اکتسابی در نظر گرفته است. بعد از بررسی نظریات مختلف در رابطه با اعتیاد به تشریح تعدادی از اختلالات روانی و جسمانی که امکان دارد همراه با اعتیاد در فرد حضور داشته باشد پرداخته ایم. با توجه به نظریات و مطالبی که در این فصل آورده شد، می توان چنین نتیجه گرفت که مشکلات روانی و جسمانی زیادی وجود دارند که همراه با وابستگی به مواد در افراد ظاهر می شوند. وجود یا عدم وجود و همچنین تشخیص به موقع این اختلالات در فرد معتاد در تعیین روند و شیوه های درمانی نقش تعیین کننده ای خواهد داشت، بنابراین همان طور که

پژوهشگرانی مانند پیکنز، فیلدز، بکر، ولمن و سایر پژوهشگران این حوزه نتیجه گرفتند، می توان گفت که تشخیص اختلالات همراه یکی از گام های اساسی و اولیه در درمان اعتیاد محسوب می شود و پژوهش در این زمینه می تواند نقش مؤثری در کمک به درمانگران اعتیاد داشته باشد، بنابراین باید جهت درمان همزمان اعتیاد و اختلالات روانی اقدام کرد. در مورد اختلالات جسمانی نیز می توان چنین مطرح کرد که برخی از افراد برای فرار و رهایی از دردهای جسمانی به سمت مصرف مواد مخدر کشیده می شوند و برخی نیز بعد از اعتیاد دچار بیماری ها و دردهای جسمانی می شوند و به همین دلیل قادر به کنار گذاشتن مواد مخدر نیستند و در واقع مواد را راهی برای فرار از دردهای جسمانی خود می دانند.

فصل سوم

روش شناسی پژوهش

۳-۱- مقدمه:

هر پژوهشی به مانند فعالیت علمی دیگری دارای شیوه ها، روش ها و مبتنی بر اصول و ضوابطی است. بر این اساس در این فصل روش پژوهشی به کار گرفته شده در این پژوهش تشریح خواهند شد. در ادامه ی فصل، روش شناسی پژوهش شامل روش پژوهش، روش و ابزار گردآوری داده ها و نحوه انتخاب نمونه توضیح داده خواهد شد و در نهایت روش های آماری استفاده شده برای تحلیل داده ها توضیح داده خواهند شد.

۳-۲- طرح پژوهش:

این پژوهش، از لحاظ هدف، یک پژوهش کاربردی بوده زیرا هدف آن کاربرد عملی دانش در یک زمینه خاص است. پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی و به لحاظ روش از نوع پیمایشی است.

۳-۳- جامعه آماری:

جامعه آماری این پژوهش تمامی افرادی که در سال ۹۴-۹۵ تحت پوشش ستاد مبارزه با مواد مخدر متقاضی مداخلات درمانی در کمپ ها و مراکز متادون درمانی و کاهش گذری آسیب در شهرستان زنجان هستند که تعداد آنها حدودا بالغ بر ۴۰۰۰ نفر است.

۳-۴- روش نمونه گیری و حجم نمونه:

حجم نمونه این پژوهش ۳۵۱ نفر است که از طریق جدول مورگان به دست آمده است. روش نمونه گیری در این پژوهش از نوع تصادفی ساده است که از بین بیماران بستری در کمپ ها و مراکز متادون درمانی انتخاب شده است. ۱۵۰ نفر از نمونه این پژوهش از کمپ دو اسب انتخاب شده اند و همچنین ۸۰ نفر از کمپ بهارستان انتخاب شده اند و ۸۱ نفر دیگر را نیز از بین مراکز متادون درمانی مختلفی که در شهر زنجان واقع شده اند و ۴۱ نفر از مرکز کاهش گذری آسیب به صورت تصادفی ساده انتخاب کردیم.

۳-۵- ابزار گردآوری متغیرهای پژوهش:

در این پژوهش به منظور گردآوری اطلاعات مورد نیاز پژوهش و سنجش متغیرهای پژوهش از ابزار پرسشنامه استفاده شده است که مشتمل بر دو پرسشنامه است: چک لیست نشانه های اختلالات روانی و پرسشنامه اطلاعات بیوگرافی و اختلالات جسمانی که محقق ساخته است.

۳-۵-۱- پرسشنامه نشانه های اختلالات روانی:

یکی از پر استفاده ترین تشخیص آزمون نشانه های اختلالات روانی است. این آزمون شامل ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علایم روانی است. این آزمون توسط دروگاتیس^۱ و همکاران در سال ۱۹۷۳ معرفی شد و بر اساس تجربیات بالینی و تجزیه تحلیل های روان سنجی، مورد تجدید نظر قرار گرفت و فرم نهایی آن در سال ۱۹۷۶ تهیه گردید. دروگاتیس، ریکلز^۲ و راک^۳ (۱۹۷۶) اعتبار درونی این آزمون را با استفاده از ضریب آلفا

^۱ . Derogatis, L R.

^۲ . Rickels

^۳ . Rock

رضایت بخش گزارش کرده اند. هر یک از سؤال های آزمون از یک طیف ۵ درجه ای میزان ناراحتی، که از نمره صفر «هیچ» تا چهار «به شدت» می باشد تشکیل شده است. نمره های به دست آمده از این آزمون، بیانگر ۹ بعد از نشانه های بیماری و ۳ شاخص کلی است که در جدول شماره ۱ آمده است.

این آزمون در گروه های بسیاری با موفقیت به کار رفته است. این آزمون در مورد معتادین به الکل، ناتوانی های جنسی، بیماران سرطانی، مبتلایان به نارسایی قلبی و دانشجویانی که راهنمایی و مشاوره لازم دارند و یا به عنوان یک ابزار سرنندی و تشخیصی به کار رفته است.

جدول ۱-۳- خرده مقیاس ها و شماره سوالات آزمون SCL-90

خرده مقیاس	شماره سوالات
شکایت جسمانی (SOM)	۱-۴-۱۲-۲۷-۴۰-۴۲-۴۸-۴۹-۵۲-۵۳-۵۶-۵۸
وسواسی - جبری (O-C)	۳-۹-۱۰-۲۸-۳۸-۴۵-۴۶-۵۱-۵۵-۶۵
حساسیت در روابط متقابل (INT)	۶-۲۱-۳۴-۳۶-۳۷-۴۱-۶۱-۶۹-۷۳
افسردگی (DEP)	۵-۱۴-۱۵-۲۰-۲۲-۲۶-۲۹-۳۰-۳۱-۳۲-۵۴-۷۱-۷۹
اضطراب (ANX)	۲-۱۷-۲۳-۳۳-۳۹-۵۷-۷۲-۷۸-۸۰-۸۶
پرخاشگری (خصوصیت) (HOS)	۱۱-۲۴-۶۳-۶۷-۷۴-۸۱
ترس مرضی (PHOB)	۱۳-۲۵-۴۷-۵۰-۷۰-۷۵-۸۲
افکار پارانوئیدی (PAR)	۸-۱۸-۴۳-۶۸-۷۶-۸۳
روان گسسته گرایی (PSY)	۷-۱۶-۳۵-۶۲-۷۷-۸۴-۸۵-۸۷-۸۸-۹۰
سوالات اضافی	۱۹-۴۴-۵۹-۶۰-۶۴-۶۶-۸۹

۷ سؤال در این آزمون آمده که تحت هیچ یک از ابعاد ۹ گانه نمی باشد. این سؤال ها با اینکه با اضافه شدن در آزمون ملاک های آماری را خراب می کنند، با این حال چون از نظر بالینی دارای اهمیت هستند و جزء سؤال های آزمون آمده اند و به شاخص های کلی آزمون کمک می کنند و تمایل بر این است که به طور

تجمعی استفاده شوند. بنابراین یک نمره افسردگی بالا همراه با علایم «زود بیدار شدن» و «بی اشتهایی» ممکن است تفسیرش با یک نمره مشابه، زمانی که این علایم وجود ندارد، تفاوت داشته باشد. بر همین اساس وجود هشیارانه احساس گناه، یک معرف بالینی مهم است که اطلاعات مهمی را در اختیار متخصص بالینی قرار می دهد. این سؤال ها به عنوان یکی از ابعاد، نمره گذاری نمی شوند ولی به نمره های ضریب کلی ناراحتی اضافه می گردد. سؤال های اضافی ۷ مورد عبارتند از:

۱۹) بی اشتهایی

۴۴) زیاد خوردن

۵۹) فکر زیاد راجع به مرگ و مردن

۶۰) دیر خوابیدن (مشکل در به خواب رفتن)

۶۴) زود بیدار شدن از خواب

۶۶) بد خوابی (بیدار شدن های مکرر)

۸۹) احساس گناه و تقصیر داشتن.

۳-۵-۱-۱- توصیف شاخص های کلی:

نقش اصلی هر یک از شاخص ها، آن است که با یک نمره، میزان و یا عمق وضعیت روانی فرد را از نظر آسیب شناسی روانی نشان می دهند. هر یک از این شاخص ها این کار را به صورت مجزا نشان می دهند و جنبه های مختلفی از آسیب شناسی روانی را مشخص می کنند. توصیف این شاخص ها در پی می آید:

شاخص شدت کلی: این شاخص بهترین نشانه برای سطح و یا عمق یک ناراحتی در حال حاضر می باشد و باید در بیشتر مواردی که احتیاج به یک سنجش خلاصه داریم از آن استفاده کنیم. این شاخص اطلاعاتی در مورد تعداد علایم و شدت ناراحتی ناشی از آن به دست می دهد. قاعده کلی این است که نمره T بالای ۶۳ حاکی از وجود سطح معنادار از مشکلات روانی است.

شاخص ناراحتی نشانه های مثبت: این شاخص یک شاخص خالص از شدت ناراحتی است. یعنی یک سنجش اصلاح شده برای علایم است. عمل آن بیشتر مانند یک سنجش پاسخ در جهت ابلاغ اینکه آیا بیمار افسرده، علایم خود را در فرم گزارش از خود، بیشتر یا کمتر ارائه می دهد.

جمع نشانه های مثبت: این شاخص به طور ساده شمارش تعداد علایمی است که بیمار به صورت مثبت گزارش می دهد. یعنی آنهایی که خود بیمار به دارا بودن آن تا حدی اذعان دارد.

۳-۵-۱-۲- اعتبار و روایی:

دروگاتیس، ریکلر و راک (۱۹۷۶) اعتبار درونی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفا رضایت بخش گزارش کرده اند. بیشترین ضریب همبستگی برای افسردگی ۰/۹۵ و کمترین آن برای روان گسسته گرایی ۰/۷۷ به دست آمده است. در محاسبه اعتبار به شیوه ی باز آزمایی در مورد ۹۴ بیمار روانی ناهمگون پس از یک هفته از اجرای اول، ضرایب همبستگی بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ به دست آمده است. در مورد روایی پرسشنامه، پژوهش های مختلف، بیشترین همبستگی را برای بعد افسردگی ۰/۷۳ و کمترین آن را برای بعد ترس های مرضی ۰/۳۶ گزارش کرده اند (دروگاتیس و کلیری، ۱۹۹۷). به علاوه ضرایب همسانی درونی در مورد بیماران سرپایی در دامنه ی ۰/۷۹ برای افکار پارانوئیدی تا ۰/۹۰ برای افسردگی به دست آمد. همچنین ضریب همسانی درونی در مورد افراد با نشانه های بالینی، در دامنه ی ۰/۷۷ برای روان گسسته گرایی تا ۰/۹۰ برای افسردگی بدست آمد (دروگاتیس و ساویتز، ۱۹۹۹). بوللوکی و هاروت (۱۹۷۴)، همبستگی این آزمون را با آزمون MHQ بسیار بالا و حدود ۰/۹۲ گزارش کرده اند (به نقل از اسماعیلی، ۱۳۷۶).

در ایران نیز نتایج پژوهش مدبرنیا و همکاران (۱۳۸۴) حاکی از آن است که بین ۹ بعد این آزمون و مقیاس های مینه سوتا همبستگی معناداری مشاهده شده است که بیشترین آن بین اضطراب و افسردگی این آزمون با نوراستنی مینه سوتا، ۰/۵۹ و وسواس و روان گسسته گرایی این آزمون با اسکیزوفرنی مینه سوتا، ۰/۵۹.

بوده است. همچنین بیشترین ضریب اعتبار در افسردگی با روش بازآزمایی ۰/۹۳ و آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمده است.

اسماعیلی (۱۳۷۶) در هنجاریابی این آزمون در گروه دانشجویان، ضریب آلفای کرونباخ مربوط به عوامل نه گانه آزمون را به شرح زیر گزارش کرده است: شکایت جسمانی (۰/۸۵)، حساسیت در روابط متقابل (۰/۷۹)، وسواسی - جبری (۰/۷۸)، افسردگی (۰/۸۶)، اضطراب (۰/۷۸)، پرخاشگری (۰/۷۷)، ترس مرضی (۰/۷۰)، افکار پارانوئیدی (۰/۷۷)، روان گسسته گرایی (۰/۷۵).

نتایج پژوهش های میرزایی (۱۳۵۹) و رضاپور (۱۳۷۶) نیز از حاکی از روایی هم زمان و اعتبار به روش بازآزمایی مناسب این ابزار در جمعیت ایرانی است. حساسیت این ابزار در پژوهش بهادرخان، ۹۰ درصد گزارش شده است. در پژوهش اسماعیلی (۱۳۷۶) نیز، واریس روایی سازه این ابزار با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی و اکتشافی، حاکی از آن است که این ابزار، در مجموع، از روایی سازه خوبی در جمعیت ایرانی برخوردار است (آشتیانی، ۱۳۹۱).

۳-۵-۲- پرسشنامه اختلالات جسمانی:

برای سنجش اختلالات جسمانی از چک لیست محقق ساخته استفاده کرده ایم که ویژگی های دموگرافیک و میزان شیوع اختلالات جسمانی را بررسی می کند.

۳-۶- روش اجراش پژوهش:

اطلاعات و داده های مورد نیاز این پژوهش از طریق اجرای پرسشنامه اختلالات روانی و پرسشنامه محقق ساخته برای اختلالات جسمانی موجود گردآوری شد. پژوهشگر پس از اخذ معرفی نامه از شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر شهر زنجان به کمپ ها و مراکز متادون درمانی مراجعه و اقدام به اجرای پرسشنامه کرد. فاصله ی زمانی که پرسشنامه ها پر شده است از تاریخ ۹۴/۱۲/۱ الی ۹۵/۰۱/۳۰ می باشد. افرادی که به

صورت تصادفی در کمپ ها و همچنین مراکز متادون درمانی انتخاب شده بودند گرد آمدند و پس از ارائه توضیحاتی مقدماتی و ایجاد آمادگی های لازم از آنها خواسته شد که به پرسشنامه ها پاسخ دهند. برای شروع کار ابتدا سعی شد با افراد به صورت انفرادی رابطه دوستانه و مبتنی بر اعتماد برقرار شود، آنگاه به آنها گفته شد که تکمیل پرسشنامه ها صرفاً جنبه ی پژوهشی دارد و نتیجه آن هر چه که باشد هیچ تأثیری در مدت و روند درمان آنها نخواهد داشت. پس از این دستور العمل پرسشنامه ها در اختیار آزمودنی ها قرار گرفت و پژوهشگر نخستین سؤال را برای او خواند و مطالب را برای آزمودنی روشن کرد و به آنها اطمینان داده شد که پاسخ های آنها محفوظ خواهد ماند و هیچ نامی از آنها برده نخواهد شد و نوشتن نام بر روی برگه لزومی ندارد و در انتهای کار از همکاری آنها تشکر شد.

۳-۷- روش تجزیه و تحلیل داده ها:

پژوهش حاضر از پژوهش های توصیفی و غیر آزمایشی است. این پژوهش با توجه به ماهیت فرضیه ها و اهداف پژوهش از نوع پیمایشی است زیرا محقق هیچ گونه دخل و تصرف و دستکاری در متغیرهای مورد بررسی نداشته و فقط از روی آثار و نتایج آنها میزان شیوع متغیرها را مورد بررسی قرار داد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات متناسب با فرضیه ها و سؤالات مورد نظر از شیوه های آمار توصیفی فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و برای تجزیه تحلیل استنباطی داده ها از آزمون t تک نمونه ای استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار SPSS استفاده شد و با استفاده از روش های آمار توصیفی و استنباطی، یافته های مربوط به متغیرهای مورد نظر مورد بررسی قرار گرفت.

فصل چهارم

**استخراج و تحلیل داده های
تجربی**

۴-۱- مقدمه

در این فصل یافته ها و نتایج پژوهش به صورت آمار توصیفی و آمار استنباطی ارائه شده است. در بخش اول به ارائه تصویر کل نمونه آماری، توصیف و تحلیل آنها پرداخته شده است. در بخش دوم به تحلیل متغیرها از طریق آزمون های آماری مناسب مورد استنباط آماری قرار گرفته اند.

الف - یافته های توصیفی:

جدول ۴-۱- جدول توزیع فراوانی میزان تحصیلات

سطح تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی
بی سواد	۱۸۰	۵۱/۴
زیر دیپلم	۹۰	۲۵/۷
دیپلم	۷۰	۲۰
لیسانس	۱۰	۲/۸
جمع	۳۵۰	۱۰۰

با توجه به اطلاعات جدول ۱-۴- مشاهده می شود از ۳۵۰ نفر مرد وابسته به مواد مخدر مورد بررسی ۵۱/۴ درصد بی سواد و ۲۵/۷ درصد نیز تحصیلات زیر دیپلم داشتند، همچنین ۲۰ درصد نیز دارای تحصیلات دیپلم بودند و ۲/۸ درصد از این افراد نیز دارای مدرک کارشناسی بودند.

جدول ۲-۴- جدول توزیع فراوانی طلاق

متغیر طلاق	فراوانی	درصد فراوانی
دارد	۲۲۱	۶۳/۱۴
ندارد	۱۲۹	۳۶/۸۵
جمع	۳۵۰	۱۰۰

با توجه به اطلاعات جدول ۲-۴- مشاهده می شود از ۳۵۰ نمونه مورد بررسی این پژوهش ۲۲۱ نفر سابقه طلاق داشتند و ۱۲۹ نفر نیز سابقه طلاق نداشتند.

جدول ۳-۴- جدول توزیع فراوانی تعداد فرزندان

متغیر تعداد فرزندان	فراوانی	درصد فراوانی
بدون فرزند	۶۳	۱۸
یک فرزند	۸۶	۲۴/۵
دو فرزند	۷۵	۲۱/۴
سه فرزند	۵۰	۱۴/۲
چهار فرزند	۴۰	۱۱/۴
پنج فرزند	۲۰	۵/۷

شش فرزند	۱۶	۴/۵
جمع	۳۵۰	۱۰۰

با توجه به اطلاعات جدول ۴-۳- مشاهده می شود، تعداد فرزندان در بین افراد وابسته به مواد مخدر بدین صورت است: بدون فرزند با فراوانی ۶۳ و درصد فراوانی ۱۸، تک فرزندی با فراوانی ۸۶ و درصد فراوانی ۲۴/۵، دو فرزندی با فراوانی ۷۵ و درصد فراوانی ۲۱/۴، سه فرزندی با فراوانی ۵۰ و درصد فراوانی ۱۴/۲، چهار فرزندی با فراوانی ۴۰ و درصد فراوانی ۱۱/۴، پنج فرزندی با فراوانی ۲۰ و درصد فراوانی ۵/۷ و شش فرزندی با فراوانی ۱۶ و درصد فراوانی ۴/۵ می باشد.

جدول ۴-۴- جدول توزیع فراوانی اولین سن مصرف مواد مخدر

متغیر سن مصرف مواد	فراوانی	درصد فراوانی
۱۲ سال	۸	۲/۲
۱۳ سال	۱۰	۲/۸
۱۴ سال	۱۲	۳/۴
۱۵ سال	۲۰	۵/۷
۱۶ سال	۳۶	۱۰/۲
۱۷ سال	۳۶	۱۰/۲
۱۸ سال	۲۵	۷/۱
۱۹ سال	۴۰	۱۱/۴
۲۰ سال	۱۶	۴/۵
۲۱ سال	۱۷	۴/۸

۵/۷	۲۰	۲۲ سال
۴/۲	۱۵	۲۳ سال
۳/۱	۱۱	۲۴ سال
۲/۸	۱۰	۲۵ سال
۵/۴	۱۹	۲۶ سال
۴/۲	۱۵	۲۷ سال
۴	۱۴	۲۸ سال
۴/۵	۱۶	۲۹ سال
۲/۸	۱۰	۳۰ سال
۱۰۰	۳۵۰	جمع

با توجه به اطلاعات جدول ۴-۴- مشاهده می شود، بیشترین فراوانی اولین سن شروع مصرف مواد سن ۱۹،

۱۶، ۱۷ سالگی بوده است و کمترین فراوانی اولین سن شروع مصرف مواد مخدر سن ۱۲، ۱۳ و ۳۰ سالگی

می باشد.

بررسی شیوع شناسی علائم نه گانه سلامت روان آزمودنیها:

به منظور بررسی میزان شیوع علایم مرضی ابعاد سلامت روان در معتادان متقاضی درمان در هر بعد میانگین های پیش فرض در نظر گرفتیم. میانگین محاسبه شده را با میانگین پیش فرض در هر بعد مقایسه نماییم.

۴-۵- جدول میانگین پیش فرض در ابعاد نه گانه سلامت روان .

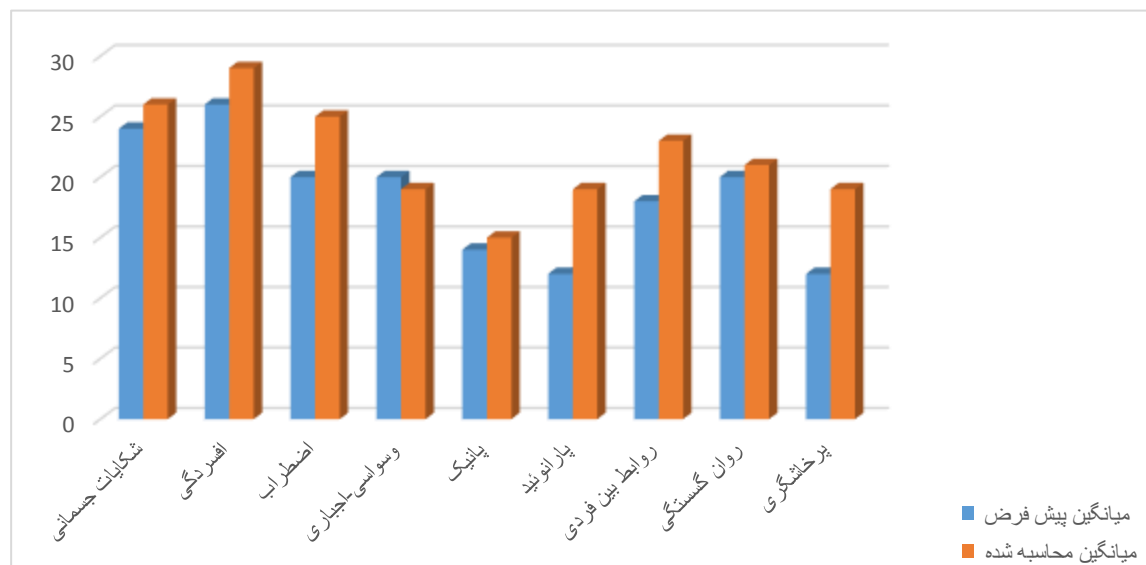
میانگین	بعد
۲۴	علائم جسمانی
۲۰	وسواس
۱۸	روابط بین فردی
۲۶	افسردگی
۲۰	اضطراب
۱۲	پرخاشگری
۱۴	ترس مرضی
۱۲	پارانویید
۲۰	روانپریشی

جدول ۴-۵- میانگین احتمالاتی خرده مقیاس های سلامت روان را نشان می دهد. این میانگین ها بر اساس نحوه نمره گذاری و تعداد سوالات آزمون اختلالات روانی محاسبه شده است.

در جدول ۴-۶- میانگین محاسبه شده ، انحراف استاندارد، نمرات معتادان متقاضی درمان در ابعاد سلامت روان درج شده است.

جدول ۴-۶- میانگین محاسبه شده ، انحراف استاندارد، نمرات پاسخگویان در ابعاد نه گانه سلامت روان

بعد	تعداد اولیه	میانگین محاسبه شده	انحراف استاندارد
شکایات جسمانی	۳۵۰	۲۵/۸۹۴۳	۹/۰۵۷۴۶
وسواس	۳۵۰	۱۹/۵۹۷۱	۷/۹۴۴۶۹
روابط بین فردی	۳۵۰	۲۳/۲۳۴۳	۶/۸۹۷۶۹
افسردگی	۳۵۰	۲۹/۲۸۸۶	۱۱/۱۶۷۸۸
اضطراب	۳۵۰	۲۴/۸۸۵۷	۶/۴۴۷۸۱
پرخاشگری	۳۵۰	۱۹/۱۲۲۹	۵/۰۲۹۹۲
ترس مرضی	۳۵۰	۱۵/۷	۶/۰۹۲۲۹
پارانوئید	۳۵۰	۱۹/۱۲۲۹	۵/۰۹۹۵
روان پریشی	۳۵۰	۲۱/۰۰۲۹	۷/۸۴۹۷۷



۴-۱- نمودار توزیع میانگین پیش فرض و میانگین محاسبه شده ابعاد نه گانه سلامت روان در معنادان متقاضی درمان

جدول شماره ۶-۴- نشان می دهد بیشترین میانگین مربوط است به خرده مقیاس افسردگی، به این معنا که میانگین افسردگی در معتادان بالاتر از سایر اختلالات روانی مورد بررسی بوده است. همچنین این جدول نشان می دهد که کم ترین میانگین مربوط است به خرده مقیاس ترس مرضی و این نشان دهنده این مطلب است که میانگین شیوع ترس مرضی پایین تر از سایر اختلالات روانی مورد بررسی این پژوهش بوده است.

ب - یافته های استنباطی:

به منظور بررسی نه فرضیه اول که مربوط به ابعاد سلامت روان در افراد معتاد متقاضی درمان بود از آزمون t تک نمونه ای تک دامنه استفاده شد. که نتایج آن برای هر فرضیه در جدول های مربوطه درج شده است.

فرضیه اول: میزان شیوع شکایات جسمانی در بیماران متقاضی درمان، کاهش آسیب و حمایت های اجتماعی بالاست.

جدول ۴-۷- میانگین محاسبه شده، انحراف استاندارد، و آزمون t تک نمونه ای میزان شیوع شکایات جسمانی در بیماران متقاضی درمان بر اساس میانگین پیش فرض ۲۴

بعد	تعداد	میانگین محاسبه شده	انحراف استاندارد	آزمون متغیر = ۲۴ (میانگین پیش فرض)		
				t	df	sig
علائم جسمانی	۳۵۰	۲۵/۸۹۴۳	۹/۰۵۷۴۶	۱/۹۱۳	۳۴۹	۰/۰۰۰

نتیجه به دست آمده از آزمون تی تک نمونه ای نشان می دهد بین میانگین پیش فرض و میانگین محاسبه شده میزان شیوع شکایات جسمانی در بیماران متقاضی درمان با ضریب $t = 1/913$ آزمون تک دامنه در سطح معناداری کمتر از $0/01$ ، $df = 349$ ، $p = 0/000$ ، تفاوت معناداری وجود دارد. البته با توجه به مقایسه ی میانگین پیش فرض (۲۴) نسبت به میانگین محاسبه شده علائم جسمانی (۲۵/۸۹۴۳)، میانگین محاسبه شده علائم جسمانی نسبت به میانگین پیش فرض بیشتر بوده است. در نتیجه با توجه به ارقام موجود می توان بیان داشت که میزان شیوع شکایات جسمانی در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر بیشتر از شیوع این اختلال در افراد عادی می باشد بنابراین این نتیجه فرضیه فوق را تایید می کند.

فرضیه دوم: میزان شیوع اختلال افسردگی در بیماران متقاضی درمان، کاهش آسیب و حمایت اجتماعی بالاست.

جدول ۴-۸- میانگین محاسبه شده، انحراف استاندارد، و آزمون t تک نمونه ای میزان شیوع اختلال افسردگی در بیماران متقاضی درمان بر اساس میانگین پیش فرض ۲۶

بعد	تعداد	میانگین محاسبه شده	انحراف استاندارد	آزمون متغیر = ۲۶ (میانگین پیش فرض)		
				t	df	sig
افسردگی	۳۵۰	۲۹/۲۸۸۶	۱۱/۱۶۷۸۸	۲/۷۴	۳۴۹	۰/۰۰۰

نتیجه به دست آمده از آزمون تی تک نمونه ای نشان می دهد بین میانگین پیش فرض و میانگین محاسبه شده میزان شیوع اختلال افسردگی در بیماران متقاضی درمان با ضریب $t = 2/74$ آزمون تک دامنه در سطح معناداری کمتر از $0/01$ ، $df = 349$ ، $p = 0/000$ ، تفاوت معناداری وجود دارد. البته با توجه به مقایسه ی

میانگین پیش فرض (۲۶) نسبت به میانگین محاسبه شده اختلال افسردگی (۲۹/۲۸۸۶)، میانگین محاسبه شده اختلال افسردگی نسبت به میانگین پیش فرض بیشتر بوده است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که میزان شیوع اختلال افسردگی در بین وابستگان به مواد مخدر بیشتر از میزان شیوع افراد عادی به این اختلال می باشد لذا این نتیجه فرضیه فوق را تایید می کند.

فرضیه سوم: میزان شیوع اختلال اضطراب در بیماران متقاضی درمان، کاهش آسیب و حمایت اجتماعی بالاست.

جدول ۴-۹- میانگین محاسبه شده، انحراف استاندارد، و آزمون t تک نمونه ای میزان اختلال شیوع اضطراب در بیماران

متقاضی درمان بر اساس میانگین پیش فرض ۲۰

بعد	تعداد	میانگین محاسبه شده	انحراف استاندارد	آزمون متغیر = ۲۰ (میانگین پیش فرض)		
				t	df	sig
اضطراب	۳۵۰	۲۴/۸۸۵۷	۶/۴۴۷۸۱	۲/۵۴۴	۳۴۹	۰/۰۰۰

نتیجه به دست آمده از آزمون تی تک نمونه ای نشان می دهد بین میانگین پیش فرض و میانگین محاسبه شده میزان شیوع اختلال اضطراب در بیماران متقاضی درمان با ضریب $t = ۲/۵۴۴$ آزمون تک دامنه در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۱ ، $df = ۳۴۹$ ، $p = ۰/۰۰۰$ ، تفاوت معناداری وجود دارد. البته با توجه به مقایسه ی میانگین پیش فرض (۲۰) نسبت به میانگین محاسبه شده اختلال اضطراب (۲۴/۸۸۵۷)، میانگین محاسبه شده اختلال اضطراب نسبت به میانگین پیش فرض بیشتر بوده است. در نتیجه می توان چنین

نتیجه گرفت که میزان شیوع اختلال اضطراب در بین افرادی که مواد مخدر مصرف می کنند بیشتر از میزان شیوع اختلال اضطراب در بین افراد عادی است لذا این نتیجه فرضیه فوق را تایید می کند.

فرضیه چهارم: میزان شیوع اختلال وسواسی - اجباری در بیماران متقاضی درمان، کاهش آسیب و حمایت اجتماعی بالاست.

جدول ۴-۱۰- میانگین محاسبه شده، انحراف استاندارد، و آزمون t تک نمونه ای میزان شیوع اختلال وسواسی - اجباری در

بیماران متقاضی درمان بر اساس میانگین پیش فرض ۲۰

بعد	تعداد	میانگین محاسبه شده	انحراف استاندارد	آزمون متغیر = ۲۰ (میانگین پیش فرض)		
				t	df	sig
وسواسی - اجباری	۳۵۰	۱۹/۵۹۷۱	۷/۹۴۴۶۹	۱/۰۲	۳۴۹	۰/۰۹

نتیجه به دست آمده از آزمون تی تک نمونه ای نشان می دهد بین میانگین پیش فرض و میانگین محاسبه شده میزان شیوع اختلال وسواس در بیماران متقاضی درمان با ضریب $t = ۱/۰۲$ آزمون تک دامنه در سطح معناداری کمتر از $۰/۰۱$ ، $df = ۳۴۹$ ، $p = ۰/۰۹$ ، تفاوت معناداری وجود دارد. البته با توجه به مقایسه ی میانگین پیش فرض (۲۰) نسبت به میانگین محاسبه شده اختلال وسواس (۱۹/۵۹۷۱)، میانگین محاسبه شده اختلال وسواس نسبت به میانگین پیش فرض کمتر بوده است. بنابراین میزان شیوع اختلال وسواسی - جبری در افراد وابسته به مواد مخدر با افراد عادی تفاوتی ندارد لذا این نتیجه فرضیه فوق را رد می کند.

فرضیه پنجم: میزان شیوع اختلال پانیک (ترس مرضی) در بیماران متقاضی درمان، کاهش آسیب و حمایت اجتماعی بالاست.

جدول ۴-۱۱- میانگین محاسبه شده ، انحراف استاندارد، و آزمون t تک نمونه ای میزان شیوع اختلال پانیک(ترس مرضی) در

بیماران متقاضی درمان بر اساس میانگین پیش فرض ۱۴

بعد	تعداد	میانگین محاسبه شده	انحراف استاندارد	آزمون متغیر= ۱۴ (میانگین پیش فرض)		
				t	df	sig
پانیک	۳۵۰	۱۵/۷	۶/۰۹۲۲۹	۱/۱۳	۳۴۹	۰/۰۰۰

نتیجه به دست آمده از آزمون تی تک نمونه ای نشان می دهد بین میانگین پیش فرض و میانگین محاسبه شده میزان شیوع اختلال پانیک (ترس مرضی) در بیماران متقاضی درمان با ضریب $t = ۱/۱۳$ آزمون تک دامنه در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۱ ، $df = ۳۴۹$ ، $p = ۰/۰۰۰$ ، تفاوت معناداری وجود دارد. البته با توجه به مقایسه ی میانگین پیش فرض (۱۴) نسبت به میانگین محاسبه شده اختلال پانیک (ترس مرضی) (۱۵/۷)، میانگین محاسبه شده اختلال پانیک (ترس مرضی) نسبت به میانگین پیش فرض بیشتر بوده است. لذا میزان شیوع اختلال پانیک (ترس مرضی) در بیماران متقاضی درمان بالاتر از میزان شیوع اختلال پانیک در افراد عادی می باشد که این نتیجه فرضیه فوق را تایید می کند.

فرضیه ششم: میزان شیوع اختلال تفکر (تصورات پارانوئیدی) در بیماران متقاضی درمان، کاهش آسیب و حمایت اجتماعی بالاست.

جدول ۴-۱۲- میانگین محاسبه شده ، انحراف استاندارد، و آزمون t تک نمونه ای میزان شیوع اختلال تفکر در بیماران

متقاضی درمان بر اساس میانگین پیش فرض ۱۲

آزمون متغیر = ۱۲ (میانگین پیش فرض)			انحراف استاندارد	میانگین محاسبه شده	تعداد	بعد
sig	df	t				
۰/۰۰۰	۳۴۹	۱/۵۵	۵/۰۹۹۵	۱۹/۱۲۲۹	۳۵۰	پارانوئیدی

نتیجه به دست آمده از آزمون تی تک نمونه ای نشان می دهد بین میانگین پیش فرض و میانگین محاسبه شده میزان شیوع اختلال تفکر در بیماران متقاضی درمان با ضریب $t = ۱/۵۵$ آزمون تک دامنه در سطح معناداری کمتر از $۰/۰۱$ ، $df = ۳۴۹$ ، $p = ۰/۰۰۰$ ، تفاوت معناداری وجود دارد. البته با توجه به مقایسه ی میانگین پیش فرض (۱۲) نسبت به میانگین محاسبه شده اختلال تفکر (۱۹/۱۲۲۹)، میانگین محاسبه شده اختلال تفکر نسبت به میانگین پیش فرض بیشتر بوده است. لذا میزان شیوع اختلال تفکر در بیماران متقاضی درمان بالاتر از میزان شیوع اختلال تفکر در بین افراد عادی می باشد که این نتیجه فرضیه فوق را تایید می کند.

فرضیه هفتم: میزان شیوع اختلال حساسیت در روابط متقابل در بیماران متقاضی درمان، کاهش آسیب و حمایت اجتماعی بالاست.

جدول ۴-۱۳- میانگین محاسبه شده، انحراف استاندارد، و آزمون t تک نمونه ای میزان شیوع اختلال حساسیت در روابط

متقابل در بیماران متقاضی درمان بر اساس میانگین پیش فرض ۱۸

بعد	تعداد	میانگین محاسبه شده	انحراف استاندارد	آزمون متغیر = ۱۸ (میانگین پیش فرض)		
				t	df	sig
روابط بین فردی	۳۵۰	۲۳/۲۳۴۳	۶/۸۹۷۶۹	۱/۹۲	۳۴۹	۰/۰۰۰

نتیجه به دست آمده از آزمون تی تک نمونه ای نشان می دهد بین میانگین پیش فرض و میانگین محاسبه شده میزان شیوع اختلال حساسیت در روابط متقابل در بیماران متقاضی درمان با ضریب $t = ۱/۹۲$ آزمون تک دامنه در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۱ ، $df = ۳۴۹$ ، $p = ۰/۰۰۰$ ، تفاوت معناداری وجود دارد. البته با توجه به مقایسه ی میانگین پیش فرض (۱۸) نسبت به میانگین محاسبه شده اختلال حساسیت در روابط متقابل (۲۳/۲۳۴۳)، میانگین محاسبه شده اختلال حساسیت در روابط متقابل نسبت به میانگین پیش فرض بیشتر بوده است. لذا میزان شیوع اختلال حساسیت در روابط متقابل در بیماران متقاضی درمان بالاتر از میزان شیوع حساسیت در روابط متقابل در افراد عادی می باشد که این نتیجه فرضیه فوق را تایید می کند.

فرضیه هشتم: میزان شیوع روان گسستگی در بیماران متقاضی درمان، کاهش آسیب و حمایت اجتماعی بالاست.

جدول ۴-۱۴- میانگین محاسبه شده، انحراف استاندارد، و آزمون t تک نمونه ای میزان شیوع روان گسستگی در بیماران

متقاضی درمان بر اساس میانگین پیش فرض ۲۰

تعداد	میانگین محاسبه شده	انحراف استاندارد	آزمون متغیر=۲۰ (میانگین پیش فرض)		
			t	df	sig
روان گسستگی	۳۵۰	۲۱/۰۰۲۹	۷/۸۴۹۷۷	۱/۲	۰/۰۰۰

نتیجه به دست آمده از آزمون تی تک نمونه ای نشان می دهد بین میانگین پیش فرض و میانگین محاسبه شده میزان شیوع اختلال روان گسستگی در بیماران متقاضی درمان با ضریب $t = ۱/۲$ آزمون تک دامنه در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۱ ، $df = ۳۴۹$ ، $p = ۰/۰۰۰$ ، تفاوت معناداری وجود دارد. البته با توجه به مقایسه ی میانگین پیش فرض (۲۰) نسبت به میانگین محاسبه شده اختلال روان گسستگی (۲۱/۰۰۲۹)، میانگین محاسبه شده اختلال روان گسستگی نسبت به میانگین پیش فرض بیشتر بوده است. لذا میزان شیوع اختلال روان گسستگی در بیماران متقاضی درمان بالاتر از میزان شیوع روان گسستگی در افراد عادی می باشد که این نتیجه فرضیه فوق را تایید می کند.

فرضیه نهم: میزان شیوع پرخاشگری در بیماران متقاضی درمان، کاهش آسیب و حمایت اجتماعی بالاست.

جدول ۴-۱۵- میانگین محاسبه شده، انحراف استاندارد، و آزمون t تک نمونه ای میزان شیوع پرخاشگری در بیماران متقاضی

درمان بر اساس میانگین پیش فرض ۱۲

بعد	تعداد	میانگین محاسبه شده	انحراف استاندارد	آزمون متغیر=۱۲ (میانگین پیش فرض)		
				t	df	sig
پرخاشگری	۳۵۰	۱۹/۱۲۲۹	۵/۰۲۹۹۲	۱/۷	۳۴۹	۰/۰۰۰

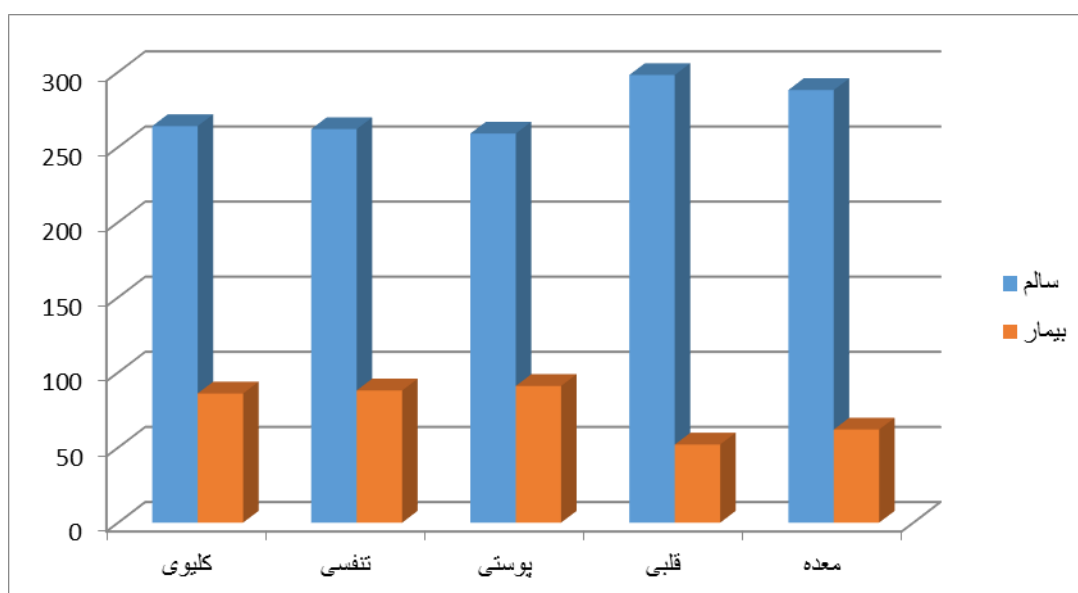
نتیجه به دست آمده از آزمون تی تک نمونه ای نشان می دهد بین میانگین پیش فرض و میانگین محاسبه شده میزان شیوع اختلال پرخاشگری در بیماران متقاضی درمان با ضریب $t = ۱/۷$ آزمون تک دامنه در سطح معناداری کمتر از $۰/۰۱$ ، $df = ۳۴۹$ ، $p = ۰/۰۰۰$ ، تفاوت معناداری وجود دارد. البته با توجه به مقایسه ی میانگین پیش فرض (۱۲) نسبت به میانگین محاسبه شده اختلال پرخاشگری (۱۹/۱۲۲۹)، میانگین محاسبه شده اختلال پرخاشگری نسبت به میانگین پیش فرض بیشتر بوده است. لذا میزان شیوع اختلال پرخاشگری در بیماران متقاضی درمان بالاتر از میزان شیوع پرخاشگری در جمعیت عادی می باشد که این نتیجه فرضیه فوق را تایید می کند.

فرضیه دهم: میزان شیوع اختلالات جسمی در بیماران متقاضی درمان، کاهش آسیب و حمایت اجتماعی بالاست.

جدول ۴-۱۶- توزیع فراوانی بر اساس میزان شیوع اختلالات جسمی (بیماری کلیوی، تنفسی، پوستی، قلبی، ناراحتی معده، نوع بیماری) در پاسخگویان.

نام اختلال جسمی	گروه	فراوانی	درصد فراوانی
بیماری کلیوی	سالم	۲۶۴	۷۵/۴
	بیمار	۸۶	۲۴/۶
	تعداد	۳۵۰	۱۰۰/۰
بیماری تنفسی	سالم	۲۶۲	۷۴/۹
	بیمار	۸۸	۲۵/۱
	تعداد	۳۵۰	۱۰۰/۰
بیماری پوستی	سالم	۲۵۹	۷۴
	بیمار	۹۱	۲۶
	تعداد	۳۵۰	۱۰۰
بیماری قلبی	سالم	۲۹۸	۸۵/۱
	بیمار	۵۲	۱۴/۹
	تعداد	۳۵۰	۱۰۰/۰
ناراحتی معده	سالم	۲۸۸	۸۲/۳
	بیمار	۶۲	۱۷/۷
	تعداد	۳۵۰	۱۰۰/۰

نام بیماری خاص	سالم	۳۱۷	۹۰/۶
	کبد	۱۴	۴
	هپاتیت	۱۶	۴/۶
	دیابت	۳	۹
	تعداد	۳۵۰	۱۰۰/۰



۴-۲- نمودار توزیع فراوانی میزان شیوع اختلالات جسمی (بیماری کلیوی، تنفسی، پوستی، قلبی، ناراحتی معده)

داده های جدول ۴-۱۶- نشان می دهد که:

- از بین ۳۵۰ نفر پاسخگو ؛ ۲۶۴ نفر (۷۵/۴ درصد) از لحاظ بیماری کلیوی سالم ، ۸۶ نفر (۲۴/۶ درصد) دارای بیماری کلیوی بودند.

- از بین ۳۵۰ نفر پاسخگو ؛ ۲۶۲ نفر (۷۴/۹ درصد) از لحاظ بیماری تنفسی سالم ، ۸۸ نفر (۲۵/۱ درصد) دارای بیماری تنفسی بودند.

- از بین ۳۵۰ نفر پاسخگو ؛ ۲۵۹ نفر (۷۴ درصد) از لحاظ بیماری پوستی سالم ، ۹۱ نفر (۲۶ درصد) دارای بیماری پوستی بودند.

- از بین ۳۵۰ نفر پاسخگو ؛ ۲۹۸ نفر (۸۵/۱ درصد) از لحاظ بیماری قلبی سالم ، ۵۲ نفر (۱۴/۹ درصد) دارای بیماری قلبی بودند.

-از بین ۳۵۰ نفر پاسخگو ؛ ۲۸۸ نفر (۸۲/۳ درصد) از لحاظ ناراحتی های معده سالم ، ۶۲ نفر (۱۷/۷ درصد) دارای ناراحتی معده بودند.

-از بین ۳۵۰ نفر پاسخگو ؛ ۳۱۷ نفر (۹۰/۶ درصد) از لحاظ بیماری کبدی سالم ، ۱۴ نفر (۴ درصد) دارای بیماری کبدی، ۱۶ نفر (۴/۶ درصد) دارای بیماری هپاتیت، ۳ نفر (۹ درصد) دارای بیماری دیابت بودند. که در مجموع این نتایج حاکی از آن بود که میزان شیوع اختلالات جسمی در بیماران متقاضی درمان بالاتر از میزان شیوع همین اختلالات جسمانی در جمعیت عادی می باشد.

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

مقدمه

در این فصل ضمن ارائه خلاصه ای، به یافته های پژوهش اشاره می شود و سپس به بحث و توصیف نتایج حاصل از پژوهش به تفکیک هر فرضیه پرداخته و نتایج این تحقیق با یافته های پژوهش های مشابه که در فصل دوم به آن اشاره شده است مقایسه می شود و بالاخره با ارائه محدودیت ها و پیشنهاداتی کاربردی و پژوهش بر اساس یافته های تحقیق مباحث این فصل به پایان می رسد.

۵-۱- یافته های پژوهش

فرضیه اول: میزان شیوع شکایات جسمانی در بیماران متقاضی درمان، کاهش آسیب و حمایت های اجتماعی بالاست.

با توجه به اطلاعات جدول ۴-۷- بین میانگین پیش فرض و میانگین محاسبه شده میزان شیوع شکایات جسمانی در افراد وابسته به مواد مخدر تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به مقایسه میانگین پیش فرض (۲۴) نسبت به میانگین محاسبه شده علائم جسمانی (۲۵/۸۹۴۳)، میانگین محاسبه شده علائم جسمانی نسبت به میانگین پیش فرض بیشتر بوده است، که این نتیجه فرضیه فوق را تایید می کند. این نتایج با یافته های (جنینگز^۱، ۱۹۹۱؛ حسن شاهی، احمدیان، ۱۳۸۳؛ پهلویان، محجوب، رحیمی، ۱۳۹۰) همسو است. در

¹ . Jennings

تبیین این یافته ها می توان گفت که استرس و مشکلات بین فردی در افراد وابسته به مواد مخدر تبدیل به علائم بیماری جسمی می شود. سرگیجه، دل پیچه، عرق کردن دست و بدن، سوزش کف پا، کمر درد، پا درد، گردن درد و درد قفسه سینه از جمله علائمی است که معتادان از آن شکایت دارند. گاهی پزشکان این علائم را ناشی از محرومیت مواد مخدر قلمداد کرده و مقدار متادون بیشتری برای معتادان تجویز می کنند که منجر به زمینگیر شدن معتادان می شود.

فرضیه دوم: میزان اختلال شیوع افسردگی در بیماران متقاضی درمان، کاهش آسیب و حمایت اجتماعی بالاست.

با توجه به اطلاعات جدول ۴-۸ بین میانگین پیش فرض و میانگین محاسبه شده میزان شیوع افسردگی در بیماران متقاضی درمان تفاوت معناداری وجود دارد. البته با توجه به مقایسه میانگین پیش فرض (۲۶) نسبت به میانگین محاسبه شده (۲۹/۲۸۸۶) اختلال افسردگی، میانگین محاسبه شده بیشتر بوده است. لذا میزان شیوع اختلال افسردگی در بیماران متقاضی درمان بالا می باشد. این نتایج با یافته های پژوهش های (بکر و ولمن، ۲۰۰۶؛ کندل و همکاران، ۱۹۹۹؛ بویز و همکاران، ۲۰۰۳؛ روهده و همکاران، ۱۹۹۶؛ فرگوسن و هوروود، ۲۰۰۱؛ ریجز و دیویس، ۲۰۰۲؛ تبریزی، ۱۳۸۱؛ امامی پور و همکاران، ۱۳۸۷؛ پرویزی فرد و همکاران، ۱۳۸۰) همسو است. در تبیین این یافته ها می توان گفت که در واقع مردم مواد را برای تعدیل خلق و خو و به دو علت متمایز مصرف می کنند: افزایش تجارب هیجانی مثبت و کاهش خلق و خوی منفی مانند افسردگی. افرادی که برای کنار آمدن با تجارب منفی مواد مصرف می کنند به احتمال بیشتری در دام اعتیاد می افتد. تحقیقات نشان داده است که اغلب کسانی که به مواد مخدر اعتیاد دارند، در دوره ای از زندگی خود دچار افسردگی بوده اند و یا شرایطی برای بروز افسردگی در آنها وجود داشته است. همچنین موضوع افسردگی در حین اعتیاد نیز به سراغ این افراد خواهد آمد. بین افسردگی و اعتیاد رابطه ی دو جانبه

ای وجود دارد به این صورت که گاهی فرد دچار افسردگی است و از دیگران فاصله می گیرد، دید منفی و بدبینانه ای به همه وقایع زندگی دارد و دچار خود کم بینی، اختلال خواب و اختلال جنسی و غیره می شود. این گونه افراد اغلب مواد مخدر را راهی برای فرار از مشکلات روانی خود می بینند و از آنجا که برخی از مواد برای مدت کوتاهی مشکلات روانی آنها را تخفیف می دهد در دام اعتیاد می افتند. ولی این مسئله حالت دیگری نیز دارد، افرادی که به هر دلیلی اعم از ژنتیکی، محیطی و اجتماعی دچار اعتیاد می شوند بعد از مدتی از سوی جامعه و دوستان و خانواده خود طرد می شوند. همچنین مواد مخدر علائم جسمانی و روانی زیادی را برای آنها در پی خواهد داشت. این افراد به احتمال زیاد پس از مدتی علائم افسردگی را مشاهده می کنند و اغلب دچار افسردگی تمام عیاری می شوند بنابراین افسردگی هم می تواند علت اعتیاد و هم معلول آن باشد.

فرضیه سوم: میزان شیوع اختلال اضطراب در بیماران متقاضی درمان، کاهش آسیب و حمایت اجتماعی بالاست.

با توجه به اطلاعات جدول ۴-۹ بین میانگین پیش فرض و میانگین محاسبه شده میزان شیوع اختلال اضطراب در بیماران متقاضی درمان تفاوت معناداری وجود دارد. البته با توجه به مقایسه ی میانگین پیش فرض (۲۰) نسبت به میانگین محاسبه شده اختلال اضطراب (۲۴/۸۸۵۷)، میانگین محاسبه شده اختلال اضطراب نسبت به میانگین پیش فرض بیشتر بوده است. لذا میزان شیوع اختلال اضطراب در بیماران متقاضی درمان بالا می باشد که این نتیجه فرضیه فوق را تایید می کند. این نتایج با یافته های پژوهش های (رجبر و همکاران، ۱۹۹۰؛ کندل و همکاران، ۱۹۹۹؛ فرگوسن و هوروود، ۲۰۰۱؛ ویور و همکاران، ۲۰۰۲؛ راس و همکاران، ۲۰۰۰؛ توماس، ۱۹۹۳؛ تبریزی، ۱۳۸۱؛ امامی پور و همکاران، ۱۳۸۷؛ پرویزی فرد و همکاران، ۱۳۸۰) همسو است. در تبیین این یافته ها می توان گفت افرادی که دچار اختلال اضطراب هستند چه اضطراب اجتماعی، بازار هراسی و غیره همگی آنها به دلیل اضطراب های غیر طبیعی خود نمی توانند به

صورت نرمال با محیط خود و اطرافیان ارتباط برقرار کنند. این افراد ممکن است به دلیل ترس از بازار و جمعیت و غیره خود را در خانه حبس کنند و نتوانند به کارهای روزمره خود رسیدگی کنند. از آنجا که برخی از مواد مخدر مسکن هستند و میزان هراس این افراد را در ابتدا کاهش می دهند بنابراین امکان اینکه این افراد برای درمان اختلال و ناراحتی خود سراغ این مواد بروند و در دام مواد بیافتند زیاد است. همچنین اضطراب می تواند یکی از عوارض سوء مصرف مواد مخدر باشد. احتمال اینکه افراد بعد از مصرف مواد مخدر و وابستگی به آن دچار اضطراب های غیر طبیعی شوند بالاست. از آنجا که اضطراب هم می تواند علت و هم معلول سوء مصرف مواد باشد بنابراین می توان گفت که میزان شیوع اختلالات اضطرابی در افراد وابسته به مواد مخدر بالاست.

فرضیه چهارم: میزان شیوع اختلال وسواسی - اجباری در بیماران متقاضی درمان، کاهش آسیب و حمایت اجتماعی بالاست.

با توجه به اطلاعات به دست آمده از جدول ۴-۱۰ بین میانگین پیش فرض و میانگین محاسبه شده میزان شیوع اختلال وسواس در بیماران متقاضی درمان تفاوت معناداری وجود دارد. البته با توجه به مقایسه ی میانگین پیش فرض (۲۰) نسبت به میانگین محاسبه شده اختلال وسواس (۱۹/۵۹۷۱)، میانگین محاسبه شده اختلال وسواس نسبت به میانگین پیش فرض کمتر بوده است. لذا میزان شیوع اختلال وسواسی - اجباری در بیماران متقاضی درمان پایین می باشد که این نتیجه فرضیه فوق را رد می کند. این یافته ها با نتایج پژوهش های (فارل^۱ و همکاران، ۲۰۰۱؛ رحیمی، محبوب و پهلویان، ۱۳۸۹) مغایر است. در تبیین این یافته های میتوان گفت که در جامعه آماری ما شیوع این اختلال بالا نیست که این امر ممکن است به دلیل

¹.Farrell

تفاوت های فرهنگی موجود بین شهر زنجان و یافته های سایر پژوهشگران در شهرها و کشورهای مختلف باشد.

فرضیه پنجم: میزان شیوع اختلال پانیک (ترس مرضی) در بیماران متقاضی درمان، کاهش آسیب و حمایت اجتماعی بالاست.

با توجه به اطلاعات جدول ۴-۱۱- بین میانگین پیش فرض و میانگین محاسبه شده میزان شیوع اختلال پانیک (ترس مرضی) در بیماران متقاضی درمان تفاوت معناداری وجود دارد. البته با توجه به مقایسه ی میانگین پیش فرض (۱۴) نسبت به میانگین محاسبه شده اختلال پانیک (ترس مرضی) (۱۵/۷)، میانگین محاسبه شده اختلال پانیک (ترس مرضی) نسبت به میانگین پیش فرض بیشتر بوده است. لذا میزان شیوع اختلال پانیک (ترس مرضی) در بیماران متقاضی درمان بالا می باشد که این نتیجه فرضیه فوق را تایید می کند. این یافته ها با نتایج پژوهش های (بکر و ولمن، ۲۰۰۶؛ رجیر و همکاران، ۱۹۹۰؛ پرویزی فرد و همکاران، ۱۳۸۰؛ رحیمی، محجوب و پهلویان، ۱۳۸۹) همسو است. در تبیین این یافته ها می توان چنین گفت که مصرف مواد مخدر مانند حشیش، شیشه و سایر مواد محرک منجر به مشکلاتی در مغز می شود و کارکردهای عادی مغز را برهم می زنند. در بعضی مواقع باعث ایجاد حملات پانیک (هراس) می شوند. بنابراین بدیهی است که در افراد وابسته به مواد مخدر میزان شیوع اختلال پانیک بالاتر از افراد سالم است. افرادی که دچار حملات پانیک می شوند طیش قلب، لرزش اندام، بی حسی اندام، احساس خفگی و تنگی نفس و احساس مرگ دارند؛ این افراد به تنهایی قادر نیستند از خانه خارج شوند چون می ترسند دوباره دچار حمله شوند و کسی نباشد که نجاتشان دهد و در نتیجه بعضی از این افراد برای رهایی از این ترس های فلج کننده به سمت مواد مخدر می روند و در واقع مواد را نوعی دارو می دانند ولی متأسفانه مصرف مواد مخدر باعث مقاومت بدن فرد در مقابل داروهای آرام بخش نیز می شود و حملات پانیک آنها در اغلب مواقع

شدیدتر شده و همچنین به مواد مخدر نیز وابسته می شوند و نتیجه در روند درمان پانیک آنها نیز اختلال ایجاد شده و درمان سخت تر می شود. همچنین مواد محرک و مواد توهم زا باعث افزایش ضربان قلب، تنگی نفس، برهم خوردن خواب، تهوع میشود که این ها از علائم اختلال پانیک نیز می باشد بنابراین افرادی که از لحاظ ژنتیکی مستعد پانیک هستند با مصرف مواد مخدر دچار حمله تمام عیار پانیک می شوند.

فرضیه ششم: میزان شیوع اختلال تفکر (تصورات پارانوئیدی) در بیماران متقاضی درمان، کاهش آسیب و حمایت اجتماعی بالاست.

با توجه به اطلاعات جدول ۴-۱۲- بین میانگین پیش فرض و میانگین محاسبه شده میزان شیوع اختلال تفکر در بیماران متقاضی درمان تفاوت معناداری وجود دارد. البته با توجه به مقایسه ی میانگین پیش فرض (۱۲) نسبت به میانگین محاسبه شده اختلال تفکر (۱۹/۱۲۲۹)، میانگین محاسبه شده اختلال تفکر نسبت به میانگین پیش فرض بیشتر بوده است. لذا میزان شیوع اختلال تفکر در بیماران متقاضی درمان بالا می باشد که این نتیجه فرضیه فوق را تایید می کند. این نتایج با یافته های پژوهش های (پهلویان، محبوب و رحیمی، ۱۳۸۹؛ فارل و همکاران، ۲۰۰۱؛ فریشر و همکاران، ۲۰۰۴) همسو است. در تبیین این یافته ها می توان بیان داشت که مصرف داروهای نظیر آمفتامین ها، کوکائین، ماری جوانا، مواد توهم زا و محرک ها و ترکیبات روان گردان ممکن است به علائمی از تفکر یا رفتار پارانوئیدی منجر شود. بیمارانی که اختلال تفکر دارند ممکن است در اثر مصرف این داروها، علائم وخیم تری داشته باشند. برخی دانشمندان معتقدند «پارانویا» ممکن است واکنشی در برابر سطوح بالایی از فشار زندگی باشد. این است که پارانویا بیشتر در افرادی که متحمل فشارهای شدید هستند مثل افراد وابسته به مواد مخدر شایع است. برای مثال شخصی که کرک مصرف می کند به سرعت در حالات و شرایط مختلف روانی در حرکت است که با خوشی و رضایت

فراوان همراه است، پس با کم شدن اثر این ماده افسردگی و متعاقب آن زودرنجی و پارانوئا بر شخص غلبه می کند. عده ای از این افراد در اثر ابتلا به پارانوئا ناشی از مصرف دائم کرک دست به جنایت می زنند.

فرضیه هفتم: میزان شیوع اختلال حساسیت در روابط متقابل در بیماران متقاضی درمان، کاهش آسیب و حمایت اجتماعی بالاست.

با توجه به اطلاعات جدول ۴-۱۳- بین میانگین پیش فرض و میانگین محاسبه شده میزان شیوع اختلال حساسیت در روابط متقابل در بیماران متقاضی درمان تفاوت معناداری وجود دارد. البته با توجه به مقایسه ی میانگین پیش فرض (۱۸) نسبت به میانگین محاسبه شده اختلال حساسیت در روابط متقابل (۲۳/۲۳۴۳)، میانگین محاسبه شده اختلال حساسیت در روابط متقابل نسبت به میانگین پیش فرض بیشتر بوده است. لذا میزان شیوع اختلال حساسیت در روابط متقابل در بیماران متقاضی درمان بالا می باشد که این نتیجه فرضیه فوق را تایید می کند. این نتایج با یافته های پژوهش های (رحیمی، پهلویان و محجوب، ۱۳۸۹؛ حیدری و همکاران، ۱۳۸۵؛ فارل و همکاران، ۲۰۰۱؛ فرگوسن و هوروود، ۲۰۰۱؛ ریجز و دیویس، ۲۰۰۲) همسو است. در تبیین این یافته ها می توان گفت که افرادی که در این بعد مشکل دارند به عبارت دیگر حساسیت زیادی در روابط با افراد دارند در مقایسه خود با دیگران احساس حقارت و عدم کفایت دارند به راحتی نمی توانند با دیگران ارتباط برقرار کنند چنین افرادی بیشتر احتمال دارند برای جبران این احساسات و کمبودهایی که در خود می بینند به سمت مواد مخدر کشیده شوند. از سوی دیگر افرادی که وابسته به مواد مخدر می شوند به مرور زمان از جمع فاصله گرفته و احساس حقارت به او دست می دهند و جامعه نیز به گونه ای او را طرد کرده و بر احساس حقارت و تنهایی وی دامن می زند در نتیجه فرد اگر هم قبل از اعتیاد در این بعد مشکلی نداشته باشد بعد از اعتیاد گریبانگیر او خواهد شد.

فرضیه هشتم: میزان شیوع روان گسستگی در بیماران متقاضی درمان، کاهش آسیب و حمایت اجتماعی بالاست.

با توجه به اطلاعات جدول ۴-۱۴- بین میانگین پیش فرض و میانگین محاسبه شده میزان شیوع اختلال روان گسستگی در بیماران متقاضی درمان تفاوت معناداری وجود دارد. البته با توجه به مقایسه ی میانگین پیش فرض (۲۰) نسبت به میانگین محاسبه شده اختلال روان گسستگی (۲۱/۰۰۲۹)، میانگین محاسبه شده اختلال روان گسستگی نسبت به میانگین پیش فرض بیشتر بوده است. لذا میزان شیوع اختلال روان گسستگی در بیماران متقاضی درمان بالا می باشد که این نتیجه فرضیه فوق را تایید می کند. این یافته ها با نتایج پژوهش های (پهلویان، محجوب و رحیمی، ۱۳۸۹؛ جعفری و همکاران، ۱۳۸۵؛ رجیر و همکاران، ۱۹۹۰؛ فرگوسن و هوروود، ۲۰۰۱؛ فارل و همکاران، ۲۰۰۱؛ بکر و ولمن، ۲۰۰۶) همسو است. در تبیین این یافته ها می توان گفت که شیوع سوء مصرف داروهای خیابانی در بیماران مبتلا به روان گسیختگی بالاتر است. گزارش شده که مصرف زیاد حشیش خطر برون روان گسسته گی را در مقایسه با کسانی که مصرف نمی کنند شش برابر افزایش می دهد. مصرف آمفتامین ها، کوکائین و مواد مشابه نیز مایه نگرانی هستند. بنابراین بین روان گسیختگی و اعتیاد رابطه دوسویه وجود دارد به گونه ای که هم مصرف مواد مخدر احتمال ابتلا به روان گسستگی را تا شش برابر افزایش می دهد و هم افرادی که دچار اختلال روان گسستگی هستند بیشتر احتمال دارد به سمت مواد مخدر بروند. در نتیجه میزان شیوع اختلال روان گسستگی در میان وابستگان مواد مخدر بالاست.

فرضیه نهم: میزان شیوع پرخاشگری در بیماران متقاضی درمان، گاهی آسیب و حمایت اجتماعی بالاست.

با توجه به اطلاعات جدول ۴-۱۵- بین میانگین پیش فرض و میانگین محاسبه شده میزان شیوع اختلال پرخاشگری در بیماران متقاضی درمان تفاوت معناداری وجود دارد. البته با توجه به مقایسه ی میانگین پیش فرض (۱۲) نسبت به میانگین محاسبه شده اختلال پرخاشگری (۱۹/۱۲۲۹)، میانگین محاسبه شده اختلال پرخاشگری نسبت به میانگین پیش فرض بیشتر بوده است. لذا میزان شیوع اختلال پرخاشگری در بیماران متقاضی درمان بالا می باشد که این نتیجه فرضیه فوق را تایید می کند. این یافته ها با نتایج پژوهش های (پهلویان، محبوب و رحیمی، ۱۳۸۹؛ حیدری و همکاران، ۱۳۸۵؛ فارل و همکاران، ۲۰۰۱؛ ریجز و دیویس، ۲۰۰۲) همسو است. در تبیین این یافته ها می توان اشاره کرد که طبق پژوهش های انجام شده رفتارهای خشونت آمیز در معتادان به مواد مخدر صنعتی در فاصله زمانی بین شش ماه تا یکسال پس از شروع وابستگی افراد آغاز می شود در حالیکه در معتادان به مواد مخدر سنتی این فاصله زمانی بین یک تا سه سال پس از وابستگی به مواد شروع می شود. آنچه مسلم است افزایش رفتارهای خشونت آمیز بعد از وابستگی به مواد مخدر است. فرد معتاد به دلیل مشکلات اجتماعی، روانی و اقتصادی و احساس شدید و ناگهانی نیاز به مصرف مواد مخدر در معرض انجام رفتارهای مخرب و پرخاشگرانه قرار داده است. یکی از این رفتارهای مخرب که از یک بیمار وابسته به مواد مخدر سر می زند پرخاشگری می باشد که نه تنها برای خود و خانواده مشکل ساز می باشد بلکه برای جامعه نیز مشکلاتی به وجود می آورد. فردی که وابسته به مواد مخدر است گاه به دلیل مشکلات اقتصادی که در سر راه خود می بیند و گاه به دلیل فشارهای روانی که ناشی از مواد مخدر و همچنین رفتارهای اطرافیان است کنترل خود را از دست می دهد و دست به خشونت می زند. این افراد گاه برای انتقام از افرادی که وی را طرد کرده و یا تحقیر کرده اند دست به خشونت می زند.

فرضیه دهم: میزان شیوع اختلالات جسمی در بیماران متقاضی درمان، کاهش آسیب و حمایت اجتماعی بالاست.

داده های جدول ۴-۱۶- نشان می دهد که: از بین ۳۵۰ نفر پاسخگو ؛ ۲۶۴ نفر (۷۵/۴ درصد) از لحاظ بیماری کلیوی سالم ، ۸۶ نفر (۲۴/۶ درصد) دارای بیماری کلیوی بودند. از بین ۳۵۰ نفر پاسخگو ؛ ۲۶۲ نفر (۷۴/۹ درصد) از لحاظ بیماری تنفسی سالم ، ۸۸ نفر (۲۵/۱ درصد) دارای بیماری تنفسی بودند.

از بین ۳۵۰ نفر پاسخگو ؛ ۲۵۹ نفر (۷۴ درصد) از لحاظ بیماری پوستی سالم ، ۹۱ نفر (۲۶ درصد) دارای بیماری پوستی بودند. از بین ۳۵۰ نفر پاسخگو ؛ ۲۹۸ نفر (۸۵/۱ درصد) از لحاظ بیماری قلبی سالم ، ۵۲ نفر (۱۴/۹ درصد) دارای بیماری قلبی بودند. از بین ۳۵۰ نفر پاسخگو ؛ ۲۸۸ نفر (۸۲/۳ درصد) از لحاظ ناراحتی های معده سالم ، ۶۲ نفر (۱۷/۷ درصد) دارای ناراحتی معده بودند. از بین ۳۵۰ نفر پاسخگو ؛ ۳۱۷ نفر (۹۰/۶ درصد) از لحاظ بیماری کبدی سالم ، ۱۴ نفر (۴ درصد) دارای بیماری کبدی، ۱۶ نفر (۴/۶ درصد) دارای بیماری هپاتیت، ۳ نفر (۹ درصد) دارای بیماری دیابت بودند. که در مجموع این نتایج حاکی از آن بود که میزان شیوع اختلالات جسمی در بیماران متقاضی درمان بالا می باشد. این یافته ها با نتایج پژوهش های (امیدی، حسینی و عساریان، ۱۳۸۱؛ جعفری و همکاران، ۱۳۸۵؛ محمدی و همکاران، ۱۳۸۶؛ رحیمی، پهلویان و محبوب، ۱۳۸۹؛ دل آذر و همکاران، ۱۳۹۱) همسو است. در تبیین این یافته ها می توان بیان داشت که کشت و تولید و فراوری مواد مخدر در کشور غیر قانونی است بنابراین هیچ گونه نظارت خاص علمی روی آنها نمی شود. مصرف مواد مخدر دارای عوارضی بوده که در تحقیقات علمی شناخته شده است اما وجود ناخالصی در مواد مخدر موجب بروز عوارض ناشناخته ای در فرد مصرف کننده می شود که تیم درمان را در شناخت این عوارض با سرگردانی موجه می شود. بیش از ۹۰ درصد مواد مخدر در لابراتورهای غیر قانونی تولید می شود و مواد ناشناخته به کار رفته در آنها موجب بروز آسیب های ناشناخته کلیه می شود. فروشندگان مواد مخدر به خاطر براق کردن ظاهر تریاک و یا افزایش وزن به این مواد، پودر سرب اضافه می کنند. این

ناخالصی موجب بروز عارضه کلیوی می شود و کلیه ها بر اثر مصرف مواد مخدر دچار تخریب جدی می شود. همچنین مصرف هروئین می تواند ظرف چند هفته موجب نارسایی کلیه ها و در نتیجه دیالیزی شدن افراد شود. با توجه به اینکه بخش عمده ای از مواد خارجی وارد شده به بدن از جمله مواد مخدر، توسط هپاتوسیت های کبدی متابولیزه و به وسیله سلول های کلیوی دفع گردد. به نظر می رسد طی متابولیسم، ورود و خروج ایم مواد زائد به سلول های کبدی و کلیوی آسیب هایی متوجه بافت کبد و کلیه گردد. پوست افراد معتاد به مواد مخدر، به رنگ قرمز متمایل می شود. با مصرف مواد مخدر، ضربان قلب و فشارخون افزایش پیدا می کند و سرخرگ ها و سیاهرگ های بدن را تحت تاثیر قرار می دهد و می تواند پوست آنها را لکه دار کند. به همین ترتیب غدد عرق و چربی بدن آنها بیش از حد فعال می شوند و زمینه را برای ابتلای فرد معتاد به ناراحتی ها و بیماری های پوستی از جمله آکنه فراهم می کنند. همچنین پژوهش های اخیر ثابت کرده است که رابطه مشخصی بین استفاده از مواد مخدر و بروز عوارض قلبی و عروقی وجود دارد. گرفتگی رگ های قلب، آسیب رسیدن به شریان ها، غیر منظم شدن ضربان قلب، و یا سکنه قلبی از رایج ترین این عوارض هستند. به علاوه افرادی که مواد مخدر را به صورت تزریقی مصرف می کنند، به پیامدهایی چون ویروسی شدن رگ های خونی و دریچه های قلب و زخم شدن یا پارگی رگ ها نیز می شوند. افرادی که مواد مخدر مصرف می کنند اغلب پروتئین کمی دریافت می کنند که همین امر باعث تحلیل رفتن ماهیچه ها شده و رسوب چربی داخل عروق و فشار خون را نیز افزایش می دهد. هپاتیت C نوعی بیماری واگیردار کبدی است که بر اثر وارد شدن ویروسی به همین نام در بدن ایجاد می شود. معتادانی که از روش تزریقی برای مصرف مواد استفاده می کنند شانس بیشتری برای مبتلا شدن به این بیماری دارند. اغلب آنها به علت استفاده از سرنگ های آلوده ناقل این ویروس، به این بیماری مبتلا می شوند. همچنین افراد معتاد رفتارهای جنسی پرخطر بیشتری دارند و در نتیجه احتمال اینکه از طریق روابط جنسی محافظت نشده نیز دچار این بیماری شوند بیشتر از افراد عادی است. همچنین مصرف مواد مخدر عملکرد دستگاه گوارش را با مشکل مواجه می کند و باعث ایجاد حالت تهوع و کاهش اسید معده و در درازمدت باعث خونریزی های معده، تورم معده و

... می شود. همچنین سوء هاضمه در افراد معتاد بیشتر از افراد عادی است. بسیاری از افراد به دلیل بی اطلاعی و همچنین به خاطر خاصیت آرام بخشی مواد مخدر برای درمان بسیاری از مشکلات جسمی خود به سمت مواد مخدر رفته با این تصور که مواد مخدر تسکینی برای آنهاست به سمت مواد رفته و در دام اعتیاد می افتند که نه تنها مشکلات جسمانی آنها بر طرف نمی شود بلکه بیشتر هم می شود و در درمان آن اختلال ایجاد می شود. متأسفانه نبود علم و آگاهی، تصورات اشتباهی را در ذهن بیماران دیابتی مبنی بر مصرف مواد مخدر به خصوص تریاک به به جای انسولین ایجاد کرده است و افراد را به سمت استفاده از مواد مخدر کشیده است در حالیکه باید بیان داشت که این مواد بر قند خون تاثیری ندارند، برعکس مصرف آنها باعث می شود علائم دیابت خاموش بماند. مثلاً بعضی از بیماران می گویند پیش از این پایمان می سوخت، خواب می رفت اما از موقعی که تریاک استفاده می کنیم، دردی در پایمان احساس نمی کنیم در نتیجه مصرف مواد در این افراد رو به افزایش نهاده است اما نمی دانند مصرف مواد این عارضه را درمان نمی کند بلکه سرپوشی بر این درد ها است و مشکلات درونی او ادامه دارد.

۵-۲- نتیجه گیری:

در مجموع یافته ها نشان دادند که شیوع متغیرهای افسردگی، اضطراب، اختلال تفکر، ترس مرضی، شکایات جسمانی، حساسیت در روابط متقابل، روان گسستگی، پرخاشگری و اختلالات جسمانی در افراد وابسته به مواد مخدر بیشتر از افراد عادی می باشد و همچنین شیوع اختلال وسواسی - جبری در افراد عادی و افراد وابسته به مواد مخدر شهر زنجان تفاوتی وجود نداشت. به نظر می رسد که این اختلالات روانی زمینه ساز گرایش به مصرف مواد مخدر است و همچنین سوء مصرف مواد مخدر می تواند یکی از فاکتورهای تشدید کننده اختلالات روانی و جسمانی در افراد وابسته به مواد مخدر باشد.

۵-۳- محدودیت های پژوهش:

۱) با توجه به اینکه نمونه آماری این پژوهش بیشتر افراد بی سواد و یا کم سواد بودند امکان اینکه به صورت خصوصی به سوالات پاسخ دهند نبود و پرسشنامه ها به صورت مصاحبه ای پر شد بنابراین امکان این وجود دارد که افراد کمتر مشکلات خود را مطرح کرده باشند.

۲) پژوهش حاضر بر روی مردان معتاد شهر زنجان انجام شد، لذا به دلیل برخی تفاوت های فرهنگی و اجتماعی در تعمیم نتایج به دیگر افراد جانب احتیاط باید رعایت شود.

۵-۴- پیشنهادات پژوهش

۵-۴-۱- پیشنهادات کاربردی:

۱- با توجه به بالا بودن میزان افسردگی در افراد وابسته به مواد مخدر پیشنهاد می شود در مراکز ترک اعتیاد تمهیداتی برای کاهش افسردگی این افراد لحاظ شود.

۲- با توجه به بالا بودن شیوع اضطراب در بین سوء مصرف کنندگان مواد مخدر پیشنهاد می شود در مراکز ترک اعتیاد برای ترک مؤثرتر اعتیاد، اقداماتی در زمینه کاهش اضطراب این افراد صورت بگیرد.

۳- با توجه به میزان بالای اختلال پانیک در افراد وابسته به مواد مخدر، پیشنهاد می شود در مراکز ترک اعتیاد از روش های درمانی مناسب برای درمان پانیک این افراد استفاده شود.

۳- با توجه به بالا بودن شیوع اختلال روان گسستگی در افراد وابسته به مواد مخدر، پیشنهاد می شود برای درمان بهتر و عدم بازگشت فرد به سمت اعتیاد از روش های درمانی مؤثر برای درمان روان گسستگی این افراد استفاده شود.

۴- با توجه به بالا بودن شیوع حساسیت در روابط متقابل، پیشنهاد می شود در مراکز درمان اعتیاد به این متغیر توجه نمایند.

۵- با توجه به بالا بودن اختلال تفکر در افراد وابسته به مواد مخدر، پیشنهاد می شود مراکز درمان اعتیاد از روش های درمانی مؤثر برای برطرف کردن این اختلال استفاده کنند.

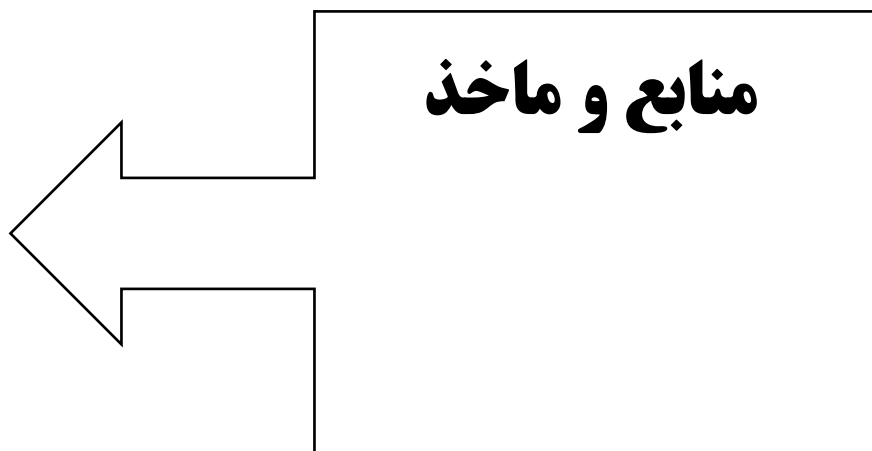
۶- با توجه به بالا بودن شکایات جسمانی در افراد وابسته به مواد مخدر، پیشنهاد می شود مراکز ترک اعتیاد تمهیداتی برای درمان این اختلال لحاظ شود.

۷- با توجه به بالا بودن اختلالات جسمانی (کلیوی، هیپاتیت، قلبی، تنفسی، پوستی، کبدی) در افراد وابسته به مواد مخدر، پیشنهاد می شود که در مراکز ترک اعتیاد به اختلالات جسمانی این افراد توجه بیشتری شود و روش های درمانی موازی با هم در جهت درمان اعتیاد و اختلالات جسمانی اتخاذ شود.

۵-۴-۲-پیشنهادهای پژوهشی:

۱- با توجه به تفاوتهای اجتماعی، اقتصادی و... پیشنهاد می شود این پژوهش در نمونه و جامعه های مختلف با فرهنگ و طبقات اجتماعی، اقتصادی متفاوت اجرا و نتایج با این پژوهش مقایسه گردند.

۲- همچنین با توجه به تفاوت های جنسیتی پیشنهاد می شود این پژوهش در بین زنان نیز اجرا گردد.



منابع فارسی:

انجمن روان پزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی*، ترجمه رضاعی، فرزین؛ فخرایی، علی؛ فرمند، آتوسا؛ نیلوفری، علی؛ هاشمی آذر، ژانت؛ شاملو، فرهاد (۱۳۹۳). تهران: نشر ارجمند.

بیکر، آماندا؛ ولمن، ریچارد. (۲۰۱۲). *راهنمای بالینی همراهی مشکلات روانی و مواد و الکل*، ترجمه صدر السادات، سید جلال؛ صدر السادات، لیلا؛ قراگوزلو، فاطمه (۱۳۹۳). انتشارات پیام نور.

پینل، جان. (۲۰۰۷). *روانشناسی فیزیولوژیک*، ترجمه فیروز بخت، مهرداد (۱۳۸۷). نشر ویرایش.

پرویزی فرد، علی اکبر؛ بیرشک، بهروز؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ شاکری، جلال. (۱۳۸۰). بررسی همبودی اختلال های خلقی و اضطرابی در معتادان جویای درمان و افراد بهنجار. *مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، شماره ۲۵ و ۲۶ از ص ۴۵ تا ۵۴.

حیدری، جبار؛ جعفری، هدایت؛ حسینی، سید حمزه؛ جنتی، یداله؛ علی محمدپور، رضا. (۱۳۸۵). بررسی وضعیت روانی- اجتماعی معتادین شهرستان ساری در سال ۱۳۸۳. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، دوره ۱۶ شماره ۵۲، ص ۱۱۶-۱۰۹.

رسول، جی. حسین. (۲۰۰۷). *سوء مصرف الکل و مواد مخدر*، ترجمه رحمت زاده، ابوالقاسم (۱۳۹۱). نشر اطلاعات.

سادوک، بنیامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت. (۲۰۰۷). *خلاصه روان پزشکی*، ترجمه رضاعی، فرزین (۱۳۸۷). تهران: نشر ارجمند.

فیلدز، ریچارد. **چشم انداز مواد مخدر**، ترجمه حمیدی کیا، غلامرضا؛ غلامرضایی، عابد (۱۳۹۲). دفتر تحقیقات ستاد مبارزه با مواد مخدر.

قندی زاده، اکبر؛ اشکالی، حامد؛ مانی، یاسر. (۱۳۸۰). اختلالات روانی همراه با مواد مخدر. **مجله علوم پزشکی ایران**، جلد ۲۵، شماره ۱ و ۲، ص ۳۰-۲۵.

محمدی، کورش. (۱۳۸۷). **مواد مخدر و اعتیاد به آن**. نشر هنرهای زیبا.

محسنی تبریزی، علیرضا. (۱۳۸۱). اعتیاد و افسردگی: کاربرد مقیاس SCL-90 در سنجش میزان افسردگی معتادان خود معرف به مراکز ترک اعتیاد و بازپروری. **مجله اعتیاد پژوهی**، دوره ۱، شماره ۱، ص ۷ تا ۱۸.

منابع انگلیسی:

Barnett, J.H., Werners, U., Secher, S.M., Hill, K.E., Brezil, R., Masson, k., Pernet, D.E., Kirkbridge, J.B., Murray, G.K., Bullmore, E.T. and Jones, P.B. (2007) substance use in a population – based clinic sample of people with First- episode psychosis. ***British journal of Psychiatry***, 190: 515 – 520.

Blum, K. Noble, E.P. Sheridan, P.J. et al. (1990) Allelic association of human dopamine D2 receptor gene in Alcoholism. ***Journal of American Medical Association***, 263: 2055-2060.

Cloninger, C.R. (1987). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. ***Science***, 236: 410-415.

Crawford, V. (2001) Co- existing Problems of mental Health and substance misuse (Dual Diagnosis): A review of Relevant Literature. ***London: Royal college of psychiatrists, college Research unit.***

Farrell M, Howes S, Bebhington P, Brugha T, Jenkins R, Meltzer I. Nicotin, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. ***Br J Psychiatry*** 2001; 179: 432-70.

Frisher, M., Collins, J., Millson, D., Crome, I. and Croft, P. (2004) Prevalence of comorbid psychiatric and substance misuse in primary

care in England and Wales. ***Journal of Epidemiology & community Health***, 58: 1036- 1041.

Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Ruan, W.J. and Pickering, R.P. (2004) Co- Occurrence of 12- month alcohol and drug use disorders and Personality disorders in the United States. ***Archives of General Psychiatry***, 61: 361- 368.

Jellick, E.M. (1996). The Disease concept of Alcoholism. New Haven: ***Hillhouse Press***. 85: 215- 234.

Jacobson, T. and Leonard, K. (1988). Alcohol- spouse interaction as a function of alcoholism subtype and alcohol consumption interaction. ***Journal of Abnormal psychology***, 97: 231-237.

Khantzian, E. J. (1980). An ego self theory of substance dependence: a contemporary Psychoanalytical perspective. In D. J. Litteri, M. Sayers and H. W. ***Pearson (Eds), theories on Drug Abuse: selected contemporary Perspectives, Washington: DHSS*** 84-967.

Myrie, H. and Brady, K. (1997) Comorbid social phobia and cocaine Dependence. ***American Psychiatric Association New Research Abstracts***. 65: 615-624.

Pickens, R. Svikis, D. M. Lykken, D. Heston, L. and Clayton P. (1991). Heterogeneity in the inheritance of alcoholism. ***Archives of General Psychiatry***, 48, 1: 19-28.

Reis, R.K., Russo, J., Wingerson, D., Snowden, M., Comtois, K.A., Srebnik, D- and Roy- BYRNE, P. (2000) shorter hospital stays and more rapid improvement among patients with schizophrenia and substance use disorders, ***Psychiatric services***, 51: 210- 215.

Selzer, J.A. and Lieberman, J.A. (1993) Schizophrenia and substance abuse. ***Psychiatric Clinic of North American***, 16: 401- 412.

Stacy, A. Widaman, K. and marlatt, G. (1990). ***Expectancy models of alcohol use. Journal of personal and social psychology***, 58, 5: 418-420.

Thomas, H. (1993) Psychiatric symptoms in cannabis users. ***British Journal of psychiatry***, 163: 141- 149.

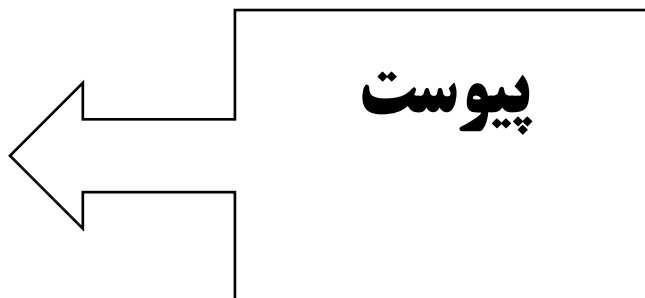
Tsuang, M. T. Lyons, M. J. Eisen, Goldberg, J. et al (1996). Genetic influences on DSM III-R. Drug abuse and Dependence. A study of 3327 Pairs of twins. American ***Journal of medical Genetic***, 67: 473-483.

Valliant, G. E. (1983). The Natural History of Alcoholism. ***Combridge, MA: Harvard university press.***

Wikler, A. (1961). On the nature of addiction and habituation. ***British Journal of Addiction***, 57: 37-39.

Weaver, T, Charles, V., Madden P. and Renton A. (2002) co- morbidity of substance misuse and mental illness collaborative study (COSMIC). ***London: National Treat ment Agency.***

Wolf, P. H. (1972). Ethnic differences in alcohol sensitivity. *Science*, 175: 449-450.



چک لیست نشانه های اختلالات روانی (SCL-90-R)

سن..... سابقه طلاق..... تعداد فرزندان.....

سطح تحصیلات..... سن شروع مصرف مواد.....

بسیار زیاد	زیاد	تاحدی	کمی	هیچ	
					۱. آیا از هفته گذشته تا به امروز سر درد داشته اید؟
					۲. آیا بی جهت دلشوره دارید و توی دلتان می لرزد؟
					۳. آیا فکریایی که دوست ندارید مرتباً وارد سرتان می شود و ولتان نمی کند؟
					۴. آیا دچار ضعف، بیحالی و یا سرگیجه می شوید؟
					۵. آیا نسبت به رابطه با جنس مخالف بی میل شده اید؟
					۶. آیا دلتان می خواهد از دیگران ایراد بگیرید؟
					۷. آیا فکر می کنید اختیار فکریهای شما دست دیگران است؟
					۸. آیا احساس می کنید به خاطر بیشتر گرفتاریهای شما دیگران را باید سرزنش کرد؟
					۹. آیا فراموشکار شده اید؟
					۱۰. آیا از ریخت و پاش ها و سرسری گرفتن های دیگران ناراحت می شوید؟
					۱۱. آیا زود دلخور یا عصبانی می شوید؟
					۱۲. آیا از هفته گذشته تا امروز درد در ناحیه قلب یا سینه داشته اید؟
					۱۳. آیا از رفتن به جاهای باز یا خیابان احساس ترس می کنید؟
					۱۴. آیا دیگر قوه و بنیه سابق را ندارید یا کند شده اید؟
					۱۵. آیا این فکر به ذهنتان آمده که به زندگی خود خاتمه دهید؟
					۱۶. آیا صداهایی به گوشتان می آید که دیگران نمی توانند بشنوند؟

					۱۷. آیا احساس لرزش در اندام بدن خود دارید؟
					۱۸. آیا احساس می کنید که بیشتر مردم قابل اعتماد نیستند؟
					۱۹. آیا بی اشتها شده اید؟
					۲۰. آیا زود به گریه می افتید؟
					۲۱. آیا در برابر جنس مخالف احساس خجالت یا ناراحتی می کنید؟
					۲۲. آیا احساس می کنید طوری گیر افتاده اید که نه راه پس دارید نه راه پیش؟
					۲۳. آیا ناگهان و بدون دلیل دچار ترس می شوید؟
					۲۴. آیا ناگهان طوری عصبانی می شوید که نمی توانید جلو خودتان را بگیرید؟
					۲۵. آیا می ترسید تنها از خانه بیرون بروید؟
					۲۶. آیا خود را برای هر چیز کوچکی سرزنش می کنید؟
					۲۷. آیا کمر درد دارید؟
					۲۸. آیا احساس می کنید که کارهایتان پیشرفت نمی کند؟ مثل اینکه گره در کارتان افتاده باشد؟
					۲۹. آیا احساس تنهائی می کنید؟
					۳۰. آیا احساس غمگینی می کنید؟
					۳۱. آیا برای هر چیز به شدت نگران و دلواپس می شوید؟
					۳۲. آیا نسبت به همه چیز بی علاقه شده اید؟
					۳۳. آیا همیشه امروز احساس ترس می کنید؟
					۳۴. آیا حساس و زود رنج هستید؟
					۳۵. آیا دیگران از فکرهای شما بدون اینکه به آنها بگویند با خبر می شوند؟

				۳۶. آیا فکر می کنید دیگران حرف شما را نمی فهمند یا درد شما را حس نمی کنند؟
				۳۷. آیا فکر می کنید رفتار مردم نسبت به شما دوستانه نیست یا شما را دوست ندارند؟
				۳۸. آیا برای اینکه کارها را درست انجام دهید مجبور هستید خیلی آهسته کار کنید؟
				۳۹. آیا تپش قلب دارید و قلبتان تند تند می زند؟
				۴۰. آیا از هفته گذشته تا امروز حالت تهوع یا دل بهم خوردگی داشته اید؟
				۴۱. آیا در مین کسانی که مثل شما هستند احساس می کنید از آنها کمتر هستید؟
				۴۲. آیا احساس درد و کوفتگی در عضلات بدنتان می کنید؟
				۴۳. آیا احساس می کنید که دیگران درباره شما حرف می زنند و شما را زیر نظر دارند؟
				۴۴. آیا دیر خوابتان می برد؟ خواب رفتن برایتان مشکل است؟
				۴۵. آیا وقتی کاری انجام می دهید مجبور هستید آنرا چند بار تکرار کنید تا مطمئن شوید درست انجام داده اید؟
				۴۶. آیا تصمیم گرفتن برایتان مشکل است؟
				۴۷. آیا از مسافرت با اتوبوس یا قطار احساس ترس می کنید؟
				۴۸. آیا احساس تنگی نفس می کنید؟
				۴۹. آیا ناگهان احساس می کنید که گر گرفته اید یا یخ می کنید؟
				۵۰. آیا مجبور هستید بعضی کارها را نکنید یا بعضی جاها نروید برای اینکه از آنها می ترسید؟
				۵۱. آیا حس کنید سرتان از فکر خالی میشود؟
				۵۲. آیا قسمت هایی از بدنتان خواب می رود یا گزگز می شود؟

					۵۳. آیا گاهی احساس می کنید چیزی در گلویتان گیر کرده است؟
					۵۴. آیا نسبت به آینده میدتان را از دست داده اید؟
					۵۵. آیا وقتی کاری انجام می دهید برایتان مشکل است تمام حواستان را جمع آن کنید؟
					۵۶. آیا در بعضی از قسمتهای بدن خود احساس ضعف می کنید؟
					۵۷. آیا عصبی هستید و زود از کوره در می روید؟
					۵۸. آیا در دست ها و پاها احساس سنگینی می کنید؟
					۵۹. آیا زیاد به فکر مرگ و مردن هستید؟
					۶۰. آیا پر خوری می کنید؟
					۶۱. آیا وقتی مردم به شما نگاه می کنند یا درباره شما حرف می زنند ناراحت می شوید؟
					۶۲. آیا افکاری به ذهنتان می آید که حس کنید مال خودتان نیست ؟
					۶۳. آیا در خودتان میل شدیدی به آزار رساندن و زدن دیگران حس می کنید؟
					۶۴. آیا صبح ها زودتر از معمول بیدار می شوید؟
					۶۵. آیا خود را مجبور به تکرار بعضی کارها همچون شستن و شمردن و واری کردن می بینید
					۶۶. آیا دچار بد خوابی هستید؟ چند بار در شب از خواب بیدار می شوید؟
					۶۷. آیا گاهی حس می کنید که دلتان می خواهد چیزی را پرت کنید خرد کنید و بشکنید؟
					۶۸. آیا فکرها و عقیده هایی دارید که دیگران آنها را قبول ندارند؟
					۶۹. آیا وقتی با دیگران هستید بیش از حد در فکر و رفتارتان مرافب هستید که مبادا کاری بکنید که آبرویتان برود؟
					۷۰. آیا وقتی در جمع هستید احساس ناراحتی و غریبگی می کنید ؟

					۷۱. آیا انجام هر کاری به نظرتان پر زحمت است؟
					۷۲. آیا ناگهان دچار هول و وحشت زدگی می شوید؟
					۷۳. آیا در مقابل دیگران از اینکه چیزی بخورید احساس ناراحتی می کنید؟
					۷۴. آیا با مردم زیاد جر و بحث و درگیری دارید؟
					۷۵. آیا از تنها ماندن ترس و واهمه دارید؟
					۷۶. آیا دیگران قدر کارهای شما را نمی دانند؟
					۷۷. آیا حتی وقتی با دیگران هستید احساس تنهایی می کنید؟
					۷۸. آیا طوری بی قرار و نا آرام می شوید که نمی توانید یکجا بنشینید؟
					۷۹. آیا فکر می کنید آدم بی ارزشی هستید؟
					۸۰. آیا احساس می کنید که اتفاق بدی برایتان خواهد افتاد؟
					۸۱. آیا زود داد و فریاد راه می اندازید و چیزهایی را پرتاب می کنید؟
					۸۲. آیا ترس از افتادن و از حال رفتن در کوچه و خیابان را دارید؟
					۸۳. آیا حس می کنید اگر به دیگران زیاد رو بدهید سوارتان می شوند؟
					۸۴. آیا فکر می کنید خیالاتی شده اید؟
					۸۵. آیا فکر می کنید آن قدر گناه کارید که باید عذاب و عقوبت ببینید؟
					۸۶. آیا فکر ها و شکل های خیالی ترسناک به سرتان می آید؟
					۸۷. آیا خیال می کنید عیب و نقص یا اختلال عمده ای در بدنتان پیدا شده است؟
					۸۸. آیا با دیگران احساس صمیمیت نمی کنید؟
					۸۹. آیا بیشتر اوقات احساس گناه و تقصیر می کنید؟
					۹۰. آیا افکار جنسی ناراحت کننده ای دارید؟

آیا شما بیماری قلبی

آیا شما بیماری کلیوی دارید؟.....

دارید؟.....

آیا دچار ناراحتی معده

آیا شما بیماری تنفسی دارید؟.....

هستید؟.....

اگر بیماری دیگری دارید نام

آیا شما دچار بیماری پوستی هستید؟.....

ببرید.....

Abstract:

“The examination of the spread of psychopathy and physical disorders in applicants for therapy, the decline of social supports and damages of Zanzan in 1394-1395”

Issue: No doubt that addiction is a big problem in modern societies. Nowadays, there are few countries that do not have the problem of addiction. In addition to the challenge of addiction, the increase of mental and physical disease in these people has made the issue more complicated and it has also caused a disturbance in the process of treatment of the consumers. So this issue has made the study and investigation of addiction and its problems more necessary. **Purpose:** The purpose of the research is the examination of the psychopathy and physical disorders in applicants for therapy, the decline of social supports and damages of Zanzan in 1394-1395. **Approach:** The research is descriptive and measurable. The tools of collecting data include: the list of the signs of psychopathy and the questionnaire of biography information and the physical disorders that it has caused.

Statistic: All the people who were under the support of anti-drug campaign, the applicants of the treatment, the decline of social supports and damages in camps and methadone therapy centers and the decline of damage in Zanzan in 1394-1395.

Data analysis: After collecting the data, the data has entered the SPSS software and analyses descriptively and inferentially. In inferential field, the «t» test has been used.

Findings: According to the findings of the research, the variables: physical complaints, depression, anxiety, panic, thought disorder, sensibility in mutual relations, delirium, aggression, physical disorder, has meaningful relation with addiction. It means that these disorders can be seen more in addicted people than in common people. Compulsive obsession disorder is not more in addicted people than in common people.

Conclusion: In the whole it can be concluded that addicted people have different psychological and physical characteristics from common people.

Key words: Addiction, panic, thought disorder, compulsive obsession, delirium.

Drug Control Headquarters of presidency

Office of Research and Education

Subject:

**The examination of the spread of psychopathy and physical disorders
in applicants for therapy, the decline of social supports and damages
of Zanzan in 1394-1395**

Executive:

Hejazi, M. (Ph.D)

Colleague:

Ghanbari, S. (M.A)

Observer of scheme:

Kiani, GH. (Ph.D)

2017