

این پایاننامه توسط دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر
ریاست محترم جمهوری حمایت مالی شده است.



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد علوم تحقیقات آذربایجان غربی

دانشکده علوم انسانی - گروه روانشناسی

پایان نامه جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد (M.A)

رشته: روانشناسی

گرایش: بالینی

عنوان:

بررسی میزان شیوع اضطراب و افسردگی در جوانان معتاد، بین سنین ۲۰ تا

۳۵ سال تحت درمان با متادون، درمان سرپایی و بستری در مراکز دولتی

شهر ارومیه

استاد راهنما:

دکتر سید محمد یوسفی طباطبایی

نگارش:

فرهاد ابراهیمی



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد علوم تحقیقات آذربایجان غربی

دانشکده علوم انسانی - گروه روانشناسی



انستاد مبارزه با مواد مخدر

پایان نامه جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد (M.A)

رشته: روانشناسی

گرایش: بالینی

عنوان:

بررسی میزان شیوع اضطراب و افسردگی در جوانان معتاد، بین سنین ۲۰ تا

۳۵ سال تحت درمان با متادون، درمان سرپایی و بستری در مراکز دولتی

شهر ارومیه

استاد راهنما:

دکتر سید محمد یوسفی طباطبایی

نگارش:

فرهاد ابراهیمی

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان شیوع اضطراب و افسردگی در جوانان معتاد ، بین سنین ۲۰ تا ۳۵ سال تحت درمان با متادون و درمان سرپایی و بستری در مراکز دولتی شهر ارومیه انجام گرفت. این پژوهش از نظر هدف کاربردی بوده و با توجه به طرح تحقیق و نحوه بیان فرضیه‌ها توصیفی است. جامعه آماری این پژوهش کلیه معتادین جوان بین سنین ۲۰ تا ۳۵ مراجعه کننده به مراکز درمانی دولتی شهر ارومیه در سال ۹۴ بوده و روش نمونه گیری تصادفی ساده می‌باشد. حجم نمونه ۳۱۰ نفر می‌باشد. ابزار اندازه گیری در این پژوهش ، طیف های لیکرت در پرسشنامه می باشد . جهت اندازه گیری متغیرها ، با توجه به متغیرهای وابسته در این تحقیق از دو پرسشنامه اضطراب (بک ، ۲۰۱۴) و تست افسردگی (بک، ۲۰۱۵) استفاده گردید . در پایان یافته ها نشان داد که شیوع اضطراب و افسردگی با مصرف متادون در طول درمان چه به صورت بستری و چه به صورت سرپایی رابطه معناداری داشته و مصرف متادون باعث کاهش قابل ملاحظه ای از اضطراب و افسردگی در معتادین نمونه آماری ما گردیده است. میزان افسردگی به مقدار ۶۴/۱۸ و میزان اضطراب به مقدار ۶۲/۹۶ درصد کاهش یافته است.

کلمات کلیدی: میزان شیوع ، اضطراب ، افسردگی ، متادون، درمان سرپایی ، درمان بستری .

تقدیم به :

این پایاننامه را به روح مادر مهربان، دلسوز و فداکارم که مرا همیشه در مراحل تحصیل و ترقی حمایت کرده اند ، تقدیم می نمایم.

همچنین این پایاننامه را به فرزندم دلبندم مانی مرادی تقدیم میکنم.

سپاسگزاری

به نام عالم مطلق:

خداوندا! تو را سپاس می گویم که لطف بیکران خود را به این فقیر ارزانی فرمودی تا بتوانم گامی هرچند کوچک در راه توفیق به خدمت کشور عزیزمان بردارم .

از تو می خواهم که گامهای مرا در مسیر رضای خود که همان خدمت به خلق است، استوار کنی! علمم را فزونی بخش و مرا به یقین- این گرانبهارترین متاع دنیا- برسانی .

در اینجا برخود لازم می دانم که از تمامی اساتید بزرگوار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه تشکر و قدردانی نمایم.

از جناب آقای دکتر سید محمد یوسفی طباطبایی استاد راهنمای ارجمندم هم کمال سپاسگزاری را دارم ، که راهگشای من در این مسیر انجام و به اتمام رساندن این پژوهش بودند.

از همه دوستان به ویژه خانم هاشمی و همچنین از مسئولان محترم ستاد مبارزه با مواد مخدر ارومیه به ویژه جناب آقای دربان و آقای زینی و سایر کسانی که در تهیه این پایاننامه بنده را کمک ویاری نمودند، کمال تشکر و سپاسگزاری را دارم.

در این میان لازم می دانم از کارشناسی محترم شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان آذربایجان غربی به واسطه راهنمایی های سازنده اش تشکر و قدردانی نمایم.



خداوندا!

آرامشی عطا فرما تا بپذیرم آنچه را نمی توانم تغییر دهم.

شهامتی که تغییر دهم آنچه را که می توانم .

و دانشی که تفاوت این دو را بدانم.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	فصل اول: کلیات
۲	۱-۱- مقدمه
۴	۲-۱- بیان مسئله
۸	۳-۱- اهمیت و ضرورت پژوهش
۱۰	۴-۱- اهداف پژوهش
۱۰	۱-۴-۱- هدف کلی
۱۰	۲-۴-۱- اهداف جزئی
۱۱	۳-۴-۱- هدف کاربردی
۱۱	۵-۱- فرضیه های تحقیق
۱۱	۶-۱- تعاریف متغیرها
۱۱	۱-۶-۱- تعاریف مفهومی
۱۴	۲-۶-۱- تعاریف عملیاتی
۱۶	فصل دوم: پیشینه پژوهش
۱۷	۱-۲- مقدمه
۱۷	۲-۲- تاریخچه اعتیاد
۱۹	۳-۲- اعتیاد
۲۰	۴-۲- آسیب شناسی اعتیاد (سبب شناسی اعتیاد)
۲۳	۵-۲- علل و انگیزه های گرایش به مواد مخدر
۲۵	۶-۲- نظریه های اعتیاد
۲۵	۱-۶-۲- نظریه های روان شناختی
۲۶	۲-۶-۲- رویکردهای جامعه شناختی
۲۷	۳-۶-۲- تئوری محرومیت نسبی
۲۸	۴-۶-۲- نظریه های خرده فرهنگ
۲۸	۵-۶-۲- نظریه پیوند افتراقی

۳۱	۷-۲- افسردگی
۳۲	۸-۲- دیدگاه رفتاری نگری در مورد افسردگی
۳۴	۹-۲- نظریه شناختی بک در مورد افسردگی
۳۶	۱۰-۲- نظریه یادگیری در مورد افسردگی
۳۸	۱۱-۲- انواع افسردگی
۳۹	۱۲-۲- افسردگی سبب اعتیاد و خودکشی
۴۰	۱۳-۲- مقابله با افسردگی
۴۳	۱۴-۲- اضطراب
۴۳	۱۵-۲- تعریف اضطراب
۴۳	۱۶-۲- تفاوت ترس با اضطراب
۴۳	۱۷-۲- اجزای اضطراب
۴۴	۱۸-۲- انواع اضطراب
۴۴	۱۹-۲- اندازه گیری اضطراب
۴۵	۲۰-۲- اختلالات اضطراب
۴۵	۱-۲۰-۲- اختلال اضطراب مفراط
۴۶	۲-۲۰-۲- اختلال های اضطرابی روانشناختی
۴۸	۲۱-۲- اضطراب های طبیعی
۵۰	۲۲-۲- اعتماد به نفس و مقابله با اضطراب
۵۴	۲۳-۲- درمان اعتیاد
۵۵	۲۴-۲- سم زدایی
۵۵	۲۵-۲- روش های سم زدایی
۵۵	۲۶-۲- درمان نگهدارنده با متادون
۵۶	۲۷-۲- مزایا و معایب نگهدارنده با متادون
۵۷	۲۸-۲- بستری کردن در بیمارستان
۵۸	۲۹-۲- انتخاب بیماران برای درمان نگهدارنده
۵۸	۳۰-۲- ملاکهای ورود به درمان نگهدارنده با متادون
۶۳	۳۱-۲- مشخص کردن هویت مراجع

۶۳	۳۲-۲- پیشینه عملی
۶۳	۳۲-۲-۱- تحقیقات داخلی
۶۷	۳۲-۲-۲- تحقیقات خارجی
۷۰	فصل سوم: روش تحقیق
۷۱	۳-۱- مقدمه
۷۱	۳-۲- روشهای تحقیق
۷۱	۳-۳- جامعه آماری
۷۲	۳-۴- نمونه آماری و روش نمونه گیری
۷۲	۳-۵- روش و ابزار گردآوری اطلاعات
۷۲	۳-۶- روایی و پایایی تحقیق
۷۳	۳-۷- ابزارهای پژوهش
۷۴	۳-۸- روشهای تجزیه و تحلیل یافته ها
۷۵	فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها
۷۶	۴-۱- مقدمه
۷۷	۴-۲- توصیف داده ها
۷۷	۴-۲-۱- جنسیت
۷۸	۴-۲-۲- وضعیت تاهل پاسخگویان
۷۹	۴-۲-۳- میزان تحصیلات پاسخگویان
۸۰	۴-۲-۴- توزیع سنی پاسخگویان
۸۱	۴-۳- بررسی شاخص های توصیفی گویه ها (سوالات) پرسشنامه ها
۸۳	۴-۴- بررسی فرضیه های پژوهش
۸۵	۴-۴-۱- فرضیه اول
۸۶	۴-۴-۲- فرضیه دوم
۸۷	۴-۵- بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش
۸۸	۴-۵-۱- آزمون کولوکوگروف- اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش
۸۸	۴-۶- آزمون خی-دو جهت بررسی و تایید مجدد فرضیه ها

۸۹	..... ۱-۶-۴-آزمون خی-دو برای میزان شیوع افسردگی در بین بیماران تحت درمان
۹۰	..... ۲-۶-۴-آزمون خی-دو برای میزان شیوع اضطراب در بین بیماران تحت درمان
۹۲	..... فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۹۳	..... ۱-۵-مقدمه
۹۳	..... ۲-۵-یافته های توصیفی
۹۵	..... ۱-۲-۵-فرضیه اول
۹۶	..... ۲-۲-۵-فرضیه دوم
۹۷	..... ۳-۵-یافته های استنباطی پژوهش
۹۸	..... ۴-۵-محدودیت های پژوهش
۹۹	..... ۵-۵-پیشنهادها
۹۹	..... ۱-۵-۵-پیشنهادهای کاربردی
۱۰۰	..... ۲-۵-۵-پیشنهادهای پژوهشی
۱۰۲	..... منابع
۱۱۱	..... پیوست ها

فهرست جدول‌ها

عنوان	صفحه
۱-۱- درجه بندی تست بک	۱۴
۱-۴- توزیع جنسیت پاسخگویان	۷۷
۲-۴- توزیع وضعیت تاهل پاسخگویان	۷۸
۳-۴- توزیع میزان تحصیلات پاسخگویان	۷۹
۴-۴- توزیع سنی پاسخگویان	۸۰
۵-۴- شاخص های توصیفی مربوط به گویه های پرسشنامه افسردگی	۸۲
۶-۴- شاخص های توصیفی مربوط به گویه های پرسشنامه اضطراب	۸۳
۷-۴- شاخص های توصیفی مربوط به آزمون T (متغیر افسردگی)	۸۵
۸-۴- نتایج آزمون T (متغیر افسردگی)	۸۵
۹-۴- شاخص های توصیفی مربوط به آزمون T (متغیر اضطراب)	۸۷
۱۰-۴- نتایج آزمون T (متغیر اضطراب)	۸۷
۱۱-۴- نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرنوف	۸۸
۱۲-۴- نتایج آزمون خی-دو برای متغیر افسردگی	۸۹
۱۳-۴- نتایج آزمون خی-دو برای متغیر اضطراب	۹۰

فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
۵۳	۱-۲- مراحل فکر کردن در شرایط استرس زا
۷۸	۱-۴- توزیع جنسیت پاسخگویان
۷۹	۲-۴- توزیع وضعیت تاهل پاسخگویان
۸۰	۳-۴- توزیع میزان تحصیلات پاسخگویان
۸۱	۴-۴- توزیع سنی پاسخگویان

فصل اول

کلیات

۱-۱- مقدمه

بدون تردید مصرف بی رویه و روز افزون مواد مخدر به عنوان یکی از بزرگترین مشکلات قرن حاضر تلقی می شود و زیان های ناشی از آن در زمینه های اجتماعی و اقتصادی بسیار سنگین است به طوری که تقریباً تمامی کشورهای جهان سعی دارند برنامه هایی برای پیشگیری از اعتیاد و درمان معتادان به اجرا گذارند؛ سوء مصرف مواد^۱ مخدر و مسئله اعتیاد در کشور ما نیز به یک معضل اجتماعی- درمانی تبدیل شده است و جز تباهی، نابودی، پشیمانی و مرگ چیزی به دنبال نداشته و سرمایه های کلان ملی را صرف هزینه مبارزه، درمان و صدمات ناشی از آن می نماید و همچنین ویرانگری های حاصل از آن زمینه ساز سقوط بسیاری از ارزش ها و هنجارهای فرهنگی و اخلاقی شده و بدین ترتیب سلامت جامعه را بطور جدی به مخاطره می اندازد. با تغییر تدریجی شیوه ی زندگی ناشی از پیشرفت تمدن، همانگونه که بشر از رفاه بیشتری برخوردار می شود عوارض و معضلات نیز رخ می نماید. زمانی انسان ها به شیوه ای سنتی و ابتدائی زندگی می کردند و مسائل و مشکلات جمعی و روانی شان را نیز سنتی حل می کردند اما با تغییر شیوه ی زندگی به شکل امروزی و جدید گاهی مسائلی ایجاد می شود که حل آن از عهده ی بسیاری از افراد خارج است (بهرامی، ۱۳۸۸).

سوء مصرف مواد بعد از فوبی اجتماعی دومین اختلال شایع روان پزشکی در آمریکا است (سادوک و سادوک،

^۱ Drug abuse

۲۰۰۷). این اختلال اغلب با دیگر اختلالات روانشناختی از جمله : اختلال شخصیت ضد اجتماعی، افسردگی، اضطراب و غیره همراه است که درمان آن را پیچیده می کند. (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷).^۱

افسردگی در معتادان از شیوع بالایی برخوردار است. ترک اعتیاد و قطع مصرف ماده مخدر نیز با علایمی همراه می شود که یکی از آنها افسردگی است. مطالعات نشان داده میزان افسردگی در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون ۲۳ درصد، در بیماران سمزدایی شده ۲۵ درصد، در بیماران تحت درمان در مراکز اقامتی ۳۱ درصد و در افرادی که مراجعه نکرده اند ۱۶ درصد است که این به معنی بیشتر بودن میزان افسردگی در بیمارانی است که برای درمان مراجعه کرده اند؛ یعنی در بسیاری از موارد وجود افسردگی بیمار را تشویق به درمان کرده است. (مکری ، ۱۳۹۱).

ترس و اضطراب به طور آشکار به عنوان جنبه های مهم از رفتار انسان در مصر و یونان باستان شناسایی شده اند. رولومی ریشه های تاریخی مفاهیم رایج اضطراب را از دیدگاه های فلسفی و مذهبی پاسکال در قرن هفدهم و کیرکیگارد در قرن نوزدهم دنبال کرد. در توجیه ترس، داروین بر نشانه های بیولوژیکی و رفتاری مشاهده پذیر و فروید بر اضطراب تمرکز می کند. اضطراب به منزله ی بخشی از زندگی هر فرد در همه جوامع به عنوان پاسخ مناسب و سازگاری تلقی می شود. فقدان اضطراب یا اضطراب زیاد ممکن است ما را با مشکلات و خطرات قابل توجهی مواجه سازد. اضطراب در حد متوسط و سازنده ما را وادار می دارد که برای انجام امور خود، به موقع و مناسب تلاش کرده و بدین ترتیب زندگی خود را بارورتر و با دوام تر سازیم. (الهی فر، شفیع آبادی، قمری، ۱۳۸۰).

پژوهش ها نشان داده اند که افراد دارای اختلال اضطرابی یا خلقی بیشتر از جمعیت عمومی اعتیاد دارند و

^۱ Sadvk and Sadvk ۲۰۰۷

همچنین دیده شده است که کسانی که مواد مصرف می کنند از اختلالات اضطرابی یا خلقی رنج می برند . (موسسه ملی سوء مصرف مواد مخدر، ۲۰۰۸) . بنابراین شرایط رو انپزشکی از قبیل اختلالات اضطرابی، عامل خطرناک مهمی برای سوء استفاده داروئی، وابستگی و عود هستند. (جا کوبسن، ۲۰۰۱). به دنبال تشدید عوارض ناشی از مصرف مواد افیونی شامل روند رو به رشد مرگ و میر ناشی از اعتیاد و بروز همه گیری عفونت اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد برنامه درمان نگهدارنده در اجتماع و جایگاه های تأدیبی شروع شد. (مکری ، نوروزی ، ۱۳۹۳). یکی از درمانهای جایگزین در ترک اعتیاد به مواد مخدر، درمان جایگزین با متادون است. متادون یک نوع ماده مخدر صناعی است که می تواند از بروز علائم ترک (اضطراب و افسردگی) پیشگیری نماید. تجویز متادون برای معتادان به مواد مخدر حداقل با دو هدف عمده صورت می گیرد: الف) دسترسی به ماده ای خوراکی و کاهش اعتیاد تزریقی و بیماری های عفونی مرتبط با آن (ایدز، و ...)

ب) کاهش ارتباط معتاد با توزیع کنندگان مواد مخدر و کم شدن میزان بزهکاری در جوامع

۱-۲- بیان مسئله

یکی از معضلات جدی انسان متمدن؛ در آغاز هزاره ی سوم مشکل سوء مصرف مواد است. ابعاد وسیع عوارض ناشی از مصرف مواد، زندگی جسمی و روانی فرد و همچنین خانواده ، فرهنگ ؛ اقتصاد و اجتماع رابه شدت متاثر میکند. این مصیبت که می تواند از فردی به فرد دیگر و از نسلی به نسل دیگر سرایت کند؛ در طول تاریخ وهم اکنون در سطح بین المللی آفتی جدی؛ ویران کننده، مسری و موذی شده است. (قربانی ، ۱۳۹۳: ص ۱۱). مصرف مواد مخدر نگرانی عمده ای را برای تمامی افراد دست اندر کار و سیاست گذار ایجاد کرده است . به رغم اینکه عمده ترین عامل گرایش به سوی مواد، در دسترس بودن آن است و این که کشور افغانستان که به تنهایی سه چهارم تریاک جهان را تولید میکند همسایه ایران است و همچنین اینکه ایران اصلی ترین مسیر انتقال

مواد مخدر به کشورهای اروپایی است (گزارش جهانی مواد مخدر، ۲۰۱۰). اما این عوامل موجب نمی شود تا نسبت به طرح و اجرای برنامه های پیشگیری و درمان غفلت ورزیم. برنامه های درمانی، گروهی را در بر میگیرند که در حال حاضر با مشکل مواد مخدر دست به گریبان هستند و عوارض مصرف مواد مخدر جنبه های مختلف زندگی این افراد را تحت تاثیر قرار داده است. (ویلس، ۱۹۹۷، به نقل از قربانی، ۱۳۹۳، ص ۶). مواد مخدر بیشترین آسیب و ضرر را به افراد معتاد می رسانند که یکی از موارد آن ابتلا به بیماری های روانی است که باعث تشدید و ایجاد مشکلات روحی در این افراد می شود. (جان آبادی، ۱۳۹۱).

اعتیاد یک بیماری جسمی- روانی- اجتماعی- معنوی است که باعث ایجاد تغییراتی در عملکرد طبیعی مغز شده و وابستگی، ولع، تحمل، خماری و عود از عوارض بعدی این تغییرات است و بر ابعاد مختلف روانی، اجتماعی و جسمانی زندگی فرد آثار سوء بر جای گذاشته و خماری و دردهای ناشی از تأخیر در رسیدن مواد، فرد را چنان تحت فشار روانی و جسمانی قرار می دهد که اغلب حتی دیگران و روابط خویش با آن ها را نادیده گرفته و سلامتی خود و دیگران را فدای یافتن و مصرف مواد می کند. لذا این بیماری تمام زندگی فرد را تحت تاثیر قرار داده، بهزیستی فرد را به خطر می اندازد و او را از زندگی معمول و همزیستی سالم با اجتماع دور می سازد. (گالانتر، مارک و دیگران^۱، ۲۰۱۵).

شایع ترین بیماری های روانپزشکی که در معتادان مراجعه کننده به مراکز وجود دارد، افسردگی، اضطراب و تبعات این دو بیماری است که اغلب احتیاج به درمان روانپزشکی دارند. ۸۰ درصد از معتادان علاوه بر اعتیاد یک بیماری روان پزشکی دیگر از جمله افسردگی و اضطراب نیز دارند.^۲ (جان آبادی، ۱۳۹۱).

افسردگی یکی از ناراحتی های شایع همراه اعتیاد میباشد و باید توصیه هایی برای خانواده ها داشت تا

۱ (Galantr and others, ۲۰۱۵)

۲ منبع: روزنامه سرمایه مصاحبه با دکتر علی فخرایی، روان پزشک و مدیر کلینیک مرکز ملی مطالعات اعتیاد

علاوه بر درمان افراد معتاد، راهکاری برای کاهش میزان اعتیاد در کشور شود. شاید قابل تصور نباشد که استرس می تواند به عنوان آغازگری برای شروع اعتیاد باشد و فردی که معتاد می شود با استرس و اضطراب بیشتری زندگی خود را سپری می کند و حتی شاید میل به اعتیادش را بیشتر کند. اعتیاد به شدت با استرس و اضطراب عجین است. کسانی که استرس بیشتری دارند امکان معتاد شدنشان بیشتر است و این می تواند عوارض و خطرات جدی برای فرد به همراه داشته باشد. از آنجا که در مصرف موادمخدر و داشتن اعتیاد لذت ایجاد می شود، در صورتی که این مواد نتواند نیازهای افراد معتاد را برآورده سازد، می تواند در افزایش اضطراب و استرس آنها تاثیر جدی داشته باشد. با افزایش میزان اضطراب و استرس حتی استمرار مصرف مواد مخدر و وابستگی به مواد نیز به وجود می آید و پس از اینکه اعتیادش بیشتر شود دیگر به خاطر لذت بردن مواد مصرف نمی کند. استرس، اضطراب و لغزش فرد برای یک بار مصرف مواد ارتباط جدی با افزایش شدید وسوسه ها و رفتارهای ویژه مصرف مواد از جمله شیشه دارد به همین منظور خانواده ها باید تا جایی که می توانند در کاهش استرس در فرزندانشان دقت نظر بیشتری داشته باشند. درمان اعتیاد زمانی موثر است که درمان دارویی در کنار درمان غیردارویی باشد، خانواده ها در درمان معتادان درگیر باشند، درمان اعتیاد زمان بر است، اعتیاد یک بیماری است و در صورتی که درمان مناسبی داشته باشد می تواند درمان شود. (نادری، ۱۳۹۳).

شخصیت معتادان به صورتی هست که تغییر حالت در خلق و خوی این افراد سریع به وجود می آید، به گونه ای که از حالی شاد یا عادی می تواند به حالتی غمناک و افسرده تغییر جهت دهند که غالباً این تغییر حالتها قابل توجیه نیستند. اضطراب نیز همیشه جز زندگی آنهاست که ناشی از عدم توانایی در تحمل مشکلات، درگیریها و محرومیتهای داخلی و خارجی و ناتوانی در پیدا کردن راه حل رفتاری منطبق با جامعه، برای از بین بردن این اضطراب است. (ایرج صالحی، ۱۳۹۱).

در درمان اعتیاد باید شرایط و ویژگیهای هر فرد، توسط درمانگر مشخص گردیده و لحاظ گردد. در صورتی که روش های متعددی برای درمان اعتیاد افراد در دسترس باشد، انگیزه مراجع بالاتر رفته، ترس او از شکست درمان کاهش خواهد یافت. برای انتخاب شیوه ی درمانی مناسب هر فرد اصولی وجود دارد که حتما باید رعایت گردد. (تقی زاده، ۱۳۹۰).

درمان فرد معتاد به صورت سرپایی یا بستری یا اقامت روزانه در مراکز بازتوانی است. هرچند که هنوز در ایران این مراکز بازتوانی نیمه اقامتی که مراجعان فقط در طی روز در آن اقامت گزیده و مراحل درمانی خود را میگذرانند و شب ها به منزل خود بر می گردند، تاسیس نشده است، ولی مراکز سرپایی یا بستری متعددی برای درمان اعتیاد ایجاد شده است. درمان معتادان چه به صورت سرپائی و چه به صورت بستری دارای مراحل است که عبارتند از: ۱- سم زدایی فرد، که در طی آن سعی می شود وابستگی جسمی فرد از بین رفته و ناراحتی های جسمی ناشی از قطع مصرف موادمهارشود. ۲-درمان نگهدارنده در هر دو مرحله می توان از انواع درمان های دارویی یا غیر دارویی یا ترکیبی از آن ها برای کمک به بیمار استفاده کرد. متادون را در درمان اعتیاد می توان برای دو هدف به کار برد. در سم زدایی مقدار متادون به تدریج کاهش یافته و سپس قطع می گردد. از آنجا که سم زدایی صرفاً جزئی از یک برنامه درمانی بلندمدت پیشگیری از عود بوده و درمان کاملی تلقی نمی شود، پیگیری بعدی و پیشگیری از عود باید متعاقب آن طراحی و اجرا شود. مدت متوسط سم زدایی مورد قبول این پروتکل ۳ تا ۴ هفته می باشد. در درمان نگهدارنده مقدار دارو به تدریج افزایش داده می شود تا جایی که علائم ترک مشهود نباشند و ولع مصرف مواد غیرقانونی نیز به واسطه مصرف متادون به حداقل ممکن برسد. درمان نگهدارنده به مدت طولانی برای حداقل چندین ماه و معمولاً بیش از یک سال و گاهی مادامالعمر انجام می شود. در کسانی که واقعاً به درمان نگهدارنده نیاز داشته باشند در صورت قطع این درمان اغلب پس از مدت بسیار کوتاهی عود

اتفاق می افتد و بیمار به مصرف مجدد مواد غیر قانونی روی خواهد آورد. بنابراین در صورت ختم درمان در این افراد حفظ ارتباط با مرکز درمانی برای پیگیری‌های بعدی و احیاناً شروع مجدد درمان ضروری است. (قربانی، ۱۳۹۳).

درمان اعتیاد و شکستن چرخه معیوب آن گران و دشوار است و سیستم درمانی جامعی را با رویکردهای مختلف دارو درمانی، روان درمانی و بازپروری می طلبد. با توجه به اهمیت ترک اعتیاد و تلاش‌های بسیاری برای درمان اختلالات روانی، بخصوص اضطراب و افسردگی حاصل از آن مساله اصلی در این پژوهش آن می باشد که با مطالعه روشهای درمان (درمان بامتادون، درمان بستری و سرپایی) افراد مبتلا به سوء مصرف مواد (معتادین) به میزان شیوع اضطراب و افسردگی جوانان معتادین سنین ۲۰ تا ۳۵ سال در شهر ارومیه پی ببریم و میزان تاثیر این روشها را در درمان معتادین بدانیم.

۱-۳- اهمیت و ضرورت پژوهش

وابستگی و سوء مصرف مواد از مهمترین مشکلات عصر حاضر است که گسترش جهانی پیدا کرده است و هر روز بر شمار قربانیان مصرف مواد افزوده می شود (سرگلزائی، ۱۳۸۰).
سوء مصرف مواد تغییر دهنده خلق و خو و رفتار یکی از بارزترین آسیب های روانی - اجتماعی است که وابستگی به آن اختلالی پیچیده با علل زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی است. در واقع در هم تنیدگی عوامل زیستی، روانی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی این معضل را به یکی از پیچیده ترین مشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی تبدیل کرده است. (اختیاری، ۱۳۸۷).

علامت اصلی وابستگی به مواد مجموعه ای از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که طی آن فرد با وجود داشتن مشکلات قابل ملاحظه مرتبط با مصرف مواد، همچنان به مصرف ادامه می دهد. بنابراین وابستگی

دارویی، هم از منظر جسمانی و هم از نظر روانی بایستی مد نظر قرار گیرد. در منابع پزشکی بیشتر بر جنبه جسمانی وابستگی تأکید شده است. (شعاع کاظمی، ۱۳۸۷).

اعتیاد و عوارض ناشی از آن در زمره مهمترین معضلات جامعه بشری به شمار می آیند (سرگلزائی، ۱۳۸۰). هرچند که هیچ تعریف جهان شمولی از اعتیاد هنوز پذیرفته نشده است و به هیچ وجه نمی توان گفت هر فردی که مواد مصرف می کند حتما معتاد خواهد شد، اما وابستگی جسمانی - روانی مهم ترین مساله فرد معتاد است. به عبارت دیگر، اعتیاد عبارت است تمایل شدید جسمانی و روانی فرد نسبت به مصرف یک ماده ی شیمیایی خارجی (نسبت به بدن) که در اثر مصرف قبلی به آن وابستگی ایجاد شده باشد. به عبارت دیگر، اعتیاد یا وابستگی دارویی یک بیماری زیستی، روانی و اجتماعی است که موجب تغییر در شرایط عادی وضعیت جسمانی، روانی و اجتماعی فرد می شود. (قربانی، ملازاده، ۱۳۹۳، ص ۶۵). پدیده اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر یکی از دغدغه های اصلی بشریت و مردم کشور ماست و سالیان متمادی است که مردما از این پدیده ی شوم رنج می برند، اقدامات مقابله ای، درمانی و پیشگیری کننده انجام شده با همه ی اثر بخشی یی که داشته، نتوانسته حلال مشکلات یادشده باشد. بیشتر زندانیان از مجرمین مرتبط با جرایم موادمخدر هستند و اگر علل و عوامل وقوع سایر جرایم نیز بررسی شود، معلوم خواهد شد که در بخش قابل توجهی از آنها به نوعی ردپای اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر به چشم می خورد. (توکلی، ۱۳۹۰، ص ۱۳).

اگر نگاهی به آسیب های اجتماعی امروزی بشر داشته باشیم، مشاهده می گردد که یکی از ریشه دارترین و گسترده ترین آسیب های اجتماعی، پدیده ی مواد مخدر و اعتیاد به آن در جهان و از جمله کشور عزیز اسلامی مان ایران می باشد. (توکلی، ۱۳۹۰، ص ۱۶). بررسی روانی معضل اعتیاد از گسترده ترین حیطه های موجود در روانپزشکی می باشد. درمان واقعی اعتیاد، درمان تفکر، شخصیت و رفتار بیمار است. فرد معتاد

ویژگیهای شخصیتی و فکری ای داشته که براساس آنها معتاد شده است و حالا تا زمانی که نحوه تفکر و برخوردش با موضوعات و مشکلات تغییر نکند، توانایی حل مشکلاتش بهبود نیابد، دید و نگرشش نسبت به واقعیت های زندگی منطقی تر نشود و شخصیتش تعدیل نیابد، هرگز قادر به حفظ پاکی خود برای همیشه یا حتی مدت طولانی نخواهد بود. (بهنامی، ۱۳۹۰، ص ۹).

ولش و استرین (۱۹۹۵) خاطر نشان شدند که برخی از تحقیقات نشان می دهند که متادون و افیون ها ، می توانند تاثیرات ضد افسردگی و ضد اضطراب داشته باشند. آنها گفتند که با تمام این شواهد مطالعات کنترل شده ای درباره استفاده از متادون برای افسردگی، اضطراب و سایکوز انجام نشده است. (پورنقاش، ۱۳۷۸). در این پژوهش ما نیز برآنیم که میزان شیوع اضطراب و افسردگی را در جوانان معتاد بین سنین ۲۰ تا ۳۵ سال تحت درمان با متادون (درمان سرپایی و بستری) در مراکز دولتی شهر ارومیه مورد بررسی قرار دهیم.

۱-۴- اهداف پژوهش

۱-۴-۱- هدف کلی

• تعیین میزان شیوع اضطراب و افسردگی در جوانان معتاد، بین سنین ۲۰ تا ۳۵ سال تحت درمان با متادون (درمان سرپایی و بستری) در مراکز دولتی شهر ارومیه

۱-۴-۲- اهداف جزئی

• تعیین میزان شیوع افسردگی در معتادین (بین سنین ۲۰ تا ۳۵) تحت درمان با متادون (به صورت بستری و سرپایی) در شهر ارومیه

• تعیین میزان شیوع اضطراب در معتادین (بین سنین ۲۰ تا ۳۵) تحت درمان با متادون (به صورت بستری

و سرپایی) در شهر ارومیه

۱-۴-۳- هدف کاربردی

- این تحقیق از نظر هدف کلی کاربردی بوده و مورد استفاده مراکز ترک اعتیاد و اداره مبارزه با موادمخدر می باشد.

۱-۵- فرضیه های تحقیق

- بین میزان شیوع افسردگی در معتادین (بین سنین ۲۰ تا ۳۵) و درمان با متادون (به صورت بستری و سرپایی) در شهر ارومیه رابطه معنی داری وجود دارد .
- بین میزان شیوع اضطراب در معتادین (بین سنین ۲۰ تا ۳۵) و درمان با متادون (به صورت بستری و سرپایی) در شهر ارومیه رابطه معنی داری وجود دارد .

۱-۶- تعاریف متغیرها

۱-۶-۱- تعاریف مفهومی

- میزان شیوع^۱:

اصطلاح میزان شیوع به همه موارد (قدیم و جدید) تشخیص داده شده بیماران موجود در یک مقطع زمانی خاص یا در یک دوره معین در یک جمعیت اطلاق می شود. تعریف گسترده تر شیوع یا وفور عبارت است از: مجموع همه افرادی که یک وضعیت یا بیماری را در یک زمان معین (یا در یک دوره معین) داشته باشند، تقسیم بر جمعیت در معرض خطر ابتدا به آن بیماری یا وضعیت در همان مقطع زمانی یا در وسط یک دوره زمانی. با

^۱ Prevalence

آن که شیوع بصورت میزان بیان می‌شود ولی در واقع میزان شیوع یک نسبت است:

▪ ارتباط بین میزان بروز و شیوع

▪ شیوع دوره‌ای

شیوع لحظه‌ای (سایت <http://vista.ir>، ۱۳۹۴)

- اضطراب:

اضطراب معنایی جز یک حالت خاص حساسیت فردی ندارد و ناشی از برتر شمردن یا فروتر شمردن فلان یا فلان نقش سازگاری برای زندگی در جامعه است که منجر به نقص در توازن بین رفتار اجتماعی و احساس درونی شده است. آنچه که بیانگر اضطراب است، ساختار ذهنی موجود زنده و واکنش‌های این ساختار کلی در قبال موقعیتهای مواجه شده با آنهاست، به گونه ای که آنچه حل شدنی بود، به صورت لاینحل درمیآید. اضطراب در حالت ابتدایی خود جز یک انفجار روان - تنی چیزی نیست. به گفته ساربین^۱ واژه اضطراب نخست در سالهای ۱۹۳۰ در نوشته فروید دیده شد و از آن پس بسیار مورد استفاده قرار گرفت و مصطلح گردیده اکثر روانشناسان اضطراب را با اندکی تفاوت از ترس متمایز می‌نمایند. فروید مینویسد: اصطلاح اضطراب نشان دهنده حالتی با مشخصه انتظار یک خطر و آماده شدن برای این خطر حتی اگر ناشناخته باشد میباشد. (محمدی، ۱۳۹۲).

- افسردگی:

اختلالات افسردگی جزو اختلال‌های خلقی محسوب می‌شود. افسردگی به هر شکل دیده شود، شیوه دید فرد از خود، از دیگران و از دنیا را تعریف می‌کند. افسردگی قدرت قضاوت را تضعیف می‌کند و باعث رفتارهای نامعقول می‌شود. در هر یک از موارد، بیمار نمی‌تواند زندگی روزمره عادی داشته باشد].^۱[افسردگی

^۱ SARBIN

می‌تواند، باعث ابتلاء بیمار به انواع بیماری‌های جسمی و روانی شود. اختلال افسردگی بیشتر در دهه چهارم عمر شروع می‌شود، هرچند امکان شیوع آن در تمام سنین، حتی در جوانان ۲۰ تا ۳۰ سال نیز وجود دارد. افسردگی می‌تواند منجر به عدم تمرکز و مسئولیت‌پذیری در زندگی شود، بنابراین ممکن است فرد افسرده کنترل و تمایل خود را برای ادامه زندگی از دست بدهد، افسردگی موجب عدم لذت فرد از زندگی می‌شود. فرد افسرده به سمت بدبینی، انتقاد، عدم اعتماد به نفس و کاهش احساسات و قدرت تخیل هدایت می‌شود. (ویکی‌پدیا، ۱۳۹۴).

- متادون^۱:

متادون یک داروی مخدر صنعتی. قوی می‌باشد که کمتر از مرفین و هروئین اعتیادآور است و غالباً به عنوان یک داروی نگهدارنده برای مهار اعتیاد به هروئین و مواد مخدر به کار می‌رود. متادون را مؤثرترین درمان هروئین و دیگر مواد مخدر دانسته‌اند. این دارو برای تسکین دردهای مزمن و سرفه‌های غیرارادی نیز تجویز می‌شود. (ویکی‌پدیا، ۱۳۹۴).

- درمان سرپایی^۲:

شامل آن دسته از خدماتی است که عمدتاً جنبه تشخیصی یا درمانی داشته و راساً توسط پزشک معالج اعم از عمومی یا متخصص و بسته به مجوزهای صادره از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مراکز و موسسات درمانی (مطب، درمانگاه، بیمارستان) بدون نیاز به بستری و به صورت سرپایی به بیماران ارائه می‌گردد. (سایت <http://ihio.gov.ir>, ۱۳۹۴).

- درمان بستری:

درمانی است که بیمار در بیمارستان پذیرش شده و بری دریافت خدمات و مراقبتی درمانی به بخش بستری

^۱ Methadone

^۲ outpatient

منتقل شده باشد. (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۳).

۱-۶-۲- تعاریف عملیاتی

- میزان شیوع:

منظور از میزان شیوع در این تحقیق بررسی رابطه عوامل بین اضطراب و افسردگی و روشهای درمان (درمان بامتادون، درمان بستری و سرپایی) میباشد که از طریق پرسشنامه و تجزیه تحلیل داده ها به نتایج میرسیم.

- اضطراب:

منظور ما از اضطراب و هراس و ترس و حالات روحی معتادان جوان بین سنین ۲۰ تا ۳۵ تحت درمان بامتادون و سرپایی و بستری میباشد که جامعه مورد مطالعه ما هستند. که از طریق پرسشنامه اضطراب بک بدست می آید.

- افسردگی^۱:

متغیری است که در این تحقیق به وسیله آزمون بک^۲ سنجیده می شود. تست افسردگی بک شامل ۲۱ جنبه است. جدول زیر جهت درجه بندی نمرات افسردگی استفاده می شود که در این جدول نیز شاخص اندازه سنجی در تست ۲۱ جنبه ای به کار گرفته شده است.

جدول ۱-۱: درجه بندی تست بک

نمره بک	میزان افسردگی
۰-۹	طبیعی
۱۰-۱۴	افسردگی ناچیز
۱۵-۲۰	افسردگی خفیف
۲۱-۳۰	افسردگی متوسط
۳۱-۴۰	افسردگی شدید
۴۱-۵۷	افسردگی بسیار شدید

^۱ Depression

^۲ Beck

- متادون:

منظورما از متادون دراین تحقیق مقدار دارویی است که به معتادان جوان بین سنین ۲۰ تا ۳۵ در مراکز درمانی دولتی استان آذربایجان غربی شهر ارومیه جهت درمان و ترک اعتیادشان داده میشود .

- درمان سرپایی:

منظورما از درمان سرپایی مراکز درمانی دولتی میباشدکه بیماران تحت نظر پزشک وبامراجعه به مطب یاپزشک داروی متادون رادریافت ودر منزل یادر مورد زندانیان مبتلا در زندان این دارو را مصرف مینمایند. مرکز سرپایی ودولتی درمان اعتیاد در شهر ارومیه بهزیستی وکلینیک زندان ترک اعتیادمی باشد.

- درمان بستری:

منظور مرکز دولتی بستری ترک اعتیاد در شهر ارومیه میباشدکه معتادان جامعه آماری مادر آنجا تحت درمان بامتادون می باشند. لازم به ذکر است در شهرستان ارومیه تنها مرکز بستری دولتی مرکز روانشناسی رازی میباشد.

فصل دوم

پیشینه پژوهش

۲-۱- مقدمه

اعتیاد^۱ ناهنجاری روانی- اجتماعی است که از مصرف غیر طبیعی مواد مخدر صنعتی و سنتی ناشی شده و باعث اختلال روانی و فیزیولوژی فرد مبتلا به مواد مذکور می شود. این اختلال در عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی فرد معتاد اثر ناپسندی بر جای گذاشته و در موارد شدید حتی زندگی فردی و اجتماعی وی را به طور جدی تهدید می کند. بنابراین سوء مصرف مواد یکی از مهمترین مشکلات عصر حاضر است که گستره ای جهانی پیدا کرده است. مصیبتی که میلیون ها زندگی را ویران و سرمایه های کلان ملی را صرف مبارزه و یا جبران صدمات ناشی از آن می کند. هر روز بر شمار قربانیان مصرف مواد افزوده می شود و عوارض آن شامل اختلالات جسمی، روانی، خانوادگی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی است که سلامت بشر را مورد تهدید قرار می دهد (حیدری، ۱۳۹۲). مصرف طولانی مدت مواد مخدر با ایجاد اعتیاد نه تنها تأثیر سوء در وضعیت اقتصادی و اجتماعی شخص مصرف کننده مواد یا معتاد دارد، بلکه نقش تعیین کننده ای نیز بر روان افراد دارد (زاهد، ۱۳۸۹).

۲-۲- تاریخچه اعتیاد

مسئله مواد و مصرف آن تاریخچه ای طولانی دارد. مواد اعماز مواد مخدر و محرک، مکررا به عنوان

^۱ Addiction

شفابخش، مسکن و شادی آور مورد استفاده قرار گرفته است. همچنین در جشن ها و مراسم مذهبی و گاهی توسط جادوگران مورد استفاده قرار می گرفته است. با بررسی آثار مکتوب و لوحه های گلی که از سومریان باقی مانده است چنین استنباط می شود که سومرین، اولین کسانی بودند که تریاک را کشف کردند و علاوه بر اینکه از آن به عنوان یک داروی مسکن استفاده می کردند به تدریج به عنوان یک مکیف و مخدر نیز مورد استفاده قرار گرفت و نام گیاه شادی بخش نیز بر آن نهادند. (باوی، ۱۳۸۸).

علاوه بر سومریان ، اقوام آشور، مصر ، یونان و رم نیز تریاک را می شناختند و از آن استفاده می کردند. یونانی ها تریاک را << اپیوم >> نامیده و اطباء بزرگی نظیر سقراط ترکیباتی از تریاک را برای بیماری های مختلف جسمی و روانی تجویز می کردند. سابقه استفاده از مواد مخدر همانطوری که اشاره شد، بیشتر جنبه مصرف طبی داشت و فقط به دستور اطباء مصرف می شد. در آن زمان اعتیاد ابعاد وسیعی نداشت، ولی امروزه به صورت مسائل اجتماعی و سیاسی بروز کرده و ابعاد سیاسی و بین المللی به خود گرفته است. با شروع انقلاب صنعتی (اواخر قرن ۱۷ و اوایل قرن ۱۸) و بسط تجارت و ارتباط و از همه مهم تر نیاز صنایع نو پای انقلاب صنعتی به سرمایه، روند جدید در مسائل مختلف جهانی آغاز شد. در این میان تریاک نیز، نقش تازه ای پیدا کرد. این ماده در کنار سایر ترفندهای استعماری به عنوان وسیله ای برای جذب سرمایه کشورهای جهان سوم، اضمحلال نیروهای انسانی و نابودی فرهنگ و اقتصاد ملی کشورها، مورد مبادله کلان قرار گرفت. (احمدی، ۱۳۸۵).

در ایران، سوء مصرف مواد از سابقه ای طولانی برخوردار است. گیاهانی که افیون و حشیش از آنها به دست می آیند، از گیاهان بومی این منطقه بوده و شاید بتوان گفت خواص خوراکی، دارویی و روان گردان آنها از چند هزار سال قبل توسط ساکنان فلات ایران شناخته شده بود. خواص تریاک توسط پزشکان اسلامی مانند

محمد زکریای رازی و ابوعلی سینا، توصیف شده است. اما شواهد مربوط به سوء مصرف آن در موارد غیر پزشکی بسیار نادر است. ابو ریحان بیرونی اولین دانشمند اسلامی است که به خاصیت اعتیادآور افیون اشاره کرده و پدیده تحمل را تشریح کرده است. در ایران تا قرن هیجدهم و اوایل قرن نوزدهم، کشت خشخاش و تولید تریاک به منظور مصرف داخلی بود اما از نیمه دوم قرن نوزدهم کشت تریاک به عنوان یک محصول ارز آور مورد توجه قرار گرفت. در اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم، ایران یکی از اعضای بسیار فعال تجارت جهانی تریاک محسوب و اقتصاد کشور به تولید و صدور تریاک وابسته شد (ایزدی راد، ۱۳۹۱).

۲-۳- اعتیاد

تاکنون روانشناسان، روانپزشکان، جامعه شناسان، محققان و متخصصان، تئوریهای مختلفی را در ارتباط با پدیده اعتیاد ارائه داده اند. گروهی بر این عقیده اند که آمادگی روانی، شخصیت ناهنجار، بیماریهای درد ناک و صعب العلاج علت اصلی اعتیاد است، عده ای دیگر ناهنجاریها و نابسامانیهای موجود در خانواده و معاشرت با دوستان منحرف (گروه همسالان) را علت اصلی اعتیاد فرد می دانند. گروهی دیگر علل اعتیاد را در اجتماع جستجو کرده و بحرانها و بی سازمانیهای اجتماعی را علت اصلی اعتیاد به مواد مخدر میدانند. اعتیاد عبارت است از وابستگی به عوامل یا موادی که تکرار مصرف آنها با کم و کیف مشخص و در زمان معین از دیدگاه معتاد ضروری می نماید. یعنی تداوم بخشیدن به مصرف مواد و عوامل مخدر درمانی عامیانه، غیرمعمول، دور از موازین علمی و معتاد کسی است که نیازمند و وابسته روانی - جسمانی به مواد و عوامل مخدر و عادت زای می باشد که به منظور برآوردن آن بایستی از این مواد بطور مداوم و در فواصل مشخص استفاده کند. (رحیمی، ۱۳۹۰).

۲-۴- آسیب شناسی اعتیاد (سبب شناسی اعتیاد)

گرایش به مواد مخدر امروزه به صورت یک مشکل جدی در سطح جهانی مطرح می باشد. در مورد سبب شناسی گرایش به مصرف مواد مخدر و اعتیاد به آنها، فرضیه های مختلفی بیان شده است، اما هیچ یک از این نظریه ها به تنهایی نمی توانند علت مصرف مواد مخدر در یک فرد را تشریح کنند. در اغلب موارد مجموعه ای از عوامل در ایجاد مشکل نقش دارند لیکن در هر شرایط فرهنگی و اجتماعی خاص و در هر فرد برخی از عوامل نقش بارزتری را در مورد سبب شناسی سوء مصرف ایفا می کنند. مهمترین این عوامل به طور خلاصه عبارتند از:

الف (عوامل فردی:

- ۱) عوامل زیست شناسی : سیستم عصبی، ژنتیک، تأثیر مواد بر سیستم های بدن
- ۲) صفات شخصیتی : اعتماد به نفس پایین، احساس عدم کنترل روی زندگی خود، عدم پذیرش ارزشهای سنتی و رایج، مقاومت در برابر مظاهر قدرت، نیاز شدید به استقلال، صفات شخصیتی ضداجتماعی، پرخاشگری شدید، فقدان مهارتهای اجتماعی و تطابقی
- ۳) اختلالات روان پزشکی : اختلال افسردگی، اختلال و وسواسی، اختلال هواس، هیجانی، ترس مرضی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی .
- ۴) نگرش و ارزشها : نگرش مثبت به مواد مخدر و باورهای غلط، فقدان ارزشهای مذهبی، اولویت دادن به ارزشهای شخصی، عدم احساس مسئولیت فردی و کنترل خود .
- ۵) موقعیت مخاطره آمیز فردی : مورد آزار یا غفلت قرارگرفتن در دوران کودکی و نوجوانی، بی خانمانی یا فرار از خانه، اخراج از مدرسه، تک سرپرستی .

ب) عوامل محیطی:

۱) خانواده: نگرش مثبت یا گرایش به مصرف موادمخدر در خانواده، از هم گسیختگی خانواده، ناسازگاریها و اختلالات خانوادگی، کمبودهای عاطفی، بی سوادى و ناآگاهی والدین نسبت به مسائل اجتماعی، عدم کنترل فرزندان و روشهای نامناسب تربیتی، فقر خانواده.

۲) دوستان: گرایش و فشار دوستان به مصرف موادمخدر، نیاز به عضویت در گروه

۳) مدرسه: شیوه های نامناسب آموزشی، بی توجهی به نیازهای دانش آموزان، فقدان مقررات جدی منع مصرف، عدم حمایت و طرد. (بی باک، ۲۰۱۳).

ج) عوامل اجتماعی:

۱) بازار مواد: قیمت مواد مخدر، فراوانی مواد، ۲) نارسایی قوانین منع تولید، مصرف، خرید و فروش مواد و عدم اجرای قوانین. ۳) کمبود فعالیت های جایگزین و کمبود فرهنگ استفاده از مراکز فرهنگی و هنری. ۴) کمبود امکانات حمایتی، مشاوره ای و درمانی و عدم حمایت اجتماعی از افراد درمان شده. ۵) توسعه صنعتی، محرومیت اقتصادی و اجتماعی. ۶) فقر. ۷) زندگی در محلات آلوده. ۸) فقدان مهارتهای ارتباطی در جامعه. ۹) نداشتن سیستم آموزشی مناسب و کمبود آگاهی در خصوص مهارتهای آموزشی و پرورش. ۱۰) بیکاری و شرایط سخت کاری. ۱۱) در دسترس بودن مواد مخدر. ۱۲) سودآوری بالای قاچاق. ۱۳) مهاجرت (بین شهری، داخل استانی) و تنوع قومی و وجود ملیت افغانی. ۱۴) نداشتن الگوی مناسب اجتماعی و عدم وجود فضای مناسب برای رشد فرهنگی ۱۵) عدم تطبیق فرد با محیط کار. ۱۶) ضعف اجرای قوانین. ۱۷) نگرش مثبت به اعتیاد. ۱۸) باورهای غلط در مورد مواد مخدر. ۱۹) موقعیت خاص جغرافیایی استان. ۲۰) نبودن اتفاق نظر مراجع تقلید در مورد مواد و عدم وجود قبح مصرف مواد. ۲۱) غنای اقتصادی. ۲۲) توریست پذیری و خصیصه

گردشگری. ۲۳) برخورد ناصحیح با گروه‌های آسیب پذیر و در معرض خطر. ۲۴) توسعه ناهماهنگ شهری با فرهنگ صحیح اجتماعی. (بی باک، ۲۰۱۳).

د) عوامل خانوادگی :

از همه مهمتر عوامل خانوادگی تاثیر گذار بر گرایش به مصرف مواد مخدر بشرح زیر:

۱) از هم گسیختگی خانواده (۲) بعد بالای خانوار (خانواده پرجمعیت) (۳) تنش ها و مشاجرات خانوادگی (۴) بی سرپرستی و تک سرپرستی (۵) وجود فرد معتاد در خانواده. (۶) معاشرت های ناسالم (۷) بیسوادی و کم سوادی والدین (۸) نداشتن فرهنگ مشاور در خانواده (۹) نداشتن آموزش های خانواده در جهت روابط زناشویی (۱۰) فقدان مهارت‌های ارتباطی در خانواده (۱۱) روابط ناسالم بین اعضای خانواده (۱۲) نداشتن آموزش های لازم در خصوص روش های صحیح تربیتی (۱۳) نداشتن آگاهی والدین از عوارض مصرف مواد مخدر (۱۴) عدم کنترل صحیح فرزندان (۱۵) عدم آگاهی نسبت به نیازهای خانواده (۱۶) فقدان سیستم ارزشی صحیح در خانواده (۱۷) نداشتن فرهنگ صحیح اجتماعی (۱۸) نداشتن ارتباط صحیح والدین با فرزندان (۱۹) سوء استفاده از فرزندان جهت خرید مواد مخدر (۲۰) استرس (شکست در مراحل مختلف زندگی (ازدواج، مالی، تحصیلی، عشق) ، دوری از خانواده، از دست دادن نزدیکان، جنگ، ازدواج اجباری، سربازی، حوادث غیر مترقبه) (۲۱) اختلالات روانی (افسردگی، بیماریهای اضطرابی، شخصیت ضد اجتماعی).

ه) ویژگیهای فردی:

بررسیهای بعمل آمده بیانگر این است که شیوع به مصرف مواد مخدر در افراد مذکر بیشتر از افراد مونث است، همچنین مجرد، بیکاری، ویژگیهای خاص شخصیتی (عدم اعتماد به نفس، کنجکاوی، روحیه لذت طلبی) و نداشتن مهارت‌های اجتماعی و فردی در زندگی، پائین بودن سطح سواد و تحصیلات، عدم اطلاعات از مضرات

مواد و کمرنگی اعتقادات مذهبی و بیماریهای جسمی از جمله مهمترین عوامل ابتلا به مصرف مواد مخدر میباشد. همچنین کمبودها و نواقص ذیل اشاره به عنوان سدی در مسیر بر طرف نمودن معضل اعتیاد موجود میباشد:

۱) کمبود مراکز مشاوره. ۲) کمبود افراد متخصص در زمینه اعتیاد. ۳) کمبود مراکز تفریحی، فرهنگی و ورزشی ۴) کمبود مراکز پژوهشی مرتبط با اعتیاد. ۵) بالا بودن هزینه استفاده از مراکز فرهنگی. ۶) کمبود مراکز اشتغال زایی. ۷) کمبود مراکز درمانی معتادین. ۸) عدم وجود تخت جهت درمان معتادین (بستری). ۹) پایین بودن کیفیت برنامه های صدا و سیما. ۱۰) عدم وجود سازمان مسئول در خصوص مبارزه فرهنگی با اعتیاد. ۱۱) نداشتن سیستم ارزشیابی صحیح کلیه فعالیتهای ضد اعتیاد. ۱۲) عدم وجود آموزش مناسب در خصوص اعتیاد در جامعه. ۱۳) کمبود برنامه های فرهنگی و عدم کارآیی آموزش ها در زمینه فرهنگ دینی. (بی باک، ۲۰۱۳).

۲-۵- علل و انگیزه های گرایش به مواد مخدر

۱- بلوغ و نوجوانی: دوران بلوغ و نوجوانی یکی از حساس ترین دوره های زندگی به شمار می رود. در این دوره ی سنی خصوصیات از قبیل تشخیص طلبی، اعلام استقلال، مخالفت جویی، خودنمایی، تبعیت از گروه های مرجع و ده ها صفت دیگر بروز می کند. دوره جوانی زمان بحران و شورش است. جوان با دارا بودن ویژگی خاص خود به دنبال هیجان است و در این راه اغلب به بیراهه کشیده می شود. نتایج بررسی ها نشان می دهد که نوجوانان و جوانان، بیشتر از گروه های سنی دیگر در معرض خطر اعتیاد قرار می گیرند (رحیمی، ۱۳۹۰).

۲- اختلافات خانوادگی و تضاد و کشمکش بین والدین: درگیری های خانوادگی بین والدین موجب می شود که فرزندان از مراقبت و کنترل لازم برخوردار نباشند. این وضعیت و فضای نامناسب و نامساعد خانوادگی و عدم صمیمیت بین افراد خانواده موجب می گردد که فرزندان چنین خانواده ای برای خود دوستانی بیابند و با

اهمال و غفلتی که در پرورش آنها شده، به سوی اعتیاد سوق داده شوند. (رحیمی ، ۱۳۹۰).

۳- نابسامانی های زندگی و بیکاری : بیکاری و فرار از مشکلات زندگی و عدم توانایی فرد در روبرو شدن با مسائل اجتماعی از دیگر عواملی هستند که موجب می شوند شخص، مواد مخدر را پناهگاهی برای خود تلقی کند و به آن پناه ببرد. (رحیمی ، ۱۳۹۰).

۴- تنهایی، احساس بی پناهی، نداشتن دوستان خوب : تنهایی و بی کسی و شکست های اجتماعی و نداشتن دوستانی ، امین، دلسوز و مهربان نیز ممکن است فرد را به طرف اعتیاد سوق دهد.

۵- فشارهای عصبی و روانی : در اکثر اوقات عوامل روانی و فشارهای عصبی ، کششی برای اعتیاد در فرد به وجود می آورد .مشکلات و نیازهای روانی و عاطفی برآورده نشده و عوامل نامساعد و ناراحت کننده ی زندگی ، شخص را به طرف مواد مخدر سوق میدهد . (رحیمی ، ۱۳۹۰).

۶- فراوانی و در دسترس بودن مواد مخدر: نمی توان انکار کرد که فراوانی مصرف مواد مخدر و در دسترس بودن و تهیه آسان آن، افراد معتاد و توزیع کنندگان را بر می انگیزاند و تأثیر بسیاری در معتاد کردن افراد زودباور به ویژه نوجوانان و جوانان دارد). (رحیمی ، ۱۳۹۰).

۷- توهم لذت جنسی بیشتر: برخی از افراد ، ریشه اعتیاد را در رابطه با امور جنسی می دانند و تصور می کنند مصرف مواد مخدر لذت جنسی را افزایش می دهد، اما واقعیت این است که مصرف مواد مخدر نه تنها توانایی جنسی را زیاد نمی کند، بلکه موجب اختلال در تعادل هورمون های جنسی و عقیمی در مردان و نازایی در زنان می شود. (همان).

۲-۶- نظریه های اعتیاد

۲-۶-۱- نظریه های روان شناختی

بسیاری از روانشناسان انحراف را بر حسب نقص شخصیت توجیه میکنند؛ به این معنا که برخی از گونه های شخصیت بیشتر از گونه های دیگر به انحراف اجتماعی گرایش دارند. (کوئن، ۱۳۸۳).

روانشناسان برای توضیح انواع کج رویها اختلالات روانی و شخصیتی را به سه دسته تقسیم میکنند:

- نقص فکری یا عقب ماندگی ذهنی.

- روان پریشی یا جنون.

- اختلالات از نوع نژندی یا روان نژندی (سخاوت ، ۱۳۸۰). هورنای معتقد است شخص برای فرار از

اضطراب ممکن است به انکار وجود آن به هر وسیله ممکن پردازد که در این صورت شخص با آگاهی و اصرار

گرایش به انجام رفتارهای انحرافی از قبیل مصرف الکل و مواد مخدر پیدا می کند . ویلکر نیز معتقد است که فرد

معتاد قادر به حل مشکلات خود نیست و نمیتواند درگیری های عاطفی خود را به صورت مورد پسند حل کند .

بنابراین به مواد مخدر روی می آورد (شایسته، ۱۳۷۵).

از نیمه دوم قرن بیستم به بعد، تبیین های روانشناسی رفتار انحرافی مورد تردید و انتقاد دانشمندان به ویژه

جامعه شناسان قرار گرفت . آنها چنین استدلال میکنند که این قبیل نظریه ها، عوامل اجتماعی و فرهنگی را در

تبیین انحرافات نادیده میگیرند . همچنین در روش مطالعات روانشناختی اتفاق نظر چندانی وجود ندارد . در میان

روان شناسان توافق ناچیزی در مورد علل تشکیل دهنده سلامت ذهن و چگونگی سنجش ویژگیهای شخصیتی

وجود دارد. از سوی دیگر بسیاری از جامعه شناسان، اولویت دادن به تجارب دوران کودکی را مردود میدانند، زیرا

این برداشت سبب میشود که تأثیر و نفوذ شمار کثیری از عوامل اجتماعی که بر رفتار در طول زمان اثر میگذارد،

نادیده گرفته شود. (شومیکر، ۱۹۹۰، به نقل از غلامی آبیز، ۱۳۸۲). از سوی دیگر از آنجایی که مسائل اجتماعی، پدیده هایی چند بعدی و پیچیده هستند، عوامل روانشناسی و فردی نمیتواند عامل بروز و گرایش افراد به بزهکاری باشد. لذا تبیین این مسائل از دیدگاه روان شناسانه اگر چه لازم است ولی کافی نیست. چه بسا ممکن است ایجاد اضطراب ها، افسردگی ها، اختلال روانی و ... ناشی از محیط خانوادگی و اجتماعی فرد باشد. (قریشی نژاد، ۱۳۷۹).

۲-۶-۲- رویکردهای جامعه شناختی

در این دیدگاه گفته میشود که هر نظام اجتماعی قوت ها و ضعف های خاص خودش را دارد. نظام های اجتماعی پیشین، نقاط قوت و در عین حال نقاط ضعفی داشتند. نظام هایی که بر اطاعت بی چون و چرا از سلسله مراتب اقتدار سستی مبتنی بود و در آن روح جمع گرایی غلبه داشت، از جهات فراوانی مثبت بود و خلاء عاطفی و انسانی در آن کمتر بود، اما در عین حال تحرک اجتماعی زیاد، پویایی و نوآوری گسترده و نیز آزادی های فردی در آن در حداقل بود. نظام های اجتماعی جدید، از تحرک اجتماعی رو به تزاید، پویایی، نوآوری و آزادیهای فردی پرمایه برخوردارند. اما در مقابل مشکلات خاص خود را نیز دارند. به هر حال هر ساختار اجتماعی - فرهنگی خاص، انواع خاصی از مسائل اجتماعی را به همراه دارد. در این دیدگاه مسائل اجتماعی، ابعاد و پیامدهای ناخواسته، غیر مستقیم و پیش بینی نشده الگوهای جدید رفتار و نظام اجتماعی اند؛ به دیگر سخن، مسائل اجتماعی هزینه های اجتماعی سازمان خاصی از زندگی اجتماعی اند. در واقع اگر بپذیریم که مدرنیسم و الگوهای مدرن شده زندگی اجتماعی برای جوامع ارمغان های زیادی داشته است و رفاه، آسایش و تحرک اجتماعی و آزادیهای فردی را در جوامع گسترش داده است، تلویحاً باید هزینه های این پیشرفت را نیز پردازیم. مسائل اجتماعی عصر ما هزینه هایی است که ما باید برای اتخاذ الگوهای مدرن در جامعه خویش در نظر بگیریم؛

یا الگوهای سنتی زندگی اجتماعی را در پیش گیریم و از مزایای پیشرفت در عرصه های مختلف زندگی اجتماعی ، اقتصادی محروم شویم و در عوض مشکلات اجتماعی زندگی معاصر را نداشته باشیم و یا با جایگزین کردن ساختار اقتصادی، اجتماعی مدرن از زندگی نسبتاً مرفه و آزاد برخوردار شویم، اما تاوان آن را با شیوع مسائل اجتماعی جدید، پردازیم (مبارکی، ۱۳۸۳).

۲-۶-۳- تئوری محرومیت نسبی

جرم شناسان معتقدند که نابرابری درآمد در جوامع مختلف هم تولید فشار می نماید و هم باعث افزایش میزان جرم در آنها میشود . به خاطر اینکه شکاف عمده بین فقیر و غنی، کینه توزی و عدم اعتماد را به وجود می آورد و چنین وضعیتی سرانجام منجر به خشونت و جرم میشود . در جوامعی که در آنها نابرابری درآمد افزایش یافته است یک نوع حقارت و سرافکنندگی در افراد کم درآمد ایجاد میشود که این عامل باعث ایجاد انگیزه های مجرمانه در برخی از این افراد میگردد . روان شناسان یادآوری کرده اند که تحت این شرایط مردان جوان نسبت به وضعیت خود نگران خواهند شد، در نتیجه نسبت به افرادی که از وضعیت مطلوبی برخوردار هستند حسادت خواهند ورزید . چنانچه آنها نسبت به استفاده از شیوه های پرخاشگرانه و مخاطره آمیز در رقابتهای اجتماعی ناتوان باشند، شانس کمتری برای موفقیت های آینده خواهند داشت . به همین خاطر اکثر این افراد مرتکب جرم و خشونت میشوند . این فرآیند تحت عنوان تئوری محرومیت نسبی بیان گردیده است. مفهوم محرومیت نسبی توسط جامعه شناسان جودیس بلاو و پیتربلاو (۱۹۸۲) مطرح شده است . آنها مفاهیمی را از تئوری آنومی با مفاهیمی که در مدل های بی سازمانی اجتماعی یافت شده است، ترکیب کرده اند . بر طبق نظر آنها، افراد طبقات پایین ممکن است هنگام مقایسه شرایط زندگی خود با افراد ثروتمند، احساس محرومیت نمایند . این احساس محرومیت منجر به احساس بی عدالتی و نارضایتی گردیده و عدم اعتماد را در آنها پرورش میدهد . در نتیجه شانس پیشرفت آنها از

طریق معیارهای مشروع مسدود میگردد و احساس ناتوانی را بهوجود میآورد که دشمنی و پرخاشگری و سرانجام خشونت و جرم را به دنبال خواهد داشت (مبارکی، ۱۳۸۳).

۲-۶-۴- نظریه های خرده فرهنگ

نظریه های خرده فرهنگی به تبیین اینکه چگونه مردم با زندگی در محلات بی سازمان نسبت به انزوای اجتماعی و محرومیت اقتصادی واکنش نشان میدهند، پرداخته اند. به خاطر تحلیل رفتگی سبک زندگی، ناکامی و افسردگی اعضای طبقات پایین تر جامعه یک خرده فرهنگ مستقلی را با مجموعه قوانین و ارزشهای خودی ایجاد میکنند. در حالیکه فرهنگ طبقات متوسط بر تلاش و کوشش زیاد، به تأخیر انداختن ارضاء نیازها و آموزش رسمی تأکید دارد، خرده فرهنگ طبقات پایین تر به هیجانانگ، قلدری، ریسک کردن، شجاعت و ارضاء فوری نیازها تأکید می نماید. هنجارهای خرده فرهنگی اغلب با ارزشهای متداول جامعه تضاد پیدا میکنند، به خاطر اینکه افراد فقیر شهری دریافته اند که از عهده تقاضاهای رفتاری طبقه متوسط جامعه برآمدن غیر ممکن است. در نتیجه ساکنان محلات فقیرنشین مجبور میشوند قانون را زیرپا بگذارند و از قوانین فرهنگ کجرو پیروی نمایند. (مبارکی، ۱۳۸۳).

۲-۶-۵- نظریه پیوند افتراقی

این رویکرد توسط ادوین ساترلند برای نخستین بار در سال ۱۹۳۹ و در نخستین ویرایش های کتاب او به نام اصول جرم شناسی مطرح شد. وی آنرا به تدریج و به همکاری دونالد کرسی، در ویرایش های بعدی کتاب یاد شده، کامل نمود. نظریه پیوند افتراقی بر این نکته تأکید دارد که نزدیکان و همسالانی که بزه کار باشند تاثیر زیادی بر تشکیل و تقویت نگرش بزهکاری میگذارند و فرد را به سوی بزهکاری سوق می دهند. نظریه پیوند افتراقی محتوای اجتماعی بزهکاری را در نظر دارد و فرد بزهکار را در جایگاه اجتماعی او از حیث رابطه اش با

خانواده، محله، رفقا و مصاحبان در نظر میگیرد. ساترلند درباره چگونگی انتقال فرهنگی کجروی اظهار میدارد که کجروی از طریق یک گروه جریان ارتباطات اجتماعی حاصل می شود که در واقع اصطلاح ((بار بد)) را زنده می کند. (مبارکی، ۱۳۸۳).

نظریه ساترلند شامل ۹ خصیصه به قرار زیر است:

- ۱- عمل مجرمان آموختنی است، نه موروثی. یعنی تا فرد آن را نیاموزد به فکر انجام دادن آن نمی افتد.
 - ۲- آموزش از طریق ارتباط فرد با سایر افراد صورت میگیرد و عموماً به صورت شفاهی و به کمک کلمات است و فقط در برخی موارد ممکن است از طریق حرکات چهره و قیافه انجام گیرد.
 - ۳- بخش اعظم آموزش رفتار بزهکارانه در گروه های نزدیک که با فرد روابط صمیمانه دارند انجام می گیرد.
 - ۴- آموزش عمل مجرمان مراحل مختلفی دارد.
- الف : فنون ارتکاب جرم که گاه پیچیده و گاه ساده است.
- ب : جهت دادن به انگیزهها، گرایشها، کششهای درونی و توجیه عمل مجرمانه.
- ۵- کسب انگیزه ها و میل به ابراز کشش های درونی آموختنی است . همه مردم جامعه نظر مطلوب نسبت به رعایت هنجارهای حقوقی ندارند . در برخی موارد فرد با گروهی در ارتباط است که هنجارهای حقوقی برای اعضای آن مطلوب است و گاه فرد در محیطی زندگی میکند که افراد نزدیک به او مخالف اطاعت از آن قواعداند.
 - ۶- زمانی فرد به عمل بزهکارانه دست میزند که آمیزش او با کسانی که موافق شکستن قاعده اند بیشتر از کسانی است که با شکستن قاعده مخالف اند . این بند در واقع اساس نظریه ساترلند است و به ارتباط فرد بزهکار و غیر بزهکاران اشاره میکند . به عبارت دیگر براساس این نظریه روابط فرد با دیگران هنگامی که به مساله جرم ارتباطی ندارد و تازمانی که با کار جرم آمیز پیوستگی نکند، اثری در ایجاد رفتار مجرمانه ندارد (سخاوت، ۱۳۸۵).

۷- فراوانی معاشرت از نظر دفعات وقوع، مدت، ارجحیت و شدت میتواند متفاوت باشد. یعنی میزان معاشرت فرد با افراد کج رفتار در مقابل افراد به هنجار مورد نظر است. فراوانی و مدت زمان معاشرت بسیار با اهمیت اند. ارجحیت با اهمیت است از این نظر که اگر رفتار موافق رعایت قانون در کودکی آموخته شود، فرد در وضعیتی متفاوت با کسی قرار دارد که از ابتدا به عدم رعایت قانون تشویق شده است. ارجحیت و شدت به منزلت معاشر، به اهمیت الگوی رفتار و میزان درگیری عاطفی فرد با آن مربوط میشود.

۸- جریان یادگیری رفتار کج روانه از طریق معاشرت شامل تمام مکانیسمهای یادگیری میشود که برای هر رفتار دیگری ضروری است. منظور این است که یادگیری کج روی تنها شامل تقلید نمی شود و عمیقتر از آن است.

۹- در حالی که کج رفتاری بیان نیازها و ارزشهای کلی است، نمیتواند از طریق همان نیازها و ارزشها توجیه شود. زیرا رفتار به هنجار هم بیان نیازها و ارزشهاست. کوشش بعضی محققین برای تبیین کج رفتاری از طریق نیازها و ارزشها مانند اصل خوشحالی، به دنبال منزلت بودن، انگیزه پولی و یا تحت فشار قرار گرفتن نمیتواند کج رفتاری را تبیین کند. زیرا این انگیزه ها و گرایش ها در رفتارهای بهنجار هم وجود دارد (ممتاز، ۱۳۸۱). نظریه ساترلند یکی از قویترین نظریهها در زمینه پیدایش انحرافات است که تا به امروز قدرت تبیین زیادی دارد. ساترلند در قالب نظریه اش معتقد بود که انحرافات عموماً در قالب گروه های نخستین نظیر گروه دوستان یا خانواده آموخته می شود. این گروه ها بسیار متنفذتر از مأمورین و مسئولین رسمی مانند معلمان، کشیشان، افراد پلیس یا ابزارهای ارتباط جمعی نظیر فیلم و روزنامه می باشند. از نظر ساترلند فرآیند یادگیری رفتار بزهکارانه شامل تکنیک های تبهکاری، انگیزه ها، گرایش ها و دلیل تراشی های لازم برای آن میشود. بدین ترتیب یک جوان هم می آموزد که چگونه با موفقیت دزدی کند و هم چگونه استدلال بیاورد تا دزدی خود را توجیه کند و برای آن عذر بتراشد (ممتاز، ۱۳۸۱). بر اساس این دیدگاه در ایران تحقیقات مختلفی انجام گرفته است و معاشرت با

نزدیکان، همکاران و به ویژه دوستان معتاد و منحرف، تقلید از اطرافیان، معاشرت در محیط های ناسالم و گوناگون از جمله مدرسه و محیطهای آموزشی نامطلوب از جمله عوامل اصلی اعتیاد به مواد مخدر ذکر شده است. (ممتاز، ۱۳۸۱).

۲-۷- افسردگی

در زندگی همه ما روزهایی وجود دارند که همه چیز را سیاه می بینیم هیچ چیز شادی ما را بر نمی انگیزد و هیچ امیدی به موفقیت نداریم . بد خلق و غمگین هستیم، احساس تنهایی ، خلا ، ناامیدی و گنهکاری بر ما چیره می شود و اضطراب ما را فرا می گیرد. همه ما با چنین حالتها و احساسهایی که اغلب پس از شکستها یا فقدانها و یا حتی بدون دلیلی آشکار به وجود می آیند کم بیش آشنا هستیم و با آنها با موفقیت بیش و کم مقابله می کنیم . اما موجب می شود تا چنین احساسهایی به صورت اختلالاتی روانی درآیند، نوع و تعداد نشانه ها ، شدت و طول مدت و همچنین حدی است که به جریان بهنجار زندگی روزمره آسیب می رسانند . در قلمرو زندگی بهنجار و در زمینه تجربه آسیب شناختی این احساسها و شیوه در یافت آنها را با مفهوم " افسردگی " مرتبط ساخته اند . اصطلاح افسردگی در کودک و بزرگسال دارای معنای مشابهی نیست . افسردگی کودکان نیز محتوای مشابهی ندارد و بر حسب سنین مختلف نشان دهنده تجربه های متفاوتی است : در حالی که پاره ای از مولفان افسردگی را به منزله وهله بهنجاری از تحول دانسته اند ، پاره ای دیگر آن را به عنوان پدیده ای مرضی تلقی کرده اند و گروهی نیز اعتقادی به واقعیت بالینی آن نداشته اند . نکته ای که بر اساس بررسی فرایندی تحول مفهوم افسردگی در کودک آشکار می شود این است که حتی پیش از باز شناسی و پذیرش واقعیت بالینی این مفهوم نظریه های متعددی در باره آن ارائه شده اند و در نتیجه با کمیابی وافر جدول بالینی حداقل به شکلی که برای بزرگسالان تدارک می شود و فراوانی چشمگیری مرجعهای نظری در این قلمرو مواجه هستیم. بدین ترتیب به رغم آن که در حال حاضر مفهوم

افسردگی در کودک پذیرفته شده است اما معنا و نشانه شناسی آن از دیدگاه مولفان مختلف بسیاری متفاوت است حتی در مورد مساله ساده ای مانند درجه افسردگی ، اختلاف نظر های گستردهای وجود دارند (آقابخشی، ۱۳۸۷).

۲-۸- دیدگاه رفتاری نگری در مورد افسردگی

الگوی علت شناختی که توسط لوین سان (۱۹۸۴) پیشنهاد شده از نظریه یاد گیری کنشی- ابزاری اسکینر الهام گرفته است . این محقق با از سر گیری فرضیه های اسکینر در قلمرو تقویت در تبیین پدید ایی افسردگیهای یک قطبی کوشیده است. لوین سان امکانات تقویت مثبت را به عواملی که در پی می آیند وابسته دانسته است:

- تعداد رویدادهای تقویت کننده که بر اساس موقعیت و تاریخچه زندگی فردی تعیین می شود.

- تعداد تقویت کننده هایی که در یک برهه زمانی معین در اختیار فرد قرار دارند.

- و ظرفیت رفتاری فرد به گونه ای که به دریافت تقویت کننده ها منتهی شود.

این امکانات تقویت رفتار می توانند بر اساس رویدادهای مهم برونی) مانند بد اقبالی ، فقدانها، دگرگونیهای مهم زندگی و غیره (تغییر کنند و شخص را در موقعیتی قرار دهند که مهار امکانات تقویت را از دست بدهد ، پادشاهیایی که به طور معمول رفتار های مثبت را تقویت می کنند بتدرج در وی تضعیف شوند و سبک یا کنش وری افسرده وار را ایجاد کنند . برای مثال یک بازیکن فوتبال پس از سن معینی - بر اثر از دست دادن پاره ای از مهارت های خود تقویت کننده هایی مانند دستمزد بالا و یا امکان رقابت را از دست می دهد وی که دیگر از " عوامل بر انگیزاننده"، "پاداش" و " معنا" بر خوردار نیست فاقد غنا می شود . گرچه پاره ای از افراد می توانند با چنین تغییراتی بخوبی مقابله کنند و خلا ناشی از این دگرگونیها را با انواع پاداشها یا ارضا های دیگر جبران نمایند اما گروهی دیگر که این توانایی را ندارند دچار دلسردی و یاس می شوند و در اتخاذ رفتارهای سازنده نا توانند . بر اثر کاهش سطح فعالیت ، تقویتهای مثبت نیز بیشتر کاهش می یابند و همین امر باز هم رفتار های مثبت کمتری را

در پی دارد و بدین ترتیب فرد به سوی افسردگی گام بر می دارد. (دادستان ، ۱۳۸۰). تجربه های منفی مانند کار کردن در یک محیط حرفه ای خصمانه یا فزونی رویداد های منفی منجر کننده نیز می تواند با ایجاد مناقشه و فقدان پاداشهای مورد انتظار به افسردگی منجر شوند . به منظور بررسی تاثیر تقویتهای اجتماعی در ایجاد افسردگی ، تحقیقات متعددی انجام شده و نشان داده اند که از یک سو فراوانی تقویتهای رفتاری در افراد کمتر از گروه کنترل یعنی افراد غیر افسرده است و از سوی دیگر ، فراوانی تقویتهای مثبت به موازات بهبود بالینی ، افزایش می یابد . وبلاخره پژوهش های انجام شده در این قلم رو ، مبین این نکته اند که افراد افسرده به خشمگین کردن دیگران گرایش دارند و دارای تعاملهای اجتماعی نا خوشایند تری در مقایسه با افراد دیگر هستند . بنابراین به رغم آنکه می توان افراد افسرده را به عنوان قربانیان رویدادهای اجتماعی را محسوب کرد اما این احتمال نیز وجود دارد که آنها خود تا حدی مسول کاهش تقویتهای اجتماعی باشند. (دادستان ، ۱۳۸۰). گرچه لوین ساین رفتاری نگرهای دیگر به تحقیقات جالب و قابل ملاحظه ای برای تایید فرضیه های ، ذکر شده پرداخته اند اما این پژوهشها نیز دارای محدودیتهای معنا داری هستند:

نخست آنکه در حد گسترده ای به خود گزارش دهیهای بیماران افسرده وابسته اند و همان گونه که پیشتر اشاره کردیم چنین سنجش هایی از دقت و صراحت کافی برخوردار نیستند چرا که می توانند تحت تاثیر وضعیت خلقی افراد افسرده قرار گیرند . نکته مهم دیگر اینکه نتیجه گیریهای این پژوهشگران بیشتر بر همبستگی ها بدست آمده متکی بوده اند و نتوانسته اند مشخص کنند که کاهش رویدادهای تقویت کننده را می توان به عنوان علت اصلی افسردگی در نظر گرفت . در حالیکه با سنجش تقویتهای مثبت در زندگی فرد بلافاصله قبل از بروز نخستین گستره افسردگی یک قطبی بهتر می توان بوجود یک رابطه علی پی برد . روی آورد دیگری که بی تردید مشکلات اخلاقی اشکارای را مطرح می کند این است که با محروم کردن افراد از بسیاری از تقویتهای مثبت

متداول احتمال وقوع افسردگی را مشخص کنیم . شاید استفاده از محیطهایی که به گونه ای ارتجاعی چنین شرایط محرومیتی را ایجاد می کنند بتوان امکان بررسی این فرضیه را فراهم کند (دادستان ، ۱۳۸۰).

۲-۹- نظریه شناختی بک در مورد افسردگی

بک بیشتر توجه خود را بر شناخت های فراد افسرده متمرکز ساخته است . او باور دارد که هیجان های افراط در حد زیاد بر چگونگی نظر آنان درباره جهان قرار دارد. آنان در مورد مشکلات خود اغراق می کنند ، و به همه موارد تعمیم می دهند، و احتمال اجرای هر عملی را که می توان در مورد رفع مشکلاتشان انجام داد، به حداقل می رسانند. (آزاد، ۱۳۸۴).

از دیدگاه بک ، پدیده ایی افسردگی مشروط به ساخت ها (روان بنه های شناختی) و فرایند هایی (شیوه های تفکر) است که به ایجاد تغییرات کم و بیش مهمی در واقعیت منجر می شوند. بررسی روان بنه های شناختی افراد افسرده ، زمینه های سه گانه شناختی را آشکارا پدیدار می سازد:

- دیدگاه منفی نسبت به خود:

فرد خود را مملو از عیوب، نارساییها و فاقد ارزش شخصی وی ، نسبت دادنی هستند.

- دیدگاه منفی درباره محیط پیرامونی:

چنین افکاری بر اثر تفسیر منفی رویداد های خنثی و یا مثبت آشکار می شوند و این گرایش را در فرد ایجاد می کنند که در بین امکانات متعدد، همواره بدترین احتمال را در نظر بگیرد.

- دیدگاه منفی نسبت به آینده:

کفه بدبینی می چربد و جایی برای تصور آینده ای بهتر باقی نمی گذارد. چرا که همواره در بین همه امکانات ،

نامساعدترین آنها در نظر گرفته می شود.

فرد افسرده ، این خطوط سه گانه را بصورت افکاری خودکار-افکاری که در تضاد یا افکار ارادی قرار دارند و پیوسته با احساس ناامیدی ، بی کفایتی ، گنهکاری ، کینه نسبت به خود و یا بمیل به کیفر رسیدن و جز آن همراهند- تجربه می کند. (دادستان ، ۱۳۸۰).

روش شناخت درمانی آرون تی بک (۱۹۷۶) به طور عمده برای درمان افسردگی ابداع شده است . اما چنان که عنوان کتاب معروف او درمان شناختی و اختلالات هیجانی نشان می دهد ، وی روش خود را با مشکلات روانشناختی متعدد ، از جمله نوروهای اضطرابی ، هیستری ، اختلالات وسواسی ، اختلالات روان تنی ، و فوبی ها به کار بسته است. نظریه شناختی بک درباره افسردگی و سایر اختلالات هیجانی حاکی از این است که افراد افسرده دارای سایر اختلالات هیجانی به افکار غلط و غیر منطقی می پردازند و این علت اصلی مشکلات آنان است. از جمله این افکار منطقی موارد زیر ذکر شده اند:

- استنباط دلخواهی ، یعنی نتیجه گیری بر اساس شواهد نا کافی .

- انتزاع انتخابی ، یعنی تاکید بر یک جنبه کم اهمیت موقعیت و نادیده گرفتن جنبه های مهم آن .

- تعمیم افراطی ، یعنی نتیجه گیری های کلی فرد درباره ارزش یا توانایی خود بر اساس شواهد اندک .

- بزرگ جلوه دادن و کم جلوه دادن ، یعنی رویدادهای بد اندک را بزرگ کردن ، و رویدادهای خوب زیاد راکم جلوه دادن .

- شخصی کردن امور ، یعنی مسئولیت رویدادهای بد هستی را به گردن گرفتن .

بنا به نظریه شناختی بک ، محتوی شناختی فرد افسرده شامل افکار منفی درباره خود ، درباره تجارب جاری یا

درباره دنیا ، و درباره آینده اش است . افکار منفی درباره خود شامل باورهای افسردگی زا مبنی بر این است که

فرد دارای کمبود، بی ارزش، و نا کارآمد است. علامت عزت نفس پایین فرد از این باور که او دارای کمبود است ناشی می شود. وقتی که او دارای تجارب نامطلوب است، آنها را به بی ارزشی شخصی نسبت می دهد و از آنجا که فکر می کند دارای کمبود است، معتقد می شود که هرگز خوشبختی را به دست نخواهد آورد. مهم ترین مرحله در روش درمانی بک کمک به مراجع برای شناخت افکار غلط و تصورات ناسازگارانه مولد مشکل اوست. پس از تشخیص افکار یا تصورات غلط، چندین روش برای اصلاح آنها و رفع مشکل درمانجو به کار بسته می شود. یکی از فنون درمانی و ارسی واقعیت یا فرضیه آزمایی است. در این فن درمانی، به مدد جو کمک می شود تا باورها یا افکار ناراحت کننده خود را فرضیه هایی تصور کند و آنها را به طور آزمایشی بیازماید. فرض بک این است که در اکثر موارد درمان جویان متوجه خواهند شد که افکارشان غلط بوده است و پس از اصلاح این افکار غلط مشکلاتشان برطرف خواهد شد. همچنین از این رهگذر می آموزند که چگونه سایر مشکلات هیجانی خود را برطرف کنند یا از آنها جلوگیری به عمل آورند، و این کار را از راه یادگیری اندیشه های درست درباره مسائل خواهند آموخت.

شناخت درمانی بک با درمان منطقی - هیجانی ایس شباهت های زیادی دارد. هر دو در دهه ۱۹۵۰ ایجاد شدند. هر دو باورها و شناخت های ناسالم تاکید دارند، و واضعان هر دو روش به روش پویایی روانی تربیت شده بودند. با وجود این، بک روش شناخت درمانی خود را مستقل از روش درمانی منطقی - هیجانی ایس ابداع کرد. و "به رغم عنوان شناخت درمانی، روش بک به مقدار زیادی جنبه رفتاری دارد." در هر حال، غایت مقصود روش بک و روش ایس ایجاد الگوهای فکری و منطقی و سازگارانه در مددجو است. (سیف، ۱۳۷۸).

۲-۱۰- نظریه یادگیری در مورد افسردگی

پیش فرض نظریه های یادگیری آن است که افسردگی و فقدان تقویت به هم مربوط اند. نبود تقویت ممکن

است چندین علت داشته باشد . پاسخ ها ممکن است بدین سبب تضعیف شوند که هیچ تقویتی دریافت نداشته اند یا حالتی ناخوشایند یا تنبیه کننده به دنبال داشته اند. لوین سوهن و همکاران وی از پیشوایان تحقیق در زمینه افسردگی از دیدگاه یادگیری هستند . آنها به طور کلی چنین تاکید می کنند که پایین بودن مقدار واکنشهای رفتاری (برون شدن رفتار) و احساسات غمگینی یا بدبختی که با افسردگی همراه می شود مربوط است به کمی تقویت و زیادی تجربه های ناخوشایند . این وضع ممکن به یکی از چند دلیل مختلف پدید می آید:

- محیط خود به خود ممکن است مسئله ای باشد . امکان دارد که در میط فرد عوامل تقویت کننده کم یا تنبیه کننده زیاد باشند.

- شخص ممکن است فاقد مهارتهای اجتماعی برای جذب تقویت مثبت یا برای تطبیق موثر با حوادث تنفر انگیز و ناخوشایند باشد.

- به سبب بعضی دلایل ، در افرادی که مستعد افسردگی هستند موارد تقویت کننده کمتر مثبت و موارد تنبیه کننده بیشتر منفی به نظرشان می رسد تا افرادی عادی . این ممکن است به صورت چرخه ای از کاهش رفتار یا کناره گیری آغاز شود و به تقویت کمتر یا تنبیه بیشتر بیانجامد.

افراد افسرده حوادث ناخوشایند بیشتری در زندگی شان رخ می نماید و تجربه آنان نیز از این حوادث ناخوشایند تر از افراد غیر افسرده است. این پاسخ منفی بیشتر، نه فقط از طریق پرسش کردن از افراد برای درجه بندی حوادث ناخوشایند ، بلکه از طریق رفتار در موقعیت آزمایشگاهی نیز آشکار شده است . لوین سوهن باور دارد که هرگاه شخص افسرده باشد ، این افسردگی به دلیل آنکه سایر افراد همنشینی با فرد افسرده را ناخوشایند می یابند ادامه می یابد . هنگامی که اشنايان در حد امکان از فرد افسرده اجتناب می ورزند نه تنها میزان تقویت فرد کاهش می یابد بلکه موجب تشدید افسردگی وی می شود . وقتی که افراد افسرده خود را در حالت های فشار آور

روانی می یابند تمایل دارند که از راه درنگ (جستجوی اطلاعات بیشتر پیش از اقدام به هر عملی) و نیز از طریق کوشش برای کسب حمایت هیجانی از دیگران از پس آن برآیند. خواهان حمایت افراطی بودن ممکن است موجب شود که دیگران احساس ناراحتی و گناه کنند (چنان که آزمایش کوین نشان می دهد) و بکوشند تا از تماس با افراد افسرده اجتناب ورزند. این پاسخ اجتماعی ممکن است به نوبه خود در ذهن افراد افسرده نسبت به صداقت دیگران تردید پدید آورد و دلیلی باشد بر اینکه گرچه افراد افسرده بیش از دیگران برای کسب حمایت می کوشند ولی خود را به عنوان کسانی که کمتر از حمایت دیگران بهرمنند، درک نمایند (آزاد، ۱۳۸۴).

۲-۱۱- انواع افسردگی

انواع افسردگی عبارتند از:

۱- زیست شناختی

۲- اجتماعی

۳- روان شناختی: ناامیدی به زندگی تعریف مهم از افسردگی است.

۱- عوامل زیست شناختی:

علل زیست شناسی افسردگی می تواند ارثی باشد حتی اگر این حالت، در فامیل نزدیک و دور باشد. مثلاً والدین و خواهر و برادر بلکه افراد دورتر فامیل چون پدر و مادر و مادر بزرگ، عمو، عمه، خاله، دایی و.... هنوز پیشرفت علم به آنجا نرسیده که ژن این بیماری وراثتی را کشف نماید.

۲- حالت اجتماعی:

یکی از مهم ترین علل اجتماعی افسردگی از خانواده شخص، که کوچکترین، ولی پر نفوذترین واحد

جامعه است سرچشمه می گیرد شخص از بدو تولد در این محیط کوچک رشد کرده و شخصیت او شکل می گیرد اگر او در محیطی گرم و آرام و متوازن و علاقمند، بزرگ شود و الگوهای مناسبی داشته باشد و اجازه رشد و تکامل همدر او به وجود آید به احتمال قوی شخصی با اعتماد به نفس خواهد شد.

۳- روان شناختی:

عواملی چون شخصیت و قدرت فرد، مطابقت کردن او با استرس های محیطی رابطه مستقیم دارد. افراد و یا اشخاصی هستند که اگر خبر ناراحت کننده و یا خوشحال کننده به اطلاع او برسد با توجه به وضعیت و یا موقعیت ذاتی، اعتماد به نفس دارد اگر چه علی الظاهر ناراحت کننده و یا خوشحال می شود. اما صبوری و خویشتن داری زیادی دارد که به سیستم روان و اعصاب او تاثیر گذار نخواهد بود. مثال: جنگ ایران و عراق و یا مواد مخدر، نابسامانی ها درگیری ها، کمبودها، اختلافات و قربانی های بد رفتاری خانواده سبب بیماری روانی فرزندان از جمله افسردگی خواهد شد. (آقایی راد ، ۱۳۸۸ ، صص ۳۴ ، ۳۵).

۲-۱۲- افسردگی سبب اعتیاد و خودکشی

بیماری افسردگی در معنای پزشکی خود به حالت شدید ناامیدی و یاس گفته می شود که در آن فرد از لحاظ احساسی غمگین است و عموماً احساس صدمه دیدن، ناامیدی ، عصبانیت، پوچی و هیچی نیز می کند بی آنکه انرژی و یا انگیزه ای برای ایجاد تغییر مثبت در خود داشته باشد گوشه گیر و منزوی است. پس نتیجه می گیریم که بیماری افسردگی خود به خود انسان را جهت درمان و آرامش به مواد افیونی گرایش می دهد. چه بسا این خود سبب تشدید افسردگی می گردد و از طرفی فرد علاوه بر افسردگی دچار اعتیاد هم شده در نتیجه راهی جز درمان از طریق مراجعه به روان پزشک نداشته و در صورت عدم امکان درمان، دست به خودکشی

می زند (آقایی راد، ۱۳۸۸).

۲-۱۳ - مقابله با افسردگی

ایراد مهمی که افسردگی دارد این است که انسان را نسبت به انجام کارهایش بی میل می کند حتی نسبت به انجام فعالیت هایی که می توانند او را شاد کنند. در این حالت شما می دانید که باید کاری کنید تا شاد شوید ولی حوصله اش را ندارید. بنابراین بهتر است در ابتدا با فرد مطمئن و قابل اتکایی در مورد افسردگیتان صحبت کنید و از او بخواهید که مطالب این قسمت را مطالعه کند و شما را مرتب تشویق به اجرای آنها کند و خودش در ترتیب دادن موارد زیر یاریتان دهد .

۱. لباس رنگ روشن و شاد بپوشید و از پوشیدن لباس های مشکی و تیره خودداری کنید.

۲. موسیقی شاد گوش کنید و از آهنگ ها و ترانه های غمگین پرهیز نمایید .

۳. اگر برایتان امکان دارد ساعتی را مشخص و هر روز در آن ساعت یک فیلم شاد و کمدی تماشا کنید.

۴. مجله های فکاهی مطالعه کنید. همچنین کتاب جوک خریداری کنید و هر روز چند جوک آن را بخوانید

و برای دیگران هم بازگو کنید. وقتی این کار را بکنید دیگران هم جوک هایی برای شما نقل خواهند کرد و بدین طریق لحظات شاد زیادی را برای خود فراهم می کنید.

۵. ورزش و پیاده روی، بخصوص ورزش های آبی در بالا بردن روحیه تان می توانند نقش مهمی بازی کنند.

۶. با دیگران هم صحبت شوید. اما تازمانیکه روحیتان به اندازه کافی بالا نرفته است از آنها بخواهید بار دل

خود را روی قلب شما نگذارند و بیشتر در مورد خوبی ها و شادی ها با شما صحبت کنند.

۷. شرکت در فعالیت های جمعی مانند ورزش های همگانی و تورهای دسته جمعی می تواند روحیه تان را

بالا ببرد.

۸. نور خورشید ضد افسردگی است. بنابراین هر روز زمانی را به پیاده روی در آفتاب اختصاص دهید.
۹. روزانه زمانی را به مرتب کردن خانه و محیط کار و زندگیتان اختصاص دهید. هم مشغول خواهید شد هم پاکیزگی و مرتب بودن محیط به تعادل روحیتان کمک خواهد نمود.
۱۰. در صورت امکان در صبحانه خود میوه و شیر بگنجانید. در طول روز سبزی، حبوبات و میوه مصرف کنید. گردو، سویا و غذاهای دریایی مانند ماهی به علت داشتن امگا-۳ شما را در برابر افسردگی محافظت می کنند.
۱۱. توجه داشته باشید که کمبود ویتامین های ب، اسید فولیک و آهن نیز باعث افسردگی یا تشدید آن می شوند.
۱۲. از پیشگویی و پیش بینی های منفی در مورد اتفاقات آینده پرهیز کنید. هیچ کس نمی داند در آینده چه جریاناتی رخ خواهند داد. بنابراین بیهوده نگران و ناراحت آینده نباشید. تجربه نشان داده که اکثر نگرانی های ما بی مورد هستند و خیلی از اتفاقات بدی که منتظرشان هستیم رخ نمی دهند.
۱۳. هیچ کس به طور دقیق نمی داند که خیر و شرش در چیست. خیلی از وقایعی که فکر می کرده ایم خوب هستند نهایتاً بد از آب در آمده اند و خیلی از جریاناتی که ابتدا فکر می کردیم بد بوده اند، عاقبت و نتایج خوشایندی داشته اند. پس نباید ذهنتان را بیش از حد درگیر اتفاقات ناراحت کننده کنید، چه بسا پشت پرده خیر شما در همین اتفاق نهفته باشد.
۱۴. فهرستی از موفقیت ها و کامیابی ها، اتفاقات خوبی که برایتان رخ داده و موارد خوشایند زندگیتان تهیه کنید؛ آن را دم دست قرار دهید و با پیش آمدن هر مورد جدیدی آن را به فهرستان اضافه نمایید. هر روز به این لیست نگاهی بیاندازید و با یادآوری هر روزه ی آنها خود را شاد کنید.
۱۵. هر موضوعی که شما را غمگین ساخته یا می سازد را یادداشت کنید و ببینید آیا موضوع مورد نظر جنبه ی مثبتی هم داشته یا نه. مثلاً فردی که در یک تصادف یک چشمش را از دست داده واز این رویداد خیلی

ناراحت است باید به این جنبه مثبت فکر کند که شانس آن را داشته که هر دوچشمش را از دست نداده و حالا با چشم سالمش قادر به دیدن می باشد که این خود جای خوشحالی زیادی دارد.

۱۶. گاهی منشاء افسردگی واضح نیست. مثلاً ممکن است شخصی هر گاه رو به روی پنکه می نشیند افسرده شود بدون این که بداند چرا. شخصی را می شناختم که چنین حالتی داشت و به همین خاطر هرگز روبه روی پنکه نمی نشست چون می دانست به شدت ناراحت و غمگین خواهد شد. در چنین مواردی باید دقیقاً به خاطرات و حوادث قبلی زندگیمان فکر کنیم. به احتمال زیاد موردی در گذشته پیدا خواهیم کرد که معمای این افسردگی را برایمان حل خواهند نمود. به عنوان مثال فردی که صحبتش شد با فکر کردن دقیق به گذشته به یاد آورد که در مراسم ختم برادرش یک پنکه روبه روی کار میکرده و حالا هر زمان روبه روی پنکه ای می نشست خود به خود همان احساس غم و اندوه مربوط به سوگواری برادرش در وجودش شعله ور می شد. بدون این که اصل ماجرا را به یاد آورد. البته همین که اصل ماجرا برایتان روشن شود دیگر با قرار گرفتن در چنین موقعیتی افسرده نخواهید شد.

۱۷. با رو به رو شدن با هر موضوع ناراحت کننده‌ای این سوال را از خود بپرسید: << این مشکل و ناراحتی تاکی ادامه خواهد داشت؟ >> اگر موضوعی در آینده نه چندان دور حل خواهد گشت دیگر لزومی ندارد به خاطرش خودمان را عذاب دهیم. پس با برخورد با هر گرفتاری کلمه << تاکی >> را به خاطر آورید.

۱۸. گاهی راه حل رهایی از افسردگی تلاش برای هدفی دست یافتنی به جای دست و پا زدن برای خواسته ای است که هر چه سعی می کنید به آن نمی رسید. کسانی هستند که سال ها موضوعی ذهنشان را درگیر کرده و با وجود همه تلاش ها همچنان حسرت به دل مانده اند. اگر آرزویی ذهنتان را به شدت مشغول کرده و هر چه کوشش می کنید به آرزویتان نمی رسید و این ناکامی قویا روحتان را آزرده ساخته، هدف دیگری را

جایگزین آن کنید. اگر نمی توانید از خیرش بگذرید حداقل آرزوی ارزشمند دیگری را در کنارش قرار دهید تا با کسب موفقیت های دیگر، برای خود شادکامی فراهم سازید. (بهنامی ، ۱۳۹۰ ، صص ۹۱-۹۴)

۲-۱۴- اضطراب

پیچیدگیهای جاری تمدن سرعت تغییرات بی توجهی بشر به مذهب و ارزشهای خانوادگی برای افراد و اجتماعات تعارض ها و اضطراب های تازه ای به وجود آورده است . اضطراب معمولا نقش مهمی در جلوگیری رشد طبیعی دارد .

- << فروید >> معتقد است اضطراب بهائی است که بشر کنونی برای تمدن می پردازد . << آدلر >> عقیده دارد که اضطراب بهایی است که بشر کنونی برای بی تمدنی می پردازد . (سیدی ، ۱۳۹۴).

۲-۱۵- تعریف اضطراب

از نظر روان پزشکی اضطراب را می توان چنین تعریف کرد : نا آرامی هراس ترس ناخوشایند و منتشر با احساس خطر قریب الوقوع که منبع آن قابل شناختن نیست.

۲-۱۶- تفاوت ترس با اضطراب

اضطراب واکنش در مقابل خطری نامعلوم درونی مبهم و از نظر منشا همراه با تعارض است . اما ترس واکنش به تهدیدی معلوم خارجی قطعی و از نظر منشا بدون تعارض است .

۲-۱۷- اجزای اضطراب

اضطراب دارای دو جنبه اصلی است :

الف) جنبه فیزیولوژیکی

ب) جنبه شناختی

بر انگیزختگی جنبه فیزیولوژیکی که شامل تغییراتی در میزان ضربان قلب فشار خون تعرق بدن ترشح بزاق رنگ پوست اختلالات تنفسی حالت تهوع انقباض معده یا اسهال همراه است . جنبه شناختی اضطراب به طور یقین تلقی نامطبوعی از رفتار مبهم و تهدید آینده است که فرد می تواند آن را توصیف کند .

۲-۱۸- انواع اضطراب

- برخی از افراد فقط در بعضی از مواقع مضطرب اند که به این نوع اضطراب اضطراب موقعیتی گفته می شود که به عنوان یک وضعیت نا پایدار و زود گذر تعریف شده است .

- برخی از افراد اغلب اوقات در حالت اضطراب به سر می برند که به این نوع اضطراب اضطراب خصیصه ای گفته می شود. این قبیل افراد آمادگی دریافت تهدید از طرق و موقعیتهای مختلف که اغلب بی ضرر بوده را دارند .

۲-۱۹- اندازه گیری اضطراب

برای اندازه گیری اضطراب سه روش وجود دارد :

- روش اول : ثبت و ضبط تغییرات فیزیولوژیکی

- روش دوم : مشاهده رفتارهای حرکتی مانند لرزش بدن

- روش سوم : که بهترین راه روش اندازه گیری اضطراب است عبارت است از به دست آوردن یک « خود

سنجی ذهنی » از فرد به وسیله پرسشنامه نوشتاری .

پاسخ به اضطراب به دو شکل صورت می گیرد. شکل اول رفتاری است مثل مواظبت بیش از حد بقراری

وابستگی مفرط تحریک پذیری اشتغال خاطر یا معدود شدن فعالیت یا تمرکز حواس .

شکل دیگر پاسخ به اضطراب بدنی است بعضی ها واکنشهای احشایی در یک یا چند دستگاه بدنی دارند بعضی ها ممکن است واکنشهای تنش عضلانی داشته باشند و بعضی ها ممکن است ترکیبی از احشایی و عضلانی داشته باشند .

۲-۲۰- اختلالات اضطراب

احتمالا در ۲ تا ۴ درصد از کل جمعیت شیوع اضطراب به صورت یک اختلال مشاهده می شود .

۲-۲۰-۱- اختلال اضطراب مفرط

خصوصیت اساسی اختلال اضطراب مفرط عبارت است از اضطراب شدید و غیر واقع گرایانه که حد اقل ۶ ماه یا بیشتر از آن طول کشیده باشد. نوجوانان مبتلا به این اختلال بی نهایت خجالتی بوده و در مورد اتفاقاتی آتی مثلا امتحانها احتمال صدمه دیدن یا شرکت در فعالیت گروهی با همتاها یا بر آوردن انتظارات مثلا انجام امور در فرجه تعیین شده ملاقات در وقتهای تعیین شده ملاقات تعیین شده یا انجام کارهای روزمره احساس نگرانی کرده و در مورد ناراحتی ها و خطراتی که ممکن است در موقعیتهای گوناگون پیش آید خود خوری می کنند . ممکن است مدام عصبانی و در حال تنش به نظر برسند. این نوجوانان ممکن است به دلیل پیدایش اضطراب در محیط مدرسه از حضور در کلاس درس خودداری نمایند. این نوجوانان در جستجوی مورد قبول واقع شدن ممکن است بی نهایت سازشکار و پرشوق و ذوق باشند. ممکن است برای شرکت در فعالیتهای متناسب با سن که در آنها انتظار عملکرد می رود مثل مسابقه های ورزشی دودلی نشان دهند. سیر این اختلال در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب مفرط ممکن است استرس های درونی شدیدی داشته باشند که تا بزرگسالی دوام یافته باشد .

- ملاکهای تشخیصی اضطراب:

- ملاکهای تشخیصی این اضطراب خود خوری مفرط و غیر واقع گرایانه به مدت ۶ ماه یا بیشتر که این خود خوری با خصوصیات زیر مشخص می شود:
- ۱) نگرانی مفرط در مورد حوادث آینده
 - ۲) نگرانی مفرط در مورد مناسب بودن رفتارهای گذشته
 - ۳) نگرانی مفرط در مورد عملکرد ورزشی آموزشی یا اجتماعی
 - ۴) شکایتهای جسمی مثل سردرد و دل درد که علت فیزیکی برای آن نمی توان پیدا کرد
 - ۵) کمروئی بارز
 - ۶) نیاز مفرط به اطمینان بخشی در زمینه های گوناگون
 - ۷) احساس تنش شدید و ناتوانی برای احساس آرامش .

- درمان اضطراب :

هر چند مصرف داروهای ضد اضطراب در درمان اختلال اضطراب مفرط به طور سیستماتیک نشده است داروهائی مثل دیازپام را می توان در مواردی که نوجوان اضطراب شدید احساس می کند تجویز نمود. اما پزشک باید احتمال اعتیاد به داروهای ضد اضطراب را در نظر بگیرد. باسپیرون داروئی ضد اضطراب که ظاهرا با خطر سو مصرف همراه نیست امیدوارکننده است .

۲-۲۰-۲- اختلال های اضطرابی روانشناختی

اضطراب که نوعی احساس ترس و ناراحتی بی دلیل است و فرد نمی تواند علت روشنی برای آن بیان دارد نشانه بسیاری از اختلال های روان شناختی تلقی می شود که اغلب بوسیله رفتارهای دفاعی نظیر فرار از یک

موقعیت و محرک ناگوار یا انجام یک عمل طبق نظم و برنامه خاص کاهش می یابد. این اختلال ها عبارتند از :

۱) اضطراب تعمیم یافته

۲) اضطراب وحشت زدگی یا پانیک

۳) فوبی

۴) وسواس فکری و عملی

۱) اضطراب تعمیم یافته:

ویژگی عمده این اختلال ترس از آینده است . این ترس بی اساس می باشد و به موضوع خاصی ارتباط پیدا نمی کند. فرد از وقوع حوادثی که اساس و پایه واقعی ندارد در هراس می باشد. علاوه بر نامشخص بودن منبع اضطراب در این اختلال نشانه ناتوانی در تمرکز و تصمیم گیری حساسیت زیاد اختلال در خواب عرق کردن زیاد و تنش مداوم عضلانی دیده می شود .

۲) اضطراب وحشت زدگی یا پانیک:

این اضطراب شامل حمله های شدید ترس و وحشت است که تمرکز یافته و به هدف یا موقعیت یا محرک خاصی محدود شده است و از چند ثانیه یا چند ساعت به طول می کشد. نشانه های این اضطراب عبارتند از : تپش قلب تنگی نفس عرق کردن زیاد سردی و رنگ پریدگی صورت یا دستها و غیره اشاره کرد .

۳) فوبی : فوبی ترسی است دائمی از بعضی موقعیت ها یا اشیا که هیچ خطر جدی برای فرد ندارد . افراد

گرفتار قبول دارند که هیچ دلیل روشنی برای ترس از فلان موقعیت یا محرک وجود ندارد اما اظهار می دارند که قادر نیستند که ترس را از خود دور سازند. فوبی انواع گوناگونی دارند که می توان به ترس از مکان های سر بسته ترس از بلندی ترس از طوفان و رعد و برق ترس از تاریکی و غیره اشاره کرد .

۴) وسواس فکری و عملی : در این وسواس شخص احساس می کند که ناچار است در مورد مسائلی بیندیشد گر چه مایل نیست در باره آنها فکر کند یا ناگزیر است اعمالی را انجام دهد و به خود بگوید کاش می توانستم آنها را انجام ندهم . وسواس فکری شامل اندیشه ها عقاید ناخواسته و مداومی هستند که فرد نمی تواند از آنها رهایی یابد .

وسواس فکری و عملی با هم ارتباط دارند. مثلا فردی که به آلوده بودن دستهای خود باور دارد ممکن است دستهای خود را هر چند یک بار بشوید. زبان و تکلم افراد وسواسی نشان می دهد که آنان توجهی اغراق آمیز نسبت به جزئیات دارند .

اکثر نظریه پردازان بالانگ موافقند که اضطراب مفهوم فرضی است . یعنی اضطراب نوعی تصور است که وجود خارجی و عینی ندارد ولی در تفسیر پدیده های مشاهده پذیر می تواند مفید باشد .

۲-۲۱- اضطراب های طبیعی

برای انجام دادن هر کاری میزان معینی از اضطراب عادی است و ضروری هم می باشد. مثلا وقتی می خواهیم از عرض بزرگراهی به سلامت عبور کنیم یا سوار هواپیما شویم و از شهری به شهر دیگری مسافرت کنیم احتمال خیلی کمی وجود دارد که حتی اضطرابی اندک هم نداشته باشیم. اضطراب بیش از حد یا خیلی کم بر هر عملکردی تاثیری زیان بخش دارد. لازم است به فرد مضطرب کمک شود تا درک کند که فشار روانی زیاد به نشانه های اضطراب ختم می شود. این درک فرد نیازمند کمک را در شناخت وضعیت درونی خود و نحوه مقابله با آن مدد نماید .

اضطراب پدیده ای واحد نیست بلکه مشتمل بر سه بعد متفاوت است .

۱) نحوه احساس و کیفیت تاثرات جسمی که نشانه های حاد و مزمن را در بر می گیرد .

۲) نحوه تفکر که افکار فاجعه آمیز غیر منطقی و منفی را شامل می شود .

۳) نحوه رفتار که الگوهای اجتنابی و سبک های زندگی را در بر می گیرد .

باید به افراد مضطرب کمک شود تا در ارزیابی مشکلات شان به سه بعد فوق توجه کنند ماهیت دقیق مشکلات آنان روشن گردد و بخش هایی که به تعبیر نیازمندند تعیین گردند .

پس از ارائه آموزش به افراد مضطرب در ارتباط با روان شناسی و فیزیولوژی اضطراب کار بعدی این است که به او کمک کنیم تا الگوی اجتنابی آموخته شده را کنار بگذارد. فرد در حین درمان می آموزد اگر احساسات را بتواند تحمل کند و در موقعیت ترسناک یا دشوار باقی ماند احساسات اضطراب کاستی می پذیرد. می دانیم که اضطراب تنها تا سطح معینی افزایش می یابد و سپس در همان سطح باقی می ماند و وضعیت ثابتی پیدا می کند. این امر به این دلیل رخ می دهد که میزان تغییر فیزیولوژیکی در بدن بر اثر ترشح آدرنالین از بخش مرکزی غدد فوق کلیوی حد خاص و معینی دارد. وقتی اضطراب به حد بالایی رسید در آن سطح برای زمان معینی باقی می ماند. طول این مدت به طور عمده به نحوه احساس فکر و چگونگی رفتار فرد بستگی دارد . پس از مدتی که شخص در موقعیت دشوار قرار گرفت مغز و بدن او به تدریج این واقعیت را درک می کند که هیچ خطری واقعی وجود ندارد و میزان آدرنالین در جریان خون کاهش خواهد یافت و سپس به تدریج سطح اضطراب به سطح طبیعی بر خواهد گشت . علاوه بر فرایند آموزشی و تدوین این برنامه برای تسلط بر مشکل راه هایی به فرد ارائه می شود که به کمک آنها با احساسات اضطرابی خود نبرد کند و بر آنها چیره گردد . این مهارت ها عبارتند از : آموزش آرمیدگی به فرد آموزش فنون جهت پرت کردن حواس که به فرد کمک می کند تا توجهش را از تاثرات جسمی و افکار منفی برگیرد و آموزش مهارت های مثبت و منطقی جنبه مهمی از کنترل محسوب می شود . اضطراب همانند آتش زیر خاکستر است یک نسیم می تواند اخگرها را فروزان سازد. وقتی چنین

اتفاقی رخ می دهد برخی از افراد بر آتش نفت می پاشند و آن را به دوزخ فروزانی تبدیل می کنند. دچار وحشت زدگی نفس نفس زدن و غیره می گردند در حالی که برخی دیگر شعله ها را به طور معقولی با یک پارچه نم دار خاموش می کنند. یعنی با آرامش تفکر مثبت طرح ریزی هدف مسئله گشایی و ابراز وجود هیچ کس کاملا نمی تواند بر اضطراب خود بدون تغییر سبک زندگی اش چیره شود. پیش از شروع درمان شیوه های رفتاری تفکر و احساسات فرد مضطرب که بیش از حد فشارزا بوده . و در نتیجه تغییر آنها لازم و ضروری است . اگر فرد بیش از اندازه کار می کند تعهدات بسیار فراوانی را تقبل کرده است . هیچ تفریح فراغت و سرگرمی در زندگی ندارد یا تماما خودش را وقف هدف های غیر واقع بینانه کرده است چنین رفتارها و نگرش ها باید تغییر یابد و هیچ یک از فنون کنترل اضطراب علیه چنین حماقت هایی موثر نیست . (سیدی، ۱۳۹۴).

۲-۲۲- اعتماد به نفس و مقابله با اضطراب

گاهی اوقات بعضی اشخاص فقط برای بالا بردن اعتماد به نفس و کسب جرات بیشتر اقدام به سوء مصرف مواد می کنند. ممکن است تنها دلیل شروع یا ادامه ی اعتیاد در فرد بخصوصی برطرف نمودن کم رویی بوده باشد. بعضی اشخاص قبل از رفتن به مهمانی مقداری مواد مصرف می کنند تا در مهمانی بهتر و اجتماعی تر ظاهر شوند. برخی از آرایه سخنرانی و کنفرانس وحشت دارند و می ترسند در چنین موقعیتی تپش قلب بگیرند، صدایشان بلرزد، رنگ چهره شان تغییر کند و این باعث تحقیر آنها شود. در چنین مواردی برای جلوگیری از این پیشامد، یا از صحبت کردن در جمع فرار می کنند یا قبل از آن دارو یا موادی مصرف می کنند تا با بالا بردن جرات و شهامت خود، مانع بروز چنین حالت ناخوشایندی شوند. گروهی از صحبت با جنس مخالف ترس دارند و در چنین موقعیتی دچار اضطراب و لرزش صدا می شوند. این اشخاص نیز گاهی ترجیح می دهند برای پوشاندن عیب و نقص روحی خود به سوء مصرف مواد پناه ببرند. بسیاری مثال های دیگر نیز وجود دارند که

شخص برای فرار از دلهره و علایم اضطراب به سوء مصرف مواد می پردازد. هدف از ادامه این بحث ارایه راهکارهایی است که هم بطور کلی اعتماد به نفس را بالا ببرد هم در شرایط استرس زا به شخص کمک کند بدون مصرف مواد یا دارو با آرامش وضعیت را تحت کنترل خود درآورد. قابل توجه است که این اشخاص در ضمیر ناخودآگاه خود از اشتباه و شکست ترس زیادی دارند. همچنین این افراد اکثرا از آدم ها، شرایط و موقعیت های جدید هراس دارند و در ضمیر ناخودآگاه خود نتیجه می گیرند که ممکن است نتوانند این موارد جدید و ناشناخته را تحت کنترل خود درآورند. چنین اشخاصی اکثرا قبل از هر جریان جدیدی تلاش می کنند خود را کاملا برای آن آماده کنند. مثلا اگر یک چنین فردی بخواهد به سربازی برود ممکن است از مدتی قبل با ورزش وزودتر بیدار شدن درصبح، خود را برای شرایط سربازی آماده کند. این اشخاص معمولا هر کاری را در حد توان به بهترین نحو انجام می دهند و سعی می کنند با ارایه کارهای بدون نقص به موفقیت و پیروزی های قابل تحسین دیگری دست یابند. درواقع همین کمال گرایی باعث می شود که اگر با شرایطی رو به رو شوند که غیره منتظره بوده و خودشانرا از قبل برایش آماده نکرده باشند یا خود رابرای آن کار یا موقعیت کوچک بدانند، یا در وضعیتی قرار گیرند که امنیت احساسیشان موردتهدید قرار بگیرد ناگهان دچار اضطراب، تپش قلب و لرزش صدا می شوند. اگر شما هم چنین مشکل بزرگی دارید، هرزمان که با موقعیت استرس زایی روبرو و دچار اضطراب می شوید، به جای اندیشیدن به بهترین کارهایی که می توانید ارایه دهید باید به حداقل کاری که لازم است انجام دهید فکر کنید. مثلا اگر قرار است در جمعی صحبت کنید و همین که زمان سخنرانی شما نزدیک می شود دچار اضطراب، تپش قلب و دلهره می شوید از خود بپرسید >> حداقل توانایی که برای انجام این کار لازمست چیست؟ << که جواب آن این خواهد بود: >> بتوانم از روی نوشته ام بخوانم.<< بعد از آن از خود بپرسید که >> آیا من توانایی انجام این حداقل که همان خواندن از روی مطلبی است را دارم یا نه؟<< که جواب

آن واضحاً <<آری>> است. بدین گونه این بار به جای فکر کردن به ایده آل‌ها و بهترین‌ها، با فکر کردن و احیانا پرداختن به حداقل کاری که باید انجام دهید، اضطراب را به کلی از خود دور خواهید ساخت چون هم ضمیرناخودآگاه هم قسمت هوشیار مغزتان به جای درگیر شدن با شرایط غیر منتظره، ناشناخته و کسب ایده آل‌ها، با پذیرش حداقل‌ها شما را از اضطراب دور می‌کنند. مثال دیگری می‌زنیم تا موضوع روشن‌تر شود. فرض کنید شما می‌خواهید از حیاط موسسه‌ای عبور کنید و به دفتر آنجا بروید. بعد از ورود به حیاط ناگهان متوجه می‌شوید که حیاط پرشده از جنس مخالف که همگی با ورودتان به آن مکان به شما چشم می‌دوزند. این وضعیت ممکن است. شما راجنان دچار اضطراب کند که لباستان به جایی گیر کند یا حتی زمین بخورید اما از همان ابتدا از خود سوال کنید <<حداقل توانایی که برای عبور از این حیاط لازم دارم چیست؟>>

که مطمئناً جوابش <<توانایی راه رفتن و قدم زدن>> خواهد بود. حال از خود پرسید <<آیا من توانایی انجام این حداقل که همان قدم زدن است را دارم؟>> که جواب این هم <<آری>> است. شما با قناعت کردن به این حداقل و فکر نکردن به چیزهای دیگر، براحتی بدون اضطراب این مسیر را پشت سر خواهید گذاشت و قدم زنان و با آرامش به دفتر خواهید رسید. پس مراحل فکر کردن در شرایط استرس‌زا بدین قرار خواهد بود:

سوال : << حداقل توانایی که برای انجام این کار لازم است چیست؟ >>



جواب : << >>



سوال : << آیا من توانایی انجام این حداقل را دارم ؟ >>



جواب : << بلی. من می توانم این کار را انجام دهم . >>



<< بسیارخوب . من به انجام همین حداقل خواهم پرداخت. >>



رهایی از دلهره واضطراب

نمودار ۱-۲: مراحل فکر کردن در شرایط استرس زا

ضمنا برای بالا بردن اعتماد به نفس وکاستن از کمرویی تمرینات زیر را انجام دهید:

- گاهی به عنوان تمرین و برطرف نمودن کم رویی به مغازه های مختلف وارد شوید، در مورد کیفیت و قیمت اجناس با فروشنده ها صحبت کنید وبدون اینکه چیزی بخرید از آنجا خارج شوید.
- در رستوران غذاهایی که برایتان جدید است را سفارش دهید و همیشه به دنبال امتحان کردن مزه های

جدید باشید.

- سعی کنید از هر فرصتی برای ارتباط برقرار کردن و سر صحبت باز کردن با دیگران استفاده کنید. توجه کنید که خیلی اهمیتی ندارد که در مورد چه چیزی صحبت می کنید و یا طرف مقابل از گفت و گو با شما استقبال خوبی می کند یا نه. در واقع این تنها یک تمرین برای بالا بردن مهارت های اجتماعی شماست نه چیز دیگری، و در تمرینات نباید انتظار نتایج درخشانی داشت.

- تلاش نمایید از موقعیت های بدست آمده برای صحبت در جمع ها و گروه های کوچک از جمله مهمانی ها و مراسم خانوادگی استفاده کنید تا برای صحبت در جمع های بزرگتر آماده شوید.

- از روبه رو شدن با چیزهایی تازه و غیر آشنا استقبال کنید. مثلا مسیرهای جدید رفت و آمد را تجربه کنید. (بهنامی ، ۱۳۹۰ ، صص ۸۵-۸۸).

۲-۲۳- درمان اعتیاد

درمان معتاد یک فرآیند است و از زمانی شروع می شود که فرد مصرف کننده مواد مخدر به مراکز درمانی مراجعه و تحت یک برنامه درمانی خاص قرار می گیرد. این برنامه ممکن است تا زمانی که فرد به بالاترین سطح بهداشتی و احساس خوب بودن برسد ادامه یابد. برای موفقیت در درمان بایستی سازمان ها وارگان های مختلفی درگیر شوند و واضح است که درمان معتادان بدون توجه به مسائل روانی، فرهنگی ، اجتماعی و خانوادگی آنان نمی تواند موفق باشد. هدف از درمان، رسیدن به شیوه زندگی بدون مواد کمک به افزایش عملکرد فرد در جنبه های مختلف زندگی و همچنین جلوگیری از عود می باشد. به طور کلی درمان اعتیاد شامل دو مرحله است: ۱. سم زدایی ۲. توانبخشی یا درمان غیر دارویی. (فلاح زاده و دیگران ، ۱۳۹۰).

۲-۲۴- سم زدایی

سم زدایی، نخستین گام برای بیمارانی است که وارد برنامه های درمان و توانبخشی ترک موادمخدر می شوند. به عقیده برخی از محققان، سم زدایی سرپایی مواد مخدر به تنهایی با موفقیت زیادی مواجه نمی گردد و در صورتی که پس از سم زدایی، افراد از شرکت فعال در گروه های خودیاری و پیگیری درمانی خودداری نمایند، اقدام های درمانی با موفقیت چندانی همراه نخواهد بود. راهنماهای متعددی برای درمان دارویی و سم زدایی از موادمخدر پیشنهاد و بکار گرفته می شود که در اینجا برخی از آن ها را معرفی می کنیم.

۲-۲۵- روش های سم زدایی

۱- کلونیدین

۲- لوفکسیدین

۳- قرص متادون

۴- شربت متادون

۵- بوپرنورفین

۶- سم زدایی سریع

۷- سم زدایی فوق سریع

۲-۲۶- درمان نگهدارنده با متادون

در درمان نگهدارنده مقدار دارو به تدریج افزایش داده می شود تا جایی که علائم ترک مشهود نباشد و ولع مصرف مواد غیرقانونی نیز به واسطه مصرف متادون به حداقل ممکن برسد. درمان نگهدارنده به مدت طولانی

برای حداقل چندین ماه و معمولاً بیش از یکسال و گاهی مادام‌العمر انجام می‌شود. در کسانی که واقعا به درمان نگهدارنده نیاز داشته باشند، در صورت قطع این درمان، اغلب پس از مدت بسیار کوتاهی، عود اتفاق می‌افتد و بیمار به مصرف مجدد مواد غیر قانونی روی خواهد آورد. بنابراین در صورت ختم درمان در این افراد حفظ ارتباط با مرکز درمانی برای پیگیری‌های بعدی و احیانا شروع مجدد درمان ضروری است. (فلاح‌زاده و دیگران، ۱۳۹۰).

۲-۲۷- مزایا و معایب نگهدارنده با متادون

- مصرف مواد غیر قانونی را کاهش می‌دهد.
 - زندگی بیمار را ثبات می‌بخشد.
 - مصرف خودسرانه داروها را کاهش می‌دهد.
 - از تکاب اعمال غیرقانونی می‌کاهد.
 - رفتارهای پرخطر به خصوص تزریق مشترک که باخطر انتقال بیماری‌های ناشی از پاتوژن‌های خونی همانند ایدز و هپاتیت همراه است را کاهش می‌دهد.
 - بیماری و مرگ و میر ناشی از مواد را کاهش می‌دهد.
- بنابراین درمان نگهدارنده با متادون هم برای فرد و هم جامعه‌تربخش است.
- درمان نگدارنده با متادون هر چند خود نوعی وابستگی به این دارو است، اما مساوی با اعتیاد تلقی نمی‌گردد.
 - مصرف و سواس گونه مواد که در کنار آن به ندرت جایی برای پرداختن به کارهای دیگر باقی می‌ماند، در واقع اساس رفتار اعتیادی است. این رهایی برگشت مجدد فرد به جامعه و معطوف ساختن توان فرد به سایر زمینه‌ها را امکان‌پذیر می‌کند. با وجود موفقیت اثبات شده این شیوه درمانی در بسیاری از کشورهای جهان در صورت تجویز سهل‌انگارانه و غیر مسئولانه ممکن است خطراتی جدی ایجاد گردد. متادون دارویی بالقوه سمی

با شاخص درمانی پایین است، یعنی مقدار داروی مورد نیاز برای درمان به مقدار مسمومیت زای این دارو بسیار نزدیک است. خصوصا مصرف توام آن با مواد و داروهای دیگر خطرات بالقوه زیادی به همراه دارد، لذا تجویز و ارائه آن باید با دقت و احتیاط بسیار انجام شود. (فلاح زاده و دیگران، ۱۳۹۰، ص ۵۵). اعتیاد و وابستگی به مواد مخدر از چنان ابعاد وسیع آسیبی برخوردار است که بی اغراق می توان از آن به عنوان هیولای بزرگ زندگی بشری نام برد. پدیده اعتیاد به مواد مخدر و توجه به آن، به عنوان یک معضل اجتماعی، تقریباً پدیده نوظهوری است که از عمر آن بیش از یکصد و پنجاه سال نمی گذرد ولی به سبب تاثیر فراوان برجنبه‌های متفاوت سلامت فردی و زندگی اجتماعی انسان‌ها، توجه بسیاری را به خود جلب کرده است. با توجه به نو پدیدبودن این بیماری، گستره وسیعی از نیازهای علمی و عملی پیرامون مسائلی از قبیل پیشگیری، درمان، بازتوانی و راه‌های مقابله با عود بیماری اعتیاد احساس می گردد. (فلاح زاده و دیگران، ۱۳۹۰، ص ۵۵).

۲-۲۸- بستی کردن در بیمارستان

در نشریه مرکز ملی تحقیق درباره اعتیاد، انواع روشهای درمانی معتادان ذکر شده است. در این نشریه فهرستی از بیمارستانهای عمومی چاپ شده است که در صورت بیماری حاد یا صدمات جسمانی شدید، معتاد می تواند به آنها مراجعه کند. همچنین، فهرست بیمارستانهای روانی رانیز می توان در این نشریه یافت که توصیه شده است در صورت بروز اختلالات عاطفی شدید، و نیز هنگامی که احتمال افزایش شدت اختلالات به دلیل ماندن فرد معتاد در محیط قبلی وجود داشته باشد، فرد معتاد در آنها بستری شود. بحث اصلی البته بر سر لزوم یا عدم لزوم بستری شدن در بیمارستان، به منظور ((ترک دادن)) معتاد است. درمانگران، به هر صورت، اقامت طولانی در بیمارستان را توصیه نمی کنند، خواه بیمارستان عمومی باشد خواه روانی، چرا که بستری کردن ممکن است ایجاد برقراری مجدد روابط اجتماعی را، که در مرحله دوم و بسیار حساس درمان به آن نیاز است،

به خطر اندازد. (بروژه، ۱۹۸۹).

۲-۲۹- انتخاب بیماران برای درمان نگهدارنده

درمان نگهدارنده درمانی ریشه ای و دراز مدت است که جوانب متعددی از زندگی بیماران را متأثر میسازد. با وجود آن که از نظر تئوری هر فرد معتاد به مواد افیونی به درجاتی از درمان نگهدارنده سود میبرد، اما طول درمان، هزینه مالی و زمانی آن، عوارض احتمالی متادون و تحمل زیادی که به مواد افیونی شکل می گیرد باید در مقابل کمکی که به بیمار میکند مقایسه شود. بنابراین درمان نگهدارنده با متادون برای همه مصرف کنندگان مواد افیونی انتخاب مناسبی نیست. در ادامه ملاکهای ورود به درمان نگهدارنده با متادون شامل رضایت داوطلبانه و آگاهانه، وابستگی به مواد افیونی، سن و شدت بالای اعتیاد ارایه شده است. (مکری، ۱۳۹۳).

۲-۳۰- ملاکهای ورود به درمان نگهدارنده با متادون

۱. رضایت داوطلبانه و آگاهانه مراجع: تحت هیچ شرایطی نباید بیماران چه از سوی مقامات قضایی و چه از- جانب بستگان و نزدیکان بیمار، به صورت اجباری وارد درمان نگهدارنده شوند. ورود کلیه بیماران باید آزادانه و آگاهانه صورت گیرد. قبل از ورود بیمار نیز لازم است بیمار از ماهیت و ویژگیهای درمان نگهدارنده با متادون کاملاً مطلع گردد. لازم است درمانگران ویژگیهای درمان با متادون را برای بیماران توضیح داده و او را از چگونگی و فرایند تجویز دارو مطلع سازند. در این باره به پیوست سه مربوط به مراجعه فرمایید. پس از آشنا شدن بیمار از شرایط درمان نگهدارنده با «اطلاع رسانی به بیمار و بستگان» متادون و سایر گزینههای درمانی لازم است بیمار فرم رضایتنامه آگاهانه را امضاء نماید. توجه داشته باشید که در مواردی که درمان بر اساس قانون و رأی دادگاه صورت می گیرد و اصطلاحاً درمان اجباری گفته میشود، دستور مستقیم به دریافت نوع خاصی از درمان به

عنوان مثال متادون نیست، بلکه در این گونه موارد بیماران مخیر به انتخاب بین چند گزینه هستند. به عنوان مثال یا به زندان بروند، یا به مراکز اقامتی یا به مراکز سرپایی متادون و بیمار عملاً میتواند بین متادون و آلترناتیوهای دیگر آزادانه انتخاب نماید. این گونه موارد مصداق این بند نیست. بیمارانی که به دلیل علایم حاد مسمومیت، دلیریوم یا پسیکوز فعال قادر به ارائه رضایت آگاهانه نیستند، نمیتوانند در درمان نگهدارنده وارد شوند. بدیهی است این گونه بیماران بعد از فروکش کردن پسیکوز و طبیعی شدن قدرت قضاوت، درک و شناخت میتوانند در درمان نگهدارنده قرار گیرند. برای بیماران حاد روانی که از یک سو از علایم شدید وابستگی رنج می برند و از سوی دیگر قادر به ارائه رضایت آگاهانه نیستند، میتوان از برنامه های انتقالی متادون تا عادی شدن قدرت قضاوت و شناخت استفاده کرد.

۲- وابستگی یا اعتیاد به مواد افیونی: اصولاً مصرف مواد افیونی در بیماران باید به حدی شدید باشد که از نظر ملاکهای تشخیصی، مصداق وابستگی تلقی گردد. به عبارت دیگر افراد غیروابسته به مواد افیونی و یا مصرف کنندگان تقلبی مواد افیونی و لو آنکه همزمان از وابستگی به سایر مواد غیرافیونی از جمله مواد محرک، حشیش و... رنج ببرند، مجاز به استفاده از درمان نگهدارنده نیستند. توجه داشته باشید که برای ورود به درمان نگهدارنده با متادون بیمار باید در فاز فعال وابستگی به ویژه وابستگی فیزیولوژیک به مواد افیونی باشد. این موضوع با اخذ تاریخچه و وجود آزمایش ادرار مثبت برای مصرف اخیر مورفین احراز میگردد. با این وجود در موارد خاص در بیمارانی که تشخیص اخیر وابستگی به مواد افیونی دارند اما در حال حاضر فاقد وابستگی فیزیولوژیک به مواد افیونی هستند، میتوان درمان نگهدارنده با متادون را تجویز نمود. این موارد خاص شامل افراد مقیم جایگاههای تأدیبی و زنان باردار میشوند. در این حالت ممکن است آزمایش ادرار بیمار منفی بوده و از نظر فیزیولوژیک هم با توجه به آزمون چالش با نالوکسان، واکنشی نشان ندهد اما به دلیل اثرات روانی وابستگی در معرض عود و شروع

مجدد مصرف قرار گیرد. بیمارانی که تا ۱ ماه از فاز فعال وابستگی آنها به مواد افیونی میگذرد (یعنی تا ۱ ماه است که مصرف مواد افیونی نداشته اند هرچند قبلاً وابسته به مواد افیونی بوده اند) نیز میتوانند در درمان نگهدارنده وارد شوند. از آن جا که مصرف مواد افیونی با هر مقدار در دوران بارداری میتواند منجر به بروز خطرات جدی برای مادر و جنین شود، درگیری با مواد افیونی در طول بارداری در حد تشخیص مصرف آسپیرسان نیز اندیکاسیون درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین محسوب میگردد.

۳. سن: درمان نگهدارنده با متادون جزء در موارد استثناء نباید برای اشخاص زیر ۱۸ سال مورد استفاده قرار گیرد. نوجوانان که مبتلا به اشکال شدید وابستگی به مواد افیونی نظیر مصرف هرئین و تزریق مواد هستند، وضعیت اقتصادی، اجتماعی ناپایدار، حمایت خانوادگی و اجتماعی پایین داشته و درگیر فعالیتهای غیرقانونی هستند، در صورتی که سن بالای ۱۶ سال داشته و از مداخلات درمانی دیگر نظیر درمان با بوپرنورفین پاسخ مناسبی نگرفته باشند، مشروط به مستند سازی وضعیت مراجع از نظر ارزیابی سطح خطر و اخذ نظر تخصصی یک متخصص روانپزشکی یا فوق تخصصی روانپزشکی کودک و نوجوان آشنا به حوزه درمان اختلالات مصرف مواد افیونی میتوانند وارد درمان نگهدارنده با متادون شوند. هرگونه مداخله دارویی در درمان وابستگی به مواد افیونی در نوجوانان باید در پسزمینه یک برنامه درمانی جامع متمرکز بر درمان اختلالات طبی و روانپزشکی همبود و بهبود وضعیت روانی، اجتماعی و رفاهی فرد ارایه گردد.

۴. بالا بودن شدت اعتیاد: درمان نگهدارنده با متادون در مقایسه با درمان نگهدارنده با بوپرنورفین توانایی بالاتری در نگهداشتن بیماران در درمان و دستیابی به پرهیز دارد، با این وجود به دلیل نیمرخ عوارض جانبی شدیدتر درمان با متادون مطلوب است. درمان نگهدارنده با بوپرنورفین نسبت به درمان نگهدارنده با متادون در درمان وابستگی به مواد افیونی اولویت داده شود و در صورت عدم پاسخ درمانی مطلوب درمان با متادون در نظر

گرفته شود. استفاده از درمان نگهدارنده با متادون صرفاً برای بیماران مبتلا به اشکال شدید وابستگی به مواد افیونی توصیه می‌گردد که در ادامه ملاکهای شدت بالای اعتیاد آمده است. برای ورود به درمان نگهدارنده با متادون وجود حداقل یکی از این ملاکهای الزامیست.

• وابستگی به مواد افیونی سنگین: توصیه میشود مراجعانی در درمان نگهدارنده قرار گیرند که وابسته به

مواد افیونی سنگین باشند. فهرست مواد سنگین به قرار زیر است:

کراک هرویین یا هرویین فشرده

هرویین

متادون غیرمجاز

تمجزیک یا بوپرنورفین تزریقی غیرمجاز

نورجریک (آمپولهای دستساز حاوی هرویین، مورفین و ترکیبات کورتیکواستروئیدی)

وابستگان به مواد افیونی چون تریاک، شیره، کدیین، دیفنوکسیلات، بوپرنورفین زیربانی (غیرتزریقی) و

ترامادول نباید وارد درمان نگهدارنده با متادون شوند هرچند این امر مطلق نبوده و در صورتی که بندهای دیگر

شدت بالای اعتیاد را احراز نمایند میتوانند از این درمان بهره گیرند. بیمارانی که مصرف کننده سنگین مواد افیونی

بویژه کراک و هروئین تزریقی هستند ولی انگیزهای برای درمان و توقف مصرف ماده افیونی غیرمجاز خود ندارند

یا اصولاً توان خود را بر دوری جستن از مواد پایین تلقی کرده و از شبکه حمایتی قوی نیز برخوردار نیستند،

کاندید درمان نگهدارنده با متادون هستند. انگیزه ورود به درمان نگهدارنده در این بیماران ممکن است صرفاً عدم

توان پرداخت هزینه ماده مخدر غیرمجاز یا ترس از عواقب قانونی باشد. با این وجود، ورود این گونه بیماران با

نیت کاهش آسیب و علاقمندسازی به استمرار درمان نه تنها ممنوع نیست، بلکه توصیه نیز میشود.

کسانی که مواد را به صورت تزریقی مصرف میکنند درمان نگهدارنده برای اشخاصی که شیوه استفاده از مواد مخدر در آنها اشکال پرخطرتر مانند تزریق است، توصیه میشود. مصرف تزریقی علاوه بر آن که مصرف کننده را در معرض ابتلا به عفونت اچ‌آی‌وی و هیپاتیت قرار میدهد که خود یکی از اولویتهای ورود به درمان نگهدارنده است، با امکان موفقیت کمتر در درمانهای پرهیز مدار نیز همراه است. بنا به تعریف مصرف کنندگان مواد که در سال گذشته حداقل یک بار مواد را به صورت تزریقی مصرف کرده‌اند، تزریقی در نظر گرفته میشوند.

اقدامات ناموفق درمانی به روشهای دیگر بیمارانی که از سایر درمانهای اعتیاد پاسخ مطلوب نگرفته و کماکان به مصرف مواد ادامه میدهند کاندیدهای مناسبی جهت درمان نگهدارنده با متادون هستند، شامل:

بیمارانی که در درمان نگهدارنده با بورپرنورفین یا درمان با کمک تتور آپوم موفق نبوده‌اند و از آن خارج شده یا با وجود ارائه درمان با کیفیت مطلوب با داروهای مذکور کماکان به مصرف ادامه میدهند.

بیمار بیش از ۶ بار اقدام به بازگیری (سمزدایی) کرده اما هیچ‌گاه به پاکی نرسیده یا پاسخ مطلوب (دوره پرهیز بیش از ۱ ماه) حاصل نشده باشد.

تخریب بالا در حوزه‌های کارکردی مختلف:

بیمارانی که به واسطه مصرف مواد مخدر دچار آسیبهای عدیده اجتماعی شده یا در معرض آن قرار دارند، مانند افرادی که جهت تهیه مواد مخدر خود دست به سرقت، تنفروشی و ارتکاب سایر جرایم میزنند نیز بهتر است از درمان نگهدارنده بهره‌مند شوند.

زندانیان و افرادی که در معرض خطر زندانی شدن یا دستگیری به واسطه اعتیاد یا عوارض آن هستند نیز کاندیدای مناسبی برای درمان نگهدارنده هستند.

افرادی که مبتلا به عفونت اچ‌آی‌وی، هیپاتیت‌های ویروسی هستند، میتوانند کاندید درمان نگهدارنده باشند. در

فرآیند پذیرش ورود این بیماران به درمان نگهدارنده باید اولویت داده شود.

بیمارانی که عودهای قبلی آنان با عوارض شدیدی چون افسردگی و افکار خودکشی، خودزنی و پرخاشگری شدید، مسمومیت، مصرف ناگهانی و افراطی مواد مخدر همراه بوده و بیم تکرار این گونه عوارض در صورت شکست مجدد سم زدایی و درمان پرهیز مدار می‌رود.

وجود علایم و بیماریهای روانپزشکی همبود شدید مانند ابتلا به افسردگی شدید، اختلال خلق دوقطبی، پسیکوز و اختلالات شخصیت، به نفع استفاده از درمان نگهدارنده در مقایسه با روشهای پرهیز مدار است. (مکری، ۱۳۹۳).

۲-۳۱- مشخص کردن هویت مراجع

ارائه شناسنامه و یا کارت ملی، برای تجویز دوز منزل ضروری است. بنابراین تا زمانی که مراجع مشمول دریافت دوز منزل نباشد، احراز هویت او الزامی نیست. در بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی، بر اساس نام و نام خانوادگی ذکر شده توسط بیمار، پرونده تشکیل میگردد. اما به بیمار تذکر داده میشود که تنها در صورت احراز هویت، و البته پس از دستیابی به ثبات رفتاری به او دوز منزل تحویل داده خواهد شد. به منظور پیشگیری از مراجعه همزمان بیمار به دو مرکز، و نیز برای تسهیل دریافت دارو در مسافرتها احتمالی، سامانه ثبت خدمات درمان و کاهش در کشور در دست راهاندازی است که مبنای گزارش دهی مراجعان خواهد بود. (مکری، ۱۳۹۳).

۲-۳۲- پیشینه عملی

تحقیقات داخلی و خارجی انجام شده:

۲-۳۲-۱- تحقیقات داخلی

تحقیقات بسیاری راجع به اختلالات روانی معنادان و روشهای درمان آن صورت گرفته که به چند نمونه

درذیل اشاره می کنیم :

✓ رئیسی دهکردی، زیبا؛ قصاب شیرازی، مروارید؛ گلپان تهرانی، شهناز؛ (۱۳۹۲). در مقاله ای تحت عنوان : << تاثیر متادون بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی معتادان >> که در سال ۱۳۸۹ بر روی معتادان مراجعه کننده به مرکز - ترک اعتیاد شهید احمدی تهران به روش نمونه گیری در دسترس انجام شد. نتایج نشان داد که : ۷۲ فرد معتاد قبل از درمان با متادون دچار افسردگی بودند . یک ماه پس از درمان، این رقم به ۴۶ فرد کاهش پیدا کرد و این کاهش معنی دار بود .میزان اضطراب بعد از مصرف متادون کاهش و نیز کیفیت زندگی به طور معنی داری بهبود پیدا کرد در نتیجه استفاده از درمان های جایگزینی مانند متادون می تواند در کاهش شیوع و شدت افسردگی، اضطراب و افزایش کیفیت زندگی موثر باشد.

✓ عاشوری ملازاده و همکاران در سال (۱۳۸۷) در پژوهشی به بررسی اثر بخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری بر بهبود مهارت های مقابله ای و پیشگیری از عود در افراد معتاد پرداختند به این صورت که در آن پژوهش شبه آزمایشی ۳۰ نفر از معتادانی که در مرکز خود معرف بهزیستی شیراز دوره سم زدایی را با موفقیت به پایان رسانده بودند، در دو گروه آزمایش و گواه بررسی شدند. همه شرکت کنندگان در پژوهش، در آغاز پژوهش و دو ماه پس از پایان درمان، پرسشنامه راهبردهای مقابله ای کارور را تکمیل کردند و از نظر مورفین ادرار مورد سنجش قرار گرفتند. برای تحلیل داده ها روشهای آمار توصیفی، آزمون خی دو و آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر به کار برده شد. در نتیجه درمان گروهی شناختی - رفتاری در بهبود سبک های مقابله ای و پیشگیری از عود افراد معتاد مؤثر است. (عاشوری ، ملازاده و محمدی ، پاییز ۱۳۸۷). پاریسیان، منیره؛ هاشمیان، کیانوش؛ ابوالمعالی، خدیجه؛ میرهاشمی، مالک ؛ (۲۰۱۵). در مقاله ای تحت عنوان: << پیش بینی نگرش به مصرف مواد مخدر در نوجوانان بر اساس عوامل خطر ساز تربیتی خانوادگی به منظور سلامت روانی

نوجوانان در جامعه : طراحی مدلی برای پیشگیری از اعتیاد << آوردند که :

مصرف مواد مخدر یکی از بدترین معضلات بشری در سالهای اخیر است که پایه ها و بنیانهای جامعه انسانی را تضعیف میکند و پیشگیری از آن نیازمند کاربرد نظریه های متعدد در رشته های علمی مختلف و روش ها و فنون متنوع است . پژوهشهای متعددی بر نقش متغیرهای خانوادگی و فردی به عنوان عوامل خطر ساز مصرف مواد مخدر تاکید داشته اند، بنابراین این مطالعه با هدف پیشبینی نگرش به مصرف مواد مخدر در نوجوانان بر اساس عوامل خطر ساز تربیتی خانوادگی به منظور سلامت روانی نوجوانان در جامعه برای پیشگیری از اعتیاد طراحی شد. روش کار در این مطالعه که از نوع مطالعات توصیفی و همبستگی بود، جامعه مورد مطالعه دانش آموزان (کلیه مقاطع تحصیلی شهرستان قائمشهر بودند . تعداد ۳۷۸ نفر با استفاده از فرمول کوکران انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند . سپس پرسشنامه ها که شامل سبکهای فرزند پروری بامریند ۳۳ سوال ، نگرش به اعتیاد ۵۳ سوال، مهارت حل مسئله اجتماعی ۵۵ سوال و پرسشنامه سطح اقتصادی اجتماعی بود در مورد آنان اجرا شد . در این پژوهش از روش آماری تحلیل مسیر استفاده شد. یافته ها : در برآورد ضرایب تأثیر وضعیت اجتماعی - اقتصادی خانواده با ۳۵ به مصرف مواد مخدر در نوجوانان رابطه مستقیم و مثبت و معنیدار وجود دارد . همچنین در برآورد ضرایب تأثیر مهارت در پیش بینی نگرش به مصرف مواد در نوجوانان رابطه مستقیم و / ضریب مسیر = ۱۳، ۱/ t = حل مسئله سازگاران (۶۲) در پیش بینی نگرش به مصرف مواد / ضریب مسیر ۲۷ =، t=۳/ مثبت ولی غیر معنیدار و مهارت حل مسئله ناسازگاران (۳۹) ، t= -۲/ در نوجوانان رابطه مستقیم و منفی و معنی دار وجود دارد و در برآورد ضرایب تأثیر سبک های فرزند پروری با ۴۸) در پیشبینی نگرش به مصرف مواد در نوجوانان رابطه مستقیم و منفی و معنیدار وجود دارد . / ضریب مسیر ۱۹ = نتیجه گیری : بر اساس نتایج این مطالعه که مولفه های سبک های فرزند پروری، مولفه مهارت حل مسئله اجتماعی ناسازگاران و مولفه نگرش به اعتیاد ، بر نگرش

به مصرف مواد مخدر دارای رابطه معنادار میباشد، ولی در مورد مولفه مهارت حل مساله اجتماعی سازگاران بر نگرش به مصرف مواد مخدر رابطه معنا دار نمی باشد.

✓ تاجری و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی که هدف آن تبیین اثربخشی آموزش مهارت های شناختی رفتاری بر نگرش، افسردگی و خلق عمومی معتادین به شیشه بود. بر طبق داده ها و یافته ها، از نظر متغیرهای پژوهش بین میانگین های دو گروه آزمایشی و کنترل در مرحله پیگیری تفاوت معنادار آماری وجود دارد. یعنی، در مرحله پیگیری گروهی که از درمان شناختی رفتاری برخوردار بودند در مقایسه با گروه کنترل که درمانی دریافت نکردند، تغییر نگرش، افسردگی و خلق عمومی از خود نشان دادند و فرضیه های پژوهش تایید شد. نتایج نشان داد آموزش مهارت های شناختی رفتاری تغییر نگرش، کاهش افسردگی و بهبود خلق عمومی را در پی دارد.

✓ حمزه لوثیان (۱۳۸۷) پژوهشی به منظور بررسی مقایسه ی علایم اضطراب و افسردگی (قبل و بعد از درمان نگهدارنده با متادون و بوپره نورفین) انجام داد، نتایج تحقیق نشان که علایم اضطراب و افسردگی با گذشت زمان در هر دو گروه درمانی به طور معناداری کاهش یافته بود و از لحاظ کاهش علائم تفاوت معناداری میان دو گروه درمانی وجود نداشت.

✓ شایسته (۱۳۷۵) در پژوهشی با عنوان مقایسه خصوصیات شخصیتی نوجوانان عادی و معتاد به مواد مخدر در گروه سنی ۱۴-۲۲ سال در استان اصفهان، نشان داد که میزان خصوصیات پارانوئیدی، افسردگی، خود بیمار انگاری، مانیا، ضعف عصبی (خستگی روانی) و اسکیزوفرنیا در جوانان معتاد نسبت به جوانان عادی بیشتر است.

✓ لطفی کاشانی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری، متادون درمانی و روش ترکیبی بر بهبود افسردگی معتادان تحت درمان نتایج نشان داد که هر سه شیوه ی درمان شناختی رفتاری، متادون درمانی و درمان ترکیبی، در مقایسه با گروه گواه، در بهبود افسردگی موثر بوده اند. همچنین

نتایج نشان داد که بین اثر بخشی متادون درمانی و روش ترکیبی بر میزان افسردگی تفاوت معناداری وجود ندارد. بنابراین هر دو شیوه ی درمانی بر میزان افسردگی موثر واقع می شوند .

۲-۳۲-۲- تحقیقات خارجی

✓ محققان کینگز کالج لندن (۲۰۱۰) در تحقیقات خود بر روی بیماران روانی بستری در بیمارستانی در جنوب لندن دریافته اند، خطر ابتلا به بیماری های روانی در معتادان به حشیش سه برابر سایر معتادان است. بررسی ها نشان می دهد، در یک چهارم بیماران که به تازگی دچار مشکلات روانی شده اند، مواد مخدر عامل اصلی بروز این مشکل بوده است که در این بین جوانان معتاد به حشیش در خطر بیشتر ابتلا به اسکیزوفرنی قرار دارند. همچنین افرادی که هر روز سیگار می کشند، پنج برابر بیشتر از سایرین دچار هذیان گویی و رفتارهای غیرقابل پیش بینی می شوند. «رابین مورای» از محققان این پژوهش تأکید می کند: اکنون یک شاهد قوی مبنی بر وجود رابطه علی و معلولی بین اعتیاد به حشیش و بروز بیماری های روانی وجود دارد و اعتیاد به این ماده از مهم ترین عوامل ابتلا به اسکیزوفرنی است. این تحقیق حاکی از این است که قدرت اثرگذاری و تعداد دفعات مصرف حشیش با بروز بیماری های روانی ارتباط مستقیم دارد؛ افرادی که اعتیاد به اشکال خفیف تر مواد مخدر مانند مخلوط حشیش و گیاه شاهدانه دارند، در خطر کمتری ابتلا به بیماری های روانی قرار دارند.

✓ اسکرایبر و همکاران^۱ (۲۰۰۸)، در پژوهشی که در فلسطین اشغالی روی ۷۵ بیمار هروئینی انجام دادند، دریافتند: درمان با متادون می تواند در بهبود افسردگی معتادان موثر واقع شود. مطالعه مذکور، با مطالعه با مقدار مصرف روزانه متادون ارتباط داشته و در کسانی که روزانه بیشتر از ۱۲۰ میلی گرم متادون مصرف می کردند آشکارتر بود.

^۱ Schreiber, peles, adelson

✓ پارسانیا، فیروزه، تک فلاح، محمدی سمنانی، جهان و امامی، (۱۳۹۱). در مقاله ای تحت عنوان: << بررسی اختلالات شخصیت در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد >> که در مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی به چاپ رسیده به بررسی ها و نتایج ذیل دست یافتند: در این مطالعه توصیفی- همبستگی، ۲۰۰ نفر از افراد معتاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهرستان باروش نمونه گیری آسان انتخاب شدند، آنها دریافتند، ۷۵/۲ درصد از بیماران معتاد، مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی، ۴/۵۶ درصد اسکیزوفرنی، ۷۰/۳ درصد مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید و ۵۴/۵ درصد هیپومانیا بودند. بین جنسیت، وضعیت شغلی، مصرف همزمان از چند نوع ماده مخدر و مدت استفاده از مواد با اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، پارانوئید و اسکیزوفرنی ارتباط آماری معنی داری دیده شد ($P > 0.05$). در نتیجه با توجه به شیوع بالای اختلالات شخصیتی در افراد معتاد به نظر می رسد مداخلات روان پزشکی در مراکز درمان سوء مصرف مواد در کنار دارو درمانی کاملاً ضروری و لازم می باشد.

✓ لستر^۱ (۲۰۰۶)، در مطالعه خود روی ۱۳۸ دانشجوی دریافت که استفاده از مواد به طور تفریحی با رفتارهای تکانشی و نمرات بالا در سنجش افسردگی، مانیا و اضطراب همراه بوده است.

✓ لسلی^۲ در پژوهشی که در سال ۲۰۰۸ در کانادا انجام داد به این نتیجه رسید که بیش از ۵۰٪ از جوانانی که در جستجوی درمان اعتیاد بودند به طور هم زمان دچار یک اختلال در سلامت روانی خود نظیر افسردگی و یا اضطراب بوده اند.

✓ مارینا، مارکوس؛ ام، تقی یاسمی؛ مارک، ون؛ و دن، چیسهولم؛ شکار، ساکسنا؛ (۲۰۱۵). در تحقیقی تحت عنوان: << افسردگی نگرانی بهداشت عمومی جهانی >>، به نتایج ذیل دست یافت:

بهداشت روانی و افسردگی سوء مصرف مواد، عامل مهمی در جهان است؛ بار بیماری بر افراد در همه جوامع

^۱ lester

^۲ leslie

در سراسر جهان تاثیر می گذارد. امروزه ، افراد تحت تاثیر افسردگی ۳۵۰ میلیون نفر تخمین زده شده است .

بررسی جهانی بهداشت روانی انجام شده در ۱۷ کشور نشان داد که به طور متوسط در حدود ۱ در ۲۰ نفر گزارش داشتن دوره افسردگی در سال گذشته بوده است . اختلالات افسردگی اغلب در سنین جوانی شروع میشود؛ عملکرد مردم و اغلب در محدوده زمانی معین میتوان آنها را کاهش دهد. به این دلایل، افسردگی علت اصلی ناتوانی است : در سراسر جهان از نظر مجموع سال دست رفته به علت ناتوانی . تقاضا برای مهار افسردگی و دیگر سلامت روان در سطح جهانی در حال افزایش است. سازمان بهداشت جهانی و کشورهای عضو آن به این موضوع افسردگی پرداخته اند. افسردگی یک اختلال روانی شایع است که با ارائه خلق افسرده، از دست دادن علاقه و یا لذت، کاهش انرژی، احساس گناه و ارزش پایین به خود، خواب و یا اشتها مختل، و ضعیف تمرکز . علاوه بر این، افسردگی اغلب با علائم اضطراب همراه است. این می تواند مشکلات مزمن را تبدیل و منجر به اختلال قابل توجهی در توانایی فرد برای مراقبت مسئولیت روزمره خود شود . در بدترین حالت آن، افسردگی می تواند منجر به خودکشی شود . تقریباً ۱ میلیون زندگی از دست داده سالانه به علت خودکشی میباشد ، که ۳۰۰۰ مرگ و میر در هر روز به علت خودکشی بر اثر افسردگی است. (who، ۲۰۱۲) . تغییرات متعدد از افسردگی وجود دارد که فرد را می تواند دچار رنج کند، در افرادی که افسردگی دارند سابقه حملات جنون ندارد . افسردگی شامل علائمی مانند خلق افسرده، از دست دادن علاقه و لذت بردن، و افزایش آن بسته به تعداد و شدت علائم، افسردگی می تواند به عنوان خفیف، متوسط یا شدید طبقه بندی شود . یک فرد با یک افسردگی خفیف برخی از مشکلات را با کارعادی و فعالیت های اجتماعی دارند ، اما احتمالاً به عمل به طور کامل نیست. از سوی دیگر در طول یک افسردگی شدید ، بسیار بعید است که بیمار قادر به ادامه با اجتماع، کار، و یا فعالیت های خود ، به جز به میزان بسیار محدود باشد.

فصل سوم

روش تحقیق

۳-۱- مقدمه

در این فصل روش تحقیق به کار گرفته شده در پژوهش و چگونگی انجام آن مورد بررسی قرار می گیرد و در این زمینه ابتدا روشهای تحقیق حاضر ، جامعه و نمونه ی آماری و روش های جمع آوری اطلاعات ، روش تجزیه و تحلیل اطلاعات و ابزار آن بررسی می شود. سپس ابزارهای اندازه گیری به کار گرفته شده معرفی و میزان روایی و پایایی آنها بیان می شود.

۳-۲- روشهای تحقیق

روش تحقیق به کار گرفته شده با توجه به طرح تحقیق و نحوه بیان فرضیه ها توصیفی است. این تحقیق با توجه به موضوع و اهداف آن از نوع تحقیقات کاربردی است.

۳-۳- جامعه آماری

جامعه آماری تحقیق مورد نظر ما کلیه معتادین جوان بین سنین ۲۰ تا ۳۵ مراجعه کننده به مراکز درمانی دولتی شهر ارومیه در سال ۹۴ می باشد. شهرستان ارومیه طبق آمار سازمان مبارزه با مواد مخدر شهر ارومیه دارای یک مرکز بستری (رازی) و ۷ مرکز اقامتی میان مدت یا کمپ و ۵۰ مرکز سرپایی درمان با دارو (آگروست) می باشد. که در این مراکز و مرکز زندانها ۱۵۴۹ نفر تحت درمان میباشند که تقریباً ۸۹ نفر آنان زن و ۱۴۶۰ نفر

مرد می باشند.

۳-۴- نمونه آماری و روش نمونه گیری

در این تحقیق از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد. که در این نوع نمونه‌گیری هر یک از اعضای جامعه تعریف شده شانس برابر و مستقلی برای قرار گرفتن در نمونه دارند، منظور از مستقل بودن این است که انتخاب یک عضو به هیچ شکل در انتخاب سایر اعضای جامعه تأثیری ندارد. به منظور تعیین حجم کلی نمونه‌ای که باید از جامعه مورد مطالعه انتخاب گردد و این افراد پاسخگوی پرسشنامه‌ی تحقیق باشند که از بین کلیه معتادین جوان بین سنین ۲۰ تا ۳۵ انتخاب می‌گردد. که بر اساس جدول مورگان ۳۱۰ نفر انتخاب شده است.

۳-۵- روش و ابزار گردآوری اطلاعات

روش گردآوری اطلاعات ما به صورت کتابخانه‌ای و میدانی خواهد بود، بدین صورت که جهت گردآوری داده‌ها به منظور تدوین مبانی نظری تحقیق از روش کتابخانه‌ای و برای آزمون فرضیه‌های تحقیق از روش میدانی استفاده می‌شود. ابزار اصلی گردآوری اطلاعات در این پژوهش، پرسشنامه می‌باشد. از نکات بارز روش پرسشنامه‌ای جمع‌آوری اطلاعات در سطح وسیع و با هزینه بسیار پایین می‌باشد. با توجه به متغیرهای وابسته در این تحقیق از دو پرسشنامه اضطراب (BAI) و تست افسردگی (BDI) بک استفاده خواهد شد.

۳-۶- روایی و پایایی تحقیق

۱- پرسشنامه اضطراب بک (BAI): یک پرسشنامه خود گزارشی است که برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است. این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ ماده‌ای است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه که نشان دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می‌کند. (بک، ۲۰۱۴).

اعتبار و روایی: این پرسشنامه از اعتبار روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن ضریب آلفا (۰/۹۲)، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶. متغیر است.

پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه گیری شدت اضطراب می باشد.

۲- تست افسردگی بک (BDI): تست افسردگی بک شامل ۲۱ سؤال است، ۱۳ سؤال اول آن جنبه شناختی و هیجانی، ۸ سؤال آخر جنبه های افسردگی را می سنجد. این تست با علائمی نظیر خلق، بدبینی، احساس شکست، بی اشتها، احساس گناه و... تدوین شده است. این آزمون مخصوص افراد بالای ۱۶ سال است. (بک، ۲۰۱۵). اعتبار وروایی: می و همکاران (۱۹۶۹) تاکید کردند که این آزمون از نظر تشخیص دارای روایی بوده و قادر به پیش بینی است. بک، استیر و گارین (۱۹۸۸)، در یک تحلیل سطح بالا از کوشش های مختلف برای تعیین همسانی درونی، ضرایب ۷۳/۰ تا ۹۲/۰ با میانگین ۸۶/۰ را به دست آوردند. ارزشیابی روایی محتوایی، سازه و افتراقی و نیز تحلیل عاملی عموماً نتایج مطلوبی داشته اند. محتوای ماده های BDI با هم فکری و هم رای متخصصان بالینی در مورد نشانه های مرضی بیماران افسرده تدوین شده و شش مورد از نه مقوله DSM III برای تشخیص افسردگی نیز در آن گنجانیده است. (بک و همکاران، ۱۹۹۸).

۳-۷- ابزارهای پژوهش

در تنظیم اطلاعات و داده ها از رایج ترین ابزارها و تکنیک های آماری استفاده خواهد شد؛ ابزار اندازه گیری در این پژوهش، طیف های لیکرت در پرسشنامه می باشد که به نوعی با استفاده از کد گذاری مناسب بر

روی طیف ها ، می توان حالت کیفی پرسشنامه ها را کمی نموده و آنها را مورد اندازه گیری قرار داده و تجزیه و تحلیل نمود.

۳-۸- روشهای تجزیه و تحلیل یافته ها

روش تجزیه و تحلیل بعد از مطالعات میدانی با استفاده از نرم افزار SPSS هست. روش تجزیه و تحلیل در این پژوهش، محاسبه و استفاده آمار توصیفی نظیر میانگین، میانه، مد، واریانس، انحراف معیار و.. و نمودارهای مفید نظیر نمودار دایره ای، هستوگرام (مستطیلی)، نمودار پراکنش و... بوده و جهت بررسی فرضیه ها از آمار استنباطی و روش های به کاررفته در آن یعنی همبستگی، رگرسیون خطی ساده و چندگانه ، آزمون T و تحلیل واریانس یک طرفه می باشد.

فصل چهارم

تجزیه و تحلیل داده‌ها

۴-۱- مقدمه

تجزیه و تحلیل به عنوان فرآیندی از روش عملی، یکی از پایه های اساسی هر روش تحقیق است. به طور کلی، تجزیه و تحلیل عبارت از روشی که از طریق آن کل فرایند پژوهشی، از انتخاب مساله تا دسترسی به یک نتیجه هدایت می شود. تحلیل اطلاعات شامل عملیات زیر است: ابتدا شرح و آماده سازی (دسته بندی شده یا نشده) داده های لازم برای آزمون فرضیه ها، سپس تحلیل روابط میان متغیرها، بالاخره مقایسه مشاهده نتایج مشاهده یا نتایجی که فرضیه ها انتظار داشتند. در تجزیه و تحلیل به دو دلیل اگر به طور مستقیم به تحلیل اصلی پرداخته شود کار خطرناکی است. اول آنکه ممکن است برخی از ویژگی های معین داده ها از دست برود و دوم آنکه انجام یک آزمون آماری همیشه با پیش فرض هایی همراه است که اگر به آنها توجه نشود نتایج آزمون های آماری گمراه کننده خواهد بود.

در این تحقیق به منظور شرح و آماده سازی داده ها، به دلیل اینکه داده ای از بین نرود (یعنی داده گم شده ای وجود نداشته باشد) بیشتر از تعداد واقعی نمونه، پرسشنامه در میان پاسخگویان توزیع شده و سوالات به صورت کدبندی شده در نرم افزار (SPSS) وارد شدند.

در حالت کلی تحلیل داده ها به دو صورت انجام می پذیرد:

الف) توصیفی

ب) استنباطی

آمار توصیفی آماری است که الگوی پاسخ افراد را تلخیص می کند. در آمار توصیفی به توصیف داده ها از طریق فراوانی و درصد می پردازیم. در توصیف داده ها اگر داده یا داده های گم شده ای وجود داشته باشد (یعنی داده ای که مخدوش باشد یا در پرسشنامه تکمیل نشده باشد)، می بایستی فقط از داده های موجود (معتبر) درصدگیری شود.

آمار استنباطی با دو دسته از مسائل سرو کار دارد، ابتدا به برآورد می پردازد و سپس به آزمون فرضیه. به عبارتی در آمار استنباطی یک ویژگی (ها) را از جز (نمونه) به کل (جامعه) تعمیم می دهیم.

۴-۲- توصیف داده ها

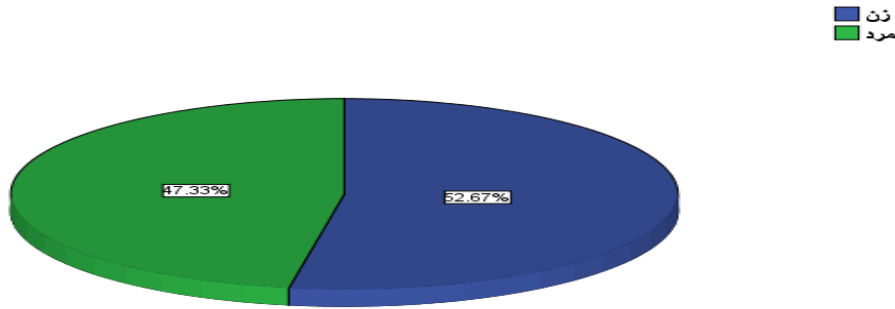
۴-۲-۱- جنسیت

جدول ۴-۱: توزیع جنسیت پاسخگویان

جنسیت	فراوانی	درصد فراوانی
زن	۷۹	۵۲/۷
مرد	۷۱	۴۷/۳
کل	۱۵۰	۱۰۰

جدول (۴-۱) و نمودار (۴-۱) بیانگر توزیع جنسیت پاسخگویان می باشد. همانطور که در جدول و نمودار ملاحظه می شود ۵۲/۷ درصد پاسخگویان زن و ۴۷/۳ درصد پاسخگویان مرد هستند. لذا چنین بر می آید بیشتر پاسخگویان زن هستند.

جنسیت



نمودار ۴-۱: توزیع جنسیت پاسخگویان

۴-۲-۲- وضعیت تاهل پاسخگویان

جدول ۴-۲: توزیع وضعیت تاهل پاسخگویان

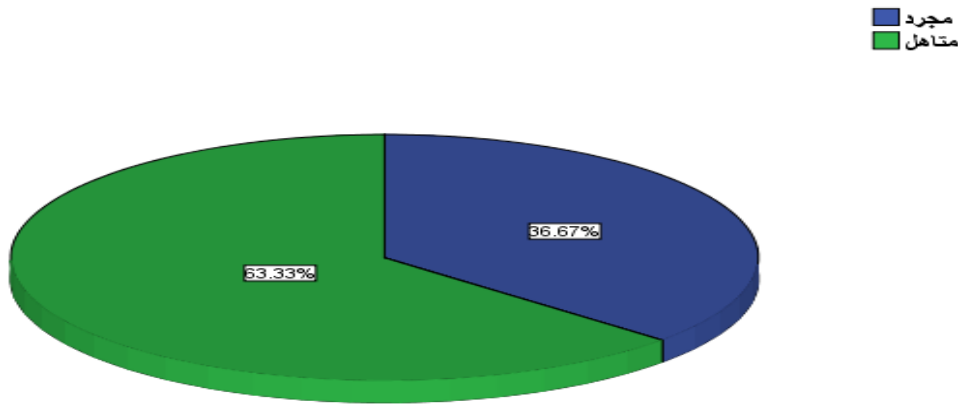
وضعیت تاهل	فراوانی	درصد فراوانی
مجرد	۵۵	۳۶/۷
متاهل	۹۵	۶۳/۳
کل	۱۵۰	۱۰۰

جدول (۲-۴) و نمودار (۲-۴) بیانگر توزیع وضعیت تاهل پاسخگویان می باشد. همانطور که در جدول و

نمودار ملاحظه می شود ۳۶/۷ درصد پاسخگویان مجرد و ۶۳/۳ درصد پاسخگویان متاهل می باشند. لذا چنین

برمی آید که بیشتر پاسخگویان متاهل هستند.

وضعیت تاهل



نمودار ۴-۲: توزیع وضعیت تاهل پاسخگویان

۴-۲-۳- میزان تحصیلات پاسخگویان

جدول ۴-۳: توزیع میزان تحصیلات پاسخگویان

میزان تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی
زیر دیپلم	۱۰۱	۶۷/۳
دیپلم	۴۰	۲۶/۷
بالای دیپلم	۹	۶
کل	۱۵۰	۱۰۰

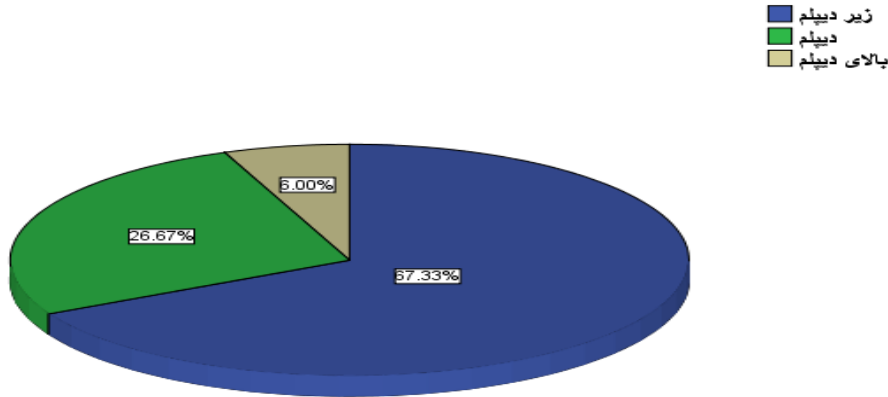
جدول (۴-۳) و نمودار (۴-۳) بیانگر توزیع میزان تحصیلات پاسخگویان می باشد. همانطور که در جدول

و نمودار ملاحظه می شود ۶۷/۳ درصد پاسخگویان دارای مدرک زیر دیپلم، ۲۶/۷ درصد پاسخگویان دیپلم و ۶

درصد پاسخگویان بالای دیپلم می باشند. لذا چنین برمی آید که بیشتر پاسخگویان دارای مدرک تحصیلی زیر

دیپلم هستند.

میزان تحصیلات



نمودار ۳-۴: توزیع میزان تحصیلات پاسخگویان

۴-۲-۴- توزیع سنی پاسخگویان

جدول ۴-۴: توزیع سنی پاسخگویان

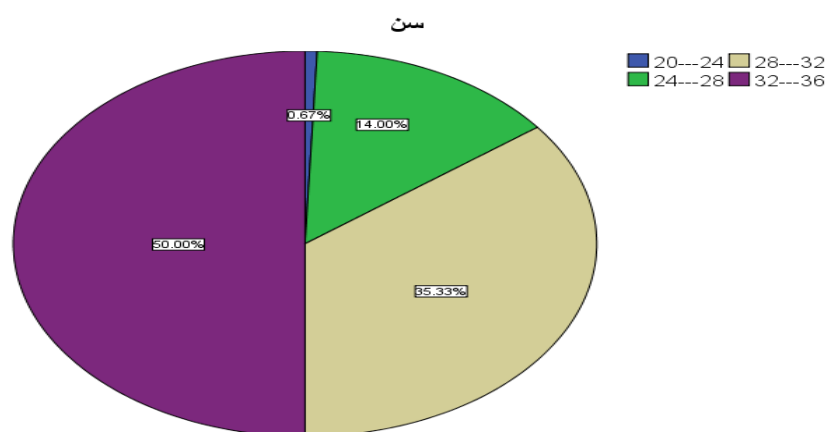
محدوده سنی	فراوانی	درصد فراوانی
۲۰----۲۴	۱	۰/۷
۲۴----۲۸	۲۱	۱۴
۲۸----۳۲	۵۳	۳۵/۳
۳۲----۳۶	۷۵	۵۰
کل	۱۵۰	۱۰۰

جدول (۴-۴) و نمودار (۴-۴) بیانگر توزیع سنی پاسخگویان می باشد. همانطور که در جدول و نمودار

ملاحظه می شود ۰/۷ درصد پاسخگویان سنی بین ۲۰ تا ۲۴ سال، ۱۴ درصد پاسخگویان بین ۲۴ تا ۲۸ سال،

۲۵/۳ درصد پاسخگویان بین ۲۸ تا ۳۲ سال و ۵۰ درصد پاسخگویان سنی بین ۳۲ تا ۳۶ سال دارند. لذا چنین

برمی آید که سن بیشتر پاسخگویان در محدوده ۳۲ تا ۳۶ می باشد.



نمودار ۴-۴: توزیع سنی پاسخگویان

۳-۴- بررسی شاخص های توصیفی گویه ها (سوالات) پرسشنامه ها

الف) پرسشنامه افسردگی:

جدول ۴-۵: شاخص های توصیفی مربوط به گویه های پرسشنامه افسردگی

سؤالات (گویه ها)	دامنه تغییرات	کمترین داده	بیشترین داده	میانگین نمرات (امتیازات)	انحراف معیار	واریانس	چولگی	کشیدگی
سوال ۱	۳	۱	۴	۱/۸۴۶۷	۰/۶۹۲۶	۰/۴۷۹۷	۰/۷۰۴۷	۱/۰۰۶۰
سوال ۲	۳	۱	۴	۱/۷۸۶۷	۰/۴۹۹۵	۰/۲۴۹۵	۰/۲۸۶۴	۳/۹۰۰۴
سوال ۳	۳	۱	۴	۱/۸۸۰۰	۰/۷۱۳۴	۰/۵۰۹۰	۰/۴۰۳۹	۰/۲۰۸۹-
سوال ۴	۳	۱	۴	۲/۴۳۳۳	۰/۸۱۴۴	۰/۶۶۳۳	۰/۱۸۰۲	۰/۴۳۲۳-
سوال ۵	۳	۱	۴	۲/۱۰۰۰	۰/۸۹۵۶	۰/۸۰۲۰	۰/۴۲۶۲	۰/۵۸۶۷-
سوال ۶	۳	۱	۴	۱/۵۲۰۰	۰/۷۶۶۱	۰/۵۸۶۸	۱/۲۴۸۳	۰/۵۰۰۶
سوال ۷	۳	۱	۴	۱/۹۶۶۷	۱/۰۱۹۴	۱/۰۳۹۱	۰/۹۱۵۰	۰/۲۳۳۹-
سوال ۸	۳	۱	۴	۲/۲۴۶۷	۰/۹۵۴۹	۰/۹۱۱۹	۰/۲۳۵۹	۰/۹۰۱۶-
سوال ۹	۳	۱	۴	۱/۵۹۳۳	۰/۷۷۸۰	۰/۶۰۵۳	۱/۶۳۳۹	۲/۹۱۵۲
سوال ۱۰	۳	۱	۴	۱/۸۰۶۷	۰/۷۱۱۳	۰/۵۰۶۰	۰/۹۷۹۲	۱/۷۴۰۴
سوال ۱۱	۳	۱	۴	۲/۲۵۳۳	۰/۹۰۶۳	۰/۸۲۱۳	۰/۶۲۶۵	۰/۲۹۷۸-
سوال ۱۲	۲	۱	۳	۱/۷۳۳۳	۰/۷۳۸۸	۰/۵۴۵۹	۰/۴۷۰۸	۱/۰۳۷۴-
سوال ۱۳	۳	۱	۴	۲/۰۳۳۳	۰/۶۱۷۶	۰/۳۸۱۴	۰/۳۲۶۶	۰/۷۳۸۰
سوال ۱۴	۳	۱	۴	۱/۶۰۶۷	۰/۹۷۵۵	۰/۹۵۱۶	۱/۳۸۸۱	۰/۵۷۹۲
سوال ۱۵	۳	۱	۴	۲/۰۴۰۰	۰/۶۹۴۰	۰/۴۸۱۶	۰/۸۰۱۴	۱/۴۲۷۴
سوال ۱۶	۳	۱	۴	۱/۷۳۳	۰/۸۷۲۱	۰/۷۶۰۶	۰/۹۷۹۴	۰/۰۸۷۹
سوال ۱۷	۲	۱	۳	۱/۸۵۳۳	۰/۴۹۶۸	۰/۲۴۶۸	-۰/۲۹۶۶	۰/۶۱۴۹
سوال ۱۸	۱	۱	۲	۱/۵۰۶۷	۰/۵۰۱۶	۰/۲۵۱۶	-۰/۰۲۶۹	۲/۰۲۶۵-
سوال ۱۹	۲	۱	۳	۱/۴۷۳۳	۰/۶۹۲۲	۰/۴۷۹۱	۱/۱۴۲۶	۰/۰۱۷۶-
سوال ۲۰	۳	۱	۴	۱/۵۹۳۳	۰/۶۴۶۱	۰/۴۱۷۴	۰/۷۸۱۰	۰/۲۸۹۵
سوال ۲۱	۲	۱	۳	۱/۶۸۰۰	۰/۶۲۷۳	۰/۳۹۳۶	۰/۳۶۳۹	۰/۶۵۶۶-

جدول (۴-۵) شاخص های توصیفی سؤالات (گویه ها) پرسشنامه افسردگی را نشان می دهد. در این

جدول دامنه تغییرات، کمترین داده، بیشترین داده، میانگین نمرات، انحراف معیار، واریانس، چولگی و کشیدگی

نمرات برای هر گویه به طور جداگانه محاسبه شده است.

جدول ۴-۶: شاخص های توصیفی مربوط به گویه های پرسشنامه اضطراب

سؤالات (گویه ها)	دامنه تغییرات	کمترین داده	بیشترین داده	میانگین نمرات (امتیازات)	انحراف معیار	واریانس	چولگی	کشیدگی
سوال ۱	۱	۱	۲	۱/۳۵۳۳	۰/۴۷۹۶	۰/۲۳۰۰	۰/۶۱۹۹	-۱/۶۳۷۸
سوال ۲	۲	۱	۳	۱/۴۸۰۰	۰/۶۵۲۵	۰/۴۲۵۸	۱/۰۲۹۷	۰-/۰۷۰۹
سوال ۳	۱	۱	۲	۱/۳۳۳۳	۰/۴۷۳۰	۰/۲۲۳۷	۰/۷۱۴۳	-۱/۵۱۰۱
سوال ۴	۲	۱	۳	۱/۳۴۰۰	۰/۵۷۷۳	۰/۳۳۳۳	۱/۵۰۰۷	۱/۲۶۷۴
سوال ۵	۳	۱	۴	۱/۶۰۰۰	۰/۸۱۱۰	۰/۶۵۷۷	۱/۰۸۶۵	۰/۱۱۰۹
سوال ۶	۲	۱	۳	۱/۳۱۳۳	۰/۵۳۲۶	۰/۲۸۳۷	۱/۴۶۹۶	۱/۲۵۵۷
سوال ۷	۲	۱	۳	۱/۴۴۶۷	۰/۵۵۰۰	۰/۳۰۲۵	۰/۷۰۴۶	-۰/۵۹۶۵
سوال ۸	۲	۱	۳	۱/۱۴۶۷	۰/۵۲۳۱	۰/۲۷۳۶	۳/۳۰۶۶	۹/۰۵۴۲
سوال ۹	۱	۱	۲	۱/۵۳۳۳	۰/۵۰۰۶	۰/۲۵۰۶	۰/۱۳۵۰-	-۲/۰۰۸۷
سوال ۱۰	۲	۱	۳	۱/۱۴۰۰	۰/۴۱۸۲	۰/۱۷۴۹	۳/۱۲۸۷	۹/۵۱۰۱
سوال ۱۱	۲	۱	۳	۱/۳۷۳۳	۰/۶۱۹۰	۰/۳۸۳۲	۱/۴۴۱۱	۰/۹۵۰۴
سوال ۱۲	۳	۱	۴	۱/۳۲۶۷	۰/۶۵۰۲	۰/۴۲۲۸	۲/۵۲۴۹	۷/۲۴۴۴
سوال ۱۳	۳	۱	۴	۱/۵۹۳۳	۰/۹۱۳۰	۰/۸۳۳۵	۱/۵۹۶۵	۱/۶۴۷۴
سوال ۱۴	۳	۱	۴	۱/۵۰۶۷	۰/۷۲۱۲	۰/۵۲۰۱	۱/۶۰۸۶	۲/۸۰۲۱
سوال ۱۵	۱	۱	۲	۱/۲۷۳۳	۰/۴۴۷۲	۰/۲۰۰۰	۱/۰۲۷۵	-۰/۹۵۷۲
سوال ۱۶	۱	۱	۲	۱/۳۵۳۳	۰/۴۷۹۶	۰/۲۳۰۰	۰/۶۱۹۹	-۱/۶۳۷۸
سوال ۱۷	۳	۱	۴	۲/۰۵۳۳	۱/۰۵۴۱	۱/۱۱۱۲	۰/۹۰۲۹	-۰/۳۵۶۶
سوال ۱۸	۳	۱	۴	۱/۸۴۰۰	۰/۹۴۸۹	۰/۹۰۰۴	۱/۰۴۳۰	۰/۲۲۳۵
سوال ۱۹	۳	۱	۴	۱/۱۶۰۰	۰/۵۸۰۲	۰/۳۳۶۶	۴/۱۵۴۹	۱۷/۲۷۴۵
سوال ۲۰	۳	۱	۴	۱/۸۹۳۳	۱/۱۹۳۶	۱/۴۲۴۸	۱/۰۰۰۴	-۰/۶۴۴۴
سوال ۲۱	۳	۱	۴	۲/۰۶۰۰	۱/۲۷۵۶	۱/۶۲۷۲	۰/۷۱۲۲	-۱/۲۴۱۷

جدول (۴-۶) شاخص های توصیفی سؤالات (گویه ها) پرسشنامه اضطراب را نشان می دهد. در این

جدول نیز دامنه تغییرات، کمترین داده، بیشترین داده، میانگین نمرات، انحراف از معیار، واریانس، چولگی و

کشیدگی نمرات برای هر گویه به طور جداگانه محاسبه شده است.

۴-۴- بررسی فرضیه های پژوهش

در این قسمت از پژوهش، فرضیه های تحقیق مورد بررسی قرار می گیرند و با استفاده از درصد گیری از

نمرات میزان شیوع اضطراب و افسردگی بیماران تحت درمان، بررسی و مشخص می شود. در ادامه جهت بررسی دقیق تر و تصمیم بر اساس یک روش (آزمون) آماری معتبر به تایید این نتیجه گیری می پردازیم. آزمون های آماری به کار گیری شده آزمون T و خی-دو می باشد. بدین ترتیب بر اساس نمره هر گویه که مقداری بین ۱ تا ۴ اختیار می کند و نیز با توجه به میانگین امتیازات (نمرات) پرسشنامه که حد وسط این میانگین مقدار ۲ می باشد لذا مقدار مورد آزمون (مورد ادعا) در آزمون T عدد ۲ خواهد بود که این مقدار نشانگر میزان افسردگی معمولی (متوسط) می باشد که کمتر بودن میانگین نمرات پرسشنامه دال بر کاهش میزان افسردگی و میزان اضطراب با روش درمانی مورد نظر (درمان با متادون) می باشد و برعکس بالاتر بودن این مقدار از عدد ۲ نشانگر افسردگی و اضطراب شدیدتر می باشد. البته در این راستا با استفاده از آزمون خی-دو نیز این نتایج را بررسی می کنیم که خروجی های همسو با آزمون T تاییدی بر نتایج حاصله می باشد. لازم به توضیح می باشد که به علت مشخص نبودن واریانس جامعه ماهیت آزمون به کار گرفته شده، آزمون T می باشد، ولی به علت حجم بالای نمونه، این آزمون معادل با آزمون Z می شود. چراکه برای نمونه هایی که به اندازه کافی بزرگ هستند (حجم نمونه بالای ۳۰) با زیاد شدن حجم نمونه توزیع T بر توزیع نرمال منطبق شده و به تبع چندک های این توزیع نیز با هم برابر خواهند بود. مقادیر محاسبه شده نظیر آماره های مربوط به آزمون ها هیچ تغییری نکرده و استنباط و نتیجه گیری هیچ تغییری نکرده و خدشه ای بر آنها وارد نمی شود. ضمناً برای انجام آزمون Z در نرم افزار spss منوبی وجود ندارد و جهت انجام این آزمون کافی است شرایط آزمون Z برقرار باشد و در نتیجه تمامی خروجی ها و استنباط ها یکسان و درست خواهند بود.

*** جدول معادل بودن توزیع T و توزیع نرمال (Z) برای نمونه های بالا نیز به پیوست می باشد.

۴-۱-۴-۱- فرضیه اول

*میزان شیوع افسردگی در معتادین (بین سنین ۲۰ تا ۳۵) تحت درمان با متادون در شهر ارومیه در حد متوسط می باشد.

در این قسمت ابتدا میزان شیوع افسردگی در بین معتادین تحت درمان با متادون را محاسبه و مشخص کرده و در مرحله بعد با استفاده از آزمون های مذکور به تایید یا رد ادعای خود می پردازیم. بر اساس مقدار میانگین نمرات افسردگی، میزان شیوع افسردگی در بین بیماران تحت درمان ۱/۴۳۲۸ می باشد. این مقدار از حد متوسط نمرات یعنی عدد ۲ پایین بوده و نشان می دهد میزان شیوع افسردگی در بین بیماران تحت درمان کمتر از ۵۰ درصد می باشد. به عبارتی دقیق تر میزان شیوع افسردگی در بین بیماران تحت درمان ۳۵/۸۲ درصد بوده و این مقدار نشان می دهد با روش درمان متادون میزان افسردگی به مقدار ۶۴/۱۸ درصد کاهش یافته است. حال جهت تایید این ادعا به نتایج آزمون T مراجعه می نمایم.

جدول ۴-۷: شاخص های توصیفی مربوط به آزمون T (متغیر افسردگی)

متغیر مورد بررسی	حجم نمونه	میانگین نمونه ای	انحراف معیار
افسردگی	۱۵۰	۱/۴۳۲۸	۰/۱۱۵۲

جدول (۴-۷)، مقادیر توصیفی آزمون T مربوط به متغیر افسردگی را نشان می دهد. در این جدول حجم نمونه، میانگین نمونه ای و انحراف معیار مربوطه نشان داده شده است که این مقادیر به ترتیب ۱۵۰، ۱/۴۳۲۸ و ۰/۱۱۵۲ می باشند.

جدول ۴-۸: نتایج آزمون T (متغیر افسردگی)

متغیر مورد آزمون	مقدار آماره T	درجه آزادی	مقدار معنی داری	مقدار مورد آزمون (مورد ادعا) = ۲
افسردگی	-۶۰/۲۸۱۶	۱۴۹	۰/۰۰۰۰	-۰/۵۶۷۲

جدول (۴-۸)، نتایج آزمون T مربوط به متغیر افسردگی را نشان می دهد. در این جدول مقدار آماره T، درجه آزادی، اختلاف میانگین نمونه از مقدار تجربی (مورد ادعا) و معنی داری آزمون محاسبه شده است. چونکه معنی داری آزمون یعنی ۰/۰۰۰ کمتر از ۰/۰۵ می باشد، لذا در سطح خطای ۵ درصد فرض صفر مبنی بر اینکه میزان شیوع افسردگی در بین بیماران تحت درمان با متادون در حد متوسط است رد می شود. از طرفی چون مقدار اختلاف میانگین نمونه از مقدار مورد ادعا برابر با ۰/۵۶۷۲- بوده و علامت این مقدار منفی است، لذا با اطمینان ۹۵ درصد می توان ادعا کرد که میزان شیوع افسردگی در بین بیماران تحت درمان با متادون کمتر از حد متوسط بوده و ادعای ما در خصوص پایین آمدن میزان افسردگی در بین بیماران تحت درمان (با اطمینان ۹۵ درصد) مورد تایید واقع می شود.

۴-۴-۲- فرضیه دوم

*میزان شیوع اضطراب در معتادین (بین سنین ۲۰ تا ۳۵) تحت درمان بامتادون در شهر ارومیه در حد متوسط می باشد.

در این قسمت نیز ابتدا میزان شیوع اضطراب در بین معتادین تحت درمان با متادون را محاسبه و مشخص کرده و در مرحله بعد با استفاده از آزمون های مذکور به تایید یا رد ادعای خود می پردازیم. بر اساس مقدار میانگین نمرات اضطراب، میزان شیوع اضطراب در بین بیماران تحت درمان ۱/۴۸۱۹ می باشد. این مقدار از حد متوسط نمرات یعنی عدد ۲ پایین بوده و نشان می دهد میزان شیوع اضطراب در بین بیماران تحت درمان کمتر از ۵۰ درصد می باشد. به عبارتی دقیق تر میزان شیوع اضطراب در بین بیماران تحت درمان ۳۷/۰۴ درصد بوده و این مقدار نشان می دهد با روش درمان متادون میزان اضطراب به مقدار ۶۲/۹۶ درصد کاهش یافته است. به طور مشابه جهت تایید این ادعا به نتایج آزمون T مراجعه می نمایم.

جدول ۴-۹: شاخص های توصیفی مربوط به آزمون T (متغیر اضطراب)

متغیر مورد بررسی	حجم نمونه	میانگین نمونه ای	انحراف معیار
اضطراب	۱۵۰	۱/۴۸۱۹	۰/۰۸۶۶

جدول (۴-۹)، مقادیر توصیفی آزمون T مربوط به متغیر اضطراب را نشان می دهد. در این جدول حجم نمونه، میانگین نمونه ای و انحراف معیار مربوطه نشان داده شده است که این مقادیر به ترتیب ۱۵۰، ۱/۴۸۱۹ و ۰/۰۸۶۶ می باشند.

جدول ۴-۱۰: نتایج آزمون T (متغیر اضطراب)

متغیر مورد آزمون	مقدار آماره T	درجه آزادی	مقدار معنی داری	اختلاف میانگین نمونه از مقدار مورد ادعا	مقدار مورد آزمون (مورد ادعا) = μ
اضطراب	-۱۹۴/۷۳	۱۴۹	۰/۰۰۰۰	۰/۵۱۸۱	

جدول (۴-۱۰)، نتایج آزمون T مربوط به متغیر اضطراب را نشان می دهد. در این جدول مقدار آماره T، درجه آزادی، اختلاف میانگین نمونه از مقدار تجربی (مورد ادعا) و معنی داری آزمون محاسبه شده است. چونکه معنی داری آزمون یعنی ۰/۰۰۰ کمتر از ۰/۰۰۵ می باشد، لذا در سطح خطای ۵ درصد فرض صفر مبنی بر اینکه میزان شیوع اضطراب در بین بیماران تحت درمان با متادون در حد متوسط است رد می شود. از طرفی چون مقدار اختلاف میانگین نمونه از مقدار مورد ادعا برابر با ۰/۵۱۸۱- بوده و علامت این مقدار منفی است، لذا با اطمینان ۹۵ درصد می توان ادعا کرد که میزان شیوع اضطراب در بین بیماران تحت درمان با متادون کمتر از حد متوسط بوده و ادعای ما در خصوص پایین آمدن میزان اضطراب در بین بیماران تحت درمان (با اطمینان ۹۵ درصد) مورد تایید واقع می شود.

۴-۵- بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش

از جمله شرایط اساسی استفاده از آزمون T، نرمال بودن توزیع متغیر مورد آزمون می باشد. یکی از روشهای

مرسوم بررسی نرمال بودن داده ها، آزمون کولوموگروف-اسمیرنوف می باشد. بنابراین در این قسمت به بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش می پردازیم.

۴-۵-۱- آزمون کولوگوروف- اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش

جدول ۴-۱۱: نتایج آزمون کولوموگروف- اسمیرنوف

متغیر	میانگین توزیع	انحراف معیار توزیع	آماره کولوموگروف-اسمیرنوف	معنی داری
افسردگی	۱/۴۳۲۸	۰/۱۱۵۲	۱/۸۷۷	۰/۱۷۵
اضطراب	۱/۴۸۱۹	۰/۰۸۶۶	۱/۷۱۰	۰/۱۵۸

جدول (۴-۱۱)، نتایج آزمون کولوموگروف- اسمیرنوف برای متغیرهای پژوهش را نشان می دهد. در این جدول ، پارامترهای توزیع نرمال یعنی میانگین و انحراف معیار و مقدار آماره کولوموگروف- اسمیرنوف را به همراه مقدار معنی داری آزمون محاسبه شده اند، چونکه مقدار معنی داری آزمون برای تمامی هر دو متغیر بیشتر از ۰/۰۵ می باشد، لذا در سطح معنی داری ۵ درصد فرض نرمال بودن توزیع داده ها (متغیرهای) رد نشده و مورد تایید واقع می گردد. به عبارتی با اطمینان ۹۵ درصد می توان ادعا کرد، توزیع متغیرهای افسردگی و اضطراب از توزیع نرمال تبعیت می کنند.

۴-۶- آزمون خی-دو جهت بررسی و تایید مجدد فرضیه ها

در این بخش، با استفاده آزمون خی-دو یکسان بودن میزان شیوع افسردگی و اضطراب بیماران تحت درمان با متادون را در چهار طیف پرسشنامه ها بررسی می کنیم. به عبارتی فرض صفر بیان می کند میزان شیوع افسردگی و اضطراب در حالت متوسط، ضعیف، شدید و خیلی شدید با هم برابر بوده و درمان مورد نظر تاثیر معنی داری در کاهش میزان افسردگی و اضطراب ندارد.

۴-۶-۱- آزمون خی-دو برای میزان شیوع افسردگی در بین بیماران تحت درمان

جدول ۴-۱۲: نتایج آزمون خی-دو برای متغیر افسردگی

گویه ها	مقدار آماره خی-دو	درجه آزادی	معنی داری
گویه ۱	۱۱۱/۴۹۳۳	۳	۰/۰۰۰۰
گویه ۲	۸۸۰۰/۱۲۶	۲	۰/۰۰۰۰
گویه ۳	۸۴/۱۳۳۳	۳	۰/۰۰۰۰
گویه ۴	۵۵/۴۹۳۳	۳	۰/۰۰۰۰
گویه ۵	۳۵/۴۴۰۰	۳	۰/۰۰۰۰
گویه ۶	۱۳۱/۲۲۶۷	۳	۰/۰۰۰۰
گویه ۷	۵۴/۰۰۰۰	۳	۰/۰۰۰۰
گویه ۸	۱۹/۵۴۶۷	۳	۰/۰۰۰۰۲
گویه ۹	۵۳/۳۲۰۰	۲	۰/۰۰۰۰
گویه ۱۰	۱۱۸/۵۳۳۳	۳	۰/۰۰۰۰
گویه ۱۱	۶۷/۶۵۳۳	۳	۰/۰۰۰۰
گویه ۱۲	۱۷/۹۲۰۰	۲	۰/۰۰۰۰
گویه ۱۳	۱۴۳/۴۹۳۳	۳	۰/۰۰۰۰
گویه ۱۴	۱۳۹/۹۷۳۳	۳	۰/۰۰۰۰
گویه ۱۵	۱۳۹/۳۳۳۳	۳	۰/۰۰۰۰
گویه ۱۶	۷۱/۹۷۳۳	۳	۰/۰۰۰۰
گویه ۱۷	۱۱۲/۸۴۰۰	۲	۰/۰۰۰۰
گویه ۱۸	۰/۰۲۶۷	۱	۰/۰۰۱۳
گویه ۱۹	۶۷/۴۸۰۰	۲	۰/۰۰۰۰
گویه ۲۰	۱۱۰/۹۶۰۰	۳	۰/۰۰۰۰
گویه ۲۱	۴۳/۳۲۰۰	۲	۰/۰۰۰۰

جدول (۴-۱۲)، نتایج آزمون خی-دو برای فرض یکسان بودن میزان شیوع افسردگی در چهار سطح

مختلف (ضعیف، متوسط، شدید و خیلی شدید) را نشان می دهد. در این جدول، مقدار آماره خی-دو، درجه

آزادی و مقدار معنی داری برای هر گویه محاسبه شده است. از آنجاییکه مقدار معنی داری آزمون برای تمامی

گویه های پرسشنامه افسردگی کمتر از ۰/۰۵ می باشد، لذا در سطح خطای ۵ درصد فرض برابری میزان شیوع

در چهار سطح مذکور رد می شود و بر اساس میانگین نمرات شیوع افسردگی می توان نتیجه گرفت که با اطمینان ۹۵ درصد میزان شیوع افسردگی در بین بیماران تحت درمان با متادون کمتر از حد متوسط می باشد.

۴-۶-۲- دو برای میزان شیوع اضطراب در بین بیماران تحت درمان

جدول ۴-۱۳: نتایج آزمون خی-دو برای متغیر اضطراب

گویه ها	مقدار آماره خی-دو	درجه آزادی	معنی داری
گویه ۱	۱۲/۹۰۶۷	۱	۰/۰۰۰۳
گویه ۲	۶۱/۳۲۰۰	۲	۰/۰۰۰۰
گویه ۳	۱۶/۶۶۶۷	۱	۰/۰۰۰۰
گویه ۴	۱۰۴/۷۶۰۰	۲	۰/۰۰۰۰
گویه ۵	۱۰۶/۱۶۰۰	۳	۰/۰۰۰۰
گویه ۶	۱۱۱/۱۶۰۰	۲	۰/۰۰۰۰
گویه ۷	۷۱/۳۲۰۰	۲	۰/۰۰۰۰
گویه ۸	۱۰۹/۲۲۶۷	۱	۰/۰۰۰۰
گویه ۹	۰/۶۶۶۷	۱	۰/۰۴۱۲
گویه ۱۰	۲۰۷/۴۸۰۰	۲	۰/۰۰۰۰
گویه ۱۱	۹۶/۰۴۰۰	۲	۰/۰۰۰۰
گویه ۱۲	۱۲۰/۰۴۰۰	۲	۰/۰۰۰۰
گویه ۱۳	۱۲۳/۵۴۶۷	۳	۰/۰۰۰۰
گویه ۱۴	۱۳۱/۹۲۰۰	۳	۰/۰۰۰۰
گویه ۱۵	۳۰/۸۲۶۷	۱	۰/۰۰۰۰
گویه ۱۶	۱۲/۹۰۶۷	۱	۰/۰۰۰۳
گویه ۱۷	۱۷/۶۴۰۰	۲	۰/۰۰۰۱
گویه ۱۸	۶۲/۶۴۰۰	۳	۰/۰۰۰۰
گویه ۱۹	۲۲۲/۰۴۰۰	۲	۰/۰۰۰۰
گویه ۲۰	۳۰/۳۷۶۰۰	۲	۰/۰۰۰۰
گویه ۲۱	۱۹/۵۶۰۰	۲	۰/۰۰۰۱

جدول (۴-۱۳)، نتایج آزمون خی-دو برای فرض یکسان بودن میزان شیوع اضطراب در چهار سطح

مختلف (ضعیف، متوسط، شدید و خیلی شدید) را نشان می دهد. در این جدول نیز، مقدار آماره خی-دو، درجه

آزادی و مقدار معنی داری برای هر گویه محاسبه شده است. از آنجاییکه مقدار معنی داری آزمون برای تمامی گویه های پرسشنامه اضطراب کمتر از ۰/۰۵ می باشد، لذا در سطح خطای ۵ درصد فرض برابری میزان شیوع در چهار سطح مذکور رد می شود و بر اساس میانگین نمرات شیوع اضطراب می توان نتیجه گرفت که با اطمینان ۹۵ درصد میزان شیوع اضطراب در بین بیماران تحت درمان با متادون کمتر از حد متوسط می باشد.

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

۵-۱- مقدمه

هدف اصلی هر پژوهش دستیابی به نتایج و یافته‌هایی است که با تکیه بر آن بتوان راهکارهایی را جهت بهبود وضعیت و یا نیل به اهداف ارائه داد. افزون بر آن، دستاوردها و نتایج حاصل از این گونه تحقیقات می‌تواند سنگ بنایی برای پژوهشگران دیگر در انجام پژوهش‌های مشابه در آینده باشد. عبارتی هر پژوهشی با هدف دستیابی به نتایج جهت افزایش آگاهی و یا کمک به تصمیم‌گیری در مورد مسأله‌ای خاص، صورت می‌گیرد و ارزش آن به میزان کمکی بستگی دارد که در این راستا به پژوهشگر یا تصمیم‌گیرنده می‌کند. در این فصل نتایج حاصل از پژوهش با توجه به داده‌های جمع‌آوری‌شده و با استفاده از تکنیک‌ها و آزمون‌های آماری انجام شده، ارائه و با نتایج تحقیقات مشابه و مرتبط (در صورت امکان)، مقایسه می‌گردد. در ادامه پیشنهادهایی بر مبنای یافته‌های تحقیق و نیز پیشنهادهایی برای تحقیقات آتی ارائه می‌شود و در نهایت محدودیت‌های تحقیق ذکر می‌گردد.

۵-۲- یافته‌های توصیفی

پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان شیوع اضطراب و افسردگی در جوانان معتاد، بین سنین ۲۰ تا ۳۵ سال تحت درمان با متادون و درمان سرپایی و بستری در مراکز دولتی شهر ارومیه انجام گرفت. این پژوهش از

نظر هدف کاربردی بوده و با توجه به طرح تحقیق و نحوه بیان فرضیه‌ها توصیفی است. جامعه آماری این پژوهش کلیه معتادین جوان بین سنین ۲۰ تا ۳۵ مراجعه کننده به مراکز درمانی دولتی شهر ارومیه در سال ۹۴ بوده و روش نمونه گیری تصادفی ساده می‌باشد. شهرستان ارومیه طبق آمارسازمان مبارزه با مواد مخدر شهرارومیه دارای یک مرکز بستری (رازی) و ۷ مرکز اقامتی میان مدت یا کمپ و ۵۰ مرکز سرپایی درمان با دارو (آگروست) می‌باشد. که در این مراکز و مرکز زندانها ۱۵۴۹ نفر تحت درمان می‌باشند که تقریباً ۸۹ نفر آنان زن و ۱۴۶۰ نفر مرد می‌باشند. به منظور تعیین حجم کلی نمونه‌ای که باید از جامعه مورد مطالعه انتخاب گردد و این افراد پاسخگوی پرسشنامه‌ی تحقیق باشند که از بین کلیه معتادین جوان بین سنین ۲۰ تا ۳۵ انتخاب گردید. که بر اساس جدول مورگان ۳۱۰ نفر انتخاب نمودیم. ابزار اندازه گیری در این پژوهش، طیف های لیکرت در پرسشنامه می‌باشد. جهت اندازه گیری متغیرها، با توجه به متغیرهای وابسته در این تحقیق از دو پرسشنامه اضطراب (بک، ۲۰۱۴) و تست افسردگی (بک، ۲۰۱۵) استفاده شد. در پایان نتایج حاصل از تحلیل استنباطی داده ها و آزمون فرضیه های پژوهش به صورت ذیل بدست آمد:

در این قسمت از پژوهش، فرضیه های تحقیق مورد بررسی قرار داده و با استفاده از درصد گیری از نمرات میزان شیوع اضطراب و افسردگی بیماران تحت درمان، بررسی و مشخص شدند. در ادامه جهت بررسی دقیق تر و تصمیم بر اساس یک روش (آزمون) آماری معتبر به تایید این نتیجه گیری می پردازیم. آزمون های آماری به کار گیری شده آزمون T و خی-دو می باشد. بدین ترتیب بر اساس نمره هر گویه که مقداری بین ۱ تا ۴ اختیار می کند و نیز با توجه به میانگین امتیازات (نمرات) پرسشنامه که حد وسط این میانگین مقدار ۲ می باشد لذا مقدار مورد آزمون (مورد ادعا) در آزمون T عدد ۲ خواهد بود که این مقدار نشانگر میزان افسردگی معمولی می باشد که کمتر بودن میانگین نمرات پرسشنامه دال بر کاهش میزان افسردگی و میزان اضطراب با روش

درمانی مورد نظر (درمان با متادون) می باشد و برعکس بالاتر بودن این مقدار از عدد ۲ نشانگر افسردگی و اضطراب شدیدتر می باشد. البته در این راستا با استفاده از آزمون خی-دو نیز این نتایج را بررسی می کنیم که خروجی های همسو با آزمون T تاییدی بر نتایج حاصله می باشد.^۱

۵-۲-۱- فرضیه اول

بین میزان شیوع افسردگی در معتادین (بین سنین ۲۰ تا ۳۵) و درمان با متادون (به صورت بستری و سرپایی) در شهر ارومیه رابطه معنی داری وجود دارد.

در این قسمت ابتدا میزان شیوع افسردگی در بین معتادین تحت درمان با متادون را محاسبه و مشخص کرده و در مرحله بعد با استفاده از آزمون های مذکور به تایید یا رد ادعای خود پرداختیم. بر اساس مقدار میانگین نمرات افسردگی، میزان شیوع افسردگی در بین بیماران تحت درمان ۱/۴۳۲۸ می باشد. این مقدار از حد متوسط نمرات یعنی عدد ۲ پایین بوده و نشان می دهد میزان شیوع افسردگی در بین بیماران تحت درمان کمتر از ۵۰ درصد می باشد. به عبارتی دقیق تر میزان شیوع افسردگی در بین بیماران تحت درمان ۳۵/۸۲ درصد بوده و این مقدار نشان می دهد با روش درمان متادون میزان افسردگی به مقدار ۶۴/۱۸ درصد کاهش یافته است. باتوجه به نتایج آزمون t از طرفی چون مقدار اختلاف میانگین نمونه از مقدار مورد ادعا برابر با ۰/۵۶۷۲- بوده و علامت این مقدار منفی است، لذا با اطمینان ۹۵ درصد می توان ادعا کرد که بین میزان شیوع افسردگی در بین بیماران تحت درمان با متادون رابطه معنی داری وجود دارد و ادعای ما در خصوص پایین آمدن میزان افسردگی در بین بیماران تحت درمان (با اطمینان ۹۵ درصد) مورد تایید واقع می شود.

۱ تذکر: خاطر نشان میسازیم که علاوه برمتادون عوامل دیگری نیز ممکن است درکاهش متادون موثر باشد (سایر روشها ومحیط) که بررسی آنها اینجا ضروری نبوده متغیرهای کنترل شده محسوب می شوند.

۵-۲-۲- فرضیه دوم

بین میزان شیوع اضطراب در معتادین (بین سنین ۲۰ تا ۳۵) و درمان با متادون (به صورت بستری و سرپایی) در شهر ارومیه رابطه معنی داری وجود دارد.

در این قسمت نیز ابتدا میزان شیوع اضطراب در بین معتادین تحت درمان با متادون را محاسبه و مشخص کرده و در مرحله بعد با استفاده از آزمون های مذکور به تایید یا رد ادعای خود می پردازیم.

بر اساس مقدار میانگین نمرات اضطراب، میزان شیوع اضطراب در بین بیماران تحت درمان ۱/۴۸۱۹ می باشد. این مقدار از حد متوسط نمرات یعنی عدد ۲ پایین بوده و نشان می دهد میزان شیوع اضطراب در بین بیماران تحت درمان کمتر از ۵۰ درصد می باشد. به عبارتی دقیق تر میزان شیوع اضطراب در بین بیماران تحت درمان ۳۷/۰۴ درصد بوده و این مقدار نشان می دهد با روش درمان متادون میزان اضطراب به مقدار ۶۲/۹۶ درصد کاهش یافته است. با توجه به نتایج آزمون t چونکه معنی داری آزمون یعنی ۰/۰۰۰ کمتر از ۰/۰۵ می باشد، لذا در سطح خطای ۵ درصد فرض صفر مبنی بر اینکه بین میزان شیوع اضطراب و درمان با متادون رابطه معنی داری وجود دارد رد می شود. از طرفی چون مقدار اختلاف میانگین نمونه از مقدار مورد ادعا برابر با ۰/۵۱۸۱- بوده و علامت این مقدار منفی است، لذا با اطمینان ۹۵ درصد می توان ادعا کرد که میزان شیوع اضطراب در بین بیماران تحت درمان با متادون کمتر از حد متوسط بوده و ادعای ما در خصوص پایین آمدن میزان اضطراب در بین بیماران تحت درمان (با اطمینان ۹۵ درصد) مورد تایید واقع می شود.

در کل: نتایج نشان داد که شیوع اضطراب و افسردگی با مصرف متادون در طول درمان چه به صورت بستری و چه به صورت سرپایی کاهش قابل ملاحظه ای داشته است. میزان افسردگی به مقدار ۶۴/۱۸ و میزان اضطراب به مقدار ۶۲/۹۶ درصد کاهش یافته است.

۵-۳- یافته های استنباطی پژوهش

نتایج تحقیق ما همانطور که ملاحظه نمودید نشان داد که شیوع اضطراب و افسردگی با مصرف متادون در طول درمان چه به صورت بستری و چه به صورت سرپایی کاهش قابل ملاحظه ای داشته است. تحقیقات همسو و ناهمسو بسیاری درخصوص نتایج حاصل از فرضیه های آماری ما وجود داشته اند :

درخصوص فرضیه اول : (بین میزان شیوع افسردگی در معتادین (بین سنین ۲۰ تا ۳۵) و درمان با متادون در شهر ارومیه رابطه معنی داری وجود دارد) ما دریافتیم که میزان افسردگی پس از مصرف داروی متادون به مقدار ۶۴/۱۸ درصد کاهش یافته است و درخصوص فرضیه دوم : (بین میزان شیوع اضطراب در معتادین (بین سنین ۲۰ تا ۳۵) و درمان با متادون در شهر ارومیه رابطه معنی داری وجود دارد) ما دریافتیم که میزان اضطراب پس از مصرف داروی متادون به مقدار ۶۲/۹۶ درصد کاهش یافته است . در این تحقیق شایان ذکر است که دو جنسیت (زن و مرد) به یک صورت کاهش اضطراب و افسردگی داشته اند.

رئیس دهکردی، زیبا ؛ قصاب شیرازی، مروارید ؛ گلپان تهرانی ، شهناز؛ (۱۳۹۲). در تحقیق خود که بر روی ۷۲ فرد معتاد انجام دادند دریافتند که این افراد قبل از درمان با متادون دچار افسردگی بودند . یک ماه پس از درمان، این رقم به ۴۶ فرد کاهش پیدا کرد و این کاهش معنی دار بود . میزان اضطراب بعد از مصرف متادون کاهش و نیز کیفیت زندگی به طور معنی داری بهبود پیدا کرد در نتیجه استفاده از درمان های جایگزینی مانند متادون می تواند در کاهش شیوع و شدت افسردگی، اضطراب و افزایش کیفیت زندگی موثر باشد. که تحقیقات وی نیز با تحقیقات ماهمسو می باشد. و نیز تحقیقات انجام گرفته توسط حمزه لوثیان (۱۳۸۷) پژوهشی به منظور بررسی مقایسه ی علائم اضطراب و افسردگی (قبل و بعد از درمان نگهدارنده با متادون و بوپره نورفین) انجام داد ، نتایج تحقیق نشان که علائم اضطراب و افسردگی با گذشت زمان در هر دو گروه درمانی به طور

معناداری کاهش یافته بود و از لحاظ کاهش علائم تفاوت معناداری میان دوگروه درمانی وجود نداشت. و بسیاری تحقیقات دیگر نیز که در فصل دوا اشاره شد همه و همه تایید کننده این تبیین می باشند که :

شیوع اضطراب و افسردگی با مصرف متادون در طول درمان چه به صورت بستری و چه به صورت سرپایی کاهش قابل ملاحظه ای داشته است.

۵-۴- محدودیت های پژوهش

۱- از محدودیت های عمده این تحقیق این موضوع می باشد که به علت سرپایی بودن درمان معتادان مراجعه کننده جهت دریافت متادون (بیش از ۹۰ درصد سرپایی می باشد چون درمان معتادان به صورت بستری زمانی صورت میگیرد که بیماری بسیار پیشرفت کرده است و فرد معتاد باید بستری و تحت نظر باشد)، ما طبیعتاً به کل جامعه آماری مورد نظر دسترسی نداشتیم و تحقیق رو بصورت در دسترس انجام دادیم و بر روی ۱۵۰ بیمار مراجعه کننده به کلینیک که فقط ۱۰ نفر آنها بستری شدند.

۲- صحت پاسخگویی آزمودنیها به پرسشنامه ها به دلیل پیامدهای روانشناختی مصرف مواد، علتی انکار نشدنی و با اهمیت است که ممکن است در شیوه پاسخدهی افراد تاثیر گذاشته باشد.

۳- این مطالعه در مراکز دولتی شهر ارومیه صورت گرفته و بخاطر متفاوت بودن اقلیم و شرایط تعمیم آن به شهرها و استانهای مراکز دیگر باید با احتیاط صورت گیرد.

۴- با توجه به اینکه روش مطالعه در این تحقیق علی-مقایسه ای (پس رویدادی) می باشد، وبه علت متغیر بودن عوامل روانی معتادین و نداشتن کنترل در این روش مطالعه، محدودیت دیگر این پژوهش به شمار می رود. در این روش به دشواری می توان علیت را بر مبنای اطلاعات جمع آوری شده نتیجه گرفت، زیرا عامل های بسیاری ممکن است در بدست آمدن نتیجه تحقیق موثر بوده باشند.

۵- داده های این پژوهش فقط از طریق پرسشنامه جمع آوری شده است.

۶- عدم شناخت و آگاهی نسبت به پرسشنامه های روانشناسی و همچنین تحصیلات پایین برخی از

معتادان سبب شد که برخی از آنها در اجرای پرسشنامه ها مقاومت نشان بدهند و همکاری کمی داشته باشند.

۷- باتوجه به اینکه ما با پدیده های روانشناختی مواجه هستیم و علاوه برمتادون شرایط روحی و محیط

معتادین نیز ممکن است در تحقیق ماتاثیر داشته باشد وامکان تحت کنترل قرار دادن بیماران مراجعه کننده به

صورت سرپایی وجود ندارد.

۸- مسئولین کمپ های زنان اجازه ورود به کمپ را نداده و پرسشنامه ها بدون نظارت محقق پر شده ولذا

امکان توضیح و یا رفع اشکال معتادین درخصوص سوالات پرسشنامه وجود نداشت.

۵-۵- پیشنهادها

۵-۵-۱- پیشنهادهای کاربردی

۱- با توجه به گرایش روز افزون افراد در سنین مختلف به مواد مخدر و کاهش سنی به مصرف موادمخدر

و در معرض خطر بودن افراد با دامنه سنی نوجوانی وجوانی بنا به دلایل مختلف فردی، خانوادگی و اجتماعی،

پیشنهاد می شود که از طرف سازمانهای دولتی وخصوصی، دانشگاه ها، مدارس و... به بر پایی دوره های

آموزشی متنوع و مختلفی با توجه به شرایط زندگی، وضعیت سنی و خانوادگی واجتماعی برگزار شود و

مخاطرات مصرف و پیامدهای آن را به افراد و آزمودنیها متذکر شد.

۲- پیشنهاد می شود که مجریان و صاحب نظران آموزشی علاوه بر توجه به برگزاری کارگاه های آموزشی

به افراد (سالم یا بیمار وابسته به مواد اعتیاد آور) ؛ آموزش هایی را جهت سبک درست زندگی ، شیوه های

مختلف ارتقای بهداشت روانی و کیفیت زندگی و نیز مهارتهای زندگی جهت مدیریت بیشتر رفتارهای خود

۳- گردانی و زندگی سالم برگزار نمایند.

۴- همچنین پیشنهاد می شود در سطح گسترده به مداخلات روانشناختی- فردی، اجتماعی و خانوادگی و شغلی جهت مطالعه عوامل زمینه ساز و مستعد کننده به گرایش به مصرف مواد مخدر به طور انفرادی و گروهی آموزش هایی مداوم صورت پذیرد.

۵- بر اساس یافته های پژوهش درباره بالا بودن تاثیر میزان اختلالات روانی بخصوص اضطراب و افسردگی در معتادین به مواد مخدر پیشنهاد می شود به مولفه های روانی در پیشگیری و درمان افراد مبتلا به سوء مصرف مواد بیشتر پرداخته شود.

۶- پیشنهاد میشود روانپزشکان، مشاوره و گروه درمانی را با اهمیت بیشتری همراه با متادون برای ایجاد انگیزش بیشتر در معتادان و تقویت درمان در شیوه درمانی خود استفاده نمایند.

۵-۲-۵- پیشنهادهای پژوهشی

۱- ویژگیهای دموگرافیک (جمعیت شناسی)، نظیر میزان تحصیلات، جنسیت، وضعیت شغلی و مجرد یا متأهل بودن، وضعیت درآمد ... در تاثیر این روش در درمان افراد وابسته به مواد مخدر نیز مد نظر گرفته شود.

۲- این پژوهش بر روی افراد با دامنه های سنی و دوره های مختلف زندگی (نوجوانی، بزرگسالی و میانسالی) به طور مقایسه ای انجام شود.

۳- این روش درمانی با سایر روشهای درمانی (آموزشی) به طور مقایسه ای بر روی چند گروه انجام شود و نتایج باهم مقایسه شوند.

۴- در پژوهش های مشابه پژوهش ما پیشنهاد میشود از روش مصاحبه استفاده نمایند.

۵- اثربخشی این برنامه آموزشی بر روی سایر مولفه‌های روانشناختی نظیر مشکلات رفتاری و ارتباطی و ...

انجام پذیرد.

۶- پیشنهاد میشود این پژوهش در استانها و شهرهای دیگر نیز صورت گرفته و میزان تاثیر متادون را در

مکانهای مختلف باهم مقایسه نماییم.

منابع:

آقابخشی، حبیب (۱۳۸۷). اعتیاد و آسیب شناسی خانواده (رویکرد مددکاری اجتماعی) . تهران : دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

آقایی راد،حجت الله (۱۳۸۸). اعتیاد - آسیب های اجتماعی . تهران : نشر نویسنده ،صص ۳۴ و ۳۵.

ابهری. م (۱۳۸۸). مقایسه سبک اسناد در جوانان معتاد و غیرمعتاد شهر یزد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، سال اول، شماره ۳.

اجری،اسماعیل (۱۳۹۰). اعتیاد سبب شناسی و درمان، چاپ اول. تهران : اندیشه نو.

اداره برنامه های الکل و مواد مخدر کالیفرنیا و دانشگاه کالیفرنیا (لس آنجلس) (۱۳۹۱). م جمع برنامه سوء مصرف مواد، مترجمان: صادقی،مانلی، سلطانی،هدیه، رئیسی، حمید، نیک فرجام،علی . تهران: انتشارات سپیدبرگ، چاپ: اول.بهار.

ادیب فر، حجت (۱۳۹۳). ماتریکس یا درمان سرپایی اختلالات ناشی از شیشه و مواد محرک ، مترجم: کفراشی، تهران : انتشارات تیمورزاده.

انجمن روان پزشکی آمریکا (۱۳۹۳). طبقه بندی اختلالات روانی. ترجمه نصرت‌اله پورافکاری، تهران: انتشارات آزاده، چاپ سوم.

بهنامی،علیرضا (۱۳۹۰). رهایی (رواندرمانی اعتیاد) ، شیراز: انتشارات نوید، چاپ اول.

پارسانیا، تک فلاح سمنانی و جهان وامامی (۱۳۹۱). مقاله ای تحت عنوان بررسی اختلالات شخصیت در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد، مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی.

پارسیان، منیره وهمکاران (۲۰۱۵)، پیش بینی نگرش به مواد مخدر در نوجوانان بر اساس آموزش خانواده ، عوامل خطر برای بهداشت روانی در جامعه : طراحی مدل برای پیشگیری از اعتیاد، قائم شهر : مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی.

تاجری (۱۳۹۰). اعتیاد سبب شناسی و درمان، چاپ اول. اندیشه نو.

تقی‌زاده، پریسا (۱۳۸۸). معرفی و شناخت مواد اعتیادآور (اعتیاد بلای خانمان‌سوز)، تهران: عصر ماندگار، چاپ اول.

جان آبادی، عظیم (۱۳۹۱). مصاحبه ای با دکتر فخرایی (روانپزشک و مدیر کلینیک مرکز ملی مطالعات اعتیاد) درباره معتادان و راههای ترک ، تهران روزنامه سرمایه .

جان آبادی، عظیم (۱۳۹۱). مقاله‌ای تحت عنوان: ۸۰ درصد معتادان افسردگی واضطراب دارند، روزنامه سرمایه.

درگاهی، حسین و صفدری، رضا و اصغریان، سعید . (۱۳۹۲). اعتیاد ، مواد مخدر، سوء مصرف مواد و نظام های اطلاعات، ناشر: آوای دانش گستر، چاپ اول.

درویش، نیافندری (۱۳۹۱). پایان نامه : اثربخشی درمان اعتیاد به روش ماتریکس بر میزان افسردگی و تغییر نگرش معتادین به شیشه در شهر تهران.

دلاور، علی (۱۳۹۰). روش تحقیق در علوم تربیتی . انتشارات نور، تهران.

رحیمی موقر، آفرین (۱۳۸۶). پیشگیری اولیه از اعتیاد، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور.

رحیمی موقر، آفرین و همکاران (۱۳۸۰). روند سوء مصرف مواد مخدر در دهه های اخیر در ایران، انتشارات: سازمان بهزیستی کشور.

رفیعی فر؛ شهرام (۱۳۹۱). *زندگی عاری از اختلالات روانی*، ناشر: مهرراوش، جلد ۲، چاپ اول.

رندی، مهلینگ (۱۳۸۹). *مقامت‌آمین (شیشه)*، مترجمین: مظفر، مهرداد، رستمی، نازیلا، ناشر: دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر، چاپ اول.

رئیزی دهکردی، زیبا و دیگران (۱۳۹۲). در مقاله ای تحت عنوان: *تاثیر متادون بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی معتادان*، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دوره بیست دوم، شماره دوم، خرداد ۹۳. سادوک، سادوک (۲۰۰۷). *خلاصه روانپزشکی و علوم رفتاری*. ترجمه: نصرالله پور افکاری (۱۳۸۷). تهران: انتشارات شهراب.

سادوک، سادوک (۲۰۱۴). *خلاصه روانپزشکی و علوم رفتاری*، ترجمه: نصرالله پور افکاری (۱۳۹۴). انتشارات شهراب.

شعاع کاظمی، مهرانگیز. (۱۳۹۱). *آسیب‌های اجتماعی نوپدید*. تهران: انتشارات آوای نور.

طاهری نخست، حمیدرضا، جعفری، فیروزه، گیلانی پور، مهسا. (۱۳۸۷). *راهنمای درمان بستری سوء مصرف مواد*. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.

طاهری نخست، حمیدرضا، جعفری، فیروزه، گیلانی پور، مهسا. (۱۳۸۸). *راهنمای درمان مداخلات روان شناختی در درمان سرپایی اختلال مصرف مواد بر اساس مدل ماتریکس*. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.

عاشوری، ملازاده، محمدی (۱۳۸۷). *ویژه نامه اعتیاد. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران* (اندیشه و رفتار)، ۱۴.

عزمی، یوسف، سهرابی، فرامرزی، برجعلی، احمد، چوپان، حامد. (۲۰۱۴). *اثر بخشی آموزش تنظیم هیجان بر اساس*

مدل گراس در کاهش تکانشگری در افراد وابسته به مواد مخدر، ستاد مبارزه با مواد مخدر، وزارت آموزشی و پرورشی، جلد ۸، شماره ۳۰، تابستان ۲۰۱۴.

قربانی، مجید (۱۳۹۳). روانشناسی اعتیاد: از مقابله با عرضه تا کاهش تقاضای مواد اعتیادآور. تهران: انتشارات دنیای درون. چاپ اول، زمستان ۹۳.

کاپلان و سادوک (۲۰۱۴)، کتاب **DSM 5**، جلد دوم. چاپ ۱۳۹۴.

کاکیا؛ لیلا، (۱۳۹۳)، اعتیاد، انتشارات عابد، چاپ دوم.

کفراشی، سعید. (۱۳۸۹). ماتریکس درمان سرپایی اختلالات ناشی از سوء مصرف شیشه و مواد محرک. انتشارات طبیب تهران، تابستان ۸۹، چاپ اول.

کوشان: محسن و واقعی، سعید؛ (۱۳۸۴). بهداشت روان ۲.

مارینا، مارکوس و دیگران. (۲۰۱۵). در تحقیقی تحت عنوان: افسردگی نگرانی بهداشت عمومی جهانی، گزارش جهانی مواد مخدر.

مکری، نوروزی، علی (۱۳۹۲). راهنمای درمان نگهدارنده با متادون در وابستگان به مواد افیونی. تهران: ایرسا.

ملازاده، مجید و قربانی، علی؛ (۱۳۹۳). روانشناسی اعتیاد: از مقابله با عرضه تا کاهش تقاضای مواد اعتیاد آور، تهران دنیای درون. چاپ اول.

ممتازی، سعید. جعفری، سارا، خسروی، ناصر. (۱۳۹۱). علم اعتیاد: مواد، مغزو رفتار. انتشارات: سپیدبرگ، چاپ اول، بهار.

نارنجی ها، نوری، ر؛ اکبریان، م؛ فراهانی عزیزآبادی، م؛ میرزمانی، م (۱۳۸۸). تجربه بیش مصرف غیرکشنده مواد

در دوران زندگی در سوء مصرف کنندگان مواد در ایران. اندیشه و رفتار.

وفایی جهان، زهرا؛ سپهری شاملو، زهره، صالحی، جواد (۱۳۹۲). مقاله ای تحت عنوان: مقایسه اثربخشی برنامه غنی سازی و ارتقاء زندگی و واقعیت درمانی بر بهبود شاخص های درمانی اعتیاد سوء مصرف کنندگان مواد، پژوهشهای روانشناسی بالینی و مشاوره، ۱۱۳. شماره ۱. بهاروتابستان.

Ahmadi J, Pridmore S, Alimi A, Cheraghi A, Arad A, Parsaeyan H, et al. (۲۰۰۷) Epidemiology of opium use in the general population. **Am J Drug Alcohol Abuse**, ۳۳(۳), ۴۸۳-۹۱.

Andrews G, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, Titov N(۲۰۱۰). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: **a meta-analysis. PLoS One. Oct ۱۳;۵(۱۰):e۱۳۱۹۶.**

Bartki, K., & Harris, A. (۲۰۰۴). **Multi-Site Comparison Of Psychosocial Approaches For The Treatment Of Methamphetamine Dependence.** *Addiction*, ۲۲.

Beck, A.T. , Epstein, N. , Brown, G. , Steer, R. (۱۹۸۸). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, ۵۶, ۸۹۳-۸۹۷

Bish, B., Hood, J., & Gorsuch, R. (۲۰۰۸). *The Psychology Of Religion: An Empirical Approach*, Englewood Cliffs. **NJ, Prentice Hall.**

Broome KM, Lynn MF, Simpson DD(۱۹۹۹). Psychiatric comorbidity measures as predictors of retention in drug abuse treatment programs. **Health Service Research**; ۳۴(۳):۷۹۱-۸۰۶.

Galanter, M., & Kleber, H.D. (۲۰۰۶). **Textbook of substance abuse treatment**. Washington, D.C. American Psychiatric Press.

Glantz, M, Hartel, C.(۲۰۰۲)- Drug Abuse, Origins and Interventions; **American - Psychological Association**, W.D.

Green, R.W. (۱۹۹۷)."Comorbidity of Eating Disorders and Substance Abuse Review Literature"; **International journal of Eating Disorders**, ۱-۳۴.

Jacobson LK, Southwick SM, Kosten TR(۲۰۰۱). Substance use Disorders in Patients with Post Traumatic Stress Disorder. A Review of the Literature. **American J Psychiatry**.: ۱۵۸: ۱۱۹۰-۱۱۸۴.

Karl, M., & Howitzer, H. (۲۰۰۵). Stevens R. The Latest Rage :Methamphetamine Abuse. **Resident Staff Physician**, pp. ۵۰(۹), ۲۶-۳۰.

Leaden, W., & Rollnick, S. (۲۰۰۴). **Motivational Interviewing: Preparing People For Change** **Nd Ed**. New York: NY :Guilford Press.

methadone. The American Heritage® Dictionary of the English Language, Fourth Edition. **Houghton Mifflin Company**, ۲۰۰۴. Answers.com ۱۰ Apr. ۲۰۰۹.

National Institute on Drug Abuse (NIDA) (۲۰۰۸). **Comorbidity: Addiction and other Mental Illness**. Research Report Series: NIH Publication;.

Razzaghi - Elm, Razzaghi A, Rahimi Movaghar A(۲۰۰۶). Profiles of risk: A qualitative study of injecting drug users in Tehran, **Iran.HarmReduct J.**; ۳: ۱۲.

Sawil, L. (2004). An Exploratory Study Of Contextual And Situational Factors Related To Methamphetamine Use Among Gay And Bisexual Men In New York City. **J Drug Issues**, 33(2), 113.

Simons, P. (2008). **Practicing Harm Reduction Psychotherapy :An Alternative Approach To Addictions**. New York: NY: Guilford Press.

Sinha R, Fuse T, Aubin IR, O'Malley SS(2000). Psychological Stress, Drug-Related Cues, and Cocaine Crack. **Psychopharmacology**.: 152: 148-149.

Wegtanga, K., Halkitis, P., Fischgrund, B., & Parsons, J. (2004). **Explanations For Methamphetamine Use Among Gay And Bisexual Men In New York City**. Subst Use Misuse.

World Health Organization (2008), **The Global Burden of Disease 2004 update**. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf
Accessed 16.6.2012

World Health Organization, World suicide prevention day (2012). http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/ Accessed 16.6.2012

Zivin, H., & Murray, C. (2005). **The Hangover Awaiting Dorian Gray**. Gay City News.

Abstract

This study aimed to determine the effectiveness of treatment based on the matrix method tempting thoughts and emotion regulation dependents were made. This study is semi-experimental methods are applied and the pretest - posttest control group design was used. The study population included all consumer glass material referred to drug disposal (yard Re-live), in the city of Urmia in the second half of ۱۳۹۴ and is available sampling method. A total of ۲۴ people in two groups of ۱۲-person experimental sample and the control group randomly. Matrix of treatment procedures were used to analyze the data, univariate analysis of covariance ((ANCOVA was used. In order to measure the variables in emotion regulation questionnaire (Granfsky, ۲۰۰۱) Craving Beliefs Questionnaire (Beck, ۱۹۹۳). the results showed that the curriculum is based on the matrix method in reducing the amount of tempting thoughts and emotion regulation are people who belong to effective glass

Keywords: Matrix treatment, tempting thoughts, emotion regulation, People affiliated with glass.

پیوست ها

پیوست الف: جدول های توزیع

جدول الف-۱: جدول توزیع T

v	0.4	0.25	0.1	0.05	0.025	0.01	0.005	0.0025	0.001	0.0005
1	0.325	1.000	3.078	6.314	12.706	31.821	63.656	127.321	318.289	636.578
2	0.289	0.816	1.886	2.920	4.303	6.965	9.925	14.089	22.328	31.600
3	0.277	0.765	1.638	2.353	3.182	4.541	5.841	7.453	10.214	12.924
4	0.271	0.741	1.533	2.132	2.776	3.747	4.604	5.598	7.173	8.610
5	0.267	0.727	1.476	2.015	2.571	3.365	4.032	4.773	5.894	6.869
6	0.265	0.718	1.440	1.943	2.447	3.143	3.707	4.317	5.208	5.959
7	0.263	0.711	1.415	1.895	2.365	2.998	3.499	4.029	4.785	5.408
8	0.262	0.706	1.397	1.860	2.306	2.896	3.355	3.833	4.501	5.041
9	0.261	0.703	1.383	1.833	2.262	2.821	3.250	3.690	4.297	4.781
10	0.260	0.700	1.372	1.812	2.228	2.764	3.169	3.581	4.144	4.587
11	0.260	0.697	1.363	1.796	2.201	2.718	3.106	3.497	4.025	4.437
12	0.259	0.695	1.356	1.782	2.179	2.681	3.055	3.428	3.930	4.318
13	0.259	0.694	1.350	1.771	2.160	2.650	3.012	3.372	3.852	4.221
14	0.258	0.692	1.345	1.761	2.145	2.624	2.977	3.326	3.787	4.140
15	0.258	0.691	1.341	1.753	2.131	2.602	2.947	3.286	3.733	4.073
16	0.258	0.690	1.337	1.746	2.120	2.583	2.921	3.252	3.686	4.015
17	0.257	0.689	1.333	1.740	2.110	2.567	2.898	3.222	3.646	3.965
18	0.257	0.688	1.330	1.734	2.101	2.552	2.878	3.197	3.610	3.922
19	0.257	0.688	1.328	1.729	2.093	2.539	2.861	3.174	3.579	3.883
20	0.257	0.687	1.325	1.725	2.086	2.528	2.845	3.153	3.552	3.850
21	0.257	0.686	1.323	1.721	2.080	2.518	2.831	3.135	3.527	3.819
22	0.256	0.686	1.321	1.717	2.074	2.508	2.819	3.119	3.505	3.792
23	0.256	0.685	1.319	1.714	2.069	2.500	2.807	3.104	3.485	3.768
24	0.256	0.685	1.318	1.711	2.064	2.492	2.797	3.091	3.467	3.745
25	0.256	0.684	1.316	1.708	2.060	2.485	2.787	3.078	3.450	3.725
26	0.256	0.684	1.315	1.706	2.056	2.479	2.779	3.067	3.435	3.707
27	0.256	0.684	1.314	1.703	2.052	2.473	2.771	3.057	3.421	3.689
28	0.256	0.683	1.313	1.701	2.048	2.467	2.763	3.047	3.408	3.674
29	0.256	0.683	1.311	1.699	2.045	2.462	2.756	3.038	3.396	3.660
30	0.256	0.683	1.310	1.697	2.042	2.457	2.750	3.030	3.385	3.646
40	0.255	0.681	1.303	1.684	2.021	2.423	2.704	2.971	3.307	3.551
60	0.254	0.679	1.296	1.671	2.000	2.390	2.660	2.915	3.232	3.460
120	0.254	0.677	1.289	1.658	1.980	2.358	2.617	2.860	3.160	3.373
∞	0.253	0.674	1.282	1.645	1.960	2.326	2.576	2.807	3.090	3.291

جدول الف-۲: جدول توزیع نرمال استاندارد (Z)

Z	Cum p	Tail p	Z	Cum p	Tail p	Z	Cum p	Tail p
0.80	0.7881	0.2119	1.20	0.8849	0.1151	1.60	0.9452	0.0548
0.81	0.7910	0.2090	1.21	0.8869	0.1131	1.61	0.9463	0.0537
0.82	0.7939	0.2061	1.22	0.8888	0.1112	1.62	0.9474	0.0526
0.83	0.7967	0.2033	1.23	0.8907	0.1093	1.63	0.9484	0.0516
0.84	0.7995	0.2005	1.24	0.8925	0.1075	1.64	0.9495	0.0505
0.85	0.8023	0.1977	1.25	0.8944	0.1056	1.65	0.9505	0.0495
0.86	0.8051	0.1949	1.26	0.8962	0.1038	1.66	0.9515	0.0485
0.87	0.8078	0.1922	1.27	0.8980	0.1020	1.67	0.9525	0.0475
0.88	0.8106	0.1894	1.28	0.8997	0.1003	1.68	0.9535	0.0465
0.89	0.8133	0.1867	1.29	0.9015	0.0985	1.69	0.9545	0.0455
0.90	0.8159	0.1841	1.30	0.9032	0.0968	1.70	0.9554	0.0446
0.91	0.8186	0.1814	1.31	0.9049	0.0951	1.71	0.9564	0.0436
0.92	0.8212	0.1788	1.32	0.9066	0.0934	1.72	0.9573	0.0427
0.93	0.8238	0.1762	1.33	0.9082	0.0918	1.73	0.9582	0.0418
0.94	0.8264	0.1736	1.34	0.9099	0.0901	1.74	0.9591	0.0409
0.95	0.8289	0.1711	1.35	0.9115	0.0885	1.75	0.9599	0.0401
0.96	0.8315	0.1685	1.36	0.9131	0.0869	1.76	0.9608	0.0392
0.97	0.8340	0.1660	1.37	0.9147	0.0853	1.77	0.9616	0.0384
0.98	0.8365	0.1635	1.38	0.9162	0.0838	1.78	0.9625	0.0375
0.99	0.8389	0.1611	1.39	0.9177	0.0823	1.79	0.9633	0.0367
1.00	0.8413	0.1587	1.40	0.9192	0.0808	1.80	0.9641	0.0359
1.01	0.8438	0.1562	1.41	0.9207	0.0793	1.81	0.9649	0.0351
1.02	0.8461	0.1539	1.42	0.9222	0.0778	1.82	0.9656	0.0344
1.03	0.8485	0.1515	1.43	0.9236	0.0764	1.83	0.9664	0.0336
1.04	0.8508	0.1492	1.44	0.9251	0.0749	1.84	0.9671	0.0329
1.05	0.8531	0.1469	1.45	0.9265	0.0735	1.85	0.9678	0.0322
1.06	0.8554	0.1446	1.46	0.9279	0.0721	1.86	0.9686	0.0314
1.07	0.8577	0.1423	1.47	0.9292	0.0708	1.87	0.9693	0.0307
1.08	0.8599	0.1401	1.48	0.9306	0.0694	1.88	0.9699	0.0301
1.09	0.8621	0.1379	1.49	0.9319	0.0681	1.89	0.9706	0.0294
1.10	0.8643	0.1357	1.50	0.9332	0.0668	1.90	0.9713	0.0287
1.11	0.8665	0.1335	1.51	0.9345	0.0655	1.91	0.9719	0.0281
1.12	0.8686	0.1314	1.52	0.9357	0.0643	1.92	0.9726	0.0274
1.13	0.8708	0.1292	1.53	0.9370	0.0630	1.93	0.9732	0.0268
1.14	0.8729	0.1271	1.54	0.9382	0.0618	1.94	0.9738	0.0262
1.15	0.8749	0.1251	1.55	0.9394	0.0606	1.95	0.9744	0.0256
1.16	0.8770	0.1230	1.56	0.9406	0.0594	1.96	0.9750	0.0250
1.17	0.8790	0.1210	1.57	0.9418	0.0582	1.97	0.9756	0.0244
1.18	0.8810	0.1190	1.58	0.9429	0.0571	1.98	0.9761	0.0239
1.19	0.8830	0.1170	1.59	0.9441	0.0559	1.99	0.9767	0.0233



ISLAMIC AZAD UNIVERSITY

SCIENCE AND RESEARCH BRANCH

WEST AZARBAYJAN

FACULTY OF HUMANITIES

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

(M.A) Thesis Submitted for the degree Master of Science

Major: Clinical

Title:

Evaluation of prevalence of anxiety and depression in Addicted people between the ages of ۲۰ to ۳۵ years undergoing methadone treatment and inpatient and outpatient treatment at government facilities in Urmia city

Supervisor:

Seyed Mohammad Yousefi Tabatabaei , Ph.D.

By:

Farhad Ebrahimi



February ۲۰۱۶

ISLAMIC UNIVERSITY
SCIENCE AND HEALTH BRANCH



انستاد میارزه با مواد مخدر

WEST AZARBAYJAN

FACULTY OF HUMANITIES

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

(M.A) Thesis Submitted for the degree Master of Science

Major: Clinical

Title:

Evaluation of prevalence of anxiety and depression in Addicted people between the ages of ۲۰ to ۳۵ years undergoing methadone treatment and inpatient and outpatient treatment at government facilities in Urmia city

Supervisor:

Seyed Mohammad Yousefi Tabatabaei , Ph.D.

By:

Farhad Ebrahimi

February 2016