

افسردگی و اعتیاد: کاربرد مقیاس SCL۹۰ در سنجش میزان افسردگی معتادان خود
معرف به مراکز ترک اعتیاد و بازپروری

دکتر علیرضا محسنی تبریزی
دانشیار گروه جامعه‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران

چکیده:

مقاله حاضر با استعانت از مباحث نظری و اطلاعات تجربی به دست آمده از بررسی تأثیرات اختلالات همراه (کوموربیدیتی)، نظیر افسردگی و برخی متغیرهای زمینه‌ای بر رفتار اعتیادی و تمایلات به سوء مصرف مواد در معتادان خود معرف به مراکز ترک اعتیاد و بازپروری تهران، می‌کوشد ضمن آزمون (تست) تجربی مدل نظری ارائه شده از سوی برخی از صاحب نظران معاصر (گلانتز ۱۹۹۶، هارتل ۱۹۹۶، کسلر ۱۹۹۳، سودنسن ۱۹۹۶، نلسون ۱۹۹۶، ساندرز و فیلیپس ۱۹۹۴ و دیگران) در خصوص نقش اختلالات همراه (Comorbidity)، نظیر اضطراب، افسردگی، اختلال دو قطبی، اختلال سلوک و اختلال شخصیت ضد اجتماعی و نظایر آن در رفتار اعتیادی و آمادگی جهت سوء مصرف، به‌طور اخص به سنجش میزان افسردگی از طریق کاربرد آزمون SCL-90 در نمونه‌ای از معتادان خود معرف به مراکز ترک اعتیاد و بازپروری در تهران در دو مقطع زمانی قرنطینه و مرحله اصلی بازپروری بپردازد و میزان تمایل به سوء مصرف را براساس آزمون APS در آنان در دو مقطع زمانی فوق بسنجد.

با کاربرد روش پیمایشی و با استفاده از تکنیک پرسشنامه و مصاحبه از ۱۵۳ معتاد نگهداری شده در مراکز بازپروری و ترک اعتیاد در تهران - که به طریق نمونه‌گیری طبقه‌ای (Stratified) با دقت احتمالی مطلوب ($d = 0/05$) و ضریب اطمینان 95% ($t = 1/96$) انتخاب شده بودند - اطلاعات مورد نیاز جمع‌آوری شد.

براساس نتایج به دست آمده به رغم کاهش نسبی در میزان افسردگی و رفتار اعتیادی آزمودنی‌ها در مرحله اصلی بازپروری نسبت به مرحله قرنطینه، میزان بیماری افسردگی و تمایلات به سوء مصرف مواد (آمادگی به اعتیاد) همچنان در آنان بالا بوده است. از طرفی، بر اساس نتایج به دست آمده از کاربرد الگوی تبیینی تحلیلی و استفاده از رگرسیون چند متغیره و تحلیل مسیر، می‌توان استدلال کرد که میل به مصرف مواد مخدر در معتادان خود معرف به مراکز ترک، متأثر از عوامل متعددی است که در شبکه‌ای از روابط علی با یکدیگر به سر می‌برند و کل تغییرات آن را مجموع متغیرهایی که علت در نظر گرفته شده‌اند نشان می‌دهند. در این الگو سندروم افسردگی، سابقه اعتیاد، نوع ماده مخدر مصرفی، SES و سابقه ترک اعتیاد بر تمایلات فرد به سوء مصرف و رفتار اعتیادی تأثیر می‌گذارد. این یافته ضمن تأیید مدل‌هایی که بر تأثیرات اختلالات روانی در گرایش به سوء مصرف تأکید می‌کنند، ضرورت توجه به آزمون مدل‌های آلترناتیو را توصیه می‌کند.

کلید واژگان: افسردگی، اعتیاد، اس سی ال نود، بازپروری، SES، اختلالات همراه.

مقدمه:

اعتیاد به مواد مخدر و الکل^۱ بیماری دوره‌ای یا مزمنی است که توسط سائقی ناپه‌نچار و ممتد برای برخی نورو تروپها مشخص می‌شود. اگر سوژه از ماده مخدر که به آن معتاد شده محروم گردد، حالت نیاز در او رو به تزیاید خواهد گذارد. سندرم ابستیننس یا پرهیز آکه در اثر محرومیت سوژه از ماده مخدر حادث می‌شود غالباً با اختلالات جسمی و روحی همراه است (کورکینا^۲، نسیومیکو^۳، کوسودا^۴، ۱۹۸۹: ۱۱۵). مثلاً الکلیمس مزمن (اتیلیم) با نیاز غیرقابل مقاومت در برابر الکل و با ظهور وابستگی روانی و جسمانی نسبت به الکل و براساس سندروم پرهیز نمایان می‌گردد.

برخی از مواد مخدرها، اعتیادهای خاصی ایجاد می‌کنند که با توسعه و گسترش داروسازی (فارماکولوژی)، بر مقدار این مواد افزوده می‌شود؛ اما در این میان، بیش از همه می‌توان به مواد افیونی نظیر تریاک، مرفین، دیامرفین یا هروئین، پانتوپون یا انوپون، کدئین یا متیل مرفین و همچنین به مشتقات مرفین نظیر تری‌مه پیریدین یا پرومدول اشاره کرد. داروهای خواب‌آور نیز می‌توانند ایجاد اعتیاد کنند مثلاً باربیتوریک‌ها و برخی مواد تحریک کننده نظیر کافئین، آمفتامین یا فن‌امین، متامفتامین یا پروتئین خصلت وابسته کننده و اعتیادآور در مصرف کننده دارند. ال. اس. دی (L.S.D ۲۵)، که سابقاً به‌صورت داروی محرک استعمال می‌شد، اینک به عنوان ماده مخدر مورد مصرف پیدا کرده است. این ماده که تأثیری نشاط آور دارد، اعتیادآور است و مصرف آن، چون سایر مواد توهم‌زا، به ایجاد حالت روان پریشی، حالات اوهامی، خطای بصری و ایده‌های هذیانی منجر می‌شود این اختلالات اغلب ممکن است خصلتی قطعی و برگشت ناپذیر پیدا کنند. در صورتی که فرد معتاد از ماده مخدری که مصرف می‌کند دور شود دچار عوارض روحی و جسمی گوناگون همراه با سردرد، ضعف و علائم عصبی - نباتی می‌شود و در نقاط مختلف بدن احساس درد می‌کند، یا دلش می‌خواهد بدون علت به زیر گریه بزند. در مواردی نیز حالت تهوع، اسهال، افسردگی و تحریک پذیری در فرد ظاهر می‌گردد در این حالت است که فرد معتاد زمین و زمان را به هم می‌زند تا مواد یا ماده مورد نیاز را به دست آورد او، در این احوال، قادر به انجام هر کاری می‌شود و حتی ممکن است دست به جنایت هم بزند و اکنش های افسردگی اغلب با بیقراری و دلهره همراه است و، درموردی نیز، تمایل به خودکشی و آرزوی مرگ در معتاد فزونی می‌گیرد. خطاها و

۱-Toxicomanie

۲- Abstinence

۳- Kourkina

۴- Tessiomikoo

۵- Koussoda

اشتباهات بصری - حسی همراه با توهم و تیرگی شعور در فرد آشکار می‌شود که، به زعم برخی از روانپزشکان، این موارد رادر درمان معتادان به مواد مخدر حتما باید مد نظر داشت (کورکنیا، تیمیکو، کوسووا، ۱۹۸۹: ۱۲۰-۱۲۱)

طرح و بیان مسأله:

کوموربیدیتی یا اختلال‌های همراه در مطالعات همه‌گیر شناختی^۷ و سبب‌شناختی^۸ اعتیاد و سوء مصرف مواد بیش از پیش مورد توجه محققان و صاحب‌نظران مسایل اعتیاد قرار گرفته است .

این تحقیقات نشان داده‌اند که اختلال‌های مصرف مواد مخدر در اغلب موارد بر اساس مشاهدات بالینی^۱ با برخی از اختلالات روانی، ناپهنجاری‌ها و نابسامانی‌های روحی، عاطفی، خلقی و رفتاری، نظیر اختلال سلوک و اختلال شخصیت ضد اجتماعی^۲، اختلال دو قطبی^۳، اختلالات افسردگی^۴، اختلالات اضطراب^۵، ضربه و اختلال فشار روانی پس از آسیبی^۶، احساس از خود بیگانگی^۷، احساس بی‌قدرتی^۸ و نظایر آن همبستگی و همخوانی دارند (بروین^۹ ۱۹۹۲ ، وین‌استاین^{۱۰} ۱۹۹۳، برونر^{۱۱} ۱۹۹۶، کیدروف^{۱۲} ۱۹۹۶، کوهن^{۱۳} ۱۹۹۱، کسلر^{۱۴} ۱۹۹۶، نلسون^{۱۵} ۱۹۹۶، گلاسنی و کامینر^{۱۶} ۱۹۹۲، سوندسن^{۱۷} ۱۹۹۸، کلارک و هجندوس^{۱۸} ۱۹۹۷).

یکی از اختلال‌های همراه که در اعتیاد و اختلال‌های مربوط به سوء مصرف مواد مخدر، روان‌گردان‌ها و الکل دیده می‌شود، اختلالات مربوط به افسردگی است . گرچه در اغلب تحقیقات، افسردگی به عنوان شایع‌ترین اختلال همراه در اعتیاد مطرح است، برخی از محققان و صاحب‌نظران (هیل^{۱۹} ۱۹۹۱، ساندرز^{۲۰} ۱۹۹۴ و فیلیپس^{۲۱} ۱۹۹۶ و ...) افسردگی را هم یکی از علت‌های^{۲۲} گرایش به سوء مصرف و هم معلول و یکی از پیامدها و آثار^{۲۳} سوء مصرف عنوان نموده‌اند.

مطالعات و تحقیقات همه‌گیرشناسی این ملاحظات بالینی را به اثبات رسانده‌اند که اختلال‌های مصرف مواد مخدر معمولا با اختلال افسردگی هم در نوجوانی و هم در بزرگسالی همراه است (گرین‌بام^{۲۴} ۱۹۹۶ ، کسلر ۱۹۹۴ ، اندروز^{۲۵} ۱۹۹۳ و دیگران).

-
- ۶- Comorbidity
 - ۷- Epidemiological
 - ۸- Etiological
 - ۱- Clinical
 - ۲- Conduct Disorder and Antisocial Personality Disorder
 - ۳-Bipolar Disorder
 - ۴- Depressive Disorders
 - ۵- Anxiety Disorders
 - ۶- Trauma and PTSD
 - ۷- Self-Alienation
 - ۸- Powerlessness
 - ۹- Burdine
 - ۱۰- Weinstein
 - ۱۱- Brooner
 - ۱۲-Kidorf
 - ۱۳-Cohen
 - ۱۴- Kessler
 - ۱۵- Nelson
 - ۱۶- Glancy and Kaminer
 - ۱۷- Swendsen
 - ۱۸- Clark and Hegendus
 - ۱۹- Hill
 - ۲۰- Sanders
 - ۲۱- Phillips
 - ۲۲- Causes
 - ۲۳- Effects
 - ۲۴- Greenbaum
 - ۲۵- Andrews

از طرفی، کیدروف (۱۹۹۶) و نلسون (۱۹۹۶) عنوان کرده‌اند که وجود یک نوع اختلال، نظیر افسردگی، در معتادان به الکل و مواد مخدر ملاک تشخیصی مهمی برای انواع اختلالات دیگر خواهد بود. از این رو، شیوع گسترده این همبودی تلویحات ضمنی بسیاری دارد و افراد معتاد در عمل، علاوه بر اعتیاد، با بیماری

های همراه مواجهه بوده‌اند، و لذا نیازمند درمان‌های بیشتر و مراقبت‌های بالینی ویژه‌تری دقیق‌تر و طولانی‌تری هستند که نه تنها سیر بالینی آنان را وخیم، حاد و بد جلوه می‌دهد، بلکه دوره درمان را طولانی‌تر می‌سازد (اشمیت^۱ و بیگلو^۲ ۱۹۹۶).
گرچه پیوند و همراهی اختلالات همراه (کوموربیدیتی)، نظیر افسردگی با اعتیاد^۳، از لحاظ تجربی و بالینی به اثبات رسیده است، اما دلیل آن همانطور که برخی محققان (کسلر ۱۹۹۵، خانتزیان^۴ ۱۹۹۷ و...) متذکر گردیده‌اند روشن نیست.
در متون جدید، مربوط به سوء مصرف و اختلالات روانی (Meyer, Glantz, Hartel, ۲۰۰۲) امروزه سه الگو در خصوص پیوستگی میان اعتیاد و اختلال‌های همراه مطرح است:

الف - اختلال‌های روانی که به سوء مصرف مواد منجر می‌گردند؛

ب - سوء مصرف مواد (اعتیاد) که به پیدایش اختلال‌های روانی می‌انجامد؛

ج - عوامل خطر ساز مشترکی که منجر به هر دو می‌گردند.

نتایج برخی مطالعات و تحقیقات انجام شده نشان دهنده نوعی حمایت از هریک از الگوهای فوق‌الذکر است. به هر حال، اغلب محققان بر این اصل تاکید می‌کنند که ارتباط میان اختلال مصرف مواد مخدر و اختلال‌های روانی، نظیر افسردگی، نسبت به آنچه که در هریک از این الگوها مطرح شده است پیچیده‌تر، تبادل‌ی‌تر و چندعاملی‌تر است.

اخیراً گلانتز^۵، واینبرگ^۶ و مینر^۷ (۲۰۰۲) از الگوی چهارمی سخن رانده‌اند که سه الگوی پیشین را به یکدیگر پیوند می‌دهد و برای هریک از موارد بروز بیماری‌های همراه توضیحی و تفسیری دارد. بنابراین الگو، در برخی از افراد، سوء مصرف مواد و آسیب روانی خاص همراه یکدیگر رشد می‌کنند. از طرفی، هریک گام‌های سبب شناختی دیگری را از طریق تعامل‌های چندگانه تشدید می‌کند، احتمال تداوم هر دو را افزایش می‌دهد و پیامد و عواقب هر دو را وخیم‌تر می‌سازند (Glantz, Weinberg Miner, ۲۰۰۲: ۱۴-۱۶). با وجود آنکه همبستگی‌های میان مصرف مواد مخدر و دیگر اختلال‌های روانی، نظیر افسردگی بسیار قوی هستند، معهذاً باید در استنباطات علی خود در این خصوص محتاط بود. یک دلیل آن این است که متغیرهای مشخص، بویژه عوامل ژنتیکی، و سایر عوامل زیست‌شناختی در بسیاری از مطالعات و تحقیقات تجربی مورد سنجش و اندازه‌گیری قرار نگرفته‌اند. بسیاری از تحقیقات و مطالعات بر گزارش‌های "گذشته‌نگر" در باب شروع زمانی اختلال‌ها تکیه می‌کنند که می‌تواند سوگیرانه و غیردقیق باشد مضافاً آنکه نشانگان و پیش‌نشان‌هایی که برای تشخیص اختلالات بالینی لازم هستند بروز می‌کنند از طرفی، هم گرایش به سوء مصرف مواد مخدر و هم حالت‌های مخصوص به‌ترک مواد توأمآ اختلال‌های روانی خاصی را بروز می‌دهند که به پیچیدگی امر خصوصاً در فرایندهای درمان و مداخلات بالینی می‌افزاید.

مقاله حاضر در پرتو نتایج یک تحقیق پیمایشی^۸ بر روی معتادان خود معرف و دستگیر شده در مراکز ترک اعتیاد و بازپروری تهران و با هدف سنجش میزان افسردگی در آنان به عنوان یک اختلال همراه تحریر و تنظیم گردیده است (محسنی تبریزی، وثوقی، بررسی وضعیت معتادین در مراکز بازپروری تهران، ۱۳۷۶).

در این تحقیق، وضعیت بیماری افسردگی در آزمودنی‌های دارای سابقه سوء مصرف در دو مرحله بازپروری یعنی مرحله قرنطینه و مرحله اصلی بازپروری بررسی و میزان آن سنجیده شده است. همچنین حالات افسردگی در آزمودنی‌های معتاد برحسب متغیرهایی نظیر طول مدت اعتیاد، نوع ماده مصرفی، سن، SES (Socio - Economic Status)، منشاء جغرافیایی و سابقه ترک اعتیاد بررسی و سنجیده شده است.

مبانی نظری و تجربی تحقیق:

با عنایت به ارتباط معنی‌دار میان اختلالات همراه، نظیر افسردگی، اضطراب، اختلال دو قطبی و اختلال شخصیت ضد اجتماعی و نظایر آن با اعتیاد، در بخش مربوط به مباحث نظری و تجربی نخست مختصراً به تشریح و توصیف سندروم افسردگی پرداخته می‌شود و سپس مبانی تجربی موضوع مرور می‌شود.

۱- Schmit

۲- Bigelow

۳- Addiction

۴- Khantzian

۵- Glantz

۶- Weinberg

۷- Miner

۸- Survey

الف: سندروم افسردگی:

سندروم افسردگی از انواع سندروم‌های پسیکو پاتولوژیک است که در آن حالات و تظاهرات کلینیکی نشانگر یک حالت غمگینی، دلتنگی، بی‌حرکی و آشفتگی ادراک است در اختلال افسردگی، فرد غالباً در گوشه‌ای بی‌حرکت می‌نشیند و حالت و نگاهی مغموم و بی‌روح دارد. در این بیماری، بیمار به نقطه‌ای خیره می‌شود، به پرسش‌ها غالباً نامفهوم پاسخ می‌دهد اغلب، گرفته و غمزده است و ناله و فغان سر می‌دهد. حالت افسردگی اغلب با ایده‌های هذیانی خصوصاً با احساس بی‌اعتمادی به خود، عدم اعتماد به نفس، ناتوانی و فتور، خود را بی‌مقدار شمردن، و آسیب و گزند و نفی و انکار همراه است.

هنگامی که افسردگی عمیق می‌شود می‌توان سیمپتوم موسوم به "بی‌هوشی روانی دردناک" را ملاحظه کرد و آن زمانی است که بیماران به عاطفه دوست داشتن و احساس بی‌اعتنا می‌شوند و در مورد محیط اطراف خود عکس‌العمل نشان می‌دهند در مرحله افسردگی مالیخولیایی، که در آن بیمار دچار خلق و خوی گرفته و کندی فرایندهای همخوانی و وقفه حرکتی است، با احساس اندوه عمیق و دلپره همراه است. بیماران، در این مرحله، همه چیز را به رنگ تیره می‌بینند و احساس حقارت پیدا می‌کنند و قیافه‌ای مشخص دارند: حالی دردمندانه، صورتی بی‌حال و منجمد با چشمانی اندوهگین و پس‌نشسته و گوشه‌های لبها آویزان.

در افسردگی خفیف، بیمار اغلب می‌گریزد در موارد حاد بیماری، این روش تسکین درد از بین می‌رود در چنین حالاتی، بیماران اظهار می‌دارند همه چیز در باطن آنها فلج شده است. در این بی‌هوشی روانی دردناک، بیماران احساس گذشته خود را به اطرافیان از دست می‌دهند و از این حیث رنج می‌کشند در این حالت، آنان خود را بد و بی‌بهره و بی‌طرف می‌پندارند و زندگی در نظرشان پوچ و بی‌مقدار جلوه می‌کند و افکار خودکشی به ذهنشان راه می‌یابد به همین علت، باید آنها را در بخش‌های مراقبت ویژه بستری کرد.

فکر در عارضه افسردگی دچار وقفه و رکود می‌شود و با اشکال تداعی همراه است بیماران با صدای آهسته گفتگو می‌کنند و کم حرف می‌شوند به سؤالات جواب نمی‌دهند و، در صورت اضطراب، به گفتن آری یا نه قناعت می‌کنند بندرت قادرند جمله‌ای را تمام کنند و بین کلمات و عبارات مکث‌های طولانی دارند. از اینکه نمی‌توانند افکارشان را متمرکز سازند ناله سر می‌دهند در اوج افسردگی ممکن است دچار اختلالات تفکر به شکل هذیانی (اتهام بستن به خود، خود را مجرم انگاشتن، هیپوکندری، سندروم کوتار) شوند (محسنی تیریزی، ۱۳۷۲: ۱۷۰).

وقفه‌های حرکتی با کم تحرکی خود را نشان می‌دهد؛ بیماران از رختخواب دل نمی‌کنند و بسختی از خواب بیدار می‌شوند؛ حوصله هیچ کاری را ندارند و مدت‌ها در همان حال افسردگی می‌مانند و درهیچ‌انات خود غرق می‌شوند.

سندروم افسردگی اغلب با اضطراب همراه است بیمار در آن حالت نگران و بی‌قرار می‌شود و دست‌هایش را به هم می‌پیچد و با صدای بلند آه می‌کشد (افسردگی همراه با بی‌قراری) زمانی که اضطراب در حالت افسردگی نمایان می‌شود ممکن است به بی‌قراری روانی و حرکتی منجر گردد. در آن حال، بیمار عادت به پرسه زدن می‌یابد و با التماس و زاری تقاضای کمک می‌کند و اظهار می‌دارد که دیگر قادر نیست درد و رنجش را تحمل کند. حتی ممکن است به خود زخم هم بزند یا سر خود را به دیوار بکوبد و برای خودکشی تلاش‌های مایوسانه‌ای به عمل آورد (آهمان، ص ۱۷۱).

دی‌کسترا^۳ حالات افسردگی مفرط را با خصوصیات زیر مشخص می‌کند:

- ماندن در یک وضعیت روحی، فکری و رفتاری ثابت به طور دائم و پایدار (مدت‌ها فرد در وضعیت روحی و رفتاری ثابتی قرار دارد)؛
- بدبینی مفرط به همه چیز؛
- گوشه‌گیری و انزوا؛
- بی‌اشتهایی؛
- عدم تحرک و فعالیت؛
- عدم تمایل به شرکت در جمع؛
- گذراندن اوقات فراغت به بطالت و بدون هدف در خلوت خود؛
- در فکر فرو رفتن و به نقطه‌ای خیره شدن؛
- عدم رسیدگی به ظاهر خود (لباس، آرایش، استحمام، نظافت و) ...؛
- بی‌تفاوتی به هر آنچه در پیرامون است؛
- در جمع نبودن به طور فکری، درکی، شناختی و احساسی؛
- فرار از خانه یا مدرسه (در نوجوانان)؛؛
- ناخشنودی از روابط جنسی (در متأهلان)؛؛
- احساس ناتوانی و فتور؛

۱- Anxiety

۲- افسردگی بی‌قراری

۳- Dijkstra

- رفتار جنسی غیر عادی؛
- بشدت کسی را رنجاندن یا از کسی رنجیدن؛
- ناتوانی در ایجاد ارتباط با دیگران؛
- غمگینی و غم زدگی مفرط همراه با آه و ناله و گریه؛
- بی‌نظمی مفرط در برنامه خواب (خواب کم یا خواب زیاد)
- بی‌نظمی مفرط در برنامه غذایی (پرخوری یا کم خوری)؛
- کم حرفی؛
- شک و تردید و عدم باور نسبت به هر چیزی؛
- احساس خستگی و درماندگی؛
- بروز رفتارهای تند، سریع، غیرارادی و بدون دلیل؛
- نافرمانی، سرکشی و عدم اطاعت؛
- عدم وقت‌شناسی؛
- دروغ‌گویی؛
- تمایل به دزدی؛
- پنهان‌کاری؛
- احساس بی‌باوری و ناامیدی مفرط (دیکسترا، ۱۹۸۵: ۱۷۶ - ۱۷۸).

ب: مبانی تجربی

تحقیقات متعددی نشان داده‌اند که چگونه اعتیاد به مواد مخدر و الکل - مخصوصاً در شکل‌الکلیسم مزمن - به فساد تدریجی شخصیت، نابسامانی‌های روانی و اختلالات رفتاری منجر می‌شود. دگرگونی محسوس خلق و خوی معتاد رفته رفته نمایان می‌شود و با اختلالات حافظه و افت ظرفیت کار از بین رفتن روحیه مشخص می‌شود. در این حالت، بیمار به خشونت و دروغ می‌گراید و رفتار غیراجتماعی پیدا می‌کند (کورکینا، تسیومیکو، کوسودا، ۱۹۸۸: ۱۱۶).

تحقیق پیمایش ملی در باب بیماری‌های همراه (NCS) ^۱ در ایالات متحده آمریکا نشان داده است که بالغ بر ۴۰ درصد کسانی که نشانه‌های افسردگی را در دوران زندگی خود داشته‌اند واجد نشانه‌های اختلال مصرف مواد مخدر در دوران زندگی خود نیز بوده‌اند. از طرفی، بیش از ۲۶ درصد از کسانی که پیشینه اختلال مصرف مواد مخدر داشته‌اند، از ملاک‌های تشخیصی سندروم افسردگی در گذشته خود برخوردار بوده‌اند. در مطالعات متعدد انجام شده در برخی جوامع در خصوص نوجوانان، رابطه میان افسردگی و اعتیاد (اختلال مصرف مواد) مشاهده شده است (بوکستاین^۲، گلسنی و کالینر، ۱۹۹۲). باین حال، تشخیص زمان شروع این اختلال دشوار است. از سوی دیگر، به علت تأثیرات افسرده‌ساز برخی از مواد مخدر و محرک، تعیین یک توالی خاص بسیار دشوار است (کلارک و نیبرز^۳، ۱۹۹۶).

از طرفی، هرچند افسردگی می‌تواند مستقل از مصرف مواد مخدر ظاهر شود و شاید بتوان ثابت کرد که عاملی خطر ساز برای اعتیاد و اختلال مصرف مواد مخدر است، اما باید دانست که افسردگی به‌مثابه اختلالی ثانوی نیز می‌تواند مطرح گردد، به طوری که در باره برخی بیماران در ابتلا به افسردگی مزمن، نشانه‌های تمایل به سوء مصرف مواد دیده نمی‌شود. این حالت در باره معتادان غیر افسرده نیز صادق است (کسلر، نلسون، مک گانیگل^۱ و لیو^۲، ۱۹۹۶).

مع الوصف، مطالعات متعددی در جوامع مختلف شواهد و قرائن متقنی دال بر وجود رابطه معنی‌دار میان افسردگی، فشار روانی و وقایع فشارزای زندگی و مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر ارائه نموده‌اند (گاتلیب^۳ و گرین^۴ ۱۹۸۴، فرگوسن^۵، لنوکس^۶ و کلام^۷، ۱۹۸۲). کوهن (۱۹۹۱) و لکس^۸ (۱۹۹۳)، سابقه اختلالات و تعارض‌های زناشویی، بیماری افسردگی، و مصرف زیاد سیگار، الکل و مواد مخدر را در تحقیق خود گزارش کرده‌اند.

۱- National Comorbidity Survey

۲- Bukstein

۳-Neighbors

۱- McGonagle

۲- Liu

۳- Gottlieb

۴- Green

۵-Ferguson

۶- Lennox

۷- Kellam

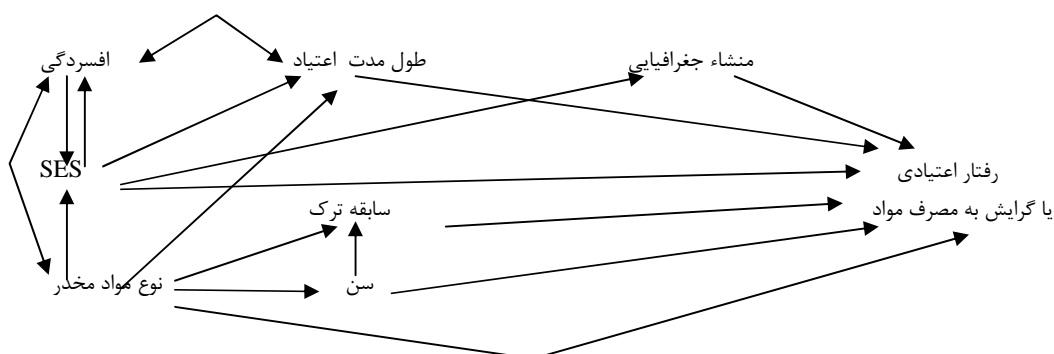
۸- Lex

طبق گزارش کوهن و همکاران (۱۹۹۱)، احتمال مصرف سیگار، ماری جوانا، و الکل در بین زنان مبتلا به افسردگی به ترتیب ۹۰ درصد، ۱۰۰ درصد و ۱۲۰ درصد بیشتر از زنانی است که سابقه ابتلا به بیماری افسردگی نداشته‌اند.

لکس (۱۹۹۱) نشان داده است که رابطه بین فشارهای روانی، افسردگی، اضطراب و گرایش به مصرف الکل و مواد مخدر در افراد متعلق به گروه‌های کم درآمد و فقیر معنی دارتر است. تایلور، هندرسون^۱ و جکسون^{۱۱} طی مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۱ در امریکا انجام دادند دریافتند که رویدادهای فشارزای زندگی - همچون مواجهه با فقر اقتصادی، تبعیض نژادی، خشونت، اجبار، احساس اجحاف، احساس اختلاف طبقاتی و بی عدالتی - از عوامل موثر در بروز افسردگی از یکسو و گرایش به مصرف مواد مخدر و الکل از سوی دیگر است. آنها احساس اجحاف، سرخوردگی و ناکامی^{۱۲} و تبعیض نژادی نهادینه شده^{۱۳} را با افسردگی و مصرف الکل زیاد در گروه‌های قومی و نژادی و اقلیت‌ها همبسته و مرتبط می‌دانند (Glantz & Hartel, ۲۰۰۲:۱۹۸). یافته‌های براون^{۱۴}، گری^{۱۵}، گرین و میلبرن^{۱۶} (۱۹۹۳) در ایالات متحده امریکا نشان می‌دهند که بین نژاد پرستی نهادینه شده و مصرف الکل در زنان سیاه‌پوست همبستگی مثبتی وجود دارد. آنان نشان داده‌اند (۱۹۹۲) که با افزایش مشارکت‌های اجتماعی زنان سیاه‌پوست خصوصاً شرکت در فعالیت‌های مذهبی، عضویت در انجمن‌های داوطلبانه، شرکت در کلیسا و نظایر آن، احساس نژادپرستی نهادینه شده است؛ احساس تبعیض نژادی و اجحاف و نارضایتی در آنها تقویت می‌شود و زمینه را جهت بروز افسردگی و گرایش به مصرف بی‌رویه الکل فراهم می‌سازد.

الگوی نظری تحقیق:

با عنایت به مبانی نظری اختلالات همراه و اعتیاد، و در پرتو نتایج تحقیقات انجام شده و نیز براساس اعتبار متغیرهایی که در جریان تحلیل دو متغیره محققان پیشین (کسلر ۱۹۹۶، کوهن ۱۹۹۱، لکس ۱۹۹۱، ساندرز ۱۹۹۴، کیدورف ۱۹۹۶، نلسون ۱۹۹۳ و دیگران) معنی‌دار شناخته شده بودند، می‌توان با ارایه الگوی نظری، رفتار اعتیادی^۱ و تمایل به مصرف مواد را تحت تاثیر افسردگی به عنوان یک اختلال همراه و چند متغیر زمینه‌ای^۲ فرض کرد:



در الگوی نظری ارایه شده، متغیرهای افسردگی، SES، نوع ماده مخدر، طول مدت اعتیاد، سابقه ترک و منشاء جغرافیایی بر رفتار اعتیادی یا تمایلات فرد به مصرف مواد تاثیرگذار است. متغیر افسردگی، هم به طور مستقیم و هم از طریق SES، نوع ماده مخدر و طول مدت اعتیاد بر متغیر وابسته (رفتار اعتیادی) تأثیر می‌گذارد.

در مدل ارایه شده، همچنین متغیرهای SES، نوع ماده مخدر، سابقه ترک، سن و منشاء جغرافیایی نیز بر رفتار اعتیادی مؤثر هستند. چنانکه مشاهده می‌شود، SES هم از طریق متغیرهای افسردگی، طول مدت اعتیاد، و نوع ماده مخدر بر گرایش به مصرف مواد تأثیرگذار است (ساندرز و فیلیپس ۱۹۹۴، لکس ۱۹۹۳، هندرسون ۱۹۸۱) و هم به طور مستقیم بر رفتاری اعتیادی اثر می‌گذارد.

۹-Taylor

۱۰- Henerson

۱۱- Jackson

۱۲- Frustration

۱۳- Internalized Kacisim

۱۴ - Brown

۱۵- Gary

۱۶- Milburn

۱- Addictive Behavior

۲- Contextual Studies

نوع ماده مخدر مصرفی نیز هم به طور مستقیم با متغیر وابسته و هم از طریق متغیرهای افسردگی، SES، سابقه اعتیاد و سن با رفتار اعتیادی مرتبط است (هیل ۱۹۹۱، کوهن ۱۹۹۱، کسلر و نلسون ۱۹۹۶).
 متغیر سابقه اعتیاد و طولانی مدت اعتیاد نیز هم به طور با واسطه از طریق متغیرهای افسردگی، نوع ماده مصرفی SES و هم به صورت بی واسطه و مستقیم بر متغیر رفتار اعتیادی اثر می‌گذارد (براون ۱۹۹۳، گری ۱۹۹۲، گرین ۱۹۹۲، وین اشتاین ۱۹۹۳، راکوفسکی ۱۹۸۷) متغیر سابقه ترک نیز هم از طریق متغیر نوع ماده مخدر و هم به طور مستقیم بر رفتار اعتیادی تاثیر می‌گذارد (هندرسون ۱۹۹۱، ساندرز و فیلیپ ۱۹۹۴) متغیر سن نیز هم مستقیماً و هم از طریق متغیرهای نوع ماده مخدر بر رفتار اعتیادی موثر است (ساندرز و فیلیپ ۱۹۹۴، بکس ۱۹۹۱).

متدولوژی

۱ - روش مطالعه

با توجه به ماهیت موضوع مورد مطالعه و اهداف تحقیق و طبیعت متغیرهای مورد اندازه‌گیری و تنوع آنها، از روش پیمایشی^۱ و مشاهده^۲ استفاده شده است. علاوه بر این، از اسناد و مدارک موجود از قبیل پرونده‌های مددجویان، بیماران و تاریخچه زندگی متعادلان نگهداری شده در مراکز بازپروری بهره‌گرفته شده است.

۲ - جامعه آماری و روش نمونه‌یابی

جامعه آماری این پژوهش را معتادان خود معرف و معتادان نگهداری شده در مراکز بازپروری تهران (در طی دوره جمع‌آوری اطلاعات، تابستان و پاییز ۱۳۷۶) تشکیل می‌دهند. این جمعیت مشتمل بود بر ۱۵۰ نفر معتاد نگهداری شده در مرحله قرنطینه و ۱۵۶ معتاد نگهداری شده در بخش اصلی بازپروری که - در مجموع - ۳۰۶ مددجو را شامل می‌شد.
 در نمونه‌یابی با کاربرد روش‌های متداول تعیین حجم نمونه (شارپ، ۱۹۹۲) از جامعه آماری، ۱۵۳ نفر به عنوان جامعه نمونه با دقت احتمالی مطلوب $d=5\%$ و ضریب اطمینان 90% ($t = 1/96$) به دست آمد. نتایج به دست آمده از این نمونه با کمتر از ۵ درصد خطا به جمعیت کل تمیم پذیر بود. با در نظر گرفتن دو صفت طول مدت اعتیاد و نوع ماده مصرفی، به انتخاب جامعه نمونه از جامعه کل اقدام شد. در این روش، با منظور کردن نسبت توزیع صفات و خصوصیات مورد نظر در جامعه کل، به تعیین همان نسبت در جامعه نمونه پرداخته می‌شود (شارپ، همان، ۱۲۱).

۳ - تکنیک جمع‌آوری اطلاعات و ابزار سنجش

پرسشنامه کتبی - حضوری، مصاحبه و مشاهده مستقیم از عمده‌ترین ابزار گردآوری اطلاعات در این پیمایش بودند. از پرسشنامه نظرسنجی برای شناخت وضع رفتار، انگیزش‌ها، تمایلات و خصوصیات شخصیتی، و از تکنیک مصاحبه و مشاهده جهت جمع‌آوری پاره‌ای از اطلاعات مربوط به تاریخچه زندگی، تمایلات، وضعیت ظاهری، صفات و نشانه‌های بارز و نظایر آن استفاده شد.
 با توجه به ضرورت کاربرد شاخص و مقیاس‌های^۴ سنجش برای متغیرها و حالات و کیفیاتی نظیر افسردگی، تمایلات و گرایش‌های سوء مصرف و رفتار اعتیادی از آزمون SCL-90 برای تعیین میزان افسردگی در پاسخگویان، و از مقیاس^۵ APS جهت وقوف به تمایلات و آمادگی‌های مددجویان به سوء مصرف در مرحله بازپروری و شناسایی افراد مستعد استفاده شد.
 مقیاس یا طیف افسردگی یکی از مقیاس‌های اندازه‌گیری ابعاد دهگانه بیماری‌های روانی در آزمون^۶ SAS سی ال ۹۰ کاست. این مقیاس متشکل از ۱۳ گویه (ITEM) است که در فرم لیکرت (LICKERT) به صورت مدرج تنظیم گردیده است. هر گویه دارای ۵ مورد پاسخ (هیچ، کمی، تا حدی، زیاد، بشدت) است و آزمودنی یکی از موارد را که با وضعیت وی تناسب دارد انتخاب و علامت می‌زند.
 متن گویه‌ها پس از برگردان به فارسی و تعدیل و تطبیق با وضعیت جامعه مورد مطالعه در دو مرحله قرنطینه و مرحله اصلی بازپروری در خصوص مددجویان اعمال گردید. گویه‌های این مقیاس عبارتند از:

۱. آیا نسبت به روابط و مناسبات اجتماعی بی‌میل شده‌اید؟
 هیچ کمی تاحدی زیاد بشدت
۲. آیا اغلب احساس ضعف و کندی می‌کنید؟
 هیچ کمی تاحدی زیاد بشدت
۳. آیا گاهی فکر خودکشی به سرتان می‌زند؟
 هیچ کمی تاحدی زیاد بشدت

۱- Survey

۲- Observation

۳- $L. n = p.q.t^2 N / Nd^2 + p.q.t^2$

۴- Scales

۵- Addiction Potential Scale

۴. آیا زود به گریه می‌افتید؟

هیچ کمی تاحدی زیاد بشدت

۵. آیا احساس می‌کنید طوری گیر افتاده‌اید که نه راه پیش دارید نه راه پس؟

هیچ کمی تاحدی زیاد بشدت

۶. آیا خود را برای هر کاری سرزنش می‌کنید؟

هیچ کمی تاحدی زیاد بشدت

۷. آیا احساس تنهایی می‌کنید؟

هیچ کمی تاحدی زیاد بشدت

۸. آیا احساس غمگینی می‌کنید؟

هیچ کمی تاحدی زیاد بشدت

۹. آیا هر اتفاق کوچک شما را نگران و مضطرب می‌سازد؟

هیچ کمی تاحدی زیاد بشدت

۱۰. آیا نسبت به همه چیز بی‌علاقه شده‌اید؟

هیچ کمی تاحدی زیاد بشدت

۱۱. آیا نسبت به آینده ناامید هستید؟

هیچ کمی تاحدی زیاد بشدت

۱۲. آیا انجام هر کاری را مشکل و پرزحمت می‌بینید؟

هیچ کمی تاحدی زیاد بشدت

۱۳. آیا احساس پوچی و بی‌ارزشی می‌کنید؟

هیچ کمی تاحدی زیاد بشدت

از مجموع نمرات به دست آمده از هر گویه براساس ارزش‌های داده شده به موارد پاسخ می‌توان به‌میزان افسردگی آزمودنی (Subject) واقف شد. برای طبقه‌بندی نمرات به دست آمده از آزمودنی‌ها و تعیین شدت و ضعف بیماری افسردگی، نرم جامعه با توجه به وضعیت افسردگی نفوس عمومی تعیین شدند و پس از نرم‌گیری آزمودنی‌ها براساس نمرات کسب شده در پنج طبقه کاملاً سالم (VH)، سالم (H)، در آستانه بیماری (BL)، بیمار (S) و کاملاً بیمار (SS) قرار گرفتند. مقیاس ASP نیز که جهت سنجش میزان تمایلات و گرایش‌های مددجویان به رفتار اعتیادی مورد استفاده قرار گرفت مشتمل بود بر ۳۸ سوال بسته به صورت بلی و خیر که پس از هنجاریابی آزمون در خصوص پاسخگویان مددجو به کار رفت. برای احتساب روائی مقیاس‌های سنجش از آلفای کرونباخ بادامنه صفر تا یک استفاده شد. با توجه به مقادیر آلفای کرونباخ، مقدار α برای همه شاخص‌ها محاسبه شد.

به دلیل مدخلیت عوامل متعدد در الگوی نظری که بر رفتار اعتیادی موثرند و نیز به منظور سنجش تأثیرات جمعی و هم‌زمان متغیرهای مستقل (X) بر متغیر وابسته (Y)، از تحلیل چند متغیره استفاده شد. رگرسیون چند متغیره امکان می‌دهد که، علاوه بر تعیین میزان تأثیر هریک از متغیرهای مستقل، میزان کلی تغییرات متغیر وابسته (تمایل به سوء مصرف) هم که مجموع متغیرها نشان می‌دهند، بررسی شود. از تحلیل مسیر نیز برای بررسی آلفای مستقیم و غیرمستقیم هریک از متغیرهای (X) بر روی متغیر وابسته (Y) استفاده شد.

یافته‌ها و نتایج

۱- خصوصیات معنادان

نتایج حاصل از بررسی خصوصیات فردی، خانوادگی، اعتقادی، شخصیتی و رفتاری معنادان تحت مطالعه در مراکز بازپروری در تهران، کم و بیش مشابهت آنها را با معنادان مطالعه شده در جوامع دیگر نشان می‌دهند. به این ترتیب، نتایج به دست آمده از این پیمایش درباره ویژگی‌های معنادان مطالعه شده، ضمن حمایت از یافته‌های پیشین (ساندرز ۱۹۹۴، فیلیپس ۱۹۹۶، کسلر ۱۹۹۶، لکس ۱۹۹۱، فرگوسن ۱۹۸۲، هیل ۱۹۹۱، کیدورف ۱۹۹۶، نلسون ۱۹۹۳، وین اشتاین ۱۹۹۳، گلنتز ۲۰۰۲ و هارتل ۲۰۰۲ و دیگران)، نشان دهنده و مؤید آن است که معنادان یک تیپ یا گروه واجد ویژگی‌های فردی، شخصیتی، خانوادگی، احساسی، اعتقادی و رفتاری مختص به خود هستند که آنان را از افراد غیرمعنادان ممتاز و متمایز می‌سازد.

براساس نتایج به دست آمده، از حیث توزیع سنی، اکثریت قریب به اتفاق آنها (۸۶ درصد) در گروه سنی جوان و میانه (۱۸ - ۲۹ سال) و (۳۰ - ۴۹ سال) قرار داشتند. بیش از نیمی از آنان مهاجر (۵/۵۲ درصد) و بالغ بر ۶۳ درصد دارای منشاء شهری (متولد شهر) هستند. از لحاظ سطح تحصیلات، قریب به ۸۰ درصد دارای تحصیلات کم‌تر از دیپلم بوده‌اند و حدود ۵۲ درصد قبل از ورود به دوره راهنمایی ترک تحصیل کرده‌اند. از این رو، آنان از نظر موفقیت تحصیلی ۸۵ جزو افراد ناموفق و سرخورده جامعه به حساب می‌آیند. بالغ بر ۷۰ درصد مددجویان تحت مطالعه دارای والدینی بی‌سواد یا کم‌سواد با مشاغل در سطوح پایین و با میزان درآمد و دستمزد اندک و قلیل هستند، به طوری که با احتساب (SES پایگاه اجتماعی - اقتصادی) خانواده و خود افراد بالغ بر ۶۴ درصد آنان در SES پایین قرار می‌گیرند. نتایج تحقیق همچنین نشانگر آن است که حدود ۳ درصد آنان مجرد و بالغ بر ۶۷ درصد فرزندان والدین ناموفق در زندگی زناشویی و متعلق به خانواده‌هایی از هم پاشیده‌اند. حدود ۳۹ درصد از این افراد دوران کودکی و نوجوانی خود را در محیط‌های بدون سرپرستی و حمایت روحی، عاطفی و مادی والدین اصلی خود و در خانه‌های ناپدری، نامادری مراکز تربیت، زندان‌ها و پرورشگاه‌ها و نظایر آن گذرانده‌اند. محیط زندگی آنان مملو از تجارب نامطلوب و زمینه‌ها و شرایط مساعد برای تربیت و پرورش شخصیت‌های کجرو و نژند است. ۳۶ درصد از آنان دارای والدینی معنادار، ۴۱ درصد دارای والدینی با سابقه مجرمیت و ۷۴ درصد دارای دوستانی با سابقه اعتیاد و بزهکاری بوده و ۴۸ درصد آنان در دار و دسته‌ها و گروه‌های بزهکار و تبهکار عضویت داشته‌اند. بالغ بر ۴۱ درصد معتادان تحت مطالعه در زندگی زناشویی ناموفق بوده و همسران خود را رها کرده یا طلاق داده‌اند.

نتایج حاصل از اعمال آزمون SCL۹۰ در آزمودنی‌های مورد مطالعه و در دو مقطع زمانی قرنطینه و مرحله اصلی بازپروری نشان می‌دهند که، به رغم تفاوت نسبی در میزان افسردگی مددجویان در دو مرحله قرنطینه و اصلی (بهبود نسبی در وضعیت بیماری افسردگی آنان در مرحله اصلی بازپروری مشهود است)، درصد زیادی از آنان در وضعیت بیمار و کاملاً بیمار قرار دارند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱ - میزان بیماری افسردگی در معتادان خود معرف و نگهداری شده در مراکز بازپروری تهران در دو مقطع قرنطینه و مرحله اصلی بازپروری براساس آزمون SCL۹۰

مرحله اصلی		مرحله قرنطینه		میزان بیماری
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۶	۲۴	۱۰	۱۶	کاملاً سالم (VH)
۲۲	۳۳	۱۵	۲۳	سالم (H)
۱۹	۲۹	۲۵	۳۸	در آستانه بیماری (BL)
۲۴	۳۷	۲۸	۴۳	بیمار (S)
۱۹	۳۰	۲۲	۳۳	کاملاً بیمار (SS)
۱۰۰	۱۵۳	۱۰۰	۱۵۳	جمع

نتایج حاصل از اعمال آزمون APS (مقیاس آمادگی اعتیاد) در مددجویان در دو مرحله قرنطینه و مرحله اصلی بازپروری (زمان تریخیص) نشان می‌دهند که، به رغم کاهش نسبی در میزان تمایلات معتادان به مصرف مواد مخدر (رفتار اعتیادی)، درصد زیادی از آنان بالقوه (Potentially) مستعد به سوء مصرف هستند، و آمادگی استفاده از ماده مخدر را دارند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲ - میزان آمادگی به سوء مصرف در معتادان مورد مطالعه در دو مقطع قرنطینه و مرحله اصلی بازپروری براساس آزمون APS رتبه‌بندی شده (Ranked)

مرحله اصلی		مرحله قرنطینه		میزان آمادگی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	

۲۵	۳۹	۴۸	۷۳	آمادگی زیاد (H)
۴۶	۷۱	۴۵	۶۹	آمادگی متوسط (M)
۲۹	۴۳	۷	۱۱	آمادگی کم (L)
۱۰۰	۱۵۳	۱۰۰	۱۵۳	جمع

۲- برآزش الگوی تحلیلی

رگرسیون چند متغیره و تحلیل مسیر

با عنایت به مبانی نظری اختلالات همراه و سوء مصرف مواد مخدر و در پرتو دیدگاه‌های مطروح شده (گلاتتیز ۲۰۰۲، هارتل ۲۰۰۲، کسلر ۱۹۹۶، نلسون ۱۹۹۶، برداین ۱۹۹۲، وین اشتاین ۱۹۹۳، برونز ۱۹۹۶، کیدرف ۱۹۹۶، کوهن ۱۹۹۱، گلسنی و کامینر ۱۹۹۲، ساندرز ۱۹۹۴ و دیگران) ... و نیز اعتبار متغیرهایی که در جریان تحلیل دو متغیره معنی‌دار شناخته شدند، متغیر وابسته رفتار اعتیادی یا گرایش به سوء مصرف تحت تأثیر عوامل زیر در نظر گرفته شد:

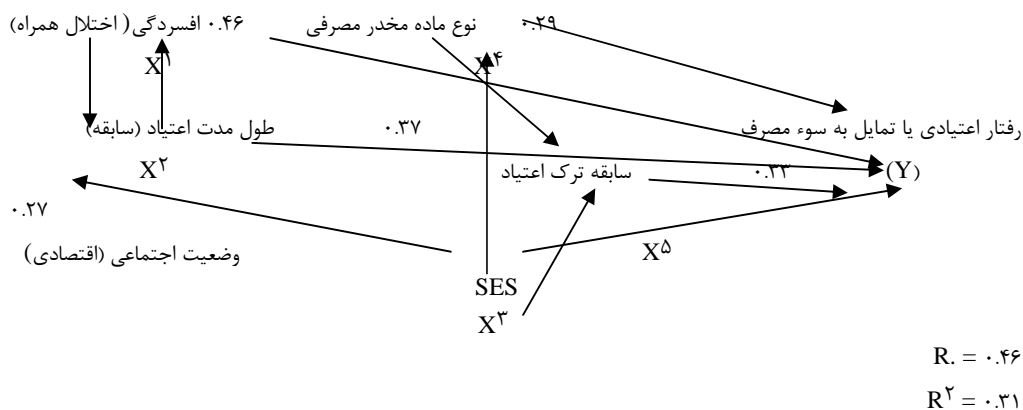
افسردگی، طول مدت اعتیاد (سابقه اعتیاد)، نوع ماده مصرفی، سن، SES، سابقه ترک اعتیاد و منشاء جغرافیایی. در جریان تحلیل رگرسیون چند متغیره ۵ متغیر در سطح $a = 5\%$ در معادله باقی ماندند و معنی‌دار تشخیص داده شدند و دو متغیر سن و منشاء جغرافیایی از معادله حذف گردیدند.

نتایج اجمالی معادله رگرسیونی متغیر وابسته با توجه به ضرایب (Beta ضریب تاثیر متغیر مستقل) R (ضریب همبستگی رگرسیون چند متغیره)، R^2 (ضریب تعیین) و آزمون معنی‌داری حضور هر متغیر مستقل در معادله (T) و سطح معنی‌داری (Sig T) به شرح زیرند:

متغیر افسردگی تعیین کننده‌ترین عامل تأثیرگذار بر رفتار اعتیادی در جامعه مورد مطالعه است. این عامل به میزان ۴۶ درصد (Beta) $= 0.46$ متغیر وابسته تأثیر داشته و در سطح معنی‌داری (Sig. = 0.000) با صد درصد اطمینان از نظر آماری تأیید گردیده است. طول مدت اعتیاد دومین عامل تعیین کننده بر رفتار اعتیادی و تمایل فرد به سوء مصرف است. تأثیر این عامل را به میزان ۳۷ درصد (Beta = 0.37) با صد درصد اطمینان از نظر آماری می‌توان تأیید کرد.

SES یا وضعیت اجتماعی - اقتصادی فرد سومین متغیر تأثیرگذار بر رفتار اعتیادی و یا آمادگی فرد جهت استفاده از ماده مخدر است. این متغیر به میزان ۳۳ درصد (Beta = 0.33) با صد درصد اطمینان از نظر آماری تأیید گردیده است. سپس به ترتیب نوع ماده مخدر به میزان ۲۹ درصد و سابقه ترک اعتیاد به میزان ۲۷ درصد تعیین کننده‌ترین عوامل اثرگذار بر رفتار اعتیادی و تمایلات به سوء مصرف در جامعه مورد مطالعه مطرح شده‌اند.

علاوه بر بررسی میزان تأثیر هر یک از عوامل و متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته و تعیین میزان کل تغییرات رفتاری اعتیادی یا تمایل به سوء مصرف (متغیر Y) که مجموع متغیرهای مستقل نشان می‌دهند، با رسم نمودار تحلیل مسیر، آثار مستقیم و غیرمستقیم هر یک از متغیرهای علت (X) را بر روی متغیر معلول (Y) بررسی و از این طریق میزان متناسب بودن الگو را ارزیابی کرده‌ایم. نمودار تحلیل مسیر عوامل (اختلالات همراه) بر رفتار اعتیادی



نمودار تحلیل مسیر ارائه شده مبین آن است که متغیرهای افسردگی، سابقه اعتیاد، SES، نوع ماده مخدر مصرفی و سابقه ترک اعتیاد به طور مستقیم و بیواسطه بر متغیر وابسته (رفتار اعتیادی) تأثیر می‌گذارد.

متغیر افسردگی، در عین حال که با متغیرهای سابقه اعتیاد، SES و نوع ماده مخدر همبستگی دارد و به طور غیرمستقیم بر متغیر وابسته اثر می‌گذارد، به طور بی‌واسطه بر رفتار اعتیادی نیز تأثیرگذار است.

از طرفی، متغیرهای SES، نوع ماده مخدر مصرفی، سابقه اعتیاد و سابقه ترک نیز که با یکدیگر وبا متغیر افسردگی همبستگی معنی‌داری دارند، مستقیماً بر متغیر رفتار اعتیادی (متغیر وابسته) اثر می‌گذارند.

نتیجه‌گیری:

بر اساس نتایج به دست آمده از کاربرد الگوی تبیینی - تحلیلی و استفاده از رگرسیون چند متغیره و تحلیل مسیر، می‌توان استدلال کرد که میل به مصرف ماده مخدر در آزمودنی‌های این تحقیق متأثر از عوامل متعددی است که در شبکه‌ای از روابط علی با یکدیگر به سر می‌برند و کلیه تغییرات آن را مجموع متغیرهایی، که علت در نظر گرفته شده‌اند، نشان می‌دهند. در این الگو، سندروم افسردگی، سابقه اعتیاد، نوع ماده مصرفی، SES و سابقه ترک اعتیاد، تمایلات فرد به سوء مصرف و رفتار اعتیادی تأثیر می‌گذارد و گرایش او را به استفاده از ماده مخدر تقویت می‌کند. در این الگو، رفتار اعتیادی بازتابی از تأثیرات متقابل افسردگی به عنوان اختلالی همراه و نیز مجموعه‌ای از عوامل و متغیرهای زمینه‌ای است. این یافته ضمن تأیید دیدگاه‌ها و مدل‌هایی که معتقدند اختلال‌های روانی به سوء مصرف موادمختر می‌گردند (گلانتز و هارتل ۲۰۰۲، نلسون ۱۹۹۲، رکسلر ۱۹۹۶، کیدرف ۱۹۹۲، ساندرز ۱۹۹۴، هیل ۱۹۹۱ و ...) ضرورت توجه به آزمون مدل‌هایی را که بر نقش اعتیاد در بروز اختلالات روانی و نیز مدل‌هایی که بر نقش عوامل خطر ساز مشترک در بروز اعتیاد و اختلالات روانی و نیز مدل‌های ترکیبی تأکید دارند، توصیه می‌کنند.

منابع

- کورکینا، تسویلیکو، کوسووا؛ **روانکاوی، روان درمانی؛** ترجمه رزم آزما، تهران، نشر نی، ۱۳۶۸.
- محسنی تبریزی، علیرضا؛ **خودکشی در استان ایلام؛** موسسه مطالعات و تحقیقات اجتماعی دانشگاه تهران، ۱۳۷۲.
- محسنی تبریزی، علیرضا، وثوقی، منصور؛ **بررسی و ارزیابی وضعیت معتادان در مراکز بازپروری،** مورد مرکز بازپروری قرچک؛ تهران، ۱۳۷۶.
- Clark, D. B., Leshick, L., Hegedus, A.M, (۱۹۹۷); "Traumas and other adverse life events in adolescents with alcohol abuse and dependence"; **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, ۳۶(۱۲), ۱۷۴۴-۱۷۵۱.
- Cohen, P.(۱۹۹۳); "An Epidemiological Study of Disorders in Late Childhood and Adolescence"; **journal of Child Psychology and Psychiatry**, ۳۴(G), ۸۵۱-۸۶۷.
- Diskstra, Rene;(۱۹۸۵). **Suicide in Adolescence**; MA, Hingham
- 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**, ۱۶(۱), ۱-۳۴.
- Kessler, R., (۱۹۹۵); **Epidemiology of Psychiatric Comorbidity**; New York: Wiley-Liss
- Kessler, R., Nelson, C.B., McGonagle, K.A. (۱۹۹۶); **the Epidemology of Coocuring Addictive and Mental Disorders**; American journal of Orthopsychiatry, ۶۶(۱), ۱۷-۳۱.
- Swendsen, J.D. (۱۹۹۸); "The Comorbidity of Alcoholism with Anxiety and Depressive Disorders in four Geographic Communities"; **Comprehensive Psychiatry**, ۳۹(۴), ۱۷۶-۱۸۴.