

پژوهش‌های حقوق جزا و جرم‌شناسی

علمی - پژوهشی

شماره ۹

هزار و سیصد و نود و شش - نیمسال اول (دوفصلنامه)

- **حمایت از قربانیان تروریسم در پرتو روند انسانی شدن حقوق بین‌الملل**
دکتر حسین شریفی طراز کوهی - فاطمه فتح‌پور
۵
- **بررسی فرضیه نسل‌زدایی ایزدی‌های عراق توسط داعش**
دکتر مرتضی جوانمردی صاحب - محمدباقر رستگار مهجن‌آبادی
۴۹
- **اراده آزاد به مثابه رکن مسؤولیت کیفری در جدال سازگارانگاری و ناسازگارانگاری**
دکتر رحیم نوبهار - محمدرضا خط‌شب
۸۷
- **بررسی جرم‌شناختی تأثیر بیماری افسردگی ماژور بر نگرش نسبت به مواد مخدر**
غلامحسین کریمی کهکی - مهری زمان‌زاده بهبهانی
۱۱۵
- **انسجام حقوقی در حقوق کیفری بین‌المللی (با توجه به کثرت در منشأ و ارگان‌های اجرایی - قضایی)**
دکتر علیرضا باقری ابیانه
۱۴۵
- **مفهوم قربانی در حقوق بین‌الملل کیفری**
دکتر سیدابراهیم حسینی - دکتر سیدقاسم زمانی
۱۶۹





بررسی جرم‌شناختی تأثیر بیماری افسردگی ماژور

بر نگرش نسبت به مواد مخدر

غلامحسین کریمی کهکی* - مه‌ری زمان‌زاده بهبهانی**

چکیده:

این پژوهش از نوع علی - مقایسه‌ای، به منظور بررسی جرم‌شناختی تأثیر بیماری افسردگی ماژور، به عنوان یکی از اختلالات روانی، با توجه به پیامدهای این اختلال (انحراف - ارتکاب جرم) و تأثیر این بیماری به عنوان یک عامل مؤثر در آسیب‌پذیری این افراد در رابطه با رفتارهای پرخطر، نوع نگرش این بیماران نسبت به سوءمصرف مواد مخدر، و به روش میدانی می‌باشد. به این منظور ۴۰ نفر در شهرستان بهبهان مورد آزمون قرار گرفتند. آزمودنی‌ها ۲۰ بیمار افسرده ماژور، ۱۰ مرد و ۱۰ زن و ۲۰ فرد عادی هم‌تاشده، ۱۰ مرد و ۱۰ زن بودند. بیماران و افراد عادی از نظر سن، وضعیت تأهل، جنسیت و تحصیلات هم‌تا شدند. برای بررسی از پرسش‌نامه نگرش نسبت به مواد مخدر برای آزمودن، دو گروه استفاده شد. داده‌های به دست آمده از طریق روش‌های آمار توصیفی شامل فراوانی و درصد و آمارهای استنباطی (آزمون خی‌دو) تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد: در رابطه با نگرش نسبت به مواد مخدر بین افراد افسرده ماژور در نگرش کلی، هیجان‌ها، باورها و آمادگی عمل نسبت به سوءمصرف مواد مخدر، نسبت به افراد عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارتی افراد افسرده آسیب‌پذیرتر می‌باشند. این پژوهش با تکیه بر شاخه جرم‌شناسی روان‌شناختی (روانی) انجام گرفته است، که با روش علمی و عینی به تحلیل علل و عوامل روانی پیدایش جرم، با هدف پیشگیری از وقوع جرم

* دانشجوی دکترای حقوق کیفری و جرم‌شناسی، عضو هیئت علمی (مربی)، گروه حقوق، واحد بهبهان،

دانشگاه آزاد اسلامی، بهبهان، ایران، نویسنده مسؤل
Email: hosein5820@yahoo.com

** دانشجوی دکترای حقوق کیفری و جرم‌شناسی، عضو هیئت علمی (مربی)، گروه حقوق، واحد بهبهان،

دانشگاه آزاد اسلامی، بهبهان، ایران
Email: zamanzadehlaw@yahoo.com

- مقاله برگرفته از طرح پژوهشی (با بودجه دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان) می‌باشد.

و اصلاح و درمان بزهکاران می‌پردازد.

کلیدواژه‌ها:

جرم‌شناسی روان‌شناختی، افسردگی ماژور، نگرش نسبت به مواد مخدر، پرسش‌نامه نگرش به مواد مخدر.

مقدمه

بیماری‌های روانی بخش جدایی‌ناپذیر و فزاینده‌ای از زندگی امروز بشری را تشکیل می‌دهند. عوامل زیستی - روانی - اجتماعی همپای هم، همان‌طور که انسان را می‌سازند گاه موجب اختلالاتی در کارکرد انسان می‌شوند. ابتلا به اختلالات روانی، از جهات مختلف قابل بررسی است یکی از این جهات، بُعد حقوقی در مفهوم عام و کیفری در مفهوم خاص است. قانون‌گذاران همواره با درک این مسئله مهم در قوانین کیفری به وضع قواعد و قوانین پرداخته‌اند. باید پرسید چه عواملی است که انسان را به سوی رفتارهای پرخطر و یا حتی ارتکاب جرم سوق می‌دهند؟ پاسخ کلی این است که عوامل زیستی، روانی و اجتماعی کلیت انسان را شکل می‌دهند و موجب و موجد همه رفتارهای او از جمله رفتارهایی می‌شوند که منحرفانه و یا مجرمانه می‌خوانیم^۱. جرم‌شناسان دریافتند که برای ارائه یک مطالعه کامل و همه‌جانبه از جرم باید هم‌زمان به بررسی شخصیت و وضعیت قبل از ارتکاب رفتار از جمله رفتار پرخطر (منحرفانه یا مجرمانه) پرداخت.

بیان مسئله

در این پژوهش، در حقیقت، تعامل بین بیمار و ارتکاب رفتاری که از نظر جامعه پرخطر (منحرفانه یا مجرمانه) می‌باشد، بررسی خواهد شد. و پژوهش از یک سو با مباحث روان‌پزشکی و از سوی دیگر با مباحث حقوق جزا و جرم‌شناسی روان‌شناختی (روانی) ارتباط می‌یابد.

بعضی از رفتارهای پرخطر و جرایم توسط بیماران مبتلا به اختلالات روانی ارتکاب می‌یابند که خود طیف وسیعی از بیماری‌ها و هم طیف وسیعی از جرایم را تشکیل می‌دهند. یک دسته از این بیماران مبتلایان به افسردگی هستند که گاه دچار حملات ماژور می‌شوند و در این هنگام است که در اوج حملات ماژور ممکن است درک آنها از واقعیت تحریف شود و

۱. مهدی کی‌نیا، مانی جرم‌شناسی (تهران: انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۸۶)، ۱۱۰.

رابطه آنها با واقعیت قطع گردد، و دست به اعمالی بزنند که واکنش اجتماعی را در پی داشته باشد. و بهتر است به جای واکنش اجتماعی به صورت مجازات، سعی در اصلاح و درمان این بیماران شود. در کل مجرم را باید به صورت بیماری در نظر گرفت که تحت تأثیر انگیزه‌های خودآگاه و ناخودآگاه بیرونی و درونی مرتکب بزه شده است و از این رو نیازمند اصلاح و درمان می‌باشد. اعمال کیفر سبب روی گردانی بزهکار از تکرار همه جرایم نمی‌شود و تشدید مجازات از شمار بزهکاران نمی‌کاهد. تنها به وسیله انتقام و اعمال مجازات نمی‌توان اجتماع را از بزهکاران حفظ کرد بلکه اقدامات دیگری از جمله دور نگهداشتن بزهکار از اجتماع، مراقبت از او بدون طرد از اجتماع، روش‌های درمانی و بازآموزی، پیشگیری از جرم قابل کاربرد است که یکی از مهم‌ترین این روش‌ها تشکیل پرونده شخصیت برای بزهکاران و به خصوص بررسی عوامل روانی و بیماری‌های روانی مؤثر در بزهکاری افراد می‌باشد.^۲ و^۳ در صورتی که شخص مرتکب، افسرده ماژور شناخته شود و ارتکاب رفتار پرخطر (مجرمانه) را در اوج حملات ماژور و حاد خود مرتکب شده باشد، به نظر می‌رسد طبق ماده ۱۴۹ق.م.ا اگر شخص فاقد قوه تام تمییز یا شعور شود از مسؤولیت کیفری مبرا و مشمول ماده ۱۴۹ شده و سایر بیماری‌ها مانع مسؤولیت نیستند و فقط می‌توانند از کیفیات مخففه تلقی شوند ... و بر اساس ماده ۱۵۰ همین قانون اقدامات اصلاحی و درمانی در مورد بیمار افسرده ماژور انجام می‌شود.

سؤالات تحقیق

سؤالات تحقیق به دو قسمت سؤال اصلی و سؤالات فرعی تقسیم می‌شود و در ادامه تحقیق به آنها پاسخ داده می‌شود.

سؤال اصلی

آیا بین فراوانی نگرش کلی نسبت به سوءمصرف مواد مخدر، در بیماران افسرده ماژور و افراد عادی تفاوت وجود دارد؟

سؤالات فرعی

۱- آیا بین فراوانی هیجان‌ها نسبت به سوءمصرف مواد مخدر، در بیماران افسرده ماژور و

۲. مهدی کی‌نیا، روان‌شناسی جنایی (تهران: انتشارات رشد، ۱۳۷۶)، ۵۲.

۳. رضا نوربها، زمینه حقوقی جزای عمومی (تهران: کتابخانه گنج دانش، ۱۳۸۲)، ۵۸.

افراد عادی تفاوت وجود دارد؟

۲- آیا بین فراوانی آمادگی عمل نسبت به سوءمصرف مواد مخدر، در بیماران افسرده

ماژور و افراد عادی تفاوت وجود دارد؟

۳- آیا بین فراوانی باورها نسبت به سوءمصرف مواد مخدر، در بیماران افسرده ماژور و

افراد عادی تفاوت وجود دارد؟

فرضیات تحقیق

در این قسمت یک فرضیه به صورت اصلی بیان می‌شود، و در ادامه چند فرضیه فرعی بیان شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند.

فرضیه اصلی

بین فراوانی نگرش کلی نسبت به سوءمصرف مواد مخدر، در بیماران افسرده ماژور و افراد عادی تفاوت وجود دارد.

فرضیات فرعی

۱- بین فراوانی هیجان‌ها نسبت به سوءمصرف مواد مخدر، در بیماران افسرده ماژور و

افراد عادی تفاوت وجود دارد؛

۲- بین فراوانی آمادگی عمل نسبت به سوءمصرف مواد مخدر، در بیماران افسرده ماژور و

افراد عادی تفاوت وجود دارد؛

۳- بین فراوانی باورها نسبت به سوءمصرف مواد مخدر، در بیماران افسرده ماژور و افراد

عادی تفاوت وجود دارد.

۱- مفهوم‌شناسی

۱-۱- حالات افسردگی

تفحص و بررسی نشانه‌های افسردگی چهار دسته از پدیده‌ها را دربر می‌گیرد. که عبارتند از: اختلالات عاطفی، انگیزش‌ها، شناخت و قلمرو بدنی. «بازخورد عاطفی با حالت غمگینی تقریباً دائم و همراه با حالات بحرانی بغض و اشک ریختن مشخص می‌شود. در این حالت، در رابطه با محیط اجتماعی شکوه‌ها و شکایت‌ها، یادآوری خواری‌ها و خفت‌ها، استرحام‌ها و تظلم‌ها و سرزنش‌ها نیز وجود دارند و مجموعه آنها غالباً با تظاهرات کم و بیش پنهانی

خصوصیت وابسته‌اند. انگیزش‌ها، تابع نوعی بازداری‌اند، حال خواه این بازداری مربوط به زندگی جنسی باشد و خواه مربوط به زندگی اجتماعی و یا مربوط به فعالیت چرخه‌ای، یا بهداشت بدنی باشد، که نشان‌دهنده‌ی کُند شدن فعالیت عقلی، عدم توانایی تمرکز ذهنی، نارسایی‌های حافظه و یادگیری، یعنی پدیده‌هایی که هر قدر میزان افسردگی بیشتر باشد با شدت بیشتری به چشم می‌خورند. فرد در رابطه با خود تصویری را که از بدن خویش دارد، تنزل می‌دهد و نوعی «خودپیرانگری» را در خویش به فعل درمی‌آورد، که با احساس گنهکاری، کینه نسبت به خود، میل به کیفر رسیدن افکار تخریبی تا حد خودکشی، دیده می‌شود. فعالیت بدنی ممکن است کند شود و در پاره‌ای از آنان احساس خستگی دائم مشاهده شود. آشکالی از افسردگی نیز وجود دارند که با تلاطم همراه‌اند، فرد افسرده صبح‌ها زود از خواب بیدار می‌شود و نمی‌تواند دوباره بخوابد. در پاره‌ای دیگر، بی‌خوابی آغاز شب غلبه دارد، در اثر موارد خواب منقطع و در جهت تقلیل است.^۴

۱-۲- اختلالات افسردگی^۵

افسردگی بیماری بسیار شایعی است که تحقیقات دامنه‌داری درباره‌ی علل، عوامل، علائم و طرق درمان آن، در بیشتر جوامع انجام شده است. اما متأسفانه تا الان توجه کافی به آن مبذول نشده است. و تا مدت‌ها علائم افسردگی را به علائم بیماری‌های دیگر نسبت می‌دادند و به همین دلیل تشخیص و در نتیجه درمان آن به تعویق می‌افتاد. با وجود این تعویق عوارض وخیم و نامطلوب افسردگی چون الکلیسم، اعتیاد، خودکشی، قمار، اختلافات زناشویی و حتی دیگرکشی ظاهر می‌شود. اختلالات افسردگی موضوع این پژوهش می‌باشد که تعریف خواهد شد و انواع، علل و علائم و ... مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۱-۳- شخص افسرده

افسرده کسی است که شادابی و نشاط روحی و نیروهای فعال خود را از دست می‌دهد، و در غم و اندوه، خمودی و سستی فرو می‌رود.^۶

۴. ژاک کراز، بیماری‌های روانی، ترجمه محمود منصور و پریخ دادستان (تهران: انتشارات رشد، ۱۳۸۶)، چاپ چهارم، ۷۲-۷۱.

5. Depressive disorders

۶. ابراهیم امانت، افسردگی و خودکشی (تبریز: انتشارات ابن‌سینا، ۱۳۴۸)، چاپ اول، ۸.

۴-۱- تعریف افسردگی^۷

افسردگی یک بیماری جسمی و روانی است که شخص بیمار هر دو علائم جسمی و روانی را دارا می‌باشد.^۸ اما نشانه‌های افسردگی در افراد مختلف می‌تواند شدت و ضعف داشته باشد. «افسردگی» اصطلاح وسیع و مبهمی است، برای شخص عادی حالت مشخص، غمگینی یا گرفتگی و بی‌حوصلگی است، و برای پزشک یک گروه وسیعی از اختلالات عاطفی یا خلقی یا زیرشاخه‌های متعدد را تداعی می‌کند.^۹ خصوصیات اصلی و مرکزی حالات افسردگی کاهش عمیق میل به فعالیت‌های لذت‌بخش و روزمره، مثل: معاشرت، تفریح، ورزش، غذا و روابط جنسی است. این ناتوانی برای کسب لذت حالتی نافذ و پایا دارد. در خفیف‌ترین شکل، ممکن است فقط معدودی از علائم اساسی وجود داشته باشد. مهم‌ترین علامت افسردگی، ناتوانی در کسب لذت از چیزهایی است که قبلاً برای شخص لذت‌بخش بوده است. غمگینی یکی از خصوصیات افسردگی است. البته تمام انواع آن، غمگینی جزئی از بیماری نیست. گنجی و اضطراب و عدم تمرکز فکری هم می‌تواند از علائم افسردگی باشد.^{۱۰}

در حال حاضر تعریف افسردگی، بر اساس یک نظام توصیفی است. پژوهشگران افسردگی را با توسل به نشانگان شما تعریف می‌کنند. روش توصیفی، توافق بین افراد حرفه‌ای را آسان‌تر می‌سازد و روش مؤثری برای تعریف اختلال است. افسردگی دارای ماهیت روان - زیست‌شناختی است.^{۱۱}

۲- انواع اختلالات افسردگی

در این قسمت انواع اختلالات افسردگی بررسی خواهد شد.

7. Depression

۸. کوام مکنزی، تونی اسمیت، افسردگی، ترجمه منیر سنگلجی (تهران: نشر پیدایش، ۱۳۸۵)، چاپ سوم، ۱۲.

۹. - مجید صادقی، مانلی صادقی، درباره افسردگی (تهران: شرکت انتشارات فنی ایران، ۱۳۸۳)، چاپ اول، ۴.

۹. کوام، اسمیت؛ پیشین، ۷۷.

۱۰. نصرت‌الله پورافکاری، فرهنگ جامع روان‌شناسی - روان‌پزشکی (تهران: مؤسسه فرهنگ معاصر، ۱۳۸۵)، جلد اول، چاپ پنجم، ۴۰۲-۴۰۰.

۱۱. امری گری، چیرگی بر افسردگی، ترجمه پروانه محمدخانی و ابراهیم رضایی دوگانه (یزد: انتشارات یزد، ۱۳۸۴)، چاپ اول، ۷.

۲-۱- افسردگی ماژور^{۱۲} (سایکوتیک)

اختلال افسردگی اساسی که به افسردگی یک‌قطبی مشهور است. در آن بیماران فقط تحت یک قطب عاطفی، یعنی افسردگی، قرار می‌گیرند. تشخیص افسردگی ماژور وقتی مطرح می‌شود که حملات دپرسیو شدید چندین بار در طول زندگی تکرار گردد.^{۱۳}

شخص مبتلا دارای اختلال در اشتها، افکار خودکشی، بدخواهی، کندی یا زیادی فعالیت، فراموشی، افسردگی، کاهش علائق، لذت نبردن از زندگی، اختلال در تمرکز و کاهش عزت نفس می‌باشد.^{۱۴}

معدودی از مبتلایان به افسردگی اساسی از واقعیت، درک نادرستی دارند که رفتارهای سایکوتیک نامیده می‌شود. این رفتارها شامل هذیان بی‌کفایتی و احساس گناه برای کارهایی که مرتکب نشده‌اند، می‌باشد. برخی از مبتلایان توهماتی نظیر: احساسات بدنی عجیب نشان می‌دهند. بر اساس یک نمونه‌گیری گسترده؛ که ۹۲۸۲ آمریکایی انگلیسی‌زبان را دربر می‌گرفت، ۶ تا ۷ درصد مردان و حدود ۱۲ درصد زنان به افسردگی عمده دچار بودند.^{۱۵} سابقه عوامل تسریع‌کننده حداقل در ۲۵ درصد بیماران وجود دارد. سن شروع، ۴۰ سالگی اما در هر سنی ممکن است شروع شود.^{۱۶}

اختلال افسردگی اساسی در زنان دو برابر مردان رخ می‌دهد. فراوانی این اختلال در افراد مطلقه و همسرانی که از یکدیگر جدا زندگی می‌کنند، بیشتر می‌باشد، حدود ۵ تا ۱۰ درصد جمعیت کشورهای توسعه‌یافته به این بیماری مبتلا می‌شوند. علاوه بر این، ۳ تا ۵ درصد نیز به نوع خفیف‌تر این بیماری مبتلا می‌شوند. شیوع این بیماری در قرن بیستم افزایش یافته است. میانگین سن شروع افسردگی عمده، ۲۷ سالگی است.^{۱۷} از مدت‌ها پیش معلوم شده

12. Major depression

۱۳. هریسون تنسلی راندولف، روان‌پزشکی، ترجمه بابک شکوهی و محمدرضا شمس‌انصاری و محمدعلی شادیان حقیقی (تهران: انتشارات فروغ اندیشه، ۱۳۷۲)، چاپ اول، ۶.

۱۴. حسین صناعتی زاده، پزشکی قانونی (تهران: انتشارات دادگستر، ۱۳۸۷)، چاپ اول، ۲۹۳.

۱۵. اسپنسر راتوس، روان‌شناسی عمومی، ترجمه حسین ابراهیمی‌مقدم و دیگران (تهران: نشر ساوالان، ۱۳۸۶)، چاپ اول، ۶۷۲.

۱۶. ویرجینیا سادوک، بنجامین سادوک، چکیده روان‌پزشکی بالینی، ترجمه نصرت‌الله پورافکاری (تهران: انتشارات آزاده، ۱۳۸۰)، چاپ اول، ۱۱۹.

۱۷. یان کریستنسن، هاگ واگنر و سباستین هالیدی، روان‌شناسی عمومی، ترجمه ابوالقاسم بشیری و جمشید مطهری و رحیم میردريکوندی (قم: مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره)، ۱۳۸۵)، چاپ اول،

است که اختلال افسردگی اساسی انواع متفاوتی دارد که با مجموعه‌ای مشخص از علائم تعیین می‌شوند. اختلال افسردگی اساسی دارای دو نوع کلی است: منفرد^{۱۸} و راجعه^{۱۹}.

۲-۲- افسردگی خفیف (نوروتیک)

افراد فراوانی که ملاک‌های اختلال افسردگی اساسی را دارا نیستند به علائمی از افسردگی خفیف مبتلا هستند، مانند اختلالات خواب یا نبود علاقه. این حالات، با اسامی متفاوتی مطرح می‌شوند؛ افسردگی جزئی، افسردگی مشخص نشده به گونه‌ای دیگر، اضطراب، افسردگی مختلط، اختلال سازگاری همراه با خلق افسرده. کسانی که این علائم خفیف را دارند، یا به دنبال درمان نمی‌روند، یا فقط نزد پزشک خانوادگی، پزشکان عمومی یا در مراکز بهداشتی معاینه می‌شوند. تداوم علائم می‌تواند عملکرد فرد را تخریب کند و در خطر ابتلا به اختلال افسردگی اساسی در آینده‌ای نزدیک باشد.^{۲۰}

۳- حملات افسردگی

شدت حملات افسردگی را می‌توان به دو دسته تقسیم نمود: خفیف، حاد.

۳-۱- حملات خفیف

در این درجه از افسردگی، فرد تا حدی غمگین و مضطرب است و نسبت به مسائل زندگی، بی‌علاقگی و بی‌تفاوتی مشهودی از خود نشان می‌دهد. همواره احساس گناه و بی‌حوصلگی می‌کند؛ حرف‌هایش یکنواخت و خسته‌کننده است. قوای عقلانی او مانند: هوش، حافظه، شناخت زمان و مکان دست‌نخورده است، و علائم توهم و هذیان در او یافت نمی‌شود. بیمار سعی می‌کند با افسردگی خود مبارزه کند.^{۲۱}

بیمار با مشکلات اجتماعی زیادی روبرو خواهد شد، زیرا اطرافیان او را تنبل و بی‌کار می‌دانند و او را تشویق می‌کنند تا به خود بیاید و اختیار امور را به دست بگیرد، در حالی که او قادر به این کار نیست و اغلب احساس درماندگی کرده و این احساس به قدری شدید است

18. single

19. Recurrent

۲۰. میرنام وایزمن، غلبه بر افسردگی با کمک روان‌درمانی بین‌فردی، ترجمه مهدی سلیمانی (تهران: نشر

قطره، ۱۳۸۸)، چاپ اول، ۲۵.

۲۱. سعید شاملو، آسیب‌شناسی روانی (تهران: انتشارات رشد، ۱۳۸۳)، چاپ هشتم، ۱۷۸.

که دست به خودکشی می‌زند.^{۲۲}

۳-۲- حملات حاد (ماژور)

افسردگی حاد (ماژور)، کوتاه، شدید، ناراحت‌کننده بوده و مستقیماً، موجب تغییر خلق می‌گردد. این نوع در مدتی مناسب و قابل پیش‌بینی معمولاً بهبود می‌یابد. گاهی ممکن است هفته‌ها یا ماه‌ها طول بکشد اما معمولاً شدت و مدت واکنش متناسب با شدت عامل برانگیزاننده افسردگی است. واکنش حاد ممکن است خیلی خفیف باشد، چند ساعت غمگین، یک احساس موقت طرد شدن و یکی دو روز نومیدی باشد.^{۲۳}

حالات بارز افسردگی حاد (ماژور) عبارتند از: استیصال، به بن‌بست رسیدن در زندگی، غم سنگین، احساس درماندگی و بیچارگی بسیار شدید، تا آنجا که هر محرک کوچکی می‌تواند این حالات را در بیمار تحریک و تشدید کند. این بیماران دائماً گریه می‌کنند، کم حرف می‌زنند، و با جواب‌های یکنواخت و کوتاه و صدای خسته و گرفته پاسخ می‌دهند. این کندهی در جواب دادن پاسخ، کوتاهی و غیرعادی بودن پاسخ، گاهی بیمار افسرده را عقب‌مانده ذهنی می‌نمایاند. در حالی که غالباً چنین نیست. و تنها در حالت افسردگی بسیار بدبینانه و بیمارگونه است که بیمار دائماً احساس خستگی و ناتوانی و بی‌میلی نسبت به زندگی دارد. در بسیاری از موارد، بیمار مبتلا به افسردگی حاد از نقصان قوای شناختی خود مانند: هوش، حافظه، عدم تمرکز حواس و فکر شکایت می‌کند، ولی تحقیقات نشان داده است که کاهش در استعدادهای فرد افسرده وجود ندارد و این خود شخص افسرده است که نیروی زیادی از خود را صرف برطرف کردن افسردگی می‌کند؛ و نیز توقعی که از توانایی‌های خود دارد غیرواقعی است. اغلب بیماران مبتلا به افسردگی حاد از بی‌خوابی رنج می‌برند. آنها سخت به خواب می‌روند و زود بیدار می‌شوند، افسردگی این افراد بیشتر در صبح است تا اوقات دیگر روز. همراه با آن، بی‌خوابی، بی‌اشتهایی، کم شدن وزن و بی‌بوست نیز وجود دارد. تمایلات جنسی کاهش می‌یابد و گاهی حتی منجر به عدم توانایی جنسی می‌گردد. در زن‌ها ممکن است عادت ماهیانه متوقف شود و پس از رفع افسردگی خود به خود به حالت طبیعی برگردد.^{۲۴}

فرد افسرده نسبت به درد حساسیت زیاد دارد و تصورات هیپوکاندریایک در او شدت

۲۲. سعید شاملو، *بهداشت روانی* (تهران: انتشارات رشد، ۱۳۸۸)، چاپ بیست و یکم، ۲۶۴.

۲۳. فردریک فلک، *افسردگی*، ترجمه نصرت‌الله پورافکاری (تبریز: انتشارات رسالت، ۱۳۶۴)، چاپ دوم، ۸-۹.

۲۴. شاملو، آسیب‌شناسی روانی، پیشین، ۱۷۸.

می‌یابد. جونزوهال پس از بررسی دویست مورد افسردگی حاد، به این نتیجه رسیدند که بیشتر شکایات بیماران افسرده، شکایت از ناراحتی‌های جسمی؛ تعدادی از آنها حتی اصلاً اشاره‌ای به حالت افسردگی خود نکردند. در بعضی از موارد شدید، هیپوکندریا اساس توهمات جسمانی می‌شود و بیمار تصور می‌کند که مغزش به سنگ تبدیل شده است؛ یا قلبش از بین رفته است.^{۲۵}

۴- نگرش نسبت به مواد مخدر و علل

۴-۱- نگرش

عبارت است از یک حالت عاطفی مثبت یا منفی نسبت به یک موضوع از جمله افراد^{۲۶} عبارت است از ترکیبی از باورها و هیجان‌هایی که شخص را پیشاپیش آماده می‌کند تا به دیگران، اشیاء و گروه‌های مختلف به شیوه مثبت یا منفی نگاه کند. نگرش‌ها ارزیابی از اشیاء را خلاصه می‌کنند در نتیجه پیش‌بینی یا هدایت اعمال یا رفتارهای آینده را برعهده می‌گیرند. (در این پژوهش نگرش مثبت یعنی میل داشتن به مصرف مواد مخدر و نگرش منفی یعنی عدم تمایل به مصرف مواد مخدر)

«وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ» با دست خود خویشتن را به هلاکت نیندازید (سوره بقره/۱۹۵) اعتیاد به مواد مخدر و الکل، بیماری مزمنی است که در اغلب موارد با یک بیماری دیگر روان‌پزشکی همراه است. رابطه علت و معلولی بین اعتیاد و بیماری همراه آن، در اغلب موارد قابل ارزیابی دقیق نبوده و به نظر نمی‌رسد در درمان بالینی آنها نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشد.

افراد معتاد برای کاهش تنش‌ها و اختلالات روانی به طور خودسرانه از مواد مخدر و یا سایر داروهای روان‌گردان استفاده می‌کنند (خوددرمانی^{۲۷}) اختلالات خلقی و در رأس آنها افسردگی، شایع‌ترین، اختلالات روان‌پزشکی همراه مصرف مواد مخدر می‌باشند. شیوع سرانه اختلال افسردگی اساسی در این افراد حدود ۵۰-۶۰ درصد و اختلالات افسردگی جزئی نزدیک به ۱۰ درصد است.

۲۵. علی‌رضا انگاره‌چی، کیمیاگری در افسردگی (تهران: نشر نشانه، ۱۳۸۷)، چاپ اول، ۸۷.

۲۶. لوک بدار، ژوزه دزیل و لوک لامارش، روان‌شناسی اجتماعی، ترجمه منوچهر گنجی (تهران: نشر

ساوالان، ۱۳۸۳)، چاپ سوم، ۹۲.

افسردگی در بیماران معتاد بسیار شایع و در اکثر مواقع آنقدر شدید است که مشخصه‌های یک افسردگی اساسی را برآورده می‌سازد. از طرف دیگر شیوع سرانه اعتیاد در بیماران مبتلا به اختلالات روانی در کل حدود ۲۹ درصد و در مراجعان افسرده در کلینیک‌های روان‌پزشکی، ۵۶ درصد است.^{۲۸} اعتیاد هرچند می‌تواند تحت شرایطی نتایجی پرفاجعه به بار آورد، ولی خود به هیچ‌وجه تنها یک عامل یا یک علت نیست، بلکه بیش از هر چیز، یک نتیجه و معلول است، یک واکنش است. و حتی گاه نیز وسیله تسکین‌جویی آلام روحی و اعتراض است. دست‌کم، اعتیاد، علت و معلول متقابل و عمل و عکس‌العمل توأم است، نه تنها یک عامل محض، یا یک معلول مطلق.^{۲۹}

برای نگرش نسبت به مواد مخدر سه علت را بیان کرده‌اند: علت درونی، علت بیرونی، علت روانی.

۴-۲- علت درونی مؤثر بر نگرش نسبت به مواد مخدر

عوامل زیستی، جسمانی، عوامل مادرزادی و ارثی می‌باشد. همچنین بیماری‌ها و اختلالات جسمی که بر فرد تأثیرات منفی گذاشته، می‌تواند نهایتاً فرد را به سمت خودکشی و یا اعتیاد و الکل سوق دهد. بیماری‌های جسمانی توأم با دردهای شدید که تریاک و مشتقات آن در تسکین آنها مؤثر است، به ویژه در میان مردمی که به پزشک دسترسی ندارند، موجبات اعتیاد را فراهم می‌کند.

۴-۳- علت بیرونی مؤثر بر نگرش نسبت به مواد مخدر

در مورد علت بیرونی اعتیاد می‌توان به عوامل اجتماعی و اقتصادی اشاره کرد. خانواده و محیطی که فرد در آن رشد می‌کند. تأثیر بسزایی دارد. فقر و رفاه که هرکدام به نوعی می‌تواند فرد را به سمت اعتیاد و الکل سوق دهد. گروه دوستان و همسالان اکثر افراد در این گروه‌ها به سمت اعتیاد و الکل کشیده می‌شوند. عوامل فرهنگی و سیاسی در بعضی از موارد می‌تواند تأثیراتی را بر فرد داشته باشد.

۲۸. علی فخرایی، «اختلالات خلقی همراه با اعتیاد»، فصلنامه/اعتیاد ۲ (۱۳۸۶)، ۴۱.

۲۹. مهدی کی‌نیا، مبانی جرم‌شناسی (تهران: انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۸۴)، چاپ هفتم، جلد دوم (بخش

اول)، ۳۷۰.

۴-۴- علل روانی مؤثر بر نگرش نسبت به مواد مخدر

در بیماران دارای اختلالات نوروتیک، واکنش افسردگی و واکنش اضطراب، می‌توانند از علل گرایش به مواد مخدر شوند. بیمار روانی، دماغی، خسته و روانی، افسرده و بی‌اعتدال دارد که مواد مخدر را بهترین پناهگاه و ماده شادی‌بخش خود می‌پندارد. افرادی که توانایی ایستادگی در برابر شداید را ندارند و زودرنجند، چنین افرادی برای پیروزی بر تمایلات و هیجانات و میل به آرامش درونی خود را نیازمند به دارویی مسکن می‌بینند که اعصاب آنها را تخدیر کند. مشخصات و علائم افسردگی عبارتند از: احساس گناه، از دست دادن انگیزه، اختلال خواب و خوراک، نگرش منفی نسبت به جهان. اصولاً افسردگی دو نوع بازتاب دارد. عصبی شدن شدید یا بی‌حال شدن و احساس کسالت. گرایش پسران به مواد مخدر از عوارض این بیماری است، البته در دختران نیز وجود دارد. البته گاهی افسردگی عقلی است برای روی آوردن به اعتیاد زیرا فرد می‌خواهد از حالت گرفتگی روحی درآید.^{۳۰}

۵- جرم‌شناسی روان‌شناختی (روانی)^{۳۱}

جرم‌شناسی روانی، شاخه‌ای از علوم جنایی است که با روش علمی و عینی به تحلیل علل و عوامل روانی پیدایش جرم، با هدف پیشگیری از وقوع جرم و اصلاح و درمان بزهکاران می‌پردازد.

این رشته از جرم‌شناسی به بررسی خصوصیات روانی بزهکار، هوش، استعداد، کمبودهای روحی وی جهت شناخت شخصیت و ارائه روش‌های درمان نارسایی‌های شخصیتی روانی وی می‌پردازد. این علم بیشتر به کمک روان‌شناسی و روان‌کاوی و با استفاده از ابزار تست، به علل رفتارهای جنایی و یا ناسازگاری افراد توجه و سعی در شناخت انگیزه‌های روانی این ناهنجاری‌ها دارد.^{۳۲}

این پژوهش با تکیه بر این شاخه از جرم‌شناسی انجام یافته است.

۶- روش

این پژوهش میدانی، یک مطالعه علی - مقایسه‌ای است، که در آن به بررسی تأثیر بیماری

۳۰. پرویز محمدنژاد قادیکلایی، «علل گرایش به مواد مخدر و تأثیر آن در ارتکاب جرم» (پایان‌نامه

کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده حقوق، ۱۳۷۲)، ۵۷-۵۴.

31. Mental Criminology-Psychological Criminology

۳۲. علی نجفی‌توانا، جرم‌شناسی (تهران: انتشارات آموزش و سنجش، ۱۳۹۲)، چاپ شانزدهم، ۱۱۳.

افسردگی ماژور بر رفتارهای پرخطر در جامعه پرداخته شده است. پرسش‌نامه نگرش نسبت به مواد مخدر شامل ۳۴ سؤال به صورت سه‌گزینه‌ای که به بررسی نگرش‌ها می‌پردازد، است. نگرش منفی نمره صفر و نگرش متوسط نمره یک و نگرش مثبت نمره ۲ می‌باشد و شامل خرده‌مقیاس‌هایی شامل: نگرش کلی، هیجان‌ها، آمادگی عمل و باورها نسبت به سوء‌مصرف مواد مخدر می‌باشد.

۷- جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه این پژوهش شهرستان بهبهان در بهار - تابستان ۱۳۹۴ می‌باشد. تعداد ۴۰ نفر آزمودنی، که ۲۰ بیمار افسرده ماژور (گروه آزمایش) را تشکیل دادند که از این ۲۰ بیمار، ۱۰ نفر مرد و ۱۰ نفر زن بودند. و ۲۰ فرد عادی (گروه هم‌تا یا مقایسه) که از این ۲۰ فرد عادی، ۱۰ نفر مرد و ۱۰ نفر زن بودند و از لحاظ جنس، سن و تحصیلات با گروه بیمار هم‌تا شدند. که با روش نمونه‌گیری آسان (در دسترس) این پژوهش انجام شد. پرسش‌نامه‌ها از قبل تهیه و آماده شدند و با حضور محقق در مطب و با تشخیص روان‌پزشک مبنی بر اینکه نوع بیماری افراد، افسردگی ماژور می‌باشد، این بیماران با رضایت آنها به محقق معرفی شدند و ضمن مطالعه پرسش‌نامه‌ها، به سؤالات پاسخ دادند.

۸- روش‌های آماری به کاررفته جهت تحلیل داده‌ها

پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها از هر دو گروه (آزمودنی‌ها) و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی شامل فراوانی و درصد، به تنظیم جداول پرداخته شد، و در ادامه از آمارهای استنباطی، آزمون‌های دو برای تحلیل نتایج استفاده شد. و نرم‌افزار به کاررفته spss می‌باشد که برای ویندوز، یک سیستم جامع نرم‌پذیر تحلیل آماری و مدیریت داده‌ای است. و از آن برای ایجاد گزارش‌های جدول‌بندی‌شده، نمودارها و آمار توصیفی و تحلیل‌های آماری پیچیده استفاده می‌شود.

۹- اعتبار و روایی پژوهش

ابزار اندازه‌گیری در این تحقیق، پرسش‌نامه نگرش سنج نسبت به مصرف مواد می‌باشد که توسط رحمتی (۱۳۸۳) تدوین شده است. این پرسش‌نامه دارای ۳۴ ماده است که پاسخ‌گویان نظرات خود را درباره هر ماده در قالب سه گزینه بیان میکنند. گزینه (۰) نشانگر نگرش منفی، گزینه (۱) نشانگر نگرش متوسط، و گزینه (۲) نشانگر نگرش مثبت نسبت به سوء‌مصرف مواد

مخدر است. در این آزمون حداقل نمره هر فرد صفر و حداکثر نمره وی ۶۸ خواهد بود. نتایج حاصل از تحلیل عاملی پرسش‌نامه نگرش سنج نسبت به مصرف مواد در پژوهش رحمتی (۱۳۸۳) نشان می‌دهد که پرسش‌نامه از چهار مقیاس نگرش کلی، باورها (شناختی)، هیجان‌ها (عاطفی) و آمادگی برای عمل (رفتاری) تشکیل شده است. همچنین، ضریب پایایی کل پرسش‌نامه نگرش دانشجویان نسبت به سوءمصرف مواد با استفاده از بازآزمایی به فاصله یک هفته برابر ۰/۸۰ و با روش همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۰۳ به دست آمده است (رحمتی، ۱۳۸۳). در پژوهش حاضر برای به دست آوردن روایی صوری، پرسش‌نامه نگرش سنج نسبت به مصرف مواد توسط پژوهشگر برای پنج نفر از اساتید متخصص ارسال شد و در نهایت روایی صوری و محتوایی آن مورد تأیید قرار گرفت. ضریب پایایی پرسش‌نامه نگرش سنج نسبت به مصرف مواد نیز، در گروه نمونه مورد بررسی از طریق روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) محاسبه شده است، که این ضرایب برای نمره کلی پرسش‌نامه ۰/۷۸، برای مؤلفه نگرش کلی ۰/۷۲، برای مؤلفه باورها (شناختی) ۰/۷۶، برای مؤلفه هیجان‌ها (عاطفی) ۰/۷۰ و برای مؤلفه آمادگی برای عمل (رفتاری) ۰/۸۲، برآورد گردیده است. به همین ترتیب، ۳۰ نفر از آزمودنی‌ها به صورت جداگانه پرسش‌نامه نگرش سنج نسبت به مصرف مواد را پاسخ دادند. دو هفته بعد، مجدداً این پرسش‌نامه به آنها ارائه شد که ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی ۰/۷۴ محاسبه شده است.

۱۰- یافته‌ها (تحلیل استنباطی و بررسی فرضیه‌های تحقیق)

این پژوهش از یک فرضیه اصلی تشکیل شده است. لکن با توجه به سؤالات پرسش‌نامه و برای تحلیل و بررسی دقیق‌تر رفتارهای پرخطر ذیل فرضیه اصلی، چند فرضیه فرعی مطرح شده است. و سعی در تبیین روشن‌تر موضوع تحقیق می‌باشد که آیا اختلال روانی (افسردگی ماژور) منجر به ارتکاب رفتار پرخطر از جمله ارتکاب جرم و یا مصرف مواد مخدر می‌شود؟ آیا بین نرخ ارتکاب رفتار پرخطر در بیماران افسرده ماژور و افراد عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟

۱۰-۱- فرضیه اصلی

«بین فراوانی نگرش کلی نسبت به سوءمصرف مواد مخدر، در بیماران افسرده ماژور و افراد عادی تفاوت وجود دارد.»

جدول شماره ۱: فراوانی و درصد نگرش کلی نسبت به سوءمصرف مواد مخدر، در بیماران افسرده ماژور و افراد عادی

مجموع	گروه‌ها		گزینه‌ها	
	افراد عادی	افراد افسرده		
۱۰	۸	۲	فراوانی	نگرش منفی
۲۵	۴۰	۱۰	درصد	(الف)
۱۱	۶	۵	فراوانی	نگرش متوسط
۲۷/۵	۳۰	۲۵	درصد	(پ)
۱۹	۶	۱۳	فراوانی	نگرش مثبت
۴۷/۵	۳۰	۶۵	درصد	(ب)
۴۰	۲۰	۲۰	فراوانی	مجموع
۱۰۰	۵۰	۵۰	درصد	

همان‌طور که در جدول شماره ۱ ملاحظه می‌شود میزان نگرش کلی نسبت به سوءمصرف مواد مخدر، در بین بیماران افسرده ماژور و افراد عادی متفاوت است، به طوری که مشخص شده است از بیماران افسرده ماژور ۱۰ درصد نگرش منفی، ۲۵ درصد نگرش متوسط و ۶۵ درصد نگرش مثبت نسبت به سوءمصرف مواد مخدر دارند. این در حالی است که از افراد عادی ۴۰ درصد نگرش منفی، ۳۰ درصد نگرش متوسط و ۳۰ درصد نگرش مثبت نسبت به سوءمصرف مواد مخدر دارند. به منظور مشخص نمودن تفاوت بین فراوانی گزینه‌های انتخاب‌شده در بین بیماران افسرده ماژور و افراد عادی از آزمون خی‌دو استفاده شده است، که نتایج آن در جدول شماره ۲ ملاحظه می‌شود.

جدول شماره ۲: آزمون خی‌دو به منظور مشخص نمودن تفاوت بین فراوانی گزینه‌های انتخاب‌شده در بین بیماران افسرده ماژور و افراد عادی

شاخص	خی‌دو	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
	۶/۲۷	۲	$p < 0.05$

همان‌طور که در جدول شماره ۲ ملاحظه می‌شود مقدار خی‌دو مشاهده‌شده برابر ۶/۲۷

می‌باشد ($p < 0/05$) که از مقدار بحرانی جدول (۵/۹۹) بزرگ‌تر می‌باشد؛ بنابراین فرضیه صفر رد می‌شود و این فرضیه تأیید می‌گردد که تفاوت معنی‌داری بین فراوانی نگرش کلی نسبت به سوءمصرف مواد مخدر در بیماران افسرده ماژور و افراد عادی وجود دارد. به عبارت دیگر، با توجه به ویژگی‌های روحی و روانی شخص مبتلا به افسردگی ماژور، نگرش منفی نسبت به سوءمصرف مواد مخدر در این افراد کمتر از افراد عادی می‌باشد.

جدول شماره ۳: فراوانی و درصد نگرش کلی نسبت به سوءمصرف مواد مخدر، در بیماران افسرده ماژور و افراد عادی

مجموع	گروه‌ها		گزینه‌ها	
	افراد عادی	افراد افسرده		
۹	۷	۲	فراوانی	سؤال شماره ۲۵: در رابطه با زمان شروع مصرف مواد نظرم این است که: الف - حداقل نیمی از معتادان از زمان نوجوانی مصرف مواد را شروع می‌کنند. ب - تعداد افرادی که مصرف مواد مخدر را از دوره نوجوانی شروع می‌کنند خیلی کم است. پ - تعداد زیادی از معتادان مصرف مواد مخدر را در دوره نوجوانی شروع می‌کنند.
۲۲/۵	۳۵	۱۰	درصد	
۱۷	۱۰	۷	فراوانی	
۴۲/۵	۵۰	۳۵	درصد	
۱۴	۳	۱۱	فراوانی	
۳۵	۱۵	۵۵	درصد	
۴۰	۲۰	۲۰	فراوانی	
۱۰۰	۵۰	۵۰	درصد	
			مجموع	
			درصد	

همان‌طور که در جدول شماره ۳ ملاحظه می‌شود میزان نگرش کلی نسبت به سوءمصرف مواد مخدر، در بین بیماران افسرده ماژور و افراد عادی متفاوت است، به طوری که مشخص شده است از بیماران افسرده ماژور ۱۰ درصد نگرش منفی، ۳۵ درصد نگرش متوسط و ۵۵ درصد نگرش مثبت نسبت به سوءمصرف مواد مخدر دارند. این در حالی است که از افراد عادی ۳۵ درصد نگرش منفی، ۵۰ درصد نگرش متوسط و ۱۵ درصد نگرش مثبت نسبت به سوءمصرف مواد مخدر دارند. به منظور مشخص نمودن تفاوت بین فراوانی گزینه‌های انتخاب‌شده در بین بیماران افسرده ماژور و افراد عادی از آزمون خی‌دو استفاده شده است، که نتایج آن در جدول شماره ۴ ملاحظه می‌شود.

جدول شماره ۴: آزمون خی‌دو به منظور مشخص نمودن تفاوت بین فراوانی گزینه‌های انتخاب‌شده در بین بیماران افسرده ماژور و افراد عادی

شاخص	خی‌دو	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
	۷/۸۷	۲	$p < 0.05$

همان‌طور که در جدول شماره ۴ ملاحظه می‌شود مقدار خی‌دو مشاهده‌شده برابر ۷/۸۷ می‌باشد ($p < 0.05$) که از مقدار بحرانی جدول (۵/۹۹) بزرگ‌تر می‌باشد؛ بنابراین فرضیه صفر رد می‌شود و این فرضیه تأیید می‌گردد که تفاوت معنی‌داری بین فراوانی نگرش کلی نسبت به سوءمصرف مواد مخدر در بیماران افسرده ماژور و افراد عادی وجود دارد. به عبارت دیگر، با توجه به ویژگی‌های روحی و روانی شخص مبتلا به افسردگی ماژور، نگرش منفی نسبت به سوءمصرف مواد مخدر در این افراد کمتر از افراد عادی می‌باشد.

۱۰-۲- فرضیه فرعی شماره ۱

«بین فراوانی هیجان‌ها نسبت به سوءمصرف مواد مخدر، در بیماران افسرده ماژور و افراد عادی تفاوت وجود دارد.»

جدول شماره ۵: فراوانی و درصد هیجان‌ها نسبت به سوءمصرف مواد مخدر، در بیماران افسرده ماژور و افراد عادی

مجموع	گروه‌ها		گزینه‌ها	
	افراد عادی	افراد افسرده		
۱۲	۹	۳	فراوانی	نگرش منفی
۳۰	۴۵	۱۵	درصد	(پ)
۱۰	۶	۴	فراوانی	نگرش متوسط
۲۵	۳۰	۲۰	درصد	(ب)
۱۸	۵	۱۳	فراوانی	نگرش مثبت
۴۵	۲۵	۶۵	درصد	(الف)
۴۰	۲۰	۲۰	فراوانی	مجموع
۱۰۰	۵۰	۵۰	درصد	

سؤال شماره ۱: اگر در جمع گروهی از دوستانم قرار گیرم که بعضی وقت‌ها سیگار یا مواد دیگر مصرف می‌کنند:
الف - ترجیح می‌دهم با آنها همراه باشم تا فکر نکنند من ترسو هستم.
ب - در مواقعی که مواد مصرف می‌کنند از آنها دوری می‌کنم.
پ - سعی می‌کنم آخرین دفعه باشد که همراه آنان هستم.

همان‌طور که در جدول شماره ۵ ملاحظه می‌شود میزان هیجان‌ها نسبت به سوءمصرف مواد مخدر، در بین بیماران افسرده ماژور و افراد عادی متفاوت است، به طوری که مشخص شده است از بیماران افسرده ماژور ۱۵ درصد نگرش منفی، ۲۰ درصد نگرش متوسط و ۶۵ درصد نگرش مثبت نسبت به سوءمصرف مواد مخدر دارند. این در حالی است که از افراد عادی ۴۵ درصد نگرش منفی، ۳۰ درصد نگرش متوسط و ۲۵ درصد نگرش مثبت نسبت به سوءمصرف مواد مخدر دارند. به منظور مشخص نمودن تفاوت بین فراوانی گزینه‌های انتخاب‌شده در بین بیماران افسرده ماژور و افراد عادی از آزمون χ^2 دو استفاده شده است، که نتایج آن در جدول شماره ۶ ملاحظه می‌شود.

جدول شماره ۶: آزمون χ^2 دو به منظور مشخص نمودن تفاوت بین فراوانی گزینه‌های انتخاب‌شده در بین بیماران افسرده ماژور و افراد عادی

شاخص	χ^2 دو	درجه آزادی	سطح معنی داری
	۶/۹۵	۲	$p < 0/05$

همان‌طور که در جدول شماره ۶ ملاحظه می‌شود مقدار χ^2 دو مشاهده‌شده برابر ۶/۹۵ می‌باشد ($p < 0/05$) که از مقدار بحرانی جدول (۵/۹۹) بزرگ‌تر می‌باشد؛ بنابراین فرضیه صفر رد می‌شود و این فرضیه تأیید می‌گردد که تفاوت معنی‌داری بین فراوانی هیجان‌ها نسبت به سوءمصرف مواد مخدر در بیماران افسرده ماژور و افراد عادی وجود دارد. به عبارتی با توجه به ویژگی‌های روانی شخص مبتلا به افسردگی ماژور، هیجان منفی نسبت به سوءمصرف مواد مخدر در این افراد کمتر از افراد عادی می‌باشد.

جدول شماره ۷: فراوانی و درصد هیجان‌ها نسبت به سوء‌مصرف مواد مخدر، در بیماران افسرده ماژور و افراد عادی

مجموع	گروه‌ها		گزینه‌ها	
	افراد عادی	افراد افسرده		
۱۲	۹	۳	فراوانی	سؤال شماره ۱۵: اینکه می‌گویند مصرف مواد مخدر آرام‌بخش است به نظر من: الف - در مورد بعضی مواد مخدر درست است. ب - در آرام‌بخشی بعضی از مواد نباید شک کرد. پ - حرف خیلی درستی نیست.
۳۰	۴۵	۱۵	درصد	
۱۲	۷	۵	فراوانی	
۳۰	۳۵	۲۵	درصد	
۱۶	۴	۱۲	فراوانی	
۴۰	۲۰	۶۰	درصد	
۴۰	۲۰	۲۰	فراوانی	مجموع
۱۰۰	۵۰	۵۰	درصد	

همان‌طور که در جدول شماره ۷ ملاحظه می‌شود میزان هیجان‌ها نسبت به سوء‌مصرف مواد مخدر، در بین بیماران افسرده ماژور و افراد عادی متفاوت است، به طوری که مشخص شده است از بیماران افسرده ماژور ۱۵ درصد نگرش منفی، ۲۵ درصد نگرش متوسط و ۶۰ درصد نگرش مثبت نسبت به سوء‌مصرف مواد مخدر دارند. این در حالی است که از افراد عادی ۴۵ درصد نگرش منفی، ۳۵ درصد نگرش متوسط و ۲۰ درصد نگرش مثبت نسبت به سوء‌مصرف مواد مخدر دارند. به منظور مشخص نمودن تفاوت بین فراوانی گزینه‌های انتخاب‌شده در بین بیماران افسرده ماژور و افراد عادی از آزمون χ^2 دو استفاده شده است، که نتایج آن در جدول شماره ۸ ملاحظه می‌شود.

جدول شماره ۸: آزمون χ^2 دو به منظور مشخص نمودن تفاوت بین فراوانی گزینه‌های انتخاب‌شده در بین بیماران افسرده ماژور و افراد عادی

شاخص	χ^2 دو	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
	۷/۳۳	۲	$p < 0.05$

همان‌طور که در جدول شماره ۸ ملاحظه می‌شود مقدار χ^2 دو مشاهده‌شده برابر ۷/۳۳ می‌باشد ($p < 0.05$) که از مقدار بحرانی جدول (۵/۹۹) بزرگ‌تر می‌باشد؛ بنابراین فرضیه صفر

رد می‌شود و این فرضیه تأیید می‌گردد که تفاوت معنی‌داری بین فراوانی هیجان‌ها نسبت به سوءمصرف مواد مخدر در بیماران افسرده ماژور و افراد عادی وجود دارد. به عبارتی با توجه به ویژگی‌های روانی شخص مبتلا به افسردگی ماژور، هیجان منفی نسبت به سوءمصرف مواد مخدر در این افراد کمتر از افراد عادی می‌باشد.

۱۰-۳- فرضیه فرعی شماره ۲

«بین فراوانی آمادگی عمل نسبت به سوءمصرف مواد مخدر، در بیماران افسرده ماژور و افراد عادی تفاوت وجود دارد.»

جدول شماره ۹: فراوانی و درصد آمادگی عمل نسبت به سوءمصرف مواد مخدر، در بیماران افسرده ماژور و افراد عادی

مجموع	گروه‌ها		گزینه‌ها	
	افراد عادی	افراد افسرده		
۱۶	۱۲	۴	فراوانی	سؤال شماره ۹: دوستی‌ام را با کسی که مواد مخدر مصرف می‌کند: الف - ادامه می‌دهم و از او می‌خواهم که مصرف مواد را کنار بگذارد. ب - به سرعت و به طور کامل قطع می‌کنم. پ - بسیار کم می‌کنم.
۴۰	۶۰	۲۰	درصد	
۹	۵	۴	فراوانی	
۲۲/۵	۲۵	۲۰	درصد	
۱۵	۳	۱۲	فراوانی	
۳۷/۵	۱۵	۶۰	درصد	
۴۰	۲۰	۲۰	فراوانی	
۱۰۰	۵۰	۵۰	درصد	

همان‌طور که در جدول شماره ۹ ملاحظه می‌شود میزان آمادگی عمل نسبت به سوءمصرف مواد مخدر، در بین بیماران افسرده ماژور و افراد عادی متفاوت است، به طوری که مشخص شده است از بیماران افسرده ماژور ۲۰ درصد نگرش منفی، ۲۰ درصد نگرش متوسط و ۶۰ درصد نگرش مثبت نسبت به آمادگی عمل سوءمصرف مواد مخدر دارند. این در حالی است که از افراد عادی ۶۰ درصد نگرش منفی، ۲۵ درصد نگرش متوسط و ۱۵ درصد

نگرش مثبت نسبت به سوءمصرف مواد مخدر دارند. به منظور مشخص نمودن تفاوت بین فراوانی گزینه‌های انتخاب‌شده در بین بیماران افسرده ماژور و افراد عادی از آزمون خی‌دو استفاده شده است، که نتایج آن در جدول شماره ۱۰ ملاحظه می‌شود.

جدول شماره ۱۰: آزمون خی‌دو به منظور مشخص نمودن تفاوت بین فراوانی گزینه‌های انتخاب‌شده در بین بیماران افسرده ماژور و افراد عادی

شاخص	خی‌دو	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
	۹/۵۱	۲	$p < 0.05$

همان‌طور که در جدول شماره ۱۰ ملاحظه می‌شود مقدار خی‌دو مشاهده‌شده برابر ۹/۵۱ می‌باشد ($p < 0.05$) که از مقدار بحرانی جدول (۵/۹۹) بزرگ‌تر می‌باشد؛ بنابراین فرضیه صفر رد می‌شود و این فرضیه تأیید می‌گردد که تفاوت معنی‌داری بین فراوانی آمادگی عمل نسبت به سوءمصرف مواد مخدر در بیماران افسرده ماژور و افراد عادی وجود دارد. به عبارت دیگر، با توجه به ویژگی‌های روحی و روانی شخص مبتلا به افسردگی ماژور، نگرش منفی نسبت به آمادگی عمل سوءمصرف مواد مخدر در این افراد کمتر از افراد عادی می‌باشد.

جدول شماره ۱۱: فراوانی و درصد آمادگی عمل نسبت به سوءمصرف مواد مخدر، در بیماران افسرده ماژور و افراد عادی

مجموع	گروه‌ها		گزینه‌ها	
	افراد عادی	افراد افسرده		
۱۱	۹	۲	فراوانی	نگرش منفی
۲۷/۵	۴۵	۱۰	درصد	سؤال شماره ۳۰: در مورد سیگار معتمد که:
۱۳	۹	۴	فراوانی	نگرش متوسط
۳۲/۵	۴۵	۲۰	درصد	الف - خطر سیگار نسبت به مواد مخدر دیگر بسیار کمتر است.
۱۶	۲	۱۴	فراوانی	نگرش مثبت
۴۰	۱۰	۷۰	درصد	ب - سیگار را نباید جزو مواد مخدر خطرناک به حساب آورد.
۴۰	۲۰	۲۰	فراوانی	پ - مصرف سیگار راه را برای مصرف مواد دیگر هموار می‌کند.
۱۰۰	۵۰	۵۰	درصد	مجموع

همان‌طور که در جدول شماره ۱۱ ملاحظه می‌شود میزان آمادگی عمل نسبت به سوءمصرف مواد مخدر، در بین بیماران افسرده ماژور و افراد عادی متفاوت است، به طوری که مشخص شده است از بیماران افسرده ماژور ۱۰ درصد نگرش منفی، ۲۰ درصد نگرش متوسط و ۷۰ درصد نگرش مثبت نسبت به آمادگی عمل سوءمصرف مواد مخدر دارند. این در حالی است که از افراد عادی ۴۵ درصد نگرش منفی، ۴۵ درصد نگرش متوسط و ۱۰ درصد نگرش مثبت نسبت به سوءمصرف مواد مخدر دارند. به منظور مشخص نمودن تفاوت بین فراوانی گزینه‌های انتخاب‌شده در بین بیماران افسرده ماژور و افراد عادی از آزمون خی‌دو استفاده شده است، که نتایج آن در جدول شماره ۱۲ ملاحظه می‌شود.

جدول شماره ۱۲: آزمون خی‌دو به منظور مشخص نمودن تفاوت بین فراوانی گزینه‌های انتخاب‌شده در بین بیماران افسرده ماژور و افراد عادی

شاخص	خی‌دو	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
	۱۵/۳۷	۲	$p < ۰/۰۵$

همان‌طور که در جدول شماره ۱۲ ملاحظه می‌شود مقدار خی‌دو مشاهده‌شده برابر ۱۵/۳۷ می‌باشد ($p < ۰/۰۵$) که از مقدار بحرانی جدول (۵/۹۹) بزرگ‌تر می‌باشد؛ بنابراین فرضیه صفر رد می‌شود و این فرضیه تأیید می‌گردد که تفاوت معنی‌داری بین فراوانی آمادگی عمل نسبت به سوءمصرف مواد مخدر در بیماران افسرده ماژور و افراد عادی وجود دارد. به عبارت دیگر، با توجه به ویژگی‌های روحی و روانی شخص مبتلا به افسردگی ماژور، نگرش منفی نسبت به آمادگی عمل سوءمصرف مواد مخدر در این افراد کمتر از افراد عادی می‌باشد.

۴-۱۰- فرضیه فرعی شماره ۳

«بین فراوانی باورها نسبت به سوءمصرف مواد مخدر، در بیماران افسرده ماژور و افراد عادی تفاوت وجود دارد».

جدول شماره ۱۳: فراوانی و درصد باورها نسبت به سوء‌مصرف مواد مخدر، در بیماران افسرده ماژور و افراد عادی

مجموع	گروه‌ها		گزینه‌ها	
	افراد افسرده	افراد عادی		
۲۵	۹	۱۶	فراوانی	سؤال شماره ۸: اگر کسی به من بگوید که مصرف بعضی مواد مخدر تمرکز فکر و یادگیری را زیاد می‌کند: الف - بدون تردید حرف او را رد می‌کنم. ب - قبول می‌کنم مگر برایم ثابت شود که دروغ است. پ - احتمال می‌دهم تا حدی درست باشد.
۶۲/۵	۴۵	۸۰	درصد	
۵	۲	۳	فراوانی	
۱۲/۵	۱۰	۱۵	درصد	
۱۰	۹	۱	فراوانی	
۲۵	۴۵	۵	درصد	
۴۰	۲۰	۲۰	فراوانی	مجموع
۱۰۰	۵۰	۵۰	درصد	

همان‌طور که در جدول شماره ۱۳ ملاحظه می‌شود میزان باورها نسبت به سوء‌مصرف مواد مخدر، در بین بیماران افسرده ماژور و افراد عادی متفاوت است، به طوری که مشخص شده است از بیماران افسرده ماژور ۴۵ درصد نگرش منفی، ۱۰ درصد نگرش متوسط و ۴۵ درصد نگرش مثبت نسبت به باورهای سوء‌مصرف مواد مخدر دارند. این در حالی است که از افراد عادی ۸۰ درصد نگرش منفی، ۱۵ درصد نگرش متوسط و ۵ درصد نگرش مثبت نسبت به باورهای سوء‌مصرف مواد مخدر دارند. به منظور مشخص نمودن تفاوت بین فراوانی گزینه‌های انتخاب‌شده در بین بیماران افسرده ماژور و افراد عادی از آزمون خی‌دو استفاده شده است، که نتایج آن در جدول شماره ۱۴ ملاحظه می‌شود.

جدول شماره ۱۴: آزمون خی‌دو به منظور مشخص نمودن تفاوت بین فراوانی گزینه‌های انتخاب‌شده در بین بیماران افسرده ماژور و افراد عادی

شاخص	خی‌دو	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
	۸/۵۶	۲	$p < 0.05$

همان‌طور که در جدول شماره ۱۴ ملاحظه می‌شود مقدار خی‌دو مشاهده‌شده برابر ۸/۵۶ می‌باشد ($p < 0.05$) که از مقدار بحرانی جدول (۵/۹۹) بزرگ‌تر می‌باشد؛ بنابراین فرضیه صفر

رد می‌شود و این فرضیه تأیید می‌گردد که تفاوت معنی‌داری بین فراوانی باورها نسبت به سوءمصرف مواد مخدر در بیماران افسرده ماژور و افراد عادی وجود دارد. به عبارتی با توجه به ویژگی‌های روانی شخص مبتلا به افسردگی ماژور، نگرش منفی نسبت به باورهای سوءمصرف مواد مخدر در این افراد کمتر از افراد عادی می‌باشد.

جدول شماره ۱۵: فراوانی و درصد باورها نسبت به سوءمصرف مواد مخدر، در بیماران افسرده ماژور و افراد عادی

مجموع	گروه‌ها		گزینه‌ها	
	افراد عادی	افراد افسرده		
۱۰	۸	۲	فراوانی	سؤال شماره ۱۰: مصرف بعضی مواد مخدر (مثل تریاک): الف - در درمان بیشتر دردهای جسمانی مؤثر هستند. ب - می‌توانند بعضی از دردهای جسمی را آرام کنند. پ - اثر درمانی و آرام‌بخشی کوتاه‌مدت دارند.
۲۵	۴۰	۱۰	درصد	
۸	۵	۳	فراوانی	
۲۰	۲۵	۱۵	درصد	
۲۲	۷	۱۵	فراوانی	
۵۵	۳۵	۷۵	درصد	
۴۰	۲۰	۲۰	فراوانی	
۱۰۰	۵۰	۵۰	درصد	
			مجموع	

همان‌طور که در جدول شماره ۱۵ ملاحظه می‌شود میزان باورها نسبت به سوءمصرف مواد مخدر، در بین بیماران افسرده ماژور و افراد عادی متفاوت است، به طوری که مشخص شده است از بیماران افسرده ماژور ۱۰ درصد نگرش منفی، ۱۵ درصد نگرش متوسط و ۷۵ درصد نگرش مثبت نسبت به باورهای سوءمصرف مواد مخدر دارند. این در حالی است که از افراد عادی ۴۰ درصد نگرش منفی، ۲۵ درصد نگرش متوسط و ۳۵ درصد نگرش مثبت نسبت به باورهای سوءمصرف مواد مخدر دارند. به منظور مشخص نمودن تفاوت بین فراوانی گزینه‌های انتخاب‌شده در بین بیماران افسرده ماژور و افراد عادی از آزمون خی‌دو استفاده شده است، که نتایج آن در جدول شماره ۱۶ ملاحظه می‌شود.

جدول شماره ۱۶: آزمون خی‌دو به منظور مشخص نمودن تفاوت بین

فراوانی گزینه‌های انتخاب‌شده در بین بیماران افسرده ماژور و افراد عادی

شاخص	خی‌دو	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
	۷/۰۰۹	۲	$p < ۰/۰۵$

همان‌طور که در جدول شماره ۱۶ ملاحظه می‌شود مقدار خی‌دو مشاهده‌شده برابر ۷/۰۰۹ می‌باشد ($p < ۰/۰۵$) که از مقدار بحرانی جدول (۵/۹۹) بزرگ‌تر می‌باشد؛ بنابراین فرضیه صفر رد می‌شود و این فرضیه تأیید می‌گردد که تفاوت معنی‌داری بین فراوانی باورها نسبت به سوء‌مصرف مواد مخدر در بیماران افسرده ماژور و افراد عادی وجود دارد. به عبارتی با توجه به ویژگی‌های روانی شخص مبتلا به افسردگی ماژور، نگرش منفی نسبت به باورهای سوء‌مصرف مواد مخدر در این افراد کمتر از افراد عادی می‌باشد.

۱۱- مسؤولیت کیفری بیماران افسرده ماژور

افراد مبتلا به افسردگی ماژور در شرایط اوج حملات حاد، در صورت قطع رابطه با واقعیت و توهم و هذیان، روان‌پریش (مجنون) محسوب شده و فاقد قوه تمییز و تشخیص و شعور بوده و مشمول ماده ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی (ماده ۵۱ قانون سابق) و از مسؤولیت کیفری میرا هستند و در غیر این صورت حتی اگر اراده نسبی و آگاهی نسبی از زمان و مکان داشته باشند با وجود ارتکاب جرم مشمول ماده ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی نشده و مسؤولیت کیفری آنها نسبی خواهد بود؛ و اگر آگاهی کامل از زمان و مکان داشته باشند، مسؤولیت کیفری کامل خواهند داشت.

نتیجه

در این قسمت به بررسی نتیجه تحقیق با توجه به فرضیات اصلی و فرعی مطرح‌شده در قسمت‌های پیش می‌پردازیم.

فرضیه اصلی

«بین فراوانی نگرش کلی نسبت به سوء‌مصرف مواد مخدر، در بیماران افسرده ماژور و افراد عادی تفاوت وجود دارد».

با توجه به نتایج جداول شماره ۱-۲-۳-۴ ملاحظه می‌شود با توجه به مقدار خی‌دو

مشاهده‌شده و مقدار بحرانی جداول مذکور فرضیه صفر رد می‌شود و این فرضیه تأیید می‌گردد که تفاوت معنی‌داری بین فراوانی نگرش کلی نسبت به سوءمصرف مواد مخدر در بیماران افسرده ماژور و افراد عادی وجود دارد. به عبارت دیگر، با توجه به ویژگی‌های روحی و روانی شخص مبتلا به افسردگی ماژور، نگرش منفی نسبت به سوءمصرف مواد مخدر در این افراد کمتر از افراد عادی می‌باشد. (در این پژوهش نگرش مثبت یعنی میل داشتن به مصرف مواد مخدر و نگرش منفی یعنی عدم تمایل به مصرف مواد مخدر می‌باشد).

فرضیه فرعی شماره ۱

«بین فراوانی هیجان‌ها نسبت به سوءمصرف مواد مخدر، در بیماران افسرده ماژور و افراد عادی تفاوت وجود دارد».

با توجه به نتایج جداول شماره ۵-۶-۷-۸ ملاحظه می‌شود با توجه به مقدار χ^2 دو مشاهده‌شده و مقدار بحرانی جداول مذکور فرضیه صفر رد می‌شود و این فرضیه تأیید می‌گردد که تفاوت معنی‌داری بین فراوانی هیجان‌ها نسبت به سوءمصرف مواد مخدر در بیماران افسرده ماژور و افراد عادی وجود دارد. به عبارت دیگر، با توجه به ویژگی‌های روحی و روانی شخص مبتلا به افسردگی ماژور، نگرش منفی نسبت به سوءمصرف مواد مخدر در این افراد کمتر از افراد عادی می‌باشد.

فرضیه فرعی شماره ۲

«بین فراوانی آمادگی عمل نسبت به سوءمصرف مواد مخدر، در بیماران افسرده ماژور و افراد عادی تفاوت وجود دارد».

با توجه به نتایج جداول شماره ۹-۱۰-۱۱-۱۲ ملاحظه می‌شود با توجه به مقدار χ^2 دو مشاهده‌شده و مقدار بحرانی جداول مذکور فرضیه صفر رد می‌شود و این فرضیه تأیید می‌گردد که تفاوت معنی‌داری بین فراوانی آمادگی عمل نسبت به سوءمصرف مواد مخدر در بیماران افسرده ماژور و افراد عادی وجود دارد. به عبارت دیگر، با توجه به ویژگی‌های روحی و روانی شخص مبتلا به افسردگی ماژور، نگرش منفی نسبت به سوءمصرف مواد مخدر در این افراد کمتر از افراد عادی می‌باشد.

فرضیه فرعی شماره ۳

«بین فراوانی باورها نسبت به سوءمصرف مواد مخدر، در بیماران افسرده ماژور و افراد عادی

تفاوت وجود دارد».

با توجه به نتایج جداول شماره ۱۳-۱۴-۱۵-۱۶ ملاحظه می‌شود با توجه به مقدار خی‌دو مشاهده‌شده و مقدار بحرانی جداول مذکور فرضیه صفر رد می‌شود و این فرضیه تأیید می‌گردد که تفاوت معنی‌داری بین فراوانی باورها نسبت به سوء‌مصرف مواد مخدر در بیماران افسرده ماژور و افراد عادی وجود دارد. به عبارت دیگر، با توجه به ویژگی‌های روحی و روانی شخص مبتلا به افسردگی ماژور، نگرش منفی نسبت به سوء‌مصرف مواد مخدر در این افراد کمتر از افراد عادی می‌باشد.

که نتایج این پژوهش همسو با نتایج به دست آمده از پژوهش‌های: (میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی در زندانیان زندان مرکزی سنندج^{۳۳} و بررسی اختلالات روانی در زندانیان مرد شهر یزد در تابستان ۱۳۷۹^{۳۴} و تعیین شیوع مصرف مواد در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی بستری‌شده در بخش روان‌پزشکی بیمارستان رسول اکرم (ص) از مهر ماه ۱۳۷۹ الی ۱۳۸۱)^{۳۵} می‌باشد.

بنابراین به نظر می‌رسد تعدادی از رفتارهای پرخطر، انحرافات و جرایم توسط بیماران مبتلا به اختلالات روانی ارتکاب می‌یابد که خود طیف وسیعی از بیماری‌ها و هم طیف وسیعی از جرایم را تشکیل می‌دهند. بیماران مبتلا به افسردگی گاه دچار حملات ماژور می‌شوند و در این هنگام است که در اوج حملات ممکن است درک آنها از واقعیت تحریف شود و رابطه آنها با واقعیت قطع گردد، و در واقع قوه تشخیص و تمییز و شعور خود را از دست داده و دست به اعمالی بزنند که واکنش اجتماعی را در پی داشته باشد. با توجه به اختلال این افراد، به جای واکنش اجتماعی به صورت مجازات، سعی در اصلاح و درمان این بیماران شود.

عالی‌ترین هدف هر جامعه پیشرو و متکی بر ارزش‌های اخلاقی، شناخت انسان و فراهم

۳۳. مدبر آراسته و دیگران، «میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی در زندانیان زندان مرکزی سنندج»، مجله اصول بهداشت روانی ۴ (۱۳۸۷)، ۶۹.

۳۴. نسترن بیات، «تعیین شیوع مصرف مواد در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی بستری‌شده در بخش روان‌پزشکی بیمارستان رسول اکرم (ص) از مهر ماه ۱۳۷۹ الی ۱۳۸۱» (رساله دکترای، تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۸۲)، ۱۰۵.

۳۵. علی‌اصغر نریمانی، «بررسی اختلالات روانی در زندانیان مرد شهر یزد در تابستان ۱۳۷۹» (رساله دکترای، یزد: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، ۱۳۸۵)، ۶۹.

کردن بهترین شرایط تجلی نبوغ، خلاقیت، اعتماد معنوی و تأمین رشد هرچه بیشتر اخلاقی و سعادت اجتماعی آن جامعه متعالی است. در این زمینه جرم‌شناسی، خاصه شاخه جرم‌شناسی روان‌شناختی (روانی) مقامی ویژه دارد و هدف غایی اندیشه و کار جرم‌شناسی انسان و سعادت و سربلندی اوست. شناخت عوامل جرم‌زا، پیشگیری از وقوع جرایم و نابهنجاری‌ها، تشخیص حالت خطرناک و اصلاح اخلاقی و درمان تن و روان بزهکاران و پرورش مجدد آنان، وجهه همت این دانش است. جرم‌شناسی می‌کوشد تا اجرای فرمان الهی «عدل و احسان» را واقعیت بخشد.^{۳۶}

فهرست منابع

- آراسته، مدبر، بیان شریفی سقر. «میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی در زندانیان زندان مرکزی سمنجان». مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی ۴ (۱۳۸۷): ۷۰-۶۹.
- امانت، ابراهیم. افسردگی و خودکشی. چاپ اول. تبریز: انتشارات ابن‌سینا، ۱۳۴۸.
- امری، گری. چیرگی بر افسردگی. چاپ اول. ترجمه پروانه محمدخانی و ابراهیم رضایی دوگاهه. یزد: انتشارات یزد، ۱۳۸۴.
- انگاره‌چی، علی‌رضا. کیمیاگری در افسردگی. چاپ اول. تهران: نشر نشانه، ۱۳۸۷.
- بدار، لوک، ژوزه دزیل و لوک لامارش. روان‌شناسی اجتماعی. چاپ سوم. ترجمه منوچهر گنجی. تهران: نشر ساوالان، ۱۳۸۳.
- بیات، نسترن. «تعیین شیوع مصرف مواد در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی بستری‌شده در بخش روان‌پزشکی بیمارستان رسول اکرم (ص) از مهر ماه ۱۳۷۹ الی ۱۳۸۱». رساله دکترای، تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۸۲.
- پورافکاری، نصرت‌الله. فرهنگ جامع روان‌شناسی - روان‌پزشکی. جلد اول. چاپ پنجم. تهران: مؤسسه فرهنگ معاصر، ۱۳۸۵.
- تسنلی راندولف، هریسون. روان‌پزشکی. چاپ اول. ترجمه بابک شکوهی و محمدرضا شمس‌انصاری و محمدعلی شادیان حقیقی. تهران: انتشارات فروغ اندیشه، ۱۳۷۲.
- راتوس، اسپنسر. روان‌شناسی عمومی. چاپ اول. ترجمه حسین ابراهیمی‌مقدم، خدیجه ابوالمعالی، بایرام علی رنجگر، افسانه طاهری، فریبا نبوی آل آقا، علی پیکانی، علی عسکری، محمد مظفری، ضیاء‌الدین رضاخانی، مهدی محی‌الدین بناب و حمید محمدی فرود. ویرایش حمزه گنجی. تهران: نشر ساوالان، ۱۳۸۶.
- سادوک، ویرجینیا، بنجامین سادوک. چکیده روان‌پزشکی بالینی. چاپ اول. ترجمه نصرت‌الله پورافکاری. تهران: انتشارات آزاده، ۱۳۸۰.
- شاملو، سعید. آسیب‌شناسی روانی. چاپ هشتم. تهران: انتشارات رشد، ۱۳۸۳.
- شاملو، سعید. بهداشت روانی. چاپ بیست و یکم. تهران: انتشارات رشد، ۱۳۸۸.
- صادقی، مجید، مانلی صادقی. درباره افسردگی. چاپ اول. تهران: شرکت انتشارات فنی ایران، ۱۳۸۳.
- صناعی‌زاده، حسین. پزشکی قانونی؛ چاپ اول. تهران: انتشارات دادگستر، ۱۳۸۷.
- فخرایی، علی. «اختلالات خلقی همراه با اعتیاد». فصلنامه اعتیاد ۲ (۱۳۸۶): ۴۲-۴۱.
- فلک، فردریک. افسردگی. چاپ دوم. ترجمه نصرت‌الله پورافکاری. تبریز: انتشارات رسالت، ۱۳۶۴.
- کراز، ژاک. بیماری‌های روانی. چاپ چهارم. ترجمه محمود منصور و پریخ دادستان. تهران: انتشارات رشد، ۱۳۸۶.
- کی‌نیا، مهدی. روان‌شناسی جنایی. چاپ اول. تهران: انتشارات رشد، ۱۳۷۶.

- کی‌نیا، مهدی. *مبانی جرم‌شناسی*. چاپ هشتم. تهران: انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۸۶.
- کی‌نیا، مهدی، *مبانی جرم‌شناسی*. جلد دوم (بخش اول). چاپ هفتم. تهران: انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۸۴.
- محمدنژاد قادیکلایی، پرویز. «علل گرایش به مواد مخدر و تأثیر آن در ارتکاب جرم». پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، تهران: دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده حقوق، ۱۳۷۲.
- مکنزی، کوام، تونی اسمیت. *افسردگی*. چاپ سوم. ترجمه منیر سنگلجی. تهران: نشر پیدایش، ۱۳۸۵.
- نجفی توانا، علی. *جرم‌شناسی*، چاپ شانزدهم. تهران: انتشارات آموزش و سنجش، ۱۳۹۲.
- نریمانی، علی‌اصغر، امان علوی‌باجگانی. «بررسی اختلالات روانی در زندانیان مرد شهر یزد در تابستان ۱۳۷۹». رساله دکترا، یزد: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، ۱۳۸۵.
- نوربها، رضا. *زمینه حقوقی جزای عمومی*. چاپ هشتم. تهران: کتابخانه گنج دانش، ۱۳۸۲.
- وایزمن، میرناام. *غلبه بر افسردگی با کمک روان‌درمانی بین‌فردی*. چاپ اول. ترجمه مهدی سلیمانی. تهران: نشر قطره، ۱۳۸۸.
- یان، کریستنسن، هاگ واگنر و سباستین هالیدی. *روان‌شناسی عمومی*. چاپ اول. ترجمه ابوالقاسم بشیری و جمشید مطهری و رحیم میردریگوندی. قم: مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره)، ۱۳۸۵.

Criminological Study the Impact of Major Depressive Disorder on Attitudes toward Drugs

Gholamhosein Karimi kohaki

Ph.D. Student, Criminal Law and Criminology, Faculty member (Educator), Department of Law,
Behbahan Branch, Islamic Azad University, Behbahan, Iran,
Email: hosein5820@yahoo.com

&

Mehri Zamanzadeh Behbahani

Ph.D. Student, Criminal Law and Criminology, Faculty member (Educator), Department of Law,
Behbahan Branch, Islamic Azad University, Behbahan, Iran,
Email: zamanzadehlaw@yahoo.com

Delinquent disease that affects the outer and inner conscious and unconscious motivations crime is committed. And hence in need of correction and treatment some deviations and crimes are being committed by people with mental disorders. These people are a bunch of people with major depression. Criminologists found to provide a thorough study of crime and deviance at the same time or inclination to investigate organized crime and crime situation before payment. Field research method was causal-comparative method to predict the impact of depressive illness major relationship with attitude toward drug. To this end, 40 people were tested in Behbahan city. Subjects were 20 patients with major depression and 20 normal matched, 10 male and 10 female. To check out questionnaires to examine attitudes towards drugs, the two groups were used. Data obtained through descriptive statistics, frequency and percentage and inferential statistics (chi-square test) were analyzed. The results showed: in terms of attitudes towards drugs among individuals with major depression, the general attitude, emotions, beliefs and readiness to act against drug abuse, there is a significant difference compared to normal individuals. This means that depressed people are more vulnerable.

Keywords: Attitude towards Substance Abuse, Major Depression, Drug Attitude Inventory, Mental Criminology.

Journal of CRIMINAL LAW AND CRIMINOLOGY

VOL. V, No. 1

2017-1

- **Protection of Terrorism Victims in the Light of Humanization Process of International Law**
Dr. Hossein Sharifi Tarazkouhi & Fatemeh Fathpour
- **The Survey of Yezidis' Genocide by ISIS in Iraq**
Dr. Mortaza Javanmardisaheb & Mohammad Bagher Rastegar Mahjanabadi
- **Free Will as the Foundation of Criminal Responsibility in the Debate between Compatibilism and Incompatibilism**
Dr. Rahim Nobahar & Mohammadreza Khatteshab
- **Criminological Study the Impact of Major Depressive Disorder on Attitudes toward Drugs**
Gholamhosein Karimi kohaki & Mehri Zamanzadeh Behbahani
- **The Legal Coherence in International Criminal Law (According to the Multiplicity of Institutions and Origins)**
Dr. Alireza Bagheri Abyaneh
- **Concept of Victim in International Criminal Law**
Dr. Seyed Ebrahim Hosseini & Dr. Seyed Ghasem Zamani



S. D. I. L.
The S.D. Institute of Law
Research & Study

www.SID.ir