

## بررسی سلامت روان بیماران وابسته به مواد روانگردان

محمد مهدی حسن شاهی<sup>۱</sup>، کاظم احمدیان<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup>عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی ارسنجان،

<sup>۲</sup>کارشناس ارشد روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی ارسنجان

### خلاصه:

**مقدمه:** به منظور بررسی وضعیت روانی بیماران وابسته به مواد روانگردان، پژوهش حاضر اجرا گردید.

**مواد و روش ها:** تعداد ۱۲۰ نفر (۶۰ بیمار و ۶۰ نفر از افراد بهنجار) که با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده بودند، با استفاده از چک لیست مصاحبه روان شناختی و فرم ۲۸ سوالی پرسش نامه سلامت عمومی (GHQ-28) به عنوان ابزار بررسی سلامت روان مورد بررسی قرار گرفتند

**یافته ها:** بررسی یافته های پژوهش نشان داد که میانگین نمرات بیماران وابسته به مواد روانگردان نسبت به آزمودنی های بهنجار در تمامی زیر مقیاس های پرسش نامه سلامت عمومی (نشانه های جسمانی، اضطراب و اختلالات خواب، اختلال در روابط بین فردی، افسردگی) به طور پایایی بالاتر می باشد. نتایج نشان داد که که نمره ۸۷/۷ درصد از بیماران وابسته به مواد روان گردان، در پرسش نامه GHQ بالاتر از نقطه برش بود.

**نتیجه:** با توجه به اختلالات روانی و وابستگی به مواد روانگردان استفاده از تشخیص چند محوری و درمان های مناسب روان پزشکی و روان درمانی این قبیل بیماران می تواند گامی در موفقیت درمان و جلوگیری از عود و وسوسه به شمار آید.

**واژگان کلیدی:** وضعیت روانی، بیماران وابسته به مواد روانگردان، افراد بهنجار

### مقدمه

مسئله کاربرد وسیع این اصطلاحات توسط مردم، شناخت بیشتر و دقیق تر آن را مشخص نمی نماید ولی می توان چنین تصور کرد که افزایش، گسترش و شیوع روزافزون آن را مشخص می کند.

همچنین آمارهای منتشره از سازمان های بین المللی حاکی از افزایش فزاینده مصرف مواد روانگردان در سطح جهان است به گونه ای که سوء مصرف مواد که کاربرد اصطلاح استیرز<sup>۱</sup> تحت عنوان عادت جهانی<sup>۲</sup> خیلی بی مسما نیست.

امروزه اصطلاحاتی از قبیل اعتیاد، سوء مصرف مواد مخدر، تریاک، حشیش و ... اصطلاحات معمول و متداولی شده اند که تقریباً همه مردم یا به طور مستقیم به آن اشاره می کنند و یا به طور غیر مستقیم گفته های آنها مؤید آن است.

محمد مهدی حسن شاهی

عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی ارسنجان

آدرس: فارس، ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان

تلفن: ۰۷۲۹-۷۶۲۳۹۰۸-۱۲

<sup>۱</sup> . Stares

<sup>۲</sup> . Global habit

بام و برونس<sup>۵</sup>، به نقل از دوراند و بارلو<sup>۶</sup> (۱۹۹۷)، گزارش نموده که ۸۰ درصد افراد بی خانمان افرادی هستند که بیمار روانی، یا سوء استفاده کننده از مواد و یا دارای سابقه جنایی هستند (۲).

در ارتباط با عوامل خانوادگی، بررسی منابع نشان می دهد که چهار زمینه خانوادگی در شکل گیری رفتارهای انحرافی نقش دارند: از هم گسیختگی خانوادگی، تضاد خانوادگی، غفلت خانوادگی و انحراف خانوادگی. مشکلات هیجانی و زمینه های شخصیتی نیز در روی آوردن جوانان به اعتیاد مطرح شده است.

بر اساس دیدگاه روانکاوی استفاده از مواد به جوانان کمک می کند که تکانه ها و نیازهای ناخودآگاه خود را تحت کنترل درآورند (۳). همچنین بسیاری از جوانان به خاطر چیره شدن بر استرس به استفاده از مواد روی می آورند (۴).

از لحاظ روانی نیز قابل اعتمادترین مطالعات پیرامون ساختار شخصیتی بیماران وابسته به مواد روانگردان، بیانگر آن است که این افراد دارای تابلو بالینی یکسانی از آسیب شناسی روانی نمی باشند و این مطلب همواره مورد تأیید قرار می گیرد که وابستگی به مواد روانگردان یک عارضه شایع در اختلالات روانی محسوب می شود و در هر یک از اختلالات دارای عارضه متفاوتی می باشد. براساس مطالعات موجود بسیاری از سوء مصرف کنندگان مواد که در جستجوی درمان هستند، یک تشخیص دوگانه دارند. منظور این است که آنها علاوه بر تشخیص اعتیاد، تشخیص سندرمی دیگر نظیر افسردگی، یا اختلال شخصیت یا ترکیبی از هر دو را دارند.

با نگاهی واقع بینانه به مسئله اعتیاد و سوء مصرف مواد، به راحتی درمی یابیم که سوء مصرف مواد قرن ها وجود داشته و اکنون نیز هیچ کشوری نیست که از شیوع و گسترش آن در امان مانده باشد. کشور ما نیز به دلایل خاص جغرافیایی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی، شرایط مستعدی را برای روی آوردن جوانان به اعتیاد داراست و باعث گرایش روزافزون به مصرف مواد روانگردان گردیده است. به ویژه با کاهش سن اعتیاد و رواج آن میان جوانان (۱)، ضرورت چاره اندیشی بیشتر احساس می شود. بر همین اساس، یکی از تلاش های مسئولان نظام بعد از پیروزی انقلاب اسلامی مبارزه جدی با مواد روانگردان است، هر چند که در ابتدا مبارزه با این مشکل اساسی به صورت برخورد قانونی بوده است، اما به دلیل ناکارآمد بودن روش های قانونی، در سال های اخیر توجه به سوی درمان و پیشگیری از اعتیاد از طریق شناخت عوامل به وجود آورنده و استفاده از روش های علمی معطوف شده است.

به نظر می رسد با وجود مطالعات زیادی که طی چند سال اخیر در مورد شناخت، پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد مخدر صورت گرفته است، هنوز تا رسیدن به هدف نهایی به ویژه در طیف درمان راه بسیار طولانی در پیش است، چرا که مقوله اعتیاد، پدیده ای چند بعدی و چند عاملی است. به عبارتی، عوامل بیولوژیک، دارویی و اجتماعی- روانی در آن سهم اند. در مورد سبب شناسی سوء مصرف مواد مخدر، عوامل مختلفی مانند: درهم ریختگی اجتماعی<sup>۱</sup>، فشار همسالان<sup>۲</sup>، عوامل خانوادگی، ژنتیکی، مشکلات هیجانی<sup>۳</sup>، مشکلات روانی و انتخاب منطقی<sup>۴</sup> در نظریه ها و تحقیقات مطرح شده اند (۱).

<sup>۵</sup>. Bum and Burnes

<sup>۶</sup>. Durand and Barlow

<sup>۱</sup>. Social Disorganization

<sup>۲</sup>. Peer Pressure

<sup>۳</sup>. Emotional Problem

<sup>۴</sup>. Rational Choice

### ابزارهای پژوهش

۱- مصاحبه روان شناختی: به منظور جلب همکاری آزمودنی ها، اعتماد و برقراری رابطه عاطفی با آنها، از یک چک لیست مصاحبه ای روان شناختی ساختاریافته که توسط نوربالا و باقری یزدی ۱۳۷۸، و براساس معیارهای تشخیصی DSM-IV تهیه و تنظیم گردیده، استفاده شد که به وسیله پژوهشگران در اتاق روان شناس مرکز صورت گرفت.

۲- پرسش نامه سلامت عمومی (فرم ۲۸ سئوالی): پرسش نامه سلامت عمومی یک پرسش نامه غربالگر است که توسط آزمودنی تکمیل می گردد و در مجموعه های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می گیرد در این پرسش نامه، دو طبقه اصلی از پدیده ها مورد توجه است: ناتوانی فرد در نشان دادن کارآمدی مناسب از خود و بروز پدیده های جدید با ماهیت معلول کننده (۱۱).

پرسش نامه سلامت عمومی را می توان به عنوان مجموعه پرسش هایی در نظر آورد که از پایین ترین سطوح نشانه های مشترک مرضی که در اختلال های مختلف روانی وجود دارند، تشکیل شده است و به این ترتیب می تواند بیماران روانی را به عنوان یک طبقه کلی، از افراد سالم متمایز کند. این پرسش نامه برای اولین بار در سال ۹۷۲ توسط گلدبرگ تنظیم و به طور وسیعی به منظور تشخیص اختلالات خفیف روانی در موقعیت های مختلف به کار برده شد. فرم ۲۸ سئوالی آن توسط گلدبرگ و هیلر<sup>۱</sup> (۱۹۷۹) در اقدامی به منظور افزایش میزان واریانس و بر اساس تحلیل عاملی، بر اساس فرم اصلی ساخته شده است و شامل چهار زیرمقیاس هفت سئوالی، شامل نشانه های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی می باشد (۱۲).

مطالعات نشان می دهد که ۲۵ تا ۴۰ درصد از بیمارانی که برای درمان وابستگی به مواد روانگردان مراجعه کردند، گزارشی از ضربه روانی داشته اند و همچنین به طور معنی داری علایم اختلال پس از سانحه روانی را از خود نشان می دهند.

بررسی های مختلف مهمترین اختلالات همبود را به ترتیب اختلالات عاطفی (۷۶ و ۸۰) اختلالات شخصیت (۹۱ و ۹۰) و اختلالات سایکوتیک (۵۶) معرفی نموده اند، که در میان اختلالات عاطفی، افسردگی و اضطراب، در میان اختلالات شخصیتی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی و مرزی و در میان اختلالات سایکوتیک، اسکیزوفرنیا مهمترین انواع اختلالات بوده است.

هدف پژوهش حاضر این است که در راستای شناخت هر چه بیشتر مقوله اعتیاد، به بررسی وضعیت روانی بیماران وابسته به مواد روانگردان، در قیاس با افراد عادی پردازد.

### روش کار

پژوهش حاضر از نوع پژوهش های توصیفی-مقایسه ای می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت است از کلیه بیماران معتاد خود معرف که در محدوده انجام پژوهش به مرکز مشاوره و درمان بهزیستی شیراز مراجعه نموده و تحت درمان قرار گرفته اند. نمونه مورد بررسی عبارت است از ۶۰ نفر از بیماران فوق که به صورت نمونه در دسترس انتخاب شده اند.

همچنین بعد از اتمام بررسی بیماران خود معرف، گروه کنترل با توجه به ویژگی های جمعیت شناختی آنها (سن، جنس، تحصیلات، شغل) حتی المقدور همسان شده و جهت بررسی انتخاب گردیدند. به این ترتیب در برابر هر معتاد یک آزمودنی بهنجار انتخاب شد.

<sup>۱</sup>. Goldberg and Hiler

مطالعات اعتبار یابی پرسش نامه سلامت عمومی، حاکی از روایی و پایایی بالای این پرسش نامه می باشد. نتیجه فراتحلیل ۴۳ پژوهش در این مورد، که توسط ویلیامز<sup>۱</sup> ماری<sup>۲</sup> و گلد برگ (۱۹۸۹) انجام شد، میانگین حساسیت ۰/۸۴ و متوسط ویژگی ۰/۸۲ به دست آمد. مطالعات انجام شده در کشور ما نیز حاکی از روایی این آزمون می باشد. در پژوهش پالاهنگ و همکاران (۱۳۷۳)، بهترین نقطه برش در مردان با روش نمونه گذاری ساده لیبرت ۲۳ معرفی شده است. حساسیت و ویژگی میزان کلی اشتباه طبقه بندی شده به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۸، ۰/۱۶ بوده و پایایی این آزمون با بهره گیری از ضریب همبستگی پیرسون ۰/۹۱ بوده است (۱۳).

### روش اجرا

جهت اجرای پژوهش حاضر مراحل زیر اجرا شد:  
۱- بعد از انجام مراحل پذیرش بیمار جهت انجام امور درمانی، ابتدا ضمن هماهنگی قبلی با مسئول پذیرش، بیماران به صورت انفرادی به اتاق روان شناس مراجعه کردند.  
۲- بعد از مراجعه بیمار، مصاحبه مقدماتی جهت جلب حمایت بیمار و برقراری ارتباط به عمل آمد.  
۳- پرسش نامه در اختیار آزمودنی قرار گرفت، دستورالعمل اجرای پرسش نامه برای بیمار خوانده شد و بعد از راهنمایی های لازم آزمون توسط آزمودنی تکمیل گردید. (در مورد بیماران کم سواد یا بی سواد پرسش ها برای آنها خوانده می شد و جواب آنها یادداشت می گردید)

جدول شماره ۱- ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی های مورد بررسی بر اساس وضعیت روانی آنها

کل		افراد بهنجار		بیماران وابسته به مواد روانگردان		گروه ها	ویژگی ها
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۲۹/۲	۳۵	۳۳/۳	۲۰	۲۵	۱۵	۱۸-۲۵	سن (سال)
۲۰/۸	۲۵	۱۸/۳	۱۱	۲۳/۳	۱۴	۲۶-۳۳	
۲۳/۳	۲۸	۲۶/۷	۱۶	۲۰	۱۲	۳۴-۴۱	
۲۰/۸	۲۵	۱۸/۳	۱۱	۲۳/۳	۱۴	۴۲-۴۹	
۵/۸	۷	۳/۳	۲	۸/۳	۵	بالتر	
۱۰۰	۱۲۰	۱۰۰	۶۰	۱۰۰	۶۰	مجموع	وضعیت تحصیلی
۰/۸	۱	-	-	۱/۷	۱	بی سواد	
۰/۸	۱	-	-	۱/۷	۱	ابتدایی	
۱۹/۲	۲۳	۲۵	۸	۱۳/۳	۱۵	راهنمایی	
۰/۴۵	۵۴	۴۵	۲۷	۴۵	۲۷	دیپلم و دیپلم تحصیلات عالی	
۳۴/۲	۴۱	۴۱	۲۵	۲۶/۷	۱۶	مجموع	وضعیت شغلی
۱۰۰	۱۲۰	۱۰۰	۶۰	۱۰۰	۶۰	آزاد	
۴۰/۸	۴۹	۳۱/۶۶	۱۹	۵۰	۳۰	کارمند	
۴۳/۳	۵۲	۵۵	۳۳	۳۱/۷	۱۹	بیکار	
۱/۷	۲	-	-	۳/۳	۲	خانه دار	
۵/۸	۷	۵	۳	۶/۷	۴	محصل	وضعیت تأهل
۶/۷	۸	۸/۳۳	۵	۵	۳	سایر موارد	
۱۰۰	۱۲۰	۱۰۰	۶۰	۱۰۰	۶۰	مجموع	
۶۵/۸	۷۹	۶۱/۷	۳۷	۷۰	۴۲	مجرد	
۳۴/۲	۴۱	۳۸/۳	۲۳	۳۰	۱۸	متاهل	
۱۰۰	۱۲۰	۱۰۰	۶۰	۱۰۰	۶۰	مجموع	

۴- ویژگی های بیوگرافیک آزمودنی از وی اخذ و در پرسش نامه ثبت گردید.

### روش تجزیه و تحلیل آماری داده ها

بخش اعظم داده های این پژوهش با استفاده از روش های آماری، آمار توصیفی گزارش گردیده است، ولی جهت مقایسه گروه های مختلف مورد بررسی (گروه های کنترل و آزمایش، گروه های سنی، تحصیلی، و...) از آزمون های آماری t استودنت و تحلیل واریانس استفاده شده است و کلیه مراحل توسط نرم افزار رایانه ای SPSS.10 محاسبه شده است.

### نتایج:

جدول شماره ۱، به بررسی ویژگی های جمعیت شناختی

آزمودنی های مورد بررسی بر اساس وضعیت روانی آزمودنی ها و بر پایه سن، وضعیت تحصیلی، شغلی و وضعیت تأهل پرداخته است

جدول شماره ۲، متوسط نمرات زیر مقیاس های چهارگانه پرسش نامه سلامت عمومی و تفاوت نمرات را بر اساس وضعیت روانی آزمودنی ها، در گروه افراد معتاد و عادی مورد بررسی قرار داده است.

بر اساس نتایج مندرج در جدول بالا در تمامی زیر مقیاس ها و در کل مقیاس نمرات بیماران سوء مصرف کننده مواد به طور معنی داری بالاتر از نمرات افراد بهنجار بوده و در سطوح اطمینان بالایی تفاوت میان آنها معنی دار می باشد.

جدول شماره ۲- میانگین، انحراف معیار و تفاوت نمرات آزمودنی های مورد بررسی در زیرمقیاس های پرسش نامه سلامت عمومی بر اساس وضعیت روانی

مقیاس ها	بیماران وابسته به مواد روانگردان (N=60)		افراد بهنجار (N=60)		میزان t	سطح معنی داری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
شکایات جسمانی	۶/۹۸	۳/۰۲	۳/۲۵	۲/۶۲	۷/۱۹	۰/۰۰۱
اضطراب	۹/۷۲	۲/۹۹	۳/۹۱	۲/۷۴	۱۱/۰۳	۰/۰۰۱
روابط متقابل	۷/۰۵	۲/۳۸	۶/۱۰	۲/۳۱	۲/۲۰	۰/۰۲
افسردگی	۷/۰۱	۴/۰۴	۲/۱۱	۲/۸۸	۷/۶	۰/۰۰۱
نمره کلی	۳۰/۶۴	۹/۴۲	۱۵/۳۸	۸/۴۵	۹/۲	۰/۰۰۱

جدول شماره ۳، میانگین، انحراف استاندارد و تفاوت نمرات آزمودنی های وابسته به مواد روانگردان را در زیرمقیاس ها و کل پرسش نامه سلامت عمومی، بر اساس نوع ماده مصرفی آنها نشان می دهد. بر اساس نتایج به دست آمده مشخص گردید که در زیرمقیاس نشانه های جسمانی، اضطراب و نیز کل پرسش نامه متوسط نمرات گروه های مختلف از لحاظ آماری با هم اختلاف معنی دار آماری دارند. به عبارتی میزان F محاسباتی از میزان F مبین جدول در سطح احتمال ۹۵ درصد بیشتر بوده و لذا تفاوت معنی دار می باشد.

بر اساس نتایج به دست آمده از مجموع ۶۰ بیمار مورد بررسی، ۵۳ نفر (۸۸/۳ درصد) دچار علائم روان پزشکی هستند.

این میزان در گروه کنترل ۷ نفر (۱۳/۳ درصد) می باشد. در بررسی و مصاحبه آزمون مربع کای پیرسون ملاحظه گردید که سطح معنادار مشاهده شده برای مقدار مربع کای پیرسون (۶۷/۵۱)، بزرگ می باشد و باعث می شود که فرضیه صفر تأیید نگردد. لذا فراوانی علائم روان پزشکی در بیماران و افراد عادی مورد بررسی با هم متفاوت می باشند.

جدول شماره ۳- میانگین، انحراف معیار و تفاوت نمرات آزمودنی های مورد بررسی در زیر مقیاس های پرسش نامه سلامت عمومی بر اساس نوع ماده مصرفی

P	F	سایر مواد		هروئین		تریاک		مقیاس ها
		SD	M	SD	M	SD	M	
۰/۰۵	۳/۳۱	۶/۳	۹/۵	۳/۱	۴/۵	۲/۷	۷/۲	نشانه های جسمانی
۰/۰۱	۵/۰۱	۱/۴	۱۰	۳/۳	۶/۵	۲/۷	۱۰/۱۶	اضطراب
N.S	۲/۷۶	۲/۱	۴/۵	۲/۹	۵/۷	۲/۲	۷/۳	اختلال در روابط اجتماعی
N.S	۰/۸۸	۷/۷	۶/۵۰	۵/۰۸	۵/۱	۳/۷	۷/۳	افسردگی
۰/۰۱	۴/۲۳	۱۸/۳۸	۳۱	۱۱/۹۴	۲۱/۴۲	۸/۱۸	۳۱/۹۲	نمره کلی

مقیاس های مختلف پرسش نامه سلامت عمومی تفاوتی از لحاظ آماری ندارند و تحلیل واریانس میان گروه های مختلف تفاوت معنی داری را نشان نمی دهد. به عبارتی عامل سن، عامل مؤثری در میزان نمرات زیر مقیاس های پرسش نامه سلامت عمومی نیست.

جدول شماره ۴، میانگین، انحراف معیار و تفاوت نمرات آزمودنی های وابسته به مواد روانگردان را در زیر مقیاس های پرسش نامه سلامت عمومی بر اساس گروه های سنی نشان می دهد. بر اساس نتایج به دست آمده متوسط نمرات آزمودنی های گروه های مختلف سنی در زیر

جدول شماره ۴- میانگین، انحراف معیار و تفاوت نمرات زیر مقیاس های پرسش نامه سلامت عمومی در معتادان مورد بررسی بر اساس سن

P	F	بالا تر		۴۲-۴۹		۳۴-۴۱		۲۶-۳۳		۱۸-۲۵		مقیاس ها
		SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	
N.S	۰/۱۳	۴/۳	۶/۴	۲/۷	۶/۷	۳/۲	۷	۳/۱	۷/۴	۲/۸	۶/۸	شکایات جسمانی
N.S	۱/۰۰	۳/۶	۹/۴	۳/۲	۹/۵	۲/۳	۱۰/۹	۲/۶	۸/۶	۳/۳	۱۰	اضطراب
N.S	۰/۲۷	۱/۵	۷/۴	۱/۸	۷	۳/۳	۶/۹	۲/۸	۶/۵	۱/۸	۷/۴	روابط متقابل
N.S	۰/۴۵	۳/۷	۶/۸	۴	۶/۳	۵/۱	۸/۲	۴/۱	۶/۳	۳/۳	۷/۲	افسردگی
N.S	۰/۴۳	۱۱/۶	۳۰	۹	۲۹	۱۱/۷	۳۳/۱	۹/۳	۲۹	۷/۵	۳۱/۶	نمره کلی

بر اساس نتایج به دست آمده، از لحاظ آماری تفاوت معنی داری میان گروه های چهارگانه تحصیلی در زیر مقیاس های پرسش نامه سلامت عمومی دیده نمی شود.

میانگین، انحراف معیار و تفاوت نمرات آزمودنی های وابسته به مواد روانگردان در پرسش نامه سلامت عمومی بر اساس سطح تحصیلات آنها در جدول شماره ۵ آورده شده است.

جدول شماره ۵- میانگین، انحراف معیار و تفاوت نمرات زیرمقیاس های پرسش نامه سلامت عمومی در معتادان مورد بررسی بر اساس تحصیلات

P	F	بالا تر		دیپرستان		راهنمایی		بی سواد- ابتدایی		مقیاس ها
		SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	
N.S	۰/۶۴	۲/۶	۶/۲	۲/۷	۷	۳/۷	۷/۵	۴/۹	۸/۵۰	شکایات جسمانی
N.S	۰/۴۷	۳	۹/۱۸	۳	۱۰	۳/۱	۹/۵	۲/۱	۱۱/۵	اضطراب
N.S	۰/۷۵	۱/۷۲	۶/۸	۲/۶	۷	۲/۵	۶/۹	۷/۷	۹/۵۰	روابط متقابل
N.S	۰/۲۰	۳/۰۷	۶/۳۷	۴/۰	۷/۳	۵/۱	۷/۲	۴/۹	۶/۵۰	افسردگی
N.S	۰/۴۷	۷/۷	۲۸/۶	۹	۳۱	۱۲	۳۱	۱۱/۳	۳۶	نمره کلی

برای تمامی زیر مقیاس ها از مقدار F مبین جدول کوچکتر می باشد و لذا تفاوت معنی دار آماری بین آزمودنی های گروه های مختلف وجود ندارد.

جدول شماره ۶، به بررسی شاخص های آماری زیر مقیاس های پرسش نامه سلامت روان در بیماران وابسته به موادروانگردان براساس روش مصرف مواد پرداخته است بر اساس نتایج به دست آمده، میزان F محاسبه شده

جدول شماره ۶- میانگین، انحراف معیار و تفاوت نمرات زیرمقیاس های پرسش نامه سلامت عمومی در معتادان مورد بررسی بر اساس شیوه مصرف مواد

P	F	انفیه		توزیقی		خوراکی		تدخینی		مقیاس ها
		SD	M	M	SD	M	SD	SD	M	
N.S	۲/۲۱	۳/۵۱	۳/۳۳	۴/۲۴	۵	۳/۴۴	۷/۶۸	۲/۵۲	۷/۰۲	شکایات جسمانی
N.S	۰/۹۳	۳	۹	۲/۱۲	۵۶	۳/۰۳	۱۰/۱۰	۳	۹/۷۷	اضطراب
N.S	۱/۰۸	۳/۰۵	۷/۶۶	۳/۵۳	۵۴	۲/۲۸	۶/۷۳	۲/۳۴	۷/۳۱	روابط متقابل
N.S	۱/۰۳	۴/۹۳	۸/۶۶	۵/۶۵	۴	۵۴	۷/۹۴	۳/۶۴	۶/۵۴	افسردگی
N.S	۱/۵۴	۱۴	۲۸/۶	۱۲/۷	۱۸	۱۰/۵	۳۲/۵	۸	۳۰/۵	نمره کلی

وابسته به مواد روانگردان بیش از افراد بهنجار از نشانه های بدنی (مثل سردرد، احساس سرمای شدید یا گرگرفتگی، ضعف و بیماری) شکایت داشتند. در زیر مقیاس اضطراب و اختلالات خواب متوسط نمرات بیماران وابسته به مواد روانگردان به نسبت سه به یک بالاتر از متوسط نمرات افراد بهنجار و در سطح  $P < ۰/۰۰۱$  معنا دار می باشد. این یافته ها نشان داد که نشانگان اختلالات اضطراب و خواب (کم خوابی به دلیل نگرانی بیش از حد، بی خوابی های شبانه، خستگی مداوم، عصبی

## بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی سلامت روان گروهی از بیماران وابسته به مواد روانگردان و افراد بهنجار شهر شیراز، در محدوده زمانی انجام پژوهش بود. بر اساس نتایج اصلی به دست آمده مشخص گردید که در زیرمقیاس شکایات جسمانی، متوسط نمرات بیماران وابسته به مواد روانگردان تقریباً دو برابر آزمودنی های عادی بوده و تفاوت میان آنها ( $t=7/19$ ) در سطح  $p < ۰/۰۰۱$  معنی دار می باشد. به عبارتی آزمودنی های

و بدخلقی، دلشوره) در بیماران وابسته به مواد روانگردان  
بیش از افراد بهنجار است.

در زیر مقیاس اختلال در روابط بین فردی میانگین  
نمرات آزمودنی های سوء مصرف کننده مواد ( $M=7/05$ )  
بالاتر از افراد عادی ( $M=6/10$ ) و از لحاظ آماری در  
سطح  $P < 0/05$  معنی دار می باشد. بیشترین میزان تفاوت  
در نمرات زیرمقیاس ها، مربوط به زیر مقیاس افسردگی  
می باشد. بر این اساس متوسط نمرات افسردگی  
سوء مصرف کنندگان مواد  $7/01$  و متوسط نمرات افراد  
عادی  $2/11$  برآورد گردیده که از لحاظ آماری در سطح  
 $P < 0/001$  معنی دار می باشد.

به عبارتی بیماران وابسته به مواد روانگردان خلق  
منفی، احساس بی ارزشی، ناامیدی و افکار خودکشی را  
بیشتر گزارش نموده بودند. در کل مقیاس سلامت روانی  
نیز، میانگین نمرات بیماران وابسته به مواد روانگردان  
( $30/64$ )، بالاتر از افراد عادی ( $15/38$ ) بوده و در سطح  
 $P < 0/001$  معنی دار می باشد.

بر این اساس، می توان عنوان کرد که متوسط  
نمرات بیماران وابسته به مواد روانگردان در نشانگان  
سلامت روان از متوسط نمرات افراد عادی جامعه بالاتر  
بوده و میزان شیوع اختلالات روانی در آنها بالاتر  
می باشد.

مقایسه نمرات بیماران وابسته به مواد روانگردان  
در زیرمقیاس های مختلف با نمرات جمعیت عمومی که  
در مطالعات همه گیرشناسی به آنها اشاره شده است،  
نشان می دهد که متوسط نمرات بیماران وابسته به مواد  
روانگردان در تمامی زیرمقیاس ها بالاتر از متوسط  
نمرات جمعیت عمومی و بالاتر از نمره برش پیشنهادی  
می باشد.

با استناد به نتایج به دست آمده می توان عنوان نمود  
که بیماران وابسته به مواد روان گردان، نمرات بالاتری به  
نسبت بهنجار گروه کنترل داشتند و تفاوت در حد بالایی  
از لحاظ آماری پذیرفته شد.

همچنین می توان عنوان کرد که بیماران وابسته به مواد  
روانگردان در پژوهش حاضر علاوه بر وابستگی به مواد  
روانگردان، از بیماری های روانی نیز رنج می برند و با  
توجه به بالا بودن نمرات آنها در پرسش نامه سلامت  
عمومی که میزان نشانگان بیماری های روانی را نشان می  
دهد، می توان عنوان همبودی اختلالات روانی را در  
مورد گروه مورد بررسی به کار برد و فرض وجود  
اختلالات همبود و بالاتر بودن نمرات افراد وابسته به مواد  
نسبت به افراد عادی مورد تأیید است.

میزان شیوع اختلالات روانی در نمونه بیماران  
وابسته به مواد روان گردان مطالعه حاضر، از میزان شیوع  
به دست آمده در بیشتر پژوهش هایی که با GHQ و در  
جامعه بهنجار، انجام شده بالاتر است، ولی در مجموع  
یافته های به دست آمده در این پژوهش با نتایج یافته های  
جینگز<sup>1</sup> (۱۹۹۱)، که همبودی وابستگی به مواد مخدر و  
اختلالات روانی و بالاتر بودن میزان این اختلالات را  
در افراد معتاد به مواد روانگردان، در نتایج خود به دست  
آورده اند همخوان و در یک جهت می باشد (۱۴).

در پژوهش حاضر، تفاوتی بین سلامت روان  
بیماران مورد بررسی بر اساس تحصیلات و شیوه مصرف  
دیده نشد، ولی فراوانی نشانه های جسمانی در بیمارانی  
که از چند نوع ماده روان گردان استفاده می نمودند،  
بیشتر از مصرف کنندگان تریاک و هروئین بود.

همچنین میزان نشانگان اضطراب و اختلال خواب  
در بیمارانی که از تریاک و چند نوع ماده مصرفی استفاده  
می نمودند به صورت پایا بالاتر از مصرف کنندگان  
تریاک بود. اما باید در اینجا این نکته را اشاره نمود و آن  
اینکه در پژوهش های ایرانی بر خلاف پژوهش حاضر،  
به بررسی تفاوت نشانگان اختلالات روانی بر اساس نوع  
ماده مصرفی و شیوه مصرف، توجه ننموده اند که از این  
حیث قابل مقایسه نیستند.

<sup>1</sup>. Jennings



بر اساس نتایج به دست آمده در این پژوهش و یافته های هماهنگ با این بررسی، پیشنهاد می گردد:

- در ساختار درمانی وابسته به مواد روان گردان در مرکز مشاوره و درمان به اختلالات همبود روانی توجه ویژه گردد و با توجه به این که درمان این اختلالات در توان درمانگران می باشد، لازم است بیش از پیش به درمان اختلالات روانی همبود توجه شود.

- این پژوهش اگر چه یک طرح مداخله ای نیست اما چارچوب آن پایه ای عملی برای طرحهای مداخله ای است.

- بررسی اختلالات روانی در مراحل شش گانه قبل و بعد از درمان و تغییرات موجود در وابستگی به مواد روان گردان (مرحله قبل از تامل، تاملی، آمادگی، عمل، نگهداری، عود)، موضوعات پژوهشی جالبی است که به علاقمندان پژوهش در این حیطه پیشنهاد می گردد.

\*\*\*\*\*

### منابع

- 1- شاهسونده، الف اسماعیل. مبانی برنامه ریزی در زمینه کاهش تقاضای مواد روانگردان. مجموعه مقالات ارائه شده در سمپوزیم علمی - کاربردی پیشگیری از اعتیاد. سازمان بهزیستی اصفهان (۱۳۷۵).
2. Durand UM., Barlow DM.: Abnormal Psychology. An Introduction Pacific Grove CA: Brooks Cole, 1997.
- 3- Powell J.: Drug and alcohol Adult Psychological of sychiatry, 2000, 67: 618-681.
4. Kail RV, Cavanaugh JC.: Human Development. Belmont, CA: Wadsworth, 2000.
- 5- چیریلو، استفانو، برینی، روبرتو، کامبیازو، جیانی، مازا، روبرتو. اعتیاد به مواد مخدر در آینه روابط خانوادگی. ترجمه سعید پیرمرادی. اصفهان، همام (۱۳۷۸).
6. Pozzi G., Baciagalupi M., Tempesta E.: Comorbidity of drug dependence and other mental disorder: A two- phase study of prevalence at outpatient treatment centers in Italy. Drug and Alcohol Dependence. 1997, Jun, Vol 46(1-2).
7. Charney DA., Paraherakis AM., Negrete JC., Gill KJ.: The impact of depression on the outcome of addictions treatment. Journal of Substance Abuse Treatment. 1998, Mar-Apr, Vol 15(2): 123-130.
- 8- انجمن روان پزشکی امریکا (۱۹۹۴). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ترجمه؛ محمدرضا نیکخو، هامایاک اوادیس یانس، سیامک نقشبندی، مالک میرهاشمی، محی الدین غفرانی، تهران؛ سخن. (۱۳۷۵).
9. Brown SA., Goldman MS., Inn A, Anderson LR.: Expactation of reinforcement from alchol. Journal of consulting and clinical psychology 1998, 48: 419-429.
10. Oboyle M., Brando A.: Suicide attempts substance abuse and personality. Journal of substance abuse treatment. 1998, Jul- Aug, Vol 15(4): 353-359.
11. Goldberg DP., Hillir VF.: A scaled version of general healt questionnaire. Psychological Medicine, 1979, 9: 131-145.
- 12- یعقوبی، ن؛ نصر، م؛ شاه محمدی د: بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه سرای گیلان. مجله اندیشه و رفتار. سال ۱، شماره ۴، (۱۳۷۴)، صص ۶۵-۵۵.
- 13- پالاهنگ، ح؛ نصر، م؛ براهنی، م ن؛ شاه محمدی، د: بررسی همه گیرشناسی اختلال های روانی در شهر کاشان. فصلنامه اندیشه و رفتار (۱۳۷۴)، سال ۲، شماره ۴.
14. Jennings PS.: To surrender drugs: A grief Process in its own right. Journal of substance abuse treatment 1991, 8, 221-226.