

بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در بین افراد وابسته به مواد اپیوئیدی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۶

زهرا امیری^۱، خدیجه صاحب^۲، زینب امیری^۳

چکیده

این پژوهش به منظور بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در افراد وابسته به مواد اپیوئیدی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۶ انجام گرفت. این پژوهش یک مطالعه توصیفی-مقطعی است که در طی آن ۳۲۵ (۲۲ زن و ۳۰۳ مرد) افراد وابسته به مواد اپیوئیدی که به روش نمونه‌گیری سیستماتیک انتخاب شده بودند، جهت تشخیص وابستگی به مواد از ملاک‌های DSM-IV-TR و برای ارزیابی میزان نشانه‌های مربوط به اختلال‌های روانی از آزمون SCL-90-R اعتباریابی شده ایران و پرسشنامه جمعیت‌شناختی نمونه استفاده گردید. داده‌ها براساس شاخص‌های آماری توصیفی و آزمون‌های T ، X ، Z با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که میزان شیوع پرخاشگری در بین افراد بیمار برابر با ۱۰/۱۵ درصد، اضطراب ۹/۲۳ درصد، وسواس ۱۰/۷۶ درصد، حساسیت بین فردی ۷/۶۹ درصد، شکایات جسمانی ۱۳/۸۴ درصد، روان-پریشی ۹/۵۳ درصد، پارانوئید ۱۰/۱۵ درصد، افسردگی ۱۵/۰۷ درصد و ترس مرزی ۱۳/۵۳ درصد می‌باشد. بیشترین میزان مربوط به اختلال‌های افسردگی و شکایات جسمانی و کمترین اختلال مربوط به حساسیت بین فردی بود. مطالعات اپیدمیولوژیک مختلف نشان می‌دهد میزان شیوع اختلال‌های روانی در کشورها و فرهنگ‌های مختلف بعلاوه تفاوت در روش‌های نمونه‌گیری، نوع ابزارهای مورد استفاده و تکنیک‌های مختلف مصاحبه متفاوت و متنوع است.

واژگان کلیدی: همه‌گیرشناسی، اختلال‌های روانی، وابستگی به مواد اپیوئید

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه z1990a1990@gmail.com

^۲ کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه

^۳ کارشناسی پرستاری، پرستار بیمارستان آیت‌اله طالقانی کرمانشاه

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی^۱ (۱۹۹۹) مسأله مواد مخدر اعم از تولید، انتقال، توزیع و مصرف را در کنار سه مسأله جهانی دیگر یعنی تولید و انباشت سلاح‌های کشتار جمعی، آلودگی محیط زیست، فقر و شکاف طبقاتی، از جمله مسائل اساسی شمرده است که حیات بشری را در ابعاد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی در عرصه جهانی مورد تهدید و چالش جدی قرار می‌دهد. اعتیاد امروزه بعنوان مهمترین آسیب اجتماعی، جامعه انسانی را مورد هجوم خود قرار داده است. نگاهی به آمار روزافزون اعتیاد به مواد مخدر بخصوص اشاعه آن در نوجوانان و جوانان نشان می‌دهد که نسل جوان ما که باید در جهت سازندگی و پیشرفت جامعه مشارکت داشته باشد در دام اعتیاد به هدر می‌رود (خانجانی و دیگران، ۱۳۹۰: ۲۸۹). همچنین آمارهای منتشره از سازمان‌های بین‌المللی حاکی از افزایش فزاینده مصرف مواد روانگردان در سطح جهان است با نگاهی واقع-بینانه به مسئله اعتیاد و سوء مصرف مواد، به راحتی درمی‌یابیم که سوء مصرف مواد قرن‌ها وجود داشته و اکنون نیز هیچ کشوری نیست که از شیوع و گسترش آن در امان مانده باشد (شاهسون، ۱۳۷۵: ۲۳). کشور ما نیز کشوری وسیع و دارای سابقه غنی فرهنگی و اجتماعی است. در طول سه دهه اخیر کشورمان شاهد تغییرات بسیار عمیق اجتماعی بوده است. به این معنی که در حال گذر از جامعه در حال توسعه و سنتی به سمت جامعه صنعتی بوده‌ایم. این فرایند گذر در تعامل با خصوصیات منحصر به فرد فرهنگی و اجتماعی ایران، منجر به مشکلات اجتماعی قابل توجهی شده است که اعتیاد به مواد مخدر نمونه‌ای از آن است با در نظر گرفتن سابقه چند صد ساله مصرف مواد افیونی در ایران می‌توان به شدت آسیب‌پذیری جامعه پی برد (رحیمی موقر و دیگران، ۱۳۸۱: ۱۷۲). شیوع اختلال‌های روانی همراه در معتادان با درصد بالایی گزارش شده است که برای مثال می‌توان به تحقیقات راس، گلاسر و جرمانسون^۲ (۱۹۸۸) که شیوع ۷۸ درصد را گزارش کرد اشاره کرد. عدم شناخت و درمان به موقع این اختلالات سدی در راه درمان اعتیاد معتادین محسوب می‌گردد چرا که بسیاری از آنان جهت خوددرمانی به مصرف مواد ادامه می‌دهند، همچنین وجود اختلال روانی توانایی فرد را جهت ترک اعتیاد به میزان زیادی کاهش می‌دهد بنابراین شناخت و درمان اختلالات روانی در معتادین می‌تواند مسیر درمان اعتیاد را تسهیل کند (Verthein, 2000: 79).

اعتیاد یا همان وابستگی به مواد در نتیجه مصرف ماده‌ای خاص با الگوی سوء مصرف به وجود می‌آید (Halgin, 2006). از تعریف وابستگی که توسط سازمان جهانی بهداشت ارائه شده است دو مفهوم استنباط شده است: وابستگی روانشناختی یا رفتاری و وابستگی جسمی. این دو نوع وابستگی موجب زیان‌های جبران-ناپذیر متعددی می‌گردد (Kaplan and Sadock, 2010: 27). معضل سوء مصرف مواد مخدر یکی از چهار

¹ World Health Organization

² Ross, Glaser and Germanson

بحران جهانی و عمده‌ترین بحران اجتماعی کشور می‌باشد که با سایر جنبه‌های اقتصادی، فرهنگی و ... کشور ارتباط تنگاتنگی دارد (صاحب‌الزمانی و دیگران، ۱۳۸۸: ۲۹۲). وابستگی به مواد مخدر و افیونی یکی از مشکلات عمده بهداشتی در کشور ماست. این اختلال ضمن آنکه آسیب‌های زیادی به فرد مبتلا و خانواده‌اش وارد می‌کند، باعث هدر رفتن سرمایه‌های ملی نیز می‌شود (غفاری‌نژاد و دیگران، ۱۳۸۲: ۳۲). در این راستا موضوع سلامتی از بدو پیدایش بشر و در قرون و اعصار متمادی مطرح بوده است اما هرگاه از آن سخنی به میان آمده عموماً بعد جسمی آن مدنظر قرار گرفته و کمتر به سایر ابعاد سلامتی بخصوص بعد روانی آن توجه شده است. سازمان جهانی بهداشت، ضمن توجه دادن مسئولین کشورها در راستای تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد جامعه همواره بر این نکته تأکید دارد که هیچ یک از این سه بعد بر دیگری برتری ندارد (بخشیان، ۱۳۹۱).

طبق گزارشات این سازمان، جهان در طول دو دهه آینده شاهد تغییرات عمده‌ای در زمینه اپیدمیولوژی بیماری‌ها و نیازهای بهداشتی افراد است، بگونه‌ای که بیماری‌های غیرواگیردار همچون بیماری‌های روانی به سرعت جایگزین بیماری‌های عفونی و واگیردار گردیده و در صدر عوامل ایجاد کننده و مرگ‌های زودرس قرار می‌گیرند (پناهی، ۱۳۸۵: ۷۷). طبق برآوردهای این سازمان، میزان شیوع اختلالات روانی در کشورهای در حال توسعه روبه افزایش است. این در حالیست که در برنامه‌ریزی‌های توسعه اجتماعی و اقتصادی،

پائین‌ترین اولویت به آنها داده می‌شود. دلیل این افزایش را تا حدود زیادی می‌توان وابسته به رشد روزافزون ۱۲۱ جمعیت، تغییرات سریع اجتماعی همچون شهرنشینی، فروپاشی خانوارهای گسترده و مشکلات اقتصادی دانست. اگرچه وجود بیماری‌های روانی در جوامع مختلف از قرن‌ها پیش مورد تأیید قرار گرفته است، اما در طی قرن حاضر بود که روش‌های آماری برای برآورد حجم این مشکلات مورد استفاده قرار گرفت. تا جنگ جهانی دوم بیشتر پژوهشگران در زمینه بیماریابی اختلالات روانپزشکی، متکی به گزارشات واصله از مراکز بیمارستانی و افراد کلیدی در جامعه بوده و هیچگونه کنترلی بر فرآیند بیماریابی، ثبت گزارش‌ها و حتی بر تشخیص بیماری‌ها نداشته‌اند و فقط کسانی بیمار تلقی می‌شدند که سابقه بستری در بیمارستان را داشته باشند. بعد از جنگ دوم جهانی، مطالعات به سمت جامعه سوق داده شد و محققان در بررسی‌های خود، نمونه‌ای از جمعیت را انتخاب و مصاحبه بالینی روانپزشکی از تمام افراد، میزان شیوع این اختلالات را تعیین نموده‌اند. در طول سه دهه اخیر، در مطالعات اپیدمیولوژی اختلالات روانپزشکی، از استراتژی‌های چند مرحله‌ای و ملاک‌های تشخیصی براساس طبقه‌بندی‌های رایج بین‌المللی استفاده گردیده است و سعی شده تا از ابزارهای معتبر غربالگری و مصاحبه‌های بالینی استاندارد استفاده شود. با بکارگیری این ابزارها محققان

توانسته‌اند افراد بیمار را در جامعه‌شناسایی کرده موجبات پیشگیری و بهبودی پیش‌آگهی را در مورد آنها فراهم آوردند.

تحقیقات بسیاری با هدف بررسی میزان اختلالات روانی در افراد وابسته به مواد اپیوئیدی صورت گرفته‌اند و نشان می‌دهند که شیوع اختلالات روانی در افراد وابسته به مواد بیش از جمعیت عادی است و مطالعات و پژوهش‌های سال‌های اخیر به ویژه در کشورهای غربی شیوع بالای اختلال‌های روانپزشکی را در معتادان به مواد مخدر نشان داده است (Hannesdottir, 2001: 9). شایعترین تشخیص‌های روانپزشکی که معمولاً با سوء مصرف مواد رابطه داشته و بطور مداوم وجود دارند عبارتند از: اختلال شخصیت ضداجتماعی، فوبیا و سایر اختلالات اضطرابی، اختلالات افسردگی و اختلال سایکوتیک. در مطالعه‌ای نشان داده شده است که ۷۶ درصد مردها و ۶۵ درصد زن‌ها با تشخیص سوء مصرف یا وابستگی مواد، از یک مشکل روانپزشکی نیز رنج می‌برند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳: ۱۷). بنابراین باتوجه به افزایش بیماران روانی در سراسر جهان، زیان‌های مالی و معنوی ناشی از این بیماری‌ها و همچنین کمبود تسهیلات، امکانات و نیروی تخصصی لازم جهت ارائه خدمت به آنها، به نظر می‌رسد که انجام اقدامات پیشگیرانه در این زمینه لازم و ضروری بوده و تأمین بهداشت روان افراد، بعنوان یک اقدام مثبت اجتماعی، اقتصادی، پزشکی و بهداشتی برای تمام ممالک از جمله کشور، ما جنبه الزامی دارد. واضح است که انجام هرگونه اقدام پیشگیرانه، مستلزم ارزیابی نوع و میزان نیاز مردم به آن خدمت می‌باشد چه در غیر این صورت اقدامات انجام شده نتیجه مطلوب را در بر نخواهد داشت. برای پی بردن به درجه و نوع نیازمندی‌های فوق، انجام بررسی سلامت روان و مطالعات اپیدمیولوژی اختلالات روانی حائز اهمیت و اولویت بالایی است. پژوهش حاضر که به بررسی میزان شیوع اختلال‌های روانی در افراد وابسته به مواد اپیوئیدی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۶ اختصاص یافته، این امکان را فراهم می‌نماید تا در جهت شناسایی و درمان اختلال‌های روانی به این بعد یعنی آسیب‌دیدگی روانی افراد وابسته به مواد نیز توجه شود. باتوجه به مطالب مطرح شده در این پژوهش به دنبال جواب دادن به این سوال هستیم که آیا بین اعتیاد و اختلال روانی در افراد وابسته به مواد اپیوئیدی رابطه وجود دارد؟

روش پژوهش

مطالعه حاضر از نوع مطالعه توصیفی-مقطعی بود. جامعه آماری شامل مردان و زنان وابسته به مواد اپیوئیدی تحت درمان ۹۲ مرکز MMT تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه می‌باشد. به دلیل محدودیت دسترسی به تمامی این افراد از روش نمونه‌گیری سیستماتیک استفاده شد که تعداد ۳۲۵ نفر شامل (۲۲ نفر زن و ۳۰۳ نفر مرد) از افراد وابسته به مواد اپیوئیدی از بین ۸ مرکز MMT وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه انتخاب شدند.

در این پژوهش از دو پرسشنامه استفاده گردیده است.

پرسشنامه SCL-90-R: این آزمون شامل ۹۰ سوال برای ارزشیابی علائم روانی است که به وسیله پاسخگو گزارش می‌شود و اولین بار برای نشان دادن جنبه‌های روانشناختی بیماران جسمی و روانی طرح‌ریزی گردیده است. فرم اولیه آزمون توسط دراگوتیس، لیپمن و کووی (۱۹۷۳) معرفی شد و براساس تجربیات بالینی و تجزیه و تحلیل‌های روان‌سنجی از آن مورد تجدیدنظر قرار گرفته و فرم نهایی آن تهیه گردید (Derogatis, 1976: 282). پاسخ‌های ارائه شده به هریک از مواد آزمون در یک مقیاس ۵ درجه‌ای از میزان ناراحتی که از هیچ تا به شدت می‌باشد مشخص می‌گردد. ۹۰ ماده این آزمون ۹ بعد مختلف شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی را در بر می‌گیرد.

پایائی آزمون SCL-90-R: سنجش پایائی ابعاد نه‌گانه این آزمون از دو روش محاسبه پایائی درونی و پایائی به روش آزمون مجدد صورت گرفته است. برای محاسبه ثبات درونی آزمون که بر روی ۲۱۹ نفر داوطلب در ایالات متحده در جهت سنجش ثبات و یکنواختی سوالات انجام گردید از ضرایب آلفا و کودر ریچاردسون ۲۰، استفاده شده نتایج تمام ضرایب به دست آمده برای ۹ بعد کاملاً رضایت‌بخش بوده است. بیشترین همبستگی مربوط به بعد افسردگی با ۹ درصد و کمترین آنها روان‌پریشی با ۷۷ درصد بوده است (Ibid, 285). پایائی آزمون باز آزمون که ثبات آزمون را در طول زمان می‌سنجد بر روی ۹۴ نفر بیمار روانی نامتجانس و پس از یک هفته ارزیابی اولیه صورت گرفت اکثر ضرایب دارای همبستگی بالا بین ۷۸ تا ۹ درصد بوده‌اند (Carlozzi and Long, 2008: 1169).

اعتبار آزمون SCL-90-R: سوالات یک آزمون وقتی دارای اعتبار است که بتواند مفاهیمی را که آزمون به منظور آن ساخته شده ارزیابی کند. مطالعات متعددی در جهت تعیین انواع اعتبار آزمون انجام گردیده است. در زمینه اعتبار همزمان، دراگوتیس، ریکلز و راک (۱۹۷۶) این آزمون را به همراه MMPI بر روی ۱۱۹ آزمودنی داوطلب اجرا نمودند. همبستگی بین نتایج، دلالت بر همگرایی بالا بین دو آزمون بوده بطوریکه بالاترین همبستگی مربوط به ملاک افسردگی با ۷۳ درصد و کمترین همبستگی، فوبی با ۳۶ درصد بوده است. وایزمن و همکاران در یک مطالعه بالینی افسردگی، این آزمون را بر روی معتادین متادون بکار برده و نتایج را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که این آزمون می‌تواند به خوبی گروه‌های افسرده را از غیرافسرده و معتاد تمیز دهد (Olsen, 2004: 226). نشان دادند که SCL-90-R نسبت به تغییرات ناشی از بیوفیدبک در بیماران با درد مزمن حساس می‌باشد. دراگوتیس (۲۰۰۰) این آزمون را بر روی بیماران سرطانی که قبلاً وجود یا عدم وجود اختلال روانی در آنها به وسیله پرسشنامه سلامتی بیمارستان تعیین

شده بود بکار بردند. نتایج نشان داد که SCL-90-R به خوبی قادر به تمیز بین بیماران سرند شده نیازمند مداخله درمانی، با کسانی که احتیاج به شیوه درمانی خاصی نداشتند بوده است. در بررسی که در ایران در جهت ارزیابی پایائی و اعتبار SCL-90-R صورت گرفته میرزایی (۱۳۵۹) این آزمون را بر روی ۲۲۴۱ آزمودنی بیمار روانی، معتاد و افراد سالم اجرا نمود. مقایسه سنجش‌ها، نتایج بسیار مشابهی را با نتایج به دست آمده در ایالات متحده در برداشته است. پایائی این آزمون در این بررسی در تمام مقیاس‌ها به استثناء پرخاشگری، فوبی و افکار پارانوئیدی بیشتر از ۸ درصد بوده و اعتبار سازه و تشخیص به دست آمده همگی نشان‌دهنده این بوده است که می‌تواند بعنوان وسیله سرند و یا تشخیص بیماری‌های روانی در ایران بکار برده شود.

باتوجه به اینکه در فرم جدید این آزمون، تعداد دو سوال تفاوت پیدا کرده برای استفاده مطلوب از این وسیله لازم بود که پژوهش درباره میزان پایائی این وسیله اندازه‌گیری به عمل آید. لذا پس از ترجمه و تطبیق مجدد با متن اصلی، نتایج مربوط به نمرات ۴۰ آزمودنی با فاصله زمانی یک هفته مورد مقایسه آماری قرار گرفت که ضریب همبستگی به دست آمده نشانگر بالا بودن ضریب پایائی این آزمون بوده است.

پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (Demographic)

۱۲۴ این پرسشنامه توسط پژوهشگر تنظیم شد و اطلاعاتی را درخصوص ویژگی‌های فردی بالینی و درمانی آزمودنی‌ها فراهم می‌آورد. در این مطالعه جمعاً ۳۲۵ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند که از این تعداد ۳۰۳ نفر (۹۳/۲۳) درصد مرد و ۲۲ نفر (۶/۷۶) درصد زن بودند. در جدول ۱ وضعیت سلامت روانی افراد نمونه برحسب جنس آمده است.

جدول (۱) توزیع فراوانی و درصد افراد نمونه برحسب وضعیت سلامت روانی و جنس

جنسیت						
کل		بیمار		سالم		وضعیت سلامت روانی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
						زن
۶/۷۶	۲۲	۶/۲۸	۱۰	۷/۲۲	۱۲	
۹۳/۲۳	۳۰۳	۹۳/۷۱	۱۴۹	۹۲/۷۷	۱۵۴	مرد
۱۰۰	۳۲۵	۴۸/۲	۱۵۹	۵۱/۰۷	۱۶۶	جمع

جدول (۱) اطلاعات مربوط به توزیع فراوانی و درصد نمونه را برحسب وضعیت سلامت روانی و جنس نشان می‌دهد. همانگونه که در جدول فوق نشان می‌دهد ۶/۷۶ درصد زنان و ۹۳/۲۳ درصد مردان بیمار می‌باشند.

جدول (۲) توزیع فراوانی و میزان شیوع اختلال‌های روانی برحسب سن

سن		میزان شیوع اختلال روانی بر حسب سن							
کل		زن			مرد				
میزان شیوع	تعداد بیمار	تعداد نمونه	میزان شیوع	تعداد بیمار	تعداد نمونه	میزان شیوع	تعداد بیمار	تعداد نمونه	گروه سنی
۹۲/۶۸	۳۸	۴۱	۶۶/۶۶	۲	۳	۹۴/۷۳	۳۶	۳۸	۱۸-۲۵
۷۵/۸۶	۴۴	۵۸	۰/۴۰	۲	۵	۷۹/۲۴	۴۲	۵۳	۲۶-۳۴
۳۵/۹۶	۴۱	۱۱۴	۰/۵۰	۳	۶	۳۵/۱۸	۳۸	۱۰۸	۳۵-۴۲
۳۲/۱۴	۳۶	۱۱۲	۳۷/۵	۳	۸	۳۱/۷۳	۳۳	۱۰۴	۴۳ به بالا
۹۲/۴۸	۱۵۹	۳۲۵	۴۵/۴۵	۱۰	۲۲	۴۹/۱۷	۱۴۹	۳۰۳	جمع

میزان شیوع اختلال‌های روانی برحسب گروه‌های سنی در جدول ۲ آمده است نتایج به دست آمده به قرار زیر می‌باشد: همانگونه که جدول فوق نشان می‌دهد بیشترین میزان شیوع اختلال‌های روانی در بین سنین ۱۸-۲۵ سال ۹۲/۶۸ درصد می‌باشد و در بین سنین ۲۶-۳۴ سال ۷۵/۸۶ درصد مشاهده می‌شود انجام آزمون آماری X^2 بر روی نسبت‌های فوق نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلال‌های روانی در افراد معنی‌دار نمی‌باشد ($p > 0.05$).

۱۲۵

جدول (۳) توزیع فراوانی و میزان شیوع اختلال‌های روانی برحسب وضعیت تأهل

شیوع اختلالات روانی برحسب وضعیت تأهل									
کل		زن			مرد				
میزان شیوع	تعداد بیمار	تعداد نمونه	میزان شیوع	تعداد بیمار	تعداد نمونه	میزان شیوع	تعداد بیمار	تعداد نمونه	وضعیت تأهل
۴۳/۶۵	۵۵	۱۲۶	۳۷/۵	۳	۸	۴۴/۰۶	۵۲	۱۱۸	مجرد
۰/۵۰	۶۷	۱۳۴	۴۴/۴۴	۴	۹	۵۰/۴	۶۳	۱۲۵	متأهل
۵۶/۹۲	۳۷	۶۵	۰/۶۰	۳	۵	۵۶/۶۶	۳۴	۶۰	مطلقه
۴۸/۹۲	۱۵۹	۳۲۵	۴۵/۴۵	۱۰	۲۲	۴۹/۱۷	۱۴۹	۳۰۳	جمع

میزان شیوع اختلال‌های روانی برحسب وضعیت تأهل در جدول ۳) آمده است نتایج به دست آمده به قرار زیر می‌باشد: همانگونه که جدول فوق نشان می‌دهد میزان شیوع اختلال‌های روانی در بین افراد وابسته به مواد مجرد برابر با ۴۳/۶۵ درصد و در بین افراد وابسته به مواد متأهل برابر با ۵۰ درصد و در بین افراد وابسته به مواد مطلقه برابر با ۵۶/۹۲ درصد بیشترین میزان اختلال را دارند انجام آزمون آماری Z بر روی نسبت‌های فوق نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلال‌های روانی در افراد مطلقه بیشتر از افراد مجرد و متأهل می‌باشد. اما این تفاوت از لحاظ آماری معنادار نیست ($p > 0.05$).

جدول ۴) توزیع فراوانی و میزان شیوع اختلال‌های روانی برحسب محل سکونت

شیوع اختلالات روانی برحسب محل سکونت									
محل سکونت	مرد			زن			کل		
	تعداد نمونه	تعداد بیمار	میزان شیوع	تعداد نمونه	تعداد بیمار	میزان شیوع	تعداد نمونه	تعداد بیمار	میزان شیوع
شهر	۲۰۷	۱۰۴	۵۰/۲۴	۱۵	۷	۴۶/۶۶	۲۲۲	۱۱۱	۰/۵۰
روستا	۹۶	۴۵	۴۶/۸۷	۷	۳	۴۲/۸۵	۱۰۳	۴۸	۴۶/۶۰
جمع	۳۰۳	۱۴۹	۴۹/۱۷	۲۲	۱۰	۴۵/۴۵	۳۲۵	۱۵۹	۴۸/۹۲

۱۲۶ همانگونه که جدول ۴) نشان می‌دهد میزان شیوع اختلال‌های روانی در بین کسانی که در روستا زندگی می‌کنند برابر با ۴۶/۶۰ درصد بوده و در بین کسانی که در شهر زندگی می‌کنند برابر با ۵۰ درصد می‌باشد. انجام آزمون آماری Z بر روی نسبت‌های فوق نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلال‌های روانی در افراد معنی‌دار نمی‌باشد ($p > 0.05$). میزان شیوع اختلال‌های روانی برحسب وضعیت اقتصادی در جدول ۵) آمده است نتایج به دست آمده به قرار زیر می‌باشد:

جدول ۵) توزیع فراوانی و میزان شیوع اختلال‌های روانی برحسب وضعیت اقتصادی

شیوع اختلال روانی برحسب وضعیت اقتصادی									
وضعیت اقتصادی	مرد			زن			کل		
	تعداد نمونه	تعداد بیمار	میزان شیوع	تعداد نمونه	تعداد بیمار	میزان شیوع	تعداد نمونه	تعداد بیمار	میزان شیوع
پایین	۱۵۹	۸۳	۵۲/۲۰	۱۳	۷	۵۳/۸۴	۱۷۲	۹۰	۵۲/۳۲
متوسط	۱۰۳	۴۶	۴۴/۶۶	۴	۱	۳۳/۳۳	۱۰۷	۴۷	۴۴/۳۳
بالا	۳۵	۱۸	۵۱/۴۲	۳	۱	۳۳/۳۳	۳۸	۱۹	۰/۵۰
خیلی بالا	۶	۲	۳۳/۳۳	۲	۱	۰/۵۰	۸	۳	۳۷/۵
جمع	۳۰۳	۱۴۹	۴۹/۱۷	۲۲	۱۰	۴۵/۴۵	۳۲۵	۱۵۹	۴۸/۹۲

همانگونه که جدول فوق نشان می‌دهد بیشترین میزان شیوع اختلال در بین کسانی می‌باشد که دارای وضعیت اقتصادی پایین بوده و برابر با ۵۲/۳۲ درصد می‌باشد و در نیز کمترین میزان اختلال در بین کسانی است که دارای وضعیت اقتصادی خیلی بالا می‌باشند و مقدار آن برابر با ۳۷/۵ درصد می‌باشد انجام آزمون آماری X^2 بر روی نسبت‌های فوق نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلال‌های روانی در افراد معنی‌دار نمی‌باشد ($p > 0.05$).

جدول ۶) توزیع فراوانی و درصد افراد نمونه برحسب انواع اختلال و جنسیت

جنسیت						
کل		انواع اختلال				
درصد	کل	درصد	زن	درصد	مرد	انواع اختلال
۱۰/۱۵	۳۳	۱۳/۶۳	۳	۹/۹۰	۳۰	پرخاشگری
۹/۲۳	۳۰	۹/۰۹	۲	۹/۲۴	۲۸	اضطراب
۱۰/۷۶	۳۵	۴/۵۴	۱	۱۱/۲۲	۳۴	وسواس
۷/۶۹	۲۵	۱۳/۶۳	۳	۷/۲۶	۲۲	حساسیت بین فردی
۱۳/۸۴	۴۵	۱۸/۱۸	۴	۱۳/۵۳	۴۱	شکایت جسمانی
۹/۵۳	۳۱	۹/۰۹	۲	۹/۵۷	۲۹	روانپزیشی
۱۰/۱۵	۳۳	۹/۰۹	۲	۱۰/۲۳	۳۱	پارانوئید
۱۵/۰۷	۴۹	۱۳/۶۳	۳	۱۵/۱۸	۴۶	افسردگی
۱۳/۵۳	۴۴	۹/۰۹	۲	۱۳/۸۶	۴۲	ترس مرضی
۱۰۰	۳۲۵	۱۰۰	۲۲	۱۰۰	۳۰۳	کل

۱۲۷

جدول ۶) اطلاعات مربوط به توزیع فراوانی و درصد نمونه را برحسب انواع اختلال را نشان می‌دهد. همانگونه که جدول فوق نشان می‌دهد میزان شیوع پرخاشگری در بین افراد بیمار برابر با ۱۰/۱۵ درصد، اضطراب ۹/۲۳ درصد، وسواس ۱۰/۷۶ درصد، حساسیت بین فردی ۷/۶۹ درصد، شکایات جسمانی ۱۳/۸۴ درصد، روان-پزیشی ۹/۵۳ درصد، پارانوئید ۱۰/۱۵ درصد، افسردگی ۱۵/۰۷ درصد و ترس مرضی ۱۳/۵۳ درصد می‌باشد همانگونه جدول نشان می‌دهد بیشترین میزان مربوط به اختلال‌های افسردگی، شکایت جسمانی و کمترین اختلال مربوط به حساسیت بین فردی می‌باشد.

جدول ۷) توزیع فراوانی و میزان شیوع اختلال‌های روانی برحسب عوامل استرس‌زا

کل	عوامل استرس‌زا								
	زن			مرد					
میزان شیوع	تعداد بیمار	تعداد نمونه	میزان شیوع	تعداد بیمار	تعداد نمونه	میزان شیوع	تعداد بیمار	تعداد نمونه	
۳۵/۰۸	۲۰	۵۷	۴۰	۲	۵	۳۴/۶۱	۱۸	۵۲	مشکلات عاطفی
۶۵/۸۸	۵۶	۸۵	۵۰	۲	۴	۶۶/۶۶	۵۴	۸۱	مشکلات اقتصادی
۶۳/۴۱	۲۶	۴۱	۵۰	۳	۶	۶۵/۷۱	۲۳	۳۵	مشکلات اجتماعی
۴۰/۳۸	۴۲	۱۰۴	۳/۳۳	۱	۳	۴۰/۵۹	۴۱	۱۰۱	نگرانی از آینده
۳۹/۴۷	۱۵	۳۸	۵۰	۲	۴	۲۸/۲۳	۱۳	۳۴	مشکلات جسمی
۴۸/۹۲	۱۵۹	۳۲۵	۴۵/۴۵	۱۰	۲۲	۴۹/۱۷	۱۴۹	۳۰۳	جمع

۱۲۸

میزان شیوع اختلال‌های روانی برحسب عوامل استرس‌زا در جدول ۷) آمده است نتایج به دست آمده به قرار زیر می‌باشد. همانگونه که جدول فوق نشان می‌دهد که بیشترین میزان شیوع اختلال‌های روانی در بین کسانی است که مشکلات اقتصادی را از عوامل استرس می‌دانند و میزان آن برابر با ۶۵/۸۸ درصد می‌باشد و کمترین میزان شیوع اختلال در بین کسانی است که مشکلات عاطفی را از عوامل استرس می‌دانند و میزان آن برابر با ۳۵/۰۸ می‌باشد انجام آزمون آماری X^2 بر روی نسبت‌های فوق نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلال‌های روانی در افراد معنی‌دار نمی‌باشد ($p > 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

بی‌شک مهمترین سرمایه یک جامعه، نیروی انسانی سالم، بانشاط و موفق می‌باشد. در این میان توجه به سلامتی این قشر از مهمترین هدف‌های هر کشور و دولتی می‌باشد. این امر در صورتی محقق خواهد شد که بستری مناسب برای تربیت این قشر عظیم فراهم گردد. خانواده، همسالان و سیاست‌های کلی یک جامعه می‌تواند یک فرد را بنحوی تربیت و پرورش دهد که بتواند بعنوان ابزاری مناسب در جهت پیشرفت و اعتلای آن جامعه نقشی حیاتی را ایفا کند. اما در این میان علل‌هایی وجود دارد که می‌تواند بر رفتار و شخصیت آنها

تأثیر منفی بگذارد که یکی از این تأثیرات منفی می‌تواند اعتیاد به مواد مخدر باشد که در این پژوهش همه‌گیرشناسی اختلال روانی در افراد وابسته به مواد اپیوئیدی شهر کرمانشاه مورد ارزیابی قرار گرفته است. نتایج پژوهش نشان داد که میزان شیوع پرخاشگری در بین افراد بیمار با ۱۰/۱۵ درصد، اضطراب ۹/۲۳ درصد، وسواس ۱۰/۷۶ درصد، حساسیت بین فردی ۷/۶۹ درصد، شکایات جسمانی ۱۳/۸۴ درصد، روان-پریشی ۹/۵۳ درصد، پارانوئید ۱۰/۱۵ درصد، افسردگی ۱۵/۰۷ درصد و ترس مرزی ۱۳/۵۳ درصد می‌باشد. بیشترین میزان مربوط به اختلال‌های افسردگی، شکایت جسمانی و کمترین اختلال مربوط به حساسیت بین فردی می‌باشد. شاید یکی از دلایل عمده شیوع بالای علایم اختلال روانی در افراد مورد مطالعه ما، زمینه شخصیتی و خانوادگی این افراد می‌باشد. بحثی که در اینجا قابل تأمل است اختلاف نتایج بررسی‌های مختلف همه‌گیرشناسی اختلال روانی در ایران و جهان می‌باشد. در این زمینه تفاوت‌های فرهنگی، روش‌شناختی، شیوه انتخاب گروه‌های نمونه، تعریف عملیاتی متغیرها، روش گردآوری اطلاعات، تعداد ابزارها و ... عوامل مهم ناهمگونی نتایج بشمار می‌رود. نتایج پژوهش نشان داد که میزان شیوع اختلالات روانی در بین مردان وابسته به مواد اپیوئیدی بیشتر از زنان وابسته به مواد اپیوئیدی می‌باشد.

در پژوهش حاضر، وقتی که نمونه مورد بررسی به گروه‌های سنی ۱۸ تا ۲۵ سال، ۲۶ تا ۳۴ سال، ۳۵ تا ۴۲ سال و ۴۲ سال به بالاتر تقسیم شدند، یافته‌های پژوهش نشان داد که میزان شیوع اختلال‌های روانی در میان افراد وابسته به مواد اپیوئیدی در زنان ۱۸ تا ۲۸ سال ۶۶/۶۶ می‌باشد و در مردان سنین ۱۸ تا ۲۸ ۱۲۹ سال ۹۴/۷۳ مشاهده می‌شود، انجام آزمون‌های آماری بر روی نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلال روانی در افراد معنی‌دار نمی‌باشد.

در پژوهش حاضر، هرچند که میزان شیوع اختلال‌های روانی در میان افراد وابسته به مواد اپیوئیدی مطلقه و متأهل بیشتر از افراد وابسته به مواد مجرد است اما این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار نیست، میزان اختلال‌های روانی در بین زنان مطلقه و متأهل به ترتیب برابر با (۰/۶۰) و (۴۴/۴۴) و در بین مردان مطلقه و متأهل به ترتیب برابر با (۵۶/۶۶) و (۵۰/۴) بود. بالاتر بودن میزان شیوع اختلالات روانی در افراد مطلقه و متأهل در این پژوهش می‌تواند ناشی از خوش‌بین نبودن افراد نسبت به آینده زندگی خود، سرگردانی و مشکلات اقتصادی اجتماعی جامعه دانست. در تعدادی از بررسی‌های انجام شده در ایران بر روی جمعیت عادی میزان شیوع اختلالات روانی در افراد متأهل بیشتر از مجرد بوده است که می‌توان به پژوهش یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) و همچنین نوربالا، باقری یزدی و محمد (۱۳۷۸) اشاره کرد. که می‌توان دلایل آن را بالا بودن سطح توقع یکی از زوجین، فشار اقتصادی، ناتوانی جنسی یکی از طرفین و ... دانست که با پژوهش حاضر که بر روی نمونه افراد وابسته به مواد اپیوئیدی همخوانی دارد.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میزان شیوع اختلال‌های روانی در میان زنان وابسته به مواد اپیوئیدی که در شهر زندگی می‌کنند برابر با (۴۶/۶۶) بیشتر از زنان ساکن در روستا برابر با (۴۲/۸۵) بود، همچنین میزان اختلال روانی مردان ساکن در شهر برابر با (۵۰/۲۴) بیشتر از مردان ساکن در روستا برابر با (۴۶/۸۷) بود. از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری دیده می‌شود. متفاوت بودن نتایج را می‌توان ناشی از ابزار و پرسشنامه بکار رفته جهت غربالگری و تشخیص‌گذاری، همچنین بافت فرهنگی - اجتماعی مناطق مختلف کشور دانست. استرس‌های محیطی، شهرنشینی و مشکلات اقتصادی زندگی در شهر را می‌توان از دلایل بالاتر بودن شیوع اختلالات روانپزشکی در مرکز استان نسبت به مناطق روستایی به شمار آورد. بیشترین میزان شیوع اختلال روانی در بین زنانی بود که دارای وضعیت اقتصادی پایین برابر با (۵۳/۸۴) و در بین مردان نیز بیشترین اختلال در بین کسانی است که دارای وضعیت اقتصادی پایین برابر با (۵۲/۲۰) می‌باشند. متفاوت بودن نتایج را می‌توان ناشی از بافت فرهنگی محل سکونت دانست.

نتایج که از پژوهش حاضر بدست آمد نشان می‌دهد که بیشترین میزان شیوع اختلال‌های روانی در بین مردانی است که مشکلات اقتصادی را از عوامل استرس می‌دانند و میزان آن برابر با ۶۶/۶۶ درصد می‌باشد و بیشترین میزان شیوع اختلال در بین زنانی است که مشکلات اقتصادی و اجتماعی را از عوامل استرس می‌دانند و میزان شیوع آن برابر با ۵۰ درصد می‌باشد. بعد از انجام آزمون آماری بر روی نتایج بدست آمده، مشخص شد که میزان شیوع اختلال‌های روانی بر حسب عوامل استرس‌زا معنی‌دار نمی‌باشد. نتایج بدست آمده با نتایجی که خسروی (۱۳۷۳) همخوانی دارد. پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهند که مشکلات اقتصادی باتوجه به وضعیت بازار کار و بیکاری خصوصاً در استان از مهمترین عوامل بوجود آورنده اختلالات روانی در افراد وابسته به مواد می‌باشند. اصولاً هر نوع پژوهش و تحقیقی درباره مسائل انسانی و اجتماعی با محدودیت‌هایی روبرو است. از آنجائیکه این پژوهش نیز با مسایل انسانی در ارتباط است محدودیت و مشکلات خاص خود را دارد که از جمله اینکه در این پژوهش به دلیل محدودیت‌های زمانی متغیرهای دیگری کنترل نشده است. و اینکه این پژوهش تنها در سطح شهر کرمانشاه صورت گرفته است، بنابراین حجم نمونه مورد مطالعه را باید از محدودیت‌های پژوهش نام برد و اطلاعات مربوط به اختلال روانی به وسیله پرسشنامه SCL-90-R جمع‌آوری گردیده که ممکن است پرسشنامه دیگر در این زمینه نتایج متفاوتی را ارائه دهد. بنابراین باتوجه به نتایج تحقیق، توصیه می‌شود مسئولین و دست‌اندرکاران با اقدامات مقتضی زمینه را برای کاهش دادن اختلال روانی کلیه افراد جامعه و بخصوص افراد وابسته به سوء مصرف مواد فراهم نمایند، تا شاهد تأثیر آن بر میزان سازگاری و پیشرفت آنها در همه امور باشیم.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، مراکز ترک اعتیاد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، پرسنل مرکز ترک اعتیاد و تمامی شرکت‌کنندگان و افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را بعمل آورد.

فهرست منابع

فارسی:

- ۱- بخشیان، مرتضی (۱۳۹۱)، «بررسی اثربخشی درمان‌شناختی رفتاری در تغییر نگرش به مواد مخدر و افزایش سلامت روان و کاهش شدت اعتیاد در معتادان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شیراز»، **پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد دانشگاه علامه طباطبائی**.
- ۲- پناهی، قنبر (۱۳۸۵)، «مقایسه کیفیت زندگی بیماران روانی مزمن در دو گروه تحت پوشش و غیرتحت پوشش بهزیستی کرج»، **پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی**.
- ۳- خانجانی، زینب و دیگران (۱۳۹۰)، «بررسی هیجان‌خواهی در افراد معتاد و عادی باتوجه به جنسیت»، **فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری**، دوره ۹، ش ۴.
- ۴- خسروی، شمسعلی (۱۳۷۳)، «بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی بروجن چهارمحال و بختیاری»، **پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد آموزش بهداشت**، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- ۵- رحیمی موقر، آفرین (۱۳۸۱)، «روند ۳۰ ساله وضعیت مواد در ایران»، **مجله پژوهشی حکیم**، دوره ۵، ش ۳.
- ۶- شاهسون، اسماعیل (۱۳۷۵)، «مبانی برنامه‌ریزی در زمینه کاهش تقاضای مواد روانگردان»، **مجموعه مقالات ارائه شده در سمپوزیم علمی - کاربردی پیشگیری از اعتیاد سازمان بهزیستی اصفهان**.
- ۷- صاحب‌الزمانی، محمد (۱۳۸۸)، «بررسی خصوصیات شخصیتی با استفاده از پرسشنامه چندوجهی شخصیتی مینه‌سوتا (MMPI) در معتادین مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۳۸۷»، **مجله پزشکی ارومیه**، ش ۴.
- ۸- غفاری‌نژاد، علیرضا (۱۳۸۲)، «مقایسه اختلالات روانی در بیماران وابسته به تریاک و هروئین»، **مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان**، س ۲، ش ۱.
- ۹- کاپلان، هارولد و سادوک، بنیامین (۲۰۰۳)، **خلاصه روانپزشکی بالینی**، مترجم: حسن، رفیعی و فرزین، رضایی، تهران: انتشارات ارجمند.
- ۱۰- نوربالا، احمدعلی (۱۳۸۷)، «اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی بعنوان ابزار غربالگری اختلالات روانپزشکی در شهر تهران - ۱۳۸۰»، **فصلنامه حکیم**، دوره ۱۱، ش ۵۳.

۱۲- یعقوبی، نوراله (۱۳۷۴)، «بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه‌سرا گیلان»، فصلنامه اندیشه و رفتار، س ۲، ش ۴.

لاتین:

- 1- Carlozzi, Nati and Long, pack (2008). Reliability and Validity of the SCL-90-R PTSD Subscale. *Journal of Interpersonal Violence* 32.
- 2- Derogatis Louis and Others (1976). The SCL-90 and the MMPI—A step in the validation of a new self-report scale. *Br. J. Psychiatry*.
- 3- Halgin, Rober, Whitbourne Skit (2006). *Abnormal psychology*. Trans: Seyed Mohammadi Y. Tehran: Ravan.
- 4- Hannesdottir, Hery and Others (2001). Psychosocial functioning and psychiatric comorbidity among substance – abusing Icelandic adolescents. *Nord J Psychiatry*.
- 5- Kaplan, Alirz and Sadock BooJ (2010). *Synopsis of psychiatry behavioral sciences; Clinical psychiatry*. 11th ed. Baltimore, USA: Williams & Wilkins.
- 6- Olsen, Lordi and Others (2004). The SCL-90 and SCL-90R versions validated by item response models in a Danish community sample. *Acta Psychiatr Scand*.
- 7- Verthein, Pakish (2000). *Mental disorders and the course of opiate dependence*. *Psychiatr Prax*.