

بررسی وضعیت روانی - اجتماعی معتادین شهرستان ساری در سال 1383

جبار حیدری (M.Sc.)⁺ هدایت جعفری (M.Sc.)^{**} سیدحمزه حسینی (M.D.)^{***}
یداله جنتی (M.Sc.)^{****} رضاعلی محمدپور (Ph.D.)^{*****} قهرمان محمودی (M.Sc.)^{*****}

چکیده

سابقه و هدف: معضل اعتیاد به عنوان یکی از چهار بحران و مساله جهانی روز مطرح است و عوارض آن شامل انواع اختلالات جسمی، روانی، خانوادگی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی می‌باشد. هدف این مطالعه بررسی وضعیت روانی - اجتماعی معتادین شهرستان ساری در سال 1383 می‌باشد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر به روش توصیفی بر روی 747 نفر از معتادین شهرستان ساری با استفاده از پرسشنامه مشخصات فردی - اجتماعی و آزمون استاندارد SCL-90-R انجام شد و داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی و تحلیلی به کمک نرم‌آفرار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: براساس نتایج به دست آمده، 14/8 درصد بیکار، 40/42 درصد کارگر عادی و کشاورز بودند. 89/4 درصد از نمونه‌ها، مشکوک به اختلال روانی بوده که شایع‌ترین آسیب شناسی روانی در ابعاد 9 گانه در جمعیت مورد مطالعه به ترتیب زیر بوده است: افسردگی، حساسیت در روابط متقابل، اضطراب، افکار پارانوئیدی، وسواس و اجبار، شکایات جسمانی، پرخاشگری، فویبا، روان پریشی. تفاوت معنی داری بین سلامت روانی افراد مجرد و جدا شده با متاهلین وجود داشت و بین افراد مجرد و جدا شده با افراد متاهل در تمامی ابعاد به جز ترس مرضی نیز رابطه معنی داری وجود داشت ($P < 0.001$).

استنتاج: اعتیاد در تمام گروه‌های سنی و همچنین در تمام قشرهای اقتصادی و اجتماعی وجود دارد و موارد مشکوک به اختلال روانی در معتادین نیز در حد قابل توجهی می‌باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود تا مسئولین در برنامه ریزی و اجرای خدمات به معتادینی که دچار بیماری روانی هستند به جنبه‌های روانپزشکی آنان بیشتر توجه کنند و بیماران روانی نیز به دلیل استعداد و ابتلاء به اعتیاد بیش تر مورد توجه مراقبت‌های پیشگیری اولیه قرار گیرند.

واژه‌های کلیدی: وضعیت روانی، اجتماعی، معتادین، مواد مخدر

* کارشناس ارشد روانشناسی، مدرس دانشگاه علوم پزشکی مازندران
** کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران
*** متخصص روانپزشکی، عضو هیات علمی (استاد یار) دانشگاه و مرکز تحقیقات روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران
**** دکترای آمار حیاتی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران
+ ساری: بلوار خزر - دانشکده پرستاری و مامایی

***** کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیات علمی (مربی) دانشگاه آزاد اسلامی ساری

E تاریخ دریافت: 83/9/28 تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: 83/12/15 تاریخ تصویب: 84/10/12

مقدمه

اعتیادواژه‌ای است قدیمی که امروزه به دلیل کاستی‌های آن از اصطلاح «وابستگی به مواد» استفاده می‌شود. وابستگی، سندرم بالینی با تظاهرات رفتاری، شناختی و فیزیولوژیکی است که باعث می‌شود فرد مصرف مواد را به رفتارهای دیگر ترجیح دهد. منظور از مواد، ترکیبات شیمیایی مختلفی است که باعث تغییر کارکرد مغز می‌شود(1).

وابستگی و سوء مصرف مواد از مهم‌ترین مشکلات عصر حاضر است که گسترش جهانی پیدا کرده است و هر روز بر شمار قربانیان مصرف مواد افزوده می‌شود و عوارض آن شامل اختلالات روانی، جسمانی، خانوادگی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی همه مرزهای فرهنگی و اجتماعی را در می‌نوردد و سلامت بشر را مورد تهدید قرار می‌دهد(2). ستاد مبارزه با مواد مخدر(1377) اعلام نمود اعتیاد به عنوان یکی از چهار بحران و مساله جهانی روز مطرح است(3). آمار وابستگی و سوء مصرف در ایران از دو میلیون در سال 1376 به سه میلیون در سال 1380 افزایش یافته است و آمارهای غیررسمی شش میلیون سوء مصرف کننده و معتاد را گزارش کرده‌اند(2). در حال حاضر چهار درصد جمعیت جهان به انواع مواد مخدر معتاد هستند(4). بروز همزمان بیماری‌های روانی و اختلالات ناشی از مواد بسیار شایع است(5، 6). داده‌های همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد تقریباً بیش از نیمی از افرادی که اختلالات ناشی از اعتیاد دارند همزمان دچار اختلال روانی نیز می‌باشند. از طرفی 15 تا 40 درصد افراد دچار اختلال روانی، سوء مصرف مواد دارند(7، 8). مطالعه دیگری، وجود رابطه مثبت بین علائم روانی (افسردگی و اضطراب) و سطح عملکرد روانی- اجتماعی را با میزان مصرف مواد نشان داد و متذکر می‌شود که مصرف مواد و اختلالات روانی به صورت

مجزا از هم نیستند بلکه به صورت عناصری از یک مجموعه هستند که متأثر از سایر جنبه‌های زندگی می‌باشند(9). نتیجه مطالعه اسماعیلی(1379) به نقل از بوالهیری و همکاران(1381) بیش‌ترین اختلالات مشاهده شده در افراد معتاد را افکار پارانوئیدی، افسردگی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل و شکایات جسمانی نشان داد(10). حدود 70 درصد موارد همراه با اعتیاد، اختلالات روانی دیگر مانند افسردگی اساسی، اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، فوبی، اختلال وسواسی- جبری، مانیا و اسکیزوفرنیا دارند(1). یافته‌های موقر و همکاران(1381) درباره وضعیت اجتماعی معتادین نشان می‌دهد میانگین سنی افراد مورد مطالعه 33/6 سال بوده و از لحاظ جنسیت، مردان 14 برابر زنان مبتلا می‌باشند. 56/7 درصد متاهل، 12/4 درصد بی‌سواد، 33/8 درصد راهنمایی و 5/2 درصد دارای تحصیلات عالی بودند، شیوع اعتیاد در شهرها 10/5 برابر روستاها بود. 20/5 درصد بی‌کار بوده و بیش‌ترین شیوع(28/6 درصد) در میان کارگران مشاهده شد(11).

نتیجه مطالعه بوالهیری و همکاران(1381) نشان می‌دهد 84/2 درصد نمونه‌های مورد مطالعه ساکن شهر بودند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه 34/41 سال بود. 32/5 درصد متاهل و 61 درصد مجرد بودند. 21/9 درصد دیپلم و بالاتر و 33/7 درصد تامقطع ابتدایی سواد داشتند. 30/8 درصد کارگر، 37/6 درصد بیکار، 28/6 درصد کشاورز، 26/5 درصد کارمند و 28/8 درصد از سایر مشاغل بودند(10). بنابراین به علت آسیب‌پذیری بالای معتادین که در معرض خطر روز افزون مشکلاتی روانی: چون افسردگی، اضطراب، خودکشی، بزهکاری و بیماری‌هایی همچون ایدز و هپاتیت قرار دارند و همچنین تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی، نبود اطلاعات جامع

مشخصات فردی و اجتماعی شامل متغیرهای چون: جنس، سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، محل سکونت، نوع شغل و غیره بود. آزمون SCL-90-R شامل 90 سؤال در 9 مقیاس شکایات جسمانی، وسواس- اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان پریشی بود (13، 14). این ابزار بر مبنای بررسی انجام شده توسط نور بالا و همکاران (1378) نقطه برش براساس² GSI 0/7 بود (15). در این مطالعه افرادی به عنوان مشکوک به اختلال روانی تلقی می‌شدند که نمره ضریب کل علائم مرضی (GSI) آنها بالاتر از 0/7 باشد. پایایی و روایی این آزمون قبلاً توسط میرزایی در سال (1373) و سپس توسط باقری یزدی در سال (1373) مورد تایید قرار گرفت. در مطالعه یاد شده پایایی باز آزمایی (r= 0/97) و در مقایسه با مصاحبه روان پزشکی براساس ملاک‌های DSM-IV دارای حساسیت 0/94 و ویژگی 0/98 بوده است (16، 17). جهت ارزیابی و تفسیر یافته و براساس پرسش‌های تحقیق از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی شامل مقایسه میانگین‌ها، کای دو و تحلیل واریانس استفاده شد. ضمناً کلیه محاسبات آماری با استفاده از برنامه رایانه‌ای SPSS انجام گردید.

یافته‌ها

اطلاعات به دست آمده نشان داد که از مجموع 747 نفر نمونه‌های مورد مطالعه 93 درصد از جنس مذکر و 7 درصد از جنس مونث بوده‌اند. 56/1 درصد ساکن شهر و 40/2 درصد از والدین آنها بی‌سواد بوده‌اند. 72/2 درصد متاهل، 59/3 درصد دارای مسکن شخصی بوده و 23/02 درصد کارگر عادی و 14/8 درصد بی‌کار بوده‌اند (جدول شماره 1).

منطقه‌ای، تغییرات در شیوع و الگوی بیماری‌ها در طول زمان، آسیب‌پذیری جمعیت مورد مطالعه، همچنین عدم موفقیت و اثربخشی درمان‌های سنتی در معتادان مواد افیونی که معمولاً ناشی از اختلالات پزشکی و روان‌شناختی و هزینه‌های بالای مراقبت‌های بهداشتی- درمانی آن می‌باشد، نتایج این بررسی‌ها ممکن است اطلاعات ارزشمندی را در اختیار متخصصان بهداشتی- درمانی در راستای بالا بردن اثربخشی درمان‌های سنتی اعتیاد بگذارد (12).

مواد و روش‌ها

مطالعه به روش توصیفی با هدف بررسی وضعیت روانی- اجتماعی معتادین انجام شد. جامعه مورد نظر در این پژوهش زنان و مردان معتادی بودند که در زندان‌ها، مراکز بازپروری نگهداری شده یا به مطب‌های خصوصی و درمانگاه بهزیستی شهرستان ساری مراجعه کرده بودند. نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد که تعداد 747 نفر انتخاب گردیدند (این تعداد براساس مطالعات گذشته و شیوع بالای 50 درصد شاخص‌های بیماری از نظر آماری کافی است). پرسشنامه‌های بدون ذکر نام در اختیار تمام افراد قرار داده شد. پس از توضیحات کافی درباره تکمیل نمودند پرسشنامه‌ها و محرمانه ماندن اطلاعات و اخذ رضایت آنها، نمونه‌ها در حضور پژوهشگر یا پرسشگر آموزش دیده مبادرت به پر کردن پرسشنامه‌ها نمودند. ضمناً آن عده از نمونه‌های که بی‌سواد بودند جهت تکمیل پرسشنامه از حمایت پژوهشگر برخوردار بودند. نمونه‌های مورد نظر شامل افرادی بودند که حداقل یک ماه از طول مدت ترک آنها گذشته بود. ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش، آزمون استاندارد شده SCL-90-R¹ به منظور ارزیابی آسیب شناسی روانی معتادین به اضافه پرسشنامه

2. Global Severity Index

1. Symptom Check List-90-Revised

نتایج بررسی پرسشنامه SCL-90-R نشان داد که 89/4 درصد از افراد مورد مطالعه مشکوک به اختلال روانی بوده که از این تعداد، 92/8 درصد از جنس مذکر و 7/2 درصد از جنس مونث بوده‌اند. براساس آزمون روانی مورد اشاره تفاوت معنی‌داری بین سلامت روانی افراد مجرد و جدا شده و متاهلین وجود داشته است ($P < 0/001$) همچنین میانگین نمرات در تمامی ابعاد 9 گانه به جز اختلال ترس مرضی در افراد مجرد و جدا شده و متاهل تفاوت معنی‌داری وجود داشته‌است ($P < 0/001$) (جدول شماره 2).

جدول شماره 2: میانگین و انحراف معیار نمره‌های افراد مورد مطالعه در آزمون SCL-90-R برحسب وضعیت تأهل.

Sig	جدا شده		متاهل		مجرد		وضعیت تأهل شاخص‌ها
	M	SD	M	SD	M	SD	
0/001	1/68	0/84	1/61	0/79	1/92	0/88	شکایات جسمانی
0/003	1/63	0/89	1/57	0/76	1/82	0/77	وسواس و اجبار
0/001	1/76	0/81	1/72	0/77	2	0/89	حساسیت در روابط متقابل
0/003	1/93	0/96	1/75	0/78	1/99	0/89	افسردگی
0/002	1/76	0/88	1/67	0/78	1/94	0/89	اضطراب
0/009	1/51	0/81	1/39	0/79	1/63	1	پر خاشگری
0/297	1/21	0/72	1/22	1/32	1/39	0/87	ترس مرضی
0/005	1/74	0/90	1/63	0/81	1/88	0/90	افکار پارانوئید
0/001	1/31	0/75	1/17	0/62	1/39	0/84	روان پریشی
0/001	1/63	0/72	1/53	0/63	1/80	0/76	GSI

جدول شماره 1: خصوصیات جمعیت شناسی نمونه‌های مورد مطالعه شهرستان ساری، سال 1382-83

متغیر	تعداد (درصد)	
جنس	مرد 692 (93)	
	زن 52 (7)	
سن	16-20 19 (2/7)	
	21-25 84 (12/1)	
	26-30 148 (21/3)	
	31-35 119 (17/4)	
	36-40 85 (12/3)	
	41-45 87 (12/5)	
	46-50 58 (8/35)	
	> 50 94 (13/5)	
	نوع شغل	کارگر غیر ماهر 172 (23/02)
		کشاورز 130 (17/4)
کارگر ماهر 121 (16/19)		
بیکار 110 (14/8)		
مکان‌های مورد مطالعه	آزاد 98 (13/1)	
	کارمند 65 (8/6)	
تعداد افراد خانوار	محصل 39 (5/2)	
	سایر مشاغل 12 (1/6)	
	درمانگاه بهزیستی و گروه خودمعرف 245 (32/79)	
میزان تحصیلات	زندان و مراکز بازپروری 205 (27/44)	
	مطب‌های خصوصی (دارای مجوز بهزیستی) 297 (39/75)	
تعداد افراد خانوار	1-3 214 (28/6)	
	4-6 421 (56/4)	
	≥ 7 112 (15)	
میزان تحصیلات	بی‌سواد 68 (9/1)	
	ابتدایی 176 (23/6)	
	راهنمایی 316 (42/3)	
	متوسطه 167 (21/9)	
	عالی 20 (2/7)	

در خصوص تعداد افراد خانواده، تنها در بعد پر خاشگری تفاوت معنی‌داری بین آزمودنی‌ها وجود داشته‌است. به طوری که بیشترین میانگین نمره در خانوارهای 4 تا 6 نفری و کمترین نمره مربوط به خانوارهای 1 تا 3 نفری بوده است. براساس نتایج به دست آمده بین سلامت روانی، محل زندگی، وضعیت مسکن، نوع شغل، همچنین بین وابستگی به مواد و متغیرهای اجتماعی (سطح تحصیلات، وضعیت مسکن، محل زندگی، تعداد افراد خانوار، نوع شغل) رابطه معنی‌داری مشاهده نشد.

بحث

یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که 93 درصد نمونه‌ها مرد و 7 درصد زن بوده‌اند که با بررسی‌های به عمل آمده از مطالعات احسان منش و همکاران (1378) که در آن اعتیاد در مردان ده برابر زنان است و سعیدی و همکاران (1381) 96 درصد در مردان و 4 درصد در زنان نزدیک است (18، 19). اما با مطالعه حبیبی و همکاران (1379) که 78/4 درصد در مردان و 21/6 درصد در زنان گزارش نموده‌اند، تفاوت دارد (20). به طور کلی به نظر می‌رسد نحوه انتخاب نمونه‌ها و بافت فرهنگی و اجتماعی، آمار اعتیاد خانم‌ها را کمتر از

Downloaded from jimums.mazums.ac.ir at 8:04 +0430 on Sunday March 25th 2018

سایر گروه‌های سنی بوده است و میزان شیوع اختلالات روانی با افزایش سن کاهش می‌یابد. در بررسی حاضر بیش‌ترین درصد مشکوک به بیماری در گروه سنی 26 تا 30 سال قرار داشته است. نتایج به دست آمده در رابطه با میزان تحصیلات نشان می‌دهد که 75 درصد از افراد بی‌سواد بوده یا تا مقطع راهنمایی سواد دارند که با یافته‌های احسان منش و همکاران (1378) که 60 تا 70 درصد بی‌سواد یا کم سواد بوده و یافته‌های جعفری و همکاران (1376) که 69 درصد را بی‌سواد تا مقطع راهنمایی گزارش کرده‌اند، نزدیک است (21، 19).

از لحاظ آماری ارتباط معنی‌داری میان میزان تحصیلات و ابتلاء به اختلالات روانی به دست نیامد که با بررسی‌های به عمل آمده بوالهروی و همکاران (1382) هماهنگ است (10) اما با نتیجه تحقیق کوبکه (1378)، پالاهنگ و همکاران (1377) تفاوت دارد (23، 22). در خصوص علت این تفاوت می‌توان به نکات زیر اشاره کرد. یکی از تفاوت‌ها مربوط به مکان جمع‌آوری نمونه‌ها می‌باشد. دومین عامل احتمالی به حجم نمونه مورد مطالعه و زمان بررسی می‌باشد.

تقریباً در اکثر موارد بجز ترس مرضی تفاوت معنی‌داری بین شاخص‌های بیماری افراد مجرد و جدا شده با متاهلین وجود داشته‌است که با بررسی انجام گرفته توسط باهار¹ و همکاران (1992) مشابَهت دارد (24). از تعداد کل نمونه 89/4 درصد مشکوک به اختلال روانی بودند که این میزان در زنان 7/2 درصد و در مردان 92/8 درصد بوده است که با مطالعه تولایی (1381) 90 درصد و با یافته‌های کوکوی² و همکاران (1995) 90 درصد همخوانی دارد (2، 25). همچنین میزان شیوع اختلال روانی در بررسی‌های اسیتونس³ و همکاران (2004) بوالهروی و همکاران (1382)، پرویزی و همکاران (1380)

آقایان نشان می‌دهد. از کل افراد مورد مطالعه 59/3 درصد مالک مسکن و 43/9 درصد در روستا و 56/1 درصد در شهر زندگی می‌کردند که با یافته‌های حبیبی و همکاران (1379) از لحاظ تملک مسکن (53/9 درصد) نزدیک است (20). اما با نتایج پژوهش جعفری و همکاران (1376) از نظر محل سکونت (31 درصد در روستا و 69 درصد در شهر و 40/5 درصد مالک مسکن) و با یافته‌های احسان منش و همکاران (1378) (14 درصد در روستاها و 86 درصد در شهرها) تفاوت دارد (21، 19). افراد مورد مطالعه در تحقیقات مشابه مکان خاصی مثل زندان یا مراکز بازپروری بوده‌اند و نیز یافته‌های سایر استان‌ها با توجه به پراکندگی یا تراکم شهر و روستاها دلالت بر ناهمخوانی یافته‌ها دارد. ارتباط معنی‌داری بین محل زندگی و ابتلاء به اختلالات روانی در بررسی حاضر به دست نیامد. عامل دیگر مورد بررسی شغل بود که شایع‌ترین شغل مورد مطالعه، کارگری (23/02 درصد) بود و نسبت بیکاری که 14/8 درصد جمعیت را شامل می‌شد، با نتیجه به دست آمده مطالعات جعفری و همکاران (1376) و رحیمی موفر و همکاران (1381) همخوانی دارد (20، 11). همچنین بین شغل و سلامت روانی رابطه معنی‌داری به دست نیامد که با مطالعه بوالهروی و همکاران (1382) هماهنگ می‌باشد (10). نتیجه مطالعه حاضر، ارتباط معنی‌داری بین سن و اختلال روانی نشان نداده است که با یافته‌های جعفری و همکاران (1376)، بوالهروی و همکاران (1382) هماهنگ است (10، 21). اما با بررسی‌های انجام گرفته توسط پالاهنگ و همکاران (1377) همخوانی ندارد (21). در خصوص علت تفاوت می‌توان به زمان بررسی، حجم کم نمونه، نوع نمونه‌گیری و شرایط خاص فرهنگی و اجتماعی جمعیت آماری مورد مطالعه در مناطق مختلف اشاره کرد. بررسی‌های یاد شده نشان داد که در سنین باروری و میانسالی ابتلا به اختلال‌های روانی بیش از

1- Bahar

2- Kokevi

3- Stevens

و ناظر و همکاران (1380) به ترتیب 95/5، 92/3، 87/5 و 72/3 درصد گزارش شده است (26، 27، 28). در خصوص علت اختلاف در نتیجه ارائه شده، می توان در ابزار مورد استفاده، نقطه برش و نحوه تعیین آن، نمونه های مورد مطالعه (عادی یا معتادین)، وضعیت اجتماعی و اقتصادی جامعه اشاره کرد.

شایع ترین علائم مشاهده شده در بین افراد مورد مطالعه عبارتند از: افسردگی، حساسیت در روابط متقابل، اضطراب، افکار پارانوئیدی که این یافته ها با نتایج به دست آمده از اکثر مطالعات مشابه (26، 27، 29، 20) هماهنگ است اما در مورد نمونه های مورد مطالعه از نظر شایع بودن افکار پارانوئیدی، اختلال اضطرابی با یافته های استیونس و همکاران (2004)، علائم افسردگی و اضطراب با یافته های ناظر و همکاران (1378)، پرویزی فرد و همکاران (1378) و از نظر افسردگی و اضطراب و افکار پارانوئیدی با بیان زاده و همکاران (1378) هماهنگ است (26، 27، 28، 29). در مجموع میزان اختلالات روانی در افراد وابسته به مواد، بالاست لذا

توجه بیش تر به بهداشت روانی این گروه از طریق فعال کردن مراکز مشاوره و انجام برنامه ریزی های جامع به منظور خدمات مربوط به درمان های روان پزشکی و روان شناختی و ضرورت تدوین و اجرای برنامه های آموزشی بهداشت روان را آشکار می سازد. از طرفی میزان فراوانی اعتیاد در تمام گروه های سنی و اقشار جامعه وجود دارد. لذا به مسئولین بهداشت و آموزش توصیه می شود با اطلاع رسانی و آموزش های سازمان یافته جهت پیش گیری و کاهش این گونه معضلات جامعه و عوارض روانی و مشکلات عدیده اجتماعی و اقتصادی آن چاره ای بیاندیشند.

سپاسگزاری

بدین وسیله از معاون و مدیر محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران که در اجرای این پروژه همکاری صادقانه داشته اند و همچنین نمونه های مورد بررسی که در نهایت صبر و حوصله در این پژوهش شرکت نمودند، صمیمانه تشکر می نمایم.

فهرست منابع

1. رحیمی موقر، آ؛ محمد رزاقی، ع؛ نوری خواجهی، م و همکاران، *راهنمای پیشگیری و درمان اعتیاد*، معاونت فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور، تهران، 1376.
2. تولایی، سید عباس. مروری بر وابستگی به مواد، *فصل نامه علمی - آموزشی دانشکده پزشکی بقیه* ... 1 سال هشتم، شماره 56، صفحه 3.
3. فلاح، محمد؛ *نشویه و آمار ستاد مبارزه با مواد مخدر*، 1377، صفحات 2-5.
4. رهدار، احمد. تعارض جسم و روان در فضای تجدد، *هفته نامه نگاه*، دفتر تبلیغات اسلامی حوزه علمیه قم، شماره 111، 1382، صفحات 19-20.
5. National Dialogue on co-occurring mental Health and substance Abuse Disorders. Washington DC, June 16-17, 1998. Arlington, Va, *National Association of state mental Health program Directors (NASMHPD) and drug Abuse Directors (NASADAD)*, 1998.
6. National Advisory council: Improving services for Individuals at Risk of, or with, co-occurring substance-Related and mental Health Disorders, Rockville, Md,

Administration, Jan 1997 (update 1998).

7. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, The epidemiology of co-occurring Addictive and mental disorders: Implication for prevention and service utilization. *American Journal of orthopsychiatry* 1996; 66: 17-37.
8. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse, *JAMA* 1999; 264: 2511-2518.
9. Krausz M, Verthein u, Degkwitz P: Psychiatric comorbidity in opiate addicts, *Eur Addict Res* 1999 Jun; 5(2):55-62.
10. بوالهری، ج و همکاران. ارزیابی سوء مصرف مواد مخدر در زندان‌های ایران، *فصلنامه علمی- پژوهشی سوء مصرف مواد*، سال اول، شماره 2، 1382.
11. رحیمی موقر، آ؛ محمد ک، محمد رزاقی، ع. روند 30 ساله وضعیت سوء مصرف مواد در ایران، *مجله پژوهشی حکیم*، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، دور دوم، شماره 3، 1381.
12. سعیدی، م ر؛ صالحی، ع ا، رضائی، م. وضعیت اعتیاد به مواد مخدر در مراجعین به سه مرکز آموزشی درمانی شهر کرمانشاه، *فصلنامه علمی و پژوهشی بهبود*، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، سال ششم، شماره 1، 1381.
13. Drogatis KR, Lipman RS, Covil, SCL-90-R out patient Psychiatric rating scale preliminary report. *Psycho pathology Bull.* 1973;9:13-27.
14. Derogatis L,R, Rickets K, Rock A. the SCL-90-R and the MMPI: A step in the

Substance Abuse and Mental Health Services validation of new self report scale. *British. J. Psychiatry.* 1976(128) 280-289.

15. نوربالا، احمدعلی؛ باقری، ع؛ کاظم، م. بررسی شیوع اختلالات روانپزشکی در شهر تهران *مجله حکیم*، 1378، دوره دوم: 4.
16. میرزایی، رقیه. ارزیابی پایایی و اعتبار آزمون SCL-90-R در ایران. *پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه تهران*. 1359، صفحات 50-53.
17. باقری یزدی، ع، بوالهری، ج، شاه محمدی، د. بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در جمعیت روستایی میبد یزد، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، 1373، سال اول، شماره 32-41.
18. احسان، منش م؛ کریمی کیسی. ع. نگاهی به تاریخچه و برخی از پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه اعتیاد در ایران، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال پنجم، شماره 3، 1378.
19. حبیبی، ر؛ نوایی ن. بررسی فراوانی مصرف مواد اوپیوئیدی در بیماران بستری در بیمارستان زارع، *پایان نامه دکترای پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، 1380.
20. جعفری، ح؛ جعفری پور، ع؛ خانجانی، ع ر. بررسی شیوع اختلالات روانی در معتادان مرکز بازپروری استان مازندران، *پایان نامه دکترای پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، 1376.
21. جوآفشانی، م ع. بررسی میزان شیوع بیماریهای روانی در شهر مسکونی الوند و صنعتی قزوین، *پایان نامه درجه تخصصی اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، 1374.
22. پالاهنگ، ح؛ وکیل زاده، س ب. بررسی شیوع اختلال‌های روانی در مطب خصوصی پزشکان

- شهر کرد، **مجله اندیشه و رفتار**، سال چهارم، شماره دوم، 1377.
23. کوکبه، فرخ. بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق آزادشهر، **فصلنامه اندیشه و رفتار**، سال پنجم، شماره 1 و 2، 1378.
24. Bahar E, An epidemiological study of mental health in sumatea- Indonesia. *Acta Psychiatrica scandiaria*. 1992: 85.252-263.
25. Kokevi A. Stefanis C. Drug abuse and psychiatric comorbidity, *Psychiatry comprehensive psychiatry*, 1995-36.271-80.
26. Stevens SJ, Gender differences in substance use, mental health, and criminal Justice involvement of adolescents at treatment entry and three, six, twelve and thirty month follow-up. *J of psychoactive drugs* 2004. 36:13.
27. پرویزی فرد، ع. ا. بیرشک، ب، عاطف و همکاران. بررسی همبود اختلال‌های خلقی و اضطرابی در معتادان جویای درمان و افراد بهنجار، **فصلنامه اندیشه و رفتار**، سال هفتم، شماره 1، 1380.
28. ناظر، م؛ خالقی، ع؛ صیادی ار. شیوع اختلال‌های روان پزشکی در وابستگان به مواد افیونی، **فصلنامه اندیشه و رفتار**، سال هفتم، شماره 3، 1378.
29. بیان زاده س ا، زمانی منفرد، ا. بررسی سلامت روانی کارکنان یک مجتمع صنعتی، **فصلنامه اندیشه و رفتار**، سال چهارم، شماره 4، 1378.