

## بررسی میزان سلامت روانی و تنیدگی در معتادان، قاچاقچیان مواد مخدر و افراد عادی

نادره سهرابی\*

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای میزان سلامت روانی در سه گروه معتادان، قاچاقچیان مواد مخدر و افراد عادی می‌باشد. در هرکدام از گروهها ۱۰۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب گردید. ابزار پژوهش شامل فهرست SCL-90-R (۱۹۸۰) و «مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی» (DASS) (۱۹۹۵) بود. نتایج این پژوهش نشان داد که معتادان نسبت به دو گروه دیگر از کمترین میزان سلامت روانی برخوردارند. به علاوه نتایج نشان داد که گروه معتاد بیشترین تنیدگی را تحمل می‌کنند. در کل نتایج این پژوهش، نشان دهنده آن است که معتادان در بدترین شرایط روانی به سر می‌برند و نیازمند بیشترین کمک و حمایت می‌باشند.

کلید واژه‌ها: سلامت روانی، تنیدگی، معتادان، قاچاقچیان مواد مخدر، شیراز

○ ○ ○

### ● مقدمه

«اعتیاد» را شاید بتوان گریزگاهی دانست که انسان نا کام از کمبودها، تزلزلها و اختلالات روحی و روانی به آن پناه می‌برد. «سازمان بهداشت جهانی»<sup>۱</sup> (WHO) ویژگیهای اعتیاد را اینگونه بیان می‌کند:

---

\* دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شیراز

- نیاز به مصرف یک ماده شیمیایی که عدم مصرف آن سبب ایجاد حالات غیرعادی در بدن گردیده و برای معتادین غیرقابل تحمل می شود؛
- تمایل به افزایش تدریجی میزان مصرف دارو جهت کسب لذت و آرامش؛
- وابستگی جسمی و روانی به دارو؛
- احساس خوشی که بعد از استعمال دارو به معتاد دست می دهد.

یکی از مصطلح‌ترین کاربردهای اعتیاد، تمایل به استفاده از موادمخدر می باشد که هروین و تریاک از شایع‌ترین آنها می باشد. پدیده اعتیاد و گرایش به موادمخدر همواره زائیده جریانی تحت عنوان «قاچاق موادمخدر»<sup>۳</sup> بوده است. این اصطلاح هم در مورد آن دسته از توزیع‌کنندگان موادمخدر به کار می رود که در سطح کلان واردکنندگان این ماده به کشورها می باشند و هم به واسطه‌هایی اطلاق می گردد که این ماده را به متقاضیان می رسانند. مبارزه با قاچاق موادمخدر همواره و به ویژه در سالهای اخیر که جهان با گسترش این پدیده روبرو بوده است، یکی از اهداف عمده دولتها محسوب می شود. هر ساله دولتها مخارج زیادی را صرف مبارزه با قاچاق این ماده، نگهداری و درمان معتادین و ارائه آموزشهایی برای جلوگیری از استعمال این ماده می کنند.

نیکلین (۲۰۰۱)، به تحلیل برنامه‌هایی که در آمریکا برای ممنوعیت استفاده از مشروبات الکلی و استعمال موادمخدر اعمال شده است، اشاره می کند که در نتیجه این برنامه میزان ارتکاب قتل بعد از اعمال برنامه‌های ممنوعیت در این گروه از ۲۴٪ به ۱۱٪ کاهش پیدا کرد.

کاتلین (۲۰۰۲)، در پژوهشی به بررسی راهبردهایی پرداخت که با اجرای آن می توان میزان استعمال موادمخدر را کاهش داد. این راهبردها بر سه عامل عمده تأکید داشتند، ایجاد روابط توأم با اعتماد، فراهم کردن بازخوردهای ارزیابی و استفاده از گروه کنترل برای مقایسه نتایج کار. یکی از دیدگاه‌های عمده در مورد معتادان، محسوب کردن این گروه در حیطه بیماران می باشد. یک معتاد در وهله اول، بیماری است که نیاز به درمان و مداوا دارد. رها کردن و طرد کردن فرد معتاد در جامعه نه تنها به خود فرد معتاد بلکه به جامعه پیرامون آن آسیبهایی جبران‌ناپذیری وارد می کند.

کارتز (۲۰۰۲)، در پژوهشی به بررسی استفاده از موادمخدر در زنان باردار می پردازد. به اعتقاد وی با این گروه از افراد نه به عنوان افراد معتاد، بلکه می‌بایست به عنوان افراد بیماری برخورد کرد که نیاز به حمایت‌های ویژه برای تأمین سلامتی خود و فرزندانشان دارند، زندان یا

سایر مجازاتها پاسخ اجتماعی مطلوبی برای آنها و برای جامعه نیست.

رونالد و همکاران (۲۰۰۲)، در پژوهشی بر نقش عوامل فرهنگی و جغرافیایی در ابتلا به هروئین پرداخته‌اند. به اعتقاد آنها مشاورانی که با معتادان کار می‌کنند می‌بایست از الگوهای فرهنگی در استفاده از مواد مخدر آگاه باشند. این پژوهش تمایل به استفاده از هروئین را بین سالهای ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۷ در میان جمعیتی از مناطق خاص نشان می‌دهد. یافته‌ها بر این دلالت دارند که متغیرهای جغرافیایی، نژادی و متغیرهای مرتبط با سن باید در میزان استفاده از هروئین در نظر گرفته شوند.

بر اساس تحقیقات گابری (۲۰۰۲)، والدین مهاجر و فرزندان آنها که در کشور آمریکا متولد می‌شوند ممکن است به علت تفاوت‌های فرهنگی - اجتماعی بین وطن خود و کشور آمریکا، تعارضات خانوادگی تنیدگی زایی را تجربه کنند که این شرایط میزان آسیب‌پذیری نوجوانان آنها را در استعمال مواد مخدر افزایش می‌دهد. در پژوهش وی، که بر روی یک نمونه ۲۰۰ نفری از نوجوانان هندی که در آمریکا متولد شده بودند صورت گرفت، این نتیجه به دست آمد که ۲۸٪ این نوجوانان در زندگی خود حداقل یک بار الکل مصرف کرده بودند ۱۶/۵٪ آنها سیگار می‌کشیدند و ۲/۵٪ آنها به ماری‌جوآنا معتاد بودند. نوجوانانی که به عدم مصرف این مواد اهمیت می‌دادند تمایلی به استفاده از مواد مخدر نداشتند.

ویژگی مهم اعتیاد که وابستگی روانی به آثار داروهای اعتیاد آور می‌باشد مانع بزرگی است که شرایط مساعد برای رشد و پیشرفت را از فرد می‌گیرد. رخوت عدم کارآیی، عدم احساس مسئولیت و دیدمنفی جامعه به معتادان همه از جمله ویژگیهایی است که فرد معتاد را از بعد ویژگیهای روانی دچار مخاطره می‌کند. از این رو افراد معتاد معمولاً درگیر انواع اختلالات روانی می‌گردند.

وجود اختلالات روانی یا نشانه‌های اختلالات روانی در جمعیت معتاد در تحقیقات مختلفی مورد بررسی قرار گرفته است. بنابه نظر بسیاری از محققین، زمینه‌گرایی به اعتیاد بین بیماران روانی بیشتر از سایر افراد است (مرکز تحقیقات و مطالعات جرم‌شناسی، ۱۳۷۹). یکی از یافته‌های ثابت بسیاری از تحقیقات، وجود اختلال شخصیت ضداجتماعی بین معتادین است (کاپلان<sup>۴</sup> و سادوک<sup>۵</sup>، ۱۳۶۸). کاپلان، با بررسی مطالعات مختلف دریافت بین ۳۵ تا ۶۰ درصد معتادین واجد ملاکهای تشخیص اختلال شخصیت ضداجتماعی بوده‌اند. مواد مخدر می‌تواند علائم اختلالات روانی شایع و بدون علت معلوم مانند اسکیزوفرنی و اختلالات خلقی را تقلید کند که از علائم واقعی اختلالات روانی قابل تفکیک نیست. مثلاً علائم افسردگی می‌تواند در

نتیجه مسمومیت با حشیش یا مصرف مزمن آن آشکار شود یا مسمومیت با حشیش به صورت هیومانی آشکار شود. به اعتقاد کاپلان حدود ۹۰ درصد معتادان واجد ملاکهای تشخیصی یک اختلال روانی می‌باشند.

جارکاجویز (۱۹۸۸)، در پژوهشی با هدف مقایسه میزان خودپنداشت و افکار اجباری در زنان و مردان معتاد و غیرمعتاد به این نتیجه رسید که مردان معتاد در هر دو متغیر تفاوت معناداری با مردان غیرمعتاد داشتند. تفاوتی در میانگین متغیرهای ذکر شده بین زنان معتاد و غیرمعتاد وجود داشت اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود. همچنین زنان معتاد، دارای خودپنداشت بالاتری نسبت به مردان معتاد بودند.

کاپلان (۱۹۹۴) به نقل از مرکز مطالعات جرم‌شناسی، (۱۳۷۹)، ضمن مطرح کردن وجود افسردگی اساسی بین معتادان دریافت ۱۵ درصد معتادان حداقل یک بار اقدام به خودکشی داشته‌اند و این علائم افسردگی می‌تواند ناشی از مسمومیت حاد با حشیش یا مصرف همین ماده باشد. همین محقق احتمال موفقیت خودکشی بین معتادان را ۲۰ بار بالاتر از جمعیت عادی می‌داند.

کیلکنر (۱۹۶۸) به نقل از مرکز مطالعات جرم‌شناسی، (۱۳۷۹)، با استفاده از آزمون ۱۶ عاملی کتل، دریافت معتادان افرادی کناره گیر مضطرب و پارانوئید بوده و خودپنداشت ضعیفی دارند. (به نقل از مرکز تحقیقات و مطالعات جرم‌شناسی، (۱۳۷۹).

فقیرپور (۱۳۷۹) با استفاده از آزمون MMPI نشان داد معتادان در مقیاسهای هیپوکندر یازیس، پسیکو پاتی، اسکیزوفرنیا و هیپومانیا به صورت معنی دار نمرات بالاتری از افراد غیرمعتاد به دست آورده‌اند.

تقوی (۱۳۷۷)، در گزارشی اعلام کرد وجود افسردگی، وسواس و انزوا بین معتادان شایع است. با توجه به نکات فوق، هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای میزان سلامت روانی و تنیدگی در سه گروه معتادان، قاچاقچیان مواد مخدر و افراد عادی می‌باشد.

#### ● روش پژوهش

نمونه آماری این پژوهش شامل ۳ گروه می‌باشد:

الف. ۱۰۰ نفر معتاد که به صورت تصادفی از مرکز بازپروری معتادان شهر شیراز انتخاب شدند. (این افراد هنوز موفق به ترک اعتیاد نشده بودند).

ب. ۱۰۰ نفر قاچاقچی موادمخدر که به صورت تصادفی از میان زندانیانی که به جرم خرید و فروش و یا حمل و نگهداری موادمخدر در شیراز دستگیر شده بودند انتخاب گردیدند.  
ج. ۱۰۰ نفر افراد عادی که از لحاظ سن، جنس و وضعیت اجتماعی با دو گروه قبل همتا شده بودند. قابل ذکر است که نمونه عادی از یکی از محله‌های شهر شیراز که به عنوان یکی از محله‌های تردد معتادان و قاچاقچیان شناخته شده است و وضعیت فرهنگی - اجتماعی نامناسبی در آن حاکم می‌باشد انتخاب شدند (جمع آوری خانه به خانه).

○ در این پژوهش از ۲ ابزار استفاده شد:

۱. «فهرست SCL-90-R». در سال ۱۹۷۴ توسط دروگیتیس تهیه و در سال ۱۹۸۰ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این آزمون در یک مقیاس ۵ گزیننه‌ای درجه‌بندی می‌شود و ۹ جنبه را مورد بررسی قرار می‌دهد، شامل «افسردگی»<sup>۸</sup>، «خودبیمارانگاری»<sup>۹</sup>، «روان‌گسستگی»<sup>۱۰</sup>، «اضطراب»<sup>۱۱</sup>، «وسواس»<sup>۱۲</sup>، «حساسیت بین فردی»<sup>۱۳</sup>، «ترس مرضی»<sup>۱۴</sup>، «خصوصیت»<sup>۱۵</sup> و «پارانویا»<sup>۱۶</sup>. در پژوهش حاضر اعتبار آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ (۰/۹۶) به دست آمد.
۲. مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی (DASS)<sup>۱۷</sup>. که در سال ۱۹۹۵ توسط لایبوند و لایبوند تهیه شده و دارای دو فرم می‌باشد. شکل اصلی آن دارای ۴۲ سؤال است که هر یک از سازه‌های روانی «تنیدگی»<sup>۱۸</sup>، اضطراب و افسردگی را توسط ۱۴ سؤال متفاوت مورد ارزیابی قرار می‌دهد. اما شکل کوتاه شده این آزمون که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است شامل ۲۱ سؤال است که هر ۷ سؤال یک عامل یا سازه روانی را اندازه‌گیری می‌کند. در پژوهش حاضر رویی آزمون با استفاده از ضریب همبستگی پیرسن (۰/۸۵) به دست آمد (لایبوند و لایبوند، ۱۹۹۵).

پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه‌ای بوده و برای انجام آن از روشهای آماری تحلیل واریانس و آزمون t استفاده شد.

### ● یافته‌های پژوهش

- اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنیها: میانگین سن آزمودنیها در این پژوهش ۳۱ سال بود.  
۲۸/۹٪ آزمودنیها دارای مشاغل آزاد، ۶۰/۷٪ دارای مشاغل دولتی و بقیه بیکار بودند.  
۴۴٪ آزمودنیها متأهل بودند که از این تعداد ۶۵٪ دارای ۱ تا ۸ فرزند بودند. ۳۲/۶٪ آزمودنیها فرد معتادی را در بستگان درجه یک خود داشتند.  
۳۷٪ آزمودنیها فرد خلافکاری که به زندان رفته بود در بستگان درجه یک خود داشتند.

۶۴٪ آزمودنیها برای اولین بار به زندان یا مرکز بازپروری رفته بودند و بقیه بین ۱ تا ۹ بار سابقه داشتند.

۴۱٪ زندانیها مدت محکومیتشان یک سال، ۲۶٪ بین ۲ تا ۵ سال و بقیه از ۶ تا ۲۱ سال متغیر بود.

۴۸٪ از آزمودنیها ذکر کرده بودند که حرفه‌ای بلد هستند.

۲۳٪ از آزمودنیها خودشان را ۲۵٪ خانواده را ۱۷٪ دوستان را و ۲۱٪ جامعه را در مشکل پیش آمده (اعتیاد یا قاچاق مواد مخدر) مقصر می‌دانستند.

به منظور بررسی تفاوت میان سه گروه آزمودنیها در سلامت روانی، از روش آماری تحلیل واریانس استفاده شد. نتایج بدست آمده در جدول شماره ۱ و ۲ و نمودار شماره ۱ آمده است.

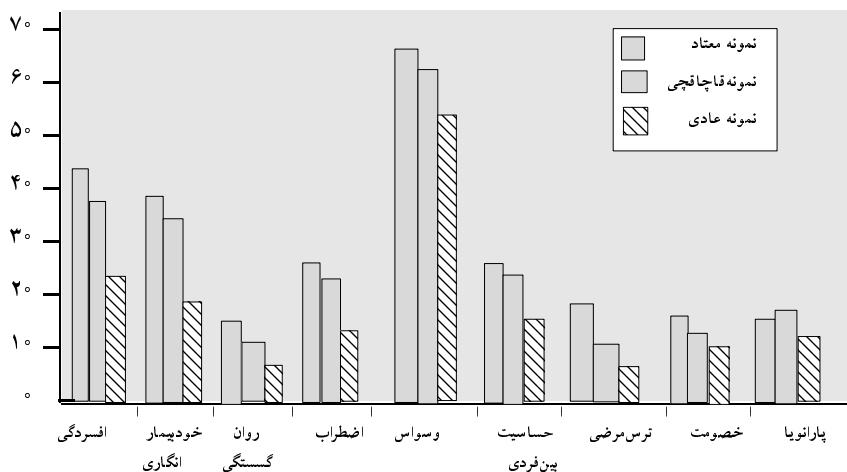
جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنیها در فهرست SCL-90-R

گروه‌ها	ملاکها		افسردگی		اضطراب		توس مرضی		خودبیمار انگاری		وسواس		خصوصت		روان‌گسنگی		حساسیت بین فردی		پارانویا	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
معتاد	۴۳/۶۱	۹/۸۴	۲۷/۲۲	۳/۰۶	۱۸/۷۵	۳/۱۱	۳۹/۶۲	۵۵/۱	۶۷/۷۹	۳۳/۲	۱۶/۶۰	۲/۹۲	۱۵/۶۵	۳/۰۱	۲۸/۸۲	۳/۴۸	۱۶/۴۳	۲/۵۳		
قاچاقچی	۳۹/۵۱	۷/۱۲	۲۳/۶۹	۶/۷۵	۱۶/۰۷	۵/۸۷	۳۴/۵۸	۱۰/۸۲	۶۶/۶	۷/۵۸	۱۳/۷۸	۹/۷۲	۱۲/۲۳	۴/۲۵	۲۵/۵۴	۵/۹۱	۱۶/۷۶	۳/۲۴		
عادی	۲۶/۴۲	۷/۸۰	۱۳/۷۷	۶/۴۴	۷/۸۲	۲/۸۹	۱۹/۸۲	۷/۳۸	۵۶/۰۸	۵/۳۴	۸/۴۸	۲/۸۶	۸/۴۲	۳/۵۵	۱۶/۰۰	۶/۶۲	۱۷/۰۵	۳/۶۵		

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس در سه گروه عادی، معتاد و قاچاقچی

منبع	شاخصها	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری (p)
بین گروهی	۲	۳۴۲۹۵۱/۳۲	۱۷۱۴۷۵/۶۶	۱۴۶/۶۴	۰/۰۰۱	
درون گروهی	۲۹۸	۳۴۶۵۴۰/۶۳	۱۱۷۰/۷۴			

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت معناداری در سطح  $p < ۰/۰۰۱$  میان سه گروه آزمودنیها از لحاظ سلامت روانی وجود دارد. نتایج آزمون شفه این تفاوت را بین گروه عادی با گروه معتاد و قاچاقچی (به نفع گروه عادی) و گروه معتاد با گروه قاچاقچی (به نفع گروه قاچاقچی) نشان داد. این مقایسه میان تک تک اختلافات به صورت جداگانه نیز انجام گرفت و در تمام موارد نتیجه فوق احراز گردید.



نمودار ۱ - مقایسه میزان سلامت روانی در سه گروه معتاد، قاچاقچی مواد مخدر و نمونه عادی

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنیها در مقیاس DASS

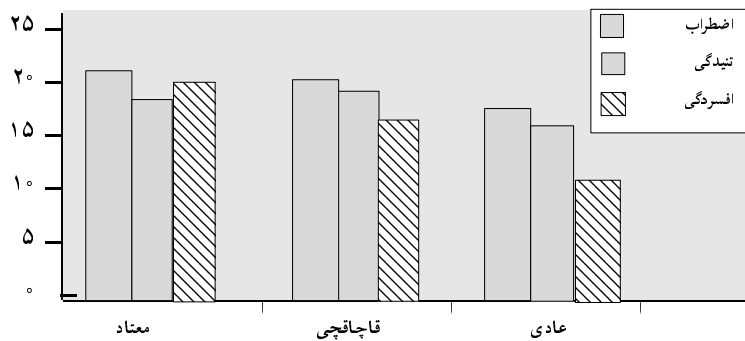
گروه‌ها	ملاکها		اضطراب		تنیدگی		افسردگی	
	شاخصها	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
معتاد		۲۱/۲۸	۴/۷۸	۱۸/۱۸	۳/۹۹	۲۰/۷۷	۵/۴۸	
قاچاقچی		۲۰/۴۸	۴/۶۸	۱۸/۵۱	۴/۲۲	۱۷/۰۳	۵/۳۴	
عادی		۱۷/۴۸	۷/۶۸	۱۶/۷۷	۳/۱۸	۱۱/۸۸	۵/۰۸	

افزون بر آن تفاوت میان معیارهای سلامت روانی در مقیاس لایبوند و لایبوند (DASS) در سه گروه معتاد، قاچاقچی و نمونه عادی با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج در جدول شماره ۳ و ۴ و نمودار شماره ۲ آمده است.

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس در سه گروه معتاد، قاچاقچی و نمونه عادی

منبع	شاخصها	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری (p)
بین گروهی		۲	۱۰۷۴۶/۱۴	۵۳۷۳/۰۷	۲۲/۸۰	۰/۰۰۱
درون گروهی		۲۹۸	۷۲۰۸۳/۰۲	۲۳۵/۵۶		

نتایج جدول ۴ نشان داد که تفاوت معناداری در سطح  $p < 0/001$  میان تنیدگی در سه گروه آزمودنی وجود دارد. نتایج آزمون شفه نیز نشان داد که تفاوت میان دو گروه عادی - معتاد و قاچاقچی - معتاد می باشد و در میان سه گروه، گروه معتاد بیشترین مشکلات را از لحاظ سلامت روانی دارا می باشد.



نمودار ۲ - مقایسه سه گروه معتاد، قاچاقچی و عادی براساس مقیاس DASS

در این پژوهش متغیرهای تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، سابقه محکومیت، مدت زمان محکومیت، بلد بودن یا نبودن حرفه ای خاص، وجود فردی معتاد در میان بستگان درجه یک و وجود فردی قاچاقچی در میان بستگان درجه یک شرکت داده شد و ارتباط آن با سلامت روانی با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس و آزمون t مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج آزمون t نشان داد که وجود فردی معتاد در میان بستگان درجه یک ( $p < 0/001$ ) و وجود فردی خلافکار در میان بستگان درجه یک ( $p < 0/002$ ) با سلامت روانی آزمودنیها ارتباط معناداری دارد و آزمودنیهایی که فردی معتاد یا خلافکار در میان بستگان درجه یک خود دارند از سلامت روانی کمتری برخوردار بودند.

### ● بحث و نتیجه گیری

○ همانگونه که نتایج پژوهش فوق نشان می دهد نمونه معتاد در پژوهش حاضر دارای کمترین میزان سلامت روانی و بیشترین تنیدگی است، و حتی با گروه قاچاقچی که بالطبع گروه خطرناکتری برای جامعه محسوب می شود، تفاوت معناداری داشت. از نتایج این پژوهش چنین

بر می آید که افراد معتاد در وهله اول افرادی بیمار از بعد روانی بوده و نیاز به مشاوره، حمایت و درمان دارند. محبوس کردن، دورنگه داشتن از جامعه و تنبیه و مجازات، درمان یک فرد معتاد نیست چرا که راههای فوق نه تنها مشکلات و دردهای یک معتاد را التیام نمی بخشد، بلکه منجر به گسترش ناهنجاریها و اختلالات روانی فرد معتاد می شود و طبعاً گرایش برای مراجعه مجدد به مواد مخدر را افزایش می دهد. علاوه بر آن چون معمولاً فرد معتاد هیچ گونه کارایی ندارد کمتر احساس مثبت بودن و مفید بودن در او شکل می گیرد. بنابراین طبیعتاً تنیدگی های بیشتری به او هجوم می آورند، این تنیدگی ها بر توانائی، تفکر و کارایی فرد معتاد به صورتی منفی تأثیر گذاشته و «حرمت خود»<sup>۱۹</sup> و خلاقیت او را نیز کاهش می دهد. بنابراین فرد معتاد پیش از هر چیز یک بیمار است و برای حمایت از او می بایست شرایطی مناسب هم در جامعه و هم در خانواده ایجاد کرد تا بتوان به درمان فرد معتاد پرداخت.

○ تا زمانی که به فرد معتاد به عنوان یک مجرم نگریسته شود، تا زمانی که هیچ جایی برای فرد معتاد در خانواده، محیط کار و جامعه نباشد و تا زمانی که به صورت جدی به مداوای معتادان نیندیشیم هیچگاه شاهد حل معضل اعتیاد در جامعه نخواهیم بود. نتایج این پژوهش در راستای سایر پژوهشها (تقوی، ۱۳۷۷؛ کاپلان و سادوک، ۱۳۶۸؛ کاپلان، ۱۹۹۴ و کیلکنر، ۱۹۶۸ هر دو به نقل از مرکز مطالعات جرم شناسی، ۱۳۷۹) به این امر صحنه می گذارد که معتادان در مقایسه با سایر گروه های جامعه از مشکلات روانی بیشتری برخوردارند. شرایط نامساعد زندگی می تواند زمینه ساز گرایش به سمت مواد مخدر باشد که این گرایش نیز به نوبه خود شرایط را وخیم تر می کند. پس در یک چاره جویی اساسی می بایست کلیه عواملی که فرد را به سمت مواد مخدر سوق می دهد، شناسائی کرد و به رفع آنها اقدام نمود. ارائه خدمات مناسب به افراد معتاد برای ترک اعتیاد، کارایی برای آنان در جامعه، ارائه خدمات مشاوره ای برای معتادان و خانواده های آنان، روشن کردن اذهان جامعه نسبت به معضل اعتیاد و تلاش برای حل آن از جمله اقداماتی است که می تواند به ریشه کن کردن این معضل کمک نماید.

○ ○ ○

#### یادداشت ها

- |                                 |                              |
|---------------------------------|------------------------------|
| 1- Addiction                    | 2- World Health Organization |
| 3- Drug smuggler                | 4- Caplan                    |
| 5- Sa dook                      | 6- Kealkener                 |
| 7- Symptom Checklist-90-Revised | 8- Depression                |
| 9- Hypocondriasis               | 10- Psychothic               |

- |                                     |               |
|-------------------------------------|---------------|
| 11- Anxiety                         | 12- Obsession |
| 13- Interpersonal sensitivity       | 14- Phobia    |
| 15- Hostility                       | 16- Paranoia  |
| 17- Depression Anxiety Stress Scale | 18- Stress    |
| 19- Self-esteem                     |               |

### منابع

- تقوی، ابراهیم (۱۳۷۷). اثرات مواد مخدر بر دستگاه‌های مختلف بدنی (اولین سمینار بررسی مسائل اعتیاد) تهران: امیرکبیر.
- کاپلان هارولد، سادوک بنیامین (۱۳۶۸). خلاصه روانپزشکی، ترجمه نصرت الله پورافکاری، تبریز: ذوقی.
- مرکز تحقیقات و مطالعات جرم‌شناسی اداره کل زندانهای استان خوزستان (۱۳۷۹). معتاد و بیمار روانی یا مجرم، اصلاح و تربیت، سال هفتم، ۸۱-۸۰.

- Gauri, Bhattacharya. (2002). Drug abuse; risks for acculturating immigrant adolescent: Case study of Asian Indians in the United States. *Health & Social Work*, 27(3), 175-184.
- Carter, Carolyn S. (2002). Prenatal care for women who are addicted: Implications for empowerment. *Health & Social Work*, 27(3), 166-175.
- Derogates, L.; Rickels, K. & Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychology*, 128, 280-289.
- Joyce, J. M. (1988). *A comparison of male and female addicts and non-addicts on the Tennessee Self Concept Scale*. <http://www.vkta.cz/clau.us/clslah.htm>.
- Lovibond, P. F. & Lovibond, F. H. (1995). *The Structure of Negative Emotional Stage: Comparison of Depression Anxiety Stress Scale (DASS) with Beck Depression and Anxiety Inventory*.
- Nicklin, J. L. (2001). *Drug and Alcohol Arrests Increased in 1999*, Chronicle of Higher Education, 47(21), 35-38.
- Ronald, P. J. Jr.; Yacoubian G. Jr.; Baumler. E. R.; Ross. M. & Johnson R. J. (2002). Heroin use among southern arrestees: Regional findings from the arrestee drug abuse monitoring programs. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 22(2), 50-60.
- Zavela, K. J. (2002). Developing and negotiating effective school-based drug prevention programs. *American Journal of Health Behavior*, 26(4), 252-65.

