

ارتباط انواع روابط والدینی با مصرف مواد محرک و افسردگی در جوانان

صدیقه ترقی‌جاه^{*}، مصطفی حمدیه^{**}، نرگس یعقوبی^{***}

مقدمه: هدف از انجام این پژوهش بررسی انواع روابط والدینی در خانواده (متشنج، گاهی متشنج، خوب، خیلی خوب) و تأثیر آن بر مصرف مواد محرک، و افسردگی در جمعیت ۱۹ تا ۳۵ ساله نوجوان و جوان تهرانی است. نوع مطالعه مقطعی و جامعه آماری شامل تمامی افراد بین ۱۵-۳۵ ساله ساکن در شهر تهران است.

روش: روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و حجم نمونه ۶۲۸۱ نفر است. ابزار پژوهش حاضر شامل پرسش‌نامه جمع‌آوری ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، سیاهه افسردگی بک و پرسش‌نامه محقق ساخته جهت بررسی نوع روابط موجود بین والدین در خانواده و مصرف مواد محرک است.

یافته‌ها: پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌های گردآوری شده به نسخه شانزدهم برنامه SPSS وارد و با آزمون‌های آماری تحلیل واریانس یک راهه و خی دو، فرضیات پژوهش، آزموده شد. **بحث:** بین انواع روابط والدینی و سطح افسردگی افراد رابطه معنادار وجود دارد. افسردگی در افراد استفاده‌کننده از مواد محرک نسبت به افراد استفاده‌نکننده بیش‌تر است. بین انواع روابط والدینی و استفاده از مواد محرک رابطه معنادار وجود دارد.

کلید واژه‌ها: روابط والدینی، افسردگی، مواد محرک و نشاط آور.

تاریخ دریافت: ۸۹/۰۶/۳۱ تاریخ پذیرش: ۹۰/۰۷/۱۹

* دکتر مشاوره، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری <taraghi.sh@yahoo.com>

** روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

*** کارشناس ارشد روانسنجی

مقدمه

یکی از خطرناکترین مواد مورد مصرف موادمحرک و توهم‌زا می‌باشند که به تدریج جایگزین موادمخدر می‌شوند. از جمله مواد محرک می‌توان به آمفتامین‌ها و کوکائین اشاره کرد. آمفتامین‌ها بیشترین پتانسیل ایجاد آسیب‌های روانی، جسمی و اجتماعی را دارند و اثرات آن‌ها مشابه کوکائین است با این تفاوت که آمفتامین یک محصول کاملاً آزمایشگاهی است. اکستسی یکی از فرآورده‌های متآمفتامین‌ها می‌باشد که منجر به آسیب سلولهای مغزی می‌شود. محرک روانی ۳ و ۴ متیل دراکسی مت آمفتامیند، یک آمفتامین مشتق شده است که به طور وسیعی مورد سوء استفاده قرار می‌گیرد. این ماده به اشکال قرص، پودر (که درون مایع حل می‌شود)، کپسول، پودراستنشاقی و برچسب‌های پوستی و همچنین به شکل تزریقی آن نیز موجود است، اما در اغلب موارد شکل خوراکی آن مصرف می‌شود. متآمفتامین‌ها، متابولیسم بدن را افزایش داده و حالت نشاط آورموقتی و کاذب، به وجود آورده و اختلال در ادراک ایجاد می‌کند و حس افزایش انرژی به طور کوتاه مدت به مصرف کننده دست می‌دهد. ممکن است شخص خجالتی را به شدت تحت تأثیر قرار دهد و یا یک شخص خسته را پرانرژی سازد (دلآوری، ۱۳۸۶). یکی از انواع بسیار خالص و سمی آمفتامین‌ها، متآمفتامین نام دارد که در ایران آن را شیشه می‌نامند. شیشه به دلیل درجه خلوص بالا و نقطه تبخیر نسبتاً پایین، آن را دود می‌کنند تا اثرات تحریکی سریع و قوی ایجاد کند. بیماران وابسته به شیشه معمولاً از خود رفتارهای پرخاش‌گرانه و خشونت بار نشان می‌دهند؛ به ویژه اگر آن را مانند شیشه به مقدار زیاد دود کرده و یا به صورت داخل وریدی تزریق کنند. مواد شبه آمفتامینی به ویژه اگر به مقدار زیاد مصرف شود همانند مصرف کوکائین موجب اضطراب شدید و موقت، شبیه اختلال وحشت زدگی شده و بدبینی یا سوءظن ایجاد می‌کند. در ابتدا با مصرف آمفتامین پدیده تحمل (نیاز بیش‌تر به مصرف مواد برای رسیدن به اثرات قبلی) شکل می‌گیرد و اغلب باعث افزایش قابل توجه مقدار مصرف می‌شود و به دنبال مصرف مکرر مواد شبه آمفتامینی، حتی مقادیر اندک آن

ممکن است اثر تحریکی قابل ملاحظه ایجاد نموده و سایر عوارض نامطلوب روانی و عصبی را ایجاد کند. کوکائین هم نوعی ماده محرک است که مصرف آن عوارضی همچون تحریک‌پذیری (زود از کوره در رفتن)، اختلال تمرکز (منجر به ناتوانی در انجام کارهای دقیق و پیچیده می‌گردد)، بی‌خوابی شدید، کاهش وزن، نشنگی یا کندی عاطفی (ناتوانی از برقراری رابطه عاطفی و عدم درک درست از عواطف اطرافیان)، اختلال در برقراری ارتباط با مردم، ترس بیش از حد، حساسیت بین فردی (از جمله بدبینی و سوء ظن)، اضطراب، تنش یا خشم، رفتارهای کلیشه‌ای (چت کردن یا به اصطلاح گیر دادن به یک کار تکراری و طولانی)، قضاوت مختل (ناتوانی در تشخیص درست از نادرست) یا عملکرد اجتماعی و شغلی مختل که حین یا به فاصله کوتاه پس از مصرف کوکائین ظاهر می‌شود.

از نظر روان شناختی افراد تمایل دارند رفتارهایی را انجام دهند که اکثریت مردم و گروه‌های مرجع آن‌ها را مناسب و مثبت ارزیابی می‌کنند. از این رو معمولاً به رفتارهای مطابق هنجارهای اجتماعی عمل می‌شود. هر چه فرد تبعیت و اطاعت بیشتری از نظرات دیگران داشته باشد، احتمال رفتارهای مطابق با هنجار افزایش می‌یابد. در این صورت اگر نوجوان معتقد باشد که دوستان صمیمی و اعضای خانواده مصرف مواد را تأیید می‌کنند، احتمال آسیب‌پذیری به مصرف مواد بیش‌تر می‌شود (پاندینا، ۲۰۰۱). همچنین اگر شیوع مصرف مواد را در میان همسالان و بزرگسالان بیش از آن چه هست تخمین بزنند، باز هم تحت فشار روانی برای مصرف مواد قرار می‌گیرند. به نظر می‌رسد دختران نوجوان نسبت به فشار گروه همسالان آسیب‌پذیرتر از پسران هستند و ممکن است به دلیل پذیرفته شدن در گروه همسالان اعتیاد را بپذیرند احتمال داشتن دوست یا شریک جنسی معتاد و الکلی در بین زنان بیش‌تر از مردان است. سابقه خشونت در زنان یکی از عوامل خطر ساز محسوب می‌شود (گرجی، ۱۳۸۵).

«خانواده» به عنوان عنصر اصلی جامعه در پدید آمدن و درمان این اختلال نقش به‌سزایی دارد. خانواده کوچک‌ترین واحد اجتماعی و در عین حال بزرگ‌ترین و تأثیر

گذارترین واحد تربیتی در جوامع به شمار می‌آید به طوری که این نهاد می‌تواند منشأ تحولات عظیم فردی اجتماعی و رشد ارزش‌های انسانی در میان اعضای آن باشد. خانواده مهم‌ترین نهادی است که فرد در آن پرورش می‌یابد.

به عقیده بامریند دل‌بستگی ضعیف به مادر، وجود پدر ناآرام و سهل‌انگار در دوران کودکی، نگرش و رفتار مثبت اعضای خانواده نسبت به مصرف مواد، باعث افزایش خطر مصرف مواد در دوره نوجوانی می‌شود. تعداد افرادی که در خانواده به مصرف مواد می‌پردازند و میزان درگیری و سهم کودک در فعالیت‌های مربوط به تهیه و خرید مواد دو متغیر مهم پیش‌بینی‌کننده در گرایش به مصرف مواد بوده‌اند (لودفیلد، ۱۹۹۵). علاوه بر این، کیفیت تعاملات عاطفی اعضاء خانواده، نحوه شکل دادن معیارها و ارزش‌های اخلاقی، ناهمخوانی و تعارض در اعمال شیوه‌های تربیتی و انضباطی والدین، انتظارات ضعیف والدین از فرزندان برای آینده‌داری آن‌ها، استفاده مادر از روش ایجاد گناه در کودک برای کنترل او، انتظارات غیر واقعی والدین از فرزندان، اعمال خشونت‌های افراطی نسبت به آن‌ها، الگو سازی نامناسب از سوی اعضای بزرگتر از جمله عوامل مرتبط با خانواده است (طارمیان، ۱۳۸۳ و وزیریان، ۱۳۸۱). از نظر فورمن و لینی (۱۹۹۱)، سبک والدینی الگوهای ارتباطی و تعارض‌های درون خانواده به طور معنی‌داری با مصرف بیش از حد و نامتعارف مواد مرتبط است. نقش خانواده به عنوان یک عامل مهم در فرآیند مصرف و سوء مصرف مواد به قدری اهمیت دارد که در بعضی تحقیقات به عنوان یک متغیر مستقل مورد آزمایش قرار گرفته است (اسکالت، ۲۰۰۷).

بهداشت روانی یا سلامت روانی از جمله مهم‌ترین نیازهای انسان امروزی است که برای تأمین آن لازم است فرد دقیقاً خود را بشناسد، دیگران را درک کند و روابط مؤثری با آن‌ها ایجاد نماید. هیجان‌های منفی و استرس‌های روزمره خود را شناسایی کند و آن‌ها را تحت کنترل درآورد و به شیوه‌ای مؤثر و منطقی مشکلات خود را حل کند. توجه به سلامت روان نوجوانان و جوانان و عوامل تأثیرگذار بر آن، لزوم انجام این پژوهش را نشان می‌دهد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از پژوهش‌های کاربردی، مقطعی و روش تحقیق آن توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری شامل تمامی افراد بین ۱۵-۳۵ ساله ساکن در شهر تهران است. این مطالعه از بهار ۸۵ در سطح مناطق ۲۲ گانه شهر تهران صورت گرفت. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و تعداد نمونه‌های اخذ شده ۸۱۷۵ نفر بوده است. که پس از حذف پاسخ‌نامه‌های ناقص، ۶۲۸۱ پاسخ‌نامه مورد تحلیل قرار گرفتند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه افسردگی بک (فرم کوتاه) و پرسش‌نامه محقق ساخته وضعیت سلامت و مشکلات جوانان استفاده گردیده است که پایایی پرسش‌نامه افسردگی بک در پژوهش حاضر ۰/۸۷ است. پس از جمع‌آوری داده‌ها در بانک اطلاعاتی ثبت و به وسیله نسخه ۱۳ نرم‌افزار spss آنالیز گردید.

یافته‌ها

نمونه پژوهش حاضر شامل ۶۲۸۱ نفر از نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۳۵ ساله تهرانی با میانگین سنی ۲۱.۳ است که با توجه به متغیر جنسیت ۵۳/۲ درصد (۳۳۴۰ نفر) مرد و ۴۷/۸ درصد (۲۹۴۱ نفر) آن زن هستند. بر حسب مدرک تحصیلی درصدهای سواد ۰/۱ درصد مرد، ۰/۰ درصد زن، ۱.۱ درصد ابتدایی (۰/۸ درصد مرد، ۰/۳ درصد زن)، ۸,۴ درصد راهنمایی (۳,۳ درصد مرد، ۱/۵ درصد زن)؛ ۲۶/۵ درصد متوسطه (۱۴/۸ درصد مرد، ۱۱/۷ درصد زن)؛ ۴۰/۹ درصد (۲۰/۸ درصد مرد، ۲۰/۱ درصد زن)؛ ۰/۳ درصد حوزوی (۰/۱ درصد مرد، ۰/۲ درصد)؛ ۸/۱ درصد فوق دیپلم (۴/۷ درصد مرد، ۳/۴ درصد زن)؛ ۷/۱۵ درصد لیسانس (۷/۰ درصد مرد، ۸/۷ درصد زن)؛ ۲/۵ درصد فوق لیسانس (۱/۵ درصد مرد، ۱ درصد زن)؛ بر حسب شغل ۱ درصد کارمند عالی‌رتبه ۰/۷ درصد مرد، ۰/۳ درصد زن؛ ۱۱.۱ درصد کارمند (۵/۲ درصد مرد، ۵/۹ درصد زن)؛ ۱/۹ درصد نظامی مرد؛ ۴ درصد کارگر (۳/۷ درصد مرد، ۰/۳ درصد زن)؛ ۹/۵ درصد کاسب (۸/۵ درصد مرد، ۱ درصد زن)؛ ۱۸/۳ درصد دانشجو (۹ درصد مرد، ۹/۳ درصد زن)؛ ۳۵/۹ درصد دانش‌آموز (۱۷/۵ درصد مرد،

۱۸/۴ درصد زن)؛ ۴/۶ درصد زن خانه‌دار؛ ۸/۱ درصد بیکار (۳/۹ درصد مرد، ۴/۲ درصد زن)؛ از نظر وضعیت تاهل شامل: ۸۲/۱ درصد مجرد (۴۴/۷ درصد مرد، ۳۷/۳ درصد زن)؛ ۱۶/۷ درصد متأهل (۷/۸ درصد مرد، ۹ درصد زن)؛ ۰/۵ درصد مطلقه (۰/۲ درصد مرد، ۰/۳ درصد زن)، ۰/۵ درصد متارکه (۰/۳ درصد مرد، ۰/۲ درصد زن)؛ ۰/۲ درصد همسر فوت شده (۰/۱ درصد مرد، ۰/۱ درصد زن) است.

توزیع فراوانی نمونه پژوهش برحسب استفاده از مواد محرک و نشاط‌آور و سطوح افسردگی: ۳/۴ درصد نمونه پژوهش (۲۱۱ نفر) از مواد محرک و نشاط‌آور و ... استفاده نموده‌اند که از این تعداد برحسب سطوح افسردگی (۱/۶ درصد (۹۹ نفر) خوب، ۱/۰ درصد (۶۲ نفر) خفیف، ۰/۶ درصد (۳۷ نفر) متوسط، ۰/۲ درصد (۱۳ نفر) شدید)؛ ۰/۶ درصد از مواد محرک، نشاط‌آور و ... استفاده نموده‌اند که شیوع سطوح افسردگی در این نمونه (۸۱/۷ درصد (۵۱۲۴ نفر) خوب، ۱/۵ درصد (۷۲۰ نفر) خفیف، ۰/۲ درصد (۲۰۰ نفر) متوسط، ۰/۳ درصد (۱۷ نفر) شدید) است. در بررسی وضعیت روابط موجود بین پدر و مادر بر حسب جنسیت آزمودنی‌ها در نمونه پژوهش: ۳ درصد (۱/۸ درصد مرد، ۱/۲ درصد زن) این رابطه را متشنج، ۱۳/۴ درصد (۶/۹ درصد مرد، ۶/۵ درصد زن) گاهی متشنج، ۴۹ درصد (۲۳/۴ درصد مرد، ۲۳/۶ درصد زن) عادی، ۳۴/۶ درصد (۱۹ درصد مرد، ۱۵/۶ درصد زن) خیلی خوب توصیف نموده‌اند. توزیع فراوانی روابط موجود بین والدین برحسب استفاده یا عدم استفاده از مصرف مواد محرک و نشاط‌آور در ۳/۰ درصد نمونه پژوهش رابطه متشنج (۰/۶ درصد استفاده، ۲/۴ درصد عدم استفاده)، ۱۳/۴ درصد گاهی متشنج (۰/۷ درصد استفاده، ۱۲/۷ درصد عدم استفاده) (۴۹/۱ درصد عادی (۱ درصد استفاده، ۰ درصد عدم استفاده) ۴۸ درصد عدم استفاده)، ۳۴/۵ درصد خیلی خوب (۰/۹ درصد استفاده، ۶/۳۳ درصد عدم استفاده) نشان می‌دهد.

فرضیات پژوهش

فرضیه اول: بین انواع روابط والدینی و میزان افسردگی افراد تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی آزمون تحلیل واریانس یک طرفه جهت مقایسه میانگین افسردگی افراد در خانواده‌هایی با روابط متفاوت بین والدین

خطای انحراف استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	حجم نمونه	آنالیز انواع روابط والدینی
۰/۶۸	۹/۵۳	۱۳/۵۰	۱۹۱	متشنج
۰/۲۴	۷/۲۴	۹/۲۶	۸۴۲	گاهی متشنج
۰/۱۱	۶/۰۲	۶/۱۵	۳۰۷۵	عادی
۰/۱۲	۵/۸۱	۴/۷۸	۲۱۷۳	خیلی خوب
۰/۰۸	۶/۵۴	۶/۳۲	۶۲۸۱	مجموع

جدول ۲- آزمون همگنی واریانس‌های در تحلیل واریانس یک راهه

سطح معناداری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	آماره لوین
۰/۰۰۰۵	۶۲۷۷	۳	۷۰/۵۷

جدول ۳- شاخص‌های آزمون تحلیل واریانس یک راهه

سطح معناداری	F	میانگین مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	آنالیز منابع تغییرات
۰/۰۰۰۵	۱۸۹/۷۴	۷۴۴۸/۳۸۴	۳	۲۲۳۴۵/۱۵	بین گروهها
		۳۹/۲۵	۶۲۷۷	۲۴۶۳۹۹/۱۲	درون گروهها
			۶۲۸۰	۲۶۸۷۴۴/۲۷	مجموع

نتایج تحلیل ($F = 189/74, df = 3/6277, sig = 0/0005, p < 0/01$) نشان می‌دهد بین میانگین افسردگی فرزندان در خانواده‌هایی با انواع متعدد روابط والدینی، تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۴- آزمون تعقیبی شفه جهت بررسی معناداری

سطح معناداری	خطای استاندارد میانگین	تفاضل میانگین‌ها	آنالیز
			گروه‌های مقایسه
۰/۰۰۰۵	۰/۵۰	۴/۲۳	متشنج با گاهی متشنج
۰/۰۰۰۵	۰/۴۶	۷/۳۵	متشنج با عادی
۰/۰۰۰۵	۰/۴۷	۸/۷۱	متشنج با خیلی خوب
۰/۰۰۰۵	۰/۲۴	۳/۱۱	گاهی متشنج با عادی
۰/۰۰۰۵	۰/۲۵	۴/۴۸	گاهی متشنج با خیلی خوب
۰/۰۰۰۵	۰/۱۷	۱/۳۶	عادی با خیلی خوب

همچنین نتایج آزمون تعقیبی شفه نشان می‌دهد که بیش‌ترین تفاوت معنادار به ترتیب شدت افسردگی در گروه با رابطه والدینی متشنج در مقایسه با رابطه خیلی خوب (تفاضل میانگین=۸/۷۱)، متشنج با عادی (تفاضل میانگین=۷/۳۵)، گاهی متشنج با خیلی خوب (تفاضل میانگین=۴/۴۸)، گاهی متشنج با عادی (تفاضل میانگین=۳/۱۱)، عادی با خیلی خوب (تفاضل میانگین=۱/۳۷) است بنابراین بیشترین میانگین افسردگی (۱۳/۵۰) فرزندان در خانواده‌هایی با روابط والدینی متشنج و کم‌ترین میانگین افسردگی (۴/۷۸) در خانواده‌هایی با روابط والدینی خیلی خوب به دست آمده است.

فرضیه دوم: افسردگی در افراد استفاده‌کننده از مواد محرک و نشاط‌آور نسبت به افراد استفاده‌نکننده بیش‌تر است.

جدول ۵- آزمون مقایسه میانگین افسردگی در دو گروه مستقل برحسب استفاده یا عدم استفاده از مصرف مواد محرک و نشاط‌آور

آزمون مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل			آزمون همگنی واریانس‌ها		شاخص‌های توصیفی			آنالیز گروه
سطح معناداری	درجه آزادی	t	سطح معناداری	F	خطای انحراف معیار	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۰۰۲۵	۲۱۸/۶	۱۱/۸۷	۰/۰۰۰۲۵	۹۳/۴۷	۰/۶۵	۹/۴۴	۱۳/۷۹	۲۱۳
					۰/۰۸	۶/۲۶	۶/۲۵	۶۰۶۳

نتایج تحلیل این فرضیه ($t = 0/87, df = 218/59, sig = 0/00025, p < 0/005$) نشان می‌دهد تفاوت معناداری در میزان افسردگی دو گروه نسبت به یکدیگر وجود دارد. در ضمن با توجه به مقایسه میانگین‌ها، میانگین افسردگی گروه استفاده‌کننده از مواد محرک و نشاط‌آور و ... (۱۳/۷۹) از گروهی که از مواد محرک و نشاط‌آور استفاده نکرده‌اند (۶/۰۶) بیش‌تر است.

فرضیه سوم: بین انواع روابط والدینی و استفاده از موادمحرک و نشاط‌آور رابطه معنادار وجود دارد.

جدول ۶- آزمون خی دو براساس روابط موجود بین والدین باهم برحسب استفاده یا عدم استفاده از موادمحرک و نشاط‌آور

متغیر	آنالیز	ارزش خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری	۷کرامر
روابط والدین با یکدیگر با مصرف موادمحرک و نشاط‌آور		۱۶۰/۰۷۲	۳	۰۰۰/۰	۰/۱۶

نتایج تحلیل ($X^2 = 160/07, df = 3, sig = 0/0005, p < 0/01, CramersV = 0/16$) نشان می‌دهد که بین انواع روابط والدینی در خانواده و استفاده یا عدم استفاده از مصرف موادمحرک و نشاط‌آور ارتباط معنادار وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

از آن جا که آمارها سن شروع اعتیاد را بین ۱۶ تا ۲۰ سال و طیف سنی در معرض خطر را جوانان ۱۸ تا ۳۴ گزارش نموده‌اند (۹). جامعه آماری این پژوهش شامل تمام نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۳۵ ساله شهر تهران است (زرانی و وقار، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر درصد شیوع مصرف موادمحرک و نشاط‌آور (آمفتامین‌ها و کوکائین) برحسب جنسیت (۴/۷ درصد مرد؛ ۱/۹ درصد زن) است. که درصد شیوع در مردان بیش‌تر از زنان و تقریباً دو برابر و نیم

مصرف زنان است. یافته‌های پژوهش کرمی (۱۳۸۵) در مورد میزان شیوع مصرف مواد نشان داد که درصد قابل توجهی از دانشجویان (۲۶/۶ درصد) در طول زندگی، حداقل یکی از مواد سیگار، قلیان، مشروبات الکلی، حشیش، قرص‌های اکس، تریاک و شیشه را مصرف کرده‌اند. تقریباً در تمام موارد دانشجویان پسر در مقایسه با دانشجویان دختر تجربه مصرف مواد را بیش‌تر داشته‌اند (کرمی و طارمیان، ۱۳۸۵). در مطالعه طارمیان در دانشجویان شهر تهران شیوع اکستازی ۰/۷ درصد بود (۲/۷ درصد سابقه مصرف اکستازی در طی عمر، ۴/۴ درصد مردان و ۱/۱ درصد زنان) را داشتند (شمس‌علیزاده، ۱۳۸۷). شیوع مصرف اکستازی در پژوهش دلوری و همکاران (۱۳۸۶) در بین دانشجویان دانشگاه تهران ۱۸/۶ درصد و در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایران ۸/۶ درصد است (۱). هاشمی (۱۳۸۴) در پژوهش خود بر روی جوانان ۱۵ تا ۲۵ ساله مناطق ۱ تا ۵ شهر تهران درصد شیوع مصرف قرص‌های اکستازی را ۱۸/۵ درصد اعلام نمود. شیوع مصرف مواد محرک و نشاط‌آور بر حسب رده سنی در پژوهش حاضر (۱۵ تا ۱۹ ساله ۳ درصد، ۲۰ تا ۲۴ ساله ۳/۷ درصد، ۲۵ تا ۲۹ ساله ۳/۵ درصد و ۳۰ ساله به بالا ۴/۴ درصد) است. بیش‌ترین شیوع آن در رده سنی ۲۰ تا ۲۴ ساله است، میانگین سنی مصرف‌کنندگان قرص‌های جنون‌آور اکستازی با فراوانی ۲۰ درصد، بیش‌از مصرف این ماده در اروپا و کشور برزیل بوده و نیز در حال افزایش است. همچنین بیش‌از ۶۰ درصد مصرف‌کنندگان قرص‌های اکستازی تحصیلات دانشگاهی داشتند. مطالعات در دیگر کشورهای اروپای غربی و آمریکایافته‌های مشابه را نشان دادند و عنوان می‌کنند که جمعیت مصرف‌کننده اکستازی هنوز در حال افزایش است (هاشمی، ۱۳۸۴). هال و همکاران (۲۰۰۵) در بررسی مصرف داروهای محرک در دانشگاه میدستون دریافتند که ۱۷ درصد از ۱۷۹ مرد و ۱۱ درصد از ۲۰۲ زن دانشجو مصرف مواد غیرمجاز و داروهای محرک را گزارش کرده‌اند. در مطالعه پارکنز و کندی، ۲۰۰۴ مشخص شد که در بین انواع داروها استفاده از اکس شیوع بیش‌تری دارد و تمامی مصرف‌کننده‌ها اظهار کرده بودند که این مواد را به خاطر کسب تجربه و هیجان و ارتقای فعالیت‌های اجتماعی مصرف کرده‌اند. مقایسه میزان شیوع نوع مواد

مصرفی توسط دانشجویان در سال ۲۰۰۴ نشان می‌دهد که ماری‌جوانا (۱۵/۷ درصد)، کوکائین (۵ درصد)، توهم‌زها (۴ درصد) اکستازی و آمفتامین (هر کدام با ۳ درصد) بیش‌ترین میزان مصرف را به خود اختصاص داده‌اند (سرویس سلامت بوییتون، ۲۰۰۵) مرکز مطالعات سوء مصرف مواد دانشگاه جیمز مدیسون مطالعه مشابهی در سال ۲۰۰۴ روی ۲۱۶ نفر از دانشجویان این دانشگاه انجام داد. نتایج نشان داد که مصرف الکل (۷۵/۱ درصد)، سیگار (۲۶ درصد)، ماری‌جوانا (۲۴ درصد) آمفتامین (۲/۸ درصد)، کوکائین (۲/۳ درصد) و سایر مواد شامل توهم‌زها، اکستازی زیر یک درصد می‌باشد (مارتینو، ۲۰۰۴). پژوهش‌گران در تحقیقات متعددی از میان متغیرهای روانی - اجتماعی مختلف، رابطه قوی و اساسی بین حمایت اجتماعی به عنوان یک منبع بیرونی و حرمت خود به عنوان یک منبع درونی با سلامت روانی گزارش کرده‌اند (لویسون، ۱۹۹۸).

درصد شیوع افسردگی برحسب جنسیت، در جمعیت مرد نمونه پژوهش (۱۲/۸ درصد خفیف، ۴/۳ درصد متوسط و ۰/۶ درصد شدید) در جمعیت زن نمونه پژوهش (۱۲/۱ درصد خفیف، ۳/۲ درصد متوسط و ۰/۳ درصد شدید)، برحسب رده سنی ۱۵ تا ۱۹ ساله (۶/۷ درصد خفیف، متوسط ۴/۲ درصد متوسط، ۰/۵ درصد شدید)؛ در رده ۲۰ تا ۲۴ ساله (۱/۱۲) درصد خفیف، ۳/۷ درصد متوسط، ۰/۴ درصد شدید)؛ در ۲۵ تا ۲۹ ساله‌ها (۱۰/۲ درصد خفیف، ۳/۲ درصد متوسط، ۰/۵ درصد شدید) و در ۳۰ تا ۳۵ ساله‌های نمونه پژوهش (۷/۴ درصد خفیف، ۲/۳ درصد متوسط، ۰/۵ درصد شدید) است. درصد شیوع افسردگی برحسب مصرف مواد محرکه و نشاط‌آور و یا عدم مصرف آن در پژوهش حاضر در گروه استفاده‌کننده از مواد محرکه و نشاط‌آور (۲۹/۴ درصد خفیف، ۱۷/۵ درصد متوسط، ۶/۲ درصد شدید) و در گروه استفاده‌نکننده (۱۱/۹ درصد خفیف، ۳/۳ درصد متوسط، ۰/۳ درصد شدید) است. در نتیجه شیوع افسردگی در مصرف‌کنندگان مواد محرکه نسبت به افراد سالم بیشتر است. همچنین نتایج این تحقیق نشان می‌دهد میانگین افسردگی گروه استفاده‌کننده از مواد محرک و نشاط‌آور و ... (۱۳/۷۹) از گروهی که از مواد محرک و

نشاط‌آور استفاده نکرده اند (۰/۰۶) بیش‌تر است. بنابراین میزان افسردگی در گروه استفاده کننده نسبت به گروه دیگر بیش‌تر است. در ضمن بین انواع روابط والدینی و میزان افسردگی در این پژوهش رابطه معناداری وجود دارد به نوعی که بیش‌ترین میانگین افسردگی مربوط به آزمودنی‌هایی با روابط والدینی (پدر و مادر) متشنج و کم‌ترین میانگین افسردگی به آزمودنی‌هایی با نوع رابطه والدینی خیلی خوب است. همچنین بین انواع روابط والدینی و مصرف مواد محرکه و نشاط‌آور رابطه معنادار وجود دارد به نوعی که توزیع انواع روابط والدینی در بین مصرف کنندگان مواد محرکه (متشنج ۱۷/۸ درصد)، گاهی متشنج (۲۱/۶ درصد)، خوب (۳۱/۹ درصد) و خیلی خوب (۲۸/۶ درصد) و در بین افراد سالم از نظر اعتیاد به مواد محرکه متشنج (۲/۵ درصد)، گاهی متشنج (۱۳/۱ درصد)، خوب (۴۹/۶ درصد) و خیلی خوب (۳۴/۸ درصد) است. از این رو در خانواده‌های سالم با روابط خوب و خیلی خوب درصد شیوع مصرف مواد محرکه کم‌تر است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت نهاد خانواده و نوع رابطه والدینی (متشنج، گاهی متشنج، خوب و خیلی خوب) با میزان افسردگی فرزندان رابطه دارد و در سلامت روان آنان نقش مهمی را به عهده دارد.

شمسی میمندی (۱۳۸۷) در پژوهش خود روابط بین فردی و بهداشت روانی خانواده را از عوامل مؤثر در گرایش فرزند به اعتیاد بیان نموده، از دیدگاه او عدم صمیمیت و توجه، کمبود روابط عاطفی، اختلاف با والدین و سخت‌گیری‌های بی‌مورد در کنار اعتماد بیش از حد به فرزندان، عبارت‌هایی بودند که در زیر مجموعه روابط بین فردی قرار گرفتند. طلاق، اختلاف بین والدین و متشنج بودن محیط خانواده و به خصوص تنبیه بدنی فرزندان، اجبار خانواده در تأمین مصرف مواد، چندهمسری پدر و بی‌وفایی در زیرمجموعه بهداشت روانی خانواده قرار گرفتند. مدیریت ضعیف در خانواده، فقدان انتظارات روشن و واضح والدین در مورد رفتارهای کودکان، فقدان نظارت بر فرزندان، تنبیه شدید یا نامتناسب با خطای کودک، از جمله مسائل مربوط به مدیریت ضعیف در خانواده است که می‌توانند مشکلات بسیاری را برای کودکان به وجود آورند.

نتایج پژوهش فرجاد و همکاران (۱۳۸۳) نشان می‌دهد که اکثر جوانان معتاد، به خانواده‌هایی تعلق داشتند که دارای مشکلات خانوادگی از قبیل: عدم روابط صحیح و سالم در خانواده، کم بودن سطح سواد والدین، کم بودن در آمد و کم بودن سطح فرهنگی و اجتماعی بودند. طرد فرزندان توسط والدین نیز در گرایش آن‌ها به گروه‌های منحرف و مصرف مواد از اهمیت بالایی برخوردار است. یافته‌های پژوهش رحمتی و همکاران (۱۳۸۵)، تیلسن و مک برید (۱۹۹۸) و رپتی و تایلر (۱۹۹۲) نشان می‌دهد در زمینه عوامل خطر و محافظت‌کننده سطوح بالای ارتباطات بین والدین و فرزندان، وجود فضای آرام و خالی از تنش در خانواده را یک عامل محافظت‌کننده تلقی می‌نمایند و محیط خانوادگی، ارتباط‌های حیاتی را برای درک سلامت روان و سلامت فیزیکی فرزندان در گستره زندگی فراهم می‌کند.

همچنین پژوهش حاضر نشان می‌دهد میزان افسردگی با مصرف مواد محرکه و نشاط‌آور رابطه معناداری دارد که با نتایج تحقیقات مک کالوو همکاران (۲۰۰۹)، گت چیو و همکاران (۲۰۰۸)، بوکنر و همکاران (۲۰۰۷)، گونزالز و همکاران (۲۰۰۲) و نوئل و لیزمن (۱۹۸۰) همسو است و ترک‌کننده‌های ناموفق افسردگی و اضطراب را در طول دوره زندگی خود نسبت به کسانی که ترک نکرده‌اند، بیش‌تر تجربه می‌کنند.

شیوع مصرف اکستازی در ایران در حال حاضر به میزان شیوع آن در اروپا (۵۰ درصد) رسیده است و این در حالی است که اکنون در کشورهای غربی و آمریکایی برنامه‌های جامع و فراگیری جهت پیشگیری از سوء مصرف مواد از جمله اکستازی در حال انجام است. با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان به روش‌ها و وسایل ارتباطی تأثیرگذار بر نوجوانان و جوانان همانند ورزشکاران، اساتید دانشگاه‌ها، برگزاری کارگاه‌های آموزش خانواده، آموزش مهارت‌های زندگی، مهارت‌های حل مسئله، برنامه‌ریزی جهت اوقات فراغت و اجرای دوره‌های آموزشی فراگیر برای دانش‌آموزان، دانشجویان برای همه مقاطع و رشته‌های تحصیلی در برنامه درسی امری لازم است.

- دلاوری هروی، م؛ احمدی، ا؛ نوری سیستانی، م. (۱۳۸۶). میزان آگاهی دانشجویان مدیریت در مورد اثرات و عوارض مصرف ترکیبات اکستسی (قرص اکس) در دانشگاههای تهران و علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۸۴. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل*، دوره نهم، شماره ۳. صص ۴۳ تا ۴۶.
- رحمتی، ع. (۱۳۸۵). بررسی نگرش دانشجویان نسبت به سوء مصرف مواد مخدر. *مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*.
- زرانی، ف؛ وقار، م. (۱۳۸۵). *نیمرخ مصرف مواد در دانشجویان: مطالعه مقدماتی*. طرح پژوهشی دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.
- شمس علیزاده، ن. (۱۳۸۷). شیوع مصرف مواد در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*. دوره سیزدهم. تابستان.
- شمسی میمندی، م؛ ضیاءالدینی، ح؛ شریفی یزدی، ع. (۱۳۸۷). *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*. سال دوازدهم، شماره ۴ (پبی درپی ۴۹).
- طارمیان، ف. (۱۳۸۳). *عوامل بیش بین روانی اجتماعی مصرف مواد مخدر در نوجوانان و دلالت‌های آن در پیشگیری و درمان*. پایان نامه دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- فرجاد، م ح؛ بهروش، ه؛ وجدی، ز. (۱۳۸۲). *اعتیاد و شیوه‌های درمان آن برای خانواده*. چاپ چهارم، تهران، مرکز مطبوعات و انتشارات قوه قضائیه، معاونت اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم.
- کرمی، ج؛ طارمیان، ف. (۱۳۸۵). *شیوع‌شناسی مصرف مواد در بین دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه و مهمترین عوامل خطر و حفاظت کننده*. طرح پژوهشی دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.

- گرجی، ی؛ بکرانی، ف. (۱۳۸۵). شیوع‌شناسی مصرف مواد در میان دانشجویان دانشگاه صنعتی اصفهان و عوامل خطر و محافظت‌کننده، مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه صنعتی اصفهان با همکاری دفتر مرکز مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.
- هاشمی، ع. (۱۳۸۴) اکستازی مرگ پنهان.. فصلنامه علمی پژوهش سوء مصرف مواد (اعتیادپژوهشی)، ستاد مبارزه با مواد مخدر نهاد ریاست جمهوری تهران. سال ۴، شماره ۱۷. صص ۷ تا ۵۳.
- Boynton health servise. **Substance abuse**. university of Minnesota. (2005). www. bhs. umn. Edu.
- Buckner J D, Keough M Eand Schmidt N B. Problematic alcohol. and cannabis use among young adults: The roles of . **depression. and discomfort and distress tolerance**. 2007 Elsevier Ltd All rights reserved. d oi: 10. 1016. j. addbeh. 2006. 12. 019.
- Getachew B, Hauser S R, Taylor R E and Tizabi Y. Desipramine blocks alcohol-induced anxiety- and depressive-like behaviors in two rat strains: 2008 Elsevier Inc. All rights reserved. d oi: 10. 1016. j. pbb. 2008. 06. 016.
- González Martínez D, García Prospéro O, Mihailescu S and Colín Drucker R. **Effects of nicotine on alcohol intake in a rat model of "depression"**. 2002 Elsevier Science Inc. All rights reserved. d oi: 10. 1016. S0091-3057(01)00772-9.
- Leudefeld, C. G. , & Clayton, R. (1995). Prevention practice in substance abuse. U. S. A. : aworthPress. Robinson, T. E. , and Berridge, K. C. (2003). **Addiction. Annual Review of Psychology**, 54, 25-53.
- Lewinson, P. M. Rohd, P. & Seeley, J. R. (1998). Major depression disorder in older adolescents: Peevalency Risk Factors. and clinical implication. **Clinical Psychology Review**. vol 1(7), 765-794.
- Martino-McAllister, J. M. Alcole and drug use among james Madison university students. **Office of substance abuse research**. Madison university. (2004).
- McClave Annette K., Dube Shanta R, Strine Tara W, Kroenke Kurt, Caraballo Ralph S and Mokdad Ali H. **Associations between smoking cessation and anxiety and depression among U. S. adults**. Copyright © 2009 Published by Elsevier Ltd. doi: 10. 1016. j. addbeh. 2009. 01. 005.
- Noel, Nora E and Lisman, Stephen A.. Alcohol consumption by college women following exposure to unsolvable problems: Learned

- helplessness or stress induced drinking? **Behaviour Research and Therapy** Volume 18, Issue 5,1980, Pages 429-440.
- pandina, R. J. (2001), **risk and protective factor model in adolescent drug use: putting them to work for prevention**. ([http: .. 165. 112. 18. 61. metsum. coda. risk. html](http://.. 165. 112. 18. 61. metsum. coda. risk. html)).
 - Scholte, RH. J. et al. (2007). Relative risks of adolescent and Young adult alcohol use: **The role of drinking fathers, mothers, siblings, and friend**. **Addictive Behavior**, 33,1-14.
 - Repetti Rena L, Taylor Shelley E and Seeman Teresa E. **Risky families: Family Social Environments and the Mental and Physical health of Offspring**. doi: 10. 1016. 0277-9536(92)90338-Q. Copyright © 1992 Published by Elsevier Science Ltd.
 - Tilson Elizabeth C, McBride Colleen M. Lipkus, Isaac M and Catalano Richard F. Testing the interaction between parent-child relationship factors and parent smoking to predict youth smoking. **Journal of Adolescent Health**. September 1998, Pages 167-180.