

تأثیر جنسیت در تعامل با اعتیاد بر افسردگی و افکار خودکشی، مطالعه ای علّی-مقایسه ای

مانا علیجان زاده کاشی^۱، محمدرضا زربخش بحری^۲

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن، تنکابن، ایران.

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن، تنکابن، ایران.

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر جنسیت در تعامل با اعتیاد بر افسردگی و افکار خودکشی است. این پژوهش از نوع علی-مقایسه ای است. جامعه ای آماری پژوهش را معتادان زن و مرد حاضر در مراکز ترک اعتیاد شهرستان بابل و خانواده هایشان که دارای مشکل اعتیاد نبودند به عنوان جامعه غیر معتاد تشکیل دادند. برای نمونه از جامعه ای معتادان ۳۵ مرد و ۳۵ زن به شیوه ای تصادفی ساده (قرعه کشی) و از جامعه ای غیر معتادان (خانواده ای افراد معتاد)، ۳۵ مرد و ۳۵ زن به شیوه ای در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شده اند. برای گردآوری داده ها از ویرایش دوم پرسشنامه ای افسردگی بک (BDI-II) و پرسشنامه خودکشی بک استفاده گردیده است. اطلاعات جمع آوری شده و با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس دو عاملی، واریانس یک راهه و مقایسه میانگین ها تجزیه و تحلیل شد. نتایج تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد جنسیت در تعامل با اعتیاد بر افسردگی و افکار خودکشی تأثیر دارد. بر اساس اطلاعات بدست آمده افسردگی و افکار خودکشی در زنان بیشتر از مردان است. همچنین میزان افسردگی و افکار خودکشی در معتادان بیشتر از غیر معتادان است. در نتیجه میزان افکار خودکشی و افسردگی در زنان معتاد بیشتر از غیر معتاد است و همچنین گروه معتاد در مقایسه با غیر معتاد از افسردگی و افکار خودکشی بیشتری رنج می برند.

واژه های کلیدی: اعتیاد، افسردگی، افکار خودکشی

مقدمه

اعتیاد را شاید بتوان گریزگاهی دانست که انسان ناکام از کمبودها، تزلزل ها و اختلالات روانی به آن پناه می برد. بر اساس نظر سازمان بهداشت جهانی^۱، سوءمصرف مواد به مصرف مواد شیمیایی خطرناک اشاره دارد و به مرور زمان می تواند با ایجاد وابستگی در افراد شود (لی و کالتابیانو^۲، ۲۰۱۷).

در صورتی که فرد معتاد از ماده مخدری که مصرف می کند دور شود دچار عوارض روحی و جسمی گوناگون همراه با سردرد، ضعف و علائم عصبی - نباتی می شود و در نقاط مختلف بدن احساس درد می کند، یا دلش می خواهد بدون علت به زیر گریه بزند. در مواردی نیز حالت تهوع، اسهال، افسردگی و تحریک پذیری در فرد ظاهر می گردد در این حالت است که فرد معتاد زمین و زمان را به هم می زند تا مواد یا ماده مورد نیاز را به دست آورد. او در این احوال، قادر به انجام هر کاری می شود و حتی ممکن است دست به جنایت هم بزند. واکنش های افسردگی اغلب با بیقراری و دلهره همراه است و در مواردی نیز تمایل به خودکشی و آرزوی مرگ در معتاد فزونی می گیرد. خطاها و اشتباهات بصری - حسی همراه با توهم و تیرگی شعور در فرد آشکار می شود که به زعم برخی از روانپزشکان، این موارد را در درمان معتادان به مواد مخدر حتماً باید مد نظر داشت (کاپلان و سادوک^۳، ۲۰۱۵).

افسردگی شایعترین اختلال روانپزشکی است که در بر دارندهی هزینه های فردی، اجتماعی و اقتصادی قابل توجهی می باشد (گاوین^۴، ۲۰۰۱). در بین اختلال های روان پزشکی، افسردگی با ۵۸ درصد بالاترین میزان خطر اقدام به خودکشی را به خود اختصاص داده است. افسردگی اختلالی است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی اشتها و افکار مرگ و خودکشی مشخص می شود و با تغییر در سطح فعالیت، توانایی های شناختی، تکلم، وضعیت خواب، اشتها و سایر ریتم های بیولوژیک همراه است. (زارع و صیادی، ۱۳۸۸)

خودکشی و اقدام به خودکشی از مهم ترین شاخص های سلامت روانی - اجتماعی افراد در یک جامعه به حساب می آید که معلول فاکتورهای متعددی بوده و مواردی هم چون سن، جنس، وضعیت تأهل، عوامل اقتصادی، بعد خانواده، سوءمصرف مواد، کشمکش و طلاق بین والدین، عدم حمایت اجتماعی، بیکاری، بیماری جسمی و روانی به ویژه افسردگی و افکار خودکشی همگی از عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی می باشند. افکار خودکشی با واکنش های نامتعارف به استرس نظیر مصرف الکل و مواد مخدر، درگیری با والدین، فرار از منزل و بدبینی به آینده، رابطه نزدیکی دارد. افکار خودکشی خود یک عامل خطر برای خودکشی محسوب می شود (گرولگر، توموری و کیگمور^۵، ۲۰۰۲).

بر اساس برآوردهای سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۰ تقریباً ۱/۵۳۰/۰۰۰ نفر بر اثر خودکشی جان خود را از دست می دهند و ده تا بیست برابر این تعداد اقدام به خودکشی می کنند. این آمارها نشانگر آن است که به طور متوسط هر ۲۰ ثانیه یک نفر بر اثر خودکشی فوت می کند و هر ۲-۱ ثانیه یک نفر اقدام به خودکشی می کند (برتولوت^۶ و فلچمن^۷، ۲۰۰۲).

میزان بالای خودکشی و اقدام به آن سبب گردیده تا پژوهشگران عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی را مورد بررسی قرار دهند و به این نتیجه برسند که افسردگی و اعتیاد با خودکشی مرتبط هستند (تراومن^۸، ۲۰۱۴).

امروزه اعتیاد زنان بیش از پیش به عنوان معضلی شناخته شده که افراد و جوامع را با خطرات و آسیب های متعددی مواجه کرده است. این معضل منجر شد که متخصصین بسیاری در رشته های مختلف به کاوش در این حیطه بپردازند تا شاید بتوانند علل این معضل و چاره ای برای حل مشکلات مربوط به آن را پیدا کنند. شواهد حاکی از این است که در اوایل در بسیاری از مطالعاتی که در زمینه مصرف مواد مخدر انجام شده است، مصرف مواد مخدر را به عنوان مشکلی مردانه در نظر

^۱. World Health Organization

^۲. Li & Caltabiano

^۳. Kaplan & Sadock

^۴. Gavin

^۵. Groleger & Tomori & Kocmur

^۶. Bertolote

^۷. Fleischmann

^۸. Trautmann

می گرفتند و به همین دلیل در این مطالعات بیشتر از شرکت کنندگان مرد استفاده می شد. اما شواهد نشان داد که گرایش به مصرف الکل و دیگر مواد مخدر به شدت در بین زنان در حال افزایش است. با این حال میزان اعتیاد در مردان هنوز بیشتر از زنان است (تاچمن^۹، ۲۰۱۰).

تفاوت در نرخ و نوع افسردگی در زنان و مردان، همواره موضوعی چالش برانگیز بوده است. زیرا در زمینه شیوع افسردگی بر اساس جنسیت، تناقضات بسیاری در نتایج تحقیقات دیده می شود، نتیجه ی برخی از پژوهش ها نشان می دهد که افسردگی در زنان بیشتر از مردان است (آنگست^{۱۰}، ۲۰۰۲)؛ در حالی که در دیگر سوی این طیف، برخی پژوهش ها حاکی از افسردگی بیشتر مردان نسبت به زنان هستند (اسلامی، ۱۳۸۱). در این بین اما، برخی نیز تفاوت معناداری بین افسردگی زنان و مردان مشاهده نکرده اند (گرت^{۱۱}، ۲۰۰۲).

از دیگر اختلال های همراه در اعتیاد می توان افکار خودکشی را نام برد. میزان اقدام به خودکشی در میان سوءمصرف کنندگان مواد مخدر رو به افزایش است و وابستگی به مواد مخدر احتمال خودکشی در آینده را افزایش می دهد (اشنایندر، کالوز، بلتنر، وترلینگ، اشناابل و وامیک^{۱۲}، ۲۰۰۹). از عوامل خطر اقدام به خودکشی در سوءمصرف کنندگان مواد مخدر می توان به افسردگی، روابط خانوادگی آشفته، فقدان حمایت اجتماعی، تنهایی، سوء استفاده جنسی و جسمی، مشکلات روانپزشکی قبلی اشاره کرد که افسردگی بیشتر از همه عوامل خطر، مرتبط با خودکشی است (پاگورا، استاین، بولتون، کاکس، گرت و سرین^{۱۳}، ۲۰۱۰).

مطالعات مختلف نشان می دهند که مرگ در اثر خودکشی در نوجوانان پسر بیشتر از نوجوانان دختر است، درحالی که دختران بیشتر افکار خودکشی و اقدام به آن را تجربه می کنند (اسمیچنی، کرایسلر و ویلیرویل^{۱۴}، ۲۰۱۴؛ پارک، کیم، کیم، بی، شین و یو^{۱۵}، ۲۰۱۵).

آن چیزی که در این پژوهش مد نظر است یافتن تاثیر جنسیت در تعامل با اعتیاد بر افسردگی و افکار خودکشی است.

روش

چون در این تحقیق زنان و مردان معتاد در مقایسه با زنان و مردان غیر معتاد (گروه عادی) مورد مطالعه قرار گرفته اند، روش تحقیق از نوع علی-مقایسه ای بود.

در این پژوهش ۱۵۰ نفر از معتادان زن و مرد (۱۰۰ مرد و ۵۰ زن) موجود در مرکز ترک اعتیاد احیاء شهرستان بابل بعنوان جامعه معتاد و از خانواده هایشان که دارای مشکل اعتیاد نبودند به عنوان جامعه غیرمعتاد، جامعه آماری تحقیق را تشکیل دادند.

برای مطالعه از جامعه معتادان، ۳۵ مرد و ۳۵ زن معتاد به شیوه ی تصادفی ساده (قرعه کشی) به عنوان نمونه انتخاب شده اند. برای کنترل عواملی مثل سن، موقعیت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در دو جامعه ی معتادان و غیرمعتادان، جامعه ی غیرمعتادان، خانواده ی افراد معتاد در نظر گرفته شد. بنابراین از جامعه ی غیر معتادان (خانواده ی افراد معتاد)، ۳۵ مرد و ۳۵ زن به شیوه ی در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شده و به پرسشنامه های تحقیق پاسخ دادند.

^۹.Tuchman

^{۱۰}. Angst

^{۱۱}. Grant

^{۱۲}. Schneider & Kolves & Blettner & Wetterling & Schnabel & Wamik

^{۱۳}. Pagura & Stein & Bolton & Cox & Grant & Sareen

^{۱۴}. Smischney & Chrisler & Villarruel

^{۱۵}. Park & Kim & Kim & Bae & Shin & Yoo

ابزار گردآوری اطلاعات

در این پژوهش از پرسشنامه های افسردگی بک و افکار خودکشی بک برای جمع آوری داده ها استفاده شد. پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)^{۱۶}: به منظور سنجش افسردگی در تحقیق حاضر، از مقیاس افسردگی بک ویراست دوم (رجبی، ۱۳۸۰) استفاده شده است. این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که علایم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه گیری می کند. ارزش های کمی هر ماده از ۰ تا ۳ است. افسردگی بک در سه گروه نشانه های عاطفی، شناختی و نشانه های جسمانی طبقه بندی می شوند. کسب رقم بالاتر نمرات، به معنای افسردگی بیشتر است. همچنین نمره ۰-۱۳ دال بر عدم افسردگی، ۱۴-۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰-۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹-۶۳ افسردگی شدید را نشان می دهد (بک، استیر و گاربین^{۱۷}، ۱۹۸۸).

اعتبار و روایی پرسشنامه پرسشنامه افسردگی بک: بک و همکاران با بررسی پژوهش هایی که از این ابزار استفاده کرده بودند، دریافتند که این آزمون از اعتبار مطلوبی برخوردار است. ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده اند (بک، استیر و گاربین، ۱۹۸۸).

پرسشنامه افکار خودکشی بک (BSSI)^{۱۸}: مقیاس افکار خودکشی بک یک ابزار خودسنجی ۱۹ سؤالی است. در این مقیاس هر سؤال دارای سه گزینه است. نمره گذاری پرسشنامه به روش لیکرت بوده و دامنه نمرات هر سؤال صفر تا ۲ می باشد. مجموع نمرات شخص در این مقیاس در دامنه صفر تا ۳۸ قرار دارد. در این مقیاس نمره ۰-۵ وجود افکار خودکشی، نمره ۶-۱۹ آمادگی برای خودکشی و نمره ۲۰-۳۸ قصد اقدام به خودکشی را نشان می دهد (بک و استیر، ۱۹۹۱).

اعتبار و روایی پرسشنامه پرسشنامه افکار خودکشی بک: این مقیاس دارای پایایی بالایی است. با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ و با استفاده از روش آزمون باز آزمون پایایی آزمون ۰/۵۴ بدست آمده، همچنین مقیاس بک با مقیاس افسردگی گلدبرگ ۰/۷۶ همبستگی داشت، همچنین اعتبار مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ می باشد (انیسی، فتحی آشتیانی، سلطانی نژاد و امیری، ۲۰۰۶).

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در بخش آمار توصیفی از نمودار آماری، میانگین و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی از تحلیل واریانس دو راهه و مانوا استفاده شد. چون در این تحقیق تاثیر دو متغیر مستقل با عضویت گروهی که از قبل شکل گرفتند (جنسیت و اعتیاد/عدم اعتیاد) بر متغیرهای وابسته ای که ملاک های پارامتریک را دارند مورد آزمون قرار گرفت، در این نوع تحلیل مهم ترین هدف بررسی تاثیر تعاملی متغیرهای مستقل بر وابسته مد نظر قرار می گیرد.

جهت تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده از نرم افزار کامپیوتری «SPSS ۲۵» استفاده شده است. ضمناً برای کلیه فرضیه ها سطح معنی داری $\alpha = 0.05$ در نظر گرفته شده است.

یافته ها

در این مطالعه در مجموع ۱۴۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند که از این تعداد ۷۰ نفر (۵۰ درصد) زن و ۷۰ نفر (۵۰ درصد) آنها مرد بودند.

^{۱۶} Beck Depression Inventory

^{۱۷} Beck & Steer & Garbin

^{۱۸} Beck Scale for Suicidal Ideation

جدول ۱ تحلیل واریانس دو راهه-تاثیر جنسیت در تعامل با اعتیاد بر افسردگی

منبع تغییرات گروه ها	مجموع مربعات Ss	درجه آزادی Df	میانگین مربعات MS	آماره آزمون F	Sig.
اعتیاد	۵۲۵۸,۳۱۴	۱	۵۲۵۸,۳۱۴	۱۰۵,۹۸۷	۰,۰۰۰
جنسیت	۳۶۶۱,۸۲۹	۱	۳۶۶۱,۸۲۹	۷۳,۸۰۸	۰,۰۰۰
اعتیاد * جنسیت	۱۷۷۱,۴۵۷	۱	۱۷۷۱,۴۵۷	۳۵,۷۰۵	۰,۰۰۰
خطا	۶۷۴۷,۳۷۱	۱۳۶	۴۹,۶۱۳		
کل	۶۵۴۲۸,۰۰۰	۱۴۰			

در مؤلفه‌ی اعتیاد، F محاسبه شده برابر با ۱۰۵/۹۸۷ است که از F بدست آمده از جدول (۳/۹۲) در سطح $\frac{\alpha}{2} = ۰/۰۵$ و با درجات آزادی (۱ و ۱۳۶) بزرگتر است، پس فرض صفر رد می‌شود. با عنایت به معنادار شدن نسبت F با احتمال ۹۵٪ بیان می‌کنیم تاثیر اعتیاد در ابتلا به افسردگی متفاوت است.

در مؤلفه‌ی جنسیت، F محاسبه شده برابر با ۷۳/۸۰۸ است که از F بدست آمده از جدول (۳/۹۲) در سطح $\frac{\alpha}{2} = ۰/۰۵$ و با درجات آزادی (۱ و ۱۳۶) بزرگتر است، پس فرض صفر رد می‌شود. با عنایت به معنادار شدن نسبت F با احتمال ۹۵٪ بیان می‌کنیم که جنسیت تاثیر متفاوتی در ابتلا به افسردگی دارد.

در مؤلفه‌ی کنش متقابل اعتیاد و جنسیت، F محاسبه شده برابر با ۳۵/۷۰۵ است که از F بدست آمده از جدول (۳/۹۲) در سطح $\frac{\alpha}{2} = ۰/۰۵$ و با درجات آزادی (۱ و ۱۳۶) بزرگتر است، پس فرض صفر رد می‌شود. با عنایت به معنادار شدن نسبت F با احتمال ۹۵٪ بیان می‌کنیم اثر تعامل جنسیت و اعتیاد بر ابتلا به افسردگی متفاوت است.

جدول ۲ تحلیل واریانس دو راهه-تاثیر جنسیت در تعامل با اعتیاد بر افکار خودکشی

منبع تغییرات گروه ها	مجموع مربعات Ss	درجه آزادی Df	میانگین مربعات MS	آماره آزمون F	Sig.
جنسیت	۲۶۸,۸۲۹	۱	۲۶۸,۸۲۹	۶۶,۴۰۵	۰,۰۰۰
اعتیاد	۱۷۸,۳۱۴	۱	۱۷۸,۳۱۴	۴۴,۰۴۶	۰,۰۰۰
جنسیت * اعتیاد	۷۱,۴۲۹	۱	۷۱,۴۲۹	۱۷,۶۴۴	۰,۰۰۰
خطا	۵۵۰,۵۷۱	۱۳۶	۴,۰۴۸		
کل	۲۲۱۲,۰۰۰	۱۴۰			

در مؤلفه‌ی جنسیت، F محاسبه شده برابر با ۶۶/۴۰۵ است که از F بدست آمده از جدول (۳/۹۲) در سطح $\frac{\alpha}{2} = ۰/۰۵$ و با درجات آزادی (۱ و ۱۳۶) بزرگتر است، پس فرض صفر رد می‌شود. با عنایت به معنادار شدن نسبت F با احتمال ۹۵٪ بیان می‌کنیم که جنسیت تاثیر متفاوتی بر ایجاد افکار خودکشی دارد.

در مؤلفه‌ی اعتیاد، F محاسبه شده برابر با ۴۴/۰۴۶ است که از F بدست آمده از جدول (۳/۹۲) در سطح $\frac{\alpha}{2} = ۰/۰۵$ و با درجات آزادی (۱ و ۱۳۶) بزرگتر است، پس فرض صفر رد می‌شود. با عنایت به معنادار شدن نسبت F با احتمال ۹۵٪ بیان می‌کنیم که تاثیر اعتیاد بر ایجاد افکار خودکشی متفاوت است.

در مؤلفه‌ی کنش متقابل اعتیاد و جنسیت، F محاسبه شده برابر با ۱۷/۶۴۴ است که از F بدست آمده از جدول (۳/۹۲) در سطح $\alpha = 0.05$ و با درجات آزادی (۱۳۶ و ۱) بزرگتر است، پس فرض صفر رد می‌شود. با عنایت به معنادار شدن نسبت F با احتمال ۹۵٪ بیان می‌کنیم اثر تعامل جنسیت و اعتیاد بر ایجاد افکار خودکشی متفاوت است.

جدول ۳ تعامل اعتیاد و جنسیت بر ایجاد افسردگی و افکار خودکشی

			تعداد جنسیت اعتیاد متغیرهای وابسته	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	۹۵٪ اطمینان	
							حد بالا	حد پایین
افسردگی	دارد	مرد	۳۵	۱۵,۹۷۱	۳,۳۲۱	۱,۱۹۱	۱۳,۶۱۷	۱۸,۳۲۶
		زن	۳۵	۳۳,۳۱۴	۱۱,۰۴۷	۱,۱۹۱	۳۰,۹۶۰	۳۵,۶۶۹
	ندارد	مرد	۳۵	۱۰,۸۲۹	۳,۹۲۹	۱,۱۹۱	۸,۴۷۴	۱۳,۱۸۳
		زن	۳۵	۱۳,۹۴۳	۷,۰۶۷	۱,۱۹۱	۱۱,۵۸۸	۱۶,۲۹۷
افکار خودکشی	دارد	مرد	۳۵	۱,۸۸۶	۱,۵۶۸	۰,۳۴۰	۱,۲۱۳	۲,۵۵۸
		زن	۳۵	۶,۰۸۶	۶,۰۹	۰,۳۴۰	۵,۴۱۳	۶,۷۵۸
	ندارد	مرد	۳۵	۱,۰۵۷	۱,۰۶	۰,۳۴۰	۰,۳۸۵	۱,۷۳۰
		زن	۳۵	۲,۴۰۰	۲,۴۰	۰,۳۴۰	۱,۷۲۷	۳,۰۷۳

بر اساس میانگین‌های بدست آمده، افسردگی در مردان معتاد بیشتر از مردان غیر معتاد است و همچنین افسردگی در زنان معتاد بیشتر از زنان غیر معتاد است، که افسردگی در زنان معتاد بیشتر از مردان معتاد است.

مردان غیر معتاد > زنان غیر معتاد > مردان معتاد > زنان معتاد

در ادامه، بر اساس میانگین‌های بدست آمده، افکار خودکشی در مردان معتاد بیشتر از مردان غیر معتاد است و همچنین افکار خودکشی در زنان معتاد بیشتر از زنان غیر معتاد است، و با مقایسه‌ی میانگین میان معتادان در می‌یابیم که افکار خودکشی در زنان معتاد بیشتر از مردان معتاد است.

مردان غیر معتاد > مردان معتاد > زنان غیر معتاد > زنان معتاد

بحث و نتیجه گیری

بر اساس پژوهش انجام شده دریافتیم که بیشترین میزان افسردگی و افکار خودکشی در زنان معتاد دیده می‌شود و کمترین میزان در مردان غیر معتاد است. شایعترین تشخیص‌های روانپزشکی که معمولاً با سوءمصرف مواد رابطه دارند و به طور توأم وجود دارند عبارت‌اند از: اختلال شخصیت ضداجتماعی، فوبیا و سایر اختلالات اضطرابی، اختلالات افسردگی و اختلال سایکوتیک (ظهیرالدین، سیف‌اللهی و ایرانپور، ۲۰۰۷). براساس مطالعه حسینی و همکاران در زنان مصرف‌کننده مواد اختلال روانپزشکی بیشتر از مردان بوده است. زنان معتاد در مقایسه با دیگر زنان، مسائل و معضلات روانی بیشتری دارند. مشخص شده است که اختلالات افسردگی یا اضطراب، شایعترین بیماری در نزد زنان معتاد به مواد است (حسینی، ضرغامی، موسوی و ناطقی، ۲۰۰۸). یک مطالعه ملی درمان اعتیاد در آمریکا که علائم و نشانه‌های بیماری‌های روانی در مردان و زنان بیمار را مقایسه کرده است، نشان می‌دهد که زنان نسبت به مردان به احتمال بیشتری دچار بیماری‌های افسردگی و اضطراب بوده‌اند (صفری، ۲۰۰۳).

به لحاظ تفاوت‌های جنسیتی، نشانگان افسردگی در مصرف‌کنندگان زن بیشتر از مردان می‌باشد، زیرا از نظر زیست‌شناختی، ترشح گلیکوکورتیکوئید در زنان بیشتر از مردان می‌باشد و افزایش سطوح آن می‌تواند به تغییراتی در

ژن‌ها و پروتئین‌ها بینجامد و سبب افزایش ترشح هورمون استرس و بازگشت نشانگان اضطراب و افسردگی گردد که اغلب در دوره پرهیز مشاهده می‌شود (سمپل، گرنٹ و پترسون^{۱۹}، ۲۰۰۵).

در آمریکا که علائم و نشانه‌های بیماری‌های روانی در مردان و زنان بیمار را مقایسه کرده است، نشان می‌دهد که زنان نسبت به مردان به احتمال بیشتری دچار بیماری‌های افسردگی و اضطراب بوده‌اند. افسردگی همراه با مواد مخدر و الکل می‌تواند به آسیب‌پذیری بیشتر به افکار و رفتارهای خودکشی‌کننده منجر شود (صفری، ۲۰۰۳).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد، وابستگی روانی به موادمخدر در بین زنان بسیار بیشتر از مردان بوده و زنان معتاد با سرعت بیشتری نسبت به مردان فاصله بین مصرف تفریحی و وابستگی به مواد را طی می‌کنند. از سویی دیگر، آسیب‌هایی همچون افسردگی، گرایش به خودکشی و اقدام به آن در میان زنان معتاد بیشتر و شایع‌تر از مردان است. درواقع باید گفت آسیب‌های روانی از جمله افسردگی، اضطراب، داشتن افکار خودکشی و انجام آن که از مشکلات فردی با پیامدهای اجتماعی هستند در میان زنان معتاد بیش از مردان مبتلا به اعتیاد دیده می‌شود (روزنامه شهروند، ۲۰۱۶).

در ادامه نتایج نشان داده‌اند که افسردگی و افکار خودکشی در معتادان بیشتر از غیر معتادان است. وابستگی به الکل در بسیاری از اوقات با اختلالات خلقی همراه است. هم بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی ممکن است واجد ملاک‌های تشخیصی یکی از اختلالات مصرف الکل باشند و هم بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی I. بجز وابستگی به الکل، سایر اختلالات مرتبط با مواد نیز به طور شایعی با اختلالات خلقی همراه است. سوء مصرف مواد در برخی از بیماران ممکن است در تسریع دوره‌های بیماری دخیل باشد و در برخی دیگر، به عکس، ممکن است اقدامی باشد که خود بیمار برای درمان بیماریش انجام می‌دهد. بیماران مانیک به ندرت ممکن است برای تخفیف سرخوشی خود از مواد رخوت‌زا استفاده کنند، اما بیماران افسرده اغلب برای رها شدن از شر افسردگی‌شان به مصرف مواد محرک از قبیل کوکائین و آمفتامین‌ها می‌پردازند. علایم افسردگی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد یا وابستگی به مواد شایع است. حدود یک سوم تا نیمی از کسانی که سوء مصرف مواد افیونی دارند یا به آن وابستگی دارند و حدود ۴۰ درصد کسانی که سوء مصرف یا وابستگی الکل دارند زمانی در طول عمر خود واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی بوده‌اند (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵).

حدود ۱۵ درصد همه بیماران الکلی دست به خودکشی می‌زنند. میزان خودکشی افراد الکلی سالانه حدود ۲۷۰ در ۱۰۰۰۰۰ برآورد می‌شود. در ایالات متحده هر سال بین ۷ تا ۱۳ هزار الکلی خود را می‌کشند. حدود ۸۰ درصد قربانیان خودکشی در وابستگی به الکل مرد هستند که این درصد بازتاب شیوع بیشتر وابستگی به الکل در بین مردها است. افراد الکلی که خودکشی می‌کنند معمولاً سفید پوست، مجرد، تنها و منزوی بوده و اخیراً الکل مصرف کرده‌اند. حدود ۴۰ درصد از این افراد سابقه اقدام به خودکشی دارند. تا حدود ۴۰ درصد همه موارد خودکشی در وابستگی به الکل ظرف یکسال پس از آخرین بستری بیمار روی می‌دهد. الکلی‌های مسن‌تر در دوره پس از ترخیص بیشتر در معرض خطر خودکشی هستند. مطالعات نشان می‌دهند که در بسیاری از افراد الکلی که نهایتاً خود را می‌کشند طی دوران بستری مبتلا به افسردگی تشخیص داده شده و حدود دو سوم آنان و در زمان خودکشی واجد علایم اختلال خلقی بوده‌اند. ۵۰ درصد همه قربانیان خودکشی در وابستگی به الکل ظرف یک سال قبل از خودکشی رابطه عاطفی نزدیکی را از دست داده‌اند. احتمالاً این فقدان‌های بین فردی و سایر حوادث ناخوشایند زندگی بر اثر وابستگی به الکل عارض شده و در بروز علائم اختلال خلقی نقش دارند. این علایم هفته‌ها و ماه‌ها پیش از خودکشی وجود دارند. بزرگترین گروه مردان الکلی آنهایی هستند که اختلال شخصیت ضد اجتماعی دارند. مطالعات نشان می‌دهند که بخصوص در این بیماران احتمال اقدام به خودکشی، سوء مصرف سایر مواد، پرخاشگری تکانشی و رفتارهای جنایی و خودکشی بالا است. مطالعات کشورهای مختلف نشان داده است که خطر خودکشی در بین مبتلایان به سوء مصرف مواد بالاتر است. میزان خودکشی در معتادین به هروئین حدود ۲۰ برابر بیش از میزان خودکشی در جمعیت کلی است. در دختران نوجوانی که به صورت داخل وریدی مواد مصرف می‌کنند نیز خطر خودکشی بالا است. برخی از عوامل که معتادین به مواد را بخصوص هنگام ناراحتی یا افسردگی و یا مسمومیت به مواد مستعد رفتارهای انتحاری می‌کنند

^{۱۹}. Semple & Grant & Patterson

عبارتند از: دسترسی به مقادیر کشنده ای از مواد، مصرف داخل وریدی مواد، همراهی اختلال شخصیت ضداجتماعی، سبک زندگی آشفته و تکانشگری (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵).

همچنین نتایج نشان داده‌اند که افسردگی و افکار خودکشی در زنان بیشتر از مردان است. تقریباً در سراسر جهان و در همه کشورها و فرهنگ‌ها دیده شده که شیوع اختلال افسردگی اساسی در زنان دو برابر مردان است. طبق فرضیه‌های ارائه شده دلایل این تفاوت عبارت است از تفاوت‌های هورمونی، اثرات زایمان، تفاوت فشارهای روانی اجتماعی زنان و مردان، و الگوهای رفتاری مربوط به درماندگی آموخته شده. اختلال دوقطبی I برخلاف اختلال افسردگی اساسی در مردان و زنان شیوع یکسانی دارد. دوره‌های مانیا در مردان شایع‌ترند، و دوره‌های افسردگی در زنان شیوع بیشتری دارند. وقتی دوره‌های مانیا در زنان رخ می‌دهند، احتمال اینکه به صورت مختلط ظاهر کنند (مثلاً مانیا و افسردگی) بیش از مردان است. هم چنین حالت تند چرخه که طبق تعریف عبارت است از بروز حداقل ۴ دوره مانیا در طول یک سال، در زنان شیوع بالاتری دارد (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵).

در ایالات متحده مردان صرف نظر از سن یا نژاد ۴ بار بیشتر از زنها خودکشی می‌کنند با این حال در زنان اقدام به خودکشی یا افکار خودکشی ۳ بار بیشتر از مردها است. هرچند دلیل این تفاوت روشن نیست اما میزان بالاتر خودکشی موفق در مردان با روش‌های خودکشی در آنها ارتباط دارد: اسلحه گرم، حلق آویز کردن یا پریدن از ارتفاع. زنان بیشتر اقدام به مصرف مقادیر زیاد مواد روانگردان یا سموم می‌کنند، اما میزان استفاده از اسلحه گرم در میان آنان رو به افزایش است. در ایالاتی که محدودیت‌های قانونی برای حمل اسلحه وجود دارد، استفاده از سلاح گرم به عنوان روش خودکشی کاهش یافته است. در سطح جهان شایع‌ترین شیوه خودکشی حلق آویز کردن است (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵).

پژوهش انجام شده نشان داده که افسردگی و افکار خودکشی در زنان معتاد بیشتر از مردان معتاد است. به طور کلی افسردگی و افکار خودکشی در زنان بیشتر از مردان است.

منابع

۱. کاپلان، ه، و سادوک، ب. ۱۳۹۵. خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری-روانپزشکی. ترجمه م گنجی، جلد اول، تهران: ساوالان، ۵۲۰ صفحه.
۲. کاپلان، ه، و سادوک، ب. ۱۳۹۵. خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری-روانپزشکی. ترجمه م گنجی، جلد دوم، تهران: ساوالان، ۵۲۸ صفحه.
۳. کاپلان، ه، و سادوک، ب. ۱۳۹۵. خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری-روانپزشکی. ترجمه م گنجی، جلد سوم، تهران: ساوالان، ۷۲۸ صفحه.
۴. اسلامی، علی (۱۳۸۱). میزان افسردگی دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گرگان و رابطه‌ی آن با نحوه گذراندن اوقات فراغت، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، ۴(۹): ۵۹-۵۲.
۵. ظهیرالدین، علیرضا؛ سیف‌الهی، معصومه و ایرانپور، چنگیز (۱۳۸۶). بررسی میزان اختلالات روانی در افراد وابسته به مواد مراجعه‌کننده به دو مرکز درمانی در سطح شهر تهران. پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)، ۳۱(۳)، ۲۷۸-۲۷۳.
۶. حسینی، سیدحمزه؛ ضرغامی، مهران؛ موسوی، سیدابراهیم؛ ناطقی، غلامرضا و مسعودزاده، عباس (۱۳۸۷). بررسی همبودی سوءمصرف مواد با اختلالات روانپزشکی در مراجعین سرپایی به درمانگاه مرکز آموزشی درمانی زارع ساری. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۱۸(۶۷)، ۶۷-۷۴.
۷. صفری، فاطمه (۱۳۸۲). اعتیاد و زنان؛ تفاوت‌های جنسیتی در زمینه سوءمصرف مواد و درمان آن. تهران: دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر.
۸. روزنامه شهروند، کد خبر ۵۴۷۳۹۸۳، تاریخ انتشار: ۹ بهمن ۱۳۹۴.

۱. Li, W., & Caltabiano, N. (۲۰۱۷). Prevalence of substance abuse and socioeconomic differences in substance abuse in an Australian community-dwelling elderly sample. *Health psychology open*, ۴(۱), ۱-۷.
۲. Zare H, Sayadi A. Prevalence of mental disorders and associated factors of suicide in patients referred to hospital emergency departments of Imam Ali Ibn Abi Talib (AS). *J RafsanjanUni Med Sci* ۲۰۰۹;۳:۲۲-۳۸.
۳. Groleger U, Tomori M, Kocmur M. Suicidal ideation in adolescence--an indicator of actual risk? *The Israel journal of psychiatry and related sciences*. ۲۰۰۲;۴۰(۳):۲۰۲-۲۰۸.
۴. Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology*. ۲۰۰۲;۷(۲):۶-۸.
۵. Trautmann S, Schönfeld S, Behrendt S, Höfler M, Zimmermann P, Wittchen H. Substance use and substance use disorders in recently deployed and never deployed soldiers. *Drug Alcohol Depend*. ۲۰۱۴;۱۳۴:۱۲۸-۵۳۱.
۶. Tuchman, E. (۲۰۱۰). Women and Addiction: The Importance of Gender Issues in Substance Abuse Research. *Journal of Addictive Diseases*, ۲۹, ۱۲۷-۱۳۸.
۷. Angst. J. (۲۰۰۲). Gender Differences in Depression, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* ۲۵۲(۵):۲۰۱-۲۰۹.
۸. Grant (۲۰۰۲). Gender Differences in Rates of Depression among Undergraduates: Measurement Matters, *Journal of Adolescence*, ۲۵(۶): ۶۱۳-۶۱۷.
۹. Schneider, B., Kolves, K., Blettner, M., Wetterling, T., Schnabel, A., Wamik, A. (۲۰۰۹). Substance use disorders as risk factors for suicide in an Eastern and a Central European city (Tallinn and Frankfurt/Main). *Psychiatry Research*, ۱۶۵, ۲۶۳-۲۷۲.
۱۰. Pagura, J., Stein, M. B., Bolton, J. M., Cox, B. J., Grant, B., Sareen, J. (۲۰۱۰). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. *Journal of Psychiatric Research*, ۴۴, ۱۱۹۰-۱۱۹۸.
۱۱. Smischney TM, Chrisler A, Villarruel FA. Risk Factors for Adolescent Suicide. ۲۰۱۴.
۱۲. Park S, Kim J-W, Kim B-N, Bae J-H, Shin M-S, Yoo H-J, et al. Clinical characteristics and precipitating factors of adolescent suicide attempters admitted for psychiatric inpatient care in South Korea. *Psychiatry investigation*. ۲۰۱۵; ۱۲(۱): ۲۹-۳۶.
۱۳. Beck, A.T., Steer, R.A. & Garbin, M.G.(۱۹۸۸). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, ۸, ۷۷-۱۰۰.
۱۴. Beck A, Steer R. Manual for the beck scale for suicide ideation.(۱۹۹۱).(۵th ed.). San Antonio:Psychological Publication, P.۲۳۴.
۱۵. Anisi J, Fathiashtiani A, Soltaninezhad A, Amiri M. (۲۰۰۶).Prevalence of suicide ideation and related factors among troops. *Mil Med J*, ۸, ۱۱۳-۸.
۱۶. Semple SJ, Grant I, Patterson TL. Female methamphetamine users: social characteristics and sexual risk behavior. *Wom Heal*. ۲۰۰۵;۴۰(۳):۳۵-۵۰.