

« زن و مطالعات خانواده »

سال هشتم - شماره سی ام - زمستان ۱۳۹۴

ص ص: ۱۰۰-۸۳

تاریخ دریافت: ۹۴/۸/۰۱

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱/۱۶

مقایسه نیمرخ روانی زنان مصرف کننده مواد صنعتی، سنتی و بهنجار در شهر زنجان

رقیه کلانتری^{۱*}

دکتر ذکراه مروتی^۲

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه نیمرخ روانی زنان مصرف کننده مواد صنعتی، سنتی و سالم بر اساس آزمون MMPI بود. طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی معتادان زن شهر زنجان بود که از بین آن‌ها به صورت نمونه در دسترس و داوطلبانه، ۳۰ نفر از زنان مصرف کننده مواد صنعتی و ۳۰ نفر از زنان مصرف کننده مواد سنتی انتخاب شدند. همین تعداد از افراد عادی بدون هیچ گونه سابقه وابستگی به مواد به عنوان گروه مقایسه به صورت تصادفی انتخاب گردیدند. آزمودنی‌ها بر اساس متغیرهای سن، جنس و تحصیلات به صورت همتا انتخاب شده بودند. ابزار پژوهش حاضر شامل پرسشنامه شخصیتی چند محوری مینه سوتا (MMPI) بود. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانووا) نشان داد که بین سه گروه مصرف کننده مواد صنعتی، مواد سنتی و بهنجار در مقیاس‌های هیپوکندری، افسردگی، انحراف اجتماعی، پارانوایا، ضعف روانی، اسکیزوفرنیا و هیپومانیا تفاوت معنی داری وجود دارد. در این بین، تنها مقیاس هیستری بین سه گروه تفاوت معنی دار نشان نداد. نتایج نشان دهنده آن است که مصرف کنندگان مواد سنتی، مصرف کنندگان مواد صنعتی بسته به نوع مصرفشان اختلالات خاصی را نشان می‌دهند، لذا به درمانگران پیشنهاد می‌شود در درمان سوء مصرف مواد، اقدامات درمانی در این زمینه را نیز در نظر بگیرند.

واژه‌های کلیدی: نیمرخ روانی، مواد سنتی، مواد صنعتی، زنان

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران (نویسنده مسؤل)

Email: r.kalantari53@gmail.com

۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران

مقدمه

اعتیاد یک پدیده‌ای است که از زمان‌های دور دامن گیر جوامع بشری بوده و در حال حاضر نیز با گذشت زمان و پیشرفت‌هایی که در جهان حاصل شده است. همچنان یکی از معضله‌های مهم اکثر کشورها محسوب می‌شود. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی هر ماده‌ای که پس از وارد شدن به درون بتواند بر یک یا چند عملکرد مغز تاثیر گذارد، ماده مخدر محسوب می‌شود. به طور کلی می‌توان گفت اعتیاد و مصرف مواد دارای دو جنبه فردی و اجتماعی است. چرا که فرد معتاد علاوه بر جسم روح و روان خود را بیمار می‌کند (رضاخانی مقدم؛ شجاعی زاده؛ لشگرآرا؛ سواد پور و صحبت زاده، ۱۳۹۱) و مشکلات مرتبط با سلامت کوتاه مدت و بلند مدت را سبب می‌شود (چاسین^۱، هوسونگ^۲ و بلتران^۳، ۲۰۰۹؛ فلچر^۴، ۲۰۱۰؛ کان^۵ و همکاران، ۲۰۱۴).

طبق آمارهای سازمان بهداشت جهانی، ۲۳۰ میلیون فرد معتاد در سراسر جهان وجود دارد که حدود ۵ درصد از کل جمعیت جهان را شامل می‌شود. آمار جمعیت معتاد ایران چندان مشخص نیست. صرامی، قربانی و مینویی (۱۳۹۲) با مرور منابع مختلف داخلی، آمار رسمی اعتیاد را حدود ۱۲۰۰۰۰۰ نفر اعلام کردند که در منابع غیر رسمی و از سوی کارشناسان و مسوولان تا رقم ۵ میلیون نفر نیز گزارش شده است. همچنین، شمار معتادان ایرانی در پژوهش مکرری حدود ۱/۸ تا ۳/۳ میلیون نفر بیان گردید. آنچه در این باره مهم است، این که وضعیت حاضر و روند اعتیاد در کشور هشدار دهنده و رو به افزایش می‌باشد (صرامی و همکاران، ۱۳۹۲).

تصور اکثر افراد جامعه این است که سوء مصرف مواد مخدر عمدتاً پدیده‌ای مردانه است اما اعتیاد زنان به دلایل گوناگون از جمله: ابا داشتن زنان جهت مراجعه به مراکز ترک و نوع نگاه جامعه به زن و بخصوص محوریت زنان در خانواده پنهان باقی مانده است. یافته‌های علمی حاکی از این هستند که مصرف مواد در زنان نسبت به مردان خطر سلامتی بیشتری دارد (ابیگیل^۶ و همکاران، ۲۰۱۰). در سال‌های اخیر میزان شیوع مصرف مواد مخدر در هر دو جنس افزایش داشته است، که بر اساس گزارش‌های تحقیقاتی سرعت افزایش آن در زنان به طور معنی داری بیشتر از مردان بوده است. در بیشتر کشورهای جهان برنامه‌های درمان اعتیاد و کاهش آسیب متناسب با نیازهای زنان معتاد یا وجود ندارد و یا بسیار نادر است. بنابراین عدم توجه به نیازها و عوامل مرتبط با جنسیت به افزایش آسیب پذیری زنان معتاد منجر می‌شود (رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۹۰). برای بررسی و شناخت پدیده اعتیاد توجه به

1. Chassin,
2. Hussong
3. Beltran
4. Fletcher
5. Kann
6. Abigail

جنبه‌های فردی و جسمی و ژنتیکی، زمینه‌های روانی و ذهنی و بالاخره مسایل اجتماعی لازم و ضروری است. از این رو، درباره علل و عوامل موثر بر اعتیاد می‌توان به عوامل شخصی، بین فردی، محیطی و اجتماعی اشاره کرد. تلاش در جهت شناسایی عوامل خطر ابتلا به این مشکل در جمعیت‌های مختلف به ویژه در خانواده‌ها بسیار ضروری می‌باشد. (زرگر، ۱۳۸۵). عوامل و زمینه‌های بسیاری در شکل‌گیری اعتیاد وجود دارند که از آن جمله می‌توان به ویژگی‌ها و نیمرخ شخصیتی اشاره کرد. شخصیت عبارت است از مجموعه‌ای سازمان یافته، واحد و متشکل از خصوصیات ثابت و مداومی که یک شخص را از شخص یا اشخاص دیگر متمایز می‌کند. هم‌چنین می‌توان گفت شخصیت عبارت است از الگوی نسبتاً پایدار صفات، گرایش‌ها، یا ویژگی‌هایی که تا اندازه‌ای به رفتار افراد دوام می‌بخشد (فیسست و فیسست، ۲۰۱۳).

نیمرخ شخصیتی از جمله سازه‌های روان‌شناختی است که برای بهزیستی و رفاه اجتماعی افراد که تمام زوایای زندگی از محیط خانه گرفته تا مدرسه، دانشگاه، محیط کار و نظایر آن را در بر می‌گیرد. بر همین مبنا، نیمرخ شخصیتی به افراد کمک می‌کند تا با ایجاد روش‌های صحیح روانشناختی و عاطفی با محیط خود سازگاری ایجاد نموده و برای حل مشکلات از راه‌های مطلوب استفاده نمایند (میلانی‌فر، ۱۳۸۰). خصوصیات روانی - شخصیتی معتادان به مواد مخدر، صرفاً ناشی از این است که، آنان قبل از اعتیاد دارای نارسائی روانی و شخصیتی عدیده‌ای بوده‌اند که بعد از اعتیاد به صورت مخرب‌تری ظاهر و تشدید شده. لذا در تمام نوشته‌های مربوط به اعتیاد از ویژگی‌های شخصیت به عنوان عامل مهمی برای کشانده شدن به سمت اعتیاد تذکر داده شده است. به عبارت دیگر عده کثیری از معتادان افرادی هستند که دارای نارسائی شخصیت بوده‌اند (کاپلان و سادوک^۱، ۲۰۰۷).

تحقیقات حاکی از آن است که نه تنها شیوع اعتیاد در زنان در حال افزایش بوده، بلکه سن اعتیاد در آنان رو به کاهش است. استفاده از مواد مخدر در میان زنان پیامد‌ها و عواقب جدی در بر دارد که برخی از پیامدها عبارتند از مطرود گردیدن، ایجاد نسل معتاد، کاهش ارتباط با افراد عادی و افزایش ارتباط با جمعیت موادی‌ها. اکثر زنان معتاد به علت ترس از آبرو و خوردن برچسب اعتیاد خود را از دیگران پنهان می‌کنند و یا به علت بودن در شهرهای کوچک که در آنجا مرکز ترک اعتیاد مخصوص بانوان وجود ندارد در نتیجه به مراکز درمانی آقایان نیز مراجعه نمی‌کنند و این باعث می‌شود از آمار واقعی این زنان معتاد بی‌اطلاع باشیم که خود موجب وارد شدن زبان‌های جبران‌ناپذیر فردی و اجتماعی خواهد بود. چه بسا که در این مدت افراد دیگری را نیز مبتلا به اعتیاد کنند و دچار و یا ناقل بیماری‌های عفونی مثل ایدز و هیپاتیت شوند. از آنجایی که زنان وظیفه مادری و تربیت نسل آینده را به عهده دارند و وجود مادر معتاد در خانواده می‌تواند آسیب جدی را به همسر و فرزندان و در نتیجه به جامعه وارد کند. بنابراین لازم است

اعتیاد زنان را به عنوان معضلی حاد بپذیریم و از سوی برنامه ریزان امری در جهت پیشگیری و درمان اقدامات لازم صورت پذیرد (خادمیان و قناعتیان، ۱۳۸۷).

پژوهش مبینی، مفید تهرانی و بهره دار^۱ (۲۰۱۵) در زمینه ویژگی‌های شخصیت و سبک دلبستگی در گرایش به اعتیاد حاکی از این مطلب بود که، در افرادی که گرایش به اعتیاد دارند بیشتر سبک دلبستگی نایمن مشاهده می‌شود و همچنین بیشترین ویژگی شخصیتی در این افراد ویژگی روان رنجور خوبی می‌باشد. در آخر نتایج نشان داد که سبک دلبستگی ایمن و ویژگی‌های شخصیتی مثبت همچون برونگرایی و باز بودن نسبت به تجربه، گرایش به اعتیاد را کاهش می‌دهد. پژوهش بال^۲ (۲۰۰۵) نشان داد که، بین ویژگی‌های شخصیتی، اختلالات روانی و مصرف مواد مخدر همبستگی بالایی وجود دارد. نتایج همچنین نشان داد اختلال در ویژگی‌های شخصیت، پیش زمینه ابتلا به مواد مخدر می‌باشد. همچنین عرفانی و پورسینا (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان مقایسه نیمرخ شخصیتی معتادان گمنام و غیرگمنام زندانی مرد انجام دادند. نتایج پژوهش برخوردار از این مطلب بود که، بین نیمرخ ویژگی‌های شخصیتی معتادان گمنام و غیر گمنام زندانی مرد تفاوت معناداری وجود داشت. به گونه‌ای که میانگین نمره ویژگی شخصیتی روان نژندی معتادان گمنام از غیر گمنام کمتر بود، اما میانگین نمره ویژگی شخصیتی برون‌گرایی معتادان گمنام از غیر گمنام بیشتر بود. نتایج پژوهش پارسانیا و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد که، ۷۵/۲ درصد از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی، ۵۶/۴ درصد اسکیزوفرنی، ۷۰/۳ درصد از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید، ۵۴/۵ درصد هیپومانیا بودند. بین جنسیت، وضعیت شغلی، مصرف همزمان از چند نوع ماده مخدر و مدت استفاده از مواد با اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، پارانوئید و اسکیزوفرنی ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. از سوی دیگر صابری، استوار و خادمی شاهکلایی (۱۳۹۰) نیز در پژوهشی با عنوان مقایسه سبک‌های اسنادی و ویژگی‌های شخصیتی مردان معتاد و غیر معتاد انجام دادند. تحلیل نتایج نشان داد که، افراد معتاد به طور معناداری در تمام ابعاد، دارای سبک‌های اسنادی بدبینانه‌تری نسبت به گروه غیرمعتاد بوده و هم چنین برون‌گراتر از افراد غیرمعتاد هستند. این افراد معاشرتی‌تر و اهل خطر پذیری‌اند و دست به کارهای پر خطر می‌زنند. پژوهش آجیل‌چی، نادری و قائمی (۱۳۸۹) نیز در زمینه ویژگی‌های شخصیت زن معتاد حاکی از این مطلب مهم بود که، ویژگی‌های شخصیتی نظیر پرخاشگری، ناسازگاری، ضد اجتماعی بودن، جامعه ستیزی، فقدان مسئولیت‌پذیری و بی‌توجهی به آداب و رسوم اجتماعی همه این عوامل باعث ابتلا به مواد مخدر و عدم برقراری نظم و انضباط در جامعه می‌گردد. در این راستا شناسایی ویژگی‌های شخصیت گرایش به اعتیاد در زنان نه تنها در تشخیص و درمان بلکه به پیشگیری و حفظ خانواده کمک می‌کند.

1. Mobini Mofidi Tehrani & Bahredar

2. Ball

رشد شتابان تغییر الگوی مصرف مواد مخدر از سنتی (تریاک، هرویین و حشیش) به مواد مخدر صنعتی و شیمیایی موجب افزایش استفاده همه اقشار به ویژه زنان، از این مواد (قرص‌های روانگردان کراک، کریستال، شیشه، اکستازی و ...) شده‌اند. مطالعات نشان می‌دهد مصرف کراک و شیشه، جایگزین مصرف تریاک و هرویین شده است. با توجه به پیشروی سن مصرف در بین جوانان، الگوی مصرف نیز در بین آنان تغییر کرده است و ضمن کاهش روش مصرف تدخین، گرایش به مواد مخدر صنعتی بیشتر شده است. متأسفانه در شرایط فعلی جامعه ما، زنان نیز به نسبتی کم و بیش مشابه مردان به مصرف مواد روی آورده و دچار بیماری اعتیاد می‌شوند و متأسفانه آسیب‌ها و خطرات جدی‌تری نسبت به مردان آنان را تهدید می‌نماید. بررسی‌ها نشان می‌دهد که زنان دیرتر تمایل به شروع مصرف مواد مخدر پیدا می‌کنند. ولی در مصرف و خصوصاً وابستگی به آن، اعتیاد بیشتری دارند. الکل و ماری‌جوآنا را یک تا دو سال پس از مردان، اما کوکائین را یک سال زودتر مصرف می‌کنند. در حاشیه ماندن از اجتماع نیز به عنوان یک عامل خطر در افزایش آسیب‌پذیری بیشتر زنان نسبت به مردان در وابستگی به مواد شناخته شده است. همچنین بعضی از زنان در شرایط ناامیدی و ناراحتی جهت تسکین به مصرف مواد اعتیاد آور روی می‌آورند که این امر به مرور زمان منجر به وابستگی آنان به مصرف مواد می‌شود (نوری و همکاران، ۱۳۸۷).

از این رو، در تحقیق حاضر به بررسی نیمرخ شخصیتی زنان مصرف کننده مواد صنعتی و سنتی زنجان پرداخته شده است. سؤال اصلی بدین ترتیب تدوین شده که نیمرخ شخصیتی زنان مصرف کننده مواد صنعتی و سنتی چگونه است؟

فرضیه پژوهش: بین نیمرخ شخصیتی زنان مصرف کننده مواد صنعتی، مواد سنتی و بهنجار تفاوت وجود دارد.

طرح پژوهش: در پژوهش حاضر، روش اجرای پژوهش طرحی مورد شاهدهی و از نوع پس رویدادی^۱ بود. در تحقیق علی - مقایسه ای هدف این است که از معلول (متغیر وابسته) به علت احتمالی (متغیر مستقل) برسیم و بدین لحاظ این تحقیق گذشته نگر می باشد. این طرح تحقیق زمانی مورد استفاده قرار می گیرد که تغییر مستقل به دلیل خصیصه ای بودن یا غیر اخلاقی و غیر انسانی بودن غیر قابل دستکاری است و محقق می خواهد با مطالعه متغیر وابسته (معلول) به متغیرهای مستقل تاثیر گذار (علت) دست یابد. در این پژوهش نیز با توجه به اینکه اعتیاد زنان مصرف کننده قبلاً رخ داده، پس متغیر است که در آن دخل و تصرفی از سوی پژوهشگر صورت نگرفته است، بنابراین پژوهشگر درصدد به مقایسه نیمرخ روانی زنان مصرف کننده مواد سنتی و صنعتی بپردازد.

جامعه، نمونه آماری و روش نمونه گیری

جامعه پژوهش حاضر عبارت است از زنان مصرف کننده مواد سنتی و صنعتی در شهر زنجان می‌باشد. در این پژوهش نمونه عبارت بود از ۳۰ نفر از زنان مصرف کننده مواد سنتی و ۳۰ زن مصرف کننده مواد صنعتی در شهر زنجان که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و وارد پژوهش شدند. همچنین تعداد ۳۰ نفر زن بهنجار (غیر معتاد) بر اساس شباهت ویژگی‌های جمعیت شناختی به دو گروه انتخاب گردیدند.

ابزار و روش

پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا (ام ام پی آی) در دهه ۴۰ میلادی توسط دو تن از پژوهشگران دانشگاه مینه سوتای آمریکا به نام‌های دکتر استارک هات وی و دکتر مک کینلی ارائه شد. کلمه «مینه سوتا» به این دلیل در نام آزمون آمده است که گروهی از روان‌شناسان دانشگاه مینه‌سوتا آن را ابداع کرده‌اند. کلمه چند وجهی از آن رو آمده است که این آزمون مراحل، یا جنبه‌های مختلف شخصیت را اندازه‌گیری می‌کند. شخصیت سنج چند وجهی مینه‌سوتا (MMPI)^۱ آزمون نوشتاری شخصیت شامل ۵۵۰ پرسش است. MMPI در تاریخچه آزمون‌های روانشناسی آزمون مهم تلقی می‌شود. این آزمون یکی از اولین آزمون‌هایی بود که از طریق مقایسه نمره‌های مقیاس‌های بالینی با تشخیص روان‌پزشکان اعتبار آن تأیید شد. نام طولانی شخصیت سنج چند وجهی مینه‌سوتا غالباً برای مردم عجیب است (فتحی، ۱۳۸۵).

فرم اولیه دارای ۵۶۵ سؤال بله یا خیر بوده و در همه افرادی که بالای ۱۶ سال بوده و یا حداقل کلاس ۸ را گذرانده‌اند قابل اجراست. آزمودنی‌ها باید از بین سه پاسخ درست، غلط یا نمی‌توانم پاسخ دهم، یکی را انتخاب کنند. وقتی که به آزمون نمره داده شد، نیمرخ شخصیت بر اساس ده مقیاس بالینی به دست می‌آید که هر کدام جنبه‌ای از سلامت روانی را اندازه‌گیری می‌کنند. این آزمون را می‌توان به صورت گروهی نیز انجام داد نتایج حاصل از پرسشنامه پس از محاسبه، بر روی یک نمودار نشان داده می‌شود. این نمودار شامل تعدادی مقیاس بالینی (کلینیکال) و چند مقیاس روایی (اعتبار سنجی) می‌باشد. شایان ذکر است که پس از موفقیت فرم نخستین آزمون، نسخه‌های ارتقاء یافته‌ای از آن در سال‌های اخیر ارائه شده است (مارنات، ۱۳۸۲). اخوت براهنی و شاملو (۱۳۷۰) ضریب روایی آزمون را ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند (به نقل از کاظمی، ۱۳۸۳). مطالعات انجام شده در ایران حکایت از روایی فرم کوتاه MMPI در تشخیص حالت‌های روانی دارد. در پژوهش حاضر فرم کوتاه این آزمون مورد استفاده قرار گرفت. ضرایب پایایی مقیاس‌های این پرسشنامه از ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ متغیر بود.

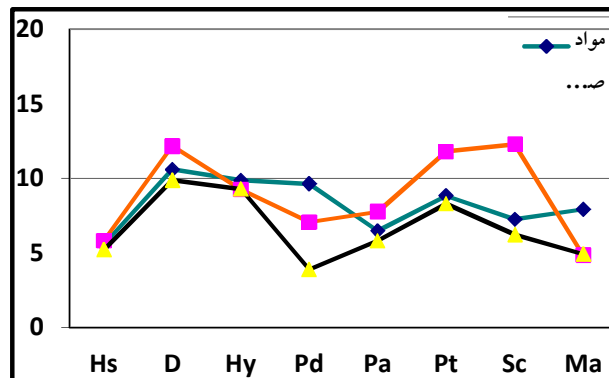
1. Minnesota Multiphasic Personality Inventory

یافته‌ها

جدول شماره ۱، داده‌های توصیفی مربوط به مقیاس‌های MMPI را در سه گروه نمونه نشان می‌دهد. چنان که مشاهده می‌گردد میانگین مقیاس‌های شخصیتی در گروه‌ها متفاوت است. نتایج همچنین در نمودار نشان داده شده است.

جدول شماره ۱: داده‌های توصیفی مربوط به مقیاس‌های MMPI

عامل	گروه	میانگین	انحراف معیار	دامنه تغییرات	پایین ترین	بالا ترین
HS	مواد صنعتی	۵/۵۶	۱/۶۱	۷	۱	۸
	مواد سنتی	۵/۸۳	۱/۹۶	۷	۳	۱۰
	بهنجار	۵/۲۲	۱/۸۶	۶	۴	۱۰
D	مواد صنعتی	۱۰/۶۰	۲/۸۸	۱۴	۱	۱۵
	مواد سنتی	۱۲/۱۶	۱/۶۴	۶	۹	۱۵
	بهنجار	۹/۹۰	۱/۸۴	۷	۵	۱۲
HY	مواد صنعتی	۹/۸۶	۲/۸۳	۱۴	۱	۱۵
	مواد سنتی	۹/۲۶	۲/۷۶	۱۱	۴	۱۵
	بهنجار	۹/۳۰	۱/۸۹	۹	۴	۱۳
PD	مواد صنعتی	۹/۶۳	۲/۷۲	۱۳	۱	۱۴
	مواد سنتی	۷/۰۶	۳/۳۶	۱۰	۲	۱۲
	بهنجار	۳/۹۰	۱/۴۷	۵	۲	۷
PA	مواد صنعتی	۶/۵۰	۱/۷۰	۸	۳	۱۱
	مواد سنتی	۷/۷۶	۱/۹۹	۹	۳	۱۲
	بهنجار	۵/۸۳	۱/۱۷	۷	۳	۱۰
PT	مواد صنعتی	۸/۸۳	۳/۱۰	۱۴	۱	۱۴
	مواد سنتی	۱۱/۸۰	۳/۲۷	۱۵	۱	۱۶
	بهنجار	۸/۳۰	۲/۲۶	۶	۵	۱۱
SC	مواد صنعتی	۷/۲۶	۲/۵۸	۱۲	۱	۱۳
	مواد سنتی	۱۲/۳۰	۳/۰۲	۱۶	۱	۱۷
	بهنجار	۶/۲۳	۱/۶۶	۸	۲	۱۰
MA	مواد صنعتی	۸/۸۳	۲/۲۲	۷	۴	۱۱
	مواد سنتی	۱۱/۸۰	۲/۱۴	۸	۱	۹
	بهنجار	۸/۳۰	۱/۶۲	۴	۳	۷



در

نمودار شماره ۱: نیمرخ روانی برای مقیاس‌های MMPI در سه گروه مواد صنعتی، مواد سنتی و بهنجار

تحلیل استنباطی

در این پژوهش یک فرضیه مطرح بود که بیان می‌کرد نیمرخ روانی MMPI در سه گروه مواد صنعتی، مواد سنتی و بهنجار متفاوت است.

جهت بررسی تفاوت نیمرخ روانی مصرف‌کنندگان مواد صنعتی، مواد سنتی و افراد بهنجار از تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) استفاده شد. نتایج در جدول ۲، درج شده است.

جدول شماره ۲: آزمون‌های چندمتغیره برای تفاوت در مقیاس‌های MMPI در سه گروه تحقیق

آزمون	ارزش F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	معنی داری
اثر پیلایی	۰/۷۴	۱۴/۹۷	۱۶	۰/۰۰۱
آزمون لامبدا ویلکز	۰/۲۵	۱۵/۴۰	۱۶	۰/۰۰۱
تی هتلینگ	۳/۲۰	۱۵/۸۳	۱۶	۰/۰۰۱
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۱۷	۲۲/۰۰	۸	۰/۰۰۱

مندرجات جدول ۲، نشان می‌دهد که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) روی متغیرهای وابسته انجام شد. جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) را برای مقایسه متغیرهای وابسته نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) برای مقیاس های MMPI در سه گروه تحقیق

منبع تغییر	متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معنی داری
گروه	هیپوکندری	۴۶/۰۶	۲	۲۳/۰۳	۶/۹۵	۰/۰۰۲
	افسردگی	۸۰/۸۲	۲	۴۰/۴۱	۸/۴۱	۰/۰۰۱
	هیستری	۶/۸۲	۲	۳/۴۱	۰/۵۳	۰/۵۹
	انحراف اجتماعی روانی	۴۹۴/۸۶	۲	۲۴۷/۴۳	۳۵/۵۵	۰/۰۰۱
	پارانویا	۵۷/۸۶	۲	۲۸/۹۳	۷/۱۳	۰/۰۰۱
	ضعف روانی	۱۳۲/۰۲	۲	۶۶/۰۱	۱۰/۶۵	۰/۰۰۱
	اسکیزوفرنیا	۶۳۲/۰۶	۲	۳۱۶/۰۳	۳۷/۱۷	۰/۰۰۱
	هیپومانی	۱۸۴/۰۸	۲	۹۲/۰۴	۳۳/۴۷	۰/۰۰۱

مندرجات جدول ۳ که در آن آزمون های مربوط به تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) آورده شده است؛ نشان می دهد که سه گروه نمونه (مصرف کنندگان مواد سنتی، مصرف کنندگان مواد صنعتی و بهنجار) در همه مقیاس های MMPI به غیر از هیستری با هم متفاوت هستند. بنابراین با تایید فرضیه تحقیق می توان گفت نیمرخ روانی MMPI در سه گروه مواد صنعتی، مواد سنتی و بهنجار متفاوت است.

با توجه به معنی داری تفاوت ها در اغلب متغیرها برای مشخص کردن دقیق تفاوت ها در بین سه گروه آزمون تعقیبی توکی محاسبه شد.

مقیاس هیپوکندری

نتایج جدول ۳ نشان می دهد که در مقیاس هیپوکندری F مشاهده شده (۶/۹۵) در سطح (۰/۰۰۲) معنی دار می باشد. بنابر این می توان گفت که بین سه گروه نمونه (مصرف کنندگان مواد سنتی، مصرف کنندگان مواد صنعتی و بهنجار) در مقیاس هیپوکندری تفاوت وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی نشان می دهد که در مقیاس هیپوکندری تفاوت دو گروه مصرف کنندگان مواد سنتی و مصرف کنندگان مواد صنعتی با گروه بهنجار معنی دار می باشد. این تفاوت در بین گروه مواد صنعتی با گروه مواد سنتی معنی دار نمی باشد. نتایج نشان می دهد که نمره هیپوکندری در دو گروه مصرف کننده بالاست. به عبارت بهتر مصرف کنندگان مواد صنعتی و سنتی بیشتر احساس خود بیمار انگاری دارند.

مقیاس افسردگی

نتایج جدول شماره ۳ نشان می دهد که در مقیاس افسردگی F مشاهده شده (۸/۴۱) در سطح (۰/۰۰۱) معنی دار می باشد. بنابر این می توان گفت که بین سه گروه نمونه (مصرف کنندگان مواد سنتی،

مصرف کنندگان مواد صنعتی و بهنجار) در مقیاس افسردگی تفاوت وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی نشان می‌دهد که در مقیاس افسردگی تفاوت گروه بهنجار با گروه مواد صنعتی معنی دار نمی‌باشد. این تفاوت در بین گروه مواد صنعتی با گروه مواد سنتی و گروه بهنجار با مواد سنتی معنی دار می‌باشد. به عبارت دیگر گروه مصرف کننده مواد سنتی میزان افسردگی بیشتری را نسبت به گروه بهنجار و گروه مصرف کننده مواد صنعتی نشان می‌دهند. گروه سنتی نیز در مقایسه با گروه بهنجار افسردگی بالایی نشان می‌دهند.

هیستری

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که در مقیاس هیستری F مشاهده شده (۰/۵۳) در سطح (۰/۰۰۱) معنی دار نمی‌باشد. بنابر این می‌توان گفت که بین سه گروه نمونه (مصرف کنندگان مواد سنتی، مصرف کنندگان مواد صنعتی و بهنجار) در مقیاس هیستری تفاوت وجود ندارد.

انحراف اجتماعی

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که در مقیاس انحراف اجتماعی F مشاهده شده (۳۵/۵۵) در سطح کوچکتر از (۰/۰۰۱) معنی دار می‌باشد. بنابر این می‌توان گفت که بین سه گروه نمونه (مصرف کنندگان مواد سنتی، مصرف کنندگان مواد صنعتی و بهنجار) در مقیاس انحراف اجتماعی تفاوت وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی نشان می‌دهد که در مقیاس انحراف اجتماعی تفاوت هر سه گروه باهم معنی دار می‌باشد. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که در بین سه گروه بالاترین میزان انحراف اجتماعی را مصرف کنندگان مواد صنعتی دارند. پایین‌ترین میزان در گروه‌های بهنجار است.

پارانویا

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که در مقیاس پارانویا F مشاهده شده (۷/۱۳) در سطح (۰/۰۰۱) معنی دار می‌باشد. بنابر این می‌توان گفت که بین سه گروه نمونه (مصرف کنندگان مواد سنتی، مصرف کنندگان مواد صنعتی و بهنجار) در مقیاس پارانویا تفاوت وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی نشان می‌دهد که در مقیاس پارانویا تفاوت گروه بهنجار با گروه مواد سنتی و گروه مواد صنعتی با گروه مواد سنتی معنی دار می‌باشد. این تفاوت در بین گروه بهنجار و مواد صنعتی معنی دار نمی‌باشد. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که در بین سه گروه بالاترین میزان علایم پارانویا را مصرف کنندگان مواد سنتی دارند. پایین‌ترین میزان در گروه‌های بهنجار است.

ضعف روانی

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که در مقیاس ضعف روانی F مشاهده شده (۱۰/۶۵) در سطح (۰/۰۰۱) معنی دار می‌باشد. بنابر این می‌توان گفت که بین سه گروه نمونه (مصرف کنندگان مواد سنتی،

مصرف کنندگان مواد صنعتی و بهنجار) در مقیاس ضعف روانی تفاوت وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی نشان می‌دهد که در مقیاس ضعف روانی تفاوت گروه بهنجار و گروه مواد سنتی با گروه مواد صنعتی معنی دار می‌باشد. این تفاوت در بین گروه مواد صنعتی و گروه بهنجار معنی دار نمی‌باشد. به عبارت دیگر گروه مصرف کننده مواد سنتی میزان ضعف روانی بیشتری را نسبت به گروه بهنجار و گروه مصرف کننده مواد صنعتی نشان می‌دهند.

اسکیزوفرنیا

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که در مقیاس اسکیزوفرنیا F مشاهده شده (۳۷/۱۷) در سطح (۰/۰۰۱) معنی دار می‌باشد. بنابر این می‌توان گفت که بین سه گروه نمونه (مصرف کنندگان مواد سنتی، مصرف کنندگان مواد صنعتی و بهنجار) در مقیاس اسکیزوفرنیا تفاوت وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی نشان می‌دهد که در مقیاس اسکیزوفرنیا تفاوت گروه بهنجار با گروه مواد صنعتی و گروه مواد سنتی معنی دار می‌باشد. این تفاوت در بین گروه بهنجار و مواد سنتی معنی دار نمی‌باشد. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که علایم اسکیزوفرنی در گروه مصرف کننده مواد صنعتی معنی دار است.

هیپومانی

نتایج جدول ۳، نشان می‌دهد که در مقیاس هیپومانی F مشاهده شده (۳۳/۴۷) در سطح (۰/۰۰۱) معنی دار می‌باشد. بنابر این می‌توان گفت که بین سه گروه نمونه (مصرف کنندگان مواد سنتی، مصرف کنندگان مواد صنعتی و بهنجار) در مقیاس هیپومانی تفاوت وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی نشان می‌دهد که در مقیاس هیپومانی تفاوت گروه بهنجار با گروه مواد صنعتی و گروه مواد سنتی معنی دار می‌باشد. این تفاوت در بین گروه بهنجار و مواد سنتی معنی دار نمی‌باشد. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که در بین سه گروه بالاترین میزان علایم هیپومانی را مصرف کنندگان مواد صنعتی دارند. پایین‌ترین میزان در گروه‌های بهنجار است.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش یک فرضیه مطرح بود که بیان می‌کرد نیمرخ روانی MMPI در سه گروه مواد صنعتی، مواد سنتی و بهنجار متفاوت است. نتایج بدست آمده از تحقیق فرضیه را مورد تایید قرار داد. اعتیاد ناهنجاری روانی - اجتماعی است که از مصرف غیر طبیعی مواد مخدر صنعتی و سنتی ناشی شده و باعث اختلال روانی و فیزیولوژی فرد مبتلا به مواد مذکور می‌شود. این اختلال در عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی فرد معتاد اثر ناپسندی بر جای گذاشته و در موارد شدید حتی زندگی فردی و اجتماعی وی را به طور جدی تهدید می‌کند. بنابراین سوء مصرف مواد یکی از مهمترین مشکلات عصر

حاضر است که گستره‌ای جهانی پیدا کرده است. مصیبتی که میلیون‌ها زندگی را ویران و سرمایه‌های کلان ملی را صرف مبارزه و یا جبران صدمات ناشی از آن می‌کند. هر روز بر شمار قربانیان مصرف مواد افزوده می‌شود و عوارض آن شامل اختلالات جسمی، روانی، خانوادگی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی است که سلامت بشر را مورد تهدید قرار می‌دهد.

تصور اکثر افراد جامعه در مورد اعتیاد این است که مواد مخدر و سوء مصرف آن، عمدتاً پدیده‌های مردانه است و زنان بسیار کمتر از مردان به اعتیاد روی می‌آورند به خصوص در ایران که حتی سیگار کشیدن زنان و دختران، تعجب مردم را بر می‌انگیزد. بر پایه گزارش اداره مواد و جرایم سازمان ملل نسبت زنان در جمعیت مصرف‌کننده مواد از ۱۰٪ در کشورهای آسیایی تا ۴۰٪ در کشورهای اروپایی تخمین زده شده است؛ بنابراین با در نظر گرفتن ۱۶ تا ۳۸ میلیون مصرف‌کننده مواد در جهان، تعداد زنان مصرف‌کننده مواد قابل توجه است (اداره مواد و جرایم سازمان ملل، ۲۰۱۰). در تنها بررسی کشوری همه‌گیرشناسی مصرف مواد و اختلال‌های ناشی از آن در جمعیت عمومی که به صورت مصاحبه رودرو در اورژانس‌های کشور انجام شد، مصرف تریاک و مشتقات آن (مواد شبه افیونی) در ۲٪ زنان و وابستگی به این مواد در ۰/۵٪ آنان تایید شد.

در مقیاس هیپوکندری نتایج نشان می‌دهد که بین سه گروه نمونه (مصرف‌کنندگان مواد سنتی، مصرف‌کنندگان مواد صنعتی و بهنجار) تفاوت وجود دارد. در این مقیاس نتایج نشان می‌دهد که تفاوت دو گروه مصرف‌کنندگان مواد سنتی و مصرف‌کنندگان مواد صنعتی با گروه بهنجار معنی‌دار می‌باشد. این تفاوت در بین گروه مواد صنعتی با گروه مواد سنتی معنی‌دار نمی‌باشد. نتایج نشان می‌دهد که نمره هیپوکندری در دو گروه مصرف‌کننده بالاست. به عبارت بهتر مصرف‌کنندگان مواد صنعتی و سنتی بیشتر احساس خودبیمارانگاری دارند.

خودبیمارانگاری یا هیپوکندریا ترس بیمارگون یا اعتقاد به داشتن یک بیماری جدی با وجود اینکه بیماری وجود ندارد تعریف می‌شود. در این اختلال هرکدام از اعضاء بدن ممکن است درگیر شوند. از همه شایع‌تر درگیری سیستم‌های گوارشی و قلبی عروقی است. بیمار اعتقاد دارد که بیماری یا اختلال کارکرد جسمی وجود دارد. معاینه بالینی یا جواب منفی آزمایش‌ها، تنها به مدت کوتاه موجب اطمینان‌بخشی بیمار می‌گردد. ولی بعد علایم برمی‌گردد. هیپوکندریا یعنی نگرانی مفرط درباره سلامتی، مانند هر تشخیص بالینی دیگر جدی است. برای تشخیص تنها رفع ظن بیماری جسمی کافی نیست بلکه وجود یک اضطراب اغراق‌آمیز هم باید در فرد تشخیص داده شود. سو مصرف مواد باعث ایجاد تغییراتی در وضعیت علایم حیاتی بدن مانند تغییر در ضربان قلب و فشار خون، تغییر در اشتها و خواب می‌تواند در فرد منجر به ترس از ابتلا به بیماری‌های مختلف در افراد شود.

در مقیاس افسردگی نتایج نشان می‌دهد که بین سه گروه نمونه (مصرف‌کنندگان مواد سنتی، مصرف‌کنندگان مواد صنعتی و بهنجار) در مقیاس افسردگی تفاوت وجود دارد. نتایج نشان می‌دهد که در

مقیاس افسردگی تفاوت گروه بهنجار با گروه مواد صنعتی معنی دار نمی باشد. این تفاوت در بین گروه مواد صنعتی با گروه مواد سنتی و گروه بهنجار با مواد سنتی معنی دار می باشد. به عبارت دیگر گروه مصرف کننده مواد سنتی میزان افسردگی بیشتری را نسبت به گروه بهنجار و گروه مصرف کننده مواد صنعتی نشان می دهند. گروه سنتی نیز در مقایسه با گروه بهنجار افسردگی بالایی نشان می دهند.

نتایج بسیاری از تحقیقات نشان داده است که رابطه بین افسردگی هم می تواند به صورت علی و معلولی مطرح شود و هم به صورت عوامل هم آیندی که ناشی از عامل دیگری هستند به عنوان مثال نتایج تحقیقات گرین، فورهند و بک نشان می دهد که افراد با ابراز وجود کمتر، تمایل به افسردگی و اعتیاد بیشتری دارند. همچنین در تحقیق شفیع آبادی و همکاران در زمینه رابطه ابراز وجود و آمادگی به اعتیاد در دانشجویان دختر، نتایج بدست آمده نشان می دهد که افرادی که قدرت ابراز وجود بیشتری دارند، کمتر در معرض اعتیاد قرار دارند. نشانه های اعتیاد و افسردگی ممکن است بسیار شبیه هم باشند. هنگامی که افسردگی به طور مستقیم به سوء مصرف الکل یا دارو ارتباط داشته باشد و به طور مستقل وجود نداشته باشد، «تشخیص دوگانه» در نظر گرفته نمی شود بلکه به عنوان پیامد اعتیاد محسوب می گردد. برای مثال، چند مشکل روانی مستقیماً به کوکائین ارتباط دارند. سوء مصرف کوکائین می تواند به توهم، اضطراب، مشکل خواب، مشکل در روابط جنسی و یک نوع اختلال در خلق و خو که شامل افسردگی است منجر گردد. اما پس از آن که فرد مصرف کوکائین را قطع کند، مشکلات روانی عموماً بهتر می شوند. آفتامین ها و داروهای تنفسی، همگی دارای اثرات مشابهی با کوکائین هستند.

نتایج نشان داد که در مقیاس هیستری بین سه گروه نمونه (مصرف کنندگان مواد سنتی، مصرف کنندگان مواد صنعتی و بهنجار) تفاوت وجود ندارد. همچنین نتایج نشان می دهد که در مقیاس انحراف اجتماعی بین سه گروه نمونه (مصرف کنندگان مواد سنتی، مصرف کنندگان مواد صنعتی و بهنجار) تفاوت وجود دارد. نتایج بعدی نشان می دهد که در این مقیاس تفاوت هر سه گروه باهم معنی دار می باشد. در بین سه گروه بالاترین میزان انحراف اجتماعی را مصرف کنندگان مواد صنعتی دارند. پایین ترین میزان در گروه های بهنجار است.

اعتیاد به عنوان یک بحران اجتماعی و پدیده شوم و خانمان سوز، باعث بروز مخاطرات و مرگ و میرهای فراوان انسانی در سطح جهان می شود. اما در میهن ما ایران آنچه ذهن همگان را مشغول کرده تغییر الگوی مصرف جوانان از مواد مخدر سنتی همچون تریاک و هروئین به مواد مخدر صنعتی نظیر کرک، اکستازی و پان است. ارتباط مصرف مواد با سایر انحراف ها و کژرفتاری ها از یک سو و از سوی دیگر پیوند ناگسستنی آن با مشکلاتی نظیر انواع اختلالات روانی، فرار از منزل، پرخاشگری، خشونت در رفتارهای اجتماعی، دزدی و ارتکاب بزه، افت و بی علاقه شدن به تحصیل، اقدام به خودکشی و فحشا اشاره به اهمیت توجه دوباره و تعمق در این مساله دارد.

نتایج تحقیق نشان داد که در مقیاس پارانویا بین سه گروه نمونه (مصرف کنندگان مواد سنتی،

مصرف کنندگان مواد صنعتی و بهنجار) تفاوت وجود دارد. بررسی‌های بیشتر نشان داد که در مقیاس پارانویا تفاوت گروه بهنجار با گروه مواد سنتی و گروه مواد صنعتی با گروه مواد سنتی معنی دار می‌باشد. این تفاوت در بین گروه بهنجار و مواد صنعتی معنی دار نمی‌باشد. در بین سه گروه بالاترین میزان علائم پارانویا را مصرف کنندگان مواد سنتی دارند. پایین‌ترین میزان در گروه‌های بهنجار است.

مصرف مواد مخدر سنتی اغلب با علائم پارانویا همراه است. حشیش ماده مخدری است که با احساس سردرگمی، اضطراب، هراس، بدگمانی همراه است و در بلند مدت می‌تواند اختلالات پارانوئید، اسکیزوفرنی، جنون، روانپریشی، افسردگی و اضطراب را به دنبال داشته باشد. ماری‌جوانا هم که از گل گیاه شاهدانه (ماده) بدست می‌آید خطرات پارانوئید، سرگیجه، خشکی محتمله چشم، افزایش فشار خون را به دنبال دارد. علائم پارانوئید در مصرف کوکائین نیز مورد تایید قرار گرفته است.

همچنین نتایج نشان داد که در مقیاس ضعف روانی بین سه گروه نمونه (مصرف کنندگان مواد سنتی، مصرف کنندگان مواد صنعتی و بهنجار) در مقیاس ضعف روانی تفاوت وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی نشان می‌دهد که در مقیاس ضعف روانی تفاوت هر سه گروه باهم معنی دار می‌باشد. به عبارت دیگر گروه مصرف کننده مواد سنتی میزان ضعف روانی بیشتری را نسبت به گروه بهنجار و گروه مصرف کننده مواد صنعتی نشان می‌دهند. پایین‌ترین میزان نیز در گروه بهنجار است.

عوارض روانی و شخصیتی ناشی از اعتیاد به مواد مخدر فراوانند؛ از جمله: ضعف اراده، بی‌توجهی به مسئولیت‌های فردی، ضعف شخصیت، ضعف عاطفه، عصبی بودن، به هم خوردن تعادل روانی، شخصیت نامتعادل و متزلزل، و ضعف اعتماد به نفس. همچنین در زمینه اجتماعی می‌توان به عوارضی مانند بی‌توجهی به مقررات جامعه، ضعف نیروی کار جامعه، بی‌نظمی و بی‌اعتمادی در جامعه، ضعف بنیاد خانواده، افزایش انحرافات مانند: دزدی، فحشا و تکدی‌گری اشاره کرد.

نتایج تحقیق نشان می‌دهد که در مقیاس اسکیزوفرنیا نیز بین سه گروه نمونه (مصرف کنندگان مواد سنتی، مصرف کنندگان مواد صنعتی و بهنجار) تفاوت معنی دار وجود دارد. بررسی‌ها نشان داد که در مقیاس اسکیزوفرنیا تفاوت گروه بهنجار با گروه مواد صنعتی و گروه مواد سنتی با گروه مواد سنتی معنی دار می‌باشد. این تفاوت در بین گروه بهنجار و مواد سنتی معنی دار نمی‌باشد. به عبارت بهتر علائم اسکیزوفرنی در گروه مصرف کننده مواد صنعتی معنی دار است.

علائم سایکوز در اغلب مواد صنعتی سو مصرف شده مشاهده می‌گردد برای مثال متامفتامین^۱ یکی از مواد سو مصرف شیمیایی است که وقتی وارد سیستم عصبی مرکزی CNS می‌شود، باعث آزاد شدن ناگهانی واسطه شیمیایی دوپامین از مغز می‌شود که باعث تحریک سلولهای مغزی و افزایش خلق و خو و حالت تهاجمی و غیر قابل کنترل و افزایش حرکات جسمی می‌شود. که در صورت ادامه مصرف بعد از مدت طولانی علائم بدخلقی و افسردگی و علائم اختلال حرکتی مثل پارکینسون در فرد ظاهر می‌شود.

از عوارض روانی آن ایجاد بیماری روانی شبیه اسکیزوفرنی است شامل توهمات بینایی و شنوایی و بدبینی و پرخاشگری است.

همچنین نتایج در مقیاس هیپومانای تفاوت بین سه گروه نمونه (مصرف کنندگان مواد سنتی، مصرف کنندگان مواد صنعتی و بهنجار) را مورد تایید قرار داد. نتایج نشان داد که در مقیاس هیپومانای تفاوت گروه بهنجار با گروه مواد صنعتی و گروه مواد صنعتی با گروه مواد سنتی معنی دار می باشد. این تفاوت در بین گروه بهنجار و مواد سنتی معنی دار نمی باشد. در بین سه گروه بالاترین میزان علائم هیپومانای را مصرف کنندگان مواد صنعتی دارند. پایین ترین میزان در گروه های بهنجار است.

وجود اختلالات خلقی و علائم خلق بالا در بین مصرف کنندگان مواد صنعتی مورد تایید قرار گرفته است. برای مثال مصرف متامفتامین باعث تحریک سلولهای مغزی و افزایش خلق و خو و حالت تهاجمی و غیر قابل کنترل و افزایش حرکات جسمی می شود و فن سیکلیدین (PCP) داروی دیگری است که تغییرات خلقی علامت بارز آن می باشد. در بین سوء مصرف کنندگان مواد حدود یک سوم اختلال های اضطرابی، یک سوم اختلال های خلقی، ۱۸٪ شخصیت ضد اجتماعی و حدود ۷٪ اسکیزوفرنی مشاهده شده است.

پیشنهاد می شود از آنجا که بین مصرف کنندگان مواد سنتی، مصرف کنندگان مواد صنعتی و بهنجار از نظر مقیاس هاس شخصیتی تفاوت معنی داری وجود دارد و مصرف کنندگان مواد سنتی، مصرف کنندگان مواد صنعتی بسته به نوع مصرفشان اختلالات خاصی را نشان می دادند. پیشنهاد می شود در درمان سوء مصرف مواد، اقدامات درمانی در این زمینه را نیز در نظر بگیرند و با توجه به اثرات سوء مصرف مواد بر شاخص های ذکر شده پیشنهاد می گردد مسولین امر در این زمینه اطلاع رسانی لازم را برای ارتقا آگاهی شهروندان برای اجتناب از مصرف مواد به عمل آورند. بویژه در مواد صنعتی که این ذهنیت وجود دارد که این مواد اثرات مخرب ندارند.

منابع

- آجیل چی، بیتا، نادری، امیر و قائمی، فاطمه (۱۳۸۹). رابطه ویژگی‌های شخصیتی زنان معتاد با نظم اجتماعی. **فصلنامه نظم و امنیت انتظامی**، شماره چهارم، سال دوم، ۲-۲۱.
- بوالهروی، جعفر، طارمیان، فرهاد، پیروی، حمید و قاضی طباطبایی، محمود (۱۳۸۵). **شیوع شناسی مصرف مواد در میان دانشجویان شهر تهران و بررسی عوامل خطر و حفاظت کننده**. دفتر مشاوره دانشجویی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و جهاد دانشگاهی.
- پارسانیا، زینب؛ فیروزه، مهری، تک فلاح؛ لیلا؛ محمدی سمنا، سعید؛ جهان، الهه و امامی، عاطفه (۱۳۹۱). بررسی اختلالات شخصیت در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد. **مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی**. دوره ۲۲، شماره ۲. صفحات ۱۵۲ تا ۱۵۶.
- حاجی حسنی، مهرداد، شفیع آبادی، عبدالله، پیرساقی فهیمه، کیانی پور، عمر (۱۳۹۱). رابطه بین پرخاشگری، ابراز وجود و افسردگی با آمادگی به اعتیاد در دانشجویان دختر دانشگاه علامه طباطبایی. **دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی**، دوره ۱۳، شماره ۳، پیاپی ۴۹، ۶۵-۷۴.
- حسینی، شیوا و فقیهی، علی (۱۳۸۴). شناخت و بررسی عوامل اعتیاد جوانان با مواد مخدر، **ماهنامه طبیب مردم**، سال ششم، شماره ۱، ۳۸-۵۵.
- خادمیان، طلیمه و قناعتیان، زهرا. (۱۳۸۷). بررسی عوامل اجتماعی موثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر مراکز بازپروری و کاهش آسیب زنان شهر تهران (مراکز تولد دوباره، خانه خورشید). **پژوهشنامه علوم اجتماعی**. ۲ (۴): ۵۹-۸۵.
- رادفر، سید امین (۱۳۸۸). مروری عملی بر تعاریف اعتیاد، **فصلنامه اعتیاد**، ۳(۹)، ۸۷-۹۰.
- رضا خانی مقدم، حامد، شجاعی زاده، داورد، لشگرآرا، بهنام، سواد پور، محمدتقی و صحبت زاده، رزاق (۱۳۹۱). مقایسه مصرف مواد مخدر و علل گرایش به آن در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه تهران. **مجله دانشگاه علوم پزشکی**، دوره ۸، شماره ۷، صص ۲-۱۰.
- زرگر، یدالله (۱۳۸۵). ساخت مقیاس ایرانی آمادگی اعتیاد. **مجموعه مقالات دومین کنگره انجمن روانشناسی ایران**، ۳۹۸-۴۰۱.
- صابری، هاید؛ استوار، زهرا و خادمی شاهکالایی، محمدعلی. (۱۳۹۰). مقایسه سبک‌های اسنادی و ویژگی‌های شخصیتی مردان معتاد و غیر معتاد. **فصلنامه پژوهش اجتماعی**. ویژه نامه، ۴: ۱۱۹-۱۳۰.

- صرامی، حمید، قربانی، مجید و مینویی، محمود (۱۳۹۲). بررسی چهار دهه تحقیقات شیوع شناسی اعتیاد در ایران، **اعتیاد پژوهی**، دوره ۷، شماره ۲۶، ۵۲-۲۹.
- صفتیان، سعید (۱۳۸۲). **آشنایی با مواد صناعی**. اعتیادآور، تهران: دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر
- عرفانی، نصراله و پورسینا، محمد. (۱۳۹۲). مقایسه نیمرخ شخصیتی معتادان گمنام و غیرگمنام زندانی مرد. **فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد**، سال هفتم، شماره بیست و پنجم: ۷۳-۸۸.
- فاضلی عصمت و مولودی فاطمه (۱۳۸۸). **بررسی مصرف مواد مخدر و اعتیاد در میان معتادان ایرانی**. نشر پارسی.
- فتحی، غلامرضا (۱۳۸۵). **هنجاریابی پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا (MMPI)** بر روی دانش آموزان دوره ی متوسطه استان لرستان.
- فیست، چس و فیست، گریگوری (۲۰۱۳). **نظریه های شخصیت**، ترجمه: یحیی سید محمدی، تهران: نشر روان.
- کاظمی، مهناز (۱۳۸۳). **اثربخشی آموزش گروهی به شیوه شناختی بر کاهش اختلالات خلقی در بین کارگران ۲۵ تا ۳۵ ساله کارخانه های سنگبری شهرک صنعتی محمودآباد اصفهان** - پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی.
- مارنات، گری گراث. (۱۳۸۲). **راهنمای سنجش روانی**. ترجمه: حسن پاشا شریفی. تهران: انتشارات رشد. (انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۰)
- ممتاز، فریده (۱۳۸۱). **انحرافات اجتماعی، نظریه ها و دیدگاه ها**، تهران: سهامی انتشار.
- میلانی فر، بهروز. (۱۳۸۰). **بهداشت روانی**، تهران، نشر قدس.
- نوری، رویا؛ رفیعی، حسن؛ نارنجی ها، هومان؛ سلیمانی نیا، لیلا؛ میرابی، پروانه. (۱۳۸۷). **بررسی عوامل تاب آوری زنان همسر معتاد در زندگی با مرد معتاد**، مرکز تحقیقات و سوءمصرف مواد (داریوش) دانشگاه بهزیستی و توانبخشی.
- Abigail, K. M., Trusandra, E., Taylor, M. D., Fasam, M., Andrea, G., Barthwell, D., Fasam, J. W., & Vera, L. (2010): Substance Use and Women`s Health, **Journal of Addictive Diseases**, 29: 2, 139-163.
- Ball, S. A. (2005). Personality traits, problems, and disorders: clinical applications to substance use disorders. **Journal of Research in Personality**, 39, 84-102.

-
- Chassin, L., Hussong, A., & Beltran, I. (2009). **Adolescent substance use**. In R. Lerner, & L.
- Fletcher, J. M. (2010). **Adolescent depression and educational attainment: Results using**
- Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Flint, K. H., Hawkins, J., Harris, W. A., et al. (2014). **Youth risk behavior surveillance—United States, 2013**.MMWR,63(4).
- Kaplan, H., & Sadocks B. (2007). **Synopsis of psychiatry**. 9th Ed. Lippincott Williams and Wilkins.
- Mobini, M., Mofidi Tehrani, F., & Bahredar, M. J. (2015). Comparison of attachment styles and personality traits in two groups of patients with addiction and normal individuals. **Journal of Renewable Natural Resources Bhutan**, 14, 1608-4330.
- Rahimi Movaghar, A., Nejatiasafa, A. A., Mohammadi, M. R., & Sahimi Izadian, E. (2011). A qualitative study of specific needs of women for treatment of addiction. **Iran J Psychiatry Clin Psychol** , 17(2), 116-25.