

## بررسی سلامت روانی معتادان به شیشه مراجعه کننده به مراکز درمانی

فرهاد اصغری<sup>۱</sup>، سجاد سعادت<sup>۲</sup>، رضا قاسمی جوبنه<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۷/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۰/۲۷

### چکیده

سوء مصرف مواد صنعتی، یکی از بزرگ‌ترین معضلات جوامع است که به عنوان یک تهدید جدی قلمداد می‌شود. هدف از پژوهش حاضر بررسی وضعیت روانی معتادان به شیشه مراجعه کننده به مراکز درمانی بود. پژوهش حاضر از نوع توصیفی بود و ۱۵۴ نفر از مردان معتاد به شیشه مراجعه کننده به مراکز درمان اعتیاد خصوصی و دولتی شهر سنندج به روش نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند و به فهرست نشانه‌های بیماری (SCL-90-R) پاسخ دادند. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS-18، تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که معتادان شیشه در همه ابعاد اختلالات روانی دارای وضعیت ناسامانی هستند. همچنین نتایج شاخص کلی علائم مرضی (GSI) نشان داد که ۵/۸۴ درصد از معتادان عدم اختلال روان‌شناختی، ۱۴/۹۳ درصد دارای اختلال خفیف، ۲۱/۴۲ درصد دارای اختلال متوسط و ۵۷/۷۹ درصد از افراد نمونه، دارای اختلال شدید در شاخص کلی علائم مرضی هستند. با توجه به نتایج حاضر می‌توان نتیجه گرفت که معتادان شیشه وضعیت بسیار شدیدی در اختلالات روانی دارند و لازم است مداخلات درمانی جهت بهبودی آنها در مراکز درمانی اعتیاد اتخاذ شود.

واژگان کلیدی: اعتیاد، شیشه، سلامت روانی

۱. نویسنده مسئول: استادیار دانشگاه گیلان. پست الکترونیک: farhad.asghari@gmail.com

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه اصفهان.

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه خوارزمی.

## مقدمه

سوء مصرف مواد<sup>۱</sup>، یکی از مهم‌ترین معضلات جوامع است که به شکل جهانی در آمده است. این معضل زندگی میلیون‌ها نفر را در سراسر دنیا ویران کرده و سرمایه‌های کلان ملی را صرف مبارزه یا جبران صدمات ناشی از آن می‌کند. هر روز به شمار قربانیان مصرف مواد مخدر افزوده می‌شود و عوارض آن شامل اختلالات جسمی، روانی، خانوادگی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی تمامی ابعاد زندگی در یک اجتماع سالم را تهدید می‌کند. به طور کلی مصرف مواد محرک در دنیا رو به افزایش است و به ندرت کشوری هست که این معضل در آن یافت نشود (درودی، ۱۳۸۹). در این میان شیشه<sup>۲</sup> جزء پرمصرف‌ترین مواد در جهان است و مصرف آن به‌ویژه در ایران در حال گسترش است (سیه‌جانی و همکاران، ۱۳۹۲؛ مهرجردی، ۲۰۱۳).

در سال‌های اخیر الگوی مصرف در ایرانیان به میزان زیادی تغییر یافته است و سوء مصرف کنندگان مواد به‌خصوص نسل جوان در پی تجربه مواد جدیدی مانند مت‌آمفتامین<sup>۳</sup>، کراک<sup>۴</sup> و هروئین<sup>۵</sup> هستند. مت‌آمفتامین که کریستالیزه آن در کشور ما با نام شیشه رواج یافته است، یکی از موادی است که به شدت مورد سوء مصرف قرار گرفته است. این ماده به شدت اعتیادآور است و بر سیستم دوپامینرژیک مغز اثر می‌گذارد و بلافاصله پس از مصرف حالتی به نام اوج لذت در فرد ایجاد می‌شود (اسدی و همکاران، ۱۳۸۹). افراد مصرف‌کننده شیشه نسبت به افرادی که شیشه مصرف نمی‌کنند، دارای علائم بالینی هستند؛ کنترل و محبت در خانواده‌های آن‌ها کمتر بوده، از لحاظ شخصیتی نیز هیجان‌پذیر، پرخاشگر و مضطرب هستند و مسئولیت‌پذیری در آن‌ها کمتر است (شکرزاده، ۱۳۹۲). در پژوهشی، حاتمی و همکاران (۱۳۹۲) نشان دادند که داروهای محرک صنعتی در مقایسه با مواد مخدر سنتی، اثرات مخرب‌تری روی عوامل خونی دارند و در طی مدت زمان کوتاه‌تر سبب ایجاد مشکلات قلبی - عروقی، کم‌خونی، تضعیف سیستم ایمنی و در نهایت تسهیل ابتلاء افراد معتاد به بیماری‌های عفونی می‌شوند.

این ماده اثرات مخرب زیادی همچون اختلال در خواب و کنش جنسی ایجاد می‌کند. مصرف مقادیر زیاد و مستمر آن با ناتوانی جنسی همراه است (کاپلان و سادوک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷؛ به نقل از قربانی و همکاران، ۱۳۹۱). بلوم و مارلات<sup>۲</sup> (۲۰۰۹؛ به نقل از صالحی و همکاران، ۱۳۹۲)، در پژوهشی بر روی مصرف‌کنندگان شیشه نشان دادند که مصرف این ماده باعث نقص در فرایند تصمیم‌گیری در افراد می‌شود و این مسئله، به دلیل آسیب به نواحی پیشانی و پیش‌پیشانی که نواحی درگیر در کارکردهای اجرایی است، می‌باشد. اورکی و همکاران (۱۳۹۲) در تحقیق خود نتیجه‌گیری کردند که افراد معتاد به شیشه در ابعاد نوجویی و آسیب‌پرهیزی، نمره بالاتر از جمعیت عمومی و در ابعاد وابستگی به پاداش، پافشاری، خودراهبردی، همکاری و خودفراروی، نمره پایین‌تری از جمعیت عمومی داشتند. همچنین ولع مصرف شیشه با بعد نوجویی رابطه مستقیم و با بعد همکاری رابطه معکوس داشت. بار<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۶) در تحقیقی اشاره کردند که مصرف شیشه می‌تواند در کارکردهای شناختی افراد مصرف‌کننده تأثیر منفی بر جای بگذارد. به‌طور مثال افراد مصرف‌کننده در بعضی از کارکردهای شناختی مثل توجه کردن و یا حافظه، مشکلاتی از خود نشان می‌دهند.

در مطالعات متعددی که توسط پژوهشگران صورت گرفته است، نتایج همگی حاکی از آن است که افراد معتاد به شیشه در وضعیت مطلوبی به لحاظ سلامت روانی قرار ندارند، و از مشکلات مربوط به سلامت روان و اختلالات روان‌شناختی رنج می‌برند (سمپل<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). منظور از سلامت روان حالت موفقیت‌آمیز کارکرد روانی است که منجر به فعالیت‌های مؤثر، روابط رضایت‌بخش و مؤثر میان فردی، توانایی سازگاری با تغییرات و مقابله مؤثر و کارآمد با مشکلات و چالش‌های زندگی است. هرگونه مشکل و اختلالی در سلامت روان باعث تأثیرات منفی در تفکر، خلق، هیجان و رفتار فرد می‌شود و پریشانی و آشفتگی را با خود به همراه دارد. در نتیجه کارکرد فرد در زندگی روزمره در حوزه‌های مختلف خانوادگی، شغلی و اجتماعی مختل می‌شود (گلدمن و گروپ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶).

1. Kaplan & Sadock  
5. Goldman & Grob

2. Blume & Marlatt

3. Barr

4. Semple

در واقع سلامت روانی به‌عنوان حالتی از بهزیستی در نظر گرفته می‌شود که در نتیجه فرد به دلیل برخورداری از سلامت روان بالا، توانمندی لازم برای زندگی کردن و غلبه بر فشارهای زندگی را به‌دست می‌آورد (کروز، ۲۰۰۷). در تحقیقی که توسط اسکات<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۲) انجام شد، حاکی از آن است که افراد وابسته به شیشه، که برای مدت طولانی‌تری از این ماده استفاده می‌کنند، مشکلات روان‌شناختی بیشتری را گزارش می‌دهند، و با افزایش مصرف شیشه، احتمال گزارش مربوط به مشکلات مربوط به نشانه‌های اختلال در سلامت روانی در آنها افزایش پیدا می‌کند.

توجه بیشتر به وضعیت روانی معنادان به شیشه و شناخت وضعیت روانی آنها جهت برنامه‌ریزی برای درمان جامع و علمی ضروری است. با توجه به اهمیت بسیار زیاد شناخت معنادان به شیشه و طرح‌ریزی قراردادهای درمانی، هدف از پژوهش حاضر بررسی سلامت روانی معنادان به شیشه مراجعه‌کننده به مراکز درمانی است.

### روش‌شناسی تحقیق

پژوهش حاضر از نوع توصیفی است. جامعه آماری شامل کلیه مردان معتاد به شیشه مراکز درمان اعتیاد خصوصی و دولتی شهر سنندج در سال ۱۳۹۲ هستند که از ۳ ماه قبل از اجرای طرح به مراکز درمانی جهت درمان مراجعه کرده بودند. ۱۵۴ نفر از معنادان مرد معتاد به شیشه از میان ۸ مرکز ترک اعتیاد دولتی و خصوصی شهر سنندج به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

### ابزار تحقیق

فهرست نشانه‌های بیماری ۹۰ سؤالی تجدید نظر شده<sup>۳</sup> (SCL-90-R)، به‌عنوان ابزاری برای سنجش سریع نوع و شدت نشانه‌های مراجع از طریق خودسنجی بسیار مناسب است. پرسشنامه SCL-90، اقتباسی از فهرست نشانه‌های بیماری هاپکینز (۱۹۷۴) است که آن هم به نوبه خود از پرسشنامه اطلاعات شخصی وودورث (۱۹۱۸) برگرفته شده است. ابزار اول متشکل از ۹۰ عبارت توصیفی در مورد علائم بیماری است که مراجع برحسب شدت،

آنها را در دامنه‌ای از هیچ=۰ تا شدید=۴ درجه‌بندی می‌کنند. نشانه‌ها در ۹ بعد متفاوت (جسمانی کردن، وسواس-اجبار، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری (خصوصت)، فوبی، افکار پارانوئید و روان‌پریشی) و همچنین در سه شاخص کلی (شاخص کلی علائم مرضی (GSI)، جمع نشانه‌های مثبت (PST) و شاخص ناراحتی نشانه‌های مثبت (PSDI) سنجش می‌شوند.

زکیمی و همکاران (۱۳۹۲) همسانی درونی کل آزمون را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ محاسبه کرده‌اند. همچنین در پژوهش حاضر همسانی درونی کل آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۷ محاسبه شده است.

### یافته‌ها

نتایج توصیفی در ۱۵۴ نفر از مصرف‌کنندگان شیشه نشان داد که بیشترین افراد مصرف‌کننده شیشه در پژوهش حاضر در فاصله سنی ۲۵ تا ۳۴ سال با (۳۷ درصد) و سپس افراد بین ۳۵ تا ۴۴ سال با (۲۷/۳ درصد) قرار دارند و افراد بالای ۵۵ سال با (۱/۳ درصد) کمترین درصد را به خود اختصاص داده‌اند. نتایج دیگر نشان داد که ۵۵/۸ درصد از مصرف‌کنندگان شیشه در نمونه حاضر متأهل، ۳۳/۱ درصد مجرد و ۱۰/۴ درصد مطلقه بودند.

جدول شماره ۱: میانگین اختلالات روانی در افراد نمونه و مقایسه آنها با دو نرم ایرانی در افراد سالم

زیرمقیاس	یافته‌های پژوهش حاضر		نرم انیسی و همکاران (۱۳۹۰)		نرم فتحی آشتیانی (۱۳۸۸)	
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
شکایت جسمانی	۰/۶۶	۱/۳۳	۰/۵۴	۰/۵۱	۰/۳۱	۰/۳۰
وسواس-اجباری	۰/۷۲	۱/۵۶	۰/۵۴	۰/۵۳	۰/۵۰	۰/۶۷
حساسیت در روابط متقابل	۰/۷۲	۱/۴۹	۰/۵۰	۰/۴۲	۰/۵۳	۰/۶۶
افسردگی	۰/۸۱	۱/۵۴	۰/۵۴	۰/۴۶	۰/۳۸	۰/۳۹
اضطراب	۰/۷۱	۱/۳۷	۰/۲۸	۰/۳۸	۰/۳۸	۰/۳۳
پرخاشگری (خصوصت)	۰/۸۱	۱/۵۱	۰/۴۴	۰/۴۸	۰/۳۵	۰/۲۹
ترس مرضی	۰/۶۹	۱/۱۲	۰/۲۳	۰/۳۷	۰/۳۰	۰/۲۵
افکار پارانوئیدی	۰/۸۴	۱/۶۹	۰/۷۲	۰/۷۸	۰/۵۶	۰/۷۶
روان‌پریشی	۰/۷۷	۱/۳۳	۰/۲۸	۰/۴۲	۰/۳۹	۰/۴۸
شاخص کلی علائم مرضی (GSI)	۰/۶۴	۱/۴۵	۰/۴۳	۰/۴۴	۰/۳۵	۰/۴۶

در نرم‌های انیسی و همکاران (۱۳۹۰) و فتحی آشتیانی (۱۳۸۸) که این آزمون را در جامعه افراد سالم هنجاریابی کرده‌اند، یک انحراف استاندارد بالای میانگین دلالت بر وجود اختلال خفیف، دو انحراف نشان‌دهنده اختلال متوسط و وجود سه انحراف استاندارد، نشان‌دهنده اختلال شدید است.

در کلیه زیرمقیاس‌های شناسایی نشانگان اختلالات روانی، نتایج دلالت بر این دارد که مصرف‌کنندگان شیشه همه اختلالات روانی را از سطح متوسط تا شدید برخوردارند. در شاخص کلی علائم مرضی (GSI) کل نمرات (۹۰ سؤال) با یکدیگر جمع می‌شوند و بر عدد ۹۰ تقسیم می‌شوند. این شاخص (GSI) بهترین نشان‌دهنده سطح و یا عمق اختلال است و اطلاعات بسیار ارزنده‌ای را راجع به تعداد علائم و شدت ناراحتی به دست می‌دهد. در شاخص کلی علائم مرضی (GSI) ۵/۸۴ درصد از معنادان به شیشه دارای عدم اختلال روان‌شناختی، ۱۴/۹۳ درصد دارای اختلال خفیف، ۲۱/۴۲ درصد دارای اختلال متوسط و ۵۷/۷۹ درصد از افراد نمونه دارای اختلال شدید در شاخص کلی علائم مرضی (GSI) شناسایی شدند.

جدول شماره ۲: شاخص‌های کلی فهرست SCL-90 (فراوانی = ۱۵۴)

شاخص‌ها	انحراف معیار	میانگین
جمع نشانه‌های مثبت (PST)	۱۹/۶۱	۶۶
شاخص ناراحتی نشانه‌های مثبت (PSDI)	۰/۵۳	۱/۹۰

در جدول شماره ۲، شاخص دیگری به نام جمع نشانه‌های مثبت (PST) ارائه شده است، به‌طور ساده شمارش تعداد علائمی است که آزمودنی آن سؤالات را به‌صورت مثبت گزارش کرده است.

در محاسبه این شاخص، پاسخنامه‌ی تک تک آزمودنی‌ها بررسی می‌شود و پاسخ‌هایی که غیر از (۰) هستند مورد شمارش قرار می‌گیرند، کل تعداد پاسخ‌ها نمره این شاخص است که می‌تواند از حداقل ۰ تا حداکثر ۹۰ در نوسان باشد. شاخص PST یک شاخص واسطه‌ای جهت محاسبه علائم مثبت گزارش شده است، علاوه بر این، جهت محاسبه

شاخص ناراحتی نشانه‌های مثبت (PSDI) که یک شاخص خالص جهت محاسبه اختلالات روانی است مورد استفاده قرار می‌گیرد. به عبارت دیگر جهت محاسبه شاخص ناراحتی نشانه‌های مثبت (PSDI) کل نمرات ۹ بعد SCL-90 بر نمره PST تقسیم می‌شود. همانگونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود شاخص ناراحتی نشانه‌های مثبت (PSDI) با میانگن ۱/۹۰ و انحراف معیار ۳/۳۹ نشان‌دهنده وضعیت شدید افراد نمونه در اختلالات روانی است. بر حسب نرم آزمون در افراد سالم میانگین باید حداکثر ۰/۵۰ باشد.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی وضعیت بهداشت روانی معتادان شیشه: در نمونه‌ای از مردان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر سندج انجام شد.

نتایج نشان داد که معتادین به شیشه در مقیاس روان‌پریشی دارای میانگین ۱/۳۳ و انحراف معیار ۰/۷۷، در مقیاس ترس مرضی دارای میانگین ۱/۱۲ و انحراف معیار ۰/۶۹، در مقیاس پرخاشگری (خصوصت) دارای میانگین ۱/۵۱ و انحراف معیار ۰/۸۱، در مقیاس اضطراب دارای میانگین ۱/۳۷ و انحراف معیار ۰/۷۱، در مقیاس افسردگی دارای میانگین ۱/۵۴ و انحراف معیار ۰/۸۱، در مقیاس حساسیت در روابط متقابل دارای میانگین ۱/۴۹ و انحراف معیار ۰/۷۲، در مقیاس وسواس-اجباری دارای میانگین ۱/۵۶ و انحراف معیار ۰/۷۲، در مقیاس شکایت جسمانی دارای میانگین ۱/۳۷ و انحراف معیار ۰/۶۶، در مقیاس افکار پارانوئیدی دارای میانگین ۱/۶۹ و انحراف معیار ۰/۸۴ هستند و طبق نرم از نظر میانگین با افراد سالم در وضعیت بسیار شدیدی قرار می‌گیرند.

در شاخص کلی علائم مرضی (GSI)، ۵/۸۴ درصد از معتادان به شیشه در تحقیق حاضر دارای عدم اختلال روان‌شناختی، ۱۴/۹۳ درصد دارای اختلال خفیف، ۲۱/۴۲ درصد دارای اختلال متوسط و ۵۷/۷۹ درصد از افراد نمونه دارای اختلال شدید در شاخص کلی علائم مرضی (GSI) هستند.

نتایج تحقیق حاضر با مطالعات بیکر و همکاران (۲۰۰۴)؛ سمپل<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۴)؛ زیوبن<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۴)؛ اسدی و همکاران (۱۳۸۹)؛ پلودمن<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۰) و اسکات و همکاران (۲۰۱۲) همسو است.

گران<sup>۴</sup> (۱۹۹۵) گزارش کرد که خطر اعتیاد به شیشه، ۶/۱۹ برابر در افراد افسرده شدید بیشتر است. در مورد وابستگی به کلیه مواد، این خطر ۸/۸۹ برابر است. سمپل و همکاران (۲۰۰۴) دریافتند که ۴۰ درصد افراد معتاد به شیشه، افسردگی شدید دارند و مصرف مزمن مواد با سطوح بالای افسردگی و مشکلات اجتماعی همراه است.

تحلیل چندمتغیره داده‌ها نشان داد که مصرف شیشه به تنهایی ۱۱ درصد از واریانس علائم افسردگی را تبیین می‌کند. نتایج تحقیقاتی که توسط سیکن و همکاران (۲۰۰۱) و اسکات و همکاران (۲۰۱۳) انجام شد، حاکی از آن است که افراد وابسته به شیشه، که برای مدت طولانی تری از این ماده استفاده می‌کنند، مشکلات روان‌شناختی بیشتری را گزارش می‌دهند و با افزایش مصرف شیشه، احتمال گزارش مربوط به مشکلات مربوط به نشانه‌های اختلال در سلامت روانی در آنها افزایش پیدا می‌کند.

نتایج تحقیق اسکات و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که افسردگی و اضطراب به عنوان دو اختلال عمده سلامت روان در افراد مصرف‌کننده شیشه مشاهده می‌شود. پلودمن و همکاران (۲۰۱۰) در تحقیق خود نشان دادند که مصرف شیشه منجر به افزایش گرایش به رفتارهای پرخطرانه، اختلال در سلامت روان از جمله افزایش افسردگی می‌شود. مصرف بیش از حد و مداوم شیشه منجر به رفتارهای خشونت‌آمیز و جنون‌پارائیدی می‌شود.

همچنین شیشه باعث کاهش طولانی‌مدت دوپامین و سروتونین مغز و تغییراتی دیرپا می‌شود تا جایی که الگویی از رفتار هذیانی و جنون حاد ایجاد می‌کند. این جنون ممکن است هفته‌ها تداوم یابد و مرگ ناگهانی در نتیجه‌ی مسمومیت قلبی را در پی آورد (ویجتانگا<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). مصرف شیشه علاوه بر مشکلات جسمانی به اختلالات



روان پزشکی از جمله بروز سایکوز، تشدید اسکیزوفرنیا (آرسنالت<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۳)، نقایص شناختی (لاندکوئیست<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵) و اختلالات خلقی و اضطرابی (بیکر<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۵) منجر می شود. همچنین کارکرد اجتماعی شناختی افراد معتاد به شیشه، بیشتر تحت تاثیر مصرف شیشه قرار می گیرد و انزوای اجتماعی، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری مرتبط با مصرف مزمن با کناره گیری اجتماعی ناشی از مصرف، ارتباط نزدیکی دارد (هومر<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۸).

در تبیین نتایج حاضر می توان این گونه استنباط کرد که میزان بالای اختلالات روانی در معتادان به شیشه از دو حالت خارج نیست؛ در وهله اول می توان این چنین استنباط کرد که اعتیاد به مواد مخدر و شیشه، نتیجه وجود یک سری اختلالات روانی زمینه ساز است. اختلالات روان پزشکی زیادی می توانند باعث وابستگی به مواد شوند. در واقع زمانی که فرد مبتلا به یکی از انواع اختلالات روان شناختی به طور مثال افسردگی باشد، در نتیجه ممکن است به احتمال بیشتری به مواد مخدر گرایش پیدا کند (سرگلزایی، ۱۳۸۰).

افرادی که مبتلا به اختلالات روان شناختی همچون افسردگی و اضطراب هستند به دلیل اینکه می خواهند از این نوع اختلالات که در آنها پریشانی و آشفتگی ایجاد کرده است، رها شوند به مواد مخدر گرایش پیدا می کنند. مواد مخدر صنعتی و محرک همچون شیشه به دلیل اینکه باعث افزایش هشیاری و فعالیت در فرد می شود، باعث ایجاد حس رضایت از مصرف مواد مخدر به صورت کوتاه مدت می شود. در حالی که در درازمدت عوارض بسیار شدید سوء مصرف مواد روز به روز بیشتر می شود و نه تنها ماده مخدر، دیگر اثری بر کاهش مشکلات روان شناختی همچون افسردگی و اضطراب ندارد، بلکه وضعیت فرد را از آنچه که هست بدتر نیز می کند.

در وهله دوم اعتیاد به مواد مخدر و شیشه افراد را به سمت اختلالات روانی سوق می دهد و حتی افرادی که از قبل هیچ پیش زمینه ای در اختلالات روانی ندارد، با مصرف مواد مخدر در طولانی مدت دچار اختلالات روانی خفیف تا شدید می شوند. مواد مخدر به خصوص

از نوع مواد محرک، به دلیل برخی ویژگی‌هایی که دارند، فرد مصرف‌کننده را در برابر بسیاری از آسیب‌های روانی آسیب‌پذیرتر می‌کنند. به‌طور مثال فردی که اعتیاد به شیشه دارد در مقایسه با افراد غیرمعتاد و یا حتی افراد معتاد به مواد مخدر افیونی، به احتمال بیشتری درگیر خشونت، خصومت و پرخاشگری می‌شوند و رفتارهای ضد اجتماعی بیشتری از خود نشان می‌دهند (اسکات و همکاران، ۲۰۱۳).

محدود کردن وضعیت بهداشت روانی معتادان به مقیاس‌های فهرست نشانگان روانی، نمونه تحقیق از مردان و نادیده گرفتن پیشینه روانی معتادان قبل از اعتیاد، از جمله محدودیت‌های اصلی پژوهش است که پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی به این عوامل توجه شود. در جهت کاربردی کردن تحقیق، پیشنهاد می‌شود که در تدوین قرارداد درمانی معتادان شیشه، حتماً به اختلالات روانی معتادان توجه شود و می‌توان استدلال کرد که بدون توجه به درمان اختلالات روانی معتادان، ترک وابستگی بسیار مشکل و یا حتی حالت برگشتی خواهد داشت. همچنین پیشنهاد می‌شود که این تحقیق در شهرهای دیگر ایران نیز انجام شود تا هرچه دقیق‌تر و سنجیده‌تر در جهت ترک اعتیاد اقداماتی صورت گیرد و فقط بر روش‌های سنتی و دارویی تأکید نشود.

## فهرست منابع

- اسدی، زهرا؛ امیری، سارا؛ پورکمالی، آرین. (۱۳۸۹). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه مبتلا به اختلال سوء مصرف شیشه و افراد عادی، *فصلنامه اعتیاد پژوهی و سوء مصرف مواد*، ۴ (۱۶): ۸۵-۹۲.
- انیسی، جعفر؛ اکبری، فاطمه؛ مجدیان، محمد؛ آشکار، مجید و قربانی، زهره. (۱۳۹۰). هنجاریابی چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی در کارکنان نیروهای مسلح، *فصلنامه روانشناسی نظامی*. ۲ (۵): ۳۷-۲۹.
- اورکی، محمد؛ مکرری، آذرخش؛ ضیایری، سید مجیدی کیایی. (۱۳۹۲). رابطه ولع مصرف شیشه (متامفتامین) و ویژگی‌های شخصیتی در مددجویان تحت درمان نگهدارنده با متادون، *مجله روانپزشکی و بالینی ایران*، ۱۹ (۳۹): ۱۷۷-۱۸۶.
- حاتمی، حمیرا، محسنی، صفر، شیخ‌زاده، فرزاد و نجاتی، فرانک. (۱۳۹۲). بررسی مقایسه‌ای اثرات تریق درون‌صفافی هروئین و شیشه بر تعداد سلول‌های خونی و لیوپروتئین‌های سرمی، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۱ (۲): ۶۰-۶۷.
- درودی، حمید. (۱۳۸۹). *اثربخشی زوج درمانی گروهی امید محور بر افزایش رضایت زناشویی در زوج‌های شوهر معتاد*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره توانبخشی، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- زکی‌بی، علی؛ رستمی، سمیرا و کماسی، سعید. (۱۳۹۲). رابطه روان رنجور خویی، برون‌گرایی، عاطفه مثبت و عاطفه منفی با اختلال‌های روانی، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۳ (۱۰۹): ۲۲۴-۲۳۳.
- سرگلزایی، محمدرضا. (۱۳۸۰). *تورک اعتیاد موفق*، چاپ دوم مشهد: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد.
- سیه‌جانی، لیلی؛ اورکی، محمد و زارع، حسین. (۱۳۹۲). طول مدت مصرف متامفتامین (شیشه) و اختلالات توجه پایدار در سوء مصرف کنندگان متامفتامین، *فصلنامه اعتیاد پژوهی و سوء مصرف مواد*، ۷ (۲۷): ۶۶-۵۵.
- شکرزاده، شهره. (۱۳۹۲). مقایسه عوامل بالینی، خانوادگی، شخصیتی و تربیتی در مصرف کنندگان/عدم مصرف کنندگان شیشه، *فصلنامه اعتیاد پژوهی و سوء مصرف مواد*، ۷ (۲۶): ۵۳-۷۲.
- صالحی، مهرداد؛ افشار، حمید؛ مقتدائی، کمال؛ تسلیمی، مهشید؛ سلامت، منصوره و ابراهیمی، آسیه. (۱۳۹۲). مقایسه کارکردهای اجرائی در مصرف کنندگان شیشه، هروئین و افراد بهنجار، *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۳۱ (۲۵۱): ۱-۱۰.
- فتحی‌آشتیانی، علی. (۱۳۸۸). *آزمون‌های روانشناختی، (ارزشیابی شخصیت و سلامت روان)*، تهران: انتشارات بعثت.

- قربانی، مریم؛ کاظمی، حمید؛ بحرینی بروجنی، مجید؛ قربانی، طاهره و سپهری بروجنی، کبری. (۱۳۹۱). مقایسه ابعاد اختلاف زناشویی در بیماران وابسته به شیشه، کراک و تریاک. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۱۴ (۳): ۱۹-۱۲.

- Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffit TE. (2003). Amphetamine use in adolescence and risk for adult psychosis. Longitudinal prospective study. *British medical journal*. 325: 1212-23.
- Baker A, Lee N, Claire M, et al. (2005). Brief cognitive behavioral interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. *Addiction*. 100(3): 367-378.
- Barr A (2006). The need for speed: an update on methamphetamine addiction. *J Psychiatry Neurosci*. 31(5):301-13.
- Goldman HH, Grob GN. (2006). *Defining 'mental illness' in mental health policy*. Health Aff (Millwood).25(3):737-49.
- Homer B, Solomon T, Robert W. Moeller, Amy Mascia, Lauren DeRaleau, Perry N. (2008). Methamphetamine Abuse and Impairment of Social Functioning: A Review of the Underlying Neurophysiological Causes and Behavioral Implications. *Psychological Bulletin*. 134(2): 301-310.
- Kruse N. (2007). *the relationship between Self Differentiation and the Levels of Trust, Shame, and Guilt in Intimate Relationships*. Doctoral Thesis. Alliant International University, Los Angeles.
- Lundquist T. (2005). Cognitive consequences of Methamphetamine use: Comparison with abuse of stimulants and heroin with regard to attention, memory and executive function. *Pharmacology of Biochemical Behavior*. 81(2). 319-30.
- Mehrjerdi Z. (2013). Crystal in Iran: methamphetamine or heroin Kerack. Alam Mehrjerdi DARU. *Journal of Pharmaceutical Sciences*. 21:22.
- Pluddemann A, Flisher A, McKetin R, Parry C, Lombard C. (2010). Methamphetamine use, aggressive behavior and other mental health issues among high-school students in Cape Town, South Africa. *Drug and Alcohol Dependence*. 109(1-3, 1): 14-19.
- Scott L, Roxburgh A, Bruno R, Matthews A, Burns L. (2012). The impact of comorbid cannabis and methamphetamine use on mental health among regular ecstasy users. *Addictive Behaviors*. 37 (9): 1058-1062.
- Sekine Y. (2001). Methamphetamine-Related Psychiatric Symptoms and Reduced Brain Dopamine Transporters Studied With PET. *Am J Psychiatry*. 158:1206-1214.
- Semple SH, Grant I, Patterson T. (2004). Female Methamphetamine Users: Social Characteristics and Sexual Risk Behavior. *Women & Health*. 40(3): 1-5.
- Wijetunga M, et al. (2004). Acute Coronary Syndrome and Crystal Methamphetamine use: A Case Series. *Hawaii Medical Journal*. 63:8-13.
- Zweben J, Cohen J, Christian D, Galloway G, Salinardi M, Parent D, et al. (2004). Psychiatric symptoms in methamphetamine users. *American Journal on Addictions*. 13(2): 181-190.