

مقایسه اختلالات روانی معتادین با و بدون متادون درمانی در بین زندانیان

شهر همدان

ابراهیم سهرابی وفا^۱ - داریوش امینی^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۲/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۲/۱۵

چکیده:

اعتیاد به مواد مخدر، یک بیماری مزمن و عودکننده است و در درمان باید علاوه بر سم‌زدایی و درمان، نگاه دارنده به مسایل روانی و عوامل به وجود آورنده اعتیاد نیز توجه گردد تا از عود مجدد و برگشت بیماری پیشگیری شود. پژوهش حاضر، با هدف مقایسه اختلالات روانی معتادان با و بدون درمان متادون در بین زندانیان انجام گرفت. روش پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه معتادان زندان مرکزی شهر همدان بودند که در پاییز ۱۳۹۳ در زندان بسر می‌بردند. نمونه انتخابی شامل ۳۵ معتاد تحت درمان نگهدارنده و ۳۵ نفر معتاد بدون درمان متادون بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه MMPI استفاده شد. معتادین در هشت بعد بالینی، هیپوکندری، افسردگی، هیستری، سایکوپاتی، پارانویا، پسیکاستنی، اسکیزوفرنیا و هیپومانیا مورد سنجش قرار گرفتند. برای آزمون فرضیه‌ها از تحلیل واریانس چند متغیره، آزمون لون، آزمون امباکس، آزمون لامبدای ویلکز و یومن ویتنی استفاده شد.

یافته‌ها در پنج بعد: علایم هیپوکندری $P < 0/01$ ($F = 18/95$)، افسردگی $P < 0/01$ ($F = 91/24$)، سایکوپاتی $P < 0/01$ ($F = 45/09$)، پسیکاستنی $P < 0/01$ ($F = 16/43$) و اسکیزوفرنیا $P < 0/01$ ($F = 2/90$) - $Z =$ در دو گروه (معتادین با و بدون متادون درمانی) تفاوت معنی‌داری مشاهده گردید و درابعاد هیستری $P = 0/01$ ($F = 6/95$)، پارانویا $P = 0/213$ ($F = 1/24$) و هیپومانیا $P = 0/331$ ($F = 0/92$) تفاوت معنادار نبود. در مجموع نتایج نشان می‌دهند افرادی که تحت درمان با متادون هستند، کم‌تر از گروه بدون درمان با متادون در معرض آسیب‌های روانی هستند و متادون درمانی در کاهش اختلالات روانی موثر می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: اختلالات روانی، معتادین زندانی، متادون درمانی، پرسشنامه MMPI.

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی (نویسنده مسؤل) sohrabivafaebrahim@chmail.ir

۲ - استادیار کودکان استثنایی دانشگاه ننگیان همدان

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر و اخیراً اعتیاد به مواد محرک و مواد صنعتی که تغییر دهنده خلق و خو و رفتار هستند، یکی از بارزترین آسیب‌های روانی اجتماعی است که به راحتی می‌تواند بنیان زندگی فردی و خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی یک جامعه را از بین برده و پویایی و فعالیت انسان‌ها، نیروی کار و انگیزه و علائق افراد را به مخاطره اندازد و امکانات مادی و معنوی افراد و جوامع را صرف ارائه خدمات به این افراد و بازپروری آنها کند. همچنین، به طور غیر مستقیم باعث از دست دادن نیروی انسانی آن جامعه نیز می‌شود. سوء مصرف مواد، وابستگی و اعتیاد به آن اختلال پیچیده‌ای است که با علل و آثار زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی همراه است (حسین‌المدنی، ۱۳۹۱).

براساس دسته‌بندی تحقیقات برحسب هدف، پژوهش حاضر از نوع، تحقیق کاربردی بوده و براساس دسته بندی تحقیقات بر حسب نحوه گردآوری داده‌ها (طرح تحقیق) از نوع تحقیق توصیفی (غیرآزمایشی) و با شیوه تحقیق پس‌رویدادی^۱ (علی - مقایسه ای) می‌باشد.

اطلاعات گردآوری شده، در دو بخش مجزا با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد. به دلیل رعایت پیش‌فرض‌های آماری پارامتری یعنی فرض مستقل بودن، نرمال بودن، خطی بودن و فاصله‌ای بودن، از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره و آزمون تحلیل واریانس تک متغیره برای آزمون فرضیه‌ها بهره گرفته شد. در بخش آمار توصیفی، داده‌های آماری مربوط به نحوه توزیع پاسخ دهندگان به ویژگی‌های جمعیت شناختی و سایر ویژگی‌های مورد نظر

در پرسشنامه، آورده می‌شود. در این بخش، همچنین از جداول و نمودارهای آماری برای توصیف استفاده می‌شود.

الف) توصیف آماری متغیرهای پژوهش میانگین سن در بین گروه های مورد مطالعه
جدول شماره ۱ میانگین سن نمونه مورد مطالعه را نشان می‌دهد. در گروه درمان با متادون میانگین سن ۳۳/۶۵ و در گروه درمان بدون متادون میانگین سن ۳۳/۳۴ می‌باشد. نمودار توصیفی (میانگین) سن گروه نمونه در زیر ارائه شده است.

جدول ۱- میانگین سن نمونه مورد مطالعه به تفکیک گروه

متغیر	گروه درمان با متادون		گروه درمان بدون متادون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سن	۳۳/۶۵	۹/۹۵	۳۳/۳۴	۷/۸۲

نمودار ۱ میانگین متغیر سن در گروه های مورد مطالعه

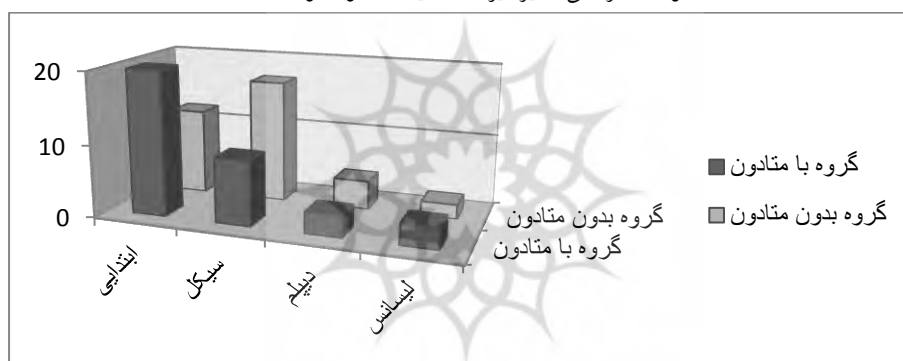


جدول ۲ توزیع فراوانی نمونه مورد مطالعه را بر حسب میزان تحصیلات نشان می‌دهد. در گروه درمان با متادون اکثریت افراد دارای تحصیلات در سطح ابتدایی (۵۷/۱ درصد) هستند و همچنین در گروه درمان بدون متادون اکثریت افراد دارای تحصیلات در سطح سیکل (۴۸/۶ درصد) می‌باشند. نمودار توصیفی (فراوانی) میزان تحصیلات گروه نمونه در زیر ارائه شده است.

جدول ۲- توزیع فراوانی متغیر میزان تحصیلات نمونه مورد مطالعه به تفکیک گروه

گروه بدون متادون درمانی			گروه با متادون			سطوح
درصد تجمعی	درصد	فراوانی	درصد تجمعی	درصد	فراوانی	
۳۴/۳	۳۴/۳	۱۲	۵۷/۱	۵۷/۱	۲۰	ابتدایی
۸۲/۹	۴۸/۶	۱۷	۸۲/۹	۲۵/۷	۹	سیکل
۹۴/۳	۱۱/۴	۴	۹۱/۴	۸/۶	۳	دیپلم
۱۰۰	۵/۷	۲	۱۰۰	۸/۶	۳	لیسانس

نمودار ۲ فراوانی متغیر میزان تحصیلات نمونه مورد مطالعه

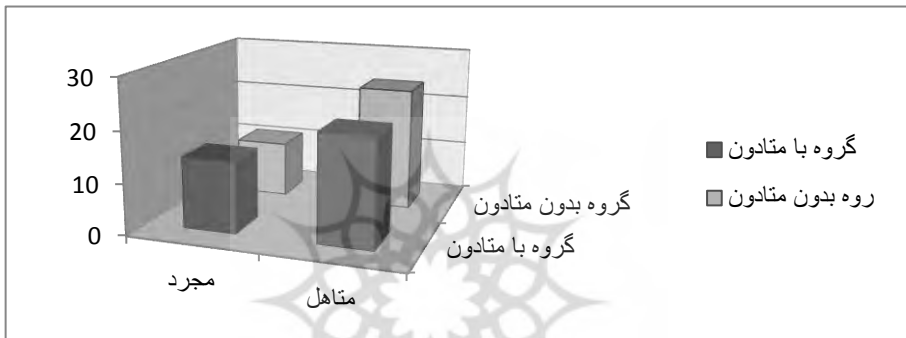


جدول ۳ توزیع فراوانی نمونه مورد مطالعه را بر حسب وضعیت تأهل نشان می‌دهد. در گروه درمان با متادون ۴۰ درصد افراد مجرد و ۶۰ درصد آن‌ها متأهل هستند و همچنین در گروه درمان بدون متادون ۳۱/۴ درصد افراد مجرد و ۶۸/۶ درصد افراد متأهل می‌باشند. نمودار توصیفی (فراوانی) وضعیت تأهل گروه نمونه در زیر ارائه شده است.

جدول ۳ توزیع فراوانی متغیر وضعیت تأهل نمونه مورد مطالعه به تفکیک گروه

گروه بدون متادون درمانی			گروه با متادون درمانی			وضعیت تاهل
درصد تجمعی	درصد	فراوانی	درصد تجمعی	درصد	فراوانی	
۳۱/۴	۳۱/۴	۱۱	۴۰	۴۰	۱۴	مجرد
۱۰۰	۶۸/۶	۲۴	۱۰۰	۶۰	۲۱	متاهل

نمودار ۳ فراوانی متغیر وضعیت تأهل نمونه مورد مطالعه



جدول ۴ شاخص‌های توصیفی جهت بررسی روایی آزمون ام ام پی آی

گروه بدون متادون درمانی		گروه با متادون درمانی		متغیرها
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۱/۱۳	۱/۰۵	۱/۳۲	۱/۶۵	شاخص I
۲/۳۰	۸/۱۷	۲/۸۵	۶/۷۷	شاخص f
۲/۸۴	۵/۴۰	۲/۹۸	۵/۹۱	شاخص k

جدول ۴ میانگین مقیاس‌های روایی آزمون را نشان می‌دهد. در گروه با درمان متادون مقیاس f دارای بالاترین میانگین (۶,۷۷) و مقیاس I دارای پایین‌ترین میانگین (۱,۶۵) می‌باشد. در گروه بدون متادون مقیاس f دارای بالاترین میانگین (۸,۱۷) و مقیاس I دارای پایین‌ترین میانگین (۱,۰۵) می‌باشد.

جدول ۵ جدول شاخص‌های توصیفی متغیرهای بالینی پژوهش

گروه بدون متادون درمانی		گروه با متادون درمانی		متغیرهای پژوهش
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۲/۲۷	۸/۱۱	۲	۵/۸۵	هیپوکندری
۲/۴۰	۱۳/۴۸	۲/۲۹	۸/۱۱	افسردگی
۲/۹۷	۱۲/۲۰	۳/۱۸	۱۰/۲۵	هیستری
۲/۲۶	۱۲/۳۷	۱/۸۰	۹/۰۸	سایکوپاتی
۱/۶۸	۸/۲۲	۲/۵۷	۷/۵۴	پارانویا
۲/۳۷	۱۱/۴۰	۳/۳۱	۸/۴۵	پیسکاستی
۲/۴۷	۱۳/۴۸	۳/۷۷	۱۰/۹۱	اسکیزوفرنیا
۲/۵۱	۶/۴۰	۱/۹۲	۵/۸۸	هیپومانی

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۵ در گروه درمان با متادون در اختلال‌های هیستری و اسکیزوفرنیا میانگین بالاتری دارند و در اختلال هیپوکندری و هیپومانی میانگین پایین‌تری دارند. گروه درمان بدون متادون در اختلال افسردگی و اسکیزوفرنیا دارای میانگین بالا ولی در اختلال هیپومانی میانگین پایینی دارند.

ب) بررسی پیش فرض‌های آزمون تحلیل واریانس چند متغیره

جهت آزمون فرضیه اصلی پژوهش از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده گردید. لذا ابتدا به بررسی پیش فرض‌های آماری آزمون تحلیل واریانس چند متغیره پرداخته می‌شود.

نرمال بودن توزیع صفات: توزیع نمره‌های متغیر وابسته در جامعه برای هر ارزش متغیر مستقل بایستی به صورت نرمال باشد (این مفروضه برای نمره‌های متغیر مستقل ضروری نیست). برای بررسی این مفروضه از آزمون کولموگراف و اسمیرنوف بهره گرفته شد که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶ نتایج آزمون کولموگروف و اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش

گروه درمان بدون متادون		گروه درمان با متادون		متغیرهای پژوهش
سطح معنی داری	آماره کولموگراف و اسمیرنوف	سطح معنی داری	آماره کولموگراف و اسمیرنوف	
۰/۲۲	۱/۰۴	۰/۶۱	۰/۷۵	هیپوکندری
۰/۱۵	۱/۱۳	۰/۵۲	۰/۸۱	افسردگی
۰/۱۸	۱/۰۸	۰/۶۷	۰/۷۲	هیستری
۰/۰۱	۱/۵۷	۰/۴۰	۰/۸۹	سایکوپاتی
۰/۰۶	۱/۲۹	۰/۸۹	۰/۵۷	پارانویا
۰/۳۴	۰/۹۳	۰/۲۹	۰/۹۷	پسیکاستی
۰/۱۷	۱/۱۰	۰/۹۷	۰/۴۸	اسکیزوفرنیا
۰/۴۳	۰/۸۷	۰/۰۱	۱/۵۴	هیپومانی

همان‌طور که اطلاعات جدول ۶ نشان می‌دهد و با توجه به آماره کولموگراف و اسمیرنوف در گروه درمان با متادون همه متغیرهای پژوهش به جز متغیر هیپومانی دارای توزیع نرمال هستند و در گروه درمان بدون متادون همه متغیرها به جز متغیر سایکوپاتی دارای توزیع نرمال هستند.

جدول ۷ آزمون ام باکس جهت بررسی همگنی ماتریس واریانس کواریانس در متغیرهای پژوهش

شاخص ام باکس	شاخص F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
۱۳۶/۷۳	۱/۷۱	۶۶	۱۴۷۴۳/۷۹	۰/۰۰۱

یافته‌های حاصل از جدول ۷ نشان می‌دهد که نتایج معنی‌دار این آزمون با مقدار آماری $F=1/71$ معادل $F=136/73$ در سطح معنی‌داری $p < 0/05$ نشان دهنده ناهمگنی نمرات متغیرهای پژوهش در بین گروه‌های مورد مطالعه است. براساس یافته‌های نظری، برای بررسی تفاوت بین گروه‌ها ماتریس واریانس - کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه باید همگن باشد. با توجه به اطلاعات فوق این پیش فرض رعایت نشده است.

اما به دلیل اینکه حجم نمونه‌ها در گروه‌های مورد بررسی برابر است، می‌توان از تخطی این پیش فرض چشم پوشی کرد (شیولسون، ترجمه کیامنش، ۱۳۸۶).

- مفروضه عدم هم خطی چندگانه: این مفروضه برای بررسی عدم وجود رابطه بالا در بین متغیرهای وابسته پژوهش می‌باشد که از طریق آزمون همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفت و نتایج آن به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه در جداول ۸ و ۹ ارائه شده است.

جدول ۸ نتایج آزمون همبستگی بین متغیرهای پژوهش در گروه درمان با متادون

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. هیپوکندری	۱	* /۵۰	*	*	*	* /۳۶	* /۲۳	* /۱۶
۲. افسردگی	*	۱	*	* /۳۰	*	* /۴۹	* /۳۱	* /۴۲
۳. هیستری	*	*	۱	* /۳۰	*	* /۲۵	* /۱۵	* /۱۲
۴. سایکوپاتی	*	* /۳۰	* /۳۰	۱	*	* /۵۸	* /۴۸	* /۳۰
۵. پارانوئا	*	* /۴۰	* /۳۸	*	۱	*	* /۷۴	* /۶۳
۶. پسیکاسنتی	*	*	* /۲۵	*	*	۱	* /۸۴	* /۶۹
۷. اسکیزوفرنیا	۱ /۲۳	* /۳۱	* /۱۵	*	*	*	۱	* /۷۶
۸. هیپومانیا	۱ /۱۶	*	* /۱۲	* /۳۰	*	*	* /۷۶	۱

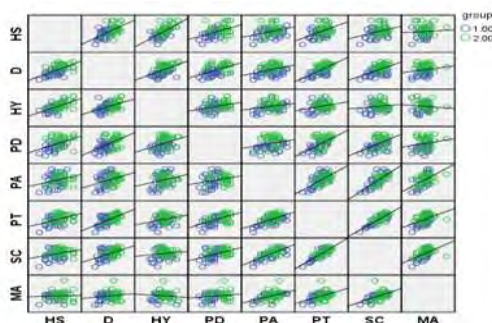
جدول ۹ نتایج آزمون همبستگی بین متغیرهای پژوهش در گروه درمان بدون متادون

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. هیپوکندری	۱	۰/۱	* ۰/۵۵	-۰/۰۸	۰/۷	۰/۰	۰/۰۶	-۰/۱
۲. افسردگی	۰/۱	۱	* ۰/۳۹	-۰/۰۲	۰/۹	* ۰/۵۱	۰/۲	-۰/۳
۳. هیستری	*	*	۱	۰/۷	-۰/۰۹	۰	۰/۰	-۰/۳۵
۴. سایکوپاتی	-۰/۰۸	-۰/۰۲	۰/۷	۱	۰/۱	۰/۲	۰/۳	-۰/۰۶
۵. پارانویا	۰/۷	۰/۹	-۰/۰۹	۰/۱	۱	*	*	۰/۴۲
۶. پسیکاستی	۰/۰	*	۰/۰۴	۰/۲	* ۰/۲	۱	*	۰/۷
۷. اسکیزوفرنیا	۰/۰۶	۰/۲	-۰/۰	۰/۳	* ۰/۳	* ۰/۳	۱	* ۰/۳۳
۸. هیپومانیا	-۰/۱	-۰/۰۳	-۰/۰۵	-۰/۰۶	* ۰/۰۶	۰/۷	*	۱

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۸ و ۹ در گروه درمان با متادون و گروه درمان بدون متادون بین متغیرهای پژوهش، ضریب همبستگی ۰/۹۰ و بالاتر مشاهده نشد، بنابراین، می توان گفت مفروضه عدم هم خطی چندگانه رعایت شده است.

خطی بودن رابطه بین متغیرهای پژوهش: خطی بودن متغیرها ارتباط بین متغیرها است. برای بررسی این مفروضه با استفاده از نرم افزار spss از طریق رسم نمودار پراکندگی، پسماندهای استاندارد رگرسیون بررسی شد و طبق شکل ۱ مشخص گردید که انحرافی از خطی بودن وجود ندارد.

شکل ۱- نمودار پراکنش پس ماندهای استاندارد رگرسیون



فرضیه اصلی پژوهش: اختلالات روانی معتادان با و بدون درمان متادون تفاوت

دارد.

جدول ۱۰ تحلیل چند متغیری بر روی نمرات با در نظر گرفتن گروه ها به عنوان متغیر مستقل

متغیر	آزمون	مقدار	F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معناداری
گروه	لامبدای ویلکز	۲۸/۰	۱۳/۰۷	۱۱	۵۸	۰/۰۰۱

همان گونه که اطلاعات جدول ۱۰ نشان می دهد، شاخص لامبدای ویلکز در سطح $(P < ۰/۰۵)$ از لحاظ آماری معنی دار می باشد.

آزمون فرضیه های فرعی پژوهش

برای آزمون فرضیه های فرعی پژوهش از آزمون تحلیل واریانس تک متغیره بهره گرفته شد. لذا قبل از این آزمون مفروضه یکسانی واریانس متغیرها به وسیله آزمون لون مورد بررسی قرار گرفته است. همچنین در آزمون فرضیه های فرعی برای سطح معنی داری از تصحیح بنفرونی بهره گرفته شد. به عبارت دیگر سطح معنی داری در

آزمون هریک از فرضیه‌ها با مقدار (۰/۰۰۶) مورد مقایسه قرار گرفت و در شرایطی که ($p < ۰/۰۰۶$) باشد می‌توان گفت که آماره F در سطح ۰/۰۵ معنی دار است. یکسانی واریانس متغیرها: این مفروضه دلالت بر این دارد که واریانس متغیر وابسته برای هر ترکیب از سطوح متغیرهای مستقل باید یکسان باشد. به عبارت دیگر، این مفروضه به معادل بودن واریانس‌های متغیر درونی برای سطوح گوناگون متغیرهای بیرونی اطلاق می‌شود، لازم به ذکر است که یکسان نبودن پراکندگی تحلیل واریانس را ناروا نمی‌سازد، اما آنها را تضعیف می‌کند. این مفروضه از طریق آزمون لون در جدول ۱۱ بررسی شد، مشخص گردید. که این فرض در همه متغیرها به جز متغیرهای پارانوئیا و اسکیزوفرنیا برقرار است.

جدول ۱۱ آزمون لون جهت بررسی یکسانی واریانس متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	آماره F	Df1	Df2	سطح معناداری
هیپوکندری	۰/۱۶	۱	۶۸	۰/۶۸
افسردگی	۰/۰۰۴	۱	۶۸	۰/۹۴
هیستری	۰/۲۵	۱	۶۸	۰/۶۱
سایکوپاتی	۰/۸۷	۱	۶۸	۰/۳۵
پارانویا	۶/۶۰	۱	۶۸	۰/۰۱
پسیکاستنی	۰/۶۰	۱	۶۸	۰/۴۴
اسکیزوفرنیا	۴/۴۶	۱	۶۸	۰/۰۳
هیپومانی	۰/۹۷	۱	۶۸	۰/۳۲

فرضیه اول پژوهش: علایم هیپوکندری در بین معتادان زندانی با و بدون درمان متادون تفاوت دارد.

جدول ۱۲ شاخص‌های آمار توصیفی متغیر هیپوکندری

انحراف معیار	میانگین	متغیر	
		گروه با متادون درمانی	گروه بدون متادون درمانی
۲/۰۶	۵/۸۷		
۲/۲۷	۸/۱۱		

جدول ۱۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس متغیر هیپوکندری در بین گروه‌های مورد مطالعه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
بین گروهی	15/89	۱	15/89	18/95	** ۰/۰۰۰۱
درون گروهی	82/319	86	۴/۷۰		
کل	98/408	69			

$P < 0/01$, $n = 70$ **

با توجه به اطلاعات جدول ۱۳ و مقدار آماره ($F = 18/95$ ، $p < 0/01$)، وبا رعایت تصحیح بن فرونی تفاوت معنی داری بین معتادان با و بدون درمان متادون در علائم هیپوکندری وجود دارد و این فرضیه پژوهش مورد تأیید واقع می‌شود. فرضیه دوم پژوهش: علائم افسردگی در بین معتادان زندانی با و بدون درمان متادون تفاوت دارد.

جدول ۱۴- شاخص‌های آمار توصیفی متغیر افسردگی

انحراف معیار	میانگین	شاخص‌ها	
		گروه با متادون درمانی	گروه بدون متادون درمانی
۲/۲۹	۸/۱۱		
۲/۴۰	۱۳/۴۸		

جدول ۱۵- نتایج آزمون تحلیل واریانس متغیر افسردگی در بین گروه‌های مورد مطالعه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
بین گروهی	۵۰۴/۹۱	۱	۵۰۴/۹۱	۹۱/۴۲	***۰۰۰۱ ۰/
درون گروهی	۳۷۶/۲۸	۶۸	۵/۵۳		
کل	۸۸۱/۲۰	۶۹			

$P < 0/01, n = 70$ ***

با توجه به اطلاعات جدول ۱۵ و مقدار آماره ($F = ۹۱/۲۴$ و $p < 0/01$) تفاوت معنی داری بین معتادان با و بدون درمان متادون در علایم افسردگی وجود دارد و این فرضیه پژوهش مورد تایید واقع می شود.

فرضیه سوم پژوهش: علایم هیستری در بین معتادان زندانی با و بدون درمان متادون تفاوت دارد.

جدول ۱۶- شاخص‌های آمار توصیفی متغیر علایم هیستری

متغیر	شاخص‌ها		میانگین	انحراف معیار
	گروه با متادون درمانی	گروه بدون متادون درمانی		
تشنه	۳	۳	۱۰/۲۵	۳/۱۸
تپش قلب	۳	۳	۱۲/۲۰	۲/۹۷

جدول ۱۷- نتایج آزمون تحلیل واریانس متغیر علایم هیستری در بین گروه‌های مورد مطالعه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
بین گروهی	۶۶/۰۵	۱	۶۶/۰۵	۶/۹۵	۰/۰۱
درون گروهی	۶۴۶/۲۸	۶۸	۹/۵۰		
کل	۷۱۲/۳۴	۶۹			

با توجه به اطلاعات جدول ۱۷ و مقدار آماره ($F=۶/۹۵$ و $p=0/01$)، و با توجه به تصحیح بن فرونی ($۰/۰۰۶$) تفاوت معنی‌داری بین معتادان با و بدون درمان متادون در علایم هیستری وجود ندارد و این فرضیه پژوهش مورد تأیید واقع نمی‌شود.

فرضیه چهار پژوهش: علایم سایکوپاتی در بین معتادان زندانی با و بدون درمان متادون تفاوت دارد.

جدول ۱۸- شاخص‌های آمار توصیفی متغیر سایکوپاتی

متغیر	شاخص‌ها	میانگین	انحراف معیار
مورد مقایسه گروه‌های	گروه با متادون درمانی	۹/۰۸	۱/۸۰
	گروه بدون متادون درمانی	۱۲/۳۷	۲/۲۶

جدول ۱۹- نتایج آزمون تحلیل واریانس متغیر سایکوپاتی در بین گروه‌های مورد مطالعه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
بین گروهی	۱۸۸/۹۲	۱	۱۸۸/۹۲	۴۵/۰۹	* * ۰/۰۰۰۱
درون گروهی	۲۸۴/۹۱	۶۸	۴/۱۹		
کل	۴۷۳/۸۴	۶۹			

$$n=70 \quad P<0/0**$$

با توجه به اطلاعات جدول ۱۹ و مقدار آماره ($F=۴۵/۰۹$ و $p<0/01$) تفاوت معنی‌داری بین معتادان با و بدون درمان متادون در علایم سایکوپاتی وجود دارد و این فرضیه پژوهش مورد تأیید واقع می‌شود.

فرضیه پنجم پژوهش: علایم پارانویا در بین معتادان زندانی با و بدون درمان متادون تفاوت دارد.

برای آزمون فرضیه پنجم پژوهش به دلیل همگن نبودن واریانس گروه‌ها در متغیر علایم پارانوئیا از آزمون یومن ویتنی بهره گرفته شد که نتایج آن در جدول ۲۱ ارائه شده است.

جدول ۲۰- شاخص‌های آمار توصیفی متغیر پارانوئیا

انحراف معیار	میانگین	متغیر	
		شاخص‌ها	میانگین
۲/۵۷	۷/۵۴	گروه با متادون درمانی	میانگین
۱/۶۸	۸/۲۲	گروه بدون متادون درمانی	انحراف معیار

جدول ۲۱- نتایج آزمون یومن ویتنی متغیر پارانوئیا در بین گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	مقدار آماره	Z	سطح معنی داری
پارانویا	۵۰۷/۵۰	-۱/۲۴	۳۰/۲۱

با توجه به اطلاعات جدول ۲۱ و مقدار آماره ($p=0/21$ و $z=-1/24$) تفاوت معنی‌داری بین معتادان با و بدون درمان متادون در علایم پارانوئیا وجود ندارد و این فرضیه پژوهش مورد تأیید واقع نمی‌شود.

فرضیه ششم پژوهش: علایم پسیکاستنی در بین معتادان زندانی با و بدون درمان متادون تفاوت دارد.

جدول ۲۲ شاخص‌های آمار توصیفی متغیر پسیکاستنی

انحراف معیار	میانگین ن	متغیر	
		شاخص‌ها	میانگین
۳/۳۱	۸/۴۵	گروه با متادون درمانی	میانگین
۲/۳۷	۱۱/۴۰	گروه بدون متادون درمانی	انحراف معیار

جدول ۲۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس متغیر پسیکاستی در بین گروه‌های مورد مطالعه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
بین گروهی	۱۵۱/۵۵	۱	۱۵۱/۵۵	۱۶/۴۳	**۰/۰۰۱
درون گروهی	۶۲۷/۰۸	۶۸	۹/۲۲		
کل	۷۸۷/۶۴	۶۹			

$P < 0/01, n = 70$ **

با توجه به اطلاعات جدول ۲۳ و مقدار آماره ($F = ۱۶/۴۳$ و $p < 0/01$) تفاوت معنی‌داری بین معتادان با و بدون درمان متادون در علایم پسیکاستی وجود دارد و این فرضیه پژوهش مورد تأیید واقع می‌شود.

فرضیه هفتم پژوهش: علایم اسکیزوفرنیا در بین معتادان زندانی با و بدون درمان متادون تفاوت دارد.

برای آزمون فرضیه هفتم پژوهش، به دلیل همگن نبودن واریانس گروه‌ها در متغیر علایم اسکیزوفرنیا از آزمون یومن ویتنی بهره گرفته شد که نتایج آن در جدول ۲۵ ارائه شده است.

جدول ۲۴ شاخص‌های آمار توصیفی متغیر اسکیزوفرنیا

شاخص‌ها	متغیر	میانگین	انحراف معیار
مقایسه گروه‌های مورد مطالعه	گروه با متادون درمانی	۱۰/۹۱	۳/۷۷
	گروه بدون متادون درمانی	۱۳/۴۸	۲/۴۷

جدول ۲۵ نتایج آزمون یومن ویتنی متغیر اسکیزوفرنیا در بین گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	مقدار آماره	Z	سطح معنی داری
اسکیزوفرنیا	۳۶۶ / ۵۰	-۲/۹۰	**۰/۰۰۴

$P < 0/01, n = 70$ **

با توجه به اطلاعات جدول ۲۵ و مقدار آماره ($p < 0/01$ و $z = -2/90$) تفاوت معنی داری بین معتادان با و بدون درمان متادون در علایم اسکیزوفرنیا وجود دارد و این فرضیه پژوهش مورد تأیید واقع می شود.

جدول ۲۶ شاخص های آمار توصیفی متغیر هیپومانی

شاخص ها	متغیر	میانگین	انحراف معیار
فرد در گروه	گروه با متادون درمانی	۵/۸۸	۱/۹۲
	گروه بدون متادون درمانی	۶/۴۰	۲/۵۱

فرضیه هشتم پژوهش: علایم هیپومانی در بین معتادان زندانی با و بدون درمان متادون تفاوت دارد.

جدول ۲۷ نتایج آزمون تحلیل واریانس متغیر هیپومانی در بین گروه های مورد مطالعه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
بین گروهی	۴/۶۲	۱	۴/۶۲	۰/۲۹	۱۰/۳۳
درون گروهی	۳۳۹/۹۴	۶۸	۴/۹۹		
کل	۳۴۴/۵۷	۶۹			

با توجه به اطلاعات جدول ۲۷ و مقدار آماره ($p = 0/331$ و $F = 0/92$) تفاوت معنی داری بین معتادان با و بدون درمان متادون در علایم هیپومانی وجود ندارد و این فرضیه پژوهش مورد تأیید نمی شود.

نتایج حاصل از سنجش فرضیه های پژوهش

آزمون فرضیه اصلی پژوهش: بین اختلالات روانی معتادان با و بدون درمان متادون، تفاوت وجود دارد.

باتوجه به جدول شماره ۱۰ می‌توان نتیجه گرفت که سطح معناداری ذکر شده در آزمون لامبدای ویلکز، بزرگتر از ($P < 0/05$) می‌باشد. نتایج به‌دست آمده حاکی از آن است که در مقایسه گروه‌های مورد مطالعه (معتادان با متادون درمانی و معتادان بدون درمان متادون) از لحاظ اختلالات روانی تفاوت وجود دارد. به‌این معنا معتادانی که با متادون تحت درمان قرار گرفته‌اند نسبت به گروه بدون درمان متادون اختلالات روانی کم‌تری دارند و متادون می‌تواند در مدت زمان مصرف حداقل ۶ ماهه کیفیت عملکرد زندگی، بهزیستی و روانشناختی افراد را بر اساس پروتکل درمانی بهبود بخشد. تأثیرگذاری درمان متادون بر کاهش اختلالات روانی توسط برخی صاحب نظران و پژوهش‌ها مورد تأکید قرار گرفته است. در تحلیل و تبیین این فرضیه می‌توان بیان داشت که:

در اصول کلی، درمان معتادان با توجه به اینکه اعتیاد بیماری مزمنی محسوب می‌گردد. عوامل ژنتیکی، روانی، جسمی و اجتماعی در شروع و تداوم درمان آن دخالت دارند. آن چه اهمیت دارد، این موضوع است که فرد معتاد بر اساس شرایط و مشخصات خود به برنامه‌ریزی‌های درمانی مناسب هدایت گردد. برای انتخاب برنامه درمانی مناسب ملاک‌های مشخصی مانند: نوع ماده مصرفی، شیوه مصرف، مدت اعتیاد، شدت وابستگی فرد و اختلالات جسمی و روانی باید مد نظر قرار گیرد.

درمان اعتیاد مجموعه‌ای از روش‌های مختلف روان‌شناختی، دارویی و مددکاری اجتماعی است که برای سم‌زدایی معتادان و پیشگیری از مصرف مجدد مواد توسط آنان و یا برای کاهش آسیب و عوارض اعتیاد در فرد به کار گرفته شود و با مشارکت خود بیمار و راهنمایی درمان‌گر اهداف درمان مشخص و با شیوه‌های سم‌زدایی و درمان نگهدارنده و دیگر روش‌های روانشناختی شروع می‌شود.

یکی از روش‌های درمان دارویی، استفاده از درمان نگهدارنده با متادون می‌باشد که یکی از خدمات اصلی در برنامه کاهش آسیب می‌باشد. در این خصوص، اهم

توصیه‌های مشاورین سازمان جهانی بهداشت چنین می‌باشد: بایستی معتادین بتوانند به طیف وسیعی از درمان‌های اعتیاد دسترسی داشته باشند و درمان نگهدارنده با متادون بایستی در قلب این درمان‌ها قرار گیرد.

بنابراین، درمان نگهدارنده با آگونیست‌های افیونی که متادون هم یک دسته از این داروها می‌باشد، می‌تواند جایگزین مصرف مواد مخدر غیر مجاز گردد. اثر آگونیستی متادون بر روی گیرنده‌های مو (μ) و NMDA گیرنده‌های گلوتامات که از عوامل اولیه تحریکات نوروترانسمیترهای سیستم اعصاب مرکزی CNS می‌باشد نقش بسیار مهمی در تنظیم تحریکات، حافظه، تمرکز و بالا بردن خلق و حالت دارد. تأثیر بر سیستم دوپامینی و سیستم سروتونینی این دارو باعث از بین رفتن خیلی از نشانه‌های سوء مصرف مواد در افراد معتاد می‌گردد. دوز نگهدارنده این دارو موجب سرخوشی و خوشحالی، آرامش، تمرکز، خواب آرام، از بین رفتن علائم خستگی و کوفتگی و علائم اضطراب می‌گردد. و در بهبود فعالیت معتادان اثر مثبت داشته باشد و مانع بروز حالات ولع برای مصرف مجدد مواد مخدر می‌شود. همین‌طور از بروز حالات خشم، رفتارهای ستیزه‌جویانه و ناپایداری تصمیم‌گیری و رفتار جلوگیری می‌کند.

آزمون فرضیه‌های فرعی تحقیق

علایم هیپوکندری در بین معتادان زندانی با و بدون درمان متادون تفاوت دارد. با توجه به اطلاعات جدول شماره ۱۳ و مقدار آماره $F=18/95$ و $(P<0/01)$ تفاوت معنی‌داری بین معتادان با و بدون درمان متادون در علایم هیپوکندری وجود دارد و این فرضیه پژوهش مورد تأیید واقع می‌شود. در تحلیل و تبیین این فرضیه می‌توان بیان داشت که حس سلامت عمومی این افراد پایین می‌باشد و وضعیت سلامت جسمانی مانند میزان بروز نشانه‌های جسمانی و اختلال خواب در آن‌ها بیشتر است و این بیماران خلق ضعیف، شکوه‌های جسمانی درد و سردرد دارند و داروی متادون

با توجه به اثر فارماکولوژی و تأثیرات آن بر گیرنده‌های مو (μ) و NMDA نقش بسیار مهمی بر کنترل عواطف و خلق بیمار و بالا رفتن عملکرد شخصی و اجتماعی و احساس سلامتی و نشاط در فرد می‌گردد و باعث از بین رفتن خیلی از نشانه‌های سوء مصرف مواد در افراد معتاد می‌گردد.

آزمون دوم از فرضیه‌های فرعی تحقیق

علایم افسردگی در بین معتادان زندانی با و بدون درمان متادون تفاوت دارد. با توجه به اطلاعات جدول ۱۵ و مقدار آماره ($F=۹۱/۲۴$) و ($P<۰/01$) تفاوت معنی‌داری بین معتادان با و بدون درمان متادون در علایم افسردگی وجود دارد و این فرضیه پژوهش مورد تأیید واقع می‌شود. در تحلیل و تبیین این فرضیه می‌توان بیان داشت که عملکرد خلقی معیوب که شامل علایم استرس و افسردگی به صورت همگام با سوء مصرف مواد است. ابعاد سلامت روانی و درمان را به میزان زیادی تحت تأثیر قرار می‌دهد. بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد از اختلالات روانی رنج می‌برند و یکی از اختلالات شایع افسردگی می‌باشد که باعث کاهش عملکرد و کاهش کیفیت زندگی افراد بیمار می‌گردد. لذا استفاده از داروی متادون به عنوان جایگزین مواد افیونی با هدف کاهش اختلالات روانی و با تأثیر بر سیستم دوپامینی و سیستم سروتونینی باعث از بین رفتن خیلی از نشانه‌های سوء مصرف مواد در افراد معتاد می‌گردد و کمک به بهبود سطح عملکرد زندگی بیماران می‌باشد.

آزمون سوم از فرضیه‌های فرعی تحقیق

علایم هیستری در بین معتادان زندانی با و بدون درمان متادون تفاوت دارد. با توجه به اطلاعات جدول ۱۷ و مقدار آماره ($F=۶/۹۵$) و ($P=۰/01$) تفاوت معنی‌داری بین معتادان با و بدون درمان متادون در علایم هیستری وجود ندارد و این فرضیه پژوهش مورد تأیید واقع نمی‌شود. در تحلیل و تبیین این فرضیه می‌توان بیان داشت

که با توجه به ملاک های مشخص شده در آزمون MMPI برای مقیاس بالینی هیستری که معمولاً افرادی که در این مقیاس نمره بالایی کسب می کنند، افرادی هستند که در سطوح پایینی از اضطراب، تنش و افسردگی را تجربه می کنند. در صورتی که در اکثریت پژوهش ها و منابع علمی بیان شده است که بیماران سوء مصرف مواد دارای درجات بالایی از اضطراب، استرس و افسردگی می باشند می توان بیان نمود که زمینه های روانی، ذهنی انسان و عوامل شخصیتی در ابتلا به مواد مخدر مؤثر می باشد، لذا فرضیه فوق مورد تأیید واقع نمی شود.

آزمون چهارم از فرضیه های فرعی تحقیق

علائم سایکوپاتی در بین معتادان زندانی با و بدون درمان متادون تفاوت دارد. با توجه به اطلاعات جدول ۱۹ و مقدار آماره $(F=45/09)$ و $(p < 0/01)$ تفاوت معنی داری بین معتادان با و بدون درمان متادون در علائم سایکوپاتی وجود دارد و این فرضیه پژوهش مورد تأیید واقع می شود. در تحلیل و تبیین این فرضیه می توان بیان داشت با توجه به این که بین شخصیت و اعتیاد رابطه ای متقابل وجود دارد، به نحوی که به علت وضع خاص شخصیتی و نیازها، شکست ها، ناتوانی در برخورد با مسائل و ناکامی در زندگی، عدم ثبات عاطفی و ناملایمات دیگر، به اعتیاد روی می آورد. اعتیاد به نوبه خود منجر به از بین رفتن تعادل روانی و هیجانی شخص می شود. برخی از اختلالات مربوط به شخصیت است که منجر به شکل گیری و ایجاد زمینه روابط میان افراد می گردد.

ویژگی های شخصیت ضداجتماعی نوعی به هم ریختگی ارتباط بین انسان و جامعه است. این افراد نسبت به هنجارها و مقررات اجتماعی بی اعتنا و بی تفاوت هستند و سعی می کنند به هر نحو که شده به هوی و هوس خود پاسخ دهند. این افراد ارزش های اخلاقی را پایمال می کنند و به علت جست و جو، لذت و ضعف اراده به آسانی گرفتار موادمخدر می شوند و استفاده از متادون در درمان این گونه

شخصیت‌ها با دوز نگهدارنده موجب سرخوشی و خوشحالی، آرامش، تمرکز و خواب آرام می‌گردد.

آزمون پنجم از فرضیه‌های فرعی تحقیق

علایم پارانویا در بین معتادان زندانی با و بدون درمان متادون تفاوت دارد. با توجه به اطلاعات جدول ۲۱ و مقدار آماره $(z=-1/24)$ و $(P=0/213)$ تفاوت معنی‌داری بین معتادان با و بدون درمان متادون در علایم پارانویا وجود ندارد و این فرضیه پژوهش مورد تأیید واقع نمی‌شود. در تحلیل و تبیین این فرضیه می‌توان بیان داشت با توجه به مقیاس پارانویا در آزمون MMPI که، برای تشخیص افرادی که وضعیت یا حالات پارانویید دارند طراحی شده است. این مقیاس میزان حساسیت بین فردی، خود ذیحق شماری، و بدگمانی را در شخصیت اندازه‌گیری می‌کند. بسیاری از سؤالات این مقیاس بر حوزه‌هایی مانند افکار به خود بستن، باورهای هذیانی، بدگمانی فراگیر، احساسات گزند و آسیب، باورهای شخصی بزرگ منشی و خشکی بین فردی تمرکز یافته‌اند. سؤالات آزمون فوق موفق به اندازه‌گیری تفاوت میان دو گروه را نداشته است و احتمالاً برنامه‌های ارایه شده در داخل زندان مانند خدمات مشاوره، برنامه‌های مذهبی و دیگر خدمات مدد کاری ارایه شده تاثیر در روند تفکر زندانیان داشته است. لذا فرضیه فوق در زمینه علایم پارانویا مورد تایید واقع نمی‌شود.

آزمون ششم از فرضیه‌های فرعی تحقیق

علایم پسیکااستنی در بین معتادان زندانی با و بدون درمان متادون تفاوت دارد. با توجه به اطلاعات جدول ۲۳ و مقدار آماره $(F= 16/43)$ و $(p<0/01)$ تفاوت معنی‌داری بین معتادان با و بدون درمان متادون در علایم پسیکااستنی وجود دارد و این فرضیه پژوهش مورد تأیید واقع می‌شود. در تحلیل و تبیین این فرضیه، می‌توان بیان داشت که ضعف روانی شامل وسواس‌های عملی و فکری، ترس‌های غیر منطقی،

اضطراب و تردید های افراطی در افراد می تواند زمینه بروز سوء مصرف مواد گردد و با توجه به این که این افراد ناراحتی، تنش و ناکارآمدی شناختی تجربه می کنند. لذا در برنامه ریزی درمانی بیماران سوء مصرف مواد، باید دقت کافی به عمل آید تا برای برطرف کردن علائم فوق درمان های دارویی انجام شود و اولین شیوه درمان جهت کاهش علائم فوق می تواند استفاده از داروی متادون باشد که برای ایجاد تطبیق و پیشگیری از عود مجدد بیماری، که بتواند روابط منطقی پایداری در هیجانات فرد ایجاد گردد، مؤثر می باشد. بنابر این، فرضیه فوق تایید می گردد و نشان دهنده آن است که متادون از طریق سیستم اعصاب مرکزی CNS در کاهش علائم ضعف روانی مؤثر بوده است.

آزمون هفتم از فرضیه های فرعی تحقیق

علائم اسکیزوفرنیا در بین معتادان زندانی با و بدون درمان متادون تفاوت دارد. با توجه به اطلاعات جدول ۲۵ و مقدار آماره $(z = -2/90)$ $(p < 0/01)$ تفاوت معنی داری بین معتادان با و بدون درمان متادون در علائم اسکیزوفرنیا وجود دارد و این فرضیه پژوهش مورد تأیید واقع می شود. در تحلیل و تبیین این فرضیه می توان بیان داشت که پیامدهای طولانی مدت مواد می توانند در بافت روان پریشی، بسیار نامطلوب باشند. پیامدهای منفی سوء مصرف مواد بر احوال درونی فرد اثر می گذارد و نشانه های روان پریشی را تشدید می کنند که این نشانه ها شامل خلق افسرده، ناهنجاری های فزاینده ای ادراکی و شناختی و برانگیختگی می باشد. بنابراین، تفاوت دو گروه نشان دهنده تأثیر درمان متادون در کاهش علائم اسکیزوفرنیا بوده و می تواند به عنوان نگاه دارنده خلق و خوی فرد برای شروع عملکرد بهتر فرد برای ترک و پاکی بوده و گام مهمی در درمان محسوب می شود.

آزمون هشتم از فرضیه های فرعی تحقیق

با توجه به اطلاعات جدول ۲۷ و مقدار آماره ($F=0/92$) و ($P=0/331$) تفاوت معنی‌داری بین معتادان با و بدون درمان متادون در علائم هیپومانی وجود ندارد و این فرضیه پژوهش مورد تأیید واقع نمی‌شود. در تحلیل و تبیین این فرضیه می‌توان بیان داشت که علائم این مقیاس در آزمون MMPI شامل دوره های متناوب سنگولی، تحریک‌پذیری افزایش یافته، فعالیت بی حاصل و زاید می باشد که ممکن است وسیله‌ای برای تحریف و دفع افسردگی باشد. بنابراین سؤالات پیرامون موضوع‌هایی مانند سطح انرژی، تحریک‌پذیری خودخواهی و عظمت متمرکز شده‌اند. با توجه به این که اکثریت پژوهش‌ها ثابت کرده‌اند که افسردگی همراه با مشکلات سوء مصرف مواد و افسردگی در زمان ترک بیشتر اتفاق می افتد. لذا فرضیه فوق در زمینه علائم هیپومانی مورد تأیید واقع نمی‌شود و نتیجه این فرضیه با پژوهش‌های مطرح شده در فرضیه اصلی هم‌سو نمی‌باشد.

نتیجه‌گیری کلی

با توجه به اینکه اعتیاد بیماری مزمنی است که عوامل ژنتیکی، جسمی، اجتماعی و روانی در شروع و تداوم آن دخالت دارند، انتخاب نوع درمان با استفاده از روش‌های مختلف درمان جسمی و روانشناختی که بتواند در کاهش اختلالات روانی، افزایش عملکرد بیماران و پیشگیری از عود موثر باشد، بسیار مهم است. یکی از روش‌های درمان جسمی استفاده داروهای آگونیست، خصوصاً متادون می‌باشد که به بیماران در بهبود عملکردشان کمک می‌کند و به پر کردن کمبودهایی می‌پردازند که بر اثر مصرف مواد مخدر در مغز ایجاد شده است.

در تحقیق حاضر نیز تفاوت بین معتادان زندانی تحت درمان متادون با معتادان زندانی بدون درمان متادون معنادار می‌باشد. این نشان دهنده تأثیر درمانی متادون

در کاهش اختلالات روانی، کاهش آسیب و کمک به معتادان برای سازگاری مناسب با جامعه و پرهیز از مصرف بیشتر مواد مخدر می باشد.

منابع

- ابوالحسنی، فرید (۱۳۸۳). مدیریت برنامه های تندرستی. تهران: برای فردا.
- ارسیا، تقوا؛ خوش دل، علیرضا؛ امن الهی، فرهاد؛ اکبر زاده؛ محمد (۱۳۸۹). بررسی میزان آگاهی متخصصین قلب تهران از درمان های نگهدارنده با متادون و بوپرونونرفین. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۹، ۲۸۳-۲۸۲.
- الماسی، فریبا (۱۳۸۳). بررسی کیفیت زندگی و عوامل موثر بر آن در مددجویان زن زندان اوین در سال ۱۳۸۲. پایان نامه دکترای تخصصی پزشکی اجتماعی دانشگاه شهید بهشتی.
- اصغری، اکرم؛ پورشهbaz؛ عباس؛ فرهودیان، علی (۱۳۹۰). ابعاد شخصیتی اثر گذار در عود سوء مصرف مواد در وابستگی به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف ۵ (۱۹).
- انجمن روان پزشکی امریکا (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی، ویراست پنجم Dsm-5، ترجمه یحیی سید محمدی، تهران: انتشارات روان، ۱۳۹۳.
- اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد (۱۳۸۲). پروتکل درمانی مراکز بهبودی اقامتی انجمن تولد دوباره، نشر سازمان بهزیستی.
- اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد (۱۳۸۴). پروتکل درمانی کلینیک های ترک اعتیاد، نشر سازمان بهزیستی.
- امینی، کوروش؛ امینی، داریوش (۱۳۷۹). علل بازگشت مجدد معتادان به اعتیاد با مواد افیونی در مراجعین به مراکز دولتی ترک اعتیاد شهر همدان، پایان نامه کارشناسی ارشد.
- اورنگ، جمیله (۱۳۷۶). پژوهشی نو درباره اعتیاد، تهران: انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، چاپ اول.
- احمدوند راد، فریبرز؛ (۱۳۸۶). بررسی علل گرایش نوجوانان به اعتیاد، همدان: پژوهشگاه تعلیم و تربیت.
- ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران (۱۳۸۲). جلد دوم، سازمان بهزیستی کشور معاونت امور فرهنگی و پیشگیری.

- اورکی، محمد؛ مگری، آذرخش؛ کیایی ضیا بری، سید مجید (۱۳۹۲). رابطه ولع مصرف شیشه (متامفتامین) و ویژگی های شخصیتی در مددجویان تحت درمان نگهدارنده با متادون. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران.
- اسماعیلی، ایرج (۱۳۸۸). اقدامات کاهش زیان (متادون درمانی) در زندان و اثر آن بر بهبود کیفیت زندگی. فصلنامه اعتیاد پژوهشی سوء مصرف مواد ۲(۲).
- اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، دفتر سلامت روانی اجتماعی مدارس، مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.
- باجر، جیمز؛ مینکا، سوزان؛ هولی، جیل (۱۳۸۸). آسیب شناسی روانی. ترجمه یحیی سید محمدی، تهران: نشر ارسباران، جلد اول و دوم.
- بیگی، علی؛ محمدی، محمدعلی؛ فراهانی، محمدتقی؛ محمدخانی؛ شهرام (۱۳۹۰). مقایسه سبک های مدارا با استرس و سطح امیدواری بین اعضای انجمن معتادان گمنام و معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون. فصلنامه اعتیاد پژوهشی سوء مصرف مواد، ۵(۲۰).
- بیکر، آماندا؛ ولمن، ریچارد (۱۳۹۳). راهنمای بالینی همراهی مشکلات روانی و مواد الکلی. ترجمه دکتر سید جلال صدرالسادات، دکتر لیلا صدرالسادات، فاطمه قراگوزلو. تهران، دانشگاه پیام نور و ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور.
- بهرامی، هادی (۱۳۷۸). میزان وجود اختلال های روانی در میان زندانیان مرد. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران.
- پیکات، تری؛ اسماک، سارا ای (۲۰۰۷). درمان راه حل محور سوء مصرف مواد. ترجمه فاطمه رسولی، تهران، دانشگاه پیام نور و ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور.
- توافقنامه موسسه ملی بهداشت روان consensusNIMH، (۱۹۹۸).
- حسینی المدنی، سیدعلی (۱۳۹۱). تاب آوری سبک های هویتی و صفات شخصیتی در افراد معتاد (مصرف کنندگان مواد محرک، مصرف کنندگان مواد افیونی، افراد بهبود یافته) و افراد غیر معتاد. رساله دکتری روانشناسی، چاپ نشده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات.
- حیدری، امیر زرگر؛ فرهادی نسب؛ محجوب (۱۳۸۴). ویژگی های شخصیتی معتادان به مواد مخدر با افراد غیر معتاد. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران.
- دلاور، علی (۱۳۸۴). روش تحقیق در روان شناسی و علوم تربیتی، نشر ویرایش، چاپ هفدهم.

- ریس، لینفورد^۱ (۱۳۶۴). مختصر روان پزشکی. ترجمه گروهی از مترجمان زیر نظر و با ویراستاری دکتر عظیم و هابزاده، مرکز نشر دانشگاهی.
- رفیعی، حسن (۱۳۸۲). پیشگیری از اعتیاد: چرا اجتماع محور؟ تهران: دبیر خانه ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- زارعی، سلمان؛ اسدی، زهرا؛ زارعی، خدیجه (۱۳۹۳). اثر بخشی برنامه مدیریت استرس بر کیفیت زندگی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد ۸ (۲۹).
- سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس؛ حجازی، الهه (۱۳۸۵). روش های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: انتشارات آگاه.
- کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین (۲۰۰۳). خلاصه روان پزشکی، علوم رفتاری- روان پزشکی بالینی، جلد اول، ترجمه حسن رفیعی و همکاران، تهران: انتشارات ارجمند.
- شاملو، سعید (۱۳۶۴). آسیب شناسی روانی (روانشناسی مرضی). انتشارات چهر.
- شهرادی، اعظم؛ محمدی فر، محمد علی؛ فخری، محمد کاظم (۱۳۸۹). تأثیر درمان نگهدارنده متادون بر سلامت روان و امیدواری وابستگی به مواد مخدر، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد ۴ (۱۶).
- شاهسون، اسماعیل (۱۳۸۵). مبانی برنامه ریزی در زمینه کاهش تقاضای مواد مخدر، مجموعه مقالات ارائه شده در سمپوزیوم علمی کاربردی پیشگیری از اعتیاد. سازمان بهزیستی اصفهان.
- شیولسون، ریچارد جی (۱۳۸۶). استدلال آماری در علوم رفتاری، جلد دوم، ترجمه علیرضا کیامنش. تهران: جهاد دانشگاهی دانشگاه علامه طباطبائی.
- طاهری نخست، حمیدرضا؛ جعفری، فیروزه؛ گیلانی پور، مهسا (۱۳۹۱). کتاب راهنما و تمرینات مراجع در درمان سرپایی اختلال مصرف مواد محرک بر اساس مدل ماتریکس، تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.
- فصلنامه روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران، سال چهاردهم، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۲.
- فصلنامه روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران، سال بیستم، شماره ۲۵، ۱۳۹۲.
- عرفانی، نصراله؛ پورسینا، محمد (۱۳۹۲). مقایسه نیمرخ شخصیتی معتادان گمنام و غیر گمنام زندانی مرد. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد ۵ (۲۵).

- قاسمی، نظام الدین؛ ربیعی، محمد؛ حقایق، سید عباس؛ پالاهنگ، حسین (۱۳۹۰). مقایسه سطح هیجان خواهی، راهبردهای مقابله ای و میزان آسیب پذیری در برابر استرس در بین معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون و افراد سالم، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد (۵) (۱۸).
- قربانی، طاهره؛ محمد خانی، شهرام؛ صرامی، غلامرضا (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری مبتنی بر مهارت های مقابله ای و نگهدارنده درمان با متادون در بهبود راهبردهای تنظیم هیجان و پیشگیری از عود. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد (۵) (۱۷).
- کاپلان، هارولد^۱؛ سادوک، بنیامین^۲ (۱۹۸۸). خلاصه روانپزشکی، ترجمه دکتر نصرت الله پور افکاری، انتشارات تابش (تبریز)، جلد دوم.
- مومنی، فرشته؛ مشتاق، نهاله؛ پورشهباز، عباس (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد (۸) (۲۷).
- مارنات، گری گراث (۱۳۸۴). راههای سنجش روانی برای روانشناسان بالینی، مشاوران و روان پزشکان. ترجمه دکتر حسن پاشا شریفی و دکتر محمدرضا نیکخو، تهران: انتشارات سخن، جلد اول.
- مجموعه مقالات، پایان نامه های مقطع کارشناسی ارشد و دکترا در حوزه مواد مخدر، جلد اول و دوم، (۱۶) ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۰.
- مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی (۱۳۸۰).
- مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی (۱۳۹۲).
- نادری، شهرام؛ بینازاده، محمد؛ صفاتیان، سعید؛ پیوندی، اصغر (۱۳۸۷). درسنامه جامع درمان اعتیاد وابستگی به انواع مواد و درمان های دارویی و غیر دارویی آن ها، تهران، ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- ناظر، محمد؛ خالقی، عزت الله؛ صیادی، احمد رضا (۱۳۸۰). رابطه میان شدت اختلالهای روانپزشکی و شدت وابستگی به مواد افیونی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران.
- وزیریان، محسن؛ مستشاری، گلاره (۱۳۸۱). راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد، ویرایش دوم، تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت.
- وزیریان، محسن؛ مستشاری، گلاره (۱۳۸۴). پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونست. تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت.

- BaLL , J. C & Ross, C.A.(1991).The effectiveness of Methadone maintenance treatment. New York. Springer velag.
- Balki, S.L., washbuorn, A.M. ,Delucchi, K., & Tones R.T(2011).A controlled trial of fluoxetine in crack Cocaine dependence. *Dray and Alcohol Dependence*, 41, 137-140.
- Brook ,D.M.& spitz H.I.(2002) .The Group Therapy of substance abuse, New York: Heath medical press.
- Dole, V.D , Robinson, J.W. , orraca, J., Towns, E.,Seurcy, P.caine, E.(1996). Me thadone treatment of randomly selected criminal addicts, *Journal of medicine* ,280 , 1372-1375.
- Gorman, J.M.(2003). Treating Generalized anxiety disorder. *Clinical psychiatry*, 64. 24-29.
- Helmus, T., Downey, k., Arfken, C., Henderson, M.,& Schuster, C.(2001). Novelty seeking as a predictor of treatment retention for heroin dependent cocaine user. *Drug and alcohol dependence*, 61(3), 287-295.
- Hendricks VM. (2003).psychiatric disorders in a Dutch addict population: rates and correlates of Dsm-III diagnosis *Journal of consultant clinical psychology*, 58(2):158-65.
- Hubbard , R. L ,Marsden, M.E., Rachal, J.V., Harwood , H.J.,Caranaugh , E.R. & Grnzburg, H.M.(1989). Drug abuse treatment A. national study of effect tiveness. Chapel Hill (Nc): university of North california press.
- Jualie, A. Taker, D.(1999).changing in addictive behavior. New York.The Guilford press. Kadden, R.M.(2002). Cognitive behavior therapy fo substance dependence: coping skills training Retrieved June 280.
- Jean, M. Bary, L. Dueat, E. Ray, B. (2010). Pharma cotherapy in the Treatment of addiction methadone, *J. Addict DiS*. Apr: 29(2),200-216.
- Linden, M., Zabraegel , D., & Bear, T. (2005).Efficacy of cognitive behavior therapy in generalized anxeyty disorder. *psychotherapy psychosomatic*, , 74,36-42.
- Lapera, G., France G.C., Taggi, F., & Macchia, T.(2003) Areview of sex and family ploblems in men with oddiction problem. *Journal of sex material therapy*, 29, 149,-156
- Mattick R.P., kimber J. Breen , C. Davoli M.(2004). Buprenorphine maintenance versus plancebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Databuse system Revision*, 3, 556-565.
- Mattick, R.P.,kimber, J., Breen,c. & Davoli, M.(2003). Metabolic maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependency. *Cochrane database system Revision*, Doo-209.

- Maremmani I, pani P.P, pacini M., perugi G.(2007). Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphin maintenance-treated and methadone maintenance- treated heroin addicted patients, Journal of Substance abuse treatment, 33,41-48.
- Ryan, C. F., white, J.M.(1996).Health Status entry to methadone maintenance treatment Survey questionnaire. Addiction, 91(1), 39-45.
- Steger, M. (2007). Mening in life, handbook of positive psychology. Oxford, Oxford university press.
- Timothy, K. (2009).methadone Therapy in prison Benefits mena year out. Substance Abuse Treatment 37(3):277-28





پروفیسر شگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی