

## مقایسه نیم رخ روانی دانش آموزان معتادی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به یاری مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران

آزیتا شجاعی<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> فوق لیسانس روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب

### چکیده

هدف پژوهش حاضر «مقایسه نیم رخ روانی دانش آموزان معتادی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به یاری مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران» می باشد. روش پژوهش مقایسه ای و از نوع پیمایشی می باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل دانش آموزان معتادی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند و دانش آموزانی که به یاری مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران می باشد. نمونه این تحقیق مشتمل بر ۴۰ دانش آموز می باشد که برای انتخاب آنها از روش نمونه گیری در دسترس استفاده گردید. ابزار اندازه گیری و انجام پژوهش پرسشنامه چندوجهی شخصیت مینه سوتا است. جهت تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده از نرم افزار کامپیوتری «SPSS» استفاده شده است، ضمناً برای کلیه فرضیه ها سطح معنی داری  $\alpha = 0/05$  در نظر گرفته شده است. نتایج حاصل از بررسی آماری نشان دهنده آن است که بین نیم رخ روانی دانش آموزان معتادی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به یاری مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند تفاوت وجود دارد.

**واژه های کلیدی:** دانش آموزان معتاد، مشاوران مدرسه، نیم رخ روانی

## مقدمه:

اعتیاد عبارت است از یک پدیده ی زیستی که به موجود زنده این امکان را می دهد که خود را به تدریج با بعضی مواد سمی سازش دهد و مصرف روزمره مقادیری از این مواد را که برای موجود زنده ی دیگر از همان گروه کشنده است را تحمل کند. از نظر فیزیولوژیستها اعتیاد عبارت است از حالتی که استعمال متوالی یا متناوب ماده مخدر در فرد ایجاد می شود، با استعمال مواد مخدر تحریک پذیری سلولهای عصبی و دستگاه عصبی افزوده شده و در نتیجه داروی بیشتری «لازم» است که آن را به حالت تعادل برگرداند. تعریف دیگری که توسط محقق آمریکایی به نام دکتر وکل وایزبل شده است اعتیاد را می توان حالتی دانست که در نتیجه استعمال داروی مخدر به شخص دست می دهد و موجب می شود که خویشتن داری شخص از میان برود و زیاده روی استعمال در آن ها به حدی برسد که به حال شخص و اجتماع مضر باشد. (کلانتری، ۱۳۹۰)

معتاد عبارت است از شخصی که در نتیجه استعمال متمادی دارو، در بدن وی حالت مقاومت اکتسابی ایجاد شده به قسمی که استعمال مکرر آن موجب کاسته شدن تدریجی اثرات آن می گردد. بنابراین پس از مدتی تشخیص مقادیر بیشتری از دارو را می تواند بدون بروز ناراحتی تحمل کند و در صورتی که دارو به بدن او نرسد، اختلالات روانی و فیزیکی موسوم به سندرم محرومیت حاصل می شود. اعتیاد بیماری اجتماعی است که به عنوان یک پدیده مهلک و مخرب در هر جامعه ای مطرح است. تا زمانی که به ویژگی های معتاد و علل گرایش او به اعتیاد توجه نشود، درمان جسمی و روانی فقط برای مدتی اثربخش خواهد بود و معتاد دوباره گرفتار مواد مخدر و بازگشت بیماری می شود. در بررسی اجمالی سن اعتیاد و علل گرایش افراد به اعتیاد دو موضوع جلب توجه می کند: اول: پایین آمدن میانگین سنی معتادان به خصوص معتادان به برخی از مواد اعتیادآور از جمله معتادان به حشیش، شیشه و اعتیاد گسترده در سنین نوجوانی و جوانی؛ دوم: در تحقیقاتی که در زمینه سبب شناسی و علل پدیده اعتیاد افراد به مواد مخدر انجام شده، یکی از مهم ترین علل اعتیاد افراد به خصوص نوجوانان، داشتن دوست ناباب است (کتابی، ۱۳۸۷). سازمان بهداشت جهانی، دوره نوجوانی را از ۱۰ تا ۱۵ سالگی و دوره جوانی را از ۱۶ تا ۲۵ سالگی تخمین زده است نوجوانی، به دوره گذار از کودکی به بزرگسالی اطلاق می شود. این دوره مرزهای سنی مشخصی ندارد، اما تقریباً از ۱۲ سالگی آغاز می شود و تا آخرین سال های دهه دوم زندگی که رشد جسمانی کم و بیش کامل می شود، ادامه دارد. در این دوره، نوجوان به بلوغ جنسی می رسد، هویت فردی خود را جدا از هویت خانوادگی بنا می نهد، و با مسئله نحوه تأمین معاش خود روبه رو می شود معمولاً گروه نوجوانان جامعه در برابر پدیده خطرناک مواد مخدر بیش از سایر گروه ها آسیب پذیر هستند. (عرفانی، ۱۳۹۲). از جمله عوامل مؤثر در گرایش به سوی مواد مخدر شاکله نیمرخ روانی هر فرد است.

شخصیت عبارت است از الگوی نسبتاً پایدار صفات، گرایش ها، یا ویژگی هایی که تا اندازه ای به رفتار افراد دوام می بخشد. شخصیت عامل تعیین کننده ای است که تمامی رفتارهای انسان را در عرصه زندگی شخصی و اجتماعی تحت تأثیر قرار می دهد و گاهی بر اثر صفات ناسازگارانه، فرد و اطرافیان را با مشکل جدی مواجه می کند. با گسترش رویکردهای نظری در مورد ویژگی های شخصیت، ۵ عامل برای شخصیت در نظر گرفته شده است که عبارتند از روان نژندی، برون گرایی، انعطاف پذیری، دلپذیر بودن و مسئولیت پذیری. نیم رخ روانی در این میان به عنوان یکی از ویژگی هایی که در زیر مجموعه شخصیت قرار می گیرد مورد توجه است. شخصیت به همه خصلتها و ویژگیهایی اطلاق می شود که معرف رفتار یک شخص است، از جمله می توان این خصلتها را شامل اندیشه، احساسات، ادراک شخص از خود، وجهه نظرها، طرز فکر و بسیاری عادات دانست. اصطلاح ویژگی شخصیتی به جنبه خاصی از کل شخصیت آدمی اطلاق می شود نظری اجمالی به تعاریف شخصیت شناسی، نشان می دهد که تمام معانی شخصیت را نمی توان در یک نظریه خاص یافت. برای مثال کارل راجرز شخصیت را یک خویشتن سازمان یافته دایمی می دانست که محور تمام تجربه های وجودی بود. یا گوردن آلپورت شخصیت را مجموعه عوامل درونی که تمام فعالیت های فردی را جهت می دهد تلقی کرده است. واتسن شخصیت را مجموعه سازمان یافته ای از عادات می پنداشت و زیگموند فروید، عقیده داشت که شخصیت از نهاد<sup>۱</sup>، خود<sup>۲</sup> و فراخود<sup>۳</sup> ساخته شده است. (رعنا، ۱۳۹۵). همچنین

<sup>۱</sup> ID<sup>۲</sup> Ego

تحول جامعه از حالتی ساده و ابتدایی به وضعی پیچیده، مشکلاتی را برای انسان به وجود آورده است که پیشگیری و حل آنها، لزوم بهره گیری از راهنمایی و مشاوره را ضرورت می بخشد. راهنمایی و مشاوره انواع مختلفی از جمله تحصیلی، شغلی، خانوادگی، ازدواج و ... دارد. خدمات انجام شده، از طریق راهنمایی تحصیلی، وسیله تسهیل کننده ای در آموزش و پرورش محسوب می شوند که بدان وسیله دانش آموزان را یاری می دهند تا موانع یادگیری را از سر راه بردارد و سریع تر به اهداف تعیین شده برسد. فرآیند راهنمایی و مشاوره و خدمات روانشناختی در طول حیات خود در نظام آموزش و پرورش کشور ما، فراز و نشیب های فراوانی را طی نموده است (غنی لو و ابراهیم پور، ۱۳۹۵).

بنابراین ضرورت این پژوهش آن است که به «مقایسه نیم رخ روانی دانش آموزانی که بعدازترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانیکه به یاری مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند» می پردازد و از این طریق سعی دارد به مقایسه شخصیت و ویژگی های شخصیتی در دانش آموزان معتاد با بازگشت و بدون بازگشت بایی گشاید. همچنین از اهمیت های دیگر این پژوهش آن است که در بررسی ویژگی های شخصیتی (نیم رخ روانی) از نگاه کلی دوری کرده است و سعی کرده تا به مولفه ها نیز بپردازد. در نهایت از اهمیت های دیگر این پژوهش دوری از نگاه توصیفی محض و گرایش به تحلیل است و لذا فرضیاتی که دنبال می کنیم :

- بین خودبیمار انگاری دانش آموزانی که بعدازترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به یاری مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند تفاوت معنی داری وجود دارد.
- بین افسردگی دانش آموزانی که بعدازترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به یاری مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند تفاوت معنی داری وجود دارد.
- بین هیستری دانش آموزانی که بعدازترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به یاری مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند تفاوت معنی داری وجود دارد.
- بین انحراف روانی اجتماعی دانش آموزانی که بعدازترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به یاری مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند تفاوت معنی داری وجود دارد.
- بین پارانویا دانش آموزانی که بعدازترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به یاری مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند تفاوت معنی داری وجود دارد.
- بین شیدای خفیف دانش آموزانی که بعدازترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به یاری مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند تفاوت معنی داری وجود دارد.
- بین ضعف روانی دانش آموزانی که بعدازترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به یاری مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند تفاوت معنی داری وجود دارد.
- بین اسکیزوفرنی دانش آموزانی که بعدازترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به یاری مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند تفاوت معنی داری وجود دارد.
- بین عدم دروغ پردازی دانش آموزانی که بعدازترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به یاری مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند تفاوت معنی داری وجود دارد.
- بین اصلاح دانش آموزانی که بعدازترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به یاری مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند تفاوت معنی داری وجود دارد.

<sup>۲</sup> Super ego

- بین نابسامدی دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به یاری مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند تفاوت معنی داری وجود دارد.

### روش پژوهش

این پژوهش از نوع مقایسه ای و از نوع پیمایشی می باشد. ابزار اندازه گیری و انجام پژوهش پرسشنامه چند وجهی شخصیتی مینه سوتا است. جامعه آماری این پژوهش شامل دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران می باشد. نمونه این تحقیق مشتمل بر ۴۰ نفر می باشد. دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند (۲۰ نفر)، دانش آموزانی که به یاری مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند (۲۰ نفر) می باشد که برای انتخاب آنها از روش نمونه گیری در دسترس طبق جدول ۱ استفاده گردید. جدول ۱. فراوانی دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران

فراوانی مطلق	درصد فراوانی	درصد فراوانی نسبی	درصد فراوانی تجمعی
۲۰	۵۰.۰	۵۰.۰	۵۰.۰
۲۰	۵۰.۰	۵۰.۰	۱۰۰.۰
۴۰	۱۰۰.۰	۱۰۰.۰	

پرسشنامه چندوجهی شخصیت مینه سوتا: این پرسشنامه دارای ۷۱ سؤال دو گزینه ای شامل گزینه های بلی (۱)، خیر (۰) می باشد.

پایایی پژوهش: در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ مقدار پرسشنامه چندوجهی شخصیت مینه سوتا برابر ۰/۸۱۸ شده است و چون از مقدار ۰/۷ بیشتر است پس می توان ادامه تحقیق را با نمونه بیشتری از جامعه با نتایج لازم مطلوب دانست.

جدول ۲: ضرایب پایایی پرسشنامه

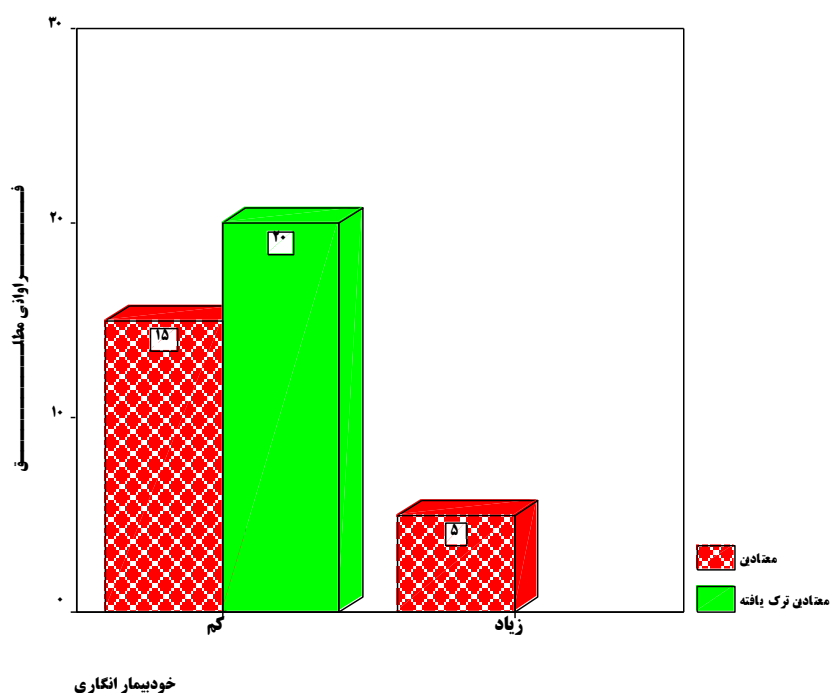
ضرایب پایایی		مقیاس
توصیف	آلفای کرونباخ	
۰/۷۸۹	۰/۸۱۸	چندوجهی شخصیت مینه سوتا

## یافته های توصیفی:

جدول ۳: توزیع فراوانی و درصد خودبیمار انگاری آزمودنیها

وابسته به مواد		معتادین ترک یافته		
کم	فراوانی	۱۵	۲۰	
	درصد	۷۵,۰٪	۱۰۰,۰٪	
زیاد	فراوانی	۵	۰	
	درصد	۲۵,۰٪	۰٪	
جمع کل		۲۰	۲۰	
		۱۰۰,۰٪	۱۰۰,۰٪	

همان طوری که در جدول بالا ملاحظه می شود در افراد وابسته به مواد، خود بیمار انگاری کم بیشترین فراوانی ( ۱۵ نفر) حدود ۷۵/۰ درصد، زیاد کمترین فراوانی ( ۵ نفر) حدود ۲۵/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده، در افراد معتاد ترک یافته، خود بیمار انگاری کم بیشترین فراوانی ( ۲۰ نفر) حدود ۱۰۰/۰ درصد، زیاد کمترین فراوانی ( ۰ نفر) حدود ۰/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده است.

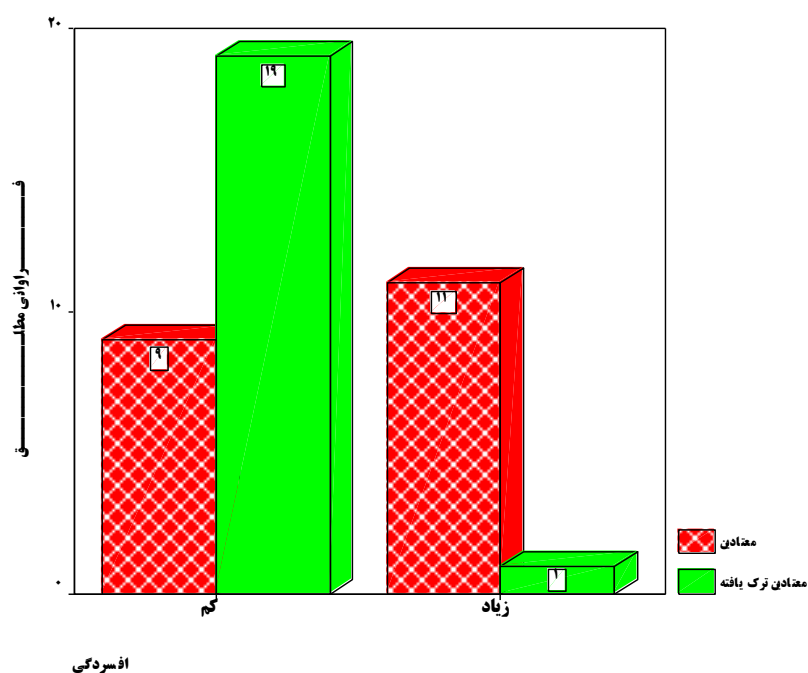


نمودار ۳: توزیع فراوانی خود بیمار انگاری آزمودنیها

جدول ۴ : توزیع فراوانی و درصد افسردگی آزمودنیها

		وابسته به مواد	معتادین ترک یافته
افسردگی	کم	فراوانی	۹
		درصد	۴۵,۰٪
	زیاد	فراوانی	۱۱
		درصد	۵۵,۰٪
جمع کل	فراوانی		۲۰
	درصد		۱۰۰,۰٪

همان طوری که در جدول بالا ملاحظه می شود در افراد وابسته به مواد ، افسردگی زیاد بیشترین فراوانی ( ۱۱ نفر) حدود ۵۵/۰ درصد، کم کمترین فراوانی ( ۹ نفر ) حدود ۴۵/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده ، در افراد معتاد ترک یافته ، افسردگی کم بیشترین فراوانی ( ۱۹ نفر) حدود ۹۵/۰ درصد، زیاد کمترین فراوانی ( ۱ نفر ) حدود ۵/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده است .

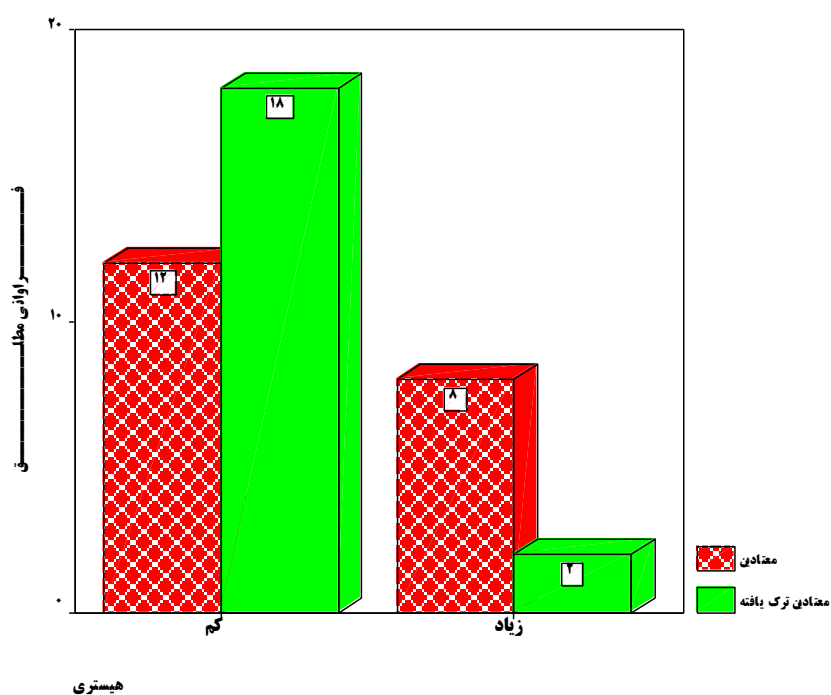


نمودار ۴ : توزیع فراوانی افسردگی آزمودنیها

جدول ۵ : توزیع فراوانی و درصد هیستری آزمودنیها

			وابسته به مواد	معتادین ترک یافته
هیستری	کم	فراوانی	۱۲	۱۸
		درصد	۶۰,۰٪	۹۰,۰٪
	زیاد	فراوانی	۸	۲
		درصد	۴۰,۰٪	۱۰,۰٪
جمع کل	فراوانی		۲۰	۲۰
	درصد		۱۰۰,۰٪	۱۰۰,۰٪

همان طوری که در جدول بالا ملاحظه می شود در افراد وابسته به مواد ، هیستری کم بیشترین فراوانی ( ۱۲ نفر) حدود ۶۰/۰ درصد، زیاد کمترین فراوانی ( ۸ نفر ) حدود ۴۰/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده ، در افراد معتاد ترک یافته ، هیستری کم بیشترین فراوانی ( ۱۸ نفر) حدود ۹۰/۰ درصد، زیاد کمترین فراوانی ( ۲ نفر ) حدود ۱۰/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده است .

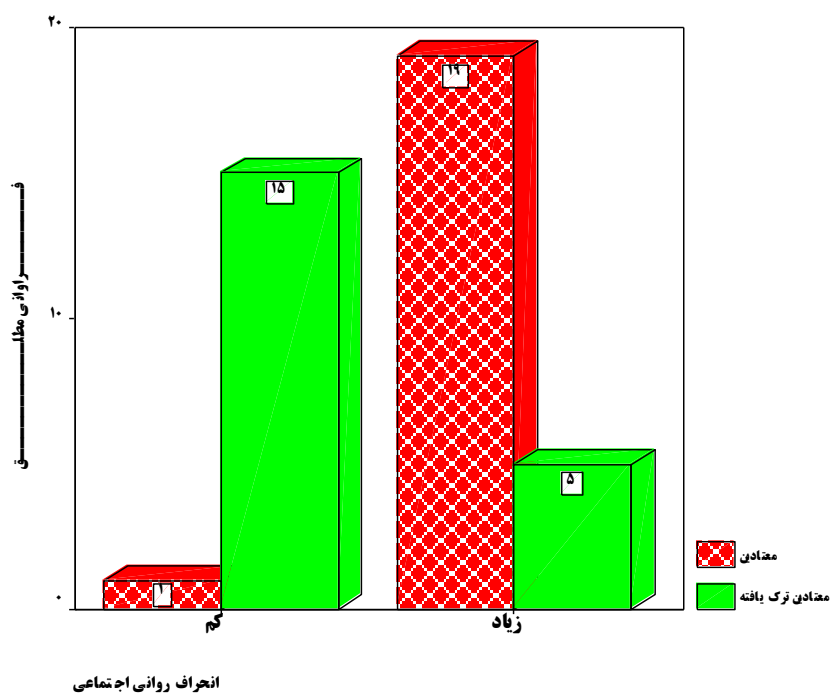


نمودار ۵ : توزیع فراوانی هیستری آزمودنیها

جدول ۶: توزیع فراوانی و درصد انحراف روانی اجتماعی آزمودنیها

		وابسته به مواد	معتادین ترک یافته
انحراف روانی اجتماعی	کم	فراوانی	۱۵
		درصد	۷۵,۰٪
	زیاد	فراوانی	۵
		درصد	۲۵,۰٪
جمع کل		فراوانی	۲۰
		درصد	۱۰۰,۰٪

همان طوری که در جدول بالا ملاحظه می شود در افراد وابسته به مواد، انحراف روانی اجتماعی زیاد بیشترین فراوانی (۱۹ نفر) حدود ۹۵/۰ درصد، کم کمترین فراوانی (۵ نفر) حدود ۲۵/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده، در افراد معتاد ترک یافته، انحراف روانی اجتماعی کم بیشترین فراوانی (۱۵ نفر) حدود ۷۵/۰ درصد، زیاد کمترین فراوانی (۵ نفر) حدود ۲۵/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده است.



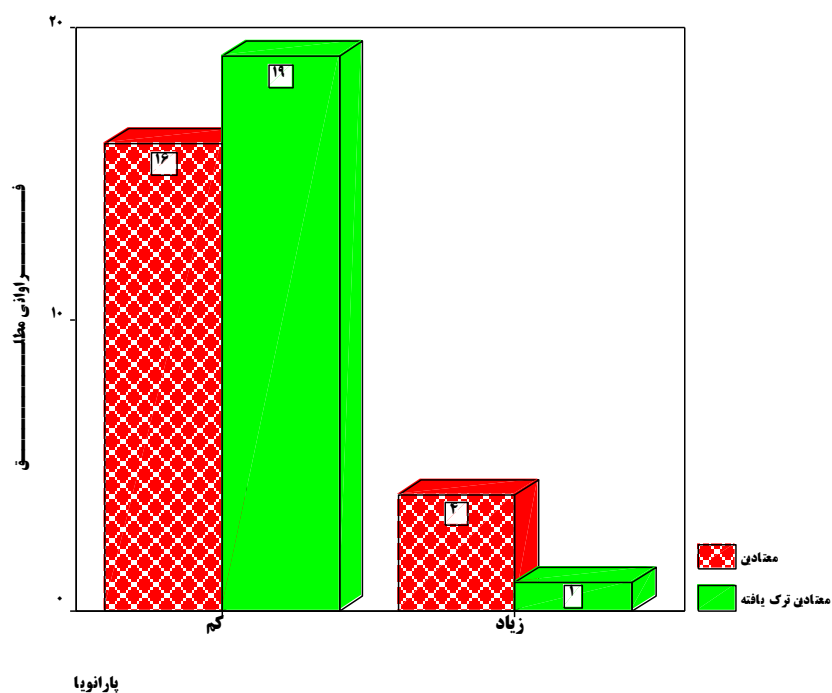
نمودار ۶: توزیع فراوانی انحراف روانی اجتماعی آزمودنیها



جدول ۷: توزیع فراوانی و درصد پارانوئیا آزمودنیها

		وابسته به مواد	معتادین ترک یافته
پارانویا	کم	فراوانی	۱۶
		درصد	۸۰,۰٪
	زیاد	فراوانی	۴
		درصد	۲۰,۰٪
جمع کل		فراوانی	۲۰
		درصد	۱۰۰,۰٪

همان طوری که در جدول بالا ملاحظه می شود در افراد وابسته به مواد، پارانوئیا کم بیشترین فراوانی (۱۶ نفر) حدود ۸۰/۰ درصد، زیاد کمترین فراوانی (۴ نفر) حدود ۲۰/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده، در افراد معتاد ترک یافته، پارانوئیا کم بیشترین فراوانی (۱۹ نفر) حدود ۹۵/۰ درصد، زیاد کمترین فراوانی (۱ نفر) حدود ۵/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده است.

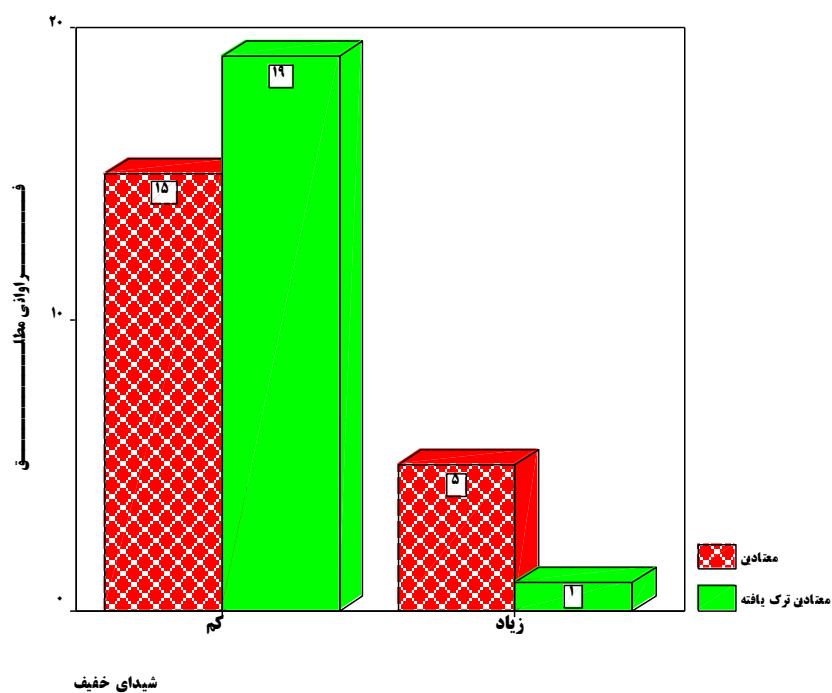


نمودار ۷: توزیع فراوانی پارانوئیا آزمودنیها

جدول ۸: توزیع فراوانی و درصد شیدای خفیف آزمودنیها

		وابسته به مواد	معتادین ترک یافته
شیدای خفیف	کم	فراوانی	۱۵
		درصد	۹۵,۰٪
	زیاد	فراوانی	۵
		درصد	۵,۰٪
جمع کل	فراوانی		۲۰
	درصد		۱۰۰,۰٪

همان طوری که در جدول بالا ملاحظه می شود در افراد وابسته به مواد، شیدای خفیف کم بیشترین فراوانی (۱۵ نفر) حدود ۷۵/۰ درصد، زیاد کمترین فراوانی (۵ نفر) حدود ۲۵/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده، در افراد معتاد ترک یافته، شیدای خفیف کم بیشترین فراوانی (۱۹ نفر) حدود ۹۵/۰ درصد، زیاد کمترین فراوانی (۱ نفر) حدود ۵/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده است.

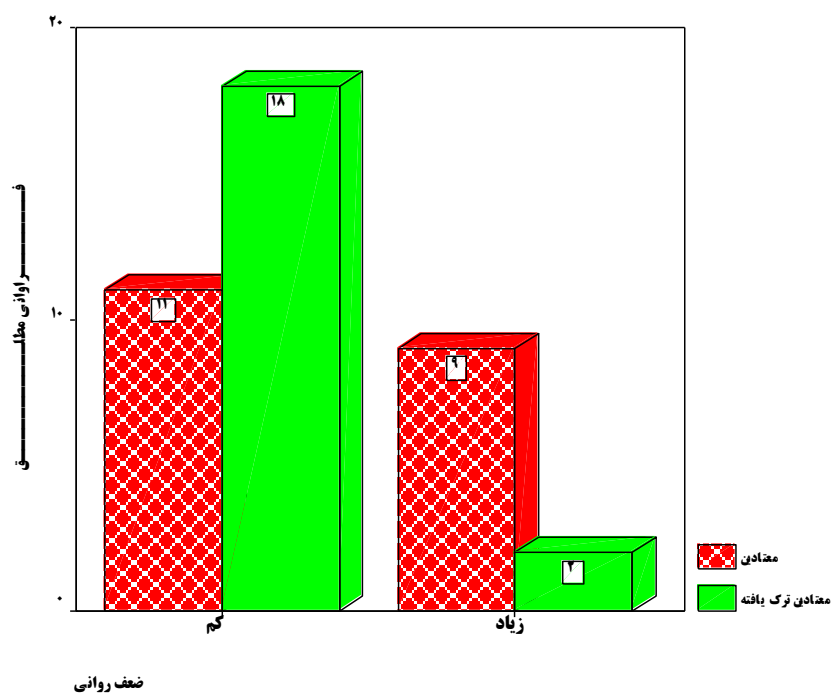


نمودار ۸: توزیع فراوانی شیدای خفیف آزمودنیها

جدول ۹ : توزیع فراوانی و درصد ضعف روانی آزمودنیها

		وابسته به مواد	معتادین ترک یافته
ضعف روانی	کم	فراوانی	۱۱
		درصد	۵۵,۰٪
	زیاد	فراوانی	۲
		درصد	۱۰,۰٪
جمع کل	فراوانی		۲۰
	درصد		۱۰۰,۰٪

همان طوری که در جدول بالا ملاحظه می شود در افراد وابسته به مواد ، ضعف روانی کم بیشترین فراوانی ( ۱۱ نفر) حدود ۵۵/۰ درصد، زیاد کمترین فراوانی ( ۲ نفر ) حدود ۱۰/۰ درصد را به خود اختصاص داده ، در افراد معتاد ترک یافته ، ضعف روانی کم بیشترین فراوانی ( ۱۸ نفر) حدود ۹۰/۰ درصد، زیاد کمترین فراوانی ( ۲ نفر ) حدود ۱۰/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده است .

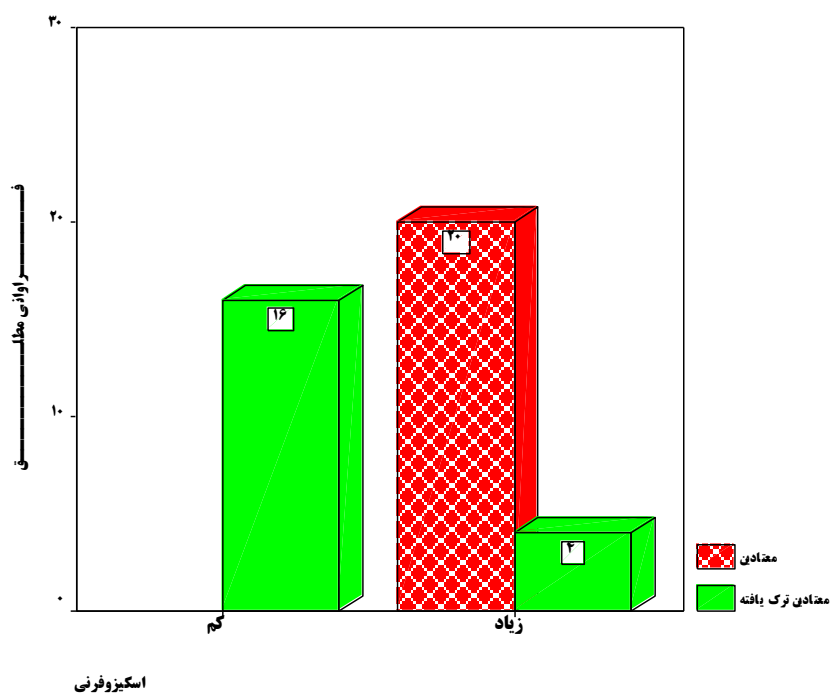


نمودار ۹ : توزیع فراوانی ضعف روانی آزمودنیها

جدول ۱۰: توزیع فراوانی و درصد اسکیزوفرنی آزمودنیها

		وابسته به مواد	معتادین ترک یافته
اسکیزوفرنی	کم	فراوانی	۰
		درصد	۱۶
	زیاد	فراوانی	۲۰
		درصد	۸۰,۰٪
جمع کل		فراوانی	۲۰
		درصد	۱۰۰,۰٪

همان طوری که در جدول بالا ملاحظه می شود در افراد وابسته به مواد، اسکیزوفرنی زیاد بیشترین فراوانی (۲۰ نفر) حدود ۱۰۰/۰ درصد، کم کمترین فراوانی (۰ نفر) حدود ۰/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده، در افراد معتاد ترک یافته، اسکیزوفرنی کم بیشترین فراوانی (۱۶ نفر) حدود ۸۰/۰ درصد، زیاد کمترین فراوانی (۴ نفر) حدود ۲۰/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده است.

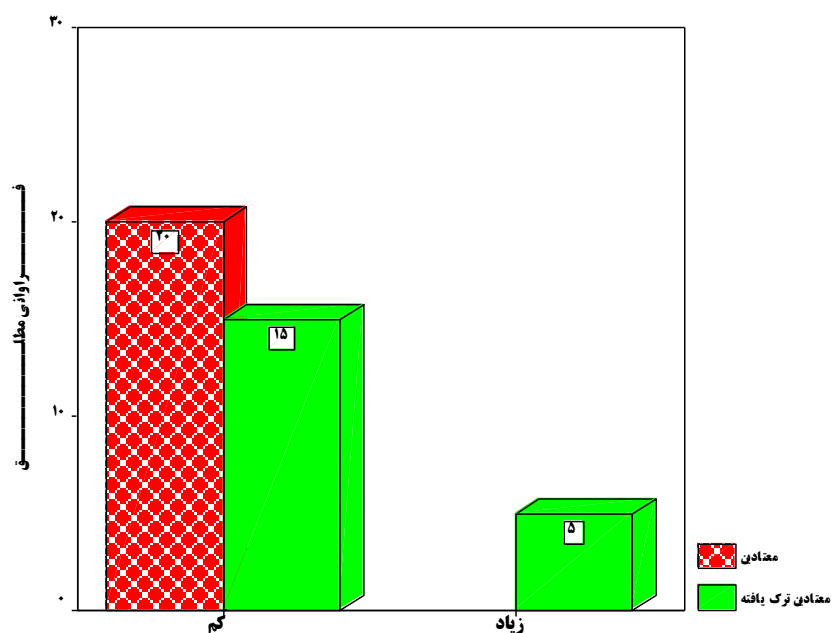


نمودار ۱۰: توزیع فراوانی اسکیزوفرنی آزمودنیها

جدول ۱۱: توزیع فراوانی و درصد عدم دروغ پردازی آزمودنیها

وابسته به مواد		معتادین ترک یافته		
کم	فراوانی	۲۰	۱۵	
	درصد	۱۰۰,۰٪	۷۵,۰٪	
زیاد	فراوانی	۰	۵	
	درصد	۰٪	۲۵,۰٪	
جمع کل		۲۰	۲۰	
		۱۰۰,۰٪	۱۰۰,۰٪	

همان طوری که در جدول بالا ملاحظه می شود در افراد وابسته به مواد، عدم دروغ پردازی کم بیشترین فراوانی (۲۰ نفر) حدود ۱۰۰/۰ درصد، زیاد کمترین فراوانی (۰ نفر) حدود ۰/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده، در افراد معتاد ترک یافته، عدم دروغ پردازی کم بیشترین فراوانی (۱۵ نفر) حدود ۷۵/۰ درصد، زیاد کمترین فراوانی (۵ نفر) حدود ۲۵/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده است.

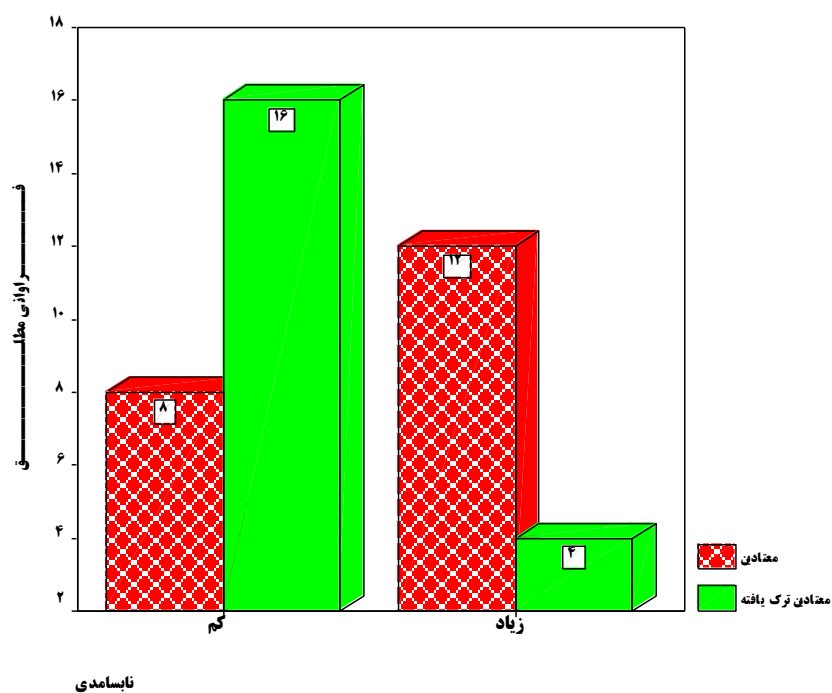


نمودار ۱۱: توزیع فراوانی دروغ پردازی آزمودنیها

جدول ۱۲ : توزیع فراوانی و درصد نابسامدی آزمودنیها

					معتادین ترک یافته	وابسته به مواد		
نابسامدی	کم	فراوانی	۸	۱۶	۸۰,۰٪	۴۰,۰٪		
		درصد						
	زیاد	فراوانی	۱۲	۴	۲۰,۰٪	۶۰,۰٪		
		درصد						
جمع کل	فراوانی		۲۰	۲۰				
	درصد		۱۰۰,۰٪	۱۰۰,۰٪				

همان طوری که در جدول بالا ملاحظه می شود در افراد وابسته به مواد ، نابسامدی زیاد بیشترین فراوانی ( ۱۲ نفر) حدود ۶۰/۰ درصد، کم کمترین فراوانی ( ۸ نفر ) حدود ۴۰/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده ، در افراد معتاد ترک یافته ، نابسامدی کم بیشترین فراوانی ( ۱۶ نفر) حدود ۸۰/۰ درصد، زیاد کمترین فراوانی ( ۴ نفر ) حدود ۲۰/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده است .

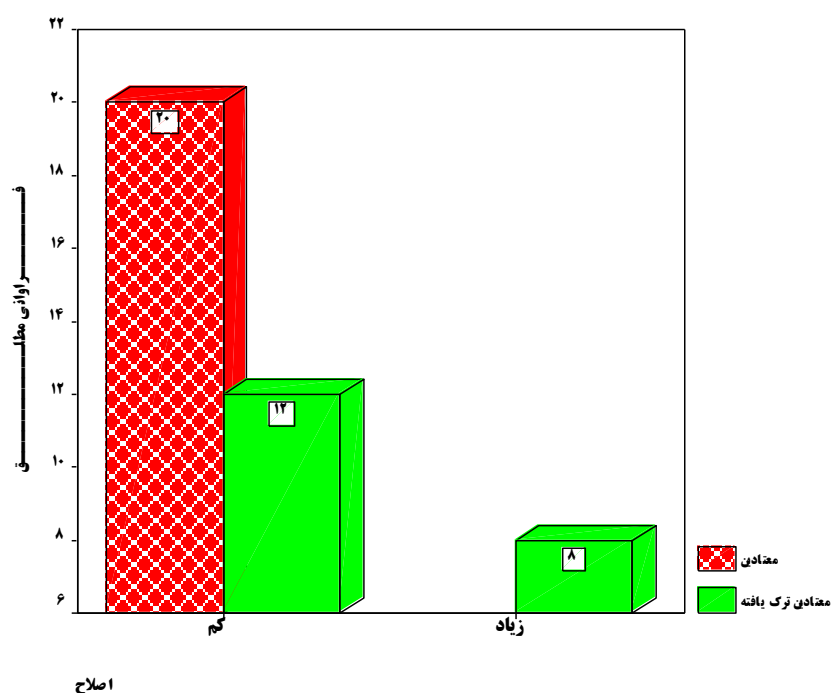


نمودار ۱۲ : توزیع فراوانی نابسامدی آزمودنیها

جدول ۱۳: توزیع فراوانی و درصد اصلاح آزمودنیها

		وابسته به مواد	معتادین ترک یافته
اصلاح	کم	فراوانی	۲۰
		درصد	۶۰,۰٪
	زیاد	فراوانی	۸
		درصد	۴۰,۰٪
جمع کل	فراوانی		۲۰
	درصد		۱۰۰,۰٪

همان طوری که در جدول بالا ملاحظه می شود در افراد وابسته به مواد، اصلاح کم بیشترین فراوانی (۲۰ نفر) حدود ۱۰۰/۰ درصد، زیاد کمترین فراوانی (۸ نفر) حدود ۴۰/۰ درصد، در افراد معتاد ترک یافته، اصلاح کم بیشترین فراوانی (۱۲ نفر) حدود ۶۰/۰ درصد، زیاد کمترین فراوانی (۸ نفر) حدود ۴۰/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده است.



نمودار ۱۳: توزیع فراوانی اصلاح آزمودنیها

جدول ۱۴: شاخص های مرکزی و پراکندگی نمره نیم رخ روانی دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکي خود را حفظ کرده اند در شهر تهران

افراد وابسته به مواد			افراد تازه بهبود یافته از مواد		
تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار
۲۰	۶/۱۵	۲/۴۹	۲۰	۲/۹۰	۲/۱۰
۲۰	۱۰/۸۰	۲/۶۲	۲۰	۴/۵۵	۲/۵۸
۲۰	۱۱/۶۵	۲/۱۰	۲۰	۷/۴۵	۲/۷۴
۲۰	۱۲/۰۵	۱/۱۴	۲۰	۷/۵۵	۲/۴۵
۲۰	۵/۷۵	۵/۵۱	۲۰	۳/۲۰	۲/۳۹
۲۰	۴/۸۵	۱/۰۸	۲۰	۲/۰۰	۱/۹۴
۲۰	۷/۵۰	۱/۳۱	۲۰	۳/۸۵	۲/۶۴
۲۰	۱۱/۷۰	۱/۴۱	۲۰	۶/۲۰	۳/۸۶
۲۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۲۰	۱/۷۵	۱/۲۵
۲۰	۸/۷۵	۲/۶۵	۲۰	۳/۷۵	۳/۲۴
۲۰	۳/۰۵	۱/۳۱	۲۰	۵/۵۵	۲/۹۴

همان طوری که در جدول ۱۴ مشاهده می شود، بین میانگین نمره خود بیمار انگاری دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران تفاوت آشکاری مشاهده می شود (۶/۱۵ در مقابل ۲/۹۰).

بین میانگین نمره افسردگی دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران تفاوت آشکاری مشاهده می شود (۱۰/۸۰ در مقابل ۴/۵۵).

بین میانگین نمره هیستری دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران تفاوت آشکاری مشاهده می شود (۱۱/۶۵ در مقابل ۷/۴۵).

بین میانگین نمره انحراف روانی اجتماعی دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران تفاوت آشکاری مشاهده می شود (۱۲/۰۵ در مقابل ۷/۵۵).

بین میانگین نمره پارانویا دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران تفاوت آشکاری مشاهده می شود (۵/۷۵ در مقابل ۳/۲۰).

بین میانگین نمره شیدای خفیف دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران تفاوت آشکاری مشاهده می شود (۴/۸۵ در مقابل ۲/۰۰).

بین میانگین نمره ضعف روانی دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران تفاوت آشکاری مشاهده می شود (۷/۵۰ در مقابل ۳/۸۵).

بین میانگین نمره اسکیزوفرنی دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران تفاوت آشکاری مشاهده می شود (۱۱/۷۰ در مقابل ۶/۲۰).

بین میانگین نمره عدم دروغ پردازی دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران تفاوت آشکاری مشاهده می شود (۰/۰۰ در مقابل ۱/۷۵).

بین میانگین نمره نابسامدی دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران تفاوت آشکاری مشاهده می شود (۸/۷۵ در مقابل ۳/۷۵).



بین میانگین نمره اصلاح دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران تفاوت آشکاری مشاهده می شود (۳/۰۵ در مقابل ۵/۵۵) .

#### ب) یافته های استنباطی مربوط به فرضیه های پژوهش :

یافته های استنباطی مربوط به فرضیه های این پژوهش شامل آزمون کولموگروف - اسمیرنوف ، تی مستقل می باشد که برای کلیه متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش در جداول زیر با سطح خطای ۰/۰۵ ارائه شده است.

جدول ۱۵ : آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای بررسی مفروضه نرمال بودن نمره های نیم رخ روانی دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران

نام متغیر	کولموگروف - اسمیرنوف		
	میزان Z	سطح معناداری	نتیجه آزمون
خود بیمار انگاری	۰/۷۵۸	۰/۵۶	نرمال
افسردگی	۰/۹۱۱	۰/۳۷	نرمال
هیستری	۰/۹۶۰	۰/۳۱	نرمال
انحراف روانی اجتماعی	۱/۲۴	۰/۰۹	نرمال
پارانویا	۱/۰۴	۰/۲۲	نرمال
شیدای خفیف	۱/۳۰	۰/۰۶۵	نرمال
ضعف روانی	۱/۱۶	۰/۱۳	نرمال
اسکیزوفرنی	۱/۵۵	۰/۰۱۶	غیر نرمال
عدم دروغ پردازی	۲/۲۷	۰/۰۰۱	غیر نرمال
نابسامدی	۰/۸۶۳	۰/۴۴	نرمال
اصلاح	۱/۰۶	۰/۳۱	نرمال

به منظور مقایسه توزیع داده های بدست آمده از پژوهش حاصل با توزیع نرمال از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شده است .

باتوجه به اطلاعات حاصل از جدول فوق و با تأکید بر Z بدست آمده برای نمره های نیم رخ روانی دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست . (بجز اسکیزوفرنی و دروغ پردازی )

پس می توان به این نتیجه رسید که توزیع داده های مرتبط با فرضیه های پژوهش نرمال است. و می توان از آزمون های پارامتری مانند تی مستقل برای بررسی مقایسه بین نمره های نیم رخ روانی دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران استفاده نمود .

#### فرضیه اول پژوهش :

بین خودبیمار انگاری دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران تفاوت معنی داری وجود دارد .

جدول ۱۶: آزمون  $t$  مستقل برای معناداری تفاوت میانگین نمرات خودبیمار انگاری افراد وابسته به مواد و افراد تازه بهبود یافته از مواد

نتیجه آزمون	سطح معناداری	آزمون $t$	درجه آزادی	اختلاف میانگین <sup>۱</sup>	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	
$H_0$ رد	۰/۰۰۱	۴/۴۵**	۳۸	۳/۲۵	۲/۴۹	۶/۱۵	۲۰	افراد وابسته به مواد
					۲/۱۰	۲/۹۰	۲۰	افراد تازه بهبود یافته

\*\* معناداری در سطح ۰/۰۱ \* معناداری در سطح ۰/۰۵

نتایج جدول ۱۶ نشان می‌دهد، چون آزمون  $t$  محاسبه شده برای خودبیمار انگاری دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران ( ۴/۴۵ ) با سطح معناداری ۰/۰۰۱ ، کوچکتر از سطح خطای ۰/۰۵ است، لذا فرض صفر رد می شود و آزمون معنادار می‌باشد. پس می‌توان چنین اظهار نمود که بین میانگین نمرات خودبیمار انگاری دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران برای دانش آموزان معتاد تفاوت معناداری وجود داشته است. که این تفاوت به نفع دانش آموزانی است که با کمک مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در پایین بودن خودبیمار انگاری آنان می باشد. پس فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود.

فرضیه دوم پژوهش :

بین افسردگی دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران تفاوت معنی داری وجود دارد .

جدول ۱۷: آزمون  $t$  مستقل برای معناداری تفاوت میانگین نمرات افسردگی افراد وابسته به مواد و افراد تازه بهبود یافته از مواد

نتیجه آزمون	سطح معناداری	آزمون $t$	درجه آزادی	اختلاف میانگین <sup>۱</sup>	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	
$H_0$ رد	۰/۰۰۱	۷/۵۸**	۳۸	۶/۳۵	۲/۶۲	۱۰/۸۰	۲۰	افراد وابسته به مواد
					۲/۵۸	۴/۵۵	۲۰	افراد تازه بهبود یافته

\*\* معناداری در سطح ۰/۰۱ \* معناداری در سطح ۰/۰۵

نتایج جدول ۱۷ نشان می‌دهد، چون آزمون  $t$  محاسبه شده برای افسردگی دانش آموزان معتادی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که با کمک مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند ( ۷/۵۸ ) با سطح معناداری ۰/۰۰۱ ، کوچکتر از سطح خطای ۰/۰۵ است، لذا فرض صفر رد می شود و آزمون معنادار می‌باشد.

پس می توان چنین اظهار نمود که بین میانگین نمرات افسردگی دانش آموزان معناداری که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با معناداری که با کمک مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند تفاوت معناداری وجود داشته است. که این تفاوت به نفع دانش آموزانی است که با کمک مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند و در پایین بودن افسردگی آنان می باشد.

پس فرضیه دوم پژوهش تأیید می شود .

فرضیه سوم پژوهش :

بین هیستری دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران تفاوت معنی داری وجود دارد .

جدول ۱۸ : آزمون t مستقل برای معناداری تفاوت میانگین نمرات هیستری افراد وابسته به مواد و افراد تازه بهبود یافته از مواد

نتیجه آزمون	سطح معناداری	آزمون t	درجه آزادی	اختلاف میانگین ها	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	
$H_0$ رد	۰/۰۰۱	۵/۴۲**	۳۸	۴/۲۰	۲/۱۰	۱۱/۶۵	۲۰	افراد وابسته به مواد
					۲/۷۴	۷/۴۵	۲۰	افراد تازه بهبود یافته

\*\* معناداری در سطح ۰/۰۱ \* معناداری در سطح ۰/۰۵

نتایج جدول ۱۸ نشان می دهد، چون آزمون t محاسبه شده برای هیستری دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که با کمک مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند ( ۴/۴۲ ) با سطح معناداری ۰/۰۰۱ ، کوچکتر از سطح خطای ۰/۰۵ است، لذا فرض صفر رد می شود و آزمون معنادار می باشد.

پس می توان چنین اظهار نمود که بین میانگین نمرات هیستری دانش آموزان معناداری که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که با کمک مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند تفاوت معناداری وجود داشته است. که این تفاوت به نفع دانش آموزانی که با کمک مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در پایین بودن هیستری آنان می باشد.

پس فرضیه سوم پژوهش تأیید می شود .

فرضیه چهارم پژوهش :

بین انحراف روانی اجتماعی دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران تفاوت معنی داری وجود دارد .

جدول ۱۹ : آزمون t مستقل برای معناداری تفاوت میانگین نمرات انحراف روانی اجتماعی افراد وابسته به مواد و افراد تازه بهبود یافته از مواد

نتیجه آزمون	سطح معناداری	آزمون t	درجه آزادی	اختلاف میانگین ها	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	
$H_0$ رد	۰/۰۰۱	۷/۴۱**	۳۸	۴/۵۰	۱/۱۴	۱۲/۰۵	۲۰	افراد وابسته به مواد
					۲/۴۵	۷/۵۵	۲۰	افراد تازه بهبود یافته

\*\* معناداری در سطح ۰/۰۱ \* معناداری در سطح ۰/۰۵

نتایج جدول ۱۹ نشان می‌دهد، چون آزمون  $t$  محاسبه شده برای انحراف روانی اجتماعی دانش آموزان معناداری که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که با کمک مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران (۷/۴۱) با سطح معناداری ۰/۰۰۱، کوچکتر از سطح خطای ۰/۰۵ است، لذا فرض صفر رد می شود و آزمون معنادار می‌باشد. پس می‌توان چنین اظهار نمود که بین میانگین نمرات انحراف روانی اجتماعی دانش آموزان معناداری که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که با کمک مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند تفاوت معناداری وجود داشته است. که این تفاوت به نفع دانش آموزانی است که با کمک مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند و در پایین بودن انحراف روانی اجتماعی آنان می باشد.

پس فرضیه چهارم پژوهش تأیید می‌شود.

فرضیه پنجم پژوهش :

بین پارانویا دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران تفاوت معنی داری وجود دارد .

جدول ۲۰ : آزمون  $t$  مستقل برای معناداری تفاوت میانگین نمرات پارانویا افراد وابسته به مواد و افراد تازه بهبود یافته از مواد

نتیجه آزمون	سطح معناداری	آزمون $t$	درجه آزادی	اختلاف میانگین <sup>۱</sup>	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	
$H_0$ رد	۰/۰۰۱	۴/۰۱**	۳۸	۲/۵۵	۱/۵۱	۵/۷۵	۲۰	افراد وابسته به مواد
					۲/۳۹	۳/۲۰	۲۰	افراد تازه بهبود یافته

\*\* معناداری در سطح ۰/۰۱ \* معناداری در سطح ۰/۰۵

نتایج جدول ۲۰ نشان می‌دهد، چون آزمون  $t$  محاسبه شده برای پارانویا دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران (۴/۰۱) با سطح معناداری ۰/۰۰۱، کوچکتر از سطح خطای ۰/۰۵ است، لذا فرض صفر رد می شود و آزمون معنادار می‌باشد. پس می‌توان چنین اظهار نمود که بین میانگین نمرات پارانویا دانش آموزان معناداری که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند تفاوت معناداری وجود داشته است. که این تفاوت به نفع دانش آموزانی که با کمک مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند و در پایین بودن پارانویا آنان می باشد. پس فرضیه پنجم پژوهش تأیید می‌شود.

فرضیه ششم پژوهش :

بین شیدای خفیف دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران تفاوت معنی داری وجود دارد .

جدول ۲۱: آزمون t مستقل برای معناداری تفاوت میانگین نمرات شیدای خفیف افراد وابسته به مواد و افراد تازه بهبود یافته از مواد

نتیجه آزمون	سطح معناداری	آزمون t	درجه آزادی	اختلاف میانگین ها	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	
$H_0$ رد	۰/۰۰۱	۵/۷۱**	۳۸	۲/۸۵	۱/۰۸	۴/۸۵	۲۰	افراد وابسته به مواد
					۱/۹۴	۲/۰۰	۲۰	افراد تازه بهبود یافته

\*\* معناداری در سطح ۰/۰۱ \* معناداری در سطح ۰/۰۵

نتایج جدول ۲۱ نشان می دهد، چون آزمون t محاسبه شده برای شیدای خفیف دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران ( ۵/۷۱ ) با سطح معناداری ۰/۰۰۱ ، کوچکتر از سطح خطای ۰/۰۵ است، لذا فرض صفر رد می شود و آزمون معنادار می باشد.

پس می توان چنین اظهار نمود که بین میانگین نمرات شیدای خفیف دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران تفاوت معناداری وجود داشته است. که این تفاوت به نفع دانش آموزانی است که با کمک مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند و در پایین بودن شیدای خفیف آنان می باشد.

پس فرضیه ششم پژوهش تأیید می شود.

فرضیه هفتم پژوهش :

بین ضعف روانی دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران تفاوت معنی داری وجود دارد .

جدول ۲۲: آزمون t مستقل برای معناداری تفاوت میانگین نمرات ضعف روانی افراد وابسته به مواد و افراد تازه بهبود یافته از مواد

نتیجه آزمون	سطح معناداری	آزمون t	درجه آزادی	اختلاف میانگین ها	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	
$H_0$ رد	۰/۰۰۱	۵/۵۳**	۳۸	۳/۶۵	۱/۳۱	۷/۵۰	۲۰	افراد وابسته به مواد
					۲/۶۴	۳/۸۵	۲۰	افراد تازه بهبود یافته

\*\* معناداری در سطح ۰/۰۱ \* معناداری در سطح ۰/۰۵

نتایج جدول ۲۲ نشان می دهد، چون آزمون t محاسبه شده برای ضعف روانی دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران ( ۵/۵۳ ) با سطح معناداری ۰/۰۰۱ ، کوچکتر از سطح خطای ۰/۰۵ است، لذا فرض صفر رد می شود و آزمون معنادار می باشد.

پس می توان چنین اظهار نمود که بین میانگین نمرات ضعف روانی دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران تفاوت معناداری وجود داشته است. که

این تفاوت به نفع دانش آموزانی است که با کمک مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند و در پایین بودن ضعف روانی آنان می باشد.

پس فرضیه هفتم پژوهش تأیید می شود .

فرضیه هشتم پژوهش :

بین اسکیزوفرنی دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران تفاوت معنی داری وجود دارد .

جدول ۲۳ : آزمون t مستقل برای معناداری تفاوت میانگین نمرات اسکیزوفرنی افراد وابسته به مواد و افراد تازه بهبود یافته از مواد

نتیجه آزمون	سطح معناداری	آزمون t	درجه آزادی	اختلاف میانگین ها	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	
$H_0$ رد	۰/۰۰۱	۵/۹۸**	۳۸	۵/۵۰	۱/۴۱	۱۱/۷۰	۲۰	افراد وابسته به مواد
					۳/۸۶	۶/۲۰	۲۰	افراد تازه بهبود یافته

\*\* معناداری در سطح ۰/۰۱ \* معناداری در سطح ۰/۰۵

نتایج جدول ۲۳ نشان می دهد، چون آزمون t محاسبه شده برای اسکیزوفرنی دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران ( ۵/۹۸ ) با سطح معناداری ۰/۰۰۱ ، کوچکتر از سطح خطای ۰/۰۵ است، لذا فرض صفر رد می شود و آزمون معنادار می باشد.

پس می توان چنین اظهار نمود که بین میانگین نمرات اسکیزوفرنی دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران تفاوت معناداری وجود داشته است. که این تفاوت به نفع دانش آموزانی است که با کمک مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند و در پایین بودن اسکیزوفرنی آنان می باشد.

پس فرضیه هشتم پژوهش تأیید می شود .

فرضیه نهم پژوهش :

بین عدم دروغ پردازی دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول ۲۴: آزمون t مستقل برای معناداری تفاوت میانگین نمرات عدم دروغ پردازی افراد وابسته به مواد و افراد تازه بهبود یافته از مواد

نتیجه آزمون	سطح معناداری	آزمون t	درجه آزادی	اختلاف میانگین ها	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	
$H_0$ رد	۰/۰۰۱	۵/۳۳**	۳۸	۱/۷۵	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۲۰	افراد وابسته به مواد
					۱/۲۵	۱/۷۵	۲۰	افراد تازه بهبود یافته

\*\* معناداری در سطح ۰/۰۱ \* معناداری در سطح ۰/۰۵

نتایج جدول ۲۴ نشان می دهد، چون آزمون t محاسبه شده برای عدم دروغ پردازی دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران ( ۵/۳۳ ) با سطح معناداری ۰/۰۰۱ ، کوچکتر از سطح خطای ۰/۰۵ است، لذا فرض صفر رد می شود و آزمون معنادار می باشد.

پس می توان چنین اظهار نمود که بین میانگین نمرات عدم دروغ پردازی دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران تفاوت معناداری وجود داشته است. که این تفاوت به نفع دانش آموزانی است که با کمک مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند و در بالا بودن عدم دروغ پردازی آنان می باشد.

پس فرضیه نهم پژوهش تأیید می شود.

فرضیه دهم پژوهش :

بین اصلاح دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران تفاوت معنی داری وجود دارد .

جدول ۲۵: آزمون t مستقل برای معناداری تفاوت میانگین نمرات اصلاح افراد وابسته به مواد و افراد تازه بهبود یافته از مواد

نتیجه آزمون	سطح معناداری	آزمون t	درجه آزادی	اختلاف میانگین ها	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	
$H_0$ رد	۰/۰۰۱	۳/۴۶**	۳۸	۲/۵۰	۱/۳۱	۳/۰۵	۲۰	افراد وابسته به مواد
					۲/۹۴	۵/۵۵	۲۰	افراد تازه بهبود یافته

\*\* معناداری در سطح ۰/۰۱ \* معناداری در سطح ۰/۰۵

نتایج جدول ۲۵ نشان می دهد، چون آزمون t محاسبه شده برای اصلاح دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران ( ۳/۴۶ ) با سطح معناداری ۰/۰۰۱ ، کوچکتر از سطح خطای ۰/۰۵ است، لذا فرض صفر رد می شود و آزمون معنادار می باشد.

پس می توان چنین اظهار نمود که بین میانگین نمرات اصلاح دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران تفاوت معناداری وجود داشته است. که این تفاوت به نفع دانش آموزانی است که با کمک مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند و در بالا بودن اصلاح آنان می باشد.

پس فرضیه دهم پژوهش تأیید می شود .

فرضیه یازدهم پژوهش :

بین نابسامدی دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهرتهران تفاوت معنی داری وجود دارد .

جدول ۲۶ : آزمون t مستقل برای معناداری تفاوت میانگین نمرات نابسامدی افراد وابسته به مواد و افراد تازه بهبود یافته از مواد

نتیجه آزمون	سطح معناداری	آزمون t	درجه آزادی	اختلاف میانگین ها	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	
$H_0$ رد	۰/۰۰۱	۵/۳۳**	۳۸	۵/۰۰	۲/۶۵	۸/۷۵	۲۰	افراد وابسته به مواد
					۳/۲۴	۳/۷۵	۲۰	افراد تازه بهبود یافته

\*\* معناداری در سطح ۰/۰۱ \* معناداری در سطح ۰/۰۵

نتایج جدول ۲۶ نشان می دهد، چون آزمون t محاسبه شده برای نابسامدی دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهرتهران ( ۵/۳۳ ) با سطح معناداری ۰/۰۰۱ ، کوچکتر از سطح خطای ۰/۰۵ است، لذا فرض صفر رد می شود و آزمون معنادار می باشد. پس می توان چنین اظهار نمود که بین میانگین نمرات نابسامدی دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به کمک مشاورین مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهرتهران تفاوت معناداری وجود داشته است. که این تفاوت به نفع دانش آموزانی است که با کمک مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند و در پایین بودن نابسامدی آنان می باشد.

پس فرضیه یازدهم پژوهش تأیید می شود .

### بحث و نتیجه گیری:

هدف از پژوهش حاضر مقایسه نیم رخ روانی دانش آموزان معتادی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به یاری مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند در شهر تهران می باشد. با توجه به یافته های پژوهش، در بررسی فرضیه اول پژوهش با اطمینان ۹۵٪ می توان نتیجه گرفت که دانش آموزانی که با کمک مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند از خود بیمار انگاری پایین تری نسبت به دانش آموزان معتادی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند برخوردار می باشند. پس فرضیه اول پژوهش تأیید شد. نتایج حاصل از بررسی این فرضیه با نتایج افرادی چون عرفانی (۱۳۹۲) رعنا (۱۳۹۵) سمیعی و همکاران (۱۳۸۹) مبینی و همکاران (۲۰۱۵) همخوانی دارد.

در بررسی فرضیه دوم پژوهش با اطمینان ۹۵٪ می توان نتیجه گرفت که دانش آموزانی که با کمک مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند از افسردگی پایین تری نسبت به افراد دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند برخوردار می باشند. پس فرضیه دوم پژوهش تأیید شد. نتایج حاصل از بررسی این فرضیه با نتایج افرادی چون رعنا (۱۳۹۵) ابراهیمی (۱۳۸۹)، کتابی (۱۳۸۷) ابکیال (۲۰۱۰) بال (۲۰۰۵) همخوانی دارد



در بررسی فرضیه سوم با اطمینان ۹۵٪ می توان نتیجه گرفت که دانش آموزانی که با کمک مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند از هیستری پایین تری نسبت به دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند برخوردار می باشند. پس فرضیه سوم پژوهش تأیید شد. نتایج حاصل از بررسی این فرضیه با نتایج افرادی چون سمیعی و همکاران (۱۳۸۹) کلانتری (۱۳۹۴) ترال (۱۹۹۴) چاسین و همکاران (۲۰۰۹) همخوانی دارد.

بررسی فرضیه چهارم پژوهش بیان می کند که با اطمینان ۹۵٪ می توان گفت که دانش آموزانی که با کمک مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند از انحراف روانی اجتماعی پایین تری نسبت به دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند برخوردار می باشند. پس فرضیه چهارم پژوهش تأیید شد. نتایج حاصل از بررسی این فرضیه با نتایج افرادی چون کتابی (۱۳۸۷) کلانتری (۱۳۹۴) بوندوپری (۲۰۰۴) کاپلان و همکاران (۲۰۰۷) همخوانی دارد.

در تبیین فرضیه پنجم پژوهش با اطمینان ۹۵٪ می توان نتیجه گرفت که دانش آموزانی که با کمک مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند از پارانویا پایین تری نسبت به دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند برخوردار می باشند. پس فرضیه پنجم پژوهش نیز تأیید شد. نتایج حاصل از بررسی این فرضیه با نتایج افرادی چون عرفانی (۱۳۹۲) رعنا (۱۳۹۵) سمیعی و همکاران (۱۳۸۹) مبینی و همکاران (۲۰۱۵) همخوانی دارد.

در فرضیه ششم پژوهش با اطمینان ۹۵٪ می توان نتیجه گرفت که دانش آموزانی که با کمک مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند از شیدای خفیف پایین تری نسبت به دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند برخوردار می باشند. پس فرضیه ششم پژوهش هم تأیید شد. نتایج حاصل از بررسی این فرضیه با نتایج افرادی چون رعنا (۱۳۹۵) ابراهیمی (۱۳۸۹)، کتابی (۱۳۸۷) ابکیال (۲۰۱۰) بال (۲۰۰۵) همخوانی دارد.

در فرضیه هفتم پژوهش با اطمینان ۹۵٪ می توان نتیجه گرفت که دانش آموزانی که با کمک مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند از ضعف روانی پایین تری نسبت به دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند برخوردار می باشند. پس فرضیه هفتم پژوهش تأیید شد. نتایج حاصل از بررسی این فرضیه با نتایج افرادی چون سمیعی و همکاران (۱۳۸۹) کلانتری (۱۳۹۴) ترال (۱۹۹۴) چاسین و همکاران (۲۰۰۹) همخوانی دارد.

فرضیه هشتم پژوهش با اطمینان ۹۵٪ می توان نتیجه گرفت که دانش آموزانی که با کمک مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند از اسکیزوفرنی پایین تری نسبت به دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند برخوردار می باشند. پس فرضیه هشتم پژوهش تأیید شد. نتایج حاصل از بررسی این فرضیه با نتایج افرادی چون کتابی (۱۳۸۷) کلانتری (۱۳۹۴) بوندوپری (۲۰۰۴) کاپلان و همکاران (۲۰۰۷) همخوانی دارد.

در تبیین فرضیه نهم پژوهش با اطمینان ۹۵٪ می توان نتیجه گرفت که دانش آموزانی که با کمک مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند از عدم دروغ پردازی بالا تری نسبت به دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند برخوردار می باشند. پس فرضیه نهم پژوهش هم تأیید شد. نتایج حاصل از بررسی این فرضیه با نتایج افرادی چون عرفانی (۱۳۹۲) رعنا (۱۳۹۵) سمیعی و همکاران (۱۳۸۹) مبینی و همکاران (۲۰۱۵) همخوانی دارد.

در بررسی فرضیه دهم پژوهش با اطمینان ۹۵٪ می توان نتیجه گرفت که دانش آموزانی که با کمک مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند از اصلاح بالا تری نسبت به دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند برخوردار می باشند. پس فرضیه دهم پژوهش تأیید شد. نتایج حاصل از بررسی این فرضیه با نتایج افرادی چون رعنا (۱۳۹۵) ابراهیمی (۱۳۸۹)، کتابی (۱۳۸۷) ابکیال (۲۰۱۰) بال (۲۰۰۵) همخوانی دارد.

در تبیین فرضیه یازدهم پژوهش هم با اطمینان ۹۵٪ می توان نتیجه گرفت که دانش آموزانی که با کمک مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند از نابسامدی پایین تری نسبت به دانش آموزانی که بعد از ترک مصرف مجدد داشته اند برخوردار می باشند. پس فرضیه یازدهم پژوهش نیز تأیید شد. نتایج حاصل از بررسی این فرضیه با نتایج افرادی چون سمیعی و همکاران (۱۳۸۹) کلانتری (۱۳۹۴) ترال (۱۹۹۴) چاسین و همکاران (۲۰۰۹) همخوانی دارد.

اعتیاد، الگوی غیر انطباقی مصرف یک ماده است که به ناراحتی قابل ملاحظه از نظر بالینی منجر شود و با سه (یا چند) علائم تحمل، ترک، مصرف ماده به مقادیر بیشتر، میل دائم یا تلاش ناموفق به ترک، کنار گذاشتن فعالیت های مهم اجتماعی، مصرف با وجود آگاهی به مشکلات جسمی و روان شناختی ناشی از مصرف ماده در طول ۱۲ ماه تعریف می گردد (هالچین و ویتبورن، ۱۹۴۸؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۲).

دفتر پیشگیری از جرم و کنترل مواد سازمان ملل<sup>۴</sup> (۲۰۰۵) مصرف کنندگان موجود مواد را در بین جمعیت ۶۴-۱۵ ساله ی سراسر جهان، ۲۰۰ میلیون نفر، یا ۵٪ کل جمعیت جهان برآورد کرده است. وابستگی به انواع مواد صنعتی همچون شیشه در مناطق مختلف جهان قابل مشاهده است. طبق یافته های طرح ارزیابی سریع اعتیاد<sup>۵</sup>، در سال ۱۳۸۷ در ایران، مصرف شیشه رو به افزایش بوده و به درصد بالایی از مصرف کنندگان رسیده است (نارنجی ها و همکاران، ۱۳۸۹). اثربخشی روان شناختی مقدار مصرف متوسط ماده شامل سرخوشی آنی، سرگیجه، افزایش هوشیاری و وراجی لاف زنانه توأم با اضطراب است. پس از ۶۰ تا ۹۰ دقیقه اضطراب ممتدی را در پی دارد. آگاهی هوشیار و دقت روانی افزایش می یابد، اما دنباله ی آن افسردگی است (Julian, ۲۰۰۸). مصرف مواد صنعتی که امروزه رواج بیشتری در جامعه یافته علاوه بر مشکلات جسمانی به اختلالات روان پزشکی از جمله بروز سایکوز، تشدید اسکیزوفرنیا (Arseneault, et al, ۲۰۰۳) نقایص شناختی (Lundquist, ۲۰۰۵) و اختلالات خلقی و اضطرابی (Baker et al, ۲۰۰۵؛ پرویزی فرد، ۱۳۸۶). منجر می شود. اکثر معتادین در طی دوره اعتیاد بارها ترک می کنند، اما پس از طی مدتی مجدداً به سمت اعتیاد روی می آورند. پرداختن به مشکلات روانی معتادین از جمله ترمیم عزت نفس، اعتماد به نفس، مسئولیت پذیری و مشکلات اجتماعی و خانوادگی ارتباط مستقیم با ترک اعتیاد دارد (علیمددی، ۱۳۸۴). محققان نتیجه گیری کردند که سه چهارم افرادی که دوره درمان را کامل کرده اند در فاصله یک سال پس از تکمیل درمان، عود مجدد داشته اند (Dalley and Marlatt, ۲۰۰۵). لذا، تدوین برنامه هایی برای درمان، کاهش و پیشگیری از مصرف آن ضروری است. درمان مواد محرک عمدتاً در سال های اخیر افزایش یافته و ارزیابی علمی درمان های شناختی رفتاری با استفاده از نمونه های تصادفی، در زمینه تداوم پرهیز دارویی ایمنی و کارایی این مداخله ها را ثابت کرده است (Qi et al, ۲۰۰۶).

بر اساس اعلام مسئولان وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی سالانه حدود ۸ درصد به مصرف کنندگان مواد مخدر در کشور افزوده می شود. طبق گزارش معاونت سلامت بهداشت، آمار مبتلایان به سوء مصرف مواد در ایران ۳ میلیون و ۷۰۰ هزار نفر اعلام شده است (جهرمی و همکاران، ۱۳۹۲). علیرغم اینکه در سراسر دنیا با این پدیده شوم روبرو هستند، هنوز شیوه ای که بتوان آن بیماری را به صورت دائمی و قطعی درمان کرد یافت نشده است. حتی پس از اینکه فرد معتاد مصرف مواد مخدر را برای مدتی طولانی قطع نماید نیز نمی توان امیدوار بود که مصرف مواد را از سر نگیرد. لذا بهبودی فرد معتاد با قطع مصرف مواد مخدر حاصل نمی شود. از این جهت عود مصرف مواد یکی از معضلات اصلی درمان افراد دچار سوء مصرف مواد است. تاریخچه پیشگیری از عود اعتیاد به اواسط دهه ۱۹۷۰ بر می گردد. در طی این سال ها عده ای به رواج راهبردهای پیشگیری علاقمند شدند. به نظر می رسد که عود یا بازگشت رفتارهای اعتیادی (مانند سوء مصرف مواد، الکلی، قماربازی) در معتادان نسبتاً رایج است. حدود ۲۰ تا ۸۰ درصد از معتادان ظرف یکسال اول درمان اعتیاد دچار عود می شوند (بهاری، ۱۳۹۲). مارلات و گوردون<sup>۶</sup> (۱۹۸۵) احتمال بازگشت به مواد مخدر را در خوشبینانه ترین شکل تا ۵۰ درصد پیش بینی کرده اند؛ به نظر آنان این احتمال تا ۹۰ درصد نیز متغیر است (Snow and Anderson, ۲۰۰۰). کوب<sup>۷</sup> (۲۰۰۰) به نقل از

<sup>۴</sup>. United Nation Office for Drug Control (UNODCP)

<sup>۵</sup>. Rapid Situation Assessment (RSA)

<sup>۶</sup>. Marlatt & Gordon

<sup>۷</sup>. Coob

کریمیان، ۱۳۹۰) نیز تخمین می زند ۸۰ درصد از معتادانی که دوره سم زدایی را با موفقیت پشت سر گذارده اند، ظرف مدت یک سال و یا کمتر به مصرف مجدد روی می آورند و تنها ۲۰ درصد از آنها بهبودی خود را پس از سم زدایی ادامه می دهند. بر اساس گزارش آژانس مبارزه با مواد مخدر<sup>۸</sup> (۲۰۰۶) میزان عود سوء مصرف مواد در سال ۲۰۰۵ از میان ۳۲۸۰۸ معتاد، ۱۷۴۱۹ نفر بوده است. این در حالی بوده است که میزان معتادان جدید در همان سال ۲۰۰۵، معادل ۱۵۳۸۹ نفر اعلام شده است (Quoted from Ibrahim and Kumar, ۲۰۰۹). از سویی دانش آموزان هر جامعه، قشر کارآمد و آینده سازان هر کشور هستند، گروهی که بخش عمده برنامه ریزی و بودجه هر کشور را به خود اختصاص می دهند و پیشرفت تحصیلی<sup>۹</sup> آن ها، در کسب موفقیت های آتی شان از اهمیت بسزایی برخوردار است. بنابراین شناسایی عوامل مؤثر بر پیشرفت تحصیلی دانش آموزان و توجه به آن ها و همچنین عوامل بازدارنده و مخرب در مسیر پیشرفت دانش آموزان گامی به سوی توسعه پایدار است. پژوهشگران بیان می کنند مهم ترین نشانگر بازده علم و برجسته ترین نشانگر کاری که هر نظام آموزشی باید انجام دهد، پیشرفت تحصیلی یادگیرندگان است. از این رو موفقیت هر نظام آموزشی بستگی به این دارد که آن نظام تا چه حد و به چه میزانی توانسته است به عملکرد مورد انتظار دست یابد (قنبری و سلطان زاده، ۱۳۹۵). خدمات انجام شده، از طریق راهنمایی تحصیلی، وسیله تسهیل کننده ای در آموزش و پرورش محسوب می شوند که بدان وسیله دانش آموزان را یاری می دهند تا موانع یادگیری را از سر راه بردارد و سریع تر به اهداف تعیین شده برسد (غنی لو و ابراهیم پور، ۱۳۹۵).

همچنین مراد از نیمرخ شخصیت، الگوی منحصر به فرد صفات شخصیتی است. کتل از روان شناسانی است که معتقد است رگه های متمایز و جنبه های شخصیت، جلوه های واقعی فرد است و باید آنها را واجد معنای روان شناختی دانست. در حقیقت، تعریف شخصیت از دیدگاه هر دانشمند و یا هر مکتب و گروهی به نظریه خاص آنها بستگی دارد. گرچه همه نظریه پردازان شخصیت با یک تعریف واحد از آن موافق نیستند، اما می توانیم به تعریفی قابل قبول برسیم که به طور نسبی حاوی ویژگی های مشترک تعریف های ذکر شده باشد. شخصیت به مجموعه افکار، هیجانات و رفتارهای متمایز و پایداری گفته می شود که شیوه انطباق ما با دنیا را نشان می دهد. «شخصیت عبارت است از الگوی نسبتاً پایدار صفات، گرایش ها، یا ویژگی هایی که تا اندازه ای به رفتار افراد دوام می بخشد» (محمدی، ۱۳۸۶). بنابراین با توجه به یافته های و بررسی های صورت گرفته می توان نتیجه گرفت که بین نیم رخ روانی دانش آموزان معتادی که بعداً ترک مصرف مجدد داشته اند با دانش آموزانی که به یاری مشاوران مدرسه پاکی خود را حفظ کرده اند تفاوت وجود دارد و این تفاوت چهره مثبت و سازنده و بالنده ی خود را به دانش آموزان بهره جو از خدمات مشاوره نشان می دهد. همانند سایر پژوهش ها به انجام رساندن این پژوهش نیز با موانع و محدودیت هایی همراه بوده است که ذکر برخی از آنها می تواند تلاش علمی آیندگان را بیشتر مقرون به دقت و سرعت و صحت نماید. هر پژوهشی که به کمک پرسشنامه انجام شود، امکان بوجود آمدن درک نادرست و متفاوت از سوالات پرسشنامه وجود دارد و این موضوع می تواند صحت و دقت نتایج را تحت الشعاع قرار دهد. به همین دلیل، ضمن توضیح ماهیت علمی پژوهش و دادن اطمینان به آزمودنی ها، نکات پرسشنامه تشریح شد تا از هرگونه خطا جلوگیری شود. با توجه به اینکه امکان دسترسی به برخی از پژوهشهای خارجی به صورت کامل وجود نداشت پژوهشگر به چکیده آنها اکتفا کرده که احتمال چندان وافی به مقصود نباشد.

<sup>۸</sup> National Anti-Drug Agency

<sup>۹</sup> Academic achievement

## منابع

۱. احمدی، محسن (۱۳۹۱)، ((مقایسه سبک های دفاعی و ویژگی های شخصیتی در افراد معتاد و عادی))، اعتیاد پژوهشی، شماره ۷
۲. دانش، تاج زمان (۱۳۹۰)، ((معتاد کیست، مواد مخدر چیست؟)) تهران: انتشارات کیهان
۳. دلاور، علی (۱۳۸۹)، ((بررسی ویژگی های شخصیتی زنان مجرم))، فصلنامه زن و جامعه، شماره ۱
۴. رادگودرزی، رضا (۱۳۸۴)، ((بررسی سه دهه مقالات پژوهشی کشور در زمینه اعتیاد))، مجله پژوهشی حکیم، شماره ۸
۵. رعنا، عبدالله (۱۳۹۵)، ((ذهنیت معتاد: باور های غیر منطقی در زمینه اعتیاد، روشهای کنترل افکار و نیمرخ شخصیتی در بیماران معتاد))، سامانه مدیریت اطلاعات تحقیقی، فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل، شماره ۸
۶. رئیسی، فاطمه (۱۳۸۹)، ((مقایسه سلامت روان و ویژگی های شخصیت در بین افراد معتاد و غیر معتاد))، فصلنامه علوم رفتاری، شماره ۲۲
۷. سادوک، بنیامین (۱۳۸۹)، ((خلاصه روان پزشکی؛ علوم رفتاری و روان پزشکی بالینی))، ویراست دهم، تهران: انتشارات ارجمند
۸. ساراسون، ابروین (۱۳۸۸)، ((روانشناسی مرضی))، تهران: انتشارات رشد
۹. سپهر منش، زهرا (۱۳۸۵)، ((بررسی ویژگی های شخصیتی معتادان زندان کاشان در سال ۱۳۸۵))، فصلنامه فیض، ۱۲
۱۰. سمیعی، مرصده (۱۳۸۹)، ((نیمرخ روانی-اجتماعی معتادان نوجوان ایرانی))، فصلنامه توانبخشی، شماره ۹
۱۱. سهرابی، نادره (۱۳۹۰)، ((بررسی میزان سلامت روانی، ویژگی های شخصیتی و تنیدگی در معتادان قاچاقچیان مواد مخدر و افراد عادی))، مجله روانشناسی، شماره ۱۱
۱۲. صابری، هاید (۱۳۹۰)، ((مقایسه سبک های اسنادی و ویژگی های شخصیتی مردان معتاد و غیر معتاد))، فصلنامه پژوهش های اجتماعی، ویژه نامه ۴
۱۳. عرفانی، نصرالله (۱۳۹۲)، ((مقایسه نیمرخ شخصیتی معتادان گمنام و غیر گمنام زندانی مرد))، فصلنامه اعتیاد پژوهی، شماره ۹
۱۴. فیست، جس (۱۳۹۰)، ((نظریه های شخصیت، ترجمه یحیی سید محمدی))، تهران: انتشارات روان
۱۵. قره باغی، حسین (۱۳۹۱)، ((مقایسه نیمرخ شخصیتی مجرمین و افراد عادی براساس مدل پنج عاملی شخصیت نئو))، فصلنامه اصلاح و تربیت، شماره ۱۰
۱۶. کتابی، صمیمه (۱۳۸۷)، ((بررسی نیمرخ شخصیتی معتادان به مواد مخدر با استفاده از دو نظام))، فصلنامه اعتیاد پژوهی، شماره ۹
۱۷. کلانتری، رقیه (۱۳۹۴)، ((مقایسه نیمرخ روانی زنان مصرف کننده مواد صنعتی، سنتی و بهنجار در شهر زنجان))، فصلنامه زن و مطالعات خانواده، شماره ۹
۱۸. هدایتی، نرگس (۱۳۹۱)، ((بررسی ویژگی های فردی محافظت کننده در برابر عود اعتیاد در معتادان گمنام در شهرستان شیراز))، پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روان شناسی تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۱۹. Abigail, K. M., Trusandra, E., Taylor, M. D., Fasam, M., Andrea, G., Barthwell, D., Fasam, J. W., & Vera, L. (۲۰۱۰): Substance Use and Women`s Health, Journal of Addictive Diseases, ۲۹: ۲, ۱۳۹-۱۶۳.
۲۰. Ball, S. A. (۲۰۰۵). Personality traits, problems, and disorders: clinical applications to substance use disorders. Journal of Research in Personality, ۳۹, ۸۴-۱۰۲.
۲۱. Chassin, L., Hussong, A., & Beltran, I. (۲۰۰۹). Adolescent substance use. In R. Lerner, & L.
۲۲. Fletcher, J. M. (۲۰۱۰). Adolescent depression and educational attainment: Results using
۲۳. Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Flint, K. H., Hawkins, J., Harris, W. A., et al. (۲۰۱۴). Youth risk behavior surveillance—United States, ۲۰۱۳. MMWR, ۶۳(۴).
۲۴. Kaplan, H., & Sadocks B. (۲۰۰۷). Synopsis of psychiatry. ۹<sup>th</sup> Ed. Lippincott Williams and Wilkins.
۲۵. Mobini, M., Mofidi Tehrani, F., & Bahredar, M. J. (۲۰۱۵). Comparison of attachment styles and personality traits in two groups of patients with addiction and normal individuals. Journal of Renewable Natural Resources Bhutan, ۱۴, ۱۶۰۸-۴۳۳۰.
۲۶. Trull, T. J., Sher, K. J. (۱۹۹۴) relationship between the five – factor model of personality and axis I disorders in non – clinical sample. Journal of abnormal psychology.