

مقایسه افکار خودکشی و ویژگی‌های سایکوپاتی در زنان و مردان وابسته به مواد

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۰۷ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۰۲

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مقایسه افکار خودکشی و ویژگی‌های سایکوپاتی در زنان و مردان وابسته به مواد انجام شد.

روش کار: طرح پژوهش حاضر از نوع تحقیقات پس‌رویدادی (علی-مقایسه‌ای) می‌باشد. نمونه این پژوهش شامل ۱۱۲ نفر مؤصرف‌کننده مواد (۵۶ نفر زن و ۵۶ نفر مرد) از کمپ‌های ترک اعتیاد استان گیلان بود که با توجه به ملاک‌های ورود به این پژوهش براساس نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در این پژوهش از دو پرسشنامه مقیاس سنجش افکار خودکشی بک (BSSI) و پرسشنامه سنجش سایکوپاتی لوینسون (LSRP) استفاده شد. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره و با نرم افزار SPSS-26 تحلیل شد.

نتایج: تحلیل داده‌ها نشان داد که بین افکار خودکشی در زنان و مردان وابسته به مواد تفاوت معناداری وجود دارد؛ و بین ویژگی‌های سایکوپاتی در زنان و مردان وابسته به مواد تفاوت معناداری وجود ندارد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج این پژوهش، به درمانگران و مشاورانی که با افراد وابسته به مواد سر و کار دارند پیشنهاد می‌شود که به افکار خودکشی و ویژگی‌های سایکوپاتی این افراد توجه نمایند، زیرا آگاهی داشتن در مورد این متغیرها می‌تواند در زمینه ارائه خدمات بهتر و مناسب‌تر به این بیماران کمک‌کننده باشد.

کلمات کلیدی: افکار خودکشی، ویژگی‌های سایکوپاتی، اعتیاد.

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

کیمیا صادقی نیا^۱

سیروان اسمایی مجد^{۲*}

^۱کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران.
^۲استادیار، گروه روانشناسی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران.

نویسنده مسئول: دکتر سیروان اسمایی مجد، استادیار، گروه روانشناسی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران.

Email: Si.majd@iau.ac.ir

مقدمه

وابستگی یا اعتیاد به انواع مواد مخدر، مشکل اجتماعی است که فرد را از لحاظ جسمانی و روان شناختی به خود وابسته می کند و تمامی رفتارهایش را از نظر فردی و اجتماعی تحت تاثیر قرار می دهد. مسئله وابستگی به مواد در دنیای امروز به عنوان مهم ترین آسیب اجتماعی شناخته می شود که به جامعه انسانی هجوم آورده است (۷). در حال حاضر سوء مصرف مواد به این صورت تعریف می شود: الگویی که در یک دوره ۱۲ ماهه به صورت مصرف مواد ناسازگارانه، روی می دهد و در این دوره منجر به اختلال یا پریشانی شدید می شود (۸، ۹). اعتیاد به مواد مخدر، اختلالی مزمن، عود کننده و پیچیده است که طی آن، با وجود پیامدهای منفی فاجعه آمیز، مصرف مواد ادامه پیدا می آید (۱۰). وابستگی یا اعتیاد به مواد، یکی از معضلات مهم سلامت عمومی به حساب می آید. تعداد مصرف کنندگان مواد در سطح جهان به ۱۹۰ میلیون نفر می رسد و تعداد تقریبی مصرف کنندگان مواد در سطح کشور، حدود ۱۳۲۵۰۰۰ نفر می باشد (۱۱).

اعتیاد مصرف تکراری مواد است، به صورتی که باعث شکست در کار، تحصیل، نقش های خانوادگی یا موقعیت های حساس مثل رانندگی با اتومبیل شده یا مشکلات قانونی مربوط به مصرف مواد ایجاد می کند (۱۲). اختلال سوء مصرف مواد به عنوان یکی از مشکلات بهداشتی، روانی و اجتماعی قرن حاضر شناخته شده است. بر اساس گزارش سالانه سازمان ملل متحد (۲۰۰۵)، تعداد مصرف کنندگان مواد موجود بین جمعیت ۱۵ تا ۴۴ ساله سراسر دنیا، ۲۰۰ میلیون نفر یا به عبارتی ۵ درصد کل جمعیت می باشد که از این تعداد در حدود ۱۶ میلیون نفر یا به عبارتی ۴ درصد جمعیت مصرف کننده مواد افیونی هستند همچنین در ایران مواد افیونی بیشترین مواد مصرفی می باشد (۲). سوء مصرف مواد و وابستگی به آن، آسیب های جدی اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و

بهداشتی بر جوامع وارد می سازد که از آن جمله می توان به مواردی همچون بیماری های جسمانی واگیردار مثل هیپاتیت، ایدز و بیماری های روانی اجتماعی همچون ازدیاد جرائم مرتبط با اعتیاد مثل سرقت، قتل، خودسوزی، بیکاری، خشونت خانوادگی، کودک آزاری، افزایش آمار طلاق و افت تحصیلی فرزندان که والدین معتاد دارند اشاره نمود (۲). بنا به گزارش دفتر مواد مخدر و جرم سازمان ملل در سال ۲۰۰۴ میلادی تعداد مصرف کنندگان انواع مواد مخدر رقمی حدود ۱۸۵ میلیون نفر برآورد شده است که ۳ درصد جمعیت جهان را شامل می شود و در این بین مواد محرک مانند آمفتامین ها^۱ و اکستازی^۲ با مجموع ۳۰ میلیون نفر مصرف کننده در ردیف دوم مصرف قرار دارد (۲).

برطبق پژوهش ها متغیری که نقش به سزایی در گرایش به مصرف مواد دارد ویژگی های سایکوپاتی^۳ است. سایکوپاتی واژه ای متداولی است که مبتنی بر کارهای بالینی پدید آمده است و در اشاره به مجموعه ای از ویژگی های رفتاری، بین فردی و عاطفی به کار می رود. این ویژگی ها دامنه ی وسیعی از رفتارهای ضد اجتماعی^۴ و خودشیفتگی^۵ را پوشش می دهند که شامل فریبکاری، دستکاری کردن، تکانشگری، فقدان همدلی، فقدان احساس گناه و ندامت است (۱۶). همچنین هاپلی و بورینل^۶ (۲۰۱۲) در مطالعه ای که در نمونه ی مجرمان مرد انجام دادند به این نتیجه رسیدند، که افرادی که دارای صفات سایکوپاتی هستند، خطر سوء مصرف مواد در آن ها افزایش پیدا می کند (۱۶). دو مؤلفه اصلی سایکوپاتی، مؤلفه ی عاطفی - بین فردی و شیوه زندگی منحرفانه ی اجتماعی است. مؤلفه ی اول نقص های عاطفی و بین فردی است و اساس شخصیت سایکوپاتی را توضیح می دهد، در حالیکه مؤلفه ی دوم، بیانگر مشکلات در شیوه ی زندگی و رفتار ضد اجتماعی بوده، و از مؤلفه ی اول یعنی شخصیت سایکوپات ناشی می شود. صفاتی که عوامل سایکوپاتی را تشکیل داده اند، به

⁴ Anti-social

⁵ Narcissism

⁶ Hopley & Brunelle

¹ Amphetamine

² Ecstasy

³ Psychopathy

جنبه‌های مختلفی تقسیم می‌شوند. عامل اول یعنی کژکاری بین فردی و عاطفی توسط دو جنبه توضیح داده شده است. جنبه‌ی اول شامل صفاتی است که تعاملات با دیگران را در بر گرفته و در نهایت مشکلات بین فردی را مشخص می‌کند. این ویژگی‌ها شامل بی‌قیدی، جذابیت‌های سطحی، هدیان بزرگ منشی^۱، دروغ‌گویی پاتولوژیک، رفتارهای فریبکارانه و دستکارانه است (۱۶).

جنبه‌ی دوم عاطفه‌ی سایکوپات است که شامل فقدان ندامت و احساس گناه، عاطفه سطحی، فقدان همدلی، واکنش‌های غیر انسانی^۲ و ناتوانی در قبول مسئولیت اعمال خود است. این دو جنبه با هم اساس شخصیت سایکوپات هستند و یک شالوده برای مشکلات شدید در زندگی و تعامل با دیگران را تشکیل می‌دهند (۱۶). اما عامل دوم در سایکوپاتی انحراف اجتماعی است. که به وسیله‌ی شیوه زندگی آسیب‌زا و انواع رفتارهای ضد اجتماعی که در DSM-5^۳ برای اختلال شخصیت ضداجتماعی مطرح شده، توضیح داده شده است (۱۶). مطالعات زیادی به بررسی رابطه میان سایکوپاتی و اعتیاد و متغیرهای شخصیتی پرداخته‌اند. برای نمونه هاپلی و بورینل (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای که در نمونه‌ی مجرمان مرد انجام دادند به این نتیجه رسیدند، افرادی که دارای صفات سایکوپاتی هستند، خطر سوء مصرف مواد در آن‌ها افزایش پیدا می‌کند، البته صفات شخصیتی همچون تکانشگری^۴، جستجوی لذت، حساسیت اضطرابی و درون‌گرایی - ناامیدی در انتخاب نوع مواد مؤثر است (۱۶).

همچنین در پژوهشی دیگری که در مورد ارتباط مقیاس‌های BAS/BIS نظریه حساسیت به پاداش‌گری با سایکوپاتی انجام شد، به این نتیجه رسیدند که عامل اول سایکوپاتی با BIS^۵ پایین رابطه بالایی دارد در حالیکه عامل دوم سایکوپاتی با BAS^۶ بالا رابطه‌ی معنی‌داری دارد (۱۶). البته مؤلفه‌های BAS/BIS در نظریه حساسیت به پاداش‌گری اساس شکل‌گیری متغیرهای

سرشتی نظریه کلونینجر است، و بین BIS با آسیب‌پرهیزی و پاداش وابستگی رابطه‌ی نیرومندی وجود دارد. همچنین میان BAS با نوجویی در نظریه زیستی - روانی شخصیت ارتباط معناداری وجود دارد (۱۶). علاوه بر متغیرهای ذکر شده عامل دیگری که در ارتباط با سوء مصرف مواد و اعتیاد مطرح می‌شود و اهمیت روزافزونی هم پیدا کرده، موضوع گرایش به خودکشی و افکار مربوط به آن است که از موضوعات خاص مورد توجه روان‌شناسان بالینی و روان‌پزشکان می‌باشد چرا که این مسئله عواقب و اثرات منفی زیادی را برای جوامع در پی دارد (۵).

مرگی که ناشی از خودکشی عمدی و توسط خود شخص رخ می‌دهد، اقدامی آگاهانه در جهت نابودسازی خود اوست. خودکشی عملی اتفاقی و بی‌معنا نیست بلکه راهی برای رها شدن از یک مشکل یا بحران است که شخص را به طور شدید رنج می‌دهد (۸). بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، اقدام به خودکشی عبارت است از عملی غیر کشنده که در آن شخص عملاً و بدون مداخله‌ی دیگران، رفتاری غیر عادی (مثل خود آسیب زنی و خودزنی یا مصرف یک ماده به میزان بیشتر از حد مقدار تجویز شده) را انجام می‌دهد، هدف چنین فردی تحقق تغییرات مورد انتظار خود است (۱۷). خودکشی یکی از علل اصلی مرگ در افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد و وابستگی به مواد و یکی از چالش‌های اساسی در درمان این افراد است. در دهه‌های اخیر میزان خودکشی به عنوان یک کل عمده بهداشتی در میان جوانان افزایش یافته است. بر اساس شواهد یکی از دلایل افزایش میزان خودکشی افزایش سوء مصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌ها است. سوء مصرف مواد یکی از عوامل خطر مرتبط با خودکشی به شمار می‌آید (۱۸).

مصرف مواد مخدر، سابقه اقدام به خودکشی، استفاده از داروهای روان‌پزشکی، به عنوان عوامل خطر در میان افرادی که خودکشی می‌کنند، می‌باشد. مردان مصرف‌کننده الکل و مواد مخدر،

⁴ Impulsivity

⁵ Behavioral inhibition system

⁶ Behavioral approach system

¹ Grandiose delusions

² Callousness

³ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5

مکانیسم‌های دفاعی، افکار خودکشی و ویژگی‌های سایکوپاتی در زنان و مردان وابسته به مواد پرداخته شود.

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع تحقیقات پس‌رویدادی (علی-مقایسه‌ای) بود. جامعه آماری در این پژوهش کلیه افراد وابسته به مواد در سطح استان گیلان می‌باشد. نمونه پژوهش شامل ۱۱۲ نفر سوء مصرف کننده مواد (۵۶ نفر زن و ۵۶ نفر مرد) است. از آن‌جا که در روش علی-مقایسه‌ای حداقل زیر گروه‌ها باید ۱۵ نفر باشند اما به دلیل افزایش اعتبار بیرونی و احتمال افت آزمودنی‌ها برای هر زیر گروه ۵۶ نفر انتخاب شد. هم‌چنین دلیل انتخاب این تعداد افراد این بود که افراد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد که راضی به شرکت در تحقیق و پر کردن پرسشنامه‌ها بودند محدود بوده. در نهایت این افراد پس از جلب رضایت آگاهانه و ابراز تمایل برای همکاری، از بین جامعه مورد نظر بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند.

معیارهای ورود به پژوهش شامل دامنه سنی بین ۱۸ تا ۶۵، داشتن تحصیلات حداقلی خواندن و نوشتن (به گونه‌ای که سوالات یا عبارات پرسشنامه‌ها را متوجه شوند)، حداقل سابقه یک سال مواد مخدر قبل از ترک و عدم ابتلا به بیماری روانی خاص و یا مشکل عصب‌شناختی (بر اساس پرونده موجود در کلینیک) بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل دارا بودن سنین بالای ۶۵ سال و پایین‌تر از ۱۸ سال، نداشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم سابقه یک سال مواد مخدر قبل از ترک و ابتلا به بیماری روانی خاص و یا مشکل عصب‌شناختی بود.

ابزارهای پژوهش

(BSSI) مقیاس سنجش افکار خودکشی بک

مقیاس افکار خودکشی بک یک ابزار خودسنجی ۱۹ سؤالی می‌باشد که به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها، رفتارها و طرح ریزی برای ارتکاب به خودکشی تهیه شده است. این پرسشنامه در سال ۱۹۷۹ توسط بک، کوواکس و ویس من^۳

مصرف مواد را به عنوان انگیزه‌ای برای خودکشی گزارش کرده‌اند. آن‌ها هم‌چنین ناامیدی و روابط خانوادگی آسیب‌زا را از جمله انگیزه خود برای خاتمه دادن به زندگی گزارش کردند. افکار خودکشی^۱ شامل اشتغالات ذهنی راجع به نیستی و تمایل به مردن می‌باشد که هنوز جنبه عملی به خود نگرفته است. افکار خودکشی خود یک عامل خطر برای خودکشی محسوب می‌شود. استعمال سیگار و اعتیاد به مواد نیز از عواملی است که ریسک افکار خودکشی و متعاقب آن اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهد (۵). در یک بررسی تلاش شده است تا چارچوبی مفهومی برای ارتباط میان اعتیاد به مواد و الکل و اقدام به خودکشی تدوین شود. در این مفهوم پردازی نشان داده شد که اعتیاد به مواد و الکل از طریق چهار مکانیزم بر اقدام به خودکشی اثر می‌گذارد: اول افزایش اضطراب و پریشانی روانی، دوم افزایش پرخاشگری، سوم سوق‌دهی فکر خودکشی به اقدام آن و چهارم کاهش سطح آگاهی که ایجاد و انجام راهبردهای انطباقی جایگزین را مختل کند (۵). عوامل بسیار زیادی می‌توانند باعث افزایش خطر اقدام به خودکشی در میان جوانان گردد. پژوهش‌ها در جامعه آمریکا نشان داده است اختلالاتی نظیر شخصیت ضد اجتماعی، انواع فوبیا و اختلالات اضطرابی، افسردگی و دیس تایمیا^۲ بیشترین ارتباط را با اختلالات مصرف مواد یا وابستگی به مواد دارند (۵).

با توجه به توضیحات فوق در رابطه با اهمیت بررسی مکانیسم‌های دفاعی، افکار خودکشی و ویژگی‌های سایکوپاتی در حوزه‌ی اعتیاد، و اینکه تاکنون اکثر مطالعات انجام شده در این حیطه هر سه متغیر فوق را به صورت مرتبط با هم و در زمینه‌ی مصرف کنندگان مواد مورد بررسی قرار نداده‌اند و هم‌چنین با عنایت به این مسئله که کمتر پژوهشی به مقایسه‌ی متغیرهای مورد نظر در دو گروه زنان و مردان وابسته به مواد پرداخته، از این رو جهت پر کردن این خلأ در این پژوهش سعی بر آن است تا به مقایسه‌ی

³ Steer RA, Kumar G, Beck AT

¹ Suicidal thoughts

² Dysthymia

۱! (LSRP) پرسشنامه سنجش سایکوپاتی لوینسون

مقیاس خود گزارش‌دهی لوینسون شامل ۲۶ ماده است که به منظور اندازه‌گیری ویژگی‌های شخصیتی سایکوپاتیک در جمعیت عادی و غیر بستری، توسط لوینسون، کیگل و فیتزپاتریک^۲ در سال ۱۹۹۵ طراحی شده است. هر ماده شامل اظهار نظری است که بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۴) درجه بندی می‌شود (ماسوی و نامورا، ۲۰۱۱). دامنه نمرات پرسشنامه خود گزارش‌دهی لوینسون از صفر تا ۱۰۴ می‌باشد (۱۶۵).

تست دو خرده مقیاس دارد: خرده مقیاس سایکوپاتی اولیه که با F1 نشان داده می‌شود و خرده مقیاس سایکوپاتی ثانویه که با علامت اختصاری F2 مشخص می‌گردد (۲۶). خرده مقیاس سایکوپاتی اولیه شامل ۱۶ ماده است که دستکاری روان‌شناختی، خود محوری و عدم وجود همدلی و احساس ندامت و پشیمانی را می‌سنجد و خرده مقیاس سایکوپاتی ثانویه شامل ۱۰ ماده است که تکانشگری، خشم انفجاری و کنترل ضعیف رفتاری را اندازه‌گیری می‌کند (۱۱۵). لوینسون و همکاران (۱۹۹۵) این مقیاس را با سایر مقیاس‌های موجود برای سنجش صفات سایکوپاتیک مقایسه کردند و نتایج رضایت‌بخشی از روایی همگرا و اعتبار هم-زمان به دست آوردند. در تحقیق میلر^۳ و همکاران ضریب آلفای ۰/۸۳ برای نمره کل مقیاس، ضریب آلفای ۰/۸۱ برای نمره خرده مقیاس F و ۰/۶۱ برای نمره خرده مقیاس F2 را گزارش کردند (۲۶). در تحقیق دیگری که توسط ماسوا و ناموری (۲۰۱۱) انجام شد، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ برای نمره کلی مقیاس و ۰/۷۰ و ۰/۵۸ به ترتیب برای خرده مقیاس‌های سایکوپاتی اولیه و ثانویه گزارش گردید. برای پایایی این مقیاس بیگلری و ناطق (۱۳۸۸) در مطالعه‌ای پایایی کلی مقیاس را با روش آزمون-بازآزمون محاسبه کردند که برای صمیمیت عاطفی، روان-شناختی، عقلانی، جنسی، فیزیکی، معنوی زیبایی‌شناختی و اجتماعی - تفریحی به ترتیب ۰/۸۰ بدست آمد و حاکی از پایایی قابل قبول این مقیاس می‌باشد. تحقیقات نشان داده است که این

طراحی شد. مقیاس بر اساس ۳ درجه نقطه‌ای از ۰ تا ۲ تنظیم شده است. نمره کلی فرد بر اساس جمع نمرات محاسبه می‌شود که از ۰ تا ۳۸ قرار دارد (۱۶۱). سؤالات مقیاس مواردی از قبیل آرزوی مرگ، تمایل به خودکشی به صورت فعال و نافع، مدت و فراوانی افکار خودکشی، احساس کنترل بر خود، عوامل بازدارنده خودکشی و میزان آمادگی فرد جهت اقدام به خودکشی را مورد سنجش قرار می‌دهد. در آزمون افکار خودکشی بک ۵ سؤال غربالگری وجود دارد. اگر پاسخ‌ها نشان دهنده تمایل به خودکشی فعال یا نافع باشد، سپس آزمودنی بایستی ۱۴ سؤال بعدی را نیز ادامه دهد، به عبارت دیگر در صورتی که پاسخ دهنده به ویژه به پرسش شماره ۵ (هیچ میلی به خودکشی ندارم - کمی تمایل به خودکشی دارم - ۱ میل شدیدی به خودکشی دارم - ۲-)، پاسخ مثبت یعنی ۱ یا ۲ بدهد و پاسخ‌ها، نشان‌دهنده تمایل به خودکشی فعال یا غیرفعال باشند، لازم است که ۱۴ سؤال باقی مانده را نیز پاسخ دهد، در غیر این صورت نیازی به ادامه نمی‌باشد، نمره ۰ یعنی هیچ، نمره ۱ یعنی تا حدودی و نمره ۲ یعنی زیاد (۱۶۲). آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و ۰/۸۵ به ترتیب برای بیماران بستری و سرپایی گزارش شده است و این حاکی از همسانی درونی و بالای این مقیاس است. همچنین اعتبار این مقیاس با استفاده از روش آزمون-باز آزمون برابر با ۰/۷۴ بدست آمده است. اعتبار این پرسشنامه در سال ۲۰۱۵ توسط اصفهانی و همکاران بررسی شده است که اعتبار این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن به ترتیب برابر ۰/۸۳ و ۰/۸۵ بوده است (۱۶۳).

³ Miller¹ Levenson's Self- Report Psychopathy Scale² Levenson, Kiehl, & Fitzpatrick

مواد پرداخته شده، داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شده است. ابتدا به بررسی یافته‌های توصیفی، میانگین و انحراف معیار پرداخته شد و سپس در سطح آمار استنباطی برای تعیین معناداری تفاوت بین دو گروه زنان و مردان از روش آماری تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) استفاده شده است.

ملاحظات اخلاقی

شرکت در آزمون اختیاری بود و فقط با رضایت افراد، این کار انجام می‌گرفت. توضیح جامع در مورد اهداف مطالعه. عدم درج نام و نام خانوادگی بر روی پرسشنامه‌ها. اطمینان بخشی به افراد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند. افرادی که شرکت در تحقیق را رد کرده یا در برابر شرکت کردن مقاومت یا ابراز مخالفت می‌کردند و یا در صورتی که فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری بودند، در پژوهش شرکت داده نشدند.

یافته‌ها

از ۱۱۲ شرکت‌کننده در این پژوهش ۵۶ نفر خانم و ۵۶ نفر آقا بوده‌اند که در ادامه توصیف پاسخگویان بر اساس متغیرهای جمعیت شناختی آمده است.

معیار از پایایی کافی برخوردار است و آلفای کرونباخ آن از ۰/۶۳ تا ۰/۸۲ برای دو زیر مقیاس متغیر است (۱۱۵).

روش اجرا

در ابتدا با مراجعه حضوری به کمپ‌های ترک اعتیاد استان گیلان و جلب همکاری مسئولان مراکز در ارائه فهرست بیماران و دسترسی به پرونده‌های بیماران به جمع‌آوری اطلاعات اقدام شد. سپس یک مصاحبه کوتاه جهت جلب اعتماد و همکاری آزمودنی‌ها انجام گرفت و قبل از پاسخگویی به پرسشنامه‌ها برای افراد توضیح داده شد که اطلاعات شخصی آن‌ها کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و شرکت در پژوهش اختیاری است. همچنین جهت اطمینان بخشی بیشتر در مورد پاسخ‌دهی صادقانه از آزمودنی‌ها خواسته شد پرسشنامه‌ها را بدون ذکر نام خود پر نمایند. و در نهایت پرسشنامه‌های خود گزارش دهی شبکه‌های دفاعی (DSQ-40)، سنجش سایکوپاتی لوینسون (LSRP) و مقیاس سنجش افکار خودکشی بک (BSSI) توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد. با توجه به اینکه در تحقیق حاضر به مقایسه افکار خودکشی و ویژگی‌های سایکوپاتی در زنان و مردان وابسته به

جدول ۱- توصیف پاسخگویان بر اساس متغیرهای جمعیت شناختی

نام متغیر	مرد (n = ۵۶)	زن (n = ۵۶)	کل (n = ۱۱۲)
زیردیلم	۳۱ (۵۵/۴)	۲۳ (۴۱/۱)	۵۴ (۴۸/۲)
دیلم	۱۶ (۲۸/۶)	۲۷ (۴۸/۲)	۴۳ (۳۸/۴)
کارشناسی	۷ (۱۲/۵)	۴ (۷/۱)	۱۱ (۹/۸)
کارشناسی ارشد و بالاتر	۲ (۳/۶)	۲ (۳/۶)	۴ (۳/۶)
مجرد	۲۹ (۵۱/۸)	۱۶ (۲۸/۶)	۴۵ (۴۰/۲)
متاهل	۲۳ (۴۱/۱)	۲۰ (۳۵/۷)	۴۳ (۳۸/۴)
جدا شده	۴ (۷/۱)	۲۰ (۳۵/۷)	۲۴ (۲۱/۴)
بله	۲۸ (۵۰/۰)	۱۱ (۱۹/۶)	۳۹ (۳۴/۸)
خیر	۲۸ (۵۰/۰)	۴۵ (۸۰/۴)	۷۳ (۶۵/۲)
اپیوئیدها	۲۲ (۳۹/۳)	۸ (۱۴/۳)	۳۰ (۲۶/۸)
متا آفتامین‌ها	۷ (۱۲/۵)	۱۵ (۲۶/۸)	۲۲ (۱۹/۶)
مصرف چندگانه مواد	۲۴ (۴۲/۹)	۳۲ (۵۷/۱)	۵۶ (۵۰/۰)
توهم‌زاها	۳ (۵/۴)	۱ (۱/۸)	۴ (۳/۶)
تحصیلات (فراوانی (درصد))			
وضعیت تاهل (فراوانی (درصد))			
محکومیت (فراوانی (درصد))			
نوع مواد مخدر مصرفی (فراوانی (درصد))			

سن (میانگین (انحراف معیار))	(۸/۵۱۲) ۳۷/۱۹۶	(۹/۰۰۷) ۳۱/۸۳۹	(۹/۱۲۹) ۳۴/۵۱۸
طول مدت مصرف مواد مخدر (میانگین (انحراف معیار))	(۸/۳۷۴) ۱۵/۲۶۸	(۶/۷۴۰) ۹/۳۵۷	(۸/۱۲۹) ۱۲/۳۱۳

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار افکار خودکشی بر اساس جنسیت

نام متغیر	جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار
نمره کل افکار خودکشی	مرد	۵۶	۱۱/۱۰۷	۹/۹۰۶
	زن	۵۶	۵/۱۶۱	۶/۴۴۱
	کل	۱۱۲	۸/۱۳۴	۸/۸۳۷
سایکوپاتی اولیه	مرد	۵۶	۴۰/۴۶۴	۳/۹۹۱
	زن	۵۶	۴۱/۲۱۴	۵/۲۸
	کل	۱۱۲	۴۰/۸۳۹	۴/۶۷۴
سایکوپاتی ثانویه	مرد	۵۶	۲۶/۷۸۶	۵/۴۷۶
	زن	۵۶	۲۶/۶۶۱	۳/۵۳۳
	کل	۱۱۲	۲۶/۷۲۳	۴/۵۸۸
نمره کل سایکوپاتی	مرد	۵۶	۶۶/۶۹۶	۶/۲۲۹
	زن	۵۶	۶۷/۸۵۷	۷/۴۰۶
	کل	۱۱۲	۶۷/۲۷۷	۶/۸۳۷

جدول ۳- نتایج آزمون آنالیز واریانس برای مقایسه نمره کل افکار خودکشی در زنان و مردان

منبع اثر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار معناداری	اندازه اثر	توان مشاهده شده	مشاهده
مدل تصحیح شده	۴۴۶۵/۳۷	۳۴	۱۳۱/۳۳۴	۲/۴۰۶	۰/۰۰۱	۰/۵۱۵	۰/۹۹۹	
مقدار ثابت	۱۳۷/۱۲۷	۱	۱۳۷/۱۲۷	۲/۵۱۲	۰/۱۱۷	۰/۰۳۲	۰/۳۴۷	
سن	۰/۰۴۲	۱	۰/۰۴۲	۰/۰۰۱	۰/۹۷۸	۰/۰۰۰	۰/۰۵	
طول مدت مصرف مواد مخدر	۱۵/۰۲۲	۱	۱۵/۰۲۲	۰/۲۷۵	۰/۶۰۱	۰/۰۰۴	۰/۰۸۱	
جنسیت	۲۷۴/۰۸۳	۱	۲۷۴/۰۸۳	۵/۰۲۱	۰/۰۲۸	۰/۰۶۱	۰/۰۶	
وضعیت تاهل	۸۰/۱۴۱	۲	۴۰/۰۷	۰/۷۳۴	۰/۴۸۳	۰/۰۱۹	۰/۱۷	
محکومیت	۱۳/۶۲۹	۱	۱۳/۶۲۹	۰/۲۵	۰/۶۱۹	۰/۰۰۳	۰/۰۷۸	
نوع مواد مخدر مصرفی	۱۶۲/۲۰۱	۳	۵۴/۰۶۷	۰/۹۹	۰/۴۰۲	۰/۰۳۷	۰/۲۶	
جنسیت * وضعیت تاهل	۷۱۸/۶۱۳	۲	۳۵۹/۳۰۶	۶/۵۸۲	۰/۰۰۲	۰/۱۴۶	۰/۰۹	
جنسیت * محکومیت	۴/۶۸۳	۱	۴/۶۸۳	۰/۰۸۶	۰/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۰۶	
جنسیت * نوع مواد مخدر مصرفی	۳۰۹/۹۴۳	۳	۱۰۳/۳۱۴	۱/۸۹۲	۰/۱۳۸	۰/۰۶۹	۰/۴۷۲	
وضعیت تاهل * محکومیت	۳۴۲/۴۲	۲	۱۷۱/۲۱	۳/۱۳۶	۰/۰۴۹	۰/۰۷۵	۰/۵۸۶	
وضعیت تاهل * نوع مواد مخدر مصرفی	۳۱۹/۵۸	۴	۷۹/۸۹۵	۱/۴۶۳	۰/۲۲۲	۰/۰۷۱	۰/۴۳۴	
محکومیت * نوع مواد مخدر مصرفی	۵۸۵/۰۷۷	۲	۲۹۲/۵۳۸	۵/۳۵۹	۰/۰۰۷	۰/۱۲۲	۰/۸۲۸	
جنسیت * وضعیت تاهل * محکومیت	۷۵/۸۶۱	۲	۳۷/۹۳۱	۰/۶۹۵	۰/۵۰۲	۰/۰۱۸	۰/۱۶۳	

۰/۱۵۲	۰/۰۱۶	۰/۵۳۴	۰/۶۳۲	۳۴/۴۹	۲	۶۸/۹۸۱	جنسیت * وضعیت تاهل * نوع مواد مخدر مصرفی
۰/۰۵۹	۰/۰۰۱	۰/۷۷۶	۰/۰۸۱	۴/۴۳۱	۱	۴/۴۳۱	جنسیت * محکومیت * نوع مواد مخدر مصرفی
۰/۱	۰/۰۰۸	۰/۷۲۶	۰/۳۲۲	۱۷/۵۷۷	۲	۳۵/۱۵۴	وضعیت تاهل * محکومیت * نوع مواد مخدر مصرفی
۰/۰۸۲	۰/۰۰۴	۰/۵۹۸	۰/۲۸	۱۵/۲۸۲	۱	۱۵/۲۸۲	جنسیت * وضعیت تاهل * محکومیت * نوع مواد مخدر مصرفی
				۵۴/۵۹۲	۷۷	۴۲۰۳/۶۲۱	خطا
					۱۱۲	۱۶۰۷۹	کل
					۱۱۱	۸۶۶۸/۹۹۱	کل تصحیح شده

استفاده از آزمون آنالیز واریانس چندمتغیره انجام شده است. اما قبل از آن پیش فرض‌های هماهنگی خطای واریانس‌ها، همگنی همبستگی‌های درونی و همگنی شیب خط رگرسیون انجام شده است. نتایج بررسی با آزمون آنالیز واریانس چندمتغیره به شرح زیر است:

مطابق نتایج بدست آمده مقدار معناداری جنسیت برای این متغیر کوچکتر از ۰/۰۵ بدست آمده است. بنابراین فرضیه دوم تحقیق برای این متغیر تایید شده و افکار خودکشی در زنان و مردان وابسته به مواد تفاوت معناداری دارد. میانگین افکار خودکشی در مردان برابر ۱۱/۱۰۷ و به طور معناداری بزرگتر از میانگین افکار خودکشی در زنان (۵/۱۶۱) است. در ادامه بررسی تحقیق با

جدول ۴- نتایج آزمون آنالیز واریانس چندمتغیره برای مقایسه ویژگی‌های اولیه و ثانویه سایکوپاتی در زنان و مردان

منبع اثر	نام متغیر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار معناداری	اندازه اثر	توان مشاهده شده
مدل تصحیح شده	ویژگی‌های سایکوپاتی اولیه	۱۰۵۴/۲۲۷	۳۴	۳۱/۰۰۷	۱/۷۴۲	۰/۰۲۳	۰/۴۳۵	۰/۹۸۴
	ویژگی‌های سایکوپاتی ثانویه	۵۰۶/۴۹۴	۳۴	۱۴/۸۹۷	۰/۶۲۷	۰/۹۳۴	۰/۲۱۷	۰/۵۳
مقدار ثابت	ویژگی‌های سایکوپاتی اولیه	۶۱۴۲/۵۷۵	۱	۶۱۴۲/۵۷۵	۳۴۵/۰۱۸	۰/۰۰۰	۰/۸۱۸	۱
	ویژگی‌های سایکوپاتی ثانویه	۳۱۵۰/۱۰۷	۱	۳۱۵۰/۱۰۷	۱۳۲/۵۵۱	۰/۰۰۰	۰/۶۳۳	۱
سن	ویژگی‌های سایکوپاتی اولیه	۱۱/۷۳۷	۱	۱۱/۷۳۷	۰/۶۵۹	۰/۴۱۹	۰/۰۰۸	۰/۱۲۶
	ویژگی‌های سایکوپاتی ثانویه	۲۱/۷۳۳	۱	۲۱/۷۳۳	۰/۹۱۵	۰/۳۴۲	۰/۰۱۲	۰/۱۵۷
طول مدت مصرف مواد مخدر	ویژگی‌های سایکوپاتی اولیه	۱/۸۵۵	۱	۱/۸۵۵	۰/۱۰۴	۰/۷۴۸	۰/۰۰۱	۰/۰۶۲
	ویژگی‌های سایکوپاتی ثانویه	۶/۰۴	۱	۶/۰۴	۰/۲۵۴	۰/۶۱۶	۰/۰۰۳	۰/۰۷۹

۰/۰۷۶	۰/۰۰۳	۰/۶۳۷	۰/۲۲۵	۴/۰۰۷	۱	۴/۰۰۷	ویژگی‌های سایکوپاتی اولیه	جنسیت
۰/۲۵۴	۰/۰۲۲	۰/۱۹۴	۱/۷۲	۴۰/۸۸۵	۱	۴۰/۸۸۵	ویژگی‌های سایکوپاتی ثانویه	
۰/۳۲۶	۰/۰۴	۰/۲۱۲	۱/۵۸۴	۲۸/۲۰۳	۲	۵۶/۴۰۷	ویژگی‌های سایکوپاتی اولیه	وضعیت تاهل
۰/۳۴۷	۰/۰۴۲	۰/۱۸۹	۱/۷۰۱	۴۰/۴۲۲	۲	۸۰/۸۴۴	ویژگی‌های سایکوپاتی ثانویه	
۰/۰۵۵	۰/۰۰۱	۰/۸۳۵	۰/۰۴۳	۰/۷۷۴	۱	۰/۷۷۴	ویژگی‌های سایکوپاتی اولیه	محکومیت
۰/۰۵۵	۰/۰۰۱	۰/۸۳	۰/۰۴۷	۱/۱۰۸	۱	۱/۱۰۸	ویژگی‌های سایکوپاتی ثانویه	
۰/۶۳۸	۰/۰۹۶	۰/۰۵	۲/۷۱۶	۴۸/۳۵۳	۳	۱۴۵/۰۵۸	ویژگی‌های سایکوپاتی اولیه	نوع مواد مخدر مصرفی
۰/۰۶۹	۰/۰۰۴	۰/۹۵۴	۰/۱۱	۲/۶۱	۳	۷/۸۳	ویژگی‌های سایکوپاتی ثانویه	
۰/۲۷۱	۰/۰۳۲	۰/۲۸۲	۱/۲۸۸	۲۲/۹۲۲	۲	۴۵/۸۴۵	ویژگی‌های سایکوپاتی اولیه	جنسیت * وضعیت تاهل
۰/۰۷۶	۰/۰۰۴	۰/۸۴۱	۰/۱۷۳	۴/۱۱۳	۲	۸/۲۲۶	ویژگی‌های سایکوپاتی ثانویه	
۰/۰۶۱	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۰/۰۹۴	۱/۶۷۶	۱	۱/۶۷۶	ویژگی‌های سایکوپاتی اولیه	جنسیت * محکومیت
۰/۰۵۳	۰/۰۰۰	۰/۸۷۷	۰/۰۲۴	۰/۵۷۴	۱	۰/۵۷۴	ویژگی‌های سایکوپاتی ثانویه	
۰/۴۲	۰/۰۶۱	۰/۱۸۲	۱/۶۶۴	۲۹/۶۲۶	۳	۸۸/۸۷۷	ویژگی‌های سایکوپاتی اولیه	جنسیت * نوع مواد مخدر مصرفی
۰/۲۸۸	۰/۰۴۱	۰/۳۵۱	۱/۱۰۷	۲۶/۳۱۷	۳	۷۸/۹۵۱	ویژگی‌های سایکوپاتی ثانویه	
۰/۳۹۹	۰/۰۴۹	۰/۱۴۴	۱/۹۸۶	۳۵/۳۵۳	۲	۷۰/۷۰۵	ویژگی‌های سایکوپاتی اولیه	وضعیت تاهل * محکومیت
۰/۱۷۹	۰/۰۲	۰/۴۶۲	۰/۷۸۱	۱۸/۵۵۵	۲	۳۷/۱۱۱	ویژگی‌های سایکوپاتی ثانویه	
۰/۲۲	۰/۰۳۶	۰/۵۸۸	۰/۷۰۹	۱۲/۶۳۲	۴	۵۰/۵۲۶	ویژگی‌های سایکوپاتی اولیه	وضعیت تاهل * نوع مواد مخدر مصرفی
۰/۱۵۹	۰/۰۲۴	۰/۷۴۸	۰/۴۸۳	۱۱/۴۸	۴	۴۵/۹۱۹	ویژگی‌های سایکوپاتی ثانویه	
۰/۱۹۶	۰/۰۲۲	۰/۴۱۹	۰/۸۸	۱۵/۶۶	۲	۳۱/۳۱۹	ویژگی‌های سایکوپاتی اولیه	محکومیت * نوع مواد مخدر مصرفی
۰/۱۹۲	۰/۰۲۲	۰/۴۲۹	۰/۸۵۵	۲۰/۳۱۹	۲	۴۰/۶۳۸	ویژگی‌های سایکوپاتی ثانویه	

۰/۳۹۴	۰/۰۴۸	۰/۱۴۸	۱/۹۶۱	۳۴/۹۱۶	۲	۶۹/۸۳۲	ویژگی‌های سایکوپاتی جنسیت * وضعیت تاهل * اولیه
۰/۲۰۳	۰/۰۲۳	۰/۴۰۴	۰/۹۱۷	۲۱/۷۸۳	۲	۴۳/۵۶۶	ویژگی‌های سایکوپاتی ثانویه
۰/۰۹۴	۰/۰۰۷	۰/۷۵	۰/۲۸۹	۵/۱۳۷	۲	۱۰/۲۷۵	ویژگی‌های سایکوپاتی اولیه جنسیت * وضعیت تاهل * نوع
۰/۴۶۸	۰/۰۵۸	۰/۰۹۹	۲/۳۸۶	۵۶/۶۹۸	۲	۱۱۳/۳۹۶	ویژگی‌های سایکوپاتی ثانویه مواد مخدر مصرفی
۰/۱۴۸	۰/۰۱۱	۰/۳۶۱	۰/۸۴۵	۱۵/۰۳۶	۱	۱۵/۰۳۶	ویژگی‌های سایکوپاتی اولیه جنسیت * محکومیت * نوع
۰/۰۵۵	۰/۰۰۱	۰/۸۳۱	۰/۰۴۶	۱/۰۹۱	۱	۱/۰۹۱	ویژگی‌های سایکوپاتی ثانویه مواد مخدر مصرفی
۰/۱۰۹	۰/۰۱	۰/۶۸۸	۰/۳۷۶	۶/۷۰۳	۲	۱۳/۴۰۶	ویژگی‌های سایکوپاتی اولیه وضعیت تاهل * محکومیت *
۰/۱۰۷	۰/۰۰۹	۰/۶۹۵	۰/۳۶۵	۸/۶۷۹	۲	۱۷/۳۵۸	ویژگی‌های سایکوپاتی ثانویه نوع مواد مخدر مصرفی
۰/۳۳۲	۰/۰۳	۰/۱۲۷	۲/۳۸۵	۴۲/۴۶۶	۱	۴۲/۴۶۶	ویژگی‌های سایکوپاتی اولیه جنسیت * وضعیت تاهل * محکومیت * نوع مواد مخدر
۰/۰۸۶	۰/۰۰۴	۰/۵۷۶	۰/۳۱۵	۷/۴۸۳	۱	۷/۴۸۳	ویژگی‌های سایکوپاتی ثانویه مصرفی

افکار خودکشی در زنان وابسته به مواد بیشتر از مردان مصرف کننده مواد می‌باشد.

در راستای تبیین این فرضیه می‌توان گفت بر طبق پژوهش چای^۱ و همکاران مصرف اپیوئیدها با بالاترین درصد ریسک افزایش افکار خودکشی و خودزنی همراه است (۱۶۹). بر این اساس می‌توان تبیین کرد که از آنجایی که مصرف مواد افیونی و اپیوئیدها در نمونه‌های مرد این پژوهش به طور قابل ملاحظه‌ای بیشتر از میزان مصرف این مواد در زنان مصرف کننده بود، افکار خودکشی نیز در مردان بیشتر از زنان بوده و تفاوت معناداری میان افکار خودکشی در این دو گروه نمونه وجود دارد. در رابطه با سبب شناسی خودکشی در زنان می‌توان به نظریه کنترل اجتماعی هیرشی^۲، اشاره کرد. بر طبق این نظریه، خودکشی زنان نشانه‌ای از پیوند ضعیف فرد با جامعه و خانواده است. به عبارتی

مقدار معناداری مربوط به فاکتور جنسیت برای ویژگی‌های اولیه و ثانویه سایکوپاتی بزرگتر از ۰/۰۵ بدست آمده است. بنابراین فرضیه سوم تحقیق برای این متغیرها رد شده و ویژگی‌های اولیه و ثانویه سایکوپاتی در زنان و مردان وابسته به مواد تفاوت معناداری ندارد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج تجزیه و تحلیل نشان داد که بین افکار خودکشی در زنان و مردان وابسته به مواد تفاوت معناداری وجود دارد. پژوهش‌های بسیار اندکی در زمینه‌ی مقایسه افکار خودکشی در میان زنان و مردان مصرف کننده مواد انجام گرفته است. یافته‌ی پژوهش حاضر با نتایج تحقیق علیجان زاده کاشی و زربخش بحری (۱۳۹۸) ناهمخوان بود زیرا آنان به این نتیجه رسیدند که میزان

² Hirshi Social Control Theory

¹ Yi Chai

دیگر زنانی که از دل‌بستگی کمتری به نزدیکان و خانواده و هنجارهای اجتماعی برخوردارند معمولاً به عواقب منفی اقدام خود برای نزدیکان نمی‌اندیشند. این افراد از نظر دایره تعاملات اجتماعی و روابط دوستان و خویشاوندی خود بسیار محدود هستند. از طرف دیگر زمانی که فرد به خودکشی می‌اندیشد و آن را عملی می‌کند مسلماً در دستیابی به اهداف و موقعیت‌های اجتماعی خود ناکام بوده است یا سرمایه‌گذاری قابل توجهی برای رسیدن به اهداف و موقعیت‌هایش انجام نداده است؛ چرا که اگر این سرمایه‌گذاری صورت گرفته باشد فرد به هیچ وجه موقعیت خود را با خودکشی، به خطر نمی‌اندازد (۱۷۱).

همچنین چند عاملی که به نظر می‌رسد که تا حدی بتواند تفاوت میان افکار خودکشی میان زنان و مردان را تبیین کند به شرح ذیل است: مردان کمتر از زنان تمایل دارند که از نظر عاطفی یا روانی از افراد یا از سیستم‌های حمایتی کمک بگیرند، رفتارهای تکانشی در مردان بیش از زنان مشاهده می‌شود، همچنین عوامل محافظت‌کننده‌ای مانند حاملگی و وجود کودک، خاص زنان است (۱۷۲). همچنین زنان ممکن است بیشتر دیگران را مورد توجه قرار دهند و نگاه به خودکشی در متن روابط ممکن است انگیزه کمتری برای مرگ در زنان ایجاد کند. علاوه بر این می‌توان چرایی تفاوت‌های جنسیتی در خودکشی را در انتظارات اجتماعی و تفاوت در نقش‌های جنسیتی جست و جو کرد. به عنوان مثال در خصوص نرخ بالای اقدام به خودکشی در مردان ایرانی می‌توان به رویکرد جامعه‌شناسی هیجان‌استناد کرد. این نظریه، احساس را امری فرهنگی و اجتماعی در نظر می‌گیرد، به این صورت که الگوهای فرهنگی بر مردم یک جامعه اثر گذاشته و افراد، آن دسته از احساسات را در خود می‌پروراند که تصور می‌کنند باید در جامعه بروز دهند. لذا به نظر می‌رسد که ایدئولوژی‌های فرهنگی ایرانی مربوط به نقش جنسیتی مرد از جمله قوی بودن و تصورات قالبی جنسیتی در خصوص عاطفی بودن زنان، بر تجارب مردان تأثیر

گذاشته و آن‌ها کمتر به ابراز مشکلات و هیجانات خود می‌پردازند. بنابراین در شرایط تنش‌زا، احتمال خودکشی در مردان افزایش می‌یابد (۱۷۳).

نتایج نشان داد که بین ویژگی‌های سایکوپاتی در زنان و مردان وابسته به مواد تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته‌ی پژوهش با نتایج حاصل از تحقیقات کولین^۱ و همکاران (۲۰۱۷)؛ شولز^۲ و همکاران (۲۰۱۶)؛ نیکول^۳ و همکاران (۲۰۱۶) و پاتریک^۴ و همکاران (۲۰۱۵)؛ همخوان بود.

جهت تبیین این فرضیه می‌توان بیان نمود که برخی از پژوهشگران (پاتریک و همکاران، ۲۰۱۵) معتقدند که مردان و زنان دارای زمینه‌ی مشابهی در فرآیند ایجاد ویژگی‌های سایکوپاتی هستند اما بروز رفتاری در این دو جنس با هم متفاوت است (۱۲۵). زنان دارای صفات سایکوپاتی ممکن است برای رسیدن به اهداف مشابه به روش‌های متفاوتی از مردان متوسل شوند، زنان در مقایسه با مردان قدرت بدنی کمتری داشته، بنابراین بر خلاف مردان، استفاده از زور با احتمال کمتری آن‌ها را به اهداف دلخواهشان می‌رساند، در نتیجه زنان ممکن است به فریبکاری، لاس زدن، یا قهر کردن (یا استفاده از سلاح) برای رسیدن به اهداف مشابهی، متوسل شوند (۱۲۴). پرخاشگری فیزیکی در زنان سایکوپات به نسبت مردان سایکوپات شیوع کمتری دارد ولی در حقیقت ممکن است زنان سایکوپات در درجه‌ی اول در محیط‌های خانگی و نسبت به نزدیکان خود پرخاشگری از خود نشان می‌دهند (۱۷۴).

بر طبق نتایج پژوهش مارسی و سیلورتون و فریک^۵ (۲۰۰۵) در زنان جوان صفات سایکوپاتیک با پرخاشگری رابطه‌ای ارتباط داشت. در حالیکه در مردان صفات سایکوپاتیک با پرخاشگری آشکار ارتباط داشت. این یافته‌ها می‌تواند بیانگر سبب‌شناسی متفاوت مردان و زنان در سایکوپاتی باشد و یا به تفاوت‌های جنسی در شیوع سایکوپاتی اولیه اسناد داده شود، که در آن مردان سایکوپاتی اولیه بیشتری را بروز می‌دهند، در حالیکه زنان غالباً

⁴ Patrick

⁵ Marsee, Silverthorn & Frick

¹ Colin

² Schulz

³ Nicole

و یا محتوای آیتی ابزارهای موجود سنجش سایکوپاتی احتمالاً بطور اثربخشی نوع پرخاشگری معمول نشان داده شده توسط زنان را را توصیف نمی کنند (۱۲۴). بر طبق نظر هیر (۱۹۹۱) سایکوپاتی در مردان و زنان همانند تفاوت‌های رشدی که در شناخت وجود دارد، ممکن است بطور متفاوتی نمایان شود (۱۲۵).

عدم کنترل صداقت پاسخ‌دهندگان در پرسشنامه‌های پژوهش. به این معنا که داده‌های این پژوهش با استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی جمع‌آوری شده‌اند. از این رو، آزمودنی‌ها ممکن است ویژگی‌های خودشان را در مقیاس مربوطه کم برآورد یا بیش برآورد نموده باشند و یا تمایل به ارائه پاسخ‌های جامعه-پسند داشته باشند که این امر ممکن است بر یافته‌ها تأثیر گذاشته باشد. با توجه به محدود بودن تعداد کمپ‌های ترک اعتیاد زنانه در استان گیلان و به تبع آن محدود بودن تعداد نمونه‌های گروه زنان مصرف‌کننده مواد و همچنین اینکه نمونه به صورت در دسترس انتخاب شد، لذا تعمیم نتایج به سایر استان‌ها باید با احتیاط و همراه با انجام مجدد پژوهش بر روی جامعه هدف صورت بگیرد. از آن جایی که روش پژوهش حاضر علی-مقایسه‌ای بود و در این روش از معلول به علت پی می‌بریم بنابراین، نمی‌توان به تبیین دقیق رابطه علی پرداخت. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی برای جمع‌آوری اطلاعات دقیق‌تر علاوه بر استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی از مصاحبه بالینی نیز بهره ببرند. توصیه می‌شود پژوهش در نمونه‌های بزرگ‌تری تکرار شود. این پژوهش در سطح کمپ‌های ترک اعتیاد استان گیلان انجام شد، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی روی معتادان کلینیک‌های ترک اعتیاد و معتادانی که هنوز مصرف مواد را ترک نکرده‌اند و نیز افراد سابقاً معتادی که به طور کامل درمان شده‌اند، پژوهش صورت گیرد. به پژوهشگران بعدی پیشنهاد می‌شود که برخی متغیرهای مداخله‌گر مزاحم مانند وضعیت خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی افراد مصرف‌کننده مواد را کنترل کنند. با توجه به پایین آمدن سن اعتیاد در کشور، پیشنهاد می‌شود که آموزش و پرورش برنامه‌های آموزشی جامعی را برای دانش‌آموزان از سنین پایین در رابطه با ابعاد مخلف اعتیاد تدارک ببیند تا کودکان و نوجوانان

سایکوپاتی ثانویه بیشتری را نشان دهند. رفتار ضد اجتماعی زنان همچنین به احتمال زیاد شامل پرخاشگری رابطه‌ای است که در خانه یا نسبت به خانواده اصلی، دوستان یا آشنایان تا غریبه‌ها اتفاق می‌افتد و به همین دلیل احتمال شناسایی رفتارهای ضد اجتماعی آنان توسط مأمورین و سیستم قضایی کاهش می‌یابد (۱۲۴).

همچنین به نظر می‌رسد که مصرف مواد مخدر سهم بیشتری در میزان زندانی شدن زنان داشته باشد (۱۷۵). تا آن جایی که درگیری در سیستم کیفری منجر به افزایش نمره‌ی کسب شده‌ی افراد در مقیاس سنجش ویژگی‌های سایکوپاتی و خصوصاً سایکوپاتی ثانویه می‌شود. مصرف مواد مخدر ممکن است ارتباط قوی‌تری با ویژگی‌های سایکوپاتی در زنان نشان دهد (۱۴۸). علاوه بر این ویژگی‌های سایکوپاتی عموماً با هنجارهای فرهنگی و جنسیتی برای زنان نسبت به مردان ناسازگار و غیر معمول است (۱۷۶). به عنوان مثال از زنان انتظار می‌رود که بیشتر پرورش دهند، موافق و به لحاظ اجتماعی محدودتر باشند، در حالیکه رفتارهای ناپسند، پرخاشگرانه یا ریسک پذیر مردان از نظر اجتماعی پذیرفته شده‌تر است. بنابراین زنانی که دارای ویژگی‌های سایکوپاتی هستند، بر طبق انتظارات نقش جنسیتی، در مقایسه با مردان، ناهنجارتر و منحرف‌تر در نظر گرفته می‌شوند. این تفاوت جنسیتی در مقبولیت اجتماعی صفات سایکوپاتی ممکن است منجر به سطوح خطر متفاوتی برای مصرف مواد در زنان در مقایسه با مردان شود که دارای سطوح سایکوپاتی بالا هستند. به عبارت دیگر از آن جایی که مصرف مواد مخدر توسط زنان به نسبت مردان، انحراف بیشتری از هنجارهای جنسیتی به حساب می‌آید، این امکان وجود دارد که مصرف مواد مخدر با ویژگی‌های سایکوپاتی در زنان ارتباط قوی‌تری داشته باشد (۱۴۸). همچنین لازم به ذکر است که معمولاً صرفاً جدی‌ترین مجرمان زن راهی زندان می‌شوند. در واقع بازسازی اجتماعی نقش‌های مردانه کلیشه‌ای بیشتری را ایفا کنند و احساس قدرت بیشتری از خود بروز دهند (۱۴۶). همچنین احتمال دارد که رفتارهای نشان داده شده توسط زنان دارای صفات سایکوپاتیک به درستی در مقیاس‌های فعلی اساساً مبتنی بر مردان هستند گنجانده نشده باشند

IR.IAU.LIAU.REC.1401.017 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد لاهیجان می‌باشد. در پایان از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

آگاهی‌های لازم را در جهت شناخت هرچه بیشتر مواد مخدر به صورت اصولی و علمی، کسب نمایند. پیشنهاد می‌شود از سنین نوجوانی افرادی که احتمالاً دارای ویژگی‌های سایکوپاتی هستند را جهت شناسایی دقیق و سپس درمان به مراکز مربوطه ارجاع داده شوند تا از احتمال اعتیاد و بزهکاری این افراد در آینده جلوگیری شود.

تقدیر و تشکر

"این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران می‌باشد." و دارای کد اخلاق به شناسه

منابع

- مرگ دری نژاد، اعظم؛ مقایسه اختلال شخصیت میان مصرف‌کنندگان مواد مخدر، مواد محرک و افراد عادی در شهرستان گرگان: پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات شاهرود، ۱۳۹۴
- شالچی، بهزاد؛ احمدی، عزت‌الله؛ فتحعلی زاده مالک، هانیه. «تأثیر امید درمانی بر افکار خودکشی و خلق منفی در افراد مبتلا به اختلالات مصرف». : پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، ۱۳۹۸
- محمدزاده، علی؛ بررسی رابطه رفتارهای قلدری و جامعه‌ستیزی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مکانیسم‌های دفاعی در بین افراد وابسته به مواد پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی دانشگاه پیام نور مرکز تبریز، ۱۳۹۹
- سادوک، بنیامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا؛ روئیز، پدرو. خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری / روان‌پزشکی بالینی، ویراست یازدهم. ترجمه فرزین رضاعی. : انتشارات ارجمند، ۲۰۱۵
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-5، ویراست پنجم. ترجمه فرزین رضاعی، علی فخرایی، آتوسا فرمند و دیگران. : انتشارات ارجمند، ۱۳۹۳
- رمشکی، اکبر؛ نقش صفات شخصیت، مکانیسم‌های دفاعی و متغیرهای جمعیت شناختی در پیش‌بینی میزان تمایل به ترک در بین زنان مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد یزد: پایان‌نامه دانشگاه یزد، ۱۳۹۵
- خانجانی، زینب؛ هاشمی، تورج؛ ساعد، فواد. «بررسی روابط علی-ساختاری بین ابعاد سرشت و منش شخصیت و استعداد اعتیاد با توجه به نقش میانجی‌گری سایکوپاتی و خودکنترلی». : پایان‌نامه دکتری رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه تبریز، ۱۳۹۶
- باباپور خیرالدین، جلیل؛ هاشمی نصرت‌آباد، تورج؛ پیغمبرزاده، فیروزه. «رابطه‌ی بین صفات شخصیتی و سبک‌های هویتی با گرایش به افکار خودکشی». : پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه تبریز، ۱۳۹۶
- علی محمدی فر، محمد؛ نجفی، محمود؛ زارعی مته‌کلایی، الهه. «مقایسه ویژگی‌های شخصیت مرزی، خشم، خصومت و پرخاشگری در معنادان با / بدون افکار خودکشی». : پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، ۱۳۹۳
- شیمیا صبوری؛ اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌محور بر رفتارهای سایکوپاتی، صمیمیت زناشویی و نگرشهای ناکارآمد زنان متقاضی طلاق: پایان‌نامه کارشناسی ارشد موسسه آموزش عالی شان‌دیز، ۱۳۹۸

۱۱. قراباغی، حسین؛ بررسی روابط ساختاری مدل سه بخشی سایکوپاتی با سیستم های مغزی - رفتاری، صفات شخصیتی و هوش هیجانی: پایان نامه دانشگاه تبریز، ۱۳۹۵.
12. Thompson DF, Ramos C, Willett J. Psychopathy: clinical features, developmental basis and therapeutic challenges. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2014;39(5):485-95.
13. Sellbom M, Donnelly KM, Rock RC, Phillips TR, Ben-Porath YS. Examining gender as moderating the association between psychopathy and substance abuse. *Psychology, Crime & Law*. 2017;23(4):376-90.
14. Schulz N, Murphy B, Verona E. Gender differences in psychopathy links to drug use. *Law and human behavior*. 2016;40(2):159.
15. Steer RA, Kumar G, Beck AT. Self-reported suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1993;61(6):1096.
۱۶. رضیان ش، فتحی آشتیانی ع، حسن آبادی ح، اشرفی ع. سنجش اعتبار و روایی نسخه فارسی مقیاس هراس اجتماعی. روان شناسی بالینی. ۱۳۹۸؛ ۱۱(۳) (پیاپی ۴۳) #g00891#.-.
17. Esfahani M, Hashemi Y, Alavi K. Psychometric assessment of beck scale for suicidal ideation (BSSI) in general population in Tehran. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*.
18. Levenson MR, Kiehl KA, Fitzpatrick CM. Assessing psychopathic attributes in a noninstitutionalized population. *Journal of personality and social psychology*. 1995;68(1):151.
19. Chai Y, Luo H, Wei Y, Chan SK, Man KK, Yip PS, et al. Risk of self-harm or suicide associated with specific drug use disorders, 2004–2016: a population-based cohort study. *Addiction*. 2022.
20. نیا ع، اکبر د. انسجام منزلتی و خودکشی زنان: نظریه گیبس و مارتین. علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد. ۲۰۰۵؛ ۱(سال اول، شماره ۴).
21. دکتر لیلی پناغی، مریم غلامرضایی؛ ارزیابی و مدیریت خودکشی، راهنمای کارشناسان مراکز مشاوره دانشگاه ها مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران و وزارت علوم تحقیقات و فناوری، ۱۳۹۰.
22. ریاحی م، محمودآبادی ز. تبیین جامعه شناختی اثر نقش های جنسیتی بر افسردگی باتاکیدبر مفهوم خود خاموشی. جامعه شناسی کاربردی (مجله پژوهشی علوم انسانی دانشگاه اصفهان). ۱۳۹۷؛ ۲۹(۱) (پیاپی ۶۹) #s00165#.-.

Original Article

Comparison of suicidal ideation and psychopathic characteristics in women and men with substance dependence

Received: 26/04/2024 - Accepted: 23/08/2024

Kimia Sadeghi Nia¹
Sirvan Asmaee Majd^{*2}

¹ M.A, Clinical Psychology,
Department of Psychology, Lahijan
Branch, Islamic Azad University,
Lahijan, Iran.

² Assistant Professor, Department of
Psychology, Lahijan Branch, Islamic
Azad University, Lahijan, Iran.

Corresponding author : Dr.Sirvan
Asmaee Majd, Assistant Professor,
Department of Psychology, Lahijan
Branch, Islamic Azad University,
Lahijan, Iran.

Email: Si.majd@iau.ac.ir

Abstract

Background: The present study aimed to compare suicidal ideation and psychopathic characteristics in women and men with substance dependency.

Materials and Methods: The present research design is post-event (causal-comparative). The sample consisted of 112 substance abusers (56 females and 56 males) from addiction treatment camps in Guilan province that were selected based on available sampling according to the inclusion criteria. In this study, Beck Suicidal Ideation Scale (BSSI) and Levinson Psychopathy Questionnaire (LSRP) were used. The collected data were analyzed using multivariate analysis of variance and SPSS-26 software.

Results: Data analysis showed that there is a significant difference between suicidal ideation in women and drug-dependent men and there is no significant difference between psychopathic characteristics in women and men dependent on substances.

Conclusion: According to the results of this study, therapists and counselors who deal with substance dependents are recommended to pay attention to suicidal thoughts and psychopathic characteristics of these patients, because knowing about these variables can help to provide better and more appropriate services to these patients.

Keywords: Suicidal Thoughts, Psychopathy Characteristics, Addiction.

Acknowledgement: There is no conflict of interest