

مقایسه نیمرخ روانی معتادان ایدزی با افراد عادی بر اساس پرسشنامه چند وجهی

شخصیتی مینه سوتا ۲

سید موسی گلستانه*

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه نیمرخ روانی معتادان ایدزی و افراد عادی بر اساس آزمون MMPI-2 بود. تحقیق حاضر توصیفی از نوع علی مقایسه ای است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه معتادان ایدزی شهر شیراز بود که تعداد ۲۲ نفر از آنها به صورت نمونه در دسترس و داوطلبانه انتخاب شدند. همین تعداد از افراد عادی بدون هیچ گونه سابقه وابستگی به مواد به عنوان گروه مقایسه به صورت تصادفی انتخاب گردیدند. آزمودنی‌ها بر اساس متغیرهای سن، جنس و تحصیلات به صورت هم‌تصادفی انتخاب شده بودند. ابزار تحقیق حاضر شامل پرسشنامه MMPI-2 بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که در مقیاسهای خود بیمار انگاری (Hs)، افسردگی (D)، اسکیزوفرنیا (Sc)، پسیکوپاتی (Pd)، خستگی روانی (Pt) و هیستری (Hy) بین افراد معتاد ایدزی و عادی تفاوت معنی داری وجود دارد و با توجه به اندازه اثر بیشترین تفاوت بین گروهها به ترتیب در مقیاسهای D، Pt، Hs و Hy وجود داشت اما در مقیاسهای Pa و Ma تفاوت معنی داری بین دو گروه بدست نیامد. نتایج نشان دهنده آن است که آسیبهای روانشناختی در این گروه به مراتب از آسیب‌هایی که به سایر معتادان وارد می‌شود بالاتر است و این آسیبها نسبت به دهه‌های گذشته بسیار افزایش یافته است لذا توصیه به اقدام‌های حمایتی بیشتری برای این گروه از افراد می‌شود.

کلید واژگان: نیمرخ روانی، MMPI-2، معتادان ایدزی.

* استادیار گروه روانشناسی دانشگاه خلیج فارس بوشهر mgolestaneh@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۷/۱۹ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۹/۲۹

مقدمه

اعتیاد به مود مخدر و انواع داروها به صورت یک مشکل جهانی درآمده است و آمارهای منتشره از سوی سازمانهای بین المللی به ویژه سازمان بهداشت جهانی، کمیته کنترل جهانی مواد مخدر و سازمان یونسکو حاکی از مصرف فزاینده این مواد در سطح جهان است (احمد وند، ۱۳۷۴، به نقل از رحیمی و همکاران، ۱۳۸۵). از نگرانی های عمده جامعه گسترش این اختلال در بین جوانان است. از آنجا که سوء مصرف مواد اثرات بازدارنده بر رشد و شکوفایی جامعه دارد، تهدیدی جدی برای سلامتی جامعه به شمار می آید. اعتیاد به مواد طبیعی و مصنوعی مختلف در چند دهه گذشته رشد فزاینده ای داشته است که حاکی از بروز یک مشکل جدی در سلامت جسمی و اجتماعی دارد (مهریار، ۱۳۷۷).

آمار معتادین در کشور رو به افزایش است و در حال حاضر بر اساس آمار رسمی ۲ میلیون و بر اساس آمار غیر رسمی ۴ میلیون معتاد در کشور وجود دارد و اگر هر معتاد به طور متوسط دارای ۴ نفر وابسته درجه یک باشد، قریب به ۱۶ میلیون نفر درگیر این معضل هستند. هزینه سوء مصرف مواد و اعتیاد به الکل، مواد غیر قانونی و نیکوتین در آمریکا با در نظر گرفتن آثار و نتایج پزشکی، اقتصادی، جنایی و اجتماعی آن، در مجموع نیم تریلیون دلار در سال است. سوء مصرف مواد غیر قانونی و الکل، سالانه باعث مرگ بیش از صد هزار آمریکایی می شود، در حالی که مصرف دخانیات، سالانه ۴۴۰ هزار مرگ به همراه دارد (قازاریان و محمدی، ۱۳۸۸). در سالهای اخیر روند اعتیاد تغییرات کمی و کیفی زیادی در جامعه داشته است. به عبارتی در کنار افزایش تعداد معتادان در کشور، شاهد تغییر در نوع مواد مصرفی نیز بوده ایم. متاسفانه مواد متداول کنونی علاوه بر عوارض و مخاطرات مواد قدیمی تر، پیامدهای خاص و مهلک دیگری نیز دارند که می تواند مشکلات جدی برای سلامت فرد و دیگران ایجاد کند از جمله افزایش گسترش بیماری های عفونی است. ایدز^۱ یا سندرم نارسایی ایمنی اکتسابی عبارت است از نارسایی سیستم دفاعی مزمن در برابر ویروس فعال شده HIV. این ویروس دستگاه ایمنی بدن را تضعیف می کند و با یک بار آلودگی، برای تمام عمر فرد آلوده می شود (بهشتی، ۱۳۷۹). بیش از یک سوم موارد ایدز در اثر تزریق داروهای نظیر هرویین، کوکاین و متامفتامین ایجاد می شوند. مصرف تزریقی مواد، عامل عمده گسترش هپاتیت C است. این بیماری جدی و مهلک کبدی، مشکل رو به رشد سلامت عمومی است. مصرف تزریقی مواد تنها راه گسترش بیماری های عفونی نمی باشد. همه مواد مخدر به بعضی از مسمومیت ها منجر می شوند، در نتیجه اختلال در

^۱-Acquired Immune Deficiency Syndrome

قضایوت و رفتارهای پر خطر جنسی احتمالی را افزایش می دهند که این خود، به گسترش HIV/AIDS، هپاتیت B و C و سایر بیماری های جنسی مسری کمک می کند (قازاریان و محمدی، ۱۳۸۸).

روانشناسان مبحث وابستگی به مواد را مبحث قابل توجهی یافته اند زیرا به نظر می رسد پاسخ شخص به داروها به تلفیقی از عوامل فیزیولوژیایی و روانشناختی مربوط است. بررسیهای بسیاری صورت گرفته تا معلوم شود از دیدگاه روانشناختی کدام ویژگیهای شخصیتی، افراد را به مصرف داروهای روانگردان بر می انگیزد. نتایج این بررسیها حاکی از آن است که عوامل شخصیتی نقشی تعیین کننده در استفاده یا عدم استفاده از داروهای غیرقانونی دارد (اتکینسون^۱ و هیلگارد^۲، ۱۹۹۸، ترجمه براهنی و همکاران، ۱۳۷۷). بر اساس دیدگاه روانکاوی استفاده از مواد به جوانان کمک می کند تا تکانه ها و نیازهای ناخود آگاه خود را تحت کنترل در آورند (پاول^۳، ۲۰۰۰). بعضی از روانکاوان معتقدند جوانان که مشکلات خود را درونی می سازند ممکن است از مواد و الکل برای کاهش احساس عدم کفایت و ناایمنی خود استفاده کنند (سیگل و سنا^۴، ۱۹۹۷). همچنین بسیاری از جوانان به خاطر چیره شدن بر استرس به استفاده از مواد روی می آورند (رودز و جیسون^۵، ۱۹۹۰؛ ویندل و ویندل^۶، ۱۹۹۶، نقل شده از کیل و کاوانگه^۷، ۲۰۰۰). علاوه بر این، بر اساس فرضیه انحراف بلوغی، در زمان بلوغ به دلیل شرایط هیجانی و استرسی در نوجوانان آمادگی برای مشکلات سازگاری و روی آوردن به استفاده از مواد فراهم می گردد (تیشان^۸ و همکاران، ۱۹۹۴، به نقل از رجایی، ۱۳۷۹). مطالعات نشان می دهد که ۲۵ تا ۴۰ درصد از بیماران که برای درمان سوء مصرف مواد مراجعه کردند گزارشی از ضربه روانی داشته اند و همچنین به طور معنی داری دارای علائم اختلال پس از سانحه روانی^۹ را از خود نشان می دهند (زلوتونیک^{۱۰} و همکاران، ۱۹۹۷، به نقل از رجایی، ۱۳۷۹). همچنین این اعتقاد وجود دارد که افراد معتاد ویژگیهای رفتاری سایکوپاتیک^{۱۱} را از خود نشان می دهند و

^۱-Atkinson

^۲-Hilgard

^۳-Powell

^۴-Siegel & Senna

^۵-Rhodes & Jeson

^۶-Windle & Windle

^۷-Kail & Cavanaugh

^۸-Tschann

^۹-post traumatic stress disorder

^{۱۰}-Zlotnick

^{۱۱}-psychopathic

دارای شخصیتی هستند که گاهی آنها را شخصیت مستعد-اعتیاد^۱ می‌نامند (سیگل و سنا، ۱۹۹۷، به نقل از رجایی، ۱۳۷۹). تحقیق بر روی ویژگیهای روان‌شناختی سوء استفاده‌کنندگان از مواد مخدر، اختلالات سایکوتیکی مانند اسکیزوفرنی و اختلال شخصیت ضد اجتماعی^۲ را نشان می‌دهد (استرین^۳، ۱۹۹۵). بیماران HIV/AIDS که داروهای خود را به طور دقیق مصرف می‌کنند، مشکلات کمتری نسبت به مقاومت به دارو دارند و سیستم ایمنی بدن آنها کمتر تضعیف می‌شود (چرنوف^۴، ۲۰۰۷). عوامل روانی-اجتماعی به طور معنی‌داری در مصرف نکردن داروها در بیماران HIV نقش دارند. بیماران افسرده نسبت به بیماران غیر افسرده به احتمال بیشتری در مصرف منظم داروها مشکل دارند (اوانتس، مارگولین، واربارتون، هاوکینس و شی^۵، ۲۰۰۱؛ کاتز، کلی، بوگارت، بنوتش و مک اولیف^۶، ۲۰۰۰؛ سافرن^۷ و همکاران، ۲۰۰۱؛ اولدال، پالمر، وتن و ملینس^۸، ۲۰۰۴). عوامل دیگری نیز در مصرف نکردن منظم داروها نقش دارند شامل کناره‌گیری و فقدان حمایت اجتماعی (کاتز و همکاران، ۲۰۰۰؛ سافرن و همکاران، ۲۰۰۱)، دلتنگی (سامت^۹ و همکاران، ۱۹۹۲)، سوء مصرف مواد (ریاک، لاکینس و شاپتاو^{۱۰}، ۲۰۰۳؛ اولدال و همکاران، ۲۰۰۴) و اختلال شخصیت (پالمر، سالسدو، میلر، وینیارسکی و آرنو^{۱۱}، ۲۰۰۳). اختلال استرس پس از سانحه از جمله اختلالات روانپزشکی است که با عدم مصرف منظم داروها در بیماران ایدزی رابطه دارد (بریف^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۴) و برخی مطالعات دیگر نیز نشان می‌دهند که افراد با HIV مثبت نسبت به جمعیت عمومی میزان بالاتری از آسیب و علائم اختلال پس از سانحه از خود نشان می‌دهند (کلی^{۱۳} و همکاران، ۱۹۹۸؛ کیمرلینگ^{۱۴} و همکاران، ۱۹۹۹). برخی مطالعات نشان می‌دهند که افراد با HIV

¹-addiction-prone personality

²-antisocial personality disorder

³-Strain

⁴- Chernoff

⁵-Avants, Margolin, Warburton, Hawkins & Shi

⁶- Catz, Kelly, Bogart, Benotsch, & McAuliffe

⁷-Safren

⁸-Uldall, Palmer, Whetten, & Mellins

⁹-Samet

¹⁰-Reback, Larkins & Shoptaw

¹¹-Palmer, Salcedo, Miller, Winiarski & Arno

¹²-Brief

¹³-Kelly

¹⁴-Kimerling

مثبت ریسک بالاتری دارند که دچار اختلال افسردگی و استرس پس از سانحه شوند (بریف و همکاران، ۲۰۰۴). مطالعه چرنوف (۲۰۰۷) نشان داد که درمان شناختی-رفتاری ابزاری سودمندی در جهت کاهش نشانگان افسردگی و استرس پس از سانحه در بیماران HIV است.

یک یافته ای که در تحقیقات بسیاری به دست آمده است این است که اغلب معنادین دارای مشکلات شخصیتی جدی هستند (ساراسون و ساراسون^۱، ۲۰۰۸، ترجمه نجاریان و همکاران، ۱۳۸۸). معنادانی که از رشد شخصیتی مناسبی محروم بوده اند پیش آگهی درمانی ضعیفی دارند. فیشر و همکاران در پژوهشی (۱۹۹۸) با هدف بررسی ویژگی های شخصیتی مستعدکننده اعتیاد و تاثیرگذاری بر عود پس از درمان، ۱۰۸ معتاد بستری را با بهرگیری از آزمون ۵ عاملی شخصیت مورد مطالعه قرار دادند. تجزیه و تحلیل اطلاعات نشان داد دو ویژگی شخصیتی یعنی روان نژندی بالا و وظیفه شناسی پایین، نقش با اهمیتی در ابتلاء و عودهای مکرر بعد از درمان داشته اند. برخی از پژوهشگران همچون بریور^۲ و همکاران (۱۹۹۸)، دارک^۳ و همکاران (۱۹۹۶) و آیزنک^۴ (۱۹۹۷) بر این باورند از آنجا که اعتیاد در همه اқشار دیده می شود، آن را نمی توان حاصل "شخصیت اعتیاد آور" دانست. به نظر آیزنک (۱۹۹۷) بالا بودن پسیکوטיسم و نوروتیسم تغییراتی نیستند که خاص معنادان باشد و در حالات دیگر روانی نیز گزارش گردیده است. به نظر وی شخصیتی خاص که در معنادان می بینیم نه زمینه ساز اعتیاد، بلکه عواقب مصرف دراز مدت مواد در آنها است (به نقل از حیدری پهلویان و همکاران، ۱۳۸۲). در چالش با چنین یافته هایی، سادوک و همکاران در درسنامه جامع روانپزشکی کاپلان بیان داشته اند که در مطالعات مختلف بین ۳۰ تا ۶۰ درصد مبتلابان به مواد مخدر، واجد ملاکهای تشخیص اختلال شخصیت ضد اجتماعی بوده اند، در حالی که این رقم در جمعیت عادی ۲ تا ۳ درصد است (حیدری پهلویان و همکاران، ۱۳۸۲). در پژوهشی توسط وکیلی رحیمی و دانش (۱۳۸۷) نشان داده شد که نیمرخ روانی افراد معتاد با افراد غیرمعتاد متفاوت است. همچنین تفاوت در خرده مقیاس های هیپوکندری، افسردگی، هیستری، سایکوپاتی، پارانویا، پسیکاستنی، اسکیزوفرنیا، مانیا در بین دو گروه معتاد و سالم معنادار است. در همین راستا پژوهش دیگر توسط مهدلوا یورقی و آزاد (۱۳۸۵) نشان داد که بین نمیرخ روانی معنادان به تریاک با گروه گواه در ۱۳ مقیاس اصلی بجز در مقیاس های دروغ‌پردازی (L) و تصحیح (K) تفاوت معناداری وجود داشت. بین معنادان تریاکی با گروه گواه در

^۱-Sarason & Sarason

^۲-Brewer

^۳-Darke

^۴-Eysenck

۳۰ خرده مقیاس بجز مقیاس های انکار، اضطراب اجتماعی (Hy1) بازداری پرخاشگری (Hy3) تضاد با مقام قدرت (Pd2) نفوذ ناپذیری اجتماعی، (Pd3) و غرور و نخوت خود (Ma3) تفاوت دو گروه معنادار بود. همچنین بین نیمرخ روانی معتادان به هروئین با گروه گواه در مقیاسهای اصلی بجز در مقیاس دروغ پردازی (L) و نرینگی مادینگی (Mf) تفاوت معنادار بود. دو گروه هروئینی و گواه در خرده مقیاسها نیز بجز در خرده مقیاس تضاد با مقام قدرت (Pd2) تفاوت معناداری با هم داشتند. بین نیمرخ روانی معتادان به هروئین با معتادان به تریاک در مقیاسهای اصلی تفاوت معنادار فقط در مقیاس هیپومانی (Ma) یافت شد. در خرده مقیاسها نیز تفاوت معنادار تنها در خرده مقیاس انکار اضطراب اجتماعی (Hy1) نیاز به محبت (Hy2) شتاب روانی حرکت (Ma2) و فقدان عزت نفس (Lse) مشاهده گردید. در همین پژوهش این نتیجه به دست آمد که نیمرخ روانی معتادان ادامه دهنده و رها کننده درمان در مقیاسهای اصلی تفاوت معناداری با هم نداشتند و در خرده مقیاسها نیز فقط در خرده مقیاس کندی روانی - حرکتی (D2) تفاوت معنادار وجود داشت. پژوهشی هم که توسط رضایی (۱۳۷۹) صورت گرفته حاکی از تفاوت نیمرخ روانی افراد معتاد با افراد عادی است. اما تاکنون پژوهشی به مقایسه نیمرخ روانی معتادان ایدزی با افراد عادی نپرداخته است و هدف این پژوهش مقایسه نیمرخ روانی این دو گروه است. فرضیه تحقیق حاضر این است که در مقیاسهای اصلی MMPI-2 نمره های معتادان ایدزی بالاتر از افراد عادی است

روش تحقیق

تحقیق حاضر توصیفی از نوع علی مقایسه ای است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه معتادان ایدزی شهر شیراز بود که در سال ۱۳۸۹ به بیمارستانهای دولتی مراجعه کرده بودند و تعداد ۲۲ نفر از آنها به صورت نمونه در دسترس و داوطلبانه انتخاب شدند. همین تعداد از افراد عادی بدون هیچ گونه سابقه وابستگی به مواد به عنوان گروه مقایسه به صورت تصادفی انتخاب شدند. البته این آزمودنی ها بر اساس متغیرهای سن، جنس و تحصیلات به صورت همتا انتخاب شده بودند.

ابزار پژوهش

ابزار اندازه گیری مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه MMPI-2 می باشد. این آزمون دارای ۱۳ مقیاس استاندارد است که ۳ مقیاس آن یعنی مقیاسهای دروغ سنج (L)، ندرت وقوع (F) و اصلاح (K) به اعتبار پاسخها مربوط هستند و ده مقیاس دیگر یعنی مقیاسهای خود بیمار انگاری (Hs)، هیستری (Hy)، افسردگی (D)، اسکیزوفرنیا (Sc)، پسیکوپاتی (Pd)، ویژگیهای مردانه و زنانه (Mf)،

پارانویا (Pa)، خستگی روانی (Pt)، شیدایی خفیف (Ma) و درونگرایی اجتماعی (Si) به شاخص‌های بالینی یا شخصیتی ارتباط دارند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای تحقیق

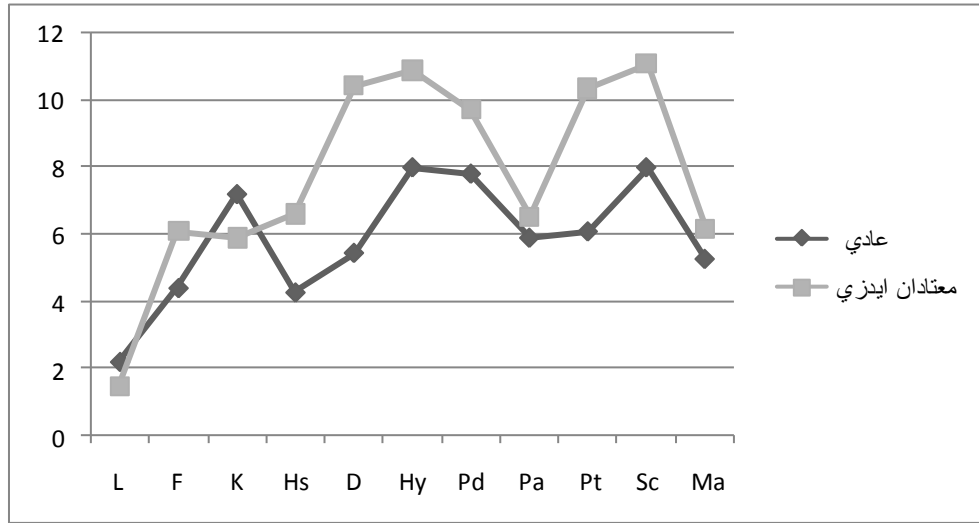
متغیرها	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد کل
L	معتادان به ایدز	۱/۵	۱/۲	۲۲
	عادی	۲/۲	۱/۵	۲۲
F	معتادان به ایدز	۶/۱	۲/۹	۲۲
	عادی	۴/۴	۲/۳	۲۲
K	معتادان به ایدز	۵/۹	۲/۱۴	۲۲
	عادی	۷/۲	۲/۴	۲۲
Hs	معتادان به ایدز	۶/۶۳	۱/۶۴	۲۲
	عادی	۴/۲۷	۲/۰۹	۲۲
D	معتادان به ایدز	۱۰/۴۵	۲/۵۵	۲۲
	عادی	۵/۴۵	۲/۴۸	۲۲
Hy	معتادان به ایدز	۱۰/۹۰	۱/۸۷	۲۲
	عادی	۸	۲/۹۲	۲۲
Pd	معتادان به ایدز	۹/۷۲	۲/۵۴	۲۲
	عادی	۷/۸۱	۲/۶۱	۲۲
Pa	معتادان به ایدز	۶/۵۴	۱/۷۶	۲۲
	عادی	۵/۹۰	۲/۱۵	۲۲
Pt	معتادان به ایدز	۱۰/۳۶	۳/۰۹	۲۲
	عادی	۶/۰۹	۲/۴۸	۲۲
Sc	معتادان به ایدز	۱۱/۰۹	۳/۵۰	۲۲
	عادی	۸	۳/۵۱	۲۲
Ma	معتادان به ایدز	۶/۱۸	۲/۱۷	۲۲
	عادی	۵/۲۷	۱/۸۵	۲۲

در پژوهش حاضر از فرم کوتاه این آزمون که توسط پژوهشگران دانشگاه مینه‌سوتا آمریکا بر اساس فرم بلند برای اهداف پژوهشی ساخته شده است (مارنات^۱، ۱۹۸۴، داک ورت و اندرسون، ۱۹۹۴) و توسط پژوهشگران ایرانی برای جمعیت ایرانی اعتباریابی شده است، استفاده گردید (شکرکن، ۱۳۷۳).

^۱-Marnate

یافته های پژوهش

در جدول شماره ۱ یافته های توصیفی تحقیق در تمام مقیاس های MMPI-2 در معتادان ایدزی نسبت به افراد عادی گزارش شده است. نمودار ۱ نیز میانگین مقیاسهای MMPI-2 را نشان می دهد که در اکثر مقیاسها نمرات معتادان ایدزی بالاتر از افراد عادی است.



جهت بررسی فرضیه تحقیق از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. جدول شماره ۲ نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری را نشان می دهد.

با توجه به شاخص های موجود در جدول و مقادیر F بین گروهها (معتادان ایدزی و افراد عادی) از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته تحقیق (مقیاسهای هشت گانه MMPI) تفاوت وجود دارد. جهت مشخص شدن نقطه تفاوت به تحلیل واریانس یک راهه در متن تحلیل واریانس چندمتغیری مبادرت شد.

جدول ۲. شاخص های تحلیل واریانس چند متغیری در معتادان ایدزی و افراد عادی از لحاظ متغیرهای وابسته

متغیر	آزمون ها	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	P	اندازه اثر
گروه	اثر پیلای	۰/۷۴	۱۲/۹۶	۸	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۷۴
	لامبدای ویلکز	۰/۲۵	۱۲/۹۶	۸	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۷۴
	اثر هتلینگ	۲/۹۶	۱۲/۹۶	۸	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۷۴
	ریشه بزرگترین روی	۲/۹۶	۱۲/۹۶	۸	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۷۴

جدول ۳. شاخص های تحلیل واریانس یک راهه در متن تحلیل واریانس چند متغیری در معتادان ایدزی و افراد عادی از لحاظ متغیرهای وابسته

اندازه اثر	P	F	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مجموع مجذورات	متغیر وابسته	منبع
۰/۲۹	۰/۰۰۱	۱۷/۲۷	۱	۶۱/۴۵	۶۱/۴۵	Hs	گروه
۰/۵۰	۰/۰۰۱	۴۳/۲۷	۱	۲۷۵/۰۱	۲۷۵/۰۱	D	
۰/۲۶	۰/۰۰۱	۱۵/۴۰	۱	۹۳/۰۹	۹۳/۰۹	Hy	
۰/۱۲	۰/۰۱	۶/۰۲	۱	۴۰/۰۹	۴۰/۰۹	Pd	
۰/۰۲	۰/۲۹	۱/۱۴	۱	۴/۴۵	۴/۴۵	Pa	
۰/۳۷	۰/۰۰۱	۲۵/۴۸	۱	۲۰۰/۸۱	۲۰۰/۸۱	Pt	
۰/۱۷	۰/۰۰۶	۸/۵۲	۱	۱۰۵/۰۹	۱۰۵/۰۹	Sc	
۰/۰۵	۰/۱۴	۲/۲۲	۱	۹/۰۹	۹/۰۹	Ma	

نتایج تحلیل واریانس یک راهه در متن تحلیل واریانس چندمتغیری با توجه به مقدار F و P نشان داد که در مقیاسهای خود بیمار انگاری (Hs)، افسردگی (D)، اسکیزوفرنیا (Sc)، پسیکوپاتی (Pd)، خستگی روانی (Pt) و هیستری (Hy) بین افراد معتاد ایدزی و عادی تفاوت معنی داری وجود دارد و با توجه به اندازه اثر بیشترین تفاوت بین گروهها به ترتیب در مقیاسهای D، Pt، Hs و Hy وجود دارد اما در مقیاسهای Pa و Ma تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود ندارد. جهت مشخص شدن تفاوت بین گروهها به انجام آزمون مقایسه های جفتی بونفرونی مبادرت شد.

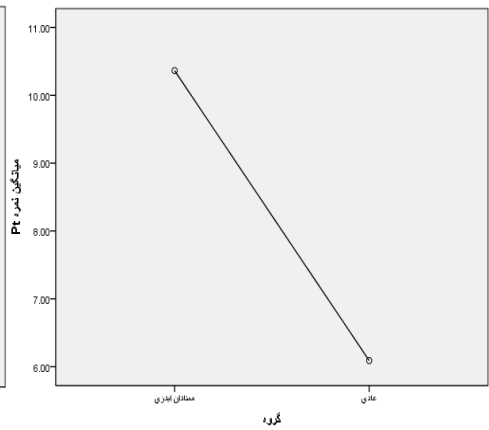
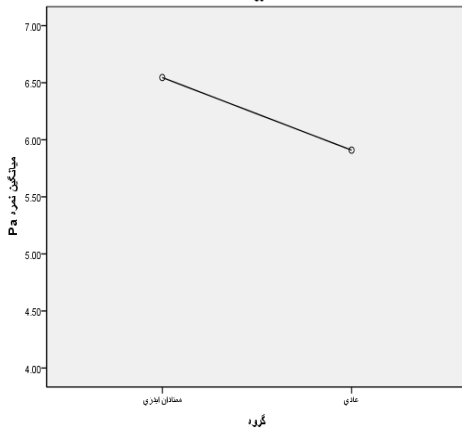
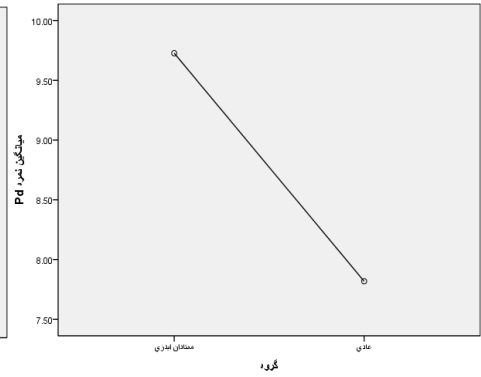
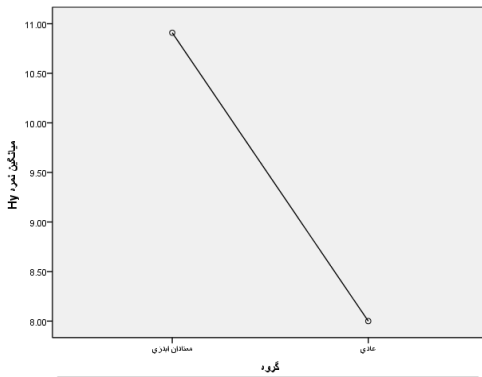
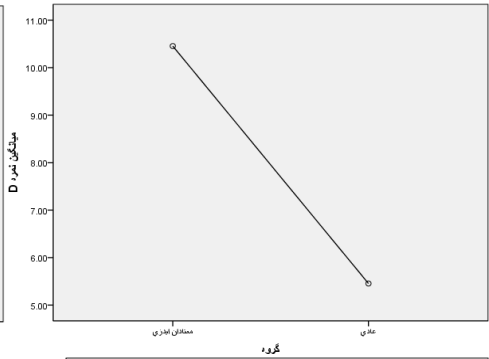
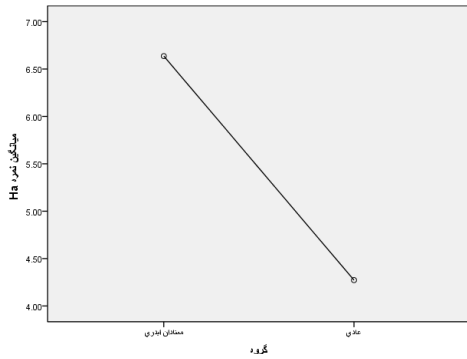
جدول ۴. مقایسه های چندگانه آزمون بونفرونی

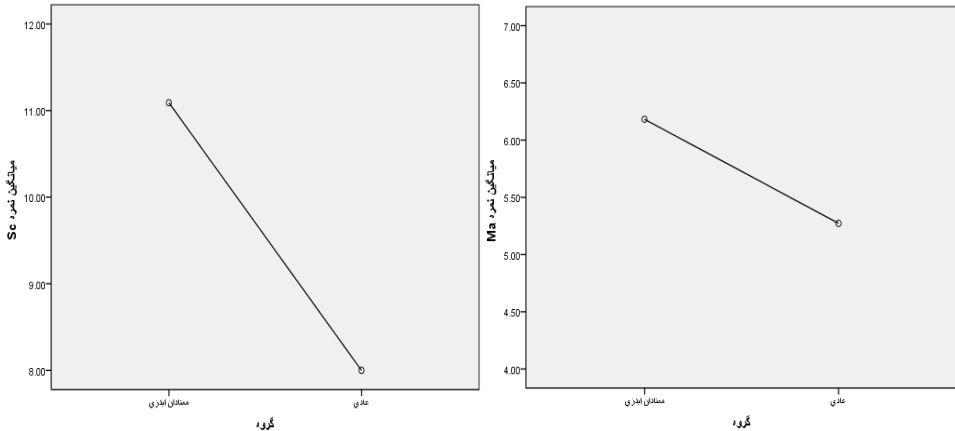
P	تفاوت بین میانگینها	میانگین گروهها	گروهها	متغیر وابسته
۰/۰۰۱	۲/۳۶	۶/۶۳	معتادان ایدزی	Hs
		۴/۲۷	عادی	
۰/۰۰۱	۵	۱۰/۴۵	معتادان ایدزی	D
		۵/۴۵	عادی	
۰/۰۰۱	۲/۹۰	۱۰/۹۰	معتادان ایدزی	Hy
		۸	عادی	
۰/۰۱	۱/۹۰	۹/۷۲	معتادان ایدزی	Pd
		۷/۸۱	عادی	
۰/۲۹	۰/۶۳	۶/۵۴	معتادان ایدزی	Pa
		۵/۹۰	عادی	
۰/۰۰۱	۴/۲۷	۱۰/۳۶	معتادان ایدزی	Pt
		۶/۰۹	عادی	
۰/۰۰۶	۳/۰۹	۱۱/۰۹	معتادان ایدزی	Sc
		۸	عادی	
۰/۱۴	۰/۹۰	۶/۱۸	معتادان ایدزی	Ma

	۵/۲۷	عادی	
--	------	------	--

همان طور که مشاهده می‌کنید نمرات گروه معتادین ایدزی در تمام مقیاس‌ها بالاتر از افراد عادی

است. نمودارهای هر کدام از متغیرها در زیر ارائه شده است.





به جز در دو مقیاس Pa و Ma که تفاوت معنی داری وجود ندارد در سایر مقیاسها تفاوت‌های فاحشی بین دو گروه در زمینه های مختلف شخصیتی مشاهده می شود.

بحث و نتیجه گیری

مقیاسه نیمرخ روانی معتادان ایدزی با جمعیت عادی نشان دهنده تفاوت بین دو گروه بود. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که در شش مقیاس MMPI-2، یعنی در مقیاسهای خود بیمار انگاری (Hs)، افسردگی (D)، اسکیزوفرنیا (Sc)، پسیکوپاتی (Pd)، خستگی روانی (Pt) و هیستری (Hy)، بین افراد معتاد ایدزی و عادی تفاوت معنی داری وجود داشت اما در مقیاسهای Pa (افکار پارانویید) و Ma (شیدایی) تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود نداشت. این یافته با نتایج به دست آمده از پژوهشهای داخلی و خارجی (رضایی، ۱۳۷۹؛ مهملوای یورقی، ۱۳۸۵؛ وکیلی، ۱۳۸۷؛ آیزنک، ۱۹۹۷؛ فیشر، ۱۹۹۸) همخوانی دارد. در تبیین این یافته ها می توان گفت که با توجه به مشکلات شدید اجتماعی و اقتصادی این گروه از معتادین و همراه شدن مشکلات شخصیتی و بالینی با آن، موجب می شود که این گروه در تمام مقیاسها نمرات بالاتری نسبت به جمعیت عادی کسب کنند و این نشان دهنده آسیب پذیری بالای این قشر است. اگر در پژوهشهای مشابه بعدی بر روی این گروه از افراد چنین یافته ای به دست آید، نشان دهنده آن است که آسیبهای روانشناختی در این گروه به مراتب از آسیب هایی که به سایر معتادان وارد می شود بالاتر است. همچنین این آسیبها نسبت به دهه های گذشته بسیار افزایش یافته است. لذا ضرورت می یابد که علاوه بر اقدام های حمایتی از طرف اجتماع برای این گروه از افراد، که مشکلات آنها شدت و گسترش بیشتری نیابد و افراد بیشتری را در جامعه درگیر نسازد، لازم است که برنامه های پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالث در جامعه با حمایت بیشتر

و با تمرکز لازم انجام گردد. از آنجا که در این تحقیق معنادان ایدزی در مقیاس D نمره بسیار بالایی گرفته اند می توان بیان کرد که این افراد نسبت به آینده بدبین هستند، نسبت به احتمال غلبه کردن بر مشکلات و سازگار شدن با شرایط بدبین می باشند و به احتمال زیاد نیز درباره اقدام به خودکشی صحبت می کنند. عزت نفس آنها شدیداً شکننده است. احساس گناه، فقدان انرژی، بیقراری، ترس و استیصال در این گروه از افراد شدیداً مشاهده می شود و نتایج نیز، چنین یافته ای را تایید می کنند.

بنابراین با توجه به کد تشخیصی گروه معنادان ایدزی در این تحقیق، آنها به لحاظ روانی تا حد زیادی آشفته هستند. اغلب احساس تنیدگی، اضطراب و عصبیت می کنند. انواع ترسها در این گروه از افراد ظاهر می شود. وابسته هستند و در تصمیم گیری های جرئی مشکل دارند. تفکر این گونه از افراد مختل است و مشکلات تمرکزی دارند. این افراد نیاز شدیدی به توجه و محبت دارند. فعالانه درگیر موقعیت های زندگی نمی شوند و بدبین هستند. رویکرد آنها نسبت به مشکلات شان کلیشه ای است. ممکن است پاسخ این اشخاص با توجه به کد تشخیصی شان به روان درمانی بینش نگر^۱ خوب نباشد، اما از رابطه روان درمانگرانه حمایتی بهره می برند.

با توجه به اهمیت پیشگیری در کشورهای توسعه یافته بین سال های ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۶ مصرف مواد غیرقانونی در جوانان ۲۳/۲ درصد کاهش یافته است و پیشگیری نقش عمده ای در کاهش مصرف مواد ایفا کرده است (قازاریان و محمدی، ۱۳۸۸). در همین کشورهای توسعه یافته برنامه های پیشگیری از دوران پیش دبستانی یعنی از ۵ سالگی اجرا می شود، و در نتیجه کودکان با استفاده از این برنامه های پیشگیرانه واکسینه می شوند تا در زمان دانش آموزی و دانشجویی در مقابل با عوامل خطر آفرین مقابله کنند. اما متأسفانه در کشور ما نه تنها در دوران ابتدایی بلکه در دوران دبیرستان هم به صورت کامل اجرا نمی شود. در نتیجه با گسترش فقر فکری و فرهنگی در جوانان، نه تنها سن مصرف مواد کاهش می یابد بلکه نوع مصرف مواد و رفتارهای پرخطر متعاقب آن نیز گسترش می یابد. بنابراین پیشنهاد می شود برنامه پیشگیری اولیه در سنین پایین به صورت علمی اجرا شود. با توجه به این که بیشترین تفاوت بین گروه معنادان ایدزی و عادی در مقیاسهای D، Pt، Hs و Hy وجود دارد، پیشنهاد می شود که برنامه های درمانی برای کاهش افسردگی و خستگی روانی این گروه ویژه طراحی شود و برنامه های پیشگیری ثالث با شدت بیشتری بین معنادان اجرا شود.

^۱ - insight-oriented psychotherapy

منابع

فارسی

اتکینسون و هیلگارد (۱۹۹۸). *زمینه روانشناسی عمومی*. ترجمه براهنی و همکاران (۱۳۷۷). انتشارات رشد. تهران.

بهشتی، شهره (۱۳۷۹). *مبارزه با بیماری ایدز*. انتشارات آموزش مرکز بهداشت.

حیدری پهلویان، احمد، زرگر، محمد علی، فرهادی نسب، عبدالله و محبوب، حسین (۱۳۸۲). بررسی مقایسه ای ویژگیهای شخصیتی معتادان به مواد مخدر با افراد غیرمعتاد ساکن همدان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان*. سال دهم، ۲، ۵۵-۶۲.

داک ورث، جین، آندرسون، وین (۱۹۹۴). *راهنمای تفسیر MMPI-2 و MMPI*. ترجمه حسن پاشا شریفی، محمد رضا نیکخو (۱۳۷۸). تهران: سخن، ۱۱۹-۱۲۶.

رجایی، علیرضا (۱۳۷۹). *اعتیاد: علل، درمان و پیشگیری*. فصل نامه اصول بهداشت روان. سال ۲، شماره ۷-۸، صفحه ۹۰-۱۰۷.

رحیمی، علیرضا، قلعه ایها، علی، شمسایی، فرشید و ضرابیان، محمد کاظم (۱۳۸۵). بررسی دیدگاههای مردم شهر همدان در مورد روشهای موثر در کاهش عرضه و تقاضای مواد مخدر. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان*. سال سیزدهم، ۴، ۴۳-۴۷.

رضایی دوگانه، ابراهیم و جزایری، علیرضا (۱۳۷۹). *بررسی نیمرخ روانی افراد معتاد با استفاده از MMPI-2* پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

ساراسون، جی، ساراسون، ایی (۲۰۰۸). *روانشناسی مرضی*. ترجمه بهمن نجاریان و همکاران (۱۳۸۸). انتشارات رشد. تهران.

شکرکن، حسین (۱۳۷۳). *بررسی متغیرهای پیش از اسارت با شدت علائم PTSD در نمونه آزادگان شهر اهواز*. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اهواز*. سال سوم، شماره ۲ و ۳، ۲۳-۴۵.

فیشر، ال، الیاس، جی، رینر، بی (۱۹۹۸). *پیش بینی برگشت سوء استفاده از مواد در رابطه با شخصیت*.

ترجمه منصور صالحی و همکاران (۱۳۷۹). *بولتن انجمن روانپزشکان ایران*. سال دوم، شماره ۷. قازاریان، ماریت، محمدی، هومن (۱۳۸۸). *مواد مخدر، مغز و رفتار*. معاونت دانشجویی و فرهنگی.

تهران، چاپ دوم.

مهملوا یورقی، مریم و آزاد، حسین (۱۳۸۵). نیمرخ شخصیتی افراد معتاد به تریاک و هرئین با افراد غیر معتاد با استفاده از آزمون *M.M.P.I*. پایان نامه های کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت. دانشگاه آزاد کرج.

مهریار، امیر هوشنگ، جزایری، مجتبی (۱۳۷۷). اعتیاد: پیشگیری و درمان. تبریز. نشر روان پویا.
وکیلی رحیمی، حمیده و دانش، عصمت (۱۳۸۷). مقایسه سبکهای دلبستگی و نیمرخ روانی با آزمون *MMPI* در افراد معتاد و غیرمعتاد. پایان نامه های کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت. دانشگاه آزاد کرج.

لاتین

- Avants, S. K., Margolin, A., Warburton, L. A., Hawkins, K. A., & Shi, J. (2001). Predictors of nonadherence to HIV-related medication regimens during methadone stabilization. *American Journal on Addictions*, 10, 69–78.
- Brewer, D.D. , Catalano, R.F., Hsggerty, K, Gainey, R.F., Fleming, C.B. (1998). A meta analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. *American Journal on Addictions*, 93, 73-92.
- Brief, D. J., Bollinger, A. R., Vielhauer, M. J., Berger-Greenstein, J. A., Morgan, E. E., Brady, S. M., Buondonno, L. M., & Keane, T. M. (2004). *Understanding the interface of HIV, trauma, posttraumatic stress disorder, and substance use and its implications for health outcomes*. *AIDS Care*, 16(Suppl 1), S97–S120.
- Catz, S. L., Kelly, J. A., Bogart, L. M., Benotsch, E. G., & McAuliffe, T. L. (2000). Patterns, correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease. *Health Psychology*, 19, 124–133.
- Chernoff, R. A. (2007). Treating an HIV/AIDS Patient's PTSD and Medication Nonadherence With Cognitive-Behavioral Therapy: A Principle-Based Approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14 (2007) 107–117.
- Darke, S., Finally, J.R., Kaye, S., Blatt, T. (1996). Anti-social personality disorder and response to methadone maintenance treatment. *Drug Alcohol Review*. 15, 271-276.
- Eysenck, H.J. (1997). Addiction, personality and motivation. *Journal Human Psychopharmacology*, 5, 53-65.
- Kail, R.V., Cavanaugh, J.C. (2000). *Human development*. 2nd ed. Belmont, CA: Wadsworth.

- Kelly, B., Raphael, B., Judd, F., Kernutt, G., Burnett, P., Dunne, M., & Burrows, G. (1998). Posttraumatic stress disorder in response to HIV infection. *General Hospital Psychiatry*, 20, 345–352.
- Kimerling, R., Calhoun, K. S., Forehand, R., Armistead, L., Morse, E., Morse, P., et al. (1999). Traumatic stress in HIV-infected women. *AIDS Education and Prevention*, 11, 321–330.
- Marnate, G.G. (1984). *Handbook of psychological assessment*. 2nd ed. New York: Van No strand Reinhold, 249-305.
- Powell, J. (2000). *Drug and alcohol dependence*. In, L.C. Chammpion., M. Power (Eds). Adult Psychological problem.
- Siegel, L.J., Senna, J.J. (1997). *Juvenile delinquency: theory, practice and law*. 6nd ed. St. Paul: West.
- Strain, E. (1995). Antisocial personality disorder, misbehavior and drug abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 163, 642-650.
- Reback, C. J., Larkins, S., & Shoptaw, S. (2003). Methamphetamine abuse as a barrier to HIV medication adherence among gay and bisexual men. *AIDS Care*, 15, 775–785.
- Safren, S. A., Otto, M.W., Worth, J. L., Salomon, E., Johnson, W., Mayer, K., & Boswell, S. (2001). Two strategies to increase adherence to HIV antiretroviral medication: Life-steps and medication monitoring. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1151–1162.
- Samet, J. H., Libman, H., Steger, K., Dhawan, R., Chen, J., Shevitz, A., Dewees- Dunk, R., Levenson, S., Kute, D., & Craven, D. E. (1992). Compliance with zidovudine therapy in patients infected with HIV-1: A cross-sectional study in a municipal hospital clinic. *American Journal of Medicine*, 92, 495–501.
- Uldall, K. K., Palmer, N. B., Whetten, K., & Mellins, C. (2004). Adherence in people living with HIV/AIDS, mental illness, and chemical dependency: A review of the literature. *AIDS Care*, 16(Suppl 1), S71–S96.