

تعیین خصوصیات شخصیتی معتادان مرد مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۳۸۵

دکتر صاحب الزمانی^۱، دکتر محمودی^۲، مهتاب مروجی^۳

چکیده

طرح مسئله: این پژوهش با هدف تعیین خصوصیات شخصیتی معتادین مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۳۸۵، انجام شد.

روش: طرح پژوهشی حاضر از نوع پس رویدادی است. نوع مطالعه، پیمایش مقطعی^۴ است. جامعه آماری پژوهش شامل مردان معتاد به مواد مخدر مراکز خودمعرف ترک و بازتوانی اعتیاد و شهر تهران بود. از میان این افراد ۲۵۶ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات عبارت بود از:

۱. سیاهه شخصیتی مینه سوتا
۲. پرسش نامه اطلاعات جمعیت شناختی؛ حاوی سوالاتی در زمینه های فردی، خانوادگی، اجتماعی و

۱. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران

۲. استاد دانشگاه تهران، دانشکده بهداشت و اپیدمیولوژی

۳. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد پرستاری گرایش (داخلی- جراحی) و عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان

اقتصادی

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد. در آمار توصیفی جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی و درصد جداول یک بعدی و دو بعدی، برحسب نوع و مشخصات داده‌ها، به کار گرفته شد. آمار استنباطی نیز شامل آزمون‌های دو^۵ و فیشر^۶ بود و با استفاده از نرم‌افزار SPSS اندازه‌گیری‌ها تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که ۱۹/۱٪ معتادان بیکار، ۳۸٪ مستأجر، ۲/۳٪ بی‌سواد، ۶۰/۵٪ مجرد و حدود ۵۷/۸٪ از آنان کم‌تر از ۲۰۰ هزار تومان درآمد داشته‌اند. میزان خطرپذیری معتادان براساس MMPI شامل ۷/۸۱٪ مانیا^۸، Sc^۸/۱۲۲، ۲۸/۱۲٪، ۱۲/۵٪ پارانویا^۹، ۳۳/۹۸٪ ضد اجتماعی^{۱۰}، ۱۲/۵٪ هیستری^{۱۱}، ۵۷/۴۲٪ افسردگی^{۱۲} و ۲۲/۲۶٪ خود بیمار پنداری^{۱۳} در سطح نابهنجاری بوده و نشانه اختلال شخصیت است.

بحث و نتیجه‌گیری: مقادیر به دست آمده حاکی از عدم تأثیر بیکاری در گرایش به اعتیاد، وضعیت اقتصادی نسبتاً خوب و اکثر آن‌ها باسواد بوده و نشان دهنده شکست نهادهای اجتماعی-حمایتی جامعه است. هم‌چنین چنانچه نمرات حاصل از MMPI در مراجعه‌کنندگان در میزان‌های D و PD و Sc بالا و میزان‌های L و K پایین باشد، تشخیص افتراقی اعتیاد مدنظر بوده، خدمات درمانی و مشاوره‌ای پیش‌بینی می‌شود.

کلید واژه‌ها: خصوصیات شخصیتی، معتاد

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

۲. X^c
۵. Fisher
۶. Mann
۸. Schizophrenia
۹. Paranoia
۱۰. Antisocial
۱۱. Hysteria
۱۲. Depression
۱۳. Hypochondria

مقدمه

سوء مصرف مواد مخدر و داروهای غیرقانونی (اعم از طبیعی یا مصنوعی) به لحاظ ارتباط مستقیم با مشکلات بهداشتی و نیز اختلالات تحولی در کودک و حتی در دوره قبل از تولد، یکی از چالش‌های معاصر بوده و به نظر می‌رسد در بیان اختلالات و مشکلات کودکان، بایستی توجه ویژه به آن معطوف داشت.

تحقیقات تاریخی و مردم‌شناسی نشان داده است که استفاده از مواد مخدر در گذشته تنها به بزرگسالان محدود بوده است و نوجوانان هرگز به آن روی نمی‌آوردند. مصرف مواد مخدر به طور پراکنده در مراسم خاص و منحصرأ توسط گروه‌هایی خاص و در شرایط معین صورت می‌گرفت. مهم‌ترین نکته درباره این نوع استفاده از مواد مخدر این بود که هرگز ایجاد وابستگی نمی‌کرد.

بعدها هنگامی که مورفین، هروئین و کوکائین به میان آمد، مواردی از اعتیاد جوانان به آن مشاهده شد؛ اما تا اواسط دهه ۱۹۶۰ تعداد معتادان به این پدیده بسیار اندک بود و بدان حد نرسیده بود که توجه اجتماعی را در مقیاسی وسیع به خود جلب کند.

تنها در اواخر دهه ۱۹۶۰ بود که استفاده از مواد مخدر ناگهان در میان جوانان و نوجوانان شایع شد، به صورت مسئله‌ای جهانی درآمد و ابعاد همه‌گیری آن به صورت موج از قاره‌ای به قاره دیگر گسترش یافت (گیسپ دی گناور، ۱۹۸۷).

اکنون پس از گذشت چند دهه از گسترش شیوع سوء مصرف مواد در صورت‌های مختلف، این سؤال که آیا اعتیاد حدّ و مرز سنی دارد؟ کمی نگران‌کننده به نظر می‌رسد، زیرا والدین، مربیان، آموزگاران و مسئولان کشوری را به یافتن پاسخی وادار می‌کند که غالباً تهدیدآمیز و یا آمیخته با خشم است.

بر اساس گزارش‌های آماری سن شروع اعتیاد ۱۶-۲۰ سالگی برآورد شده است؛ ولی سن در معرض خطر ۱۸-۲۴ سالگی است. میانگین سنی معتادان در زندان‌ها ۲۹ سال و در مراکز خودمعرف و بازپروری‌ها ۲۷ سال گزارش شده است. تحقیقات انجام گرفته، حکایت از آن دارد که گروه سنی ۱۵ تا ۲۷ سال بیش‌ترین معتادان کشور را تشکیل می‌دهند (زکریایی، ۱۳۸۲، ص ۱۲-۱۳).

طبق گزارش طرح سرشماری معتادان توسط مرکز مبارزه با مواد مخدر ناجا در سال ۱۳۸۱، نزدیک به پنج درصد معتادان زیر ۱۵ سال دارند و حدود ۳۱ درصد آنان نیز، در گروه سنی ۱۵ تا ۳۰ سال هستند و بین ۳۱ تا ۴۵ درصد معتادان دستگیر و یا پذیرش شده در سنین جوانی، یعنی ۱۵ تا ۳۰ سال قرار دارند. چنین روند روبه‌رشدی حاکی از آن است که روش‌های معمول پیشگیری، معالجه یا مبارزه تاکنون کارساز نبوده است (زکریایی، ۱۳۸۲،

ص ۱۲-۱۳).

با توجه به واقعیت‌های بالا، هدف پژوهش حاضر عبارت بود از بررسی خصوصیات شخصی معتادان مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران، بر اساس سیاهه شخصیتی چندگانه مینه سوتا (MMPI) در یک فرم کوتاه ۷۱ سؤالی. به عبارتی، سؤال پژوهشی "عمده" ما این است که، آیا الگوی ریخت شناختی از شخصیت سوء مصرف کنندگان مواد مخدر وجود دارد یا نه؟ و اگر وجود دارد در مؤلفه‌های جمعیت شناختی چه طور قابل تبیین است. برای نشان دادن این موضوع، سوالات زیر مطرح و مورد ارزیابی قرار گرفتند:

۱. آیا خصوصیات فردی، اجتماعی و خانوادگی معتادان مراجعه کننده به مراکز درمانی متفاوت است؟
۲. خصوصیت ضد اجتماعی در معتادان مراجعه کننده به مراکز درمانی به چه میزان است؟
۳. خصوصیت پارانویا در معتادان مراجعه کننده به مراکز درمانی به چه میزان است؟
۴. خصوصیت افسردگی در معتادان مراجعه کننده به مراکز درمانی به چه میزان است؟
۵. خصوصیت مانیا در معتادان مراجعه کننده به مراکز درمانی به چه میزان است؟
۶. خصوصیت خود بیمار پنداری در معتادان مراجعه کننده به مراکز درمانی به چه میزان است؟
۷. خصوصیت هسپتری در معتادان مراجعه کننده به مراکز درمانی به چه میزان است؟
۸. خصوصیت خستگی روان در معتادان مراجعه کننده به مراکز درمانی به چه میزان است؟
۹. خصوصیت اسکیزوفرنیا در معتادان مراجعه کننده به مراکز درمانی به چه میزان است؟
۱۰. آیا نمره معتادان مراجعه کننده به مراکز مختلف درمانی در مقیاس L آزمون MMPI با هم متفاوت است؟

۱۱. آیا نمره معتادان مراجعه کننده به مراکز مختلف درمانی در مقیاس F آزمون MMPI با هم متفاوت است؟
۱۲. آیا نمره معتادان مراجعه کننده به مراکز مختلف درمانی در مقیاس K آزمون MMPI با هم متفاوت است؟

روش

طرح پژوهشی حاضر از نوع پس رویدادی است. نوع مطالعه، پیمایش مقطعی^{۱۴} است. جامعه آماری پژوهش شامل مردان معتاد به مواد مخدر مراکز خودمعرف ترک و بازتوانی اعتیاد شهر تهران در سال ۱۳۸۵ بود.

از میان این افراد ۲۵۶ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند.

ابزار پژوهش

۱. سیاهه شخصیتی مینه سوتا.

۲. پرسش نامه اطلاعات جمعیت شناختی که حاوی سؤالاتی در زمینه‌های فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی معنادان بود.

آزمون M.M.P.I در سال ۱۹۴۳ توسط هاتاوی^{۱۵} و مک کینلی^{۱۶} در دانشگاه مینه سوتا ساخته شد. فرم اصلی دارای ۵۵۶ سؤال است و به صورت فردی و گروهی در مورد افراد بالاتر از ۱۶ سال به کار رفته است. این آزمون، زمان حال را می‌سنجد و از نه سؤال و چندین فرم کوتاه تشکیل شده است که در این تحقیق فرم کوتاه ۷۱ سؤالی آن برای اندازه‌گیری خصوصیات شخصیتی افراد نمونه به کار برده خواهد شد. (ترول، ۲۰۰۲، ص ۲۰۷).

ویژگی‌هایی که توسط مقیاس‌های پرسش نامه ابتدایی مینه سوتا سنجیده خواهند شد عبارتند از:

۱. ضد اجتماعی pd. ۲. پارانوایا pa^{۱۷}. ۳. افسردگی D^{۱۸}. ۴. مانیا ma^{۱۹}. ۵. خودبیمار پنداری HS^{۲۰}. ۶. خستگی روانی pt^{۲۱}. ۷. هیستری Hy^۸. ۸. اسکیزوفرنیا sc^{۲۲}. ۹. مقیاس L^{۲۳}. ۱۰. مقیاس F^{۱۱}. ۱۱. مقیاس K.
فرم کوتاه ۷۱ سؤالی MMPI را، مک کین کانن^{۲۴} در سال ۱۹۴۸ تنظیم کرد و در سال ۱۳۵۳ اخوت، برهنی، شاملو و نوع پرست آن را به فارسی ترجمه کردند. این فرم توسط اخوت در سال ۱۳۵۳ در مورد یک گروه

۱۶. McKeon, L.R.

۱۷. McKeon, L.R.

۱۸. Antisocial

۱۹. Paranoid

۲۰. Depression

۲۱. Mania

۲۲. Hypochondria

۲۳. Hysteria

۲۴. Minnesota Scale

۲۵. Manual for

۳۰ نفری از معنادران بستری در بیمارستان ونک به کار رفت و روایی آن برای جمعیت ایرانی مورد مطالعه، تأیید شد. فرم کوتاه ۷۱ سؤالی دارای سه میزان روایی K، F و L است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی و در آمار توصیفی نیز، از جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی و درصد جداول یک بعدی و دو بعدی برحسب نوع و مشخصات داده‌ها استفاده شد. آمار استنباطی نیز شامل آزمون خی‌دو^{۲۵} و فیشر^{۲۶} بود و با استفاده از نرم‌افزار SPSS اندازه‌گیری‌ها تحلیل شد.

نتایج

سؤال پژوهش ۱:

تحلیل نتایج در خصوص اطلاعات جمعیت‌شناختی معنادران، نشان داد، از مجموع ۲۵۶ آزمودنی: ۱. ۴۹ نفر (۱۹/۱٪) بیکار، ۱۸ نفر (۷٪) کارگر، ۱۰ نفر (۳/۹٪) کارمند، ۱۶۹ نفر (۶۶٪) شغل آزاد و ۱۰ نفر (۳/۹٪) دانشجو بودند.

۲. ۹۸ نفر (۳۸/۴٪) دارای خانه اجاره‌ای و ۱۵۷ نفر (۶۱/۳٪) مالک منزل خصوصی بودند.

۳. ۶ نفر (۲/۳٪) بی‌سواد، ۳۸ نفر (۱۴/۸٪) ابتدایی، ۸۱ نفر (۳۱/۶٪) راهنمایی، ۱۰۱ نفر (۳۹/۵٪) متوسطه و ۳۰ نفر (۱۱/۷٪) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند.

۴. ۱۵۵ نفر (۶۰/۵٪) مجرد، ۸۲ نفر (۳۲٪) متأهل، ۴ نفر (۱/۶٪) مطلقه و ۱۵ نفر (۵/۹٪) در حال متارکه بودند (جدا از یکدیگر زندگی می‌کردند).

۵. ۱۴۸ نفر (۵۷/۸٪) کم‌تر از ۲۰۰.۰۰۰ تومان، ۵۷ نفر (۲۲/۳٪) بین ۲۰۰ تا ۴۰۰ هزار تومان، ۲۵ نفر (۹/۸٪) بین ۴۰۰ تا ۶۰۰ هزار تومان و در نهایت ۲۶ نفر (۱۰/۲٪) بالاتر از ۶۰۰ هزار تومان درآمد داشتند.

۶. ۸۹ نفر (۳۴/۸٪) تریاک، ۵۳ نفر (۲۰/۷٪) هروئین، ۶۹ نفر (۲۷٪) کراک و ۴۵ نفر (۱۷/۶٪) مواد دیگری مصرف می‌کردند.

۷. الگوی مصرف ۱۴۱ نفر (۵۵/۱٪) تدخینی، ۳۸ نفر (۱۴/۸٪) تزریق، ۵۴ نفر (۲۸/۱٪) خوراکی و ۲۳ نفر (۹٪) روش‌های چندگانه (مثل تزریق و تدخین) بود. سایر اطلاعات جمعیت شناختی گروه نمونه به شرح جداول ۴-۱ است.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی و نسبت درصد انگیزه‌های شروع اعتیاد شرکت کنندگان

شاخص‌های آماری		دلایل
نسبت (درصدها)	تعداد	
۲۰/۱۵	۲۶	احساس غرور
۵۰/۳۹	۱۲۹	همراهی و فشار دوستان
۵/۴۶	۱۴	پیروی از بزرگ‌ترها
۳۰	۵۹	کنجکاوی
۳۵/۵۵	۹۱	محیط آشفته خانواده
۳/۱۲	۸	شکست تحصیلی
۱۷/۹۶	۴۶	کسب لذت
۱۰/۱۵	۲۶	دسترسی پذیری مواد
۳۴/۳۷	۸۸	مشکلات عاطفی و اضطراب
۵/۸۵	۱۵	درمان دردهای جسمی
۱۲/۱۰	۳۱	بیکاری
۱۲/۵	۳۲	شکست عشقی
۲/۷۳	۷	مازاد درآمد
۱۰/۹۳	۲۸	نبود امکانات تفریحی
۴/۶۸	۱۲	افزایش شجاعت

همان‌طور که جدول شماره ۱ نشان می‌دهد، بیش از ۵۰٪ آزمودنی‌ها (بیش‌ترین تعداد) در نتیجه فشار گروهی و کم‌ترین تعداد (۷ نفر یا ۲/۷۳٪) به دلیل مازاد درآمد به اعتیاد گرایش پیدا کرده‌اند.

جدول شماره ۲- سابقه بیماری های جسمی آزمودنی

شاخص های آماری		بیماری
نسبت (درصدها)	تعداد	
۴/۲۹	۱۱	قلبی
۳/۵۱	۹	گوارشی
۰/۷۸	۲	قند
۱/۹۵	۵	ریوی
۳/۵۱	۹	کلیه
۲/۷۳	۷	فشار خون
۳۸/۶۷	۹۹	روانی
۴۴/۵۶	۱۱۴	سالم
۱۰۰	۲۵۶	مجموع

همان طور که جدول شماره ۲ نشان می دهد، نزدیک به نیمی از آزمودنی ها (۴۴/۵۶٪) سابقه بیماری مهمی نداشته اند؛ ولی از میان بیماران، بیش ترین تعداد (۱۱۴ نفر یا ۳۸/۶۷٪) سابقه بیماری روانی و کمترین تعداد (دو نفر یا ۰/۷۸٪) سابقه دیابت داشته اند.

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی و نسبت درصد سابقه محکومیت آزمودنی ها در مراجع انتظامی و قضایی و سابقه اعتیاد در بستگان آنان

شاخص آماری	سابقه محکومیت خود آزمودنی	سابقه اعتیاد بستگان	سابقه اعتیاد بستگان
تعداد	درجه ۱	درجه ۲	نسبت (درصد)
۸۳	۱۳۷	۱۵۷	۶۱/۳۲
۳۲/۴۲	۵۳/۱۵		

داده های جدول شماره ۳، بیانگر برخی دیگر از عوامل خطر آفرین برای شروع اعتیاد و تداوم مصرف مواد است که اعتیاد بستگان درجه ۲ با ۶۱/۳۲٪ بیش ترین نقش را داشته است.

ضمن این که در تحلیل آماری داده های جمعیت شناختی معتادان گروه نمونه و ترکیب آن با داده های حاصل از خرده مقیاس های آزمون MMPI مشخص شد که:

۱. مقیاس دروغ پردازی (L) با نحوه سکونت و تحصیلات دارای رابطه است.

۲. مقیاس اصلاح (K) با نحوه سکونت و تحصیلات و تأهل دارای رابطه است.
 ۳. مقیاس نامساعدی (F) با مشاغل، سکونت، تحصیلات و تأهل دارای رابطه است.
 ۴. مقیاس خود بیمارپنداری (HS) با مشاغل، سکونت، تحصیلات، تأهل، درآمد و شیوه مصرف در ارتباط است.
 ۵. مقیاس افسردگی (D) با مشاغل، سکونت، تحصیلات، تأهل و شیوه مصرف در ارتباط است.
 ۶. مقیاس هیستری (HY) با سکونت و نوع ماده مصرفی در ارتباط است.
 ۷. مقیاس انحراف روانی-اجتماعی با ضد اجتماعی سکونت، تحصیلات، نوع ماده مصرفی و شیوه مصرف مرتبط است.
 ۸. مقیاس پارانویا (Pa) با مشاغل، سکونت و تحصیلات مرتبط است.
 ۹. مقیاس ضعف روانی (Pt) با سکونت، تحصیلات، نوع ماده مصرفی و شیوه مصرف در ارتباط است.
 ۱۰. مقیاس اسکیزوفرنیا (Sc) با مشاغل، تحصیلات، تأهل و نوع ماده مصرفی و شیوه مصرف در ارتباط است.
 ۱۱. مقیاس مانیا (Ma) با هیچ یک از مؤلفه‌های جمعیت شناختی رابطه‌ای نشان نداد.
- جدول شماره ۴- جدول دو بعدی خرده مقیاس‌های MMPI و اطلاعات جمعیت شناختی معتادان گروه نمونه بر اساس معنی داری نتایج آزمون دقیق فیشر**

میزان‌ها جمعیت‌شناسی	اطلاعات	مشاغل	سکونت	تحصیلات	تأهل	درآمد	نوع ماده	شیوه مصرف
L			✓	✓				
F			✓	✓				✓
K		✓	✓	✓	✓			
HS		✓	✓	✓	✓	✓		✓
D		✓	✓	✓	✓			✓
HY			✓				✓	
Pd		✓	✓	✓				✓
Pa		✓	✓	✓				
Pt			✓	✓			✓	✓
Sc				✓	✓			
Ma								

بر اساس نتایج مندرج در جدول شماره ۴ که پس از اجرای آزمون دقیق فیشر به دست آمده است به نظر می‌رسد که:

الف) مهم‌ترین خرده‌مقیاس MMPI که در تمیز معنی‌داری رابطه بین اطلاعات جمعیت شناختی جامع عمل کرده، خرده‌مقیاس Hs است. که با ۶ عامل از ۷ عامل جمعیت شناختی مورد مطالعه، رابطه معنی‌داری دارد.

ب) پس از Hs، خرده‌مقیاس Pt و D هر یک با ۴ عامل، Pd، Sc، F و K هر یک با سه عامل و در نهایت Pa، HY و L هر یک با دو عامل رابطه معنی‌داری دارند.

ج) جالب این که در خصوص عامل Ma هیچگونه رابطه‌ای به دست نیامد.

نتایج پژوهش حاضر به نظر می‌رسد با نتایج حاصل از پژوهش دکتر حبیب احمدی (۱۳۸۲)، بر روی معتادان اردوگاه پیر بنان شهر شیراز همخوانی دارد.

سؤال پژوهشی ۲ تا ۱۲:

برای نشان دادن ویژگی‌های ضد اجتماعی، پارانویا، افسردگی، مانیا، خود بیمارپنداری، هیستری، ضعف روانی، اسکیزوفرنیا، دروغ‌پردازی، اصلاح و نابسامدی معتادان طبق سیاهه شخصیتی مینه سوتا نیم رخ آنان ترسیم و به شرح زیر ارائه شده است. جالب این که نیم رخ همه معتادان، خواه معتادان به تریاک، هروئین، کراک و یا چند دارویی از همین الگو پیروی می‌کردند.



- به طوری که ملاحظه می شود جهت نیم رخ، نشان دهنده نوعی اختلال شخصیت اعتیادی است که ویژگی های آن عبارت است از:
۱. F بالاتر از L و K است.
 ۲. D بالا و Ma پایین است.
 ۳. HS و HY پایین تر از D قرار می گیرند.
 ۴. Pt و Pd بالاتر از Pa قرار می گیرند.
 ۵. در مجموع شاهد نوعی فراز و نشیب از هر عامل به عامل بعدی هستیم که مؤید نوعی اختلال شخصیت اعتیادی است.

جدول شماره ۵- عملکرد آزمودنی ها بر حسب محدوده خطر پذیری

میزان خطر پذیری	کم خطر	در معرض خطر	پرخطر	مجموع				
دروغ پردازی	۱۰۰	۳۹/۰۶	۱۵۵	۶۰/۵۴	۱	۰/۳۹	۲۵۶	۱۰۰
مقیاس اصلاح	۲۵	۹/۷۶	۱۷۷	۶۹/۱۴	۵۴	۲۱/۰۹	۲۵۶	۱۰۰
نابسامدی	۲۰۳	۷۹/۲۹	۴۶	۱۷/۹۶	۷	۲/۷۳	۲۵۶	۱۰۰
خود بیمار انگاری	۳۸	۱۴/۸۴	۱۶۱	۶۲/۸۹	۵۷	۲۲/۲۶	۲۵۶	۱۰۰
افسردگی	۷	۲/۷۳	۱۰۲	۳۹/۸۴	۱۴۷	۵۷/۴۲	۲۵۶	۱۰۰
هیستری	۱۰۳	۴۰/۲۳	۱۲۱	۴۷/۲۶	۳۲	۱۲/۵	۲۵۶	۱۰۰
انحراف روانی اجتماعی	۱۴	۵/۴۶	۱۵۵	۶۰/۵۶	۸۷	۳۳/۹۸	۲۵۶	۱۰۰
پارانویا	۴۸	۱۸/۷۵	۱۷۶	۶۸/۷۵	۳۲	۱۲/۵۵	۲۵۶	۱۰۰
ضعف روانی	۹	۳/۵۱	۱۸۰	۷۰/۶۱	۶۷	۲۶/۱۷	۲۵۶	۱۰۰
اسکیزوفرنی	۲۷	۱۰/۵۴	۱۵۷	۶۱/۳۲	۷۲	۲۸/۱۲	۲۵۶	۱۰۰
مانیا	۴۹	۱۹/۱۴	۱۸۷	۷۳/۰۴	۲۰	۷/۸۱	۲۵۶	۱۰۰

توضیح:

۱. با توجه به این که تک تک نمرات ارزش واقعی تفسیری ندارند، جدول شماره ۵ بر اساس درجه بندی استاندارد در پروفایل، تنها به منظور تصریح نمرات نقاط ۳۰، ۵۰ و ۷۰ درصدی، همانند پروفایل استاندارد، به

عنوان میزان‌های خطرپذیری لحاظ شده‌اند.

۲. در مقیاس مانیایی ۷/۸۱ درصد آزمودنی‌ها در سطح ناپهنجاری عمل کرده‌اند، به گونه‌ای که از هنجار جامعه فاصله و در محدوده اختلالات شخصیتی قرار می‌گیرند.

۳. در مقیاس اسکیزوفرنی ۲۸/۱۲ درصد آزمودنی‌ها در سطح ناپهنجاری عمل کرده‌اند، به گونه‌ای که از هنجار جامعه فاصله و در محدوده اختلالات شخصیتی قرار می‌گیرند.

۴. در مقیاس ضعف روانی ۲۶/۱۷ درصد آزمودنی‌ها در سطح ناپهنجاری عمل کرده‌اند، به گونه‌ای که از هنجار جامعه فاصله و در محدوده اختلالات شخصیتی قرار می‌گیرند.

۵. در مقیاس پارانویا ۱۲/۵۵ درصد آزمودنی‌ها در سطح ناپهنجاری عمل کرده‌اند، به گونه‌ای که از هنجار جامعه فاصله گرفته و در محدوده اختلالات شخصیتی قرار گرفته‌اند.

۶. در مقیاس انحراف روانی اجتماعی (ضد اجتماعی) ۳۳/۹۸ درصد آزمودنی‌ها در سطح پهنجاری عمل کرده‌اند، به گونه‌ای که از هنجار جامعه فاصله گرفته و در محدوده اختلالات شخصیتی قرار گرفته‌اند.

۷. در مقیاس هیستری ۱۲/۵ درصد آزمودنی‌ها در سطح پهنجاری عمل کرده‌اند، به گونه‌ای که از هنجار جامعه فاصله گرفته و در محدوده اختلالات شخصیتی قرار گرفته‌اند.

۸. در مقیاس افسردگی ۵۷/۴۲ درصد آزمودنی‌ها در سطح پهنجاری عمل کرده‌اند، به گونه‌ای که از هنجار جامعه فاصله گرفته و در محدوده اختلالات شخصیتی قرار گرفته‌اند.

۹. در مقیاس خود بیمار پنداری ۲۲/۲۶ درصد آزمودنی‌ها در سطح پهنجاری عمل کرده‌اند، به گونه‌ای که از هنجار جامعه فاصله گرفته و در محدوده اختلالات شخصیتی قرار گرفته‌اند.

۱۰. در مقیاس نابسامدی (F) ۲/۷۳ درصد آزمودنی‌ها نمره بالایی گرفته‌اند که بیانگر توصیف کمال گرایانه افراطی و آرمانی از خودشان است.

۱۱. در مقیاس اصلاح (K) ۲۱/۰۹ درصد آزمودنی‌ها نمره بالایی گرفته‌اند که بیانگر نوعی دفاع از خود است.

۱۲. در مقیاس دروغ پردازی (L) تنها ۰/۳۹ درصد آزمودنی‌ها نمره بالایی گرفته‌اند که بیانگر تلاش آنان برای ارائه توصیف مثبت و غیر واقع‌گرایانه از خود است.

در ادامه بار دیگر تأکید می‌شود که هیچ یک از مقیاس‌های فوق به تنهایی واجد ارزش تفسیری نیست، مگر این که به صورت ترکیبی و بر اساس مشکل نیم رخ روانی یا پروفایل ترسیم شده، فراز و فرودهای آن، تفسیر شود. بر این اساس با توجه به این که:

۱. میزان D در آزمودنی‌ها بالاترین درجه را در نیم رخ روانی به خود اختصاص داده است که این یافته با یافته‌های سایر پژوهشگران، مبنی بر اینکه نمره بالا در D در اکثریت بیماران روانی از جمله معتادان مشاهده می‌شود، همخوانی دارد و نشان دهنده خود کم‌انگاری و نیاز به ارضای فوری خواسته‌هاست؛ بیش‌ترین افرادی که در این میزان نمره بالا می‌آورند، افرادی هستند گوشه‌گیر، مردم‌گریز و خجالتی که انعطاف لازم را در کنش‌های متقابل اجتماعی از خود نشان نمی‌دهند.

۲. عملکرد آزمودنی‌های مورد پژوهش، در ترکیب میزان‌های D، Pd، و Sc نمایانگر همخوانی داده‌های به دست آمده با پژوهش گریوز^۱ است. چنین ترکیبی ضمن تفسیر ذکر شده در بند بالا، بیانگر تابلو بالینی افرادی است که تمایلات خودآزاری و تنش‌های فراوان، عصیان بر ضد خانواده و سایر نهادهای اجتماعی دارند و خود را قربانی خانواده‌هایشان می‌دانند. آنان خود را جدا از دیگران احساس می‌کنند، به اجتماعی که در آن زندگی می‌کنند، احساس تعلق ندارند و از درونی ساختن ارزش‌های آن عاجزند و از این کار سرباز می‌زنند.

۳. نمره زیاد در میزان‌های D، Pd، Sc، در مطالعه پیتل^۲ نیز به دست آمده که بیانگر همخوانی با پژوهش حاضر است.

۴. پژوهش انجام یافته توسط اخوت در ایران نیز به هنگام هنجاریابی آزمون MMPI بر روی معتادان، حاکی از آن است که نمرات معتادان در میزان‌های D، Pd، Sc، نمودار اضطراب، گرایش به افسردگی، احساس تنهایی، فقر در روابط عاطفی و بی‌زاری و احساس بی‌کفایتی است و به طور متوسط، چنین عملکردی، بالاتر از جامعه عادی بوده و در نقطه بحرانی قرار می‌گیرد. این نتایج در پژوهش حاضر نیز به دست آمد.

۵. جالب این که نمرات پایینی آزمودنی‌ها در میزان‌های HY، Pa، و Ma همخوان با هنجاریابی اولیه آزمون MMPI روی معتادان، به وسیله اخوت و همکاران است و تفسیر آنان گویای فقدان دفاع روانی در بیان پاسخ‌هاست. یعنی معتادان نسبت به افراد عادی، دفاع کم‌تری در پاسخ‌ها دارند و شاید بتوان گفت این گرایش، ناشی از آن است که افراد گروه معتادان به هنگام آزمون، وضع مشخص و شناخته شده‌ای به عنوان یک فرد معتاد دارند و در واقع نسبت به وجود مشکلات خود معترف بوده‌اند و در بیان و افشای نقاط ضعف، نارسایی‌ها و نابهنجاری‌های خویش، حالت دفاعی و انکار کم‌تری به خود گرفته‌اند.

۶. پرسکر از جمله پژوهشگرانی است که سعی داشته معتادان را در طبقه‌بندی‌های رایج در روان‌پزشکی جای دهد. وی در پایان پژوهش خود نتیجه می‌گیرد که ۸۸/۱ درصد آزمودنی‌ها دارای خصوصیات سوشیوپاتیک و ۶/۸ درصد دارای شخصیت نورتیک و ۵/۶ درصد واجد خصوصیات افراد پسیکوپاتیک هستند.

۷. پژوهش حکیمیان و رشان بر روی ۱۱۲ معتاد به هروئین بستری در بیمارستان بلویر نیز وجود آثار و علائم فرضی شخصیت‌های پسیکوپاتیک را در آن‌ها تأیید می‌کند.

۸. اخوت، براهنی، طریقتی، گریگوریان و وهاب‌زاده به وسیلهٔ آزمون MMPI، ۱۰۳ معتاد را بررسی و ضمن تأیید ارزش تشخیصی این آزمون، این‌گونه گزارش دادند که معتادان مورد مطالعه در این پژوهش، در گروه سنی ۲۰-۴۰ ساله قرار دارند و ۶۱ درصد به هروئین، ۲۰ درصد به تریاک و بقیه به انواع دیگر مواد وابسته بودند. در این پژوهش، معتادان خصوصیات پسیوپاتیک و سیکونورتیک را از خود نشان دادند. نمرات معتادان در میزان‌های اضطراب، گرایش به افسردگی و احساس تنهایی، بزرگ‌ترین عدد را نشان داد که این‌الگو تقریباً مشابه است با آنچه در جوامع غربی می‌بینیم. این پژوهش نشان داد که معتادان مرد ایرانی دارای نگرانی فراوانی هستند، احساس ناامنی و بی‌کفایتی و اندیشناکی فراوانی در مورد نوع جسمانی از خود نشان می‌دهند. افسردگی زودرس، نوسان شدید عاطفی، یأس و ناامیدی و احساس این‌که فردی هستند یکه و تنها و سدی بین آن‌ها و سایر مردم وجود دارد، از جمله یافته‌های مهم این پژوهش است.

۹. به طوری که از داده‌های حاصل از پژوهش برمی‌آید، همراهی اختلالات با یکدیگر^۱ یکی از مشکلات جدی معتادان گروه نمونه است که این امر در پژوهش‌های متعدد به تأیید رسیده است. برای مثال تحقیقات نشان می‌دهند که اختلال مصرف مواد مخدر در اغلب موارد براساس مشاهدات بالینی با برخی از اختلالات روانی، ناپهنجاری‌ها و نابسامانی‌های روحی، عاطفی، خلقی و رفتاری، نظیر اختلال سلوک و اختلال ضد اجتماعی، اختلال دو قطبی، افسردگی، اضطرابی، اختلال استرس پس از آسیب و PTSD ارتباط دارند (بروین ۱۹۹۲، وین استاین ۱۹۹۳، برونر ۱۹۹۶، کیدروف ۱۹۹۶، کوهن ۱۹۹۱، کسلر ۱۹۹۶، نلسون ۱۹۹۶، گلاسنی و کامیز ۱۹۹۲، سوندسن ۱۹۹۸، کلارک و هندروس ۱۹۹۷)

۱۰. از طرفی کیدروف (۱۹۹۶) و نلسون (۱۹۹۶) عنوان کردند که وجود یک اختلال نظیر افسردگی در معتادان، ملاک تشخیصی علمی برای انواع اختلال دیگر خواهد بود. از این رو شیوع گسترده این همبودی

تلویحات ضمنی بسیاری دارد و افراد معتاد در عمل، علاوه بر اعتیاد با بیمارهایی مواجه‌اند و نیازمند مراقبت‌های بالینی و پزشکی دقیق‌تر و طولانی‌تری هستند که نه تنها سیر بالینی آنان را وخیم و حاد و بد جلوه می‌دهد، بلکه دوره‌ زمانی را طولانی‌تر می‌سازد (اشمیت و بیگلو ۱۹۹۶).

در متون جدی مربوط به سوء مصرف و اختلالات روانی (تانتل، گلانتز و میبیز، ۲۰۰۲)، سه الگو در خصوص پیوستگی میان اعتیاد و اختلال‌های همراه مطرح است:

الف) اختلال‌های روانی که به سوء مصرف مواد منجر می‌شوند.

ب) سوء مصرف مواد که به پیدایش اختلال‌های روانی می‌انجامد.

ج) عوامل خطر ساز مشترکی که منجر به هر دو اختلال می‌شوند.

به تازگی گلانتز، اینبرگ و هیسنر (۲۰۰۲) از الگوی چهارمی سخن رانده‌اند که سه الگوی پیشین را به یکدیگر پیوند می‌دهد و برای هر یک از موارد بروز بیماری‌های همراه توضیح و تفسیری دارد.

۱۱. والانس سندل (۱۹۱۹) در پژوهشی، تأثیر نشانه‌های افسردگی، شبکه‌های ارتباطی دارو و کارهای دسته جمعی بر رفتار تزریق مشارکتی مواد، را در میان افراد خیابانی مورد بررسی قرار داده است. نتایج نشان می‌دهد که افراد افسرده نسبت به استفاده از مواد، آسیب‌پذیر شده، از طریق سکونت در شبکه‌های وسیع دارو، به سمت تزریق‌های مشارکتی گرایش بیش‌تری می‌یابند. این فرضیه اظهار می‌دارد که ممکن است تأثیر افسردگی بر تزریق مشارکتی از طریق تعامل با شبکه دارو، اعمال شود.

۱۲. رابطه افسردگی و سوء مصرف مواد که در پژوهش حاضر به دست آمده است، توسط پژوهشگران متعددی از جمله گودمن و کاپیتمن (۲۰۰۰)، محققان دانشگاه آلاباما بیرمنگهام (۲۰۰۱)، ژانت آدریان و همکاران (۲۰۰۲) به تأیید رسیده است.

۱۳. برخی از پژوهشگران داخل ایران نظیر خوشنویس (۱۳۵۳)، حیدریان (۱۳۷۶) و برماس (۱۳۸۲) نیز نتایج مشابهی به دست آورده‌اند.

نتیجه‌گیری پایانی و کاربرد یافته

۱. با توجه به ادبیات پژوهشی موجود و نیز نتایج حاصل از پژوهش حاضر، پرسش‌نامه MMPI یک مقیاس مناسب جهت تشخیص اختلالات روان‌شناختی و شخصیتی است که در کاربرد با معتادان نیز معتبر و قابل توجه است.

۲. بر اساس نتایج حاصله و تطبیق با گزارش‌های سایر کشورها و نیز دوره‌های زمانی مختلف، به نظر

می‌رسد ساخت شخصیتی معتادان روند به نسبت مشابهی را در فرهنگ‌های مختلف و در سال‌های مختلف در پیش رو داشته، نیم رخ روانی حاصل از معتادان بیانگر آن است که برخی اختلالات می‌توانند به عنوان ریسک فاکتور اعتیاد تلقی و حتی با تشخیص اختلالات عاطفی می‌بایست تشخیص افتراقی سوء مصرف مواد توسط درمانگر همیشه لحاظ شود.

۳. بر اساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر و نیز دیگر گزارش‌های موجود، در مواقعی که نمرات حاصل از اجرای پرسش‌نامه MMPI بر روی یک مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی (به هر دلیل که ارجاع داده شده و یا شخصاً مراجعه کرده باشد) در میزان‌های Pd، Sc، D و بالا و در میزان‌های K و L پایین بود، حتماً تشخیص افتراقی اعتیاد به عنوان یک عارضه همبودی مدنظر متخصصان بالینی قرار گیرد.

۴. با توجه به گزارش‌های ارائه شده در جدول شماره ۲ فصل چهارم در خصوص علل گرایش معتادان گروه نمونه، و نیز اطلاعات جمعیت‌شناختی حاصل از این گروه، چنانچه فردی دارای شغل آزاد (والدین او نیز دارای شغل آزاد) ساکن خانه شخصی، دارای تحصیلات ابتدایی تا متوسطه، مجرد، درآمد حدود ۴۰۰ هزار تومان، دارای سابقه بیماری‌های شدید و مزمن جسمی و روان‌شناختی (خصوصاً اضطراب و افسردگی) دارای بستگان درجه ۱ یا ۲ معتاد و نیز دارای سابقه محکومیت باشد و در همان حال مواد در دسترس و فشار گروه همسال و یا افرادی که وی با آنها معاشرت دارد، بالا و کنجکاووی خود نیز بارز و (معمولاً معیوب) و فاقد مهارت‌های اساسی زندگی نیز باشد، احتمال سوء مصرف مواد وی بسیار بالا خواهد بود.

۵. چنان که ترکیب داده‌های جمعیت‌شناختی پیش‌گفته، به همراه داده‌های حاصل از مقیاس MMPI به خصوص میزان‌های بالا در Pd، Sc، Pt، D باشد، حتماً می‌بایستی خدمات روان‌شناختی، روان‌پزشکی و بالینی را در خصوص سوء مصرف مواد پیش‌بینی و در دسترس قرار داد.

پیشنهادهای

- با توجه به اینکه بخش عمده‌ای از تاریخچه پژوهشی اعتیاد بر عوامل اجتماعی و گروهی تأکید داشته‌اند، بهتر است پژوهش‌های آتی و رابطه بین شخص-اعتیاد بیش‌تر مدنظر باشد.
- تابلوی بالینی اعتیاد هم از نظر جمعیت‌شناختی و هم آزمون‌ها و پرسش‌نامه‌های تخصصی در سطوح مختلف بهداشت و درمان و در سطوح مختلف ارجاع، تبیین شود.

۳. پژوهش حاضر در قالب پرسش نامه‌های جدید و نیز همراه با مصاحبه‌های بالینی اجرا شود تا قدرت تشخیصی متخصصان بالا رود.
۴. تحلیل عوامل در خصوص اعتیاد یک ضرورت است که باید از طریق شبیه‌سازی با مدل‌های رایج ابعادی شخصیت، بررسی شود.

منابع فارسی

۱. شاملو، سعید. (۱۳۸۲)، روان‌شناسی بالینی، تهران، انتشارات رشد.
۲. کرد میرزا، عزت‌الله. (۱۳۸۲) هنجاریابی آزمون آمادگی اعتیاد، اعتیاد پژوهی، سال دوم، شماره ۲
۳. میلانی‌فر، بهروز. (۱۳۷۹) بهداشت روانی، تهران، نشر توس.
۴. محمدی، مسعود. دهقان‌پور، محمد. (۱۳۸۲) آسیب‌شناسی روانی سوء مصرف مواد، تهران، انتشارات آینه کتاب.
۵. اورنگ، جمیله (۱۳۷۷) پژوهشی درباره اعتیاد، تهران، انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
۶. سخاوت، جعفر. (۱۳۸۱) عوامل ساختاری و مبانی پیشگیری از اعتیاد، مقالات اولین همایش ملی آسیب‌های اجتماعی در ایران، خرداد ۱۳۸۱، جلد دوم تهران.
۷. کامکار، منوچهر. قنبری، عباس. (۱۳۸۱) همایش علمی کاربردی اعتیاد و خانواده، صص ۵۴-۵۷
۸. نعمتی، فرشاد. (۱۳۸۱)، راهبردهایی برای پیشگیری و درمان، اعتیاد و قاچاق مواد مخدر، جلد دوم، صص ۲۷۹-۲۹۶.
۹. هاشمی، علی. (۱۳۸۳) نگاه نو، اقدام نو در مبارزه با مواد مخدر، تهران، چاپ رسانش.
۱۰. کمیل، بهرام. (۱۳۸۲) ویژگی‌های جامعه‌شناختی مصرف‌کنندگان مواد مخدر در محلات اصفهان، اعتیاد پژوهی، سال دوم، شماره ۵، صص ۳۱-۴۶
۱۱. حکیم، عبدالحمید. (۱۳۸۱) افیون و درمان آن، پایان‌نامه دکتري، دانشکده پزشکی دانشگاه تهران.
۱۲. زکریایی، محمد علی. (۱۳۸۲) اعتیاد به مواد مخدر جوانان، تهران.
۱۳. مرتضوی قه‌می، علی. (۱۳۸۲) قاچاق بین‌المللی مواد مخدر و حقوق بین‌الملل، تهران، آینه کتاب.
۱۴. نورانی‌پور، رحمت‌الله. (۱۳۸۳) بررسی علل اعتیاد به مواد تغییر دهنده خلق و رفتار و روش‌های مؤثر و کارآمد مشاوره اعتیاد، اعتیاد پژوهی، سال دوم، شماره ۶، صص ۱۳-۵۵
۱۵. اسعدی، حسن. (۱۳۸۱) اعتیاد و قاچاق مواد مخدر، مقالات اولین همایش ملی آسیب‌های اجتماعی

- در ایران، خرداد ۱۳۸۳، جلد دوم، تهران، صص ۱۰۹-۱۴۹
۱۶. محمدی، عطاالله. (۱۳۸۱)، مقایسه برخی عوامل پرخطر و ویژگی های شخصیتی بزهکاران معتاد و غیر معتاد، مقالات اولین همایش ملی آسیب های اجتماعی، جلد دوم، تهران، صص ۲۲۵-۲۴۷
۱۷. هاشمی، علی. (۱۳۸۳)، نگاه نو، اقدام نو در مبارزه با مواد مخدر، تهران، چاپ نیایش.
۱۸. اتیکسون، ریتا و دیگران. (۱۳۸۳)، زمینه روان شناسی هیلگارد، جلد دوم، ترجمه رفیعی و همکاران، تهران، انتشارات ارجمند.

References

1. Miller ; Norman (2002) Addiction Psychiatry Current diagnosis and treatment, I(I).
2. Eviedman ; herman (2000) Drug and Abuse , New York.
3. Kaplan and Sadock (2003) Synapsis of psychiatry ,, Ed 9th . New York .
4. Keltner ; Norman L.Schwecke; Lee Hilyard, Bostrom; Carol E. (2003) Psychiatric Nursing . Ed 4th , Mosby .
5. Gelder ; Michael Graham . et al (1999) Oxford coretext (psychiatry).Ed 2nd.
6. Fontaine ; Karen Lee (2003) Mental Health Nursing . Ed 4th .
7. Boyd ; Mary Ann (2005) Psychiatne Nursing . Ed 3rd , lippincott Willuams and wulkins .
8. Halgin ; Richard F. , Whitbourne ; Suankrauss (2003) Abnormal Psychologs , Ed 4th .
9. Garson ; Verna Benner (2000) Mental Health Nursing , Ed 2nd .
10. Gipriano ; Lois A, Psychoanalytic Perspective on substance abuse , Journal of social w,rk in health care , (2003) vol 215(3) , 9-46.
11. Gompton ; Wilson M. , et al (2002) the role of psychiatric disorders in Predicting drug dependence treatment ...come , the American J. of psydicting , Washington , vol 160(s), 890-6.
12. Pape; Hilda, Ingeborg ; Rossow (2004) A longitudinal study of ecstasy and other drug Norwegian youth , Journal of drug issues , vol 34(2) , 389-419 .
13. Abadinsky ; Howard ,(2001) Drugs : an inrtoduction , Ed 4th .