

خصوصیات شخصیتی معتادان مرد مراجعه به مراکز درمانی

شهر تهران در سال ۱۳۸۵

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

چکیده

طرح مساله: 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 خود معرف ترک و بازتوانی اعتیاد و شهر تهران بود. از میان این افراد ۲۵۶ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل: (۱) سیاهه شخصیتی مینه سوتا (۲) پرسش نامه اطلاعات جمعیت شناختی که حاوی سؤالاتی در زمینه های فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی معتادان بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده از روش های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد در آمار توصیفی از جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی و درصد جداول یک بعدی و دو بعدی برحسب نوع و مشخصات داده ها استفاده شد. آمار استنباطی نیز شامل آزمون و فشر^۵ بود و با استفاده از نرم افزار SPSS اندازه گیری ها تحلیل شد.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که ۱۹/۱٪ معتادان بیکار، ۳۸٪ مستأجر، ۲/۳٪ بی سواد، ۶۰/۵٪ مجرد و حدود ۵۷/۸٪ از آنان کمتر از ۲۰۰ هزار تومان درآمد داشته اند.

میزان خطرپذیری معتادین براساس MMPI شامل ۷/۸۱٪ مانیا^۶، ۲۸/۱۲٪ SC^۷، ۱۲/۵٪ پارانوایا^۸، ۳۳/۹۸٪ ضد اجتماعی^۹، ۱۲/۵٪ هیستری^{۱۱}، ۵۷/۴۲٪ افسردگی^{۱۲} و ۲۲/۲۶٪ خود بیمار پنداری^{۱۳} در سطح ناهنجاری بوده و نشانه اختلال شخصیت است.

بحث و نتیجه گیری: 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 و همچنین چنانچه نمرات حاصل از MMPI در مراجعه کنندگان در میزان های D و PD و SC بالا و میزان های L و K پایین باشد تشخیص افتراقی اعتیاد مدنظر بوده و خدمات درمانی و مشاوره ای پیش بینی می شود.

کلید واژه ها: خصوصیات شخصیتی، معتاد

^۱ - استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران

^۲ - استاد دانشگاه تهران - دانشکده بهداشت و اپیدمیولوژی

^۳ - کارشناس ارشد پرستاری گرایش (داخلی - جراحی) عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان

^۴ - Cross- Sectional Survey

^۵ - X²

^۶ - Fisher

^۷ - Mania

^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 جنین 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 صرفاً 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 چیز 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 و به صورت مسئله‌ای جهانی درآمد و ابعاد همه‌گیری آن به صورت موج از قاره‌ای به قاره دیگر گسترش یافت. (گیسپ دی گنار، 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 وامی دارد که غالباً تهدیدآمیز و یا آمیخته با خشم است.

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

طبق گزارش طرح سرشماری معتادین توسط مرکز مبارزه با مواد مخدر ناجا در سال ۱۳۸۱، نزدیک ۵ درصد معتادین زیر ۱۵ سال هستند و حدود ۳۱ درصد معتادین نیز در گروه سنی ۱۵ تا ۳۰ سال می‌باشند، بین ۳۱ تا ۴۵ درصد معتادین دستگیر شده و یا پذیرش گردیده در سنین جوانی یعنی ۱۵ تا ۳۰ سال قرار دارند. چنین روند روبه رشدی حاکی از آن است که روش‌های معمول پیشگیری معالجه یا مبارزه تاکنون کارساز نبوده است. (زکریایی، ۱۳۸۲، ص ۱۳-۱۲)

طبق گزارش طرح سرشماری معتادین توسط مرکز مبارزه با مواد مخدر ناجا در سال ۱۳۸۱، نزدیک ۵ درصد معتادین زیر ۱۵ سال هستند و حدود ۳۱ درصد معتادین نیز در گروه سنی ۱۵ تا ۳۰ سال می‌باشند، بین ۳۱ تا ۴۵ درصد معتادین دستگیر شده و یا پذیرش گردیده در سنین جوانی یعنی ۱۵ تا ۳۰ سال قرار دارند. چنین روند روبه رشدی حاکی از آن است که روش‌های معمول پیشگیری معالجه یا مبارزه تاکنون کارساز نبوده است. (زکریایی، ۱۳۸۲، ص ۱۳-۱۲)

باتوجه به واقعیت‌های بالا هدف پژوهش حاضر عبارت است از: بررسی خصوصیات شخصی معتادین مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران براساس سیاهه شخصیتی چندگانه مینه‌سوتا (MMPI) فرم کوتاه ۷۱ سؤالی است. به عبارتی، سؤال پژوهشی «عمده» ما این است که، آیا الگوی ریخت شناختی از شخصیت سوء مصرف کنندگان مواد وجود دارد یا نه؟ و اگر وجود دارد در مؤلفه‌های جمعیت شناختی چطور قابل تبیین است. برای نشان دادن این موضوع، سؤالات زیر مطرح و مورد ارزیابی قرار گرفتند:

- ۱) آیا خصوصیات فردی، اجتماعی، خانوادگی معتادین مراجعه کننده به مراکز درمانی متفاوت است؟
- ۲) خصوصیت ضد اجتماعی در معتادین مراجعه کننده به مراکز درمانی به چه میزان است؟
- ۳) خصوصیت پارانویا در معتادین مراجعه کننده به مراکز درمانی به چه میزان است؟
- ۴) خصوصیت افسردگی در معتادین مراجعه کننده به مراکز درمانی به چه میزان است؟
- ۵) خصوصیت مانیا در معتادین مراجعه کننده به مراکز درمانی به چه میزان است؟
- ۶) خصوصیت خودبیمار پنداری در معتادین مراجعه کننده به مراکز درمانی به چه میزان است؟
- ۷) خصوصیت هسیتری در معتادین مراجعه کننده به مراکز درمانی به چه میزان است؟

۸) خصوصیت خستگی روان در معتادین مراجعه کننده به مراکز درمانی به چه میزان است؟

۹) خصوصیت اسکیزوفرنیا در معتادین مراجعه کننده به مراکز درمانی به چه میزان است؟

۱۰) آیا نمره معتادین مراجعه کننده به مراکز مختلف درمانی در مقیاس L آزمون MMPI با هم متفاوت است؟

۱۱) آیا نمره معتادین مراجعه کننده به مراکز مختلف درمانی در مقیاس F آزمون MMPI با هم متفاوت است؟

۱۲) آیا نمره معتادین 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^۱ 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 زمینه های فردی، خانوادگی و اجتماعی و اقتصادی معتادان بود.
- آزمون M.M.P.I در سال ۱۹۴۳ توسط «هاتاوی^۲ L.R ، و مک کینلی^۳» 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 را حال را می سنجد و از نه سؤال و چندین فرم کوتاه تشکیل یافته است که در این تحقیق فرم کوتاه ۷۱ سؤالی آن برای اندازه گیری خصوصیات شخصیتی افراد نمونه به کار برده خواهد شد. (ترول، ۲۰۰۲، ص ۲۰۷)

¹ - Cross- Sectional Survey

² - Hataway, LR

³ - McKinley, J.e.

ویژگی‌هایی که توسط مقیاس های پرسشنامه ابتدایی مینه سوتا سنجیده خواهند شد عبارتند از:

(۱) ضد اجتماعی (pd^۱) (۲) پارانویا (pa^۲) (۳) افسردگی (D^۳) (۴) مانیا (ma^۴) (۵) خودبیمار پنداری (HS^۵) (۶) خستگی روانی (pt^۷) هیستری (Hy^۸) اسکیزوفرنیا (sc^۹) مقیاس (۹) مقیاس L (۱۰) مقیاس F (۱۱) مقیاس K.

فرم کوتاه ۷۱ سؤالی MMPI را، مک‌کین کانن^۸ در سال ۱۹۴۸ تنظیم نمود و در سال ۱۳۵۳ اخوت براهنی، شاملو و نوع‌پرست آن را به فارسی ترجمه کردند. این فرم توسط اخوت در سال ۱۳۵۳ در مورد یک گروه ۳۰ نفری از معتادان بستری در بیمارستان ونک به کار رفت و روایی آن برای جمعیت ایرانی مورد مطالعه مورد تأیید قرار گرفت. فرم کوتاه ۷۱ سؤالی دارای سه میزان روایی K, F, L است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد. در آمار توصیفی 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^۹ و فیشر^{۱۰} بود و با استفاده از نرم‌افزار SPSS اندازه‌گیری‌ها تحلیل شد.

نتایج

سؤال پژوهش ۱:

تحلیل نتایج در خصوص اطلاعات جمعیت شناختی معتادین، نشان داد، از مجموع ۲۵۶ آزمودنی:

-
- ^۱ - Antisocial
 - ^۲ - Paranoia
 - ^۳ - Depression
 - ^۴ - Mania
 - ^۵ - Hypochondria
 - ^۶ - Hysteria
 - ^۷ - Schizophrenia
 - ^۸ - Mac kin canon
 - ^۹ - χ^2
 - ^{۱۰} - Fisher

- (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٪) 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 نهایتاً 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٪) سایر مواد را مصرف می‌کردند.
- (۷) الگوی مصرف ۱۴۱ نفر (۵۵,۱٪) تدخینی، ۳۸ نفر (۱۴,۸٪) تزریق، ۵۴ نفر (۲۸,۱٪) خوراکی و ۲۳ نفر (۹٪) از روش‌های چندگانه مثل تزریق و تدخین استفاده می‌کردند.
- سایر اطلاعات جمعیت شناختی گروه نمونه به شرح جداول زیر است:

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

کنندگان

نسبت (درصدها)	تعداد	شاخص‌های آماری دلایل
۲۰,۱۵	۲۶	احساس غرور
۵۰,۳۹	۱۲۹	همراهی و فشار دوستان
۵,۴۶	۱۴	پیزوی 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 واضطراب
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

با توجه به گزارش آزمودنی‌ها، بیش از ۵۰٪ آزمودنی‌ها در نتیجه فشار گروهی بیشترین و کمترین دلیل گرایش به اعتیاد نزد آزمودنی‌ها به تعداد ۷ نفر (۲,۷۳٪) به علت مازاد درآمد می باشد.

جدول ۱-۲: سابقه بیماری‌های جسمی آزمودنی

نسبت (درصدها)	تعداد	شاخص‌های آماری بیماری
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

جدول ۳-۱: توزیع فراوانی و نسبت درصد سابقه محکومیت‌ها آزمودنی‌ها در مراجع

انتظامی و قضایی و سابقه اعتیاد در بستگان آنان:

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

داده‌های حاصل از جدول فوق بیانگر برخی دیگر از عوامل خطر آفرین برای شروع اعتیاد و تداوم مصرف مواد است که اعتیاد بستگان درجه ۲ با ۶۱,۳۲٪ بیشترین نقش را داشته است.

ضمناً در تحلیل آماری داده‌های جمعیت شناختی معتادین گروه نمونه و ترکیب با آن داده‌های حاصل از خرده مقیاس‌های 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 بیمار پنداری (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 پارتو (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 را نشان نداد.

جدول ۴-۱: جدول دو بعدی خرد مقیاس‌های MMPI و اطلاعات جمعیت

شناختی معنادین

گروه نمونه براساس معنی داری نتایج آزمون دقیق فیشر

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

براساس نتایج مندرج در جدول ۴ - ۱ که پس از اجراء آزمون دقیق فیشر به دست آمده به نظر می‌رسد که:

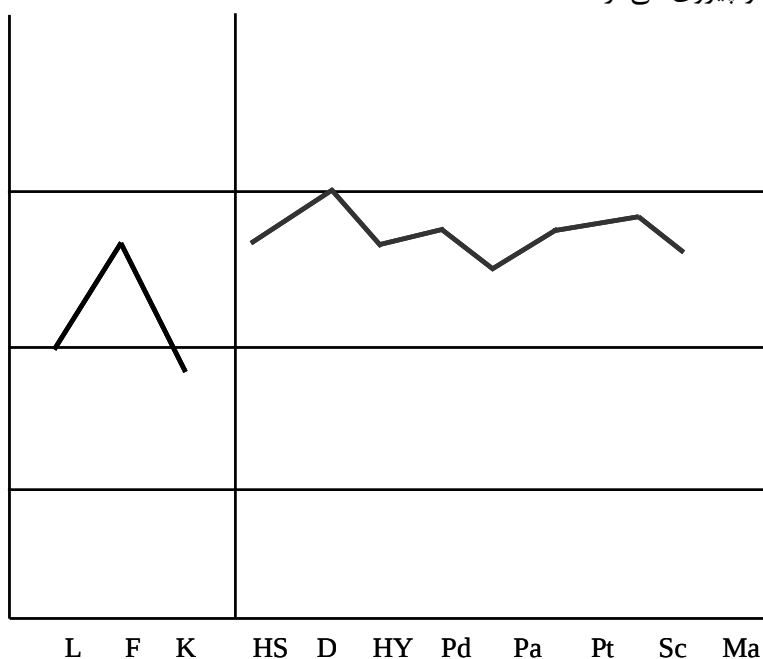
الف) مهم‌ترین خرده مقیاس MMPI که در تمییز معناداری رابطه بین اطلاعات جمعیت شناختی جامع عمل نموده، خرده مقیاس HS است. که با ۶ عامل از ۷ عامل جمعیت شناختی مورد مطالعه رابطه معناداری دارد.

ب) پس از HS، خرده مقیاس Pt, D هر یک با ۴ عامل، K, F, Pd, Sc هر یک با سه عامل و در نهایت L, HY, Pa هر یک با دو عامل رابطه معناداری دارند.

ج) جالب اینکه در خصوص عامل Ma هیچ گونه 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 صد اجتماعی، پارانویا، افسردگی، مانیا، خود بیمار پنداری، هیستری، ضعف روانی، اسکیزوفرنیا، دروغ پردازی، اصلاح و نابسامدی معتادین طبق سیاهه شخصیتی مینه سوتا نیمرخ آنان ترسیم و به شرح زیر ارایه شده است. جالب این که نیمرخ تمامی معتادان خواه معتادین به تریاک، هروئین، کراک و یا چند دارویی از همین الگو پیروی می‌کردند.



به طوری که ملاحظه می‌شود جهت نیمرخ، نشان دهنده نوعی اختلال شخصیت اعتیادی است که ویژگی‌های آن عبارت است از:
(۱) 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 ۵-۱: عملکرد آزمودنی‌ها برحسب محدوده خطر پذیری

میزان خطرپذیری		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	
خودبیمارانگاری	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	۱۲,۵	۲۵۶	۱۰۰	
ضعف روانی	۹	۳,۵۱	۱۸۰	۷۰,۳۱	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 فوق الذکر براساس درجه بندی استاندارد در پروفایل صرفاً به منظور تصریح نمرات نقاط ۳۰ و ۵۰ و ۷۰ درصدی، همانند پروفایل استاندارد، به عنوان میزان های خطرپذیری لحاظ شده اند.

(۲) در مقیاس مانیایی ۷,۸۱ درصد آزمودنی ها در سطح نابهنجاری عمل کرده اند، به گونه ای که از هنجار جامعه فاصله و در محدوده اختلالات شخصیتی قرار می گیرند.

(۳) در مقیاس اسکیزوفرنی ۲۸,۱۲ درصد آزمودنی ها در سطح نابهنجاری عمل کرده اند، به گونه ای که از هنجار جامعه فاصله و در محدوده اختلالات شخصیتی قرار می گیرند.

- (۴) در مقیاس ضعف روانی ۲۶,۱۷ درصد آزمودنی‌ها در سطح نابهنجاری عمل کرده‌اند، به گونه‌ای که از هنجار جامعه فاصله و در محدوده اختلالات شخصیتی قرار می‌گیرند.
- (۵) در مقیاس پارانوئیا ۱۶۵ درصد آزمودنی‌ها در سطح نابهنجاری 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 بهنجاری 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 بهنجاری 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 بهنجاری عمل کرده‌اند، به گونه‌ای که از هنجار جامعه فاصله گرفته و در محدوده اختلالات شخصیتی قرار گرفته‌اند.
- (۹) در مقیاس خود بیمار پنداری ۳۳,۲۶ درصد آزمودنی‌ها در سطح بهنجاری 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) صرفاً ۲ درصد آزمودنی‌ها نمره بالایی گرفته‌اند که بیانگر تلاش آنان برای ارائه توصیف مثبت و غیرواقع گرایانه از خود است.
- در ادامه مجدداً تأکید می‌شود که هیچ یک از مقیاس‌های فوق به تنهایی واجد ارزش تفسیری نیست مگر اینکه به صورت ترکیبی و براساس مشکل نیمرخ روانی یا پروفایل ترسیم شده و فراز و فرودهای بر روی آن، تحت تفسیر قرار گیرند. بر این اساس با توجه به اینکه:

(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 کم انگاری و نیاز به ارضای فوری خواسته‌هاست. بیشترین افرادی که در این میزان نمره بالا می‌آورند افرادی هستند گوشه‌گیر و مردم‌گریز و خجالتی که انعطاف لازم را در کنش‌های متقابل اجتماعی از خود نشان نمی‌دهند.

(۲) عملکرد آزمودنی‌های مورد پژوهش در ترکیب میزان‌های Pd, D, Sc نمایانگر همخوانی داده‌های به دست آمده با پژوهش گریوز (Greeves) است. چنین ترکیبی ضمن تفسیر آمده در مورد بالا، بیانگر تابلوی بالینی افرادی است که تمایلات خودآزاری و تنش‌های فراوان، عصیان بر ضد خانواده و سایر نهادهای اجتماعی داشته و خود را قربانی خانواده‌های خود می‌دانند. خود را جدا از دیگران احساس کرده و متعلق به اجتماعی که در آن زندگی می‌کنند، نمی‌دانند و از درونی ساختن ارزشهای آن عاجز هستند و سرباز می‌زنند.

(۳) نمره زیاد در میزان‌های Sc, Pd, D در مطالعه پتیل (Pitle) 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 معتادین در میزان‌های Sc, Pd, D، نمودار اضطراب، گرایش به افسردگی، احساس تنهایی، فقر در روابط عاطفی و بیزاری و احساس بی‌کفایتی است به طور متوسط، چنین عملکردی، بالاتر از جامعه عادی بوده و در نقطه بحرانی قرار می‌گیرد و این نتایج در پژوهش حاضر نیز به دست آمد.

(۵) جالب اینکه نمرات پایینی آزمودنی‌ها در میزان‌های Pa, HY, و Ma هم‌خوان با هنجاریابی اولیه آزمون MMPI روی معتادین، به وسیله اخوت و همکاران است و تفسیر آنان گویای فقدان دفاع روانی در بیان پاسخ‌هاست. یعنی معتادین نسبت به افراد عادی دفاع کمتری در پاسخ‌ها داشته و شاید بتوان گفت این گرایش ناشی از آن است که گروه معتادین به هنگام آزمون، وضع مشخص و شناخته شده‌ای به عنوان یک فرد معتاد دارند و درواقع 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 پژوهش گرانی است که سعی داشته معتادین 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، این گونه گزارش دادند که معتادین مورد مطالعه در این پژوهش در گروه سنی ۲۰-۴۰ ساله قرار داشته و ۶۱ درصد به هروئین، ۲۰ درصد تریاک و بقیه به انواع دیگر مواد وابسته بودند. معتادین در این پژوهش خصوصیات پسیکوپاتیک و سیکونوروتیک را از خودشان نشان دادند. نمرات معتادین در میزان‌های اضطراب، گرایش به افسردگی و احساس تنهایی، بزرگترین عدد را نشان داد که این الگو تقریباً مشابه است با آنچه در جوامع غربی می‌بینیم. این پژوهش نشان داد که معتادین 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 و از جمله یافته‌های مهم این پژوهش است.

۹) به طوری که از داده‌های حاصل از پژوهش برمی‌آید، همزاهی اختلالات با یکدیگر (Comorbidity) یکی از مشکلات جدی معتادین 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، ناهنجاری‌ها 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، گلاسینی 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 مواجه بوده 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 میبرز، 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.

اخیراً 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، آسیب پذیر شده و 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)، محققین دانشگاه آلاباما بیرمنگهام (۲۰۰۱)، ژانت آدریان و همکاران (۲۰۰۲) به تأیید رسیده است.

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

نتیجه گیری 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 معتادین نیز معتبر و قابل توجه است.

۲) براساس نتایج حاصله و تطبیق با گزارشات سایر کشورها و نیز دوره‌های زمانی مختلف، به نظر می‌رسد ساخت شخصیتی معتادان روند نسبتاً مشابهی را در فرهنگ‌های مختلف و در طی سال‌های مختلف در پیش‌رو داشته و نیمرخ روانی حاصل از معتادین 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) براساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر و نیز سایر گزارشات موجود، در مواقعی که نمرات حاصل از اجرای پرسشنامه MMPI بر روی یک مراجعه کننده به کلینیک تخصصی (به هر دلیل که ارجاع داده شده و یا شخصاً مراجعه کرده است) چنانچه در میزان های Sc, Pd, D بالا و در میزان های K, L پایین بود، حتماً تشخیص افتراقی اعتیاد به عنوان یک عارضه همبودی مدنظر متخصصان بالینی قرار گیرد.

۴) با توجه به گزارش ارائه شده در جدول شماره دو فصل چهارم در خصوص علل گرایش معتادین گروه نمونه، و نیز اطلاعات جمعیت شناختی 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 ۴۰۰,۰۰۰ 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 کنجکاوی خود نیز بارز و (معمولاً معیوب) و فاقد مهارت‌های اساسی زندگی نیز می‌باشد، احتمال سوء مصرف مواد وی بسیار بالا خواهد بود.

۵) چنانکه ترکیب داده‌های جمعیت شناختی فوق الذکر، به همراه داده‌های حاصل از مقیاس MMPI خصوصاً میزان‌های بالا در Sc, Pd, Pt, D باشد، حتماً می‌بایستی خدمات روان‌شناختی، روان‌پزشکی و بالینی را در خصوص سوء مصرف مواد پیش‌بینی و در دسترس قرار داد.

پیشنهادهات

(۱) 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.

(۲) تابلوی بالینی اعتیاد هم از نظر جمعیت شناختی و هم آزمون‌ها و پرسشنامه‌های تخصصی در سطوح مختلف بهداشت و درمان و در سطوح مختلف ارجاع، تبیین شود.

(۳) پژوهش حاضر در قالب پرسشنامه‌های جدید و نیز همراه با مصاحبه‌های بالینی اجراء، تا قدرت تشخیصی متخصصین بالا رود.

(۴) تحلیل عوامل در خصوص اعتیاد یک ضرورت است که بایستی از طریق شبیه سازی با مدل‌های رایج ابعادی شخصیت، بررسی شود.

منابع

- (۱) شاملو، سعید، (۱۳۸۲)، روانشناسی بالینی، تهران، انتشارات رشد.
- (۲) کرد میرزا، عزت ا...، ۱۳۸۲، هنجاریابی آزمون آمادگی اعتیاد، اعتیاد پژوهی، سال دوم، شماره ۲، ص
- (۳) میلانی فر، بهروز (۱۳۷۹) بهداشت روانی، تهران، نشر توس.
- (۴) محمدی، مسعود، دهقان پور، محمد، (۱۳۸۲) آسیب شناسی روانی سوء مصرف مواد، تهران، انتشارات آینه کتاب.
- (۵) اورنگ، جمیله (۱۳۷۷) پژوهشی درباره اعتیاد، تهران، انتشارات وزارت ارشاد.
- (۶) سخاوت، جعفر، ۱۳۸۱، عوامل ساختاری و مبانی پیشگیری از اعتیاد، مقالات اولین همایش ملی آسیب های اجتماعی در ایران، خرداد ۱۳۸۱، جلد دوم تهران.
- (۷) کامکار، منوچهر، قنبری، عباس، ۱۳۸۱، همایش علمی کاربردی اعتیاد و خانواده، ص ۵۴-۵۷.
- (۸) نعمتی، فرشاد، (۱۳۸۱)، راهبر رهایی برای پیشگیری و درمان، اعتیاد و قاچاق مواد مخدر، جلد دوم، ص ۲۷۹-۲۹۶.
- (۹) هاشمی، علی، (۱۳۸۳) نگاه نو، اقدام نو در مبارزه با مواد مخدر، تهران، چاپ رسانش.
- (۱۰) کمیل، بهرام، ۱۳۸۲، ویژگی های جامعه شناختی مصرف کنندگان مواد مخدر در محلات اصفهان، اعتیاد پژوهی، سال دوم، شماره ۵، ص ۳۱-۴۶.
- (۱۱) حکیم، عبدالحمید، ۱۳۸۱، افیون و درمان آن، پایان نامه دکتری، دانشکده پزشکی دانشگاه تهران.
- (۱۲) زکریایی، محمد علی (۱۳۸۲) اعتیاد به مواد مخدر جوانان، تهران.
- (۱۳) مرتضوی قهی، علی، (۱۳۸۲) قاچاق بین المللی مواد مخدر و حقوق بین الملل، تهران، آینه کتاب.
- (۱۴) نورانی پور، رحمت ا... ۱۳۸۳، بررسی علل اعتیاد به مواد تغییر دهنده خلق و رفتار و روشهای موثر و کارآمد مشاوره اعتیاد، اعتیاد پژوهی، سال دوم، شماره ۶، ص ۵۵-۱۳.
- (۱۵) اسعدی، حسن، ۱۳۸۱، اعتیاد و قاچاق مواد مخدر، مقالات اولین همایش ملی آسیب های اجتماعی در ایران، خرداد ۱۳۸۳، جلد دوم، تهران، ص ۱۴۹-۱۰۹.
- (۱۶) محمدی، عطا...، ۱۳۸۱، مقایسه برخی عوامل پرخطر و ویژگی های شخصیتی بزهکاران معتاد و غیر معتاد، مقالات اولین همایش ملی آسیب های اجتماعی، جلد دوم، تهران، ص ۲۴۷-۲۲۵.
- (۱۷) هاشمی، علی، ۱۳۸۳، نگاه نو، اقدام نو در مبارزه با مواد مخدر، تهران، چاپ نیایش.
- (۱۸) اتیکسون، ریتا و دیگران، ۱۳۸۰، زمینه روانشناسی 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 treatmentcome , 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 .