

بررسی خصوصیات شخصیتی با استفاده از پرسش‌نامه چند وجهی شخصیتی مینه سوتا (MMPI) در معتادین مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۳۸۷

دکتر محمد صاحب الزمانی^۱، لیلا آلیلو^۲، دکتر علی رشیدی^۳، علی شکیبی^۴

تاریخ دریافت ۸۸/۰۳/۲۶، تاریخ پذیرش ۸۸/۰۶/۱۰

چکیده

پیش زمینه و هدف: این پژوهش به منظور تعیین خصوصیات شخصیتی معتادین مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۳۸۷ انجام شد. **مواد و روش کار:** جامعه پژوهش را کلیه معتادین مراجعه کننده به مراکز درمانی تهران تشکیل می‌داد. این پژوهش توصیفی - تحلیلی با روش نمونه گیری تصادفی بر روی ۲۵۶ فرد معناد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد بهزیستی و سازمان مردم نهاد مربوطه انجام گرفته است. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه بوده که شامل دو بخش دموگرافیک و MMPI می‌باشد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از این پژوهش از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی و نرم افزار کامپیوتری SPSS11 استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که ۱۹/۱ درصد از جامعه مورد پژوهش بی‌کار، ۳۸ درصد مستأجر، ۲/۳ درصد بی‌سواد، ۶۰/۵ درصد مجرد و حدود ۵۷/۸ درصد از آنان کم‌تر از ۲۰۰ هزار تومان درآمد داشته‌اند که حاکی از وضعیت اقتصادی نسبتاً خوب و عدم تاثیر بی‌کاری در گرایش به اعتیاد می‌باشد. همچنین اکثر آن‌ها باسواد بودند که نشان دهنده شکست نهادهای اجتماعی حمایتی جامعه است. نتایج حاصل از پرسش‌نامه استاندارد MMPI نشان داد توزیع جامعه پژوهش در مقیاس مانیاپی (۷/۸۱ درصد)، اسکیزوفرنی (۲۸/۱۲ درصد)، ضعف روانی (۲۶/۱۷ درصد)، پارانویا (۱۲/۵ درصد)، انحراف روانی اجتماعی (۳۳/۹۸ درصد)، هیستری (۱۲/۵ درصد)، افسردگی (۵۷/۴۲ درصد)، خود بیمار پنداری (۲۲/۲۶ درصد) است. غالب درصد آزمودنی‌ها در سطح نابهنجاری عمل کرده‌اند که این امر بیان‌گر آن است که موارد پژوهش از هنجار جامعه فاصله گرفته و در محدوده اختلالات شخصیتی قرار دارند.

بحث و نتیجه‌گیری: با مقیاس MMPI، چنانچه نمرات حاصل از MMPI در مراجعه کنندگان به مراکز درمانی، در میزان‌های D (مقیاس افسردگی)، Pd، (مقیاس انحراف روانی اجتماعی) و Sc (مقیاس اسکیزوفرنی) بالا و میزان‌های L (مقیاس دروغ پردازی) و k (مقیاس اصلاح پردازی) پایین باشد، تشخیص افتراقی اعتیاد مد نظر بوده و خدمات درمانی و مشاوره‌ای باید پیش بینی شود.

کلید واژه‌ها: خصوصیات شخصیتی، معتادین به مواد مخدر، مقیاس MMPI

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیستم، شماره چهارم، ص ۲۹۷-۲۹۰، زمستان ۱۳۸۸

آدرس مکاتبه: ارومیه، خیابان شهید بهشتی، دانشگاه آزاد اسلامی، تلفن: ۰۴۴۱-۳۴۴۰۰۹۴

Email: L_Alilo@yahoo.com

مقدمه

بیش از ۱۵ درصد جمعیت بالای ۱۸ سال آمریکا را مبتلا ساخته است که حدود دو سوم آن‌ها به مشروبات الکلی و یک سوم به سوء مصرف مواد می‌پردازند (۳). بر طبق آمار رسمی در سال ۸۳، شمار مصرف کنندگان مواد مخدر ایران ۴ میلیون نفر با بیش از ۲/۵ میلیون مصرف منظم است. براساس آخرین ارزیابی‌ها، مواد مخدر در سال ۸۳ بالغ بر ۹۹/۴۷۲ میلیارد ریال شامل هزینه‌های

ایران اولین مصرف کننده تریاک و به‌طور کلی اپیوئیدها در جهان است (۱). معضل سوء مصرف مواد مخدر یکی از چهار بحران جهانی و عمده‌ترین بحران اجتماعی کشور می‌باشد که با سایر جنبه‌های اقتصادی، فرهنگی و ... کشور ارتباط تنگاتنگی دارد (۲). اعتیاد یک بیماری زیستی، روانی و اجتماعی است که

^۱ استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران

^۲ کارشناس ارشد آموزش پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۴ کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

رضای خاطر ایجاد می‌شود (۹). لذا باید به مسئله اعتیاد به‌عنوان یک پدیده اجتماعی و روانی نگریسته شود که در آن هم اجتماع مسئول است و هم فرد؛ بنابراین نیازمند راه کارهای پیشگیرانه در سطوح کلان و خرد هستیم (۱۰). در پژوهش حاضر، تاکید اصلی بر موضوع اعتیاد و شخصیت معتاد بوده و با رویکردی چند وجهی ضمن بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی معتادین، ساختار شخصیت آنان با نگاهی آسیب شناختی مورد تحلیل قرار گرفته است. تاکنون در مورد اختلالات شخصیتی معتادین در ایران تحقیقات محدودی صورت گرفته است، لذا امید است با توجه به اهمیت مسئله، این تحقیق بتواند نسبت به تشخیص و درمان و پیگیری انواع اختلالات شخصیتی در جهت پیشگیری از رخنه اعتیاد در جامعه، موثر واقع شود و نتایج به دست آمده، پایه مقایسه‌ای مطمئنی برای تحقیقات بعدی و جامع‌تر قرار گیرد. لذا این مطالعه با هدف ۱. تعیین خصوصیات فردی، اجتماعی و خانوادگی معتادین ۲. تعیین خصوصیات شخصیتی (ضد اجتماعی، پارانوایا، افسردگی، مانیا، خود بیمار پنداری، هیستری، ضعف روانی، اسکیزوفرنیا، دروغ پردازی، اصلاح و نابسامانی طبق پرسش‌نامه MMPI) معتادین مراجعه کننده به مراکز درمانی تهران در سال ۱۳۸۷ انجام گرفت تا دست اندرکاران مرتبط با بیماران اعتیادی را با وجوه مختلف شخصیتی این بخش از جامعه بیشتر آشنا نموده و موجبات انتخاب روش‌های متناسب درمانی و رفتاری را فراهم نماید.

مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است. محیط پژوهش، شامل مراکز ترک اعتیاد خود معرف، باز پروری و سازمان‌های غیر دولتی می‌باشد. جامعه پژوهش، کلیه معتادین مراجعه کننده به مراکز درمانی سطح شهر تهران می‌باشد. مطالعات اولیه نشان می‌دهند که حدود ۲۰ درصد کسانی که به مراکز بازپروری اعتیاد مراجعه می‌کنند از اختلالات شخصیتی برخوردارند، لذا نمونه‌ای به حجم ۲۵۶، با ضریب اعتماد ۹۵ درصد و خطای کم‌تر از ۵ درصد تعمیم‌پذیری نتایج را توجیه می‌نماید. معیارهای پذیرش در این مطالعه شامل: تاکنون در تحقیقی مشابه شرکت نکرده باشند، کلیه واحدهای مورد مطالعه جوانان بین ۱۸ تا ۲۴ سال بوده و ساکن شهر تهران باشند. روش نمونه‌گیری به صورت طبقه‌ای تصادفی بود به این صورت که نمونه‌ها از لیست کلیه مراجعه کنندگان به مراکز درمانی مختلف در سطح شهر تهران به صورت طبقه‌ای تصادفی انتخاب شدند. روش گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسش‌نامه است. ابزار گردآوری داده‌ها در این تحقیق شامل: ۱- پرسش‌نامه شخصیتی مینه سوتا و

خرید و مصرف مواد، کاهش بهره‌وری و مشارکت اجتماعی مصرف کنندگان و قاچاقچیان، هزینه‌های دولت در زمینه کاهش تقاضا و مقابله با عرضه، هزینه آسیب‌های اجتماعی و... به اقتصاد ایران ضربه زده است. سهم مصرف کننده ۴۸/۳ درصد، دولت ۲۴ درصد و جامعه ۲۷/۷ درصد بوده است. با توجه به درآمد ملی ایران و تولید ناخالص داخلی که به ترتیب ۳۴۲۶۴۲ میلیارد ریال و ۳۷۹۶۶۴ میلیارد ریال بوده، مشخص می‌گردد که خسارت مواد مخدر نسبت به درآمد ملی و تولید ناخالص داخلی به ترتیب ۲۹ و ۲۶/۲ درصد می‌باشد. به عبارت دیگر حدود یک سوم درآمد ملی ما صرف هزینه مصرف مواد مخدر می‌گردد (۴). اختلالات شخصیتی در تعریف، الگوهای غیر انطباقی نافذ و مستمر رفتاری می‌باشند که فرد عمیقاً به آن‌ها معتقد است. به‌طور تقریبی شیوع اختلالات شخصیتی ۶/۹ درصد از کل جمعیت انسانی را به خود اختصاص می‌دهند که در مجموع شیوع آن در بین زنان و مردان یکسان است. این افراد از نحوه ارزیابی دیگران نسبت به خود ناتوان بوده، بنابراین رفتار آن‌ها در جامعه غیرطبیعی و مزاحم دیگران تلقی می‌شود و همچون سیکل معیوبی عمل می‌کند که روابط اجتماعی و روش تطابقی این افراد را بیش از پیش مشخص می‌نماید.

اغلب این بیماران خود را بیمار نمی‌دانند و بنابراین انگیزه‌ای برای درمان ندارند. گروهی از این افراد با از دست دادن شخصیت طبیعی خود، مستعد روی آوردن به دام اعتیاد می‌شوند که با ایجاد وابستگی روانی - جسمانی، مشکلی دیگر بر مشکلاتشان اضافه می‌شود (۵). اساس اعتیاد میل غیرقابل کنترل برای رسیدن به لذت و کم کردن اضطراب در فردی است که اختلال شخصیت منش دارد (۶). مطالعه ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که عوامل زیست شناختی، روان شناختی، روان شناختی اجتماعی و خانوادگی با سوء مصرف مواد مرتبط هستند (۷).

جامعه شناسان و روان شناسان معتقدند که ضعف و نارسایی‌های شخصیتی و اختلالات نوروتیک و سایکوتیک به موازات شرایط خانوادگی، اجتماعی و فقدان روابط صحیح انسانی به تدریج فرد را در مقابله با مشکلات ناتوان می‌سازد که متعاقب آن فرد سعی می‌کند تا از واقعیت فرار نماید و در این راه با وسیله‌ای آشنا می‌گردد که ظاهراً برای مدت کوتاهی به صورت ذهنی او را از مشکلات دور می‌سازد (۸). اجتماع ستیزی اولیه و رفتار بزهکارانه (مانند اختلال کرداری) با سوء مصرف اولیه مواد اعتیاد مرتبط است. عملکرد تحصیلی ضعیف و فقدان تعهد آموزشی نیز با احتمال افزایش سوء مصرف مواد مرتبط هستند. سوء مصرف اغلب به دنبال یک دوره نگرش‌های منفی نسبت به خود و سایرین، گرفتاری (تعامل) اجتماعی با سایر همسالان یا افت و رفتار غیر قابل قبول اجتماعی برای دستیابی به خود ارزشی و

۹- مقیاس L، (۵ سوال، از آن به این نکته پی برده می‌شود که فرد آزمودنی تا چه اندازه کوشیده است تا خود را بهتر از آنچه هست جلوه دهد).

۱۰- مقیاس F (۱۵ سوال، میزان پاسخ‌های استثنايي و انحرافی فرد را اندازه می‌گیرد. نمره‌های بالا اغلب می‌توانند به عنوان یک شاخص عمومی آسیب شناختی مورد استفاده قرار گیرند).

۱۱- مقیاس K (۱۶ سوال، برای جداسازی افرادی طرح شده است که تصویر کاملاً مثبتی از خودشان ترسیم می‌کنند. این مقیاس چگونگی رفتار آزمودنی را نسبت به آزمون بررسی می‌کنند).

پس از تکمیل پرسش‌نامه اطلاعات بدست آمده با در نظر گرفتن کلیدهای آن بر روی پروفایل ترسیم و مقایسه می‌شود و سپس هر کدام به تفکیک تفسیر می‌شود. سپس با مشخص نمودن میانگین نمرات تمام آزمودنی‌ها در میزان‌های مختلف، پروفایل میانگین هر میزان را رسم می‌نماییم و با مقایسه آن با پروفایل‌های استاندارد به تفسیر و بررسی آن می‌پردازیم.

فرم کوتاه ۷۱ سوالی M.M.P.I را کین کانن (Rack in Canon) در سال ۱۹۴۸ تنظیم نموده است و این فرم توسط اخوت، براهنی، شاملو و نوع پرست ترجمه شده و روایی آن برای جمعیت ایرانی مورد تایید قرار گرفته است. پرسش‌نامه دوم حاوی سوالاتی در زمینه شرایط فردی، خانوادگی و اجتماعی افراد نمونه معتاد به مواد مخدر بود که جهت تعیین روایی این پرسش‌نامه از روش اعتبار محتوی استفاده گردید. پایایی این پرسش‌نامه توسط اخوت و همکاری سایر اساتید روانشناسی انجام یافته است و به صورت یک پرسش‌نامه استاندارد در آمده است که در تمام مراکز علمی و پژوهشی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

در این پژوهش صفات یا ویژگی‌های شخصیتی مورد اندازه‌گیری به عنوان متغیر مستقل تلقی و اعتیاد به مواد مخدر به عنوان متغیر وابسته محسوب گردید. در تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از روش‌های آماری توصیفی (جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی و درصد جداول یک بعدی و دوبعدی بر حسب نوع و مشخصات داده‌ها) و استنباطی (آزمون X^2 و فیشر) با P کم‌تر از ۵ درصد استفاده شده است. نرم افزار بکار گرفته شده SPSS11 می‌باشد.

یافته‌ها

اعتیاد با هر نگاهی و در قالب هر سوالی واجد مولفه‌های تخریبی ویژه‌ای از جمله مرگ زودرس، بیماری‌های قلبی، عروقی، سرطان‌ها، تصادفات و خودکشی‌ها، اعمال جانیتکارانه، مصدومیت و انواع حوادث در خانه و محل کار است. که به خودی خود انگیزه هر پژوهشی قرار می‌گیرد (خواه ساختار شخصیتی، اجتماعی و یا

۲- پرسش‌نامه تنظیم شده حاوی سوالاتی در زمینه‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی و اقتصادی معتادان جوان بود.

ویژگی‌هایی که توسط مقیاس‌های پرسش‌نامه استاندارد مینه‌سوتا (M.M.P.I) سنجیده شد عبارتند از:

۱- ضد اجتماعی^۱ Pd (۱۹ سوال، خصایصی مانند فقدان احساس مسئولیت، فقدان ادراک اخلاقی، عدم توجه به دیگران، بی‌قید و بندی در اعمال و رفتار، عدم احساس گناه، تکانشی بودن و ارضاء فوری نیاز، من برتر ضعیف، ناتوانی در همدلی و یا وفاداری به عنوان ویژگی‌های اجتماعی شناخته می‌شود).

۲- پارنویا^۲ Pa (۱۳ سوال، با وجود سوء ظن مزمن، عدم اطمینان به دیگران و نسبت دادن تمایلات نامطلوب خود به دیگران تشکیل می‌شود. زودرنجی، سخت‌گیری در اخلاق و منطق و وجود افکار زیان و آسیب این ویژگی را مشخص می‌کند).

۳- افسردگی D، (۲۰ سوال، با خصوصیات فعالیت کم، خستگی و کاهش انرژی، کاهش عمیق میل به فعالیت‌های لذت بخش، غمگینی، اضطراب، عدم تمرکز فکری، احساس ناامیدی و درماندگی، کاهش اعتماد به نفس، بی‌خوابی یا پرخوابی، کاهش یا افزایش وزن، کندی فکر، احساس گناه و وجود افکار انتحاری مشخص می‌شود).

۴- مانیا Ma، (۱۲ سوال، خصوصیات بارز آن عبارتست از فعالیت زیاد، حالت هیجانی شدید، اختلال در جریان فکر، سرخوشی توأم با اعتماد به نفس، لاقیدی، تحرک و عدم آرامش).

۵- خود بیمار پنداری HS، (۱۴ سوال، عارضه‌ای است روانی که با اشتغالات و سواسی که فرد درباره وضع سلامت خود دارد مشخص می‌گردد. بیمار در چنگ ادراکات فاعلی دردناک اسیر است و تمایل دارد که این دریافت‌های حسی را به اختلالات بدنی که وجود ندارد نسبت دهد و دائماً در طلب کمک و مواظبت باشد).

۶- خستگی روانی Pt، (۱۶ سوال، به علایم اضطراب، تشویش، دلهره‌های بی جا و غیرمنطقی و بی ارزش فرد مربوط می‌شود).

۷- هستیری Hy، (۲۵ سوال، رفتارهای اجتماعی ساده و ابتدایی، احتیاج به محبت و کمک دیگران و اطرافیان، عکس‌العمل‌های کودکانه در هنگام ناکامی، اختلالات جسمی و روانی بدون وجود منشاء جسمی از خصوصیات آن می‌باشد).

۸- اسکیزوفرنیا Sc، (۲۰ سوال، افکار و رفتار عجیب و غریب، گوشه‌گیر، مردم‌گریز، احساس تفاوت داشتن با دیگران، احساس درک نشدن از طرف مردم، احساس تنهایی نارضایتی از وضع خانوادگی، تعریف این خصوصیت را تشکیل می‌دهد).

^۱ antisocial

^۲ paranoia

شده و بسیاری از هزینه‌های ضروری از جمله تغذیه سالم، تفریحات کافی و ... تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

این پژوهش همچنین نشان داده که میزان تحصیلات نیز یکی از عوامل موثر و تأثیرگذار در تبیین و تحلیل پدیده‌های اجتماعی است. نتیجه تحقیق حاکی از آن است که بیش از ۵۰ درصد معنادان دارای تحصیلات راهنمایی و پایین‌تر بوده‌اند. آزمون‌های آماری حاکی از آن بود که بین میزان تحصیلات و شدت اعتیاد افراد رابطه معکوسی وجود دارد. به این معنی که هر چقدر بر میزان تحصیلات فرد افزوده می‌شود به همان میزان از شدت و میزان اعتیاد او نیز کاسته می‌شود.

بررسی نوع ماده مصرفی نیز حاکی از الگوی مصرف مواد سنگین و افیون‌هاست. یعنی حدود ۵۵ درصد معنادین گروه مورد مطالعه، تریاک و هروئین مصرف می‌نمایند و این الگو در کنار شیوه مصرف این افراد که ۵۵ درصد تدخین و ۱۵ درصد تزریقی است نیز بیانگر الگوی خطرناک از نظر سلامت شخصی، خانوادگی و اجتماعی است.

ضمناً در تحلیل آماری داده‌های جمعیت شناختی معنادین گروه مورد مطالعه و ترکیب آن با داده‌های حاصل از خرده مقیاس‌های آزمون M.M.P.I (جدول شماره یک) مشخص شد که:

۱. رابطه معنی‌داری بین مقیاس دروغ‌پردازی (L) با نحوه سکونت و تحصیلات افراد وجود داشت.
۲. مقیاس اصلاح‌پردازی (K) با نحوه سکونت، تحصیلات و تأهل رابطه معنی‌داری داشت.
۳. مقیاس نامساعدی (F) با نحوه سکونت، تحصیلات، تأهل و مشاغل در رابطه بود.
۴. مقیاس خود بیمار پنداری (Hs) با نحوه سکونت، تحصیلات، تأهل، مشاغل، درآمد و شیوه مصرف در رابطه بود.
۵. رابطه معنی‌داری بین مقیاس افسردگی (D) با نحوه سکونت، تحصیلات، تأهل، مشاغل و شیوه مصرف وجود داشت.
۶. مقیاس هیستری (Hy) با نحوه سکونت و تحصیلات، نوع ماده مصرفی، تأهل و مشاغل در رابطه بود.
۷. مقیاس انحراف روانی یا ضد اجتماعی (Pd) با سکونت، تحصیلات، نوع ماده مصرفی و شیوه مصرف مرتبط بود.
۸. مقیاس پارانویا (Pa) با نوع شغل، سکونت، سطح تحصیلات، نوع ماده مصرفی و شیوه مصرف مرتبط بود.
۹. مقیاس ضعف روانی (Pi) با سکونت، نوع ماده مصرفی و شیوه مصرف مرتبط بود.

سایر عوامل را در برگیرد) از این‌رو، با هدف افزایش آگاهی از دامنه سوء مصرف مواد مرکب اطلاعاتی از ساختار جمعیت شناختی و نیز ساختار شخصیتی معنادین به منظور ارائه خدمات مطلوب بهداشتی درمانی در سطوح اولیه، دومی و سومی، پژوهشی به شرح ذیل مطرح و مورد آزمون قرار گرفت که نتایج حاصل نیز شایان توجه است:

در مورد سوال شماره ۱ پژوهش (آیا خصوصیات فردی، اجتماعی، خانوادگی معنادین مراجعه کننده به مراکز درمانی متفاوت است؟) نتایج بدست آمده از اطلاعات جمعیت شناختی معنادین مراجعه کننده به مراکز درمانی نشان داد که ۱۹/۱ درصد بی‌کار، ۳۸/۳ درصد در خانه‌های استیجاری، ۲/۳ درصد بی‌سواد، ۶۰/۵ درصد مجرد و حدود ۵۷/۸ درصد از آنان کم‌تر از ۲۰۰/۰۰۰ تومان درآمد داشته‌اند.

این نتایج گویای آن است که علی‌رغم باور جمعی که بی‌کاری را عامل مهم در گرایش افراد به اشکال مختلف اعتیاد تلقی می‌کنند، بی‌کاری الزاماً دلیلی برای گرایش به اعتیاد نیست. زیرا بیش از ۸۰ درصد نمونه‌های تحقیق دارای شغل بوده‌اند. همچنین ۶۲ درصد در خانه‌های شخصی زندگی می‌کنند که حاکی از درآمدی در حد متوسط جامعه است و جالب‌تر این‌که حدود ۱۰ درصد نمونه‌ها بالاتر از ۶۰۰۰۰۰ تومان درآمد داشته‌اند که با توجه به متوسط درآمد کارگران و کارمندان، حاکی از وضع اقتصادی تقریباً خوب آنان است. این در حالی است که حدود ۹۷ درصد نمونه‌های پژوهش باسواد بوده‌اند. این بدان معنی است که افراد درگیر علی‌رغم پیشینه‌های مذکور مالی و تحصیلی از چرخه تولید مؤثر خارج می‌شوند. لذا شاید بتوان گفت اعتیاد بیش از آن که یک پدیده فردی باشد شکست نهادهای اجتماعی در حمایت از افراد جامعه است.

در این پژوهش فرضیه‌هایی از جمله بررسی ارتباط اعتیاد و تحصیلات، اعتیاد و میزان درآمد مورد فرضیه آزمایشی قرار گرفت. نتایج حاصل از آن نشان داد که:

رابطه معکوسی بین درآمد و اعتیاد افراد وجود دارد. به این معنی که هر چقدر میزان درآمد افراد کم‌تر بوده است، به همان میزان بر شدت اعتیاد آنان نیز افزوده شده است. به عنوان مثال، ضریب همبستگی بین میزان درآمد و دفعات مصرف، ۴۲٪- بوده است که این امر نشان دهنده این مطلب است که هر چقدر میزان درآمد کم‌تر می‌شود، بر تعداد دفعات مصرف افزوده می‌شود با این توضیح که آن دسته از معنادان که از مصرف بالاتری برخوردار بوده‌اند، درآمد کم‌تری داشته‌اند. به بیان دیگر، بخش مهمی از درآمد ناچیز چنین خانواده‌هایی صرف خرید مواد مخدر فرد معتاد

جدول میزان خطر پذیری معتادین گروه نمونه را براساس پروفایل استاندارد پرسش‌نامه M.M.P.I ارائه می‌دهد که گویای نحوه عملکرد آزمودنی‌ها و میزان خطرپذیری آنان است. در این جدول با توجه به این که تک تک نمرات ارزش واقعی تفسیری ندارد، جدول فوق‌الذکر بر اساس درجه بندی استاندارد در پروفایل صرفاً به منظور تصریح نمرات نقاط ۳۰ و ۵۰ و ۷۰ درصدی همانند پروفایل استاندارد، به‌عنوان میزان‌های خطرپذیری لحاظ شده اند. نتایج این جدول نشان می‌دهد که در مقیاس مانایی (۷۷/۸۱ درصد)، اسکیزوفرنی (۲۸/۱۲ درصد)، ضعف روانی (۲۶/۱۷ درصد)، پارانویا (۱۲/۵ درصد)، انحراف روانی اجتماعی (۳۳/۹۸ درصد)، هیستری (۱۲/۵ درصد)، افسردگی (۵۷/۴۲ درصد)، خود بیمار پنداری (۲۲/۲۶ درصد) درصد آزمودنی‌ها در سطح نابهنجاری عمل کرده‌اند به گونه‌ای که از هنجار جامعه فاصله و در محدوده اختلالات شخصیتی قرار می‌گیرند.

در مقیاس نابسامانی (F)، ۲/۷۳ درصد آزمودنی‌ها نمره بالایی گرفته‌اند که بیانگر توصیف کمال گرایانه، افراطی و آرمانی از خودشان است. در مقیاس اصلاح (K)، ۲۱/۰۹ درصد آزمودنی‌ها نمره بالایی گرفته‌اند که بیانگر نوعی دفاع از خود است. در مقیاس دروغ پردازی (L)، صرفاً ۳۹ درصد آزمودنی‌ها نمره بالایی گرفته‌اند که بیانگر تلاش آنان برای ارائه توصیف مثبت و غیر واقع گرایانه از خود است.

۱۰. رابطه معنی‌داری مقیاس اسکیزوفرنیا (Sc) با مشاغل، تحصیلات تأهل و نوع ماده مصرفی وجود داشت.
۱۱. مقیاس مانیا (Ma) با هیچ یک از مؤلفه‌های جمعیت شناختی رابطه معنی‌داری نشان نداد.
براساس نتایج جدول شماره یک که پس از اجراء آزمون دقیق فیشر بدست آمده به نظر می‌رسد که:

(A) مهم‌ترین خرده مقیاس MMPI که در بررسی معنی‌داری رابطه بین اطلاعات جمعیت شناختی جامع عمل نموده است، خرده مقیاس Hs می‌باشد که با شش عامل از هفت عامل جمعیت شناختی مورد مطالعه رابطه معنی‌داری نشان داد.

(B) بعد از Hs، خرده مقیاس D و Pt هر کدام با چهار عامل اطلاعات جمعیت شناختی، خرده مقیاس K و F و Pd و Sc هر یک با سه عامل جمعیت شناختی و در نهایت L و Hy و Pa هر یک با دو عامل جمعیت شناختی رابطه معنی‌داری داشتند.

(C) جالب این‌که در خصوص عامل مانیا هیچ‌گونه رابطه‌ای بدست نیامد.

در رابطه با دومین سوال پژوهشی (بررسی خصوصیات ضداجتماعی، پارانویا، افسردگی، مانیا، خود بیمار پنداری، هیستری، ضعف روانی، اسکیزوفرنیا، اصلاح و نابسامانی معتادین طبق پرسش‌نامه (M.M.P.I)) جدول شماره ۲ تنظیم گردید. این

جدول شماره (۱): جدول دو بعدی خرد مقیاس‌های M.M.P.I و اطلاعات جمعیت شناختی براساس معنی‌داری نتایج آزمون دقیق فیشر در معتادین مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران، ۱۳۸۷.

میزان‌ها	اطلاعات جمعیت شناختی	مشاغل	سکونت	تحصیلات	ناهل	درآمد	نوع ماده مصرفی	شیوه مصرف
L	-	-	x	x	-	-	-	-
F	-	-	x	x	-	-	-	x
K	x	x	x	x	x	-	x	-
Hs	x	x	x	x	x	x	-	x
D	x	x	x	x	x	-	-	x
Hy	-	-	x	-	-	-	x	-
Pd	x	x	x	x	-	-	-	x
Pa	x	x	x	x	-	-	-	-
Pt	-	-	x	x	-	-	x	x
Sc	x	x	-	x	x	-	-	-
Ma	-	-	-	-	-	-	-	-

جدول شماره (۲): عملکرد آزمودنی‌ها برحسب محدوده خطر پذیری در معتادین مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران، ۱۳۸۷

اطلاعات جمعیت شناختی		کم خطر		در معرض خطر		پرخطر		مجموع
میزان	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
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
نابسامانی	۲۰۳	۷۹/۲۹	۴۶	۱۷/۹۶	۷	۲/۷۳	۲۵۶	۱۰۰
خود بیمار انکاری	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

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش میزان D (افسردگی) در آزمودنی‌ها بالاترین درجه را در نیم رخ روانی به خود اختصاص داده است که این یافته با یافته‌های سایر پژوهشگران مبنی بر این که نمره بالا در D در اکثریت بیماران روانی از جمله معتادان مشاهده می‌شود، همخوانی دارد و نشان دهنده خودکم انگاری و نیاز به ارضای فوری خواسته‌هاست. بیشترین افرادی که در این میزان نمره بالا می‌آورند افرادی هستند گوشه گیر و مردم‌گریز و خجالتی که انعطاف لازم را در کنش‌های متقابل اجتماعی از خود نشان نمی‌دهند. نتایج پژوهش تبریزی در سال ۱۳۸۱ نیز نشان داد که متغیر افسردگی تعیین کننده‌ترین عامل تاثیر گذاری بر رفتار اعتیادی در جامعه مورد مطالعه است. با لحاظ یافته‌های این پژوهش، تاثیر این عامل را به میزان $(\beta=0.37)$ با صد در صد اطمینان از نظر آماری می‌توان تایید کرد (۱۱). همچنین نتایج پژوهش کانوی و کوپن در سال ۲۰۰۳ نشان داد که در معتادینی که ماده اصلی مصرفی شان هروئین بود، ۴۸ درصد مبتلا به اختلالات شخصیتی افکتیو، ۲۵/۷ درصد مبتلا به یکی از انواع اختلالات اضطرابی و ۴۸ درصد مبتلا به یکی از انواع اختلالات شخصیتی کلاستر B بودند (۱۲). نتایج پژوهشی برماس (۱۳۸۲) نیز بیانگر آن است که بین نگرش دانش آموزان عادی و افسرده مقطع دبیرستان به سوء مصرف مواد مخدر تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ بدین ترتیب که نوجوانان افسرده صرف نظر از جنسیت‌شان نگرش مثبت‌تری به مواد مخدر داشته‌اند. ولی بین افسردگی و نگرش به سوء مصرف مواد مخدر در دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع دبیرستان تفاوت معنی‌داری وجود نداشته است. این بدان معنی است که جنسیت نقشی در گرایش افراد به سوء مصرف مواد مخدر در بین دانش‌آموزان مقطع

متوسطه جامعه ایفا نکرده است. برخی از نوجوانانی که بیش از دوران بلوغ به مصرف مواد مخدر روی آورده‌اند اظهار می‌دارند که برای مواجهه با احساس اضطراب، بی‌حوصلگی، افسردگی، ترس از شکست و بی‌هدف بودن در زندگی چاره دیگری جز پناه بردن به مواد مخدر نمی‌شناسند (۱۳).

نمرات آزمودنی‌ها در میزان‌های D، Sc و Pd بالا بود. که بیانگر تابلوی بالینی افرادی است که تمایلات خودآزایی و تنش‌های فراوان، عصبان 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. نتایج پژوهش جزایری (۱۳۸۲)، نیز حاکی از آن است که افراد معتاد بدون احتساب افسردگی و اضطراب از بعد مولفه‌های شخصیت عصبیت بالاتر و برونگرا بوده و حساسیت توافق وجدانی بودن در آن‌ها کم‌تر بود. با احتساب افسردگی و اضطراب نیز دو گروه فقط در مولفه وجدانی بودن با هم تفاوت معنی‌داری داشتند. در نتیجه در کنار افراد وابسته به یکی از انواع مواد مخدر، تعداد قابل توجهی از افراد را می‌توان یافت که از نظر شخصیتی مستعد اعتیاد به مواد مخدر هستند (۱۴).

نمرات آزمودنی‌ها در میزان‌های L و K پایین بود. که همخوان با هنجاریابی اولیه آزمون MMPI بر 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 در واقع نسبت به وجود مشکلات خود

و نیم رخ روانی حاصل از معتادین بیانگر آن است که برخی اختلالات می‌توانند به‌عنوان ریسک فاکتور اعتیاد تلقی و حتی با تشخیص اختلالات عاطفی می‌بایستی تشخیص افتراقی سوء مصرف مواد توسط درمانگر همیشه لحاظ شود. بنابراین بر اساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر و نیز سایر گزارشات موجود، در مواقعی که نمرات حاصل از اجرا پرسش‌نامه MMPI بر روی یک مراجعه کننده به کلینیک تخصصی، در میزان‌های Sc, Pd, D, بالا و در میزان‌های K, L, پایین باشد، حتماً تشخیص افتراقی اعتیاد به عنوان یک عارضه همبودی باید مد نظر متخصصان بالینی قرار گیرد. همچنین حتماً بایستی خدمات روانشناختی، روانپزشکی و بالینی را در سطوح اولیه تا سومی در خصوص سوء مصرف مواد پیش‌بینی و در دسترس قرار داد.

زمان بر بودن دسترسی به گروه مورد مطالعه معتادین با توجه به محدودیت‌های قانونی و سازمانی موجود در کشور، برقراری ارتباط با معتادین و جلب اعتماد و مشارکت آنان و محدودیت نتایج معتبر که گزارشات از کاربرد پرسش‌نامه MMPI در ایران باشد، از محدودیت‌های این پژوهش است.

با توجه به این‌که روند اعتیاد طی سالیان اخیر از نظر شخصیتی روند نسبتاً ثابتی را دنبال کرده‌است. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی به جای بحث تکراری در مورد علل اعتیاد در خصوص عوامل خطر آفرینی و عوامل محافظت کننده در سوء مصرف مواد به بحث و بررسی بپردازند. تحلیل عوامل در خصوص اعتیاد یک ضرورت است که بایستی از طریق شبیه سازی با مدل‌های رایج ابعادی شخصیت بررسی شود.

معترف بوده‌اند و در بیان و افشای نقاط ضعف، نارسایی‌ها و نابهنجاری‌های خویش حالت دفاعی و انکار کم‌تری به خود گرفته‌اند. همچنین گودرزی و رستمی (۱۳۸۳) در پژوهشی تحت عنوان «مقایسه میزان تحریک جویی (SENSATION SEEKING) افراد سوء مصرف کننده تریاک با افراد بهنجار» به این نتیجه رسیدند که افراد سوء مصرف کننده مواد در نمره کلی و خرده مقیاس‌های تجربه‌جویی و تنوع طلبی نسبت به گروه بهنجار نمرات بالاتری کسب کرده‌اند. نتایج تحقیق نشان داده است که سازه تحریک‌جویی می‌تواند مفهوم مهمی در شناسایی افرادی باشد که در معرض خطر اعتیاد قرار دارند. بنابراین می‌توان اقدامات پیشگیرانه را به صورت هدفمندانه و اختصاصی‌تر برنامه‌ریزی کرد (۱۵). از نتیجه پژوهش جزایری (۱۳۸۴) نیز می‌توان دریافت که افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد با اختلالات روانی به احتمال زیاد از اصل هم‌کنشی پیروی می‌کنند. یعنی افرادی که سوء مصرف مواد را در سنین نوجوانی از خود نشان می‌دهند احتمالاً الگوهای رفتاری نابهنجاری دارند که با شروع سوء مصرف مواد شدت یافته و شدت گرفتن الگوهای همچون رفتار سوء مصرف مواد را تشدید می‌کند و در نهایت این چرخه معیوب که بی‌شک عوامل متعدد دیگری نیز در آن دخیل هستند ممکن است منجر به بروز سندرم‌های بالینی و اختلالات شخصیتی شوند (۱۶). 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. زیرا به نظر می‌رسد، ساخت شخصیتی معتادان روند نسبتاً مشابهی را در فرهنگ‌های مختلف و در طی سال‌های مختلف در پیش رو داشته

References:

1. UNODC. World drug report. New York: United Nations Publication; 2006. P 31, 51,64
2. Divsalar K, Saravani R, Meymandi M, Taei M, Sheykh Aleslami A. Electrophoretic profile of albumin, α_1 , α_2 , β and γ globulin in sera of opioid dependants and non-dependants. Lorestan Med J 2008; 9(4 (34)):13-19.
3. Kaplan and Sadock. Synopsis of psychiatry. 9th Ed. New York: Lippincott William & Wilkins; 2003.
4. Hashemi A. New look, new respect for fighting drug abuse. Tehran: Rasanesh Pub; 2004.
5. Komeil B. Social characteristics of drug consumers in Isfahan. Etyad Pajouh 2003; 2 (5)31-45.
6. Shamloo S. Clinical psychology. Tehran: Roshd Pub; 2003.
7. Keltner NL, Schweche LH, Boston CE. Psychiatric Nursing. 4th Ed., Philadelphia: Mosby, 2003.
8. Cipriano LA. Psychoanalytic perspective on substance abuse. J Soc Work Health Care 2003; 215 (3): 9- 46.
9. Boyd MA. Psychiatric nursing. 3th Ed. New York: Williams and Wilkins; 2005.

10. Mohamadi M, Dehganpour M. Substance abuse pathology. Tehran: Ayineyeh Ketab; 2004.
11. Mohsen Tabrizi AR. Depression and addiction. Etyad Pajouhe 2002; 1 (1):13-33.
12. Conway Y, Kevin P. Personality, substance of choice, and poly substance involvement among substance dependent patients. Drug and alcohol dependence 2003; 71: 65-75.
13. Bermas H. The relationship between depression and secondary school students' attitude to drug abuse in Tehran. Etyad Pajouhe 2003; 2 (2): 25-39.
14. Jazayeri AR. Comparison of the relationship between personality factors and coping strategies in opium addicts. Etyad Pajouhe 2003; 1 (2):3-16.
15. Godarzi MA, Rostami D. Comparison of stimulation rate between opium abuse consumers and normal people. Etyad Pajouhe 2003; 2 (6): 85-96.
16. Jazayeri AR. Relationship between dependence styles, drug addiction and profile of albumin between opium abuse consumers and normal people. Etyad Pajouhe 2005; 2(6): 55-66.