

موضوع:

بررسی ارتباط بین نیمرخ روانی و عود بیماری اعتیاد

در مراجعه کنندگان به کلینیک فوق تخصصی ترک اعتیاد آتیه نو کرج

(۱۶ تا ۴۵ سال مذکر)

فصل اول:

- مقدمه
- بیان مسأله
- فایده و اهمیت تحقیق.
- فرضیه های پژوهش.
- تعریف اصطلاحات.

مقدمه:

امروزه پدیده وابستگی دارویی یکی از معضلات بزرگ جوامع بشری است که توجه روانپزشکان، جامعه شناسان و حقوقدانان، روانشناسان و علمای تعلیم و تربیت را به خود اختصاص داده است این موضوع نشان می دهد که پدیده اعتیاد یا سوء مصرف مواد دارای ابعاد چندگانه است که در بروز و شیوع آن دخیلند، بنابراین در مبارزه با اعتیاد چنانچه یکی از عوامل مد نظر قرار گیرد و از سایر عوامل چشم پوشی شود فرض بر آنکه آن عامل تأثیر مثبتی نیز در جلوگیری از اعتیاد داشته باشد. عوامل دیگر تأثیر عامل مورد نظر را کاهش خواهند داد.

یکی از عوامل مؤثر در ایجاد و تداوم اعتیاد عامل فردی می باشد که نظر بسیاری از محققان را جلب کرده است و بر همین اساس تحقیقی که وایلت^۱ در سال ۱۹۶۲ انجام داد بر عامل فردی و ویژگیهای شخصی معطوف بود که نشان داد افراد معتاد در مقایسه با غیر معتاد نیمرخ روانی غیر عادی تری دارند. از طرفی جیر^۲ در

سال ۱۹۹۰ به این نتیجه رسید که افرادی که اختلال روانپزشکی دارند ۲/۷ مرتبه بیشتر از افراد فاقد اختلال سوء مصرف مواد را نشان می دهند.

^۱ - Willtet

^۲ - Gear

ویکلر راسور^۱ نیز در سال ۱۹۵۳ یکی از قواعد کلی اعتیاد را از نظر روانی بیان کرد که اعتیاد می تواند با مشکلات شخصیتی فرد همبستگی داشته باشد.

(فرجاد ۱۳۷۴۰).

با توجه به اینکه یکی از عوامل مؤثر در وابستگی دارویی می تواند عوامل فردی و

ویژگی های شخصیتی داشته آنچه در این زمینه مورد توجه است این است که آیا

این عامل می تواند ارتباطی با بازگشت مجدد معتادین درمان شده داشته باشد؟

بنابراین در این پژوهش با این مسأله روبه رو هستیم که آیا نیمرخ روانی افراد با

مصرف مجدد بعد از سم زدایی رابطه دارد؟ آیا نیمرخ روانی با دفعات مصرف مواد

بعد از سم زدایی رابطه دارد؟ نیمرخ روانی معتادین آیا در گروهی که بعد از سم

زدایی مصرف مجدد داشتند با گروهی که مصرف نکردند تفاوت دارد؟ تا بر

حسب رابطه بتوانیم این عامل را در درمان و پیشگیری مورد توجه قرار بدهیم.

بیان مسأله:

وابستگی روانی عبارت است از یک حالت خاص که به وسیله ولع و احساس

اجبار شدید در ادامه مصرف یک دارو و یا ماده مخدر شخص می گردد و این

احساس دلع معمولاً به خاطر استفاده از لذت و اثرات دلخواه آن است بنابراین

¹ - Wikler rasor

وابستگی روانی علاوه بر نوع ماده مصرفی به حالات روحی و روانی فرد مورد نظر هم مربوط است.

یکی از مشخصات برجسته وابستگی روانی Craving (اشتیاق) است که عبارت است از یک تمایل بسیار شدید و غیر عادی نسبت به مصرف ماده مخدر که تقریباً به ندرت می توان چیز دیگری را جایگزین آن نمود در بالاترین و شدیدترین درجه اشتیاق ممکن است فرد هر اقدامی را به منظور تأمین و تهیه مواد انجام دهد که این قسمت به عنوان رفتار کلیشه ای و قالبی معتادان شناخته می شود.

تحقیقات نشان می دهد که بسیاری از عوامل در علت شناسی و تداوم اعتیاد دخالت دارند که یکی از عوامل می تواند جنبه های روانپزشکی اعتیاد باشد بیشتر شواهد روانپزشکی مبین این حقیقت است که اعتیاد به مواد مخدر به ویژه هرئوئین می تواند ناشی از اختلالات عمده و شدید روانی و یا شخصیتی باشد تحقیق وایلت^۱ در سال ۱۹۶۲ همین نظریه را تأیید کرد که نیمرخ روانی معتادها متفاوت تر و غیر عادی تر از افراد سالم است.

تحقیق جیر^۲ نیز در سال ۱۹۹۰ نشان داد که افراد مبتلا به بیماریهای روانی مشکلات مربوط به داروها را بروز بدهند.

^۱ - Wilttet

^۲ - Gear

بنابراین در این تحقیق با مسائل زیر روبه رو هستیم:

۱- آیا نیمرخ روانی افراد بر اساس مقیاسهای M.M.P.I در گروهی که بعد از سم

زدایی بازگشت مجدد را داشتند با گروهی که بازگشت نداشتند متفاوت است؟

۲- آیا بین نیمرخ روانی افراد و مصرف مجدد رابطه وجود دارد؟

۳- آیا میان نیمرخ روانی و دفعات بازگشت به مصرف مواد رابطه وجود دارد؟

۴- در صورت وجود رابطه آیا می توان با استفاده از نیمرخ روانی بازگشت مجدد

افراد را پیش بینی نمود؟

۵- فایده و اهمیت پژوهش:

سوء مصرف وابستگی به مواد مخدر با دوره های بهبود و عود آن شخص می

گردد و در یک بررسی کلاسیک توسط هانت^۱، بارنت^۲ و برانج^۳ در (۱۹۷۱) نشان

داده شد که هروئین، نیکوتین و الکل با درجات و الگوهای مشابهی از عود همراه

بودند این پژوهشگران نشان دادند که اعتیاد $\frac{2}{3}$ افراد درمان شده در مدت ۱۲ ماه

بازگشت نمود. آنها اشاره کردند که این یافته ها انعکاس فرایندهای معمولی است

که زیر بنای اعتیاد را تشکیل می دهند.

1- Hant
2- Barent
3- Brange

در مطالعه ای که توسط Greard hornestshg انجام شد ۳۲ تن مورد تست و مطالعه قرار گرفتند این مطالعه بیشتر روی تجارب معتادان در مورد مصرف مواد مخدر و (تاریخچه‌ای) از وضعیت جسمی و روانی و شخصیتی آنان را در بر می گرفت. نتایج نشان داد که اعتیاد تا اندازه زیادی مربوط به ساختمان شخصیتی و تأثیر متقابل مناسبات گذشته و حال فرد و خانواده در گروه همگن است نتایج به شرح زیر گزارش شد:

گروه معتاد شامل ۲ نفر اسکیزوفرنی بارز، ۸ نفر اسکیزوفرنی مرزی، ۱۲ نفر اختلال شخصیت سایکوپات و ۴ نفر اختلال شخصیت بی کفایت بودند. در گروه کنترل شامل ۱ نفر اسکیزوفرنی ۴ نفر اسکیزوفرنی مرزی اختلال شخصیت سایکوپات در این گروه یافت نشد. اختلال نورونیک ۶ نفر، اختلال شخصیت بی کفایت ۲ نفر، شخصیت سالم ۱۰ نفر بودند. نتایج به دست آمده نشان می دهد که در گروه معتاد در مقایسه با گروه کنترل اختلال شخصیتی بیشتر است. (فرجاد محمد حسین

(۱۳۷۸).

این موضوع می تواند در درمان اعتیاد حائز اهمیت باشد. زیرا آسیب پذیری افراد معتاد در برابر مشکلات زندگی و ساختمان شخصیتی افراد معتاد می تواند تأثیری در تداوم مصرف مواد بعد از سم زدایی داشته باشد بنابراین در این پژوهش بر آن شدیم که ابتدا نیمرخهای روانی را مورد مقایسه قرار دهیم و سپس رابطه نیمرخها

راو با تمایل به مصرف مجدد بررسی کنیم. در صورت متفاوت بودن نیمرخهای گروهی که بعد از سم زدایی مجدداً مصرف داشتند با گروهی که مصرف مجدد نداشتند، و یا در صورت وجود رابطه با نمونه های مذکور می توان افراد دارای ریسک بالا برای را مشخص نمود و جهت پیش گیری اقدامات لازم را در پروسه های درمانی مد نظر قرار داد و پژوهشی را با آزمودنی های ایرانی در سطح کشور انجام داد. در صورت تأیید فرضیه ها ضمناً می توان در مورد معتادان تمرکز اصلی از درمانهای رفتاری جسمی را به سوی درمان شخصیت و انواع اختلالات آن بازگرداند و در مانگری را به انتخاب نوع درمان حساس نمود و موجب شد تا آنها نوع درمان را بر حسب به دست آوردن نیمرخ شخصیتی فرد انجام بدهند و ظرافت و حساسیت تکنیکی خاص را در مورد هر نیمرخ شخصیتی مد نظر قرار بدهند.

فرضیه های پژوهش:

- ۱- مقیاسهای روایی آزمودنی ها در گروهی که بعد از سم زدایی مصرف مجدد نداشتند با گروهی که مصرف مجدد داشتند تفاوت معنی دار دارند.
- ۲- بین دو گروه در خصوصیت خودبینی انگاری تفاوت معنی دار وجود دارد.
- ۳- بین دو گروه در خصوصیت افسردگی تفاوت معنی دار وجود دارد.
- ۴- بین دو گروه ما در خصوصیت هستیری تفاوت معنی دار وجود دارد.

۵- بین دو گروه در خصوصیت جامعه رنجوری تفاوت معنی دار وجود دارد.

۶- بین دو گروه در خصوصیت پارانوئید تفاوت معنی دار وجود دارد.

۷- بین دو گروه در خصوصیات ضعف روانی، اسکیزوخرنی، هیپومانی تفاوت

معنی داری وجود دارد.

۸- بین نیمرخ روانی و مصرف مجدد بعد از سم زدایی رابطه وجود دارد.

۹- بین نیمرخ روانی و دفعات مصرف مجدد بعد از سم زدایی رابطه وجود دارد.

تعریف اصطلاحات:

تعریف نیم رخ روانی:

نیمرخ (Profile)

- نمایش نمودارهای یک رشته نمرات

- Profile analysis :

طرح نیمرخ روانی یک شخص یا معرفی کلی صفات شخصیتی و ویژگی ها

نسبت به یک رشته هنجارهای خاص برای کل جمعیت. تحلیل ممکن است به

صورت نمایش نموداری یا شکل نیمرخ استعاره ای کل، به معنی مرور مشخصات

یا صفات شخص به طور مختصر انجام گیرد. (پورافکاری ۱۳۷۶).

در این پژوهش نیمرخ روانی با استفاده از پرسشنامه شخصیتی متیه سوتا تا M.P.I
M. (فرم کوتاه) با توجه به کدهای بر افراشته و مصاحبه بالینی تشخیص گذاری
شده است.

۱-تعریف اعتیاد: (Dependency) Addiction

(Dependence) وابستگی عبارت است از مصرف مرتب مواد به طوری که فرد
مصرف کننده برای انجام عملکرد معمول نیاز به آن داشته باشد و عدم مصرف آن
باعث پیدایش علائم خاص می شود که در اثر اختلال در عملکرد ارگانهای

مختلف بدن بوده و به آن علائم قطع مواد (Withdrawal syndrom) می
گویند. طبق تعریف DMSIV وابستگی یک ویژگی هم دارد و آن مقاومت بدن
یا Tolerance است یعنی نیاز به ماده بیشتر برای حصول مسمومیت یا کاهش
تأثیر همان مقدار با ادامه مصرف.

در این پژوهش معتاد فردی است که مدتی مواد مخدر مصرف کرده باشد و در
صورت قطع دارو دگرگونی فیزیولوژیک و رفتاری نشان بدهد و بعد از انجام
تست مورفین نتیجه تست مثبت باشد.

سم زدایی (Detoxification):

قطع مصرف مواد برای مدت زمان کافی تا تمام مواد موجود در گیرنده های بدن دفع شود و بعد از اتمام این دوره فرد از نظر جسمانی علائم قطع مواد (withdrawal) را نشان می دهد و تست مورفین منفی است.

سم زدایی به روشهای مختلف پزشکی و در زمانهای مختلف و توسط داروهای گوناگون صورت می گیرد ولی نتیجه همگی دفع کامل مواد و تست منفی می باشد.

روشهای درمانی افراد وابسته به مواد در کلینیک ها به صورت زیر می باشد. همه

افراد وقتی به کلینیک مراجعه می کنند ابتدا تحت درمان سم زدایی قرار می گیرند تا مواد از بدن آنها دفع شده و علائم جسمانی ترک بر طرف شود و تست مورفین آنها منفی شود. روشهای سم زدایی به صورت URD و R.D و A.M.D و نیز سم زدایی با بوپرنورفین بوده است که با توجه به شرایط فنی و جسمی و خواسته خود بیمار انتخاب می شود. مرحله دوم در حال به دنبال منفی شدن تست مورفین

بیمار انجام می گیرد و تحت رواندرمانی فردی از نوع شناختی حمایتی قرار می گیرند (هفته ای یک بار) و همچنین گروه درمانی و خانواده درمانی و تمرینات یوگا جزء درمان های ۶ ماهه بعد از سم زدایی می باشد بیماران در این دوره ۶ ماهه تحت درمان نگهدارنده با کپسول نانترکسان بوده و به محض قطع دارو تحت سم زدایی مجدد قرار می گیرند.

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

فصل دوم

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

وابستگی به مواد:

تعریف:

در سال ۱۹۶۴، سازمان بهداشت جهانی به این نتیجه رسید که اصطلاح اعتیاد

(Addiction) دیگر اصطلاح علمی نیست و وابستگی Draug

Dependence را به جای آن توصیه نمود. مفهوم وابستگی مواد در ضمن

چند دهه معانی رسمی بسیار و معانی معمولی فراوان داشته است. اساساً در

ارتباط با تعریف وابستگی، از خود مفهوم استعداد شده است.

وابستگی رفتاری و وابستگی جسمی، وابستگی رفتاری بر فعالیتهای مواد جوئی و

قرائن مربوطه الگوهای مصرف بیمار گونه تأکید کرده است. وابستگی

جسمی بر اثرات جسمی (فیزیولوژیک) دوره های متعدد مصرف مواد تأکید

نموده است.

ملاکهای تشخیصی برای وابستگی به مواد بر اساس DSMIV:

الگوی غیر انطباقی مصرف یک ماده که به ناراحتی قابل ملاحظه از نظر بالینی منجر

می شود و با سه تا (یا بیشتر) از علائم زیر که زمانی در طول ۱۲ ماه روی

می دهند تظاهر می کند.

۱- تحمل (Tolerance)، با هر یک از حالات زیر تعیین می شود:

(a) نیاز به مقادیر بسیار بالاتر یک ماده برای رسیدن به مسمومیت یا تأثیر دلخواه.

(b) کاهش قابل ملاحظه تأثیر با ارائه مصرف همان مقدار ماده.

(۲) ترک (with drawal) با هر یک از حالات زیر تعیین می شود.

(a) سندرم ترک شخص برای ماده

(b) همان ماده و یا ماده ای مشابه برای رفع یا جلوگیری از علائم ترک مصرف می

شود.

(۳) ماده غالباً به مقادیری بیشتر و دوره های طولانی تر از آنچه مورد نظر است

مصرف می شود.

(۴) میل دائم با تلاشهای ناموفق برای کاهش یا کنترل مصرف ماده وجود دارد.

(۵) وقت زیادی در فعالیتهای لازم برای به دست آوردن ماده (مثلاً مراجعه به اطباء

متعدد یا رانندگی های طولانی). مصرف ماده (مثلاً تدخین پیاپی) با رهائی از آثار

ماده مصرف می شود.

(۶) فعالیتهای مهم اجتماعی شغلی و تفریحی به خاطر مصرف ماده کنار گذاشته می

شود.

(۷) ادامه مصرف مواد علیرغم آگاهی به مسائل مستمر یا عود کننده جسمی یا روان

شناختی که احتمالاً از مصرف مواد ناشی شده و یا تشدید می شود مثلاً ادامه

مصرف کوکائین علیرغم وجود افسردگی ناشی از کوکائین یا ادامه مصرف الکل علیرغم شناخت این موضوع که زخم گوارشی با ادامه مصرف آن شدت می یابد.

ملاکسهای تشخیص برای ترک مواد بر اساس DSMIV:

A: پیدایش یک سندرم مختص به ماده در نتیجه قطع و یا کاهش مصرف زیاد و طولانی یک ماده.

B. سندرم مختص به ماده ناراحتی قابل ملاحظه از نظر بالینی یا تخریب در عملکرد (اجتماعی، شغلی) با سایر زمینه های مهم به وجود می آورد.

C. علائم حاصل یک اختلال طبی کلی هستند و یک اختلال روانی دیگر توضیح بهتری برای آنها ارائه نمی کند. (کاپلان، جلد دوم).

وابستگی فیزیولوژیایی (Physiological):

بدان معنا است که بدن فرد در نتیجه مصرف منظم یک ماده تغییر کرده است و غائب از طریق ایجاد تحمل نسبت به ماده ایجاد نشانه های مترضی ترک یا هر نشان داده می شود.

وابستگی روان شناختی:

کنترل آسیب دیده بر مصرف دارو را بدون علائم فیزیولوژیایی و اعتیاد در بر می گیرد. وابستگی روان شناختی ممکن است در غیاب وابستگی فیزیولوژیایی رخ بدهد. افراد ممکن است کنترل مصرف ماری جوان را حتی اگر در صورت مصرف

آن نشانه های قرضی تحمل یا ترک را ظاهر نسازند. برخی از داروها با وابستگی روان شناختی همراهند. ولی به طور قطعی وابستگی فیزیولوژیایی را نشان نداده

اند. از جمله PCP.

چگونگی ایجاد وابستگی دارویی:

۱- آزمایش: در مرحله آزمایش، یا استفاده گاه گاهی، دارو در مصرف کنندگان به طور موقت احساس خوب حتی به صورت سرخوشی ایجاد می کند. مصرف کنندگان احساس کنترل داشتن بر مصرف آن می کنند و عقیده دارند که هر زمان که بخواهند می توانند آن را متوقف کنند.

۲- مصرف منظم: در خلال مرحله بعد که دوره ای از مصرف منظم داروست، افراد ساختن زندگی خوب تعقیب و مصرف داروها را آغاز می کنند. انکار در این مرحله نقش مهمی بازی می کند، به طوریکه مصرف کنندگان پیامدهای منفی رفتارشان را برای خود و دیگران پنهان می کنند. ارزشها تغییر می کند و

آنچه قبلاً مهم بوده است مانند خانواده و کار به موضوعاتی کم ارزش تر از داروها تبدیل می شوند. با ادامه مصرف منظم دارو مشکل بالا می گیرد. مصرف کنندگان بیشتر زمان خود را صرف داروهایشان می کنند.

۳- اعتیاد یا وابستگی: زمانی مصرف منظم دارو تبدیل به اعتیاد یا وابستگی می

شود که مصرف کنندگان برای مقاومت در برابر داروها احساس عجز کنند

خواه به این دلیل که می خواهند تأثیر آنها را تجربه کنند یا به دلیل اجتناب از

پیامدهای ترک کردن آن (آزاد، ۱۳۷۷)

سبب شناسی:

۱- عوامل اجتماعی و فرهنگی:

وابستگی به مواد افیونی محدود به طبقات پائین اجتماعی- اقتصادی نیست. هر

چند میزان بروز وابستگی در این گروه ها از طبقات اجتماعی- اقتصادی بالاتر

است. انواعی از عوامل اجتماعی وابسته به فقر بشری احتمالاً در وابستگی به مواد

افیونی دخلات دارند. حدود ۵۰ درصد مصرف کنندگان های هروئین در شهرها

کودکان تک والدی و یا والدین از هم جدا شده هستند. از خانواده هایی برآمده اند

که در آنها حداقل یک عضو مبتلا به اختلال مصرف مواد است.

این برخی الگوهای رفتاری ثابت به نظر می رسد در معتادین جوان وجود دارد این

الگوهای رفتاری سندرم رفتار هروئینی (heroin behavior syndrom) نامیده

شده است. افسردگی زمینه ای غالباً از نوع تهییجی همراه با علائم اضطرابی، رفتار

تکانشی یا گرایش منفعل مهاجم، ترس از شکست، استفاده از مواد به عنوان ضد

اضطراب برای پوشاندن احترام به نفس پائین، درماندگی و پرخاشگری، استراتژیها و آگاهی رابطه احساس خوشی و مصرف دارو احساس ناتوانی رفتاری که موقتاً با مصرف دارو به کنترل موقت بر موقعیت زندگی تبدیل می‌گردد. اختلالات در روابط شخص و بین فردی با معتادها که تجارب مشترک دارویی موجب دوام آن می‌گردد.

۲- بیماری توأم

حدود ۹۰ درصد افراد وابسته به مواد افیونی یک تشخیص روانپزشکی دیگر هم دارند. شایعترین تشخیص های روانپزشکی توأم عبارتند از اختلال افسردگی اساسی، اختلالات وابسته به الکل. اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اختلالات اضطرابی حدود ۱۵ درصد کسانی که وابستگی ترکیبات تریاک دارند حداقل یک بار سعی کرده اند خود را بکشند.

۳- عوامل زیست شناختی و ژنتیک:

فرد مبتلا به اختلال وابسته به مواد افیونی ممکن است کاهش فعالیت با منشاء ژنتیکی در سیستم افیونی داشته باشد. این کاهش فعالیت ممکن است نتیجه کمتر بودن تعداد حساسیت کمتر گیرنده های افیونی به آزاد شدن مواد افیونی درونزها یا غلظت بالای انتاگونیست های فرضی مواد افیونی درونزها بوده باشد.

همچنین ممکن است با کارکرد نابهنجار سیستم ناقل عصبی دوپامینرژیک یا سیستم ناقل عصبی نورآدرنرژیک رابطه داشته باشند.

۴- نظریه روانکاوی

بر حسب تثبیت لیبدوئی، با پسرفت به سطوح پیش تناسلی دهانی یا حتی سطوح ابتدائی تر رشد روانی جنسی توصیف شده است عوامل روانکاوی بیش از همه روی حالت دهانی تأکید می کند. پاتولوژی شدید الگو غالباً تصور می شود که با سوء هدف دارو ارتباط دارد و حاکی از آشفتگی های عمیق مربوط به رشد می باشد.

عوامل سایکودینامیک در شروع مصرف مواد و وابستگی به آن و مصرف دوباره بعد از ترک مواد نقش مهمی دارند. بررسی های روانکاوی نشان می دهد که این افراد دچار «خویشتن ناقص» می باشند که به صورت عدم توانایی در اداره احساسات آنها مثل احساس گناه و خشم و اضطراب خود را نشان می دهد. بعضی از معتادان احساسات درونی خود را نمی توانند تجربه کرده و بیان کنند که به آن آلکس تایمی گفته می شود. بنابراین مصرف مواد افیونی باعث می شود آنها به طور واقعی یا به طور سمبولیک بر احساسات خود تسلط یابند و در واقع مصرف مواد را به عنوان نوعی خوددرمانی ادامه دهند. (۱)

مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می دهند که مصرف کنندگان مواد بخصوص تریاک ارزش زیادی برای مستقل بودن قائلند و به تحصیلات ارزشی قائل نیستند و عده ای از آنها قبل از مصرف مواد به خلاقیت دست زده اند. تعداد قابل توجهی از مصرف کنندگان مواد افیونی ویژگیهای شخصیت ضد اجتماعی را دارند.

رابطه بین بیماریهای روانپزشکی و مصرف مواد افیونی همواره مورد توجه می باشد. در یک مطالعه در نیوهایون در سال ۱۹۸۰ نشان داد که ۸۷٪ مصرف کنندگان مبتلا به نوعی بیماری روانی هستند. و نیز در مطالعه دیگر در بالتیمور در سال

۱۹۹۰ نشان داد که ۲۴٪ افرادی که مواد افیونی مصرف می کنند مبتلا به اختلالات محور I و ۳۵٪ مبتلا به اختلالات محور II می باشند. در هر دو مطالعه شایعترین بیماریهای همراه با مصرف مواد افیونی، اختلالات خلقی، الکسسیم، اختلالات شخصیت ضد اجتماعی و اختلالات اضطرابی می باشد. مطالعاتی در اروپا و استرالیا هم اختلالات مشابه را در مصرف کنندگان مواد افیونی به دست آورده اند.

در میان خانمها، افسردگی و اضطراب و اختلالات شخصیتی مرزی شایع تر از مردان بوده است و الکسسیم و مصرف حشیش و اختلال ضد اجتماعی کمتر بوده است.

نوروفارماکولوژی:

اثرات اولیه ترکیبات تریاک و شبه تریاک از طریق گیرنده های مواد افیونی که در

نیمه دوم دهه ۱۹۷۰ کشف شدند اعمال می شود. گیرنده های n- opiates در

تنظیم و واسطه گری خاصیت ضد درد، تسکین تنفس، یبوست، وابستگی درگیر

هستند با گیرنده های K.opates با خواص ضد درد، مدر، تسکین و گیرنده های

Aopiates با خاصیت ضد درد درگیر هستند در سال ۱۹۷۴ انکنالین یک پتاپتید

درونزا با اثرات شبه تریاک شناسایی شد. این کشف که به شناسایی انکفالین طبقه

از مواد افیونی درونزا در مغز از جمله آندروفین ها و آنکفالین ها منجر شد.

آندروفین ها در انتقال عصبی و دادن درد درگیر هستند این مواد وقتی کسی از

نظر جسمی آسیب می بیند آزاد شده و تا حدودی مسئول فقدان درد در ضمن

تصادفات حاد هستند. ترکیبات تریاک و شبه تریاک روی سیستم ترانسسمتری

خواص اعتیاد آور تریاک و شبه تریاک از طریق فعال شدن نورون های دوپا

فیسرژیک ناحیه تگمیتال بطنی که قشر مخ و سیستم لیمبیک کشیده می شوند

اعمال می شوند.

قابلیت انحلال هروئین در چربی بیشتر از مورفین است به همین دلیل خواص

هروئین سریعتر از مورفین از سد خون مغز- عبور می کند و اثری سریعتر از

مورفین دارد هرئین در ابتدا به عنوان وسیله درمان اعتیاد به مورفین معرفی شد اما وابستگی بیشتری در مقایسه به مورفین ایجاد می کند.

کوکائین: کوکائین ۰/۵ آکالوئیدهای تریاک را تشکیل می دهد به آسانی از لوله گوارش جذب می شود و در بدن به مورفین تبدیل می شود. (کاپلان. جلد دوم- ۱۹۹۴).

نظریه های اعتیاد:

۱- **نظریه های کلاسیک،** سوء مصرف مواد را معادل استمناء یک مکانیسم دفاعی

در مقابل تکانه های همجنس گرایانه یا تظاهر از پسرفت دهانی دانسته اند.

فرمول بندی روان پوشی اخیر به روابط بین مصرف مواد و افسردگی مربوطند

یا مصرف مواد را بازتاب اعمال مختل ایگو معرفی می کنند.

نظریه های روانی اجتماعی

روابط خانواده و جامعه را به طور کلی مورد توجه قرار می دهند.

۲- **نظریه های رفتاری،** بعضی از مدل های سوء مصرف مواد بر رفتار مواد طلبانه

تأکید کرده اند تا علائم جسمی وابستگی. اکثر مواد مورد سوء مصرف با تجربه

هشت پس از نخستین بار مصرف همراهند. به این ترتیب ماده به عنوان یک

تقویت کننده برای رفتار مواد طلبانه عمل می کند.

۳- نظریه های ژنتیک:

قرائن محکم به دست آمده از مطالعه بر روی دوقلوها، فرزند خوانده ها و

همشیریهها که جدا از هم بزرگ شده اند حاکی است که در علت سوء مصرف الکل

یک جزء ژنتیک وجود دارد.

۴- نظریه های نوروشیمیایی:

برای اکثر مواد مورد سوء مصرف به استثناء الکل پژوهشگران ناقل های عصبی یا

گیرنده های ناقل های عصبی که مواد به آنها مؤثر هستند شناسایی کرده اند.

تریاک بر گیرنده های تریاک اثر می کند بنابراین در کسی که فعالیت افیونی درونزا

کم است (مثلاً سطح پائین اندروفین) یا فعالیت آنتاگونیستی افیونی درونزا خیلی

بالاست. ممکن است در خطر ابتلا به وابستگی به ترکیبات تریاک قرار داشته

باشند.

در فردی که کارکرد گیرنده های درونزا در او کاملاً طبیعی و غلظت ناقل های

عصبی بهنجار است مصرف طولانی یک ماده مورد سوء مصرف بالاخره ممکن

است سیستم های گیرنده ها را در مغز تعدیل نماید. به طوری که مغز برای حفظ

تعادل حضور ماده برونزا را طلب می کند.

پژوهشهای جدید بر اثرات مواد بر سیستم های پیام برنده و تنظیم ژن متمرکز است. ناقل های عصبی، نوروترانسمیترهای عمده ای که ممکن است در پیدایش سوء مصرف مواد و وابستگی مواد درگیر بوده باشند عبارتند از سیستم های افیونی، کاتکولامین ها (مخصوصاً دوپامین)، گاما آمینو بوتیریک اسید (GABA) نورون های دوپامینرژیک ناحیه تگمیتال بطنی که به نواحی قشری و سیستم لیمبیک خصوصاً هسته اکومبیس کشیده می شوند اهمیت خاص دارند. این مسیر تصور می شود در قطع پاداش دیگر است و ظاهراً میانجی عمده اثرات موادی نظیر آنکفانین ها و کوکائین است.

لوکوس سرلوس بزرگترین گروه نورون های آدرنرژیک تصور می شود در میانجگری آثار مواد افیونی و شبه افیونی درگیر است. (کاپلان، جلد دوم ۱۹۹۴).

اختلالات روانپزشکی توأم:

حدود ۹ درصد افراد وابسته به مواد افیونی یک تشخیص روانپزشکی هم دارند.

شایعترین تشخیص های روانپزشکی توأم عبارتند از اختلال افسردگی اساسی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اختلال اضطرابی.

حدود ۱۵ درصد کسانی که وابستگی به ترکیبات تریاک را دارند حداقل یک بار سعی کرده اند خود را بکشند. (کاپلان ۱۹۹۴).

در مطالعات مختلف بین ۳۵ تا ۶۰ درصد بیماران مبتلا به سوء مصرف و وابستگی

به مواد تقریباً واجد ملاکهای تشخیصی اختلال شخصیت ضد اجتماعی می باشند

خواه این الگو قبل از شروع مصرف مواد وجود داشته باشد، خواه حین مصرف

مواد علائم ایجاد شده باشد. این افراد احتمال بیشتری هست که مواد زیادتر

مصرف کنند پسیکوپاتولوژی بیشتری داشته باشند. از زندگی خود رضایت کمتری

داشته باشند.

(کاپلان).

پژوهشهای انجام شده

پژوهشهایی در مورد رابطه اختلال شخصیت با اعتیاد:

۱- یک مطالعه، مطالعه دکتر اخوت در بیمارستان روزبه می باشد نامبرده برای

شناخت صفات و ویژگیهای شخصیتی معتادان ایرانی اقدام به پژوهش در این

زمینه نمود و نتیجه به دست آمده حاکی از آن بود که معتادان مورد مطالعه،

افرادی بودند از لحاظ عاطفی نابالغ، عصیانگر و بی قرار دارای احساسات

خصومت زا و عدم رشد اجتماعی.

۲- پژوهش دیگر توسط دکتر اخوت، دکتر براهنی و همکاران انجام گرفته و

همچنین پژوهشهایی که توسط واجی کاشانی، خاجونی، نیلی به عمل آمده

نتایج مشترک زیر را به جا گذاشته است که معتادین افرادی هستند مضطرب،

بی تفاوت با گرایشهای افسردگی، حساسیت های عاطفی، بیقراری، احساس بی

کفایتی و تنهایی که با توجه به این کنشها می توان وجود تمایلات سایکوتیک

را در آنها تشخیص داد.

۳- پایان نامه فرهاد هژیر به راهنمایی دکتر جزایری که در سال ۷۶-۷۵ روی

گروهی از معتادان کرمانشاهی انجام شده نتایج ذیل را نشان داد. که معتادین در

مقیاسهای بالینی ضد اجتماعی، مرزی و پارانوئیدی، اسکیزوئیدی، اجتنابی،

وابسته، ضد اجتماعی - نافع، پرخاشگری، اسکیزوتایپال در سطح اطمینان

۰/۹۹ تفاوت معنی داری با افراد سالم دارند و تفاوت به دست آمده تفاوت در

صفات شخصیتی مختل رشد یافته را بر روی مقیاسهای مطروحه نشان داد.

۴- مقایسه خصوصیات شخصیتی جوانان معتاد به مواد مخدر و جوانان غیر معتاد

در گروه سنی ۱۴-۲۲ سال در استان اصفهان (شایسته، سیاوش ۱۳۷۵).

در تحقیق انجام شده تحت عنوان: مقایسه خصوصیات شخصیتی جوانان معتاد به

مواد مخدر و جوانان عادی (غیر معتاد) در گروه سنی ۱۴-۲۲ سال در استان

اصفهان، در پاسخ به سؤالهای مطرح شده در تحقیق سه فرضیه اصلی و هشت

فرضیه فرعی از طرف پژوهشگر ارائه شد. که این فرضیه ها به ترتیب عبارت بودند

از: الف- میزان جامعه رنجوری جوانان معتاد به مواد مخدر در مقایسه با جوانان

معتاد به مواد مخدر در مقایسه با جوانان عادی بیشتر است. ب- جوانان معتاد به

مواد مخدر دارای خصوصیات پارانویی بیشتری نسبت به جوانان عادی هستند. ج-

میزان افسردگی جوانان معتاد به مواد مخدر در مقایسه با جوانان عادی بیشتر است.

د- میزان خصوصیات شخصیتی خود بیمارپنداری، مانیا، خستگی روانی، هستری و

اسکیزوفرنیا در جوانان معتاد به مواد مخدر در مقایسه با جوانان عادی بیشتر است.

ه- جوانان معتاد به مواد مخدر در مقیاسهای K , F , L آزمون شخصیتی

MMPI نمره بیشتری به دست می آورند. از جامعه آماری تحقیق دو گروه پسر

معتاد و عادی (غیر معتاد) به تعداد هر گروه ۸۳ نفر و همتا، شد از لحاظ جنس،

سن، میزان تحصیلات و مجرد یا متأهل بودن به روش تصادفی ساده انتخاب و نمونه گیری شدند و به وسیله آزمون شخصیتی MMPI و پرسشنامه تنظیم شده (حاوی سؤالاتی در زمینه های فردی، خانوادگی و اجتماعی افراد معتاد) مورد آزمون قرار گرفتند. به منظور تجزیه و تحلیل داده ای به دست آمده از روشهای آماری، توصیفی (میانگین، فراوانی، درصد جدول و نمودار) و آزمون t در سطح اطمینان ۹۵ و ۹۹ درصد استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها و نتایج به دست آمده نشان دادند که دو گروه در خصوصیت جامعه رنجوری تفاوت معنی داری با همدیگر دارند و فرض صفر با اطمینان ۹۹ درصد رد شد و فرضیه تحقیق به تأیید رسید. در مورد فرضیه دوم تحقیق تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد و فرضیه تحقیق در هر دو سطح اطمینان رد شد. فرضیه سوم تحقیق با اطمینان ۹۹ درصد به تأیید رسید و میزان افسردگی جوانان معتاد نسبت به جوانان گروه عادی میزان بیشتری را به خود اختصاص دادند. تفاوت معنی دار بین دو گروه در خستگی روانی با اطمینان ۹۵ درصد به تأیید رسید. بنابراین گروه معتاد در خستگی روانی در مقایسه با گروه عادی از میزان بیشتری برخوردار بودند. در مانیا و مقیاس L و K بین دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده نشد و بنابراین فرضیه تحقیق در این سه زمینه به تأیید نرسید. اطلاعات به دست آمده از پرسشنامه تنظیم شده (حاوی سؤالاتی در زمینه های فردی خانوادگی و اجتماعی گروه معتاد) نیز با

استفاده روشهای اماری توصیفی مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت و اطلاعات قابل توجهی در زمینه های فردی مثل (سطح سواد، نوع شغل یا فعالیت، نحوه گذراندن اوقات اقتصادی خانواده سطح ماده مخدر و تعداد دفعات اقدام به ترک اعتیاد) و در زمینه های خانوادگی مثل (شرایط اقتصادی خانواده، سطح سواد والدین، روابط عاطفی در خانواده، وجود افراد معتاد دیگر در خانواده کنترل فرد معتاد به وسیله خانواده و مسائلی دیگر) و از شرایط اجتماعی مثل (محل سکونت، میزان دسترسی به مواد مخدر دسترسی به امکانات تفریحی سالم و ...) از گروه معتاد به مواد مخدر به دست آمده و همچنین با درجه بندی انجام شده خود آنان میزان تأثیر علل و عوامل مختلف در اعتیاد جوانان معتاد به مواد مخدر بررسی شد.

شماره کنترل: ۰۰۰۴۹۱۹۹ شماره کاربرگه (بازیای) TH07846 شماره سریال:

۰۴۹۱۹۹

۵- افقه و خلیلیان (۱۳۷۵) نشان دادند که ۴/۴۲٪ از افراد معتاد بیش از گرایش به مواد افیونی دچار نوعی افسردگی بودند و ۱۳٪ پس از گرایش در این مواد دچار افسردگی شده اند.

۶- طاهری و سیعی (۱۳۷۶)، نشان داد که از کل مراجعان به مرکز ترک سرپایی بهزیستی تهران ۲۱٪ سابقه ناهنجاری روانی پیشین و ۲۸٪ سابقه خودکشی همچنین در هنگام مراجعه ۲۰٪ آنان اضطراب ۱۱٪ از افسردگی رنج می برده اند ۳۸٪ هم اضطراب و هم افسردگی داشته اند و ۳۵٪ دارای سایر اختلالهای روانی بوده اند. (عزت الله خالقی ناظر محمد صیادی با احمد).

۶- پژوهش محمد ناظر، دکتر خالقی و احمد رضا صیادی در سال ۱۳۸۰ که شیوع اختلالهای روانپزشکی در وابستگان به مواد افیونی را مورد بررسی قرار می داد نشان داد که مصرف کنندگان تریاک با وافور و سیخ و تنگ به ترتیب ۳۰/۵ و ۲۹/۲٪ و تدخین و تزریق کنندگان هرئین به ترتیب ۷/۷۳٪ و ۳/۹۲٪ دارای تشخیص روانپزشکی بودند بنابراین در درمان باید به شدت اعتیاد و تشخیصهای روانپزشکی همراه توجه داشت.

۷- بررسی همبودی اختلالهای خلقی و اضطرابی در معتادان جویای درمان که توسط دکتر بهروز بیرشک، دکتر محمد کاظم عاطف وحید، دکتر جلال شاکری، انجام شد نشان داد که ۳/۷۲٪ معتادان مورد بررسی به ترتیب واجد

ملاکهای تشخیصی اختلالاتهای خلقی و اضطرابی (غیر از اختلال مصرف مواد)

بودند در میان اختلالاتهای خلقی و اضطرابی و افسردگی اساسی و اختلال

اضطراب منتشر به ترتیب ۶۶٪ و ۱۲٪ شایعترین اختلالاتها بوده اند.

اشاره به تحقیق که دکتر جمشید احمدی در شیراز انجام داده است.

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

فصل سوم

- روش تحقیق
- روش انتخاب نمونه و تعداد نمونه ها
- روش جمع آوری اطلاعات
- متغیرهای تحقیق
- ابزار تحقیق
- روش های آماری مورد استفاده در این پژوهش.

روش تحقیق: تحقیق مورد مطالعه از نوع پس رویدادی مقایسه ای و بررسی ارتباط است.

جامعه آماری: متشکل از کلیه بیماران مراجعه کننده به کلینیک آتیه نو کرج از مهرماه سال ۱۳۸۱.

روش انتخاب نمونه تعداد نمونه ها: برای انتخاب نمونه ابتدا بیمارانی که در طول یک ماه بعد از سم زدایی مصرف مجدد داشتند از بیمارانی که مصرف نداشتند جدا شدند. سپس افراد بالای ۴۵ سال به علت اینکه در محدوده سنی مورد نظر برای

پژوهش نبودند و افراد بیسواد که پرسشنامه M.M.P.I برای چنین افرادی قابل اجرا نیست از پرونده های مورد بررسی حذف شدند. به این ترتیب تعداد ۳۰ نفر بودند که مصرف مجدد داشتند انتخاب شدند سپس جهت مقایسه از میان پرونده های بیمارانی که مصرف نداشتند به روش تصادفی ساده و قرعه کشی ۳۰ نفر بیمار به عنوان نمونه انتخاب شدند.

جدول ۱-۳

خلاصه اطلاعات مربوط به مشخصات نمونه ها

گروه سنی	F	مجرد	متاهل	شاغل	بیکار	با تحصیلات بالاتر از دیپلم	با تحصیلات پائین تر از دیپلم
۱۹-۱۶	۲	۱	۱	۱	۱	۰	۲
۲۳-۲۰	۱۹	۵	۱۴	۱۴	۵	۴	۱۵
۲۷-۲۴	۱۲	۸	۴	۸	۴	۵	۷
۳۱-۲۸	۱۰	۸	۲	۱۰	۰	۶	۴
۳۵-۳۲	۸	۶	۲	۵	۳	۷	۱
۳۹-۳۶	۴	۳	۱	۴	۰	۳	۱
۴۳-۴۰	۳	۳	۰	۳	۰	۳	
۴۷-۴۴	۲	۲	۰	۲	۰	۲	۰
	۶۰						

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

www.kandoo.cn.com

روش جمع آوری اطلاعات:

برای جمع آوری اطلاعات به کلینک آتیه نو کرج مراجعه شد ابتدا پرونده های

افرادی که مصرف مجدد داشتند و افرادی که پس از سم زدایی مصرف نداشتند

جدا شد (بیمارانی که مصرف مجدد داشتند با استفاده از تست مورفین که به

صورت هفتگی انجام شد و در پرونده ها ثبت شده بود و نیز گزارش خود بیمار

مشخص می گردید. و در پرونده هایی که ۴۵ سال بیشتر سن داشتند و بیسواد بود

به علت قابل اجرا نبودن پرسشنامه در مورد افراد بیسواد و نیز به علت اینکه افراد

بالای ۴۵ سال خارج از محدوده پژوهش بودند مجدداً کنار گذاشته شدند. بدین

ترتیب تعداد ۳۰ نفر نمونه به عنوان گروهی که مصرف مجدد داشتند انتخاب شدند

پس از میان ۱۷۰ نفر بیمار تعداد ۳۰ نفر به عنوان گروهی که مصرف نداشتند. به

روش تصادفی ساده و با استفاده از روش قرعه کشی انتخاب شدند.

متغیرهای پژوهش:

متغیر پیش بینی کننده: نیمرخ روانی

متغیر ملاک: مصرف مواد

متغیر رابط: سن

ابزار تحقیق: ابزار تحقیق در این پژوهش پرسشنامه شخصیتی منیه سوتا است این

پرسشنامه به سال ۱۹۴۳ به وسیله هاتا^۱وی مک گنلی در دانشگاه منیه سوتا ساخته

شد.^۲ هم به صورت فردی وهم به صورت گروهی قابل اجرا است. فرم های

گوناگون این پرسشنامه را می توان در گروه های سنی بالاتر از ۱۶ سال و با

افرادی که حداقل ۸ کلاس تحصیلات هستند اجرا کرد.

نمره گذاری این پرسشنامه برای فرم اصلی و بلند (M.M.I.P) $M.M.P.I_2$ که به

ترتیب ۵۶۶ سوالی ۵۶۷ است برای ۱۰ میزان بالینی و چهار میزان روانی صورت

می گیرد. الف: میزانهای روانی:

L-میزان استفهام- تعداد سوالاتی که آموزدنی آنها را بدون جواب گذاشته است.

F- بیشتر نمودار آشفتگی فکری و خود کم انگاری می باشد.

K- جنبه دفاعی آزمودنی را نشان می دهد و در عین حال برای تصحیح بعضی از

میزانهای بالینی نیز به کار می رود. در نمره گذاری آزمون مقادیر مختلف K را به

بعضی از میزانها می افزایند و سپس نیمرخ روانی آزمودنی را رسم می کند.

ب) میزانهای بالینی:

۱- هیپوکندری (HS) ۴- پسیکو پاتی (Pd)

¹ - Hathaway

² - Mokinley

۲- افسردگی (D) ۵- ویژگیهای مردانه یا زنانه (Mf)

۳- هیستری (H.Y) ۶- پارانویا (Pa)

۷- پيسکاستنی (Pt) ۹- هیپومانیا (Mi)

۸- اسکیزوفرنیا (Sc) ۱۰- درون گرایی (Si)

با توجه به اینکه در کاربرد پرسشنامه ها باید نظام و روشهای اجتماعی- شرایط فرهنگی، پشتوانه ها و سوابق تمرین آزمودنی، معتقدات و یادگیریهای خاص اجتماعی آنان را در نظر گرفت و به علت همین محدودیتها اخوت، براهنی، شاملو

و نوپرست ۷۱ سوال از پرسشنامه M.M.P.I را اقتباس و با در نظر گرفتن فرهنگ خاص ایرانی آن را در فرم کوتاهی تدوین و یک رشته فعالیتهای پژوهشی را آغاز کردند. پژوهشهایی که تا به حال انجام و گزارش شده است همه بیانگر ارزش تشخیصی فرم کوتاه (۷۱) سوالی می باشند. میزانهای Si و Mf از فرم ۷۱ سوالی حذف شده اند. حذف میزان Mf از فرم ایرانی به علت تفاوتهای فاحش فرهنگی

بین صفات و ویژگیهای زنان و مردان ایرانی و غربی بوده است. زیرا نقشهای اجتماعی ایشان در دو فرهنگ شرق و غرب و مسئولیتهای اجتماعی آنان و انتظارات جامعه از آنان کاملاً متفاوت است. تغییرات و تحولاتی که در موقعیت اجتماعی جمعیت زن ایرانی ایجاد گشته است تعریف قاطع نقشهای زنان و بالتیجه تدوین آزمونی که بتواند با اعتبار و روائی قانع کننده ای صفات و ویژگی های آنها را

بسند دسوار ساخته است. حذف میزان Si نیز به این علت می باشد که این میزان حتی در فرم اصلی M.M.P.I دارای ثبات و روائی رضایت بخش نمی باشد. میزان استفاده نیز به علت کم بودن تعداد سوالات در فرم کوتاه حذف گردید. لذا هنگام اجرای آزمون باید از آزمودنی خواست که به همه سوالات پاسخ بدهد یا خیر بدهد. تعداد پرسشها در فرم کوتاه برای میزان های Pd, Hy, D, Hs, K, F, L, Ma, Sc, Pa, Pt به ترتیب ۵، ۱۵، ۱۶، ۱۴، ۲۰، ۲۵، ۱۹، ۱۴، ۱۶، ۲۰، ۱۱ می باشد.

اعتبار و روائی آزمون:

پژوهشهای انجام شده اعتبار روانی در مورد اعتبار M.M.P.I نشان می دهد که از سطوح متوسط ثبات کوتاه مدت همسانی درونی برخوردار است. به عنوان مثال هانسلی^۱ هنسون^۲ و پارکر^۳ (۱۹۹۸) درباره مطالعات انجام شده در مورد M.M.I.P بین ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۰ یک مطالعه فرا تحلیلی انجام دادند و چنین نتیجه گرفتند که همه مقیاستهای M.M.I.P کاملاً پایا هستند و دامنه ضرایب پایانی آنها از ۰.۷۱ (مقیاس Ma) تا ۰.۸۴ (Pt) است. نوسان در نمره های آزمون قابل انتظار است. این گفته به ویژه در مورد جمعیتهای روانپزشکی صادق است زیرا اثرهای

¹ - Hansley2

² - Hanson3

³ - parker

درمان یا تثبیت در یک موقعیت بحرانی زودگذر ممکن است در عملکرد بیمار در
آزمون مؤثر واقع شود. میانه ضرایب اعتبار برای افراد بهنجار حدود ۷۰٪ است و
میانه دامنه ضرایب اعتبار برای بیماران روانپزشکی حدود ۰/۸۰ است. ضرایب
اعتبار دو نیمه آزمون نیز حدود متوسط بوده و دامنه تغییرات آن از ۰/۵ تا ۰/۹۴ با
میانه ای برابر ۰/۷۰ و اندکی بیشتر است. (شریفی، حسن پادشاه- ۱۳۷۵).

شیوه نمره گذاری:

نمره گذاری فرم کوتاه M.M.I.P به کمک ۱۱ کلیدی که در دست است صورت

می گیرد. سپس نمرات آزمودنی در هر میزان به فرمی که برای انعکاس نیمرخ

روانی وی تهیه شده است منتقل می گردد. آزمودنی های پاسخ خود را به هر سوال

با علامت (*) در پاسخ نامه مشخص می سازند. نمرات خام آزمودنی را در

میزانهای L, F, K, D, Hy, Pa به فرمی که برای رسم پروفایل تهیه شده است

منتقل می شود. مقادیر معینی از نمره هر آزمودنی در K را به نمره میزانهای Hy,

Ma, Sc, Pa, Pt, Pd منتقل می شود و با وصل نقاطی که نمره آزمودنی را در

میزانهای گوناگون نشان می دهد نیمرخ آزمودنی رسم می شود.

پروفایل آزمودنی را با روشهای گوناگون می توان مورد بررسی و تفسیر قرار داد.

یکی از این روشها که برای تشخیص به کار می رود با این شیوه می باشد که ابتدا

از شماره میزانی که بالاترین برآمدگی را در پروفایل می دهد شروع سپس به میزان

دیگری که از لحاظ برآمدگی در درجه دوم و یا سوم قرار دارند توجه می شود.

چگونگی شکل کلی پروفایل نیز می تواند ما را در تشخیص ویژگی های شخصیت

آزمودنی کمک کند در این مورد بیشتر به شیب پروفایل توجه می شود. پروفایل

بالینی افراد نوروتیک دارای شیب رو به پائین از چپ به راست می باشد. (پروفایل

افراد سایکوتیک برعکس شیبی رو به بالا از چپ به راست می باشد.)

در تفسیر باید علت اجرا، سوابق گذشته و نمونه کارکرد فعلی آزمودنی را در نظر

گرفت لازم به ذکر است که نمرات تراز شده ۷۰ و یا بالاتر نشانه مرضی می تواند

باشد. نمرات متوسط گرایشهای آزمودنی را نشان می دهند.

روشهای آماری مورد استفاده در این پژوهش:

در این پژوهش ۲ دسته داده داریم: ۱- داده های فاصله ای که نمرات تراز شده

پرسشنامه شخصیتی منیه سوتا می باشند.

۲- داده های اسمی که مشخص کننده تعداد افراد در ۳ گروه تشخیصی (اختلال

شخصیتی، نوروتیک، سایکوتیک).

برای تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده از روشهای آماری توضیحی نظیر

میانگین، فراوانی و نمودار استفاده شد. و آزمون t در سطح اطمینان ۹۵ و ۹۹

درصد استفاده شد.

برای مقایسه خصوصیات شخصیتی، میانگین نمرات تراز شده در ۱۱ مقیاس

پرسشنامه M.M.I.P با استفاده از آزمون t مقایسه شد.

سپس جهت بررسی رابطه نیمرخ روانی و مصرف مجدد مواد از آزمون استفاده

شد. آزمون بی پارامتر، برای داده های اسمی استفاده می شود.

www.kandoo.cn.com

www

n.com

www.kandoo.cn.com

www

n.com

www.kandoo.cn.com

www

n.com

www.kandoo.cn.com

www

n.com

oocn.com