

مقایسه اختلالات روانی و کیفیت زندگی در چهار گروه مردان معتاد مبتلا به ایدز، معتاد غیر مبتلا به ایدز، غیر معتاد مبتلا به ایدز و سالم

دکتر سوزان امامی پور*^۱، دکتر حسن شمس اسفندآباد**، دکتر سید جلال صدرالسادات***، سمیرا نژاد نادری†

*استاد ديار گروه روانشناسی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، **استاديار گروه روانشناسی - دانشگاه بین المللی امام خمینی (ره)،

***استاديار گروه رفاه اجتماعی - دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، †کارشناس ارشد روانشناسی - دانشگاه بین المللی امام خمینی (ره)

تاریخ دریافت: ۱۶/۹/۱۵ تاریخ تایید: ۱۷/۱/۱۵

چکیده:

زمینه و هدف: پژوهش ها نشان می دهند که اعتیاد و ایدز و تعامل این دو تاثیرات منفی بر افراد دارند. هدف پژوهش حاضر مقایسه اختلالات روانی و کیفیت زندگی در چهار گروه افراد معتاد، افراد معتاد مبتلا به ایدز، افراد مبتلا به ایدز غیر معتاد و افراد سالم بوده است.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی - تحلیلی نمونه آماری را ۳۵۰ مرد از چهار گروه از افراد معتاد، افراد معتاد مبتلا به ایدز، افراد مبتلا به ایدز غیر معتاد و افراد سالم تشکیل می دادند (در هر گروه به جز گروه افراد غیر معتاد مبتلا به ایدز که ۵۰ نفر بود، ۱۰۰ نفر شرکت داشتند). پرسشنامه های SCL-۹۰ برای ارزشیابی علایم روانی و SF-۳۶ برای ارزشیابی کیفیت زندگی مورد استفاده قرار گرفت. از روش آماری تحلیل واریانس چند متغیره به منظور مقایسه نمرات چهار گروه استفاده شد.

یافته ها: یافته های پژوهش نشان داد که در مقایسه با افراد سالم، افراد معتاد، افراد معتاد مبتلا به ایدز و افراد مبتلا به ایدز غیر معتاد نمرات بالاتری در پرسشنامه SCL-۹۰ و نمرات پایین تری در پرسشنامه SF-۳۶ بدست آوردند ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: اعتیاد و ایدز بر سلامت روان و کیفیت زندگی افراد تاثیر منفی دارد. پیشگیری از اعتیاد و ایدز و تاثیرات منفی آنها مستلزم برنامه ریزی های جامع و ایجاد بینش جدید در باره این دو است.

واژه های کلیدی: اعتیاد، ایدز، اختلالات روانی، کیفیت زندگی.

مقدمه:

روی زنان معتادی که متادون دریافت می کنند نشان داده است که احتمال ابتلا به ایدز و سیفلیس در آنها بسیار بالاست. اغلب افرادی که به ایدز مبتلا شده اند با فردی که دارو تزریق می کرده است رابطه داشته اند. تزریق دارو یکی از عوامل اصلی انتقال بیماری است (۱).

بر اساس آخرین آمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۶ تاکنون ۱۵ هزار و ۵۸۷ ایرانی به HIV و ایدز مبتلا شده اند که از این تعداد ۱۴ هزار و ۷۰۲ مرد (۹۴/۳٪) و ۸۸۵ زن (۵/۷٪) را شامل

اعتیاد تزریقی در جهان در حال گسترش است و ابتلای افراد به ویروس ایدز (HIV) در اثر تزریق مواد مخدر به گونه ای هشدار دهنده به ویژه در بسیاری کشورهای در حال توسعه در جهان رو به افزایش است. بر اساس آمارهای گزارش شده در آمریکا ۴۷ درصد بیماران مبتلا به ایدز، مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر هستند. پژوهش های بسیاری که روی زنان و مردان مبتلا به ایدز انجام شده نشان دهنده نقش اعتیاد در ابتلا به این بیماری است. پژوهش های انجام شده

خشم، ناآرامی، اضطراب و دلهره، ترس و افسردگی، افکار خودکشی، ضعف جسمانی، انزوای اجتماعی و خود بیمار انگاری، رفتارهای متوقعانه، نامیدی، عزت نفس پایین و نقص های شناختی (به واسطه درگیر شدن سیستم اعصاب مرکزی با عفونت ناشی از بیماری) بروز می نماید. میزان شیوع اختلالات روانی در افراد آلوده به ویروس HIV متفاوت است.

در پژوهشی در مناطق شهری آگاندا نشان داده شد که شیوع اختلالات روانپزشکی در میان افراد آلوده به ویروس HIV بالا بود. در این مطالعه شیوع کلی اختلالات روانپزشکی ۸۲/۶ درصد گزارش شده است. در این مطالعه سایکوزهای غیر خلقی در ۱۷/۴ درصد، اختلالات دو قطبی در ۱۷/۴ درصد، افسردگی ملانکولیک در ۱۰/۹ درصد و افکار خودکشی در ۱۳ درصد موارد وجود داشتند (۶).

امروزه سلامتی به عنوان یکی از حقوق بشری و یک هدف اجتماعی در جهان شناخته شده است. مفهوم آن نیز در نظر متخصصان گسترش یافته است و آنها در بررسی های خود از رویکردی ریستی، روانی و اجتماعی که در آن تعامل این عوامل از اهمیت ویژه ای برخوردار است بهره می جویند. در این رویکرد مفهوم کیفیت زندگی نقشی محوری دارد. کیفیت زندگی دارای ابعاد مختلفی است و در بر گیرنده وضعیت جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی افراد است. کیفیت زندگی در افراد بیمار به حالتی از خوب بودن اطلاق می شود که شامل دو جزء است: توانایی انجام کار روزانه که منعکس کننده وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی فرد است و رضایت فرد از کنترل بیماری و عوارض درمان. بیماری ها و اختلالات مزمن و طولانی مانند ایدز و اعتیاد به تنهایی یا با یکدیگر مدام در زندگی مبتلایان بحران ایجاد می کنند و می تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی آنها در ابعاد مختلف روانی و جسمانی گردند. مبتلایان به اعتیاد یا ایدز، نیازمندی های زیست شناختی، روانشناختی، اجتماعی و هیجانی دارند که در مقایسه با نیازهای افراد سالم متفاوت هستند (۷).

می شود. بر این اساس ۱۰۶۹ نفر (۹۸۱ مرد و ۸۸ زن) به مرحله انتهایی بیماری (ایدز) رسیده اند. به گزارش ایسنا، بر اساس تعداد موارد مبتلا به HIV بر حسب راه انتقال در ایران، «اعتیاد تزریقی» با شیوع ۶۴/۵ درصد، موارد «نامشخص» با شیوع ۲۴/۱ درصد، «تماس جنسی» با میزان ۳/۷ درصد، «خون و فرآورده های خونی» با ۱/۶ درصد شیوع و بالاخره «انتقال ایدز از مادر به کودک» با فراوانی ۰/۵ درصد به ترتیب به عنوان راه های انتقال ایدز در کشور شناخته شده اند (۲).

به نظر می رسد که در ایران معتادان تزریقی با احتمال بیشتری نسبت به کل افراد جامعه، زندانی می شوند. هرچند که این واقعیت نیز وجود دارد که بعضی از موارد عفونت ناشی از HIV در داخل زندانها رخ داده است. در محیط بسته زندان HIV به سرعت از طریق رابطه جنسی و استفاده از سرنگ و سوزن مشترک گسترش می یابد (۳). Brooner و همکاران در پژوهشی که روی ۷۱۶ نفر از افرادی که در برنامه دریافت متادون شرکت کرده بودند انجام دادند، دریافتند که برخی اختلالات روانی مانند افسردگی، اختلالات شخصیت و بی حوصلگی، در میان این افراد بسیار بارز است. اختلالات سایکوتیک و اختلالات عاطفی در معتادین بالاتر از افراد غیر معتاد است. اینگونه اختلالات در زنان به طور معنی داری بیشتر از مردان است (۴).

پژوهش انجام شده توسط Craig نشان داد افراد معتادی که برای مدتی طولانی از مواد مخدر استفاده می کنند بیشتر به اختلالات اضطرابی دچار می شوند و از میان کسانی که جهت ترک اعتیاد به مراکز ترک اعتیاد مراجعه می کنند درصد افراد معتادی که دچار اختلالات روانی هستند نیز به طور معنی داری بیشتر است (۵).

این اعتقاد وجود دارد که بیماری ایدز و عفونت HIV باعث ایجاد فشارهای روانی و اجتماعی بسیار بزرگی برای بیماران، خانواده، همسران و متخصصین و مراقبین بهداشت این افراد می شود. این فشارهای روانی و اجتماعی به صورت واکنش هایی نظیر ناباوری، انکار،

معتادین و مبتلایان به ایدز است). نمونه آماری پژوهش متشکل از ۳۵۰ مرد با دامنه سنی ۳۴-۲۲ سال شامل: ۱۰۰ نفر از معتادین مرد مبتلا به ایدز، ۱۰۰ نفر معتادین مرد غیر مبتلا به ایدز، ۵۰ نفر بیماران مرد مبتلا به ایدز غیر معتاد و ۱۰۰ نفر از مردان عادی که مبتلا به ایدز و اعتیاد نیستند (افراد سالم) بود. افراد معتاد و افراد معتاد مبتلا به ایدز از میان افرادی که به مراکز مشاوره بیماری‌های اجتماعی و رفتاری شهر کرمان مراجعه می‌کردند و در مورد آنها اطلاعات وجود داشت به صورت تصادفی انتخاب شدند. افراد مبتلا به ایدز غیر معتاد را تمامی افرادی که جهت درمان به مراکز درمانی مراجعه کرده و در موردشان اطلاعات در دسترس بود تشکیل می‌دادند. گروه گواه (افراد سالم) به طور تصادفی از دو مرکز رشد و فناوری اطلاعات و سازمان آمار شهرداری شهر کرمان انتخاب شدند. به منظور افزایش اعتبار نتایج، گروهها از نظر ویژگی‌هایی چون سن و سطح تحصیلات هم‌سازی شدند.

ابزار پژوهش حاضر را پرسشنامه های علایم روانی (SCL-۹۰) و کیفیت زندگی (SF-۳۶) تشکیل می‌دهند. پرسشنامه SCL-۹۰ شامل ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علایم روانی است و دارای ۹ بعد شکایات جسمانی، وسواس- اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوییدی و روان پریشی می‌باشد. تحقیقات متعددی به منظور بررسی روایی و پایایی آزمون انجام شده‌اند. در ایران در تحقیق میرزایی پایایی آزمون در تمام ابعاد به استثنای پرخاشگری، ترس مرضی و افکار پارانوییدی بیشتر از ۰/۸ بود. روایی سازه و تشخیص بدست آمده نیز نشان دهنده این بود که این آزمون می‌تواند به عنوان ابزار تشخیص بیماریهای روانی در ایران بکار برده شود (۱۱).

پرسشنامه کیفیت زندگی شامل ۳۶ سؤال است که هشت خرده مقیاس مرتبط با سلامت شامل: عملکرد جسمانی، درد بدنی، نقش جسمانی، سرزندگی، عملکرد

پژوهش های انجام گرفته در مورد ایدز در ایران غالباً یا به توصیف بیماری و نشانگان آن می‌پردازند و یا بر نقش نگرش و میزان آشنایی گروههای مختلف افراد جامعه با بیماری ایدز تاکید دارند (۸،۷). پژوهش هایی که در آنها رابطه بین اعتیاد و ایدز و تاثیرات آنها بر بروز یا گسترش اختلالات رفتاری مورد مطالعه قرار گرفته باشد بسیار نادر هستند. یکی از این پژوهش ها پژوهشی است که توسط te Vaarwerk انجام گرفته است. نتایج پژوهش آنها نشان داده است که زنان معتاد و زنان مبتلا به ایدز از اختلالات روانی رنج می‌برند و از کیفیت زندگی پایینی برخوردار هستند. اختلالات روانی و کیفیت زندگی پایین در این زنان با عزت نفس پایین و فقر رابطه دارد. اختلالات روانی در زنان مبتلا به ایدز که سیستم ایمنی آنها تضعیف شده بود به طور معنی داری بالاتر از گروه افراد سالم بود (۹). نتایج پژوهش رضایی (۱۰) حاکی از وجود میزان نسبتاً بالایی از ایدز و اختلالات روانی در بین معتادان است. وی با استفاده از آزمون SCL-۹۰ شیوع اختلالات روانی در بین معتادان تزریقی که مبتلا به ویروس HIV بودند را ۸۵ درصد گزارش نموده است.

با توجه به کم بودن پژوهش هایی که در آنها رابطه بین اعتیاد و ایدز و تاثیرات آنها بر بروز یا گسترش اختلالات رفتاری مورد مطالعه قرار گرفته باشد، لذا این مطالعه با هدف بررسی و مقایسه اختلالات روانی و کیفیت زندگی در چهار گروه افراد معتاد مبتلا به ایدز، معتاد غیر مبتلا به ایدز، غیر معتاد مبتلا به ایدز و افراد سالم انجام شده است.

روش بررسی:

این پژوهش به صورت توصیفی - تحلیلی بر روی نمونه هایی از چهار جامعه از افراد مذکر، معتاد مبتلا به ایدز، معتاد غیر مبتلا به ایدز، افراد مبتلا به ایدز غیر معتاد و افراد سالم (غیر معتاد غیر مبتلا به ایدز) در استان کرمان در سال ۱۳۸۶ انجام گرفت (دلیل انتخاب مردان به عنوان آزمودنی درصد بسیار بالای آنها در میان

از شاخص های توصیفی و از روش تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) برای مقایسه علایم روانی و کیفیت زندگی در بین گروهها استفاده شده است.

یافته ها:

بین کیفیت زندگی افراد عادی و سه گروه افراد معتاد، معتاد مبتلا به ایدز و مبتلا به ایدز تفاوت آماری معنی دار مشاهده گردید ($P < 0.001$) (جدول شماره ۱). به منظور بررسی اثر متغیر مستقل گروه بر متغیرهای وابسته (خرده مقیاس های کیفیت زندگی)، ابتدا آزمون های معنی داری MANOVA (پیلای - بارتلت،

اجتماعی، نقش هیجانی، سلامت روانی و یک سؤال در مورد تغییرات درک شده در وضعیت سلامت عمومی در یک سال گذشته را مورد سنجش قرار می دهد. این پرسشنامه از روایی و اعتبار بالایی برخوردار است (۱۲، ۱۳). شیوه اجرای پرسشنامه ها به صورت انفرادی بود. ابتدا به آزمودنی ها این اطمینان داده شد که پاسخ های آنها کاملاً محرمانه خواهند ماند، سپس از آنها خواسته شد تا با کمال صداقت به سؤالات پاسخ دهند. در مورد آزمودنی های بیسواد، سؤالات توسط همکاران پژوهشی با صدای شمرده و با دقت خوانده شد و پاسخ آنها در برگه پرسشنامه ثبت شد.

جدول شماره ۱: بررسی شاخص های توصیفی خرده مقیاس های کیفیت زندگی پرسشنامه SF-۳۶ برای هر چهار گروه

متغیرها	گروهها	معتاد	مبتلا به ایدز	عادی	مبتلا به ایدز
عملکرد جسمانی	۵۰/۵۵±۹/۳۷	۴۴/۸۹±۹/۲۵	۵۸/۰۱±۵/۴۷	۴۳/۱۲±۸/۲۷	
نقش جسمی	۴۹/۵۳±۹/۶۷	۴۵/۰۳±۶/۹۱	۵۷/۵۸±۹/۸۴	۴۵/۷۰±۶/۶۲	
درد بدنی	۴۸/۹۰±۸/۵۶	۴۵/۴۵±۹/۱۷	۵۸/۰۱±۷/۱۹	۴۵/۲۶±۹/۵۵	
سلامت عمومی	۵۰/۶۰±۶/۸۹	۴۳/۲۲±۶/۹۶	۶۰/۲۷±۷/۱۸	۴۱/۸۱±۶/۰۱	
سرزندگی	۴۹/۵۹±۷/۸۵	۴۴/۰۶±۶/۴۴	۵۹/۸۹±۸/۳۰	۴۲/۸۸±۶/۳۷	
عملکرد اجتماعی	۵۰/۵۸±۸/۱۱	۴۳/۹۶±۸/۶۹	۵۸/۴۹±۷/۱۶	۴۳/۹۲±۷/۹۳	
نقش هیجانی	۵۰/۷۹±۱۱/۰۷	۴۵/۳۳±۶/۵۶	۵۶/۸۹±۹/۴۴	۴۳/۹۶±۴/۱۶	
سلامت روان	۴۹/۱۱±۸/۲۲	۴۴/۷۱±۶/۶۱	۵۹/۶۹±۸/۲۳	۴۲/۹۷±۷/۰۳	
مجموع سلامت جسمانی	۵۰/۲۰±۷/۵۶	۴۳/۴۹±۷/۶۵	۶۰/۲۲±۵/۹۱	۴۲/۱۸±۶/۷۴	
مجموع سلامت روانی	۴۹/۶۲±۷/۹۵	۴۳/۸۵±۶/۱۱	۶۰/۳۰±۷/۸۰	۴۲/۴۷±۵/۸۴	
نمره کل کیفیت زندگی	۴۹/۹۰±۷/۴۹	۴۳/۳۴±۶/۵۷	۶۰/۷۹±۶/۵۲	۴۱/۹۳±۵/۵۹	

- داده ها بر اساس "انحراف معیار± میانگین" میباشد. - $P < 0.001$ بین گروه عادی و سایر گروه های مورد بررسی.

مستقل گروه، F محاسبه شده برای تمامی خرده مقیاس های کیفیت زندگی بزرگتر از F جدول با احتمال کمتر از ۰/۰۰۱ است، لذا بین کیفیت زندگی چهار گروه افراد معتاد، معتاد مبتلا به ایدز، مبتلا به ایدز و عادی تفاوت معنی دار وجود دارد ($P < 0.001$).

لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ - لالی و بزرگترین ریشه روی) انجام شد (۱۴). با توجه به معنی دار بودن اثر متغیر گروه بر خرده مقیاسهای کیفیت زندگی ($P < 0.001$)، $F = 15.7$ ، $Wilk's\ lambda = 0.04$) تجزیه و تحلیل واریانس یک متغیری ANOVA برای هر یک از متغیرهای وابسته به طور جداگانه محاسبه شد. نتایج نشان داد که در رابطه با متغیر

به ایدز و گروه مبتلا به ایدز غیر معنادار تفاوت معنی دار مشاهده نشد.

در رابطه با خرده مقیاس سلامت عمومی، سلامت عمومی گروه عادی به طور معنی داری از سه گروه دیگر بالاتر است. سلامت عمومی گروه مبتلا نیز به طور معنی داری بالاتر از گروه مبتلا به ایدز و گروه مبتلا به ایدز غیر معنادار است. فقط بین دو گروه مبتلا به ایدز و گروه مبتلا به ایدز از نظر سلامت عمومی تفاوت معنی دار مشاهده نشد.

بین اختلالهای روانی چهار گروه افراد معنادار، مبتلا به ایدز، مبتلا به ایدز و عادی تفاوت وجود داشت (جدول شماره ۲).

با توجه به اینکه متغیر گروه دارای چهار سطح است و اثر آن معنی دار است، به منظور آزمون معنی داری تفاوت بین میانگین نمرات خرده مقیاسهای کیفیت زندگی با توجه به یکسان نبودن حجم گروهها از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. نتایج حاصل نشان داد که در رابطه با خرده مقیاس های عملکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد بدنی، سر زندگی، عملکرد اجتماعی، نقش هیجانی، سلامت روانی و مجموع مقیاس های سلامت جسمانی و سلامت روانی گروه عادی به طور معنی داری از سه گروه دیگر بالاتر است، گروه معنادار نیز به طور معنی داری بالاتر از گروه معنادار مبتلا به ایدز است ($P < 0.05$)، اما بین دو گروه معنادار و گروه مبتلا به ایدز و نیز دو گروه معنادار مبتلا

جدول شماره ۲: بررسی اختلالات روانی در گروه های مورد بررسی

اختلالات	گروهها	معنادار	معنادار مبتلا به ایدز	عادی	مبتلا به ایدز
شکایات جسمانی	۲/۰۲±۰/۷۳	۱/۲۵±۰/۷۷	۰/۶۴±۰/۵۰	۲/۱۷±۰/۳۴	
وسواس اجباری	۲/۰۴±۰/۷۵	۱/۴۶±۰/۷۴	۰/۷۱±۰/۴۳	۲/۴۲±۰/۳۲	
حساسیت در رفتار متقابل	۲/۰۶±۰/۸۳	۱/۴۴±۰/۶۶	۰/۶۴±۰/۴۸	۲/۵۳±۱/۰۷	
افسردگی	۲/۱۴±۰/۷۳	۱/۴۵±۰/۶۹	۰/۷۳±۰/۵۱	۲/۰۹±۰/۱۹	
اضطراب	۲/۱۷±۰/۸۲	۱/۴۴±۰/۸۲	۰/۶۶±۰/۴۹	۲/۵۴±۰/۳۲	
خصومت	۱/۹۷±۰/۸۹	۱/۲۹±۰/۷۶	۰/۶۵±۰/۴۹	۲/۶۷±۰/۳۷	
ترس مرضی	۱/۴۹±۰/۸۷	۰/۹۸±۰/۷۴	۰/۵۲±۰/۴۰	۲/۶۳±۰/۳۶	
افکار پارانویید	۲/۰۹±۰/۸۳	۱/۵۴±۰/۷۹	۰/۹۸±۰/۷۷	۱/۸۶±۰/۳۲	
روان پریشی	۱/۷۶±۰/۷۳	۱/۲۴±۰/۶۹	۰/۵۸±۰/۴۹	۱/۹۱±۰/۲۹	

- داده ها بر اساس "انحراف معیار میانگین" میباشد. $P < 0.001$ بین گروه عادی و سایر گروه ها

متغیرهای وابسته به طور جداگانه محاسبه شد. نتایج نشان داد که در رابطه با متغیر مستقل گروه، F محاسبه شده برای تمامی اختلالات روانی بزرگتر از F جدول با احتمال کمتر از ۰/۰۰۱ بود، لذا بین اختلالهای روانی چهار گروه افراد معنادار، معنادار مبتلا به ایدز، مبتلا به ایدز و عادی تفاوت معنی دار وجود دارد ($P < 0.001$).

با توجه به اینکه متغیر گروه دارای چهار سطح است و اثر آن معنی دار بود. به منظور آزمون معنی داری

به منظور بررسی اثر متغیر مستقل گروه بر متغیرهای وابسته اختلال های روانی، از روش تحلیل واریانس چند متغیری MANOVA استفاده شد. ابتدا آزمون های معنی دار بودن MANOVA برای بررسی اثر متغیر مستقل گروه بر متغیرهای وابسته اختلالهای روانی انجام شد. با توجه به معنی دار بودن اثر متغیر گروه بر اختلالهای روانی ($P < 0.001$)، $F = 14.26$ ، $Wilk's \lambda = 0.38$) تجزیه و تحلیل واریانس یک متغیری ANOVA برای هر یک از

در افراد معتاد زن و مرد در گروه‌های سنی مختلف تایید می‌کند، همخوانی دارد. همچنین با یافته‌های پژوهش‌های انجام شده مبنی بر بالا بودن میزان اختلالات روانی در بیماران مبتلا به ایدز و معتادان مبتلا به ایدز همخوانی دارد (۲۰، ۱۰).

در مورد رابطه اعتیاد با اختلالات روانی برخی معتقدند که اختلال‌های شخصیتی و تیپ شخصیتی خاص، به عنوان عوامل مهم در اعتیاد بشمار می‌آیند. بر اساس این دیدگاه افراد با اختلالات شخصیتی خاص مثل اختلال شخصیت ضد اجتماعی، نمایشی، مرزی، اسکیزوتایپی، در معرض گرایش به سوء استفاده از مواد هستند. افراد معتاد به مواد مخدر حداقل یک اختلال شخصیتی را دارا هستند و در بسیاری از معتادان حتی وقتی که مواد را ترک می‌کنند، این اختلال شخصیتی در آنها باقی می‌ماند (۲۱، ۲۲).

از سویی دیگر برخی دانشمندان به وجود پدیده‌ای به نام شخصیت اعتیادی معتقد نیستند و معتقدند که بعضی افراد، به علت داشتن برخی ویژگی‌های روانی در مقایسه با دیگران نسبت به معتاد شدن مستعد ترند. اصولاً متخصصان معتقدند که تعامل بین خصوصیات شخصیتی و محیطی، عوامل اجتماعی و زیست‌شناختی، زمینه اعتیاد را فراهم می‌کند (۲۳).

بطور کلی رابطه اعتیاد و اختلال روانی یک رابطه دو سویه است، یعنی اختلال‌های روانی مانند افسردگی و اضطراب می‌تواند زمینه‌ساز اعتیاد افراد شود و اعتیاد می‌تواند زمینه‌ای برای برخی اختلالات روانی مانند افسردگی شود.

از سوی دیگر بیماری ایدز به عنوان یکی از مشکلات مزمن سلامت که مربوط به بیماری‌هایی هستند که معالجه‌پذیر نیستند ولی باید بیمار و پزشک هر دو با آن کنار بیایند و آن را کنترل کنند، فشار روانی و جسمی فراوانی را بر بیمار و اطرافیان وی دارد. پژوهش‌ها نشانگر آن هستند که افراد مبتلا به ایدز افسرده تر و از لحاظ اجتماعی ایزوله تر هستند. سد‌هایی همچون نا آشکاری وضعیتی بیماری، ترس دیگران از بیماری، عدم دسترسی به

تفاوت بین میانگین نمرات اختلال‌های روانی با توجه به یکسان نبودن حجم آنها از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. نتایج حاصل نشان داد که در رابطه با اختلال‌های روانی شکایات جسمانی، وسواس اجباری، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، خشونت و روان پریشی گروه عادی به طور معنی داری از سه گروه دیگر پایین تر بود ($P < 0/05$)، گروه معتاد مبتلا به ایدز به طور معنی داری پایین تر از گروه معتاد و گروه مبتلا به ایدز بود ($P < 0/05$)، فقط بین دو گروه معتاد و گروه مبتلا به ایدز تفاوت معنی دار مشاهده نشد.

در رابطه با اختلال ترس مرضی گروه عادی به طور معنی داری از سه گروه دیگر پایین تر بود. گروه معتاد مبتلا به ایدز به طور معنی داری پایین تر از گروه معتاد و گروه مبتلا به ایدز است، و نیز گروه معتاد به طور معنی دار از گروه مبتلا به ایدز پایین تر بود ($P < 0/05$).

در رابطه با اختلال افکار پارانوئید، گروه عادی به طور معنی داری از سه گروه دیگر پایین تر بود، گروه معتاد مبتلا به ایدز به طور معنی داری پایین تر از گروه معتاد بود ($P < 0/05$). اما بین گروه معتاد مبتلا به ایدز با گروه مبتلا به ایدز و نیز گروه معتاد با گروه مبتلا به ایدز تفاوت معنی دار مشاهده نشد.

بحث:

سوء مصرف و وابستگی به مواد مخدر یکی از معضلات بهداشتی، روانی و اجتماعی جوامع است. تحقیقات متعدد حاکی از وجود میزان نسبتاً بالایی از ایدز و اختلالات روانی در بین معتادان و مصرف مواد مخدر بعنوان یک عامل خطر برای ایدز مطرح شده است (۱۵).

یافته‌های پژوهش نشان داد که بطور کلی اعتیاد و ایدز به تنهایی یا همراه با یکدیگر منجر به افزایش اختلالات روانی در افراد می‌گردند. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های بسیاری از پژوهش‌های انجام شده در خارج (۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹) و نیز پژوهش‌های انجام شده در ایران (۱۹) که همگی بالا بودن میزان اختلالات روانی را

که در مقایسه با نیازهای افراد سالم متفاوت هستند. بطور کلی عوامل و مشکلات متعدد اجتماعی، روانشناختی و زیست شناختی در گرایش به اعتیاد و ادامه آن نقش دارند. پس از وابستگی فرد به مواد مخدر مشکلات جدیدی بر مصایب و دردهای وی افزوده می‌شود. بی تردید اعتیاد احتمال ابتلا فرد معتاد به بیماری ایدز را افزایش می‌دهد. جلوگیری و پیشگیری از اعتیاد و ایدز و نیز اقدامات درمانی جهت کاستن از عوارض و عواقب آنها نیازمند برنامه ریزیهای جامع و ایجاد بینش جدید در باره این دو است.

نتیجه گیری:

اعتیاد و ایدز بر سلامت روان و کیفیت زندگی افراد تاثیر منفی دارد. پیشگیری از اعتیاد و ایدز و تاثیرات منفی آنها مستلزم برنامه ریزی های جامع و ایجاد بینش جدید در باره این دو است.

تشکر و قدردانی:

با سپاس فراوان از تمامی افرادی که در این پژوهش شرکت نمودند و با قدردانی از همکاری های مسئولین محترم ذریبط که امکان عملی شدن این پژوهش را فراهم نمودند و نیز با تشکر ویژه از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و تمام مسئولین محترمی که امکان اجرای این طرح را فراهم ساختند.

فامیل و حمایت های آن ها و مرگ دوستان مبتلا به ایدز باعث احساس تنهایی و ناامیدی بیشتر می‌شود (۲۴).

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که بطور کلی اعتیاد و ایدز به تنهایی یا همراه با یکدیگر منجر به کاهش کیفیت زندگی در ابعاد مختلف روانی و جسمانی می‌گردد. یافته های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش های انجام شده در خارج مبنی بر پایین بودن کیفیت زندگی در ابعاد جسمانی و روانی در افراد معتاد (۲۵،۲۴،۲۱) و نیز با پژوهش امیدی و همکاران مبنی بر فراوانی رفتارهای غلط بهداشتی در معتادان از فیبل کم خوابی، عدم ورزش و عدم استفاده از مسواک که خود می‌تواند بطور مستقیم منجر به کاهش کیفیت زندگی در بعد جسمانی گردد همخوانی دارد (۲۶).

یافته‌های پژوهش همچنین با یافته های پژوهش های انجام شده در خارج کشور مبنی بر پایین بودن کیفیت زندگی در افراد مبتلا به ایدز همخوانی دارد (۲۷،۹). بیماری‌ها و اختلالات مزمن و طولانی مانند ایدز و اعتیاد به تنهایی یا توأم با یکدیگر مدام در زندگی مبتلایان بحران ایجاد می‌کنند و نوع نگرشی را که بیماران نسبت به خود دارند تغییر می‌دهند.

مبتلایان به اعتیاد یا ایدز، نیازمندی‌های زیست شناختی، روانشناختی، اجتماعی و هیجانی دارند

منابع:

1. Medrano MA, Desmond DP, Zule WA, Hatch JP. Histories of childhood trauma and the effects on risky HIV behaviors in a sample of women drug users. Am J Drug Alcohol Abuse. 1999 Nov; 25(4): 593-606.
۲. خبرگزاری دانشجویان ایران. سرویس بهداشت و درمان خانواده. ۱۳۸۶/۰۴/۱۸.
۳. رضایی علی. علل و عوارض گرایش به اعتیاد، سمینار بررسی علل فرهنگی و اجتماعی گرایش جوانان به مواد مخدر. تیر ۱۳۸۰، ۹۸.
4. Brooner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt CW, Bigelow GE. Psychiatric and substance use co morbidity among treatment seeking opioid users. Arch Gen Psychiatry. 1997; 54: 71-80.

5. Craig TJ, DiBuono M. Recognition of comorbid psychopathology by staff of a drug detoxification unit. *Am J Addict*. 1996; 5: 76-80.
6. Petrushkin H. Psychiatric disorders in HIV-positive individuals in urban Uganda. *Psychiatric Bull*. 2005; 29: 455-8.
7. شاهپوند اردشیر. بررسی میزان آگاهی پزشکان و دندانپزشکان شهر یزد در مورد بیماری ایدز. پایان نامه دکتری عمومی. دانشگاه شهید قدوسی یزد. ۱۳۷۷.
8. ضهرایی کیان. بررسی میزان آگاهی دانش آموزان دبیرستان های شهر اسلام آباد غرب در مورد بیماران ایدز. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری. دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه. ۱۳۷۹.
9. te Vaarwerk MJ, Gaal EA. Psychological distress and quality of life in drug-using and non-drug-using HIV-infected women. *Eur J Public Health*. 2001 Mar; 11(1): 109-15.
10. رضوانی حمید رضا. بررسی نقش اعتیاد در گسترش ایدز و اختلالات روانی همراه. دومین کنگره روانشناسی بالینی ایران. ۱۳۸۱، ۱.
11. میرزایی رقیه. ارزیابی و اعتبار آزمون SCL90 در ایران. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی و علوم رفتاری. دانشگاه تهران. ۱۳۵۹.
12. Ware JE Jr, Kosinski M, Gandek B, Aaronson NK, Apolone G, Bech P, et al. The factor structure of the SF-36 health survey in 10 countries: results from the IQOLA project. *International quality of life assessment. J Clin Epidemiol*. 1998 Nov; 51(11): 1159-65.
13. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*. 2005 Apr; 14(3): 875-82.
14. سرمد زهره، بازرگان عباس، حجازی الهه. روش های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: آگاه. ۱۳۷۵، ۲۹۲.
15. Miners AH, Sabin CA, Mocroft A, Youle M, Fisher M, Johnson M. Health-related quality of life in individuals infected with HIV in the era of HAART. *HIV Clin Trials*. 2001 Nov-Dec; 2(6): 484-92.
16. Calsyn DA, Fleming C, Wells EA, Saxon AJ. Personality disorder subtypes among opiate addicts in methadone maintenance. *J Addict Disord*. 1996; 10: 3-8.
17. Kidorf M, Disney ER, King VL, Neufeld K, Beilenson PL, Brooner RK. Prevalence of psychiatric and substance use disorders in opioid abusers in a community syringe exchange program. *Drug Alcohol Depend*. 2004 May; 74(2): 115-22.
18. Zimmerman M, Sheeran T, Chelminski I, Young D. Screening for psychiatric disorders in outpatients with DSM-IV substance use disorders. *J Subst Abuse Treat*. 2004 Apr; 26(3): 181-8.
19. شقاقی فرهاد، قریشی نژاد رقیه. بررسی و مقایسه ویژگی های شخصیتی معتادان به مواد مخدر با افراد عادی در شهرستان قزوین. ژرفای تربیت. ۱۳۷۹: ۱۷.
20. Sanja B, Lydio CH, Douglas RB. Clinical management of depression and anxiety in HIV infected adults. *J Int AIDS Soc*. 2005; 19(18): 2057-67.
21. Ross HE, Glaser FB, Germanson T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Arch Gen Psychiatry*. 1988 Nov; 45(11): 1023-31.
22. Weiss RD, Mirin SM, Griffin ML, Gunderson JG, Hufford C. Personality disorders in cocaine dependence. *Compr Psychiatry*. 1993 May-Jun; 34(3): 145-9.
23. هالز دیان. رهنمودهای سلامت زیستن، ترجمه: میرزایی الهه. جلد دوم. تهران: فروردین ۱۳۷۶، ۲۶-۵۲۵.
24. Schrimshaw EW, Siegel K. Perceived barriers to social support from family and friends among older adults with HIV/AIDS. *J Health Psychol*. 2003 Nov; 8(6): 738-52.

25. Bizzarri J, Rucci P, Vallotta A, Girelli M, Scandolari A, Zerbetto E, et al. Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. *Subst Use Misuse*. 2005; 40(12): 1765-76.

۲۶. امیدى عبدالله، حسینی فاطمه، عصاریان فاطمه. بررسی سبک زندگی معتادین شهر زواره. همایش سراسری اعتیاد چالشها و درمانها. آبان ۱۳۸۱، ۵.

27. Burgoyne RW, Rourke SB, Behrens DM, Salit IE. Long-term quality-of-life outcomes among adults living with HIV in the HAART era: the interplay of changes in clinical factors and symptom profile. *AIDS Behav*. 2004 Jun; 8(2): 151-63.