

بررسی عوامل شخصیتی بیماران HIV مثبت

دکتر مجید محمودعلیو: استادیار روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز - نویسنده رابط
E-mail: M-Aliloo@yahoo.com

احمد اسمعیلی کولانه: کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه تبریز

دریافت: ۸۵/۳/۹، پذیرش: ۸۵/۱۰/۱۳

چکیده

زمینه و اهداف: محققین بر این باورند که بین شخصیت و رفتارهای پرخطر تعامل وجود دارد. هدف این پژوهش، بررسی صفات شخصیتی افراد HIV (Human Immunodeficiency Virus) مثبت و مقایسه با گروههای کنترل معتاد و سالم است.
روش بررسی: برای این منظور سه گروه از آزمودنیها (یک گروه HIV مثبت، یک گروه معتاد و یک گروه سالم) انتخاب شدند. گروه معتاد و گروه سالم از نظر ویژگیهای جمعیت شناختی با گروه HIV مثبت همساز شدند. گروه HIV مثبت از مراکز هلال احمر شهرهای تبریز، اردبیل و ارومیه، انتخاب و اطلاعات از طریق آزمون مربوط به ویژگیهای دموگرافیک و پرسش نامه شخصیتی آیزنک جمع آوری شد.
یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که افراد HIV مثبت عموماً وضعیت اجتماعی - اقتصادی پایین تری داشته و در بعد برونگرایی این گروه با دو گروه کنترل تفاوت معنی دار نداشت. در ابعاد روان رنجورگرایی و روان پریش گرابی هم گروه HIV مثبت و هم گروه معتاد با گروه کنترل سالم تفاوت معنی دار داشتند.
نتیجه‌گیری: می‌توان براساس نتایج پژوهش گفت که ساختار شخصیتی ویژه‌ای وجود دارد که افراد را به مشکلاتی همچون آلودگی به HIV و نیز اعتیاد آسیب پذیر کرده و در این میان نوع شدت یافته این خصایص در HIV مثبت ها دیده می‌شود.

کلید واژه‌ها: عوامل شخصیتی، اعتیاد، ویروس نقص ایمنی اکتسابی

مقدمه

آنها خصیصه «تحمل کم ناکامی» دیده می‌شود. اهمیت این یافته در این است که این خصیصه از صفات شایع اختلالهای شخصیت بوردردلاین و ضداجتماعی است. Penedo و همکاران (۵) در بررسی خود بر روی گروهی از مردان همجنس باز و معتادان تزریقی متوجه شدند که خصیصه روان رنجورگرایی^۱ که با افسردگی، اضطراب و خشم زیاد و اعتماد به نفس کم مشخص می‌گردد با کیفیت پایین زندگی این بیماران همراه و مرتبط است. با توجه به اینکه اختلال شخصیت ضداجتماعی یکی از شایعترین اختلالات روانپزشکی در نزد سوءمصرف کنندگان مواد بوده و در عین حال یک عامل بد پیش آگهی و پاسخدهی به درمان نیز می‌باشد، فرض می‌شود که این الگوی شخصیت با رفتارهای پرخطر مربوط به ایدز و آلودگی به HIV نیز ارتباطی ویژه دارد (۶). به عنوان مثال brooner و همکاران (۷) نشان دادند که وجود الگوی شخصیت ضداجتماعی با اشتراک در ابزار تزریقی در نزد معتادان ارتباطی مستقیم دارد، موضوعی که یکی از

بیماری ایدز و آلودگی به HIV شاید مهمترین چالش نظامهای سلامت و بهداشت روان در طی دو دهه گذشته بوده است. طوری که حالت اپیدمیک ایدز آن را تا حد یک بحران سلامت عمومی ارتقا داده است (۱). با این همه، هنوز جنبه‌های روانشناختی این بیماری به اندازه کافی مورد توجه قرار نگرفته و در این میان همبسته‌های شخصیتی بیماری ایدز و آلودگی به HIV حتی خیلی کمتر از تصور مورد بررسی واقع شده است (۲). Perkins (۳) در یک گروه از افراد HIV مثبت همجنس باز دریافت که ۳۳٪ آنها در محور II نظامنامه تشخیصی و آماری بیماریهای روانی - ویراست تجدید نظر شده سوم دارای حداقل یک تشخیص هستند. Jacobsberg و همکاران (۴) در یک گروه ۲۲۰ نفری از افراد HIV مثبت دریافت که ۳۹٪ آنها حداقل از یک اختلال شخصیت در رنج بوده و در این میان اختلال شخصیت ضداجتماعی با ۱۸٪ موارد شایعترین الگوی شخصیت در بین این افراد است. تورنیا و همکاران (۲) دریافتند که در ۳۶٪ از افراد HIV مثبت مورد بررسی

«با وجدان بودن» تمایل شخص به توانایی، انضباط و وظیفه مند بودن را نشان می دهد (۱) و نمرات پایین در این مقیاس با رفتارهای پرخطر جنسی و مصرف الکل مرتبط است در حالیکه نمرات بالا در آن با ارتقای سلامت همبسته است (۱۴). همچنین نمرات کم در بعد دلپذیر بودن و باوجدان بودن به هیجان خواهی تکانشی منجر شده و فرض شده است که نمرات پایین در این دو بعد با آسیب پذیری ویژه به HIV مرتبط می باشد (۱). با توجه به اینکه از یک سو بین عوامل شخصیتی و آسیب پذیری به بیماری ایدز رابطه معنی دار وجود دارد و از سوی دیگر بدون شناخت این عوامل توسعه راهبردهای درمانی و به ویژه پیشگیری ناقص و غیر موثر خواهد بود اهمیت پژوهش حاضر آشکار می گردد. وجه دیگر این پژوهش در این است که به وجود احتمالی تشخیص اختلال شخصیت در محور II نظام نامه تشخیصی و آماری بیماریهای روانی تاکید می کند با توجه به اینکه وجود تشخیص در محور II معمولاً شکل بالینی اختلال در محور I را بغرنج و پیچیده می سازد و چه بسا باعث ناکامی راهبردهای درمانی روتین این اختلالات می گردد، فهم و شناخت الگوهای شخصیتی بیماران به تدوین راهبردهای همه جانبه درمانی و در نتیجه افزایش کارآمدی درمان کمک می کند. با توجه به شواهد ذکر شده در فوق در پژوهش حاضر این فرضیه که ساختار شخصیتی گروه HIV مثبت با گروه کنترل معتاد و گروه سالم متفاوت است در چارچوب نظریه شخصیتی آنزیک مورد بررسی قرار گرفت. بنابراین سه فرضیه زیر در این پژوهش تدوین و مورد بررسی قرار گرفتند: (۱) گروه HIV مثبت با گروه سالم در متغیر برونگرایی تفاوت دارد. (۲) گروه HIV مثبت معنی دار با گروه سالم در متغیر روان رنجورگرایی دارد و (۳) گروه HIV مثبت با گروه سالم در متغیر روان پریش گرای تفاوت معنی دارد. تفاوت گروه HIV مثبت با گروه معتاد در ابعاد فوق بصورت پرسش تحقیق در پژوهش حاضر بررسی گردید.

مواد و روش ها

آزمودنیها

آزمودنیهای این پژوهش را سه گروه از افراد HIV مثبت، معتاد و سالم تشکیل می دهند. ابتدا گروه HIV مثبت (جمعاً ۴۸ نفر) انتخاب شدند. همه این افراد کسانی بودند که در مراکز هلال احمر استانهای آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی و اردبیل پرونده داشته و تحت پوشش این مراکز قرار داشتند. گروههای کنترل معتاد و سالم از طریق همتاسازی با گروه HIV مثبت انتخاب گشتند. بدلیل ماهیت جمعیت مورد مطالعه نمونه گیری بصورت در دسترس بود و همه افراد HIV مثبت که تمایل به همکاری داشتند در پژوهش شرکت داده شدند. در جدول ۱ ویژگیهای دموگرافیک آزمودنیها ارائه شده است (لازم به ذکر است که آزمودنیها مشخص نکردند که مجرد یا متأهل هستند و در نتیجه اطلاعات مربوط به این متغیر در جدول ذکر نشده است). گروه سالم از نظر شغل با دو گروه

رفتارهای پرخطر اصلی در شیوع آلودگی به HIV نیز محسوب می شود. همچنین Gill و همکاران (۸) دریافتند که افراد آلوده به HIV که دارای شخصیت ضداجتماعی بودند در مقایسه با گروه آلوده بدون اختلال شخصیت ضداجتماعی، سن شروع پایینی را برای شروع روابط جنسی داشته تعداد شرکای جنسی بیشتری را گزارش نموده و در رفتارهای ضداجتماعی مثل فحشا درگیری بیشتری را داشتند. ضمناً این افراد اعتیاد تزریقی داشته و گزارش نمودند که اغلب از سرنگ مشترک استفاده می کنند. Compton و همکاران (۹) همین نتایج را با مصرف کنندگان کوکابین بدست آوردند. نتایج آنها نشان داد که اختلال شخصیت ضد اجتماعی با سن شروع پایین در رفتار تزریق ماده و ابتلا به بیماریهای عفونی مقاربتی و از جمله ایدز ارتباط ویژه دارد. این محققان نتیجه گرفته اند که اختلال شخصیت ضد اجتماعی و رفتارهای پرخطر مربوط به ایدز در دو بعد شخصیتی مسئولیت ناپذیری و تکانشگری باهم اشتراک دارند.

Perkins و همکاران (۳) نشان دادند که اختلالات شخصیت در کل در نزد مبتلایان به ایدز بصورت معنی دار شایعتر از افراد سالم است (۳۳٪ در مقابل ۱۵٪) و در افراد مبتلا اغتشاش خلق، نمرات بالا در مقیاسهای اضطراب و افسردگی هامیلتون و ناامیدی و یاس پدیده های معمول هستند. آنها نتیجه گرفته اند که بدلیل همین مشکلات بیماران مبتلا به ایدز احتمال بیشتری دارد که با بیماریشان بصورت غیرمسئولانه و ناسازگارانه برخورد نمایند و در نتیجه شناسایی ابعاد شخصیتی بیماران ایدزی را برای توسعه مراقبت های پیشگیرانه و بهداشتی جامع، حساس و کارآمد ضروری دانسته اند. از میان ابعاد سه گانه شخصیتی آیزنک، روان پریشی خوبی به طور ثابتی با رفتار جنسی بی محابا همبسته بوده ولی نتایج درباره برونگرایی و روان رنجورگرایی همواره مغشوش بوده است (۱). البته در عین حال مفاهیم مرتبط با روان رنجورگرایی از قبیل کنترل هیجانی به عنوان یک عامل خطر برای رفتارهای بی محابای جنسی و در نتیجه آلودگی به HIV مرتبط دانسته شده است (۱۰). همچنین بین سازه هیجان خواهی و خصیصه های مرتبط با آن (از قبیل تکانشگری) از یک سو و رفتارهای پرخطر جنسی از نظر آلودگی به HIV ارتباط وجود دارد (۱۱). همه اینها نشان می دهد که نوعی آمادگی شخصیتی برای ابتلا به ایدز و آلودگی به HIV وجود دارد. در طی چند سال گذشته محققان کوشیده اند نظریه پنج عامل شخصیت را به عنوان چارچوب پژوهشهای مربوط به ارتباط شخصیت با سلامت مورد استفاده قرار دهند. در این پژوهشها روان رنجورگرایی و باوجدان بودن به عنوان قویترین پیش بینی کننده ها شناخته شده اند (۱۲). روان رنجورگرایی به تمایل عمومی برای تجربه هیجانهای منفی از قبیل ترس و غم از یکسو و تکانشگری و آسیب پذیری به فشار از سوی دیگر اشاره دارد (۱). مطالعات نشان داده اند که نمرات بالا در مقیاس روان رنجورگرایی با رفتارهای پرخطر به عنوان شیوه ای برای مقابله با حالت های خلقی منفی همبسته است (۱۳)

مردان و ۷۶٪ در زنان را برای مقیاس P (روان پریش گرابی)؛ ۸۸٪ در مردان و ۸۵٪ در زنان را برای مقیاس N (روان نژندگرابی) و ۸۲٪ در مردان و ۷۹٪ در زنان را برای مقیاس L گزارش کرده اند. کابوایی (۱۵) در پژوهش خود بر روی دو گروه از آزمودنیهای شیرازی و تهرانی ضریب پایایی آزمون تجدیدنظر شده آیزنک را با استفاده از روش بازآزمایی برای مقیاسهای برونگرایی، روان نژندگرابی و روان پریش گرابی به ترتیب برابر با ۰/۹۲، ۰/۸۹ و ۰/۷۲ به دست آورد. ضرایب پایایی بدست آمده بر روی جمعیت ایرانی با ضرایب پایایی گزارش شده توسط سازندگان اصلی آزمون همسو است. آیزنک و آیزنک (۱۵) ضریب پایایی حداقل ۰/۷۶ را برای مقیاس روان پریش گرابی و حداکثر ۰/۹۰ را برای شاخص برونگرایی اعلام کرده اند. در نتیجه همانگونه که کابوایی (۱۵) استدلال کرده است. پایایی این آزمون در جمعیت ایران قابل قبول بوده و برای بررسی و شناخت ابعاد شخصیت قابل استفاده است. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده از روش تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا) استفاده شد. در این پژوهش کسانی که درآمد ماهانه زیر ۳۰۰ هزار تومان داشتند در طبقه اجتماعی - اقتصادی پایین، کسانی که درآمد ماهانه بین ۳۰۰ هزار تومان تا یک میلیون تومان داشتند در طبقه اجتماعی - اقتصادی متوسط و درآمد بالای یک میلیون تومان در طبقه اجتماعی - اقتصادی بالا قرار داده شدند.

دیگر همتا نگشت. برای تعیین طبقه اقتصادی - اجتماعی آزمودنیها از قضاوت شخصی آنها استفاده شد. گروه سوء مصرفکننده مواد از میان کسانی که به مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری هلال احمر مراجعه کرده بودند از طریق همتاسازی با گروه HIV مثبت انتخاب شدند. گروه سوء مصرفکننده از میان کسانی انتخاب شدند که مواد افیونی را به شیوه ی غیر تزریقی استفاده می کردند و نتیجه آزمایش HIV آنها منفی بود و گروه افراد سالم از میان همراهان بیماران و کارکنان هلال احمر انتخاب گشتند.

ابزارهای پژوهش

برای جمع آوری اطلاعات از دو پرسش نامه در پژوهش حاضر استفاده شد. پرسشنامه محقق ساخته مربوط به ویژگیهای جمعیت شناختی که اطلاعات حاصل از آن در جدول یک ارائه شده است و پرسشنامه شخصیتی آیزنک. پرسشنامه شخصیتی در سال ۱۹۶۴ توسط آیزنک و آیزنک ساخته شد. نسخه اولیه این پرسشنامه برای بررسی دو بعد برونگرایی و روان نژندگرابی ساخته شد و سپس در سال ۱۹۷۶ مقیاس روان پریش گرابی بر آن افزوده شد. پرسشنامه تجدیدنظر شده آیزنک (EPQ-R) هم اکنون ۱۰۶ ماده دارد که بصورت (بلی / خیر) توسط آزمودنی قضاوت می شود. خصوصیات روان سنجی آزمون رضایت بخش گزارش شده است (۱۵). آیزنک و همکاران (۱۵) ضرایب پایایی ۹۰٪ در مردان و ۸۰٪ در زنان را برای مقیاس E (برونگرایی)؛ ۷۸٪ در

جدول ۱: ویژگیهای دموگرافیک آزمودنیها

| گروه سالم | گروه دارای وابستگی دارویی (معتاد) | گروه آلوده به HIV | |
|-----------|-----------------------------------|-------------------|------------|
| ۵ | ۷ | ۶ | بیسواد |
| ۱۴ | ۱۵ | ۱۶ | پنجم |
| ۱۸ | ۱۶ | ۱۷ | سیکل |
| ۱۰ | ۹ | ۸ | دیپلم |
| ۶ | ۱۸ | ۱۹ | بیکار |
| ۲۸ | ۱۹ | ۱۷ | کارگر |
| ۱۱ | ۱۰ | ۱۱ | آزاد |
| ۲ | | | دولتی |
| ۳۴ | ۳۷ | ۳۵ | پایین |
| ۱۱ | ۱۰ | ۱۲ | متوسط |
| ۰ | ۰ | ۰ | بالا |
| ۳۳/۱ | ۳۲/۹ | ۳۴/۷ | میانگین سن |

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار گروهها در مقیاسهای برونگرایی، روان رنجورگرابی و روان پریش گرابی

| سالم | معتاد | HIV | عوامل شخصیتی |
|----------|----------|----------|-----------------|
| ۱۰/۶±۲/۹ | ۱۴/۹±۳/۵ | ۱۲±۴ | برونگرایی |
| ۱۰/۶±۳/۱ | ۱۵/۳±۳/۸ | ۱۷/۶±۴/۱ | روان رنجورگرابی |
| ۲/۹±۱/۱ | ۲/۴±۶/۶ | ۹/۱±۳/۷ | روان پریش گرابی |

جدول ۳: آماره معنی داری مانوآ

| | | | | |
|--------------|-------|------------|-------|---------------|
| اثر | ارزش | درجه آزادی | F | سطح معنی داری |
| Wilks lambda | ۰/۳۷۴ | ۶ | ۳۰/۷۰ | ۰/۰۰۰ |

جدول ۴: اثرات بین گروهها

| منبع | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معنی داری |
|-----------------|---------------|------------|-----------------|------|---------------|
| گروه | | | | | |
| برونگرایی | ۱۳۶/۱۷ | ۲ | ۶۸/۰۸ | ۵/۴۳ | ۰/۰۰۵ |
| روان رنجورگرایی | ۱۲۵۲/۰۹ | ۲ | ۶۲۶/۰۴ | ۴۴/۹ | ۰/۰۰۰ |
| روان پریش گرایی | ۹۷۶/۵۷ | ۲ | ۴۸۸/۲۸ | ۷۰ | ۰/۰۰۰ |
| خطا | | | | | |
| برونگرایی | ۱۸۴۰/۶۰ | ۱۴۷ | ۱۲/۵۲ | | |
| روان رنجورگرایی | ۲۰۴۸/۰۲ | ۱۴۷ | ۱۳/۹۳ | | |
| روان پریش گرایی | ۱۰۲۴/۱۰ | ۱۴۷ | ۶/۹۶ | | |

بحث

همانطوری که در بخش نتایج مشاهده گشت گروه HIV مثبت با گروه کنترل سالم از نظر متغیر برونگرایی تفاوت معنی دار ندارند. همچنین گروه HIV مثبت با گروه دارای وابستگی دارویی تفاوت معناداری را نشان ندادند. در نتیجه فرضیه اول پژوهش رد شد و براساس نتایج این پژوهش می توان گفت که براساس بعد برونگرایی نمی تون بین گروه HIV مثبت و گروه سالم و نیز دارای وابستگی دارویی تفاوت قایل شد. در خیلی از تحقیقات قبلی نیز یافته های همسو با نتایج این پژوهش بدست آمده است. به عنوان مثال Trobst و همکاران (۱) با مرور پژوهشهای صورت گرفته به این نتیجه رسیدند که شواهد مربوط به تفاوت گروه بیماران HIV مثبت با افراد سالم در بعد برونگرایی نظریه شخصیتی آیزنک همواره مغشوش بوده است. نتایج تحقیقات تروبیست و همکاران (۱) نشان داد که افراد در معرض خطر ایدز و HIV مثبت از نظر بعد برونگرایی با سایر گروهها تفاوت معنی دار ندارند. فرضیه دوم تحقیق حاضر بیان می کرد که گروه HIV مثبت از نظر متغیر روان رنجورگرایی با افراد سالم تفاوت معنی دار دارند. این فرضیه تایید شد. در واقع اغلب تحقیقات به این نتیجه رسیده اند که رفتارهای پرخطر از قبیل روابط جنسی بی محابا و استفاده از تزریق اشتراکی با نمرات بالا در بعد روان رنجوری همبسته است. تروبیست و همکاران در پژوهش خود دریافتند که در افراد در معرض خطر آلودگی به HIV نمرات روان رنجوری پرسشنامه ۵ عامل بزرگ شخصیت بصورت معنی داری بالاست. آنها استدلال کرده اند که رفتارهای پرخطر از نظر آلودگی به HIV از قبیل روابط جنسی بی محابا در واقع تلاشی برای کاهش سطوح اضطراب و بدست آوردن تسکین موقتی و رهایی از درد و رنج هیجانی ویران ساز در افراد دارای روان رنجوری بالا است. به عبارت دیگر محققین مزبور از خصیصه روان رنجوری به عنوان عامل مهیاساز و مستعدکننده برای انجام رفتارهای پرخطر مرتبط با HIV یاد کرده اند. همچنین Ball and Scottenfeld (۱۰) خصیصه روان

یافته ها

جدول شماره ۱ مشخصات دموگرافیک و جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار گروههای پژوهش را در مقیاسهای برونگرایی، روان رنجورگرایی و روان پریش گرایی نشان می دهد. برای تحلیل داده های ارایه شده در جدول ۲ از تحلیل واریانس چند متغیری (مانوآ) استفاده شد. اطلاعات مربوط به مانوآ در جداول شماره ۳ و ۴ ارایه شده است. همانطور که جدول شماره ۳ نشان می دهد نسبتهای F بدست آمده مانوآ در سطح ۰/۰۰۰ معنی دار می باشد. بنابراین فرض کلی پژوهش مبنی بر تفاوت گروهها در متغیرهای مورد بررسی تایید می شود. جدول شماره ۴ تحلیلهای مربوط به اثرات بین آزمودنیها را نشان می دهد. همانطوری که در جدول شماره ۴ دیده می شود گروههای مورد بررسی در هر سه متغیر برونگرایی، روان رنجورگرایی و روان پریش گرایی در سطح ۱ درصد خطا با همدیگر تفاوت معنی دار دارند. برای تعیین منبع دقیق تفاوت گروهها از آزمون تعقیبی t توکی استفاده شد. بررسی با t توکی نشان داد که در متغیر برونگرایی تفاوت گروه دارای وابستگی دارویی (معتاد) با گروه سالم در سطح ۱ درصد خطا معنی دار است ولی گروه HIV مثبت با گروه سالم و نیز گروه دارای وابستگی دارویی با گروه HIV مثبت تفاوت معنی دار ندارند. در نتیجه فرضیه اول تحقیق مبنی بر تفاوت گروه HIV مثبت با گروه سالم در متغیر برونگرایی رد می شود. بررسی با t توکی نشان داد که در متغیر روان رنجورگرایی گروه HIV مثبت با هر دو گروه دارای وابستگی دارویی و گروه سالم تفاوت معنی دار دارد. همچنین تفاوت گروه دارای وابستگی دارویی با گروه سالم معنی دار است. بنابراین فرضیه دوم تحقیق تایید شد. همچنین با بررسی t توکی روی تفاوت گروهها در متغیر روان پریش گرایی نشان داد که گروه HIV مثبت با هر دو گروه تفاوت معنی دار دارد و نیز تفاوت گروه دارای وابستگی دارویی با گروه سالم معنی دار است بنابراین فرضیه سوم تحقیق نیز تایید شد.

کنترل تکانه ضعیف است و همچنین نمرات پایین در ابعاد دلپذیری بودن و باوجدان بودن و نیز نمرات بالا در خصیصه هیجان خواهی تکانشی همگی با کنترل کم تکانه مرتبط هستند و یکی از اصلی ترین صفاتی که بعد روان پریش گرای در پرسشنامه آیزنک اندازه می گیرد کنترل ضعیف تکانه است می توان استنباط کرد که نمرات بالا در بعد روان پریش گرای همانطور که در پژوهش حاضر نیز مشاهده گشت با آلودگی به HIV ارتباطی ویژه داشته باشد.

نتیجه گیری

به عنوان نتیجه گیری به نظر می رسد یک شاهراه شخصیتی به سوی آلودگی به HIV وجود دارد که با خصیصه های روان پریش گرای و روان نژندگرایی در نظریه آیزنک همسو می باشد. مسلماً برای نتیجه گیری کاملتر به بررسی های بیشتری نیاز است. مشخص کردن پیشایندها و همسبته های شخصیتی مرتبط با ایدز و HIV از نظر برنامه ریزیها و سیاست گذاریهای بهداشتی اهمیت فراوانی دارد. همچنین گرچه بررسی وضعیت جمعیت شناختی افراد آلوده به HIV جزو اهداف این پژوهش نبود ولی نگاهی به جدول شماره ۱ نشان می دهد که در استانهای آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی و اردبیل افرادی که تحت پوشش جمعیت های هلال احمر قرار دارند اغلب از نظر سطح تحصیلات و شغل وضعیت رضایت بخش ندارند. بطوریکه از ۴۷ آزمودنی مورد بررسی فقط ۸ نفر دارای مدرک دیپلم بودند و از نظر شغل ۱۹ نفر بیکار و ۱۷ نفر کارگر ساده هستند. مسلماً برای اقدامات پیشگیرانه موثرتر و مبارزه کارآمد با آلودگی به HIV و بیماری ایدز توجه به این واقعیات اهمیت بسزایی خواهد داشت.

همچنین محدودیت اصلی پژوهش حاضر این است که این پژوهش از نوع تحقیقات مقطعی بوده و لذا نمی توان با قاطعیت بالا نتیجه گرفت که صفات شخصیتی ویژه ای موجب بروز HIV و یا اعتیاد می شود بلکه این امکان نیز وجود دارد که ابتلا به HIV و اعتیاد خود باعث تغییرات شخصیتی گردد، لذا برای نتیجه گیری کامل تر پژوهش ها و بررسی های بیشتری الزامی است.

رنجورگرایی را به عنوان بهترین پیش بینی کننده آسیب پذیری به HIV اعلام کردند، این خصیصه با میزانهای بالای افسردگی اضطراب و خشم از یکسو و اعتماد به نفس پایین از سوی دیگر و نیز با کیفیت پایین زندگی ارتباطی تنگاتنگ دارد. همچنین Johnson (۱۶) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که خصیصه روان رنجورگرایی با آلودگی به HIV همبستگی مثبت دارد. بنابراین هماهنگی با پژوهشهای پیشین و براساس نتایج پژوهش فعلی می توان نتیجه گرفت که خصیصه روان رنجورگرایی با آسیب پذیری به ایدز و آلودگی به HIV ارتباطی ویژه دارد. فرضیه سوم پژوهش بیان می دارد که گروه HIV مثبت با گروه سالم از نظر میزان روان پریش گرای تفاوت دارد. این فرضیه نیز تایید گشت. مقیاس روان پریش گرای در پرسشنامه آیزنک با سطوح بالای پرخاشگری (۱۵) و کنترل ناقص تکانه و کاهش در بازداری (۱۵) همبستگی بالا نشان داده است. مطالعات بسیار کمی خصیصه روان پریش گرای در نظر آیزنک را روی بیماران HIV مثبت یا رفتارهای مرتبط با آن مورد مطالعه قرار داده اند. trobst و همکاران (۱) معتقدند که این خصیصه بطور ثابت با رفتارهای پرخطر مرتبط با آلودگی به HIV همبسته است. Compton و همکاران (۶) در یک بررسی مفصل به این نتیجه رسیدند که در میان مصرف کنندگان کوکائین کسانی که الگوی شخصیت ضداجتماعی را داشتند ضعیفترین پیش آگهی را نسبت به رفتارهای پرخطر مرتبط با آلودگی به HIV از خود نشان دادند.

همچنین مطالعاتی که با استفاده از پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت صورت گرفته است نشان داده است که افراد HIV مثبت و نیز کسانی که رفتارهای پرخطر دارند در مقیاس با وجدان بودن نمرات کمتری بدست می آورند (۱). در همین راستا Zuckerman (۱۷) معتقد است که نمرات پایین در بعد دلپذیری بودن و بعد با وجدان بودن منجر به شکل گیری هیجان خواهی تکانشی می گردد. زاگرم (۱۷) معتقد است که این ترکیب شخصیتی بطور ویژه ای شخص را در معرض آلودگی به HIV قرار می دهد. با توجه به اینکه در اختلال شخصیت ضداجتماعی

References

1. Trobst KK, Herbst JH, Masters HL, Costa PT. Personality pathways to unsafe sex: personality, condom use, and HIV risk behaviors. *Journal of Research in personality*, 2002; **36**, 117-133.
2. Turrina C, Fiorazzo A, Turano A, Cacciani P, Regini C, Castelli f, et al. Depressive disorders and personality variables in HIV positive and negative intravenous drug users. *Journal of Affective Disorders*, 2001; **65**, 45-53.
3. Perkins DO, lesserman J, Murphy C. Evans DL. Psychosocial predictors of high - risk sexual behavior among HIV - negative homosexual men. *AIDS Education and prevention*, 1993; **5**, 141-152.
4. Jacobsberg L, Frances A, Perry S. AxisII diagnoses among volunteers for HIV testing and counseling. *American Journal of psychiatry*, 1995 **152**, 1222-1224.
5. Penedo JF, Gonzalez JS, Dahn JR, Antoni M, Malow R, Costa P, et al. Personality, quality of life and HAART adherence among men and women living with HIV/AIDS. *Journal of Psychosomatic Research*, 2003; **54**, 271-278.
6. Compton WM, Cottler LB, Spitznagel EL, Abdallah AB, Gallagher T. Cocaine users with antisocial personality improve HIV risk behaviors as much as those without antisocial personality. *Drug and Alcohol Dependence*, 1998; **49**, 239-247.

7. Brooner R K, Herbst JH, Schmidt CW, Bigelow G. E. Costa PT. Antisocial personality disorder among drug abusers: Relations to other personality diagnoses and the five factor model of personality. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1993; **181**, 313-319.
8. Gill K, Nolimal D, Crowley TT. Antisocial personality disorder, HIV risk behavior and retention in methadone maintenance therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, 1992; **30**, 247-252.
9. Compton WM, Cottler LB, Shillington AM, Price RK. Is antisocial personality disorder associated with increased HIV risk behaviors in cocaine users? *Drug and Alcohol Dependence*, 1995; **37**, 37-43.
10. Ball SA, Schottenfeld RS. A five factor model of personality and addiction, psychiatric, and AIDS risk severity in pregnant and postpartum cocaine misusers. *Substance use and misuse*, 1997; **32**, 25-41.
11. Horvath P, Zuckerman M. Sensation seeking, risk appraisal and risky behavior. *Personality and Individual Differences*, 1993; **14**, 41-52.
12. Brickman AL, Yount SE, Blaney NT, Rothberg S T. Personality traits and long term health struts. The influence of neuroticism and conscientiousness on renal deterioration in Type-I diabetes. *Psychosomatics*, 1996; **37**, 459-468.
13. Cooper ML, A gocha VB, Sheldon MS. A motivational perspective on risky behaviors: The role of personality and affect regulatory processes. *Journal of personality*, 2000; **68**, 1059-1088.
14. Loukas A, Krall TL, Chassin L, Carle AC. The relation of personality of to alcohol abuse/dependence in a high – risk sample. *Journal of personality*, 2000; **68**, 1153-1175.
۱۵. کاویانی، ح. نظریه زیستی شخصیت. تهران - انتشارات شفا، ۱۳۸۲. ص ۸۰
16. Johnson MO. Personality correlates of HIV vaccine trial participation. *Personality and Individual Differences*, 2000; **29**, 459-467.
17. Zuckekman M, Kuhlman DM, Toireman J, Teta P, kraft M. A comparison of three structural models for personality: the big three, the big five, and the alternative five. *Journal of personality and social psychology*, 1993; **65**, 757-768.