نقش طول مدت زندانی شدن و ابتلا به HIV/AIDS بر شدت علائم آسیب‌شناسی روانی سوءمصرف‌کنندگان مواد

سجاد رضائی [۱]، سنبل طارمیان [۲]، سید موسی کافی [۳]، فاطمه پورآقا [۴]، ناهید بازرگانیان [۵]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: هدف از اجرای پژوهش حاضر بررسی نقش طول‌مدت زندانی شدن و ابتلا به (HIV/AIDS یا human immunodeficiency virus, acquired immunodeficiency syndrome) بر شدت علائم آسیب‌شناسی روانی سوءمصرف‌کنندگان مواد بود.

مواد و روش‌ها: در یک پژوهش مقطعی- واپس‌نگر از ۴۳ سوءمصرف‌کنندهٔ مواد مبتلابه HIV، ۴۹ سوءمصرف‌کننده مواد فاقد HIV که در کلینیک‌های مشاوره بیماری‌های رفتاری و ترک اعتیاد تحت‌پوشش درمان نگه‌دارنده با متادون (MMT یا Methadone Maintenance Therapy) بودند به‌ترتیب به‌شیوه نمونه‌گیری در دسترس و پیاپی انتخاب شدند. تمامی اعضای این دو گروه از نظر متغیرهای مخدوش‌کننده (نظیر سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و محل سکونت و طول دوره درمان نگهدارنده با متادون) همتا شده و از طریق چک‌لیست تجدید نظر شده نشانه‌های اختلالات روانی (SCL-90-R) مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج با استفاده از آزمون‌های کای اسکوئر (χ^2)، t استیودنت مستقل، رگرسیون دو متغیری، تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) تحلیل شدند.

یافته‌ها: اگرچه میانگین طول مدت حبس در سوءمصرف کنندگان مبتلا به HIV/AIDS بیشتر بود، اما معادلات پیش‌بینیِ شدت ناراحتی روانی از روی طول مدت حبس نشانگر معنی‌داری و نیرومندی این رابطه در گروه سوءمصرف‌کنندگان مواد فاقد HIV/AIDS بود (P=۰/۰۰۴)، درحالی‌که این معادله در سوءمصرف‌کنندگان دارای HIV/AIDS معنی‌دار به‌دست نیامد (P=۰/۰۶۱). تأثیر داشتن سابقه حبس و ابتلا به HIV/AIDS بر شدت ناراحتی روانی هردو گروه معنی‌دار بود (به ترتیب با سطح معنی‌داری P=۰/۰۴۹، P=۰/۰۰۱). اثر تعاملی هریک از این عوامل بر شدت ناراحتی روانی معنی‌دار نبود اما بر سطوح افسردگی و شدت نشانه‌های مثبت (PST یا Positive Symptoms Total) معنی‌دار به‌دست آمد.

نتیجه‌گیری: طول مدت‌حبس بیشتر نقش زیان‌بارتری در شدت ناراحتی روانی سوءمصرف‌کنندگان مواد فاقد HIV/AIDS دارد. هم دارابودن سابقه حبس و هم ابتلا به HIV/AIDS بهداشت روانی سوءمصرف‌کنندگان مواد را به‌مخاطره می‌اندازد. در این میان اگرچه سوءمصرف‌کنندگان مواد مبتلا به HIV/AIDS بدون سابقه حبس، سطوح افسردگی بیشتری داشتند اما سوءمصرف‌کنندگان مواد مبتلا به HIV/AIDS دارای سابقه حبس از تعداد یا گستره نشانگان روانی بیشتری رنج می‌بردند.

واژه‌های کلیدی: زندان، HIV/AIDS ،علائم روانی، سوء مصرف مواد

ارجاع: رضائی سجاد، طارمیان سنبل، کافی سید موسی، پورآقا فاطمه، بازرگانیان ناهید. **نقش طول مدت زندانی شدن و ابتلا به HIV/AIDS بر شدت علائم آسیب‌شناسی روانی سوءمصرف‌کنندگان مواد**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۴؛ ۱۳(۲): ۲۴۱-۲۲۶

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۳۰ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۲/۰۸

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان ، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: Rezaei_psy@hotmail.com

۲. استادیار گروه بیماری‌های عفونی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۴. دانشجوی دکتری روان‌شناسی ، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۵. کارشناس ارشد روان‌شناسی، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.5.2]

مقدمه

همبودی مرضی (comorbidity) جزء جدایی ناپذیر ادبیات پژوهش در اختلالات مصرف مواد (substance use disorders) و سایر اختلالات روانی شناخته شده است و برای توصیف وجود همزمان آن دو به‌کار می‌رود. مطالعات متعددی گزارش نموده‌اند، حدود نیمی از افرادی که از اختلالات شدید روانی (نظیر اسکیزوفرنیا، اختلالات دوقطبی ، روان‌پریشی ، اختلال افسردگی اساسی) رنج می‌برند، اختلالات مصرف مواد را در مقاطع مختلفی از زندگی خود نشان داده‌اند و یا هم اکنون دچار اختلال مصرف مواد می‌باشند (۲-۱).

اختلالات مصرف مواد عمدتاً با تنوعی از پیامدهای منفی برای بیماران مبتلابه اختلالات روانی همراه هستند؛ نظیر میزان بالاتر عود بیماری روانی (۳)، احتمال بیشتر وقوع رخدادهای خودکشی(۴)، افزایش احتمال تکرار جرم (۵) و وقوع حبس و زندانی شدن در آینده (۶)، بالا رفتن میزان مرگ و میر (۷) داشتن آسیب شدیدتر در حیطه‌های اشتغال و عملکرد خانودگی و اجتماعی (۸) ابتلا به بیماری‌های عفونی نظیر HIV/AIDS (۱۰-۹، ۷) و یا داشتن رفتارهای پر خطر بیشتری که احتمال ابتلا به HIV/AIDS و عفونت‌های منتقله جنسی را افزایش می‌دهد (۱۲-۱۱).

اختلالات مصرف مواد به ویژه در میان زندانیان شایع است (۱۳،۵) و به خوبی شناخته شده است که افراد محبوس به‌طورقابل ملاحظه‌ای علائم اختلالات روانی را از خود نشان می‌دهند (۱۴، ۷-۶). بسیاری از افراد مبتلابه بیماری روانی محرز، با قانون تعارض دارند و اغلب نه‌تنها بدون هیچ تقصیری از سوی خودشان بلکه به دلیل علائم بیماری روان‌پزشکی به زندان روانه می‌شوند. چنین علائمی می‌تواند دربرگیرندهٔ قضاوت آسیب‌دیده، اختلال در کنترل تکانه، سوءظن و حالات پارانویایی، بازداری زدایی(disinhibition) ، ناتوانی در اعتماد به دیگران، هذیان و توهم باشد (۱۳). برخی از مطالعات نشان داده‌اند که به زندان افتادن می‌تواند علائم اختلالات روانی را تشدید نماید. تأثیر زندانی‌شدن ممکن است چنان شدید باشد که سرعت شکل‌گیری ناهنجاری روانی در افراد آسیب‌پذیر، شتاب بیشتری به خود بگیرد (۱۵). سطوح مختلف فشار روانی در دوران حبس می‌تواند منجر به بروز اختلالات روانی مختلف در میان زندانیان شود (۱۶). در یک مرور سیستماتیک فاضل و دانش و (۱۷) از ۶۲ مطالعه در مورد شیوع اختلالات روانی در میان ۲۳۰۰۰ زندانی دریافتند که ۱۰٪ از آن‌ها مبتلا به افسردگی اساسی و حدود ۴٪ دیگر از اختلالات روان‌پریشی رنج می‌برند. از کل نمونه نیز ۶۵٪ دچار اختلالات شخصیت بودند که در میان آن‌ها ۴۷٪ دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی بودند. McNiel و همکاران نیز گزارش نمودند زندانیان دارای تشخیص‌های دوگانه (وجود اختلالات شدید روانی به همراه اختلالات مصرف مواد) بیشتر احتمال دارد که متهم به جرائم خشونت‌آمیز شوند و نسبت به زندانیانی که مبتلابه تشخیص‌های دوگانه نیستند، احتمال بیشتری دارد که مدت زمان بیشتری در زندان حبس شوند (۱۸).

ابتلا به HIV/AIDS معضل پزشکی و اجتماعی دیگری است که با فراوانی بیشتری دامنگیر سوءمصرف‌کنندگان مواد، می‌شود (۱۲). این دسته از بیماران به‌دلیل انگ ناشی از ابتلا به HIV/AIDS در شرایط روانی- اجتماعی نامطلوبی زندگی می‌کنند (۲۰-۱۹) و همواره نسبت به افرادی عادی وضعیت روان‌شناختی وخیم‌تری دارند (۱۹). از سوی دیگر مصرف‌کنندگان موادِ مبتلا به HIV، شیوع و فراوانی بیشتری از اختلالات پزشکی و روانی را از خود نشان می‌دهند و ناگزیر به واسطهٔ تعداد و دامنهٔ این اختلالات همبود، تشخیص و درمان این بیماران پیچیده‌تر می‌شود و چالش‌های عدیده‌ای را برای تدارک مراقبت همه جانبهٔ آن‌ها به بار می‌آورد (۲۲-۲۱). نتایج Prince و همکاران طی یک پژوهش طولی نشان داد در افرادی که هم سوء مصرف (یا وابستگی) به‌مواد دارند و هم مبتلابه بیماری شدید روانی هستند در برابر افرادی که فقط دچار اختلالات مصرف مواد هستند، احتمال دریافت تشخیص مورد جدیدی از ابتلا به HIV حدود ۲ برابر بیشتر است (۲۳). Zahari و همکاران نیز دریافتند، ابتلا به HIV

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.5.2]

به طور معنی‌داری با سن، طول دوران حبس، سوءمصرف مواد و استفاده از داروهای مخدر ترکیبی رابطه دارد. هم‌چنین به‌نسبت زندانیانی که فقط یک تشخیص (اختلال روانی) دارند، زندانیان دارای ۳ تشخیص (اختلالات روانی، اختلالات مصرف مواد و ابتلا به HIV) مدت زمان بیشتری را در زندان می‌گذرانند (۱۰).

اگرچه مطالعات زیادی در مورد وجود همزمان اختلالات روانی و اختلالات مصرف مواد در میان زندانیان و نیز رفتارهای پرخطر منتهی به تشخیص HIV/AIDS در میان سوءمصرف کنندگان مواد صورت گرفته است اما اطلاعات و یافته‌های اندکی در مورد تأثیری که حبس و طول مدت زندانی شدن و ابتلابه HIV مثبت و نیز اثر تعاملی آن‌ها (وجود همزمان سابقه حبس و وضعیت سرمی مثبت) بر ابعاد مختلف آسیب‌شناسی سوءمصرف‌کنندگان مواد می‌گذارد، وجود دارد.

علاوه بر اهمیت دستیابی به اهداف فوق ، ضرورت اجرای پژوهش حاضر از دو جهت دیگر آشکار است؛ الف: ایران در زمینه قربانیان مبتلا به HIV و آن دسته از افرادی که به دلیل تظاهرات سندروم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS) می‌میرند، بحران سلامتی رو به تزایدی را تجربه می‌کند. یافته‌های مرکز مدیریت بیماری های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی نشان داد که تعداد افراد آلوده به HIV ، تا تاریخ اول تیر سال ۱۳۹۱، در مجموع ۲۴ هزار و ۲۹۰ نفر بوده است که شایع‌ترین راه انتقال آن سوءمصرف مواد به شیوه تزریقی می‌باشد. این گزارش حاکی است تاکنون ۴۷۲۲ نفر مبتلا به ایدز شناسایی شده، فوت کرده‌اند (۲۴). ب: برآوردها در ایران نشان می‌دهد که حدود ۵۰٪ از زندانیان از مجرمین مواد مخدر هستند (۲۵). بنابراین همان‌طور که از وسعت مسأله پیدا است و در ادبیات پژوهش نیز متذکر شدیم هریک از این گروه‌ها قابلیت زیادی برای پذیرش آسیب‌های روانی داشته و شناخت موانع مراقبت‌های موفق و ارائه پروتکل‌های درمانی مؤثر برای تحت پوشش قرار دادن نیازهای سلامتی خاص آنان به ویژه در محیط‌های تأدیبی نظیر زندان ضروری است. در مجموع سؤال اصلی پژوهش حاضر آن است که زندانی شدن ، طول مدت حبس و ابتلا به HIV/AIDS چه نقشی در شدت علائم آسیب‌شناسی روانی سوءمصرف‌کنندگان مواد ایفا می‌کند.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع مقطعی- واپس‌نگر و یا مورد- شاهد (case-control) بود. مجوز اخلاقی و طرح پیشنهادی این پژوهش در کمیته اخلاق و شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان بررسی و مورد تصویب قرار گرفت. آزمودنی‌های این پژوهش را دو گروه الف) سوءمصرف‌کنندگان مواد مبتلا به HIV/AIDS که دوره‌های زمانی مختلفی از وضعیت سرمی مثبت‌شان می‌گذشت و تحت درمان ضد رتروویروسی بسیار فعال (Highly Active Anti-Retroviral Therapy) بودند ، ب) سوءمصرف‌کنندگان مواد فاقد HIV/AIDS به عنوان گروه شاهد. همه آزمودنی‌های گروه **الف** را کسانی تشکیل می‌دادند که در سال ۱۳۸۹ تحت پوشش کلینیک مشاوره بیماری‌های رفتاری دانشگاه علوم پزشکی گیلان بوده و در این مکان پرونده داشتند. همچنین گروه **ب** دربرگیرنده آزمودنی‌هایی بود که با سابقه سوءمصرف مواد به قصد پذیرش و درمان به همان کلینیک مشاوره بیماری‌های رفتاری، یک مرکز گذری (Drop In Center) کاهش آسیب و دو مرکز ترک اعتیاد در شهرستان رشت مراجعه کرده بودند.

آزمودنی‌ها: حجم نمونه در پژوهش حاضر با در نظر گرفتن احتمال خطای نوع اول (Type I Error) (α) ۰/۰۵ و توان آزمون (power) ۰/۸۰ و اندازه اثر (effect size) مورد انتظار بین دو گروه سوءمصرف‌کنندگان مواد واجد و فاقد تشخیص HIV/AIDS معادل ۰/۶۰ به همراه ۰/۳۰ انحراف معیار مورد انتظار درون گروهی (expected within group standard deviation) ، برابر با ۴۴ نفر برای هریک از گروه‌ها از روی جدول Machin و همکاران (۲۶) محاسبه گردید.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.5.2]

روش نمونه‌گیری نیز بدین صورت بود که در فاصله زمانی تیر تا شهریور سال ۱۳۸۹ ابتدا سوءمصرف‌کنندگان مواد مبتلابه HIV/AIDS به صورت در دسترس(available)، سپس گروه افراد معتاد فاقد HIV/AIDS به صورت پیاپی(consecutive) در پژوهش وارد می‌شدند. کلیه این بیماران به دلیل داشتن سابقه‌ای از رفتار پرخطر (مصرف تزریقی مواد، استفاده از سرنگ مشترک، رفتار جنسی نامطمئن و ...) و یا به منظور مشاوره و آزمایش داوطلبانه (Voluntary Counseling and Testing) و درمان نگهدارنده با متادون MMT مراجعه نموده بودند. اندکی پیش اجرای این پژوهش و همزمان با آن برنامه مراقبت کاهش آسیب (مشاوره پیش از آزمایش ارائه کاندوم و سرنگ و ...) روی یکایک بیماران صورت می‌گرفت. به محض آماده شدن مراجعین برای آزمایش تشخیص HIV به ایشان گفته می‌شد این آزمایش رایگان است و خطری برای آن‌ها ندارد. آنگاه ۲cc خون جهت سرم‌گیری و انجام تست HIV از آن‌ها گرفته و به سازمان انتقال خون استان گیلان ارسال می‌گردید. آزمایش‌ها به روش (ELIZA یا enzyme-linked immunosorbent assay) با استفاده از کیت Biored و به‌منظور تأیید نتیجه آزمایش اول از تست وسترن بلات (western blot assay) با استفاده از کیت Innogenetic انجام می‌گردید. نهایتاً از افرادی که تشخیص HIV مثبت داشتند ۲cc خون کامل برای انجام آزمایش CD_4 جهت تعیین شمارش لنفوسیت سلول‌های T-helper گرفته و به دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان فرستاده می‌شد. تعداد CD_4 که نوعی گلبول سفید خون محسوب می‌شوند شاخص خوبی برای تعیین شدت بیماری و پیشروی HIV در بدن هستند و در دفاع سلولی از بدن نقشی کلیدی ایفا می‌کنند. هر چه تعداد آن‌ها پایین‌تر باشد بدن در مقابل عفونت‌ها آسیب‌پذیرتر است (۲۷).

هم‌چنین به منظور عدم تأثیرگذاری برخی عوامل مخدوش‌کننده (confounding factors) احتمالی، متغیرهایی نظیر سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و محل سکونت (شهری یا روستایی) و طول دوره درمان نگهدارنده با متادون بین دو گروه نمونه مورد کنترل قرار گرفت. معیارهای ورود در پژوهش حاضر برای افراد مبتلا به HIV/AIDS وجود دو آزمایش سرمی ELIZA و یک آزمایش وسترن بلات مثبت به علاوه علائم نشانگر ایدز می‌باشد که توسط پزشک متخصص و افراد کارشناس تعیین و در پرونده آن‌ها ثبت شده باشد. در مورد گروه معتادان فاقد HIV/AIDS می‌باید گفت، با توجه به آزمون‌های استاندارد به عمل آمده، منفی بودن آزمایشات HIV آن‌ها مشخص شده و در پروندهٔ آن‌ها درج گردیده است. هم‌چنین معیارهای پذیرش برای همه افراد ۲ گروه شامل سن بالای ۱۸ سال، درک قابل قبول آزمودنی از روال اجرای مطالعه، نداشتن بیماری‌های شدید روان‌پزشکی (نظیر اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات روان‌پریشی) و اختلالات رشدی- عصب‌شناختی (نظیر عقب‌ماندگی ذهنی، آسیب‌های مغزی، زوال‌عقل و سایر اختلالات شناختی) می‌شد به طوری که در ظرفیت تعامل فرد با پژوهش خللی ایجاد نکند و رضایت آگاهانه همه آزمودنی‌ها برای حضور در پژوهش اخذ می‌گردید. شناخت معیارهای خروج از مطالعه نیز از معاینه و مصاحبه با بیمار و مرور پرونده‌های بایگانی توسط پزشک و کارشناس مرکز بیماری‌های رفتاری شهر رشت صورت می‌گرفت.

ابزار :

نسخه تجدید نظر شده چک‌لیست ۹۰ نشانه‌ای (SCL-90-R یا symptom check list – 90– Revised): این آزمون یک ابزار خودگزارش‌دهی (self-report) قدرتمند برای سنجش آسیب‌شناسی روانی است. این ابزار اختصاصاً برای سنجش آن دسته از ناراحتی‌های جسمی و روانی ساخته شده است که پاسخ‌دهندگان اخیراً تجربه نموده‌اند. ۹۰ مادهٔ این آزمون نشانه‌هایی را توصیف می‌کند که بیماران روان‌پزشکی و پزشکی به وفور تجربه و گزارش می‌نمایند. نسخه اولیه این آزمون در سال ۱۹۷۳ توسط Derogatis، Lipman و Covi معرفی شد (۲۸) و سپس براساس تجارب بالینی و تحلیل‌های روان‌سنجی از آن، مورد تجدید نظر قرار گرفت و فرم نهایی آن تهیه گردید

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.5.2]

(۲۹). نود ماده این آزمون ۹ بعد مختلف شامل ۱) شکایت جسمانی، ۲) وسواس فکری- عملی، ۳) حساسیت در روابط متقابل، ۴) افسردگی، ۵) اضطراب، ۶) خصومت، ۷) ترس مرضی (فوبیا)، ۸) اندیشه‌پردازی پارانوییدی، و ۹) روان‌پریش‌خویی را ارزیابی می‌کنند. پاسخ‌های ارائه شده به هریک از ماده‌های آزمون در یک مقیاس ۵ درجه‌ای (۰= هیچ ، ۱= کمی، ۲= تا حدی ، ۳= زیاد، ۴= به شدت) قرار می‌گیرد (۲۹) و پاسخ‌دهی به آن معمولاً به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه، به طول می‌انجامد.

نمره‌گذاری و تفسیر نتایج این آزمون براساس سه شاخص کلی علائم مرضی (GSI یا Global Severity Index) و شاخص درماندگی نشانه‌های مثبت (PSDI یا Positive Symptom Distress Index) و مجموع نشانه‌های مثبت (PST یا Positive symptom Total) صورت می‌گیرد (۳۰). Derogatis جهت سنجش پایایی ابعاد ۹ گانه این آزمون از دو روش محاسبه «پایایی درونی» و «پایایی به روش بازآزمایی» استفاده نموده است. پایایی درونی SCL-90-R برای ۹ محور ، رضایتبخش بوده است و بیشترین همبستگی مربوط به افسردگی با ۰/۹۰ و کمترین آن‌ها مربوط به روان‌پریش خویی با ۰/۷۷ بوده است. پایایی باز آزمایی نیز بین۰/۷۸ تا ۰/۹۰ متغیر بود (۳۱). هم‌چنین باقری یزدی، بوالهری و شاه محمدی (۳۲) ضریب پایایی آن را به روش بازآمایی ۰/۹۷ و حساسیت (sensitivity)، ویژگی(specificity) و کارایی (efficiency) آزمون را به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۸ و ۰/۹۶ گزارش نمودند که از این رو می‌تواند به عنوان یک ابزار غربالگری تشخیصی در مطالعات همه گیرشناختی اختلالات روانی به طور موفقیت‌آمیزی به کار رود. پیشتر نیز SCL-90-R در پژوهش‌های مرتبط با سنجش علائم اختلالات روانی در بیماران مبتلا به HIV/AIDS (۳۵-۱۹) و سوء مصرف کنندگان مواد (۳۸-۳۶) و نیز افراد زندانی (۳۹،۱۴) با موفقیت به کار برده شد.

علاوه بر ابزار فوق از یک پرسش‌نامه محقق ساخته نیز جهت ثبت مشخصات جمعیت‌شناختی و برخی اطلاعات بالینی نظیر وضعیت کنونی مصرف مواد، سابقه اعتیاد تزریقی، سابقه مصرف متادون و طول مدت درمان نگهدارنده با متادون، سابقه حبس و طول مدت زندانی شدن در هر دوره از زندگی در سوءمصرف‌کنندگان مواد واجد و فاقد ابتلا به HIV/AIDS و هم‌چنین شمارش تعداد لنفوسیت‌های CD_4 و طول مدت ابتلابه HIV از زمان جواب آزمایش‌های تشخیصی درج شده در پرونده، برای سوءمصرف‌کنندگان HIV مثبت استفاده شد.

روند اجرای پژوهش: اجرای آزمون‌ها توسط دو کارشناس ارشد روان‌شناسی صورت می‌گرفت (س،ر ؛ ف،پ). پس از برقراری ارتباط با آزمودنی‌ها در محیط نمونه‌گیری ابتدا هدف کلی از اجرای پژوهش برای آن‌ها بیان می‌شد آن‌گاه پس از کسب رضایت آگاهانه در مطالعه شرکت داده می‌شدند. نظر به کم‌سوادی برخی از آزمودنی‌ها و هم‌چنین به منظور یکسان سازی شیوه اجرای پژوهش، یکایک گویه‌های آزمون برای همه افراد خوانده می‌شد و سپس پاسخ کلامی آن‌ها در گزینه‌های عددی مرتبط درج می‌گردید. تمامی آزمودنی‌ها آگاهی داشتند اطلاعاتی که از آن‌ها گرفته می‌شود محرمانه و مکتوم باقی خواهد ماند و نتایج پژوهش به صورت جواب کلی گروه مورد مطالعه منتشر می‌گردد. هم‌چنین هر لحظه که مایل هستند می‌توانند از ادامه شرکت در پژوهش خودداری کنند و این خودداری، در تشخیص و درمان بیماری‌شان اثر منفی نخواهد داشت.

پس از نمره‌گذاری پاسخ‌نامه‌ها، داده‌های حاصل از ۲ گروه آزمودنی مورد مطالعه به نرم‌افزار آماری SPSS (Ver 16.0) منتقل شده و به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها علاوه بر به‌کارگیری شاخص‌های آمار توصیفی از آزمون‌های t استیودنت مستقل برای مقایسه‌های دو گروهی، آزمون کای اسکوئر (χ^2) جهت مقایسه فراوانی مشاهده شده بین دو گروه، جهت بررسی رابطه بین طول مدت حبس و ابعاد مختلف آسیب‌شناسی روانی از ضریب همبستگی پیرسون، برای نشان دادن اینکه چه‌مقدار از شدت کلی ناراحتی روانی توسط طول مدت حبس پیش‌بینی می‌شود و ترسیم تغییرات شیب خط در دو گروه سوءمصرف‌کنندگان واجد و فاقد HIV/AIDS از تحلیل رگرسیون دومتغیری و برای نشان دادن اثرات اصلی(main effects) عضویت گروهی (الف: سوءمصرف‌کنندگان مواد مبتلا به HIV/AIDS ، ب:سوءمصرف‌کنندگان مواد فاقد HIV/AIDS) بر ابعاد مختلف آسیب‌شناسی روانی با کنترل متغیرهای مخدوش‌کننده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) استفاده گردید.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.5.2]

یافته‌ها

از مجموع ۱۰۰ پرسش‌نامه توزیع شده، داده‌های ۴۳ سوءمصرف‌کنندهٔ مواد مبتلا به HIV/AIDS و ۴۹ سوءمصرف‌کننده مواد فاقد HIV/AIDS به عنوان گروه شاهد گردآوری گردید که در هر یک از اعضای این دو گروه به‌ترتیب ۳۴ نفر (۷۹/۱٪) و ۲۸ نفر (۵۷/۱٪) سابقه حبس در زندان را ، دارا بودند. همان‌طورکه در جدول ۱ مشخص است، نتایج آزمون t استیودنت مستقل و χ^2 نشان می‌دهد بین این دو گروه از آزمودنی‌ها (n=۹۲)تفاوت معنی‌داری از نظر متغیرهای مخدوش‌کننده احتمالی نظیر سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و محل سکونت و طول دوره درمان نگهدارنده با متادون وجود ندارد (P> ۰/۰۵).

میانگین تعداد لنفوسیت‌های CD_4 در گروه سوء مصرف‌کنندگان موادی که آزمایشات سرمی آن‌ها، مثبت بودن نتیجه تست HIV آن‌ها را تأیید نموده بود ۲۰۲/۵۶±۳۷۷/۷۴ برآورد شد که در دامنه‌ای از ۳۶ تا ۸۳۰ لنفوسیت متغیر بود. Muma و همکاران (۲۷) ملاک ورود فرد HIV مثبت را به مرحله بیمار ایدز ، تعداد لنفوسیت‌های CD_4 مثبت به کمتر از ۲۰۰ عدد در یک میلیمتر مکعب خون دانسته‌اند که بر طبق این معیار ۷ بیمار (۱۶/۳) وارد فاز بیماری ایدز شده بودند. میانگین طول مدت ابتلا به HIV مثبت نیز طبق اسناد پزشکی در این گروه ۲۰ ± ۲۴ ماه به‌دست آمد. به هر روی از مجموع ۴۳ بیمار سوءمصرف‌کنندهٔ مواد مبتلا به HIV/AIDS ، ۳۷ نفر (۸۶٪) برای درمان اعتیاد خود از درمان نگهدارنده با متادون MMT استفاده می‌کردند و از همین تعداد ۳۴ نفر (۷۹/۱٪) گزارش کردند که در گذشته سابقه مصرف تزریقی مواد داشته‌اند. در ۴۹ سوءمصرف‌کننده مواد فاقد HIV/AIDS نیز ۴۶ نفر (۹۳/۹٪) از MMT برای درمان اعتیاد بهره می‌بردند و ۲۹ نفر (۵۹/۲٪) سابقه مصرف تزریقی مواد را گزارش نمودند.

در این میان نتایج آزمون χ^2 نمایانگر آن بود که سوءمصرف‌کنندگان مواد واجد و فاقد HIV/AIDS از نظر سابقه مصرف تزریقی مواد تفاوت معنی‌داری با یکدیگر دارند (χ^2=۴/۲۰ ، df=۱، P=۰/۰۴۱). بدین مفهوم که سوءمصرف‌کنندگان مواد مبتلا به HIV/AIDS نسبت به همتایان فاقد HIV/AIDS خود به‌طور معنی‌داری سابقه بیشتری از اعتیاد تزریقی را داشته‌اند (۷۹/۱٪ در برابر ۵۹/۲٪). علاوه بر آن نتایج آزمون t استیودنت مستقل نشان دادکه بین این دو گروه از نظر طول مدت حبس تفاوت معنی‌داری وجود دارد (t=۲/۵۷ ، df=۹۰، P=۰/۰۱۲). به عبارت دیگر گروه سوءمصرف‌کنندگان مواد مبتلا به HIV/AIDS به‌متوسط دو برابر بیشتر افراد گروه مقابل زندانی شده بودند (۱۰۴۲ در برابر ۴۵۸ روز). جدول ۲ نتایج ضرایب همبستگی پیرسون برای نشان دادن رابطه میان طول مدت حبس و ابعاد مختلف آسیب‌شناسی روانی براساس SCL-90-R را در دوگروه سوءمصرف‌کنندگان واجد و فاقد HIV/AIDS نشان می‌دهد.

همان‌طورکه در جدول ۲ دیده می‌شود متغیر طول مدت حبس در گروه سوءمصرف‌کنندگان مواد واجد HIV/AIDS رابطه مثبت و معنی‌داری (در حد متوسط) با علائم خصومت، ترس مرضی(فوبیا)، اندیشه‌پردازی پارانوییدی دارد اما در گروه سوءمصرف‌کنندگان مواد فاقد HIV/AIDS این روابط مرضی با طول مدت حبس، بیشتر و قوی‌تر است و تنها شکایات جسمانی و خصومت معنی‌دار ظاهر نشدند. هم‌چنین به منظور آزمون معنی‌دار بودن تفاوت بین دو ضریب همبستگی، برای دو گروه مطالعه از آماره Z فیشر استفاده شد که نتایج آن نشان می‌دهد مقادیر همبستگی ابعاد آسیب‌شناسی روانی با طول مدت حبس در دو گروه نمونه هیچ تفاوتی با یکدیگر ندارد.

در ادامه برای نشان‌دادن رابطه دقیق‌تر میان طول مدت حبس و شدت ناراحتی روانی از تحلیل رگرسیون خطی دومتغیری و ترسیم شیب خط و نگارش معادله پیش‌بینی در دو گروه سوءمصرف‌کنندگان مواد واجد و فاقد HIV/AIDS استفاده گردید. در این تحلیل از شاخص شدت کلی (GSI) به عنوان متغیر ملاک استفاده شد. این شاخص یک درجه‌بندی ترکیبی از علائم روانی است که به بهترین وجه شدت استرس تجربه

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.5.2]

شده را نشان می‌دهد و زمانی که یک مقیاس منفرد کفایت می‌کند، می‌توان آن را به‌کار برد (۳۰). همان‌طور که نمودار ۱ نشان می‌دهد، رابطه میان طول مدت حبس و شدت ناراحتی روانی در گروه سوءمصرف‌کنندگان مواد فاقد HIV/AIDS بیشتر از گروه مقابل است (به ترتیب R^2 ۰/۱۶ در برابر ۰/۰۸). علاوه بر آن ضریب بتا در گروه افراد واجد HIV/AIDS نسبتاً ضعیف (β=۰/۲۹) و معادله پیش‌بینی، معنی‌دار به‌دست نیامد. در مقابل نتایج تحلیل رگرسیون در گروه افراد فاقد HIV/AIDS نشانگر آن بود که متغیر طول مدت حبس به‌تنهایی قادر است، به‌طور معنی‌داری ۱۶٪ از تغییرات شدت ناراحتی روانی را تبیین نماید (F= ۹/۲۷, P= ۰/۰۰۴).

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش براساس متغیرهای همتاسازی شده (n =۹۲)

متغیرهای همتاسازی شده کمی*	گروه HIV مثبت (۴۳ =n)	گروه HIV منفی (n=۴۹)	P-value
سن (به سال)	۳۳/۸۱±۷/۷۶	۳۴/۹۶±۹/۸۰	NS
میزان تحصیلات (به سال)	۸/۰۴±۲/۹۲	۷/۴۰±۱/۸۸	NS
طول دوره درمان با متادون (به‌روز)	۴۱۵ ± ۴۹۰/۱۲	۳۲۱ ± ۶۳۲/۸۴	NS
متغیرهای همتاسازی شده کیفی†	تعداد (٪)	تعداد (٪)	NS
جنسیت			
مرد	۳۸ (۸۸/۳)	۴۴ (۸۹/۸)	NS
زن	۵ (۱۱/۷)	۵ (۱۰/۲)	
وضعیت تاهل			
مجرد	۲۰(۴۶/۵)	۲۷(۵۵/۱)	NS
متاهل	۱۷(۳۹/۵)	۱۸(۳۶/۷)	
طلاق	۴ (۹/۳)	۳ (۶/۱)	
بیوه	۲(۴/۷)	۱(۲/۱)	
محل سکونت			
شهر	۳۷ (۸۶/۱)	۴۱ (۸۳/۷)	NS
روستا	۶ (۱۳/۹)	۸ (۱۶/۳)	

= t test , †= χ^2 , NS= not significant*

جدول ۲. مقایسه ضرایب همبستگی پیرسون بین طول مدت حبس و ابعاد مختلف آسیب‌شناسی روانی در دوگروه نمونه

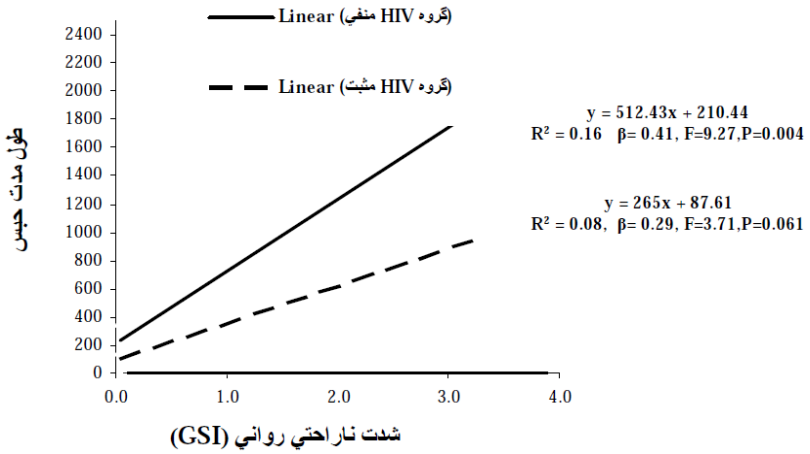
متغیرها	گروه HIV مثبت n=(۴۳)	گروه HIV منفی (n=۴۹)		
آماره / ابعاد SCL-90-R	r_1	r_2	Z	P-value §
شکایت جسمانی	۰/۲۵	۰/۲۲	۰/۱۵	۰/۸۸
وسواس فکری-عملی	۰/۲۵	۰/۳۵*	۰/۵۱	۰/۶۱
حساسیت در روابط متقابل	۰/۲۹	۰/۴۱**	۰/۶۳	۰/۵۳
افسردگی	۰/۱۱	۰/۳۵*	۱/۱۸	۰/۲۴
اضطراب	۰/۲۳	۰/۳۷**	۰/۷۱	۰/۴۷
خصومت	۰/۳۷*	۰/۱۳	۱/۱۹	۰/۲۳

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.5.2]

ترس مرضی(فوبیا)	۰/۳۴*	۰/۴۳**	۰/۴۹	۰/۶۲
اندیشه‌پردازی پارانوییدی	۰/۳۲*	۰/۳۰*	۰/۹۲	۰/۱۰
روانپریش‌خویی	۰/۲۲	۰/۴۳**	۱/۰۹	۰/۲۷
شاخص کلی علائم مرضی(GSI)	۰/۲۹	۰/۴۱**	۰/۶۳	۰/۵۲
مجموع نشانه‌های مثبت(PST)	۰/۲۱	۰/۳۰*	۰/۴۵	۰/۶۵
شاخص درماندگی نشانه‌های مثبت(PSDI)	۰/۲۱	۰/۴۱**	۰/۱۵	۰/۳۰

, § fisher z test sig.۰/۰۱ < , ** P ۰/۰۵ <* P



نمودار ۱. خطوط برازش پیش‌بینی GSI از روی طول مدت حبس در دو گروه نمونه

به منظور بررسی این‌که زندانی شدن و ابتلا به HIV/AIDS و نیز تعامل بین آن‌ها به تفکیک تا چه حد بر شدت علائم اختلالات روانی سوء مصرف‌کنندگان مواد دامن می‌زند، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری واریانس-کوواریانس در بین سلول‌هایی که براساس اثرات بین آزمودنی‌ها تشکیل شده‌اند، برابر باشند (۴۰). بنابراین به منظور بررسی مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از آماره ام-باکس استفاده شد که معنی‌دار نبود (Box' M=۲۳۲/۴۸ , F= ۱/۱۱, P=۰/۱۵۷).بنابراین پیش فرض اصلی استفاده از MANOVA برقرار است.

همان‌طور که در جدول۳ منعکس است، نسبت‌های F محاسبه شده در مورد اثر عامل A (زندانی شدن) تنها برای علائم حساسیت در روابط متقابل، خصومت، ترس مرضی(فوبیا)،اندیشه‌پردازی پارانوییدی، روان‌پریش‌خویی، شاخص کلی علائم مرضی (GSI)، شاخص درماندگی نشانه‌های مثبت (PSDI) معنی‌دار است؛ که این تفاوت در (MANCOVA) استفاده شد که نتایج آن در جدول۳ مشاهده می‌شود. در تحلیل‌های استنباطی پیش‌فرض اصلی استفاده از MANOVA آن است که بردار متغیرهای وابسته از یک توزیع نرمال چند متغیری تبعیت کند و ماتریس افراد دارای سابقه زندانی شدن، بیشتر از افرادی است که این سابقه را نداشتند. هم‌چنین نسبت‌های F محاسبه شده برای اثر عاملی B (ابتلا به HIV/AIDS) نشانگر آن بود که به جز در بعد خصومت، مابقی علائم آسیب‌شناسی روانی معنی‌دار است؛که این تفاوت در نمرات ابعاد شکایت جسمانی، وسواس فکری- عملی، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، ترس مرضی (فوبیا)، اندیشه‌پردازی پارانوییدی، روان‌پریش‌خویی، شاخص کلی علائم مرضی (GSI)، مجموع نشانه‌های مثبت (PST)، شاخص درماندگی نشانه‌های مثبت (PSDI)، در سوءمصرف کنندگان مواد مبتلابه HIV/AIDS بیشتر از گروه مقابل است. در نهایت نسبت F محاسبه‌شده برای اثر تعاملی متغیرهای سابقه زندانی شدن و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.5.2]

ابتلا به HIV/AIDS (A×B) تنها برای علائم مرضی افسردگی و مجموع نشانه‌های مثبت (PST) معنی‌دار ظاهرشد. این مطلب حاکی از آن است که به جز علائم افسردگی و PST در سایر علائم روانی سوءمصرف‌کنندگان مواد تفاوتی از نظر اثر متقابل سابقه زندانی شدن و ابتلا به HIV/AIDS وجود ندارد. جهت بررسی اثرهای ساده از نمودار اثرتعاملی استفاده شده است که نتایج آن به شکل زیر است. باتوجه به نمودارهای رسم شده، اثرتعاملی زندانی‌شدن و ابتلا به HIV/AIDS نشان می‌دهد که میانگین نمرات افسردگی سوءمصرف‌کنندگان مواد دارای سابقه حبس و فاقد HIV/AIDS بیشتر است (نمودار ۲)، هم‌چنین اثرتعاملی زندانی‌شدن و ابتلا به HIV/AIDS مبین آن است که میانگین نمرات مجموع نشانه‌های مثبت (PST) در سوءمصرف‌کنندگان مواد دارای سابقه حبس و مبتلا به HIV/AIDS بالاتر است.

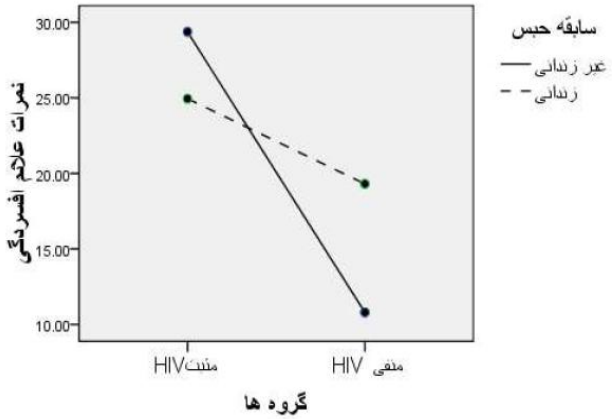
جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس اثرات اصلی و تعاملی زندانی‌شدن و ابتلابه HIV/AIDS برابعاد مختلف آسیب‌شناسی روانی

منبع تغییرات	ابعاد SCL-90-R	df	MS	F	P-value
اثر عامل A	شکایت جسمانی	۱	۷۹/۲۳	۰/۸۰	NS
(زندانی شدن)	وسواس فکری-عملی	۱	۱۶۲/۱۲	۲/۸۹	NS
	حساسیت در روابط متقابل	۱	۲۱۱/۷۲	۳/۷۷	۰/۰۵
	افسردگی	۱	۴۸/۲۵	۰/۳۹	NS
	اضطراب	۱	۲۰۵/۳۱	۳/۴۰	NS
	خصومت	۱	۱۳۲/۵۲	۵/۳۶	۰/۰۲۳
	ترس مرضی(فوبیا)	۱	۱۶۵/۸۰	۷/۵۳	۰/۰۰۷
	اندیشه‌پردازی پارانوییدی	۱	۱۸۴/۲۷	۷/۱۳	۰/۰۰۹
	روانپریش‌خویی	۱	۲۱۳/۵۲	۴/۲۸	۰/۰۴۲
	شاخص کلی علائم مرضی(GSI)	۱	۱/۷۰	۴/۰۰	۰/۰۴۹
	مجموع نشانه‌های مثبت(PST)	۱	۰/۲۷	۰/۹۹	NS
	شاخص درماندگی نشانه‌های مثبت(PSDI)	۱	۱۲۷۰/۶۷	۴/۱۷	۰/۰۴۴
اثر عامل B	شکایت جسمانی	۱	۸۳۵/۲۲	۸/۴۹	۰/۰۰۵
(ابتلا به	وسواس فکری-عملی	۱	۳۳۱/۰۷	۵/۸۹	۰/۰۱۷
HIV/AIDS)	حساسیت در روابط متقابل	۱	۶۵۲/۰۶	۱۱/۶۰	۰/۰۰۱
	افسردگی	۱	۱۹۷۷/۸۴	۱۶/۱۰	۰/۰۰۰۱
	اضطراب	۱	۳۶۳/۳۶	۶/۰۲	۰/۰۱۶
	خصومت	۱	۲۴/۰۹	۰/۹۷	NS
	ترس مرضی(فوبیا)	۱	۱۳۲/۷۴	۶/۰۳	۰/۰۱۶
	اندیشه‌پردازی پارانوییدی	۱	۱۵۲/۶۳	۵/۹۱	۰/۰۱۷
	روانپریش‌خویی	۱	۴۲۴/۶۰	۸/۵۲	۰/۰۰۵
	شاخص کلی علائم مرضی(GSI)	۱	۴/۹۹	۱۱/۷۷	۰/۰۰۱
	مجموع نشانه‌های مثبت(PST)	۱	۳/۳۲	۱۱/۹۷	۰/۰۰۱
	شاخص درماندگی نشانه‌های مثبت(PSDI)	۱	۲۵۳۷/۲۵	۸/۳۳	۰/۰۰۵

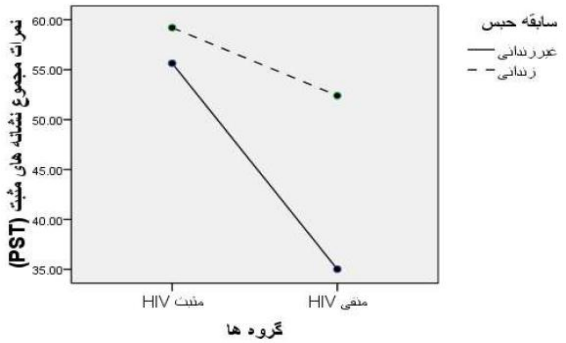
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.5.2]

اثر تعاملی	شکایت جسمانی	۱	۸۸/۷۳	۰/۸۸	NS
(A×B)	وسواس فکری-عملی	۱	۱۲۳/۹۲	۲/۲۱	NS
	حساسیت در روابط متقابل	۱	۱۹۰/۸۶	۳/۴۰	NS
	افسردگی	۱	۵۴۷/۷۸	۴/۴۶	۰/۰۳۸
	اضطراب	۱	۴۲/۴۷	۰/۷۰	NS
	خصومت	۱	۱/۷۲	۰/۰۷	NS
	ترس مرضی(فوبیا)	۱	۱۸/۳۲	۰/۸۳	NS
	اندیشه‌پردازی پارانوییدی	۱	۵۱/۰۸	۱/۹۸	NS
	روانپریش‌خویی	۱	۴۷/۶۵	۰/۹۶	NS
	شاخص کلی علائم مرضی(GSI)	۱	۱/۰۲	۲/۳۹	NS
	مجموع نشانه‌های مثبت(PST)	۱	۱/۱۰	۳/۹۸	۰/۰۴۹
	شاخص درماندگی نشانه‌های مثبت(PSDI)	۱	۶۲۴/۲۳	۲/۰۵	NS

NS= Not Significant



نمودار ۲. اثرتعاملی زندانی‌شدن و ابتلابه HIV/AIDS بر علائم افسردگی



نمودار ۳. اثرتعاملی زندانی‌شدن و ابتلا به HIV/AIDS بر مجموع نشانه‌های مثبت

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.5.2]

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه روشن ساخت، با وجودی که طول مدت حبس در سوءمصرف‌کنندگان مبتلا به HIV/AIDS بیشتر است، اما رابطه میان حبس و ابعاد مختلف آسیب‌شناسی روانی در آن دسته از سوءمصرف‌کنندگان مواد که واجد تشخیص HIV/AIDS نبودند، قوی‌تر است (جدول ۲ و نمودار ۱). چند دلیل می‌تواند برای حصول این نتیجه وجود داشته باشد؛ سوءمصرف‌کنندگان مواد بدون HIV/AIDS اغلب برای آزادی و رسیدگی به حقوق خود در دوران حبس و پس آن از حمایت کمتری نسبت به گروه مبتلایان به HIV/AIDS برخودار هستند. بیماران مبتلابه HIV/AIDS پس از شناسایی و تشخیص قطعی در آزمایش‌های سرمی همواره نسبت به گروه مقابل به علت عامل سرایتی که در بدن آن‌ها وجود دارد، مورد توجه بیشتری هستند، هریک از آن‌ها در بند مشخصی نگه‌داری می‌شوند، در کلینیک زندان به آن‌ها مشاوره لازم در مورد بهداشت شخصی، خطرات استفاده از تزریق مشترک داده شده و به‌طور مداوم از نظر عوارض پزشکی معاینه می‌شوند تا در صورت بروز عفونت یا مشکلات جسمی به بیمارستان تخصصی مربوطه (بیمارستان رازی شهر رشت) ارجاع شوند. حرف آن‌ها معمولاً شنیده می‌شوند و سازمان‌های غیردولتی (NGO) وجود دارند که در مواقع مورد لزوم با برگزاری گارگاه و جلسات مشاوره فردی یا گروهی حمایت عاطفی از آن‌ها را تأمین می‌نمایند. با این حال این گروه از نظر دریافت برنامه‌های کاهش آسیب نظیر ارائه کاندوم، شناخت رفتارهای پرخطر، آگاهی از خطرات انتقال ویروس از راه خون، مصرف بیش‌از حد مواد (overdose)، هدایت سوء مصرف‌کنندگان به‌سمت درمان نگهدارانده با متادون (MMT) از نوع قرص یا شربت و ویزیت‌های روان‌پزشکی داخل زندان با گروه سوءمصرف‌کنندگان مواد فاقد HIV/AIDS برابر هستند. بنابراین به نظر می‌رسد بر خلاف نتایج حاصله از گروه سوءمصرف‌کنندگان مواد فاقد HIV/AIDS ، علت عمده‌ی رابطه‌ی ضعیف بین طول مدت حبس و علائم روانی به‌ویژه عدم معنی‌داری آن با شاخص GSI در گروه سوء مصرف‌کنندگان مواد مبتلابه HIV/AIDS ، توجه و پیگیری مستمر به نیازهای آنان چه در داخل زندان و چه در بیرون از زندان (وجود خدمات مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری و سایر حمایت‌های غیر دولتی) باشد.

هم‌چنین معادلات پیش‌بینی شدت ناراحتی روانی از روی طول مدت حبس نشانگر معنی‌داری و نیرومندی این رابطه در گروه سوءمصرف‌کنندگان مواد فاقد HIV/AIDS بود، در حالی‌که معادله پیش‌بینی در گروه سوءمصرف‌کنندگان مواد واجد HIV/AIDS معنی‌دار به دست نیامد (نمودار ۱). همسو با این نتایج ، McNiel و همکاران دریافتند طول مدت حبس با وقوع همزمان چند اختلال روانی و اختلالات مرتبط با مصرف مواد در افراد بی‌خانمان رابطه دارد (۱۸). Piselli و همکاران نیز دریافتند بازداشت‌شدگانی که به‌طور همزمان دارای چند اختلال روانی هستند نسبت به سایر گروه‌های مورد مطالعه (افرادی که فقط سوءمصرف مواد یا فقط یک اختلال روانی دارند یا این‌که مبتلابه هیچ اختلال روانی نیستند) طول مدت حبس بیشتری را تجربه می‌کنند (۸). Schnittker و همکاران نیز یک رابطه غیرخطی را بین سابقه حبس و اختلالات روانی گزارش نمودند؛ بدین نحو که فراتر از ۵ سال بین این دو رابطه‌ای نیست ، اما در طول مدت حبس کمتر از ۵ سال با اختلالات روانی رابطه دارد. آن‌ها در توجیه این یافته مطرح نمودند که زندانیان با سابقه حبس بالاتر احتمالاً مقابله بهتری با وقوع اختلالات روانی می‌کنند (۶).

نتایج جدول ۳ در ارتباط با نقش زندانی شدن و ابتلا به HIV/AIDS حاکی از آن بود که هر یک از این عوامل به تنهایی بر برخی از علائم مرضی، به ویژه بر شاخص شدت ناراحتی روانی (GSI) سوءمصرف کنندگان مواد تأثیرگذار است؛ بدین معنی که سوءمصرف‌کنندگان مواد دارای سابقه حبس علائم مرضی بیشتری را تجربه می‌کنند. این یافته با نتایج Goyal و همکاران (۱۳)، Piselli و همکاران (۸)، Bulten و همکاران (۱۴)، Gunter و همکاران (۴) و McNiel و همکاران (۱۸)در یک راستا قرار دارد. در این مورد به نظر می‌رسد سطوح مختلف فشار روانی در دوران حبس، احساس باخت و شکست ناشی از محکومیت در دادگاه، محرومیت‌های مضاعفی که دوران حبس می‌تواند به‌ویژه برای سوءمصرف‌کنندگان مواد ایجاد کند (نظیر چالش اساسی تهیه و مصرف مواد و مواجهه با عواقب کیفری آن) و نیز مشکلات احتمالی این افراد پس از گذراندن دوران حبس و چالش‌های ورود مجدد آن‌ها به جامعه با شدت ناراحتی روانی در ارتباط باشد. در این میان Schnittker و همکاران حتی پا را از این رابطه فراتر گذاشته و اظهار نمودند برخی از شایع‌ترین

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.5.2]

اختلالات روانی در میان کسانی که سابقه حبس دارند در دوران کودکی و نوجوانی بروز یافته و بنابراین پیش از زندانی شدن نیز می‌تواند وجود داشته باشد (۶). البته علاوه بر تأثیری که زندانی شدن بر شدت علائم اختلالات روانی می‌گذارد، می‌توان به شیوه دیگری به این رابطه نگریست؛ برای مثال Junginger و همکاران نشان دادند که بیماری روانی می‌تواند به طور خاصی با برخی از رفتارها همراه باشد که منجربه حبس شود. آن‌ها دریافتند که سوءمصرف مواد بیش از سایر اختلالات روانی می‌تواند سبب رفتارهای مجرمانه گردد (۴۱).

نتایج جدول ۳ هم‌چنین نشان داد سوءمصرف‌کنندگان مواد دارای تشخیص HIV/AIDS علائم آسیب‌شناسی روانی بیشتری را گزارش می‌کنند. در توجیه این یافته می‌توان گفت به‌مجرد مثبت شدن آزمایش اولیه و آشکار شدن اولین نشانه‌های مرتبط با HIV/AIDS نیمرخ روانی بیمار نیز ممکن است در جهت سازش‌نایافتگی (maladjustment) میل کند. رفتارهای اجتنابی دوستان، همسر و اعضای خانواده می‌تواند سبب بروز واکنش‌های افسردگی شدید گردد. علاوه برآن احساس پروراندن یک عامل سرایت در بدن باعث می‌شود بیمار مبتلا به HIV خود را فردی رانده شده و مطرود تلقی کند. به دلیل پیش‌داوری نسبت به این افراد و ترس از سرایت بیماری، این افراد در موارد انتخاب مسکن، شغل، مراقبت‌های بهداشتی و حمایت عمومی مورد تبعیض قرار می‌گیرند. ترس غیر منطقی و واکنش منفی اجتماع از مشکلاتی است که بیماران و خانواده‌ها و گروه‌های حمایت‌کننده آنان هم‌چنان با آن مواجه هستند (۲۷). نتایج مطالعات پیشین نیز همسو با پژوهش حاضر به طیف قابل ملاحظه‌ای از ابعاد آسیب‌شناسی روانی در این بیماران از جمله اختلالات خلقی و اضطرابی، PTSD، روان‌پریشی، افکار خودکشی و نیز همزمانی چند اختلال روانی با یکدیگر به ویژه اختلالات مصرف مواد اشاره کرده‌اند (۴۳-۴۲، ۲۲-۲۱، ۱۹، ۱۰). علاوه بر آن مبتلایان به HIV ممکن است پیش از ابتلا به ویروس عامل ایدز دچار پاره‌ای از اختلالات روانی باشند که این اختلالات به نوبه خود می‌تواند مستعدکننده و زمینه‌ساز ابتلا به HIV در فرد باشد. در همین زمینه پژوهش Baillargeon و همکاران نشان دادکه اختلالات افسردگی اساسی، دیس تایمیا (dysthymia)، اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی، اختلال اسکیزوفرنی عاطفی و اختلال روان‌پریشی غیراسکیزوفرنیک که می‌توانند در طبقه اختلالات مزمن روانی قرار بگیرند، در بیماران مبتلا به HIV شیوع بیشتری دارد (۴۴). هم‌چنین یافته‌های Atkinson و همکاران بیانگر آن بود که مبتلایان به HIV مثبت در برابر افرادی که این تشخیص را ندارند فراوانی بیشتری از افسردگی اساسی را در طول عمر خود گزارش می‌کنند و شروع این اختلال در یک سوم موارد پیش از تاریخ آلودگی آن‌ها به HIV بوده است. گروه HIV مثبت هم‌چنین نسبت به گروه مقابل میزان بالاتری از تشخیص مصرف مواد را در طول عمر خود نشان می‌دادند (۴۵). در نهایت Koutsilieri و همکاران نیز خاطر نشان ساختند که سوء مصرف مواد، پیشروی آنسفالوپاتی (encephalopathy) را شدت می‌بخشد. این مواد ابتدائاً گذرگاه‌های دوپامینی مزوکورتیکال/مزولیمبیک (mesocortical/mesolimbic dopaminergic pathways) را کنش‌ور ساخته و آنگاه می‌تواند سبب روان‌پریشی گردد که در حقیقت ممکن است از اسکیزوفرنیا غیرقابل تشخیص باشد (۴۶) .

آخرین یافته از جدول ۳ در مورد اثرتعاملی زندانی‌شدن و ابتلا به HIV/AIDS بر علائم اختلالات روانی با توجه نمودارهای ۱ و ۲ مبین آن بودکه اگرچه سوءمصرف‌کنندگان مواد مبتلا به HIV/AIDS بدون سابقه حبس، سطوح افسردگی بیشتری داشتند اما سوءمصرف‌کنندگان مواد مبتلا به HIV/AIDS دارای سابقه حبس از تعداد یا گستره نشانگان روانی بیشتری رنج می‌بردند. همه این نتایج درحالی به دست آمد که دو گروه مورد مطالعه از نظر متغیرهای مخدوش‌کننده احتمالی نظیر سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و محل سکونت (شهری یا روستایی) و طول دوره درمان نگهدارنده با متادون (MMT) همتا شده بودند. با این حال محدودیت‌هایی بر این مطالعه حاکم است؛ طرح پژوهشی مورد- شاهد ما را قادر نمی‌سازد به تعیین علت شروع علائم اختلالات روانی بر حسب زندانی‌شدن و ابتلا به HIV/AIDS بپردازیم و تنها پیشنهاد می‌کند که علائم مرضی در گروه‌های با و بدون سابقه حبس و ابتلا به HIV/AIDS متفاوت است. هم‌چنین اگر تنها بر عوامل فوق تأکید کنیم، ممکن است تأثیر مشکلات مزاجی (temperamental) و اختلالات شخصیت، سابقه مشکلات دوران کودکی و محدودیت‌ها و تبعیض‌های اجتماعی و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.5.2]

ماهیت درهم بافته‌ی این عوامل که بر علائم مرضی مؤثر است، از نظر مخفی بماند. در این پژوهش افرادی ارزیابی شدند که سابقه زندانی شدن داشتند و یا به تازگی از حبس آزاد شده بودند و در مراکز کلینیک مشاوره بیماری‌های رفتاری و ترک اعتیاد تحت درمان بودند، بنابراین نتایج ممکن است به افرادی که داخل زندان، حبس هستند تعمیم‌پذیر نباشد. در نهایت اندک بودن تعداد نمونه زنان در جامعه آماری استان گیلان قصد این مطالعه را برای مقایسه هر گونه تفاوت‌های جنسیتی از نظر ابعاد مختلف آسیب‌شناسی روانی ناممکن می‌ساخت.

در مجموع هرچند در زندان‌ها و کلینیک‌های مشاوره بیماری‌های رفتاری امکاناتی برای پیشگیری و کاهش ریسک انتقال HIV و درمان اختلالات روان‌پزشکی و سوءمصرف مواد وجود دارد اما ضروری است یک فرایند درمانی نظام‌دار که قابلیت پیگیری و ارزشیابی مستمر جهت کاهش شدت ناراحتی روانی سوءمصرف‌کنندگان مواد را دارد، طراحی گردیده و هماهنگی بین مراکز درمانی و تأدیبی نظیر زندان‌ها مورد بازتعریف قرار گیرد. در اینجا باید متذکر شد که ابتلا به اختلالات روانی به تنهایی سبب حبس و آلودگی به HIV نخواهد شد اما قادر است جریان ثمربخش مداخلات درمانی در مراکز مشاوره بیمارهای رفتاری و مداخلات تأدیبی در زندانی‌های کشور را مختل نماید. از این رو درمان و کاستن از شدت ناراحتی روانی سوء مصرف‌کنندگان مواد اهمیت زیربنایی دارد.

تشکر و قدردانی

این طرح با حمایت مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان به شماره قرار داد ۳/۱۳۲/۱۰۶۱۷/پ ، مصوب در تاریخ ۸۹/۳/۱۸ انجام شده است. بدین وسیله از شورای محترم پژوهش این دانشگاه و آقای دکتر طوسی سرپرست کلینیک مشاوره بیماری‌های رفتاری شهرستان رشت، خانم دکترتوکلی‌فرد کارشناس امور پیشگیری سازمان بهزیستی استان گیلان و خانم ندائی روان‌شناس بالینی مرکز DIC محله معلولین رشت، که صمیمانه ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند، سپاسگزاری می‌گردد. منافع شخصی نویسندگان با نتایج این طرح ارتباطی نداشته است.

References

1. RachBeisel J, Scott J, Dixon L. Co-occurring severe mental illness and substance use disorders: a review of recent research. Psychiatr Serv 1999;50: 1427–34.
2. Cuffel BJ. Co-morbid substance use disorder: prevalence, patterns of use, and course. New Dir Ment Health Serv 1996;70: 93–106.
3. Swofford CD, Kasckow JW, Scheller-Gilkey G, Inderbitzin LB. Substance use: a powerful predictor of relapse in schizophrenia. Schizophr Res 1996;20: 145 – 51.
4. Gunter TD, Arndt S, Wenman G, Allen J, Loveless P, Sieleni B, Black DW. Frequency of mental and addictive disorders among 320 men and women entering the Iowa prison system: use of the MINI-Plus. J Am Acad Psychiatry Law 2008; 36(1):27-34.
5. Værøy H. Depression, anxiety, and history of substance abuse among Norwegian inmates in preventive detention: reasons to worry? BMC Psychiatry 2011; 10;11:40.
6. Schnittker J, Massoglia M, Uggen C. Out and down: incarceration and psychiatric disorders. J Health Soc Behav 2012;53(4):448-64.
7. Mukku VK, Benson TG, Alam F, Richie WD, Bailey RK. Overview of substance use disorders and incarceration of african american males. Front Psychiatry 2012; 3:98.
8. Piselli M, Elisei S, Murgia N, Quartesan R, Abram KM. Co-occurring psychiatric and substance use disorders among male detainees in Italy. Int J Law Psychiatry 2009;32(2):101-7.
9. Prince JD, Walkup J, Akincigil A, Amin S, Crystal S. Serious Mental Illness and Risk of New HIV/AIDS Diagnoses: An Analysis of Medicaid Beneficiaries in Eight States. Psychiatr Serv 2012; 63(10):1032-8.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.5.2]

10. Zahari MM, Hwan Bae W, Zainal NZ, Habil H, Kamarulzaman A, Altice FL. Psychiatric and substance abuse comorbidity among HIV seropositive and HIV seronegative prisoners in Malaysia. Am J Drug Alcohol Abuse 2010;36(1):31-8.
11. Teplin LA, Elkington KS, McClelland GM, Abram KM, Mericle AA, Washburn JJ. Major mental disorders, substance use disorders, comorbidity, and HIV-AIDS risk behaviors in juvenile detainees. Psychiatr Serv 2005;56(7):823-8.
12. Elkington KS, Bauermeister JA, Zimmerman MA. Psychological distress, substance use, and HIV/STI risk behaviors among youth. J Youth Adolesc 2010;39(5):514-27.
13. Goyal SK, Singh P, Gargi PD, Goyal S, Garg A. Psychiatric morbidity in prisoners. Indian J Psychiatry. 2011;53(3):253-7.
14. Bulten E, Nijman H, van der Staak C. Psychiatric disorders and personality characteristics of prisoners at regular prison wards. Int J Law Psychiatry 2009;32(2):115-9.
15. Coid J. How many psychiatric patients in prison? Br J Psychiatry 1984;145:78-86.
16. Anderson HS, Sestoft D, Lillebaek T, Gabrielsen G, Hemmingsen R, Kramp P. A longitudinal study of prisoners on remand: Psychiatric prevalence, incidence and psychopathology in solitary vs non-solitary confinement. Acta Psychiatr Scand 2000; 102:19–25.
17. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorders in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. Lancet 2002; 359: 545–50.
18. McNiel DE, Binder RL, Robinson JC. Incarceration associated with homelessness, mental disorder, and co-occurring substance abuse. Psychiatr Serv 2005;56(7):840-6.
19. Jin C, Zhao G, Zhang F, Feng L, Wu N. The psychological status of HIV-positive people and their psychosocial experiences in eastern China. HIV Med 2010;11(4):253-9.
20. Galindo GR. A Loss of Moral Experience: Understanding HIV-Related Stigma in the New York City House and Ball Community. Am J Public Health 2013;103(2):293-9.
21. Altice FL, Kamarulzaman A, Soriano VV, Schechter M, Friedland GH. Treatment of medical, psychiatric, and substance-use comorbidities in people infected with HIV who use drugs. Lancet 2010; 376(9738):367-87.
22. Lu SH, Tang XP, Deng XL, Chen WL, Hu RX. Relationship between psychological distress and T lymphocyte in HIV/AIDS patients. Zhonghua Shi Yan He Lin Chuang Bing Du Xue Za Zhi 2009;23(1):23-5.
23. Prince JD, Walkup J, Akincigil A, Amin S, Crystal S. Serious mental illness and risk of new HIV/AIDS diagnoses: An analysis of Medicaid beneficiaries in eight states. Psychiatr Serv 2012; 63(10):1032-8.
24. Center for Disease Control. Recent statistics on HIV/ AIDS in Iran. Tehran: Ministry of Health and Medical Education 2012: 1 – 6.
25. Jame jam news. 50 percent of country prisoners are opiates convicts. [15 July 2012], news number 100817306319 [online]. Available from: http://jamejamonline.ir/newstext.aspx?newsnum=100817306319
26. Machin D, Campbell M, Fayers, P, Pinol A. Sample Size Tables for Clinical Studies. 2nd ed. Oxford; Blackwell Science ; 1997:P: 24-25
27. Muma RD, Lyons BA, Borucki M J, Pollard RB. HIV Manual for Health Care Professionals. 2nd ed. Stamford, CT: The University of Michigan: Appleton & Lange; 1997.
28. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. Psychopharmacol Bull 1973; 9(1):13-28.
29. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. Br J Psychiatry 1976; 128:280-9.
30. Groth-Marnat G. Handbook of psychological assessment. 5th ed. New Jersey: John Wiley & Sons; 2009.
31. Derogatis LR. Misuse of the symptom checklist 90. Arch Gen Psychiatry 1983; 40(10):1152-3.
32. Bagheri Yazdi SA, Bolhari J, Shah Mohammadi D. Epidemiology of mental disorders in sub rural areas of Meybod in Yazd state. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 1992; 1: 32-42. [In Persian].
33. Hedayati-Moghaddam MR, Eftekharzadeh Mashhadi I, Zibaee R, Hosseinpoor AM, Fathi-Moghaddam F, Bidkhori H. Assessment of Psychiatric Symptoms Using SCL-90-R among HIV/AIDS Individuals in Razavi Khorasan Province, Iran. Iran Red Crescent Med J 2011; 13(1):58-9.
34. Latas M, Kostic M, Glomazic O. Psychopathological features in somatic asymptomatic HIV positive patients. 18th European Congress of Psychiatry. European Psychiatry 2010; 25(Suppl 1): 494.
35. Nnadi CU, Better W, Tate K, Herning RI, and Cadet JL. Contribution of substance abuse and HIV infection to psychiatric distress in an inner-city African-American population. J Natl Med Assoc 2002; 94(5): 336–43.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.5.2]

36. Mohseni A. Administration of SCL 90 Scale for Depressive Disorders Among Self – Reffered Treatment – Seeking Drug Abusers in Tehran. Etiyad pazhuhi 2003; 1: 13-32. [in Persian]
37. Ghaffari Nejad A, Ziaadini H, Banazadeh N. Comparative Evaluation of Psychiatric Disorders in Opium and Heroin Dependent Patients. Addict Health. 2009 ; 1(1): 20–3.
38. Zahiroddin AR , Seyfollahi M , Iranpour Ch . Surveying the frequency of mental disorders among substance users referred to two centers in Tehran. Pejouhesh 2007; 31 (3) :273-8. [In Persian].
39. Villagrá Lanza P, González Menéndez A, Fernández García P, Casares MJ, Martín Martín JL, Rodríguez Lamelas F. Addictive, criminal and psychopathological profile of a sample of women in prison. Adicciones 2011;23(3):219-26.
40. Habibpoor K, Safari R. comprehensive manual for using SPSS in survey researches. Tehran: looyeh & motefakkeran publication; 2010. P 565
41. Junginger J, Claypoole K, Laygo R, Crisanti A. Effects of serious mental illness and substance abuse on criminal offenses. Psychiatr Serv 2006;57(6):879-82.
42. Nebhinani N, Mattoo SK, Wanchu A. Psychiatric morbidity in HIV-positive subjects: a study from India. J Psychosom Res 2011;70(5):449-54.
43. Adewuya AO, Afolabi MO, Ola BA, Ogundele OA, Ajibare AO, Oladipo BF. Psychiatric disorders among the HIV-positive population in Nigeria: a control study. J Psychosom Res 2007;63(2):203-6.
44. Baillargeon J, Ducate S, Pulvino J, Bradshaw P, Murray O, Olvera R. The association of psychiatric disorders and HIV infection in the correctional setting. Ann Epidemiol. 2003;13(9):606-12.
45. Atkinson JH, Jin H, Shi C, Yu X, Duarte NA, Casey CY,...[et al]. Psychiatric context of human immunodeficiency virus infection among former plasma donors in rural China. J Affect Disord 2011;130(3):421-8.
46. Koutsilieri E, Scheller C, Sopper S, ter Meulen V, Riederer P. Psychiatric complications in human immunodeficiency virus infection. J Neurovirol 2002;8 (Suppl 2):129-33.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.5.2]

Role of incarceration length and HIV/AIDS infection on severity of psychopathological symptoms in substance abusers

Sajjad Rezaei [1], Sonbol Taramian [2], Moosa Kafie [3], Nahid Bazarganiyan [4], Fatemeh Pooragha [5]

Original Article

Abstract

Aim and Background: This study aimed at studying the role of incarceration length and HIV/AIDS on severity of psychopathological symptoms in substance abusers.

Methods and Materials: In a cross sectional-retrospective study, 43 substance abusers with HIV/AIDS and 49 ones without HIV/AIDS were selected by available and consecutive sampling methods that were under Methadone Maintenance Therapy (MMT) in counseling clinics of behavioral diseases and addiction abandonment. All of them were evaluated respecting matched confounding variables via symptom check list-90-Revised (SCL-90-R). Results were analyzed by chi-square (χ^2), independent t-test, two-variable regression, multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

Findings: Although the average of incarceration length was higher in substance abusers with HIV/AIDS, the prediction equations of psychological distress severity based on incarceration length indicated the significance and strength of this relationship in substance abusers without HIV/AIDS (P=0.004). However, this relationship was not significant in substance abusers with HIV/AIDS (P=0.061). The effect of history of incarceration and HIV/AIDS was significant on psychological distress severity in both groups (P=0.001, P=0.049, respectively). The interactive effect of each of these factors was not significant on psychological distress severity. While it was significant on depression levels and positive symptoms total (PST).

Conclusions: The higher incarceration length has more detrimental role on psychological distress severity in substance abusers without HIV/AIDS. Having both a history of incarceration and HIV/AIDS endangers the mental health of substance abusers. Meanwhile, although substance abusers with HIV/AIDS without incarceration history had higher levels of depression, substance abusers with HIV/AIDS with history of incarceration suffered more from number or higher range of psychological symptoms.

Keywords: Perison, HIV/AIDS, Psychological Symptom, Substance Abuse.

Citation: Rezaei S, Taramian S, Kafie M, Bazarganiyan N, Pooragha F. **Role of incarceration length and HIV/AIDS infection on severity of psychopathological symptoms in substance abusers**. J Res Behave Sci 2015; 13(2): 226-241

Received: 18.02.2013 Accepted: 27.02.2014

1. Ph.D candidate in psychology, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: Rezaei_psy@hotmail.com
2. Assistant Professor of Infectious Disease Department, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
3. Associate Professor in Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran
4. MA in psychology, Department of health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
5. Ph.D candidate in Psychology, University of Semnan, Semnan, Iran

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.5.2]