

مقایسه سلامت عمومی و مکانیزم‌های دفاعی در زندانیان معتاد، غیرمعتاد و افراد عادی

دکتر امیر پناه علی¹

سهراب آقائی ثیلانلو²

چکیده

تحقیق حاضر زیر با هدف مقایسه سلامت عمومی و مکانیزم‌های دفاعی در زندانیان معتاد و غیرمعتاد و افراد عادی صورت گرفته است، این تحقیق از نوع علی - مقایسه‌ای می‌باشد که با حجم نمونه 180 نفر از زندانیان معتاد، غیرمعتاد زندان میاندوآب و افراد عادی (هر گروه 60 نفر) که از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی هم‌تاسازی شدند، اجرا گردید. برای گردآوری داده‌ها از پرسش نامه‌های مکانیزم‌های دفاعی آندروز و همکاران و سلامت عمومی گلدبرگ استفاده شده است. داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی توکی تحلیل شده‌اند. نتایج به دست آمده نشان داد در همه مؤلفه‌های سلامت عمومی و همچنین مکانیزم‌های دفاعی رشد یافته بین سه گروه زندانیان معتاد، غیرمعتاد و افراد عادی به صورت متقابل تفاوت وجود دارد. در مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته و روان رنجور بین زندانیان معتاد و افراد عادی و زندانیان غیرمعتاد و افراد عادی تفاوت وجود دارد ولی بین زندانیان غیرمعتاد و زندانیان معتاد تفاوتی وجود ندارد. مقایسه گروه‌های فوق در بردارنده اطلاعات مهمی برای پیش‌گیری از وقوع جرم و درمان اعتیاد می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: سلامت عمومی، مکانیزم‌های دفاعی، زندانیان معتاد، زندانیان غیرمعتاد.

¹ - استادیار، گروه مشاوره و روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران. (نویسنده مسوول) panahali@iaut.ac.ir

² - کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

مقدمه

امروزه بیش از 200 میلیون نفر معتاد بین سنین 15 تا 46 ساله در جهان، مواد و داروهای روان گردان را مصرف می‌کنند و بر اساس آمار ارائه شده از طرف مقامات مسؤول، بیش از 2/000/000 نفر در ایران معتاد و گرفتار مواد مخدر شده‌اند (صدیق سروستانی، 1388). اعتیاد یعنی عادت کردن، و زمانی به وجود می‌آید که فرد برای به دست آوردن ماده مورد نظر رفتارهای اجباری پیش می‌گیرد و کنترل استفاده از آن ماده را از دست می‌دهد (سلیگمن و روزنهان، 1390؛ گنجی، 1392). طبق تعریف DSM-5 ویژگی اصلی هر یک از انواع اعتیادها و اختلالات مرتبط با مصرف مواد عبارت است از مجموعه‌ای از پدیده‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک که نشان می‌دهند فرد به رغم مشکلات مهمی که برایش به وجود می‌آید، به مصرف ماده ادامه می‌دهد (انجمن روانپزشکی آمریکا، 2013). تحقیقات مختلفی ویژگی افراد معتاد و نیز مجرمین معتاد را در مناطق و کشورهای مختلف مورد بررسی قرار داده‌اند. در یک فراتحلیل انجام شده توسط رحیمی موقر و همکاران (2006) در این زمینه از سال 1973 تا 2002، از میان 3031 مقاله، 7/19 درصد (218 مقاله) مربوط به اعتیاد بوده‌اند اعتیاد شایع‌ترین اختلال روانپزشکی مورد مطالعه پس از اختلالات خلقی بوده است.

سلامت عمومی از مباحث مهمی است که در حوزه آسیب‌شناسی و روان‌شناسی جرم و مرتبط با اعتیاد مورد توجه قرار گرفته است. در تعریف سلامتی می‌توان گفت؛ سلامت یعنی خوب بودن کامل از لحاظ جسمی، روانی، و اجتماعی، و فقدان بیماری به معنای وجود سلامتی نیست و کسی که بیماری روانی دارد نمی‌تواند انسان سالم تلقی شود (علی‌پور، 1390). در راهنمای تشخیصی آماری انجمن روانپزشکی آمریکا (2013) این نکته پذیرفته شده است که هیچ تعریفی نمی‌تواند مرزهای دقیقی از مفهوم سلامتی یا بیماری را مشخص کند. فیرس وترال (1390) برای سلامتی سه معیار؛ (1) هم‌رنگی با هنجارها، (2) ناراحتی ذهنی و (3) ناتوانی یا بدکاری فرد در امور روزمره را مطرح کرده‌اند. تحقیقات نشان داده‌اند مجرمان و معتادان سلامت عمومی ضعیف‌تری دارند (الماسی و مرادی، 1391؛ گرای پاسپونگ¹، 2010). در تحقیقات انجام گرفته در جامعه معتادان زندانی، میزان بالای مشکلات جسمانی، افسردگی و اضطراب گزارش شده است

¹. Grai paspong

(فاضل و دانش، 2002؛ سپهرمنش و همکاران، 1387؛ کیپینگ¹ و همکاران، 2010). نتایج نوری و بردبار (1378) نشان داد نمرات افسردگی، اضطراب و ضعف روانی زندانیان معتاد و زندانیان قاچاق مواد مخدر نسبت به زندانیان سایر جرایم به طور معنی داری بیشتر است. در کشور یونان تحقیق انجام شده روی 80 نفر زندانی مرد که محکومیت‌های مختلف از جمله اعدامی داشتند، نشان داد زندانیان نمونه مورد مطالعه، سلامت جسمانی و عملکرد فکری پایینی داشته، گرایش بیشتری به خودکشی در آنها مشاهده شده است. (فوتیادو² و همکاران، 2006). در ایتالیا مطالعه ژوانویس³ و همکاران (2009) بر روی 1117 نفر از زندانیان مرد، میزان افسردگی، میزان افکار خودکشی و تجربیات آسیب زای عاطفی دوران کودکی و همچنین ویژگی‌های هیجان خواهی بالاتری را نشان داده اند.

مکانیزم‌های دفاعی راهبردهای ناهشیار برای حفاظت من در برابر اضطراب هستند (دویسون و همکاران، 1388؛ بلکمن⁴، 1392). این مکانیزم‌ها در طول دوره‌های رشد شکل می‌گیرند و به صورت الگوهایی برای مقابله با شرایط اضطراب‌زا تبدیل می‌شوند و به شکل سلسله مراتبی ترتیب می‌یابند به طوری که دفاع‌های از رشد نیافته تا رشد یافته، و از بسیار ناسازگارانه تا بسیار سازگارانه پیوسته هستند (وایلنت، 2000، به نقل از ریو؛ فروید، 1392؛ بلکمن، 1392). از نظر براد⁵ (2004) مکانیزم‌های دفاعی درحقیقت تحریف کننده واقعیت هستند و میزان تحریف واقعیت در دفاع‌های رشد نیافته و روان‌آزرده بیشتر از دفاع‌های رشد یافته است. هرچه میزان تحریف شناختی یک دفاع بیشتر باشد، به دنبال آن از میزان آگاهی هوشیارانه کاسته می‌شود و در نتیجه تلاش کمتری برای مقابله با تحریف شناختی انجام می‌شود. نه تنها پختگی مکانیزم‌ها بر سازگاری کلی روانی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد، بلکه حتی سازگاری پزشکی را نیز به طور چشم‌گیری تحت تأثیر قرار می‌دهد. افرادی که راهبردهای کنار آمدنشان ناپخته است در زندگی خود سلامتی بدتری دارند (سلیگمن و روزنهان و روزنهان، 1390). کسانی که از این راهبردهای دفاعی استفاده افراطی می‌کنند نیز احتمال گرایش به رفتار

¹.Kipping

².fotiadoua

³.Jovanović

⁴.blackman

⁵.brad

مجرمانه و زندانی شدن در آنها بیشتر است (گرای پاسپونگ¹، 2010). بررسی اورن² و همکاران (2012) نشان داد که افراد وابسته به الکل نسبت به افراد غیرالکلی بیشتر از مکانیزم‌های دفاعی رشد نایافته و روان آزرده استفاده می‌کنند. معتاد شدن با روان آزرده‌گی بالاتر، مکانیزم‌های دفاعی روانی ناپخته در برابر اضطراب (نیکل و اگل، 2006) و همچنین با تجارب قبلی از وقایع زندگی نامطلوب رابطه دارد و درمان ناقص اعتیاد بیشتر احتمال بازگشت به مصرف را به همراه دارد (ساموچوویس³، کونوکا⁴، لکا⁵ و گری ویز⁶، 2013؛ احمدی، نجفی، حسینی المدنی و عاشوری، 1391؛ آقائی، 1393). معتادان، داروها را برای کاستن از حالت‌های هیجانی آزارنده و به عنوان یک مکانیزم دفاعی در ارتباط با تعارض درونی مصرف می‌کنند (عبدحلیم و صبری⁷، 2013). همچنین نظریه پردازان بر مصرف داروها برای کنار آمدن با اضطراب مربوط به صمیمیت، بخصوص در دوره نوجوانی تأکید می‌کنند (روزنهان و وسلیگمن و روزنهان، 1390). در نمونه‌های تاریخی نیز می‌توان از افراد معروف و برجسته‌ای نام برد که به عقیده زیگموند فروید (1392) نظام انرژی روانی خود را در راه سرپوشی بر کاستی‌های خود به کار برده‌اند. افرادی چون ناپلئون، روزولت، گوبلز، و... از مکانیزم دفاعی جبران استفاده کرده‌اند (احمدوند، 1389). استفاده از مکانیزم‌های دفاعی ناپخته به عنوان یکی از مولفه‌های اصلی در تشخیص صفت شخصیتی مرزی می‌باشد (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، 1393). در این راستا تحقیقاتی تفاوت زندانیان و معتادان با افراد عادی به لحاظ صفت شخصیتی مرزی و مولفه مکانیزم دفاعی را نشان داده‌اند (نویدیان، دواچی و بشردوست، 1381؛ شریفی و مدبر، 1387؛ سپهرمنش، احمدوند، قریشی و موسوی، 1387؛ آقائی، 1393؛ مونتالو⁸، لندا⁹، لوپز و لوریا¹⁰ 2006 و درویشی زاده و دماوندی، 2010).

¹. Graipaspong

². Evren

³. samochowice

⁴. konoka

⁵. leka

⁶. grzywacz

⁷. abdHalim&sabri

⁸. Montalo

⁹. lenda

¹⁰. Lopez&loria

بنا به مباحث فوق، تحقیقات کمی تفاوت سلامت عمومی و مکانیزم‌های دفاعی زندانیان معتاد و غیرمعتاد را در مقایسه با افراد عادی مورد بررسی قرار داده اند. و هیچ تحقیقی مبنی بر بررسی این دو متغیر را یکجا در زندانیان معتاد و غیرمعتاد و افراد عادی مورد بررسی قرار دهد، در دسترس نیست. به نظر می‌رسد زندانیان و معتادان زندانی دارای ویژگی‌ها و کارکردهای ذهنی خاصی می‌باشند که آنها را از سایر افراد معتاد و افراد عادی که مرتکب جرم نمی‌شوند متمایز می‌کند. هدف این تحقیق دستیابی به ویژگی‌های خاص زندانیان معتاد و غیرمعتاد و جداسازی آنها از سایر معتادان و افراد عادی می‌باشد. به عبارت دیگر این تحقیق بر آن است تا سلامت عمومی و مکانیزم‌های دفاعی زندانیان معتاد و غیرمعتاد و افراد عادی را مورد مقایسه قرار دهد.

ابزار و روش

روش این تحقیق از نوع علی-مقایسه‌ای می‌باشد و در آن سه گروه زندانیان معتاد، زندانیان غیرمعتاد و افراد عادی مشارکت داشته‌اند. جامعه آماری تحقیق حاضر را کلیه زندانیان مرد (معتاد و غیرمعتاد) زندان شهرستان میاندوآب در دی‌ماه سال 1393، به تعداد 400 نفر تشکیل می‌دهند. نمونه آماری این تحقیق شامل سه گروه زندانیان معتاد و زندانیان غیرمعتاد و افراد عادی به تعداد 180 نفر و در هر گروه 60 نفر می‌باشند. شیوه نمونه‌گیری در این تحقیق در دو گروه زندانیان معتاد و غیرمعتاد به روش نمونه‌گیری احتمالی تصادفی ساده صورت پذیرفته و افراد عادی به روش در دسترس از نظر تحصیلات، سن، وضعیت اجتماعی با زندانیان هم‌تاسازی شدند.

ابزار اندازه‌گیری: پرسش‌نامه سلامت عمومی، این پرسشنامه توسط گلدبرگ در سال 1972 با هدف سنجش سلامت عمومی افراد در یک ماه گذشته ساخته شده است و دارای 28 ماده و 4 مقیاس کارکرد جسمانی، کارکرد اجتماعی، اضطراب و افسردگی می‌باشد. سؤالات به صورت تستی و دارای 4 جواب در مقیاس لیکرت هستند. سؤالات بین اعداد 0 تا 3 نمره گذاری می‌شوند و نمرات بالا گویای سلامت عمومی پایین می‌باشد. اعتبار پرسشنامه فارسی سلامت عمومی در ایران از 0/84 تا 0/92 گزارش شده است (ساعتچی، کامکاری و عسگریان، 1391).

1- پرسش‌نامه مکانیزم‌های دفاعی: این پرسشنامه توسط اندروز و همکاران (1993) تدوین گردید که شامل 40 سوال می‌باشد و 20 مکانیزم دفاعی را در سه سطح رشد

یافته، روان آزرده و رشد نیافته مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پرسش نامه مکانیزم های دفاعی در ایران توسط حیدری نسب، منصور، فلاح و شعیری (1386) ترجمه و هنجاریابی شده است و ضریب آلفای آزمون در این بررسی 0/81 و در مطالعه بشارت و همکاران ضریب 0/82 گزارش شده است که حاکی از اعتبار مناسب این آزمون می باشد (ساعتچی، کامکاری و عسگریان، 1391).

روش تحلیل داده‌ها: داده‌ها با نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. برای بررسی تفاوت گروه‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد؛ جهت اجتناب از خطای نوع اول و تعیین دقیق تفاوت میانگین نمرات در گروه‌ها به صورت دو به دو آزمون تعقیبی توکی مورد استفاده قرار گرفت. همچنین برای آماده کردن داده‌ها جهت آزمون آماری از شاخص‌های توصیفی نیز استفاده شد.

یافته‌ها

از مجموع 72 نفر از زندانیان معتاد و 75 نفر زندانی غیرمعتاد که آزمون‌ها را پر کرده بودند، تعداد 60 مورد از هر گروه و 60 نفر از افراد عادی که قابل نمره‌گذاری و اعتبار بودند انتخاب شده و داده‌های به دست آمده از پرسش نامه‌ها مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار حاصل از تجزیه تحلیل داده‌ها به تفکیک گروه‌ها در جدول شماره 1 آمده است.

جدول شماره (1) داده‌های توصیفی سلامت عمومی و مکانیزم‌های دفاعی به تفکیک گروه‌ها

عامل‌ها	زندانی معتاد		زندانی غیرمعتاد		افراد عادی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کارکرد اجتماعی	8/18	4/57	5/08	2/36	1/92	2/13
کارکرد جسمانی	4/32	2/18	3/43	1/84	1/67	1/37
اضطراب	3/47	1/25	3/07	1/75	0/88	1/45
افسردگی	4/33	1/99	4/10	2/03	2	1/39
مکانیزم‌های رشد نیافته	99	36	39/9	46/68	45/8	25/31
مکانیزم‌های رشد یافته	47/06	13/09	29/96	15/4	4/65	8/84
مکانیزم‌های روان رنجور	31/5	11/78	31/26	16/13	15/23	8/99

جدول شماره 2 نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیری مولفه‌های سلامت عمومی و مکانیزم‌های دفاعی را نشان می‌دهد. همانگونه که ملاحظه می‌گردد F به دست آمده بیانگر تفاوت معنادار متغیرهای مذکور بین سه گروه می‌باشد.

جدول شماره 2) نتایج حاصل از آزمون لامبردای ویکلز

متغیر وابسته	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	Sig	مجذور اتا
سلامت عمومی	0/43	22/59	8	348	0/000	0/34
مکانیزم‌های دفاعی	0/65	13/54	6	350	0/000	0/18

جدول شماره 3 نتایج حاصل از تحلیل واریانس یکراهه متغیرها را نشان می‌دهد. همانگونه که مشاهده می‌شود میزان F در همه متغیرهای مذکور بین سه گروه در سطح 0/000 معنادار می‌باشد.

جدول شماره 3) نتایج حاصل از تحلیل واریانس

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	f	سطح معنی داری
گروه	کارکرد اجتماعی	1178/17	2	589/08	56/84	0/000
	کارکرد جسمانی	218/47	2	109/23	32/6	0/000
	اضطراب	232/01	2	116	51/48	0/000
	افسردگی	198/17	2	99/08	29/49	0/000
	مکانیزم‌های رشدنیافته	103397/2	2	51698/6	37/67	0/000
	مکانیزم‌های رشدیافته	11654/17	2	5827/08	35/88	0/000
	مکانیزم‌های روان رنجور	10354/53	2	5217/26	32/59	0/000
	کارکرد اجتماعی	1834/15	177	10/36		
	کارکرد جسمانی	593/05	177	3/35		
	اضطراب	398/85	177	2/25		
خطا	افسردگی	594/73	177	3/36		
	مکانیزم‌های رشدنیافته	242877	177	1372/18		
	مکانیزم‌های رشدیافته	28746/06	177	162/4		
	مکانیزم‌های روان رنجور	28327/64	177	160/04		
	کارکرد اجتماعی	7623	180			
	کارکرد جسمانی	2585	180			
	اضطراب	1731	180			
	افسردگی	2970	180			
	مکانیزم‌های رشدنیافته	1485828	180			
	مکانیزم‌های رشدیافته	568092	180			
مکانیزم‌های روان رنجور	160442	180				

با توجه به معنادار بودن آزمون‌ها در همه متغیرهای مذکور برای مشخص کردن دقیق تفاوت در بین سه گروه، و اجتناب خطای نوع 1 (رد فرض صفر درست) از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد و نتایج آن در جدول 4 آمده است.

جدول شماره (4) نتایج آزمون تعقیبی توکی برای سه گروه

متغیرها	گروهها	اختلاف میانگین	خطای انحراف معیار	Sig
کارکرد اجتماعی	افراد عادی و زندانیان معتاد	-6/27	0/58	0/000
	افراد عادی و زندانیان غیرمعتاد	-3/17	0/58	0/000
	زندانیان معتاد و غیرمعتاد	-3/10	0/58	0/000
کارکرد جسمانی	افراد عادی و زندانیان معتاد	-2/65	0/33	0/000
	افراد عادی و زندانیان غیرمعتاد	-1/77	0/33	0/000
	زندانیان معتاد و غیرمعتاد	-0/88	0/33	0/000
اضطراب	افراد عادی و زندانیان معتاد	-2/58	0/27	0/000
	افراد عادی و زندانیان غیرمعتاد	-2/18	0/27	0/000
	زندانیان معتاد و غیرمعتاد	0/40	0/27	0/14
افسردگی	افراد عادی و زندانیان معتاد	-2/33	0/33	0/000
	افراد عادی و زندانیان غیرمعتاد	-2/10	0/33	0/000
	زندانیان معتاد و غیرمعتاد	0/23	0/33	0/48
مکانیزم‌های رشدنیافته	افراد عادی و زندانیان معتاد	2/53	6/76	0/000
	افراد عادی و زندانیان غیرمعتاد	5/1	6/76	0/000
	زندانیان معتاد و غیرمعتاد	48/1	6/76	0/45
مکانیزم‌های رشدیافته	افراد عادی و زندانیان معتاد	-18/33	2/32	0/000
	افراد عادی و زندانیان غیرمعتاد	-15/43	2/32	0/000
	زندانیان معتاد و غیرمعتاد	4/9	2/32	0/02
مکانیزم‌های روان رنجور	افراد عادی و زندانیان معتاد	16/26	2/3	0/000
	افراد عادی و زندانیان غیرمعتاد	6/03	2/3	0/000
	زندانیان معتاد و غیرمعتاد	0/23	2/3	0/92

نتایج آزمون تعقیبی نشان می‌دهد در مؤلفه‌های سلامت عمومی (کارکرد اجتماعی، کارکرد جسمانی، اضطراب و افسردگی) بین سه گروه به صورت دو به دو تفاوت معنی‌دار می‌باشد. در مؤلفه‌های مکانیزم‌های دفاعی ناپخته و مکانیزم‌های دفاعی روان‌آزرده، بین زندانیان معتاد و افراد عادی، زندانیان غیرمعتاد و افراد عادی تفاوت معناداری باشد با این حال بین زندانیان غیرمعتاد و زندانیان معتاد تفاوت معنا دار نیست. در مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته بین زندانیان معتاد و غیرمعتاد و افراد عادی تفاوت معنی‌دار می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری (جدول شماره 2) و تحلیل واریانس یکراهه (جدول شماره 3) برای هر دو متغیر سلامت عمومی و مکانیزم‌های دفاعی روانی در سه گروه زندانیان معتاد، غیرمعتاد و افراد عادی معنادار هستند. جهت تعیین دقیق تفاوت میانگین نمرات در سه گروه، آزمون تعقیبی توکی مورد استفاده قرار گرفت.

نتایج آزمون تعقیبی توکی (جدول 4) نشان داد همه مولفه‌های سلامت عمومی (کارکرد اجتماعی، کارکرد جسمانی، اضطراب و افسردگی) در هر سه گروه به صورت متقابل معنی‌دار می‌باشد. نتایج به دست آمده با نتایج (علیپور، 1390)، الماسیومرادی (1391)، گرایپاسپونگ (2010)، سپهرمنش و همکاران (1387)، نوری و بردبار (1378)، فاضل و دانش (2002) ژوانویس و همکاران (2009) همسویی دارد. در نمونه مورد تحقیق میانگین نمرات گروه‌ها به ترتیب زندانیان معتاد بیشتر از زندانیان غیرمعتاد و افراد عادی به دست آمده است. با توجه به اینکه نمره بالا در آزمون سلامت عمومی بیان‌کننده میزان سلامت پایین افراد می‌باشد نتایج حاکی از پایین بودن برخورداری زندانیان معتاد و غیرمعتاد از سلامتی عمومی می‌باشد. این نکته لازم به یادآوری است که وجود تفاوت میانگین نمرات و پایین بودن میزان سلامت عمومی در گروه‌های مذکور به معنای تشخیص وجود اختلالات روانی خاصی در زندانیان نیست. میزان بیش از حد اختلالات روانی در زندان‌ها می‌تواند ناشی از دسترسی ضعیف به خدمات بهداشت روانی، در قشر ضعیف و آسیب پذیر جامعه باشد و بسیاری از این اختلالات قبل از ورود به زندان در زندانیان وجود داشته و ممکن است در اثر فشار روانی ناشی از زندان تشدید شوند. از آنجا که بسیاری از مردم، ارتباط بین بیماری‌های روانی با جرم را می‌پذیرند و نه تنها بیماران روانی را به علت ارتکاب اعمال خشونت‌آمیز، غیرقابل درک و خطرناک می‌پندارند بلکه مبادرت به جرایم و خیم را نیز ناشی از بیماری روانی می‌دانند. اگرچه تمامی مردم این رابطه را باور ندارند، اما دست کم می‌توان گفت 25% از افراد جامعه آن را می‌پذیرند (موناها، 1992، به نقل از دادستان، 1387). پذیرش ارتباط بین ارتکاب جرم و اختلال روانی براین فرض مبتنی است که این افراد به قوانین جامعه واقعی نمی‌نهند. این نگرش‌های سوگیرانه نسبت به معتادان و زندانیان می‌تواند مسیر اصلاحی و تربیتی را در زندان‌ها و در سطح جامعه با مشکل مواجه کند و عدم پذیرش این افراد در جامعه ضعف سلامتی آنها را تشدید خواهد کرد. از سوی دیگر به دلیل وجود

محدودیت‌های ادامه مصرف مواد برای مجرمان معتاد در زندان‌ها می‌تواند اختلالات افسردگی و اختلالات اضطرابی برجسته و قابل ملاحظه‌ای ایجاد کند، یا آنها را تشدید کند (انجمن روانپزشکی آمریکا، 2013). فلذا با توجه مباحث ذکر شده در فوق و بالا بودن میانگین نمرات معتادان زندانی در سلامت عمومی (جدول شماره 1) می‌توان نتیجه گرفت که اعتیاد داشتن و همچنین مجرم بودن با احتمال بیشتری پایین بودن میزان سلامت عمومی را در انسان‌ها تبیین می‌کند.

در بخش دیگری از تحلیل‌های آماری داده‌ها در این تحقیق نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه (جدول شماره 3) تفاوت معناداری در مکانیزم‌های دفاعی بین سه گروه مذکور به دست آمد. نتایج آزمون توکی (جدول شماره 4) نشان داد بین هر سه گروه، در مولفه مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته تفاوت نمرات از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد. به طوری که میزان استفاده از مکانیزم‌های رشدیافته در افراد گروه‌های مذکور به ترتیب زندانیان معتاد و زندانیان غیرمعتاد کمتر از افراد عادی می‌باشد. در مقابل زندانیان معتاد و غیرمعتاد نسبت به افراد عادی از مکانیزم‌های دفاعی ناپخته و روان‌آزرده بیشتر استفاده می‌کنند. نتایج به دست آمده در این تحقیق مبنی بر تفاوت زندانیان و معتادان با افراد عادی با نتایج اورن و همکاران (2012)؛ گرای پاسپونگ (2010)؛ آقائی (1393)؛ عبدحلیم و صبری (2013)؛ ساموچوویس و همکاران (2013) همسویی دارد. مکانیزم‌های دفاعی به عنوان راهبردهای ذهنی مقابله با اضطراب در موقعیت‌های مختلف بر روی تصمیم‌گیری‌های افراد تأثیر می‌گذارد و حتی نظریه پردازان این حوزه عقیده دارند می‌توان هر رفتاری را نوعی مکانیزم دفاعی در نظر گرفت (به نقل از بلکمن، 1392). بنابراین براساس نتایج بدست آمده وقوع جرم و اعتیاد مبتنی بر چگونگی استفاده از این مکانیزم‌ها دفاعی ناپخته قابل تبیین می‌باشد.

مطابق دیدگاه‌های روان‌پویشی مصرف مواد وسیله‌ای برای جبران عملکرد معیوب خود می‌باشد. دیدگاه‌های اولیه بر پایه نظریه روانکاوی فروید به تمرکز بر وابستگی‌های دهانی و سابق‌های لیبیدیوی گرایش داشتند، اما دیدگاه‌های جدیدتر اعتباردارا بیانگر کمبودهای احساسی در رشد و عاطفه خود می‌دانند. داروها برای کاستن از حالت‌های هیجانی آزارنده یا به عنوان یک مکانیسم دفاعی در ارتباط با یک تعارض درونی مصرف می‌شوند (تریس و خانتریان، 1986؛ دادستان، 1389). در یک جمع بندی می‌توان نتیجه گرفت افراد زندانی و معتادان از میزان کمتری از ابعاد شخصیتی، عاطفی و شناختی و

رفتاری مثبت و بهنجار برخوردارند و الگوهای نابهنجار و نشانگان بالینی شدیدتری از کارکردهای روانی را نشان می‌دهند. با توجه به اینکه هرکدام از مکانیزم‌های دفاعی در مراحل حساس رشد پدید می‌آیند (بلکمن، 1392) می‌توان گفت افرادی که مرتکب جرایم می‌شوند در مراحل رشد و تربیت با محرومیت‌هایی مواجه بوده‌اند. شکل‌گیری الگوهای رفتاری تحت تأثیر عواملی چون جهت‌گیری انرژی روانی-جنسی در مراحل تحول عاطفی، استعدادهای ژنتیکی و محیطی برای تحول شناختی، اعتقادات جمعی، آداب و رسوم جامعه و روابط والدین و نظام خانواده قرار دارد. در کشور ما سالانه ده‌ها هزار نفر به خاطر اعتیاد گرفتار نابسامانی‌های زندگی و مرگ شده و یا در اثر جرایم مرتبط با آن گرفتار بندهای زندان می‌شوند. لذا تدوین برنامه‌های عملی برای آموزش مهارت‌های فرزندپروری به والدین و بالابردن کیفیت سیستم آموزشی در مدارس و دانشگاه‌ها و استفاده از روش‌های یادگیری علمی از طریق متخصصان روان‌شناسی و تربیتی در مسیر تربیت شخصیت سالم و ارتقای سلامت عمومی در جامعه می‌تواند به کاهش اعتیاد و رفتارهای مجرمانه در جامعه موثر گردد.

در زندان‌های کشور ما دوره‌های روان‌درمانی بسیار کمی گزارش شده است. با توجه به وجود میزان بالای اختلالات روانی در معتادان و زندانیان و بنا به ماهیت تأمینی و تربیتی سازمان زندان‌ها و نهادهای آموزشی، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های اجرایی آموزشی و روان‌درمانی در زندان‌ها جهت پیشگیری و درمان اعتیاد و مشکلات رفتاری معتادان و زندانیان تنظیم گردد.

تحقیقات معدودی زندانیان معتاد و غیرمعتاد با افراد عادی را مورد بررسی قرار داده‌اند. نظر به اینکه پژوهش حاضر فقط در روی مردان یک زندان و ابزار گردآوری داده‌ها فقط به روش پرسشنامه‌ای انجام گرفته است؛ لذا پیشنهاد می‌شود تحقیقات بیشتر در زندان‌های مختلف در سراسر کشور بر روی زنان و مردان با نمونه آماری بیشتر و با روش‌های (آزمایشی) مختلف انجام گردد.

در نهایت به دلیل همکاری مسئولان محترم زندان شهرستان میاندوآب در اجرای این پژوهش، مراتب سپاسگزاری می‌شود.

منابع:

- احمدوند، محمدعلی (1389)، بهداشت روانی، تهران دانشگاه پیام نور، چاپ هشتم .
- احمدی، محسن، نجفی، محمود. حسینی المدنی، سیدعلی. عاشوری، آلاله (1391)، مقایسه سبکهای دفاعی و ویژگیهای شخصیتی در افراد معتاد و عادی. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد. 6 (23): 39-51.
- انجمن روانپزشکی آمریکا (1393)، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ترجمه‌ی یحیی سید محمدی. تهران . نشر روان.
- ای جری، فیرس. تیموتی جی، ترال. (1390). روانشناسی بالینی، ترجمه‌ی مهرداد فیروزبخت ، تهران : انتشارات رشد ، چاپ هفتم.
- آقائی ئیلانلو، سهراب(1393)، بررسی صفات شخصیتی در زندانیان معتاد، غیرمعتاد و افراد عادی، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی. دانشگاه آزاد تبریز.
- بلکمن، جروم اس (1392)، 101 مکانیسم دفاعی روانی. ترجمه‌ی غلامرضا جواد زاده. تهران: انتشارات ارجمند.
- حیدری نسب، لیلا، منصور، محمود. فلاح، پرویز. شعیری، محمدرضا (1386)، روایی و اعتبار پرسشنامه مکانیزم های دفاعی در نمونه ایرانی. دانشور رفتار. 22، 11-26.
- دادستان، پریخ (1389)، روان شناسی جنایی. تهران: انتشارات سمت.
- دیویسون، جرال.د. نیل، کرینگ(1388)، آسیب شناسی روانی. ترجمه‌ی مهدی دهستانی. تهران: نشر ویرایش. جلد اول.
- رحیمی موقر، آفرین. شریفی، ونداد. محمدی، محمدرضا. فرهودیان، علی. سهیمی ایزدیان، الهه. رادگودرزی، رضا. نجاتی صفا، علی اکبر. منصوری، نغمه (2006)، بررسی سه دهه مقالات پژوهشی کشور در زمینه اعتیاد. مجله حکیم. 8(4): 37-44.
- ریو، جان مارشال (1389)، انگیزش و هیجان. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: نشر ویرایش.
- ساعتچی، محمود. کامکاری، کامبیز. عسگریان، مهناز (1391)، آزمون های روان شناختی. تهران: نشر ویرایش.
- سپهرمنش، زهرا. احمدوند، افشین. قریشی، فاطمه سادات. موسوی، سیدغلام عباس (1387)، بررسی ویژگیهای شخصیتی معتادان تزریقی زندان کاشان در سال 1385. فصلنامه علمی پژوهشی فیض. 12(1): 69-75.
- شریفی سقر، بیان. مدیر، آراسته (1387)، میزان شیوع اختلالات روان پزشکی در زندانیان زندان مرکزی سنندج. اصول بهداشت روانی. 40، 316-311.

- شولتز، دوآن. شولتز، سیدنی ال (1390)، نظریه‌های شخصیت. ترجمه‌ی یحیی سید محمدی. تهران: نشر ویرایش.
- صدیق سروسستانی، رحمت الله (1388)، آسیب شناسی اجتماعی. تهران: انتشارات سمت.
- علی پور، احمد (1390)، مقدمات روان سلامت. تهران، دانشگاه پیام نور، چاپ اول.
- فروید، زیگموند (1392)، تفسیر خواب. ترجمه‌ی شیوا رویگری. تهران: انتشارات نشر مرکز.
- گنجی، مهدی (1392)، آسیب شناسی روانی. تهران: انتشارات نشر ساوالان.
- مارتین ای پی، سلیگمن. روزنهان، دیوید ال (1390)، آسیب شناسی روانی، ترجمه‌ی یحیی سیدمحمدی. تهران: انتشارات ارسباران، جلد 2.
- الماسی، مسعود. مرادی، گلرمد (1391)، بررسی سلامت روانی زندانیان زندان ایلام و عوامل مرتبط با آن. پژوهش‌های راهبردی امنیت و نظم اجتماعی. 1 (3): 101-116.
- نوری، ابولقاسم. بردبار، غلامرضا (1378)، بررسی ویژگی‌های شخصیتی و وضعیت جمعیت شناختی مجرمان زندان مرکزی اصفهان. دانش و پژوهش. 2. 49-62.
- نویدیان، علی. دواچی، اقدس. بشردوست، نصراله (1381)، بررسی خصوصیات شخصیتی معتادان به مواد مخدر در مرکز باز پروری زاهدان. مجله حکیم. 1(5): 17-22.
- هلر، شارون (1391)، دانشنامه فروید. ترجمه‌ی مجتبی پردل. تهران: انتشارات ترانه.
- AbdHalim, M.H., Sabri, F. (2013), Relationship Between Defense Mechanisms and Coping Styles Among Relapsing Addicts. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 84, 1829-1837.
- American Psychiatric Association.(2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: APA.
- Andrews, G., Singh, M., and Bond, M.(1993), The defense style questionnaire. *Jurnal of nervous and mental disease*, 181(4),245-56.
- Brad, B. (2004), Psychological Defense Mechanisms: A new perspective. *American Journal of Psychoanalysis*, 64 (1): 1-26.
- Darvishi Zadeh, M., Jilardi Damavandi, A. (2010), The incidence of personality disorders among substance dependents and non-addicted psychiatric clients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 781-784.

-
- Evren, C., Cagil, D., Ulku, M., Ozcetinkaya, S., Gokalp, P., Cetin, T., Yigiter, S. (2012), Relationship between defense styles, alexithymia, and personality in alcohol-dependent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 53(6): 860-86.
 - Fazel, S., Danesh, J. (2002), Serious mental disorder in 23 000 prisoners.a systematic review of 62 surveys.European Psychiatry. 359, 545-55.
 - Fernández-Montalvo, J., Landa, N., López-Goñi, J. J., Loria, I. (2006), Addictive Behaviors, 31, 8, 1442-1448.
 - Fotiadoua, M., Livaditisb, M., Manouc, L., Kaniotoud, E., Xenitidise, K. (2006), Prevalence of mental disorders and deliberate self-harm in Greek male prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 1, 68-73.
 - Graipaspong, D. (2010), mental health and defenses mechanism of Thai inmates and prisoners.European Psychiatry. 25,1, 741.
 - Jovanović, N., Sarchiapone, M., Roy, A., Podlesek, A., Carli, V., Amore, M., Mancini, M., Marusic, A., (2009), Relations of psychological characteristics to suicide behaviour: Results from a large sample of male prisoners. *Personality and Individual Differences*.47, 4,250-255.
 - Kipping, R.R. Scott, P. Gray, C (2011), Health needs assessment in a male prison in England. *Public health*. 125: 229-233.
 - Nickel, R.; &Egle, U. (2006), Psychological defense styles, childhood adversitiesand psychopathology in adulthood, *Journal of Child Abuse Neglect*, 30(2): 157-170.
 - Samochowiec, J., Konopka, A., Pełka-Wysiecka, J., Grzywacz,A. (2013), Psychosocial characteristics of benzodiazepine addicts compared to not addicted benzodiazepine users. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 40 (10), 229-235
 - Treece, C., Khantzian, E.J. (1986), Psychodynamic factors in the development of drug dependence. *Psychiatric clinics of north America*. 9.399-412.