

مقایسه تصمیم گیری مخاطره آمیز بین افراد مبتلا به ایدز، افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و همتایان سالم آن ها

شهلا عنافچه

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

چکیده

پژوهش حاضر به بررسی و مقایسه تصمیم گیری مخاطره آمیز بین افراد مبتلا به ایدز، افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و همتایان سالم آنها در شهر تهران می‌پردازد. این پژوهش علی‌مقایسه‌ایی و از نوع پس‌رویدادی است. جامعه آماری پژوهش شامل سه گروه افراد مبتلا به ایدز و مبتلا به سوء مصرف مواد و همتایان سالم آنها در سال ۱۳۹۰ بودند. نمونه مورد بررسی شامل ۹۰ نفر (۳۰ نفر مبتلا به ایدز و ۳۰ نفر دارای سوء مصرف مواد و ۳۰ نفر عادی در شهر تهران بودند) که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با استفاده از پرسشنامه مذکور مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند. برای تحلیل نتایج از روش تحلیل واریانس استفاده شد. کلیه تحلیل داده‌ها با استفاده از SPSS-24 انجام شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که بین تصمیم گیری مخاطره آمیز بین سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/0001$). بر اساس نتایج می‌توان اظهار داشت که تصمیم گیری مخاطره آمیز در بین سه گروه افراد مبتلا به ایدز و افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و همتایان سالم آنها تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: تصمیم گیری مخاطره آمیز، ایدز، سوء مصرف مواد.

۱- مقدمه

تصمیم‌گیری فرایندی است که در آن همه‌ی گزینه‌های موجود برای انتخاب، مورد بررسی قرار گرفته و یکی پس از دیگری از میان برداشته می‌شود. این روند تا زمانی که یک گزینه برای انتخاب باقی می‌ماند ادامه داشته و با انتخاب گزینه‌ی نهایی، تصمیم‌گیری به وقوع می‌پیوندد (پئینه، بتمن و لوس^۱، ۲۰۰۱). با این توصیف، به نظر می‌رسد که تصمیم‌گیری فرایندی ساده است، اما در واقع یکی از پیچیده‌ترین و گاه دشوارترین مسائلی است که فرد با آن مواجه است؛ چرا که تصمیم‌گیری، گاه انتخاب بین ارزشهای متعارض است و پیامدهای انتخاب یک مؤلفه‌ی مبهم و غیرقابل پیش‌بینی است. مسئله دیگری که به پیچیدگی و دشواری تصمیم‌گیری می‌افزاید، دخالت فرایندهای هیجانی و تأثیر آن در انتخاب گزینه است (متیز، فیلیپسن و سوالدی^۲، ۲۰۱۲).

در زمان تصمیم‌گیری و انتخاب مؤلفه‌های پیش رو، حتی اگر از پیامد گزینه‌ی انتخابی نیز آگاه باشیم، از حالت هیجانی خود نسبت به پیامد هنگام وقوع آن، آگاه نخواهیم بود. بنابراین، نه تنها پیامدها بلکه هیجانانگیز و ارزش‌های فرد نیز، هنگام تصمیم‌گیری بی‌ثبات و مبهم است (پئینه و همکاران، ۲۰۰۱). هر چند گروهی از محققین تصمیم‌گیری را نیز زیر چتر فرایندهای اجرایی قرار داده و به نوعی آن را یک فرایند اجرایی پیچیده می‌دانند، ولیکن یکی از اصول عملکردهای اجرایی که در مورد تصمیم‌گیری مصداق ندارد، قانونمند بودن فرایندهاست.

در تصمیم‌گیری مخاطره‌آمیز، شخص با گزینه‌هایی روبه‌روست که انتخاب آن‌ها باری از سود و زیان، در زمان حال و آینده را به دنبال دارد. هرچند این سود و زیان با درجاتی از احتمال و عدم قطعیت همراه است (آردیلا^۳، ۲۰۰۸). در تعریفی دیگر، تصمیم‌گیری مخاطره‌آمیز، نوعی از تصمیم‌گیری با پیامدهای کوتاه‌مدت مثبت ولی بلندمدت منفی، به شمار می‌آید (لویلن^۴، ۲۰۰۸) و مشخصه‌ی آن به عنوان یک اختلال، این است که یک لذت آنی فدای یک هدف بلندمدت می‌گردد. این همان چیزی است که به عنوان عامل کلیدی بسیاری از اختلالات روانی از جمله سوء‌مصرف مواد، اختلال شخصیت ضداجتماعی، اختلالات خلقی دوقطبی، گرایش به خودکشی، اختلالات رفتاری ناهنجار و رفتارهای پرخطر جنسی به شمار می‌رود (جولانت، ناتالیا، اولی، اودالی، مالا فوزه، کورتت و فیلیپس^۵، ۲۰۱۰).

ایدز یک بیماری است که تأثیر عمیقی بر کیفیت زندگی مبتلایان دارد. سلامتی، زندگی خانوادگی، فعالیت‌های گروهی و اجتماعی، پیشرفت اقتصادی و تکامل فردی از جمله عواملی هستند که کیفیت زندگی فرد مبتلا را متأثر می‌سازند (گریسون، پیتس، ویت و همکاران^۶، ۲۰۰۴). یانگ، چن، کو و وانگ^۷ (۲۰۰۳) می‌نویسد: «مشکل عمده بیماران مبتلا به ایدز، مشکلات روانی - اجتماعی می‌باشند و عواملی که در ارتباط با این مشکل مطرح می‌شوند شامل: سازگاری در رابطه با شغل و حرفه و وضعیت اقتصادی، فرهنگی و فکری هستند».

کار و گراملینگ^۸ (۲۰۰۴) ذکر می‌کنند مسئله عمده‌ای که در مورد مبتلایان به بیماری ایدز وجود دارد، طرد شدن آن‌ها از اجتماع و تبعیض می‌باشد که به نحوی تکامل فردی آن‌ها را که ارتباط مستقیم با سلامت روانی دارد، تحت الشعاع خود قرار می‌دهد. در این ارتباط می‌توان فشارهای روانی متحمل شده در اثر بیماری، میزان تطابق و سازگاری با این فشارها در شرایط متفاوت را نام برد. تغییرات شغلی، فشارهای اقتصادی ناشی از درمان و سایر روشهایی که فرد برای تأمین هزینه‌های درمان از آن‌ها بهره می‌گیرد.

1: Payne, Bettman & Luce

2: Matthies, Philipsen & Svaldi

3: Ardilla

4: Liewellyn

5: Jollant, Natalia, Olie, O'daly, Malafosse, Courtet & Philips

6: Grierson, Pitts, Whyte & et al

7: Yang, Chen, Kuo & Wang

8: Carr & Gramling

اولیوا و دل لیانو^۱ (۲۰۰۳) نشان دادند که وجود هزینه های غیرمستقیم در این بیماران که برای درمان استفاده می شود، به طور بارزی بر کیفیت زندگی آن ها تأثیر مهمی دارد، چرا که بیماری موجب از دست دادن شغل و بالا بردن هزینه های درمان در افرادی که کارشان را از دست داده اند می شود. بر طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۵، ۴۰٪ بیماران ایدزی را زنان تشکیل می دادند، در حالی که در سال ۲۰۰۰ به نیمی از افراد آلوده رسید. احتمال انتقال ویروس ایدز از یک مرد آلوده به یک زن در جریان آمیزش از راه واژن حدود ۲۰ برابر بیشتر از انتقال از یک زن به یک مرد است. ارتباط نزدیکی میان زخم های تناسلی و انتقال ویروس ایدز وجود دارد. هنگامی که مادر مبتلا به عفونت HIV می شود امکان آلوده شدن جنین و نوزاد شیرخوار نیز به وجود می آید. امروزه مسئله دردناکی که در ارتباط با بیماری ایدز وجود دارد، روند سرسام آور تعداد زنان و کودکان آلوده به HIV است. در واقع اپیدمی عفونت HIV در زنان، اپیدمی در بچه ها را نیز به دنبال خواهد داشت (کار و گراملینگ، ۲۰۰۴). از سوی دیگر، اعتیاد به مواد مخدر مسئله ای زیستی- روانی- اجتماعی است و بنابراین زمینه های گرایش به اعتیاد نیز دارای ابعاد بیولوژیک از قبیل تغییرات هورمونی و تغییرات در انتقال دهنده های عصبی؛ اجتماعی از قبیل فقر، بیکاری، اعتیاد سایر اعضای خانواده و مهاجرت؛ و روانی از قبیل، حقارت، احساس ناامنی، اضطراب، استرس، افسردگی، تکانش گری، سطح اختلالات رفتاری، رضایتمندی از زندگی، امید به زندگی، باورهای دینی اشاره کرد (ارسلان، هامارتا و اسلو^۲، ۲۰۱۰؛ کوهن^۳ و همکاران، ۲۰۰۷). بنابراین می توان نتیجه گرفت که پیش بینی میزان خطرپذیری تصمیم گیری های فرد در شرایط مختلف، از اهمیت به سزایی برخوردار است و لازمی آن شناخت شرایطی است که در آن احتمال بیشتری برای خطرپذیری افراد وجود دارد. بنا بر مطالب گفته شده پژوهش فوق در پی پاسخ گویی به این سوال است که آیا بین تصمیم گیری مخاطره آمیز در افراد مبتلا به ایدز و افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و هممتایان سالم آنها تفاوتی وجود دارد یا خیر؟

۲- روش پژوهش

در این پژوهش روش تحقیق از نوع پس رویدادی و طرح آن علی-مقایسه ای می باشد.

جامعه آماری، نمونه گیری و روش نمونه گیری: جامعه آماری شامل تمامی افراد آلوده به ویروس ایدز افراد معتاد و افراد عادی شهر تهران بودند. افراد مبتلا به ایدز شامل کلیه افراد آلوده به ویروس ایدز مراجعه کننده به بخش اورژانس بیمارستان لقمان حکیم است. افراد معتاد شامل معتادانی که تحت پوشش بهزیستی هستند انتخاب شدند. گروه به هنجار: با توجه به شرایط ورود به پژوهش از جمله سن، تحصیلات، جنسیت و... از بین افراد عادی و بر اساس نمره به دست آمده در پرسشنامه تصمیم گیری مخاطره آمیز با کسب نمره پایین تر از نمره مورد نظر فاقد تصمیم گیری مخاطره آمیز شناسایی می شوند و به-عنوان گروه نمونه به هنجار در نظر گرفته شدند.

ابزار گردآوری داده ها

پرسشنامه آزمون برو/نرو^۴: در آزمون برو نرو فرد در یک موقعیت (مرحله برو، اجرا و یا حرکت) با ارائه یک محرک باید هر چه سریعتر پاسخ هم خوان با محرک را ارائه دهد. در موقعیت دیگر (مرحله نرو، مهار یا توقف حرکت) پس از ارائه محرک نخست محرک دیگری ارائه می شود و فرد با ظهور محرک دوم باید از پاسخ دادن خودداری نماید. دو نوع موقعیت برو و نرو به صورت تصادفی در یک تکلیف قرار می گیرند. توانایی فرد در مهار پاسخ خود در موقعیت دوم، شاخصی از کنترل مهارتی در اوست. در نسخه ای از این آزمون که در مطالعه حاضر استفاده شد ۱۰۰ هواپیما در وسط صفحه نمایشگر ظاهر می شد و فرد باید به محض دیدن هر هواپیما کلید مکان نمای هم جهت آن را هر چه سریعتر فشار می داد. در نیمی از محرک ها پس از ظهور محرک هدف (هواپیما) صدایی بیپ (به عنوان محرک توقف) ارائه می شد و به فرد گفته می شد که در این موارد باید از

¹: Oliva & Del Liano

²: Arslan, Hamarta & Uslu

³: Cohen

⁴: Go/ No go Task

ارائه پاسخ خودداری کند. در این آزمون تعداد پاسخ‌های درست و اشتباه فرد در هر موقعیت و میانگین زمان پاسخ در نرم افزار ثبت می‌شد. از آنجایی که آزمون‌های بارت و بروونرو به فرهنگ وابسته نیستند و مبنای عصب‌شناختی دارند، ذکر روایی و پایایی مقاله‌های خارجی در این مورد قابل استناد است (جانت، شارانا، الکساندر و پرووست^۱، ۲۰۰۹).

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش از آماره‌های توصیفی (میانگین، فراوانی، درصد، واریانس، نمودار، جدول) جهت تنظیم و تلخیص و به‌عرضه نمایش درآوردن داده‌های به دست آمده از متغیرها استفاده شد. برای آزمودن فرضیه‌های پژوهش، از آزمون واریانس چندگانه (مانوا) استفاده شد. هم‌چنین، برای انجام تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از نرم‌افزار SPSS23 استفاده گردید.

۳- یافته‌ها

در هر پژوهشی آمار توصیفی یکی از بخش‌های مهم آن فرایند محسوب می‌شود که در جای خود از اهمیت فراوانی برخوردار است، لذا تحلیل این بخش از داده‌ها نیز در فرایند تحقیق و پژوهش مفید و مؤثر خواهد بود. اطلاعات توصیفی میزان اضطراب امتحان و سرزندگی تحصیلی در جدول ۱ ارائه شده است:

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

شاخص آماری	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	چولگی	کشیدگی
افراد آلوده به ویروس ایدز	۳۰	۴۲/۸۷	۳/۱۸	۲۵/۰۰	۳۸/۰۰	۰/۷۷	۰/۴۸
افراد معتاد	۳۰	۲۴/۹۷	۳/۷۲	۱۲/۰۰	۳۱/۰۰	-۱/۳۰	۲/۶۸
افراد عادی	۳۰	۱۹/۹۵	۸۰۲	۸/۰۰	۲۲/۰۰	۰/۲۵	۱/۰۲

چنانچه در جدول ۱ نشان داده شده است همه متغیرهای پژوهش دارای قدر مطلق ضریب چولگی کوچکتر از ۳ و قدر مطلق ضریب کشیدگی کمتر از ۱۰ هستند، بنابراین تخطی از بهنجار بودن داده‌ها قابل مشاهده نیست.

فرضیه پژوهش: بین تصمیم‌گیری مخاطره‌آمیز در افراد مبتلا به ایدز و افراد معتاد و افراد عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. یکی از مفروضه‌های اجرای آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA)، همگنی واریانس متغیرهای وابسته در بین گروهها می‌باشد که برای بررسی برقراری این مفروضه از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج آزمون لوین در هیچ یک از متغیرها معنادار نمی‌باشد. از این رو فرض صفر ما مبنی برای همگنی واریانس متغیرها مورد تأیید قرار می‌گیرد. همچنین سطح معناداری آزمون باکس برابر با ۱۸/۹۹ می‌باشد. از آنجایی که این مقدار، بزرگتر از سطح معناداری (۰/۰۵) مورد نیاز برای رد فرض صفر می‌باشد، فرض صفر ما مبنی بر همسانی ماتریس کوواریانس‌ها مورد تأیید قرار می‌گیرد. بدین ترتیب مفروضه همسانی ماتریس کوواریانس‌ها، به عنوان یک از مفروضه‌های آزمون تحلیل واریانس چند متغیری برقرار می‌باشد.

^۱: Janette, Shama, Alexander, Provost

برای بررسی فرضیه اصلی پژوهش، از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده گردیده شد؛ که اطلاعات آن در جدول ۲ مندرج گردیده شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA)

اثر	آزمونها	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
گروه	اثر پیلایی	۰/۷۵	۷۷/۳۵	۳	۷۶	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۲۴	۷۷/۳۵	۳	۷۶	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۳/۰۵	۷۷/۳۵	۳	۷۶	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۳/۰۵	۷۷/۳۵	۳	۷۶	۰/۰۰۱

همانطور که مشاهده می‌گردد سطح معنی داری هر چهار آماره چند متغیره مربوطه یعنی اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی، کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد ($p < 0/05$). بدین ترتیب فرض صفر آماری رد می‌شود و مشخص می‌گردد که بین گروهها در نمرات برای مقایسه نمرات کلی تفاوت معناداری وجود دارد. برای بررسی هر یک از متغیرها در سه گروه از تحلیل واریانس تک متغیره استفاده شد که در ادامه ارائه شده است.

جدول ۳. مقایسه تصمیم گیری مخاطره آمیزه بین گروه های پژوهش

گروه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
افراد مبتلا به ایدز	۵۴/۷۵	۱	۵۴/۷۵	۲/۲۱	۰/۰۰۱
افراد معتاد	۶۳/۴۵	۱	۶۳/۴۵	۵/۴	۰/۰۰۱
افراد عادی	۱۳/۳۱	۱	۱۳/۳۱	۲۱/۱۴	۰/۰۰۱

با توجه به اطلاعات مندرج در جدول ۳ می‌توان بیان داشت که Fهای بدست آمده در سطح ۰/۰۵ معنادار می‌باشد و بر اساس آن می‌توان اظهار داشت که تصمیم گیری مخاطره آمیز بین سه گروه تفاوت معنی داری وجود دارد. این به این معنا می‌باشد که تصمیم گیری مخاطره آمیز در افراد مبتلا به ایدز و افراد معتاد بیشتر از افراد عادی می‌باشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه تصمیم گیری مخاطره آمیز در افراد مبتلا به ایدز و افراد معتاد و افراد عادی بود که بعد از تعبیر داده ها در پژوهش حاضر برای هر یک از فرضیه های پژوهش، نتایجی حاصل گشت که در این قسمت با ذکر هر کدام از فرضیه ها و یافته های مرتبط با آن و مقایسه آن ها با نتایج تحقیقات پیشین، سعی در تفسیر درست و دقیق نتایج بدست آمده شده است. یافته های بدست آمده نشان داد که بین تصمیم گیری مخاطره آمیز بین افراد مبتلا به ایدز و افراد معتاد و افراد عادی تفاوت معنی داری وجود دارد. با توجه به نتایج حاصل از آزمون کوواریانس نشان داده شده است فرضیه اصلی به علت این که نمره F به دست آمده بزرگتر از سطح معنی داری (نمره P، ۰/۰۰۱) می‌باشد، مورد تأیید قرار گرفته و در سطح اطمینان ۰.۹۵، می‌توان نتیجه گرفت که بین تصمیم گیری مخاطره آمیز بین افراد مبتلا به ایدز و افراد معتاد و افراد عادی تفاوت معنی داری وجود دارد.

این یافته با یافته‌های لونگ و پانگ^۱ (۲۰۱۵)، حسنی و همکاران (۱۳۹۳)، برزگر و همکاران (۱۳۹۱) آپریل و شاپیرو (۲۰۱۴)، آنتونیو و همکاران^۲ (۲۰۱۴)، سباتینی (۲۰۱۴)، سیادتیان، عطایی و قمرانی (۱۳۹۳) هم‌سو می‌باشد؛ و افراد معتاد و مبتلا به ویروس ایدز از نظر تصمیم‌گیری‌های مخاطره‌آمیزه دز سطح بالاتری قرار دارند.

از جمله محدودیت‌های تحقیق حاضر از نظر مکانی صرفاً محدود به بخش خاصی از ایران می‌باشد و نمی‌تواند نماینده کاملی در کل کشور باشد. همچنین پژوهش حاضر از نظر مکانی محدود به شهر تهران می‌باشد و با توجه به این که بخواهیم نتایج را به دیگر شهرها نیز تعمیم دهیم، باید جانب احتیاط را در نظر داشت. تعدادی از پاسخ‌دهندگان در پر کردن پرسشنامه‌ها، همکاری لازم را نداشتند. لذا پیشنهاد می‌شود، در کنار اشاعه، تقویت و بازسازی ارزش‌های دینی و فرهنگی، نسبت به از بین بردن مشکلات مادی و بردن درآمد و سطح تحصیلات خانواده‌ها اقدام شود تا خانواده‌ها از بهداشت روانی بالاتری برخوردار باشند و از این طریق شاهد آسیب‌های اجتماعی کمتری چه در سطح خانواده و چه در سطح جامعه باشیم. همچنین پژوهش مشابه در سایر مناطق کشور بر روی گروه‌های سنی متفاوت صورت گیرد تا با اطمینان کامل بتوان تعمیم‌پذیری نتایج را انجام داد، و اینکه بررسی مجدد پژوهش در گروه‌های مختلف دیگر برای بررسی نتایج آنها.

منابع

۱. برزگر، مرتضی؛ جان بزرگی، مسعود و نیوشا، بهشته. (۱۳۹۱). نقش پایبندی مذهبی و جنسیت در اضطراب امتحان. *مطالعات اسلام و روانشناسی*، سال ششم، شماره ۱۰، صص: ۴۳-۶۲.
۲. حسنی، محمد؛ اسدی، راضیه؛ سامری، مریم و اکبری، تقی. (۱۳۹۳). مدل سازی ساختاری تاثیر آرزوهای تحصیلی بر نابرابری آموزشی در بین دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع پیش‌دانشگاهی. *مجله روانشناسی مدرسه*، دوره ۳، شماره ۴، صص: ۳۷-۵۰.
۳. سیادتیان، سیدحسین؛ عطایی، مریم و قمرانی، امیر. (۱۳۹۳). بررسی مقایسه‌ای سرزندگی در دانش‌آموزان با و بدون نقص شنوایی. *تعلیم و تربیت استثنایی*، سال چهاردهم، شماره ۴، پیاپی ۱۲۶، صص ۱۶-۲۱.
4. Antonio, T. Sri Lanawati, T.A. Lucya C.(2014). Correlations Creativity, Intelligence, Personality, and Entrepreneurship Achievement. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, Volume 115, 21 February 2014, Pages 251-257.
5. April L. Shapiro.(2014). Test anxiety among nursing students: A systematic review. *eaching and Learning in Nursing*, Volume 9, Issue 4, October 2014, Pages 193-202.
6. Ardilla A. (2008). On the evolutionary origins of executive functions. *Brain and Cognition*: 92-99.
7. Arslan, C., Hamarta, E., & Uslu, M., (2010). The Relationship between Conflict Communication, Selfesteem and Life Satisfaction in University Students, *Educational Research and Reviews*, Vol. 5(01), pp. 031-034.
8. Carr, R. I., Gramling, L. F. (2004). Stigma: a health barrier for women with HIV/AIDS. *Journal of Association Nurses AIDS Care*, 15 (5), 30-39.
9. Cohen,P, & et al, (2007).Personality disorders in early adolescence and the development of later substance use disorders in the general population, *Drug and Alcohol Dependence*, 88, Supplement 1, 71-84.
10. Grierson, J., Pitts, M., Whyte, M., et al (2004). Living with HIV in New Zeland: Balancing health and quality of life. *New Zealand Medical Journal*, 20, 117.
11. J, Bettman J, Luce M. (2001). Behavior decision making research : An overview. *Measurement, Jungment And Decision Making* ; 30 :1-45.

1: Long & Pang

2: Antonio, Sri Lanawati & Lucya

12. Janette L. Smith, Sharna Jamadar, Alexander L. Provost, Patricia T. Michie. (2009). Motor and non-motor inhibition in the Go/NoGo task: An ERP and fMRI study. *International Journal of Psychophysiology*, In Press
13. Jollant F, Natalia SL, Olie E, O'daly O, Malafosse A, Courtet P, Philips ML. (2010). Decreased activation of lateral orbitofrontal cortex during risky choices under uncertainty is associated with disadvantageous decision-making and suicidal behavior. *NeuroImage*; 51:1275-1281.
14. Liewellyn DJ. The psychology of risk taking: toward the integration of psychometric and neuropsychological paradigms. *American Journal of Psychology* 2008; 121(3): 363-376.
15. Long, H & Pang, W. (2015). Rater effects in creativity assessment: A mixed methods investigation. *Thinking Skills and Creativity*, Volume 15, March 2015, Pages 13-25.
16. Matthies S, Philipsen J, Svaldi J. (2012). Risky decision making in adults with ADHD, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 43: 938-946.
17. Oliva, J., Roa, C., Del Liano, J. (2003). Indirect costs in ambulatory patients with HIV/AIDS in Spain: A pilot study. *Pharmacoeconomics*, 21 (15), 1113-1121.
18. Sabatini, F. (2014). The relationship between happiness and health: Evidence from Italy. *Social Science & Medicine*, Volume 114, August 2014, Pages 178-187
19. Yang, M. H., Chen, Y. M., Kuo, B. I., & Wang, K. (2003). Quality of life and related factors for people living with HIV/AIDS in northern Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 11 (3), 217-226.

Comparison of Risky Decisions between Individuals with AIDS, Individuals Who Take Drugs, and Normal Individuals

Shahla Anafche

*M.A Graduated in Department of General Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Tehran, Iran
(Corresponding Author)*

Abstract

The present study was aimed to compare decisions between individuals with AIDS, individuals who take drugs, and normal individuals in Tehran. This study was a causal-comparative research, of an after-event type. The statistical population consisted of three groups of people: individuals with AIDS, individuals who take drugs, and normal individuals (2011). Research sample included 90 individuals (30 individuals with AIDS, 30 individuals who take drugs, and 30 normal individuals in Tehran), who were selected using a convenience sampling method, and were examined and compared using a certain questionnaire. In order to analyze results, a variance analysis method was used. Data analysis was done using SPSS-24 software. Data analysis showed that there was a significant difference between risky decisions of the three groups ($P < 0.0001$). Conclusion: Based on results, it can be stated that there is not a significant difference between the risky decisions of the three groups of individuals.

Keywords: AIDS, Drug Abuse, Risky Decisions
