مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۱۸،شماره ۳، ویژه نامه همایش رفتارهای پرخطر
صفحه: ۲۱۴-۲۰۷

Journal of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences
High Risk Behavior Conference,Vol.18,No. 3, Suppl.1, 2010
Pages: 207-214

بررسی بهداشت روانی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در معتادین

حمید حجتی*[۱]، سودابه آلوستانی[۲]، گلبهار آخوندزاده[۳]، بهروز حیدری[۴]سید حمید شریف نیا[۵]

۵،۱- کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل
۲- دانشجوی کارشناسی پرستاری، عضو باشگاه پژوهشگران جوان دانشگاه آزاد اسلامی واحد علی آباد کتول
۳- کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان
۴- دکترای حرفه ای داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

چکیده

مقدمه: اعتیاد به دلیل ماهیت پیشرونده‌اش در همه ابعاد زندگی، سلامتی افراد را به خطر انداخته و آثار سوء آن به وضوح بر سلامت روانی، جسمانی، اجتماعی، هیجانی، معنوی و شناختی فرد قابل مشاهده است. این مطالعه به منظور بررسی بهداشت روان و کیفیت زندگی معتادین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد استان گلستان، انجام گردید.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی تحلیلی مقطعی ۳۲۲ نفر که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، به صورت سرشماری از مراکز ترک اعتیاد استان طی سال ۱۳۸۸ انتخاب شدند. داده‌ها در یک پرسشنامه حاوی مشخصات دموگرافیک و دو پرسشنامه در ارتباط با بهداشت روان(MSE) و کیفیت زندگی (SF17) ثبت گردید.

نتایج: ۵۲درصد واحدهای مورد پژوهش بهداشت روان تاحدی مطلوب و ۱۷درصد مطلوب گزارش کردند. از طرفی ۵۳درصد کیفیت زندگی تاحدی مطلوب و ۸ درصد کیفیت زندگی مطلوب داشتند. بین بهداشت روان با کیفیت زندگی ارتباط معنی معنی داری نشان داده شد. همچنین بین بهداشت روان با جنس و نوع ماده مصرفی و کیفیت زندگی با شغل، جنس و نوع ماده مصرفی ارتباط معنی داری یافت شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به این‌که بازگشت‌های مجدد و متوالی به مواد و ناتوانی از ترک در اکثر قریب به معتادان مشاهده می‌شود، اعضای تیم درمانی می‌توانند با شناسایی خصوصیات رایج و صفات شخصیتی و سیستم‌های حمایتی و ارتقای بهداشت روان و کیفیت زندگی معتادین، امر پیشگیری، درمان و بازتوانی را تسهیل نمایند.

واژه‌های کلیدی: بهداشت روان- کیفیت زندگی- اعتیاد

(نویسنده مسئول)؛تلفن ۰۱۲۱۲۲۲۱۹۱۹ ، نمابر: ۰۱۲۱۲۱۵۱۲۲۲ ،پست الکترونیک: h_hojjati1362@yahoo.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-27]

مقدمه

اعتیاد یک بیماری جسمی- روحی و روانی بشمار می‌آید که به دلیل ماهیت پیشرونده‌اش در همه ابعاد زندگی سلامتی فرد، خانواده و جامعه را به خطر می‌اندازد(۱،۲). در واقع این مساله یک مشکل بزرگ فردی و اجتماعی است که علاوه بر عوارض جسمی و روانی آن برای افراد معتاد، سلامت جامعه را نیز از نظر اجتماعی و اقتصادی، سیاسی و فرهنگی مورد تهدید و آسیب قرار می‌دهد(۳).

گزارش سالانه سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۵ نشان می‌دهد که در دنیا حدود ۲۰۰ میلیون معتاد به انواع مواد افیونی وجود دارد و متاسفانه همین گزارش ذکر می‌نماید که بالاترین شیوع اعتیاد با ۲/۸ درصد در ایران است و قزاقستان با ۲/۳ درصد و روسیه با ۲/۱ درصد در رتبه بعدی جای دارند(۴،۵).

در حال حاضر اعتیاد و سوء مصرف مواد یکی از معضلات بهداشتی در کشور ما به شمار می‌رود. به‌طوری که بر اساس گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر ۲ میلیون نفر(۲/۵ درصد جمعیت کشور) مصرف کننده مواد هستند(۶).

از دیدگاه روان‌شناختی افراد سوء مصرف کننده مواد یک ویژگی شخصیتی آسیب پذیر دارند(۷). خصوصیات روانی- شخصیتی معتادان به مواد مخدر صرفاً ناشی از مواد مخدر نیست بلکه معتادان، قبل از اعتیاد دارای نارسایی های روانی و شخصیتی عدیده‌ای بوده‌اند که بعد از اعتیاد به صورت مخرب‌تری ظاهر و تشدید شده، لذا مشکل معتاد تنها مواد مخدر نیست، بلکه در اصل رابطه متقابل شخصیت او و اعتیاد مطرح است(۸). در مورد سبب‌شناسی سوء مصرف مواد مخدر عوامل مختلفی مانند درهم ریختگی اجتماعی، فشار همسالان، عوامل خانوادگی، ژنتیکی، مشکلات هیجانی و مشکلات روانی مطرح شده است(۹). همچنین ضعف در عملکرد خانواده، مشکلات، تعارضات و درگیری‌های خانوادگی از سایر علل گرایش به مواد می‌باشند(۱۰).

از آنجایی کیفیت زندگی در افراد بیمار به حالتی از خوب بودن اطلاق می‌شود که منعکس کننده وضعیت جسمی روانی و اجتماعی می باشد. و اختلالات مزمن و طولانی مانند اعتیاد، به عنوان یک بحران در زندگی افراد به خصوص معتادین می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی در بعد روحی و جسمانی شود. لذا مبتلایان به اعتیاد نیازهای زیست شناختی، روانشناختی، اجتماعی و هیجانی دارند که در مقایسه با افراد سالم متفاوت است(۱۱). که باید در پی ارائه راهکارهای مناسب برای مبارزه با این پدیده مخرب بود.

این پژوهش باهدف بررسی بهداشت روان و کیفیت زندگی معتادین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد استان گلستان انجام شد. لذا امید است بتوان با تقویت ساختار شخصیتی و اجتماعی معتادان از بازگشت‌های مجدد و متوالی به مواد و ناتوانی از ترک در نزد اکثریت قریب به اتفاق معتادان مشاهده پیشگیری شود.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع همبستگی یک گروهی و یک مرحله‌ای است که طی آن ۳۲۲ نفر از معتادان تحت درمان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد استان گلستان که دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن بودند، به روش سرشماری وارد مطالعه شدند. ابزارگردآوری اطلاعات پرسشنامه مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، میزان تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، نوع ماده مصرفی، سن شروع، سابقه ترک و انگیزه مصرف) بود. همچنین پرسشنامه کیفیت زندگی شامل SF17 سوال و در ۵ بخش بر اساس مقیاس لیکرت نمره گذاری شد و سپس میانگین هر بخش از پرسشنامه محاسبه شد و پس از تجزیه و تحلیل به بررسی کیفیت زندگی در سه سطح نامطلوب(۰ تا ۲۲)، تا حدی مطلوب (۲۳ تا ۴۵) و مطلوب (۴۶ تا ۶۸) تقسیم‌بندی شد. پرسشنامه بهداشت روانی MSE بر اساس مقیاس لیکرت از پایین‌ترین سطح به بالاترین سطح از نمره ۰ تا ۳ نمره‌گذاری شد. این پرسشنامه بهداشت روان را در سه سطح (۰ تا ۳۳)، به صورت (۰ تا ۱۱)بهداشت روانی نامطلوب، (۱۲ تا ۲۲) بهداشت روان تا حدی مطلوب، (۲۲ تا ۳۳) بهداشت روان مطلوب تقسیم بندی می‌کند. اعتبار علمی ابزار مورد استفاده در این پژوهش با روش اعتبار محتوی سنجیده شد. برای تعیین اعتماد علمی از ضریب همبستگی استفاده شد که ضریب همبستگی برای پرسشنامه

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-27]

بهداشت روان r =۰/۹۲ و برای ابزار کیفیت زندگی r =۰/۸۷ به دست آمد. به‌منظور جمع آوری اطلاعات بعد از کسب اجازه از مسئولین دانشگاه و مراجعه پژوهشگر به مراکز مشاوره و ترک اعتیاد و پس از معرفی خود و ارائه توضیحات کافی در مورد هدف از انجام پژوهش و جلب رضایت آنان، تک تک واحدهای مورد پژوهش به صورت داوطلبانه اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ها نمودند. مدت زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ۱۵ الی ۲۰ دقیقه بود. به‌طور کلی اطلاعات در مدت یک ماه جمع‌آوری گردید. تجزیه و تحلیل داده‌های بااستفاده از نرم افزار SPSS انجام گرفت. از آمار توصیفی به‌صورت جداول و شاخص‌هایی از قبیل میانگین و انحراف معیار برای توصیف مشخصات دموگرافیک نظیر سن، جنس، نوع ماده مصرفی، انگیزه و در رابطه با میزان بهداشت روانی و کیفیت زندگی استفاده شد. آمار استنباطی به شکل آزمون آنالیز واریانس برای نشان دادن ارتباط بهداشت روان با کیفیت زندگی استفاده شد. همچنین برای تعیین ارتباط بهداشت روان و کیفیت زندگی با نوع ماده مصرفی و شغل از آزمون آنالیز واریانس و آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. برای تعیین ارتباط با متغیرهای دوحالتی نظیر جنس با کیفیت زندگی و بهداشت روان از آزمون تی تست استفاده گردید. ضریب اطمینان مطالعه ۹۵ درصد(α =۰/۰۵) در نظر گرفته شد.

نتایج

میانگین سنی افراد مورد پژوهش ۱۰ ± ۳۳/۵ سال بود که بیشترین درصد(۴۳ درصد) در گروه سنی ۳۰-۲۰ سال قرار داشتند. میانگین سن شروع اعتیاد ۸±۲۲ سال بود. همچنین۸۸ درصد مرد،۵۴ درصد متأهل،۳۲ درصد داری تحصیلات راهنمایی،۳۱ درصد بیکار، ۴۷درصد معتاد به تریاک بودند. یافته‌ها میانگین و انحراف معیار سن شروع مصرف را ۸ ± ۲ سال، مدت مصرف مواد را ۷ ±۱۱ سال نشان دادند که اکثراً (۷۴درصد) سابقه ترک داشتند. به‌طور میانگین ۴ بار برای ترک مراجعه نموده بودند. همچنین از نظر انگیزه ۲۸ درصد به دلیل وسوسه‌ی دوستان و ۲۴ درصد به دلیل کنجکاوی با گرفتار مواد شده بودند.

بهداشت روان در بیشترین و کمترین درصد واحدهای پژوهش۵۲ درصد تاحدی مطلوب و ۱۷ درصد مطلوب بود. که بهداشت روان واحدهای پژوهش با میانگین و انحراف معیار۷± ۱۶ به میزان تاحدی مطلوب بود. که در این بعد بشترین درصد (۳۲درصد) واحدهای پژوهش بیان نمودند از اضطراب بالایی برخوردار هستند. در ارتباط با کیفیت زندگی، بیشترین و کمترین درصد واحدهای مورد پژوهش ۵۳ درصد کیفیت زندگی تا حدی مطلوب و ۸ درصد کیفیت زندگی مطلوب داشتند.که ۴۲درصد واحدهای پژوهش عنوان نمودند که در زندگی روزمره خود از فعالیت‌های تفریحی کمی برخوردار می‌باشند. همچنین کیفیت زندگی با میانگین و انحراف معیار ۱۱± ۲۵ به میزان تاحدی مطلوب نشان داده شد. همچنین بین بهداشت روانی با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری یافت شد(p<۰/۰۰۱) (جدول ۱).

جدول(۱): ارتباط بهداشت روانی با کیفیت زندگی در معتادین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد استان گلستان در سال۱۳۸۸

بهداشت روان / کیفیت زندگی	نامطلوب		تاحدی مطلوب		مطلوب		P ANOVA
	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	
نامطلوب	۷۱	(۵۶)	۴۶	(۳۶)	۹	(۸)	F =۳۹
تا حدی مطلوب	۲۶	(۱۵)	۱۱۳	(۶۶)	۳۳	(۱۹)	
مطلوب	۳	(۱۲)	۸	(۳۳)	۱۳	(۵۵)	p < ۰/۰۰۱
جمع	۱۰۰	(۳۱)	۱۶۷	(۵۲)	۵۵	(۱۷)	

همچنین آزمون آنالیز واریانس بین بهداشت روان با نوع ماده مصرفی ارتباط معنی‌داری را نشان داد. (p<۰/۰۰۱) که بیشترین اختلاف در گروه مصرف کنندگان تریاک با حشیش بود. به طوری که بهداشت روان مصرف کنندگان حشیش نسبت به سایر

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-27]

مواد پایین‌تر بود(جدول ۲). آزمون t تست بین بهداشت روان و کیفیت با جنسیت ارتباط معنی‌داری را نشان داد (p<۰/۰۰۱) که اختلاف میانگین نمره بهداشت روان و کیفیت زندگی زن‌ها پایین‌تر از مردها بود(جدول ۳). همچنین آزمون آنالیز واریانس بین کیفیت زندگی با نوع ماده مصرفی ارتباط معنی‌داری نشان داد(p<۰/۰۰۷). که این اختلاف در مصرف کنندگان هروئین با حشیش مشاهده شد به طوری که مصرف کنندگان هروئین کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند.آزمون آنالیز واریانس بین کیفیت زندگی با شغل ارتباط معنی‌داری را نشان داد(p<۰/۰۱) که این اختلاف بین مصرف کنندگان خانه‌دار با کشاورز نشان داده شد به طوری که کیفیت زندگی افراد خانه‌دار پایین‌تر از سایرین بود (جدول ۴).

جدول(۲): توزیع فراوانی ارتباط بهداشت روان با مشخصات دموگرافیک در معتادین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد استان گلستان

بهداشت روان / دموگرافیک		نا مطلوب تعداد (درصد)	تاحدی مطلوب تعداد (درصد)	مطلوب تعداد (درصد)	میانگین انحراف معیار	P
نوع ماده مصرفی	تریاک	۴۶ (۳۱)	۷۰ (۴۷)	۳۴ (۲۲)	۱۶/۶ + ۷	F= ۸
	کرک	۱۹ (۱۷)	۷۳ (۶۵)	۲۰ (۱۸)	۱۷/۴ + ۶	
	حشیش	۱۶ (۵۷)	۱۱ (۳۹)	۱ (۴)	۱۲/۱ + ۴	(p < ۰/۰۱)
	هروئین	۵ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۸/۶ + ۰/۹	
	شیشه	۱۴ (۵۲)	۱۳ (۴۸)	۰ (۰)	۱۲/۳ + ۶	
	جمع	۱۰۰ (۳۱)	۱۶۷ (۵۲)	۵۵ (۱۷)	۱۶ + ۷	

جدول (۳) تعیین ارتباط بهداشت روان و کیفیت زندگی با جنس در معتادین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد استان گلستان

	زن میانگین انحراف معیار	مرد میانگین انحراف معیار	P
بهداشت روان	۱۲/۳ + ۵	۱۶/۵ + ۷	p < ۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	۱۹/۹ + ۶/۸	۲۷/۷ + ۱۰/۷	p < ۰/۰۰۱

جدول(٤) توزیع فراوانی ارتباط کیفیت زندگی با مشخصات دموگرافیک در معتادین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد استان گلستان

کیفیت زندگی / دموگرافیک		نا مطلوب تعداد (درصد)	تاحدی مطلوب تعداد (درصد)	مطلوب تعداد (درصد)	میانگین انحراف معیار	P
نوع ماده مصرفی	تریاک	۵۴(۳۶)	۸۰(۵۳)	۱۶(۱۱)	۱۲ + ۲۸	
	کرک	۴۲(۳۸)	۶۶(۵۹)	۴(۳)	۹ + ۲۵	
	حشیش	۱۶(۵۷)	۱۲(۴۳)	۰(۰)	۹ + ۲۳	F= ۴
	هروئین	۵(۱۰۰)	۰(۰)	۰(۰)	۱ + ۱۵	
	شیشه	۹(۳۳)	۱۴(۵۲)	۴(۱۵)	۱۲ + ۲۸	(p<۰/۰۰۷)
	جمع	۱۲۶(۳۹)	۱۷۲(۵۳)	۲۴(۸)	۱۱ + ۲۶/۷	
شغل	کشاورز	۱۱ (۳۲)	۱۸(۵۳)	۵(۱۵)	۱۳ + ۳۰	
	خانه دار	۱۲(۸۰)	۳(۲۰)	۰(۰)	۵ + ۲۸	
	کارمند	۱۳(۵۰)	۹(۳۵)	۴(۱۵)	۱۱ + ۲۶	F= ۴
	آزاد	۴۳(٪۴۵)	۴۸(۵۰)	۴(۵۰)	۱۰ + ۲۵	
	مغازه دار	۵(۲۲)	۱۵(۶۸)	۲(۱۰)	۱۰ + ۳۰	(p<۰/۰۰۱)
	بیکار	۳۶(۳۶)	۶۲(۶۲)	۳(۳)	۹ + ۲۶	
	سایر	۶(۲۱)	۱۷(۵۹)	۶(۲۰)	۱۲ + ۳۲	
	جمع	۱۲۶(۳۹)	۱۷۲(۵۳)	۲۴(۸)	۱۱ + ۲۷	

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-27]

بحث

یافته‌ها میانگین سنی معتادین را ۳۳ سال با دامنه سنی ۱۶ تا ۸۷ سال نشان داد. که با مطالعه Ekhtiari و همکاران همخوانی دارد(۱۳،۱۴). زیاد بودن پراکندگی سنی در واحدهای مورد پژوهش نشانگر این است که معتادین خود معرف پس از سال‌ها تحمل و ناکامی و سرخوردگی از اعتیاد برای ترک مراجعه می‌کنند. برای همین میانگین سنی آنها بالا می‌باشد(۱۴). نتایج نشان داد شیوع اعتیاد در میان مردان چندین برابر زنان می‌باشد. این یافته با بررسی‌های انجام شده در مراکز بازپروری و ترک اعتیاد همخوانی دارد. زیرا در مطالعه Abbasi و همکاران در گرگان ۹۲/۷درصد مراجعین را مردان تشکیل می‌دادند(۵). که این مساله شاید به دلیل مراجعه کمتر زنان برای ترک اعتیاد به مراکز خود معرف باشد. نتایج حاصل از تحقیق حاکی از فراوانی اعتیاد در بین جوانان متاهل است که با پژوهش‌های حاضر در ایران هم خوانی دارد. براساس تحقیقات ستاد مبارزه با مواد مخدر ۷۰ درصد معتادان، افراد متاهل هستند(۳،۱۵). در مطالعه ما بیشترین درصد مراجعین را افراد دارای تحصیلات راهنمایی تشکیل می‌دادند. که با مطالعه Abbasi و همکاران که بیشترین درصد مراجعین به مراکز ترک اعتیاد را افراد معتاد با تحصیلات دیپلم و بالاتر تشکیل می‌دادند هم خوانی ندارد. ولی با مطالعه قریشی، دین محمدی هم خوانی دارد(۱۵،۱۶). تحصیلات پایین به‌علت کاهش امکانات و فرصت‌های یادگیری موجب گرایش به مواد می‌شود(۵). در پژوهش حاضر بیشترین درصد مراجعین را افراد بیکار تشکیل می‌دادند. در بین عوامل شغلی " نداشتن شغل دایم" و افزایش نرخ بیکاری به عنوان یک پدیده‌ی اجتماعی زمینه مساعدی را برای انحرافات، به ویژه اعتیاد، فراهم می‌کند. به طوری که کاپلان و سادوک، نداشتن کار یا شغل را از عوامل عود مصرف مواد معرفی می‌نماید(۱۷)، این در حالی است که اغلب تحقیقات انجام شده در ایران نرخ بیکاری را در بین معتادین بیشتر نشان داده است(۳،۱۴،۱۵). همچنین پایین بودن سن شروع اعتیاد در این پژوهش، می‌تواند با مسئله بلوغ، بحران هویت و شرایط روحی روانی نوجوانان و جوانان، در ارتباط باشد(۱۵). در این مطالعه اغلب واحدهای پژوهش برای ترک تریاک مراجعه نموده بودند. که در مطالعه عباسی و همکاران هم بیشترین درصد افراد ۶۶/۷ درصد تریاک مصرف می‌کردند. مطالعه‌ای از تبریز هم نشان می‌دهد بیشتر معتادین، تریاک مصرف می‌کردند(۵،۱۶). همچنین Abdollahi و همکاران در مطالعه خود در بررسی ویژگی‌های دموگرافیک و همکاران معتادین یزدی تریاک را بیشترین ماده مصرفی(۹۶/۹ ٪)گزارش نمود(۱۸). نتایج این پژوهش نشان داد اکثر افراد مراجعه کننده حداقل سابقه یکبار سم‌زدایی و قطع مصرف مواد را داشتند. بر اساس آمارهای موجود بسیاری از افراد معتاد بیش از۲ الی ۳ بار به مراکز بازپروری مراجعه می‌کنند، این آمار حاکی از آنست که میزان عود بعد از ترک مواد، بسیار بالاست(۳). در این پژوهش افراد علت اصلی گرایش به مواد را ابتدا وسوسه دوستان بعد کنجکاوی معرفی نمودند. Farhoudian و همکاران در مطالعه خود نشان داد که کنجکاوی بیشترین عامل گرایش به مواد در افرادی که تجربه مصرف نداشتند می‌باشد(۶). Salmasi و همکاران انگیزه شروع به مصرف مواد را کنجکاوی و تحت تاثیر مستقیم و غیر مستقیم اطرافیان و به خصوص وسوسه توسط همسالان عنوان می‌کند. زیرا در بیش از ۶۰٪ موارد اولین مصرف مواد به دنبال تعارف دوستان رخ می‌دهد(۱۹). نتایج این پژوهش بین بهداشت روان با کیفیت زندگی ارتباط معنی داری را نشان داد. طوری که با کاهش سطح بهداشت روان کیفیت زندگی واحدهای پژوهش هم کاهش پیدا می‌کرد. نتایج این پژوهش سطح بهداشت روان را در واحدهای پژوهش به میزان تاحدی مطلوب نشان داد به‌طوری که درصد کمی از واحدهای پژوهش از وضعیت بهداشت روانی مطلوب برخوردار بودند. که در بعد بهداشت روانی اغلب واحدهای پژوهش دارای سطح اضطراب بالایی بودند. اعتیاد اختلال جسمی روانی می‌باشد که اضطراب یکی از علل رایج سوء مصرف مواد به شمار می‌آید(۱). Asarian در مطالعه خود نشان داد مهمترین ویژگی روانشناختی در بین سوء مصرف کنندگان مواد اضطراب می‌باشد(۲۰). هم‌چنین نتایج دیگر این پژوهش کیفیت زندگی را در معتادین به میزان تاحدی مطلوب نشان داد. که بیشترین بعد در

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-27]

کیفیت زندگی، کمبود امکانات و فعالیت‌های تفریحی نشان داده شد. پژوهش‌های انجام گرفته در ایران و سایر کشورها نشان از پایین بودن کیفیت زندگی در معتادین دارند. زیرا در اغلب موارد، اعتیاد بر کیفیت زندگی افراد تاثیر منفی می‌گذارد(۱۱،۲۱). بنابراین از آنجایی که کیفیت زندگی در خانواده‌های معتادان از ضعف‌های بسیاری برخوردار است، مشکلات اساسی خانواده را شدت می‌بخشد و علاوه بر اثرات مخرب بر زندگی فرد، اطرافیان و بستگان را نیز در معرض آسیب قرار می‌دهد(۲۲). غالبا کمبود امکانات لازم برای ارضای نیازهای طبیعی روانی و اجتماعی نوجوانان و جوانان از قبیل کنجکاوی، تنوع طلبی، هیجان، ماجراجویی مورد تائید و پذیرش قرار گرفتن و کسب موفقیت بین همسالان موجب گرایش آنان به کسب لذت و تفنن از طریق مصرف مواد و عضویت در گروه‌های غیر سالم می‌شود(۲۳). نتایج و بررسی‌های متعدد نیز نشان می‌دهند که تاثیر نابهنجاری‌های خانوادگی، اجتماعی و استرسورهای روانی در افزایش مصرف مواد موثرند. همچنین نتایج این مطالعه بین بهداشت روان با جنسیت، و نوع ماده مصرفی ارتباط معنی‌داری را نشان داد. طبق برخی مطالعات اثرات مخرب مصرف مواد در زنان بیشتر از مردان است. همچنین زنان مصرف کننده زودتر به مرحله وابستگی به مواد می‌رسند. بر اساس مطالعات مختلف، از نقطه نظر عامل زمینه ساز و همراهی کننده، اختلالات روان‌پزشکی در زنان وابسته به مواد بیش از مردان معتاد دیده می‌شود(۱۳). حشیش مخرب‌ترین ماده روان‌گردان می‌باشد که موجب وابستگی روانی می‌شود که مهمترین عارضه روانی آن سندرم فقدان انگیزش می‌باشد که این امر ناخودآگاه بر کیفیت زندگی افراد تاثیر می‌گذارد(۱). همچنین نتایج این مطالعه بین کیفیت زندگی با نوع ماده مصرفی، جنسیت و شغل ارتباط معنی‌داری را نشان داد. هروئین با تاثیر بر جسم و روح فرد موجب اختلال در عملکرد خانوادگی فرد می‌شود(۲۴). در بین عوامل شغلی، نداشتن شغل دایم، بیشترین عامل گرایش به اعتیاد می‌باشد(۳). زیرا کسی که خود را منشاء اثر نمی‌بیند، کسی که خود را بی‌مصرف می‌بیند و نمی‌تواند از حقوق خود دفاع کند و خود را کوچک و جامعه را دشمن فرضی می‌پندارد، به دلیل پایین بودن عزت نفس و اعتماد به نفس به سمت مصرف مواد می‌رود(۱۵).

شدت آسیب‌پذیری زنان در محیط اجتماعی در قبال اعتیاد به مواد مخدر بیش از مردان است. زنانی که مواد مصرف می‌کنند بیشتر از مردان همتای خود دچار ننگ اجتماعی هستند(۲۵). Emamipoor و همکاران نیز معتقد است زنان معتاد نسبت به مردان معتاد از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار هستند(۱۱).

نتایج مطالعه حاضر نیز نشان دهنده این است که افراد وابسته به مواد از بهداشت روان و کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند. با توجه به این که اکثر معتادان به دنبال ناتوانی در ترک، بازگشت‌های متوالی و مجدد به مواد دارند، لازم است که اعضای تیم درمانی به شناسایی خصوصیات رایج و صفات شخصیتی این افراد پرداخته و با تقویت سیستم اجتماعی و ارائه آموزش‌های همگانی، بهداشت روان معتادان را افزایش داده و با تسهیل روند نوتوانی و درمان سبب افزایش کیفیت زندگی آنها شوند و موجب کاهش بازگشت مجدد به سوی مصرف مواد شدند.

سپاسگزاری

در خاتمه بر خود لازم می‌دانم تا از همکاری کلیه مسئولین و کارکنان محترم مراکز ترک اعتیاد استان و سرکار خانم سودابه آلوستانی و گلبهار آخوندزاده که در جمع‌آوری اطلاعات و جناب آقای دکتر بهروز حیدری که در نگارش و آنالیز اطلاعات پژوهشگر را یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورم.

منابع

1- Hojati H. ***Comprehensive overview of mental health.*** Tehran: Salemi, 2009; 547-75.[Persian]

2- Le Moal M, Kooh GF. ***Drug addiction: pathways to the disease and pathophysiological perspective***. Eur Neuropsychopharmacol. 2007; 17(6-7):377-93

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-27]

3- Din Mohammadi MR, Amini K, Yazdankhah MR. S***ocial and environmental factors affecting this trend Afyuni Perspective B drug addicts to accept treatment and follow-up Introduction Welfare Organization of Zanjan***. Journal of Zanjan University of Medical Sciences. 2008;15(59):85-94.[Persian]

4- Askari S, Amini F, Nadry Gh. Ruzbhany R. ***Contact addiction risk factors for cardiovascular disease.*** Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2009;15(1):40-5.[Persian]

5- Abbasi S, Tazyky S, Moradi A. ***Template based on drug abuse demographic factors Drmtadyn reader Gorgan.*** Journal Golestan University of Medical Sciences. 2005;8(1):22-7.[Persian]

6- Farhodian A, Sadrasadat S, Mohammadi F, Manokyan A, Jafari F, Sadeghi M, et al. ***Evaluated knowledge and attitudes of a group of Armenians in Tehran and drug addiction.*** Journal Membership Cognitive. 2009; 10(2): 9-20.[Persian]

7- Boyd M. ***Psychiatric nursing contemporary practice***, 3th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2005.P.529

8- Ketabe P, Maher F, Brjly A. ***Identity and relationship addiction in women in Tehran province.*** Quarterly Addiction Studies. 2009; 2(7):54-69.[Persian]

9- Hassan Shahi MM, Ahmadian K. ***Study of mental health drugs, mental battalion dependent patients.*** Journal of Mental Health Principles.2005; 3(23-24): 131-9.

10- Nourani Poor R. ***Study the causes of drug addiction will change the mood, and behavior and methods of effective addiction counseling, addiction studies.*** 2004;2(6):13-54.[Persian]

11- Emamipoor S, Shams Asfandabad H, Sadrasadat J, Nadery S**.** ***Comparison of psychological differences, quality of life in four men addicted suffering AIDS, non-addicted patients with AIDS, AIDS patients and healthy unwonted.*** Journal of Medical Sciences University to the city.2009;10(1):69-77.[Persian]

12- Mclellan AT, Chalk M, Bartlett J. ***Outcomes´ performance, and quality what is the difference?*** Journal of Substance Abuse Treatment. 2007;32:331-40.

13- Ekhtiari H. ***Qualitative study of garlic in the treatment of addiction related materials afyuni seekers women in Tehran.*** Journal of Addiction. 2009;2 (6):40-7.[Persian]

14- Amani F, Sadeghiyeh S, Mohammadi S, Azami A. ***Pattern of changes in drug addicts referred to addiction centers.*** Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2005; 5(3): 220-4.[Persian]

15- Amini K. Amini DF. Afshar Moghaddam F. Azar M. ***Social and environmental factors related to addiction to this substance referred to in afyuni governmental centers addiction Hamedan.*** Journal of Zanjan University of Medical Sciences.2004;(52):41-7.[Persian]

16- Qryshyzadh MA, Torabi K. ***The mental health study combined with addiction in 200 cases referred to the referrals drug rehabilitation centers in Tabriz.*** Tabriz University of Medical Sciences.2003;24 (55): 49-53.[Persian]

17- Kaplan H, Sadok V. ***Comprehensive text book of psychiatry***. 9th ed. Philadephia: lippincott; 2007.P.477-551.

18- Abdollahi MH, Forouzan-Nia Kh, Zare S. ***Demographic study drug candidate in patients with coronary artery bypass in Afshar Hospital Yazd .*** Journal of Medical Sciences in Tehran.2007;64(10): 54-9.[Persian]

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-27]

19- Salmasi A, Hejazi S, Fesharky M. ***Survey of the important causes of using alcohol among "alcoholic anonymous community: members in Karaj city.*** MCs[Thesis]. Tehran: Islamic Azad University.2009.P.8-22

20- Asaryan F, Omidi A, Akbari H. ***Study of psychological and personality characteristics related to youth drug opium of Kashan***. Feiz.2005;8(29): 37-42.[Persian]

21- Bizzairi J, Rucci P, Vallotta A, Gilrelli M, Scandolari A, Zerbetto E. et al. ***Dual diagnosis and quality of life in patient in treatment for opoid dependence.*** Subst Use Misuse.2005;40(12):1765-76.

22- Shahmohamadi A, Drvyzh Z, Purshahryary MS. ***Effectiveness of communication skills training increase marital spouses and prevention of drug addicts to man in Tehran.*** Quarterly Addiction Studies. 2009; 2(7):3-28[Persian]

23- Akhtar M. ***Sociology addiction.*** Tehran: Printing. Publications Author.2007:94.

24- Shoja Kazemi M. ***The effects of heroin dependent patients in family practice.*** Journal of Addiction. 2009; 2(6):51-48.[Persian]

25- Javadi R. ***Comparsion of parent- child relations between addicton and non addict women of Tehran province.*** Journal of Addiction. 2009;2 (3):70-4.[Persian]

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-27]