

## بررسی کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن بر اساس پرسشنامه SF36 در مراجعه‌کنندگان به مراکز ترک اعتیاد شهر زاهدان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۱۰

کد مقاله: ۹۵۹۶۹

میثم شهریاری مقدم<sup>۱</sup>، زینب جاودان<sup>۲</sup>، زینب بهمنی<sup>۳</sup>

### چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن بر اساس پرسشنامه SF36 در مراجعه‌کنندگان به مراکز ترک اعتیاد شهر زاهدان بود. تعداد ۸۹ نفر از افراد تحت درمان (بوپرنورفین و متادون) مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر زاهدان و همچنین ۹۵ نفر از افراد عادی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پرسشنامه SF36 بر روی آنها به مورد اجرا گذارده شد. نتایج آزمون فرضیات نشان داد که میانگین نمرات کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن در گروه از هر دو گروه ترک اعتیاد (بوپرنورفین و متادون) بیشتر بود. از طرف دیگر بین دو گروه تحت درمان (بوپرنورفین و متادون)، تفاوت معناداری در میانگین نمرات کیفیت زندگی وجود ندارد.

واژگان کلیدی: پرسشنامه SF36، کیفیت زندگی، بوپرنورفین، متادون، اعتیاد

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی گرایش بالینی

۲- کارشناسی ارشد روانشناسی گرایش بالینی

۳- کارشناس علوم تجربی

کمتر پدیده ای را می توان یافت که همانند اعتیاد جوامع بشری را مورد تهدید قرار داده باشد. با وجود خطرات و عوارض ناشی از اعتیاد، هر روزه بر شمار قربانیان این دام مرگبار افزوده می شود و مشاهده صحنه های هولناک آن هنوز نتوانسته به عنوان هشدار جدی برای اجتناب سایر افراد به ویژه قشر جوان جامعه تلقی شود (نشریه دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۷۸).

بررسی ها نشان می دهد که حدود ۳۷ درصد جمعیت ۱۲ سال و بالاتر آمریکا حداقل یک بار در طول عمر خود مواد مخدر را در طول عمر تجربه کرده اند و حداقل ۵,۵ درصد آن ها با یک مشکل مرتبط با سوء مصرف دارو مواجه شده اند (لویسنون به نقل از توکلی و همکاران ۱۳۹۰). در ارتباط با ویژگی های روانشناختی معتادان و افراد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد همچنان تحقیقات مختلف در جریان است. بخ نظر می رسد کیفیت زندگی این گروه از افراد خود به عنوان علت و همچنین معلول می تواند تحت تاثیر اعتیاد و سوء مصرف مواد قرار گیرد. آمارهای منتشر شده از سازمان های بین المللی، بخصوص سازمان بهداشت جهانی کمیته جهانی کنترل مواد مخدر و سازمان یونسکو حاکی از افزایش فزاینده مصرف این مواد در سطح جهان است. تنها تفاوت موجود بین کشورها در الگوی مصرف آن ها است. بدیهی است که گسترش این روند، تیشه بر ریشه بنیادهای فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی یک جامعه می زند و در نهایت آن را به انحطاط می کشد. امروزه این مشکل چنان خودنمایی می کند که هیچ کشوری نمی تواند خود را کاملاً از آن مصون بداند. یکی از اثرات اعتیاد، تاثیر بر کیفیت زندگی معتادین و خانواده هایی آنان می باشد.

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را نه فقط با نبود بیماری، بلکه به عنوان رفاه و آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی تعریف می نماید. به دلیل اهمیتی که مفهوم کیفیت زندگی پیدا کرده است، سازمان جهانی بهداشت یکی از اهداف عمده خود را تا سال ۲۰۳۰ افزایش کیفیت زندگی ذکر میکند به سبب همین اهمیت روزافزون، پژوهشهای متعددی عوامل موثر بر آن را بررسی کرده اند. مطالعه های مختلف در مؤلفه روانشناسی سلامت نشان داده اند که استرس، اضطراب و عوامل مانند آن کیفیت زندگی فرد را تحت تاثیر قرار میدهند همچنین، در پژوهشهای گذشته تاکنون رابطه هوش، معنویت، سلامت جسمانی و روانی، فعالیتهای اوقات فراغت و ارتباط اعضای خانواده و عوامل اجتماعی مانند شغل و تمایلات بین فردی با کیفیت زندگی بررسی شده است این مطالعات نشان داده اند که کیفیت زندگی برآیندی از فشارهای روانی، حوادث زندگی، عوامل محیطی و اجتماعی از یک سو و برنامه هایی همچون بهداشت عمومی و منابع فردی (مانند شناخت، توان مقابله، احساس شایستگی، احساس امنیت، مهارتهای سازشی، نظام باورهای اعتقادی - ارزشی باثبات و نظام حمایتی) از سوی دیگر است ایران در بیست سال اخیر، از نظر کیفیت زندگی در دنیا، در سطح متوسط رو به پایین قرار داشته است. (پیروی، ۱۳۸۹)

ایران از حیث شاخص های آموزشی و برخی شاخص های مربوط به بهداشت و توسعه جنسیتی، تحولات مثبت و گاهی به مراتب بهتر از کشورهای همسایه را تجربه کرده است. با وجود بهبود در شاخص های درآمدی و فقر، ایران نسبت به کشورهای همسایه وضعیت قانع کننده ای نداشته است. در زمینه شاخص های درآمدی و اشتغال، آمارها چندان رضایت بخش نیستند. در بیست سال اخیر، میزان فقر مطلق در جامعه بسیار کاهش یافته، اما بر دامنه فقر نسبی به ویژه در مناطق روستایی افزوده شده است. درآمدهای پایین، افزایش نرخ بیکاری و تورم از مهم ترین دلایل اقتصادی این امر بوده است. علاوه بر این، متغیرهای تبیین کننده دیگری که ایران را در شمار کشورهای با کیفیت زندگی پایین قرار داده، ریسک های زیست محیطی، عدم امنیت استراتژیک و آزادی بوده است (پیرمحمدی و پیرزمانی، ۱۳۹۰).

از آنجاییکه به نظر می رسد اعتیاد به عنوان یک تجربه ناخوشایند زیستی اجتماعی روانشناختی در زندگی هر فرد می تواند بحران های شدیدی را در ابعاد مختلف بر فرد و خانواده او تحمیل نماید و از طرف دیگر بنا بر تحقیقات انجام شده اثرات مهمی بر کاهش کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد ایجاد نماید، انجام تحقیقات بر روی کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد می تواند واجد اهمیت باشد. از طرف دیگر به نظر می رسد پایین بودن کیفیت زندگی به نوبه خود می تواند در گرایش افراد به سوء مصرف مواد موثر بوده و دور باطی از سوء مصرف مواد، کیفیت زندگی پایین و گرایش به سوء مصرف مواد ایجاد نماید.

به منظور اندازه گیری کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن چه در جمعیت عادی و چه در گروه های وابسته به مواد و ترک اعتیاد از ابزارهای مختلفی استفاده می شود. در بین پر کاربردترین این ابزارها می توان به پرسشنامه های WHO-QOL و همچنین SF36 اشاره نمود (نجات، ۱۳۸۷). SF36 از ۱۹۹۰ یعنی زمان معرفی آن تا به امروز در بیش از ۴۰۰۰ پژوهش مختلف مورد استفاده قرار گرفته است. (اسپین، ۲۰۰۰، به نقل از ادیب حاج باقری، ۱۳۸۸). پرسشنامه مشتمل بر ۳۶ سوال می باشد که در زمان محدودی (حدود ۱۰-۱۵ دقیقه) قابل اجرا می باشد. با توجه به مطالب ذکر شده بررسی کیفیت زندگی افراد مراجعه کننده به مراکز اعتیاد با استفاده از پرسشنامه SF36 به عنوان یکی از پر کاربردترین ابزارهای اندازه گیری کیفیت زندگی در جمعیت های خاص می تواند استفاده های عملی و کاربردی زیادی چه از جهت پیشینه تحقیقی و روانسنجی پرسشنامه و چه از جهت ارزیابی این ویژگی در گروه مورد مطالعه داشته باشد.

## ۲- چارچوب پژوهش

### ۲-۱- اهداف

- مقایسه کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن بر اساس پرسشنامه SF36 در مراکز ترک اعتیاد به تفکیک گروه های ترک اعتیاد
- مقایسه کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن بر اساس پرسشنامه SF36 در گروه های ترک اعتیاد و عادی

## ۲-۲- فریضیات

- بین میانگین نمرات کل کیفیت زندگی پرسشنامه SF36 در گروه های مورد بررسی، بوپرنورفین، متادون و عادی تفاوت معناداری وجود دارد.
- بین میانگین نمرات بعد سلامت جسمانی کیفیت زندگی پرسشنامه SF36 در گروه های مورد بررسی، بوپرنورفین، متادون و عادی تفاوت معناداری وجود دارد.
- بین میانگین نمرات بعد سلامت روانی کیفیت زندگی پرسشنامه SF36 در گروه های مورد بررسی، بوپرنورفین، متادون و عادی تفاوت معناداری وجود دارد.

## ۳- پیشینه پژوهشی

در تحقیق علی نژاد، محمدی و جنابی (۱۳۹۵) به بررسی تفاوت سطح کیفیت زندگی در افراد معتاد و غیر معتاد شهر عسلویه پرداختند. این تحقیق بر روی ۱۰۶ نفر از افراد معتاد و ۵۶ نفر از افراد غیر معتاد انجام گرفت. اطلاعات این تحقیق از پرسشنامه SF36 جمع آوری شد. نتایج این تحقیق نشان داد که اعتیاد کیفیت زندگی را در ۴ بعد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تحت تاثیر قرار می دهد و سطح این عوامل را به شدت در فرد کاهش می دهد. نریمانی و قمری (۱۳۹۰) در تحقیقی به بررسی تفاوت سطح کیفیت زندگی در افراد معتاد و غیر معتاد پرداختند. این تحقیق بر روی ۱۲۰ نفر از افراد معتاد و غیر معتاد در شهر اردبیل انجام شد. ابزار این تحقیق پرسشنامه کیفیت زندگی SF36 بود. نتایج این تحقیق نشان داد که افراد معتاد در همه ابعاد کیفیت زندگی نسبت به افراد غیر معتاد در سطح پایین تری قرار دارند.

در تحقیق قمری و شمس (۱۳۹۱) به بررسی تفاوت کیفیت زندگی و عملکرد خانواده در افراد معتاد و غیر معتاد در شهر نکا پرداخت. این تحقیق بر روی ۸۵ نفر از افراد معتاد و ۴۵ نفر از افراد غیر معتاد صورت گرفت. نتایج این تحقیق نشان داد که با شروع اعتیاد در فرد کیفیت زندگی و عوامل مربوط به آن کاهش پیدا می کند. و زمانی که کیفیت زندگی کاهش پیدا می کند عملکرد خانواده فرد نیز کاهش پیدا می کند. در تحقیقی شمس آبادی و نژاد نادری (۱۳۸۸) به بررسی تفاوت کیفیت زندگی در افراد معتاد و غیر معتاد پرداختند. این پژوهش با نمونه ۲۰۰ نفر از افراد معتاد و غیر معتاد انجام شد. نتایج این تحقیق نشان داد که بین افراد معتاد و غیر معتاد به لحاظ کیفیت زندگی و زیر مقیاس های آن تفاوت معنی داری وجود دارد. و افراد معتاد در کیفیت زندگی و زیر مقیاس های آن نمرات کمتری گرفتند.

باقری و همکاران (۱۳۹۰) در تحقیقی به بررسی نقش کیفیت زندگی و ابعاد آن در گرایش به درمان اعتیاد در افراد معتاد شهر تبریز پرداخت. نمونه این تحقیق شامل ۷۸ نفر از معتادان شهر تبریز که به شکل نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند، بود. نتایج این تحقیق نشان داد که کیفیت زندگی و ابعاد آن تاثیر به سزای در گرایش معتادین و اقدام به ترک دارد و معتادین که کیفیت زندگی بالاتر عامل مهمی در اقدام به ترک و افزایش سلامت روانی معتادین دارد. سیرانی (۱۳۹۰) در تحقیقی به بررسی کیفیت زندگی در گروه های ترک اعتیاد انجمن NA و متادون درمانی پرداخت. این تحقیق بر روی ۸۰ نفر از معتادانی که برای ترک اقدام کرده بودند صورت گرفت. ۵۰ نفر از این نمونه در گروه متادون درمانی و ۳۰ نفر در گروه NA حضور داشتند. نتایج نشان داد که در بین گروه NA در سیاری از جنبه های کیفیت زندگی بالاتر می باشد.

سرابندی (۱۳۸۹) در تحقیقی به بررسی تاثیر طرحواره درمانی بر افزایش کیفیت زندگی در معتادانی که برای ترک اقدام کرده بودند صورت گرفت. این تحقیق بر روی ۶۵ نفر از معتادانی که برای سم زدایی به کمپ های ترک اعتیاد شهر سیرجان مراجعه کرده بودند، صورت گرفت. نتایج این تحقیق نشان داد که طرحواره درمانی در ۲ بعد هیجانی و کارکرد اجتماعی تاثیر مثبت و معنی داری دارد. ویسی (۱۳۹۲) در پژوهشی به بررسی کیفیت زندگی معتادان در قبل و بعد از درمان در گروه های متادون درمانی پرداخت. این تحقیق بر روی مراجعه کننده گان به مرکز سم زدای شهر کرج انجام شد. نمونه این تحقیق ۸۶ نفر که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده بودند. در این تحقیق ابتدا پرسشنامه کیفیت زندگی SF36 اجرا می شد و آزمودنی وارد مرحله سم زدایی می گشت و در پایان مرحله سم زدایی مجددا پرسشنامه کیفیت زندگی SF36 اجرا می شد. نتایج این تحقیق نشان داد که قرار گرفتن در شروع درمان کیفیت زندگی معتادان را در بسیاری از جنبه ها بالا می برد.

پیروی (۱۳۸۹) در تحقیقی به بررسی کیفیت زندگی فرزندان افراد معتاد در معتادان شهر اردبیل پرداخت. این تحقیق بر روی خانواده های افراد معتادی انجام شد که برای ترک اقدام کرده بودند. نتایج این تحقیق نشان داد که ناامیدی، بی انگیزگی و کاهش فعالیتهای اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و بهداشتی در فرزندان افراد معتاد در اندازه بالایی مشاهده شد. پورمحمدرضا و پیر زمانی (۱۳۹۰) در تحقیقی به بررسی عوامل تاثیر گزار بر کیفیت زندگی معتادان و خانواده ای آنها پرداخت این تحقیق بر روی ۶۰ نفر از معتادان و خانواده آنها در شهر کاشان پرداخت. بر اساس نتایج این پژوهش، در مجموع کیفیت زندگی بیشتر از ۲۴ درصد فرزندان

افراد معتاد در سطح متوسط و ۷ درصد در سطح بالا، و کیفیت زندگی ۲۴ درصد این افراد پایین بوده است. به طور کل اعتبار والدین منجر به کاهش سلامت روان و افزایش اختلالات روانی فرزندان آن‌ها میشود.

در پژوهش ثابتی (۱۳۹۰) به بررسی تفاوت کیفیت زندگی و گرایش به رفتارهای پرخطر فرزندان دختر و پسر افراد معتاد پرداختند. این تحقیق در خانواده معتاد شهر کرمانشاه انجام شد و نمونه این تحقیق ۵۰ نفر از اعضای خانواده ای معتادین بود که به صورت داوطلبانه در این تحقیق شرکت کردند. نتایج این تحقیق نشان داد که در تمام ابعاد کیفیت زندگی یعنی سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط میان فردی و سلامت محیط بین فرزندان دختر و پسر افراد معتاد تفاوت معنی‌داری وجود دارد. کیفیت زندگی در جنس دختر پایین تر و در فرزندان پسر رفتارهای پرخطر بیشتری مشاهده شد. این مسئله حاکی از آسیب پذیر بودن دختران نسبت به پسران در جامعه است که بیشتر در معرض اثرات ناخواسته و نامطلوب اعتیاد قرار می‌گیرند. جوانمرد و همکاران (۱۳۹۰) در تحقیقی به بررسی تفاوت کیفیت زندگی در گروه معتادین وابسته به مواد سبک (سیگار و قلیان) و مواد سنگین (تریاک، شیشه) پرداخت. این تحقیق بر روی ۱۰۰ نفر از افراد معتاد شهر تهران پرداخت. که نشان داد نمره کیفیت زندگی افراد سوءمصرف کننده مواد سنگین پایینتر از کیفیت زندگی فرزندان افراد سوءمصرف کننده مواد سبک است. از آنجا که مواد سبک شامل سیگار، قلیان و مشروبات الکلی و مواد سنگین شامل تریاک، حشیش، قرص اکستازی، کراک، شیشه و هروئین می‌شود و میتوان گفت که سوءمصرف مواد سنگین تأثیرات مخرب تری بر ساختار روانی و کیفیت زندگی افراد به جا می‌گذارد.

خسروی (۱۳۹۱) در تحقیقی به بررسی تفاوت کیفیت زندگی در معتادینی که به شیوه متادون درمانی و سایر روش‌های درمانی پرداخت. این تحقیق بر روی ۷۰ نفر از افرادی که برای درمان به مراکز ترک اعتیاد شهر بم مراجعه نمودند، اجرا شد. نتایج پژوهش نشان داد که در مقایسه با جمعیت عمومی، معتادان تحت درمان متادون سطح بالایی از مشکلات سلامت روانی را نشان دادند و اکثراً اختلال‌های خلقی و عاطفی مانند افسردگی و اضطراب را تجربه کرده‌اند و کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به سایر افراد معتادی که روش‌های دیگر درمانی را انتخاب کردند، نشان دادند. در مطالعه ای خسروی کبیر (۱۳۸۹) با هدف تعیین تأثیر اعتیاد بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی در معتادان پرداخت. که نتایج نشان داد افراد معتاد نسبت به سایر افراد علائم افسردگی بیشتر و شدیدتری را تجربه می‌کنند و اضطراب بالایی را در همه سطوح زندگی تجربه می‌کنند. و به لحاظ کیفیت زندگی و ابعاد آن در شرایط نامطلوبی از این حیث نسبت به سایر افراد جامعه قرار داشتند.

زینالی (۱۳۹۲) در تحقیقی به بررسی رابطه کیفیت زندگی میزان مصرف و نوع ماده مصرفی در معتادان شهر زنجان پرداخت. نمونه این تحقیق شامل ۴۰ نفر از افراد معتاد شهر زنجان بودند که به شیوه نمونه‌گیری گلوله برفی انتخاب شدند. نتایج این تحقیق نشان داد کیفیت زندگی پایین با مصرف بیشتر رابطه معنی‌داری دارد همچنین ماده مصرفی شیشه بیشترین همبستگی را با کیفیت زندگی پایین در معتادان داشت. در مطالعه توکلی (۱۳۹۱) به بررسی تأثیر سم زدایی بر کیفیت زندگی معتادان پرداختند این تحقیق بر روی ۴۰ نفر از افرادی که برای سم زدایی مراجعه کرده بودند، اجرا شد. نتایج این تحقیق نشان داد روش درمانی سم زدایی در افزایش کیفیت زندگی این افراد موثر می‌باشد.

در مطالعه کریمی مقدم و همکاران (۱۳۹۰) به بررسی، تفاوت کیفیت زندگی معتادانی که در جلسات درمانی معتادان گمنام شرکت کرده بودند در مقایسه با متادون درمانی بررسی شد. این تحقیق بر روی ۴۰ نفر اجرا شد که هر کدام از روش‌های درمانی ۲۰ نفر را شامل می‌شدند. نتایج این تحقیق نشان داد که کیفیت زندگی معتادانی که در جلسات معتادان گمنام شرکت کرده بودند بالاتر از معتادان تحت درمان با متادون بود. مهربانی (۱۳۹۱) در تحقیقی به بررسی رابطه کیفیت زندگی و ابعاد آن و استعداد اعتیاد پرداخت. این تحقیق به در جوانان ۲۰ تا ۳۵ سال شهر ساوه انجام شد نتایج این تحقیق نشان داد که میزان گرایش به اعتیاد در گروه‌هایی از قبیل افراد بیکار و بی‌سواد، روستائیان، حاشیه‌نشینان شهرها، خانوارهای دارای سابقه مصرف مواد و خانواده‌های پرجمعیت بیشتر است عوامل فردی مانند دوره جوانی، صفات شخصیتی، استعداد ارثی و اختلالات روانی و برخی عوامل اجتماعی مانند آشفته‌گی سامان خانواده، دوستان، محل سکونت و قوانین و در مجموع کیفیت زندگی پایین از جمله عوامل مؤثر بر پدیده اعتیاد تلقی می‌شوند.

قدیمی (۱۳۸۹) در تحقیق به بررسی کیفیت زندگی و بازگشت به اعتیاد در افراد دارای سابقه ترک پرداختند. این تحقیق بر روی ۲۵ نفر از افرادی که برای چندمین بار برای ترک اقدام می‌کردند، انجام شد. نتایج این تحقیق نشان داد که کیفیت زندگی پایین در بازگشت دوباره به اعتیاد تأثیر گزار می‌باشد. همچنین از دیدگاه معتادان، معاشرت با دوستان معتاد و منحرف به عنوان مهمترین عامل بین فردی مرتبط با بازگشت به اعتیاد توصیف شده است. با این حال عوامل شغلی همچون بیکاری، عوامل اقتصادی همچون فقر و عوامل خانوادگی همچون برخورد نامناسب همسر و اعضای خانواده از دیگر عوامل بازگشت مجدد معتادان محسوب می‌شوند. رحیمی (۱۳۹۴) در تحقیقی به بررسی تأثیر کیفیت زندگی و ابعاد آن بر تعداد دفعات اقدام برای ترک در معتادین شهر یزد پرداخت. این تحقیق بر روی ۱۰۰ نفر از معتادین که برای ترک اقدام کردند، انجام شد. نتایج این تحقیق نشان داد که کیفیت زندگی بالا باعث اقدام به ترک می‌شود، و میزان دفعات ترک با کیفیت زندگی ارتباط مستقیم و معنی‌داری دارند.

قصری (۱۳۹۱) در تحقیقی به بررسی تفاوت کیفیت زندگی و ابعاد آن در افراد معتاد در قبل و بعد از متادون درمانی پرداخت. این تحقیق در شهر بابل و بر روی ۵۶ نفر از معتادین که برای ترک اقدام کرده بودند انجام شد. نتایج تحقیق و پیگیری بعد از تحقیق نشان داد که کیفیت زندگی در افراد معتاد بعد از متادون درمانی نسبت به قبل تفاوت معنی‌داری دارد و در بحث ابعاد کیفیت زندگی، در بسیاری از ابعاد شرایط بهتر شده بود. در تحقیق پارکر و جانسون (۲۰۰۸) به بررسی کیفیت زندگی در افراد معتاد و غیر معتاد در شهر لندن پرداختند. این تحقیق بر روی ۱۴۰ نفر از افراد معتاد و غیر معتاد پرداختند ابزار این تحقیق پرسشنامه

کیفیت زندگی SF16 بود. نتایج این تحقیق نشان داد که افراد معتاد در تمامی زیر مقیاس های کیفیت زندگی از افراد غیر معتاد نمرات کمتری کسب کردند.

لیموال (۲۰۰۷) در تحقیقی به بررسی تاثیر اعتیاد بر بهزیستی روانی، مناسبات اجتماعی و کیفیت زندگی در اعضای خانواده معتادین پرداخت. این تحقیق بر روی معتادان شهر سیدنی استرالیا انجام شده است. نتایج این تحقیق نشان داد که بهزیستی روانی اعضای خانواده معتادین دستخوش اغتشاشات میشود، مناسبات اجتماعی و کیفیت زندگی آن ها مختل میشود و غم، اندوه، احساس تنهایی، شرم و عدم امنیت روانی بر سیطره زندگی آن ها استیلا می یابد. کمبل و همکاران، (۲۰۰۸) در تحقیقی به بررسی رابطه اعتیاد با کیفیت زندگی و طلاق در افراد معتاد پرداخت. نتایج این تحقیق نشان داد که وقایع زندگی مانند جدایی یا طلاق والدین، بیماری و مرگ آن ها که رابطه مستقیمی با سوءمصرف مواد سنگین دارند ممکن است باعث اضطراب و فشار روانی شود و این فشارها نیز بر سلامت روانی و عملکرد و بهزیستی جسمی و روانی اثر نامطلوبی بر جای میگذارند و همین عوامل، باعث کاهش قابل توجه کیفیت زندگی در افراد معتاد می شود.

بر اساس تحقیق جاویره (۲۰۰۸) در تحقیقی به بررسی کیفیت زندگی در افراد معتاد و فرزندان آنها پرداخت. این تحقیق بر روی ۵۰ نفر از افراد معتاد و خانواده های آنها در شهر مکزیکوسیتی پرداخت. نتایج این تحقیق نشان داد که کیفیت زندگی افراد معتاد در سطح بسیار پایینی می باشد. از دیگر نتایج مهم این مطالعه می توان به این نکته اشاره کرد که فرزندان افراد وابسته به مواد آسیب قابل ملاحظه ای دریافت میکنند. فرزندان افراد معتاد از انواع تنش ها و استرس ها رنج برده و دارای مشکلاتی در راهبردهای مقابله ای خود در برخورد با تنش زهای زندگی هستند که می تواند روی کیفیت زندگی آن ها تأثیر بگذارد. اعتیاد به تنهایی مدام در زندگی مبتلایان و خانوادههای آنان به خصوص فرزندان شان بحران ایجاد میکند و میتواند منجر به کاهش کیفیت زندگی آن ها در ابعاد مختلف روانی و جسمانی شوند. افانی (۲۰۱۰) در تحقیقی به عوامل موثر در بازگشت به اعتیاد در افراد معتاد به حشیش در شهر ماری پرداخت. نمونه این تحقیق شامل ۵۰ نفر از افراد ترک کرده ای بودند که به اعتیاد برگشته بودند. نتایج نشان داد که اختلالاتی مانند، افسردگی، اضطراب، اسکیزوفرنی و اعتیادهای دارویی باعث مقاومت به درمان و بازگشت دوباره به اعتیاد می باشد. از جمله نتایج دیگر این تحقیق کیفیت زندگی پایین زندگی این افراد و عدم حمایت از طرف اطرافیان بود.

جوی (۲۰۱۱) در تحقیقی به بررسی عوامل تاثیر گزار در بازگشت مجدد معتادین به اعتیاد بعد از درمان پرداخت. نمونه این تحقیق ۴۴ نفر از معتادینی بودند که مراحل درمانی را طی کردند. نتایج این تحقیق نشان داد بالا بردن ابعاد کیفیت زندگی، مهارت در دوری جستن از مواد و توانایی سازگاری با استرسها و نیز ایجاد عزت نفس و اعتماد به نفس بازگشت مجدد به اعتیاد را کاهش می دهد. روسی (۲۰۱۳) به بررسی نقش اعتیاد در سلامت روان و کیفیت زندگی معتادین پرداخته بود این تحقیق در شهر ونیز ایتالیا و بر روی ۱۱۲ نفر از معتادین شهر ونیز که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده بودند، اجرا شد. نتایج این تحقیق نشان داد که کیفیت زندگی و سلامت روان در افراد معتاد نسبت به سایر افراد جامعه در سطح پایین تری می باشد.

رانتر (۲۰۱۲) در تحقیقی به بررسی ویژگی های شخصیتی (درون گرایی و برون گرایی) و کیفیت زندگی در افراد معتاد پرداخت. نمونه این تحقیق شامل ۳۰ نفر از معتادان وابسته به هروئین در شهر استکهلم سوئد بود. نتایج این تحقیق نشان داد ویژگی شخصیتی برون گرایی در افراد معتاد بیشتر بود همچنین کیفیت زندگی در افراد معتاد نسبت به سطح نرمال جامعه پایین تر بود. ریچاردسون (۲۰۱۰) در تحقیقی به بررسی تاثیر حمایت اجتماعی در افزایش کیفیت زندگی بعد از درمان در افراد معتاد پرداخت. این تحقیق بر روی ۴۰ نفر از معتادین که برای ترک اقدام کرده بودند، اجرا شد. نتایج این تحقیق نشان داد که وجود حمایت اجتماعی بعد از ترک اعتیاد نقش به سزای در افزایش کیفیت زندگی و بهبود شرایط معتادان دارد. همچنین از دیگر نتایج این تحقیق می توان به این مورد اشاره کرد که وجود حمایت اجتماعی بازگشت به اعتیاد تا درصد بالایی کاهش پیدا می کند.

فینو (۲۰۱۳) در تحقیقی به بررسی مقایسه کیفیت زندگی و سرختی روانشناختی در افراد معتادی که اقدام به ترک کردند و معتادینی که تمایلی به درمان ندارند، پرداخت. نمونه این تحقیق شامل ۶۰ نفر از معتادین بودند که به روش نونه گیری سرشماری انتخاب شدند در دو گروه معتادینی که برای ترک اقدام کرده بودند و معتادینی که تمایلی به ترک نداشتند، قرار گرفتند. نتایج این تحقیق نشان داد که کیفیت زندگی در معتادینی که اقدام به ترک کردند نسبت به معتادینی که تمایلی به ترک نداشتند، در سطح بالاتری قرار داشت همچنین این تحقیق نشان داد سرسختی روانشناختی بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود نداشت.

#### ۴- روش تحقیق

طرح تحقیق حاضر از نظر کلی زیر مجموعه طرح های توصیفی می باشد. اما در شکل محدود و مشخص خود از نوع طرح های علی مقایسه ای می باشد.

#### ۴-۱- جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر مشتمل بر دو گروه آزمودنی بودند. گروه اول تحت عنوان گروه ترک اعتیاد عبارت بودند از کلیه افراد تحت درمان (بوپرنورفین و متادون) مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر زاهدان که به عنوان گروه های ترک اعتیاد در مطالعه شرکت نمودند. گروه دوم تحت عنوان گروه عادی عبارت بودند گروهی از افراد عادی (غیر معتاد) حاضر در بیمارستان ها و یا مراکز درمانی مختلف که به عنوان ملاقات کننده و یا همراهان بیماران حضور پیدا کرده بودند.

#### ۲-۴- نمونه آماری و روش نمونه‌گیری

از بین دو گروه افراد جامعه آماری تعداد ۱۰۰ پرسشنامه در اختیار هر یک از گروه‌ها (ترک اعتیاد و عادی) که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند قرار داده شد. از این تعداد ۸۹ پرسشنامه از گروه ترک اعتیاد و ۹۵ پرسشنامه از گروه عادی بازگردانده شد. روش نمونه‌گیری، نمونه‌گیری در دسترس بود.

#### ۳-۴- ابزار گردآوری داده‌ها

به منظور جمع‌آوری داده‌های لازم جهت بررسی اهداف پژوهش و همچنین آزمون فرضیات پژوهش از پرسشنامه کیفیت زندگی sf36 استفاده شد. پرسشنامه کیفیت زندگی sf36 یک پرسشنامه معتبر است و به طور گسترده برای ارزیابی کیفیت زندگی، به کار برده می‌شود. در ایران این فرم توسط منتظری و همکاران (۱۳۸۵) با روش ترجمه مجدد به فارسی برگردانده شده و روی ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا میانگین سنی ۳۵/۱ سال، که ۵۲ درصد آنها زن بودند، هنجاریابی شده است. ضریب پایایی گزارش شده برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰؛ به غیر از خرده‌مقیاس سرزندگی که ۰/۶۵ بوده است. در مجموع یافته‌ها نشان داده‌اند که نسخه ایرانی این پرسشنامه ابزاری مناسب برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی است.

هشت مقیاس پرسشنامه کیفیت زندگی در ۲ بعد سلامت جسمانی و سلامت روانی خلاصه می‌گردند. چهار خرده‌مقیاس اول شامل کارکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد جسمانی و سلامت عمومی در بعد "سلامت جسمانی" و ۴ خرده‌مقیاس آخر سلامت روانی شامل سرزندگی، کارکرد اجتماعی، نقش هیجانی و سلامت روانی می‌باشد. همچنین این پرسشنامه دارای یک سوال نیز می‌باشد که در آن فرد به ارزیابی سلامت خود در یک ماه گذشته می‌پردازد.

۱. خرده‌مقیاس کارکرد جسمانی: محتوای این خرده‌مقیاس شامل ۱۰ سوال است، که توانایی انجام فعالیت‌های زندگی مانند توجه کردن به نیازهای فردی، پیاده‌روی و نرمش را در بر می‌گیرد.
۲. خرده‌مقیاس نقش جسمانی: نقش محدودیت‌هایی که به سبب مشکلات جسمانی ایجاد می‌شود. محتوای این خرده‌مقیاس ۱۴ سوال است که به فعالیت‌های محدودکننده توانایی‌های جسمانی مربوط می‌شود.
۳. خرده‌مقیاس درد جسمانی: این خرده‌مقیاس دارای ۴ سوال است، که میزان احساس درد طی ۴ هفته گذشته و تداخل آن با فعالیت‌های روزمره فرد را ارزیابی می‌کند.
۴. خرده‌مقیاس سلامت عمومی: چهار سوال این خرده‌مقیاس سلامت عمومی را بر اساس ادراک فرد ارزیابی می‌کند.
۵. خرده‌مقیاس سرزندگی: این خرده‌مقیاس ۴ سوال دارد که محتوای آن در خصوص احساس چالاکتی، انرژی و خستگی است.
۶. خرده‌مقیاس کارکرد اجتماعی: این خرده‌مقیاس دارای ۲ سوال است که میزان تاثیر مشکلات جسمی و روانی را در انجام فعالیت‌های اجتماعی و ارتباط با خانواده، دوستان و سایر افراد جامعه مورد ارزیابی قرار می‌دهد.
۷. خرده‌مقیاس نقش هیجان: نقش محدودیت‌هایی که به سبب مشکلات هیجانی ایجاد می‌شود. این خرده‌مقیاس دارای ۳ سوال است که عوامل هیجانی تداخل‌کننده با کار و سایر فعالیت‌ها را ارزیابی می‌کند.
۸. خرده‌مقیاس سلامت روانی: این خرده‌مقیاس دارای ۵ سوال است که احساس افسردگی و اضطراب را می‌سنجد.

#### ۴-۴- روش گردآوری داده‌ها

به منظور توزیع پرسشنامه مربوط به گروه ترک اعتیاد، با مراجعه به مراکز ترک اعتیاد شهر زاهدان، از بین افراد تحت درمان مراجعه‌کننده به مراکز پس از توضیح اهداف پژوهش، پرسشنامه پژوهش در بین آندسته از افراد با سواد که تمایل به مشارکت در پژوهش داشتند توزیع شد. برای گروه عادی، در خود مراکز ترک اعتیاد از بین همراهان افراد مراجعه‌کننده، و همچنین در سطح بیمارستان‌های امام علی (ع) و نبی اکرم (ص) در ساعات ملاقات و در بین آندسته از افرادی که تمایل به مشارکت در پژوهش داشتند، پرسشنامه sf36 توزیع شد. ملاک ورود در پژوهش برای افراد عادی عدم وابستگی به مواد یا مشارکت در هر گونه برنامه ترک اعتیاد (بنا به اظهار خود افراد) و داشتن سواد لازم جهت تکمیل پرسشنامه‌ها بود.

#### ۵-۴- روش تجزیه تحلیل داده‌ها

به منظور توصیف متغیرهای پژوهش از برخی از شاخص‌های توصیفی همچون میانگین، انحراف استاندارد و واریانس استفاده شد. جهت آزمون فرضیات پژوهش، از آزمون t برای مقایسه میانگین نمونه‌های مستقل و همچنین تحلیل واریانس یکراهه استفاده شد. به منظور تسهیل محاسبات از نرم‌افزار آماری SPSS-20 استفاده شد.

#### ۵-۵- توصیف داده‌ها

برخی از شاخص‌های توصیفی مربوط به سن آزمودنی‌ها به تفکیک جنسیت در گروه‌های مورد مطالعه (یوپرنورفین - متادون - عادی) در جدول ۱-۴ ارائه شده است.

جدول ۱: برخی شاخص های توصیفی مربوط به سن آزمودنی ها

گروه	جنسیت	تعداد	کمترین نمره	بیشترین نمره	میانگین	انحراف استاندارد
بوپرنورفین	mard	16	18.00	43.00	32.0625	7.84405
	zan	16	13.00	51.00	31.3750	10.83128
متادون	mard	38	17.00	54.00	34.0000	8.55507
	zan	16	17.00	54.00	31.3950	10.17759
عادی	mard	54	17.00	54.00	32.7037	8.71267
	zan	38	23.00	56.00	36.2368	8.83309

جدول ۲: برخی شاخص های توصیفی مربوط به متغیر های پژوهش (نمره کل و ابعاد مختلف پرسشنامه SF36) به تفکیک گروه های مورد مطالعه

گروه متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین	
عملکرد جسمی	بوپرنورفین	32	58.9063	26.41891	10.00	100.00
	متادون	54	60.2778	24.07568	.00	100.00
	عادی	92	65.5435	24.72327	5.00	105.00
ایفای نقش جسمی	بوپرنورفین	32	194.5313	83.93891	50.00	400.00
	متادون	54	205.8544	98.98264	25.00	400.00
	عادی	92	206.9487	90.66029	29.50	404.50
درد بدنی	بوپرنورفین	32	48.4063	21.15665	12.00	100.00
	متادون	54	47.3889	23.63354	.00	100.00
	عادی	92	53.3883	22.36165	-3.00	97.00
سلامت عمومی	بوپرنورفین	32	52.7188	14.51636	25.00	87.00
	متادون	54	50.0741	17.73372	5.00	100.00
	عادی	92	58.5543	16.25644	12.00	107.00
سرزندگی	بوپرنورفین	32	48.5938	17.65413	10.00	75.00
	متادون	54	52.0370	16.09285	10.00	90.00
	عادی	92	53.8152	16.67856	13.00	93.00
عملکرد اجتماعی	بوپرنورفین	32	47.8438	24.03238	.00	100.00
	متادون	54	52.0926	20.66468	.00	100.00
	عادی	92	54.2174	21.76439	4.00	104.00
ایفای نقش هیجانی	بوپرنورفین	32	179.1875	94.97145	33.00	400.00
	متادون	54	199.7037	110.98149	.00	400.00
	عادی	92	203.2065	102.08836	5.00	405.00
بهداشت روان	بوپرنورفین	32	43.3750	17.60086	8.00	80.00
	متادون	54	47.0370	15.38311	8.00	88.00
	عادی	92	53.2174	16.31276	16.00	96.00
سلامت جسمانی	بوپرنورفین	32	80.6250	27.46581	44.00	150.00
	متادون	54	84.5185	28.72166	35.00	153.00
	عادی	92	364.4348	130.39250	142.00	685.00
سلامت روانی	بوپرنورفین	32	74.2500	27.33897	28.00	148.00
	متادون	54	80.9259	30.46672	15.00	153.00
	عادی	92	340.4565	133.03147	69.00	678.00
نمره کل (کیفیت زندگی)	بوپرنورفین	32	84.2813	29.55938	49.00	167.00
	متادون	54	90.6667	32.36117	29.00	165.00
	عادی	92	161.3696	52.73461	52.00	299.00

همچنانکه از جدول ۱ آشکار می‌شود تعداد آزمودنی‌ها در گروه بوپرنورفین ۳۲ نفر (زن=۱۶، مرد=۱۶)، در گروه متادون ۵۴ نفر (زن=۱۶، مرد=۳۸)، و در گروه عادی ۹۸ نفر (زن=۳۸، مرد=۵۴) نفر حضور داشتند. کمترین میانگین سن مربوط به گروه زنان ترک اعتیاد (۳۱،۷۵) و بیشترین مربوط به گروه مردان عادی (۳۲،۷۰) می‌باشد.

برخی از شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش (ابعاد مختلف و همچنین نمره کل پرسشنامه SF36 به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه محاسبه و در جدول ۲ ارائه شده است.

همچنانکه از جدول ۲ آشکار می‌شود در گروه‌های مورد مطالعه و در تمامی متغیرهای مورد بررسی، میانگین نمرات گروه عادی از میانگین نمرات دیگر گروه‌ها (بوپرنورفین و متادون) بیشتر است. علاوه بر این همچنانکه جدول ۳-۴ نشان می‌دهد، در گروه‌های ترک اعتیاد (بوپرنورفین و متادون)، به غیر از متغیرهای سلامت عمومی و درد بدنی، در دیگر متغیرها میانگین نمرات گروه متادون از گروه بوپرنورفین بیشتر است.

## ۶- تحلیل داده‌ها

همچنانکه جدول ۲ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات گروه‌های مختلف در متغیرهای مورد بررسی تفاوت‌هایی مشاهده می‌شود. به منظور بررسی این موضوع که آیا تفاوت‌های موجود بین گروه‌های مورد مطالعه با توجه به فرضیات پژوهش در متغیرهای مورد نظر از نظر آماری معنادار است یا خیر، از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه (ONEWAY-ANOVA) استفاده که نتایج به تفکیک فرضیات در ادامه ارائه شده است.

فرضیه ۱- بین میانگین نمرات کل کیفیت زندگی پرسشنامه SF36 در گروه‌های مورد بررسی، بوپرنورفین، متادون، و عادی تفاوت معناداری وجود دارد.

به منظور آزمون فرضیه اول پژوهش از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه و نیز آزمون تعقیبی LSD استفاده و نتایج به شرح جداول ۳ و ۴ ارائه شده است.

جدول ۳: جدول آنوا مربوط به فرضیه اول (متغیر کیفیت زندگی) (TOTAL SF36 Score)

منبع پراکندگی	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	Sig.
بین گروهی	238202.417	2	119101.208	62.095	.000
درون گروهی	335655.904	175	1918.034		
کل	573858.320	177			

همچنانکه از جدول ۳ آشکار می‌شود، دست کم بین دو گروه از سه گروه مورد مقایسه، میانگین نمرات کیفیت زندگی از نظر آماری متفاوت می‌باشد. به منظور تعیین این مطلب که این تفاوت بین کدام گروه‌ها می‌باشد از آزمون تعقیبی LSD استفاده و نتایج به شرح جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی LSD مربوط به کیفیت زندگی (Dependent Variable: TOTAL SF36 Score) (LSD)

گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	Sig.	فاصله اعتماد 95%	
					حد بالا	حد پایین
بوپرنورفین	متادون	-6.38542	9.77025	.514	12.8973	-25.6681
	عادی	-77.08832*	8.98814	.000	-59.3492	-94.8274
متادون	بوپرنورفین	6.38542	9.77025	.514	25.6681	-12.8973
	عادی	-70.70290*	7.50782	.000	-55.8854	-85.5204
عادی	بوپرنورفین	77.08832*	8.98814	.000	94.8274	59.3492
	متادون	70.70290*	7.50782	.000	85.5204	55.8854

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

همچنانکه از جدول ۴ آشکار می‌شود، تفاوت بین میانگین نمرات کیفیت زندگی تنها بین گروه عادی با گروه متادون، و همچنین گروه عادی با گروه بوپرنورفین از نظر آماری معنادار می‌باشد. در هر دو مورد میانگین نمرات کیفیت زندگی افراد عادی از گروه‌های ترک اعتیاد بالاتر می‌باشد. بر این اساس فرضیه اول پژوهش تایید می‌شود.



فرضیه ۲- بین میانگین نمرات بعد سلامت جسمانی کیفیت زندگی پرسشنامه SF36 در گروه های مورد بررسی، بوپرنورفین، متادون، و عادی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۵: جدول آنوا مربوط به فرضیه دوم (متغیر سلامت جسمانی) (Physical Health)

منبع پراکندگی	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	Sig.
بین گروهی	3519200.904	2	1759600.452	190.751	.000
درون گروهی	1614307.590	175	9224.615		
کل	5133508.494	177			

همچنانکه از جدول ۵ آشکار می شود، دست کم بین دو گروه از سه گروه مورد مقایسه، میانگین نمرات سلامت جسمانی از نظر آماری متفاوت می باشد. به منظور تعیین این مطلب که این تفاوت بین کدام گروه ها می باشد از آزمون تعقیبی LSD استفاده و نتایج به شرح جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی LSD مربوط به سلامت جسمانی (Dependent Variable: Physical Health) (LSD)

گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	Sig.	فاصله اعتماد 95%	
					حد پایین	حد بالا
بوپرنورفین	متادون	-3.89352	21.42651	.856	-46.1811	38.3941
	عادی	-283.80978*	19.71134	.000	-322.7123	-244.9072
متادون	بوپرنورفین	3.89352	21.42651	.856	-38.3941	46.1811
	عادی	-279.91626*	16.46492	.000	-312.4116	-247.4209
عادی	بوپرنورفین	283.80978*	19.71134	.000	244.9072	322.7123
	متادون	279.91626*	16.46492	.000	247.4209	312.4116

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

همچنانکه از جدول ۶ آشکار می شود، تفاوت بین میانگین نمرات سلامت جسمانی تنها بین گروه عادی با گروه متادون، و همچنین گروه عادی با گروه بوپرنورفین از نظر آماری معنادار می باشد. در هر دو مورد میانگین نمرات سلامت جسمانی افراد عادی از گروه های ترک اعتیاد بالاتر می باشد. بر این اساس فرضیه دوم پژوهش تایید می شود.

فرضیه ۳- بین میانگین نمرات بعد سلامت روانی کیفیت زندگی پرسشنامه SF36 در گروه های مورد بررسی، بوپرنورفین، متادون، و عادی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۷: جدول آنوا مربوط به فرضیه دوم (متغیر سلامت روانی) (Mental Health)

منبع پراکندگی	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	Sig.
بین گروهی	3052424.234	2	1526212.117	158.713	.000
درون گروهی	1682826.530	175	9616.152		
کل	4735250.764	177			

همچنانکه از جدول ۷ آشکار می شود، دست کم بین دو گروه از سه گروه مورد مقایسه، میانگین نمرات سلامت روانی از نظر آماری متفاوت می باشد. به منظور تعیین این مطلب که این تفاوت بین کدام گروه ها می باشد از آزمون تعقیبی LSD استفاده و نتایج به شرح جدول ۸ ارائه شده است.

جدول ۸: نتایج آزمون تعقیبی LSD مربوط به سلامت روانی (Dependent Variable: Mental Health) (LSD)

گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	Sig.	فاصله اعتماد 95%	
					حد بالا	حد پایین
bopernorfin	metadon	-6.67593	21.87651	.761	36.4998	-49.8517
	Normal	-266.20652*	20.12531	.000	-226.4870	-305.9261
metadon	bopernorfin	6.67593	21.87651	.761	49.8517	-36.4998
	Normal	-259.53060*	16.81072	.000	-226.3528	-292.7084
Normal	bopernorfin	266.20652*	20.12531	.000	305.9261	226.4870
	metadon	259.53060*	16.81072	.000	292.7084	226.3528

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

همچنانکه از جدول ۸ آشکار می شود، تفاوت بین میانگین نمرات سلامت روانی تنها بین گروه عادی با گروه متادون، و همچنین گروه عادی با گروه بوپرنورفین از نظر آماری معنادار می باشد. در هر دو مورد میانگین نمرات سلامت جسمانی افراد عادی از گروه های ترک اعتیاد بالاتر می باشد. بر این اساس فرضیه سوم پژوهش تایید می شود.

## ۷- نتیجه گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن بر اساس پرسشنامه SF36 در مراجعه کنندگان به مراکز ترک اعتیاد شهر زاهدان بود. گروه های ترک اعتیاد در این پژوهش عبارت بودند از آندسته از افراد تحت درمان (بوپرنورفین و متادون) مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر زاهدان. به منظور تعیین این مطلب که آیا از نظر متغیر های مورد بررسی در این پژوهش (کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن) تفاوتی بین این گروه از افراد یعنی گروه تحت درمان (بوپرنورفین و متادون) با افراد عادی (غیر معتاد) وجود دارد یا خیر، یک گروه از افراد غیر معتاد (بنا بر اظهار خود افراد) نیز انتخاب و پرسشنامه sf36 به عنوان یک ابزار چند بعدی سنجش کیفیت زندگی در اختیار آنها گذاشته شد.

نتایج آزمون فرضیات و همچنین تحلیل های آماری انجام شده بر روی داده های بدست آمده از گروه های مورد بررسی نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه های ترک اعتیاد و افراد عادی در کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن وجود دارد در همه متغیر ها در هر دو گروه ترک اعتیاد (بوپرنورفین و متادون) میانگین نمرات بطور معناداری از میانگین نمرات گروه عادی پایین تر بود. با این وجود بین دو گروه مورد بررسی تحت درمان (بوپرنورفین و متادون)، با وجود تفاوت های اندکی در میانگین نمرات، تفاوت معناداری در میانگین نمرات کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن مشاهده نشد.

تفاوت های موجود بین کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد با افراد عادی آنچنانکه در این پژوهش مشاهده شد همسو با دیگر تحقیقات انجام شده در ارتباط با کیفیت زندگی گروه های معتاد و ترک اعتیاد می باشد و بر این اساس یافته های این پژوهش با تحقیقات مرتبط همسو می باشد. به عنوان مثال، نتایج پژوهش علی نژاد، محمدی و جنایی (۱۳۹۵) در مقایسه کیفیت زندگی افراد معتاد و غیر معتاد با استفاده از پرسشنامه SF36 نشان داد که کیفیت زندگی در ۴ بعد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در گروه معتاد نسبت به افراد غیر معتاد بطور معناداری پایین تر است. در تحقیق نریمانی و قمری (۱۳۹۰) جهت مقایسه کیفیت زندگی افراد معتاد و غیر معتاد با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی SF36 نیز به همین ترتیب مشخص شد که کیفیت زندگی افراد معتاد در همه نسبت به افراد غیر معتاد در سطح پایین تری قرار دارند. نتایج تحقیق قمری و شمس (۱۳۹۱) نیز نشان داد که با شروع اعتیاد در فرد کیفیت زندگی و عوامل مربوط به آن کاهش پیدا می کند. نتایج پژوهش شمس آبادی و نژاد نادری (۱۳۸۸) در جهت بررسی تفاوت کیفیت زندگی در افراد معتاد و غیر معتاد همسو با دیگر پژوهش ها و همچنین تحقیق جاری نشان داد که بین افراد معتاد و غیر معتاد به لحاظ کیفیت زندگی و زیر مقیاس های آن تفاوت معنی داری وجود داشته و افراد معتاد در کیفیت زندگی و زیر مقیاس های آن نمرات کمتری گرفتند.

در ارتباط با گروه های ترک اعتیاد و یا گرایش افراد به اعتیاد و تاثیر آن بر کیفیت زندگی، همسو با پژوهش حاضر نتایج تحقیق باقری و همکاران (۱۳۹۰) نشان داد که کیفیت زندگی و ابعاد آن تاثیر به سزای در گرایش معتادین و اقدام به ترک دارد و معتادین که کیفیت زندگی بالاتر عامل مهمی در اقدام به ترک و افزایش سلامت روانی معتادین دارد. همچنین نتایج تحقیق سیرانی (۱۳۹۰) در بررسی کیفیت زندگی در گروه های ترک اعتیاد انجمن NA و متادون درمانی نشان داد که در بین گروه NA در بسیاری از جنبه های کیفیت زندگی بالاتر می باشد. ویسی (۱۳۹۲) در بررسی کیفیت زندگی معتادان در قبل و بعد از درمان در گروه های متادون درمانی با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی SF36 به این نتیجه رسید که قرار گرفتن در شروع درمان کیفیت زندگی معتادان را در بسیاری از جنبه ها بالا می برد. خسروی (۱۳۹۱) در تحقیقی خود پیرامون بررسی تفاوت کیفیت زندگی در معتادینی که به شیوه متادون درمانی و سایر روش های درمانی اقدام می نمایند به این نتیجه رسید که در مقایسه با جمعیت عمومی، معتادان تحت درمان متادون سطح بالایی از مشکلات سلامت روانی را نشان دادند و اکثراً اختلال های خلقی و عاطفی مانند افسردگی و اضطراب را تجربه کرده اند و کیفیت زندگی پایین تری نسبت به سایر افراد معتادی که روش های دیگر درمانی را

انتخاب کردند، نشان دادند. در مطالعه کریمی مقدم و همکاران (۱۳۹۰) پیرامون تفاوت کیفیت زندگی معنادانی که در جلسات درمانی معنادان گمنام شرکت کرده بودند در مقایسه با متادون درمانی نتایج نشان داد که کیفیت زندگی معنادانی که در جلسات معنادان گمنام شرکت کرده بودند بالاتر از معنادان تحت درمان با متادون بود. یافته‌های قیصری (۱۳۹۱) در بررسی تفاوت کیفیت زندگی و ابعاد آن در افراد معتاد در قبل و بعد از متادون درمانی نشان داد که کیفیت زندگی در افراد معتاد بعد از متادون درمانی نسبت به قبل تفاوت معنی داری دارد و در بحث ابعاد کیفیت زندگی، در بسیاری از ابعاد شرایط بهتر شده بود. نتایج پژوهش پارکر و جانسون (۲۰۰۸) در بررسی کیفیت زندگی در افراد معتاد و غیر معتاد در شهر لندن نشان داد که افراد معتاد در تمامی زیر مقیاس های کیفیت زندگی از افراد غیر معتاد نمرات کمتری کسب کردند.

در مجموع به نظر می رسد از آنجاییکه اعتیاد پیامدهای مختلفی بر جنبه های مختلف و ابعاد مختلف زندگی فرد چه در بعد شخصیتی و چه در ابعاد مختلف اجتماعی داشته و از طرف دیگر وابستگی به مواد در کنار محدودیت های فردی برای فرد معتاد در ابعاد مختلف جسمی و روانشناختی فرد را تحت تاثیر قرار داده و این موضوع به نوبه خود در تعاملات فرد با دیگر افراد خانواده و همچنین اجتماع مشکلات و محدودیت هایی ایجاد می نماید، به نظر می رسد کیفیت زندگی نیز به عنوان متغیری که می تواند تحت تاثیر همه این عوامل قرار گیرد، به شکل مناسبی با استفاده از پرسشنامه sf36 قابل اندازه گیری باشد. از طرف دیگر بر اساس پژوهش های انجام شده هر گونه پیشرفتی در برنامه درمان اعتیاد می تواند کیفیت زندگی فرد را تحت تاثیر قرار داده و این موضوع با توجه به حساسیت پرسشنامه sf36 قابل اندازه گیری می باشد.

در مجموع نتایج پژوهش حاضر همسو با دیگر پژوهش های مرتبط انجام شده نشان می دهد که افراد وابسته به مواد چه در مرحله درمان و یا غیر از آن از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار بوده و پرسشنامه sf36 ابزار مناسبی برای اندازه گیری کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد می باشد.

## منابع

۱. ابوالقاسمی، عباس (۱۳۸۵). آزمون های روانشناختی. اردبیل: انتشارات باغ رضوان.
۲. باقری، معصومه؛ نبوی، عبدالحسین؛ ملتفت، حسین؛ تقی پور، فاطمه (۱۳۸۹). بررسی عوامل اجتماعی موثر بر پدیده اعتیاد در شهر اهواز. جامعه شناسی کاربردی، ۲۱(۳۸)، ۱۱۹-۱۳۶.
۳. پیروی، حمید و همکاران (۱۳۸۹). ارتباط بین حمایت اجتماعی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه تهران. مجله تحقیقات نظام سلامت، ۲(۶۹).
۴. پرکینسون، روبرت (۱۳۸۹). آموزش همراهان معتاد. ترجمه نوروزی جویبانی، تهران
۵. پورمحمدرضای تجریشی، م. و میرزمانی بافقی، م (۱۳۹۰). ارتباط بین فعالیت سیستم های مغزی رفتاری، حمایت اجتماعی و افسردگی. فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی، ۷(۲۶)، ۲۲۳-۲۴۳
۶. ثامتی، ناهید (۱۳۹۰). ساخت و اعتبار یابی مقیاسی برای سنجش حمایت اجتماعی در دانشجویان. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید چمران اهواز.
۷. جوانمرد، غلامحسین (۱۳۹۰). بررسی عوامل اعتیاد در مراجعان مرکز معتادان خود معرف مراغه. مجله پیک نور، ۱(۴).
۸. خسروی، شمسعلی (۱۳۹۱). بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در جمعیت بالای ۱۵ سال شهری و روستایی شهر استان بروجن، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ۴(۴)، ۳۱-۳۹
۹. خسروی کبیر، زهرا و همکاران (۱۳۸۹). مقایسه هوش هیجانی و سلامت روان در معتادان به مواد مخدر و افراد عادی. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۱۸(۷۰)، ۹-۱۶
۱۰. دیماتو، ام رابین (۱۳۹۲). روانشناسی سلامت. ترجمه محمد کاویانی، محمد عباسپور و دیگران. تهران: انتشارات سمت.
۱۱. زینالی، علی (۱۳۸۹). بررسی زمینه های پیش اعتیادی معتادان و مقایسه آن با افراد سالم غیر معتاد، دانش و پژوهش در روان شناسی. فصلنامه دانشگاه اصفهان، شماره ۳، ص ۱۴۹-۱۶۸
۱۲. طیبی، کلثوم؛ ابوالقاسمی، عباس؛ محمودعلیلو، مجید (۱۳۹۱). مقایسه حمایت و محرومیت اجتماعی در معتادان به مواد مخدر و داروهای روان گردان و افراد بهنجار. مجله دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، ۱۲(۲)
۱۳. علی پور، احمد (۱۳۹۰). ارتباط حمایت اجتماعی با شاخص های ایمنی بدن در افراد سالم؛ بررسی مدل تاثیر کلی، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۱۲(۲)، صص: ۱۳۹-۱۳۴
۱۴. کریمی مقدم آرنی، ح. هاشمی، ت. و بیرامی، م. (۱۳۸۸). نقش باورهای غیرمنطقی، ادراکات خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در عود اختلال سوء مصرف مواد. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز، پایان نامه کارشناسی ارشد.
۱۵. معلمی، صدیقه و همکاران (۱۳۸۹)؛ مقایسه هوش معنوی و سلامت روان در افراد معتاد و غیر معتاد، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۱۸(۳)، صص ۲۳۵-۲۴۲
۱۶. مهربانی، پیام (۱۳۹۰). بررسی مقایسه ای سلامت روانی دانشجویان دانشگاههای علوم پزشکی و فنی مهندسی بابل، پایان نامه کارشناسی رشته پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل.

17. Le Moal M, Kooh GF(2007).Drug addiction: pathways to the disease and pathophysiological perspective.Eur Neuropsychopharmacol.;13:377-93
18. McLellan AT,Chalk M,Bartlett J(2011). outcomes performance, and quality whats the difference. Journal substanceabuse treatment.;32:331-40
19. ShojaeKazemi M(2009). The effects of heroin dependent patients in family practice. Journal of Addiction.; (6):51-48(In Persian)
20. Department of health and human Services national Institutes of health national institute on Drug abuse(2013);NIDA.P:1-28
21. Abbasi S,Tazyky S, Moradi, A(2012). Template based on drug abuse demographic factors Drmtadyn reader Gorgan.Journal Golestan University of Medical Sciences.;8(1):22-27(Persian)
22. Farhoudian A(2009),"et al".evaluated knowledge and attitudes of a group of Armenians in Tehran and drug addiction. Journal Membership cognitive.;10(2):9-20(In Persian)
23. Akhtar M(2007), M. The sociology of addction. St ed 1. Publisher Moelf.
24. Akbarizardkhaneh S,Rostamami R,Zaream M(2009).The relationship between Emotional Intelligence defence mechanisms and addiction.Journal of Iranian psychologicalsis.2009;4(15):293-303(In Persian)
25. Nourani Poor R(2011). study the causes of drug addiction will change the mood, and behavior and methods of effective addiction counseling, addiction studies.;2(6):13-54 (In Persian)
26. Emamipoor S, Shams H, Sdrasadat J, Nadry S(2010). Comparison of psychological differences, quality of life in four men Mtadmbtla AIDS, non-addicted patients with AIDS, AIDS patients and healthy unwonted. Journal of
27. Medical Sciences University to the city.;10(1):69-77
28. Ekhtiari H(2011). Qualitative study of garlic in the treatment of addiction related materials Afyuni seekers women in Tehran. Journal of Addiction.;2 (6):40-47
29. Aman F,Sadeghiyeh (2012). Pattern of changes in drug addicts referred to addiction centers.Journal of Ardabil University of Medical Sciences.; 5(3): 220-224
30. Afyuni Perspective B(2010) drug addicts to accept treatment and follow-up Introduction Welfare Organization of Zanjan. Journal of Zanjan University of Medical Sciences.;15(59):85-94
31. Kaplan H, sadok v(2007).comprehensive text book of psychiatry, 9 edition, volume one, philadelphia, Lippincott company. ;477-551
32. Rossi J, Rucci P,A vallotta, Gilrell M,Scandolari A, Zerbetto E(2013).et al. Dual diagnosis and quality of life in ientspat in treatment for opioud Misuse use subst dependence.2005;40(12):1765-1776
33. Joy A, Drvyz-h Z, Purshhryary M(2011).. Effectiveness of communication skills training increase marital spouses and prevention of drug addicts to man in Tehran. Quarterly addiction studies.;2(7):3-2823- Wong
34. Rantereta al(2012).An Instrument to assess Mental Patients Capaity to appraise and report subjective quality of Life. Journal quality Life Res.;14(3):687-694
35. Cambell SW,Kelley M(2008). Mobile Phone use among Aloholic Anonymous Members: New sites for Reovery. New Sites for recovery. New Media & So.;10(6):915-933s
36. Javare R(2009). Comparson of parent- child relations between addicton and non addict women of London province.Journal of Addiction.;2 (3):70-7