

رابطه بین کیفیت زندگی و صفات شخصیتی در افراد معتاد

سید سعید پورنقاش تهرانی^۱، مجتبی حبیبی^۲، سعید ایمانی^۳

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف، بررسی اثر پیش‌بینی‌پذیری کیفیت زندگی از روی صفات شخصیتی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن، وضعیت اشتغال شامل شاغل و بی‌کار، جنسیت، نوع ماده مصرفی به تفکیک سه نوع تقسیم‌بندی کلی شامل سوء مصرف مواد افیونی، محرک‌ها و چند مصرفی) در افراد معتاد انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش ۲۰۰ آزمودنی به صورت تصادفی از بین معتادان خودمعرف مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران انتخاب شدند و به فرم کوتاه مقیاس ۲۶ سؤالی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-Brief) یا (World health organization quality of life) و فرم کوتاه ۵۶ سؤالی صفات شخصیتی Cloninger (TCI) یا (Cloninger's temperament and character inventory) پاسخ دادند. داده‌های خام با استفاده از ضریب همبستگی Pearson و رگرسیون خطی گام به گام سلسله مراتبی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: متغیرهای خودهدایت‌گری، پشتکار و وضعیت اشتغال با تبیین ۳۳ درصد از واریانس نمره کل کیفیت، خودهدایت‌گری و پشتکار با تبیین ۱۶ درصد از واریانس کیفیت زندگی از بعد جسمانی، خودهدایت‌گری، پاداش وابستگی و وضعیت اشتغال با تبیین ۳۴ درصد از واریانس کیفیت زندگی از بعد روان‌شناختی، خودهدایت‌گری و وضعیت اشتغال با تبیین ۲۰ درصد از واریانس کیفیت زندگی از بعد اجتماعی و خودهدایت‌گری و وضعیت اشتغال با تبیین ۲۶ درصد از واریانس کیفیت زندگی از بعد ارتباط با محیط اثر پیش‌بینی‌کنندگی معنی‌داری به لحاظ آماری داشتند.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد با تشدید صفات شخصیتی خودهدایت‌گری و پاداش وابستگی و کاهش صفات پشتکار و بی‌کاری در افراد سوء مصرف کننده مواد، کیفیت زندگی کاهش می‌یابد.
واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، صفات شخصیتی، معتاد

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۹۰/۱۲/۴

پذیرش مقاله: ۹۱/۵/۲۱

مقدمه

داده‌اند که سوء مصرف مواد افیونی، آرام‌بخش‌ها و الکل با کیفیت زندگی پایین مرتبط است (۶). همچنین بر طبق مطالعات انجام شده، سلامت روانی و جسمی در مصرف

اعتیاد ارتباط تنگاتنگی با آسیب‌های جسمی و روانی دارد و سلامت و امنیت فرد را تهدید می‌کند (۵-۱). تحقیقات نشان

۱- دانشیار، روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)
Email: spournaghash@yahoo.com

۲- استادیار، روان‌شناسی سلامت، پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی دانشگاه تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

کنندگان مواد افیونی در مقایسه با جمعیت عمومی و بیماران جسمی بدتر است، اما با بیماری‌های روان‌پزشکی برابر است (۸، ۷).

مطالعات نشان داده‌اند که در افراد معتاد به مواد افیونی، همپوشی علایم روان‌پزشکی به خصوص افسردگی و اضطراب رابطه منفی مستقیمی با کیفیت زندگی دارند (۱۲-۸). سوء مصرف کنندگان هرویین که مبتلا به اختلال شخصیت هم بوده‌اند، کیفیت زندگی پایین‌تری را نسبت به معتادانی که اختلال شخصیت نداشتند، نشان داده‌اند (۱۳). شروع و سابقه مشکلات خانوادگی و اجتماعی از دیگر عوامل مرتبط با کیفیت زندگی در اعتیاد طولانی مدت به اپیوت‌ها می‌باشد (۱۴). بنابراین، همه مطالعات انجام شده مشخص کردند که سوء استفاده از مواد مخدر با کیفیت زندگی پایین‌تر همراه است.

تحقیقات فراوانی تأثیر منابع شخصی روی مقابله با بیماری مزمن را بررسی کرده‌اند. بیشتر آن‌ها بر عوامل شخصیتی مورد انتظار مثل گرایش به خوش‌بینی، اعتقاد به منبع درونی کنترل و عقاید خودکارامدی تأکید می‌کنند (۱۵). با توجه به نظریه Lazarus و Folkman درباره استرس و مقابله با آن، عقاید مثبت روی ارزیابی اولیه و ثانویه موقعیت‌های بالقوه استرس‌زا تأثیر می‌گذارند؛ به طوری که پذیرش تهدید و ارزیابی مثبت گزینه‌های منابع مقابله را افزایش می‌دهند (۱۶). گرایش به خوش‌بینی یکی از رایج‌ترین و اثبات شده‌ترین عوامل پیش‌بینی کننده برای مقابله موفق در میان افراد مبتلا به بیماری مزمن است. بعضی از تحقیقات تأثیر سودمند اعتقاد به منبع درونی کنترل را روی سازگاری و بهزیستی بیماران گزارش کردند (۱۷). علاوه بر این، عقاید خودکارامدی نیز مقابله و سازگاری را در بیماران پیش‌بینی می‌کنند (۱۸).

از میان حالت‌های درونی ساختار شخصیت، سلطه‌گری، خودمختاری، ادراک کنترل، حس یکپارچگی در زندگی، خودکارامدی و عزت نفس عوامل و پیش‌بینی کننده‌های میانجی مهمی در ارزیابی کیفیت زندگی هستند. Kentros و

همکاران با استفاده از یک نمونه به نسبت کوچک از افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا یا اسکیزوافکتیو نشان دادند که کیفیت زندگی به طور مثبتی با برون‌گرایی و سازگاری و به صورت منفی با روان رنجورخویی همبستگی دارد (۱۹).

Cloninger یک مدل روان‌شناختی از شخصیت را بر اساس هفت بعد متشکل از چهار بعد سرشتی شامل نوجویی، آسیب‌گریزی، وابستگی به پاداش و پافشاری که در طول زندگی پایدار هستند و سه بعد شخصیتی شامل خودهدایتگری، مشارکت و خودارتقایی که در واکنش به تجربیات زندگی و یادگیری اجتماعی به وجود می‌آیند، ارایه داد (۲۰). این ابعاد به وسیله پرسش‌نامه خلق و خو و منش Cloninger (Cloninger's temperament and character inventory) یا (TCI) اندازه‌گیری می‌شوند. علاوه بر اختلالات عاطفی، اختلالات شخصیتی، همبودترین تشخیص برای افراد مبتلا به سوء مصرف مواد است (۲۲، ۲۱).

Shen و همکاران مدل‌های پیش‌آگهی را برای پیش‌بینی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بیماران قلبی که برنامه توان‌بخشی را دنبال می‌کردند، ابداع کردند و به این نتیجه رسیدند که خصومت به طور مستقیم روی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی و به صورت غیر مستقیم روی افسردگی تأثیر می‌گذارد (۲۴، ۲۳). همچنین شخصیت با موقعیت‌ها تعامل می‌کند و این تعامل دو سوبه روی تجربه ذهنی موقعیت اثر دارد (۲۵).

در برخی بیماری‌ها به خصوص بیماری‌های روانی، کیفیت زندگی با خصوصیات شخصیتی مثل روان رنجورخویی و پایگاه کنترل ارتباط دارد (۲۹-۲۶). ویژگی‌های شخصیتی مثل روان رنجورخویی و ناگویی هیجانی با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به التهاب روده مرتبط است (۳۱، ۳۰). همچنین، از دیدگاه بیماری‌های روان‌تنی و تأثیر شخصیت بر آن‌ها، بیماران مبتلا به التهاب روده خشم خود را نشان نمی‌دهند و به همین دلیل با سطح بالایی از بیماری‌های جسمی و ذهنی و عادت‌های مضر برای سلامتی و تعارضات بین فردی مواجه شده و در نتیجه کیفیت کلی زندگی در آن‌ها کاهش می‌یابد (۳۲).

مواد و روش‌ها

پژوهش توصیفی- مقطعی حاضر بر روی تمامی معتادان خودمعرف مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران انجام شد که از میان آن‌ها نمونه‌ای به حجم ۲۰۰ نفر جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند. به لحاظ توزیع جمعیت‌شناختی و از نظر سنی، حداقل و حداکثر سن آزمودنی‌ها به ترتیب ۱۶ و ۶۵ سال (میانگین ۳۳/۸۲ سال و دامنه تغییرات ۴۹)، از نظر جنسیت آزمودنی‌ها تعداد ۱۳ نفر زن (۶/۵ درصد)، ۱۸۶ نفر مرد (۹۳/۰ درصد) و ۱ نفر نامشخص، از نظر تحصیلات ۴ نفر بی‌سواد (۲/۰ درصد)، ۳۸ نفر ابتدایی (۱۹/۰ درصد)، ۱۳۵ نفر متوسطه (۶۷/۵ درصد)، ۱۷ نفر کارشناسی (۸/۵ درصد)، ۳ نفر کارشناسی ارشد و بالاتر (۱/۵ درصد) و ۳ نفر نامشخص (۱/۵ درصد)، از نظر اشتغال تعداد ۸۸ نفر شاغل (۴۴/۰ درصد) و ۱۱۲ نفر بی‌کار (۵۶/۰ درصد)، از نظر وضعیت منزل مسکونی ۸۲ نفر استیجاری (۴۱/۰ درصد)، ۱۱۵ نفر شخصی (۵۷/۵ درصد) و ۳ نفر نامشخص (۱/۵ درصد)، از نظر تعداد افراد خانواده ۸ نفر به تنهایی (۴/۰ درصد)، ۲ نفر در خانواده دارای ۱۰ نفر عضو خانوار (۱/۰ درصد) زندگی می‌کردند و حداقل، حداکثر و میانگین تعداد افراد خانواده ۱، ۱۰ و ۴ نفر بودند، از نظر نوع ماده مصرفی ۲۸ نفر هرویین (۱۴/۰ درصد)، ۴۵ نفر تریاک (۲۲/۵ درصد)، ۱۰ نفر سفید یا سیاه (۵/۰ درصد)، ۸ نفر شیشه (۴/۰ درصد)، ۲۸ نفر کراک (۱۴/۰ درصد)، ۱ نفر متادون (۰/۵ درصد)، ۱ نفر ترامادول (۰/۵ درصد)، ۲ نفر حبشیش (۱/۰ درصد)، ۴ نفر روان‌گردان (۲/۰ درصد)، ۳ نفر ریتالین (۱/۵ درصد)، ۴ نفر شیره (۲/۰ درصد)، ۶۱ نفر چند مصرفی (۳/۰ درصد) و ۵ نفر نامشخص (۲/۵ درصد)، از نظر مدت زمان مصرف در گروه نمونه حداقل و حداکثر ۱ و ۳۳ سال (با میانگین ۹/۰۷ سال و دامنه تغییرات ۷/۵) و از نظر سابقه بیماری روانی ثبت شده در پرونده ۱۱ نفر افسردگی (۵/۵ درصد)، ۲ نفر اختلال استرس پس از سانحه (۱/۰ درصد)، ۳ نفر اضطرابی (۱/۵ درصد)، ۱۰ نفر اختلال افسردگی دو قطبی (۵/۰ درصد)، ۳ نفر وسواس (۱/۵ درصد)،

اعتقاد به منبع درونی کنترل باعث افزایش پذیرش و حفظ بهزیستی در طول درماندگی و افزایش جستجوی اطلاعات مرتبط با سلامتی شده که به طور کلی کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد (۳۳). همچنین، شخصیت نوع D با کیفیت زندگی پایین‌تر و سلامت کمتر همراه است (۳۴).

از آن جا که هدف برنامه‌های درمان فردی از جمله سم‌زدایی، درمان‌های دارویی و روان‌درمانی، قطع وابستگی به مواد و بازگرداندن فرد معتاد به چرخه زندگی اجتماعی، فردی، خانوادگی، تحصیلی و کاری و ارتقای کیفیت زندگی است، وجود ویژگی‌های شخصیتی و داشتن کیفیت پایین زندگی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی خاصی باعث می‌شود که تمام تلاش‌های درمانی هم چون «ساخت خانه‌ای روی آب روان باشد».

به عبارت دیگر، تضمین ایجاد و حتی تداوم امید به درمان و زندگی، نیازمند توجه به عوامل تهدید کننده زندگی معتادان است. بنابراین تدوین برنامه‌های پیش‌گیری در سطح دوم و سوم، تداوم فرایند درمان و هر گونه سیاست‌گذاری در سطح کلان نیازمند توجه به مسأله کیفیت زندگی و عوامل خطر ساز شخصیتی در افراد معتاد می‌باشد.

با توجه به نتایج پژوهش‌های بالا، منطقی به نظر می‌رسد که افراد دارای سوء مصرف مواد از نظر کیفیت زندگی و ویژگی‌های شخصیتی غربال شده و برای مداخلات درمانی اختصاصی‌تر سوق داده شوند. بر خلاف وجود مطالعاتی در خصوص بررسی رابطه کیفیت زندگی و شخصیت در جمعیت عادی و گروه بیماران مزمن جسمانی، مطالعات محدودی این مسأله را در بین افراد معتاد بررسی کرده است. پژوهش حاضر در همین راستا و با هدف، تعیین رابطه میان ویژگی‌های شخصیتی و جمعیت‌شناختی (سن، وضعیت اشتغال شامل شاغل و بی‌کار، جنسیت، نوع ماده مصرفی به تفکیک سه نوع تقسیم‌بندی کلی شامل سوء مصرف مواد افیونی، محرک‌ها و چند مصرفی) با کیفیت زندگی از بعد جسمانی، روان‌شناختی، روابط اجتماعی و ارتباط با محیط در افراد معتاد جامعه ایرانی صورت گرفت.

۵ نفر اختلال اضطرابی همراه با افسردگی (۵/۰ درصد) و ۱۶۶ نفر نامشخص (۸۳/۰ درصد) گزارش شدند.

روش اجرای پژوهش

جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی معتادان خودمعرف مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران تشکیل می‌دادند که از میان آن‌ها نمونه‌ای به حجم ۲۰۰ نفر جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای بود، به این ترتیب که ابتدا از میان مراکز ترک اعتیاد شهر تهران، چند مرکز به صورت تصادفی انتخاب و نمونه مورد بررسی از میان افراد مراجعه کننده جهت ترک اعتیاد در این مراکز گزینش شد.

ابتدا ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش محاسبه و در مرحله بعد برای بررسی اثر پیش‌بینی متغیرهای پیش‌بین روی ملاک، از آماره رگرسیون خطی سلسله مراتبی به روش گام به گام (برای بالا بردن حساسیت و دقت آماری در انتخاب متغیرهای پیش‌بین) استفاده گردید. در نهایت اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS^{۲۰} مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

فرم کوتاه مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (World health organization quality of life یا WHOQOL-Brief): این مقیاس در

سال ۱۹۹۴ زیر نظر سازمان بهداشت جهانی برای ارزیابی کیفیت زندگی در چهار بعد سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و ارتباط با محیط طراحی شد. در ایران فرم کوتاه ۲۶ سؤالی آن توسط نصیری و همکاران ترجمه و اعتباریابی و ساختار عاملی آن تأیید گردید (۳۵). در مطالعه دیگری نجاتی و همکاران این مقیاس را به روش ضریب Cronbach's alpha در جمعیت سالم و در ابعاد سلامت جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و ارتباط با محیط به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۳، ۰/۵۵ و ۰/۸۴ و ضریب اعتبار بازآزمایی پس از دو هفته ۰/۷ را گزارش کردند (۳۶).

فرم کوتاه مقیاس خلق و خو و منش Cloninger's TCI) این مقیاس در سال ۱۹۸۷ توسط کلونینگر در هفت بعد خودفراروی، تعاون، خودهدایتگری، پشتکار، پاداش وابستگی، نوجویی و آسیب‌گریزی طراحی شد. فرم کوتاه ۵۶ سؤالی آن در ایران (۲۲) ترجمه و اعتباریابی و ساختار عاملی آن تأیید گردید. ضریب اعتبار این مقیاس به روش Cronbach's alpha در جمعیت سالم و در ابعاد خودفراروی، تعاون، خودهدایتگری، پشتکار، پاداش وابستگی، نوجویی و آسیب‌گریزی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۳، ۰/۷۳، ۰/۵۳، ۰/۶۴، ۰/۶۶ و ۰/۸۵ و ضریب اعتبار به روش بازآزمایی پس از دو هفته ۰/۸۷ گزارش شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر برای بررسی رابطه بین صفات شخصیتی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (وضعیت مسکن، وضعیت اشتغال، جنسیت، نوع ماده مصرفی به تفکیک نوع تقسیم‌بندی کلی شامل مواد افیونی، محرک‌ها و چند مصرفی) با کیفیت زندگی در معتادان از ماتریس همبستگی و رگرسیون خطی سلسله مراتبی استفاده شد.

بررسی نتایج ماتریس همبستگی Pearson بر روی صفات شخصیت با ابعاد کیفیت زندگی در گروه معتادان مواد افیونی (با حجم نمونه ۱۱۶ نفر) نشان داد که ویژگی شخصیتی خودفراروی با وضعیت کلی سلامت روان‌شناختی ($r = ۰/۱۹$ و $P < ۰/۰۵$) و وضعیت کلی سلامت جسمانی ($r = ۰/۲۴$ و $P < ۰/۰۱$)، ویژگی شخصیتی پشتکار با کیفیت زندگی از بعد جسمانی ($r = ۰/۲۷$ و $P < ۰/۰۵$)، اجتماعی ($r = ۰/۲۷$ و $P < ۰/۰۱$) و نمره کل کیفیت زندگی ($r = ۰/۲۱$ و $P < ۰/۰۵$) و ویژگی شخصیتی نوجویی با کیفیت زندگی از بعد اجتماعی ($r = ۰/۲۶$ و $P < ۰/۰۱$) و وضعیت کلی سلامت جسمانی ($r = ۰/۱۹$ و $P < ۰/۰۵$) همبستگی مثبت معنی‌داری به لحاظ آماری داشت. از طرفی دیگر، ویژگی شخصیتی خودهدایتگری با کیفیت زندگی از بعد جسمانی ($r = -۰/۳۵$ و $P < ۰/۰۱$)

کیفیت زندگی ($r = -0.79$ و $P < 0.01$) به لحاظ آماری همبستگی منفی معنی‌داری وجود داشت. بررسی نتایج ماتریس همبستگی Pearson صفات شخصیت با ابعاد کیفیت زندگی در گروه معتادان چند ماده‌ای (با حجم نمونه ۶۱ نفر) نشان داد که بین ویژگی شخصیتی خودهدایتگری با کیفیت زندگی از بعد روان‌شناختی ($r = -0.46$ و $P < 0.05$) و وضعیت کلی سلامت روان‌شناختی ($r = -0.29$ و $P < 0.05$) و نمره کل کیفیت زندگی ($r = -0.32$ و $P < 0.05$) همبستگی منفی معنی‌داری به لحاظ آماری وجود داشت.

از طرف دیگر، بین ویژگی شخصیتی پشتکار با کیفیت زندگی از بعد وضعیت کلی سلامت جسمانی ($r = -0.26$ و $P < 0.05$) و ویژگی شخصیتی پاداش وابستگی با کیفیت زندگی از بعد وضعیت کلی سلامت جسمانی ($r = -0.32$ و $P < 0.05$) و ویژگی شخصیتی نوجویی با کیفیت زندگی از بعد وضعیت کلی سلامت جسمانی ($r = -0.35$ و $P < 0.05$) و ویژگی شخصیتی آسیب‌گریزی با کیفیت زندگی از بعد وضعیت کلی سلامت جسمانی ($r = -0.33$ و $P < 0.05$) همبستگی مثبت معنی‌داری به لحاظ آماری وجود دارد.

نتایج جدول ۲ حاکی از آن است که صفات شخصیتی، ۲۹ درصد از تغییرات نمره کل کیفیت زندگی را در معتادان تبیین می‌کند [$(F_{(7, 183)} = 10.69$ و $P < 0.01)$] که با اضافه شدن ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در گام بعدی مقدار تبیین واریانس متغیر وابسته به ۳۳ درصد افزایش یافت ($\Delta R = 0.22$, $\Delta F_{(4, 179)} = 2.77$ و $P < 0.05$).

روان‌شناختی ($r = -0.46$ و $P < 0.01$)، روابط اجتماعی ($r = -0.37$ و $P < 0.01$)، ارتباط با محیط ($r = -0.43$ و $P < 0.01$)، وضعیت کلی سلامت روان‌شناختی ($r = -0.42$ و $P < 0.01$)، وضعیت کلی سلامت جسمانی ($r = -0.30$ و $P < 0.01$) و نمره کل کیفیت زندگی ($r = -0.49$ و $P < 0.01$) و ویژگی شخصیتی پاداش وابستگی با کیفیت زندگی از بعد روان‌شناختی ($r = -0.20$ و $P < 0.05$) همبستگی منفی معنی‌داری به لحاظ آماری داشت.

بررسی نتایج ماتریس همبستگی Pearson صفات شخصیت با ابعاد کیفیت زندگی در گروه معتادان مواد محرک (با حجم نمونه ۱۷ نفر) نشان داد که بین ویژگی شخصیتی پشتکار با کیفیت زندگی از بعد جسمانی ($r = 0.57$ و $P < 0.05$) و ویژگی شخصیتی نوجویی با کیفیت زندگی از بعد جسمانی ($r = 0.50$ و $P < 0.01$)، روان‌شناختی ($r = 0.60$ و $P < 0.01$)، وضعیت کلی سلامت جسمانی ($r = 0.62$ و $P < 0.01$) و نمره کل کیفیت زندگی ($r = 0.61$ و $P < 0.01$) و ویژگی شخصیتی آسیب‌گریزی با کیفیت زندگی از بعد جسمانی ($r = 0.50$ و $P < 0.05$) همبستگی مثبت معنی‌داری به لحاظ آماری وجود داشت.

بین ویژگی شخصیتی خودفراروی با کیفیت زندگی از بعد اجتماعی ($r = -0.20$ و $P < 0.05$) و ارتباط با محیط ($r = -0.58$ و $P < 0.05$) و ویژگی شخصیتی خودهدایتگری با کیفیت زندگی از بعد روان‌شناختی ($r = -0.73$ و $P < 0.01$)، روابط اجتماعی ($r = -0.52$ و $P < 0.05$)، ارتباط با محیط ($r = -0.90$ و $P < 0.01$)، وضعیت کلی سلامت روان‌شناختی ($r = -0.57$ و $P < 0.05$) و نمره کل

جدول ۱. ماتریس همبستگی بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی با صفات شخصیتی در معتادان (تعداد: ۲۰۰ نفر)

کیفیت زندگی	خودفراروی	تعاون	خودهدایتگری	پشتکار	پاداش وابستگی	نوجویی	آسیب‌گریزی
جسمی	0.08	0.04	-0.25**	-0.14*	-0.02	0.04	-0.03
روان‌شناختی	0.09	-0.04	-0.48**	0.11	-0.15*	0.12	-0.09
روابط اجتماعی	0.13	0.04	-0.31**	-0.18*	-0.01	0.18*	-0.12
ارتباط با محیط	0.01	-0.07	-0.42**	0.06	-0.11	0.10	-0.02
وضعیت کلی سلامت روان‌شناختی	0.12	-0.07	-0.40**	0.13	-0.01	0.16*	-0.09
وضعیت کلی سلامت جسمانی	0.21**	0.10	-0.29**	0.26**	0.11	0.27**	0.23**
نمره کلی کیفیت زندگی	0.10	-0.01	-0.47**	0.15*	-0.08	0.14*	-0.08

* $P < 0.05$

** $P < 0.01$

جدول ۲. رگرسیون نمره کل کیفیت زندگی از روی صفات شخصیتی و متغیرهای جمعیت‌شناختی

صفات شخصیتی	B	S.E	Beta	t	P	R	R ²	F	P
مقدار ثبات	۱۰۴/۶۵	۱۲/۶۱	-	۸/۳۰	۰/۰۱				
خودفراروی	۰/۲۳	۰/۲۲	۰/۱۰	۱/۰۳	۰/۳۰				
تعاون	۰/۵۷	۰/۳۲	۰/۱۷	۱/۷۶	۰/۰۸				
خودهدایتگری	-۱/۱۹**	۰/۲۰	-۰/۴۴	-۵/۸۷	۰/۰۱	۰/۵۷۶	۰/۳۳۲	۸/۰۷	۰/۰۱
پشتکار	۰/۶۹**	۰/۳۱	۰/۲۴	۲/۲۵	۰/۰۳				
پاداش وابستگی	-۰/۵۰	۰/۲۶	-۰/۱۹	-۱/۹۶	۰/۰۵				
نوجویی	-۰/۲۳	۰/۳۰	-۰/۰۷	-۰/۷۵	۰/۴۵				
آسیب‌گریزی	-۰/۲۷	۰/۳۷	-۰/۰۹	-۰/۷۴	۰/۴۶				
سن	-۰/۰۵	۰/۱۱	-۰/۰۳	-۰/۴۹	۰/۶۲				
جنسیت	-۱/۵۳	۴/۳۱	-۰/۰۲	-۰/۳۶	۰/۷۲				
اشتغال	-۶/۹۹**	۲/۱۵	-۰/۲۱	-۳/۲۶	۰/۰۱				
نوع ماده مصرفی	۰/۸۱	۱/۱۲	۰/۰۴	۰/۷۲	۰/۴۷				

*P < ۰/۰۵

**P < ۰/۰۱

جدول ۳. رگرسیون کیفیت زندگی از بعد جسمانی از روی صفات شخصیتی و متغیرهای جمعیت‌شناختی

صفات شخصیتی	B	S.E	Beta	t	P	R	R ²	F	P
مقدار ثبات	۲۵/۵۵	۳/۷۶	-	۶/۷۹	۰/۰۱				
خودفراروی	۰/۰۴	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۶۲	۰/۵۳				
تعاون	۰/۲۰*	۰/۱۰	۰/۲۳	۲/۰۸	۰/۰۴				
خودهدایتگری	-۰/۱۹**	۰/۰۶	-۰/۲۶	-۳/۱۰	۰/۰۲	۰/۴۰	۰/۱۶	۳/۰۴	۰/۰۱
پشتکار	۰/۲۵**	۰/۰۹	۰/۳۴	۲/۷۸	۰/۰۶				
پاداش وابستگی	-۰/۱۱	۰/۰۸	-۰/۱۶	-۱/۴۵	۰/۱۵				
نوجویی	-۰/۱۳	۰/۰۹	-۰/۱۶	-۱/۴۷	۰/۱۴				
آسیب‌گریزی	-۰/۱۷	۰/۱۱	-۰/۲۱	-۱/۵۱	۰/۱۳				
سن	-۰/۰۲	۰/۰۳	-۰/۰۴	-۰/۵۳	۰/۶۰				
جنسیت	-۰/۲۶	۱/۲۸	-۰/۰۱	-۰/۲۰	۰/۸۴				
اشتغال	-۱/۱۸	۰/۶۴	-۰/۱۴	-۱/۸۵	۰/۰۷				
نوع ماده مصرفی	۰/۲۹	۰/۳۳	۰/۰۶	۰/۸۷	۰/۳۸				

*P < ۰/۰۵

**P < ۰/۰۱

($\Delta R = ۰/۰۳$, $\Delta F_{(۴, ۱۷۹)} = ۱/۰۶$ و $P = ۰/۳۷$)

نتایج جدول ۴ حاکی از آن است که صفات شخصیتی، ۳۱ درصد از تغییرات کیفیت زندگی از بعد روان‌شناختی را در معتادان تبیین می‌کند ($P < ۰/۰۱$ و $F_{(۷, ۱۸۳)} = ۱۱/۷۰$) که با اضافه شدن ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در گام بعدی مقدار

نتایج جدول ۳ حاکی از آن است که صفات شخصیتی، ۱۴ درصد از تغییرات کیفیت زندگی از بعد جسمانی را در معتادان تبیین می‌کند ($P < ۰/۰۱$ و $F_{(۷, ۱۸۳)} = ۴/۱۶$) که با اضافه شدن ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در گام بعدی مقدار تبیین واریانس متغیر وابسته به ۱۶ درصد افزایش یافت

تیبین واریانس متغیر وابسته به ۳۴ درصد افزایش یافت
 $(\Delta R = 0/04, \Delta F_{(4, 177)} = 1/96 \text{ و } P = 0/10)$
 نتایج جدول ۶ حاکی از آن است که صفات شخصیتی،
 ۲۱ درصد از تغییرات کیفیت زندگی از بعد محیطی را در
 معنادان تبیین می‌کند ($F_{(7, 183)} = 6/97 \text{ و } P < 0/01$) که با
 اضافه شدن ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در گام بعدی مقدار
 تبیین واریانس متغیر وابسته به ۲۶ درصد افزایش یافت
 $(\Delta R = 0/05, \Delta F_{(4, 179)} = 3/16 \text{ و } P < 0/05)$

تیبین واریانس متغیر وابسته به ۱۷ درصد افزایش یافت
 $(\Delta R = 0/03, \Delta F_{(4, 179)} = 1/90 \text{ و } P = 0/11)$
 نتایج جدول ۵ حاکی از آن است که صفات شخصیتی،
 ۱۷ درصد از تغییرات کیفیت زندگی از بعد اجتماعی را در
 معنادان تبیین می‌کند ($F_{(7, 181)} = 5/24 \text{ و } P < 0/01$) که با
 اضافه شدن ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در گام بعدی مقدار
 تبیین واریانس متغیر وابسته به ۲۰ درصد افزایش یافت

جدول ۴. رگرسیون بعد روان‌شناختی کیفیت زندگی از روی صفات شخصیتی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

صفات شخصیتی	B	S.E	Beta	t	P	R	R ²	F	P
مقدار ثبات	۲۳/۲۲	۳/۵۶	-	۷/۵۲	۰/۰۱				
خودفراروی	۰/۰۸	۰/۰۶	۰/۱۲	۱/۲۰	۰/۲۳				
تعاون	۰/۱۷	۰/۰۹	۰/۱۷	۱/۸۱	۰/۰۷				
خودهدایتگری	-۰/۳۵**	۰/۰۶	-۰/۴۶	-۶/۱۲	۰/۰۱	۰/۵۸	۰/۳۴	۸/۲۸	۰/۰۱
پشتکار	۰/۱۲	۰/۰۹	۰/۱۵	۱/۳۵	۰/۱۸				
پاداش وابستگی	-۰/۲۲**	۰/۰۷	-۰/۲۹	-۳/۰۱	۰/۰۳				
نوجویی	-۰/۰۹	۰/۰۸	-۰/۱۱	-۱/۱۱	۰/۲۷				
آسیب‌گریزی	۰/۰۶	۰/۱۰	۰/۰۷	۰/۵۸	۰/۵۶				
سن	-۰/۰۴	۰/۰۳	-۰/۱۰	-۱/۴۵	۰/۱۵				
جنسیت	۰/۲۷	۱/۲۲	۰/۰۱	۰/۲۲	۰/۸۲				
اشتغال	-۱/۳۹**	۰/۶۱	-۰/۱۵	-۲/۲۹	۰/۰۲				
نوع ماده مصرفی	-۰/۰۸	۰/۳۲	-۰/۰۲	-۰/۲۶	۰/۷۹				

* $P < 0/01$

** $P < 0/05$

جدول ۵. رگرسیون کیفیت زندگی از بعد اجتماعی از روی صفات شخصیتی و متغیرهای جمعیت‌شناختی

صفات شخصیتی	B	S.E	Beta	t	P	R	R ²	F	P
مقدار ثبات	۹/۱۹	۲/۵۲	-	۳/۶۴	۰/۰۱				
خودفراروی	۰/۰۶	۰/۰۴	۰/۱۴	۱/۳۲	۰/۱۹				
تعاون	۰/۰۳	۰/۰۶	۰/۰۴	۰/۴۲	۰/۶۷				
خودهدایتگری	-۰/۱۶**	۰/۰۴	-۰/۳۲	-۳/۸۸	۰/۰۱	۰/۴۵	۰/۲۰	۴/۱۲	۰/۰۱
پشتکار	۰/۰۸	۰/۰۶	۰/۱۶	۱/۳۸	۰/۱۷				
پاداش وابستگی	-۰/۰۲	۰/۰۵	-۰/۰۵	-۰/۴۹	۰/۶۲				
نوجویی	۰/۰۰۱	۰/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۰۵	۰/۹۹				
آسیب‌گریزی	-۰/۰۵	۰/۰۷	-۰/۰۹	-۰/۶۶	۰/۵۱				
سن	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۷	۰/۹۶	۰/۳۴				
جنسیت	۰/۱۰	۰/۸۶	۰/۰۰۸	۰/۱۲	۰/۹۱				
اشتغال	-۱/۰۲**	۰/۴۳	-۰/۱۷	-۲/۳۷	۰/۰۲				
نوع ماده مصرفی	۰/۲۹	۰/۲۲	۰/۰۹	۱/۲۹	۰/۲۰				

* $P < 0/05$

** $P < 0/01$

جدول ۶. رگرسیون کیفیت زندگی از بعد محیطی از روی صفات شخصیتی و متغیرهای جمعیت‌شناختی

صفات شخصیتی	B	S.E	Beta	t	P	R	R ²	F	P
مقدار ثبات	۳۵/۳۶	۴/۹۱	-	۷/۲۰	۰/۰۱				
خودفراروی	۰/۰۳	۰/۰۸	۰/۰۳	۰/۳۲	۰/۷۴				
تعاون	۰/۱۳	۰/۱۳	۰/۱۱	۱/۰۳	۰/۳۰				
خودهدایتگری	-۰/۳۷**	۰/۰۸	-۰/۳۷	-۴/۶۷	۰/۰۱	۰/۵۱	۰/۲۶	۵/۷۹	۰/۰۱
پشتکار	۰/۱۶	۰/۱۲	۰/۱۵	۱/۳۱	۰/۱۹				
پاداش وابستگی	-۰/۱۲	۰/۱۰	۰/۱۲	-۱/۲۰	۰/۲۳				
نوجویی	۰/۰۲	۰/۱۲	۰/۰۲	۰/۱۷	۰/۸۶				
آسیب‌گریزی	-۰/۱۳	۰/۱۴	-۰/۱۲	-۰/۸۹	۰/۳۷				
سن	۰/۰۱	۰/۰۴	۰/۰۲	۰/۳۳	۰/۷۴				
جنسیت	-۱/۵۶	۱/۶۷	-۰/۰۶	-۰/۹۳	۰/۳۵				
اشتغال	-۲/۹۱**	۰/۸۴	-۰/۳۴	-۳/۴۷	۰/۰۱				
نوع ماده مصرفی	۰/۱۵	۰/۴۳	۰/۰۲	۰/۳۵	۰/۷۲				

*P < ۰/۰۵

**P < ۰/۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

ویژگی میزان ادراک افراد از خود را به عنوان فردی مستقل می‌سنجد و توانایی فرد را در تغییر دادن، اصلاح کردن و هماهنگ سازی رفتارهای خود با اهداف و اصول اخلاقی تعیین شده اندازه‌گیری می‌کند. این ویژگی شخصیتی به طور تقریبی در تمامی داده‌های این تحقیق با نمره کل کیفیت زندگی همبستگی منفی داشت و دارای قدرت پیش‌بینی‌کنندگی کیفیت زندگی نیز بود.

دلیل این تناقض در یافته‌ها را شاید بتوان ناشی از عوامل فرهنگی قلمداد کرد. به عبارت دیگر، کیفیت زندگی پایین افراد با این ویژگی شخصیتی می‌تواند حاکی از آن باشد که آزمودنی‌های این تحقیق از بلوغ فکری و یا استقلال شخصیتی چندان بالایی برخوردار نبودند که در واقع این کمبودها یا ناتوانی‌ها به احتمال بسیار زیاد باعث روی آوردن آن‌ها به سوء مصرف مواد مخدر شده است.

از طرف دیگر، دو ویژگی شخصیتی پشتکار و نوجویی با نمره کلی کیفیت زندگی همبستگی مثبت داشتند. این یافته‌ها را شاید بتوان این گونه تبیین کرد که افراد با پشتکار بالا، افرادی جدی، مصمم و کمال طلب هستند که همگی این ویژگی‌ها می‌تواند عواملی باشند که فرد را به سمت سوء مصرف مواد سوق دهد.

نتایج مطالعه کنونی حاکی از وجود ارتباط میان عوامل شخصیتی و ارزیابی افراد معتاد از کیفیت زندگی خود بود. این نتایج نشان داد، کیفیت زندگی از بعد سلامت جسمانی افراد معتاد با خودفراروی ارتباط معنی‌داری داشت. خودفراروی میزان درک افراد را از تعلق خود به جهان کنونی به شکل واحد می‌سنجد.

این افراد، معنوی، فروتن، ساده و بی‌پیرایه، متواضع و از زندگی خود راضی هستند. زمانی که افراد با بحران‌های زندگی از قبیل مرگ نزدیکان، بیماری و ... روبرو می‌شوند، این گونه ویژگی‌های شخصیتی بسیار مفید است، بنابراین جای تعجبی نیست که ارتباط مستقیم بین این ویژگی در این افراد مشاهده گردید.

از سوی دیگر، نمره کلی کیفیت زندگی این افراد با ویژگی‌های خودهدایتگری رابطه معنی‌دار منفی و با پشتکار و نوجویی ارتباط معنی‌دار مثبت داشت. این یافته که خودهدایتگری با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار منفی دارد با یافته Hansson و همکاران متناقض بود (۳۷). خودهدایتگری ویژگی شخصیتی است که تحت تأثیر عواملی از جمله بلوغ فکری، یادگیری اجتماعی و تجارب زندگی قرار می‌گیرد. این

مختلف را از دوستان خود قبول کرده باشند، خود به شکل مستقل تصمیم به این امر گرفته‌اند.

نتایج این مطالعه همچنین نشان داد، در نظر گرفتن متغیرهای جمعیت‌شناختی از جمله وضعیت اشتغال به شکل منفی نمره کل کیفیت زندگی را پیش‌بینی کرد. یعنی در صورت اشتغال، کیفیت زندگی آزمودنی بهتر و در صورت عدم آن کیفیت زندگی آزمودنی پایین‌تر خواهد بود.

در ارتباط با خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی و صفات شخصیتی و متغیرهای جمعیت‌شناختی نتایج نشان دادند، از بعد جسمانی ویژگی‌های تعاون و پشتکار، به شکل مثبت و خودهدایتگری به شکل منفی اثر پیش‌بینی‌کنندگی داشتند. به عبارت دیگر، وجود حس همکاری و مقاومت در افراد، تأثیر مثبتی بر روی جسم و وضعیت فیزیکی آن‌ها می‌گذارد؛ در حالی که افرادی که حس استقلال آن‌ها پایین بود و در رسیدن به اهداف عالی و اصول اخلاقی خود ناتوان بودند، از وضعیت جسمانی ضعیفی برخوردار بودند.

به همین ترتیب، ویژگی‌های شخصیتی خودهدایتگری و پاداش وابستگی و نیز متغیر جمعیت‌شناختی اشتغال، همگی به شکل منفی وضعیت روان‌شناختی افراد را پیش‌بینی می‌کردند. بدین معنی که هر چه میزان حس استقلال و توانایی فرد در رسیدن به اهداف و اصول اخلاقی خود و همچنین میزان تکانشی بودن و تنوع‌طلبی کمتر باشد، وضعیت بهزیستی شناختی بالاتری را پیش‌بینی می‌کنند که این یافته تا حدی عجیب به نظر می‌رسد.

البته باید در نظر داشت که تکروی و عدم احساس نیاز به کمک دیگران شاید به عنوان یک عامل ایجاد انگیزه قوی می‌تواند عمل کند و بنابراین موجب افزایش انگیزه و به دنبال آن باعث ارتقای سلامت روانی و بهزیستی شناختی شود. تکانشی بودن کمتر و نیز کاهش تنوع‌طلبی حاکی از ثبات بالاتر در زندگی می‌باشد که این ویژگی‌ها نیز می‌توانند بهزیستی شناختی بالایی را پیش‌بینی کنند.

در خصوص بعد اجتماعی کیفیت زندگی، ویژگی خودهدایتگری به شکل منفی بعد اجتماعی کیفیت زندگی را

نوجویی نیز نمایانگر ویژگی شخصیتی کنجکاوی بالا، تکانشی و تنوع‌طلبی است. این دسته از افراد به طور عمده سعی در تجربه کردن چیزهای متنوع در زندگی هستند و به سادگی و سرعت از زندگی خود خسته می‌شود. این یافته‌ها با یافته‌های محققین دیگر (۳۸-۴۰) همسو می‌باشد.

با توجه به این که داده‌های به دست آمده از معتادانی بوده که مصرف‌کننده مواد مخدر از انواع مختلف بودند، بنابراین به منظور شفافتر شدن تجزیه و تحلیل داده‌ها، مصرف‌کنندگان مواد را به سه دسته افیونی، محرک‌ها و چند ماده‌ای تقسیم کرده و سپس ویژگی‌های شخصیتی آن‌ها با کیفیت زندگی‌شان مورد مطالعه قرار گرفت. نتایج حاصل شده حاکی از آن بودند که در افراد معتاد به مواد افیونی دو ویژگی خودهدایتگری و پشتکار، به ترتیب ارتباط منفی و مثبت معنی‌داری با نمره کل کیفیت زندگی داشتند که این داده‌ها (به غیر از ویژگی پشتکار)، شبیه به داده‌های کل گروه معتادان بود (که پیش‌تر راجع به آن صحبت شد).

در ارتباط با افراد معتاد به مواد محرک نیز داده‌ها شبیه به گروه افیونی‌ها بود، با این تفاوت که در این گروه ویژگی نوجویی رابطه معنی‌دار مثبتی با نمره کل زندگی داشت. این موضوع به این دلیل است که به دلیل خواص پاداشی و سرخوشی بسیار زیاد مواد محرک (مانند شیشه یا آمفتامین) و از آن جایی که افراد با نوجویی بالا به طور عمده به دنبال کسب تجارب لذت‌آور به شکل تکانشی می‌باشند، بنابراین جای تعجب نیست که رابطه این ویژگی شخصیتی در مصرف‌کنندگان محرک‌ها بالا بوده است.

در ارتباط با گروه مصرف‌کننده چند ماده‌ای، ویژگی خودهدایتگری رابطه منفی معنی‌داری با نمره کل کیفیت زندگی داشت. به عبارت دیگر، در این گروه با کاهش ویژگی خودهدایتگری، کیفیت زندگی افزایش یافت. از آن جایی که این رابطه در این تحقیق منفی بوده است، می‌توان این طور استنتاج نمود که خودهدایتگری در این گروه بالا و این دسته از افراد مستقل بودند و برای به دست آوردن مواد (مصرف چندین نوع ماده)، به جای آن که پیشنهاد مصرف مواد

پیش‌بینی کرد. همان گونه که در خصوص بعد جسمانی کیفیت زندگی ذکر شد، شاید حس استقلال پایین فرد به عنوان یک عامل ایجاد انگیزه جهت افزایش آن در سطح جامعه و در نتیجه روی آوردن فرد به افزایش میزان عملکرد اجتماعی و برقراری ارتباطات اجتماعی بیشتر شود. از لحاظ اشتغال نیز همین استدلال می‌تواند صادق باشد.

از بعد محیطی کیفیت زندگی، خودهدایتگری و وضعیت اشتغال هر دو به شکل منفی این بعد را پیش‌بینی کردند. به این معنی که محیط زندگی افرادی که دارای حس استقلال بالایی هستند، ممکن است چندان مطبوع نباشد؛ چرا که تعامل آن‌ها با محیطشان بسیار کاهش یافته و این امر می‌تواند موجب انزوای محیطی آن‌ها شود. وضعیت اشتغال نیز به همین ترتیب می‌تواند پیش‌بینی کننده وضعیت محیطی باشد. یعنی وجود آن باعث کاهش ناخوشایندی‌های عوامل محیطی شود.

از آن جایی که این تحقیق اولین مطالعه از نوع خود در زمینه بررسی ویژگی‌های شخصیتی افراد معتاد به داروهای گوناگونی از مواد مخدر می‌باشد، بنابراین امکان مقایسه این داده‌ها با یافته‌های موجود در ادبیات تحقیق وجود ندارد و باید به تنهایی آن‌ها را در چارچوب مطالعه انجام شده مورد تجزیه و تحلیل قرار داد.

محدودیت‌ها و پیشنهادهای

در پژوهش حاضر به دلیل کوتاه بودن زمان نمونه‌گیری، تعداد مصرف کنندگان مواد در گروه‌های مختلف مواد از تنوع و فراوانی یکسانی برخوردار نبود؛ بنابراین سعی شد مواد به سه نوع کلی شامل مواد افیونی، محرک‌ها و چند مصرفی دسته‌بندی شوند. حجم نمونه در سه نوع دسته‌بندی پایین بود، امکان بررسی ویژگی‌های روان‌شناختی به دلیل تعداد زیاد سؤالات نبود. به دلیل این که امکان بررسی شرایط و جزئیات زندگی گذشته به صورت مصاحبه‌ای نبود؛ بنابراین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی جامعیت لازم و عوامل خطرزای کاملی را پوشش نمی‌داد.

با وجود این محدودیت‌ها و بر اساس یافته‌های پژوهش

حاضر می‌توان گفت که با توجه به پایین بودن کیفیت زندگی در بین معتادان به خصوص بعد از عودهای مکرر، شناسایی عوامل خطر و پیش‌نیازهای شاخص در بین معتادان می‌تواند با انجام مداخلات مربوط باعث ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها شود. در پژوهش حاضر صفات شخصیتی، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و نوع ماده مصرفی به عنوان یکی از عمده‌ترین عوامل خطر کاهش کیفیت زندگی در بین معتادان مورد بحث و بررسی قرار گرفت.

مشکلات، رفتاری‌ها، آثار و عوارض فردی و خانوادگی، شغلی، مالی و اجتماعی اعتیاد هم چون کاهش کیفیت زندگی باعث شده است تا افراد، خانواده‌ها و مسؤولین جامعه برای پیش‌گیری، ترک و جلوگیری از بازگشت و عود مجدد درصدد کسب کمک‌های تخصصی برآیند و از افراد متخصص و کارآمد یاری گیرند. در این میان استمداد به عوامل خطرناک و محافظت کننده مثل ویژگی‌های شخصیتی افراد، عوامل جمعیت‌شناختی و نوع ماده مصرفی در سوء مصرف، وابستگی و درمان اعتیاد و کاهش اثرات مخرب آن می‌تواند گامی بزرگ در مسیر تداوم یا قطع وابستگی به مواد و پیش‌گیری از پیامدهای فردی و اجتماعی وابستگی به مواد باشد.

به عبارت دیگر، ویژگی‌های فردی و اجتماعی فرد معتاد می‌تواند مانند یک متغیر تعدیل کننده یا واسطه‌ای در سوء مصرف و وابستگی به اعتیاد و پیامدهای بعدی مثل کاهش کیفیت زندگی، میل به زندگی و حتی رفتار خودکشی‌گرا عمل کند. مشاوران و متخصصان حوزه پیش‌گیری و درمان اعتیاد می‌توانند با شناسایی این ویژگی‌های افراد و اولویت‌دهی به افراد دارای ویژگی در معرض خطر مثل شخصیت ضد اجتماعی و یا برون‌گرای هیجان‌خواه، با در دست داشتن پیش‌آگهی وضعیت خانوادگی، اجتماعی و نوع مصرف مراجع، یک گام جلوتر از عوامل خطر حرکت کرده و از مشکلات بعدی پیش‌گیری و مسیر درمان را تسهیل کنند. می‌توان از طریق آموزش‌های لازم به بیماران، از شدت عوامل فزاینده کاست و بر شدت عوامل پیش‌گیری کننده افزود و از پیامدهای وخیم بعد از آن جلوگیری کرد.

References

1. Carithers RL, Sugano D, Bayliss M. Health assessment for chronic HCV infection: results of quality of life. *Dig Dis Sci* 1996; 41(12 Suppl): 75S-80S.
2. Ware JE, Bayliss MS, Mannocchia M, Davis GL. Health-related quality of life in chronic hepatitis C: impact of disease and treatment response. *The Interventional Therapy Group. Hepatology* 1999; 30(2): 550-5.
3. Julkunen J, Ahlstrom R. Hostility, anger, and sense of coherence as predictors of health-related quality of life. Results of an ASCOT sub study. *J Psychosom Res* 2006; 61(1): 33-9.
4. Mommersteeg PM, Denollet J, Spertus JA, Pedersen SS. Health status as a risk factor in cardiovascular disease: a systematic review of current evidence. *Am Heart J* 2009; 157(2): 208-18.
5. Pedersen SS, Denollet J, Spindler H, Ong AT, Serruys PW, Erdman RA, et al. Anxiety enhances the detrimental effect of depressive symptoms on health status following percutaneous coronary intervention. *J Psychosom Res* 2006; 61(6): 783-9.
6. Rector TS, Kubo SH, Cohn JN. Validity of the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire as a measure of therapeutic response to enalapril or placebo. *Am J Cardiol* 1993; 71(12): 1106-7.
7. Schiffer AA, Pedersen SS, Broers H, Widdershoven JW, Denollet J. Type-D personality but not depression predicts severity of anxiety in heart failure patients at 1-year follow-up. *J Affect Disord* 2008; 106(1-2): 73-81.
8. Krausz M, Degkwitz P, Kuhne A, Verthein U. Comorbidity of opiate dependence and mental disorders. *Addict Behav* 1998; 23(6): 767-83.
9. Krausz M, Verthein U, Degkwitz P. Psychiatric comorbidity in opiate addicts. *Eur Addict Res* 1999; 5(2): 55-62.
10. Healey A, Knapp M, Marsden J, Gossop M, Stewart D. Criminal outcomes and costs of treatment services for injecting and non-injecting heroin users: evidence from a national prospective cohort survey. *J Health Serv Res Policy* 2003; 8(3): 134-41.
11. March JC, Oviedo-Joekes E, Romero M. Drugs and social exclusion in ten European cities. *Eur Addict Res* 2006; 12(1): 33-41.
12. Rogne GS, Myrvang B, Opjordsmoen S. Criminality in drug addicts: a follow-up study over 25 years. *Eur Addict Res* 2004; 10(2): 49-55.
13. Krupitsky EM, Zvartau EE, Lioznov DA, Tsoy MV, Egorova VY, Belyaeva TV, et al. Co-morbidity of infectious and addictive diseases in St. Petersburg and the Leningrad Region, Russia. *Eur Addict Res* 2006; 12(1): 12-9.
14. Ventegodt S, Merrick J. Psychoactive drugs and quality of life. *ScientificWorldJournal* 2003; 3: 694-706.
15. Millson PE, Challacombe L, Villeneuve PJ, Fischer B, Strike CJ, Myers T, et al. Self-perceived health among Canadian opiate users: a comparison to the general population and to other chronic disease populations. *Can J Public Health* 2004; 95(2): 99-103.
16. Smith KW, Larson MJ. Quality of life assessments by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2003; 29(2): 323-35.
17. Bizzarri J, Rucci P, Vallotta A, Girelli M, Scandolari A, Zerbetto E, et al. Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. *Subst Use Misuse* 2005; 40(12): 1765-76.
18. Verthein U, Degkwitz P, Haasen C, Krausz M. Significance of comorbidity for the long-term course of opiate dependence. *Eur Addict Res* 2005; 11(1): 15-21.
19. Kentros MK, Terkelsen K, Hull J, Smith TE, Goodman M. The relationship between personality and quality of life in persons with schizoaffective disorder and schizophrenia. *Qual Life Res* 1997; 6(2): 118-22.
20. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44(6): 573-88. [In Persian].
21. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50(12): 975-90.
22. Cloninger CR. The genetics and psychobiology of the seven-factor model of personality. *Biology of personality disorders* 1998; (63): 92.

23. Shen BJ, McCreary CP, Myers HF. Independent and mediated contributions of personality, coping, social support, and depressive symptoms to physical functioning outcome among patients in cardiac rehabilitation. *J Behav Med* 2004; 27(1): 39-62.
24. Shen BJ, Myers HF, McCreary CP. Psychosocial predictors of cardiac rehabilitation quality-of-life outcomes. *J Psychosom Res* 2006; 60(1): 3-11.
25. Fassino S, Daga GA, Delsedime N, Rogna L, Boggio S. Quality of life and personality disorders in heroin abusers. *Drug Alcohol Depend* 2004; 76(1): 73-80.
26. Copello AG, Templeton L, Velleman R. Family interventions for drug and alcohol misuse: is there a best practice? *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19(3): 271-6.
27. Lazarus RS, Folkman S. Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality* 1987; 1(3): 141-69.
28. Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, Scheier MF, Robinson DS, et al. How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *J Pers Soc Psychol* 1993; 65(2): 375-90.
29. Desharnais R, Godin G, Jobin J, Valois P, Ross A. Optimism and health-relevant cognitions after a myocardial infarction. *Psychol Rep* 1990; 67(3 Pt 2): 1131-5.
30. Fitzgerald TE, Tennen H, Affleck G, Pransky GS. The relative importance of dispositional optimism and control appraisals in quality of life after coronary artery bypass surgery. *J Behav Med* 1993; 16(1): 25-43.
31. Friedman LC, Nelson DV, Baer PE, Lane M, Smith FE, Dworkin RJ. The relationship of dispositional optimism, daily life stress, and domestic environment to coping methods used by cancer patients. *J Behav Med* 1992; 15(2): 127-41.
32. Scheier MF, Matthews KA, Owens JF, Magovern GJ, Sr., Lefebvre RC, Abbott RA, et al. Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: the beneficial effects on physical and psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 1989; 57(6): 1024-40.
33. Stanton AL, Snider PR. Coping with a breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health Psychol* 1993; 12(1): 16-23.
34. Lefcourt HM, Davidson-Katz K. Locus of control and health. In: Snyder CR, Forsyth DR, Editors. *Handbook of social and clinical psychology: the health perspective*. New York: Pergamon Press; 1991.
35. Nasiri H, Hashemi L, Hoseini M. Investigation quality of life in Shiraz University students based on world health organization quality of life scale. *Proceedings of the 3rd National Seminar of Student Mental Health Shiraz University*; 2006 Jun 6-8; Shiraz, Iran; 2006. p. 365-8. [In Persian].
36. Nedjat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh R. Quality of life of Tehran's Population by WHOQOL-BREF questionnaire in 2005. *Hakim* 2008; 10(3): 1-8.
37. Hansson L, Eklund M, Bengtsson-Tops A. The relationship of personality dimensions as measured by the temperament and character inventory and quality of life in individuals with schizophrenia or schizoaffective disorder living in the community. *Qual Life Res* 2001; 10(2): 133-9.
38. Peterson C, Seligman ME. Explanatory style and illness. *J Pers* 1987; 55(2): 237-65.
39. Pournaghash-Tehrani S, Besharat MA, Abdoli M, Feizabadi N. Evaluation of novelty-seeking subscales of TPQ in addicts and non-addicts. *Journal of Psychological Sciences* 2009; 9(3): 335-46. [In Persian].
40. Ashoori A, Habibi M, Torkman-Malayeri M, Javan-Esmali A. Relationship between suicidal ideation and personality in substance abusers. *Journal of Behavioral Sciences* 2009; 3(3): 249-55. [In Persian].

The Relationship between Quality of Life and Personality Traits in Drug Addicts

Seyed Saeed Pournaghash Tehrani¹, Mojtaba Habibi², Saeed Imani³

Abstract

Aim and Background: The present study examined the predictability of quality of life (QOL) based on personality traits and demographic characteristics of drug addicts.

Methods and Materials: In the current descriptive, cross-sectional study, 200 individuals were randomly selected from addicts who referred to drug addiction treatment centers in Tehran (Iran). The World Health Organization Quality of Life Scale-Brief Version (WHOQOL-BREF) and the short version of Cloninger's Temperament and Character Inventory (TCI) were completed by the participants. The collected data was analyzed using Pearson's correlation coefficient and stepwise regression analysis.

Findings: Personality traits of self-directedness, persistence, and employment status explained 33% of variance of the total QOL score. Self-directedness and persistence explained 16% of the variance of physical subscale of QOL. Self-directedness, reward dependence, and employment status explained 34% of the variance of psychological subscale of QOL. Self-directedness and employment status explained 20% and 26% of the variance of social and environmental subscales of QOL, respectively. The mentioned factors could significantly predict QOL.

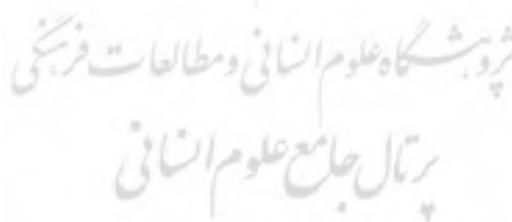
Conclusions: Improving self-directedness and reward dependence along with decreasing persistence and unemployment would reduce QOL in drug addicts.

Keywords: Quality of life, Personality traits, Addicts

Type of article: Original

Received: 24.02.2012

Accepted: 11.08.2012



1. Associate Professor, Department of psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Tehran University, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: spournaghash@yahoo.com

2. Assistant Professor, Family Research Center, Shahid Bheshti University, Tehran, Iran

3. PhD Student, Tehran Psychiatric Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran