

کیفیت زندگی و ارتباط آن با مشخصات زمینه‌ای و ارتباطات خانواده در نوجوانان و جوانان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد

نرگس صادقی*، **الهام داوری****، **مرضیه ضیایی‌راد***، **اعظم رحمانی****، **آرش قدوسی*****

مقدمه: اعتیاد به مواد مخدر به‌عنوان یک مسئله زیستی، روانی و اجتماعی تمام ابعاد زندگی فرد از جمله کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد که در این بین، نوجوانان و جوانان در برابر این پدیده خطرناک، بیش از سایر گروهها آسیب‌پذیرند. پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه بین مشخصات زمینه‌ای و روابط خانوادگی با کیفیت زندگی در نوجوانان و جوانان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد در بدو ورود و دریافت نگهدارنده انجام شده است.

روش: مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی است که با روش نمونه‌گیری در دسترس در بین ۱۳۷ نفر از نوجوانان و جوانان مراجعه‌کننده در بدو ورود به مراکز ترک اعتیاد در گروه سنی ۲۵-۱۲ سال در سطح شهر اصفهان انجام گرفته است.

یافته‌ها: در میان هشت بعد کیفیت زندگی، میانگین بعد عملکرد اجتماعی از همه ابعاد کیفیت زندگی پایین‌تر گزارش شد ($M=42/79$). در مورد ارتباط مشخصات زمینه‌ای با کیفیت زندگی، مشخص شد که سن، وضعیت اشتغال و درآمد با کیفیت زندگی رابطه ندارد، در حالی که سن شروع اعتیاد، وضعیت تأهل، روابط خانوادگی و مشکلات خانوادگی با کیفیت زندگی رابطه دارد.

بحث: افراد وابسته به مواد مخدر در بدو شروع درمان، از سطح کیفیت زندگی پایین، بخصوص در بعد عملکرد اجتماعی برخوردارند. از طرفی، توجه به مشکلات خانوادگی و روابط خانوادگی در نوجوانان و جوانان و ارتباط آن با کیفیت زندگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بنابراین، به‌منظور درمان و کاهش عود مجدد اعتیاد، توجه به ابعاد مختلف کیفیت زندگی به‌ویژه بعد اجتماعی و ارتباطات خانوادگی از اهمیت زیادی برخوردار است.

کلمات کلیدی: ارتباطات خانوادگی، اعتیاد، کیفیت زندگی

تاریخ پذیرش: ۹۴/۴/۱۰

تاریخ دریافت: ۹۳/۸/۲۸

- * دانشجوی دکتری پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)
** کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، (نویسنده مسئول)
<nurse.davari@yahoo.com>
*** دانشجوی دکتری بهداشت باروری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)
**** دانشجوی دکتری پزشکی قانونی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)

مقدمه

اعتیاد یک بیماری جسمی و روانی است که می‌تواند همه ابعاد سلامتی فرد، خانواده و جامعه را به خطر اندازد (لی مول^۱، ۲۰۰۷). معضل اعتیاد در هر جامعه‌ای به‌عنوان یک پدیده مهلک و مخرب اثرهای بسیار سوئی در زمینه‌های مختلف (سیاسی، اقتصادی، فرهنگی و...) دارد که اغلب جوانان در برابر این پدیده خطرناک بیش از سایر گروهها آسیب‌پذیرند (کیسی^۲، ۲۰۱۱). کشور ما نیز از این شرایط مستثنی نیست، اما با توجه به اینکه ایران در همسایگی عمده‌ترین مرکز تولید مواد مخدر (افغانستان) قرار دارد و در مسیر ترانزیت مواد مخدر به اروپا واقع شده است، آلوده‌شدن آن دور از انتظار نیست^۱ (یگی و همکاران، ۱۳۹۰). نوجوانی دوره مهمی از نظر رشد و تکامل افراد محسوب می‌شود؛ این دوره با انتخابهای تکانشی و مخاطره‌آمیز همراه است. این تغییرات منجر به افزایش بروز آسیبهای غیرعمدی و خشونت، سوءمصرف مواد مخدر و الکل، حاملگیهای ناخواسته و بیماریهای جنسی می‌شود (کیسی، ۲۰۱۱). از سوی دیگر سن شروع مصرف مواد مخدر کاهش چشمگیری داشته است؛ به‌طوری‌که در تحقیق انیس و همکارانش (۱۳۸۸) سن شروع مصرف مواد ۱۴ سالگی ذکر گردیده است. طبق مطالعه آنها، کاهش میانگین سن شروع مصرف مواد مخدر، زنگ خطر سوءمصرف مواد در بین نوجوانان و جوانان، و ازدست‌رفتن سرمایه اجتماعی کشور را به صدا در آورده است. آنچه باعث افزایش نگرانی می‌شود، این است که، نسلی که باید در سازندگی و پیشبرد اهداف جامعه نقش مهمی داشته باشد، در خطر گرایش به اعتیاد قرار دارد.

اعتیاد به دلیل ماهیت پیشرونده‌اش در همه ابعاد زندگی، سلامتی فرد، خانواده و جامعه را به خطر می‌اندازد. در واقع این مسئله، 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

1. Le Moal
2. Casey

اقتصادی، سیاسی و فرهنگی مورد تهدید و آسیب قرار می‌دهد (حجتی و همکاران، ۱۳۸۹). کیفیت زندگی یکی از پیامدهای پراهمیت در ارزیابیهای سلامت است (سرنه آنجا^۱، ۲۰۱۲). اگرچه توافق مشترکی روی تعریف کیفیت زندگی وجود ندارد، ولی اغلب تعاریف در حول و حوش رضایت ذهنی از زندگی متمرکز است (دمی‌ایبر^۲ و همکاران، ۲۰۱۰). در واقع اغلب پژوهشگران کیفیت زندگی را به صورت رضایت از زندگی در گذشته حال و آینده تعریف می‌کنند (پودنقاش تهرانی و همکاران، ۱۳۹۱). حیدری‌زاده و همکاران (۱۳۸۸) به نقل از دابنر^۳ پیشنهاد کردند قضاوت در مورد اینکه به چه میزان افراد از زندگی رضایت دارند، بر پایه مقایسه با استانداردهایی هست که هر فرد برای خودش طراحی کرده است. با وجودی که برخی از مردم سلامتی، استخدام شدن، تفریح، زندگی شخصی و شهرت را به عنوان ارزش قبول دارند، ولی برخی افراد دیگر ارزشهای دیگری برای خود دارند. بنابراین، به طور کلی به جای اینکه کیفیت زندگی را رضایت صرف از برخی از ابعاد زندگی بدانیم، بهتر است رضایت از کل زندگی مد نظر قرار گیرد. از طرف دیگر برخی معتقدند که کیفیت زندگی شامل سلامت فیزیکی افراد، وضعیت روانشناختی، روابط اجتماعی، باورهای معنوی و شخصی است و براساس تجارب ذهنی افراد ارزیابی می‌شود (بیگی و همکاران، ۱۳۹۰؛ کوینگتن و همکاران^۴، ۲۰۰۴).

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک مسئله زیستی- روانی- اجتماعی، تمام ابعاد زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین بسیاری از مؤلفه‌های کیفیت زندگی دچار دگرگونی می‌شود (دمی‌ایبر و همکاران، ۲۰۱۰). از آنجایی که کیفیت زندگی به عنوان یک عامل مهم و مرکزی در بهبودی از اعتیاد شناخته شده است (تریسی، ۲۰۱۲) همچنین هدف برنامه‌های درمان فردی از جمله سم‌زدایی، درمانهای دارویی و روان‌درمانی، قطع وابستگی

1. Cerne Anja
3. Diener

2. De Maeyer
4. Kevington

به مواد و بازگرداندن فرد معتاد به چرخه زندگی اجتماعی، فردی، خانوادگی، تحصیلی و کاری و ارتقای کیفیت زندگی است. تضمین ایجاد و حتی تداوم به درمان نیازمند توجه به عوامل تهدیدکننده زندگی معتادان است. بنابراین تدوین برنامه‌های پیش‌گیری، تداوم فرایند درمان، و هر گونه سیاست‌گذاری در سطح کلان، نیازمند توجه به مسئله کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با زندگی نوجوانان و جوانان مراجعه‌کننده جهت ترک اعتیاد است. بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که این قشر حساس، از نظر کیفیت زندگی غربال شده و برای مداخلات درمانی اختصاصی تر سوق داده شوند (پورنقاش تهرانی و همکاران، ۱۳۹۱).

در تحقیق بیگی و همکاران (۱۳۹۰) نقش کیفیت زندگی در معتادان گمنام و تحت درمان با متادون مورد بررسی قرار گرفت. در تحقیق پورنقاش تهرانی (۱۳۹۱) رابطه بین کیفیت زندگی و صفات شخصیتی در افراد معتاد مورد بررسی قرار گرفت (پورنقاش تهرانی، ۱۳۹۱). در تحقیق توکلی و همکاران بررسی تاثیر سم‌زدایی بر کیفیت زندگی معتادان ۴۰-۶۵ ساله مورد بررسی قرار گرفت (توکلی و همکاران، ۱۳۹۰). در تحقیق حاجتی و همکاران بررسی بهداشت روانی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در معتادین مورد بررسی قرار گرفت (حاجتی و همکاران، ۱۳۸۹). در تحقیق زولینگ و همکاران رابطه بین رضایت از زندگی و سوء‌مصرف مواد مورد در بین نوجوانان مورد بررسی قرار گرفت (زولینگ و همکاران، ۲۰۰۱). تریسی و همکاران (۲۰۱۲) الگوهای دیدگاه زنان معتاد و ارتباط آن با کیفیت زندگی را مورد بررسی قرار دادند.

مرور تحقیقات فوق نشان می‌دهد، در خصوص بررسی رابطه کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در جمعیت عادی و گروه بیماران بزرگسال تحقیقاتی صورت گرفته است؛ اما مطالعات محدودی این مسئله را در بین نوجوانان و جوانان خود معرف به مراکز ترک اعتیاد در بدو ورود بررسی کرده است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی و ارتباط مشخصات زمینه‌ای و وضعیت روابط خانوادگی با آن در نوجوانان و جوانان

مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد در بدو دریافت درمان نگهدارنده در سطح شهر اصفهان انجام شد. بررسی کیفیت زندگی در بدو ورود به مراکز ترک اعتیاد می‌تواند نشان‌دهنده کیفیت زندگی این گروه حساس جامعه در ابعاد مختلف باشد و نشان دهد نوجوانان و جوانان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد در بدو ورود نیاز به دریافت حمایت‌های مناسب در کدام بعد از کیفیت زندگی دارند و اینکه ارتباط مشخصات زمینه‌ای و ارتباطات نوجوانان و جوانان در خانواده با کیفیت زندگی آنها چگونه است، تا بتوان برای انجام مداخلات مناسب جهت کاهش خطر ابتلا و بازگشت مجدد نوجوانان و جوانان به مواد مخدر و بهبود رفاه اجتماعی آنان، پس از درمان حمایت‌های مناسب را فراهم کرد.

روش

از آنجایی که در پژوهش حاضر، به بررسی کیفیت زندگی نوجوانان و جوانان خود معرف به مراکز ترک اعتیاد در یک مقطع زمانی خاص (بدو ورود) و بررسی ارتباط عوامل مرتبط با آن پرداخته شده است، یک مطالعه مقطعی است.

جامعه پژوهش را کلیه نوجوانان و جوانان مراجعه‌کننده خود معرف به مراکز ترک اعتیاد تشکیل می‌دهند که در محدوده سنی ۱۲-۲۵ سال قرار داشته و بیش از یک هفته از شروع درمان نگهدارنده برای آنان نگذشته بود. تعداد نمونه مورد نیاز برای این مطالعه با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۰/۹۵ و دقت $d=0/11$ و $p=0/5$ برابر با ۷۵ نفر بدست آمد. ولی با توجه به اینکه همه نوجوانان و جوانان، همزمان وارد مطالعه نمی‌شدند، نمونه‌گیری از اواخر مرداد ۱۳۹۰ شروع شد و به دلیل اینکه، مراجعین این محدوده سنی، تعداد محدودی از کل مراجعان به مراکز فوق را تشکیل می‌داد، نمونه‌گیری تا اردیبهشت ۱۳۹۱ ادامه یافت، در مجموع ۱۳۷ نوجوان خود معرف وارد مطالعه شدند.

نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری در دسترس انجام گرفت. به‌منظور دستیابی به

واحدهای مورد پژوهش، پس از کسب اجازه نامه کتبی از دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، با معرفی به مراکز ترک اعتیاد (بهبیستی، امین، خورشید و مرکز گذری هفتون)، مجوز شروع به کار از مراکز فوق دریافت شد. از نوجوانان و جوانانی که به مراکز ترک اعتیاد قید شده مراجعه می کردند و شرایط ورود به مطالعه را داشتند، جهت شرکت در مطالعه حاضر دعوت به عمل آمد. بعد از توضیح هدف مطالعه و اخذ رضایت نامه کتبی از بیماران و دادن اطمینان به آنها در مورد حفظ اطلاعات مندرج در پرسشنامه، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند.

ابزار مورد استفاده شامل سه پرسشنامه کیفیت زندگی SF₃₆^۱ و پرسشنامه تشخیص سوء مصرف مواد در نوجوانان (ADAD)^۲ و پرسشنامه یونیسف (MWCD (GOI)^۳ در زمینه سوء مصرف مواد بود. پرسشنامه کیفیت زندگی SF₃₆ از پرسشنامه های سازمان جهانی بهداشت می باشد. این پرسشنامه وسیله اندازه گیری سلامت است که می تواند به خوبی کیفیت زندگی را اندازه گیری کند، دارای ۳۶ پرسش و هشت مقیاس می باشد که هر یک از ترکیب ۲ تا ۱۰ پرسش به دست می آید و سلامت را در هشت حیطه عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی و سلامت روان مورد سنجش قرار می دهد. به مجموع نمرات ابعاد هشت گانه سلامت، نمرات صفر تا صد تعلق گرفت، که صفر بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت را در مقیاس مورد نظر گزارش می کند.

نسخه فارسی پرسشنامه SF₃₆ به عنوان یک پرسشنامه استاندارد توسط پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی مورد تأیید قرار گرفته است. این پرسشنامه در مطالعات متعددی برای بررسی کیفیت زندگی مورد استفاده قرار گرفته است (د می ایبر و همکاران، ۲۰۱۰)

1. The Short Form Health Survey (SF-36)
2. Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD)
3. MWCD (GOI)

در این پژوهشکده از آزمون روایی هم‌گرا^۱ برای تعیین روایی استفاده شده که تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده (۰/۴) بدست آمده است (دامنه تغییرات ضرایب ۰/۵۸ تا ۰/۹۵). اعتماد علمی پرسشنامه کیفیت زندگی هم قبلاً در مطالعات متعدد در ایران مورد بررسی قرار گرفته و از پایایی همسانی درونی^۲ استفاده شده که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷-۰/۹۰ به دست آمده است (منتظری و همکاران، ۱۳۸۴).

از پرسشنامه استاندارد یونیسف برای بررسی تاریخچه سوء مصرف مواد و مشخصات زمینه‌ای (سن، سن شروع مصرف مواد، وضعیت تأهل، میزان درآمد، وضعیت اشتغال)، و از پرسشنامه تشخیص سوء مصرف مواد برای بررسی وضعیت ارتباطات در خانواده و مشکلاتی که معمولاً نوجوانان و جوانان در رابطه با والدین تجربه می‌کنند استفاده شد. با استفاده از دو پرسشنامه فوق، یک پرسشنامه حاوی ۴ قسمت تشکیل گردید که مشخصات دموگرافیکی با ۱۹ پرسش، سابقه سوء مصرف مواد با ۲۳ پرسش و وضعیت ارتباطات خانوادگی با ۱۰ پرسش و مشکلات خانوادگی با ۱۸ پرسش مورد بررسی قرار گرفت. پس از تهیه پرسشنامه فوق، جهت تعیین روایی محتوا از تعداد ۱۵ نفر از صاحب نظران خواسته شد نظرات خود را در زمینه اینکه پرسشهای این بخش چه اندازه نماینده کل پرسشهایی هستند که می‌تواند در این موضوع پرسیده شوند بیان نمایند. جهت تعیین ثبات داخلی، از روش آلفای کرونباخ (یا ضریب آلفا) استفاده شد. این روش تخمینی از همبستگی تمام نیمه‌های ممکن روشهای تقسیم اندازه‌ها به دو نیمه، نه فقط پرسشهای زوج و فرد است. هرچه ضریب پایایی بالاتر باشد، اندازه همخوانی درونی صحیح‌تر است (پولیت و بک، ۲۰۱۰). جهت تعیین پایایی پرسشنامه، پس از انجام یک مطالعه مقدماتی، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن (۰/۸۲) نشان‌دهنده همخوانی درونی بالایی می‌باشد.

1. convergent validity
2. internal consistency

لازم به ذکر است که پرسشنامه‌ها توسط خود شرکت‌کنندگان و تحت نظارت پرستاران و روان‌شناسان شاغل در مراکز فوق که در مورد پژوهش و اهداف مربوط به آن به‌طور کامل توجیه شده بودند؛ تکمیل می‌شد.

پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و در قالب آمار توصیفی و استنباطی و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت بررسی ارتباط بین وضعیت ارتباطات خانوادگی و سن با کیفیت زندگی از ضریب همبستگی پیرسون، جهت بررسی ارتباط بین میزان درآمد و دفعات مصرف مواد با کیفیت زندگی از ضریب همبستگی اسپیرمن و جهت بررسی تفاوت کیفیت زندگی برحسب وضعیت تأهل و اشتغال از آزمون آنالیز واریانس یکطرفه (F) استفاده شد.

یافته‌ها

دامنه گروه سنی افراد شرکت‌کننده در پژوهش بین ۱۸ تا ۲۵ با میانگین $23/57 \pm 1/54$ بوده است. کمترین سن شروع مصرف مواد ۸ سال با میانگین ۱۶/۳۹ و انحراف معیار ۳/۰۷ گزارش شده است. ۶۳٪ مجرد، ۷۳٪ شاغل و ۵۹٪ درآمد کمتر از حد نیاز داشته‌اند (جدول شماره ۱). میانگین نمره کیفیت زندگی در بدو ورود به مراکز فوق $44/07 \pm 13/24$ گزارش شد. میانگین نمره هشت بعد کیفیت زندگی به تفکیک در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. ضریب همبستگی پیرسون نشان داد سن با کیفیت زندگی رابطه معناداری ندارد ($r = -0/02$ ، $p = 0/77$). در حالی که سن شروع مصرف مواد با آن رابطه مستقیمی دارد ($r = -0/229$ ، $p = 0/01$). به‌طوریکه هر چه سن شروع مصرف مواد مخدر بالاتر باشد کیفیت زندگی بهتر است. علاوه بر این، آزمون اسپیرمن نشان داد که درآمد ($p = 0/24$) و دفعات مصرف مواد مخدر ($p = 0/12$) با کیفیت زندگی در بدو ورود رابطه معناداری ندارد (جدول شماره ۳).

جدول (۱) توزیع فراوانی وضعیت تأهل، اشتغال و درآمد افراد مورد بررسی

متغیرها	f	%	
وضعیت تأهل	مجرد	۹۲	۶۳
	تأهل	۳۶	۲۶
	طلاق گرفته	۹	۱۱
میزان درآمد	کمتر از نیاز	۷۸	۵۹
	در حد نیاز	۴۱	۳۰
	خوب	۱۸	۱۱
وضعیت اشتغال	شاغل	۷۵	۵۴/۷
	بیکار	۶۲	۴۵/۳
جمع	۱۳۷	۱۰۰	

ضریب همبستگی پیرسون نشان داد تعداد مواد مورد استفاده ارتباطی با کیفیت زندگی نوجوانان و جوانان مورد مطالعه ندارد ($p=0/36$). اما کیفیت زندگی با ارتباطات خانوادگی و مشکلات خانوادگی رابطه دارد. به طوری که ارتباطات خانوادگی بهتر با افزایش کیفیت زندگی همراه است ($p=0/000$) و با افزایش مشکلات خانوادگی کیفیت زندگی کاهش می‌یابد ($p=0/03$).

آزمون تحلیل پراکنش (واریانس) یک‌طرفه نشان داد که کیفیت زندگی برحسب وضعیت تأهل متفاوت است. به طوری که طلاق گرفته‌ها از کیفیت زندگی پایین‌تری و افراد مجرد از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند ($F=2/78, p=0/03$). اما کیفیت زندگی در بدو ورود به مراکز فوق برحسب وضعیت اشتغال تفاوتی ندارد ($F=1/34, p=0/24$).

جدول (۲) میانگین کل نمره کیفیت زندگی و ابعاد کیفیت زندگی

SD	M	ابعاد
۱۳/۲۴	۴۴/۰۷	نمره کل کیفیت زندگی
۱۳/۲۸	۴۸/۲۳	بعد سلامت عمومی
۲۶/۹۰	۵۷/۴۲	بعد عملکرد جسمی
۳۲/۴۲	۶۸/۰۷	بعد محدودیت نقش متأثر از سلامت جسمی
۲۹/۱۳	۵۰/۰۹	بعد درد جسمی
۳۶/۰۵	۶۶/۶۶	بعد محدودیت نقش متأثر از مشکلات هیجانی
۱۶/۴۴	۴۲/۷۹	بعد عملکرد اجتماعی
۲۳/۵۹	۴۴/۴۱	بعد انرژی و نشاط
۱۹/۰۷	۴۴/۴۴	بعد سلامت روان

جدول (۳) آزمون رابطه بین سن، سن شروع مصرف مواد و درآمد ماهیانه با کیفیت زندگی نوجوانان و جوانان

p	r	متغیرها
۰/۷۷	-۰/۰۲	سن
۰/۰۱	۰/۲۲۹	سن شروع مصرف مواد
۰/۲۳۸	۰/۱۱۲	درآمد

بحث

مطابق با نتایج، میانگین کل نمره کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن در شروع درمان پایین بود که با نتایج تحقیقات مشابه همسو است (کارو و همکاران، ۲۰۱۰). به طور کلی به علت تأثیرات منفی اعتیاد، افراد وابسته به مواد مخدر نسبت به افراد دیگر، حتی کسانی که از بیماریهای متعددی رنج می‌برند، از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار هستند (د می‌ایبر و

همکاران، ۲۰۱۰). تریسی^۱ و همکاران (۲۰۱۲) معتقدند که زنان وابسته به مواد مخدر حتی پس از درمان در مقایسه با جمعیت عادی از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار هستند. از طرف دیگر افرادی که از کیفیت زندگی پایین برخوردارند، گرایش بیشتری به سوء مصرف و وابستگی به دارو دارند (تریسی و همکاران، ۲۰۱۲؛ بالی و همکاران^۲، ۲۰۱۲). در ضمن توجه به این نکته اهمیت دارد که کیفیت زندگی پایین در افراد وابسته به مواد، خود عامل مهمی در ناتوانی در ترک و بازگشت متوالی و مجدد به مواد مخدر محسوب می‌شود (شرق و همکاران، ۱۳۹۰).

در میان هشت بعد کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه به ترتیب در بعد محدودیت نقش متأثر از سلامت جسمی و محدودیت نقش متأثر از مشکلات هیجانی با میانگین (به ترتیب) ۶۸/۰۷ و ۶۶/۶۶ بیشترین نمره را کسب کردند. این نتیجه با مطالعه تریسی و همکاران (۲۰۱۲) همسو است. می‌ایر و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند برخلاف تصور، افراد وابسته به مواد مخدر نسبت به افراد مبتلا به مشکلات جسمی و افراد مبتلا به بیماری‌های مهم طبی در بعد عملکرد فیزیکی کیفیت زندگی نمره بالاتری دارند. از طرف دیگر نمره پایین در بعد سلامت روان با شیوع بالای ناخوشی‌های فیزیکی همراه، قابل توجه است. در مطالعه حاضر نیز نوجوانان و جوانان شرکت‌کننده در مطالعه در بعد سلامت جسمی نمره بالاتری نسبت به ابعاد دیگر کسب کردند. شاید دلیل آن، توان فیزیکی بیشتر این گروه سنی نسبت به گروه‌های سنی دیگر باشد. نتایج نشان داد که نوجوانان و جوانان، در بعد عملکرد اجتماعی در مقایسه با هشت بعد کیفیت زندگی با میانگین ۴۲/۷۹ کمترین نمره را کسب کردند. در مطالعه مارمنی^۳ و همکاران (۲۰۰۷) افراد وابسته به هرئین از ارتباطات اجتماعی پایینی برخوردار بودند.

1. Tracy
2. Bali
3. Maremmani

اُویدو- جوکس^۱ و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند افرادی که سابقه سوء مصرف مواد دارند از روابط اجتماعی ضعیف تری برخوردار هستند. در واقع کسانی که از روابط اجتماعی و شبکه‌های حمایت اجتماعی بهتر و بیشتری برخوردار هستند، پس از درمان، احتمال گرایش به سمت مواد مخدر و عود مجدد اعتیاد در آنان کاهش پیدا می‌کند. در حقیقت نقش عوامل اجتماعی بر نوجوانان و سلامت آنان غیرقابل انکار است. در تحقیق زولیگ و همکاران (۲۰۰۱) رضایت از زندگی در شش بعد (خانواده، دوستان، مدرسه، خود، محیط زندگی، آیت‌های کلی و رضایت کلی از زندگی) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد احتمال شرکت در رفتارهای پرخطر و سوء مصرف مواد در نوجوانانی که رضایت کمتری از زندگی دارند، بیشتر است. با توجه به نتایج فوق و پایین بودن نمره کیفیت زندگی نوجوانان و جوانان، در بعد عملکرد اجتماعی و احتمال آسیب‌پذیری بیشتر آنان در طول درمان، لزوم توجه به خانواده به‌عنوان یکی از مهمترین شبکه‌های اجتماعی و همچنین ارتباط مراکز ترک اعتیاد با شبکه‌های حمایت اجتماعی و معرفی نوجوانان و جوانان به شبکه‌های فوق توصیه می‌شود.

در بررسی رابطه متغیر سن با کیفیت زندگی نوجوانان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد در شهر اصفهان، اختلاف معناداری مشاهده نشد، در حالی که کیفیت زندگی با سن شروع مصرف مواد مخدر رابطه مستقیمی داشت. به‌طوریکه هر چه سن شروع مصرف مواد مخدر کمتر بود نمره کیفیت زندگی پایین‌تر بود. نتایج این تحقیق با نتایج تحقیق زولیگ^۲ و همکاران (۲۰۰۱) که نشان دادند، نوجوانانی که در سنین کمتر یا مساوی ۱۳ سال اولین مصرف الکل، ماری جوانا، کوکائین و سیگار کشیدن را شروع کرده‌اند رضایتمندی کمتری از زندگی داشتند؛ هم‌راستا می‌باشد.

1. Oviedo-Joekes
2. Zullig

در بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی با وضعیت تأهل، نتایج حاکی از آن است که میانگین نمره کیفیت زندگی افراد طلاق گرفته پایین‌تر است و مجردین از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار هستند، می‌دانیم سوءمصرف مواد یا وابستگی به مواد مخدر در جهان، یکی از معضلات بزرگ در راستای فروپاشی نظام خانواده و اجتماع به شمار می‌رود و دامی است که در کمین بسیاری از افراد جامعه به خصوص جوانان نشسته است (محمدزاده، ۱۳۹۱). بنابراین همان‌طور که نتایج پژوهش حاضر نشان داد انتظار می‌رود افرادی که طلاق را تجربه کرده‌اند از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار باشند.

در مقایسه کیفیت زندگی نوجوانان مراجعه‌کننده شاغل و غیرشاغل آزمونه‌های آماری تفاوت معناداری را نشان نداد؛ علی‌رغم اینکه نداشتن شغل و مشکلات مالی می‌تواند بر روی کیفیت زندگی تاثیر بگذارد (پیچلر و همکاران^۱، ۲۰۰۶). در حقیقت فرد وابسته به مواد مخدر، به دلیل پایین بودن عزت نفس و اعتماد به نفس، دچار خود کم بینی شده و بیش از گذشته به سمت مواد مخدر گرایش پیدا می‌کند (متجویک و همکاران^۲، ۲۰۱۴). با توجه به اینکه در تحقیق حاضر ارتباطی بین میانگین نمره کیفیت زندگی و وضعیت اشتغال دیده نشد؛ شاید به این دلیل باشد که اکثر واحدهای مورد پژوهش مجرد و شاغل نبودند و یا به دلیل حمایت مالی توسط خانواده، به‌طور ملموسی درگیر مشکلات اقتصادی نشده بودند.

براساس نتایج این مطالعه، رابطه معناداری بین میزان درآمد و کیفیت زندگی دیده نشد. نتایج این تحقیق با تحقیق پیچلر و همکاران (۲۰۰۶) که بیان می‌دارد نداشتن شغل و مشکلات مالی می‌تواند بر روی کیفیت زندگی تاثیر بگذارد همسو نمی‌باشد. شاید این تفاوت به دلیل عدم نگرانی نوجوانان از نظر مقدار درآمد به خاطر وابستگی مالی به خانواده می‌باشد. از طرف دیگر ممکن است افرادی که توانایی مالی بیشتری داشته‌اند به مراکز ترک اعتیاد دولتی مراجعه

1. Pichler
2. Matejevic

کمتری داشته‌اند و بیشتر به مراکز خصوصی مراجعه می‌کرده‌اند. عدم امکان نوجوانان و جوانان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد خصوصی از محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد.

همچنین نتایج نشان داد، کیفیت زندگی با ارتباطات خانوادگی و مشکلات خانوادگی رابطه دارد. به‌طوریکه ارتباطات خانوادگی بهتر با افزایش کیفیت زندگی همراه بود و با افزایش مشکلات خانوادگی کیفیت زندگی کاهش می‌یافت. در تحقیق متجویک و همکاران (۲۰۱۴)، اشاره شده است در بررسی مشکلات نوجوانان و جوانان، به جای تمرکز صرف بر روی والدین بهتر است به کل خانواده، توجه صورت گیرد و خانواده وظایف خود را در ارتباط با نوجوانان و جوانان به‌طور کامل انجام دهد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در مراکز ترک اعتیاد به جای تمرکز بر روی نوجوانان و جوانان جهت درمان ترک اعتیاد، به کل خانواده توجه شود و نوجوان در کانون خانواده درمان شود تا بتوان در زمینه ارتباطات خانوادگی و مشکلات خانواده در ارتباط با نوجوان نیز درمان‌های مناسب صورت گیرد.

با توجه به نتایج مطالعه حاضر می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که نوجوانان و جوانان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد در بدو ورود به مراکز فوق، از سطح کیفیت زندگی به‌ویژه در بعد عملکرد اجتماعی پایینی برخوردار هستند. به‌منظور درمان و کاهش عود مجدد اعتیاد توجه به ابعاد مختلف کیفیت زندگی بخصوص بعد اجتماعی، و ارتباطات خانوادگی از اهمیت زیادی برخوردار است. پیشنهاد می‌شود در مراکز درمانی فوق به افزایش کیفیت زندگی، مخصوصاً در بعد عملکرد اجتماعی و ارتباطات خانوادگی در کنار درمان نگهدارنده توجه ویژه‌ای صورت گیرد تا از احتمال عود مجدد اعتیاد کاسته گردد.

- انیس، ا. و همکاران (۱۳۸۸). تحلیل سوءمصرف مواد در نوجوانان مذکر. *مجله بیماری‌های کودکان ایران*، ۱۹ (۴): ۳۹۹-۴۰۳.
- بیگی، ع. و همکاران (۱۳۹۰). نقش تشخیصی کیفیت زندگی و امیدواری در معتادان گمنام و معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۳ (۳): پیاپی ۱۱.
- پورنقاش تهرانی، س.، حبیبی، م. و ایمانی، س. (۱۳۹۱). رابطه بین کیفیت زندگی و صفات شخصیتی در افراد معتاد. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰: ۶۷-۱۵۵.
- شرق، ع. و همکاران (۱۳۹۰). بررسی عوامل مؤثر بر عود اعتیاد از دیدگاه معتادین مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد استان آذربایجان غربی. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۲ (۲): ۱۳۶-۱۲۹.
- حاجتی، ح. و همکاران (۱۳۸۹). بررسی بهداشت روانی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در معتادین. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۸ (۳): ۲۱۴-۲۰۷.
- حیدرزاده، م. و همکاران (۱۳۸۸). ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران سخته مغزی. نشریه دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران *نشریه پرستاری ایران*، ۲۲ (۵۹): ۳۲-۲۳.
- محمدزاده، ج. و همکاران (۱۳۹۱). بررسی سبک‌های دل‌بستگی به‌عنوان یکی از متغیرهای پیش‌بین در وابستگی به مواد مخدر در جوانان پسر شهر ایلام. *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۸ (۷): ۱۱۶۵-۱۱۵۹.
- منتظری، ع.، گشتاسبی، آ. و وحدانی‌نیا، م. (۱۳۸۴). تعیین پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36. *فصلنامه پیش*، ۵ (۱): ۴۹-۵۶.
- Bali, V. (2012). Determinants of Nonmedical Use, Abuse or Dependence on Prescription Drugs, And Use Of Substance Abuse Treatment. *Res Social Adm Pharm* ,9: 287-276.
- Casey, B. J. et al. (2011). Braking and Accelerating of the Adolescent Brain. *J Res Adolesc*, 21 (1):1 – 33.
- Černe A. et al. (2012). Quality of Life and Alcohol Consumption: A Review OF the Literature. *Solvenian Journal of Public Health*, 51:147-54.
- Kevington, S. M. et al. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group. *Qual Life Res*, 13:299-310.

- Karrow A. et al. (2010). Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence, *Drug Alcohol Depend*, 112:209–15.
- Tracy, E. M. et al. (2012). Prospective patterns and correlates of quality of life among women in substance abuse treatment. *Drug Alcohol Depend* 124:242– 9.
- Mayer, J. D. et al. (2010). Quality Of Life among Opiate-Dependent Individuals: A Review of the Literature. *Int J Drug Policy*, 21:364–80.
- Maremmani, I. et al. (2007). Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients. *J Subst Abuse Treat* 33:91– 8.
- Matejevic, M. et al. (2014). Functionality of family relationships and parenting style in families of adolescents with substance abuse problems. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 128: 281- 287.
- Oviedo-Joekes, E. (2011). History of Reported Sexual or Physical Abuse among Long-Term Heroin Users and Their Response to Substitution Treatment. *Addict Behav*, 36:55–60.
- Pichler, F. (2006). Subjective quality of life of young Europeans feeling happy but who knows why. *Soc Indic Res*, 75:419-44.
- Zullig, K J. (2001). Relationship Between Perceived Life Satisfaction and Adolescents' Substance Abuse. *Adolesc Health*, 29:279–88.

