Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing (IJRN)
Vol 1 Issue 2 No2 Winter 2015

The Comparison of physical and mental dimensions of health-related quality of life in addicts and healthy people

Movahedi[1] Y, Karazi Notash[2]H, *Biglu MH[3]

Abstract

Introduction: Addiction is one of the most important problems of the present century, which could be the basis for many of the social and family problems. Physical and mental health in addicts people is severely affected by Addiction. The purpose of this study was to compare mental and physical dimensions of health-related quality of life in addicts and healthy people.

Methods: This was a comparative – correlational study. A sample of 50 addicted and 50 healthy counterparts in the city of Tabriz were selected based on convenience sampling method. Demographic and health-related quality of life data were collected using pertaining questionnaires. These data were analyzed using SPSS 20 software. Descriptive and multivariate analysis (MANOVA) was conducted on collected data.

Results: The results showed that the physical and mental aspects of health-related quality of life between addicts and their healthy peers (components of general health perceptions, physical functioning, role limitations due to physical problems, role limitations due to emotional problems, bodily pain, vitality and general mental health) differed significantly. However, no significant differences were found between two groups in social functioning. In general health related quality of life of addicts estimated as more lower than healthy counter parts.

Conclusions: Physical and mental of health-related quality of life between addicts and healthy people differed significantly. The findings could have important implications in the care and rehabilitation of addicts. Substance abuse rehabilitation centers should consider promotion of health related quality of life of their clients as a high priority therapeutic objective.

Keyword: Dimensions of physical, Dimensions of mental, Rehabilitation, addicted

Received: 4 November 2014 **Accepted:** 6 December 2014

1- Research and Development in Medical Education, Tabriz University, Tabriz, Iran. Ph. D Student of Cognitive Neuroscience
2 -Research and Development in Medical Education, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran .M A in Psychology
3- Medical Information Science Department, Tabriz University of Medical Science, Tabriz, Iran. **(Corresponding author)**
E-mail: biglu@tbzmed.ac.ir

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

پژوهش توانبخشی در پرستاری دوره اول، شماره ۲ زمستان ۱۳۹۳ ۷۲-۶۳

مقایسه ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد معتاد و همتایان عادی

یزدان موحدی[۱]، هانیه خرازی نوتاش[۲]، *محمد حسین بیگلو[۳]

چکیده

مقدمه: اعتیاد از جمله مهم‌ترین مشکلات قرن حاضر می‌باشد که می‌تواند پایه و اساس بسیاری از معضلات اجتماعی و خانوادگی گردد. اعتیاد سلامت جسمانی و روانی افراد معتاد را به شدت تحت تأثیر قرار می دهد. هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد معتاد و همتایان عادی بود.

روش: این پژوهش از نوع توصیفی مقایسه‌ای بود. نمونه پژوهش این مطالعه ۵۰ نفر از افراد معتاد و ۵۰ نفر از همتایان عادی آن‌ها بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس در شهرستان تبریز بود. داده‌ها با کمک پرسشنامه ویژگی‌های دموگرافیک و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت گردآوری شد. داده‌ها به کمک نسخه ۲۰ نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید. برای تحلیل داده‌ها از روش آمار توصیفی و تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد معتاد و همتایان عادی در مؤلفه‌های سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی و عاطفی، درد بدنی، انرژی و شادابی و سلامت روانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<۰/۰۱$)؛ اما در مؤلفه‌ی عملکرد اجتماعی بین دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. نتایج مطالعه حاکی از کیفیت زندگی پایین افراد معتاد بود.

نتیجه‌گیری: ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد معتاد و همتایان عادی با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. نتایج این پژوهش می تواند کاربردهای مهمی در امر مراقبت و توانبخشی افراد معتاد داشته باشد. در توانبخشی افراد معتاد یکی از اهداف مهم باید بهبود کیفیت زندگی این افراد درنظر گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: ابعاد جسمانی کیفیت زندگی، ابعاد روانی کیفیت زندگی، توانبخشی، معتاد.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۸/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۹/۱۵

۱- مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران، دانشجوی دکترای تخصصی علوم اعصاب شناختی. (مغز و شناخت)

۲- مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی.

۳- دانشیار، گروه اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. **(نویسنده مسؤول)**

پست الکترونیکی: biglu@tbzmed.ac.ir

[Downloaded from ijrm.ir on 2026-10-09]

مقدمه

وابستگی به مواد یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر جهان به شمار می‌آید. از آن جایی که وابستگی به مواد، اثرات بازدارنده بر رشد و شکوفایی جامعه دارد، تهدیدی جدی و نگران کننده است (۱).

مصرف مواد نه تنها سلامت فرد، بلکه سلامت خانواده و جامعه را نیز به مخاطره می‌اندازد و موجب انحطاط روانی و اخلاقی فرد می‌شود (۳،۲). Martin و همکاران (۲۰۰۷) معتقدند بسیاری از معتادان بر اثر تأثیر مستقیم یا غیرمستقیم مواد جان خود را از دست خواهند داد (۴). بسیاری از پژوهش ها نشان داده‌اند اختلال سوءمصرف مواد پیش آگهی نامطلوبی دارد و هزینه‌های درمانی هنگفتی را به خانواده‌ها و جامعه چه به صورت مستقیم و چه به صورت غیرمستقیم تحمیل می‌کند. حداقل نیمی از افراد درمان شده تا ۶ ماه بعد از درمان دوباره به این بیماری مبتلا می‌شوند و این میزان برای یک سال پس از درمان ۷۵ درصد است (۵).

کیفیت زندگی طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت عبارت است از ادراک افراد از وضعیت زندگی در عرصه‌ی فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کنند که با اهداف، انتظارات و معیارهای آن ها مرتبط است (۶). در این نگاه کیفیت زندگی مفهومی فراگیر است که از سلامت فیزیکی، رشد شخصی، حالات روان‌شناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و روابط با نهادهای برجسته‌ی محیط، تأثیر می‌پذیرد و بر ادراک فرد مبتنی است (۷).

کیفیت زندگی دارای دو بعد عملکرد جسمانی و روانی است که هر دو بعد به علت پیامدهای منفی روانی (مانند افسردگی، اضطراب و فروپاشی روابط خانوادگی) و جسمی (مانند درد بدنی و ضعف جسمی) اعتیاد به مصرف مواد تحت تأثیر قرار می‌گیرند. کیفیت زندگی در افراد بیمار به حالتی از خوب بودن اطلاق می‌شود که شامل اجزایی مانند توانایی انجام کار روزانه که منعکس‌کننده وضعیت جسمانی، روانی و اجتماعی فرد است و رضایت فرد از کنترل بیماری و عوارض درمان را نیز شامل می‌گردد. افراد معتاد نیازمندی‌های زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و هیجانی متفاوتی نسبت به افراد سالم دارند (۸). بیماری ها و اختلالات مزمن مانند اعتیاد و ایدز به‌تنهایی یا با یکدیگر به‌طور مداوم در زندگی مبتلایان بحران ایجاد می‌کند و می‌توانند باعث کاهش کیفیت زندگی آن‌ها در ابعاد مختلف روانی و جسمانی شوند (۹).

نیازهای زیستی، روانی، اجتماعی و هیجانی مبتلایان به اعتیاد، معمولاً با نیازهای افراد سالم تفاوت دارد. گروهی از پژوهشگران با مطالعه‌ی افراد وابسته به مواد دریافتند که مهم‌ترین عامل مربوط به سلامت روان که بر کیفیت زندگی آن ها اثر می‌گذارد اضطراب است (۱۰). از طرفی چنانچه خشم این افراد به درستی ابراز نشود، این امکان وجود دارد که به درون فرد متمایل شده و منجر به افسردگی، ناامیدی و اقدام به خودکشی شود، چرا که افسردگی سبب تنزل کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد می‌شود و در صورت انجام مداخلاتی جهت کاهش افسردگی کیفیت زندگی آن‌ها بهبود می‌یابد (۱۱). از سوی دیگر مشکلات گوناگون روانی اجتماعی باعث اختلال در روند طبیعی زندگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می‌شوند (۱۲).

پژوهش ها نشان می‌دهند پیامدهای روانی و جسمانی اعتیاد منجر به کاهش کیفیت زندگی و رضایت از آن در افراد مصرف‌کننده مواد می‌شود (۱۳، ۱۴ و ۱۵). برخی از شواهد گواه آن است که اعتیاد منجر به افزایش اختلالات روانی در افراد مصرف‌کننده می‌گردد (۱۶). نتایج پژوهش امیدی، حسینی و عصاریان (۱۳۸۱) نشان‌دهنده‌ی فراوانی رفتارهای غلط بهداشتی در افراد وابسته به مواد از قبیل کم خوابی، عدم ورزش و عدم رعایت موازین بهداشتی است که خود منجر به کاهش کیفیت زندگی در ابعاد جسمانی می‌شود (۱۷).

در هر جامعه، توجه به سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و فرهنگی و فراهم آوردن زمینه‌ی لازم برای تحقق زندگی پویا و سالم، ضامن سلامتی افراد جامعه در سال‌های آینده به شمار می‌رود. بنابراین، بررسی کیفیت زندگی افراد و تلاش در راه بهبود و اعتلای آن، منجر به افزایش سلامت جسمی و روانی افراد خواهد شد (۱۸).

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

وابستگی به مواد یکی از مهم‌ترین آسیب‌های اجتماعی محسوب می‌شود که می‌تواند پایه و اساس بسیاری از آسیب ها و معضلات اجتماعی و خانوادگی در سطح جامعه باشد. به نظر می‌رسد با وجود مطالعات زیادی که طی چند سال اخیر در مورد شناخت، پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد مخدر صورت گرفته است، هنوز تا رسیدن به هدف نهایی راه بسیار طولانی در پیش است، چرا که مقوله‌ی اعتیاد پدیده‌ای چندبعدی و چند عاملی است. با توجه به تأثیر اعتیاد بر ابعاد فردی، خانوادگی و اجتماعی، لزوم شناسایی عوامل پیش‌بینی کننده و پیشگیری کننده‌ی آن و پرورش عوامل محافظت‌کننده در برابر اعتیاد بیش از پیش احساس می‌شود. بنابراین پژوهش حاضر باهدف مقایسه‌ی ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد معتاد و همتایان عادی آن‌ها انجام شد.

روش مطالعه

مطالعه توصیفی مقایسه‌ای حاضر باهدف بررسی و مقایسه‌ی ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد معتاد و سالم در شهرستان تبریز در سال ۱۳۹۲ انجام پذیرفت. جامعه آماری این تحقیق را کلیه مردان معتاد و همتایان عادی آن‌ها در سنین بین ۳۰ تا ۴۵ ساله شهرستان تبریز تشکیل می‌دادند. روش نمونه‌گیری این پژوهش به صورت نمونه‌گیری در دسترس بود. بدین صورت که با مراجعه به مراکز ترک اعتیاد، بر اساس فرمول آماری Georgian and Morgan تعداد ۵۰ نفر از افراد معتاد و ۵۰ نفر از افراد عادی که بر اساس ویژگی‌های دموگرافیک با افراد معتاد همسان‌سازی شده بودند انتخاب شدند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF-36) بود. پرسشنامه جمعیت شناختی دارای ده سؤال بود که متغیرهایی مانند (سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و قومیت) را ارزیابی می‌کرد و پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF-36) دارای ۳۶ گویه با ۸ زیر مقیاس مختلف سلامت، شامل سلامت عمومی ۵ گویه، عملکرد جسمانی ۱۰ گویه، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی ۴ گویه، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی۳ گویه، درد بدنی ۲ گویه، عملکرد اجتماعی ۲ گویه، انرژی و شادابی ۴ گویه و سلامت روانی ۵ گویه است، سؤال شماره ۲ به هیچ کدام از خرده مقیاس ها تعلق ندارد و با نمره کل جمع می‌شود. نحوه نمره دهی با توجه به تعداد گزینه‌های هر گویه، تعیین می‌شود. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط منتظری و همکارانش در سال ۲۰۰۵ بررسی شده است که حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹ گزارش شده است (۱۹). روش کار بدین صورت بود که پژوهشگر پس از کسب مجوز از مسئولین ذی‌ربط با مراجعه به مراکز موردنظر و ارائه معرفی‌نامه و دریافت اسامی واحدهای پژوهش، پس از توضیح طرح پژوهشی به آن ها و اخذ رضایت‌نامه کتبی، پرسشنامه‌ها را در اختیار آن‌ها قرار می‌داد. برای پاسخ‌گویی به سؤالات محدودیت زمانی وجود نداشت. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌ها با استفاده از نسخه ۱۹ نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی شامل (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی از روش تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش در گروه افراد معتاد ۲۵ نفر زیر دیپلم، ۱۹ نفر دیپلم و ۶ نفر لیسانس بودند؛ اما در گروه افراد سالم ۱۲ نفر زیر دیپلم، ۲۸ نفر دیپلم و ۱۰ نفر لیسانس بودند. همچنین از نظر وضعیت شغلی در گروه معتاد ۳۶ نفر شاغل و ۱۴ نفر بیکار بودند و در گروه سالم ۲۲ نفر شاغل و ۲۸ نفر بیکار بودند. در گروه افراد معتاد ۲۹ نفر در دامنه سنی ۳۰ تا ۳۷ قرار داشتند و ۲۱ نفر در دامنه سنی ۳۸ تا ۴۵ سال قرار داشتند؛ اما در گروه افراد سالم ۳۴ نفر در دامنه سنی ۳۰ تا ۳۷ سالگی قرار داشتند و ۱۶ نفر در دامنه سنی ۳۸ تا ۴۵ سالگی قرار داشتند. از نظر وضعیت تأهل در گروه معتاد ۳۸ نفر متأهل و ۱۲ نفر مجرد بودند؛ اما در گروه همتایان سالم ۲۷ نفر متأهل و ۲۳ نفر مجرد بودند.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

نتایج مطالعه نشان داد که محدودیت ایفای نقش به دلیل مسائل جسمانی و عاطفی و همچنین درد بدنی در افراد معتاد نسبت به گروه سالم از میانگین بالاتری برخوردار بودند و در گروه افراد سالم نیز سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، انرژی و شادابی، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی و کیفیت زندگی کل نسبت به افراد گروه معتاد از میانگین و انحراف معیار بالاتری برخوردار بود (جدول ۱).

برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. ابتدا پیش‌فرض‌های لازم برای این آزمون (آزمون لون) انجام شد. با توجه به نتایج آزمون لون و سطح معنی‌داری متغیرها، از آنجایی که سطح معنی‌داری متغیرها از ۵ صدم بزرگ‌تر بود، بنابراین شرایط لازم برای انجام آزمون تحلیل واریانس چند متغیره فراهم بوده است (جدول ۲).

علاوه بر این نتایج پژوهش بیانگر آن بود که با استفاده از آزمون لامبدای ویلکز بین دو گروه در متغیرهای پژوهشی تفاوت معنی‌داری وجود داشت $P <$ ۰/۰۰۱ (جدول ۳).

همچنین نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن بود که بین افراد دو گروه مورد مطالعه (معتاد و سالم) در متغیرهای پژوهش سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی و عاطفی، درد بدنی، انرژی و شادابی و سلامت روانی از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود داشت در حالی که عملکرد اجتماعی در دو گروه با یکدیگر تفاوتی نداشتند (جدول ۴).

جدول شماره ۱: آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیرهای پژوهش بر اساس دو گروه معتاد و سالم

	متغیر	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
ابعاد کیفیت زندگی	سلامت عمومی	معتاد	۱۳/۰۶	۲/۶۸
		سالم	۱۶/۶۲	۳/۰۲
	عملکرد جسمانی	معتاد	۱۹/۶۷	۴/۸۳
		سالم	۲۴/۳۸	۴/۵۴
	محدودیت به دلایل جسمانی	معتاد	۵/۷۲	۱/۷۰
		سالم	۴/۰۲	۱/۲۰
	محدودیت به دلایل عاطفی	معتاد	۴/۴۵	۱/۳۴
		سالم	۳/۶۰	۱/۳۲
	درد بدنی	معتاد	۷/۰۲	۲/۰۵
		سالم	۵/۰۶	۱/۹۷
	انرژی و شادابی	معتاد	۹/۵۴	۲/۴۹
		سالم	۱۱/۷۰	۲/۹۲
	سلامت روانی	معتاد	۱۶/۶۵	۴/۰۹
		سالم	۲۱/۹۸	۴/۴۲
	عملکرد اجتماعی	معتاد	۶/۷۱	۱/۹۲
		سالم	۶/۸۸	۱/۵۲
	کیفیت زندگی کل	معتاد	۷۸/۳۴	۱۲/۱۹
		سالم	۹۸/۷۸	۱۳/۱۴

جدول شماره ۲: نتایج آزمون لون برای برقراری فرض شیب رگرسیون

متغیرها	F	Df1	Df2	sig
سلامت عمومی	۰/۵۳	۱	۹۴	۰/۴۶
عملکرد جسمانی	۱/۴۱	۱	۹۴	۰/۲۳
محدودیت به دلایل جسمانی	۱۰/۲۶	۱	۹۴	۰/۱۲
محدودیت به دلایل عاطفی	۰/۰۸	۱	۹۴	۰/۷۶
درد بدنی	۰/۲۱	۱	۹۴	۰/۶۴
انرژی و شادابی	۲/۷۲	۱	۹۴	۰/۱۰
سلامت روانی	۰/۱۲	۱	۹۴	۰/۷۲
عملکرد اجتماعی	۶/۱۶	۱	۹۴	۰/۱۵
کیفیت زندگی	۰/۵۳	۱	۹۴	۰/۴۶

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

جدول شماره ۳: آماره معنی‌داری MANOVA

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	مجذور اتا (Δ^2)
لامبدای ویلکز	۰/۳۶۶	۱۸/۸۴	۸/۰۰۰	۸۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۳۴

جدول شماره ٤: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره دو گروه با هدف تعیین تفاوت بین دو گروه در متغیرها

منبع پراکندگی	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
	سلامت عمومی	۳۰۲/۷۴	۱	۳۰۲/۷۴	۳۶/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۲۸۲
	عملکرد جسمانی	۵۳۰/۶۱	۱	۵۳۰/۶۱	۲۴/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۲۰۴
	محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی	۶۹/۰۹	۱	۶۹/۰۹	۳۱/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۲۵۰
	محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی	۱۸/۱۸	۱	۱۸/۱۸	۱۰/۲۱	۰/۰۰۲	۰/۰۹۸
	درد بدنی	۹۱/۵۴	۱	۹۱/۵۴	۲۲/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۱۹۳
	انرژی و شادابی	۱۱۱/۴۲	۱	۱۱۱/۴۲	۱۴/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۱۳۷
	سلامت روانی	۶۸۰/۰۷	۱	۶۸۰/۰۷	۳۷/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۲۸۴
	عملکرد اجتماعی	۰/۶۳	۱	۰/۶۳	۰/۲۱	۰/۶۴	۰/۰۰۲
	کیفیت زندگی	۱۰۰۰۱/۹۷	۱	۱۰۰۰۱/۹۷	۶۱/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۳۹۷

بحث

پژوهش حاضر باهدف مقایسه ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد معتاد و همتایان سالم آن‌ها انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد و این یافته با نتایج پژوهش‌های (کتیبایی، حمیدی، یاریان، قنبری و موسوی (۲۰)؛ معلمی، رقیبی و سالاری (۲۱)؛ رئیسی، انیسی، یزدی، زمانی و رشیدی (۲۲)؛ بیزاری و همکاران (۱۳) Vaarwerk و Gaal (۱۴)؛ Smith و Larson (۱۵) همخوانی دارد. پژوهش شمس اسفند آباد و نژاد نادری باهدف مقایسه افراد معتاد و غیر معتاد نشان داد افراد معتاد در مقایسه با افراد غیر معتاد کیفیت زندگی پایین‌تری دارند (۲۳). امامی پور، شمس اسفندآبادی، صدرالسادات و نژادنادری در مطالعه مقایسه‌ای خود اختلالات روانی و کیفیت زندگی چهار گروه افراد معتاد مبتلا به ایدز، معتاد عدم ابتلا به ایدز، غیر معتاد مبتلا به ایدز و سالم را مقایسه کردند. یافته‌های پژوهش نشان داد که در مقایسه با افراد سالم، افراد معتاد غیر مبتلا به ایدز، افراد معتاد مبتلا به ایدز، افراد مبتلا به ایدز غیر معتاد نمرات بالاتری در پرسشنامه سلامت عمومی و نمرات پایین‌تری در پرسشنامه کیفیت زندگی کسب کردند (۲۴). حیدری، امیر زرگر، فرهادی نسب و محجوب ویژگی‌های شخصیتی معتادان به مواد مخدر را با افراد غیر معتاد مقایسه کردند. نتیجه پژوهش آن‌ها این مسئله را مشخص کرد که افراد معتاد در مقایسه با جمعیت عادی در کلیه مقیاس‌های بالینی آزمون شخصیت نمرات بالاتری داشتند و این تفاوت ها از نظر آماری معنی‌دار بوده است (۲۵). زینالی و همکاران نیز در پژوهش مقایسه‌ای خود نشان دادند که زمینه‌های پیش اعتیادی معتادان (خصوصیات شخصیتی، روابط خانوادگی، شیوه زندگی و عقاید) به‌طور معنی‌داری متفاوت با افراد سالم است (۲۶). همچنین، نتایج مطالعه Agha، Zia و Irfan نشان داد تفاوت معنی‌داری در مشکلات روان‌شناختی افراد معتاد و غیر معتاد وجود دارد (۲۷).

پژوهش‌های انجام گرفته در ایران و سایر کشورها نشان از پایین بودن کیفیت زندگی در افراد معتاد دارد؛ زیرا در اغلب موارد اعتیاد بر کیفیت زندگی افراد تأثیر منفی می‌گذارد (۱۳ و ۲۴). کیفیت زندگی در خانواده افراد معتاد از نقاط ضعف بسیاری برخوردار است و اعتیاد مشکلات اساسی خانواده را تشدید

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

می‌نماید و علاوه بر اثرات مخرب بر زندگی خود فرد، زندگی اطرافیان و بستگان را نیز در معرض آسیب قرار می‌دهد (۲۸).

اعتیاد با ایجاد تغییر در رفتار، عزت‌نفس، تغذیه، کار و روابط اجتماعی به‌طورکلی زندگی طبیعی فرد را تغییر می‌دهد و این تغییرات به کاهش کیفیت زندگی منجر می‌شود. Searight و همکاران محدودیت در ابراز افکار و احساسات، احترام کمتر به مرزهای شخصی و اعتماد کمتر به دیگران، ایجاد فضاهای منفی بیشتر در خانواده، انتقادی بودن و فاصله هیجانی را در خانواده‌های معتاد بیش از خانواده‌های غیر معتاد گزارش کردند (۲۹).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که مصرف مواد پیامدهای جسمانی، روانی و اجتماعی ناگواری را به دنبال دارد که از جمله می‌توان به ضعف عضلانی، درد بدنی، نداشتن ارتباط مناسب اجتماعی، پرخاشگری، افسردگی، اضطراب، سطح نامناسب کیفیت زندگی و رضایت از زندگی اشاره نمود. اعتیاد با ایجاد تغییر در رفتار، عزت‌نفس، تغذیه و رفتار اجتماعی به‌طورکلی زندگی طبیعی فرد را تغییر می‌دهد و این تغییرات به کاهش کیفیت زندگی منجر می‌شود. افراد معتاد در رابطه با دیگران برای کنترل محیط فاقد ابتکار هستند. انرژی جسمانی، احساس امیدواری به زندگی و رضایت از زندگی در آن ها کاهش می‌یابد (۳۰). با توجه به تعریف بهداشت روانی که عبارت است از توانایی ایفای نقش‌های جسمانی، روانی و عاطفی، بروز اعتیاد باعث می‌شود فرد معتاد نقش‌های جسمانی، معنوی و عاطفی خود را در سطح جامعه و خانواده ایفا نکند و جامعه و خانواده را با مشکل روبه رو سازد (۳۱). تأمین هزینه‌های رفت‌وآمد، هزینه‌های درمانی و نگرانی‌های ناشی از تأمین مسکن، بیکاری و اداره‌ی یک زندگی، منجر به افزایش فشار روانی در افراد معتاد شده و سلامت روان آن‌ها را تهدید می‌کند و در نتیجه کیفیت زندگی آن‌ها را با چالش رو به رو می‌سازد.

نتیجه‌گیری نهایی

افراد معتاد نسبت به افراد سالم از کیفیت زندگی جسمانی و روانی پایینی برخوردار بودند. آن ها با گرفتاری ها، مشکلات فردی و خانوادگی، شغلی، مالی و اجتماعی بسیار زیادی دست به گریبان هستند. لذا پیشنهاد می‌گردد که توجه به کیفیت زندگی این افراد و خانواده‌های آن ها و عوامل تأثیرگذار بر آن می‌بایست موردتوجه قرار گیرد. پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود از جمله این که نمونه پژوهش محدود به جامعه مردان بود و همچنین ابزار پژوهش مبتنی بر پرسشنامه‌های خود گزارش دهی بود که آزمودنی ها ممکن است در پاسخ به آن سوگیری داده باشند که در نتایج مطالعه تأثیرگذار خواهد بود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تحت عنوان مقایسه ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد معتاد و همتایان عادی با شماره ۵/۹۵/۲۵۹۴ مصوب و در سال ۱۳۹۳ با حمایت معاونت پژوهشی این دانشگاه اجرا گردید. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و جناب آقای دکتر جعفرزاده که در جمع‌آوری داده‌های این پژوهش همکاری نمودند و همچنین کلیه شرکت‌کنندگان در این مطالعه تقدیر و تشکر می‌گردد.

منابع

1- Margoline A, Beitel M, Oliver Z S, Avants K. A controlled study of a spirituality-focused intervention for increasing motivation for HIV prevention among drug users. AIDS Education and Prevention. 2006; 32(7):85-102.

2- West R. Theory of Addiction, Blackwell Publishing, Oxford, 9-28 .2006.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

3- Parvizi S, Ahmadi F, Nikbakht Nasr Abadi AR. Adolescent's perspective on addiction: A Qualitative study. Iranian journal of psychiatry and clinical psychology. 2005; 10(39):250-57. (In Persian).

4- Martin P R, Weinberg B A, Bealer B K. Healing Addiction: An Integrated Pharmacopsychosocial Approach to Treatment. United States of America. John Wiley & Sons research. 2007; 62(1):445-477.

5- Vazirian M, Mostashari G. Applied book of treatment of drug users. Tehran, Ministry of Health and Medical Education with assistance of Iran drug control headquarters. Institute of Porshukoh Publications. 2003. pp: 120-50. (Persian).

6- Douaihy A, Singh N. Factors affecting quality of life in patients with HIV infection. AIDS Reader. 2001; 11(9): 444- 449.

7- Puigdollers E, Domingo-Salvany A, Brugal MT, Torrens M, Alvaros J, et al. Characteristics of heroin addicts entering methadone maintenance treatment: quality of life and gender. Substance Use and Misuse. 2004; 39(9):1353-1368.

8- Shahivand. Study Knowledge of Physicians and Dentists in Yazd City about AIDS. Md Thesis. Shahid Sadoughi University of Medical. (1998). (Persian).

9- Preau M, Spire B. Health related quality of life among both current and former injection drug users who are HIV infected. Drug and Alcohol Dependence. 2007;36 (2):175-182.

10- Rudolf H, Watts J. Quality of life in substance abuse and dependency. International Review of Psychiatry. 2002; 14(3):190-197.

11- Karow A, Reimer J, Schäfer I, Krausz M, Haasen C, Verthein U. Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. Drug and Alcohol Dependence. 2010; 112(3):209-215.

12- Morgan T, Morgenstern J, Blanchard K, labouvie E, bux D. Health related quality of life for adults participating in outpatient substance abuse treatment. The American Journal on Addictions. 2003;12 (3):198-210.

13- Bizzarri J, Rucci P, Vallotta A, Gilrelli M, Scandolari A, Zerbetto E. Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence . Substance Use and Misuse. 2005; 4 (2): 1765-1776.

14- Vaarwerk M, Gaal EA. Psychological distress and quality of life in drug-using and non-drug-using HIV-infected women. European Journal of Public Health. 2001; 11(7): 109–115.

15- Smith WK, Larson JM. Quality of life assessment by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. American Journal of Drug and Alcohol Abuse.2003; 12 (3): 141-162.

16- Kidorf M, Disney ER, King VL, Neufeld K, Beilenson PL, Brooner RK. Prevalence of psychiatric and substance use disorders in a community syringe exchange program. Drug and Alcohol Dependence. 2004; 74 (2):115-122.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

17- Omidi A, Hosseini F, Assarian F. Study Of Addicts Lifestyles In Zavareh City. National Conference On Addiction, Challenges And Treatments. Zanjan. 2002. (Persian).

18- Khosravi Kabir Z, Mousavi S, Agha Yousefi A. Comparison of Emotional Intelligence and Mental Health in Addicted and Normal Individuals. Research psychological health. 2009; 18 (70):9-16. (Persian).

19- Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia M. The Short Form Health Survey(SF-36) translation and validation study of the Iranian version. Payesh. 2005; 5(1): 49-56. (Persian).

20- Katibaei J, Hamidi H, Yarian S, Ghanbari S, Seyed Mousavi PS. Comparison of quality of life, stress and mental health of addicts and non-addicts affected by HIV and healthy individuals. Journal of Behavioral Sciences. 2010; 4 (2):17-18. (Persian).

21- Moallemi S, Raghibi M, Salari Dargi Z. Comparison of Spiritual Intelligence and Mental Health in Addicts and Normal Individuals. Journal of Shahid Sadoughi University. 2010; 18 (3):234-242. (Persian).

22- Raiisi F, Anisi J, Yazdi S, Zamani M, Rashidi S. Mental health and child – rearing styles between candidate adult for addiction withdrawal in comparison with non-addict adults. Journal of Behavioral Sciences. 2008; 2 (1):31-41. (Persian).

23- Shams Esfandabad H, Nejadnaderi S. A comparative study of the quality of life and religious attitude among Addicted/non-addicted individuals in Kerman City. Quarterly Journal of Psychological Studies. 2009; 5 (1):139-152. (Persian).

24- Emamipour S, Shams Esfandabad H, Sadrossadat S, Nejadnaderi S. Comparison of life quality and psychological disorders in drug-using, drug-using HIV infected, non-drug using HIV infected and a reference group of healthy men. J Shahrekord Univ Med Sci. 2008; 10(1):69-77. (Persian).

25- Heidari Pahlaviyan A, Amirzarghar Farhadi Nasab A, Mahjoob H. Comparing personality characteristics of Addicts with non addicts in hamadan. Journal of Hamadan University of Medical Sciences & Health Services. 2003;10(2): 55-62. (Persian).

26- Zeinali A, Vahdat R, Hamed Nia S. Study of fields pre-addiction addicts and comparison among normal subjects and non-addicts. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2007; 1(33): 149 – 168. (Persian).

27- Agha S, Zia H., Irfan S. Psychological problems and family functioning as risk factors in addiction, J Ayub Med Coll Abbottabad, 20(3) http://www.ayubmed.eu.pk/jamc/past/sajida.pdf,retrieved on April, 2008, 12, 2011.

28- Le Bon O, Basiaux P, Streel E, Tecco J, Hansenne M, Ansseau M, et al. Personality profile and drug of choice; a multivariate analysis using Cloninger's TCI on heroin addicts, alcoholics, and a random population group. Drug and Alcohol Dependence. 2004; 73(3): 175-182.

29- Searight HR, Manley CM, Binder A F, Krohn E, Rogers Bj, Russo JR. The families of origin of adolescent drug abusers: Perceived autonomy and intimacy. Contemporary Family Therapy. 1991; 13(2): 71-81.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

30- Hampton NZ. Quality of life of people with HIV substance abuse disorders in Thailand: An exploratory study statistical data included. Journal of Rehabilitation. 1999; 65 (7): 42-49.

31- Cha KH. Subjective well-being among college students. Social Indicators Research. 2003; 62(1): 445-477.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]