



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM

Philipps
Universität
Marburg

PSYCHOLOGISCHES INSTITUT
FÜR PSYCHOLOGIE UND
PSYCHOTHERAPIE
UNIVERSITÄT
DUISBURG ESSEN
Department of Psychological
Science & Psychotherapy

چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی

اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

مقایسه‌ی کیفیت زندگی در افراد معتاد و غیرمعتاد شهر اصفهان

عفت محمودی^۱ - اصغر آقایی^۲ - مرضیه جلوانی^۳ - امین صالح امین جعفری^۴

چکیده

این پژوهش برای مقایسه کیفیت زندگی و افراد معتاد و غیرمعتاد شهر اصفهان انجام شد. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر معتاد و ۳۰ نفر غیرمعتاد بودند که افراد معتاد و افراد غیرمعتاد به شیوه نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و مردان معتاد بر اساس سن و زمان پرهیز از مواد هم‌تاسازی شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از فرم کوتاه شده پرسشنامه کیفیت زندگی، (۱۹۹۴)، استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین کیفیت زندگی مردان معتاد و غیرمعتاد تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، کیفیت زندگی مردان معتاد پایین‌تر از مردان غیرمعتاد بود. همچنین، نتایج نشان داد که بین دو گروه در ۲ خرده‌مقیاس کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود داشت، (سلامت جسمانی و روابط اجتماعی).

کلیدواژه‌گان: کیفیت زندگی، معتاد، غیرمعتاد

A comparative of the quality of life among Addicted and non-addicted individuals in Isfahan City

Abstract

This research was carried out to compare the quality of life among Addicted and non-addicted individuals in Isfahan City. The samples included 30 addicted and 30 non-addicted men who addicted men were selected by available sampling and addicted men were cloning methods according to age and Time of abstinence from drugs. For data collection from the shortened form of global health organization, (1994), questionnaire were used. The results showed that there is a significant difference between quality of life of addicted and non-addicted men. In fact, the quality of life among addicted men were lower than non-addicted men. Also the results showed

^۱- نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد خوراسگان: mahmoodi.em@gmail.com

^۲- دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد خوراسگان

^۳- کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد خوراسگان

^۴- کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه اصفهان

that The differences among the two groups in respect to the quality of life 2subscals were significant. (Aspects of physical health and Social relations).

Keywords: Quality of life, Addicted, non-addicted

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یکی از مشکلات بهداشتی، درمانی و اجتماعی قرن حاضر شناخته شده است بدین منظور پژوهش‌های پیرامون مساله اعتیاد از اهمیت بالایی برخوردار می‌باشد. اعتیاد چیست؟ چنانچه بخواهیم برای اعتیاد تعریفی ساده ارائه دهیم، می‌بایست آن را وابستگی به مواد تعریف نمائیم. منظور از مواد همه ترکیباتی است که باعث تغییر در کارکرد مغز می‌شود. و اثرات آن رامی‌توان به صورت هیجان، افسردگی، رفتار نابهنجار، عصبانیت یا اختلال در قضاوت و شعور مشاهده کرد. در این تعریف اعتیاد به عنوان یک سندرم بالینی در نظر گرفته می‌شود، که با تظاهرات رفتاری، شناختی و فیزیولوژیکی همراه بوده به طوری که فرد مصرف مواد را به رفتارهای دیگر ترجیح می‌دهد، (آتش پور و شریفی، ۱۳۸۸). طرد اجتماعی شرایطی نیست که در یک لحظه ایجاد شود، بلکه نتیجه فرایندی است که با اشکالی از به حاشیه رانده شدن شروع می‌شود و ممکن است به تدریج به سمت طرد کامل اجتماعی کشیده شود، (ما نک، ۲۰۰۲).

یک توافق کلی در بین پژوهشگران وجود دارد که سازه کیفیت زندگی متشکل از عوامل عینی^۲ و عوامل ذهنی^۳ (بهریستی درونی)، است. عوامل عینی شامل سطح سواد، سطح در آمد، شرایط کاری، وضعیت تأهل، امنیت، جایگاه اقتصادی و اجتماعی می‌باشد و شاخص‌های ذهنی، بر اساس ارزیابی و برداشت افراد از میزان رضایت و شادی و شوخ طبعی و نظایر اینها به دست می‌آیند، (لامبرت و نیبر، ۲۰۰۴).

سازمان بهداشت جهانی، سلامتی^۴ را حالتی می‌داند که در آن فرد از نظر روانی، عاطفی و اجتماعی کاملاً سالم است و در او هیچ نشانه‌ای از بیماری و روان رنجوری مشاهده نمی‌شود، (به نقل از ساکسنا و اوکانل^۵، ۲۰۰۲). این تعریف به این معنی است که در ارزیابی سالمی، نباید تنها به شاخص‌های سنتی سلامتی یعنی نرخ «مرگ و میری»^۶ و «ابتلای به بیماری»^۷ توجه نمود، بلکه باید کیفیت زندگی زندگی افراد را نیز در نظر گرفت، (ساکسنا و اوکانل، ۲۰۰۲).

¹-Munk

²- Objective

³- Subjective

⁴- Health

⁵- Saxena, Oconnell

⁶- Mortality

⁷- Morbidity

کیفیت زندگی دو بعد عملکرد روانی جسمی را شامل می‌شود که هر دو بعد به علت پیامدهای منفی و روانی (مانند افسردگی و اضطراب و فروپاشی روابط اجتماعی) و جسمی، (مانند درد بدنی و ضعف جسمی)، اعتیاد با مصرف مواد مرتبط هستند پژوهشها نشان داده اند که پیامدهای جسمی و روانی اعتیاد به کاهش کیفیت زندگی و رضایت از زندگی در افراد مصرف کننده مواد منجر می‌شود، (بیزاری^۱ و همکاران ۲۰۰۵، واروک و گال^۲، اسمیت و لارسون^۳، لارسون ۲۰۰۳).

مطابق با تحقیق انجام گرفته تحت عنوان بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی و نگرش مذهبی در افراد معتاد و غیر معتاد شهر کرمان انجام گرفت، (شمس اسفندآباد و نژاد نادری، ۱۳۸۷)، نتایج نشان داد که افراد معتاد در مقایسه با افراد غیر معتاد کیفیت زندگی پایین تری در زمینه‌های عملکرد جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی سرزندگی نقش هیجانی و سلامت روان داشتند.

نریمانی، حبیبی و رجبی، (۱۳۹۰)، پژوهشی تحت عنوان مقایسه هوش هیجانی و کیفیت زندگی در مردان معتاد و غیر معتاد انجام دادند نتایج مشخص ساخت که در هر دو گروه تفاوت معناداری در دو متغیر هوش هیجانی، کیفیت زندگی، (عملکرد فیزیکی، نقش فیزیکی درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، نقش هیجانی و سلامت روان)، تفاوت معناداری وجود دارد.

پژوهشی که توسط قاضی نژاد، ساوالان پور، (۱۳۸۸)، با عنوان بررسی رابطه طرد اجتماعی و آمادگی برای اعتیاد بر روی دانشجویان دختر دانشگاه تهران انجام گرفت نتایج نشان داد که عوامل مطرود ساز دوران گذار، (عوامل و شرایطی که در عبور فرد از سه مرحله تحصیلات، ازدواج و اشتغال)، اختلال ایجاد کرده و ورود او را به دنیای بزرگسالی به تعویق می‌اندازد، یکی از مهمترین علل موثر بر آمادگی برای اعتیاد در جمعیت پژوهش حاضر شناخته شده است.

باقری، نبوی، ملتفت و همکاران، (۱۳۸۹)، رابطه مستقیم و معناداری بین متغیرهای بی‌هنجاری و احساس انزوای طلبی و معاشرت با افراد معتاد با شدت اعتیاد بدست آوردند.

پژوهشی که توسط بیگی، (۱۳۹۰)، بر روی ۹۶ مرد داوطلب از اعضای انجمن معتادان گمنام شهرستان شاهرود انجام گرفت نتایج نشان داد که شرکت فعال معتادان در انجمن معتادان گمنام و تبعیت از اصول ۱۲ گانه، باعث تحول و شکوفایی فعالیتهای معنوی و اجتماعی افراد می‌شود و زمینه ارتقاء کیفیت زندگی را فراهم می‌کند.

تحقیقی که توسط حاجتی، آلوستانی، بیگلو و همکاران، (۱۳۸۸)، با عنوان بررسی بهداشت روانی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد استان گلستان انجام گرفت، نتایج نشانگر ارتباط بین سطح پایین بهداشت روان با کیفیت زندگی پایین در این افراد بود.

¹-. Bizzarri

²-. Vaarwerk and Gaal

³ -. Smith and Larson

عسگری، امینی، نادری، روزبهانی، (۱۳۸۷)، یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که تریاک، تاثیر مخربی بر عوامل خطر بیماریهای قلبی - عروقی دارد؛ اگرچه به نظر می‌رسد برخی از عوامل خطر این بیماریها را بهبود می‌بخشد اما این اثرات، کوتاه مدت و اصولاً کاذب هستند.

بریندیزی^۱، (۲۰۰۹)، در تحقیقی تأثیرات جسمی و هیجانی اعتیاد به الکل و مواد مخدر را بررسی کرد و تأثیرات جسمی و هیجانی اعتیاد را این گونه می‌شمارد:

- تأثیرات جسمی: خونریزی از بینی، بدون هیچ دلیلی

- عدم هماهنگی یا خواب آلودگی غیر قابل وصف

- تغییر اندازه مردمک چشم

- حرکت سریع چشم به عقب و جلو نا توانی در تمرکز بر چیزی

- قرمزی چشمها

- علائم پوستی نظیر جوش و تاول....

- نا توانی در نشستن

- عفونت روی پوست

- ریزش مو

این تأثیرات فیزیکی راه انداز و محرکی برای اثرات هیجانی و احساسی در معتادان می‌باشد. اثرات هیجانی اعتیاد در فرد معتاد و افرادی که با معتاد زندگی می‌کنند:

- افزایش احساس تنهایی و طرد

- افزایش تحریک پذیری

- افزایش خستگی

- اضطراب غیر قابل توصیف

- عدم توانایی برای تمرکز

- احساس جدایی و رها شدگی، (این احساس هم در فرد معتاد و هم در افرادی که در زندگی فرد معتاد هستند وجود دارد).

- ترس از روابط تیره و تار

¹ -Brindisi

- ترس از اعتیاد خارج از کنترل
- ترس از حذف شدن اگر اعتیادشان کشف شد
- ترس از نپذیرفته شدن در اجتماع
- خشم از افرادی که آنان را درک نمی کنند.

هایز^۱، (۲۰۱۲)، از سوء مصرف مواد و تأثیر آن بر خانواده می گوید: سوء مصرف مواده تنها تأثیر جسمی و روانی بر معتاد می گذارد بلکه پیامد آن جای سوال است که می تواند منجر به اختلال برگشت در خانواده شود. معمولاً خانواده ها مشکلات زیادی در رابطه با اعتیاد به دلیل ترس و تا حدودی احساس گناه پیدا می کنند. با وجود این که امروزه به طور فزاینده ای خلاء ارتباطی بین اعضای خانواده وجود دارد. با این حال کشف این که یک عضو خانواده درگیر اعتیاد شده است می تواند ضربه ای به همه خانواده بزند. این امر می تواند منجر به درگیری های شدید، احساس گناه و خشم بین آنان شود و ممکن است آنها نتوانند به طور مستقیم یا غیر مستقیم در رابطه با موضوع صحبت کنند. بنا بر این سطح روابط اجتماعی معتاد نیز به شدت پایین می آید. نایاک^۲، (۲۰۰۹)، یک مطالعه جامعه شناختی بر روی تأثیرات اعتیاد به وتکا در کیفیت زندگی بر روی تمام گروهها بدون در نظر گرفتن سن، جنس، مذهب، طبقه اجتماعی، مدرک تحصیلی و شغل، انجام داد نتایج نشان داد که ۶۰٪ از مصرف کنندگان وتکا از دوستان خود تأثیر می گرفتند، این معتادین با محدودیتهایی از طرف خانواده مواجه بودند، ۳۰٪ ۱۲ درصد توسط اعضای خانواده سرزنش می شدند. ۸۰٪ ۱۳ توصیه به پرهیز از وتکا می شدند. ۳۷٪ از ضایعات پیش سرطانی و سرطان رنج می بردند. بعد از اقدامات پیشگیرانه تنها ۵۴٪ از پاسخ دهندگان موافق ترک عادت خود بودند و ۴۶٪ بازگشت به اعتیاد داشتند.

پائولوپانی، پوپوئیک و همکاران^۳، (۲۰۰۸)، در پژوهشی تحت عنوان بهبود کیفیت زندگی در معتادان به هروئین: تفاوت بین درمان با متادون و بیوپرنورفین انجام دادند، نتایج مشخص ساخت که درمان با متادون و بیوپرنورفین موفقیت آمیز بوده و باعث بهبود در کیفیت زندگی و بطور خاص باعث بهبود در شغل، فرصتهای کاری، درآمد دریافتی و پذیرش خود می شود.

روش

در این مطالعه علی مقایسه ای، ۶۰ نفر در این پژوهش شرکت داشتند، ۳۰ نفر از افراد معتاد مراجعه کننده به مرکز بازپروری میان مدت قاصد سبز امید اصفهان و ۳۰ نفر از افراد عادی جامعه به صورت داوطلبانه انتخاب شدند.

مردان معتاد بر اساس سن و زمان پرهیز از مواد همتا سازی شدند و مردان غیر معتاد نیز بر اساس سن همتا سازی شده بودند.

¹-Hayes

²-Nayak

³-Paolo Pani, p. Papovic, D. Pacini, M. Deltito, J. Perugi, G

ابزار سنجش

برای جمع آوری اطلاعات از فرم کوتاه شده پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۱ استفاده گردید. روایی و پایایی ترجمه فارسی این پرسشنامه توسط نجات، (۱۳۸۶)، در جمعیت عمومی و بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در ایران ارزیابی شده است. این پرسشنامه دارای ۲۶ ماده و ۴ بعد سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیط فیزیکی می باشد که به عنوان یک مقیاس جامع مورد استفاده قرار می گیرد و در مجموع شامل کیفیت زندگی کلی و سطوح سلامت عمومی می باشد. ابعاد این پرسشنامه به شرح زیر است:

الف) بعد بهداشت و سلامت جسمانی که نمره آن حاصل جمع سوالات ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸ می باشد.

ب) بعد روانشناختی که نمره آن حاصل جمع سوالات ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹ و ۲۶ می باشد.

ج) بعد روابط اجتماعی که نمره آن حاصل جمع سوالات ۲۰، ۲۱ و ۲۲ می باشد.

د) بعد محیط و وضعیت زندگی که شامل سوالات ۸، ۹، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴ و ۴۵ می باشد. همچنین سوالات ۱ و ۲ در جهت سنجش کلی کیفیت زندگی طراحی شده اند.

سوالات پرسشنامه ۵ گزینه ای هستند جوابها به صورت، (اصلاً، خیلی کم، در حد متوسط، زیاد، خیلی زیاد)، که اصلاً برابر ۱ و خیلی زیاد برابر ۵ نمره گذاری می شوند. لازم به ذکر است که سوالات ۳، ۴، ۲۶ به صورت منفی نمره گذاری می شوند. حداقل نمره در این مقیاس ۲۶ و حداکثر نمره ۱۳۰ می باشد.

یافته ها

فرضیه ها:

فرضیه اول: بین کیفیت زندگی افراد معتاد و افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه دوم: بین سلامت جسمانی و سلامت روانشناختی و روابط اجتماعی و وضعیت زندگی کیفیت زندگی افراد معتاد و عادی تفاوت معناداری وجود دارد.

یافته های توصیفی :

این پژوهش شامل شاخص های فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار بوده است که در زیر آمده است.

¹ - Whoqol- 26 (Word Health Organization Quality of life)

جدول (۱)، میانگین و انحراف معیار خرده مقیاسها و نمره کلی کیفیت زندگی در افراد نمونه

شاخص های آماری		گروه ها	متغیر
انحراف معیار	میانگین		
۳/۲۹	۲۵/۲	معتاد	سلامت جسمانی
۴/۱۸	۲۷/۸	غیر معتاد	
۴/۰۵	۲۱/۱۳	معتاد	سلامت روانشناختی
۴/۳۸	۲۲/۹۶	غیر معتاد	
۲/۳۱	۹/۴۶	معتاد	روابط اجتماعی
۲/۰۴	۱۲/۲۶	غیر معتاد	
۴/۶۳	۲۴/۳	معتاد	وضعیت زندگی
۵/۴۷	۲۶	غیر معتاد	
۱۱/۲۹	۸۰/۱	معتاد	نمره کل
۸/۱	۸۹/۰۶	غیر معتاد	

جدول شماره (۱) آماره های توصیفی مربوط به نمرات خرده مقیاس ها و نمره کلی کیفیت زندگی افراد معتاد و افراد عادی را نشان می دهد. همان طور که نتایج جدول نشان می دهد میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی معتادان در مقایسه با میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی غیر معتادان پایین تر است. با توجه به وجود اختلاف بین دو میانگین به آزمون معنادار بودن این اختلاف می پردازیم.

یافته های استنباطی:

برای آزمون فرضیه ها، ابتدا پیش فرض تساوی واریانس ها، بررسی شد که نتایج آن در زیر آمده است.

جدول شماره، (۲)، آزمون لوین برای تساوی واریانس ها

آزمون لوین برای تساوی واریانس ها		
Sig.	f	حوزه‌های اصلی
۰/۱۳۸	۲/۲۵	سلامت جسمانی
۰/۲۴۴	۱/۳۸	سلامت روانشناختی
۰/۶۸	۰/۱۷	روابط اجتماعی
۰/۵۴۸	۰/۳۶	وضعیت زندگی
۰/۱۲۶	۲/۴۱	نمره کل

نتایج مندرج در جدول، (۲)، نشان می‌دهد که مقدار F به دست آمده برای همه نمرات مربوط به متغیرهای کیفیت زندگی، از مقدار بحرانی جدول کوچکتر است لذا فرضیه‌های صفر مبنی بر پیش فرض تساوی واریانس در نمرات متغیرهای مربوطه تایید می‌گردد. برای گروه‌های مستقل استفاده شد t به منظور بررسی کیفیت زندگی در دو گروه افراد معتاد و غیر معتاد از آزمون و همچنین نتایج بررسی خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی در دو گروه افراد معتاد و غیر معتاد نیز در جدول (۳) آمده است.

جدول (۳) آزمون t مستقل مربوط به اختلاف میانگین خرده مقیاس‌های سلامت جسمانی و سلامت روان شناختی و روابط اجتماعی

کیفیت زندگی افراد معتاد و افراد غیر معتاد

آزمون t مستقل برای تساوی میانگین ها					
خطای استاندارد	اختلاف میانگین	Sig.	ضریب آزادی	t	حوزه‌های اصلی
۰/۹۷	-۲/۶	۰/۰۱	۵۸	-۲/۶۷	سلامت جسمانی
۱/۰۹	-۱/۸۳	۰/۰۹	۵۸	-۱/۶۸	سلامت روانشناختی
۰/۵۶	-۲/۸	۰/۰۰۰	۵۸	-۴/۹۵	روابط اجتماعی
۱/۳۱	-۱/۷	۰/۲	۵۸	-۱/۲۹	وضعیت زندگی
۲/۵۳	-۸/۹۶	۰/۰۰۱	۵۸	-۳/۵۳	نمره کل

این جدول نشان می‌دهد که نمره کلی کیفیت زندگی، ($t = -3/53$ و $p = 0/001$)، بین افراد معتاد و افراد غیر معتاد معنادار بوده است و بین کیفیت زندگی افراد معتاد و افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد پس کیفیت زندگی افراد معتاد پایین تر از افراد غیر معتاد است. اختلاف میانگین خرده مقیاسهای سلامت جسمانی، ($t = -2/67$ و $p = 0/01$) و روابط اجتماعی، ($t = -4/95$ و $p = 0/000$)، تفاوت معنادار شده است ولی اختلاف میانگین خرده مقیاسهای سلامت روان شناختی و وضعیت زندگی بین افراد معتاد و افراد عادی معنادار نبوده است و بین سلامت جسمانی و روابط اجتماعی کیفیت زندگی افراد معتاد و غیر معتاد تفاوت معناداری وجود دارد پس سلامت جسمانی و روابط اجتماعی کیفیت زندگی افراد معتاد پایین تر از غیر معتادان می‌باشد.

بحث

در پژوهش حاضر کیفیت زندگی افراد معتاد و افراد عادی بررسی شد. پژوهش نشان داد که بین کیفیت زندگی مردان معتاد و غیر معتاد تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، کیفیت زندگی مردان معتاد پایین تر از مردان غیر معتاد بود. یافته‌های پژوهش با نتایج دیگر پژوهش‌ها، (بیزاری و همکاران ۲۰۰۵، واروک و گال ۲۰۰۱، اسمیت و لارسون، لارسون ۲۰۰۳، نریمانی، حبیبی و رجبی، (۱۳۹۰)، شمس اسفندآباد و نژاد نادری، (۱۳۸۷)) همخوانی دارد.

پژوهشهای انجام گرفته در ایران و سایر کشورها نشان از پایین بودن کیفیت زندگی در معتادان دارد زیرا در اغلب موارد اعتیاد روی کیفیت زندگی افراد، تأثیر منفی می‌گذارد.

سوء مصرف مواد موجب وابستگی فیزیولوژیکی و روان شناختی فرد به مواد اعتیاد آور می‌شود و بر عملکرد فردی و اجتماعی و همچنین کیفیت زندگی او تأثیر نامطلوب می‌گذارد. اعتیاد با ایجاد تغییر در رفتار، عزت نفس، تغذیه، کار و روابط اجتماعی، زندگی طبیعی فرد را تغییر می‌دهد و این تغییرات به کاهش کیفیت زندگی منجر می‌شود.

در فرضیه فرعی نیز نتایج نشان داد بین سلامت جسمانی و روابط اجتماعی، کیفیت زندگی افراد معتاد و عادی تفاوت معناداری وجود دارد، در واقع سلامت جسمانی و روابط اجتماعی کیفیت زندگی افراد معتاد پایین تر از افراد عادی بود.

یافته‌های پژوهش با نتایج دیگر پژوهش‌ها، (نریمانی، حبیبی و رجبی ۱۳۹۰، شمس اسفندآباد و نژاد نادری ۱۳۸۷، هایز ۲۰۱۲، بریندیس ۲۰۰۹، عسگری، امینی، نادری، روزبهانی ۱۳۸۷) همخوانی دارد.

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت سوء مصرف مواده تنها تأثیر جسمی و روانی بر معتاد می‌گذارد بلکه پیامد آن تأثیری است که روی روابط اجتماعی می‌گذارد. تأثیرات مخربی که روی قلب - عروق، روی مغز و روی دندان‌ها و سیستم ایمنی بدن و حتی ظاهر افرادی که معتاد است می‌گذارد در نتیجه روی ارتباط اجتماعی فرد معتاد تأثیر می‌گذارد. فرد معتاد از طرف دوستان کنار گذاشته می‌شود طرد اجتماعی شرایطی نیست که در یک لحظه ایجاد شود، بلکه نتیجه فرایندی است که با اشکالی

از به حاشیه رانده شدن شروع می‌شود و ممکن است به تدریج به سمت طرد کامل اجتماعی کشیده شود، (مانک، ۲۰۰۲). حتی خانواده فرد معتاد نیز به نوعی از جامعه طرد می‌شوند در نتیجه کیفیت زندگی این افراد پایین می‌آید. در تحقیقات اشاره شده نتایج گویای این است که تمام ابعاد کیفیت زندگی افراد معتاد پایین تر از افراد عادی جامعه می‌باشد ولی در تحقیق حاضر تنها بعد سلامت جسمانی و بعد روابط اجتماعی کیفیت زندگی افراد معتاد پایین تر می‌باشد که این نتیجه شاید بدلیل کم بودن تعداد نمونه می‌باشد که پیشنهاد می‌گردد در پژوهشهای بعدی از تعداد بیشتری از افراد نمونه استفاده گردد. باتوجه به تاثیرات اعتیاد بر روی ابعاد کیفیت زندگی، نظارت و کنترل بر روی استفاده مواد مخدر و همچنین آگاه ساز یافراد از اثرات زیانبار مواد مخدر ضروری به نظر می‌رسد.

منابع

- آتش پور، ح. و شریفی، غ. (۱۳۸۸). اعتیاد. ناشر، معاونت دانشجویی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان. چاپ اول.
- باقری، م. نبوی، ع. ملتفت، ح. و نقی پور، ف. (۱۳۸۹). بررسی عوامل اجتماعی موثر بر پدیده ی اعتیاد در شهر اهواز. جامعه شناسی کاربردی. سال بیست و یکم، شماره پیاپی ۳۸۱، شماره دوم، تابستان ۱۳۸۹.
- بیگی، ع. (۱۳۹۰). تحول و شکوفایی معنوی، فعالیتهای اجتماعی مذهبی و کیفیت زندگی در معتادان گمنام. فصلنامه دانش و تندرستی. دوره ۶، شماره ۲.
- حجتی، ح. آلوستانی، س. حاجی بیگو، ا. آخوند زاده، گ. و حکمتی پور، ن. (۱۳۸۸). بررسی بهداشت روانی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهرستان گلستان. (سومین کنگره سراسری رفتارهای پرخطر). طلوع بهداشت، ۲-۲.
- شمس اسفند آباد، ح. و نژاد نادری، س. (۱۳۸۷). بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی و نگرش مذهبی در افراد معتاد/ غیر معتاد شهر کرمان. مطالعات روان شناختی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه الزهراء، دوره ۵، شماره ۱.
- عسگری، ص. امینی، ف. نادری، غ. و روزبهانی، ر. (۱۳۸۷). ارتباط اعتیاد به تریاک با عوامل خطر بیماریهای قلبی - عروقی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، دوره ۱۵، شماره ۱.
- قاضی نژاد، م. و سالوان، ا. (۱۳۸۸). بررسی رابطه طرد اجتماعی و آمادگی برای ترک اعتیاد. مسائل اجتماعی ایران، سال ۱۶، شماره ۶۳.
- نجات، س. (۱۳۸۶). بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیبل اسکروزیس همراه با استاندارد سازی فرم کوتاه شده پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت. دکترای تخصصی، تهران، دانشگاه علوم پزشکی.
- نریمانی، م. حبیبی، ی. و رجبی، س. (۱۳۹۰). مقایسه هوش هیجانی و کیفیت زندگی در مردان معتاد و غیر معتاد. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بهار ۱۳۸۷؛ ۱۵(۱) (پیاپی ۳۴): ۴۰-۴۴.

- Bizarri, J., Rucci, P., Vallotta, A., Gilrelli, M., Scandolari, A., Zerbetto, E. (2005). Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. *Substance Use Misuse*, 4 (2), 1765-76.
- Brindisi, M. (2009). The Physical and Emotional Affects of Drug and Alcohol Addiction. Available from <http://EzineArticles.com/expert,1906419>.
- Hayes, N. (2012). Effects-drug-addiction-famil. Available from narconon.ca/blog/drug-addiction.
- Lambert, M., Naber, D. (2004). Current issues in schizophrenia: Over view of patients accept ability, functioning capacity and quality of life. *CNS Drugs*, 18: 5-17.
- Munk, M. D. (2002). "Gender Marginalization and Social Exclusion." Background Paper for the Conference, 26:27 sep.
- Paolo Pani, p., Papovic, D., Pacini, M., Deltito, J., Perugi, G. (2008). Important in the Quality of Live in Heroin Addiction and Related clinical Problems, 10(1): 39.46.
- Saxeana, S., O'Connell, K., Underwood, L. (2002). Commentary cross-cultural quality of life assesment at the end of life. *The Gerontologist*. 42: 81-85.
- Smith, W. K., Larson, J. (2003). Quality of life assessment by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 12, 141-162.
- Nayak, S.S. (2012). Effect of Gutkha – addiction on Quality of Life: A Sochology Study. *Internatinol Referd. Reserch Journal*, Junury, RAJBIL 2009/30097, Vol 3 +Issue 28.
- Vaarwerk, M., Gaal, E. A. (2001). Psychological distress and quality of life in drugusing and non drug-using HIV-infected women. *European Journal of Public Health*, 11, 109-115.