

Investigation of Relationship between Addictive Substances Abuse and Psychological Hardiness, Quality of Life, and Self-Concept in Addicts

Majid Bagheri¹, Dawood Taghvaei^{1}*

¹Department of Psychology,
Faculty of humanities, Arak
Branch, Islamic Azad
University, Arak, Iran.

***Corresponding Author:**
Dawood Taghvaei,
Department of Psychology,
Faculty of humanities, Arak
Branch, Islamic Azad
University, Arak, Iran.

Email:
d-taghvaei@iau-arak.ac.ir

Received: 26 Mar, 2016

Accepted: 2 Sep, 2016

Abstract

Background and Objectives: Narcotics addiction is a chronic and relapsing psychological disorder, which is associated with severe motivational disorders and loss of behavioural control. Addiction and abuse of narcotic substances have various predisposing factors in the areas of attitude, environment, and society. On the other hand, previous researches have shown that addiction causes transformation in the perception of social issues and type of attitude toward this problem. This study aimed to investigate the relationship between abuse of narcotic substances and psychological obstinacy, quality of life, and self-concept in the addicts.

Methods: This research was a correlational study. Statistical population included individuals covered by addiction withdrawal centers of Qom city, who were selected (250 subjects) by convenience sampling. Data collection was performed using drug screening, self-concept, psychological obstinacy and quality of life questionnaires. To analyse the data, Pearson correlation coefficient and regression tests, were used.

Results: There was a significant negative correlation at the 0.05 level, between narcotics abuse and psychological obstinacy (-0.531). On the other hand, there was a significant negative correlation at the 0.05 levels, between narcotics abuse and quality of life (0.285). Also, there was a significant negative correlation at the 0.05 levels, between narcotics abuse and self-concept (-0.475).

Conclusion: The results of this study showed that there is significant correlation (in 0.05 levels) between narcotics abuse and psychological obstinacy, life quality, and self-concept, and individuals with higher narcotic abuse have lower psychological obstinacy, quality of life, and self-concept.

Keywords: Narcotic abuse; Psychological hardiness; Quality of life; Self-concept.

بررسی رابطه سوءمصرف مواد اعتیادآور با سرسختی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و خودپنداره در معتادان

مجید باقری^۱، داوود تقوایی^{*}

چکیده

زمینه و هدف: اعتیاد به مواد مخدر، اختلال روانی عودکننده و مزمنی است که با اختلالات انگیزشی شدید و از دست دادن تسلط رفتاری همراه است. اعتیاد و سوءمصرف مواد دارای عوامل زمینه‌ساز متعددی در حیطه‌های نگرش، محیط و جامعه می‌باشد. از سوی دیگر، تحقیقات قبل نشان داده است اعتیاد موجب بروز دگرگونی در ادراک مسائل اجتماعی و نوع نگرش در افراد مبتلا به این معضل می‌شود. مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه سوءمصرف مواد با سرسختی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و خودپنداره در معتادان انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه آماری شامل افراد تحت پوشش مراکز ترک اعتیاد شهر قم بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس (تعداد ۲۵۰ نفر) انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه غربالگری مواد، خودپنداره، سرسختی روان‌شناختی و کیفیت زندگی استفاده شد. داده‌ها از طریق روش محاسبه ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین سوءمصرف مواد با سرسختی روان‌شناختی در سطح ۰/۰۵، همبستگی منفی معنی‌دار (۰/۵۳۱-) وجود داشت. از سوی دیگر، بین سوءمصرف مواد با کیفیت زندگی در سطح ۰/۰۵، همبستگی منفی معنی‌دار (۰/۲۸۳) بود، همچنین بین سوءمصرف مواد با خودپنداره در سطح ۰/۰۵، همبستگی منفی معنی‌داری (۰/۴۷۵-) به دست آمد.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد بین سوءمصرف مواد اعتیادآور با سرسختی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و خودپنداره، رابطه معنی‌داری وجود دارد و افرادی که شدت سوءمصرف مواد بالاتری دارند سرسختی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و خودپنداره آنان پایین‌تر است.

کلیدواژه‌ها: سوءمصرف مواد؛ سرسختی روان‌شناختی؛ کیفیت زندگی؛ خودپنداره.

گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

داوود تقوایی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:
d-taghvaei@iau-arak.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۲/۷

تاریخ پذیرش: ۹۵/۶/۱۱

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Bagheri M, Taghvaei D. Investigation of relationship between addictive substances abuse and psychological hardiness, quality of life, and self-concept in addicts. Qom Univ Med Sci J 2017;11(3):50-56. [Full Text in Persian]

مقدمه

یکی از ویژگی‌های شخصیتی که در رابطه با اعتیاد کمتر مورد توجه قرار گرفته، سرسختی روان‌شناختی است. سرسختی روان‌شناختی دارای سه مؤلفه اساسی شامل: کنترل (قابلیت کنترل موقعیت‌های متنوع زندگی)، تعهد (تمایل به درگیر شدن، برخلاف دور شدن از انجام دادن کاری) و چالش (قابلیت درک اینکه تغییرات در زندگی چیزی طبیعی است) می‌باشد (۱).

عناصر روان‌شناختی نظیر ویژگی‌های شخصیتی، کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند که از جمله آنها سرسختی روان‌شناختی است و امروزه در مطالعات روان‌شناسان، از جایگاه ارزنده‌ای برخوردار است. اصطلاح سرسختی روان‌شناختی را کوباسا ابداع کرد. وی در توصیف این واژه، معتقد است سرسختی روان‌شناختی، ویژگی شخصیتی است که فرد واجد آن قادر به حل کارآمد مشکلات و استرس‌های بین‌فردی بوده و در مواجهه با حوادث از آن به‌عنوان منبع مقاومت و همانند سپری محافظ استفاده می‌کند (۲).

وجود سرسختی روان‌شناختی و خرده‌مقیاس‌های آن، شخص را به استفاده از راهکارهای مقابله‌ای تبدیلی که منجر به حل مسئله خواهد شد، سوق می‌دهد. این افراد با رویدادهای زندگی به جای استفاده از راهکارهای مقابله‌ای واپس‌رونده مانند انکار و اجتناب، آن‌چنان که در سوء مصرف مواد و الکل دیده می‌شوند، به مواجهه مستقیم با آنها می‌پردازند (۳).

این ویژگی در افراد، نگرشی را به وجود می‌آورد که شیوه رویارویی با مسائل مختلف زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. افراد سرسخت، حوادث زندگی را به‌طور قابل‌درک و همراه با تنوع و گوناگونی در نظر می‌گیرند. در مقابل، افرادی که سرسختی پایینی دارند، نسبت به حوادث دچار احساس بیگانگی، ناتوانی و تهدید می‌شوند و کنترل کمتری روی آنها دارند (۴).

در سه دهه گذشته، برای تعریف و اندازه‌گیری عینی مفهوم کیفیت زندگی، تلاش زیادی انجام شده است. برخی محققان، کیفیت زندگی را با رویکردی عینی تعریف کرده و با موارد آشکار و مرتبط با معیارهای زندگی از جمله سلامت جسمی، شرایط شخصی، ثروت، شرایط زندگی، ارتباطات اجتماعی، اقدامات شغلی، نحوه گذران اوقات فراغت یا دیگر عوامل

اجتماعی و اقتصادی معادل دانسته‌اند. در مقابل این رویکرد، رویکرد دیگری به نام رویکرد ذهنی وجود دارد که کیفیت زندگی را مترادف با شادی یا رضایت فرد در نظر می‌گیرد و بر عوامل شناختی در ارزیابی کیفیت زندگی مانند هوش هیجانی، تأکید دارد (۵). Campbell به نقل از Leu، بین دو رویکرد عینی و ذهنی؛ رویکرد جدیدی به نام رویکرد کل‌نگر را مطرح کرد. نظریه‌پردازان معتقدند کیفیت زندگی همانند خود زندگی، مفهومی پیچیده و چند بُعدی است و در بررسی آن، هر دو مؤلفه عینی و ذهنی را در نظر می‌گیرند. خودپنداری، دیدگاه کلی فرد نسبت به خود بوده و دربرگیرنده همه نقاط مثبت و ضعف فرد است (۶).

حفظ و ارزیابی خودپنداری هر فرد، یک فرآیند مداوم و بی‌پایان است. حوادث و موقعیت‌ها ممکن است سطح خودپنداری را در طول زمان تغییر دهند. به عبارت دیگر، انسان با خودپنداری متولد نمی‌شود؛ بلکه خودپنداری در نتیجه تعاملات اجتماعی با سایرین حاصل می‌شود. همچنان که فرد رشد می‌کند، شرایط تأثیرگذار بر خودپنداری نیز قابل تغییر است. برای مثال در دوره نوزادی، فرد نیازمند مراقبت‌های محیطی است، درحالی که در دوره کودکی نیاز به آزادی عمل برای کاوش و یادگیری دارد. خودپنداری سالمندان نیز بر پایه تجارب آنها در طی مراحل زندگی می‌باشد (۷). اگرچه تحقیقاتی درخصوص کیفیت زندگی، خودپنداره و سرسختی روان‌شناختی انجام شده و تحقیقاتی نیز یافت می‌شود که افراد دچار سوء مصرف مواد در آن به‌عنوان نمونه، حضور داشته‌اند، اما در حال حاضر پژوهشی یافت نشده که همه این متغیرها را در کنار هم مورد بررسی قرار دهد.

همچنین از آنجایی که این دسته افراد به‌عنوان اعضای جامعه در کنار دیگران زندگی می‌کنند و در حال فعالیت هستند، شاید بتوان با کمک به آنها در جهت بهبود و ارتقای کیفیت زندگی فردی و اجتماعی این دسته افراد، اقدام مؤثری انجام داد. بنابراین، تأیید فرضیه‌های این پژوهش می‌تواند برای رسیدن به این مهم، جامعه را یاری کند. لذا در این پژوهش به بررسی این موضوع که آیا بین سوء مصرف مواد با خودپنداره، سرسختی روان‌شناختی و کیفیت زندگی رابطه‌ای وجود دارد؟ پرداخته شد.

روش بررسی

این پژوهش از نوع تحقیق همبستگی می‌باشد. جامعه آماری شامل افراد دارای اختلال مصرف مواد مراکز ترک اعتیاد شهر قم بود که ۲۵۰ نفر از آنان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه‌های غربالگری مواد، خودپنداره، سرسختی روان‌شناختی اهواز و کیفیت زندگی را تکمیل کردند.

پرسشنامه آزمون غربالگری درگیری با الکل، سیگار و مواد (ASSIST):

Screening Tests Involvement with Alcohol, Cigarettes and Drugs پرسشنامه ASSIST، یک پرسشنامه ۸ آیتی است. پرسشنامه ASSIST، طوری طراحی شده که از نظر فرهنگی، خنثی و در فرهنگ‌های مختلف برای غربالگری مصرف مشکل‌آفرین یا **پرخاطر (شامل: مواد تنباکو، حشیش، ترکیبات افیونی، محرک‌های آفتمانی، الکل، خواب‌آورها، توهم‌زاها، مواد استنشاقی، کوکائین)** قابل استفاده است. پرسشنامه ASSIST از مراجعان اطلاعاتی درباره مصرف طول عمر، مصرف مواد و مشکلات همراه آن در ۳ ماه گذشته اخذ می‌کند. این آزمون می‌تواند طیفی از مشکلات همراه با مصرف مواد شامل: مسمومیت حاد، مصرف مستمر، وابستگی یا مصرف پرخاطر و رفتار تزیق را شناسایی کند (۸). برای اطمینان از پایایی و اعتبار ابزار در جایگاه‌های بین‌المللی و قابلیت پیوند با مداخله کوتاه پرسشنامه ASSIST سه مرحله اصلی آزمون را پشت سر گذاشته است.

مرحله یک، پروژه WHO ASSIST بوده که بین سالهای ۱۹۹۷ و ۱۹۹۸ انجام شد. این مرحله شامل تدوین نسخه اول ASSIST (نسخه ۰/۱) بود. پیش‌نویس پرسشنامه دارای ۱۲ آیت است. پایایی و قابلیت اجرای آیت‌های پرسشنامه در یک مطالعه پایایی آزمون - بازآزمون در کشورهای استرالیا، برزیل، هند، فلسطین، اشغالی، فلسطین، پرتوریکو، انگلیس و زیمبابوه ارزیابی شده است. محل‌ها به‌نحوی انتخاب شده‌اند که شرکت‌کنندگان از نظر فرهنگی متنوع بوده و الگوهای مصرف مواد مختلفی داشته باشند. این نتایج نشان داد ASSIST، پایایی و قابلیت اجرای خوبی دارد و براساس بازخورد شرکت‌کنندگان مطالعه برای اطمینان از اینکه اجرا و درک تمام آیت‌ها آسان است، تعداد آیت‌ها به ۸ مورد (نسخه ۲/۰) کاهش داده شد (۹).

پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36): این پرسشنامه در قالب ۳۶

سؤال به بررسی وضعیت سلامت افراد می‌پردازد. ترجمه اصل پرسشنامه به فارسی توسط منتظری و همکاران (سال ۲۰۰۵) و زیرنظر مؤسسه بین‌المللی ارزیابی کیفیت زندگی و با استفاده از متدهای مرکز بین‌المللی ارزیابی کیفیت زندگی انجام گرفته است. سؤالات این پرسشنامه، ۸ سازه اصلی در رابطه با سلامت فردی را اندازه‌گیری می‌کنند که ۴ سازه سلامت فیزیکی و ۴ سازه سلامت روانی را شامل می‌شود. بر این مبنا، ۳۶ سؤال پرسشنامه در قالب ۸ سازه، سازمان می‌یابد و به هر سؤال نمره‌ای بین صفر (پایین‌ترین نمره) تا ۱۰۰ (بالا‌ترین نمره) تعلق می‌گیرد که براساس پاسخ افراد به گزینه‌های سؤالات، نمره‌ای به فرد اختصاص می‌یابد و از جمع‌بندی نمرات فرد به سؤالات هر سازه، نمره فرد در رابطه با آن سازه به دست می‌آید.

پرسشنامه سرسختی اهواز

(Ahvaz Hardiness Questionnaire): پرسشنامه سرسختی

اهواز (کیامرثی، نجاریان و مهرابی‌زاده هنرمند، سال ۱۳۷۷) با هدف تهیه مقیاسی برای سنجش "سرسختی روان‌شناختی" با تحلیل عوامل بر روی نمونه‌ای به حجم ۵۲۳ دانشجوی دختر و پسر در دانشگاه شهید چمران اهواز ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۲۰ پرسش چهارگزینه‌ای: "هرگز" (۰)، "به ندرت" (۱)، "گاهی اوقات" (۲)، و "اغلب اوقات" (۳) می‌باشد. برای سنجش همسانی درونی "پرسشنامه سرسختی اهواز"، ضریب آلفای کرونباخ به کار برده شد و بر پایه یافته‌های حاصل ضرایب آلفا برای کل نمونه، آزمودنی‌های پسر و دختر به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۷۴ به دست آمد. برای سنجش پایایی "مقیاس سرسختی اهواز" این آزمون دوباره پس از ۶ هفته به ۱۱۹ دانشجو (۵۳ پسر و ۶۶ دختر) ارائه شد. ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی در دو نوبت؛ یعنی پیش‌آزمون و پس‌آزمون مجدد برای کل آزمودنی‌ها ($R=0.85$)، آزمودنی‌های پسر ($R=0.84$)، و دختر ($R=0.85$) به دست آمد. برای بررسی روایی پرسشنامه سرسختی اهواز، این مقیاس به‌طور همزمان با ۴ پرسشنامه ملاک مقیاس خودشکوفایی مزلو، مقیاس اعتبار سازه‌ای سرسختی، مقیاس افسردگی اهواز و پرسشنامه اضطراب به گروه‌هایی از دانشجویان داده شد.

ضرایب همبستگی بین نمره‌های کل آزمودنی‌ها در مقیاس سرسختی و اضطراب برای کل نمونه، (آزمودنی‌های دختر و پسر) به ترتیب ۰/۵۵-، ۰/۷۰- و ۰/۴۴- به دست آمد. این ضرایب، بیانگر همبستگی منفی معنی‌دار بین سرسختی و اضطراب هستند. ضرایب همبستگی بین نمره‌های کل آزمودنی‌ها در مقیاس سرسختی و افسردگی برای کل نمونه، (آزمودنی‌های دختر و پسر) به ترتیب ۰/۶۲-، ۰/۷۱- و ۰/۵۷- بود. ضرایب همبستگی بین نمره‌های کل آزمودنی‌ها، آزمودنی‌های دختر و پسر در مقیاس خودشکوفایی با مقیاس سرسختی اهواز به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۶۵ و ۰/۴۵ به دست آمد. نتایج آزمون‌های همبستگی پیرسون بین نمره‌های آزمودنی‌ها در مقیاس اعتبار سازه‌ای سرسختی و مقیاس سرسختی اهواز نشان داد ضرایب همبستگی از نظر آماری معنی‌دار است و این ضرایب به ترتیب برای کل آزمودنی‌ها، (آزمودنی‌های دختر و پسر) ۰/۵۱، ۰/۶۱ و ۰/۴۶ به دست آمد.

پرسشنامه خودپنداره بک (BST): جهت سنجش خودپنداره، از پرسشنامه خودپنداره که به وسیله Beck (سال ۱۹۸۷) ساخته شد، استفاده گردید. این پرسشنامه دارای چهار خرده‌مقیاس است که چهار بُعد روابط اجتماعی، توانایی ذهنی، جذابیت فیزیکی و مسائل اخلاقی را در افراد در دامنه ۵ درجه‌ای لیکرت مورد سنجش قرار می‌دهد و شامل ۲۵ گویه است. این مقیاس در ایران از نظر اعتبار و روایی مورد سنجش قرار گرفته و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۵ به دست آمده است (۱۰). پس از توصیف متغیرهای تحقیق و ذکر جداول آمار توصیفی، از مدل آماری رگرسیون چند متغیری استفاده شد. داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها، از طریق محاسبه ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه، به شیوه گام‌به‌گام از طریق نرم‌افزار آماری علوم اجتماعی نسخه ۲۱ تحلیل شدند. تمامی اطلاعات حاصل از این پژوهش اعم از تکمیل پرسشنامه‌ها، در مراکز درمان سوء مصرف مواد با حفظ اسرار و اطلاعات نمونه‌های شرکت‌کننده در پژوهش صورت گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه، میانگین سنی کل آزمودنی‌ها، ۳۱ سال با دامنه سنی ۱۸-۵۵ سال و انحراف استاندارد ۳/۴۳ بود. ۱۳۳ نفر

از شرکت‌کنندگان (۵۳٪)، متأهل، ۹۸ نفر (۳۹٪)، مجرد و وضعیت تأهل تعداد ۱۹ نفر (۸٪)، نامشخص بود. ۱۴۶ نفر (۵۸٪) زیردپلم، ۴۵ نفر (۲۱٪) در مقطع کارشناسی، ۱۰ نفر (۴٪) مقطع کارشناسی به بالا و ۴۰ نفر (۱۶٪)، وضعیت تحصیلی خود را مشخص نکردند. در جدول شماره یک آماره‌های توصیفی و همبستگی درونی بین متغیرهای پژوهش نشان داده شده است.

میانگین سوء مصرف مواد، $3/22 \pm 3/439$ ؛ سرسختی روان‌شناختی، $14/298 \pm 73/54$ ؛ کیفیت زندگی، $17/068 \pm 58/09$ و خودپنداره $14/298 \pm 73/54$ بود. بین سوء مصرف مواد اعتیادآور با سرسختی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و خودپنداره، ارتباط معنی‌داری وجود داشت. تجزیه و تحلیل همبستگی پیرسون نشان داد بین سوء مصرف مواد اعتیادآور با سرسختی روان‌شناختی، رابطه معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/05$ ، $r = -0/531$). همچنین بین سوء مصرف مواد اعتیادآور با کیفیت زندگی، رابطه معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/05$ ، $r = -0/475$). از سوی دیگر، بین سوء مصرف مواد اعتیادآور با خودپنداره نیز رابطه معنی‌دار بود ($p < 0/05$ ، $r = -0/283$). سطح معنی‌داری در ۲۵۰ نفر، ۰/۰۰۱ در نظر گرفته شد.

بحث

نتایج نشان داد بین سوء مصرف مواد اعتیادآور با سرسختی روان‌شناختی در سطح ۰/۰۵، همبستگی منفی معنی‌دار وجود دارد ($r = -0/531$). این مطالعه نشان داد در افرادی که شدت سوء مصرف مواد بالاتری دارند سرسختی روان‌شناختی پایین‌تر است. با افزایش عامل سرسختی روان‌شناختی در فرد، احتمال سوء مصرف مواد اعتیادآور کاهش می‌یابد. همچنین در افرادی که احتمال مصرف مواد اعتیادآور وجود دارد عامل سرسختی روان‌شناختی، ضعیف و کم است. سرسختی روان‌شناختی، ویژگی شخصیتی است که فرد واجد آن، قادر به حل کارآمد مشکلات و استرس‌های بین فردی بوده و در مواجهه با حوادث، از آن به‌عنوان منبع مقاومت و همانند سپری محافظ استفاده می‌کند. افراد سرسخت، حوادث زندگی را به‌طور قابل‌درک و همراه با تنوع و گوناگونی در نظر می‌گیرند. در مقابل، افرادی که سرسختی پایینی دارند نسبت به حوادث دچار احساس بیگانگی، ناتوانی و تهدید شده و کنترل کمتری روی آنها

وجود دارد (۱۱). خصیصه اصلی شخصیت‌های سرسخت، این است که از کارهای روزمره، بی‌خطر، ایمن و راحت دوری کرده و در جستجوی رشد و پیشرفت هستند و می‌خواهند بر چالش‌های جدید فائق آیند، آنها افرادی با جرأت و مستقل هستند. همچنین این افراد، از منبع کنترل درونی (جایگاه مهار درونی) برخوردارند (۱۲). افرادی که سرسختی بالایی دارند نیز هنگام بروز مشکل بیشتر از روش‌های مقابله گشتاوری استفاده می‌کنند و افرادی که به روش‌های واپس‌رونده متوسل می‌شوند برای فرار از مشکل، از مواجهه شدن با آن اجتناب می‌ورزند و یا به رفتارهایی چون پرخاشگری، نوشیدن الکل و مصرف سیگار پناه می‌آورند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین سوء مصرف مواد اعتیادآور با کیفیت زندگی در سطح $0/05$ ، همبستگی منفی معنی‌داری وجود دارد ($I = -0/283$). در این مطالعه، افرادی که شدت سوء مصرف مواد بالاتری داشتند از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند، همچنین در کسانی که احتمال مصرف مواد اعتیادآور وجود داشت عامل سرسختی و تصویر

عامل سرسختی روان‌شناختی ضعیف و کم بود. بُعد عینی کیفیت زندگی عبارت است از: تحقق خواست‌های اجتماعی و فرهنگی؛ به‌منظور رفاه و آسایش مادی، موقعیت اجتماعی و سلامتی جسمانی.

چند عامل مهم در کیفیت زندگی مؤثرند که از جمله آنها می‌توان به خانواده، وضعیت اقتصادی - اجتماعی و سبک مقابله فرد اشاره کرد که می‌تواند بر نوع زندگی و رضایت از آن، تأثیر مستقیم داشته باشد. به‌نظر می‌رسد کیفیت زندگی در افراد مصرف‌کننده مواد مخدر؛ با از دست دادن خانواده، از هم گسستگی بین اعضای خانواده، طلاق، همچنین از دست دادن مقام، منزلت اجتماعی و پیرو آن بیکاری، کاهش بهره‌وری شغلی و استفاده از سبک مقابله هیجان‌مدار برای برخورد با مشکلات و حل مسائل فردی و اجتماعی؛ به‌نحو قابل‌ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد. مصرف مواد اعتیادآور توسط یک فرد در خانواده، تأثیر عمیقی بر کیفیت زندگی خود و اطرافیان دارد و رفتارهای موادجویانه‌ای مانند عصبانیت، احساس طرد شدن، ناتوانی و افسردگی را نیز در پی داشته و از نظر بسیاری از کلینیسین‌ها، اختلالات سایکوسوماتیک در خانواده افراد، وابسته به مواد بالا می‌باشد (۱۳).

نتایج نشان داد بین سوء مصرف مواد اعتیادآور با خودپنداره در سطح $0/05$ ، همبستگی منفی معنی‌دار وجود دارد ($I = -0/475$). این مطالعه نشان داد در افرادی که شدت سوء مصرف مواد بالاتری دارند خودپنداره پایین‌تر است، همچنین در کسانی که احتمال مصرف مواد اعتیادآور وجود دارد عامل خودپنداره و تصویر

صحتی از خویش‌داشتن، ضعیف و کم است. هر فردی، باورهای خود درباره خودش را خود فراهم می‌آورد که اصطلاحاً خودپنداره نامیده می‌شود. خودپنداره تنها به‌وسیله توجه مثبت فرد نسبت به خود یا توسط حرمت‌نفس (احترام به خود یا عزت‌نفس) تحقق می‌یابد. توجه نسبت به خود نیز تا آن میزان که افراد مهم در زندگی کودک برای او احترام قائل هستند و نسبت به وی توجه مثبت نشان می‌دهند و کودک نیز این نوع توجه مثبت و احترام را می‌شناسد و آن را دوست دارد، در او شکل می‌گیرد. در شکل‌گیری خودپنداره، منابع زیادی وارد عمل می‌شوند از جمله واکنش‌های دیگران، مشاهده رفتارهای خود و مقایسه خود با اشخاصی که به او شباهت دارند و در همان محیط زندگی می‌کنند. یکی از مؤلفه‌های مهم در خودپنداره، عزت‌نفس است که با احساس ارزشمندی خود همراه بوده و با برخی از پدیده‌ها از جمله راهبردهای مقابله‌ای مثبت، سازندگی و انگیزش بالا رابطه دارد (۱۴).

Crocker و همکاران در پژوهش خود عنوان کردند معتادان دارای ویژگی‌های شخصیتی چون من ضعیف، دامنه تحمل ناکامی کم، اضطراب و تخیل همه توانی هستند (۱۵). Barmas نیز عنوان کرد معتادان از عزت‌نفس پایین و خودپنداره ضعیف برخوردارند و انزوا در آنها بالا می‌باشد (۱۶).

نتیجه‌گیری

نتایج این تحقیق نشان داد عامل سرسختی روان‌شناختی، کیفیت زندگی، خودپنداره و احساس ارزشمندی فرد برای خود؛ همگی رابطه معنی‌دار قوی منفی با اعتیاد دارند و این عوامل می‌تواند نقش محافظت‌کننده در فرد ایفا کند. لذا آگاهی والدین و مسئولین جامعه از این مهم، نقش ویژه‌ای در مهارت‌آموزی فرزندان و جوانان کشور دارد. بنابراین، باید در برنامه‌ریزی‌های آموزشی در دانشگاه‌ها و مراکز تعلیم و تربیت نسبت به مؤلفه‌های

سرسختی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و خودپنداره توجه شود و
مهارت‌های زندگی، کیفیت زندگی و شناخت خود در مراکز
جلسات و کارگاه‌ها با موضوعات مهارت‌های تاب‌آوری،
درمانی سوء مصرف مواد جهت توانمندسازی بیماران اجرا گردد.

References:

1. Horsburgh VA, Schermer JA, Vwselka L, Vernon PA. A behavioral genetic study of mental toughness and personality. *J Pers Individ Diff* 2009 46(2):100-105.
2. Golby J, Sherrd M. Mental toughness and hardiness at different levels of rugby league. *J Pers Individ Diff* 2004;37(5):933-44.
3. Molazadeh Esfanjani R, Kafi M, Salehi I. Investigating psychological obstinacy and styles of conflicting with mental stress in healthy and addicted people. *J Res Addict* 2010;17(5):11.
4. Zakin G, Solomon, Z, Neria Y. Hardiness, attachment style, and long term psychological distress among Israeli POWs and combat veterans. *Pers Individ Diff* 2003;34(5):819-29.
5. Liu BC. Quality of life indicators in us metropolitan areas a statistical analysis. New York: Praeger Pub; 2006.
6. Mosharraf R, Aghaee A, Hasan Zadeh A, Poor Agha Koochak M. Relationship between satisfaction and expectation with self-esteem and self-concept in patients using complete denture. *Shiraz Univ Dent J* 2007;8(3):60-70. [Full Text in Persian]
7. Feizy V, Ghazi P, Dolatshahi M, Hatmi Z. Quality of life in vitiligo patients. A report from Razi referral University Hospital in Tehran. *Tehran Univ Med J* 2007;65(4):50-54. [Full Text in Persian]
8. Saddock VA, Sadock BJ, Ruiz P, Kaplan HI. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2008. p. 2063-105.
9. Sappington Mental health care. Translated by Shahi Baravati H. Tehran: Fara; 2006. [Text in Persian]
10. Namyar M. A pilot study of feasibility, reliability, validity and Beck self-concept test norm for high school students in Tehran. [M.A Thesis]. General Psychology. Tehran: Allameh Tabatabai University, Faculty of Psychology and Educational Sciences; 1996. [Text in Persian]
11. Mrus JM, Williams PL, Tsevat J, Cohn SE, Wu AW. Gender. difference in health related quality of life in patient with HIV/AIDS. *Qual Life Res* 2005;14(2):479-91.
12. Dabaghi P, Asgharnejad F, Ali A, Atef V, Kazem M, Bolheri J. The effect of behavioural psychology in treating the disorder of narcotic drugs misuse disorder. *Soc Health Addict* 2007;2(3): [Full Text in Persian]
13. Xiao L, Wu Z, Luo W, Wei X. Quality of life of outpatients in methadone maintenance treatment clinics. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010;53(Suppl 1):S116-20.
14. Mokaveni S, Zamani M. The survey of quality of life and its dimensions in Islamic Azad University Ahvaz branch students in 2010. *Jentashapir* 2011;2(4):191-200. [Full Text in Persian]
15. Crocker J. The costs of seeking self- esteem. *J Soc Issues* 2002;58(3):597-615.
16. Barmas H. Comparison of self-esteem and attributeional style in adolescent addicts and non-addicts. *Q J Psychol Stud* 2004;1-6. [Full Text in Persian].