

مقایسه حل تعارض و کیفیت زندگی معتادان به تریاک با معتادان به مواد محرک

طیبه عاملی^۱، خدیجه ابوالمعالی^۲، بهشته میرزایی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۰۸/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۹/۰۵

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف، مقایسه حل تعارض و کیفیت زندگی معتادان به تریاک با معتادان به مواد محرک انجام گرفت. **روش:** بدین منظور ۷۴ نفر معتاد به تریاک و ۷۴ نفر معتاد به مواد محرک به شیوه خوشه‌ای تصادفی از سه کلینیک در مناطق ۶ و ۱۱ انتخاب شدند و به وسیله پرسشنامه‌های حل تعارض و پرسشنامه کیفیت زندگی مورد ارزیابی قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین حل تعارض و کیفیت زندگی افراد معتاد به تریاک با افراد معتاد به مواد محرک تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنا که به جز خرده مقیاس مثبت نگری، در سایر خرده مقیاس‌ها در آزمون حل تعارض (فضا و موقعیت، شفاف‌سازی دریافت‌ها و برداشت‌ها، توجه به نیازها به جای خواسته‌ها، توزیع قدرت دو طرفه، تمرکز اولیه بر آینده و بعد تمرکز بر یادگیری از گذشته‌ها، ارائه گزینه‌ها برای نفع طرفین، تدوین گام‌های عملی و مقدرور، ملاحظات احتیاطی) تفاوت معنادار به دست آمد. همچنین، در تمامی خرده مقیاس‌های آزمون کیفیت زندگی (کارکرد فیزیکی، محدودیت فیزیکی، محدودیت عاطفی، انرژی و نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی) به جز خرده مقیاس درد تفاوت معنادار به دست آمد. **نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد افراد وابسته به تریاک از شیوه‌های حل تعارض مناسب‌تری استفاده می‌کنند و از کیفیت زندگی بهتری نسبت به افراد وابسته به مواد محرک برخوردارند.

کلید واژه‌ها: حل تعارض، کیفیت زندگی، تریاک، مواد محرک

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد واحد رودهن. پست الکترونیک: tayyebeh_897@yahoo.com

۲. استادیار گروه روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

۳. استادیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

مقدمه

امروزه پیشرفت یک اجتماع مستلزم ارتقاء کیفیت زندگی^۱ است. مطالعات کیفیت زندگی به بررسی تأثیرات تمام موضوعاتی می‌پردازد که باعث بالا رفتن سطح معنی زندگی و افزایش شادی و خوشی و تناسب شرایط زندگی افراد می‌گردد. بهزیستی روانی^۲ سازه‌ای چند بعدی است که حیطه‌های زیر را در برمی‌گیرد: عاطفه^۳: (در افراد دارای بهزیستی، احساس مثبت بر احساس منفی غلبه دارد)، شناخت^۴: (این افراد رضایت از زندگی را تجربه می‌کنند. به نظر آنها زندگی قابل درک و کنترل است)، رفتار^۵: (افراد دارای بهزیستی، چالش‌های زندگی را می‌پذیرند و به کار و فعالیت علاقه دارند)، روابط بین فردی: (افراد دارای بهزیستی به دیگران اعتماد می‌کنند و از تعامل اجتماعی نیز برخوردارند) (عظیمی و باجلان، ۱۳۸۸).

در روابط بین فردی افراد دارای شیوه‌های ارتباطی، آرزوها، دیدگاه‌های مذهبی و نیز پیش‌زمینه‌های فرهنگی متفاوتی هستند. وجود این گونه تفاوت‌ها منجر به ایجاد تعارض^۶ بین افراد می‌شود. تعارض یکی از عوامل مهمی است که می‌تواند تأثیر زیادی بر بهداشت روانی داشته باشد. درحالت تعارض فرد انرژی روانی زیادی مصرف می‌کند تا یکی از حالات و راه‌های مقابل خود را برگزیند. قرار گرفتن در چنین شرایطی با توجه به استرس زا بودن آن قابل توجه است و ماندن در چنین هنگامی سازنده است که منجر به تبیین مسائل و مشکلات شود؛ افراد را برای حل اموری که برای آنها اهمیت دارد درگیر کند؛ موجب ارتباطات شود و به افراد در توسعه ادراک و مهارتشان کمک کند. هنگامی تعارض مخرب است که موجب تضعیف عزت‌نفس شود؛ توجه را از فعالیت‌های مهم دور سازد و منجر به رفتارهای مضر و غیرمسئولانه شود. از جمله راهبردهایی که برای حل تعارض^۷ استفاده می‌شود می‌توان به اعمال سلطه و قدرت، سازش و مصالحه، اجتناب و گذشت اشاره کرد (درگاهی، موسوی، فراهانی و شهم، ۱۳۸۷). در فرایند اعتیاد، تعارض به عنوان

1. quality of life
5. behavior

2. mental welfare
6. conflict

3. affect
7. conflict resolution

4. cognition

عاملی مستعدکننده اهمیت دارد. بدان معنی که معتادان کسانی هستند که اضطرابشان را به صورت ناتوانی در کنترل خود و محیط اطرافشان تغییر می کنند و حس می کنند قدرتی برای تغییر موقعیت و غلبه بر عوامل تنش زا را ندارند (جی لتیری، سیرز و پیرسون، ۱۳۸۴). در حال حاضر شیوع مصرف محرک ها^۱ به خصوص متامفتامین^۲ (شیشه) رو به افزایش است. تأثیرات مخرب روانی و جسمانی مواد محرک بسیار بیشتر از تریاک است. مواد محرک در عملکرد فردی، اجتماعی و.. تخریب های بسیار زیادی ایجاد می کند. همچنین، مواد محرک وابستگی روانی بالا و وابستگی جسمی بسیار کمی دارد، این موضوع درست برخلاف تریاک است. بنابراین، به نظر می رسد که کیفیت زندگی به خصوص بعد روانی در افراد معتاد به مواد محرک بیشتر تخریب می شود و در نتیجه راهبردهای حل تعارض این افراد متفاوت خواهد بود. طبق یافته های پژوهشی لئون^۳ و همکاران (۲۰۰۹)، یادگیری کلامی، حافظه بصری فوری، مدیریت منابع توجه، روانی نظام آوایی زبان، انتزاع، حل مسئله پیچیده و انعطاف پذیری ذهنی از جمله عملکردهایی هستند که مصرف کوکائین بیشتر آنها را تحت تأثیر قرار داده و دچار تخریب می کند. راوسون و واشتون^۴ (۲۰۰۲) در یافته های پژوهشی خود اذعان می دارند که مصرف کنندگان تریاک در مقایسه با مصرف کنندگان مواد محرک، کمتر معتقد بودند که استعمال مواد به شکل وسواسی^۵ و بیش از حد آنها را درگیر رفتارهای جنسی پر خطر غیر معمول می کند. همچنین کمتر از سایر گروه ها احساس نیاز به درمان داشتند. شاپتو^۶ (۲۰۰۲) در پژوهشی با موضوع تاثیر متامفتامین در زندگی اجتماعی و جنسی معتادان دریافت که افراد معتاد تحت تاثیر متامفتامین کنترل خود را روی تظاهرات و رفتار جنسی از دست می دهند. افراد معتاد معمولاً برای حل تعارض از شیوه های هیجان مدار و مخرب استفاده می کنند. تعارض بعنوان عامل مستعدکننده، می تواند موجب مصرف مواد و عود در افراد درمان شده گردد. بدین صورت که افراد معتاد معتقدند که امکان سازگاری با عوامل تنش زا وجود ندارد و برای تغییر موقعیت و غلبه بر عوامل تنش زا باید به مصرف

1. stimulants

4. Ravson & Washton

2. methamphetamine

5. obsessive

3. Leon

6. Shaptaw

مواد پناه برد (جی لثیری، سیرز و پیرسون، ۱۳۸۴). کیزاکنینی و نیلی^۱ (۱۹۹۷) بیان می کنند تاثیر منفی استفاده از روش های مقابله ای هیجانی در دفعات مصرف، تکمیل درمان و عود^۲ در معتادان به کوکائین^۳ دیده شده است. نتایج پژوهش باتیستی و روگناریس^۴ (۲۰۱۰) نشان داد که مصرف طولانی مدت حشیش^۵ می تواند به توانایی مغز در زمینه حل تعارض آسیب برساند و در توانایی اجتناب از سوء مصرف مواد یا رفتارهای حفظ پرهیز مواد دخالت داشته باشند. در پژوهش دیگری که توسط سالو، گبی، فسبندر و هنیگ^۶ (۲۰۱۱) انجام گرفت، نتایج نشان دهنده کمبود شناختی در مصرف کنندگان مزمن متاآمفتامین بود که یک آسیب پذیری خاص برای حواسپرتی در کار عملکردهای اجرایی را منعکس می کند. بنابر یافته های پژوهشی کالسمن و ولفرت^۷ (۲۰۰۲) روش های نابهنجار حل تعارض به دامنه رفتارهای ظاهری از جمله دعوا کردن، سیگار کشیدن، شرب خمر، و سوء مصرف ماری جوانا^۸ مرتبط است. لامون و آلونزو^۹ (۱۹۹۲) در پژوهشی نشان دادند که فرد معتاد برای افزایش رویارویی با مشکلات و مقابله با فشارها از شیوه ناکارآمد مصرف مواد و اعتیاد دارویی کمک می گیرد. مطالعه انجام شده توسط سیکیارا، بودیان و راناتزکی^{۱۰} (۲۰۰۰) در جوانان مصرف کننده ماری جوانا نشان داد که آنها از شیوه های مقابله ای ناسازگارانه مثل خشم و عصبانیت، بسیار بیشتر از روش های سازگارانه و مثبت استفاده می کردند. نتایج مطالعه دو ساله پیگیرانه ولز، سنلی، یاگر و کلری^{۱۱} (۲۰۰۱) هم مؤید این موضوع بود که نوجوانان مصرف کننده (تنباکو، الکل، و ماری جوانا) به جای استفاده از شیوه های مقابله ای سازگارانه معطوف به حل مسئله به روش های ناسازگارانه اجتنابی و هیجانی و نیز معلق نگهداشتن موضوع روی می آورند و نیز میزان بالاتر استرس های روزمره و استفاده بیشتر از روش های ناسازگارانه با افزایش میزان مصرف مواد در آنها همراه بود. بر اساس نتایج پژوهش بال^{۱۲} (۲۰۰۵، ۲۰۰۴) بین راهبردهای مقابله ای ضعیف و شیوه های حل مسئله نامناسب با مصرف مواد در معتادان رابطه وجود دارد. پژوهش حجتی، آلوستانی، آخوندزاده، حیدری و شریف نیا (۱۳۸۹) نشان داد که بین

1. Kouzekanani & neeley

2. relapse

3. cocaine

4. Battisti & Roodenrys

5. hashish

6. Salo, Gabay, Fassbender & Henik

7. Colsman & wulfert

8. marijuana

9. Lamon & Alonzo

10. Siqueira, Bodian & Rolnitzky

11. Wills, Sandy, Yaeger & Cleary

12. Ball

بهداشت روان با نوع ماده مصرفی و کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود دارد. بدین معنا که بهداشت روان افراد مصرف کننده تریاک ۳۱ درصد نامطلوب و افراد مصرف کننده شیشه ۵۲ درصد نامطلوب بوده است. قربانی، کاظمی و قربانی (۱۳۹۰) در پژوهشی دریافتند که گروه مصرف کننده شیشه نسبت به گروه گواه باورهای غیر منطقی بیشتری دارند. همچنین نمرات گروه بیمار نسبت به گروه گواه در خرده آزمون‌های نگرانی بیش از اندازه توأم با اضطراب در مورد آینده، اجتناب از مشکلات، وابستگی و درماندگی نسبت به تغییر بیشتر بود. در پژوهشی که توسط نورافکن روحی (۱۳۸۸) انجام گرفت، نتایج بیانگر تفاوت معنادار بین میزان نگهداری توجه و سرعت پردازش اطلاعات و حافظه کاری افراد معتاد به مواد مخدر و مواد محرک با افراد عادی بود. اما در مقایسه بین دو گروه معتاد به مواد مخدر و محرک از نظر آماری اختلاف معناداری وجود نداشت ولی طبق یافته‌های این پژوهش میزان حواسپرتی افرادی که ماده محرک مصرف می‌کردند بیشتر از افراد معتاد به مواد مخدر بود اما تفاوت معنادار نبوده است. همچنین نتایج پژوهش عباس زاده (۱۳۸۸) نشان داد که روان نژندگرایی در افراد معتاد به مواد محرک با دوری جویی، گریز و اجتناب رابطه مثبت و با خویشتن داری رابطه منفی دارد. نتایج پژوهش غلامی نژاد (۱۳۸۹) نشان داد که افراد معتاد به مواد مخدر و محرک در مقایسه با افراد عادی در مواجهه با استرس کمتر از سبک‌های مسئله مدار استفاده می‌کردند. پژوهش طوفانی و جوانبخت (۱۳۸۰) نیز نشان داد که افراد معتاد بیشتر از راهبردهای مقابله جسمانی کردن و مهار هیجانی استفاده می‌کنند.

هرچند پژوهش‌های انجام شده پیرامون موضوع مورد پژوهش، از جمله پژوهش فرنیسا، خواجه موگهی، شانه ساز و پاک سرشت (۱۳۸۵) نشان می‌دهد که شیوه‌های مقابله‌ای یک عامل کلیدی در ارزیابی ارتباط بین استرس و سلامت عمومی در افراد وابسته به مواد افیونی است، اما در زمینه کیفیت زندگی و شیوه‌های حل تعارض افراد وابسته به مواد محرک از جمله شیشه تحقیقات چندانی انجام نشده است. شیشه یکی از انواع مواد محرک است که امروزه مصرف آن در جامعه افزایش یافته است و تبعات روانی-اجتماعی بسیار مخربی به همراه دارد. بنابراین، بررسی کیفیت زندگی و شیوه‌های حل تعارض در افراد مصرف کننده مواد محرک مثل شیشه در مقایسه با

افراد مصرف کننده ماده مخدري چون ترياک، ضروري است. با توجه به آنچه ذکر شد، سوال اصلي پژوهش اين است که آيا بين حل تعارض و کيفيت زندگي معتادان به ترياک با معتادان به مواد محرک تفاوت وجود دارد؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر، از نوع علی-مقایسه‌ای است. افراد شرکت کننده در اين پژوهش کلیه افراد معتاد به ترياک و مواد محرک بودند که به کلينیک‌های ترک اعتياد در مناطق ۶ و ۱۱ شهرداری تهران در سال ۱۳۹۰ مراجعه کرده بودند. در اين پژوهش از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده شده است. به اين صورت که از جامعه فوق ۳ کلينیک به روش تصادفی انتخاب و کلیه افراد تحت پوشش کلينیک‌های انتخاب شده مورد آزمون قرار گرفتند. حجم نمونه در اين پژوهش با توجه به فرمول حجم نمونه $n = \left(\frac{\delta Z}{d}\right)^2$ تعداد ۱۴۸ نفر برآورد شد که از اين تعداد ۷۴ نفر معتاد به ترياک و ۷۴ نفر معتاد به مواد محرک انتخاب شدند.

۶۰

60

ابزار

۱- پرسش نامه کيفيت زندگي: اين پرسش نامه با ۳۶ سوال برای سنجش ادراک افراد از سلامتی خود ابرازی مناسب است. به‌طور کلی دو رویکرد جسمانی و روانی را می‌سنجد. اين پرسشنامه توسط واروشربون در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی شد و اعتبار و روایی آن در گروه‌های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته است. پژوهش‌ها درباره‌ی کيفيت زندگي نشان می‌دهد که اين پرسشنامه روایی و اعتبار بالایی دارد (مک هورنی وار و رازک، ۱۹۹۳). روایی و اعتبار اين پرسشنامه را برای اولين بار در ايران منتظری، گشتاسبی و وحدانی نیا، (۱۳۸۴) روی ۴۱۶۳ نفر در رده‌ی سنی ۱۵ سال به بالا ارزیابی کردند، که ضريب اعتبار آن در زیرمقیاس‌ها از ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ گزارش شد.

سال ششم، شماره ۲۴، زمستان ۱۳۹۱
Vol. 6, No. 24, Winter 2013

۲- پرسشنامه حل تعارض: یک پرسشنامه ۴۱ سوالی است که به عنوان ابزاری برای اندازه‌گیری ایده‌های حل تعارض و توانایی شخص در خلق و ارائه راه‌حل‌های برنده-برنده و سودمند به حال طرفین تعارض برای جمعیت عمومی توسط ساخته شد. پرسش‌ها به صورت پنج گزینه‌ای است. ضریب آلفای کرونباخ نمونه ۴۱ سوالی این پرسشنامه ۰/۷۸ برآورده شده است. تست روایی سازه خوبی داشته و با استفاده از آزمون ROCI-I از روایی همزمان خوبی برخوردار است (هنینگ^۱، ۲۰۰۳). برای استفاده این پرسشنامه در گروه نمونه مورد بررسی ابتدا نسخه انگلیسی آن به فارسی ترجمه و ویرایش شده و سپس نظر ده تن از متخصصین در مورد مقبولیت علمی، وضوح و سادگی و مرتبط بودن هر سوال با اهداف آزمون بررسی شد. در مجموع بین متخصصین اتفاق نظر وجود داشت. ضریب توافق متخصصان معادل ۰/۹۱ بود. سپس به منظور برآورد اعتبار پرسشنامه ابتدا پرسشنامه بر روی یک گروه سی نفری که مشابه نمونه اصلی بودند، اجرا شد و آلفای کرونباخ آن محاسبه گردید که آلفای کرونباخ به دست آمده برابر ۰/۸۲ بود. سپس با توجه به مقبول بودن آلفای کرونباخ به دست آمده آزمون روی نمونه اصلی اجرا شد.

روش اجرا

پس از انتخاب کلینیک‌های مورد نظر، پژوهشگر در بخش پذیرش این مراکز درمانی حضور یافته و پس از جلب اعتماد و رضایت بیماران برای شرکت در پژوهش، پرسشنامه‌ها در اختیار افراد گروه نمونه قرار داده شد. بعد از توضیح کامل پیرامون اهداف پژوهشی و نحوه پرکردن پرسشنامه‌ها به سوالات شرکت‌کنندگان در ارتباط با پرسشنامه پاسخ داده شد. در بعضی موارد که شرکت‌کنندگان خود راغب به پرکردن پرسشنامه‌ها نبوده و یا دارای تحصیلات کافی نبودند پرسشگر در پرکردن پرسشنامه با آنها همکاری کرده و برای سوالات مبهم توضیحات لازم را ارائه نمود.

یافته‌ها

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه

معنادین به تریاک			معنادین به ماده شیشه		
انحراف استاندارد	میانگین	مقیاس‌ها	انحراف استاندارد	میانگین	مقیاس‌ها
۲/۶۹	۱۳/۰۴	مثبت نگری	۳/۳۵	۱۲/۵۹	مثبت نگری
۳/۰۶	۱۶/۳۲	فضا و موقعیت	۳/۸۵	۱۳/۵۵	فضا و موقعیت
۲/۹۴	۱۵/۳۶	شفاف سازی	۳/۲۹	۱۴/۰۸	شفاف سازی
۳/۴۳	۱۴/۶۱	توجه به نیازها	۳/۷	۱۲/۳۵	توجه به نیازها
۳/۰۱	۱۵/۸۹	ایجاد رابطه مثبت	۳/۵۲	۱۳/۸۶	ایجاد رابطه مثبت
۳/۷۵	۱۳/۶۱	تمرکز اولیه به آینده	۳/۵۱	۱۱/۶۱	تمرکز اولیه به آینده
۳/۶۴	۱۴/۲	ارایه گزینه‌ها	۳/۸۱	۱۲/۴۷	ارایه گزینه‌ها
۳/۵۱	۱۴/۴۶	تدوین گام‌های عملی	۳/۶۳	۱۲/۴۹	تدوین گام‌های عملی
۳/۷۵	۱۵/۱۵	ایجاد توافق	۳/۹۱	۱۳/۱۶	ایجاد توافق
۲/۹۶	۱۲/۸	ملاحظات	۳/۴۱	۱۰/۹۳	ملاحظات
۲۳۶/۱۴	۶۸۲/۰۹	کارکرد فیزیکی	۲۴۸/۶۷	۵۷۶/۶۹	کارکرد فیزیکی
۱۴۷/۹۱	۱۴۰/۵۴	محدودیت فیزیکی	۱۱۰/۸	۷۵/۶۸	محدودیت فیزیکی
۱۱۰/۷۳	۱۰۸/۱۱	محدودیت عاطفی	۸۱/۱	۴۱/۸۹	محدودیت عاطفی
۹۴/۳۹	۲۱۱/۵۱	انرژی و نشاط	۹۵/۲۸	۱۵۸/۶۵	انرژی و نشاط
۱۱۴/۷۲	۲۸۲/۴۳	سلامت عاطفی	۱۰۴/۴۴	۱۵۸/۶۵	سلامت عاطفی
۵۳/۹۴	۱۰۷/۷۷	عملکرد اجتماعی	۵۱/۴۹	۵۹/۸	عملکرد اجتماعی
۵۷	۱۳۹/۳۹	درد	۶۲/۳۲	۱۲۵/۴۷	درد
۹۶/۲۹	۲۷۳/۹۹	سلامت عمومی	۱۰۲/۶۳	۱۸۳/۱۱	سلامت عمومی

برای استنباط پیرامون تفاوت‌ها در زیرمقیاس‌های حل تعارض از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج این تحلیل حکایت از معناداری تفاوت حل تعارض داشت ($F=۳/۵۰۶$, $P<۰/۰۰۱$) برای بررسی الگوهای تفاوت از آزمون تحلیل واریانس به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۲: تحلیل واریانس تک متغیری برای مقایسه افراد دو گروه در هر یک از زیرمقیاس‌های حل تعارض

مقیاس‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اتای تفکیکی
مثبت نگری	۷/۳۶	۱	۷/۳۶	۰/۷۹۹	۰/۳۷۳	۰/۰۰۵
فضا و موقعیت	۲۸۳/۹۵	۱	۲۸۳/۹۵	۲۳/۴۹۵	۰/۰۰۰۵	۰/۱۳۹
شفاف سازی	۶۰/۹۸	۱	۶۰/۹۸	۶/۲۶۷	۰/۰۱۳	۰/۰۴۱
توجه به نیازها	۱۸۸/۴۴	۱	۱۸۸/۴۴	۱۴/۸۰۳	۰/۰۰۰۵	۰/۰۹۲
ایجاد رابطه مثبت	۱۵۲/۰۳	۱	۱۵۲/۰۳	۱۳/۸۰۵	۰/۰۰۰۵	۰/۰۸۶
تمرکز اولیه به آینده	۱۴۸/۰۰	۱	۱۴۸/۰۰	۱۱/۲۲۳	۰/۰۰۱	۰/۰۷۱
ارائه گزینه‌ها	۱۱۰/۷۰	۱	۱۱۰/۷۰	۷/۹۷۶	۰/۰۰۵	۰/۰۵۲
تدوین گام‌های عملی	۱۴۴/۰۳	۱	۱۴۴/۰۳	۱۱/۳۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۷۲
ایجاد توافق	۱۴۶/۰۱	۱	۱۴۶/۰۱	۹/۹۳۶	۰/۰۰۲	۰/۰۶۴
ملاحظات	۱۲۸/۶۸	۱	۱۲۸/۶۸	۱۲/۶۲۰	۰/۰۰۱	۰/۰۸۰

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود به جز زیرمقیاس مثبت‌نگری در سایر زیرمقیاس‌ها تفاوت معناداری بین میانگین‌های دو گروه مشاهده شد. لازم به ذکر است، با توجه به آماره‌های توصیفی گروه معتاد به تریاک نمرات بالاتری گزارش نموده‌اند. همچنین، برای استنباط پیرامون تفاوت‌ها در زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج این تحلیل حکایت از معناداری تفاوت کیفیت زندگی داشت ($P < ۰/۰۰۱$, $F = ۸/۶۰۶$, $\lambda = ۰/۶۶۷$ لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از آزمون تحلیل واریانس به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۳: تحلیل واریانس تک متغیری برای مقایسه دو گروه در هر یک از زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی

مقیاس‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اتای تفکیکی
کارکرد فیزیکی	۴۴۹۸۴۰/۲۰	۱	۴۴۹۸۴۰/۲۰	۷/۷۳۱	۰/۰۰۶	۰/۰۵۱
محدودیت فیزیکی	۱۶۳۹۳۱/۰۲	۱	۱۶۳۹۳۱/۰۲	۹/۶۰۶	۰/۰۰۲	۰/۰۶۲
محدودیت عاطفی	۱۶۱۶۶۷/۱۲	۱	۱۶۱۶۶۷/۱۲	۱۷/۰۴۶	۰/۰۰۰۵	۰/۱۰۵
انرژی و نشاط	۱۰۲۶۷۴/۳۶	۱	۱۰۲۶۷۴/۳۶	۱۱/۴۱۵	۰/۰۰۱	۰/۰۷۳
سلامت عاطفی	۵۶۳۳۷۶/۲۵	۱	۵۶۳۳۷۶/۲۵	۴۶/۴۹۳	۰/۰۰۰۵	۰/۲۴۳
عملکرد اجتماعی	۸۷۳۸۶۰/۰۴	۱	۸۷۳۸۶۰/۰۴	۳۱/۴۷۷	۰/۰۰۰۵	۰/۱۷۸
درد	۷۲۵۱/۷۰	۱	۷۲۵۱/۷۰	۲/۰۲۰	۰/۱۵۷	۰/۰۱۴
سلامت عمومی	۳۰۷۹۹۸/۴۳	۱	۳۰۷۹۹۸/۴۳	۳۰/۹۴۴	۰/۰۰۰۵	۰/۱۷۶

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود در تمامی زیرمقیاس‌ها به جز زیرمقیاس درد تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد. لازم به ذکر است، با توجه به آماره‌های توصیفی گروه معتاد به تریاک نمرات بالاتری گزارش نموده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه حل تعارض و کیفیت زندگی افراد معتاد به تریاک با افراد معتاد به مواد محرک (شیشه) انجام شد. با توجه به یافته‌های بدست آمده از این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که بین حل تعارض افراد معتاد به تریاک با افراد معتاد به مواد محرک (شیشه) تفاوت وجود دارد. بدین معنا که شیوه‌های حل تعارض در افراد وابسته به مواد محرک بسیار ناکارآمدتر از افراد وابسته به تریاک است. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های باتیستی و روگناریس (۲۰۱۰)، کالزمن و ولفرت (۲۰۰۲)، ولز و همکاران (۲۰۰۱)، سیکاریا و همکاران (۲۰۰۰)، کیزاکنینی (۱۹۹۷)، قربانی و همکاران (۱۳۹۰) و عباس زاده (۱۳۸۸) همسو است. اثرات تخریبی مواد محرک بیشتر از تریاک است. طبق نظریه حل تعارض ویکس، یکی از مراحل حل تعارض تشخیص موقعیت آینده و عبرت از تجربیات گذشته است. به نظر ویکس تجربیات گذشته می‌تواند موقعیتی برای تغییر آینده فراهم نمایند (هنینگ، ۲۰۰۳). یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که افراد وابسته به مواد محرک نسبت به درس گرفتن از تجربیات گذشته و استفاده از این تجربیات برای کاهش موقعیت‌های تعارض آمیز آینده عملکرد ضعیف‌تری دارند.

نتایج نشان داد که بین دو گروه در خرده مقیاس مثبت نگری تفاوت معناداری وجود نداشت. بدین معنا که هر دو گروه تعارض و اختلاف نظر را نامطلوب و تنش‌زا تعبیر می‌کنند. به عبارت دیگر به نظر می‌رسد در افراد معتاد فارغ از اینکه چه نوع ماده‌ای مصرف می‌کنند نوعی گرایش اجتنابی از موقعیت‌های تعارض آمیز و بالقوه تنش‌زا وجود دارد. این نتایج با یافته‌های بال (۲۰۰۵، ۲۰۰۴)، لامون و آلونزو (۱۹۹۲)، غلامی نژاد (۱۳۸۹)، فرنیا و همکاران (۱۳۸۵) و طوفانی و جوانبخت (۱۳۸۰) همسو است. همچنین در تبیین نظری نتایج پژوهش حاضر می‌توان به نظریه کنترل شاد اشاره کرد. گریستال و

راسکین^۱ (۱۹۷۰) مطرح کرده‌اند که تعارض به عنوان عاملی مستعدکننده در فرایند اعتیاد اهمیت دارد. بدان معنی که معتادان کسانی هستند که اضطرابشان را به صورت ناتوانی در کنترل خود و محیط اطرافشان تعبیر می‌کنند و حس می‌کنند قدرتی برای تغییر موقعیت و غلبه بر عوامل تنش‌زا را ندارند و تجربه اضطراب را امری ناخوشایند تلقی می‌کنند و می‌کوشند با مصرف مواد این حس را برطرف کنند (جی لثیری، سیرز و پیرسون، ۱۳۸۴). بنابراین، طبق نظریه کنترل شاد هر دو گروه برای اجتناب از عوامل تنش‌زا و تعارض آمیز به مصرف مواد پناه می‌برند.

همچنین نتایج نشان داد که بین کیفیت زندگی افراد معتاد به تریاک با افراد معتاد به مواد محرک (شیشه) تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنا که افراد معتاد به مواد محرک از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند. این نتایج درباره کیفیت زندگی و بهداشت روانی پایین‌تر در افراد معتاد به مواد محرک با نتایج پژوهش‌های سالوو و همکاران (۲۰۱۱)، بردرز^۲ و همکاران (۲۰۰۹)، راوسون و واشتون (۲۰۰۲)، شاپتو (۲۰۰۲)، حجتی و همکاران (۱۳۸۹) همسو است. ولی با یافته‌های نورافکن روحی (۱۳۸۸) از لحاظ معنادار نبودن تفاوت دو گروه معتاد به مواد محرک و مخدر در میزان نگهداری توجه و سرعت پردازش اطلاعات و حافظه کاری همسو نیست. این نکته قابل ذکر است که ماده مخدر در این پژوهش محدود به تریاک نبوده و شامل انواع مخدرها از جمله کراک و... بوده است. همچنین در این پژوهش، افرادی که جوابگوی پرسشنامه بودند و جزء نمونه‌های تحقیق محسوب می‌شدند از لحاظ گزارش نوع ماده مصرفی شان قابل اعتماد نبودند و اکثراً مصرف توأمان مواد نیز داشتند ولی انکار می‌کردند. لذا این مسئله می‌تواند نتیجه را مخدوش کرده باشد. در پژوهش حاضر سعی شد با ارتباط اولیه خوبی که با بیماران برقرار شد اعتماد آنها جهت همکاری و صداقت در بیان اطلاعات جلب شود و مواردی که مشکوک به مصرف توأم دو ماده مخدر و محرک بودند از نمونه‌ها خارج شدند. بیشترین اندازه‌های کیفیت زندگی شامل دو بعد عملکرد روانی و جسمی می‌شود که هر دو بعد، مرتبط با مصرف مواد هستند. طبق نتایج بدست آمده پایین‌تر بودن کیفیت زندگی افراد

معتاد به مواد محرک را می‌توان چنین تبیین نمود که براساس نوروفارماکولوژی^۱ (اثرات داروشناختی) مواد محرک، مصرف این مواد سطح دوپامین^۲ را در بدن افزایش می‌دهد و علائمی از قبیل پرخاشگری، اضطراب، وسواس، تحریک پذیری، توهم و روانپزشی را در افراد به دنبال دارد که منجر به مختل شدن کارکرد فیزیکی، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی فرد می‌شود که همه موارد یاد شده از ابعاد کیفیت زندگی هستند. با توجه به اینکه این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای است، ممکن است متغیرهای کنترل نشده‌ای همچون سن، تحصیلات، طول مدت مصرف، نتایج پژوهش را مخدوش کرده باشد. در این پژوهش متغیر سن قابل کنترل نبود. زیرا افراد وابسته به تریاک در مقایسه با افراد وابسته به مواد محرک از سن بالاتری برخوردار بودند. همچنین محدودیت دیگر این بود که افراد وابسته به تریاک به دلیل سن بالا و تخریب پایین‌تر این ماده از لحاظ جسمی و روحی معمولاً مدت زمان مصرفشان بسیار بالاتر بود در حالیکه مدت زمان مصرف در مورد افراد وابسته به مواد محرک (شیشه) به علت سن پایین‌تر و تخریب بالای جسمی و روحی بسیار پایین‌تر بود. از آنجا که اکثر افراد وابسته به مواد فقط به یک نوع ماده بسنده نمی‌کنند، لذا دسترسی به افراد صرفاً وابسته به یک نوع ماده مخدر (در این پژوهش تریاک) یا صرفاً محرک بسیار دشوار بوده و همین مسئله نیز خود در کنترل متغیرها محدودیت زیادی را ایجاد می‌کرد. با توجه به این که در این پژوهش از روش خود گزارشی استفاده شده است، ممکن است امکان تحریف پاسخها توسط آزمودنی‌ها وجود داشته است. انجام مصاحبه ساختارنیافته (کیفی) در کنار اجرای پرسشنامه می‌تواند پژوهشگر را به نتایج دقیق‌تری برساند. همچنین با توجه به اهمیت شیوه‌های حل تعارض به روش صحیح به عنوان عاملی کلیدی در درمان و پیشگیری از عود معتادان پیشنهاد می‌شود در برنامه‌های درمانی بیماران معتاد به این مسئله پرداخته شود.

منابع

جی لتیری، دن، سیرز، مولیه و پیرسون، هلن والنشتاین (۱۳۸۴). نظریه‌های سوء مصرف مواد مخدر، ترجمه شروین وکیلی، محمد غلامی و شاپور بهیان. تهران: انتشارات جامعه و فرهنگ.

1. neuropharmacology

2. opamine

حجتی، حمید؛ آلوستانی، سودابه؛ آخوندزاده، گلپهار؛ حیدری، بهروز و شریف نیا، سید حمید (۱۳۸۹). بررسی بهداشت روانی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در معتادین. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۰ (۳)، ۲۱۴-۲۰۷.

درگاهی، حسین؛ موسوی، محمد هادی؛ عراقیه فراهانی، سمانه و شهام، گلسا (۱۳۸۷). مدیریت تعارض و راهبردهای مرتبط. *مجله دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۲ (۲ و ۱)، ۷۲-۶۳.
طوفانی، محمد؛ جوانبخت، مریم (۱۳۸۰). شیوه‌های مقابله و نگرش‌های ناسالم در معتادان به مواد مخدر و افراد سالم. *مجله اندیشه و رفتار*، ۷ (۲ و ۱)، ۸۲-۸۸.

عباس‌زاده، شیرین (۱۳۸۸). *رابطه بین ویژگی‌های با اتخاذ شیوه‌های مقابله‌ای در افراد وابسته به مواد محرک*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، چاپ نشده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
عظیمی، لیلا و باجلان، علی (۱۳۸۸). *مطالعات کیفیت زندگی*. چاپ اول. اراک: انتشارات نویسنده.
غلامی نژاد، سکینه (۱۳۸۹). *مقایسه شیوه‌های مقابله با استرس در معتادان به مواد مخدر و محرک با افراد غیر معتاد*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، چاپ نشده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

فرنیاء، مجید رضا؛ خواجه موگهی، ناهید؛ شانه ساز، عبدالامین و پاک سرشت، سیروس (۱۳۸۵). بررسی مقایسه‌ای استرس، سبک‌های مقابله‌ای و ارتباط آنها با سلامت عمومی در افراد وابسته به مواد افیونی و غیر وابسته به مواد افیونی. *مجله علمی پزشکی*، ۴۸ (۱)، ۴۴۱-۴۳۵.

قربانی، مریم؛ کاظمی، حمید و قربانی و طاهره (۱۳۹۰). *مقایسه باورهای غیر منطقی بیماران مبتلا به اختلال سوء مصرف شیشه و افراد عادی*. *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۲ (۳)، ۳۷-۳۱.
منتظری، علی؛ گشتاسبی، آرزیتا و وحدانی نیا، مریم سادات (۱۳۸۴). *ترجمه: تعیین پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد sf-36*. فصلنامه پایش، ۵ (۱)، ۵۶-۴۹.

نورافکن روحی، نسیم (۱۳۸۸). *مقایسه میزان نگهداری سطح توجه بین افراد معتاد به مواد محرک و معتاد به مواد مخدر و افراد سالم*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، چاپ نشده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

Ball, S. (2004). *Personality traits, disorders, and substance abuse*. In R. M. Stelmack (Ed.), on the psychobiology of personality: Essays in honor of Marvin Zuckerman. New York: Pergamon.

Ball, S. (2005). Personality traits, problems, and disorders: Clinical applications to substance use disorders. *Journal of Research in Personality*, 39, 84-102.

Battisti, R & Roodenrys, S. (2010). Chronic cannabis users' show altered Neurophysiology functioning on stroop task conflict resolution. *Journal of psychopharmacology*, 212,613-624.

Borders, T., Booth, B., Falck, R., Leukefeld, C., Wang, J & Carlson, R. (2009). Longitudinal changes in drug use severity and physical health-related quality of

- life among untreated stimulant users. *Journal of addictive behaviors*, 34(11), 959-964.
- Colsmán, M & Walfert, E. (2002). Conflict Resolution style as an indicator adolescents substance use and other problem behaviors. *Journal of Addictive behaviors*, 27(4), 633- 648.
- Hening, M. (2003). *Evaluation of the conflict Resolution Questionnaire*. Unpublished thesis master of Business, Auckland University of Technology.
- Kouzekanani, K & Neeley, M. (1997). Coping style of female cocaine addict. *Journal of Substance Abuse*, 18(4), 165-171.3
- Lamon, B & Alonzo, A. (1997). Stress among males recovering from substance abuse. *Addictive Behaviors*, 22(2), 190-205.
- Leon, R. Perez, P. Luque, L. Mota, R. Arroyo, O. Saiz, B. Garcia, P.(2009). Neuropsychological profile in cocaine addiction: issues about addict's social environment and predictive value of cognitive status in therapeutic outcomes. *Journal of addictions*, 21(2): 119-32.
- McHorney, C. A., Ware J. E., Raczek A. E. (1993). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, 31(3), 247-263.
- Ravson, R. Washton, A. (2002). Drugs and Sexual Effects: Role of drug Type and Gender. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 103-108.
- Salo, R. Gabay, S. Fassbender, C. & Henik, A. (2011). Distributed attentional deficits in chronic methamphetamine abusers: evidence from the Attentional Network Task (ANT). *Journal of brain cognition*, 77(3), 446-52.
- Shaptaw, S. (2002). Sexual Hiv among gay and bisexual male methamphetamine abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13, 483-486.
- Siqueira, I. Bodian, C. Rolnitzky, L. (2000).The relationship of stress, and coping methods to Adolescent marijuana use. *Journal of Substance Abuse*, 22(3): 157-163.3
- Wills, T., Sandy, J., Yaeger, A & Cleary, S. (2001). Coping dimensions, life stress and adolescents substance use: a latent growth analysis. *Journal of abnormal psychology*, 110(2): 309-23.3