

## بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی در فرزندان افراد معتاد

محمد نریمانی\* سارا علایی\*\* نادر حاجلو\*\*\* عباس ابوالقاسمی\*\*\*\*

تاریخ دریافت: ۲۴ مرداد ۱۳۹۳

تاریخ پذیرش: ۲۶ مهر ۱۳۹۳

### چکیده

کیفیت زندگی مفهومی است که در سال‌های اخیر به واسطه نقشی که در سلامت اجتماعی و روانی افراد دارد، اهمیت بسزایی یافته است. در همین راستا و با توجه به این که سوء مصرف مواد والدین، مشکلات زیادی را ایجاد می‌کند که باعث اختلال در روند کیفیت زندگی فرزندان آنان می‌شود؛ شناخت مسائلی که می‌تواند کیفیت زندگی و سطح سلامت آنان را به مخاطره بیندازد، ضروری به نظر می‌رسد. این مطالعه با هدف ارزیابی کیفیت زندگی و بررسی ابعاد مختلف آن در فرزندان افراد معتاد روستایی ساکن در حومه شهرستان اردبیل طراحی و اجرا شده است. روش تحقیق این پژوهش از نوع مقطعی و توصیفی-تحلیلی بوده که بر روی ۱۰۰ نفر از فرزندان افراد معتاد انجام گرفته است. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل سیاهه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه ۲۶ سوالی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت بود. همچنین، اطلاعات گردآوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ و با بهره‌گیری شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون‌های آماری تی تست، و همبستگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. طبق نتایج به دست آمده در تمام ابعاد کیفیت زندگی، دختران افراد معتاد وضعیت بهتری نسبت به پسران دارند. یافته‌ها نشان داد بین هر چهار بعد کیفیت زندگی با سن، جنسیت، تعداد افراد خانواده (پرجمعیت یا کم جمعیت بودن خانواده) و نیز نوع ماده مصرفی توسط والدین (مواد سبک یا سنگین) ارتباط آماری معنی‌دار ( $p < 0.01$ ) برقرار است. همچنین، کیفیت زندگی ۷ درصد فرزندان افراد معتاد بالا، ۴۵ درصد متوسط و کیفیت زندگی ۴۸ درصد در سطح پایین قرار داشته است. یافته‌های پژوهش حاضر، ما را در زمینه تأثیر اعتیاد والدین و عوارض آن بر کیفیت زندگی فرزندان آن‌ها آگاه می‌سازد که با توجه به این نتایج، کیفیت زندگی فرزندان افراد معتاد پایین‌تر از متوسط است و انجام ارزیابی‌های روانشناختی فرزندان افراد معتاد و ارائه خدمات روانشناختی در زمینه‌های مختلف برای ارتقای سطح سلامت و کیفیت زندگی آنان توصیه می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** کیفیت زندگی، فرزندان افراد معتاد، سوء مصرف مواد، نواحی روستایی.

\* استاد گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی. اردبیل، ایران. [narimani@uma.ac.ir](mailto:narimani@uma.ac.ir)

\*\* کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه محقق اردبیلی اردبیل، ایران. (نویسنده مسئول). [alaei.sarah88@student.uma.ac.ir](mailto:alaei.sarah88@student.uma.ac.ir)

\*\*\* دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی. اردبیل، ایران. [hajloo53uma.ac.ir](mailto:hajloo53uma.ac.ir)

\*\*\*\* استاد گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی. اردبیل، ایران. [abolghasemi1344@uma.ac.ir](mailto:abolghasemi1344@uma.ac.ir)

Journal of Rural Development

Editor-in-Chief: Dr. Mehdi Taleb Director: Dr. Younes Nourbakhsh

Managing Editor: Hassan Bakhshizadeh Index: www.ISC.gov.ir & www.ricest.ac.ir

Copyright: Faculty of Social Sciences, University of Tehran

ISSN: 2008-8981 Website: www.jrd.ut.ac.ir Email: jrd@ut.ac.ir

## مقدمه و بیان مسئله

اعتیاد یکی از جدی‌ترین معضلات شهرهای کوچک و روستاهای نزدیک به شهر است که افراد ساکن در آن‌ها از مشکلات اجتماعی و روانی بسیاری رنج می‌برند. در سال‌های اخیر به علت سطح پایین اشتغال و درآمد و افزایش اعتیاد، بسیاری از آسیب‌ها و معضلات اجتماعی در حومه شهرها و در روستاهای نزدیک به شهر اردبیل مشاهده می‌شود که این امر باعث تغییر سطح کیفیت زندگی مردم و پایین آمدن آن از سطح متوسط جامعه شده است. اعتیاد علاوه بر مشکلات فردی و اجتماعی، یک مشکل خانوادگی هم محسوب می‌شود و بر روی بهداشت روانی فرد معتاد و خانواده وی نیز اثرات نامطلوب می‌گذارد (اله‌وردی‌پور، ۱۳۸۴). از این‌رو، مسئله ما در این تحقیق عبارت است از بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی فرزندان افراد معتاد روستایی که در حومه شهر اردبیل زندگی می‌کنند.

در گذشته خانواده، سلول اصلی زندگی اجتماعی روستایی شمرده می‌شد و اکثریت قریب به اتفاق خانواده‌های روستایی بصورت «پدرسالاری» یا «پدرمداری» اداره می‌گشت و خانواده گسترده، شکل غالب خانواده سنتی روستایی محسوب می‌شد. از آنجا که منابع اقتصادی (زمین، آب و ...) محدود بوده است و رئیس خانواده به عنوان مدیر واحد اقتصادی، مسئولیت تأمین زندگی و نیازهای اعضای خویش را داشته است، معمولاً فرزندان پسر را پس از ازدواج نزد خود نگه می‌داشته و به فعالیت دسته جمعی می‌پرداختند (بهنام، ۱۳۵۰؛ طالب و عنبری، ۱۳۸۷). در طی سال‌های اخیر خانواده، شاهد تغییرات گسترده‌ای در ساختار و وظایف شده است و وجود بسیاری از مسائل اجتماعی در جامعه، آن را دستخوش تغییر نموده است.

خانواده، تعیین کننده سلامتی و بیماری اعضای خود است و والدین، در شکل‌گیری شخصیت فرزندان، رشد افکار فرزندان یا انحراف فرزندان نقش بسزایی دارند. بنابراین، در صورتی که والدین در دام مواد مخدر گرفتار باشند، فرزندان آن‌ها نیز از هر لحاظ آسیب‌پذیر می‌شوند و مشکلاتی نظیر کسالت و بیماری‌های روحی-روانی، اضطراب، افسردگی و ناامیدی بیشتر، یأس و سرخوردگی، استعداد ابتلا به بزهکاری و ... در آن‌ها بروز می‌کند. از همین‌رو، کودکان و نوجوانانی که والدین معتاد دارند، از آسیب‌پذیرترین گروه‌ها به حساب می‌آیند (آهنی، ۱۳۸۸).

### بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی ...

فرزندان والدین معتاد، بسیاری از مشکلات هیجانی، شناختی، اجتماعی و رفتاری را تجربه می‌کنند پیشینه پژوهشی در این زمینه حاکی از آن است که دامنه وسیعی از مشکلات خاص در فرزندان والدین معتاد دیده می‌شود. این کودکان خشن، افسرده و به‌طور کلی دارای اعتماد به نفس پایین‌تری هستند (دمونیکو، ۱۹۹۳؛ فیتزگرالد، ۱۹۹۳)، پیشرفت‌های تحصیلی و توانایی‌های زبانی آن‌ها پایین است و حضورشان در مدرسه نامنظم است (شر، ۱۹۹۱). به علاوه، آن‌ها رفتارهای ضداجتماعی از جمله دوری از ارتباط و خشونت کلامی نشان می‌دهند. این کودکان از عدم وجود یک محیط حمایت‌کننده و ثابت که بتوانند در آن اعتماد و هویت استواری را پرورش دهند، رنج می‌برند. این در حالی است که این ویژگی‌ها برای دستیابی به شخصیت بالغ و توانایی کنترل زندگی شخصی ضروری هستند (هاولی، ۱۹۸۱).

بر اساس ادبیات پژوهشی، از جمله متغیرهایی که در فرزندان افراد وابسته به مواد آسیب‌زا قابل ملاحظه‌ای دریافت می‌کند، کیفیت زندگی است. فرزندان افراد معتاد از انواع تنش‌ها و استرس‌ها رنج برده و دارای مشکلاتی در راهبردهای مقابله‌ای خود در برخورد با تنش‌های زندگی هستند که می‌تواند روی کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر بگذارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد اختلالات مزمن مانند ایدز و اعتیاد به تنهایی یا با یکدیگر مدام در زندگی مبتلایان و خانواده‌های آنان (به‌خصوص فرزندان‌شان) بحران ایجاد می‌کنند و می‌توانند منجر به کاهش کیفیت زندگی آن‌ها در ابعاد مختلف روانی و جسمانی شوند (پریو و اسپیر، ۲۰۰۷؛ بیزاری و همکاران، ۲۰۰۵؛ شاو و اجهاگن، ۲۰۰۳).

کیفیت زندگی، مفهومی است که در سه دهه گذشته، تلاش‌های زیادی برای تعریف و اندازه‌گیری عینی آن انجام شده است (هاگرتی و همکاران، ۲۰۰۱) و تعاریف گسترده و متفاوتی از آن ارائه شده است که به صورت یکپارچه نیست و اتفاق نظر کمی روی معنی و مفهوم آن وجود دارد اما، با وجود این، اکثر پژوهش‌گران توافق دارند که کیفیت زندگی یک ساخت چند بعدی است که شامل جنبه‌های روانی، رفاه اقتصادی-اجتماعی و جسمی می‌شود.

وضعیت کیفیت زندگی به مکانیزم‌های قابلیت‌های درونی فرد، ارتباط با افراد دیگر و اجتماع وابسته است. کیفیت زندگی را می‌توان مترادف با مفاهیمی مانند رفاه و بهزیستی، شادی، رضایت از زندگی و آسایش در نظر گرفت. اینکه نیازهای انسان به چه صورت برآورده می‌شود و یا اینکه آن

Journal of Rural Development

Editor-in-Chief: Dr. Mehdi Taleb Director: Dr. Younes Nourbakhsh

Managing Editor: Hassan Bakhshizadeh Index: www.ISC.gov.ir & www.ricest.ac.ir

Copyright: Faculty of Social Sciences, University of Tehran

ISSN: 2008-8981 Website: www.jrd.ut.ac.ir Email: jrd@ut.ac.ir

افراد تا چه حد، درک رضایت یا نارضایتی در حوزه‌های مختلف زندگی خود دارند. در واقع کیفیت زندگی داری شاخص‌های استاندارد و یکسانی نیست و آن را باید در وضعیت جوامع مختلف تعیین نمود.

سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۴) کیفیت زندگی را نه فقط با نبود بیماری، بلکه به عنوان رفاه و آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی تعریف کرد. طبق تعریف استنر و همکاران (۲۰۰۳)، کیفیت زندگی به ادراک فرد از جایگاه خودش در زندگی، با توجه به بافت فرهنگی جامعه و اهداف، معیارها و نگرانی‌های فرد اشاره دارد و از متغیرهایی مثل سلامت جسمانی، وضعیت روانشناختی، استقلال و روابط اجتماعی ناشی می‌شود (به نقل از حسینیان و همکاران، ۱۳۹۱). کیفیت زندگی درکی است که افراد از موقعیت‌شان در زندگی، در زمینه فرهنگی و سیستم‌های ارزشی دارند و با اهداف، آرزوها و استانداردهای آن‌ها در ارتباط است (باربت و همکاران، ۲۰۰۱). کاتر (۱۹۸۵)، کیفیت زندگی را به عنوان، در اختیار داشتن منابع لازم برای رضایت از نیازهای فردی، خواست‌ها و تمایلات، شرکت در فعالیت‌هایی که امکان رشد فردی و خود شکوفایی و مقایسه‌ی رضایت بخش بین خود و دیگران را مقدور می‌سازد تعریف کرد (فهی و سینید، ۲۰۰۸).

ابعاد و حوزه‌های گسترده‌تر کیفیت زندگی را باید در دو بعد عینی و ذهنی مد نظر داشت. شاخص‌های عینی شامل، توصیف محیطی است که مردم در آن زندگی و کار می‌کنند مسائلی مانند سطح مراقبت‌های بهداشتی، جرم و جنایت، آموزش و پرورش، امکانات تفریحی و مسکن. شاخص‌های ذهنی، توصیف چیزهایی است که مردم شرایط اطراف خود را ارزیابی و گزارش می‌کنند (پاکیون، ۲۰۰۳). همچنین می‌توان شاخص‌هایی مانند جمعیت، اشتغال، آموزش، سلامت، سن، جنس، مسکن، تفریح و درآمد را شاخص‌هایی عینی؛ و سلامت روانی و شادی، میزان تجربه استرس، رفاه مالی و میزان رضایتمندی در محیط زندگی را که از طریق نظر سنجی به دست می‌آید؛ شاخص‌هایی ذهنی دانست.

به دلیل اهمیتی که مفهوم کیفیت زندگی پیدا کرده است، سازمان جهانی بهداشت یکی از اهداف عمده خود را تا سال ۲۰۱۰ افزایش کیفیت زندگی ذکر می‌کند (گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۴). به سبب همین اهمیت روزافزون، پژوهش‌های متعددی عوامل موثر بر آن را بررسی

### بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی ...

کرده‌اند. مطالعه‌های مختلف در مولفه روانشناسی سلامت نشان داده‌اند که استرس، اضطراب و عوامل مانند آن کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (میشل، ۲۰۰۶؛ به نقل از آقاییوسفی، ۱۳۹۱). همچنین، در پژوهش‌های گذشته تاکنون رابطه هوش، معنویت، سلامت جسمانی و روانی، فعالیت‌های اوقات فراغت و ارتباط اعضای خانواده و عوامل اجتماعی مانند شغل و تمایلات بین فردی با کیفیت زندگی بررسی شده است (وود، ۱۹۹۹؛ فریش، ۲۰۰۶؛ سونگ، ۲۰۰۹). این مطالعات نشان داده‌اند که کیفیت زندگی برایندی از فشارهای روانی، حوادث زندگی، عوامل محیطی و اجتماعی از یک سو و برنامه‌هایی همچون بهداشت عمومی و منابع فردی (مانند شناخت، توان مقابله، احساس شایستگی، احساس امنیت، مهارت‌های سازشی، نظام باورهای اعتقادی - ارزشی باثبات و نظام حمایتی) از سوی دیگر است (مارکوویتز و همکاران، ۱۹۹۳؛ ربانی خوراسگانی و کیانپور، ۱۳۸۹).

ایران در بیست سال اخیر، از نظر کیفیت زندگی در دنیا، در سطح متوسط رو به پایین قرار داشته است. ایران از حیث شاخص‌های آموزشی و برخی شاخص‌های مربوط به بهداشت و توسعه جنسیتی، تحولات مثبت و گاهی به مراتب بهتر از کشورهای همسایه را تجربه کرده است. با وجود بهبود در شاخص‌های درآمدی و فقر، ایران نسبت به کشورهای همسایه وضعیت قانع‌کننده‌ای نداشته است. در زمینه شاخص‌های درآمدی و اشتغال، آمارها چندان رضایت‌بخش نیستند. در بیست سال اخیر، میزان فقر مطلق در جامعه بسیار کاهش یافته، اما بر دامنه فقر نسبی به‌ویژه در مناطق روستایی افزوده شده است. درآمدهای پایین، افزایش نرخ بیکاری و تورم از مهم‌ترین دلایل اقتصادی این امر بوده است. علاوه بر این، متغیرهای تبیین‌کننده دیگری که ایران را در شمار کشورهای با کیفیت زندگی پایین قرار داده، ریسک‌های زیست‌محیطی، عدم امنیت استراتژیک و آزادی بوده است (عنبری، ۱۳۸۹).

با توجه به توضیحات بالا، بررسی کیفیت زندگی مردم حومه شهرستان اردبیل و بالاخص فرزندان والدین معتاد از اهمیت به‌سزایی برخوردار است. چرا که در صورت نادیده گرفتن مقوله کیفیت زندگی در این منطقه، شاهد ناامیدی، بی‌انگیزگی و کاهش فعالیت‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و بهداشتی خواهیم شد که در ابعاد عمیق‌تر بر پیشرفت اجتماع تأثیر می‌گذارد. در حال حاضر ۷۰ درصد معتادان استان مجرد و ۳۰ درصد متأهل هستند.<sup>۱</sup> به‌طوری‌که حدود ۶۳ درصد طلاق‌های

۱ دفتر پیشگیری از اعتیاد اداره کل بهزیستی استان اردبیل، ۱۳۹۳، خبرگزاری تسنیم.

صورت گرفته نیز به دلیل اعتیاد بوده و بیانگر دامنه آسیب این پدیده مخرب اجتماعی است. سه درصد از افراد معتاد بیسواد، ۷۵ درصد تحصیلات تا دیپلم و ۲۲ درصد تا فوق لیسانس دارند. در کل حدود سه درصد از جمعیت استان به مواد مخدر مبتلا دارد و این رقم بیش از استاندارد جهانی ۱،۲۶ درصدی است<sup>۱</sup>.

در واقع، بررسی کیفیت زندگی افراد و تلاش در راه بهبود و اعتلای آن در حومه اردبیل، منجر به افزایش سلامت جسمی و روانی افراد خواهد شد. با توجه به این امر، پژوهش حاضر با هدف بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی در فرزندان افراد معتاد انجام شده است.

## روش شناسی

این پژوهش از نوع مقطعی و توصیفی-تحلیلی است که بر روی ۱۰۰ نفر از فرزندان افراد معتاد در حومه شهر اردبیل انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل فرزندان کلیه افراد سوء مصرف کننده مواد در دهستان‌های شهر اردبیل است که برای درمان به مراکز ترک اعتیاد مراجعه کرده‌اند. روش نمونه‌گیری این پژوهش، روش تصادفی ساده بود. بدین صورت که ابتدا لیستی از مراکز ترک اعتیاد حومه شهر اردبیل، تهیه و به تعدادی از این مراکز مراجعه گردید سپس نمونه‌ای به حجم ۱۰۰ نفر از فرزندان افراد واجد شرایط، به صورت تصادفی ساده گزینش شده و پس از جلب اعتماد آنان، پرسشنامه کیفیت زندگی و سیاهه اطلاعات جمعیت شناختی در بین آنان توزیع شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل سیاهه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه ۲۶ سوالی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت<sup>۲</sup> بود.

برای سنجش کیفیت زندگی از فرم کوتاه مقیاس ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸) استفاده شد. این پرسشنامه از ۲۶ ماده تشکیل شده است که حوزه‌های مرتبط با بهداشت، سلامت روان، روابط اجتماعی و محیط را بررسی می‌کند و پاسخ‌های مورد پژوهش را بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت ارزیابی می‌کند. روایی افتراقی، روایی محتوایی و اعتبار این پرسشنامه به

۱ دبیر شورای هماهنگی ستاد مبارزه با مواد مخدر استان اردبیل، ۱۳۹۳، خبرگزاری مهر.

2 WHOQOL-BREF.

### بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی ...

خوبی تأیید شده است. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی در ایران توسط ۵ نفر از متخصصین حوزه روانشناسی سلامت از زبان اصلی به زبان فارسی ترجمه و مطابقت با زبان اصلی از طریق ترجمه مجدد به زبان اصلی انجام پذیرفت و عدم تطابق زبانی یافت نشد.

اطلاعات گردآوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ و با بهره‌گیری شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون‌های آماری t-test و همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### یافته‌های تحقیق

آزمودنی‌های مورد بررسی در این پژوهش، شامل ۴۲ دختر و ۵۸ پسر، با حداقل سنی ۱۲ سال و حداکثر ۱۸ سال بودند که در مقاطع مختلف متوسطه اول (راهنمایی) و متوسطه دوم (دبیرستان) مشغول تحصیل بودند. با توجه به درخواست شرکت‌کنندگان از ذکر نام دهستان و روستای آن‌ها اجتناب گردید.

۳۳ درصد از این افراد دارای والدین سوءمصرف کننده مواد سبک (شامل سیگار، قلیان و مشروبات الکلی) و ۶۷ درصد آن‌ها واجد والدین سوءمصرف کننده مواد سنگین (شامل تریاک، حشیش، قرص اکستازی، شیشه، کراک و هروئین) بودند. همچنین، ۷۴ درصد آزمودنی‌ها در خانواده کم جمعیت (۱ تا ۳ فرزند) و ۲۶ درصد در خانواده پرجمعیت (بیشتر از ۴ فرزند) زندگی می‌کردند.

جدول: اطلاعات توصیفی

|  |  | ۵۸ پسر                                   | ۴۲ دختر      |
|--|--|--|--------------|
|  |  | ۳۳ درصد والدین: سوءمصرف کننده مواد سبک   |              |
|  |  | ۶۷ درصد والدین: سوءمصرف کننده مواد سنگین |              |
|  |  | حداکثر سن: ۱۸                            | حداقل سن: ۱۲ |
|  |  | ۷۴ درصد در خانواده کم جمعیت              |              |
|  |  | ۲۶ درصد در خانواده پرجمعیت               |              |

نتایج حاصل از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (در چهار بعد سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط میان فردی و سلامت محیط) نشان داد که در مجموع کیفیت زندگی ۷ درصد فرزندان افراد معتاد بالا، ۴۵ درصد متوسط و کیفیت زندگی ۴۸ درصد این افراد پایین بود.

Journal of Rural Development

Editor-in-Chief: Dr. Mehdi Taleb Director: Dr. Younes Nourbakhsh

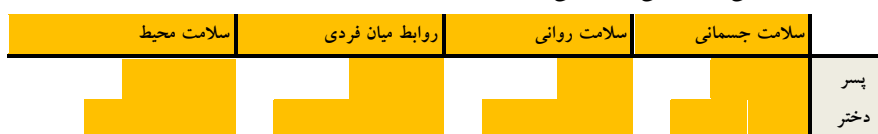
Managing Editor: Hassan Bakhshizadeh Index: www.ISC.gov.ir & www.ricest.ac.ir

Copyright: Faculty of Social Sciences, University of Tehran

ISSN: 2008-8981 Website: www.jrd.ut.ac.ir Email: jrd@ut.ac.ir

توسعه روستایی، دوره ششم، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۳

بر اساس نتایج به دست آمده در میان ۴ بعد کیفیت زندگی، دختران مورد مطالعه در بعد سلامت روانی با میانگین ۱۱/۱۱ کمترین نمره و در بعد روابط میان فردی با میانگین ۱۴/۶۶ بیشترین نمره و پسران مورد مطالعه نیز، در بعد سلامت روانی با میانگین ۷/۹۵ کمترین نمره و در بعد سلامت جسمانی با میانگین ۹/۶۰ بیشترین نمره را داشته‌اند. در شکل زیر تفاوت پسران و دختران والدین معتاد در ابعاد کیفیت زندگی به خوبی دیده می‌شود.



همچنین، همان‌طور که در جدول ۱ آمده است، میانگین نمره کیفیت زندگی پسران افراد معتاد در همه حیطه‌ها کمتر از میانگین نمره در میان دختران افراد معتاد است.

جدول (۱): مقایسه میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی به تفکیک جنسیت

| مؤلفه‌های کیفیت زندگی | دختر    |              | پسر     |              | T     | درجه آزادی | سطح معنی‌داری |
|-----------------------|---------|--------------|---------|--------------|-------|------------|---------------|
|                       | میانگین | انحراف معیار | میانگین | معیار انحراف |       |            |               |
| سلامت جسمانی          | ۱۳/۱۲   | ۲/۷۱         | ۹/۶۰    | ۱/۹۰         | ۳۸/۷۴ | ۹۹         | ۰/۰۱          |
| سلامت روانی           | ۱۱/۱۱   | ۲/۷۰         | ۷/۹۵    | ۲/۸۰         | ۲۹/۳۲ | ۹۹         | ۰/۰۱          |
| روابط میان فردی       | ۱۴/۶۶   | ۲/۷۷         | ۸/۸۵    | ۲/۵۳         | ۲۸/۹۵ | ۹۹         | ۰/۰۱          |
| سلامت محیط            | ۱۲/۴۶   | ۳/۴۰         | ۹/۳۷    | ۲/۳۰         | ۳۳/۴۲ | ۹۹         | ۰/۰۱          |
| نمره کل کیفیت زندگی   | ۱۲/۸۴   | ۲/۳۰         | ۸/۹۴    | ۲/۱۶         | ۳۶/۰۰ | ۹۹         | ۰/۰۱          |

باتوجه به نتایج آزمون t در جدول ۱، در تمام ابعاد کیفیت زندگی یعنی مؤلفه‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط میان فردی و سلامت محیط بین فرزندان دختر و پسر افراد معتاد تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0/01$ ).



بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی ...

جدول شماره (۲): مقایسه میانگین نمرات ابعاد کیفیت به تفکیک مقطع تحصیلی، ماده مصرفی توسط والدین و وضعیت جمعیتی خانواده

| مغنی داری سطح | جمعیت خانواده |            |            |            | نوع ماده مصرفی توسط والدین |            |            |            | متوسطه دوم |            | متوسطه اول |            | مولفه‌های کیفیت زندگی |
|---------------|---------------|------------|------------|------------|----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------------------|
|               | پر جمعیت      |            | کم جمعیت   |            | سنگین                      |            | سبک        |            | متوسطه اول | متوسطه دوم | متوسطه اول | متوسطه دوم |                       |
|               | متوسطه اول    | متوسطه دوم | متوسطه اول | متوسطه دوم | متوسطه اول                 | متوسطه دوم | متوسطه اول | متوسطه دوم |            |            |            |            |                       |
| ۰/۰۱          | ۲/۷۴          | ۹/۶۹       | ۲/۷۵       | ۱۱/۵۷      | ۲/۱۵                       | ۱۰/۰۲      | ۲/۹۲       | ۱۳/۲۵      | ۲/۶۲       | ۱۰/۵۰      | ۲/۶۳       | ۱۳/۴۰      | سلامت جسمانی          |
| ۰/۰۱          | ۲/۸۶          | ۸/۰۰       | ۳/۱۵       | ۹/۷۳       | ۲/۵۱                       | ۸/۰۲       | ۲/۸۳       | ۱۱/۸۲      | ۲/۹۸       | ۸/۷۰       | ۲/۸۷       | ۱۱/۵۷      | سلامت روانی           |
| ۰/۰۱          | ۳/۰۷          | ۹/۶۹       | ۴/۰۱       | ۱۱/۸۶      | ۳/۴۸                       | ۱۰/۱۲      | ۳/۶۵       | ۱۳/۶۶      | ۳/۶۴       | ۱۰/۵۵      | ۳/۵۱       | ۱۴/۲۷      | روابط میان فردی       |
| ۰/۰۱          | ۲/۷۹          | ۸/۹۲       | ۳/۱۱       | ۱۱/۲۹      | ۲/۵۳                       | ۹/۴۲       | ۲/۸۹       | ۱۳/۲۱      | ۳/۰۸       | ۱۰/۱۰      | ۲/۵۸       | ۱۲/۹۸      | سلامت محیط            |
| ۰/۰۱          | ۲/۷۴          | ۹/۰۷       | ۲/۸۳       | ۱۱/۱۱      | ۲/۳۱                       | ۹/۴۰       | ۲/۶۱       | ۱۲/۹۸      | ۲/۷۱       | ۹/۹۶       | ۲/۵۱       | ۱۳/۰۵      | نمره کل کیفیت زندگی   |

در جدول شماره ۲، میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی فرزندان افراد معتاد به تفکیک مقطع تحصیلی (متوسطه اول و متوسطه دوم)، نوع ماده مصرفی والدین (سبک و سنگین) و نیز وضعیت خانواده از نظر جمعیت (کم جمعیت و پر جمعیت) آورده شده است. طبق این جدول، میانگین کلی نمره کیفیت زندگی آزمودنی‌هایی که در مقطع متوسطه اول مشغول به تحصیل هستند ۱۳/۰۵ و آزمودنی‌های مقطع متوسطه دوم ۹/۹۶ است و همانطور که قابل مشاهده است آزمودنی‌های مقطع متوسطه اول در تمام ابعاد کیفیت زندگی وضعیت بهتری نسبت به آزمودنی‌های متوسطه دوم به دست آورده‌اند. مطابق با جدول شماره ۲، میانگین نمره تمام ابعاد کیفیت زندگی افرادی که والدین آن‌ها سوء مصرف‌کننده مواد سنگین هستند، پایین‌تر از فرزندان افراد سوء مصرف‌کننده مواد سبک است. همچنین با توجه به آزمون t، میانگین نمره کیفیت زندگی فرزندان خانواده‌های پر جمعیت و کم جمعیت به طور معنی‌داری متفاوتند ( $p < 0/01$ ) و کیفیت زندگی افرادی که در خانواده پر جمعیت زندگی می‌کنند پایین‌تر از فرزندان خانواده‌های کم جمعیت است.

همچنین، همبستگی بین مولفه‌های کیفیت زندگی در جدول ۳ آمده است که مطابق با آن، مولفه‌های کیفیت زندگی باهم و نیز با نمره کل کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنی‌داری دارند ( $p < 0/01$ ).

توسعه روستایی، دوره ششم، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۳

جدول (۳): ماتریس همبستگی مولفه‌های کیفیت زندگی در نمونه مورد بررسی

| نمره کل کیفیت زندگی | سلامت جسمانی | سلامت روانی | روابط میان‌فردی | سلامت محیط |
|---------------------|--------------|-------------|-----------------|------------|
| ۱                   | ۰/۹۵         |             |                 |            |
| ۱                   | ۰/۷۶         | ۱           |                 |            |
| ۱                   | ۰/۸۱         | ۰/۷۲        | ۱               |            |
| ۱                   | ۰/۸۷         | ۰/۶۳        | ۰/۶۵            | ۱          |

( $p < 0/01$ )

در واقع بین مؤلفه‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط میان‌فردی و سلامت محیط باهم رابطه مثبتی دیده می‌شود و نشان می‌دهد که برای افزایش سطح کیفیت زندگی فرزندان افراد معتاد در حومه شهرستان اردبیل باید بر روی هر چهار مؤلفه کیفیت باهم کار شود.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی در فرزندان افراد معتاد و عوامل تأثیرگذار بر آن بود. بر اساس نتایج این پژوهش، در مجموع کیفیت زندگی بیشتر از ۴۵ درصد فرزندان افراد معتاد در سطح متوسط و ۷ درصد در سطح بالا، و کیفیت زندگی ۴۸ درصد این افراد پایین بوده است. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های بسیاری از پژوهش‌های انجام شده هماهنگ است که نشان می‌دهند به‌طور کل اعتیاد والدین منجر به کاهش سلامت روان و افزایش اختلالات روانی فرزندان آن‌ها می‌شود (کاپلیدی، ۲۰۰۸؛ بارنو و همکاران، ۲۰۰۲؛ داو و همکاران، ۲۰۰۰). همچنین، نتایج این پژوهش، با یافته‌های هالفورد (۲۰۰۱؛ به نقل از ترخان، ۱۳۹۰) همسو است که طبق آن، بهزیستی روانی<sup>۱</sup> اعضای خانواده معتادین دستخوش اغتشاشات می‌شود، مناسبات اجتماعی و کیفیت زندگی آن‌ها مختل می‌شود و غم، اندوه، احساس تنهایی، شرم و عدم امنیت روانی بر سیطره زندگی آن‌ها استیلا می‌یابد.

در این پژوهش، در تمام ابعاد کیفیت زندگی یعنی سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط میان-فردی و سلامت محیط بین فرزندان دختر و پسر افراد معتاد تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0/01$ )

1 well-being

### بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی ...

و این یافته همسو با بسیاری از پژوهش‌ها است که نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار میان کیفیت زندگی پسران و دختران بوده‌اند (پریو و اسپیر، ۲۰۰۷؛ حاتملوی سعدآبادی و باباپور، ۱۳۹۱؛ مومنی و شهبازی راد، ۱۳۹۱؛ سلطانی و همکاران، ۱۳۸۹). برخی پژوهش‌های گذشته نشان داده‌اند که کیفیت زندگی دختران پایین‌تر از کیفیت زندگی پسران است (به‌طور مثال نیک‌آذین و همکاران، ۱۳۹۲؛ سلطانی و همکاران، ۱۳۸۹) و این مسئله حاکی از آسیب‌پذیر بودن دختران نسبت به پسران در جامعه است که بیشتر در معرض اثرات ناخواسته و نامطلوب اعتیاد قرار می‌گیرند. اما از سوی دیگر، نتایج پژوهش سوداگر و همکاران (۱۳۹۱) که نشان داد نمره کیفیت زندگی پسران کمتر از نمره دختران است، با نتایج پژوهش حاضر همسوست.

یکی از مهم‌ترین دلایل در توجیه تفاوت‌های مشاهده شده، تفاوت در جامعه مورد مطالعه است. پژوهش‌های گذشته جوامع شهری را شامل می‌شد، در حالی که در مطالعه حاضر حومه شهرستان اردبیل و افراد روستایی مورد بررسی قرار گرفته‌اند و این امر علاوه بر اینکه ضرورت انجام پژوهش‌های مستقل بر روی روستاییان را تأیید می‌کند؛ می‌تواند ناشی از شرایط زندگی فرزندان پسر افراد روستایی معتاد باشد که به دلیل اعتیاد والدین، اکثراً عهده‌دار اموری هستند که وظیفه بزرگسالان است و همین امر می‌تواند کیفیت زندگی آن‌ها را خدشه‌دار نماید (لوئیز و همکاران، ۱۳۸۱).

نتایج پژوهش حاضر نشان دادند که آزمودنی‌های مقطع متوسطه اول در تمام ابعاد کیفیت زندگی نمره‌های بالاتری نسبت به آزمودنی‌های مقطع متوسطه دوم به‌دست آورده‌اند. این نتایج با یافته‌های نیک‌آذین و همکاران (۱۳۹۲) هم‌سو بوده و از دیدگاه مدل زیستی-عصبی و مدل روان‌شناختی قابل تبیین است (ارنست و همکاران، ۲۰۰۶). در دوران بلوغ، تغییر در نظام هورمونی و وضعیت ظاهری بدن باعث تغییر خودپنداره و کاهش بهزیستی جسمانی در دوران نوجوانی می‌شود. همچنین، سیستم پاداش رفتار قوی و نیاز به پیوندجویی از جمله تغییراتی است که می‌تواند میان خواست‌های نوجوان با جهان اجتماعی و خانواده خود تعارض ایجاد کند و نوجوان خودمختاری خود را در خطر ببیند. در تبیین روان‌شناختی این موضوع باید اشاره کرد که چالش‌های هویتی و دستیابی به استقلال، شیوع رویدادهای استرس‌زای زندگی و عدم برخورداری از مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته منجر به کاهش بهزیستی روان‌شناختی در این دوره از زندگی می‌شود (مایکل و همکاران، ۲۰۰۹). از طرف دیگر با

Journal of Rural Development

Editor-in-Chief: Dr. Mehdi Taleb Director: Dr. Younes Nourbakhsh

Managing Editor: Hassan Bakhshizadeh Index: www.ISC.gov.ir & www.ricest.ac.ir

Copyright: Faculty of Social Sciences, University of Tehran

ISSN: 2008-8981 Website: www.jrd.ut.ac.ir Email: jrd@ut.ac.ir

افزایش تفکر صوری و منطقی، نوجوان با نگرانی در مورد آینده، خود و محیط، دنیا را مکانی چالش برانگیزتر ادراک می‌کند و همین امر در کاهش بهزیستی روانی و کیفیت زندگی او موثر است.

بین میانگین نمره کیفیت زندگی فرزندان خانواده‌های پرجمعیت و کم جمعیت تفاوت معنی‌داری ( $p < 0/01$ ) وجود دارد. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد کیفیت زندگی افرادی که در خانواده پرجمعیت زندگی می‌کنند پایین‌تر از فرزندان خانواده‌های کم جمعیت است که در تبیین آن می‌توان عدم حمایت قابل قبول از سوی والدین را دخیل دانست. مطابق با سازوکار حمایت اجتماعی، تبعات ناشی از نبود حمایت از سوی خانواده بر سلامت افراد تأثیر مستقیم می‌گذارد. همچنین، حمایت اجتماعی اصطلاحاً اثر تعدیل‌کننده داشته که در واقع اثر مستقیمی بر سلامتی دارد اما به تعدیل آثار فشار عصبی حاد و مزمن بر سلامتی افراد کمک می‌کند (ویلیکسون، ۲۰۰۸). حمایت از سوی خانواده در خانواده‌های پرجمعیت و دارای والدین معتاد، به میزان قابل توجهی کاهش می‌یابد و همین عامل باعث کاهش نمره کیفیت زندگی در تمامی ابعاد بخصوص بعد سلامت روانی فرزندان می‌شود (آهنی، ۱۳۸۸). خانواده‌های پرجمعیت دارای محدودیت منابع هستند که با بی‌توجهی و غفلت والدین هم‌آیند شده و باعث آسیب فرزندان در ابعاد تربیتی، عاطفی، تحصیلی، آموزشی و سلامت می‌شود. همچنین والدین سوء‌مصرف‌کننده مواد در خانواده‌های پرجمعیت‌تر، در برآوردن نیازهای بدنی، ایجاد علاقه و حمایت هیجانی کودک خود ناتوان هستند و کودکان آن‌ها از مشکلات غفلت بدنی، روانی، هیجانی رنج می‌برند و از همین رو، مشکلات سلامت روانی و جسمی بیشتری را تجربه می‌کنند (شمس‌اسفندآباد و همکاران، ۱۳۸۳).

طبق نتایج به دست آمده، کیفیت زندگی فرزندان افراد سوء‌مصرف‌کننده مواد سنگین پایین‌تر از کیفیت زندگی فرزندان افراد سوء‌مصرف‌کننده مواد سبک است. از آنجا که مواد سبک شامل سیگار، قلیان و مشروبات الکلی و مواد سنگین شامل تریاک، حشیش، قرص اکستازی، کراک، شیشه و هروئین می‌شود؛ در تبیین این یافته می‌توان گفت که سوء‌مصرف مواد سنگین توسط والدین تأثیرات مخرب‌تری بر ساختار خانواده می‌گذارد که از جمله آن‌ها، میزان بالای طلاق در میان این خانواده‌ها است (مریکانگاس و همکاران، ۱۹۹۸). همچنین، خانواده‌هایی که در آن‌ها سوء مصرف یا وابستگی به مواد سنگین وجود دارد آشفته‌تر از خانواده‌های دیگر هستند. ارتباط چنین خانواده‌هایی بسیار در هم

### بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی ...

رفته است (پن هیر و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از آهنی، ۱۳۸۸). بر اساس نظر وود (۱۹۹۹) بسیاری از وقایع زندگی مانند جدایی یا طلاق والدین، بیماری و مرگ آنها که رابطه مستقیمی با سوءمصرف مواد سنگین دارند ممکن است باعث اضطراب و فشار روانی شود و این فشارها نیز بر سلامت روانی و عملکرد و بهزیستی جسمی و روانی اثر نامطلوبی بر جای می‌گذارند و همین عوامل، باعث کاهش قابل توجه کیفیت زندگی در فرزندان افراد معتاد می‌شود.

با توجه به مطالعات متعدد انجام شده و همان‌طور که در این پژوهش نیز مشاهده گردید؛ بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد (وایز و همکاران، ۲۰۰۴؛ پارک، ۲۰۰۲؛ پیلچر، ۱۹۹۸؛ سلطانی و همکاران، ۱۳۸۹؛ شاکری نیا، ۱۳۸۸). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که کیفیت زندگی نامطلوب در یک زمینه سبب پایین آمدن کیفیت در سایر حیطه‌های کیفیت زندگی نیز خواهد شد.

باتوجه به کیفیت زندگی پایین در تمامی ابعاد، تدوین برنامه‌های آموزشی و مداخله‌ای به منظور ارتقاء کیفیت زندگی فرزندان افراد معتاد روستایی، یک ضرورت اساسی محسوب می‌گردد. شایان ذکر است از آنجایی که مطالعه حاضر در جمعیت محدودی از فرزندان افراد معتاد روستایی، در زمان و مکان خاصی صورت گرفته است، لذا تعمیم‌پذیری نتایج باید با احتیاط صورت پذیرد.

### منابع و مأخذ

- آقایوسفی، علیرضا؛ شقاقی، فرهاد؛ دهستانی، مهدی؛ برقی ایرانی، زیبا (۱۳۹۱). ارتباط کیفیت زندگی و سرمایه روانشناختی با ادراک بیماری در میان مبتلایان به بیماری ام-اس. *مجله روانشناسی سلامت*، ۱(۱)، ۱۵-۱.
- آهنی، رضا (۱۳۸۸). *بررسی اختلالات رفتاری در کودکان افراد مصرف‌کننده مواد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه خوارزمی.
- بهنام، جمشید (۱۳۵۰). *ساخت‌های خانواده و خویشاوندی در ایران*. تهران: چ ۱، انتشارات شرکت سهامی انتشارات خوارزمی
- ترخان، مرتضی (۱۳۹۰). اثربخشی درمان بین‌فردی گروهی کوتاه‌مدت بر بهزیستی روانی و کیفیت زندگی همسران افراد معتاد. *فصلنامه روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن*. ۲(۱): ۲۳-۳۶.

Journal of Rural Development

Editor-in-Chief: Dr. Mehdi Taleb Director: Dr. Younes Nourbakhsh

Managing Editor: Hassan Bakhshizadeh Index: www.ISC.gov.ir & www.ricest.ac.ir

Copyright: Faculty of Social Sciences, University of Tehran

ISSN: 2008-8981 Website: www.jrd.ut.ac.ir Email: jrd@ut.ac.ir

توسعه روستایی، دوره ششم، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۳

- حاتملوی سعدآبادی، منیژه؛ باباپور خیرالدین، جلیل. (۱۳۹۱). مقایسه کیفیت زندگی و روش‌های مقابله‌ای در افراد دیابتی و غیردیابتی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۰(۵)، ۵۹۲-۵۸۱.
- حسینیان، سیمین؛ قاسم‌زاده، سوگند؛ نیکنام، ماندانا (۱۳۹۱). پیش بینی کیفیت زندگی معلمان زن بر اساس متغیرهای هوش هیجانی و هوش معنوی. *فصلنامه مشاوره شغلی و سازمانی*. ۳(۹): ۶۰-۴۲.
- خسروی کبیر، زهرا؛ موسوی، ولی اله؛ آقاییوسفی، علیرضا. (۱۳۸۸). مقایسه هوش هیجانی و سلامت روان در معنادان به مواد مخدر و افراد عادی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۷۰(۱۸)، ۱۶-۹.
- دهقان، ناهید؛ حاج باقری، محسن (۱۳۸۵). تأثیر آرام‌سازی بر استرس و کیفیت زندگی در دانشجویان خوابگاهی. *فصلنامه فیض*. ۱۰(۲): ۵۷-۵۰.
- ربانی خوراسگانی، ع؛ کیانپور، م (۱۳۸۹). درآمدی بر رویکردهای نظری و تعاریف عملی مفهوم کیفیت زندگی. *مددکاری اجتماعی*، ۵(۴): ۵۶-۴۳.
- سلطانی، رضا؛ کافی، سیدموسی؛ صالحی، ایرج؛ کارشکی، حسین؛ رضایی، سجاد (۱۳۸۹). بررسی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه گیلان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۱۹(۷۵): ۳۵-۲۵.
- سوداگر، شیدا؛ احدی، حسن؛ جمهری، فرهاد؛ رهگذر، مهدی؛ جهانی، مهدی (۱۳۹۱). ارتباط کیفیت زندگی و بهزیستی جسمی بعد از پیوند مغز استخوان در بیماران مبتلا به لوکمی حاد. *ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۱۶(۸): ۶۱۰-۶۱۰.
- شاکری نیا، ایرج (۱۳۸۸). بررسی رابطه میان سلامت روان، حمایت اجتماعی دریافت شده با خودپنداره در دانشجویان دانشگاه گیلان. *چکیده مقاله اولین همایش ملی خانواده، دانشجو و دانشگاه*. دانشگاه فردوسی مشهد. ۱۱۰-۱۰۸.
- شمس اسفند آباد، حسن؛ صدرالسادات، جلال؛ امامی پور، سوزان (۱۳۸۳). شناسایی اختلال رفتاری کودکان دارای پدر معتاد. *فصلنامه علمی-پژوهشی توان‌بخشی*، ۵(۱)، ۳۸-۳۲.
- طالب، مهدی؛ عنبری، موسی (۱۳۸۷). *جامعه‌شناسی روستایی (ابعاد تغییر و توسعه در جامعه روستایی ایران)*. تهران: چ ۲، انتشارات دانشگاه تهران
- عنبری موسی (۱۳۸۹). بررسی تحولات کیفیت زندگی در ایران (۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵). *توسعه روستایی*. دوره ۲، شماره ۱، بهار و تابستان.
- لوئیز، ج. ا. دانا. ر. ک؛ بلونین، گ. ا. (۱۳۸۱). *اصول کاربردی مشاوره در پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد مخدر*. (ترجمه علی کریمی، عباس ارجایی، مهدی عتیق و امین‌الله فاضل). تهران: اسپندهنر.

Journal of Rural Development

Editor-in-Chief: Dr. Mehdi Taleb Director: Dr. Younes Nourbakhsh

Managing Editor: Hassan Bakhshizadeh Index: www.ISC.gov.ir & www.ricest.ac.ir

Copyright: Faculty of Social Sciences, University of Tehran

ISSN: 2008-8981 Website: www.jrd.ut.ac.ir Email: jrd@ut.ac.ir

### بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی ...

- مومنی، خدامراد؛ شهبازی راد، افسانه. (۱۳۹۱). رابطه معنویت، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی دانشجویان. *مجله علوم رفتاری*، ۶(۲)، ۹۷-۱۰۳.
- نجات، سحرناز (۱۳۸۵). اعتباریابی و استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت. *مجله علمی سلامت عمومی مدارس و موسسات*. ۴(۴): ۱-۱۲.
- نصیری، حبیب‌اله (۱۳۸۵). بررسی کیفیت زندگی در دانشجویان دانشگاه شیراز مبتنی بر مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت. *سومین سمینار سلامت روانی دانشجویان دانشگاه تهران*. ۳۶۹-۳۶۰.
- نیک‌آذین، امیر؛ شعیری، محمدرضا؛ نائینیان، محمدرضا (۱۳۹۲). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در نوجوانان: تفاوت‌های بهداشت روانی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، جنس و سن. *روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*. ۹(۳۵): ۲۷۰-۲۸۱.
- اله‌وردی‌پور، حمید؛ حیدرنیا، علیرضا؛ کاظم‌نژاد، انوشیروان؛ شفیع‌ی، فروغ؛ آزاد فلاح، پرویز؛ میرزایی، الهه و ویت، کیم. (۱۳۸۴). بررسی وضعیت سوء مصرف مواد مخدر در دانش‌آموزان و تلفیق عامل خود کنترلی در مدل EPPM. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید صدوقی یزد، شماره اول*، ۲۱-۳۱.

- Barnow, S., Schuckit, M. A., Lucht, M., John, R., Freyberger, H. J. (2002). The Importance of a Positive Family History of Alcoholism, Parental and Refection and Emotional Warmth, Behavioral Problem and Peer Substance Use for Alcohol Problems in teenagers: A Path Analysis. *Journal of Studying Alcoholism*, 3, 305-315.
- Bizarri, J. Ruccip, P. Vallotta, A., Girelli, M., Scandolari, A. & Zerbetto, E. (2005). Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. *Substance Use and Misuse*. 40 (12), 1765-76.
- Capaldi, L. (2008). *The relationship between parental substance abuse and tie effects on young children*. Social Work Students Papers. Providence College Rhode Island.
- Cha, K. H. (2003). Subjective well-being among college students. *Social indicators research*, 62(1), 445-477.
- Dawe, S., Harnett, P. H., Staiger, P., Dadds, M. R. (2000). Parent Training Skills and Methadone Maintenance: Clinical Opportunities and Challenges. *Drug and Alcohol Dependence*, 60, 1-11.
- Domenico, D. & Windle M. (1993). Intrapersonal and interpersonal functioning among middle-aged female children of alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 659-666.
- Ernst, M., Pine, D. S., & Hardin, M. (2006). Triadic model of the neurobiology of motivated behavior in adolescence. *Psychological Medicine*, 36: 299-312.
- Fahy . F., Cinnéide, M. (2008). Developing and testing an operational framework for assessing quality of life, *Environmental Impact Assessment Review* 28, pp 366-379.
- Fitzgerald, H.E., L.A. Sullivan, H.P. Ham, R.A. Zucker, S. Bruckel, A.M. Schneider & R.B. Noll (1993). Predictors of behavior problems in three-year-old sons of alcoholics: Early evidence for the onset of risk. *Child Development*, 64, 110-123.

Journal of Rural Development

Editor-in-Chief: Dr. Mehdi Taleb Director: Dr. Younes Nourbakhsh

Managing Editor: Hassan Bakhshizadeh Index: www.ISC.gov.ir & www.ricest.ac.ir

Copyright: Faculty of Social Sciences, University of Tehran

ISSN: 2008-8981 Website: www.jrd.ut.ac.ir Email: jrd@ut.ac.ir

- Frish, M.B. (2006). *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. I loboken, NJ: John Wiley & Sons, inc
- Hagerty, M. R., Cummins, R. A., Ferriss, A. L., Land, K., Michalos, A. C., Peterson, M., Sharpe, A., Sirgy, J & Vogel, J. (2001). Quality of life indexes for national policy: Review and agenda for research. *Social Indicators Research*, 55(1): 1-96.
- Hawley, N.P., & Brown E.L. (1981). The use of group treatment with children of alcoholics
- Kuyken, W., Orley, J., Hudelson, P., Sartorius, N. (1994). Quality of Life Assessment across Culture. *Int. Journal of Mental Health*: 5\_23.
- Marowitz, J. S., Weissman, M. M., Ouellette, R., Lish, J. D., & Klerman, G. L. (1993). Quality of life in panic disorder. *Archives of General Psychiatry*. 46: 984-992.
- Merikangans, K. R., Dierker, L., & Fenton, B. (1998). *Familial factor and substance abuse: Implications for prevention*. In: R. S. A sherry, E.B.Robertson & Kumpfer, K. L. (Eds). Drug Abuse Prevention through Family Intervention. Rockvill: National Institute of Drug Abuse.
- Michel, G., Bisegger, C., Fuhr, D. C., & Abel, T. (2009). Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: A multilevel analysis. *Quality Of Life Research*, 18(9): 1147-1157.
- Pacione, M. (2003). Urban Environmental Quality and Human Well being –a Social Geographical Perspective. *Landscape and Urban Planning*, 65, Pp 19-30.
- Park, K. (2002). *Park's Text Book of Preventive and Social Medicine*. 17<sup>th</sup> ed. Jabalpur; Banarsidas Bhanot: 11\_43.
- Pilcher, J. (1998). Daily Events Predictors of Life Satisfaction in College Students. *Social Indicators of research*. *Affective Journal*. 43(3): 291\_306.
- Prcau, N., Spire, B. (2007). health related quality of life among both current and former injection drug users who are HIV infected. *Drug and Alcohol Dependence*, 36 (2), 175-82.
- Sher, K.J., Walitzer, K.S., Wood, P.K., & Brent, E.E. (1991). Characteristics of children of alcoholics: Putative risk factors, substance use and abuse and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 427-448.
- Sung, R. (2009). Effectiveness of a stress management program in hardiness and health status. *Journal of Behajoral Medicine*, 6. 12-24.
- Vaez, M., Kristenson, M., Laflamme, L. (2004). Perceived Qouility of Life and Self-rated Health Among First-Year University Students. *Social Indicators Research*. 68(2): 221\_234.
- WHOQOL GROUP. (1994). Development of the WHOQOL: rationale and current status. *International Journal of Mental Health*. 23(3): 24-56.
- WHOQOL. (1998). Development of the World Health Organization WHO QOL-BREF. Quality of Life Assessment. *Journal of Psychological Medicine*. 28: 551\_558.
- Wilkinson, Richard G. (2008). *Social Determinants of Health Marmot Oxford*. Oxford University Press: 260-261.
- Wood, D.S. (1999). Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and were we going? *Journal of Clinical Epidemiology*, 52, 355-363.