

رابطه سلامت روان و کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد

مرضیه عفتی دیوشلی^۱، موسی کافی ماسوله^۲، ربابه دل آذر^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۱/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۰۶/۱۷

چکیده

هدف: افراد وابسته به مواد دچار مشکلات زیادی شده که باعث اختلال در روند کیفیت زندگی آنان می‌شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط سلامت روان و کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد صورت گرفت. **روش:** در قالب یک مطالعه توصیفی-تحلیلی ۱۵۰ نفر از وابستگان به مواد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد رشت به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی گردآوری و با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن و رگرسیون تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که بین کیفیت زندگی و سلامت روان وابستگان به مواد ارتباط معناداری وجود دارد. نتایج رگرسیون نشان داد که بسیاری از حیطه‌های کیفیت زندگی با سلامت روان همبستگی معناداری دارد. حیطه‌ی سلامت روان کیفیت زندگی با سه حیطه‌ی اضطراب، بد کنشی اجتماعی و افسردگی همبستگی معنادار نشان داد. همچنین، حیطه‌ی سلامت جسمانی کیفیت زندگی با حیطه‌ی جسمانی سازی سلامت روان همبستگی معنادار نشان داد. **نتیجه گیری:** با توجه به یافته‌های پژوهش، به نظر می‌رسد که می‌توان با بهبود کیفیت زندگی، سلامت روان افراد وابسته به مواد را افزایش داد.

کلید واژه‌ها: سلامت روان، کیفیت زندگی، وابستگان به مواد

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه گیلان. پست الکترونیک: effati21@yahoo.com

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی عمومی دانشگاه گیلان

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه گیلان

مقدمه

وابستگی به مواد یکی از مهم‌ترین آسیب‌های اجتماعی محسوب می‌شود که می‌تواند پایه و اساس بسیاری از آسیب‌ها و معضلات اجتماعی در سطح جامعه باشد. به نظر می‌رسد با وجود مطالعات زیادی که طی چند سال اخیر در مورد شناخت، پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد مخدر صورت گرفته است، هنوز تا رسیدن به هدف نهایی راه بسیار طولانی در پیش است، چرا که مقوله‌ی اعتیاد پدیده‌ای چند بعدی و چند عاملی است. بر اساس ادبیات پژوهشی روان‌شناسی، از جمله متغیرهایی که در وابستگی به مواد آسیب قابل ملاحظه‌ای را دریافت می‌کنند، سلامت روان و کیفیت زندگی است. مطالعات مربوط به سلامت روان بیماران وابسته به مواد بیانگر آن است که این افراد تابلوی بالینی یکسانی نداشته و وابستگی به مواد عارضه‌ی شایعی در اختلالات روانی محسوب می‌شود. به‌طور کل، رابطه‌ی اعتیاد و اختلال روانی یک رابطه‌ی دو سویه است، یعنی اختلال‌های روانی مانند افسردگی و اضطراب می‌تواند زمینه‌ساز اعتیاد افراد شده و اعتیاد می‌تواند زمینه‌ی برای اختلالات روانی مانند افسردگی شود (امامی‌پور، شمس اسفند آباد، صدرالسادات، نژادنادری، ۱۳۸۷). یافته‌های برخی پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهد که به‌طور کلی اعتیاد منجر به افزایش اختلالات روانی در افراد می‌گردد. هندریکس^۱ (۱۹۹۰) در مطالعه‌ی خود، روی ۱۵۲ بیمار وابسته به مواد به این نتیجه رسید که ۸۰ درصد از نمونه‌ها دارای اختلال روانی بودند و بیشترین شیوع به ترتیب اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اختلال افسردگی و اختلالات مربوط به اضطراب بود. مطالعه‌ی خانثزن و تریس^۲ (۱۹۸۵) نشان داد که ۷۷ درصد از بیماران وابسته به مواد یک یا بیشتر از یک اختلال مربوط به محور I بر اساس معیارهای نسخه چهارم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی داشتند. کیفیت زندگی طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت عبارت است از ادراک افراد از وضعیت زندگی در عرصه‌ی فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کنند که با اهداف، انتظارات و معیارهای آن‌ها مرتبط است (دوایی و سینگ^۳ ۲۰۰۱). در این نگاه کیفیت زندگی

1. Hendriks
2. Khantzian & Treece
3. Douaihy & Sing

مفهومی فراگیر است که از سلامت فیزیکی، رشد شخصی، حالات روان‌شناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و روابط با نهادهای برجسته‌ی محیط، تأثیر می‌پذیرد و نیز بر ادراک فرد مبتنی است (پوایگدلرز^۱ و همکاران، ۲۰۰۴). بیماری‌ها و اختلالات مزمن مانند ایدز و اعتیاد به تنهایی یا با یکدیگر مدام در زندگی مبتلایان بحران ایجاد می‌کنند و می‌توانند منجر به کاهش کیفیت زندگی آن‌ها در ابعاد مختلف روانی و جسمانی شوند (پریو و اسپیر^۲، ۲۰۰۷؛ بیزاری^۳ و همکاران، ۲۰۰۵؛ شار و اجهاگن^۴، ۲۰۰۳). برخی یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که به‌طور کلی اعتیاد منجر به افزایش اختلالات روانی در افراد می‌شود (کیدورف و همکاران، ۲۰۰۴؛ زیمرمن، شیریان کلمینسکی و یانگ^۵، ۲۰۰۴). همچنین پژوهش امید، حسینی و عصاریان (۱۳۸۱) نشان دهنده‌ی فراوانی رفتارهای غلط بهداشتی در افراد وابسته به مواد از قبیل کم‌خوابی، عدم ورزش و عدم رعایت موازین بهداشتی است که خود می‌تواند به‌طور مستقیم منجر به کاهش کیفیت زندگی در بعد جسمانی شود. نیازمندی‌های زیستی، روانی، اجتماعی و هیجانی مبتلایان به اعتیاد، معمولاً با نیازهای افراد سالم تفاوت دارد. گروهی از پژوهشگران با مطالعه‌ی افراد وابسته به مواد دریافته‌اند که مهم‌ترین عامل مربوط به سلامت روان که بر کیفیت زندگی آن‌ها اثر می‌گذارد، اضطراب است (رودلف و واتس^۶، ۲۰۰۲). از طرفی، چنانچه خشم این افراد به درستی ابراز نشود، این امکان وجود دارد که به درون فرد متمایل شده و منجر به افسردگی، ناامیدی و اقدام به خودکشی شود، چراکه افسردگی سبب تنزل کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد شده و مداخله برای کاهش افسردگی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی آن‌ها منجر شود (کارو^۷ و همکاران، ۲۰۱۰). از سوی دیگر، همین مشکلات گوناگون روانی و اجتماعی باعث اختلال در روند طبیعی زندگی و کیفیت می‌شود (مورگان، مورگسترن، بلانکار، لایووی و باکس، ۲۰۰۳). در هر جامعه، توجه به وضعیت سلامت جسمی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و فراهم آوردن زمینه‌ی لازم برای تحقق زندگی پویا و سالم، ضامن سلامتی افراد جامعه در سال‌های آینده به شمار می‌رود.

1. Puigdollers

2. Preau & Spire

3. Bizari

4. Schaar & Ojehagen

5. Zimmerman, Sheerean, Chelminski & Young

6. Rudolf & Watts

7. Karowa

بنابراین، بررسی کیفیت زندگی افراد و تلاش در راه بهبود و اعتلای آن، منجر به افزایش سلامت جسمی و روانی افراد خواهد شد (خسروی، موسوی و آقا یوسفی، ۱۳۸۸). همچنین، با توجه به شیوع اعتیاد و کم بودن پژوهش‌های مربوط به رابطه‌ی کیفیت زندگی با سلامت روان در افراد وابسته به مواد، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی این رابطه انجام شده است. لذا امید است بتوان با تقویت ساختار شخصیتی و اجتماعی افراد وابسته به مواد از بازگشت‌های مجدد و متوالی به مواد و ناتوانی از ترک در نزد اکثریت قریب به اتفاق آن‌ها پیشگیری کرد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر عبارت است از کلیه‌ی وابستگان به مواد که به صورت خود معرف در زمان اجرای پژوهش به مراکز ترک اعتیاد رشت مراجعه کرده و تحت درمان قرار گرفته‌اند. از بین این وابستگان به مواد تعداد ۱۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

ابزار

۱- پرسشنامه‌ی سلامت عمومی: این پرسشنامه ۲۸ سؤالی از پر کاربردترین ابزارهای غربال‌گری سلامت روانی بوده و از روایی و اعتبار بالایی برخوردار است. این پرسشنامه نخستین بار در سال ۱۹۷۲ توسط گلد برگ تنظیم شده است و نمره‌ی برش آن ۲۲ است. در ایران حساسیت این آزمون بین ۸۳ تا ۸۸ درصد، ویژگی آن بین ۶۹ تا ۹۳/۸ درصد، کارایی آن ۷۶ درصد، ضریب اعتبار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ و میزان اشتباه کلی طبقه بندی ۲/۸ تا ۱۹ درصد گزارش شده است (حسن شاهی و احمدیان، ۱۳۸۳). در این ابزار افزایش نمره با بدتر شدن وضعیت سلامت روان همراه است.

۲- پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: فرم کوتاه این پرسشنامه چهار حیطه‌ی سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سؤال می‌سنجد. در پژوهش نجات، منتظری، هلاکوئی، محمد و مجدزاده (۱۳۸۵)، مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای و آلفای کرونباخ در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷ به دست آمد، ولی

در حیطه‌ی روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ ۰/۵۵ بود که می‌تواند به علت تعداد کم سؤال یا سؤالات حساس آن باشد. از طرفی در ۸۳ درصد موارد، همبستگی هر سؤال با حیطه‌ی اصلی خود از سایر حیطه‌ها بالاتر بود.

یافته‌ها

نمونه‌ی مورد بررسی شامل ۱۵۰ نفر از مردان وابسته به مواد شهر رشت با میانگین سنی (۲۱/۳۵±۲/۳) بود. یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان داد در مجموع ۶/۷ درصد از وابستگان مواد، کیفیت زندگی بسیار مطلوب، ۱۲ درصد مطلوب، ۵۸ درصد متوسط، ۱۳/۳ درصد نامطلوب و ۱۰ درصد خیلی نامطلوب را گزارش کردند. آماره‌های توصیفی و همبستگی سلامت روان و کیفیت زندگی در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی و همبستگی سلامت روان و کیفیت زندگی

R	انحراف معیار	میانگین	متغیرها
-۰/۵۶۵**	۱۵/۷۸	۷۷/۱۸	کیفیت زندگی
	۱۵/۹۷	۳۴/۹۱	سلامت روان

** P<۰/۰۱

از آنجا که میانگین سلامت روان وابستگان به مواد در سلامت روان (۳۴/۹۱) از نمره‌ی برش آن (۲۲) بیشتر است، آزمودنی‌های پژوهش در دامنه‌ی مشکوک به نابهنجاری روانی (عدم سلامت روانی) قرار می‌گیرند.

جدول ۲: ماتریس همبستگی کیفیت زندگی و سلامت روان

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. سلامت جسمانی	۱	-	-	-	-	-	-	-
۲. سلامت روان	**۰/۴۹	۱	-	-	-	-	-	-
۳. روابط اجتماعی	**۰/۴۶	**۰/۵۴	۱	-	-	-	-	-
۴. سلامت محیط	**۰/۴۲	**۰/۵۰	**۰/۳۷	۱	-	-	-	-
۵. جسمانی سازی	**۰/۳۳	**۰/۱۹	-۰/۰۸	-۰/۰۸	۱	-	-	-
۶. بد کنشی اجتماعی	**۰/۳۹	**۰/۴۸	**۰/۳۷	**۰/۲۵	**۰/۴۶	۱	-	-
۷. اضطراب	**۰/۳۳	**۰/۴۰	**۰/۲۴	-۰/۱۰	**۰/۴۹	**۰/۵۴	۱	-
۸. افسردگی	**۰/۳۳	**۰/۵۱	**۰/۲۷	**۰/۲۵	**۰/۲۴	**۰/۵۹	**۰/۵۰	۱

* P<۰/۰۵, ** P<۰/۰۱

همان گونه که در جدول ۲ ارائه شده است تمام روابط در سطح ۰/۰۱ معنادار است به جز رابطه بین جسمانی سازی و روابط اجتماعی، جسمانی سازی و سلامت محیط و اضطراب و سلامت محیط. برای بررسی میزان پیش‌بینی‌کنندگی از تحلیل رگرسیون استفاده شد.

جدول ۳: نتایج رگرسیون همزمان مؤلفه‌های کیفیت زندگی بر مؤلفه‌های سلامت روانی

متغیرها	β	β	β	β	معناداری
سلامت جسمانی	-۰/۲۲	-۰/۱۹	-۰/۱۲	-۰/۳۵	۰/۰۰۰۵
سلامت روانی	-۰/۳۹	-۰/۳۴	-۰/۴۸	-۰/۱۲	۰/۲۳
روابط اجتماعی	۰/۰۱	-۰/۱۲	۰/۰۴	۰/۴۰	۰/۲۲
سلامت محیط	۰/۱۷	۰/۰۴	۰/۰۳	۰/۱۳	۰/۳۶

متغیرهای ملاک به ترتیب: جسمانی سازی، بد کنشی اجتماعی، اضطراب، و افسردگی

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه سلامت روان و کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد بود. بر اساس نتایج این پژوهش بین کیفیت زندگی و سلامت روان افراد به مواد، ارتباط معناداری وجود دارد. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های بسیاری از پژوهش‌های انجام شده هماهنگ است که نشان می‌دهند به‌طورکل اعتیاد منجر به کاهش سلامت روان و افزایش اختلالات روانی می‌شود (کیدورف و همکاران، ۲۰۰۴؛ کالسن، فلمینگ، ولز و ساکسون^۱، ۱۹۹۶؛ برونر، کینگ، کیدورف، اسمیت و بیگلو^۲، ۱۹۹۷). همچنین، نتایج این پژوهش، همسو با یافته‌های شار و اجنهاگن (۲۰۰۳) و بیزاری و همکاران (۲۰۰۵) مبنی بر پایین بودن کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد است. یافته‌های این پژوهش نشان داد که حیطه‌های کیفیت زندگی با سلامت روان همبستگی معناداری دارد. حیطه‌ی سلامت روان کیفیت زندگی با سه حیطه‌ی اضطراب، بد کنشی اجتماعی^۳ و افسردگی همبستگی معناداری نشان داد. همچنین، حیطه‌ی سلامت جسمانی کیفیت زندگی با حیطه‌ی جسمانی سازی سلامت روان ارتباط معناداری دارد. به نظر می‌رسد به دلیل اختلال عملکرد افراد وابسته به مواد این

1. Calsyn, Fleming, Wells & Saxon
2. Brooner, King, Kidorf, Schmidt & Biglew
3. social dysfunction

موضوع بر احساس سلامت فیزیکی و کیفیت زندگی آنان سایه افکنده و موجب اثر متقابل بر سلامت روان آنان می‌شود. در مطالعه‌ی دیگری همانند این مطالعه بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی وابستگان به مواد با سلامت روان آن‌ها رابطه مشاهده شده است (رودلف و واتس، ۲۰۰۲). همچنین، مطالعه‌ی کارو و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که حیطة‌ی سلامت روانی کیفیت زندگی بیماران با خودکارآمدی جسمی آن‌ها ارتباط دارد. از سویی اختلال‌های روانی مانند اضطراب و افسردگی احتمال سوء مصرف و وابستگی را افزایش می‌دهند؛ بعضی از مبتلایان به اختلال‌های روانی یاد شده برای رهایی از رنج و ناراحتی خود و کسب آرامش ممکن است به استفاده از مواد بپردازند و با مصرف مواد مشکلات خود را دو چندان کنند، از سوی دیگر، اختلال اضطرابی، افسردگی و اختلال در عملکرد می‌تواند از عوارض و مشکلات ناشی از سوء مصرف مواد باشد. مایر، وندریلاسچن و بروکارت^۱ (۲۰۱۰) در مطالعه‌ی خود اظهار داشتند که مبتلایان از نظر شاخص کلی سلامت روان نسبت به جمعیت عادی در سطح پایین تری هستند و از نظر شاخص‌های افسردگی، حساسیت بین فردی، اضطراب و روان پریشی دارای مشکل جدی بوده و نیاز به مراقبت‌های روان شناختی دارند. پژوهشگران معتقدند که سلامت فیزیکی از رشد روانی تأثیر می‌پذیرد و ارتقای سلامت روان بر پایه‌ی پیشگیری و درمان تنش‌های عاطفی استوار است. بنابراین، هر گاه سطح سلامت روان کاهش یابد، عملکرد در سایر حیطة‌های کیفیت زندگی نیز به مخاطره می‌افتد. به علاوه پژوهشگران با بررسی بیماران وابسته به مواد دریافتند مبتلایان در حیطة‌ی عملکرد فیزیکی از کیفیت زندگی خود دچار مشکل بودند، ولی این مشکلات با گذر زمان کمتر شدند (بیزاری و همکاران، ۲۰۰۵).

با توجه به نتایج پژوهش حاضر بیشترین نارضایتی افراد وابسته به مواد در مرحله‌ی اول عدم تأمین مالی و در مرحله‌ی دوم نداشتن امکانات تفریحی مناسب است. در تبیین این مسأله می‌توان بیان کرد که تأمین هزینه‌های رفت و آمد، هزینه‌های درمان و نگرانی‌های ناشی از تأمین مسکن، بیکاری و اداره‌ی یک زندگی، منجر به افزایش فشار روانی در این افراد شده، سلامت روان آن‌ها را تهدید کرده و کیفیت زندگی آن‌ها را با چالش رو به رو

می‌کند. همچنین، نامطلوب بودن امکانات تفریحی نشان دهنده‌ی اهمیت این مؤلفه نزد افراد وابسته به مواد بوده است؛ چراکه بسیاری از آنان فقدان امکانات تفریحی مناسب و کمبود فضاهای فراغتی را که سبب گذراندن اوقات فراغت به نحو مؤثر و مفید می‌شود از علل گرایش خود به اعتیاد دانسته‌اند که منجر به کاهش کیفیت زندگی آنان نیز می‌شود. حمایت اجتماعی نیز یکی دیگر از مؤلفه‌های کیفیت زندگی است که از سوی افراد وابسته به مواد نامطلوب گزارش شده است. افراد وابسته به مواد معمولاً به دلیل اعتیاد خود هم از سوی خانواده طرد می‌شوند و هم جامعه با دید منفی به آن‌ها می‌نگرد و این عدم دریافت حمایت باعث افزایش فشار روانی آن‌ها می‌شود. با توجه به مطالعات انجام شده بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی همبستگی مثبت و معناداری مشاهده شده است، بنابراین کیفیت نامطلوب در یک زمینه سبب پایین آمدن کیفیت در سایر حیطه‌های کیفیت زندگی نیز خواهد شد (پیلچر، ۱۹۹۸؛ چا، ۲۰۰۳). پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی از جمله عدم همکاری مناسب برخی از مراکز ترک اعتیاد و برخی از وابستگان مواد مواجه بود. همچنین، در این پژوهش مدت مصرف مواد و سابقه‌ی اعتیاد کنترل نشده، تفاوت‌های فرهنگی و اقتصادی وابستگان به مواد در نظر گرفته نشده است. تک جنسی بودن آزمودنی‌ها و فقدان اطلاعات صحیح روان‌پزشکی در مورد اختلالات روانی آن‌ها نیز از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی به بررسی متغیرها در هر دو جنس پرداخته شود. تفاوت‌های فرهنگی و اقتصادی موضوعی است که شاید بر نتایج پژوهش‌هایی از این دست مؤثر باشد، پس شایسته است که در مطالعات آتی تفاوت‌های اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی در نظر گرفته شود.

منابع

امامی پور، سوزان؛ شمس اسفندآباد، حسن؛ صدرالسادات، سید جلال و نژادنادری، سمیرا (۱۳۸۷). مقایسه اختلالات روانی و کیفیت زندگی در چهار گروه مردان معتاد مبتلا به ایدز، معتاد غیر مبتلا به ایدز، غیر معتاد مبتلا به ایدز و سالم. *مجله‌ی دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد*، ۱(۱۰۱)، ۶۹-۷۷.

امیدی، عبدالله؛ حسینی، فاطمه و عصاریان، فاطمه (۱۳۸۱). *بررسی سبک زندگی معتادین شهر زواره*، همایش سراسری اعتیاد، چالش‌ها و درمان‌ها. زنجان.

حسن شاهی، محمد مهدی و احمدیان، کاظم (۱۳۸۳). بررسی سلامت روان بیماران وابسته به مواد روان گردان. فصلنامه‌ی اصول بهداشت روانی، ۲۳ و ۲۴ (۶)، ۱۳۹-۱۳۱.

خسروی کبیر، زهرا؛ موسوی، سید ولی... و آقاییوسفی، علی رضا (۱۳۸۸). مقایسه هوش هیجانی و سلامت روان در معتادان به مواد مخدر و افراد عادی. مجله‌ی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۷۰ (۱۸)، ۹-۱۶.

نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکوئی نائینی، کوروش؛ محمد، کاظم و مجدزاده، سید رضا (۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت ترجمه و روانسنجی گونه ایرانی. مجله‌ی دانشکده‌ی بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴ (۴)، ۱۲-۱.

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.

Brooner, R. K., King, V. L., Kidorf, M., Schmidt C. & Bigelow, G. E. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Archives of General Psychiatry*. 54(1), 71-80.

Calsyn, D. A., Fleming C., wells, E. A. Saxon, A. J. (1996). Personality disorder subtypes among opiate addicts in methadone maintenance. *Journal of addict disorder*, 6, 3-8.

Cha, K. H. (2003). Subjective well-being among college students. Social indicators research, 62(1), 445-477.

Douaihy, A., Singh N. (2001). Factors affecting quality of life in patient with HIV infection, *Aids reader*, 11(9), 622- 90.

Hendriks, V. M. (1990). Psychiatric disorders in a Dutch addict population: rates and correlates of DSM- III diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 158-165.

Karow, A., Reimer, J., Schäfer, I., Krausz, M., Haasen, C., Verthein, U. (2010). Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 112(3), 209-15.

Kidorf, M., Disney, E. R., King, V. L., Neufeld, K., Beilenson, P. L., Brooner, R. K. (2004). Prevalence of psychiatric and substance use disorders in a community syring exchange program. *Drug and Alcohol Dependence*, 74 (2), 115-22.

Khantzian, E. J., Treece, C. (1985). DSM- III Psychiatric diagnosis of narcotic addicts. Recent findings. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1067-1071.

Maeyer, J., Vanderplasschen, W., Broekaert, E. (2010). Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, 21, 364-380.

Morgan, T., Morgenstern, J., Blanchard, K., labouvie, E., bux, D. (2003). Health related quality of life for adults participating in outpatient substance abuse treatment, *the American journal on addictions*, 12, 198-210.

Pilcher, J. J. (1998). Affective and daily events predictors of life satisfaction in college students, 43(3), 291-306.

- Preau, M., 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.
- Puigdollers, E., Domingo-Salvany, A., Brugal, M. T., Torrens, M., Alvaros, J., Castillo, C., Magri, N., Martin, S., Vasques, J. M. (2004). Characteristics of heroin addicts entering methadone maintenance treatment: quality of life and gender. *Substance Use & Misuse*, 39(9), 1353-1368.
- Rudolf, H., Watts, J. (2002). Quality of life in substance abuse and dependency. *international review of psychiatry*, 14, 190-197 .
- Schaar, I., Ojehagen, A. (2003). Predictors of improvement in quality of life of severely mentally ill substance abusers during 18 months of co-operation between psychiatric and socialy services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(2):83-87.
- Zimmerman, M., Sheerean, T., Chelminski, I., Young, D. (2004). Screening for psychiatric disorders in outpatients with DSM-IV substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26 (3), 181-8.