

نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی اجتماعی - عاطفی در عود اعتیاد (مطالعه موردی: معتادان خودمعرف به مراکز ترک اعتیاد زاهدان)

حسین جناآبادی^۱، ناصر ناستی زایی^۲، افسانه مرزیه^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۹/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۹/۰۱

چکیده

هدف: این مطالعه به دنبال بررسی نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی اجتماعی - عاطفی در عود اعتیاد بود. **روش:** مطالعه توصیفی بود و جامعه آماری آن مددجویان مرد خود معرف به مراکز ترک اعتیاد زاهدان با حداقل یک بار سابقه ترک اعتیاد بودند که به شیوه نمونه گیری در دسترس ۲۰۰ نفر از طریق دو پرسش نامه حمایت اجتماعی چند بعدی زیمت، داهلم، زیمت و فارلی و احساس تنهایی راسل مورد مطالعه قرار گرفتند. **یافته ها:** میانگین حمایت اجتماعی (۲/۶±۰/۸۶۸) و احساس تنهایی (۳/۷۲±۰/۸۰۱) بود. میزان ۵۴/۵٪ مددجویان عدم حمایت اجتماعی و ۷۶/۵٪ مددجویان احساس تنهایی را در عود اعتیاد موثر می دانستند (p<۰/۰۱). ضریب همبستگی بین حمایت اجتماعی و احساس تنهایی ۰/۴۹۷- بود (p<۰/۰۱). **نتیجه گیری:** عدم حمایت اجتماعی و احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی در عود اعتیاد نقش دارند.

کلیدواژه ها: حمایت اجتماعی، احساس تنهایی، عود اعتیاد

۱. نویسنده مسئول: دانشیار گروه آموزش و پرورش، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران، پست الکترونیکی:

hjenaabadi@ped.usb.ac.ir

۲. استادیار گروه مدیریت آموزشی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

۳. استادیار گروه آموزش و پرورش، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

مقدمه

حتی پس از این که فرد معتاد، مصرف مواد مخدر را برای مدت طولانی قطع نماید نیز نمی توان امیدوار بود که مصرف مواد مخدر را از سر نگیرد. آمارها نشان می دهد بیماری تا ۸۰ درصد از افراد، در کمتر از ۶ ماه دوباره عود می کند (ناستی زایی، هزاره مقدم و ملازهی، ۱۳۸۹). براون^۱ (۱۹۹۸) اظهار می دارد که فقط ۱۹ درصد مصرف کنندگان مواد پس از درمان، قادرند قطع مصرف را برای شش سال ادامه دهند. در مطالعه موتاسا^۲ (۲۰۰۱) میزان عود اعتیاد ۸۰ درصد گزارش شده و حدود ۴۰ درصد افراد سه بار سابقه ترک مواد مخدر داشته اند. باید گفت که ترک جسمانی مواد مخدر مشکل اصلی نمی باشد؛ مشکل اصلی بازگشت و شروع دوباره مصرف این مواد می باشد (میرزایی، راوری، حنفی، میری، ۱۳۸۹). برای مصرف کنندگانی که قصد عاری شدن از این مواد را داشته باشند سم زدایی فقط آغاز یک راه دراز و تلاشی سخت بر علیه مواد مخدر است. همچنین نگهداری فرد مبتلا به سوء مصرف مواد در مراکز ترک اعتیاد و بازپروری تنها باعث عدم دسترسی او به ماده مخدر می شود (شرق، شکیبی، نیساری، و آلیلو، ۱۳۹۰). این موضوع به معنای ترک قطعی مواد مخدر نیست. بعد از مرخصی از این مراکز، فرد با عوامل گوناگون مواجه می شود که او را پس از یک مدت به طرف مصرف نابه جای مواد مخدر دوباره سوق می دهد، که این امر تحت عوامل زیادی مانند وضعیت اقتصادی-اجتماعی، وضعیت خانواده، تماس با آشنایان و دیگر عوامل می باشد (طراحی، انصاری، حیدری، شرهانی، ۱۳۹۲). در حال حاضر آماری از این که چند درصد از معالجه شدگان مجدداً به مصرف مواد بازگشته اند به صورت دقیق وجود ندارد، اما افزایش آمار مبتلایان به سوء مصرف مواد مخدر در کشور می تواند بیانگر این بحث باشد که روش های درمانی انجام شده مؤثر یا جامع نبوده اند. بدین جهت مسئله بازگشت به مواد بسیار مهم و حائز اهمیت است از این روی با شناسایی عوامل مؤثر در بازگشت به مواد مخدر و آگاهی از عوامل زمینه ساز در سوق دادن افراد به شروع مجدد اعتیاد، می توان با اجرای سیاست ها و اقدامات پیش گیرانه و کنترل کننده درصد بالای بازگشت به مواد مخدر را کاهش داد (میثمی، فرامرزی،

1. Brown

2. Mutasa

هلاکویی نایینی، ۱۳۸۵). در مطالعه حاضر به بررسی دو عامل مهم یعنی نقش حمایت اجتماعی و احساس تنهایی در عود اعتیاد پرداخته می‌شود.

حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است. نکته قابل تأمل این است که تمام روابطی که فرد با دیگران دارد حمایت اجتماعی محسوب نمی‌شوند. به بیان دیگر روابط منبع حمایت اجتماعی نیستند، مگر آن که فرد آن‌ها را به عنوان منبعی در دسترس یا مناسب برای رفع نیاز خود ادراک کند (جناآبادی و سابقی، ۱۳۹۲). حمایت اجتماعی به دو صورت حمایت اجتماعی دریافت شده و ادراک شده مورد مطالعه قرار می‌گیرد. در حمایت اجتماعی دریافت شده، میزان حمایت‌های کسب شده توسط فرد مورد تأکید است و در حمایت اجتماعی ادراک شده، ارزیابی‌های فرد از در دسترس بودن حمایت‌ها در مواقع ضروری و مورد نیاز بررسی می‌شود (گیولکت، ۲۰۱۰). محققین ادعا نموده‌اند که ارائه حمایت اجتماعی روی سلامت روانی، فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی اثرات مثبتی داشته و باعث ارتقای کیفیت زندگی و نوعی احساس خوب نسبت به زندگی می‌شود (رامبد و رفیعی، ۲۰۱۰). کسانی که از حمایت اجتماعی برخوردارند، احساس می‌کنند کسی دوست‌شان دارد، به آن‌ها اهمیت داده می‌شود، دیگران آنان را افرادی محترم می‌شمارند و خود را بخشی از شبکه اجتماعی خانواده، دوستان یا سازمان‌های اجتماعی می‌دانند که می‌تواند منبع کمک‌های مادی، معنوی و خدمات دو جانبه هنگام نیاز باشد و در نتیجه بهتر قادر خواهند بود در رویارویی با رخدادهای فشارزای زندگی ایستادگی کنند (سارافینو، ۲۰۰۲)، به طور مؤثرتری با آن‌ها مقابله نمایند و نشانه‌های کمتری از افسردگی یا آشفتگی روانی را نشان دهند (برادلی و کارت رایت، ۲۰۰۲). در واقع حمایت اجتماعی هم‌چون سپری اجتماعی در برابر عوامل استرس‌زا عمل می‌نماید (جسی، ژاکولین، شان، کریستین، ۲۰۱۰).

افرادی که در برقراری و حفظ روابط رضایت‌بخش با دیگران ناتوان هستند و در نتیجه در برآوردن "نیاز تعلق داشتن" مشکل دارند، احتمالاً حس محرومیتی را تجربه می‌کنند

که خود را با احساس تنهایی نشان می‌دهد. احساس تنهایی ممکن است مداوم یا موقتی باشد. با وجود این که، احساس تنهایی موقتی غالباً موقعیتی و تجربه‌ای عادی است، احساس مداوم تنهایی نگران کننده است (آشر و پاکیوتی^۱، ۲۰۰۳). احساس تنهایی را می‌توان نارسایی و ضعف محسوس در روابط بین فردی دانست که به نارضایتی از روابط اجتماعی منجر می‌شود. دان، دان و بیدوزا^۲ (۲۰۰۷) بیان می‌کنند تنهایی در افراد، نشان‌دهنده نارسایی و ضعف ارتباط‌های بین فردی با همسالان است که به نارضایتی از روابط اجتماعی با دیگران منجر می‌شود. تنهایی را هوشیاری شناختی فرد از ضعف در روابط فردی و اجتماعی خود توصیف می‌کنند که به احساس غمگینی، پوچی یا تأسف و حسرت منتهی می‌شود. به عبارت دیگر تنهایی را به عنوان احساس ناراحتی از انزوا و طرد توسط دیگران تعریف کرده‌اند (طهماسیان، اناری، صالح صدق پور، ۱۳۸۸). تنهایی یک حقیقت اساسی زندگی است و بنابراین همه افراد در برخی از دوره‌های زندگی شان آن را با شدت متفاوت، تجربه می‌کنند. تنهایی محدود به مرزهای سنی، جنسی، نژادی، اقتصادی یا جسمی خاص نیست (نتو و باروز^۳، ۲۰۰۰). احساس تنهایی از لحاظ کیفیت با تنهایی یا کناره‌گیری اجتماعی اختیاری و بدون تعارض متفاوت است (استوکلی^۴، ۲۰۱۰). احساس تنهایی با تنها بودن (فیزیکی) مترادف نیست، بلکه مربوط به احساس فرد از نبود صمیمیت بین فردی است (هوگز، وایت، هاوکلی، کاسیپو^۵، ۲۰۰۴). هچت و باوم^۶ (۱۹۸۴) نقل از احدی، (۱۳۸۸) دریافتند، مدت زمانی که فرد در تنهایی به سر می‌برد، تعیین کننده اساسی میزان احساس تنهایی در او نیست. بلکه تهدید جدایی و کیفیت دل‌بستگی که در افراد نایمن تجربه می‌شود، در احساس تنهایی نقشی مهم دارد. به عبارت دیگر در احساس تنهایی، احساس ذهنی شخص از کیفیت دل‌بستگی عاطفی صمیمی با چهره دل‌بستگی تأثیر بسیار بیشتری از حضور نداشتن دیگران دارد. بنابراین احساس تنهایی هنگام برخی از تغییرات سریع و ناگهانی امری عادی و رایج است و به ناسازگاری تعبیر نمی‌گردد، اما

1. Asher, & Paquette
2. Dunn, Dunn, & Bayduza
3. Neto, & Barros
4. Stoeckli

5. Hughes, Waite, Hawkley, & Cacioppo
6. Hecht, & Baum

هنگامی که به طور مزمن، مانع موفقیت در تکالیف و کارکردهای طبیعی زندگی می شود، می تواند پیامدهای عاطفی، اجتماعی و حتی جسمانی زیانباری را به دنبال آورد (بلیک^۱، ۲۰۱۲). در این صورت، احساس تنهایی، تهدیدی برای سلامت روان و کارکرد روانی اجتماعی فرد به شمار می آید (هنریچ و گالون^۲، ۲۰۰۶).

از مهم ترین عوامل موثر در عود اعتیاد می توان به سابقه ترک اعتیاد، معاشرت با دوستان معتاد، تحصیلات، سابقه اعتیاد در خانواده، وضعیت اشتغال، مصرف سیگار، نوع ماده مخدر، سن و تعداد افراد خانوار (شاطریان، منتی، کسان، منتی، ۱۳۹۳)، دسترسی آسان به مواد مخدر، بی کاری و داشتن دوستان معتاد (طراحی و همکاران، ۱۳۹۲)، مشغولیت ذهنی نسبت به مصرف مواد، ضعف و بی حالی و مشاجرات خانوادگی (ریماز، محسنی، مرقاتی خویی، دستورپور، اکبری، ۱۳۹۱)، بی خوابی و وسوسه، کشمکش های خانوادگی و عدم پابندی به درمان (حق دوست اسکویی، میرزایی خلیل آبادی، میرزایی، راوری، حنفی، میری، ۱۳۸۹)، افسردگی، اضطراب، اسکیزوفرنی و اعتیادهای دارویی (پانی، تروگو، کانتو، آگوس و گسا^۳، ۱۹۹۷)، مشکل شناخت، آمادگی یا انگیزه برای درمان، مشخصات آماری بیمار، طول مدت مصرف مواد، سابقه بزه کاری و اختلالات روان پزشکی همراه و سابقه درمان های پیشین (جویی، سیمپسون، برومه^۴، ۱۹۹۸)، مواجهه با مواد مخدر در منزل (والتون، ریچل، رامانتان^۵، ۲۰۰۵)، معاشرت با دوستان معتاد و منحرف بی کاری، عوامل اقتصادی مانند فقر و عوامل خانوادگی هم چون برخورد نامناسب اعضای خانواده (فریدمن^۶، ۲۰۰۸) اشاره کرد.

مسئله بازگشت به مواد بسیار مهم و حائز اهمیت است. در بهترین شرایط و بهترین درمان ها ۹۵ درصد معتادان شش ماه پس از ترک دوباره به چرخه اعتیاد بازگشته و ۵ درصد باقی مانده نیز در یکی دو سال آینده به این چرخه باز خواهند گشت. سایر بررسی ها حاکی از آن است که انجام اقدامات تکمیلی اعم از روان درمانی، گروه درمانی، کاردرمانی، ورزش درمانی، ایمان درمانی و در نهایت خانواده درمانی علاوه بر دارودرمانی، احتمال عود

1. Black
2. Henrich, & Gullone
3. Pani, Trogu, Contu, Agus, & Gessa

4. Joe, Simpson, & Broome
5. Walton, Reischl, & Ramanthan
6. Friedmann

را از ۲۵ درصد به ۲ درصد کاهش می‌دهد (شرق و همکاران، ۱۳۹۰). حتی پس از این که فرد معتاد مصرف مواد مخدر را برای مدتی طولانی قطع نماید نیز نمی‌توان امیدوار بود که مصرف مواد را از سر نگیرد به طوری که آمارهای عود اعتیاد نشان می‌دهد بیماری ۸۰ درصد از افراد کم‌تر از ۶ ماه مجدداً عود می‌کند (ناستی‌زایی، ۱۳۸۶). با شناسایی عوامل مؤثر در بازگشت به مواد و آگاهی از عوامل زمینه‌ساز در سوق دادن افراد به شروع مجدد اعتیاد، می‌توان با اجرای سیاست‌ها و اقدامات پیش‌گیرانه و کنترل‌کننده درصد بالای بازگشت به مواد را کاهش داد (شاطریان و همکاران، ۱۳۹۳). از این رو مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش حمایت اجتماعی و احساس تنهایی در بازگشت به اعتیاد در این بیماران انجام شد. بنابراین مسئله اصلی این پژوهش این است که آیا عدم حمایت اجتماعی و احساس تنهایی در عود اعتیاد نقش دارند؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است. جامعه آماری آن را مددجویانی مذکری تشکیل می‌دادند که حداقل یک‌بار سابقه‌ی عود را داشته و برای ترک مواد مخدر و دریافت مراقبت‌های لازم به مراکز درمان سوء مصرف مواد مخدر تحت پوشش سازمان بهزیستی زاهدان مراجعه نموده بودند. به روش نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس، ۲۰۰ مددجو در مهر ماه ۱۳۹۴ به عنوان نمونه انتخاب شدند. شیوه‌ی اجرای پژوهش این گونه بود که پس از انجام مطالعات کتابخانه‌ای، از طرف شورای هماهنگی مبارزه با مخدر استانداری سیستان و بلوچستان با سازمان بهزیستی زاهدان جهت معرفی پژوهش‌گر مکاتبه صورت گرفت. سپس سازمان بهزیستی پژوهش‌گر را به مراکز ترک اعتیاد معرفی نمود. پژوهش‌گر شخصاً به هر یک از مراکز ترک اعتیاد با هماهنگی قبلی مراجعه می‌کرد و ضمن معرفی خود و بیان هدف از انجام پژوهش، مددجویانی را که دارای حداقل یک‌بار سابقه ترک اعتیاد بودند انتخاب می‌نمود. به آن‌ها اجازه می‌داد که داوطلبانه در پژوهش شرکت داشته باشند. به افراد منتخب اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه باقی خواهد ماند و مشخصات منتشر نخواهد شد. بنابراین در طول فرایند اجرا اسامی آن‌ها پرسیده نشد.

بعد از جلب اطمینان مددجویان، افرادی که خود سواد کافی داشتند شخصاً اقدام به پرسش کردند پرسش نامه نمودند اما در مورد افراد کم سواد و بی سواد پژوهش گر سؤالات را به صورت شفاهی می خواند و پاسخ یادداشت می شد.

ابزار

۱- مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی: این مقیاس که ساخته زیمت، داهلم، زیمت و فارلی^۱ (۱۹۸۸) است مشتمل بر ۱۲ سؤال و ۳ خرده مقیاس خانواده، دوستان و دیگران مهم است که بر اساس نمره گذاری طیف لیکرت ۵ درجه ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق نمره گذاری می شود. حداقل نمره فرد ۱۲ و حداکثر آن ۶۰ خواهد بود. کسب نمره بالا نشان دهنده ادراک بالای حمایت اجتماعی است. خرده مقیاس خانواده شامل سؤالات (۱۱، ۴، ۳)، دوستان شامل سؤالات (۱۲، ۹، ۷، ۶) و دیگران مهم شامل سؤالات (۱۰، ۵، ۱، ۲) است. افشاری (۱۳۸۶) رابطه مثبت و معناداری میان نمرات این مقیاس و خرده مقیاس های آن با رضایت از زندگی به دست آورد که نشان دهنده روایی همگرای این مقیاس است. در نمونه مورد بررسی، همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس خانواده، دوستان و دیگران مهم به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۲ و ۰/۸۷ محاسبه شد. نمره کل مقیاس از جمع نمرات سؤالات به دست می آید (بیرامی، موحدی و موحدی، ۱۳۹۳). نمونه هایی از سؤالات پرسش نامه عبارتند از: فرد خاصی وجود دارد که در هنگام نیاز به او دسترسی داشته باشم (مقیاس دیگران مهم).

۲- پرسش نامه تنهایی راسل^۲ (۱۹۹۳): مقیاس تنهایی راسل، دارای ۲۰ سؤال است که خواننده باید به هریک از سؤالات در مقیاس لیکرت ۵ درجه ای شامل: هرگز (نمره ۱)، به ندرت (نمره ۲)، گاهی (نمره ۳)، اغلب (نمره ۴) و همیشه (نمره ۵) پاسخ بدهد. سؤالات ۱۹، ۱۶، ۱۵، ۱۰، ۹، ۶، ۵، ۱ و ۲۰ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. دامنه نمرات این آزمون از ۲۰ تا ۱۰۰ است. نمره بالاتر نشانه احساس تنهایی شدیدتر است. مقیاس تنهایی راسل اولین بار توسط راسل و فرگوسن^۳ تدوین شد که بعد از سه بار ویرایش، نسخه نهایی

این مقیاس در چهار گروه دانشجویان، پرستاران، معلمان و افراد مسن و به طرق مختلفی از قبیل خود گزارش دهی و مصاحبه اجرا شده است و دامنه آلفا از ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ به دست آمده است. در افراد مسن، یک سال بعد، بازآزمایی انجام شده و همبستگی ۰/۷۳ به دست آمده که رضایت بخش می باشد. داورپناه این مقیاس را به فارسی ترجمه کرده و ضریب آلفای کرونا باخ ۰/۷۸ را گزارش کرده است. در ضمن، از تحلیل عاملی مقیاس، چهار عامل انزوا، اجتماعی بودن، نداشتن دوستی صمیمی و نداشتن احساس تنهایی را به دست آورد که بر روی هم ۴۴/۲٪ واریانس نمره تنهایی را تبیین می کردند (علی اکبری دهکردی، محتشمی، پیمانفر، برجعلی، ۱۳۹۳). نمونه ای از سؤالات پرسش نامه عبارت است از: آیا احساس می کردید که با افراد دور و برتان سازگار هستید؟

یافته ها

در مطالعه حاضر ۲۰۰ نفر مددجوی مرد با سابقه ی حداقل یک بار ترک اعتیاد مورد مطالعه قرار گرفتند که آماره های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی آن ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی نمونه انتخابی

متغیرها	تعداد (درصد)	متغیرها	تعداد (درصد)
متاهل	۱۵۳ (۷۶/۵)	تریاک و شیره	۹۳ (۴۱/۵)
تاهل	۴۷ (۲۳/۵)	حشیش	۲۷ (۱۳/۵)
مجرد	۴۶ (۲۳)	هروئین	۱۸ (۹)
بی سواد	۸۱ (۴۰/۵)	کراک	۹ (۴/۵)
ابتدایی و راهنمایی	۵۶ (۲۸)	شیشه	۸ (۴)
دبیرستانی و دیپلم	۱۷ (۸/۵)	قرص	۱۸ (۹)
دانشگاهی	۹۸ (۴۹)	بیش از یک ماده	۲۷ (۱۳/۵)
شاغل	۱۳ (۶/۵)	داشته ام	۱۶۷ (۸۳/۵)
بازنشسته	۸۹ (۴۴/۵)	نداشته ام	۳۳ (۱۶/۵)
بی کار	۷۱ (۳۵/۵)	معاشرت با دوستان معتاد	۱۵۳ (۷۶/۵)
۱ بار	۶۸ (۳۴)	مصرف سیگار	۴۷ (۲۳/۵)
۲ بار	۶۱ (۳۰/۵)	بلی	۷۳ (۳۶/۵)
بیش از ۲ بار	۶۱ (۳۰/۵)	خیر	۱۲۷ (۶۳/۵)
بیش از ۲ بار	۶۱ (۳۰/۵)	اعتیاد دیگر اعضای خانواده	۱۲۷ (۶۳/۵)
بیش از ۲ بار	۶۱ (۳۰/۵)	خیر	۱۲۷ (۶۳/۵)

۲۸/۶۲ ± (۵/۴۱) میانگین سنی

برای بررسی وضعیت گروه نمونه در متغیرهای حمایت اجتماعی و احساس تنهایی از آزمون تی تک نمونه‌ای با مقدار حدوسط ۳ استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج نحوه پاسخ‌گویی مددجویان به متغیرهای پژوهش و مقایسه آن با حدوسط

عوامل	کاملاً مخالف	مخالف	تا حدی موافق	کاملاً موافق	میانگین (از ۵)	انحراف- استاندارد	آماره t	معناداری	تعداد (درصد)	
									کاملاً مخالف	کاملاً موافق
خانواده	۵/۵)۱۱	۵۰/۵)۱۰۱	۲۱/۵)۴۳	۱۶/۵)۳۳	۲/۶۷	۱/۰۱	۳۷/۲۷	۰/۰۰۰۵	۵/۵)۱۱	۵۰/۵)۱۰۱
دوستان	۱۳/۵)۲۷	۶۳)۱۲۶	۱۴)۲۸	۷/۵)۱۵	۲/۲۱	۰/۸۴۴	۳۷/۱۱	۰/۰۰۰۵	۱۳/۵)۲۷	۶۳)۱۲۶
دیگران مهم	۵)۱۰	۴۷/۵)۹۵	۲۵)۵۰	۱۶/۵)۳۳	۲/۷۱	۱/۰۰	۳۸/۳۱	۰/۰۰۰۵	۵)۱۰	۴۷/۵)۹۵
حمایت (کل)	۴)۸	۵۰/۵)۱۰۱	۳۰)۶۰	۱۲/۵)۲۵	۲/۶	۰/۸۶۸	۴۲/۳۵	۰/۰۰۰۵	۴)۸	۵۰/۵)۱۰۱
احساس تنهایی	-	۱۳)۲۶	۱۰/۵)۲۱	۶۷/۵)۱۳۵	۱۸ (۹)	۰/۸۰۱	۶۵/۷۱	۰/۰۰۰۵	-	۱۳)۲۶

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین حمایت اجتماعی و هر سه مولفه آن (حمایت خانواده، دوستان و دیگران مهم) از میانگین نظری یعنی ۳ پایین‌تر است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که از دید اکثر مددجویان، آن‌ها از حمایت اجتماعی مناسبی در طول دوران ترک اعتیاد برخوردار نبوده‌اند. همچنین میانگین احساس تنهایی ۳/۷۲ از میانگین نظری یعنی ۳ بالاتر بود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که از دید اکثر مددجویان، آن‌ها در طول دوران ترک اعتیاد احساس تنهایی شدیدی داشته‌اند.

برای بررسی رابطه حمایت اجتماعی با احساس تنهایی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: ضرایب همبستگی حمایت اجتماعی با احساس تنهایی

متغیرها	آماره r	معناداری
حمایت خانواده	-۰/۴۵۸	۰/۰۰۰۵
حمایت دوستان	-۰/۴۰۵	۰/۰۰۰۵
حمایت دیگران مهم	-۰/۴۳۵	۰/۰۰۰۵
حمایت اجتماعی (کل)	-۰/۴۹۷	۰/۰۰۰۵

بر اساس جدول ۳ بین حمایت اجتماعی و هر سه مولفه‌ی آن با احساس تنهایی مددجویان رابطه منفی معناداری وجود دارد ($p < 0/001$) که به این معناست با افزایش حمایت‌های اجتماعی خانواده، دوستان و دیگران مهم، از میزان احساس تنهایی مددجویان کاسته می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

آثار و نتایج منفی زیان‌بار و مخرب فردی، خانوادگی، اجتماعی، اخلاقی، معنوی و فرهنگی سوء‌مصرف، وابستگی و اعتیاد به مواد سبب شده است تا افراد معتاد و خانواده‌های آنان و مسئولان جامعه برای پیش‌گیری، ترک و جلوگیری از عود اقدام کنند و به دنبال شناسایی عوامل مؤثر بر عود اعتیاد باشند. در این راستا پژوهش حاضر به دنبال بررسی نقش عدم حمایت اجتماعی و احساس تنهایی در عود اعتیاد معتادان خود معرف به مراکز ترک اعتیاد تحت پوشش سازمان بهزیستی زاهدان انجام گرفت. بر اساس یافته‌های توصیفی میانگین سنی مددجویان ($28/62 \pm 5/41$) و $76/5\%$ آنان متأهل بودند. از نظر تحصیلات ۴۶ نفر (23%) بی‌سواد، ۸۱ نفر ($40/5\%$) تحصیلات ابتدایی و راهنمایی، ۵۶ نفر (28%) تحصیلات دبیرستانی و دیپلم و ۱۷ نفر ($8/5\%$) تحصیلات دانشگاهی داشتند، $44/5\%$ بی‌کار بودند و $83/5\%$ با دوستان معتاد معاشرت داشتند. در مطالعه طراحی و همکاران (۱۳۹۲) ۱۱٪ مددجویان بی‌سواد، ۴۳٪ تحصیلات ابتدایی و راهنمایی، ۳۴٪ دیپلم و ۱۲٪ تحصیلات دانشگاهی داشتند، $57/1\%$ بی‌کاری و $54/5\%$ معاشرت با دوستان معتاد را در عود اعتیاد مؤثر دانستند که با یافته‌های این مطالعه نزدیک است. همچنین از نظر نوع ماده مخدر مصرفی $41/5\%$ تریاک و شیره، $13/5\%$ حشیش، ۹٪ هروئین، $4/5\%$ کراک، ۴٪ شیشه، ۹٪ قرص و $13/5\%$ ترکیبی از مواد مخدر را مصرف می‌کردند. همچنین دیگر یافته‌های توصیفی این مطالعه نشان داد که از نظر سابقه ترک اعتیاد $35/5\%$ یک‌بار، ۳۴٪ دو بار و $30/5\%$ بیش از دو بار سابقه ترک اعتیاد داشتند، $56/5\%$ سیگار می‌کشیدند، و $36/5\%$ دارای فرد معتاد در خانواده بودند. در پاسخ‌گویی به سؤالات پژوهش یافته‌های این مطالعه نشان داد که عدم حمایت اجتماعی و احساس تنهایی در عود اعتیاد نقش دارد. همچنین یافته‌ها نشان داد که بین حمایت اجتماعی و احساس تنهایی

مددجویان رابطه منفی وجود دارد. پژوهش گر در بررسی پیشینه به مطالعاتی که مستقیماً به موضوع این پژوهش مرتبط باشند برخورد نکرد اما به برخی تحقیقات نزدیک به یافته‌های این مطالعه اشاره می‌شود. در مطالعه ناستی‌زایی (۱۳۸۶) که با هدف بررسی عوامل خانوادگی عود اعتیاد از دیدگاه معتادان خودمعرف به مراکز ترک اعتیاد شهرستان زاهدان انجام شد یافته‌ها نشان داد شیوه کنترل نامناسب خانواده (سخت‌گیری یا سهل‌گیری نسبت به اعمال و رفتار فرزند در حال ترک)، اعمال تبعیض خصوصاً مقایسه فرزندان، وجود مشاجره‌های خانوادگی، کم‌توجهی خانواده به مسائل دینی و عدم پذیرش فرد در حال ترک در جمع خانواده در عود اعتیاد نقش دارد. در مطالعه ناستی‌زایی و همکاران (۱۳۸۹) که با هدف بررسی عوامل مؤثر بر عود اعتیاد در معتادان خودمعرف به مراکز ترک اعتیاد شهر زاهدان انجام شد. یافته‌ها نشان داد که عوامل: محیط زندگی آلوده، دوستان معتاد، ناکارآمدی جلسات روان‌درمانی و عوامل تداعی‌کننده در عود اعتیاد فرد نقش دارند. همچنین تأثیر عوامل عود اعتیاد (محیط زندگی آلوده، دوستان معتاد، ناکارآمدی جلسات روان‌درمانی و عوامل تداعی‌کننده) بر جنسیت و گروه‌های سنی معتادان خودمعرف یکسان بود. صفری و موسوی زاده (۱۳۹۰) مطالعه‌ای با هدف بررسی عوامل مؤثر در بازگشت به سوءمصرف مواد در مراجعین به مراکز ترک اعتیاد شهرستان مراغه انجام دادند. نتایج نشان داد که ۶۲/۶ درصد مبتلایان به سوءمصرف مواد، یک تا سه بار درمان ناموفق داشته‌اند. مهم‌ترین عوامل عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان شامل: علائم جسمی ناخوشایند ناشی از قطع مصرف (۷۲/۶ درصد)، ناراحتی‌های روحی (۵۷/۳ درصد)، رابطه با همکاران معتاد (۲۹/۵ درصد)، ارزان بودن مواد مخدر (۴۰/۵ درصد)، کم‌سودایی (۲۳/۴ درصد)، عدم کنترل خانواده (۲۷/۴ درصد) و معاشرت با دوستان معتاد (۵۷/۹ درصد) بود. آن‌ها نهایتاً نتیجه‌گیری می‌کنند که عوامل مختلفی بر بازگشت به سوءمصرف مواد تأثیر گذارند، لذا به نظر می‌رسد از بین بردن وابستگی جسمانی از راه درمان دارویی (سم زدایی صرف) برای تداوم ترک اعتیاد کافی نبوده و توجه به عواملی که ارتباط خود را با عدم توانایی برای ترک کامل نشان داده‌اند، حائز اهمیت است. ریماز و همکاران (۱۳۹۱) مطالعه‌ای با هدف تعیین عوامل مؤثر بر عود سوءمصرف مواد در معتادان مراجعه‌کننده به

دو مرکز ترک اعتیاد شهر تهران انجام دادند. یافته‌ها نشان داد سیگاری بودن بعد از ترک، مشغولیت ذهنی نسبت به مصرف مواد، معاشرت با دوستان معتاد، ضعف و بی حالی و مشاجرات خانوادگی بود. در افراد مصرف کننده تریاک و شیره نسبت به کراک و شیشه شانس کم تری برای عود سوء مصرف داشتند. در مجموع نتایج مطالعه ارتباط بین متغیرهای فردی، اجتماعی، روانی و طبی و عود سوء مصرف را نشان می‌دهد. شروق و همکاران (۱۳۹۰) مطالعه‌ای با هدف تعیین عوامل مؤثر بر عود اعتیاد از دیدگاه معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد انجام دادند. بررسی یافته‌های پژوهش نشان داد که ۳۲/۹٪ نمونه‌ها یک‌بار سابقه ترک اعتیاد داشتند و نیز دلیل روی آوری مجدد به اعتیاد اکثریت آن‌ها (۵۰/۹٪) بیماری روانی بود. بررسی دیدگاه واحدهای مورد پژوهش حاکی از آن بود که در زمینه عوامل فردی، رفع احساس تنهایی و انزوا (۳۶٪) در زمینه عوامل خانوادگی، روابط نامناسب والدین با فرزندان (۱۷/۵٪) در زمینه عوامل اجتماعی، وجود دوستان معتاد (۳۵/۵٪)، در زمینه عوامل اقتصادی، بی کاری (۳۴/۶٪) و در زمینه عوامل فرهنگی، نداشتن تفریحات و سرگرمی سالم در اوقات فراغت (۴۰/۴٪) به ترتیب دارای بیشترین اهمیت بوده است. آن‌ها با توجه به یافته‌های پژوهش نتیجه‌گیری می‌کنند که برای روی آوردن مجدد به اعتیاد تنها وجود یک عامل کافی نیست. بلکه مجموعه‌ای از عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی - اقتصادی با نسبت‌های متفاوت باعث روی آوردن مجدد به اعتیاد می‌شود که بیانگر نیاز به طراحی مطالعاتی با تمرکز بر روی علل عود و راه کارهای جلوگیری از آن به عنوان مشکل اصلی وابستگی به مواد می‌باشد. در مطالعه سراجی و همکاران (۱۳۸۹) مهم ترین عامل عود اعتیاد در معتادین خودیاری کاری و تغییر در درآمد (۱۲/۶٪) بوده است. در این پژوهش بین سطح تحصیلات و محل سکونت با اعتیاد به مواد مخدر رابطه معنادار مشاهده شد. میلر، وستبرگ، هریس، تونیکان^۱ (۲۰۰۱) در بررسی عوامل مؤثر در بازگشت به اعتیاد در الکل به چهار عامل بروز اتفاقات ناخوشایند در زندگی، ارزیابی شناختی، منابع سازگاری بیمار و وضعیت خلقی و عاطفی

بیمار اشاره کرده‌اند که به نظر می‌رسد این عوامل در عود اعتیاد به مواد مخدر نیز مؤثر باشند. در مطالعه سویفت، میلر و گولد^۱ (۲۰۰۰) نشان داده شد که بهبود و آموزش مهارت در دوری جستن از مواد و توانایی سازگاری با استرس‌ها و نیز ایجاد عزت نفس و اعتماد به نفس بازگشت مجدد به اعتیاد را کاهش می‌دهد. مطالعه فریدمن (۲۰۰۸) نشان داد از دیدگاه معتادان، معاشرت با دوستان معتاد و منحرف به عنوان مهم‌ترین عامل بین فردی مرتبط با بازگشت به اعتیاد توصیف شده است. با این حال عوامل شغلی مانند بی‌کاری، عوامل اقتصادی مانند فقر و عوامل خانوادگی هم‌چون برخورد نامناسب اعضای خانواده از دیگر عوامل بازگشت معتادان محسوب می‌شوند.

در تبیین یافته اصلی این پژوهش (نقش عدم حمایت اجتماعی و احساس تنهایی در عود اعتیاد) می‌توان گفت که وقتی فردی که دوران پس از ترک مواد را سپری می‌کند دریابد که خانواده‌اش واقعاً سعی نمی‌کنند که به او کمک کنند، از کمک و حمایت احساسی اعضای خانواده برخوردار نباشد، نتواند در مورد مشکلاتش با خانواده‌اش صحبت کند (عدم حمایت خانواده)، دوستان سالمی نداشته باشد که بتواند با آن‌ها شادی‌ها و غم‌هایش را در میان بگذارد، در مورد مشکلاتش با آن‌ها صحبت کند، در هنگام بروز مشکل نتواند روی کمک آن‌ها حساب کند (عدم حمایت دوستان)، فرد یا افراد خاصی وجود نداشته باشد که در هنگام نیاز به او دسترسی داشته باشد، باعث تسلی خاطرش شود، برای احساساتش ارزش قائل شود (عدم حمایت دیگران مهم)؛ احساس می‌کند که به هیچ کس نزدیک نیست، کنار گذاشته شده و تنها است، رفیق و همدمی ندارد، از دیگران منزوی و جدا شده است (احساس تنهایی). در نتیجه برای جبران این خلأهای عاطفی و اجتماعی و پر کردن احساس تنهایی خویش مجدداً به سمت دوستان معتاد و مصرف مواد مخدر روی می‌آورد که نتیجه آن عود اعتیاد فرد می‌باشد. از محدودیت‌های این مطالعه کمی بودن آن است. همچنین این پژوهش فقط بر روی مردان معتاد دارای سابقه ترک اعتیاد انجام گرفت لذا در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها باید احتیاط نمود. نهایتاً با توجه به یافته‌های این مطالعه (نقش عدم حمایت اجتماعی و احساس تنهایی در عود اعتیاد) پیشنهاد

می‌شود که مسئولان مراکز ترک اعتیاد به خانواده‌ها آموزش‌های لازم در زمینه دوران حساس پس از ترک اعتیاد و راه‌های برخورد مناسب با افراد بهبود یافته را بدهند، خانواده‌ها نیز در طول دوران پس از ترک و بهبودی با حمایت‌های عاطفی و اجتماعی خویش ورود فرد بهبود یافته به زندگی جدید را باعث شوند، از تردید و نگرانی و بدبینی خود نسبت به بازگشت اعتیاد فرد بکاهند و با خوش‌بینی و امیدواری به بهبود فرد بپنداشند، با شرکت دادن فرد بهبود یافته در فعالیت‌های خانوادگی، مذهبی، ورزش‌های گروهی مانع آن شوند که فرد بهبود یافته احساس تنهایی کند تا برای جبران آن ناچار به معاشرت با افراد معتاد پردازد و در نتیجه عود اعتیادش را باعث شود. به سایر پژوهش‌گران انجام چنین مطالعاتی به صورت ترکیبی (کمی و کیفی) و به ویژه انجام مطالعات مداخله‌ای در زمینه بهبود حمایت اجتماعی و کاهش احساس تنهایی پیشنهاد می‌شود.

منابع

- احدی، بتول (۱۳۸۸). رابطه احساس تنهایی و عزت نفس با سبک‌های دلبستگی دانشجویان. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۵(۱)، ۹۵-۱۱۲.
- بیرامی، معصومه؛ موحدی، یزدان؛ موحدی، معصومه (۱۳۹۳). ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی اجتماعی - عاطفی با اعتیاد به اینترنت در جامعه دانشجویی. *مجله شناخت اجتماعی*، ۳(۶)، ۱۰۹-۱۲۲.
- جناآبادی، حسین؛ سابقی، فرامرز (۱۳۹۲). رابطه حمایت اجتماعی با احساس غربت دانشجویان جدیدالورود. *مجله دانشگاه علوم پزشکی زابل*، ۵(۴)، ۴۱-۳۳.
- حق دوست اسکویی، سیده فاطمه؛ میرزایی خلیل‌آبادی، صدیقه؛ میرزایی، طیه؛ راوری، علی؛ حنفی، نسرين؛ میری، سکینه (۱۳۸۹). عوامل مرتبط با عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد شهر رفسنجان. *پرستاری ایران*، ۲۳(۶۷)، ۵۸-۴۹.
- ریماز، شهناز؛ محسنی، شکرالله؛ مرقاتی خوبی، عفت السادات؛ دستورپور، مریم؛ اکبری، فاطمه (۱۳۹۱). مطالعه مورد شاهدی عوامل موثر بر عود سوء مصرف مواد در معتادان مراجعه کننده به دو مرکز ترک اعتیاد شهر تهران. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۱۰(۳)، ۶۴-۵۳.
- سراجی، ابوالفضل؛ مؤمنی، حمید؛ صالحی، اشرف (۱۳۸۹). عوامل مؤثر در وابستگی به مواد مخدر و عود مجدد مصرف در گروه معتادین خودیار شهرستان خمین در سال ۱۳۸۷. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۱۳(۳)، ۶۸-۷۵.

شاطریان، محسن؛ منتی، رستم؛ کسانی، عزیز؛ منتی، والیه (۱۳۹۳). عوامل مرتبط با عود اعتیاد در بیماران مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر ایلام. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۲(۶)، ۱۷۳-۱۶۵. شرق، علی؛ شکیبی، علی؛ نیساری، رقیه؛ آلیلو، لایلا (۱۳۹۰). بررسی عوامل مؤثر بر عود اعتیاد از دیدگاه معتادین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد استان آذربایجان غربی در سال ۱۳۸۸. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۲(۲)، ۱۳۶-۱۲۹.

صفری، مهدی؛ موسوی زاده، سیده نرجس (۱۳۹۳). بررسی عوامل مؤثر در بازگشت به سوء مصرف مواد در مراجعین به مراکز ترک اعتیاد شهرستان مراغه در سال ۱۳۹۰. *پرستاری و مامایی*، ۲۴(۸۶)، ۶۴-۵۷. طراح، محمدجواد؛ انصاری، حسین؛ حیدری، کاظم؛ شرهانی، اسعد؛ اکرمی، رحیم؛ هولاکویی نائینی، کوروش (۱۳۹۲). بررسی دیدگاه کارشناسان ترک اعتیاد و معتادان خودمعرف مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر خرم آباد در مورد عوامل مرتبط با عود اعتیاد سال ۱۳۸۹. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۲(۴)، ۳۰۸-۲۹۹.

طهماسیان، کارینه؛ اناری، آسیه؛ صالح صدق پور، بهرام (۱۳۸۸). اثر مستقیم و غیرمستقیم خودآزمندی اجتماعی در احساس تنهایی نوجوانان. *فصلنامه علوم رفتاری*، ۳(۲)، ۹۷-۹۳. علی اکبری دهکردی؛ مهناز، پیمانفر، الیکا؛ محتشمی، طیبه؛ برجعلی، احمد (۱۳۹۳). مقایسه سطوح مختلف نگرش مذهبی بر احساس معنا، تنهایی و شادکامی در زندگی سالمندان تحت پوشش سازمان بهزیستی. *مجله سالمندی ایران*، ۹(۴)، ۳۰۵-۲۹۷.

میشمی، علی پاشا؛ فرامرزی، بیژن؛ هلاکویی نائینی، کوروش (۱۳۸۵). معتادان در خصوص اعتیاد و مشکلات جامعه چگونه می اندیشند؟ *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۶۴(۵)، ۴۳-۳۴.

میرزایی، طیبه؛ راوری، علی؛ حنیفی، نسرين؛ میری، سکینه؛ حق دوست اسکویی، سیده فاطمه؛ میرزایی خلیل آبادی، صدیقه (۱۳۸۹). عوامل مرتبط با عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد شهر رفسنجان. *مجله پرستاری ایران*، ۲۳(۶۷)، ۵۸-۴۹.

ناستی زایی، ناصر (۱۳۸۶). بررسی عوامل خانوادگی عود اعتیاد از دیدگاه معتادان خود معرف به مراکز ترک اعتیاد شهرستان زاهدان. *مجله طلوع بهداشت*، ۶(۲)، ۲۳-۱۷.

ناستی زایی، ناصر؛ هزاره مقدم، مهدیه؛ ملازهی، اسماء (۱۳۸۹). عوامل مؤثر بر عود اعتیاد در معتادان خودمعرف به مراکز ترک اعتیاد شهر زاهدان. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۸(۳)، ۱۸۱-۱۷۴.

Asher, S. R. & Paquette J. A. (2003). Loneliness and peer relations in childhood. *Current Directions in Psychological Science*, 12(3), 75-78.

Black, K. (2012). Exploring adolescent loneliness and companion animal attachment. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(2), 103-112.

- Bradley, J. R. & Cartwright S. (2002). Social support, job stress, health, and job satisfaction among nurses in the United Kingdom, *International Journal Stress Management*, 9(3), 163-182.
- Brown, B. S. (1998), Drug use-chronic and relapsing or a treatable condition? *Substance Use and Misuse*, 33(12), 2515-2520.
- Dunn, J. C., Dunn, J. G. H. & Bayduza, A. (2007). Perceived athletic competence, sociometric status, and loneliness in elementary school children. *Journal Sport Behavior*, 30(3), 249-269.
- Henrich, L. M. & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 695-718.
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C. & Cacioppo, J. T. (2004). A shortscales for measuring loneliness in large surveys: Results from two populationbased studies. *Research on Aging*, 26(6), 655-672.
- Jesse, S. M., Jacqueline, K. M., Shaun, P., & Kristin, L. C. (2010). Clarifying relationships among work and family social support, stressors, and work-family conflict. *Journal Vocational Behavior*, 76 (1), 91-104.
- Joe, G. W., Simpson, D. D., & Broome, K. M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction*, 93(8), 1177-1190.
- Miller, W. R., Westerberg, V. S., Harris, R. J., & Tonigan, J. S. (2001). What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. *Addiction*, 91(1), 155-172.
- Mutasa, H. C. (2001). Risk factors associated with noncompliance with methadone substitution therapy (MST) and relapse among chronic opiate users in outer London community. *Journal of Advanced Nursing*, 35(1), 97-107.
- Neto, F., & Barros, J. (2000). Psychosocial concomitants of loneliness among students of Cape Verde and Portugal. *The Journal of Psychology*, 134(5), 503-514.
- Pani, P. P., Trogu, E., Contu, P., Agus, A., & Gessa, G. L. (1997). Psychiatric severity and treatment response in a comprehensive methadone maintenance treatment program. *Drug Alcohol Dependence*, 48(2), 119-126.
- Rambod, M., & Rafii, F. (2010). Perceived social support and quality of life in Iranian hemodialysis patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(3), 242-249.
- Sarafino, E. P. (2002). *Health psychology* (4th ed). New York: Jhon Wiley & Sons, Inc.
- Stoeckli, G. (2010). The role of individual and social factors in classroom loneliness. *The journal of educational research*, 103(1), 28-39.
- Swift, R. M., Miller, N. S., & Gold, M. S. (2000). *Treatment of addictive disorders: Manual of therapeutic for addictions*, New York; Wiley press.
- Walton, M. A., Reischl, T. M., & Ramanathan, C. S. (2005). Social settings and addiction relapse. *Journal of Substance Abuse*, 7(2), 223-233.