فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، سال هشتم، شماره سی و یکم، پاییز ۱۳۹۳
Quarterly Journal of Research on Addiction, Vol. 8, No. 31, Autumn 2014

مقاله پژوهشی

Research

مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی در افراد وابسته به مواد و افراد سالم

تورج هاشمی[۱]، رضا محمدزاده گان[۲]، یونس قاسم بکلو[۳]، سید محمدامین ایرانی[۴]، سجاد وکیلی[۵]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۶/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۹/۲۴

چکیده

هدف: هدف این پژوهش مقایسه میزان سلامت عمومی و حمایت اجتماعی در افراد وابسته به مواد و جمعیت سالم بود . **روش:** روش این پژوهش علی مقایسه‌ای بود و جامعه آماری عبارت بود از: افراد معتاد به مواد مخدر که در سال ۱۳۹۱ به یکی از مراکز درمانی ترک اعتیاد شهر خوی مراجعه کرده بودند. از این جامعه ۶۰ نفر معتاد به مواد مخدر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با ۶۰ نفر فرد بهنجار برحسب سن، جنس و تحصیلات همتا شدند. ابزار های سنجش شامل پرسشنامه سلامت عمومی کلبرگ و حمایت اجتماعی (فلمینگ) بودند. **یافته‌ها:** این تحقیق نشان داد که معتادان از سلامت روان و حمایت اجتماعی کمتری نسبت به افراد سالم برخوردارند. **نتیجه‌گیری:** یکی از عناصر مهم در ترک اعتیاد ایجاد حمایت اجتماعی برای معتادان در حال ترک است.

کلید واژه‌ها: سلامت روان، حمایت اجتماعی، وابستگی به مواد

۱. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، پست‌الکترونیک:tourajhashemi@yahoo.com
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه تبریز
۳. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مدرس دانشگاه پیام نور خوی
۴. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم تحقیقات ارومیه
۵. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه تبریز

مقدمه

اعتیاد[1] را شاید بتوان گریزگاهی دانست که انسان ناکام از کمبودها، تزلزل‌ها و اختلالات روانی به آن پناه می‌برد. اعتیاد حالتی است که شخص هم از نظر جسمانی و هم از نظر روانی به ماده‌ای وابستگی پیدا می‌کند، احتیاج شدید و اجباری به ادامه مصرف آن ماده داشته و قادر نیست به میل و اراده خود آن را ترک کند و تحمل او در مقابل مصرف تدریجی مواد کمتر می‌شود (نریمانی، ۱۳۷۸، به نقل از جوانمرد، ۱۳۸۰). از سویی، در سال‌های اخیر مشکل اعتیاد به تدریج از محله‌های کوچک و خصوصی معتادان بزرگسال خارج شده و به مراکز عمومی راه یافته است و سن متوسط معتادان نیز پایین آمده است. اعتیاد علاوه بر آسیب‌های جسمی و روانی برای فرد معتاد، هزینه سنگینی نیز بر جامعه تحمیل می‌کند. در این ارتباط برآوردهای صورت گرفته نشان می‌دهد که میزان خسارت-های اقتصادی- اجتماعی مستقیم و غیر مستقیم مواد مخدر در کشور سالیانه ۷۰۰ میلیارد تومان است (صادقی، ۱۳۸۲، به نقل از باقری، نبوی، ملتفت و تقی پور، ۱۳۸۹). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد بیشتر در سنین نوجوانی و جوانی قربانی اعتیاد می‌شوند. در پژوهشی در آمریکا نشان داده شد که ۷۸ درصد از معتادان کمتر از ۲۵ سال و حدود ۵۰ درصد از آن‌ها کمتر از ۲۱ سال داشتند. همچنین پژوهشی در ایران نشان داد که سن سرنوشت ساز و حساس برای اعتیاد ۱۶ تا ۲۵ سال است (نریمانی، ۱۳۷۸، به نقل از جوانمرد، ۱۳۸۰).

سلامتی و رفاه در گسترده‌ترین معنی آن، پدیده‌ای است که مورد علاقه و توجه انسان‌ها و گروه‌های اجتماعی و جوامع بشری قرار گرفته است. تاکنون تعاریف متعددی از «سلامت روان» ارائه شده که همگی بر اهمیت تمامیت و یکپارچگی شخصیت تاکید ورزیده‌اند. سازمان بهداشت جهانی سلامت روان را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب تعریف کرده و بیان می‌دارد که سلامت روان، صرفا نداشتن بیماری روانی نیست؛ بلکه توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربیات زندگی به صورت

1 . Addication

انعطاف‌پذیر و معنی‌دار است (صالحی، سلیمانی زاده، باقری یزدی و عباس زاده، ۱۳۸۶). دیماتئو[1] (۱۳۸۳) معتقد است که سلامت صرفاً عدم بیماری نیست، شخص ممکن است از نظر آسیب‌شناسی هیچ گونه مشکل عینی نداشته باشد ولی با وجود این سالم هم نباشد. یعنی هر گونه انحرافی که در حالت احساسی یا کنشی فرد رخ دهد و فرد آن را غیر طبیعی بداند، حاکی از آن است که فرد سالم نیست. چاهن[2] (۱۹۹۱) نیز سلامت روان را وضعیتی از بلوغ روان شناختی تعبیر می‌کند که عبارت است از حداکثر اثربخشی و رضایت به دست آمده از تقابل فردی و اجتماعی که شامل احساسات و بازخوردهای مثبت نسبت به خود و دیگران می‌شود. بعد روانی سلامتی در بسیاری از کشورهای جهان (به ویژه کشورهای جهان سوم) به دلیل توجه اصلی به سایر اولویت‌های بهداشتی، از جمله بیماری‌های واگیردار عفونی در گذشته و یا بیماری‌های مزمن درعصرحاضر، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. بدین ترتیب، آمار و ارقام منتشر شده در زمینهٔ شیوع اختلالات روانی در کشورهای مختلف جهان، حاکی از بحرانی بودن وضعیت سلامت روان است. طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت، بیش از ۵۰۰ میلیون نفر در دنیا مبتلا به یکی از انواع اختلالات روانی هستندکه از این عده ۵۰ میلیون نفر مبتلا به اختلالات شدید روانی، ۲۵۰ میلیون نفر مبتلا به اختلالات خفیف روانی، ۱۲۰ میلیون نفر مبتلا به عقب ماندگی ذهنی، ۵۰ میلیون نفرمبتلا به صرع بوده، و ۳۰ میلیون نفر از دمانس رنج می‌برند (به نقل از مهربانی، ۱۳۸۵). نتایج مطالعات انجام شده در ایران نیز نشان می‌دهدکه میزان شیوع اختلالات روانی، کمتر از سایرکشورها نیست (خسروی، ۱۳۸۱) . جعفری و شهیدی (۲۰۰۹) در تحقیقی روی ۳ گروه (گروه وابسته به مواد افیونی خواستار درمان، گروه وابسته به مواد (زندانی) و گروه سالم) به این نتیجه دست یافت که دو گروه وابسته به مواد افیونی نسبت به گروه سالم از سلامت روان و جرات ورزی پایین‌تری برخوردار بودند. سهرابی (۲۰۰۴) به این نتیجه رسید که معتادان نسبت به افراد عادی از کمترین سلامت روان برخوردارند. علی مرادی (۲۰۱۱) در تحقیقی بدین نتیجه دست‌یافت که افراد معتاد نسبت به افراد سالم از سلامت روان کمتری برخوردار بودند. حسینی‌فر

1 . Dimatteo 2. Chauhan

(۲۰۱۱) در تحقیقی روی ۵۲۰ نفر مرد به این نتیجه دست یافت که دو گروه معتادان و افراد سالم از لحاظ متغیرهای کیفیت زندگی و سلامت روان با هم تفاوت معناداری دارند و معتادان از سلامت روان پایین‌تری نسبت به افراد سالم برخوردارند. معلمی و رقیبی و سالاری درگی (۱۳۸۹) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که افراد سوءمصرف کننده مواد در کلیه خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی در وضعیت بدتری نسبت به گروه سالم قرار داشتند. خسروی کبیر، موسوی و آقایوسفی (۱۳۸۷) در پژوهشی تفاوت معنی‌داری در میزان سلامت روان افراد سوءمصرف کننده مواد و جمعیت سالم یافتند که نشانگر پایین بودن سطوح سلامت روان در افراد معتاد نسبت به افراد سالم است.

حمایت اجتماعی مفهومی چند بعدی است که به اشکال و طرق مختلفی تعریف شده است. برای مثال، می‌توان آن را به عنوان یک منبع فراهم شده توسط دیگران، به عنوان امکاناتی برای مقابله با استرس، یا یک مبادله‌ای از منابع تعریف نمود (شولتز[1] و شوارتزر[2]، ۲۰۰۴). برخی از پژوهشگران، حمایت اجتماعی را میزان برخورداری از محبت، همراهی، مراقبت، احترام، توجه و کمک دریافت شده توسط فرد از سوی افراد یا گروه‌های دیگر نظیر اعضای خانواده، دوستان، و افراد مهم تعریف کرده‌اند (سارافینو[3]، ۱۹۹۸). ساراسون[4] حمایت اجتماعی را مفهومی چند بعدی می داند که هر دو بعد واقعی و تصوری را در بر می‌گیرد (به نقل از علی پور، ۱۳۸۵). حمایت اجتماعی یعنی این احساس که شخص مورد توجه دیگران است و دیگران برای او ارزش قائل‌اند و این که او متعلق به یک شبکه اجتماعی است. وازرمن، استورات و دلوسی[5] (۲۰۰۱) در پژوهشی به این نتیجه دست یافت که حمایت اجتماعی بالا با پرهیز از مصرف کوکائین در بیماران تحت درمان نگهدارنده مواد مخدر[6] ارتباط دارد. کندل و اندروز[7] (۱۹۸۷)، ویلز و کلری[8] (۱۹۹۶) در تحقیقات خود مطرح کرده‌اند که حمایت اجتماعی به عنوان عامل محافظت کننده در برابر گسترش مشکلات سومصرف مواد و مخصوصاً برای افراد دارای سابقه خانوادگی وابستگی به مواد

1 . Schulz 2 . Schwartzberg 3 . Sarafino
4 . Sarason 5 . Wasserman, Stewart &Delucchi 6 . Opioid Maintenance Treatment
7 . Kandel & Andrews 8 . Wills & Cleary

و الکل عمل می‌کند. ارتباطات حمایتی خانواده با سوءمصرف کم الکل و دارو مرتبط است. در یک مطالعه طولی در نوجوانان، بروک و بروک، گاردون، ویتمن و کوهن[1] (۱۹۹۰) گزارش کرده‌اند که دلبستگی متقابل نزدیک و مهربانانه بین والدین و کودکان با سو مصرف کمتر در فرزندان مرتبط است. باررا، چاسین و روقوش[2] (۱۹۹۳) در مطالعه‌ای مطرح کردند که حمایت اجتماعی بالا و همچنین حمایت بالای والدین با سلامت روان بهتر و احتمال کم شروع مصرف مواد در نوجوانان مرتبط است.آورنا و هسل بروک[3] (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای بدین نتیجه دست یافتند که حمایت اجتماعی بالا به خصوص حمایت بالا از طرف اعضای خانواده با استفاده کمتر ماری جوانا و دخانیات و شروع دیرتر استفاده از ماری جوانا همراه است و بنابراین، حمایت خانوادگی بالا ممکن است شروع استفاده از مواد مخدر و الکل را به تاخیر بیاندازد. در مطالعه ای لین، وو، دتلس[4] (۲۰۱۱) اثبات کردند که بین حمایت خانواده و کیفیت زندگی بهتر معتادان همبستگی مثبت وجود دارد و حمایت خانواده اثرات پیشگیرانه‌ای بر سوءمصرف همزمان در درمان-جویان تحت درمان با متادون دارد. گرو، جیسون و کیز[5] (۲۰۰۸) در پژوهشی بدین نتیجه دست یافتند که حمایت اجتماعی متغیری است که به طور در استرس ناشی از خودداری از مصرف در الکلی‌های گمنام دخالت می‌کند و پیشنهاد می‌کنند که حمایت اجتماعی مکانیسمی است که در پیشرفت سبک زندگی بهتر الکلی‌های گمنام اثربخش است. طیبی، ابوالقاسمی و محمود علیلو (۱۳۹۱) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که معتادان نسبت به افراد بهنجار از حمایت اجتماعی کمتری نسبت به افراد عادی برخوردارند و همچنین از محرومیت اجتماعی چندگانه‌ای رنج می‌برند. مطالعات مختلف نشان داده است که معتادان به مواد مخدر از حمایت اجتماعی کمتری نسبت به افراد سالم برخوردار هستند (پورمحمدرضای تجریشی و میرزمانی بافقی، ۱۳۸۷، هاشمی، فتوحی، کریمی و بیرامی، ۱۳۸۸). فراهم کردن حمایت اجتماعی به میزان کافی، اثرات مستقیم قابل توجهی روی سلامت روان دارد، به طوری که سطوح حمایت اجتماعی با میزان پایین‌تر اختلال روانی

1. Brook , Brook, Gardon, Whiteman & Cohen
2. Barerra, Chassin & Rogosh
3. Averna & Hesselbrock
4. Lin, Wu & Detels
5. Groh, Jason & Keys

همراه است (جرج، ۱۹۸۹، به نقل از پیروی، حاجبی و پناغی ۱۳۸۹). اکثر پژوهش‌های انجام شده به بررسی حمایت اجتماعی با سلامت روان پرداخته و تاثیر آشکار حمایت ادراک شده بر سلامتی و آسایش روانی را تائید نموده‌اند (کورنمان، گلدمن، گلی، وینستین و چنگ[1]، ۲۰۰۳). بخش اعظم این تلاش‌های پژوهشی، بر این فرض متمرکز شده‌اند که سطح پایین‌تر حمایت اجتماعی، خطر ابتلا به نشانه‌های افسردگی را افزایش می‌دهد. علیرغم به کارگیری مقیاس‌های متفاوت برای سنجش میزان حمایت اجتماعی و افسردگی، در تمام پژوهش‌های انجام شده، نتایج ثابتی در مورد اثرات حمایت اجتماعی در کاهش ابتلا به افسردگی، مشاهده شده است (ترنر[2] و ترنر، ۱۹۹۹). پژوهش‌های انجام شده، همچنین حاکی از ارتباط معنادار بین سطوح بالای اضطراب با میزان پایین‌تر حمایت اجتماعی است (لاندمن[3]، و همکاران، ۲۰۰۵؛ هوگز[4] و همکاران، ۲۰۰۴). بنابراین، سوأل اصلی پژوهش این است که آیا بین افراد وابسته به مواد و افراد سالم از نظر حمایت اجتماعی و سلامت عمومی تفاوت وجود دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح تحقیق از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش عبارت بود از: افراد معتاد به مواد مخدر که در سال ۱۳۹۱ به یکی از مراکز درمانی ترک اعتیاد شهر خوی مراجعه کرده بودند. برای انتخاب نمونه تعداد ۶۰ نفر از افراد معتاد مراجعه کننده به روش در دسترس انتخاب و همچنین ۶۰ نفر نیز از میان افرادی که هیچگونه سابقه مصرف مواد نداشتند و به لحاظ تحصیلات، سن، و جنس با گروه افراد معتاد همتا بودند به روش نمونه-گیری هدفمند جهت مقایسه انتخاب شدند. با استفاده از آزمون t برای دو گروه‌مستقل، دو گروه به لحاظ سن همتا بودند ($t=۱/۶۲, P>۰/۰۵$)، همچنین با استفاده از آزمون مجذور خی همتا بودن آن‌ها در تحصیلات و جنسیت به اثبات رسید ($x^۲= ۲/۴۳۵, P> ۰/۰۵$).

سال هشتم، شماره ۳۱، پاییز ۱۳۹۳
Vol. 8, No. 31, Autumn 2014

1. Cornman, Goldman, Glei, Weinstein, & Chang
2. Turner
3. Landman
4. Hughes

ابزار

۱-مقیاس سنجش سلامت عمومی[1]: در این پژوهش از فرم ۲۸ سوالی پرسشنامه سلامت عمومی که توسط گلبرگ و هیلیر[2] (۱۹۷۹) ساخته شده، استفاده شد که شامل چهار خرده مقیاس ۷ سوالی (علایم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی) می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت لیکرت است که براساس این شیوه هر یک از سوال‌های ۴ درجه‌ای به صورت ۰، ۱، ۲، و ۳ نمره‌گذاری می‌شود. در نتیجه دامنه نمره فرد از صفر تا ۸۴ خواهد بود. سوالات ۱ تا ۷ مشکلات جسمانی، ۷ سوال دوم یعنی از ۸ تا ۱۴ اضطراب، سوالات ۱۵ تا ۲۱ اختلال در کارکرد اجتماعی و سوالات ۲۲ تا ۳۳ افسردگی را می‌سنجند (ابوالقاسمی، ۱۳۸۵). پژوهشی با عنوان روایی‌یابی پرسشنامه سلامت عمومی در دانشجویان دختر و پسر دوره کارشناسی دانشگاه تربیت معلم سال ۱۳۷۵ با ۵۷۱ نفر انجام شد. اعتبار[3] آن‌ها با روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس-های علائم جسمانی ۰/۷۹، و افسردگی ۰/۹۱، گزارش شد (هومن، ۱۳۷۷).

۲-مقیاس حمایت اجتماعی[4]: این مقیاس توسط فلمینگ[5] و همکاران (به نقل از ثامتی، ۱۳۷۵) در سال (۱۹۸۲) ساخته شد و دارای ۲۵ سوال و ۵ خرده مقیاس است که عبارتند از: حمایت ادراک شده عمومی، حمایت ادراک شده از خانواده، حمایت ادراک شده از دوستان، حمایت ادراک شده از همکلاسی‌ها و بالاخره عقیده و نظر درباره اهمیت حمایت اجتماعی. در فرم نهایی این مقیاس، خرده مقیاس مربوط به حمایت دوستان و همسایگان ترکیب شده‌اند و به صورت خرده مقیاس واحدی درآمده‌اند. این پرسشنامه از چهار خرده مقیاس ۱-حمایت دراک شده از خانواده که شامل ۷ سوال است (سوالات ۱ تا ۷)؛ ۲-خرده مقیاس حمایت ادراک شده از دوستان که شامل ۷ سوال است (سوالات ۸ تا ۱۴)؛ ۳-نظر و عقیده درباره حمایت اجتماعی که ۵ ماده دارد (سوالات ۱۵ تا ۲۰)؛ ۴-خرده مقیاس حمایت عمومی یا کلی که شامل ۶ سوال است (سوالات ۲۱، ۲۰ تا ۲۵). شیوه نمره‌گذاری این مقیاس به صورت (۰) و (۱) می‌باشد به این معنی که غیر از سوالات ۷،

1. General Health Questionnaire
2. Goldberg & Hillier
3. reliability
4. Social Support Inventory
5. Fleming

۱۵، ۲۴، ۲۱، ۲۰، ۱۸، ۱۷، و ۱۶ که به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (یعنی پاسخ نادرست (۱) می‌گیرد و پاسخ درست (۰))، در بقیه سوالات پاسخ نادرست (۰) و پاسخ درست (۱) می‌گیرد (ابوالقاسمی، ۱۳۸۵).

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
سلامت عمومی	معتاد	۴۲/۸۶	۱۹/۷۲	۶۰
	سالم	۲۴/۷۰	۱۱/۳۲	۶۰
نشانگان جسمانی	معتاد	۹/۵۶	۶/۰۸	۶۰
	سالم	۶/۲۱	۴/۵۸	۶۰
اضطراب	معتاد	۱۰/۲۶	۵/۳۵	۶۰
	سالم	۷/۹۰	۳/۷۵	۶۰
اختلال در کارکرد اجتماعی	معتاد	۸/۹۸	۴/۴۸	۶۰
	سالم	۶/۹۱	۲/۷۲	۶۰
افسردگی	معتاد	۸/۹۵	۶/۸۵	۶۰
	سالم	۵/۲۵	۴/۹۴	۶۰
حمایت کلی	معتاد	۱۲/۴۱	۳/۷۰	۶۰
	سالم	۱۶/۱۶	۴/۱۳	۶۰
حمایت ادراک شده از خانواده	معتاد	۳/۹۱	۲/۲۲	۶۰
	سالم	۵/۹۸	۱/۷۸	۶۰
حمایت ادراک شده از دوستان	معتاد	۲/۸۸	۱/۸۵	۶۰
	سالم	۴/۲۳	۱/۷۲	۶۰
نظر و عقیده درباره‌ی حمایت اجتماعی	معتاد	۲/۳۵	۱/۱۴	۶۰
	سالم	۳/۳۶	۱/۳۶	۶۰
حمایت عمومی	معتاد	۲/۴۶	/۸۹۱	۶۰
	سالم	۳/۴۳	۱/۰۶	۶۰

برای بررسی تفاوت دو گروه در مولفه‌های سلامت روان و حمایت اجتماعی می‌بایستی از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از پیش شرط‌های این تحلیل برابری واریانس‌های خطا بود. نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این پیش شرط در تمام مولفه‌ها داشت (P> ۰/۰۵).

پیش شرط دیگر برابری ماتریس کواریانس‌ها بود که نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این پیش شرط داشت (M= ۸/۴۵, F= ۲/۳۴۲, P> ۰/۰۵باکس). بنابراین تحلیل واریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج حکایت از تفاوت معنادار بین ترکیب خطی متغیرها در دو گروه داشت (۰/۴۹۴= لامبدای ویلکز, F= ۱۱/۱۵۲, P< ۰/۰۰۱). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول۲: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای برررسی الگوهای تفاوت در دو گروه

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
نشانگان جسمانی	۳۳۶/۶۷	۱۱/۵۹	۰/۰۰۱
اضطراب	۱۶۸/۰۳	۷/۸۵	۰/۰۰۶
اختلال در کارکرد اجتماعی	۱۲۸/۱۳	۹/۳۱	۰/۰۰۳
افسردگی	۴۱۰/۷۰	۱۱/۴۹	۰/۰۰۱
حمایت ادراک شده از خانواده	۱۲۸/۱۳	۳۱/۵۲	۰/۰۰۰۵
حمایت ادراک شده از دوستان	۵۴/۶۷	۱۷/۱۱۷	۰/۰۰۰۵
نظر و عقیده درباره‌ی حمایت اجتماعی	۳۱/۰۰	۱۹/۵۰	۰/۰۰۰۵
حمایت عمومی	۲۸/۰۳	۲۹/۱۰	۰/۰۰۰۵

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود تفاوت معناداری بین دو گروه در تمامی مولفه‌های سلامت روان و حمایت اجتماعی وجود دارد. با توجه به آمار توصیفی می‌توان گفت در تمام مولفه‌های سلامت روان افراد معتاد نمرات بالاتر دریافت داشته‌اند (سلامت روان نامناسب‌تر) و در تمام مولفه‌های حمایت اجتماعی گروه معتاد نمرات پایین‌تر دریافت کرده‌اند (حمایت کمتر).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی در افراد وابسته به مواد و افراد سالم بود. بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش بین افراد وابسته به مواد و جمعیت سالم از لحاظ سلامت عمومی و مولفه‌های آن (نشانگان جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی، افسردگی) تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های جعفری و شهیدی (۲۰۰۹)، سهرابی (۲۰۰۴)، علی مرادی (۲۰۱۱)، حسینی‌فر (۲۰۱۱)، معلمی و همکاران(۱۳۸۹)، کیدروف[1] و همکاران (۲۰۰۴)، زیمرمن، شران، چلمینسکی و یانگ[2] (۲۰۰۴)، کالسین، فلمینگ، ولز و ساکسون[3] (۱۹۹۶)؛ برونر، کینگ، کیدورف، شمیدت و بیگلو[4] (۱۹۹۷)، خسروی کبیر و همکاران (۱۳۸۷)، همسو است. نتایج این پژوهش‌ها، حاکی از آن است که سلامت روان معتادان کمتر از افراد عادی است. در تبیین چرایی این نکته می‌توان به عواملی همچون استفاده بیشتر مواد توسط مبتلایان به اختلال روانی، کاهش مهارت فرد در مقابله با مصرف مواد به دنبال اختلال روانی موجود و در نتیجه سهولت گرایش به مواد مخدر اشاره کرد. زیرا سوءمصرف مواد جدا از هزینه‌های آن، پیامدهای منفی زیاد (از جمله جنبه‌های مغزی وروان پزشکی) دارد که کنترل آن‌ها توسط معتادان دشوار است. با مصرف مواد علائم روانی-عصبی و اختلال روانپزشکی شایع بدون علت، مثل اسکیزوفرنی و اختلال خلقی می‌تواند ایجاد شود. بنابراین، عوارض منفی مصرف مواد و اختلال روانپزشکی اولیه ممکن است با هم در ارتباط باشند. اختلال روانی می‌تواند مهارت فرد را در مقابله با مصرف مواد کاهش داده و موجب شود تا وی به سهولت و به عنوان پناهگاه به مواد مخدر روی آورد. یعنی از مواد مخدر به منزله ابزاری در تعامل با افراد و موقعیت‌ها برای تنظیم خلق خود استفاده کند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۴).

یافته‌های بدست آمده در این پژوهش نشان داد که بین افراد وابسته به مواد و جمعیت سالم از لحاظ حمایت اجتماعی و مولفه‌های آن (حمایت ادراک شده از خانواده، حمایت

1 . Kidorf
2 . Zimmerman, Sheeran, Chelminski &Young
3 . Calsyn, Fleming, Wells &Saxon
4 . Brooner, King, Kidorf, Schmidt &Bigelow

ادراک شده از دوستان، نظر و عقیده درباره حمایت اجتماعی، حمایت عمومی) تفاوت معنادار وجود دارد. یافته پژوهش حاضر با یافته‌های وازرمن و همکاران (۲۰۰۱)، کندل و اندروز (۱۹۸۷)، ویلز و کلری (۱۹۹۶)، بروک و همکاران (۱۹۹۰) ، باررا و همکاران (۱۹۹۳)، آورنا و هسل بروک (۲۰۰۱)، لین و همکاران (۲۰۱۱)، گرو و همکاران (۲۰۰۸)، طیبی و همکاران (۱۳۹۱)، پورمحمدرضای تجریشی و میرزمانی بافقی (۱۳۸۷)، کریمی مقدم و همکاران (۱۳۸۸) همسو است. یافته این پژوهش بیانگر این است که حمایت اجتماعی در افراد دارای سوءمصرف مواد پایین‌تر از افراد عادی است.نتایج پژوهش کول، لوقان و والکر[1] (۲۰۱۱) نیز حاکی از آن بود که بیشتر اطرافیان، افراد سوءمصرف کننده مواد را طرد می‌کنند و آن‌ها حمایت اندکی از خانواده خود دریافت می‌کنند و ازکیفیت زندگی پایینی برخوردارند. می‌توان چنین تبیین کرد که از بین مولفه‌های حمایتی، خانواده به عنوان یک جزء کوچک و اما با اهمیت شبکه حمایتی نقش بسزایی دارد و بدلیل اینکه بیماری اعتیاد کل خانواده را تحت تاثیر قرار می‌دهد از این رو، آن را «بیماری خانوادگی[2] » نام نهاده‌اند. نظام خانواده که توسط اعتیاد دستخوش تغییر و تحریف شده است ادامه رفتار اعتیادی را در معتاد تقویت می‌کند. در بسیاری از مواقع خانواده بر این باور است که می‌تواند معتاد را مجبور کند تا از رفتارهای خودویرانگری و مصرف مواد دست بردارد. تجارب بالینی نشان داده است که درگیر کردن خانواده در امر درمان باعث مشارکت بیشتر جوامع در درمان شده و نهایتاً به تسریع بهبودی می‌انجامد. درمانگران باید نظام حمایتی مراجع را به دقت ارزیابی و در جهت حمایتی بودن بهبودی حرکت کنند . اگر عضوی از خانواده نیازمند مداخله درمانی طولانی مدت است، این وظیفه درمانگر است که او را به سوی درمان مناسب هدایت کنند. اگر خانواده حمایتی نیست، باید با آموزش و مشاهده، نگرش و رفتار آنها را تغییر دهد. نگرش‌های نادرست و رفتارهای غیر سازشی، بهبودی مراجع را دشوار می‌سازد. مراجعان برخوردار از حمایت خانوادگی بهبودی‌شان را با سرعت و جدیت بیشتری ادامه می‌دهند. نظام خانواده، با تمرکز شدیدی که بر معتاد دارد کارکردهای طبیعی خود را از دست می‌دهد. کژکاری[3] موجود در خانواده، راه را بر

1 .Cole, Logan & Walker 2 .Family Disease 3 .Dysfunction

هر گونه تغییر می‌بندد. آن‌ها درون یک مرداب زندگی می‌کنند که به هر چیزی برای حفظ ثبات خانواده متوسل می‌شوند، که این شیوه باعث تقویت رفتارهای اعتیادی در فرد معتاد می‌شود (پرکینسون، ۱۳۷۹). از نتایج این پژوهش و پژوهش‌های پیشین چنین بر می-آید که افراد معتاد در مرحله اول، افرادی بیمار از بعد روان بوده و نیاز به مشاوره، حمایت و درمان دارند. محبوس کردن، دور نگهداشتن از جامعه و تنبیه، درمان یک فرد معتاد نیست چرا که راه‌های فوق نه تنها مشکلات و دردهای یک معتاد را التیام نمی‌بخشد بلکه منجر به گسترش نابهنجاری‌ها و اختلالات روانی فرد معتاد می‌شود و طبعاً گرایش برای مراجعه مجدد به مواد مخدر را افزایش می‌دهد. اعتیاد احتمالاً یک بیماری اجتماعی است که عوارض جسمی و روانی دارد و تا زمانی که به علل گرایش بیمار توجه نشود، درمان جسمی و روانی فقط برای مدتی نتیجه بخش خواهد بود و فرد معتاد دوباره گرفتار مواد اعتیاد آور می‌شود .همچنین با توجه به نتایج این پژوهش و تحقیقات پیشین پیشنهاد می-گردد که پژوهشی در جهت شناخت چرایی و عوامل دخیل در پایین بودن حمایت اجتماعی در افراد دارای سوءمصرف مواد انجام شود که با شناخت عوامل مرتبط با پایین بودن حمایت اجتماعی در معتادان می‌توان حمایت اجتماعی را در افراد معتاد بالا برد و در نتیجه با افزایش حمایت اجتماعی سلامت روان هم بهبود خواهد یافت.

سال هشتم، شماره ۳۱، پاییز ۱۳۹۳
Vol. 8, No. 31, Autumn 2014

منابع

ابوالقاسمی، عباس (۱۳۸۵). *آزمون های روانشناختی*. اردبیل: انتشارات باغ رضوان.

باقری، معصومه ؛ نبوی، عبدالحسین؛ ملتفت، حسین؛ تقی پور، فاطمه (۱۳۸۹). بررسی عوامل اجتماعی موثر بر پدیده اعتیاد در شهر اهواز. *جامعه شناسی کاربردی* ، ۲۱(۳۸)، ۱۱۹-۱۳۶.

پرکینسون ، روبرت (۱۳۷۹) . *آموزش همراهان معتاد*. ترجمه نوروزی جوینانی، تهران

پورمحمدرضای تجریشی، معصومه و میرزمانی بافقی، محمود (۱۳۸۷). ارتباط بین فعالیت سیستم های مغزی رفتاری، حمایت اجتماعی و افسردگی . *فصلنامه علمی – پژوهشی رفاه اجتماعی* ، ۷(۲۶)، ۲۴۳ -۲۲۳

پیروی، حمید؛ حاجبی، احمد و پناغی، لیلی (۱۳۸۹). ارتباط بین حمایت اجتماعی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه تهران. *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۶۹(۲)، ۳۰۷-۳۰۱

ثامتی، ناهید (۱۳۷۵) . *ساخت و اعتبار یابی مقیاسی برای سنجش حمایت اجتماعی در دانشجویان*. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه شهید چمران اهواز .

جوانمرد، غلامحسن (۱۳۸۰). بررسی عوامل اعتیاد در مراجعان مرکز معتادان خود معرف مراغه. *مجله پیک نور* ، ۱ (۴)، ۷۵-۶۷

خسروی کبیر، زهرا؛ موسوی، سیدولی اله و آقایوسفی علیرضا (۱۳۸۷). مقایسه هوش هیجانی و سلامت روان در معتادان به مواد مخدر و افراد عادی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۱۸(۷۰)، ۹-۱۶

خسروی، شمسعلی (۱۳۸۱) بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در جمعیت بالای ۱۵ سال شهری و روستایی شهر ستان بروجن، *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۴(۴)، ۳۱-۳۹

دیماتئو، ام رابین (۱۳۸۳). *روانشناسی سلامت*. ترجمهٔ محمد کاویانی، محمد عباسپور و دیگران. تهران: انتشارات سمت.

صالحی، لیلی، سلیمانی زاده، لاله؛ باقری یزدی، سیدعباس و عباس زاده، عباس (۱۳۸۶). رابطه بین اعتقاد های مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در دانشجویان ، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۱۱ (۱)، ۱۰-۱

طیبی، کلثوم؛ ابولقاسمی ، عباس؛ محمودعلیلو، مجید (۱۳۹۱). مقایسه حمایت و محرومیت اجتماعی در معتادان به مواد مخدر و داروهای روان گردان و افراد بهنجار . *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی* ، ۱۲ (۲)، ۶۴-۵۶

علی پور، احمد (۱۳۸۵)، ارتباط حمایت اجتماعی با شاخص های ایمنی بدن در افراد سالم ؛ بررسی مدل تاثیر کلی، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۲(۲)، ۱۳۹-۱۳۴

معلمی، صدیقه؛ رقیبی، مهوش و زهره سالاری درگی. (۱۳۸۹). *مقایسه هوش معنوی و سلامت روان در افراد معتاد و غیر معتاد، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۸(۳)، ۲۴۲-۲۳۵

مهربانی، پیام (۱۳۸۵). *بررسی مقایسه ای سلامت روانی دانشجویان دانشگاههای علوم پزشکی و فنی مهندسی بابل*، پایان نامه کارشناسی رشته پزشکی، چاپ نشده، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل.

هاشمی، تورج، فتوحی بناب، سکینه، کریمی، حمید رضا و بیرامی، منصور (۱۳۸۸). *نقش باورهای غیرمنطقی، ادراکات خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در عود اختلال سوء مصرف مواد* .پایان نامهٔ کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روا نشناسی دانشگاه تبریز.

هومن، عباس (۱۳۷۷). *استاندارد سازی پرسشنامه سلامت عمومی بر روی دانشجویان*، گزارش پژوهش معاونت امور دانشجویی دانشگاه تهران.

Alimoradi, L. (2011). The Comparing Activity Of Brain Behavioral Systems And Mental Health In Normal And Addicts Individuals. *Journal Of Procedia-Social And Behavioral Sciences*, 30,170-1708.

Averna, S., Hesselbrock, V. (2001). The Relationship Of Perceived Social Support To Substance Use In Offspring Of Alcoholics . *Journal of Addictive Behaviors*, 26, 363-374.

Barerra, M. J., Chassin, L., & Rogosch, F. (1993). Effects of Social Support and Conflict on Adolescent Children of Alcoholic and Nonalcoholic Fathers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 602-612.

Brook, J. S., Brook, D. W., Gordon, H. S., Whiteman, M., & Cohen, R. (1990). The Psychosocial Etiology Of Adolescent Drug Use: A Family Interactional Approach. *Genetics, Social and General Psychology Monographs*, 116 (2), 111-267.

Brooner, R.K., King, V.L., Kidorf, M., Schmidt, C.W., Bigelow, G. (1997). Psychiatric And Substance Use Comorbidity among Treatment Seek Ing Opioid Users. *Archives of General Psychiatry,* 54, 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 Addiction Disorder*. 10, 3-8.

Chauhan, S.S. (1991). *Mental Hygiene*. New Delhi Aliedpublishers.

Cole, J., Logan, T.K., & Walker, R. (2011). Social Exclusion, Personal Control, Self-Regulation, And Stress Among Substance Abuse Treatment Clients. *Drug and Alcohol Dependence*, 113, 13-20.

Cornman, J. Goldman, N. Glei, D. Weinstein, M.and Chang. M.-C. (2003). "Social Ties and Perceived Support: Two Dimensions of Social Relationships and Health among the Elderly in Taiwan." *Journal of Aging and Health* 15(4), 616-644

George L.k. (1989). *Stress, Social Support and Depression over the Life-Course*. In: Ink S, Editor. Markids & C.L Cooper (Eds.) Aging, Stress and Health. New York: John Wiley & Sons, 195-201.

Groh, D. R., Jason, L.A., Keys, C. B., (2008). Social Network Variables in Alcoholics Anonymous: A Literature Review. *Journal of Clinical Psychology Review*, 28, 430-450.

Hoseinifar, J. (2011).Comparison Of Guilty Of Life And Mental Health Of Addicts And Non-Addicts, *Journal Of Procedia – Social And Behavioral Sciences*, 30, 1930-1934

Hughes, J. W. 1., Tomlinson, A., Blumenthal, J.A., Davidson, J., Sketch, M.H., Watkins, L.L. (2004). Social Support And Religiosity As Coping Strategies For Anxiety In Hospitalized Cardiac Patients. *Annual Behavior Medicine*, 28(3), 179–185

Jafari, M., Shahidi, M, (2009). Comparing Locus of Control, Assertiveness and General Health Among Joung Drug Dependent Patient In Iran, *Iranian Journal of Psychiatry*, 4, 40-51

Kandel, D. B., & Andrews, L. (1987). Process of Adolescent Socialization by Parents and Peers. *International Journal of Addiction*, 22 (4), 319-342.

Kaplan, J., Sadouk, B. (2004). *Summary on Psychiatry*. Translated By Nosretollah Pour Afkari. Tehran, Shahre-E-Ab Publications

Kidorf, M., Disney, M, E. R., King, M, V.L., Neufeld, K., Beilenson, P.L., Brooner R.K. (2004). Prevalence of Psychiatric And Substance Use Disorders In Opioid Abusers In A Community Syringe Exchange Program. *Drug Alcohol Depend*, 74(2), 115-22.

Landman-Peeters, K. M, Hartman, C. A., van der Pompe, G., Den Boer, J.A., Minderaa, R.B,, Ormel, J.(2005). Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety. *Social* Science *& Medicine.* 60(11), 2549-59.

Lin, C., Wu, Z., Detels, R. (2011). Family Support, Quality Of Life and Concurrent Substance Use among Methadone Maintenance Therapy Clients in China. *Journal of public health*, 125(5), 269-74

Sarafino, E. P. (1998). *Health Psychology*, Third Edition, Newyork, John Wiley & Sons.

Schulz, U., Schwartzberg, Ralf. (2004). Long- Term Effects Of Spousal Support On Coping With Cancer After Surgery. *Journal of Social And Clinical Psychology*, 23(5), 716- 32.

Sohrabi, F. (2004). P*roblem Of Cigarette In The Mirror Of Research Study On Effective Facts In Attitude On The Students To Cigarette – ۱۳۳Ehran*. Madraseh Publications.

Turner, R. J., Turner, J. B. (1999). *Social Integration and Support*, In: Carol S. Aneshensel and Jo C. Phelan. Handbook of the Sociology of Mental Health, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, 301-319.

Wasserman, D. A., Stewart, A. L., Delucchi, K. L. (2001). Social support and abstinence from opiates and cocaine during opioid maintenance treatment. *Drug and Alcohol Dependence*. 65, 65–75

Wills, T., & Cleary, S. (1996). How Are Social Support Effects Mediated: A Test With Parental Support And Adolescent Substance Use? *Journal of Personality and Social Psychology*, 71 (5), 937-952.

Zimmerman M., Sheeran 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.