



جمهوری اسلامی ایران

ریاست جمهوری

ستاد مبارزه با مواد مخدر

مرکز پژوهش، مطالعات و آموزش

## عنوان طرح:

بررسی موثرترین شیوه‌های حمایت اجتماعی برای معتادان و خانواده‌های آن‌ها

در شهر خرم آباد

ناظر:

دکتر محمد علی سپهوندی

مجری :

سیده معصومه بخشی

۱۳۹۶

نام کارفرما: دفتر تحقیقات و آموزش، ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری

تاریخ شروع: ۹۵/۱۲/۱۱

تاریخ اتمام: ۹۶/۱۲/۱۱

اعتبار طرح: ۹۹۰۰۰۰۰۰ ریال

شماره قرارداد: ۵۹/۲۰۴۴۰۴۶

تاریخ قرارداد: ۹۵/۱۱/۱۰

مدت زمان انجام طرح: ۱۲ ماه

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

## تشکر و قدردانی

سپاس بیکران خدای مهربان را که یاریم نمود این پژوهش را به سرانجام برسانم. بر خود لازم می‌دانم که از زحمات بی‌شائبه بزرگانی چون آقایان مجتبی بیرانوند، دکتر سید علی نادر دهقانی، رامین جانی پور، مهدی رحمتی، دکتر محمد علی سپهوندی و سایر همکاران و دوستانی که در اجرای طرح همکاری داشتند نهایت سپاس خود را ابراز نمایم.

## چکیده

هدف تحقیق در بخش اول شناسایی موثرترین شیوه های حمایت اجتماعی معنادان و خانواده آنها از دیدگاه کارشناسان حوزه اعتیاد و در بخش دوم مقایسه حمایت اجتماعی معنادان دارای سابقه عود اعتیاد و بهبود یافتگان عضو انجمن NA شهر خرم آباد و خانواده های معنادان و بهبود یافتگان عضو انجمن NA بود. روش این تحقیق به لحاظ هدف، کاربردی و از نظر روش جمع آوری اطلاعات، توصیفی بوده در بخش اول از نوع پیمایشی و در بخش دوم از نوع علی - مقایسه ای است. در بخش اول، طی مصاحبه عمیق با مدیران و کارشناسان، پرسشنامه محقق ساخته، طراحی گردید. در بخش دوم تحقیق، آزمودنی ها شامل معنادانی می شدند که برای ترک اعتیاد به مراکز DIC، کمپ و کلینیک های متادون درمانی شهر خرم آباد مراجعه داشته و حداقل یک بار سابقه بازگشت به اعتیاد داشتند و خانواده معنادان بودند. گروه مقایسه نیز شامل بهبود یافتگان عضو انجمن معنادان گمنام (NA) که بیشتر از ۲ سال سابقه عضویت در NA بدون بازگشت به اعتیاد طی مدت یاد شده داشتند و همچنین خانواده های آنان بودند. افراد گروه مقایسه از لحاظ ویژگی های جمعیت شناختی (سن، تحصیلات)، شغل و درآمد با گروه آزمودنی همتا سازی و انتخاب شدند. در این پژوهش نمونه مورد مطالعه جهت بخش اول تحقیق شامل ۵۰ نفر از کارشناسان حوزه اعتیاد شهر خرم آباد، و جهت بخش دوم تحقیق شامل ۱۵۰ نفر از هر کدام از گروه های معنادان دارای سابقه بازگشت به اعتیاد، خانواده معنادان، بهبود یافتگان عضو انجمن معنادان گمنام (NA) و خانواده بهبود یافتگان عضو انجمن معنادان گمنام (NA) بودند که با روش نمونه گیری آزمودنی ها در دسترس انتخاب شدند ولی به دلیل عدم همکاری برخی آزمودنی ها حجم نمونه به ۱۳۰ نفر از هر گروه کاهش یافت. ابزار گردآوری اطلاعات جهت موثرترین شیوه های حمایت اجتماعی معنادان و خانواده های آنها و میزان بازگشت به اعتیاد پرسشنامه محقق ساخته بود. حمایت اجتماعی دریافت شده معنادان و خانواده های آنها نیز از طریق پرسشنامه ای که تلفیقی از پرسشنامه های حمایت اجتماعی شریون و استوارت (۱۹۹۱) و پرسشنامه حمایت اجتماعی کلدی و سلحشوری (۱۳۹۱) بود، اندازه گیری گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده های آماری با بهره گیری از نرم افزار آماری SPSS، از آماره های توصیفی و آزمون های استنباطی شامل؛ آزمون T هتلینگ تک نمونه ای، آزمون t گروه های مستقل و ضریب همبستگی پیرسون، استفاده شد. نتایج تحقیق نشان داد بین نمرات شیوه های مختلف حمایت اجتماعی (ابزاری، عاطفی، اطلاعاتی، شبکه ای و خودارزشمندی) تفاوت معناداری وجود دارد. میانگین شیوه حمایت اجتماعی اطلاعاتی (۴.۵۲) از بقیه بیشتر است بنابراین نتایج حاکی از آن است که طبق نظر کارشناسان، شیوه حمایت اجتماعی اطلاعاتی، موثرترین شیوه حمایت اجتماعی می باشد. همچنین همبستگی معکوس و معناداری بین میزان حمایت اجتماعی معنادان و بازگشت به اعتیاد معنادان وجود دارد. همبستگی معکوس و معناداری بین میزان حمایت اجتماعی خانواده معنادان و بازگشت به اعتیاد معنادان وجود دارد. تفاوت میانگین حمایت اجتماعی معنادان بهبود یافته و معنادان معنادار بوده و میانگین نمرات معنادان بهبود یافته بالاتر از معنادان است. تفاوت میانگین حمایت اجتماعی خانواده معنادان بهبود یافته و خانواده معنادان معنادار بوده و میانگین نمرات خانواده معنادان بهبود یافته بالاتر از خانواده معنادان است.

**کلید واژه:** حمایت اجتماعی، حمایت ابزاری، عاطفی، اطلاعاتی، شبکه ای، خود ارزشمندی، بازگشت به اعتیاد

## فهرست مطالب

فصل اول کلیات تحقیق.....	۱
۱-۱- مقدمه.....	۲
۲-۱- بیان مساله.....	۳
۳-۱- اهداف پژوهش.....	۶
۱-۳-۱- هدف اصلی.....	۶
۲-۳-۱- اهداف جزئی.....	۶
۴-۱- فرضیات تحقیق.....	۶
۵- تعاریف نظری و عملیاتی متغیرهای تحقیق.....	۶
۱-۵-۱- حمایت اجتماعی.....	۶
۱-۱-۵-۱- حمایت ابزاری.....	۷
۲-۱-۵-۱- حمایت عاطفی.....	۸
۳-۱-۵-۱- حمایت اطلاعاتی.....	۱۰
۴-۱-۵-۱- حمایت شبکه‌های.....	۱۱
۵-۱-۵-۱- حمایت خود ارزشمندی.....	۱۲
۲-۵-۱- بازگشت (عود) اعتیاد.....	۱۳
فصل دوم ادبیات و پیشینه تحقیق.....	۱۴
۱-۲- مقدمه.....	۱۵
۲-۲- پیشینه تحقیق.....	۱۵
۱-۲-۲- تحقیقات داخلی.....	۱۵
۲-۲-۲- تحقیقات خارجی.....	۱۹
۳-۲- ادبیات تحقیق.....	۲۰
۱-۳-۲- مفهوم حمایت اجتماعی.....	۲۰
۲-۳-۲- حمایت اجتماعی ادراک شده.....	۲۰

۲۱	۳-۳-۲- کارکردهای حمایت اجتماعی.....
۲۲	۴-۳-۲- منابع حمایت اجتماعی.....
۲۳	۵-۳-۲- اجزاء حمایت اجتماعی.....
۲۳	۶-۳-۲- عوامل مؤثر در بهره مندی از حمایت اجتماعی.....
۲۴	۷-۳-۲- ابعاد حمایت اجتماعی.....
۲۴	۸-۳-۲- انواع حمایت اجتماعی.....
۲۵	۹-۳-۲- تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی.....
۲۶	۱۰-۳-۲- مفهوم عود اعتیاد.....
۲۷	۱۱-۳-۲- عوامل عود اعتیاد.....
۲۸	۴-۲- مبانی نظری.....
۲۹	۱-۴-۲- نظریه های حمایت اجتماعی.....
۲۹	۱-۱-۴-۲- نظریه ساراسون.....
۲۹	۲-۱-۴-۲- نظریه کوب.....
۳۰	۳-۱-۴-۲- نظریه راتوس.....
۳۰	۴-۱-۴-۲- نظریه دور کیم.....
۳۱	۵-۱-۴-۲- نظریه شبکه.....
۳۲	۶-۱-۴-۲- نظریه کاپلان.....
۳۲	۷-۱-۴-۲- نظریه سارافینو.....
۳۳	۸-۱-۴-۲- نظریه برکمن.....
۳۳	۹-۱-۴-۲- نظریه هاوس.....
۳۳	۱۰-۱-۴-۲- نظریه مازلو.....
۳۴	۱۱-۱-۴-۲- نظریه مبادله اجتماعی.....
۳۴	۱۲-۱-۴-۲- مدل پیشگیری از عود اعتیاد.....
۳۵	۱۳-۱-۴-۲- تبیین پدیده عود اعتیاد.....

۳۶	۲-۵- چارچوب نظری تحقیق.....
۳۶	۲-۶- مدل مفهومی تحقیق.....
۳۷	فصل سوم روش تحقیق.....
۳۸	۳-۱- مقدمه.....
۳۸	۳-۲- روش تحقیق.....
۳۸	۳-۳- جامعه آماری پژوهش.....
۳۸	۳-۴- حجم نمونه.....
۳۹	۳-۵- شیوه نمونه گیری.....
۳۹	۳-۶- ابزار گردآوری اطلاعات.....
۳۹	۳-۷- روایی پرسشنامه.....
۴۰	۳-۸- پایایی پرسشنامه.....
۴۰	۳-۹- روش تجزیه و تحلیل داده ها.....
۴۱	فصل چهارم تجزیه و تحلیل اطلاعات.....
۴۲	۴-۱- مقدمه.....
۴۳	۴-۲- یافته های توصیفی.....
۴۳	۴-۲-۱- یافته های جمعیت شناختی بخش نخست تحقیق.....
۴۳	۴-۲-۱-۱- توصیف نمونه آماری برحسب جنسیت.....
۴۴	۴-۲-۱-۲- توصیف نمونه آماری برحسب سن.....
۴۵	۴-۲-۱-۳- توصیف نمونه آماری برحسب مقطع تحصیلی.....
۴۶	۴-۲-۱-۴- توصیف نمونه آماری برحسب رشته تحصیلی.....
۴۷	۴-۲-۲- یافته های توصیفی بخش نخست تحقیق.....
۴۷	۴-۲-۲-۱- توصیف میزان اهمیت شیوه های حمایت اجتماعی.....
۴۸	۴-۲-۳- یافته های جمعیت شناختی بخش دوم تحقیق.....
۴۸	۴-۲-۳-۱- توصیف نمونه آماری برحسب جنسیت.....



۴۹	۲-۳-۲-۴-توصیف نمونه آماری برحسب سن.....
۵۰	۳-۳-۲-۴-توصیف نمونه آماری برحسب تحصیلات.....
۵۲	۴-۳-۲-۴-توصیف نمونه آماری برحسب مدت زمان اعتیاد معتادان.....
۵۳	۵-۳-۲-۴-توصیف نمونه آماری برحسب دفعات عود اعتیاد معتادان.....
۵۴	۶-۳-۲-۴-توصیف نمونه آماری برحسب مدت زمان عضویت در گروه NA.....
۵۵	۴-۲-۴- یافته های توصیفی بخش دوم تحقیق.....
۵۵	۱-۴-۲-۴-توصیف میزان حمایت اجتماعی ابزاری.....
۵۶	۲-۴-۲-۴-توصیف میزان حمایت اجتماعی عاطفی.....
۵۷	۳-۴-۲-۴-توصیف میزان حمایت اجتماعی اطلاعاتی.....
۵۸	۴-۴-۲-۴-توصیف میزان حمایت اجتماعی شبکه ای.....
۵۹	۵-۴-۲-۴-توصیف میزان حمایت اجتماعی خودارزشمندی.....
۶۰	۶-۴-۲-۴-توصیف میزان حمایت اجتماعی.....
۶۱	۳-۴-آزمون نرمال بودن توزیع داده‌ها.....
۶۲	۴-۴-تحلیل استنباطی داده‌های آماری.....
۶۲	۱-۴-۴-مقایسه شیوه های حمایت اجتماعی از دیدگاه کارشناسان حوزه اعتیاد.....
۶۳	۲-۴-۴-همبستگی بین حمایت اجتماعی معتادان و بازگشت به اعتیاد معتادان.....
۶۳	۳-۴-۴-همبستگی بین حمایت اجتماعی خانواده معتادان دارای سابقه عود اعتیاد و بازگشت به اعتیاد.....
۶۴	۴-۴-۴-مقایسه حمایت اجتماعی معتادان بهبود یافته و معتادان دارای سابقه عود اعتیاد.....
۶۵	۵-۴-۴-مقایسه حمایت اجتماعی خانواده معتادان بهبود یافته و خانواده معتادان دارای سابقه عود اعتیاد.....
۶۶	فصل پنجم بحث و نتیجه گیری و پیشنهادات.....
۶۷	۱-۵-مقدمه.....
۶۷	۲-۵-بحث و نتیجه گیری.....
۷۱	۳-۵-پیشنهادهات.....
۷۱	۱-۳-۵-پیشنهادهات کاربردی.....

۷۲ ..... ۵-۳-۲-پیشنهادهات پژوهشی

۷۲ ..... ۵-۴- محدودیت های تحقیق

۷۳ ..... منابع

۷۷ ..... ضمائم

## فهرست جداول

جدول ۴-۱: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری برحسب جنسیت.....	۴۳
جدول ۴-۲: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری برحسب سن.....	۴۴
جدول ۴-۳: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری برحسب مقطع تحصیلی.....	۴۵
جدول ۴-۴: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری برحسب رشته تحصیلی.....	۴۶
جدول ۴-۵: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری برحسب میزان اهمیت شیوه های حمایت اجتماعی.....	۴۷
جدول ۴-۶: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری برحسب جنسیت.....	۴۸
جدول ۴-۷: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری برحسب سن.....	۴۹
جدول ۴-۸: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری برحسب تحصیلات.....	۵۰
جدول ۴-۹: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری برحسب مدت زمان اعتیاد معتادان.....	۵۲
جدول ۴-۱۰: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری برحسب دفعات عود اعتیاد معتادان.....	۵۳
جدول ۴-۱۱: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری برحسب مدت زمان عضویت در گروه NA.....	۵۴
جدول ۴-۱۲: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری بر حسب میزان حمایت اجتماعی ابزاری.....	۵۵
جدول ۴-۱۳: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری بر حسب میزان حمایت اجتماعی عاطفی.....	۵۶
جدول ۴-۱۴: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری بر حسب میزان حمایت اجتماعی اطلاعاتی.....	۵۷
جدول ۴-۱۵: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری بر حسب میزان حمایت اجتماعی شبکه ای.....	۵۸
جدول ۴-۱۶: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری بر حسب میزان حمایت اجتماعی خودارزشمندی.....	۵۹
جدول ۴-۱۷: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری بر حسب میزان حمایت اجتماعی.....	۶۰
جدول ۴-۱۸: آزمون نرمال بودن توزیع متغیر ها.....	۶۱
جدول ۴-۱۹: نتایج آزمون T هتلینگ برای شیوه های مختلف حمایت اجتماعی.....	۶۲
جدول ۴-۲۰: میانگین شیوه های مختلف حمایت اجتماعی.....	۶۲
جدول ۴-۲۱: ضریب همبستگی بین میزان حمایت اجتماعی معتادان و بازگشت به اعتیاد معتادان.....	۶۳
جدول ۴-۲۲: ضریب همبستگی بین حمایت اجتماعی خانواده معتادان دارای سابقه عود اعتیاد و بازگشت به اعتیاد.....	۶۳
جدول ۴-۲۳: نتایج آزمون t برای مقایسه حمایت اجتماعی معتادان بهبود یافته و معتادان.....	۶۴
جدول ۴-۲۴: نتایج آزمون t برای مقایسه حمایت اجتماعی خانواده معتادان بهبود یافته و خانواده معتادان.....	۶۵

## فهرست اشکال و نمودارها

- شکل ۱-۲- مدل مفهومی تحقیق..... ۳۶
- نمودار ۱-۴: توزیع درصدی نمونه آماری بر حسب جنسیت..... ۴۳
- نمودار ۲-۴: توزیع درصدی نمونه آماری بر حسب سن..... ۴۴
- نمودار ۳-۴: توزیع درصدی نمونه آماری بر حسب مقطع تحصیلی..... ۴۵
- نمودار ۴-۴: میانگین میزان اهمیت شیوه های حمایت اجتماعی..... ۴۷
- نمودار ۵-۴: توزیع درصدی نمونه آماری بر حسب جنسیت..... ۴۸
- نمودار ۶-۴: توزیع درصدی نمونه آماری بر حسب سن..... ۴۹
- نمودار ۷-۴: توزیع درصدی نمونه آماری بر حسب تحصیلات..... ۵۱
- نمودار ۸-۴: توزیع درصدی نمونه آماری بر حسب مدت زمان اعتیاد معتادان..... ۵۲
- نمودار ۹-۴: توزیع درصدی نمونه آماری بر حسب دفعات عود اعتیاد..... ۵۳
- نمودار ۱۰-۴: توزیع درصدی نمونه آماری بر حسب مدت زمان عضویت در گروه NA..... ۵۴
- نمودار ۱۱-۴ : توزیع درصد میزان حمایت اجتماعی ابزاری..... ۵۵
- نمودار ۱۲-۴ : توزیع درصد میزان حمایت اجتماعی عاطفی..... ۵۶
- نمودار ۱۳-۴ : توزیع درصد میزان حمایت اجتماعی اطلاعاتی..... ۵۷
- نمودار ۱۴-۴ : توزیع درصد میزان حمایت اجتماعی شبکه ای..... ۵۸
- نمودار ۱۵-۴ : توزیع درصد میزان حمایت اجتماعی خودارزشمندی..... ۵۹
- نمودار ۱۶-۴ : توزیع درصد میزان حمایت اجتماعی..... ۶۰

# فصل اول

## کلیات تحقیق

## ۱-۱- مقدمه

اعتیاد اختلالی با ماهیت مزمن و عود کننده می باشد که تهدید کننده سلامت و حیات بشری است. با شناخت عواملی نظیر صفات شخصیتی، مهارت های مقابله ای، عوامل خطر محیطی و اختلالات روانی زمینه ای می توان احتمال عود را پیش بینی نمود و با ملاحظات صحیح و بموقع از آن پیشگیری به عمل آورد. در افزایش شیوع و سوء مصرف مواد عوامل متعددی دخیل هستند که تعامل این عوامل با یکدیگر منجر به شروع مصرف و سپس اعتیاد می گردد. یکی از موارد خطرناک، عود مصرف می باشد یعنی یک فرآیند منفی شامل بازگشت مجدد به مصرف مواد یا به صورت افزایش مقدار مصرف یا مصرف مواد جدید ولی ضعیف تر علیرغم ترک مصرف و یا انجام حرکات و رفتاری که نشانه ای از روی آوری مجدد فرد به اعتیاد است (فلاح زاده و حسینی، ۱۳۸۵). ترک مصرف مواد مخدر از جمله مسائلی است که همواره مورد توجه مسئولین و همچنین خود مبتلایان به سوء مصرف مواد و خانواده های آنها بوده است. ترک جسمانی مواد مخدر چندان مشکل نیست بلکه مشکل اصلی، بازگشت مجدد و شروع دوباره آن است.

یکی دیگر از عوامل مؤثر در اعتیاد و از مهم ترین عواملی که در رابطه با خنثی سازی تأثیرات نامطلوب و فشارهای روانی بررسی شده است، حمایت اجتماعی می باشد (اسدی و رویانی، ۱۳۹۴). پژوهشگران حمایت اجتماعی را یکی از مهم ترین عوامل پیش بینی کننده سلامت جسمانی و روانشناختی افراد از کودکی تا بزرگسالی می دانند (داگون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). مطالعه کوپلو<sup>۲</sup> (۲۰۰۰)، نشان می دهد که وجود ساختارها و شبکه های حمایتی در بازداری از عود اختلال سوء مصرف مواد، نقش مهمی ایفا می کند. فقدان شبکه های حمایتی، از جمله عواملی هستند که در بروز پدیده عود سوء مصرف مواد نقش ایفا می کنند.

منظور از حمایت اجتماعی، کیفیت ارتباط با دیگران است که منابعی را در مواقع مورد نیاز فراهم می کند و باعث می شود فرد احساس مراقبت، تعلق و خودارزشمندی کند و نیز احساس کند که در بخشی از شبکه ی وسیع ارتباطی به گونه ای قرار دارد که می تواند در برابر عوامل تنیدگی زا به خوبی مقابله نماید (وان لیون و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). حمایت اجتماعی می تواند با پیشگیری از وقوع موقعیت های پرتنش، افراد را مورد حفاظت قرار دهد و یا به آنها کمک کند تا وقایع پرتنش را به صورتی ارزیابی نمایند که جنبه تهدیدکنندگی کمتری داشته باشند؛ همچنین می تواند به صورت حمایت روانی و احساسی، حمایت اطلاعاتی و ملموس ارائه شود (ربلین و آچینو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸). بنابراین با توجه به نقش بارز حمایت اجتماعی در کاهش بازگشت به اعتیاد در پژوهش حاضر موثرترین شیوه های حمایت اجتماعی، رابطه حمایت اجتماعی و بازگشت به اعتیاد معتادان و خانواده های آنها بررسی می شود.

---

۱. Dogan  
۲. Copleu  
۳. Vanleeuwen  
۴. Reblin & Uchino

## ۱-۲- بیان مساله

اعتیاد به عنوان یک اختلال عود کننده و مزمن هم برای فرد و هم برای جامعه مشکل ساز است (گوردون، تینسلی، گادفری و پارت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶)؛ به طوری که می تواند تندرستی فرد و جامعه، توسعه سیاسی و اقتصادی و به تبع آن پایداری و ثبات دولت ها را با خطر مواجه سازد (نجفی، نادری و صاحبی، ۱۳۹۴). گفته می شود ایران با تعدادی بین ۱ تا ۴ میلیون معتاد روبه روست (مؤسسه تحقیقات اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۵)؛ دفتر مقابله با مواد؛ مخدر و جرم سازمان ملل متحد، ۱۳۸۴؛ ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۴ و ۳ تیر ۱۳۸۷ خبرگزاری فارس). یکی از جنبه های مهم اعتیاد که طی تلاش های بازدارنده مشخص شده، بازگشت به مصرف مواد مخدر پس از دوره ای از قطع مصرف می باشد (فلاح زاده و حسینی، ۱۳۸۵). بنا بر تعریف، معنی عود، شکست در ایجاد تغییر رفتاری نیست؛ بلکه به ناکامی در تداوم یک تغییر رفتاری، عود گفته می شود. مطالعات، شیوع بالای عود اعتیاد را نشان می دهند (هاشمی و همکاران، ۱۳۸۹).

مارلات و گوردون (۱۹۸۵)، احتمال بازگشت به مواد مخدر را در خوشبینانه ترین شکل تا ۵۰ درصد پیش بینی کرده اند. به نظر آنها این احتمال تا ۹۰ درصد نیز معتبر است. کوب (۲۰۰۰)، نیز تخمین می زند که ۸۰ درصد از معتادانی که دوره سم زدایی را با موفقیت پشت سر گذارده اند، ظرف مدت یک سال و یا کمتر، به مصرف مجدد مواد روی می آورند و تنها ۲۰ درصد از آنها بهبودی خود را پس از سم زدایی ادامه می دهند. به همین دلیل، با وجود پیشرفت های به دست آمده در درمان این اختلال، بازگشت مجدد به دوره های سنگین و غیر قابل کنترل مصرف، همچنان به عنوان یک مشکل شایع، مطرح است. بیشتر سوء مصرف کنندگان مواد پس از سم زدایی و ورود به درمان های توانبخشی، طی ۹۰ روز پس از شروع درمان، مجدداً به مصرف مواد می پردازند (صفری و همکاران، ۱۳۹۳).

عود مکرر، از فعالیت های روزمره فرد جلوگیری می کند، اعتماد به نفس، مسئولیت پذیری و کارآمدی فرد را کاهش می دهد و به تبع، تأثیرات زیادی نیز بر خانواده می گذارد. مشکلات خانوادگی از سر گرفته می شود، بی اعتمادی اعضای خانواده به فرد معتاد تقویت شده و ترک بعدی و پذیرش آن را مشکل تر می کند. اگر چه مصرف مواد و عود آن چالش های پیچیده ای در جوامع امروزی هستند، اما با برنامه ریزی دقیق و منطقی، توسعه نقش های اجتماعی، تقویت تعلیم و تربیت، ایجاد محیط های تسهیل گر، ارایه منابع جهت انجام تحقیق و پژوهش، پاسخگو بودن سیستم ها در جامعه و با کمک خانواده ها می توان از این چالش ها مخصوصاً در گروه های آسیب پذیر جامعه کاست (زینت مطلق، ۱۳۹۲). حمایت اجتماعی یکی از عوامل خانوادگی و اجتماعی است که می تواند افراد را در برابر مشکلات و آسیب های روانی - اجتماعی از جمله سوء مصرف مواد مقاوم سازد. حمایت اجتماعی به احساس ذهنی تعلق داشتن، پذیرفته شدن و مورد عشق و محبت قرار گرفتن گفته می شود، که برای هر فرد یک رابطه امن را به وجود می آورد و احساس صمیمیت و نزدیکی از ویژگی های آن است و از دو طریق می توان آن را دریافت کرد، یکی

<sup>۱</sup> - Gordon, Tinsely, Godfrey&Parrot

از جانب خانواده که به معنای برقراری پیوندهای عاطفی و مشورتی اعضای خانواده با یکدیگر است و دیگری از طریق دوستان که به صورت گرفتن حس پذیرش از شبکه دوستی اجتماعی جلوه‌گر می‌شود (اشرفی و همکاران، ۱۳۹۳). حمایت اجتماعی به عنوان یکی از روش‌های مقابله‌ای عاطفه‌نگر می‌تواند با پیشگیری از وقوع موقعیت‌های پرتنش افراد را مورد حفاظت قرار دهد و یا به آنها کمک کند تا وقایع پرتنش را به صورتی ارزیابی نمایند که جنبه تهدیدکنندگی کمتری داشته باشد (منچری و همکاران، ۱۳۹۱).

بررا<sup>۱</sup> (۱۹۸۶)، و کمینز<sup>۲</sup> (۱۹۸۸)، در بررسی حمایت اجتماعی، دو مفهوم از حمایت اجتماعی را معلوم کرده اند که عبارت است از: ۱) دریافت حمایت ۲) ادراک حمایت. منظور از دریافت حمایت، میزان برخورداری فرد از حمایت‌های هیجانی آشکار همچون کمک و مساعدت عینی از سوی خانواده و دوستان است که می‌توان آن را با اندازه‌گیری تعداد حامیان و میزان دسترسی و برخورداری فرد از انواع حمایت اجتماعی تعیین کرد. منظور از حمایت ادراک شده، ادراک قابلیت دسترسی و کفایت انواع مختلف حمایت است، اغلب، حمایت ادراک شده را معلول رضایتمندی و داشتن حمایت اجتماعی توأم با عواطف مثبت می‌دانند. تاردی<sup>۳</sup> (۱۹۸۵)، پنج جهت‌گیری کلیدی را که به روشن شدن تفاوت‌های موجود در تعاریف حمایت اجتماعی کمک می‌کند را دسته‌بندی کرده است: الف- مشخص کردن جهت حمایت اجتماعی، چرا که حمایت هم‌ارائه می‌شود و هم دریافت می‌شود. ب- مشخص شدن موقعیت حمایت به این خاطر مشخص می‌شود که آیا بکارگیری و استفاده از آن مفید و سودمند است. ج- تمایز بین توصیف حمایت اجتماعی در برابر ارزیابی از میزان رضایت تأمین شده به وسیله حمایت، چرا که حمایت می‌تواند ارائه شود ولی درک نشود. د- آگاهی از محتوای حمایت اجتماعی به ویژه از این مسئله که حمایت پیشکشی شده (بدون توقع یا همراه با انتظار) تأمین شده است. ه- بررسی اینکه حمایت موجود از کدام شبکه تأمین شده و تمایز اینکه کدام شبکه اجتماعی حمایت را تأمین می‌کند. حمایت اجتماعی به نظر تبادل منابع بین حداقل دو فرد است که یکی از آنها دریافت‌کننده آن می‌باشد و به منظور افزایش خیر و سعادت فرد دریافت‌کننده انجام می‌پذیرد.

طبق مدل نظری پروچسکا<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۲)، نقش شبکه‌های حمایتی در بازداری از وقوع پدیده عود و پیشبرد اهداف درمان، حائز اهمیت است. در این راستا، در رویکردهای درمانی بر نقش درمان‌های سیستمی و متمرکز بر خانواده درمانی و گروه درمانی (گروه‌های خودیاری و حمایتی) و گروه‌های حمایت خانواده و حمایت‌های معنوی تأکید می‌شود (گان<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴، وایت<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰). در این راستا مطالعات مک کارتنی<sup>۷</sup> (۱۹۹۶) و کارول<sup>۸</sup> (۱۹۹۹)، حاکی از آن است که مداخلات حمایتی مانند حمایت‌های معنوی و خانوادگی، نقش اساسی در بازداری از عود سوء مصرف مواد دارند (هاشمی و همکاران، ۱۳۸۹). دریافت حمایت اجتماعی، عامل مهمی است که به طور مثبتی با پرهیز از

۱. Berra

۲. Kmyzn

۳. Tardy

۴. Prochska

۵. Gann

۶. White

۷. McCartney

۸. Carroll



مصرف مواد در ارتباط است (داویس و جیسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵) و در طی مراحل ابتدایی درمان اعتیاد، حمایت دیگران جهت ترک مصرف از اهمیت زیادی برخوردار است (وارن، استین و گرلا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل محافظت کننده در برابر گسترش مشکلات سوء مصرف مواد عمل می کند (کندل و آندروز<sup>۳</sup>، ۱۹۸۷).

بر اساس نتایج تحقیقات انجام شده، معتادان نسبت به افراد غیرمعتاد و بهبود یافته، از حمایت اجتماعی کمتری برخوردارند (محمدزادگان و همکاران، ۱۳۹۳؛ فیض اللهی و همکاران، ۱۳۹۴). حسینی و همکاران (۱۳۹۱)، در بررسی خود نشان دادند که حمایت اجتماعی ادراک شده از جانب خانواده، دوستان و افراد مهم، نقش مهمی در پیش بینی عضویت نوجوانان و جوانان در گروه های معتاد و غیرمعتاد دارد. همچنین در زمینه حمایت اجتماعی، بین افراد بدون بازگشت و دارای بازگشت به اعتیاد تفاوت معناداری وجود دارد و حمایت اجتماعی می تواند پیش بینی کننده مناسبی برای بازگشت به اعتیاد باشد (نیک منش و همکاران ۱۳۹۴). سارافینو با جمع بندی نظرات برخی از پژوهشگران به دسته بندی حمایت اجتماعی در پنج مقوله حمایت عاطفی، ارزشیابانه، ابزاری یا ملموس، اطلاعاتی، و شبکه ای پرداخت (سارافینو<sup>۴</sup>، ۱۹۹۸). ساراسون<sup>۵</sup> و دیگران (۱۹۹۳)، حمایت اجتماعی را دارای ابعاد پنج گانه حمایت ابزاری، عاطفی، اطلاعاتی، شبکه اجتماعی و خودارزشمندی می دانند. درنتا<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۰۶)، بر اساس طبقه بندی ویلز<sup>۷</sup> (۱۹۸۵)، حمایت اجتماعی را به سه دسته عاطفی، ابزاری، و اطلاعاتی تقسیم بندی کرده اند.

با توجه به اینکه یکی از بزرگترین مشکلات ایران و بالاحص شهر خرم آباد اختلالات وابسته به مواد است و از آنجا که این مشکل اثرات بازدارنده روی رشد و شکوفایی جامعه دارد، از این رو شناخت مهم ترین شیوه های حمایت اجتماعی از معتادان شهر خرم آباد با توجه به آمار بالای اعتیاد در جامعه و مواجه بودن خانواده های معتادین با مشکلات روانی و اجتماعی ضرورت دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه شیوه های مختلف حمایت اجتماعی شامل حمایت ابزاری، عاطفی، اطلاعاتی، شبکه ای و خودارزشیابی؛ معتادان دارای سابقه عود اعتیاد مراجعه کننده به مراکز درمانی ترک اعتیاد، کمپ و DIC و بهبود یافتگان عضو انجمن NA شهر خرم آباد و خانواده های آنان انجام پذیرفت؛ تا نتایج این پژوهش بتواند اطلاعات مناسب را در زمینه موثرترین شیوه حمایت اجتماعی در افراد معتاد و خانواده هایشان فراهم نماید.

---

۱. Davis & Jason

۲. Warren, Stein & Grella

۳. Kandel & Andrews

۴. Sarafino

۵. Sarason

۶. Drnta

۷. Wales

## ۱-۳- اهداف پژوهش

### ۱-۳-۱- هدف اصلی

#### هدف کلی:

شناسایی موثرترین شیوه‌های حمایت اجتماعی معنادان و خانواده‌های آن‌ها

### ۱-۳-۲- اهداف جزئی

- ۱- شناسایی موثرترین شیوه‌های حمایت اجتماعی معنادان و خانواده‌های آنان از نگاه کارشناسان حوزه اعتیاد
- ۲- شناسایی رابطه بین حمایت اجتماعی معنادان و بازگشت به اعتیاد آنان
- ۳- شناسایی رابطه بین حمایت اجتماعی خانواده معنادان دارای سابقه عود اعتیاد و بازگشت به اعتیاد معنادان
- ۴- مقایسه حمایت اجتماعی معنادان بهبود یافته و معنادان دارای سابقه عود اعتیاد
- ۵- مقایسه حمایت اجتماعی خانواده معنادان بهبود یافته و خانواده معنادان دارای سابقه عود اعتیاد

### ۱-۴- فرضیه‌های تحقیق

- ۱- بین شیوه‌های مختلف حمایت اجتماعی (ابزاری، عاطفی، اطلاعاتی، شبکه ای و خودارزشمندی) از دیدگاه کارشناسان تفاوت معناداری وجود دارد.
- ۲- بین حمایت اجتماعی معنادان و بازگشت به اعتیاد معنادان رابطه معنادار وجود دارد.
- ۳- بین حمایت اجتماعی خانواده معنادان دارای سابقه عود اعتیاد و بازگشت به اعتیاد معنادان رابطه معنادار وجود دارد.
- ۴- حمایت اجتماعی معنادان بهبود یافته بیشتر از معنادان دارای سابقه عود اعتیاد است.
- ۵- حمایت اجتماعی خانواده معنادان بهبود یافته بیشتر از خانواده معنادان دارای سابقه عود اعتیاد است.

## ۵- تعاریف نظری و عملیاتی متغیرهای تحقیق

### ۱-۵-۱- حمایت اجتماعی

کوب حمایت اجتماعی را به میزان برخورداری از محبت، مساعدت و توجه اعضاء خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف کرده است (کوب<sup>۱</sup> به نقل از صدقپور و همکاران، ۱۳۸۹). حمایت اجتماعی مکانیسمی تر ارتباطات میان فردی است که افراد را از تاثیرات تنیدگی منفی محافظت می‌کند. حمایت اجتماعی را می‌توان به هر گونه محرکی که به پیشرفت اهداف فرد حمایت شده کمک کند دانست (دیمتو<sup>۲</sup>، ۱۳۷۸). حمایت اجتماعی به میزان

---

<sup>۱</sup> coub

<sup>۲</sup> Dimeto

برخورداری از محبت، همراهی و توجه به اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است (کلدی و سلحشوری، ۱۳۹۱).

حمایت اجتماعی را می‌توان این گونه تعریف کرد: ادراک یا تجربه یک فرد از این که او را دوست دارند، از او مراقبت می‌کنند، به او حرمت و ارزش می‌دهند و او را بخشی از یک شبکه اجتماعی با مساعدت‌ها و تعهدات به شمار می‌آورند (ویلس ۱۹۹۱؛ به نقل از تیلور و همکاران، ۲۰۰۴).

### ۱-۵-۱-۱- حمایت ابزاری

#### -تعریف نظری:

حمایت ابزاری دسترسی داشتن به منابع مالی و خدماتی در سختی‌ها و دشواری‌ها گفته می‌شود که فرد از خانواده و اطرافیان خود دریافت می‌کند (کلدی و سلحشوری، ۱۳۹۱). حمایت ابزاری شامل فراهم آوردن کمک‌های ملموس مانند خدمات، کمک‌های مالی، و دیگر وسایل یا کالاهای خاص است. این نوع حمایت از کمک‌هایی تشکیل می‌شود که در مواقع کمبود منابع مادی و نیاز به وجود می‌آیند (مانند پول، فراهم آوردن اقامتگاه، ... ) و یا ممکن است شامل حل مشکلات روزانه زندگی باشد (مراقبت از کودکان، کمک در خانه، ...) (خدا پناهی و همکاران، ۱۳۸۹).

#### -تعریف عملیاتی شیوه‌های حمایت ابزاری (از دیدگاه کارشناسان):

در این پژوهش برای سنجش موثرترین شیوه‌های حمایت ابزاری معنادان و خانواده‌های آنها از گویه‌های ذیل استفاده می‌شود. بدین ترتیب که هر یک از کارشناسان و مدیران نظر خود را درباره هریک از موارد به صورت بلی یا خیر بیان می‌کنند. در صورت مثبت بودن پاسخ، میزان تاثیر آنها را نیز با اعداد یک تا ۵ مشخص می‌نمایند (عدد ۵ بیانگر بالاترین میزان تاثیر می‌باشد).

-استفاده معنادان از خدمات مراکز درمان سرپایی و کمپ‌ها

-استفاده معنادان از خدمات مراکز درمان<sup>۱</sup> DIC

-استفاده معنادان از مراکز درمان اجتماع مدار<sup>۲</sup> (TC)

-استفاده معنادان از مرکز سرپناه شبانه

-معرفی به دندانپزشک و پزشک رایگان

<sup>۱</sup>Drp In Center

<sup>۲</sup>.Thera peutic community

- اعطاء وام خود اشتغالی
- فراهم نمودن شرایط اشتغال
- فراهم نمودن مسکن
- بیمه درمانی
- اعطاء کمک‌های مالی از جانب مراکز حمایتی
- اعطاء غذا، پوشاک و ... از طریق 'ngo' ها

### -تعریف عملیاتی میزان حمایت ابزاری (پرسشنامه تلفیقی حمایت اجتماعی):

در این پژوهش برای اندازه گیری و سنجش میزان حمایت ابزاری از گویه های ذیل استفاده می‌شود. گویه ها به صورت مقیاس پنج گزینه ای لیکرت می‌باشد و محدوده امتیاز بندی از یک تا ۵ نمره شامل هیچ وقت (۱)، به ندرت (۲)، گاهی اوقات (۳)، بیشتر اوقات (۴) و همیشه (۵) می‌باشد.

- هرچند وقت یکبار کسی را دارید که وقتی در تخت بستری هستید به شما کمک کند؟
- هرچند وقت یکبار کسی را دارید که در صورت لزوم شما را به دکتر ببرد؟
- هرچند وقت یکبار کسی را دارید که غذایتان را برایتان آماده کند؟
- هرچند وقت یکبار کسی را دارید که در صورت بیمار بودن، شما را در انجام کارهای روزانه کمک کند؟
- هرچند وقت یکبار کسی را دارید که در صورت نیاز، به شما کمک مالی کند؟
- هرچند وقت یکبار کسی را دارید که در صورت نیاز، از فرزند شما نگهداری کند؟
- هرچند وقت یکبار کسی را دارید که در صورت لزوم، برای شما شرایط اشتغال فراهم می‌کند؟
- هرچند وقت یکبار کسانی را دارید که در صورتی که برای مدتی به اقامت در خانه کسی نیاز داشته باشید از شما به استقبال کنند؟

### ۱-۵-۲-حمایت عاطفی

#### -تعریف نظری:

حمایت عاطفی کمک گرفتن از دیگران هنگام برخورد با دشواری‌ها است (کلدی و سلحشوری، ۱۳۹۱). همچنین شامل فراهم آوردن مهر، عطوفت و توجه نسبت به فرد دیگر و قوت قلب دادن به او تا این که احساس کند انسان ارزشمندی است که مورد توجه قرار گرفته است. این نوع حمایت می‌تواند شامل افرادی باشد که فرد

---

۱. NGO Non Governmental Organization

می‌تواند درباره مشکلات با آنها صحبت کند. به طور طبیعی، شامل کمک‌هایی می‌شود که توسط خانواده، دوستان، همکاران و همسایگان یا افراد مهم صورت می‌گیرد و شامل ابراز عشق، عاطفه و ارزشمند شمردن می‌شود که احساس بهزیستی عاطفی ایجاد می‌کند (مورنو، ۲۰۰۴، به نقل از خدا پناهی و همکاران، ۱۳۸۹).

حمایت عاطفی به معنی در دسترس داشتن فردی برای تکیه کردن و اعتماد داشتن به وی، به هنگام نیاز می‌باشد. حمایت اجتماعی عاطفی در بردارنده احساس همدلی، مراقبت و توجه، و علاقه نسبت به یک شخص است. این نوع از حمایت می‌تواند شخص را به داشتن احساس راحتی و آسایش، اطمینان، تعلق داشتن، و مورد محبت قرار داشتن به هنگام فشار و تنش مجهز نماید (سارافینو، ۱۹۹۸، به نقل از ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹).

### **-تعریف عملیاتی شیوه های حمایت عاطفی(از دیدگاه کارشناسان):**

در این پژوهش برای سنجش موثرترین شیوه های حمایت عاطفی معتادان و خانواده‌های آنها از گویه‌های ذیل استفاده می‌شود. بدین ترتیب که هر یک از کارشناسان و مدیران نظر خود را درباره هریک از موارد به صورت بلی یا خیر بیان می‌کنند. در صورت مثبت بودن پاسخ، میزان تاثیر آنها را نیز با اعداد یک تا ۵ مشخص می‌نمایند(عدد۵ بیانگر بالاترین میزان تاثیر می‌باشد).

همراهی، دوست داشتن و ارتباط عاطفی اعضاء خانواده با فرد معتاد  
همراهی، دوست داشتن و ارتباط عاطفی دوستان و اطرافیان نسبت به فرد معتاد و خانواده اش  
خدمات مشاوره روان شناختی فردی و گروهی جهت رفع مشکلات عاطفی و شخصی فرد معتاد و خانواده اش  
دادن امید و آرامش به معتادان و خانواده های آنها  
ابراز علاقه و احساسات دوستان و اطرافیان نسبت به معتادان  
ابراز محبت و علاقه مددکاران نسبت به معتادان و خانواده آنها

### **-تعریف عملیاتی میزان حمایت عاطفی(پرسشنامه تلفیقی حمایت اجتماعی):**

در این پژوهش برای اندازه‌گیری و سنجش میزان حمایت عاطفی از گویه‌های ذیل استفاده می‌شود. گویه‌ها به صورت مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت می‌باشد و محدوده امتیاز بندی از یک تا ۵ نمره شامل هیچ وقت(۱)، به ندرت(۲)، گاهی اوقات(۳)، بیشتر اوقات(۴) و همیشه(۵) می‌باشد.

- هرچند وقت یکبار کسی را دارید که به شما ابراز علاقه و احساسات کند؟
- هرچند وقت یکبار کسی را دارید که شما را دوست بدارد و احساس دوست داشتنی بودن را به شما بدهد؟
- هرچند وقت یکبار کسی را دارید که شما را در آغوش بگیرد؟

- هرچند وقت یکبار کسی را دارید که اوقات خوشی را با او داشته باشید؟
- هرچند وقت یکبار کسی را دارید که مایه آرامش یکدیگر باشید؟
- هرچند وقت یکبار کسی را دارید که فعالیت لذت بخشی را با او انجام دهید؟
- هرچند وقت یکبار کسی را دارید که با انجام کار شما، خیالتان را بابت کارها راحت کند؟
- هرچند وقت یکبار کسی را دارید که برای شکل گیری امید در شما تلاش می کند؟

### ۱-۵-۳- حمایت اطلاعاتی

#### -تعریف نظری:

حمایت اطلاعاتی به این امر توجه می کند که تا چه اندازه فرد با توجه به حمایت هایی که از اطرافیان دریافت می کند می تواند اطلاعات مورد نیاز خود را برای رفع مشکلات دریافت کند ( کلدی و سلحشوری، ۱۳۹۱). حمایت اطلاعاتی هنگامی رخ می دهد که فردی به فرد دیگری کمک می کند تا یک موقعیت تنیدگی را بهتر درک کند و مشخص می کند که کدام منبع و راهبرد مقابله ای برای روبرو شدن با آن موقعیت می تواند مورد نیاز باشد. این نوع از حمایت شامل راهنمایی مفید، اطلاعات یا دستورالعمل هایی برای مقابله با تغییرات مهم زندگی یا معنا بخشیدن به زندگی و دنیا است (مورنو، ۲۰۰۴ ، به نقل از خدا پناهی و همکاران، ۱۳۸۹).

حمایت اطلاعاتی به دست آوردن اطلاعات ضروری از طریق تعامل های اجتماعی با دیگران را حمایت اطلاعاتی تعریف کرده اند. به عبارتی دیگر، حمایت اطلاعاتی شامل دادن توصیه ها، جهت گیری ها، پیشنهادات، یا بازخوردها به یک فرد راجع به چگونگی عملکردش می باشد (سارافینو، ۱۹۹۸، به نقل از ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹).

#### تعریف عملیاتی شیوه های حمایت اطلاعاتی (از دیدگاه کارشناسان):

در این پژوهش برای سنجش موثرترین شیوه های حمایت اطلاعاتی معتادان و خانواده های آنها از گویه های ذیل استفاده می شود. بدین ترتیب که هر یک از کارشناسان و مدیران نظر خود را درباره هریک از موارد به صورت بلی یا خیر بیان می کنند. در صورت مثبت بودن پاسخ، میزان تاثیر آنها را نیز با اعداد یک تا ۵ مشخص می نمایند (عدد ۵ بیانگر بالاترین میزان تاثیر می باشد).

ارائه آموزش مهارت های زندگی، فرزندپروری و... به معتادان و خانواده آنها  
راهنمایی جهت عضویت معتادان در گروه NA<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> Narcotics Anonymous

راهنمایی جهت عضویت خانواده معتادان در گروه نارا نان  
راهنمایی جهت مراجعه معتادان به مراکز درمانی سرپایی، TC، کمپها و DIC  
راهنمایی معتادان و خانواده آنها در مواقع بحرانی  
صحبت کردن با خانواده معتادان و گوش دادن به مشکلاتشان  
فراهم کردن زمینه اعتماد بین مددکاران و معتادان و خانواده هایشان جهت حل مشکلات

### -تعریف عملیاتی میزان حمایت اطلاعاتی(پرسشنامه تلفیقی حمایت اجتماعی):

در این پژوهش برای اندازه گیری و سنجش میزان حمایت اطلاعاتی از گویه های ذیل استفاده می شود. گویه ها به صورت مقیاس پنج گزینه ای لیکرت می باشد و محدوده امتیاز بندی از یک تا ۵ نمره شامل هیچ وقت (۱)، به ندرت (۲)، گاهی اوقات (۳)، بیشتر اوقات (۴) و همیشه (۵) می باشد.

- هرچند وقت یکبار کسی را دارید که وقتی شما نیاز دارید صحبت کنید، به شما گوش دهد؟
- هرچند وقت یکبار کسی را دارید که به شما اطلاعاتی دهد که در فهمیدن مسائل به شما کمک کند؟
- هرچند وقت یکبار کسی را دارید که در مواقع بحرانی شما را به خوبی راهنمایی کند؟
- هرچند وقت یکبار کسی را دارید که به او اعتماد کنید که درباره خودتان یا مشکلاتتان با او صحبت کنید؟
- هرچند وقت یکبار کسی را دارید که واقعا بخواهد شما را راهنمایی کند؟
- هرچند وقت یکبار کسی را دارید که نگرانی ها و ترس های شخصی تان را با او در میان بگذارید؟
- هرچند وقت یکبار کسی را دارید که راهکارهایی در مورد نحوه برخورد با مشکلات شخصی تان به شما ارائه دهد؟

- هرچند وقت یکبار کسی را دارید که مشکلات شما را درک کند؟

### ۱-۵-۱-۴-حمایت شبکه ای

#### تعریف نظری:

حمایت شبکه ای به معنای دسترسی به عضویت در شبکه های اجتماعی است و این نکته را در بر می گیرد که تا چه اندازه شبکه هایی که فرد در آن چه بطور رسمی و یا غیررسمی عضویت دارد، در هنگام نیاز فرد را مساعدت و یاری می کنند (کلدی و سلحشوری، ۱۳۹۱).

### تعریف عملیاتی شیوه های حمایت شبکه ای (از دیدگاه کارشناسان):

در این پژوهش برای سنجش موثرترین شیوه های حمایت شبکه ای معتادان و خانواده های آنها از گویه های ذیل

استفاده می‌شود. بدین ترتیب که هر یک از کارشناسان و مدیران نظر خود را درباره هریک از موارد به صورت بلی یا خیر بیان می‌کنند. در صورت مثبت بودن پاسخ، میزان تاثیر آنها را نیز با اعداد یک تا ۵ مشخص می‌نمایند (عدد ۵ بیانگر بالاترین میزان تاثیر می‌باشد).

تکیه کردن فرد معتاد و خانواده به دوستان و آشنایان  
حمایت همسایه‌ها و فامیل و دوستان از فرد معتاد و خانواده اش  
حمایت مراکز حمایتی از فرد معتاد و خانواده اش

### **-تعریف عملیاتی میزان حمایت اجتماعی شبکه‌ای (پرسشنامه تلفیقی حمایت اجتماعی):**

در این پژوهش برای اندازه گیری و سنجش میزان حمایت شبکه‌ای از گویه‌های ذیل استفاده م شود. گویه‌ها به صورت مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت می‌باشد و محدوده امتیاز بندی از یک تا ۵ نمره شامل خیلی کم (۱)، کم (۲)، متوسط (۳)، زیاد (۴) و خیلی زیاد (۵) می‌باشد.

- در بین دوستان و آشنایان تا چه حد کسانی هستند که بتوان بر آنها تکیه کرد؟
- چقدر در صورت نیاز مراکزی که در آن عضو هستید، شما را حمایت مالی می‌کنند؟
- چقدر با فامیل و دوستان مشکلات خود را در میان می‌گذارید؟
- تاچه اندازه در صورت هرگونه نیازی می‌توانید روی کمک همسایه‌ها حساب کنید؟

### **۱-۵-۱-۵- حمایت خود ارزشمندی**

#### **-تعریف نظری:**

حمایت خودارزشمندی بدین معنی است که دیگران در دشواری‌ها یا فشارهای روانی به وی بفهمانند که او فردی ارزشمند است و می‌تواند با به کارگیری توانائی‌های ویژه خود بر دشواری چیره شود (کلدی و سلحشوری، ۱۳۹۱).

### **تعریف عملیاتی شیوه های حمایت خود ارزشمندی (از دیدگاه کارشناسان):**

در این پژوهش برای سنجش موثرترین شیوه های حمایت خودارزشمندی معتادان و خانواده‌های آنها از گویه‌های ذیل استفاده می‌شود. بدین ترتیب که هر یک از کارشناسان و مدیران نظر خود را درباره هریک از موارد به صورت بلی یا خیر بیان می‌کنند. در صورت مثبت بودن پاسخ، میزان تاثیر آنها را نیز با اعداد یک تا ۵ مشخص می‌نمایند (عدد ۵ بیانگر بالاترین میزان تاثیر می‌باشد).

تحسین و حمایت دوستان و اطرافیان معتادان و خانواده آنها  
اعتماد کردن به معتادان بهبود یافته



مهم تلقی کردن افراد معتاد

## -تعریف عملیاتی میزان حمایت اجتماعی خودارزشمندی(پرسشنامه تلفیقی حمایت اجتماعی):

در این پژوهش برای اندازه گیری و سنجش میزان حمایت خودارزشمندی از گویه‌های ذیل استفاده می‌شود. گویه‌ها به صورت مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت می‌باشد و محدوده امتیاز بندی از یک تا ۵ نمره شامل خیلی کم(۱)، کم(۲)، متوسط(۳)، زیاد(۴) و خیلی زیاد(۵) می‌باشد.

- تا چه حد کسانی هستند که احساس کنید در کنار آنها صفات مثبتی دارید.
- تا چه حد از جانب اطرافیان مورد تحسین قرار می‌گیرید.
- تا چه حد کسی را دارید که شما را مهم تلقی کند.
- تا چه حد دوستان و خانواده از تصمیماتی که می‌گیرید حمایت می‌کنند.

### ۱-۵-۲- بازگشت(عود)اعتیاد

#### تعریف نظری:

در فرهنگ جامع روانشناسی و روانپزشکی، عود واژه‌ای کلی و به معنی بازگشت به حالت قبلی یا الگوی رفتاری ابتدایی‌تر است. این واژه در زمینه‌های اخلاقی، روانی، جسمی و پزشکی به کار برده می‌شود، به ویژه در مورد بیماری که بهبود یافته و مجدداً علائم بیماری در وی ظاهر گردیده است.

بازگشت یا عود به معنای برگشت معتاد به الگوهای رفتاری و باورهای مخرب و ناسالم قبل است. عود یعنی توقف کامل بهبودی در صورتی که لغزش اغلب یک توقف کوتاه و یا درجا زدن در بهبودی می‌باشد. لغزش معمولاً «یک نشانه است که نشان می‌دهد برنامه بهبودی به صورت کامل اجرا نشده و یا این که هنوز دست‌آویزها و بهانه‌های مصرف در ذهن باقی مانده و ریشه کن نشده است. تفاوت عود و لغزش در این است که در لغزش فقط پاکی فرد از بین می‌رود و به اصطلاح صفر است. ولی بهبودی به نقطه آغازین برنمی‌گردد و فقط متوقف شده در صورتی که در عود تمام افکار و باورهای مخرب زمان مصرف باز می‌گردد. لغزش را می‌توان به سر خوردن یا زمین خوردن تشبیه کرد و عود را سقوط. لغزش‌های متعدد یا باقی ماندن طولانی مدت در لغزش باعث تبدیل به لغزش به عود می‌باشد(کرباسی آرانی، ۱۳۹۳).

#### -تعریف عملیاتی:

در این پژوهش میزان بازگشت به اعتیاد از طریق سوال باز تعداد دفعات عود اعتیاد(سابقه عود) که در مقیاس فاصله‌ای است سنجش می‌شود.

## فصل دوم

### ادبیات و پیشینه تحقیق

## ۲-۱- مقدمه

در این فصل به مباحث پیشینه تحقیق، ادبیات تحقیق و مبانی نظری پرداخته شده است. در قسمت پیشینه تحقیق تحقیقات انجام شده در رابطه با موضوع تحقیق بررسی شد. در قسمت ادبیات تحقیق مباحثی چون مفهوم مطرح شد. در بخش مبانی نظری به خلاصه‌ای از نظریات مربوط به حمایت اجتماعی پرداخته شد.

## ۲-۲- پیشینه تحقیق

### ۲-۲-۱- تحقیقات داخلی

- تحقیق زینالی (۱۳۸۷) نشان داد، افرادی که دچار عود سوء مصرف مواد شده‌اند، بیش از افرادی که عود نکرده‌اند دارای ویژگی‌های غیرطبیعی (شیوه زندگی نادرست، روابط اجتماعی و خانوادگی ناسالم، افکار و باورهای نادرست، احساسات و عواطف غیرطبیعی و رفتارهای مخاطره آمیز هستند) هاشمی و همکاران، (۱۳۸۸).

- هاشمی و همکاران (۱۳۸۸)، در تحقیقی با عنوان " نقش باورهای غیرمنطقی، ادراکات خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در عوداختلال سوء مصرف مواد" بیان نمود این پژوهش با هدف تعیین نقش سیستم باورهای غیرمنطقی، ادراکات خودکارآمدی و شبکه حمایت اجتماعی در پیش بینی عود و عدم عود سوء مصرف مواد و مقایسه تفاوت این دو گروه در متغیرهای مذکور به انجام رسید. به این منظور ۱۰۰ نفر از کسانی که عود مکرر داشتند و ۱۰۰ نفر از کسانی که عود نداشتند به صورت نمونه‌گیری در دسترس از سازمان بازپروری و توانبخشی شهر تبریز انتخاب شدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های باورهای غیرمنطقی آلبرت الیس، خودکارآمدی شرر و حمایت اجتماعی واکس استفاده شد. نتایج به دست آمده نشان دادند که بین دو گروه دارای عود و بدون عود، در باورهای غیرمنطقی، ادراکات خودکارآمدی و حمایت اجتماعی، تفاوت معنا داری وجود دارد (هاشمی و همکاران، ۱۳۸۸).

- قاسمی پور و همکاران (۱۳۸۹)، در تحقیقی با عنوان "رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان در دانشجویان شهرستان خرم آباد" اذعان داشتند جامعه آماری این پژوهش دانشجویان دانشگاه لرستان با حجم نمونه ۱۵۰ نفر می‌باشد. داده‌ها با پرسشنامه مشتمل بر سه بخش مشخصات جمعیت شناختی و سلامت روان و حمایت اجتماعی، جمع‌آوری گردید. این پژوهش نشان داد بین منابع ساختاری و کارکردهای حمایت اجتماعی با سلامت روان رابطه معنی‌داری وجود دارد. در بین انواع کارکردهای حمایت اجتماعی، حمایت عاطفی و در بین منابع ساختاری حمایت اجتماعی، عضویت گروهی و پیوند قوی با سلامت روان رابطه معنی‌دار داشتند (قاسمی پور و جهانبخش، ۱۳۸۹).

- دلپسند و همکاران (۱۳۹۱)، در تحقیقی با عنوان "حمایت اجتماعی و جرم: مطالعه تطبیقی جوانان مجرم و عادی شهر ایلام" اظهار داشتند روش تحقیق پیمایشی است و به سنجش و مقایسه میزان برخورداری جوانان مجرم و عادی شهر ایلام از حمایت اجتماعی اقدام نموده است. در این تحقیق، حمایت اجتماعی در ابعاد سه‌گانه حمایت عاطفی، حمایت مادی و حمایت اطلاعاتی در یک نمونه ۵۲۰ نفری متشکل از ۱۴۷ نفر از جوانان مجرم و ۳۷۳ نفر از

جوانان عادی شهر ایلام بررسی شده است. یافته‌های توصیفی تحقیق بیانگر آن است که میزان برخورداری جوانان عادی در تمام ابعاد حمایت اجتماعی نسبت به جوانان مجرم بیشتر است. یافته‌های استنباطی نیز معنی‌دار بودن این تفاوت را تأیید می‌کند. همچنین تحلیل داده‌ها با استفاده از رگرسیون لجستیک نشان می‌دهد که سازه نظری حمایت اجتماعی از قدرت تمایز بالایی در تفکیک افراد عادی و مجرم برخوردار است. به عبارت دیگر، با افزایش میزان حمایت اجتماعی احتمال ارتکاب جرم کاهش می‌یابد (دلپسند و همکاران، ۱۳۹۱).

- افسر و همکاران (۱۳۹۱)، در تحقیقی با عنوان "پیش‌بینی عوامل موثر بر عود مصرف مواد مخدر در بین بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون در مراکز درمان اعتیاد شهر همدان با بهره‌گیری از مدل اعتقاد بهداشتی" اظهار داشت این مطالعه توصیفی مقطعی در بهار و تابستان سال ۱۳۹۲ بر روی ۳۸۴ نفر از بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون در مراکز درمان اعتیاد شهر همدان انجام شد. نمونه‌گیری به صورت طبقه‌بندی با انتساب متناسب انجام گرفت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه طراحی شده براساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و متغیرهای دموگرافیک بود. تجزیه و تحلیل با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ و بهره‌گیری از آنالیز رگرسیون و کای دو صورت گرفت. میزان عود در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون ۴۸.۲٪ بود. وسوسه، فشار دوستان، افسردگی و کم بودن دوز دارویی متادون از مهم‌ترین دلایل عود بودند. آنالیز رگرسیون نشان داد سازه‌های حساسیت درک شده، منافع درک شده و خودکارآمدی پیش‌بینی کننده‌های قوی‌تری برای عود بودند (افسر و همکاران، ۱۳۹۱).

- قدرتی و همکاران (۱۳۹۱)، در تحقیقی با عنوان "بررسی مقایسه‌ای تداوم ترک اعتیاد در افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده در جلسات انجمن معتادان گمنام شهرستان مشهد" بیان نمودند در این تحقیق توصیفی - مقایسه‌ای، ۳۰۰ نفر از افراد شرکت کننده در جلسات معتادان گمنام و افراد غیر شرکت کننده در جلسات مراجعه کننده به کلینیک بازتوانی سامان مشهد بررسی شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای شامل دو قسمت اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات مربوط به بررسی تداوم ترک اعتیاد در دو گروه بود. روش نمونه‌گیری به شیوه تصادفی ساده، از طریق قرعه بود. نتایج نشان داد بیشترین تداوم ترک در افراد شرکت کننده در جلسات ۶ تا ۱۲ ماه (۳۸٪) و در افراد غیر شرکت کننده ۳ تا ۶ ماه (۴۵.۳۳٪) بود. بین تداوم ترک اعتیاد در دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. این مطالعه نشان داد شرکت در جلسات معتادان گمنام می‌تواند باعث افزایش تداوم ترک اعتیاد مددجویان گردد (قدرتی و همکاران، ۱۳۹۱).

- محمدزادگان و همکاران (۱۳۹۱)، در تحقیقی با عنوان "مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی در افراد وابسته به مواد و افراد سالم" اظهار کردند این پژوهش از نوع مطالعات علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد معتاد به مواد مخدر مراجعه کننده به مراکز درمانی ترک اعتیاد شهرستان خوی در سال ۱۳۹۱ بودند. از این جامعه نمونه‌ای به حجم ۱۲۰ نفر (۶۰ نفر معتاد به مواد مخدر به روش نمونه‌گیری در دسترس و ۶۰ نفر فرد بهنجار به روش در دسترس) پس از هم‌تاسازی از نظر سن، جنسیت و تحصیلات انتخاب و پرسشنامه‌های

سلامت عمومی کلبرگ (GHQ-۲۸) و حمایت اجتماعی (فلمینگ) را تکمیل کردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS به روش تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) و آزمون بون فرنی (BONFERRONI) انجام گرفت. این تحقیق نشان داد که معنادان از سلامت روان ( $F=۳۶/۲۶$ ،  $P<۰/۰۰۰۱$ )؛ و حمایت اجتماعی ( $F=۲۷/۳۶$ ،  $P<۰/۰۰۰۱$ ) کمتری نسبت به افراد سالم برخوردارند. با توجه به نتایج حاصل می توان عنوان کرد افراد معتاد در مرحله اول افرادی آسیب پذیر از نظر روانشناختی بوده و نیاز به مشاوره، حمایت و درمان دارند. محبوس کردن، دور نگه داشتن از جامعه و تنبیه آنان درمان مطلوب نیست چرا که راه‌های فوق نه تنها مشکلات و درد های یک معتاد را التیام نمی‌بخشد بلکه منجر به گسترش ناهنجاری‌ها و اختلالات روانی فرد معتاد می‌گردد و طبعاً گرایش برای مراجعه مجدد به مواد مخدر را افزایش می‌دهد (محمدزاده گان و همکاران، ۱۳۹۱).

-منچری و همکاران (۱۳۹۱)، در تحقیقی با موضوع "حمایت اجتماعی درک شده در خانواده‌های معتادین مراجعه کننده به یکی از مراکز درمانی ترک اعتیاد گرگان" عنوان کردند روش تحقیق توصیفی است که طی آن در سال ۱۳۹۱، ۴۰۰ عضو درجه یک فرد معتاد مراجعه کننده به مرکز درمانی ترک اعتیاد پنج آذر در شهر گرگان به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در طول شش ماه انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه ۲ قسمتی شامل اطلاعات دموگرافیک و حمایت اجتماعی نورتوس بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS ۷۱۶ و آزمون های توصیفی و تحلیلی استفاده گردید. نتایج نشان داد که درک از حمایت اجتماعی بیشتر خانواده‌های معتادین ۷۰.۳٪ (۲۸۱ نفر) در سطح متوسط بود. رابطه حمایت اجتماعی درک شده با جنس و نسبت فامیلی و وضعیت اشتغال به صورت مثبت معنی‌دار بود و این در حالی است که حمایت اجتماعی درک شده با سن، وضعیت تحصیلی و وضعیت تاهل ارتباط معنی‌داری نداشت (منچری و همکاران، ۱۳۹۱).

- منچری و همکاران (۱۳۹۲)، در تحقیقی با عنوان "ارتباط مشکلات روانی- اجتماعی با درک از حمایت اجتماعی در خانواده‌های معتادین" بیان نمود روش پژوهش از نوع توصیفی- تحلیلی بوده و در این پژوهش ۴۰۰ عضو درجه یک فرد معتاد مراجعه کننده به مرکز درمانی ترک اعتیاد پنج آذر گرگان در سال (۱۳۹۱)، باروش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های سلامت روانی- اجتماعی، حمایت اجتماعی نورتوس و مشخصات فردی بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون های آماری ضریب همبستگی اسپیرمن، ضریب کای اسکوئر و فیشر استفاده شد. نتایج نشان داد که بیشتر خانواده‌های شرکت کننده در این مطالعه دارای اضطراب متوسط (۳۶.۴٪) و افسردگی متوسط (۳۶.۸٪) می‌باشد. همچنین ۳۶٪ از آن‌ها دارای پرخاشگری کم و ۳۵.۸٪ نیز حساسیت بین فردی متوسط داشتند. حمایت اجتماعی درک شده بیشتر خانواده‌ها (۷۰.۳٪) در سطح متوسط بود. نتایج نشان داد بین درک از حمایت اجتماعی و اضطراب ( $r=-۰.۳۴۷$ )، افسردگی ( $r=-۰.۳۴۷$ ) و حساسیت در روابط بین فردی ( $r=-۰.۲۹۳$ ) ارتباط معکوس معنی‌داری وجود داشت، در حالی که این ارتباط بین پرخاشگری با درک از حمایت اجتماعی معنی‌دار نبود ( $r=-۰.۰۹۶$ ).

- اشرفی و همکاران (۱۳۹۳)، در تحقیقی با عنوان "رابطه حمایت اجتماعی و جهت‌گیری مذهبی با میزان عود در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون" اظهار داشتند روش تحقیق توصیفی - همبستگی است و بر روی ۲۰۰ بیمار تحت درمان با نگهدارنده متادون در مراکز درمان اعتیاد مشهد انجام شد. روش نمونه‌گیری دردسترس است. یافته‌ها نشان داد که بین جهت‌گیری دینی درونی ( $r = -0.52$ )، حمایت خانواده ( $r = -0.48$ )، حمایت دوستان ( $r = -0.33$ ) و میزان عود رابطه منفی معناداری وجود دارد. در واقع میزان عود در افرادی که از حمایت خانوادگی بیشتری برخوردارند و همچنین جهت‌گیری دینی درونی بیشتری داشتند کمتر بود. یافته‌ها نشان داد که تمامی این متغیرها روی هم ۶۲٪ از واریانس میزان عود را تبیین می‌کنند که از این میان سهم جهت‌گیری دینی درونی ۲۷٪، جهت‌گیری دینی بیرونی ۶٪ و حمایت خانواده ۴٪ است. افزایش حمایت خانواده و جهت‌گیری دینی درونی با کاهش میزان عود و افزایش جهت‌گیری دینی بیرونی با افزایش میزان عود همراه است (اشرفی و همکاران، ۱۳۹۳).

- زمانی و همکاران (۱۳۹۴)، در تحقیقی با عنوان "بررسی نقش حمایت‌های خانواده در دریافت حمایت‌های اجتماعی (با تأکید بر نوجوانان معتاد استان هرمزگان) بیان نمود هدف اصلی این پژوهش پیش‌بینی نقش حمایت‌های خانواده در دریافت حمایت‌های اجتماعی میان نوجوان معتاد استان هرمزگان است. تحقیق حاضر، توصیفی از نوع همبستگی و پیش‌بینی است. جامعه آماری این پژوهش کلیه نوجوانان گروه سنی ۲۰-۱۵ ساله را در برمی‌گیرد که به یکی از انواع مواد مخدر اعتیاد داشتند. از میان نوجوانان معتاد، به صورت هدفمند تعداد ۳۴۵ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. داده‌ها از طریق پرسشنامه شیوه‌های فرزند پروری بامریند (۱۹۹۱)، و حمایت اجتماعی زیمت و همکاران (۱۹۹۸)، جمع‌آوری؛ و با استفاده از آزمون‌های توصیفی و استنباطی کلموگروف اسمیرنف، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری با استفاده از نرم افزار SPSS۲۰ تحلیل شد. بر اساس نتایج رگرسیون همزمان، حمایت خانواده به شیوه مقتدرانه، پیش‌بینی کننده درک حمایت اجتماعی است و به صورت مثبت، تغییر در واریانس درک حمایت اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند. حمایت خانواده به شیوه سهل‌گیرانه، پیش‌بینی کننده درک حمایت اجتماعی است و به صورت مثبت، تغییر در واریانس درک حمایت اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند. اما حمایت خانواده به شیوه مستبدانه، پیش‌بینی کننده درک حمایت اجتماعی نمی‌باشد. بر اساس مقدار تعدیل شده ۲۷.۳ درصد از تغییرات واریانس متغیر درک حمایت اجتماعی، به وسیله‌ی حمایت خانواده به شیوه‌ی سهل‌گیرانه و مقتدرانه تبیین می‌شود. نتایج نشان می‌دهد که سبک درست حمایت خانواده، با دریافت حمایت از اجتماع مرتبط می‌باشد و سبک‌های نادرست مانند مستبدانه، در هنگام مشکلات مانع کمک گرفتن از اجتماع در میان معتادان استان هرمزگان می‌شود (زمانی و همکاران، ۱۳۹۴).

- رحمتی و همکاران (۱۳۹۵)، در تحقیقی با عنوان "مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و حمایت اجتماعی در معتادان موفق و ناموفق در ترک اعتیاد" اذعان نمودند هدف از پژوهش حاضر مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و حمایت اجتماعی در معتادین موفق و ناموفق در ترک اعتیاد بود. در این بررسی علی-مقایسه‌ای، ۵۰ فرد موفق در ترک اعتیاد، به روش نمونه‌گیری در دسترس و ۵۰ فرد ناموفق در ترک اعتیاد به روش نمونه‌گیری گلوله برفی انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه شخصیتی نئو و پرسشنامه حمایت اجتماعی پروسپاندو و هلر که دارای

دو مقیاس خانواده و دوستان است استفاده شد. نتایج نشان داد که معتادان موفق در ترک اعتیاد، در مقایسه با گروه ناموفق در ترک اعتیاد، در بعد شخصیتی روان رنجوری نمره پایین تر و در ابعاد دلیزیر بودن و باوجدان بودن نمره بالاتری داشتند و حمایت بیشتری را از سوی خانواده دریافت می کردند. بین حمایت دوستان در دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت (رحمتی و همکاران، ۱۳۹۵).

## ۲-۲-۲- تحقیقات خارجی

- بررسی های گاتمن<sup>۱</sup> (۱۹۷۸)، و استیر<sup>۲</sup> (۱۹۷۴)، نشان دادند که از هم گسیختگی خانواده، عدم پذیرش خانواده، بازگشت به مسئولیت قبلی، تأثیر پایگاه اقتصادی و اجتماعی، بیکاری، دوستان ناباب، ضعف اعتقادات مذهبی، وضعیت زندان و به طور کلی گسستگی شبکه های حمایت اجتماعی در بازگشت مجدد به اعتیاد افراد مؤثر می باشد (هاشمی و همکاران، ۱۳۸۸).

- مطالعات مک کارتنی (۱۹۹۶)، کارول (۱۹۹۰) و گارانتیه وانی (۱۹۹۹) حاکی از آن است که مداخلات حمایتی مانند حمایت های معنوی و خانوادگی، نقش اساسی در بازداری از عود سوء مصرف مواد دارند (هاشمی و همکاران).

- نتایج پژوهش الیس<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۴)، نشان داد که حمایت اجتماعی و فعالیت های مثبت اجتماعی در پیشگیری از عود در افراد وابسته به مواد مؤثر است و به طور معناداری احتمال عود را کاهش می دهد. حمایت اجتماعی به عنوان پیش بینی کننده پیامدهای مربوط به سلامت عمل می کند و موجب بهبود بهزیستی روان شناختی می شود (الیس و همکاران، ۲۰۰۴).

- پژوهش وارن، استین و گرلا (۲۰۰۷)، نشان داد که بالا بودن حمایت اجتماعی پیش بینی کننده بهبود وضعیت سلامت روانی و کاهش مصرف کوکائین و هروئین در افراد مورد بررسی است (حاجیلو و جعفری، ۱۳۹۴).

- پژوهش لموس<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۲)، نشان داد که افراد وابسته به مواد و الکل نمرات پایینی را در مقیاس ادراک حمایت خانواده به دست آوردند و همچنین این افراد در مقیاس افسردگی، اضطراب، ناامیدی نمرات بالایی داشتند. حمایت اجتماعی در بهبودی از مصرف مواد و به ویژه در طول مراحل اولیه درمان نقش دارد.

---

۱. Gutman

۲. Stare

۳. Ellis

۴. Lemos

## ۲-۳- ادبیات تحقیق

### ۲-۳-۱- مفهوم حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی را می‌توان این گونه تعریف کرد: ادراک یا تجربه یک فرد از این که او را دوست دارند، از او مراقبت می‌کنند، به او حرمت و ارزش می‌دهند و او را، بخشی از یک شبکه اجتماعی با مساعدت‌ها و تعهدات به شمار می‌آورند (ویلس، ۱۹۹۱).

کوب حمایت اجتماعی را به میزان برخورداری از محبت، مساعدت و توجه اعضاء خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف کرده است (کوب به نقل از صدقپور و همکاران، ۱۳۸۹). حمایت اجتماعی را می‌توان به هر گونه محرکی که به پیشرفت اهداف فرد حمایت شده کمک کند دانست. حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه به اعضای خانواده دوستان و سایر افراد تعریف شده است (سارافینو، به نقل از کلدی و سلحشوری، ۱۳۹۱).

به طور کلی، ادبیات پژوهشی در زمینه حمایت اجتماعی را می‌توان به دو دسته تقسیم کرد: گروه اول، مطالعاتی که عمدتاً بر سیستم‌های حمایتی عینی و واقعی دریافت شده از محیط اجتماعی اطراف فرد متمرکز شده‌اند؛ گروه دوم، مطالعاتی هستند که به سازه حمایت اجتماعی ادراک شده توجه دارند به این معنا که بنا بر تصور و ادراک یک شخص، وی از چه میزانی از حمایت اجتماعی برخوردار است (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹). حمایت اجتماعی احساس ذهنی تعلق، پذیرش، محبوب و ارزشمندبودن و نیز امکان دریافت کمک در وضعیت اضطراری تعریف شده است. حمایت اجتماعی شامل کمک و آرامشی است که کسی از رابطه‌ای پایدار و مداوم با شخص یا گروهی انتظار دارد. حمایت اجتماعی تبادلات بین فردی در میان اعضای شبکه اجتماعی است که به صورت روابط دوسویه و غیررسمی و معمولاً خودبه خودی و سودمند است و دو حیطة عملکردی (حمایت اجتماعی درک شده) و ساختاری (اندازه شبکه اجتماعی) دارد (حیدری و همکاران، ۱۳۸۷). برم و همکاران (۱۹۹۶)، بر مبنای نظر کوب (۱۹۷۶)، حمایت اجتماعی را تعلق ادراک شده به شبکه ارتباط اجتماعی تعریف کرده‌اند (پورمحمدرضای تجریشی و میرزمانی، ۱۳۸۶). بعد ساختاری حمایت اجتماعی ویژگی‌های کمی و عینی منبع حمایت است و بعد عملکردی حمایت اجتماعی عبارت است از ویژگی‌های کیفی و ذهنی حمایت. حمایت اجتماعی دو شکل عاطفی و ابزاری دارد؛ حمایت اجتماعی عاطفی را می‌توان ایجاد نوعی رابطه صمیمی و بامحبت با افراد دانست و مراد از حمایت اجتماعی ابزاری ارائه خدمات، کمک در فعالیت‌ها، دادن پول و دیگر کمک‌هایی است که در اختیار افراد قرار می‌گیرد. اعضای خانواده همواره مهم‌ترین منبع حمایت اجتماعی ابزاری به شمار می‌روند (زکی، ۱۳۸۶).

### ۲-۳-۲- حمایت اجتماعی ادراک شده

حمایت اجتماعی ادراک شده بر وضعیت جسمی، روانی، رضایت از زندگی و جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی افراد اثرات زیادی دارد و به عنوان یک عامل تعدیل کننده مؤثر در مقابله و سازگاری با شرایط استرس‌زای زندگی شناخته شده است (فریدلندر و همکاران، ۲۰۰۷). در مطالعات موجود در این زمینه، حمایت اجتماعی به دو صورت حمایت



اجتماعی دریافت شده<sup>۱</sup> و ادراک شده<sup>۲</sup> 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. مفهوم حمایت اجتماعی ادراک شده به حمایت از دیدگاه ارزیابی شناختی فرد از روابطش اشاره دارد. نظریه پردازان این حوزه بر این باورند که تمام روابطی که فرد با دیگران دارد حمایت اجتماعی محسوب نمی‌شود؛ مگر اینکه فرد آن‌ها را به عنوان یک منبع در دسترس و مناسب برای رفع نیازهایش ارزیابی کند. مقیاس‌های حمایت اجتماعی ادراک شده نیز بر ارزیابی شناختی فرد از محیطش و سطح اطمینان فرد به اینکه در صورت لزوم کمک و حمایت در دسترس خواهد بود متمرکز هستند (براور و همکاران، ۲۰۰۸).

### ۲-۳-۳- کارکردهای حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی به این مساله می‌پردازد که فرد در زندگی خود و هنگام مشکلات از همفکری و مساعدت‌های اطرفیان خود (خانواده و دوستان و....) بهره‌مند شود و بتواند با آنها احساس نزدیکی کند. حمایت در برگیرنده کارکردهای حمایتی یعنی شکل‌های متفاوت کمک و یاری است که فرد در صورت داشتن روابط اجتماعی در سطوح مختلف منابع ساختاری حمایت اجتماعی مانند پیوند قوی، شبکه‌های اجتماعی و عضویت گروهی می‌تواند از انواع مساعدت‌ها و کمک‌های عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی برخوردار شود (کلدی و سلحشوری، ۱۳۹۱).

کارکردهای حمایت اجتماعی تا حدی به این بستگی دارد که چگونه به ما یاری می‌کند. آیا حمایت اجتماعی به ما کمک می‌کند تا با محرک‌های تنش‌زا مقابله کنیم، یا این که موجب می‌شود که به طور کلی فشار روانی کمتری تجربه کنیم؟ آیا حمایت اجتماعی فقط هنگامی مفید واقع می‌شود که ما یک محرک تنش‌زا تجربه می‌کنیم، یا این که در همه اوقات مفید است؟ این گونه موضوعات به فرمول‌بندی دو مکانیزم اساسی انجامیده است که از طریق آن‌ها حمایت اجتماعی در فشار روانی مؤثر واقع می‌شود. اولین مکانیزم اصلی چنین فرض می‌کند که حمایت اجتماعی بدون توجه به این که آیا ما دچار فشار روانی هستیم یا نه مفید است و این نداشتن حمایت اجتماعی خود فشار را است. این فرضیه، فرضیه مستقیم یا فرضیه اثر اصلی نامیده شده است و در تضاد با فرضیه جانشینی آن قرار می‌گیرد که فرضیه سپر محافظ فشار روانی نامیده شده و حاکی از آن است که حمایت اجتماعی به این دلیل که سپر فشار روانی شده و یا ما را در مقابله با آن کمک می‌کند مفید است. شواهد عملاً هر دو فرضیه را تأیید می‌کنند. گاهی به نظر می‌رسد که حمایت اجتماعی بدون توجه به فشار روانی مفید است و حمایت اندک خود به خود فشار روانی ایجاد می‌کند، در حالی که در سایر موارد اثرات مثبت داشتن حمایت اجتماعی فقط هنگامی خود را نشان می‌دهد که ما تحت فشار روانی باشیم (جعفری، ۱۳۸۹).

همه افراد در طول زندگی خود (در هر سنی)، درجاتی از استرس را تجربه می‌کنند و در صدد کنار آمدن با آن بر می‌آیند. به فرآیندی که برای مهار ناهماهنگی ادراک شده بین ملزومات و منابع در یک موقعیت استرس‌زا توسط

<sup>۱</sup> - Revised

<sup>۲</sup> - Perceived

افراد به کار گرفته می‌شود؛ کنار آمدن گفته می‌شود ( سارافینو، ۱۳۸۴). یکی از راهکارهای کنار آمدن با موقعیت‌های استرس‌زا، افزایش حمایت‌های اجتماعی است و تحقیقات نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی، به افراد در کنار آمدن با فشار روانی کمک می‌نماید (سانتراک، ۱۳۸۳) و موجب تخفیف شماری از نشانگان درماندگی روانشناختی از قبیل افسردگی، اضطراب و ناخشنودی می‌شود.

تامپسون (۱۹۹۵)، برای حمایت اجتماعی کارکردهای زیر را بیان کرده است: ضربه‌گیری در برابر استرس‌ها، دسترسی به اطلاعات، خدمات و منابع مادی، کسب مهارت، مشاوره و ارائه راهکار و راهنمایی، نظارت، کنترل اجتماعی. کارکردهای حمایت اجتماعی در سه گروه کلی عبارتند از:

کمک محسوس: در هنگام فشارهای روانی، خانواده و دوستان می‌توانند خدمات و امکانات خوبی را در اختیار فرد قرار دهند.

اطلاعات: منابع حمایتی نظیر دوستان و خانواده با ارائه راهکارها و پیشنهاداتی درخصوص فشار روانی ایجاد شده، در مقابل فشار روانی فرد را قادر به مقابله می‌نمایند.

حمایت هیجانی: اطمینان فرد نسبت به این امر که برای دیگران ارزشمند است، در زمان رویارویی با فشار و استرس که عزت نفس اغلب کاهش می‌یابد، به او کمک می‌کند که با دلگرمی بیشتری با فشار روانی کنار بیاید. اغلب مطالعات و تحقیقات در زمینه حمایت اجتماعی، تأثیر مبادلات عاطفی را مورد توجه قرار داده‌اند. این مطالعات نشان می‌دهند که داشتن رابطه نزدیک و خصوصی با کسی برای کاهش و یا از بین بردن تأثیر عوامل استرس‌زا، بسیار اهمیت دارد (تاسیگ، ۱۳۸۶).

## ۲-۳-۴- منابع حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی از منابع مختلفی می‌تواند تأمین گردد: خانواده، دوستان، همکاران، مدیران و... هریک از این منابع قادر هستند که فقدان منابع حمایتی دیگر را جبران نمایند. این منابع را در دو گروه کلی می‌توان تقسیم‌بندی نمود: حمایت‌های رسمی که غالباً از سوی مؤسسات و نهادهای خصوصی و دولتی ارائه می‌شود. حمایت‌های غیر رسمی که از روابط شخصی فرد با خانواده، دوستان و... به ویژه در هنگام بحران‌ها و نیازها ناشی می‌شود. توجه به این نکته ضروری است که بین حمایت‌های رسمی سیستم‌های خدماتی و حمایت‌های غیر رسمی دوستان و خانواده، تمایز وجود دارد. حمایت‌های اجتماعی غیر رسمی نسبت به حمایت‌های رسمی ساختار یافتگی کمتری داشته و به صورت آزادانه انجام می‌شوند.

شواهد تحقیقاتی در زمینه‌ی تئوری اکولوژی اجتماعی و تئوری حمایت اجتماعی بر اهمیت انواع و سطوح چندگانه حمایت دلالت دارد. به عبارتی علاوه بر خانواده، سایر منابع حمایتی نیز در ایجاد حمایت مؤثر خواهند بود. بر اساس دیدگاه اکولوژی- اجتماعی، منابع حمایت اجتماعی دارای مدلی هرمی است که از قاعده به سمت رأس شامل سطوح فرهنگی، زمینه‌ای، ارتباط نزدیک و سیستم سازگاری شخصی می‌باشد که هر یک از این سطوح به دو

صورت غیررسمی و رسمی است. عوامل غیررسمی از جمله مذهب و اجتماع، محیط فیزیکی اطراف، خانواده و دوستان مربوط به سطوح مختلف فرهنگی، زمینه‌ای و ارتباط بوده و سیاست‌ها و رسانه، محیط کار و سازمان‌های مرتبط با خدمات بهداشتی، عوامل رسمی سطوح مختلف حمایت اجتماعی می‌باشند (نوروزی و همکاران، ۱۳۹۲).

## ۲-۳-۵- اجزاء حمایت اجتماعی

فاکتورهایی در محیط اجتماعی وجود دارد که اثر استرسورهای اجتماعی را تعدیل می‌دهد. یکی از این فاکتورها حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی ۴ جز دارد: (۱) شبکه اجتماعی (۲) تعامل اجتماعی (۳) دریافت حمایت اجتماعی (۴) ابزار حمایت.

شبکه اجتماعی شامل افراد و گروه‌هایی هستند که در پیرامون فرد هستند مانند همسر و فرزندان. تعامل اجتماعی به میزان ارتباط فرد با دیگر اعضای شبکه گفته می‌شود. به نظر می‌رسد گوشه‌گیری و انزوا یک عامل خطر برای ابتلا به افسردگی است. دریافت حمایت اجتماعی یعنی فرد بتواند خودش را وابسته به آن جامعه بداند و به راحتی با آن گروه یا جامعه تعامل برقرار کند و احساس تعلق به آن جامعه داشته باشد. ابزار حمایت با مشخص کردن سرویس‌های عینی و قابل مشاهده که برای فرد از جانب شبکه فراهم می‌شود، ارزیابی می‌گردد (مثل طبخ غذا، کمک‌های مالی، سرویس‌های رفت و آمد). ساختن حمایت اجتماعی تحت تأثیر وجود یک جامعه‌ی یک پارچه است که باعث تحکیم الگوی رفتارهای بین فردی می‌شود که برای بقا و رفاه اعضای آن جامعه ضروری است.

## ۲-۳-۶- عوامل مؤثر در بهره‌مندی از حمایت اجتماعی

عوامل مؤثر در بهره‌مندی از حمایت اجتماعی عوامل متعددی در تعیین بهره‌مندی از حمایت اجتماعی مؤثرند. بعضی از این عوامل به خود فرد مربوط می‌شوند (عوامل درون فردی) به عنوان نمونه خلق و خوی فرد، تعیین کننده اینست که فرد، گیرنده یا دهنده حمایت باشد (سارافینو، ۱۳۸۴). افراد از لحاظ میزان نیاز و علاقه به روابط اجتماعی متفاوت هستند و احتمال برخورداری و نیز ارائه حمایت اجتماعی توسط آنهایی که بیشتر درصدد برقراری ارتباط با دیگران می‌باشند، بیشتر است. فردی که اجتماعی نباشد، به دیگران کمک نکند و اجازه ندهد دیگران بفهمند که به کمک نیاز دارد، احتمالاً از حمایتی برخوردار نخواهد شد. بعضی افراد آنقدر که لازم است، جسارت کمک طلبیدن را ندارند، یا نمی‌خواهند مزاحم دیگران شوند، یا می‌خواهند مستقل شوند، یا نمی‌دانند که از چه کسی کمک بخواهند، یا نمی‌توانند به کسی اطمینان کنند.

یکی دیگر از عوامل تعیین کننده بهره‌مندی از حمایت اجتماعی، ساختار شبکه اجتماعی فرد، یعنی پیوندهایی است که فرد با اعضای خانواده و جامعه خود دارد. مطالعات گسترده در مورد حمایت اجتماعی نشان داده است که به طور مشخص خویشاوندان، دوستان، همسایگان و همکاران به عنوان منابع مهمی هستند که می‌توان در صورت نیاز به کمک آنها مراجعه کرد. پیوندهای گوناگون - که از نظر وسعت، میزان صمیمیت، تعداد ارتباطات و نزدیکی متفاوت

هستند- حمایت‌های اجتماعی مختلفی را برای اعضای شبکه فراهم می‌سازند. بنابراین تنوع روابط، طیف وسیعی از حمایت‌های متنوع را برای افراد فراهم می‌آورد و این حمایت‌های اجتماعی افراد را قادر می‌سازد تا توانایی رویارویی با مشکلات روزمره زندگی و بحران‌های زندگی را داشته باشند و به خوبی آنها را سپری کنند. میزان حمایت اجتماعی که افراد دریافت می‌کنند، همچنین به جنس و گروه فرهنگی اجتماعی آنان بستگی دارد. برخی شواهد نشان می‌دهد که زنان در مقایسه با مردان، کمتر از همسرانشان از حمایت برخوردار می‌شوند و برای کسب حمایت اجتماعی، بیشتر به دوستان زن خود تکیه می‌کنند. تحقیقات نشان داده است، افرادی که با وقایع استرس‌زا به خوبی کنار می‌آیند، بیشتر امکان دارد که دیگران را به خود جذب کنند و احتمال دوری دیگران از آنها بسیار اندک است. در حالی که آن گروه از افراد که در مقابله با استرس مشکل دارند، چنین نیستند؛ این بدین معناست که افرادی که بیش از همه به حمایت اجتماعی نیاز دارند، کمتر احتمال دارد که از آن بهره‌مند شوند (سارافینو، ۱۳۸۴).

### ۲-۳-۷- ابعاد حمایت اجتماعی

اساسی‌ترین ابعاد حمایت اجتماعی در دو بعد طبقه‌بندی می‌شود: بعد ساختاری؛ که ویژگی‌های کمی و عینی منبع حمایت را در بر می‌گیرد که شامل روابط اجتماعی رسمی یا غیر رسمی فرد با دیگران و تعداد نقش‌هایی که فرد ایفا می‌کند؛ می‌شود. این بعد حمایت اجتماعی ناظر به شبکه روابط اجتماعی فرد با دیگران است و تعداد افراد مورد تعامل، نوع و میزان ارتباطات مجموعه افرادی را در یک شبکه با هم پیوند دارند، در بر دارد.

بعد عملکردی؛ که شامل ویژگی‌های کیفی و ذهنی حمایت می‌باشد. این بعد به خصایص روابط اجتماعی که فرد برقرار می‌کند، مربوط است. اهمیت بعد عملکردی از این رو است که روابط اجتماعی فرد تا چه حد می‌تواند در هنگام مواجهه با فشارهای روانی و اجتماعی به مثابه تعدیل‌کننده و محافظ عمل نمایند. کاپلان (۱۹۷۷)، پیشنهاد نمود که ابعاد کارکردی حمایت اجتماعی، تمام نیازهای اجتماعی اساسی را شامل می‌شود. نیازهای اجتماعی اساسی، علاقه و محبت، اعتبار و ارزش و یا موافقت، تعلق، هویت و امنیت را در بر می‌گیرد.

### ۲-۳-۸- انواع حمایت اجتماعی

به عقیده محققان اساساً ۵ نوع حمایت اجتماعی وجود دارد: حمایت عاطفی؛ ابراز همدردی، توجه، محبت و علاقه نسبت به فرد را در بر می‌گیرد، به این معنا که فرد در هنگام فشار روانی احساس می‌کند که به جایی تعلق دارد و همین حس، آسایش و آرامش را برای وی فراهم می‌نماید. می‌توان گفت منابع این نوع حمایت، کسانی هستند که فرد برای دل‌داری، تسلی و یافتن احساس اطمینان

به آن‌ها رجوع می‌نماید. از نظر لاندرمن و دیگران، حمایت عاطفی بعدی از حمایت اجتماعی است که در برگیرنده کاربرد روابط اجتماعی در سهیم شدن عواطف، یافتن تفاهم، تخلیه یأس و سرخوردگی و افزایش عزت نفس است (قدسی، ۱۳۸۲).

حمایت ارزشی؛ با ابراز احترام، تشویق و تأیید نظرها و احساسات فرد نمود پیدا می‌کند. این حمایت، احساس ارزشمندی، لیاقت و اعتبار را در فرد افزایش می‌بخشد.

حمایت مادی؛ شامل کمک‌های مستقیم به فرد است.

حمایت اطلاعاتی؛ پیشنهاد، توصیه کردن و کمک به فرد برای فهم یک مسئله و یا مشکل را شامل می‌شود. اطلاعاتی که فرد بتواند در برابر مسائل شخصی و محیطی از آن‌ها استفاده نماید، می‌تواند به عنوان یک منبع حمایتی محسوب گردد.

حمایت شبکه‌ای؛ فرد به دلیل عضویت در گروهی با علایق و فعالیت‌های خاص حمایتی را دریافت می‌دارد. هوس<sup>۱</sup> (۱۹۸۷)، حمایت اجتماعی را در ۴ دسته وسیع متمایز می‌کند: ۱. حمایت عاطفی که با سهیم شدن در تجارب زندگی پیوند می‌خورد و توجه، مراقبت، علاقه و صداقت را شامل می‌شود، ۲. حمایت ابزاری که فراهم کردن وسایل و خدمات در دسترسی را برای فرد شامل می‌شود تا مستقیماً فرد را در برطرف کردن نیازش کمک کند، این حمایت از طریق دوستان نزدیک، همکاران (هم‌رده‌ها) و همسایگی‌ها تأمین می‌شود، ۳. حمایت اطلاعاتی که حمایت به وسیله نصیحت، پیشنهاد و اطلاعاتی است و فرد در مواجهه با مسائل می‌تواند از آنها استفاده کند، ۴. حمایت ارزیابی که نوعی اعتبار بخشیدن است (نوریس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹).

تویتس<sup>۳</sup> (۱۹۸۲)، پیشنهاد کرد که حمایت ابزاری (مانند فراهم نمودن یاری و کمک محسوس و ملموس از طریق خدمات کاری یا خانوادگی) و حمایت عاطفی (مانند فراهم نمودن کمک غیر ملموس نظیر علاقه، نصیحت و اعتبار)، تمام نیازهای اجتماعی اساسی را در بر می‌گیرد و تمام انواع دیگر حمایت را شامل می‌شود (نوریس، ۲۰۰۹). حمایت عاطفی به میزان و دریافت محبت، مراقبت، همدردی و درک از دیگران، مرتبط است (تویتس، ۱۹۹۵). حمایت عاطفی معمولاً به وسیله یک محرم (رازدار) و یا شبکه‌ای از افراد نزدیک صمیمی فراهم می‌شود (برکمن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰).

## ۲-۳-۹- تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی

به اعتقاد هاوس، حمایت اجتماعی به سه طریق به سلامت افراد در مقابله با رویدادهای فشارزا کمک می‌کند؛ اولاً اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد می‌توانند مستقیماً حمایت ملموسی به شکل منابع مادی در اختیار شخص قرار دهند. ثانیاً اعضای شبکه‌ی اجتماعی فرد می‌توانند با ارائه‌ی پیشنهادهای، وی را از حمایت اطلاعاتی خود برخوردار سازند. ثالثاً افراد شبکه‌ی اجتماعی می‌توانند با اطمینان بخشی دوباره به فرد در خصوص این که مورد

<sup>۱</sup>.hoose

<sup>۲</sup>.Norris

<sup>۳</sup>Töitse

<sup>۴</sup>Berkman

علاقه و بالارزش و محترم است، از وی حمایت عاطفی به عمل آورند و نهایتاً موجب افزایش عزت نفس و خودپنداره در او شوند. مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی بیان می‌کند که صرفاً داشتن حمایت اجتماعی برای سلامتی مفید است و برعکس، نداشتن یا فقدان حمایت اجتماعی تأثیراتی منفی بر سلامتی می‌گذارد. از این رو، سلامتی متأثر از میزان برخورداری از حمایت اجتماعی است.

کوهن نیز به تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی تأکید و بیان می‌کند که حمایت اجتماعی از طریق دو فرایند بر ارتقای سلامتی و شادابی افراد و در نتیجه بالا رفتن کیفیت زندگی آنها اثر می‌گذارد. نخستین نوع این فرایند شامل تهیه و مبادله منابع و کمک‌های عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری است و در فرایند دوم، بر منافع سلامتی حاصل از مشارکت در یک یا چند گروه اجتماعی تمرکز و تأکید می‌شود.

فلمنگ و باوم، سلامتی را تابعی از حمایت اجتماعی می‌دانند؛ بر این اساس افرادی که از حمایت اجتماعی برخوردار باشند، به نحوی از سلامت برخوردارند. درگیری افراد در شبکه‌های مختلف اجتماعی از جمله شبکه‌های خانوادگی، دوستی و همسایگی، منابع حمایت را فراهم می‌کند که با جذب بیشتر در این شبکه‌ها، افراد شرایط مطلوب را به دست می‌آورند و حمایت و در پی آن، سلامتی را کسب می‌کنند.

رز و وو نیز بر تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی تأکید دارند. طبق تعریف آنها حمایت اجتماعی که شامل ابعاد عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی است، موجب ارتقای سطح سلامت اجتماعی افراد می‌شود (حیدر خانی و همکاران، ۱۳۹۵).

## ۲-۳-۱۰- مفهوم عود اعتیاد

بنابر تعریف، معنی عود، شکست در ایجاد تغییر رفتاری نیست؛ بلکه به ناکامی در تداوم یک تغییر رفتاری، «عود» گفته می‌شود. بر اساس رویکردهای مبتنی بر نظریه یادگیری اجتماعی و به ویژه نظریه خود کارآمدی باندورا، قدرتمندترین روش‌های ایجاد تغییر رفتاری عبارت دیگر، لزوماً کارآمدترین روش تداوم تغییرات درمانی نیست (باندورا یک راهبرد درمانی خاص ممکن است برای ایجاد تغییر در رفتار در جویانه فوق العاده مؤثر باشد، اما شاید در حفظ و تداوم همان تغییر (و برای پیشگیری از عود) چندان کارآمد نباشد. انتخاب نظریه خود کارآمدی باندورا، یک اصل کلیدی برای تمایز و تداوم تغییر رفتاری، به عنوان چارچوبی برای بهبود روش‌های پیشگیرانه است.

عود زمانی اتفاق می‌افتد که فرد دوباره مصرف را شروع می‌کند و این مصرف پنهانی است. البته علامت‌های دیگری هم در این میان تعیین کننده هستند. وقتی فرد مصرفش را هر بار بیش از پیش کند، علائم ترک پیدا کند، نسبت به ماده مصرفی‌اش تحمل پیدا کند و مثل سابق از مصرف همان مقدار ماده لذت نبرد یا زمان و هزینه زیادی را برای تهیه ماده صرف کند، همچنین زمانی که اعتیاد تأثیر زیادی بر شغل و روابط اجتماعی و خانوادگی فرد بگذارد یا فرد نتواند مقدار مصرفش را کنترل کند و بیش از چیزی که قصد دارد مصرف کند و... برخی از معیارهای سوء مصرف هستند که نشان دهنده وابستگی فرد است. طبیعتاً لغزش همه این علائم را ندارد، اما وقتی یک لغزش، دوباره و چندباره تکرار شود، به تدریج علائم وابستگی ظاهر می‌شود و مشخص می‌شود بیماری اعتیاد فرد عود کرده است.

همان‌طور که در بیماری‌های مزمن، هیچ روش درمانی‌ای نمی‌تواند ادعای درمان صددرصدی داشته باشد، هیچ روش تضمینی و صددرصدی برای ترک اعتیاد وجود ندارد اما هرچه شیوه ترک و درمان اعتیاد علمی‌تر، حساب‌شده‌تر و بر اساس شواهد علمی بیشتری انجام شود، انتظار می‌رود احتمال لغزش و عود بیماری کمتر باشد (شریعتی، ۱۳۹۳).

## ۲-۳-۱۱- عوامل عود اعتیاد

عوامل عود اعتیاد همان عوامل مؤثر در اعتیاد بوده که می‌توان آنها را در قالب عوامل فردی (فقر معنوی، افسردگی، بیماری، لذت جویی، عدم اعتماد به نفس، استقلال طلبی، عدم رشد شخصیت و ناامیدی، تحصیلات پایین)، عوامل خانوادگی (اعتیاد یک یا چند نفر از اعضای خانواده، اختلافات خانوادگی، ضعف سرپرستی والدین، بیکاری والدین خصوصاً بیکاری پدر، کم سواد والدین)، عوامل اجتماعی (محیط مدرسه، دوستان ناباب، تفریحات ناسالم، بیکاری، عدم مقبولیت اجتماعی، فقرهای فرهنگی، رشد جمعیت، مهاجرت‌های بی‌رویه) و عوامل جغرافیایی و اقتصادی (سکونت در مسیرهای تردد مواد مخدر، سهولت دسترسی به مواد مخدر، فقر و بحران اقتصادی، بیکاری و فرار از مشکلات زندگی) ارائه نمود (ناستی زایی و همکاران، ۱۳۸۹).

فلاح زاده و حسینی (۱۳۸۵) عوامل مؤثر در عود اعتیاد را به شرح ذیل بیان می‌کنند: دوستان معتاد، فشارهای روحی - روانی، مراجعه به محل‌های سابق، موقعیت‌های ناگوار، طرد شدن از طرف خانواده و جامعه و دیدن اشیاء و ابزار مصرف مواد (نریمانی، ۱۳۸۳). عدم برنامه‌ریزی برای اشتغال معتادین، عدم آگاهی از روش‌های مقابله با مشکلات زندگی، محیط اجتماعی آلوده، دوستان معتاد، پرنشدن اوقات فراغت، عدم شرکت در گروه درمانی، اضطراب، افسردگی و پایین بودن سطح امیدواری فرد را از مهم‌ترین علل عود اعتیاد می‌داند. (امینی و همکاران، ۱۳۸۲) علل عود اعتیاد را تماس با مواد افیونی، ورشکستگی مالی، همکلاسان معتاد، طرد شدن از خانواده، احساس اجبار ذهنی برای مصرف مواد، معلولیت و نقص جسمانی و داشتن اطمینان کاذب به خود می‌داند (ناستی زایی و همکاران، ۱۳۸۹).

متخصصین در پرسشنامه‌های خود علل بازگشت به مصرف مواد مخدر را سهولت دسترسی به این مواد، عدم مراقبت و کنترل و پیگیری در مورد مبتلایان به سوء مصرف مواد معالجه شده، وجود دیگر مبتلایان به سوء مصرف مواد در بین دوستان سابق، ناتمام ماندن یا اجرای ناقص برنامه ترک وجود مراکزی همچون قهوه‌خانه‌ها و نظایر آنها، ضعف قوای جسمی و بی‌خوابی شدید، ضعف و بی‌حالی مخصوص مبتلایان به سوء مصرف مواد می‌دانند (میرزایی و همکاران، ۱۳۸۹).

چند عامل در بالارفتن احتمال بروز لغزش مؤثر است؛ از جمله احساسات درونی فرد. احساسات منفی مثل افسردگی، اضطراب، خشم و... باعث می‌شود هوس فرد برای مصرف بیشتر شود و احتمال لغزش افزایش یابد. گاهی احساسات مثبت هم باعث لغزش می‌شود. مثلاً فرد خاطره‌ای خوب از مصرف مواد دارد و به هر دلیلی این خاطره برانگیخته می‌شود و فرد برای تکرار آن خاطره دچار لغزش می‌شود. گاهی هم سرنخ‌های بیرونی مثل شرایطی که فرد در آن مواد مصرف می‌کرده، عامل لغزش است. مثلاً دیدن دوباره دوستی که همیشه با او مواد مصرف می‌کرده، می‌تواند لغزش ایجاد کند. دیدن وسایلی که قبلاً با استفاده از آنها مواد مصرف می‌کرده (زغال،

منقل، پایپ و...) نیز همین پیامد را دارد. حتی شرکت در مهمانی‌هایی که فرد قبلاً در آنها مواد مصرف می‌کرده، می‌تواند بروز لغزش را محتمل‌تر کند. به‌طور کلی می‌توان گفت زنده شدن شرایط مصرف به صورت بیرونی، می‌تواند فرد را به سمت لغزش سوق دهد (شریعتی، ۱۳۹۳).

استرس‌های محیطی از جمله استرس‌های خانوادگی یکی دیگر از عوامل بروز لغزش است. استرس خانوادگی همیشه به معنی دعوا و مشاجره خانوادگی نیست. گاهی مراقبت‌های بیش از حد از فرد معتاد خود باعث لغزش و عود می‌شود. مثلاً در اختیار گذاشتن ماده مخدر، در اختیار گذاشتن هزینه بی‌حساب برای تهیه ماده مخدر، پنهان کردن و نادیده گرفتن رفتار فرد معتاد یا در مقابل، تحقیر کردن فرد و نسبت دادن رفتار اعتیادگونه به شخصیت فرد هم عکس‌العمل نادرستی است. یعنی به جای اینکه بگوییم: «تو به بیماری اعتیاد مبتلا هستی و به درمان نیاز داری»، می‌گوییم: «تو اصلاً آدم معتادی هستی». همچنین طرد کردن فرد هم عکس‌العمل نادرستی است. همه این رفتارها می‌تواند احتمال عود را بالا ببرد. مسائل دیگری مثل نداشتن مهارت‌های اجتماعی و زندگی هم می‌تواند در ایجاد لغزش دخیل باشد. مثلاً فردی که با مهارت‌های زندگی آشنا نیست یا به‌دلیل مصرف مواد مهارت‌هایش را از دست داده، در مواجهه با مشکلات به جای حل مسأله با کمک مهارت‌هایی که قبلاً به دست آورده، صورت مسأله را پاک می‌کند و به مواد پناه می‌برد. بنابراین مجموعه‌ای از این عوامل و عوامل احتمالی دیگر می‌تواند فرد را به سمت لغزش پیش ببرد. گاهی هم ممکن است بروز لغزش ریشه زیست‌شناختی داشته باشد؛ یعنی مصرف مواد بر قسمت‌هایی از مغز اثر گذاشته و این قسمت‌ها به وجود مواد عادت کرده‌اند. بنابراین بعد از ترک، این قسمت‌های مغز به مواد نیاز پیدا می‌کند و باعث ایجاد هوس در فرد می‌شود.

اعتیاد فقط سوءمصرف مواد مخدر نیست، بلکه رفتارهای اعتیادگونه دیگری هم هست که می‌تواند علت زیست‌شناختی داشته باشد. در این میان بدن برخی افراد بعد از ترک اعتیاد، به پاداش نیاز دارد؛ پاداشی که شادی‌آور باشد و نیازهای درونی فرد را ارضا کند. در این مقطع ممکن است برخی افراد سراغ رفتارهای پاتولوژیک یا بیمارگونه دیگری بروند. البته نمی‌توان این رفتارها را به همه نسبت داد و همه افراد این‌گونه نیستند. خیلی از اوقات هم افراد اعتیاد خود را با رفتارهای مثبت و سالم جایگزین می‌کنند. مثل افرادی که در درمان‌های ۱۲ قدمی و NA و... مصرف مواد مخدر را ترک می‌کنند و برای ترک اعتیاد به سایر افراد کمک می‌کنند. بنابراین نمی‌توان یک قاعده کلی برای همه افراد در نظر گرفت (شریعتی، ۱۳۹۳).

## ۲-۴- مبانی نظری

رویکرد نظری حمایت اجتماعی در پیوند با همبستگی اجتماعی، سابقه‌ای به قدمت جامعه‌شناسی کلاسیک دارد. دورکیم با طرح مفهوم همبستگی اجتماعی به گونه‌ای غیرمستقیم به حمایت اجتماعی به عنوان محصولی برآمده از روابط اجتماعی توجه دارد. اگرچه او برای اولین بار بحث تأثیر شبکه روابط اجتماعی و حمایت‌های منتج از این شبکه را در آسیب‌شناسی باب نمود. اما حمایت اجتماعی در تحلیل‌های آسیب‌شناختی اجتماعی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. در زمینه حمایت اجتماعی و نقش آن در حمایت از معتادان بهبودیافته نظریاتی وجود دارد که در این بخش به برخی از این نظریات اشاره می‌نماییم:



## ۲-۴-۱- نظریه های حمایت اجتماعی

### ۲-۴-۱-۱- نظریه ساراسون

از نظر ساراسون و دیگران حمایت اجتماعی به عنوان میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است. برخی، حمایت‌های اجتماعی را واقعیت اجتماعی و برخی آن را ناشی از ادراک فرد می‌دانند. حمایت واقعی عبارت است از نوع و فراوانی تعاملات حمایتی خاص است که فرد در روابط اجتماعی در قالب آنها کمک‌های ابزاری، عاطفی و اطلاعاتی را از دیگران دریافت می‌کند. افراد براساس روابط اجتماعی و نوع پیوندهایی که دارند از منابع حمایتی برای برطرف کردن نیازهایشان استفاده می‌کنند، به طوریکه هر اندازه روابط اجتماعی گسترده‌تر باشد میزان دسترسی به منابع حمایتی را بیشتر می‌کند و احتمالاً این منابع

حمایت اجتماعی می‌تواند حوادث منفی زندگی را کاهش داده و به مثابه چتر دفاعی درمقابل عوامل استرس‌زای زندگی اجتماعی عمل می‌کند.

### ۲-۴-۱-۲- نظریه کوب

کوب (۱۹۷۶)، حمایت اجتماعی را مجموعه اطلاعاتی تعریف می‌کند که شخص را به این اعتقاد می‌رساند که در یک شبکه ارتباطی مورد توجه و علاقه دیگران است و از سوی آنها با ارزش و محترم شمرده می‌شود، و در نتیجه چنین باوری این احساس به فرد دست می‌دهد که به آن شبکه ارتباطی متعلق است. حمایت اجتماعی یکی از پیامدها و محصولات سرمایه اجتماعی است که شامل حمایت اقوام و خویشاوندان، دوستان و همسایگان می‌باشد و سه بعد کمک عینی یا ابزاری، اطلاعاتی و عاطفی را در بر می‌گیرد. حمایت عینی یا ابزاری دلالت بر موجود بودن حمایت فیزیکی دارد. در این نوع حمایت، کمک از افرادی کسب می‌شود که نزدیک و صمیمی هستند. حمایت اطلاعاتی شامل کمک به فهم یک مسئله و مشکل است. این نوع حمایت، دلالت بر اطلاعاتی دارد که فرد می‌تواند در برابر مسائل شخصی و محیطی از آن استفاده کند. حمایت عاطفی به منابع مرتبط با داشتن کسانی دلالت دارد که برای دلداری و احساس اطمینان، فرد می‌تواند به آنها رجوع کند. افرادی که دارای منابع عاطفی کافی اند، نوعاً احساس می‌کنند دیگرانی را دارند که هنگام برخورد با مشکلات می‌توانند به آنها مراجعه کنند (فلمینگ و موم، ۱۹۸۶).

کوب (۱۹۷۶)، به این احتمال که حمایت اجتماعی به افراد کمک می‌کند تا انعطاف پذیری داشته و نقش‌ها و هویت‌ها را بر مبنای شرایط محرک‌های تنش‌زا تغییر دهد توجه کرده است. سایرین نقش پیوند جویی را در کاهش فشار روانی مورد توجه قرار داده، (شاختر، ۱۹۵۹) و منطقی به نظر می‌رسد فرض کنیم که فرصت‌های تطابق

و پیوند جویی به حمایت اجتماعی ارتباط داشته باشد. عضویت در یک شبکه اجتماعی ممکن است سطوح انطباقی و نقش مفید و مؤثر بودن فرد را تضمین کرده و در میزانی که فرد یک موقعیت را فشارزا تلقی می کند مؤثر واقع شود ، یا ممکن است به فرد کمک کند تا بهترین راه مقابله با فشار روانی را انتخاب کند (جعفری، ۱۳۸۹).

## ۲-۴-۱-۳- نظریه راتوس<sup>۱</sup>

راتوس عقیده دارد که حمایت اجتماعی از طریق فرایندهای زیر فشارهای روانی را تعدیل می کند:

۱- توجه عاطفی شامل : گوش دادن به مشکلات فرد و ابراز احساس همدلی، مراقبت، فهم و قوت قلب دادن.

۲- یاری رسانی یعنی ارائه حمایت و یاری که به رفتار انطباقی می انجامد.

۳- اطلاعات : ارائه راهنمایی و توصیه جهت افزایش توانایی مقابله ای افراد.

۴- ارزیابی : ارائه پسخوراند از طرف دیگران در زمینه عملکرد منجر به تصحیح عملکرد.

۵- جامعه پذیری : دریافت حمایت اجتماعی معمولاً به واسطه جامعه پذیری به دست می آید در نتیجه نتایج

سودمندی به دنبال می آورد .

از منظر راتوس می توان چنین استدلال نمود که حمایت اجتماعی با کاهش منابع فشار و تعدیل آنها به مثابه یک عامل بازدارنده در برابر آسیب های اجتماعی عمل می کند (دلپسند و همکاران، ۱۳۹۱).

## ۲-۴-۱-۴- نظریه دورکیم<sup>۲</sup>

نظریه انسجام اجتماعی دورکیم و شبکه اجتماعی چگونگی درگیری افراد در اجتماعات و شبکه های اجتماعی شخصی را توضیح می دهند. افراد جزوی از جامعه هستند که از تماس با دیگران تشکیل شده است. این ارتباطها و تماسها محیط ساختاری و شبکه شخصی افراد را تشکیل می دهد، که منجر به فراهم نمودن حمایت کارکردی برای افراد می شود. شبکه های شخصی ترکیبی از همه ی آنها (دیگران) با یک شخص (خود) است که در مرکز روابط قرار دارد. این قسمت مهم از این شبکه شخصی شامل دیگرانی است که حمایت اجتماعی را پدید می آورند و حمایت اجتماعی نیز با استرس، رفاه روانی، عاطفی، جسمانی، سلامتی و طول عمر افراد رابطه دارد (آگنیسنس<sup>۳</sup> و دیگران، ۲۰۰۶). بنابر نظریه دورکیم، هر چه احساس نزدیکی و پیوند فرد با گروهش (برای مثال خانواده) قویتر باشد، احتمال به خطر افتادن سلامتی فرد کاهش می یابد. پیوندهای بین اشخاص که افراد را به جمع متصل می نماید، در جهت حفظ آنان از خودگرایی افراطی، عمل می نماید. تا زمانی که فرد با جمع بزرگتر و اهداف آنان متصل نشده اند، آنان خودگرا و خودمحور می شوند . به طرزى که نسبت به بهداشت روانیشان تخریب کننده است. دورکیم پریشانی روانی را به فقدان همبستگی اجتماعی نسبت می دهد . دورکیم

---

<sup>۱</sup> Ratus

<sup>۲</sup> Durkheim

<sup>۳</sup> Agnese

استدلال می‌کند که وجه بارز جوامع ماقبل صنعتی، ادغام اجتماعی آن چنان شدیدی است که فرد در آن مستحیل می‌شود. با پیدایش جمع صنعتی و رشد تقسیم کار، شکل ادغام اجتماعی تضعیف شد و تغییر کرد. همبستگی اجتماعی از آن پس مبتنی بر کیش فردیت بوده و وابستگی متقابل افراد، جامعه را به هم پیوند می‌بخشیده است. اما این تحول از جامعه‌ای منسجم که مبتنی بر ادغام اجتماعی شدید بود، به جامعه‌ای بی‌شک‌تر که ساختاری نامنجم داشت، ضرورتاً آسان و راحت صورت نگرفت. از یکسو اگر ادغام اجتماعی خیلی ضعیف شود، منزوی شدن افراد خطری برای آنهاست و از سوی دیگر، اگر هویت فرد نتواند جانشین هویت جامعه شود، در اینصورت می‌گویند فرد دچار بی‌هنجاری است. از نظر دورکیم مشکل اصلی جوامع جدید رابطه فرد با جامعه است. مشکلی که به از هم پاشیدن اجتماعی و ضعف پیوندهایی برمی‌گردد که فرد را به جامعه مربوط می‌کند. از پیامدهای سست شدن رابطه فرد با جامعه، قضیه‌ی خودکشی است. (آرمسترانگ<sup>۱</sup>، ۱۳۸۷، به نقل از همتی و رحیمی، ۱۳۹۳).

#### ۲-۴-۱-۵- نظریه شبکه

در تئوری شبکه توجه معطوف به روابط اجتماعی، پیوندهای اجتماعی و شبکه پیوندهاست. در این تئوری به جای پرداختن به جامعه و ساختارهای آن به صورت یک کل انتزاعی، به عرصه‌های چندگانه اجتماعی که افراد در آن درگیر هستند، پرداخته می‌شود. افراد با مشارکت در این عرصه‌های چندگانه به جامعه وصل می‌شوند. مسأله اصلی در این دیدگاه، روابط است و واحد تشکیل دهنده‌ی ساخت جامعه، شبکه‌های تعاملی هستند. ساخت اجتماعی به عنوان یک شبکه از اعضای شبکه و مجموعه‌ای از پیوندها که افراد، کنشگران یا گروه‌ها را به هم متصل می‌سازد، تشکیل شده است. بلوک‌های اصلی شبکه، ارتباط است. و دیدگاه شبکه با مطالعه روابط اجتماعی موجود بین مجموعه‌ای از افراد، به تحلیل ساخت اجتماعی می‌پردازد. و ضمن اینکه به کل ساخت توجه دارد، الگوهای روابط موجود در داخل ساخت را نیز مورد بررسی قرار می‌دهد (نبوی و دیگران، ۱۳۸۹). نظریه شبکه امکان، ترکیب تفکیک تحلیلی بین ساخت پیوندها (سایز، تراکم، ترکیب)، خصوصیات تعاملی (شیوه‌ی تماس، فراوانی تماس) و خصوصیات کارکردی (حمایت ابزاری، عاطفی، اطلاعاتی) را فراهم می‌کند. افراد، حمایت‌های متنوعی را از اعضای شبکه خود دریافت می‌کنند. برای مثال، خویشاوندان (دور و نزدیک)، دوستان، همسایگان، گروه‌ها و انجمن‌ها منابع مهمی می‌باشند که می‌تواند در صورت نیاز به آنها مراجعه کرد. پیوندهای گوناگون، حمایت‌های متنوعی را برای اعضای شبکه فراهم می‌سازند و به عبارت دیگر با تنوع روابط، افراد به طیف وسیعی از حمایت‌های مختلف دست می‌یابند. حمایت‌های اجتماعی افراد را قادر می‌سازند تا توانایی رویارویی با مشکلات روزمره بحران‌های زندگی را داشته باشند. منبع حمایت و اینکه چه نوع پیوندهایی چه نوع حمایتی را فراهم می‌کنند از اهمیت بسزایی برخوردارند. انواع

---

<sup>۱</sup> Armstrong

حمایت‌های فراهم شده، بیشتر تحت تأثیر خصوصیات روابط هستند تا ویژگی‌های فردی، به عبارت دیگر، ویژگی‌های شبکه مهم‌تر از ویژگی‌های فردی می‌باشند. بر این اساس اندازه شبکه، ترکیب، تراکم و دیگر خصوصیات شبکه در ابعاد ساختی و تعاملی بر میزان و نوع حمایت دریافتی تأثیر می‌گذارد (همتی و رحیمی، ۱۳۹۳).

#### ۲-۴-۱-۶-نظریه کاپلان

کاپلان<sup>۱</sup> (۱۹۷۴) به گسترش مفهوم حمایت اجتماعی به عنوان محافظی در برابر بیماری‌ها پرداخت به نظر وی ارتباطات بین فردی با تسهیل رفتارهای بهداشتی موجب بهبود بیماری می‌شوند و حمایت اجتماعی از طریق افزایش عواطف مثبت، حرمت نفس و رفتارهایی که موجب ارتقاء سطح سلامتی می‌گردد و به طور غیرمستقیم با کاهش شدت حوادث استرس آمیز زندگی در رابطه است (هومن و لیوارجانی، ۱۳۸۷).

#### ۲-۴-۱-۷-نظریه سارافینو

سارافینو (۱۳۸۴) درباره‌ی تأثیرات مستقیم (اصلی) حمایت اجتماعی بر آن است که این تأثیرات از چند راه ممکن است عمل کنند و بر سلامتی اثر بگذارند؛ به عنوان نمونه، افرادی که از حمایت‌های اجتماعی بسیاری برخوردارند، احساس تعلق و عزت نفس بیشتری می‌کنند. نگرش مثبتی که چنین موقعیتی پدید می‌آورد، صرفنظر از میزان استرس، ممکن است برای فرد (مثلاً به وسیله‌ی مقاوم ساختن او در برابر عفونت) مفید باشد.

کوهن و مک کی با بررسی مجموعه‌ای از مطالعات مرتبط با فرضیه‌ی ضربه‌گیر، اختلاف قابل توجهی در یافته‌های آنها مشاهده کردند. آنها در این بررسی به این نتیجه رسیدند که اختلافات مشاهده شده ناشی از دو نوع فرضیه‌ی ضربه‌گیر است که هرکدام با یافته‌های ادبیات موجود فرضیه‌ی ضربه‌گیر مطابقت دارد. کوهن و مک کی دو نوع فرضیه‌ی ضربه‌گیر یعنی نوع قوی و ضعیف را مطرح می‌کنند. نوع قوی فرضیه‌ی ضربه‌گیر، آسیب شناسی روانی شدید را برای اشخاصی پیش‌بینی می‌کند که سطوح بالایی از فشار را تجربه می‌کنند، اما از سطوح پایین حمایت اجتماعی برخوردارند. در این جا آسیب روانی برای اشخاصی که دارای سطوح بالای حمایت اجتماعی هستند، نسبتاً پایین است. نوع ضعیف فرضیه‌ی ضربه‌گیر پیش‌بینی می‌کند که با افزایش فشار، ممکن است آسیب در میان افراد دارای سطوح بالای حمایت نیز افزایش پیدا کند، اما میزان این افزایش می‌باید کمتر از افرادی باشد که دارای سطوح حمایت پایین‌تری هستند.

---

<sup>۱</sup> Kaplan

## ۲-۴-۱-۸-نظریه برکمن

از نظر برکمن، حمایت اجتماعی از یک بُعد به انواع مختلفی از قبیل حمایت عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و ارزیابانه تقسیم می‌شود. حمایت عاطفی با میزان محبت و علاقه، درک، اعتماد و ارزشی که فرد از دیگری دریافت می‌کند، مرتبط است. این نوع حمایت در اکثر مواقع به وسیله‌ی شخص مطمئن و مورد اعتماد به فرد ارائه می‌شود. حمایت ابزاری (اقتصادی) به کمک و مساعدت افراد در جهت برطرف کردن نیازهای مادی اطلاق می‌شود که به صورت پرداخت پول یا نیروی کار صورت می‌گیرد. حمایت ارزیابانه به کمک برای تصمیم‌گیری و ارائه‌ی پیشنهادهای مناسب اشاره می‌کند و حمایت اطلاعاتی نیز با تهیه‌ی خبر و اطلاعات در مورد برطرف کردن نیازهای، خاص، مرتبط است.

## ۲-۴-۱-۹-نظریه هاوس

طبق نظر هاوس، حمایت اجتماعی عبارت است از محتوای کارکردی روابط که می‌توان آن را در چهار گروه از رفتارهای حمایتی قرار داد: الف) پشتیبانی عاطفی ب) حمایت مادی ج) حمایت اطلاعاتی د) حمایت ارزیابی. این چهار عملکرد حمایت از لحاظ مفهومی متفاوت‌اند، ولی در عمل از یکدیگر مستقل نیستند (مروتی شریف‌آباد و روحانی تنکابنی، ۱۳۸۶).

حمایت اجتماعی را نوعی همبستگی اجتماعی تعریف می‌کند. کاسل و کوب حمایت اجتماعی را عاملی محافظت‌کننده درمقابل فشار روانی می‌داند، به طوریکه اثر زیادی بر سلامت و عملکرد اجتماعی دارد (حاجبی و فریدنیا، ۱۳۸۸).

برکمن و گلاس (۲۰۰۶)، ادعا می‌کنند که شبکه‌های روابط اجتماعی از طریق تأمین حمایت اجتماعی و تعلق اجتماعی عمل می‌کنند. حمایت اجتماعی از پیوندهای اصلی روابط درون شبکه اجتماعی قلمداد می‌شود و شبکه‌های اجتماعی حمایت اجتماعی را جهت افزایش توانایی مقابله فرد با فشارها تأمین می‌کنند که دربردارنده مبادلات مادی و روانی دربین افراد است.

## ۲-۴-۱-۱۰-نظریه مازلو

مازلو، به عنوان یک روانشناس، معتقد است که پویایی و بی‌پایانی، تابع قانونمندی ویژه‌ای است. وی نیازهای انسانی را نوع ویژه‌ای از غرایز می‌داند که در حیوانات یافت نمی‌شوند. بیشتر روانشناسان درباره نیازها سخن گفته‌اند، اما نظریه مازلو درباره نیازها و سلسله مراتب آنها در انسان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. براساس نظریه مازلو نیازهای انسانی به ۵ دسته تقسیم می‌شود: ۱- نیازهای فیزیولوژیکی جسمانی ۲- نیاز به امنیت و اطمینان ۳- نیازهای اجتماعی یا تعلق به دیگران ۴- نیازهای من یا صیانت ذات، نیاز به احترام ۵- نیازهای خودیابی و تحقق

خویشتن. بر اساس این نظریه که نیازهای اجتماعی احساس تعلق به دیگران و نیاز به احترام و نیاز به تحقق خویشتن در چارچوب حمایت اجتماعی قابل بررسی می باشند (کلدی و سلحشوری، ۱۳۹۱).

از نظر مازلو حمایت اجتماعی کمکی دو جانبه است که موجب تصور محبت و پذیرش خود، احساس عشق و ارزشمند بودن توسط فرد می گردد. این موارد شرایطی را فراهم می آورد که فرد قادر شود استعدادها و توانایی های بالقوه خود را به شکوفایی و کمال برساند و لذا بر این اساس افراد خود شکوفا نیاز کمکی به حمایت اجتماعی دارند زیرا آن ها متکی به خود بوده و منبع حمایتی مثبتی برای دیگران محسوب می شوند. (جعفری، ۱۳۸۹).

#### ۲-۴-۱-۱۱-نظریه مبادله اجتماعی

وقتی که مردم می‌خواهند ارتباطات حمایتی را توضیح دهند انتظار تعامل دوسویه حمایت را دارند. هر دو گیرنده و تأمین کننده معمولاً انتظارات دوسویه از یکدیگر دارند و میزان انرژی و کالا برای مبادلات بعدی در حافظه افراد حفظ می‌شود. علوم اجتماعی برای شرح عملکردهای حمایتی در روابط بین فردی نظریه را ارائه می‌دهد. نظریه مبادله اجتماعی روی روابط فرد با فرد تأکید دارد و کنش متقابل انسان‌ها را تنها مبادله پاداش و مجازات می‌پندارند، منظور از پاداش هر چیز ارزشمندی است که فرد به طور مثبت به دریافت آن تمایل دارد. برای مؤثر بودن این تعاملات، ارتباطات باید حاوی پیام با ارزشی برای هر دو طرف مبادله باشد. نفع فردی شرط ضروری مبادله است. افراد تعهدات خود را در برابر خدمات گذشته بدین سبب انجام می‌دهند که در آینده نیز از آن نفع ببرند بنابراین سودی که فرد انتظار دارد از روابط مبادله به دست آورد آغازگر مبادله است. وقتی واکنش‌های لازم به کنش‌های افراد صورت نگیرد رابطه قطع می‌شود. این پاداش‌ها هستند که حلقه‌های زنجیره را به هم نگه می‌دارند. پاداش‌هایی که مبادله می‌شوند یا درونی هستند (مانند عشق، احترام و علاقه) یا بیرونی (پول و کار فیزیکی). روابط با گروه زمانی مستحکم می‌شود که اعضای گروه متوجه شوند، پاداشی را که انتظار دارند دریافت می‌کنند. اگر مبادلات دوسویه نباشد و یا تعادل نداشته باشد باعث ایجاد تنش می‌شود (حیدری، ۱۳۸۸).

#### ۲-۴-۱-۱۲-مدل پیشگیری از عود اعتیاد

مدل پیشگیری از عود مارلات و گوردون (۱۹۸۵)، مبتنی بر روانشناسی شناختی-اجتماعی بوده و از ترکیب مدل مفهومی عود و مجموعه‌ای از راهبردهای شناختی و رفتاری، برای پیشگیری یا محدود کردن فرایند عود به وجود آمده است.

یک جنبه اصلی این مدل، طبقه بندی دقیق عوامل یا موقعیت هایی است که می توانند در خطرناک شدن، یا کمک به ایجاد فرایند عود، دخیل باشند. در مجموع، عواملی که در مدل پیشگیری از عود شناسایی شده، در دو طبقه کلی تقسیم بندی شده است:

- ۱- تعیین کننده های بی واسطه (برای مثال، موقعیت‌های پرخطر، مهارت های کنار آمدن شخص، پیامد انتظارات و اثر پرهیز از تخلف).

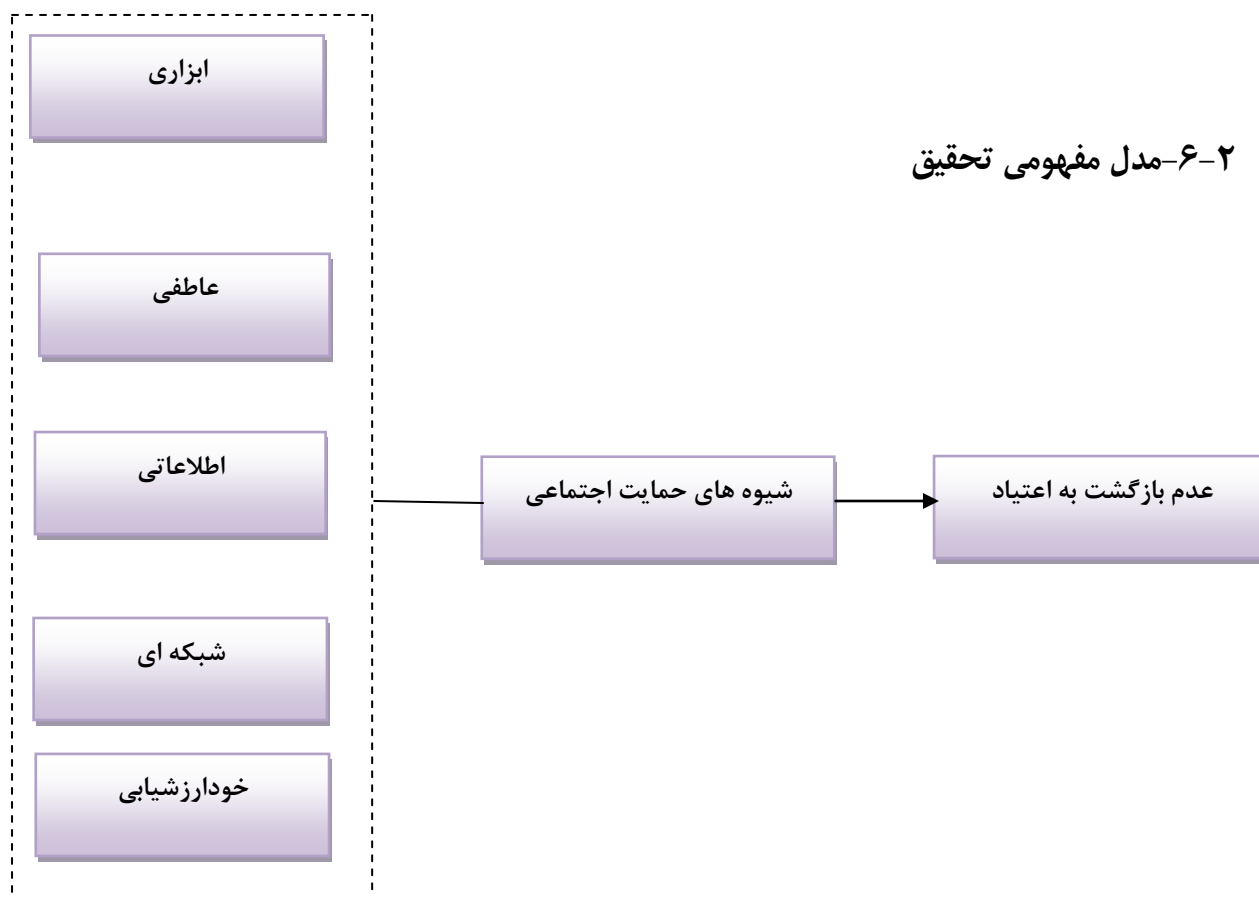
۲- پیشایندهای پنهان (برای مثال، نامتعادلی‌های سبک زندگی، ولع‌ها و اشتیاق‌ها).  
رویکردهای درمانی مبتنی بر مدل پیشگیری از عود، با ارزیابی ویژگی‌های هیجانی و محیطی موقعیت‌هایی که بالقوه با عود همراه می‌شوند (موقعیت‌های پرخطر)، شروع می‌شود.

## ۲-۴-۱-۱۳- تبیین پدیده عود اعتیاد

در راستای تبیین پدیده عود اختلال سوء مصرف مواد، پروچسکا ودی (کلمنته ۲۰۰۲، ۱۹۹۲ و ۱۹۸۴)، از یک چارچوب فرایندی مفیدی در خصوص «چرخه» یا «مراحل» تغییر بحث کرده‌اند. کانون مدل آنها از علیت به سوی تفاوت‌های عملی و مرتبط بین مبتلایان از نظر باورها و نگرش‌های آنها به تغییر و امید، انتظارات، نیازها و ترس‌های متغیر آنها متمرکز است. مبتنی بر این مدل، عود سوء مصرف مواد در درون چرخه تغییر، قابلیت شکل‌گیری دارد، چرا که اگر بیمار بطور جدی به فکر تغییر نباشد و اقدامات دارو درمانی دریافت کند، احتمال عود بالاست، زیرا بیمار در مرحله "قبل از تأمل" قرار دارد. متعاقب این مرحله، افراد گاهی به دلیل اینکه تحت اجبار قرار می‌گیرند و نه به دلیل احساس نیاز خود، به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند، در این حالت، بیمار هنوز برای تغییر "تصمیم" نگرفته است و لذا اقدام به درمان، قبل از آزمودن و تفتیش عمیق انگیزشی و شناختی او، ساده لوحانه خواهد بود و زمینه برای عود مهیاتر است. در این چرخه، فرد ممکن است تصمیم به تغییر گرفته باشد، این تصمیم می‌تواند در وجه پرهیز یا کنترل باشد که در آن صورت، بیمار وارد "مرحله شروع" می‌شود. در این مرحله، معمولاً به برقراری یک دوره پرهیز نیاز است. بیماری که به این مرحله وارد شده است، هنوز در خطر عود قرار دارد، چرا که باورها و ادراکات فرد از توانمندی‌هایش هنوز دستخوش تغییر اساسی نشده است. در ادامه مرحله مذکور، چنانچه بیمار در کاهش یا قطع مصرف دارو، توفیقی داشته باشد، وارد مرحله نگهداری می‌شود که در آن برفنون یادگیری حفظ تغییر و پیشگیری از عود تمرکز می‌شود، چرا که نگهداری باور، تغییر و توانمندی در تغییر، اصل اساسی در این مرحله است. بدنبال دوره فراگیری فنون حفظ تغییر، چنانچه بیمار تغییر را برای مدتی قابل ملاحظه حفظ کند، تغییر اساسی در نظام باورهای غیر منطقی او به وجود می‌آید و میل او برای تکرار «راه حل» اعتیادی غیر انطباقی در هم می‌شکند و چنانچه در این فرایند با عدم موفقیت روبرو شود و نتواند باورهای غیر منطقی خویش را کنار بگذارد و خود را در نگهداری تغییر توانمند احساس نکند، پدیده عود بروز خواهد کرد و چرخه تغییر از ابتدا شروع خواهد شد. در این چرخه، چنانچه ملاحظه می‌شود، بر عوامل فردی همچون؛ باورهای غیر منطقی، ادراکات فرد از توانمندی‌ها، تصمیم فردی و انگیزش فردی، تأکید زیادی شده است. با این حال، برخی عوامل زمینه‌ای نیز در این بین حائز نقش اساسی هستند، چرا که موفقیت یا شکست فرد، قویاً تحت تأثیر ویژگی‌هایی از قبیل؛ شبکه حمایت اجتماعی، روابط خوب، شغل، عوامل استرس‌زا و بیکاری در سیستم اجتماعی می‌باشد (موس، ۱۹۸۲).

## ۲-۵- چارچوب نظری تحقیق

به طور کلی، ادبیات پژوهشی در زمینه حمایت اجتماعی را می‌توان به دو دسته تقسیم کرد: گروه اول، مطالعاتی که عمدتاً بر سیستم‌های حمایتی عینی و واقعی دریافت شده از محیط اجتماعی اطراف فرد متمرکز شده‌اند؛ گروه دوم، مطالعاتی هستند که به سازه حمایت اجتماعی ادراک شده توجه دارند به این معنا که بنا بر تصور و ادراک یک شخص، وی از چه میزانی از حمایت اجتماعی برخوردار است. در این تحقیق از نظریه های ساراسون، کوب، دورکیم، سارافینو، برکمن و مدل پیشگیری از اعتیاد مارلات و گوردون (۱۹۸۵) استفاده گردید.



شکل ۲-۱- مدل مفهومی تحقیق



فصل سوم

روش تحقیق

### ۳-۱- مقدمه

در این فصل روش تحقیق، روش گردآوری اطلاعات جامعه آماری، اندازه نمونه، روش نمونه‌گیری، ابزار گردآوری اطلاعات، روایی و پایایی ابزار و روش تجزیه و تحلیل آماری مورد بررسی قرار می‌گیرند.

### ۳-۲- روش تحقیق

روش این تحقیق به لحاظ هدف کاربردی و از نظر روش جمع‌آوری اطلاعات توصیفی در بخش اول از نوع پیمایشی و در بخش دوم از نوع علی - مقایسه‌ای می‌باشد.

### ۳-۲- جامعه آماری پژوهش

جامعه آماری در بخش اول تحقیق، مدیران و کارشناسان حوزه اعتیاد شهر خرم‌آباد می‌باشد. در بخش دوم تحقیق آزمودنی‌ها شامل معتادانی است که برای ترک اعتیاد به مراکز DIC، کمپ و کلینیک‌های متادون درمانی شهر خرم‌آباد مراجعه می‌کنند و حداقل یک بار سابقه بازگشت به اعتیاد دارند و نیز خانواده آنان (یک نفر از افراد درجه یک بالای ۱۸ سال) می‌باشند. گروه مقایسه نیز شامل بهبود یافتگان عضو انجمن معتادان گمنام (NA) که بیشتر از ۲ سال سابقه عضویت در NA داشته و سابقه‌ای از بازگشت به اعتیاد طی مدت عضویت در NA ندارند و همچنین خانواده آنها (یک نفر از افراد درجه یک بالای ۱۸ سال) می‌باشند. افراد گروه مقایسه از لحاظ ویژگی‌های جمعیت شناختی (سن، تحصیلات)، شغل و درآمد با گروه آزمودنی هم‌تا سازی و انتخاب می‌شوند.

### ۳-۴- حجم نمونه

در پاسخ به این سوال که حجم و تعداد افراد نمونه چند نفر باید باشد تا محقق بتواند با اطمینان خاطر نتایج حاصله و شاخص‌های محاسبه شده را به کل افراد جامعه مورد مطالعه تعمیم دهد می‌توان یکی از دو روش زیر را بیان داشت: روش اول استفاده از تخمین شخصی است. در این روش محقق با در نظر گرفتن عوامل مختلف، خود شخصا با تعیین درصد معینی از جامعه، به انتخاب نمونه اقدام می‌کند. هرچه جامعه کوچکتر باشد نسبت درصد نمونه بزرگتر بوده و هرچه جامعه بزرگتر باشد این درصد کوچکتر خواهد بود یعنی بین اندازه جامعه و حجم نمونه رابطه معکوس وجود دارد (حافظ نیا، ۱۳۹۵). در این تخمین لازم است عوامل زیر در نظر گرفته شود:

#### ۱- حجم نمونه

۲- میزان تجانس جامعه یا پراکندگی صفت یا صفات در جامعه

### ۳- امکانات، مقدمات و زمان در دسترس

برای حجم نمونه حدنصاب‌هایی نیز ارائه شده است که محقق باید توجه داشته باشد که حداقل حجم نمونه از آن کمتر نشود که در تحقیقات علی مقایسه ای و آزمایشی حداقل حجم نمونه ۱۵ نفر می‌باشد. روش دوم استفاده از تکنیک‌ها و روش‌های آماری می‌باشد (حافظ نیا، ۱۳۹۵).

از آنجا که در شهر خرم‌آباد تعداد معتادان به تفکیک مرد و زن بطور کامل مشخص نمی‌باشد و آمار صحیحی در این رابطه در دست نیست؛ لذا تعیین حجم نمونه با کمک تکنیک‌ها و روش‌های آماری (فرمول کوکران یا جدول کرجسی - مورگان) امکان پذیر نمی‌باشد. بنابراین در این پژوهش با توجه به متوسط حجم نمونه مطالعات مشابه شامل تحقیقات هاشمی و همکاران (۱۳۸۸)، محمدزادگان و همکاران (۱۳۹۱) و رحمتی و همکاران (۱۳۹۵)؛ نمونه مورد مطالعه شامل ۵۰ نفر از مدیران و کارشناسان حوزه اعتیاد شهر خرم‌آباد، ۱۵۰ نفر از معتادان دارای سابقه بازگشت به اعتیاد، ۱۵۰ نفر از خانواده‌های معتادان، ۱۵۰ نفر از بهبود یافتگان عضو انجمن معتادان گمنام (NA) و ۱۵۰ نفر از خانواده‌های بهبود یافتگان عضو انجمن معتادان گمنام (NA) تعیین شدند.

### ۳-۵- شیوه نمونه‌گیری

با توجه به اینکه لیست کامل جامعه آماری تحقیق و علی‌الخصوص افراد عضو NA به تفکیک جنسیت در شهر خرم‌آباد موجود نبود و این افراد تمایل چندانی به شناخته شدن و مصاحبه نداشتند و تکمیل و جمع‌آوری پرسشنامه‌های تحقیق بسیار سخت و زمان‌بر بود، بنابراین روش نمونه‌گیری آزمودنی‌ها، دردسترس بود. روش نمونه‌گیری دردسترس "کومه‌ای" یا "انباشته" است که مستلزم انتخاب بخشی از جامعه است که برای مطالعه سهل‌الوصول‌ترند. ضوابط کاربرد این روش، دردسترس بودن، صرفه‌مندی و اقتصادی بودن است (هومن، ۱۳۷۸).

### ۳-۶- ابزار گردآوری اطلاعات

پرسشنامه شیوه‌های حمایت اجتماعی، محقق ساخته می‌باشد که از طریق مصاحبه عمیق با کارشناسان و مدیران حوزه اعتیاد طراحی شد. حمایت اجتماعی از طریق پرسشنامه محقق ساخته‌ای که تلفیقی از پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی شربون و استوارت (۱۹۹۱) و پرسشنامه حمایت اجتماعی کلدی و سلحشوری (۱۳۹۱) است اندازه‌گیری شد. جهت سنجش میزان بازگشت به اعتیاد، از پرسشنامه محقق ساخته استفاده گردید.

### ۳-۷- روایی ۱ پرسشنامه

جهت سنجش روایی پرسشنامه تحقیق از روایی محتوایی استفاده شد.

### ۳-۸- پایائی ۱ پرسشنامه

برای بررسی پایایی ابزار تحقیق، پس از تهیه پرسشنامه و تایید روایی محتوا و تطبیق آنها با اصول علمی، پرسشنامه بین ۳۰ نفر از نمونه آماری جهت تعیین همسانی درونی توزیع شدند و پس از پاسخگویی به پرسشنامه‌ها و جمع آوری آنها توسط محقق، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه محاسبه گردید. ضریب پایایی متغیرهای تحقیق به شرح ذیل است: شیوه‌های حمایت اجتماعی ۰.۷۴؛ حمایت اجتماعی خانواده افراد عضو NA ۰.۹۷؛ حمایت اجتماعی افراد عضو NA ۰.۹۶؛ حمایت اجتماعی معتادان ۰.۹۷ و حمایت اجتماعی خانواده معتادان ۰.۹۶.

### ۳-۹- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های آماری و بررسی فرضیه‌های پژوهشی، با بهره‌گیری از نرم‌افزار آماری SPSS، از آماره‌های توصیفی و آزمون‌های استنباطی متناسب با نوع داده‌ها و متغیرها استفاده شد که شامل دو بخش است:

- آماره‌های توصیفی شامل: جداول فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار و نمودارهای مربوطه.

- آمار استنباطی: آزمون T هتلینگ تک نمونه‌ای، آزمون t گروه‌های مستقل و ضریب همبستگی پیرسون.

در این تحقیق جهت تعیین موثرترین شیوه‌های حمایت اجتماعی، از آزمون T هتلینگ تک نمونه‌ای، به منظور بررسی رابطه متغیر حمایت اجتماعی و میزان بازگشت به اعتیاد معتادان از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. جهت مقایسه حمایت اجتماعی معتادان دارای سابقه عود و بهبود یافتگان عضو NA از آزمون t گروه‌های مستقل استفاده گردید. همچنین جهت مقایسه حمایت اجتماعی خانواده معتادان دارای سابقه عود و خانواده بهبود یافتگان عضو NA از آزمون t گروه‌های مستقل استفاده بعمل آمد.

## فصل چہارم

### تجزیہ و تحلیل اطلاعات

#### ۴-۱- مقدمه

در این فصل جهت تجزیه و تحلیل داده‌های آماری و بررسی فرضیه‌های پژوهش با بهره‌گیری از نرم افزار آماری SPSS (ویرایش ۱۵)، از آماره‌های توصیفی و آزمون‌های استنباطی متناسب با نوع داده‌ها و متغیرها استفاده گردید. که شامل دو بخش است:

۱- آمار توصیفی: در این قسمت ابتدا با استفاده از جداول توزیع فراوانی و نمودارهای مربوطه به توصیف ویژگی‌های جمعیت شناسی پاسخگویان شامل جنسیت، سن، تحصیلات، حسب رشته تحصیلی، مدت زمان اعتیاد معتادان، دفعات عود اعتیاد معتادان، مدت زمان عضویت در گروه، مدت زمان عضویت در گروه NA، میزان اهمیت شیوه‌های حمایت اجتماعی، میزان حمایت اجتماعی ابزاری، عاطفی، اطلاعاتی، شبکه‌ای، خودارزشمندی، میزان حمایت اجتماعی با استفاده از شاخص‌های آماری نظیر میانگین، انحراف معیار و واریانس توصیف گردید.

۲- آمار استنباطی: به منظور بررسی فرضیه‌های تحقیق در بخش اول تحقیق از آزمون فریدمن T هتلینگ استفاده شد و در بخش دوم تحقیق از آزمون های t گروه‌های مستقل و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

#### ۲-۴- یافته‌های توصیفی

#### ۱-۲-۴- جمعیت شناختی بخش نخست تحقیق

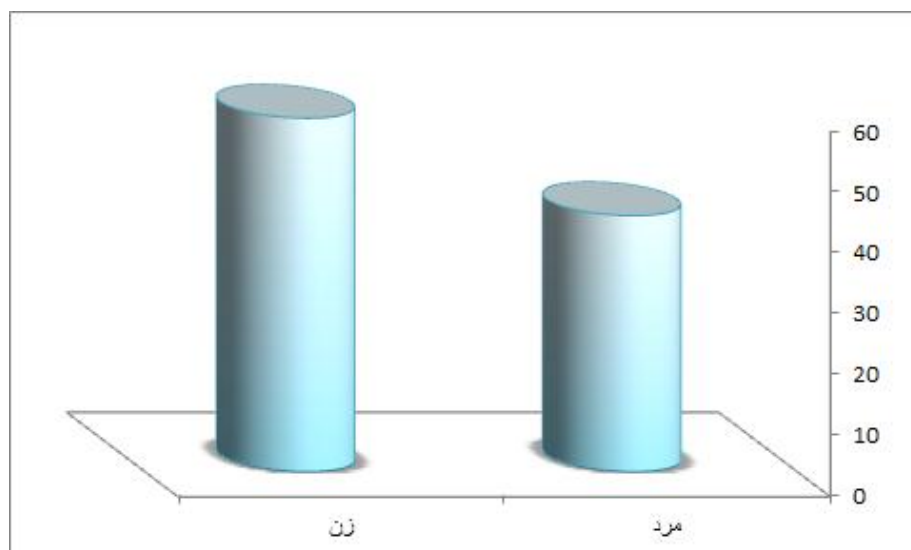
#### ۱-۱-۲-۴- توصیف نمونه آماری برحسب جنسیت

جدول و نمودار ۱-۴، توزیع فراوانی و درصد کارشناسان را بر حسب جنسیت نشان می‌دهد.

جدول ۱-۴: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری برحسب جنسیت

جنسیت	فراوانی	درصد
مرد	۲۱	۴۲.۰
زن	۲۹	۵۸.۰
مجموع	۵۰	۱۰۰.۰

با توجه به داده‌های فوق، ۴۲ درصد آزمودنی‌ها شامل کارشناسان مرد و ۵۸ درصد شامل زن می‌باشند.



نمودار ۱-۴: توزیع درصدی نمونه آماری بر حسب جنسیت

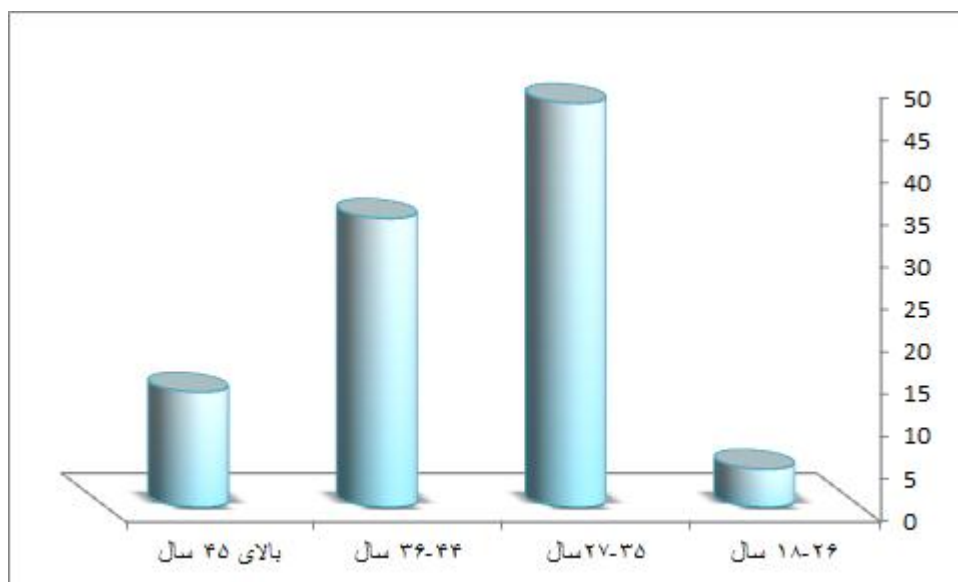
#### ۲-۱-۲-۴- توصیف نمونه آماری برحسب سن

جدول و نمودار ۲-۴، توزیع فراوانی و درصد کارشناسان را بر حسب سن نشان می‌دهند.

جدول ۲-۴: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری برحسب سن

سن	فراوانی	درصد
سال ۱۸-۲۶	۲	۴.۵
سال ۲۷-۳۵	۲۱	۴۷.۷
سال ۳۶-۴۴	۱۵	۳۴.۱
بالای ۴۵ سال	۶	۱۳.۶
مجموع	۴۴	۱۰۰.۰

با توجه به داده‌های فوق، ۴.۵ درصد کارشناسان در گروه سنی ۱۸-۲۶ سال، ۴۷.۷ درصد در گروه سنی ۲۷-۳۵ سال، ۳۴.۱ درصد در گروه سنی ۳۶-۴۴ سال قرار دارند و ۱۳.۶ درصد بالای ۴۵ سال دارند.



نمودار ۲-۴: توزیع درصدی نمونه آماری بر حسب سن



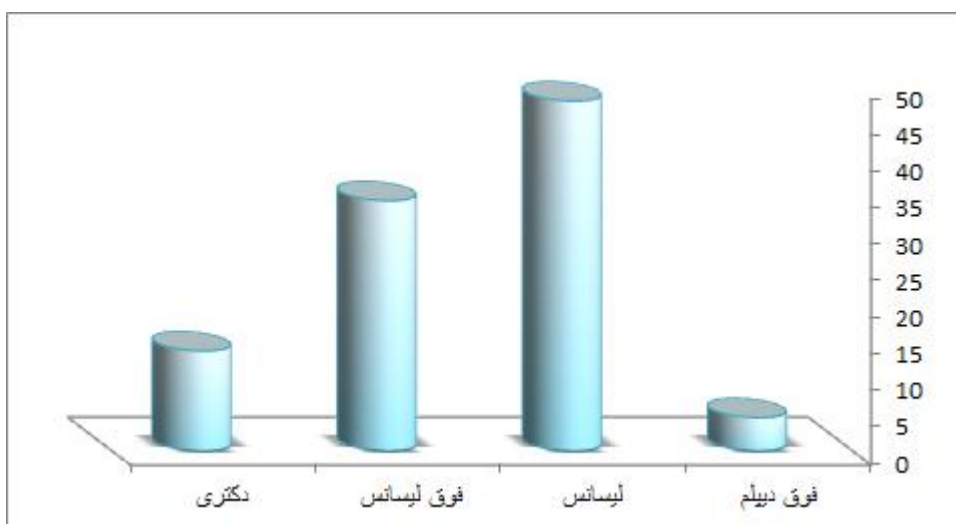
#### ۳-۱-۲-۴- توصیف نمونه آماری برحسب مقطع تحصیلی

جدول و نمودار ۳-۴ توزیع فراوانی و درصد پاسخگویان را بر حسب مقطع تحصیلی نشان می‌دهد.

جدول ۳-۴: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری برحسب مقطع تحصیلی

مقطع تحصیلی	فراوانی	درصد
فوق دیپلم	۴	۸.۰
لیسانس	۲۲	۴۴.۰
فوق لیسانس	۱۷	۳۴.۰
دکتری	۷	۱۴.۰
مجموع	۵۰	۱۰۰.۰

با توجه به داده‌های فوق ۸ درصد کارشناسان دارای تحصیلات فوق دیپلم، ۴۴ درصد لیسانس، ۳۴ درصد فوق لیسانس و ۱۴ درصد دکتری می‌باشند.



نمودار ۳-۴: توزیع درصدی نمونه آماری بر حسب مقطع تحصیلی

#### ۴-۱-۲-۴- توصیف نمونه آماری برحسب رشته تحصیلی

جدول و نمودار ۴-۴ توزیع فراوانی و درصد پاسخگویان را بر حسب رشته تحصیلی نشان می‌دهد.

جدول ۴-۴: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری برحسب رشته تحصیلی

درصد	فراوانی	رشته تحصیلی
۳۰.۰	۱۵	روانشناسی
۱۶.۰	۸	مددکار اجتماعی
۴.۰	۲	مدیریت فرهنگی
۴.۰	۲	بهداشت عمومی
۱۰.۰	۵	روانشناسی بالینی
۱۴.۰	۷	مددکار خانواده
۴.۰	۲	آسیب شناسی اجتماعی
۴.۰	۲	علوم تربیتی
۲.۰	۱	مطالعات اجتماعی
۴.۰	۲	مشاوره
۲.۰	۱	پرستاری
۶.۰	۳	پزشکی
۱۰۰.۰	۵۰	مجموع

با توجه به داده‌های فوق کارشناسان رشته روان‌شناسی در اکثریت می‌باشند (۳۰.۰ درصد).

#### ۴-۲-۲- یافته‌های توصیفی بخش نخست تحقیق

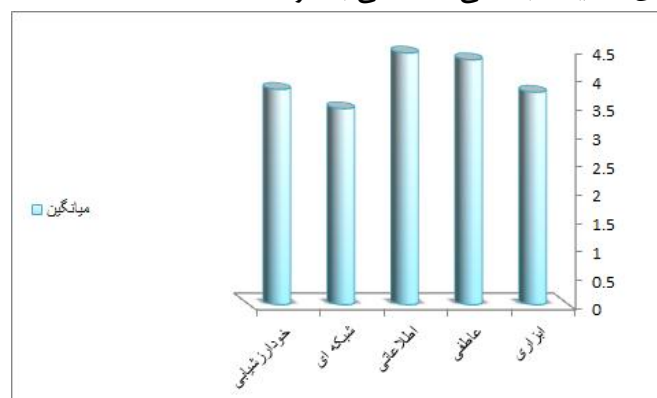
#### ۴-۲-۲-۱- توصیف میزان اهمیت شیوه‌های حمایت اجتماعی

جدول و نمودار ۴-۵ مشخصه‌های آماری آزمودنی‌ها را بر حسب نمره‌های میزان اهمیت شیوه‌های حمایت اجتماعی را نشان می‌دهد.

جدول ۴-۵: توزیع مشخصه‌های آماری میزان اهمیت شیوه‌های حمایت اجتماعی

شیوه‌های حمایت اجتماعی	میانگین	انحراف معیار	واریانس
ابزاری	۳.۷۴	۱.۰۷	۱.۱۴
عاطفی	۴.۳۱	۱.۶۱	۲.۶۲
اطلاعاتی	۴.۴۳	۰.۷۸	۰.۶۰
شبکه ای	۳.۴۵	۱.۱۲	۱.۲۶
خودارزشیابی	۳.۷۹	۱.۱۳	۱.۲۸

با توجه به جدول فوق میانگین نمرات میزان اهمیت شیوه‌های حمایت اجتماعی ابزاری ۳.۷۴ ، عاطفی ۴.۳۱ ، اطلاعاتی ۴.۴۳ ، شبکه ای ۳.۴۵ و خودارزشیابی ۳.۷۹ است. با توجه به میانگین طیف (۵-۱) که ۳ است میانگین نمرات میزان اهمیت کلیه شیوه‌های حمایت اجتماعی بیشتر از میانگین ارزیابی می‌شود. و از بین شیوه‌های حمایت اجتماعی، میانگین شیوه‌های حمایت اجتماعی اطلاعاتی بالاتر است.



نمودار ۴-۴: میانگین میزان اهمیت شیوه‌های حمایت اجتماعی

### ۳-۲-۴- یافته‌های جمعیت شناختی بخش دوم تحقیق

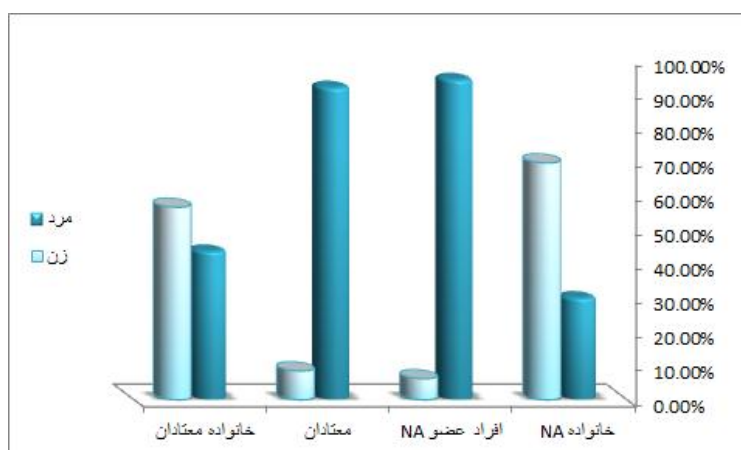
#### ۳-۲-۴-۱- توصیف نمونه آماری بر حسب جنسیت

جدول و نمودار ۴-۶ توزیع فراوانی و درصد پاسخگویان را بر حسب جنسیت نشان می‌دهد.

جدول ۴-۶: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری بر حسب جنسیت

جنسیت	پاسخگویان	خانواده NA	افراد عضو NA	معتادان	خانواده معتادان	مجموع
مرد	فراوانی	۳۹	۱۲۲	۱۱۹	۵۷	۳۳۷
	درصد	۲۹.۸٪	۹۳.۸٪	۹۱.۵٪	۴۳.۵٪	۶۴.۶٪
زن	فراوانی	۹۱	۸	۱۱	۷۴	۱۸۴
	درصد	۶۹.۵٪	۶.۲٪	۸.۵٪	۵۶.۵٪	۳۵.۲٪
بی پاسخ	فراوانی	۱	۰	۰	۰	۱
	درصد	۰.۸٪	۰.۰٪	۰.۰٪	۰.۰٪	۰.۲٪
مجموع	فراوانی	۱۳۱	۱۳۰	۱۳۰	۱۳۱	۵۲۲
	درصد	۱۰۰.۰٪	۱۰۰.۰٪	۱۰۰.۰٪	۱۰۰.۰٪	۱۰۰.۰٪

با توجه به داده‌های فوق ۲۹.۸ درصد خانواده NA مرد و ۶۹.۵ درصد زن؛ ۹۳.۸ درصد افراد عضو NA مرد و ۶.۲ درصد زن؛ ۴۳.۵ درصد خانواده معتادان مرد و ۵۶.۵ درصد زن؛ ۹۱.۵ درصد معتادان مرد و ۸.۵ درصد زن می‌باشند.



نمودار ۴-۵: توزیع درصدی نمونه آماری بر حسب جنسیت

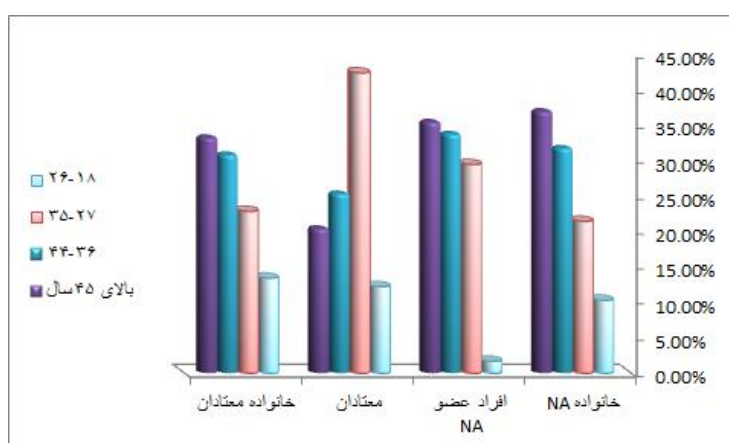
#### ۴-۲-۳-۲- توصیف نمونه آماری بر حسب سن

جدول و نمودار ۴-۷ توزیع فراوانی و درصد پاسخگویان را بر حسب سن نشان می‌دهد.

جدول ۴-۷: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری بر حسب سن

پاسخگویان		خانواده NA	افراد عضو NA	معتادان	خانواده معتادان	مجموع
سن	۱۸-۲۶ سال	۱۲	۲	۱۵	۱۷	۴۶
	درصد	۱۰.۳٪	۱.۷٪	۱۲.۲٪	۱۳.۴٪	۹.۵٪
۲۷-۳۵ سال	فراوانی	۲۵	۳۵	۵۲	۲۹	۱۴۱
	درصد	۲۱.۴٪	۲۹.۴٪	۴۲.۳٪	۲۲.۸٪	۲۹.۰٪
۳۶-۴۴ سال	فراوانی	۳۷	۴۰	۳۱	۳۹	۱۴۷
	درصد	۳۱.۶٪	۳۳.۶٪	۲۵.۲٪	۳۰.۷٪	۳۰.۲٪
بالای ۴۵ سال	فراوانی	۴۳	۴۲	۲۵	۴۲	۱۵۲
	درصد	۳۶.۸٪	۳۵.۳٪	۲۰.۳٪	۳۳.۱٪	۳۱.۳٪
مجموع		۱۱۷	۱۱۹	۱۲۳	۱۲۷	۴۸۶
		۱۰۰.۰٪	۱۰۰.۰٪	۱۰۰.۰٪	۱۰۰.۰٪	۱۰۰.۰٪

با توجه به داده‌های فوق اکثر افراد عضو NA (۳۵.۳ درصد)، خانواده NA (۳۶.۸ درصد) و خانواده معتادان (۳۳.۱ درصد) در گروه سنی بالای ۴۵ سال و اکثر معتادان (۴۲.۳ درصد) در گروه سنی ۲۷-۳۵ سال قرار دارند.



نمودار ۴-۶: توزیع درصدی نمونه آماری بر حسب سن

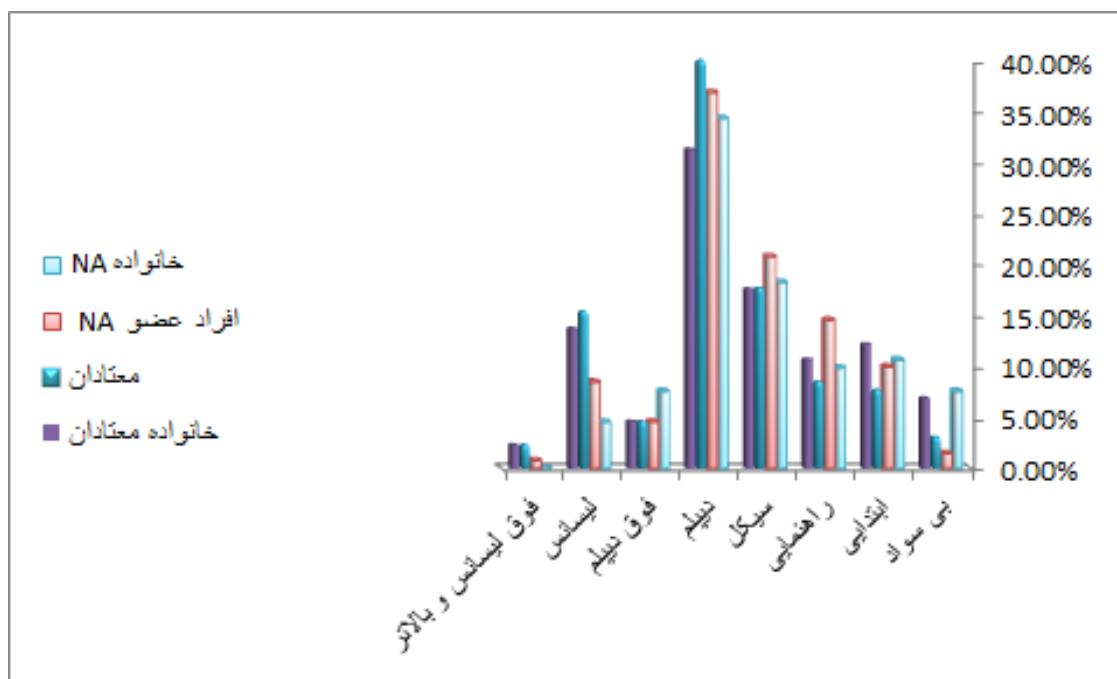
### ۴-۲-۳- توصیف نمونه آماری بر حسب تحصیلات

جدول و نمودار ۴-۸ توزیع فراوانی و درصد پاسخگویان را بر حسب تحصیلات نشان می‌دهد.

جدول ۴-۸: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری بر حسب تحصیلات

پاسخگویان		خانواده NA	افراد عضو NA	معتادان	خانواده معتادان	مجموع
تحصیلات	بیسواد	فراوانی	۱۰	۲	۴	۲۵
	درصد	۷۶٪	۱۵٪	۳۱٪	۶۹٪	۴۸٪
	ابتدایی	فراوانی	۱۴	۱۳	۱۰	۵۳
	درصد	۱۰۷٪	۱۰۰٪	۷۷٪	۱۲۲٪	۱۰۲٪
	راهنمایی	فراوانی	۱۳	۱۹	۱۱	۵۷
	درصد	۹۹٪	۱۴۶٪	۸۵٪	۱۰۷٪	۱۰۹٪
	سیکل	فراوانی	۲۴	۲۷	۲۳	۹۷
	درصد	۱۸۳٪	۲۰۸٪	۱۷۷٪	۱۷۶٪	۱۸۶٪
	دیپلم	فراوانی	۴۵	۴۸	۵۲	۱۸۶
	درصد	۳۴۴٪	۳۶۹٪	۴۰۰٪	۳۱۳٪	۳۵۶٪
	فوق دیپلم	فراوانی	۱۰	۶	۶	۲۸
	درصد	۷۶٪	۴۶٪	۴۶٪	۴۶٪	۵۴٪
	لیسانس	فراوانی	۶	۱۱	۲۰	۵۵
	درصد	۴۶٪	۸۵٪	۱۵۴٪	۱۳۷٪	۱۰۵٪
	فوق لیسانس و بالاتر	فراوانی	۰	۱	۳	۷
	درصد	۰٪	۸٪	۲۳٪	۲۳٪	۱۳٪
	بی جواب	فراوانی	۹	۳	۱	۱۴
	درصد	۶۹٪	۲۳٪	۸٪	۸٪	۲۷٪
مجموع		فراوانی	۱۳۱	۱۳۰	۱۳۰	۵۲۲
		درصد	۱۰۰۰٪	۱۰۰۰٪	۱۰۰۰٪	۱۰۰۰٪

با توجه به داده‌های جدول ۴-۷ اکثر افراد عضو NA (۳۴.۴ درصد)، خانواده NA (۳۶.۹ درصد)، معنادان (۴۰.۰ درصد) و خانواده معنادان (۳۳.۱ درصد) دارای تحصیلات دیپلم هستند.



نمودار ۴-۷: توزیع درصدی نمونه آماری بر حسب تحصیلات

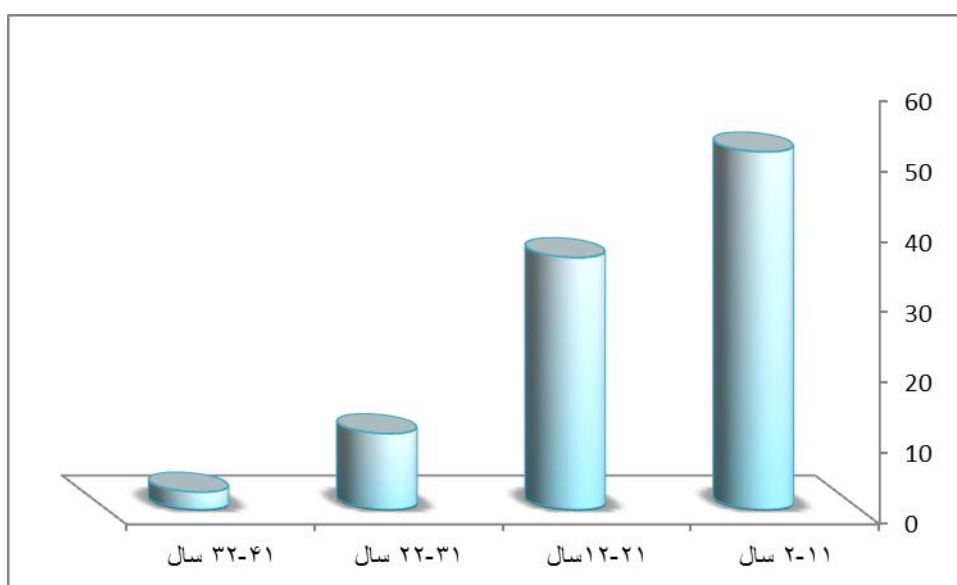
#### ۴-۳-۲-۴- توصیف نمونه آماری برحسب مدت زمان اعتیاد معتادان

جدول و نمودار ۹-۴ توزیع فراوانی و درصد پاسخگویان را بر حسب مدت زمان اعتیاد معتادان نشان می‌دهد.

جدول ۹-۴: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری برحسب مدت زمان اعتیاد معتادان

مدت زمان اعتیاد معتادان	فراوانی	درصد
۲-۱۱ سال	۶۱	۵۰.۸
۱۲-۲۱ سال	۴۳	۳۵.۸
۲۲-۳۱ سال	۱۳	۱۰.۸
۳۲-۴۱ سال	۳	۲.۵
مجموع	۱۲۰	۱۰۰.۰

با توجه به داده‌های فوق مدت زمان اعتیاد ۵۰.۸ درصد معتادان بین ۲-۱۱ سال، ۳۵.۸ درصد معتادان بین ۱۲-۲۱ سال، ۱۰.۸ درصد معتادان بین ۲۲-۳۱ سال و ۲.۵ درصد معتادان بین ۳۲-۴۱ سال می‌باشد.



نمودار ۴-۸: توزیع درصدی نمونه آماری بر حسب مدت زمان اعتیاد معتادان



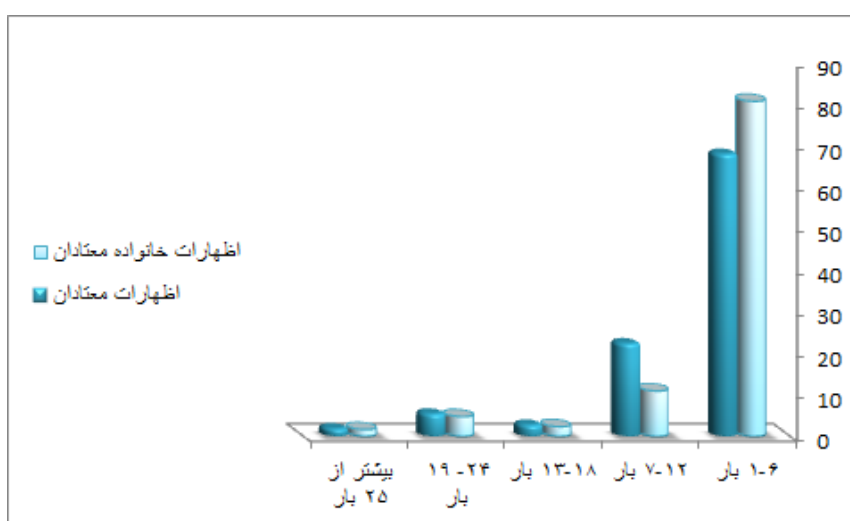
#### ۴-۳-۵- توصیف نمونه آماری برحسب دفعات عود اعتیاد معتادان

جدول و نمودار ۴-۱۰ توزیع فراوانی و درصد پاسخگویان را بر حسب دفعات عود اعتیاد معتادان نشان می‌دهد. این دفعات توسط خود فرد معتاد و خانواده معتادان اظهار شده است.

جدول ۴-۱۰: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری برحسب دفعات عود اعتیاد معتادان

دفعات عود اعتیاد معتادان		اظهارات معتادان		اظهارات خانواده معتادان		مجموع	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
۱-۶ بار	۷۶	۶۷.۹	۱۰۴	۸۰.۶	۱۸۰	۷۴.۷	
۷-۱۲ بار	۲۵	۲۲.۳	۱۴	۱۰.۹	۳۹	۱۶.۲	
۱۳-۱۸ بار	۳	۲.۷	۳	۲.۳	۶	۲.۵	
۱۹-۲۴ بار	۶	۵.۴	۶	۴.۷	۱۲	۵.۰	
بیشتر از ۲۵ بار	۲	۱.۸	۲	۱.۶	۴	۱.۷	
مجموع	۱۱۲	۱۰۰.۰	۱۲۹	۱۰۰.۰	۲۴۱	۱۰۰.۰	

با توجه به داده‌های فوق حداکثر دفعات عود اعتیاد معتادان طبق اظهارات معتادان و خانواده معتادان ۶-۱ بار می‌باشد.



نمودار ۴-۹: توزیع درصدی نمونه آماری بر حسب دفعات عود اعتیاد

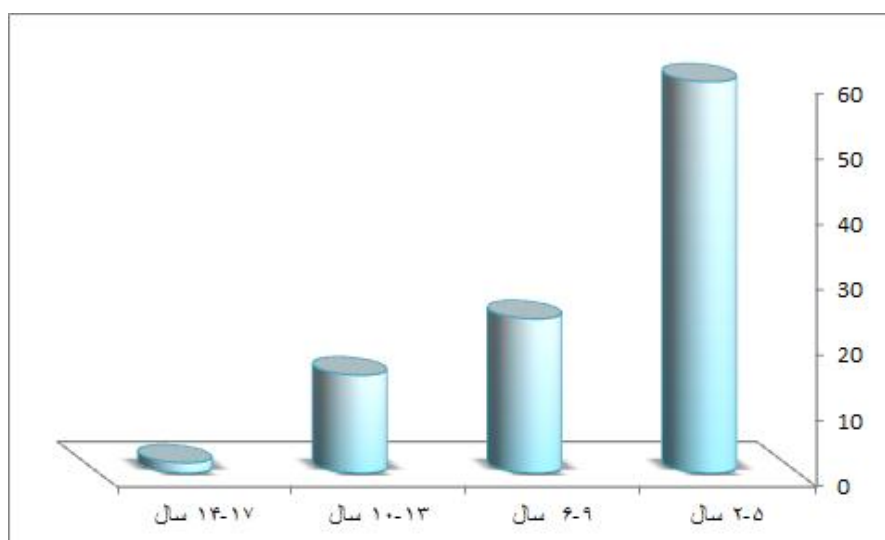
#### ۴-۲-۳-۶- توصیف نمونه آماری برحسب مدت زمان عضویت در گروه NA

جدول و نمودار ۴-۱۱ توزیع فراوانی و درصد پاسخگویان را بر حسب مدت زمان عضویت در گروه NA نشان می‌دهد.

جدول ۴-۱۱: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری برحسب مدت زمان عضویت در گروه NA

درصد	فراوانی	مدت زمان عضویت در گروه NA
۵۹.۸	۷۶	۲-۵ سال
۲۳.۶	۳۰	۶-۹ سال
۱۵.۰	۱۹	۱۰-۱۳ سال
۱.۶	۲	۱۴-۱۷ سال
۱۰۰.۰	۱۲۷	مجموع

با توجه به داده‌های فوق ۵۹.۸ درصد افراد عضو گروه NA به مدت ۲-۵ سال، ۲۳.۶ درصد ۶-۹ سال، ۱۵.۰ درصد ۱۰-۱۳ سال و ۱.۶ درصد ۱۴-۱۷ سال در گروه NA عضویت دارند.



نمودار ۴-۱۰: توزیع درصدی نمونه آماری بر حسب مدت زمان عضویت در گروه NA

#### ۴-۲-۴- یافته‌های توصیفی بخش دوم تحقیق

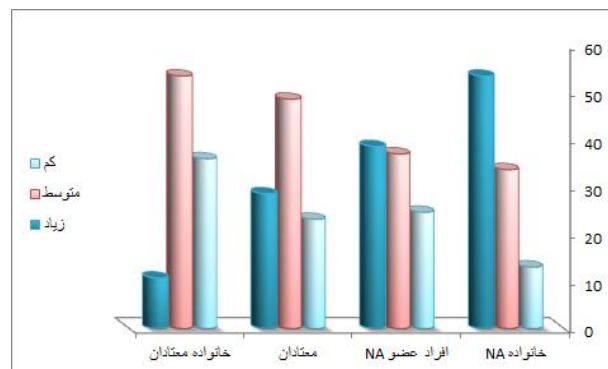
##### ۴-۲-۴-۱- توصیف میزان حمایت اجتماعی ابزاری

جدول ۴-۱۲ توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری نمره‌های برحسب میزان حمایت اجتماعی ابزاری نشان می‌دهد.

جدول ۴-۱۲: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری بر حسب میزان حمایت اجتماعی ابزاری

میزان حمایت اجتماعی ابزاری		خانواده NA	افراد عضو NA	معتادان	خانواده معتادان
کم	فراوانی	۱۷	۳۲	۳۰	۴۷
	درصد	۱۳.۰	۲۴.۶	۲۳.۱	۳۵.۹
متوسط	فراوانی	۴۴	۴۸	۶۳	۷۰
	درصد	۳۳.۶	۳۶.۹	۴۸.۵	۵۳.۴
زیاد	فراوانی	۷۰	۵۰	۳۷	۱۴
	درصد	۵۳.۴	۳۸.۵	۲۸.۵	۱۰.۷
میانگین		۲۷.۷۴	۲۵.۲۶	۲۴.۸۳	۲۱.۳۲

با توجه به جدول فوق میانگین نمرات میزان حمایت اجتماعی ابزاری خانواده NA ۲۷.۷۴، افراد عضو NA ۲۵.۲۶، معتادان ۲۴.۸۳ و خانواده معتادان ۲۱.۳۲ است. با توجه به میانگین طیف (۴۰-۸) که ۲۴ است میانگین نمرات میزان حمایت اجتماعی ابزاری خانواده افراد عضو NA، افراد عضو NA و معتادان بیشتر از میانگین ارزیابی می‌شود. میانگین نمرات میزان حمایت اجتماعی ابزاری خانواده افراد عضو NA بیشتر از بقیه گروه‌ها می‌باشد. میانگین حمایت اجتماعی ابزاری در افراد و خانواده عضو NA بیشتر از معتادان و خانواده معتادان است. جدول فوق نشان می‌دهد میزان حمایت اجتماعی ابزاری اکثر خانواده افراد عضو NA (۵۳.۴ درصد) و افراد عضو NA (۳۸.۵ درصد) در حد زیاد، اکثر معتادان (۴۸.۵ درصد) و خانواده معتادان (۵۳.۴ درصد) در حد متوسط می‌باشد. این نتایج حاکی از این است که افرادی که عضو گروه NA می‌باشند و خانواده آنان از میزان حمایت اجتماعی ابزاری بیشتری برخوردارند.



نمودار ۴-۱۱: توزیع درصد میزان حمایت اجتماعی ابزاری

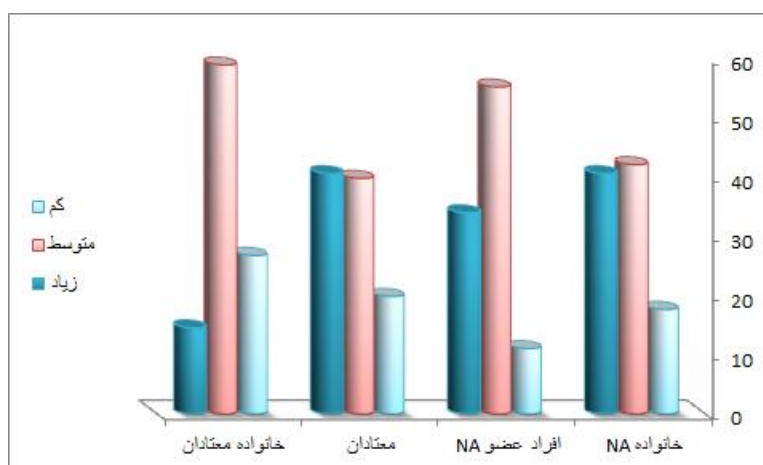
#### ۴-۲-۲- توصیف میزان حمایت اجتماعی عاطفی

جدول ۴-۱۳ توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری را بر حسب نمره‌های میزان حمایت اجتماعی عاطفی نشان می‌دهد.

جدول ۴-۱۳: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری بر حسب میزان حمایت اجتماعی عاطفی

میزان حمایت اجتماعی عاطفی		خانواده NA	افراد عضو NA	معتادان	خانواده معتادان
کم	فراوانی	۲۳	۱۴	۲۵	۳۵
	درصد	۱۷.۶	۱۱.۰	۱۹.۸	۲۶.۷
متوسط	فراوانی	۵۵	۷۰	۵۰	۷۷
	درصد	۴۲.۰	۵۵.۱	۳۹.۷	۵۸.۸
زیاد	فراوانی	۵۳	۴۳	۵۱	۱۹
	درصد	۴۰.۵	۳۳.۹	۴۰.۵	۱۴.۵
میانگین		۲۶.۱۲	۲۶.۵۸	۲۶.۱۱	۲۲.۵۱

با توجه به جدول فوق، میانگین نمرات میزان حمایت اجتماعی عاطفی خانواده NA ۲۶.۱۲، افراد عضو NA ۲۶.۵۸، معتادان ۲۶.۱۱ و خانواده معتادان ۲۲.۵۱ است. با توجه به میانگین طیف (۴۰-۸) که ۲۴ است میانگین نمرات میزان حمایت اجتماعی عاطفی خانواده افراد عضو NA، افراد عضو NA و معتادان بیشتر از میانگین ارزیابی می‌شود. میانگین نمرات میزان حمایت اجتماعی عاطفی افراد عضو NA بیشتر از بقیه گروه‌ها می‌باشد. میانگین حمایت اجتماعی عاطفی در افراد و خانواده عضو NA بیشتر از معتادان و خانواده معتادان است. جدول فوق نشان می‌دهد میزان حمایت اجتماعی عاطفی اکثر خانواده افراد عضو NA (۴۲.۰ درصد)، افراد عضو NA (۵۵.۱ درصد) و خانواده معتادان (۵۸.۸ درصد) در حد متوسط و اکثر معتادان (۴۰.۵ درصد) و در حد زیاد می‌باشد. این نتایج حاکی از این است که افرادی که عضو گروه NA می‌باشند از میزان حمایت اجتماعی عاطفی بیشتری برخوردارند.



نمودار ۴-۱۲: توزیع درصد میزان حمایت اجتماعی عاطفی

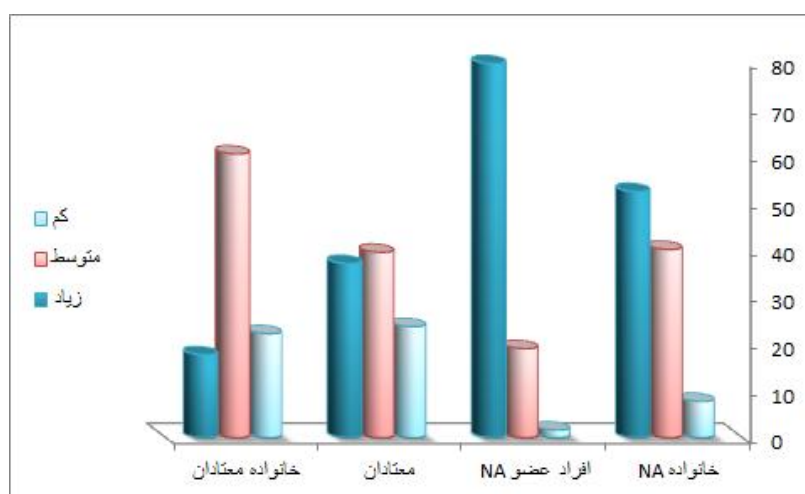
#### ۴-۲-۳- توصیف میزان حمایت اجتماعی اطلاعاتی

جدول ۴-۱۴: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری را بر حسب نمره‌های میزان حمایت اجتماعی اطلاعاتی نشان می‌دهد.

جدول ۴-۱۴: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری بر حسب میزان حمایت اجتماعی اطلاعاتی

میزان حمایت اجتماعی اطلاعاتی	خانواده NA	افراد عضو NA	معتادان	خانواده معتادان
کم	فراوانی	۱۰	۲	۳۰
	درصد	۷.۷	۱.۶	۲۲.۱
متوسط	فراوانی	۵۲	۲۴	۵۰
	درصد	۴۰.۰	۱۸.۹	۳۹.۴
زیاد	فراوانی	۶۸	۱۰۱	۴۷
	درصد	۵۲.۳	۷۹.۵	۳۷.۰
میانگین		۲۹.۴۸	۳۲.۶۲	۲۵.۶۹
				۲۳.۴۲

با توجه به جدول فوق میانگین نمرات میزان حمایت اجتماعی اطلاعاتی خانواده NA ۲۹.۴۸، افراد عضو NA ۳۲.۶۴، معتادان ۲۵.۶۹ و خانواده معتادان ۲۳.۴۲ است. با توجه به میانگین طیف (۴۰-۸) که ۲۴ است میانگین نمرات میزان حمایت اجتماعی اطلاعاتی خانواده افراد عضو NA، افراد عضو NA و معتادان بیشتر از میانگین ارزیابی می‌شود. میانگین نمرات میزان حمایت اجتماعی اطلاعاتی خانواده معتادان کمتر از میانگین است. میانگین نمرات میزان حمایت اجتماعی اطلاعاتی افراد عضو NA بیشتر از بقیه گروه‌ها می‌باشد. میانگین حمایت اجتماعی اطلاعاتی در افراد و خانواده عضو NA بیشتر از معتادان و خانواده معتادان است. جدول فوق نشان می‌دهد میزان حمایت اجتماعی اطلاعاتی اکثر خانواده افراد عضو NA (۵۲.۳ درصد) و افراد عضو NA (۷۹.۵ درصد) در حد زیاد و اکثر معتادان (۳۹.۴ درصد) و خانواده معتادان (۶۰.۳) در حد متوسط می‌باشد. این نتایج حاکی از این است که افرادی که عضو گروه NA می‌باشند از میزان حمایت اجتماعی اطلاعاتی بیشتری برخوردارند.



نمودار ۴-۱۳: توزیع درصد میزان حمایت اجتماعی اطلاعاتی

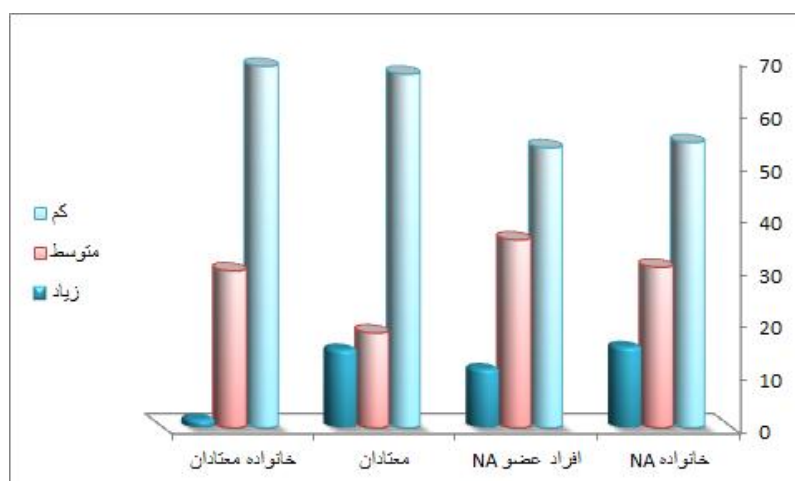
#### ۴-۲-۴-۴- توصیف میزان حمایت اجتماعی شبکه‌ای

جدول ۴-۱۵ توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری را بر حسب نمره‌های میزان حمایت اجتماعی شبکه‌ای نشان می‌دهد.

جدول ۴-۱۵: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری بر حسب میزان حمایت اجتماعی شبکه‌ای

میزان حمایت اجتماعی شبکه‌ای	خانواده NA	افراد عضو NA	معتادان	خانواده معتادان
کم	فراوانی	۷۱	۶۷	۸۶
	درصد	۵۴.۲	۵۳.۲	۶۸.۷
متوسط	فراوانی	۴۰	۴۵	۲۳
	درصد	۳۰.۵	۳۵.۷	۲۹.۸
زیاد	فراوانی	۲۰	۱۴	۱۹
	درصد	۱۵.۳	۱۱.۱	۱۴.۸
میانگین		۹.۵۷	۹.۵۹	۸.۶۰

با توجه به جدول فوق میانگین نمرات میزان حمایت اجتماعی شبکه‌ای خانواده NA ۹.۵۷، افراد عضو NA ۹.۵۹، معتادان ۸.۶۰ و خانواده معتادان ۷.۹۰ است. با توجه به میانگین طیف (۲۰-۴) که ۱۲ است میانگین نمرات میزان حمایت اجتماعی شبکه‌ای خانواده افراد عضو NA، افراد عضو NA، معتادان و خانواده معتادان کمتر از میانگین ارزیابی می‌شود. میانگین نمرات میزان حمایت اجتماعی شبکه‌ای افراد عضو NA بیشتر از بقیه گروه‌ها می‌باشد. میانگین حمایت اجتماعی شبکه‌ای در افراد و خانواده عضو NA بیشتر از معتادان و خانواده معتادان است. جدول فوق نشان می‌دهد میزان حمایت اجتماعی شبکه‌ای اکثر خانواده افراد عضو NA (۵۴.۲ درصد)، افراد عضو NA (۵۳.۲ درصد)، معتادان (۶۸.۷ درصد) و خانواده معتادان (۶۸.۷ درصد) در حد کم می‌باشد. این نتایج حاکی از این است که کلیه گروه‌ها میزان حمایت اجتماعی شبکه‌ای کم می‌باشد ولی افرادی که عضو گروه NA می‌باشند از میزان حمایت اجتماعی شبکه‌ای بیشتری نسبت به بقیه برخوردارند.



نمودار ۴-۱۴: توزیع درصد میزان حمایت اجتماعی شبکه‌ای

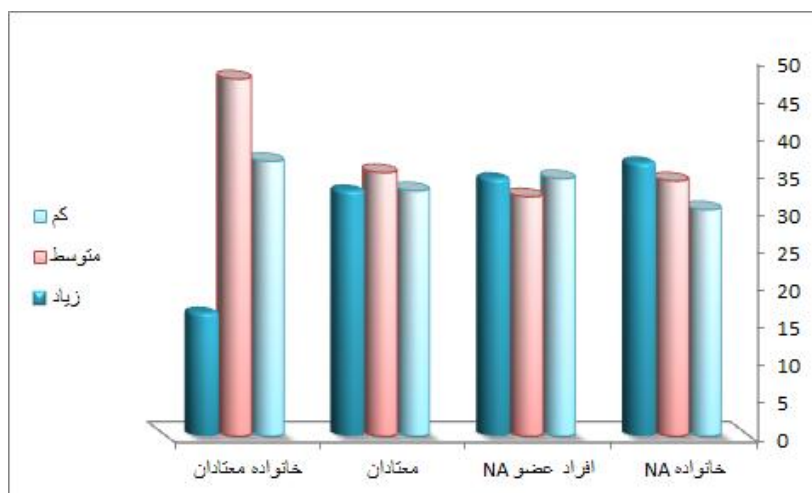
#### ۴-۲-۴-۵- توصیف میزان حمایت اجتماعی خودارزشمندی

جدول ۴-۱۶ توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری را بر حسب نمره‌های میزان حمایت اجتماعی خودارزشمندی نشان می‌دهد.

جدول ۴-۱۶: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری بر حسب میزان حمایت اجتماعی خودارزشمندی

میزان حمایت اجتماعی خودارزشمندی		خانواده NA	افراد عضو NA	معتادان	خانواده معتادان
کم	فراوانی	۳۹	۴۳	۴۱	۴۷
	درصد	۳۰	۳۴.۱	۳۲.۵	۳۶.۴
متوسط	فراوانی	۴۴	۴۰	۴۴	۶۱
	درصد	۳۳.۸	۳۱.۷	۳۴.۹	۴۷.۳
زیاد	فراوانی	۴۷	۴۳	۴۱	۲۱
	درصد	۳۶.۲	۳۴.۱	۳۲.۵	۱۶.۳
میانگین		۱۲.۱۳	۱۱.۸۷	۱۱.۷۶	۱۰.۶۸

با توجه به جدول فوق میانگین نمرات میزان حمایت اجتماعی خودارزشمندی خانواده NA ۱۲.۱۳، افراد عضو NA ۱۱.۸۷، معتادان ۱۱.۷۶ و خانواده معتادان ۱۰.۶۸ است. با توجه به میانگین طیف (۲۰-۴) که ۱۲ است میانگین نمرات میزان حمایت اجتماعی خودارزشمندی افراد عضو NA، معتادان و خانواده معتادان کمتر از میانگین ارزیابی می‌شود. میانگین نمرات میزان حمایت اجتماعی خودارزشمندی خانواده افراد عضو NA بیشتر از میانگین می‌باشد. میانگین حمایت اجتماعی خودارزشمندی در افراد و خانواده عضو NA بیشتر از معتادان و خانواده معتادان است. جدول فوق نشان می‌دهد میزان حمایت اجتماعی خودارزشمندی اکثر خانواده افراد عضو NA (۳۶.۲ درصد) در حد زیاد، اکثر افراد عضو NA (۳۴.۱ درصد)، معتادان (۳۴.۹ درصد) و خانواده معتادان (۴۷.۳ درصد) در حد متوسط می‌باشد. این نتایج حاکی از این است که خانواده افراد عضو NA از میزان حمایت اجتماعی خودارزشمندی بیشتری نسبت به بقیه برخوردارند.



نمودار ۴-۱۵: توزیع درصد میزان حمایت اجتماعی خودارزشمندی

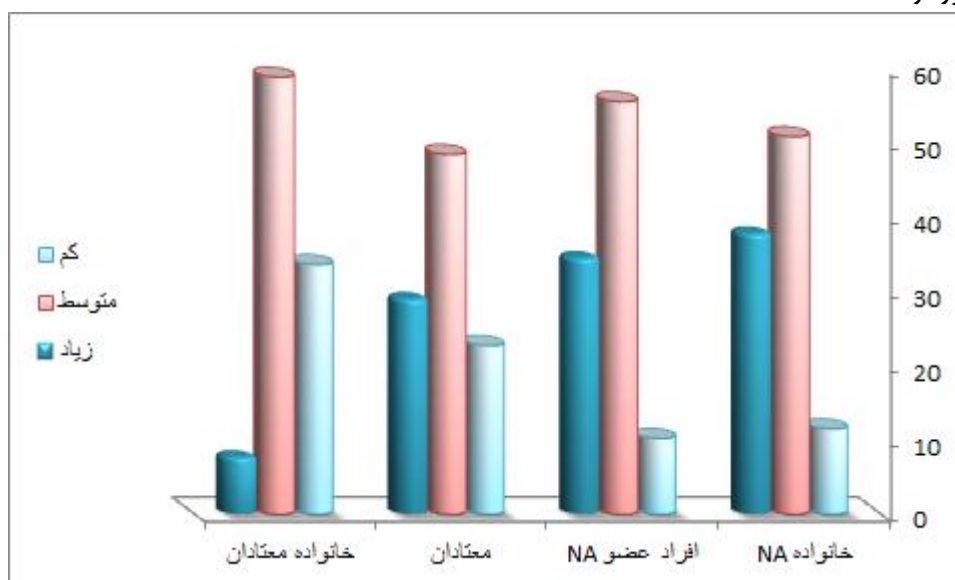
#### ۴-۲-۴-۶- توصیف میزان حمایت اجتماعی

جدول ۴-۱۷ توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری را بر حسب نمره‌های میزان حمایت اجتماعی نشان می‌دهد.

جدول ۴-۱۷: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری بر حسب میزان حمایت اجتماعی

میزان حمایت اجتماعی		خانواده NA	افراد عضو NA	معتادان	خانواده معتادان
کم	فراوانی	۱۵	۱۳	۲۹	۴۴
	درصد	۱۱.۵	۱۰.۲	۲۲.۷	۳۳.۶
متوسط	فراوانی	۶۶	۷۱	۶۲	۷۷
	درصد	۵۰.۸	۵۵.۵	۴۸.۴	۵۸.۸
زیاد	فراوانی	۴۹	۴۴	۳۷	۱۰
	درصد	۳۷.۷	۳۴.۴	۲۸.۹	۷.۶
میانگین		۱۰۵.۸۵	۱۰۳.۸۰	۹۵.۳۲	۸۵.۷۷

با توجه به جدول فوق میانگین نمرات میزان حمایت اجتماعی خانواده NA ۱۰۵.۸۵، افراد عضو NA ۱۰۳.۸۰، معتادان ۹۵.۳۲ و خانواده معتادان ۸۵.۷۷ است. با توجه به میانگین طیف (۱۶۰ - ۳۲) که ۹۶ است میانگین نمرات میزان حمایت اجتماعی معتادان و خانواده معتادان کمتر از میانگین ارزیابی می‌شود و میانگین نمرات میزان حمایت اجتماعی خانواده و افراد عضو NA بیشتر از میانگین می‌باشد. میانگین حمایت اجتماعی در افراد و خانواده عضو NA بیشتر از معتادان و خانواده معتادان است. جدول فوق نشان می‌دهد میزان حمایت اجتماعی اکثر خانواده افراد عضو NA (۵۰.۸ درصد)، افراد عضو NA (۵۵.۵ درصد)، معتادان (۴۸.۴ درصد) و خانواده معتادان (۵۸.۸ درصد) در حد متوسط می‌باشد. این نتایج حاکی از این است که خانواده افراد عضو NA از میزان حمایت اجتماعی بیشتری نسبت به بقیه برخوردارند.



نمودار ۴-۱۶: توزیع درصد میزان حمایت اجتماعی



#### ۴-۳-آزمون نرمال بودن توزیع داده‌ها

جهت انتخاب آزمون مناسب برای تحلیل فرضیه‌ها، ابتدا باید نرمال بودن توزیع آماری متغیرها مورد بررسی قرار گیرد. بدین منظور از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت نرمال بودن داده‌ها استفاده شده است. فرض‌های آماری برای آزمون نرمالیت به شرح ذیل می‌باشد:

$H_0$  : توزیع داده‌های مربوط به هر یک از متغیرها نرمال است .

$H_1$ : توزیع داده‌های مربوط به هر یک از متغیرها نرمال نیست .

در این آزمون فرض صفر مبتنی بر اینکه توزیع داده‌ها نرمال است در سطح خطای ۵ % آزمون می‌شود. بنابراین اگر سطح معناداری در آزمون ( Sig. ) بزرگتر یا مساوی ۰.۰۵ بدست آید، در این صورت دلیلی برای رد فرض صفر وجود نخواهد داشت. به عبارت دیگر توزیع داده‌ها نرمال خواهد بود.

جدول ۴-۱۸: آزمون نرمال بودن توزیع متغیرها

متغیر	(STATISTIC)آماره)	( DF )درجه آزادی)	( SIG. ) سطح معناداری)
حمایت اجتماعی	۰.۰۵۳	۵۲۲	۰.۰۵۶

با توجه به جدول فوق و مقادیر سطح معنی‌داری بیشتر از ۰.۰۵ ، فرض نرمال بودن توزیع متغیر حمایت اجتماعی تایید می‌شود و به عبارتی توزیع داده‌های این متغیر، نرمال است.

#### ۴-۴- تحلیل استنباطی داده‌های آماری

##### ۴-۴-۱- مقایسه شیوه‌های حمایت اجتماعی از دیدگاه کارشناسان حوزه اعتیاد

فرضیه ۱ تحقیق: بین شیوه‌های مختلف حمایت اجتماعی (ابزاری، عاطفی، اطلاعاتی، شبکه ای و خودارزشمندی) از دیدگاه کارشناسان تفاوت معناداری وجود دارد.

به منظور بررسی تفاوت بین شیوه‌های مختلف حمایت اجتماعی (ابزاری، عاطفی، اطلاعاتی، شبکه ای و خودارزشمندی) از دیدگاه کارشناسان از آزمون T هتلینگ تک نمونه‌ای (جدول ۴-۱۹) استفاده گردید.

جدول ۴-۱۹: نتایج آزمون T هتلینگ برای شیوه‌های مختلف حمایت اجتماعی

Sig	df <sup>۲</sup>	df <sup>۱</sup>	F	Hotelling's T-Squared
.۰۰۰۰	۴۵	۴	۱۷.۸۳۳	۷۶.۰۸۶

اطلاعات جدول فوق نشان می‌دهد آماره  $F$  برابر  $F = ۱۷.۸۳۳$  و سطح معناداری  $S = ۰.۰۰۰۰$  است. از آنجا که سطح معناداری کمتر از  $۰.۰۵$  است، لذا بین نمرات شیوه‌های مختلف حمایت اجتماعی (ابزاری، عاطفی، اطلاعاتی، شبکه ای و خودارزشمندی) تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۴-۲۰: میانگین شیوه‌های مختلف حمایت اجتماعی

خودارزشمندی	شبکه‌ای	اطلاعاتی	عاطفی	ابزاری	شیوه‌های حمایت اجتماعی
۳.۷۹	۳.۵۲	۴.۵۲	۴.۴۰	۳.۸۱	میانگین

طبق جدول فوق مقایسه میانگین میزان اهمیت شیوه‌های مختلف حمایت اجتماعی از دیدگاه کارشناسان نشان می‌دهد میانگین شیوه حمایت اجتماعی اطلاعاتی (۴.۵۲) از بقیه بیشتر است بنابراین نتایج حاکی از آن است که طبق نظر کارشناسان شیوه حمایت اجتماعی اطلاعاتی موثرترین شیوه حمایت اجتماعی می‌باشد.

#### ۴-۲- همبستگی بین حمایت اجتماعی معنادان و بازگشت به اعتیاد معنادان

فرضیه ۲ تحقیق : بین حمایت اجتماعی معنادان و بازگشت به اعتیاد معنادان رابطه معنادار وجود دارد.

به منظور بررسی رابطه بین میزان حمایت اجتماعی معنادان و بازگشت به اعتیاد معنادان ضرایب همبستگی دو متغیره پیرسون بین این متغیرها محاسبه گردید که این ضرایب در جدول ۴ - ۲۱ نشان داده شده است.

جدول ۴-۲۱: ضریب همبستگی بین میزان حمایت اجتماعی معنادان و بازگشت به اعتیاد معنادان

سطح معناداری	ضریب همبستگی پیرسون	آزمون آماری
۰.۰۵	-۰.۱۷۷*	میزان حمایت اجتماعی معنادان / بازگشت به اعتیاد معنادان

$$* P \leq 0.05$$

طبق جدول فوق با اطمینان ۹۵ درصد همبستگی معکوس و معناداری بین میزان حمایت اجتماعی معنادان و بازگشت به اعتیاد معنادان ( $p \leq 0.05$ ،  $r = -0.177$ ) وجود دارد.

#### ۴-۳- همبستگی بین حمایت اجتماعی خانواده معنادان دارای سابقه عود اعتیاد و بازگشت به اعتیاد

فرضیه ۳ تحقیق : بین حمایت اجتماعی خانواده معنادان دارای سابقه عود اعتیاد و بازگشت به اعتیاد معنادان رابطه معنادار وجود دارد.

به منظور بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی خانواده معنادان دارای سابقه عود اعتیاد و بازگشت به اعتیاد معنادان ضرایب همبستگی دو متغیره پیرسون بین این متغیرها محاسبه گردید که این ضرایب در جدول ۴ - ۲۲ نشان داده شده است.

جدول ۴-۲۲: ضریب همبستگی بین حمایت اجتماعی خانواده معنادان دارای سابقه عود و بازگشت به اعتیاد معنادان

سطح معناداری	ضریب همبستگی پیرسون	آزمون آماری
۰.۰۰۰	-۰.۱۵۵	میزان حمایت اجتماعی خانواده معنادان / بازگشت به اعتیاد معنادان

$$* P \leq 0.05$$

طبق جدول فوق با اطمینان ۹۵ درصد همبستگی معکوس و معناداری بین میزان حمایت اجتماعی معنادان و بازگشت به اعتیاد معنادان ( $p \leq 0.05$ ،  $r = -0.155$ ) وجود دارد.

#### ۴-۴-۴- مقایسه حمایت اجتماعی معنادان بهبود یافته و معنادان دارای سابقه عود اعتیاد

فرضیه ۴ تحقیق : حمایت اجتماعی معنادان بهبود یافته بیشتر از معنادان دارای سابقه عود اعتیاد است.

به منظور بررسی تفاوت بین حمایت اجتماعی معنادان بهبود یافته و معنادان دارای سابقه عود اعتیاد آزمون  $t$  دو نمونه مستقل محاسبه گردید که در جدول ۴ - ۲۳ نشان داده شده است.

جدول ۴-۲۳: نتایج آزمون  $t$  برای مقایسه حمایت اجتماعی معنادان بهبود یافته و معنادان

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آزمون آماری
معنادان بهبود یافته	۱۳۰	۱۰۳.۸	۲۶.۵۲	$t = ۲.۲۹۶$
معنادان	۱۳۰	۹۵.۳۲	۳۲.۶۷	$S = ۰.۰۲$

اطلاعات جدول فوق نشان می‌دهد آماره  $t$  برابر  $t = ۲.۲۹۶$  و سطح معناداری  $S = ۰.۰۲$  است. از آنجا که سطح معناداری کمتر از  $۰.۰۵$  است، لذا تفاوت میانگین حمایت اجتماعی معنادان بهبود یافته و معنادان معنادار بوده و میانگین نمرات معنادان بهبود یافته بالاتر از معنادان است. بنابراین می‌توان گفت حمایت اجتماعی معنادان بهبود یافته بیشتر از معنادان دارای سابقه عود اعتیاد است.

#### ۴-۵- مقایسه حمایت اجتماعی خانواده معتادان بهبود یافته و خانواده معتادان دارای سابقه

##### عود اعتیاد

فرضیه ۵ تحقیق : حمایت اجتماعی خانواده معتادان بهبود یافته بیشتر از خانواده معتادان دارای سابقه عود اعتیاد است.

به منظور بررسی تفاوت بین حمایت اجتماعی خانواده معتادان بهبود یافته و خانواده معتادان دارای سابقه عود اعتیاد آزمون  $t$  دو نمونه مستقل محاسبه گردید که در جدول ۴ - ۲۴ نشان داده شده است.

جدول ۴-۲۴: نتایج آزمون  $t$  برای مقایسه حمایت اجتماعی خانواده معتادان بهبود یافته و خانواده معتادان

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آزمون آماری
خانواده معتادان بهبود یافته	۱۳۰	۸۱۰۵	۲۷۴۹	$t = ۶.۳۲۵$
خانواده معتادان	۱۳۰	۸۵۷۷	۲۳۶۱	$S = ۰.۰۰۰$

اطلاعات جدول فوق نشان می‌دهد آماره  $t$  برابر  $t = ۶.۳۲۵$  و سطح معناداری  $S = ۰.۰۰۰$  است. از آنجا که سطح معناداری کمتر از  $۰.۰۵$  است، لذا تفاوت میانگین حمایت اجتماعی خانواده معتادان بهبود یافته و خانواده معتادان معنادار بوده و میانگین نمرات خانواده معتادان بهبود یافته بالاتر از خانواده معتادان است. بنابراین می‌توان گفت حمایت اجتماعی خانواده معتادان بهبود یافته بالاتر از خانواده معتادان می‌باشد.

## فصل پنجم

### بحث و نتیجه گیری و پیشنهادات

## ۵-۱- مقدمه

برخی از پدیده‌ها و مسائل اجتماعی و انسانی دارای ماهیت حساس، ساختار نامشخص و کارکرد به ظاهر پنهان هستند. این پدیده‌ها و مسائل، از یک سو، تمایل به پوشیده ماندن دارند و از سوی دیگر، مانند جریان رودخانه، ظاهری آرام و درونی پرخروش و پرکشش و پر قدرت دارند و هر مانعی را از سر راه خود برمی‌دارند و پیش می‌روند. نمونه‌ای از این پدیده‌ها و مسائل، اعتیاد و مصرف مواد مخدر است. بی‌تردید مصرف مواد مخدر آثار و پیامدهای نامطلوب و بنیادی روانی، اجتماعی، انسانی، اقتصادی، سیاسی، آموزشی و فرهنگی بر ساختار و کارکرد جامعه دارد (وانی گاراتنه، ۱۹۹۰). از دیدگاه روان‌شناسی دامنه تأثیرات مخرب اعتیاد به مواد مخدر از آن رو حائز اهمیت فراوان است که عواقب وخیم آن تنها فرد معتاد را در بر نمی‌گیرد، بلکه محیط پیرامون و دوستان و افراد خانواده و همکاران وی نیز در معرض آثار ویرانگر آن قرار خواهند گرفت (خاکی، ۱۳۷۱).

حمایت اجتماعی به عنوان یک محافظ بر حوادث تنیدگی زای زندگی عمل می‌کند، چون کیفیت عاطفی آن با حس تعلق همراه است، اطلاعات مورد نیاز را برای کاهش نتایج زیان بار جسمی یا روان‌شناختی در برابر حوادث زندگی فراهم می‌کند (کانلی، ۱۹۹۳). کاملاً روشن نیست که چگونه و تحت چه شرایطی حمایت اجتماعی به فرد کمک می‌کند. شاید بتوان گفت که حمایت اجتماعی: اولاً با تبدیل موقعیت‌ها به اوضاعی که کمتر تهدید کننده تلقی می‌شوند، جلوی آثار تنیدگی را می‌گیرد (کوهن و ویلس، ۱۹۸۵) و ثانیاً باعث می‌شود که تنیدگی، کمتر موجب بروز واکنش‌های زیان آور بدنی گردد (خداپناهی و همکاران، ۱۳۸۸).

## ۵-۲- بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی این پژوهش در بخش اول شناسایی موثرترین شیوه‌های حمایت اجتماعی معتادان و خانواده آنها از دیدگاه کارشناسان حوزه اعتیاد و در بخش دوم مقایسه حمایت اجتماعی معتادان دارای سابقه عود اعتیاد و بهبود یافتگان عضو انجمن NA شهر خرم آباد و خانواده‌های معتادان و بهبود یافتگان عضو انجمن NA می‌باشد.

نتایج در بخش اول تحقیق نشان داد در مقایسه شیوه‌های حمایت اجتماعی از دیدگاه کارشناسان؛ میانگین نمرات میزان اهمیت شیوه‌های حمایت اجتماعی ابزاری ۳.۷۴، عاطفی ۴.۳۱، اطلاعاتی ۴.۴۳، شبکه‌ای ۳.۴۵ و خودارزشیابی ۳.۷۹ است (جدول شماره ۴-۵). میانگین نمرات میزان اهمیت کلیه شیوه‌های حمایت اجتماعی بیشتر از میانگین ارزیابی می‌شود. و از بین شیوه‌های حمایت اجتماعی، میانگین شیوه‌های حمایت اجتماعی اطلاعاتی بالاتر است.

نتایج پژوهش در بخش دوم نشان داد حداکثر دفعات عود اعتیاد معتادان طبق اظهارات معتادان و خانواده معتادان ۶-۱ بار می‌باشد (جدول شماره ۴-۱۰).

میانگین نمرات میزان حمایت اجتماعی ابزاری، عاطفی و اطلاعاتی خانواده افراد عضو NA، افراد عضو NA و معتادان بیشتر از میانگین ارزیابی می‌شود. میانگین نمرات میزان حمایت اجتماعی ابزاری و خودارزشمندی خانواده

افراد عضو NA بیشتر از بقیه گروه‌ها می‌باشد. میانگین نمرات میزان حمایت اجتماعی عاطفی و اطلاعاتی افراد عضو NA بیشتر از بقیه گروه‌ها می‌باشد. میانگین نمرات میزان حمایت اجتماعی اطلاعاتی خانواده معتادان کمتر از میانگین است. میانگین نمرات میزان حمایت اجتماعی شبکه‌ای خانواده افراد عضو NA، افراد عضو NA، معتادان و خانواده معتادان کمتر از میانگین ارزیابی می‌شود. میانگین نمرات میزان حمایت اجتماعی شبکه‌ای افراد عضو NA بیشتر از بقیه گروه‌ها می‌باشد. میانگین نمرات میزان حمایت اجتماعی خودارزشمندی افراد عضو NA، معتادان و خانواده معتادان کمتر از میانگین ارزیابی می‌شود. میانگین نمرات میزان حمایت اجتماعی خودارزشمندی خانواده افراد عضو NA بیشتر از میانگین می‌باشد. میانگین نمرات میزان حمایت اجتماعی معتادان و خانواده معتادان کمتر از میانگین ارزیابی می‌شود و میانگین نمرات میزان حمایت اجتماعی خانواده و افراد عضو NA بیشتر از میانگین می‌باشد.

میزان حمایت اجتماعی ابزاری اکثر خانواده افراد عضو NA (۵۳.۴ درصد) و افراد عضو NA (۳۸.۵ درصد) در حد زیاد، اکثر معتادان (۴۸.۵ درصد) و خانواده معتادان (۵۳.۴ درصد) در حد متوسط می‌باشد (جدول شماره ۴-۱۲). این نتایج حاکی از این است که افرادی که عضو گروه NA می‌باشند از میزان حمایت اجتماعی ابزاری بیشتری برخوردارند. میزان حمایت اجتماعی عاطفی اکثر خانواده افراد عضو NA (۴۲.۰ درصد)، افراد عضو NA (۵۵.۱ درصد) و خانواده معتادان (۵۸.۸ درصد) در حد متوسط و اکثر معتادان (۴۰.۵ درصد) و در حد زیاد می‌باشد (جدول شماره ۴-۱۳). این نتایج حاکی از این است که افرادی که عضو گروه NA می‌باشند از میزان حمایت اجتماعی عاطفی بیشتری برخوردارند. میزان حمایت اجتماعی اطلاعاتی اکثر خانواده افراد عضو NA (۵۲.۳ درصد) و افراد عضو NA (۷۹.۵ درصد) در حد زیاد و اکثر معتادان (۳۹.۴ درصد) و خانواده معتادان (۶۰.۳ درصد) در حد متوسط می‌باشد (جدول شماره ۴-۱۴). این نتایج حاکی از این است که افرادی که عضو گروه NA می‌باشند از میزان حمایت اجتماعی اطلاعاتی بیشتری برخوردارند. میزان حمایت اجتماعی شبکه‌ای اکثر خانواده افراد عضو NA (۵۴.۲ درصد)، افراد عضو NA (۵۳.۲ درصد)، معتادان (۶۷.۲ درصد) و خانواده معتادان (۶۸.۷ درصد) در حد کم می‌باشد (جدول شماره ۴-۱۵). این نتایج حاکی از این است که کلیه گروه‌ها میزان حمایت اجتماعی شبکه‌ای کم می‌باشد ولی افرادی که عضو گروه NA می‌باشند از میزان حمایت اجتماعی شبکه‌ای بیشتری نسبت به بقیه برخوردارند. میزان حمایت اجتماعی خودارزشمندی اکثر خانواده افراد عضو NA (۳۶.۲ درصد) در حد زیاد، اکثر افراد عضو NA (۳۴.۱ درصد)، معتادان (۳۴.۹ درصد) و خانواده معتادان (۴۷.۳ درصد) در حد متوسط می‌باشد (جدول شماره ۴-۱۶). این نتایج حاکی از این است که خانواده افراد عضو NA از میزان حمایت اجتماعی خودارزشمندی بیشتری نسبت به بقیه برخوردارند. میزان حمایت اجتماعی اکثر خانواده افراد عضو NA (۵۰.۸ درصد)، افراد عضو NA (۵۵.۵ درصد)، معتادان (۴۸.۴ درصد) و خانواده معتادان (۵۸.۸ درصد) در حد متوسط می‌باشد (جدول شماره ۴-۱۷). این نتایج حاکی از این است که خانواده افراد عضو NA از میزان حمایت اجتماعی بیشتری نسبت به بقیه برخوردارند.

به منظور مقایسه و بررسی تفاوت بین شیوه‌های مختلف حمایت اجتماعی (ابزاری، عاطفی، اطلاعاتی، شبکه‌ای و خودارزشمندی) از دیدگاه کارشناسان از آزمون T هتلینگ تک نمونه‌ای استفاده گردید.



تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از آن است بین نمرات شیوه‌های مختلف حمایت اجتماعی (ابزاری، عاطفی، اطلاعاتی، شبکه‌ای و خودارزشمندی) تفاوت معناداری وجود دارد (جدول شماره ۴-۱۹). میانگین شیوه حمایت اجتماعی اطلاعاتی (۴.۵۲)، از بقیه بیشتر است بنابراین نتایج حاکی از آن است که طبق نظر کارشناسان شیوه حمایت اجتماعی اطلاعاتی موثرترین شیوه حمایت اجتماعی می‌باشد.

با بررسی شیوه‌های مختلف حمایت اجتماعی مشخص شد که کمترین میزان حمایت مربوط به شیوه‌های حمایت شبکه‌ای و خودارزشمندی است. عوامل مختلفی در این موثر است ولی به موردی که می‌توان اشاره کرد عدم برخورداری از حمایت شبکه‌های اجتماعی است که ناشی از ضعف پیوندها و کمبود اعتماد است که در این مورد می‌توان به این امر اشاره کرد که به نظر می‌رسد سرمایه اجتماعی افراد مورد تحقیق و نحوه استفاده از این سرمایه کم است. نتایج تحقیق کلدی و سلحشوری (۱۳۹۱)، نشان داد حمایت اجتماعی اطلاعاتی قابلیت تبیین توانمندسازی زنان را دارا هستند که با نتایج تحقیق حاضر همسو است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از آن است همبستگی معکوس و معناداری بین میزان حمایت اجتماعی معتادان و بازگشت به اعتیاد معتادان وجود دارد (جدول شماره ۴-۲۱).

فلاح زاده و حسینی (۱۳۸۵)، در تحقیقی نشان دادند عواملی که منجر به عود اعتیاد می‌شوند طرد شدن از طرف خانواده و جامعه می‌باشد و از تدابیر لازم جهت جلوگیری از عود اعتیاد حمایت و پشتیبانی اطرافیان و اجتماع عنوان شد که با نتایج تحقیق حاضر همخوانی دارد.

مطالعات مک کارتنی (۱۹۹۶)، کارول (۱۹۹۹) و وانی گاراتن (۱۹۹۰)، حاکی از آن است که مداخلات حمایتی مانند حمایت‌های معنوی و خانوادگی، نقش اساسی در بازداري از عود سوء مصرف مواد دارند. از طرفی، مطالعه کوپلو (۲۰۰۰)، نشان می‌دهد که وجود ساختارها و شبکه‌های حمایتی در بازداري از عود اختلال سوء مصرف مواد، نقش مهمی ایفا می‌کند. نتایج این تحقیقات با تحقیق حاضر مطابقت دارد. نتایج تحقیق با مطالعه هاشمی و همکاران (۱۳۸۸) همخوانی دارد چرا که نتایج این تحقیق نشان داد افرادی که دچار عود نشده‌اند، نسبت به افرادی که دچار عود شده‌اند از نظر حمایت اجتماعی وضعیت بهتری دارند. عدم حمایت اجتماعی که منشأ آن خانواده، دوستان و جامعه می‌باشد، باعث کاهش مقاومت فرد در مقابل استرس‌های محیطی می‌شود که می‌تواند به عود و مصرف مواد منتهی گردد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از آن است همبستگی معکوس و معناداری بین میزان حمایت اجتماعی خانواده معتادان و بازگشت به اعتیاد معتادان وجود دارد (جدول شماره ۴-۲۲). نتایج تحقیق زینت مطلق و همکاران (۱۳۹۲)، نشان داد حمایت‌های خانواده و دوستان برای ماندگاری بر درمان نگهدارنده با متادون در بین معتادان می‌تواند نقش موثری داشته باشد که با نتایج این تحقیق همسو است.

حمایت اجتماعی از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی کننده سلامت جسمانی و روانشناختی افراد است (داگون، ۲۰۱۰) و می‌تواند به آنها کمک کند تا وقایع پرتنش را به صورتی ارزیابی نمایند که جنبه تهدیدکنندگی کمتری داشته باشند

(رلین و آچینو، ۲۰۰۸). در صورتی که میزان این حمایت به ویژه از جانب خانواده مناسب نباشد می تواند پیش‌بینی کننده مناسبی برای بازگشت به اعتیاد باشد (رحمتی و زراعت، ۱۳۹۵).

بنا بر نظریه دورکهمیم، هر چه احساس نزدیکی و پیوند فرد با گروهش (برای مثال خانواده) قوی‌تر باشد، احتمال به خطر افتادن سلامتی فرد کاهش می‌یابد. پیوندهای بین اشخاص که افراد را به جمع متصل می‌نماید، در جهت حفظ آنان از خودگرایی افراطی، عمل می‌نماید. تا زمانی که فرد با جمع بزرگتر و اهداف آنان متصل نشده‌اند، آنان خودگرا و خودمحور می‌شوند. به طرزى که نسبت به بهداشت روانی شان تخریب کننده است. دورکهمیم پریشانی روانی را به فقدان همبستگی اجتماعی نسبت می‌دهد (همتی و رجیمی، ۱۳۹۳). تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از آن است تفاوت میانگین حمایت اجتماعی معتادان بهبود یافته و معتادان معنادار بوده و میانگین نمرات معتادان بهبود یافته بالاتر از معتادان است (جدول شماره ۴-۲۳). بنابراین می‌توان گفت حمایت اجتماعی معتادان بهبود یافته بهتر از معتادان دارای سابقه عود اعتیاد است.

یافته‌های این تحقیق با نتایج تحقیق محمدزادگان و همکاران (۱۳۹۱)، که نشان دادند معتادان از حمایت اجتماعی کمتری نسبت به افراد سالم برخوردارند همخوانی دارد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از آن است تفاوت میانگین حمایت اجتماعی خانواده معتادان بهبود یافته و خانواده معتادان معنادار بوده و میانگین نمرات خانواده معتادان بهبود یافته بالاتر از خانواده معتادان است (جدول شماره ۴-۲۴). بنابراین می‌توان گفت حمایت اجتماعی خانواده معتادان بهبود یافته بالاتر از خانواده معتادان می‌باشد. وقتی اعتیاد فردی در خانواده مشخص می‌شود اعضای خانواده توسط عملکرد فرد معتاد تحت تاثیر قرار می‌گیرند و سطوح بالایی از استرس و اضطراب را تجربه می‌کنند که این هیجان‌ها، زندگی اعضا را در تمام ابعاد تحت تاثیر قرار می‌دهند که میزان تاثیر بستگی به دانش آن‌ها از اعتیاد و استفاده از منابع حمایتی دارد با توجه به این که برخورداری از حمایت اجتماعی بالا در مواجهه و سازگاری بهتر خانواده‌های معتادین با عوامل تنش‌زا نقش بسزایی دارد، می‌توان با شناسایی کردن افراد در معرض خطر، در پیشگیری از عوارض روانی و اجتماعی ناشی از اعتیاد در این افراد نقش به سزایی ایفا کنند و با ایجاد و تقویت گروه‌های حمایتی، بالا بردن سطح آگاهی شبکه حمایتی در مورد تاثیر مثبت رفتارهای حمایتی آن‌ها بر سلامت روانی - اجتماعی برای ارائه هر چه بهتر مداخلات حمایتی به خانواده‌های معتادین اقدام نمایند. بنابراین لازم است پیوسته نیازهای حمایتی این خانواده‌ها بررسی و با بسیج منابع حمایتی موجود در جامعه و مشارکت خانواده‌ها در جهت ارتقاء سلامت روانی - اجتماعی آن‌ها گام برداشت (منچری و همکاران، ۱۳۹۲).

حمایت اجتماعی و میزان آن تابع روابط اجتماعی فرد در قالب پیوند با دیگران یا عضویت در گروه‌ها و اجتماعات است. بستری که این روابط را برای فرد فراهم می‌کند جامعه است. جامعه زمینه ساز و بستر شکل گیری روابطی است که فرد می‌تواند داشته باشد. لذا برای داشتن رابطه می‌باید با جامعه ارتباط برقرار کرد، یکی از طرق روابط اجتماعی با دیگران و دیگری از طریق عضویت اجتماعی در اجتماعات، که این دو نحوه ارتباط با جامعه، دامنه روابط اجتماعی فرد را برای بدست آوردن حمایت اجتماعی تعیین می‌کند. کاهش این دامنه، کاهش میزان حمایت اجتماعی را به دنبال دارد (چلبی، ۱۳۷۵).

می‌توان چنین تبیین کرد که از بین مولفه‌های حمایتی خانواده به عنوان یک جز کوچک و اما با اهمیت شبکه حمایتی نقش بسزایی را در قبال فرد معتاد بازی می‌کند و بدلیل اینکه بیماری اعتیاد کل خانواده را تحت تاثیر قرار

می‌دهد از این رو، آن را « بیماری خانوادگی<sup>۱</sup> » نام نهاده اند. نظام خانواده که توسط اعتیاد دستخوش تغییر و تحریف شده است ادامه رفتار اعتیادی را در معتاد تقویت می‌کند. زندگی اعضای خانواده اعتیاد حول محور فرد معتاد می‌چرخد و بر او متمرکز شده است. در حقیقت آنها به معتاد اعتیاد پیدا کرده اند. در بسیاری از مواقع خانواده بر این باور است که می‌تواند معتاد را مجبور کند تا از رفتارهای خودپیرانگری 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 بهبودی شان را با سرعت و جدیت بیشتری ادامه می‌دهند. نظام خانواده اعتیاد، با تمرکز شدیدی که بر معتاد دارد کارکردهای طبیعی خود را از دست داده است. کژکاری<sup>۲</sup> موجود در خانواده اعتیاد، راه را بر هر گونه تغییر می‌بندد (پرکینسون، ۱۹۹۷).

در پایان باید خاطر نشان کرد که اعتیاد یا وابستگی به مواد امروزه به عنوان یک بیماری تلقی می‌شود که مانند هر بیماری دیگری نیاز به درمان دارد. فرد بیمار در طول مسیر درمان نیازمند یک شبکه حمایتی است تا با همراهی کردن او کمک موثری در راه بهبودی سریع تر و موفقیت بیشتر فرد باشند. از طرفی اعتیاد یک پدیده روانی، زیستی و اجتماعی است باید در ترک اعتیاد افراد تنها به سم زدایی و کناره گیری از مواد توجه نکرده بلکه باید از انواع فنون بلکه باید از انواع فنون روان درمانی از جمله خانواده درمانی، درمان معنوی و مذهبی نیز کمک گرفت. در واقع می‌توان با مداخله و آموزش اعضای خانواده در جهت مدارا با بیمار، به کاهش بازگشت مجدد وی به سمت مصرف کمک کرد.

### ۵-۳- پیشنهادات

#### ۵-۳-۱- پیشنهادات کاربردی

- با توجه به لزوم درک از حمایت اجتماعی در خانواده های معتادان تدوین برنامه های آموزشی و حمایتی مؤثر برای آن ها بایستی در اولویت قرار گیرد تا بدین ترتیب با افزایش آگاهی و تغییر در رفتار آن ها بتوان در فرآیند پیشگیری از مشکلات ناشی از اعتیاد قدم بگذاریم.
- کاهش استرس معتادین می تواند در جلوگیری از عود آنها موثر باشد.

- جلسات گروه درمانی و شناسایی اختلالات روانی یک معتاد و درمان آن می تواند در موفقیت درمان دارویی موثر باشد.

- تقویت پایه های ارتباطات و همبستگی اجتماعی از طریق عضویت در انجمن ها و سازمان های مردم نهاد

---

<sup>۱</sup>.Family Disease

<sup>۲</sup>.Dysfunction

- افزایش سرمایه اقتصادی، افزایش اشتغال و تحقق نسبی عدالت توزیعی معنادران و خانواده های آنها
- برگزاری کارگاه های آموزشی و توزیع جزوات آموزشی در جهت تأمین حمایت اطلاعاتی و حمایت روحی - روانی متناسب باخانواده ها .
- تقویت فعالیت های پیشگیری از گرایش به سمت مواد مخدر به دلیل احتمال بالای عود اعتیاد پس از ترک
- ارائه خدمات مشاوره به کل اعضای خانواده بیمار برای آشنا نمودن آنها با فرایند درمان و کاهش سطح مشاجرات و تنش های خانوادگی
- انعقاد موافقتنامه بین دستگاهی با هدف ارائه خدمات به بهبود یافتگان از اعتیاد با توجه به ویژگی های شخصیتی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگ بومی آنان انجام پذیرد.
- تأکید بر تفاوت مسائل هر استان با استان دیگر در این حوزه در جریان شکل گیری برنامه مشترک ارائه خدمات به بهبودیافتگان از اعتیاد مورد توجه قرار گیرد. همچنین این مدل های استانی، در برنامه ریزی ها و کاهش عوامل خطرزا در بازگشت بهبودیافته از اعتیاد بکار گرفته شود.
- اندازی شبکه حمایت های اجتماعی برای بهبود یافتگان از اعتیاد از طریق تشویق و ترغیب سازمان های مردم نهاد فعال در این حوزه که منجر به افزایش کیفیت ارائه خدمات توسط سازمان ها شود.
- برگزاری کارگاه های آموزشی توسط سمن ها (NGOs) پیرامون سازوکارهای شکل گیری حمایت های اجتماعی از بهبودیافتگان از اعتیاد.
- نقش خانواده در روند ثبات بهبودیافتگی معنادران بسیار برجسته تر از نهادهای درمانی و حمایتی است چرا که حمایت در این نهادها گسسته است از این روی توجه ویژه به نقش خانواده در کنار هم افزایی و مشارکت سایر نهادها، دستگاه ها و تشکل های مردم نهاد بهبود در این روند را می تواند تسریع بخشد.

### ۵-۳-۲-پیشنهادهای پژوهشی

- بررسی مسائل و مشکلات معنادران و خانواده های معنادران و ارائه راهکارهای عملی جهت کاهش مشکلات
- شناسایی راهکارهای افزایش حمایت اجتماعی معنادران و خانواده های آنها
- چنین پژوهشی در سطح گسترده تر در کل ایران صورت گیرد.

### ۵-۴- محدودیت های تحقیق

- عدم همکاری برخی از پاسخگویان
- کمبود تعهد و التزام و پاسخ های عجولانه برخی پاسخگویان
- رغبت کم برخی از پاسخگویان در پاسخگویی به موقع به سوالات پرسشنامه

## منابع

- اشرفی حافظ، اصغر، کاظمینی، تکتیم، شایان، شادی (۱۳۹۳). رابطه حمایت اجتماعی و جهت گیری مذهبی با میزان عود در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون. نشریه دانشکده پرستاری و مامایی، دوره ۲۴، شماره ۸۴.
- افسر، علی، بشیریان، سعید، پورالعجل، جلال، هزاوه ای، سید مهدی، وطن نواز، الهه، زینت مطلق، فاضل (۱۳۹۲). پیش بینی عوامل موثر بر عود مصرف مواد مخدر در بین بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون در مراکز درمان اعتیاد شهر همدان با بهره گیری از مدل اعتقاد بهداشتی. مجله تحقیقات نظام سلامت؛ ویژه نامه آموزش بهداشت.
- پرکینسون، روبرت (۱۳۷۹). آموزش همراهان معتاد. ترجمه نوروزی جویبانی، تهران.
- حاجبی، احمد و پیمان فریدنیا (۱۳۸۸). ارتباط بین سلامت روان و حمایت اجتماعی در کارکنان بهداشت و درمان صنعت نفت بوشهر. دوفصلنامه طب جنوب، سال دوازدهم، شماره ۱۶.
- جعفری، راضیه (۱۳۸۹). اثر شبکه حمایت های اجتماعی و شیوه های مقابله ای بر رضایت مندی تحصیلی دانشجویان مقطع علوم پایه پزشکی اهواز نیمسال دوم ۱۳۸۸. پایان نامه اخذ دکتری دانشگاه علوم پزشکی اهواز.
- حاجیلو، نادر، جعفری، عیسی (۱۳۹۴). نقش استرس ادراک شده، هیجان خواهی و حمایت اجتماعی در اعتیاد. فصلنامه روانشناسی سلامت، شماره ۱۶.
- حافظ نیا، محمد رضا (۱۳۹۵). مقدمه ای بر روش تحقیق در علوم انسانی. تهران: انتشارات سمت.
- حیدر خانی، هاییل، حقیقتیان، منصور، قنبری، نوذر، پرندین، شیما (۱۳۹۵). بررسی تأثیر ابعاد مختلف حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه. فصلنامه مطالعات توسعه ای اجتماعی - فرهنگی، دوره پنجم، شماره ۲.
- حیدری، سعیده، سلحشوریان، آسیه، رفیعی، فروغ، حسینی، فاطمه (۱۳۸۷). ارتباط حمایت اجتماعی درک شده از سوی منابع حمایتی مختلف و اندازه شبکه اجتماعی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان. نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، دوره ۲۲، شماره ۶۱.
- خدا پناهی، محمدکریم، اصغری، آرزو، صالح صدق پور، بهرام، حریرچی، ایرج، کتیبایی، ژیل (۱۳۸۹). روابط ساختاری بین حمایت اجتماعی و امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان. مجله روانشناسی، سال چهاردهم، شماره ۳.
- دلپسند، کامل، ایار، علی، خانی، سعید، محمدی، پریخان (۱۳۹۱). حمایت اجتماعی و جرم: مطالعه تطبیقی جوانان مجرم و عادی شهر ایلام. فصلنامه مطالعات و تحقیقات اجتماعی، دوره اول شماره ۲.
- دیمتئو، م. ر. (۱۳۷۸). روانشناسی سلامت، ترجمه م. کاویانی، م. عباسپور، ح. محمدی، غ. تقی زاده، و و کیمیا، تهران: انتشارات سمت.
- رحمتی، عباس، زراعت حرفه، فهیمه (۱۳۹۵). مقایسه ویژگی های شخصیتی و حمایت اجتماعی در معتادان موفق و ناموفق در ترک اعتیاد. فصلنامه علمی ترویجی سلامت اجتماعی و اعتیاد دوره ۲ شماره ۸.

- رضای تجربی، پورمحمد، میرزمانی بافقی، معصومه و سید محمود (۱۳۸۶). ارتباط بین سیستم های مغزی و رفتاری، حمایت اجتماعی و افسردگی فصلنامه رفاه اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۶.
- ریاحی، محمد اسماعیل، وردی نیا، اکبر علی، پورحسین، زینب (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان. فصلنامه رفاه اجتماعی، سال دهم، شماره ۳۹.
- زارعی، سیده نرجس، نظری، محمد، زارعی، اقبال (۱۳۹۴). بررسی نقش حمایت های خانواده در دریافت حمایت های اجتماعی با تأکید بر نوجوانان معتاد استان هرمزگان. پژوهشنامه فرهنگی هرمزگان، دو فصلنامه علمی ترویجی، سال پنجم، شماره ۱۰.
- زکی، محمد علی (۱۳۸۶). کیفیت زندگی و رابطه آن با عزت نفس در بین دانشجویان دختر و پسر دانشگاه های اصفهان. مجله روا پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال یازدهم، شماره ۴.
- زینت مطلق فاضل، حسینی سید نصرالله، شریفی راد غلامرضا، احمدی جویباری تورج، آقای عباس، عطایی ماری، حاتم زاد ناصر (۱۳۹۲). بررسی نگرش و هنجارهای انتزاعی ترغیب کننده ماندگاری در درمان نگهدارنده با متادون. مجله تحقیقات نظام سلامت، ویژه نامه آموزش بهداشت.
- سارافیند، ادوارد (۱۳۸۴). روانشناسی سلامت. ترجمه ی گروهی از مترجمان ( زیر نظر الهه میرزایی)، تهران: رشد.
- شریعتی، بهنام (۱۳۹۳). چرا آمار بازگشت به اعتیاد تا این حد بالاست و مقصر کیست. هفته نامه زندگی مثبت، ۱۳۹۳/۱۲/۲۷.
- صدیقپور، صالح، بهرام، اسدی، مسعود و میر نادر میری (۱۳۸۹). رابطه نیازهای بنیادین و حمایت اجتماعی در سازگاری آموزشی، اجتماعی و عاطفی دانش آموزان، مجله روانشناسی ۵۶، سال چهاردهم، شماره ۴.
- صفری حاجت آقایی، سعیده، کمالی، ایوب، دهقانی فیروزآبادی، سمیره، اصفهانی، مهدی (۱۳۹۳). فراتحلیل مقایسه عوامل فردی و محیطی موثر بر بازگشت مجدد به اعتیاد بعد از ترک مواد مخدر. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال هشتم، شماره سی ام.
- فلاح زاده، حسین، حسینی (۱۳۸۵). بررسی علل عود اعتیاد از دیدگاه معتادین مراجعه کننده به مرکز بهزیستی شهرستان یزد. فصلنامه طلوع بهداشت، سال پنجم، شماره اول و دوم.
- قاسمی پور، مریم، جهانبخش، گنجه (۱۳۸۸). رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان در دانشجویان شهرستان خرم آباد. یافته، دوره دوازدهم.
- کلدی، علیرضا و سلحشوری، پروانه (۱۳۹۱). بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر توانمندسازی زنان. مطالعات توسعه اجتماعی/ایران، سال چهارم، شماره چهارم.
- محمد زادگان، رضا، عباس زاد، رضا، قاسم بکلو، قاسم (۱۳۹۱). مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی در افراد وابسته به مواد و افراد سالم.

- مروتی شریف آباد، محمدعلی، روحانی تنکابنی، نوشین (۱۳۸۶). حمایت اجتماعی و وضعیت خودمراقبتی در بیماران دیابتی مراجعه کننده به مراکز تحقیقات دیابت یزد. مجله طبیب شرق، دوره ۹، شماره ۴.
- منچری، حمیده، حیدری، محمد، قدوسی بروجنی، منصوره (۱۳۹۱). حمایت اجتماعی درک شده در خانواده‌های معتادین مراجعه کننده به یکی از مراکز درمانی ترک اعتیاد گرگان. مجله سلامت و مراقبت، سال چهاردهم، شماره ۴.
- منچری، حمیده، حیدری، محمد، قدوسی بروجنی، منصوره (۱۳۹۲). ارتباط مشکلات روانی اجتماعی با درک از حمایت اجتماعی در خانواده های معتادین. روان پرستاری دوره ۱۵ شماره ۳.
- میرزایی، طیبه، راوری، علی، راوری، حنیفی، نسرین، میری، سکینه، حق دوست اسکویی، سیده فاطمه، میرزایی، صدیقه (۱۳۸۹). عوامل مرتبط با عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد شهر رفسنجان. نشریه پرستاری ایران، دوره ۲۳، شماره ۶۷.
- ناستایی زایی، ناصر، هزاره مقدم، ملازهی، اسماء (۱۳۸۹). عوامل مؤثر بر عود اعتیاد در معتادان خودمعرف به مراکز ترک اعتیاد شهر زاهدان. فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی، دوره هشتم، شماره سوم.
- نجفی، سمیه؛ نادری، فرح و صاحبی، علی (۱۳۹۴). بررسی کاربست تئوری انتخاب بر کیفیت زندگی و انعطاف پذیری کنشی در افراد مصرف کننده مواد مخدر. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۹ (۳۳)، ۱۴۴-۱۳۵.
- نوروزی، آریتا، طهماسبی، رحیم، رکاب پور، سید جواد (۱۳۹۲). منابع حمایت اجتماعی مؤثر در خود مراقبتی بیماران دیابتی شهر بوشهر سال ۹۱-۹۰. فصلنامه طب جنوب، سال شانزدهم، شماره ۳.
- هاشمی، تورج، فتوحی بناب، سکینه، کریمی، حمیدرضا، بیرامی، منصور (۱۳۸۹). نقش باورهای غیرمنطقی، ادراکات خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در عود اختلال سوء مصرف مواد، سال چهارم، شماره سیزدهم.
- همتی، رضا، رحیمی علی آباد، اباذر (۱۳۹۳). بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روانی (مطالعه موردی زنان شهر خلخال). مطالعات علوم اجتماعی ایران، سال دهم، شماره چهل و دوم.
- هومن، حیدرعلی، لیوارجانی، شعله (۱۳۸۷). بررسی اعتبار، روایی و هنجاریابی پرسشنامه حمایت اجتماعی برای دانش آموزان مقطع متوسطه *SSQ*. علوم تربیتی، سال اول، شماره اول.

-Berekman, Lisa; Glass, Thomas; Brissette, Ian; Seeman, Teresa (۲۰۰۰) Form social integration to health: network, support and relational atrain social Science & Medicine ۵۱, ۸۴۳-۸۵۷.

-Davis, M. I., & Jason, L. A. (۲۰۰۵). Sex differences in social support and self-efficacy within a recovery community, *American Journal of Community Psychology*, ۳۶(۳/۴), ۷۴-۲۵۹.

-Dogan, M. (۲۰۱۰). Comparison of Parents of children with and without Hearing Loss in terms of stress, Depression and Trait Anxiety, *International Journal of early childhood special Education*, ۲(۳), ۲۴۷-۲۵۲.

-Ellis SE, Speroff T, Dittus RS, et al Diabetes patient education: a meta-analysis and meta-regression. *Patient Educ Couns* 2004; 52: 97-100.

Fleming, R., Baum, A., Gisriel, M.M., & Gatchel, R.I. (1986). Mediating Influences of Social Support on Stress at Three Mile Island. *Journal of Human Stress*, 15(3), 18-21.

-Gann, T. (2004). The Parenting Partnership: The evaluation of a human service/corporate workplace collaborating for the Prevention of substance abuse and mental health Problems, and Promotion of family and work adjustment. *The Journal of Primary Prevention*. 10(3), 123-136.

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

-Moos, R. Mitchell, R. E. (1982). *Conceptualizing and Measuring social Network resources*. New York.

-Reblin, M., & Uchino, B. (2000). Social and emotional support and links to physical health, *Current Opinions in Psychiatry*, 21(5), 201-205.

-Sarafino, Edward. P. (1998). **Health Psychology**, Third Edition, New York, John Wiley & Sons.

-Vanleeuwen, M. C., Post, W. M., Van Asbek, W. F., Vander woude, H. V., Groot, S., & Lindeman, E. (2000). Social support and life satisfaction in spinal cord injury during and up to one year after inpatient rehabilitation, *Journal of psychology*, pp. 260-271.

-Warren, J. I., Stein, J. A., & Grella, C. E. (2000). Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among client with co-occurring disorder, *Drug and Alcohol Dependence*, 59, 24-36.

- White, H. R., Johnson, V., & Buyske, S. (2000). Parental modeling and parenting behavior effects on offspring alcohol and cigarette use, growth curve analysis. *Journal of Substance Abuse*, 12, 287-310.



ضمائم

## بسمه تعالی

### پاسخگوی گرامی:

پرسشنامه پیوست، درخصوص پژوهشی با عنوان " بررسی موثرترین شیوه های حمایت اجتماعی معنادان و خانواده های آنها " است خواهشمند است برای جمع آوری اطلاعات مورد نیاز، از طریق پاسخگویی دقیق به سوالات، ما را جهت تحقق این امر یاری فرمایید.

صمیمانه سپاسگزارم

### مشخصات پاسخگویان:

میزان تحصیلات: ..... رشته تحصیلی: ..... سن: .....

جنسیت: ..... شغل: ..... محل کار: .....

در جدول ذیل شیوه های حمایت اجتماعی معنادان و خانواده های آنها ذکر شده است. لطفا نظر خود را درباره هریک از موارد ذیل بیان نمائید. در صورت مثبت بودن پاسخ، میزان تاثیر آنها را نیز با اعداد یک تا ۵ مشخص نمایید (عدد ۵ بیانگر بالاترین میزان تاثیر می باشد).

ردیف	عنوان	آیا موثر است؟		میزان تاثیر				
		بله	خیر	۱	۲	۳	۴	۵
۱	استفاده معنادان از خدمات مراکز درمان سرپایی و کمپها			۱	۲	۳	۴	۵
۲	استفاده معنادان از خدمات مراکز درمان DIC			۱	۲	۳	۴	۵
۳	استفاده معنادان از مراکز درمان اجتماع مدار (TC)			۱	۲	۳	۴	۵
۴	استفاده معنادان از مرکز سرپناه شبانه			۱	۲	۳	۴	۵
۵	معرفی به دندانپزشک و پزشک رایگان			۱	۲	۳	۴	۵
۶	اعطاء وام خود اشتغالی			۱	۲	۳	۴	۵
۷	فراهم نمودن شرایط اشتغال			۱	۲	۳	۴	۵
۸	فراهم نمودن مسکن			۱	۲	۳	۴	۵
۹	بیمه درمانی			۱	۲	۳	۴	۵

ردیف	عنوان	آیا موثر است؟		میزان تاثیر				
		بلی	خیر	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰	اعطاء کمک‌های مالی از جانب مراکز حمایتی			۱	۲	۳	۴	۵
۱۱	اعطاء غذا، پوشاک و ... از طریق ngo ها			۱	۲	۳	۴	۵
۱۲	همراهی، دوست داشتن و ارتباط عاطفی اعضای خانواده با فرد معتاد			۱	۲	۳	۴	۵
۱۳	همراهی، دوست داشتن و ارتباط عاطفی دوستان و اطرافیان نسبت به فرد معتاد و خانواده اش			۱	۲	۳	۴	۵
۱۴	خدمات مشاوره روان شناختی فردی و گروهی جهت رفع مشکلات عاطفی و شخصی فرد معتاد و خانواده اش			۱	۲	۳	۴	۵
۱۵	دادن امید و آرامش به معتادان و خانواده های آنها			۱	۲	۳	۴	۵
۱۶	ابراز علاقه و احساسات دوستان و اطرافیان نسبت به معتادان			۱	۲	۳	۴	۵
۱۷	ابراز محبت و علاقه مددکاران نسبت به معتادان و خانواده آنها			۱	۲	۳	۴	۵
۱۸	ارائه آموزش مهارت های زندگی، فرزندپروری و... به معتادان و خانواده آنها			۱	۲	۳	۴	۵
۱۹	راهنمایی جهت عضویت معتادان در گروه NA			۱	۲	۳	۴	۵
۲۰	راهنمایی جهت عضویت خانواده معتادان در گروه نارائان			۱	۲	۳	۴	۵
۲۱	راهنمایی جهت مراجعه معتادان به مراکز درمانی سرپایی، TC، کمپ‌ها و DIC			۱	۲	۳	۴	۵
۲۲	راهنمایی معتادان و خانواده آنها در مواقع بحرانی			۱	۲	۳	۴	۵
۲۳	صحبت کردن با خانواده معتادان و گوش دادن به مشکلاتشان			۱	۲	۳	۴	۵
۲۴	فراهم کردن زمینه اعتماد بین مددکاران و معتادان و خانواده هایشان جهت حل مشکلات			۱	۲	۳	۴	۵
۲۵	تکیه کردن فرد معتاد و خانواده به دوستان و آشنایان			۱	۲	۳	۴	۵

ردیف	عنوان	آیا موثر است؟		میزان تاثیر				
		بلی	خیر	۱	۲	۳	۴	۵
۲۶	حمایت همسایه‌ها و فامیل و دوستان از فرد معتاد و خانواده اش			۱	۲	۳	۴	۵
۲۷	حمایت مراکز حمایتی از فرد معتاد و خانواده اش			۱	۲	۳	۴	۵
۲۸	تحسین و حمایت دوستان و اطرافیان معتادان و خانواده آنها			۱	۲	۳	۴	۵
۲۹	اعتماد کردن به معتادان بهبود یافته			۱	۲	۳	۴	۵
۳۰	مهم تلقی کردن افراد معتاد			۱	۲	۳	۴	۵

نام و نام خانوادگی پاسخگو: ..... شماره تماس: .....

نام و نام خانوادگی پرسشگر: ..... تاریخ مصاحبه: .....

## بسمه تعالی

### پاسخگوی گرامی:

پرسشنامه پیوست، درخصوص پژوهشی با عنوان " بررسی موثرترین شیوه های حمایت اجتماعی معتادان و خانواده های آنها " است. خواهشمند است برای جمع آوری اطلاعات مورد نیاز، از طریق پاسخگویی دقیق به سوالات، ما را جهت تحقق این امر یاری فرمایید.

### ویژگی های جمعیت شناختی پاسخگو

- ۱-جنسیت : ۱) مرد ☐ ۲) زن ☐ ۲- سن: ..... سال
- ۳-تحصیلات: بیسواد ☐ ابتدایی ☐ راهنمایی ☐ سیکل ☐ دیپلم ☐ فوق دیپلم ☐ لیسانس ☐ فوق لیسانس و بالاتر ☐
- ۴- شغل: ..... ۵- میزان درآمد: ..... تومان
- ۶- مدت زمان اعتیاد به مواد مخدر را ذکر نمایید(مربوط به افراد دارای اعتیاد). .....
- ۷- تعداد دفعات عود اعتیاد(سابقه عود) را ذکر نمایید(مربوط به افراد دارای اعتیاد). ..... بار
- ۸- مدت زمانی که از ترک اعتیاد شما می گذرد(مربوط به افراد عضو گروه NA). .....
- ۹- مدت زمانی که عضو گروه NA می باشید(مربوط به افراد عضو گروه NA). .....
- ۱۰- چه نسبتی با فرد معتاد یا فرد عضو گروه NA دارید (مربوط به خانواده). .....
- ۱۱- لطفا آدرس منطقه محل سکونت خود را ذکر نمایید.
- الف) لطفا به سوالات زیر در خصوص حمایت اجتماعی پاسخ دهید.

ردیف	گویه	همچر وقت	به ندرت	گاهی اوقات	بیشتر اوقات	همیشه
۱	هرچند وقت یکبار کسی را دارید که وقتی در تخت بستری هستید به شما کمک کند؟					
۲	هرچند وقت یکبار کسی را دارید که در صورت لزوم شما را به دکتر ببرد؟					
۳	هرچند وقت یکبار کسی را دارید که غذایان را برایتان آماده کند؟					
۴	هرچند وقت یکبار کسی را دارید که در صورت بیمار بودن، شما را در انجام کارهای روزانه کمک کند.					

ردیف	گویه	هیچ وقت	به ندرت	گاهی اوقات	بیشتر اوقات	همیشه
۵	هرچند وقت یکبار کسی را دارید که در صورت نیاز، به شما کمک مالی می‌کند؟					
۶	هرچند وقت یکبار کسی را دارید که در صورت نیاز، از فرزند شما نگهداری کند؟					
۷	هرچند وقت یکبار کسی را دارید که در صورت لزوم، برای شما شرایط اشتغال فراهم می‌کند؟					
۸	هرچند وقت یکبار کسانی را دارید که در صورتی که برای مدتی به اقامت در خانه کسی نیاز داشته باشید از شما به استقبال کنند؟					
۹	هرچند وقت یکبار کسی را دارید که به شما ابراز علاقه و احساسات کند؟					
۱۰	هرچند وقت یکبار کسی را دارید که شما را دوست بدارد و احساس دوست داشتنی بودن را به شما بدهد؟					
۱۱	هرچند وقت یکبار کسی را دارید که شما را در آغوش بگیرد؟					
۱۲	هرچند وقت یکبار کسی را دارید که اوقات خوشی را با او داشته باشید؟					
۱۳	هرچند وقت یکبار کسی را دارید که مایه آرامش یکدیگر باشید؟					
۱۴	هرچند وقت یکبار کسی را دارید که فعالیت لذت بخشی را با او انجام دهید؟					
۱۵	هرچند وقت یکبار کسی را دارید که با انجام کار شما، خیالتان را بابت کارها راحت کند؟					
۱۶	هرچند وقت یکبار کسی را دارید که برای شکل گیری امید در شما تلاش می‌کند؟					
۱۷	هرچند وقت یکبار کسی را دارید که وقتی شما نیاز دارید صحبت کنید، به شما گوش دهد؟					
۱۸	هرچند وقت یکبار کسی را دارید که به شما اطلاعاتی دهد که در فهمیدن مسائل به شما کمک کند؟					
۱۹	هرچند وقت یکبار کسی را دارید که در مواقع بحرانی شما را به خوبی راهنمایی کند؟					
۲۰	هرچند وقت یکبار کسی را دارید که به او اعتماد کنید که درباره خودتان یا مشکلاتتان با او صحبت کنید؟					
۲۱	هرچند وقت یکبار کسی را دارید که واقعا بخواهد شما را راهنمایی کند؟					
۲۲	هرچند وقت یکبار کسی را دارید که نگرانی‌ها و ترس‌های شخصی‌تان را با او در میان بگذارید؟					
۲۳	هرچند وقت یکبار کسی را دارید که راهکارهایی در مورد نحوه برخورد با مشکلات شخصی‌تان به شما ارائه دهد؟					
۲۴	هرچند وقت یکبار کسی را دارید که مشکلات شما را درک کند؟					

ردیف	گویه	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
۲۵	در بین دوستان و آشنایان تا چه حد کسانی هستند که بتوان بر آنها تکیه کرد؟					
۲۶	چقدر در صورت نیاز مراکزی که در آن عضو هستید، شما را حمایت مالی می کنند؟					
۲۷	چقدر با فامیل و دوستان مشکلات خود را در میان می گذارید؟					
۲۸	تا چه اندازه در صورت هرگونه نیازی می توانید روی کمک همسایه ها حساب کنید؟					
۲۹	تا چه حد کسانی هستند که احساس کنید در کنار آنها صفات مثبتی دارید.					
۳۰	تا چه حد از جانب اطرافیان مورد تحسین قرار می گیرید.					
۳۱	تا چه حد کسی را دارید که شما را مهم تلقی کند.					
۳۲	تا چه حد دوستان و خانواده از تصمیماتی که می گیرید حمایت می کنند.					

نام و نام خانوادگی پرسشگر:..... تاریخ مصاحبه:.....

## Abstract

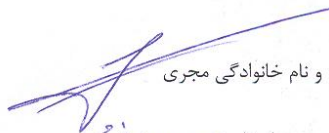
The purpose of the research in the first part is to identify the most effective methods of social protection for addicts and their families from the point of view of addict experts. And in the second part, the comparison of social support for addicts with recurrence of addiction and recovering members of the NA community in Khorramabad and the families of addicts and recovered members of the NA society. The method of this research is applied in terms of the purpose and in the method of collecting descriptive information in the first part of the survey type and in the second part of the causal-comparative type. In the first section, a profound questionnaire was prepared by interviews with managers and experts. In the second part of the study, subjects included addicts referring to DIC centers, camps and methadone treatment clinics in Khorramabad, with at least one history of returning to addiction and the family of addicts. The comparison group also includes the recovered members of the Association of Anonymous Addicts (NA) who have more than ۵ years of membership in the NA and have no history of returning to addiction during their membership in the NA, as well as the members of the NA family. In the first section, a researcher-made questionnaire was developed through a deep interview with experts. In this research, the sample consisted of ۶۰ experts in the field of addiction in Khorramabad, ۱۶۰ people from each group of addicts with a history of return to addiction, a family of addicts, a recovered member of the Association of Anonymous Addicts (NA), and a family of recovered members of the Association of Anonymous Addicts (NA) Which fell to ۱۳۰ from each group due to the lack of collaboration. Sampling of subjects is available. The tool for collecting information is the most effective methods of social support for addicts and their families, and the rate of return to addiction is the researcher's questionnaire. The social support received by addicts and their families was measured by a questionnaire compiled by the Sherbun and Stewart Social Protection Questionnaire (۱۹۹۱) and the Social Security and Crisis Support Questionnaire (۲۰۱۲). To analyze the statistical data, descriptive statistics and inferential tests including one sample T test, independent t-test and Pearson correlation coefficient were used for statistical analysis of SPSS. The results of the research showed that there is a significant difference between the scores of various social support methods (instrumental, emotional, informational, network and self-worth). The average social information support method (۴.۵۲) is more than the rest, so the results indicate that, according to experts, the method of social information protection is the most effective method of social protection. There is also a reverse and significant correlation between the level of social support for addicts and the return to drug addiction. There is a reverse and significant correlation between the social support of the addicts' family and the return to addicted drug addiction. The difference between the average social support for addicts is improved and addicts are meaningful and the mean scores of improved addicts are higher than addicts. The difference between the average social support for the addict's family is improved and the family of addicts is significant and the average score of the family of addicts is better than the family of addicts.

**Key words:** Social support, instrumental support, emotional, informational, networking, self-worth, return to addiction



## تعهدنامه

اینجانب سیده معصومه بخشی مجری طرح پژوهشی بررسی موثرترین شیوه‌های حمایت اجتماعی برای معتادان و خانواده‌های آن‌ها در شهر خرم آباد متعهد می‌شوم از ارائه هر گونه اطلاعات مربوط به طرح پژوهشی (در حین اجرا یا پس از اجرا) اجتناب نموده و قبل از اقدام، هماهنگی لازم را با دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری انجام و نسبت به کسب مجوز کتبی از دفتر یاد شده مبادرت نمایم.

نام و نام خانوادگی مجری  
  
امضاء سیده معصومه بخشی

## نتایج کاربردی

نتایج تحقیق نشان داد در مقایسه شیوه‌های حمایت اجتماعی از دیدگاه کارشناسان؛ میانگین شیوه حمایت اجتماعی اطلاعاتی از بقیه بیشتر است بنابراین شیوه حمایت اجتماعی اطلاعاتی موثرترین شیوه حمایت اجتماعی می‌باشد. میانگین میزان اهمیت کلیه شیوه‌های حمایت اجتماعی بیشتر از میانگین ارزیابی می‌شود. نتایج تحقیق نشان داد افرادی که عضو گروه NA می‌باشند از میزان حمایت اجتماعی عاطفی، اطلاعاتی و خودارزشمندی بیشتری نسبت به بقیه برخوردارند. در مجموع خانواده افراد عضو NA از میزان حمایت اجتماعی بیشتری نسبت به بقیه برخوردارند.

با بررسی شیوه‌های مختلف حمایت اجتماعی مشخص شد که کمترین میزان حمایت مربوط به شیوه‌های حمایت حمایت شبکه ای و خودارزشمندی است. عوامل مختلفی در این امر موثر است ولی به موردی که می‌توان اشاره کرد عدم برخورداری از حمایت شبکه‌های اجتماعی است که ناشی از ضعف پیوندها و کمبود اعتماد است. به نظر می‌رسد سرمایه اجتماعی افراد مورد تحقیق و نحوه استفاده از این سرمایه کم است. وجود ساختارها و شبکه‌های حمایتی در بازداری از عود اختلال سوء مصرف مواد، نقش مهمی ایفا می‌کند. هرچه میزان حمایت اجتماعی خانواده معتادان بالاتر باشد، بازگشت به اعتیاد معتادان کمتر خواهد بود بنابراین حمایت‌های خانواده و دوستان برای ماندگاری بر درمان نگهدارنده با متادون در بین معتادان می‌تواند نقش موثری داشته باشد. حمایت اجتماعی معتادان بهبود یافته و خانواده آنها بهتر از معتادان دارای سابقه عود اعتیاد و خانواده آنها می‌باشد.

با توجه به این که برخورداری از حمایت اجتماعی بالا در مواجهه و سازگاری بهتر خانواده‌های معتادین با عوامل تنش‌زا نقش بسزایی دارد، بنابراین شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر می‌تواند با شناسایی کردن افراد در معرض خطر، در پیشگیری از عوارض روانی و اجتماعی ناشی از اعتیاد در این افراد نقش به سزایی ایفا کند و با ایجاد و تقویت گروه‌های حمایتی، بالابردن سطح آگاهی شبکه حمایتی در مورد تأثیر مثبت رفتارهای حمایتی آن‌ها بر سلامت روانی - اجتماعی جهت ارائه هر چه بهتر مداخلات حمایتی به خانواده‌های معتادین اقدام نماید. بنابراین لازم است پیوسته نیازهای حمایتی این خانواده‌ها بررسی و با بسیج منابع حمایتی موجود در جامعه و مشارکت خانواده‌ها در جهت ارتقاء سلامت روانی - اجتماعی آن‌ها، کاهش آسیب و پیشگیری و کنترل اعتیاد در جامعه، برنامه ریزی جهت اقدامات حمایتی توسط سازمان بهزیستی، سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و کیفری و برنامه ریزی و اقدامات جهت حل مشکلات تحصیلی فرزندان معتادان توسط آموزش و پرورش گام برداشت.

با توجه اینکه اعتیاد یا وابستگی به مواد امروزه به عنوان یک بیماری تلقی می‌شود؛ فرد بیمار در طول مسیر درمان نیازمند یک شبکه حمایتی است تا با همراهی کردن او کمک موثری در راه بهبودی سریع‌تر و موفقیت بیشتر فرد باشند. بنابراین شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر می‌تواند با مداخله و آموزش اعضای خانواده در جهت مدارا با بیمار، به کاهش بازگشت مجدد وی به سمت مصرف کمک کند.

**بسمه تعالی**  
**فرم تعهدنامه مجری و تأییدیه ناظر طرح پژوهشی**  
**شماره فرم ۱۰۱**

نام استان	لرستان	کد طرح پژوهشی: ۱۵۰۹
عنوان طرح پژوهشی:	بررسی موثرترین شیوه‌های حمایت اجتماعی برای معتادان و خانواده‌های آن‌ها	

**تعهد عدم اشتغال دولتی توسط مجری**

اینجانب سیده معصومه بخشی مجری طرح پژوهشی، تعهد می‌نمایم: در استخدام هیچ نهاد یا سازمان دولتی نمی‌باشم.	امضاء:	تاریخ:
---	--------	--------

**مرحله ۱ تأیید پروپوزال توسط ناظر**

اینجانب محمد علی سپهوندی ناظر طرح پژوهشی، مفاد پروپوزال را بررسی نموده و آن را تأیید می‌نمایم.	امضاء:	تاریخ:
--	--------	--------

**مرحله ۲ تأیید پرسشنامه توسط ناظر**

اینجانب محمد علی سپهوندی ناظر طرح پژوهشی، مفاد پرسش نامه را بررسی نموده و آن را تأیید می‌نمایم.	امضاء:	تاریخ:
---	--------	--------

**مرحله ۳ تأیید تکمیل پرسشنامه و جمع آوری داده‌ها توسط ناظر**

اینجانب محمد علی سپهوندی ناظر طرح پژوهشی، تکمیل پرسش نامه و جمع آوری داده‌ها را بررسی نموده و آن را تأیید می‌نمایم.	امضاء:	تاریخ:
---	--------	--------

**مرحله ۴ تأیید گزارش نهائی توسط ناظر**

اینجانب محمد علی سپهوندی ناظر طرح پژوهشی، گزارش نهائی طرح پژوهشی را بررسی نموده و آن را تأیید می‌نمایم.	امضاء:	تاریخ: ۹۴/۱۲/۸
---	--------	----------------