

The Comparison of Social Support and Deprivation in Narcotics and Psychoactive Drugs Addicts and Normal Persons

Kolsoum Tayebi. M.A.

Islamic Azad University, Ardabil Branch

Abbas Abolghasemi. Ph.D.

University of Mohaghegh Ardabili

Majid Mahmood Alilu. Ph.D.

University of Tabriz

Abstract

The purpose of this study was to compare the social support and deprivation in narcotics and psychoactive addicts and normal persons. In this causative-comparative study, 80 addicts (40 methamphetamine addicts and 40 narcotic addicts) that were referenced to self-reference quitting addictive centers in Miyaneh city/ Iran, were participated through convenience sampling. Then, they were matched up with 40 normal personal according to age, sex, educational level, and marital status. Assessment tools consisted of the Inventory of Social Support (Fleming, Baum, Gisriel & Gatchel, 1982) and Social Deprivation check list (made by researchers, 2011) and the Data was analyzed using multivariate analysis of variance (MANOVA), LSD test, pearson coefficient correlation and multiple regression. The results showed that psychoactive drug addicts as compared with narcotics addicts and normal person; and narcotics addicts as compared with normal person receive low social support and experience social deprivation ($P < 0.01$). Multiple regression analysis also showed that low social support can predict social deprivation in addicts ($P < 0.01$). The findings indicate that multiple social deprivation is a risky factor in psychoactive drugs abuse.

Key words: Social support, Social deprivation, Addict, Narcotics, Psychoactive drugs.

مقایسه حمایت و محرومیت اجتماعی در معتادان به مواد مخدر و داروهای روان‌گردان و افراد بهنجار

کلثوم طیبی*

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل

عباس ابوالقاسمی

دانشگاه محقق اردبیلی

مجید محمودعلیلو

دانشگاه تبریز

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه حمایت و محرومیت اجتماعی در معتادان به مواد مخدر و داروهای روان‌گردان و افراد بهنجار انجام گرفت. روش مطالعه علی-مقایسه‌ای و جامعه آماری همه افراد معتاد به مواد مخدر و داروهای روان‌گردان بودند که در سال ۱۳۹۰ به مراکز درمانی ترک اعتیاد شهر میانه مراجعه کرده بودند. از این جامعه ۴۰ معتاد به مواد مخدر و ۴۰ معتاد به داروهای روان‌گردان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با ۴۰ فرد بهنجار برحسب سن، جنس، تحصیلات و وضعیت تأهل هم‌تا شدند. ابزارهای سنجش شامل پرسشنامه حمایت اجتماعی (فلمینگ، باوم، گایسرل و گچل، ۱۹۸۲) و پرسشنامه محرومیت اجتماعی (محقق ساخته، ۱۳۹۰) بود و داده‌ها از طریق آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA)، آزمون LSD، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری تحلیل شد. نتایج نشان داد که معتادان به داروهای روان‌گردان در مقایسه با معتادان به مواد مخدر و افراد بهنجار و معتادان به مواد مخدر در مقایسه با افراد بهنجار از حمایت اجتماعی کمتری برخوردارند و از محرومیت‌های اجتماعی چندگانه رنج می‌برند ($P < 0.01$). تحلیل رگرسیون چندمتغیری نیز نشان داد که حمایت اجتماعی پایین، محرومیت اجتماعی معتادان را پیش‌بینی می‌کند ($P < 0.01$). این یافته‌ها نشان می‌دهد که محرومیت اجتماعی از عوامل خطرزا برای سوء مصرف مواد روان‌گردان محسوب می‌شود. واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی، محرومیت اجتماعی، معتاد، مواد مخدر، داروهای روان‌گردان.

* نویسنده مسئول: اردبیل، میدان بسیج، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، دانشکده علوم پزشکی؛ پست الکترونیک (رایانامه): psyk13t@yahoo.com

مقدمه

گرین، هریسون، آیکویسن، سلف و همکاران^۱، ۲۰۰۴؛ وینر، تایلر^{۱۱}، ۲۰۰۷ و کول و همکاران، ۲۰۱۱). یافته‌های این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که طرد افراد از خانواده و دسترسی نداشتن به فرصت‌های برابر در جامعه موجب گرایش افراد به اعتیاد می‌شود و این امر در تشدید و عود اعتیاد نقش مهمی را ایفا می‌کند. نتایج پژوهش امانی، صادقیه و سلامتی (۱۳۸۳) نشان داد که بیکاران، ۱۷ درصد معتادان شهر اردبیل را تشکیل می‌دهند که در مقایسه با وضعیت شغلی پیشین آنها که شاغل بوده و به دلایلی شغل خود را از دست داده‌اند، ۲۰ درصد افزایش نشان می‌دهد؛ یعنی اعتیاد باعث افزایش میزان بیکاری در معتادان می‌شود و این یک رابطه متقابل است. همچنین از ویژگی‌های اساسی خانواده‌های معتاد نداشتن وابستگی و ارتباط مثبت عناصر اصلی خانواده، فقر و تنگدستی و از دست دادن پایگاه شغلی بیان شده است (ممتازی، ۱۳۸۲). به طوری که برخی از پژوهشگران اذعان کرده‌اند طرد فرزندان از سوی والدین یا سرپیچی خودشان از خانواده در نهایت به جهت‌گیری منفی در زندگی منجر خواهد شد (مک‌دونالد^{۱۲}، ۲۰۰۲؛ یوسفی افراکتی، ۱۳۸۳). از سوی دیگر در نظریه نابسامانی‌های اجتماعی فرض می‌شود که محله‌هایی که با فقر، سطح اجتماعی - اقتصادی پایین، تراکم زیاد جمعیت و میزان بالای جرم مشخص هستند، زمینه‌ای ایجاد می‌کنند که در آن مصرف مواد رشد پیدا می‌کند، زیرا مواد راه گریز و رهایی از تنش‌های چندگانه را با این نوع محیط‌های اجتماعی ارائه می‌کند و مواد در این نوع محیط‌ها در دسترس قرار دارند (اولت، بارستین، لانگ و بیکرافت^{۱۳}، ۲۰۰۴؛ پلنت، ساچز - اریکسون^{۱۴}، ۲۰۰۴؛ مهرابی زاده هنرمند، شهنی ییلاق و فتحی، ۱۳۸۷). نتایج پژوهش کول و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که معتادان به مواد را بیشتر اطرافیان طرد می‌کنند و حمایت اندکی از خانواده‌های خود دریافت می‌کنند. همچنین این افراد بیشتر در معرض بیکاری قرار دارند، از کیفیت زندگی پایینی برخوردارند، سلامت جسمی و روانی کمتری دارند و تنش بیشتری دریافت می‌دارند. براساس بررسی‌های صورت گرفته، هر چند محرومیت‌های اجتماعی می‌توانند در ایجاد و تداوم اعتیاد نقش عمده‌ای ایفا کنند، ولی تاکنون اهمیت قابل ملاحظه این عوامل در آسیب‌شناسی اجتماعی افراد معتاد به داروهای

شیوع و گسترش پیشرونده مصرف مواد محرک و روان‌گردان یک مشکل و نگرانی عمومی در سطح جهان (کوپلند و سورنسن^۱، ۲۰۰۱) و از جمله در ایران (حمدیه، مطلبی، عاشری و بروجردی، ۱۳۸۷) است. ۵/۲ درصد کل معتادان به مواد مخدر در ایران مت‌آمفتامین مصرف می‌کنند. این ماده به شدت اعتیادآور است و بلافاصله پس از مصرف حالتی به نام فلش^۲ یا راش^۳ (اوج لذت) در فرد ایجاد می‌کند (قربانی، کاظمی و قربانی، ۱۳۹۰). عوامل متعددی در پیدایش پدیده مصرف داروهای روان‌گردان دخالت دارد؛ یکی از این عوامل محرومیت‌های اجتماعی چندگانه است. محرومیت اجتماعی زمانی اتفاق می‌افتد که افراد از مجموع مسائل مربوط به هم از قبیل بیکاری، درآمد پایین، مسکن نامناسب، جرم و جنایت بالا، نداشتن سلامت جسمانی، ضعف مهارت‌ها، از هم‌پاشیدگی خانواده و... رنج می‌برند. نتایج مطالعات نشان داده است که مصرف مواد با مسائل متعدد اجتماعی مرتبط است که محرومیت‌های اجتماعی و ابعاد آن را در برمی‌گیرد (یانگ، استابر، آهرن، گالیا، ۲۰۰۵؛ تیت، وو، مک‌کوید، کامینز، شرایور و همکاران^۴، ۲۰۰۸؛ امبری، هانکینز، بیگلن و بولز^۵، ۲۰۰۹؛ کول، لوگان و والکر^۶، ۲۰۱۱). از نظر گیدنز^۷ (۱۳۷۸)، محرومیت اجتماعی زمانی اتفاق می‌افتد که افراد جامعه از برابری به معنای دسترسی به فرصت‌ها و حقوق مدنی محروم باشند. در واقع از دیدگاه گیدنز شاخص‌های مهم محرومیت اجتماعی؛ دسترسی نداشتن به فرصت‌ها، برخوردار نبودن از حقوق مدنی، دسترسی نداشتن به اشتغال و آموزش و پرورش و نداشتن مشارکت فعال خواهد بود. همچنین، به عقیده گیدنز هرگاه موقعیت برای سربرآوردن جامعه مدنی فعال فراهم نشود، افراد به نوعی با محرومیت اجتماعی روبه‌رو خواهند بود (نقل از غفاری و تاج‌الدین، ۱۳۸۴). مطالعات مختلف نشان داده است که معتادان به مواد مخدر و داروهای روان‌گردان از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار هستند (پورمحمدرضای تجریشی و میرزمانی بافقی، ۱۳۸۷؛ کریمی مقدم، هاشمی و بیرامی، ۱۳۸۸) و از محرومیت‌های اجتماعی رنج می‌برند (قریشی‌زاده و ترابی، ۱۳۸۱؛ ممتازی، ۱۳۸۲؛ فروغی، ۱۳۸۲؛ حجتی، آلوستانی، آخوندزاده، صدری و شریف‌نیا، ۱۳۸۹؛ تاد،

1. Copeland & Sorensen

3. rush

5. Young, Stuber, Ahern & Galea

7. Embry, Hankins, Biglan & Boles

9. giddens

11. Viner, Taylor

13. Oulette, Burstein, Long & Beecroft

2. flash

4. Multiple Social Deprivation

6. Tate, Wu, McQuaid, Cummins, Shriver & et al

8. Cole, Logan & Walker

10. Todd, Green, Harrisson, Ikuesan, Self & et al

12. Mcdonald

14. Plant & Sachs-Ericsson

روان‌گردان برجسته نشده است و تقریباً در مورد مقایسه محرومیت‌های اجتماعی دو گروه معتادان به مواد مخدر و داروهای روان‌گردان پژوهشی صورت نگرفته است. بنابراین بررسی این عوامل ممکن است در پیشگیری و درمان این افراد نقش مؤثری داشته باشد. این پژوهش با هدف مقایسه حمایت و محرومیت اجتماعی در میان معتادان به مواد مخدر و داروهای روان‌گردان و افراد بهنجار انجام گرفت.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه؛ روش مطالعه علی - مقایسه‌ای و از نوع مورد - شاهدی است. جامعه آماری این پژوهش، همه معتادان شهر میانه بودند که در سال ۱۳۹۰ به مراکز درمانی ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند. از این جامعه ۴۰ فرد معتاد به مواد مخدر و ۴۰ فرد معتاد به داروهای روان‌گردان به روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند انتخاب و با ۴۰ فرد بهنجار برحسب سن، جنس، تحصیلات و وضعیت تأهل هم‌تا شدند. ملاک‌های ورود در انتخاب آزمودنی‌ها عبارت بودند از: مرد بودن، متأهل بودن، ۲۰ تا ۳۹ سال و تحصیلات بالاتر از سیکل داشتن. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: مبتلا بودن به یکی از اختلال‌های سایکوتیک، دوقطبی یا اختلال تجزیه‌ای و ابتلا به هر نوع بیماری شدید.

ابزار سنجش

پرسشنامه حمایت اجتماعی؛ فلمینگ، باوم، گاسریل و گچل^۲ در سال ۱۹۸۲ پرسشنامه حمایت اجتماعی را تهیه کردند. این پرسشنامه ۲۵ سؤال و ۵ خرده‌مقیاس دارد و حمایت ادراک‌شده عمومی، حمایت ادراک‌شده از خانواده، حمایت ادراک‌شده از دوستان و عقیده و نظر درباره اهمیت حمایت اجتماعی را می‌سنجد. سؤالات به صورت دوگزینه‌ای (درست و نادرست) پاسخ داده می‌شود. ضریب اعتبار این پرسشنامه ۰/۴۲ گزارش شده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه، ۰/۸۹ گزارش شده است (فلمینگ و همکاران، ۱۹۸۲). در این پژوهش، مقدار آلفای کرونباخ برای پرسشنامه برابر با ۰/۸۱ بود. دو نمونه از سؤالات این پرسشنامه به این شرح است: «زمانی که دچار مشکل می‌شوم، می‌توانم به والدین، یا خواهر و برادران خود مراجعه کنم». «دوستان آنچنان نزدیکی ندارم که بتوانم درباره مسائل با آنها صحبت کنم». **پرسشنامه محرومیت اجتماعی؛** پژوهشگر پرسشنامه

محرومیت اجتماعی را براساس مؤلفه‌های محرومیت اجتماعی که غفاری و تاج‌الدین (۱۳۸۴) شناسایی کرده‌اند، تدوین کرد. این پرسشنامه ۳۴ سؤال دارد و به صورت دوگزینه‌ای (بلی، خیر) پاسخ داده می‌شود. اعتبار این پرسشنامه از طریق تحلیل عامل بررسی شده است. سنجه KMO^۳ برابر با ۰/۷۶ و مقدار آزمون بارتلت^۴ برابر با ۱۰۴۷ است که از نظر آماری معنادار بوده و نشان‌دهنده قابلیت داده‌ها برای انجام تحلیل عامل بود. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در این پژوهش ۰/۷۸ محاسبه شده است. دو نمونه از سؤالات این پرسشنامه به این شرح است: «در برآوردن اهداف زندگی‌ام با مشکلات مالی مواجه هستم»، «از لحاظ حقوق شهروندی با افراد دیگر برابر نیستم». **روش اجرا و تحلیل:** برای اجرای پژوهش و گردآوری داده‌ها، نخست با مسؤولان مربوط در شبکه بهداشت و درمان و مراکز ترک اعتیاد شهرستان میانه هماهنگی لازم صورت گرفت. سپس در هنگام اجرا معتادان به اتاق روان‌شناس (مجری پژوهش) مراجعه کردند و طی مصاحبه و با جلب اعتماد و همکاری، از آنها خواسته شد که به سؤالات با دقت پاسخ دهند و به آنها اطمینان داده شد که نتایج محفوظ خواهد بود و اطلاعات آنها فقط در کار پژوهشی استفاده خواهد شد. روش گردآوری اطلاعات از آزمودنی‌های گروه سالم به این صورت بود که این گروه از بین خویشاوندان و بستگان معتادان انتخاب شدند و پس از هم‌تاسازی و با رعایت ملاک‌های ورود و خروج و با ارائه راهنمایی‌های لازم، پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی و محرومیت اجتماعی در اختیار آنان قرار گرفت. بعد از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌های پژوهش با روش‌های تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA)، آزمون LSD، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری تجزیه و تحلیل آماری شدند.

یافته‌ها

با توجه به جدول ۱ ملاحظه می‌شود که معتادان به داروهای روان‌گردان، در نمونه مورد بررسی، در مقایسه با معتادان به مواد مخدر، در سنین پایین‌تری شروع به مصرف مواد کرده بودند، تحصیلات کمتری داشتند و به تبع آن شغل مناسبی نداشته و درصد بیکاری بیشتری داشتند. همچنین نتایج نشان داد که سابقه مصرف مواد در خانواده‌های معتادان به داروهای روان‌گردان در مقایسه با خانواده‌های معتادان به مواد مخدر بیشتر بود و این گروه سابقه ترک‌های متوالی بیشتری داشتند.

1. Inventory Social support
3. Social deprivation check list
5. Bartlett's Test

2. Fleming, Baum, Gisriel & Gatchel
4. Kaiwer Mayer – olkin Measure

جدول ۱- توزیع فراوانی و درصد ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها در سه گروه مورد مطالعه

شاخص‌های آماری ویژگی‌های جمعیت‌شناختی	معتادان به مواد مخدر		معتادان به مواد روان‌گردان		افراد بهنجار	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
وضعیت سنی	۹	۲۱	۱۳	۳۲	۱۶	۴۰
	۳۱	۷۹	۲۷	۶۸	۲۴	۶۰
وضعیت تحصیلی	۲۱	۵۱/۵	۲۴	۵۸/۷	۷	۱۷/۵
	۱۴	۳۵/۸	۱۲	۲۹/۲	۱۷	۴۲/۵
فوق‌دیپلم و بالاتر	۵	۱۲/۷	۴	۱۲/۱	۱۶	۴۰
	۶	۱۴/۱	۲	۴/۸	۷	۱۷/۵
وضعیت شغلی	۳۳	۸۳/۲	۳۰	۷۴/۹	۳۳	۸۴/۵
	۱	۲/۷	۸	۲۰/۳	۰	۰
سابقه خانوادگی مصرف مواد	۹	۲۱/۱	۲۰	۵۰	۰	۰
	۳۱	۷۸/۹	۲۰	۵۰	۰	۰
سابقه ترک مصرف	۲۲	۵۵/۵	۲۸	۶۸/۶	*	*
	۱۸	۴۴/۵	۱۲	۳۱/۴	*	*

معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). اما بین میانگین نمرات حمایت خانواده و حمایت عمومی بین معتادان به مواد مخدر و داروهای روان‌گردان و گروه سالم تفاوت معناداری به دست نیامد. همچنین نتایج نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات رضایت نداشتن از زندگی ($F=22/39$)، بیگانگی اجتماعی ($F=16/88$) و نبود رضایت از تعامل اجتماعی ($F=8/22$) در سه گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$).

برای تعیین تأثیر هر یک از متغیرها مؤلفه‌های حمایت اجتماعی به‌عنوان متغیر پیش‌بین و مؤلفه‌های محرومیت اجتماعی به‌عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون چندمتغیری تحلیل شدند. نتایج نشان داد که میزان F مشاهده شده معنادار است ($P < 0/001$) و حدود ۱۷ درصد از نارضایتی از زندگی را مؤلفه حمایت دوستان، ۲۳ درصد از واریانس نارضایتی از حقوق شهروندی را مؤلفه‌های حمایت خانواده و عقیده و نظر درباره اهمیت حمایت اجتماعی، ۲۷ درصد از واریانس بیگانگی اجتماعی را مؤلفه‌های حمایت دوستان و عقیده و نظر درباره اهمیت حمایت اجتماعی و ۱۶ درصد از واریانس نارضایتی از تعامل اجتماعی را مؤلفه حمایت دوستان تبیین می‌کند.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که سطوح معناداری آزمون‌های حمایت اجتماعی و محرومیت اجتماعی قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهند که در گروه‌های مورد مطالعه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور اتا نشان می‌دهد که تفاوت بین سه گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت در حمایت اجتماعی ۱۶ درصد و در محرومیت اجتماعی ۳۲ درصد است.

در این پژوهش به‌منظور بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد. نتایج نشان داد که مقدار باکس در حمایت اجتماعی ($F=1/31, P=0/15, Box=27/58$) و محرومیت اجتماعی ($F=1/35, P=0/134, Box=28/44$) معنادار نیست و در نتیجه پیش‌فرض تفاوت بین واریانس‌ها برقرار است؛ این امر پایایی نتایج بعدی را تأیید می‌کند.

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود بین میانگین نمرات حمایت دوستان ($F=7/18$) و عقیده و نظر درباره اهمیت حمایت اجتماعی ($F=3/25$) در سه گروه تفاوت

جدول ۲- نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری نمرات مؤلفه‌های حمایت و محرومیت اجتماعی

شاخص‌ها	آزمون	مقدار	آماره F	فرضیه df	خطا df	نسبت P	مجذور اتا
	اثر پیلایی	۰/۱۸۴	۲/۹۱۳	۸	۲۳۰	۰/۰۰۴	۰/۱۵۹
حمایت	لامبدا ویلکز	۰/۸۲۰	۲/۹۷۴	۸	۲۲۸	۰/۰۰۳	۰/۱۵۹
اجتماعی	اثر هتلینگ	۰/۲۱۵	۳/۰۳۵	۸	۲۲۶	۰/۰۰۳	۰/۱۵۹
	بزرگترین ریشه خطا	۰/۱۹۰	۵/۴۵۱	۴	۱۱۵	۰/۰۰۱	۰/۱۵۹
	اثر پیلایی	۰/۳۳۹	۵/۸۶۹	۸	۲۳۰	۰/۰۰۱	۰/۳۲۲
محرومیت	لامبدا ویلکز	۰/۶۶۶	۶/۴۱۴	۸	۲۲۸	۰/۰۰۱	۰/۳۲۲
اجتماعی	اثر هتلینگ	۰/۴۹۳	۶/۹۶۰	۸	۲۲۶	۰/۰۰۱	۰/۳۲۲
	بزرگترین ریشه خطا	۰/۴۷۶	۱۳/۶۷۸	۴	۱۱۵	۰/۰۰۱	۰/۳۲۲

جدول ۳- نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) بروی نمرات مؤلفه‌های حمایت و محرومیت اجتماعی

شاخص‌ها	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	آماره اتا
حمایت اجتماعی	حمایت خانواده	۰/۱۴۸	۲	۰/۰۷۴	۰/۰۲۵	۰/۹۷۶
	حمایت دوستان	۴۶/۸۳۸	۲	۲۳/۴۱۹	۷/۱۸۹	۰/۰۰۱
	عقیده و نظر درباره اهمیت حمایت اجتماعی	۱۲/۵۲۲	۲	۶/۲۶۱	۳/۲۵۳	۰/۰۴۲
	حمایت عمومی	۴/۱۹۹	۲	۲/۱	۲/۰۵۸	۰/۱۳۲
محرومیت اجتماعی	نارضایتی از زندگی	۳۱۵/۰۳۴	۲	۱۵۷/۵۱۷	۲۲/۳۹۴	۰/۰۰۱
	نارضایتی از حقوق شهروندی	۱۱/۹۷۲	۲	۵/۹۸۶	۲/۰۴۸	۰/۱۳۴
	بیگانگی اجتماعی	۸۲/۶۴۵	۲	۴۱/۳۲۳	۱۶/۸۸۸	۰/۰۰۱
	نارضایتی از تعامل اجتماعی	۱۳/۶۵۱	۲	۶/۸۲۵	۸/۲۲۱	۰/۰۰۱

جدول ۴- ضریب همبستگی حمایت اجتماعی با محرومیت اجتماعی (و مؤلفه‌های آن)

شاخص‌ها	مؤلفه‌ها	نبود رضایت از زندگی	نبود رضایت از حقوق شهروندی	بیگانگی اجتماعی	نبود رضایت از تعامل اجتماعی
حمایت خانواده	۰/۰۵	۰/۲۴۹ *	۰/۱۲۴	۰/۲۰۶	(۰/۰۶۷)
	(۰/۶۵۷)	(۰/۰۲۶)	(۰/۲۷۴)	(۰/۰۶۷)	
حمایت دوستان	۰/۳۷۷ **	۰/۲۵۷	۰/۳۳۶ **	۰/۳۶ **	(۰/۰۰۱)
	(۰/۰۰۱)	(۰/۰۲۱)	(۰/۰۰۲)	(۰/۰۰۱)	
عقیده و نظر درباره اهمیت حمایت اجتماعی	۰/۱۰۷	۰/۴۱۵ **	۰/۴۳۴ **	۰/۲۰۴	(۰/۰۷)
	(۰/۳۴۶)	(۰/۰۰۰)	(۰/۰۰۰)	(۰/۰۰۰)	
حمایت عمومی	۰/۱۴۵	۰/۱۵۵	۰/۰۸۶	۰/۰۳۷	(۰/۷۴۵)
	(۰/۱۹۹)	(۰/۱۶۹)	(۰/۴۴۶)	(۰/۷۴۵)	
کل	۰/۲۸۵ *	۰/۴۲۶ **	۰/۳۹۷ **	۰/۳۵۳ **	(۰/۰۰۱)
	(۰/۰۱)	(۰/۰۰۰)	(۰/۰۰۰)	(۰/۰۰۱)	

*P<۰/۰۵

**P<۰/۰۱

جدول ۵- مقایسه میانگین نمرات آزمون مؤلفه‌های حمایت و محرومیت اجتماعی با آزمون LSD

حمایت اجتماعی	گروه	۲	۳	محرومیت اجتماعی	گروه	۲	۳
حمایت خانواده	۱- معتادان به مواد مخدر	۰/۰۷۴ (۰/۸۴۸)	۰/۰۷۵ (۰/۸۴۶)	رضایت نداشتن از زندگی	۱- معتادان به مواد مخدر	۱/۲۹۲ (۰/۰۳۱)	۲/۵۸۷ (۰/۰۰۰)
	۲- معتادان به مواد روان‌گردان	-	۰/۰۰۱ (۰/۹۹۷)		۲- معتادان به مواد روان‌گردان	-	۳/۸۷۹ (۰/۰۰۰)
	۳- افراد بهنجار	۰/۰۰۱ (۰/۹۹۷)	-		۳- افراد بهنجار	-	۳/۸۷۹ (۰/۰۰۰)
حمایت دوستان	۱- معتادان به مواد مخدر	۱/۱۷ (۰/۰۰۴)	۰/۲۴ (۰/۵۴۳)	نارضایتی از حقوق شهروندی	۱- معتادان به مواد مخدر	۰/۵۳۱ (۰/۱۶۸)	۰/۲۱۵ (۰/۵۵۷)
	۲- معتادان به مواد روان‌گردان	-	۱/۴۲ (۰/۰۰۱)		۲- معتادان به مواد روان‌گردان	-	۰/۷۴۶ (۰/۰۵۲)
	۳- افراد بهنجار	۱/۴۲ (۰/۰۰۱)	-		۳- افراد بهنجار	-	۰/۷۴۶ (۰/۰۵۲)
حمایت عمیده و نظر درباره اهمیت حمایت اجتماعی	۱- معتادان به مواد مخدر	۰/۱۳۶ (۰/۶۶۱)	۰/۰۶ (۰/۰۵۵)	بیگانگی اجتماعی	۱- معتادان به مواد مخدر	۱/۰۶۴ (۰/۰۰۳)	۰/۹۵۴ (۰/۰۰۸)
	۲- معتادان به مواد روان‌گردان	-	۰/۷۴ (۰/۰۱۸)		۲- معتادان به مواد روان‌گردان	-	۲/۰۱۸ (۰/۰۰۰)
	۳- افراد بهنجار	۰/۷۴ (۰/۰۱۸)	-		۳- افراد بهنجار	-	۲/۰۱۸ (۰/۰۰۰)
حمایت عمومی	۱- معتادان به مواد مخدر	۰/۰۳۸ (۰/۰۸۹)	۰/۰۱۴ (۰/۹۵۱)	نارضایتی از تعامل اجتماعی	۱- معتادان به مواد مخدر	۰/۳۱۲ (۰/۱۲۸)	۰/۵۰۲ (۰/۰۱۶)
	۲- معتادان به مواد روان‌گردان	-	۰/۴ (۰/۰۷۶)		۲- معتادان به مواد روان‌گردان	-	۰/۸۱۴ (۰/۰۰۰)
	۳- افراد بهنجار	۰/۴ (۰/۰۷۶)	-		۳- افراد بهنجار	-	۰/۸۱۴ (۰/۰۰۰)
کل	۱- معتادان به مواد مخدر	۱/۶۲ (۰/۰۵)	۰/۹۴ (۰/۲۵۶)	کل	۱- معتادان به مواد مخدر	۳/۱۹ (۰/۰۰۳)	۴/۲۶ (۰/۰۰۰)
	۲- معتادان به مواد روان‌گردان	-	۲/۵۶ (۰/۰۰۲)		۲- معتادان به مواد روان‌گردان	-	۷/۴۵ (۰/۰۰۰)
	۳- افراد بهنجار	۲/۵۶ (۰/۰۰۲)	-		۳- افراد بهنجار	-	۷/۴۵ (۰/۰۰۰)

نتایج آزمون LSD برای مقایسه میانگین نمرات حمایت اجتماعی نشان می‌دهد که در حمایت دوستان، میانگین نمرات «افراد معتاد به داروهای روان‌گردان از افراد معتاد به مواد مخدر» و «افراد معتاد به داروهای روان‌گردان از افراد بهنجار» به طور معناداری کمتر است ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین حمایت و میانگین نمرات «افراد معتاد به داروهای روان‌گردان از افراد

برای بررسی ارتباط حمایت اجتماعی با محرومیت اجتماعی (و مؤلفه‌های آن) از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود حمایت اجتماعی با نارضایتی از زندگی ($r = ۰/۲۸$)، نارضایتی از حقوق شهروندی ($r = ۰/۴۲$)، بیگانگی اجتماعی ($r = ۰/۳۹$) و نارضایتی از تعامل اجتماعی ($r = ۰/۳۵$) ارتباط معناداری دارد ($P < ۰/۰۱$).

مناسب و اینکه فرد قادر نیست وضعیت مطلوب را به وجود آورد، باعث می‌شود که وی به‌طور موقت به عالم بی‌خبری برود و به دام اعتیاد (به‌خصوص به داروهای محرک و روان‌گردان) گرفتار شود. از طرفی رسیدگی نکردن به خواسته‌های عاطفی آنان در اجتماع، ناکامی آنها را در زندگی افزایش و میزان امید به آینده را در آنان کاهش می‌دهد و موجب گرایش این افراد به اعتیاد و وابستگی به مواد مخدر و محرک می‌گردد (مظفر، ذکریایی و ثابتی، ۱۳۸۸).

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که معنادانی که از حمایت اجتماعی کمتری برخوردارند، محرومیت‌های اجتماعی چندگانه‌ای را تجربه می‌کنند. به‌عبارت دیگر این افراد از زندگی رضایت کمتری دارند، بیگانگی اجتماعی بیشتری دارند و از تماس و تعامل اجتماعی کمتری برخوردارند. نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری نیز نشان داد که حدود ۱۷ درصد رضایت از زندگی را مؤلفه حمایت دوستان، ۲۳ درصد از واریانس رضایت از حقوق شهروندی را مؤلفه‌های حمایت خانواده و عقیده و نظر درباره اهمیت حمایت اجتماعی، ۲۷ درصد از واریانس بیگانگی اجتماعی را مؤلفه‌های حمایت دوستان و عقیده و نظر درباره اهمیت حمایت اجتماعی و ۱۶ درصد از واریانس تماس و تعامل اجتماعی را مؤلفه حمایت دوستان تبیین می‌کند. به نظر می‌رسد والدینی که فرزندان خود را طرد می‌کنند، موجب گرایش فرزندان به گروه‌های منحرف می‌شوند و قابلیت اتکا و اعتماد به‌نفس آنان را خدشه‌دار می‌کنند. بنابراین نگرش‌های این افراد آنها را به این عقیده می‌رساند که آنها معیوب هستند و به همین علت احساس بی‌ارزشی می‌کنند (یوسفی‌افراکتی، ۱۳۸۳). همچنین این احتمال وجود دارد که رفتار پرخاشگرانه معنادان باعث شود که از جانب دوستان و هم‌تایان مثبت که در رویارویی با مشکلات و مسائل زندگی واکنشی معقولانه و خویش‌نادرانه نشان می‌دهند، طرد شوند و همین امر سبب پیوستن نوجوان به گروه‌های منحرف گردد که این به خودی خود زمینه مساعدی را برای گرایش به مواد مخدر و محرک فراهم می‌آورد (مظفر و همکاران، ۱۳۸۸). با افزایش نیازها و کمبود آنها در زندگی شخصی، بسیاری از آنها دچار محرومیت می‌شوند. از سوی دیگر نداشتن امنیت در حوزه‌های دیگر زندگی بر احساس محرومیت آنها می‌افزاید و از آنجا که کسب پایگاه اجتماعی برای این افراد تقریباً غیرعملی است، واکنش این افراد به این وضعیت اجتماعی، احساس بی‌ارزشی است که با مصرف مواد مخدر و داروهای روان‌گردان به این وضعیت پاسخ فوری می‌دهند (الله‌پناه، ۱۳۸۹).

بهنجار» و «افراد معتاد به مواد مخدر از افراد بهنجار» به‌طور معناداری کمتر است ($P < 0/01$). همچنین، نتایج آزمون LSD محرومیت اجتماعی نشان می‌دهد که در نارضایتی از زندگی و میانگین نمرات «معتادان به داروهای روان‌گردان از معتادان به مواد مخدر»، «معتادان به داروهای روان‌گردان از افراد بهنجار»، و «معتادان به مواد مخدر از افراد بهنجار» در سطح معناداری بیشتر است ($P < 0/001$). در نارضایتی از حقوق شهروندی، میانگین نمرات «معتادان به داروهای روان‌گردان از افراد بهنجار» به‌طور معناداری بیشتر است ($P < 0/001$). در بیگانگی اجتماعی، میانگین نمرات «معتادان به داروهای روان‌گردان از معتادان به مواد مخدر»، «معتادان به داروهای روان‌گردان از افراد بهنجار» و «معتادان به مواد مخدر از افراد بهنجار» در سطح معناداری بیشتر است ($P < 0/001$). در نارضایتی از تعامل اجتماعی، میانگین نمرات «معتادان به داروهای روان‌گردان از افراد بهنجار» و «معتادان به مواد مخدر از افراد بهنجار» در سطح معناداری بیشتر است ($P < 0/001$). در نارضایتی از تعامل اجتماعی، میانگین نمرات «معتادان به داروهای روان‌گردان از افراد بهنجار» و «معتادان به مواد مخدر از افراد بهنجار» در سطح معناداری بیشتر است ($P < 0/001$).

بحث

هدف این پژوهش مقایسه حمایت و محرومیت اجتماعی در معتادان به مواد مخدر و داروهای روان‌گردان و افراد بهنجار بود. نتایج این پژوهش نشان داد که میانگین نمرات حمایت اجتماعی «معتادان به داروهای روان‌گردان از معتادان به مواد مخدر»، و «معتادان به داروهای روان‌گردان از افراد بهنجار» به‌طور معناداری کمتر است. همچنین، میانگین نمرات محرومیت اجتماعی «معتادان به داروهای روان‌گردان از معتادان به مواد مخدر» و «معتادان به مواد مخدر از افراد بهنجار» به‌طور معناداری بیشتر است. این نتایج با یافته‌های مک‌دونالد (۲۰۰۲)، تاد و همکاران (۲۰۰۴)، اولت و همکاران (۲۰۰۴)، پلنت و ساجز-اریکسون (۲۰۰۴)، وینر و تایلر (۲۰۰۷)، و کول و همکاران (۲۰۱۱) همسو می‌باشد. همچنین، این یافته‌ها با یافته‌های قریشی‌زاده و ترابی (۱۳۸۱)، فروغی (۱۳۸۲)، امانی و همکاران (۱۳۸۳)، ممتازی (۱۳۸۲)، یوسفی‌افراکتی (۱۳۸۳)، مهربابی‌زاده هنرمند و همکاران (۱۳۸۷)، پورمحمدرضای تجریشی و میرزمانی بافقی (۱۳۸۷)، کریمی‌مقدم و همکاران (۱۳۸۸) در یک‌راستا می‌باشد. طبق نظریه فرصت‌های نابرابر، وقتی افراد طبقات پایین جامعه متوجه می‌شوند که وسایل و امکانات مشروع برای نیل به هدف‌ها و آرزوها به‌طور یکسان در اختیار همه طبقات، به‌ویژه طبقات پایین اجتماعی - اقتصادی قرار ندارد، ناکام و سرخورده می‌شوند. احساس محرومیت و سرخوردگی ناشی از فقر و نبود امکانات رفاهی

پورمحمدرضای تجریشی، م. و میرزمانی بافقی، م. (۱۳۸۷). ارتباط بین فعالیت سیستم‌های مغزی-رفتاری، حمایت اجتماعی و افسردگی. *فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۷(۲۶)، ص ۲۴۳-۲۲۳.

حجتی، ح. آلوستانی، س. آخوندزاده، گ. صدری، ب. و شریف‌نیا، م. (۱۳۸۹). بررسی بهداشت روانی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در معتادین. *مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، دوره ۱۸ (۳)، ص ۲۱۴-۲۰۷.

حمدیه، م. مطلبی، ن. عاشری، ح. و بروجردی، ا. (۱۳۸۷). بررسی شیوع مصرف مواد محرک، الکل و داروهای روان‌گردان در نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۳۵ ساله شهر تهران. *پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی) دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی*، دوره ۳۲ (۴)، ص ۳۱۹-۳۱۵.

غفاری، غ. و تاج‌الدین، م. (۱۳۸۴). شناسایی مؤلفه‌های محرومیت اجتماعی. *فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۴(۱۷)، ص ۲۶-۱.

فتحعلی لوسانی، ف. عاطف‌وحید، م. اصغرزادفرید، ع. و فرزاد، و. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی درمان روان‌پویایی حمایتی - بیانگر در بهبود پیامد درمان اعتیاد به مواد افیونی. *روانشناسی معاصر*، دوره چهارم (۲)، ص ۲۴-۱۶.

فروغی، س. (۱۳۸۲). ویژگی‌های معتادین خودمعرف شهرستان الیگودرز. *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، ۵(۱۶)، ص ۶۲-۷.

قربانی، م. کاظمی، ح. و قربانی، ط. (۱۳۹۰). مقایسه باورهای غیرمنطقی بیماران مبتلا به اختلال سوءمصرف شیشه و افراد عادی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۲(۴۵/۳)، ص ۳۷-۳۱.

قریشی‌زاده، م. و ترابی، ک. (۱۳۸۱). بررسی بیماری‌های روانی توأم با اعتیاد در ۲۰۰ مورد از مراجعه‌کنندگان به مراکز معتادان خود معرف بهزیستی تبریز. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، ۵۳-۴۹(۵۵)، ص ۵۳-۴۹.

کریمی‌مقدم‌آرانی، ح. هاشمی، ت. و بیرامی، م. (۱۳۸۸). نقش باورهای غیرمنطقی، ادراکات خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در عود اختلال سوء مصرف مواد. *دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه تبریز*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.

مظفر، ح. ذکریایی، م. و ثابتی، م. (۱۳۸۸). آنومی فرهنگی و اعتیاد به مواد مخدر در بین جوانان ۱۳ تا ۲۸ ساله شهر تهران. *پژوهش‌نامه علوم اجتماعی*، ۳ (۴)، ص ۳۳ تا ۵۴.

ممتازی، س. (۱۳۸۲). *خانواده و اعتیاد*. زنجان: انتشارات مهدیس.

مهرابی‌زاده‌هنرمند، م. شهنی‌بیلاق، م. و فتحی، ک. (۱۳۸۷). بررسی افسردگی، هیجان‌خواهی، پرخاشگری، سبک‌های دلبستگی و وضعیت اقتصادی - اجتماعی به‌عنوان پیش‌بین‌های وابستگی به مواد مخدر در نوجوانان پسر شهر اهواز. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، دوره سوم، ۱۵ (۱)، ص ۱۷۸-۱۵۳.

یوسفی افراکتی، ر. (۱۳۸۳). نقش خانواده در پیشگیری از مصرف مواد مخدر. *همایش منطقه‌ای پیشگیری از مصرف مواد مخدر استان گلستان*، شهرستان کردکوی، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان گلستان.

با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان بیان کرد که از دلایل احتمالی گرایش افراد به مصرف داروهای روان‌گردان، نبود حمایت اجتماعی و محرومیت‌های اجتماعی است. از محدودیت‌های مطالعاتی که در زمینه اعتیاد انجام می‌شود، اعتماد کافی نداشتن به پاسخ‌های افراد معتاد است. با در نظر گرفتن این محدودیت‌ها شاید بتوان گفت که نتایج این مطالعه حتی در شکل کاذبی مشکلات موجود در الگوهای رفتاری، اجتماعی معتادان را کمتر از آنچه که هست، نشان داده است. نکته دیگر اینکه آمارها نشان می‌دهند، کسانی که به مراکز درمان اعتیاد مراجعه می‌کنند، تقریباً معادل ۲۰ درصد جمعیت معتادان هستند (فتحعلی لوسانی، عاطف وحید، اصغرزاد فرید و فرزاد، ۱۳۸۸)، بنابراین یافته‌های این پژوهش قابل تعمیم به آن‌دسته از معتادانی است که درصدد درمان بر می‌آیند. پیشنهاد می‌گردد که برای افزایش اعتبار بیرونی پژوهش، از نمونه‌های بزرگتر و در مناطق دیگر جغرافیایی استفاده گردد.

اگر بتوان پژوهش را روی کسانی که هنوز شروع به مصرف متادون نکرده‌اند، اجرا کرد، نتایج مطمئن‌تری به دست می‌آید. پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در سنین مختلف و در جمعیت زنان معتاد به مواد مخدر و داروهای روان‌گردان نیز اجرا شود. در این پژوهش به دلیل محدودیت افراد جامعه، امکان جداسازی گروه‌های مختلف معتادان میسر نشد، بنابراین پیشنهاد می‌شود در سایر پژوهش‌ها این مسأله مورد توجه قرار گیرد. با توجه به اینکه بیشتر معتادان به داروهای روان‌گردان تجربه محرومیت‌های اجتماعی داشته‌اند، لازم است اعضای گروه درمانی به شناسایی و تقویت سیستم‌های اجتماعی - اقتصادی - فرهنگی - سیاسی این افراد پردازند و موجب کاهش بازگشت مجدد این افراد به سوی مصرف مواد شوند.

تقدیر و تشکر

از جناب آقایان دکتر هاشمی، دکتر بهمنش، دکتر خدابنده، دکتر نوری‌زاده و سرکار خانم صفریانی و سایر کارمندان شبکه بهداشت و درمان و مسؤولان مراکز ترک اعتیاد شهر میانه که در اجرای این پژوهش مساعدت نموده‌اند، نهایت تشکر و امتنان را دارم.

منابع

الله‌پناه، ش. (۱۳۸۹). زاویه جامعه‌شناسی اعتیاد به مواد مخدر. *اصلاح و تربیت*، ۱۰۵، ص ۱۰ تا ۱۷.

امانی، ف. صادقیه، س. و سلامتی، پ. (۱۳۸۳). ویژگی‌های معتادین مراجعه‌کننده به مراکز خودمعرف شهر اردبیل. *فصلنامه پایش*، ۱(۱)، ص ۵۹ - ۵۵.

- Cole, J., Logan, T.K., & Walker, R. (2011). Social exclusion, Personal control, Self-regulation, and Stress among Substance Abuse Treatment Clients. *Drug and Alcohol Dependence*, 113, 13-20.
- Copeland, A., & Sorenson, J.L. (2001). Difference Between Methamphetamine Users and Cocaine Users in Treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 62,91-95.
- Embry, D., Hankins, M., Biglan, A., & Boles, Sh. (2009). Behavioral and social correlates of methamphetamine use in a population based sample of early and later adolescents. *Addictive behaviors*, 34, 343-351.
- Fleming, R., Baum, A., Gisriel, M.M., & Gatchel, R.I. (1982). Mediating in Fluences of Social Support on Stress at Three Mile. *Island Journal of Human Stress*, 8 (3), 14-21.
- Mcdonald, R. (2002). Crossing the Rubicon: youth transitions, poverty, drugs and socialexclusion. *International Journal of Drug Policy*, 13(1), 27-38.
- Ouelette, T., Burstein, N., Long, D., & Beecroft, E. (2004). Measures of Material Hardship: Final Report. U.S. Department of Health and Human Services, Washington, DC.
- Plant, E.A., & Sachs-Ericsson, N. (2004). Racial and ethnic differences in depression: the role of social support and meeting basic needs. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 72 (1), 41-52.
- Tate, S.R., Wu, J., McQuaid, J.R., Cummins, K., Shriver, C., Krenek, M., & Brown, S.A. (2008). Comorbidity of substance dependence and depression: role of life stress and self-efficacy in sustaining abstinence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(1), 47-57.
- Todd, J., Green, G., Harrison, J., Ikuesan, B.A., Self, C., Pevalin, D.J., & Baldacchino, A. (2004). Social exclusion in clients with comorbid mental health and substance misuse problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39 (7), 581-587.
- Viner, R.M., & Taylor, B. (2007). Adult outcomes of binge drinking in adolescence: findings from a UK national birth cohort. *Jornal of Epidemiology and Community Health*, 61(10), 902-907.
- Young, M., Stuber, J., Ahern, J., & Galea, S. (2005). Interpersonal discrimination and the health of illicit drug users. *The American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 31, 371-391.

Archive of SID