

مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده در مصرف کنندگان مواد مخدر تحت درمان متادون مبتلا و غیر مبتلا به ایدز

مجتبی دشت بشی پودنک^۱، صدراله خسروی^۲، محمد طاهری^۳

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده در مصرف کنندگان مواد مخدر تحت درمان مبتلا و غیر مبتلا به ایدز بود. پژوهش حاضر از نوع علی - مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه مصرف کنندگان مواد تحت درمان مراجعه کننده به مراکز درمان اعتیاد در شهر شیراز بود. نمونه پژوهش شامل ۴۰ مصرف کننده مواد مخدر تحت درمان مبتلا به ایدز و ۴۰ مصرف کننده تحت درمان غیر مبتلا به ایدز بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع آوری داده‌ها، شرکت کنندگان مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده را کامل کردند. در این تحقیق، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین مصرف کنندگان مواد تحت درمان متادون مبتلا و غیر مبتلا به ایدز در سه بعد حمایت اجتماعی ادراک شده در حوزه دوستان، افراد مهم دیگر و خانواده تفاوت معنی دار وجود داشت. بدین صورت که مصرف کنندگان مواد تحت درمان غیر مبتلا به ایدز در مقایسه با مصرف کنندگان مواد تحت درمان مبتلا به ایدز به طور معناداری نمرات بالاتری در میزان حمایت اجتماعی ادراک شده در بعد دوستان، افراد مهم دیگر و خانواده به دست آوردند. این یافته‌ها حاکی از اهمیت حمایت اجتماعی در افراد وابسته به مواد است. لذا، فرد وابسته به مواد در صورت حمایت از طرف خانواده، دوستان و سایر افراد دیگر بهتر می‌تواند با مشکلات و محیط خود سازگار شود و در جهت بهبودی گام بردارد.

کلید واژه‌ها: حمایت اجتماعی، مصرف کنندگان مواد مخدر، ایدز.

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد فیروزآباد، فیروز آباد، ایران

۲. دکتری روان‌شناسی بالینی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد فیروزآباد، فیروز آباد، ایران

۳. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر، یکی از چهار بحران جهانی هزاره سوم و در صدر تهدیدها و آسیب‌های اجتماعی و از غم‌انگیزترین معضلات جوامع امروزی است که اکثر جوامع مختلف به ویژه جامعه ما را به چالش کشانده است و تأثیر آن در ظهور سایر آسیب‌های اجتماعی نمود عینی دارد (صدری دمیرچی، فیاضی و محمدی، ۱۳۹۵). اعتیاد یک مسئله بزرگ بهداشتی و اجتماعی و دارای جنبه‌های متعدد اقتصادی، سیاسی، فرهنگی، روانی، اخلاقی و حقوقی است که از مصرف غیر طبیعی و غیر مجاز برخی مواد مانند الکل تریاک حشیش و... ناشی و باعث وابستگی روانی و فیزیولوژیک فرد مبتلا به این مواد می‌شود و در عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی تأثیرات نامطلوب می‌گذارد (آنجلیس، ۲۰۱۵). اعتیاد که برآمده از مصرف مواد مخدر و در واقع حالتی مزمن در اثر تکرار مصرف مواد مخدر است دارای این مشخصات است: ۱- در اثر مصرف مکرر مواد عادات روحی ایجاد می‌شود و این عادات فرد را به علت نیاز و تمایل روانی به سوی مصرف مواد مخدر ترغیب می‌نماید. ۲- مقدار مواد مصرفی مرتباً رو به افزایش می‌رود. ۳- در اثر قطع دارو نشانگان محرومیت در شخص از قبیل پرخاشگری، تنش، اضطراب و... ایجاد می‌شود. ۴- اعتیاد به مواد مخدر برای افراد یا جامعه حالت زیان‌آوری ایجاد می‌کند (صدری دمیرچی و همکاران، ۱۳۹۵).

فرد وابسته به مواد مخدر علاوه بر مشکلات اقتصادی و اجتماعی که بر خانواده و جامعه تحمیل می‌کند از بعد سلامت و بهداشت هم می‌تواند برای جامعه خطرناک باشد. امروزه اعتیاد تزریقی به عنوان بزرگ‌ترین عامل خطر انتقال عفونت‌های منتقل شده از راه خون مانند ایدز و هپاتیت شناخته شده است و معتادان تزریقی در معرض خطر ابتلا به این عفونت‌ها قرار دارند (مارچینی، پرابادلی، مسکوتا، بوتنو و باکال، ۲۰۰۷). ایدز یکی از مهم‌ترین معضلات بهداشتی جامعه جهانی است. همه‌گیری این بیماری به صورت چشمگیری در بین معتادان تزریقی حدود نیمی از کشورهای شمال آفریقا و خاورمیانه از

جمله ایران گزارش شده است. حدود ۷۰ درصد افراد مبتلا به ایدز از طریق اعتیاد تزریقی و ۱۰ درصد از راه جنسی آلوده شده‌اند (محمد خانی غیاثوند و همکاران، ۱۳۹۵).

همزمانی دو مقوله اعتیاد و ابتلا بودن فرد به ایدز بسیاری از جنبه‌های کیفیت زندگی افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. در بسیاری از موارد کیفیت زندگی و سطح سلامت روانی افراد مصرف کننده مواد مخدر دارای سطوح پایینی است. همچنین همبودی مصرف مواد با ابتلا به ایدز می‌تواند به تشدید مشکلات و بیماری فرد منجر شود. به طوری که کیفیت زندگی و میزان سلامت روان در مصرف کنندگان تزریقی مبتلا به ایدز پایین تر از افراد سالم و سایر گروه‌های مصرف کنندگان مواد است. آثار سوء مصرف مواد در سطح فردی و اجتماعی گسترده است. از آثار فردی سوء مصرف مواد و اعتیاد می‌توان به کاهش انگیزه، اختلالات شناختی، خلقی و در سطح اجتماعی به عدم حمایت و کاهش نقش‌های اجتماعی، شکست‌های شغلی، تحصیلی و آشفتگی در روابط بین فردی اشاره کرد. بنابراین این افراد که به نوعی با یک مجموعه از علائم و نشانه‌های روان‌شناختی و زیستی روبرو هستند غالباً ممکن است از شیوه‌هایی جهت ارتباط با محیط اجتماعی و روابط بین فردی نیز استفاده کنند که با دیگر افراد و گروه‌های دیگر غیر مبتلا به ایدز متفاوت باشد (فیض الهی، عسکری و خسروی پور، ۱۳۹۴).

درمان نگهدارنده با متادون که جایگزین مناسبی برای کاهش مصرف مواد مخدر محسوب می‌شود، یک مداخله موثر ایمن و اثربخش برای افراد وابسته به مواد مخدر شناخته شده است (اردلیان و یانک، ۲۰۱۱). در روش نگهدارنده با متادون که هدف آن کاهش آسیب به بیمار است، متادون به صورت بلند مدت برای یک بیمار به مقدار مورد نیاز تجویز می‌شود تا این که جایگزین مواد مخدر مصرفی شود (سلیمانی نجف آبادی، نشاط دوست و مهرابی، ۱۳۹۵). در این روش متادون هم مشکلات مربوط به ترک را از بین می‌برد و هم دارای تاثیر مثبت بر جنبه‌های مختلف فردی و اجتماعی افراد است (توصیفیان، قادری بگه جان، خالدیان و فرخی، ۱۳۹۶). البته میزان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون به مقدار زیادی با حمایت اجتماعی دریافتی

و ادراک شده مرتبط است (ژو^۱ و همکاران، ۲۰۱۷).

فرایند توقف سوء مصرف مواد و پایان دادن به روابط با معتادین به شدت استرس آور و نیازمند منابع و روابط حمایتی جدید است. حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است. نکته قابل تامل این است که تمامی روابطی که فرد با دیگران دارد حمایت اجتماعی محسوب نمی شوند. به بیان دیگر روابط منبع حمایت اجتماعی نیستند مگر آن که فرد آن‌ها را به عنوان منبعی در دسترس یا مناسب برای رفع نیاز خود ادراک کند (جناآبادی، ناستی زای و مرزیه، ۱۳۹۶). حمایت اجتماعی به دو صورت حمایت اجتماعی دریافت شده و ادراک شده مورد مطالعه قرار می گیرند. در حمایت اجتماعی دریافت شده، میزان حمایت‌های کسب شده توسط فرد مورد تاکید است و در حمایت اجتماعی ادراک شده ارزیابی‌های فرد از در دسترس بودن حمایت‌ها در مواقع ضروری و مورد نیاز بررسی می شود (گیولکت^۲، ۲۰۱۰). ابعاد حمایت اجتماعی به عنوان قوی ترین و نیرومندترین نیروهای مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت آمیز و آسان افراد در زمان استرس است که تحمل مشکلات را برای فرد تسهیل می کند (لی، پومثروی و بوهمن^۳، ۲۰۰۷). حمایت اجتماعی از دو طریق رضایت زندگی را متاثر می سازد. اولین روش تاثیر مستقیم یا تاثیر عمومی حمایت اجتماعی این است که بدون در نظر گرفتن میزان پریشانی تجربه شده از جانب فرد بر رضایت از زندگی تاثیر می گذارد. روش دوم تاثیر غیرمستقیم است که از افراد در مقابل اثرات منفی در شرایط استرس‌زا محافظت می کند (ون لیون، وندرود و ون اسبک^۴، ۲۰۱۰). احساس رضایت از حمایت اجتماعی موجب کاهش اضطراب، افسردگی، غلبه بر بیماری، افزایش اعتماد به نفس، گسترش روابط اجتماعی (گیولکت، ۲۰۱۰)، کاهش فشار ناشی از استرس‌ها و اثر منفی آن‌ها می شود (دسکر^۵، ۲۰۰۷). بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی ادراک شده در پیشگیری، درمان و جلوگیری از مصرف مجدد نقش دارد. حمایت اجتماعی که در دسترس مصرف کنندگان است، بر مسیر اعتیاد

1. Zhou
2. Gülaç
3. Lee, Pomeroy & Bohman

4. Van leewen, Vander Woude & Van
Asbesk
5. Decker

آن‌ها و عود پس از درمان تاثیر می‌گذارد (دویس و جیسون، ۲۰۰۵). فرد معتادی که از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار باشد، با مشکلات زیادی مواجه خواهد شد (جانوسکی، ۲۰۱۲).

با توجه به اهمیت و ضرورت متغیرهای فردی و بین فردی در روند شکل‌گیری رفتارهای اجتماعی و درمان معتادین و از سوی دیگر با توجه به نتایج مطالعات مختلف در زمینه علل و عوامل مختلف در درمان اعتیاد، ضروری است که به گروهی از مصرف‌کنندگان که دارای شرایط بحرانی‌تر بوده و درگیر بیماری مزمن ایدز نیز می‌باشند، پرداخته شود. بنابراین سوال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا بین افراد مصرف‌کننده مواد مبتلا به ایدز و غیر مبتلا از نظر حمایت اجتماعی تفاوت وجود دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع علی - مقایسه‌ای بود. جامعه پژوهش را تمامی مصرف‌کنندگان مواد تحت درمان متادون مبتلا و غیر مبتلا به ایدز در شهر شیراز تشکیل دادند که در مراکز درمان اعتیاد تحت درمان بودند. با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴۰ نفر از افراد وابسته به مواد مخدر مبتلا به ایدز و ۴۰ نفر از مصرف‌کنندگان مواد مخدر غیر مبتلا در شهر شیراز انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت بود از وابستگی به یکی از مواد مخدر، تحصیلات حداقل راهنمایی و ملاک خروج داشتن هرگونه اختلال روانی و معلولیت افراد بود. پس از جمع‌آوری داده‌ها، نتایج با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیره توسط نرم افزار آماری SPSS-19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش

۱- مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی^۳: این مقیاس توسط زیمت، داهلم، زیمت و فاوولی^۴ در سال ۱۹۸۸ به منظور سنجش حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف

1. Davis & Jason
2. Janowski

3. Multidimensional Scale of Perceived Social Support
4. Zimet, Dahlem, Zimet & Farley

خانواده، دوستان و افراد مهم دیگر در زندگی فرد طراحی شده و دارای ۱۲ گویه است. این مقیاس سه مولفه دوستان (سوال‌های ۱۲-۹-۷-۶)، خانواده (سوال‌های ۱۱-۸-۴-۳) و دیگران مهم (سوال‌های ۱۰-۵-۲-۱) را در برمی‌گیرد. شیوه نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ برای کاملاً مخالفم تا ۵ برای کاملاً موافقم نمره‌گذاری می‌شود. ضریب پایایی مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس‌های خانواده، دوستان و افراد مهم دیگر به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۹۲ و ۰/۸۷ گزارش شده است (بیرامی، موحدی و موحدی، ۱۳۹۳). روایی این مقیاس نیز توسط زیمت و همکاران (۱۹۸۸) به وسیله همبستگی منفی و معنی‌دار آن با نمرات افسردگی و اضطراب مورد تایید قرار گرفته است (به نقل از الهی و طوسی، ۱۳۹۶).

یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده به تفکیک گروه‌ها ارائه شده است.

متغیرها	افراد وابسته به مواد مبتلا به ایدز		افراد وابسته به مواد غیر مبتلا به ایدز	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
دوستان	۱۳/۲۵	۵/۶۳	۱۶/۳۶	۴/۳۷
افراد مهم دیگر	۱۱/۴۵	۴/۹۲	۱۴/۴۷	۶/۸۷
خانواده	۱۴/۶۷	۵/۵۶	۱۸/۷۸	۳/۲۷

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده در دو گروه متفاوت است. در افراد وابسته به مواد مبتلا به ایدز میانگین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده دوستان و خانواده کمتر از افراد وابسته به مواد غیر مبتلا به ایدز بود. به منظور مقایسه ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. پیش از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره، ابتدا باید مفروضه‌های این آزمون مورد بررسی قرار گیرند. یکی از پیش فرض‌های این آزمون برابری ماتریس کواریانس‌ها است. نتایج آزمون ام‌باکس حاکی از این بود که این پیش فرض برقرار است

($P \geq 0.05$, $F=1.39$, $M=41.24$ باکس). همچنین از آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطا استفاده شد. نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این پیش فرض داشت که در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های خطا

متغیرها	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
دوستان	۷/۳۱	۱	۷۸	۰/۰۷
افراد دیگر	۳/۵۳	۱	۷۸	۰/۰۶
خانواده	۸/۲۴	۱	۷۸	۰/۰۹

با توجه به برقراری پیش فرض‌ها تحلیل واریانس چند متغیری انجام شد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری حاکی از تفاوت معنادار بین گروه‌ها بود ($P=0.001$, $F=7.0$ ، $F=25.64=$ لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوی تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوی تفاوت در گروه‌ها

متغیر	میانگین مجدورات	آماره F	سطح معناداری
دوستان	۱۳۵۱/۲۷	۱۴/۵۱	۰/۰۱
افراد مهم دیگر	۱۲۹۷/۹۸	۸/۷۶	۰/۰۴
خانواده	۱۶۴۳/۰۸	۱۶/۱۷	۰/۰۱

با توجه به مقادیر به دست آمده آماره F و سطح معناداری نمایش داده شده در جدول ۳ واضح است که میانگین نمرات هر سه بعد حمایت اجتماعی ادراک شده در حوزه دوستان، افراد دیگر و خانواده در دو گروه تفاوت معناداری دارد. بدین صورت که با در نظر گرفتن میانگین هر دو گروه، میزان حمایت اجتماعی ادراک شده در دوستان، افراد مهم دیگر و خانواده در افراد وابسته به مواد غیر مبتلا به ایدز بالاتر از افراد وابسته به مواد مبتلا به ایدز بود.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد مصرف کننده مواد مخدر تحت درمان متادون مبتلا و غیر مبتلا به ایدز بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد

که افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان متادون مبتلا به ایدز در گروه دوستان، افراد مهم دیگر و خانواده از حمایت اجتماعی کمتری برخوردارند. یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعه تیلور^۱ و همکاران (۲۰۰۴) و ادوارد^۲ (۲۰۰۸)، شوپر^۳ و همکاران (۲۰۱۰)، کار و گراملین و استگما^۴ (۲۰۱۴)، فیض الهی و همکاران (۱۳۹۴)، شیرازی، اصغری، گنجعلی و فردین (۱۳۹۵) همسو است. حمایت اجتماعی به عنوان یکی از مهم ترین عوامل در فرایند درمان و مداخله بیماران مبتلا به ایدز مطرح است، در حالی که میزان همدلی، درک، احساسات مثبت، پذیرش اجتماعی نسبت به این افراد کمتر دیده می شود. همچنین نتایج این مطالعه با مطالعه یاداو^۵ (۲۰۱۰) و توسینگ، زیمت و سی^۶ (۲۰۱۲) نیز همسو است. در این مطالعات نیز نشان داده شده است که حمایت اجتماعی ضعیف تر می تواند منجر به عدم پاسخ دهی مناسب به درمان شود. در این افراد کیفیت حمایت ادراکی اجتماعی و پاسخ به درمان‌های ضد ویروسی رابطه مثبتی با هم دارند، بدین صورت که افرادی که در شرایط اجتماعی و حمایت اجتماعی مطلوب تری قرار دارند پاسخ دهی به درمان آن‌ها بهتر است. در عین حال این افراد درگیر مشکلات اجتماعی متعددی هستند که نشان دهنده میزان حمایت اجتماعی ضعیف نسبت به این افراد است. یافته‌های مطالعه ژو و او^۷ (۲۰۱۴) روی افراد مبتلا به ایدز نشان داد کسانی که از مراقبت‌های چند جانبه و حمایت خانواده‌هایشان برخوردارند، کیفیت زندگی مطلوب تری دارند و نوع پرستاری خانواده و مراقبت از این بیماران اثرات مطلوبی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آن‌ها دارد. ایچی کاوا و نت^۸ (۲۰۰۶) نیز در مطالعه خود نشان دادند که محیط اجتماعی حمایت کننده، صرف نظر از مرحله بالینی بیماری بر جنبه‌های روانی- اجتماعی و زندگی بیماران مبتلا به ایدز تاثیر مطلوبی می گذارد. در حالی که این بیماران معمولاً حمایت اجتماعی مطلوبی را دریافت نمی کنند. نتایج مطالعه حاضر نیز تایید کننده این مطلب بود که افراد مصرف کننده مواد مخدر مبتلا به ایدز نیز در ابعاد مختلف حمایت اجتماعی در سطح مطلوبی قرار ندارند.

1. Taylo
2. Edwards
3. Shuper
4. Carr, Gramling & Stigma

5. Yadav
6. Tonsing, Zimet & Tse
7. Xu & Ou
8. Ichikawa & Nat

مساله عمده‌ای که در مورد مبتلایان به بیماری ایدز وجود دارد، طرد شدن آن‌ها از اجتماع و تبعیض است که به نحوی تکامل فردی و کیفیت زندگی آن‌ها را که ارتباط مستقیم با سلامت روانی دارد، تحت تاثیر قرار می‌دهد. افراد مبتلا به ایدز فشارهای روانی اجتماعی زیادی را تجربه می‌کنند. خانواده می‌تواند با حمایت اجتماعی و روانی امکان زندگی آن‌ها را در کنار خانواده فراهم کند و موجب تطابق بهتر آن‌ها با محیط شود. خانواده‌هایی که روابط بین افراد آن بر اساس عشق، اعتماد و اطمینان است، بهترین مکان برای حمایت از افراد آلوده و مبتلا به ایدز است. حمایت اجتماعی و از جمله حمایت عاطفی، اثر فشارها و استرس‌های زندگی را کم می‌کند. برخورد مناسب و صحیح خانواده‌ها با نیازهای عاطفی، احساسات و هیجان‌ها، نیاز فرزندان به احترام و ارزش را تامین می‌کند (کار و همکاران، ۲۰۱۴).

افراد مبتلا به ایدز به دلیل ابتلا به بیماری، خواسته یا ناخواسته دچار طرد اجتماعی می‌شوند. یکی از مسائل مهم این است که این مصرف کنندگان به دلیل مصرف مواد مخدر، بخشی از حمایت‌های اجتماعی، کمک‌رسانی، همدلی و احساس نوع دوستی را از دست داده‌اند و از طرف گروه‌های مختلفی از اعضای خانواده، دوستان و دیگر افراد در اجتماع غالباً طرد یا نادیده گرفته شده‌اند، به طوری که در اغلب مواقع برچسب اجتماعی نامناسبی را با خود به همراه دارند. بدون در نظر گرفتن سبب‌شناسی و نحوه ابتلا به بیماری، در وهله اول آنچه از این بیماران دریغ شده است، شامل محتوای نوع دوستی و ارزش‌های انسانی است که در قبال یک بیمار می‌بایست در جامعه و در ارتباط با این بیماران مد نظر قرار گیرد. به حاشیه راندن، بد رفتاری در محیط‌های آموزشی، شغلی، اجتماعی و بهداشتی با این بیماران نتیجه‌ای جز بدتر شدن شرایط درمان و عدم پاسخ‌دهی به درمان را در پی نخواهد داشت. لذا با توجه به نتایج برآمده از مطالعه حاضر، به نظر می‌رسد این بیماران هر چند تحت درمان هستند، اما از جایگاه اجتماعی مطلوبی برخوردار نیستند و همین انزوا، عدم پذیرش از طرف اعضای خانواده، دوستان و اجتماع می‌تواند احتمال عود بیماری، بدتر شدن شرایط مصرف، ناامیدی، بروز اختلالاتی مانند اختلالات خلقی، اضطرابی، رفتارهای واکنشی، انتقام جویانه و ناسازگار را در این افراد بالاتر ببرد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش عدم هم‌تاسازی با توجه به نوع ماده مصرفی بود. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده نوع ماده مخدر و مقایسه بر اساس نوع مواد در نظر گرفته شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به گروه‌های جنسیتی و مقایسه ویژگی‌های آن‌ها نیز پرداخته شود و حمایت اجتماعی در افراد وابسته به مواد به خصوص افرادی که هم‌زمان به ایدز نیز مبتلا هستند بیشتر مورد توجه خانواده‌ها و اجتماع قرار بگیرد.

تشکر و قدردانی

از همکاری صمیمانه و خالصانه شرکت کنندگان در پژوهش و تمام کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

الهی، کتابون؛ صفاریان طوسی، محمد رضا (۱۳۹۶). رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده و خودتنظیمی هیجانی با عود مصرف مواد در زنان. *مجله روان‌شناسی اجتماعی*، ۱۱ (۴۲)، ۸۸-۷۹.

بیرامی، منصور؛ موحدی، یزدان و موحدی، معصومه (۱۳۹۳). ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی اجتماعی عاطفی با اعتیاد به اینترنت در جامعه دانشجویی. *شناخت اجتماعی*، ۳(۲)، ۱۲۲-۱۰۹.

توصیفیان، نگین؛ قادری بگه جان، کاوه؛ خالدیان، محمد؛ فرخی، نورعلی (۱۳۹۶). مدل یابی ساختاری کارکرد خانواده و ولع مصرف مواد در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون با تأکید بر نقش واسطه‌ای خود شفق و رزی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۱۱ (۴۴)، ۲۲۶-۲۰۹.

جناآبادی، حسین؛ ناستی زایی، ناصر؛ مرزیه، افسانه (۱۳۹۶). نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی اجتماعی - عاطفی در عود اعتیاد (مطالعه موردی: معتادان خودمعرف به مراکز ترک اعتیاد زاهدان). *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۱۱ (۴۴)، ۱۰۶-۹۱.

سلیمانی نجف‌آبادی، رسول؛ طاهر نشاط دوست، حمید؛ مهربانی، حسینعلی (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر مدل فرانظری بر راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مرد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۱۰ (۳۷)، ۲۲۶-۲۱۱.

شیرازی، محمود؛ اصغری، نورعلی؛ گنجعلی، عباس؛ فردین، محمد علی (۱۳۹۵). نقش حمایت اجتماعی در جهت گیری و امید به زندگی افراد سالم و بیماران مبتلا به HIV. *فصلنامه سلامت جامعه*، ۹(۴)، ۸-۱.

صدری دمیچی، اسماعیل؛ فیاضی، مینا؛ محمدی، نسیم (۱۳۹۵). بررسی رابطه خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده با آمادگی به اعتیاد در سربازان خدمت وظیفه. *مجله طب نظامی*، ۱۸(۴)، ۳۶-۳۲.

فیض الهی، جلال؛ عسکری، سعید؛ خسروی پور، نوشین (۱۳۹۴). مقایسه حمایت اجتماعی در معتادان مبتلا به HIV، غیر معتادان مبتلا به HIV و افراد سالم. *فصلنامه رویش روانشناسی*، ۴(۱۱)، ۳۶-۲۳.

محمدخانی غیاثوند، آرزو؛ گلپان تهرانی، شهناز؛ مدانلو، شکوفه؛ وجدانی، مرجان؛ بابایی حیدرآبادی، اکبر؛ دهقانکار، لیلا (۱۳۹۵). بررسی سرولوژیک شیوع عفونت های HIV و هیپاتیت B در معتادان وابسته به موادمخدر و ارتباط آن با برخی عوامل خطر رفتاری. *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۱۲(۱)، ۷-۱.

- ۱۰۱
- Angelis, D. (2015). Factors affecting repeated cessations of injecting drug use and relapses during the entire injecting career among the Edinburgh Addiction Cohort. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, 151(7), 76-83.
- Carr, R. I., Gramling, L. F. Stigma, H. (2004). A health barrier for women with HIV/AIDS. *Journal of Association Nurses AIDS Care*, 15 (5), 30-39.
- Davis, M. I; Jason L. A. (2005). Sex differences insocial support and self-efficacy within a recovery community. *American Journal of Community Psychology*, 36(4), 74-259.
- Decker, C. (2007). Social support and adolescent cancer survivor: A review of the literature. *Journal of Psychosocial Oncology*, 16(5), 1-11.
- Edwards, L. V. (2006). Perceived social support and HIV/AIDS medication adherence among. *Qualitative Health Research*, 16(5), 679-91.
- Erdelyan, M., & Young, C. (2011). Methadone maintenance treatment: a community planning guide. Toronto. *Journal of Centre for Addiction and Medical Health*, 18 (3), 502-521.
- Gülaç, F. (2010). The effect of perceived social support15 on subjective well-being. *Journal of Procedia Social and Behavioral Sciences*, 14(2), 384-49.
- Ichikawa, M., & Nat, C. (2006). Perceived social environment quality of life among people living with HIV/AIDS in Northern Thailand. *Journal of AIDS Care*, 18(2), 128-3.

- Lee, J; Pomeroy, E; Bohman, T. M. (2007). Intimate partner Violence and psychological health in a sample of Asian and Caucasian women: Theroles of social support and coping. *Journal of Family Violence*, 22(3), 709-720.
- Janowski, K. (2012). Men and women with psoriasis. *Journal of Healthy Psychological*, 15(2), 1-12.
- Marchesini, AM., Pra-Baldi, Z. P., Mesquita, F., Bueno, R., Buchalla, C. M. (2007). Hepatitis B and C among injecting drug users living with HIV in Sao Paulo, Brazil. *Journal of Rev Saude Publica*, 41(2), 57-63.
- Shuper, P. A., Neuman, M., Kanteres, F., Baliunas, D., Joharchi, N., Rehm, J. (2010) Causal Considerations on Alcohol and HIV/ AIDS-A Systematic Review. *Journal of Alcohol & Alcoholism*, 45(3), 159-166.
- Taylor, S. E; Sherman, D. K; Kim, H. S; Jarcho, J; Takagi, K; Dunagan, M. S.(2004). Culture and social support: who seeks it and why? *Journal of personality and social psychology*, 87(3), 354-62.
- Tonsing, K; Zimet, G. D; Tse, S. (2012). Assessing social support among South Asians: The multidimensional scale of perceived social support. *Asian journal of psychiatry*, 5(2), 164-8.
- Van leewen, M. C., Vander Woude, H. Van Asbesk, W. F. (2010). Social support and life Satisfaction in spinal cord injury during and up to one year after inpatient rehabilitation. *Journal of psychology*, 21(4), 265-271.
- Xu, J., & Ou, L. (2014). Resilience and quality of life among henchman earthquake survivors: the mediating role of social support. *Journal of Public Health*, 128(5), 430-437.
- Yadav S. (2010). Perceived social support, hope, and quality of life of persons living with HIV/AIDS: a case study from Nepal. *Quality of Life Research*, 19(2), 157-66.
- Zhou, K., Li, H, Wei, X., Yin, J., Liang, P., Zhang, H., Zhuang, G. (2017). Relationships between received and perceived social support and health-related quality of life among patients receiving methadone maintenance treatment in Mainland China. *Journal of Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10(7), 1186- 13011.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(8), 30-41.