

برنامه‌های حمایتی و کیفیت زندگی معتادان:

مقایسه معتادان بازتوان شده کنگره ۶۰ و معتادان بازتوان شده در

کلینیک‌های خصوصی

محمد زاهدی اصل* ، فائقه نعمت ساعتلو**

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۱/۵ تاریخ پذیرش: ۹۴/۴/۹

چکیده

در این پژوهش از روش توصیفی استفاده شده است. روش نمونه‌گیری تمام شماری بوده و تمام معتادان بازتوان شده کنگره ۶۰ در سال ۱۳۹۳ مورد بررسی قرار گرفتند و به همان تعداد نیز افراد معتاد بازتوان شده در کلینیک‌های ترک اعتیاد برای مقایسه با گروه آزمایش و به روش نمونه‌گیری در دسترس از کلینیک‌های سطح شهر تهران در نظر گرفته شدند. داده‌های پژوهش پس از جمع‌آوری از طریق پرسشنامه‌های استاندارد کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی، با استفاده از نرم‌افزار SPSS تحلیل و با توجه به سؤالات تحقیق از آزمون همبستگی پیرسون، استفاده شده است. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که بین کیفیت زندگی معتادان بازتوان شده کنگره ۶۰ و کلینیک‌های ترک اعتیاد تفاوت معنادار وجود داشته و سطح کیفیت زندگی افراد بازتوان شده در کنگره ۶۰ بالاتر از معتادان بازتوان شده در کلینیک‌های ترک اعتیاد می‌باشد.

* استاد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی

** دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی (نویسنده مسئول) / این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد می‌باشد.

faegheh_saatloo@yahoo.com

واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی، کنگره ۶۰، معتادان

بازتوان شده

مقدمه

کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی، ذهنی و پیچیده و فرایندی جامع و منعطف است که تمام جنبه‌های زندگی افراد را در برمی‌گیرد و به عبارت دیگر یک درک فردی منحصر بفرد، و راهی است برای بیان احساس یک فرد در مورد سلامت یا سایر جنبه‌های زندگی، که از طریق بیان عقاید افراد و با استفاده از ابزارهای استاندارد شده بررسی می‌شود. یکی از مهم‌ترین مواردی که بر کیفیت زندگی تأثیر بسزایی دارد میزان برخورداری و نحوه ارتباط افراد با شبکه‌های اجتماعی و میزان فعالیت‌شان در این شبکه‌هاست. روابط اجتماعی از عناصر اساسی هر جامعه محسوب می‌شود و هسته اصلی جامعه را شکل می‌دهد و موجب می‌شود که کنشگران با گسترش پیوندهای خود، کنش‌های خود را در ساختار جامعه تسهیل نمایند و از این طریق به اهداف خود دست یابند (پورتنس، ۱۳۸۴: ۳۱۵).

مشکلات در زندگی روزمره می‌تواند کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. یکی از راهبردهای مناسب برای کنار آمدن با فشارهای زندگی روزمره، جلب حمایت‌های اجتماعی است. حمایت اجتماعی از جنبه‌های گوناگون احساسی، اطلاعاتی، مصاحبتی و نظایر آن‌که در خلال رخداد‌های زندگی روزمره یا بحران‌هایی که فرد با آن‌ها روبه‌روست، ظاهر می‌شود. فقدان یا کاستی حمایت اجتماعی، موجب آسیب‌پذیری فرد می‌شود و می‌تواند به کاهش کیفیت زندگی افراد منجر شود (حسینی، ۱۳۸۹: ۱۱۱).

مطالعات گوناگون نشان می‌دهد که دستیابی به اطلاعات، بهره‌مندی از راهنمایی، پند و اندرز، دلگرمی احساسی، حمایت عاطفی و مساعدت مالی و... از جمله

منابع و مواهبی است که از پرتو تعاملات اجتماعی حاصل می‌گردد و افراد را قادر می‌سازد تا در حوزه‌های گوناگون زندگی (اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی) به موفقیت‌های بیش‌تری دست یابند. هم‌اکنون این تصور در اذهان تقویت شده است که موفقیت و عدم موفقیت افراد در زندگی منحصر به توانایی مالی و دارایی آن‌ها نیست بلکه به میزان بالایی، به نحوه تعامل آن‌ها با سایر اعضای جامعه بستگی دارد (امیر کافی، ۱۳۸۳: ۲۳).

بیان مسئله

امروزه اعتیاد از جمله مشکلاتی است که در تمام کشورهای جهان قربانی‌های بی‌شماری داشته و آسیب‌هایی جدی به بنیان خانواده و جامعه رسانده است که رفع این مشکلات هزینه‌های سرسام‌آوری را بر دوش جوامع و دولت‌ها می‌گذارد. با توجه به اثرات سوء جسمانی، روانی، اجتماعی و اقتصادی که اعتیاد بر فرد مصرف‌کننده و اطرافیان تحمیل می‌نماید، امکان کاهش سطح کیفیت زندگی وجود دارد.

در طی دو دهه اخیر فعالیت‌های مربوط به کاهش تقاضا و به‌ویژه درمان و بازتوانی معنادان در ایران ارتقای چشمگیری یافته است. هم‌اکنون جایگزین‌های متعدد درمانی از جمله مراکز درمانی سرپایی و بستری، روش‌های پرهیزمدار و ایمان‌مدار به‌صورت دارویی و غیر دارویی فعالیت می‌کنند. کنگره ۶۰ از جمله مراکزی است که در جهت درمان مصرف‌کنندگان مواد مخدر فعالیت می‌نماید و دارای ساختاری منحصربه‌فرد و متفاوت می‌باشد. روش سم‌زدایی و درمان در جمعیت خیریه احیای انسانی «کنگره ۶۰» به‌صورت انحصاری بوده و با جایگزینی شربت تریاک و کاهش تدریجی آن (طی ۱۱ ماه) و همچنین گروه‌درمانی و معنویت‌درمانی می‌باشد (توکلی، ۱۳۸۹: ۳۴). ساختار کنگره ۶۰ به‌صورتی است که در آن افراد رهاسده از اعتیاد به راهنمایی افراد مصرف‌کننده پرداخته و فرد را در مسیر درمان همراهی می‌کنند.

گرچه تمام مراکز ترک اعتیاد هدف اصلی خود را رهایی مصرف‌کنندگان از مصرف مواد مخدر می‌دانند اما امروزه علاوه بر پرهیز از مواد در معتادان به مواد مخدر، به پیامدهای انواع روش‌های درمانی اعتیاد نیز توجه شایانی می‌شود، و به مسائلی از جمله کیفیت زندگی و سطح امیدواری و هدفمندی افراد معتاد در حال بهبودی اهمیت داده می‌شود. کیفیت زندگی به‌عنوان یک مقیاس معتبر جهت ارزیابی پیامد روش‌های درمانی و خدماتی که به افراد آسیب‌دیده ارائه شده است، می‌باشد. لازم است، در جمعیت معتادان، که روش‌های گوناگون درمانی را جهت پرهیز از مواد تجربه می‌کنند، به‌ویژه انجمن معتادان گمنام، کنگره ۶۰ و معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون، که عمده روش‌های درمان اعتیاد در کشور هستند، این ارزیابی به عمل آید. حال، سؤال اصلی این پژوهش این است، که آیا شرکت در برنامه‌های حمایتی می‌تواند بر کیفیت زندگی افراد معتاد بازتوان شده در کنگره ۶۰ و کلینیک‌های خصوصی تأثیرگذار باشد و آیا تفاوتی بین این دو گروه (ترک‌کنندگان در کنگره ۶۰ و کلینیک‌های خصوصی) از لحاظ کیفیت زندگی وجود دارد یا خیر؟

پیشینه و مبانی نظری

در سال ۱۹۲۰ واژه کیفیت زندگی در کتابی با عنوان «اقتصاد رفاه» که توسط اقتصاددان انگلیسی به نام «پیگو»^۱ نوشته شده بود، به کار رفت. وی در این کتاب درباره حمایت‌های دولت از طبقه پایین اجتماعی و تأثیر آن بر زندگی افراد و سرمایه ملی سخن گفته بود که واکنش‌هایی را در پی داشت؛ اما با وقوع جنگ جهانی دوم، مفهوم کیفیت زندگی برای مدتی به دست فراموشی سپرده شد، اما از پایان جنگ و به دنبال تغییر و بسط تعریف سلامت توسط سازمان جهانی بهداشت و از طرفی به دلیل

۱. Pigou

نابرابری‌های اجتماعی موجود در جوامع غربی آن زمان، بار دیگر توجه به مفهوم کیفیت زندگی جلب شد (Draper, ۱۹۹۷: ۱۷).

میرگ (۱۹۹۳) در مطالعه خود پیرامون تاریخچه مفهوم کیفیت زندگی اشاره می‌کند که عبارت "کیفیت زندگی" در زمینه‌های رسمی دولتی، برای اولین بار به وسیله لندون جانسون در سخنرانی‌ای که در باغ میدان مدیسن در اکتبر سال ۱۹۶۴ داشت، به کار برده شده است. به طور کلی، عبارت "کیفیت زندگی" برای اولین بار پس از جنگ جهانی دوم در ایالات متحده با تأکید بر این که داشتن یک زندگی خوب فراتر از صرف داشتن امنیت مالی است، مورد استفاده قرار گرفت (کمپل ۱۹۸۱ ذکر شده در میرگ ۱۹۹۳). در ایران موضوع کیفیت زندگی برای نخستین بار در دومین سمینار رفاه اجتماعی که از سوی دبیرخانه شورای عالی رفاه اجتماعی در سال ۱۳۵۵ برگزار شده بود، مطرح گردیده است. در این سمینار، ۵ کمیته در زمینه‌های گوناگون فعالیت می‌نمودند که کمیته سیاست‌های رفاهی و کیفیت زندگی یکی از آنها بود. مسئولیت اداره کمیته مزبور بر عهده احسان نراقی بود. در این سمینار سعی شد از دیدگاه کشور ایران به مسئله کیفیت زندگی نگاهی دوباره افکنده شود تا بتواند خمیرمایه‌ای باشد برای شکل گرفتن عاملی که به همه پیشرفت‌های کشور در علم، صنعت و تکنولوژی، نوعی هویت ملی بخشد و باعث شود این‌گونه پیشرفت‌ها در ساخت کشور ریشه بدواند.

تحقیقات تجربی کمی در زمینه رابطه بین کیفیت زندگی و سوء مصرف مواد یا اعتیاد وجود دارد. کومپتون^۱ (۲۰۰۴) هیچ مطالعه‌ای را که به بررسی کیفیت زندگی در رابطه با بهبودی طولانی مدت باشد، یافت نکرد. اسپالدینگ و متز (۲۰۰۳) در مطالعه‌شان در مورد معنویت، کیفیت زندگی و الکلیک‌های گمنام، هشتاد عضو AA را با دو مقیاس کیفیت زندگی مورد بررسی قراردادند. نتایج، رضایت از زندگی بیشتر در

۱. Compotone

تمام الکلیک‌های بهبودیافته را نشان داد. تفاوت‌های جنسیتی نیز وجود داشت مانند: این که آزمودنی‌های زن، که حمایت اجتماعی کمتری از خانواده را گزارش داده بودند، رضایت از زندگی کمتری داشتند در حالی که در مردان حمایت اجتماعی کمتر از دوستان با رضایت کمتر از زندگی مرتبط بود. به‌علاوه طول مدت‌زمان هوشیاری، کیفیت زندگی را در تمام آزمودنی‌ها پیش‌بینی کرد.

رودلف و واتس (۲۰۰۲) شش مقاله یافتند که معیارهای آن‌ها را (یعنی تعریف مفهوم کیفیت زندگی و استفاده از یک ابزار سنجش برای آن) برای مطالعه کیفیت زندگی و مشکلات مواد تأمین می‌کرد. از این مطالعات، سه مورد مطالعات عرضی و سه مورد طولی هستند که تعداد آزمودنی‌ها بین ۶۹ تا ۲۸۶۴ نفر متغیر بود که دو مورد کیفیت زندگی و چهار مورد کیفیت زندگی وابسته به سلامتی را می‌سنجید.

از میان این پژوهش‌ها که به درمان جایگزینی مربوط بودند، افرادی که برنامه درمانی نگهدارنده با متادون (mmt) را آغاز کرده بودند، کیفیت زندگی وابسته به سلامت کمتری را نسبت به جمعیت عمومی گزارش کرده بودند. ریان^۱ و وایت^۲ (۱۹۹۶) به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی افرادی که از روش نگهدارنده با متادون استفاده کرده بودند مشابه کسانی است که دچار افسردگی بودند.

رودولف و واتس (۲۰۰۲) معتقدند که هیچ‌یک از این مطالعات بر رابطه بین یکی از درمان‌های بهبودی اولیه اعتیاد، NA و کیفیت زندگی نمی‌پردازند با این وجود رودولف و واتس (۲۰۰۲) معتقدند که سنجیدن کیفیت زندگی می‌تواند در سنجش تغییرات سبک زندگی مفید باشد و می‌تواند به شناسایی زمینه‌های زندگی فرد که نیازمند مداخلات خاص است، کمک کند (عرب خزائلی، ۱۳۹۰: ۴۳).

«در سمینار جهانی سازمان ملل متحد در دانمارک، در ارتباط با مسائل جهان سوم کیفیت زندگی چنین تعریف می‌شود: شرایط بهتر تغذیه، پوشاک، مسکن و محیط‌زیست

۱. Ryan c.
۲. White J.

انسانی، بهداشت و آموزش و پرورش و ایجاد فرصت‌هایی برای کنش متقابل اجتماعی، کسب مهارت‌های شغلی، گسترش همبستگی عمومی و مشارکت اجتماعی و سیاسی» (حاج یوسفی، ۱۳۸۰: ۳۲-۳۰). در تعریفی که ویور در سال ۲۰۰۱ ارائه داد و مورد قبول بسیاری از صاحب‌نظران قرار گرفت، کیفیت-زندگی این‌گونه تعریف شده است: کیفیت زندگی عبارت است از: برداشت هر فرد از وضعیت سلامت خود و میزان رضایت از این وضع (king, ۲۰۰۶: ۱۸۲۹). البته باید توجه داشت که «سلامتی برابر با رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی در نظر گرفته می‌شود و فراتر از عدم وجود بیماری یا معلولیت می‌باشد. این تعریف از سلامتی مفهوم بهزیستی را به دست می‌دهد که دارای دو جنبه عینی و ذهنی است» (تولایی، ۱۳۸۴: ۲۶-۱۹).

دونالد^۱ نیز کیفیت زندگی را مربوط به کیفیت زندگی شامل خوب بودن و بهزیستی فرد از نظر فیزیکی، عملکردی، اجتماعی، روانی و عاطفی می‌داند (Donald, ۲۰۰۲: ۱-۲).

«بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان می‌باشد. پس کاملاً فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و به درک افراد از جنبه‌های گوناگون زندگی‌شان استوار است». عامل اصلی تعیین‌کننده کیفیت زندگی عبارت است از تفاوت درک شده بین آنچه هست و آنچه از دیدگاه فرد باید باشد و این همان ذهنی بودن کیفیت زندگی است. پویایی کیفیت زندگی به این معناست که باگذشت زمان تغییر می‌کند و به تغییرات فرد و محیط او بستگی دارد (نجات، ۱۳۸۵: ۱۱-۲).

به اعتقاد سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی افراد را باید با توجه به ۴ بعد موردسنجش و ارزیابی قرار داد. این ۴ بعد عبارتند از: سلامت فیزیکی، سلامت روانی،

۱. Donald

روابط و ارتباط اجتماعی، سلامت محیط. سازمان جهانی بهداشت برای هر یک از این ابعاد مصادیقی را نیز ارائه می‌نماید:

(۱) سلامت فیزیکی شامل توانایی انجام فعالیت‌های روزمره زندگی، میزان وابستگی به درمان‌های پزشکی، قدرت و خستگی، تحرک و چابکی، درد و ناراحتی، خواب و استراحت، ظرفیت و توانایی برای کار و فعالیت می‌باشد.

(۲) سلامتی روانی شامل رضایت و تصور شخص از خود و ظاهر بدنی‌اش، احساسات مثبت و منفی فرد، اعتماد به نفس، اعتقادات روحی، مذهبی، شخصی، تفکر، یادگیری و حافظه و تمرکز می‌باشد.

(۳) روابط اجتماعی شامل ارتباطات شخصی، حمایت اجتماعی و فعالیت جنبی می‌باشد.

(۴) سلامت محیط شامل منابع مادی و مالی، آزادی، ایمنی، میزان در دسترس بودن و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، درمانی و اجتماعی، فرصت‌های پیش رو برای کسب و به دست آوردن اطلاعات و مهارت‌های جدید، امکان فعالیت‌های تفریحی، سلامت محله‌ای که شخص در آن زندگی می‌کند و امکانات آن و سلامت محیط خانه می‌باشد (همان، ۱۱).

به عبارت دیگر حمایت‌های گوناگون دریافتی از سوی گروه‌های حمایتی گوناگون می‌تواند تأثیر بسزایی در کیفیت زندگی افراد داشته باشد. از سوی دیگر نظریه شبکه‌های اجتماعی بیان می‌کند که بلوک‌های اصلی شبکه «ارتباط» است و دیدگاه شبکه با مطالعه روابط اجتماعی موجود بین یک مجموعه افراد، به تحلیل ساخت اجتماعی می‌پردازد. حمایت اجتماعی ناشی از شبکه موجب ایجاد تعلق، صمیمیت، یکپارچگی اجتماعی، دستیابی به حمایت‌های اطلاعاتی، عاطفی و ابزاری می‌شود، پیوندهای گوناگون حمایت‌های اجتماعی متنوعی برای اعضای شبکه فراهم می‌سازد. بررسی شبکه‌های اجتماعی به صورت شبکه‌های اجتماعی کل و شبکه‌های اجتماعی فردی صورت می‌گیرد. شبکه‌های اجتماعی فردی به روابط فرد کانونی با دیگران اشاره

دارد و روابط از دیدگاه فردی که در مرکز قرار دارد مورد بررسی قرار می‌گیرد، و در پیمایش‌های رایج به کار می‌رود. طبقه‌بندی‌های گوناگون از شبکه‌های اجتماعی فردی ارائه شده است که بیشتر آن‌ها را به دو نوع شبکه رسمی و غیررسمی تقسیم‌بندی کرده‌اند. شبکه‌های غیررسمی که همسایه‌ها، گروه دوستان، خویشاوندان و روابطی که در کافی‌شاپ‌ها وجود دارد، را در برمی‌گیرد که شرکت در برنامه‌های حمایتی کنگره ۶۰ از روابط شبکه‌ای غیررسمی است. ولمن^۱ روابط اجتماعی را از مسائلی می‌داند که از هزار سال پیش موضوع اصلی بررسی دانشمندان و محققان بوده است. وی معتقد است در عصر حاضر نوعی تشویش و نگرانی نسبت به اجتماع وجود دارد و افراد در دنیای مدرن همواره در هراس بوده‌اند که مبدا اجتماع آن‌ها را طرد کند و با تنهایی و بیگانگی مواجه گردند. اگرچه شبکه‌های اجتماعی مساوی حمایت‌های اجتماعی نیستند، اما یکی از کارکردهای مهم شبکه‌های اجتماعی، حمایت اجتماعی است. شبکه‌های فردی در مقابل بحران‌های زندگی از افراد حمایت می‌کنند (صالحی هیکویی، ۱۳۸۴: ۴۹). ولمن ۶ نوع حمایت را بیان می‌کند که عبارت‌اند از: حمایت مصاحبتی، حمایت عاطفی، حمایت خدماتی و کاری، حمایت مالی، حمایت اطلاعاتی و حمایت مشورتی، که هرکدام از این حمایت‌ها از هر یک از اعضای شبکه دریافت می‌شود.

نظریه دیگری که در پژوهش مورد استفاده قرار گرفت گزارش «مولندر» و «وارد» (۱۹۹۱) درباره مددکاری گروهی خودگردانی دیدگاهی از نظریه توانمندسازی است که متمرکز بر مؤسسات، محیط‌ها و فرآیندهای مددکاری اجتماعی گروهی است. آنان همچنین این دیدگاه را به‌عنوان مبنایی برای شکل‌های وسیع‌تر اقدام اجتماعی عرضه می‌کنند. آنان معتقدند که اقدام توانمندکننده باید خودگردانی باشد (یعنی توسط استفاده‌کنندگان از خدمت اداره شود)، اما باید همچنین مخالف ستم و محرومیت باشد. گروه‌ها به افراد اجازه می‌دهند منابعشان را به اشتراک بگذارند و اقدام عملی مشترک را

۱. Wellman

شروع کنند و آن را تجربه نمایند. کار مشترک ترجیح داده می‌شود، زیرا تجربه غنی‌تری را برای استفاده‌کنندگان از خدمات فراهم می‌آورد و حمایت بیشتری از آنان می‌کند. مشورت موردنیاز است تا استفاده‌کنندگان از خدمات از مددکارانی که بر اساس دیدگاه ضد ستم به آنان کمک می‌کنند سؤال نمایند و آنان را به چالش بگیرند (Payne, ۱۹۴۸: ۵۵۱).

گزارش «مولندر» و «وارد»^۱ (۱۹۹۱) درباره مددکاری گروهی خودگردانی دیدگاه روشنی از نظریه توانمندسازی ارائه می‌دهد که متمرکز بر مؤسسات، محیط‌ها و فرآیندهای مددکاری اجتماعی گروهی است. آنان همچنین این دیدگاه را به‌عنوان مبنایی برای شکل‌های وسیع‌تر اقدام اجتماعی عرضه می‌کنند. آنان معتقدند که اقدام توانمندکننده باید خودگردانی باشد (یعنی توسط استفاده‌کنندگان از خدمت اداره شود)، اما باید همچنین مخالف ستم و محرومیت باشد. گروه‌ها به افراد اجازه می‌دهند منابعشان را به اشتراک بگذارند و اقدام عملی مشترک را شروع کنند و آن را تجربه نمایند. کار مشترک ترجیح داده می‌شود، زیرا تجربه غنی‌تری را برای استفاده‌کنندگان از خدمات فراهم می‌آورد و حمایت بیشتری از آنان می‌کند. مشورت موردنیاز است تا استفاده‌کنندگان از خدمات از مددکارانی که بر اساس دیدگاه ضد ستم به آنان کمک می‌کنند سؤال نمایند و آنان را به چالش بگیرند. پنج اصل فعالیت توانمندسازی عبارت‌اند از:

- تمام افراد دارای مهارت‌ها، دانش و توانایی هستند. ما باید این داشته‌ها را تشخیص دهیم به جای آنکه برچسب منفی به آن‌ها بزنیم.
- افراد دارای حقوقی هستند، به‌ویژه این که صدا و نظراتشان شنیده شود، کنترل بر زندگی‌شان داشته باشند، مشارکت را انتخاب کنند یا نکنند و مسائل را مشخص کرده و دست به اقدام بزنند.
- مشکلات افراد همیشه منعکس‌کننده مسائل مربوط به ستم و محرومیت، خط‌مشی، سیاست، اقتصاد، قدرت و همچنین بی‌کفایتی‌های فردی است.

۱. molnder & ward

- افرادی که به طور جمعی عمل می‌کنند می‌توانند قدرتمند باشند و فعالیت عملی باید مبتنی بر این اقدام جمعی می‌باشد.
- فعالیتی که شما به عنوان مددکاران اجتماعی تبلیغ می‌کنید، «تسهیل‌گری» است و نه رهبری کردن و مبارزه با ستم و محرومیت (payne, ۱۹۴۸: ۵۵۱).

روش

در این پژوهش از روش توصیفی و از نوع پیمایشی برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شده است. واحد تحلیل در این پژوهش فرد می‌باشد. افرادی که در کنگره ۶۰ و کلینیک‌های خصوصی ترک اعتیاد درمان شده‌اند. جامعه آماری در این پژوهش، تمام معتادان بازتوان شده جمعیت احیای انسانی کنگره ۶۰ در سال ۱۳۹۳ و معتادان بازتوان شده در کلینیک‌های خصوصی ترک اعتیاد می‌باشند که حداقل یک سال از زمان درمان آن‌ها می‌گذرد. برای نمونه‌گیری به علت محدود بودن تعداد معتادان بازتوان شده کنگره ۶۰ که بیش از یک سال از ترک آنان می‌گذرد از روش تمام شماری استفاده شده و تعداد ۹۳ نفر در نظر گرفته شده است و به منظور مقایسه به همان میزان نیز از افرادی که در کلینیک‌های خصوصی موفق به ترک شده‌اند در نظر گرفته شده است. روش نمونه‌گیری گروه کنترل به صورت نمونه‌گیری در دسترس از کلینیک‌های خصوصی در سطح شهر تهران می‌باشد. هر دو گروه آزمایش و کنترل (معتادان بازتوان شده در کنگره ۶۰ و کلینیک‌های خصوصی) به صورتی انتخاب شده‌اند که در طول فرایند درمان موفق به ترک شده و دست کم یک سال از زمان ترک آنان گذشته باشد، از طرفی معتادان بازتوان شده در کنگره ۶۰ در طول فرایند درمان خدمات و برنامه‌های حمایتی دریافتی نموده‌اند در حالی که معتادان بازتوان شده در کلینیک‌های خصوصی تحت هیچ برنامه حمایتی قرار نگرفته‌اند.

یافته‌ها و نتایج

نتایج حاصل از پژوهش نشان می‌دهد که ۲۱٪ از معنادان بازتوان شده در کنگره ۶۰ مجرد و ۷۹٪ متأهل بوده‌اند. همچنین در گروه بازتوان شده از طریق کلینیک‌های ترک اعتیاد ۳۸٪ مجرد و ۶۲٪ نیز متأهل بوده‌اند.

هم‌چنین از نظر سطح تحصیلات افراد بازتوان شده در کنگره ۶۰، ۱۹/۴٪ زیر دیپلم، ۵۲/۷٪ دیپلم، ۹/۷٪ کاردانی و ۱۸/۳٪ کارشناسی بوده‌اند. سطح تحصیلات افراد بازتوان شده در کلینیک‌های ترک اعتیاد نیز به ترتیب، ۲۵/۸٪ زیر دیپلم، ۴۱/۹٪ دیپلم، ۱۵/۱٪ کاردانی، ۱۴٪ کارشناسی و ۳/۲٪ می‌باشد.

حداقل و حداکثر سن افراد بازتوان شده در کنگره ۶۰ به ترتیب، ۲۳ و ۷۰ سال بوده و در کلینیک‌های ترک اعتیاد حداقل و حداکثر سن افراد به ترتیب، ۲۰ و ۷۸ سال بوده است.

در این پژوهش برای بررسی میزان کیفیت زندگی معنادان بازتوان شده ابتدا میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی در کنگره ۶۰ و کلینیک‌های ترک اعتیاد مطابق جدول شماره ۱ مورد محاسبه قرار گرفت. نتایج بیانگر آن است که میانگین کیفیت زندگی افراد بازتوان شده کنگره ۶۰ برابر است با ۹۹/۲۳ و این نسبت در افراد بازتوان شده در کلینیک‌های ترک اعتیاد برابر است با ۶۱/۵۵ که حاکی از کیفیت زندگی بالاتر افراد بازتوان شده از طریق کنگره ۶۰ است.

جدول ۱- توزیع میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در جمعیت مورد مطالعه، به

تفکیک گروه

کیفیت زندگی	میانگین	انحراف معیار
کنگره ۶۰	۹۹/۲۳	۱۱/۶۸
کلینیک‌های ترک اعتیاد	۶۱/۵۵	۸/۲۵

برنامه‌های حمایتی و کیفیت زندگی معنادان ... ۲۰۱

آماره‌های توصیفی ابعاد حمایت اجتماعی و احساس ارزشمندی نشان می‌دهد که به‌طور میانگین تمام انواع حمایت و احساس ارزشمندی در بین افراد مورد مطالعه در کنگره ۶۰ بیش از افراد مورد مطالعه در کلینیک‌های ترک اعتیاد است. چنانچه در جدول ۲ و ۳ به‌صورت جداگانه نشان داده شده است میانگین حمایت دریافتی معنادان بازتوان شده در کنگره ۶۰ از طریق برنامه‌های حمایتی بیشتر بوده است درحالی‌که معنادان بازتوان شده در کلینیک‌های ترک اعتیاد حمایت اجتماعی و احساس ارزشمندی کمتری را تجربه کرده‌اند.

جدول ۲- توزیع میانگین و انحراف معیار حمایت اجتماعی کنگره ۶۰

انحراف معیار	میانگین	ابعاد حمایت اجتماعی
۲/۹۴	۱۶/۶۳	حمایت عاطفی
۴/۰۶	۹/۱۰	حمایت مادی و ابزاری
۲/۴۴	۱۶/۵۶	حمایت اطلاعاتی
۲/۸۲	۱۶/۴۷	حمایت مصاحبتی
۱/۷۸	۱۴/۰۹	احساس ارزشمندی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

جدول ۳- توزیع میانگین و انحراف معیار حمایت اجتماعی کلینیک‌های خصوصی

انحراف معیار	میانگین	ابعاد حمایت
۱/۹۵	۱۰/۴۰	حمایت عاطفی
۲/۹۶	۶/۸۷	حمایت مادی و ابزاری
۲/۱۶	۱۰/۴۹	حمایت اطلاعاتی
۲/۵۱	۱۰/۲۶	حمایت مصاحبتی
۱/۵۱	۱۸/۸۴	احساس ارزشمندی

در این قسمت رابطه میان متغیرها بررسی شده و برای آزمون فرضیات از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است.

جدول ۴- رابطه (آزمون همبستگی پیرسون) بین ابعاد حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در کنگره ۶۰

کیفیت زندگی	شاخص
۰/۴۶۵ ۰/۰۰۰	حمایت عاطفی
۰/۰۸۱ ۰/۴۴۲	حمایت مادی و ابزاری
۰/۳۴۱ ۰/۰۰۹	حمایت اطلاعاتی
۰/۲۹۲ ۰/۰۰۵	حمایت مصاحبتی
۰/۳۳۴ ۰/۰۰۰	احساس ارزشمندی

جدول ۵- رابطه (آزمون همبستگی پیرسون) حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در کلینیک‌های ترک اعتیاد

کیفیت زندگی	شاخص
۰/۰۵۲ ۰/۶۱۹	حمایت عاطفی
۰/۰۳۵ ۰/۱۲۳	حمایت مادی و ابزاری
۰/۱۶۲ ۰/۳۴۷	حمایت اطلاعاتی
۰/۰۷۹ ۰/۷۳۷	حمایت مصاحبتی
۰/۱۱۷ ۰/۲۶۶	احساس ارزشمندی

همان‌طور که داده‌ها نشان می‌دهند (جدول ۴) بین ابعاد حمایت عاطفی، اطلاعاتی، مصاحبتی و احساس ارزشمندی فراهم شده از طریق برنامه‌های حمایتی کنگره ۶۰ و کیفیت زندگی معنادان بازتوان شده رابطه متوسط و مستقیمی وجود دارد؛ این در حالی است که بین حمایت مادی، ابزاری و کیفیت زندگی در معنادان بازتوان شده کنگره ۶۰ رابطه معناداری مشاهده نشد. به‌طورکلی می‌توان گفت ایجاد حمایت اجتماعی از طریق برنامه‌های حمایتی در کنگره ۶۰ توانسته بر کیفیت زندگی افراد بازتوان شده تأثیر مثبت داشته و آن را بهبود ببخشد. این در حالی است که جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که بین ابعاد حمایت اجتماعی و احساس ارزشمندی و کیفیت زندگی معنادان بازتوان شده رابطه معناداری مشاهده نمی‌شود. به عبارت دیگر

کلینیک‌های خصوصی که برنامه‌های حمایتی در فرآیند درمان ندارند نتوانسته‌اند تأثیری بر بهبود کیفیت زندگی افراد معتاد پس از درمان داشته باشند.

به‌طورکلی می‌توان گفت: پژوهش حاضر درصدد بود تا تأثیر برنامه‌های حمایتی کنگره ۶۰ را باکیفیت زندگی معتادان بازتوان شده در این کنگره مورد بررسی قرار داده و تفاوت آن را با کلینیک‌های ترک اعتیاد بسنجد. در این راه با توجه به نظریه‌های موجود در این زمینه به تدوین چارچوب نظری پرداخته شد و نظریه سازمان بهداشت جهانی در زمینه کیفیت زندگی، نظریه ولمن درباره حمایت اجتماعی و نظریه مولندر و وارد درباره احساس ارزشمندی در گروه، در نظر گرفته شد. نتایج حاصل از تحقیق نشان داد که فرضیه شماره ۱ «به نظر می‌رسد بین حمایت عاطفی و کیفیت زندگی معتادان بازتوان شده در کنگره ۶۰ و کلینیک‌های ترک اعتیاد تفاوت معنادار وجود دارد» مورد تأیید قرار می‌گیرد. به عبارت دیگر همان‌گونه که در نظریه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به آن اشاره شده است، حمایت اجتماعی تأثیر بسزایی در کیفیت زندگی افراد بازتوان شده داشته و دریافت این حمایت که از دیدگاه ولمن یکی از مهم‌ترین ابعاد حمایت اجتماعی است باعث بالا رفتن کیفیت زندگی افراد بازتوان شده در کنگره ۶۰ شده است؛ زیرا گروه‌های درمانی و عضویت فرد در این گروه‌ها حمایت عاطفی لازم را برای فرد فراهم می‌کند و از سویی دیگر عدم توجه به برنامه‌های حمایتی در کلینیک‌های ترک اعتیاد و توجه نکردن به این بعد از حمایت اجتماعی، نتوانسته تأثیر مثبتی بر کیفیت زندگی این افراد داشته باشد و به همین علت تفاوت محسوسی بین کنگره ۶۰ و کلینیک‌های ترک اعتیاد از جهت حمایت عاطفی و کیفیت زندگی وجود داشته است.

همان‌طور که در نظریه ولمن و در چارچوب نظری بیان شده است، حمایت مادی و ابزاری یکی از ابعاد حمایت اجتماعی بوده و حمایت اجتماعی نیز یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی است. به عبارتی حمایت مادی مانند قرض دادن پول، کمک به فرد در امور زندگی و... می‌تواند بر روی فرد تأثیر گذاشته و

کیفیت زندگی‌اش را بهبود ببخشد. فرضیه شماره ۲ با عنوان «به نظر می‌رسد بین حمایت مادی و ابزاری و کیفیت زندگی معتادان بازتوان شده در کنگره ۶۰ و کلینیک‌های ترک اعتیاد تفاوت معنادار وجود دارد» تأیید نشد. به عبارتی کنگره ۶۰ و کلینیک‌های ترک اعتیاد نتوانسته‌اند با ایجاد حمایت مادی و ابزاری کیفیت زندگی افراد را بهبود بخشند. این ضعف می‌تواند ناشی از عدم توجه این مراکز به بعد مادی حمایت اجتماعی و یا نبود امکانات و منابع لازم جهت فراهم کردن این حمایت باشد.

حمایت اطلاعاتی یکی از ابعاد حمایت اجتماعی می‌باشد که فرد با دریافت اطلاعاتی درباره مسائل مهم زندگی از دوستان و اطرافیان و ... احساس حمایت بیشتری می‌نماید. به عبارت دیگر حضور فرد در شبکه اجتماعی موجب ایجاد تعلق، صمیمیت و یکپارچگی و دریافت انواع گوناگون حمایت از جمله حمایت اطلاعاتی می‌گردد که با توجه به نظریه سازمان بهداشت جهانی این حمایت نیز موجب افزایش کیفیت زندگی افراد می‌گردد. در این پژوهش فرضیه شماره ۳ با عنوان «به نظر می‌رسد بین حمایت اطلاعاتی و کیفیت زندگی معتادان بازتوان شده در کنگره ۶۰ و کلینیک‌های ترک اعتیاد تفاوت معنادار وجود دارد» مورد تأیید قرار می‌گیرد؛ زیرا کنگره ۶۰ توانسته با ایجاد شبکه اجتماعی برای فرد و قرار دادن افراد در کنار هم و ایجاد تعامل گروهی و همچنین در نظر گرفتن راهنما برای هر فرد جهت تسهیل در مسیر درمان اعتیاد و ارائه اطلاعات لازم، حمایت اطلاعاتی لازم را فراهم نموده و بر کیفیت زندگی افراد تأثیرگذار باشد. اما از سویی دیگر کلینیک‌های ترک اعتیاد در این زمینه ناموفق بوده و نتوانسته‌اند حمایت اطلاعاتی لازم را فراهم نمایند.

یکی دیگر از ابعاد حمایت اجتماعی که ولمن به آن اشاره کرده است حمایت مصاحبتی است. به این معنی که فرد حس کند افرادی هستند که بتواند ساعاتی را با آنان بگذراند، تفریح کند و در کنار آنان احساس خوبی داشته باشد. این بعد از حمایت نیز می‌تواند به نوبه خود تأثیر بسزایی در کیفیت زندگی فرد داشته باشد. فرضیه شماره ۴ که اشاره به همین موضوع دارد، در این تحقیق مورد تأیید قرار گرفته و تفاوت معنادار

بین کنگره ۶۰ و کلینیک‌های ترک اعتیاد مشاهده شده است. زیرا کنگره ۶۰ علاوه بر تشکیل لژیون، استفاده از راهنمایان و هم‌سفران برای افراد در حال درمان، از گروه‌های ورزشی و تفریحی مانند تیم تیراندازی، فوتبال و... نیز برای تسهیل درمان استفاده می‌کند. به عبارت دیگر فرد علاوه بر طی کردن مسیر درمان، در این مسیر در شبکه‌های اجتماعی گوناگونی قرار می‌گیرد که می‌تواند انواع حمایت از جمله حمایت مصاحبتی را دریافت نماید. اما در این زمینه نیز کلینیک‌های ترک اعتیاد نتوانسته‌اند آن‌چنان‌که باید، این حمایت را فراهم کرده و نقشی در بهبود کیفیت زندگی افراد داشته باشند.

فرضیه آخر با توجه به نظریه توانمندسازی خود هدایتی که بر فعالیت عملی در گروه و اهمیت دادن به افراد و نظرات اعضا تأکید دارد و نظریه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی در نظر گرفته شده است، تأیید می‌گردد. نظریه مولندر و وارد بیان می‌کند که فرد با قرار گرفتن در گروه و فعالیت در آن احساس می‌کند که افراد دیگر به حرف‌های او گوش می‌دهند، به او اهمیت می‌دهند و ارزش و احترام برای او قائل‌اند. یکی از تأثیرات مهم گروه درمانی ایجاد احساس عزت نفس و احساس ارزشمندی است و کنگره ۶۰ نتوانسته با ایجاد لژیون و شرکت تمام افراد که خواستار ترک هستند، عزت نفس آنان را بالا برده و موجب احساس ارزشمندی پس از ترک گردد و این مسئله باعث بهبود سلامت روانی و حمایت اجتماعی مورد نظر در نظریه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی می‌گردد و کیفیت زندگی افراد را بهبود می‌بخشد و به همین علت است که تفاوت معنادار بین این افراد با افرادی که در کلینیک‌های ترک اعتیاد درمان شده‌اند وجود دارد.

در مجموع یافته‌های حاصل از پژوهش و مقایسه کنگره ۶۰ و کلینیک‌های ترک اعتیاد گویای آن است که برنامه‌های حمایتی فراهم شده در کنگره ۶۰ نتوانسته در بهبود کیفیت زندگی افراد معتاد بازتوان شده تأثیرگذار باشد ولی کلینیک‌های ترک اعتیاد نتوانسته‌اند نقشی تأثیرگذار در این زمینه داشته باشند.

به‌طور کلی می‌توان گفت که برنامه‌های حمایتی گوناگون می‌تواند در فرایند درمان و همچنین بعد از درمان در زندگی افراد مصرف‌کننده تأثیر بسیار مهمی داشته باشد. با توجه به افزایش مصرف‌کنندگان مواد مخدر ایران (۱۲۰۰۰۰۰ نفر در ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف مواد در ایران توسط نارنجی‌ها و همکاران در سال ۱۳۸۶) نقش مددکار اجتماعی در مراکز ترک اعتیاد و حضور در فرایند درمان بسیار مهم و حیاتی است؛ زیرا علاوه بر فرد مصرف‌کننده خانواده و نزدیکان فرد نیز درگیر مسائل و آسیب‌های ناشی از اعتیاد شده و در معرض آسیب قرار می‌گیرند. یکی از مهم‌ترین زمینه‌های کاری توسعه برنامه‌های حمایتی در کلینیک‌های ترک اعتیاد وابسته به سازمان بهزیستی کشور و الزام به حضور مؤثر مددکار اجتماعی در این کلینیک‌ها می‌باشد. علاوه بر این ارائه دروس تخصصی در این زمینه به مددکاران اجتماعی در مراکز آموزش عالی از جمله راه‌هایی است که می‌تواند به تربیت مددکاران اجتماعی متخصص در زمینه اعتیاد و بر تأثیرگذاری مددکاران اجتماعی در مراکز ترک اعتیاد بیفزاید.

منابع

- آقامولایی، تیمور. (۱۳۸۴)، *اصول و کلیات خدمات بهداشتی*، تهران: انتشارات اندیشه زمین.
- اقلیما، مصطفی و غنچه راهب. (۱۳۸۲)، *مددکاری فردی*، کار با فرد، تهران: انتشارات دانژه.
- امیر کافی، مهدی. (۱۳۸۳)، *طراحی الگوهای جامعه‌شناسی انزوای اجتماعی در شهر تهران، پایان‌نامه دکتری جامعه‌شناسی* دانشگاه تربیت مدرس.
- اسمیت، دیوید. ام. (۱۳۸۰)، «*کیفیت زندگی: رفاه انسانی و عدالت اجتماعی*»، مترجم: حسین خالقی نژاد و حکمت شاهی اردبیلی، *فصلنامه اطلاعات سیاسی اقتصادی*، سال ۱۷، شماره ۱۸۶-۱۸۵.

- بهمنی، بهمن؛ مجتبی، تمدنی؛ مجید، عسگری (۱۳۸۳)، *بررسی کیفیت زندگی و رابطه آن با نگرش دینی و عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد جنوب*.
- پین، مالکوم. (۱۳۹۱)، *نظریه نوین مددکاری اجتماعی*، ترجمه: طلعت الهیاری و اکبر بخشی نیا، تهران: نشر دانژه.
- تولایی، نوین. شریفیان ثانی، مریم. (۱۳۸۴)، «نقش سرمایه اجتماعی در برنامه‌ریزی برای اجتماعات محلی. در *مجموعه مقاله‌های نخستین سمپوزیوم سرمایه اجتماعی و رفاه اجتماعی* زیر نظر دکتر مریم شریفیان ثانی»، نشر: دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، چاپ اول.
- حاتمی، پریسا. (۱۳۸۹)، *بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی* دانشگاه علامه طباطبائی.
- دیوب، شیاما چاران. (۱۳۷۷)، *نوسازی و توسعه*، مترجم: مصطفی قره باغیان، مصطفی ضرغامی، تهران، چاپ نهم.
- دواس، دی. ای. (۱۳۸۶)، *پیمایش در تحقیقات علوم اجتماعی*، مترجم: هوشنگ نایی، تهران: نشر نی، چاپ ۹.
- ریچارد، ام گریفیل، یوان ای آن. (۱۳۹۱)، *پژوهش و ارزیابی در مددکاری اجتماعی*، ترجمه: دکتر طلعت الهیاری، تهران: نشر دانژه.
- رضوانی، محمدرضا، منصوریان، حسین. (۱۳۸۷)، «سنجش کیفیت زندگی: بررسی مفاهیم، شاخص‌ها، مدل‌ها و ارائه مدل پیشنهادی برای نواحی روستایی»، *فصلنامه روستا و توسعه*، سال ۱۱، شماره ۳.

برنامه‌های حمایتی و کیفیت زندگی معنادان ... ۲۰۹

- صالحی هیکویی، مریم. (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی شبکه و اعتماد متقابل بین شخصی و جنسیت، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی دانشگاه الزهرا*.

- غفاری، غلامرضا، امیدی، رضا. (۱۳۸۸)، *کیفیت زندگی شاخص توسعه اجتماعی*، تهران: نشر شیرازه.

- غفاری، غلامرضا، کریمی، علیرضا و حمزه نوذری. (۱۳۹۱)، «روند مطالعات کیفیت زندگی در ایران»، *فصلنامه مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، دوره ۱، شماره ۳.

- فتوت، هدی. (۱۳۸۹)، بررسی تأثیر میزان سرمایه اجتماعی بر میزان کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه آزاد شیراز، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی*.

- کلمن، جیمز. (۱۳۷۷)، *بنیادهای نظریه اجتماعی*، مترجم: منوچهر صبوری، تهران: نشر نی، چاپ اول.

- موسوی، بتول؛ منتظری، علی؛ سروش، محمدرضا. (۱۳۸۶)، «کیفیت زندگی جانبازان شیمیایی ۱۵ سال پس از مواجهه با گاز خردل»، *مجله علوم رفتاری*، سال اول، شماره ۱.

- محمدی، الهام؛ فکرآزاد، حسین؛ سجادی، حمیرا (۱۳۹۱)، «گونه شناسی شبکه اجتماعی و حمایت اجتماعی در سالمندان»، *فصلنامه مددکاران اجتماعی متخصص*، شماره ۱.

- مختاری، مرضیه. نظری، جواد. (۱۳۸۹)، *جامعه‌شناسی کیفیت زندگی*، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.

- نجات، سحرناز. (۱۳۸۵)، *بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی بیماران مبتلابه سرطان سینه قبل و بعد از پرتودرمانی*، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

- Chipuer, H.M., et al. (۲۰۰۲). "Determinants of subjective quality of life among rural adolescents: a development perspective", *Social indicators research*, No ۶۱: ۷۹-۹۰.
- Donald A. (۲۰۰۲). *What is quality of life? Availibal*: www.lrz.oxac.uk. pp: ۱-۲.
- Hagerty, Micheal. R. (۱۹۹۹). *Testing maslows hierarchy of needs: National quality of life across time social indicators research*. Vol. ۴۶, Iss. ۳, pp. ۲۴۹-۲۷۳.
- Lynda, L., Diana, E. (۲۰۰۰). "A concept of quality of life". *Journal of Orthopedic nursing*. No ۹: ۱۲-۱۸.
- Li, yajun et al. (۲۰۰۰). "social capital and social trust in Britania". *European sociological Review*, Vol ۲۱, No ۲, ۱۰۸-۱۲۳.
- Shalock, M. (۲۰۰۴). "The quality of life: what we know and do not know". *Jornal of intellectual Disability Research*. Vol ۴۸: ۲۰۳-۱۶.
- Sirgy, josephan et al. (۲۰۰۰). "A method for assessing residential satisfacation whit community based service: a quality of life perspectiva". *social indicators Research*. Vol ۴۹, ۲۷۹-۳۱۶.
- Sirgy, M. J. (۲۰۰۶). "The Quality of Life Research Movement: Past, Present and Future", *Social Indicators Research*. No ۷۶: ۳۴۳-۴۶۶.
- UNDP. (۲۰۰۶). *Human development Report ۲۰۰۶*. availibal at [http://hdr ۲۰۰۶/statistics/countries/data sheets/ cty ds IRN. Htm](http://hdr۲۰۰۶/statistics/countries/data sheets/ cty ds IRN. Htm).
- Schalock, R.L. (۲۰۰۴). "The concept of quality of life: what we know and do not know". *Journal of intellectual disability research*. No ۴۷: ۱۲۱-۱۳۹.
- WHO QoL Group. (۱۹۹۳). *Measuring Quality of Life: The Development of the World Health Organization Quality of Life Instrument*, Geneva: World Health Organization.



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی