

مروری بر نقش حمایت اجتماعی در پیش بینی بازگشت به اعتیاد

فرزاد اخترى^۱، آمنه خدایى^۲، حسن یاقوتى زرگر^۳، سارا فیض اللهی^۴

چکیده

اعتیاد به عنوان یکی از مشکلات بهداشتی، روانی، اجتماعی قرن حاضر است که علاوه بر این که ابعاد جسمی، عاطفی و اجتماعی فرد معتاد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، موجب مشکلات روانی اجتماعی برای جامعه و همچنین خانواده‌های آنان شده است. در عین حال به نظر می‌رسد حمایت اجتماعی برای خانواده‌ها در این وضعیت، سبب بهبود سلامتی و سازگاری آن‌ها با شرایط می‌شود. مسئله بازگشت بیماران وابسته به مواد بزرگترین واقعه طی فرایند درمان است که عامل اساسی بیشتر شکست‌ها در درمان بیماری اعتیاد و ازدیاد شمار این بیماران در جامعه محسوب می‌شود. هدف از مقاله حاضر مروری بر نقش حمایت اجتماعی در پیش بینی بازگشت به اعتیاد بود. روش پژوهش حاضر، مروری می‌باشد و کلیه منابع در دسترس با استفاده از کلمات کلیدی مناسب در این مقاله آورده شده است. در مجموع می‌توان گفت که حمایت اجتماعی نقش مؤثری در پیشگیری از بازگشت به اعتیاد افراد وابسته به مصرف مواد تحت درمان دارد. با بهبود حمایت اجتماعی و استفاده از تکنیک‌ها و آموزش‌هایی که بتوان کمیت و کیفیت حمایت اجتماعی را ارتقاء داد می‌توان از بازگشت به اعتیاد این گونه افراد جلوگیری کرد.

کلید واژه‌ها: اعتیاد، حمایت اجتماعی، بازگشت به اعتیاد

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران، پست

الکترونیک: farzad_akhtari@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران

۳. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان

اردبیل، اردبیل، ایران

۴. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران

مقدمه

سوء مصرف مواد مخدر یکی از بزرگترین معضلات امروزی جهان است. در بیشتر کشورها آماری کم و بیش تکان دهنده از شمار معتادان به مواد مخدر ارائه شده است. همه ساله میلیون‌ها نفر به دلیل مصرف مواد مخدر جان خود را از دست می‌دهند. شیوع بیماری‌های عفونی، ایدز، هپاتیت به جدی‌ترین موضوع اجتماعی و بهداشتی سوء مصرف مواد مخدر در برخی از کشورها تبدیل شده است (آشوری، ۱۳۸۲). همچنین با توجه به پیشرفت‌های شگرف در عرصه‌های تکنولوژی و فناوری، امروزه تولید مواد مخدر منحصر به محدوده جغرافیایی خاص نبوده بلکه در همه نقاط دنیا حتی در روستاهای دور دست نیز قابل دسترسی است. بر این اساس نگاهی اجمالی به معضل ناشی از سوء مصرف مواد مخدر و رواج آن در میان مردم ضرورت توجه روز افزون به پیشگیری از اعتیاد و درمان معتادان را آشکار می‌کند. لذا سوء مصرف و جرائم مواد مخدر به عنوان بزرگترین معضل تمامی کشورهای جهان از جمله ایران است و از طرفی نبود برنامه کامل و مدون پیشگیری در کشور و وجود موانع و مشکلات متعدد در امر مبارزه با مواد مخدر و پیشگیری از آن موجب شده است که تعداد قابل توجهی از افراد جامعه به سمت و سوی استعمال و ارتکاب جرائم مواد مخدر روی آورند (رحیمی موقر و رزاقی، ۱۳۸۱). همان‌طور که درمان افراد وابسته به مصرف مواد می‌بایست مهم و جدی در نظر گرفته شود، لازم است اقداماتی برای پیشگیری از بازگشت به اعتیاد افراد درمان شده صورت گیرد تا بعد از ترک، مجدداً به اعتیاد مبتلا نشوند. علی‌رغم اهمیت بسیار درمان‌های دارویی، اقدامات غیر دارویی از قبیل روان‌درمانی و مشاوره برای پیشگیری از بازگشت به اعتیاد افراد وابسته به مصرف مواد پس از ترک ضروری است. حدود ۵۳ درصد افراد وابسته به مصرف مواد پس از گذشت دو ماه از ترک، مجدداً به مصرف مواد روی می‌آورند (میرزایی و همکاران، ۱۳۸۸).

از دیدگاه روان‌پزشکی و پزشکی فرد وابسته به مصرف مواد یک بیمار است و بیماری وی مانند سایر بیماری‌ها نیازمند پیشگیری‌های اولیه و ثانویه است. همانگونه که در پیشگیری اولیه باید به آموزش مسائل و مشکلات اعتیاد در ابعاد جسمانی، روانی،

اجتماعی و اقتصادی پرداخت تا افراد در سنین بالاتر گرفتار اعتیاد نگردند، در پیشگیری ثانویه انجام اقدامات لازم پیگیری درمانی ضروری است تا وقتی که بیمار به بهبودی نسبی رسیده، با رعایت توصیه‌های پزشکی، بهداشتی و روان‌شناختی بتوان از بازگشت بیماری جلوگیری نمود. از آنجایی که در مورد اعتیاد مثل سایر بیماری‌ها، به درمان بیش از پیشگیری توجه شده، است، موفقیت‌چندانی در زمینه‌ی پیشگیری از ابتلاء به اعتیاد به دست نیامده است (یونسی و محمدی، ۱۳۸۵). به طوری که جمعیت عظیمی از افراد وابسته به مصرف مواد پس از ترک اعتیاد دوباره شروع به مصرف مواد می‌کنند. بازگشت به اعتیاد دلایل متعددی از جمله سابقه‌ی خانوادگی، راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار، قرار گرفتن در معرض شرایط خطرزا و تجربه‌ی رویدادهای ناگوار در زندگی را در بر می‌گیرد (ماتو، چک رابرتی و آنجیا، ۲۰۰۴). همچنین محیط زندگی آلوده، دوستان وابسته به مصرف مواد و ناکارآمدی، جلسات روان‌درمانی از جمله عوامل بازگشت به اعتیاد در افراد وابسته به مصرف مواد درمان شده گزارش شده است (ناستی زایی هزار، مقدم و ملازهی، ۱۳۸۹). در ایران میزان بازگشت به اعتیاد از ۳۸ درصد تا ۹۰ درصد گزارش شده است (سهند، زارع و فقی، ۱۳۸۹).

جامعه و در رأس آن خانواده که به عنوان بخش مهمی در هر جامعه تلقی می‌شود، می‌تواند نقش اساسی را در سلامت روان و کارکرد بهنجار افراد داشته باشد. افراد از طریق حمایت‌های اجتماعی مطلوبی که دریافت می‌کنند، می‌توانند موانع پیش روی خود را در رسیدن به اهداف بردارند و از یأس، سرخوردگی و خطرات موجود در محیط زندگی در امان بمانند. حمایت اجتماعی را می‌توان فراهم کردن پشتیبانی، آرامش و اطمینان خاطری که خانواده یا دیگر نهادها و افراد جامعه از شخص در برابر رویدادهای اجتماعی به عمل می‌آورند تعریف کرد. در واقع هسته‌ی بسیاری از اختلال‌های عصبی-روانی، احساس انزوا و تنهایی است (اتکینسون، اسمیت، اتکینسون، بم و هوکسما، ترجمه‌ی برهنی و همکاران، ۱۳۸۷). با توجه به مطالب مطرح شده و روند مصرف مواد در کشور با تکیه بر ورود و تولید مواد صنعتی جدید در داخل، همچنین بروز نسل جدید

مصرف کنندگان بر خطر مواد محرک، افزایش آسیب‌های اجتماعی ناشی از مصرف این مواد در میان خانواده‌ها، و بازگشت مجدد بسیار بالای افرادی که اقدام به ترک مواد مخدر می‌کنند، لازم است توجه بیشتری در زمینه‌ی پیشگیری و درمان اعتیاد مبذول گردد. بنابراین هدف از پژوهش حاضر مروری بر نقش حمایت اجتماعی در پیش بینی بازگشت به اعتیاد بود.

حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی را می‌توان ادراک یا تجربه‌ی یک فرد از اینکه او را دوست دارند، به او توجه و از آن مراقبت می‌کنند، همچنین به او حرمت و ارزش قائل می‌شوند و زمانی که با تنیدگی مواجه می‌شود، منبع حمایتی برای کنار آمدن با مشکل از وی حمایت به عمل می‌آورد در نظر گرفت (تیلور، شرمان، کیم و شارکو^۱، ۲۰۰۴). افرادی که در زمینه‌ی برقراری ارتباطات اجتماعی عملکرد ضعیفی دارند معمولاً در زندگیشان احساس تنهایی می‌کنند. احساس تنهایی، به عنوان حالتی ناخوشایند است که پاسخ‌های هیجانی منفی و نارضایتی اجتماعی فرد را در روابط اجتماعی اش شامل می‌شود. این تجربه‌ی نامطلوب منجر به ناسازگاری‌های، شناختی، هیجانی و رفتاری در فرد می‌شود (لالی و عسکری، ۲۰۰۸). بنیات و بندورا^۲ (۲۰۰۴) بیان می‌دارند که حمایت اجتماعی از طریق صمیمیت و ارتباطات نزدیک تنگاتنگ اجتماعی اثرات مخرب استرس را کاهش می‌دهد و از این طریق به مانند یک ضربه گیر عمل می‌کند. همانطور که حمایت اجتماعی کارکردها و ساز و کارهای مثبتی دارد اما اگر این حمایت به صورت افراطی باشد، ظرفیت‌های کنار آمدن افراد را در هنگام مواجهه با بحران‌های فشارزا کاهش می‌دهد. اعتقاد بر این است که حمایت اجتماعی به سه طریق در برخورد 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 پیشنهادات، فرد را از حمایت اطلاعاتی برخوردار سازند

و این اقدامات متنوع می‌تواند به حل مشکلاتی که موجب فشار شده کمک کند. این پیشنهادات به فرد کمک خواهد کرد تا به مشکل از دیدگاه دیگری نگاه کند. بدین ترتیب آن را حل کرده یا آسیب‌های ناشی از آن را به حداقل می‌رساند. ثالثاً افراد شبکه‌ی اجتماعی می‌توانند با اطمینان بخشی دوباره به فرد در خصوص اینکه مورد علاقه، با ارزش و محترم است از وی حمایت عاطفی به عمل آورند و نهایتاً موجب افزایش عزت نفس و خود پنداره در او شوند (بیگی فرد، ۱۳۷۸).

از نظر تویتس^۱ (۱۹۸۲) حمایت اجتماعی زمانی قابلیت بیشتری خواهد داشت که حمایت دریافت شده از جانب کسانی باشد که دارای ارزش‌ها و ویژگی‌های مشترک با افراد باشند و یا مشکلات و مسائل مشابه با یکدیگر داشته باشند. از جمله مهم‌ترین منابع حمایت که با افراد از نظر ارزش‌ها و داشتن استرس‌های مشابه شباهت زیادی دارند همسرانشان می‌باشند که با آن‌ها وابستگی و ارتباط متقابل دارند. حوادث فشارزای زندگی افراد را با رکود مواجهه می‌کند اما با در نظر گرفتن حمایت‌های اجتماعی مطلوب زندگی آنان بهبود و اثرات منفی حوادث فشارزا کاهش پیدا می‌کند. افرادی که از حمایت اجتماعی مطلوبی بهره‌مندند از شیوه‌های مقابله مؤثر مانند تمرکز بر مسأله استفاده می‌کنند و افرادی که از حمایت اجتماعی مطلوبی برخوردار نیستند بیشتر از شیوه‌های مقابله‌ای نامؤثر و اجتنابی استفاده می‌کنند (بیرد و هریس^۲، ۱۹۹۰). برخی از یافته‌ها نشان می‌دهند که با افزایش تحصیلات، درک حمایت اجتماعی بیشتر می‌شود. افزایش سطح تحصیلات از یک سو باعث افزایش درک بیماری می‌شود و به تبع آن بیمار نسبت به بیماری‌اش سازگاری بهتری پیدا می‌کند. با توجه به اینکه حمایت اجتماعی دوطرفه است، افرادی که دارای سطح تحصیلات بالاتری هستند ارتباط بیشتری با سایر افراد برقرار می‌کنند و اطلاعاتی را در اختیار دیگران می‌گذارند و از سوی دیگر برای برطرف کردن نیازهای خودشان اطلاعاتی از دیگران دریافت می‌دارند و بدین صورت از حمایت اجتماعی بیشتری بهره‌مند می‌گردند (ایل^۳، ۱۹۹۶).

برخی از نظریه پردازان مطرح کرده‌اند که حمایت اجتماعی باید به صورت تبادلی در نظر گرفته شود، بدین معنا که ماهیت عامل استرس‌زا، ویژگی‌های شخصیتی افراد و منابع حمایت اجتماعی در دسترس بر نحوه کارکرد حمایت اجتماعی اثر می‌گذارد. دو مدل اثر اصلی و اثر واسطه‌ای از مدل‌های اساسی تئوری حمایت اجتماعی هستند که ارتباط میان حمایت اجتماعی و بهزیستی را توضیح می‌دهند. در مدل اثر اصلی، حمایت اجتماعی به عنوان یک نوع یکپارچگی اجتماعی در نظر گرفته می‌شود که قطع نظر از تحت استرس بودن فرد، اثر سودمندی بر بهزیستی دارد. اما مدل واسطه‌ای بیان می‌کند که حمایت اجتماعی اثرات منفی رویدادهای استرس‌آمیز را در افراد تقلیل می‌دهد و از آن‌ها در برابر حوادث فشارزای زندگی محافظت می‌کند (میر عبدالمهی، ۱۳۹۱). طبق مدل اثر اصلی، حمایت اجتماعی با فراهم کردن تجربه‌های مثبت و احساس خود ارزشمندی و ثبات در زندگی اجتماعی فرد می‌تواند تأثیرات مثبتی برای وی داشته باشد. این مدل مطرح می‌کند که حمایت اجتماعی، حمایت‌های مثبت را برای افراد به ارمغان می‌آورد در نتیجه با سلامت روان مرتبط است. حمایت اجتماعی به دلیل تأثیر مثبت، احساس پیش‌بینی پذیری، ثبات در موقعیت زندگی و ترفیع ارزش خویشتن بر سلامت فرد اثر می‌گذارد (مارینو، سیری، رای و آلکسوپولس، ۲۰۰۸). مدل اثر واسطه‌ای، حمایت اجتماعی را به عنوان متغیری در نظر می‌گیرد که به صورت غیر مستقیم بر سلامت تأثیر می‌گذارد. تأثیر ارتباطات اجتماعی بر سلامتی از طریق زیر امکان پذیر است: ۱) برای انجام تکالیف تقویت مثبت تدارک دیده شود. ۲) در نظر گرفتن الگوهایی تا امکان یادگیری مشاهده‌ای را برای افراد در برداشته باشد. ۳) فراهم کردن فرصت‌هایی برای انجام مقایسه‌های اجتماعی. ۴) راهبردهای کنار آمدن با حوادث غیر مترقبه و حل مسأله به افراد آموزش داده شود و به آن‌ها کمک شود تا تفسیر مثبتی از توانایی‌هایشان حاصل کنند. ۵) کمک به تفسیر مثبت برانگیختگی هیجان. ۶) باز سازی شناختی از طریق راهنمایی مشارکتی (آنو، لای و لو، ۲۰۰۹).

ساختار شبکه‌ی اجتماعی بیمارانی که دارای مشکلات روانی هستند از لحاظ اندازه، تراکم و خوشه با افراد سالم تفاوت دارد. بیمارانی که دارای مشکلات روانی هستند در قیاس با افراد سالم، شبکه‌های اجتماعی محدودتری دارند. به هر اندازه که شبکه‌های اجتماعی این بیماران در زمینه‌ی روابط اجتماعی محدودتر باشد، میزان بستری مجدد آن‌ها افزایش می‌یابد. سیر بیماری در بیمارانی که پیش از بستری تماس‌های اجتماعی بیشتری داشته‌اند بهتر است (مورین و سیدمن^۱، ۱۹۸۶). مراد از تراکم یا فراوانی، تعداد پیوندهای درون هر شبکه است. در بسیاری از موارد، شبکه‌های اجتماعی بیماران صرفاً در گستره‌ی خانواده است. اگر شخص رفتاری از خود بروز دهد که با هنجارهای افراد خانواده مطابقت نکند، اعضاء رفتار بیمار را نمی‌پذیرند و چه بسا وی را طرد کنند. در این صورت چون بیمار منبع حمایت دیگری ندارد، فشارهای روانی زیادی را متحمل می‌شود (ترسی و بیگل^۲، ۱۹۹۴). منظور از خوشه، گروه‌هایی از اعضای شبکه هستند که ارتباطات نزدیک و صمیمی با هم دارند و معمولاً نقش مشترکی را ایفا می‌کنند مانند همکاران و دیگر اعضای خانواده (مورین و سیدمن، ۱۹۸۶). زمانی که میزان خوشه‌ها اندک باشند و چنانچه فرد با یک خوشه به لحاظ ارتباطی دچار مشکل شود قادر نخواهد بود از منابع حمایت دیگری، حمایت لازم را دریافت نماید، در نتیجه آسیب پذیری وی بیشتر خواهد شد (ترسی و بیگل، ۱۹۹۴).

حمایت اجتماعی و سلامت

تغییراتی که در زندگی افراد به وجود می‌آید هر چند کوچک، برخی از آن‌ها را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد و برای برخی دیگر از افراد حتی رویارویی با شدیدترین رویدادها پیامد آسیب شناختی خاصی را در پی ندارد. متخصصان بهداشت معتقدند که واکنش افراد در برابر رویدادهای استرس آمیز و نیز میزان فشار زایی رویدادها تحت تأثیر عوامل گوناگون اجتماعی و فردی است. برخی از ویژگی‌های افرادی که نسبتاً در برابر رویدادهای استرس‌زای زندگی مقاومند عبارتند از: سرسختی، امیدواری، خوشبینی،

احساس پیوستگی و حمایت اجتماعی (لازاروس^۱، ۱۹۹۳). راتوس^۲ (۱۹۹۰)، به نقل از بخشی پور رودسری، پیروی و عابدیان، (۱۳۸۴) معتقد است که فشار روانی و اثرات نامطلوب آن به پنج طریق توسط حمایت اجتماعی تعدیل و تضعیف می‌شود: (۱) توجه عاطفی: در این حیطه لازم است مسائل و مشکلات افراد به دقت گوش داده شوند و با آن‌ها ابراز همدلی کرده و به آن‌ها فهمانده شود که شرایط آن‌ها درک می‌شود و حاضرید با رفتارهای مراقبت مدارانه به آن‌ها کمک کنید. (۲) یاری رسانی: در این زمینه باید حمایت و یاری افراد تحت فشار مورد توجه قرار گیرد تا به حالت سازگاری و انطباق دست پیدا کنند. (۳) اطلاعات: افزایش توانایی‌های مقابله‌ای افراد در این بعد از حمایت اجتماعی از طریق ارائه‌ی راهنمایی‌ها و آموزش‌های ویژه باید مد نظر قرار گیرد. (۴) ارزیابی: به افرادی که راهنمایی و اطلاعات دریافت داشته‌اند می‌بایست پسخوراند ارائه کرد تا عملکرد آن‌ها در صورت نادرست بودن، تصحیح گردد. (۵) جامه‌پذیری: جامعه هم می‌بایست با در نظر گرفتن امکانات و شرایط مناسب و ارائه‌ی خدمات اجتماعی به افراد، فشارهای روانی را در آن‌ها تقلیل دهد. در چنین صورتی است که حمایت اجتماعی اثرات سودمندی را به دنبال می‌آورد. در پژوهشی که واندرپست، مالدر، پین، ویسچ و دکر^۳ (۲۰۱۲) تحت عنوان حمایت اجتماعی و خطر بستری اجباری انجام دادند نتایج بیانگر این مطلب بود، که افرادی که به تنهایی زندگی می‌کنند و از حمایت اجتماعی سطح پایینی بهره‌مندند به احتمال بیشتری نسبت به افرادی که از حمایت اجتماعی بالایی برخوردارند، دچار مشکلات جدی سلامت می‌شوند و عدم برخورداری از حمایت اجتماعی پیش‌بینی کننده خوبی برای بستری اجباری این افراد است. افرادی که دارای روابط اجتماعی گسترده‌تر و مطلوب هستند از سلامت بهتری نسبت به افراد گروه مقابل برخوردارند (دیچک و هولتزمن^۴، ۲۰۱۳).

یکی از مؤلفه‌هایی که با سلامت روان مرتبط است و می‌تواند به عنوان پیش‌بینی کننده‌ای برای احساس تنهایی باشد، حمایت اجتماعی است (نیکپان، هوسر، بلانکس،

1 . Lazarus

2 . Ratus

3 . Van der Post, Mulder, Peen, Visch & Dekker.

4. Dyck & Holtzman

سولن برکر و بفورث^۱، (۲۰۰۷). برخی تحقیقات حاکی از آن است که افرادی که از حمایت اجتماعی بالایی برخوردارند و دارای کشمکش‌های میان فردی کمتری هستند در مواجهه با رویدادهای استرس‌آمیز و فشارزا که در طول زندگی‌شان اتفاق می‌افتد تاب‌آوری بیشتری دارند، از روش‌های مقابله‌ای بهتری استفاده می‌کنند و نشانه‌های افسردگی و آشفتگی روانی در آن‌ها کم‌تر است (مونرو، برومت، کنل و استینر^۲، ۱۹۸۶). تمرکز بر حمایت اجتماعی در زمینه‌ی پیشگیری از اختلال‌های افسردگی سودمند است. در این رابطه می‌توان با شناسایی منابع استرس، چگونگی مواجهه با آن‌ها را از دوران کودکی آموزش داد. همچنین آموزش افراد بزرگسال در زمینه‌ی مهارت‌های مقابله‌ای و پیوستن به منابع حمایتی، ممکن است توانایی‌های آن‌ها را در دستیابی به منابع حمایتی مورد نیاز برای حفظ سلامت روان و مقاومت در برابر آسیب‌های ناشی از رویدادهای استرس‌زای زندگی افزایش دهد. افزون بر آن، فعال کردن نظام حمایتی (خانواده، دوستان و همسایگان) و مرتبط کردن افراد با گروه‌های اجتماعی و گروه‌هایی که دارای مشکل مشابه هستند، می‌تواند موجب افزایش رفتارهای حمایت‌گر اجتماعی شود (بخشانی، بیرشک، عاطف و حید، بواله‌ری، ۱۳۸۲).

به منظور کاهش عوارض روان‌شناختی بیماران، ترنر و تن هور^۳ (۱۹۷۸) برنامه‌ی حمایت جامعه را معرفی کرده‌اند. در این برنامه، بیمارانی که دارای مشکلات مزمن روانی هستند علاوه بر دریافت خدمات بهداشت روانی سنتی نیازمندند که از خدمات ویژه‌ی جامعه بهره‌مند شوند و در این صورت است که افراد می‌توانند زندگی خوبی در جامعه داشته باشند. یکی از موضوعاتی که به طور خاص در این برنامه مورد توجه قرار گرفته است، تقویت نظام حمایت اجتماعی بیماران می‌باشند. انجام مداخلاتی در زمینه شبکه‌ی اجتماعی به همراه سایر خدمات بهداشت روانی در این بیماران کمک می‌کند خود را به صورت بهتری با شرایط زندگی در جامعه سازگار نمایند.

1 . Nicpon, Huser, Blanks, Sollenberger & Befort

2 . Monroe, Bromet, Connell & Steiner

3 . Turner & TenHoor

حمایت اجتماعی، اعتیاد و مروری بر پژوهش‌ها

از جمله عواملی که می‌تواند در حفظ ترک افراد وابسته به مصرف مواد نقش ویژه‌ای داشته باشد حمایت اجتماعی است. با توجه به اینکه بیماری اعتیاد، به مراتب بیشتری نسبت به بیماری‌های جسمی به حمایت نیاز دارد، علاوه بر دریافت خدمات درمانی و دارویی، فرآیند حمایت‌های اجتماعی و روانی باید بر اطرافیان و خانواده او نیز تمرکز داشته باشد. حمایت اجتماعی نه تنها بعد از اتمام دوره درمانی باید در نظر گرفته شود بلکه لازم است از ابتدای روند درمان در کنار سایر روش‌ها همچون دارو درمانی، مورد توجه قرار گیرد. جامعه می‌بایست شرایط را به گونه‌ای فراهم کند که افراد پس از بهبودی به راحتی مورد پذیرش قرار گیرند. فرآیند قطع سوء مصرف مواد و پایان دادن به روابط همسالان وابسته به مصرف مواد به شدت استرس آور و نیازمند منابع و حمایت اجتماعی است. بنابراین پرهیز از مصرف مواد به طور مثبت با دریافت حمایت اجتماعی در ارتباط است (داویس و جیسون^۱، ۲۰۰۵).

حمایت اجتماعی تقسیم بندی‌های متفاوتی دارد. پژوهش‌گران معتقدند که ابعاد ساختاری و عملکردی اساسی‌ترین ابعاد حمایت اجتماعی‌اند. ابعاد ساختاری حمایت اجتماعی عبارتند از: ویژگی‌های کمی و عینی منبع حمایت. در حالی که ابعاد عملکردی حمایت اجتماعی عبارتند از: ویژگی‌های کیفی - ذهنی منبع حمایت. برخی حمایت اجتماعی را واقعیتی اجتماعی و برخی آن را ناشی از ادراک فرد می‌دانند. از طرف دیگر حمایت اجتماعی مفهومی است که در پیشینه پژوهشی دارای دو شکل حمایت عاطفی و حمایت ابزاری است. حمایت عاطفی را می‌توان ایجاد نوعی رابطه صمیمی و با محبت دانست. منظور از حمایت ابزاری ارائه خدمات، کمک در فعالیت‌ها، دادن پول و سایر کمک‌هایی است که در اختیار فرد قرار می‌گیرد (مرادی، طاهری، جوانبخت و طاهری، ۱۳۹۱). لموس، آنتونه، باپتیسا، توفیک و ملو^۲ (۲۰۱۲) در تحقیقی به این نتیجه دست یافتند که افرادی که در حمایت اجتماعی نمرات پایین و در اضطراب، ناامیدی و افسردگی

1. Davis & Jason

2. Lemos, Antune, Baptista, Tufik & Mello

نمرات بالایی را کسب کرده‌اند به احتمال بیشتری مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر می‌شوند. استوری، سربین، استک، لدینگهام و اسچارترمن^۱، (۲۰۱۱) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند افرادی که در دوران کودکی به لحاظ اجتماعی در انزوا بوده‌اند، پرخاشگری بیشتری از خودشان نشان می‌دهند. همچنین بین سطوح پایین حمایت اجتماعی ادراک شده با پرخاشگری و سوء مصرف مواد مخدر ارتباط معنی‌داری وجود دارد. ابراهیم و کومار^۲ (۲۰۰۹) در پژوهشی نتیجه گرفتند که اکثریت افرادی که مبتلا به اعتیاد شده‌اند حمایت اجتماعی کم تا متوسط دریافت کرده بودند. جاسون، داویس و فراری^۳ (۲۰۰۷) در پژوهشی نتیجه گرفتند که ارائه‌ی راهنمایی و اطلاعات (حمایت اطلاعاتی) میزان تعهد افراد وابسته به مصرف مواد را بالا می‌برد و بدین علت این افراد نسبت به کسانی که از این گونه اطلاعات و راهنمایی‌ها بهره‌مند نیستند توفیقات بیشتری در ترک اعتیاد دارند. اتکینز، جیمز و هودون^۴ (۲۰۰۷) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که تشکیل گروه‌های حمایتی متقابل در درمان سوء مصرف مواد در ایالات متحده نقش ویژه‌ای را در ترک اعتیاد افراد دارد. افرادی که مشارکت فعال‌تری در این گروه‌ها دارند به احتمال بیشتری مدت پاک‌ی آن‌ها افزایش می‌یابد. نتایج تحقیق الیسا، برنیچون، یو، روبرت و هرل^۵ (۲۰۰۴) نشان‌داد که عوامل مثبتی چون حمایت و همراهی خانواده در افراد وابسته به مصرف مواد می‌تواند کمک شایانی در ترک اعتیاد آن‌ها داشته باشد. درگیری و جدال اعضای خانواده، داشتن دوستان وابسته به مصرف مواد و همچنین مصرف مواد توسط شریک زندگی از جمله عواملی هستند که احتمال بازگشت به اعتیاد را بعد از ترک افزایش می‌دهند. تحقیق بارت و تارنر^۶ (۲۰۰۴) نشان داد که افرادی که فقط زیر نظر یک والد زندگی کرده‌اند و از حمایت اجتماعی والد دیگر محروم بوده‌اند به احتمال بیشتری دچار استرس اجتماعی و در نهایت مبتلا به اعتیاد می‌شوند. نتایج پژوهش تمبارو، همیلتون، یورن، جونز و استوری^۷ (۲۰۰۲) حاکی از آن بود افرادی که به

1. Storey, Serbin, Stack, Ledingham & Schwartzman
2. Ibrahim & Kumar
3. Jason, Davis & Ferrari
4. Atkins, James & Hawdon

5. Ellisa, Bernichon, Roberts & Herrell
6. Barrett & Turner
7. Toumbourou, Hamilton, U'Ren, Jones & Storey

طور منظم و مداوم در جلسات انجمن معتادان گمنام شرکت می‌کنند در ترک مواد مخدر و داروهای اعتیاد آور موفق ترند و در ۱۲ ماه اول بعد از ترک، میزان بازگشت کمتری دارند. این بدان دلیل است که در چنین جلساتی، اعضاء یکدیگر را بهتر درک کرده و حمایت‌های بهتری را می‌توانند از یکدیگر به عمل آورند. نتایج تحقیق مک ماهون^۱ (۲۰۰۱) بیانگر این بود که گوشه‌گیری، وجود استرس و عدم حمایت اجتماعی می‌تواند احتمال بازگشت کوکائین را پیش‌بینی کند. نتایج پژوهش حسینی المدنی، احدی، کریمی و بهرامی (۱۳۹۱) نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده افراد غیر وابسته و بهبود یافته نسبت به افراد وابسته به مصرف مواد به طور معناداری در سطح بالاتری قرار دارد. نیک منش، بلوچی و پیراسته مطلق (۱۳۹۴) در پژوهشی تحت عنوان نقش حمایت اجتماعی و عاطفه مثبت در پیش‌بینی بازگشت اعتیاد بدین نتیجه دست یافتند که بین افراد بدون بازگشت و دارای بازگشت در زمینه‌ی حمایت اجتماعی و عاطفه‌ی مثبت تفاوت معناداری وجود دارد و دو متغیر حمایت اجتماعی و عاطفه‌ی مثبت پیش‌بینی‌کننده‌های مناسبی برای پیش‌بینی بازگشت به اعتیاد بودند. حسینی (۱۳۹۵) در پژوهشی بدین نتیجه دست یافت که از بین سه مؤلفه حمایت اجتماعی، دریافت حمایت از سوی خانواده رابطه مثبت معناداری با بهبودی از اعتیاد دارد و حمایت دریافتی از سوی خانواده و کیفیت کلی زندگی در موفقیت درمان اعتیاد و جلوگیری از بازگشت به اعتیاد اهمیت دارد. منچری، حیدری، و قدوسی بروجنی (۱۳۹۱) در پژوهشی تحت عنوان حمایت اجتماعی درک شده در خانواده‌های معتادین مراجعه‌کننده به یکی از مراکز درمانی ترک اعتیاد گرگان بدین نتیجه دست یافتند که با توجه به این که برخورداری از حمایت اجتماعی بالا در مواجهه خانواده‌های معتادین با عوامل تنش‌زا و سازگاری بهتر آن‌ها نقش بسزایی دارد. پرستاران می‌توانند با ایجاد گروه‌های حمایتی و بالا بردن سطح آگاهی آن‌ها باعث بهبود کیفیت زندگی خانواده‌های معتادین در همه ابعاد شوند. ناورودی و خستگانان نوشین (۱۳۹۱) در پژوهشی تحت عنوان رابطه بین همسر آزاری، حمایت اجتماعی و استرس ادراک شده در زنان دارای همسران معتاد و غیر معتاد شهر رشت بدین

نتیجه دست یافتند که میزان حمایت اجتماعی، استرس ادراک شده و میزان همسرآزاری در زنان دارای همسر معتاد و زنان دارای همسر غیر معتاد متفاوت است. براین اساس ضرورت برنامه ریزی و آموزش جهت ایجاد جو حمایتی برای کاهش آسیب های وارده بر اعضای خانواده های دارای فرد معتاد پیش از گذشته احساس می شود. هاشمی، فتوحی بناب، کریمی و بیرامی منصور (۱۳۸۹) در پژوهشی تحت عنوان نقش باورهای غیرمنطقی، ادراکات خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در عود اختلال سوء مصرف مواد بدین نتیجه دست یافتند که بین دو گروه دارای عود و بدون عود، در باورهای غیرمنطقی، ادراکات خودکارآمدی و حمایت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج تحقیق اشرفی حافظ، کاظمینی و شایان (۱۳۹۳) نشان داد که میزان عود در افرادی که از حمایت خانوادگی بیشتری برخوردارند و همچنین جهت گیری دینی درونی بیشتری داشتند کمتر بود.

رفتار والدین (به خصوص مادر) در گرایش نوجوانان به اعتیاد تأثیرگذار است. رفتار خشونت آمیز والدین در کودکی و نوجوانی تأثیر به سزایی در رفتار انحرافی جوانان دارد. به عبارتی دیگر فردی که در دوران کودکی و نوجوانی مورد خشونت قرار گرفته، سعی می کند این رفتارها را به نوعی دیگر جبران کند و چون راه درست مقابله با آنها را نمی داند معمولاً به انحرافات از قبیل اعتیاد و دزدی روی می آورد. چنین شخصی در رقابت با هموعان خود در جامعه در صدد کسب موفقیت ها ناتوان می ماند و در نتیجه جهت کسب آرامش به مواد مخدر روی می آورد و مواد افیونی را برای نشان دادن لیاقت و توانایی های خود در مقابل تهاجمات، انتخاب می کند (فتحی، ثابتی و بهروزنیا، ۱۳۸۹). چگونگی کارکرد خانواده می تواند نقش مهمی در ابتلاء به اعتیاد فرزندان داشته باشد. در پژوهشی که فریدکیان (۱۳۸۹) تحت عنوان بررسی اختلال در کارکرد خانواده و تأثیر آن بر اعتیاد فرزندان انجام داد نتایج حاکی از آن بود که میزان اعتیاد فرزندان در خانواده هایی که یکی از پدر و مادر یا هر دو و همچنین یکی از خویشاوندانی که با آنها به طور دائم زندگی می کنند وابسته به مصرف مواد باشد بیشتر از خانواده هایی است که در آنها سابقه اعتیاد وجود ندارد.

با توجه به نتایج پژوهش‌های انجام شده می‌توان بیان کرد که یکی از دلایل احتمالی گرایش افراد به مصرف داروهای روان‌گردان، نبود حمایت اجتماعی و محرومیت‌های اجتماعی است. طبق نظریه فرصت‌های نابرابر، می‌توان گفت که وقتی افراد طبقات پایین جامعه متوجه می‌شوند که وسایل و امکانات مشروع برای نیل به هدف‌ها و آرزوها به طور یکسان در اختیار همه طبقات، به ویژه طبقات پایین اجتماعی اقتصادی قرار ندارد، ناکام و سرخورده می‌شوند. احساس محرومیت و سرخوردگی ناشی از فقر و نبود امکانات رفاهی مناسب و اینکه فرد قادر نیست وضعیت مطلوب را به وجود آورد، باعث می‌شود که وی به طور موقت به عالم بی‌خبری برود و به دام اعتیاد (به خصوص 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).

نتیجه‌گیری

اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر به مثابه یک مسئله اجتماعی، پدیده‌ای است که همراه با آن توانایی جامعه در سازمان‌یابی و حفظ نظم موجود از بین می‌رود و باعث دگرگونی‌های ساختاری در نظام اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی در یک جامعه می‌شود. در جامعه امروز ما، مواد مخدر در سیمای یک مسأله یا مشکل اجتماعی رخ نموده است. این آسیب اجتماعی تعداد زیادی از مردم را تحت تأثیر قرار داده و به طور روز افزونی در حال تعامل با سایر آسیب‌های اجتماعی و تبدیل شدن به یک تهدید اساسی و ساخت‌شکن است. امروز نخبگان و نهادهای تصمیم‌ساز و تدبیر پرداز ما با نوعی فقر شناخت و ضعف تمهید و تدبیر استراتژیک و فقدان رویکردی فراگیر و همه‌سونگر و مبتنی بر «تعین چندجانبه»- جستجوی علل و عوامل متنوع در پس این پدیده -مواجه هستند. در نتیجه این فقر، ضعف استراتژی و تاکتیک‌های اتخاذ شده برای مقابله با این تهدید، قادر به تأمین بهینه اهداف خود نبوده‌اند و جامعه ما شاهد رشد روز افزون گستره و عمق تأثیرات مخرب مواد مخدر

بوده است. مبارزه با این پدیده مستلزم شناخت همه ابعاد آن است، بنابراین برنامه‌هایی در امر مبارزه با مواد مخدر موفق خواهند بود که با شناخت واقع‌گرایانه از این مسئله طرح و اجرا شود.

سودمندی روان‌شناختی حمایت اجتماعی ممکن است که ناشی از اثر آن روی ارزیابی ذهنی عوامل فشار، انتخاب شیوه‌های موثر سازگاری، احساس عزت نفس و مهارت‌های فردی باشد. بررسی‌ها نشان داده‌اند که افرادی که دارای حمایت اجتماعی بالا و کشمکش‌های میان فردی کمتری هستند، در رویارویی با رخدادهای فشارزای زندگی بیشتر ایستادگی می‌کنند (مونرو، برومت، کنل و استینر، ۱۹۸۶). همراهی و ابراز همدلی می‌تواند بسیاری از اثرات نامطلوب فشارهایی را که افراد در مسیر زندگی متحمل می‌شوند کاهش دهد. بسیاری از کسانی که به اعتیاد روی می‌آورند اذعان دارند برای فرار از مشکلات و دستیابی به آرامش فکری و روانی به اعتیاد روی می‌آورند. اما غافل از آنکه اعتیاد نا بسامانی‌های اجتماعی، اقتصادی و روانی بی‌شماری را پیش پای آن‌ها می‌گذارد. افراد زمانی که احساس کنند کسانی وجود دارند که به آن‌ها توجه می‌کنند و در موقعیت‌های فشارزا می‌توانند از کمک آن‌ها بهره‌مند شوند کمتر دچار مشکلات سلامت روان از جمله اعتیاد می‌شوند. کسانی که از حمایت اجتماعی و همچنین شبکه‌های ارتباطی اجتماعی گسترده برخوردار باشند، کمتر دچار انزوا و تنهایی می‌شوند. بسیاری از کسانی که به اعتیاد روی می‌آورند، از روش‌های مقابله‌ای ناسازگار و نامناسب هنگام مواجهه با رویدادهای استرس‌آمیز استفاده می‌کنند. تحقیقات ثابت کرده‌است افرادی که از حمایت اجتماعی بالایی برخوردارند در مواجهه با رویدادهای فشارزا از روش‌های مقابله‌ای بهتری استفاده می‌کنند (مونرو و همکاران، ۱۹۸۶). نتایج یافته‌های پژوهشی انجام شده نشان داده‌اند افرادی که در زمینه‌ی حمایت اجتماعی نمرات پایینی کسب کرده‌اند به احتمال بیشتری به سوء مصرف مواد روی می‌آورند. افزایش ناملایمات اجتماعی و کمرنگ‌شدن حمایت اجتماعی در زندگی افراد، موجب سرخوردگی و گرایش به سوء مصرف مواد مخدر توسط عده زیادی از جمعیت کشورها به ویژه نسل جوان می‌شود. حمایت اجتماعی با ارائه‌ی اطلاعات، ایجاد همدلی، صمیمیت و کمک به

افراد وابسته به مصرف مواد در پیدا کردن راه حل برای از میان برداشتن مشکلات می‌تواند ظرفیت‌های کنار آمدن آن‌ها را در هنگام مواجهه با بحران‌های فشارزا افزایش دهد. بسیار شایع است که افراد وابسته به مصرف مواد پس از ترک به علت رویارویی با رویدادهای استرس‌زا و ناتوانی آن‌ها در مقابله با چنین رویدادهایی تنها راه گریز را پناه بردن دوباره به انواع مواد اعتیاد آور دانسته‌اند. خانواده، دوستان و دیگر نهادهای جامعه با حمایت‌های مناسبی که از این گونه افراد به عمل می‌آورند، می‌توانند در تقلیل اثرات زیان بار رخدادهای استرس‌زا بر افراد وابسته به مصرف مواد نقش ویژه‌ای داشته باشند.

طبق یافته‌های پژوهش حسینی المدنی و همکاران (۱۳۹۱) حمایت اجتماعی ادراک شده از جانب دوستان، خانواده و افراد مهم پس از هویت بهنجار، مهمترین نقش را در پیش‌بینی عضویت در گروه‌های معتاد و غیرمعتاد دارد. هرچه فرد از حمایت بیشتری از جانب والدین، همسر، اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تأثیرگذار در زندگی برخوردار باشد، احتمال عضویت او در گروه‌های غیرمعتاد افزایش می‌یابد. در آموزه‌های دینی نیز بر اهمیت نقش خانواده در حمایت از اعضا، ارتباطات اجتماعی، صلهٔ رحم و توجه به دوستان و خویشاوندان و دریافت حمایت اجتماعی و ارائهٔ آن به دیگران تأکید شده است. همچنین پژوهش طیبی، ابوالقاسمی و علیلو (۱۳۹۱) تحت عنوان مقایسه‌ی حمایت و محرومیت اجتماعی در معتادان به مواد مخدر و داروهای روان‌گردان و افراد بهنجار نشان داد معتادانی که از حمایت اجتماعی کمتری برخوردارند، محرومیت‌های اجتماعی چندگانه‌ای را تجربه می‌کنند. بدین معنا که این افراد از زندگی رضایت کمتر و بیگانگی اجتماعی بیشتری دارند و از تماس و تعامل اجتماعی سطح پایین‌تری برخوردارند. بنابراین، می‌توان گفت که حمایت اجتماعی همچون سپری، از فرد در برابر ناملایمات، سختی‌ها، تنش‌ها، عوامل محیطی مخاطره‌آمیز مثل فراوانی مواد و دسترسی آسان به مواد و تأثیر دوستان منحرف محافظت می‌کند. داج و پوتوکی^۱ (۲۰۰۰) معتقدند که حمایت اجتماعی ادراک شده با افزایش سلامت روان‌شناختی فرد، همانند سپری در مقابل عود پس از درمان عمل می‌کند. بنابراین افرادی که حمایت اجتماعی لازم را

دریافت نمی‌کنند، به احتمال بالاتری به سمت مصرف مواد خواهند رفت و میزان بهبود و عود پس از درمان نیز در این گروه به دلیل دریافت نکردن حمایت اجتماعی پایین‌تر است.

به نظر می‌رسد پژوهش‌های داخلی کمی در حیطه حمایت اجتماعی و نقش آن در پیشگیری از اعتیاد و جلوگیری از عود اعتیاد انجام شده است. به همین خاطر پیشنهاد می‌شود برای افزایش دانش در این زمینه پژوهش‌های بیشتری انجام شود. بر پایه یافته‌های پژوهش‌های انجام شده می‌توان عنوان کرد که برای کاهش بار آسیب‌زایی بازگشت به اعتیاد، باید با گسترش شبکه‌های حمایت اجتماعی معتادین و آموزش شیوه‌های رویارویی کارآمد، آن‌ها را در مواجهه با موقعیت‌های خطرناک مصون‌سازی کرد. از این رو، پیشنهاد می‌شود در نظر گرفتن خدمات اجتماعی توسط سازمان‌ها و نهادهای جامعه برای حمایت هر چه بیشتر و مطلوب‌تر افراد وابسته به مصرف مواد جهت تشویق این گونه افراد برای اقدام به ترک و همچنین ثبات هر چه بیشتر درمان افرادی که اقدام به ترک می‌کنند مورد بررسی قرار گیرد. همچنین با توجه به نقش حمایت‌های اجتماعی در عدم بازگشت به اعتیاد پیشنهاد می‌شود خانواده‌های معتادین در ارتباط با چگونگی برخورد و حمایت از افراد وابسته به مصرف مواد قبل و بعد از درمان آموزش لازم را ببینند.

منابع

- اتکینسون، ریتا ال؛ اتکینسون، ریچارد سی؛ اسمیت، ادوارد ای؛ بم، دارپل و هوکسما، سوزان نولون (۱۳۸۷). *زمینه‌ی روانشناسی هیلگارد*، ترجمه‌ی محمدنقی برهانی و همکاران. تهران: انتشارات رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۰)
- اشرفی حافظ اصغر، کاظمینی، تکتم و شایان، شادی (۱۳۹۳). رابطه حمایت اجتماعی و جهت‌گیری مذهبی با میزان عود در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون. *نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی*، ۲۴(۱۴)، ۳۵-۴۴
- آشوری، محمد (۱۳۸۲). *جایگزین‌های زندان و مجازات‌های بینابین*، چاپ اول، تهران، نشر گرایش.

بخشانی، نورمحمد؛ بیرشک، بهروز؛ عاطف وحید، محمد کاظم و بوالهروی، جعفر (۱۳۸۲). ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و رویدادهای استرس زای زندگی با افسردگی. *اندیشه و رفتار*، ۹ (۲)، ۴۹-۵۵.

بخشی پور رودسری، عباس؛ پیروی، حمید و عابدیان، احمد (۱۳۸۴). بررسی رابطه ی میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان. *فصل نامه ی اصول بهداشت روانی*، ۷ (۲۸)، ۱۴۵-۱۵۲.

بیگی فرد، سلیمه (۱۳۷۸). بررسی ارتباط ویژگی شخصیتی سخت رویی و حمایت اجتماعی با فرسودگی شغلی در بین کارمندان مراکز توان بخشی بهزیستی شیراز. پایان نامه ی کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی تهران.

حسینی المدنی، سید علی؛ کریمی، یوسف و بهرامی، هادی (۱۳۹۱). پیش بینی عضویت نوجوانان و جوانان در گروه های معتاد و غیرمعتاد براساس حمایت اجتماعی ادراک شده، سبک های دلبستگی، سبک های هویتی و صفات شخصیتی. *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، سال ۱۳ (۴۹)، ۳۳-۴۷.

حسینی، سمیرا سادات (۱۳۹۵). سهم میزان سلامت روان شناختی، حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در بازگشت به اعتیاد در معتادان ترک کرده. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه آزاد اسلامی شاهرود.

رحیمی موقر، آفرین و رزاقی، عمران (۱۳۸۱). روند ۳۰ ساله ی وضعیت سوء مصرف مواد در ایران. *حکیم*، ۵، ۱۸۱-۱۷۱.

سهند، بهرام؛ زارع، حسین و فتی، لادن (۱۳۸۹). مقایسه ی حوزه های مرتبط با طرح واره های ناسازگار اولیه در معتادان ناموفق و موفق به ترک مواد افیونی و جمعیت غیر بالینی. *اعتیاد پژوهی*، ۳ (۱۱)، ۶۵-۸۲.

طیبی، کلثوم؛ ابوالقاسمی، عباس و علیلو، مجید محمود (۱۳۹۱). مقایسه ی حمایت و محرومیت اجتماعی در معتادان به مواد مخدر و داروهای روان گردان و افراد بهنجار. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۳ (۲)، ۵۴-۶۲.

فتحی، سروش؛ ثابتی، مریم و بهروزنیا، پرستو (۱۳۸۹). تأثیر خشونت مادران بر اعتیاد فرزندان. *فصل نامه پژوهش اجتماعی*، ۳ (۸)، ۱۴۵-۱۳۱.

فریدکیان، سیما (۱۳۸۹). بررسی اختلال در کارکردهای خانواده و تأثیر آن بر اعتیاد فرزندان. *فصل نامه ی علمی-پژوهشی انتظام اجتماعی*، ۲ (۱)، ۱۷۹-۲۰۲.

مرادی، اعظم؛ طاهری، صغری؛ جوانبخت، فاطمه و طاهری، عقیل (۱۳۹۱). فراتحلیل تحقیقات انجام شده در باره میزان رابطه سلامت روانی و حمایت اجتماعی در ایران. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰(۶)، ۵۶۵-۵۷۵.

مظفر، حسین؛ ذکریایی، مسعود و ثابتی، مریم (۱۳۸۸). *آنومی فرهنگی و اعتیاد به مواد مخدر در بین جوانان ۱۳ تا ۲۸ ساله شهر تهران. پژوهش نامه علوم اجتماعی*، ۳(۴)، ۳۳-۵۴.

منچری، حمیده؛ حیدری، محمد و قدوسی بروجنی، منصوره (۱۳۹۱). *حمایت اجتماعی درک شده در خانواده های معتادین مراجعه کننده به یکی از مراکز درمانی ترک اعتیاد گرگان. مجله سلامت و مراقبت*، ۱۴(۴)، ۱-۲۷.

میر عبدالمهی، نسرین (۱۳۹۱). *پیش بینی عوامل مؤثر در رشد پس از آسیب در بیماران با سرطان سینه: معنویت، حمایت اجتماعی و عاطفه مثبت*. پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه سیستان و بلوچستان.

میرزایی، طیبه؛ راوری، علی؛ حنیفی، نسرین؛ میری، سکینه؛ حق دوست اسکویی، فاطمه و میرزایی خلیل آبادی، صدیقه (۱۳۸۸). *عوامل مرتبط با بازگشت به اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد شهر رفسنجان. نشریه‌ی پرستاران ایران*، ۲۳(۶۷)، ۴۹-۵۸.

ناستی زایی هزار، ناصر؛ مقدم، مهدیه و ملازهی، اسماء (۱۳۸۹). *عوامل مؤثر بر بازگشت به اعتیاد در معتادان، خود معرف به مراکز ترک اعتیاد شهر زاهدان. فصل نامه‌ی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی ارومیه*، ۳(۱۲)، ۱۷۴-۱۶۹.

ناورودی، سید امید ستوده و خستگانان نوشین (۱۳۹۱). *رابطه بین همسر آزاری، حمایت اجتماعی و استرس ادراک شده در زنان دارای همسران معتاد و غیر معتاد شهر رشت. پرستاری و مامایی جامع نگر*، ۲۲(۲)، ۲۵-۳۲.

نیک منش، زهرا؛ بلوچی، محمد حسین؛ پیراسته مطلق، علی اکبر. (۱۳۹۴). *نقش حمایت اجتماعی و عاطفه مثبت در پیش بینی بازگشت اعتیاد. سالنامه پژوهش علوم سلامت و نظامی*، ۱۳(۳)، ۹۸-۱۰۲.

هاشمی، تورج، فتوحی بناب، سکینه؛ کریمی، حمیدرضا و بیرامی منصور (۱۳۸۹). *نقش باورهای غیرمنطقی، ادراکات خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در عود اختلال سوء مصرف مواد، فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی*، ۴(۱۳)، ۷-۲۴.

- یونسی، سید جلال و محمدی، محمدرضا (۱۳۸۵). استفاده از رویکرد نشر اطلاعات در برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در میان نوجوانان. *دوماهنامه دانشور رفتار*, ۱۳(۲), ۱۶-۱۰.
- Atkins, R. G., James, E & Hawdon, J. E. (2007). Religiosity and participation in mutualaid support groups for addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 321- 331.
- Au, A., Lai, M & Lau, K. M. (2009). Social support and well-being in dementia family caregivers: The mediating role of self-efficacy. *Aging & Mental Health*, 13, 761 ° 768.
- Barrett, A. E & Turner, R. J. (2004). Family structure and substance use problems in adolescence and early adulthood: examining explanations for the relationship. *Addiction*, 10(1), 109° 120.
- Bechara, A., Damasio, H., & Damasio, A.R. (2000). Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Journal of Cerebral Cortex*, 10(3), 295-307
- Benight, C & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behavior Research and Therapy*, 42, 1129-1148.
- Bird, G. W & Harris, R. L. (1990). A comparison of role strain and coping strategies by gender and family structure among early adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 10(2), 141- 158.
- Davis, M. I & Jason, L. A. (2005). Sex differences in social support and self-efficacy within a recovery community. *American Journal of Community Psychology*, 36(3/4), 74-259.
- Dodge, K., & Potocky, M. (2000). Female substance abuse: characteristics and correlates in a sample of inpatient clients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(1), 59° 64.
- Dyck, K. T. H & Holtzman, S. (2013). Understanding humor styles and well-being: The importance of social relationships and gender. *Personality and Individual Differences*, 55(1), 53-58.
- Ell, K. (1996). Social networks, social support and coping with serious illness: the family connection. *Social Science & Medicine*, 42(2), 173-183.
- Ellisa, B., Bernichon, T., Yu, P., Roberts, T & Herrell, J. M. (2004). Effect of social support on substance abuse relapse in a residential treatment setting for women. *Evaluation and Program Planning*, 27(2), 213° 221.
- Ibrahim, F & Kumar, N. (2009). The Influence of Community on Relapse Addiction to Drug use. *European Journal of Social Sciences*, 11(3), 471° 476.
- Jason, L. A., Davis, M. I & Ferrari, J. R. (2007). The need for substance abuse after-care: Longitudinal analysis of Oxford Hous. *Addictive Behaviors*, 32(4), 803-818.

- Laali, F. A & Askari, A. A. (2008). The power of predicting perceived parenting styles and demographic variables on girl student's loneliness feeling. *Quarterly journal of fundamentals of mental health*, 10(37), 8-71.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: past, present and future. *Psychosomatic medicine*, 55, 234° 247.
- Lemos, VDE. A., Antune, H. K., Baptista, M. N., Tufik, S., Mello, M. T. (2012). Low family support perception: a social marker of substance dependence? *Revista Brasilia de Psiquiatria*, 34(1), 52° 59.
- Marino, P., Sirey, J. A., Raue, P & Alexopoulos, G. (2008). Impact of social support and self-efficacy on functioning in depressed older adults with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 4, 713-718.
- Mattoo, S. K., Chakrabarti, s & Anjaiah, M. (2004). Psychosocial factors associate with relapse in men with alcohol or opioid dependence. *Indian Journal of Medical Research*, 130, 702-708.
- Mc Mahon, R. C. (2001). Personality, stress, and social support in cocaine relapse prediction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 77° 87.
- Monroe, S. M., Bromet, E. J., Connell, M. M & Steiner, S. C. (1986). Social support, life events, and depressive symptoms: A 1-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 424-431.
- Morin, R. C & Seidman, E. (1986). A social network approach and the revolving door patient. *Schizophrenia bulletin*, 12(2), 262-273.
- Nicpon, M., Huser, I., Blanks, E. H., Sollenberger, S., Befort. (2007). the relationship of loneliness and social support with college freshmen s academic performance and persistence. *Journal of college student retention*, 8, 345-358.
- Storey, A. M., Serbin, L. A., Stack, D. M., Ledingham, J. E & Schwartzman, A. E. (2011). Self and peer perceptions of childhood aggression, social withdrawal and likeability predict adult substance abuse and dependence in men and women: A 30-year prospective longitudinal study. *Addictive Behaviors*, 36(12), 1267-1274.
- Taylor, S. E., Sherman, D. K., Kim, H. S., Jarcho, J. (2004). Culture and social support: Who seeks it and why? *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(3), 354-362.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(2), 145-159.
- Toumbourou, J. W., Hamilton, M., U'Ren, A., Jones, P. S & Storey, G. (2002). Narcotics Anonymous participation and changes in substance use and social support. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(1), 61° 66.
- Tracy, E. M & Biegel, D. (1994). Preparing Social Workers for Social Network Interventions in Mental Health Practice. *Journal of Teaching in Social Work*, 10, 19-41.

- Turner, J. C & TenHoor, W. J. (1978). The NIMH Community Support Program: pilot approach to a needed social reform. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 319-349.
- Van der Post, L. F., Mulder, C. L., Peen, J., Visch, I., Dekker. (2012). Social support and risk of compulsory admission: Part IV of the Amsterdam Study of Acute Psychiatry. *Psychiatric Services*, 63(6), 577-583.

