

بررسی ارتباط بین پذیرش اجتماعی و ارتباط آن با کیفیت زندگی معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد استان گلستان در سال 1388

حمید حجتی^{۱*}، سید حمید شریف نیا^۲، مریم فغانی^۳، هانیه حجتی^۴، الگار سلماسی^۵

چکیده

زمینه و هدف: اعتیاد به دلیل ماهیت پیشرونده‌اش در همه‌ی ابعاد زندگی، سلامتی افراد را به‌خطر انداخته و آثار سوء آن بر سلامت روانی، جسمانی، اجتماعی، هیجانی، معنوی و شناختی فرد به‌وضوح قابل مشاهده است. این مطالعه به‌منظور بررسی پذیرش اجتماعی و کیفیت زندگی معنادان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد انجام گردید.

روش بررسی: در این مطالعه‌ی توصیفی - تحلیلی - مقطعی، ۲۴۴ نفر که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، به‌صورت سرشماری از مراکز ترک اعتیاد استان طی سال ۱۳۸۸ انتخاب شدند. داده‌ها در یک پرسش‌نامه‌ی حاوی مشخصات دموگرافیک و دو پرسش‌نامه در ارتباط با پذیرش اجتماعی (Crown & Marlow) و کیفیت زندگی SF۱۷ ثبت گردید.

یافته‌ها: پذیرش اجتماعی به‌ترتیب در بیشترین و کمترین درصد (۷۰ درصد) متوسط و (۳۰ درصد) پایین که میزان پذیرش اجتماعی با میانگین و انحراف معیار 3 ± 13 متوسط بود. بیشترین درصد (۵۴ درصد) کیفیت زندگی نامطلوب و کمترین درصد (۸ درصد) کیفیت زندگی مطلوبی داشتند که کیفیت زندگی با میانگین و انحراف معیار 1 ± 24 به میزان تاحدی مطلوب بود. همچنین بین پذیرش اجتماعی با کیفیت زندگی از نظر آماری ارتباط معناداری وجود داشت ($p = 0/001$): به‌طوری‌که با کاهش پذیرش اجتماعی، کیفیت زندگی کاهش پیدا می‌کرد. همچنین بین کیفیت زندگی با جنسیت ارتباط معناداری نشان داده شد که کیفیت زندگی زن‌ها پایین‌تر بود ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه بازگشت‌های مجدد و متوالی به مواد و ناتوانی از ترک در اکثریت قریب به اتفاق معنادان مشاهده می‌شود، اعضای تیم درمانی می‌توانند با شناسایی خصوصیات رایج و صفات شخصیتی و سیستم‌های حمایتی و ارتقای پذیرش اجتماعی و کیفیت زندگی معنادان، امر پیشگیری، درمان و نتوانی را تسهیل نمایند.

کلید واژگان: پذیرش اجتماعی، کیفیت زندگی، اعتیاد.

۱- دانشجوی دکترای پرستاری.
۲- دانشجوی دکترای پرستاری.
۳- دانشجوی پزشکی.
۴- دانشجوی کارشناس ارشد مدیریت منابع انسانی.
۵- کارشناس ارشد پرستاری.

۱- واحد بین‌الملل اروند، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۲- دانشکده‌ی پرستاری و مامایی آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
۳- دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
۴- دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علی‌آباد کنول، عضو باشگاه پژوهشگران جوان، علی‌آباد کنول، ایران.
۵- بیمارستان رازی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

* نویسنده‌ی مسؤول:

حمید حجتی؛ واحد بین‌الملل اروند، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران.
تلفن: ۰۰۹۸۱۷۳۶۲۲۱۹۰۵

Email:
H_hojjati1362@yahoo.com

مقدمه

اعتیاد یکی از بزرگترین معضلات جامعه‌ی بشری است که نه تنها موجب اختلالات رفتاری و اجتماعی می‌گردد؛ بلکه با تأثیر بر جنبه‌های مختلف سلامت جسمی، خسارات مالی هنگفتی را بر فرد، خانواده و جامعه وارد می‌سازد (۱ و ۲). اعتیاد به دلیل ماهیت پیشرونده‌اش در همه‌ی ابعاد زندگی، سلامتی افراد را به خطر انداخته و آثار سوء آن بر سلامت روانی، جسمانی، اجتماعی، هیجانی، معنوی و شناختی فرد به‌وضوح قابل مشاهده است (۳). بر اساس آخرین آمار رسمی اعلام‌شده از سوی سامان ملل تا سال ۲۰۰۸ میلادی، تعداد ۲۰۰ میلیون نفر معتاد در جهان وجود داشته است. متأسفانه همین گزارش ذکر می‌نماید که بالاترین شیوع اعتیاد با ۲/۸ درصد در ایران است و قزاقستان با ۲/۳ درصد و روسیه با ۲/۱ درصد در جایگاه بعدی دارند (۴ و ۵). در حال حاضر، اعتیاد و سوء مصرف مواد یکی از معضلات بهداشتی در کشور ما به‌شمار می‌رود؛ به‌طوری‌که بر اساس گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر ۲ میلیون نفر (۲/۵ درصد جمعیت کشور) مصرف‌کننده‌ی مواد هستند (۶). تولید ۸۵ درصد مواد افیونی جهان در افغانستان، ایران را آسیب‌پذیرترین کشور در این زمینه نموده است (۷).

از دیدگاه روان‌شناختی، افراد سوء مصرف‌کننده‌ی مواد، یک ویژگی شخصیتی آسیب‌پذیر دارند و تحقیقات نشان داده است که افراد معتاد دارای پنج نیاز هستند: نیاز به عزت نفس؛ نیاز به تسلط بر محیط؛ نیاز به انجام اعمال ارزشمند؛ نیاز به ارتباط با دیگران؛ و نیاز به نداشتن درد یا احساس منفی قوی (۸). عزت نفس پایین از جمله عوامل مؤثر در شروع و تداوم مصرف مواد می‌باشد (۳). جامعه و اطرافیان نیز متقابلاً در افزایش مصرف مواد نقش دارند. در برخی از گروه‌های اجتماعی، مصرف مواد، شرط پذیرفته شدن از سوی دیگران است (۹). احساس تعلق به یک گروه و پیوستن به گروه‌هایی که مواد مصرف می‌کنند بسیار آسان است و هرچه ارتباط فرد با خانواده، مدرسه و اجتماع سالم

کمتر باشد، احتمال پیوند با این قبیل گروه‌ها بیشتر می‌شود (۷). همچنین ضعف در عملکرد خانواده، مشکلات، تعارضات و درگیری‌های خانوادگی از سایر علل گرایش به مواد می‌باشد (۱۰). کیفیت زندگی در افراد بیمار به حالتی از خوب بودن اطلاق می‌شود که شامل دو جزء است: توانایی انجام کار روزانه که منعکس‌کننده‌ی وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی فرد است؛ و رضایت فرد از کنترل بیماری و عوارض درمان بیماری‌ها و اختلالات مزمن و طولانی مانند اعتیاد، در زندگی مبتلایان بحران ایجاد می‌کند و می‌تواند به کاهش کیفیت زندگی آنها در ابعاد مختلف روحی و جسمانی منجر شود. لذا مبتلایان به اعتیاد، نیازهای زیست-شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و هیجانی دارند که در مقایسه با افراد سالم متفاوت است (۱۱). با توجه به اینکه بازگشت‌های مجدد و متوالی به مواد و ناتوانی از ترک در اکثریت قریب به اتفاق معتادان مشاهده می‌شود و از آنجایی که بعد اجتماعی در پیشگیری سطح سوم از اقدامات بهداشتی و بازتوانی این افراد با هدف بازگشت به جامعه دارای اهمیت می‌باشد، این امر پژوهشگران را بر آن داشت تا به بررسی پذیرش اجتماعی و کیفیت زندگی معتادین مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد استان گلستان بپردازند.

روش بررسی

این مطالعه‌ی توصیفی از نوع همبستگی یک گروهی و یک-مرحله‌ای است که طی آن حجم نمونه بر اساس سطح معناداری دو طرفه $\alpha = 0/05$ و توان آزمون ۹۶ درصد و $0/04$ $d =$ تعیین شد که حجم نمونه، ۲۴۴ نفر از معتادان تحت درمان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد استان گلستان دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن و فاقد هرگونه بیماری روحی روانی مزمن بودند و مراجعه‌کنندگانی که سابقه‌ی بستری در بخش اعصاب روان به دلیل مشکل روحی- روانی داشتند از مطالعه حذف شدند. همچنین مراجعه‌کنندگانی که مبتلا به بیماری‌های جسمی مزمن نظیر سرطان و یا مبتلا به بیماری‌های ایدز و هپاتیت بودند هم از مطالعه حذف شدند. روش نمونه-

توضیحات کافی در مورد هدف از انجام پژوهش و جلب رضایت آنان، تک تک آزمودنی‌ها به صورت داوطلبانه اقدام به تکمیل پرسش‌نامه‌ها نمودند. مدت زمان تکمیل پرسش‌نامه‌ها ۱۵ الی ۲۰ دقیقه بود. به طور کلی، اطلاعات در مدت یک ماه جمع‌آوری گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام گرفت. از آمار توصیفی به صورت جداول و شاخص‌هایی از قبیل میانگین و انحراف معیار برای توصیف مشخصات دموگرافیک نظیر سن، جنس، نوع ماده‌ی مصرفی، انگیزه و در رابطه با میزان کیفیت زندگی و پذیرش اجتماعی استفاده شد؛ از آمار استنباطی به شکل آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن برای نشان دادن ارتباط کیفیت زندگی با پذیرش اجتماعی و همچنین ارتباط این متغیرها با مشخصات دموگرافیک و از آزمون من‌ویتنی برای نشان دادن ارتباط متغیرها با متغیرهای دوحالتی نظیر جنس با کیفیت زندگی استفاده گردید. ضریب اطمینان مطالعه، ۹۵ درصد ($\alpha = 0/05$) در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد مورد پژوهش 35 ± 9 سال بود که بیشترین درصد (۴۰ درصد) در گروه سنی ۳۰-۴۰ سال قرار داشتند. ۸۱ درصد مرد، ۶۲ درصد متأهل، ۳۴ درصد دارای تحصیلات راهنمایی، ۳۰ درصد بیکار، ۵۸ درصد معتاد به تریاک بودند. یافته‌ها میانگین و انحراف معیار سن شروع مصرف را 23 ± 7 سال، مدت مصرف مواد را $7 +$ ۱۱ سال نشان دادند که اکثراً (۷۲ درصد) سابقه‌ی ترک داشتند و به طور میانگین ۳ بار برای ترک مراجعه کرده بودند. همچنین از نظر انگیزه، ۳۸ درصد به دلیل کنجکاوی و ۱۹ درصد با وسوسه‌ی دوستان رفتار مواد شده بودند. پذیرش اجتماعی در بیشترین و کمترین درصد واحدهای پژوهش ۷۰ درصد متوسط و ۳۰ درصد ضعیف بود که پذیرش اجتماعی با میانگین و انحراف معیار $3 + 13$ به میزان متوسط بود. در ارتباط با کیفیت زندگی، بیشترین و

گیری با سرشماری مبتنی بر هدف انجام گردید؛ یعنی نمونه‌ها از بین معتادانی که به مراکز ترک اعتیاد استان گلستان در شهرهای (کردکوی، بندرگز، بندر ترکمن، گرگان، گنبد، آزادشهر، علی‌آبادکتول، کلاله) مراجعه نمودند وارد مطالعه - شدند. ابزار گردآوری اطلاعات را پرسش‌نامه‌ی مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، میزان تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، نوع ماده‌ی مصرفی، سن شروع، سابقه‌ی ترک و انگیزه-ی مصرف) تشکیل می‌داد. همچنین پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی شامل ۱۷ سؤال و در ۵ بخش بر اساس مقیاس لیکرت نمره‌گذاری شد و سپس میانگین هر بخش از پرسش‌نامه محاسبه شد و پس از تجزیه و تحلیل به بررسی کیفیت زندگی SF17 در سه سطح نامطلوب (۰ تا ۲۲)، تا حدی مطلوب (۲۳ تا ۴۵) و مطلوب (۴۶ تا ۶۸) تقسیم‌بندی شد. پرسش-نامه‌ی پذیرش اجتماعی (Crown & Marlow) ۳۳ موردی شامل پاسخ بلی و خیر بود که به صورت صفر و یک نمره-گذاری شد و نمره‌ی صفر، حالت نامطلوب و نمره‌ی یک حالت مطلوب را نشان می‌داد. پس از نمره‌گذاری به سؤالات پرسش‌نامه، نمره‌ی کل از جمع نمرات مربوط به سؤالات محاسبه گردید که نمره‌ی پذیرش اجتماعی هر یک از واحدهای مورد پژوهش بین صفر تا ۸ به عنوان عدم پذیرش اجتماعی، ۹ تا ۱۹ دارای پذیرش اجتماعی متوسط بودند که احتمال داشت رفتار آنها با قواعد و هنجارهای اجتماعی مطابقت داشته باشد و نمره‌ی ۲۰ تا ۳۳ برای پذیرش اجتماعی بالا در نظر گرفته شد که از طرفداران مردم در امان بودند و طبق قواعد و هنجارهای اجتماعی رفتار می‌کردند. اعتبار علمی ابزار مورد استفاده در این پژوهش با روش اعتبار محتوا سنجیده شد. اعتبار علمی با ضریب همبستگی تعیین گردید که ضریب همبستگی برای پرسش‌نامه‌ی پذیرش اجتماعی با ضریب آلفای کورنباخ ($\alpha = 0/84$) برای ابزار کیفیت زندگی ($p = 0/87$) محاسبه گردید. به منظور جمع‌آوری اطلاعات بعد از کسب اجازه از مسؤولین دانشگاه و مراجعه‌ی پژوهشگر به مراکز مشاوره و ترک اعتیاد و پس از معرفی خود و ارائه‌ی

پذیرش اجتماعی، کیفیت زندگی افزایش پیدا می‌کند (جدول شماره ۱). آزمون من‌ویتنی بین کیفیت زندگی با جنس ارتباط معناداری را نشان داد ($p < 0/01$): به طوری که کیفیت زندگی زنان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد پایین‌تر از کیفیت زندگی مردان مراجعه‌کننده بود، ولی بین پذیرش اجتماعی با هیچ‌یک از مشخصات دموگرافیک ارتباط معناداری یافت نشد.

کمترین درصد واحدهای مورد پژوهش ۵۴ درصد کیفیت زندگی نامطلوب و ۸ درصد کیفیت زندگی مطلوب داشتند. همچنین کیفیت زندگی با میانگین و انحراف معیار $1 + 24$ به میزان تا حدی مطلوب نشان داده شد. همچنین بین پذیرش اجتماعی با کیفیت زندگی ارتباط معناداری یافت شد. آزمون اسپیرمن ($r = 0/2, p < 0/001$) که میزان ارتباط مثبت ولی ناقص ضعیف می‌باشد؛ یعنی با افزایش

جدول ۱: تعیین ارتباط پذیرش اجتماعی با کیفیت زندگی در معتادین مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد استان گلستان در سال

۱۳۸۸

جمع	ضعیف	متوسط	پذیرش اجتماعی کیفیت زندگی
۱۳۳ (۵۴٪)	۵۲ (۳۹٪)	۸۱ (۶۱٪)	مطلوب
۹۲ (۳۸٪)	۱۶ (۱۷٪)	۷۶ (۸۳٪)	تاحدی مطلوب
۱۹ (۸٪)	۴ (۲۲٪)	۱۵ (۷۸٪)	نامطلوب
۲۴۴	۷۲ (۳۰٪)	۱۷۲ (۷۰٪)	جمع
آزمون اسپیرمن ($r = 0/2, p < 0/001$)			

نتایج حاصل از تحقیق حکایت از فراوانی اعتیاد در بین جوانان متأهل دارد که با پژوهش‌های حاضر در ایران هم‌خوانی دارد. بر اساس تحقیقات ستاد مبارزه با مواد مخدر ۷۰ درصد معتادان، متأهل هستند (۱۴ و ۱۵). در مطالعه‌ی ما بیشترین درصد مراجعین را افراد دارای تحصیلات راهنمایی تشکیل می‌دادند که با مطالعه‌ی عباسی که بیشترین درصد مراجعین به مراکز ترک اعتیاد را افراد معتاد با تحصیلات دیپلم و بالاتر تشکیل می‌دادند هم‌خوانی ندارد، ولی با مطالعه‌ی قریشی و دین‌محمدی هم‌خوانی دارد (۱۴ و ۱۶). تحصیلات پایین به علت کاهش امکانات و فرصت‌های یادگیری موجب گرایش به مواد می‌شود (۵). نتایج پژوهش حاضر، بیشترین درصد مراجعین را افراد بیکار نشان داد. در بین عوامل شغلی "نداشتن شغل دائم" و افزایش نرخ بیکاری به عنوان یک

بحث

یافته‌ها در ارتباط با مشخصات دموگرافیک، میانگین سنی معتادین را ۳۵ سال با دامنه‌ی سنی ۱۸ تا ۸۷ سال نشان داد که با مطالعه‌ی امانی و اختیاری هم‌خوانی دارد (۱۲ و ۱۳). زیاد بودن پراکندگی سنی در واحدهای مورد پژوهش، نشانگر این است که معتادین خودمعرف پس از سال‌ها تحمل و ناکامی و سرخوردگی از اعتیاد برای ترک مراجعه می‌کنند، برای همین میانگین سنی آنها بالا می‌باشد (۱۳). نتایج نشان داد شیوع اعتیاد در میان مردان، چندین برابر زنان می‌باشد. این یافته با بررسی‌های انجام‌شده در مراکز بازپروری و ترک اعتیاد هم‌خوانی دارد، زیرا در مطالعه‌ی عباسی در گرگان ۹۲/۷ درصد مراجعین را مردان تشکیل می‌دادند (۵) که این مسأله شاید به دلیل مراجعه‌ی کمتر زنان برای ترک اعتیاد به مراکز خودمعرف باشد.

پردشدگی و کنایه‌های اطرافیان می‌باشد (۱۴). موسوی در مقایسه‌ی افراد معتاد و عادی نشان داد افراد معتاد نیاز به تأیید و پذیرفته شدن بالایی دارند و دوست ندارند مورد سرزنش قرار گیرند (۲۰). در مطالعه‌ی دین‌محمدی هم ۲۱/۹ درصد معتادین خودمعرّف، دلیل گرایش مجدد به مصرف مواد را پذیرفته نشدن از سوی دیگران عنوان نمودند (۱۵). همچنین نتایج دیگر این پژوهش، کیفیت زندگی معتادین را در حد متوسط نشان داد. پژوهش‌های انجام‌گرفته در ایران و سایر کشورها مبنی بر پایین بودن کیفیت زندگی در معتادین است، زیرا در اغلب موارد، اعتیاد بر کیفیت زندگی افراد تأثیر منفی می‌گذارد (۱۱) و (۲۱). بنابراین از آنجایی که کیفیت زندگی در خانواده‌های معتادان از ضعف‌های بسیاری برخوردار است، مشکلات اساسی خانواده را شدت می‌بخشد و علاوه بر اثرات مخرب بر زندگی فرد، اطرافیان و بستگان را نیز در معرض آسیب قرار می‌دهد (۲۲). نتایج این پژوهش بین پذیرش اجتماعی با کیفیت زندگی ارتباط معناداری را نشان داد؛ به‌طوری‌که با کاهش سطح پذیرش اجتماعی، کیفیت زندگی هم کاهش پیدا کرد. کیفیت زندگی به‌عنوان یکی از مقیاس‌های معتبر جهت ارزیابی پیامد روش‌های درمانی و خدماتی به افراد آسیب‌دیده با سابقه‌ی سوء مصرف مواد می‌باشد (۲۳). عزت نفس پایین و طرد شدن از اجتماع موجب اختلال در کیفیت زندگی و شدت مشکلات اساسی در خانواده می‌شود که این امر موجب شروع یا تداوم مصرف مواد می‌گردد (۲۲). احتمالاً نقش متقابل جامعه و اطرافیان با عدم پذیرش افراد معتاد در میان خود سبب می‌شود که معتادان برای رشدیافته نشان دادن خود به سمت سوء مصرف مواد بروند (۹). داشتن روابط بین فردی مناسب، توانایی انجام کارها توسط خود، داشتن رضایت از خود و حمایت‌های اجتماعی از عوامل مؤثر در ارتقای کیفیت زندگی معتادان در بعد از ترک مواد می‌باشد (۲۴).

در این مطالعه بین کیفیت زندگی با جنسیت ارتباط معناداری نشان داده شد؛ به‌طوری‌که زنان مراجعه‌کننده به

پدیده‌ی اجتماعی، زمینه‌ی مساعدی را برای انحرافات به-ویژه اعتیاد فراهم می‌کند. به‌طوری‌که سادوک، نداشتن کار یا شغل را از عوامل عود مصرف مواد معرفی می‌نماید که اغلب تحقیقات انجام‌شده در ایران نرخ بیکاری را در بین معتادین، بیشتر نشان داده است (۱۳-۱۵ و ۱۷). همچنین پایین بودن سن شروع اعتیاد در این پژوهش می‌تواند با مسأله‌ی بلوغ، بحران هویت و شرایط روحی و روانی نوجوانان و جوانان در ارتباط باشد (۱۴). در این مطالعه، اغلب آزمودنی‌ها برای ترک تریاک مراجعه نموده بودند که در مطالعه‌ی عباسی هم بیشترین درصد افراد ۶۶/۷ درصد تریاک مصرف می‌کردند که مطالعه‌ای از تبریز هم نشان می‌دهد بیشتر معتادین، تریاک مصرف می‌کردند (۵) و همچنین عبدالهی در مطالعه‌ی خود در بررسی ویژگی‌های دموگرافیک معتادین یزدی، تریاک را بیشترین ماده‌ی مصرفی (۹۶/۹ درصد) گزارش نمود (۱۸). نتایج این پژوهش نشان داد اکثر افراد مراجعه‌کننده حداقل سابقه‌ی یک‌بار سم‌زدایی و قطع مصرف مواد را داشتند. بر اساس آمارهای موجود، حضور معتادان در مراکز بازپروری، پس از ترک اعتیاد غیر قابل انکار است. بسیاری از افراد بیش از ۲ الی ۳ بار مراجعه می‌کنند. این آمار حاکی از آن است که میزان عود بعد از ترک مواد، بسیار بالا است (۱۵). در این پژوهش، افراد علت اصلی گرایش به مواد را ابتدا کنجکاوی و بعد وسوسه‌ی دوستان معرفی نمودند. فرهودیان در مطالعه‌ی خود نشان داد که کنجکاوی بیشترین عامل گرایش به مواد در افرادی که تجربه‌ی مصرف نداشتند، می‌باشد (۶). سلماسی انگیزه‌ی شروع به مصرف مواد را کنجکاوی و تحت تأثیر مستقیم و غیر مستقیم اطرافیان و به‌خصوص وسوسه توسط همسالان عنوان می‌کند، زیرا در بیش از ۶۰ درصد موارد، اولین مصرف مواد به‌دنبال تعارف دوستان رخ می‌دهد (۱۹). نتایج این پژوهش، پایین بودن سطح پذیرش اجتماعی در معتادین را نشان داد؛ در حالی که یکی از دلایل اصلی بازگشت به مصرف مواد، عدم پذیرش معتادین از سوی جامعه و ادامه‌ی انزوای آنان و احساس

متوالی و مجدد به مواد دارند، حفظ و ایجاد روابط بین فردی و حمایت‌های اجتماعی و ارتقای کیفیت زندگی این گروه به‌عنوان یکی از مهم‌ترین معیارهای ماندگاری افراد در دوران پرهیز و ترک مواد می‌باشد. با تسهیل روند نوتوانی و درمان می‌توان سبب افزایش کیفیت زندگی آنها و کاهش بازگشت مجدد به سوی مصرف مواد شد.

تشکر و قدردانی

در خاتمه بر خود لازم می‌دانم تا از همکاری کلیه‌ی مسؤولان و کارکنان محترم مراکز ترک اعتیاد استان و سرکار خانم سودابه آل‌وستانی و گل‌بهار آخوندزاده که در جمع‌آوری اطلاعات و خانم رقیه نظری که در نگارش و آنالیز اطلاعات، پژوهشگر را یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را به‌عمل آورم.

مراکز ترک اعتیاد نسبت به مردان مراجعه‌کننده، کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند. شدت آسیب‌پذیری زنان در محیط اجتماعی در قبال اعتیاد به مواد مخدر بیش از مردان است. زنانی که مواد مصرف می‌کنند بیشتر از مردان همتای خود دچار ننگ اجتماعی هستند (۲۳). امامی‌پور نیز معتقد است زنان معتاد نسبت به مردان معتاد از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار هستند (۱۱). از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به نمونه‌ی کم از نظر جنسیت زنان به نسبت مردان، عدم علاقه و صداقت واحدهای پژوهش در پر کردن پرسش‌نامه‌ها اشاره نمود.

نتیجه‌گیری

اعتیاد به‌عنوان یک بیماری بای‌د از اولویت‌های فرهنگی در مراکز پیشگیری و درمان قرار گیرد. لذا با توجه به اینکه اکثر معتادان به‌دنبال ناتوانی در ترک، بازگشت‌های

منابع

- 1- Le Moal M, Kooh GF. Drug addiction: pathways to the disease and pathophysiological perspective. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2007;13:377-93
- 2- McLellan AT, Chalk M, Bartlett J. outcomes performance, and quality whats the difference. *Journal substance abuse treatment*. 2007;32:331-40
- 3- ShojaeKazemi M. The effects of heroin dependent patients in family practice. *Journal of Addiction*. 2009; 2(6):51-48(In Persian)
- 4- Department of health and human Services national Institutes of health national institute on Drug abuse; NIDA.P:1-28
- 5- Abbasi S, Tazyky S, Moradi, A. Template based on drug abuse demographic factors Drmtadyn reader Gorgan. *Journal Golestan University of Medical Sciences*. 2005;8(1):22-27(Persian)
- 6- Farhoudian A, "et al". evaluated knowledge and attitudes of a group of Armenians in Tehran and drug addiction. *Journal Membership cognitive*. 2009;10(2):9-20(In Persian)
- 7- Akhtar M, M. The sociology of addiction. St ed 1. Publisher Moelf. 2007;11-24
- 8- Marry Ann Boyd. *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*, 3th edition, Mosby .2005: 529(In Persian)
- 9- Akbarizardkhaneh S, Rostamami R, Zaream M. The relationship between Emotional Intelligence defence mechanisms and addiction. *Journal of Iranian psychologicals*. 2009;4(15):293-303(In Persian)
- 10- Nourani Poor R. study the causes of drug addiction will change the mood, and behavior and methods of effective addiction counseling, addiction studies. 2004;2(6):13-54 (In Persian)
- 11- Emamipoor S, Shams H, Sdrasadat J, Nadry S. Comparison of psychological differences, quality of life in four men Mtadmbtla AIDS, non-addicted patients with AIDS, AIDS patients and healthy unwonted. *Journal of Medical Sciences University to the city*. 2009;10(1):69-77 (In Persian)
- 12- Ekhtiari H. Qualitative study of garlic in the treatment of addiction related materials Afyuni seekers women in Tehran. *Journal of Addiction*. 2009;2 (6):40-47(In Persian)
- 13- Amane F, Sadeghiyeh S, Mohamadi S, Aazami A. Pattern of changes in drug addicts referred to addiction centers. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*. 2005; 5(3): 220-224(In Persian)
- 14- Amini K, Amini D, F. Afshar Moghaddam. Persian month Azar M.. Social and environmental factors related to addiction to this substance referred to in Afyuni governmental centers addiction Hamedan. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences*. 2004;(52):41-47(In Persian).

- 15- DinMohammadi MR, Amini K, Yazdankhah MR. Social and environmental factors affecting this trend Afyuni Perspective B drug addicts to accept treatment and follow-up Introduction Welfare Organization of Zanjan. Journal of Zanjan University of Medical Sciences. 2008;15(59):85-94(In Persian).
- 16- Qryshyadh M A, Torabi K. The mental health study combined with addiction in 200 cases referred to the Referrals drug rehabilitation centers in Tabriz. Tabriz University of Medical Sciences. 2003;24 (55): 49-53 (In Persian)
- 17- Kaplan H, Sadok V. Comprehensive text book of psychiatry, 9 edition, volume one, Philadelphia, Lippincott company. 2007; 477-551
- 18- Abdollahi MH, Mfuzannia Kh, Zare S. Demographic study drug candidate in patients with coronary artery bypass Afshar Hospital Yazd. Journal of Medical Sciences in Tehran. 2007;64(10): 54-59(In Persian)
- 19- Salmasi A, Hejazi S, Fesharky M. Survey of the important causes of using alcohol among "alcoholic anonymous community" members in Karaj city. Thesis. School Nursing and Midwifery Islamic Azad University Tehran Medical. 2009: 8-22
- 20- Mousavi Gh, Ebrahimi A, Mohammadi M, Salari H. Socioeconomic characteristics of drug addicts rehabilitation center in Isfahan. Journal of Isfahan University of Medical Sciences. 1999;3(4):300-307(In Persian)
- 21- Bizzairi J, Rucci P, Vallotta A, Gilrell M, Scandolari A, Zerbetto E. et al. Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid misuse use substance dependence. 2005;40(12):1765-1776
- 22- Shahmohamadi A, Drvyz-h Z, Purshhryary M. Effectiveness of communication skills training increase marital spouses and prevention of drug addicts to man in Tehran. Quarterly addiction studies. 2009;2(7):3-28(In Persian)
- 23- Wong JG, Chung E, Chen EY, Chan RC, Law CW. et al. An Instrument to assess Mental Patients Capacity to appraise and report subjective quality of Life. Journal quality Life Res. 2005;14(3):687-694
- 24- Cambell SW, Kelley M. Mobile Phone use among Alcoholic Anonymous Members: New sites for Recovery. New Sites for recovery. New Media & So. 2008;10(6):915-933s
- 25- Javade R. Comparison of parent-child relations between addiction and non-addict women of Tehran province. Journal of Addiction. 2009;2 (3):70-74(In Persian)

Study of social acceptance and relationship with quality of addict's life referred to addiction centers in Golestan province in 1388

Hamid Hojjati ^{1*}, Seyyed Hamid Sharif Nia ², Maryam Faghani³, Hanieh Hojjati⁴, Elgar Salmasi ⁵

1- PhD Student of Nursing.

2- Candidate of PhD.

3- Student of Medical.

4-M.Sc Student of human resource management.

5- M.Sc Nursing.

1-International Arvand division, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

2- School of Nursing and Midwifery of Amol, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

3- School of Medicine, Golestan University of Medical, Gorgan, Iran

4- Young Researchers Club, Aliabad Katoul Branch, Islamic Azad University, Aliabad Katoul, Iran.

5- Psychiatric hospital in Tabriz, Tabriz University of Medical, Tabriz, Iran.

*Corresponding author:

Hamid Hojjati; International Arvand division, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

Tel: +981736221905

Email: H_hojjati@yahoo.com

Abstract

Background and aim: Because of The progressive nature of addiction in all aspects of life, it influences the health of society individuals and has bad effects on psychological, physical, social, emotional, spiritual and cognitive health. The purpose of this study was to investigate the social acceptance and the quality of addict's life referred to addiction centers in Golestan province.

Methods: 244 patients were selected by the addiction census centers of the province during 1388, and were studied in a descriptive cross-sectional analysis. The data included a questionnaire about demographic characteristics and two questionnaires containing the social acceptance (Crown & Marlow) and the quality of life (SF17) was recorded.

Results: The social acceptance was respectively the highest and lowest percentage, (70 percent) medium and (30 percent) low which the rate of social acceptance with the mean and standard deviation of the average 13 ± 3 . The highest percentage (54 percent) had undesirable life and the lowest percentage (8 percent) had desirable life which the quality of life with the mean and standard deviation of 24 ± 1 was pretty good. Statistically there was a significant relationship ($p=0/001$) between social acceptance and the quality of life. So the reduction of social acceptance reduced the quality of life. Also there was a significant relationship between the quality of life and gender. It indicated that women had a lower life quality ($p=0/01$).

Conclusion: Many addicts can't give up and repeatedly get back to their addiction. But care team members can identify common characteristics, personality traits and support systems for promoting social acceptance and the quality of addict's life which facilitates prevention, treatment and rehabilitation.

Key words: social acceptance, quality of addict's life.

Received: May 8, 2012

Revised: Oct 7, 2012

Accepted: Oct 20, 2012