



این پایان نامه با حمایت مالی ستاد مبارزه با
مواد مخدر (شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر
خراسان شمالی) انجام گرفته است.



معاونت پژوهش و فن آوری

به نام خدا

منشور اخلاق پژوهش

بایاری از خداوند سبحان و اعتقاد به این که عالم محضر خداست و بهواره ناظر بر اعمال انسان و به منظور پاس داشت مقام بلند دانش و پژوهش و نظریه اهمیت جایگاه دانشگاه در اعلامی فرهنگ و تمدن بشری، مادیانجویان و اعضا، هیئت علمی و احدهای دانشگاه آزاد اسلامی متعهد می گردیم اصول زیر را در انجام فعالیت های پژوهشی مد نظر قرار داده و از آن تخطی نکنیم:

۱- اصل برائت: التزام به برائت جویی از هرگونه رفتار غیر حرفه ای و اعلام موضع نسبت به کسانی که حوزه علم و پژوهش را به شائبه های غیر علمی می آلائند.

۲- اصل رعایت انصاف و امانت: تعهد به اجتناب از هرگونه جانب داری غیر علمی و حفاظت از اموال، تجهیزات و منابع در اختیار.

۳- اصل ترویج: تعهد به رواج دانش و اشاعه نتایج تحقیقات و انتقال آن به بهکاران علمی و دانشجویان به غیر از مواردی که منع قانونی دارد.

۴- اصل احترام: تعهد به رعایت حریم ها و حرمت ها در انجام تحقیقات و رعایت جانب تقد و خودداری از هرگونه حرمت شکنی.

۵- اصل رعایت حقوق: التزام به رعایت کامل حقوق پژوهشگران، دستیاران و پژوهشگران (انسان، حیوان و نبات) و سایر صاحبان حق.

۶- اصل حقیقت جویی: تلاش در راستای پی جویی حقیقت و وفاداری به آن و دوری از هرگونه پنهان سازی حقیقت.

۷- اصل رازداری: تعهد به صیانت از اسرار و اطلاعات محرمانه افراد، سازمان ها و کلیه افراد و نهاد های مرتبط با تحقیق.

۸- اصل مالکیت مادی و معنوی: تعهد به رعایت کامل حقوق مادی و معنوی دانشگاه و کلیه بهکاران پژوهش.

۹- اصل منافع ملی: تعهد به رعایت مصالح ملی و در نظر داشتن پیشبرد و توسعه کشور در کلیه مراحل پژوهش.



دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد

تعهد نامه اصالت رساله یا پایان نامه

اینجانب ویدا درتومی دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد ناپیوسته/ دکترای حرفه ای/ دکترای تخصصی در رشته روانشناسی عمومی که در تاریخ ۱۱ / ۵ / ۱۳۹۶ از پایان نامه/ رساله خود تحت عنوان " رابطه استرس و طرد اجتماعی با کیفیت زندگی معنادان شهر بجنورد " با کسب نمره ۱۷/۵ و درجه..... دفاع نموده ام بدین وسیله متعهد میشوم:

۱) این پایان نامه/ رساله حاصل تحقیق و پژوهش انجام شده توسط اینجانب بوده و در مواردی که از دستاورد های علمی و پژوهشی دیگران (اعم از پایان نامه ، کتاب ، مقاله و) استفاده نموده ام ضوابط و رویه موجود نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آن در فهرست مربوطه ذکر و درج کرده ام.

۲) این پایان نامه/ رساله قبلا برای دریافت هیچ مدرک تحصیلی(هم سطح ،پایین تر یا بالاتر) در سایر دانشگاه ها و موسسات آ آموزش عالی ارائه نشده است.

۳) چنانچه بعد از فراغت از تحصیل قصد استفاده و هرگونه بهره برداری اعم از چاپ کتاب ،ثبت اختراع و.... از این پایان نامه داشته باشم از حوزه معاونت پژوهشی واحد مجوزهای مربوطه را اخذ نمایم .

۴) چنانچه در هر مقطعی زمانی خلاف موارد فوق ثابت شود ،عواقب ناشی از آن را می پذیرم و واحد دانشگاهی مجاز است با اینجانب مطابق ضوابط و مقررات رفتار نموده و در صورت ابطال مدرک تحصیلی ام هیچگونه ادعایی نخواهم داشت .

نام و نام خانوادگی:

تاریخ و امضا



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد بجنورد

دانشکده علوم انسانی گروه روانشناسی

«پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد (MA) رشته روانشناسی»

گرایش: عمومی

عنوان:

رابطه استرس و طرد اجتماعی با کیفیت زندگی معتادان شهر بجنورد

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر جاجرمی

نگارش:

ویدا درتومی

سال تحصیلی:

تابستان ۱۳۹۶

تقدیم به

پدر و مادر عزیزم که در سختی ها و دشواری های زندگی همواره یآوری دلسوز و فداکار و
پشتیبانی محکم و مطمئن برایم بوده اند.

تشکر و قدردانی

سپاس پروردگار بزرگ را که توفیق انجام این پژوهش را به اینجانب عطا فرمود.

تشکر خالصانه خود را تقدیم می نمایم به خواهر عزیز و مهربانم، همسر فداکارم و استاد راهنمای گرامی و همچنین ستاد مبارزه با مواد مخدر (دبیر خانه شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر خراسان شمالی) برای حمایت مالی و معنوی جهت انجام این پژوهش، که نقش برجسته ای داشته اند.

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه میان استرس و طرد اجتماعی با کیفیت زندگی معنادان است؛ و جهت دستیابی به این هدف از روش توصیفی- همبستگی بهره می‌گیرد. جامعه آماری پژوهش، تمامی معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر بجنورد ۸۰۰۰ نفر در سال ۱۳۹۶ است. حجم نمونه ۲۸۰ نفر تعیین شد؛ سپس با بهره‌گیری از نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای به پاسخگویان مراجعه گردید. در این روش شهر بجنورد به ۴ محدوده در شمال، جنوب، شرق، غرب تقسیم شد، از میان محدوده‌های مذکور به طور تصادفی، جنوب و غرب انتخاب گردید. برای گردآوری داده‌ها و اطلاعات مورد نظر از سه نوع پرسشنامه استفاده شد: پرسشنامه استرس هری (HIS)، مقیاس سنجش کیفیت زندگی-SF ۳۶ واشربون (۱۹۹۲) و مقیاس پذیرش اجتماعی کروان و مارلو (SDS) (۱۹۶۰). نتایج حاصل از تحلیل همبستگی و رگرسیون چندگانه گام به گام در سطح اطمینان ۹۹ درصد بیانگر وجود رابطه منفی و معنادار میان کیفیت زندگی و استرس معنادان و نیز کیفیت زندگی و طرد اجتماعی معنادان از جامعه است. به عبارت دیگر افزایش استرس و طرد شدن معنادان از جامعه منجر به کاهش هر چه بیشتر سطح کیفیت زندگی آنان خواهد شد.

کلمات کلیدی: اعتیاد، کیفیت زندگی، استرس، طرد اجتماعی

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول: کلیات تحقیق

۱-۱-مقدمه.....	۲
۱-۲-بیان مسئله.....	۴
۱-۳-اهمیت و ضرورت پژوهش.....	۶
۱-۴-اهداف پژوهش.....	۷
۱-۴-۱-هدف کلی.....	۷
۱-۴-۲-هدف کاربردی.....	۷
۱-۵-فرضیه‌های پژوه.....	۸
۱-۵-۱-فرضیه اصلی.....	۸
۱-۵-۲-فرضیه‌های فرعی.....	۸
۱-۶-متغیرهای پژوهش.....	۸
۱-۷-تعریف اصطلاحات و مفاهیم.....	۸
۱-۷-۱-تعاریف نظری.....	۸
۱-۷-۲-تعاریف عملیاتی.....	۹

فصل دوم: مروری بر ادبیات تحقیق و پیشینه تحقیق

۱-۲-مقدمه.....	۱۱
۲-۲-تعاریف و مفاهیم.....	۱۲
۱-۲-۲-کیفیت زندگی.....	۱۲
۱-۲-۲-۱-مفهوم و تعاریف کیفیت زندگی.....	۱۲
۱-۲-۲-۲-تاریخچه مفهوم کیفیت زندگی.....	۱۳
۱-۲-۲-۳-دیدگاه صاحب نظران.....	۱۴
۱-۲-۲-۴-ابعاد کیفیت زندگی.....	۱۶

۱۸.....	۲-۲-۱-۴-۱-کیفیت زندگی به مثابه سازهی ذهنی.....
۱۹.....	۲-۲-۱-۴-۲-کیفیت زندگی به مثابه سازهای ترکی.....
۲۰.....	۲-۲-۱-۵-عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی.....
۲۱.....	۲-۲-۱-۶-اعتیاد و کیفیت زندگی.....
۲۲.....	۲-۲-۲-استرس.....
۲۲.....	۲-۲-۲-۱-تعریف استرس (تنیدگی).....
۲۳.....	۲-۲-۲-۲-نظریه‌های مربوط به استرس.....
۲۴.....	۲-۲-۲-۳-طبقه‌بندی عوامل استرس‌زا.....
۲۵.....	۲-۲-۲-۴-عواملی فرد را در برابر استرس مستعد می‌کند.....
۲۶.....	۲-۲-۲-۵-علائم و نشانه‌های استرس.....
۲۷.....	۲-۲-۲-۶-روش‌های مقابله با استرس.....
۲۸.....	۲-۲-۲-۷-اعتیاد و استرس.....
۳۰.....	۲-۲-۳-طرد اجتماعی.....
۳۰.....	۲-۲-۳-۱-تعریف طرد اجتماعی.....
۳۰.....	۲-۲-۳-۲-طرد اجتماعی و زیرطبقه.....
۳۱.....	۲-۲-۳-۳-انواع طرد.....
۳۲.....	۲-۲-۳-۴-رویکردهای طرد اجتماعی.....
۳۳.....	۲-۲-۳-۵-ابعاد طرد اجتماعی.....
۳۳.....	۲-۲-۳-۶-دیدگاه‌ها و نظریه‌های طرد اجتماعی.....
۳۵.....	۲-۲-۳-۷-اعتیاد و طرد اجتماعی.....
۳۶.....	۲-۳-پیشینه تحقیق.....

فصل سوم: روش اجرای پایان‌نامه

۴۱.....	۳-۱-مقدمه.....
۴۱.....	۳-۲-روش پژوهش.....
۴۱.....	۳-۳-حجم نمونه و روش نمونه‌گیری.....
۴۲.....	۳-۴-ابزار جمع‌آوری اطلاعات.....
۴۵.....	۳-۵-روش اجرا.....
۴۵.....	۳-۶-روش آماری مورد استفاده در تحلیل داده‌ها.....

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده‌ها

۴۷	۱-۴-مقدمه.....
۴۷	۲-۴-آمار توصیفی ویژگی‌های عمومی مشارکت‌کنندگان در پژوهش.....
۴۷	۱-۲-۴-جنسیت.....
۴۸	۲-۲-۴-سن.....
۴۸	۳-۲-۴-وضعیت تأهل.....
۴۹	۴-۲-۴-وضعیت اشتغال.....
۴۹	۳-۴-آمار توصیفی متغیرهای پژوهش.....
۵۱	۴-۴-یافته‌های استنباطی.....
۵۱	۱-۴-۴-بررسی مفروضات تحلیل‌های آماری.....
۵۱	۲-۴-۴-آزمون فرضیه اصلی.....
۵۳	۳-۴-۴-آزمون فرضیه فرعی اول.....
۵۴	۴-۴-۴-آزمون فرضیه فرعی دوم.....

فصل پنجم: نتیجه‌گیری و پیشنهادات

۵۸	۱-۵-مقدمه.....
۵۸	۲-۵-آزمون فرضیه‌ها.....
۵۸	۱-۲-۵-فرضیه اصلی.....
۶۲	۲-۲-۵-فرضیه فرعی یک.....
۶۳	۳-۲-۵-فرضیه فرعی دو.....
۶۴	۳-۵-پیشنهادهای کاربردی.....
۶۴	۴-۵-پیشنهادهای پژوهش‌های آینده.....
۶۴	۵-۵-محدودیت‌های پژوهش.....
۶۵	فهرست منابع.....

پیوست‌ها

چکیده انگلیسی

فهرست جداول

جدول ۴-۱، توزیع فراوانی مشارکت‌کنندگان در پژوهش بر حسب جنسیت.....	۴۸
جدول ۴-۲، توزیع فراوانی مشارکت‌کنندگان در پژوهش بر حسب سن.....	۴۸
جدول ۴-۳، توزیع فراوانی مشارکت‌کنندگان در پژوهش بر حسب وضعیت تأهل.....	۴۹
جدول ۴-۴، توزیع فراوانی مشارکت‌کنندگان در پژوهش بر حسب وضعیت اشتغال.....	۴۹
جدول ۴-۵، آمار توصیفی متغیرهای پژوهش.....	۵۰
جدول ۴-۶، نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف.....	۵۱
جدول ۴-۷، ضرایب رگرسیون چندگانه گام به گام، متغیر وابسته: کیفیت زندگی، ($n=280$).....	۵۲
جدول ۴-۸، آزمون همبستگی (ضریب پیرسون) متغیرهای کیفیت زندگی (به تفکیک ابعاد) و استرس در نمونه مورد مطالعه ($n=280$).....	۵۳
جدول ۴-۹، آزمون همبستگی (ضریب پیرسون) متغیرهای استرس، میزان پذیرش اجتماعی و کیفیت زندگی در نمونه مورد مطالعه ($n=280$).....	۵۴
جدول ۴-۱۰، آزمون همبستگی (ضریب پیرسون) متغیرهای کیفیت زندگی (به تفکیک ابعاد) و میزان پذیرش اجتماعی در نمونه مورد مطالعه ($n=280$).....	۵۵
جدول ۴-۱۱، آزمون همبستگی (ضریب پیرسون) متغیرهای استرس، میزان پذیرش اجتماعی و کیفیت زندگی در نمونه مورد مطالعه ($n=280$).....	۵۶

فصل اول

کلیات تحقیق

۱-۱- مقدمه

اعتیاد یک بیماری جسمی-روحي و روانی بشمار می‌آید که به دلیل ماهیت پیشرونده‌اش در همه ابعاد زندگی سلامتی فرد، خانواده و جامعه را به خطر می‌اندازد، در واقع این مسأله یک مشکل بزرگ فردی و اجتماعی است که علاوه بر عوارض جسمی و روانی آن برای افراد معتاد، سلامت جامعه را نیز از نظر اجتماعی و اقتصادی، سیاسی و فرهنگی مورد تهدید و آسیب قرار می‌دهد (دین محمدی، امینی و یزدان خواه، ۱۳۸۶). اعتیاد را می‌توان یک بیماری جسمانی-روانی-اجتماعی دانست که در شکل‌گیری آن عوامل متعددی نقش دارند (گالانتر^۱، ۲۰۰۶) و دارای این مشخصات است: ۱- در اثر مصرف مکرر مواد عادات روحی ایجاد می‌شود و این عادات فرد را به علت نیاز و تمایل روانی به سوی مصرف مواد مخدر ترغیب می‌کند. ۲- مقدار مواد مصرفی مرتباً رو به افزایش می‌رود. ۳- در اثر قطع دارو نشانگان محرومیت در شخص از قبیل پرخاشگری، تنش، اضطراب و... ایجاد می‌شود. ۴- اعتیاد به مواد مخدر برای افراد یا جامعه حالت زیان‌آوری پیدا می‌کند (کلارک^۲ و همکاران، ۲۰۱۳).

اعتیاد، زندگی شمار زیادی از افراد را نابود کرده است. تندرستی افراد و جامعه، توسعه سیاسی، اقتصادی و اجتماعی و حتی امنیت خیابان‌ها و معابر و نیز ثبات و پایداری دولت‌ها را نیز به خطر می‌اندازد. این عوارض شوم هم در سطح فردی و روانی و هم در بخش اجتماعی و کلان جامعه زیان بخش است. خسارت‌های اجتماعی و اقتصادی سوء مصرف مواد مخدر فشارهای تحمل‌ناپذیری را بر زیر ساخت‌های اجتماعی یک کشور وارد می‌کند. تولید و توزیع غیر قانونی آن منابع عظیم نیروی انسانی و طبیعی را از فعالیت مثمر ثمر منحرف ساخته است و بیان رشد اقتصادی را در دراز مدت سست می‌کند (بخشی پور رودسری، ۱۳۸۰).

امروزه علاوه بر پرهیز از مواد در معتادان به مواد مخدر به پیامدهای انواع روش‌های درمانی اعتیاد و کیفیت زندگی افراد معتاد نیز اهمیت داده می‌شود (پرزور و همکاران، ۱۳۹۴). اغلب صاحب نظران در این زمینه توافق دارند که کیفیت زندگی حقایق مثبت و منفی زندگی را در کنار یکدیگر در نظر می‌گیرد (هاجرتی، کامینز و فریس^۳، ۲۰۰۱؛ کومینس، ۲۰۰۵). بر این اساس، شواهد زیادی مبنی بر ارتباط کیفیت زندگی بالاتر و درمان موفق‌تر در معتادان به مواد مخدر وجود دارد (مارمانی و همکاران^۴، ۲۰۰۷)؛ و بسیاری از این شواهد حاکی از آن است که سوء استفاده از مواد مخدر با

^۱ galanter

^۲ clarke

^۳ hogerty, cummins & ferriss

^۴ Marmani et al

کیفیت زندگی پایین‌تر همراه است (فیلمیر، جارلایس، آراسته، فیلیپس و هاگان^۵، ۲۰۱۴؛ کارو و همکاران^۶، ۲۰۱۱؛ مایر، واندربلاسچن و برویکارت، ۲۰۱۰؛ پورنقاش، حبیبی و ایمانی، ۱۳۹۱). از آنجایی که کیفیت زندگی در افراد بیمار به حالتی از خوب بودن اطلاق می‌شود که منعکس کننده وضعیت جسمی روانی و اجتماعی می‌باشد و اختلالات مزمن و طولانی مانند اعتیاد، به عنوان یک بحران در زندگی افراد به خصوص معتادین می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی در بعد روحی و جسمانی شود. لذا مبتلایان به اعتیاد نیازهای زیست شناختی، روانشناختی، اجتماعی و هیجانی دارند که در مقایسه با افراد سالم متفاوت است. که باید در پی ارائه راهکارهای مناسب برای مبارزه با این پدیده مخرب بود (حجتی و همکاران، ۱۳۸۹).

کیفیت زندگی به عنوان یکی از شاخصه‌های سلامت، مفهومی پویا از ادراک افراد درباره وضعیت نسبی سلامت و سایر جنبه‌های غیر طبی زندگی است و ارزیابی افراد درباره سلامت جسمی، وضعیت روانی، روابط اجتماعی، میزان استقلال و دغدغه‌های روحی خود را تعیین می‌نماید (آلدر، پورتر، آبراهام، تیکلن^۷، ۱۳۸۷؛ کارپنتیر^۸ و همکاران، ۲۰۰۹؛ قمری، ۱۳۹۰؛ بوکستین^۹، ۲۰۰۰). سازمان بهداشت جهانی مفهوم وسیعی از کیفیت زندگی را مد نظر قرار می‌دهد که این مفهوم تلفیقی از سلامت فیزیکی، وضعیت روانشناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی، اعتقادات فردی و ارتباط این عوامل با ویژگی‌های محیطی می‌باشد (کارگروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۳). مفهوم کیفیت زندگی برای هر کسی منحصر بفرد است و با دیگران متفاوت است، با زندگی افراد تطابق دارد و از نقطه نظر خود فرد سنجیده می‌شود. ممکن است شخص علی‌رغم آنکه محیط زندگی مناسبی نداشته باشد، اما احساس رضایت عمیقی از زندگی خود داشته باشد. ارزیابی خود فرد از سلامت و یا خوب بودنش عامل کلیدی در مطالعات کیفیت زندگی است به عبارتی قضاوت فرد درباره خودش از اهمیت خاصی برخوردار است (نجفی و همکاران، ۱۳۹۴). به طور کلی کیفیت زندگی بر افراد مختلف در موقعیت‌های مختلف تعبیر متفاوتی دارد ولی اصولاً به رضایت افراد از زندگی خود بر می‌گردد (فریش^{۱۰}، ۲۰۰۶) ابعاد و حوزه‌های گسترده‌تر کیفیت زندگی را باید در دو بعد عینی و ذهنی مد نظر داشت: شاخص‌های عینی شامل، توصیف محیطی است که مردم در آن زندگی و کار می‌کنند مسائلی مانند مراقبت‌های بهداشتی، جرم و جنایت، آموزش و پرورش و شاخص‌های ذهنی شامل، چیزهایی است که مردم شرایط اطراف خود را ارزیابی و گزارش می‌کنند (پاکیون^{۱۱}، ۲۰۰۳). ماهیت ذهنی بودن کیفیت زندگی به ادراک افراد درباره وضعیت زندگی‌شان به جای گزارشات دیگران می‌پردازد و بر اساس تعریف فرانس و پوورس^{۱۲} از خشنودی یا عدم خشنودی از حیطه‌هایی از زندگی که برای فرد اهمیت دارد، نشأت می‌گیرد. بنا به عقیده حیدری و جعفری (۱۳۸۷) بیماران با مشکلات مشابه ممکن است نظرات متفاوتی در مورد کیفیت زندگی‌شان داشته باشند و آن را به صورت‌های مختلفی گزارش کنند. برخی تحقیقات نیز نشان می‌دهد که بین کیفیت زندگی و متغیرهای روانشناختی مثل استرس ارتباط وجود دارد و برخورد با موقعیت‌های استرس‌زا اغلب باعث پریشانی و کاهش امنیت و

^۵ feelemer, jarlais, arasteh, phillips, hagan

^۶ caro

^۷ Alder, Porter, Abraham, Ticklin

^۸ Carpentre et al

^۹ Boxins

^{۱۰} Frisch

^{۱۱} pacione

^{۱۲} Ferrans & Powers

سلامت فرد و خانواده و افت سطح کیفیت زندگی می‌شود (قاسمی زاد، ارنجیان تبریزی، عابدی و برزیده، ۱۳۸۹). استرس جزء لازم و غیر قابل اجتناب زندگی است، زیرا بدون وجود استرس موجوداتی بی احساس و بی توجه خواهیم بود. همه انسان ها در هر موقعیتی که هستند در زندگی روز مره در معرض انواع فشارهای روانی قرار دارند (سقفی^{۱۳}، ۲۰۱۴) اما، استرس یکی از علل اساسی گرایش به مصرف مواد مخدر است (کیان پور، ۱۳۸۱). استرس را می‌توان واکنش های روانی، جسمانی، هیجانی، رفتاری انسان به هر تهدید یا فشار ادراک شده درونی یا محیطی دانست (نیازی و همکاران، ۱۳۹۴).

علاوه بر موارد ذکر شده، شماری از مطالعات و شواهد بدست آمده نیز ریشه اعتیاد را محرومیت های مزمن و طردشدگی اجتماعی افراد و گروه های خاص در جوامع مختلف می‌داند (قاضی نژاد و ساوالان پور، ۱۳۸۷). طرد اجتماعی فرایندی است که در نتیجه آن گروه های اجتماعی و افرادی معین از اجتماع طرد و به حاشیه رانده می‌شوند، لذا به سختی می‌توانند فرصت هایی برای بهبود شرایط خویش پیدا کنند (بلیک مور، ۱۳۸۵). طرد اجتماعی عمدتاً به مسائل رابطه ای نظیر تضعیف و متلاشی کردن پیوندهای اجتماعی، جدایی افقی، انزوا و حاشیه ای شدن، قطع پیوند و شکاف در روابط اجتماعی، عدم تعلق و گسست و از شبکه ها و حمایت اجتماعی اشاره دارد (فیروز آبادی و صادقی، ۱۳۹۲). عوامل منجر به طرد شامل عواملی که ریشه در فرد، خانواده یا وقایع اقتصادی- اجتماعی دارد، بسیار متعدد و گوناگون اند؛ بر هم اثر متقابل دارند و اغلب یکدیگر را تقویت می‌کنند (باستانی و رهنمای وقاضی نژاد، ۱۳۹۳).

با توجه پژوهش های زیادی که در زمینه هر یک از مؤلفه های پژوهش صورت پذیرفته است، هیچ گاه رابطه میان اعتیاد، با کیفیت زندگی، طرد اجتماعی و استرس همراه با هم مورد بررسی قرار نگرفته است. بنابراین پژوهش به دنبال این بررسی جامع است.

۱-۲- بیان مسئله

مصرف مواد یکی از جدی ترین معضلات بشری در سال های اخیر است که پایه ها و بنیان های جامعه انسانی را تضعیف می‌کند و پیشگیری از آن نیازمند کاربرد نظریه های متعدد در رشته های علمی مختلف و روش ها و فنون متنوع است (عالایی خرایم و همکاران، ۱۳۸۹). اعتیاد به مواد مخدر یکی از شایع ترین آسیب های اجتماعی جهان معاصر و از جمله ایران است به گونه ای که اگر ادعا شود که یکی از بحران های اصلی دنیای کنونی است و به صورت یک معضل جهانی روز درآمده، اغراقی صورت نگرفته است. این موضوع امروزه به یک بلای خانمان سوز، یک معضل اجتماعی و یک چالش بزرگ درمانی تبدیل شده است (حاج حسینی و هاشمی، ۱۳۹۴)، به بیان دیگر یک مشکل بزرگ فردی، خانوادگی و اجتماعی است که علاوه بر عوارض جسمی و روانی آن برای افراد معتاد بر استحکام، ثبات، وحدت و سلامت فکری و جسمی خانواده تأثیر می‌گذارد و همچنین سلامت جامعه را از نظر اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی مورد تهدید و آسیب قرار می‌دهد (دالی و مارلات^{۱۴}، ۲۰۰۵؛ ترمور شوین^{۱۵} و همکاران

^{۱۳} saghafi

^{۱۴} Daley & marlat

^{۱۵} Schuizen et al

۲۰۰۵). طبق گزارش دفتر پیشگیری از مواد و جرم سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۵، کشور ایران دارای بیشترین تعداد سوء مصرف با ۲/۸ درصد در بین افراد در ایران وجود دارد (ضیائی، ۱۳۸۸). و نیز، بر اساس گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر ۲ میلیون نفر (۲/۵ درصد جمعیت کشور) مصرف کننده مواد هستند (فرهودیان و همکاران، ۱۳۸۷).

اعتیاد به مواد مخدر وجوه مختلف جامعه شناسی، روانشناسی، حقوقی، اقتصادی، سیاسی و ... دارد. به اعتقاد صاحب نظران، اعتیاد زمینه ساز بسیاری از آسیب های اجتماعی به ویژه بزه دیدگی زنان است. بیش از ۶۰ درصد از زندانیان کشور، به جهت اعتیاد و قاچاق مواد مخدر مجرم شناخته شده اند. مردان، اکثریت معتادان به مواد مخدر را تشکیل می دهند و در نقش همسر یا پدری معتاد، تهدیدی جدی بر حیات فردی و خانوادگی زنان و آسیبی عمیق بر کیان خانواده محسوب می شوند. مطالعات نشان می دهد که خانواده های معتادان، تفاوت چشمگیری با خانواده های عادی دارند، به گونه ای که روابط زوجین، روابط پدر معتاد با فرزندان و روابط اجتماعی خانواده و نیز کارکردهای مختلف خانواده نظیر کارکرد جنسی، اقتصادی، آموزشی و ... مختل می گردد. هر کدام از این موارد می تواند منشأ مشکلات عدیده ای برای خانواده محسوب شود. شواهد آماری نیز حاکی از آن است که ۳۴ درصد از طلاق های کشور، ناشی از اعتیاد و مسائل مرتبط به مواد مخدر می باشد و ۶۰ درصد علل درخواست طلاق از سوی زنان، اعتیاد همسر و عدم دریافت نفقه می باشد. بنابراین تعداد بسیاری از خانواده ها تحت تأثیر مستقیم و غیر مستقیم پدیده شوم اعتیاد هستند و طلاق یکی از پیامدهای عمده اعتیاد است که به نوبه خود می تواند دلیلی بر شیوع و گسترش اعتیاد نیز باشد (نیکبخت نصر آبادی، پاشایی ثابت و بستمی، ۱۳۹۵). از سویی دیگر اعتیاد مردان، یکی از عوامل مؤثر در گرایش زنان به روسپیگری است. نتایج یکی از تحقیقات پیرامون زنان روسپی نشان می دهد که اغلب آنها از خانواده های نابسامان بوده اند که به علت اعتیاد و بیکاری همسر طلاق گرفته اند. بر اساس تحقیق فوق، تعداد زیادی از زنان روسپی مورد مطالعه، چه قبل از آغاز به روسپیگری و چه بعد از آن، دارای پدر و همسر معتاد یا قاچاقچی بوده اند (عرفانیان تقوای، اسماعیلی و صالحپور، ۱۳۸۴).

بعلاوه، بررسی ها نشان داده اند که نوجوانانی که به راهبردهای مقابله ای کارآمد مجهز نباشند و توانایی کمی برای درک هیجان های خود داشته باشند، در برخورد با استرس ها و بحران های دوران نوجوانی توان کمتری خواهند داشت و مشکلات رفتاری بیشتری را به صورت پرخاشگری، افسردگی، اضطراب و نگرش به اعتیاد نشان خواهند داد (الگار، آرلت و گراوز^{۱۶}، ۲۰۰۳). استرس های درازمدت و یا زیاد بر ابعاد مختلف زندگی ما اثر می گذارند. ۴۳ درصد آدم ها عوارض ناشی از استرس را تجربه می کنند؛ ۷۵ الی ۹۰ درصد از مراجعه های به پزشک به دلیل عوارض ناشی از استرس است (سهرابی، ۱۳۸۹). پژوهش های مختلفی آشکار کرده است که فشار روانی ناشی از رویداد های روزمره زندگی به تدریج فعالیت و سیستم ایمنی را تضعیف و مهار می کند. در نتیجه ایشان برای ابتلا به انواع بیماری های روانی و جسمانی مستعد می شود. استرس و فشار روانی مزمن تضعیف سیستم ایمنی و ابتلا فرد به بیماری های عفونی و حتی سرطان را باعث می شود (کورلس و اسپینال^{۱۷}، ۲۰۱۰). استرس های از قبیل وضعیت اجتماعی، اقتصادی پایین، قربانی خشونت بودن، حمایت ضعیف والدین و سطح پایین سواد آنها از جمله مهم ترین رابطه آنها با افزایش احتمال مصرف مواد و الکل در نوجوانان و جوانان نشان داده شده است (کیان پور، ۱۳۸۱). علاوه بر مواردی که موجب استرس در افراد می شود عواملی دیگر نظیر تضعیف و متلاشی کردن پیوندهای اجتماعی، جدایی افقی، انزوا و حاشیه ای

^{۱۶} Elgar, arlett & groves

^{۱۷} Corless & aspinall

شدن، قطع پیوند و شکاف در روابط اجتماعی، طرد اجتماعی را به دنبال دارد. در مجموع می‌توان طرد را دال بر انقطاع در روابط با کل جامعه دانست که عناصر اصلی آن شامل: چند بعدی بودن، پویایی، ناگهانی بودن، نسبی، عاملیت، غیر عمدی و ناآگاهانه بودن (جان میلر^{۱۸}، ۲۰۰۷) و چند سطحی بودن است (هاکسلی^{۱۹} و همکاران، ۲۰۱۲). طرد شدن افراد از جامعه خطر گرایش آنان به سوی مواد مخدر را افزایش می‌دهد و این خود تمامی مسائل مذکور در رابطه با اعتیاد در جامعه را دو چندان می‌نماید. زیرا گاهی این طرد شدن منجر به گرایش به نندالیسم و وندال شدن افراد میگردد و آسیب‌های بیشتری از طرف فرد متوجه جامعه می‌شود.

لذا با نظر بر مباحث مطرح شده، پژوهش حاضر به دنبال بررسی رابطه میان استرس و طرد اجتماعی با کیفیت زندگی معتادان است. بنا به آمار سال ۱۳۹۴ در ایران، روزانه ۸ نفر در اثر مواد مخدر جان خود را از دست داده و ۷۰ نفر نیز معتاد می‌شوند، و شهر بجنورد به عنوان یکی از شهرهای کشور از این آمار مستثنی نمی‌باشد. در این راستا سوالات اصلی پژوهش عبارتند از: کیفیت زندگی معتادان تا چه اندازه بوسیله طرد اجتماعی و استرس پیش بینی می‌شود؟ تا چه اندازه استرس با کیفیت زندگی معتادین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد رابطه دارد؟ و نیز، تا چه اندازه طرد اجتماعی با کیفیت زندگی معتادین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد رابطه دارد؟

۳-۱- اهمیت و ضرورت پژوهش

درمان اعتیاد و شکستن چرخه معیوب آن گران و دشوار است و سیستم درمانی جامعی با رویکردهای مختلف دارو درمانی، روان درمانی، بازپروری را می‌طلبد. در چنین شرایطی پیشگیری به طور منطقی جایگزین درمان می‌شود. امروزه مسأله اعتیاد علاوه بر مشکلات فردی- اجتماعی یک مشکل خانوادگی هم می‌باشد. معضل اعتیاد بر روی بهداشت روانی فرد معتاد و خانواده وی نیز اثر بدی می‌گذارد. در حال حاضر شناخت مشکلات ناشی از اعتیاد و برنامه‌ریزی در راستای کنترل و کاهش تعداد معتادان و یکی از اولویت‌های کشور محسوب می‌شود (رئیس‌دهکردی و همکاران، ۱۳۹۳). در کشور ما اعتیاد مهم‌ترین آسیب اجتماعی محسوب می‌شود و این معضل در شهر بجنورد نیز منشأ بروز بسیاری از مشکلات همانند کارتن خوابی، کودکان خیابانی و فرار از خانه است. بنابراین، ضرورت طرح تحقیق از دو نقطه نظر مطرح است:

نخست آنکه باید توجه داشت که گرایش به مصرف مواد مخدر در تمام گروه‌های جمعیتی جامعه مسئله‌ای جدی و قابل بررسی است، واقعیات حاکی از این است که عرصه اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر، از وضعیت تک جنسیتی (مردانه) بودن سنتی به سمت دو جنسیتی شدن در شرایط معاصر، پیش می‌رود و این موضوع زنگ خطری برای بنیان خانواده و نسل آینده است (قاضی نژاد و ساوالان پور، ۱۳۸۷؛ گریسیلج، آمس و کوری^{۲۰}، ۲۰۰۳)، و این در حالیست که زنان به عنوان هسته اصلی، نقش اساسی در سلامت اعضای خانواده دارند و پیشگیری از اعتیاد در سلامت و نظم در خانواده و نهایتاً در جامعه مفید خواهد بود (آجیل چی، نادری، قائمی، ۱۳۸۸). علاوه بر این، لزوم شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده و پیشگیری کننده اعتیاد در نوجوانان و

^{۱۸} Miler

^{۱۹} Huxley and et al.

^{۲۰} Grisilyjel, Ames and Curie

جوانان و پرورش عوامل محافظت کننده در برابر اعتیاد نیز بیش از پیش احساس می شود (حسینی المدنی و همکاران، ۱۳۹۱). اعتیاد در نوجوانان و جوانان از اهمیت بسزایی برخوردار است چرا که بیش از نیمی از نیروهای مولد جامعه را جوانان و نوجوانان تشکیل می دهند که در واقع با شیوع مصرف مواد مخدر در بین آنها به منزله کنار گذاردن بیش از نیمی از نیروی کارآمد محسوب می شود (محمدی، ۱۳۸۷).

دوم آنکه، ارتباط میان کیفیت زندگی بالاتر و درمان موفق تر در معتادان به مواد مخدر (پرزور و همکاران، ۱۳۹۴)، ضروری می - نماید که به این معضل اجتماعی و کیفیت زندگی افراد درگیر با آن توجه بیشتری گردد، و بررسی شود که بی توجهی به کیفیت زندگی معتادان چه عواقبی را در بر خواهد داشت.

در حال حاضر، کیفیت زندگی یکی از نگرانی های عمده برای متخصصان بهداشت است و به عنوان شاخصی برای اندازه گیری وضعیت سلامت در تحقیقات بهداشتی شناخته شده و به کار می رود. دستیابی به اطلاعات کیفیت زندگی نه تنها راه گشای درمان - های مؤثرتر و پیشرفت های آینده است، بلکه در ارتقای برنامه های حمایتی و اقدامات توانبخشی بسیار مؤثر است (ویزه و مرادی، ۱۳۸۵). بعلاوه، امروزه پیشرفت یک اجتماع مستلزم ارتقاء کیفیت زندگی است. مطالعات کیفیت زندگی به بررسی تأثیرات تمام موضوعاتی می پردازد که باعث بالا رفتن سطح معنی زندگی و افزایش شادی و خوشی و تناسب شرایط زندگی افراد می گردد (عاملی، ابوالمعالی و میرزایی، ۱۳۹۱). اهمیت سنجش کیفیت زندگی به حدی است که برخی، بهبود کیفیت زندگی را به عنوان مهمترین هدف مداخلات درمانی نام می برند (حیدری و جعفری، ۱۳۸۷).

۱-۴- اهداف پژوهش

۱-۴-۱- هدف کلی

بررسی رابطه استرس و طرد اجتماعی با کیفیت زندگی معتادان

۱-۴-۲- اهداف کاربردی

بررسی رابطه استرس با کیفیت زندگی معتادان

بررسی رابطه طرد اجتماعی با کیفیت زندگی معتادان

۱-۵- فرضیه های پژوهش

۱-۵-۱- فرضیه ی اصلی

- استرس و طرد اجتماعی با کیفیت زندگی معتادین رابطه دارند.

۱-۵-۲- فرضیه‌های فرعی

- استرس با کیفیت زندگی معتادین رابطه دارد.
- طرد اجتماعی با کیفیت زندگی معتادین رابطه دارد.

۱-۶- متغیرهای پژوهش

پژوهش حاضر دارای سه متغیر است. کیفیت زندگی معتادان در این پژوهش وابسته به دو متغیر طرد اجتماعی و استرس است. به عبارت دیگر تغییر این دو متغیر بر میزان کیفیت زندگی معتادان اثر گذار خواهد بود.

- متغیر پیش بین: استرس و طرد اجتماعی
- متغیر ملاک: کیفیت زندگی معتادین

۱-۷- تعریف اصطلاحات و مفاهیم

۱-۷-۱- تعاریف نظری

• **استرس:** در لغت نامه آکسفورد تعریف استرس فشار است. فرهنگ جامع روانشناسی و روانپزشکی (۱۳۷۳) استرس را چنین تعریف کرده است: هر چیزی که در تمامیت زیست شناختی ارگانیسم اختلال به وجود آورد و شرایطی ایجاد کند که ارگانیسم طبیعتاً از آن پرهیز می‌کند استرس ثمره می‌شود. در تعریفی دیگر، استرس حالتی پویا و هیجان-انگیز است که فرد با یک فرصت، محدودیت یا تقاضای غیر عادی مواجه می‌شود و واکنش‌های احساسی فیزیکی و شناختی از خود نشان می‌دهد (مقیم، ۱۳۷۸).

• **طرد اجتماعی:** طرد اجتماعی مفهومی چند بعدی است که ابعاد اقتصادی- اجتماعی و سیاسی دارد. طرد، راندن به حاشیه و گسستگی از عواملی است که فرد را اجتماعی می‌کند؛ به حاشیه راندن از مدرسه، محل اصلی اجتماعی شدن، عدم پذیرش یا ناتوانی از حضور (حسینی، صفری، ۱۳۸۷). در هر گونه نظام اجتماعی، اقتصادی، سیاسی یا فرهنگی که انسجام اجتماعی شخص در جامعه را تعیین می‌کند، طرد دلالت می‌شوند. طرد اجتماعی، عمدتاً به مسائل رابطه‌ای نظیر تضعیف در پیوندهای اجتماعی، تعلق نداشتن، انزوا و گسست از شبکه‌ها و حمایت‌های اجتماعی اشاره دارد (فیروزآبادی، ۱۳۸۹).

• **کیفیت زندگی:** احساس رفاه فردی که از رضایت یا عدم رضایت وی از ابعاد مهم زندگی فرد منشأ می‌گیرد و این ابعاد شامل سلامت، عملکرد اقتصادی، اجتماعی، روانی، مذهبی، خانوادگی و رفاهی است (غلامی، ۱۳۸۸).

۱-۷-۲- تعاریف عملیاتی

- استرس: استرس عبارت است از نمره‌ای که فرد در پاسخ به پرسشنامه استرس هری^{۲۱}، (۲۰۰۵) می‌گیرد.
- **طرد اجتماعی:** طرد اجتماعی عبارت است از نمره‌ای که فرد در پاسخ به پرسشنامه مقیاس پذیرش اجتماعی کروان و مارلو^{۲۲}، ۱۹۶۰، می‌گیرد.
- **کیفیت زندگی:** کیفیت زندگی عبارت است از نمره‌ای که فرد در پاسخ به پرسشنامه کیفیت زندگی sf-۳۶ واشربون، ۱۹۹۲ می‌گیرد.

^{۲۱} HIS

^{۲۲} SDS

فصل دوم

مروری بر ادبیات تحقیق و پیشینه تحقیق

۱-۲- اعتیاد و معضلات آن

هر گاه رشد روانی فرد به موازات رشد جسمی او انجام نگیرد و شخصیت فرد تکامل نیابد، فرد در معرض و هجوم بیماری‌ها و اختلالات روانی قرار می‌گیرد و به فردی بی اراده، تلقین پذیر و بی‌عاطفه تبدیل می‌شود. در این هنگام در معرض خطر کجروی و انحراف واقع می‌شود، که اعتیاد به مواد مخدر یکی از این انحرافات می‌باشد. این گونه افراد به دلیل عدم تکوین شخصیت نمی‌توانند ارزش‌های اخلاقی را بپذیرند و به آسانی نمی‌توانند خود را به محیط سازش دهند. علاوه بر آن، دچار مشکلات احساسی و عاطفی می‌گردند. در نتیجه، زمینه مناسبی برای اعتیاد به مواد مخدر در چنین افرادی به وجود می‌آید. برای مثال، افراد عقب مانده ذهنی به دلیل اینکه خطر ناشی از اعتیاد را نمی‌دانند و شخصیت تلقین پذیری دارند، تحت تاثیر تلقین دیگران و با همنشینی افراد معتاد به طرف اعتیاد کشانده می‌شوند (داوری، ۱۳۸۱). در طول سال‌های گذشته اعتیاد بسیار فراگیر شده است و اکنون حاکی از وجود یک مشکل جدی در سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است. گسترش این روند ضربات قابل توجهی بر بنیادهای اخلاقی، اقتصادی و اجتماعی یک جامعه می‌زند و آنرا از درون دچار فساد کرده، در نهایت به انحطاط می‌کشد، این مشکل امروزه چنان خود نمایی می‌کند که هیچ کشوری نمی‌تواند خود را کاملاً از آن مصون براند. مهمترین عوارض اعتیاد عبارتند از: افسردگی، اضطراب فراموشی، روان پریشی و اختلالات مغزی، لیکن از مشکلات اجتماعی ناشی از اعتیاد می‌توان از جرایمی مثل سرقت، فحشا و خشونت، افزایش مشاغل کاذب و کاهش کارایی و تعداد بسیار زیاد خانواده‌هایی آشفته یا از هم گسیخته نام برد. از طرفی دیگر، اعتیاد با خالی کردن افراد از ارزش‌های اخلاقی و انسانی، آنها را مستعد پذیرش فرهنگ‌های پوچ و مخرب می‌نماید (حسینی، ۱۳۸۹).

در این فصل مبانی نظری پژوهش بررسی می‌گردد، که به مبحث کیفیت زندگی معتادان پرداخته می‌شود. این پژوهش استرس و طرد اجتماعی را در کیفیت زندگی معتادان مؤثر می‌داند بنابراین ابتدا مفاهیم کیفیت زندگی و پس از آن مفاهیم استرس و طرد اجتماعی در معتادان مطرح خواهد شد.

۲-۲- تعاریف و مفاهیم

۲-۱- کیفیت زندگی

۲-۱-۱- مفهوم و تعاریف کیفیت زندگی

کیفیت زندگی مفهوم جدیدی نیست. این مفهوم سابقه در فلسفه یونان دارد و ارسطو در بحث از شادکامی همچنین در دوران جدید فیلسوفانی چون کیرگه گارد^۱، ژان پل سارتر^۲ و دیگران به آن توجه داشته اند بدان اشاره کرده است (غفاری و امیدی، ۱۳۸۸). ریشه های تاریخی استفاده از عبارت کیفیت زندگی را می توان در آثار کلاسیک ارسطو که مربوط به سال ۳۳۰ قبل از مسیح است، یافت. وی در اصول اخلاقی کلاسیک از رابطه بین کیفیت زندگی هنگام شادی و ارزشهای ذهنی افراد سخن می گوید (مختاری، نظری، ۱۳۸۹).

عبارت کیفیت زندگی دوره های تاریخی زیادی را پشت سر گذاشته است و تغییرات مختلفی در مورد آن صورت گرفته است. این عبارت علایق شخصی، تجارب، احساسات، دیدگاهها و عقاید راجع به ابعاد فلسفی، فرهنگی، معنوی، روانشناسی، مالی و... زندگی روزمره را شامل می شود. علاقه مندی به بررسی عوامل موثر بر خشنودی و رفاه انسان پیشینه ای طولانی در تاریخ زندگی بشر دارد. در واقع اینکه چگونه باید و می توان زیست که بهترین منفعت را از زندگی کسب کرد. شاید به قدمت توانایی آدمی برای اندیشه در مورد آینده و عبرت گرفتن از گذشته باشد (بهمنی، ۱۳۸۹).

تا دهه ۱۹۷۰ کیفیت زندگی اساساً معطوف به انگاره های مادی و پیامد رشد اقتصادی در نظر گرفته می شد. از دهه ۱۹۷۰ در نتیجه ظهور آثار منفی حاصل از رشد اقتصادی از سویی و پیدایش نظریه توسعه پایدار از سویی دیگر، کیفیت زندگی ابعاد و پنداشتی اجتماعی تر پیدا کرد و مسایل مانند توزیع پیامدهای حاصل از رشد، حفظ منابع طبیعی و محیط زیست و... را در بر می گرفت و به طور جدی به عنوان هدف اصلی توسعه وارد مباحث برنامه ریزی شد و در دهه ۱۹۹۰ نیز آغاز بحث از کیفیت زندگی اجتماعی با تاکید بر سازه های اجتماعی همچون سرمایه اجتماعی، همبستگی اجتماعی، عدالت اجتماعی و غیره بود (غفاری، امیدی، ۱۳۸۸).

در طی ربع قرن آخر قرن بیستم تاکنون پژوهشگران متعددی در مورد کیفیت زندگی و تعادل آن با ویژگی های گوناگون انسانها اظهار نظر کرده اند. به عنوان مثال از اوایل گسترش مفهوم کیفیت زندگی، برخی صاحب نظران توسعه آتی در مراقبت از سلامت جسمانی و روانی را در گرو توجه روزافزون به راهبردهای پیشگیری اولیه با هدف توسعه کیفیت زندگی افراد دانستند (مختاری، نظری، ۱۳۸۹).

علی رغم وسعت کاربرد مفهوم کیفیت زندگی در زبان عام و رشته های علمی مختلف، تاکنون هیچ تعریف دقیق و مطلق از این مفهوم ارائه نشده و به علت طبیعت ذهنی و ناملموس آن تعاریف متعددی از این مفهوم به عمل آمده است، تعاریف و

^۱ Curge Guard

^۲ Jean-Paul Sartre

توضیحات متعددی که از کیفیت زندگی به عمل آمده، حاوی مضامین گوناگونی است که بعضی از آنها دامنه گسترده‌ای داشته و حتی بعضی از این تعاریف مشابه یکدیگر نیستند. برای مثال برخی از این مفاهیم در کتب گوناگون به شکل زیر آمده:

رضایت، خشنودی، اصول و نکته های اخلاقی، توجیه احساسات و عواطف مثبت، احساسات و عواطف متعادل ارزیابی شناخت و درک سلامت، احساس خوب بودن روانی و ذهنی (میلر، ۲۰۰۶).

در حال حاضر اتفاق نظر چندانی در زمینه‌ی چستی مفهوم کیفیت زندگی وجود ندارد. این مفهوم در حوزه‌های متفاوت علمی با برداشت‌های متفاوت در حال حاضر به کار برده می شود. در این جا به تعدادی از این تعاریف اشاره می شود:

- کالمن^۱ می گوید که کیفیت زندگی گستردگی و انبساط امید و آرزو است که از تجارب زندگی ناشی می شود (کالمن، ۱۹۸۴).
- فرانس و پاورس می نویسند: « کیفیت زندگی، ادراک فرد از رفاه است که به نظر می رسد از رضایت یا عدم رضایت در حیطه‌های اصلی زندگی ناشی می شود (فرانس و همکاران، ۱۹۸۵).
- سازمان بهداشت جهانی^۲ نیز کیفیت زندگی را این گونه تعریف می کند: « ادراک افراد از موقعیتشان در زندگی، در متن فرهنگ و نظام‌های ارزشی که در آن زندگی می کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، ارتباطات و نیازهایشان است (نل، ۱۹۹۳).

۲-۱-۲- تاریخچه مفهوم کیفیت زندگی

عبارت کیفیت زندگی دوره های تاریخی زیادی را پشت سر گذاشته است و تغییرات مختلفی در مورد آن صورت گرفته است. این عبارت علایق شخصی، تجارب، احساسات، دیدگاهها و عقاید راجع به ابعاد فلسفی، فرهنگی، معنوی، روانشناسی، مالی و... زندگی روزمره را شامل می شود. علاقه مندی به بررسی عوامل موثر بر خشنودی و رفاه انسان پیشینه‌ای طولانی در تاریخ زندگی بشر دارد. در واقع اینکه چگونه باید و می توان زیست که بهترین منفعت را از زندگی کسب کرد. شاید به قدمت توانایی آدمی برای اندیشه در مورد آینده و عبرت گرفتن از گذشته باشد. (بهمنی، ۱۳۸۹).

کیفیت زندگی در حدود ۴۰ سال پیش در آمریکا معرفی شد و علوم اجتماعی پرچمدار روح و سنجش آن شد. در اواخر قرن ۲۰ موضوع کیفیت زندگی در علوم اجتماعی بیشتر مورد توجه و اهمیت قرار گرفت و در سال ۱۹۵۵ با تاسیس جامعه بین المللی برای تحقیق درباره کیفیت زندگی، اینگونه تحقیقات نهادینه شدند (مختاری، نظری، ۱۳۸۹). در آن دوران ارسطو زندگی خوب را به معنی شاد بودن در نظر گرفته است، لیکن در عین حال به تفاوت مفهوم شادی در افراد مختلف پرداخته است و ذکر نموده،

^۱ calman

^۲ The World Health Organization

سلامتی که باعث شادی در یک فرد بیمار می‌شود با ثروتی که فرد فقیر را شاد می‌کند یکسان نیست و به طور مشخص بیان نموده است که شادی نه تنها برای افراد مختلف معنای متفاوتی دارد بلکه برای یک فرد نیز در شرایط متفاوت معنی یکسان نخواهد داشت. به هر حال در آن زمان شادی و شادمانه زیستن معادل با آنچه که امروزه کیفیت زندگی نام دارد تلقی می‌شد ولی اصطلاح کیفیت زندگی تا قرن بیستم مورد استفاده قرار نگرفته بود به مرور زمان محققان متوجه شدند که کیفیت زندگی می‌تواند از پیامدهای پر اهمیت در ارزیابی سلامت باشد، چنانچه تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت به این نکته تاکید دارد. از موضوعات مهمی که در حوزه علوم بالینی و بهداشتی از اهمیت بسیاری برخوردار است به اندازه گیری سطح سلامتی است. از آنجا که در دهه های اخیر سلامتی مفهومی وسیع تلقی می شود، لذا امروزه در اندازه گیری سلامت در نظر داشتن ابعاد چندگانه سلامتی و به بیان دیگر کیفیت زندگی بیش از پیش مطرح گردیده و اندازه گیری آن به عنوان پیامدی از سطح سلامت در حوزه علوم بهداشتی کاربرد گسترده ای یافته است. در حال حاضر تاکید زیادی بر به کارگیری سنجش های وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی وجود داشته و اخیرا این گونه ابزارها به گونه فزاینده ای در تحقیقات اپیدمیولوژیک و مطالعات جمعیتی به کار برده می شوند (سپینگتون^۱، ۱۳۸۲).

۲-۱-۳- دیدگاه صاحب نظران

ارسطو سعادت بشری را در کسب حداکثر فضیلت از راه رعایت اصول اخلاقی و التزامهای حفظ سلامت جسمانی حتی به قیمت صرف نظر کردن از مسیر لذت، میسر می دانست. در حالیکه *اپیکور*^۲ معتقد بود که کسب حداکثر لذت و دوری از هرگونه رنج، راز نیل به سعادت بشری است. اگر چه بسیاری از محققین معتقدند که فضای کنونی حاکم بر فلسفه غرب متأثر از جریان فکری دوم است. لیکن مایه های فکری هر دو تفکر نشان دهنده ی تلاش برای مفهوم سازی و قابل اندازه گیری کردن چگونگی زندگی افراد است. (مختاری، نظری، ۱۳۸۹)

فرل و مرایزدام و ونیزل^۳ نظریه ای از کیفیت زندگی ارائه کردند طبق نظریه آنها کیفیت زندگی عبارت از پیشگیری و آرام ناراحتی روانی و جسمی. حفظ عملکرد روانی و جسمی و داشتن چهار چوب حمایتی، طبق این نظریه کیفیت چهار بعد دارد بهزیستی جسمی، بهزیستی روان شناختی، بهزیستی اجتماعی، بهزیستی معنوی. (هاشمی، ۲۰۰۹)

سلا^۴ کیفیت زندگی را در نظریه اش این طور تعریف می کند، ارزیابی فرد از رضایتش با سطح حاضر عملکردش با آنچه که او به عنوان سطح ممکن یا ایده آل عملکرد، درک می کند. کیفیت زندگی ۴ بعد دارد بهزیستی جسمی، بهزیستی عملکردی، بهزیستی هیجانی و بهزیستی اجتماعی. البته نظریه او درباره کیفیت زندگی بیماران است.

^۱ Sapington

^۲ Epicurus

^۳ Ferrell and Mrayzdam and Venizel

^۴ Sela

زن^۱ معتقد است کیفیت زندگی درجه ی رضایت فرد از تجارب زندگی اش است. طبق دیدگاه او ابعاد کیفیت زندگی عبارتند از: مفهوم خود، عملکرد سلامتی، بهزیستی روان شناختی، بهزیستی جسمانی، بهزیستی اجتماعی و عوامل اجتماعی اقتصادی کیفیت زندگی به عنوان یک بحث علمی در ۱۰ سال گذشته توجه افراد زیادی را به خود معطوف کرده است. (کاظم، ۱۳۸۳).

شالوک^۲ معتقد است که علاقه به بحث کیفیت زندگی به لحاظ تاریخی از ۴ زمینه ریشه می گیرد:

۱. بازنگری در این باور که پیشرفت های علمی و پزشکی و تکنولوژیک به تنهایی می تواند خوشبختی و بهزیستی بشر را فراهم کنند و در عوض توجه به این مسأله که احساس بهزیستی شخصی، خانوادگی و اجتماعی در صورتی تحقق می یابد که پیشرفت های مذکور با ارزشها، ادراکات و شرایط محیط زیست مساعدی همراه شوند.
۲. تغییر نگرش از خدمات مبتنی بر اجتماع به سبب سنجش نتایج و پیامدهای زندگی فرد در اجتماع
۳. افزایش قدرت مصرف کنندگان و شکل گیری جنبش های تأمین کننده حقوق بیماران و تاکید این جنبشها بر برنامه ریزی شخص محور، توجه به پیامدهای شخص برنامہ های رفاهی و دولتی و توجه به حق تعیین سرنوشت خود و غیره.
۴. پیدایش تغییرات جامعه شناختی که جنبه های عینی و ذهنی کیفیت زندگی را معرفی کرد و ویژگیهای فردی و شخصی این مفهوم را مورد تاکید قرار داده است. (ربانی، کیانپور، ۱۳۸۶)

جان راولز^۳ فیلسوف علم اخلاق در خصوص مفهوم عدالت اجتماعی به عنوان یکی از مولفه های کیفیت زندگی اینگونه استدلال کرد: همانگونه که حقیقت اساس مکتب های فکری است، عدالت نیز اساس اولیه نهادهای اجتماعی می باشد. این نظریه هر چند دقیق و مقرون به صرف باشد اما حقیقت نداشته باشد باید رد یا تجدید نظر شود. هم چنین اگر قوانین و نهادها کارآمد و سازمان یافته باشد اما در آنها عدالت لحاظ نشده باشد، باید منسوخ شوند. وی با استفاده از تفکر فایده گرایانه عنوان می کند: نکته اصلی این است که جامعه کاملاً منظم و عدالت در آن برقرار است. اگر نهادهای عمده آن زمینه دستیابی سیاستمداران و تصمیم گیرندگان جامعه را فراهم کنند تا بتوانند از میان راهکارها و نتایج مختلف وضعیت تندرستی، انتخاب خود را انجام دهند و آنها را با هزینه های معادل مقایسه کنند تا رفاه مورد انتظار شهروندان را افزایش دهند در این صورت پژوهش های مربوط به این امر نباید تنها به پارامترهای پزشکی محدود گردند بلکه باید پارامترهای اقتصادی و اجتماعی را نیز شامل شوند. راولز با این دیدگاه خود باعث بروز اعتراضات سیاسی و اخلاقی زیادی شد. هر چند نمی توان عدالت را تضمین کرد اما با توجه به محدودیت منابع باید حداقل خدمات را به افراد جامعه ارایه داد (مختاری و نظری، ۱۳۸۹)

میلر^۴ برای دستیابی به مفهوم کیفیت ۴ طریق زیر را بیان نمود:

^۱ zen

^۲ Shalvk

^۳ John Rawls

^۴ Miler

- ۱- از طریق تعریف خشنودی، زیرا این مضمون منعکس کننده تجربه ی افراد و جنبه های عاطفی شخصیت شان است.
- ۲- از طریق تعریف رضایت مندی، زیرا این مضمون منعکس کننده تجربه ی افراد و جنبه های عاطفی شخصیت شان است.
- ۳- از طریق تعریف ادراک خویشتن، چون این مفهوم توقعات شخصی و رشد فکری افراد را نشان می دهد (کوهن، ۲۰۰۶).

نورون فلت^۱ کیفیت زندگی را به شکل خشنودی توصیف نمود. به نظر وی سنجش خشنودی افراد از طریق بررسی تجربه افراد از میزان حصولشان به آمال و آرزوهایشان انجام پذیر است و بر همین اساس این تجربه ممکن است برای افراد دیگر همان معنی و مفهوم را نداشته باشد. خصوصیات ضروری زیر برای تعریف و تشخیص خشنودی در نظر گرفته شده است:

- ۱- قالب و چهارچوبی کامل و تمام داشتن. احساس خشنودی باید به طور کامل در تمامی جنبه های احساسی به شکل آگاهانه و عمقی و نه به طور منطقی نفوذ نماید.
- ۲- با دوام و ثابت بودن احساس خشنودی باید به طور ثابت در تمامی طول زندگی افراد پایدار باقی بماند. به این معنا که هر گاه از فرد سوال شود که آیا از زندگی اش خشنود است همواره پاسخش مثبت باشد.
- ۳- عقلانی بودن. احساس خشنودی نباید تنها به شکل عاطفی باشد بلکه از آن مهمتر، این احساس باید با عناصر عقلانی و ادراکی نیز عجین باشد.
- ۴- لمس کل زندگی. احساس خشنودی باید شامل تمام جنبه های زندگی بوده و تنها به یک بخش آن محدود نباشد (کوهن^۲، ۲۰۰۹).

۲-۲-۱-۴- ابعاد کیفیت زندگی

ابعاد کیفیت زندگی به مجموعه ای از عوامل اطلاق می شود که بهزیستی شخصی را تشکیل می دهند. به اعتقاد برخی محققان، تعداد ابعاد مورد بررسی کیفیت زندگی خیلی مهم نیست، آنچه اهمیت دارد این است که هر مدل پیشنهادی بتواند برای سنجش کیفیت زندگی یک چارچوب چند بعدی ارائه می دهد، به اینکه چه چیز هایی برای مردم در تعیین کیفیت زندگی شان مهم است پردازد و شاخص هایی اسامی هر بعد را در کنار سایر ابعاد، در کل نماینده مفهوم کیفیت زندگی بداند.

یکی از تعاریف جامعی از کیفیت زندگی ارائه شده است ۵ بعد زیر را به عنوان ابعاد کیفیت زندگی ارائه می دهد:

- ۱- قلمرو فیزیکی، شامل سلامت بدن

^۱ Felt neurons

^۲ Cohen

- ۲- قلمرو روانی و عاطفی، شامل احساس رضایت از زندگی، احساس خوب بودن و عملکرد فکری و عقلانی
 - ۳- قلمرو اجتماعی، شامل تماس اجتماعی و ارتباط مناسب با دیگران به طور عام و با خانواده و همسر به طور خاص
 - ۴- قلمرو رفتاری، شامل ظرفیت و پذیرش مراقبت از خود و انجام کار و فعالیت
 - ۵- قلمرو مادی، شامل وضعیت اقتصادی و مالی فرد و به طور کلی درک فرد از رضامندی در زندگی (کوهن، ۲۰۰۶).
- به طور کلی کیفیت زندگی در چهار چوب ۶ گروه دسته بندی می شود: ابعاد فیزیکی، ابعاد روانشناسی، سطوح عدم وابستگی، روابط اجتماعی، محیط و ابعاد اشتیاقی یا تمایلی، که هر یک از این ابعاد خود به چند زیر شاخص تقسیم می شود.
- در عین حال ابعاد محیطی، اجتماعی و اقتصادی در بر گیرنده سه پایه اصلی کیفیت زندگی هستند که نشان دهنده بستر یا زمینه قابلیت زندگی و پایداری هستند (فرجی ملایی، ۱۳۸۹).
- سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸) ابعاد کیفیت زندگی را به چهار بعد کارکرد جسمانی، کارکرد روانی، کارکرد اجتماعی و کارکرد محیطی تقسیم نموده است.
- کارکرد جسمانی به دریافت فرد از توانایی هایش در انجام فعالیت ها و وظایف روزانه که نیاز مصرف انرژی دارد اشاره می کند و می تواند در بر دارنده مقیاس هایی چون تحرک، توان و انرژی، درد و ناراحتی، خواب و استراحت و ظرفیت توان کاری باشد.
 - کارکردهای روانی جنبه های روحی مانند افسردگی، ترس، عصبانیت، خوشحالی و آرامش را در بر می گیرد. بعضی از زیر گروه های این بعد عبارتند از تصویر از خود، احساس مثبت، احساس منفی، اعتقادات مذهبی، فکر کردن، یادگیری، حافظه و تمرکز حواس .
 - کارکرد اجتماعی و محیطی به توانایی برقرار کردن ارتباط با اعضای خانواده، همسایگان، همکاران و سایر گروه های اجتماعی و نیز وضعیت شغلی و شرایط اقتصادی کلی مربوط می شود.
- یکی از اختلافات مهمی که بین متخصصین کیفیت زندگی وجود دارد دیدگاه آنها در رابطه با ذهنی یا عینی بودن این مفهوم است. بر همین اساس می توان محققین کیفیت زندگی را به سه دسته تقسیم کرد. دسته اول کسانی هستند که فقط به بُعد ذهنی کیفیت زندگی توجه دارند. این ها در کارهای خود یا بُعد عینی کیفیت زندگی را لحاظ نمی کنند و یا آن را از لحاظ اهمیت در سطح بسیار پایینی قرار می دهند. دسته دوم کسانی هستند که برخلاف دسته اول کیفیت زندگی را از لحاظ عینی بررسی می کنند البته تعداد این افراد در قیاس با گروه اول بسیار کم است. اما دسته سوم که به نظر روز به روز بر تعداد آنها افزوده می شود کسانی هستند که دید جامع تری نسبت به این مفهوم داشته و معتقدند که کیفیت زندگی را باید از دو بُعد عینی و ذهنی مورد بررسی قرار داد (غفاری، کریمی و نوذری، ۱۳۹۱).

۲-۱-۴-۱- کیفیت زندگی به مثابه سازه‌ای ذهنی

کیفیت زندگی به احساسات، انتظارات، اعتقادات و پنداره‌های فرد بستگی دارد. بدین معنا که حتما باید توسط خود شخص، براساس نظر او و نه فرد جایگزین تعیین گردد. لذا در مطالعات کیفیت زندگی ارزیابی خود فرد از سلامت و یا خوب بودنش عامل کلیدی می‌باشد (نازنجات، ۱۳۸۷؛ رستمی و صالحی، ۱۳۷۸). پترا بونک^۱ (۲۰۰۷) برای بررسی کیفیت زندگی به بُعد ذهنی این موضوع یعنی رضایت از زندگی توجه دارد. او معتقد است که کیفیت زندگی یک جامعه در واقع انعکاس ذهنی افراد جامعه در زمینه رضایت از زندگی است. کامنس کیفیت زندگی ذهنی را به عنوان یک مفهوم چند بُعدی تعریف کرده است. به نظر او کیفیت زندگی شامل هفت حوزه زندگی می‌شود که هر کسی بر حسب اهمیتی که هر حوزه برای او دارد آن را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. لذا این هفت حوزه وزن‌های مختلفی از دید مردم پیدا می‌کنند. این هفت حوزه که از آن به عنوان شاخص‌های کیفیت زندگی یاد می‌کند شامل موارد زیر است. ۱- بهزیستی جسمانی^۲ - بهداشت^۳ - بهره‌وری^۴ - صمیمیت^۵ - امنیت^۶ - اجتماع^۷ - بهزیستی عاطفی^۸ (چیپور و همکاران^۹، ۲۰۰۲). شوسلر و فیشر^{۱۰} (۱۹۸۵) معتقدند که جنبه ذهنی کیفیت زندگی معمولا برای بیان بیان حالت‌های وابستگی و رضایت به کار می‌رود مانند حس شخصی از رفاه، رضایت یا ناراضایتی از زندگی یا خوشحالی و ناراحتی.

سازمان بهداشت جهانی نیز کیفیت زندگی را اینگونه تعریف می‌کند؛ درک افراد از جایگاه‌شان در زندگی با توجه به بافت فرهنگی و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کنند. در این حالت درک افراد از زندگی در ارتباط با اهداف، انتظارات، ملاکها و عقایدشان می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی مفهوم وسیعی از کیفیت زندگی را مدنظر قرار می‌دهد که این مفهوم تلفیقی از سلامت فیزیکی، وضعیت روانشناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی، اعتقادات فردی و ارتباط این عوامل با ویژگی‌های محیطی می‌باشد (کارگروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۳). این تعریف از کیفیت زندگی نشان می‌دهد که این مفهوم جنبه ذهنی داشته و در بافت فرهنگی، اجتماعی و محیطی محاط می‌باشد. به عنوان یک تجربه ذهنی، کیفیت زندگی ارزیابی درکی فرد از وقایع و پاسخ عاطفی^{۱۱} به این وقایع را شامل می‌شود (چیپور و همکاران، ۲۰۰۲). افکاس و مارون^{۱۲} معتقدند که رفاه ذهنی وسیله‌ای برای شناسایی کیفیت زندگی است. آنان جنبه‌های ذهنی، روانی و فیزیکی شخصیت انسان را مورد بررسی قرار داده و

^۱ Petra Böhnke

^۲ Material well being

^۳ health

^۴ productivity

^۵ intimacy

^۶ safety

^۷ community

^۸ emotional well being

^۹ Chipuer and et al

^{۱۰} Schusler and Fisher

^{۱۱} affective

^{۱۲} Efficace and Marrone

تأثیرات این ابعاد را روی بخش ذهنی کیفیت زندگی لحاظ می‌کنند. فاکتورهای عینی مانند درآمد، مسکن و آموزش برخلاف ویژگیهای ذهنی نقش کمتری را در بحثهای مربوط به کیفیت زندگی در تحقیقات افکاس و مارون دارند (لیندا و دیانا، ۲۰۰۵). در این نگاه کیفیت زندگی را با سنجش احساسهای ذهنی شخص از خشنودی درباره جنبه‌های گوناگون زندگی می‌توان ارزیابی کرد (شیخاوندی ۱۳۸۸). بیشتر روانشناسان طرفدار استفاده از مفهوم ذهنی کیفیت زندگی بوده و معتقدند که رفاه هر فرد یا گروه از افراد دارای اجزای عینی و ذهنی است. اجزای عینی رفاه یا بهزیستی با آنچه که به طور معمول به عنوان استاندارد زندگی یا سطح زندگی نامیده می‌شود، ارتباط دارد و اجزای ذهنی آن به کیفیت زندگی اطلاق می‌شود (غفاری، کریمی و نوذری، ۱۳۹۱).

۲-۱-۲-۴- کیفیت زندگی به مثابه سازه‌ای عینی

در مقابل دسته اول که بُعد ذهنی کیفیت زندگی را لحاظ می‌کنند. گروه دیگری نیز هستند که بحث خود را بیشتر بر روی جنبه عینی این مفهوم متمرکز کرده‌اند. اگرچه تعداد این محققین زیاد نیست ولی رویکردی متفاوت از دیگران را در پیش گرفته‌اند. کسانی همانند مازلو و مک‌کال^۱ کیفیت زندگی را از بُعد عینی مورد بررسی قرار داده و معتقدند با لحاظ کردن جنبه‌های عینی کیفیت زندگی بهتر می‌توان به تحلیل این مفهوم پرداخت. این دو طرفدار استفاده از شاخص‌های عینی منطبق با هر فرهنگ برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی هستند (غفاری و امیدی، ۱۳۸۸).

۲-۱-۲-۳- کیفیت زندگی به مثابه سازه‌ای ترکیبی

رویکرد سوم تلاش می‌کند تا با ترکیب دو رویکرد یاد شده دید جامع‌تری در رابطه با کیفیت زندگی مطرح کند. نقطه شروع این کار را می‌توان در طبقه‌بندی فرانس دید. فرانس (۱۹۹۲) معتقد است که از لحاظ مفهومی، کیفیت زندگی هم جسمی است و هم ذهنی ولی جنبه ذهنی آن غلبه دارد. فرانس کیفیت زندگی را ادراک فرد از رفاه خود می‌داند و معتقد است که اگر درک فرد از کیفیت زندگی‌اش کاهش یابد سایر ویژگیهای او تحت تأثیر قرار گرفته و باعث تحلیل آنها و در نهایت افت کیفیت زندگی می‌شود. اگرچه از لحاظ وسعت مفاهیم بررسی شده در زمینه کیفیت زندگی، فرانس را جزو طبقه سوم به حساب می‌آورند یعنی جزو اندیشمندانی که کیفیت زندگی را هم از بُعد عینی بررسی کرده‌اند و هم از بُعد ذهنی. ولی بررسی کارهای او (فرانس، ۱۹۹۲، ۱۹۹۶) نشان می‌دهد که بیشتر این کارها متمرکز بر بُعد ذهنی کیفیت زندگی است و بخش عینی این مفهوم بازنمایی مناسبی به مثابه کارهای انجام شده توسط فیلپس^۲ را نشان نمی‌دهد. فیلپس در زمینه کیفیت زندگی به بررسی این مفهوم در ابعاد فردی و

^۱ McCall

^۲ Phillips

جمعی با استفاده از مؤلفه‌های عینی و ذهنی پرداخته است. از دید فیلیپس لازمه کیفیت زندگی فردی در بُعد عینی، نیازهای اساسی و برخورداری از منابع مادی جهت برآوردن خواسته‌های اجتماعی شهروندان است و در بُعد ذهنی به داشتن استقلال عمل در موارد زیر اشاره دارد:

- ۱- افزایش رفاه ذهنی شامل لذت‌جویی، رضایتمندی، هدفداری در زندگی و رشد شخصی.
- ۲- رشد و شکوفایی در مسیر سعادت و دگرخواهی.
- ۳- مشارکت در سطح گسترده‌ای از فعالیت‌های اجتماعی. کیفیت زندگی در بُعد جمعی آن بر ثبات و پایداری محیط فیزیکی و اجتماعی، منابع اجتماعی درون گروه‌ها و جوامعی که در آن زندگی می‌کنند شامل انسجام مدنی، هم‌کوشی و یکپارچگی، روابط شبکه‌ای گسترده و پیوندهای موقتی در تمامی سطوح جامعه، هنجارها و ارزش‌هایی اعم از اعتماد، نوع دوستی و رفتار دگرخواهانه، انصاف، عدالت اجتماعی و برابری طلبی تاکید دارد (فیلیپس، ۲۰۰۶).

توجه روز افزون به کیفیت زندگی به عنوان سازه‌ای ترکیبی باعث شده که بر تعداد قلمروها یا حوزه‌های مطالعاتی این سازه افزوده شود. هَکِر^۱ در تحقیقات خود در رابطه با بیماریهای سرطانی سه قلمرو را برای کیفیت زندگی نام می‌برد که شامل قلمروهای فیزیکی، روانی و اجتماعی است (لیندا و دیانا^۲، ۲۰۰۵). در زمینه ابعاد کیفیت زندگی، لیبی معتقد است که سه حوزه محیطی، اجتماعی و اقتصادی سه ستون اصلی کیفیت زندگی هستند که می‌توانند برای تشخیص مفهوم زندگی مناسب و پایدار و همچنین برای توضیح معنای کیفیت زندگی مورد استفاده قرار گیرند (لی^۳، ۲۰۰۶). بونک^۴ (۲۰۰۷) سه حوزه مهم که به بررسی کیفیت زندگی می‌پردازند را شامل روانشناسی، جامعه‌شناسی و اقتصاد می‌داند. روانشناسی ویژگی‌های شخصیتی را بر رفاه و بهزیستی ذهنی مؤثر می‌داند. جامعه‌شناسی بر نقش الگوها و عوامل اجتماعی و جمعیتی بر رفاه و بهزیستی ذهنی تأکید دارد، و نهایتاً اقتصاد نقش درآمد را در رفاه و بهزیستی ذهنی مهم‌تر از سایر حوزه‌ها می‌داند. با توجه به مباحث مطرح شده در زمینه کیفیت زندگی می‌توان سه ویژگی مهم برای این سازه برشمرد. این ویژگیها شامل چند بُعدی بودن کیفیت زندگی، ذهنی بودن آن و پویایی این سازه می‌باشد (غفاری، کریمی و نوذری، ۱۳۹۱).

۲-۱-۵- عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی

- **رضایت فردی:** اگر یک حوزه را به عنوان مهمترین حوزه کیفیت زندگی در نظر بگیریم، آن حوزه رضایت عمومی فرد از زندگی است رضایت فردی بخش اعظم مطالعات کیفیت زندگی در امریکا برای بیش از ۴ دهه بوده است.

^۱ Hacker

^۲ Lynda & Diana

^۳ Lee

^۴ Böhnke

عوامل محیط فیزیکی استاندارد محیط فیزیکی یکی از عوامل مهم در تحقیقات کیفیت زندگی است. کیفیت محل زندگی بوسیله مساحت مسکن، وجود یا عدم وجود امکانات اولیه نظیر دستشویی داخل منزل، آب گرم، گرمایش منزل و ... ارزیابی می شوند.

- **عوامل محیط اجتماعی:** شبکه های حمایتی خانواده و اجتماع به عنوان یکی از جنبه های بنیادی محیط اجتماعی چه در جوامع اولیه و چه تا به امروز وجود داشته است. این موضوع نه تنها اهمیت شبکه های اجتماعی و خانوادگی را در ساختار اجتماعی ما نشان می دهد بلکه توجه سیاستگذاران مراقبت های اجتماعی را نیز جلب کرده است.

- **عوامل اقتصادی اجتماعی:** با برتر دانستن فرهنگ مصرف جهانی و پاسخ افراد به این فرهنگ، درآمد و ثروت به عنوان عوامل اساسی موثر بر کیفیت زندگی افراد تلقی می شود. به این معنی که لیست ضروریات اولیه زندگی در حال افزایش است.

- **عوامل فرهنگی:** در علوم اجتماعی تفاوت های فرهنگی منبعث از پایگاه های اجتماعی متفاوت منتسب به سن، جنس، موقعیت طبقاتی، پیشینه قومی و مذهبی افراد را شناسایی و بررسی می کنیم. زمانی که در حال ذهنی کردن مفهوم کیفیت زندگی هستیم این عوامل (سن، جنس و...) اغلب به صورتی مشابه و یکنواخت بنظر می رسند، اما در واقع این عوامل به همان اندازه که تفاوت های فردی را در داخل گروه های اجتماعی و فرهنگی بازتاب می کنند، در بین گروه ها نیز مبین این تفاوت ها هستند.

- **عوامل وضعیت سلامتی:** از ناتوانی و بیماری به عنوان ویژگی های زندگی آینده و از مرگ به عنوان رخدادی حتمی نام برده می شود. مشخص شده است که بین سلامت جسمانی، توانایی عملکردی و سلامت روان با کیفیت زندگی رابطه معنی داری وجود دارد.

- **عوامل شخصیتی:** شخصیت و ساخت روان شناختی یک فرد اغلب مستقیماً مرتبط با سلامت روان او است. عوامل شخصیتی به صورت غیر مستقیم از طریق تاثیر بر سلامت روان بر کیفیت زندگی افراد تاثیر می گذارد.

- **عوامل استقلال فردی:** عوامل استقلال فردی مرتبط با عوامل شخصیتی اما مستقل از محیط فیزیکی و اجتماعی می باشند. عوامل استقلال فردی شامل توانایی تصمیم گیری، کنترل فردی، کنترل یا بحث پیرامون محیط فیزیکی و اجتماعی متعلق به آنها می باشد (بوندر، کورنر، ۱۳۸۹).

۲-۱-۶- اعتیاد و کیفیت زندگی

امروزه اعتیاد از جمله مشکلاتی است که در تمام کشورهای جهان قربانی های بی شماری داشته و آسیب های جدی به بنیان خانواده و جامعه رسانده است که رفع این مشکلات هزینه های سرسام آوری را بر دوش جوامع و دولت ها می گذارد. با توجه به اثرات سوء جسمانی، روانی، اجتماعی و اقتصادی که اعتیاد بر فرد مصرف کننده و اطرافیان تحمیل می نماید، امکان کاهش سطح

کیفیت زندگی وجود دارد. 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 به عنوان یک مقیاس معتبر جهت ارزیابی پیامد روش‌های درمانی و خدماتی که به افراد آسیب دیده ارائه شده است، می‌باشد. لازم است، در جمعیت معتادان، که روش‌های گوناگون درمانی را جهت پرهیز مواد تجربه می‌کنند، به ویژه انجمن معتادان گمنام، کنگره ۶۰ و معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون، که عمده روش‌های درمان اعتیاد در کشور هستند، این ارزیابی به عمل آید (زاهدی اصل و نعمت ساعتلو، ۱۳۹۴). امامی پور و همکاران (۱۳۸۸) نیز بیان داشتند که به طور کلی، اعتیاد بر کیفیت زندگی افراد تاثیر گذار بوده و اغلب معتادین دارای کیفیت زندگی پایین هستند. پایین بودن کیفیت زندگی خانواده‌های معتادین و کمبود امکانات لازم برای برآورده ساختن نیازهای مختلف روحی و جسمی، افراد را به سمت مصرف مواد سوق می‌دهند. پژوهش مولر^۱ و همکاران (۱۹۹۴) نیز نشان داد که بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد خلق ضعیف تر، نشانه‌های جسمانی بیشتر و کیفیت زندگی پاینتری دارند. بهبود کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم وسیع اخیراً یکی از مهمترین اهداف درمانی به شمار می‌رود.

بیماری‌ها و اختلالات مزمن، مانند ایدز و اعتیاد به تنهایی یا با یکدیگر مدام در زندگی مبتلایان بحران ایجاد می‌کنند و می‌توانند منجر به کاهش کیفیت زندگی آن‌ها در ابعاد مختلف روانی و جسمانی شوند (پریوو اسپیر، ۲۰۰۷؛ بیزاری و همکاران، ۲۰۰۵؛ شار و اجهاگن، ۲۰۰۳). گروه آمار و کامپیوتر مرکز مبارزه با مواد مخدر (۱۳۷۷) بیان می‌کند نزدیک به ۹۰٪ افراد معتاد به ترکیبات افیونی دچار نوعی اختلال روانی هستند که در این بین افسردگی، اختلال شخصیت ضداجتماعی و اضطراب از اهمیت بیشتری برخوردار هستند. گزارش شده است حدود ۵۱٪ از کسانی که وابستگی به ترکیبات افیونی دارند حداقل یک بار سعی کرده‌اند خودکشی کنند. بعلاوه، پژوهش حیدری و محمودی (۱۳۸۷) نشان می‌دهد بیش از ۵۰٪ معتادین علاوه بر اعتیاد مرتکب جرایم دیگری از قبیل سرقت و سایر انحرافات نیز شده‌اند.

۲-۲-۲- استرس

۲-۲-۲-۱- تعریف استرس (تنیدگی)

استرس و تنیدگی از اصطلاحاتی است که تعریف دقیقی درباره آن ارائه نشده است و در اکثر مواقع استرس را با تنیدگی یکی می‌دانند. توجه به یک نکته در تعریف استرس و اضطراب حائز اهمیت است و آن در نظر گرفتن علل ایجاد کننده آن‌ها است. استرس معمولاً در جواب به یک رخداد و واقعه بیرونی ایجاد می‌شود، غالباً این اتفاق کوتاه و گذرا می‌باشد، مثلاً استرس بعد از مرگ یکی از نزدیکان و یا استرس بعد از امتحان و... اما اضطراب را باید حالتی فراگیر و نامطلوب از مجموعه عواملی دانست که فرد را مدت‌ها است گرفتار خود کرده است مثلاً اضطراب‌های ناشی از روش زندگی نامطلوب، و یا اضطراب‌های به وجود آمده

^۱ Muller

برای کودک در اثر روش‌های تربیتی غلط و... . لازاروس (۱۹۹۱) به استرس (تنیدگی) به عنوان یک وضع برونی که خواست‌های غیرمعمول و فوق‌العاده را بر شخص تحمیل می‌کند توجه کرده است. سیل، توفان، ناتوانی در یک امتحان مهم، جدایی از همسر، از نمونه‌های بارز استرس (تنیدگی) هستند (جهان بزرگی و نوری، ۱۳۸۴). در تعریف فوق استرس و تنیدگی ناشی از رخدادی بیرونی که به وجود آورنده حالت‌های غیر معمول و تنش زا می‌باشند تعریف شده است. مک گراث^۱ (۱۹۷۱)، سه لای (۱۹۷۱)، کلمن (۱۹۷۶)، استرس را پاسخ فیزیولوژیک یا روان شناختی به خواسته، چالش، یا تهدید تعریف کرده‌اند که مسبب برانگیختگی یا تغییر قابلیت‌های شخص برای کنار آمدن با این گونه عوامل می‌شود همچنین گفته‌اند که استرس (خواست سازگار کننده) یا تعدیل کننده است (واعظی، ۱۳۸۲). تعریفی را که آنان ارائه داده‌اند در بر گیرنده چند خصوصیت می‌باشد و آن اینکه، آن‌ها استرس را ناشی از رخدادی بیرونی دانسته و نتیجه این رخداد را، کاهش در قابلیت‌ها و توان‌های موجود در شخص می‌دانند. از طرفی استرس را وضعیتی نابهنجار تلقی نکرده بلکه آن را همانند نشانه و علامتی در برانگیختن شخص در جهت تغییر علل استرس می‌دانند.

هانس سلیه^۲ (۱۹۵۶-۱۹۷۶)، استرس را به استرس منفی و مثبت تقسیم کرده است. در اغلب موارد استرسی که هنگام ازدواج تجربه می‌شود استرس مثبت و استرسی که هنگام مراسم تدفین تجربه می‌شود استرس منفی است و استرس منفی معمولاً صدمه بیشتری وارد می‌کند (باچر، مینکا و هولی^۳، ۱۳۹۰). از نکات قابل تأمل در تعریف استرس اشاره به اینست که استرس بازتاب برخوردی نامناسب در مواجهه با علل استرس زا می‌باشد. فردی دچار استرس می‌شود که در برخورد با وقایع و اتفاقات به وجود آمده، برخوردی مناسب را در پیش نمی‌گیرد. چنین فردی در کنار آمدن با حوادث و بحران‌های روی داده به شیوه ای ضعیف و نامناسب عمل کرده و خود را در معرض استرس قرار می‌دهد.

۲-۲-۲-۲- نظریه‌های مربوط به استرس

نظریه تکوین و تعامل کاژ^۴: در بدن سالم، همیشه باید توازن ظریف و پیچیده‌ی اعمال دو دستگاه سمپاتیک و پاراسمپاتیک حفظ شود. شلیک با شروع فعالیت دستگاه سمپاتیک باید به زودی با فعالیت افزایش یابد و با پاراسمپاتیک جبران شود. برای اینکه رگ‌های خونی و غدد صدمه نبینند، نباید هیچ یک از دستگاه‌ها انرژی خود را به مدت طولانی یا بیش از حد به جریان بیندازد. خطر جسمی واقعی به طور معمول گذراست، ولی از خطرهای اجتماعی، تفکر منفی در مورد گذشته‌ها و نگرانی در مورد آینده، به راحتی نمی‌توان گریخت، آن‌ها می‌توانند دستگاه سمپاتیک را تا مدت‌ها برانگیخته نگه دارند و بدن را در حالت اضطرابی مداوم باقی نگه‌دارند، چنین وضعیتی به عدم توازن دستگاه سمپاتیک و پاراسمپاتیک دامن می‌زند و موجب بروز تغییرات بدنی می‌شود که

^۱ McGrath

^۲ H. Selye

^۳ Butcher, Minka and Hoolie

^۴ The theory of Genesis and Caj's interaction

ممکن است فراتر از توازن جسمانی ارگانیزم باشد، در نتیجه اختلال‌های روانی - فیزیولوژیکی بروز می‌کنند. (دیویدس و نیل^۱، ۱۹۹۰)

لازاروس و فالکمن عقیده داشتند که تعبیر و تفسیر رویدادهای استرس آمیز خیلی مهمتر از خود رویدادهاست. این تعبیر و تفسیر عبارت است از ادراک تهدیدها، خطرات و چالشهای بالقوه و اینکه تا چه حد در اداره و کنترل آنها مطمئن هستیم. این امر توانایی ما را در کنار آمدن و سازش با استرس معین می‌کند. مثلاً از دست دادن شغل ممکن است برای فردی که مهارت دیگری ندارد و یا فرصت بازگشت مجدد بکار را ندارد، بسیار استرس زا باشد در حالی که برای فردی که فعلاً در جستجوی رشد و پیشرفت در جهات متفاوتی است، فقط در حد خفیف استرس زا باشد. لازاروس و فالکمن اصولاً با انسانها بیش از حیوانها در گسترش تحقیقات و نظریه خود، کار کردند. این امر در تأکید آنها در نیاز به ملاحظه سطح بالایی از توانایی‌های شناختی نظیر ارزیابی، در توصیف استرس منعکس شده است. آنان عقیده داشتند که انسانها در مقایسه با حیوانات در مقابل نوع ویژه ای از استرسها (به دلیل سبکی که در زندگی دارند) و محیطی که در آن زندگی می‌کنند، استعداد ابتلای بیشتری دارند. لازاروس و فالکمن استرس را به مثابه «یک ارتباط ویژه بین شخص و محیط که شخص آن را بمنزله فشار و زیاده روی در منابع و ظرفیت‌ها و بخطر انداختن سلامت و رفاه خود ارزیابی می‌کند» می‌دانند (لازاروس و فالکمن، ۱۹۸۴).

ارزیابی الگوی تعاملی استرس از دیدگاه لازاروس و فالکمن (۱۹۸۴):

- این الگو بطور موفقیت آمیزی خصوصیات فعال استرس را بهم پیوسته و یکپارچه کرده است. این الگوی تعاملی همچنین بر نیاز به لحاظ کردن عوامل شناختی (مثل ادراک) در فهم پاسخهای استرس، تأکید کرده است.
- مطالعات متعددی تاکنون تأثیر ارزیابی بر استرس را آزمایش کرده و نقش تفسیر یا ارزیابی در کنار آمدن با استرس را تأیید کرده اند (اوگدن^۲، ۱۹۹۶).
- مدل تعاملی لازاروس و فالکمن (۱۹۸۴) بیش از آنکه توضیحی باشد، توصیفی است. گرچه طراحی آن خیلی زیباست. تحقیقات آینده، سازوکار دقیق (فیزیولوژیایی، روانشناختی و غیره) آنچه را که در ارزیابی دخیل هستند، مورد بررسی دقیق قرار دهد و اینکه چگونه و با چه شیوه‌هایی این فرآیندها در واکنشهای استرس تأثیر می‌گذارند را مشخص کند (کرتیس^۳، ۱۳۸۴).

۲-۲-۳- طبقه بندی عوامل استرس زا

عوامل استرس زا در سه طبقه اساسی جای می‌گیرند:

۱. ناکامی‌ها

۲. تعارض‌ها

^۱ Davids and Nile

^۲ Ogden

^۳ Curtis

(الف) ناکامی‌ها: ناکامی‌ها به دو بخش عمده‌ی محدودیت‌های محیطی و محدودیت‌های شخصی تقسیم می‌شوند. تعصب، تبعیض، نارضایتی شغلی و مرگ فرد عزیز ناکامی‌های رایجی هستند که از محیط ناشی می‌شوند و معلولیت‌های جسمانی، توانایی محدود برای انجام دادن برخی از تکالیف، تنهایی، احساس گناه و کنترل مشخصی منابع ناکامی مبتنی بر محدودیت‌های شخصی هستند.

(ب) تعارض‌ها: در خیلی از مواقع استرس از وقوع همزمان دو یا چند نیاز با انگیزه‌ی متضاد ناشی می‌شود. ضروریات یکی جلوی ارضای دیگری را می‌گیرد. برای مثال اگر شخصی خود را به یک شغل متعهد بداند اما باید تصمیم بگیرد برای ترفیع در شغل خود از خانواده‌ی خود دل بکند یا تعهد شغلی خود را کاهش دهد تا آسایش خانواده‌ی خود را تأمین کند در حالی که سعی می‌کند تصمیم بگیرد چهار تعارض می‌شود.

(ج) فشارها: استرس نه تنها از ناکامی و تعارض‌ها بلکه از فشارهای رسیدن به هدف‌های خاص یا رفتار کردن به شیوه‌ای خاص ناشی می‌شود (باچر، مینکا، هولی، ۱۳۹۰).

۲-۲-۴- عواملی که فرد را در برابر استرس مستعد می‌کند

۱. از مهم‌ترین علل ایجاد استرس، باید به ویژگی‌های فردی و واقعه استرس زا اشاره کرد. باید مسلم دانست که شخصیت فرد و نحوه برخورد او با عامل استرس زا در ابتلای شخص به استرس و عدم ابتلای او بسیار موثر است. به طور کلی شخصیت فرد، نحوه مقابله او را با واقعه مخاطره انگیز تعیین می‌کند. از طرفی شدت واقعه رخ داده نیز در ایجاد استرس دخیل می‌باشد.

۲. یکی از عواملی که می‌تواند در افزایش میزان استرس مؤثر باشد زندگی کردن در فقر شدید با امکانات ناکافی است. فقر و امکانات ناکافی افراد را بیشتر در معرض وقوع عوامل استرس زا قرار می‌دهد، گرچه فقر به گونه ای دیگر نیز تأثیر گذار است و آن اینکه فقر و امکانات ناکافی افراد را در مقابل با استرس بیشتر ضربه پذیر می‌کند.

۳. بعضی از عوامل استرس زا در ابعادی از زندگی افراد تأثیر گذار است که آن ابعاد از اهمیت بیشتری برای فرد برخوردار است. اگر عوامل استرس زا در این ابعاد، تأثیر گذار باشند، صدمه بیشتری را وارد می‌کنند.

۴. یک عامل استرس زا ممکن است آنی و زود گذر باشد و در مقابل عاملی دیگر زمان زیادی از لحظات زندگی فرد را به خود اختصاص می‌دهد. برای مثال استرس یک آزمون به سرعت بر طرف می‌شود ولی استرس ناشی از یک معلولیت و یا مرگ عزیزی، به این راحتی دست بردار نیست.

۵. انسان در برهه‌هایی از زندگی با سختی و رنج بیشتری روبرو می‌شود. شاید علت این باشد که، او در این مواقع با عوامل استرس‌زای بیشتری روبرو است. هجوم عوامل استرس زا به گونه ای پی در پی، فرد را به احتمال زیاد تنیده می‌کند.

۶. شاید بر این تصور باشید که رخدادها و وقایع استرس زا، همگی از ظاهری نفرت انگیز و ناخوشایند برخوردار باشند. این را باید تصویری غلط دانست، چرا که بعضی مواقع روبرو شدن با رخدادها، جدید و تازه، خود به وجود آورنده استرس می‌باشند. برای مثال شغلی جدید و یا ازدواج و یا بچه دار شدن و... همگی از موادی ست که فرد را مستعد استرس می‌کند.

۷. نگرش افراد به عامل استرس را از جمله مواردی ست که میزان ابتلای او به استرس را افزایش می‌دهد. برای مثال دیدگاه افراد در فرهنگ‌های مختلف نسبت به مرگ بسیار متغیر است. ممکن است در یک جامعه با فرهنگی که برای خود دارد، نسبت به مرگ نگرشی مادی وجود داشته باشد و مرگ را پایان زندگی مرده بپندارند و در جامعه دیگر با فرهنگی دیگر، مرگ را ابتدای حیات و گذری برای رسیدن به زندگی بهتر دانسته شود. مسلم است افرادی که در این جوامع زندگی می‌کنند به علت وجود نگرش‌های متفاوت، در مواجهه با مرگ عزیزان، رفتاری متفاوت از خود نشان می‌دهند (الوانی، ۱۳۸۵).

۲-۲-۵- علائم و نشانه های استرس

از آنجایی که مسائل استرس ابتدا به وسیله پزشکان و متخصصان علم طب مورد مطالعه قرار گرفته بیش تر توجه به علائم فیزیولوژیک معطوف بوده است. این علائم مانند تغییر ضربان قلب، تغییر آهنگ تنفس، تغییرات فشار خون، سر درد، زخم معده و اختلالات گوارشی، حملات قلبی، اختلال در سوخت ساز بدن و غیره میباشد. به طور کلی نشانه های استرس به گونه‌های مختلف بروزی می‌کنند. مثلاً فردی که دارای استرس بالا است، ممکن است فشار خونس افزایش یابد، دچار زخم معده شود، اشتهايش را از دست دهد، دچار تردید شود، عصبانی شود و حالات رفتارهای نابهنجار دیگری از خود بروز میدهد. بدین ترتیب نشانه های استرس، فیزیولوژیک، روانی و رفتاری است.

• **علائم فیزیولوژیک استرس:** در تحقیقات اولیه در زمینه فشار عصبی تظاهرات ناشی از استرس، علامت سازگاری عمومی نامگذاری شده اند. فشارهای سازگاری عمومی شامل سه مرحله اند:

- **واکنش هشدار دهنده:** ارگانیسم در مواجهه با عامل موجد استرس از خود واکنش نشان میدهد. افزایش ضربان قلب، تغییرات فشار خون، حساسیت، از زمره واکنشهای موجود در مرحله اولند .
- **مرحله مقاومت:** اگر فرد دچار شک شدید ناشی از استرس شده باشد با استفاده از سازگارهای دفاعی بدن به مقاومت در برابر استرس می پردازد و بر آن غلبه می کند. اما اگر انرژی موجد استرس شدت یابد، یا عوامل دیگر بر آن افزوده شوند .

- **مرحله تحلیل رفتگی:** مرحله تحلیل رفتن و از هم گسیختگی عصبی و خستگی مفرط است. این مرحله زمانی به وقوع می پیوندد که تمامی انرژی سازگاری مصرف سود و اصطلاحاً بیماری سازگاری به وجود می آید (الوانی، ۱۳۸۵).

- **علائم روانی استرس:** نشانه های روانی فشار عصبی ممکن است به صورت عصبانیت، اضطراب و دلشوره، افسردگی، عصبی شدن، حساسیت، تنش و احساس ملامت و بیهودگی ظاهر شوند. اثر این عوامل بر روحیه و حالت روحی کارکنان مخرب است و موجب از دست دادن اعتماد به نفس در آن و کاهش عملکرد آنها می شود. کسانی که نشانه های روانی فشار عصبی را از خود بروز می دهند و نسبت به مسائل اطراف خویش بی تفاوت شده و از سرپرستان و مقامات بالای خود رنجیده خاطر اند قدرت تمرکز حواس و تصمیم گیری ندارند و از شغل خود احساس رضایت نمی کنند.

- **علائم رفتاری استرس:** نشانه های رفتاری فشار عصبی ممکن است به صورت بی خوابی، کم غذایی یا به عکس اشتهای کاذب به غذا و افراط در خوردن آن افزایش تعداد سیگار در سیگاریها، شتاب زدگی در سخن گفتن و تعجیل و بی قراری در انجام دادن امور بروز کند. در سازمان آثار رفتاری فشار عصبی به صورت تأخیر، غیبت، تعارض، ترک حرفه، بی علاقه‌گی به کار و مانند شاید بهترین شیوه مقابله با فشار عصبی آن باشد که عوامل موجد استرس را از میان برداریم و استرس را رفع کنیم اما در اغلب موارد این امر ممکن نیست و باید به گونه ای با استرس سازگار شویم و عمل آن را بر خود هموار سازیم و از شدت آن بکاهیم. طُرُق ذیل تدابیری هستند که برای مقابله با استرس به طور عمومی پیشنهاد شده اند اینها دیده شود (الوانی، ۱۳۸۵).

۲-۲-۶- روش های مقابله با استرس

﴿ **ورزش و فعالیتهای بدنی:** زمانی که امواج استرس به فرد حمله می کنند روی آوردن به ورزش میتواند راهی برای حصول آرامش عصبی باشد. فرد در زمان ورزش استرس را فراموش می کند و همین فراغت خاطر از عوامل موجد استرس باعث استراحت و تجدید قوا برای مقابله با استرس و ایجاد مقاومت در برابر آن می شود.

﴿ **تسلط بر موقعیتهای و شرایط محیطی:** چنانچه فرد بتواند بر موقعیتهای آزار دهنده محیط خود تسلط و کنترل پیدا کند، میتواند بر فشار عصبی غلبه کند. هر انسانی نسبت به بعضی از آدمها برخی اطلاعات و پاره ای شرایط و موقعیتهای حساسیت دارد، وی در صورتی که عوامل مذکور را بشناسد به حکم عقل باید حتی المقدور از آن ها پرهیز کند و کم تر خود را دچار استرس سازد در این روش بجای آنکه موقعیتهای فرد را کنترل کند وی می کوشد تا با آگاهی و احاطه بر موقعیتهای آنها را به دلخواه خود کنترل کند.

﴿ ادراک درمانی: در این روش مقابله با استرس، فرض این است که استرسهای انسان ناشی از ادراکات و تفکرات وی از محیط اند. در ادراک درمانی هدف آنست که گرایش مثبت نسبت به مسائل و اتفاقات پیدا کنیم که ضمن واقعی بودن آزار دهنده نباشند. درک واقعیت با دید خوش بینانه و اندیشیدن به رویدادهای خوب و امیدوار کننده شاید بتواند نحوه ادراک انسان را بگونه ای شکل دهد که کمتر دچار فشار عصبی و روحیه ای قوی تر با مشکلات ناشی از آن روبرو باشد.﴾

﴿ احساس صمیمیت و حمایت گروهی: انسان در زندگی نیازمند محیطی صمیمی و دوستان و یارانی است که حامی و همدم او باشند. در مواقع دچار شدن به فشار عصبی نیز اگر چنین محیطی برای فرد فراهم باشد که بتواند به آن پناه ببرد در رفع استرس وی بسیار مؤثر خواهد بود. بیان مشکلات و مسائلی که انسان را آزاد میدهند برای یک دوست موجب تخلیه اضطراب و نگرانی می شود و به فرد تسکین می دهد. در زندگی اجتماعی، خانواده و سازمان همواره نیاز به محیطی گرم و محبت آمیز وجود دارد و در صورت رفع این نیاز و احساس حمایت گروهی، فرد در مواجهه با استرس توانمند میشود.﴾

﴿ خود خواهی دیگرخواهانه و احساس مفید بودن: احساس مفید بودن برای دیگران و مددکار واقع شدن روحیه ای مثبت و قوی به فرد ارزانی میدارد که او را در مقابله با فشار عصبی مجهز می سازد. خودخواهی دیگر خواهانه عبارتی است که یکی از صاحب نظران بحث استرس برای توصیف این روش بکار برده است، به زعم وی بسیاری از رنجها و بیماری های روانی انسانی ناشی از خودخواهی مفرط یا فداکاری بیشتر از حد اعتدال است. در حالی که اگر آدمی ضمن آنکه خود را می خواهد خواهان دیگری نیز باشد و سعی کند برای آنان نیز مفید باشد احساس رضامندی می کند و این احساس او را یاری میدهد تا از بسیاری از فشارهای عصبی مصون باشد.﴾

﴿ روی آوردن به طنز و شوخی: این ضرب المثل که «خنده بر هر درد بی درمان دواست» در تخفیف فشار عصبی نیز میتواند مؤثر افتد. در انجام کارها گاهی لازم است مسائل را خیلی جدی نگیریم و برای رهایی از استرسهای طاقت فرسا به طنز روی آوریم و با خنده از کنار مسائل بگذریم.﴾

﴿ هدف جو بودن: داشتن هدف و تلاش برای نیل به آن عاملی است که به انسان امید و انگیزه میدهد و او را به فشار عصبی مسلط میسازد. اگر برای خود هدفهای با ارزشی داشته باشیم که ضمن متعالی بودن قابل وصول هم باشند و طرح هایی برای نیل به آنها تنظیم کرده باشیم اگر شوق به آینده و امید به آن را در خود ایجاد کنیم، اگر از همه تجربیات گذشته برای توفیق در آینده بهره گیریم دارای روحیه ای هدف جو خواهیم شد، روحیه ای پر تلاش و توفیق گرا که مارا در مقابل فشار عصبی مقاوم خواهد ساخت (مچی الدینی، ۱۳۸۸).﴾

۲-۲-۷- اعتیاد و استرس

از متغیرهایی که می‌تواند گرایش به اعتیاد را پیش بینی نماید استرس ادراک شده است. استرس ادراک شده عبارت است از واکنش بدن به تغییری که مستلزم سازگاری به پاسخ جسمی، ذهنی یا هیجانی است. استرس می‌تواند به وسیله هر عامل یا محرک تنش‌زا ایجاد شود، حتی سروکار داشتن با یک بیمار (ماررو، ۲۰۱۱). محیط، ویژگی‌های روان‌شناختی و میزان استرس در مصرف الکل و مواد نقش اساسی دارد. انواع استرس‌های اجتماعی، اقتصادی و روان‌شناختی در زمینه‌سازی و بروز اعتیاد نقش دارند. بنابراین ناتوانی در رویارویی با عوامل استرس‌زا و این باور که مصرف الکل و مواد نتایج مطلوبی را در بر خواهد داشت پایه روی آوردن به مصرف مواد است (سموعی ابراهیمی، موسوی، حسن زاده، رفیعی ۱۳۷۹). زمانی که فرد در شرایط استرس‌زا و فشار قرار می‌گیرد برای فرار از آن موقعیت و آرام شدن به مواد مخدر گرایش پیدا می‌کند. تاثیر مواد مخدر فرد را به کشف این مساله هدایت می‌کند که وی قادر است درد و اندوه خویش را که نتیجه استرس و فشارروانی است به کمک مواد مخدر تحت تاثیر قرار داده و بدین وسیله شرایط روانی او را دگرگون کند. نتایج مطالعه پیگیرانه ولز، سندی، یاگر و کلری (۲۰۰۱) هم موید این موضوع است که نوجوانان مصرف‌کننده (تنباکو، الکل، ماری جوانا) به جای استفاده از شیوه‌های مقابله‌ای سازگارانه معطوف به حل مسئله به روش ناسازگاران اجتنابی و هیجانی و نیز معلق نگه داشتن موضوع روی می‌آورند و نیز میزان بالاتر استرس‌های روزمره و استفاده بیشتر از روش‌های ناسازگارانه با افزایش میزان مصرف مواد در آنها همراه بود.

طبق نظر گارلند، بوتیگر و هوارد^۱ (۲۰۱۱) استرس مکانیسم مهمی است که باعث وابستگی و زیاد شدن مصرف مواد شده و عاملی است که منجر به عود می‌شود. در واقع افرادی که مواد مصرف می‌کنند تا بر استرس و عاطفه منفی غلبه کنند به طور قابل توجهی در طول عمر خود، علائم وابستگی به مواد را بیشتر از کسانی که به دلایل دیگر مواد مصرف می‌کنند، داشته‌اند. بانا و همکاران^۲ (۲۰۱۰) دریافتند که استرس و نشانه‌های مرتبط با مواد، می‌تواند ولع و عود مصرف را در افرادی که در حال ترک مواد هستند، ایجاد کند. در این مطالعه مشاهده نمودند که در معرض نشانه‌های هروئین قرار گرفتن و استرس‌های القاء شده، میل به هروئین را تقویت کرده و به عود منجر می‌شود. در بررسی که گودرز^۳ (۲۰۰۴) در زمینه‌های وابسته به استرس و اعتیاد دارویی انجام داد، فرضیه خود درمانی را مطرح نمود. خود درمانی به این معنی است که شخص اغلب از مواد برای غلبه برکنش‌های مرتبط با عوامل فشارزای زندگی یا کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی حاصل از رخداد آسیب‌زننده استفاده می‌کند. افرادی که در معرض محرک‌هایی از قبیل ازدواج ناخوشایند، نارضایتی از استخدام یا آزار و اذیت قرار دارند، رفتارهای اعتیادی را بیشتر گزارش می‌دهند.

^۱Garland, Boettiger, Howard

^۲ Banna & et

^۳ Goeders

در پژوهشی که توسط کافی^۱ و همکاران (۲۰۰۲) و والدروپ^۲ و همکاران (۲۰۱۰) در زمینه استرس‌زاهای (درون فردی و میان فردی و محیطی) در افراد وابسته به کوکائین انجام گرفت، مشاهده شد که این استرس‌ها در مصرف مواد و یا عود به سمت مواد دخالت دارند. زنان وابسته به کوکائین در مقایسه با مردان وابسته به کوکائین نسبت به استرس‌های میان فردی حساس‌تر بودند. زنان، مصرف کوکائین را پاسخی به استرس‌های اجتماعی و هیجانی می‌دانند.

در پژوهشی که بانا و همکاران (۲۰۱۰) روی موش‌ها انجام دادند، موش‌ها را در معرض انواع استرس‌زاهای (از جمله شوک پا، محرومیت غذایی و یا استرس‌های اجتماعی) قرار دادند و مشاهده نمودند که رفتارهای موادخواهی موش‌ها افزایش یافت. قرار گرفتن در معرض استرس‌زاهای دارویی از قبیل نوراپی نفرین باعث ایجاد استرس و اضطراب و ولع در حیوانات وابسته به مواد می‌شود و مقدار آن را افزایش می‌دهد.

نتایج سایر پژوهش‌ها نیز نشان داده است که اختلالات روانی همانند استرس در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد در مقایسه با افراد سالم بیشتر است (فریدمن^۳ و همکاران، ۲۰۰۱؛ لو^۴ و همکاران، ۲۰۰۴). بعلاوه، بین کیفیت زندگی و متغیرهای روانشناختی مثل استرس، سرمایه اجتماعی و عزت نفس ارتباط وجود دارد و برخورد با موقعیت‌های استرس‌زا اغلب باعث پریشانی و کاهش امنیت و سلامت فرد و خانواده و افت سطح کیفیت زندگی می‌شود (قاسمی زاد و همکاران، ۱۳۸۹). در این میان یکی از راه‌های مقابله با استرس، مدیریت آن است. مدیریت استرس، توانایی افراد برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس‌آور است (لیندن، ۲۰۰۵)؛ و برنامه‌ی مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی-رفتاری انواع گوناگون آرمیدگی، تصویرسازی و دیگر تکنیک‌های کاهش اضطراب را با رویکردهای شناختی رفتاری معمول، مانند بازسازی شناختی، آموزش اثربخشی مقابله‌ای، آموزش ابراز وجود و مدیریت خشم، ترکیب کرده است (آنتونی، ابرونسون و اسنایدرمن، ۱۳۸۸).

۲-۲-۳- طرد اجتماعی

۲-۲-۳-۱- تعریف طرد اجتماعی

واژه "طرد" به این معناست که کسی یا چیزی توسط دیگری رانده شده است (گیدنز و همکاران، ۱۳۸۶). طرد اجتماعی که اکنون نیز به معنای فرایند جدایی و گسست از بازار کار، اجتماعات و سازمان‌های اجتماعی است. مورد استفاده سیاستمداران نیز قرار می‌گیرد اما برای نخستین بار از سوی جامعه‌شناسان و برای اشاره به منابع نوین نابرابری مطرح شد (غفاری، تاج الدین، ۱۳۸۴). طرد

^۱ Coffey & et

^۲ Waldrop & et

^۳ Fridman

^۴ Lowe

^۵ Anthony, Ironson and Snyderman

اجتماعی به معنای محروم شدن از مشارکت در نهادهای اجتماعی و نقض حقوق انسانی و مدنی تعریف شده است (غفاری، تاج الدین، ۱۳۸۴).

۲-۲-۳-۲- طرد اجتماعی و زیر طبقه

اکثر پژوهشگران اروپایی ترجیح می‌دهند به جای مفهوم زیرطبقه از مفهوم طرد اجتماعی استفاده کنند. اصطلاح زیرطبقه اغلب برای توصیف بخشی از جمعیت به کار می‌رود که در پایین‌ترین لایه ساختار طبقاتی قرار دارند. استانداردهای زندگی اعضای زیرطبقه بسیار پایین‌تر از اکثریت مردم جامعه است. طرد اجتماعی مفهومی کلی‌تر و گسترده‌تر از مفهوم زیرطبقه است، و این مزیت را دارد که بر فرآیند مکانیسم‌های طرد تأکید می‌کند. برای مثال، کسانی که در مجتمع‌های مسکونی کهنه و مخروبه زندگی می‌کنند و در منطقه زندگی آن‌ها مدرسه‌های خوب و فرصت‌های اشتغال کافی وجود ندارد، ممکن است کاملاً محروم از فرصت‌هایی باشند که اکثر مردم جامعه برای بهبود بخشیدن به زندگی خود در اختیار دارند. مفهوم طرد اجتماعی توجه ما را به طیف وسیع عواملی جلب می‌کند که افراد و گروه‌ها را از داشتن فرصت‌هایی که پیش روی اکثریت جمعیت است باز می‌دارد (گلدنز و همکاران، ۱۳۸۶).

انواع طرد ۲-۲-۳-۳-

طرد را می‌توان از نظر اقتصادی، سیاسی و اجتماعی مورد ملاحظه قرار داد:

طرد اقتصادی^۱؛ افراد و اجتماعات ممکن است از نظر تولید و یا از نظر مصرف، طرد شدن از حوزه اقتصاد را تجربه کنند. از جهت تولید، اشتغال و مشارکت در بازار کار برای جذب در اقتصاد اهمیت زیادی دارند. طرد اقتصادی همچنین ممکن است از جهت الگوهای مصرف رخ دهد یعنی از این جهت که مردم در زندگی روزانه خود چه چیزهایی می‌خرند، و مصرف یا استفاده می‌کنند. نداشتن حساب بانکی نیز از دیگر نشانه‌های طرد اقتصادی است، چون در این صورت مردم نمی‌توانند از خدمات متعددی که بانک‌ها به مشتریان خود عرضه می‌دارند بهره‌مند شوند.

طرد سیاسی^۲؛ مشارکت مستمر مردم در سیاست یکی از ارکان دولت‌ها دموکراتیک لیبرال است. شهروندان تشویق می‌شوند که نسبت به مسائل سیاسی آگاه و مطلع باشند، و نظر مخالف یا موافق خود را ابراز کنند، با نمایندگان منتخب خود تماس داشته باشند و در همه سطوح فرآیند سیاسی مشارکت کنند. اما مشارکت سیاسی فعال ممکن است دور از دسترس کسانی باشد که دچار طرد

¹ Economic exclusion

Political exclusion

اجتماعی‌اند و شاید فاقد منابع و امکانات، اطلاعات و فرصت‌های ضروری برای دخالت در فرآیند سیاسی هستند. چانه‌زنی و فشارهای غیر رسمی، شرکت در تظاهرات و حضور در گردهمایی‌های سیاسی همگی مستلزم تحرک، وقت و دسترسی به اطلاعات است که در اجتماعات مطرود هیچ یک از این‌ها پیدا نمی‌شود. وجود چنین چالش‌ها و موانعی موجب پیدایش دور باطلی می‌شود که نیازها و صدای مطرودان اجتماعی نمی‌تواند وارد دستور کار سیاسی شود.

طرد اجتماعی^۱؛ طرد می‌تواند در حوزه زندگی اجتماعی نیز تجربه می‌شود. مناطقی که درجه بالایی از طرد اجتماعی را دارند، ممکن است تسهیلات محلی و اجتماعی محدودی داشته باشند، تسهیلاتی مثل پارک، زمین ورزش، مراکز فرهنگی و تئاتر. سطح مشارکت مدنی در این مناطق غالباً نازل است. اما طرد اجتماعی فقط حاصل طرد شدن مردم نیست بلکه ممکن است نتیجه کناره‌گیری داوطلبانه افراد از ابعاد و جنبه‌های گوناگون جریان امور جامعه باشد. افراد می‌توانند به میل خود تصمیم به ترک تحصیل، نادیده گرفتن یک فرصت شغلی و نپرداختن به فعالیت اقتصادی، بگیرند (گیدنز و همکاران، ۱۳۸۶).

۲-۳-۴- رویکردهای طرد اجتماعی

به نظر دامبروزیو و گرداین^۲، سه رویکرد متفاوت در مورد طرد اجتماعی وجود دارد که عبارت‌اند از:

➤ **رویکرد فرانسوی^۳؛** مطابق این رویکرد، طرد اجتماعی به‌عنوان فرایند پویای سلب صلاحیت اجتماعی دیده می‌شود که به موجب آن روابط بین افراد و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند نقض و قطع می‌شود. در این رویکرد دولت مسئول تقویت پیوندهای اجتماعی است که افراد و جامعه را به یکدیگر متصل می‌سازند و به واسطه آن انسجام اجتماعی ارتقاء می‌یابد. یعنی افراد با رعایت هنجارهای اجتماعی و مشارکت در بازار کار از حمایت اجتماعی دولت برخوردار می‌شوند. ویژگی و امتیاز رویکرد فرانسوی در مورد طرد اجتماعی نقش محوری است که به پیوستگی، همبستگی و مسئولیت اجتماعی داده می‌شود. طرد اجتماعی نه‌تنها نشانگر رفتار هر فرد است بلکه ناتوانی دولت‌ها را در تأمین همبستگی اجتماعی نیز نشان می‌دهد.

➤ **رویکرد انگلوساکسون^۴؛** طبق این رویکرد جامعه به‌عنوان مجموعه‌ای از افراد که دارای حقوق و وظایف هستند و به رقابت با یکدیگر می‌پردازند دیده می‌شود. در این نگاه پیوندهای اجتماعی به‌عنوان تماس‌های داوطلبانه متقابل بین افراد فهم می‌شوند. در یک جامعه مردم‌سالار با فرصت‌های برابر برای همه، افراد در اندیشه کسب آنچه که مطلوبشان می‌باشد هستند. در نتیجه هیچ‌کس مسئول موقعیت اجتماعی دیگران نیست. مطابق با این رویکرد دو نوع طرد

^۱ Social exclusion

^۲ D'Ambrosio Conchita and Carlos Gradin

^۳ French approach

^۴ Anglo-Saxon approach

وجود دارد. یکی "طرد تحمیلی" به واسطه عدم قابلیت و شکست در فعالیت‌های بازار و سایر عرصه‌های حیات اجتماعی و دیگری "طرد ارادی" که فرد از روی اختیار با جامعه قطع رابطه می‌نماید.

➤ **رویکرد انحصاری^۱**؛ این رویکرد جامعه را ترکیبی از دو گروه خودی، آن‌هایی که منابع را در اختیار دارند، و غیرخودی، آن‌هایی که منابع را در اختیار ندارند می‌بیند. طرد اجتماعی ناشی از تحمیل گروه‌های معینی به دیگر گروه‌ها است. گروه‌های معینی که برای به حداکثر رساندن رفاه خود و صعود در سلسله مراتب اجتماعی منابع لازم را در دسترس دارند. چنانچه دولت قادر به مبارزه با این پدیده نباشد، انسجام اجتماعی از بین خواهد رفت. لیکن همبستگی درون هر گروه تقویت خواهد شد.

در عمل در مطالعات تجربی مربوط به طرد اجتماعی از ترکیبی از سه رویکرد مطرح شده استفاده می‌شود (غفاری، تاج الدین، ۱۳۸۴).

۲-۲-۳-۵- ابعاد طرد اجتماعی

به نظر اوندرو^۲ طرد اجتماعی با ابعاد طرد فهم می‌شود. ابعاد طرد عبارت‌اند از:

۱. منابع مادی؛ محرومیت و فقر
۲. روابط اجتماعی؛ انزوای اجتماعی، احساس تنهایی، عدم مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی
۳. فعالیت مدنی؛ عدم مشارکت در فعالیت‌های گروهی، عدم حضور در نشست‌های مذهبی، عدم حضور در انجمن‌های محلی
۴. خدمات اساسی؛ نداشتن، آب، برق، گاز، تلفن، اتوبوس، پست، داروخانه.
۵. طرد از روابط همسایگی؛ نداشتن رضایت از همسایه‌ها، نداشتن اطمینان نسبت به همسایه‌ها، نداشتن احساس امنیت از جانب همسایه‌ها (نبوی، ۱۳۸۰).

بنابراین طرد اجتماعی نوعی طرد و رانده شدن را می‌رساند و معمولاً در برابر مشارکت قرار می‌گیرد. به عبارت دیگر هر آن کس که مشارکت اجتماعی فعال نداشته باشد و به نوعی منزوی شده باشد دچار طرد شده است.

۲-۲-۳-۶- دیدگاه‌ها و نظریه‌های طرد اجتماعی

^۱ Exclusive approach

^۲ Maria Evandrou

نظرات و دیدگاه های تنی چند از اندیشمندان شاخص حوزه علوم اجتماعی قابل تامل است:

گیدنز طرد اجتماعی را ناشی از شیوه هایی میداند که طی آن ها، افراد از مشارکت کامل در جامعه بزرگ تر محروم می شوند. وی برای توضیح این مفهوم، از مفهوم زیر طبقه کمک می گیرد؛ زیر طبقه بخشی از جمعیت است که در شرایط فوق العاده محروم و در حاشیه های جامعه زندگی می کند. این افراد دوره های طولانی بیکاری (یا شغل های جسته _ گریخته و زودگذر) را تجربه می کنند و برای تامین مایحتاج خود عمدتاً به کمک های دولتی وابسته اند (گیدنز، ۱۳۸۶).

گیدنز مفهوم طرد اجتماعی را کلی تر و گسترده تر از مفهوم زیر طبقه می داند. به عقیده وی این مفهوم، این مزیت را دارد که بر فرآیندها _ سازوکارهای طرد _ تاکید می کند و دلالت بر طیف وسیعی از عواملی دارد که افراد و گروه ها را از داشتن فرصت های اقتصادی، سیاسی و اجتماعی که پیش روی اکثر جمعیت است، باز می دارد (گیدنز، ۱۳۸۶).

آمارتیا سن^۱ با به کارگیری مفهوم قابلیت عنصر جدیدی را وارد حوزه محرومیت نموده و براساس آن طرد قابلیت را تعریف کرده است. به عقیده او قابلیت یعنی آن چه که مردم واقعاً قادر به انجام آن هستند. به عنوان مثال، یک فرد معلول در مقایسه با یک فرد سالم با درآمدی مساوی در موقعیت نامناسب تری به سر می برد، زیرا او از یک محرومیت قابلیت (ونه درآمدی) رنج می برد (محمودی و صمیمی فر، ۱۳۸۴). این محقق مفهوم طرد را وسیع تر از آن چه که تا آن موقع در ادبیات نظری آمده بود بیان می کند و معتقد است که طرد اجتماعی می تواند یکی از اجزا سازنده محرومیت قابلیت باشد. همانطور که می تواند دلیلی برای فقدان قابلیت های گوناگون باشد. همچنین به عقیده سن، طرد می تواند فرد را به سمت محرومیت های دیگری نیز سوق دهد و فرصت های موجود در زندگی را برای او محدودتر کند. به عنوان مثال، طرد شدن از موقعیت شاغل بودن، می تواند فرد را به سمت شرایط بد اقتصادی و به تبع آن محرومیت های دیگر نظیر تغذیه و بی خانمانی، هدایت کند (سن ۲۰۰۰).

او زبان طرد را یک زبان تطبیق پذیر می داند که می توان مفاهیم فراوانی را به وسیله آن توضیح داد.

در واقع سن با تمرکز بر روی ویژگی نسبی بودن در توضیح فرآیند طرد، آن را مرتبط با مفهوم محرومیت نسبی می داند (سن، ۲۰۰۰). به عقیده سن، محرومیت نسبی از درآمد، می تواند به محرومیت مطلق از حیث قابلیت منجر شود. در جامعه ای که محرومیت نسبی از درآمد وجود داشته باشد، حاشیه نشینی اقتصادی و به تبع آن حاشیه نشینی اجتماعی پدید می آید (محمودی و صمیمی فر، ۱۳۸۴).

زیرا^۲ در مقایسه با نظرات گیدنز و سن، دیدگاه زیرا در زمینه طرد اجتماعی، شامل هر دو بعد عینی و ذهنی طرد، به ویژه بعد دوم است. وی با ترسیم خطوط و الگوهای کلی از مفهوم طرد، قالبی ارائه می کند که می تواند مشتمل بر مصادیق عینی / مادی نظیر بیکاری، بی خانمانی، فقر و سایر مواردی باشد که در سنت جامعه شناسی به عنوان مشخصه های طرد اجتماعی شناخته شده است و یا در برگیرنده مصادیق ذهنی / غیر مادی مانند شخصیت، سلامت روحی و روانی و غیره باشد. او قلمرو های متعددی را

^۱ Amartya Sen

^۲ Zybra

برای طرد اجتماعی افراد در نظر می گیرد که محدودیت در هر یک از این قلمروها و ناهماهنگی در به دست آوردن هنجارهای هر یک از آن ها، می تواند منجر به نوعی طرد گردد. البته زیرا هم مانند مانک^۱ (۲۰۰۲) معتقد است شکست در یک قلمرو اجتماعی به طرد نمی انجامد. بلکه تعدد شکست ها و نقص ها است که می تواند منجر به طرد اجتماعی گردد. به این معنا که جامعه می تواند تفاوت با هنجار ها یا اجتناب از آن ها را در یک مورد بپذیرد، اما وقتی این تفاوت ها متعدد شده و انباشته می شوند. تحمل آن برای جامعه غیر ممکن می شود. وی نقطه مشترک اشکال متعدد طرد را گسستگی فرد از روابط اجتماعی می داند. از نظر او، گسستگی در پیوند اجتماعی و نیز در پیوند سمبولیک که هر فرد را در موارد عادی به جامعه اش مرتبط می سازد، وقتی رخ می دهد که فرد از یکی از قلمروهای اجتماعی طرد شده و تمام روابطی که او را متصل با دیگران و هنجارهای مشترک نگه می دارد، از دست می دهد. نکته جالب توجه در این دیدگاه و هنجارهای مشترک نگه می دارد، از دست می دهد. نکته جالب توجه در این دیدگاه آن است که زیرا مفهوم گسستگی را تا سطح گسستگی از خود و تصویری که انسان از خویش ساخته (هویت) تعمیم می دهد (زیرا، ۱۳۸۵).

از مجموع رویکردها نظریات مذکور می توان چنین نتیجه گرفت که طرد اجتماعی، جریان و فرآیندی چند بعدی، پویا و مزمن است که در بستری از ویژگی های فردی (جنسیت، سن و نظایر آن)، شرایط موقعیتی و محیط اجتماعی_ فرهنگی، افراد گرفتار فقر، تبعیض و محرومیت های چندگانه را آسیب پذیر ساخته و احتمال درگیر شدن و گرایش به رفتارهای پرخطر، از جمله مصرف و سوء مصرف مواد مخدر را در آنها افزایش می دهد.

۲-۲-۳-۷- اعتیاد و طرد اجتماعی

اعتیاد نوعی آسیب اجتماعی است که به گواهی شماری از مطالعات و شواهد به دست آمده ریشه در محرومیت های مزمن و طرد شدگی اجتماعی افراد و گروه های خاص در جوامع مختلف دارد. در این رابطه زنان اغلب جوامع، از جمله گروه های پر خطر محسوب می شوند (اندرسون^۲، ۱۹۹۸). محیط نامطلوب خانواده، برخورد نامناسب اعضای خانواده و طرد شدگی، کمبود امکانات فرهنگی، تفریحی، هرج و مرج به همراه آزادی مطلق در خانواده، عدم دسترسی به سیستم های خدماتی، حمایتی و مشاوره ای به ویژه در شرایط بحرانی زندگی که فرد از نظر روحی، روانی، مالی، شغلی و اجتماعی نیاز به حمایت دارد، عدم پذیرش معتادان از سوی جامعه و ادامه انزوای آنان و احساس طردشدگی، دوستان ناباب از جمله عوامل زمینه ساز برای گسترش اعتیاد می باشند (کلر^۳ و همکاران، ۱۹۹۷؛ کاپلان و همکاران، ۱۹۹۵؛ مارلات^۴، ۱۹۹۴). عزت نفس پایین و طرد شدن از اجتماع موجب اختلال در کیفیت زندگی و شدت مشکلات اساسی در خانواده می شود که این امر موجب شروع یا تداوم مصرف مواد می گردد)

^۱ Munk

^۲ Anderson

^۳ Keller & et

^۴ Marlatt

شاه محمدی و همکاران، ۱۳۸۸). در شرایط فعلی، هر چند شواهد و آمارها نشان از درگیری بسیار کمتر زنان نسبت به مردان، با پدیده اعتیاد دارد، آمار در گذر زمان و در پی تحولات اجتماعی و تغییر شرایط، همراه با کمتر شدن قیود سنتی و حضور زنان در عرصه های اجتماعی و کاهش کنترل های غیر رسمی در جامعه، به نظر می رسد تداوم طرد و محرومیت اجتماعی زنان به اشکال گوناگون و در حوزه های مختلف، زمینه مساعد و بالقوه برای درگیر شدن بیش از پیش آنان با انواع آسیب ها از جمله پدیده اعتیاد را فراهم آورد. (قاضی نژاد و ساوالانپور، ۱۳۸۷)

بنابراین، یکی از دلایل اصلی بازگشت به مصرف مواد، عدم پذیرش معتادین از سوی جامعه و ادامه انزوای آنان و احساس طرد شدگی و کنایه های اطرافیان می باشد (امینی و همکاران، ۱۳۸۳). موسوی (۱۳۷۸) در مقایسه افراد معتاد و عادی نشان دادن افراد معتاد نیاز به تایید و پذیرفته شدن بالایی دارند و دوست ندارند مورد سرزنش قرار گیرند. نقش متقابل جامعه و اطرافیان با عدم پذیرش افراد معتاد در میان خود سبب می شود که معتادان برای رشد یافته نشان دادن خود به سمت سوء مصرف مواد بروند (اکبری و همکاران، ۱۳۸۸). افراد وابسته به مواد معمولاً به دلیل اعتیاد خود هم از سوی خانواده طرد می شوند و هم جامعه با دید منفی به آنها می نگرد و این عدم دریافت حمایت باعث افزایش فشار روانی آنها می شود. با توجه به مطالعات انجام شده بین مؤلفه های کیفیت زندگی همبستگی مثبت و معناداری مشاهده شده است، بنابراین کیفیت نامطلوب در یک زمینه سبب پایین آمدن کیفیت در سایر حیطه های کیفیت زندگی نیز خواهد شد (پیلچر^۱، ۱۹۹۸؛ چا^۲، ۲۰۰۳)

۲-۳- پیشینه تحقیق

- حاج حسینی و همکاران در سال ۱۳۹۴ در پژوهشی مرتبط با ادبیات تحقیق، معتقدند که افسردگی و اضطراب نقش مهمی در بازگشت به مواد مخدر ایفا می کنند، لذا هدف اصلی پژوهش خود را مقایسه کیفیت زندگی و اختلالات روانشناختی در دو شیوه تربیتی آموزشی و درمان دارویی معرفی نموده؛ و با استفاده از روش علی مقایسه ای به بررسی آن می پردازد. نتایج حاکی از آن است که شیوه اجتماع محور در بهبود کیفیت زندگی و کاهش اختلالات روانشناختی کفایت بیشتری داشته و می تواند به عنوان روش مطلوب درمان مورد توجه قرار گیرد.
- پرزور و همکاران در سال ۱۳۹۴ در پژوهشی با بکارگیری روش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون به بررسی اثربخشی روان درمانی مثبت گرای مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی می پردازد. نتایج نشان می دهد این روش مداخله از ترکیب روانشناسی مثبت با رویکرد شناختی- رفتاری شکل گرفته، می تواند به عنوان درمانی اثربخش مورد استفاده قرار گیرد.
- نیازی و همکاران در سال ۱۳۹۴ در پژوهشی مرتبط، هدف اصلی خود را بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی و طرد اجتماعی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تبیین نموده است و با روش پیمایشی به بررسی

^۱ Pylchr

^۲ Cha

این موضوع می‌پردازد. نتایج نشان می‌دهد که همبستگی بین متغیرهای مستقل تحقیق مشتمل بر طرد اجتماعی و سرمایه اجتماعی با متغیر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار در سطح معنی‌داری به تأیید رسید.

- موسوی نسب و همکاران در سال ۱۳۹۴، در پژوهشی با عنوان "بررسی نقش واسطه‌ای رضایت از زندگی در رابطه بین راهبردهای مقابله با استرس و نگرش به اعتیاد"، هدف پژوهش خود را تبیین این نقش واسطه‌ای قرار داده‌اند. با بهره‌گیری از روش توصیفی-همبستگی و نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی به بررسی رابطه میان رضایت از زندگی و نگرش به اعتیاد می‌پردازند. آنان معتقدند رضایت از زندگی بالا می‌تواند عامل پیشگیری در برابر نگرش به اعتیاد نوجوانان باشد و افراد دارای رضایت زندگی بالا، عمدتاً دارای هیجانات مثبت بوده و ارزیابی مثبتی درباره رویدادهای زندگی دارند. افراد دارای رضایت از زندگی پایین نیز شرایط و رویدادها را نامطلوب ارزیابی کرده و به همین دلیل هیجانات نامطلوب مانند اضطراب، افسردگی و پرخاشگری را تجربه می‌کنند که این هیجانات منفی گرایش نوجوانان به اعتیاد را افزایش می‌دهد؛ چرا که آنها برای رهایی از رنج و ناراحتی خود و کسب آرامش ممکن است به استفاده از مواد بپردازند و با مصرف مواد مشکلات خود را دوچندان کنند. نتایج پژوهش نشان می‌دهد از جمله عوامل مهم در نگرش به اعتیاد نوجوانان ناتوانی آنها در مدیریت فشارها و استرس-های روزمره و پایین بودن میزان رضایت از زندگی است.

- سلم آبادی و همکاران در سال ۱۳۹۴ در پژوهشی مرتبط، به دنبال تعیین سهم ابعاد فرسودگی تحصیلی، تاب‌آوری و استرس ادراک شده در پیش‌بینی گرایش به اعتیاد دانش‌آموزان بودند؛ و در مطالعه خود از همبستگی، به روش نمونه‌گیری تصادفی بهره گرفتند. نتایج تحقیق نمایانگر رابطه مثبت معناداری بین فرسودگی تحصیلی و استرس ادراک شده است. ابعاد فرسودگی تحصیلی (خستگی مفرط، بی‌علاقگی، احساس ناکارآمدی) و ابعاد استرس ادراک شده (واکنش‌های عاطفی منفی، سطح توانایی مقابله) و تاب‌آوری ۲۰ درصد توانایی پیش‌بینی گرایش به اعتیاد را دارند.

- نجفی و همکاران در سال ۱۳۹۴ در پژوهشی مرتبط، زندگی را پر از چالش‌ها و استرس‌ها و مشکلات و انسان را نیازمند ابزارهایی برای مقابله با این شرط می‌دانند. در این راستا هدف پژوهش خود را بررسی کاربست تئوری انتخاب بر کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری کنشی در افراد مصرف‌کننده مواد مخدر، قرار داده‌اند. با استفاده از روش آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون و نمونه‌گیری تصادفی در راستای دستیابی به هدف به بررسی این مهم می‌پردازند. نتایج نشان می‌دهد نظریه انتخاب باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود. هدف از آموزش نظریه انتخاب بالا بردن تجارب ذهنی افراد و بهتر شدن زندگی آنها است. بنابراین افرادی که نظریه انتخاب را آموزش می‌بینند و با آن آشنا می‌شوند، می‌توانند به بالا بردن کیفیت زندگی خود کمک کنند.

- زارعی و همکاران در سال ۱۳۹۳ در پژوهشی مرتبط، به بررسی اثربخشی برنامه مدیریت استرس بر کیفیت زندگی معناداران با استفاده از روش آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون می‌پردازد، و به دلیل توجه اندک

درمان‌های روانشناختی به بهبود کیفیت زندگی، این مهم را هدف اصلی خود قرار داده است. نتایج نشان می‌دهد که برنامه آموزشی مدیریت استرس در افزایش سطح کیفیت زندگی معنادار مؤثر است.

- مکوندی و زمانی در سال ۱۳۹۰ در پژوهشی مرتبط، به بررسی کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن در بین دانشجویان نمونه مورد مطالعه خود می‌پردازند و هدف اصلی خود را تعیین ابعاد مختلف کیفیت زندگی در دانشجویان بیان می‌کنند. جهت این بررسی از روش توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بهره می‌گیرد. نتایج نشان می‌دهد در متغیرهای سن و جنس اختلاف معناداری در نمونه‌های مورد مطالعه وجود ندارد. در بین ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی، بیشترین امتیاز، مربوط به بعد سلامت جسمانی و کمترین امتیاز، مربوط به بعد سلامت محیط است. سلامت اجتماعی در بین دانشجویان متأهل بیشتر از دانشجویان مجرد است؛ در سایر ابعاد، تفاوتی بین دانشجویان مجرد و متأهل وجود نداشت. همچنین سلامت محیط در دانشجویان خوابگاهی کمتر از سایرین است.

- کیانپور در سال ۱۳۸۱ در پژوهشی با هدف نشان دادن اختلاف در بکارگیری شیوه‌های مقابله‌ای با استرس، بین افراد معتاد و غیر معتاد با استفاده از روش توصیفی-مقطعی، بیان می‌دارد که با بکارگیری بیشتر شیوه‌های مقابله‌ای غیر مؤثر توسط گروه معتادان می‌توان از این ویژگی برای پیش‌بینی خطر ابتلا به مصرف مواد و همچنین برنامه‌های آموزشی و درمانی بخصوص در گروه‌های در معرض خطر استفاده نمود.

- نتایج پژوهش لی (۲۰۰۸) درباره سنجش کیفیت زندگی در تایپه نشان داد سن، جدایی، میزان تحصیلات و درآمد ابعاد گوناگون کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهند

- فریش (۲۰۰۶) کیفیت زندگی را شامل سه جزء مرتبط با توانایی اجرای فعالیت‌های روزانه، وضعیت عاطفی و همچنین وضعیت هوشی و اجتماعی می‌داند.

- اسپالدینگ و متز^۱ (۲۰۰۳) در مطالعه‌شان در مورد معنویت، کیفیت زندگی و الکلیک‌های گمنام ۸۰ عضو AA را با دو مقیاس کیفیت زندگی مورد بررسی قرار دادند. نتایج، رضایت از زندگی بیشتر در تمام الکلیک‌های بهبود یافته را نشان داد. تفاوت‌های جنسیتی نیز وجود داشت مانند: این که آزمودنی‌های زن، 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. بعلاوه طول مدت زمان هوشیاری، کیفیت زندگی را در تمام آزمودنی‌ها پیش‌بینی کرد.

- رودلف و واتس^۲ (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 را آغاز کرده بودند، کیفیت زندگی وابسته به

^۱Spalding and Metz

^۲Rudolf and Wats,

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 هیچ یک از این مطالعاتی که در زمینه اعتیاد و کیفیت زندگی صورت گرفته، به رابطه بین یکی از درمان‌های بهبودی اولیه اعتیاد، NA و کیفیت زندگی نمی‌پردازند. با این وجود آنها معتقدند که سنجیدن کیفیت زندگی در سنجش تغییرات سبک زندگی مفید باشد و می‌تواند به شناسایی زمینه‌های زندگی فرد که نیازمند مداخلات خاص است کمک کند.
- کامینز (۱۹۹۷) کیفیت زندگی را شامل هر دو بُعد عینی و ذهنی در شش سطح: بهزیستی مادی، بهره‌وری، صمیمیت، امنیت، بهزیستی عاطفی و اجتماعی مطرح می‌کند.

^۱ Ryan

^۲ White

فصل سوم

روش اجرای پایان نامه

۳-۱- مقدمه

در این فصل به توضیح روش پژوهش، معرفی جامعه و نمونه آماری، روش نمونه گیری، معرفی ابزار پژوهش، روش اجرای پژوهش و روش های آماری تجزیه و تحلیل آماری پرداخته خواهد شد.

۳-۲- روش پژوهش

این پژوهش به دنبال بررسی رابطه میان استرس و طرد اجتماعی با کیفیت زندگی معتادان شهر بجنورد می باشد، لذا از نوع پژوهش های توصیفی- همبستگی محسوب می شود.

جامعه آماری: تمامی معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر بجنورد ۸۰۰۰ نفر در سال ۱۳۹۶ است.

۳-۳- حجم نمونه و روش نمونه گیری

با استفاده از فرمول مورگان حجم نمونه ۳۶۷ نفر تعیین شد؛ سپس با بهره گیری از نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای به پاسخگویان مراجعه گردید. در این روش شهر بجنورد به ۴ محدوده در شمال، جنوب، شرق، غرب تقسیم شد، از میان محدوده های مذکور به طور تصادفی، جنوب و غرب انتخاب گردید. در محدوده غرب ۱۷ کلینیک و محدوده جنوب تعداد ۱۰ کلینیک وجود داشت. در هر محدوده ۳ کلینیک به صورت تصادفی انتخاب شد سپس با حضور در هر یک از کلینیکهای انتخابی پرسشنامه تکمیل گردید. این فرایند ادامه یافت تا در نهایت تعداد ۳۶۷ پرسشنامه در ۶ کلینیک توسط معتادان تکمیل گردید.

۳-۴- ابزار جمع آوری اطلاعات

برای گردآوری داده‌ها و اطلاعات مورد نظر از سه نوع پرسشنامه استفاده می‌شود:

الف- پرسشنامه استرس هری (HIS)، (۲۰۰۵) برای سنجش روانی درموقعیت‌های مختلف زندگی

○ شیوه نمره گذاری

این پرسشنامه شامل ۶۶ عبارت است، پاسخ‌های این آزمون در یک طیف ۵ درجه‌ای از " کاملاً مخالف " تا " کاملاً موافق " قرار گرفته است.

شیوه نمره گذاری این پرسشنامه بدین صورت است که به گزینه کاملاً مخالف نمره ۱؛ گزینه مخالف نمره ۲؛ نظری ندارم نمره ۳؛ گزینه موافق نمره ۴ و گزینه کاملاً موافق نمره ۵ اختصاص می‌یابد.

لازم به ذکر است که در سوالات ۲-۴-۶-۸-۱۱-۱۳-۱۴-۱۶-۱۷-۳۱-۴۳-۴۴-۴۶-۶۴-۶۵ نمره گذاری برعکس صورت می‌گیرد.

○ پایایی و روایی

برای تعیین روایی پرسشنامه، همسانی درونی آن از طریق روش دو نیمه کردن بر اساس پاسخ‌های نمونه محاسبه می‌شود. دونیمه کردن بر اساس پاسخ‌های نمونه ۵۰ دانشجوی دانشگاه محاسبه شد. نتایج حاصل از فرمول اسپیرمن برای محاسبه ثبات درونی ۰/۷۴ و برای بررسی ثبات زمان پرسشنامه برای یک نمونه ۵۰ نفری ضریب همبستگی در روش باز آزمایی (به فاصله ۴ هفته) ۰/۷۹ به دست آمد. برای بررسی اعتبار محتوا، پرسشنامه در اختیار ۵ نفر از اساتید روان شناسی قرار گرفت که در زمینه فشار روانی کار می‌کردند. آنها از ۱۰۱ عبارتی که با دقت مطالعه کردند، به ۶۶ مورد که بهتر علائم استرس را مورد ارزیابی قرار می‌داد، بیشترین امتیاز را دادند. بنابر این عبارت مذکور انتخاب گردید (هری، ۲۰۰۵).

ب- مقیاس سنجش کیفیت زندگی SF-۳۶ واشربون (۱۹۹۲)

این مقیاس در ایالت متحده امریکا طراحی شد، این پرسشنامه دارای ۳۶ سوال است و از ۸ زیر مقیاس تشکیل شده است. هشت زیر مقیاس متشکل عبارتند از: عملکرد جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی، انرژی خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی. همچنین از ادغام زیر مقیاس‌ها دو زیر مقیاس کلی با نام‌های سلامت جسمی و سلامت روانی بدست می‌آید.

○ شیوه نمره گذاری

شیوه نمره گذاری این پرسشنامه بدین صورت است که نمره ۲۵ پایین‌ترین و نمره ۱۰۰ بالاترین نمره در نظر گرفته شده است. نمره گذاری پرسشنامه بین ۰ تا ۱۰۰ است.

- در سوالات ۱-۲-۲۰-۲۲-۳۴-۳۶ به گزینه ۱ نمره ۱۰۰، به گزینه ۲ نمره ۷۵، به گزینه ۳ نمره ۵۰، به گزینه ۴ نمره ۲۵ و به گزینه ۵ نمره ۰ اختصاص می یابد.
- در سوالات ۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲ به گزینه ۱ نمره ۰، به گزینه ۲ نمره ۵۰ و به گزینه ۳ نمره اختصاص می یابد.
- در سوالات ۱۳-۱۴-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸-۱۹ به گزینه ۱ نمره ۰ و به گزینه ۲ نمره ۱۰۰ اختصاص می یابد.
- در سوالات ۲۱-۲۳-۲۶-۲۷-۳۰ به گزینه ۱ نمره ۱۰۰، به گزینه ۲ نمره ۸۰، به گزینه ۳ نمره ۶۰، به گزینه ۴ نمره ۴۰، به گزینه ۵ نمره ۲۰ و به گزینه ۶ نمره ۰ اختصاص می یابد.
- در سوالات ۲۴-۲۵-۲۸-۲۹-۳۱ به گزینه ۱ نمره ۰، به گزینه ۲ نمره ۲۰، به گزینه ۳ نمره ۴۰، به گزینه ۴ نمره ۶۰، به گزینه ۵ نمره ۸۰ و به گزینه ۶ نمره ۱۰۰ اختصاص می یابد.
- در سوالات ۳۲-۳۳-۳۵ به گزینه ۱ نمره ۰، به گزینه ۲ نمره ۲۵، به گزینه ۳ نمره ۵۰، به گزینه ۴ نمره ۷۵ و به گزینه ۵ نمره ۱۰۰ اختصاص می یابد.

زیر مقیاس‌ها

- برای به دست آوردن ۸ زیرمقیاس به صورت ذیل عمل می‌شود. نمرات هر زیر مقیاس بین ۰ تا ۱۰۰ خواهد بود:
- کارکرد جسمی (PF): سوالات ۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲ تقسیم بر ۱۰
- اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی (RP): سوالات ۱۳-۱۴-۱۵-۱۶ تقسیم بر ۴
- اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی (RE): سوالات ۱۷-۱۸-۱۹ تقسیم بر ۳
- انرژی/خستگی (EF): سوالات ۲۳-۲۷-۲۹-۳۱ تقسیم بر ۴
- بهزیستی هیجانی (EW): سوالات ۲۴-۲۵-۲۶-۲۸-۳۰ تقسیم بر ۵
- کارکرد اجتماعی (SF): سوالات ۲۰ و ۳۲ تقسیم بر ۲
- درد (P): سوالات ۲۱ و ۲۲ تقسیم بر ۲
- سلامت عمومی (GH): سوالات ۱-۳۳-۳۴-۳۵-۳۶ تقسیم بر ۵
- سوال ۲ در هیچ زیرمقیاسی مورد استفاده قرار نمی‌گیرد.
- به دست آوردن دو زیرمقیاس کلی
- زیر مقیاس سلامت جسمی: جمع زیرمقیاس‌های کارکرد جسمی (PF)، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی (RP)، درد (P)، سلامت عمومی (GH)
- زیرمقیاس سلامت روانی: جمع زیرمقیاس‌های اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی (RE)، انرژی/خستگی (EF)، بهزیستی هیجانی (EW)، کارکرد اجتماعی (SF)

نمرات بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی مطلوب است. کسب نمره بیشتر از ۶۰٪ ماکزیمم نمره کیفیت زندگی مطلوب است به منظور تعیین امتیاز کیفیت زندگی در واحدهای پژوهش، ابتدا میانگین و انحراف معیار امتیازها محاسبه گردید و سپس با در نظر گرفتن حد بالا و پایین حاصل جمع و کسر میانگین و انحراف معیار، امتیاز دهی صورت گرفت. نمره کیفیت زندگی در حد فاصل ۳۲۲۴-۳۴۷۵ مطلوب، ۲۳۴۶-۳۲۲۴ متوسط و ۱۷۲۵-۲۳۴۶ پایین در نظر گرفته شده است (واشربورن، ۱۹۹۲؛ منتظری، ۲۰۰۵؛ اصغری و فقهی، ۱۳۸۲)

○ پایایی و روایی

پرسشنامه کیفیت زندگی در ایران ترجمه و مطالعات روانسنجی لازم جهت مهیا سازی این ابزار برای استفاده در کشور صورت گرفته است:

ضرایب آلفای کرونباخ گزارش شده ابعاد هشتگانه این ابزار در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۹۰ قرار دارند. آزمون پایایی پرسشنامه با استفاده از تحلیل آماری در هم خوانی داخلی و آزمون روایی با استفاده از روش مقایسه گروه های شناخته شده و روایی همگرایی مورد ارزیابی قرار گرفت. تحلیل هم خوانی داخلی نشان داد که، مقیاس های گونه فارسی، از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹ برخوردارند. این پرسشنامه برای جمعیت ایرانی استاندارد شده است. از روایی و اعتبار مناسبی برخوردار است و به نظر می رسد با شرایط فرهنگی، اجتماعی ایران سازگاری بیشتری داشته باشد.

ج- مقیاس پذیرش اجتماعی کروان و مارلو (SDS) (۱۹۶۰)

این مقیاس یکی از معتبر ترین مقیاس های سنجش پذیرش اجتماعی است. با توجه به اینکه جستجوهای فراوانی صورت گرفت اما بنا بر عدم دسترسی به پرسشنامه علمی معتبر در رابطه با طرد اجتماعی، از پرسشنامه پذیرش اجتماعی استفاده شد، اشخاصی که پاسخ های آنان پذیرش اجتماعی را دنبال ندارد مورد طرد اجتماعی قرار می گیرند.

○ شیوه نمره گذاری

این مقیاس دارای ۳۳ سوال است که به صورت صحیح یا غلط پاسخ داده می شود، افرادی که امتیاز ۰ تا ۸ به دست می آورند، پاسخ های آنها پذیرش اجتماعی را دنبال ندارد و مورد طرد قرار می گیرند، اشخاصی که بین ۹ تا ۱۹ امتیاز به دست آورند، به طور متوسط دارای پذیرش اجتماعی هستند و رفتارهای آنان با قواعد و هنجارهای اجتماعی مطابقت میکند. اشخاصی که نمره های آنان بین ۲۰ تا ۳۳ امتیاز باشد نشان دهنده آن است که رفتار واقعی آنان با قواعد و هنجارهای اجتماعی سازگاری بالایی را نشان می دهد.

○ پایایی و روایی

در تحقیق شرف الدین ۱۳۸۹ برای تعیین پایایی مقیاس یاد شده از دو روش آلفای کرونباخ و روش دونیمه کردن مقیاس استفاده شده است که به ترتیب برابر ۰/۷ و ۰/۷۶ می باشد و بیانگر ضرایب قابل قبول می باشد. از نظر اعتبار و روایی نیز این مقیاس با سایر ابزار های روانشناختی که برای اندازه گیری پذیرش اجتماعی طراحی شده است همبستگی بالا و قابل قبولی نشان داده است (ثمری و لعلی فاز، ۱۳۸۴).

۳-۵- روش اجرا

با توجه به اینکه بسیاری از آزمودنیها بی سواد بوده و همچنین جلب همکاری آنها مشکل بود پس از جلب همکاری آزمودنیها پرسشنامه ها برای آنها توضیح داده شد و به صورت حضوری تکمیل گردید. در تکمیل پرسشنامه ها ۶ نفر همکار مجری نیز در اجرای پژوهش همکاری داشتند.

۳-۶- روش آماری مورد استفاده در تحلیل داده ها

برای تجزیه تحلیل داده ها در پژوهش حاضر از روش آمار توصیفی (محاسبه شاخص های آماری متغیر های مورد پژوهش: میانگین، انحراف استاندارد...) جهت توصیف متغیرها و همچنین از آمار استنباطی (شامل رگرسیون و آزمون همبستگی پیرسون) استفاده شد.

فصل چهارم

تجزیه و تحلیل داده‌ها

۴-۱- مقدمه

در این فصل به تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش پرداخته می‌شود. نخست، اطلاعات توصیفی پرسشنامه‌های کیفیت زندگی، استرس و طرد اجتماعی معتادان مورد تحلیل قرار می‌گیرند و پس از آن اطلاعات کمی پرسشنامه‌ها تحلیل می‌شوند.

۴-۲- آمار توصیفی ویژگی‌های عمومی مشارکت‌کنندگان در پژوهش

حجم نمونه مورد مطالعه برابر ۳۶۷ نفر است که از این تعداد تنها ۲۸۰ پرسشنامه به طور صحیح و کامل به سوالات مربوطه پاسخ داده‌اند. لذا بررسی‌های صورت گرفته بر اساس ۲۸۰ پرسشنامه می‌باشد. در میان این ۲۸۰ پرسشنامه، مواردی چون سن، جنسیت، اشتغال و وضعیت تأهل به صورت کامل وارد نشده است. بنا به اهمیت سوالات مربوط به متغیرهای پژوهش از حذف پرسشنامه‌های فاقد سن، جنسیت، اشتغال و وضعیت تأهل خودداری شد؛ در این راستا پس از ذکر فراوانی این موارد از گزینه " پاسخ داده نشده" نیز در جداول مربوط به آمارهای توصیفی استفاده شد.

۴-۲-۱- جنسیت

در بحث جنسیت از میان ۲۸۰ پرسشنامه دریافتی، ۵۱.۷۸ درصد را مردان و ۱۲.۱۴ درصد را زنان تشکیل داده‌اند؛ همچنین ۳۲.۵ درصد از افراد به این سوال پاسخ نداده‌اند (جدول ۴-۱).

جدول ۴-۱، توزیع فراوانی مشارکت‌کنندگان در پژوهش بر حسب جنسیت

شرح	فراوانی	سهم نسبی (درصد)
زن	۳۴	۱۲.۱۴
مرد	۱۴۵	۵۱.۷۸
مجموع	۱۸۹	۶۷.۵
پاسخ داده نشده	۹۱	۳۲.۵

منبع: یافته‌های پژوهش

۴-۲-۲- سن

در بحث سن ۲۸۰ مشارکت‌کننده در پژوهش، ۷.۸۵ درصد ۱۷-۲۵ سال، ۱۸.۵۷ درصد ۲۶-۳۵ سال، ۱۲.۵ درصد ۳۶-۴۵ سال، ۱۵.۳۵ درصد ۴۶-۵۵ سال، ۶.۷۸ درصد ۵۶-۶۵ سال، ۲.۸۵ درصد ۶۶-۷۵ سال سن داشته‌اند. حدود ۳۲ درصد افراد، به این سوال پاسخ نداده‌اند (جدول ۴-۲).

جدول ۴-۲، توزیع فراوانی مشارکت‌کنندگان در پژوهش بر حسب سن

شرح	فراوانی	سهم نسبی (درصد)
۱۷-۲۵ سال	۲۲	۷.۸۵
۲۶-۳۵ سال	۵۲	۱۸.۵۷
۳۶-۴۵ سال	۳۵	۱۲.۵
۴۶-۵۵ سال	۴۳	۱۵.۳۵
۵۶-۶۵ سال	۱۹	۶.۷۸
۶۶-۷۵ سال	۸	۲.۸۵
مجموع	۱۸۹	۶۷.۵
پاسخ داده نشده	۹۱	۳۲.۵

منبع: یافته‌های پژوهش

۴-۲-۳- وضعیت تأهل

در بحث وضعیت تأهل مشارکت‌کنندگان در پژوهش، ۱۶.۰۷ درصد مجرد و ۴۳.۲۱ درصد متأهل هستند. ۴۰.۷۱ درصد به این سوال پاسخ نداده‌اند (جدول ۴-۳).

جدول ۴-۳، توزیع فراوانی مشارکت‌کنندگان در پژوهش بر حسب وضعیت تأهل

شرح	فراوانی	سهم نسبی (درصد)
مجرد	۴۵	۱۶.۰۷
متأهل	۱۲۱	۴۳.۲۱
مجموع	۱۶۶	۵۹.۲۸
پاسخ داده نشده	۱۱۴	۴۰.۷۱

منبع: یافته‌های پژوهش

۴-۲-۴ وضعیت اشتغال

در بحث وضعیت اشتغال مشارکت‌کنندگان در پژوهش، ۵ درصد بیکار، ۴۳.۲۱ درصد آزاد، ۷۸۵ درصد دولتی و ۶.۴۲ درصد خانه‌دار هستند. ۳۷.۵ درصد از افراد به این سوال پاسخ نداده‌اند (جدول ۴-۴).

جدول ۴-۴، توزیع فراوانی مشارکت‌کنندگان در پژوهش بر حسب وضعیت اشتغال

شرح	فراوانی	سهم نسبی (درصد)
بیکار	۱۴	۵
آزاد	۱۲۱	۴۳.۲۱
دولتی	۲۲	۷۸۵
خانه‌دار	۱۸	۶.۴۲
مجموع	۱۷۵	۶۲.۵
پاسخ داده نشده	۱۰۵	۳۷.۵

منبع: یافته‌های پژوهش

۴-۳-۳ آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

در این بخش از پژوهش آمار توصیفی ابعاد فرعی و گویه‌های مطرح شده برای هر سه متغیر اصلی پژوهش (کیفیت زندگی، استرس و طرد اجتماعی) مورد بررسی قرار می‌گیرند.

جدول ۴-۵، آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	بیشینه	کمینه	انحراف استاندارد	دامنه تغییرات	
کیفیت زندگی	سلامت جسمی	۷۲.۰۶	۱۵۵	۵	۲۴.۹۱	
		۴۷.۹۳	۱۰۰	۰	۳۹.۸۴	
		سلامت جسمی				
		درد	۶۴.۳۹	۱۰۰	۰	۲۳.۴۴
	سلامت عمومی	۴۹.۴۰	۱۰۰	۰	۲۱.۱۴	
	سلامت روانی	۴۳.۴۶	۱۰۰	۰	۴۱.۲۷	
		سلامت هیجانی				
		انرژی / خستگی	۵۱.۲۷	۱۰۰	۰	۲۲.۳۹
		بهبودی هیجانی	۵۵.۴۱	۱۰۰	۸	۲۱.۰۴
	کارکرد اجتماعی	۵۷.۷۷	۱۰۰	۰	۲۵.۳۳	
استرس	۲۰۳.۴۱	۲۶۷	۸۸	۲۵.۹۶	۱۷۹	
میزان پذیرش اجتماعی	۱۸.۹۱	۳۱	۰	۵.۹۵	۳۱	

منبع: یافته‌های پژوهش

کیفیت زندگی دارای دو بعد اصلی سلامت جسمانی و سلامت روانی است. در سلامت جسمی به ترتیب متغیرهای کارکرد جسمی، درد، سلامت عمومی و اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی دارای میانگین حدودی ۷۲، ۶۴، ۴۹ و ۴۸ هستند.

مقدار انحراف معیار بدست آمده متغیر استرس و میزان پذیرش اجتماعی به ترتیب با اعداد ۲۵.۹۶ و ۵.۹۵ بیانگر آن است که میزان استرس و پذیرش اجتماعی هر پاسخگو به طور متوسط ۲۵.۹۶ و ۵.۹۵ از میانگین فاصله دارد.

با توجه به میانگین و مقادیر بیشینه و کمینه مطرح شده در جدول ۴-۵ می‌توان گفت، به ترتیب استرس، میزان پذیرش اجتماعی، درد، کارکرد اجتماعی و بهزیستی هیجانی از نمرات بالایی در میان معنادان پاسخ‌دهنده به سوالات برخوردار است.

۴-۴- یافته‌های استنباطی

۴-۴-۱- بررسی مفروضات تحلیل‌های آماری

یکی از مفروضات تحلیل‌های آماری نرمال بودن توزیع متغیرها در جامعه است. بررسی این مفروضه با استفاده از آزمون‌های نیکویی برازش^۱ صورت می‌گیرد. یکی از آزمون‌های نیکویی برازش، آزمون کالموگروف-اسمیرنوف یک راهه^۲ است. نتایج این آزمون در جدول ۴-۶ ارائه شده است.

جدول ۴-۶، نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف

متغیر	تعداد	آماره کالموگروف-اسمیرنوف (Z)	معیار تصمیم (Sig)
کیفیت زندگی	۲۸۰	۰.۷۹۳	۰.۵۵۵
استرس	۲۸۰	۰.۵۴۴	۰.۹۲۸
میزان پذیرش اجتماعی	۲۸۰	۰.۹۵۸	۰.۳۴۶

منبع: یافته‌های پژوهش

در تمامی متغیرها میزان Sig بیشتر از ۰.۰۵ است یعنی فرض صفر؛ "نمونه مورد نظر از توزیع نرمال به دست آمده است" مورد پذیرش قرار می‌گیرد و می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

۴-۴-۲- آزمون فرضیه اصلی

جهت تعیین معادله تخمین کیفیت زندگی معتادان، تحلیل رگرسیون خطی به روش گام به گام استفاده شد. میزان پذیرش اجتماعی و استرس به عنوان متغیرهای پیش‌بین با دارا بودن رابطه معناداری در سطح اطمینان ۹۹ درصد در تحلیل رگرسیون خطی وارد گردید. در این تحلیل ضریب تعیین برابر ۰/۲۱۶، نشان از آن دارد که متغیرهای مستقل دارای معنی، ۲۱ درصد از تغییرات متغیر ملاک (کیفیت زندگی) را می‌توانند توجیه کنند.

^۱ Goodness of fit

^۲ One way kolmogorov-smirnov

جدول ۷-۴، ضرایب رگرسیون چندگانه گام به گام، متغیر وابسته: کیفیت زندگی، (n=۲۸۰)

R Square = ۰/۲۱۶

متغیرهای مستقل	B	Beta	t	Sig
مقدار ثابت	۳۵۸۰/۴۰۱		۱۱/۷۴۷	۰/۰۰۰
استرس	-۹/۵۷۲	-۰/۳۶۴	-۷/۵۶۸	۰/۰۰۰
میزان پذیرش اجتماعی	۲۳/۶۳۸	۰/۲۰۶	۴/۲۸۵	۰/۰۰۰

منبع: یافته‌های پژوهش

در جدول ۷-۴ مشاهده می‌شود که مقدار ثابت و متغیرهای استرس و میزان پذیرش اجتماعی با دارا بودن sig کمتر از ۰.۰۵ معنادار شده‌اند. Beta یا ضریب رگرسیونی استاندارد شده برای متغیر استرس برابر ۰.۳۶۴- و برای متغیر میزان پذیرش اجتماعی برابر ۰.۲۰۶ است؛ به عبارت دیگر میزان تأثیر متغیر استرس و میزان پذیرش اجتماعی بر کیفیت زندگی به ترتیب برابر ۰.۳۶۴- و ۰.۲۰۶ است. با توجه به این مقادیر می‌توان گفت متغیر استرس نسبت به کیفیت زندگی تأثیر بیشتری بر کیفیت زندگی معنادار دارد.

جهت ایجاد معادله رگرسیونی از میزان ضریب رگرسیونی استاندارد نشده (B) استفاده می‌کنیم.

$$Y = 23/638 X_1 - 9/572 X_2 + 3580/401 \quad \text{رابطه (۱)}$$

رابطه (۱) بیانگر معادله رگرسیونی کیفیت زندگی معنادار است. در این رابطه داریم:

Y: کیفیت زندگی

X_۱: میزان پذیرش اجتماعی

X_۲: استرس

در این معادله مقدار ۳۵۸۰/۴۰۱ برابر عرض از مبدا (مقدار ثابت در جدول) و مقادیر ۹/۵۷۲- و ۲۳/۶۳۸ برابر سبب خط (ضریب رگرسیونی استاندارد نشده (B) هستند.

در رابطه (۱) با قرار دادن مقادیر استرس و میزان پذیرش اجتماعی معنادار می‌توان میزان کیفیت زندگی آنان را پیش‌بینی کرد.

۴-۳- آزمون فرضیه فرعی اول

جدول ۴-۸، آزمون همبستگی (ضریب پیرسون) متغیرهای کیفیت زندگی (به تفکیک ابعاد) و استرس در نمونه مورد مطالعه (n=۲۸۰)

متغیر	الگوی آماری	کیفیت زندگی							
		سلامت جسمی				سلامت روانی			
		کارکرد جسمی	بخطر سلامت جسمی	اختلال نقش	درد	سلامت عمومی	هیچانی	بخطر سلامت روانی	اختلال نقش
استرس	پیرسون	-۰/۲۷۶	-۰/۳۴۵	-۰/۳۸۵	-۰/۲۵۲	-۰/۳۱۲	-۰/۲۹۵	-۰/۳۵۵	-۰/۳۰۶
		-۰/۴۲۳				-۰/۱۸۴			
	Sig	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
		۰/۰۰۰				۰/۰۰۰			
سطح	۰/۰۱	وجود همبستگی	وجود همبستگی	وجود همبستگی	وجود همبستگی	وجود همبستگی	وجود همبستگی	وجود همبستگی	وجود همبستگی
		وجود همبستگی				وجود همبستگی			
	۰/۰۵	-	-	-	-	-	-	-	-

منبع: یافته‌های پژوهش

جدول ۴-۸ به بررسی همبستگی میان متغیرهای کیفیت زندگی و استرس می‌پردازد. در سطح اطمینان ۹۹ درصد بعد سلامت روانی از کیفیت زندگی با پیرسون ۰.۱۸۴-، و بعد سلامت جسمی، با پیرسون ۰.۴۲۳- با استرس در ارتباط است.

تمامی متغیرهای مربوط به کیفیت زندگی در سطح اطمینان ۹۵ درصد با استرس ارتباط دارند. نکته قابل توجه در این جدول مقادیر منفی هستند که بیانگر ارتباط معکوس میان کیفیت زندگی و استرس است. به عبارت دیگر کیفیت زندگی بالاتر از استرس پایین‌تر ناشی می‌گردد.

پس از بررسی میزان همبستگی هر یک از ابعاد و متغیرهای کیفیت زندگی با استرس، جدول ۴-۹ به بررسی کلی میزان همبستگی مولفه کیفیت زندگی استرس می‌پردازد.

جدول ۴-۹، آزمون همبستگی (ضریب پیرسون) متغیرهای استرس، میزان پذیرش اجتماعی و کیفیت زندگی در نمونه مورد مطالعه

(n=۲۸۰)

استرس			متغیر
سطح ۰/۰۵	سطح ۰/۰۱	Sig	پیرسون
-	وجود همبستگی	۰/۰۰۰	-۰/۴۲۱
			کیفیت زندگی

منبع: یافته‌های پژوهش

نتایج حاصل از جدول ۴-۹ بیانگر وجود ارتباط معنادار میان کیفیت زندگی و استرس است، به بیان دیگر در سطح اطمینان ۹۹ درصد فرضیه فرعی اول مورد پذیرش قرار می‌گیرد.

۴-۴-۴ آزمون فرضیه فرعی دوم

در جدول ۴-۱۰ به آزمون همبستگی متغیرهای کیفیت زندگی و میزان پذیرش اجتماعی پرداخته شده است. جهت بررسی این همبستگی ابتدا ابعاد کیفیت زندگی و سپس متغیرهای مربوط به هر بعد در ارتباط با میزان پذیرش اجتماعی مورد مطالعه قرار گرفتند.

جدول ۴-۱۰، آزمون همبستگی (ضریب پیرسون) متغیرهای کیفیت زندگی (به تفکیک ابعاد) و میزان پذیرش اجتماعی در نمونه مورد

مطالعه (n=۲۸۰)

متغیر	الگوی آماری	کیفیت زندگی							
		سلامت جسمی				سلامت روانی			
		کارکرد جسمی	کارکرد اجتماعی	بخطرات سلامتی	اختلال نقش	درد	سلامت عمومی	همچنان بخطر سلامتی	اختلال نقش
میزان پذیرش اجتماعی	پیرسون	۰/۱۴۵	۰/۱۰۴	۰/۱۰۳	۰/۴۰۰	۰/۲۲۶	۰/۳۰۵	۰/۴۱۱	۰/۲۷۳
		۰/۲۲۵				۰/۱۶۲			
	Sig	۰/۰۰۵	۰/۰۴۵	۰/۰۴۹	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
		۰/۰۰۰				۰/۰۰۰			
	سطح ۰/۰۱	وجود همبستگی	-	-	وجود همبستگی	وجود همبستگی	وجود همبستگی	وجود همبستگی	وجود همبستگی
	سطح ۰/۰۵	-	وجود همبستگی	وجود همبستگی	وجود	-	-	-	-
		-				وجود همبستگی			

منبع: یافته‌های پژوهش

در جدول ۴-۱۰، مقدار sig معناداری آزمون را بیان می‌کند که در تمامی متغیرها از ۰.۰۵ کمتر و بیانگر معنادار بودن همبستگی است.

بعد سلامت جسمانی از مولفه کیفیت زندگی با دارا بودن ضریب پیرسون ۰.۲۲۵ و بعد سلامت روانی با دارا بودن ضریب پیرسون ۰.۱۶۲ با میزان پذیرش اجتماعی در سطح اطمینان ۹۹ درصد (سطح خطای ۱ درصد) دارای همبستگی است. پس از بررسی همبستگی هر یک از ابعاد کیفیت زندگی با میزان پذیرش اجتماعی، جدول ۴-۱۱ به بررسی کلی مولفه کیفیت زندگی با میزان پذیرش اجتماعی می‌پردازد.

جدول ۴-۱۱، آزمون همبستگی (ضریب پیرسون) متغیرهای استرس، میزان پذیرش اجتماعی و کیفیت زندگی در نمونه مورد مطالعه

(n=۲۸۰)

میزان پذیرش اجتماعی				متغیر
سطح ۰/۰۵	سطح ۰/۰۱	Sig	پیرسون	
-	وجود همبستگی	۰/۰۰۰	۰/۳۰۷	کیفیت زندگی

منبع: یافته‌های پژوهش

نتایج حاصل از جدول ۴-۱۱ بیانگر وجود همبستگی میان مولفه کیفیت زندگی و میزان پذیرش اجتماعی است؛ بنابراین در سطح اطمینان ۹۹ درصد فرضیه فرعی دوم مورد پذیرش قرار می‌گیرد.

فصل پنجم

نتیجه‌گیری و پیشنهادات

۵-۱- مقدمه

این فصل به ارائه نتیجه‌های حاصل از بررسی یافته‌های پژوهش می‌پردازد؛ و بر اساس آن، فرضیه‌ها مورد آزمون قرار می‌گیرند. بدین منظور و قبل از ورود به موضوع اصلی بحث، ابتدا در این فصل به ارائه مختصری از فرایند پژوهش پرداخته می‌شود. سپس آزمون فرضیه‌ها مورد بحث قرار می‌گیرند و در آخر نیز، پیشنهادهایی جهت پژوهش‌های آتی مطرح و محدودیت‌های پژوهش حاضر ذکر خواهد شد.

ابتدا هدف اصلی پژوهش با عنوان "بررسی رابطه استرس و طرد اجتماعی با کیفیت زندگی معنادان" مشخص گردید و سپس اهداف فرعی و سوالات پژوهش در فصل اول (کلیات تحقیق) مطرح شد. پس از آن، در فصل دوم (مبانی نظری تحقیق) نظریه‌ها و تئوری‌های مربوط به موضوع پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند. فصل سوم پژوهش (طرح تحقیق) به معرفی جامعه و نمونه مورد مطالعه پرداخت. این فصل شامل روش‌شناسی پژوهش است که در آن، روش این پژوهش و راه‌های پاسخ به سوال‌ها و دستیابی به اهداف را بیان نموده است. در فصل چهارم، یافته‌های پژوهش در دو بخش توصیفی و استنباطی با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفتند. در پایان، در این فصل نتایج فرضیات تبیین و تحلیل خواهد شد.

۵-۲- آزمون فرضیه‌ها

۵-۲-۱- فرضیه اصلی

«استرس و طرد اجتماعی با کیفیت زندگی رابطه دارد.»

نتایج حاصل از رگرسیون (جدول ۴-۷) بیانگر میزان تأثیر ۰.۳۶۴- استرس و ۰.۲۰۶ میزان پذیرش اجتماعی بر کیفیت زندگی معنادان است. نتایج حاصل از میزان پذیرش اجتماعی را می‌توان با وارونه کردن نوع ارتباط (ارتباط مثبت یا منفی) بر طرد اجتماعی تعمیم داد. به بیان دیگر می‌توان گفت میان طرد اجتماعی و استرس با کیفیت زندگی معنادان رابطه معناداری وجود دارد به گونه‌ای که افزایش استرس و طرد اجتماعی تأثیر منفی بر کیفیت زندگی معنادان خواهد داشت و منجر به کاهش این متغیر خواهد شد.

بنابراین فرضیه اصلی پژوهش در ارتباط با متغیرهای طرد اجتماعی، استرس و کیفیت زندگی معنادان در سطح اطمینان ۹۹ درصد تأیید می‌گردد.

زیرا در اغلب موارد، اعتیاد بر کیفیت زندگی افراد تاثیر منفی می‌گذارد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد پایین است (کوسک^۱ و همکاران، ۱۹۹۶؛ مولر و همکاران ۱۹۹۴؛ فیلمیر، جارالایس، آراسته، فیلیپس و هاگان، ۲۰۱۴؛ کارو و همکاران، ۲۰۱۱؛ مایر، واندربلاسچن و برویکارت، ۲۰۱۰؛ پورنقاش، حبیبی و ایمانی، ۱۳۹۱). کیفیت زندگی در خانواده‌های معتادان از ضعف‌های بسیاری برخوردار است، مشکلات اساسی خانواده را شدت می‌بخشد و علاوه بر اثرات مخرب روی زندگی فرد، اطرافیان و بستگان را نیز در معرض آسیب قرار می‌دهد. در راستای نتیجه پژوهش و تاثیرگذاری استرس بر کیفیت زندگی معتادان می‌توان به نتایج مشابه از پژوهش‌های دیگر نیز اشاره کرد:

نتایج تحقیق حاجلو و جعفری (۱۳۹۴)، مویترا^۲ و همکاران (۲۰۱۳)، فیش بین^۳ و همکاران (۲۰۱۱) و زارعی و اسدی (۱۳۹۱) نشان داد که میزان هیجان خواهی و استرس ادراک شده منفی در افراد معتاد به مواد مخدر بیشتر از افراد غیر معتاد است اما میزان استرس ادراک شده مثبت و حمایت اجتماعی در افراد غیر معتاد بیشتر از افراد معتاد است. حاجلو و جعفری (۱۳۹۴) معتقدند استرس ادراک شده عاملی مهم برای مصرف مواد و به دنبال آن بازگشت به مصرف مجدد است. با توجه به شواهد پژوهشی فوق می‌توان گفت که استرس ادراک شده یکی از آسیب‌های روانشناختی در نوجوانان مصرف کننده مواد است.

در پژوهش مویترا و همکاران (۲۰۱۳) مشخص شد که استرس ادراک شده به طور مثبت و معنی داری با احتمال مصرف الکل، کوکائین و احتمال مصرف دیگر مواد مورد مصرف در افرادی که در برنامه ترک مواد با روش متادون بودند، رابطه دارد. عوامل استرس زا در طول و قبل از نوجوانی پیش‌بینی کننده مصرف مواد و دیگر مشکلات رفتاری است (فیش بین و همکاران، ۲۰۱۱).

این باور یا انتظار که مصرف مواد استرس را کاهش می‌دهد، اغلب به عنوان انگیزه مصرف مواد مطرح می‌شود و افراد وابسته به مواد از طریق خوددرمانی جهت کاهش استرس به مصرف مواد روی می‌آورند. مواجهه مزمن با استرس آسیب‌زا با تغییرات عصبی در سیستم پاسخ به استرس پسران همراه است و باعث کژ کارکردی در حوزه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری-عملکردی می‌شود (کامینر و باکستین^۴، ۲۰۰۸). نتیجه این موارد آسیب پذیری زیاد در برابر اختلالات مصرف مواد است. افراد معتاد با توجه به شرایط فوق و به علت قرار گرفتن در موقعیت اجتماعی پایین‌تر نسبت به سایر همسالان استرس بیشتری دریافت می‌کنند و ممکن است که مصرف مواد واکنشی به احساس تنهایی، طرد از سوی دوستان و اعضای خانواده، استرس اجتماعی و عزت نفس پایین باشد. طبق نتایج حسینی المدی و همکاران (۱۳۹۱) حمایت ادراک شده از سوی دوستان، خانواده و افراد مهم پس از هویت بهنجار، مهمترین نقش را در پیش‌بینی عضویت در گروه‌های معتاد و غیر معتاد دارد. هرچه فرد حمایت بیشتری از جانب والدین، اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد مؤثر در زندگی برخوردار باشد، احتمال عضویت او در گروه‌های غیر معتاد افزایش می‌یابد. به عبارتی می‌توان گفت که حمایت اجتماعی با افزایش تاب‌آوری افراد، در برابر مصرف مواد به عنوان سپر محافظتی عمل می‌کند و افراد با حمایت اجتماعی پایین بیشتر مستعد اعتیاد به مواد به عنوان مکانیسم دفاعی برای مقابله با مشکلات هستند.

^۱ Kusek & et al

^۲ Moitra

^۳ Fishbein

^۴ Kaminer & Bukstein

نتایج پژوهش فریدمن^۱ و همکاران (۲۰۰۱) نشان داده است که اختلالات روانی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد در مقایسه با افراد سالم بیشتر است. این اختلالات به طور عمده شامل اضطراب و افسردگی است. ولز، گلدینگ و بورنام^۲ (۱۹۸۹) در پژوهش خود دریافتند که در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد شیوع اختلالات روانپزشکی (اختلالات اضطرابی و اختلالات عاطفی) در طول عمر بیشتر است. پژوهش لو، گراف، یوفر و کرونگه^۳ (۲۰۰۴) نشان داد که ۳۵ درصد بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد از اختلالات روانی رنج می‌برند که در این میان اختلال افسردگی با ۱۵.۹ درصد و اختلال هراس با ۱۰.۴ درصد بیشترین میزان را داشتند و این اختلالات باعث اختلال عملکرد و کاهش سطح کیفیت در ۱۷ تا ۶۱ درصد آنها شده بود. اختلالات روانی مذکور باعث افزایش شدت سوء مصرف مواد شده و کیفیت زندگی را در این افراد کاهش می‌دهد. کیفیت زندگی یک مجموعه پیچیده از واکنش‌های فردی نسبت به عوامل جسمی، روانی و اجتماعی است که روی زندگی طبیعی تاثیر می‌گذارد.

کسانی که استرس بیشتری دارند امکان معتاد شدنشان بیشتر است و این می‌تواند عوارض و خطرات جدی برای فرد به همراه داشته باشد. از آنجا که در مصرف مواد مخدر و داشتن اعتیاد لذت ایجاد می‌شود، در صورتی که این مواد نتواند نیازهای افراد معتاد را برآورده سازد، می‌تواند در افزایش استرس آنها تاثیر جدی داشته باشد. زمانی که افراد معتاد مواد مصرف می‌کنند باعث لذت بیشتری در بدنشان می‌شود و اگر دسترسی به مواد قطع شود فرد دچار ناراحتی و خماری می‌شود و همین موضوع اضطراب و استرس را شدیداً بالا می‌برد. با افزایش میزان اضطراب و استرس حتی استمرار مصرف مواد مخدر و وابستگی به مواد نیز به وجود می‌آید و پس از اینکه اعتیادش بیشتر شود دیگر به خاطر لذت بردن مواد مصرف نمی‌کند. اختلال در خواب و خوراک، به طور کامل با اعتیاد مرتبط است به همین منظور کاهش میزان استرس نیز می‌تواند در کاهش میزان اعتیاد افراد تاثیرگذار باشد. در این راستا علی رمایی و همکاران (۱۳۸۸) معتقدند از آن جایی که وابستگی به مواد مخدر در جامعه رو به گسترش است و بر حسب بافت جمعیتی جامعه میتواند خسارات جبران ناپذیری را در بر داشته باشد، لذا به کارگیری روش‌های مقابله صحیح با استرس میتواند در روند ترک اعتیاد افراد معتاد مثرتر باشد و فرد با موفقیت مراحل اولیه ترک را طی کند و استفاده از واکنش منفی نسبت به استرس میتواند در عود مجدد و عدم موفقیت مراحل اولیه ترک تأثیر گذار باشد.

علاوه بر تاثیر استرس بر کیفیت زندگی معتادان، عامل دیگری که منجر به کاهش کیفیت زندگی می‌شود طرد اجتماعی است. افرادی که از اجتماع طرد می‌شوند ممکن است مرتکب آسیب‌های اجتماعی شده و یا منزوی و کناره گیر شوند. طرد اجتماعی معتادان پس از ترک اعتیاد خطر بازگشت آنان به سوی مواد مخدر را افزایش می‌دهد. فردی که اعتیاد خود را کنار گذاشته است انتظار دارد جامعه با آن همانند دیگر افراد برخورد کند و براحتی بتواند در جامعه مشغول به کار شود. اما گاهی اوقات عدم اعتماد افراد در واگذاری شغل به افرادی که معتاد بوده و هم‌اکنون ترک کرده‌اند باعث می‌شود که این افراد نتوانند شغل دلخواه خود را کسب نمایند؛ نتیجه این عدم اشتغال به خانواده فرد نیز منتقل می‌گردد و گاهی موجب پرخاشگری و عدم رضایت از زندگی نیز می‌شود. وقتی فرد در این شرایط احساس کند که از طرف جامعه مورد پذیرش قرار نمی‌گیرد گاه ممکن است که مجدداً به سمت

^۱ friedman

^۲ Wells golding burnam

^۳ Lowe, grafe, ufer&kroenke

مواد کشیده شود و گاه نیز ممکن است که به اموری بپردازد که از انجام آنها لذت نمی‌برد و رضایت کافی را ندارد و این عدم رضایت و آن بازگشت مجدد به سوی مواد هر دو به نحوی بر کیفیت زندگی فرد تأثیر سوء خواهند گذاشت.

به همان نسبت که طرد اجتماعی باعث گریز معتادان از جامعه و گرایش بیشتر به سمت مواد می‌شود، نتایج تحقیق زاهدی اصل و ساعتلو (۱۳۹۴) نشان داد ایجاد حمایت اجتماعی از طریق برنامه‌های حمایتی در کنگره ۶۰ توانسته بر کیفیت زندگی افراد بازتوان شده تاثیر مثبت گذارد و آن را بهبود بخشد. 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. از آنجایی که کیفیت زندگی معتادان از ضعف‌های بسیاری برخوردار است، مشکلات اساسی خانواده معتاد را نیز شدت می‌بخشد و علاوه بر اثرات مخرب بر زندگی فرد، اطرافیت و بستگان را نیز در معرض آسیب قرار می‌دهد (حجتی و همکاران، ۱۳۸۸).

بعلاوه، نتایج نشان داد شیوع اعتیاد در میان مردان، چندین برابر زنان می‌باشد. این یافته با بررسی‌های انجام شده در مراکز بازپروری و ترک اعتیاد همخوانی دارد، زیرا در مطالعه‌ی عباسی در گرگان ۹۲.۷ درصد مراجعین را مردان تشکیل می‌دادند (عباسی و همکاران، ۱۳۸۵). که این مسأله شاید به دلیل مراجعه‌ی کمتر زنان برای ترک اعتیاد به مراکز خودمعرف باشد. 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 (امینی و همکاران، ۱۳۸۲؛ ۱۵).

نتایج پژوهش حاضر، بیشترین درصد مراجعین را افراد با شغل آزاد نشان داد. این نتیجه با نتایج حاصل از پژوهش حجتی و همکاران (۱۳۹۱) در مغایرت است و در پژوهش آنان بیشترین درصد مراجعین افراد بیکار هستند. پایین بودن سن شروع اعتیاد در این پژوهش (۱۷ سالگی) میتواند با مسأله‌ی بلوغ، بحران هویت و شرایط روحی و روانی نوجوانان و جوانان در ارتباط باشد.

۵-۲-۲- فرضیه فرعی یک

« استرس با کیفیت زندگی معتادان رابطه دارد. »

نتایج حاصل از آزمون همبستگی (جدول ۴-۸ و ۴-۹) نشان داد که ابعاد سلامت جسمانی و سلامت روانی از کیفیت زندگی معتادان با استرس ارتباط دارد.

بعد سلامت روانی از مجموعه متغیرهای اختلال نقش بنخاطر سلامت هیجانی، انرژی / خستگی، بهزیستی هیجانی و کارکرد اجتماعی تشکیل شده است که هر یک از این متغیرها در سطح اطمینان ۹۹ درصد با استرس در ارتباط هستند.

به طور کلی کیفیت زندگی معتادان با استرس با دارا بودن پیرسون ۰.۴۲۱- در سطح اطمینان ۹۹ درصد دارای ارتباط است؛ و با توجه به یافته‌های حاصل از آزمون رگرسیون چندگانه گام به گام (جدول ۴-۷)، میزان تأثیر متغیر استرس بر کیفیت زندگی معتادان برابر ۰.۳۶۴- است. به عبارت دیگر افزایش استرس منجر به کاهش کیفیت زندگی معتادان خواهد شد و با توجه به معادله رگرسیون کیفیت زندگی معتادان به ازای هر مقدار استرس، تأثیر منفی حدود ۹ برابری آن را دریافت خواهد کرد.

بنابراین فرضیه فرعی یک برای متغیرهای استرس و کیفیت زندگی معتادان در سطح اطمینان ۹۹ درصد تأیید می‌گردد.

مطالعه‌های مختلف در مؤلفه روان شناسی سلامت نشان داده‌اند که استرس، اضطراب و عوامل مانند آن کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (میچل^۱، ۲۰۰۶). برخورد با موقعیت‌های استرس‌زا اغلب باعث پریشانی و کاهش امنیت و سلامت فرد و خانواده و افت سطح کیفیت زندگی می‌شود. استرس جزء لازم و غیر قابل اجتناب زندگی است، زیرا بدون وجود استرس موجوداتی بی احساس و بی توجه خواهیم بود. همه انسان‌ها در هر موقعیتی که هستند در زندگی روزمره در معرض انواع فشارهای روانی قرار دارند (سقفی^۲، ۲۰۱۴) اما، استرس یکی از علل اساسی گرایش به مصرف مواد مخدر است (کیان پور، ۱۳۸۱). تحقیقات نشان می‌دهد که بین کیفیت زندگی و متغیرهای روانشناختی مثل استرس، سرمایه اجتماعی و عزت نفس ارتباط وجود دارد و برخورد با موقعیت‌های استرس‌زا اغلب باعث پریشانی و کاهش امنیت و سلامت فرد و خانواده و افت سطح کیفیت زندگی می‌شود (قاسمی‌زاد و همکاران، ۱۳۸۹). عملکرد خلقی معیوب که شامل علائم استرس و افسردگی به صورت همگام با سوء مصرف مواد است، ابعاد مختلف کیفیت زندگی مانند سلامت جسمانی و سلامت روانی را به میزان زیادی تحت تأثیر قرار می‌دهد (سلگی، ۱۳۸۴). نتایج حاصل از این پژوهش نیز موارد بالا را با رابطه معنادار میان استرس و کیفیت زندگی معتادان مورد تأیید قرار می‌دهد.

از آنجایی که پاسخی که فرد به استرس می‌دهد در درجه اول به درک ذهنی او وابستگی دارد. بنابراین کسب یک روش موفقیت آمیز برای برخورد با استرس نیازمند تغییر در نگرش و دیدگاه‌های ما نسبت به آن است. برای ارتقاء زندگی به مطلوب ترین سطح ممکن، افراد می‌توانند راه‌های مختلف مقابله با استرس را بیاموزند. پاسخ به استرس می‌تواند موجب افزایش کارایی جسمانی و فکری شود. با توجه به اهمیت استرس و نتایج خطرناک آن می‌توان گفت که مهم تر از وجود عوامل استرس‌زا در زندگی فرد، طرق مقابله فرد با آن عوامل می‌باشد و تحقیقات نشان داده است احتمالاً نحوه زندگی افراد با ایمان مذهبی و داشتن احساس پیشرفت و موفقیت، همچنین مفید بودن در زندگی از عوامل اساسی برای زندگی سالم و طولانی آنها بوده است (علی رمایی و همکاران، ۱۳۸۸).

۵-۲-۳- فرضیه فرعی دو

^۱ Mitchell

^۲ saghafi

« طرد اجتماعی با کیفیت زندگی معتادان رابطه دارد. »

به منظور بررسی رابطه میان طرد اجتماعی و کیفیت زندگی معتادان به دلیل نبود پرسشنامه استاندارد در ارتباط با طرد اجتماعی، از پرسشنامه میزان پذیرش اجتماعی بهره گرفته شد.

نتایج حاصل از همبستگی (جدول ۴-۱۰ و ۴-۱۱) بیانگر آن است که به طور کلی کیفیت زندگی با طرد اجتماعی در سطح اطمینان ۹۹ درصد دارای ارتباط است. هر چه میزان طرد اجتماعی معتادان بیشتر باشد از کیفیت زندگی آنها کاسته خواهد شد.

بنابراین فرضیه فرعی دو برای متغیرهای طرد اجتماعی و کیفیت زندگی معتادان در سطح اطمینان ۹۹ درصد تأیید می‌گردد.

نتایج این پژوهش، پایین بودن سطح پذیرش اجتماعی در معتادین را نشان داد؛ در حالیکه یکی از دلایل اصلی بازگشت به مصرف مواد، عدم پذیرش معتادین از سوی جامعه و ادامه‌ی انزوای آنان و احساس طردشدگی و کنایه‌های اطرافیان میباشد (امینی و همکاران، ۱۳۸۲). 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 (ابراهیمی، ۱۳۷۵). در مطالعه‌ی دین محمدی هم ۲۱ درصد معتادین خودمعرّف، دلیل گرایش مجدد به مصرف مواد را پذیرفته نشدن از سوی دیگران عنوان نمودند (دین محمدی و همکاران، ۱۳۸۶). همچنین نتایج دیگر این پژوهش، کیفیت زندگی معتادین را در حد متوسط نشان داد. پژوهش‌های انجام گرفته 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 (امامی‌پور و همکاران، ۱۳۸۷؛ بیزی^۱ و همکاران، ۲۰۰۵). 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.

نتایج این پژوهش بین پذیرش اجتماعی با کیفیت زندگی ارتباط معناداری را نشان داد؛ به طوریکه با کاهش سطح پذیرش اجتماعی، کیفیت زندگی هم کاهش پیدا کرد؛ این نتیجه با نتایج حاصل از پژوهش حجتی و همکاران (۱۳۹۱) هم‌راستا است. کیفیت زندگی به عنوان یکی از مقیاس‌های معتبر جهت ارزیابی پیامد روش‌های درمانی و خدماتی به افراد آسیب دیده با سابقه‌ی سوء مصرف مواد می‌باشد (ونگ^۲ و همکاران، ۲۰۰۵). 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. 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.

^۱ Bizzairi

^۲ Wong

۳-۵- پیشنهادهای کاربردی

- آموزش مقابله صحیح با استرس در برنامه‌های طراحی شده برای درمان در مراکز ترک اعتیاد
- ارتباط پیوسته مشاورین مراکز ترک اعتیاد با معتمدان و تلاش برای جلب اعتماد آنان و کمک به این افراد
- از آنجایی که پاسخی که فرد به استرس می‌دهد در درجه اول به درک ذهنی او وابستگی دارد بنابراین کسب یک روش موفقیت آمیز برای برخورد با استرس نیازمند تغییر در نگرش و دیدگاه‌های ما نسبت به آن است. برای ارتقاء زندگی به مطلوب ترین سطح ممکن، افراد می‌توانند راه‌های مختلف مقابله با استرس را بیاموزند. این آموزش می‌تواند از طریق مراکز ترک اعتیاد صورت گیرد.
- توجه به فرهنگ‌سازی جهت توجه به معتادین و اهمیت دادن به ترک آنها جهت افزایش میزان پذیرش اجتماعی این افراد.

۴-۵- پیشنهادها برای پژوهش‌های آینده

- ⟨ پیشنهاد می‌گردد سایر متغیرهایی که بنظر می‌رسد بر کیفیت زندگی معتمدان مؤثر واقع می‌شود در پژوهش‌های آتی بررسی شود.
- ⟨ پیشنهاد می‌شود رابطه استرس و طرد اجتماعی با کیفیت زندگی معتمدان در شهری دیگر مورد بررسی قرار گیرد تا نتایج تأیید گردند.

۵-۵- محدودیت‌های پژوهش

- زیاد بودن شمار پرسش‌های پرسشنامه‌ها به طولانی شدن اجرای آن انجامید که می‌توانست به میزان دقت پاسخ‌های شرکت‌کنندگان اثر بگذارد.
- عدم کنترل دقیق بر صداقت و درستی پاسخگویی آزمودنی‌ها از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود.
- عدم همکاری معتمدان برای تکمیل پرسشنامه‌ها و اعلام جواب‌های درست و منطقی متناسب با دانش آن‌ها.
- بالا بودن شمار مشارکت‌کنندگان بی‌سواد و زمان‌بر شدن تکمیل پرسشنامه‌ها به دلیل عدم درک صحیح مفاهیم مورد پرسش.

منابع

- ابراهیمی، امرالله، (۱۳۷۵)، خصوصیات اجتماعی اقتصادی معتادین به مواد مخدر (مرکز بازپروری معتادین اصفهان)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی اصفهان، مجله علوم پزشکی، دوره ۳، شماره ۴، ۳۰۵-۳۰۸.
- آجیل چی، بیتا؛ نادری، امیر و قائمی، فاطمه (۱۳۸۸). رابطه ویژگی‌های شخصیتی زنان معتاد با نظم اجتماعی. فصلنامه نظم و امنیت انتظامی، ۴(۲)، ۶۸-۴۹.
- احمدپور، امیر؛ علیزاده، مستانه؛ مؤمنی هلالی، هادی، (۱۳۹۳)، شناسایی عوامل مؤثر بر مشارکت زنان روستایی در برنامه های آموزشی- ترویجی مراکز خدمات جهاد کشاورزی (مطالعه موردی: شهرستان آمل). پژوهش و برنامه ریزی روستایی. ۸(۱)، ۵۰-۳۷.
- آسایش، حسین (۱۳۸۰)، سنجش کیفیت زندگی در یکصد شهر بزرگ جهان، فصلنامه جستار های شهر سازی، شماره ۸.
- آشتیانی و هادی عظیمی آشتیانی، تهران، انتشارات بعثت.
- اصغری ا، فقهی س. اعتبار سنجی پرسشنامه سنجش سلامت-SF ۳۶ در دو نمونه ایرانی نمونه J دانشور رافتار ۱۳۸۲؛ ۱: ۱-۱۱.
- اکبریزاردخانی س، رستمی امیر، زارع ام، ارتباط بین مکانیسم های دفاعی هوش هیجانی و اعتیاد. مجله روانشناسی ایران. ۱۳۸۸؛ ۴ (۱۵): ۲۹۳-۳۰۳
- آلدِر، بت؛ پورتر، مایک؛ آبراهام، چارلز؛ تیچلن، ون، (۱۳۸۷)، روانشناسی و جامعه شناسی برای دانشجویان پزشکی، ترجمه فرزین رضایی، تهران: انتشارات ارجمند (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۴).
- امامی پور، سوزان؛ شمس اسفندآباد، حسن؛ صدرالسادات، سید جلال؛ نژاد نادری، سمیرا، (۱۳۸۷)، مقایسه اختلالات روانی و کیفیت زندگی در چهار گروه مردان معتاد مبتلا به ایدز، معتاد غیر مبتلا به ایدز، غیر معتاد مبتلا به ایدز و سالم، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دوره ۱۰، شماره ۱، بهار، ۷۷-۶۹.
- امیدی، رضا (۱۳۸۶)، کیفیت زندگی در برنامه های توسعه در ایران، رساله کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی تهران.
- امینی، کوروش؛ امینی، داریوش؛ افشارمقدم، فاطمه؛ ماهیار، آذر، (۱۳۸۲)، بررسی عوامل اجتماعی و محیطی مرتبط با بازگشت مجدد معتادان به مصرف مواد افیونی در مراجعین به مراکز دولتی ترک اعتیاد شهر همدان، ۱۳۷۹، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دوره ۱۱، شماره ۴۵، ۴۱-۴۷.
- آنتونی، مایکل؛ ایرنسون، گیل، اشنایدرمن، نیل (۱۳۸۸). راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری، مترجمان: سید جواد آل محمد، سولماز جوکار، حمید طاهر نشاط دوست، انتشارات جهاد دانشگاهی، اصفهان.

- بحرینی، سید حسین (۱۳۷۸)، تجدد، فراتجدد و پس از آن در شهرسازی، انتشارات دانشگاه تهران.
- بخشی پور رودسری، عباس، (۱۳۸۰). سه شکل اصلی تعامل میان دین و علم روان شناسی تهران: مرکزروانشناسی و نوروفیدبک سایبر.
- بلیک مور، کن (۱۳۸۵)، مقدمه ای بر سیاست گذاری اجتماعی، ترجمه علی اصغر سعیدی و سعید صادقی جقه، تهران: موسسه عالی پژوهش تامین اجتماعی..
- بهمنی، بهمن (۱۳۸۹)، بررسی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاههای علوم پزشکی و رابطه آن با متغیرهای نگرش دینی، شورای عالی انقلاب فرهنگی.
- بوند، جان، کورنر، لین (۱۳۸۹)، کیفیت زندگی و سالمندان، ترجمه حسین محقق، کمال، تهران، نشر دانش.
- پرزور، پرویز؛ عزیزاده گوردال، جابر؛ یاقوتی زرگر، حسن؛ بشر پور، سجاد، (۱۳۹۴)، اثر بخشی روان درمانی مثبت گرای مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود کیفیت زندگی معنادان به مواد افیونی، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال نهم، شماره سی و پنجم، پاییز، ۱۳۷-۱۴۸.
- ثمری، علی اکبری، لعلی فاز، احمد (۱۳۸۴). مطالعه اثربخشی آموزش چهارت های زندگی بر استرس خانوادگی و پذیرش اجتماعی. فصلنامه اصول بهداشت روانی: ۷، ۵۵-۴۷.
- جی کرتیس، انتوانی (۱۳۸۴)، روان شناسی سلامت، ترجمه دکتر علی فتحی
- حاج حسینی، منصوره؛ هاشمی، رامین، (۱۳۹۴)، مقایسه اثر بخشی درمان دارویی متادون و انجمن معنادان گمنام بر اختلالات روانشناختی (اضطراب، افسردگی، استرس) و کیفیت زندگی، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال نهم، شماره سی و پنجم، پاییز، ۱۱۹-۱۳۶.
- حاجلو، نادر؛ جعفری، عیسی، (۱۳۹۴)، نقش استرس ادراک شده، هیجان خواهی و حمایت اجتماعی در اعتیاد، فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، شماره ۱۶، ۱۸-۳۰.
- حجتی، حمی؛ آلوستانی، سودابه؛ آخوندزاده، گلپهار؛ حیدری، بهروز؛ شریف نیا، سید حمید، (۱۳۸۸)، بررسی بهداشت روانی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در معنادین، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دوره ۱۸، شماره ۳، ۲۰۷-۲۱۴.
- حجتی، حمید؛ شریف نیا، سید حمید؛ فغانی، مریم؛ حجتی، هانیه؛ سلماسی، الگار (۱۳۹۱)، بررسی ارتباط بین پذیرش اجتماعی و ارتباط آن با کیفیت زندگی معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد استان گلستان در سال ۱۳۸۸، مجله علمی بهداشتی جندی شاپور، سال چهارم، شماره ۳، ۵۷-۶۴.
- حسینی، سید محمد مهدی (۱۳۸۹)، نیم نگاهی به اعتیاد و آینده اعتیاد. مجله اصلاح و تربیت، شماره ۱۰

- حسینی لمدی، سید علی؛ احدی، حسن؛ کریمی، یوسف؛ بهرامی، هادی؛ معاضدیان، آمنه (۱۳۹۱)، مقایسه تاب‌آوری، سبک‌های هویتی، معنویت و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد معتاد، غیر معتاد و بهبود یافته، فصلنامه اعتیاد پژوهشی، دوره ۶، شماره ۲، ۶۴-۷۶.
- حیدری ج، محمودی غلامرضا سلامت روان. تهران؛ نشریه جامع نگار ۱۳۸۷: ۲۳۹
- داوری، محمد (۱۳۸۱)، پیشگیری و کنترل اعتیاد با نگرش اسلامی، نقش کلک، قم
- دلاور، علی؛ (۱۳۸۹)، تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی، تهران: نشر ویرایش.
- دیلینی، تیم (۱۳۸۷)، نظریه های کلاسیک جامعه شناسی، ترجمه صدیقی، تهران، نشر نی
- دین محمدی، محمدرضا؛ امینی، کورش؛ یزدانخواه، محمدرضا، (۱۳۸۶)، بررسی عوامل محیطی و اجتماعی مؤثر بر گرایش مجدد به مصرف مواد افیونی از دیدگاه معتادان خودمعرف مرکز پذیرش، درمان و پیگیری سازمان بهزیستی زنجان، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دوره ۱۵، شماره ۵۹، ۸۵-۹۴.
- ربانی، علی و کیانپور، مسعود (۱۳۸۶)، مدل پیشنهادی برای کیفیت زندگی، مطالعه موردی اصفهان، مجله دانشکده انسانی، شماره ۵۸-۵۹.
- رضوانی، محمد رضا و منصوریان، حسین (۱۳۸۷)، سنجش کیفیت زندگی: بررسی مفاهیم، شاخص ها و مدل ها و ارایه مدل پیشنهادی برای نواحی روستایی، فصلنامه روستا و توسعه، سال ۱۱، ش ۳.
- زارعی، سلمان؛ اسدی، زهرا (۱۳۹۰)، مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله با استرس در نوجوانان معتاد و بهنجار، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، دوره ۲۲، شماره ۵، ۸۷-۱۰۴.
- زارعی، سلمان؛ اسدی، زهرا؛ زارعی، خدیجه، (۱۳۹۳)، اثر بخشی آموزش برنامه مدیریت استرس بر کیفیت زندگی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال هشتم، شماره بیست و نهم، بهار، ۹-۱۹.
- زاهدی اصل، محمد؛ نعمت ساعتلو، فائقه؛ (۱۳۹۴)، برنامه‌های حمایتی و کیفیت زندگی معتادان: مقایسه بازتوان شده کنگره ۶۰ و معتادان بازتوان شده در کلینیک‌های خصوصی، پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، شماره ۳، ۱۸۸-۲۱۱
- زیبرا، مارتین (۱۳۸۵) نظریه های جامعه شناسی طرد شدگان اجتماعی، ترجمه سید حسن حسینی، تهران
- سایپینگتون، ا.ا. (۱۳۸۲). بهداشت روانی. ترجمه حمید رضا حسین شاهی برواتی. تهران. انتشارات روان.
- سلگی، زهرا؛ (۱۳۸۴)، تأثیر شناخت درمانی گروهی بر کاهش افسردگی بیماران مرد (HIV) شهر کرمانشاه، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه الزهرا، تهران.
- سلم آبادی، مجتبی؛ سلیمی بجستانی، حسین؛ خیامی آبیز، حمزه؛ جوان، رضا، (۱۳۹۴)، سهم ابعاد فرسودگی تحصیلی، تاب آوری و استرس ادراک شده در پیش‌بینی گرایش به اعتیاد دانش‌آموزان، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال نهم، شماره سی و سوم، بهار

- سموعی، راحله؛ ابراهیمی، امرالله؛ موسوی، غفور؛ حسن زاده، اکبر و رفیعی، سعید (۱۳۷۹) الگوی مقابله با استرس در معتادین خود معرف، مرکز اعتیاد اصفهان، مجله اندیشه و رفتار، ۶ (۳ و ۲)، ۶۹-۶۳.
- سهرابی، شهلا؛ علوی، سید محمد، (۱۳۸۹)، مدیریت استرس، فصلنامه مطالعات نقد ادبی، بهار، ۱۲۵-۱۳۴.
- شاه محمدی، دکتر زهرا، دکتر زهرا پورشهریاری، دکتر محمدرضا پراشیاری. تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی، افزایش همسران زناشویی و پیشگیری از معتادان به مواد مخدر در تهران است. مطالعات سه ماهه وابستگی ۱۳۸۸؛ ۲ (۷): ۳- ۲۸ (در فارسی)
- شرف الدین، هدی (۱۳۸۹)، رابطه اضطراب اجتماعی، امیدواری و حمایت اجتماعی با احساس ذهنی بهزیستی در دانشجویان تحصیلات تکمیلی واحد علوم و تحقیقات خوزستان، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد واحد اهواز
- شیخاوندی، فرزانه (۱۳۸۸)، بررسی تاثیر مولفه‌های توسعه پایدار بر روی پایگاه اقتصادی - اجتماعی زنان سرپرست خانوار: مطالعه موردی، زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی شهرستان تبریز، پایان نامه کارشناسی ارشد، گروه جامعه شناسی، دانشگاه شهید بهشتی
- طوفانی، محمد؛ جوانبخت، مریم (۱۳۸۰) شیوه های مقابله و نگرش های ناسالم در معتادان به مواد مخدر و افراد سالم. مجله اندیشه و رفتار، ۷ (۱، ۲)، ۸۸-۸۲
- عباسی، عبدالله؛ تازیکی، صادقعلی؛ مرادی، عبدالوهاب، (۱۳۸۵)، الگوی سو مصرف مواد مخدر بر اساس عوامل جمعیت شناختی در معتادان خود معرف شهرستان گرگان، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، جلد ۸، شماره ۱، ۲۲-۲۷.
- عظیمی، آزاده (۱۳۸۹)، ابعاد و شاخص های کیفیت زندگی شهری، ماهنامه شورا ها، شماره ۵۵
- علی رمایی، نسرین؛ مریدی، گلرخ؛ عاصمی، آرزو؛ (۱۳۸۸)، بررسی روش‌های مقابله با استرس در معتادان در حال ترک مقیم مراکز بازپروری شهر سنج و کامیاران، فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفتم، شماره اول، ۳۶-۴۲.
- عنبری، موسی (۱۳۸۹)، «بررسی تحولات کیفیت زندگی در ایران (۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵)»، فصلنامه توسعه روستایی، شماره ۲: ۱۸۱-۱۴۹.
- غفاری، غلامرضا؛ امیدی، رضا (۱۳۸۸)، کیفیت زندگی، شاخص توسعه اجتماعی، تهران: نشر شیرازه.
- غفاری، غلامرضا؛ تاج‌الدین محمدباقر؛ شناسایی مؤلفه‌های محرومیت اجتماعی، فصلنامه علمی پژوهی رفاه اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۷، ۱۳۸۴، ص ۳۳-۵۵ و ۳۹.
- غفاری، غلامرضا؛ عادل، لویه ابراهیمی (۱۳۸۴)، جامعه شناسی تغییرات اجتماعی، انتشارات دانشگاه تهران.
- غفاری، غلامرضا؛ کریمی، علیرضا؛ نوذری، حمزه، (۱۳۹۱)، رونق مطالعات کیفیت زندگی در ایران، فصلنامه مطالعات و تحقیقات اجتماعی، دوره اول، شماره ۳، ۱۰۷-۱۳۴.

- غلامی، معصومه، (۱۳۸۸)، مقایسه کیفیت زندگی زنان ازدواج مجدد کرده و غیر ازدواج کرده شاهد، پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد رشته مشاور خانواده، دانشگاه تربیت معلم.
- فرجی ملایی، امین (۱۳۸۹)، تحلیل شاخص های کیفیت زندگی شهری و برنامه ریزی برای بهبود آن، موردی شهر بابلسر، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته جغرافیا و برنامه ریزی شهری، دانشگاه تهران.
- فریش، مایکل (۲۰۰۶) نظریه کیفیت درمانی زندگی. ترجمه خمسه، اکرم ۱۳۸۹
- فیروز آبادی، احمد؛ صادقی، علیرضا (۱۳۹۲)، طرد اجتماعی رویکردی جامعه شناختی به محرومیت، انتشارات جامعه شناسان.
- قاسمی زاد، علی رضا؛ برنجیان تبریزی، حسین؛ عابدی، محمد رضا؛ برزیده، ام البنین، (۱۳۸۹)، بررسی مقایسه ای رابطه کیفیت زندگی با عزت نفس، کانون کنترل، استرس و سرمایه اجتماعی فرزندان شاهدو ایثارگر فارس، فصلنامه علمی پژوهشی رهیافتی نو در مدیریت آموزشی، ۴۱، ۱۰۷-۱۲۴.
- قاضی نژاد، مریم؛ ساوالان پور، الهام، (۱۳۸۷)، بررسی رابطه طرد اجتماعی و آمادگی برای اعتیاد، مسائل اجتماعی ایران، سال ۱۶، شماره ۶۳، زمستان، ۱۳۹-۱۸۰.
- کاظم، فتاح، (۱۳۸۳)، رابطه بین کیفیت زندگی کاری و کارایی و اثربخشی عملکرد کارکنان، پنجمین کنفرانس بین المللی مدیران کیفیت، تهران.
- کوکبی، افشین (۱۳۸۴)، برنامه ریزی به منظور ارتقاء کیفیت زندگی شهری در مرکز شهر مطالعه موردی پهنه مرکزی شهر خرم آباد، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت مدرس، تهران.
- کیان پور، محسن، (۱۳۸۱)، مقایسه شیوه های مقابله با استرس در معنادان به مواد افیونی با افراد غیر معتاد، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد، سال دهم، شماره سوم، پاییز.
- گروه آمار و کامپیوتر مرکز مبارزه با مواد مخدر. گزارش آماری، ۱۳۷۷ و ۱۹ سال پس از انقلاب اسلامی. تهران؛ مرکز مبارزه با مواد مخدر ۱۹۹۹: ۴۳-۴۹.
- گیدنز، آنتونی و بردسال، کارن؛ جامعه شناسی، حسن چاوشیان، تهران، نی، ۱۳۸۶، چاپ اول، ص ۴۶۹.
- محمدی، کوروش (۱۳۸۷)، مواد مخدر و اعتیاد به آن انواع، سبب شناسی و پیشگیری اصفهان: هنرهای زیبا.
- محمودی، وحید و سید قاسم صمیمی فر (۱۳۸۴)، فقر قابلیت، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۷: ۹-۳۲.
- محی الدینی، پریسا (۱۳۸۸)، انواع استرس و روش های مقابله با آن، برگرفته از کتاب مدیریت عمومی دکتر الوانی <http://www.mgtsolution.com/olib/۲۶۳۶۵۳۴۱۳.aspx>
- مختاری، مرضیه و نظری، جواد (۱۳۸۹)، جامعه شناسی کیفیت زندگی، انتشارات جامعه شناسان.
- مکوندی، سمیه؛ زمانی، مریم، (۱۳۹۰)، بررسی کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز در سال ۱۳۸۹، فصلنامه علمی - پژوهشی جنتا شاپور، دوره دوم، شماره ۴، زمستان.

- موسوی غلامرضا، ابراهیمی، محمدی، سالاری، ح. ویژگی اقتصادی اجتماعی معتادان به مواد مخدر معتادان مرکز توانبخشی در اصفهان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ۱۳۷۸؛ ۳ (۴): ۳۰۷-۳۰۰
- موسوی نسب، سید محمد حسین؛ شمس‌الدینی لری، لطیفه؛ منصوری، زهرا، (۱۳۹۴)، بررسی نقش واسطه‌ای رضایت از زندگی در رابطه بین راهبردهای مقابله با استرس و نگرش اعتیاد، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال نهم، شماره سی و سوم، بهار.
- نازنجات، سحر (۱۳۸۷)، «کیفیت زندگی و اندازه‌گیری آن»، مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، دوره ۴، شماره ۲: ۵۷-۶۲.
- نبوی، حسین؛ محرومیت و دینداری، پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، تهران، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران، ۱۳۸۰، ص ۳۱.
- نجفی، سمیه؛ نادری، فرح؛ صاحبی، علی؛ (۱۳۹۴)، بررسی کاربست تئوری انتخاب بر کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری‌کنشی در افراد مصرف‌کننده مواد مخدر، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال نهم، شماره سی و سوم، بهار.
- نیازی، محسن؛ منتظری خوش، حسن؛ سعادت، موسی؛ دارا، نشمان، (۱۳۹۴)، بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی و طرد اجتماعی بر کیفیت زندگی، مجموعه مقالات نخستین همایش ملی سبک زندگی، نظم و امنیت، ۱-۹

- Banna, K. M., Back, S. E., Do, P., See, R. E. (۲۰۱۰). Yohimbine stress potentates conditioned cue-induced reinstatement of heroin-seeking in rats. Behavioral Brain Research, ۱۴۸-۲۰۸, ۱۴۴
- Bizarri, J., Ruccip, P., Vallotta, A., Girelli M., Scandolari, A. & Zerbetto, E. (۲۰۰۵). Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. Substance Use and Misuse, ۴۰ (۱۲), ۱۷۶۵-۷۶
- Bizzairi J, Rucci P, A vallotta, Gilrell M, Scandolari A, Zerbetto E. et al. (۲۰۰۵), Dual diagnosis and quality of life in ientspat in treatment for opioud Misuse use subst dependence.; ۴۰(۱۲): ۱۷۶۵-۱۷۷۶
- Bohnke, P (۲۰۰۷), "Does Society Matter? Life Satisfaction in the Enlarged Europe," Social indicators research ,No ۸۷: ۱۸۹-۲۱۰.
- Calman ,KC (۱۹۸۴).Quality of life in Cancer Patients -An Hypothesis Med Ethics
- Cha, K. H. (۲۰۰۳). Subjective well-being among college students. Social indicators research, ۶۲(۱), ۴۷۷-۴۸۵
- Chipuer, H.M., et al (۲۰۰۲), "Determinants of subjective quality of life among rural adolescents: a development perspective ,"Social indicators research ,No ۶۱: ۷۹-۹۵.
- clarke, d . e ., narrow, w . e., regier, d . a. ,kuramoto , s . j., kupfer. D . j. , kuhl, e . a et al. (۲۰۱۳).kraemer hcdsm-۵ field trials in the united states and Canada,part i:study design,sampling strategy,implementation,and analytic approaches . american jornal of psychiatry, ۱۷۰.
- Coffey, S. F., Saladin, M. E., Drobos, D. J., Brady, K. T., Dansky, B. S., Kilpatrick, D. G. (۲۰۰۲). Trauma and substance cue reactivity in individuals with comorbid posttraumatic stress disorder and cocaine or alcohol dependence. Drug and Alcohol Dependence, . ۱۲۷-۶۵, ۱۱۵
- Corless,d.j, & aspinall, w. c.(۲۰۱۰). Effect of cd۴cell depletion on wound healing,british journal of psychology, ۸۸, ۲۸۹-۳۰۵
- daley,a.c.&marlat,g.a.(۲۰۰۵).lewinson,jh.,ruiz,p.,millman,rb.,langrod,jg.(eds). Substance abuse (a comprehensive textbook). ۴thedit.boston : William&wilkin , ۶۷۴-۸۱.
- Davidson, G. C., & Neal, J. M. (۱۹۹۰). Abnormal Psychology (۵ th ED). New York: Wiley

- elgar, j., arlett, c., & groves, r. (2003). Stress, coping and behavioral problems among rural and urban adolescents. *Journal of Adolescents*, 26, 573-580.
- Escwa (economic and social commission for western asia) (2007) "literature review on social exclusion in the escwa region", www.escwa/sdd/2007/wp.1
- feelemer, j.p., jarlais, d.d., arasteh, k., phillips, b.w., hagan, h. (2004). changes in quality of life (whoqol-bre) and addiction severity index (asi) among participants in opioid substitution treatment (ost) in low and middle income countries: an international systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 134, 201-208.
- Ferrans, C. (1999), "Conceptualization of quality of life in cardiovascular research", *Progress in cardiovascular nursing*, No 13: 2-6.
- Fishbein, D.H., Novak, S., Krebs, C.P., Warner, T.D. & Hammond, J. (2000). "The Mediating Effect of Depressive Symptoms on the Relationship between Traumatic Childhood Experiences and Drug Use Initiation". *Addict Behav.* 25(5), 527-531.
- Friedman, R., Schwartz, J.E., Schnall, P.L., Landsbergis, P.A., Pieper, C. & Gerin W. (2000). Psychological variables in hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 62, 19-27.
- Friedman, R., Schwartz, J.E., Schnall, P.L., Landsbergis, P.A., Pieper, C. & Gerin
- Galanter, m. (2006). innovations: alcohol & drug abuse: spirituality in alcoholics anonymous: a valuable adjunct to psychiatric services. *Psychiatric services*, 57(3), 307-9.
- Garland, E. L., Boettiger, H. A., Howard, M. O. (2000). Targeting cognitive-affective risk mechanisms in stress-precipitated alcohol dependence: An integrated, biopsychosocial model of automaticity, allostasis, and addiction. *Medical Hypotheses*, 56, 704-710
- Goeders, N. E. (2004). Stress, Motivation, and Drug Addiction. *Current Directions in psychological science*. American Psychological society. 13(1), 13: 22-26. Hormes, G. M., & Rozin, P. (2000). Dose "Craving" Crave nature at the joints? Absence of a synonym for craving in many languages. *Addictive Behaviors*, 25, 43-50, 49
- hogerty, m. r., cummins, r.a. & ferriss, a. l. (2000). quality of life indexes for national policy: review and agenda for research. *Social indicator research*, 50, 1-
- huxley, p and et al. (2000), development of a 'social inclusion index' to capture subjective and objective domains (phase i) health technology assessment, nih rhta program.
- Kaminer, Y. & Bukstein, O. (2000). "Adolescent substance abuse: psychiatric comorbidity and high-risk behaviors". New York, Routledge.
- Kaplan H, Sadock B. Comprehensive text book of psychiatry. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Co. 1990: 839-844.
- Keller DS, Galanter M, Weinberg S. Validation of scale for network therapy. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1997; 23: 110-127.
- Kohnen, hinds ps. Quality of life: from nursing and patient. Perspectives: theory, research, practice: Jones & Bartlett publishers, 2002.
- Kusek, J.W., Lee, J.Y., Smith, D.E., Milligan, S., Faulkner, M. & Cornell, C.E.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer.
- Lee, Y.J (2000), "Subjective quality of life measurement in Taipei", *Building and Environment*, No 35: 1205-1210.
- Linden, W. (2000). Stress management: from basic science to better practice. 1st ed. Philadelphia: SAGE publication, 2000.
- Lowe, B., Grafe, K., Ufer, C. & Kroenke K. (2004). Anxiety and depression in patients with pulmonary hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 66, 821
- Lowe, B., Grafe, K., Ufer, C. & Kroenke K. (2004). Anxiety and depression in
- Lynda, L., Diana, E (2000, "A concept of quality of life", *Journal of Orthopedic nursing*, No 4: 12-18
- maremmani, i., pani, p. p., pacini, m., & perugi, g. (2007). substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients. *Journal of substance abuse treatment*, 33, 91-98.
- Marlatt GA. Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In: Martta GA, Gordon J. (editors). *Relapse prevention: A self control strategy in the maintenance of behavior change*. New York: Guilford 1994: 347-308.
- Miler k, ed. Organizational communication: on : approaches and process 4th ed. Belmont, ca: wadsworth; 2006. Of job strain, *Journal of nursing management*, 14, 3, 340-351.

- Mitchell, M. M. (۲۰۰۶). Parent's stress and coping with their children's attention deficit hyperactivity disorder. Unpublished doctoral dissertation, University of Maryland, College Park.
- Moitra, E., Anderson, B. J. & Stein, M.D. (۲۰۱۳). "Perceived stress and substance use in methadone-maintained smokers". *Drug and Alcohol Dependence*, ۱۳۳(۲), ۷۸۵-۷۸۸.
- Muller, A., Montoya, P., Schandry, R. & Hartl, L. (۱۹۹۴). Changes in physical symptoms, blood pressure and quality of life over ۳۰ days among substance abuser. *Behaviour Research and Therapy*, ۳۲, ۶۰۳-۵۹۳
- Munk, martin d. (۲۰۰۲) "gender, marginalization and social exclusion", background paper for the conference, ۲۶-۲۷ sep.
- Nel AE ;Uys HH (۱۹۹۳).The Effect Of Preparative Teaching on the Emothional Attitude of Patients Undergoing Coronary Bypass Surgery
- Ogden, J. (۱۹۹۶) Psychosocial science and biomedicine: a contradictory relationship, *Medical Sociology News*, ۲۱, ۲۵-۳۱.
- pacione, m . (۲۰۰۳).urban environmental quality and human well being –a social geographical perspective. *Landscape and urban planning*, ۶۵, pp ۱۹-۳۰.
- patients with pulmonary
- Phillips, D (۲۰۰۶), *Quality of Life: Concept, Policy and Practice*. London: Rutledge Publications
- Pilcher, J. J. (۱۹۹۸). Affective and daily events predictors of life satisfaction in college students, ۴۲(۳), ۲۹۱-۳۰۶.
- Preau, M., Spire, B. (۲۰۰۷). Health related quality of life among both current and former injection drug users who are HIV infected. *Drug and Alcohol Dependence*, ۳۶(۲), ۸۲-۱۷۵
- pressure, or chronic lung conditions. *General Hospital Psychiatry*, ۱۱(۵), ۳۲۰-
- Rudolf, H., Watts, J. (۲۰۰۲). Quality of life in substance abuse and dependency. *international review of psychiatry*, ۱۴, ۱۹۰-۱۹۷
- Saghafi n, tofani h. (۲۰۱۴) relationship of mental status of infertile women between duration of duration of therapy.ofogh danesh.۲۰۱۴؛۹: ۱۰-۱۲.
- Schar, I., Ojehagen, A. (۲۰۰۳). Predictors of improvement in quality of life of severaly mentally ill substance abusers during ۱۸months of co-operation between psychiatric and socialy services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, ۳۸(۲):۸۷-۸۳.
- Schuessler, K.F., Fisher, G.A (۱۹۸۵), "Quality of life research and sociology", *Annual review of sociology*, No ۱۱: ۱۲۹-۱۴۹.
- Selye, H. (۱۹۵۶/۱۹۷۶).*The stress of life*. New York: McGraw Hil
- Sen, amartya (۲۰۰۰) "social exclusion: concept, application and scrutiny", Asian development bank.
- Sigleman , C. K. & Shaffer, D. R. (۱۹۹۵). *LifeSpan Human Development*. California : brooks/Cole Publishing Company
- Silver, Hilary (۱۹۹۵) "reconceptualizing social disadvantage: three paradigms" ,in: *international lbour review*, ۱۳۳ (۵-۶): ۵۳۱-۵۱۸.
- Swift RM. Alcoholism and Substance Abuse. In: Stoudemire A (editor). *Clinical Psychiatry for Medical Student*. ۲nd ed. Philadelphia: Lippincott ۱۹۹۴: ۱۴۲.
- Termorshuizen, F., Krol, A., Prins, M., Gekus, R., van den Brink, W., & Van Ameijden, E. (۲۰۰۵). Prediction of relapse to frequent heroin use and the role of methadone prescription: an analysis of the Amsterdam Cohort Study among drug users. *Drug and alcohol dependence*, ۷۹(۲), ۲۴۰-۲۳۱
- Van poll,ric ۹۱۳۹۷۰,the perceived quality of the urban residential environ ment;amulti attribute evaluation,phd-thesis,center for energy and environ mental studies,university ofgroningen,thenethe
- W. (۲۰۰۱). Psychological variables in hypertension.*Psychosomatic Medicin*, ۱,
- wadsworth; ۲۰۰۶. Of job strain, *journal of nursing management*, ۱۷, ۳, ۳۴۰ -۳۵۱.
- Waldrop, A. E., Price, K. L., Desantis, S.M., Simpson, A.N., Back, S.E. McRae , A .L ., Spratt,E. G.,kreek ,M.j .,Brady ,K.T.(۲۰۱۰). Community-dwelling cocaine-dependent men and women respond differently to social stressor versus cocaine cues. *Psychoneuroendocrinology*, ۳۵,۷۹۸-۸۰۶
- Waldrop, A. E., Price, K. L., Desantis, S.M., Simpson, A.N., Back, S.E. McRae , A .L ., Spratt,E. G.,kreek ,M.j .,Brady ,K.T.(۲۰۱۰). Community-dwelling cocaine-dependent men and women respond differently to social stressor versus cocaine cues. *Psychoneuroendocrinology*, ۸۰, ۶۳۵, ۷۹۸
- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS ۳۶-Item Short-Form Health Survey (SF-۳۶). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. ۱۹۹۲; ۳۰: ۴۷۳-۸۳

- Wells, K. B., Golding, J. M & Burnam M. A. (1989). Affective, substance use and
- who qol group (1992), measuring quality of life : the development of the world health organization quality of life instrument, Geneva: world health organization
- WHO QoL Group (1993), Measuring Quality of Life: The Development of the World Health Organization Quality of Life Instrument, Geneva: World Health Organization
- Wills, T., Sandy, J., Yaeger, A & Cleary, S. (2001) Coping dimensions, life stress and adolescents substance use: a latent growth analysis. Journal of abnormal psychology, , 110(2): 309-2
- Wong JG, Chung E, Chen EY, Chan RC, Law CW. et al. (2008), An Instrument to assess Mental Patients Capacity to appraise and report subjective quality of Life. Journal quality Life Res; 18(3): 687-698

پیوست

بسمه تعالی



پرسشنامه پایان نامه کارشناسی ارشد

بررسی رابطه استرس و طرد اجتماعی با کیفیت زندگی معتادان مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد

مقدمه: پاسخگوی محترم، هدف از پرسنامه حاضر بررسی رابطه استرس و طرد اجتماعی با کیفیت زندگی معتادان مراجعه کننده به کلینیک های ترک است. پیشاپیش از همکاری شما کمال تشکر را دارم.

سن: _____ میزان درآمد: _____ شغل: _____ وضعیت: _____
تاهل: _____

- در حالت کلی وضعیت سلامتی خود را چگونه ارزیابی می کنید؟ (۱) عالی ☐ (۲) خیلی خوب ☐ (۳) خوب ☐ (۴) متوسط ☐ (۵) بد ☐

- در مقایسه با یکسال گذشته وضعیت سلامتی خود را چگونه ارزیابی می کنید؟ (۱) خیلی بهتر از سال گذشته ☐ (۲) تا حدی بهتر از سال گذشته ☐ (۳) فرقی نکرده ☐ (۴) تا حدی بدتر از سال گذشته ☐ (۵) خیلی بدتر از سال گذشته ☐

با توجه به وضعیت سلامتی خود آیا تا بحال بابت انجام فعالیتهای زیر دچار مشکل شده اید؟.

ردیف	جواب سوال	بله، خیلی دچار مشکل هستم	تا حدی احساس مشکل می کنم	نه، اصلا مشکلی ندارم
۱	دویدن یا پیاده روی طولانی مدت یا بلند کردن اجسام سنگین			
۲	جابه جا کردن یک میز یا جارو کردن خانه با استفاده از جاروبرقی			
۳	خرید از سوپرمارکت محله و حمل پلاستیک میوه و خواربار به خانه			

۴	بالا رفتن از چندین پله		
۵	بالا رفتن از یک پله		
۶	نشستن بر روی زانو یا خم شدن		
۷	پیاده روی بیش از یک کیلومتر به طور مداوم		
۸	پیاده روی برای ۱۰ دقیقه به صورت مداوم		
۹	پیاده روی برای ۵ دقیقه به صورت مداوم		
۱۰	حمام کردن یا پوشیدن لباس		

- در طی یک ماه گذشته کدامیک از موارد زیر به علت وضعیت جسمانی تان برای شما اتفاق افتاده است؟

ردیف	سوال	جواب	بله	خیر
۱	کاستن از ساعات کاری یا فعالیتهای روزمره به دلیل احساس بیماری			
۲	داشتن کارآیی و عملکردی کمتر از حد انتظار			
۳	محدودیت در انتخاب شغل یا کار دلخواه به دلیل مشکلات جسمانی			
۴	ناتوانی و مشکل در انجام کارهای روزانه یا وظایف شغلی			

- در طول یک ماه گذشته به دلیل برخی مشکلات یا ناراحتی های عصبی مانند اضطراب یا افسردگی شرایط زیر را در رابطه با کار یا فعالیتهای روزمره تان تجربه کرده اید؟

ردیف	جواب سوال	بله	خیر
۱	کم نمودن از ساعات کاری یا فعالیتهایی که قبلا انجام می دادید		
۲	کارآیی و عملکردی کمتر از آنچه که از خودتان انتظار داشتید		
۳	کم شدن دقت و تمرکزتان به کار یا فعالیتهای روزمره در مقایسه با گذشته		

- در طول یک ماه گذشته ناراحتی های جسمانی یا روانی تا چه حدی مانع رسیدگی به امور خانه و دیدار با فامیل و دوستان و همسایگان شده است؟
 ۱- اصلا ☐ ۲- کمی ☐ ۳- تا حدی زیاد ☐ ۴- زیاد ☐ ۵- خیلی زیاد ☐

- در طول یک ماه گذشته تا چه حد درد و ناراحتی جسمانی را تجربه کردید؟ ۱- اصلا ☐ ۲- خیلی کم ☐ ۳- کم ☐ ۴- تا حدی زیاد ☐ ۵- زیاد ☐ ۶- خیلی زیاد ☐

- در طول یک ماه گذشته احساس درد و ناراحتی جسمانی تا چه حدی کار و فعالیت شما را دچار مشکل و اختلال کرده است؟
 ۱- اصلا ☐ ۲- کمی ☐ ۳- تا حدی زیاد ☐ ۴- زیاد ☐ ۵- خیلی زیاد ☐

- در طول یک ماه گذشته شرایط روحی و روانی شما چگونه بوده است:

ردیف	سوال	جواب	تمام اوقات	اغلب اوقات	خیلی وقت ها	بعضی وقت ها	به ندرت	هیچ وقت
۱	احساس شادی و نشاط می کردم							
۲	فردی عصبی بودم.							
۳	احساس افسردگی شدیدی داشتم که احساس می کردم هیچ چیزی نمی تواند مرا از این وضع خارج کند							
۴	احساس راحتی و آرامش داشتم							
۵	احساس می کردم انرژی و توان زیادی دارم							
۶	احساس یاس و ناامیدی می کردم.							
۷	احساس می کردم که از کار افتاده و ناتوان شده ام							
۸	فرد شادی بودم							
۹	احساس خستگی می کردم							

- در طی یک ماه گذشته ناراحتی های جسمانی و مریضی یا مشکلات عصبی و روانی و بی حوصلگی تا چه حدی باعث شده است که شما نتوانید فعالیتهای اجتماعی مانند دیدار با دوستان یا رفت و آمد با فامیل یا حضور در مکانهای عمومی را تجربه نمایید.

- ۱- همه اوقات ☐ ۲- بیشتر اوقات ☐ ۳- گاهی اوقات ☐ ۴- خیلی به ندرت ☐ ۵- اصلاً ☐

- جملات زیر را تا چه حدی تایید می کنید؟

ردیف	سوال	جواب	کاملاً درست	تا حدی درست	تا بحال توجه نکرده ام	تا حدی نادرست	کاملاً نادرست
۱	فکر می کنم در برابر بیماریهای آسیب پذیر تر از بیشتر مردم هستم و سریعتر از اغلب مردم مریض می شوم.						
۲	از نظر سلامتی و امکان ابتلای به بیماری فرقی با بقیه افراد ندارم						
۳	فکر می کنم روز به روز وضعیت سلامتیم بدتر می شود.						
۴	وضعیت سلامتی خود را عالی ارزیابی می کنم.						

سنجش میزان پذیرش اجتماعی

لطفاً سوالات زیر را به دقت بخوانید. اگر با سوال موافق باشید به خانه (ص) علامت (✓) بزنید و اگر مخالف با آن باشید به خانه (غ) علامت (✓) بزنید. حتی الامکان سریع کار کنید و هیچ سوالی را بی پاسخ نگذارید.

ردیف	عبارات	ص	غ
۱	پیش از آنکه رأی بدهم توانایی های همه نامزدها را عمیقاً بررسی می کنم.		
۲	اگر قرار باشد خلاف کنم تا به یک بیچاره کمک کنم، تردید نمی کنم.		
۳	اگر تشویق نشوم، گاهی ادامه کار برایم مشکل می شود.		
۴	هرگز از کسی به شدت متنفر نشده ام.		
۵	گاهی در توانایی خود برای موفقیت در زندگی تردید می کنم.		
۶	وقتی کارها طبق میل من پیش نمی رود، گاهی احساس بغض می کنم.		
۷	همیشه به شیوه لباس پوشیدن خود دقت می کنم.		
۸	شیوه نشستن من سر میز غذا، در رستوران و در خانه، یکسان است.		
۹	اگر بتوانم بدون بلیت وارد سینما بشوم و مطمئن باشم که کسی متوجه نخواهد شد، این کار را انجام می دهم.		
۱۰	بارها برایم اتفاق افتاده است که یک فعالیت یا یک کار را رها کرده ام، زیرا در صلاحیت خود تردید داشتم.		

۱۱	دوست دارم به موقع بدگویی ها را بازگو کنم.		
۱۲	در برخی لحظه ها خواسته ام علیه صاحبان قدرت حرف بزنم، حتی اگر حق با آنها بود.		
۱۳	مهم نیست که چه کسی حرف می زند، همیشه با دقت گوش می دهم.		
۱۴	اتفاق افتاده است که خود را به مریضی زده ام تا مورد توجه قرار گیرم.		
۱۵	برایم اتفاق افتاده است که از کسی استفاده کنم.		
۱۶	همیشه آماده هستم که به خطای خود اعتراف کنم.		
۱۷	همیشه سعی میکنم تا آنچه را که توصیه می کنم به مرحله عمل درآورم.		
۱۸	برایم دشوار نیست که با آدمهای بد دهن کنار بیایم.		
۱۹	گاهی سعی می کنم تا به جای بخشیدن و فراموش کردن، انتقام بگیرم.		
۲۰	وقتی چیزی را نمی دانم، به میل خود آن را می پذیرم.		
۲۱	همیشه مؤدب هستم، حتی در مقابل افراد ناخوشایند.		
۲۲	گاهی واقعاً اصرار می کنم که کارها به میل من انجام گیرد.		
۲۳	گاهی احساس کرده ام که می خواهم همه چیز را بشکنم.		
۲۴	هرگز اجازه نمی دهم که کسی به جای من تنبیه شود.		
۲۵	اگر از من بخواهند تا در مقابل لطفی که کرده اند، خدمتی انجام دهم، هرگز رنجیده خاطر نمی شوم.		
۲۶	هرگز با کسی که افکارش مخالف افکار من بوده دشمنی نکرده ام.		
۲۷	بدون آنکه جوانب کار را بررسی کنم، هرگز به مسافرت طولانی نمی روم.		
۲۸	گاهی نسبت به خوشبختی دیگران خیلی حسادت می کنم.		
۲۹	هرگز به طور واقعی احساس نکرده ام که می خواهم یکی را سرزنش کنم.		
۳۰	گاهی از دست افرادی که انتظار مساعدت دارند عصبانی می شوم.		
۳۱	هرگز احساس نکرده ام که بی دلیل تنبیه می شوم.		
۳۲	گاهی فکر می کنم، کسانی که بد شانس هستند، لیاقتش را دارند.		
۳۳	هرگز به طور آگاهانه چیزی را نگفته ام که فردی را آزرده خاطر سازد.		

پرسشنامه استرس هری

لطفاً هریک از عبارات زیر را به درستی خوانده و به هر سوال بر اساس میزان صدق در مورد خودتان یکی از موارد زیر را انتخاب کنید.

کاملاً مخالف	مخالف	نظری ندارم	موافق	کاملاً موافق	گویه	
					۱ من همیشه در هنگام صحبت کردن به احساس دیگران توجه می کنم	
					۲ من شنونده صبوری هستم	
					۳ من اشتباهات خود را می پذیرم	
					۴ احساس می کنم برخی از اعضای خانواده ام با من مخالف هستند	
					۵ من را به درستی درک نمی کنند	
					۶ احساس می کنم در جامعه آدم ارزشمندی نیستم	
					۷ من نمی توانم برنامه ریزی مالی درستی داشته باشم	
					۸ هیچ کس مرا دوست ندارد	
					۹ من مشکلات خانوادگی زیادی دارم	
					۱۰ من دیر به خانه می رسم	
					۱۱ شغل من خسته کننده است	
					۱۲ حقوقم به اندازه کافی نیست	
					۱۳ کارم موجب عذاب وجدانم می شود	
					۱۴ من از کارم راضی هستم	
					۱۵ من اغلب به خاطر دیر رسیدن سر کار از طرف مدیرانم توبیخ می شوم	
					۱۶ من از محل کارم میترسم	
					۱۷ من با همکارانم یا همکلاسی هایم اختلاف دارم	
					۱۸ من قربانی جنگ قدرت بین مدیرانم شده ام	
					۱۹ از سردرد رنج می برم	
					۲۰ من اغلب تجربه درد قفسه سینه داشته ام	
					۲۱ من بدون دلیل عرق می کنم	
					۲۲ من نمی توانم به اندازه کافی بخوابم	
					۲۳ من شب ها کابوس می بینم	
					۲۴ من شایعات را باور کرده و برای دیگران نقل می کنم	

					۲۵	من خیلی زود عصبانی می شوم
					۲۶	گاهی اوقات احساس میکنم دوست دارم همه چیز را نابود کنم
					۲۷	من زود کنترل را از دست می دهم
					۲۸	من از انتقاد متنفرم
					۲۹	من احساس دلواپسی می کنم
					۳۰	من معمولاً برای آنچه پیش آمده افسوس می خورم
					۳۱	من احساس آرامش می کنم
					۳۲	من احساس تاسف می کن
					۳۳	من احساس سرخوردگی می کنم
					۳۴	من خوشحال هستم
					۳۵	من فرد مطمئنی هستم
					۳۶	من به طور مرتب عبادت می کنم
					۳۷	من به کتاب های مذهبی علاقه دارم
					۳۸	من درباره مشکلاتم با اعضای خانواده گفتگو می کنم
					۳۹	من دستورات گیج کننده و ضد و نقیض از بالا دستی هایم میگیرم
					۴۰	من کارهایم را با عجله انجام میدهم
					۴۱	من سریع غذا میخورم
					۴۲	من دوست دارم مسافرتی با فرصت مناسب و بدون عجله داشته باشم
					۴۳	من هرگز در میان صحبت دیگران نمی پریم
					۴۴	من میخواهم کارهایم را به طور منظم و کامل به پایان برسانم
					۴۵	من آهسته صحبت می کنم
					۴۶	دیدن افراد تنبل مرا عصبانی می کند
					۴۷	من هرگز با دیگران شرط بندی نمی کنم
					۴۸	من از موادی که مرا از حالت عادی خارج م سازند(مشروبات الکلی، مواد مخدر، مواد روانگردان و...) استفاده می کنم
					۴۹	وقتی به مسئولیت هایم فکر می کنم احساس تنش میکنم
					۵۰	من ایستادن در صف را دوست ندارم
					۵۱	من فیلم ها و بازی ها را تماشا می کنم

۵۲	من تمرین مدیتیشن و مراقبه می کنم					
۵۳	زندگی جنسی من رضایت بخش نیست					
۵۴	من همیشه با همسرم اختلاف پیدا می کنم					
۵۵	من راز دیگران را آشکار نمی کنم					
۵۶	من از رسیدن مهمان ناخوانده نگران می شوم					
۵۷	من نمی توانم دور از خانه بمانم					
۵۸	وقتی هزینه های ناگهانی پیش می آید نگران می شوم					
۵۹	من بدهی دارم					
۶۰	من از دست دادن ناگهانی شغلم را تجربه کردم					
۶۱	من دوست ندارم درگیر رابطه عشقی بشوم					
۶۲	من مجبورم بی عدالتی را با سکوت تحمل کنم					
۶۳	من به خوبی برای کارم آموزش دیده ام					
۶۴	من فرصت ها را برای کمک به دیگران از دست نمی دهم					
۶۵	من اشتهای کمی دارم					
۶۶	من احساس می کنم آدم به درد نخوری هستم					

Abstract

The purpose of the present study was to investigate the relationship between stress and social exclusion and the quality of life of addicts. To achieve this goal, a descriptive-correlation method is used. The statistical population of the study is all addicts referring to addiction treatment centers in Bojnourd city of 8000 people in 1396. The sample size was 380. Then, using multi-stage cluster sampling, respondents were referred. In this way, the city of Bojnourd was divided into 4 districts in the north, south, east and west, and were randomly selected from the regions of the south and west. Three types of questionnaires were used to collect data and information: Harris stress questionnaire (HIS), SF-36 Washbourne's Quality of Life Scale (1992), and Social Enrichment Scale (KERAN and MARLO) (SDS) (1960). The results of the correlation analysis and multiple regression analysis in the 99% confidence level indicated a significant negative relationship between quality of life and addicts' stress, as well as quality of life and social exclusion of addicts from the community. In other words, increasing the stress and rejection of addicts from the community will lead to a decline in the quality of life.

Keywords: addiction, quality of life, stress, social exclusion



**Islamic Azad university
Bojnord unit
Faculty of Humanities Department of Psychology**

**"Dissertation for receiving (MA) Degree in Psychology"
Tendency: General**

Title:

**The relationship between stress and social exclusion with the
quality of life of addicts in Bojnourd**

Supervisor:

M. Jajarmi (ph.D)

Writing:

Vida dartoomi

Academic year:

Summer ۲۰۱۷