

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم بهیستی و توانبخشی

گروه مددکاری اجتماعی

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد

عنوان پایان نامه :

مقایسه حمایت اجتماعی بین افرادی که پس از قطع مصرف مواد عود داشته اند با افرادی که عود نداشته اند در کمپ تولدی دوباره شهرستان تهران

نگارنده :

مرضیه یزدانی

استاد راهنما :

دکتر غنچه راهب

استاد مشاور:

دکتر مصطفی اقلیما

دکتر معصومه معارف وند

استاد مشاور آمار:

سرکار خانم مرجان فرضی

شهریور ۱۳۹۰

شماره ثبت: ۲۰۶-۲۰۰

الهی من در کلبه فقیرانه خویش چیزی دارم

که تو در عرش کبریایی خویش نداری

چرا که من، همچون تویی دارم

و تو چون خود نداری

تقدیم بہ

پدر و مادر عزیزم

دو عزیزم کہ بیچ سیاسی شایستہ مقام والا نشان نیست، آنان کہ صبورانہ رنجی متحمل شدہ اندرتا سمر نوشتہم راسید رقم

زندہ دستخانہ رامی بوسم و خاک پایشان را سمرمہ چشمانم می کنم.

پژوهش حاضر که توفیق انجام آن به لطف و یاری خداوند حاصل شد، نتیجه رهنمودها و تلاش های بی دریغ عزیزانی است که
مراد تهیه و تدوین آن یاری نموده اند. بر خود واجب می دانم که از زحمات بی شائبه و بی وقفه اساتید گرانقدر:
سرکار خانم دکتر غنچه راهب، سرکار خانم دکتر معصومه معارف و نذ جناب آقای دکتر مصطفی اقلیماو سرکار خانم
مرجان فرضی که مسوئیت راهبانی و مشاوره مراد این مطالعه بر عهده داشته اند، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشم.

چکیده

طرح مسأله: هدف از این مقاله مقایسه حمایت اجتماعی بین دو گروه از معتادان با عود و عدم عود سوء مصرف مواد است.

روش: در این پژوهش، جامعه آماری شامل کلیه مردانی است که سابقه سوء مصرف مواد را داشته اند و در کمپ ترک اعتیاد تولدی دوباره شهر تهران، سم زدایی شده اند و ۶ ماه پس از ترک اعتیاد، عود سوء مصرف مواد را داشته اند. در این پژوهش ۳۰ نفر از افرادی که پس از ۶ ماه، هم عود سوء مصرف مواد را داشته اند و هم شرایط ورود به پژوهش را، به عنوان نمونه انتخاب شدند. همچنین ۳۰ نفر از افرادی که عود سوء مصرف مواد را پس از ترک عود سوء مصرف مواد نداشته اند و شرایط ورود به پژوهش را نیز دارا بودند به عنوان گروه گواه انتخاب شدند. هر دو گروه به لحاظ سن، نوع ماده مصرفی و وضعیت تأهل همتا شدند. در این مطالعه از دو پرسشنامه که پرسشنامه اول مربوط به مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه دوم مربوط به پرسشنامه حمایت اجتماعی نوربک بود استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل آماری بزرگ نوع متغیر از آزمون t و χ^2 دو استفاده گردید.

نتایج: تجزیه و تحلیل داده های پژوهش با استفاده از آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمره حمایت اجتماعی عاطفی ($p < 0/05$ ، $p < 0/01$)، میانگین نمره حمایت اجتماعی مادی ($p < 0/05$ ، $p < 0/01$)، میانگین نمره حمایت اجتماعی کارکردی ($p < 0/05$ ، $p < 0/01$)، میانگین نمره حمایت اجتماعی ساختاری ($p < 0/05$ ، $p < 0/01$)، میانگین نمره حمایت اجتماعی فقدان کل ($p < 0/05$ ، $p < 0/01$)، میانگین نمره حمایت اجتماعی بسامد ارتباط ($p < 0/01$) و میانگین نمره حمایت اجتماعی مدت ارتباط ($p < 0/05$ ، $p < 0/01$) در سطح آماری معنادار است.

بحث: یافته ها نشان داد که میزان حمایت اجتماعی عاطفی، حمایت اجتماعی مادی، حمایت اجتماعی ساختاری، حمایت اجتماعی فقدان کل، حمایت اجتماعی کارکردی، حمایت اجتماعی بسامد ارتباط و حمایت اجتماعی مدت ارتباط در گروه معتادانی که پس از ترک مواد، عود سوء مصرف مواد را داشته اند به لحاظ آماری بالاتر از معتادان با عود سوء مصرف مواد است.

کلید واژه: عود، حمایت اجتماعی، سوء مصرف مواد

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول: کلیات پژوهش

۱-۱ مقدمه.....	۲
۱-۲ بیان مسئله.....	۵
۱-۳ اهمیت و ضرورت پژوهش.....	۱۰
۱-۴ اهداف پژوهش.....	۱۱
۱-۵ سؤال های پژوهش.....	۱۲
۱-۶ متغیرهای پژوهش.....	۱۷

فصل دوم: پیشینه پژوهش

۲-۱ مقدمه.....	۱۹
۲-۱-۲ تعاریف و مفاهیم.....	۲۰
۲-۱-۳ فرایند عود.....	۲۱
۲-۱-۴ عوامل مؤثر بر عود.....	۲۳
۲-۱-۵ باورهای غلط در مورد عود اعتیاد.....	۲۹
۲-۱-۶ تفاوت عود و لغزش.....	۲۹
۲-۱-۷ پیشگیری از عود.....	۳۰
۲-۱-۸ اصول پیشگیری از عود.....	۳۳

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
۲-۱-۹ پیشگیری از عود و حمایت خانوادگی.....	۴۰
۲-۱-۱۰ نظریات درباره عود اعتیاد.....	۴۱
۲-۱-۱۱ پژوهش های انجام شده در زمینه سوء مصرف مواد و عود آن.....	۵۰
۲-۲-۲-۲ حمایت اجتماعی.....	۵۴
۲-۲-۱ تعاریف حمایت اجتماعی.....	۵۴
۲-۲-۳ منابع حمایت اجتماعی.....	۵۷
۲-۲-۴ حمایت اجتماعی در گستره تحول.....	۵۹
۲-۲-۵ انواع حمایت اجتماعی.....	۶۰
۲-۲-۶ مدل های مرتبط با موضوع حمایت اجتماعی.....	۶۴
۲-۲-۷ دیدگاه های حمایت اجتماعی.....	۶۷
۲-۲-۸ نظریه های مربوط به حمایت اجتماعی.....	۷۷
۲-۲-۹ پژوهش های مرتبط با حمایت اجتماعی و اعتیاد.....	۸۲

فصل سوم: روش شناسی پژوهش

۳-۱ طرح پژوهش.....	۸۴
۳-۲ جامعه آماری.....	۸۴
۳-۳ نمونه.....	۸۴

ب

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۸۴	۳-۴ روش نمونه گیری.....
۸۵	۳-۵ ابزار پژوهش.....
۸۸	۳-۶ روش تجزیه و تحلیل داده‌ها.....

فصل چهارم: تحلیل داده های پژوهش

۹۰	مقدمه.....
۹۱	آمار توصیفی.....
۱۰۰	آمار استنباطی.....

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۱۲۵	۵-۱ مقدمه.....
۱۲۶	۵-۲ بحث در چار چوب سؤال های پژوهش.....
۱۳۴	۵-۳ محدودیت های پژوهش.....
۱۳۴	۵-۴ پیشنهادات پژوهش.....
۱۳۵	۵-۴-۳ ملاحظات اخلاقی.....
۱۳۶	منابع فارسی.....
۱۳۷	منابع لاتین.....
۱۳۸	چکیده انگلیسی.....

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فهرست جداول

۹۱.....	جدول ۱-۴ آزمون خبی دو بر حسب وضعیت تأهل
۹۳.....	جدول ۲-۴ نتایج آزمون خبی دو بر حسب نوع ماده مصرفی
۹۵.....	جدول ۳-۴ شاخص توصیفی بر حسب سن
۹۷.....	جدول ۴-۴ نتایج آزمون t مربوط به مقایسه میانگین سنی
۹۸.....	جدول ۵-۴ مربوط به فراوانی دو گروه بر حسب تحصیلات
۱۰۰.....	جدول ۶-۴ شاخص های توصیفی بر حسب حمایت اجتماعی عاطفی
۱۰۲.....	جدول ۷-۴ نتایج آزمون t مربوط به مقایسه میانگین بر حسب حمایت اجتماعی عاطفی
۱۰۳.....	جدول ۸-۴ شاخص توصیفی بر حسب حمایت اجتماعی مادی
۱۰۵.....	جدول ۹-۴ نتایج آزمون t مربوط به مقایسه میانگین بر حسب حمایت اجتماعی مادی
۱۰۶.....	جدول ۱۰-۴ شاخص های توصیفی بر حسب حمایت اجتماعی کارکردی
۱۰۸.....	جدول ۱۱-۴ نتایج آزمون t مربوط به مقایسه میانگین بر حسب حمایت اجتماعی کارکردی
۱۰۹.....	جدول ۱۲-۴ شاخص های توصیفی بر حسب حمایت اجتماعی ساختاری
۱۱۱.....	جدول ۱۳-۴ نتایج آزمون t مربوط به مقایسه میانگین بر حسب حمایت اجتماعی ساختاری
۱۱۲.....	جدول ۱۴-۴ شاخص های توصیفی بر حسب مدت ارتباط
۱۱۴.....	جدول ۱۵-۴ نتایج آزمون t مربوط به مقایسه میانگین بر حسب مدت ارتباط
۱۱۵.....	جدول ۱۶-۴ شاخص های توصیفی بر حسب بسامد ارتباط

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
جدول ۴-۱۷ نتایج آزمون t مربوط به مقایسه میانگین بر حسب بسامد ارتباط ۱۱۷	۱۱۷
جدول ۴-۱۸ شاخص های توصیفی بر حسب فقدان کل ۱۱۸	۱۱۸
جدول ۴-۱۹ نتایج آزمون t مربوط به مقایسه میانگین بر حسب فقدان کل ۱۲۰	۱۲۰
جدول ۴-۲۰ در پرسشنامه شاخص های توصیفی در پرسشنامه حمایت اجتماعی نوربک ۱۲۱	۱۲۱
جدول ۴-۲۱ نتایج آزمون t مربوط به مقایسه میانگین در پرسشنامه حمایت اجتماعی نوربک ۱۲۳	۱۲۳

فهرست نمودارها

نمودار ستونی ۴-۱ نمایش فراوانی دو گروهبر حسب وضعیت تأهل ۹۲	۹۲
نمودار ستونی ۴-۲ نمایش فراوانی دو گروه بر حسب نوع ماده مصرفی ۹۴	۹۴
نمودار ۴-۳ نمایش میانگین سنی ۹۶	۹۶
نمودار ستونی ۴-۴ نمایش فراوانی به لحاظ سطح تحصیلات ۹۹	۹۹
نمودار ۴-۵ نمایش میانگین نمرات در حیطه حمایت اجتماعی عاطفی ۱۰۱	۱۰۱
نمودار ۴-۶ نمایش میانگین نمرات در حیطه حمایت اجتماعی مادی ۱۰۴	۱۰۴
نمودار ۴-۷ نمایش میانگین نمرات در حیطه حمایت اجتماعی کارکردی ۱۰۷	۱۰۷
نمودار ۴-۸ نمایش میانگین در حیطه حمایت اجتماعی ساختاری ۱۱۰	۱۱۰
نمودار ۴-۹ نمایش میانگین در حیطه حمایت اجتماعی مدت ارتباط ۱۱۳	۱۱۳
نمودار ۴-۱۰ نمایش میانگین در حیطه حمایت اجتماعی بسامد ارتباط ۱۱۶	۱۱۶
نمودار ۴-۱۱ نمایش میانگین در حیطه حمایت اجتماعی فقدان کل ۱۱۹	۱۱۹
نمودار ۴-۱۲ نمایش میانگین در پرسشنامه حمایت اجتماعی نوربک ۱۲۲	۱۲۲

ح

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱ مقدمه

اعتیاد و وابستگی به مواد مخدر، یکی از معضلات و نگرانی های عمده جهان امروز و عامل بازدارنده رشد و شکوفایی جامعه است. این پدیده از زمان های دور در جوامع بشری وجود داشته و علیرغم پیشرفت های علمی و افزایش غیرقابل تردید سطح شعور و آگاهی مردم همچنان در حال گسترش می باشد و هرساله افراد زیادی را به دام خود می کشاند. (عصاریان و همکاران، ۱۳۸۳) همانطوری که برلی^۱ (۱۹۸۷؛ نقل از سهرابی و همکاران، ۱۳۷۵) گزارش داده است، مسأله سوء مصرف مواد در حال حاضر بعد از سه بحران اصلی جهان یعنی ن ابودی محیط زیست، تهدید اتمی و بحران فقر، بحران چهارم جهان را شکل داده است. از اینروست که جوامع علمی مختلف سعی داشته اند تا با تدوین برنامه های مختلف شامل برنامه های آموزش و پیشگیری، درمان و بازپروری و مانند این ها و همچنین انجام پژوهش های مختلف و متعدد در این زمینه ها، از گسترش اعتیاد جلوگیری کنند.

برخی از پژوهش های انجام شده به بررسی عوامل زمینه ساز و خطر ساز در سوء مصرف مواد پرداخته است تا جایی که در طول دهه گذشته چند عامل خطر ساز برای سوء مصرف مواد بین افراد شناسایی شده است. کاپلان و سادوک (۱۳۷۸) در گزارش خود به میزان بالای تعارض های خانوادگی، مشکلات تحصیلی، بروز همزمان اختلالات روانی نظیر اختلال سلوک و افسردگی، مصرف مواد از سوی همسالان و والدین، تکانشگری و شروع زودرس مصرف سیگار به عنوان عوامل خطر ساز اشاره می کنند (نقل از صادقیه اهری و همکاران، ۱۳۸۳).

1- Berley

شربا و استکا^۲ (۲۰۰۸) در مطالعه جدید با هدف بررسی عوامل غیر بیولوژیکی مؤثر در سوء مصرف مواد در میان افراد با اعتیاد طولانی مدت مراجعه کننده برای درمان به عواملی همچون روابط بین گروهی، مشکلات خانوادگی، بیکاری (و به طور کلی مسأله شغل) و حمایت اجتماعی^۳، و در میان معتادان غیر مراجعه کننده برای درمان به عواملی همچون محیط اجتماعی، زندگی اجتماعی و فعالیت های روزمره به عنوان عوامل مهم و مؤثر اشاره می کنند. یکی از عوامل مؤثر دیگر در سوء مصرف مواد و به ویژه در نوع مزمن آن که با دوره های مکرر سوء مصرف و پرهیز و عود^۴ مشخص می شود (شربا و استکا، ۲۰۰۸)، بحث از عود و توانایی افراد در مقاومت در برابر عود سوء مصرف مواد است.

یکی از جنبه های مهم سوء مصرف مواد، عود است که پس از دوره ای از قطع مصرف و طی تلاشهای بازدارنده بروز می کند. همچنین عود یکی از بحث انگیزترین پدیده ها در رابطه با مبحث اعتیاد در میان پژوهشگران و همچنین یکی از عوامل ناس و ناامیدی به ترک در میان افراد مایل به ترک انواع اعتیاد است (برونو و پرون^۵، ۲۰۱۰). معانی و تعریف هایی از پدیده عود ارائه شده است که تغییرات مختلفی نیز در آنها، در طول سالها، اعمال شده است. در ابتدا عود به عنوان یک شکست فردی در ترک و یا درمان تلقی می شد. در ادامه، دنیس (۱۹۸۹) عود را اینگونه تعریف کرد: "عود فرایند بازگشت به اعمال غیر سالم گذشته است که فرد را به استفاده مجدد از ماده یا دارو ترغیب می کند." به طور معمول، افرادی که درگیر عود می شوند، نشانه هایی از تغییر در افکار، نگرشها، هیجانات و اعمالشان دیده می شود (ابراهیم و کومار^۷، ۲۰۰۹).

-
- 2- Scherbaum & Specka
 - 3- Social Support
 - 4- relapse
 - 5- Brower & Perron
 - 6- attitudes
 - 7- Ibrahim & Kumar

میزان افرادی که دچار عود سوء مصرف مواد می شوند، درصد قابل توجهی از افراد ترک کننده را تشکیل می دهد، تا جایی که برخی آمارها حاکی از آن است که این تعداد از تعداد معتادان جدید نیز بیشتر است. بر اساس گزارش NADA⁸ در سال ۲۰۰۶، میزان عود سوء مصرف مواد در سال ۲۰۰۵ از میان ۳۲/۸۰۸ معتاد، ۱۷/۴۱۹ نفر بوده است. این در حالی بوده است که میزان معتادان جدید در همان سال ۲۰۰۵، معادل ۱۵/۳۸۹ نفر اعلام شده است (ابراهیم و کومار^۹، ۲۰۰۹).

در راستای شناسایی عوامل مرتبط با عود و تبیین چرایی بروز و شیوع آن، تلاش هایی در قالب پژوهش های کمی و کیفی صورت گرفته است. در یک تقسیم بندی می توان عوامل مؤثر را به عوامل بیولوژیکی، جمعیت شناختی، روانی و اجتماعی تقسیم کرد. لوینسون و همکاران (1997) بعد از بررسی منابع مختلف یکی از علل گرایش مجدد به اعتیاد را متغیرهای محیطی و بین فردی معرفی کردند و عواملی مانند از دست دادن موقعیت اجتماعی و خانوادگی، فشارهای اجتماع برای استفاده از مواد (مانند؛ زندگی کردن با یک سوء مصرف کننده ی دارو، وارد شدن در اماکنی که محل تجمع معتادان می باشد) و عدم وجود علاقه به تفریحات سالم را از عوامل مهم سوق دهنده فرد به اعتیاد مجدد بعد از اقدام قبلی برای قطع مصرف بیان کردند (نقل از امینی و همکاران، ۱۳۸۲). سادوک و سادوک (۱۹۹۹) بعد از بررسی منابع، پنج عامل را در عود مصرف ترکیبات تریاک معرفی کرده اند که عبارتند از: بی کاری یا نداشتن شغل مناسب، فعالیت های جنایی (خلاف قانون) مصرف مواد اعتیاد آور دیگر، اختلال در روابط خانوادگی، وجود بحران های مختلف در زندگی برای مثال مشاجرات، از دست دادن روابط بین فردی. یکی از متغیرهایی که می تواند بخش قابل توجهی از عوامل ذکر شده را تحت پوشش و تحت تاثیر خود قرار دهد، متغیر حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی می تواند از طرق مختلفی همچون

8- National Anti-Drug Agency

9- Ibrahim & Kumar

افزایش سلامت اجتماعی، روانی و جسمانی، ارتقاء و نگهداشت سطح انگیزه و کمک در جهت حل مشکلات اقتصادی و اجتماعی به افراد ترک کننده در باقی ماندن بر ترک کمک کند. تحقیق حاضر ارتباط حمایت اجتماعی را با عود مورد بررسی قرار می دهد تا از این رهگذر الگوی روابط بین این دو متغیر مشخص گردد

۲-۱ بیان مسئله

آمارها و همچنین مطالعات زیادی شیوع بالای عود سوءمصرف مواد مخدر توسط معتادان، پس از رهائی از زندان یا مراکز بازپروری را نشان می دهد (بهروان و میرانوری، ۱۳۸۹). این موضوع حل مسأله اعتیاد را پیچیده تر و دشوارتر ساخته است (بهروان و میرانوری، ۱۳۸۹). در بررسی های انجام گرفته اکثر معتادین در مراکز بازپروری برای چندمین بار اقدام به ترک اعتیاد کرده اند و شاید دفعات ترک آنها آنقدر زیاد بوده که به طور مشخص به یاد نمی آورند (اورنگ، ۱۳۶۷). فریدمن و همکاران (1998) در یک گزارش بیان داشتند که تنها 20 تا 50 درصد بیماران می توانند به قطع مصرف مواد بعد از یک سال ادامه دهند (نقل از امینی و همکاران، ۱۳۸۲). بر اساس آمارهای حضور معتادان در مراکز بازپروری بهزیستی در ایران، بسیاری از آنها پس از ترک اعتیاد بیش از ۲ الی ۳ بار چه به صورت خود معرف و چه از طریق دادگاه از خدمات بازپروری استفاده کرده اند. در مطالعه ای که در زنجان بین ۹۶ معتاد مراجعه کننده به مرکز بازپروری انجام شد، تمام آنها سابقه حداقل یک بار ترک اعتیاد را داشته اند (دین محمدی و همکاران، ۱۳۸۶؛ به نقل از بهروان و میرانوری، ۱۳۸۹). دین محمدی و همکاران (1386) نیز آمار ۵۰ درصد عود را در میان معتادان ایرانی گزارش داده اند.

از آنجایی که از یک سو حمایت اجتماعی به عنوان یک متغیر اجتماعی و نه صرفاً یک متغیر روانی و یا بیولوژیکی است و از سوی دیگر در پژوهش های مختلف، نتایج متفاوت و متناقضی در رابطه با تأثیر این متغیر بر

عود گزارش شده است (برای مثال کازدن و کورتز ایزون^{۱۰} (۱۹۹۹) و مک ماهون، کوزه کنانی و مالو^{۱۱} (۱۹۹۹) به عدم رابطه معنادار بین حمایت اجتماعی و عود (۱۹۹۹) اشاره نموده اند و در پژوهش های دیگر وازرمن و هاواسای^{۱۲} (۱۹۹۱)، داج و پتکی^{۱۳} (۲۰۰۰)، الیس^{۱۴} و همکاران (۲۰۰۴) و مزلان و چاوارسکی^{۱۵} (۲۰۰۶) بین عود و حمایت اجتماعی اثر معنادار و مثبت یافته اند، در این پژوهش، نئثیر حمایت اجتماعی بر عود سوء مصرف مواد در معتادان به مواد مخدر مورد بررسی قرار خواهد گرفت. حمایت اجتماعی ابعاد گوناگونی دارد. آلوی و بینگتن (۱۹۸۷) بر این باورند که ابعاد ساختاری و عملکردی، اساسی ترین ابعاد حمایت اجتماعی هستند. بعد ساختاری حمایت اجتماعی عبارت از ویژگیهای کمی و عینی منبع حمایت، و بعد عملکردی حمایت اجتماعی عبارت از ویژگی های کیفی و ذهنی حمایت است. حمایت اجتماعی عملکردی دارای دو شکل عاطفی و ابزاری (به طور خاص حمایت اجتماعی مادی) است. حمایت اجتماعی عاطفی را می توان ایجاد نوعی رابطه صمیمی و بامحبت با افراد دانست و مراد از حمایت اجتماعی ابزاری ارائه خدمات، کمک در فعالیت ها، دادن پول و سایر کمک هایی است که در اختیار افراد قرار می گیرد. اعضای خانواده همواره به عنوان مهم ترین منبع حمایت اجتماعی ابزاری به شمار می روند، در حالی که دوستان کمتر چنین حمایتی را فراهم می سازند. از سوی دیگر حمایت اجتماعی عاطفی هم از سوی اعضای خانواده و هم از سوی دوستان بروز می کند (روک و ایتوارت، ۱۹۹۹). نوربک (۱۹۹۵) ویژگیهای شبکه ای کل یا حمایت ساختاری را شامل سه زیر م ژلفه تعداد افراد شبکه، مدت ارتباط و بسامد تماس بیان نموده است که منظور از بسامد نیز به فراوانی ارتباط با افراد موجود در شبکه فرد اشاره دارد. هر سه مؤلفه از جمله م ژلفه های کمی و عینی در حمایت اجتماعی محسوب می

۱۰- Cosden & Cortez-Ison

۱۱- McMahon, Kouzekanani & Malow

۱۲- Hall, Wasserman & Havasay

۱۳- Dodge & Potocky

۱۴- Ellis

۱۵- Mazlan & Chawarski

شوند. همچنین نوربک (۱۹۹۵)، یک بعد منفی از حمایت اجتماعی با عنوان فقدان کل^{۱۶} را به ابعاد حمایت اجتماعی اضافه کرده است که برآیند زیر مؤلفه های حذف ارتباط^{۱۷}، تعداد ارتباط حذف شده^{۱۸} و مقدار حمایت از دست رفته^{۱۹} می باشد. حذف ارتباط به ارتباطهای حذف شده از شبکه اجتماعی فرد اشاره دارد و تعداد ارتباط حذف شده نیز به تعداد افرادی که به هر شکل با آنها قطع رابطه شده است اشاره دارد. مقدار و درجه حمایت از دست رفته نیز میزان حمایتی است که فرد پس از قطع رابطه با افراد، از دست داده است.

گانستر و ویکتور (۱۹۹۸) بر این باورند که وجود حمایت اجتماعی تأثیر مستقیم بر سلامت روانی دارد. کوبزانسکی، رکمن و سیمن (۲۰۰۰) معتقدند که حمایت اجتماعی تعهدات متقابلی را پدید می آورد که در آن شخص احساس دوست داشته شدن، مراقبت، عزت نفس و ارزشمند بودن دارد (نقل از زکی، ۱۳۸۶).

با توجه به پژوهش های انجام شده در زمینه اثرات حمایت اجتماعی بر افراد، حمایت اجتماعی ممکن است از طرق مختلفی همچون افزایش سلامت و بهزیستی اجتماعی، روانی و جسمانی، کاهش پیامدهای مختلف عود مانند دردهای جسمانی و روانی ناشی از عود، ارتقاء و نگه داشت سطح انگیزه و کمک در جهت حل مسائل و مشکلات جسمانی، روانی، اقتصادی و اجتماعی به افراد ترک کننده در باقی ماندن بر ترک کمک کند. برای مثال ادیسی و همکاران (۱۳۸۹) در بررسی رابطه حمایت اجتماعی و ادراک درد در سالمندان دریافتند که بین حمایت اجتماعی و تمامی ابعاد درد رابطه معکوس وجود دارد. در مطالعه عابدی قلیچ قشلاقی و همکاران (۱۳۸۹) نیز رابطه حمایت اجتماعی و خود کنترلی درد مشاهده شد.

¹⁶ Total Loss

¹⁷ LOSS

¹⁸ Number Lost

¹⁹ Amount of Support Lost

در زمینه تأثیر حمایت اجتماعی بر متغیرهای روان شناختی و بر مسایل مرتبط همچون مسأله اعتیاد و از جمله مسأله عود اعتیاد فرضیه های مختلفی ارائه داده اند. در این میان سه فرضیه مهم عبارتند از: ۱- اثر سپر مانند؛ این تئوری که از قدیمی ترین نظریات درباره حمایت اجتماعی است، بیان می کند که حمایت اجتماعی از فرد مانند سپری در مقابل استرسورهای محیطی محافظت می کند. طبق این نظریه در وابستگی های اجتماعی ضعیف فیدبکهای فرد کم بوده و متعاقب آن افراد سر در گم و گیج شده و آسیب پذیری آنها نسبت به بیماریها افزایش می یابد. ۲- اثر مستقیم: طبق این نظریه، کمک و حمایت قطعی و عملی دوستان می تواند از حوادث استرس زای زندگی جلوگیری کرده یا آنها را کاهش دهد، احساس تعلق داشتن در فرد ایجاد کرده و برایش تقویت مثبت باشد و می تواند رضایت از زندگی را در فرد ارتقا دهد. بنابراین افرادی که چنین کمکهایی را دریافت می کنند احتمالاً مشکلات روانی و جسمانی کمتری دارند. بر خلاف تئوری میانجیگر این تئوری نمی گوید که حمایت اجتماعی فقط در زمانهای پر استرس بر رفتار و بیماریهای فرد تأثیر دارد بلکه حمایت اجتماعی حتی در صورت فقدان حوادث استرس زای زندگی در جهت بهبود استانداردهای زندگی افراد اثر می گذارد و دارای آثار محافظت کننده می باشد.

این دو تئوری بیان می کنند که با افزایش حمایت اجتماعی خطر ابتلا به بیماریها و به دنبال آن استفاده از خدمات کاهش می یابد. اما موقعیتهای زیادی وجود دارد که با این پیش بینی جور در نمی آید. برای مثال در گروههای تبه کاران و ارادل و اوباش احساس تعلق داشتن و دسترسی به حمایت عملی و واقعی زیاد است. اما در چنین شرایطی افراد در معرض خشونت زیاد و مرگ و میر هم قرار می گیرند. معتادان نیز احساس می کنند که توسط گروههای هم سنخ خود حمایت می شوند اما چنین حمایتهایی به مصرف بیشتر و در نهایت مرگ منجر می شود. سرانجام مواقعی که در خانواده ای یک بیماری رخ می دهد وابستگی های اجتماعی، همسران را تشویق می -

کند که با رفتارها و موقعیت هایی که باعث آشفتگی های عاطفی، اضطراب و افسردگی و ناراحتی های جسمانی می شوند سازگار شوند. در این شرایط نیز وابستگی های اجتماعی، افراد را در معرض اعمالی قرار می دهد که برای سلامتشان مضر است. بنابراین، برعکس تئوری های ارائه شده افزایش حمایت اجتماعی همیشه به بهبود سلامت روان و جسم انسانها منجر نمی شود و ضرورتاً همیشه درست نمی باشد. و ۳- بنا به مطالب بیان شده فرضیه ی سوم این است که این که چه کسی حمایت می کند مهمتر از این است که چقدر حمایت می کند. به نظر می رسد برای تعیین اینکه چه کسی در معرض خطر زیاد ابتلا به بیماری ها و دیگر خطرهاست تعین ماهیت حمایت به جای وجود آن مهم تر است. علاوه بر این اعضای شبکه های اجتماعی فرد ممکن است از نقش های اجتماعی مختلفی حمایت کنند. بنابراین بعضی از افراد در شبکه اجتماعی فرد از نقش والد بودن وی و بعضی دیگر از نقش معنادار بودن وی حمایت می نمایند. فرض ما این است که افراد دارای نقش های اجتماعی متفاوتی می باشند. نقش ها همیشه در تعاملات انسانی وجود دارند و هم از انتظارات دیگران تأثیر می پذیرند و هم تحت تأثیر خود پنداره فرد می باشند. گاهی افراد نقش های متنوع و متعارضی دارند. چنین نقش های متعارضی در محیط های اجتماعی جداگانه ای وجود دارند. هر نقش، گروه اجتماعی خود را دارد که با همان فضا و همان افراد سازگار است. افراد نسبت به نقش های خود به درجات مختلفی احساس تعهد نشان می دهند. این تئوری بعضی از قسمت های تئوری های قبل را در خود دارد. همانطور که در تئوری اثر مستقیم بیان شد نقش های بدکارکرد باعث رفتارهای خطرناکی می شوند که افراد را در معرض خطر زیاد ابتلا به بیماری های جسمی قرار می دهند. همچنین در تئوری "سپر مانند" نیز بیان شد نقش ها می توانند محافظت کننده باشند. هنگام وجود استرس های محیطی که فرد دچار گیجی و سردرگمی می شود نقش ها به افراد کمک می کنند به یک سری آداب تکیه کنند تا از یکسری رفتارهایی که موقعیت را بدتر می کنند اجتناب نمایند. تفاوت تئوری سوم با دو تئوری دیگر این است که توضیح می دهد