

فصلنامه علمی «پژوهش انحرافات و مسائل اجتماعی»

شماره دوازدهم، تابستان ۱۴۰۳: ۳۵-۵۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۱۶

نوع مقاله: پژوهشی

بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی معتادان شهر سنندج

یعقوب احمدی*

سالار مرادی**

زهرآ مسیبی***

بهزاد حکیمی‌نیا****

چکیده

کیفیت زندگی، یکی از مهم‌ترین حوزه‌های مطالعاتی در علوم اجتماعی است که ارتباط تنگاتنگی با بسیاری از مفاهیم اجتماعی از جمله سلامت اجتماعی دارد. این مفاهیم در بسیاری از اقصای جامعه در مطالعات گسترده‌ای بررسی شده و کمتر در جامعه معتادان کشور تحلیل و بررسی شده است. بر همین اساس این پژوهش با هدف بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی معتادان شهر سنندج انجام شده است. روش این پژوهش از نوع پیمایشی و نمونه آماری آن شامل ۳۸۴ نفر افراد معتاد شهر سنندج است میانگین کیفیت زندگی معتادان در بعد ذهنی بالای حد متوسط و در بعد عینی بسیار پایین بوده است و متغیر سلامت اجتماعی آنها نیز از حد متوسط، بسیار پایین‌تر است. یافته‌های نشان داده که متغیر کیفیت زندگی بر سلامت اجتماعی، اثر مستقیم و معناداری دارد. بعد ذهنی کیفیت زندگی با ضریب بسیار قوی ۰/۹۱ و بعد عینی کیفیت زندگی نیز با ضریب ۰/۳۵، اثر مستقیم و معناداری بر سلامت اجتماعی نمونه

yaaghoobahmadi2@gmail.com

salarmoradi@pnu.ac.ir

dr.mosayebil@gmail.com

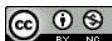
hakiminya@gmail.com

* استاد گروه جامعه‌شناسی دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران

** استادیار گروه علوم سیاسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران

*** دکتری مدیریت آموزشی، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه فرهنگیان اصفهان، ایران

**** نویسنده مسئول: دانش‌آموخته دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه شیراز، ایران



آمارى دارد. در نتیجه سلامت اجتماعى افراد تضمین کننده روابط و تعاملات سازنده در جامعه است و افراد داراى سلامت اجتماعى بالا، کمتر سمت هیجانانگیز لحظه‌ای و لذت‌جویی‌های فردی می‌روند. بنابراین برای ارتقای سلامت اجتماعى باید مکانیزم‌های اثرگذار بر آن یعنی کیفیت زندگى در دو بعد ذهنى و عینى مورد توجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگى، سلامت اجتماعى، ابعاد سلامت اجتماعى، سنندج و اعتیاد.

مقدمه

حل مسائل و مشکلات اجتماعی از دیرباز مسئله مهم جامعه‌شناسان و پژوهشگران اجتماعی بوده و بسیاری از مسائل و مشکلات ریشه در شیوه‌های زندگی و نحوه تفکر افراد دارد. مسئله اعتیاد به عنوان یکی از مشکلات پیچیده اجتماعی، افراد زیادی را درگیر کرده است. امروزه مسئله اعتیاد در عین حال مهم‌ترین و دردناک‌ترین معضل اجتماعی است و مصرف افراطی و روزافزون مواد مخدر به قدری است که دهه اخیر را عصر دارو نام‌گذاری کرده‌اند (عباسی و دیگران، ۱۳۹۲: ۹۲). حتی با وجود گذشت دهه‌ها از عمر اعتیاد، روی‌آوری افراد به شکل‌های نوینی از آن در کشورها، از جمله اعتیاد به داروهای روان‌گردان جدید و سیگارهای الکترونیکی در میان نوجوانان، این مسئله را کماکان معضل اجتماعی بزرگی می‌دانند (Russell et al, 2020: 714). همچنین معضل اعتیاد و روند رو به رشد آن به‌ویژه در میان جوانان، زنگ خطر را برای خانواده‌ها و جامعه به صدا درآورده است و آمارهای غیر رسمی معتادان بسیار بالاست. به لحاظ جرم‌شناختی نیز بیش از نیمی از جرایم در سطح کشور مربوط به مواد مخدر است (مرادی، ۱۴۰۰: ۱). بنابراین برای پیشگیری از افزایش اعتیاد و کنترل تمایلات نوجوانان به مواد مخدر لازم است از همان سنین ابتدایی نوجوانان در معرض آموزش‌های اساسی قرار گیرند (سیدان و رحمانی، ۱۳۹۷: ۲۳۹).

به طور کلی امروز اعتیاد، مسئله‌ای فراتر از یک معضل بهداشتی و درمانی است و به عنوان یک بحران اجتماعی مطرح شده است که وسعت آن در حد جهانی است و بی‌شک پیامدهای منفی اجتماعی، فرهنگی و سیاسی زیادی را به دنبال دارد که علاوه بر اثرات سوء بر کیفیت زندگی فرد، موجب کاهش میزان سلامت و پذیرش اجتماعی می‌شود که همین امر، مانعی بزرگ برای بازتوانی فرد معتاد، آن هم در جامعه به شمار می‌آید (حجتی و دیگران، ۱۳۸۸: ۳۷). سوءمصرف مواد نه تنها بر سلامتی افراد، بلکه بر جامعه نیز اثرات منفی بسیاری دارد و امروزه توجه محققان بیشتر از همه به کیفیت زندگی معتادان است. یافته‌ها نشان داده که کیفیت زندگی و سلامت معتادان به طور قابل توجهی پایین‌تر از میانگین جامعه است (Ma et al, 2022: 109).

کیفیت زندگی مفهومی است که در سال‌های اخیر به واسطه نقشی که در سلامت اجتماعی و روانی افراد دارد، اهمیت بسزایی یافته است و با توجه به سوءمصرف مواد در

افراد، مشکلات زیادی را ایجاد می‌کند که باعث اختلال در روند کیفیت زندگی آنان می‌شود (نریمانی و دیگران، ۱۳۹۳: ۱۰۷). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی عبارت است از ادراک فرد از موقعیت خود در زندگی در فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های آنها مرتبط است و می‌توان آن را به عنوان یک احساس به‌زیستی دید که جنبه‌های روانی، فیزیکی، اجتماعی و ذهنی را در برمی‌گیرد (Wan et al, 2011: 1081). همان‌طور که مشخص است، مشکل موادمخدر همیشه در سراسر جهان وجود داشته است و سلامت اجتماعی انسان را به طور جدی تحت تأثیر قرار می‌دهد. بر اساس گزارش جهانی مواد مخدر ۲۰۲۰ سازمان ملل، مصرف موادمخدر در سراسر جهان در حال افزایش است. در سال ۲۰۱۸، تخمین زده شد که ۲۶۹ میلیون معتاد به موادمخدر وجود دارد که ۵.۳ درصد از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهد.

در مقایسه با سال ۲۰۰۹، اعتیاد تا سال ۲۰۱۸، حدود ۳۰ درصد افزایش داشته است (Ma et al, 2022: 109). اعتیاد به موادمخدر نه تنها موجب ضرر و زیان و آسیب‌های فردی و اجتماعی فراوانی می‌شود، بلکه زمینه را برای بسیاری از کجروی‌ها فراهم می‌کند. اعتیاد فقط جنبه فردی و شخصی ندارد، بلکه دارای آسیب‌های اجتماعی نیز هست و علاوه بر تهدید سلامت جسم و روان افراد در جنبه‌های اخلاقی، اجتماعی و اقتصادی جامعه نیز آثار زیان‌باری برجای می‌گذارد (مرادی، ۱۴۰۰: ۱). همچنین مصرف مواد و اعتیاد نه تنها سلامت فرد، بلکه سلامت جامعه را نیز به خطر می‌اندازد (موحدی و دیگران، ۱۳۹۳: ۶۴). سلامت اجتماعی فرد، مهم‌تر و حساس‌تر از جنبه‌های جسمانی و روانی سلامت اوست؛ زیرا عواملی که سلامت جسمانی فرد را به خطر می‌اندازند، آثار و تبعات محدودی دارند، اما عواملی که سلامت اجتماعی فرد را تهدید می‌کنند، به طور مستمر بر روابط او با دیگران تأثیر می‌گذارند و همواره بیش از یک نفر را دچار اختلال می‌نمایند (حسن‌پور و دیگران، ۱۴۰۰: ۸۳).

اثرات مخرب مصرف موادمخدر بر کیفیت زندگی در بعد کمی و کیفی آن به اثبات رسیده و خانوارهایی که دارای یک یا چند عضو معتاد هستند، عموماً هم از لحاظ شاخص‌های سلامت و هم از لحاظ کیفیت زندگی، وضعیتی قابل قبولی ندارند (Muller et al, 2016: 3). بسیاری از محققان، معتادان به موادمخدر را بیمارانی با مشکلات

سلامتی می‌دانند و در طول بیست سال گذشته، مردم توجه بیشتری به کیفیت زندگی معتادان به موادمخدر داشته‌اند. اما با وجود این هنوز تحقیقات درباره کیفیت زندگی در معتادان به موادمخدر نسبتاً کمیاب است (Vanderplasschen et al, 2004: 914).

اعتیاد والدین و عوارض آن بر کیفیت زندگی، تأثیر مستقیمی دارد و عموماً کیفیت زندگی افراد معتاد، پایین‌تر از متوسط جامعه است (نریمانی و دیگران، ۱۳۹۳: ۱۰۷). بر این اساس اعتیاد، سلامت جسمانی و روانی افراد معتاد را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد و کیفیت زندگی آنها را به شدت پایین می‌آورد (موحدی و دیگران، ۱۳۹۳: ۶۴). بنابراین سلامت عمومی و اجتماعی افراد معتاد در مقایسه با مردم عادی، پایین است و افراد معتاد، درگیر کیفیت زندگی نامناسبی هستند (پورنقاش تهرانی و دیگران، ۱۳۹۱: ۱۵۶). به طور کلی در روند توسعه اقتصادی جوامع، مشکلات سلامت معتادان به موادمخدر به عنوان مکانیزمی منفی برای پایین آوردن کیفیت زندگی جامعه و یا کیفیت زندگی مرتبط با سلامت همواره مورد توجه و تمرکز سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان بوده است (Wan et al, 2011: 1081).

مفهوم کیفیت زندگی ابتدا برای بررسی زندگی افراد مبتلا به مشکلات خاص مطرح شد، اما بعد، دامنه آن به گستره‌ای فراتر کشیده شد و سایر شهروندان عادی را در بر گرفت و در نهایت روی مطالعات اقلشار خاص جوامع متمرکز شده است. نتایج مطالعات کیفیت زندگی می‌تواند به ارزیابی سیاست‌ها، رتبه‌بندی مکان‌ها، تدوین استراتژی‌های مدیریت و برنامه‌ریزی در شهر کمک کرده، درک و اولویت‌بندی مسائل اجتماع برای برنامه‌ریزان و مدیران جامعه به منظور ارتقای کیفیت زندگی شهروندان را تسهیل سازد. همچنین یافته‌های کیفیت زندگی می‌تواند برای بازشناسی استراتژی‌های سیاسی قبلی و طراحی سیاست‌های برنامه‌ریزی آینده استفاده شود (Lee, 2008: 1207).

کیفیت زندگی، ارزیابی‌ای ذهنی از زندگی یک فرد است که میزان رضایت فرد از سلامت فیزیکی فعلی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیط را شامل می‌شود (Muller et al, 2016: 2). بنابراین مفهوم کیفیت زندگی ریشه در طرز تفکر و سلامت اجتماعی افراد دارد. در این رابطه، دیدگاه واحدی در علل و اثرات آن وجود ندارد. چنان‌که در مدل‌های نظری، سلامت به عنوان شاخصی از قابلیت زندگی مورد توجه قرار می‌گیرد، در حالی در دیگر مدل‌های کیفیت محیطی به عنوان تعیین‌کننده سلامت عمل می‌کنند. همچنین

شاخص‌های سازمان جهانی بهداشت، دسته‌ای گسترده از مفاهیم درباره سلامت جسمی، وضعیت روان‌شناسی، سطوح عدم وابستگی، روابط اجتماعی، عقاید فردی و ارتباط این مسائل با خصوصیات محیط آرام را در برمی‌گیرد (WHO, 2006: 3).

از طرفی هم کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی، چیزی بیش از سلامت جسمی، عاطفی و روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز در برمی‌گیرد. بر اساس تعاریف، مفهوم سلامت اجتماعی به معنی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع بیان می‌شود و این دو مفهوم لازمه زندگی سالم و توسعه هستند که ادبیات نظری موجود، سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی افراد معتاد و مصرف‌کنندگان موادمخدر را مرتبط با هم بیان کرده‌اند (ر.ک: حجتی و دیگران، ۱۳۸۸؛ پورنقاش تهرانی و دیگران، ۱۳۹۱؛ عباسی و دیگران، ۱۳۹۲؛ نریمانی و دیگران، ۱۳۹۳؛ موحدی و دیگران، ۱۳۹۳؛ مرادی، ۱۴۰۰).

بنابراین پرسش اساسی این است که آیا شاخص‌های کیفیت زندگی می‌توانند بر سلامت اجتماعی تأثیر داشته باشند. در راستای پاسخ به این پرسش، جامعه آماری پژوهش در شهر سنندج بررسی شده است؛ زیرا به لحاظ شاخص‌های توسعه، استان کردستان در درجه پایین‌تری از سایر استان‌های کشور قرار دارد و در همین راستا شاخص‌های کیفیت زندگی نیز در جایگاه مطلوبی نیست و لازم است مسئله کیفیت زندگی در همه اقشار بررسی شود. از طرفی هم اهمیت افزایش آمار اعتیاد در جامعه، لزوم توجه به کیفیت زندگی را بیش از پیش ضروری می‌سازد؛ زیرا سلامت اجتماعی می‌تواند از اولین اقدامات برای بازپروری معتادان و نجات آنها از دام اعتیاد باشد. بر همین اساس اگر شناخت دقیق از وضعیت کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی در دسترس باشد، به‌آسانی می‌توان برای ارتقای کیفیت زندگی و بهبود وضعیت معتادان برنامه‌ریزی کرد. بر همین اساس این پژوهش در نظر دارد که روابط کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی معتادان شهر سنندج را مطالعه و بررسی کند.

ادبیات نظری و پیشینه

بیشتر پژوهش‌ها درباره کیفیت زندگی در ایران در حوزه‌های پزشکی انجام شده است و سهم این مطالعات در حوزه‌های اجتماعی، بسیار کمتر بوده است. بیشتر نظریه‌ها و

مطالعات تجربی کیفیت زندگی به شکل امروزی آن عمدتاً از جوامع غربی نشأت گرفته‌اند. این مطالعات در کشورهای در حال توسعه، بسیار کم است. همچنین عوامل عمده تأثیرگذار بر کیفیت زندگی مردم در شهرهای کشورهای در حال توسعه به طور واضح شناسایی نشده‌اند. بنابراین طرح مسئله کیفیت زندگی در کشور عمدتاً در فقدان مطالعات تجربی، ارزیابی نشدن صحیح آن از طریق ترکیب ابعاد عینی و ذهنی خلاصه می‌شود.

بحث تحقیق درباره کیفیت زندگی که حوزه نسبتاً جدید میان‌رشته‌ای است، از جامعه‌شناسی بسیار بهره گرفته است. این بحث، زمینه‌های مختلفی را در برمی‌گیرد. از جمله این زمینه‌ها، تحقیق درباره شاخص‌های اجتماعی، مطالعه درباره شادی و مطالعه درباره سالمندان و نحوه ورود آنها به مرحله پیری است. علاوه بر آن کیفیت زندگی، موضوعی عمده در رشته‌های جامعه‌شناسی، کار و خانواده محسوب می‌شود. بیشتر محققان حوزه کیفیت زندگی بر این اعتقادند که اصطلاح «کیفیت» را می‌توان در قالب نمره سنجید. رویکردهای سنتی، کیفیت زندگی را اغلب با جنبه ذهنی مرتبط دانسته، اما برخی رویکردهای متأخر، شاخص‌های عینی را نیز مورد توجه قرار می‌دهند و جنبه‌های ذهنی مانند آرزوها، انتظارات، نگرش‌ها و احساسات را به‌تنهایی در تعریف کیفیت زندگی کافی ندانسته‌اند، بلکه به شرایط عینی و محیطی مؤثر بر زندگی نیز توجه می‌کنند (Skevington & O'Connell, 2004: 299).

ریشه‌های استفاده از واژه کیفیت زندگی در آثار کلاسیک ارسطو یافت می‌شود. او در آثار کلاسیک خود به‌ویژه نیکوماخوس از رابطه میان کیفیت زندگی و شادی سخن می‌گوید. اما می‌بینیم که در این زمینه در اواخر قرن بیستم تاکنون، تحقیقات مختلفی با رویکردهای مختلف صورت گرفته است. همچنین بیشتر این تحقیقات در حوزه پزشکی قرار دارد (ربانی و دیگران، ۱۳۹۰: ۸۴). کیفیت زندگی به عنوان یک موضوع تحقیقی از اوایل دهه ۱۹۶۰ میلادی در آمریکا مطرح شد. گزارش کمیته ریاست جمهوری آمریکا در راستای تحقق اهداف ملی و کارهای تحقیقاتی درباره آثار ثانویه برنامه‌های محیط‌زیستی آمریکا معمولاً به عنوان اولین کارهایی نام برده می‌شود که آغازگر توجه به بحث کیفیت زندگی بوده‌اند (Schuessler & Fisher, 1985: 130).

در اواخر قرن بیستم، موضوع کیفیت زندگی در علوم اجتماعی به طور جدی مورد توجه قرار گرفت و محققان اجتماعی با شیوه‌های تجربی، این موضوع را بررسی کردند و

در این راستا به گردآوری داده‌ها پرداختند. تا اینکه در سال ۱۹۹۵ با تأسیس انجمن بین‌المللی تحقیقی درباره کیفیت زندگی، اینگونه تحقیقات و پژوهش‌ها نهادینه شد. با توجه به گذشته نظری این مفهوم، موضوعات مهمی چون فقر، بیماری، خودکشی و بسیاری از آسیب‌های اجتماعی، موضوع تحلیل کیفیت زندگی بوده‌اند. همچنین کیفیت زندگی، یکی از مهم‌ترین حوزه‌های مطالعاتی در علوم اجتماعی است. این مهم به دلیل اهمیت روزافزون مطالعات کیفیت زندگی در سیاست‌های اجتماعی و نقش آن، ابزاری کارآمد برای مدیریت و برنامه‌ریزی رفاه است (حکیمی‌نیا و دیگران، ۱۳۹۶: ۱۶۳).

کیفیت زندگی برای افراد مختلف در موقعیت‌های متفاوت، تعابیر مختلفی دارد، اما در اصل به رضایت افراد از زندگی خود برمی‌گردد. همچنین کیفیت زندگی، امری فردی و وابسته به درک خاص شخص از جنبه‌های مختلف روانی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، مذهبی و جنسی زندگی است. بنابراین در سطح جهانی یا به طور کلی، کیفیت زندگی منعکس‌کننده ارزیابی ذهنی فرد از شرایط زندگی فعلی‌اش است و سلامت و مراقبت‌های بهداشتی از مهم‌ترین مؤلفه‌های آن است. به این خاطر کیفیت زندگی در کل به عنوان احساس خوب بودن و سلامت تعریف می‌شود و کیفیت زندگی، مأموریتی برای بهبود زندگی افراد است (Teasdale, 2016: 269).

تئوری‌های روان‌شناسی نیز بر رابطه میان سلامت ذهنی، عواطف و حالات روانی تأکید می‌کنند. در پژوهش‌های مربوط به کیفیت زندگی، سلامت روانی، بعد مهمی را در برمی‌گیرد. اغلب سلامتی روانی را بر اساس معیارهایی از قبیل رضایت از زندگی، خلق‌وخو، عزت نفس، نگرانی و افسردگی تحلیل می‌کنند. روان‌شناسی به عنوان یک علم به بررسی جنبه‌های فردی رفتار افراد می‌پردازد و کمتر به سطح گروه‌های اجتماعی که حیطة کار جامعه‌شناسی است، وارد می‌شود و برای بررسی کیفیت زندگی، بر جنبه‌های رفتاری فرد تأکید دارد (کوئن، ۱۳۹۰: ۲۲۰). به طور کلی سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی را ادراک فرد از موقعیت خود در زندگی با توجه به زمینه فرهنگی و ارزشی و اهداف فردی تعریف می‌کند (البرزی و البرزی، ۱۳۸۵: ۳۲۲). در نهایت باید عنوان کرد که در گذشته، خوب زندگی کردن و شادمانه زیستن را با آنچه امروز کیفیت زندگی نامیده می‌شود، می‌شناسند و همچنین مسئله اصلی قرن جدید هم زندگی کردن با کیفیتی بهتر است (ذبیحی مداح و آقاجانی مرساء، ۱۳۹۸: ۱۲۹).

رویکردهای زیادی وجود دارد که از دو روش کیفی و کمی برای به تصویر کشیدن کیفیت زندگی استفاده می‌کنند. از نظر تاریخی، کیفیت زندگی تنها با شاخص‌های اقتصادی سنجیده می‌شد. با این حال نمی‌توان انکار کرد که عوامل دیگری بر کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارند، که با داده‌های مبتنی بر نظرسنجی ذهنی ثبت می‌شود. در مقابل، داده‌های عینی را می‌توان به راحتی به دست آورد و دامنه وسیع تری را از نظر جمعیت و مساحت در بر گرفت (Mackū & et al, 2020: 320). همچنین کیفیت زندگی به بخش مهمی از سیاست عمومی در کشورهای توسعه یافته از جمله آمریکا تبدیل شده است. این مفهوم، جایگزین مفاهیمی مانند فقر و آسیب‌ها شده است. بر همین اساس کیفیت زندگی برای کشورهای توسعه یافته، مفهومی هنجاری است و سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌ها در راستای توسعه و رشد آن پیگیری می‌شود (Wingo, 2013: 14).

به طور کلی داشتن یک زندگی باکیفیت، هدف همه افراد در دنیای امروز است. بر همین اساس محققان برای چندین دهه است که درباره کیفیت زندگی بحث می‌کنند. در مراحل اولیه تحقیقات کیفیت زندگی (اواسط قرن بیستم)، این موضوع عمدتاً با توسعه اقتصادی مرتبط بود. اصطلاح کیفیت زندگی را اولین بار سیسیل پیگو، اقتصاددان انگلیسی در دهه ۱۹۲۰ استفاده کرد (Glatzer, 2006: 170). با این حال کیفیت زندگی، موضوعی پیچیده و چندرشته‌ای است و تعاریف متنوعی از آن وجود دارد. در یک تعریف ساده، به ازای هر فرد، یک نوع کیفیت زندگی وجود دارد (Somarriba & Pena, 2009: 116).

هرچند کیفیت زندگی، متنوع است، برخی توافق‌های گسترده در بین رشته‌ها و رویکردها را می‌توان با توجه به چندین ویژگی شناسایی کرد. یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های کیفیت زندگی، دوگانگی آن است که دو رویکرد اصلی تحقیق را تشریح می‌کند. از آنجایی که امکان اندازه‌گیری مستقیم کیفیت زندگی وجود ندارد، ارزیابی معمولاً بر اساس خودارزیابی ذهنی یا شاخص‌های نمایان عینی است که حوزه‌های اصلی کیفیت زندگی را در برمی‌گیرد. ارزیابی عینی از شاخص‌های مبتنی بر مقادیر عینی و کمی که طی بررسی‌های آماری جمع‌آوری شده یا از سایر داده‌های اجتماعی - اقتصادی یا مکانی مشتق شده‌اند، استفاده می‌کند. بزرگ‌ترین نقطه قوت این گروه از شاخص‌ها، در عینیت آنها نهفته است و آنها را می‌توان به راحتی و بدون نیاز به بررسی احساسات شخصی، کمیت و تعریف کرد. مقادیر اندازه‌گیری شده را می‌توان با اطمینان بیشتری با

یکدیگر مقایسه کرد. به طور کلی شاخص‌های عینی، وضعیت محیط و جامعه را توصیف می‌کنند که می‌تواند پتانسیل افراد برای داشتن زندگی خوب را توضیح دهد. بنابراین بین شاخص‌های عینی و ذهنی از زندگی، رابطه معناداری انتظار می‌رود (Mackū & et al, 2020: 321). همچنین رویکرد ارزیابی ذهنی بر این فرض استوار است که برای درک کیفیت زندگی فردی، لازم است احساسات فرد درباره بخش‌های مختلف زندگی‌اش به طور مستقیم و در چارچوب استانداردهای زندگی مورد انتظار یک فرد بررسی شود. شاخص‌های ذهنی معمولاً از طریق پرسشنامه، شناسایی و تحلیل می‌شود (Andráško, 2015: 76).

مفهوم سلامت اجتماعی نیز بیشتر ناظر به شادی و رضایت است و بر مفاهیم مثبت از سلامت تأکید دارد. این مفهوم در واقع شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) است (عبدالله‌تبار و دیگران، ۱۳۸۷: ۱۷۳) که هم چگونگی احساس مردم و هم نحوه عملکرد آنها را در برمی‌گیرد (Huppert et al, 2006: 2). کیزی (۲۰۰۲)، سلامت اجتماعی را گزارش شخصی فرد از کیفیت ارتباطش با دیگران تعریف می‌کند. سلامت اجتماعی در این مفهوم یعنی درک فرد از اجتماع به صورت یک مجموعه معنی‌دار، قابل فهم، دارای نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی همراه با این احساس که متعلق به جامعه است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند. ابعاد سلامت اجتماعی با در نظر گرفتن الگوی سلامت مطرح می‌شود. در واقع مدل چندوجهی از سلامت اجتماعی شامل چهار جنبه می‌شود که میزان کارکرد بهینه افراد را در عملکرد اجتماعی‌شان معلوم می‌کند. این چهار عنصر عبارتند از:

- یکپارچگی اجتماعی: ارزیابی فرد از کیفیت روابطش در جامعه.
- پذیرش اجتماعی: بیانگر درک فرد از خصوصیات و صفات افراد جامعه به عنوان یک کلیت است.
- شکوفایی اجتماعی: بیانگر ارزیابی فرد از مسیر حرکت جامعه و پتانسیل‌های آن است.
- پیوستگی اجتماعی: بیانگر فهم فرد از کیفیت، سازمان‌بندی و طرز کار جهان اجتماعی است (Keyse, 2002: 32).

پیشینه نظری مفهوم کیفیت زندگی در پژوهش‌های زیادی بررسی شده است و مطالعه آن عموماً با ارائه نظریه‌های مرتبط با آن همراه بوده است. حتی و همکاران

(۱۳۸۸)، اعتیاد را مسئله‌ای فراتر از یک معضل بهداشتی و درمانی بیان کرده‌اند که علاوه بر اثرات سوء بر کیفیت زندگی فرد، موجب کاهش میزان سلامت و پذیرش اجتماعی می‌شود. عباسی و همکاران (۱۳۹۲)، مسئله اعتیاد را عامل کاهش کیفیت زندگی بیان کرده، استدلال می‌کنند که سلامت افراد نیز در نتیجه مصرف موادمخدر به شدت پایین می‌آید. موحدی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داده‌اند که مصرف مواد و اعتیاد، نه تنها سلامت فرد، بلکه سلامت جامعه را نیز به خطر می‌اندازد. نریمانی و همکاران (۱۳۹۳)، سوء مصرف مواد در افراد را عامل مشکلات فراوان از جمله اختلال در روند کیفیت زندگی آنان بیان کرده‌اند. فنی و همکاران (۱۳۹۴)، مفهوم کیفیت زندگی را در سایه مکاتب رفاه و عدالت اجتماعی درک می‌کنند و مرادی (۱۴۰۰)، ضمن اذعان به آمار بالای جرایم افراد معتاد، سلامت اجتماعی این افراد را پایین ارزیابی کرده است. بر اساس ادبیات نظری موجود، وابستگی به موادمخدر، مسئله‌ای اجتماعی است و اعتیاد در واقع عامل ظهور بسیاری از آسیب‌های اجتماعی و نابسامانی‌های خانوادگی و فردی است. پدیده اعتیاد و به‌ویژه افزایش سوء مصرف و وابستگی به موادمخدر با توجه به تأثیرات روحی، روانی، اخلاقی و اجتماعی، خانواده و جامعه را تهدید می‌کند و به رفتارهای آسیب‌زایی مانند تنش در نقش‌های خانوادگی، ولگردی و دیگر رفتارهای کجروانه منجر می‌شود (احدی و دیگران، ۱۴۰۰: ۱۵۰).

روش پژوهش

روش این پژوهش بر اساس هدف از نوع کاربردی، بر اساس گردآوری داده‌ها از نوع پیمایشی و بر اساس نوع تحلیل از نوع تحقیقات توصیفی و همبستگی است. جامعه آماری آن شامل افراد معتاد شهر سنندج است که بر اساس آمارهای سازمان بهزیستی استان در شهر سنندج، بالغ بر ۲۵ هزار نفر معتاد وجود دارد و با استفاده از جدول حجم نمونه مورگان، تعداد ۳۸۴ نفر از این افراد به عنوان نمونه آماری انتخاب شده‌اند. شیوه نمونه‌گیری به صورت اتفاقی و گلوله برفی بوده است. جمع‌آوری اطلاعات از این افراد به صورت مصاحبه از طریق پرسشنامه بوده و تجزیه تحلیل داده‌ها در دو بخش توصیفی و استنباطی انجام شده است. آزمون‌های آماری به کمک دو نرم‌افزار SPSS و Amos Graphic انجام شده است. روایی پرسشنامه را اساتید امر به صورت صوری تأیید

کرده‌اند. پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده و مقدار آلفای محاسبه‌شده مربوط به هر متغیر و آلفای کل در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۱- ضرایب آلفای کرونباخ متغیرهای مختلف تحقیق

| ردیف | نام متغیر | سطح سنجش | تعداد گویه | آلفای کرونباخ |
|------|------------------------|----------|------------|---------------|
| ۱ | کیفیت زندگی (بعد ذهنی) | فاصله‌ای | ۱۲ | ۰/۸۹ |
| ۲ | کیفیت زندگی (بعد عینی) | فاصله‌ای | ۱۲ | ۰/۸۳ |
| ۳ | سلامت اجتماعی | فاصله‌ای | ۱۶ | ۰/۷۲ |
| ۴ | مجموع متغیرها با هم | فاصله‌ای | ۴۰ | ۰/۸۱ |

بر اساس جدول بالا، از آنجا که مقدار آلفای مربوط به هر متغیر و آلفای کل از ۰/۷ بیشتر است، تمامی متغیرها به طور مجزا و کل متغیرها با یکدیگر دارای پایایی هستند. پرسشنامه این تحقیق با داشتن آلفای ۰/۸۱ دارای پایایی بالایی است.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های توصیفی

از کل فراوانی پاسخگویان این پژوهش، تعداد ۷۸ نفر معادل ۲۰/۳۱ درصد از کل حجم نمونه را زنان و بقیه مردان تشکیل داده است. به لحاظ سنی هم میانگین سنی آنها ۳۲ سال و بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۳۵ تا ۴۰ ساله‌ها بوده است. از بین این تعداد، ۵۹/۶۶ درصد با اعضای خانواده زندگی می‌کنند، ۱۷/۳۴ درصد از خانه و خانواده فاصله گرفته و در اماکن مختلف وقت می‌گذرانند و بقیه هم وضعیت نامشخصی دارند. به لحاظ درآمدی نیز ۷۳/۵۰ درصد از طریق جمع‌آوری و فروش بازیافت و گدایی و مشاغل سطح پایین، امرار معاش می‌کنند و ۶/۸ درصد هم به بیان خودشان، مستقیماً به سرقت و دزدی مشغول هستند. از لحاظ توصیف آماری متغیرهای اصلی پژوهش نیز نتایج جالبی ارائه شده است و میانگین بعد ذهنی کیفیت زندگی آنها برخلاف بعد عینی و سلامت اجتماعی آنها بالاتر از حد متوسط بوده است. این توصیف‌ها در جداول زیر ارائه شده است.

جدول ۲- وضعیت توزیع فراوانی متغیرهای اصلی پژوهش

| نام متغیر | تعداد گویه | حد پایین طیف | حد بالای طیف | حد متوسط طیف | میانگین واقعی متغیر |
|----------------------|------------|--------------|--------------|--------------|---------------------|
| بعد ذهنی کیفیت زندگی | ۱۲ | ۱۲ | ۶۰ | ۳۶ | ۳۷/۷۰ |
| بعد عینی کیفیت زندگی | ۱۲ | ۱۲ | ۶۰ | ۳۶ | ۲۳/۱۲ |
| سلامت اجتماعی | ۱۶ | ۱۶ | ۸۰ | ۴۰ | ۱۷/۸۹ |

جدول (۲)، نشان‌دهنده توزیع فراوانی گویه‌های مربوط به متغیرهای پژوهش است. توصیف این متغیرها بر اساس تعداد گویه‌های آنها و قالب طیف لیکرت با پنج طبقه مورد سنجش قرار گرفته‌اند که نمره ۱، پایین‌ترین مقدار و نمره ۵، بالاترین مقدار ممکن بوده است. برای سنجش بعد ذهنی کیفیت زندگی، دوازده پرسش وجود دارد که جمع نمره‌های دوازده گویه، نمره میزان بعد ذهنی کیفیت زندگی را نشان می‌دهد که بالقوه می‌تواند بین نمره ۱۲ (حداقل نمره) و ۶۰ (حداکثر نمره) باشد. در صورتی که هر فرد برای همه گویه‌ها، عبارت «متوسط» را علامت بزند، میانگین کل نمره او از این گویه، ۳۶ به دست خواهد آمد.

همان‌طور که از آمارهای جدول پیداست، در ارتباط با طیف بعد ذهنی کیفیت زندگی، میانگین به‌دست‌آمده، ۳۷/۷۰ از ۳۶ است که نشان‌دهنده گرایش متوسطی در ارتباط با این متغیر است. درباره بعد عینی کیفیت زندگی، میانگین به‌دست‌آمده، ۲۳/۱۲ است که بعد عینی کیفیت زندگی افراد معتاد را بسیار پایین نشان می‌دهد. درباره متغیر سلامت اجتماعی نیز میانگین به‌دست‌آمده، ۱۷/۸۹ از ۴۰ بوده است که گویای وضعیت سلامت اجتماعی بسیار پایین افراد معتاد است.

نکته جالب توجه در این پژوهش، بالا بودن بعد ذهنی کیفیت زندگی از نظر افراد معتاد است. این افراد به دلیل مصرف مواد زیاد و حال‌وهوای غیر طبیعی خود، شاخص‌های ذهنی کیفیت زندگی را که عموماً به مسائل ذهنی فرد و رضایت او از زندگی برمی‌گردد، در موقعیت مطلوبی درک کرده‌اند و دقیقاً به همین خاطر آنها احساس می‌کنند که کیفیت زندگی بالایی دارند. به عنوان راهکار برای بهبود وضعیت

آنان باید روی این مقوله بیشتر کار شود، زیرا تا آنها، چنین درکی از کیفیت زندگی خود داشته باشند، بعید است بتوان موافقت آنها را برای ترک اعتیاد و تغییر سبک زندگی جلب کرد.

یافته‌های استنباطی

یافته‌های این پژوهش ابتدا در قالب تحلیل رگرسیون خطی، اثر متغیرهای مستقل بر وابسته را تحلیل کرده و سپس مدل اصلی پژوهش را با استفاده از مدل‌سازی معادله ساختاری بررسی کرده است.

بررسی فرضیه‌ها

فرضیه اول: بعد ذهنی کیفیت زندگی بر میزان سلامت اجتماعی معنادان شهر سنندج، تأثیرگذار است.

جدول ۳- آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون رابطه بعد ذهنی

کیفیت زندگی بر میزان سلامت اجتماعی

| نام متغیر | R | R ² | B | Beta | T | F | Sig |
|-----------|-------|----------------|-------|-------|-------|--------|-------|
| بعد ذهنی | ۰/۵۱۹ | ۰/۲۶۹ | ۰/۸۰۴ | ۰/۵۱۹ | ۷/۱۵۹ | ۵۱/۲۵۱ | ۰/۰۰۰ |

بر اساس نتایج حاصله، همبستگی ($R=0/519$) مثبتی بین عوامل بعد ذهنی و سلامت اجتماعی وجود دارد و بر همین اساس مقدار $R^2=0/269$ نشان می‌دهد که متغیر بعد ذهنی کیفیت زندگی توانسته است ۲۷ درصد از واریانس متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) را تبیین نماید. ضریب $B=0/804$ نشان می‌دهد که به ازای هر واحد افزایش در متغیر مستقل (بعد ذهنی)، $0/804$ واحد به متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) افزوده می‌شود. با توجه به مقادیر $T=7/159$ ، $F=51/251$ و $Sig=0/000$ ، رابطه مشاهده‌شده بین دو متغیر در سطح ۹۹ درصد معنی‌دار است. از این‌رو فرضیه یادشده تأیید می‌شود.

فرضیه دوم: بعد عینی کیفیت زندگی بر میزان سلامت اجتماعی معنادان شهر سنندج، تأثیرگذار است.

جدول ۴- آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون رابطه بعد عینی کیفیت زندگی بر میزان سلامت اجتماعی

| نام متغیر | R | R ² | B | Beta | T | F | Sig |
|-----------|-------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| بعد عینی | ۰/۲۴۵ | ۰/۱۶۰ | ۰/۴۲۵ | ۰/۲۴۵ | ۲/۹۷۹ | ۸/۸۷۶ | ۰/۰۰۳ |

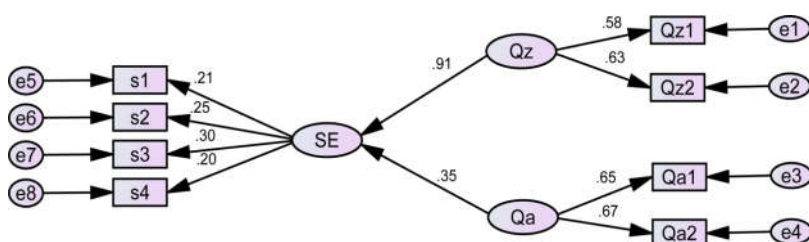
بر اساس نتایج حاصله، همبستگی ($R=0/245$) مثبتی بین عوامل بعد ذهنی و سلامت اجتماعی وجود دارد. بر همین اساس مقدار $R^2=0/160$ نشان می‌دهد که متغیر بعد ذهنی کیفیت زندگی توانسته است ۱۶ درصد از واریانس متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) را تبیین نماید. ضریب $B=0/425$ نشان می‌دهد که به ازای هر واحد افزایش در متغیر مستقل (بعد ذهنی)، $0/425$ واحد به متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) افزوده می‌شود. با توجه به مقادیر $T=2/979$ ، $F=8/876$ و $Sig=0/003$ ، رابطه مشاهده‌شده بین دو متغیر در سطح ۹۵ درصد معنی‌دار است. از این‌رو فرضیه یادشده تأیید می‌شود. در تحلیل کلی فرضیه‌های یادشده باید عنوان کرد که کیفیت زندگی به طور کلی بر سلامت اجتماعی اثرگذار است و در بررسی مؤلفه‌های کیفیت زندگی بر سلامت اجتماعی، اثرگذاری بعد ذهنی کیفیت زندگی بر سلامت اجتماعی، با اختلاف بسیار قوی‌تر از بعد عینی کیفیت زندگی بر سلامت اجتماعی است.

مدل‌سازی و معادله ساختاری

یافته‌های استنباطی این پژوهش علاوه بر بررسی و تحلیل رگرسیون خطی در قالب یک مدل معادله ساختاری ارائه شده و بر اساس میزان سلامت اجتماعی معنادان با توجه به کیفیت زندگی آنها تبیین شده است. این مدل معادله ساختاری از دو نوع مدل اندازه‌گیری و ساختاری تشکیل شده که مدل اندازه‌گیری نحوه سنجش متغیرها را در قالب بارهای عاملی نشان داده و مدل ساختاری به تبیین متغیر وابسته پرداخته است. شاخص‌های موجود در مدل و نمادهای ترسیمی آن در جدول زیر مشخص شده است.

جدول ۷- متغیرهای موجود در مدل

| متغیر | شاخص‌ها | نمادهای ترسیمی در مدل | |
|---------------|------------------|---|-----|
| سلامت اجتماعی | یکپارچگی اجتماعی | S1 | |
| | پذیرش اجتماعی | S2 | |
| | شکوفایی اجتماعی | S3 | |
| | پیوستگی اجتماعی | S4 | |
| کیفیت زندگی | بعد ذهنی | گویه‌هایی که مستقیم به ذهن فرد مربوط می‌شوند. | Qa1 |
| | | گویه‌هایی که بیرون از ذهن فرد وجود دارند. | Qa2 |
| | بعد عینی | امکانات عمومی برای فرد | Qz1 |
| | | امکانات خصوصی در دسترس فرد | Qz2 |



شکل ۱- مدل معادله ساختاری تبیین سلامت اجتماعی بر اساس ابعاد کیفیت زندگی در این مدل، هشت متغیر مشاهده‌شده وجود دارد. متغیرهای s1، s2، s3 و s4، معرف‌های متغیر پنهان سلامت اجتماعی هستند و متغیرهای qa1، qa2، qz1 و qz2، معرف‌های متغیر پنهان ابعاد ذهنی و عینی کیفیت زندگی هستند. متغیرهای خطای e1 تا e8، نماد خطای اندازه‌گیری هشت متغیر مشاهده‌شده برای متغیرهای اصلی هستند. در بخش اندازه‌گیری، مدل متغیر سلامت اجتماعی با چهار شاخص اصلی یکپارچگی اجتماعی (S1)، پذیرش اجتماعی (S2)، شکوفایی اجتماعی (S3) و پیوستگی اجتماعی (S4) معرفی شده است. در میان این شاخص‌ها، شکوفایی اجتماعی با ضریب ۰/۳۰،

بیشترین توان تبیین سلامت اجتماعی را داشته و پیوستگی اجتماعی با ضریب ۰/۲۰، توان تبیین کمتری نسبت به بقیه شاخص‌ها داشته است. در میان شاخص‌های کیفیت زندگی نیز همه چهار شاخص با ضرایب بالایی، متغیر کیفیت زندگی را تبیین کرده‌اند. همچنین نتایج ساختاری مدل، گویای اثرگذاری متغیر کیفیت زندگی بر سلامت اجتماعی است. بر اساس ضرایب موجود، بعد ذهنی کیفیت زندگی با ضریب بسیار قوی ۰/۹۱ توانسته تأثیر مستقیم و معناداری بر سلامت اجتماعی افراد معنادار داشته باشد و بعد عینی کیفیت زندگی نیز با ضریب ۰/۳۵، اثر مستقیم و معناداری بر سلامت اجتماعی دارد. در بین این دو بعد از کیفیت زندگی، اثر ابعاد ذهنی، بسیار قوی‌تر است. در بخش توصیفی نیز نتایج نشان داد که فهم افراد معنادار از کیفیت ذهنی زندگی، بالاتر از حد متوسط است.

جدول ۸- برآورد اثرات متغیرهای مستقل بر وابسته

| سطح معناداری | مقدار بحرانی | خطای استاندارد | برآورد | |
|--------------|--------------|----------------|--------|-----------------------------|
| *** | ۳/۷۹۹ | ۰/۲۳۲ | ۰/۸۸۷ | بعد ذهنی <--- سلامت اجتماعی |
| *** | ۳/۴۷۲ | ۰/۱۰۷ | ۰/۳۷۲ | بعد عینی <--- سلامت اجتماعی |

بر اساس اطلاعات جدول بالا، احتمال به دست آوردن یک نسبت بحرانی به بزرگی ۳/۷۹۹ با خطای استاندارد ۰/۲۳۲ در مقدار مطلق کمتر از ۰/۰۰۱ است. به عبارت دیگر، وزن رگرسیون برای بعد ذهنی کیفیت زندگی در پیش‌بینی سلامت اجتماعی با احتمال برآورد ۰/۸۸۷ در سطح ۰/۰۰۱ خطا معنادار است. درباره متغیر بعد عینی نیز شرایط به همین گونه است و این بعد نیز اثر معناداری بر سلامت اجتماعی دارد.

برآزش مدل

برای بررسی برآزش مدل از شاخص‌های برآزش استفاده شده است. با بررسی شاخص‌های برآزش مدل مقتصد (شاخص خی-دو بهنجار (نسبی)، شاخص RMSEA، شاخص RMR و SRMR و شاخص PNFI)، شاخص‌های برآزش مدل مطلق (شاخص GFI، شاخص AGFI) و شاخص‌های برآزش تطبیقی (شاخص NFI، شاخص NNFI یا شاخص TLI، شاخص CFI و شاخص IFI) مشخص شد که مدل دارای برآزندگی قابل قبولی برای آزمون است.

بحث و نتیجه‌گیری

یکی از بزرگ‌ترین مشکلات اغلب کشورها در عصر امروز، پدیده سوءمصرف مواد است که به طور مستقیم و غیر مستقیم، کوتاه‌مدت و بلندمدت، کیفیت زندگی ساکنان آنها را تحت الشعاع قرار داده است. مسئله اعتیاد به گونه‌ای با سطح زندگی برخی افراد درآمیخته شده که بخشی از کیفیت زندگی آنها شده است. به طور کلی همه پژوهش‌های انجام‌شده ثابت کرده‌اند که افراد معتاد دارای کیفیت زندگی پایینی هستند. امروزه پدیده اعتیاد به شیوه عمیقی سبک زندگی و کیفیت زندگی برخی افراد درگیر مصرف مواد را تحت تأثیر قرار داده که سلامت آنها به کلی در معرض خطر قرار گرفته است.

یکی از مهم‌ترین ابعاد سلامت، سلامت اجتماعی است. بر اساس تعاریف، سلامت اجتماعی عبارت است از چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع. سلامت اجتماعی، حافظ فرد در اجتماع در برابر مصائب و مشکلات است. این مفهوم اهمیت روزافزونی در محافل علمی و سیاست‌گذاری و اجرایی یافته است و مستقیماً متأثر از کیفیت زندگی است. سلامت اجتماعی فرد، مهم‌تر و حساس‌تر از جنبه‌های جسمانی و روانی سلامت فرد است؛ زیرا عواملی که سلامت جسمانی فرد را به خطر می‌اندازند، آثار و تبعات محدودی دارند؛ اما عواملی که سلامت اجتماعی فرد را تهدید می‌کنند، همواره بر روابط او با دیگران تأثیر می‌گذارند و بیش از یک نفر را دچار اختلال می‌نمایند.

در زمینه اعتیاد نیز سلامت اجتماعی می‌تواند یک بازدارنده باشد؛ زیرا فرد دارای سلامت اجتماعی بالا، نه تنها تهدیدی برای دوستان خود در اجتماع نیست، بلکه همواره نقش سازنده‌ای در دوستی‌ها و تعاملات اجتماعی دارد. بنابراین افرادی که سلامت اجتماعی دارند، با موفقیت بیشتری می‌توانند با چالش‌های ناشی از ایفای نقش‌های اصلی اجتماعی کنار بیایند؛ زیرا آنان در خانواده‌هایی زندگی می‌کنند که از ثبات و انسجام بیشتری برخوردار است و احتمالاً می‌توانند مشارکت بیشتری در فعالیت‌های جمعی داشته باشند. همچنین از افراد دارای سلامت اجتماعی بالا باید انتظار داشت که تطابق آنان با هنجارهای اجتماعی بیشتر باشد و در شرایطی که می‌توانند نقش مهمی در پیشگیری از انحراف داشته باشند، عموماً موفق عمل می‌کنند. برنامه‌های سلامت اجتماعی می‌تواند در محورهایی مانند کاهش خطر، کاهش تمایل به اعتیاد، افزایش سلامت ذهنی، پیشگیری از بروز مشکلات، خودکنترلی و حتی نظارت مورد توجه

مددکاران اجتماعی برای بازآفرینی افراد پیگیری شود.

تمرکز بر کیفیت زندگی، عاملی اساسی در کنترل بسیاری از مسائل جامعه است. رابطه میان اعتیاد و کیفیت زندگی به نوعی رابطه علت و معلولی است. کیفیت زندگی از طریق تأثیر مستقیم بر سلامت اجتماعی می تواند کنترل کننده میزان گرایش به اعتیاد در افراد باشد. بر همین اساس باید عنوان کرد که کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی، دو شاخص درهم تنیده برای توسعه اجتماعی بوده اند که به گونه ای لازم و ملزوم هستند و نظریه های زیادی به همبستگی آنها اشاره کرده اند. برای مثال کییز^۱ (۲۰۰۲) در بررسی سلامت اجتماعی، اسکوینگتون و اوکول^۲ (۲۰۰۴) در بررسی ابعاد عینی و محیطی کیفیت زندگی، لی^۳ (۲۰۰۸) در بررسی ابعاد ذهنی کیفیت زندگی، مولر^۴ و همکاران (۲۰۱۶) در بررسی تفکر کیفیت زندگی و تیسدال^۵ (۲۰۱۶) در بررسی سلامت ذهنی، عواطف و حالات روانی به بررسی و همبستگی کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی پرداخته اند.

به طور کلی وجود این دو مؤلفه مهم در زندگی اقشار آسیب پذیر باعث بروز تحول اساسی در میان آنها می شود. همان طور که شواهد نظری و تجربی نشان داده، توسعه سلامت اجتماعی بر پایه کیفیت زندگی می تواند به بهبود وضعیت کلی افراد کمک کند و نتایج این پژوهش در تأیید این مباحث بوده است. به عبارت دیگر هرگاه کیفیت زندگی در سطح جامعه بالاتر باشد، به تبع آن، سلامت اجتماعی بیشتر خواهد بود. سلامت اجتماعی دقیقاً عکس آسیب ها و مسائل اجتماعی مانند اعتیاد خواهد بود. این وضعیت به خوبی در این پژوهش به اثبات رسیده و تئوری های موجود نیز به روشنی نشان داده اند که تلاش برای بهبود کیفیت زندگی، تلاش برای ارتقای سلامت اجتماعی بوده و سلامت اجتماعی به منزله حفظ جامعه از آسیب ها و معضلات اجتماعی است. در تحلیل میانگین های اثرگذار کیفیت زندگی بر سلامت اجتماعی، بعد ذهنی کیفیت زندگی در مقایسه با بعد عینی، اثرگذاری بیشتری داشته است. بنابراین در رتبه بندی این عوامل لازم است جامعه در ارتقای بعد ذهنی کیفیت زندگی برای حصول به سلامت اجتماعی شهروندان، اهتمام ویژه ای داشته باشد.

1. keyse

2. Skevington & O'Connell

3. lee

4. Muller

5. Teasdale

به طور کلی سلامت اجتماعی، شاخص‌های سلامتی در یک جامعه را شامل می‌شود که در یک منطقه جغرافیایی سکونت دارند. در سلامت اجتماعی، عوامل اجتماعی مؤثرند و ابعاد اجتماعی نیز بیشتر از ابعاد فردی مورد توجه قرار می‌گیرد. آمارهایی که به طور روزمره از نرخ اعتیاد، طلاق، بیکاری، فساد و سایر آسیب‌ها یا رشدهای اجتماع خوانده می‌شود، همگی به‌نوعی اطلاعاتی از سلامت اجتماعی در جامعه هستند. البته عوامل زیادی می‌توانند سلامت اجتماعی افراد را تحت تأثیر قرار دهند؛ از جمله آنها که در این پژوهش بر آن تأکید شده است، کیفیت زندگی افراد است. در میان ابعاد کیفیت زندگی، بعد ذهنی کیفیت زندگی، اثرگذاری قوی‌تری دارد و این به منزله درک عمیق ذهنی معتادان از مفهوم سلامت است.

به عبارت دیگر فرد معتاد در فرایند ارزیابی رفتارهای خود، به مسائل ذهنی بیش از مسایل عینی بها می‌دهد. بر همین اساس لذت‌جویی افراد معتاد همیشه مقدم بر وضع ظاهری آنهاست. در توصیف‌های آماری پژوهش نیز افراد معتاد میانگین بالایی از کیفیت ذهنی عنوان کرده‌اند که این امر دقیقاً در تأیید لذت‌جویی ذهنی آنها بوده است. برای یک فرد معتاد، کیفیت زندگی به منزله تأمین به‌موقع مواد مصرفی اوست و اغلب درک درستی از امکانات عینی زندگی ندارد. بنابراین برای درک وضعیت افراد معتاد باید روی مسائل ذهنی آنها کار شود تا در برنامه‌های بازپروری آنها به واسطه تمرکز بر همین ذهنیات به کمک آنها رفت.

پیشنهادها

- شواهد نظری و تجربی نشان داده که کیفیت زندگی می‌تواند حلال بسیاری از مشکلات جامعه باشد. مهم‌ترین پیشنهاد در این پژوهش به سیاست‌گذاری‌های کلان اجتماعی مرتبط می‌شود که بر اساس آن، بستر توسعه اجتماعی بر مبنای ارتقای کیفیت زندگی، لازمه افزایش سلامت اجتماعی و کاهش آسیب‌ها و معضلات اجتماعی است. بر همین اساس اگر سیاست‌گذاران جامعه بتوانند کیفیت زندگی شهروندان را هم در بعد عینی و هم در بعد ذهنی ارتقا دهند، نه تنها سلامت اجتماعی بالا می‌رود، بلکه آسیب‌ها و مشکلات اجتماعی نیز به طور چشمگیری تعدیل می‌شود. در بسیاری از موارد به جای مبارزه مستقیم با پدیده‌هایی مانند اعتیاد، بهتر است تلاش‌ها و

برنامه‌ریزی‌ها بر ارتقای کیفیت زندگی شهروندان متمرکز شود.

- فهم افراد معتاد از کیفیت زندگی، صرفاً محدود به مسائل ذهنی و آن چیزی است که او درک می‌کند. بنابراین برای ارتقای سلامت اجتماعی این افراد باید بیش از هر چیزی بر ذهنیات آنها متمرکز شد و روی آن کار کرد. در همین راستا لازم است افراد درگیر مصرف مواد مخدر از طریق مددکاران اجتماعی در معرض آموزش‌های توانمندسازی قرار گرفته، با آموزش‌های مستقیم به آنها در راستای ترک اعتیاد و بازپروری کمک کرد.

- کیفیت زندگی و ارتقای رفاه اجتماعی از مهم‌ترین سیاست‌های جوامع است و در کشورهای پیشرفته و دموکراتیک نظام‌های سیاسی بر پایه تمرکز بر رفاه و کیفیت زندگی شهروندان فعالیت دارند. بر همین اساس لازم است تا به عنوان یک سیاست کلی در جامعه ایران برنامه‌ای برای ارتقای کیفیت زندگی شهروندان به‌ویژه مناطق کم‌برخوردار در اولویت سیاست‌گذاری‌ها قرار گیرد.

منابع

- احدی، رضا و دیگران (۱۴۰۰) «بررسی عوامل محیطی مؤثر بر اعتیاد به موادمخدر صنعتی (مطالعه موردی: شهر زنجان)»، پژوهش‌های حقوقی، سال بیستم، شماره ۴۵، صص ۱۴۹-۱۸۱.
- البرزی، شهلا و محبوبه البرزی (۱۳۸۵) «بررسی رابطه خودمختاری و کیفیت زندگی در دانشجویان استعداد‌های درخشان دانشگاه‌های شیراز»، فصلنامه روان‌شناسی، سال دهم، شماره ۳، ص ۳۲۲.
- پورنقاش تهرانی، سید سعید و دیگران (۱۳۹۱) «رابطه بین کیفیت زندگی و صفات شخصیتی در افراد معتاد»، تحقیقات علوم رفتاری، سال دهم، شماره ۳، صص ۱۵۵-۱۶۷.
- سیدان، سید ابوالقاسم و علیرضا رحمانی (۱۳۹۷) «اثر بخشی آموزش حل مسئله بر تعارض والد-نوجوان و اعتیاد به اینترنت دانش‌آموزان نوجوان پسر»، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دوره شصت و یک، شماره ۶، صص ۲۳۸-۲۴۶.
- حجتی، حمید و دیگران (۱۳۸۸) «بررسی کیفیت زندگی و ارتباط آن با پذیرش اجتماعی در معتادان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد استان گلستان»، طلوع بهداشت، سال هشتم، شماره ۳-۴ (سومین کنگره سراسری رفتارهای پرخطر)، صص ۳۷.
- حسن‌پور، طالب و دیگران (۱۴۰۰) «نشانه‌های ارتقای سلامت اجتماعی»، سال پنجم، شماره ۱، صص ۸۳-۸۷.
- حکیمی‌نیا، بهزاد و دیگران (۱۳۹۶) «عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی با تأکید بر هوش اجتماعی و سلامت اجتماعی (مطالعه موردی: شهر کرمانشاه)»، جامعه‌شناسی کاربردی، سال بیست و هشتم، شماره ۲، صص ۱۶۳-۱۷۸.
- ذبیحی مداح، زهره و حسین آقاجانی مرساء (۱۳۹۸) «ابعاد کیفیت زندگی سالمندان با مرور پژوهش‌های پیشین»، رفاه اجتماعی، سال نوزدهم، شماره ۷۵، صص ۱۸۱-۱۲۳.
- ربانی، رسول و دیگران (۱۳۹۰) «تحلیل جامعه‌شناختی کیفیت زندگی جوانان (مطالعه موردی: شهرستان بروجن)»، فصلنامه توسعه اجتماعی، سال پنجم، شماره ۳، صص ۸۳-۱۰۴.
- عباسی، علیرضا و دیگران (۱۳۹۲) «بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر گرایش به مصرف موادمخدر (مطالعه موردی: دانشگاه پیام‌نور واحد رضوانشهر)»، فصلنامه علمی مطالعات مبارزه با مواد مخدر، سال یازدهم، شماره ۴۰، صص ۹۱-۱۱۳.
- عبدالله‌تبار، هادی و دیگران (۱۳۸۷) «بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان»، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۳۰ و ۳۱، صص ۱۷۱-۱۹۰.
- فنی، زهره و دیگران (۱۳۹۴) «سنجش کیفیت زندگی شهری با تأکید بر جنسیت (مطالعه موردی:

شهر قروه»، دوفصلنامه علمی- پژوهشی پژوهش‌های بوم‌شناسی شهری، سال ششم، شماره ۱۲، صص ۶۵-۷۸.

کوئن، بروس (۱۳۹۰) مبانی جامعه‌شناسی، ترجمه و اقتباس غلامعلی توسلی و رضا فاضل، چاپ بیست و چهارم، تهران، سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت)، مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی.

مرادی، علیرضا (۱۴۰۰) «آسیب‌های گرایش جوانان به موادمخدر و راهکارهای برون‌رفت از آن»، فصلنامه علمی مطالعات مبارزه با موادمخدر، سال سیزدهم، شماره ۴۹، صص ۱-۱۸.

موحدی، یزدان و دیگران (۱۳۹۳) «مقایسه ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد معتاد و هم‌تایان عادی»، نشریه پژوهش توان‌بخشی در پرستاری، سال اول، شماره ۲، صص ۶۳-۷۲.

نریمانی، محمد و دیگران (۱۳۹۳) «بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی در فرزندان افراد معتاد»، توسعه محلی (روستایی-شهری)، سال ششم، شماره ۱، صص ۱۰۷-۱۲۲.

- Andráško, I. (2015) Quality of life: an introduction to the concept. Masarykova univerzita nakladatelství.
- Glatzer, W. (2006) Quality of life in the European Union and the United States of America: Evidence from comprehensive indices. Applied research in quality of life, 1, 169-188.
- Huppert, F. Marks, N. Clark, A. (2006) Personal and social well-being model for the European Social Survey, Round3. London: Centre for Comparative Social Surveys, City University London.
- Keyes, C. M. (2002) The Mental Health Continuum: from Languishing to Flourishing in Life. Journal of Health and Social Research, 43:207-222.
- Lee, Y. J. (2008) "Subjective Quality of Life Measurement in Taipei", Building and Environment. 43(7):1205-1215.
- Ma, Z., Liu, Y., Wan, C. et al. (2022) Health-related quality of life and influencing factors in drug addicts based on the scale QLICD-DA: a cross-sectional study. Health Qual Life Outcomes 20, 109. <https://doi.org/10.1186/s12955-022-02012-x>.
- Macků, K., Caha, J., Pászto, V., & Tuček, P. (2020) Subjective or objective? How objective measures relate to subjective life satisfaction in Europe. ISPRS International Journal of Geo-Information, 9(5), 320.
- Muller, A.E., Skurtveit, S. & Clausen, T. (2016) Many correlates of poor quality of life among substance users entering treatment are not addiction-specific. Health Qual Life Outcomes 14, 39 (3). 11-10, <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0439-1>
- Russell, C., Katsampouris, E., & Mckeganey, N. (2020) Harm and addiction perceptions of the JUUL e-cigarette among adolescents. Nicotine and Tobacco Research, 22(5), 713-721.

- Schuessler, K. F. and Fisher, G. A. (1985) Quality of Life Research and Sociology”, Annual Review of Sociology, 11: 129-49.
- Skevington, S. M. Lotfy, M. O'Connell, K. A. (2004) “The World Health Organization's Whoqol-Bref Quality of Life Assessment: Psychometric Properties and Results of the International Field Trial. A Report from the Whoqol Group”. Qual Life Res, 13(2):299-310.
- Somarriba, N., & Pena, B. (2009) Synthetic indicators of quality of life in Europe. Social Indicators Research, 94, 115-133.
- Teasdale, M. R. (2016) Quality of life and mission. Missiology, 44(3), 269–280. <https://doi.org/10.1177/0091829616645135>
- Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., Wolf, J. R., & Broekaert, E. (2004) The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. Psychiatric Services, 55(8), 913-922.
- Wan, C., Fang, J., Jiang, R., Shen, J., Jiang, D., Tu, X., Messing, S., Tang, W. (2011) Development and validation of a quality of life instrument for patients with drug dependence: comparisons with SF-36 and WHOQOL-100. Int J Nurs Stud.;48 (9):1080–1095.
- Wingo, L. (2013) Objective, Subjective, and Collective Dimensions of the Quality of Life. In Public Economics and the Quality of Life (pp. 13-27). RFF Press.
- World Health Organization. (2006) Department of Mental Health Annotated Bibliography of the WHO Quality of Life Assessment Instrument. Available from: <http://www.Who.Int>.