



## Assessment of Adherence to Treatment and Its Relationship with Family Support in Addicts Under Treatment in Addiction Treatment Centers: A Cross-Sectional Study

Fatemeh Noughani<sup>1</sup>, Nasrin Nikpeyma<sup>2</sup>, Hadi Nouri<sup>3</sup>, Sima Kazemi<sup>4\*</sup>

1. Ph.D., Associate Professor, Department of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Ph.D., Associate Professor, Department of Community Health and Geriatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. MSc. Statistics Consultant, Faculty of Humanities, Zanjan University, Zanjan, Iran.
4. MSc, Psychiatric Nurse, Department of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

**Corresponding Author:** Sima Kazemi, MSc, Psychiatric Nurse, Department of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

**E-mail:** [nurse.simakazemi@gmail.com](mailto:nurse.simakazemi@gmail.com)

Received: 27 Dec 2024

Accepted: 15 May 2025

### Abstract

**Introduction:** Treatment adherence is one of the most important challenges for substance abusers, which is related to various factors. One of the factors that have received less attention is the role of family support in treatment adherence in this group of people. Therefore, this study aimed to determine the relationship between treatment adherence and family support in substance abusers undergoing treatment.

**Methods:** This descriptive-correlational study was conducted cross-sectionally in the year 2022 in the city of Takab in Iran. The participants were 172 substance abusers under treatment who were referred to addiction treatment centers affiliated with the welfare organization, and who were selected by simple random sampling. Data were collected using a demographic questionnaire, adherence to treatment (MATQ), and social support from family (PSS-Fa) instruments. Data were analyzed using SPSS-22 software. Pearson's correlation coefficient was used to analyze the data. The level of statistical significance was set at  $P \leq 0.01$ .

**Results:** A total of 172 substance abusers participated in this study. 45.9% of the participants were in the age range of 30 to 40 years and most of them were male (88.4%). The participants' average scores of treatment adherence and family support were  $19.52 \pm 72.31$  and  $4.16 \pm 13.38$ , respectively. Pearson's correlation test showed that there is a positive and significant correlation between treatment adherence and its dimensions with family support ( $P < 0.001$ ,  $r = 0.759$ ).

**Conclusions:** In this study, there is a direct relationship between treatment adherence and family support in addicts undergoing treatment. Treatment adherence in substance abusers undergoing treatment is an important health issue related to family support. It seems that identifying different dimensions of family support in this group of people through qualitative and quantitative studies can be helpful.

**Keywords:** Treatment adherence, Family support, Substance abusers.



## بررسی تبعیت از درمان و ارتباط آن با حمایت خانواده در معتادان تحت درمان در مراکز ترک اعتیاد: یک مطالعه مقطعی

فاطمه نوغانی<sup>۱</sup>، نسرين نیک‌پیما<sup>۲</sup>، هادی نوری<sup>۳</sup>، سیما کاظمی<sup>۴\*</sup>

۱. دکترای تخصصی پرستاری، دانشیار، گروه روان پرستاری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. دکترای تخصصی پرستاری، دانشیار، گروه پرستاری بهداشت جامعه و سالمندی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. کارشناسی ارشد و مشاور آمار، دانشکده‌ی علوم انسانی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران.
۴. کارشناسی ارشد روان پرستاری، گروه روان پرستاری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.

**نویسنده مسئول:** سیما کاظمی، کارشناسی ارشد روان پرستاری، گروه روان پرستاری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.

**ایمیل:** nurse.simakazemi@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۲/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۶

### چکیده

**مقدمه:** پیروی از درمان یکی از مهم‌ترین چالش‌های سوءمصرف‌کنندگان مواد است که به عوامل مختلفی مرتبط است. یکی از عواملی که کمتر مورد توجه قرار گرفته، نقش حمایت خانواده در تبعیت از درمان در این گروه از افراد است. بنابراین، این مطالعه با هدف تعیین رابطه‌ی بین تبعیت از درمان و حمایت خانواده در معتادان تحت درمان انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه توصیفی-همبستگی به صورت مقطعی در سال ۱۴۰۰ در شهر تکاب ایران انجام شد. شرکت کنندگان ۱۷۲ نفر از معتادان تحت درمان بودند که به مراکز ترک اعتیاد وابسته به سازمان بهزیستی مراجعه و به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های دموگرافیک، پابندی به درمان (MATQ) و حمایت اجتماعی مقیاس خانواده (PSS-Fa) گردآوری شد. سپس با استفاده از نرم افزار SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. سطح معنی داری آماری ( $P \leq 0.01$ ) تعیین گردید.

**یافته‌ها:** در مجموع ۱۷۲ سوءمصرف‌کننده‌ی مواد در این مطالعه شرکت کردند. ۴۵/۹ درصد از شرکت کنندگان در محدوده سنی ۳۰ تا ۴۰ سال و بیشتر آنها مرد (۸۸/۴ درصد) بودند. میانگین نمرات شرکت کنندگان در پابندی به درمان و حمایت خانواده به ترتیب  $19/52 \pm 72/31$  و  $4/16 \pm 13/38$  بود. آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین تبعیت از درمان و ابعاد آن با حمایت خانواده همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد ( $P < 0.001$ ,  $r = 0.759$ ).

**نتیجه‌گیری:** در این مطالعه، بین تبعیت از درمان با حمایت خانواده در معتادان تحت درمان، رابطه‌ی مستقیم وجود دارد. تبعیت از درمان در سوءمصرف‌کنندگان مواد تحت درمان یک موضوع بهداشتی مهم مرتبط با حمایت خانواده است. به نظر می‌رسد شناسایی ابعاد مختلف حمایت خانواده در این گروه از افراد در قالب مطالعات کیفی و کمی می‌تواند کمک‌کننده باشد.

**کلیدواژه‌ها:** تبعیت از درمان، حمایت خانواده، سوء مصرف کنندگان مواد.

**مقدمه**

اعتیاد به عنوان یکی از معضلات اولیه‌ی بهداشتی، پزشکی و اجتماعی قرن حاضر، با ماهیت مترقی خود، تمامی ابعاد زندگی افراد، خانواده‌ها و جامعه را تهدید کرده است (۱). دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد گزارش داده است که حدود ۲۸۴ میلیون نفر در رده سنی ۱۵ تا ۶۴ سال در سراسر جهان در سال ۲۰۲۰ مواد مخدر مصرف کرده‌اند که نشان‌دهنده‌ی افزایش ۲۶ درصدی نسبت به دهه‌ی گذشته است (۲). آمارها نشان می‌دهد روزانه حدود ۲ میلیون نفر در ایران، یکی از کشورهای که از این معضل جدی رنج می‌برند، مواد مخدر مصرف می‌کنند (۳).

درمان‌های گسترده‌ای برای اجتناب از مصرف مواد وجود دارد، اما میزان عود و پیامدهای منفی آن‌ها که اغلب پس از توان‌بخشی و پایان درمان رخ می‌دهد، قابل توجه است (۴). حدود ۸۰ تا ۹۵ درصد از مصرف‌کنندگان مواد در ایران چند هفته تا چند ماه پس از درمان به مصرف مواد برمی‌گردند (۵). از نظر روانی، مصرف‌کنندگان مواد آسیب‌پذیر، وابسته، ضعیف و ناسازگار هستند (۶). دلایلی مانند عدم اعتماد به نفس، نداشتن مهارت‌های ارتباطی و توانایی حل مسئله، پذیرفته نشدن توسط دوستان در هنگام ترک مواد مخدر و معاشرت با دوستان معتاد، تمایل به مصرف مجدد مواد را افزایش می‌دهد (۵).

پایبندی به درمان یک عامل ضروری است که به مصرف‌کنندگان مواد کمک می‌کند تا به اهداف سلامتی خود در طول درمان دست یابند. پایبندی به درمان به معنای میزان پیروی بیمار از دستورات پزشکی برای بهبود بیماری خود است (۷). سازمان بهداشت جهانی این تعریف را بیشتر گسترش داد تا شامل رفتار، رعایت رژیم غذایی و تغییرات سبک زندگی باشد که بین بیمار و ارائه‌دهنده‌ی مراقبت‌های بهداشتی توافق شده است (۸). ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی به عدم پایبندی به درمان به عنوان یک مشکل بالینی جدی اشاره می‌کنند. عدم پایبندی به درمان دلایل زیادی دارد، از جمله فراموشی، بی‌انگیزگی، هزینه‌ی بالای درمان، سواد سلامت پایین، رژیم دارویی نامناسب، رژیم پیچیده‌ی دارویی، عدم اعتماد به پزشکان و تشخیص آن‌ها، استفاده‌ی ناپایدار و عوارض جانبی دارو (۴). عدم پایبندی به درمان ممکن است منجر به شکست در درمان، بازگشت به مصرف دارو با دوزهای بالاتر نسبت به قبل از درمان، افزایش عوارض جانبی، درمان طولانی مدت، نتایج ضعیف درمان، کیفیت پایین زندگی و افزایش قابل

توجه هزینه شود. بنابراین رعایت توصیه‌های درمانی و بهبود سلامت بیماران امری حیاتی است (۹، ۱۰). شناسایی عوامل مؤثر بر پایبندی به درمان به مصرف‌کنندگان مواد کمک می‌کند تا در درازمدت به درمان پایبند بوده و مشکلات خود را کاهش دهند (۸). حمایت خانواده و تبعیت از درمان از عوامل بالقوه‌ی مرتبط در میان مصرف‌کنندگان مواد هستند.

انزوا و طرد مصرف‌کنندگان مواد توسط خانواده و جامعه، بازگشت آن‌ها را به مصرف مواد تسریع می‌کند. بنابراین حمایت خانواده با ارائه مهارت‌هایی مانند اعتماد به نفس، خودکنترلی و خودکارآمدی باعث کاهش رفتارهای پرخطر می‌شود (۱۱، ۱۲). برخی مطالعات حاکی از آن است که مشارکت دوستان و اعضای خانواده‌ی سوءمصرف‌کنندگان مواد، یک شبکه حمایتی را تشکیل می‌دهد که تأثیر مثبتی بر درمان و توان‌بخشی آن‌ها دارد (۱۳). مطالعات دیگر نشان داده است که خانواده نقش حیاتی در مشکلات روانی و عود مواد مخدر دارد (۱۱، ۱۳). از سوی دیگر، رزاقی و همکاران در یک مطالعه کیفی نشان دادند که مهم‌ترین موانع درمان اعتیاد در ایران عبارتند از: انتظارات غیرواقعی خانواده از مصرف‌کنندگان مواد و برهم خوردن مرزهای ارتباطی بین مصرف‌کنندگان مواد و بستگان آن‌ها (۱۴).

با توجه به بررسی متون و آمار بالای افراد معتاد در ایران و پیامدهای این مشکل برای فرد، خانواده و جامعه و اهمیت درمان این افراد، شناسایی عوامل مرتبط و تأثیرگذار بر پایبندی به درمان در سوءمصرف‌کنندگان مواد ضروری است. از آن‌جا که اعتیاد به مواد مخدر، صرف نظر از یک آسیب روانی، پدیده‌ای مزمن و عودکننده است که با صدمات جدی جسمانی، خانوادگی و اجتماعی همراه است و با توجه به این که یکی از نقش‌های روان‌پرستاران، توسعه‌ی مراقبت‌های مبتنی بر شواهد علمی و متمرکز بر نگرش بیمارمحوری است، پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط تبعیت از درمان با حمایت خانواده انجام شد تا در صورت وجود یک رابطه‌ی معنی‌دار، بتوان مداخلاتی را برای بهبود حمایت خانواده در جهت افزایش تبعیت از درمان طراحی کرد.

**روش کار**

پژوهش حاضر توصیفی - همبستگی از نوع مقطعی است که در سال ۱۴۰۰ بر روی ۱۷۲ نفر از افراد معتاد تحت درمان در دو مرکز ترک اعتیاد خانه‌ی سبز و خانه‌ی امید به

درمان ۲۰-۰، تعهد به درمان ۲۵-۰ و تدبیر در اجرای درمان ۱۵-۰ می‌باشد که براساس دستورالعمل طراح ابزار، امتیازهای اولیه تبدیل به امتیاز بین ۱۰۰-۰ می‌شود. براساس این پرسش‌نامه کسب امتیاز ۷۵-۱۰۰ درصد به معنای تبعیت از درمان بسیار خوب، امتیاز ۷۴-۵۰ درصد به معنای تبعیت از درمان خوب، امتیاز ۴۹-۲۶ درصد به معنای تبعیت از درمان متوسط و کسب امتیاز ۲۵-۰ درصد به معنای تبعیت از درمان ضعیف در نظر گرفته شد. مقیاس اندازه‌گیری در این ابزار لیکرت ۶ قسمتی است که از کاملاً با امتیاز ۵ تا اصلاً با امتیاز صفر طراحی شده است. نمره گذاری تعدادی از عبارات، معکوس می‌باشد یعنی به اصلاً با امتیاز ۵، کاملاً با امتیاز ۰ تعلق می‌گیرد. عبارات شماره ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۷، ۳۸، ۳۹ و ۴۰ معکوس نمره گذاری شده‌اند. بدین ترتیب حداکثر و حداقل نمره برای هر طبقه قابل محاسبه می‌باشد. جهت نمره گذاری عبارات به طرف مثبت می‌باشد، یعنی هر چه بر میزان مطلوب بودن ویژگی صفت افزوده می‌شود، امتیاز بیشتری به آن تعلق می‌گیرد. بدین ترتیب هر چه نمره کل یا نمره هر طبقه بیشتر باشد، فرد پاسخ دهنده از تبعیت بالاتری برخوردار است. روایی صوری و محتوایی این ابزار انجام شده است. روایی صوری کیفی با مشارکت ۱۰ بیمار و ۱۰ نفر از متخصصان انجام شد. ۱۰ نفر از بیماران در تعیین روایی صوری کمی ابزار شرکت کردند. تأمین روایی محتوایی کیفی و کمی به ترتیب توسط ۱۵ و ۲۶ نفر از افراد متخصص انجام شد. به منظور انجام روایی محتوایی کمی، نسبت روایی محتوایی و شاخص روایی محتوایی محاسبه شد. متوسط شاخص روایی محتوایی ابزار ۰/۹۱۴ بود. همسانی درونی ابزار با محاسبه آلفای کرونباخ، تأمین شد ( $\alpha=0/921$ ) و پایایی ثبات ابزار با اجرای آزمون مجدد با فاصله زمانی دو هفته تأمین شد (۱۵).

**ابزار حمایت خانواده (PSS-Fa):** توسط پروسیدانو و هلر (۱۹۸۳) در دانشگاه ایندیانا طراحی شده است. این ابزار دارای ۲۰ گویه است و پاسخ‌دهی به صورت بله، خیر و نمی‌دانم است. نمره‌ی نمی‌دانم همیشه برابر با صفر، در گویه‌های ۳، ۴، ۱۶، ۱۹ و ۲۰ نمره پاسخ خیر، مساوی ۱+ و برای بقیه گویه‌ها نمره‌ی پاسخ بله، مساوی ۱+ است. دامنه نمره کل ابزار بین ۰ تا ۲۰ می‌باشد. نمره‌ی بالا به منزله‌ی حمایت خانواده‌ی بیشتر از نظر پاسخ‌دهندگان است. روایی این مقیاس توسط پروسیدانو و هلر (۱۹۸۳) با استفاده از روش چند متغیره تحلیل عاملی تأیید و بر اساس روایی همگرا بین گویه‌ها ( $r=0/723$ ) مورد تأیید قرار گرفت. همچنین

روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انجام شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل: سن ۱۸ تا ۵۹ سال، توانایی خواندن و نوشتن، دریافت حداقل شش ماه درمان دارویی و مشاوره و تمایل به شرکت در مطالعه و معیارهای خروج شامل: تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها بودند. از فرمول کوکران در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد با فرض اینکه ضریب همبستگی بین پابندی به درمان و حمایت خانواده حداقل ۰/۲ باشد تا رابطه بین دو متغیر از نظر آماری معنادار باشد، استفاده شد و نمونه مورد استفاده قرار گرفت. در نهایت اندازه ۱۷۲ بیمار برآورد شد. ۱۰۷ بیمار از مرکز خانه‌ی سبز و ۲۰۶ بیمار از مرکز خانه‌ی امید مورد بررسی قرار گرفتند که از این تعداد ۶۱ نفر از مرکز اول و ۱۱۱ نفر از مرکز دوم بر اساس فرمول کوکران به صورت تصادفی انتخاب شدند. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی از جمله: اصل محرمانگی و رازداری، رضایت هر فرد برای شرکت در پژوهش و امکان انصراف از همکاری در صورت، مورد توجه قرار گرفت. روش تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های توصیفی و ضریب همبستگی بود. داده‌های حاصل از پرسش‌نامه‌های مدنظر به وسیله‌ی برنامه‌ی آماری SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. این مطالعه دارای تأییدیه از کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران با شناسه‌ی (IR.TUMS.FNM.REC.1399.191) است. همچنین، رضایت‌نامه‌ی کتبی آگاهانه از شرکت‌کنندگان داوطلب اخذ شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌ی پابندی به درمان مدانلو (MATQ) و حمایت اجتماعی مقیاس خانواده (PSS-Fa) استفاده شد (۱۵، ۱۶).

اطلاعات دموگرافیک: شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت استخدام، تحصیلات، سطح درآمد، وضعیت بیمه، سابقه‌ی درمان سوءمصرف مواد، سابقه‌ی بیماری زمینه‌ای و نوع خانواده بود.

**ابزار تبعیت از درمان (MATQ):** توسط مدانلو و همکاران (۱۳۹۷) در ایران طراحی گردید. این ابزار شامل ۴۰ گویه با ۷ زیرمقیاس در حیطه‌های اهتمام در درمان (۹ گویه)، تمایل به مشارکت در درمان (۷ گویه)، توانایی تطابق (۷ گویه)، تلفیق درمان با زندگی (۵ گویه)، چسبیدن به درمان (۴ گویه)، تعهد به درمان (۵ گویه) و تدبیر در اجرای درمان (۳ گویه) می‌باشد. حداقل و حداکثر امتیاز در حیطه‌های اهتمام در درمان ۴۵-۰، تمایل به مشارکت در درمان ۳۵-۰، توانایی تطابق ۳۵-۰، تلفیق درمان با زندگی ۲۵-۰، چسبیدن به

پایایی مقیاس حمایت خانواده با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ضریب عددی ۰/۸۹ را نشان داد که نشانگر پایایی مطلوب مقیاس بود (۱۶).

جهت انجام پژوهش، تأیید کمیته مشترک اخلاق سازمانی دانشکده پرستاری - مامایی و توانبخشی (IR.TUMS.FNM.REC.1399.191)، معرفی نامه از سازمان بهزیستی شهرستان تکاب و مجوزهای لازم از مدیران مراکز ترک اعتیاد اخذ شد. برای جمع آوری داده‌ها از مراکز، از مدیران خواسته شد تا پژوهشگر به پرونده‌های شرکت کنندگان دسترسی داشته باشد تا آن‌ها را با معیارهای مطالعه مطابقت دهند. اطلاعات لازم در مورد شرکت کنندگان تهیه شد و محرمانه بودن نتایج و داوطلبانه بودن مشارکت برای شرکت کنندگان توضیح داده شد. علاوه بر این، آن‌ها یک فرم رضایت نامه‌ی آگاهانه کتبی را پر کردند. سپس پرسش نامه‌هایی که در اختیار شرکت کنندگان قرار می‌گرفت به صورت خودگزارشی یا پرسش از سوی محقق در مراکز مورد نظر تکمیل شد. محقق در حین جمع آوری داده‌ها در مراکز حضور داشت تا توضیحات لازم را به شرکت کنندگان ارائه دهد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از SPSS-22 استفاده شد. برای توصیف داده‌ها از آمار توصیفی مانند درصد و فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای تعیین همبستگی بین پایداری به درمان و حمایت خانواده از ضریب همبستگی

پیرسون استفاده شد که منجر به سطح معنی داری ( $P \leq 0.01$ ) گردید.

### یافته‌ها

نتایج آماره‌های توصیفی در جدول براساس آزمون خی دو نشان داد که بین سن، وضعیت تأهل، وضعیت استخدام، تحصیلات، سطح درآمد، سابقه‌ی درمان سوءمصرف مواد، سابقه‌ی بیماری زمینه‌ای و نوع خانواده رابطه‌ی معناداری با میزان تبعیت از درمان وجود دارد ( $P < 0.05$ ). اما بین جنسیت و وضعیت بیمه رابطه معناداری با میزان تبعیت از درمان وجود ندارد ( $P > 0.05$ ).

میانگین امتیاز پایداری به درمان در بین شرکت کنندگان  $72/31 \pm 18/52$  بود. بیشترین و کمترین نمرات به ترتیب مربوط به ابعاد اهتمام در درمان ( $34/68 \pm 10/48$ ) و تدبیر در اجرای درمان ( $5/21 \pm 6/84$ ) بود. میانگین نمره‌ی حمایت خانوادگی شرکت کنندگان  $4/168 \pm 13/38$  بود (جدول ۲). ضریب همبستگی پیرسون بین پایداری به درمان و حمایت خانواده محاسبه شد. علاوه بر این، بین پایداری به درمان و نمره‌ی کل حمایت اجتماعی، یعنی ( $r = 0.759, p < 0.001$ ) همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد (جدول ۲). حمایت خانواده به ترتیب بیشترین و کمترین همبستگی را با توانایی تطابق ( $r = 0.783$ ) و تدبیر در اجرای درمان ( $r = 0.244$ ) داشت.

جدول ۱: رابطه‌ی متغیرهای دموگرافیک با میزان تبعیت از درمان

| p-value | میزان تبعیت از درمان |           |             |            | سطوح            |               |
|---------|----------------------|-----------|-------------|------------|-----------------|---------------|
|         | تبعیت خیلی خوب       | تبعیت خوب | تبعیت متوسط | تبعیت ضعیف |                 |               |
| 0/000   | 38                   | 14        | 0           | 0          | کم تر از 30 سال | سن            |
|         | 61                   | 6         | 0           | 12         | 30 - 40         |               |
|         | 17                   | 15        | 1           | 0          | 40 - 50         |               |
| 0/430   | 8                    | 0         | 0           | 0          | بالای 50 سال    | جنسیت         |
|         | 14                   | 6         | 0           | 0          | زن              |               |
|         | 110                  | 29        | 1           | 12         | مرد             |               |
| 0/000   | 55                   | 5         | 0           | 12         | مجرد            | وضعیت تأهل    |
|         | 69                   | 30        | 1           | 0          | متاهل           |               |
|         | 50                   | 6         | 0           | 0          | شاغل            |               |
| 0/004   | 74                   | 29        | 1           | 12         | بیکار           | وضعیت استخدام |
|         | 106                  | 28        | 1           | 0          | دبیر            |               |
|         | 7                    | 2         | 0           | 12         | کاردانی         |               |
| 0/000   | 11                   | 5         | 0           | 0          | کارشناسی        | تحصیلات       |
|         |                      |           |             |            |                 |               |

## فاطمه نوغانی و همکاران

|                  |    |   |    |     |       |
|------------------|----|---|----|-----|-------|
| کمتر از ۵ میلیون | ۱۲ | ۱ | ۲۹ | ۷۹  | ۰/۰۲۶ |
| ۵ - ۱۰ میلیون    | ۰  | ۰ | ۱  | ۳۰  |       |
| بیش از ۱۰ میلیون | ۰  | ۰ | ۵  | ۱۵  |       |
| بله              | ۰  | ۰ | ۵  | ۲۳  | ۰/۳۷۷ |
| خیر              | ۱۲ | ۱ | ۳۰ | ۱۰۱ |       |
| بله              | ۰  | ۰ | ۱۱ | ۷۳  | ۰/۰۰۰ |
| خیر              | ۱۲ | ۱ | ۲۴ | ۵۱  |       |
| بله              | ۱۲ | ۱ | ۱۲ | ۱۷  | ۰/۰۰۰ |
| خیر              | ۰  | ۰ | ۲۳ | ۱۰۷ |       |
| هسته‌ای          | ۱۲ | ۰ | ۱۱ | ۷۸  |       |
| گسترده           | ۰  | ۱ | ۲۴ | ۲۵  | ۰/۰۰۰ |
| تک سرپرست        | ۰  | ۰ | ۰  | ۲۱  |       |

جدول ۲: همبستگی حمایت خانواده (FS) و تبعیت از درمان (TA) و ابعاد آن در معنادان تحت درمان (n=۱۷۲)

| ابعاد تبعیت از درمان و حمایت خانواده | اهتمام در درمان    | تمایل به مشارکت در درمان | توانایی تطابق      | تلفیق درمان با زندگی | چسبیدن به درمان    | تعهد به درمان      | تدبیر در اجرای درمان | نمره کل تبعیت از درمان | میانگین $\pm$ انحراف معیار |
|--------------------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------|----------------------|--------------------|--------------------|----------------------|------------------------|----------------------------|
|                                      | ۰/۶۸۸<br>(P<۰/۰۰۱) | ۰/۷۲۴<br>(P<۰/۰۰۱)       | ۰/۷۸۳<br>(P<۰/۰۰۱) | ۰/۵۵۸<br>(P<۰/۰۰۱)   | ۰/۶۳۲<br>(P<۰/۰۰۱) | ۰/۵۴۱<br>(P<۰/۰۰۱) | ۰/۲۴۴<br>(P<۰/۰۰۱)   | ۰/۷۵۹<br>(P<۰/۰۰۱)     | ۴/۱۶ $\pm$ ۱۳/۳۸           |
| میانگین $\pm$ انحراف معیار           | ۱۰/۴۸ $\pm$ ۳۴/۶۸  | ۸/۸۳ $\pm$ ۲۸/۷۵         | ۸/۸۳ $\pm$ ۲۶/۸۰   | ۶/۵۰ $\pm$ ۲۰/۰۸     | ۴/۱۸ $\pm$ ۱۵/۵۳   | ۵/۲۲ $\pm$ ۱۱/۹۰   | ۵/۲۱ $\pm$ ۶/۸۴      | ۱۹/۵۲ $\pm$ ۷۲/۳۱      |                            |

## بحث

این مطالعه به بررسی رابطه‌ی بین تبعیت از درمان و حمایت خانواده در سوءمصرف‌کنندگان مواد تحت درمان می‌پردازد. نتایج نشان داد که بین تبعیت از درمان با حمایت خانواده رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد. هایس و همکاران (۲۰۱۰) یک کارآزمایی تصادفی‌سازی و کنترل‌شده را در شهر نیویورک بر روی پایبندی به درمان در مصرف‌کنندگان مواد تنباکو و پیش‌بینی‌کننده‌های پایبندی انجام دادند (۱۷). نتایج حاکی از پایبندی مناسب در مصرف‌کنندگان مواد بود که با نتیجه‌ی مطالعه‌ی حاضر هم‌خوانی دارد. اعظمی و همکاران (۲۰۲۰) پژوهشی مشابه با مطالعه‌ی حاضر را بررسی کرده و پایبندی ضعیف به درمان را گزارش کردند (۴). یک مطالعه‌ی مشابه در ویتنام نرخ پایین تبعیت از درمان در مصرف‌کنندگان مواد را گزارش کرد که با نتایج ما مطابقت ندارد. علاوه بر این، عواملی مانند احساس خوشایند ترک مواد، بازبایی اعتماد جامعه و امید به تغییر زندگی می‌تواند

تأثیر مثبتی بر پایبندی به درمان داشته باشد (۱۸). لموس و همکاران (۲۰۱۲) دریافتند که مصرف‌کنندگان مواد از حمایت خانوادگی کمتری برخوردار بودند (۱۹). علاوه بر این طیبی و همکاران (۱۳۹۱) دریافتند که مصرف‌کنندگان مواد حمایت اجتماعی کمتری نسبت به افراد عادی دریافت می‌کنند که با مطالعه‌ی حاضر هم‌خوانی ندارد (۲۰). بدری‌زاده و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود نشان دادند که حمایت اجتماعی (ابعاد خانواده و دوستان)، با تبعیت از درمان دارویی رابطه‌ی مثبت و معناداری دارد و ابعاد حمایت اجتماعی قادر به تبیین ۱۳ درصد از تغییرات تبعیت از درمان دارویی می‌باشد (۲۱).

یافته‌های ما نشان می‌دهد که بین تبعیت از درمان و ابعاد آن با حمایت خانواده رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری وجود دارد، به طوری که افزایش حمایت خانواده باعث افزایش تبعیت از درمان در معنادان تحت درمان می‌شود و بالعکس. به نظر می‌رسد که درگیری افراد مهم زندگی فرد در فرآیند درمان



و بازتوانی وی، منجر به شکل‌گیری یک شبکه‌ی حمایتی می‌شود. می‌توان گفت که حمایت‌های عاطفی، روحی و روانی، توجه به نیازهای فرد و ایجاد نگرش مثبت توسط خانواده در فرد، نقش اساسی در تبعیت از درمان بیماران مزمن دارد و می‌تواند منجر به افزایش انگیزه‌ی پیگیری درمان گردد.

تحقیقات کمی در مورد موضوع حاضر با نتایج موافق یا مخالف وجود دارد. با این حال، تحقیقات مشابهی مورد بررسی قرار گرفته است. لوتیفان و همکاران (۲۰۲۵) در پژوهش خود دریافتند که حمایت خانواده در ترویج تبعیت از دارو و تأثیر مثبت بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سل بسیار مهم است (۲۲). لی و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند که حمایت مالی خانواده به طور قابل توجهی بر حفظ تبعیت سوءمصرف‌کنندگان از متادون تأثیر می‌گذارد. به عبارت دیگر، حمایت خانواده و رفع نیازهای سوءمصرف‌کنندگان مواد، اساساً بر پایداری آن‌ها تأثیر می‌گذارد و می‌تواند آن‌ها را برای پیگیری درمان ترغیب کند (۱۸). اولاک بمید و همکاران (۲۰۲۱) رابطه‌ی مثبت و معناداری بین حمایت خانواده و تبعیت از درمان در بزرگسالان مبتلا به دیابت نوع ۲ یافتند (۲۳). با این حال، شیونگ و همکاران (۲۰۱۸) هیچ رابطه‌ی معناداری بین حمایت قوی خانواده و تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به فشار خون در کنیا پیدا نکردند. این مطالعه از نظر ابزار مورد استفاده و جامعه با مطالعه‌ی ما متفاوت است (۲۴). با این حال، خانواده به عنوان یک جزء کوچک اما ضروری از شبکه‌ی حمایتی، حیاتی است. مشارکت بیشتر خانواده در درمان منجر به مشارکت بیشتر فرد معتاد و حتی جوامع در درمان می‌شود و در نهایت روند بهبودی را تسریع می‌کند (۴). این پژوهش دارای نقاط قوت متعددی از جمله دامنه‌ی سنی گسترده‌ی شرکت‌کنندگان و استفاده از پرسش‌نامه‌ی خاص، یعنی حمایت اجتماعی مقیاس خانواده (PSS-Fa) و پرسش‌نامه پایداری جامع به درمان (MATQ) است. با این حال، محدودیت‌هایی وجود دارد که از تعمیم یافته‌های آن جلوگیری می‌کند. در ابتدا، این مطالعه‌ی مقطعی محدود به جمعیتی از معتادان تحت درمان در مراکز ترک اعتیاد در یکی از شهرهای ایران است. بنابراین مطالعات آتی برای تکرار این مطالعه بر روی نمونه‌های بزرگتر از سوءمصرف‌کنندگان مواد در مناطق مختلف پیشنهاد می‌شود. دوم، سوگیری اجتماعی احتمالاً

هنگام تکمیل پرسش‌نامه‌های خودگزارشی رخ می‌دهد که ممکن است بر نتایج تحقیق تأثیر بگذارد. از این رو روش‌های دیگر جمع‌آوری اطلاعات مانند مشاهده و مصاحبه با افراد یا خانواده‌ها برای به دست آوردن اطلاعات دقیق‌تر و کامل‌تر پیشنهاد می‌شود. در نهایت، این مطالعه از نوع درمانی که شرکت‌کنندگان دریافت کرده‌اند غفلت می‌کند، که به نظر می‌رسد در مطالعات آینده مورد توجه قرار گیرد. علاوه بر این، بسیاری از افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد دارای یک وضعیت هم‌ابتلائی روانی نیز هستند که این امر تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود می‌کند.

### نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که تبعیت از درمان و حمایت خانواده در سطح مناسبی هستند. علاوه بر این، رابطه‌ی معناداری بین پایداری به درمان و حمایت خانواده را نشان می‌دهد. بنابراین، طراحی مداخلات مناسب، آموزش خانواده‌ها و آموزش دانشجویان در دانشگاه‌ها درباره‌ی اهمیت موضوع می‌تواند موجب افزایش حمایت خانواده و در نتیجه تبعیت از درمان در افراد معتاد شود. علاوه بر این، پرستاران می‌توانند نقش اساسی در احیاء سلامتی و پایداری به درمان در سوءمصرف‌کنندگان مواد و بهبود حمایت اجتماعی خانواده‌های آن‌ها داشته باشند. لذا، به سیاست‌گذاران سلامت پیشنهاد می‌شود که برای حمایت‌های لازم از سوءمصرف‌کنندگان مواد برنامه‌ریزی‌های لازم و ضروری را داشته باشند.

### سیاسگذاری

مقاله‌ی ارسالی منتج از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روان‌پرستاری در دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد. پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان در مطالعه و کارکنان مراکز ترک اعتیاد تشکر می‌کنند.

### تضاد منافع

نویسندگان اذعان می‌دارند که هیچ‌گونه تعارضی در منافع افراد و مشارکت‌کنندگان در تحقیق وجود ندارد.

## References

1. Moradinazar M, Najafi F, Jalilian F, Pashar Y, Hamzeh B, Shakiba E, et al. Prevalence of drug use, alcohol consumption, cigarette smoking and measure of socioeconomic-related inequalities of drug use among Iranian people: findings from a national survey. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2020;15(1):39. <https://doi.org/10.1186/s13011-020-00279-1>
2. UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime World Drug Report 2022 highlights trends on cannabis post-legalization, environmental impacts of illicit drugs, and drug use among women and youth. 2022 [cited 2024 7 November]. Available from: <https://unis.unvienna.org/unis/en/pressrels/2022/unisnar1462.html>.
3. Soroosh D, Neamatshahi M, Zarmehri B, Nakhaee S, Mehrpour O. Drug-induced prolonged corrected QT interval in patients with methadone and opium overdose. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2019;14(1):8. <https://doi.org/10.1186/s13011-019-0196-3>
4. Azami M, Pilevarzadeh M, Sharifi N. The Effect of Information Therapy on Treatment Adherence among Patients Referred to Addiction Treatment Centers. *Addiction & Health*. 2020;12(1):1-10.
5. Khammarnia M, Peyvand M. The Reasons of Return to Drug Addiction and Suggested Solutions Among the People Referring to Rehabilitation Centers: A Qualitative Study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2018;17(6):523-38.
6. Jauk E, Dieterich R. Addiction and the Dark Triad of Personality. *Frontiers in Psychiatry*. 2019;10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00662>
7. Hell ME, Nielsen AS. Does patient involvement in treatment planning improve adherence, enrollment and other treatment outcome in alcohol addiction treatment? A systematic review. *Addiction Research & Theory*. 2020;28(6):537-45. <https://doi.org/10.1080/16066359.2020.1723083>
8. Organization WH. Adherence to long-term therapies: evidence for action. 2003 [cited 2024 7 November].
9. Hoseiny Morasa SMH, Haghighi M, Ataei S, Rangchian M. An Investigation on the Guideline Adherence in Opioid Addiction Treatment and the Causes of Nonadherences. *Addictive Disorders & Their Treatment*. 2021;20(4):360-70. <https://doi.org/10.1097/ADT.0000000000000254>
10. Yeager KA, Williams B, Bai J, Cooper HLF, Quest T, Meghani SH, Bruner DW. Factors Related to Adherence to Opioids in Black Patients With Cancer Pain. *J Pain Symptom Manage*. 2019;57(1):28-36. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.10.491>
11. Zeng X, Lu M, Chen M. The relationship between family intimacy and relapse tendency among people who use drugs: a moderated mediation model. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2021;16(1):48. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00386-7>
12. Lakey B, Cohen S. Social support theory and measurement. Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists. New York, NY, US: Oxford University Press; 2000. p. 29-52. <https://doi.org/10.1093/medpsych/9780195126709.003.0002>
13. Zeng X, Tan C. The Relationship between the Family Functioning of Individuals with Drug Addiction and Relapse Tendency: A Moderated Mediation Model. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph18020625>
14. Razaghi E, Farhoudian A, Pilevari A, Noroozi A, Hooshyari Z, Radfar R, Malekinejad M. Identification of the socio-cultural barriers of drug addiction treatment in Iran. *Heliyon*. 2023;9(5):e15566. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e15566>
15. Danielson E, Melin-Johansson C, Modanloo M. Adherence to Treatment in Patients with Chronic Diseases: From Alertness to Persistence. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2019;7(4):248-57.
16. Procidano ME, Heller K. Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies. *Am J Community Psychol*. 1983;11(1):1-24. <https://doi.org/10.1007/BF00898416>
17. Hays JT, Leischow SJ, Lawrence D, Lee TC. Adherence to treatment for tobacco dependence: association with smoking abstinence and predictors of adherence. *Nicotine Tob Res*. 2010;12(6):574-81. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntq047>
18. Le TA, Ha GH, Le MQT, Tran LMH, Pham DTT, Tran NHT, et al. Treatment adherence amongst drug users attending public and



- private methadone maintenance clinics in a northern province of Vietnam. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2020;15(1):31. <https://doi.org/10.1186/s13011-020-00271-9>
19. Lemos Vde A, Antunes HK, Baptista MN, Tufik S, Mello MT, Formigoni ML. Low family support perception: a 'social marker' of substance dependence? *Braz J Psychiatry*. 2012;34(1):52-9. [https://doi.org/10.1016/S1516-4446\(12\)70010-7](https://doi.org/10.1016/S1516-4446(12)70010-7)
  20. Tayyebi k, Abolghasemi A, Alilu MM. The Comparison of Social Support and Deprivation in Narcotics and Psychoactive Drugs Addicts and Normal Personal. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2012;2(13):54-62.
  21. Badrizadeh A, Rezaii Jamaloi H, Khanzadeh M, Foroughi S, Saki M. Evaluation of The Role of Social Support and it's Components in Adherence to Treatment in Type 2 Diabetic Patients in KhorramAbad City. *Nursing and Midwifery Journal*. 2021;19(9):696-703. <https://doi.org/10.52547/unmf.19.9.696>
  22. Lutfian L, Azizah A, Wardika IJ, Wildana F, Maulana S, Wartakusumah R. The role of family support in medication adherence and quality of life among tuberculosis patients: A scoping review. *Japan Journal of Nursing Science*. 2025;22(1):e12629. <https://doi.org/10.1111/jjns.12629>
  23. Olagbemide OJ, Omosanya OE, Ayodapo AO, Agboola SM, Adeagbo AO, Olukokun TA. Family support and medication adherence among adult type 2 diabetes: Any meeting point? *Ann Afr Med*. 2021;20(4):282-7. [https://doi.org/10.4103/aam.aam\\_62\\_20](https://doi.org/10.4103/aam.aam_62_20)
  24. Xiong S, editor *The Relationship between Family Support and Medication Adherence among Hypertensive Patients in Kenya 2018*.