

Correlation of Psychosocial problems with perception of social support families with addicted member admitted

Mancheri¹ H (MSc.) - Heidari² M (MSc.) - Ghodusi Borujeni³ M (MSc.)

Abstract

Background and Aim: Addiction as health problem, mental and social of the present century that not only impact on the physical, emotional and social addicted person, but also led to social-psychosocial problems for the community and their families. However, it seems that social support for families in this condition improve their health and compatibility with the conditions. Therefore this study was to examine relation between psychosocial problems with perception of social support families with addicted member.

Method: This Study was a descriptive-analytical study and 400 members of the first prime of drug addicted person whom referred to 5-Azar Addicts Rehabilitation Center of Gorgan at 2012 were selected by simple random sampling. Data gathered by Questionnaires of Check List 90- revise (SCL-90), Northouse social support and demographic information. The data were analyzed by Spearman correlation coefficient, Chi-square and Fisher.

Results: The results showed that most families participating in this study had moderate anxiety (36.4%) and moderate depression (36.8%) Also 36% of them have low levels of aggression while 35/8% have the moderate of interpersonal sensitivity. Moreover, most subjects (70.3%) displayed moderate levels of perceived social support. The results showed that between the perception of social support, and anxiety ($r=-0.347$), depression ($r=0.347$) and interpersonal sensitivity ($r=-0.293$) there was a significant inverse relationship, while there was no significant relationship between aggression and perception of social support ($r=-0.293$).

Conclusion: in regard with the salient role of high social support in better coping of the families of addicted people with stressful factors and its role in providing their psychosocial health, the nurses of health centers can develop some supportive groups and increase their knowledge about positive effects of supportive behaviors to give appropriate supportive interventions. Hence, it is necessity for nurses, first, by constantly evaluating the supportive needs of these families and then by using the sources existed in society and families' contribution to step up efforts to promote psychosocial health condition.

Keywords: Family, Psychosocial, Social support, Addiction, Substance addicted.

Received: 3 February 2013

Accepted: 21 November 2013

1- MSc in Psychiatric Nursing, Department of Nursing, Faculty of Buieh Nursing and Midwifery, Golestan, University of Medical Sciences, Golestan, Iran.

2- MSc in Nursing, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery School, Shahre Kord University of Medical Sciences, Shahr-e- Kord, Iran. (**Corresponding author**)

e-mail: Heidari@skums.ac.ir

3-MSc in Psychiatric Nursing, Department of Nursing, Faculty of Burojen Nursing, Shahre Kord University of Medical Sciences, ShahreKord, Iran.

ارتباط مشکلات روانی - اجتماعی با درک از حمایت اجتماعی در خانواده های معتادین

حمیده منجری^۱، محمد حیدری^۲، منصوره قدوسی بروجنی^۳

چکیده

مقدمه: اعتیاد به عنوان یکی از مشکلات بهداشتی، روانی، اجتماعی قرن حاضر است که علاوه بر این که ابعاد جسمی، عاطفی و اجتماعی فرد معتاد را تحت تاثیر قرار می دهد، موجب مشکلات روانی، اجتماعی برای جامعه و همچنین خانواده های آنان شده است. در عین حال به نظر می رسد حمایت اجتماعی برای خانواده ها در این وضعیت، سبب بهبود سلامتی و سازگاری آن ها با شرایط می شود. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط مشکلات روانی، اجتماعی با درک از حمایت اجتماعی در خانواده های معتادین انجام پذیرفت.

روش: این مطالعه پژوهشی از نوع توصیفی - تحلیلی بوده و در این پژوهش ۴۰۰ عضو درجه یک خانواده فرد معتاد مراجعه کننده به مرکز درمانی و توانبخشی ترک اعتیاد پنج آذر گرگان در سال (۱۳۹۱) با روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه های سلامت روانی - اجتماعی (SCL-90-revise Symptom Check List 90- revise) پرسشنامه حمایت اجتماعی نورتوس Northouse و مشخصات جمعیت شناختی بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های آماری، ضریب همبستگی اسپیرمن، ضریب کای اسکوتر و فیشر استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که بیشتر خانواده های شرکت کننده در این مطالعه دارای اضطراب متوسط (۳۶/۴٪) و افسردگی متوسط (۳۶/۸٪) بودند. همچنین (۳۶٪) از آن ها دارای پرخاشگری کم و (۳۵/۸٪) نیز حساسیت بین فردی متوسط داشتند. حمایت اجتماعی درک شده بیشتر خانواده ها (۷۰/۳٪) در سطح متوسط بود. نتایج نشان داد بین درک از حمایت اجتماعی و اضطراب ($r = -0.347$)، افسردگی ($r = -0.347$) و حساسیت در روابط بین فردی ($r = -0.293$) ارتباط معکوس معنی داری وجود داشت، در حالی که این ارتباط بین پرخاشگری با درک از حمایت اجتماعی معنی دار نبود ($r = -0.096$).

نتیجه گیری: با توجه به این که برخورداری از حمایت اجتماعی بالا در مواجهه و سازگاری بهتر خانواده های معتادین با عوامل تنش زا و تأمین سلامت روانی، اجتماعی آن ها نقش بسزایی دارد، پرستاران شاغل در مراکز بهداشتی درمانی، می توانند با ایجاد گروه های حمایتی و بالا بردن سطح آگاهی آن ها در مورد تأثیر مثبت رفتارهای حمایتی بر سلامت روانی، اجتماعی برای آرایه هر چه بهتر مداخلات حمایتی مناسب به خانواده های معتادین اقدام نمایند. بنابراین لازم است آن ها پیوسته نیازهای حمایتی این خانواده ها را بررسی کرده و با بسیج منابع حمایتی موجود در جامعه و مشارکت خانواده ها در جهت ارتقاء سلامت روانی - اجتماعی آن ها گام بردارند.

کلید واژه ها: خانواده، مشکلات روانی و اجتماعی، حمایت اجتماعی، اعتیاد، مواد مخدر.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۸/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۱/۱۵

۱- کارشناس ارشد روان پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی بویه، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گلستان، ایران.
۲- کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: Heidari@skums.ac.ir

۳- کارشناس ارشد روان پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری بروجن، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

مقدمه

خانواده به عنوان بنیان اصلی در شکل گیری نهاد های اجتماعی، دارای دو عملکرد اساسی اجتماعی کردن و ثبات شخصیت افراد می باشد (۱) یکی از عواملی که عملکرد و پویایی خانواده را تحت تاثیر قرار می دهد مسئله اعتیاد در خانواده است که موجب افزایش مشکلات روانی و اجتماعی در اعضای خانواده می گردد (۲).

وابستگی و سوء مصرف مواد، از مهم ترین مشکلات عصر حاضر است که گسترش جهانی پیدا کرده به طوری که گزارش سالانه سازمان جهانی بهداشت در سال (۲۰۰۵) نشان می دهد که در دنیا حدود ۲۰۰ میلیون نفر معتاد به انواع مواد افیونی وجود دارد و هر روز به شمار قربانیان مصرف کنندگان مواد افزوده می شود و عوارض آن (اختلالات روانی، جسمانی، خانوادگی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی) همه مرزهای فرهنگی و اجتماعی را درمی نوردد و سلامت بشر را مورد تهدید قرار می دهد (۳). در کشور ما نیز آمار وابستگی و سوء مصرف از دو میلیون در سال ۱۳۷۶ به سه میلیون نفر در سال ۱۳۸۰ رسیده و آمارهای غیر رسمی، شش میلیون نفر معتاد را گزارش کرده اند (۴). اعتیاد یک بیماری جسمی و روانی به شمار می آید که به دلیل ماهیت پیشرونده اش در همه ابعاد زندگی، سلامتی فرد، خانواده و جامعه را به خطر می اندازد و اولین پایگاهی که در این خصوص تاثیر می پذیرد، سیستم خانواده است که در این سیستم نیز تاثیرات منفی سوء مصرف به طور ویژه روی همسر، والدین و فرزندان فرد معتاد می باشد (۵، ۶) و به صورت استرس با علایم روانی و جسمی تجربه می شود که عبارتند از نگرانی در مورد بار تحمیل شده در اثر اعتیاد، نگرانی از رفتار و وضعیت سلامت جسمی و روانی فرد معتاد، کاهش ارتباطات اجتماعی خانواده، تاثیرات منفی روی ارتباطات بین اعضای خانواده (حساسیت در روابط بین فردی) و علایم خلقی یا عاطفی شامل اضطراب، نگرانی، افسردگی، احساس بیچارگی، خشم و احساس گناه می باشد (۷). در اثر برچسبی که با مصرف مواد در ارتباط است، اغلب مشکلات سوء مصرف مواد در خانواده ها مخفی می ماند، این امر، نه تنها تجربه تنش را در خانواده ها بدتر می کند، بلکه ممکن است از مساعدت و همکاری که خانواده می تواند برای بهبود فرد معتاد برخوردار شود پیشگیری کند. وجود فرد وابسته به مواد در خانواده جنبه های مختلف خانواده را تحت تاثیر قرار داده، اعضای خانواده فرد معتاد به طور جدی احساس شکست کرده و هیجان های منفی را تجربه می کنند. از سوی دیگر، خانواده ها تلاش می کنند با استفاده از استراتژی های انکار و پرخاشگری، با مشکلات بوجود آمده سازگاری کنند (۸). بنابراین زندگی کردن با فردی که مشکل سوء مصرف مواد دارد

تنش زا می باشد، فردی که سوء مصرف مواد دارد، اغلب دست به کارهایی می زند که می تواند، تاثیر نامطلوبی روی زندگی خانوادگی و اعضای خانواده معنادار داشته باشد و اعضای خانواده از همه گروه های سنی (فرزندان، همسر، برادر یا خواهر، والدین، خویشاوندان نزدیک) تحت تاثیر قرار می گیرند و سطوح بالایی از علامت های جسمی و روانی را نشان می دهند (۹). Kirby و همکاران نیز این گونه بیان می کنند که بر اثر اعتیاد، عناصر اصلی خانواده دچار تنش و اضطراب می شوند و برای درمان، بایستی ابتدا به کاهش تنش های موجود در خانواده پرداخت و مادام که از شدت این فشارها کاسته نشود، هیچ گونه اقدامی برای درمان میسر نخواهد بود. بنابراین موثرترین گام برای بهبود روابط اعضای خانواده، کنترل فشارها است (۱۰). با توجه به این که اعتیاد فشار بزرگی روی خانواده های معتادین به جای می گذارد و اعضای خانواده مصرف کنندگان مواد، به طور مشخص شکست جدی و هیجان های منفی را تجربه می کنند، فراهم آوردن حمایت برای خانواده ها در این وضعیت مبین آن است که سلامتی و سازگاری خانواده را بهبود بخشیده و پیشرفت هایی در توسعه عملکرد، کنترل هیجانات، ارتقاء سلامتی، استراتژی های سازگاری اعضای خانواده ایجاد می نماید. و همچنین روند درمان را برای فرد مصرف کننده مواد تسهیل می کند (۱۱). همچنین حمایت از خانواده ها، احساس تنهایی و افسردگی را کاهش داده و منجر به خود مراقبتی موثر در آن ها می شود (۶). احساس رضایت از حمایت اجتماعی، موجب کاهش اضطراب، افسردگی، غلبه بر بیمار انگاری، افزایش اعتماد به نفس و گسترش روابط اجتماعی در افراد شود (۱۲). همچنین دریافت حمایت اجتماعی می تواند فشار ناشی از استرس ها و اثر منفی آن ها را کاهش دهد (۷). Janowski و همکاران نیز در این راستا این گونه بیان می کنند که اعضای خانواده فرد معتاد که از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار باشند، با مشکلات زیادی مواجه خواهند شد (۱۳). حمایت اجتماعی به عنوان یکی از روش های مقابله ای عاطفه نگر می تواند با پیشگیری از وقوع موقعیت های پرتنش، افراد را مورد حفاظت قرار دهد و یا به آن ها کمک کند تا وقایع پرتنش را به صورتی ارزیابی نمایند که جنبه تهدید کنندگی کمتری داشته باشد. حمایت اجتماعی می تواند به صورت حمایت روانی و احساسی، حمایت اطلاعاتی، ملموس ارائه شود، اما درک از حمایت ارائه شده از اهمیت خاصی برخوردار است، به عبارت دیگر به نظر می رسد درک افراد نسبت به حمایت های دریافتی، مهم تر از میزان حمایت ارائه شده می باشد (۱۴). حمایت اجتماعی دارای فواید روان شناختی و جسمانی برای افرادی است که، با رویدادهای فشار زای جسمی، روانی و اجتماعی مواجه می شوند. همچنین

اختلالات روانی در جمعیت روستایی میبد یزد) مورد تایید قرار گرفت (۴). پرسشنامه حمایت اجتماعی نورتوس برای اولین بار توسط حیدری و همکاران، در سال ۱۳۸۴ در مطالعه ای با عنوان بررسی ارتباط حمایت اجتماعی درک شده از سوی منابع مختلف و اندازه شبکه اجتماعی، با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان با ضریب اعتبار ۰/۹۲ برآورد گردید (۱۷).

پرسشنامه SCL ۹۰ شامل ۹۰ سوال می باشد که ۹ بعد مختلف شامل (افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، حساسیت در روابط بین فردی، شکایات جسمانی، وسواس اجباری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، روان پریشی) و سؤال های اضافه (۷ سؤال) را در بر می گیرد. و گویه ها به صورت مقیاس پنج گزینه ای لیکرت می باشد و محدوده امتیازبندی از صفر تا چهار نمره شامل هیچ (۰)، کمی (۱)، تا حدی (۲)، زیاد (۳) و خیلی زیاد (۴) می باشد. برای تعیین نمره هر بعد (افسردگی، اضطراب، حساسیت بین فردی، پرخاشگری) می توان نمرات سؤالات هر پرسشنامه را با یکدیگر جمع کرد و به صورت زیر تقسیم بندی شده است.

۱) برای افسردگی: نمره کمتر از ۱۳: بدون افسردگی، نمره ۱۳-۲۵: افسردگی کم، نمره ۲۶-۳۸: افسردگی متوسط، نمره ۳۹-۵۱: افسردگی شدید و نمره ۵۲ افسردگی خیلی شدید می باشد. ۲) برای اضطراب: نمره کمتر از ۱۰: بدون اضطراب، نمره ۱۰-۱۹: اضطراب کم، نمره ۲۰-۲۹: اضطراب متوسط و نمره ۳۰-۳۹: اضطراب شدید و نمره ۴۰ اضطراب خیلی شدید می باشد. ۳) برای حساسیت بین فردی: نمره کمتر از ۹: بدون حساسیت در روابط بین فردی، نمره ۹-۱۷: حساسیت در روابط بین فردی کم، نمره ۱۸-۲۶: حساسیت در روابط بین فردی متوسط، نمره ۲۷-۳۵: حساسیت در روابط بین فردی شدید و نمره ۳۶ حساسیت در روابط بین فردی خیلی شدید می باشد. ۴) برای پرخاشگری: نمره کمتر از ۶: بدون پرخاشگری، نمره ۶-۱۱: پرخاشگری کم، نمره ۱۲-۱۷: پرخاشگری متوسط، نمره ۱۷-۲۳: پرخاشگری خیلی شدید می باشد.

پرسشنامه حمایت اجتماعی نورتوس از ۴۰ سؤال در ۵ قسمت (همسر، اعضای خانواده، دوستان، پزشک و پرستار) تشکیل شده است. ۵ قسمت آن هر کدام ۸ گویه دارد که میزان حمایت اجتماعی درک شده بیماران از سوی همسر، اعضای خانواده، دوستان، پزشک و پرستار را می سنجد. گویه ها به صورت مقیاس پنج گزینه ای لیکرت می باشد و محدوده امتیازبندی از یک تا پنج نمره شامل: کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، نظری ندارم (۳)، موافقم (۴) و کاملاً موافقم (۵) می باشد. نمره حمایت اجتماعی درک شده از سوی هر یک از منابع حمایتی به صورت جداگانه از مجموع نمرات کسب شده مربوط

به عنوان یک منبع ارزان قیمت اقتصادی و با اهمیت اجتماعی در جهت مقابله با مشکلات روان شناختی از جمله اضطراب و افسردگی از اهمیت بالایی برخوردار است. شواهد چشمگیری نشان می دهد که حمایت اجتماعی نقش مهمی در سلامت افراد یک جامعه ایفا می کند چرا که انزوای اجتماعی، به بیماری جسمی و روانی منجر می شود (۱۵). حمایت اجتماعی روی واکنش افراد به حوادث تنش زای زندگی تاثیر می گذارد، پاسخ افراد به تنش را تعدیل می کند و افراد را در برابر اثرات تهدید کننده تنش محافظت می کند. حمایت کافی ممکن است روی تجربه افراد از تنش تاثیر بگذارد و اثرات منفی را از طریق کاهش عکس العمل به تنش یا اثر مستقیم روی فرایند زیستی، تعدیل نماید (۱۶). از آنجائی که برای گسترش حمایت های اجتماعی خانواده های معتادین، شناخت درک خانواده ها و افراد معتاد از درک اجتماعی الزامی است و با عنایت به مروری برمتون مبنی بر کمبود مطالعات به ویژه در بافت فرهنگی اجتماعی ایران این مطالعه باهدف بررسی ارتباط مشکلات روانی اجتماعی با درک از حمایت اجتماعی خانواده های معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی ترک اعتیاد پنج آذر گرگان انجام شد.

روش مطالعه

این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی تحلیلی است. حجم نمونه با در نظر گرفتن (p=۰/۰۵)، میزان اطمینان (۹۵٪) و

(e=۰/۰۵) و بر اساس فرمول
$$n = \frac{Z^2 \cdot \frac{1-\alpha}{4e^2}}$$
 برابر با ۳۸۴ نفر

برآورد گردید که به منظور جایگزین کردن ریزش احتمالی بعضی از نمونه ها ۴۰۰ نفر در نظر گرفته شد، که با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. اطلاعات این پژوهش با استفاده از پرسشنامه (SCL-۹۰) Symptom Check List 90- revise برای بررسی مشکلات روانی، اجتماعی (اضطراب، افسردگی، پرخاشگری و حساسیت در روابط بین فردی) و پرسشنامه حمایت اجتماعی نورتوس Northouse برای بررسی درک از حمایت اجتماعی جمع آوری گردید. پرسشنامه SCL-۹۰ توسط دراگوتس و همکارانش در سال ۱۹۷۳ معرفی شد و بر اساس تجربیات بالینی و تجزیه و تحلیل های روان سنجی، مورد تجدید نظر قرار گرفت و فرم نهایی آن در سال ۱۹۷۶ تهیه گردید. در ایران پایایی و روایی این آزمون توسط میرزایی در سال ۱۳۵۹ (با عنوان ارزیابی پایایی و اعتبار آزمون SCL-۹۰ در ایران) انجام و با ضریب پایایی $r=0/97$ گزارش گردید و سپس توسط باقری یزدی در سال ۱۳۷۳ (با عنوان بررسی همه گیر شناسی

مطالعه، اقداماتی از قبیل: اخذ مجوز از کمیته اخلاق و مسئولین دانشگاه، توضیح هدف از انجام پژوهش و نحوه پاسخگویی به پرسشنامه‌ها، آگاه کردن مشارکت‌کنندگان از شرکت داوطلبانه، کسب رضایت کتبی، و اطمینان دادن به جهت محرمانه ماندن اطلاعات توسط پژوهشگران صورت پذیرفت.

یافته‌ها

نتایج حاصل از داده‌ها نشان داد که اکثریت (۷۸٪) اعضای خانواده معنادین (عضو درجه یک فرد معتاد که نقش حمایت و رسیدگی به فرد معتاد را داشته است) شرکت‌کننده در این پژوهش زن بودند که اکثریت (۸۷/۳٪) آنان متأهل و از نظر اشتغال، اکثریت (۶۴٪) خانه‌دار بودند که (۴۸/۵٪) آنان دارای مدرک تحصیلی زیر دیپلم، (۴۹/۳٪) سن زیر ۳۵ سال داشتند و از نظر نسبت آنان با فرد معتاد نیز حدود نیمی (۵۳/۸٪) از آنان همسران فرد معتاد بودند. همچنین نتایج نشان داد سطح درآمد این خانواده‌ها در حدود کمتر از نیمی (۴۵/۵٪) در سطح "تا حدی کفایت می‌کند" بوده و اکثریت آنان (۶۸/۸٪) سابقه وجود فرد معتاد دیگری را در خانواده نداشتند. بیشتر خانواده‌های شرکت‌کننده در این مطالعه از نظر اضطراب، (۳۶/۴٪) اضطراب متوسط، (۳۶/۸٪) از نظر پرخاشگری، بدون پرخاشگری و (۳۶٪) پرخاشگری کم و از نظر حساسیت در روابط بین فردی (۴۰/۸٪) حساسیت بین فردی کم و (۳۵/۸٪) نیز حساسیت بین فردی متوسط داشتند، که در جدول ۱ نشان داده شده است. بیشترین خانواده‌های معنادین (۷۰/۳٪) درک از حمایت اجتماعی کلی در سطح متوسط داشتند (جدول شماره ۲). نتایج محاسبه ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد که بین میزان اضطراب (I=-۰/۳۴۷)، افسردگی (I=-۰/۳۴۷)، حساسیت بین فردی (I=-۰/۲۳۹) با درک از حمایت اجتماعی کلی خانواده‌های معنادین ارتباط آماری معکوس معنی‌داری وجود داشت (p<۰/۰۰۱) در حالی که بین وضعیت پرخاشگری (I=-۰/۰۹۶) و درک از حمایت اجتماعی کلی خانواده‌های معنادین ارتباط معنی‌داری دیده نشد (p=۰/۰۵۵). یافته‌ها نشان داد که اضطراب، افسردگی و حساسیت بین فردی اعضای خانواده معنادین با جنس، نسبت آن‌ها با فرد معتاد و وضعیت اشتغال آن‌ها ارتباط معنادار داشت (p<۰/۰۰۱) در حالی که بین اضطراب و افسردگی با وضعیت تاهل، تحصیلات و سن اعضای خانواده معنادین ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. یافته‌ها نشان داد که پرخاشگری فقط با جنس مددجویان ارتباط داشت و این در حالی است که بین پرخاشگری و وضعیت تاهل، نسبت فامیلی، تحصیلات، اشتغال و سن مددجویان ارتباط معنی‌داری مشاهده

به هر منبع و نمره کلی حمایت اجتماعی درک شده از مجموع نمرات کسب شده در کلیه منابع محاسبه می‌گردد. دامنه تغییرات نمره کلی حمایت اجتماعی درک شده پنج منبع، از ۴۰ تا ۲۰۰ و محدوده تغییرات نمره حمایت اجتماعی درک شده هر یک از منابع به صورت جداگانه از ۸ تا ۴۰ است. نمره کلی حمایت اجتماعی درک شده به سه سطح پایین (۴۰-۹۲)، متوسط (۹۳-۱۴۶) و بالا (۱۴۷-۲۰۰) و نمره حمایت اجتماعی درک شده هر یک از منابع حمایتی نیز به سه سطح پایین (۱۸-۸)، متوسط (۲۹-۱۹) و بالا (۳۰-۴۰) طبقه‌بندی می‌شوند (۱۷). روایی ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش از طریق به کارگیری روش اعتبار محتوی سنجیده شد. به این ترتیب که ابتدا با مراجعه به منابع علمی موجود و مکاتبه با نویسندگان مقالات خارجی و بهره‌گیری از نظرات اساتید راهنما، مشاور و مشاور آمار ابزار اولیه تنظیم گردید. سپس ابزارها جهت نظر سنجی در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار داده شد. پس از اعمال نظر اساتید، ابزار جهت بررسی نهایی، مجدداً در اختیار اساتید راهنما و مشاور قرار گرفت. معیارهای ورود واحد‌های مورد پژوهش شامل: عضو درجه یک بودن (همسر، مادر، پدر، برادر، خواهر، فرزند) خانواده فرد معتادی که دارای پرونده پزشکی در مرکز درمانی پنج آذر شهر گرگان باشد، عدم اختلالات جسمی و روانی حاد یا مزمن شناخته شده عضو درجه یک، عدم سابقه سوء مصرف مواد عضو درجه یک خانواده و سن ۱۸ سال و بالاتر، می‌باشد. معیارهای خروج شامل: ابتلا به اختلالات روان پزشکی، سن کمتر از ۱۸ سال، کمتر از ۱۸ سال بود. بعد از انتخاب واحد‌های مورد پژوهش واجد شرایط، پژوهشگر خود را به آن‌ها معرفی کرده هدف از انجام این پژوهش را بیان نمود و بعد از کسب رضایت‌نامه کتبی و دادن اطمینان به آن‌ها در مورد حفظ اطلاعات مندرج در پرسشنامه، داده‌ها جمع‌آوری گردید. لازم به ذکر است پرسشنامه‌ها به صورت خود گزارش دهی تکمیل شدند و در صورتی که واحد‌های مورد پژوهش بی‌سواد بودند تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت مصاحبه انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS v.16 صورت گرفت. جهت تنظیم جداول از روش‌های آمار توصیفی استفاده شد. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های استنباطی ضریب همبستگی اسپیرمن (جهت بررسی همبستگی متغیرهای روانی-اجتماعی با درک از حمایت اجتماعی)، آزمون کای اسکوتر و فیشر (جهت بررسی ارتباط متغیرهای روانی-اجتماعی و درک از حمایت اجتماعی با اطلاعات جمعیت‌شناختی) استفاده شد. پژوهشگر در این پژوهش به لحاظ رعایت حقوق مشارکت‌کنندگان در

ارتباط معنی داری وجود داشت و این در حالی است که بین سن، وضعیت تحصیلی و وضعیت تأهل با درک از حمایت اجتماعی کلی ارتباطی دیده نشد.

نشد. نتایج آزمون کای اسکور نشان داد که بین جنس خانواده های معتادین، نسبت خانواده های معتادین (با فرد معتاد)، وضعیت اشتغال با میزان درک از حمایت اجتماعی کلی آن ها

جدول شماره ۱- ارتباط بین مشکلات روانی، اجتماعی با درک از حمایت اجتماعی

| P- value | حمایت اجتماعی بالا تعداد (درصد) | حمایت اجتماعی متوسط تعداد (درصد) | حمایت اجتماعی پایین تعداد (درصد) | درک از حمایت اجتماعی مشکلات روانی، اجتماعی |
|----------------------|--|--|--|--|
| *P<۰/۰۰۱ r=-۰/۳۴۷ | ۱۴ (۵۳/۸) | ۷۹ (۲۸/۱) | ۷ (۷/۷) | میزان افسردگی بدون افسردگی |
| | ۲ (۷/۷) ۹ (۳۴/۶) ۱ (۳/۸) | ۱۱۲ (۳۹/۹) ۸۳ (۲۹/۵) ۷ (۲/۵) | ۲۵ (۲۷/۵) ۵۳ (۵۸/۲) ۶ (۶/۶) | افسردگی کم افسردگی متوسط افسردگی شدید وضعیت پرخاشگری |
| | ۱۵ (۵۷/۷) ۸ (۳۰/۸) ۳ (۱۱/۵) ۰ (۰) | ۱۲۹ (۴۵/۹) ۹۲ (۳۲/۷) ۵۱ (۱۸/۲) ۹ (۳/۲) | ۳۵ (۳۸/۵) ۴۲ (۴۶/۲) ۱۲ (۱۳/۲) ۲ (۲/۲) | بدون پرخاشگری پرخاشگری کم پرخاشگری متوسط پرخاشگری شدید |
| P=۰/۰۵۵ r=-۰/۰۹۶ | ۱۰ (۳۸/۵) ۷ (۲۶/۹) ۸ (۳۰/۸) ۱ (۳/۸) | ۷۸ (۲۷/۸) ۱۱۶ (۴۱/۳) ۷۷ (۲۷/۴) ۱۰ (۳/۶) | ۱۶ (۱۷/۶) ۲۴ (۲۶/۴) ۴۸ (۵۲/۷) ۳ (۳/۳) | میزان حساسیت بین فردی بدون حساسیت بین فردی حساسیت بین فردی کم حساسیت بین فردی متوسط حساسیت بین فردی شدید |
| | ۱۳ (۵۰) ۵ (۱۹/۲) ۵ (۱۹/۲) ۳ (۱۱/۵) | ۸۷ (۳۱) ۹۸ (۳۴/۹) ۸۴ (۲۹/۹) ۱۲ (۴/۳) | ۱۱ (۱۲/۱) ۱۶ (۱۷/۶) ۵۵ (۶۰/۴) ۹ (۹/۹) | میزان اضطراب بدون اضطراب اضطراب کم اضطراب متوسط اضطراب شدید |
| | | | | |

* P معنی دار

جدول ۲- توزیع فراوانی حمایت اجتماعی درک شده واحدهای مورد پژوهش

| درصد | فراوانی | حمایت اجتماعی درک شده |
|------|---------|-----------------------|
| ۲۲/۸ | ۹۱ | پایین |
| ۷۰/۳ | ۲۸۱ | متوسط |
| ۶/۹ | ۲۸ | بالا |
| ۱۰۰ | ۴۰۰ | جمع |

بحث

های معتادین انجام شد، مشخص گردید که، اعتیاد تأثیرات منفی زیادی روی خانواده های نیوزیلندی داشته است که این تأثیرات منفی شامل: احساس ترس و اضطراب، اعتماد به نفس پایین، انزوای اجتماعی و رفتاری بوده است (۲۰). اعضای خانواده در برابر فرد معتاد احساس مسئولیت می کنند و سعی دارند او را نجات دهند، محافظت و کنترل کنند که این امر، منجر به خستگی (اضمحلال)، اضطراب، ترس، احساس گناه و عصبانیت در آن ها می گردد (۲۱). مطالعه Thomas lee و همکاران در سال ۲۰۱۱ جهت تعیین شیوع استرس و سازگاری در سنگاپور نشان داد اعضای خانواده معتادین نسبت به گروه شاهد، به طور قابل توجهی، افسردگی، استرس و آشفتگی های

یافته ها در این مطالعه نشان داد که زنان، مادران و افرادی که خانه دار بودند اضطراب، افسردگی، حساسیت بین فردی و پرخاشگری بیشتری را گزارش کردند. پی آمد آشکار مشکلات سوء مصرف مواد، استرسی است که اعضای خانواده رادر بر می گیرد (۱۸)، استرسی که شدید بوده و به مدت طولانی باقی می ماند و این استرس، می تواند باعث ایجاد بیماری های جسمی و روانی برای اعضای نزدیک فرد مصرف کننده مواد شود (۱۹).

در مطالعه ای کیفی که توسط Moriarty و همکاران (۲۰۱۱) در نیوزلند با هدف بررسی تأثیرات اعتیاد بر خانواده

خواهد شد (۱۳). همچنین مطالعه آسایش و همکاران (۲۰۱۰) نیز نشان داد که حمایت اجتماعی از سوی اعضای خانواده، سبب ارتقای سلامت روان و رضایت از زندگی دانشجویان و در نتیجه باعث کاهش مشکلات روانی می‌شود. که با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۲۷). از دیدگاه روان شناختی فردی سالم که از آسایش روانی برخوردار می‌باشد و زندگی بدون تنش را تجربه می‌کند در موارد بحران و رویداد های خطر زا ارتباط مفیدتری با اطرافیان داشته، از کمک و حمایت های آن ها استقبال کرده و این گونه حمایت های آن ها را نیز بیشتر درک خواهد نمود (۱۲). همچنین مطالعه ای که توسط چراغی و همکاران (۲۰۱۲) با هدف بررسی ارتباط درک از حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی در بیماران نارسایی احتقانی قلبی انجام شد نشان داد که درک حمایت اجتماعی در بیماران باعث افزایش کیفیت زندگی در آنان می‌شود. نتایج این مطالعه نیز می‌با مطالعه حاضر همسواست چرا که بیماران به خاطر بیماری جسمانی از مشکلات روانی نیز رنج می‌برند که درک از حمایت اجتماعی می‌تواند باعث افزایش کیفیت زندگی آنان شود (۲۸).

در مطالعه حاضر بین وضعیت پرخاشگری و درک از حمایت اجتماعی کلی خانواده های معتادین ارتباط معنی داری دیده نشد و این در حالی است که Lee و همکاران (۲۰۰۴) نشان دادند که دانشجویانی که از سطح بالای حمایت اجتماعی برخوردارند فشار روانی و پرخاشگری کمتری دارند (۲۹). با عنایت به این که این مطالعه در یک مرکز درمان معتادین انجام شد و محدود به استان گلستان می‌باشد. لذا از محدودیت های این پژوهش محسوب می‌گردد و بایستی در تعمیم نتایج جانب احتیاط را رعایت نمود.

نتیجه گیری نهایی

با توجه به این که برخورداری از حمایت اجتماعی بالا در مواجهه و سازگاری بهتر خانواده های معتادین با عوامل تنش زا نقش بسزایی دارد، پرستاران شاغل در مراکز بهداشتی درمانی، می‌توانند با شناسایی کردن افراد در معرض خطر، در پیشگیری از عوارض روانی و اجتماعی ناشی از اعتیاد در این افراد نقش به سزایی ایفا کنند و با ایجاد و تقویت گروه های حمایتی، بالا بردن سطح آگاهی شبکه حمایتی در مورد تأثیر مثبت رفتارهای حمایتی آن ها بر سلامت روانی اجتماعی برای ارائه هر چه بهتر مداخلات حمایتی به خانواده های معتادین اقدام نمایند. بنابراین لازم است آن ها پیوسته نیازهای حمایتی این خانواده ها را بررسی کرده و با بسیج منابع حمایتی موجود در جامعه و مشارکت خانواده ها در جهت ارتقاء سلامت روانی اجتماعی آن ها گام بردارند. همچنین با توجه به لزوم درک از حمایت

روانی بیشتری داشتند (۲۲). وقتی اعتیاد فردی در خانواده مشخص می‌شود اعضای خانواده توسط عملکرد فرد معتاد تحت تاثیر قرار می‌گیرند و سطوح بالایی از استرس و اضطراب را تجربه می‌کنند که این هیجان ها، زندگی اعضا را در تمام ابعاد تحت تاثیر قرار می‌دهد که میزان تاثیر بستگی به دانش آن ها از اعتیاد و استفاده از منابع حمایتی دارد (۱). مطالعه دیگر که توسط صولتی دهکردی و همکاران در سال ۱۳۸۰ بر روی بیماران مراجعه کننده به مراکز مشاوره کلینیک آیت الله کاشانی شهرکرد انجام شد. نتایج نشان داد که بین اختلال ابتلا به سوء مصرف مواد در بیماران، با اختلالات روانی در خانواده آن ها ارتباط وجود دارد که در این میان، احتمال ابتلا اعضای خانواده معتادین به افسردگی نسبت به سایر اختلالات بیشتر گزارش شده است. مطالعه حاضر از نظر وجود افسردگی در خانواده های معتادین با این مطالعه همسو می‌باشد (۲۳).

در این مطالعه درصد قابل توجهی از حمایت اجتماعی درک شده بیماران در سطح متوسط بود. نتایج مطالعه حیدری و همکاران (۲۰۰۶) در بیماران سرطانی نشان داد که بیماران از حمایت اجتماعی درک شده متوسط برخوردار بودند که با پژوهش حاضر همخوانی دارد (۱۷). این در حالی است که رفیعی و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه ای که با هدف بررسی درک حمایت اجتماعی در بیماران دیالیزی انجام دادند یافته پژوهشگر را تأیید نمی‌کنند (۲۴). Pinar و همکاران (۲۰۱۲) این گونه بیان می‌کنند که اثرات وقایع مرتبط با تنش به ویژگی های شخصیتی و ارزیابی فرد از عوامل تنش زا بستگی دارد. در عین حال به نظر می‌رسد فرهنگ جامعه نیز در پیدایش نظرات متفاوت در مورد بیماری و حمایت از بیماران نقش بسزایی دارد تا آنجا که حتی می‌تواند در تفسیر بیماری توسط فرد هم مؤثر باشد (۲۵).

در مطالعه حاضر بین میزان اضطراب، افسردگی، حساسیت بین فردی با درک از حمایت اجتماعی کلی خانواده های معتادین ارتباط آماری معکوس معنی داری وجود داشت. بدین معنی که خانواده هایی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار بودند، ابتلا به افسردگی و یا اضطراب و همچنین حساسیت بین فردی در اعضا آن کمتر گزارش گردید. مطالعه ای که توسط علی پور و همکاران (۲۰۰۹) نیز انجام شد، نشان داد که میزان اضطراب و افسردگی در سالمندان با تمامی انواع حمایت اجتماعی رابطه معکوس و معنی داری دارد (۲۶). مروری بر مطالعات انجام شده بیانگر آن است که اثرات مضر اعتیاد در خانواده می‌تواند موجب مشکلاتی در سلامتی اعضا، اقتصاد، شغل و ارتباطات اجتماعی خانواده شود و این گونه حتی درک از حمایت اجتماعی در خانواده های معتادین نیز دستخوش تغییر

اجتماعی در این خانواده ها، تدوین برنامه های آموزشی و حمایتی مؤثر برای آن ها بایستی در اولویت قرار گیرد تا بدین ترتیب با افزایش آگاهی و تغییر در رفتار آن ها بتوان در فرآیند پیشگیری از مشکلات ناشی از اعتیاد اقدام نمود.

تشکر و قدردانی

این مقاله بر گرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران می باشد. بدین وسیله از زحمات

اساتید محترم دانشکده پرستاری مامایی تهران، همکاری معاونت محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی گلستان، خانواده های معتادین مشارکت کننده در این پژوهش، مسئولین و کارکنان مرکز درمانی ترک اعتیاد پنج آذر دانشگاه علوم پزشکی گلستان و کلیه عزیزانی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، تقدیر و تشکر می نمایم.

منابع

- 1- Thomas ray G, Mertens JR. Weisner C. family members of persons with alcohol or drug dependence: health problems and medical cost compared to family members of persons with diabetes and asthma. *Journal of Addiction*. 2010; 104 (2): 203-204.
- 2- Copello A, Templeton L, Powell J. Adult members and cares of dependent drug users: prevalence, social cost, resource savings and treatment responses. *Indian Journal of psychiatry*. 2009; 50(12): 45-52.
- 3- Templeton L, Zohhadi S, Vellman R. Working with family members in specialist drug and alcohol services: findings from a feasibility study drugs: education, prevention and policy. *Journal of Addiction*. 2007; 14(2): 15-23.
- 4- Heydari J, Jafari H, Hosseini H. Assesment Social Mental status of Addicts in Sari city. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2006; 52 (16): 109-116. (Persian)
- 5- Arcidiacono C, Vellman R, Albonesi C. Sommantico M. Impact and coping in italian families of drug and alcohol users. *Psychiatric nursing*. 2009; 6(4): 260-280.
- 6- Erfanain M, Esmaeily H, Salehpour H. Quantitative and quality assessment of consent at returnee to addiction of therapeutic clinical. *Journal of mental health*. 2006; 4(40): 115-121. (Persian)
- 7- Butler R, Bauld L. The parents experience: coping with drug use in the family drugs: education prevention and policy. *Quality of life research*. 2005; 12(1): 121-135.
- 8- Frye S, Dawe Sh, Harret P, Kowalenko S, Harlen M. Supporting the families of young people with problematic drug use investigating support options a keport prepared for the australian national collnicil on drugs. *Journal of Clinical Psychology*. 2008; 12(4): 54-63.
- 9- Hitchens K. All rights resered addiction is afamily problem: the process of addiction for families. *Journal of primary health care*. 2011; 6(2): 12-17.
- 10- kirby C, Dugush K, Benishek L, Harrington V. The significant other checklist: measuring the problems experienced by family members of drug users. *Addictive behaviors*. 2005; 30(10): 29-47.
- 11- Copello A, Richard D, Templeton L. Family intervention in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and alcohol review*. 2005; 24(8): 369 -385.
- 12- Decker C. Social support and adolescent cancer survivor: A review of the literature. *Psycho Oncology*. 2007; 16(5): 1-11.
- 13- Janowski K, Steuden S, Pietrzak A, Krasowska D, Kaczmarek L, Gradus I, et al. Social support and adaptation to the disease in men and women with psoriasis. *Journal of Healthy Psychological*. 2012; 15(2): 1-12.
- 14- Reblin M. Uchino B. Social and emotional support and links to physical health. *Current Opinions in Psychiatry*. 2008; 21(5): 201-205.

- 15- Copello P, Templeton L, Powell J. Adult members and cares of deperdent drug users: prevalence, social cost, resource savings and treatment responses. *Journal of Healthy Psychological*. 2009; 6(1): 16-25.
- 16- Dugan AM. *Aggression journal of abnormal social psychology*. 2004; 55(10): 18-25.
- 17- Haidari S, Salahshourian A, Rafii F, Hosaini F. Relationship between social support and quality of life in cancer patient affiliated to Iran and Tehran University. [MSc Thesis]. Tehran: Iran University of Medical Sciences and Health Services. School of Nursing and Midwifery. 2006. (Persian)
- 18- Elder R, Evans K, Nizette D. *Psychiatric and mental helth nursing*. New York: MOSBEY; 2005. p. 265-268.
- 19- Machdonald D, Bland N, Merrisson A, Delacros C. Supporting families and cares of drug users;areview scottich executive effective interventions unit. *Journal of advanced nursing*. 2002; 4(6): 6-10.
- 20- Moriarty H, Stubbe M, Bradford S, Tapper S, Tinglim B. Exploring resilience in families living with addiction. *Journal of primary health care*. 2011; 3(3): 210-217.
- 21- Orford J, Templeton L, Velleman R, Coppello A. Family members of relatives with alchol and drug problems: set of standardized questionnaires for assessing stress, coping and strains addiction. *AORN Journal*. 2005; 5(2): 10-19.
- 22- Thomas lee K, Manning V, Teoh H, Winslow M. Stress-coping morbidity among family members of addiction patiotns in singapor.drug and alchol review. *Journal of clinical nursing*. 2011; 30(10): 441-447.
- 23- Solati K, Abedinzadeh M, Nikfarjam M. Assesment relation of dependence and substance addiction with psychological disorder families with addicted member. *Journal of Nursing Shahrekord*. 2001; 2(6):1-8.
- 24- Rafeei F, Rambod M, Hoseini F. Perceived social support in hemodialysis patients. *Journal of school of nursing and midwifery. Journal Hayat*. 2008; 1(15): 5-12.
- 25- Pinar G, Okdem S, Buyukgonenc L, Ayhan A. The Relationship between Social Support and the level of anxiety, depression, and quality of life of Turkish women with gynecologic cancer. *Journal Cancer Nursing*. 2012; 35(3): 229-235.
- 26- Alipur F, Sajadi H, Foruzan A, Nabavi H, Khedmati A. Role social support in decrease anxiety and older depression. *Journal older of Iran*. 2009; 11(4): 53-61. (Persian)
- 27- Asayesh H, Hesam M, Ghorbani M, Shariati A. Relation of social support with mental health and consent of life in instance students. *Journal science Gorgan Faculty of nursing and midwifery*. 2010; 7(1): 15-20. (Persian)
- 28- Cheraghy M, davari dolatabadi E, Salvati M, Moghim bickei A. Relationship between perceived social support and quality of life in patients with congestive heart failure. *Journal Nursing Research Center, Tehran University of Medical Sciences. Journal of Nursing magazine*. 2012; 75(25): 21-23.
- 29- Lee J, Teoh S, Richard D. Social support buffering of acculturation stress: a study of mental health symptoms among Korean students. *AORN Journal*. 2004; 7(2): 19-24.