

مشکلات روانی - اجتماعی در خانواده های معتادین

حمیده منجری^۱ ناهید دخت شریفی نیستانک^۲ نعیمه سید فاطمی^۳
* محمد حیدری^۴ منصوره قدوسی^۵

چکیده

زمینه و هدف: اعتیاد به مواد به عنوان یکی از مشکلات بهداشتی قرن حاضر می تواند ابعاد جسمی، عاطفی و اجتماعی فرد معتاد را تحت تأثیر قرار داده و موجب مشکلات روانی- اجتماعی برای جامعه و همچنین خانواده های آنان شود. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی مشکلات روانی، اجتماعی در خانواده های معتادین مراجعه کننده به یکی از مراکز ترک اعتیاد گرگان انجام پذیرفت. روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی بود. ۴۰۰ عضو درجه یک فرد معتاد به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه های SCL90 و مشخصات فردی بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد. یافته ها: نتایج نشان داد که بیشتر خانواده های شرکت کننده در این مطالعه دارای اضطراب متوسط (۳۶/۴ درصد) و افسردگی متوسط (۳۶/۸ درصد) می باشند. همچنین ۳۶ درصد از آن ها دارای پرخاشگری کم و ۳۵/۸ درصد نیز حساسیت بین فردی متوسط داشتند. نتیجه گیری کلی: بنا بر یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت که اعتیاد افراد در خانواده می تواند بر سلامت روانی دیگر اعضای خانواده تأثیر گذار باشد، لذا پرستاران می توانند با تدوین برنامه های آموزشی برای افراد در معرض خطر، با افزایش آگاهی و تغییر در رفتار آن ها در فرایند پیشگیری از مشکلات ناشی از اعتیاد قدم بردارند.

کلید واژه ها: خانواده، اعتیاد به مواد، مشکلات روانی

تاریخ دریافت: ۹۲/۳/۹

تاریخ پذیرش: ۹۲/۶/۱۲

^۱ کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی بویه، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گلستان، ایران.

^۲ مربی عضو هیأت علمی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

^۳ دانشیار عضو مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

^۴ مربی عضو هیأت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران. (*مؤلف مسئول)

شماره تماس: ۰۹۱۳۱۸۵۰۱۲۸ Email: Heidari@Skums.ac.ir

^۵ مربی عضو هیأت علمی، دانشکده پرستاری بروجن، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

مقدمه

خانواده نظام اجتماعی است که با برآوردن نیازهای عاطفی، جسمی و فکری اعضایش، موجبات تکوین، پرورش شخصیت و سازگاری بعدی آنان را ممکن می‌سازد. عملکرد خانواده در موقع تضاد، استرس و گسستگی روابط، می‌تواند، تبعاتی چون عزت نفس پائین، کاهش استقلال و اختلال در اجتماعی شدن را به دنبال داشته باشد^(۱). خانواده، اساسی‌ترین واحد اجتماعی است که منشاء بروز عواطف انسانی و کانون صمیمانه‌ترین روابط و تعاملات بین فردی است و هیچ نهادی از نظر اهمیت و گستره تأثیر، با خانواده برابری نمی‌کند چرا که بین افراد، پیوندهای صمیمی برقرار می‌کند که منحصر به فرد هستند^(۲). همچنین، خانواده سلامت جسمانی و روانی اعضاء را **هنگام** رشد پیش‌بینی می‌کند. یکی از عواملی که عملکرد و پویایی خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد مسئله اعتیاد است که موجب افزایش مشکلات در اعضاء خانواده می‌شود^(۳،۱).

وابستگی و سوء مصرف مواد، از مهم‌ترین مشکلات عصر حاضر است که گسترش جهانی پیدا کرده است و گزارش سالانه سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۵ نشان می‌دهد که در دنیا حدود ۲۰۰ میلیون نفر معتاد به انواع مواد افیونی وجود دارد و هرروز به شمار قربانیان مصرف کنندگان مواد افزوده می‌شود و عوارض آن (اختلالات روانی، جسمانی، خانوادگی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی) همه مرزهای فرهنگی و اجتماعی را در بر می‌گیرد و سلامت بشر را مورد تهدید قرار می‌دهد^(۴). 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 کرده‌اند. اعتیاد یک بیماری جسمی و روانی به شمار می‌آید که به دلیل ماهیت پیشرونده اش در همه ابعاد زندگی، سلامتی فرد، خانواده و جامعه را به خطر می‌اندازد و اولین پایگاهی که در این خصوص تأثیر می‌پذیرد، سیستم خانواده است که در این سیستم نیز

تأثیرات منفی سوء مصرف به طور ویژه روی همسر، والدین و فرزندان فرد معتاد می‌باشد^(۵). اعتیاد، به عنوان یک بیماری شناخته می‌تواند تأثیر عمیقی بر اعضای خانواده افراد معتاد داشته باشد و به صورت استرس با علائم روانی و جسمی از جمله نگرانی در مورد بار تحمیل شده در اثر اعتیاد، نگرانی از رفتار و وضعیت سلامت جسمی و روانی فرد معتاد، کاهش ارتباطات اجتماعی خانواده، تأثیرات منفی روی ارتباطات بین اعضای خانواده (حساسیت در روابط بین فردی) و علائم خلقی یا عاطفی شامل اضطراب، نگرانی، افسردگی، احساس بیچارگی، خشم و احساس گناه تجربه شود^(۶).

به دلیل برجستگی (stigma) که با مصرف مواد در ارتباط است، اغلب مشکلات سوء مصرف مواد در خانواده‌ها مخفی می‌ماند، این امر، نه تنها تجربه تنش را در خانواده‌ها بدتر می‌کند، بلکه ممکن است از مساعدت و همکاری که خانواده می‌تواند برای بهبود فرد معتاد برخوردار شود **جلوگیری** کند. وجود فرد وابسته به مواد در خانواده جنبه‌های مختلف خانواده را تحت تأثیر قرار داده، اعضای خانواده فرد معتاد را به طور جدی دچار احساس شکست کرده و تجربه هیجان‌های منفی را در پی دارد. از سوی دیگر، خانواده‌ها تلاش می‌کنند با استفاده از استراتژی‌های انکار و پرخاشگری، با مشکلات بوجود آمده سازگاری کنند^(۷). بنابراین زندگی کردن با فردی که مشکل سوء مصرف مواد دارد تنش‌زا می‌باشد و فردی که سوء مصرف مواد دارد، اغلب دست به کارهایی می‌زند که می‌تواند تأثیر نامطلوبی روی زندگی خانوادگی و اعضای خانواده معتاد داشته باشد و اعضای خانواده از همه گروه‌های سنی (فرزندان، همسر، برادر یا خواهر، والدین، خویشاوندان نزدیک) تحت تأثیر قرار می‌گیرند و سطوح بالایی از علامت‌های جسمی و روانی را نشان می‌دهند^(۸). همچنین بار مراقبتی بهداشتی در این خانواده‌ها افزایش یافته و نتایج این گونه نشان می‌دهد که میزان استفاده از خدمات مراقبتی-بهداشتی

روش بررسی

این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی است که با هدف بررسی مشکلات روانی و اجتماعی (اضطراب، افسردگی، پرخاشگری و حساسیت در روابط بین فردی) خانواده های معتادین (اعضای درجه یک) مراجعه کننده به مرکز درمانی ترک اعتیاد پنج آذر گرگان در سال ۱۳۹۱ انجام پذیرفته است. این مرکز درمانی مرجعی مهم برای یافتن این گونه افراد بوده و به جامعیت یافته ها کمک کرد. بعد از گرفتن مجوز رسمی از کمیته اخلاق دانشگاه و همچنین معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی گلستان، به مرکز درمانی ترک اعتیاد پنج آذر گرگان (تنها مرکز دولتی که بیشترین مراجعه کننده را داشته است) مراجعه و بعد از تهیه لیست مراجعین تحت درمان در این مرکز که حدود ۵۰۰ نفر بودند، ۴۰۰ نفر به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. حجم نمونه با در نظر گرفتن $p=0/05$ (نسبت زیاد مشکلات روانی - اجتماعی)، میزان اطمینان ۹۵٪ ($\alpha=0/05$) و $e=0/05$ (دقت بر آورد) ۳۸۴ نفر برآورد گردید که به منظور جایگزین کردن ریزش احتمالی بعضی از نمونه ها ۴۰۰ نفر در نظر گرفته شد. اطلاعات این پژوهش با استفاده از پرسشنامه SCL90 جمع آوری شد. این ابزار 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 ولی در این پژوهش تنها چهار بعد این ابزار (اضطراب، افسردگی، پرخاشگری و حساسیت در روابط بین فردی) بررسی شد. تعداد سوالات مربوط به بعد اضطراب (۱۰ سؤال)، بعد افسردگی (۱۳ سؤال) می باشد و گویه ها به صورت مقیاس پنج گزینه ای لیکرت 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 سوالات هر

برای این خانواده ها، چهار برابر بیشتر از خانواده های غیر مبتلا است^(۷).

عناصر اصلی خانواده بر اثر اعتیاد دچار تنش و اضطراب می شوند. 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 فشارهاست^(۹). مطالعه ای توسط Mariarty و همکاران نشان داد که اعتیاد در افراد وابسته به مواد سبب کاهش اعتماد به نفس، انزوای اجتماعی و رفتاری، مشکلات اجتماعی، فشارهای مالی، احساس ترس و اضطراب سایر اعضای خانواده های آن ها شده است^(۱۰). مطالعه مورد شاهی Thomas lee و همکاران نیز نشان داد که در اعضای خانواده معتادین نسبت به گروه کنترل، به طور قابل توجهی افسردگی، استرس و آشفتگی های روانی بیشتر و وضعیت سلامتی ضعیف تری وجود دارد^(۱۱). همچنین مطالعه ای توسط صولتی و همکاران با هدف بررسی رابطه بین سوء مصرف و وابستگی به مواد مخدر با اختلال های روانی اعضاء خانواده این گونه نشان داد که در خانواده هایی که برخی اعضاء دارای سوء مصرف یا وابستگی به مواد هستند، احتمال ابتلا سایر اعضای خانواده به افسردگی نسبت به سایر اختلالات بیشتر است^(۱۲).

با توجه به آمار بالای اعتیاد در جامعه و مواجه بودن خانواده های معتادین با مشکلات روانی و اجتماعی، پژوهش حاضر با هدف بررسی مشکلات روانی و اجتماعی (اضطراب، افسردگی، پرخاشگری و حساسیت در روابط بین فردی) خانواده های معتادین (اعضای درجه یک) مراجعه کننده به مرکز درمانی ترک اعتیاد پنج آذر گرگان انجام پذیرفت تا نتایج این پژوهش بتواند اطلاعات پایه را در زمینه مشکلات روانی- اجتماعی خانواده های افراد معتاد فراهم نموده و بتوان از آن در برنامه ریزی و ارائه مراقبت خانواده محور در وابستگی به مواد استفاده کرد.

پرسشنامه را با یکدیگر جمع کرد که به صورت زیر تقسیم بندی شده است.

افسردگی: نمره کمتر از ۱۳: بدون افسردگی، نمره ۲۵-۱۳:
افسردگی کم، نمره ۳۸-۲۶: افسردگی متوسط، نمره ۵۱-
۳۹: افسردگی شدید و نمره ۵۲ افسردگی خیلی شدید
می باشد. اضطراب: نمره کمتر از ۱۰: بدون اضطراب، نمره
۱۹-۱۰: اضطراب کم، نمره ۲۹-۲۰: اضطراب متوسط و
نمره ۳۹-۳۰ اضطراب شدید و نمره ۴۰ اضطراب خیلی
شدید می باشد. حساسیت بین فردی: نمره کمتر از ۹:
بدون حساسیت در روابط بین فردی، نمره ۱۷-۹:
حساسیت در روابط بین فردی کم، نمره ۲۶-۱۸:
حساسیت در روابط بین فردی متوسط، نمره ۳۵-۲۷
حساسیت در روابط بین فردی شدید و نمره ۳۶
حساسیت در روابط بین فردی خیلی شدید می باشد.
پرخاشگری: نمره کمتر از ۶: بدون پرخاشگری، نمره ۱۱-
۶: پرخاشگری کم، نمره ۱۷-۱۲: پرخاشگری متوسط،
نمره ۲۳-۱۸ و نمره ۲۴ پرخاشگری خیلی شدید
می باشد.

در ایران پایایی و روایی این پرسشنامه توسط میرزایی در
سال ۱۳۵۹ (با عنوان ارزیابی پایایی و اعتبار
آزمون SCL90 در ایران) انجام و با ضریب
پایایی $r=0/97$ گزارش شد و سپس توسط باقری یزدی در
سال ۱۳۷۳ (با عنوان بررسی همه گیر شناسی اختلالات
روانی در جمعیت روستایی میبد یزد) مورد تایید قرار
گرفت. در مطالعه حاضر پایایی پرسشنامه نیز به صورت
مجدد با روش آلفا کرونباخ مورد سنجش قرار گرفت.
بدین ترتیب که پژوهشگر با مراجعه به محیط پژوهش
پرسشنامه ها را در اختیار ۳۰ نفر از مراجعین واجد
شرایط قرار داد. پس از جمع آوری پرسشنامه ها تحت
نظارت استاد مشاور و آمار و با استفاده از نرم افزار
SPSS نسخه ۱۶ ضریب آلفای کرونباخ برای ابزار فوق
معادل ۰/۹۱ گزارش شد. روایی ابزار 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
بهره گیری از نظرات اساتید راهنما، مشاور و مشاور آمار
ابزار اولیه تنظیم گردید. سپس ابزار ها 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.
مشخصات واحد های 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 بود. بعد از انتخاب واحد های مورد
پژوهش واجد شرایط، پژوهشگر خود را به آن ها معرفی
کرده هدف از انجام این پژوهش را بیان نمود و بعد از
کسب رضایت نامه کتبی و دادن اطمینان به آن ها در مورد
حفظ اطلاعات، پرسشنامه های به آن ها داده شد. لازم به
ذکر است پژوهشگر شخصاً سؤالات را برای نمونه ها
قرائت کرده و پاسخ هایشان را بدون هیچ گونه دخل و
تصرفی در پرسشنامه ها ثبت نمود.

در این مطالعه وضعیت روحی و روانی اعضای خانواده در
هنگام پاسخگویی به پرسشنامه می تواند، تاثیر گذار باشد.
لذا پژوهشگر سعی نمود تا با ایجاد محیط آرام و خلوت
جهت پاسخ گویی به سؤالات و سؤال کردن از اعضای
خانواده در مورد رویدادهای استرس زای نزدیک قبل از
تکمیل پرسشنامه تا حدودی آن را کاهش دهد.

پژوهشگر در این پژوهش خود را ملزم به ملاحظات
اخلاقی ذیل دانسته است: اخذ مجوز از کمیته اخلاق
دانشگاه، ارائه معرفی نامه از دانشکده به معاونت درمان
دانشگاه علوم پزشکی گلستان و کسب اجازه جهت انجام
پژوهش، کسب اجازه از مدیریت محترم بیمارستان پنج
آذر گرگان، توصیف هدف انجام پژوهش و نحوه
پاسخگویی پرسشنامه ها به واحدهای پژوهش، آگاه کردن

واحد های پژوهش از شرکت داوطلبانه آن ها، کسب رضایت کتبی از شرکت کنندگان، اطمینان به واحد های پژوهش جهت محرمانه ماندن اطلاعات.

تجزیه و تحلیل داده ها با به کارگیری نسخه ۱۶ نرم افزار SPSS صورت گرفت. جهت تنظیم جداول از روش های آمار توصیفی استفاده شد. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های استنباطی (آزمون کای دو و فیشر) استفاده شد.

یافته ها

نتایج حاصل از داده ها نشان داد که اکثریت (۷۸ درصد) اعضای خانواده معتادین (عضو درجه یک فرد

معتاد که نقش حمایت و رسیدگی به فرد معتاد را داشته است) شرکت کننده در این پژوهش زن متاهل (۸۷/۳ درصد) و از نظر اشتغال، اکثریت (۶۴ درصد) خانه دار بودند که ۴۸/۵ درصد آنان دارای مدرک تحصیلی زیر دیپلم، ۴۹/۳ درصد سن زیر ۳۵ سال داشتند و از نظر نسبت آنان با فرد معتاد نیز بیش از نیمی (۵۳/۸ درصد) از آنان همسران فرد معتاد بودند. همچنین نتایج نشان داد سطح درآمد این خانواده ها در حدود کمتر از نیمی از موارد (۴۵/۵ درصد) در سطح " تا حدی کفایت می کند" بوده و اکثریت آنان (۶۸/۸ درصد) سابقه وجود فرد معتاد دیگری را در خانواده نداشتند (جدول شماره ۱)

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مشخصات واحد های مورد پژوهش (n=۴۰۰)

متغیرها	فراوانی (درصد)
جنس	مرد ۸۸ (۲۲)
	زن ۳۱۲ (۷۸)
سن	کوچکتر از ۳۵ ۱۹۷ (۴۹/۳)
	۳۵-۵۰ ۱۳۸ (۳۴/۴)
	بالای ۵۰ ۶۵ (۱۶/۳)
وضعیت تأهل	مجرد ۳۷ (۹/۲)
	متاهل ۳۴۹ (۸۷/۳)
	مطلقه ۵ (۱/۳)
	همسر فوت شده ۹ (۲/۲)
سطح تحصیلات	بی سواد ۵۴ (۱۳/۵)
	زیر دیپلم ۱۹۴ (۴۸/۵)
	دیپلم و بالاتر ۱۵۲ (۳۸)
وضعیت اشتغال	شاغل ۹۲ (۲۳)
	خانه دار ۲۵۶ (۶۴)
	غیر شاغل ۵۳ (۱۳)
سطح درآمد	کافی ۷۹ (۱۹/۷)
	تا حدی کافی ۱۸۲ (۴۵/۵)
	نا کافی ۱۳۹ (۳۴/۸)

خانواده معتادین با جنس، نسبت آن ها با فرد معتاد و وضعیت اشتغال آنها ارتباط معنادار داشت ($p < 0/001$) در حالی که بین اضطراب و افسردگی با وضعیت تاهل، تحصیلات و سن اعضای خانواده معتادین ارتباط معنی داری مشاهده نشد. یافته ها 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 معنی داری مشاهده نشد.

بیشتر خانواده های شرکت کننده در این مطالعه از نظر اضطراب، دارای اضطراب متوسط ($36/4$ درصد)، از نظر افسردگی دارای افسردگی متوسط ($36/8$ درصد)، از نظر پرخاشگری، $44/8$ درصد بدون پرخاشگری و 36 درصد دارای پرخاشگری کم و از نظر حساسیت در روابط بین فردی $40/8$ درصد دارای حساسیت بین فردی کم و $35/8$ درصد نیز حساسیت بین فردی متوسط بودند که به ترتیب در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. یافته ها نشان داد که اضطراب، افسردگی و حساسیت بین فردی اعضای

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی و میانگین و انحراف معیار اضطراب، افسردگی، پرخاشگری و حساسیت بین فردی خانواده های معتادین مورد مطالعه ($n=400$)

متغیرها	تعداد	درصد
بدون اضطراب (کمتر از ۱۰)	۱۱۱	۲۷/۸
اضطراب کم (۱۰-۱۹)	۱۱۹	۲۹/۸
اضطراب متوسط (۲۰-۲۹)	۱۴۶	۳۶/۴
اضطراب شدید (۳۰ و بالاتر)	۲۴	۶
میانگین و انحراف معیار	(۹/۴ و ۱۷/۳)	
بدون افسردگی (نمره کمتر از ۱۳)	۱۰۰	۲۳
افسردگی کم (۱۳-۲۵)	۱۳۹	۳۴
افسردگی متوسط (۲۶-۳۸)	۱۴۷	۳۶/۸
افسردگی شدید (۳۹ و بالاتر)	۱۴	۶/۲
میانگین و انحراف معیار	(۱۱/۳ و ۲۲/۰۵)	
بدون پرخاشگری (کمتر از ۶)	۱۷۹	۴۴/۸
پرخاشگری کم (۶-۱۱)	۱۴۴	۳۶
پرخاشگری متوسط (۱۲-۱۷)	۶۶	۱۶/۴
پرخاشگری شدید (۱۸ و بالاتر)	۱۱	۲/۸
میانگین و انحراف معیار	(۵/۱ و ۷/۷)	
بدون حساسیت در روابط بین فردی (کمتر از ۹)	۱۰۴	۲۶
حساسیت در روابط بین فردی کم (۹-۱۷)	۱۴۷	۳۶/۸
حساسیت در روابط بین فردی متوسط (۱۸-۲۶)	۱۳۵	۳۳/۸
حساسیت در روابط بین فردی شدید (۲۷ و بالاتر)	۱۴	۳/۴
میانگین و انحراف معیار	(۷/۸ و ۱۵/۰۴)	

بحث و نتیجه گیری

همان طور که نتایج نشان داد در این مطالعه بیش از یک سوم نمونه ها دارای اضطراب متوسط، افسردگی متوسط، پرخاشگری کم و حساسیت بین فردی متوسط بودند. 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. در این پژوهش زنان مشکلات روانی بیشتری را گزارش کرده اند که این یافته می تواند ناشی از مسئله جنسیتی آنان باشد که حتی در جامعه عادی نیز زنان نسبت به مردان مشکلات روانی بیشتری را تجربه می کنند^(۳). مطالعات همچنین نشان داده اند که اشتغال افراد بر میزان عزت نفس آن ها مؤثر است که آن خود نیز می تواند بر تغییر مسائل روانی افراد مؤثر باشد. چرا که افراد شاغل عزت نفس بیشتری داشته و اضطراب و افسردگی کمتری را نشان می دهند^(۱۳).

اعضای خانواده در برابر فرد معتاد احساس مسئولیت می کنند و سعی می کنند که او را نجات داده، محافظت و کنترل کنند. این امر، منجر به خستگی، اضطراب، ترس، احساس گناه و عصبانیت در آن ها می شود^(۱۴). مطالعه ای که توسط Moriarty و همکاران به صورت کیفی جهت بررسی تاثیرات اعتیاد روی خانواده های معتادین نیوزیلندی انجام شد، نشان داد که اعتیاد تأثیرات منفی زیادی روی این خانواده ها داشته است که شامل احساس ترس و اضطراب، اعتماد به نفس پایین، انزوای اجتماعی و رفتاری و... بوده است که مطالعه فوق از لحاظ وجود اضطراب و مشکلات ارتباط بین فردی با مطالعه پژوهشگر همسو می باشد^(۱۰). Templeton و همکاران بیان کردند که اعضاء خانواده فرد مصرف کننده مواد با استفاده از استراتژی هایی مانند انکار و پرخاشگری با مشکلات و درگیری شان، سازگاری ایجاد می کنند^(۳). از آن جایی که فرد مصرف کننده مواد به دلیل اعتیاد مسئولیت ها و فعالیت های خود را به خوبی انجام نمی دهد مشکلات ارتباطی و خشم در میان اعضاء

خانواده افزایش می یابد^(۱۵). پی آمد آشکار مشکلات سوء مصرف مواد، استرسی است که اعضای خانواده را در بر می گیرد^(۱۶)، استرسی که شدید بوده و به مدت طولانی باقی می ماند و می تواند باعث ایجاد بیماریهای جسمی و روانی برای اعضای نزدیک فرد مصرف کننده مواد شود^(۱۷). مطالعه Thomas lee و همکاران جهت تعیین شیوع استرس و سازگاری در سنگاپور نشان داد اعضای خانواده معتادین نسبت به گروه کنترل، به طور قابل توجهی، افسردگی، استرس و آشفتگی های روانی بیشتری را تجربه می کنند که این مطالعه از جهت وجود افسردگی در خانواده های معتادین با مطالعه پژوهشگر همخوانی دارد^(۱۱). وقتی اعتیاد فردی در خانواده مشخص می شود اعضای خانواده توسط عملکرد فرد معتاد تحت تاثیر قرار می گیرند و سطوح بالایی از استرس و اضطراب را تجربه می کنند که این هیجان ها، زندگی اعضاء را در تمام ابعاد تحت تاثیر قرار می دهند که میزان تاثیر بستگی به دانش آنها از اعتیاد و استفاده از منابع حمایتی دارد^(۱۸).

با توجه به وجود مشکلات روانی در خانواده های معتادین و ارتباط این مشکلات با متغیرهای جنس، نسبت و اشتغال، توصیه می شود تدوین برنامه مداخلات پیشگیرانه و درمانی (مشاوره و ...) با هدف کاهش عوارض ناشی از زندگی با فرد معتاد در خانواده و تحت حمایت قرار دادن خانواده های معتادین انجام گیرد. با توجه به این که پژوهشگر در این مطالعه خود به بررسی چند بعد از مشکلات روانی در خانواده های معتادین پرداخته لذا پیشنهاد می شود پژوهشی در مورد بدهای دیگر مشکلات روانی- اجتماعی خانواده های معتادین انجام شود. همچنین پژوهشی در مورد بررسی تاثیر آموزش های روانی در جهت کاهش مشکلات روانی- اجتماعی در خانواده های معتادین صورت گیرد.

تقدیر و تشکر

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

مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران و کلیه عزیزانی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، تقدیر و تشکر می کنیم.

همکاری معاونت محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی گلستان، خانواده های معتادین مورد بررسی در این پژوهش، مرکز درمانی ترک اعتیاد پنج آذر دانشگاه علوم پزشکی گلستان، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و

فهرست منابع

- 1- Ray GT, Mertens JR, Weisner C. Family members of people with alcohol or drug dependence: health problems and medical cost compared to family members of people with diabetes and asthma. *Addiction*. 2009; 104(2):203-14.
- 2- Copello A, Templeton L, Powell J. Adult family members and carers of dependent drug users: prevalence, social cost, resource savings and treatment responses. *London: UK Drug Policy Commission*. 2009.; 50(12):45-52.
- 3- Templeton LJ, Zohhadi SE, Velleman RD. Working with family members in specialist drug and alcohol services: Findings from a feasibility study. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*. 2007;14(2):137-50.
- 4- Arcidiacono C, Velleman R, Albanesic C, Sommantico M, Procentesea F. Impact and coping in Italian families of drug and alcohol users. *Qual Res Psychol* 2009; 6(4):260-80.
- 5- Erfanain M, Esmaily H, Salehpour H. [Quantitative and quality assessment of consent at returnee to addiction of therapeutic clinical]. *J of mental health*. 2006; 4(40):115-121. Persian.
- 6- Butler R, Bauld L. The parents' experience: coping with drug use in the family. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*. 2005;12(1):35-45.
- 7- Frye S, Dawe Sh, Harret P, Kowalenko S, Harlen M. Supporting the families of young people with problematic drug use investigating support options. A Report prepared for the Australian national collnicil on drugs. *J of Clinical Psychology*. 2008; 12(4):54-63.
- 8- Hitchens K. All rights resered addiction is a family problem: the process of addiction for families. *J of primary health care*. 2011; 6(2):12-17.
- 9- Kirby KC, Dugosh KL, Benishek LA, Harrington VM. The Significant Other Checklist: Measuring the problems experienced by family members of drug users. *Addict Behav*. 2005;30(1):29-47.
- 10- Moriarty H, Stubbe M. Exploring resilience in families living with addiction. *J Prim Health Care*. 2011,3(3):210.-217.
- 11- Lee KMT, Manning V, Teoh HC, Winslow M, Lee A, Subramaniam M, et al. Stress-coping morbidity among family members of addiction patients in Singapore. *Drug and Alcohol Review*. 2011;30(4):441-7.
- 12- Solati Dehkordi S, Abedinzadeh M, Nikfarjam M, Driss F.[Relationship between Substance abuse and Mental disorders in family members]. *J Shahr-e- Kord Univ Med Sci*. 2004; 6(2):1-8. Persian.
- 13- Mohammadi N. Sajadi negad M.[Psychometric evaluation of measures concerns about body image questionnaire and test the communication model, BMI, dissatisfaction with body image and self esteem in adolescent girls]. *Quarterly J of Psychological Studies*. 2006;1(3):85-101. Persian
- 14- C Lin Z, Wu R. Family support, quality of life and concurrent substance use among methadone maintenance therapy clients in China. *Public Health*.2011;125(5):269-74.
- 15- Amanpreet, S. strategies adopted by wives of addicts; a sociological study of women in rural Punjab india. *I J S A*. 2010; 2 (8): 162 -70.
- 16- Vide beck Sl. psychiatric mental health nursing. 2nd ed. SAUNDERS: Lippincott Company; 2005. P.:260-266.
- 17- Elder R, Evans K, Nizette D. Psychiatric and mental health nursing 2nd ed. New York: Mosby; 2005. P:1-57
- 18- Orford J, Templeton L, Velleman R, Copello A. Family members of relatives with alcohol, drug and gambling problems: a set of standardized questionnaires for assessing stress, coping and strain. *Addiction*. 2005;100(11):1611-24.

Psychosocial Problems of Families Living with an Addicted Family Member

Mancheri H. Ms¹. Sharifi Neyestanak ND. MS². Seyedfatemi N. PhD³.
*Heydari M. MS⁴. Ghodoosi M. MS⁵.

Abstract

Background & Aim: Addiction (Substance addicted) as one of the health problems in the present century can influence physical, emotional and social aspects of addicted people and impose psychosocial problems for their families and society. Accordingly, this study aimed to examine social, psychosocial problems in families with an addicted member.

Material & Methods: It was a descriptive, correlational study. The sample consisted of 400 close family members of the addicted people who were randomly recruited. Data was collected by SCL-90 questionnaire analyzed by SPSS-PC (v.16).

Result: The findings showed that most subjects suffered moderate depression (36.8%) and moderate anxiety (36.4%). Also 36% of them had low levels of aggression and 35.8% had moderate interpersonal sensitivity.

Conclusion: Based on the findings, it can be concluded that addicted members of families can affect the mental health of other family members. Proposing educational programs by nurses for high risk persons would prevent addiction-induced difficulties by knowledge promotion and behavior change.

Keywords: Family, Substance addiction, Psychosocial Problems

Received: 30 May 2013

Accepted: 3 Sep 2013

¹ Master degree in nursing, Buieh School of Nursing and Midwifery, Golestan, University of Medical Sciences, Golestan, Iran.

² Faculty member, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³ Associate Professor, Center for Nursing Care Research, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁴ Faculty member, School of Nursing and Midwifery, Shahr-e- Kord University of Medical Sciences, Shahr-e- kord, Iran (Corresponding author). Tel: +98-9131850128 , E-mail: Heidari@Skums.ac.ir

⁵ Faculty member, Burojen School of Nursing, Shahr-e- Kord University of Medical Sciences, Shahr-e- kord, Iran.