

حمایت اجتماعی درک شده در خانواده های معتادین مراجعه کننده به یکی از مراکز درمانی ترک اعتیاد گرگان

حمیده منچری^۱، محمد حیدری^{۲*}، منصوره قدوسی بروجنی^۳

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

۲- مربی و عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

۳- مربی و عضو هیات علمی دانشکده پرستاری بروجن، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

* نویسنده مسئول: Heidari@Skums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۱/۱۴

تاریخ دریافت: ۹۱/۹/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: اعتیاد به دلیل ماهیت پیشرونده اش سلامتی فرد معتاد را در کلیه ابعاد زندگی به خطر انداخته و عملکرد و پویایی خانواده را تحت تأثیر قرار می دهد. در عین حال به نظر می رسد حمایت اجتماعی برای خانواده ها در این وضعیت، سبب بهبود سلامتی و سازگاری آنها با شرایط می شود. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین درک از حمایت اجتماعی در خانواده های معتادین مراجعه کننده به یکی از مراکز درمانی ترک اعتیاد گرگان انجام شد.

روش کار: این مطالعه پژوهشی از نوع توصیفی که طی آن در سال ۱۳۹۱، ۴۰۰ عضو درجه یک فرد معتاد مراجعه کننده به مرکز درمانی ترک اعتیاد پنج آذر در شهر گرگان به روش نمونه گیری تصادفی ساده در طول شش ماه انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ۲ قسمتی شامل اطلاعات دموگرافیک و حمایت اجتماعی نورتوس بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS v16 و آزمون های توصیفی و تحلیلی استفاده گردید.

یافته ها: نتایج نشان داد که درک از حمایت اجتماعی بیشتر خانواده های معتادین ۷۰/۳٪ (۲۸۱ نفر) در سطح متوسط بود. رابطه حمایت اجتماعی درک شده با جنس و نسبت فامیلی ($p < ۰/۰۰۱$) و وضعیت اشتغال ($p = ۰/۰۰۳$) به صورت مثبت معنی دار بود و این در حالی است که حمایت اجتماعی درک شده با سن، وضعیت تحصیلی و وضعیت تأهل ارتباط معنی داری نداشت ($p < ۰/۰۵$).

نتیجه گیری: با توجه به این که برخورداری از حمایت اجتماعی بالا در مواجهه خانواده های معتادین با عوامل تنش زا و سازگاری بهتر آنها نقش بسزایی دارد، پرستاران می توانند با ایجاد گروههای حمایتی و بالا بردن سطح آگاهی آنها باعث بهبود کیفیت زندگی خانواده های معتادین در همه ابعاد شوند.

واژه های کلیدی: حمایت اجتماعی، خانواده، معتاد.

مقدمه

خانواده، به عنوان نهاد اصلی اجتماع است چرا که پایه اصلی برای سایر نهادهای اجتماعی معرفی می‌شود (۱). هر تغییری در خانواده مصادف با تغییراتی در عملکرد آن می‌باشد به عبارتی، رفتار هر عضو از خانواده تابعی از رفتار سایر اعضا می‌باشد (۱،۲). یکی از عواملی که عملکرد و پویایی خانواده را تحت تاثیر قرار می‌دهد مسئله اعتیاد در خانواده هاست که موجب افزایش مشکلات رفتاری در اعضای خانواده می‌شود. کمتر پدیده ای را می‌توان یافت که همانند اعتیاد جوامع بشری را مورد تهدید قرار داده باشد. با وجود خطرات و عوارض ناشی از اعتیاد، روز به روز بر شمار قربانیان این دام مرگ بار افزوده می‌شود (۳). در ایران نیز اعتیاد در سال‌های اخیر روند رو به رشدی داشته است. به طوری که آمار وابستگی و سوء مصرف مواد 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). از طرفی 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 تاثیر می‌پذیرد، سیستم خانواده است که در این سیستم نیز تاثیرات منفی سوء مصرف به طور ویژه روی همسر، والدین و فرزندان فرد معتاد می‌باشد (۵). با توجه به این که مصرف مواد توسط یک عضو خانواده فشار بزرگی روی دیگر اعضای خانواده‌های معتادین به جای می‌گذارد و اعضای خانواده مصرف کنندگان مواد به طور مشخص شکست جدی و هیجان‌های منفی را تجربه می‌کنند، فراهم آوردن حمایت برای خانواده‌ها در این وضعیت، سلامتی و سازگاری آن را بهبود بخشیده و پیشرفت‌هایی در عملکرد روانی، کنترل احساسات، سلامتی و استراتژی‌های سازگاری اعضای خانواده ایجاد کرده و روند درمان را برای فرد مصرف کننده مواد تسهیل می‌کند، همچنین حمایت از خانواده‌ها، احساس تنهایی و افسردگی را کاهش داده و منجر به خود مراقبتی موثر در آنها می‌شود (۶،۷). دکر^۱ و همکاران (۲۰۰۷) معتقدند احساس رضایت از حمایت اجتماعی، موجب کاهش اضطراب و افسردگی، غلبه بر بیمار انگاری، افزایش اعتماد به نفس و گسترش

1-Decker

روابط اجتماعی در افراد می‌شود (۸). همچنین دریافت حمایت اجتماعی می‌تواند فشار ناشی از استرس‌ها و اثر منفی آنها را کاهش دهد. شواهد زیادی وجود دارد که اعضای خانواده فرد معتاد که از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار بوده‌اند، با مشکلات زیادی مواجه خواهند شد (۹). بر اساس مطالعه ای که توسط اورفورد^۲ و همکاران (۱۹۹۸) برای بررسی حمایت اجتماعی جهت سازگاری با مشکلات مصرف مواد و الکل در خانواده‌های انگلیسی و مکزیک انجام شد نتایج نشان داد که شبکه اجتماعی افراد با قومیت مکزیک به وسیله اقوام و همسایه‌ها فراهم می‌شود در حالی که اعضای نزدیک افراد با قومیت انگلیسی حمایت را از شبکه ارتباطی گوناگون دریافت می‌کنند (۱۰). محققان معتقدند با توجه به وضعیت زندگی اعضای خانواده معتادین، مدل استرس- فشار- سازگاری- حمایت قابل تصور است که این مدل عبارت است از: (۱) استرس: زندگی با فردی که مواد یا الکل مصرف می‌کند استرس زاست، (۲) فشار: اعضای خانواده‌های دارای فرد معتاد، تحت فشار قرار دارند که این فشار اغلب با علائم روانی و جسمی بالایی مشهود است، (۳) سازگاری: اعضای خانواده در این وضعیت سعی خواهند کرد که با راه‌های متعددی با این تنش‌ها سازگاری کنند، (۴) حمایت اجتماعی: کیفیت و سطح حمایتی که اعضای خانواده دریافت می‌کنند، می‌تواند به سازگاری آنها با وضعیت موجود کمک کند (۲).

حمایت اجتماعی به عنوان یکی از روش‌های مقابله‌ای عاطفه‌نگر می‌تواند با پیشگیری از وقوع موقعیت‌های پرتنش، افراد را مورد حفاظت قرار دهد و یا به آنها کمک کند تا وقایع پرتنش را به صورتی ارزیابی نمایند که جنبه تهدیدکنندگی کمتری داشته باشد (۱۱). حمایت اجتماعی می‌تواند به صورت حمایت روانی، احساسی و حمایت اطلاعاتی ملموس ارائه شود. حمایت اجتماعی به دو صورت حمایت اجتماعی دریافت شده و ادراک شده مورد مطالعه قرار می‌گیرد (۱۲). در حمایت اجتماعی دریافت شده، میزان حمایت‌های کسب شده توسط فرد مورد تأکید است و در حمایت اجتماعی ادراک شده، ارزیابی‌های فرد از در دسترس بودن حمایت‌ها در مواقع ضروری و مورد نیاز بررسی می‌شود اما درک از حمایت ارائه شده از اهمیت خاصی برخوردار است، به عبارت دیگر

2-Orford

دموگرافیک و حمایت اجتماعی نورتوس^۱ (۱۹۸۸) جمع آوری گردید. پرسشنامه حمایت اجتماعی نورتوس برای اولین بار توسط حیدری، سلحشوریان، رفیعی و حسینی در سال ۱۳۸۴ با عنوان بررسی ارتباط حمایت اجتماعی درک شده از سوی منابع مختلف و اندازه شبکه اجتماعی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم ایران به کار گرفته شد. در پژوهش آنها، جهت تعیین پایایی ابزار حمایت اجتماعی نورتوس، روش سنجش پایایی درونی استفاده گردید و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ضریب اعتبار ۰/۹۲ به دست آمد (۱۶). سیاحی نیز در سال ۱۳۸۸ در مطالعه‌ای با عنوان بررسی ارتباط حمایت اجتماعی، سلامت معنوی و خود کارآمدی با امید در مادران کودکان مبتلا به لوسمی در دانشگاه علوم پزشکی ایران از این ابزار استفاده کرد (۱۱).

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 می‌سنجد. گویه‌ها به صورت مقیاس پنج‌گزینه‌ای لیکرت بوده و محدوده امتیازبندی از یک تا پنج نمره شامل: کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، نظری ندارم (۳)، موافقم (۴) و کاملاً موافقم (۵) می‌باشد. نمره حمایت اجتماعی درک شده از سوی هر یک از منابع حمایتی به صورت جداگانه از مجموع نمرات کسب شده مربوط 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 نمره 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 (۹۲-۴۰)، متوسط (۱۴۶-۹۳) و بالا (۲۰۰-۱۴۷) و نمره حمایت اجتماعی درک شده هر یک از منابع حمایتی نیز به سه سطح پایین (۱۸-۸)، متوسط (۲۹-۱۹) و بالا (۴۰-۳۰) طبقه‌بندی می‌شوند (۱۶). روایی ابزار مورد استفاده در این پژوهش از طریق به کارگیری روش اعتبار محتوا سنجیده شد. به این ترتیب

به نظر می‌رسد درک افراد نسبت به حمایت‌های دریافتی، مهم‌تر از میزان حمایت ارائه شده می‌باشد (۱۳). حمایت اجتماعی دارای فواید روانشناختی و جسمانی برای افرادی است که با رویدادهای تنش‌زای جسمی، روانی و اجتماعی مواجه می‌شوند. همچنین به عنوان یک منبع ارزان قیمت اقتصادی و با اهمیت اجتماعی در جهت مقابله با مشکلات روانشناختی از جمله اضطراب و افسردگی از اهمیت بالایی برخوردار است. شواهد چشم‌گیری نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی نقش مهمی در سلامت افراد یک جامعه ایفا می‌کند چرا که انزوای اجتماعی، به بیماری جسمی و روانی منجر می‌شود (۱۴). حمایت اجتماعی روی واکنش افراد به حوادث تنش‌زای زندگی تاثیر گذاشته، پاسخ افراد به تنش را تعدیل کرده و افراد را در برابر اثرات تهدیدکننده تنش محافظت می‌کند. حمایت کافی ممکن است روی تجربه افراد از تنش تاثیر بگذارد و اثرات منفی را از طریق کاهش عکس‌العمل به تنش یا اثر مستقیم روی فرایند فیزیولوژیکی، تعدیل نماید (۱۵).

از آنجایی که خانواده، محور توجه بسیاری از نظریه پردازان حوزه‌های مختلف بوده است و با توجه به آمار بالای اعتیاد در جامعه و مواجهه بودن خانواده‌های معتادین با مشکلات روانی و اجتماعی و با عنایت به لزوم حمایت از این خانواده‌ها در جهت سازگاری با مشکلات، پژوهش حاضر با هدف تعیین درک از حمایت اجتماعی خانواده‌های معتادین (اعضای درجه یک) مراجعه‌کننده به مرکز درمانی ترک اعتیاد پنج‌آذر گرکان انجام پذیرفت.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی است که با هدف تعیین درک از حمایت اجتماعی خانواده‌های معتادین (اعضای درجه یک) مراجعه‌کننده به مرکز درمانی ترک اعتیاد پنج‌آذر گرکان در سال ۱۳۹۱ انجام پذیرفت. حجم نمونه با استفاده از فرمول، ۳۸۴ نفر برآورد گردید که به منظور جایگزین کردن ریزش احتمالی بعضی از نمونه‌ها ۴۰۰ نفر در نظر گرفته شد که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در طول شش ماه انتخاب شدند (لازم به ذکر است که در این مرکز ۵۰۰ نفر از افراد معتاد مراجعه‌کننده دارای پرونده می‌باشند). اطلاعات این پژوهش با استفاده از پرسشنامه ۲ قسمتی شامل یک بخش اطلاعات

یافته ها

نتایج حاصل از داده ها نشان داد که بیشتر اعضای خانواده معتادین شرکت کننده در این پژوهش، زن ۷۸٪ (۳۱۲ نفر) و متاهل ۸۷٪ (۳۴۹ نفر) و خانه دار ۶۴٪ (۲۵۶ نفر) بودند که ۴۸/۵٪ (۱۹۴ نفر) مدرک تحصیلی زیر دیپلم و سن زیر ۳۵ سال ۴۹/۳٪ (۱۹۷ نفر) داشتند. از نظر نسبت آنان با فرد معتاد نیز حدود نیمی ۵۳/۸٪ (۲۱۵ نفر) از آنان، همسران فرد معتاد بودند. همچنین نتایج نشان داد سطح درآمد این خانواده ها در حدود کمتر از نیمی ۴۵/۵٪ (۱۸۲ نفر) در سطح " تا حدی کفایت می کند" بوده و اکثریت آنان ۶۸/۸٪ (۲۷۵ نفر) سابقه وجود فرد معتاد دیگری را در خانواده نداشتند.

از نظر درک از حمایت اجتماعی نتایج نشان داد که بیشتر خانواده های معتادین ۷۰/۳٪ (۲۸۱ نفر)، درک از حمایت اجتماعی کلی متوسط داشتند (جدول ۱).

نتایج آزمون کای دو نشان داد که بین میزان درک از حمایت اجتماعی کلی با جنس، وضعیت اشتغال و نسبت خانواده های معتادین با فرد معتاد ارتباط معنی داری وجود داشت ($p < 0/001$) در حالی که بین وضعیت تحصیلی و سن با درک از حمایت اجتماعی کلی، ارتباط معنی داری مشاهده نشد ($p = 0/931$) ($p = 0/417$). نتایج حاصل از آزمون فیشر نیز ارتباط معنی داری را بین تأهل و درک از حمایت اجتماعی نشان نداد ($p = 0/06$) (جدول ۲).

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 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 داشتن سن ۱۸ سال و بالاتر بود. بعد از انتخاب واحد های 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 آن ها در مورد حفظ اطلاعات مندرج در پرسشنامه، پرسشنامه ها به آن ها داده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش های آمار توصیفی و آزمون های استنباطی کای دو و فیشر در نسخه ۱۶ نرم افزار SPSS انجام شد.

جدول ۱: توزیع فراوانی حمایت اجتماعی درک شده واحدهای مورد پژوهش

حمایت اجتماعی درک شده	تعداد	درصد
پایین	۹۱	۲۲/۸
متوسط	۲۸۱	۷۰/۳
بالا	۲۶	۶/۹
جمع	۴۰۰	۱۰۰

جدول ۲: ارتباط بین مشخصات دموگرافیک واحد های پژوهش با میزان درک از حمایت اجتماعی

P- value	حمایت اجتماعی بالا		حمایت اجتماعی پایین	
	تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)
				جنس
				مرد
*P<۰/۰۰۱	(۱۷/۱)۱۵	(۷۶/۱)۶۷	(۶/۸)۱۶	زن
	(۳/۵)۱۱	(۶۹/۲)۱۴	(۲۷/۴)۸۵	
				وضعیت تأهل
				مجرد
	(۰)۰	(۸۶/۵)۳۲	(۱۳/۵)۵	متأهل
	(۰)۲۶	(۶۹/۷)۲۴۲	(۲۲/۸)۷۹	مطلقه
P<۰/۰۰۶	(۰)۰	(۴۰)۲	(۶۰)۳	همسر مرده
	(۰)۰	(۵۵/۶)۵	(۴۴/۴)۴	
				نسبت با فرد معتاد
				همسر
*P<۰/۰۰۱	(۲/۳)۵	(۶۸/۱)۱۴۵	(۲۹/۶)۶۳	مادر
	(۳/۳)۲	(۶۵)۳۹	(۳۱/۷)۱۹	سایر
	(۱۵/۲)۱۰	(۷۷/۶)۹۷	(۷/۲)۱۹	
				سطح تحصیلات
				بی سواد
	(۵/۷)۳	(۷۱/۷)۳۸	(۲۲/۶)۱۲	زیر دیپلم
P=۰/۹۳۱	(۵/۷)۱۱	(۷۰/۵)۱۳۶	(۲۳/۸)۴۶	دیپلم و بالاتر
	(۷/۹)۱۲	(۷۰/۴)۱۰۷	(۲۱/۷)۳۳	
				سن
				زیر ۳۵
P=۰/۴۱۷	(۵/۶)۱۱	(۷۰/۴)۱۴۵	(۲۰/۴)۴۰	۳۵-۵۰
	(۶/۶)۹	(۶۵/۷)۹۰	(۲۷/۷)۳۸	۵۰ سال به بالا
	(۹/۲)۶	(۷۰/۸)۴۶	(۲۰)۱۳	
				وضعیت اشتغال
				شاغل
*P<۰/۰۰۱	(۷۵)۱۲	(۷۵)۶۹	(۱۲)۱۱	بیکار و بازنشسته
	(۷/۷)۴	(۷۱/۲)۳۷	(۲۱/۱)۱۱	خانه دار
	(۹/۳)۱۰	(۶۸/۹)۱۷۵	(۲۷/۲)۶۹	

*P معنی دار

بحث

این در حالی است که کوپلو^۳ (۲۰۰۹) در مطالعه خود در مورد بررسی حمایت اجتماعی در خانواده های معتادین و العربی^۴ (۲۰۰۳) و سووالیه^۵ (۱۹۹۶) در مطالعه خویش پیرامون بررسی حمایت اجتماعی در بیماران همودیالیزی به این نتیجه رسیدند که بیشتر واحدهای مورد پژوهش از حمایت اجتماعی درک شده بالائی برخوردار هستند (۲،۱۸، ۱۹). اسکافر^۶ (۲۰۰۴) در این رابطه مطرح می کند واقعه تنش زا به یک اندازه افراد را تحت تأثیر قرار نمی دهد و این اثرات به ویژگی های شخصیتی و ارزیابی فرد از عوامل تنش زا بستگی دارد (۲۰). حمایت اجتماعی افراد نیز بر پاسخ

نتایج نشان داد که درصد قابل توجهی از اعضای خانواده افراد معتاد، درک متوسطی از حمایت اجتماعی داشتند. فالکین و استراوس^۱ (۲۰۰۳) نیز در مطالعه ای که پیرامون بررسی ارتباط حمایت اجتماعی در زنان معتاد انجام دادند دریافتند که حمایت اجتماعی درک شده واحدهای مورد پژوهش در سطح متوسط است (۱۶). همچنین نتایج پژوهش فرای^۲ و همکاران (۲۰۰۸) نیز در افراد معتاد نشان داد که حمایت اجتماعی بیشتر آنها در سطح متوسط بود (۱۷) که این دو مطالعه با مطالعه پژوهشگر همخوانی دارند و

3-Copello
4 -Alarabi
5-Suwalieh
6-Schaffer

1- Falkin&Strauss
2-Fry

اینکه این افراد به دلیل اعتیاد همسرانشان حمایتی از سوی آنها نداشته اند این امر می تواند جهت توجیه عدم ارتباط بین وضعیت تاهل و درک از حمایت اجتماعی اشاره شود. همچنین در این مطالعه ارتباط معنی داری بین حمایت اجتماعی درک شده و سن یافت نشد که این یافته با نتایج کلیه مطالعات مذکور مشابه بود (۱۵،۱۸،۱۹،۲۲). از آنجایی که در این پژوهش اکثریت نمونه های پژوهش را افراد زیر ۳۵ سال تشکیل می دادند و دیگر گروه های سنی در سطح وسیع مورد مطالعه قرار نگرفتند این مورد می تواند یکی از علل عدم ارتباط بین متغیر سن با درک از حمایت اجتماعی باشد.

نتیجه گیری

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، می توانند 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 گروههای حمایتی، بالا بردن سطح آگاهی شبکه حمایتی در مورد تأثیر مثبت رفتارهای حمایتی آنها در سازگاری خانواده ها با مشکلات و بهبودی کیفیت زندگی خانواده های معتادین در همه ابعاد فعالیت کنند. همچنین با توجه به لزوم درک از حمایت اجتماعی در این خانواده ها، تدوین برنامه های آموزشی و حمایتی مؤثر برای آنها بایستی در اولویت قرار گیرد تا بدین ترتیب با افزایش آگاهی و تغییر در رفتار آنها بتوان در فرآیند پیشگیری از مشکلات ناشی از اعتیاد قدم برداشت.

تشکر و تقدیر

این مقاله بر گرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران می باشد. بدین وسیله از 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 و کلیه عزیزانی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، تقدیر و تشکر می کنیم.

شناختی آنها نسبت به تنش تأثیر می گذارد. در عین حال به نظر می رسد فرهنگ جامعه نیز در پیدایش نظرات متفاوت در مورد تنش و حمایت از افراد نقش بسزایی دارد، تا آنجا که حتی می تواند در تفسیر رخداد توسط فرد نیز مؤثر باشد (۲۱).

یافته های این مطالعه نشان داد که بین حمایت اجتماعی درک شده و جنس ارتباط مثبت معنی داری وجود دارد و درک از حمایت اجتماعی در زنان، پایین تر از مردان بود که این یافته با مطالعه واسکیوز^۱ که پیرامون بررسی ارتباط ابعاد روانشناختی و کیفیت زندگی در بیماران همودپالیزی بود، همسو می باشد (۲۲). شاید یکی از دلایل این ارتباط دریافت بازخوردهای متفاوت از محیط باشد که این خود ناشی از تفاوت جنسیت است. همچنین در این مطالعه بین حمایت اجتماعی درک شده و وضعیت اشتغال ارتباط معنی دار وجود دارد به طوری که درک از حمایت اجتماعی در افراد خانه دار کمتر بود. لذا نداشتن مسئولیت های شغلی در درک میزان حمایت اجتماعی نقش دارد (۲۳). الزرکا^۲ (۲۰۱۲) در مطالعه خود پیرامون بررسی ارتباط تنش های شغلی، حمایت اجتماعی، کنترل شغل و خوب بودن از نظر روان شناختی به این نتیجه دست یافت که بین حمایت اجتماعی درک شده و وضعیت اشتغال ارتباط معنی داری وجود دارد که این مطالعه با پژوهش حاضر همسو می باشد (۲۴). در این مطالعه بین حمایت اجتماعی درک شده با نسبت فامیلی ارتباط معنی داری وجود داشت و این نتیجه حاصل شد که همسران افراد معتاد، حمایت اجتماعی درک شده کمتری را نشان دادند و این می تواند بدین علت باشد که در زندگی زناشویی هر فرد حمایت اجتماعی همسر خود را نسبت به سایرین بیشتر درک می کند و حال با اعتیاد او از این امر محروم می شود. مطالعه توماس لی^۳ و همکاران در سال ۲۰۱۱ نیز این یافته پژوهشگر را تأیید می کند (۲۵).

یافته های این پژوهش نشان داد که ارتباط معنی داری بین حمایت اجتماعی درک شده با وضعیت تاهل وجود ندارد که با یافته های العربی (۲۰۰۳) و سوالیه (۱۹۹۶) همگون بود (۱۸،۱۹). در این مطالعه به علت اینکه بیشتر واحد های مورد پژوهش همسران افراد معتاد بوده اند و با توجه به

1-Vasquez

2-Al-Zarka

3-Thomas lee

References:

1. Amanpreet S. Strategies adopted by wives of addicts: a sociological study of women in rural Punjab, India. *International Journal of Sociology and Anthropology*. 2010; 2(8): 162-170.
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, pub: The uk Drug policy Commission; 2009.
3. 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*. 2009; 104(2): 203-214.
4. Erfanian M, Esmaeili H, Salehpour H. The quality and quantity assessment of marital satisfaction in addicted people and their husbands or wives who come to addiction treatment clinic. *The Quarterly Journal of Fundamental Mental Health*. 2005; 7(27-28): 115-121. [Persian]
5. Arcidiacono C, Velleman R, Albanesi C, Sommantico M. Impact and coping in Italian families of drug and alcohol users. *Qualitative Research in Psychology*. 2009; 6(4): 260-280.
6. Gulaçti F. The effect of perceived social support on subjective well-being. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010; 2: 3844-3849.
7. Uchino BN, Vaughn AA, Matwin S. Social psychological processes linking personality to physical health: a multilevel analysis with emphasis on hostility and optimism. In: rahdewalt F, editor. *Personality and social behavior*. New York, NY: Psychology Press; 2008. P: 251-284.
8. Decker CL. Social support and adolescent cancer survivors: a review of the literature. *Psycho Oncology*. 2007; 16(1): 1-11.
9. 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. *Archives of Dermatological Research*. 2012; 304(6): 421-432.
10. Orford J, Natera G, Davies J, Nava A, Mora J, Rigby K, et al. Stresses and strains for family members living with drinking or drug problems in England and Mexico. *Salud Mental*. 1998; 21(7): 1-13.
11. Sayahi S. The relationship between social support, self-efficacy, hope, and spiritual health in mothers of children with leukemia, Ali-Asghar Hospital of Tehran in 2009, MSc dissertation, Tehran: Nursing and Midwifery School. Iran University of Medical Sciences and Health Services. 2010. [Persian]
12. Reblin MA, Uchino BN. Social and emotional support and its implication for health. *Current Opinions in Psychiatry*. 2008; 21(5): 201-205.
13. Copello PA, Templeton L, Powell J. Adult members and cares of dependent drug users: prevalence, social cost, resource savings and treatment responses. *Journal of Health Psychology*. 2009; 6(1): 16-25.
14. Dugan AM. The influence of difficult temperament on alcohol-related aggression: better accounted for by executive functioning? *Journal of Addictive Behaviors*. 2004; 55(10): 18-25.
15. Heidari S, Salahshourian A, Rafii F, Hossaini F. Relationship between social support and quality of life in cancer patient affiliated to Iran and Tehran University. MSc. Dissertation, Tehran: Nursing and Midwifery School, Iran University of Medical Sciences and Health Services. 2006. [Persian]
16. Falkin G, Strauss Sh. Social supporters and drug use enablers: A dilemma for women in recovery. *Addictive Behaviors*. 2003; 28(1): 141-155.
17. 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 Council on drugs. *Journal of Advanced Nursing*. 2008; 13(2): 84-92.

18. Al-Arabi S. Social support, coping methods and quality of life in hemodialysis patient. PHD dissertation, Galveston, University of Texas: 2003. P: 4-18-19, 118-120.
19. Suwalieh MA. The relationship among social support, coping methods and quality of life in adults Bahraini clients on maintenance hemodialysis. PHD dissertation, Austin, University of Texas: 1996. P: 122-155.
20. Schaffer MA. Social support. Middle range theories: application to nursing research. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2004. P: 179-202.
21. Krokavcova M, Dijk J, Nagyova I, Rosenberger J, Gavelova M, Middel B, et al. Social support as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis. Patient Education and Counseling. 2008; 73(1): 159-165.
22. Vazquez I, Valderrabano F, Fort J, Jofre R, Lopez-gomes JM. Psychosocial factors and health-related quality of life in hemodialysis patients. Quality of Life Research. 2005; 14(5): 179-190.
23. Russell D, Taylor J. Living alone and depressive symptoms: the influence of gender, physical disability and social support among Hispanic and non-Hispanic older adults. Journal of Gerontology: Social Sciences. 2009; 64B (1): 95-104.
24. Al-Zarka J. Occupational stress, social support, and quality of life among Jordanian mental health nurses. Journal of Health and Social Behavior. 2012; 33(1): 15-23.
25. Thomas Lee KM, Manning V, Teoh HC, Winslow M. Stress-coping morbidity among family members of addiction patients in Singapore. Drug and Alcohol Review. Journal of Clinical Nursing. 2011; 30(4): 441-447.

Perceived Social Support in Families with Addicted Member Admitted to one of the Addiction Treatment Centers of Gorgan

Manchari H¹, Heidari M^{2*}, Ghodousi-Borujeni M³

- 1- MSc in Nursing, Bouie School of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Golestan, Iran.
- 2- Faculty Member, School of Nursing and Midwifery, Shahr-e- Kord University of Medical Sciences, Shahr-e- kord, Iran.
- 3- Faculty Member, Borujen School of Nursing, Shahr-e- Kord University of Medical Sciences, Shahr-e- kord, Iran.

Corresponding Author: Mo.heidari@yahoo.com

Received: 2012/12/10

Accepted: 2013/2/2

Abstract

Background and Objective: Addiction with its progressive nature on life dimensions is a risk for person's health and affects family's function. However, it seems that providing social support for families in this status causes improvement and adjustment with condition. So, this study was aimed to determine relation between psychosocial problems with perceived social support in families with addicted member.

Methods: This descriptive study was done in 1391, over 400 first degree family relatives of the addicted people who were selected by randomly sampling. Data collection tool was Questionnaire of Northouse social support. For data analysis, SPSS v.16 software and descriptive and analytic methods were used.

Results: The results indicated that most subjects (70.3%) displayed moderate levels of perceived social support. Relevance of perceived social supports with sex ($p < 0.001$), relative ($p < 0.001$) and employment status ($p = 0.003$) were significantly positive, but relevance of perceived social support and age, marital status and educational level was not significant.

Conclusion: High perceived social support in addict person's family has important role on facing with stressful factors and better adaptation. So, nurses can enhance quality of life on the all dimensions in these families, by creating supportive groups and increasing their knowledge.

Keywords: Social Support, Family, Addict

Vol. 14, No4, Winter 2013: 19-27