

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

حمیده منجری^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 گروه های 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 می باشد به عبارتی، رفتار هر عضو از خانواده تابعی از رفتار سایر اعضا می باشد (۱،۲). یکی از عواملی که عملکرد و پویایی خانواده را تحت تاثیر قرار می دهد مسئله اعتیاد در خانواده هاست که موجب افزایش مشکلات رفتاری در اعضای خانواده می شود. کمتر پدیده ای را می توان 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 می شود (۳). در ایران نیز اعتیاد در سال های 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 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). با توجه به این که مصرف مواد توسط یک عضو خانواده فشار بزرگی روی دیگر اعضای 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، سلامتی و سازگاری آن را بهبود بخشیده و پیشرفت هایی در عملکرد روانی، کنترل احساسات، سلامتی و استراتژی های سازگاری اعضا خانواده ایجاد کرده و روند درمان را برای فرد مصرف کننده مواد تسهیل می کند، همچنین حمایت از خانواده ها، احساس تنهایی و افسردگی را کاهش داده و منجر به خود مراقبتی موثر در آنها می شود (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

روابط اجتماعی در افراد می شود (۸). همچنین دریافت حمایت اجتماعی می تواند فشار ناشی از استرس ها و اثر منفی آنها را کاهش دهد. شواهد زیادی وجود دارد که اعضای خانواده فرد معتاد که از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار بوده اند، 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 خانواده های انگلیسی و مکزیکی انجام شد نتایج نشان داد که شبکه اجتماعی افراد با قومیت مکزیکی به وسیله اقوام و همسایه ها فراهم می شود در حالی که اعضای نزدیک افراد با قومیت انگلیسی حمایت را از شبکه ارتباطی گوناگون دریافت می کنند (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 می کند استرس زاست، (۲) فشار: اعضای خانواده های 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 راه های متعددی با این تنش ها سازگاری کنند، (۴) حمایت اجتماعی: کیفیت و سطح حمایتی که اعضای خانواده دریافت می کنند، می تواند به سازگاری آنها با وضعیت موجود کمک کند (۲).

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 آنها کمک کند تا وقایع پرتنش را به صورتی ارزیابی نمایند که جنبه تهدید کنندگی کمتری داشته باشد (۱۱). حمایت اجتماعی می تواند 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 می گیرد (۱۲). در حمایت اجتماعی دریافت شده، میزان حمایت های کسب شده توسط فرد مورد تأکید است و در حمایت اجتماعی ادراک شده، ارزیابی های فرد از در دسترس بودن حمایت ها در مواقع ضروری و مورد نیاز بررسی می 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 (۱۳). حمایت اجتماعی دارای فواید روانشناختی و جسمانی برای افرادی است که با رویدادهای تنش زای جسمی، روانی و اجتماعی مواجه می شوند. 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 چشم گیری 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 (۱۴). حمایت اجتماعی روی واکنش افراد به حوادث تنش زای زندگی تاثیر گذاشته، پاسخ افراد به تنش را تعدیل کرده 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 فیزیولوژیکی، تعدیل نماید (۱۵).

از آنجایی که خانواده، محور توجه بسیاری از نظریه پردازان حوزه های مختلف بوده است و با توجه به آمار بالای اعتیاد در جامعه و مواجه بودن خانواده های معتادین با مشکلات روانی و اجتماعی و با عنایت به لزوم حمایت از این خانواده ها در جهت سازگاری با مشکلات، پژوهش حاضر با هدف تعیین درک از حمایت اجتماعی خانواده های معتادین (اعضای درجه یک) مراجعه کننده به مرکز درمانی ترک اعتیاد پنج آذر گرکان انجام پذیرفت.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی است که با هدف تعیین درک از حمایت اجتماعی خانواده های معتادین (اعضای درجه یک) مراجعه کننده به مرکز درمانی ترک اعتیاد پنج آذر 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 نمونه ها ۴۰۰ نفر در نظر گرفته شد که با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده در طول شش ماه انتخاب شدند (لازم به ذکر است که در این مرکز ۵۰۰ نفر از افراد معتاد مراجعه کننده دارای پرونده می باشند). اطلاعات این پژوهش با استفاده از پرسشنامه ۲ قسمتی شامل یک بخش اطلاعات

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 مطالعه ای 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 می سنجد. گویه ها به صورت مقیاس پنج گزینه ای 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) می باشد. 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 می گردد. 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) طبقه بندی می شوند (۱۶). روایی ابزار مورد استفاده در این پژوهش از طریق به کارگیری روش اعتبار محتوا سنجیده شد. به این ترتیب

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

متغیر ها	حمایت اجتماعی پایین تعداد (درصد)	حمایت اجتماعی متوسط تعداد (درصد)	حمایت اجتماعی بالا تعداد (درصد)	P- value
جنس				
مرد	۱۶ (۶/۸)	۶۷ (۷۶/۱)	۱۵ (۱۷)	*P<۰/۰۰۱
زن	۸۵ (۲۷/۴)	۲۱۴ (۶۹)	۱۱ (۳/۵)	
وضعیت تأهل				
مجرد	۵ (۱۳/۵)	۳۲ (۸۶/۵)	۰ (۰)	P<۰/۰۶
متأهل	۷۹ (۲۲/۸)	۲۴۲ (۶۹/۷)	۲۶ (۰)	
مطلقه	۳ (۶۰)	۲ (۴۰)	۰ (۰)	
همسر مرده	۴ (۴۴/۴)	۵ (۵۵/۶)	۰ (۰)	
نسبت با فرد معتاد				
همسر	۶۳ (۲۹/۶)	۱۴۵ (۶۸/۱)	۵ (۲/۳)	*P<۰/۰۰۱
مادر	۱۹ (۳۱/۷)	۳۹ (۶۵)	۲ (۳/۳)	
سایر	۱۹ (۷/۲)	۹۷ (۷۷/۶)	۱۰ (۱۵/۲)	
سطح تحصیلات				
بی سواد	۱۲ (۲۲/۶)	۳۸ (۷۱/۷)	۳ (۵/۷)	P=۰/۹۳۱
زیر دیپلم	۴۶ (۲۳/۸)	۱۳۶ (۷۰/۵)	۱۱ (۵/۷)	
دیپلم و بالاتر	۳۳ (۲۱/۷)	۱۰۷ (۷۰/۴)	۱۲ (۷/۹)	
سن				
زیر ۳۵	۴۰ (۲۰/۴)	۱۴۵ (۷۰/۴)	۱۱ (۵/۶)	P=۰/۴۱۷
۳۵-۵۰	۳۸ (۲۷/۷)	۹۰ (۶۵/۷)	۹ (۶/۶)	
۵۰ سال به بالا	۱۳ (۲۰)	۴۶ (۷۰/۸)	۶ (۹/۲)	
وضعیت اشتغال				
شاغل	۱۱ (۱۲)	۶۹ (۷۵)	۱۲ (۷۵)	*P<۰/۰۰۱
بیکار و بازنشسته	۱۱ (۲۱/۱)	۳۷ (۷۱/۲)	۴ (۷/۷)	
خانه دار	۶۹ (۲۷/۲)	۱۷۵ (۶۸/۹)	۱۰ (۹/۳)	

P* معنی دار

بحث

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 مطالعه‌ای 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

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 سوالیه^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)، 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

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 گروه های 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 همودیالیزی 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 perceives 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, lop-ezgomes 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