Research on Medicine Original Article

The Quarterly journal of School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences Vol.40; No.2; 2016

The role of parental drug addiction in depression of their adolescents

Maryam Bakhtiari[1], Hossein Hatami[2], Mahnoosh Tavakoli Fard*[3]

1. Department of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Department of MPH, Faculty of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Department of Addiction Studies, School of Advanced Technologies in Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received:2015/10/3 Accept:2016/04/26)

Abstract

Background: *Adolescence is the most important period of life and biological, psychological and social changes form in adolescents, which can be affected by social and family factors, and its effects will stay until the end of life. Recognition of mental disorders in this age group and the factors influencing them can be effective in preventing and reducing future problems. The purpose of this study was to compare depression level among 19-12 year old adolescents with addicted parent and non-addicted parents.*

Materials & Methods: *The method of this study was historical cohort and 134 adolescents with the age 19-12 years old with addicted parents who admitted in therapeutic centers in Rasht in 1390 and 134 adolescents with non-addicted parents that were matched in terms of age, sex, education and economic status, were selected by available sampling. Then DASS42- and demographics and substance abuse questionnaires were administered among both groups. SPSS16-, were used for data analysis.*

Results: *The results showed that there were significant differences between the mean score of depression among two groups of adolescents (X18.59=1, X7.54=2, $p<0.05$). Regression analysis also demonstrated that there was a direct positive correlation between the age of adolescents and their depression scores ($p<0.05$). In addition, there was a direct positive correlation between adolescents depression scores and the duration of addiction in their parents ($p<0.05$). The number of adolescents with addicted parent who have depression was greater than adolescents with non-addicted parents and depression severity was greater in the case group.*

Conclusions: *Parents' addiction has an important role in depression of their adolescents. Therefore, the child and adolescent mental health improvement programs, coping skills training can be an effective step towards the development of mental health.*

Keywords: *Depression, Addiction, Adolescents, Parents*

**Correspondinauthor:Mahnoosh Tavakoli Fard*
Email: drmtavakolimd@yahoo.com

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-02-01]

پژوهش در پزشکی
فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
مقاله پژوهشی
دور ۴۰، شماره ۲، ۱۳۹۵، صفحات ۶۳ تا ۶۷

بررسی نقش اعتیاد والدین با افسردگی فرزندان نوجوان آن‌ها

مریم بختیاری[۱]، حسین حاتمی[۲]، مهنوش توکلی فرد[۳*]

۱- گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲- گروه *HPM* ، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳- دانشکده فناوریهای نوین پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۷/۱۱ تاریخ پذیرش مقاله:۱۳۹۵/۲/۷

چکیده:

سابقه و هدف: نوجوانی از مهم‌ترین دوره‌های زندگی است و تغییرات زیستی، روانی و اجتماعی زیادی در نوجوانان شکل می گیرد که می‌تواند متاثر از عوامل خانوادگی و اجتماعی باشد و آثار آن تا پایان عمر باقی بماند. شناخت اختلال‌های روانی این گروه سنی و عوامل موثر بر آن می‌تواند در پیشگیری و کاهش مشکلات آتی آنان موثر باشد. هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی سطح افسردگی نوجوانان ۱۲ تا ۱۹ ساله دارای والد مصرف‌کننده مواد در مقایسه با نوجوانان دارای والدین غیرمصرف‌کننده‌است.

روش بررسی: دراین پژوهش هم گروهی تاریخی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۱۳۴ نفر نوجوان ۱۲ تا ۱۹ ساله دارای والد مصرف کننده مواد مراجعه‌کننده به مراکز درمان اعتیاد شهر رشت در سال ۱۳۹۰ و ۱۳۴ نفر نوجوان داراي والدین غیرمصرف‌کننده که از نظر سن، جنس، تحصیلات و وضعیت اقتصادی همسان شده بودند، انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه *DASS*-۴۲ و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و سوءمصرف مواد و برای تحلیل داده‌ها از نسخه شانزدهم *SPSS* استفاده شد.

یافته‌ها: بین دو گروه نوجوان از نظر شدت افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد *(X2=7.54, P<0.05, X1=18.59)*. نتیجه آزمون رگرسیون جزئی نیز نشانگر آن بود که بین سن نوجوانان و میانگین شدت افسردگی آنان رابطه مثبت و مستقیمی وجود دارد *(P<0.05)*. همچنین بین افسردگی نوجوانان و طول مدت اعتیاد والدین رابطه مثبت و مستقیم وجود داشت (P<0.05). نسبت نوجوانان دارای والد مصرف کننده مواد که درجه هایی از افسردگی داشته‌اند بیشتر از نوجوانان دارای والدین غیرمصرف‌کننده و شدت افسردگی نیز در گروه مورد بیشتر بوده است.

نتیجه‌گیری: اعتیاد والدین نقش مهمی در افسردگی فرزندان نوجوان دارد. بنابراین برنامه‌های ارتقای سطح سلامت روان کودکان و نوجوانان و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای می‌تواند گامی موثر برای رشد مثبت سلامت روانی آنان باشد.

واژگان کلیدی: افسردگی، اعتیاد، نوجوانان، والدین

مقدمه:

کودکان و نوجوانان به عنوان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر در معرض انواع اختلال‌های روانی قرار دارند. شیوع این اختلال‌ها در نوجوانان بسته به جمعیت مورد مطالعه، ملاک‌های تشخیصی و گروه سنی مختلف بین ۱۰ تا۲۰درصد متغیر است(۱).

یکی از عوامل خطر برای ایجاد آسیب‌های روانی در نوجوانان «عوامل خانوادگی» است که شامل طبقه اجتماعی پایین، تعارض خانواده، عدم سازماندهی خانواده، انحراف ارتباطات خانواده، پیوستگی ضعیف والد – فرزندی و بیماری روانی و اعتیاد در اعضای خانواده است(۲).

اگرچه از هر ۱۰ کودک یک نفر از اختلال روان‌پزشکی که باعث ایجاد اختلال عملکرد می‌شود، رنج می‌برد ولی حدود ۷۵تا۸۰ درصد آن‌ها نیاز به دریافت خدمات بهداشت روانی ندارند(۳).

در دوران نوجوانی یا پس از دبستان، انواع و اقسام اختلال‌های ارتباطی، پرخاشگری و افسردگی وجود دارد. به طور کلی می‌توان گفت که ۲۰ درصد کودکان و نوجوانان ایرانی زیر ۱۸ سال مبتلا به یکی از انواع اختلال‌های روانی و نیازمند کمک هستند(۴).

شیوع اختلال افسردگی اساسی حدود ۲درصد درکودکان و ۴ تا ۸ درصد در افراد بالغ تخمین زده می‌شود(۳). افسردگی در پسرها از شیوع بیشتری برخوردار است(۵). افسردگی اساسی یک اختلال با شیوع بالای فامیلی است که عوامل محیطی و ژنتیک، هر دو در ایجاد آن نقش دارند. مطالعه‌های طولی بیانگر اهمیت بیشتر عوامل محیطی در گروه سنی کودکان دچار افسردگی در مقایسه با افراد بزرگسال است(۳).

افسردگی با طیفی از علایم شامل فقدان توانایی در لذت بردن از فعالیت‌هایی که به

نویسنده مسئول: مهنوش توکلی فرد
پست الکترونیک: *drmtavakolimd@yahoo.com*

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-02-01]

طور معمول جالب یا هیجانآور هستند تا درجه‌هایی از احساس غمگینی در فرد مشخص می شود(۵). افسردگی با شدت بخشیدن به رفتارهای خطرناک، بیماری‌های جسمانی همراه و خودکشی در نسبت بالایی از بیماران، خود را به بیماری کشنده‌ای تبدیل کرده است(۶). سازمان جهانی بهداشت (WHO) افسردگی را با در نظر گرفتن پیامدهای منفی روانی اجتماعی به‌عنوان ششمین عامل ناتوان‌کننده در جهان معرفی کرده است(۷).

درتاریخچه افراد مبتلا به افسردگی رگه‌هایی ازسبک والدینی به طور مشخص با مراقبت کم و حمایت بیش از حد زیاد روابط دلبستگی ضعیف و مورد سوءاستفاده واقع شدن در کودکی دیده می‌شود(۸). کودک با الگو برداری از پدر و مادر و همچنین فراگیری نقش‌هایی که در بزرگسالی برعهده خواهد داشت، خود را با والدین همسان می‌کند(۹). تاثیر محیط خانواده بر رشد کودک اغلب به وسیله مشاهده تعامل والد فرزندی بررسی شده است(۱۰). براساس مطالعه‌های افرادی که در خانواده‌های سالم رشد می‌کنند، سطح بالاتری از دوست داشته شدن، ارزشمندی و توانایی بهتر برای مقابله با مشکلات را نشان می‌دهند(۱۱). این افراد در مقایسه با دیگر افراد از سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی بالاتری برخوردارند(۱۲). تجربه رویدادهای آسیب زا در کودکی و نوجوانی به علایم آسیب شناختی همچون اختلال‌های اضطرابی، افسردگی، علائم فیزیکی و منجر می‌شود (۱۳). در مطالعه‌ای درسال ۱۳۸۱ نشان داده شد که وضعیت شغلی پدر و سلامتروان وی بر سطح سلامت روان فرزندان موثر بوده است و بیماری‌های روانی در فرزندانی با مشکلات و اختلال‌های روانی و از جمله اعتیاد پدر به طور معناداری بالاتر بود(۱۴). براساس مطالعه‌ای دیگر در سال ۱۳۸۴ نیز بین عملکرد خانواده و سلامت روان نوجوانان فراری از منزل رابطه معناداری وجود داشت(۱۵). همچنین در مطالعه بین شیوه فرزندپروری سردی–گرمی در دو گروه افراد معتاد و غیرمعتاد در سال ۱۳۸۷ نیز تفاوت معنادار بود(۱۶). همچنین بررسی تاثیر وجود فرد معتاد در خانواده بر سایر اعضای خانواده حاکی از آن بود که نسبت تاثیرگذاری اعتیاد والدین بر فرزندان ۲۷/۲ درصد است(۱۷). در یک مطالعه طولی ۱۵ ساله در سال ۲۰۱۱ در مورد بهبودی، سلامت و ارتباطات خانوادگی نشان داده شد که فرزندان پسر معتادان تحت درمان، مشکلات بیشتری با اعتیاد والدین مصرف‌کننده الکل و مواد مخدر خود داشتند. آنان اغلب با مشکلات کمبود توجه، استرس، افسردگی و سوءمصرف زودرس الکل و مواد مواجه بودند(۱۸). در بررسی دیگری درسال ۱۹۹۲ نیز بیش از ۵۰درصد کودکان بستری به دلیل اختلالل‌های روانی، دارای والدین معتاد بودند(۱۹). در مطالعه‌ای در سال ۱۹۹۸ نسبت ADHD ، اختلال‌های سازگاری و اختلال‌های خلقی در فرزندان ۶تا۱۷ساله دارای والدین معتاد در مقایسه با والدین غیرمعتاد به طور چشمگیری بیشتر بود(۲۰).

با توجه به اهمیت و شیوع اعتیاد به مواد مخدر در جامعه و از آنجا که فرزندان افراد معتاد اغلب در محیط‌هایی با کنترل ضعیف خانواده و روابط سست عاطفی رشد می‌کنند و آسیب پذیرتر هستند؛ بنابراین غربالگری، شناسایی به موقع و مداخله موثر و زودهنگام در اختلال‌های روانی این کودکان و نوجوانان می‌تواند از عوارض احتمالی اختلال در بزرگسالی پیشگیری کند. در این مطالعه می‌خواهیم سطح افسردگی فرزندان ۱۲تا ۱۹ ساله بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمان اعتیاد شهرستان رشت را از طریق پرسشنامه DASS-۴۲ طی یک مطالعه همگروهی تاریخی بسنجیم تا به استناد نتایج و فرضیه‌های تحقیق و با برنامه‌ریزی‌های ارتقایی برای بهبود سلامت روان نوجوانان دارای والد مصرف‌کننده مواد از بار بزهکاری و آسیب‌های اجتماعی ناشی از عملکرد این نوجوانان در حال و آینده بکاهیم.

مواد و روش‌ها:

پژوهش حاضر نوعی پژوهش همگروهی تاریخیاست. جامعه آماری پژوهش تمامی نوجوانان ۱۲تا۱۹ساله دارای والد مصرف‌کننده مواد مراجعه‌کننده به مراکز درمان و بازتوانی اعتیاد شهر رشت در سال ۱۳۹۰ و نوجوانان دارای والدین غیرمصرف‌کننده مواد شهر رشت هستند. نمونه پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری مبتنی بر حذف تعداد (۱۳۴ نفر نوجوان دارای والد مصرف‌کننده مواد مراجعه‌کننده به مراکز درمان و ۱۳۴ نفر نوجوان دارای والدین غیرمصرف‌کننده که از نظر وضعیت اقتصادی خانواده، سطح تحصیلات، سن و جنس نوجوانان و والدین همسان‌سازی نیز شده‌اند) انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران تعیین شد. برای انتخاب گروه کنترل با توجه به وضعیت اقتصادی متوسط بیشتر مراجعان به مراکز درمان اعتیاد چندین مدرسه راهنمایی و دبیرستان در محله‌های مرکزی و متوسط شهر رشت، انتخاب و برای ۱۳۴ نفر دانش‌آموز و والدین آن‌ها که مصرف‌کننده مواد نبودند و از نظر سن ، جنس ،تحصیلات و... با گروه مورد همسان بودند، پرسشنامه‌های پژوهش تکمیل شد.

هر یک از آزمودنی‌ها قبل از ورود به پژوهش فرم رضایت‌نامه اخلاقی را تکمیل کردند. معیارهای ورود به مطالعه برای گروه مورد، مصرف مواد از سویزیک یا هر دو والد و داشتن فرزند ۱۲تا ۱۹ ساله و برای گروه کنترل نیز عدم مصرف مواد توسط والدین و داشتن فرزند ۱۲تا ۱۹ ساله بود . از معیارهای خروج از مطالعه نیز ابتلای نوجوانان و والدین آن‌ها به بیماری جدی جسمی و روان‌پزشکی بود.

برای سنجش افسردگی نوجوانان در دوگروه فوق از پرسشنامه استاندارد DASS-۴۲ استفاده‌شد. این پرسشنامه یک پرسشنامه خودگزارشی است که به وسیله Lovibond در سال ۱۹۹۵ طراحی و ساخته شد. لووبندا ویژگی‌های روان‌سنجی آن را روی نمونه‌های دانش‌آموزی و نمونه‌های غیربالینی تعیین کرد. چون این پرسشنامه می‌تواند بدون حضور هیچ سرپرست و هزینه‌ای استفاده شود، کاربرد زیادی دارد. این پرسشنامه سه وضعیت روانی اضطراب، افسردگی و استرس را ارزیابی می‌کند و دارای گزینه‌هایی مربوط به علایم و نشانه‌های افسردگی(۱۴سوال)، اضطراب(۱۴سوال) و استرس(۱۴ سوال) است. در این مقیاس آزمودنی‌ها براساس یک مقیاس چهار گزینه‌ای از «اصلا» تا «خیلی زیاد» به سوال‌ها پاسخ می‌دهند. برای پاسخگویی به هر سوال، امتیازهابه‌صورت اصلا (۰)، تا حدی (۱)، تاحد زیادی (۲) و خیلی زیاد (۳) اختصاص یافته که مجموع امتیازهای کسب شده توسط آزمودنی‌ها میزان افسردگی، اضطراب و استرس تحمیل شده به آن‌ها را با دامنه نمره‌هایی بین حداقل صفر تا حداکثر ۴۲ برای هر زیر مقیاس نشان می‌دهد(۲۱). ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران نیز از سوی افضلی و همکاران)۱۳۸۶ (بررسی و تایید شد. یافته‌های مطالعه، همبستگی مقیاس افسردگی این آزمون را با تست افسردگی بک ۸۴,۹ درصد و با سیاهه استرس دانش آموزان ۷۵,۷ درصد گزارش کرده است. ضریب آلفای محاسبه شده برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۹۴ درصد، ۸۵ درصد، ۸۷ درصدگزارش شد(۲۲). فرم ۴۲ سوالی پرسشنامه DASS از سوی سپهری و سامانی در سال ۱۳۸۵ نیز مورد پایایی (reliability) قرار گرفته که ضریب آلفای آن به ترتیب برای افسردگی ۸۹درصد ، اضطراب ۸۴ درصد و استرس ۶۸ درصد گزارش شده است(۲۳). همچنین از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و سوءمصرف مواد نیز استفاده شد. این پرسشنامه با توجه به اهداف پژوهش اطلاعاتی در زمینه ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها مانند سن، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، میزان تحصیلات، سابقه اعتیاد و الگوی سوءمصرف مواد در والدین، همچنین سن، جنس و وضعیت تحصیلات فرزندان فراهم آورد. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز تو با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ انجام شد.

یافته‌ها:

آماره‌های توصیفی والدین مصرف‌کننده مواد و فرزندان‌شان (گروه مورد) و والدین غیرمصرف‌کننده و فرزندان‌شان (گروه شاهد) که در جدول یک ارائه شده نشان می‌دهد که ویژگی‌های فردی و اجتماعی کودکان در دو گروه مشابه بوده و اختلاف آن‌ها به لحاظ آماری معنادارنبود. (P<0/4).

همچنین با توجه به اطلاعات سوءمصرف مواد در والدین، ۷۳/۹درصد از والدین گروه مورد تریاک، ۶ درصد هروئین، ۱۸/۷ درصد ترکیبی از مواد افیونی و محرک و۱/۴ درصد نیز حشیش و مواد توهم‌زا مصرف می‌کردند. میانگین هزینه ماهانه مصرف مواد نیز ۱۵۰هزار تومان (در سال ۱۳۹۰) بوده است. علاوه بر این ۷۳/۲ درصد والدین مصرف‌کننده مواد طول مدت اعتیادی بیش از ۱۰ سال داشته‌اند که نشان‌دهنده زمان بیماری و آثار تخریبی احتمالی در فرد و خانواده است. همان‌طور که از جدول فوق برمی‌آید سن والدین و فرزندان در دو گروه مورد و شاهد همسان شده است. شدت افسردگی و مقایسه آن در دوگروه نوجوانان دارای والد مصرف‌کننده مواد و غیرمصرف‌کننده نشان می‌دهد ۷۰/۹ درصد فرزندان دارای والد غیرمصرف‌کننده از نظر افسردگی درحد طبیعی بوده‌اند و۲۹/۱درصد آنان درجه‌هایی از افسردگی را نشان می‌دادند. درحالی که تنها ۲۳/۱ درصد فرزندان دارای والدین مصرف‌کننده مواد از نظر افسردگی درحد طبیعی بوده‌اند و۷۶/۹ درصد آنان دارای درجه‌هایی از افسردگی بوده‌اند. ازطرفی ۲۵/۴ درصد فرزندان دارای والدین مصرف‌کننده مواد در مقایسه با ۴/۵ درصد فرزندان دارای والدین غیرمصرف‌کننده واجد معیارهای افسردگی خیلی شدید بوده‌اند. با استفاده از روش رگرسیون جزئی نسبت شانس در همه درجه‌های افسردگی اعم از خفیف، متوسط، شدید و خیلی شدید نشانگر آن بود که

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-02-01]

جدول ۱: خصوصیات فردی و اجتماعی کودکان مورد بررسی برحسب گروه‌های مورد و شاهد

مشخصات		گروه مورد	گروه شاهد
		فراوانی(درصد)	فراوانی(درصد)
جنس والدین	مرد	۱۳۱ (۹۷/۸)	۱۳۳ (۹۹/۳)
	زن	۳ (۲/۲)	۱ (۰/۷)
وضعیت تاهل	متاهل	۱۲۵(۹۴)	۱۲۸ (۹۵/۵)
	متارکه	۴ (۳)	–
	مطلقه	۴ (۳)	۶ (۴/۵)
تحصیلات والدین	بیسواد	۱۲ (۹)	۷ (۵/۲)
	دبستان	۲۳ (۱۷/۲)	۲۲ (۱۶/۴)
	راهنمایی	۴۷ (۳۵)	۴۳ (۳۲/۲)
	دبیرستان	۳۵ (۲۶/۱)	۳۳ (۲۴/۶)
	عالی	۱۷(۱۲/۷)	۲۹ (۲۱/۶)
جنس فرزندان	مرد	۷۰ (۵۲/۲)	۶۷ (۵۰)
	زن	۶۴ (۴۷/۷)	۶۷ (۵۰)
تحصیلات فرزندان	دبستان	۴ (۳)	۰
	راهنمایی	۵۰ (۳۷/۳)	۵۴ (۴۰/۳)
	دبیرستان	۷۹ (۵۹)	۸۰ (۵۹/۷)
	عالی	۱ (۰/۷)	۰

اعتیاد والدین عامل خطری برای افسردگی فرزندان نوجوان‌شان بوده است (OR>1). از طرفی افسردگی با درجه‌های شدیدتر در نوجوانان دارای والدین مصرف‌کننده مواد به طور معناداری بیشتر از نوجوانان دارای والدین غیرمصرف‌کننده بوده است (P<0/05). فرضیه اساسی تحقیق تاثیر اعتیاد والدین بر افسردگی فرزندان است و داده های پژوهش هم میانگین شدت افسردگی در نوجوانان دارای والد مصرف‌کننده مواد را ۱۸/۵۹ و نوجوانان دارای والد غیرمصرف‌کننده را ۷/۵۴ به دست می‌دهد؛ بنابراین می‌توان گفت این تفاضل معناداراست. به عبارت دیگر می‌توان با ۹۵درصد اطمینان اذعان کرد که اعتیاد والدین در شدت افسردگی فرزندان نقش دارد (P<0/000.).

بحث:

پژوهش حاضر نشان داد که شیوع و شدت افسردگی در گروه مورد به طور معناداری بیشتر از گروه شاهد است. این یافته ها همسو با یافته‌های شاملو(۱۳۷۶)، Reinares و همکاران(۲۰۰۶)، Wehr (۱۹۹۱)، علاقبند راد(۱۳۷۹) و رییسی و همکاران (۱۳۸۷) است که میانگین شدت افسردگی را در فرزندان معتادان بیش از جمعیت عادی برآورد کرده‌اند. فرزندان پدر معتاد اختلال‌های رفتاری– هیجانی بیشتری نسبت به فرزندان پدران غیرمعتاد دارند. نقش پدر معتاد در خانواده از نظر روانی و عاطفی بسیار کمرنگ است(۲۶). به طورکلی بین عملکرد خانواده و سلامت روانی نوجوانان رابطه معناداری وجود دارد(۱۵). همچنین بین روابط درون خانواده با اعتیاد والدین رابطه وجود دارد. تحقیق‌های نشان

جدول۲: شاخص های توصیفی میانگین سن والدین و فرزندان در دو گروه مورد و شاهد

سن والدین	۴۴/۲۵±۶/۴۵	۴۴/۸۰±۶/۴۲
سن فرزندان	۲/۳۸±۱۵/۵۲	۱۴/۲۶±۱/۴

جدول۳: توزیع فراوانی برحسب شدت افسردگی در نوجوانان دارای والدین مصرف‌کننده مواد و غیرمصرف‌کننده

شدت افسردگی	نوجوانان دارای والدین غیرمصرف‌کننده مواد	نوجوانان دارای والدین مصرف‌کننده مواد
	فراوانی(درصد)	فراوانی(درصد)
طبیعی	۹۵ (۷۰/۹)	۳۱ (۲۳/۱)
خفیف	۱۱ (۸/۲)	۲۰ (۱۴/۹)
متوسط	۱۰ (۷/۵)	۲۳ (۱۷/۲)
شدید	۱۲ (۹)	۲۶ (۱۹/۴)
خیلی شدید	۶ (۴/۵)	۳۴ (۲۵/۴)
جمع	۱۳۴ (۱۰۰)	۱۳۴ (۱۰۰)

می‌دهند که طرد شدگی و فقدان رابطه گرم و عاطفی در بین خانواده‌های معتادان بسیار بالاست(۲۷). یافته‌های این پژوهش مبنی بر ارتباط شدت افسردگی فرزندان با طول مدت اعتیاد والدین در راستای پژوهش Khan و همکاران(۲۰۱۵) است که نشان دادند افسردگی فرزندان نوجوان با طول مدتی که تحت تاثیر تربیت نامناسب والدین قرار می‌گیرند ارتباط مستقیم دارد و هر مشکل و ناهنجاری در ساختار خانواده، تاثیر مستقیمی بر فرزندان دارد. مخرب‌ترین معضل خانواده اعتیاد است. فرزندان والدین معتاد و الکلی در خانه‌ای بزرگ می‌شوند که فضای آن توأم با بدرفتاری، طرد و بی‌توجهی است. پیامدهای آن وارد چهره شاخص خانواده شده و بر سلامت روان فرزندان تاثیر می‌گذارد. هرچه طول مدت اعتیاد والدین بیشتر باشد، سال‌هایی که فرزندان در محیط خانوادگی ناامن و ناکارامد بزرگ می‌شوند بیشتر بوده و تاثیرسوء ناشی از آن نیز بر سلامت روان فرزندان بیشتر می‌رود(۲۸). پژوهش های بسیاری نشان می دهند که احتمال وقوع همزمان افسردگی و عوامل نامساعد خانوادگی و شیوه‌های فرزندپروری بسیار زیاد است(۱،۱۵،۱۶،۱۸،۲۵،۲۷)؛ نتایج این پژوهش‌ها همسو با یافته‌های پژوهش حاضر است که شیوع و شدت بیشتر افسردگی را در نوجوانان دارای والد معتاد نشان داد. از آنجا که عوامل محیطی تاثیر مهمی بر شروع، سیر و پیش آگهی افسردگی دارند و بررسی‌های بسیاری نشان داده است که رویدادهای منفی و استرس‌آور زندگی می‌توانند شروع و عود دوره‌های خلقی را پیش‌گویی کنند(۲۵)؛ از این رو می‌توان میانگین افسردگی بیشتر در گروه فرزندان دارای والد معتاد(۱۸/۵۹ نسبت به ۷/۵۴ درگروه شاهد) را به دلیل وقوع همزمان اختلال‌های خلقی چون افسردگی فرزندان و نابسامانی درکانون این خانواده‌ها دانست. به طورکلی افراد معتاد در مقایسه با افراد غیرمعتاد کیفیت زندگی پایین‌تری دارند(۳۰). وقوع همزمان و همبودی اختلال مصرف مواد والد در منزل و اختلال‌های خلقی در فرزندان می‌تواند با وجود پیش‌بینی‌کننده‌ها و عوامل زمینه‌ساز علی مانند شیوه‌های فرزندپروری سرد، رابطه عاطفی ضعیف افراد خانواده، کنترل ضعیف خانواده، روابط سست عاطفی و عملکرد ضعیف‌تر پدر در خانه تبیین شود.

نتیجه گیری:

از نقاط قوت پژوهش نظارت مستقیم روان‌شناس بر تکمیل پرسشنامه‌ها و در نتیجه اطمینان به یافته‌هاست، ولی پژوهش محدودیت‌هایی نیز داشت که آن هم در انتخاب گروه شاهد بود که تلاش محققان برای همسانی گروه شاهد با گروه مورد، باعث انتخاب مناسب نمونه‌ها گشد. درضمن اگرچه برخی از اختلال‌ها مانند اضطراب و استرس در شروع، سیر و پیش آگهی افسردگی می‌تواند نقش داشته باشد، اما در این مطالعه سطح اضطراب یا استرس بالا معیاری برای خروج آزمودنی‌ها از مطالعه نبود. در تبیین نتایج این تحقیق می‌توان گفت که والدین مصرف‌کننده مواد به دلیل اشتغال ذهنی با مواد توجه کمتری به روابط خانوادگی، تعامل و ایجاد محیط‌های خانوادگی کارآمد دارند. استفاده از مواد با شکست در ایفای نقش والدینی و تعارض درون خانوادگی می‌تواند زمینه‌ساز انواع اختلال‌های رفتاری، خلقی و ناسازگاری در فرزندان باشد. این فرزندان بیشتر در معرض حوادث استرس‌زای زندگی و سوءمصرف الکل و مواد هستند(۳۱) و مشکلات رفتاری بیشتری نسبت به گروه

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-02-01]

همسان خود دارند(۳۳،۳۲). با توجه به اینکه یافته‌های این پژوهش نشان داد که اعتیاد والدین بر افسردگی فرزندان تاثیرگذار است، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی ارتقای مهارت‌های زندگی، مهارت‌های مقابله‌ای، آموزش ذهن آگاهی و به طورکلی ارتقای سلامت روان نوجوانان به طور جدی از اولویت‌های آموزشی در دوران مدرسه قرار گرفته و در دوران تحصیلات عالی نیز به طور رسمی از واحدهای درسی به شمار آید. همچنین حضور پررنگ و تاثیرگذار مشاوران مدرسه نه فقط در امور تحصیلی که با مداخله به موقع برای حل مشکلات خانوادگی موثر بر فرزندان می تواند از بار آسیب‌های روانی نوجوانان بکاهد.

تشکر و قدردانی:

از معاونت محترم پیشگیری بهزیستی استان گیلان و جمعیت همیاران سلامت روان که در اجرای این پژوهش یاریگرمان بوده‌اند، تقدیر و تشکر می‌شود

این مقاله برگرفته از پایان نامه دوره MPH اعتیادپژوهی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است.

منـابع:

1. Alaghebandrad J. Epidemiology of Psychopathology in Children and Adolescents. Tehran; Institute for Cognitive Sciences 2000 (Text in Persian)

2. Mussen C, Kagan D. Child Development and Personality. NewYork: Harper & Row 1974.

3. Kliegman RM, Stanton B, Geme JS, Schor NF, Behrman RE. Nelson Textbook of Pediatrics. Elsevier Health Sciences; 2015 Apr 22.

4. Alaghebandrad J. Common Psychopathy in Children and Adolescents. [Internet]. 2011 July. Available from: http://www.Tebyan.net.

5. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins; 2011 Dec 26

6. Murray CJ, Lopez AD, Jamison DT. The Global Burden of Disease in 1990: Summary Results, Sensitivity Analysis and Future Directions. Bulletin of the World Health Organization 1994; 72(3):495-509.

7. Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, Angst J. Mortality of Patients with Mood Disorders: follow-up over 34–38 years. Journal of Affective Disorders 2002; 68(2):167-81.

8. Reinares M, Vieta E, Colom F, Martinez-Aran A, Torrent C, Comes M, et al. What really matters to bipolar patients' caregivers: sources of family burden. Journal of affective disorders 2006; 94(1):157-163.

9. Nay E. The role of the family as a factor and prevent in juvenile delinquency. Regless 1973; 55-57.

10. Mehrabi Sh. Comparison of Psychiatric Disorders in Adolescent Girls with regard to Parenting Styles in Jiroft City Schools. Tehran: Allame University;2004 (Text in Persian)

11. Ahmadi Kh, Khodadadi Sangdeh J, Aminimanesh S, Mollazamani A, Khanzade M. The Role of Parental Monitoring and Affiliation with Deviant Peers In Adolescents' Sexual Risk Taking: Toward an Interactional Mode. Internal Journal of High Risk Behavior Addict 2013; 2(1):22-7.

12. Walton E, Takeuchi DT. Family Structure, Family Processes, and Well-Being among Asian Americans: Considering Gender and Nativity. Journal of Family Issues 2010; 31(3):301–32.

13. Ulker A. Mental Health and life Satisfaction of Young Australians: The role of family Background. Australian Economic Papers 2008; 2,199-218.

14. Basharpur S. Comparison the Effect of Cognitive Processing Therapy and Holographic Reprocessing on Post-Traumatic Stress Symptoms in High School Boy Students Exposed to Trauma. PHD thesis, University of Mohaghegh Ardabili, Faculty of Psychology and Educational Sciences; 2011 (Text in Persian)

15. Hoseinian S, Zahraie Sh, Khodabakhshi A. Relationships between Family Function and runaway Adolescent Mental Health compared with Normal Adolescents. Research Consultation 2005; 16-25. (Text in Persian)

16. Raissi F, Annisi J. Comparison of Mental Health among Addicts and Non-addicts Parenting Procedures. Journal of Behavioral Sciences 2008; 2(1):33-41. (Text in Persian)

17. Mansourian Kh. Addict Impact on Other Family Members. Tehran: Thesis School of Social Service; 1980.

18. Skinner ML, Haggerty KP, Fleming CB, Catalano RF, Gainey RR. Opiate-addicted Parents in Methadone Treatment: Long-term Recovery, Health and Family Relationships. Jornal of Addictive Disease 2011; 30(2):17-26.

19. Rivinus T.M, Levoy D, Matzko M, Seifer R. Hospitalized Children of Substance Abusing Parents and Sexually Abused Children: A Comparison. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1992; 31(6)1019-23.

20. Earls F, Reich W, Jung KG, Cloninger CR. Psychopathology in Children of Alcoholic and Antisocial Parents. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 1988; 12(4):481-7.

21. Shamloo S. Psychopathology. 4th ed. Tehran: Roshd;2010 (Text in Persian)

22. Wehr TA. Sleep-loss as a Possible Mediator of Diverse Causes of Mania. The British Journal of Psychiatry 1991 Oct 1; 159(4):576-8.

23. Mousavi A. The Quality and Quantity of the Families of Young Drug Users. Journal of Women's Studies 2003; 3:59-88. (Text in Persian)

24. Emmelkamp PM, Heeres H. Drug Addiction and Parental Rearing Style: A Controlled Study. International Journal of the Addictions 1998; 23(2):207-16.

25. Lovibond SH. Manual for the Depression, Anxiety, Stress scale, 2th edition, Sydney, Psychological Foundation, 1995

26. Afzali A, Delaware A, Borjali A, Mirzamani M. DASS-42 based test Psychometric Characteristics of High school Students in Kermanshah. Journal of Behavioral Sciences Research 1386; 5(2):81-92. (Text in Persian)

27. Sepehri S, Samani S. The Effect of Religious self-descrepansy on Emotional Problems. The 2nd National Congress of Religion and Mental Health. University of Tehran, Tehran, Iran 2007, , P:40-41.

28. Khan A, McCormack HC, Bolger EA, McGreenery CE, Vitaliano G, Polcari A, et al. Childhood Maltreatment, Depression, and Suicidal Ideation: Critical Importance of Parental and Peer Emotional Abuse during Dvelopmental Sensitive Periods in Males and Females. Journal of Frontiers in Psychiatry 2015; 6.

29. Mirzaee A, Mazloomi SS, Yasin SM, Asgarshahy A, Jalilian F. The Role of Parents in Preventing Children Tendency to Addictive Substances: Application of Theory of Planned Behavior. Applied Research Center Deputy Behdad 2015; 3 (4): 249-58. (Text in Persian)

30. Shams Esfandabadi H, Nezhadnadery S. Assessing Quality of Life in Addicts and Non-addicts Kerman Religious Attitudes. Journal of Psychological Studies 2009; (1):139-52. (Text in Persian)

31. Park S, Kim H. Relationships between Parental Alcohol Abuse and Social Support, Peer Substance Abuse Risk and Social Support, and Substance Abuse risk among South Korean Adolescents. Journal of Adolescence 2009; 44(173):87-99.

32. Drucker PM, Greco-Vigorito C, Coil G, Moore-Russell MA, Avaltroni J. Depression and Anxiety in Young Children of Substance Abusers. Journal of Psychological reports 1997; 80(3):723-32.

33. Greco-Vigorito C, Drucker P, Moore-Russell MA, Avaltroni J. Affective Symptoms in Young Children of Substance Abusers Correlate with Parental Distress. Journal of Psychological Reports 1996; 79:547-52.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-02-01]