

The comparison of the psychiatric disorders between opium addicts' families referring to opium withdrawal clinics and non-addicts' families referring to blood transmission centers

Salehi B(M.D)^{1*}, Solhi H(M.D)², Fotovat A.R(G.P)³, Motamedi D(G.P)⁴, Moradi S(M.Sc)⁵,
Ebrahimi S(M.Sc)⁵

1- Department of Psychiatry, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

2- Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

3-Department of Psychology, Islamic Azad University of Arak, Arak, Iran

Received: 16 Aug 2011, Accepted: 25 Oct 2011

Abstract

Background: Addiction is undoubtedly one of the biggest problems of human societies that every year governments spend enormous amounts of money on fighting it. Most addicts, besides their addiction, cause many psychological problems in their families; therefore, the aim of this study was to compare the presence of these disorders between the families of addicts and non-addicts.

Materials and Methods: This case-control study was done on a sample of 650 persons of opium addicts' and non-addicts' families using random sampling method. Data were collected through SCL-90-R questionnaire and were analyzed by Chi-square and t-test using SPSS software version 18.

Results: There was a significant difference in psychiatric disorders in addicts' and non-addicts' families ($p=0.005$). Among the 9 psychiatric disorders under assessment, only anxiety, aggression, paranoia, and depression disorders in three types, including pathologic, borderline, and combined (pathologic-borderline), were significantly higher in addicts' families compared with non-addicts' families ($p=0.005$).

Conclusion: Drug dependence disorder in one member of a family has a very important effect on the mental hygiene of the other family members and requires prevention and treatment in both.

Keywords: Addiction, family, Opium, Opium withdrawal clinic, psychiatric disorders

*Corresponding author:

Address: Department of Psychiatry, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Email: basalehi@yahoo.com

مقایسه اختلالات روان پزشکی خانواده‌های معتادین به تریاک مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد و مراجعین به سازمان انتقال خون

بهمن صالحی^{1*}، حسن صالحی²، امیر رضا فتوت³، درخشنده معتمدی³، شیرین مرادی⁴، سمیه ابراهیمی⁴

- 1- دانشیار، روانپزشک، گروه روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
- 2- دانشیار، متخصص پزشکی قانونی و مسمومیت‌ها، گروه روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
- 3- پزشک عمومی، دکترای حرفه ای، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک - ایران
- 4- کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی اراک، اراک، ایران

تاریخ دریافت: 90/5/26 تاریخ پذیرش: 90/8/4

چکیده

زمینه و هدف: اعتیاد به مواد مخدر بدون شک از جمله بزرگ‌ترین مشکلات جوامع بشری محسوب شده که هر ساله دولت‌ها میزان زیادی از بودجه‌های خود را صرف مبارزه با آن می‌کنند. با توجه به این که بسیاری از معتادان، علاوه بر اعتیاد سبب ایجاد مشکلات روان‌پزشکی زیادی در خانواده می‌گردند، هدف این مطالعه مقایسه این اختلالات در خانواده معتادان و غیر معتادان می‌باشد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک پژوهش مورد - شاهده می‌باشد که به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده بر روی 650 نفر از خانواده‌های افراد معتاد و افراد غیر معتاد با استفاده از پرسش‌نامه SCL-90-R انجام گردیده است. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های کای اسکوتر و تی مستقل و با نرم افزار SPSS نسخه 18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: اختلالات روان‌پزشکی در خانواده‌های افراد معتاد نسبت به خانواده‌های غیر معتاد اختلاف معنی‌داری دارند ($p=0/005$) و از بین 9 اختلال روان‌پزشکی مورد سنجش، تنها اختلالات اضطرابی، پرخاشگری، پارونویا و افسردگی در سه نوع بیمارگونه، مرزی و در مجموع (بیمارگونه و مرزی) در خانواده‌های افراد معتاد نسبت به غیر معتاد با ($p=0/005$) بیشتر بودند.

نتیجه گیری: وابستگی به مواد یکی از اعضاء خانواده، سهم مهمی در بهداشت روانی سایر اعضای خانواده ایفا می‌کند و نیاز به مداخله جدی درمانی و پیش‌گیری هر دو می‌باشد.

واژگان کلیدی: اعتیاد، خانواده، تریاک، کلینیک‌های ترک اعتیاد، اختلالات روان‌پزشکی

* نویسنده مسئول: اراک، مرکز درمانی شهید هاشمی سنجانی، بخش روانپزشکی

مقدمه

در طول قرن بیستم انسان از نظر شیوه‌های زندگی، روابط اجتماعی، مسائل بهداشتی و پزشکی بیش از تمام تاریخ دستخوش دگرگونی شده است؛ با این حال نابسامانی‌های اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی حاکم بر جهان کنونی بشر را بیش از پیش با مشکلات مختلف اجتماعی، محیطی و روانی روبرو ساخته است که از جمله آنها می‌توان به مسئله اعتیاد به مواد مخدر و عوارض ناشی از آن اشاره نمود (1). در اوایل دهه 1990 اعتیاد به مواد مخدر آن چنان آشفتنگی را در جوامع غربی به وجود آورده بود که دولت مردان امریکائی وضعیت آن زمان را جنگ شیمیایی خانگی نامیدند؛ اما امروزه این آشفتنگی به یکی از بزرگ‌ترین معضلات جوامع بشری تبدیل گردیده به گونه‌ای که هر ساله دولت‌های جوامع مختلف به رغم نیازهای شدید اقتصادی، مقادیر هنگفتی از سرمایه‌های خود را صرف مبارزه با آن می‌نمایند (2). اصطلاح اعتیاد تا قبل از سال 1946 به حالتی اطلاق می‌گردید که شخص هم از نظر جسمانی و هم از نظر روانی شدیداً به ماده‌ای وابستگی داشته باشد؛ اما در سال 1946 سازمان بهداشت جهانی، با توجه به ناخوشایند بودن کلمه اعتیاد و مصطلح شدن آن در جایگاه‌های دیگر، اصطلاح وابستگی دارویی را به جای آن توصیه نمود (1) و طبق تعریف DSM-IV-TR (راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی شماره چهار تجدید نظر شده) مهم‌ترین ویژگی وابستگی به مواد را مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، روانی و روان شناختی می‌داند که فرد با وجود داشتن مشکلات قابل ملاحظه در زمینه استفاده از مواد، به مصرف آن ادامه می‌دهد و بدین ترتیب الگویی از مصرف مکرر به وجود می‌آید که معمولاً به بروز تحمل، ترک و رفتارهای اجباری مصرف دارو می‌انجامد (3).

در رابطه با عوامل به وجود آورنده اعتیاد، ادبیات پژوهشی بیان‌گر آن است که گاهی فقط یک عامل و گاهی مجموعه‌ای از عوامل (مثل: تربیت نادرست، اختلالات شخصیتی، فرار از فشارهای کاری و خستگی‌های عصبی - روانی) با شدت کم یا زیاد در آن درگیرند (4). پژوهش‌های زیادی در این زمینه نشان داده‌اند که بسیاری از افراد با

وابستگی دارویی، حداقل از یک اختلال روانی نیز رنج می‌برند (5-21). با توجه به این که خانواده کانونی است که از یک زن، مرد و فرزندان تشکیل یافته است و ثبات و آرامش روانی در آن موجب ارتقاء و تکامل یکایک افراد آن می‌گردد، همین‌طور وجود تنش و داشتن دغدغه به دلایل مختلف از جمله وجود یک عضو وابسته به مواد سهم مهمی در بهداشت روانی اعضا آن خانواده ایجاد می‌کند، تحقیقات بسیاری در سراسر جهان با هدف بررسی مشکلات خانواده‌های این افراد صورت پذیرفته و نتایج به دست آمده برخی از مشکلات آنها را چنین برشمرده‌اند؛ احساس تنهایی و غمگینی، احساس گناه و شرمندگی، بی‌اعتمادی و انکار عواطف، افسردگی، اضطراب و اقدام به خودکشی و غیره (21). بنابراین از یک سو با توجه به مطالب فوق و این که کشور ما در سر راه یکی از مسیرهای مهم حمل و نقل مواد افیونی قرار داشته و هم‌چنین با توجه به اهمیت این مساله که بسیاری از افراد معتاد اغلب دچار یک یا چند اختلال روانپزشکی می‌باشند که در گرایش آنها به اعتیاد، تداوم، عود و حتی در درمان و پیش‌آگهی آن اهمیت فراوانی دارد، این مطالعه با هدف بررسی و مقایسه اختلالات روان پزشکی در خانواده‌های معتادین به تریاک و خانواده‌های افراد غیر معتاد طراحی گردیده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک پژوهش مورد - شاهدهی می‌باشد که به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده بر روی 650 نفر از خانواده‌های افراد معتاد (87 نفر) و افراد غیر معتاد (174 نفر) با مراجعه به کلینیک‌های ترک اعتیاد و سازمان انتقال خون در سال 1389 صورت گرفته است. به ترتیب 230 نفر از خانواده‌های افراد معتاد (به عنوان گروه مورد) و 420 نفر از خانواده‌های افراد غیر معتاد (به عنوان گروه شاهد) از نظر سن، جنس و وضعیت اجتماعی - اقتصادی با یکدیگر هم‌تا سازی شدند. سپس پرسش‌نامه و چک لیست مربوطه توسط دو نفر پژوهش‌گر آموزش دیده در اختیار افراد خانواده‌های شرکت کننده در هر یک از گروه‌های مورد و شاهد قرار گرفت و برای افراد بی‌سواد نیز سوالات

گرفتند. در تمامی مراحل تحقیق اعلامیه‌های اخلاقی هلسینکی و مصوبات اخلاقی کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اراک لحاظ گردید و $p < 0/05$ معنی دار تلقی گردید.

یافته ها

اطلاعات به دست آمده نشان دادند که در بین خانواده‌های افراد معتاد و غیر معتاد بیشترین میزان سنی بین 20-50 سال (9/45 درصد، 8/52 درصد)، میزان تحصیلات دیپلمه (6/42 درصد، 4/41 درصد)، شغل خانه‌دار (4/42 درصد، 5/38 درصد) و محل سکونت شهری (4/84 درصد، 8/89 درصد) بودند (جدول 1).

جدول 1. توزیع فراوانی و فراوانی نسبی متغیرهای زمینه ای در دو گروه مورد و شاهد

خانواده	معتاد	غیر معتاد
شاخص ها	فراوانی-در صد	فراوانی-درصد
متغیر		
جنسیت		
زن	56/09-129	55/48-233
مرد	43/91-101	44/52-187
سن		
15-20	29/5-68	24/1-101
20-50	45/9-103	52/8-222
بیشتر از 50	25/6-59	23/1-97
تحصیلات		
زیر دیپلم	40/1-92	37/7-138
دیپلم	42/6-98	41/4-174
دانشگاهی	17/3-40	20/9-88
شغل		
بیکار	41/4-95	31/8-132
خانه دار	42/6-98	38/5-162
دولتی	5/2-12	10/2-43
سایر موارد	10/8-25	19/5-82
محل سکونت		
شهر	84/4-194	89/8-377
روستا	15/6-36	10/2-43

از بین اختلالات روان پزشکی بررسی شده به ترتیب اختلالات اضطراب، پرخاشگری، پارانوئیا و افسردگی بیمارگونه در بین خانواده‌های افراد معتاد (3/28، 19/1، 8/7، 37/8 درصد) در مقایسه با افراد غیر معتاد (4/12، 3/6، 4/5، 19/8 درصد) با اختلاف معنی داری بیشتر بودند ($p=0/001$). در نوع مرزی هر یک از اختلالات نامبرده در بین خانواده‌های افراد معتاد (3/17، 4/9، 6/14، 1/3) درصد) در مقایسه با افراد غیر معتاد (7/4، 4/8، 8/1، 7/1

پرسش‌نامه توسط یکی از پژوهش‌گران خوانده و پاسخ‌ها به طور دقیق ثبت گردید. شایان ذکر است که معیار ورود افراد به هر یک از گروه‌های مورد و شاهد، عدم اعتیاد آنها و سایر اعضای خانواده (به جز فرد معتاد شرکت کننده در گروه مورد) بود؛ هم‌چنین همگی مرد و سن بین 15 تا 60 سال داشتند. درآمد ماهیانه خانواده بین 250-500 هزار تومان بوده و روزانه حداقل یک مثقال تریاک مصرف می‌نمودند به انضمام این که از زمان اعتیاد آنها حداقل 6 ماه گذشته بود. در 6 ماه قبل از مراجعه پژوهش‌گران به کلینیک‌های ترک اعتیاد مورد نظر سابقه ترک نداشتند و به خاطر هیچ‌گونه اختلال جسمانی یا روانی خاصی به مصرف روی نیاورده بودند. معیار خروج از مطالعه عدم تمایل ورود به مطالعه یا این که خروج از آن در هر یک از مراحل مطالعه و یا این که نقض عدم اعتیاد در گروه شاهد، سابقه ترک در 6 ماه گذشته و یا اعتیاد به مواد مخدر غیر از تریاک بود. ابزار به کار رفته در پژوهش حاضر، پرسش‌نامه SCL-90-R (چک لیست علائم روانی -90 تجدید نظر شده) بود. این پرسش‌نامه برای اولین بار در سال 1973 توسط درگوتیس و همکاران برای ارزشیابی علائم روانی طراحی گردید. این آزمون دارای 90 سوال بوده که 9 بعد مختلف (اضطراب، افسردگی، فویبا، پرخاشگری، خود بیمار انگاری، وسواس، حساسیت بین فردی، پارانوئیا و روان پریشی) را در برمی‌گیرد. پاسخ‌های ارائه شده به هر یک از موارد این آزمون در یک مقیاس 5 درجه‌ای لیکرت از میزان ناراحتی که از هیچ=0 تا شدید=4 می‌باشد، مشخص می‌گردد. نمره گذاری و تفسیر این آزمون بر اساس 3 شاخص ضریب کلی علائم مرضی (GSI)، معیار ضریب ناراحتی (PSDI) و جمع علائم مرضی (PST) می‌باشد (22). این پرسش‌نامه در سال 1359 در ایران توسط میرزایی استاندارد شده و روایی آن بین 0/77 تا 0/90 گزارش گردیده است (23). بعد از انجام آزمون مزبور توسط روان‌پزشک مجری طرح، وجود یا عدم وجود علائم بیماری تأیید می‌گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش‌های تحلیل آماری مجذور کای، آزمون تی برای گروه‌های مستقل و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه 18 مورد تجزیه و تحلیل قرار

جدول 3. میانگین و انحراف معیار نمرات اختلالات روان پزشکی افراد در 2 گروه مورد و شاهد

متغیر	مورد	شاهد	p
اضطراب	2/07±1/49	0/63±0/91	<0/001
خود بیمار انگاری	0/71±0/66	0/68±0/63	>0/05
وسواس اجباری	0/86±0/86	0/70±0/70	>0/05
حساسیت بین فردی	0/92±1/20	0/72±1/09	>0/05
پرخاشگری	1/51±1/04	0/38±0/54	<0/001
فوبیا	0/91±0/86	0/90±0/88	>0/05
پارانویا	1/29±1/05	0/37±0/68	0/001
روانپریشی	0/572±1/15	0/26±0/83	>0/05
افسردگی	2/51±1/41	0/98±1/15	<0/001
نمره کل	1/31±0/47	0/67±0/36	<0/001

بحث

یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر نشان دادند که ابعاد روان پزشکی به طور کلی با اختلاف معنی داری در خانواده‌های افراد معتاد نسبت به خانواده‌های افراد غیر معتاد بیشتر بودند و از بین 9 مورد ابعاد روان پزشکی تنها علایم اضطراب، پرخاشگری، پارانویا و افسردگی در 3 نوع بیمارگونه، مرزی و در مجموع (بیمارگونه و مرزی) با اختلاف معنی داری در خانواده‌های افراد معتاد نسبت به خانواده‌های افراد غیر معتاد بیشتر بودند. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر با نتایج به دست آمده از پژوهش هراتی (1383) که در آن میزان افسردگی در اعضای خانواده معتادین 64/1 می‌باشد هم خوانی داشت (24). در مطالعه آرفورد و همکاران (2001) که بر روی افراد معتاد به مواد مخدر و الکل انجام شده بود به این نتیجه رسیدند که اعتیاد نسبت به سلامت و سازگاری اعضای خانواده فرد معتاد نقش منفی دارد که با مطالعه ما هم خوان می‌باشد (25). مطالعه استوارت و همکاران (2004) نیز که در مورد مشکلات رفتاری و روانی 40 کودک با پدر معتاد به مواد مخدر بود به این نتیجه رسیده است که پدران معتاد به مواد مخدر در سازگاری و شکل گیری شخصیت اجتماعی نقش منفی دارند که این تحقیق نیز با مطالعه ما هم خوانی دارد (26) و با مطالعه غفاری نژاد و همکاران نیز هم خوانی دارد (27). هم چنین مطالعه جی. توماس ری و جنیفر مرتنز (2009) که مقایسه مشکلات سلامت روانی و

درصد) با اختلاف معنی داری بیشتر بودند ($p < 0/005$)؛ همچنین این اختلالات در مجموع (بیمارگونه و مرزی) نیز به مراتب در بین خانواده‌های افراد معتاد (6/42، 3/18، 3/18، 2/55 درصد) در مقایسه با افراد غیر معتاد (8/3، 9/3، 9/26 درصد) با اختلاف معنی داری بیشتر بودند ($p < 0/005$) (جدول 2). نتایج نشان داد که در نمره کل خانواده‌های افراد معتاد و غیر معتاد، تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/005$) و تفاوت میانگین نمرات در ابعاد اضطراب، پرخاشگری، پارانویا و افسردگی در 2 گروه از لحاظ آماری معنی دار است ($p < 0/005$) (جدول 3).

جدول 2. توزیع فراوانی و درصد اختلالات مختلف روان پزشکی در دو گروه مورد و شاهد

خانواده شاخص ها اختلالات	معتاد فراوانی (درصد)	غیرمعتاد فراوانی (درصد)	p		
				بیمارگونه	مرزی
اضطراب	28/3-65	12/4-52	0/001	بیمارگونه	
مرزی	14/3-33	7/4-31	0/004	مرزی	
درمجموع	42/6-98	19/8-83	0/001	درمجموع	
خود بیمارگونه	3/9-9	3/6-15	0/491	بیمارگونه	
بیمار	6/5-15	13/6-15	0/066	مرزی	
انگاری	10/4-24	7/1-30	0/097	درمجموع	
وسواس	7-16	5/7-24	0/319	بیمارگونه	
اجباری	7/4-17	4/3-18	0/069	مرزی	
درمجموع	14/3-33	10-42	0/064	درمجموع	
حساسیت	11/7-27	10-42	0/287	بیمارگونه	
بین	12/2-28	10/7-45	0/360	مرزی	
فردی	23/9-55	205/7-87	0/319	درمجموع	
پرخاشگر	9/1-21	3/6-15	0/003	بیمارگونه	
ی	9/1-21	4/81-20	0/028	مرزی	
درمجموع	18/3-42	8/3-35	0/001	درمجموع	
فوبیا	10-23	9/3-39	0/434	بیمارگونه	
مرزی	9/1-21	7/1-30	0/226	مرزی	
درمجموع	19/1-44	16/4-69	0/233	درمجموع	
پارانویا	8/7-20	4/5-19	0/032	بیمارگونه	
مرزی	9/6-22	4/8-20	0/017	مرزی	
درمجموع	18/3-42	9/3-39	0/001	درمجموع	
روان	1/3-3	.7-3	0/360	بیمارگونه	
پزشکی	0/9-2	0/2-1	0/285	مرزی	
درمجموع	2/2-5	1-4	0/177	درمجموع	
افسردگی	37/8-87	19/8-83	0/001	بیمارگونه	
مرزی	17/4-40	7/1-30	0/001	مرزی	
درمجموع	55/2-127	26/9-113	0/001	درمجموع	
اختلال	58/7-135	31/7-133	0/001	بیمارگونه	
روان	16/5-38	9/5-40	0/009	مرزی	
پزشکی	75/2-173	41/2-173	0/001	درمجموع	

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه افرادی که در این پژوهش شرکت کرده و در راستای اجرای آن همکاری‌های لازم را به عمل آوردند به خصوص از مسئولین و پرسنل محترم سازمان انتقال خون استان مرکزی و کلینیک‌های ترک اعتیاد اراک که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند، صمیمانه تشکر می‌نماییم. مقاله حاضر بر گرفته از پایان‌نامه تحصیلی دوره دکتری پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اراک می‌باشد.

منابع

1. Milanifar B. Mental health. 7th ed. Tehran: Qumes Press; 1382.
2. Luqmani L, Abbas Zadeh A. The relationship between depression and nicotine dependence in individuals referred to Kerman-Ayatollah Kashani Clinic. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. 2005(1):18-26.[persian]
3. Khonsari M, Jmilian HR, Lotfi F, Moradnezad A. Psychological profile of mothers that have husband with substance dependent disorder and non-substance dependent disorder return to home improvement of Arak- Mohajeran new city. Aramesh Journal of Education. 2008(25):90-81.
4. Nation M, Heflinger CA. Risk factors for serious alcohol and drug use: the role of psychosocial variables in predicting the frequency of substance use among adolescents. The American journal of drug and alcohol abuse. 2006; 32(3):415-7.
5. Rounsaville BJ, Weissman MM, Crits-Christoph K, Wilber C, Kleber H. Diagnosis and symptoms of depression in opiate addicts: Course and relationship to treatment outcome. Archives of General Psychiatry. 1982; 39(2): 151-6.
6. Rounsaville BJ, Kosten TR, Weissman MM, Kleber HD. Prognostic significance of psychopathology in treated opiate addicts: a 2.5-years follow-up study. Archives of General Psychiatry. 1986; 43(8):739-45.
7. Rousaville BJ, Weissman MM, Rosenberger PH, Wilber CH, Kleber HD. Detecting depressive disorders in drug abusers: a comparison of screening instruments. Journal of Affective Disorders. 1979;1(4):255-67.

هزینه‌های درمانی در اعضای خانواده معتادان را مورد بررسی قرار داده است با نتایج مطالعه ما هم‌خوانی دارد (28) که اختلالات روان‌پزشکی به طور کلی در افراد خانواده معتاد نسبت به افراد غیر معتاد بیشتر است و می‌تواند ناشی از تاثیر مواد بر سلامت فرد و متعاقب آن خانواده باشد که در سازگاری‌ها و سلامت اعضای آن تاثیر منفی بگذارد.

در کل این امر می‌تواند به علت نگرانی اعضای خانواده نسبت به وضعیت جسمانی - روانی فرد معتاد و خطر ابتلای وی به بیماری‌های طبعی خطرناکی چون HIV و هپاتیت، بی مسئولیتی و فراموش کردن کانون گرم خانوادگی توسط فرد معتاد، صرف نمودن مقادیر بسیاری از درآمد خانواده جهت اعتیاد فرد معتاد با وجود مشکلات اقتصادی خانواده، نگرانی نسبت به گرانش سایر اعضای خانواده به اعتیاد، گرانش به مصرف بیشتر مواد یا مواد مهلک‌تر، موارد قانونی اعتیاد و مبارزه مکرر با اعتیاد باشد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به حساسیت خاص برخی از اعضای خانواده‌ها که علیرغم توضیحات مکرر به آنها در باره رعایت اصول رازداری باز از عدم رضایت به انجام پاسخ‌نامه و یا عدم پاسخ واقع‌گرایانه به سئوالات آن داشتند که می‌توانست در نتایج نهائی مطالعه تاثیر بگذارد که با توضیحات چند جانبه از این تاثیر کاسته شد.

نتیجه گیری

نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نشان می‌دهد که خانواده‌های افراد معتاد از مشکلات روان‌پزشکی بیشتری شکایت دارند. هم‌چنین این دسته از افراد با شیوع بیشتری دچار اختلالات اضطرابی، پرخاشگری، پارانوئیا و افسردگی می‌شوند. بنابراین چنین به نظر می‌رسد که تنش‌زا بودن اختلال وابستگی به مواد در یک عضو خانواده، سهم مهمی را در بهداشت روانی سایر اعضای خانواده ایفا می‌کند. در نهایت پیشنهاد می‌گردد تا در پژوهش‌های آتی به بررسی میزان اثر بخشی ارایه خدمات روانی به خانواده‌های افراد معتاد پرداخته شود.

8. Dackis CA, Gold MS. Opiate addiction and depression—cause or effect? *Drug and Alcohol Dependence*; *Drug and Alcohol Dependence*. 1983;105-10.
9. Bukstein OG, Brent DA, Kaminer Y. Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents. *The American Journal of Psychiatry*; *The American Journal of Psychiatry*. 1989;(149):1131-41.
10. Ross HE, Glaser FB, Germanson T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Archives of General Psychiatry*. 1988;45(11):1023-31.
11. Kranzler H, Liebowitz N. Anxiety and depression in substance abuse: clinical implications. *The Medical clinics of North America*. 1988;72(4):867-85.
12. Kushner MG, Sher KJ, Beitman BD. The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*; *The American Journal of Psychiatry*. 1990; (147):685-94.
13. Kofoed L. Assessment of comorbid psychiatric illness and substance disorders. *New Directions for Mental Health Services*. 1991; 1991(50): 43-55.
14. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 1990;264(19):2511-8.
15. Maser JD, Dinges N. Comorbidity: Meaning and uses in cross-cultural clinical research. *Culture, medicine and psychiatry*. 1992; 16(4): 409-25.
16. Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, Walters EE, Swendsen JD, Aguilar-Gaziola S, et al. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders:: Results of the international consortium in psychiatric epidemiology. *Addictive Behaviors*. 1998; 23(6): 893-907.
17. Wittchen HU. Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*. 1996; 168(30): 9-16.
18. Brooner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt Jr CW, Bigelow GE. Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Archives of General Psychiatry*. 1997; 54(1):71-80.
19. Ghanezadeh A, Ashkani H, Maany I. Comorbidity of psychiatric disorders in Iranian treatment-seeking opioid addicts. *Irn J Med Sci*. 2000; 25:25-30. [persian].
20. GhoreishiZadeh M, Torabi K. Evaluation of mental illness comorbidity with drug dependent in 200 patients that referred to the self-referral center of Tabriz. *Journal of Tabriz University of Medical Sciences*.2003;(55): 54-49.[persian]
21. Kaufman E. Substance abuse and family therapy. New York: Braziller. 1968.p.64-88.
22. Shahandeh M. Personality evaluation.1ST ed, Ahwaz, Rasesh Publication; 2008.p.91-89.
23. Sadeghian A, Farhadinasab A, Fallahinia Gh. Determination of mental health conditions of medical students of Hamedan University of Medical Sciences. *Revolution and developmental educational Medicine in Hamadan*. 2009(1): 54-44.[persian]
24. Harati H. Evaluation of depression and its severity in 1st degree relatives of substance dependent persons referred to addiction clinics of Zahedan. Thesis for M.D. degree, Scientific Information and Documentation Center of Iran. 2004.
25. Orford J, Natera G, Velleman R, Copello A, Bowie N, Bradbury C, et al. Ways of coping and the health of relatives facing drug and alcohol problems in Mexico and England. *Addiction*. 2001;96(5):761-74.
26. Fals-Stewart W, Kelley ML, Fincham FD, Golden J, Logsdon T. Emotional and behavioral problems of children living with drug-abusing fathers: comparisons with children living with alcohol-abusing and non-substance-abusing fathers. *Journal of Family Psychology*. 2004; 18(2): 314-30.
27. Ghaffari Nejad A, Ziaadini H, Banazadeh N. Comparative Evaluation of Psychiatric Disorders in Opium and Heroin Dependent Patients. *Addiction and Health*. 2010;1(1):1-7
28. 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.