

## رابطه ابعاد انزوای اجتماعی و افسردگی در خانواده‌های دارای عضو مبتلا به سوءمصرف مواد

زهرة کریمی<sup>۱</sup>، مجتبی تمدنی<sup>۲\*</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب، تهران، ایران

<sup>۲</sup> گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب، تهران، ایران

### چکیده

خانواده‌های دارای عضو مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد به دلیل وجود مشکلات ناشی از اختلال، عمدتاً دچار انزوای اجتماعی می‌شوند، از مهم‌ترین اختلالات روانی شایع در این خانواده‌ها افسردگی است که بر انزوای اجتماعی تأثیر دارد. هدف از این پژوهش تعیین رابطه افسردگی با ابعاد انزوای اجتماعی در خانواده‌های افراد دارای اختلال سوءمصرف مواد بود. در یک مطالعه از نوع همبستگی ۲۷۶ شرکت‌کننده به روش نمونه‌گیری در دسترس از میان خانواده‌های مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهری دارای عضوی مبتلا به سوءمصرف مواد انتخاب شد و به پرسشنامه‌های افسردگی بک و انزوای اجتماعی حسن و کلارک پاسخ دادند. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان دادند که بین افسردگی و ابعاد انزوای اجتماعی (تجربه موقعیتی، شناخت‌ها و عاطفه) رابطه مثبت معنی‌داری وجود داشت؛ در نتیجه با افزایش انزوای اجتماعی در هر سه بعد، افسردگی افزایش می‌یابد.

**کلیدواژه‌ها:** افسردگی؛ انزوای اجتماعی؛ اختلال سوءمصرف مواد

### مقدمه

عوامل مختلفی نظیر بیماری‌های جسمانی و روانی (شارگ، ۲۰۰۶) و همچنین وجود یک فرد بیمار در خانواده کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (بکستروم، اوستر، گرلین، اکسلیو و ویلبرند، ۲۰۱۴). خانواده‌هایی که دارای فرد مبتلا به بیمار روانی هستند به دلایل مختلفی از جمله مشکلات مالی، اجبار در گذراندن وقت برای رسیدگی به بیمار و غیره ممکن است از تعاملات اجتماعی محروم شوند. از دیدگاه سیمن، انزوای اجتماعی واقعیتی است فکری که در آن فرد عدم تعلق و انفصال کاملی را با ارزش‌های مرسوم جامعه احساس می‌کند (مدرسی یزدی، ۱۳۹۳). حسن و کلارک (۲۰۱۶) نیز انزوای اجتماعی را مانند احساس تنهایی تعریف می‌کنند که در آن فرد خود را جدای از اجتماع ادراک می‌کند و به خاطر عدم توانایی در تعاملات اجتماعی به شدت ناراحت است. به همین خاطر، به نظر می‌رسد خانواده‌هایی که فردی مبتلا به بیمار روانی دارند احتمالاً دچار انزوای اجتماعی می‌شوند.

از جمله دلایل انزوای اجتماعی در این افراد، بروز افسردگی در آن‌هاست که کیفیت زندگی افراد را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. افسردگی به طور کلی شایع‌ترین اختلال خلقی است (کاپلان، ۲۰۱۵) که غمگینی، بی‌علاقگی و عدم توانایی در لذت بردن از علایم کلیدی آن است (دالگلیش و پاور، ۲۰۰۰). اسپادرنای (۲۰۱۴) نشان داد که افسردگی با انزوای اجتماعی در بزرگسالان رابطه مثبت دارد. افراد افسرده به خاطر کاهش انگیزه برای برقراری روابط اجتماعی، رابطه کمتری با افراد و جامعه برقرار می‌کنند و به همین خاطر در دراز مدت احساس انزوای اجتماعی می‌کنند (متیوز و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین، کیفیت زندگی در افراد دارای افسردگی به دلیل کاهش سطح خلق، کاهش روابط اجتماعی و اختلال در ایفای نقش‌های مختلفی که در زندگی بر عهده دارند به طور معناداری کاهش می‌یابد. ساندبوم، میلووشی، لیندبرگ، آلوینگ و جانسون (۲۰۱۶) گزارش کردند که کاهش کیفیت خواب به خاطر افزایش سطح افسردگی، موجب کاهش کیفیت زندگی می‌شود. مایرز، لانگمن، وازکوئز، بونافینا، پیرین و صبری (۲۰۱۵) نیز نشان دادند که افسردگی منجر به کاهش کیفیت زندگی می‌شود. اما شیوع آن در افرادی که در خانواده خود دارای عضو بیمار هستند به طور معناداری بیشتر از افراد عادی برآورد شده است (نادیگ، هاف، کوکس و فورد، ۲۰۱۶). به همین خاطر به نظر می‌رسد کیفیت زندگی این افراد نیز با توجه به سطح افسردگی کاهش می‌یابد.

وینترمن، ویندر، استرو، روزندال و پتروسکی (۲۰۱۶) نشان دادند که کیفیت زندگی اعضای خانواده دارای بیماری‌های روانی مزمن پایین‌تر از افراد عادی است. از طرفی افسردگی در افراد دارای عضو بیمار در خانواده و مشکلات مربوط به آنها می‌تواند موجب انزوای اجتماعی آنها شود (پاکس-مولر و هامیلتون، ۲۰۱۴). از نظر پوتنام (۲۰۰۱)، مشارکت داشتن در گروه‌های اجتماعی و افزایش تعامل با افراد،

\* پست الکترونیک نویسنده مسئول: M\_tamadoni@azad.ac.ir

باعث می‌شود نیاز به تعلق به گروه‌ها و سایر نیازهای افراد برطرف شود و این امر موجب ارتقای کیفیت زندگی می‌شود. مایرز، لانگمن، وازکوئر، بونافینا، پرین و صبری (۲۰۱۵) نیز به این نتیجه دست یافتند، که افسردگی منجر به کاهش کیفیت زندگی می‌شود. شیوع افسردگی در افرادی که در خانواده خود دارای عضو بیمار هستند به طور معناداری بیشتر از افراد عادی برآورد شده است وینترمن و همکاران (۲۰۱۶) نتیجه گرفتند که کیفیت زندگی اعضای خانواده دارای اختلالات روانی مزمن پایین‌تر از افراد عادی است. با توجه به پیشینه نظری و تجربی ذکر شده و اهمیت شناسایی عوامل موثر بر انزوای اجتماعی خانواده‌های دارای عضو بیمار، در این پژوهش رابطه بین افسردگی و ابعاد انزوای اجتماعی را مورد مطالعه قرار دادیم.

## روش

### شرکت‌کنندگان

طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود و جامعه آماری آن خانواده‌های دارای عضو مبتلا به اعتیاد به یکی از مواد مخدر بود که دارای اختلال روانی همراه با سوءمصرف نبوده و به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهری مراجعه کرده بودند. روش نمونه‌گیری این پژوهش در دسترس و حجم نمونه ۲۷۶ نفر بود. ۳۷ درصد گروه نمونه زن و ۶۲ درصد مرد بودند و نیز ۶۱ درصد سطح تحصیلاتشان تا دیپلم بود. اطلاعات جمعیت شناختی گروه نمونه در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱  
اطلاعات جمعیت‌شناسی نمونه

| متغیر   | فراوانی        | درصد  |
|---------|----------------|-------|
| جنسیت   | زن             | ۳۷/۳۴ |
|         | مرد            | ۶۲/۷۶ |
| تحصیلات | بیسواد         | ۲۷/۶۹ |
|         | تا دیپلم       | ۶۱/۷۶ |
|         | لیسانس         | ۱۷/۳۰ |
|         | لیسانس به بالا | ۱۴/۳۲ |

### ابزار

پرسشنامه انزوای اجتماعی: این پرسشنامه در سال ۲۰۱۶ توسط حسن و کلارک ساخته شده و دارای ۱۲ عبارت است و هدف آن بررسی و ارزیابی انزوای اجتماعی و مولفه‌های آن (تجربه موقعیتی، شناخت‌ها، عاطفه) است. حسن و کلارک (۲۰۱۶) اعتبار این ابزار را به کمک محاسبه آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۲ به دست آوردند. در همان پژوهش روایی همگرایی پرسشنامه با محاسبه همبستگی آن با پرسشنامه احساس تنهایی (UCLA) ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۶۱): این پرسشنامه حاوی ۲۱ گروه جملات است. ابعاد پرسشنامه عبارت است از غمگینی، بدبینی، شکست گذشته، لذت نبردن، احساس گناه، احساس تنبیه، دوست نداشتن خویش، خود انتقادی، افکار خودکشی یا تمایل به خودکشی، گریه کردن، بی‌قراری، از دست دادن علاقه، بی‌تصمیمی، بی‌ارزشی، از دست دادن انرژی، تغییر در الگوی خواب، تحریک‌پذیری، تغییر در اشتها، اشکال در تمرکز، خستگی یا کسالت، از دست دادن علاقه جنسی. روایی پرسشنامه با استفاده از نظرات ارزیابی و تأیید شده است. تمنای‌فر و همکاران (۱۳۸۷) اعتبار این پرسشنامه را با محاسبه آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱ به دست آورد.

### شیوه اجرا

به منظور جمع‌آوری اطلاعات و تکمیل پرسشنامه‌های انزوای اجتماعی و افسردگی بک به کلینیک‌های ترک اعتیاد در شهری مراجعه شد. پرسشنامه‌ها ابتدا با کسب رضایت خانواده‌های مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهری پخش شد و از آن‌ها خواسته شد پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند. برای افراد شرکت‌کننده در پژوهش توضیح داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند و کسی به اطلاعات آن‌ها دسترسی نخواهد داشت. افراد شرکت‌کننده در پژوهش با اعلام رضایت به همکاری، پرسشنامه‌ها را پاسخ دادند.

## نتایج

تجزیه و تحلیل یافته های توصیفی گروه نمونه نشان داد که در متغیر جمعیت شناختی جنسیت ۹۸ نفر (۳۷/۲۴ درصد) زن و ۱۶۲ نفر (۶۲/۷۶ درصد) مرد بودند. در متغیر سطح تحصیلات سیکل تا دیپلم با ۱۶۲ نفر (۶۱/۷۶ درصد) بیشترین و بی سواد با ۷۲ نفر (۶۱/۷۶ درصد) و لیسانس به بالا با ۳۸ نفر (۱۴/۳۲) در رتبه های بعدی قرار داشتند. در ادامه جهت بررسی رابطه بین متغیرهای پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. با توجه به نتایج به دست آمده بین افسردگی و زیر مقیاس های انزوای اجتماعی همبستگی مستقیم و معناداری وجود دارد (جدول ۱). بنابراین افزایش در هر یک از زیر مقیاس های انزوای اجتماعی منجر به افزایش افسردگی در خانواده های دارای عضو مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد خواهد شد.

جدول ۱

| ضریب همبستگی پیرسون بین افسردگی و زیر مقیاس های انزوای اجتماعی |      |      |      |   |
|--|------|------|------|---|
| متغیر  | ۱    | ۲    | ۳    | ۴ |
| ۱- افسردگی   | ۱    |      |      |   |
| ۲- تجربه موقعیتی   | ۰/۶۴ | ۱    |      |   |
| ۳- شناختها   | ۰/۷۴ | ۰/۵۶ | ۱    |   |
| ۴- عاطفه   | ۰/۶۳ | ۰/۴۷ | ۰/۴۳ | ۱ |

## بحث

هدف این پژوهش بررسی رابطه افسردگی با ابعاد انزوای اجتماعی در خانواده های افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد بود. نتایج نشان داد افسردگی با تجربه موقعیتی، شناختها و عاطفه رابطه مستقیم دارد که این نتایج با پژوهش های سجادیان و ناد (۱۳۸۵)، فریدمن و همکاران (۲۰۰۶) و ماتیز و همکاران (۲۰۱۶) همخوانی دارد. افراد افسرده در موقعیت های مختلف تحریف های شناختی زیادی را تجربه می کنند. ذهن خوانی در روابط بین فردی رفتارهای فعال ساز مثل روابط اجتماعی را کاهش می دهد و باعث انزوای اجتماعی در فرد می شود. کاهش رابطه های بین فردی باعث دوری دیگران از فرد افسرده می شود. رفتارهای میان فردی ناسازگارانه منبع افسردگی است (لویسون، پتر، آنتونوسو، آستین متز و تری، ۱۹۸۴؛ کوبنی، ۱۹۸۹). مطابق با مدل پاداش میان فردی کوبنی (۱۹۸۹)، افراد افسرده با شکایت کردن چرخه معیوبی آغاز می کنند که اغلب اطمینان خاطر و توجهی در نتیجه شکایت های شان به دست می آورند. در ابتدا اشخاص افسرده تقویت مثبت از دیگران برای شکایت کردن دریافت می کنند، اما به مرور دیگران اشخاص افسرده را طرد می کنند و منجر به کاهش حمایت اجتماعی می شود.

همچنین نتایج نشان داد اعضای خانواده افراد مبتلا به سوء مصرف مواد الگوهای شناختی معیوبی دارند که باعث انزوای اجتماعی آنها می شود. مدل های شناختی افسردگی نشان می دهند که علائم افسردگی با افزایش تحریف ها ایجاد می شوند و تداوم می یابند. افراد افسرده دیدگاه منفی نسبت به خود و تجربه و آینده دارند (بک و آلفورد، ۲۰۰۸؛ بک و همکاران، ۱۹۷۹). وقتی اتفاقی رخ می دهد، از طریق افکار خودآیند تحریف شده به شیوه ای منفی پردازش می گردد. در نتیجه فرد افسرده می شود، و به طور منفی تری آن اتفاق را تجربه می کند، و حتی انگیزه کمتری برای انجام رفتارهای لذت بخش پیدا می کند. آسیب پذیری به دوره های افسرده ساز بعدی توسط تأیید "فرض های ناسازگارانه" بیمار پیش بینی می گردد. طی دوره های بدون افسردگی، افراد به احتمال بیشتر فرض های ناسازگارانه را تأیید نمی کنند. این فرض های زیربنایی از آن جهت که انعطاف ناپذیر و تنبیه کننده اند "ناسازگارانه" هستند و اغلب رها کردن آنها غیرممکن است (لیهی، ۲۰۱۱). انزوای اجتماعی علاوه بر اثر بر خود فرد دارای اختلال سوء مصرف مواد بر اعضای خانواده نیز اثر می گذارد و منجر به افسردگی شان می شود.

در پایان از کلیه افرادی که در انجام این پژوهش همکاری کردند سپاس گذاری می شود و پیشنهاد می شود که افرادی که در خانواده خود عضو مبتلا به سوء مصرف مواد دارند نیز آموزش های روان شناختی و جلسات مشاوره به صورت گروهی دریافت کنند.

## منابع

- تمنایی‌فر، ش؛ محمدخانی، پ؛ پورشهناز، ع. (۱۳۸۷). رابطه همبودی اختلالات شخصیت کلاستر B و اختلال افسردگی اساسی با عود افسردگی. *نور*، ۳۰، ۶۲-۵۷. مدرس یزدی، ف. (۱۳۹۳). *بررسی عوامل اجتماعی، فرهنگی انزوای اجتماعی دختران مجرد بالای ۳۰ سال شهر یزد*. پایان نامه کارشناسی ارشد منتشر نشده. دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه یزد.
- نادی، م؛ سجادیان، ا. (۱۳۸۵). *هنجاریابی مقیاس سنجش خودراهبری در یادگیری، در مورد دانش آموزان دختر دبیرستانهای شهر اصفهان. نوآوری‌های آموزشی*، ۵، ۱۳۴-۱۱۱.
- Bäckström, J., Öster, C., Gerdin, B., Ekselius, L., & Willebrand, M. (2014). Health-related quality of life in family members of patients with burns. *Journal of Burn Care & Research*, 35, 243-250.
- Dalgleish, T., & Power, M. (Eds.). (2000). *Handbook of cognition and emotion*. New York: Guilford Press.
- Friedmann, E., Thomas, S. A., Liu, F., Morton, P. G., Chapa, D., & Gottlieb, S. S. (2006). Relationship of depression, anxiety, and social isolation to chronic heart failure outpatient mortality. *American heart journal*, 152, 940-941.
- Hasan, M., & Clark, E. M. (2016). I get so lonely, baby: The effects of loneliness and social isolation on romantic dependency. *The Journal of social psychology*, 157, 429-444.
- Kaplan, H. I. (2015). *Kaplan & Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry*. New York: Rotledge.
- Leahy, R. L., Holland, S. J., & McGinn, L. K. (2011). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Guilford press.
- Matthews, T., Danese, A., Wertz, J., Odgers, C. L., Ambler, A., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2016). Social isolation, loneliness and depression in young adulthood: A behavioural genetic analysis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51, 339-348.
- Myers, L., Lancman, M., Vazquez-Casals, G., Bonafina, M., Perrine, K., & Sabri, J. (2015). Depression and quality of life in Spanish-speaking immigrant persons with epilepsy compared with those in English-speaking US-born persons with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 51, 146-151.
- Nadig, N., Huff, N. G., Cox, C. E., & Ford, D. W. (2016). Coping as a Multifaceted Construct: Associations with Psychological Outcomes among Family Members of Mechanical Ventilation Survivors. *Critical care medicine*, 44, 1710-1717.
- Parkes-Moller, J., & Hamilton, A. L. (October 2014). *Exploring the Meaning of Pet Ownership for Older Adults through the Pets for Life Project: Effects on Social Isolation and Quality of Life*. Queensland State Conference of Occupational Therapy Association. Australia: **Occupational Therapy**.
- Putnam, R. D. (2001). *Bowling alone: America's declining social capital In Culture and politics Palgrave*. US: Macmillan.
- Schrag, A. (2006). Quality of life and depression in Parkinson's disease. *Journal of the neurological sciences*, 248, 151-157.
- Sundbom, F., Malinowski, A., Lindberg, E., Alving, K., & Janson, C. (2016). Effects of poor asthma control, insomnia, anxiety and depression on quality of life in young asthmatics. *Journal of Asthma*, 53, 398-403.
- Wintermann, G. B., Weidner, K., Strauß, B., Rosendahl, J., & Petrowski, K. (2016). Predictors of posttraumatic stress and quality of life in family members of chronically critically ill patients after intensive care. *An Intensive Care*, 6, 6-69.