



Vímuefnafíkn, samskipti og fjölskylduánægja

Steinunn Hrafnisdóttir, félagsráðgjafi MA, PhD, dósent við Félagsráðgjafardeild Háskóla Íslands.

Jóna Margrét Ólafsdóttir, félagsráðgjafi MA, doktorsnemi og aðjúntkt við Félagsráðgjafardeild Háskóla Íslands.



Steinunn Hrafnisdóttir



Jóna Margrét Ólafsdóttir

Útdráttur

Meginmarkmið rannsóknarinnar sem hér er kynnt var að kanna fjölskylduánægju og samskipti milli fjölskyldumeðlima þegar einstaklingur innan fjölskyldu misnotar vímuefni. Tvö mælitæki, ánægjukvarði fjölskyldu, *Family Satisfaction Scale*, og samskiptakvarði fjölskyldu, *Family Communication Scale*, voru lögð fyrir 115 þátttakendur í byrjun fjögurra vikna fjölskylduhópmeðferðar hjá SÁÁ frá október 2014 til júní 2015. Athugað var hversu ánægðir aðstandendur voru með fjölskyldu sína og hvernig þeir mátu samskipti innan hennar. Einnig var skoðað hvort munur væri á meðaltali kvarðanna um ánægju og samskipti eftir því hver er vímuefnasjúkur: Foreldri aðstandandans, systkin, maki eða barn. Í heild upplifðu þátttakendur litla ánægju innan fjölskyldu sinnar, og höfðu áhyggjur bæði af tengslum innan hennar og af samskiptum fjölskyldumeðlima. Jafnframt kom fram að þátttakendur sem komu í fjölskylduhópmeðferð vegna vímuefnaneyslu foreldris upplifðu minni fjölskylduánægju og samskipti innan fjölskyldunnar en þeir sem komu í meðferðina vegna maka, barns eða systkinis.

Lykilorð: vímuefnafíkn, fjölskyldur, fjölskylduhópmeðferð, fjölskylduánægja, samskipti.

Abstract

The aim of the research is to examine family satisfaction and communication in families, where one family member is chemically dependent. Two ten item scales, Family Communication Scale (FCS) and Family Satisfaction Scale (FSS), were used to measure family communication and family satisfaction. The respondents were 115 members in alcoholic families that participated in a four week family treatment group program at the National Center for Addiction Treatment (SÁÁ) from October 2014 to June 2015. The results indicate that the participants experienced low total family satisfaction, they were concerned about family relations and the quality of communication. Participants who had parents that were addicted ranked family satisfaction and communication lower compared to those who had a spouse, siblings or children with addiction.

Keywords: chemical dependency, families, family group treatment, family satisfaction, family communication.

Inngangur

Skaðleg notkun vímuefna er einn af megináhættuþáttum slæmrar heilsu einstaklinga og fjölskyldna þeirra (WHO, 2010). Heilbrigð sjálfsmynd og sjálfstraust einstaklinga skapast í samskiptum þar sem nánd og traust ríkir milli fjölskyldumeðlima. Börn sem alast upp við slíkar aðstæður eiga auðveldara en önnur með að treysta öðrum og mynda náin tengsl á fullorðinsárum (Park, Crocker og Mickelson, 2004). Í niðurstöðum rannsóknar Johnsons og Stone (2009) kom fram að líklegra er að uppkomin börn vímuefnasjúkra upplifi kvíða og reyni að fordast erfiðar aðstæður en þeir sem hafa ekki alist upp með þeim hætti. Einnig hafa rannsóknir sýnt að þeir sem alast upp við vímuefnafíkn í fjölskyldu sýna marktækt minni getu til að mynda traust og nánd í samskiptum og upplifa minni fjölskylduánægju en samanburðarhópar (Johnson og Stone, 2009; Margasinski, 2014).¹

Áhrif vímuefnafíknar á fjölskylduánægju, samskipti, traust og nánd

Rannsóknir hafa sýnt að upplifun einstaklinga á fjölskylduánægju og góðum samskiptum í parsamböndum eru fólgin í eftirfarandi þáttum: (1) Hæfni fjölskyldumeðlima til að leysa vandamál í sameiningu, (2) aðlögunarhæfni, (3) að geta treyst öðrum, (4) að finna nánd í samskiptum, (5) að geta stjórnað tilfinningum sínum, og (6) að einstaklingarnir hafi sjálfstraust (Dethie, Counerotte og Blairy, 2011).

Börn sem alast upp við tilfinningalega nánd og traust í fjölskyldu sinni eiga auðveldara með tengslamyndun og traust á fullorðinsárum (Park o.fl., 2004). Alist börn hins vegar upp við lítið traust og litla tilfinningalega nánd við foreldra sína, t.d. vegna vímuefnafíknar í fjöl-

1 SÁÁ er þakkaður stuðningur vegna gagnaöflunar og kynningar á rannsókninni.



skyldunni, getur það leitt til óöryggis, vantrausts og erfiðleika við tengslamyndun á fullorðinsárum (Forrester og Harwin, 2011; Mikulincer og Shaver, 2007).

Fræðimenn telja að fullorðið fólk í parsamböndum skilgreini nánd og tilfinningatengsl sín í millum með því að meta hegðun makans og samskipti hans við sig. Jafnframt hefur komið fram að ef makar í parsamböndum upplifa að þeir geti leyst deilur og ágreiningsmál með samningaviðræðum, þá hefur það forspárgildi um góð samskipti og fjölskylduánægju. Samband á milli nándar og samskipta í parsambandi gefur því vísbendingu um fjölskylduánægju og samheldni (Dumont, Jenkins, Hinson og Sibcy, 2012).

Rannsóknir á parsamböndum þar sem ekki er vímuefnamisnotkun sýna að tengsl eru á milli sjálfstrausts einstaklinga innan fjölskyldunnar og fjölskylduánægju. Fjölskyldumeðlimir sem búa við vímuefnafíkn upplifa hins vegar minni fjölskylduánægju og samheldni, og telja jafnframt sjálfir að þeir hafi lítið sjálfstraust (Laghi, Baiocco, Lonigro, Capacchione og Baumgartner, 2012; Dethlefsen o.fl., 2011). Í rannsókn frá árinu 2014 var notaður sjálfsmatslistinn FACES IV, með FSS- og FCS-kvörðunum, og komu þar fram svipaðar niðurstöður. Fjölskylduánægja og samskipti voru marktækt lakari hjá þeim sem voru í vímuefnasjúkum fjölskyldum samanborið við þá sem voru það ekki (Margasinski, 2014).

Áhrif vímuefnafíknar á sálfélagslega líðan og samskipti

Börn sem alast upp við vímuefnafíkn foreldra eiga frekar á hættu að upplifa ofbeldi af þeirra hendi og að þróa með sér sálfélagslegan vanda en aðrir hópar barna (Sunday o.fl., 2011; Barnard og McKeganey, 2004; Harter, 2000). Barn sem býr við vímuefnamisnotkun og ofbeldi af hendi foreldra er oft haldið mikilli streitu. Hugtakið *álag* er notað til þess að lýsa þeim neikvæðu þáttum sem snúa að börnum við slíkar aðstæður. Álagið af því að búa við vímuefnafíkn foreldra getur haft í för með sér skammtíma- og langtímaskaða, og getur hann birst í tilfinningalegri vanlíðan og ýtt undir misnotkun vímuefna á unglingsárum (Velleman, Templeton, Reuber, Klein og Moesgen, 2008; Anderson og Baumberg, 2006; Norström, 2002).

Fullorðin börn vímuefnasjúkra eiga oft erfitt þegar þau lenda í aðstæðum þar sem togstreita er í samskiptum, svo sem í parsambandi (Sunday o.fl. 2011; Springer, Sheridan, Kuo og Carnes, 2007; Cummings og Davies, 2002). Vanlíðan einstaklinga í parsambandinu getur komið fram í neikvæðum tilfinningum,

svo sem kvíða og reiði, sem leiðir til þess að þeir forðast að takast á við erfiðar aðstæður. Þessar aðstæður geta skapast við samskipti og nánd í parsambandinu (Skowron og Dendy, 2004). Í rannsókn á menntaskólanemum voru tveir hópar bornir saman, annars vegar uppkomin börn vímuefnasjúkra (n=136) og hins vegar einstaklingar sem ekki höfðu alist upp við vímuefnasýki (n=436). Markmið rannsóknarinnar var að skoða hvort einstaklingar sem alist höfðu upp við vímuefnasýki foreldra sýndu meiri sálfélagsleg ein-kenni depurðar en þeir sem ekki höfðu alist upp við slíkar aðstæður. Niðurstöður sýna að þeir sem áttu vímuefnasjúka foreldra töldu að þeir ættu við meiri hegðunar- og samskiptavanda að stríða, og meiri vanlíðan, og hefðu minna innsæi í líðan sína en samamburðarhópur. Einnig kom fram að þátttakendur sem alist höfðu upp við vímuefnafíkn foreldra tóku frekar tilfinningalega afstöðu til ákvarðana og notuðu meira áfengi og/eða önnur vímuefni en þeir sem ekki höfðu alist upp við vímuefnafíkn (Klosterman o.fl., 2011). Niðurstöður ofangreindrar rannsóknar benda til þess að vímuefnamisnotkun foreldra hafi áhrif á afdrif barna þeirra á fullorðinsárum og styðja við niðurstöður rannsókna Springer o.fl. (2007) og Skowron og Dendy (2004). Jafnframt styðja niðurstöðurnar rannsókn Johnsons og Stone (2009) um það hvernig fullorðin börn vímuefnasjúkra upplifa ánægju í parsambandi og í foreldrahlutverki miðað við samamburðarhóp fólks sem ekki hafði alist upp við slíkar aðstæður. Fyrri hópurinn greindi frá skorti á ánægju og samskiptum í parsambandi sem og í samskiptum við eigin börn, en hinn hópurinn taldi sig upplifa ánægju í samskiptum sínum við fjölskylduna. Aðrar rannsóknir hafa sýnt að fullorðin börn vímuefnasjúkra búa ekki alltaf við lakari lífsgæði en þeir sem ekki hafa alist upp við vímuefnamisnotkun. Því er ekki hægt að fullyrða að börnum sem alast upp við vímuefnasýki farnist verr með tilliti til andlegrar heilsu eða hæfni til samskipta á fullorðinsárum en þeim sem alast ekki upp við vímuefnasýki foreldra (Hunt, 1997; Sher, 1997). Aukin hætta er á hinn bóginn á erfiðleikum hjá þeim sem alast upp við slíkar aðstæður.

Mælitæki og framkvæmd

Í þessari rannsókn voru notuð tvö mælitæki, samskiptakvarði fjölskyldu, *Family Communication Scale* (FCS), og ánægjukvarði fjölskyldu, *Family Satisfaction Scale* (FSS). FCS-kvarðanum er ætlað að meta heilbrigði í samskiptum fjölskyldumeðlima en FSS-kvarðinn mælir upplifun af fjölskylduánægju. Þátttakendur svара á fimm punkta Likert-skala frá 1 (mjög ósammála) til 5



(mjög sammála). Því hærra sem einstaklingarnir skora á þessum tveimur kvörðum, þeim mun meiri ánægja er í fjölskyldum og betri samskipti milli fjölskyldumeðlima. Í FCS-kvarðanum geta þátttakendur fengið stig á bilinu 10–50, þ.e. samanlögð stig úr svörum við spurningunum tíu. Fjölskyldum er skipt í fimm flokka eftir stigum. Lægsti flokkurinn er sá sem fær 10–29 stig og þar hafa fjölskyldumeðlimir miklar áhyggjur af gæðum samskiptanna. Í flokknum sem fær 30–35 stig hafa fjölskyldumeðlimir áhyggjur af gæðum samskipta innan fjölskyldunnar, í 36–39 stigum eru fjölskyldumeðlimir almennt ánægðir með fjölskyldusamskiptin en hafa einhverjar áhyggjur. Fjölskyldumeðlimir með 40–42 stig eru almennt ánægðir með samskiptin og hafa litlar áhyggjur, og í hæsta flokknum með 44–50 stig eru þeir sem upplifa gæði samskiptanna mjög jákvætt. Í FSS-kvarðanum er sams konar stigagjöf og í FCS-kvarðanum. Þeir sem fá 10–29 stig eru mjög óánægðir og hafa áhyggjur af fjölskyldu sinni, næstlægsti flokkurinn er með 30–35 stig og þar eru fjölskyldumeðlimir nokkuð óánægðir og hafa einhverjar áhyggjur af fjölskyldunni. Í miðjuflokknum með 36–39 stig eru fjölskyldumeðlimir nokkuð ánægðir og njóta fjölskyldunnar að einhverju leyti. Þeir sem eru með 40–44 stig eru að flestu leyti ánægðir með fjölskylduna, og í hæsta flokknum með 45–50 stig eru svarendur að mestu leyti mjög ánægðir með fjölskylduna.

Alfastuðlar sem meta eiga innri stöðugleika FCS- og FSS-kvarðanna eru byggðir á svörum 2.465 fjölskyldumeðlima í rannsóknnum sem gerðar voru í Bandaríkjunum á níunda áratug síðustu aldar til þess að þróa mælitækið. Meðaltal FCS-stiga í þessum rannsóknnum er 36,2, staðalfrávik 9,0 og $\alpha = 0,90$. Meðaltal FSS-stiga er 37,5, staðalfrávik 8,5 og $\alpha = 0,92$. Áreiðanleika- og réttmætisstuðlar mælitækisins mæla það sem ætlast er til (Olson, 2011; Olson og Gorall, 2006; Lavee og Olson, 1991; Olson, 1986).

Próffræðilegur eiginleiki íslenskrar þýðingar á *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales* (FACES IV) hefur verið athugaður á Íslandi. FCS- og FSS-kvarðarnir eru hluti af FACES IV. Athugunin miðaðist að því að skoða þáttbyggingu og áreiðanleika borið saman við bandaríska útgáfu listans. FCS- og FSS-kvarðar voru notaðir til að meta samskipti innan fjölskyldunnar og hversu ánægðir þátttakendur voru með fjölskyldu sína. Þátttakendur voru 335 foreldrar barna í 8.–10. bekk grunnskóla í Reykjavík og nærliggjandi sveitarfélögum. Meðalstig úrtaksins voru 42,92 fyrir FCS og alfaáreiðanleiki 0,86, sem er í samræmi við bandaríska útgáfu listans, þar sem hann var

0,90. Meðalstig úrtaksins fyrir FSS voru 43,51 og alfaáreiðanleiki 0,90, sem er í samræmi við bandaríska útgáfu listans, þar sem hann var 0,92. (Aldís Guðbrandsdóttir og Dröfn Björgvinsdóttir, 2011; Olson, 2011).

Til þess að kanna áhrif vímuefnafiknar einstaklings í fjölskyldum á aðra fjölskyldumeðlimi var notað megindlegt rannsóknarsnið. Notað var hentugleikaúrtak (e. purposive sample) til þess að velja þátttakendur. Í þessari rannsókn voru skoðuð áhrif vímuefnafiknar einstaklings í fjölskyldum á aðra fjölskyldumeðlimi og spurningalisti lagður fyrir þátttakendur í fjölskylduhópmeðferð. Úrtak rannsóknarinnar var 115 þátttakendur sem voru í fjögurra vikna fjölskylduhópmeðferð hjá SÁÁ frá október 2014 til júní 2015. Rannsakandi lagði spurningalistann fyrir þátttakendur í upphafi meðferðar og var 100% svarhlutfall. Vísindasiðanefnd og Vísindanefnd SÁÁ veittu leyfi fyrir rannsókninni.

Öll tölfræðileg úrvinnsla fór fram í tölfræðiforritinu SPSS og var lýsandi tölfræði notuð til þess að lýsa öllum breytum rannsóknarinnar, þar með talið bakgrunnsbreytunum kyni, aldri, heildartekjum á mánuði og hjúskaparstöðu. Einhliða dreifigreining var notuð til að athuga hvort munur væri á meðaltali á kvörðum ánægju og samskipta eftir því hvaða fjölskyldumeðlimur er vímuefnasjúkur og var þeim raðað í eftirfarandi flokka: *foreldri, systkini, maki, barn*.

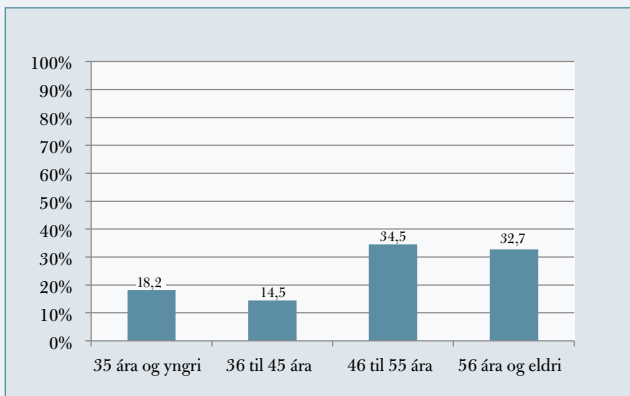
Niðurstöður

Fjöldi þátttakenda, aldur, menntunarstig, tekjur og búseta

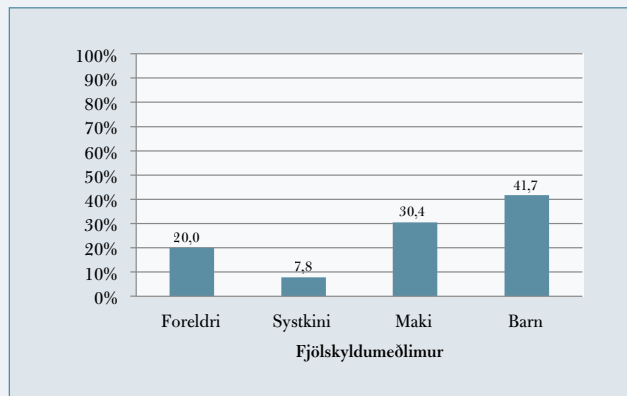
Þátttakendur í rannsókninni voru 115 einstaklingar í fjölskylduhópmeðferð hjá SÁÁ. Þar af voru 27 karlmenn (23,5%) og 87 konur (75,7%), einn svarenda gaf ekki upp kyn og þrír þátttakendur gáfu ekki upp aldur. Ekki svöruðu allir þátttakendur öllum spurningum á báðum spurningalistunum, FSS og FCS, og tekið var tillit til þess í allri tölfræðilegri úrvinnslu. Meirihluti þátttakenda bjó með maka og börnum eða 81,8%. Þátttakendur sem bjuggu einir voru 13,9% og 4,3% þátttakenda bjuggu hjá foreldrum.

Meðalaldur þátttakenda var 49 ár. Sá yngsti var 19 ára og sá elsti 81 árs. Þátttakendum var skipt í fjóra aldurshópa: 35 ára og yngri, 36 til 45 ára, 46 til 55 ára og 56 ára og eldri. Eins og sjá má á mynd 1 voru flestir þátttakendur í tveimur elstu hópnum, eða 67,2%.

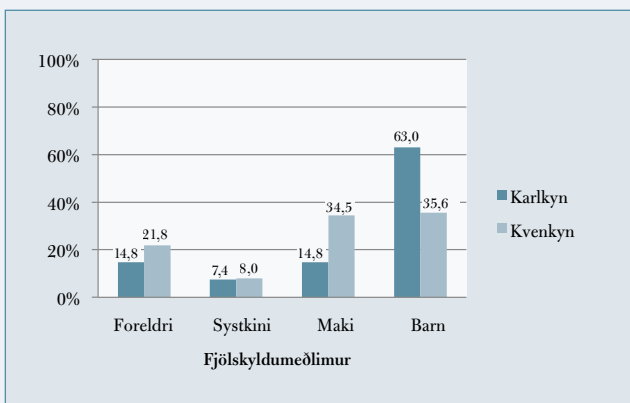
Spurt var um menntun og mánaðarlegar heildartekjur þátttakenda. Þeir sem höfðu eingöngu lokið grunnskóla voru um 27%. Þeir sem einnig höfðu lokið framhaldsskóla voru um 29%. Rúmlega 43% höfðu



Mynd 1. Hlutfall þátttakenda eftir aldurshópum (n=114)



Mynd 2. Hlutfall þátttakenda skipt eftir því hvaða fjölskyldumeðlimur er vímuefnasjúkur (n=115)



Mynd 3. Hlutfall þátttakenda í fjölskylduhópmeðferð eftir kyni og eftir því hvaða fjölskyldumeðlimur er vímuefnasjúkur (n=115)

lokið háskólanámi. Í skýrslu OECD um stöðu menntamála kom fram að árið 2009 höfðu 34% Íslendinga á aldursbilinu 25–64 ára lokið framhaldsskólaprófi eftir grunnskóla og á sama aldursbili höfðu 36% lokið háskólaprófi (OECD, 2011). Menntunarstig þátttakenda í þessari rannsókn var hlutfallslega hærra en menntunarstig Íslendinga almennt. Flestir þátttakendur voru með mánaðarlegar heildartekjur á bilinu 250–500 þúsund eða um 43,5%. Þeir sem voru með heildartekjur undir 250 þúsund voru 26,9% og þeir sem voru með 500 þúsund krónur og meira í tekjur voru 29,7% þátttakenda. Í úrtaksrannsókn um heildarlaun á Íslandi frá 2014 kemur fram að meðallaun Íslendinga voru 555 þúsund á mánuði árið 2014 (Hagstofa Íslands, e.d.). Tölur Hagstofunnar endurspeglar hlutfallslega heildartekjur þátttakenda í þessari rannsókn.

Ástæða þátttöku í fjölskylduhópmeðferð

Á mynd 2 má sjá að flestir þátttakendanna sóttu fjölskylduhópmeðferðina sem foreldrar, vegna vímuefnaneyslu barns, eða tæp 42%. Ekki var spurt um aldur hins vímuefnasjúka í þessari rannsókn. Um

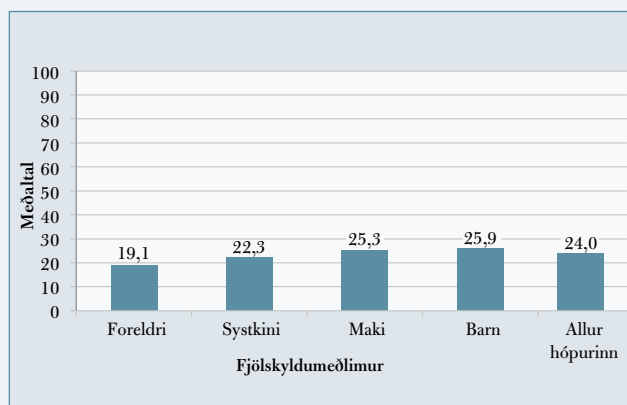
30% svarenda sóttu hana vegna maka, 20% vegna vímuefnaneyslu foreldris og 7,8% vegna neyslu systkinis.

Á mynd 3 má sjá hlutfall þátttakenda eftir kyni og því hvaða fjölskyldumeðlimur er vímuefnasjúkur en alls voru karlkyns þátttakendur 27 (23,5%) og 87 kvenkyns (75,7%).

Fjölskylduánægja aðstandendanna

Meðaltal fjölskylduánægju á FSS-kvarðanum var 23,9 stig, staðalfrávik 6,9 og alfaáreiðanleiki 0,90, sem er bæði í samræmi við upprunalega útgáfu kvarðans (α 0,92) og íslenska útgáfu af kvarðanum (α 0,86). Þessar niðurstöður falla í lægsta flokk FSS-kvarðans (10–29 stig) og sýna að þátttakendur upplifa mikla óánægju í fjölskyldu sinni og hafa áhyggjur af henni.

Á mynd 4 má sjá fjölskylduánægju miðað við hvaða fjölskyldumeðlimur er vímuefnasjúkur. Ekki er mikill munur á milli hópanna eftir því hvort fjölskyldumeðlimur er systkini, maki eða barn en meðalstig alls hópsins var um 24. Í hópnunum þar sem fjölskyldumeðlimur er vímuefnasjúkt foreldri er upplifun þátttakenda á



Mynd 4. Upplifun á fjölskylduánægju eftir því hvaða fjölskyldumeðlimur er vímuefnasjúkur (n=109)

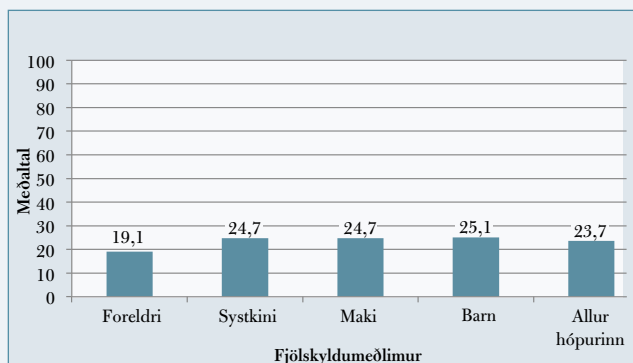


fjölskylduánægju nokkuð minni en í hinum hópnum, eða að meðaltali 19 stig.

Samskipti í fjölskyldum vímuefnasjúkra

Meðaltal samskipta á FSC-kvarðanum var 23,7, staðalfrávik 7,7 og alfaáreiðanleiki 0,89, sem er bæði í samræmi við upprunalega útgáfu listans (α 0,90) og íslenska útgáfu af listanum (α 0,86). Þessar niðurstöður falla í lægsta flokk FSC-kvarðans (10–29 stig) og þýða að þátttakendur hafa miklar áhyggjur af gæðum samskipta í fjölskyldunni. Þessar niðurstöður eru mjög sambærilegar við heildarniðurstöðu um upplifun þátttakenda á fjölskylduánægju.

Munur á milli hópa þegar spurt var um upplifun þátttakenda á samskiptum í fjölskyldu var lítill sem enginn, eins og sjá má á mynd 5. Meðaltal alls hópsins var 23,7 stig. Þar sem fjölskyldumeðlimurinn var vímuefnasjúkt systkini eða maki var meðaltal rúmlega 24,7 og í hópnum þar sem fjölskyldumeðlimur var barn var meðaltalið 25,1. Í hópnum þar sem fjölskyldumeðlimur var foreldri upplifðu þátttakendur að meðaltali nokkuð síðri gæði samskipta í fjölskyldu sinni en hinir hóparnir, eða um 19,1. Þessi niðurstaða er sambærileg við þann mun sem fannst á milli hópa um fjölskylduánægju. Þar upplifðu þátttakendur sem áttu vímuefnasjúkt foreldri minnstu ánægjuna.



Mynd 5. Upplifun þátttakenda á gæðum samskipta eftir því hver hinn vímuefnasjúki fjölskyldumeðlimur er (n=109)

Til þess að skoða þessar niðurstöður betur og kanna hvort um væri að ræða marktækan mun á fjölskylduánægju og samskiptum milli hópa var notuð einhliða dreifgreining og miðað við 95% öryggisbil. Niðurstöðurnar sýna að munur var á hópnum bæði um fjölskylduánægju ($F(3,105) = 7,090, p < 0,001$) og samskipti í fjölskyldu ($F(3,105) = 3,168, p = 0,027$). Aðferð Bonferronis var notuð til þess að komast að því hvar munurinn á hópnum lægi (sjá töflur 1 og 2). Niðurstöður sýna að aðstandendur sem áttu foreldra

sem voru vímuefnasjúkir upplifðu marktækt minni fjölskylduánægju en þeir sem áttu vímuefnasjúkan maka eða barn. Jafnframt upplifðu aðstandendur foreldra marktækt minni ánægju í samskiptum samanborið við þá sem áttu börn sem voru vímuefnasjúk.

Tafla 1. Einhliða dreifgreining á svörum þátttakenda um fjölskylduánægju milli hópa

	95% öryggisbil			
	Meðaltal	Neðri mörk	Efri mörk	n
Foreldri	19,10a	15,95	22,25	22
Systkini	22,33a,b	18,67	26,00	9
Maki	25,25b	22,66	27,84	32
Barn	25,93b	24,17	27,69	46
Samtals	23,96	22,64	25,28	109

Meðaltöl með ólíka bókstafi eru metin ólík með aðferð Bonferronis ($\alpha = 0,05$)

Tafla 2. Einhliða dreifgreining á svörum allra þátttakenda um samskipti í fjölskyldum milli hópa

	95% öryggisbil			
	Meðaltal	Neðri mörk	Efri mörk	n
Foreldri	19,10a	15,60	22,60	20
Systkini	24,67a,b	20,23	29,10	9
Maki	24,72a,b	21,61	27,82	34
Barn	25,13b	23,09	27,17	46
Samtals	23,70	22,23	25,16	109

Meðaltöl með ólíka bókstafi eru metin ólík með aðferð Bonferronis ($\alpha = 0,05$)

Umræða

Niðurstöður sýna að þátttakendur skorðu að meðaltali 23,9 stig á ánægjukvarðanum (FSS), sem þýðir að þátttakendurnir eru ósáttir, upplifa óánægju innan fjölskyldu og hafa áhyggjur af fjölskyldunni. Sömu einstaklingar skorðu að meðaltali 23,7 á samskiptakvarðanum (FCS) sem sýnir að þeir hafa miklar áhyggjur af samskiptum innan fjölskyldu sinnar. Þessar niðurstöður eru nokkuð lægri á báðum mælikvörðunum, FSS og FCS, en niðurstöður úr rannsóknum Olsons o.fl. (Olson, 1986; 2011; Lavee og Olson, 1991) á fjölskyldum. Þar mældist FSS-meðaltalið 37,5 og staðalfrávik 8,5, sem þýðir að fjölskyldumeðlimir eru nokkuð sáttir og ánægðir og njóta sumra þátta í lífi fjölskyldunnar. Niðurstöður þeirra á FCS-kvarðanum voru aðeins lægri, meðaltalið 36,2 og staðalfrávik 9,0, sem þýðir að fjölskyldumeðlimir höfðu nokkrar áhyggjur af samskiptum innan fjölskyldunnar.



Einnig eru þessar niðurstöður mun lægri en í íslenskrri rannsókn á próffræðilegum eiginleikum beggja kvarðanna þar sem fram kom að þátttakendur voru almennt ánægðir með fjölskyldu sína og upplifðu góð samskipti í fjölskyldunni (sjá umfjöllun að ofan) (Aldís Guðbrandsdóttir og Dröfn Guðmundsdóttir, 2011).

Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna að vímuefnafíkn einstaklings hefur áhrif á fjölskyldumeðlimi og upplifun þeirra af fjölskylduánægju og samskiptum innan fjölskyldunnar. Þær styðja einnig við niðurstöður rannsóknar Margasinskis (2014) þar sem lagðir voru fyrir sömu spurningalistar (FSS og FCS) og í þessari rannsókn.

Með einhliða dreifigreiningu var hægt að sjá mun á meðaltali á báðum kvörðunum eftir því hver fjölskyldumeðlimur þátttakenda var. Niðurstöður beggja kvarða sýndu að þátttakendur sem komu í meðferð vegna vímuefnafíknar foreldra upplifðu minni fjölskylduánægju og erfiðari samskipti innan fjölskyldunnar en ef fjölskyldumeðlimurinn var maki, barn eða systkin.

Athyglisvert er að fram kom að uppkomin börn vímuefnasjúkra finna fyrir lítilli fjölskylduánægju ásamt skorti á samskiptum milli fjölskyldumeðlima. Þetta styður þær niðurstöður í rannsóknum Skowron og Dendy (2004), Sunday o.fl. (2011) og Springer o.fl. (2007) að uppkomin börn vímuefnasjúkra geti átt erfitt með samskipti. Jafnframt endurspeglar þessar niðurstöður það sem fram kom fram í rannsókn Johnsons og Stone (2009) og fjallað var um hér að ofan, að þeir sem höfðu alist upp við vímuefnasýki foreldra upplifi minni ánægju og erfiðari samskipti en samanburðarhópurinn, bæði við maka og börn.

Takmarkanir rannsóknarinnar eru að úrtakið var lítið og því ekki hægt að draga þær ályktanir að allir sem búa við vímuefnafíkn upplifi takmarkaða fjölskylduánægju og skort á samskiptum innan fjölskyldu. Þó er meiri hætta á því þar sem einstaklingur í fjölskyldu glímir við vímuefnafíkn. Niðurstöðurnar gefa vísbendingu um að árangursríkt gæti verið að skipta þátttakendum í fjölskyldumeðferð í hópa eftir því hvaða fjölskyldumeðlimur er vímuefnasjúkur. Einstaklingur sem alist hefur upp við vímuefnasýki foreldra og á erfitt með tengsl og samskipti á fullorðinsárum, líkt og rannsóknir hafa sýnt (Johnson og Stone, 2009; Park o.fl., 2004; Skowron og Dendy, 2004) þarf ef til vill annars konar meðferð og stuðning en í boði er í almennri fjölskyldumeðferð fyrir aðstandendur vímuefnasjúkra. Rannsaka þarf betur áhrif vímuefnafíknar á fjölskylduna, svo sem með

því að gera sambærilega rannsókn með stærra úrtaki og spyrja um andlega líðan þátttakenda með tilliti til streitu, kvíða og þunglyndis. Einnig er þörf á að rannsaka betur skammtíma- og langtímaáhrif þess að alast upp við vímuefnamisnotkun, meðal annars með tilliti til forvarnastarfs. Jafnframt væri vert að leggja FSS- og FCS-spurningalistana fyrir bæði í upphafi fjölskyldumeðferðar og í lok meðferðar til þess að skoða hvort meðferðin sjálf skilar þeim árangri að einstaklingar upplifi meiri fjölskylduánægju og betri samskipti milli fjölskyldumeðlima.

Heimildir

- Aldís Guðbrandsdóttir og Dröfn Björgvinsdóttir. (2011). *Próffræðilegir eiginleikar íslenskrar útgáfu Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV*. Óbirt BA-ritgerð, Háskóli Íslands.
- Anderson P. og Baumberg B. (2006). *Alcohol in Europe, a public health perspective: A report for the European Commission*. London: Institute of Alcohol Studies.
- Barnard, M. og McKeganey, N. (2004). The impact of parental problem drug use on children: What is the problem and what can be done to help? *Addiction*, 99(5), 552–559.
- Cummings, E.M. og Davies, P.T. (2002). Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(1), 31–63.
- Dethie, M., Counerotte, C. og Blairy, S. (2011). Marital satisfaction in couples with an alcoholic husband. *Journal of Family Violence*, 26(2), 151–162.
- Dumont, K., Jenkins, D., Hinson, V. og Sibcy, G. (2012). God's shield: The relationship between good attachment, relationship satisfaction, and adult child of an alcoholic (ACOA) status in a sample of evangelical graduate counseling students. *Journal of Psychology and Christianity*, 31(1), 51–65.
- Forrester, D. og Harwin, J. (2011). *Parents who misuse drugs and alcohol: Effective interventions in social work and child protection*. London: Wiley-Blackwell.
- Hagstofa Íslands. (e.d.). *Laun eftir launþegahópi og kyni 2008–2014*. Sótt 28. október 2015 af http://px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/Samfelag/Samfelag_launogtekjur_2_laun__1_laun/VIN0200.px/
- Harter, S.L. (2000). Psychosocial adjustment of adult children of alcoholics: A review of the recent empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 20(3), 311–337.
- Hunt, M.E. (1997). A comparison of family of origin factors between children of alcoholics and children of non-alcoholics in a longitudinal panel. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23(4), 597–613.
- Johnson, P. og Stone, R. (2009). Parental alcoholism and family functioning: Effects on differentiation levels of young adults. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 27(1), 3–18.



- Klosterman, K., Chen, R., Kelley, M.L., Schroeder, V.M., Braitman, A.L. og Mignone, T. (2011). Coping behavior and depressive symptoms in adult children of alcoholics. *Substance Use & Misuse*, 46(9), 1162–1168.
- Laghi, F., Baiocco, R., Lonigro, A., Capacchione, G. og Baumgartner, E. (2012). Family functioning and binge drinking among Italian adolescents. *Journal of Health Psychology*, 17(8), 1132–1141.
- Lavee, Y. og Olson, D.H. (1991). Family types and response to stress. *Journal of Marriage and Family*, 53(3), 786–798.
- Margasinski, A. (2014). An outcome study of alcoholic families in Poland using FACES IV. *Journal of Family Psychotherapy*, 25(4), 348 – 358.
- Mikulincer, M. og Shaver, P.R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Norström T. (ritstj.) (2002). *Alcohol in postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*. Almqvist & Wiksell: Stockholm.
- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development. (2011). *Education at a Glance 2011: OECD Indicators*. [Án staðar]: OECD Publishing. Sótt 28. október 2015 af <http://dx.doi.org/10.1787/eag-2011-en>
- Olson, D.H. (1986). Circumplex Model VII: Validation studies and FACES III. *Family Process*, 25, 337–351.
- Olson, D.H. (2011). FACES IV and the Circumplex Model: Validation study. *Journal of Marital & Family Therapy*, 37(1), 64–80.
- Olson, D.H. og Gorall, D.M. (2006). *FACES IV & the Circumplex Model*. Sótt af <http://www.haifamed.org.il/pictures/files/faces%20iv%20the%20circumplex%20model%20-%20d%20olson%202006.pdf>
- Park, E.L., Crocker, J. og Mickelson, D.K. (2004). Attachment styles and contingencies of self-worth. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(10), 1243–1254.
- Sher, K.J. (1997). Psychological characteristics of children of alcoholics. *Alcohol Health Research World Journal*, 21(3), 247–254.
- Skowron, E.A. og Dendy, A.K. (2004). Differentiation of self and attachment in adulthood: Relational correlates of effortful control. *Contemporary Family Therapy*, 26(3), 337–357.
- Springer, K.W., Sheridan, J., Kuo D. og Carnes, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 31(5), 517–530.
- Sunday, S., Kline, M., Labruna, V., Pelcovitz, D., Salzinger, S. og Kaplan, S. (2011). The role of adolescent physical abuse in adult intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(18), 3773–3789.
- Velleman, R., Templeton, L., Reuber, D., Klein, M. og Moesgen, D. (2008). Domestic abuse experienced by young people living in families with alcohol problems: Results from a cross-European study. *Child Abuse Review*, 17(6), 387–409.
- WHO – World Health Organization. (2010). *A Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: Höfundur.