

مقایسه بهداشت روانی و کارایی خانواده بین خانواده‌های معتادان شرکت کننده و غیر شرکت کننده در جلسات گروه‌های خودیاری

جهانگیر کرمی^۱، کاظم گرام^۲، مریم غریبی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۰۴/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۰۵/۲۰

چکیده

هدف: هدف از این پژوهش حاضر مقایسه‌ی بهداشت روانی و کارایی خانواده، بین خانواده‌های معتادان شرکت کننده و غیر شرکت کننده در جلسات گروه‌های خانواده‌ی معتادان گمنام (نارانان) شهر کرمانشاه بوده است. **روش:** در این طرح علی-مقایسه‌ای تعداد ۳۰ نفر از بین اعضای خانواده‌های معتادان شرکت کننده در جلسات خانواده‌ی نارانان که به مدت یکسال یا بیشتر در این جلسات شرکت داشتند به روش تصادفی ساده انتخاب شد و تعداد ۳۰ نفر دیگر از میان خانواده‌های دارای معتاد، که در این جلسات شرکت نکرده بودند و با بیمارشان به مراکز ترک اعتیاد مراجعه می‌کردند انتخاب شدند. پرسشنامه‌های سلامت عمومی و سنجش خانواده در هر دو گروه اجرا شد. **یافته‌ها:** بین خانواده‌های دارای معتاد شرکت کننده و غیر شرکت کننده در جلسات نارانان تفاوت معناداری در هر دو متغیر مشاهده شد. **نتیجه‌گیری:** شرکت در جلسات گروه‌های خانواده‌ی نارانان می‌تواند به ارتقاء بهداشت روانی و کارایی خانواده، در خانواده‌های معتادان کمک کند.

کلید واژه‌ها: بهداشت روانی، کارایی خانواده، گروه‌های خانواده‌ی نارانان

مقدمه

خانواده را می‌توان پایه و اساس اجتماع و کوچک‌ترین واحد اجتماعی به حساب آورد، به گونه‌ای که سلامت جامعه در گرو سلامت خانواده است (بخشانی، ۱۳۸۱). طبق آمارهای منتشر شده از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر، تعداد تقریبی معتادان در کشور حدود ۲ میلیون نفر تخمین زده می‌شود. چنانچه دایره ارتباطی هر فرد معتاد به ۵ نفر محدود شود، قریب به ده میلیون نفر از مردم به‌طور مستقیم یا غیر مستقیم با مساله اعتیاد در تماس و یا درگیر هستند (وزیران و مستشاری، ۱۳۸۱).

روان‌پزشکی و روان‌شناسی نوین، رفتار بهنجار را معادل سلامت روانی و رفتار نابهنجار و غیرعادی را معادل بیماری روانی به کار برده است. اکثر روان‌پزشکان زمانی فرد را از نظر روانی سالم می‌دانند که بر اساس ابزارهای غربالگری، فاقد علائم روان‌پزشکی بوده و اختلال در عملکرد وی وجود نداشته باشد (کاپلان و سادوک^۱، ۲۰۰۰). معتاد به مواد مخدر به کسی اطلاق می‌شود که به بیماری اعتیاد (وابستگی به مواد مخدر) مبتلا باشد. طبق آخرین جمع‌بندی‌های علمی که در دهه ۱۹۸۰ انجام گرفت «وابستگی» یک نشانگان بالینی است که در پی مصرف مواد موجب علائم رفتاری، شناختی و فیزیولوژیکی در فرد مصرف‌کننده می‌شود. بیمار وابسته به مواد به‌رغم تجربه‌ی مشکلات متعدد ناشی از مصرف مواد، قادر به قطع مصرف آن نیست و به‌طور اجبار و وسواس گونه به مصرف آن ادامه می‌دهد (وزیران مستشاری، ۱۳۸۱).

اعتیاد یکی از عوامل مخاطره‌انگیز بهداشت روانی چه برای فرد معتاد و چه برای افرادی که در ارتباط مستقیم با فرد معتاد هستند (اعضای خانواده) است و شیوه‌های بازبانی و حفظ تعادل و میزان هماهنگی روان معتادان با توجه به آسیب‌های حاصله از اعتیاد کمتر می‌شود، چرا که توانایی‌های این افراد کاهش می‌یابد و در ایفای نقش‌های اجتماعی با ناکامی روبرو می‌شوند و در برابر موقعیت‌های دشوار از انعطاف‌پذیری لازم برخوردار نیستند (لوئیس و همکاران، ترجمه ابوالفضل خادمی و رسول روشن، ۱۳۸۵). اعتیاد علاوه بر اینکه خود می‌تواند باعث ایجاد بیماری روانی شود، به‌طوری که بررسی‌ها شیوع

اختلالات روان‌پزشکی در بین مصرف‌کنندگان مواد را بین ۲۵ تا ۸۰ درصد گزارش کرده‌اند، می‌تواند به عنوان عامل استرس‌زا موجب اختلالات روانی بیشتر در سایر افراد خانواده نسبت به گروه کنترل شود (راس، گلسر، گرمسون^۱، ۱۹۸۸).

اصولاً کارایی خانواده به توانایی آن در مقابله با فشارهای روانی، تعارضات و مشکلات اشاره دارد. در عین حال خانواده قادر است نقش‌ها، وظایف و کارکردهایش را تحقق بخشد. «خانواده کارا خانواده‌ای است که در آن، بین اعضاء صمیمیت وجود دارد. از ویژگی‌های دیگر این خانواده، برون‌سازی متقابل اعضاء با نیازهای یکدیگر، مرزهای روشن و منعطف، قدرت حل تعارض و ایجاد تغییر متناسب با سیکل خانواده است» (مینوچین^۲، ۱۳۸۶). اعتیاد یک بیماری خانوادگی است که بر روابط نزدیک شخص با نزدیکانش تأثیر می‌گذارد. والدین، همسر، دوستان، همکاران و تمامی افراد علاقمند به فرد معتاد، از رفتارهای نابهنجار او در عذاب‌اند. آنها از شرایط ایجاد شده احساس شرم می‌کنند. به زودی خود را مقصر دانسته، ترس به سراغشان می‌آید و این ترس باعث می‌شود که مسئولیت‌های فرد مصرف‌کننده را برعهده گیرند و در نهایت خودشان هم بیمار می‌شوند (ساختار خدماتی گروه‌های نارائان، ۱۳۸۵).

گرومن و رونی^۳ (۱۹۸۹)، در بررسی خود بر روی همسران افراد معتاد به این نتیجه رسیدند که آنها بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی رفتاری، اجتناب شناختی، مواجهه‌ای فعال با همسران و مواد مخدر، ابراز انزجار، و تلاش برای وادار کردن همسر به ترک مواد استفاده می‌کنند.

خانواده اولین مکان رشد شخصیت، باورها و الگوهای رفتاری در فرد است. خانواده علاوه بر اینکه محل رشد و حفظ افراد و کمک به حل استرس و بیماری است منبعی برای تنش و اختلال نیز هست (سلنو^۴، ۲۰۰۰). کافمن^۵ (۱۹۸۵) بر اساس رویکرد سیستمی به خانواده، معتقد است که مصرف مواد، ایجاد یک سیستم نگهداری شده در خانواده می‌کند. به این معنا که افزوده شدن مصرف مواد و اعتیاد یکی از اعضای خانواده بویژه پدر، موجب تغییراتی در نقش‌ها، وظایف و عملکرد هر یک از اعضای خانواده می‌شود.

1. Ross, Glaser & Gernanson
4. Selnow

2. Minuchin
5. Kaufman

3. Gorman & Rooney

آنها به‌طور خواسته یا ناخواسته سعی می‌کنند تا در نقش‌ها، مسؤولیت‌ها و ارتباطات خود تعادلی جدید به وجود آورند. در واقع، در یک چرخه‌ی معیوب، ابتدا مواد باعث تغییرات در نقش، ارتباط و تعارض بین اعضاء می‌شود سپس این تغییرات و تعارضات استرس‌زا، خود به مثابه‌ی عاملی در جهت تداوم مصرف مواد عمل می‌کنند.

گروه‌های خانوادگی نارائان، انجمنی جهانی است برای کسانی که تحت تأثیر اعتیاد فرد دیگری قرار گرفته‌اند. تحت عنوان یک برنامه دوازده قدمی، با تقسیم تجربه، نیرو و امید به افراد شرکت‌کننده در این جلسات کمک می‌کنند. اعضای شرکت‌کننده، با تمرین دوازده قدم نارائان، رفتارهای‌شان تغییر می‌یابد و با دادن پیام امید به یکدیگر موقعیتی فراهم می‌شود تا آنها نیز بدانند تنها نیستند و گمنامی‌شان حفظ خواهد شد. برنامه‌ی این گروه یک برنامه‌ی مذهبی نیست، بلکه یک راه زندگی معنوی را نشان می‌دهد (ساختار خدماتی گروه‌های خانوادگی نارائان، ۱۳۸۶). تحقیقات نشان می‌دهند که در طول زمان‌های جنگ و کشمکش، حفظ یک ارتباط معنوی با هویت فرهنگی مشکلات سلامت روحی را کم کرده و بهبود روانی را افزایش می‌دهد (پرکتر^۱، ۲۰۰۰، به نقل از کنتز^۲، ۲۰۰۹).

۲۶

26

با توجه به مطالب فوق فرض اصلی این پژوهش این است که بین خانواده معتادان شرکت‌کننده و غیرشرکت‌کننده در جلسات نارائان (گروه‌های خانوادگی معتادان گمنام) از نظر میزان بهداشت روانی و کارایی خانواده تفاوت وجود دارد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

از آنجا که اطلاعات مورد نیاز در این پژوهش بدون دستکاری متغیرها جمع‌آوری و مورد توصیف و تحلیل قرار گرفته‌اند پژوهش حاضر یک بررسی توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه‌ی آماری مورد نظر را خانواده‌های معتادان شرکت‌کننده در جلسات گروه‌های خانوادگی معتادان گمنام (نارائان) و خانواده‌های غیرشرکت‌کننده شهر کرمانشاه در سال (۱۳۸۸) تشکیل می‌دهند. افراد نمونه‌ی مورد مطالعه شامل تمام زنان

خانواده‌های معتادان که مدت یکسال یا بیشتر در جلسات نارائان شرکت کرده‌اند و به تعداد این گروه زنانی از خانواده‌های معتادان که در این جلسات شرکت نکرده‌اند است و برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری تصادفی ۳۰ نفر از زنان شرکت‌کننده در جلسات گروه‌های خانواده نارائان با مراجعه به محل تشکیل جلسات و به همین تعداد نمونه دوم از بین زنان همراه با بیماران مراجعه‌کننده به مراکز اعتیاد انتخاب شدند.

ابزار

۱- پرسشنامه سلامت عمومی: این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر در سال (۱۹۷۹) به منظور سرنند کردن اختلالات روانی غیر سایکوتیک در مراکز درمانی تدوین شد. پرسشنامه‌ی سلامت عمومی را می‌توان به عنوان مجموعه پرسش‌هایی در نظر گرفت که از پایین‌ترین سطوح نشانه‌های مرضی مشترک که در اختلالات روانی مختلف وجود دارند تشکیل شده و به این ترتیب می‌تواند بیماران روانی را به طبقه‌ی کلی از کسانی که خود را سالم می‌پندارند متمایز کند. این پرسشنامه دارای ۲۸ ماده و چهار زیرمقیاس علایم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسا کنش‌وری اجتماعی و افسردگی است. وجود چهار زیرمقیاس بر اساس تحلیل عاملی تأیید شده است که هر یک از آنها دارای ۷ سؤال هستند. سؤالات هر مقیاس به ترتیب پشت سر هم آمده به گونه‌ای که از سؤال ۱ تا ۷ مربوط به مقیاس علایم جسمانی، از سؤال ۸ الی ۱۴ مربوط به مقیاس اضطراب و بی‌خوابی، از سؤال ۱۵ الی ۲۱ مربوط به مقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی و از سؤال ۲۲ الی ۲۸ مربوط به مقیاس افسردگی است. روش نمره‌گذاری به روش لیکرت است که گزینه‌ها به صورت (۰-۱-۲-۳) نمره داده می‌شوند. حداکثر نمره آزمودنی‌ها در پرسشنامه مذکور برابر با ۴۸ خواهد شد. درجه همبستگی بین زیرمقیاس‌ها کمتر از درجه‌ی همبستگی بین هر زیرمقیاس و مقیاس کلی است. همبستگی‌های بین زیرمقیاس‌ها نشان‌دهنده یک عامل عمومی است. وجود همبستگی ۹۰ درصد بین زیرمقیاس دوم و نمره کلی را می‌توان ناشی از این امر دانست که اضطراب یک پدیده بنیادی است که مخرج مشترک نشانه‌های روانی را تشکیل می‌دهد (استورا، ۱۳۷۷). مطالعه‌ی هومن (۱۳۷۶) اعتبار این ابزار را در ایران نشان داده است. ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های این پرسشنامه بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (تقوی، ۱۳۸۰؛ هومن، ۱۳۷۶).

۲- ابزار سنجش خانواده: این پرسشنامه دارای ۶۰ گویه است و برای سنجیدن عملکرد خانواده بنا بر الگوی مستر^۱ تدوین شده است که بر پایه‌ی نظریه‌ی سیستمی قرار دارد. این الگو خصوصیات ساختاری، شغلی و تعاملی خانواده را معین می‌سازد و شش بعد از عملکرد خانواده را مشخص می‌کند. این ابعاد عبارتند از: حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، و کنترل رفتار (ثنایی، ۱۳۸۷). برای نمره‌گذاری به هر سؤال نمرات ۱ تا ۴ به هر سوال داده می‌شود. نمرات کمتر نشانه‌ی عملکرد سالم‌تر است. معدل پاسخ به سؤال‌ها که هر یک بین ۱ تا ۴ است، برای به‌دست آوردن نمرات زیرمقیاس‌ها محاسبه می‌شود. ضرایب آلفای کل مقیاس و خرده مقیاس‌های حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۶۶، ۰/۶۷، ۰/۶۳، ۰/۴۲، ۰/۶۱، ۰/۳۸ و ۰/۷۳ گزارش شده است (ثنایی، ۱۳۸۷). اگر خرده مقیاس عملکرد کلی را از تجزیه تحلیل‌ها خارج کنیم، شش خرده مقیاس دیگر این ابزار نسبتاً از استقلال برخوردارند.

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی و نتایج تحلیل t برای مقایسه‌ی میانگین نمرات سلامت روان و زیرمقیاس‌های آن در دو گروه شرکت‌کننده و غیرشرکت‌کننده در جلسات نارائان در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی و نتایج تحلیل t برای مقایسه‌ی میانگین نمرات سلامت روان و زیرمقیاس‌های آن

متغیرها	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	آماره t	معناداری
سلامت روان	شرکت‌کننده	۳۰	۱۶/۶۷	۹/۴۲	۳/۱۲۹	۰/۰۰۳
	غیرشرکت‌کننده	۳۰	۲۸/۰۷	۱۷/۶۰		
کل	شرکت‌کننده	۳۰	۴/۸۷	۳/۴۵	۱/۷۲۸	۰/۰۸۹
	غیرشرکت‌کننده	۳۰	۶/۷۰	۴/۶۸		
اضطراب	شرکت‌کننده	۳۰	۱/۸۰	۲/۷۷	۳/۹۰۰	۰/۰۰۰۵
	غیرشرکت‌کننده	۳۰	۶/۸۷	۶/۵۵		

متغیرها	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	آماره t	معناداری
کارکرد	شرکت کننده	۳۰	۵/۵۷	۳/۳۰	۳/۷۱۳	۰/۰۰۰۵
اجتماعی	غیر شرکت کننده	۳۰	۸/۵۰	۲/۸۰		
علائم	شرکت کننده	۳۰	۴/۴۳	۲/۷۶	۱/۴۶۲	۰/۱۴۹
جسمانی	غیر شرکت کننده	۳۰	۶/۰۰	۵/۱۸		

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می شود تفاوت معناداری بین دو گروه در زیرمقیاس های افسردگی ($t=۳/۹۰۰, P < ۰/۰۰۱$)، و کارکرد اجتماعی ($P < ۰/۰۰۱$)، ($t=۳/۷۱۳$) و همچنین نمره سلامت عمومی کل وجود دارد ($t=۳/۱۲۹, P < ۰/۰۱$). در سایر موارد تفاوت معناداری به دست نیامد.

آماره های توصیفی و نتایج تحلیل t برای مقایسه ی میانگین نمرات کارکرد خانواده و زیرمقیاس های آن در دو گروه شرکت کننده و غیر شرکت کننده در جلسات نارائان در جدول زیر ارایه شده است.

جدول ۲: آماره های توصیفی و نتایج تحلیل t برای مقایسه ی میانگین نمرات کارکرد خانواده و زیرمقیاس های آن

متغیرها	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	آماره t	معناداری
عملکرد کل	شرکت کننده	۳۰	۱۴۴/۷۳	۱۵/۰۶	۳/۲۸۳	۰/۰۰۲
	غیر شرکت کننده	۳۰	۱۶۲/۷۲	۱۷/۸۲		
حل مشکل	شرکت کننده	۳۰	۱۳/۰۰	۲/۰۵	۴/۲۲۱	۰/۰۰۰۵
	غیر شرکت کننده	۳۰	۱۶/۱۳	۳/۵۱		
ارتباط در خانواده	شرکت کننده	۳۰	۱۶/۵۳	۱/۳۶	۲/۲۴۳	۰/۰۲۹
	غیر شرکت کننده	۳۰	۱۷/۶۶	۲/۴۱		
نقش ها	شرکت کننده	۳۰	۲۳/۸۷	۲/۸۵	۰/۵۰۲	۰/۶۱۸
	غیر شرکت کننده	۳۰	۲۴/۳۳	۴/۲۲		
همراهی عاطفی	شرکت کننده	۳۰	۱۸/۹۰	۳/۱۰	۳/۲۹۰	۰/۰۰۲
	غیر شرکت کننده	۳۰	۲۱/۹۶	۴/۰۱		
آمیزش عاطفی	شرکت کننده	۳۰	۱۹/۴۰	۴/۲۹	۲/۷۳۰	۰/۰۰۸
	غیر شرکت کننده	۳۰	۲۲/۳۰	۳/۹۳		
کنترل رفتار	شرکت کننده	۳۰	۲۱/۸۷	۳/۳۰	۲/۰۸۰	۰/۰۴۲
	غیر شرکت کننده	۳۰	۲۴/۱۳	۴/۹۷		

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود تفاوت معناداری بین دو گروه در زیرمقیاس‌های حل مشکل ($t=4/221, P< 0/001$)، ارتباط در خانواده ($t=2/243, P< 0/05$)، همراهی عاطفی ($t=3/290, P< 0/01$)، آمیزش عاطفی ($t=2/730, P< 0/01$)، کنترل رفتار ($t=2/080, P< 0/05$) و همچنین نمره کارکرد خانواده کل وجود دارد ($P< 0/01$)، در سایر موارد تفاوت معناداری به دست نیامد. ($t=3/283$)

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که میزان بهداشت روانی و کارایی خانواده در خانواده‌های دارای معتاد شرکت‌کننده در جلسات نارائان نسبت به خانواده‌های دارای معتاد غیر شرکت‌کننده بالاتر بوده است. این یافته با تحقیقات کریستو و سوتن^۱ (۱۹۹۴) و گیلچن^۲ (۲۰۰۶) که طبق نتایج به دست آمده از تحقیقات آن‌ها در مشارکت‌کنندگان برنامه‌ی قدم‌های دوازده‌گانه نسبت به کسانی که در این برنامه مشارکتی نداشتند شوق به زندگی بیشتری به وجود آمده است و از میزان نگرانی، افسردگی و خصومت افراد کاسته شده است، هماهنگی دارد. هر چند تحقیق آنها در رابطه با خود معتاد است، اما باید توجه داشت که اصول به کار رفته در دو گروه یکسان است. این نتایج همچنین، با یافته‌های ریچر، چاترچی و پیرس^۳ (۲۰۰۰) و نتایج ماریجینا کنز^۴ (۲۰۰۹) منطبق است.

با توجه به اینکه عملکرد در خانواده‌های دارای معتاد تحت تأثیر اعتیاد دستخوش تغییر می‌شود و تأیید این موضوع بر اساس مطالعات صورت گرفته توسط فریدمن^۵ (۱۹۹۰) در مقایسه‌ی خانواده‌های بهنجار با خانواده‌های مرضی که خانواده‌های معتادان نیز از آن جمله بودند، تفاوت فاحشی را در کارکرد خانواده نشان دادند و تأکید والر و ماهونی^۶ (۱۹۹۹) بر تغییرات ایجاد شده در جایگاه و ایفای نقش اعضای خانواده و وضعیت روانی آنها در خانواده‌های معتادان، تفاوت مشاهده شده بین دو گروه خانواده‌ی دارای معتاد شرکت‌کننده و غیر شرکت‌کننده در جلسات نمی‌تواند اتفاقی باشد. میلر، می‌پرس و تونیگن^۷ (۱۹۹۸) نیز نشان

1. Christo & Sutton

2. Gila Chen

3. Richter, Chatterji & Pierce

4. Marijana & Kenz

5. Freedman

6. Waller & Mahoney

7. Miller, Meyers & Tonigen

دادند که حضور در جلسات اثر مشابهی در مقایسه با دو رهیافت مشاوره‌ای دیگر بر کارکرد و کیفیت روابط نزدیکان مهم افراد معتاد دارد.

همچنین نتایج نشان داد که بین خانواده‌های معتادان شرکت‌کننده و غیرشرکت‌کننده در جلسات نارائان از نظر میزان افسردگی و کارکرد اجتماعی تفاوت وجود دارد و از نظر میزان اضطراب و شکایات جسمانی تفاوتی وجود ندارد. به این معنا که خانواده‌های شرکت‌کننده در جلسات افسردگی کمتر و کارکرد اجتماعی بالاتری نسبت به خانواده‌های غیرشرکت‌کننده دارند. در تأیید نتایج به دست آمده می‌توان به پژوهش‌های ریچتاریک و گلکدی^۱ (۲۰۰۵) اشاره کرد که در نتایج تحقیقات خود کاهش خاصی در افسردگی بین ۱۷۱ زن شرکت‌کننده در جلسات قدم‌های دوازده‌گانه در مقایسه با گروه کنترل مشاهده کردند. زاجدو^۲ (۱۹۹۹) در مطالعه‌ی خود با ۲۱ زن به این نتیجه رسید که حضور در جلسات توانسته در رها شدن آنها از تنهایی، انزوا، ترس و افسردگی کمک کند. مطالعه‌ی کیمبرلی^۳ و همکاران (۱۹۹۹) اثر درمانی مشابهی را بین شرکت‌کنندگان در قدم‌های دوازده‌گانه و آموزش تقویت اجتماعی در کاهش مشکلات و بهبودی‌هایی در کارکرد اجتماعی و خلق و خوی اعضای خانواده معتادان نشان داده با نتایج به دست آمده هماهنگ است. با در نظر گرفتن نتایج مربوط به عدم تفاوت در اضطراب شرکت‌کنندگان در جلسات نارائان و غیرشرکت‌کنندگان باید گفت که نتایج مغایر با تحقیق کریستو و سوتن (۱۹۹۴) است که نشان داده‌اند شرکت در جلسات قدم‌های دوازده‌گانه در کاهش اضطراب و تشویش افراد معتاد، بویژه آنهایی که بیشترین شرکت را داشته‌اند، اثر دارد.

همچنین، یافته‌ها نشان می‌دهند بین خانواده‌های معتادان شرکت‌کننده و غیرشرکت‌کننده در جلسات نارائان از نظر میزان حل مشکل، ارتباط، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی تفاوت وجود دارد و تنها از نظر میزان نقش‌ها بین دو گروه تفاوتی وجود نداشت. به این معنا که خانواده‌های شرکت‌کننده در موارد ذکر شده نسبت به خانواده‌های غیرشرکت‌کننده در سطح بالاتر عمل می‌کنند. یافته‌ها با مطالعه‌ی نیمه مرتبط وینگر^۴ و همکاران (۱۹۹۶) که به مقایسه خانواده‌های مرضی با

خانواده‌های بهنجار در این زیرمقیاس‌ها پرداخته، منطبق است. به این صورت که در مطالعه آنها خانواده‌های مرضی در تمامی زیرمقیاس‌ها بویژه در زیرمقیاس حل مساله و عملکرد کلی تفاوت معناداری با گروه بهنجار داشتند. در رابطه با عدم تفاوت مشاهده شده در زیرمقیاس نقش‌ها والر و ماهونی (۱۹۹۹) بر تغییرات ایجاد شده در اثر اعتیاد در جایگاه و ایفای نقش اعضاء خانواده تأکید کرده‌اند. از این یافته می‌توان چنین نتیجه گرفت که تغییرات ایجاد شده در جایگاه نقش‌ها به عنوان یکی از زیرمقیاس‌های کارایی خانواده نسبت به دیگر زیرمقیاس‌های آن پررنگ‌تر بوده است، و شرکت در جلسات نارانان به تنهایی نمی‌تواند در ایجاد تغییر مثبت در زیرمقیاس نقش‌ها مؤثر باشد، لذا این مهم نیازمند برنامه‌های مکمل دیگری است.

پیشنهاد می‌شود خانواده‌های دارای معتاد به شرکت در این گروه‌ها ترغیب شوند و یا حتی مشوق‌های خاصی در نظر گرفته شود. هر چند گمنامی از اصول اصلی این گروه‌ها است و روابط عمومی آنها بنابر اصل جاذبه است تا تبلیغ. مطمئناً اگر اطلاع رسانی بهتر و بیشتری از طریق رسانه‌های ملی و مطبوعات و فیلم در مورد این گروه‌ها با حفظ گمنامی آنها صورت گیرد و حداقل مکان ثابت و مناسبی در اختیار داشته باشند میزان استقبال خانواده‌ها از آن بیشتر خواهد شد.

منابع

- استورا، بنجامین (۱۳۷۷). *تئیدگی یا استرس*. ترجمه: پریخ دادستان. تهران: انتشارات رشد.
- بخشانی، نور محمد (۱۳۸۱). *راهنمای پیشگیری و درمان اعتیاد*. زاهدان: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان.
- تقوی، محمدرضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸). *مجله روانشناسی*، ۵ (۴)، ۳۹۰-۳۸۱.
- ثنایی ذاکر، باقر (۱۳۸۷). *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*. تهران: انتشارات بعثت.
- کاپلان، هارولد و سادوک، بنیامین (۲۰۰۰). *خلاصه روانپزشکی*. ترجمه نصرت الله پور افکاری (۱۳۷۹). تبریز: نشر آشوب.
- کتابچه ساختار خدماتی گروه‌های خانواده نارانان (۱۳۸۵). تهران: کمیته نشریات خدمات جهانی گروه خانواده نارانان.

- لوئیس، جودیت. آ. دانا، روبرت. ک. بِلوتیس، گریگوری. آ (۱۳۸۵). مشاوره با معتادان با رویکرد انفرادی. ترجمه ابوالفضل خادمی و رسول روشن.
- وزیریان، محسن و مستشاری، گلاره (۱۳۸۱). راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد برای پزشکان عمومی. تهران: انتشارات پرشکوه.
- هومن، عباس (۱۳۷۶). استاندارد سازی پرسشنامه سلامت عمومی بر روی دانشجویان دوره‌های کارشناسی دانشگاه تربیت معلم. مؤسسه تحقیقاتی تربیتی. ۷۳-۸۹.
- Chen, Gila. (2006). Social support, spiritual program and addiction recovery. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50 (3), 306-323.
- Christo, G. & Sutton, S. (1994). Anxiety and self-esteem as a function of abstinence time among recovering addicts attending narcotics anonymous. *British journal of Clinical Psychology*, 33, 51-56.
- Freedman, N., McDermoot, A., Solomon, G. H., Ryan, F., Eikitner, G., Miller, W. (1990). A cross cultural study of family functioning contemporary family therapy. *An international Journal*, 12, 439-454.
- Gorman, J. M. & Rooney, J. F. (1989). The influences of coping strategies on behavior of wives alcoholics. *Journal of studies on alcoholics*, 50, 1030-1038.
- Kaplan, H. I., Sadok, B. J. (2000). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. William and Wilkins.
- Kaufman, E. (1985). *Substance abuse and family therapy*. New York: Grune and Stathon Publication.
- Kenz & Marijana. (2009). Al-Anon and help for Serbian families of Alcoholics. <http://apps.hpu.edu/journals/index.php/SWJ/article/view>
- Kimberly, K. C.; Marlow, D. B.; Festinger, D.; Garvery, K. A. & Lamonaca, V (1998). Community reinforcement training for family and significant others of drug abusers: a unilateral intervention to increase treatment entry of drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 56 (1), 2, 85-96.
- Miller, W. R.; Meyers, R. J. and Tonigton, S. J. (1998). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A Comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (5), 85-96.
- Ross, H. E., Glaser, F. B. & Germanson, T. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in patients with drug problems. *Archives of General psychiatry*, 45, 1023- 1031.
- Richter, L., Chatterji, P. & Pierce, J. (2000). Perspectives on family substance abuse: The voice of long- term Al-Anon members. *Journal of Family Social work*, 4 (4), 61-78.
- Rychtarik, R. G.; Mc Gillicuddy, N. B. (2005). Coping skills training and 12-step facilitation for women whose partner has alcoholism: Affects on depression, the partners drinking, and partner physical violence. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 73 (2), 249-261.

- Selnow, G. W. (2000). Parent-child relationships and single and two parents' families: Implications for substance usage. *Journal of Drug Education*, 17 (6), 211-222.
- Wennigerr, M.; Willen, F.; Hagman, A.; Arrindel, F. (1996). Cross-National validity of dimensions of family functioning. *Personality and Individual Diffences*, 14, 769-781.
- Waller, D.; & Mahoney, J.(1990). *Treatment of addiction*, Rutledge Company.
- Zajdow, G. (1999). Al-Anon stories: Tra-formations in an emotional culture. *Studies in symbolic Interaction*, 22,103-137.

