

مقایسه الگوی تعاملات خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد و عادی و ارائه راهبردهای مداخله‌ای

عبدالله شفیع آبادی

استاد گروه مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران

شکوه نوایی نژاد

استاد گروه مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران

محمد رضا فلسفی نژاد

استادیار گروه سنجش و اندازه‌گیری دانشگاه علامه طباطبائی

فاطمه نجفلوی^۱

دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران

دریافت مقاله: ۹۰/۸/۱ پذیرش مقاله: ۹۰/۱۱/۱۰

چکیده

زمینه و هدف: مطابق با رویکرد سیستمی، اعتیاد مرکز ثقل کارکرد خانواده‌های ناکارآمد است. در این مطالعه کارکرد خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد و عادی به منظور شناسایی الگوی تعاملات این گونه خانواده‌ها و ارائه راهبردهای مداخله‌ای مناسب، مورد مقایسه قرار گرفته است. **روش:** روش پژوهش علی-مقایسه‌ای است. جامعه پژوهش شامل خانواده‌های ساکن در مناطق غرب و شرق شهر تهران است که یکی از اعضای آن (فرزند خانواده) وابسته به مواد است و جهت درمان به مراکز درمان سرپایی اعتیاد در این مناطق مراجعه می‌کردند. ۴ مرکز درمان سرپایی اعتیاد از مناطق غرب و شرق تهران بصورت تصادفی انتخاب شد. نمونه پژوهش شامل ۵۰ نفر از مراجعین بودند که این مراکز بودند که واجد شرایط ورود به پژوهش بودند. ۵۰ نفر نیز از افراد عادی، جهت مقایسه، با گروه اول هم‌تا شدند. شرکت کنندگان به ابزار سنجش خانواده مک مستر (FAD) پاسخ دادند. داده‌های گردآوری شده، با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) مورد تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که کارکرد خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد و عادی در تمامی ابعاد بجز نقش در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ تفاوت معناداری دارند. همچنین نتایج نشان داد کارکرد خانواده افراد وابسته به مواد که میزان عود بالا و تاریخچه خانوادگی مثبت اعتیاد دارند ناکارآمدتر است این تفاوت با توجه به نوع ماده مصرفی معنادار نبود. **نتیجه‌گیری:** این مطالعه به متخصصان و درمانگران راهبردهای مداخله‌ای پیشگیرانه و الگوی درمانی متناسب با ویژگی‌های خانواده‌های دارای فرزند وابسته به مواد را ارائه می‌کند.

کلید واژه‌ها: الگوی تعاملات خانواده؛ کارکرد خانواده؛ وابستگی به مواد و راهبردهای مداخله

^۱ - آدرس نویسنده‌ی مسؤول: دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، گروه مشاوره.

مقدمه

خانواده اولین بافتی است که فرزندان در آن فکر، احساس و رفتار می‌کنند، یاد می‌گیرند و رشد می‌یابند (زاپوسنیک، هرویس و شوارتز^۱، ۲۰۰۳). رویکرد سیستمی، خانواده را به عنوان سیستمی با تعاملات مداوم بین زیرسیستم‌های فردی و در همان حال به عنوان یک زیر مجموعه در محیط خود مدنظر قرار می‌دهد (فیشرمن و فیشرمن^۲، ۲۰۰۳؛ زاپوسنیک و همکاران، ۲۰۰۳). خانواده بخشی از یک سیستم اجتماعی بزرگتر است از این رو، فرزندان توسط خانواده‌هایشان و خانواده توسط سیستم اجتماعی بزرگتری که در آن قرار گرفته است تحت تأثیر واقع می‌شوند (رابینز، باچراچ^۳ و زاپوسنیک، ۲۰۰۲). در دیدگاه سیستمی، خانواده بهنجار، خانواده‌ای است با ساختاری منسجم که در جهت رشد و رفاه اعضای خود عمل می‌کند و می‌تواند به طور پویا با عوامل نوبه‌نوشونده محیطی، تعامل برقرار کند و با آن سازگار شود بدون اینکه در این میان دچار اغتشاش گردد و افراد خانواده در این فرایند از خود علائم مرضی بروز دهند (میسوسی^۴، ۲۰۰۹؛ موسوی ۱۳۸۲). خانواده‌های بهنجار بسیار انعطاف‌پذیر هستند و برای کنار آمدن با مشکلات، مجموعه‌ای از رفتارها را مورد استفاده قرار می‌دهند و برعکس، خانواده‌های نابهنجار که ناکارآمدند در به کار بردن رفتارهای گوناگون، انعطاف‌ناپذیر و سختگیر هستند. الگوی خانواده سالم در کسب هدفها، سودمند است و بر عکس، خانواده ناسالم از الگوهای خانوادگی ناسودمند استفاده می‌کنند و تعاملات آنها همراه با تنش و رفتارهای مرضی است (فیشرمن و فیشرمن، ۲۰۰۳؛ بیورز^۵، ۲۰۰۳).

بر اساس نظریه سیستمها، وقتی یک عضو خانواده وابسته به مواد می‌شود این عامل مرکز ثقل کارکرد نظام خانواده می‌شود (کارلسون، اسپری و لويس، بی‌تا، ترجمه نوابی نژاد، ۱۳۷۸). از لحاظ ساختاری مصرف مواد و اعتیاد توسط یک عضو می‌تواند به صورت یک نگهدارنده سیستم برای خانواده عمل و در آن توازن ایجاد کند و روابط بین والدین را استحکام بخشد (حیدرnia و چرخیان، ۱۳۸۶)، گاهی نیز اعتیاد یک عضو خانواده تنها علامتی آشکار از مشکلات عمیق‌تر خانواده است (محرابی، نشاط‌دوست و مولوی، ۱۳۸۴).

1. Szapocznik, Hervis & Schwartz

2. Fishman & Fishman

3. Robbins & Bachrach

4. Micucci

5. Beavers

سانتی‌استبان^۱ و همکاران (۱۹۹۷)، اظهار می‌دارند، عوامل خانوادگی می‌تواند هم عامل خطر^۲ و هم عامل حمایتی و تاب‌آور^۳ باشد به ویژه در خانواده‌هایی که در معرض فشارهای محیطی تنش‌زا قرار دارند. زمانیکه خانواده به شیوه سازگارانه عمل می‌کند می‌تواند نقش حمایتی و تسهیل‌گری را ایفا کند اما زمانی که کارکرد آن ناکارآمد است به شیوه ناسازگارانه عمل می‌کند و نمی‌تواند از اعضای خود به ویژه فرزندان در برابر شرایط محیطی فشارزا حمایت کند. «کارکرد مختل خانواده^۴» می‌تواند عامل خطری در شروع سوءمصرف مواد فرزندان شود. از نظر رپتی، تایلور و سیمن^۵ (۲۰۰۲)، مشخصه خانواده‌های پرخطر وجود تعارض، خشونت و روابط سرد، غیر حمایتی و طردکننده است. این خانواده‌ها زمینه را برای ابتلاء فرزندان به اختلالات روانی-اجتماعی از جمله سوءمصرف مواد فراهم می‌کنند.

افرادی که وابسته به مواد هستند بیشتر احتمال دارد نسبت به همسالان غیر سوءمصرف‌کننده متعلق به خانواده‌هایی باشند که دارای ویژگیهای کارکرد معیوب و ساختار ناسالم هستند؛ تحقیقات نشان داده است که مصرف مواد توسط والدین (هافمن و سرین^۶، ۲۰۰۲؛ کاویلو، آلترمن، کاسیولا، راترفورد و زانیس^۷، ۲۰۰۴، وون‌خانجینگ، شر، جکسون و پارا^۸، ۲۰۰۴)، کم یا بیش از اندازه درگیر شدن والدین در امور فرزندان (سیم و وونگ^۹، ۲۰۰۶)، کیفیت ضعیف رابطه والدین-فرزندان (لیوید^{۱۰}، ۱۹۹۸؛ لاک، فرهات، جانانی و سیمونز-مورتون^{۱۱}، ۲۰۱۰)، فقدان قوانین مشخص و روشن (سیم و وونگ، ۲۰۰۶)، فقدان هماهنگی والدین در بکارگیری قوانین و کنترل و نظارت ضعیف والدین بر فعالیتهای فرزندان (لدوکس، میلر، چوکوت و پلنت^{۱۲}، ۲۰۰۲؛ هاریگیان^۱ و همکاران، ۲۰۰۵؛ ناکو، کین لاک، اگریدی و هانلون^۱، ۱۹۹۸) و... می‌تواند عامل خطر در ایجاد مشکلات رفتاری و سوءمصرف مواد در فرزندان گردد.

1. Santisteban

2. Risk factor

3. Resilience

4. Family disfunction

5. Repetti, Taylor & Seeman

6. Haffmann & Cerbone

7. Caviello, Alterman, Cacciola, Rutherford & Zanis

8. Vungkhanching, Sher, Jachson & Parra

9. Sim & Wong

10. Lioyed

11. Luk, Farhat, Jannotti, & Simons-Morton

12. Ledoux, Miller, Choquet & Plant

بوستانی‌پور و صدرجهانی (۱۳۸۷) و عاشوری و شیرین‌زاده دستگیری (۱۳۸۷) در پژوهشهای جداگانه‌ای کارکرد خانواده‌های عادی و دارای عضو معتاد را مقایسه کردند یافته‌ها نشان داد که کارکرد کلی خانواده اصلی افراد غیر معتاد با افراد معتاد تفاوت معناداری دارد. خداجوادی (۱۳۸۷)، به بررسی رابطه کارکرد خانواده با تاب‌آوری در برابر مصرف مواد در دانش‌آموزان پسر دبیرستانی مدارس پرخطر پرداخت. نتایج نشان داد کارکرد مطلوب خانواده با تاب‌آوری بیشتر فرزندان در برابر مصرف مواد رابطه دارد. مواجهه با جو خانواده ناسازگار در دوران کودکی می‌تواند بر خطر سوءمصرف مواد در نوجوانی و بزرگسالی تاثیر بگذارد. اسکیر، مک کورنیک، نرمال، بوکا و گیلمن^۳ (۲۰۰۹)، در یک مطالعه طولی با نمونه‌ای شامل ۱۴۲۱ نوجوان به بررسی رابطه تعارض خانوادگی و استرس‌های محیطی در دوران کودکی با اختلال سوءمصرف مواد در نوجوانی و بروز آن در بزرگسالی پرداختند. نتایج نشان داد که تعارض خانوادگی با خطر اختلال سوءمصرف مواد در نوجوانی رابطه معناداری داشت. حمایت اجتماعی بیرونی نمی‌تواند ضربه تاثیر تعارض خانوادگی بر سوءمصرف مواد در طول دوره نوجوانی را بگیرد.

بشارت، میرزمانی و پورحسین (۱۳۸۰)، نقش متغیرهای خانوادگی را در پدیدآیی اختلال کاربرد نابجای مواد بررسی کرده‌اند. نتایج نشان داد که اختلالهای مصرف مواد با کیفیت روابط خانوادگی، فزون حمایتگری پدر و مادر و وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانواده ارتباط دارند. همچنین افرادی که با پدر و مادر زندگی می‌کنند از نظر متغیرهای فزون حمایتگری مادر، سن شروع نخستین تجربه‌های مصرف مواد، سن اعتیاد به مواد و حرمت خود، تفاوت معناداری با افرادی داشته‌اند که تنها با مادر خود زندگی می‌کرده‌اند. حیدرنیا و چرخیان، (۱۳۸۶) با هدف بررسی تاثیرات خانواده بر اعتیاد فرزندان، کیفیت رابطه ولی-فرزندی نوجوانان دچار اعتیاد و نوجوانان عادی را مورد پژوهش قرار دادند. نتایج حاصل نشان داد که کیفیت رابطه ولی-فرزندی در تمامی ابعاد رابطه بهتر از نوجوانان دچار اعتیاد است. بین کیفیت رابطه نوجوانان عادی با والدینشان تفاوت معناداری بدست نیامد اما نوجوانان دارای اعتیاد کیفیت رابطه با مادرشان به گونه معناداری بهتر از کیفیت رابطه با

¹. Horigian

². Nurco, Kinlock, O'Grady & Hanlon

³. Skeer, McCornick, Normal, Buka & Gilman

پدرشان بود. که ممکن است بیانگر ائتلاف مادر با نوجوان علیه پدر و حفظ اعتیاد توسط نوجوان باشد. شرایدن^۱(۱۹۹۵)، رابطه بین سوء مصرف مواد، کارکرد خانواده و سوء استفاده/ بی‌توجهی را در ۸۱ مرد و زن سوء مصرف کننده مواد که در زندان بسر می‌بردند بررسی کردند. اطلاعات در مورد مشکل سوء مصرف مواد والدینشان، کارکرد خانواده اصلی‌شان و مواجهه با سوء استفاده جنسی، جسمی، عاطفی و بی‌توجهی در دوران کودکی با استفاده از ابزارهای مختلف جمع‌آوری شد. نتایج بطور کلی سطوح بالای سوء مصرف مواد توسط والدین و سوء استفاده / بی‌توجهی و بدرفتاری در دوران کودکی و سطوح نسبتاً پائین کارآیی خانواده اصلی را نشان داد. این متغیرها بطور معناداری با پاسخ سوء مصرف مواد در بزرگسالی رابطه داشتند که حاکی از پتانسیل تداوم این الگوها در نسلهای متوالی است. چیسین^۲ و همکاران(۲۰۰۸) رابطه بین مصرف سیگار توسط پدران و انتقال بین نسلی آن به فرزندان نوجوانشان را طی یک مطالعه‌ی طولی بررسی کردند. نتایج نشان داد که خط سیر مصرف سیگار والدین تاثیر ویژه‌ای بر مصرف سیگار نوجوانشان داشته است. موسوی، روح‌افزا و صادقی(۱۳۸۲) به بررسی ارتباط استعمال سیگار و سایر مواد مخدر در دانش‌آموزان و دانشجویان با والدین آنها پرداختند. نتایج نشان داد که بین استعمال و مصرف مواد توسط فرزندان با مصرف والدین رابطه دارد. به عبارتی دیگر ۶۳٪ افراد مصرف کننده والدین معتاد داشتند.

موسوی(۱۳۸۲) مطالعه‌ای را با هدف مشخص نمودن عملکرد سیستم خانواده‌های دارای جوان معتاد انجام داد. نتایج نشان داد که حضور پدر در خانواده دارای «معتاد جوان» از نظر فیزیکی و عاطفی بسیار کم‌رنگ است. قوانین انضباطی نامناسب و کنترل نامطلوب است. هم‌بستگی در این خانواده‌ها ضعیف و درگیری بین پدر و مادر، و بین جوان معتاد و والدین نسبت به گروه گواه بطور معناداری بیشتر است. تافا و بایوکو^۳(۲۰۰۹) ویژگی‌های سیستم‌های خانواده در پیش‌بینی الگوی رفتار اعتیادی را بررسی کردند. نتایج نشان داد که ویژگیهای سیستم خانواده پیش‌بینی کننده رفتار اعتیادی است. به گونه‌ای که خانواده‌هایی که انسجام و پیوند ضعیف و ظرفیت پایینی برای تغییر ساختار قدرت داشتند و دارای نقشهای مختل و قواعد

1. Sheriden

2. Chassin

3. Tafa & Baiocco

روابط ناسازگار در پاسخ به استرس‌های موقعیتی و رشدی بودند رفتار اعتیادی بیشتری داشتند. لاک و همکاران (۲۰۱۰) کیفیت رابطه والدین با فرزندان را در سوء مصرف مواد بررسی کردند. نتایج نشان داد که کیفیت روابط والدین با فرزندان پسر یک عامل حمایتی در برابر شروع مصرف مواد بود ولی در مورد دختران رابطه معنادار نبود.

بررسی ساختار و الگوی تعاملات خانواده‌های دارای فرزند وابسته به مواد در کمک به تدوین راهبردهای پیشگیرانه و مداخلات درمانی با محوریت خانواده ضروری بنظر می‌رسد. لذا هدف پژوهش حاضر مقایسه الگوی تعاملات خانواده‌های دارای فرزند وابسته به مواد و عادی است تا ضمن بررسی زمینه‌های خانوادگی ابتلا به اختلال وابستگی به مواد، مداخلات درمانی مبتنی بر خانواده را که متناسب با اینگونه خانواده‌ها هستند ارائه دهد. در این راستا پژوهش حاضر سعی کرد به این پرسش پاسخ دهد که آیا الگوی تعاملات خانواده‌های دارای فرزند وابسته به مواد و عادی متفاوت است؟

روش

به منظور بررسی و مقایسه کارکرد خانواده‌های دارای فرزند وابسته به مواد با خانواده‌های عادی و دستیابی به نیمرخ الگوی تعاملات این خانواده‌ها از روش تحقیق علی - مقایسه‌ای استفاده شد. جامعه‌ی پژوهش شامل خانواده‌های ساکن در مناطق غرب و شرق^۱ شهر تهران است که یکی از اعضای آن (فرزند خانواده) وابسته به مواد است و جهت درمان به مراکز درمان سرپایی اعتیاد در مناطق یاد شده مراجعه می‌کردند. ابتدا مراکز درمان سرپایی اعتیاد غیردولتی تحت نظارت سازمان بهزیستی واقع در مناطق غرب و شرق تهران شناسایی و تعدادی از این مراکز بصورت تصادفی انتخاب شدند^۲. به صورت حضوری به این مراکز مراجعه شد و ضمن ارائه معرفی‌نامه دانشگاه درخواست همکاری جهت اجرای پژوهش شد. از میان مراکز انتخاب شده فقط ۴ مرکز اعلام آمادگی جهت همکاری نمودند. مراکز مورد نظر هر کدام بین ۲۰۰-۱۵۰ بیمار را در ماه خدمات‌رسانی می‌کردند. با همکاری مسئولین مرکز، پرونده‌های مراجعه‌کنندگان در اختیار پژوهشگر جهت بررسی اولیه

^۱ شامل مناطق ۲۰، ۹، ۱۰، ۶، ۷، ۵ و ۲۱ می‌باشد.

^۲ با توجه به اینکه در این پژوهش گروه هدف خانواده‌هایی با وضعیت اقتصادی و اجتماعی متوسط مورد نظر بود لذا مناطق متوسط نشین شهر و مراکز واقع در این مناطق انتخاب شدند.

قرار گرفت. بعد از بررسی پرونده‌ها از میان افراد مراجعه کننده کسانی که واجد معیارهای ورود به پژوهش بودند ۷۰ نفر بصورت تصادفی انتخاب شدند. ملاکهای ورود به پژوهش و انتخاب افراد شامل: مذکر بودن؛ داشتن دامنه سنی ۲۰-۳۰ سال، مجرد بودن، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، وضعیت اقتصادی- اجتماعی متوسط، زندگی با والدین بود. مصاحبه کوتاهی با افراد انجام شد و طی آن هدف پژوهش توضیح و از محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان داده شد و رضایت آنان برای همکاری در پژوهش کسب شد. سپس بسته پرسشنامه‌ها شامل پرسشنامه ویژگیهای دموگرافیک و پرسشنامه‌های کارکرد خانواده در اختیار افراد قرار گرفت و دستورالعمل لازم توضیح داده شد. گروه مقایسه (۷۰ نفر) نیز با توجه به اینکه از لحاظ جنس، سن، وضعیت اقتصادی- اجتماعی، وضعیت تاهل و زندگی با والدین با گروه تحقیق هم‌تا می‌شدند از میان دوستان گروه مطالعه که شرایط نزدیک به هم داشتند انتخاب شدند و بسته پرسشنامه‌ها از طریق افراد شرکت کننده در گروه اول در اختیار آنان قرار گرفت و بعد از یک هفته بسته‌های تکمیل شده جمع‌آوری شد. تعدادی از پرسشنامه‌های جمع‌آوری شده از گروه پژوهش به علت ناقص بودن کنار گذاشته شد و در نهایت ۵۰ پرسشنامه بدست آمد. از تعداد ۷۰ پرسشنامه توزیع شده در گروه مقایسه نیز تعداد ۵۸ پرسشنامه بدون نقص جمع‌آوری شد که جهت رعایت یکسانی تعداد گروهها، ۸ پرسشنامه از گروه مقایسه کنار گذاشته شد. با توجه به اینکه در بررسی مطالعات مشابه با همین تعداد نمونه، به نتایج معناداری دست یافته بودند و با توجه به شیوه انجام تحقیق و $\alpha = 0.05$ این حجم نمونه از توان آماری مناسبی برای نشان دادن تفاوت واقعی میان گروهها برخوردار است.

ابزار

در این پژوهش به منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌ی اطلاعات دموگرافیک محقق ساخته و ابزار سنجش

خانواده FAD (اپستاین، بالدوین و بیشاپ^۱، ۱۹۸۳) استفاده شد. در زیر به ویژگی‌های این ابزارها پرداخته می‌شود:

^۱. Epstein, Baldwin & Bishop

۱- پرسشنامه‌ی اطلاعات دموگرافیک: این پرسشنامه در جهت تکمیل اطلاعات و توسط محقق تدوین شده است. این پرسشنامه دربرگیرنده‌ی اطلاعات اولیه در خصوص ویژگی‌های نمونه‌ها و شامل: سن، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، شغل، مدت اعتیاد، سن شروع اعتیاد، سابقه اعتیاد در خانواده و بستگان درجه یک و... است.

۲- ابزار سنجش خانواده^۱ (FAD): جهت سنجش کارکرد خانواده، از «ابزار سنجش خانواده» که توسط اپستاین، بالدوین و بیشاپ در سال ۱۹۸۳ بنابر الگوی مک‌مستر تدوین شده است، استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۶۰ سؤال است و خصوصیات ساختاری و تعاملی خانواده را معین می‌سازد. این پرسشنامه شش بعد کارکرد خانواده را مشخص می‌کند که بر همین اساس متناسب با این شش بعد، از شش خرده آزمون (شامل حل مسأله، ارتباط، نقش، پاسخدهی عاطفی، درگیری عاطفی و کنترل رفتار) به علاوه یک خرده آزمون مربوط به کارکرد عمومی خانواده تشکیل شده است. بطور خلاصه حل مسأله نشان دهنده توانایی خانواده برای حل مشکلات و نیز مراحلی که برای این کار طی می‌کنند، می‌باشد. ارتباط به تبادل مؤثر، گسترده، روشن و مستقیم اطلاعات در خانواده اشاره می‌کند. نقش‌ها، به کارآیی شیوه خانواده در توزیع و انجام وظایف اشاره می‌کند. وظایف شامل اموری می‌شود که بر فراهم کردن منابع (خوراک، پوشاک، سرپناه)، پرورش و حمایت، رشد مهارت‌های زندگی و حفظ و اداره سیستم خانواده (مثلاً اداره‌ی خانه، کارهای مربوط به حیات، صورت حسابها، مسایل بهداشتی، قدرت و تصمیم‌گیری) مربوط می‌گردد. پاسخدهی عاطفی، راه کارهای عاطفی اعضای خانواده برای دادن پاسخ هیجانی متناسب، چه احساسات مثبت (لذت، عشق، توجه، مهربانی، محبت) و چه منفی (غمگینی، افسردگی، خشم و ترس) را می‌سنجد. آمیختگی عاطفی به کیفیت علاقه، توجه و سرمایه‌گذاری اعضای خانواده در برابر یکدیگر اشاره می‌کند. کنترل رفتار استانداردها و آزادی‌های رفتاری را توصیف می‌کند (زاده محمدی و ملک خسروی، ۱۳۸۵).

شرکت کنندگان برای هر ماده یکی از گزینه‌های کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم و کاملاً مخالفم را انتخاب می‌کنند. پاسخها از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالا به معنای کارکرد ناسالم است. برای بدست آوردن نمره هر مقیاس متوسط نمرات مواد آن مقیاس محاسبه می‌شود سپس نمرات مواد هر مقیاس باهم جمع شده و بر تعداد مواد آن مقیاس تقسیم می‌شود؛ بنابراین نمره‌ی هر مقیاس بین ۱ (سالم) تا ۴ (ناسالم) خواهد بود. خرده مقیاس‌های این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ بین

¹. Family assessment device

۰/۷۲ تا ۰/۹۲ از همسانی درونی نسبتاً خوبی برخوردارند (ثنایی، ۱۳۷۹). زاده‌محمدی و ملک خسروی (۱۳۸۵) پایایی پرسشنامه را به شیوه بازآزمایی ۰/۸۲ و از طریق آلفای کرانباخ ۰/۹۰ بدست آورده است. در این پژوهش پایایی پرسشنامه با نمونه‌های تحقیق بررسی شد که از طریق آلفای کرانباخ ۰/۸۹ بدست آمد.

یافته‌ها

این پژوهش در تلاش برای پاسخگویی به سؤال پژوهش، فرضیه مبنی بر وجود تفاوت بین کارکرد خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد و عادی را مورد آزمون قرار داد. چنانکه در بخش قبلی گفته شد در این پژوهش ۵۰ نفر دارای اختلال وابستگی به مواد و ۵۰ نفر عادی شرکت کردند که هر کدام به پرسشنامه FAD یا ابزار سنجش خانواده با هدف ارزیابی کارکرد خانواده پاسخ دادند. میانگین و انحراف معیار سنی پاسخگویان در گروه وابسته به مواد و عادی به ترتیب؛ $M=26/6$ ؛ $SD=2/4$ و $M=25/2$ ؛ $SD=2/8$ می‌باشد. دامنه‌ی سنی پاسخگویان بین ۲۰ تا ۳۰ سال است. از نظر تحصیلات ۹۰٪ گروه وابسته به مواد و ۵۲٪ گروه عادی دارای تحصیلات در سطح دیپلم و زیر دیپلم هستند، ۱۰٪ گروه وابسته و ۲۴٪ گروه عادی تحصیلات در سطح فوق دیپلم و فقط ۲۴٪ افراد عادی دارای تحصیلات لیسانس بودند. از نظر اشتغال، ۳۸٪ گروه وابسته به مواد و ۷۰٪ گروه عادی شاغل هستند و ۶۲٪ گروه وابسته و ۳۰٪ گروه عادی بیکار می‌باشند. به منظور آزمون فرضیه پژوهش از آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA)، جهت مقایسه‌ی میانگین‌های متغیرهای وابسته استفاده شد. کارکرد خانواده در هفت خرده مقیاس در گروهها بررسی شد. جداول زیر نتایج این تحلیل را نشان می‌دهد.

جدول ۱- آمار توصیفی خرده مقیاسهای کارکرد خانواده در دو گروه وابسته به مواد و عادی

انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه	
۰/۲۲	۲/۵	۵۰	وابسته به مواد	کارکرد کلی
۰/۳۵	۱/۹	۵۰	عادی	
۰/۳۷	۱/۴	۵۰	وابسته به مواد	حل مسأله
۰/۳۵	۲/۰	۵۰	عادی	
۰/۴	۲/۵	۵۰	وابسته به مواد	ارتباط
۰/۳۵	۲/۱	۵۰	عادی	
۰/۳	۲/۲	۵۰	وابسته به مواد	نقشها
۰/۳	۲/۲	۵۰	عادی	
۰/۳۷	۲/۳	۵۰	وابسته به مواد	آمیختگی عاطفی
۰/۳۵	۲/۱	۵۰	عادی	
۰/۴۶	۲/۲	۵۰	وابسته به مواد	همراهی عاطفی
۰/۴۵	۲/۰۵	۵۰	عادی	
۰/۳۵	۲/۷	۵۰	وابسته به مواد	کنترل
۰/۳۳	۲/۲	۵۰	عادی	

جدول فوق میانگین و انحراف معیار خرده مقیاسهای کارکرد خانواده را در هر یک از گروههای وابسته به مواد و عادی نشان می‌دهد. با توجه به اینکه یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل واریانس برقراری یکسانی واریانسهاست، لذا شرط یکسانی واریانسها از طریق آزمون لوین بررسی شد. جدول زیر نتیجه این آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ۲-آزمون یکسانی واریانس‌های خطا

sig	F لوین	خرده مقیاسها
۰/۰۰۱	۱۱/۱	کارکرد کلی
۰/۵۹	۰/۳	حل مسأله
۰/۶۶	۰/۱۸	ارتباط
۰/۷۶	۰/۰۹	نقش
۰/۷۳	۰/۱۱	آمیختگی عاطفی
۰/۹	۰/۰۱	همراهی عاطفی
۰/۶۶	۰/۱۸	کنترل

چنانکه جدول بالا نشان می‌دهد، بجز خرده مقیاس کارکرد کلی، F لوین بقیه خرده مقیاسها معنادار نیست. به سخنی دیگر، فرضیه صفر مبنی بر معنادار نبودن تفاوت واریانسهای خطا در تمامی خرده مقیاسها بجز کارکرد کلی، تایید می‌شود. بدنبال رعایت این شرط و برقراری مفروضه‌های دیگر، آزمون MANOVA جهت بررسی فرضیه اجرا شد. جداول زیر نتیجه این آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ۳-آزمون‌های چند متغیره جهت تعیین معناداری اثر متغیر مستقل

نوع آزمون	ارزش	F	فرضیه df	خطای توزیع	Sig	Eta
اثر پیلای	۰/۶۷	۲۶/۷	۷	۹۲	۰/۰۰۱	۰/۶۷
لامبدای ویلکز	۰/۳۳	۲۶/۷	۷	۹۲	۰/۰۰۱	۰/۶۷
اثر هتلینگ	۲/۰۳	۲۶/۷	۷	۹۲	۰/۰۰۱	۰/۶۷
بزرگترین ریشه روی	۲/۰۳	۲۶/۷	۷	۹۲	۰/۰۰۱	۰/۶۷

مقایسه الگوی تعاملات خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد و عادی و ارائه راهبردهای مداخله‌ای مناسب/ نجف‌لوی، فاطمه و همکاران

جدول ۳ نتایج چهار آزمون چند متغیره جهت معنی داری اثر متغیر مستقل یعنی عامل گروه در مدل را نشان می دهد.

F بدست آمده در هر چهار آزمون نشان می دهد که تفاوت دو گروه در متغیرهای وابسته در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵

معنادار است. ضریب اتا نیز نشان می دهد متغیرهای وابسته بطور کلی ۶۷٪ واریانس را تبیین می کنند.

جدول ۴- خلاصه تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA)

Sig.	F	MS	df	SS	متغیر وابسته	منابع تغییر
۰/۰۰۱	۱۱۳/۶	۱۰/۲	۱	۱۰/۲	کارکرد کلی	بین گروهی
۰/۰۰۱	۳۰/۴	۴/۱	۱	۴/۱	حل مسأله	
۰/۰۰۱	۲۵/۷	۳/۷	۱	۳/۷	ارتباط	
۰/۷۵	۰/۱۰	۰/۰۱	۱	۰/۰۱	نقشها	
۰/۰۱	۶/۸	۰/۹۱	۱	۰/۹۱	آمیختگی عاطفی	
۰/۰۴	۴/۲	۰/۹	۱	۰/۹	همراهی عاطفی	
۰/۰۰۱	۴۳/۶	۴/۹	۱	۴/۹	کنترل	
		۰/۰۹	۹۸	۸/۸	کارکرد کلی	درون گروهی
		۰/۱۳	۹۸	۱۳/۳	حل مسأله	
		۰/۱۴	۹۸	۱۴/۲	ارتباط	
		۰/۱۳	۹۸	۱۳/۵	نقشها	
		۰/۱۳	۹۸	۱۳/۰۲	آمیختگی عاطفی	
		۰/۲۱	۹۸	۲۰/۷۵	همراهی عاطفی	
		۰/۱۱	۹۸	۱۱/۰۹	کنترل	
		۰/۰۹	۹۹	۱۹/۰۷	کارکرد کلی	کل
		۰/۰۹	۹۹	۱۷/۴	حل مسأله	
		۰/۰۹	۹۹	۱۷/۹	ارتباط	
		۰/۰۹	۹۹	۱۳/۵	نقشها	
		۰/۰۹	۹۹	۱۳/۹	آمیختگی عاطفی	
		۰/۰۹	۹۹	۲۱/۶	همراهی عاطفی	
		۰/۰۹	۹۹	۱۶/۰۳	کنترل	

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، تفاوت خرده مقیاسهای کارکرد کلی، حل مسأله، ارتباط، آمیختگی عاطفی، همراهی عاطفی و کنترل در میان گروهها در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ معنادار است. به عبارت دیگر با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت کارکرد کلی، حل مسأله، ارتباط، آمیختگی عاطفی، همراهی عاطفی و کنترل در گروه وابسته به مواد ناکارآمدتر از گروه عادی می‌باشد. ولی تفاوت گروهها در خرده مقیاس نقش معنادار نبود.

ابعاد کارکرد خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد، با توجه به نوع ماده مصرفی (مخدر، محرک و ترکیبی)، فراوانی سابقه عود و وجود فرد معتاد در خانواده بررسی شد. بین میانگین ابعاد کارکرد خانواده با توجه به نوع مواد مصرفی تفاوت وجود دارد به این معنا که افرادی که مواد ترکیبی استفاده می‌کنند کارکرد مختل‌تری دارند اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نیست. ابعاد کارکرد خانواده با توجه به فراوانی عود بررسی شد، نتایج نشان داد که میانگین نمره نقش و آمیختگی عاطفی با توجه به میزان عود تفاوت معناداری دارند به این معنا که افرادی که عود بالا و مکرری را تجربه می‌کنند، کارکرد مختل‌تری دارند. همچنین تفاوت میانگین ابعاد کارکرد خانواده با توجه به وجود فرد معتاد (بجز فرد شرکت‌کننده در پژوهش) در خانواده بررسی شد. نتایج نشان داد میانگین نمره حل مسأله، ارتباط، همراهی عاطفی با توجه به وجود یا عدم وجود فرد معتاد در خانواده تفاوت معناداری دارند. به عبارتی دیگر، خانواده‌هایی که بیش از یک فرد وابسته به مواد دارند (پدر یا برادر) از نظر حل مسأله، ارتباط و همراهی عاطفی ناکارآمدتر هستند. همچنین از بررسی داده‌ها چنین برمی‌آید که ۶۶٪ افراد وابسته به مواد دارای پدر یا برادر مصرف‌کننده مواد هستند، که احتمال انتقال بین نسلی اعتیاد را در میان خانواده‌ها مصرف‌کننده مواد نشان می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش بر آن بود تا به این پرسش پاسخ دهد که آیا بین ابعاد کارکرد خانواده در میان خانواده‌های دارای فرزند مصرف‌کننده مواد و خانواده‌های عادی تفاوت وجود دارد؟ به عبارت دیگر آیا کارکرد ناکارآمد سیستم خانواده می‌تواند باعث بروز نشانگان مرضی و از جمله سوءمصرف مواد در اعضای خانواده گردد؟ لذا فرضیه‌ی پژوهش صورت بندی و مورد آزمون قرار گرفت. نتایج نشان داد خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد در تبادل اطلاعات، ارتباطات صریح و مستقیم

مقایسه الگوی تعاملات خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد و عادی و ارائه راهبردهای مداخله‌ای مناسب/ نجف‌لوی، فاطمه و همکاران

نسبت به خانواده‌های عادی کارکرد ناتوان دارند و ارتباط در سیستم خانواده براساس میزان تراوایی مرزها شناسایی و مشخص می‌گردد. مرزهای سخت اجازه تبادل اطلاعات را نمی‌دهد در حالیکه در شرایط تنش‌زا که نیازمند حمایت اعضای خانواده از یکدیگر است مرزهای سخت مانع این امر می‌شود. از سویی دیگر مرزهای گسسته نیز منجر به فزون آمیختگی و دخالت بیش از اندازه اعضا در امور یکدیگر می‌شود. کرانه‌های انتهایی این طیف برقراری ارتباط موثر را با دشواری مواجه می‌سازد. در خانواده‌های دارای عضو مصرف‌کننده مواد اغلب ارتباطات یا فزون آمیخته است یا گسسته. همچنین نتایج نشان داد که خانواده‌های دارای عضو مصرف‌کننده مواد در حل مشکلات مربوط به امور خانواده از قبیل تهیه مسکن، پوشاک و تامین بودجه‌ی خانواده و نیز در حل مسایل عاطفی خانواده کارآیی ندارند و بروز نشانگان مرضی، از جمله وابستگی به مواد بیانگر فقدان مهارت حل مسأله سیستم خانواده و اعضای آن در مواجهه با چالشهای رشدی و شرایط دشوار است.

مواجهه با چالشهای رشدی در چرخه زندگی خانوادگی و فردی چه قابل پیش‌بینی و چه غیر قابل پیش‌بینی، اجتناب‌ناپذیر است، لذا عدم وجود مهارت حل مسأله، مشخصه‌ی خانواده‌های مشکل‌دار از خانواده‌های غیرمشکل‌دار است. اعتیاد پاسخی به شرایط دشوار و عدم توانایی فرد و خانواده در حل مسایل است. این گونه خانواده‌ها در مقایسه با خانواده‌های عادی در ابراز عواطف و هیجانات مثبت و منفی متناسب با موقعیت کفایت ندارند و به اندازه‌ی کافی نسبت به هم توجه و علاقه نشان نمی‌دهند (بعد آمیختگی عاطفی). از سویی دیگر نظارت و کنترل رفتار فرزندان مستلزم اتحاد والدینی و اعمال قدرت از سوی والدین در ایجاد قوانین مشخص و تبعیت اعضا از این قوانین است. کنترل بیش از اندازه و انعطاف‌پذیری بیش از اندازه هر دو سر طیف ممکن است منجر به سرکشی فرزندان و عدم پایبندی به قوانین شود. از تحلیل نتایج چنین برمی‌آید که خانواده‌های دارای فرزند وابسته به مواد در کنترل رفتار اعضا و ایجاد قواعد و استانداردهایی برای آزادی عمل موفق نیستند. این نتایج همسو با یافته‌های اسکیر و همکاران (۲۰۰۹)؛ بشارت و همکاران (۱۳۸۰)؛ بوستانی‌پور و صدرجهانی (۱۳۸۷)؛ تافا و بایکو (۲۰۰۹)؛ حیدرنیا و چرخیان (۱۳۸۶)؛ خداجوادی (۱۳۸۷)؛ عاشوری و شیرین‌زاده (۱۳۸۷)؛ لاک و همکاران (۲۰۱۰)؛ موسوی (۱۳۸۲) و واگنر (۲۰۱۰)، می‌باشد. این یافته‌ها نیز به شواهدی مبنی بر ناکارآمدی خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد دست یافته‌اند.

گروهها در بعد نقش تفاوت معناداری نشان ندادند. تعیین نقش و وظایف با قدرت تصمیم‌گیری در خانواده مرتبط است. با توجه به ضعیف بودن اتحاد والدینی و فقدان قدرت کافی والدین در تعیین وظایف و قوانین مشخص، در بعد نقش نیز انتظار می‌رفت ناکارآمد باشد که یافته‌ها تفاوت معناداری نشان ندادند. با توجه به اینکه میانگین نمرات نقش در نمونه‌های عادی نیز بالاست شاید ابهام در نقش و وظایف زمینه فرهنگی داشته باشد که نیازمند بررسی‌های بیشتری است. همچنین یافته‌ها نشان داد، خانواده‌های با تاریخچه خانوادگی مثبت اعتیاد در خانواده یعنی وجود فرد وابسته به مواد دیگری در آن، ناکارآمدتر از خانواده‌هایی هستند که فقط یک فرد معتاد دارند. به نظر می‌رسد وجود فرد معتاد به مواد در خانواده عامل خطری برای گرایش اعضای دیگر خانواده به سوی مصرف مواد است. چیسین و همکاران، ۲۰۰۸؛ شرایدن، ۱۹۹۵ و موسوی ۱۳۸۲، به یافته‌های مشابهی در خصوص مصرف مواد توسط والدین و ایجاد زمینه برای ابتلاء فرزندان به مصرف مواد بدست آوردند.

با توجه به یافته‌های این پژوهش دو نوع راهبرد مداخله‌ای ارائه می‌گردد: مداخلات پیشگیرانه و مداخلات درمانی. مداخلات پیشگیرانه: با استناد به یافته‌های پژوهش حاضر کارکرد خانواده و مولفه‌های آن در میان خانواده‌های دارای عضو مصرف‌کننده مواد مختل و ناکارآمد است و با توجه به اینکه امروزه تاکید از عوامل خطر به عوامل حفاظتی تغییر یافته است لذا با اتخاذ تدابیر آموزشی به افراد و به ویژه خانواده‌ها این عوامل حفاظتی را می‌توان تقویت نمود. تقویت کیفیت رابطه والد-فرزند از طریق آموزش ارتباط موثر، آموزش حل مسأله به شیوه مشارکتی در خانواده، آموزش مهارت‌های والدینی و نظارت صحیح بر فرزندان، تفویض مسئولیت متناسب با سن فرزندان، آموزش مهارت‌های زندگی به فرزندان و... می‌تواند عوامل حفاظتی در برابر گرایش به مصرف مواد گردد.

مداخلات درمانی: با توجه به نقش خانواده در پدیدآیی، حفظ و تداوم نشانگان مرضی از جمله سوءمصرف مواد، در سه دهه‌ی گذشته الگوهای درمانی مبتنی بر خانواده جهت درمان سوءمصرف مواد رشد و گسترش یافته است. اثربخشی الگوهای درمانی متعددی نیز به آزمون گذاشته شده است. از میان این الگوها، چند مدل خانواده‌درمانی مبتنی بر شواهد،

اثربخشی‌شان در بهبود کارکرد خانواده و سوءمصرف مواد به تایید رسیده است (اشلی^۱، ۲۰۰۵؛ والدرون و ترنر^۲، ۲۰۰۸) از جمله؛ خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه مدت^۳ (BSFT) (زاپوسنیک، هرویس و شوارتز، ۲۰۰۳)، خانواده‌درمانی چند وجهی^۴ (MDFT) (لیدل^۵، ۲۰۰۳)، خانواده‌درمانی کارکردی^۶ (FFT) و خانواده‌درمان چند سیستمی^۷ (MST) (هنگلر و شافر^۸، ۲۰۱۰).

بسیاری از برنامه‌های درمانی موفق از یک سنت ساختاری/ راهبردی تبعیت می‌نمایند. وجه اشتراک این رویکردها اتخاذ یک راهبرد عملیاتی، فعال و متمرکز بر مشکل است. با توجه به اینکه سودمندی خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه‌مدت که نشأت گرفته از رویکرد ساختاری/ راهبردی (کافمن و یوشیوکا^۹، ۲۰۰۵)، است و در بسیاری از پژوهش‌های انجام شده در حوزه سوءمصرف مواد و تغییر الگوهای تعاملی ناسازگار و بهبود کارکرد خانواده‌هایی که دارای فرزند وابسته به مواد هستند به تأیید رسیده است (رایینز و همکاران، ۲۰۱۱؛ شافر، ۲۰۰۸؛ فیستر^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۰؛ سانتی استبان و همکاران، ۲۰۰۲؛ زاپوسنیک ویلیامز، ۲۰۰۰؛ رایینز و همکاران، ۲۰۰۹) متخصصان و درمانگران حوزه اعتیاد جهت بهبود الگوی تعاملات ناسازگار خانواده‌ها و دستیابی به بهبودی پایدار از مداخلات مبتنی بر خانواده استفاده نمایند.

محدودیتی که در اغلب پژوهش‌های حوزه علوم انسانی وجود دارد و این پژوهش نیز از این قاعده مستثنی نبود نحوه پاسخگویی شرکت کنندگان به پرسشنامه‌ها و صحت و سقم پاسخهای داده شده است. البته در این پژوهش تلاش شد با دستیابی به نسخه اصلی و ترجمه و اصلاح مجدد پرسشنامه خطای ناشی از ابهام در سؤالات به حداقل ممکن برسد.

با توجه به نقش مولفه‌های خانواده در شروع و تداوم مصرف مواد در خانواده به درمانگران پیشنهاد می‌شود در مداخلات درمانی خود علاوه بر توجه به درمانهای دارویی و زیستی، مداخلات مبتنی بر خانواده را بعنوان بخشی از سیستم

1. Ashley

2. Waldron & Turner

3. Brief Strategic Family Therapy

4. Multidimensional Family Therapy

5. Liddel

6. Functional Family Therapy

7. Multisystemic Therapy

8. Henggeler & Schaeffer

9. Kaufman & Yoshioka

10. Feaster

درمانی لحاظ کنند. به مسئولین حوزه اعتیاد پیشنهاد می‌گردد جهت پیشگیری از بروز مصرف مواد در خانواده‌ها برنامه‌های روانی-آموزشی با تاکید بر عوامل محافظ در سطح خانواده‌ها و با رویکرد اجتماع محور گسترش دهند.

منابع

بشارت، محمدعلی؛ میرزمانی، محمود؛ و پورحسین، رضا. (۱۳۸۰). **نقش متغیرهای خانوادگی در پدیدآیی اختلال کاربرد نابجای مواد**. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۷(۳)، ۴۶-۵۲.

بوستانی‌پور، علیرضا؛ صدرجهانی، سمیه. (۱۳۸۷). **مقایسه عملکرد خانواده‌های عادی و دارای عضو سوءمصرف کننده مواد**. خلاصه مقالات سومین کنگره ملی آسیب‌شناسی خانواده. تهران: دانشگاه شهید بهشتی.

ثنایی، باقر. (۱۳۷۹). **مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج**. تهران: انتشارات بعثت.

حیدرنیا، احمد؛ و چرخیان، امیر. (۱۳۸۶). **کیفیت رابطه ولی - فرزندی نوجوانان دچار اعتیاد و نوجوانان عادی**. فصلنامه رفاه اجتماعی، ۶(۲۵)، ۳۹-۵۷.

خداجوادی، رحیم. (۱۳۸۷). **بررسی رابطه کارکرد خانواده و تاب‌آوری در برابر مصرف مواد در دانش‌آموزان پسر دبیرستانی مدارس پرخطر**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی (چاپ نشده).

زاده‌محمدی، علی؛ و ملک خسروی، غفار. (۱۳۸۵). **بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی و اعتباریابی مقیاس سنجش کارکرد خانواده**. فصلنامه خانواده پژوهی، ۲(۵)، ۶۹-۸۹.

عاشوری، احمد؛ و شیرین‌زاده دستگیری، صمد. (۱۳۸۷). **بررسی مقایسه‌ای کارکرد خانواده اصلی در افراد معتاد و افراد غیر معتاد**. خلاصه مقالات سومین کنگره ملی آسیب‌شناسی خانواده. تهران: دانشگاه شهید بهشتی.

کارلسون، جان؛ اسپری، لن؛ و لويس، جودیت. (۱۳۷۸). **خانواده‌درمانی: تضمین درمان کارآمد**. (ترجمه شکوه نوایی‌نژاد). تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات خانواده و انجمن اولیا و مربیان. تاریخ انتشار به زبان اصلی، بی‌تا.

مقایسه الگوی تعاملات خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد و عادی و ارائه راهبردهای مداخله‌ای مناسب/نجف‌لوی، فاطمه و همکاران

محرابی، حسینعلی؛ نشاط‌دوست، حمید؛ مولوی، حسین. (۱۳۸۴). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی ساختاریافته و آموزش خانواده در کاهش عود بیماران وابسته به مواد شهر اصفهان. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*. ۴۸-۵۵(۴)۲۲

موسوی، اشرف‌السادات. (۱۳۸۲). بررسی کمی/کیفی عملکرد خانواده معتادان جوان. *مطالعات زنان*، ۱(۳)، ۶۰-۸۸

موسوی، سیدغفور؛ روح‌افزا، حمیدرضا؛ و صادقی، معصومه. (۱۳۸۲). ارتباط استعمال سیگار و سایر مواد مخدر در دانش-آموزان و دانشجویان با والدین آنها. *پژوهش در علوم پزشکی*، ۸، ۵۷-۵۹.

Ashley, A. (2005). Effective family-based interventions for adolescents with substance use problems: A systematic review. *Research On Social Work Practice*. 15(2): 67-83.

Beavers, W .R. (2003). Functional And Dysfunctional Families. In G. P. Sholevar, & L. D. Schwoeri (Eds.), *Textbook of family and couples therapy*(35-54). Washington Dc: American Psychiatric publishing Inc.

Caviello, D .M; Alterman, A. I; Cacciola, J. S; Rutherford, M. J; & Zanis. (2004). The role of family history in addiction severity and treatment response. *Journal Of Abuse Treatment*, 26, 1-11.

Chassin, L; Presson, C; Seo, D; Sherman, S. J; Macy, J; Wirth, R. J; & Curran, P.(2008). Multiple trajectories Of Cigarette smoking and the intergenerational longitudinal study of a Midwestern community sample. *Health psychology*, 27(6),819-829.

Epstein, N; Baldwin, L;& Bishop, D. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal Of Marital And Family Therapy*, 9: 171-180.

Feaster, D. J; Robbins, M; Henderson, C; & Horigian, V. (2010). Equivalence of family functioning and externalizing behaviors in adolescent substance abuser of different race/ethnicity. *Journal of substance abuse treatment*, 38: 113.

Fishman, H. C; & Fishman, T. (2003). Structural Family Therapy. In G. P. Sholevar, & L. D. Schwoeri (Eds.), *Textbook of family and couples therapy*(35-54). Washington Dc: American Psychiatric publishing Inc.

Haffmann, J. P; & Cerbone, F. G. (2002). Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: An event history analysis. *Drug Alcohol Depend*, 66(3):255-64.

Henggeler, S. W,& Schaeffer, C. M. (2010). Treating serious emotional and behavioral problems using multisystemic therapy. *Australian & New Zealand Journal Of Family therapy*,31(2):149-164.

Horigian,V.E; Soares-Morales,L; Robbins, M. S; Zarate, M; Mayorga, C. M; Mitrani, V.B, Zapocznik, J. (2005).Brief strategic family therapy for adolescents with behavior problems. In J. L. Lebow (Eds), *Handbook of clinical family therapy*(73-101). Hoboken, New Jersey: Jon willy & Sons.

- Kaufman, E & Yoshioka.M. (2005). *Substance abuse treatment and family therapy: A treatment improvement protocol*(TIP 39). Rockvill,MD20857.
- Kumpfer, K. L; Alvarado, R; Whiteside, H. O. (2003). Family-based intervention for substance use and misuse prevention. *Prevention Substance Use & Misuse*, 38, (11-13),1759-1789.
- Ledoux, S; Miller, P; Choquet, M;& Plant, M. (2002). Family structure, parent-child relationships, and alcohol and other drug use among teenagers in France and united kingdom. *q*. 37 (1): 52-60.
- Liddel, H. A. (2003). *Multidimensional family therapy for early adolescent substance abuse treatment manual*.
- Lioyed, C.(1998). Risk factor for problem drug use: identifying vulnerable groups. *Drug: Education, Prevention And Policy*, 5(3),217-232.
- Luk, J. W; Farhat, T; Jannotti, R; & Simons-Morton, B. G. (2010). Parent-child communication and substance use among adolescent: Do father and mother communication play a different role for sons and daughters?. *Addictive Behaviors*, 35:426-431.
- Micucci, J. A. (2009). *The adolescent in family therapy, harnessing the power of relationships* (2nd ed.), New York: Guilford press.
- Nurco, D. N; Kinlock, T. W; O'Grady, E; & Hanlon, T. E. (1998). Differential contribution of family and peer factors to the etiology of narcotic addiction. *Drug And Alcohol Dependence*, 51: 229- 237.
- Repetti, R. L; Taylor, Sh. E; & Seeman. T. E. (2002). Risky families: family social environment and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2): 330-360.
- Robbins, M. S; Bachrach, K; & Szapocznik, J. (2002). Bridging the research-practice gap in adolescent substance abuse treatment: the case of brief strategic family therapy. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, 23, 123-132.
- Robbins, M. S; Szapocznik, J; Horigian.E; Feaster, D; Puccinilli, M; Jacobs, P; Burlew, k; Werstlien, R; Bachrach, K; & Brigham, G. (2009). Brief strategic family therapy for adolescent drug abuser: A multisite effectiveness study. *Contemporary Clinical Trials*, 30,269-278.
- Robbins, M; Feaster, D; Horigian, V; Puccinelli, M. J; Henderson, C; & Szapocznik, J.(2011). Therapist adherence in brief strategic family therapy for adolescent drug abusers. *Journal Of Consulting & Clinical Psychology*, 79(1): 43-53.
- Santisteban, D. A; Coatsworth, J. D; Prez-vidal, A; Kurtines, W. M; Schwartz, S. J; & Szapocznik, J. (2003). The efficacy of brief strategic family therapy in modifying adolescent behavior problem and substance use. *Journal Of Psychology*,17,121-133.

- Santisteban, D. A; Coatsworth, J. D; Prez-vidal, A; Mitrani, V; Jean-Gilles, M; & Szapocznik, J. (1997). Brief structural/strategic family therapy with African American and Hispanic high-risk youth. *Journal Of Community Psychology*,25(5), 453-471.
- Schafer, G. (2008). Multiple family group therapy in a drug an alcohol rehabilitation center: resident experiences. *Australian & New Zealand Journal Of Family therapy*, 29(2): 88-96.
- Sheriden, M. J.(1995). A proposed intergenerational model of substance abuse family functioning and abuse/neglect. *Child Abuse & Neglect*, 19(5):519-530.
- Sim, T; & Wong, D. (2006). Working with Chinese families in adolescent drug treatment. *Journal Of Social Work Practice*. 22(1), 103-118.
- Skeer, M; McCornick, M; Normal, S. T; Buka, S. L; & Gilman, S. E. (2009). A Prospective study of familial conflict psychological stress and the development of substance use disorders in adolescence. *Drug And Alcohol Dependence*, 104(1-2):65-72.
- Szapocznik, J; Hervis, O. E; & Schwartz, S. (2003). *Brief strategic family therapy for adolescent drug abuse*(NIH Publication No. 03-4751). NIDA Therapy Manuals For Drug Addiction. Rockville, MD: National Institute On Drug Abuse.
- Szapocznik, J; & Williams, R.(2000). Brief strategic family therapy: Twenty- five years if interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problem and drug abuse. *Clinical Child And Psychology Review*, 3(2), 117-134.
- Tafa, M; & Baiocco, R.(2009). Addictive behavior and family functioning during adolescence. *The American journal of family therapy*, 37(5): 388.
- Vungkhanching, M; Sher, K. J; Jachson, K. M; & Parra, G.(2004). Relation of attachment style to family history of alcoholism and alcohol use disorders in early adulthood. *Drug And Dependence*, 75, 47-53.
- Waldron, H. B; & Turner, C. W.(2008). Evidence-based psychosocial treatment for adolescent substance abuse. *Journal Of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 238-261.