

## مقایسه عملکرد خانواده بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد و خانواده افراد بهنجار

دکتر محمدعلی بشارت

استاد دانشگاه تهران

فرزانه رنجبر نوشری

کارشناس ارشد روان شناسی دانشگاه تهران

دکتر رضا رستمی

استادیار دانشگاه تهران

### چکیده

تاریخ دریافت ۱۳۸۶/۱۰/۲۵ - تاریخ تایید ۱۳۸۷/۶/۲۰

مقایسه عملکرد خانواده بیماران مبتلا به اختلال های مصرف مواد افیونی و خانواده افراد بهنجار، هدف اصلی این پژوهش بود. مواد و روش کار: دو یست و چهل آزمودنی داوطلب، شامل ۱۲۰ بیمار مبتلا به اختلال های مصرف مواد افیونی و ۱۲۰ آزمودنی بهنجار در این پژوهش شرکت کردند. از آزمودنی ها خواسته شد "پرسشنامه اختلال های مصرف مواد" و "مقیاس سنجش خانواده" را تکمیل کنند. برای تحلیل آماری داده های پژوهش، از شاخص ها و روش های آماری شامل فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، آزمون t گروه های مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شد. یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که بین عملکرد خانواده بیماران مبتلا به اختلال های مصرف مواد افیونی و عملکرد خانواده افراد بهنجار، تفاوت معنادار وجود دارد. نتیجه گیری: بر اساس یافته های پژوهش، مشخصه های خانوادگی ناکارآمد می توانند شدت ابتلا به اختلال های مصرف مواد افیونی را در معنادان پیش بینی کنند.

کلیدواژه ها: خانواده، اختلال مصرف مواد، اعتیاد.

## مقدمه

خانواده نقشی اساسی در زمینه‌های سلامت و بیماری فرد ایفا می‌کند. نظریه‌ها و پژوهش‌های متعدد، نقش و نفوذ خانواده را در شکل‌گیری مفاهیم سلامت و بیماری والگوی رفتار بهنجار و نابهنجار تایید کرده‌اند (پاترسن<sup>۱</sup> و گارویک<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴؛ کرنز<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴؛ کرنز و ویس<sup>۴</sup>، ۱۹۹۴). خانواده برای این اساس، واحد اصلی و نخستین سلامت دانسته شده (لیتمن<sup>۵</sup>، ۱۹۷۴، ۱۹۸۹؛ لیتمن و ونترز<sup>۶</sup>، ۱۹۷۹) و گسترش حوزه‌های علمی و عملی در چارچوب نظام‌های بهداشتی، پزشکی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی، با هدف توجه مخصوص و مستقیم به خانواده، نمونه‌های برجسته از این رویکرد به حساب می‌آیند.

متغیرهای تاثیر گذار بر پدیدآیی، تداوم و درمان اختلال‌های مصرف مواد<sup>۷</sup> متعدد و متفاوت هستند. پژوهش‌های بالینی، چندین متغیر را به منزله متغیرهای پیش‌بین<sup>۸</sup> در زمینه اختلال‌های مصرف مواد بررسی کرده‌اند (نیوکام<sup>۹</sup> و ریچاردسون<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۰). "لتیری"<sup>۱۱</sup> (۱۹۸۵) این متغیرها را به چهار دسته تقسیم کرده است: (۱) محیط فرهنگی - اجتماعی<sup>۱۲</sup>؛ (۲) عوامل بین شخصی<sup>۱۳</sup> (خانواده، مدرسه، همسالان)؛ (۳) متغیرهای روانی

- 
- 1.Patterson
  - 2.Garwick
  - 3.Kerns
  - 4.Weiss
  - 5.Litman
  - 6.Venters
  - 7.substance use disorders
  - 8.predictive variables
  - 9.Newcomb
  - 10.Richardson
  - 11.Lettieri
  - 12.cultural-societal environment
  - 13.interpersonal

- رفتاری<sup>۱</sup> (شخصیت، بازخوردها، فعالیت ها)؛ ۴) تاثیرات بیوژنتیک<sup>۲</sup>. افراد به تناسب و تفاوت زیر نفوذ این متغیرها قرار می گیرند (لتیری، ۱۹۸۵؛ نیوکام، ۱۹۹۵؛ هاکینز<sup>۳</sup> کاتالانو<sup>۴</sup>، و میلر<sup>۵</sup>، ۱۹۹۲).

یافته های پژوهشی، نقش بنیادین متغیرهای متعدد مربوط به کنش وری<sup>۶</sup> و رفتار خانوادگی را در دو زمینه پیش گیری و پدید آیی اختلال های مصرف مواد نشان داده اند (نیوکام، ۱۹۹۲). گستره و عمق نفوذ و تاثیر گذاری متغیرهای خانوادگی بر اساس اهمیتشان، از زاویه های متفاوت بررسی شده اند. این متغیرها، نوعاً از طریق فرآیندهای اجتماعی شدن درون خانوادگی، سرمشق گیری و تقلید از رفتار والدین، تقویت اجتماعی، درونی سازی ارزش ها و رفتارهای خانواده و شیوه های کنترل اجتماعی و انضباطی والدین، آمادگی فرزندان را برای مصرف و سوء مصرف مواد متاثر می سازند (نیوکام و ریچاردسون، ۲۰۰۰). گسستگی<sup>۷</sup> خانواده، کیفیت روابط والدین - کودک، حمایت والدین، و بازخوردها و محدودسازی های والدین در مورد مصرف مواد نیز از متغیرهای شناخته شده هستند (بشارت، میرزمانی و پورحسین، ۱۳۸۰؛ پتریتیس<sup>۸</sup>، فلائی<sup>۹</sup>

- 
1. psychobehavioral factors
  2. biogenetic
  3. Hawkins
  4. Catalano
  5. Miller
  6. functioning
  7. disruption
  8. Petraitis
  9. Flay

و میلر<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵؛ جانسون<sup>۲</sup> و پندینا<sup>۳</sup>، ۱۹۹۱؛ نیدل<sup>۴</sup>، سو<sup>۵</sup> و دوهرتی<sup>۶</sup>، ۱۹۹۰؛ نیوکام و بنتلر<sup>۷</sup>، ۱۹۸۸a، ۱۹۸۸b؛ یو<sup>۸</sup>، لو<sup>۹</sup>، استرلینگ<sup>۱۰</sup> و ویسنر<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۴).

هاکینز، کاتالانو و میلر (۱۹۹۲) سه وضعیت خانوادگی را ترسیم کرده اند: (۱) مدیریت ضعیف، متناقض و بی ثبات والدین؛ (۲) تعارض<sup>۱۲</sup> خانوادگی؛ (۳) پیوندهای ضعیف خانوادگی. سلطه گری و انضباط متناقض و بی ثبات والدین، کیفیت ضعیف نامطلوب تعامل والدین با فرزندان و آرزوها و انتظارات پایین برای فرزندان، از مشخصه‌های مدیریت ضعیف خانوادگی محسوب می‌شوند و احتمال گرایش و گرفتاری جوان به مواد را افزایش می‌دهند. تعارض خانوادگی نیز به شکل‌های متفاوت ناهمسازی و اختلاف زناشویی، طلاق و جدایی، اعتماد شخصی و مهارت‌های مقابله‌ای<sup>۱۳</sup> فرزندان را تحلیل می‌برد و آن‌ها را با خطر پناه بردن به مواد، در مقابله با این استرس‌ها مواجه می‌سازد (ریچاردسون، ۱۹۹۳؛ نیوکام و هارلو<sup>۱۴</sup>، ۱۹۸۶). این مشخصه‌های خانوادگی، مانع تشکیل پیوندهای بین والدین - کودک شده، آسیب‌پذیری کودکان را افزایش می‌دهند. یافته‌های بالینی، مصرف بیشتر مواد را بین اعضای خانواده‌هایی که فاقد روابط صمیمی والدین - فرزندان بوده و پیوندهای ایمن را تجربه نکرده‌اند، تایید می‌کنند (بشارت، میرزمانی و پورحسین، ۱۳۸۰؛ جسون<sup>۱۵</sup> و جسون،

- 
1. Miller
  2. Johnson
  3. Pandina
  4. Needle
  5. Su
  6. Doherty
  7. Bentler
  8. Wu.
  9. Lu
  10. Sterling
  11. Weisner
  12. conflict
  13. coping
  14. Harlow
  15. Jessor

۱۹۷۷؛ کندل<sup>۱</sup>، ۱۹۸۰). روابط خانوادگی گرم، صمیمی و حمایت‌گر، در صورتی که مداخله جویانه نباشند، فرزندان را از افتادن به دام اغواگر مواد مصنوعی می‌سازند (نیوکام و ریچارسون، ۲۰۰۰).

هدف اساسی پژوهش حاضر، بررسی متغیرهای خانوادگی موثر بر سوء مصرف مواد است. اهداف جزئی این پژوهش عبارتند از: ۱) ترسیم و توصیف تابلوی بالینی مشخصه‌های خانوادگی بیماران ایرانی مبتلا به اختلال‌های مصرف مواد؛ ۲) بررسی صحت و اعتبار یافته‌های پژوهشی در مورد نقش متغیرهای خانوادگی در پدید آبی اختلال‌های مصرف مواد، براساس مقایسه مشخصه‌های خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال‌های مصرف مواد و افراد بهنجار. اهمیت این بررسی در چارچوب پیامدهای نظری (در زمینه آسیب‌شناسی و مدل‌های نظری) و عملی (پیشگیری، درمان و پژوهش‌های بالینی) آن مشخص خواهد شد؛ ۳) بررسی رابطه بین مشخصه‌های خانوادگی و شدت ابتلا به اختلال‌های مصرف مواد افیونی.

بر اساس یافته‌های پژوهشی موجود و شواهد و تجربه‌های بالینی در زمینه اختلال‌های مصرف مواد، پژوهش حاضر برای یافتن پاسخ دو پرسش زیر در نمونه‌ای از بیماران مبتلا به اختلال‌های مصرف مواد و خانواده‌های آن‌ها انجام شد: ۱) آیا عملکرد خانواده بیماران مبتلا به اختلال‌های مصرف مواد و افراد بهنجار متفاوت است؟ ۲) آیا بین مشخصه‌های خانوادگی و شدت ابتلا به اختلال‌های مصرف مواد افیونی رابطه وجود دارد؟

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

روش

**جامعه، نمونه و روش اجرای پژوهش** - جامعه مورد مطالعه در این پژوهش، تمامی بیماران مبتلا به اختلال‌های مصرف مواد مراجعه‌کننده به سه مرکز درمانی در مناطق شرق، غرب و مرکز تهران بودند. در این پژوهش، آزمودنی‌ها در دو گروه نمونه بیمار و بهنجار مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه بیمار شامل ۱۲۰ معتاد (۱۱۲ مرد، ۸ زن) داوطلب شرکت در پژوهش بود که در بهار سال ۸۴، به صورت مراجعه‌های

متوالی<sup>۱</sup> برای درمان با متادون، به یکی از مراکز سه گانه درمان اعتیاد در شرق، غرب و مرکز تهران مراجعه می‌کردند. نمونه بهنجار نیز شامل ۱۲۰ آزمودنی (۱۱۲ مرد، ۸ زن)، داوطلب شرکت در پژوهش از همراهان بیماران انتخاب شدند. شرایط پذیرش گروه بهنجار، برای شرکت در پژوهش این بود که هیچ گونه سابقه وابستگی یا سوء مصرف مواد نداشته باشند و از نظر ویژگی های جمعیت شناختی، شامل جنس، سن، تحصیلات، تاهل و سطح درآمد، با گروه بیماران همتا باشند. ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها در جدول شماره ۱ ارائه شده اند. میانگین سنی بیماران، ۳۵/۳۷ سال (sd=۹/۶۰؛ دامنه=۱۹-۶۷) و میانگین سنی نمونه بهنجار، ۳۵/۵۳ سال (sd=۹/۵۸؛ دامنه=۱۸-۶۹) بود. پس از هماهنگی با مراکز ترک اعتیاد واقع در مرکز، شرق و غرب تهران، پرسشنامه اختلال های مصرف مواد<sup>۲</sup> و "مقیاس سنجش خانواده"<sup>۳</sup>، به صورت انفرادی در مورد آزمودنی های دو گروه اجرا شد. به منظور اجرای پژوهش، نخست هماهنگی های لازم با مراکز سه گانه درمان اعتیاد صورت گرفت. سپس برای ترغیب آزمودنی ها به همکاری بیشتر، اهداف و اهمیت پژوهش حاضر برای آن ها تشریح گردید و گفته شد که در صورت تمایل می توانند نتایج خود در پاسخ به پرسشنامه ها را از محقق دریافت کنند. پس از موافقت و تمایل افراد، پرسشنامه های مذکور به شکل انفرادی در اختیار آن ها قرار گرفت تا نسبت به تکمیل آن اقدام نمایند. ابتدا پرسشنامه اختلال های مصرف مواد و سپس مقیاس سنجش خانواده توسط بیماران تکمیل گردید. پس از اتمام اجرای پرسشنامه های مربوط به نمونه بیمار، به بررسی افراد بهنجار پرداخته شد که از نظر ویژگی های جمعیت شناختی با نمونه بیمار همتا شدند. پس از جلب موافقت این افراد، مقیاس سنجش خانواده در اختیار این افراد قرار می گرفت تا نسبت به تکمیل آن اقدام نمایند.

- 
- 1.consecutive referrals
  - 2.Substance Use Disorders Questionnaire
  - 3.Family Assessment Device

جدول ۱. ویژگی های جمعیت شناختی دو گروه بیمار و بهنجار

متغیر	بیمار		بهنجار		گروه و شاخص
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
جنس	۹۳/۳	۱۱۲	۹۳/۳	۱۱۲	مرد
	۶/۷	۸	۶/۷	۸	زن
وضعیت تاهل	۱۰۰	۱۲۰	۱۰۰	۱۲۰	کل
	۳۹/۲	۴۷	۴۰	۴۸	متاهل
	۵۷/۵	۶۹	۵۶/۷	۶۸	مجرد
	۳/۳	۴	۳/۳	۴	مطلقه
تحصیلات	۱۰۰	۱۲۰	۱۰۰	۱۲۰	کل
	۰	۰	۰/۸	۱	بی سواد
	۱۲/۵	۱۵	۱۰/۸	۱۳	ابتدایی
	۳۰/۸	۳۷	۳۵/۸	۴۳	سیکل
	۴۴/۲	۵۳	۴۱/۷	۵۰	دیپلم
	۴/۲	۵	۴/۲	۵	فوق دیپلم
	۴/۲	۵	۴/۲	۵	کارشناسی
	۴/۲	۵	۲/۵	۳	کارشناسی ارشد
	۱۰۰	۱۲۰	۱۰۰	۱۲۰	کل
	۸/۳	۱۰	۱۵	۱۸	پایین
سطح درآمد	۸۳/۴	۱۰۰	۷۴/۲	۸۹	متوسط
	۸/۳	۱۰	۱۰/۸	۱۳	بالا
	۱۰۰	۱۲۰	۱۰۰	۱۲۰	کل

### ابزار پژوهش

پرسشنامه اختلال های مصرف مواد. این پرسشنامه، ویژگی های جمعیت شناختی (شامل سن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی)، نوع مواد، میزان مصرف، مدت مصرف، اقدامات قبلی برای ترک مواد مورد استفاده، پیامدهای مصرف مواد و سایر ویژگی های بالینی آزمودنی ها را می سنجد.

مقیاس سنجش خانواده. این مقیاس یک ابزار ۶۰ سوالی است که بر اساس مدل مک مستر در مورد کنش وری خانواده ساخته شده است (پستین<sup>۱</sup>، بیشاپ<sup>۲</sup> و لوین<sup>۳</sup>، ۱۹۷۸؛

- 1.Epstein
- 2.Bishop
- 3.Levin

اپستین، بالدوین<sup>۱</sup> و بیشاپ، (۱۹۸۳). این آزمون، کنش وری خانواده را در هفت زمینه شامل: حل مساله<sup>۲</sup>، ارتباط<sup>۳</sup>، نقش‌ها<sup>۴</sup>، پاسخ دهی عاطفی<sup>۵</sup>، مشارکت عاطفی<sup>۶</sup>، کنترل رفتار<sup>۷</sup> و عملکرد کلی<sup>۸</sup>، در مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت، از نمره ۱ (کاملاً موافق) تا نمره ۴ (کاملاً مخالف) می‌سنجد. هر اندازه نمره افراد در این مقیاس بالاتر باشد، مشخصه‌های خانوادگی آنان ناکارآمدتر است. مشخصه‌های روان‌سنجی این مقیاس در پژوهش‌های مختلف تایید شده است (اپستین، بالدوین و بیشاپ، ۱۹۸۳؛ استیگر<sup>۹</sup>، لیکورتیک<sup>۱۰</sup>، چاپمن<sup>۱۱</sup> و هاسین<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۱؛ والر<sup>۱۳</sup>، کالام<sup>۱۴</sup> و اسلده<sup>۱۵</sup>، ۱۹۸۹).

در اعتباریابی فرم فارسی «مقیاس سنجش خانواده»، در مورد یک نمونه ۳۶۰ نفری (بشارت، ۱۳۸۶)، آلفای کرونباخ پرسش‌ها برای زیر مقیاس‌های آزمون از ۰/۷۸ تا ۰/۹۱ به دست آمد که نشانه همسانی درونی<sup>۱۶</sup> بالای مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۶۰ نفر از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله چهار هفته، از  $r = ۰/۸۳$  تا  $r = ۰/۸۹$  محاسبه شد که نشانه پایایی بازآزمایی<sup>۱۷</sup> بالای فرم فارسی مقیاس است. مشخصه‌های روان‌سنجی مقیاس سنجش خانواده در تعدادی از پژوهش‌های دیگر نیز قابل قبول گزارش شده است (ثنایی، ۱۳۷۹).

- 
1. Baldwin
  2. problem solving
  3. communication
  4. roles
  5. affective responsiveness
  6. affective involvement
  7. behavior control
  8. general functioning
  9. Steiger
  10. Liquornik
  11. Chapman
  12. Hussain
  13. Waller
  14. Calam
  15. Slade
  16. internal consistency
  17. test-retest reliability



یافته ها

جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نمره های آزمودنی ها را در مورد متغیرهای خانوادگی نشان می دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره های متغیرهای خانوادگی دو گروه بیمار و بهنجار

شاخص متغیر	گروه بیمار (n= ۱۲۰)		گروه بهنجار (n= ۱۲۰)	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
حل مساله	۱۵/۱۵	۴/۰۸	۹/۹۸	۲/۶۳
ارتباط	۱۶/۷۲	۴/۱۰	۱۲/۵۷	۲/۵۴
نقش ها	۲۵/۷۴	۴/۸۰	۱۸/۹۴	۳/۲۷
پاسخ دهی عاطفی	۱۹/۲۷	۴/۲۹	۱۲/۷۴	۳/۲۹
درگیری عاطفی	۲۵/۳۸	۵/۴۸	۱۷/۰۱	۴/۰۵
کنترل رفتار	۲۴/۱۶	۵/۲۱	۱۷/۵۷	۳/۴۸
عملکرد کلی	۳۵/۴۲	۸/۳۴	۲۲/۲۹	۵/۰۷

جدول شماره ۳، میانگین و انحراف معیار نمره های معتادان را در مورد شدت ابتلا به اختلال های مصرف مواد افیونی براساس متغیرهای سن شروع مصرف مواد، نوع مواد مصرفی، روش مصرف و میزان مصرف، نشان می دهد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمره‌های شدت ابتلا به

اختلال‌های مصرف مواد افیونی بیماران<sup>۱</sup>

متغیر	میانگین	انحراف معیار
سن شروع مصرف مواد	۲۴/۹۷	۷/۸۴
نوع مواد مصرفی	۳/۰۲	۱/۴۴
روش مصرف	۲/۰۴	۱/۳۸
میزان مصرف	۲/۵۹	۱/۵۹
شدت ابتلا	۱۶/۰۷	۳/۳۳

برای تحلیل داده‌ها و بررسی سوال‌های پژوهش، ابتدا نتایج آزمون t گروه‌های مستقل برای مقایسه دو گروه بیمار و بهنجار، براساس متغیرهای خانوادگی بررسی شد. خلاصه نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت میانگین نمره‌های دو گروه در متغیرهای خانوادگی معنادار است (جدول شماره ۴). این یافته‌ها نشان می‌دهند که مشخصه‌های خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال‌های مصرف مواد افیونی و افراد بهنجار متفاوت است.

۱. برای به دست آوردن شاخص شدت ابتلا، ابتدا در مورد هر یک از متغیرها نمره‌هایی به صورت زیر مشخص گردید: سن شروع مصرف مواد: ۱=۶۵-۶۰، ۲=۶۰-۵۵، ۳=۵۵-۵۰، ۴=۵۰-۴۵، ۵=۴۵-۴۰، ۶=۴۰-۳۵، ۷=۳۵-۳۰، ۸=۳۰-۲۵، ۹=۲۵-۲۰، ۱۰=۲۰-۱۵، ۱۱=۱۵-۱۰. نوع مواد مصرفی: حشیش=۱، شیشه=۱، تریاک=۲، شیره=۳، هرویین=۳، کراک=۴، مورفین=۴، مصرف همزمان دو ماده= حاصل جمع دو ماده، مصرف همزمان سه و بیشتر از سه ماده=۷. روش مصرف: کشیدن=۱، خوردن=۲، خوردن و کشیدن=۳، کشیدن و تزریق=۴، تزریق=۵. میزان مصرف: ۱=۱/۵-۰/۵، ۲=۲/۵-۱/۵، ۳=۳/۵-۲/۵، ۴=۴/۵-۳/۵، ۵=۵/۵-۴/۵، ۶=۶/۵-۵/۵، ۷=۷/۵-۶/۵، ۸=۸/۵-۷/۵، ۹=۹/۵-۸/۵، ۱۰=۱۰/۵-۹/۵. سپس با حاصل جمع این نمره‌ها، نمره شدت ابتلا برای هر فرد به دست آمد.

جدول ۴. نتایج آزمون t، برای مقایسه دو گروه بیمار و بهنجار

براساس متغیرهای خانوادگی			
P	t	df	شاخص متغیر
۰/۰۰۱	۱۱/۶۶	۲۳۸	حل مساله
۰/۰۰۱	۹/۴۵	۲۳۸	ارتباط
۰/۰۰۱	۱۲/۸۲	۲۳۸	نقش ها
۰/۰۰۱	۱۳/۲۲	۲۳۸	پاسخدهی عاطفی
۰/۰۰۱	۱۳/۴۶	۲۳۸	مشارکت عاطفی
۰/۰۰۱	۱۱/۵۱	۲۳۸	کنترل رفتار
۰/۰۰۱	۱۳/۹۷	۲۳۸	عملکرد کلی

جهت بررسی سوال دوم پژوهش، مبنی بر رابطه بین مشخصه‌های خانوادگی و شدت ابتلا در بیماران مبتلا به اختلال‌های مصرف مواد افیونی، ابتدا همبستگی اسپیرمن بین متغیرهای خانوادگی و شدت ابتلا محاسبه گردید. نتایج مربوط به ضرایب همبستگی در جدول شماره ۵ ارائه شده است. طبق این نتایج، ضرایب همبستگی بین حل مساله و شدت ابتلا ( $r=0/46$ )، ارتباط و شدت ابتلا ( $r=0/35$ )، نقش‌ها و شدت ابتلا ( $r=0/48$ )، پاسخ دهی عاطفی و شدت ابتلا ( $r=0/59$ )، مشارکت عاطفی و شدت ابتلا ( $r=0/50$ )، کنترل رفتار و شدت ابتلا ( $r=0/45$ ) و عملکرد کلی و شدت ابتلا ( $r=0/71$ ) در سطح  $0/01$  معنادار است.

جدول ۵. ضرایب همبستگی اسپیرمن بین مشخصه‌های خانوادگی و شدت ابتلا به اختلال‌های

مصرف مواد افیونی در بیماران							
متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱. حل مساله							
۲. ارتباط	۰/۷۲**						
۳. نقش‌ها	۰/۶۷**	۰/۵۰**					
۴. پاسخ‌دهی عاطفی	۰/۶۴**	۰/۵۶**	۰/۶۹**				
۵. مشارکت عاطفی	۰/۶۷**	۰/۶۳**	۰/۷۶**	۰/۶۹**			
۶. کنترل رفتار	۰/۶۹**	۰/۵۲**	۰/۶۷**	۰/۶۳**	۰/۷۲**		
۷. عملکرد کلی	۰/۷۹**	۰/۶۵**	۰/۷۶**	۰/۸۰**	۰/۷۳**	۰/۶۸**	
۸. شدت ابتلا	۰/۵۰**	۰/۳۹**	۰/۴۹**	۰/۶۰**	۰/۴۷**	۰/۴۶**	۰/۷۲**

\*\*  $P < 0/001$

سپس رابطه متغیرهای خانوادگی، به عنوان متغیرهای پیش بین و شدت ابتلا، به عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون، تحلیل شدند. نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بین میانگین نمره شدت ابتلا با متغیرهای خانوادگی در جدول شماره ۶ ارائه شده است. بر اساس این نتایج، میزان  $F$  مشاهده شده معنادار است ( $P < 0/001$ ) و ۵۴ درصد واریانس، مربوط به شدت ابتلا به وسیله متغیرهای خانوادگی تبیین می‌شود ( $R^2 = 0/54$ ). ضرایب رگرسیون هر یک از هفت متغیر پیش‌بین نشان می‌دهند که تنها متغیر عملکرد کلی می‌تواند واریانس متغیر شدت ابتلا را به صورت معنادار تبیین کند ( $P < 0/001$ ). ضریب تاثیر عملکرد کلی ( $B = 0/26$ )، با توجه به آماره  $t$  نشان می‌دهد که متغیر عملکرد کلی با اطمینان ۰/۹۹ می‌تواند تغییرات مربوط به متغیر شدت ابتلا را پیش بینی کند، یعنی افزایش نمره عملکرد کلی (مشخصه‌های خانوادگی ناکارآمد) باعث افزایش شدت ابتلا می‌شود.

جدول ۶. خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون شدت ابتلا به اختلال‌های مصرف مواد افیونی در بیماران بر مشخصه‌های خانوادگی

متغیر	SS	df	Ms	F	P	R	R <sup>2</sup>	SE
رگرسیون	۴۲۸/۴۱۳	۷	۶۱/۲۰۲	۱۸/۶۹۰	۰/۰۰۰	۰/۷۳۴	۰/۵۳۹	۱/۸۰۹
باقیمانده	۳۶۶/۷۵۴	۱۱۲	۳/۲۷۵					
شاخص	B	SEB	Beta	t	P			
متغیر								
حل مساله	-۰/۰۹۶	۰/۰۷۴	-۰/۱۵۲	-۱/۳۰۸	۰/۱۹۴			
ارتباط	-۰/۱۰۴	۰/۰۶۰	-۰/۱۶۵	-۱/۷۲۶	۰/۰۸۷			
نقش‌ها	-۰/۰۷۴	۰/۰۶۱	-۰/۱۳۸	-۱/۲۲۰	۰/۲۲۵			
پاسخ‌دهی عاطفی	-۰/۰۷۸	۰/۰۶۵	۰/۱۲۹	۱/۲۰۲	۰/۲۳۲			
مشارکت عاطفی	۰/۰۴۵	۰/۰۵۶	۰/۰۹۵	۰/۸۰۱	۰/۴۲۵			
کنترل رفتار	۰/۰۱۱	۰/۰۵۲	۰/۰۲۳	۰/۲۱۴	۰/۸۳۱			
عملکرد کلی	۰/۲۶۳	۰/۰۴۲	۰/۸۴۸	۶/۲۶۳	۰/۰۰۰			

### بررسی و تفسیر نتایج

یافته‌های پژوهش نشان داد که عملکرد خانواده بیماران مبتلا به اختلال‌های مصرف مواد افیونی و افراد بهنجار، در زمینه‌های حل مساله، ارتباط، نقش‌ها، پاسخ‌دهی عاطفی، مشارکت عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی، تفاوت معناداری با یکدیگر دارند. در خانواده‌های افراد مبتلا به اختلال، مصرف مواد معمولاً انجام وظایف و حل مسایل ضعیف است و اغلب مشکلاتی در روابط و تخصیص نقش وجود دارد. کودکان برخاسته از این خانواده‌ها، اغلب رفتار نا امن و توجه طلب دارند و کنترل تکانه و انضباط ضعیف از خود نشان می‌دهند. این یافته، با یافته‌های پژوهش‌های پیشین (ایتل، ۲۰۰۵؛ بشارت، میرزمانی و پورحسین، ۱۳۸۰؛ فریدمن و گلاسمن، ۲۰۰۰؛ نیوکام، ۱۹۹۲؛ بیوکام و ریچاردسون، ۲۰۰۰؛ ویلس و یاگر، ۲۰۰۳؛ هاکینز، کاتالانو و میلر، ۱۹۹۲) مطابقت می‌کند. چند تبیین احتمالی برای این یافته می‌توان مطرح کرد:

روابط خانوادگی منفی و توجه نکردن والدین به مسایل زندگی فرزندان (به ویژه فرزند نوجوان)، از یک سو مانع رشد خود پنداره قوی، تقویت احساس شایستگی و خویشن داری در آن ها می شود و از سوی دیگر، به پیوند جویی بیشتر با همسالان منجر می گردد. این عوامل، احتمال گرایش نوجوانان به سوء مصرف مواد را افزایش می دهند.

با توجه به مطالعات جسور و جسور (۱۹۷۷) و نیوکام و ریچاردسون (۲۰۰۰) روابط خانوادگی گرم، صمیمی و حمایت گر، در صورتی که مداخله جویانه نباشد، فرزندان را از گرایش به مصرف مواد باز می دارد. برقراری پیوند عاطفی عمیق بین والدین و فرزندان سبب می گردد بسیاری از نیازهای عاطفی فرزندان در محیط خانواده برآورده شود. وجود رابطه بین والدین و فرزندان، محیط خانه را به پناهگاه عاطفی امن برای فرزندان تبدیل می کند که در آن احساس امنیت نمایند. بر این اساس، ضعف یا فقدان پیوند عاطفی بین والدین و فرزندان، پایبندی نداشتن فرزندان به ارزش ها و هنجارهای خانواده و شکل نگرفتن صحیح فرآیند جامعه پذیری - که معمولاً توسط والدین انجام می شود - پیوند با دوستان و همسالان را تقویت می کند؛ پیوندی که ممکن است در گرایش به مصرف مواد نقشی مهم داشته باشد.

طبق نظریه تعامل خانواده بروک و همکاران (۱۹۹۰)؛ به نقل از پتریتیس، فلای و میلر، (۱۹۹۵)، روابط پویای والد-کودک، نقشی مهم در پیش گیری از سوء مصرف مواد دارد. براساس این نظریه، فقدان حمایت، کنترل و نظارت والدین به پیوندهای خانوادگی ضعیف، مشکلات شخصیتی، ارتباط با همسالان مصرف کننده مواد و نیز مصرف آزمایشی مواد منتهی می شود. همچنین نبودن درک متقابل والدین و فرزندان، منجر به بی علافگی، افسردگی، عزت نفس پایین، پرخاشگری، تهییج طلبی و ناتوانی در کنترل تکانه ها می گردد. این ویژگی ها نیز به نوبه خود زمینه ساز مصرف مواد می گردند و نا کارآمدی بیشتر مشخصه های خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال های مصرف مواد را توجیه می کنند.

تفاوت های مشاهده شده در مشخصه های خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال های مصرف مواد و افراد بهنجار و ناکارآمد بودن این مشخصه ها در خانواده های افراد مبتلا به اختلال های مصرف مواد، از دیدگاه تحلیل روانی نیز قابل توجیه است. برخی از روان تحلیل گران، مانند کوهات (۱۹۹۲؛ به نقل از چیریلو و همکاران، ۱۳۷۸) معتقدند که بی توجهی والدین به ویژه مادر به نیازهای کودک باعث می شود که کودک به خوبی در جهت تنظیم اعمال و تنش های خود موفق نشود و به امور و اشیای بیرونی وابسته باقی بماند و در نتیجه، برای کاستی های درون روانی خود اقدام به مصرف مواد می نماید.

در این پژوهش، همچنین آشکار شد که همبستگی مثبت و معناداری بین مشخصه های خانوادگی و شدت ابتلا به اختلال های مصرف مواد افیونی، وجود دارد. این یافته بدان معنا است که هر قدر مشخصه های خانوادگی در زمینه های حل مساله، ارتباط، نقش ها، پاسخ دهی عاطفی، مشارکت عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی ناکارآمدتر باشد، زمینه برای افزایش شدت ابتلا به اختلال های مصرف مواد بیشتر می شود. این یافته، با نتایج پژوهش یو، استرلینگ و ویسنر (۲۰۰۴) که تعارض خانوادگی بالاتر و محیط خانوادگی کمتر محدود کننده، با افزایش شدت مشکلات الکل و دارو رابطه دارد، مطابقت می نماید. با این که یافته ها نشان داد که همه مولفه های مذکور با شدت ابتلا همبستگی مثبت دارند، تنها متغیر عملکرد کلی توانست تغییرات مربوط به متغیر شدت ابتلا را پیش بینی نماید. این یافته می تواند براساس این احتمال تبیین شود که حاکم بودن عملکرد مطلوب و کارآمد در خانواده، رشد ذهنی، عاطفی، روانی و اجتماعی فرزندان را امکان پذیر می سازد که مهم ترین عامل در پیشگیری از به انحراف کشیده شدن آن ها است. عملکرد نامطلوب خانواده، موجب آشفتگی روابط عاطفی بین اعضای خانواده می شود و هر قدر این روابط آشفتگی باشد، زمینه ساز مشکلات روانی و رفتاری بیشتر و شدیدتر، از جمله شدت بیشتر ابتلا به اختلال مصرف مواد، خواهد بود.

نتایج این پژوهش، بیانگر اهمیت متغیرهای خانوادگی و ضرورت توجه به آن‌ها در مطالعات و اقدامات مربوط به درمان اختلال‌های مصرف مواد است. رابطه به دست آمده در این پژوهش، نشانگر این است که در شکل‌گیری اختلال‌های مصرف مواد، نباید نقش موثر خانواده نادیده گرفته شود. به ویژه، نتایج این پژوهش می‌تواند به محققان و متخصصان بالینی، کمک‌های شایان توجهی در برنامه‌های مداخله و پیشگیری از سوء مصرف مواد - با تمرکز بر خانواده و خانواده‌درمانی - نماید. جامعه آماری پژوهش (معتادان خود معرف، داوطلب، بیشتر مذکر) و نوع پژوهش (همبستگی)، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت‌شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کند که باید در نظر گرفته شود. با توجه به این که نیم‌رخ استاندارد عملکرد خانواده بیماران مبتلا به اختلال‌های مصرف مواد، به عنوان مبنای مقایسه عملکرد خانواده‌های آزمودنی‌های این پژوهش با آن وجود ندارد، لازم است در تعمیم نتایج پژوهش احتیاط شود. به علاوه، مشکلات احتمالی مربوط به اعتبار "مقیاس سنجش خانواده" مورد استفاده در این پژوهش را که در مراحل مقدماتی قرار دارد، نباید از نظر دور داشت. روایی این ابزار به صورت مستقل مورد بررسی قرار نگرفته است.

### مآخذ

- بشارت، محمد علی (۱۳۸۶). اعتباریابی مقیاس سنجش خانواده. مجله علوم روان‌شناختی، زیر چاپ.
- بشارت، محمد علی؛ میرزمانی، محمود؛ پورحسین، رضا (۱۳۸۰). نقش متغیرهای خانوادگی در پدیدآیی اختلال‌های مصرف مواد. مجله اندیشه و رفتار، سال هفتم، ۳، ۵۲-۴۶.
- ثنایی، باقر (۱۳۷۹). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: موسسه انتشارات بعثت.
- چیریلو، استفانو؛ برینی، روبرتو؛ کامباز، جیانی و ماز، روبرتو (۱۳۷۸). اعتیاد به مواد مخدر در آیینة روابط خانوادگی. ترجمه سعید پیرمرادی، اصفهان: نشر همام.



- Eitle, D. (2005). The moderating effects of peer substance use on the family structure-adolescent substance use association: Quantity versus quality of parenting. *Addictive Behaviors*, 30, 963-980.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family counseling*, 9, 171-180.
- Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Levin, S. (1978). The McMaster model of family functioning. *Journal of Marital and Family Counseling*, 4, 19-31.
- Friedman, A. S., & Glassman, K. (2000). Family risk factors vsus peer risk factors for drug abuse: A longitudinal study of an African American urban commuity sample. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 267-275.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse problems. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Jesor, R., & Jesor, S. L. (1977). *Problem behaviour and psychosocial development*. Newyork: Academic Press.
- Johnson, V., & Pandina, R. J. (1991). Effects of the family environment on adolescent substance use, delinquency, and coping styles. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17, 71-88.
- Kandel, D. B. (1980). Drug and drinking behaviour among youth. *Annual Review of Sociology*, 6, 235-285.
- Kerns, R. D. (1994). Introduction: Families illness. *Annals of Behavioral Medicine*, 16,107-108.

- Kerns, R. D., & Weiss, L. (1994). Family influences of the course of chronic illness. A cognitive-behavioral transactional model. *Annals of Behavioral Medicine*, 16, 116-121.
- Lettieri, D. J. (1985). Drug abuse: A review of explanations and models of explanation. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 4, 9-40.
- Litman, T. J. (1974). The family as a basic unit in health and medical care: A social-behavioral overview. *Social Science and Medicine*, 8, 495-519.
- Litman, T. J. (1989). Some methodological problems and issues in family health research. In C. N. Ramsey, Jr. (Ed.), *Family Systems in Medicine* (pp. 167-180). New York: Guilford Press.
- Litman, T. J., & Venters, M. (1979). Research on health care and the family: A methodological review. *Social Science and Medicine*, 13A, 379-385.
- Needle, R. H., Su, S. S., & Doherty, W. J. (1990). Divorce, remarriage, and adolescent substance use: A prospective longitudinal study. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 157-169.
- Newcomb, M. D. (1992). Substance abuse and control in the United States: Ethical and Legal issues. *Social Science and Medicine*, 35, 471-479.
- Newcomb, M. D. (1995). Identifying high-risk youth: Prevalence and patterns of adolescent drug abuse. In E. Rahdert, D. Czechowicz, & I. Amsel (Eds), *Adolescent drug abuse: Clinical assessment and therapeutic intervention* (pp. 7-38). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1988a). Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 64-75.

- Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1988b). The impact of family context, deviant attitudes, and emotional distress on adolescent drug use: Longitudinal latent variable analyses of mothers and their children. *Journal of Research in Personality*, 22, 154-176.
- Newcomb, M. D., & Harlow, L. L. (1986). Life events and substance use among adolescents: Mediating effects of perceived loss of control and meaninglessness in life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 564-577.
- Newcomb, M. D., & Richardson, M. A. (2000). Substance use disorders. In M. Hersen & R. T. Ammerman (Eds.), *Advanced Abnormal Child Psychology* (pp.467-492). NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Patterson, M., & Garwick, W. (1994). The impact of chronic illness on the family: Family systems perspective. *Annals of Behavioral Medicine*, 16, 131-142.
- Petratis, J., Flay, B. R., & Miller, T. Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 67-86.
- Richardson, M. A. (1993). Psychosocial predictors and consequences of recent drug use among Anglo and Hispanic children and adolescents: An evaluation of social development theory. Unpublished doctoral dissertation, University of California, Los Angeles.
- Steiger, H., Liquornik, K., Chapman, J., & Hussain, N. (1991). Personality and family disturbances in eating- disorder patients: Comparison of "restricters" and "bingers" to normal controls. *International Journal of Eating Disorder*, 10, 501-512.

- Waller, G., Calam, R. & Slade, P. (1989). Eating disorders and family interaction. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 285-286.
- Wills, T. A., & Yaeger, A. M. (2003). Family factors and adolescent substance use: Models and mechanisms. *American Psychological Society*, 12, 222-226.
- Wu, N. S., Lu, Y., Sterling, S., & Weisner, C. (2004). Family environment factors and substance abuse severity in an HMO adolescent treatment population. *Clinical Pediatrics*, 43, 323-333.

