

بررسی ساخت خانواده دختران فراری و اثر بخشی خانواده درمانی و درمانگری حمایتی در تغییر آن

فریده حمیدی*، دکتر غلامعلی افروز**، دکتر علیرضا کیامنش***
دکتر سید کاظم رسولزاده طباطبایی*

چکیده

پژوهش حاضر در مرحله اول به بررسی ساخت خانواده دختران فراری و نیز چگونگی عملکرد آنها در سه سازه «نقش‌های خانوادگی»، «حل مشکل» و «ابراز عواطف» می‌پردازد. بدین منظور ۵۰ نفر از دختران فراری در مجتمع قضایی ارشاد، مداخله در بحران بهزیستی، خانه ریحانه، کانون اصلاح و تربیت و آموزش و پرورش منطقه یک شهر تهران انتخاب شدند. در مرحله دوم جهت کاربرد مداخلات درمانی (خانواده درمانی سیستمی و روان‌درمانگری حمایتی) پانزده نفر از آنان که بر اساس نمره کل مقیاس سنجش خانواده مک مستر که دارای هنجار ایرانی است، دارای ساخت خانوادگی ناکارآمد بودند، به همراه خانواده‌های خود در ده جلسه درمانی شرکت کردند. نتایج براساس آزمون‌های آماری Z برای مقایسه نسبت‌ها و مقایسه میانگین‌های همبسته (پیش آزمون، پس آزمون‌ها) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان می‌دهد که: ساخت خانواده دختران فراری ناکارآمد است. دختران فراری و خانواده‌هایشان در سازه‌های «نقش‌های خانوادگی»، «حل مشکل»، «ابراز عواطف» عملکردی پایین‌تر از هنجار جامعه دارند. کاربرد خانواده درمانی سیستمی به همراه درمانگری حمایتی منجر به بهبود ساخت خانواده دختران فراری و عملکرد آنان می‌گردد.

کلید واژه‌ها: ساخت خانواده، دختران فراری، خانواده درمانی، درمانگری حمایتی

** دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

* گروه روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس

*** دانشگاه تربیت معلم تهران

● مقدمه

دشوار می‌توان جامعه‌ای را تجسم کرد که «خانواده» در آن نبوده باشد. «خانواده» طبیعی‌ترین و مشروع‌ترین واحد تولید مثل و فراگیرترین واحد اجتماعی به شمار می‌آید، زیرا همه اعضای جامعه را در بر می‌گیرد. خانواده دارای اهمیت تربیتی و اجتماعی است. افراد از سوی خانواده و در خانواده گام به عرصه هستی می‌نهند و جامعه نیز از تشکل افراد هستی قوام می‌یابد و از آنجاکه نهاد خانواده، مولد نیروی انسانی و معبر سایر نهادهای اجتماعی است، از ارکان و نهادهای اصلی هر جامعه به شمار می‌رود. بهنجاری یا نابهنجاری جامعه در گرو شرایط عمومی خانواده هاست و هیچ یک از آسیبهای اجتماعی فارغ از تاثیر خانواده پدید نمی‌آید. به همین ترتیب نیز هیچ جامعه‌ای نمی‌تواند ادعای سلامت کند مگر آن که از خانواده‌های سالم برخوردار باشد.

متأسفانه در سالهای اخیر ساختار تربیتی و اخلاقی در بسیاری از جوامع رو به ضعف و سستی می‌رود. کارشناسان خانواده و متخصصان روانشناسی اجتماعی معتقدند ریشه‌های این تزلزل را باید در خانواده‌های بی‌ثبات جستجو کرد (نوابی نژاد، ۱۳۷۹). غیبت‌های طولانی پدران از خانه، ساعت‌های طولانی دوری مادران شاغل از خانواده، تحولات و بحران‌های شدید اقتصادی و از همه مهمتر کم‌رنج شدن ارزشهای مذهبی و اخلاقی را باید عامل اصلی این بی‌ثباتی‌ها در خانواده دانست (همان منبع).

پورتس، هاور، براون و ایگن برگر (۱۹۹۲)، در پژوهشی پیرامون کارآیی خانواده و سازگاری کودکان پس از طلاق دریافتند که آن دسته از عواملی که بیشترین سهم را در تسهیل سازگاری عاطفی-اجتماعی دارند عبارتند از: نقشهای خانوادگی، مهار رفتار و مشارکت عاطفی. علاوه بر این مشخص شد که خانواده‌هایی که در آنها مراقبت، حمایت متقابل و رسوم خانوادگی پس از طلاق نیز حفظ شده است احتمالاً بیشتر قادرند ناسازگاری کودکان را کاهش دهند.

میچل و رزنتلا (۱۹۹۲)، نیز در بررسی متغیرهای پویایی خانواده، ناامیدی و انتظار از مرگ را بررسی کردند. در این پژوهش که بر روی نوجوانان با نشانه‌های تمایل به خودکشی و عدم تمایل به خودکشی بررسی شد، تفاوت معنی‌داری در فرآیندهای تعاملی و ارتباطات بین اعضای خانواده مشاهده گردید.

«فرار از خانه» نیز معمولاً به دنبال یک دوره طولانی تعارضات شدید خانوادگی رخ می‌دهد. اکثر فراری‌ها مشکلات شدیدی را در خانه تجربه کرده‌اند، اما آنهایی که بیشتر از یک بار از خانه فرار کرده‌اند، شدیدترین مشکلات را داشته‌اند (اولسن، و پورتنر و لابی، ۱۹۸۵).

در میان دخترانی که اقدام به فرار می‌کنند، میزان بالایی از خودکشی وجود دارد. روترام-

بوروس (۱۹۹۳)، در مطالعه‌ای در پناهگاه کودکان فراری در شهر نیویورک که اکثراً آمریکایی «آفریقایی تبار» و «اسپانیایی تبار» بودند، دریافتند که دختران بیشتر از پسران اقدام به خودکشی کرده بودند و همچنین بیشتر از پسرها در طبقه افسرده قرار می‌گرفتند. با وجود اقدام به خودکشی ۴۴ درصد از دخترها، فقط ۲۹ درصد از پسرها اقدام به خودکشی کرده بودند (به نقل از چسنی-لیند و شلدن، ۱۹۹۸).

مسئله «فرار دختران از خانه» در فرهنگ‌های اسلامی معضلی جدی‌تر محسوب می‌گردد. در پژوهشی پیرامون دختران فراری مراکشی و ترکیه‌ای مسلمان ساکن هلند (بروئر، ۱۹۹۷)، از «تعارضات فرهنگی این دختران با ارزشهای اسلامی خانواده»، به عنوان مهمترین عامل موثر فرار آنان از خانه نام برده شده است. در اثر مهاجرت این خانواده‌ها، بسیاری از ارزشهای اسلامی مانند احترام و اطاعت از والدین، صداقت، حفظ بکارت در دختران شکسته شده‌اند. به عنوان مثال رابطه جنسی، بخشی از زندگی دختران نوجوان هلندی است که محدود به ازدواج نمی‌شود و دختران مسلمان مهاجر نیز به دلیل تعارضات شدید ارزشی با خانواده‌های خود درگیر شده و به دنبال ترس شدید از تنبیه اقدام به فرار می‌نمودند.

پدیده فرار از خانه خواه به عنوان یکی از علل یا معلول نابهنجاریهای اجتماعی، معلول تعاملهای ناکارآمد بین اعضای خانواده است (پیکرستان، ۱۳۸۰). پیامدهای سوء فرار نه تنها بر پیکر اجتماع، بلکه بر خانواده و بر تمامی کسانی که به نوعی با خانواده در ارتباط می‌باشند، اثر می‌گذارد و ضرورت مداخله درمانی را بخصوص در مورد اینگونه خانواده‌ها آشکار می‌سازد. کوکو و کورتی (۱۹۹۸)، در تحقیقی بر روی یک گروه از دختران فراری ۱۵ ساله، بهترین راه پیشگیری از فرار مجدد را رویکرد خانواده درمانی سیستمی می‌دانند. در پژوهش دیگری اسلسنیک (۲۰۰۱)، بهترین شیوه مداخله درمانی جهت حضور فعال نوجوانان فراری مبتلا به سوء مصرف مواد را روش «خانواده درمانی مبتنی بر بوم‌شناسی طبیعی» (EBFT) می‌داند.

توماس (۲۰۰۲)، در پژوهشی تحت عنوان «دسترسی به خدمات بهداشت روان برای نوجوانان در نظام دادگستری»، موانع حاکم بر دسترسی به عوامل سلامت روان را در کانون‌های اصلاح و تربیت مطرح نموده و شیوه‌های موثر جهت مداخلات درمانی را نیز پیشنهاد می‌نماید.

تامورا (۱۹۹۲)، روند خانواده درمانی دو درمانگر انگلیسی و ژاپنی را بر روی خانواده‌ها بررسی نموده است. او با سنجش کارآیی الگوی غربی خانواده درمانی بر روی خانواده‌های ژاپنی و درمانگر، گستره الگوی غربی را نامتناسب ارزیابی کرده و پیشنهاد نموده است که باید تغییراتی برای متناسب کردن آن مطابق الگوی بومی ژاپنی داده شود، زیرا که تفاوت معنی‌داری

در نظام ارزشی بین دو فرهنگ دیده می‌شود. در ژاپنی‌ها «وابستگی» رجحان دارد، در حالیکه در فرهنگ انگلیسی «جدایی»، «استقلال» و «مرزهای روشن در روابط»، «فردیت» و «خودمختاری» اولویت دارد. جهت‌گیری ارزشی در زبان ژاپنی ماهیت سلسله مراتب ساخت خانواده، در چرخه زندگی خانوادگی و در سبک ارتباطی ضمنی آنان آشکار است.

همچنین تحقیقات دیگری در مورد انواع الگوی‌های رایج خانواده درمانی برای کنترل هیجان‌ات (وود، ۲۰۰۲)، اثربخشی خانواده درمانی سیستمی همراه با روان‌درمانگری حمایتی جهت پیشگیری از بروز تخلفات جنسی در زنان و دختران فراری (پولاک، فریدمن، آلفرد، ۱۹۹۶)، مطالعه بر روی زندانیان جهت بررسی ارتباط بین متغیر «حمایت اجتماعی» و «سازگاری» توسط اکینو (۱۹۹۲)، بررسی رابطه بین شایستگی در حل «مسائل اجتماعی و حمایت اجتماعی» با «سازگاری» در نوجوانان توسط ابریکو (۱۹۹۲)، صورت گرفته است.

هدف پژوهش حاضر نیز بررسی ساخت خانواده دختران فراری و اثربخشی خانواده درمانی و درمانگری حمایتی در تغییر ساختار خانواده آنان می‌باشد.

● فرآیند روش شناختی

طرح کلی پژوهش حاضر از نوع طرح‌های شبه تجربی است که به روش پیش‌آزمون-پس‌آزمون با یک گروه انجام شده است.

□ جامعه آماری این پژوهش را مجموع دختران فراری ۲۲-۱۴ ساله مراجعه کننده به مراکز مداخله در بحران بهزیستی، کانون اصلاح و تربیت، مجتمع قضایی ارشاد، خانه ریحانه وابسته به شهرداری و مرکز مشاوره آموزش و پرورش منطقه یک تهران در سال تحصیلی ۸۲-۱۳۸۱ تشکیل می‌دهد. ۵۰ نفر از مراجعه کنندگان مراکز فوق در مرحله اول مورد آزمون قرار گرفتند که از بین آنها ۱۵ نفر از دختران به همراه والدین خود (والدین اصلی) جهت مداخلات درمانی انتخاب شدند (جدول ۱).

□ ابزار پژوهش: در تحقیق حاضر از «مقیاس سنجش خانواده مک مستر- نسخه ایرانی»^۲ (FAD-I)، نجاریان (۱۳۷۴)، استفاده شده است. نسخه اصلی این خانواده آزمای، توسط گروه مک‌مستر^۳ (اپشتین، بیشاب و بالدوین، ۱۹۸۲)، به منظور ارزیابی خصوصیات ساختاری، عملکردی و تعاملی خانواده به کار می‌رود. این مقیاس که مبتنی بر راهبرد نظری نظام‌ها است شش بعد اختصاصی (حل مشکل، ارتباط، نقشها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل عاطفی) و یک بعد عمومی را برای کارکردهای خانواده ارائه می‌دهد که دامنه آلفای کرونباخ آنها بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۰ بوده است.

جدول ۱- فراوانی و درصد آزمودنی‌ها به تفکیک نقش‌های خانوادگی و مراکز نمونه‌گیری

شاخص	آزمون جنس		پیش‌آزمون						پس‌آزمون			
	دختران	پدران	دختران	مادران	پدران	مادران	دختران	مادران	پدران	مادران		
مجموع قضایای ارشاد	۲۱	۴۲	۱۷	۶۸	۱۴	۶۳/۶	۹	۶۰	۸	۶۱	۵	۵۰
بهبودی	۱۲	۲۴	۳	۱۲	۳	۱۳/۶۳	۲	۱۳	۱	۷/۶۹	۱	۱۰
خانه ریحانه	۵	۱۰	۲	۸	۲	۹/۰۹	۱	۶/۶۶	۱	۷/۶۹	۱	۱۰
کانون اصلاح و تربیت		۹	۱۸									
آموزش و پرورش	۳	۶	۳	۱۲	۳	۱۳/۶	۳	۲۰	۳	۲۳	۳	۳۰
جمع کل	۵۰	۱۰۰	۲۵	۱۰۰	۲۲	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۳	۱۰۰	۱۰	۱۰۰

در ایران، اولین کوشش علمی به منظور هنجاریابی این آزمون توسط نجاریان (۱۳۷۴)، بر نمونه‌ای با حجم ۵۱۰ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران انجام شد. وی ضمن تأیید اعتبار نسخه فارسی این آزمون، اعتبار کل آزمون را ۰/۹۳ بدست آورد. وی با استفاده از روش تحلیل عوامل توانست سه سازه یا عامل را در این آزمون شناسایی و نامگذاری کند. این سازه‌ها عبارتند از:

۱. نقش‌های خانوادگی؛
۲. حل مشکل؛
۳. ابراز عواطف. ضریب آلفای کرونباخ سازه‌های نقش‌ها، حل مشکل، ابراز عواطف و کل مقیاس FAD-I به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۷۵، ۰/۷۷ و ۰/۹۳ گزارش شده است.

در سنجش روایی پیش‌بین، خانواده آزمای همچنین توانست ۰/۲۲ واریانس (R= ۰/۴۷) را برای شوهران و ۰/۱۷ واریانس (R= ۰/۴۱) را برای زنان پیش‌بینی کند، در حالیکه مقیاس «رضایت از ازدواج لاک و و الاس»^۴ (LW MSS) در یک تحلیل موازی توانست فقط ۰/۱۱ واریانس (R= ۰/۳۴) برای شوهران و ۰/۱۲ واریانس (R= ۰/۳۶) را برای زنان پیش‌بینی کند. به عبارتی خانواده آزمای FAD قدرت پیش‌بینی بهتری را نشان داد.

«خانواده آزمای»، متشکل از ۴۵ سوال است که هم به صورت فردی و هم گروهی اجرا می‌شود. نمره گذاری بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت صورت می‌گیرد. حداکثر امتیاز در این مقیاس ۱۸۰ نمره است. نمره میانگین این مقیاس ۱۲۷/۸۱ با انحراف معیار ۱۸ می‌باشد. به عبارت دیگر نمره پائین تر از ۱۰۹/۸۱ دارای «ساخت خانواده ناکارآمد» محسوب می‌شود. در مورد سازه‌ها نیز یک انحراف معیار پایین تر از میانگین بیانگر «ناکارآمدی عملکرد خانواده» در آن سازه‌ها می‌باشد. میانگین و انحراف استاندارد سازه «نقش‌های خانوادگی»، به ترتیب ۵۷/۸۷ و ۱۰/۴۶، میانگین و انحراف معیار سازه «حل مشکل» به ترتیب ۴۹/۱۵ و ۵/۹۲، و سازه «ابراز عواطف» ۲۰/۸۶ و ۴/۲۸ می‌باشد.

□ شیوه اجرا: در مرحله اول از بین ۵۰ دختر فراری و خانواده آنان که براساس نمره پیش آزمون دارای ساخت خانواده ناکار آمد بودند، ۱۵ نفر به همراه خانواده‌های خود در مداخلات درمانی (خانواده درمانی و درمانگری حمایتی) طی ده جلسه شرکت کردند. مداخلات درمانی عبارت بودند از:

الف - خانواده درمانی «نظام‌دار»^۵ (ترکیبی از طرح درمانی مک‌مستر و الگوی ساختاری مینوچین): طرح ایشیتن و بیشاب مثال خوبی از یک رویکرد خانواده درمانی نظام‌دار مشکل مدار است. این الگو رابطه تنگاتنگی با الگوی ساختاری دارد که از بعضی جهات آن را کامل می‌کند. آنها در کنار هم مصالح لازم برای درمان کارآمد بسیاری از مشکلات خانوادگی را فراهم می‌آورند (بارکر^۶، ۱۳۷۵).

□ طرح درمان از چهار مرحله ارزیابی، قرارداد بستن، درمان و پایان دادن، تشکیل شده است که هر مرحله کلان نیز دارای چهار گام است. به عنوان مثال، مرحله ارزیابی مشتمل بر:

۱. جهت: درمانگر اهداف کار خود را برای اعضای خانواده توضیح می‌دهد و در پی جلب توافق آنها برمی‌آید. (جلسه اول)

۲. گردآوری داده‌ها: فرآیند آموختن در مورد پیشینه خانواده، سازمان و ساختار آن است. (جلسه دوم)

۳. توصیف مشکل: این قسمت شامل جمع‌آوری داده‌های بیشتر است اما اکنون بر مشکلات فعلی خانواده متمرکز می‌شود. (جلسه دوم)

۴. توضیح و توافق بر سر فهرستی از مشکلات. ایشیتن و بیشاب (۱۹۸۱)، معتقدند که نباید درمان بدون آگاهی از مشکلات خانواده و نقاط قوت آن آغاز شود و بهتر است این مسئله به صورت مکتوب درآید.

به طور کلی پس از مرحله اول (ارزیابی) وضعیت ساخت خانواده (از حیث رهبری، سازمان زیر منظومه، و جریان ارتباط)، انعطاف‌پذیری (توانایی خانواده در تغییر و سازماندهی مجدد به منظور رفع خواست‌ها یا نیازهای درمانی)، تشدید و مرزبندی‌ها (معیار نفوذپذیری مرزها و متمایزسازی بین افراد و زیرمنظومه‌ها در خانواده)، مرحله تحولی (نقش و وظایف والدین، نقش و وظایف زن و شوهری، نقش و وظایف فرزندان، نقش و وظایف اعضای خانواده گسترده در صورت وجود)، مشخص می‌گردد.

□ مرحله دوم تعهد و قرارداد بستن نیز شامل چهار گام است: (جلسات دوم و سوم)

۱. جهت؛ ۲. ارائه طرح؛ ۳. حدود انتظارات؛ ۴. عقد قرارداد.

□ چهارگام مرحله سوم (درمان) شامل: (جلسه سوم به بعد)

۱. جهت؛ ۲. روشن ساختن اولویت‌ها؛ ۳. وضع وظایف؛ ۴. ارزشیابی وظیفه.

از جلسه سوم به بعد ارزیابی تعهدات و قراردادهای انجام شده توسط خانواده‌ها و ارائه تکالیف و قراردادهای جدید در جهت حل مشکل صورت گرفت.

□ مرحله چهارم: خاتمه درمان نیز مشتمل بر چهارگام زیر است: (جلسه آخر)

۱. جهت‌گیری، ۲. خلاصه کردن آنچه در طول درمان رخ داده است؛ ۳. مورد بحث قرار دادن اهداف دراز مدت؛ ۴. پیگیری.

ب- درمانگری حمایتی^۷: کاربرد روان‌درمانی حمایتی با توجه به خصوصیات و نوع مشکل مراجعین و ضرورت مداخله در بحران و مقابله با رویدادهای تنیدگی‌زا، درمانی تکمیلی محسوب می‌شود. این اقدام به سه شیوه زیر صورت می‌گیرد:

الف. حمایت ملموس^۸: مثل کمک مالی، ارجاع به مراکز درمانی و توانبخشی، تعیین اقامتگاه جدید و موقت در صورت لزوم.

ب. حمایت اطلاعاتی^۹: مانند راهنمایی تحصیلی - شغلی، ارجاع مراجع یا خانواده او به مشاورین حقوقی، معرفی برخی مراجعین به آموزشگاههای دولتی یا خصوصی.

ج. حمایت عاطفی: مانند نشان دادن توجه و همدردی و بالا بردن حرمت خود، کمک به ابراز عواطف، تسهیل برقراری ارتباط و تعاملات بین فردی مراجع. با همکاری مددکاران و مشاوران مراکز مختلف در نمونه‌گیری، کلیه خدمات حمایتی و درمانی به صورت کارگروهی دنبال شد.

● نتایج

○ به منظور بررسی ساخت خانواده فراری و ارزیابی میزان کارآمدی آنها، نتایج آزمون با پژوهش هنجاریابی مقیاس سنجش خانواده (نجاریان، ۱۳۷۴)، مقایسه شد. همانطور که اشاره شد ملاک ناکارآمدی در این آزمون یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین برای نمرات کل و همچنین برای خرده - مقیاس‌ها لحاظ شده است. بر این اساس، ۱۶ درصد آزمودنی‌ها در آن پژوهش ناکارآمد بودند. در تحقیق جاری با استفاده از آزمون آماری Z برای مقایسه نسبت‌ها، ساخت خانواده دختران فراری مورد ارزیابی قرار گرفت.

باتوجه به جدول ۲ دختران فراری در نمره کل آزمون و خرده - مقیاس‌ها به طور معناداری ($p < 0/001$) عملکردی پایین از هنجار جامعه دارند. به گونه‌ای که ۶۶ درصد آنان در نمره کل ساخت خانواده، ۷۰ درصد در سازه «نقش‌ها»، ۶۴ درصد در «حل مشکل» و ۴۲ درصد نیز در سازه

«ابراز عواطف» عملکردی ناکارآمد از خود نشان داده‌اند که در مقایسه با نسبت آن در جامعه بهنجار، تفاوت معناداری دارد. بنابراین فرضیه اول تحقیق که بیانگر ناکارآمدی ساخت خانواده دختران فراری است، تأیید می‌گردد.

جدول ۲- مقایسه ساخت خانواده دختران فراری باهنجار جامعه

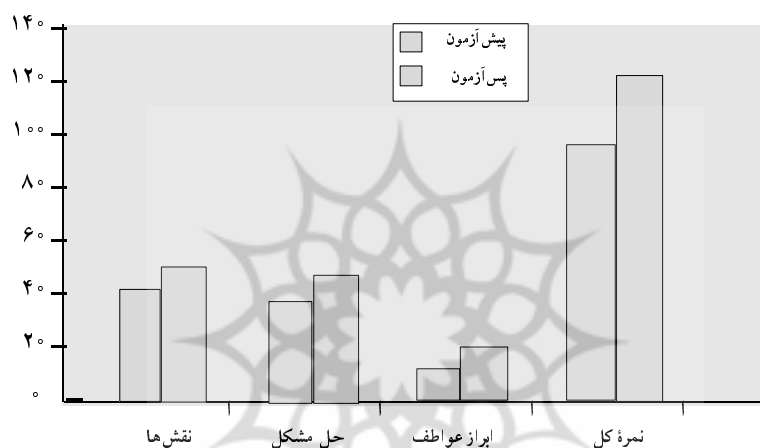
سازه‌ها	گروه‌ها	نوع ساخت	فراوانی	نسبت مشاهده شده نسبت آزمون	سطح معنی داری (یک دانه)
نمره کل	گروه (۱)	ناکارآمد	۳۳	۰/۶۶	۰/۰۰
	گروه (۲)	کارآمد	۱۷	۰/۳۴	
	کل		۵۰	۱/۰۰	
نقش‌ها	گروه (۱)	ناکارآمد	۳۵	۰/۷۰	۰/۰۰
	گروه (۲)	کارآمد	۱۵	۰/۳۰	
	کل		۵۰	۱/۰۰	
حل مشکل	گروه (۱)	ناکارآمد	۳۵	۰/۶۴	۰/۰۰
	گروه (۲)	کارآمد	۱۸	۰/۳۶	
	کل		۵۰	۱/۰۰	
ابراز عواطف	گروه (۱)	ناکارآمد	۲۱	۰/۴۲	۰/۰۰
	گروه (۲)	کارآمد	۲۹	۰/۵۸	
	کل		۵۰	۱/۰۰	

به منظور بررسی اثربخشی مداخلات درمانی در تغییر ساخت خانواده ناکارآمد در دختران فراری از آزمون t همبسته برای مقایسه میانگین تفاوت‌های پیش آزمون - پس آزمون نمرات دختران، مادران و پدران آنها استفاده شده است.

جدول ۳- نتایج آزمون t برای مقایسه نمرات پیش آزمون و پس آزمون «ساخت خانواده» برای گروه دختران

سازه‌ها	شاخص آماری / آزمون	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار	t	درجه آزادی	سطح معناداری
نقش‌ها RL	پیش آزمون	۴۰/۸۰	۷/۴۱	۱/۹۱	۸/۵۴	۱۴	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	۵۱/۶۷	۱۰/۳۰	۲/۶۶			
حل مشکل PS	پیش آزمون	۳۹/۴۰	۷/۷۴	۲/۰۰	۷/۹۸	۱۴	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	۴۹/۳۳	۵/۸۰	۱/۵۰			
ابراز عواطف EA	پیش آزمون	۱۶/۳۳	۵/۰۹	۱/۳۲	۵/۱۲	۱۴	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	۲۰/۸۰	۳/۷۱	۰/۹۶			
نمره کل FAD	پیش آزمون	۹۶/۵۳	۱۴/۱۰	۳/۶۹	۱۰/۸۴	۱۴	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	۱۲۱/۸	۱۷/۴۶	۴/۵۲			

جدول ۳ و نمودار ۱ نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین تفاوت‌های نمرات پیش آزمون-پس آزمون را در گروه دختران نشان می‌دهد. همانطور که ملاحظه می‌شود مقادیر t محاسبه شده در جدول مقدار بحرانی در سطح $\alpha = 0/0005$ ($p = 4/140$ و $df = 14$) نیز بیشتر است، بنابراین تفاوت‌های میانگین‌های نمرات کل آزمون و خرده-مقیاس‌های آن در پیش آزمون و پس آزمون ساخت خانواده برای گروه دختران در سطح $p < 0/0001$ معنادار است. از این رو فرضیه دوم تحقیق نیز تأیید می‌گردد.

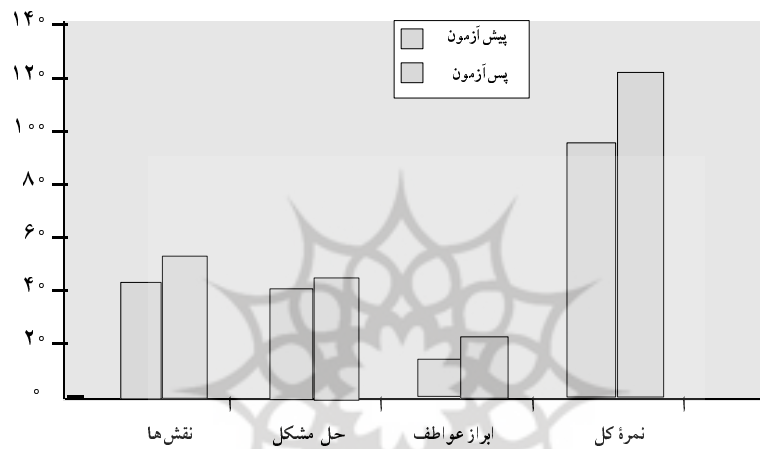


نمودار ۱- میانگین تفاوت‌های پیش آزمون و پس آزمون «ساخت خانواده» برای گروه دختران

جدول ۴- نتایج آزمون t برای مقایسه نمرات پیش آزمون و پس آزمون «ساخت خانواده» برای گروه مادران

سطح معناداری	درجه آزادی	t	خطای معیار	انحراف معیار	میانگین	شاخص آماری آزمون	سازه‌ها
0/0001	12	10/25	1/83	6/61	40/62	پیش آزمون	نقش‌ها
			2/28	8/22	51/23	پس آزمون	RL
0/0001	12	9	1/75	6/29	41/46	پیش آزمون	حل مشکل
			1/21	4/35	49/69	پس آزمون	PS
0/0001	12	8/06	0/80	2/88	15/85	پیش آزمون	ابراز عواطف
			0/61	2/18	20/46	پس آزمون	EA
0/0001	12	15/16	3/60	13	97/92	پیش آزمون	نمره کل
			2/96	10/67	121/46	پس آزمون	FAD

جدول ۴ و نمودار ۲ نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین تفاوت‌های نمرات پیش آزمون-پس آزمون را در گروه مادران نشان می‌دهد. مقادیر t محاسبه شده برای نمره کل آزمون و سه خرده - مقیاس آن در سطح $p < 0/0001$ معنادار است (مقدار بحرانی: $t = 4/13$ و $df = 12$ و $\alpha = 0/0005$). بنابراین مداخلات درمانی منجر به بهبود ساخت خانواده و عملکرد مادران در سازه‌های «نقش‌ها»، «حل مشکل» و «ابراز عواطف» گردیده است.

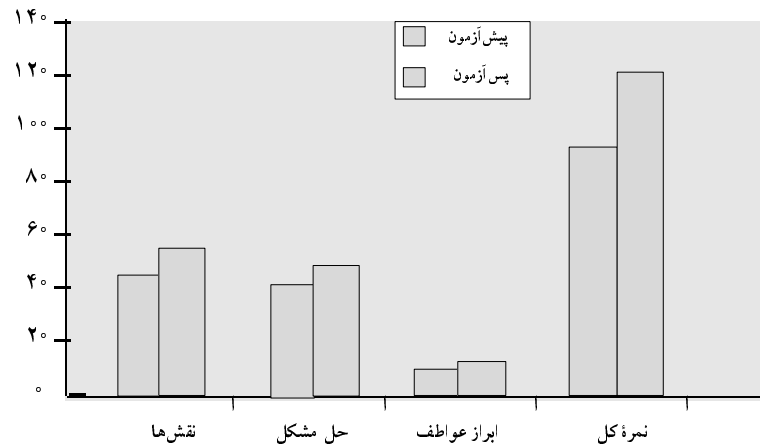


نمودار ۲- میانگین تفاوت‌های پیش آزمون و پس آزمون «ساخت خانواده» برای گروه مادران

جدول ۵- نتایج آزمون t برای مقایسه نمرات پیش آزمون و پس آزمون «ساخت خانواده» برای گروه پدران

سازه‌ها	شاخص آماری	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار	t	درجه آزادی	سطح معناداری
نقش‌ها	پیش آزمون	43/40	7/83	2/48	8/81	9	0/0001
	پس آزمون	52/80	9/66	3/05			
حل مشکل	پیش آزمون	42/50	5/85	1/85	4/49	9	0/0001
	پس آزمون	49/50	5/62	1/78			
ابراز عواطف	پیش آزمون	11/80	3/08	0/98	6/75	9	0/0001
	پس آزمون	17/50	3/14	0/99			
نمره کل	پیش آزمون	97/70	12/19	3/86	11/35	9	0/0001
	پس آزمون	122	17/49	4/52			

همانطور که در جدول ۵ و نمودار ۳ ملاحظه می‌گردد، مقادیر t محاسبه شده برای نمره کل



نمودار ۳- میانگین تفاوت‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون «ساخت خانواده» برای گروه پدران

ساخت خانواده پدران و سازه‌های مربوط به آن، جملگی در سطح $p < 0/0001$ (مقدار بحرانی: $t=4/78$ و $df=9$ و $\alpha=0/0005$). بنابراین مداخلات درمانی منجر به تغییر ساخت خانواده پدران و بهبود عملکرد آنان در سازه‌های مقیاس شده است. از این رو تأثیر مداخلات درمانی در تغییر ساخت خانواده برای هر سه گروه تأیید می‌گردد، به عبارت دیگر مداخلات درمانی منجر به تغییر و بهبود ساخت خانواده دختران فراری و خانواده آنان شده است.

● بحث و نتیجه گیری

○ با توجه به اطلاعات بدست آمده در این پژوهش، ساخت و کارکرد خانواده دختران فراری بطور معنی داری از ساخت و کارکرد بهنجار در جامعه، پائین تر است و بدین ترتیب فرضیه اول تحقیق که بیانگر «ناکارآمدی ساخت خانواده دختران فراری» است، تأیید می‌گردد. در این نوع خانواده‌ها معمولاً ساختار قدرت هرج و مرج گونه است بطوریکه یکی از والدین تمام قدرت را در اختیار دارد و یا چون والدین از این نقش کناره می‌گیرند، فرزندان کنترل اوضاع را بدست می‌گیرند (بیوزر، ۱۹۸۱). این ساختار قدرت اغلب منجر به نظام خانوادگی می‌شود که مرزهای آن نامشخص است و به خوبی تعریف نشده است. لذا اعضای خانواده استقلال رأی ندارند. از آنجاکه در چنین خانواده‌هایی تناقض بسیار زیاد است و ابراز آزاده احساس‌ها تشویق نمی‌شود، الگوی ارتباط نیز هرج و مرج گونه است زیرا بحث و گفتگو جایی ندارد، به همین دلیل خانواده مختل در «حل مشکل» با دشواری مواجه می‌باشد. بطور خلاصه خانواده‌های شدیداً مختل

دارای اختیار و قدرت بسیار نامشخص، غیر شفاف، ناموثر بوده و ارتباطات رضایتبخش نیست. نظام خانواده آنها بسته می‌باشد و اعضای آن به لحاظ عاطفی سرد، جدا از هم و گسسته می‌باشند. عشق در این خانواده‌ها مشروط است. در درون نظام، مرزها نامشخص و به هم تنیده است و حریم شخصی اعضا رعایت نمی‌شود و به نظر می‌رسد نشانه‌های مرضی از عضوی از خانواده به سایر اعضا سرایت می‌کند (والش و وود، ۱۹۸۳).

○ خانواده به عنوان یک نظام زنده به مبادله اطلاعات و انرژی با محیط خارج می‌پردازد. نوسان‌ها خواه درونی یا بیرونی طبعاً واکنش‌هایی به دنبال دارند که نظام را به حالت پایدار قبلی خود بازمی‌گرداند، اما وقتی این نوسان‌ها شدت یابند، ممکن است موجب بروز بحران در خانواده شوند که این تغییر و تحول منجر به پیدایش سطوح متفاوتی از کارکرد می‌گردد و بدین ترتیب «امکان مقابله»^{۱۱} را فراهم می‌آورد (مینوچین^{۱۲}، فیشرمن^{۱۳}، ۱۳۸۱). در این پژوهش همانطور که در ارزیابی ساخت و کارکرد خانواده از «مقیاس سنجش خانواده مک مستر» استفاده شده، در درمان نیز از رویکرد تلفیقی «خانواده درمانی نظام‌دار مشکل مدار مک مستر» و «ساختاری مینوچین» استفاده شده است.

با مقایسه زوج‌های همبسته (میانگین‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون «نقش‌های خانوادگی»، «حل مشکل»، «ابراز عواطف» و «انمره کل آزمون») نمرات دختران فراری، مادران و پدران آنها، در تمامی موارد تفاوت معناداری را نشان می‌دهد. این نتایج، با یافته‌های پژوهشی بولاک و فریدمن (۱۹۶۹)، که کاربرد خانواده درمانی سیستمی را به همراه روان‌درمانگری حمایتی، شیوه‌ای مؤثر در پیشگیری از تخلفات جنسی در زنان و دختران فراری می‌داند، همخوانی دارد. همچنین پورتنس و همکاران (۱۹۹۲)، نیز در پژوهشی که با عنوان «کارآیی خانوادگی و سازگاری کودکان پس از طلاق» روی کودکان ۱۵ دبستان و نوجوانان ۴ مدرسه راهنمایی و ۲ دبیرستان به همراه والدین قیم آنان (باسنین ۲۴ تا ۵۰ ساله) انجام دادند، نتیجه گرفتند که عواملی که بیشترین سهم را در تسهیل سازگاری عاطفی - اجتماعی دارند عبارتند از: نقش‌های خانوادگی، مهار رفتار و مشارکت عاطفی. همچنین مشخص شد که خانواده‌هایی که در آنها مراقبت، حمایت متقابل و رسوم خانوادگی پس از طلاق نیز حفظ شده است، احتمالاً بیشتر قادرند ناسازگاری کودکان را کاهش دهند. از آنجا که پدیده «گریز از خانه» به دلیل شرایط نامطلوب در خانه بارها تکرار می‌شود، در مرحله اختتام درمان، «پیگیری»، سیاستی برای پیشگیری از این مشکل است که در این پژوهش با فواصل یک، دو و چهار ماه پس از درمان صورت گرفته است.

یادداشت‌ها

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| 1- Ecologically-Based Family Therapy | 2- Family Assessment Device |
| 3- McMaster | 4- Locke Wallace Marital Satisfaction |
| 5- Family Systems Therapy | 6- Barker, P. |
| 7- Supportive therapy | 8- Tangible support |
| 9- Emotional support | 10- Copying |
| 11- Minuchin, S. H. | 12- Fishman, C. |

منابع

- بارکر، فیلیپ (۱۳۸۲). خانواده درمانی پایه. ترجمه محسن دهقانی و زهره دهقانی، تهران: رشد.
- پیکرستان، عباسعلی (۱۳۸۰). بررسی عملکرد خانوادگی خانواده‌های دارای دختر نوجوان فراری و خانواده‌های دارای نوجوان عادی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- مینوچین، سالوادور و فیشرمن، چارلز (۱۳۸۱). فنون خانواده درمانی. ترجمه فرشاد بهاری و فرح سیا. تهران: رشد.
- نجاریان، فرزانه (۱۳۷۴). عوامل مؤثر در کارآئی خانواده: بررسی ویژگیهای روانسنجی مقیاس سنجش خانواده. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- نوایی نژاد، شکوه (۱۳۷۹). مشاوره ازدواج و خانواده درمانی. تهران: انتشارات انجمن اولیاء و مربیان.
- Aquino, J. A. (1993). "Social support and the adjustment of elderly person in mates". The University of Iowa, DAI-B 54.04, 2270.
- Beavers, W. (1981). "A systems model of family therapists." *Journal of Marital and Family Therapy*, 7, 299-307.
- Brouwer, L. (1997). "Girls with guts: Moroccan and Turkish runaway girls." <http://home.scw.vu.nl/brouwer/proefschrift.html>.
- CoCo, E. L. & Courtney, L. J. (1998). "A family systems approach for preventing adolescence"; 33(130), 485-96.
- Chesney-Lind, M. & Shelden, R. G. (1998). "Girls, delinquency, and juvenile justice." *University of Hawaii at Manoa*. An International Thomson Publishing Company.
- Epstein, N.; Baldwin, L. & Bishop, D. (1983). "The McMaster and family assessment device." *Journal of Marital and Family Therapy*. 9, 171-180.
- Michel, M. G. & Rosenthal, D. M. (1992). "Suicidal adolescents, family dynamics and the effects of lethality and hopelessness." *Journal of Youth and Adolescence*, 21(1), 23-33.
- Olson, D.; Portner, J. & Labe, Y. (1985). "FACES III. Family Social Sciences". University of Minnesota.

- Ports, P. R.; Hower S. C.; Brown, H. & Eichenbergers, S. (1992). "Family function and children's post-divorce adjustment, AM, *Journal of Orthopsychiatry*, 62(40), 613-17.
- Pollack, O. & Friedman, A. S. (1969). "*Family dynamics and female sexual delinquency*". *Science and behavior books*, Inc. Palo Alto, California.
- Slesnick, N. (2001). Variables associated with therapy attendance in runaway substance abusing youth. *American Journal of Family Therapy*, 29(5) 411-420.
- Tamura, T. A. (1992). "Connectedness vs. separateness." Applicability of family therapy to Japanese families. *Family Process*. 31(4), 319-40.
- Thomas, J. D. (2002). "*Access to behavioral health services for children with juvenile justice system*." DAI-B 63/04, 1771.
- Ubrico, M. (1992). *Social problem-solving, social support, and adjustment during the middle school transition year*. Rutgers the State University of New Jersey, New Brunswick.
- Walsh, W. & Wood. J. (1983). Family assessment: Bridging the gap between theory, research and practice. *American Mental Health Counselors Journal*. 5, 111-120.
- Wood, C. S. (2002). *Models and interventions of family therapy: What we say we do*. DAI-A 63/11, 3868.