

## مقایسه نیمرخ جوّ خانواده افراد وابسته به مواد و عادی به منظور ارائه مداخلات مبتنی بر خانواده

فاطمه نجفلوی<sup>۱</sup>، شکوه نوایی نژاد<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۸/۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۹/۶

### چکیده

**هدف:** این مطالعه به منظور مقایسه جوّ خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد و عادی انجام شد. **روش:** روش پژوهش علی-مقایسه‌ای بود. شرکت کنندگان در این پژوهش ۵۰ نفر دارای اختلال وابستگی به مواد بودند که به مراکز درمان سرپایی اعتیاد واقع در مناطق غرب و شرق تهران مراجعه می‌کردند و ۵۰ نفر عادی که با گروه اول به جز مصرف مواد هم‌تا بودند. پرسشنامه سنجش جوّ خانواده موس و موس (۱۹۸۹) در میان دو نمونه اجرا شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که انسجام، تعارض، جهت‌یابی پیشرفت، جهت‌یابی منطقی-فرهنگی، جهت‌یابی مذهبی، سازمان و کنترل در دو گروه تفاوت معنادار دارند ولی در مولفه‌های بیانگری، استقلال و جهت‌یابی فعالیت‌های تفریحی تفاوت معنادار نبود. **نتیجه‌گیری:** این مطالعه به مسئولین، متخصصان و درمان‌گران راهبردهای مداخله‌ای متناسب با ویژگی‌های خانواده‌های دارای عضو معتاد را پیشنهاد می‌کند.

**کلید واژه‌ها:** جوّ خانواده، وابستگی به مواد، راهبردهای مداخله‌ای

۱- نویسنده مسئول: مدرس دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، پست الکترونیک: fnajaflooy@gmail.com

۲- استاد گروه مشاوره، دانشگاه آزاد، علوم تحقیقات

## مقدمه

خانواده نقش عمده‌ای در بروز، تداوم و ابقاء نشانگان مرضی و از جمله سوء مصرف مواد ایفا می‌کند (جانکه و هاگدورن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶؛ کافمن و یوشیوکا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵؛ سوییز، تاترای، بروکارت و بریک<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). وقتی یک عضو خانواده نشانگان مرضی را بروز می‌دهد این عامل مرکز ثقل کارکرد سیستم خانواده می‌شود و الگوهای تعاملی خانواده پیرامون آن سازماندهی می‌شوند (زاپوسنیک، هرویس و شوارتز<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳). از لحاظ ساختاری مصرف مواد توسط یک عضو خانواده می‌تواند به صورت یک نگهدارنده سیستم برای خانواده عمل و در آن توازن ایجاد کند، لذا وابستگی به مواد تداوم می‌یابد. زندگی در خانواده‌هایی که دچار سوء مصرف و وابستگی به مواد هستند فشار روانی زیادی را ایجاد می‌کند و خانواده تلاش می‌کند به اشکال مختلفی با آن مقابله کند. گاهی این تلاش به معنی تغییرات وسیعی است که در داخل سیستم خانواده، تعاملات آن‌ها و مسیر رشدی فرزندان رخ می‌دهد. تعامل خانواده، از دیدگاه سیستمی به شکلی است که همیشه برای حفظ «ثبات» تغییر می‌کند. از این دیدگاه، مصرف مواد توسط عضو خانواده، رفتاری است که برای به دست آوردن تعادل و ثبات مورد نیاز در کارکرد خانواده ایجاد می‌شود. واکنش خانواده به سوء مصرف مواد تلاش برای کسب چنین تعادلی برای ادامه زندگی است. سوء مصرف مواد مخدر یا الکل، توانایی خانواده برای تنظیم کارکرد عاطفی و رفتاری را به شدت مورد چالش قرار می‌دهد. خانواده به عنوان یک واحد معمولاً به تعادل خود خواهد رسید اما ممکن است این تعادل از نوع تعادل مختل باشد (غفاری، ۱۳۸۸).

افراد وابسته به مواد نسبت به همسالان غیر سوء مصرف کننده، به احتمال بیشتر متعلق به خانواده‌های دارای ویژگی‌های معیوب و ساختار خانوادگی ناسالم هستند. بررسی‌ها نشان می‌دهد که مصرف مواد توسط والدین (کاویلو، آلترمن، کاسیولا، راترفورد و زانیس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴، وون‌خانجینگ، شر، جکسون و پارا<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴)، کم یا بیش از اندازه درگیر شدن

1. Janke & Hagedron
2. Kaffman & yoshioka
3. Soyes, Tatrai, Broekaert & Bracke
4. Szapocznik, Hervis & Schowartz
5. Caviello, Alterman, Cacciola Rutherford & Zanis
6. Vungkhanching, sher, Jachson & Parra

والدین در امور فرزندان (سیم و وونگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸)، کیفیت ضعیف رابطه والدین-فرزندان (لیوید<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸)، فقدان قوانین مشخص و روشن (سیم و وونگ، ۲۰۰۸) و فقدان هماهنگی والدین در کاربرد قوانین و نظارت ناکافی بر فعالیت‌های فرزندان، می‌تواند باعث ایجاد مشکلات رفتاری و سوءمصرف مواد در فرزندان شود (هاریگیان<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). رپتی، تیلور و سمان<sup>۴</sup> (۲۰۰۲) معتقدند که جو آشفته خانواده نقش اساسی در رشد مشکلات مرتبط با مصرف الکل و سوءمصرف مواد نوجوانان دارد. همچنین جو آشفته خانواده منجر به افسردگی فرزندان می‌شود که افسردگی نیز با گرایش به مصرف مواد رابطه دارد (هافمن و سربن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲). انسجام خانواده هم با سوءمصرف والدین و هم با سوءمصرف فرزندان رابطه دارد. فرزندان که با والدین خود احساس صمیمیت و نزدیکی نمی‌کنند به احتمال بیشتری با مسائل مصرف مواد درگیر می‌شوند (هافمن و سربن، ۲۰۰۲). تعارض شدید مشخصه خانواده‌های آشفته است (داکوف، تجدا و لیدل<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱). عدم کنترل و نظارت ضعیف والدین بر رفتارها و فعالیت‌های فرزندان در خانواده‌های دارای فرد سوءمصرف کننده مواد وجود دارد (لدوکس، میلر، چوکوت و پلنت<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲). بررسی‌ها نشان داده است که داشتن خانواده اهل مطالعه و فعالیت‌های فرهنگی و ورزشی با مصرف مواد مخدر و رفتارهای بزهکارانه رابطه منفی دارد. ارتباط خانوادگی ضعیف و تعارض خانوادگی از عوامل خطر شروع مصرف مواد شناخته شده است (گائو، هیل، هاو کینس، کاتالانو و ابوت<sup>۸</sup>، ۲۰۰۲).

برخی مطالعات تاثیر مولفه‌های خانوادگی را بر شروع و تداوم مصرف مواد نشان داده‌اند. نتایج پژوهش حیدرنیا و چرخیان (۱۳۸۶) نشان داد که کیفیت رابطه والد-فرزند 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 پدرشان بود که ممکن است بیانگر ائتلاف مادر با

1. Sim &amp; Wong

4. Repetti, Taylor &amp; Seeman

6. Dakof, Tejada &amp; Liddel

8. Guo, Hill, Hawkins, Catalano &amp; Abbot

2. Lioid

5. Haffman &amp; Serbone

7. Ledoux, Miller, Choquet &amp; Plant

3. Horigian

نوجوان علیه پدر و حفظ اعتیاد توسط نوجوان باشد. بیجتبیر، گوتالس، آنسومز<sup>۱</sup> (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای رابطه بین مصرف الکل والدین، جو خانواده و سازگاری کودکان را بررسی کردند. نتایج نشان داد که مصرف الکل والدین با انسجام پایین خانواده، سازماندهی ضعیف خانواده و اعتماد به نفس پایین در فرزندان رابطه دارد. استوارت و براون<sup>۲</sup> (۱۹۹۳) در مطالعه طولی به بررسی رابطه بین نتایج مصرف مواد و کارکرد خانواده بعد از درمان سوء مصرف مواد پرداختند. نتایج نشان داد که افراد بهبود یافته در مقایسه با نوجوانان دچار عود مصرف مواد، روابط خانوادگی بهتر و تعارض کمتر در خانواده را تجربه کرده بودند. یافته‌ها فرایند تدریجی سازگاری در روابط میان خانواده‌هایی که نوجوانانشان درمان شده بودند را برجسته می‌کند. موسوی (۱۳۸۲) مطالعه‌ای را با هدف مشخص نمودن عملکرد سیستم خانواده‌های دارای جوان معتاد انجام داد. به این منظور ۶۰ نفر در مجموع گروه عادی و معتاد به همراه خانوادهايشان (پدر و مادر و فرد) در این بررسی شرکت کردند. نتایج نشان داد که حضور پدر در خانواده دارای «معتاد جوان» از نظر فیزیکی و عاطفی بسیار کم رنگ، 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 به‌طور معناداری بیشتر است.

مواجهه با جو خانواده ناسازگار در دوران کودکی می‌تواند بر خطر سوء مصرف مواد در نوجوانی و بزرگسالی تاثیر بگذارد. اسکیر، مک کورنیک، نرمال، بوکا و گیلمن<sup>۳</sup> (۲۰۰۹) در یک مطالعه طولی به بررسی رابطه تعارض خانوادگی و استرس‌های محیطی در دوران کودکی با اختلال سوء مصرف مواد در نوجوانی و بروز آن در بزرگسالی پرداختند. نتایج نشان داد که تعارض خانوادگی با خطر اختلال سوء مصرف مواد در نوجوانی رابطه معناداری داشت. حمایت اجتماعی بیرونی نمی‌تواند ضربه تاثیر تعارض خانوادگی بر سوء مصرف مواد در طول نوجوانی را بگیرد. تافا و بایوکو<sup>۴</sup> (۲۰۰۹) ویژگی‌های سیستم‌های خانواده در پیش‌بینی الگوی رفتار اعتیادی را بررسی کردند. نتایج نشان داد که ویژگی‌های

1. Bijttebier, Goethals & Ansoms  
 3. Skeer, McCornick, Normal, Buka & Gilman

2. Stewart, Brown  
 4. Tafa & Baiocco

سیستم خانواده پیش‌بینی‌کننده رفتار اعتیاد است. چنانکه خانواده‌هایی که انسجام و پیوند ضعیف و ظرفیت پایینی برای تغییر ساختار قدرت داشتند و دارای نقش‌های مختل و قواعد روابط ناسازگار در پاسخ به استرس‌های موقعیتی و رشدی بودند بیشتر رفتار اعتیادی داشتند. لاک، فارهات، جانوتی و سیمونس - مورتون<sup>۱</sup> (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. کاستانتینی، ورموت، سورنسون و لیونز<sup>۲</sup> (۱۹۹۲) در مطالعه‌ای سطح کارکرد خانواده را در ارتباط با پیشرفت درمان سوء مصرف مواد بررسی کردند. نتایج نشان داد که کارکرد خانواده به ویژه همبستگی خانواده شدت اختلال ناشی از مشکلات مصرف مواد، عوامل خانوادگی یا روانشناختی را پیش‌بینی می‌کند. این مطالعه اهمیت عوامل خانوادگی را در درمان مصرف‌کنندگان مواد تأیید می‌کند.

با توجه به آنچه ذکر شد، بررسی ساختار و محیط اجتماعی خانواده‌های دارای فرزند وابسته به مواد در کمک به تدوین راهبردهای پیشگیرانه و مداخلات درمانی با محوریت خانواده ضروری است. لذا هدف پژوهش حاضر مقایسه نیمرخ جو خانواده‌های دارای فرزند وابسته به مواد و عادی بود 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 جو خانواده‌های دارای فرزند وابسته به مواد و عادی متفاوت است؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش تحقیق علی-مقایسه‌ای بود. جامعه پژوهش شامل خانواده‌های ساکن در مناطق غرب و شرق<sup>۳</sup> تهران بودند که فرزند خانواده وابسته به مواد داشته و برای درمان به مراکز درمان

1. Luk, Farhat, Jannotti, & Simons-Morton  
2. Costantini, wermuth, Sorenson & Lyons

۳. مناطق ۲۰، ۱۰، ۹، ۷، ۸، ۶، ۵ و ۲۱

سرپایی اعتیاد مناطق یاد شده مراجعه می کرد. برای نمونه گیری 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. به صورت حضوری به این مراکز مراجعه شد و ضمن ارائه معرفی نامه دانشگاه درخواست همکاری از مراکز اعلام شد. از میان مراکز انتخاب شده فقط ۴ مرکز اعلام آمادگی نمودند. مراکز مورد نظر هر کدام بین ۲۰۰-۱۵۰ بیمار را در ماه خدمات رسانی می کردند. با همکاری مسئولین مرکز پرونده های مراجعه کنندگان در اختیار پژوهشگر برای بررسی اولیه قرار گرفت. بعد از بررسی پرونده ها از میان افراد مراجعه کننده کسانی که واجد معیارهای ورود به پژوهش بودند ۷۰ نفر بصورت تصادفی انتخاب شدند. ملاک های ورود به پژوهش عبارت بودند از: مذکر بودن، داشتن دامنه سنی ۲۰-۳۰ سال، مجرد بودن، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، وضعیت اقتصادی-اجتماعی متوسط، و زندگی با والدین. 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. 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 بودند از میان دوستان گروه مطالعه که شرایط نزدیک به هم داشتند انتخاب شدند و پرسشنامه ها از طریق افراد شرکت کننده در گروه اول در اختیار آنان قرار گرفت و بعد از یک هفته جمع آوری شد. تعدادی از پرسشنامه های جمع آوری شده از گروه پژوهش به علت ناقص بودن کنار گذاشته شد و در نهایت ۵۰ پرسشنامه به دست آمد. از تعداد ۷۰ پرسشنامه توزیع شده در گروه مقایسه تعداد ۵۸ پرسشنامه بدون نقص جمع آوری شد که برای رعایت یکسانی تعداد گروه ها، ۸ پرسشنامه از گروه مقایسه کنار گذاشته شد.

## ابزار

۱- پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: این پرسشنامه برای تکمیل اطلاعات توسط محقق تدوین شد. این پرسشنامه دربرگیرنده اطلاعات اولیه در خصوص ویژگی های نمونه ها

مانند: سن، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، شغل، مدت اعتیاد، سن شروع اعتیاد، سابقه اعتیاد در خانواده و بستگان درجه یک بود.

۲- پرسشنامه محیط خانواده: این پرسشنامه توسط موس و موس<sup>۱</sup> (۱۹۸۶) با هدف شناسایی محیط خانواده تهیه شده و دارای ۹۰ سوال و ده زیر مجموعه است که ویژگی‌های محیط اجتماعی انواع خانواده‌ها را در سه بعد زیر ارزیابی می‌کند:

بعد رابطه (زیر مجموعه انسجام، بیانگری و تعارض). انسجام به معنای میزان تعهد، کمک و حمایتی که اعضای خانواده از دیگر اعضای آن به عمل می‌آورد. بیانگری به معنای گستره‌ای که اعضای خانواده در آن برای صادقانه عمل کردن و بیان احساسات خود به صورت مستقیم تشویق می‌شوند. تعارض میزان صراحتی است که در ابراز خشم، پرخاشگری و تعارض میان اعضای خانواده وجود دارد. بعد رشد فردی (زیر مجموعه استقلال، جهت‌یابی پیشرفت، جهت‌یابی فکری و فرهنگی، جهت‌یابی فعالیت‌های تفریحی و تأکیدات اخلاقی- مذهبی). استقلال گستره‌ای است که اعضای خانواده در آن جسارت، خودبستگی و قدرت تصمیم‌گیری دارند. جهت‌یابی پیشرفت: گستره‌ای است که فعالیت‌هایی همچون فعالیت‌های مربوط به مدرسه و کار طبق پیشرفت‌مداری یا در محیطی رقابت‌جویانه انجام می‌شوند. جهت‌یابی فکری و فرهنگی میزان علاقه‌ای است که اعضای خانواده به فعالیت‌های سیاسی، اجتماعی، فکری و فرهنگی دارند. جهت‌یابی فعالیت‌های تفریحی که عبارت است از: میزان مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و تفریحی. جهت‌یابی اخلاقی و مذهبی که عبارت است از: میزان تأکید به مسائل اخلاقی و مذهبی و ارزشها. بعد بقاء سیستم خانواده (زیر مجموعه سازمان و کنترل). سازمان عبارت است از: میزان اهمیتی که سازماندهی شفاف و ساخت‌دار در برنامه‌ریزی فعالیت‌ها و مسئولیت‌های خانواده دارد. کنترل گستره‌ای است که در آن قوانین و روش‌های مربوط به انجام هر فعالیت برای دوام زندگی خانوادگی به کار گرفته می‌شود. از میان انواع مختلف این پرسشنامه، فرم اصلی آن که درک فرد را از محیط خانواده هسته‌ای می‌سنجد به کار گرفته شد. این پرسشنامه دو گزینه‌ای و به صورت صحیح و غلط نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه خود گزارشی

برای افراد بالای ۱۱ سال قابل استفاده است. اعتبار این آزمون برای کل مقیاس با اطلاعات جمع آوری شده از ۱۵۰۰ خانواده از سراسر آمریکا، از ۰/۶۱ تا ۰/۷۸ گزارش شده است. اعتبار از طریق بازآزمایی نیز از ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ با فاصله ۲ ماه و ۰/۵۲ تا ۰/۸۹ با فاصله ۱۲ ماه گزارش شده است. همبستگی این آزمون با مقیاس «روابط مثبت خانواده» از ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ در نمونه‌های پژوهشی مختلف به دست آمده است (لیدل و رو، ۱۹۹۶). پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر از طریق آلفای کرباخ ۰/۷۲ به دست آمد.

## یافته‌ها

جدول ۱: آماره‌های توصیفی مولفه‌های جو خانواده به تفکیک گروه‌ها

مولفه‌ها	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
انسجام	وابسته به مواد	۵۰	۵/۰۶	۱/۶۰
	عادی	۵۰	۶/۰۹	۱/۵۰
بیانگری	وابسته به مواد	۵۰	۴/۶۰	۱/۲۰
	عادی	۵۰	۵/۱۰	۱/۵۰
تعارض	وابسته به مواد	۵۰	۴/۲۰	۱/۶۰
	عادی	۵۰	۲/۴۰	۱/۷۰
استقلال	وابسته به مواد	۵۰	۴/۹۰	۱/۶۰
	عادی	۵۰	۵/۲۰	۱/۱۰
جهت یابی پیشرفت	وابسته به مواد	۵۰	۴/۹۰	۱/۶۰
	عادی	۵۰	۶/۴۰	۱/۷۰
جهت یابی منطقی-فرهنگی	وابسته به مواد	۵۰	۳/۱۰	۱/۷۰
	عادی	۵۰	۴/۸۰	۱/۸۰
جهت یابی فعالیت‌های	وابسته به مواد	۵۰	۳/۵۰	۱/۴۰
	عادی	۵۰	۴/۶۰	۲/۰۰
تفریحی	وابسته به مواد	۵۰	۵/۲۰	۱/۲۰
	عادی	۵۰	۵/۷۰	۲/۱۰
جهت یابی مذهبی	وابسته به مواد	۵۰	۴/۷۰	۱/۸۰
	عادی	۵۰	۶/۳۰	۲/۳۰
سازماندهی	وابسته به مواد	۵۰	۳/۴۰	۱/۵۰
	عادی	۵۰	۴/۳۰	۱/۶۰
کنترل	وابسته به مواد	۵۰	۳/۴۰	۱/۵۰
	عادی	۵۰	۴/۳۰	۱/۶۰



میانگین سنی و (انحراف استاندارد) گروه وابسته به مواد و عادی به ترتیب عبارت بود از: ۲۶/۶ و (۲/۴۰) سال؛ و ۲۵/۲۰ و (۲/۸۰) سال. از نظر تحصیلات ۹۰٪ گروه وابسته به مواد و ۵۲٪ گروه عادی دارای تحصیلات در سطح دیپلم و زیر دیپلم بودند، ۱۰٪ گروه وابسته و ۲۴٪ گروه عادی تحصیلات فوق دیپلم و فقط ۲۴٪ افراد عادی دارای تحصیلات لیسانس بودند. از نظر اشتغال، ۳۸٪ گروه وابسته به مواد و ۷۰٪ گروه عادی شاغل بودند و ۶۲٪ گروه وابسته به مواد و ۳۰٪ گروه عادی بیکار بودند. آماره‌های توصیفی مولفه‌های جو خانواده به تفکیک گروه در جدول ۱ ارائه شده است.

برای بررسی تفاوت گروه‌ها در مولفه‌های مذکور می‌بایستی از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از پیش شرط‌های این تحلیل برابری واریانس‌های خطا است. نتایج آزمون لون برای آزمون این پیش شرط در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های خطا

معناداری	آماره F	درجه آزادی	مولفه‌ها
۰/۸۹	۰/۰۱	۹۸	انسجام
۰/۲۸	۱/۱۵	۹۸	بیانگری
۰/۹۲	۰/۰۰۱	۹۸	تعارض
۰/۰۵۱	۳/۱۰	۹۸	استقلال
۰/۴۲	۰/۶۴	۹۸	جهت‌یابی پیشرفت
۰/۶۷	۰/۱۸	۹۸	جهت‌یابی منطقی-فرهنگی
۰/۰۵۱	۳/۰۸	۹۸	جهت‌یابی فعالیت‌های تفریحی
۰/۰۵۱	۳/۲۹	۹۸	جهت‌یابی مذهبی
۰/۱۰	۲/۶۱	۹۸	سازماندهی
۰/۷۹	۰/۰۶	۹۸	کنترل

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود در تمامی مولفه‌ها این پیش شرط برقرار است. بنابراین تحلیل واریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج حکایت از تفاوت ترکیب خطی مولفه‌ها در دو گروه داشت (۰/۴۰ = اندازه اثر،  $P < ۰/۰۰۱$ ،  $F = ۵/۹۰$ ،  $\lambda = ۰/۵۹$ ).

ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت مولفه‌های جو خانواده

معناداری	آماره F	میانگین مجزورات	مولفه‌ها
۰/۰۰۰۵	۳۶/۴۰	۹۰/۲۰	انسجام
۰/۰۷	۳/۲۰	۶/۲۰	بیانگری
۰/۰۰۰۵	۲۹/۴۰	۸۶/۴۰	تعارض
۰/۲۷	۱/۲۰	۲/۵۰	استقلال
۰/۰۰۱	۱۷/۸۰	۵۰/۴۰	جهت یابی پیشرفت
۰/۰۰۰۵	۲۳/۱۸	۷۲/۲۰	جهت یابی منطقی-فرهنگی
۰/۰۰۱	۸/۴۰	۲۷/۱۲	جهت یابی فعالیت‌های تفریحی
۰/۳۴	۲/۳۰	۷/۲۰	جهت یابی مذهبی
۰/۰۰۵	۱۵/۷۰	۶۸/۸۰	سازماندهی
۰/۰۰۱	۷/۴۰	۲۲/۲۳	کنترل

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود در مولفه‌های انسجام، تعارض، جهت یابی پیشرفت، جهت یابی منطقی-فرهنگی، جهت یابی فعالیت‌های تفریحی، سازماندهی، و کنترل تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد. با توجه به آماره‌های توصیفی می‌توان گفت فقط در تعارض گروه وابسته به مواد نمرات بالاتری دریافت داشته‌اند. در سایر مولفه‌ها گروه عادی نمرات بالاتری اخذ نموده‌اند.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه نیمرخ جو خانواده افراد وابسته به مواد و عادی به منظور ارائه مداخلات مبتنی بر خانواده بود. یافته‌ها نشان داد که همبستگی و انسجام ضعیف مشخصه خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد است. این نتایج همسو با یافته‌های استوارت و براون (۱۹۹۳)، اسکیر و همکاران (۲۰۰۹)، تافا و بایکو (۲۰۰۹) و موسوی (۱۳۸۲) است. انسجام یا به عبارتی میزان تعهد، حمایت و یاری‌رسانی به یکدیگر و احساس تعلق و روح جمعی در خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد ضعیف است. انسجام ضعیف باعث گسستگی اعضای

خانواده از یکدیگر می‌شود و اعضای خانواده در مواقع بحرانی و مواجهه با شرایط دشوار از یکدیگر حمایت نمی‌کنند. نتایج حاکی از وجود تعارض بالا در در خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد بود. آشفستگی در خانواده به ویژه اختلاف بین والدین می‌تواند عامل خطر افزایش مصرف مواد در فرزندان باشد. در خانواده‌های دارای فرزند وابسته به مواد، رشد فردی و پیشرفت اعضا تشویق نمی‌شود. بحث‌های منطقی و فعالیت‌های فرهنگی در محیط اینگونه خانواده‌ها اولویت ندارد. باورها و گرایش‌های مذهبی یک عامل حفاظتی محسوب می‌گردد ولی از نتایج چنین بر می‌آید که گرایش‌های مذهبی در این خانواده‌ها کمرنگ است. سازمان خانواده در خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد غیر ساخت‌دار و سازماندهی نشده است. به این معنی که خانواده در انجام فعالیت‌ها و مسئولیت‌ها از سازماندهی شفاف و ساختارمند برخوردار نیست. این امر ممکن است اعضا را با ابهام در نقش و مسئولیت‌ها مواجه سازد. فقدان سازماندهی مناسب در خانواده، احتمال مصرف مواد را در یکی از اعضای آن افزایش می‌دهد. میزان کنترل نیز در خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد کمتر از خانواده‌های عادی است. کنترل به تعیین قوانین و نحوه انجام هر فعالیت توسط اعضای خانواده اطلاق می‌گردد و به دوام زندگی خانواده کمک می‌کند. کنترل توسط والدین یا مظاهر والدینی تعیین می‌گردد و اعضا ملزم به رعایت این قوانین و شیوه عمل هستند. خانواده‌هایی که از کنترل کافی برخوردار نیستند یا والدینی که توان اعمال کنترل بر اعضا را ندارند بیشتر احتمال دارد خانواده را دچار آشفستگی کنند.

در خصوص سایر ابعاد جوّ خانواده از قبیل بیانگری، استقلال و جهت‌یابی فعالیت‌های تفریحی، طبق یافته‌ها فاصله‌چندانی با الگوی رایج جامعه وجود نداشت. به عبارت دیگر، این ابعاد با توجه به فرهنگ ایرانی یکدست‌تر است. چنانکه در بیان شفاف و مستقیم احساسات، بازدارندگی وجود دارد، فعالیت‌های تفریحی نیز چندان اولویت خانواده‌ها نیست یا استقلال افراد از خانواده اصلی در جامعه عادی نیز تشویق نمی‌گردد. بنابراین، تغییرات معناداری از این لحاظ به دست نیامد. نیمرخ جوّ خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد با انسجام ضعیف، تعارض بالا، فقدان ترغیب به پیشرفت، عدم جهت‌گیری منطقی و ورزشی، سازماندهی ضعیف و کنترل نابسندگی مشخص شد. با توجه به یافته‌های به دست آمده، دو نوع

راهبرد مداخله‌ای پیشگیرانه و درمانی ارائه می‌گردد. الف) مداخلات پیشگیرانه: با استناد به یافته‌های پژوهش حاضر جو خانواده و مولفه‌های آن در میان خانواده‌های دارای عضو مصرف کننده 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، می‌توان این عوامل حفاظتی را تقویت نمود. آموزش مهارت‌های والدینی و نظارت صحیح بر رفتار و عملکرد فرزندان، تفویض مسئولیت متناسب با سن فرزندان، تقویت پیوندهای خانوادگی از طریق آموزش برقراری ارتباط موثر، آموزش مهارت‌های حل تعارض و حل مسئله و ترغیب خانواده‌ها به برنامه‌ریزی در راستای گذراندن اوقات فراغت سالم می‌تواند از عوامل حفاظتی در برابر گرایش به مصرف مواد باشد. ب) مداخلات درمانی: با توجه به نقش خانواده در پدید آیی، حفظ و تداوم نشانگان مرضی از جمله سوء مصرف مواد، در سه دهه گذشته الگوهای درمانی مبتنی بر خانواده برای درمان سوء مصرف مواد رشد و گسترش یافته است. اثربخشی الگوهای درمانی متعددی نیز به آزمون گذاشته شده است. از میان این الگوها، اثربخشی چند مدل خانواده‌درمانی مبتنی بر شواهد، در بهبود جو خانواده و سوء مصرف مواد به تایید رسیده است (اشلی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵؛ والدرون و ترنر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). از جمله این الگوها عبارتند از خانواده‌درمانی کوتاه مدت<sup>۳</sup> (زاپوسنیک و همکاران، ۲۰۰۳)، خانواده‌درمانی چند وجهی<sup>۴</sup> (لیدل<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳)، خانواده‌درمانی کارکردی<sup>۶</sup> و خانواده‌درمانی چند سیستمی<sup>۷</sup> (هنگلر و شافر<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰).

بسیاری از برنامه‌های درمانی موفق از یک سنت ساختاری - راهبردی تبعیت می‌کند. وجه اشتراک این رویکردها اتخاذ یک راهبرد عملیاتی، فعال و متمرکز بر مشکل است. سودمندی خانواده‌درمانی کوتاه مدت که نشأت گرفته از رویکرد ساختاری - راهبردی (کافمن و یوشیو کا، ۲۰۰۵) است در بسیاری از پژوهش‌های انجام شده در حوزه سوء مصرف مواد و تغییر الگوهای تعاملی ناسازگار و بهبود کارکرد و جو خانواده‌هایی که دارای فرزند وابسته به مواد

1. Ashley  
 3. Brief Strategic Family Therapy  
 5. Liddel  
 7. Multisystemic Therapy

2. Waldron & Turner  
 4. multidimensional Family Therapy  
 6. Functional Family Therapy  
 8. Henggeler & Schaeffer

هستند به تأیید رسیده است (رایینز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۱، شافر، ۲۰۰۸، فیستر<sup>۲</sup>، رایینز، هندرسون و هوریگیان<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰؛ سانتی استبان<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۳؛ زاپوسنیک و ویلیامز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰؛ رایینز و همکاران، ۲۰۰۹). پیشنهاد می‌شود متخصصان و درمانگران حوزه اعتیاد برای بهبود الگوی تعاملات ناسازگار خانواده‌ها و دستیابی به بهبودی پایدار از مداخلات مبتنی بر خانواده استفاده کنند. 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 سوالات 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 به عنوان بخشی از سیستم درمانی لحاظ کنند. به مسئولین حوزه اعتیاد نیز پیشنهاد می‌گردد که برای پیشگیری از بروز مصرف مواد در خانواده‌ها برنامه‌های روانی-آموزشی را با تأکید بر عوامل محافظت کننده در سطح خانواده‌ها و با رویکرد اجتماع محور گسترش دهند.

۹۳

93

### منابع

- حیدرنیا، احمد و چرخیان، امیر (۱۳۸۶). کیفیت رابطه ولی-فرزندی نوجوانان دچار اعتیاد و نوجوانان عادی. فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی، ۶(۲۵)، ۳۹-۵۷.
- غفاری، فاطمه (۱۳۸۸). اثربخشی رویکرد خانواده‌درمانی سیستمی بوئن بر تمایز یافتگی و کارکرد اعضای خانواده‌های دارای فرزند معتاد. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- موسوی، اشرف‌السادات (۱۳۸۲). بررسی کمی/کیفی عملکرد خانواده معتادان جوان. *مطالعات زنان*، ۱(۳)، ۶۰-۸۸.

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.

- Bijttebier, P., Goethahals, E., & Ansoms, S. (2006). Parental Prinking as a risk factor for children's maladjustment: The mediating role of family environment. *Psychology Of Addictive Behaviors*, 20(2), 126-130.
- 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.
- Costantini, M. F., Wermuth, L., Sorenson, J., & Lyons, J. (1992). Family functioning as apredictor of progress in substance abuse treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 9(4), 331-335.
- Dakof, G.A., Tejada, M., & Liddel, H. A. (2001). Predictors of engagement in adolescent drug abuse treatment. *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(3), 274-281.
- 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*, 1, 113-124
- Guo, J., Hill, K., Hawkins, D., Catalano, R., & Abbot, R. (2002). A developmental analysis of socio-demographic family, and peer effect on adolescent illicit drug initiation. *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(7), 838-845.
- Haffmann, J. P., & Cerbone, F. G. (2002). Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: An event history analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 66(3), 255-64.
- Henggeler, S. W, & Schaeffer, C. M. (2010). Treating serious emotional and behavioural 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.
- Junke, G.A., & Hagedorn, W.B. (2006). *Counseling addicted families: a integrated assessment and treatment model*. Routledge: Taylor & Francis group.
- Kaufman, E & Yoshioka.M. (2005). *Substance abuse treatment and family therapy: A treatment improvement protocol (TIP 39)*. Rockvill, MD20857.
- 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, *Alcohol Alcohol*.37 (1), 52-60.
- Liddel, H. A. (2003). *Multidimensional Family Therapy for Adolescent Drug Abuse: Clinician's Manual*, MN: Hazelden Publishing Co
- Liddle, H & Rowe, C. L. (1996). *Family measures in drug abuse prevention research*. The National Institute on Drug Abuse (NIDA)
- 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 rol for sons and daughters? *Addictive Behaviors*, 35,426-431.
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (1986). *Family Environment Scale Manual*. 2<sup>nd</sup> Ed. Palo Alto.CA: Counsulting Psychologists Press.

- 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., 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.
- Schafer, G. (2008). Multiple family group therapy in a drug and alcohol rehabilitation center: resident experiences. *Australian & New Zealand Journal of Family therapy*, 29(2), 88-96.
- 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.
- Soyes, V., Tatrai. H. Broekaert, E., & Bracke, R. (2004). The implementation of contextual therapy in the therapeutic community for substance abuser: a case study. *Journal of Family Therapy*, 26, 286-305.
- Stewart, M. A., & Brown, S. (1993). Family functioning following adolescent substance abuse treatment. *Journal Of Substance Abuse*, 5(4), 327-339.
- 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.

## Comparing the Substance-Dependents' Profile of the Family Environment with Ordinary Persons for Providing Family Base Intervention

Najafloy, F.<sup>1</sup>, NavabiNejad, Sh.<sup>2</sup>

### Abstract

**Objective:** This study was conducted to compare the environment of families with and without substance-dependent members to investigate the functioning of families with substance-dependent members and also provide them with appropriate treatment strategies. **Method:** A causative-comparative method followed by an ex post facto design was used in this study. A sample of 50-person suffering from substance-dependent disorder referring to outpatient treatment centers, located in west and east of Tehran, constituted the participants of the study. As well, another 50-person group not suffering from the disorder participated in this study as the former group's counterpart. The participants answered the questions of environment of family scale (EFS) (Moos & Moos, 1986). **Findings:** The results showed that there was a significant difference between two groups in dimensions of cohesion, conflict, achievement orientation, intellectual-cultural orientation, religious orientation, organization, and control whereas there was no significant difference between the two groups in dimension of expressiveness, independency, and recreational orientation. **Conclusion:** The study recommends the authorities the application of efficient interventionist treatment strategies appropriate to the characteristics of families having drug-dependent member.

**Keywords:** Family Environment, Substance-Dependent, Interventionist Strategies

۹

9

سال هشتم، شماره ۳۰، تابستان ۱۳۹۳  
Vol. 8, No. 30, Summer 2014

---

1. Author-in-chief: Teacher in Azad University, Tehran, Iran, Email: fnajaflooy@gmail.com  
2. Professor of Counseling department, Azad University