

## فرا تحلیلی بر مطالعات حوزه اعتیاد و خانواده

محمد زاهدی اصل\* ، اعظم پیله‌وری\*\*

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۸/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۱۷

### چکیده

پراکندگی پژوهش‌های صورت‌گرفته در حیطه اعتیاد و خانواده، نداشتن خاصیت انباشتگی و بی‌توجهی به لایه‌های عمیق موضوع؛ ارائه منسجمی از داده‌های حاصل از این تحقیقات و به‌تبع مشخص ساختن شکاف‌های این حوزه را — برای استفاده علمی و کاربردی از این پژوهش‌ها و تلاش برای رفع آنها — ضروری می‌سازد. از این‌رو این مطالعه درصدد ترکیب و مقایسه یافته‌های پژوهشی صورت‌گرفته در زمینه اعتیاد و خانواده، برقراری ارتباط بین مطالعات صورت‌گرفته و نیز به‌دست‌آوردن نتیجه‌ای منسجم از میان نتایج پراکنده در این حوزه است. در این پژوهش از روش فراتحلیل و نرم افزار CMA2 بهره برده شده است و با بهره‌گیری از چک‌لیست فراتحلیل از ۶۷ پژوهش انجام شده در این حوزه، ۲۶ تحقیق به عنوان نمونه نهایی انتخاب شده‌اند. یافته‌های حاصل از پژوهش‌های بررسی شده، نشانگر آن است که

---

\* استاد گروه مددکاری اجتماعی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی. zahediasl@atu.ac.ir

\*\* دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول). pilevari.a@gmail.com

### ۳ فراتحلیلی بر مطالعات حوزه اعتیاد و ...

انعطاف‌پذیری در خانواده، اختلافات خانوادگی، حضور والدین در خانه، حمایت خانواده، ارتباطات میان اعضای خانواده، خشونت جنسی، طلاق و فوت همسر بر روند اعتیاد اثرگذار هستند. با این وجود نتایج نشان می‌دهد که به برخی از عوامل اثرگذار خانوادگی، همانند انعطاف‌پذیری در خانواده، حضور والدین در خانه - نظر به اندازه اثر آنها - در این تحقیقات توجه کافی نشده و تعدد و شیوع تحقیقات در این زمینه به اندازه کافی نیست.

مفاهیم کلیدی: فراتحلیل، اعتیاد، خانواده، ضریب اثر

### مسئله پژوهش

فراتحلیل در حوزه مطالعاتی دنیای امروز جایگاه ویژه‌ای دارد. استفاده از برآیند یافته‌های پژوهش‌های مختلف برای برنامه‌ریزی و اداره بخشی از جامعه یا کل آن، از مهم‌ترین عواملی است که موجب اهمیت این نوع مطالعات شده است. جدای از این، از آنجا که ارزیابی و داوری کارهای پژوهشی با تکیه بر ادبیات موجود، نخستین قدم در توسعه و تکوین پژوهش‌ها است و با عنایت به اینکه این موضوع در کشور ما بدان دلیل که به‌نوعی موجب بدنامی پژوهشگران و کارفرمایان می‌شود، مغفول می‌ماند، مطالعه پژوهش‌ها با استفاده از فراتحلیل می‌تواند بسیار راهگشا باشد (صدیق سروستانی، ۱۳۷۹).

اعتیاد از جمله حوزه‌هایی است که در جامعه ما حجم درخوری از پژوهش‌های صورت گرفته را به خود اختصاص داده است، این موضوع به‌نوعی نشان‌دهنده ضرورت‌های جامعه برای مطالعه در این حیطه است. از دیگر سو خانواده به‌عنوان اولین و شاید مهم‌ترین عامل اجتماعی شدن هر فرد، نقش معناداری در پیشگیری و یا سوق دادن اعضایش به سمت اعتیاد ایفا می‌کند. خانواده درحالی‌که می‌تواند حمایت‌های ارزشمندی از اعضایش داشته باشد، می‌تواند سبب‌ساز اعتیاد و یا عاملی برای تشدید اعتیاد در آنها باشد. در عین اینکه اهمیت درگیر شدن خانواده در آغاز فرایند درمان را

نیز نمی‌توان انکار کرد. با این حال مطالعات انجام شده در خصوص اعتیاد و سوء مصرف مواد در ایران بین سالهای ۱۳۷۰-۱۳۸۴ نشان می‌دهد، فقط ۱۱ درصد از تحقیقات در حیطه خانواده بوده است؛ در صورتی که براساس یافته‌های همین تحقیق، میانگین اثرگذاری خانواده بر رفتار اعتیادی ۴۱ درصد گزارش شده است (تبریزی و دیگران، ۱۳۸۹: ۱۹۵). براساس جستارهای نگارنده هرچند در کشور ما ادبیات مکتوبی در این زمینه که اولین بار چه زمان و چه کسانی به بهره‌گیری از نیروی خانواده برای درمان مصرف‌کنندگان توجه کردند، وجود ندارد. باوجوداین به‌نظر می‌رسد اولین ملاحظات درباره خانواده و تأثیر آن بر اعتیاد به اقدامات گروه‌های خودیار بازمی‌گردد و شکل‌گیری این گروه‌ها - گروه معتادان گمنام - در سال ۱۳۷۳ و به‌تبع آن گروه‌های خانوادگی نارائان در سال ۱۳۷۴ (تشویقی، ۱۳۸۵: ۱۰۴-۱۷۳) توجیه‌کننده کمبود پژوهش‌ها در سال‌های قبل از ۱۳۸۰ است. در این دوره در کشور هنوز اهمیت خانواده آن‌گونه که باید، شناخته نشده است. به‌رغم این موضوع مطالعات صورت‌گرفته در سال‌های پس از ۱۳۸۰ نیز، نظر به اهمیت موضوع خانواده در فرایند اعتیاد، از کیفیت و کمیت لازم برخوردار نیستند. جوامع آماری مختلف و آزمون گستره نسبتاً وسیعی از فرضیات صورت‌گرفته، بدون توجه به زمینه‌های کاربردی، بسیاری از مطالعات این حوزه را بی‌فایده می‌کند. علاوه‌براین اکثر پژوهش‌های صورت‌گرفته در این حوزه بودن نظریه‌ای هدایت‌کننده هستند و غالباً پس از ذکر مقدمه‌ای مشابه و انتخاب گزاره‌های بسیار عجولانه شروع به کار کرده‌اند. نداشتن خاصیت انباشتگی و بی‌توجهی به لایه‌های عمیق موضوع از جمله ضعف‌های عمده پژوهش‌های این حوزه است.

اما از آنجا که آشکار ساختن خطوط ارتباطی میان پژوهش‌های مختلف، به شکل‌گیری شبکه‌ای از دانش در حیطه موضوع مورد مطالعه منجر شده و توانایی پژوهش‌های موجود را در جهت تبیین نقش خانواده در فرایند پدیداری، درمان و یا حتی عود اعتیاد بهتر نشان خواهد داد و از آن رو که برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در سطوح مختلف نیازمند اتکا به یافته‌های تحقیقاتی و علمی است و هر نوع ضعف در

## فرا تحلیلی بر مطالعات حوزه اعتیاد و ... ۵

این شبکه دانش، برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های ناکارا و غیرمؤثر را به دنبال خواهد داشت؛ شناسایی این شبکه دانش و نقاط ضعف و قوت آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

در این راستا سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که رویکرد نظری غالب در این پژوهش‌ها چیست؟ پژوهش‌های صورت گرفته چه جنبه‌هایی از تأثیر خانواده بر اعتیاد را بررسی کرده‌اند؟ گردآوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها با چه روشی انجام شده است؟ بر چه موضوعاتی بیشتر تأکید شده است و در این مطالعات به چه موضوعاتی توجه کافی مبذول نشده است؟

هدف اصلی این پژوهش نیز ترکیب و مقایسه یافته‌های پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه اعتیاد و خانواده و نیز ایجاد ارتباط بین مطالعات و کسب نتیجه منسجم از میان نتایج پراکنده مطالعات است، تا از این طریق علاوه بر مشخص شدن ویژگی‌های خانوادگی مؤثر بر اعتیاد، بتوانیم شکاف‌های مطالعاتی در این حوزه را شناسایی کرده و سمت و سوی پژوهش‌های این حوزه را بر پژوهشگران بنمایانیم.

### پیشینه پژوهش

تنها یک عامل برای محاسبه چرایی گرفتار شدن مردم در اختلالات مصرف مواد وجود ندارد. پیچیدگی این پدیده از ابعاد مختلف و متعدد عوامل ایجادکننده آن ناشی می‌شود. به همین دلیل جامعه‌شناسان، روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی، مشاوران و پزشکان با رویکردهای گوناگونی به این پدیده نگرسته‌اند. چنانچه این دیدگاه‌ها و تفکرات با تفصیل و دقت نظر بررسی شود، مشخص می‌شود که این پژوهشگران در مطالعات خود، زمینه فکری و روش‌شناسی یکسانی درباره تحلیل پدیده اعتیاد نداشته‌اند.

مثلاً با مطالعه سابقه پژوهش‌های صورت گرفته در چند دهه اخیر در ایران، می‌توان حداقل ۳ رویکرد شایع<sup>۱</sup> را در حوزه اعتیاد و خانواده شناسایی کرد. این رویکردها عبارت‌اند از:

- ۱- نظریه فشار اجتماعی
- ۲- نظریه کنترل اجتماعی
- ۳- نظریه یادگیری اجتماعی

### نظریه فشار اجتماعی

سؤال اصلی در نظریه فشار این است که چرا مردم کج رفتاری می‌کنند و پاسخ کلی این نظریه به این سؤال این است که عواملی در جامعه وجود دارند که برخی مردم را تحت فشار قرار می‌دهند و آنان را به بزهکاری مجبور می‌کنند. مرتن این فشار را ناشی از ناتوانایی شخص در دستیابی به اهداف مقبول اجتماعی می‌داند (صدیق سروستانی، ۱۳۸۶: ۴۵)، آلبرت کوهن<sup>۲</sup> ناکامی در رسیدن به جایگاه بالای جامعه را عامل فشار می‌شمارد (ممتاز، ۱۳۸۱: ۱۰۱). کلاوارد و اهلین<sup>۳</sup> نیز دسترسی نابرابر به فرصت‌های ارتکاب جرم را عامل فشار می‌دانند. این دو معتقدند که فرصت ارتکاب جرم به شکل یکسان در اختیار همه قرار ندارد (همان: ۹۸). دیدگاه دیگری که در زمینه تأثیر فشار اجتماعی بر بزهکار شدن افراد مطرح است نظریه برجسب‌زنی است. نظریه پردازان برجسب بیشتر به تحلیل کج رفتاری ثانویه (تکرار انحراف) پرداخته و برجسب را الگوی پایدارکننده کج رفتاری حرفه‌ای یا زنجیره‌ای نامیده‌اند (Thio, 2001: 162). در نظریه برجسب انحراف اولیه و قضاوت‌های افراد سبب به وجود آوردن انحراف ثانویه می‌شود. در واقع انحراف ثانویه بر اثر عمل انحرافی اولیه

---

۱- این قسمت حاصل مطالعه بخش نظری پژوهش‌های مورد مطالعه این پژوهش است.

2. Albert Cohen  
3. Cloward & Ohlin

به وجود می‌آید و موقعیت خاصی را برای شخص، به عنوان منحرف ایجاد می‌کند. فرایند برچسب‌زنی می‌تواند آثار منفی خاص خود را داشته باشد، مانند اینکه شخص برچسب‌خورده نقشی را بپذیرد که در آن برچسب به او نسبت داده می‌شود. به بیان دیگر اگر بر شخصی رسماً برچسب کج‌رو، خلافکار یا مجرم وارد آید، این امر ممکن است موجب شود که آن فرد به شکل مناسب با آن برچسب رفتار کند (وایت، ۱۳۸۳) در این زمینه می‌توان گفت پس از آنکه شخصی برچسب معتاد خورد، اغلب از او انتظار دارند که به اعتیاد خود ادامه دهد.

### نظریه یادگیری اجتماعی

ساترلند<sup>۱</sup> یکی از پیشگامان این نظریه است. فرضیه اصلی ساترلند که تحت عنوان پیوند افتراقی<sup>۲</sup> از آن یاد می‌شود، این است که، رفتار انحرافی مثل سایر رفتارهای اجتماعی از طریق همنشینی و پیوستگی با دیگران آموخته می‌شود. فرد بزه‌کار در زمان حیات خود از طریق پیوستگی و ارتباط با دیگران، انگیزه‌ها و گرایش‌ها و ارزش‌های انحرافی را فرامی‌گیرد. به عبارت دیگر مردم به نسبت همنشینی و ارتباطی که با قانون‌شکنان دارند، کج‌رو می‌شوند. براساس این رویکرد، چگونگی تعامل با خانواده و دوستان در گرایش به مصرف مواد اهمیت حیاتی دارد، خانواده و شبکه‌های دوستی به عنوان گروه‌های نخستین زندگی، رفتارها و نگرش‌های فرد را به او می‌آموزند (Akers and Sellers, 2004).

این گروه‌ها مکانی هستند که افراد در آنها از طریق تقلید و تقویت، نگرش‌های تقویت‌کننده و یا بالعکس آن را در ارتباط با مصرف مواد می‌آموزند (Reed and Rountree, 1997). در خانواده‌هایی که الکل و سایر مواد مصرف می‌شوند، فرزندان این

---

1. Sutherland  
2. Differential association

رفتار را مشاهده کرده و نگرش مطلوبی در زمینه مصرف مواد در آنها به وجود می‌آید و احتمالاً این افراد در آینده به مصرف مواد روی می‌آورند (Wills et al., 1996). در نظریه پیوند افتراقی ساترلند، میزان این یادگیری به نسبت فراوانی تماس‌ها، مدت تماس‌ها، شدت و اولویت تعاملات اجتماعی بستگی دارد. هر چه پیوند با افراد مصرف‌کننده و یا کسانی که نگرش مثبت به اعتیاد دارند بیشتر باشد، احتمال اینکه فرد به مصرف مواد روی آورد، بیشتر است. همچنین این یادگیری، زمانی که تعاملات عمیق‌تر و طولانی مدت‌تری با افراد مصرف‌کننده وجود داشته باشد، به نسبت زمانی که تعاملات سطحی و کوتاه‌مدت با این افراد وجود دارد، بیشتر اتفاق می‌افتد.

### نظریه کنترل اجتماعی

نظریه کنترل اجتماعی نیز در تبیین کجرفتاری‌های اجتماعی از نظریه‌های بانفوذ حوزه جامعه‌شناسی انحرافات اجتماعی است. این نظریه علت اصلی کجرفتاری را نبود کنترل اجتماعی می‌داند. این درست نقطه مقابل فرض نظریه فشار و یادگیری است که بزهکاری را ناشی از شرایط اجتماعی خاص (شکاف اهداف و ابزار مقبول اجتماعی و تجربه یادگیری از دیگران) می‌دانند. نظریه‌های یادگیری و فشار مستقیماً می‌پرسند علت بزهکاری چیست؟ اما نظریه نظارت اجتماعی مستقیماً می‌پرسد علت هم‌نوایی چیست؟ زیرا آنچه موجب کجرفتاری است، نبود همان چیزی است که باعث هم‌نوایی است، پاسخی که به این سؤال مهم داده شده این است که آنچه موجب هم‌نوایی می‌شود، اعمال نظارت اجتماعی بر افراد است. بنابراین نبودن یا ضعف نظارت اجتماعی علت اصلی بزهکاری است. فرض اصلی در این نظریه این است که «افراد به طور طبیعی تمایل به کجرفتاری دارند و اگر تحت کنترل قرار نگیرند، چنین می‌کنند» (Reckless, 1976) به نقل از بهروان و میرانوری، ۱۳۸۹: ۵۱). یکی از راهکارهای کنترل اجتماعی، کنترل مستقیمی است که جامعه و خانواده بر اعضایشان اعمال می‌کنند. علاوه بر این طبق نظر هیرشی بین تعلق خاطر افراد به خانواده، خویشاوندان و جامعه و

تعهد و اعتقاد آنان به نظام‌های هنجاری جامعه از یک سو و احتمال اعتیاد آنان از سوی دیگر رابطه معکوس وجود دارد (همان: ۵۲). بر طبق این نظریه چنانچه خانواده و سایر مؤسسات اجتماعی نظارت لازم را فراهم نکنند، افراد به سمت رفتارهای انحرافی سوق داده می‌شوند (Bahr, Hoffmann, Yang, 2005: 531). علاوه بر این زمانی که فرزندان به والدینشان نزدیک هستند، برای خشنودی و رضایت آنها، به راه‌های غیر انحرافی ملزم می‌شوند (Wright & Cullen, 2001). از این رو آنها چنانچه والدینشان مخالف مصرف مواد باشند، از مصرف مواد خودداری می‌کنند. اما زمانی که به والدینشان نزدیک نیستند، با احتمال بیشتری به سمت مصرف مواد خواهند رفت.

در همین راستا نظارت والدین بر مصرف مواد تأثیرگذار است، وقتی نظارت زیاد است، فرزندان با احتمال زیادتری مطابق با هنجارهای اجتماع عمل می‌کنند؛ چراکه می‌دانند والدینشان آنها را زیر نظر و از آنها انتظار تطابق با جامعه را دارند. اما وقتی نظارت پایین است و فرزندان نظارت والدین را از نزدیک احساس نمی‌کنند، احتمالاً به خودشان اجازه می‌دهند تا راهنماهای رفتاریشان را خودشان انتخاب کنند و زمانی که این اتفاق می‌افتد، ممکن است به سمت تجربه مصرف مواد سوق یابند (Vitaro et al., 2000).

البته دل‌بستگی به والدین و اهمیت نظارت آنها، زمانی که رفتارها و گرایش‌ها والدین موافق مصرف مواد است، دیگر یک عامل حفاظتی محسوب نمی‌شود؛ از این رو روابط فرزندان با والدین در پیش‌بینی مصرف مواد مهم تلقی می‌شوند. براساس نظریه یادگیری اجتماعی اعضای خانواده‌ای که مواد مصرف می‌کنند، احتمالاً الگوی رفتاری برای فرزندان‌شان خواهند بود و براساس نظریه کنترل اجتماعی هم انتظار می‌رود که مصرف مواد در میان کسانی که روابط نزدیکی با والدینشان دارند و نظارت والدین را از نزدیک احساس می‌کنند، کمتر باشد.

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، رویکرد غالب در پژوهش‌های صورت گرفته در حوزه اعتیاد و خانواده، نظریات حوزه انحرافات است. از آنجا که چگونگی شناسایی



ریسک فاکتورها بر نحوه طراحی برنامه‌های پیشگیرانه و نیز برنامه‌های درمانی تأثیر می‌گذارد، نگاه به اعتیاد از این منظر قطعاً تبعاتی چون لحاظ کردن اعتیاد به‌عنوان جرم را در کشور در پی خواهد داشت. این در حالی است که جریان مطالعاتی در این حوزه در غالب کشورها سمت و سوی دیگری دارد. در راستای شناسایی رویکردهای غالب در موضوعات مشابه در تحقیقات خارجی، لیوی و آلتوس<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) پژوهش جالبی انجام داده‌اند.

آنها با مطالعه در زمینه نظریه‌های مورد استفاده در پژوهش‌های مربوط به اعتیاد و خانواده، سه الگوی نظری رایج در این پژوهش‌ها را به شرح زیر می‌دانند.

۱- نظریه سیستمی<sup>۲</sup>

۲- نظریه بین‌نسلی<sup>۳</sup>

۳- الگوهای والدینی<sup>۴</sup>

نگاهی به این رویکردها از این جهت که تفاوت نگرشی پژوهشگران ما را با پژوهشگران کشورهای دیگر روشن‌تر می‌کند، مفید است. از دیدگاه سیستمی، اعتیاد به مواد، بخشی از فرایند چرخه تعادل حیاتی محسوب می‌شود، از این‌رو خانواده رفتار اعتیادی را حفظ می‌کند (Romijn et al., 1992). به‌عبارت دیگر، وقتی نظام خانواده با تهدیدی روبه‌رو می‌شود — یعنی آشفتگی — می‌کوشد تا ثبات و تعادل حیاتی خود را حفظ کند. بنابراین رفتار به‌ظاهر معماگونه اگر در قالب یک سازوکار تعادلی دیده شود، احتمالاً قابل فهم است. چنانچه هرگاه والدین با هم مشاجره می‌کنند، یکی از بچه‌ها رفتارهایی غیرعادی نشان می‌دهد، این علائم او ممکن است راهی باشد برای متوقف کردن این مشاجره از طریق نگران کردن هر دوی آنها برای این رفتار. بنابراین رفتار علامت‌دار در حفظ تعادل خانواده، کارکردی سیبرنتیک دارد (نیکولز و شوارتز، ۱۳۸۷):

- 
1. Lavee & Altus
  2. systems theory
  3. intergenerational theory
  4. parental modeling

۶۷). پس سیستم خانواده سوء مصرف کننده مواد، حول اعضای خانواده می چرخد. مثلاً رفتار اعتیادی، والدینی را که روابط آشفته، متعارض و با فاصله احساسی زیاد دارند در کنار یکدیگر نگه می دارد (Textor, 1987). این امر زمانی مورد توجه درمانگران قرار گرفت که به تدریج مشاهده کردند که وقتی یک بیمار در خانواده بهتر می شد، شخص دیگری در خانواده بدتر می شد. تقریباً می توان گفت که خانواده نیازمند یک عضو علامت دار است (همان: ۵۰). از این منظر، علت مقاومت خانواده ها در برابر تغییر و اینکه چرا بیماران و خانواده هایشان به رغم تلاش های بی باکانه ای که برای بهبود انجام می دهند، همچنان درگیر باقی می مانند، همین میل به حفاظت از تعادل حیاتی خانواده ها است.

در نظریه بین نسلی بوئن<sup>۱</sup> (۱۹۷۸) خانواده یک سیستم احساسی و دارای دو نیروی متضاد - آمیزش و تمایز - در نظر گرفته می شود. در نظر بوئن، در خانواده ها این دو نیرو باید در تعادل قرار گیرند. رشد خانواده سالم و به تبع آن رشد شخصیت های سالم می توانند فقط وقتی به دست آیند که افراد خانواده صمیمیت و استقلال را در کنار یکدیگر تجربه کنند. از یک طرف تمایز والدینی کافی، سبب رشد خودمختاری فرزندان می شود. از طرف دیگر تمایز ناکافی - در ارتباط فرزندان با یکی از والدین یا هر دوی آنها - یا زنجیره تضادهای والدینی، فرزندان را به مثلث سازی می کشاند و مانع از آن می شود که فرزندان فرایند لازم برای فردی سازی و تمایز از خانواده ها را تجربه کنند. بوئن (۱۹۸۷) معتقد است مشکلات ارتباطی اغلب حالت مثلث دارند، اگرچه همیشه ممکن است واضح نباشد. وقتی دو نفر مشکلاتی دارند که قادر نبوده اند آنها را حل کنند، به مقطعی می رسند که یکی از آنها و یا هر دو برای همدردی به شخص دیگری روی می آورند. درگیر شدن شخص سوم اضطراب آن دو نفر را با سرایت دادن آن در رابطه سه گانه کاهش می دهد.

در خانواده‌های با عضو مصرف‌کننده مواد یکی از والدین (اغلب مادر) به شدت با فرزند مصرف‌کننده مواد در هم تنیده است (معمولاً با پسر). بنابراین مصرف‌کننده و یکی از والدین جفت‌های به شدت احساسی هستند (Schwartzman, 1988) و نداشتن توافق بین والدین در زمینه تعامل و رفتار با فرزند معتاد به مواد، به نوعی همان تضادهای زوجینی میان آنهاست که فرافکنی شده است.

در این رویکرد اعتیاد به مواد باید نتیجه‌ای از به دام افتادن در پیچیدگی‌های خانوادگی معنا شود. بنابراین تلاش برای فرار از این امتزاج زیربنای شورش و مجازات و یا موجب روی آوردن به خودکشی و سایر رفتارهای انحرافی گونه می‌شود (Textor, 1987).

این موضوع را شاید بتوان این‌گونه معنا کرد که روی آوردن به رفتارهای این‌چنینی راهی است که فرد از این طریق زندگی خود را کنترل می‌کند و به جای اینکه احساسات تحمیل‌شده خانواده را بپذیرد، احساسات خودش را تجربه می‌کند.

### سبک‌های والدینی

طبق نظر بامریند<sup>۱</sup> (۱۹۷۱) سبک‌های والدینی می‌توانند براساس دو مشخصه توقع و پاسخ‌دهی طبقه‌بندی شوند. توقع به این اشاره دارد که والدین انتظار رفتارهای پخته دارند، بنابراین کنترل و نظارت می‌کنند. پاسخ‌دهی اشاره دارد به اینکه والدین گرمی عاطفی و پذیرش نشان می‌دهند و خود را درگیر کارهای فرزندانشان می‌کنند. براساس این دو مشخصه، بامریند (۱۹۷۱) سه سبک والدینی را معرفی می‌کند: مستبد، مقتدر، آسان‌گیر. بعدها مکوبی و مارتین (۱۹۸۳) سبک بی‌اعتنا را نیز اضافه کرده‌اند (زینالی و دیگران، ۱۳۸۹: ۳۳۸). والدین مستبد<sup>۲</sup> سطح بالایی از توقع به همراه سطح پایینی از پاسخ‌دهی را نشان می‌دهند. به‌کارگیری راهبردهای مستقیم تنبیهی از ویژگی‌های این

---

1. Baumrind  
2. Authoritarian

والدین است. در این خانواده‌ها فرزندان هیچ‌گونه کنترلی بر محیط خود ندارند و فردیت آنها با محدودیت مواجه است. والدین مقتدر<sup>۱</sup> سطح بالایی از توقع به همراه سطح بالایی از پاسخ‌دهی را نشان می‌دهند. این والدین هرچند برخی کنترل‌ها را برای فرزندشان به کار می‌گیرند، ولی درباره آن توضیح می‌دهند و از تکنیک‌های تقویت برای تغییر رفتار استفاده می‌کنند. والدین سهل‌گیر<sup>۲</sup> سطح پایینی از توقع به همراه سطح بالایی از پاسخ‌دهی را نشان می‌دهند. این والدین تلاش و نیروی لازم را در مورد کنترل فرزندانشان به کار نمی‌گیرند، آنان از فرزندانشان خواسته‌های اندکی دارند و محدودیت‌های کمی در ارتباط با رفتار آنان ایجاد می‌کنند (تیموری و یوسفی، ۱۳۸۷: ۳-۵). والدین بی‌اعتنا<sup>۳</sup> سطح پایینی از توقع به همراه سطح پایینی از پاسخ‌دهی را نشان می‌دهند.

نتایج حاصل از مقایسه رویکردهای نظری مورد استفاده در میان پژوهش‌های داخلی و خارجی نشان می‌دهد که مطالعات اعتیاد و خانواده در کشور ما در مسیر متفاوتی از مطالعات جهانی در حرکت است. پژوهشگران در کشور ما غالباً به استفاده از نظریات جامعه‌شناختی در حوزه اعتیاد و خانواده گرایش دارند، حال آنکه پژوهشگران سایر کشورها گرایش بیشتری به نظریات حوزه خانواده‌درمانی و روان‌شناسی اجتماعی دارند. ضعف‌های این مسیر زمانی مشخص می‌شود که درمانگران حوزه اعتیاد، در کشور ما با خانواده‌های دارای عضو مصرف‌کننده مواجه می‌شوند. دانش نظری که پایه و اساس عمل درمانگران این حوزه است، با آنچه آنها برای کار با موارد واقعی بدان نیازمندند، فاصله بسیار دارد. قدر مسلم آن است که شناسایی ویژگی‌های خانواده‌های دارای عضو مصرف‌کننده، با رویکرد جامعه‌شناختی می‌تواند ما را در اتخاذ سیاست‌گذاری‌های کلان یاری رساند؛ اما جای خالی استفاده از نظریه‌های خانواده‌درمانی و روان‌شناسی اجتماعی زمانی پررنگ‌تر می‌شود که قرار است مداخلات

- 
1. Authoritative
  2. Permissive
  3. Neglectful

درمانی و یا اقدامات پیشگیرانه را طراحی کنیم. در اینجا است که صرف دانستن عملکرد مختل روابط خانوادگی یا نابسامانی و ازهم‌گسیختگی خانواده‌های دارای عضو مصرف‌کننده مواد، کفایت نمی‌کند.

## روش پژوهش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

در این پژوهش از روش فراتحلیل<sup>۱</sup> استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش مقالات، طرح‌های پژوهشی و پایان‌نامه‌های فارسی بازه زمانی ۱۳۷۹-۱۳۹۲ در زمینه خانواده و اعتیاد است که از منابع علمی همچون «پایگاه مجلات تخصصی نور»، «مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی»، «بانک اطلاعات نشریات کشور» و «پرتال جامع علوم انسانی» و نیز مراجعه به کتابخانه‌هایی از جمله کتابخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و مؤسسه درمان سوء مصرف مواد (داریوش سابق)، دانشگاه علامه طباطبائی، کتابخانه ملی ایران شناسایی شده‌اند. در یک بررسی مقدماتی ۶۷ عنوان در زمینه اعتیاد و خانواده به دست آمد که در این میان ۲۶ پژوهش براساس معیارهای زمان اجرای پژوهش، مقطع تحصیلی پایان‌نامه‌ها، رعایت حداقلی از قواعد روش‌شناسی گزینش شده‌اند. فهرست تفصیلی این پژوهش‌ها در جدول ۱ آمده است.

---

### 1. Meta-Analysis

۲- لازم به ذکر است که در جستارهای نگارنده قبل از سال ۱۳۷۹ پژوهشی که با ملاک‌های گزینش این پژوهش همخوانی داشته و در حوزه مورد نظر به نگارش درآمده باشد، یافت نشد.

جدول ۱- فهرست پژوهش‌های شرکت‌کننده در مطالعه فراتحلیل

عامل مورد بررسی	طرح پژوهش	جنس	روش نمونه‌گیری	حجم نمونه		جامعه آماری	منبع	نام پژوهشگر (سال پژوهش)
				معتاد	عادی			
مرز خانوادگی	علّی - مقایسه‌ای	مرد	-	معتاد	عادی	کهنوج	مقاله	۱. کیانی‌پور و پوزاد (۱۳۹۱)
				۴۶	۴۴			
عملکرد خانواده (کارکرد کلی - حل مسئله - ارتباط - نقش‌ها - آمیختگی عاطفی - همراهی عاطفی و کنترل رفتار)	علّی - مقایسه‌ای	مرد	تصادفی ساده	معتاد	عادی	تهران	مقاله	۲. شفیق‌آبادی و همکاران (۱۳۹۰)
				۵۰	۵۰			
خشونت والدین (خشونت جسمی - روانی - اقتصادی - اجتماعی و جنسی)	علی - مقایسه‌ای	مرد	تصادفی ساده	معتاد	عادی	تهران	مقاله	۳. نوابخش و ثابتی (۱۳۸۷)
				۱۰۰	۱۰۰			
عملکرد خانواده (عملکرد کلی - بیان احساسات و افکار - ارتباط والدین با هم - همبستگی - انعطاف‌پذیری - درگیری خانوادگی - ارتباط والدین و جوان - ارتباط با خویشاوندان - ائتلاف والدین - هماهنگی والدین در تربیت فرزندان)	علی - مقایسه‌ای	مرد	-	معتاد	عادی	تهران	مقاله	۴. موسوی (۱۳۸۲)
				۳۰	۳۰			
جامعه‌شناختی (تعلق به خانواده و احساس تبعیض)	همبستگی	مرد	تصادفی ساده	۱۰۵		مشهد	مقاله	۵. بهروان و میرانوری (۱۳۸۹)

۱۶ فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۸، پاییز ۱۳۹۵

عامل مورد بررسی	طرح پژوهش	جنس	روش نمونه‌گیری	حجم نمونه		جامعه آماری	منبع	نام پژوهشگر (سال پژوهش)
				معتاد	عادی			
خانوادگی (روابط اجتماعی و خانوادگی)	علی - مقایسه‌ای	مرد	تصادفی ساده	معتاد	عادی	ارومیه	مقاله	۶. زینالی، وحدت و حامدینیا (۱۳۸۶)
				۲۰۰	۲۰۰			
خانوادگی (حمایت خانواده)	همبستگی	مرد	تصادفی ساده	۲۰۰		مشهد	مقاله	۷. کاظمینی (۱۳۸۹)
عملکرد خانواده (کارکرد کلی - حل مسئله - ارتباط - نقش‌ها - آمیختگی عاطفی - همراهی عاطفی و کنترل رفتار)	علی - مقایسه‌ای	مرد	خوشه‌ای	معتاد	عادی	کرج	مقاله	۸. قمری (۱۳۸۹)
				۱۰۷	۱۰۷			
عملکرد خانواده (کارکرد کلی - حل مسئله - ارتباط - نقش‌ها - آمیختگی عاطفی - همراهی عاطفی و کنترل رفتار)	توصیفی	مرد	تصادفی ساده	معتاد	عادی	اصفهان	مقاله	۹. سموعی (۱۳۷۹)
				۱۰۰	۱۰۰			
عملکرد خانواده (کارکرد کلی - حل مسئله - ارتباط - نقش‌ها - آمیختگی عاطفی و همراهی عاطفی، کنترل رفتار)	علی - مقایسه‌ای	مرد	تصادفی ساده	معتاد	عادی	تهران	مقاله	۱۰. بشارت، رنجبر نوشری و رستمی (۱۳۸۷)
				۱۲۰	۱۲۰			

فرا تحلیلی بر مطالعات حوزه اعتیاد و ... ۱۷

نام پژوهشگر (سال پژوهش)	منبع	جامعه آماری	حجم نمونه	روش نمونه‌گیری	جنس	طرح پژوهش	عامل مورد بررسی
۱۱. قربانی و همکاران (۱۳۹۱)	مقاله	اصفهان	۷۰	تصادفی ساده	مرد	توصیفی - تحلیلی	اختلافات زناشویی (خشونت روانی - خشونت جسمانی - آزار کلامی - آزار جنسی و آسیب)
۱۲. خادیمان و قناعتیان (۱۳۸۷)	مقاله	تهران	۲۰۰	تصادفی ساده	زن	پیمایشی	خانوادگی (از هم‌گسیختگی خانواده اصلی و خانواده زناشویی - نابسامانی‌های خانواده اصلی و زناشویی - پایگاه اقتصادی - اجتماعی - اعتیاد خانواده و نظارت خانواده)
۱۳. عسکری، صفرزاده و قاسمی مفرد (۱۳۹۰)	مقاله	اهواز	۲۰۰	طبقه‌ای	هر دو	همبستگی	جو عاطفی خانواده
۱۴- شیدایی و پیرخانی (۱۳۸۸)	مقاله	تهران	۵۰	تصادفی ساده	هر دو	علی - مقایسه‌ای	ناسازگاری خانوادگی
۱۵. شکرزاده (۱۳۹۲)	مقاله	تهران	معتاد ۳۰۰ عادی ۳۰۰	تصادفی ساده	مرد	علی - مقایسه‌ای	کنترل - حمایت و محبت خانواده
۱۶. محمدی، پورقاز و رقیب (۱۳۹۲)	مقاله	مشهد	۴۰۸	هدفمند	مرد	توصیفی	بی‌سوادی و ناآگاهی والدین - والدین معتاد - اختلافات خانوادگی و کمبود محبت - کم‌توجهی والدین - عدم



۱۸ فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۸، پاییز ۱۳۹۵

نام پژوهشگر (سال پژوهش)	منبع	جامعه آماری	حجم نمونه		روش نمونه‌گیری	جنس	طرح پژوهش	عامل مورد بررسی
			عود	عدم عود				
								نظارت صحیح والدین - سخت‌گیری بی‌مورد و سرزنش - ثروت و رفاه اقتصادی و طلاق والدین
۱۷. معارف‌وند، شریفی و حاج بابایی (۱۳۸۰)	مقاله	تهران	۴۲	۷۳	تصادفی ساده	مرد	علی - مقایسه‌ای	عملکرد خانواده - آگاهی خانواده - اقدام خانواده برای درمان - حمایت عاطفی و اجتماعی خانواده و روابط اجتماعی
۱۸. یزدانی (۱۳۹۰)	پایان‌نامه	تهران	۳۰	۳۰	تصادفی	مرد	علی - مقایسه‌ای	حمایت اجتماعی
۱۹. مولوی و رسول زاده (۱۳۸۳)	مقاله	اردبیل	۴۵	۴۵	تصادفی ساده	مرد	توصیفی - تحلیلی	طلاق والدین - اعتیاد خانواده
۲۰. رستمی، زارعی و ضمیری‌نژاد (۱۳۸۸)	مقاله	تهران و بجنورد	۱۰۰	۱۰۰	تصادفی ساده	مرد	توصیفی - استنباطی	تجربه آزار هیجانی - جسمانی و جنسی
۲۱. نوری (۱۳۸۴)	طرح پژوهشی	سنندج	۸۰		تصادفی ساده	مرد	توصیفی	خانوادگی (وضعیت حضور والدین - اعتیاد در خانواده)
۲۲. زینالی، وحدت، قره‌دینگه (۱۳۸۹)	مقاله	تبریز	۳۰۴		تصادفی طبقه‌ای	مرد - زن	همبستگی	سبک‌های فرزندپروری

فرا تحلیلی بر مطالعات حوزه اعتیاد و ... ۱۹

عامل مورد بررسی	طرح پژوهش	جنس	روش نمونه‌گیری	حجم نمونه		جامعه آماری	منبع	نام پژوهشگر (سال پژوهش)
				معتاد	عادی			
خانوادگی (پیوستگی - انعطاف‌پذیری - سابقه اعتیاد در خانواده)	علی - مقایسه‌ای	مرد	خوشه‌ای	معتاد	عادی	تهران	پایان‌نامه	۲۳. پیروزی (۱۳۸۹)
				۶۳	۶۳			
عملکرد خانواده (ارتباط - نقش‌ها - مشارکت عاطفی کنترل رفتار)	توصیفی	مرد	تصادفی ساده	معتاد	عادی	اصفهان	طرح پژوهشی	۲۴. ابراهیمی و سموعی (۱۳۷۸)
				۱۰۰	۱۰۰			
سبک‌های فرزندپروری - کنترل و ارتباط خانوادگی	همبستگی	مرد	خوشه‌ای	معتاد	عادی	تهران	پایان‌نامه	۲۵. هواسی (۱۳۸۰)
				۶۰	۵۱			
کنترل اجتماعی	علی - مقایسه‌ای	مرد	تصادفی ساده	معتاد	عادی	تهران	پایان‌نامه	۲۶. رشادت (۱۳۸۸)
				۶۳	۶۳			

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی

## ابزار

### چک‌لیست تحلیل محتوا<sup>۱</sup>

از این چک‌لیست برای انتخاب مقالات، پایان‌نامه‌ها و طرح‌های پژوهشی و استخراج اطلاعات لازم برای فراتحلیل از محتوای آنها استفاده شد. چک‌لیست مذکور شامل مؤلفه‌های زیر است: عنوان پژوهش‌های انجام‌شده دربارهٔ اعتیاد و خانواده، مشخصات مجریان، سال و محل اجرای پژوهش، فرضیه‌های پژوهش، ابزارها، روایی و پایایی ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات، جامعه آماری، حجم نمونه و سطح معناداری آزمون‌ها به‌کار گرفته شده در پژوهش. برای فراتحلیل صرفاً پژوهش‌هایی انتخاب شدند که روایی و پایایی آنها محرز شده بود. به‌منظور به دست آوردن اندازهٔ اثر نرم‌افزار از نرم افزار CMA2 استفاده شده است. نتایج بررسی همگنی مطالعات و نیز تورش انتشار در این پژوهش به شرح زیر است:

### بررسی همگنی مطالعات

یک گام مهم و اساسی در هر فراتحلیل بررسی همگنی مطالعات است. بررسی همگنی و ناهمگنی نتایج مطالعات با استفاده از آزمون Q انجام می‌شود و معناداری این آزمون بیانگر دخالت متغیرهای تعدیل‌کننده‌ای مانند روش‌های پژوهش متفاوت، روش‌های آماری متفاوت، جنس نمونه‌های شرکت‌کننده در پژوهش، محل انجام پژوهش و... است که در این ناهمگنی نقش دارند.

نتایج به‌دست‌آمده از آزمون Q در این پژوهش به شرح ذیل است:

جدول ۲- نتایج آزمون همگنی مطالعات

مدل	Q	خطای استاندارد	درجهٔ آزادی	سطح معناداری	$I^2$
اثرات ثابت	۹۱۵/۰۶	۰/۰۱	۱۰۱	۰/۰۱	۸۸/۹۶

### 1. Content Analysis Checklist (CAC)

با توجه به جدول ۲ آماره Q به دست آمده (۹۱۵/۰۶) در سطح ۰/۰۱ معنادار است، بنابراین با احتمال ۰/۹۹ درصد فرض صفر مبنی بر همگنی مطالعات رد شده و نتیجه می‌گیریم که مطالعات مورد بررسی ناهمگن هستند. همچنین شاخص  $I^2$  نشان می‌دهد که ۸۸/۹۶ درصد تغییرات کل مطالعات ناشی از ناهمگنی مطالعات است. این ناهمگنی بیانگر دخالت متغیرهای تعدیل‌کننده در اندازه اثر کل به دست آمده است. در این پژوهش نقش متغیرهای جنسیت، روش نمونه‌گیری، روش پژوهش و محل انجام پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. نتایج به دست آمده نشانگر معناداری این متغیرها در ناهمگنی مطالعات بود.

جدول ۳- نتایج آزمون متغیرهای تعدیل‌کننده

سطح معناداری	درجه آزادی	خطای استاندارد	Q	متغیرها
۰/۰۳	۲	۰/۱۱	۶/۷۱	جنسیت
۰/۰۰۱	۶	۰/۱۱	۲۵/۳۶	روش نمونه‌گیری
۰/۰۱	۴	۰/۱۱	۱۲/۶۴	روش پژوهش
۰/۰۰۱	۱۱	۰/۱۱	۲۵/۳۴	شهر انجام پژوهش

جدای از تأثیر متغیرهای تعدیل‌کننده، مهم‌ترین نتیجه این ناهمگنی را می‌توان این دانست که پژوهش‌های مربوط به این حوزه روند انباشتی خود را طی نکرده است. درحالی‌که تنها با پیوند نتایج به دست آمده در پژوهش‌های متفاوت است که دانش بومی مرتبط با موضوع در فرایند زمان خلق می‌شود و رشد می‌کند.

## سوگیری انتشار

برای داشتن ضریب اثرهایی عاری از خطا، فراتحلیل باید شامل تمام مطالعات انجام گرفته باشد. در نظر نگرفتن همه مطالعات انجام گرفته به خطای انتشار منجر می‌شود که می‌تواند به دلایلی گوناگونی باشد. یکی از روش‌های تشخیص خطای انتشار استفاده از نمودار کیفی است. لایت و پیلر نمودار کیفی را به‌عنوان بخشی از فراتحلیل معرفی کردند. نمودار کیفی بر این حقیقت استوار است که وزن آماری مطالعه با افزایش اندازه نمونه آن افزایش می‌یابد. بنابراین مطالعات با اندازه نمونه کوچک، به‌صورت گسترده در پایین نمودار پراکنده می‌شوند و مطالعات با اندازه نمونه بزرگ‌تر در قسمت بالای نمودار و نزدیک به میانگین اثر هستند. در نبود هیچ‌گونه خطایی، نمودار شبیه به یک قیف برعکس می‌شود و در صورت وجود خطا نمودار کیفی به‌صورت غیرمتقارن درمی‌آید (سیدابریشمی و کریمی، ۱۳۹۱: ۲۱۶).

به‌منظور تحلیل سوگیری انتشار مطالعات از آزمون رگرسیون ایگر<sup>۱</sup> استفاده شد که شاخص‌های به‌دست آمده به‌صورت زیر است:

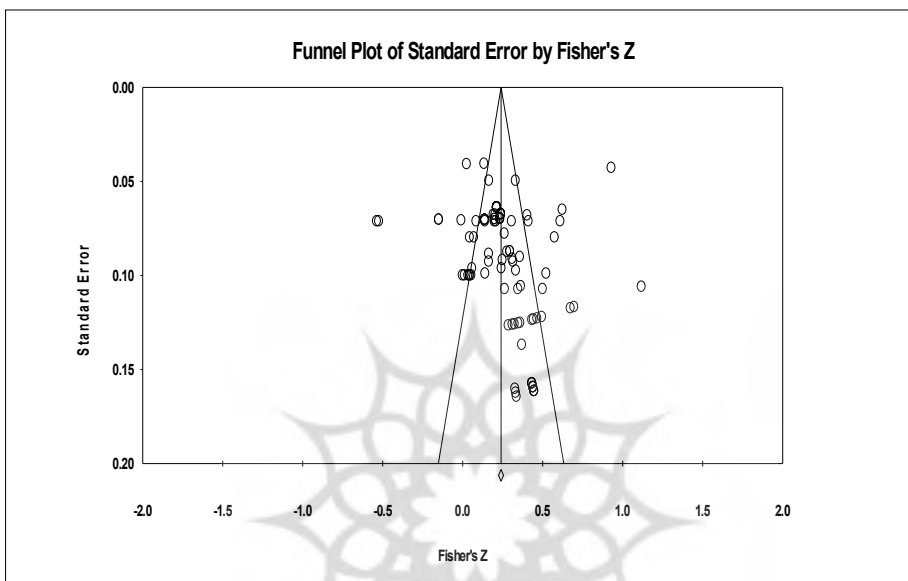
برای بررسی سوگیری انتشار آزمون‌های متفاوتی در نرم افزار CMA2 وجود دارد که معمول‌ترین و پرکاربردترین آنها آزمون رگرسیون ایگر است. امتیاز این آزمون، قوی‌تر بودن آن نسبت به دیگر آزمون‌هاست و همچنین این روش می‌تواند شامل بیش از یک متغیر پیش‌بینی‌کننده باشد، علاوه‌براین در این روش از ارزش‌های حقیقی اندازه اثر برای پیش‌بینی استفاده می‌شود.

جدول ۴- نتایج آزمون رگرسیون ایگر

حد بالا	حد پایین	خطای استاندارد	معناداری	درجه آزادی	T مشاهده شده	B
۳/۱۷	-۰/۵۰	۰/۹۲	۰/۱۵	۱۰۰	۱/۴۳	۱/۳۳

1. Egger

چنانچه در جدول ۴ مشاهده می‌شود عدم معناداری آزمون T نشان‌دهنده عدم سوگیری در انتشار مطالعات است. این عدم سوگیری در انتشار مطالعات در نمودار کیفی به خوبی قابل مشاهده است.



نمودار ۱- نمودار کیفی مطالعات

## یافته‌ها

الف) توزیع متون پژوهشی برگزیده برحسب حوزه و قلمرو مطالعاتی همان‌طور که مشاهده می‌شود از منابع پژوهشی مرورشده حدود ۳۵ درصد متعلق به حوزه مطالعاتی روان‌شناسی، ۲۴ درصد متعلق به حوزه مشاوره، ۱۲ درصد متعلق به حوزه جامعه‌شناسی، مددکاری اجتماعی و پزشکی است و ۴ درصد متعلق به حوزه مطالعاتی مدیریت آموزشی و ۴ درصد متعلق به حوزه خانواده‌درمانی است.

جدول ۵- توزیع متون پژوهشی برگزیده برحسب حوزه و قلمرو مطالعاتی

ردیف	قلمرو و حوزه مطالعاتی	فراوانی	درصد
۱	مشاوره	۶	۰۷/۲۳
۲	روان‌شناسی	۹	۶۱/۳۴
۳	جامعه‌شناسی	۳	۵۸/۱۱
۴	مددکاری اجتماعی	۳	۵۸/۱۱
۵	پزشکی	۳	۵۸/۱۱
۶	مدیریت آموزشی	۱	۸۴/۳
۷	خانواده‌درمانی	۱	۸۴/۳
	جمع	۲۶	۱۰۰

ب) توزیع متون پژوهشی برگزیده برحسب ماهیت و نوع اثر

همان‌طور که در جدول ۶ نشان داده شده است، درصد بالایی از منابع و متون پژوهشی مرور شده در قالب مقاله عرضه شده است، به طوری که حدود ۷۲ درصد از منابع مرور شده مقاله و حدود ۲۰ درصد از آنها پایان‌نامه دانشجویی و ۸ درصد نیز به صورت طرح و گزارش پژوهشی هستند.

جدول ۶- توزیع متون پژوهشی برگزیده برحسب ماهیت و نوع اثر

ردیف	ماهیت و نوع اثر مرور شده	فراوانی	درصد
۱	مقاله	۱۹	۷۲
۲	پایان‌نامه دانشجویی	۵	۲۰
۳	گزارش و طرح پژوهشی	۲	۸
	جمع	۲۶	۱۰۰

پ) توزیع پژوهش مرور شده برحسب نوع روش مطالعه

همان‌طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، ۵۵/۶ درصد پژوهش‌ها از روش تحقیق علی - مقایسه‌ای، ۱۴/۸ درصد همبستگی و ۲۹/۶ درصد از پژوهش توصیفی استفاده کرده‌اند.

جدول ۷- توزیع پژوهش‌های مرور شده برحسب نوع روش مطالعه

درصد فراوانی	روش مطالعه	ردیف
۵۵/۶	علی - مقایسه‌ای	۱
۱۴/۸	همبستگی	۲
۲۹/۶	توصیفی	۳
۱۰۰	جمع	

د) توزیع متون پژوهشی مرور شده برحسب مدل‌های نظری مورد تأکید

در این قسمت به دنبال آنیم که دریابیم چه نوع نظریه‌هایی در این پژوهش‌ها بیشتر مورد استفاده قرار گرفته‌اند و چه نظریه‌هایی از سهم کمتری برخوردار بوده‌اند. با جمع‌آوری کل نظریه‌های مطرح شده در ۲۶ پروژۀ پژوهشی سهم هر یک از نظریه‌ها در کل پژوهش‌ها به شرح زیر بوده است، البته باید توجه داشت که ۱۷ نظریه یاد شده در ۱۷ مطالعه مجزا به کار نرفته و در برخی از مطالعات، بیش از یک نظریه به‌عنوان راهنمای پژوهش مورد استفاده واقع شده است.



جدول ۸- توزیع متون پژوهشی مرور شده برحسب مدل‌های نظری مورد تأکید

ردیف	نام نظریه	حوزه	فراوانی	درصد
۱	سبک‌های والدینی	روان‌شناسی اجتماعی <sup>۱</sup>	۴	۲۳/۵
۲	نظریه برچسب	جامعه‌شناسی	۱	۶
۳	نظریه کنترل اجتماعی	جامعه‌شناسی	۳	۱۷/۶
۴	نظریه یادگیری اجتماعی	جامعه‌شناسی	۲	۱۱/۸
۵	نظریه سیستم‌ها	روان‌شناسی اجتماعی	۲	۱۱/۸
۶	نظریه حمایت اجتماعی	روان‌شناسی اجتماعی	۱	۶
۷	نظریه آنومی دورکیم	جامعه‌شناسی	۱	۶
۸	نظریه فشار اجتماعی	جامعه‌شناسی	۳	۱۷/۶
	جمع		۱۷	۱۰۰

سبک‌های والدینی با ۲۳/۵ درصد، کنترل اجتماعی و فشار اجتماعی با ۱۷/۶ درصد از جمله شایع‌ترین نظریات مطرح شده در مطالعات مرور شده هستند. درعین حال با در نظر گرفتن حوزه کاربرد نظریه، نظریه‌های جامعه‌شناختی با حدود ۵۹ درصد در رأس نظریه‌های مورد استفاده بودند. این در حالی است که از میان پژوهش‌های مورد مطالعه ۷۰ درصد فاقد مبانی نظری بوده‌اند که البته این بی‌توجهی پژوهشگران به الگوهای نظری از نقاط ضعف عمده روش‌شناسانه در پژوهش‌های مورد مطالعه

۱- ملاک این تقسیم‌بندی حوزه‌ای است که نظریه در آن مطرح شده است. مثلاً نظریه فشار اجتماعی آلبرت کوهن و نیز کلاوارد و اهلین، نظریه برچسب‌زنی لمرت، نظریه آنومی دورکیم، نظریه یادگیری اجتماعی ساترلند و نظریه کنترل اجتماعی هیرشی، در حوزه جامعه‌شناسی مطرح شده است. نظریه سبک‌های والدینی بامریند و نظریه حمایت اجتماعی ساراسون در حوزه روان‌شناسی اجتماعی مطرح شده‌اند. نظریه سیستمی را نیز برتالانفی زیست‌شناس مطرح شده است. اما در تعدادی زیادی از رشته‌ها همچون جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، مشاوره، مددکاری اجتماعی، مدیریت و... مورد استفاده قرار می‌گیرد. در نتیجه در این مورد به کاربرد این نظریه از سوی محققان حوزه اعتیاد و خانواده نظر داشتیم. پژوهشگران با تخصص روان‌شناسی اجتماعی از نظریه پژوهش‌های بررسی شده در این مطالعه استفاده می‌کنند.

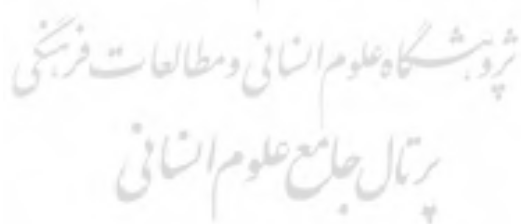
محسوب می‌شود. نکته جالب اینکه فراوانی پژوهش‌های پژوهشگرانی با تخصص جامعه‌شناسی همان‌طور که در جدول ۵ آمده است، ۱۲ درصد بوده است. به عبارت دیگر حتی پژوهشگران با تخصص‌های غیرجامعه‌شناسانه نیز برای پیشبرد پژوهش‌های خود از نظریات این حوزه بهره گرفته‌اند.

داده‌های جدول ۸ همچنین نشان می‌دهد از میان نظریه‌های حوزه روان‌شناسی اجتماعی بیشتر از یک نظریه خاص - سبک‌های والدینی - استفاده شده و سایر نظریات موجود در این حوزه مغفول مانده‌اند. این در حالی است که نظریه‌های جامعه‌شناسی به‌ویژه نظریه‌های حوزه انحرافات تسلط بیشتری در مطالعات انجام شده دارند.<sup>۱</sup>

## عناوین متغیرهای مستقل استخراج شده از فرضیات در متون پژوهشی مورد

### بررسی

به منظور ترکیب پژوهش‌های برگزیده، ابتدا به استخراج فرضیات طرح شده در پژوهش‌های مرور شده پرداخته شد.



۱- دو رویکرد جرم‌انگارانه و بیمار‌انگارانه نسبت به فرد معتاد در جهان وجود دارد، که سیاست‌های حوزه مواد مخدر در هر کشور بسته به رویکرد اتخاذی متفاوت است. کشور ما میان این دو مدل شناور است، غالباً گفته می‌شود که معتاد یک بیمار است، اما در عمل معتاد را یک مجرم می‌شناسند. همان‌طور که مشاهده می‌شود پژوهش‌های موجود در حیطه خانواده و اعتیاد نیز از این سردرگمی در امان نمانده‌اند. با این وجود بهره‌گیری بیشتر از نظریات حوزه انحرافات نشان‌دهنده تسلط رویکرد جرم‌انگارانه به اعتیاد در کشور ماست.

جدول ۹- عناوین متغیرهای مستقل و توزیع فراوانی هریک از فرضیات پژوهش‌های مرور شده

ردیف	نام متغیر	تعداد حضور در فرضیات	ردیف	نام متغیر	تعداد حضور در فرضیات
۱	ارتباطات میان اعضای خانواده	۹	۱۲	نظارت خانواده	۶
۲	توانایی حل مسئله در اعضای خانواده	۷	۱۳	انعطاف‌پذیری	۲
۳	نقش‌ها	۶	۱۴	حمایت خانواده	۵
۴	آمیختگی عاطفی ۱	۱۱	۱۵	آگاهی خانواده	۱
۵	پاسخ‌دهی عاطفی ۲	۶	۱۶	بی‌سوادی و نا آگاهی خانواده	۱
۶	توانایی کنترل رفتار	۶	۱۷	سبک‌های فرزندپروری	۴
۷	عملکرد خانواده	۸	۱۸	طلاق، فوت والدین و همسر	۴
۸	خشونت در خانواده	۳	۱۹	حضور والدین در خانه	۱
۹	اختلافات خانوادگی	۴	۲۱	پایگاه اقتصادی - اجتماعی	۲
۱۰	سابقه اعتیاد در خانواده	۶	۲۲	تبعیض میان فرزندان	۱
۱۱	مرزهای خانوادگی (تنیده، هنجار و گسسته)	۱			

1. Affective Involvement
2. Affective Responsiveness

متغیرهای ذکر شده، در فرضیات پژوهش‌های مرور شده مشتمل بر ۲۲ متغیر بود.<sup>۱</sup> چنانچه مشاهده می‌شود، با توجه به تعدد حضور متغیرها در فرضیات پژوهش‌های برگزیده، متغیرهای آمیختگی عاطفی با ۱۱ مورد، ارتباطات میان اعضای خانواده با ۹ مورد، توانایی حل مسئله در اعضای خانواده با ۷ مورد، متغیرهای نقش‌ها، پاسخ‌دهی عاطفی، نظارت خانواده، توانایی کنترل رفتار، سابقه اعتیاد در خانواده و در نهایت عملکرد خانواده با ۶ مورد دارای بیشترین تعداد حضور در فرضیات پژوهش‌های مرور شده هستند.

## تحلیل نتایج آزمون فرضیات و ارزشیابی اندازه اثر متغیرها در پژوهش‌های

### مرور شده

هدف این بخش دستیابی به یک جمع‌بندی درباره متغیرهای خانوادگی است که رابطه معناداری با اعتیاد دارند. علاوه بر این در این بخش به شناسایی مهم‌ترین متغیرهای خانوادگی تأثیرگذار بر اعتیاد پرداخته می‌شود. همان‌طور که از تحلیل نتایج آزمون فرضیات پژوهش‌های مرور شده می‌توان استنتاج کرد با توجه به تعدد ویژگی‌های خانوادگی اثرگذار بر اعتیاد که در جدول ۱۰ ارائه شده است، می‌توان گفت که بر طبق استانداردهای ارائه شده کوهن (۱۹۹۲) متغیرهای انعطاف‌پذیری در خانواده (۰/۵۵-)، اختلافات خانوادگی (در خانواده زناشویی) (۰/۵۴)، حضور والدین در خانه (۰/۵۱-) با اندازه اثر زیاد بیشترین تأثیر را بر اعتیاد دارند و از این میان انعطاف‌پذیری در خانواده و حضور والدین در خانه رابطه معکوسی با اعتیاد در خانواده دارند. متغیرهای حمایت خانواده (۰/۴۸-)، ارتباطات میان اعضای خانواده (۰/۴۰-)، خشونت جنسی (۰/۴۱)، طلاق و فوت همسر (۰/۳۹)، اختلافات خانوادگی (خانواده اصلی) (۰/۳۵)، بی‌سوادی

۱- لازم به ذکر است این متغیرها لزوماً از مبانی نظری پژوهش بیرون کشیده نشده‌اند. همان‌طور که عنوان شد ۷۰ درصد مقالات فاقد نظریه بوده‌اند.

و ناآگاهی خانواده (۰/۳۲)، خشونت جسمانی (۰/۳۲)، سبک فرزندپروری طرد کننده (۰/۳۱)، سبک فرزندپروری سهل‌گیر (۰/۳۰)، سبک فرزندپروری مستبد (۰/۳۰) و سبک‌های فرزندپروری پذیرا (۰/۳۰-) دارای اندازه اثر متوسط هستند و سایر متغیرها اندازه اثر پایین‌تر از متوسط و کم را به خود اختصاص دادند، بدین معنا که این متغیرها تأثیر پایین‌تر از متوسط و یا کمی بر اعتیاد در خانواده دارند.

اندازه اثر متغیرهای پایگاه اقتصادی - اجتماعی، تبعیض میان فرزندان نیز در این پژوهش معنادار نشده است و به نظر می‌رسد این متغیرها نقش چندانی در اعتیاد نداشته‌اند.

جدول ۹- میانگین، اندازه اثر، آماره Z و سطح معناداری مربوط به متغیرهای مورد بررسی

سطح معناداری	Z	CI/۹۵		میانگین اندازه اثر	عوامل
		حد بالا	حد پایین		
۰/۰۰۷	۲/۷۰	۰/۵۶	۰/۱۰	۰/۳۵	اختلافات خانوادگی (خانواده اصلی)
۰/۰۰۱	۵/۷۸	۰/۵۰	۰/۲۶	۰/۳۹	طلاق و فوت همسر
۰/۰۰۱	۸/۵۶	۰/۶۳	۰/۴۳	۰/۵۴	اختلافات خانوادگی (خانواده زناشویی)
۰/۰۰۱	۴/۲۳	۰/۳۵	۰/۱۳	۰/۲۴	طلاق و فوت والدین
۰/۰۰۱	-۶/۶۶	-۰/۱۱	-۰/۲۰	-۰/۱۶	توانایی کنترل رفتار
۰/۰۰۱	۵/۱۶	-۰/۱۱	-۰/۲۵	-۰/۱۸	توانایی حل مسئله در میان اعضای خانواده
۰/۰۰۴	-۲/۸۴	-۰/۰۶	-۰/۳۱	-۰/۱۹	تمایز یافتگی
۰/۰۰۱	-۵/۸۱	-۰/۱۲	-۰/۲۴	-۰/۱۸	نقش‌ها (کارآیی خانواده در توزیع مناسب وظایف و مسئولیت‌ها در خانه)
۰/۰۰۱	-۲۱/۰۲	-۰/۳۶	-۰/۴۳	-۰/۴۰	ارتباطات میان اعضای خانواده
۰/۰۰۱	۸/۱۹	-۰/۱۹	-۰/۳۱	-۰/۲۵	عملکرد خانواده

۰/۰۰۱	۷/۲۰	-۰/۳۹	-۰/۶۲	-۰/۵۱	حضور والدین در خانه
۰/۰۵	-۱/۷۷	-۰/۰۱	-۰/۳۳	-۰/۱۶	آگاهی خانواده
۰/۰۰۱	۶/۶۷	۰/۴۰	۰/۲۳	۰/۳۲	بی‌سوادی و ناآگاهی خانواده
۰/۰۰۵	-۲/۷۹	-۰/۰۵	-۰/۳۲	-۰/۱۹	نظارت خانواده
۰/۰۰۱	۷/۳۴	-۰/۳۶	-۰/۵۸	-۰/۴۸	حمایت خانواده
۰/۰۰۱	-۹/۱۶	-۰/۴۵	-۰/۶۳	-۰/۵۵	انعطاف‌پذیری
۰/۲۳	۱/۱۹	۰/۲۲	۰/۰۵	۰/۰۸	پایگاه اقتصادی - اجتماعی خانواده
۰/۰۰۱	۷/۶۰	۰/۴۰	۰/۲۴	۰/۳۲	خشونت و آزار جسمانی
۰/۰۰۱	۴/۸۵	۰/۳۰	۰/۱۳	۰/۲۲	خشونت و آزار روانی
۰/۰۰۱	۳/۳۵	۰/۳۵	۰/۰۹	۰/۲۳	خشونت و آزار عاطفی (چیست)
۰/۰۳	۲/۱۱	۰/۲۷	۰/۰۱	۰/۱۴	خشونت اقتصادی
۰/۰۰۱	۱۰/۴۶	۰/۴۸	۰/۳۴	۰/۴۱	خشونت و آزار جنسی در خانواده
۰/۱۵	۱/۴۲	-۰/۰۵	-۰/۳۲	-۰/۱۴	عدم تبعیض میان فرزندان
۰/۰۰۱	۳/۴۰	۰/۴۶	۰/۱۳	۰/۳۰	سبک فرزند پروری سهل‌گیرانه
۰/۰۰۱	۳/۴۱	۰/۴۶	۰/۱۳	۰/۳۱	سبک بی‌اعتنا
۰/۰۰۱	-۵/۹۴	-۰/۲۱	-۰/۴۰	-۰/۳۰	سبک مقتدر
۰/۰۰۱	۳/۴۰	۰/۴۶	۰/۱۳	۰/۳۰	سبک مستبد
۰/۰۰۱	۵/۶۶	۰/۳۱	۰/۱۵	۰/۲۳	سابقه اعتیاد در خانواده

در مجموع از نتایج فراتحلیل پژوهش‌های برگزیده در زمینه سوء مصرف مواد و خانواده در یک دوره ۱۳ ساله می‌توان نتیجه گرفت که به برخی از عوامل اثرگذار خانوادگی، همانند انعطاف‌پذیری در خانواده، حضور والدین در خانه - نظر به اندازه اثر آنها - در این پژوهش‌های توجه کافی نشده و تعدد و شیوع پژوهش‌ها در این زمینه به اندازه کافی نیست، به طوری که ۸ درصد از پژوهش‌ها به انعطاف‌پذیری در خانواده و یا ۴ درصد از پژوهش‌ها به بررسی تأثیر حضور والدین در خانه بر اعتیاد

پرداخته‌اند، در صورتی که متغیر انعطاف‌پذیری خانواده با ۵۵ درصد و متغیر حضور والدین در خانه با ۵۱ درصد اثرگذاری زیادی بر رفتار اعتیادی داشته‌اند. این امر نشانگر آن است که در حیطه مطالعاتی مورد نظر ما، پژوهش‌های انجام شده با نیازهای موجود منطبق نیست، بدین معنا که پژوهشگران این حوزه بیشتر به متغیرهایی پرداخته‌اند که تأثیر اندکی بر اعتیاد داشته‌اند و متغیرهایی که تأثیرگذاری بیشتری در این حوزه دارند، کمتر مورد توجه آنها قرار گرفته است.

### ارزیابی پژوهش‌ها از حیث راهکارهای ارائه شده

بررسی پژوهش‌های صورت‌گرفته نشان می‌دهد، تنها در ۷ درصد از این پژوهش‌ها، راهکارها مبتنی بر بیان مسئله و چارچوب نظری پژوهش بوده است، تقریباً ۷۰ درصد موارد بررسی شده فاقد راهکار بوده و ۱۳ درصد از پژوهش‌ها نیز راهکارهای غیرمعتبر و نامناسبی ارائه کرده‌اند. نداشتن شفافیت، بی‌توجهی به جنبه‌های اجرایی و پتانسیل‌های موجود در جامعه — به لحاظ سازمانی، قانونی، نیروی انسانی و... — از ویژگی‌های قابل توجه در راهکارهای عنوان‌شده در این پژوهش‌ها بود. این راهکارها گاهی به قدری کلی‌اند که حتی بدون پژوهش هم مسئولان و برنامه‌ریزان می‌توانند آنها را مطرح کنند. شاید یکی از دلایل این مسئله آن است که پژوهشگران به‌واقع با موضوع پژوهش درگیر نمی‌شوند و در غالب موارد بدون یک چارچوب دقیق و شاکله قوی شروع به کار می‌کنند. مبانی نظری قوی ندارند، نتایج و یافته‌ها صرفاً توصیفی از نتایج آماری است و پژوهشگر درگیر مسئله پژوهش نشده و چالش‌های لازم را نمی‌بیند و در نتیجه راهکار مناسبی ندارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

گرچه چرایی این موضوع نیاز به بررسی بیشتری دارد، اما به نظر می‌رسد هنوز ضرورت کاربردی بودن پژوهش در کشور ما و لزوم استفاده از نتایج پژوهش‌ها درونی نشده

است و در نتیجه پژوهشگران در راستای پاسخ به نیازهای جامعه عمل نمی‌کنند. این در حالی است که پژوهش در هر حوزه‌ای بسیار اثرگذار بوده و دستیابی به اهداف آن حوزه — در اینجا پیشگیری، درمان اعتیاد — را تسریع می‌بخشد. افزایش دانش و پیشرفت علمی در جهت نیازهای بیماران و خانواده‌های آنها از جمله فاکتورهای اصلی بهبود ارائه خدمات به آنها است. ناگفته نماند که اگرچه افزایش کمی تولیدات علمی بسیار حائز اهمیت است و نشان‌دهنده تلاش یک کشور در راستای توسعه و پیشرفت علمی است، اما آنچه اهمیت بیشتری دارد و باید به آن توجه خاصی مبذول شود، رشد کیفی پژوهش‌ها و مطالعات به‌منظور کاربردی ساختن و هدفمند کردن آنها در جهت رفع مشکلات مرتبط با خانواده‌های دارای عضو مصرف‌کننده است. به‌منظور بهبود جریان مطالعاتی پژوهش‌های انجام شده در حیطه اعتیاد و خانواده، لازم است پژوهش‌هایی در حوزه چگونگی عملکرد درمانگران حوزه اعتیاد، میزان اثربخشی فعالیت‌های آنها و نیز نیازمندی‌های آموزشی آنها صورت بگیرد. مشخص شدن راهبردهایی برای شناسایی نیازهای پژوهشی در این حیطه، تأکید بر انتشار و به‌کارگیری مؤثر یافته‌ها و تلاش برای مرتفع کردن مشکلاتی که در زمینه سیستم مدیریت پژوهش‌ها وجود دارد نیز می‌تواند در این زمینه راهگشا باشد.

در فراتحلیل حاضر ۲۶ مطالعه درباره اعتیاد و خانواده مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که در بحث اعتیاد و خانواده، در غالب پژوهش‌های انجام شده از مدل نظری خاصی که بتواند راهنمای تحقیق باشد، استفاده نشده است و غالباً محققان تحقیقات خود را در چارچوب‌های نظری محقق‌ساخته‌ای که بیشتر نتایج پژوهش‌های پیشین بوده است، پیش برده‌اند. به‌تبع نبود چارچوب نظری مشخص، فرضیه‌های پژوهش نیز نشئت‌گرفته از دل نظریه نیستند و یافته‌های پژوهش هم در غالب موارد، فاقد بنیان‌های نظری لازم هستند. پژوهش‌ها غالباً توصیفی بودند، عمده مطالبی که تحت عنوان نتایج پژوهش آورده شده است، صرفاً توصیف ساده‌ای از آزمون فرضیات و تجزیه و تحلیل جدول‌های آماری است. درحالی‌که نتایج به‌دست‌آمده باید در



چارچوب نظری مطرح شده تبیین شوند و از توصیف صرف داده‌ها فراتر روند. تنها در چنین صورتی است که پژوهشگران خصوصاً در حوزه علوم اجتماعی از آماردانان فراتر می‌روند. تقلیل نتایج به نتایج آماری یکی از ضعف‌های عمده روشی این مطالعات است.

از آنجا که در این پژوهش‌ها به بخش چارچوب نظری آن‌گونه که باید پرداخته نشده و اگر هم پرداخته شده، تأیید یا رد فرضیه‌ها و نتایج آماری، در قالب‌های نظری مطرح شده تبیین نمی‌شوند، در بخش نتایج پژوهش هم — جز در یک مورد — شاهد تأیید یا رد هیچ مدل نظری نیستیم. این ضعف به‌خصوص در پژوهش‌هایی که در حوزه روان‌شناسی و مشاوره انجام شده است، دیده می‌شود. اما با این حال آنجا که از نظریه‌ها برای شکل‌دهی به فرضیات بهره جسته شده، نظریات انحرافات غلبه انکارناپذیری دارند، به‌طوری‌که ۵۹ درصد از مطالعاتی که چارچوب نظری مشخصی دارند، با رویکرد انحرافات، اعتیاد را بررسی کرده‌اند.

از آنجا که سبک و شیوه تفکر پژوهشگران در خصوص اعتیاد بر سیاست‌گذاری‌ها، ابزارهای مداخله‌ای چه در سطح پیشگیری و چه در سطح درمان تأثیرگذار خواهد بود، چنانچه اعتیاد با استفاده از نظریات انحرافات مورد بررسی واقع شود، قاعدتاً اعتیاد یک جرم تلقی می‌شود و به‌تبع آن برنامه‌های مداخله‌ای طراحی شده برای مصرف‌کننده و خانواده تنبیه‌محور خواهند بود. این درحالی است که از سال ۱۹۶۰ شاهد مطرح شدن اعتیاد به‌عنوان یک بیماری نیز هستیم (Vrecko, 2010: 61). باوجوداین به‌نظر می‌رسد پژوهشگران ما هنوز نتوانسته‌اند، اعتیاد را به‌عنوان یک بیماری بپذیرند. شاید نظریه‌پردازان حوزه انحرافات مدعی این باشند که از نظر آنها هم فرد مصرف‌کننده قربانی است و براساس این نگرش فرد قربانی مستحق کمک و همدلی است، در نتیجه به‌زعم آنها نیز نمی‌توان مصرف‌کننده را به خاطر زبانی که وارد کرده نکوهش کرد، چرا که این سرزنش متوجه اجتماع است و نه فرد مصرف‌کننده و باز هم شاید آنها بتوانند ادعا کنند که ما اعتیاد را به‌عنوان یک بیماری اجتماعی می‌شناسیم. اما نکته نهفته در پس

این مدعا آن است که نظریه پردازان حوزه انحرافات حتی اگر معتقد باشند که اعتیاد یک بیماری است، بار این بیماری را بر دوش اجتماع می اندازند و به تبع آن زمانی که موضوع برنامه های مداخله ای مطرح می شود، آنها به نوعی به سرزنش اجتماع و در موضوع مورد بحث ما به تنبیه خانواده خواهند پرداخت. اما نوع نگاهی که اعتیاد را یک بیماری می انگارد، نه تنها به سرزنش مصرف کننده نخواهد پرداخت که خانواده را نیز سرزنش نمی کند. در همین راستا برای درمان بیماری اعتیاد در عین اینکه می توان از نیرو و پتانسیل نهفته در خانواده برای بهبود بیماری بهره جست، به سرزنش خانواده و اعضای آن که گاهی سبب مقاومت آنها در درمان و گاهی نیز سبب ایجاد احساس گناه در آنها می شود، نمی پردازیم.

البته نگارنده بر این امر واقف است که یک متخصص علوم اجتماعی حسب نوع نگاه خود به امور، همانند یک پزشک و یا روان شناس به موضوع نمی نگرد. تأکید بر این موضوع از این رو است که در مطالعات این حوزه نظریات انحرافات چیرگی یافته اند. این در حالی است که مطمئناً پژوهشگران قادرند دریچه های دیگری را نیز بر مطالعات این حوزه بازکنند.

پذیرش اعتیاد به عنوان یک بیماری ابتدا باید در سطح مفهومی اتفاق بیفتد، بدین معنا که زبان، اصطلاحات و چارچوب های مفهومی که برای درک و تعریف این پدیده به کار می رود، تغییر کند. در سطح دیگر که سطح نهادی است، سازمان های مسئول با اتخاذ چنین دیدگاهی به مدیریت این مسئله، رفتار یا تجربه می پردازند و در نهایت این دیدگاه بر تعامل میان درمانگران، بیماران، خانواده و سایر اعضای جامعه تأثیر می گذارد. از این رو پذیرش اعتیاد به عنوان یک بیماری در وهله اول نیازمند پذیرش آن از سوی پژوهشگران و به تبع آن کارگزاران جامعه، درمانگران و توده مردم است. به رغم اینکه در کشور ما مدتی است که موضع گیری نسبت به پدیده اعتیاد تغییر کرده، اما به نظر می رسد پژوهشگران ما همچنان می خواهند این پدیده را با همان ابزار سابق اندازه بگیرند. مقصود ما از این بحث، آن است که در سطح پیشگیری و به خصوص درمان اعتیاد،

وقت آن رسیده که پژوهشگران بر ویژگی‌های مثبت خانواده‌ها که می‌تواند نقش حفاظت‌کننده از فرزندان در مرحله پیشگیری و نقش تقویت‌کننده در مرحله درمان داشته باشد، تأکید بیشتری کنند. گرچه زمانی که به یافته‌های این پژوهش‌ها در جدول ۱۰ نظری بیندازیم، تعدادی از متغیرها از جمله ارتباطات میان اعضای خانواده، حضور والدین در خانه، حمایت خانواده و انعطاف‌پذیری در خانواده را حفاظت‌کننده و تقویت‌کننده می‌بینیم، اما جای تأسف آنجاست که این متغیرها از هیچ الگوی نظری خاصی تبعیت نمی‌کنند.

نکته قابل ذکر دیگر این است که چه در سطح پیشگیری و چه در سطح درمان صرف دانستن اینکه ارتباطات میان اعضای خانواده‌های دارای عضو مصرف‌کننده با سایر خانواده‌ها تفاوت می‌کند، کفایت نمی‌کند؛ زمان آن رسیده که پژوهشگران چگونگی این تعاملات را شناسایی کنند. دانستن اینکه اختلافات خانوادگی، سابقه اعتیاد در خانواده، فوت والدین و یا طلاق در گرایش به اعتیاد مؤثر است، زمانی سودمند خواهد بود که ما به هنگام غربالگری برای پیاده کردن برنامه‌های پیشگیری، افراد در معرض ریسک را بهتر شناسایی کنیم. علاوه بر این حائز اهمیت است که بدانیم برنامه‌های پیشگیرانه ما باید چه محتوایی داشته باشند و چه چیز را و چگونه اصلاح کنند. البته این موضوع در حوزه درمان هم مطرح می‌شود؛ این در حالی است که مطالعه حاضر نشان می‌دهد، روند پیش‌گرفته‌شده در پژوهش‌های موجود به هیچ وجه ما را بدین هدف نزدیک نمی‌سازد.

نظر به آنکه شبکه دانش بر ستون مطالعات و پژوهش‌های پژوهشگران استوار است و از آن رو که پژوهش در حوزه اعتیاد و خانواده به سبب جهت‌گیری نامناسب تعدادی از پژوهشگران با برخی خلأهای اساسی مواجه است، تیم‌های فعال در این حوزه توان علمی و به تبع آن عملی لازم را برای ورود به حیطة درمان و حتی پیشگیری ندارند و در نتیجه گروه‌های هم‌تا در کشور ما نقش درمانگران حوزه اعتیاد را بازی می‌کنند. ناگفته نماند که عدم تسلط فضای علمی بر پژوهش‌ها، فقدان معیار مناسبی

برای ارزیابی کیفیت محتوای پژوهش‌های انجام شده به هنگام بررسی سابقه پژوهشی پژوهشگران و توجه صرف به کمیت تعداد مقالات و پژوهش‌های انجام گرفته یک پژوهشگر، کیفیت پژوهش‌ها را در حوزه علوم انسانی و موضوع مورد بحث ما به شدت تحت تأثیر قرار داده و پژوهشگران را به نگارش پژوهش‌های سطحی سوق می‌دهد.

مرتفع کردن این امر علاوه بر تغییر در برخی سیاست‌های دانشگاهی و نحوه داوری مقالات در سایه استفاده از رویکردهای نظری دیگرگونه به خصوص در حوزه روان‌شناسی، مددکاری اجتماعی و مشاوره و نیز انجام پژوهش‌هایی با استفاده از روش کیفی میسر خواهد شد. رویکردهای کیفی پژوهشگران را در شناخت ساختارها، رفتارها و تعاملات بین فردی خانواده‌های دارای عضو مصرف‌کننده به منظور طراحی برنامه‌هایی در سطح پیشگیری و نیز درمان اعتیاد یاری خواهد رساند.

در نهایت قابل ذکر است که تغییر در نحوه آموزش‌های درمانگران حوزه اعتیاد، ایجاد دوره‌های بازآموزی برای توسعه مهارت‌های آنها به منظور انجام مداخلات مؤثر در خانواده‌های دارای عضو مصرف‌کننده و نیز بیماران و احراز جایگاه واقعی درمانگران در حوزه مورد بحث، جملگی منوط به اعمال تغییراتی در شبکه دانش اعتیاد در کشور است.

## منابع

- بهروان، حسین؛ حسین میرانوری. (۱۳۸۹)، «تحلیل جامعه‌شناختی بازگشت معتادان به اعتیاد در مرکز اجتماع مدار. (TC) شهر مشهد در سال ۱۳۸۸»، *فصلنامه بررسی مسائل اجتماعی ایران*، سال اول، شماره ۱، صص ۴۵-۷۹.
- تشویقی، فروهر. (۱۳۸۵)، *پیام‌رهایی: تاریخچه مختصر انجمن‌های ۱۲ قدمی*، تهران: نشر مؤلف.

- تیموری، سعید؛ شکیلا یوسفی. (۱۳۸۷)، «مقایسه سبک‌های فرزندپروری والدین دارای کودک ADHD با والدین دارای کودک بهنجار»، *همایش روان‌شناسی و کاربرد آن در جامعه*. صص ۱-۱۳
- زینالی، علی؛ رقیه وحدت؛ خاور قره‌دینگه. (۱۳۸۹)، «رابطه سبک‌های والدینی با استعداد اعتیاد در فرزندان»، *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، سال ۶. شماره ۲۳، صص ۳۳۵-۳۵۲.
- سید ابریشمی، سید احسان؛ ارسطو کریمی. (۱۳۹۱)، «کاربرد آزمون‌های آماری در تشخیص خطای انتشار در فراتحلیل اثرات ایمنی؛ نمونه موردی: فراتحلیل اثرات طرح‌های آرام‌سازی ترافیک شهری»، *مهندسی حمل‌ونقل*، سال ۳، شماره ۳، صص ۲۱۵-۲۲۶.
- صدیق سروستانی، رحمت‌الله. (۱۳۸۶)، *آسیب‌شناسی اجتماعی*. (جامعه‌شناسی انحرافات اجتماعی)، تهران: سمت.
- عابدی، احمد؛ حمیدرضا عریضی؛ علیرضا شواخی. (۱۳۸۴)، فراتحلیل عوامل مؤثر بر افزایش کاربست یافته‌های پژوهشی در وزارت آموزش و پرورش»، *فصلنامه نوآوری‌های آموزشی*، سال ۴، شماره ۱۲، صص ۱۱۰-۱۳۳.
- محسنی تبریزی، علیرضا؛ علیرضا جزایری؛ نعمت‌الله بابایی. (۱۳۸۹)، «فراتحلیل مطالعات مربوط به سوء‌مصرف مواد با رویکرد روانی - اجتماعی طی یک‌دهه‌ونیم گذشته. (۱۳۷۹-۱۳۸۴)، *مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران*، سال ۱، شماره ۱، صص ۱۷۶-۲۰۰.
- محمدی، محمدعلی؛ ابوعلی ودادهیر؛ علیرضا سیفی؛ و روشنگ مشتاق. (۱۳۹۱)، «فراتحلیل مطالعات فقر در ایران»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال ۱۲، شماره ۴۵، صص ۷-۴۳.

- ممتاز، فریده. (۱۳۸۱)، *انحرافات اجتماعی: نظریه‌ها و دیدگاه‌ها*، تهران: نشر شرکت سهامی انتشار.
- وایت، راب؛ فیونا هینز. (۱۳۸۷)، *جرم و جرم‌شناسی*، ترجمه علی سلیمی، محسن کارخانه و فرید مخاطب قمی، قم: پژوهشکده حوزه و دانشگاه.
- Thio, A. (2001). *Deviant Behavior*, 6th ed, Boston: Allyn and Bacol.
- Lavee, Yoav; Altus, Dvora. (2001). “family relationships as a predictors of post-treatment drug abuse relapse: a follow-up study of drug addicts and their spouses”, *Contemporary Family Therapy*, Vol. 4, No. 23, Human Sciences Press, Inc.
- Romijn, C. M.; Platt, J. J.; Schippers, G. M.; & Schaap, C. P. (1992). “Family therapy for Dutch drug users: The relationship between family functioning and success”, *International Journal of the Addictions*, No. 27, pp1-14.
- Schwartzman, J. (1988). “Continuities and discontinuities in the family treatment of substance abuse”, In F. Walsh & C. Anderson (Eds.), *Chronic disorders and the family* (pp. 105-125). New York: Haworth Press.
- Textor, M.R. (1987). “Family therapy with drug addicts: An integrated approach”, *American Journal of Psychiatry*, No. 57, pp 495–507.
- Bowen, M. (1978). *Family Therapy in Clinical Practice*, New York: Jason Aronson.
- Akers, R. L.; Sellers, C. S. (2004). *Criminological theories: Introduction, evaluation, and application*, (4th ed.). Los Angeles: Roxbury.

- Bahr, Stephen; J. Hoffmann; John, P.; Yang, Xiaoyan. (2005). "Parental and peer influences on the risk. of Adolescent Drug Use", *The Journal of Primary Prevention*, Vol. 26, No. 6, pp 529-551.
- Reed, M. D.; Rountree, P. W. (1997). "Peer pressure and adolescent substance use", *Journal of Quantitative Criminology*, No. 13, pp 143-180.
- Wills, T. A.; Mariani, J.; & Filer, M. (1996). "The role of family and peer relationships in adolescent substance use", In G. R. Pierce; B. R. Sarason, & I. G. Sarason (Eds.), *Handbook of Social Support and the Family* (pp. 521-549). New York: Plenum Press.
- Wright, J. P.; Cullen, F. T. (2001). "Parental efficacy and delinquent behavior: Do control and support matter?", *Criminology*, No. 39, pp 677-705.
- Vitaro, F.; Brendgen, M.; & Tremblay, R. E. (2000). "Influence of deviant friends on delinquency: Searching for moderator variables", *Journal of Abnormal Child Psychology*, No. 28, pp 313-325.
- Vrecko, Scott )2010( "Birth of a brain disease: science, the state and addiction neuropolitics", *History of the Human Sciences*. Vol. 4, No. 23, pp 52-67.