

اثربخشی خانواده درمانی ساختاری بر انگیزش درمان و عملکرد خانواده در خانواده‌های افراد مبتلا به سوء مصرف مواد

سجاد رئیس قره درویشلو^۱، حسین قمری کیوی^۲، علی شیخ‌الاسلامی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۴/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۰۸

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی خانواده درمانی ساختاری بر انگیزش درمان و عملکرد خانواده در خانواده‌های افراد مبتلا به سوء مصرف مواد بود. **روش:** این پژوهش از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش-آزمون و پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل تمامی خانواده‌هایی بود که به همراه عضو مبتلای خود در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۵ به مراکز ترک اعتیاد در شهر اردبیل مراجعه کردند. بدین منظور ۳۰ خانواده، با دارا بودن شرایط ورود به پژوهش به صورت هدفمند انتخاب و ۱۵ خانواده در گروه آزمایش و ۱۵ خانواده در گروه گواه گمارده شدند و از نظر انگیزش درمان و عملکرد خانواده مورد آزمون قرار گرفتند. سپس شرکت کنندگان گروه آزمایش تحت خانواده درمانی ساختاری به مدت ۸ جلسه ۱/۵ ساعته قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش و گواه پس از مداخله، مجدداً از نظر متغیرهای مورد پژوهش، ارزیابی شدند. مقیاس مراحل آمادگی برای تغییر و انگیزش درمان و ابزار سنجش خانواده برای جمع آوری داده‌ها مورد استفاده قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتیجه‌ی تحلیل کواریانس نشان داد که رویکرد خانواده درمانی ساختاری در افزایش انگیزه‌ی درمان و بهبود عملکرد خانواده در خانواده‌های افراد مبتلا به سوء مصرف مواد اثربخش بوده است. **نتیجه‌گیری:** خانواده درمانی ساختاری روشی موثر برای افزایش انگیزش درمان و عملکرد خانواده است.

کلیدواژه‌ها: خانواده درمانی ساختاری، انگیزش درمان، عملکرد خانواده، سوء مصرف مواد

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد مشاوره‌ی خانواده، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران، پست الکترونیکی:

sajjad.raesi20@gmail.com

۲. استاد گروه مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

مقدمه

خانواده نقش اساسی در بهنجاری یا نابهنجاری اعضای خود ایفا می کند (سوییز، تاتری، بروکارت و براکی^۱، ۲۰۰۴). خانواده پایه‌ای‌ترین تشکل اجتماعی و اصلی‌ترین جزء اجتماع است. دستیابی به جامعه سالم در گرو سلامت خانواده و خانواده سالم در گرو برخورداری افراد آن از سلامت روانی و داشتن ارتباط مطلوب با یکدیگر است. همچنین خانواده مهمترین عامل رشد شخصیت تا سن ۶ سالگی فرد است (سادوک و کاپلان^۲، ۲۰۰۳). چرخه حیات خانواده به عنوان مرحله پیوسته‌ای شناخته شده است، که هر مرحله مجموعه‌ای از وظایف اعضای خانواده را که بایستی برای ورود به مرحله‌ی بعدی رشد، آن وظایف را به طور کامل انجام دهند، در بر می گیرد. شکست در انجام وظایف منجر به ایجاد مشکلات سازگاری می شود. بنابراین توجه به خانواده و تلاش در جهت رفع مشکلات و معضلات این سازمان بنیادی می تواند نویدبخش جامعه‌ای ارزشمند و متعالی باشد (موسوی، مرادی، مهدوی هرسینی، ۱۳۸۶).

در این میان یکی از مهمترین معضلاتی که برخی از خانواده‌ها درگیر آن هستند، سوء مصرف مواد^۳ می باشد. سوء مصرف مواد معضلی جهانی است و هر جامعه با توجه به ویژگی‌های خاص افراد خود، به نحوی از آن رنج می برد (میثمی، فرامرزی و نائینی، ۱۳۸۵). در حال حاضر اختلال‌های مصرف مواد و پیامدهای ناخوشایند ناشی از آن یکی از مهم ترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر جهان به شمار می آید (دالی و مارلات^۴، ۲۰۰۵). گرایش به سوء مصرف مواد مخدر نیز همانند سایر پدیده‌های اجتماعی تک علتی نیست بلکه مجموعه‌ی عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی نیز بر این گرایش تاثیر دارند. در این مورد، خانواده نقش عمده‌ای در بروز، تداوم و ابقای نشانگان مرضی و از جمله سوء مصرف مواد ایفا می کند (جانکه و هاگدورن^۵، ۲۰۰۶). وقتی یک عضو خانواده نشانگان مرضی را بروز می دهد این عامل مرکز ثقل کارکرد سیستم خانواده می شود و الگوهای تعاملی خانواده پیرامون آن سازماندهی می شوند

1. Soyes, Tatrai, Broekaert & Bracke
2. Sadok & Caplan
3. substance abuse

4. Daley & Marlatt
5. Janke & Hagedron

(زاپوسنیچ، هرویس و شوارتز^۱، ۲۰۰۳). کاستانتینی، ورموت، سورنسون و لیونز^۲ (۱۹۹۲) در مطالعه‌ای سطح کارکرد خانواده را در ارتباط با پیشرفت درمان سوءمصرف 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. عملکرد خانواده به چگونگی روابط اعضای خانواده، تعامل و حفظ روابط، چگونگی تصمیم‌گیری‌ها و حل مشکلات اعضای خانواده مربوط می‌شود. در واقع آنچه در درون خانواده اتفاق می‌افتد و چگونگی عملکرد آن می‌تواند عامل کلیدی در ایجاد انعطاف‌پذیری و کاهش خطرات فعلی و آینده‌ی مرتبط با رویدادهای ناگوار و شرایط نامناسب باشد (سیلبورن^۳ و همکاران، ۲۰۰۶). هادفیلد^۴ (۲۰۰۹) در پژوهشی با عنوان رویکرد خانواده‌درمانی ساختاری در مشاوره با خانواده، گزارش کرد که این رویکرد درمانی در راستای درمان عضو دارای سوءمصرف مواد، دارای اثربخشی لازم است. همچنین نجف‌لوی و فلسفی‌نژاد (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان اثربخشی خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه مدت بر جو خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد و پیشگیری از عود، که در آن مداخلات ساختاری و راهبردی با هم تلفیق می‌شود، نشان دادند که این نوع خانواده‌درمانی در بهبود انسجام، کاهش تعارض، بهبود سازمندی و کنترل خانواده سودمند بوده است. اوفارل و فالس-استوارت^۵ (۱۹۹۹) نیز گزارش کردند که درمان‌های سیستم‌های خانواده (خانواده‌درمانی راهبردی و مدل‌های مرتبط) در کاهش مصرف الکل و تقویت کارکرد خانوادگی بهتر، موثر هستند.

آمادگی برای درمان نیز به عنوان تعهدات، دلایل و اهداف بیمار تلقی می‌شوند که به انجام رفتارهای خاص مرتبط با درمان منجر می‌شود؛ باعث نگهداری بیمار در درمان و دستیابی به اهداف درمانی می‌گردد (راپ^۶ و همکاران، ۲۰۰۷). سوءمصرف کنندگان مواد غالباً به دلایل جمعیت‌شناختی، خصوصیات بالینی همراه، وجود انگیزش ضعیف، درمان

1. Szapocznic, Hervis & Schowartz
2. Costantini, wermuth, Sorenson & Lyons
3. Silburn

4. Hadfild
5. O,Farrell, & Fals-Stewart
6. Rapp

را پیگیری نمی کنند یا درمان ها را ناتمام رها می سازند (نوسیک^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). در این میان، برخی عوامل نقش مهم تری در موفقیت درمان سوء مصرف مواد دارند. بر اساس مطالعات انجام گرفته، تشخیص مسئله و میل به تغییر، خصوصیات بیماری نظیر شدت اثرات ماده ی مورد سوء مصرف، مواد ادراک شده درمان، سن، جنس، میل به دریافت کمک، نقش معنادار در آمادگی به تغییر دارند (توکر، ویچین و ریپین، ۲۰۰۴). آمادگی برای درمان به روشنی مبین وجود انگیزش برای درمان است و باعث می شود سوء مصرف کنندگان مواد تصمیم بگیرند وارد درمان شوند (هالگرین، مویرس^۳، ۲۰۱۱). همچنین، فهم سوء مصرف مواد به عنوان یک مشکل روانی-اجتماعی توسط بیمار باعث ورود به فرآیند درمان و تداوم منظم برنامه درمانی می شود، اگرچه این عامل به تنهایی در ترک موفقیت آمیز مواد کافی نیست (اکندال، ویل اسکیل^۴، ۲۰۰۷). خصوصیات بالینی همراه با مواد، نوع ماده مصرفی، و شرایط مصرف نیز نقش مهمی در آمادگی برای درمان، جستجوی درمان و موفقیت احتمالی برنامه درمانی دارد (لاندگرین، کاسلر، آمودیو، دی آپولیتو، سالیوان^۵، ۲۰۱۲). موانع ادراک شده برای شروع تداوم برنامه درمان و نیز وجود برخی خصوصیات جمعیت شناختی و اجتماعی نامناسب آمادگی انگیزه ی ورود به درمان را کاهش می دهد و به استمرار سوء مصرف مواد می انجامد (چی و سمبل، استرلینگ و وایسنر^۶، ۲۰۱۲). در واقع تلاش برای درمان بدون بحث انگیزش کافی نیست. لذا باید از طریق مداخلاتی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، انگیزه لازم را جهت ترک مواد فراهم کرد. از جمله این مداخلات، مداخلات خانواده درمانی می باشد. در این زمینه ادوارز^۷ و استین گلاس^۸ (۱۹۹۵) و استانتون^۹ (۲۰۰۴) گزارش داده اند که خانواده درمانی در برانگیختن افراد برای وارد شدن به درمان - که در کل حوزه درمان سوء مصرف مواد، یک موضوع عمده به حساب می آید- موثر است. نامنی، شفیق آبادی، دلاور و احمدی (۱۳۹۲)

1. Nosyk
2. Tucker, Vuchinich & Rippens
3. Hallgren & Moyers
4. Ekendahl, Will & skill
5. Lundgren, Chassler, Amodeo, D'Ippolito, Sullivan

6. Chi, Campbell, Sterling & Weisner
7. Edwards
8. Steinglass
9. Stanton

در پژوهش خود دریافتند که خانواده درمانی ساختاری و راه حل مدار می تواند به عنوان یک رویکرد انگیزشی در درمان افراد وابسته به مواد به کار رود. همچنین، گزارش شده است که رویکردهای درمانی مبتنی بر خانواده مانند خانواده درمانی ساختاری، در مراحل اولیه درمان، انگیزه و آمادگی لازم برای تغییر رفتار را در فرد مصرف کننده مواد ایجاد می کنند (ولاسکوئز، مارر، کراچ و دیکلمته^۱، ۲۰۰۱؛ به نقل از نجفلوی و همکاران، ۱۳۹۱).

در درمان سوء مصرف مواد، مداخلات مبتنی بر خانواده در سه دهه ی گذشته گسترش چشمگیری داشته است (شافر^۲، ۲۰۰۸). هدف اصلی خانواده درمانی این است که حل مشکلات موجود را تسهیل نموده، رشد سالم خانواده را با تمرکز بر ارتباط بین فردی و اعضای مهم خانواده و شبکه اجتماعی بهبود بخشد (دانوان^۳، ۱۹۹۹). یکی از رویکردهای مهم در خانواده درمانی، رویکرد خانواده درمانی ساختاری^۴ است. این رویکرد یکی از پرکاربردترین رویکردها در زمینه ی درمان سوء مصرف مواد است (مینوچین، لی و سیمون^۵، ۲۰۰۶). فرض اصلی این الگو مبنی بر این است که نشانه های فرد را می توان به بهترین وجهی در بستر الگوهای تبادلی خانواده شناخت، این که تغییر در سازمان یا ساختار خانواده باید قبل از تخفیف نشانه ها صورت گیرند و این که درمانگر باید نقش رهبری را در تغییر ساختار یا بافتی که نشانه از آن نشات گرفته است، به عهده بگیرد. یافته های مطالعه ای توسط گلدبرگ و گلدنبرگ^۶ (۲۰۰۸) که ۷ سال به طول انجامید، نشان داد که خانواده درمانی ساختاری تأثیر مثبت و معناداری در عملکرد خانواده، داشته و این تأثیر در پیگیری پس از یک سال نیز باقی بود (واینی و گلدبرگ^۷، ۲۰۰۲). موسوی و همکاران (۱۳۸۶) نیز در بررسی این رویکرد بر عملکرد خانواده، آن را در بهبود عملکرد خانواده موثر دانستند. با توجه به مطالب مذکور، مسئله اصلی مطروح در پژوهش حاضر این امر

می‌باشد که آیا خانواده درمانی ساختاری بر انگیزش درمان و عملکرد خانواده در خانواده‌های افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تاثیر دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح کلی این پژوهش با توجه به اهداف و ماهیت پژوهش یک شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری مورد مطالعه در این پژوهش شامل، خانواده‌هایی بود که به همراه عضو مبتلا به سوء مصرف مواد که حداقل یک‌بار سابقه بازگشت (عود) داشتند، در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۵ به مراکز ترک اعتیاد در شهر اردبیل مراجعه کردند. از بین مراکز ترک اعتیاد شهر اردبیل، تنها دو مرکز آمادگی خود را برای همکاری اعلام کردند. سپس از بین این دو مرکز، یک مرکز (کمپ آزادی) به صورت تصادفی انتخاب و در آن فراخوان برای انجام پژوهش داده شد. با همکاری مسئولین کمپ، پرونده‌های مراجعه‌کنندگان مورد بررسی قرار گرفت و کسانی که دارای شرایط ورود به پژوهش بودند گزینش شدند. بعد از بررسی اولیه ۳۰ نفر از افراد مبتلا به سوء مصرف مواد که با اعضای خانواده خود به کمپ ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند به صورت هدفمند انتخاب، و افراد به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری جایگزین شدند. در گام بعدی نیز به صورت تصادفی کاربندی تخصیص پیدا کرد. گروه آزمایش ۸ جلسه و هر جلسه ۱/۵ ساعت و ۲ جلسه در هفته مداخله‌ی خانواده‌درمانی ساختاری دریافت کرد. در نهایت بعد از طی تمام مراحل پژوهش و افت آزمودنی‌ها، ۱۴ خانواده در گروه آزمایش و ۱۳ خانواده در گروه گواه تحلیل شدند. باسواد بودن، داشتن دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، مذکر بودن فرد مبتلا به سوء مصرف مواد در خانواده، داشتن حداقل یک‌بار سابقه عود مصرف مواد، عدم دریافت سایر مداخلات روان‌شناختی به طور همزمان و رضایت و موافقت شرکت‌کنندگان برای حضور در پژوهش ملاک ورود به این پژوهش و اختلال شدید در کارکرد فردی، خانوادگی و اجتماعی، عدم شرکت در جلسات آموزشی به مدت سه جلسه، داشتن درمان خودسرانه، داشتن مقاومت و

پرخاشگری بسیار بالا و داشتن اختلالات روانی همبود که نیازمند مراقبت جدی و فوری باشد ملاک خروجی این پژوهش بودند.

روند اجرا

خلاصه‌ی جلسات درمانی خانواده درمانی ساختاری (نیکلز^۱ و شوارتز^۲، ۱۹۴۵؛ ترجمه دهقانی و دیگران، ۱۳۸۷) در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: محتوای خانواده درمانی ساختاری به تفکیک جلسات

جلسه‌ها	هدف	محتوا
اول	پیوند و تمکین (الحاق)	در این جلسه پیوستگی و اتحاد درمانی شکل می‌گیرد و درمانگر و هر یک از اعضا متقابلاً خودشان را معرفی کرده و با هم آشنا می‌شوند. درمانگر باید مقاومت‌ها و اضطراب را بردارد. این کار با ایجاد همکاری و فهم هر یک از اعضای خانواده عملی می‌شود. در نهایت فرضیه سازی شده و براساس خواسته‌های مشترک اهداف درمانی تدوین می‌شود.
دوم	قانون گذاری	درمانگر با دادن شانس صحبت به هر فرد که در این صورت هر فرد مطالبی درباره دیگری خواهد گفت که می‌تواند زمینه‌ای برای ظهور قانون گذاری باشد. وقتی قانونی گذاشته می‌شود، درمانگر چیزهای زیادی درباره ساختار خانواده کشف می‌کند.
سوم	طرح ریزی ساختاری	خانواده درمانگران علائم بیمار شناسایی شده را به عنوان بیانی از الگوهای ناکارآمد موثر بر کل خانواده ارزیابی می‌کند. یک ارزیابی ساختاری مشکل را فراسوی افراد و در نظام خانواده می‌بیند و محور توجه را از رویدادهای گسته در گذشته به تبادلات موجود در زمان حال تغییر می‌دهد.
چهارم	مشخص کردن و بهبود تعاملات	هنگامی که خانواده‌ها شروع به تعامل می‌کنند، تبادلات مشکل ساز به وجود می‌آیند. شناسایی مفاهیم ساختاری آن‌ها، تمرکز روی فرایند را ایجاب می‌کند و روی محتوا. ساختار خانواده با این که چه کسی چه چیزی را با چه روشی می‌گوید، آغاز می‌شود.
پنجم	ایجاد مرز	پویایی‌های خانواده‌ی ناکارآمد نتیجه‌ای از مرزهای مبهم یا بسیار خشک هستند. درمانگران ساختاری برای تنظیم مرزها، با افزایش نزدیکی یا دوری بین نظام‌های فرعی خانواده مداخله می‌کنند.

جدول ۱: محتوای خانواده درمانی ساختاری به تفکیک جلسات

جلسه‌ها	هدف	محتوا
ششم	هدف تغییر رابطه در یک نظام فرعی است. آنچه اغلب خانواده‌ها را از گرفتاری در بن‌بست حفظ می‌کند. این است که اعضای آن در برخورد با یکدیگر بررسی و متعادل می‌شوند، و در نتیجه بی‌حرکت در سکون باقی می‌مانند. در برهم زدن تعادل، درمانگر به بهای رها کردن دیگران به یک فرد یا یک نظام فرعی می‌پیوندد و از آن حمایت می‌کند.	هدف تغییر رابطه در یک نظام فرعی است. آنچه اغلب خانواده‌ها را از گرفتاری در بن‌بست حفظ می‌کند. این است که اعضای آن در برخورد با یکدیگر بررسی و متعادل می‌شوند، و در نتیجه بی‌حرکت در سکون باقی می‌مانند. در برهم زدن تعادل، درمانگر به بهای رها کردن دیگران به یک فرد یا یک نظام فرعی می‌پیوندد و از آن حمایت می‌کند.
هفتم	به چالش کشیدن پیش - فرض‌های بی - نتیجه	اگر چه خانواده درمانی ساختاری در اصل یک رویکرد شناختی نیست، اما درمانگران آن گاهی اوقات روش اعضای خانواده را برای دیدن مسائل به چالش می‌کشند. تغییر روش اعضای خانواده در ارتباط با یکدیگر، دیدگاه‌های متفاوتی از موقعیت آن‌ها عرضه می‌کند.
هشتم	اختتام	خلاصه‌ای از آنچه در جلسات قبل گذشت برای خانواده‌ها و عضو مبتلای آن‌ها بازگو شده و از تلاش‌ها و فعالیت‌های اعضای خانواده تمجیدی شود و در نهایت پس از آزمون به عمل می‌آید.

ابزار

۱- مقیاس مراحل آمادگی برای تغییر و انگیزش درمان^۱: این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط میلر و تونینگان^۲ به منظور ارزیابی میزان اشتیاق افراد الکلی برای ایجاد تغییر ساخته شد. امروزه از این ابزار برای ارزیابی معتادان به دیگر انواع مواد مخدر غیر از الکل نیز استفاده می‌شود. این مقیاس دارای ۳ خرده مقیاس بازشناسی، دوسوگرایی و اقدامات به عمل آمده است. خرده مقیاس بازشناسی نشانگر آگاهی فرد نسبت به وجود مشکل و تمایل وی نسبت به ایجاد تغییر است. دوسوگرایی بیانگر شک و عدم اطمینان فرد نسبت به وجود مشکل و آسیب‌ها است و خرده مقیاس اقدامات انجام شده در برگیرنده فعالیت‌هایی است که فرد به منظور ایجاد تغییر انجام داده است (میلر و تونینگان، ۱۹۹۶). در این پژوهش از نسخه ۱۹ گویه‌ای مقیاس استفاده شد که انگیزش درمان را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) در سه خرده مقیاس بازشناسی، احساس دوگانه و

1. stages Of change readiness and treatment eagerness scale

2. Miller & Tonigan

گام برداری اندازه می‌گیرد. ضرایب اعتبار بازآزمایی توسط بشرپور، جعفر تبار، نریمانی و سماح (۱۳۹۲) به ترتیب ۰/۷۶ برای بازشناسی، ۰/۷۱ برای دوسوگرایی و ۰/۸۵ برای گام برداری گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

۲- پرسش‌نامه سنجش خانواده: این پرسش‌نامه شامل ۶۰ سوال است که برای سنجش کارکرد خانواده توسط اپشتاین، بالدوین و بیشاپ^۱ در سال ۱۹۸۳ بر مبنای الگوی مک مستر تدوین شده است. به هر یک از جمله‌ها نمره‌ای بین یک تا چهار تعلق می‌گیرد. نوهی نمره‌گذاری برای جمله‌های منفی از کاملاً موافقم (۴)، تا کاملاً مخالفم (۱) است. جمله‌های مثبت به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره بالا نشان دهنده ناکارایی خانواده است (اپشتاین، بالدوین و بیشاپ، ۱۹۸۳). زاده محمدی و ملک خسروی (۱۳۸۵) ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه را ۰/۹۴ و برای خرده‌مقیاس‌های کارکرد کلی ۰/۷۸، حل مسئله ۰/۷۲، ارتباط ۰/۷۰، نقش‌ها ۰/۷۱، همراهی عاطفی ۰/۷۳، کنترل رفتار ۰/۶۶ و آمیزش عاطفی ۰/۷۱ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد.

یافته‌ها

حجم نمونه در پیش‌آزمون برای گروه آزمایش و گواه ۱۵ خانواده بود اما در مرحله پس‌آزمون بعد از افت و ریزش، تعداد حجم نمونه در گروه آزمایش به ۱۴ خانواده و در گروه گواه به ۱۳ خانواده کاهش پیدا کرد. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

1. Epstein, Baldwin, & Bishop

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیرها	گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
انگیزش درمان	آزمایش	۵۰/۷۹	۱۵/۳۵	۵۷/۲۹	۱۴/۰۴
	گواه	۵۳/۸۵	۱۴/۷۴	۵۴/۷۷	۱۴/۱۵
عملکرد کلی	آزمایش	۳۵/۹۳	۳/۹۱	۲۹/۲۹	۴/۶۶
خانواده	گواه	۳۵/۵۴	۳/۶۷	۳۴/۰۸	۳/۶۸

برای بررسی اثربخشی خانواده درمانی ساختاری می‌بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از مفروضه‌های این تحلیل نرمال بودن توزیع نمرات است. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف نشان داد در متغیر انگیزش درمان در گروه آزمایش و پس آزمون ($Z=0.70, P>0.05$) و گروه گواه و پس آزمون ($Z=0.56, P>0.05$) مفروضه‌ی نرمال بودن برقرار است. همچنین در متغیر عملکرد خانواده در گروه آزمایش و پس آزمون ($Z=0.54, P>0.05$) و گروه گواه و پس آزمون ($Z=0.49, P>0.05$) مفروضه -ی نرمال بودن برقرار است. برای بررسی همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد. نتایج نشان داد در متغیرهای انگیزش درمان ($F=1/278, P>0.05$) و عملکرد خانواده ($F=1/637, P>0.05$) این شرط برقرار است. برای بررسی مفروضه برابری ماتریس واریانس-کواریانس از آزمون باکس استفاده شد. نتایج آزمون حکایت از برقراری مفروضه داشت ($F=0/465, P>0.05, M=3/21$ باکس). بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج حکایت از تفاوت معنادار ترکیب خطی متغیرها داشتند ($F=28/718, P<0.001, \lambda=0/188$ لامبدا ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۳ استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای اثربخشی خانواده درمانی ساختاری

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
انگیزش درمان	۱۸۷/۱۵	۱	۱۸۷/۱۵	۱۵/۹۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۹۹
عملکرد خانواده	۱۸۱/۸۵	۱	۱۸۱/۸۵	۹۱/۹۱۱	۰/۰۰۰۵	۰/۷۹۳

بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتایج حاصل، فرضیه‌ی «خانواده درمانی ساختاری بر انگیزش درمان در خانواده‌های افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تاثیر دارد» مورد تایید قرار گرفت. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های نامنی، شفیع آبادی، دلاور و احمدی (۱۳۹۲)، اسمیت، مالسپین، پریرا، ریچاردز^۱ (۲۰۱۶)، داکوف و همکاران (۲۰۱۰)، هادفیلد (۲۰۰۹)، استانتون (۲۰۰۴)، و ادوارز و استین گلاس (۱۹۹۵) همسوست. در تبیین این یافته می توان گفت که انگیزش عامل مهم و کلیدی در درمان اعتیاد است. هر چه انگیزه‌ی فرد معتاد بالاتر باشد تمایل بیشتری به درمان دارد و کمتر گرایش به مصرف مجدد مواد پیدا می کند (احمدی، ۱۳۹۵). در نتیجه در سال‌های اخیر موضوعات مختلف و قابل پذیرشی در حوزه‌ی ادبیات پژوهش سوء مصرف مواد به وجود آمده است. اعضای خانواده به عنوان عاملی موثر و حیاتی در انگیزه دادن به سوء مصرف کننده‌ی مواد به درمان و حفظ تغییرات مثبت به شمار می‌روند (داکوف و همکاران، ۲۰۱۰). عوامل خانوادگی و حمایت خانواده در الزام و تعهد فرد مصرف کننده به درمان یک پیش‌بینی کننده‌ی موثر و یکی از عوامل مهم در باقی ماندن در پرهیز است. مصرف مواد توسط یک عضو خانواده بر تمامی اعضای دیگر خانواده تاثیر می‌گذارد. استرس در روابط خانوادگی و والدینی، سوء مصرف مواد را تسریع می‌سازد (کلی و همکاران، ۲۰۰۲). پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند حمایت بالای والدین، والدین تشویق کننده، والدین نصیحت کننده همراه با نظارت گسترده‌ی آنان بازدارنده مهم نوجوانان از مصرف الکل و دارو است. در مقابل والدینی که توضیحات کلی درباره‌ی قواعد رفتار ارائه می‌دهند، در جلوگیری از مصرف مواد موثر نیستند (قره داغی، ۱۳۸۸). در کل خانواده به طرق مختلف نقش اساسی در گرایش یا عدم گرایش فرزندان به سمت مواد مخدر دارد (بنن^۲ و همکاران، ۲۰۱۲). در این زمینه ادوارز و استین گلاس (۱۹۹۵) و استانتون (۲۰۰۴) گزارش کرده‌اند که خانواده درمانی در برانگیختن افراد برای وارد شدن به درمان - که در کل حوزه درمان سوء مصرف مواد، یک موضوع عمده به حساب می‌آید- موثر است. از جمله رویکردهایی که باعث افزایش انگیزش درمان در

افراد مبتلا به سوء مصرف مواد می شود رویکرد خانواده درمانی ساختاری می باشد. نامنی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که تلفیق رویکرد خانواده درمانی ساختاری-راه حل مدار می تواند به عنوان رویکردی انگیزشی در درمان افراد وابسته به مواد به کار رود. چرا که با استفاده از فنون این رویکردها تغییرات مثبتی در خانواده و در فرد وابسته به مواد به وجود می آید.

همچنین با توجه به نتایج حاصل، فرضیه‌ی «خانواده درمانی ساختاری بر عملکرد خانواده در خانواده‌های افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تاثیر دارد» نیز مورد تأیید قرار گرفت. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های نجفلوی و فلسفی‌نژاد (۱۳۹۳)، نامنی و همکاران (۱۳۹۲)، نجفلوی و همکاران (۱۳۹۱)، موسوی و همکاران (۱۳۸۶)، رامیش، مک‌ویسر و ساهین (۲۰۰۹)، مک‌لندون، مک‌لندون و پیتز (۲۰۰۹)، گلدنبرگ و گلدنبرگ (۲۰۰۸)، و مینوچین (۱۹۷۴) همسوست. در تبیین این یافته می توان گفت درمان خانواده محور، کارکرد خانواده را بهبود می بخشد و در این زمینه نسبت به رویکردهای دیگر برتری دارد (افارل، ۲۰۰۳). همان طور که کافمن (۱۹۸۰) عنوان کرد، خانواده درمانی بعد مهمی از درمان سوء مصرف مواد در دهه اخیر شده است. بنابراین لازم است کل سیستم خانواده درگیر درمان شوند تا نتیجه بهتری حاصل شود و مسیر بهبودی به درستی طی شده و کارکرد هر یک از اعضای خانواده نیز بهتر از پیش شود. در این مورد مداخلات خانواده درمانی ساختاری به ایجاد تغییر در انجام تکالیف در هر کدام از زیر منظومه‌های خانواده از یک سو و اصلاح وضعیت مرزهای خانواده از طرف دیگر می پردازد. اصلاح وضعیت مرزهای خانواده به نحوی انجام می شود که علاوه بر تبادل اطلاعات و احساسات، هویت فردی هر یک از اعضای خانواده در موضع زوجین، والدین و کودک نیز حفظ شود. درمانگر در مراحل پایانی درمان تغییر ایجاد شده در سازمان و قواعد خانواده و تلاش والدین برای وضع قوانین منعطف و مناسب برای رفتار فرزندان را ارزیابی می کند و در صورت وجود ائتلافی بین اعضای خانواده (انواع مثلث‌ها) از فنون متعدد برای برهم زدن ائتلاف‌ها بهره می گیرد. در مجموع می توان گفت تغییرات حاصله

در عملکرد خانواده در اثر مداخلات بازسازی از قبیل مرزسازی، تقویت زیرمنظومه‌ی زناشویی، والدینی و فرزندان به دست می‌آید. همچنین آموزش به والدین برای ایجاد قواعدی متناسب با چرخه‌ی زندگی خانواده نظم و انسجام خوبی را در خانواده به وجود می‌آورد. در نهایت مداخلات و آموزش‌ها با ایجاد ساختاری که در آن والدین در راس هرم خانواده بوده و فرزندان نیز نقش‌های مربوط به خود را ایفا می‌نمایند و با تقویت اقتدار والدین جهت کنترل، نظارت و راهنمایی فرزندان، تغییرات عملکردی در خانواده به وجود می‌آید (موسوی و همکاران، ۱۳۸۶).

هر پژوهشی دارای محدودیت‌های ویژه‌ای است و میزان درستی در تفسیر نتایج باید در پرتو این محدودیت‌ها مورد توجه قرار گیرد. پژوهش حاضر از آنجایی تنها بر روی خانواده‌های دارای عضو مبتلای مذکر و در رده‌ی سنی ۲۰ تا ۴۰ سال صورت گرفته، تعمیم آن به خانواده‌های دارای عضو مبتلای مونث و رده‌های سنی خارج از دایره‌ی این مطالعه را با مشکل مواجه می‌کند. به دلیل محدودیت زمانی، پژوهش حاضر فاقد پیگیری بود که این نیز تعمیم یافته‌ها را دشوار می‌سازد. پیشنهاد می‌شود پژوهش در سایر نقاط کشور و با خانواده‌های دارای پیشینه‌ی قومی، نژادی، مذهبی و شرایط اقلیمی مختلف انجام شود. در مطالعات بعدی از دوره‌های پیگیری نیز استفاده شود. پیشنهاد می‌شود با توجه به نقش مهم خانواده‌ها در ایجاد انگیزه در عضو مبتلا به سوء مصرف مواد، جهت درمان یا پیشگیری از عود آن، کارگاه‌های آموزشی و جلسات خانواده درمانی مبتنی بر الگوی ساختاری جهت آگاه‌سازی و یادگیری خانواده‌ها برای آماده کردن اعضای مبتلای خود جهت تغییر و انگیزش درمان برگزار شود. از سویی دیگر درمان‌های مبتنی بر الگوی ساختاری در بهبود عملکرد خانواده سودمندی دارد، لذا به درمانگران و متخصصان حوزه اعتیاد و خانواده‌درمانگران پیشنهاد می‌شود مداخلات مبتنی بر خانواده به ویژه خانواده درمانی ساختاری را مورد توجه قرار دهند.

منابع

- احمدی، شیرین (۱۳۹۵). نقش بی‌اشتیاقی اخلاقی، حساسیت به پاداش و خودنهان سازی در پیش‌بینی انگیزش و پیامدهای درمان افراد وابسته به مواد. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد رشته‌ی روانشناسی عمومی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل.
- بشرپور، سجاده؛ جعفرتبار، علی‌رضا؛ نریمانی، محمد؛ و مساح، امید (۱۳۹۲). نقش ادراک خطر و خودتأملی در پیش‌بینی انگیزش درمان افراد وابسته به مواد. ویژه‌نامه مطالعات اعتیاد، ۱۴(۵)، ۲۹-۲۱.
- زاده محمدی، علی؛ و ملک خسروی، غفار (۱۳۸۵). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی و اعتباریابی مقیاس سنجش کارکرد خانواده. فصلنامه‌ی خانواده‌پژوهی، ۲(۵)، ۸۹-۶۹.
- قره‌داغی، علی (۱۳۸۸). اعتیاد و سبک فرزندپروری. مشاور مدرسه، ۴(۲۰)، ۱۶-۴.
- مایکل پی. نیکلز، ریچاردسی، شوارتز (۱۹۴۵). خانواده‌درمانی: مفاهیم و روش‌ها. ترجمه‌ی محسن دهقانی... و {دیگران} (۱۳۸۷). تهران: انتشارات دانژه.
- ممتازی، سعید (۱۳۸۰). مشاوره مذهبی در فرهنگ مسیحی. خلاصه مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران.
- موسوی، رقیه؛ مرادی، علیرضا؛ و مهدوی هرسینی، اسماعیل (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری در بهبود عملکرد خانواده و تقویت رضایت زناشویی در خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی. فصلنامه‌ی خانواده‌پژوهی، ۳(۲)، ۲۸-۷.
- نامنی، ابراهیم؛ شفیع‌آبادی، عبدالله؛ دلاور، علی؛ و احمدی، خدابخش (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی تلفیق دو روش خانواده‌درمانی راه حل‌مدار و ساختاری در درمان (قطع مصرف مواد) افراد وابسته به مواد و افزایش عملکرد خانواده. مجله‌ی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۱(۱)، ۱۶۳-۱۵۵.
- نجف‌لوی، فاطمه؛ نوابی‌نژاد، شکوه؛ و فلسفی‌نژاد، محمدرضا (۱۳۹۱). اثربخشی الگوی خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه مدت بر ساختار تعاملات خانواده‌های دارای فرزند وابسته به مواد و پیشگیری از عود. اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۶(۲۴)، ۳۸-۲۹.
- نجف‌لوی، فاطمه؛ و فلسفی‌نژاد، محمدرضا (۱۳۹۳). اثربخشی خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه‌مدت بر جو خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد و پیشگیری از عود. فصلنامه‌ی آموزش و ارزشیابی، ۷(۳۶)، ۱۳۸-۱۲۵.
- Bannon, J. W. M., Beharie, N., Olshtain-Mann, O., McKay, M. M., Goldstein, L., Cavaleri, M. A., Lawrence, R. (2012). Youth substance use in a context of family homelessness. *Children and Youth Services Review*, 34(1), 1-7.
- Chi, F. W., Campbell, C. I., Sterling, S., Weisner, C. (2012). Twelve-Step attendance trajectories over 7 years among adolescents entering substance use treatment in an integrated health plan, *Addiction*, 107(5), 933-942.

- Costantini, M. F., Wermuth, L., Sorenson, J., & Lyons, J. (1992). Family functioning as a predictor of progress in substance abuse treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 9(4), 331-335.
- Dakof GA, Cohen JB, Henderson CE, Durante E, Boustani M, Blackburn A, Venzler E, Hawes S. A. (2010). randomized pilot study of the Engaging Moms Program for family drug court. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 263-274.
- Daley, D. C., & Marlatt, G. A. (2005). *Relapse prevention*. In J.H. Lowinson, P. Ruiz, R.B. Millman, & J.G. Langrod (Eds.). *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook, 4th ed.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 772-785.
- Donevan, J. M. (1999). *Short-term couple therapy*, Guilford press- a division of Guilford publication.
- Edwards, M., & Steinglass, P. (1995). Family therapy treatment outcomes for alcoholism. *Journal of marital and family Therapy*, 21, 475-509.
- Ekdahl, M. (2007). Will and skills- an exploratory study of substance abusers' attitudes towards lifestyle change. *European Addiction Research*, 13(3), 148-155. DOI: 10.1159/000101551.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and family Therapy*, 9, 171-180.
- Hadfield, K. (2009). *A structural family therapy approach to counselling families, master of social work, faculty of social work, university of manitoba*.
- Hallgren, K. A., Moyers, T. B. (2011). Does readiness to change predict in-session motivational language? Correspondence between two conceptualizations of client motivation, *Addiction*, 106(7), 1261-1269. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2011.03421.x.
- Junke, G. A., & Hagedorn, W. B. (2006). *Counseling addicted families: a integrated assessment and treatment model*. Routledge: Taylor & Francis group.
- Kaufman, E. (1980). Myth and reality in the family patterns and treatment of substance abusers. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 7(3 & 4), 257-279.
- Kelley, M. L., Fals-Stewart, W. (2002). Couples-versus individual-based therapy for alcohol and drug abuse: effects on children's psychosocial functioning. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 70(2), 417-427.
- Lundgren, L., Chassler, D., Amodeo, M., D'Ippolito, M., Sullivan, L. (2012). Barriers to implementation of evidence-based addiction treatment: a national study, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(3), 231-238.
- McLendon, D., McLendon, T., & Petr, C. G. (2009), Family directed structural therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(4), 327-339.
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors* 10, 81-89.
- Minuchin S, Lee W-Y, Simon GM. (2006). *Mastering family therapy: Journeys of growth and transformation*: Wiley.
- Minuchin. S. (1974). *Family and family therapy*. Cambridge, M A: Harvard university press.
- Mostafaei, H., Hosseini, M., & Jenaabadi, H. (2014). The investigation of the relationship between the aggression and the addiction potential high school male students. *UCT Journal of Management and Accounting Studies*, 2(1), 1-4.
- Nosyk, B., Geller, J., Guh, D. P., Oviedo-Joekes, E., Brissette, S., Marsh, D. C. (2010). The effect of motivational status on treatment outcome in the North

- American Opiate Medication Initiative (NAOMI) study. *Drug and Alcohol Dependence*, 111(1-2), 161-165.
- O'Farrell, T. J., & Fals-Stewart, W. (1999). Treatment models and methods: family models. In B. S. McCrady & E. E. Epstein (Eds), *Addictions: A comprehensive guidebook* (pp. 287-305). New York: Oxford University Press.
- O'Farrell, T. J., Stewart, T. (2003). Alcohol abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 1,121-146.
- Ramisch, J. L., Mcvicer, M., Sahin, Z. S. (2009). Helping low-conflict divorced parents establish appropriate boundaries using a variation of the miracle question: An integration of solution-focused therapy and structural family therapy. *Journal of Divorce & Remarriage*, 50, 481° 495.
- Rapp, R. C., Xu, J., Carr, C. A., Lane, D. T., Redko, C., Wang, J. (2007). Understanding treatment readiness in recently assessed, pre-treatment substance abusers. *Substance Abuse*, 28(1), 11-23.
- 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.
- Silburn, S., Zubrick S., De Maio, J., Shepherd, C., Griffin, J., Mitrou, F. (2006). *The Western Australian Aboriginal Child Health Survey*. Centre for Developmental Health, Curtin University of Technology and Telethon Institute for Child Health Research, Perth.
- Soyes, V., Tatrai, H., Broekaert, E., & Bracke, R. (2004). The implementation of cointoxal therapy in the therapeutic community for substance abuser: a case study. *Journal of Family Therapy*, 26, 286-305.
- Stanton, M. D. (2004). Getting reluctant substance abusers to engage in treatment/self-help: A review of outcomes and clinical options. *Journal of marital and Family Therapy*, 30, 165-182.
- 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.
- Tucker, J. A., Vuchinich, R. E., Rippens, P. D. (2004). A factor analytic study of influences on patterns of help-seeking among treated and untreated alcohol dependent persons. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26(3), 237-242.
- Vainy, J., & Goldberg, B. (2002). *Hand Book of Psychotherapy, Vol. 3*, pp. 25-53, New York: John Wiley.
- Vassileva, J. (2011). Psychopathic heroin addicts are not uniformly impaired across neurocognitive domains of impulsivity, *Drug and Alcohol Dependence*, 114(6), 194° 200.