

## اثربخشی درمان خانواده‌محور بر نگرش به مصرف مواد در دانش‌آموزان دختر با اختلال مصرف مواد

ذبیح‌اله عباس پور<sup>۱</sup>، زهرا قنبری<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۲/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۸/۰۸

### چکیده

**هدف:** سوء مصرف مواد و اعتیاد از مشکلات جدی دنیای امروز هستند و گرایش زیاد به مصرف مواد در نوجوانان توجه پژوهشگران و درمانگران را به خود جلب کرده است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان خانواده‌محور بر نگرش به مصرف مواد دانش‌آموزان دختر با اختلال مصرف مواد بود. **روش:** در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه استفاده شد. بر این اساس، چهار خانواده و دختران نوجوان آن‌ها که اختلال مصرف مواد داشتند، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. درمان خانواده‌محور در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری انجام شد و نوجوانان به پرسش‌نامه نگرش سنج مواد مخدر پاسخ دادند. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا (RCI) و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان خانواده‌محور باعث کاهش معنی‌دار نگرش مثبت به مواد مخدر (۳۰/۹۳) بهبودی) شد. **نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش نشان داد که درمان خانواده‌محور می‌تواند برای تغییر چرخه ناکارآمد سیستم خانواده و کاهش نگرش مثبت به مصرف مواد در نوجوانان مؤثر باشد و درمانگران می‌توانند از این روش درمانی برای بهبود اختلال مصرف مواد استفاده کنند.

**کلیدواژه‌ها:** درمان خانواده‌محور، نگرش به مصرف مواد، اختلال مصرف مواد

۱. نویسنده مسئول: استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران، پست الکترونیک:

z.abbaspour@scu.ac.ir

۲. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

## مقدمه

انسان در گذار از مراحل زندگی، تجربه‌هایی را کسب می‌کند که می‌توانند تسهیل‌کننده رشد و یا مانع آن باشند. هر کدام از این مراحل چرخه زندگی چالش‌های خاص خود را دارند. نوجوانی دوره‌ای از مراحل رشدی است که مستعد خطرپذیری و تجربه‌جویی است. این رفتارها غالباً بخش طبیعی از استقلال‌طلبی نوجوان محسوب می‌شوند، اما ممکن است همین رفتارها پیامدهای منفی شدیدی به دنبال داشته باشند (بریندیس، پارک، پائول و بورگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). در این دوره اختلالاتی مثل اضطراب، رفتارهای تکانشی و پرخاشگرانه، استرس و افسردگی نیز پدیدار می‌شوند (بیستوپونز، گوتالز، بارون و بوتلا گویجارو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶). سنین ۱۲ تا ۱۸ سالگی بحرانی‌ترین سنین برای تجربه اول مواد است. سوء مصرف مواد در نوجوانان در سال‌های اخیر افزایش قابل توجهی داشته است (موسسه ملی مصرف مواد<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰) و درصد بالایی از نوجوانان در معرض مصرف مواد هستند. از هر ۱۰ معتاد بزرگسال، ۹ نفر قبل از ۱۸ سالگی سوء مصرف مواد را تجربه کرده‌اند (آلن<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). آنچه موقعیت را دشوارتر می‌کند این است که نوجوانانی که سوء مصرف مواد دارند غالباً مشکلات روان‌پزشکی را نیز نشان می‌دهند (بریور، گودلی و هولورشون<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷؛ به نقل از آلیازک، همودلاهیور و میلز<sup>۶</sup>، ۲۰۱۹).

موسسه ملی مصرف مواد (۲۰۰۳؛ به نقل از انگوین<sup>۷</sup>، ۲۰۱۵) معتقد است که خانواده نقش مهمی در مشکلات رفتاری فرزند و الگوی گرایش به مصرف مواد دارد. برخی پژوهش‌ها عوامل مربوط به خانواده را بیشترین عامل در گرایش به خانواده دانسته‌اند. مصرف مواد مخدر بیشتر در نوجوانان و جوانانی شدت می‌یابد که اختلاف بین والدین، جدایی، طلاق و کمبودهای عاطفی در خانواده‌های آنان متداول است (کردستانی، فرهادی و سلیمانی، ۱۳۹۶). در برخی موارد نوجوان مصرف‌کننده در ابتدا تنها به فکر نشان دادن اعتراض خود به والدین، خصوصاً پدر است و یا در پی کسب توجه بیشتر نسبت به

1. Brindis, Park, Paul & Burg  
2. Bisetto Pons, González Barrón & BotellaGuijjarro  
3. National Institute on Drug Abuse

4. Allen  
5. Brewer, Godley & Hulvershorn  
6. Uliaszek, Hamdullahpur & Mills  
7. Nguyen

خواسته‌های معقول مرتبط با سنش اقدام به مصرف مواد کرده است. در ادامه چنین وضعی، رفتارهای پرخاشگرانه به صورت یک الگوی رفتاری در اکثر موقعیت‌های مختلف زندگی، چه در خانواده و چه در جمع دوستان از سوی نوجوان بروز می‌کند (سادات موسوی، ۱۳۸۹).

تیلور<sup>۱</sup> (۲۰۱۰؛ به نقل از جیمز-ایگلسیا، مورنو، ریورا و گارسیا-مویا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳) عوامل محافظتی در برابر سوء مصرف مواد را در سه طبقه اصلی نشان داده است که عبارتند از ویژگی‌های فردی، پیوندهای خانوادگی و اجتماعی مثبت و باورهای سالم و استانداردهای مشخص. دانش والدین، فعالیت‌های خانوادگی، خودافشایی نوجوان، ارتباطات خانوادگی باز، نظارت والدین و پیوستگی خانوادگی از مهم‌ترین عوامل حمایتی خانواده هستند. با این وجود رابطه بین تعاملات والدین و سوء مصرف مواد در نوجوانان یک رابطه دوطرفه است؛ به عبارت دیگر، روابط ناکارآمد والد-نوجوان می‌تواند احتمال سوء مصرف مواد در نوجوان را افزایش دهد. از طرف دیگر، سوء مصرف مواد نوجوانان می‌تواند باعث روابط منفی والدین و نوجوان شود (لدوکس، میلر، چاکوئست و پلانت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲). هرچند درمان‌های فردی مثل گروه‌های ۱۲ قدم خودیاری<sup>۴</sup>، برنامه‌های مفید و در دسترس هستند، اما این برنامه‌ها برای خانواده‌هایی که فرزند نوجوان دارند طراحی نشده‌اند و معمولاً والدین نوجوان با این برنامه‌ها راحت نیستند. همچنین به ندرت برنامه‌های درمان‌های فردی اعتیاد، مراقبت مداوم خود را برای نوجوان و خانواده او ادامه می‌دهند (کیربی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۵).

مداخلات خانواده‌محور اثربخش‌ترین روش پیشگیری یا درمان نوجوانان درگیر مصرف مواد هستند (کامپفر<sup>۶</sup>، ۲۰۱۴؛ عباس پور، پورسردار، کرایبی و خسروانی شایان، ۱۳۹۵). در یک پژوهش فراتحلیل، از بین ۶ درمان بسیار مؤثر در درمان اختلال مصرف مواد در نوجوانان، ۵ مداخله از نوع مداخلات خانواده‌محور بودند: خانواده‌درمانی

1. Tailor  
2. Jimenez-Iglesias, Moreno, Rivera & García-Moya  
3. Ledoux, Miller, Choquet & Plant

4. 12-steps self-help groups  
5. Kirby  
6. Kumpfer

چندوجهی<sup>۱</sup>، خانواده‌درمانی کارکردی<sup>۲</sup>، درمان چندسیستمی<sup>۳</sup>، خانواده‌درمانی رفتاری راهبردی<sup>۴</sup>، خانواده‌درمانی رفتاری<sup>۵</sup> (والدن و تورنر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸؛ به نقل از کیربی و همکاران، ۲۰۱۵). در درمان‌های خانواده‌محور، والدین نقش فعالی در ترغیب نوجوان به ادامه درمان دارند، در دوره نقاهت حضور دارند و در صورت لغزش، دوباره درمان را دنبال می‌کنند. بنابراین چنین مشارکتی، می‌تواند پیش‌بین نتایج پایدار و رضایت بخشی باشد (کیربی و همکاران، ۲۰۱۵). یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که مداخله‌های خانواده‌محور بر بهبود نگرش به مواد مخدر دانش‌آموزانی که والد معتاد دارند (باقری و ناعمی، ۱۳۹۷)، کاهش افسردگی و خشم نوجوان مصرف‌کننده (بیستو پونز و همکاران، ۲۰۱۶) افزایش خودکارآمدی، عزت‌نفس و کاهش میزان عود (حیسی، نیکبخت نصرآبادی، شعبانی همدان و صالح مقدم، ۲۰۱۶) و پیشگیری از اعتیاد و شکست نوجوانان (کامپفر، ۲۰۱۴) اثر بخش معناداری دارد.

برنامه تقویت اجتماعی و آموزش خانواده<sup>۷</sup> یک درمان خانواده‌محور است که توسط اسمیت و مایرز<sup>۸</sup> (۲۰۰۷) طراحی شده است. این برنامه هم برای نوجوانانی که در برابر شروع درمان مقاومت می‌کنند و هم برای بهبود سوءمصرف نوجوانان مصرف‌کننده اثربخش بوده است (بیستو پونز و همکاران، ۲۰۱۶؛ کیربی و همکاران، ۲۰۱۵). این برنامه، نسخه تکمیل‌شده رویکرد تقویت اجتماعی<sup>۹</sup> است. رویکرد تقویت اجتماعی، نوعی درمان فردی است که مستقیماً با فرد مصرف‌کننده اجرا می‌شود. درمانگران در فرایند این درمان متوجه شدند همسر فرد مصرف‌کننده می‌تواند نقش مهمی در درمان داشته باشد و بنابراین بخش آموزش خانواده به این اضافه شد. به‌خصوص مسئله اساسی این بود که فرد مصرف‌کننده برای ورود به درمان مقاومت می‌کند و اعضای خانواده نقش مهمی در شروع درمان دارند (اسمیت و مایرز، ۲۰۰۷). برخلاف بسیاری از برنامه‌های مداخله‌ای، درمان‌های

1. Multidimensional Family Therapy  
2. Functional Family Therapy  
3. Multisystemic Therapy  
4. Behavioral Strategic Family Therapy  
5. Behavioral Family Therapy

6. Waldron & Turner  
7. The Community Reinforcement and Family Training  
8. Smith & Mayers  
9. Community Reinforcement Approach

یک‌سویه<sup>۱</sup> را می‌توان صرفاً برای یکی از اعضای خانواده که با مشکل مرتبط است انجام داد و ضرورتی ندارد که حتماً فرد مصرف‌کننده در درمان باشد. هرچند از حضور همه اعضای خانواده در درمان استقبال می‌شود ولی حضورشان تا زمانی که مانعی برای پیشرفت درمان نباشند، ضرورتی ندارد؛ بنابراین حمایت از والدین جهت شروع درمان (صرف نظر از حضور بقیه اعضای خانواده و حتی حضور نوجوان مصرف‌کننده) می‌تواند باعث کاهش موانع، کاهش استرس والدین، بهبود رابطه والد-فرزند و تمرکز مؤثرتر والدین بر رفتار مشکل‌زا شود (مایرز، دامینگز و اسمیت<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶؛ توماس و سانتا<sup>۳</sup>، ۱۹۸۲؛ توماس و یوشیوکا<sup>۴</sup>، ۱۹۸۹؛ به نقل از کیربی و همکاران، ۲۰۱۵). تاکنون درمان‌ها و مداخلات متعددی با رویکردهای جسمانی روان‌شناختی و معنوی برای اعتیاد ارائه شده که سودمندی برخی از آن‌ها مورد تأیید شواهد تجربی قرار گرفته است. با این حال به دلیل اینکه ماهیت این بیماری زیستی-روانشناختی-اجتماعی است، هیچ‌کدام از این درمان‌ها به تنهایی نمی‌توانند منجر به سلامت کامل فرد شوند (فتاحی و دهقانی، ۱۳۹۷). علی‌رغم اثربخشی زیاد درمان‌های خانواده‌محور، بررسی پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که پژوهش‌های بسیار اندکی از طریق این روش درمانی انجام شده است. از طرف دیگر تقریباً فقط ۲۰ تا ۳۳ درصد والدینی که از سوء مصرف مواد فرزند خود مطلع هستند می‌توانند بدون کمک‌های بیرونی فرزندشان را وارد درمان کنند (کیربی و همکاران، ۲۰۱۵). نکته بسیار مهم آن است که توجه، آسیب‌شناسی و درمان اختلال مصرف مواد بیشتر بر پسران و مردان متمرکز شده است تا دختران و زنان و بیشتر درمان‌ها بر اساس الگوی مصرف در مردان است. هرچند آمارهای اداره خدمات سلامت روان و سوء مصرف مواد<sup>۵</sup> در سال ۲۰۱۲ نشان می‌دهد که پسران ۱۲ سال به بالا در مقایسه با دختران، در معرض خطر بیشتری هستند (انگوین، ۲۰۱۵)، اما پیشرفت وابستگی به مواد در زنان سریع‌تر رخ می‌دهد (بلک، ۲۰۱۱؛ به نقل از انگوین، ۲۰۱۵). اعتیاد در زنان عوارض خطرناک‌تری نسبت به مردان ایجاد می‌کند و احتمال بازگشت در زنان بیشتر است. فاصله زمانی اولین تجربه مصرف مواد تا تزریق

1. unilateral treatments  
2. Meyers, Dominguez & Smith  
3. Thomas & Santa

4. Thomas & Yoshioka  
5. Substance Abuse and Mental Health  
Services Administration

مواد در زنان به‌طور متوسط دو سال و در مردان هشت سال است. بدین ترتیب برای زنان درمان سخت‌تر و عوارض جسمی-روانی-اجتماعی آن نیز به‌مراتب بیشتر است. بنابراین سؤال اساسی پژوهش این بود که آیا درمان خانواده‌محور بر نگرش به مصرف مواد دانش آموزان دختر درگیر با اختلال مصرف مواد اثربخش است؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

در این پژوهش، از طرح آزمایشی تک موردی<sup>۱</sup> (SCED) که آزمایش تک آزمودنی<sup>۲</sup> هم گفته می‌شود و از نوع آزمایش بالینی است، استفاده شد. این طرح انواع مختلفی شامل AB، ABAB، خط پایه چندگانه<sup>۳</sup> و طرح‌های تغییر ملاک<sup>۴</sup> دارد (ریزوری و ناک، ۲۰۰۸؛ به نقل از خجسته مهر و همکاران، ۱۳۹۲) و در این پژوهش از طرح خط پایه چندگانه استفاده شد. بنابراین، به دلیل عدم دسترسی به نمونه بزرگ‌تر در گروه‌های آزمایش و گواه، در این پژوهش از این روش استفاده شد.

جامعه آماری این پژوهش شامل همه دانش آموزان دختر با اختلال مصرف مواد و خانواده آنان در شهر اهواز بودند که از این جامعه، ۵ نوجوان و خانواده آنان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. نمونه پژوهش خانواده‌هایی بودند که به دلیل اطلاع از مصرف مواد فرزندشان به مشاور مدرسه مراجعه کرده بودند و مشاور مدرسه به تیم پژوهش ارجاع داد. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بود از: ۱- هر دو والد در برنامه حضور داشته باشند، ۲- نوجوان مصرف‌کننده مواد در هیچ برنامه درمانی دیگری تحت درمان نباشد، ۳- نوجوان مصرف‌کننده مواد، اختلال روان‌پزشکی نداشته باشد. ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بود از: ۱- یکی یا هر دو والد در دو سال اخیر مصرف‌کننده مواد بوده‌اند، ۲- والدین در شش ماه اخیر برای درمان فرزندشان در برنامه مداخله‌ای حضور داشته‌اند، ۳- در شش ماه گذشته بین نوجوان و والدین خشونت فیزیکی رخ داده باشد. یکی از خانواده‌ها پس از ۴ جلسه درمان خانوادگی، در برنامه حاضر نشدند و این درمان با ۴ خانواده ادامه پیدا کرد.

1. Single-case experimental design  
2. Single subject experiment  
3. multiple baseline

4. Changing Criterion Designs  
5. Rizvi & Nock

## روش اجرا

درمان خانواده‌محور شامل دو بخش است. بخش اول، مداخله خانوادگی است که با حضور والدین انجام شد و نوجوان در صورت تمایل می‌توانست در بعضی از جلسات شرکت کند. هر خانواده، ۱۲ جلسه درمان را در طول سه ماه دریافت کرد و در صورت نیاز حداکثر ۶ جلسه اضطراری را می‌توانست درخواست کند. جلسه اول ۹۰ دقیقه و ۱۱ جلسه دیگر تقریباً ۶۰ دقیقه طول کشید. جلسات اضطراری بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه طول کشید. خانواده دوم، سه جلسه اضطراری و خانواده چهارم، دو جلسه اضطراری را در شرایط بحرانی درخواست کردند. جلسات بر اساس استانداردهای آموزش مهارت‌های رفتاری بود. درمانگر ابتدا خودش مهارت را آموزش داد و سپس از والدین خواست مهارت را از طریق نقش بازی، تمرین کنند و در حین تمرین، والدین را تحسین کرد و بازخورد داد. نهایتاً، در مورد موانع و احتمالات اجرای این مهارت در منزل با والدین بحث شد. درمانگر در اجرای هر جلسه انعطاف‌پذیری زیادی داشت و سعی کرد که محتوای هر بخش جلسه را بر اساس شرایط خانواده انطباق دهد. در هر جلسه، بین ۵ تا ۱۰ دقیقه تکلیف جلسه قبل و تعاملات والدین و نوجوان بررسی شد. تقریباً ۴۰ تا ۴۵ دقیقه مهارت جدید آموزش داده شد و حدود ۵ تا ۱۰ دقیقه خلاصه‌بندی و تعیین تکلیف شد و به سؤالات و نگرانی‌های والدین پاسخ داده شد. در این برنامه، به والدین آموزش داده شد که چگونه به نوجوان مصرف‌کننده، درمان را پیشنهاد دهند. پس از ورود نوجوان به درمان، از آن‌ها خواسته شد تا نگرانی و اهداف خود در مورد تحصیل، خانواده، والدین، همسالان، و آینده صحبت کنند. درمانگر از طریق مصاحبه انگیزشی نوجوان را ترغیب به ادامه درمان کرد. سپس، به نوجوان پیشنهاد شد همراه با این جلسات مداخلات فردی را شروع کند. مداخلات فردی شامل ۱۲ جلسه درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بود. خلاصه مداخلات خانوادگی (کیربی و همکاران، ۲۰۱۵) در جدول ۱ ارائه شده است.

**جدول ۱: خلاصه‌ای از مداخلات خانوادگی**

جلسات	محتوای جلسه
آشنایی مقدماتی	مروری بر مداخله و برانگیختن اعضای خانواده (با نزدیکان مهم و مرتبط) با نوجوان جهت جلب همراهی آن‌ها است. برای جلب همراهی آن‌ها بر سودمندی و فواید این درمان تمرکز می‌شود.
تحلیل کارکردی	شیوه تشخیص راه‌اندازهای سوء مصرف مواد و همچنین پیامدهای آن به خانواده آموزش داده می‌شود.
تقویت مثبت	به خانواده آموزش داده می‌شود تا رفتارهای حاکی از عدم مصرف مواد و رفتارهای اجتماعی نوجوان را تقویت کنند.
فعالیت‌های ترغیبی هم‌اورد	به اعضای خانواده کمک می‌شود تا در صورت مشاهده مصرف مواد، مداخله کنند.
تغافل برنامه‌ریزی شده	اعضای خانواده ترغیب می‌شوند که رفتار مصرف مواد را خاموش کنند.
پیامدهای طبیعی	به اعضای خانواده آموزش داده می‌شود تا از مداخله نابجا در موقعیت‌هایی که ناشی از پیامدهای منفی طبیعی ترک مواد هستند، اجتناب کنند.
آموزش مهارت‌های ارتباطی	برای متوقف کردن تعاملات منفی ناموثر در مواجهه با پیامدهای طبیعی ترک مواد نوجوان به اعضای خانواده کمک می‌شود.
آموزش ورود به درمان	در این مرحله به اعضای خانواده آموزش داده می‌شود که چه زمانی درمان را به نوجوان پیشنهاد کنند، به چه روشی پیشنهاد را مطرح کنند که احتمال پذیرش درمان توسط نوجوان بیشتر باشد و اگر نوجوان پذیرفت چه گزینه‌های درمانی برای او در دسترس داشته باشند.
غنی‌سازی زندگی	به اعضای خانواده کمک می‌شود فعالیت‌های ترغیبی خود را افزایش دهند و نوجوانان را مرکز توجه خود قرار ندهند.
نقش‌بازی کردن همراه با بازخورد	درمانگر برای به کارگیری راهبردهای مدیریت رفتار از تکنیک‌های رفتاری مثل نقش‌بازی کردن همراه با بازخورد استفاده می‌کند.
حل مسئله	همچنین درمانگر برای به کارگیری راهبردهای مدیریت رفتار از حل مسئله استفاده می‌کند.
اعضای شاخص خانواده	درمانگر روابط خانوادگی را ارزیابی می‌کند تا مطمئن شود که برای حصول سازگاری با راهبردهای رفتاری، آیا ضرورت دارد بعضی از اعضای خانواده در جلساتی حضور داشته باشند.
آموزش ایمنی	به اعضای خانواده آموزش داده می‌شود تا موقعیت‌هایی که احتمال خشونت فیزیکی وجود دارد را تشخیص دهند و یاد بگیرند که چه کار باید بکنند.
اختتام درمان	در این جلسه درمانگر مهارت‌های اساسی به صورت خلاصه مرور می‌شود و اعضای خانواده را آماده می‌کند تا مهارت‌های آموخته‌شده را پس از درمان دنبال کنند.



بعد از معرفی خانواده توسط مشاور، درمان خانوادگی شروع شد و پس از آموزش خانواده برای درخواست از نوجوان برای شرکت در درمان، نوجوان درمان را شروع کرد. ابزار فقط برای نوجوان اجرا شد و نوجوان اول و دوم پس از دو خط پایه و نوجوان سوم و چهارم پس از ۳ خط پایه وارد درمان شدند. سپس، برنامه درمان خانوادگی و فردی به موازات یکدیگر انجام شدند. ابزار پژوهش در جلسات ۳، ۴، ۶، ۹ و ۱۲ درمان فردی نوجوان تکمیل شد. به منظور پیگیری، نوجوان دو ماه پس از درمان مورد ارزیابی دوباره قرار گرفت. در این پژوهش از معنی داری بالینی استفاده شده است. معنی داری بالینی به ارزش عملی یا اهمیت اثر مداخله‌ای که انجام شده است، اطلاق می‌گردد. دو رویکرد عمده و پرکاربرد در معنی داری بالینی عبارت‌اند از رویکرد شاخص تغییر پایا<sup>۱</sup> و رویکرد مقایسه‌های هم‌چنین<sup>۲</sup>. همچنین، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی، از روش‌های ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی و بهبود تشخیصی استفاده شد.

## ابزار

۱- پرسش‌نامه نگرش سنج مواد مخدر<sup>۳</sup>: این پرسش‌نامه توسط رضایی، دلاور، و نجفی (۱۳۹۱) برای سنجش نگرش دانش‌آموزان مقطع متوسطه به مواد مخدر ساخته شده است. این محققین با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی نشان دادند که این پرسش‌نامه ۵۰ آیتم و پنج خرده‌مقیاس علاقه به مصرف، نگرش به خطرات، نگرش به اثرات فیزیولوژیکی، نگرش به اثرات روانی، و نگرش به اثرات اجتماعی را شامل می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ علاقه به مصرف ۰/۸۶، نگرش به خطرات ۰/۸۲، نگرش به اثرات فیزیولوژیکی ۰/۷۷، نگرش به اثرات روانی ۰/۸۱، نگرش به اثرات اجتماعی ۰/۸۰، و پایایی کل مقیاس ۰/۹۴ گزارش شد. روایی این پرسش‌نامه از طریق نتایج تحلیل عامل تأییدی بررسی شد و بر اساس شاخص‌های برازش، ساختار پنج‌عاملی این پرسش‌نامه تأیید شد. نتایج این پژوهش نشان داد که این پرسش‌نامه واجد شرایط لازم برای تشخیص نگرش به مواد مخدر

در بین دانش‌آموزان سال سوم راهنمایی و مقطع متوسطه کل کشور است (رضایی و همکاران، ۱۳۹۱).

### یافته‌ها

جدول ۲ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زوجین شرکت‌کننده در این پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زوجین

زوج	جنسیت	سن	تحصیلات	سابقه مشاوره	سابقه اعتیاد	توضیحات
اول	مرد	۳۹	کارشناسی	زوج‌درمانی	-	
	زن	۳۶	کارشناسی		-	
دوم	مرد	۳۵	دیپلم	زوج‌درمانی □ و ترک اعتیاد	۹ سال	ازدواج دوم
	زن	۳۷	کارشناسی		-	
سوم	مرد	۳۵	کارشناسی ارشد	پیش از ازدواج	-	
	زن	۲۹	کارشناسی ارشد		-	
چهارم	مرد	۴۷	کارشناسی ارشد	-	سیگار	سابقه مصرف داروهای روان‌پزشکی
	زن	۴۲	کارشناسی	□	-	ازدواج دوم

جدول ۳ اطلاعات خانواده و نوجوان را نشان می‌دهد.

جدول ۳: اطلاعات خانواده و نوجوان

خانواده	تعداد فرزندان	عدم حضور مادر در جلسات	عدم حضور پدر در جلسات	نوع مصرف مواد نوجوان	سن نوجوان	تعداد جلسات مشاوره فردی نوجوان
خانواده ۱	۲	-	۲	ماری‌جوانا	۱۷	۱۲
خانواده ۲	۱	-	۵	ماری‌جوانا	۱۶	۱۲
خانواده ۳	۲	-	۱	حشیش	۱۸	۱۳
خانواده ۴	۳	-	۲	ماری‌جوانا	۱۶	۱۴

جدول ۴ آماره‌های توصیفی نگرش به مصرف مواد را در نوجوانان در پرسش‌نامه نگرش سنج مواد مخدر نشان می‌دهد.

جدول ۴: آماره‌های توصیفی نگرش به مصرف مواد در نوجوانان

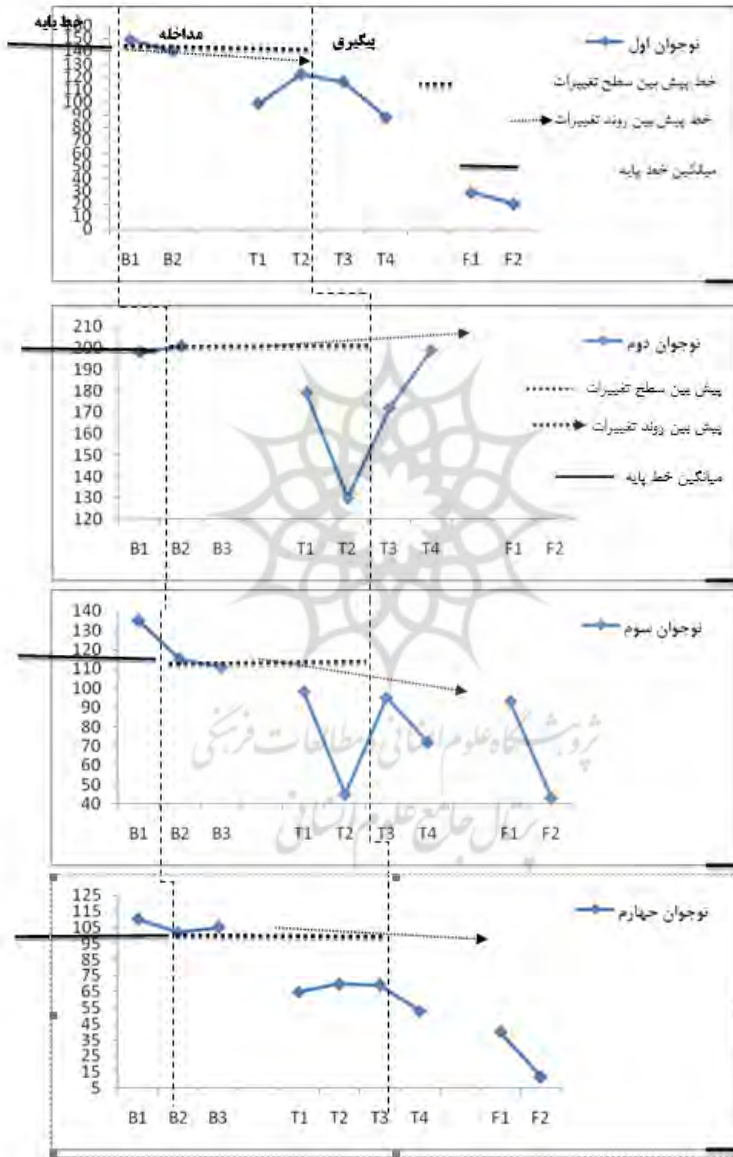
خط	خط	خط	جلسه	جلسه	جلسه	پیگیری	پیگیری	میزان	شاخص		
پایه ۱	پایه ۲	پایه ۳	۳	۶	۹	۱۲	۱	۲	تغییر پایا		
۱۴۹	۱۴۰	-	۹۹	۱۲۲	۱۱۶	۸۸	۲۹	۲۰	۲۶/۴۷	۱/۹۹	نوجوان اول
۱۹۹	۲۰۱	-	۱۷۹	۱۳۰	۱۷۲	۱۹۸	-	-	۱۴/۷۹	۱/۵۴	نوجوان دوم
۱۳۵	۱۱۵	۱۱۱	۹۸	۴۵	۹۵	۷۲	۹۳	۴۳	۴۳/۲۸	۲/۲۴	نوجوان سوم
۱۱۰	۱۰۲	۱۰۵	۶۵	۷۰	۶۹	۵۳	۴۰	۱۲	۳۹/۱۹	۲/۱۶	نوجوان چهارم

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد نمرات نگرش به مصرف مواد تغییر معنی‌داری داشت. شاخص تغییر پایا در نوجوان اول، سوم و چهارم به ترتیب ۱/۹۹، ۲/۲۴ و ۲/۱۶ به دست آمد و با توجه به این که این سه مقدار بیشتر از نمره ملاک ( $Z=1/96$ ) بودند، بنابراین تغییرات هر سه نوجوان معنی‌دار بودند، ولی از آنجایی که این مقدار در نوجوان دوم (۱/۵۴) کمتر از نمره ملاک بود، تغییرات نوجوان دوم معنی‌دار نبود. از طرف دیگر نمودار گرافیکی نیز نشان داد که همه نمرات نوجوان اول، سوم و چهارم در مرحله مداخله پایین‌تر از نمرات خط پایه آن‌ها بود و نگرش به مصرف مواد کاهش یافت. بر اساس ملاک دو گانه محافظه‌کارانه (فیشر، کلی، و لوماس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳)، اگر هر چهار نقطه مرحله مداخله پایین‌تر از نمرات مرحله خط پایه قرار گیرند، تغییر معنادار است. با این وجود، به دلیل پایین بودن تعداد داده‌های ترسیم نوجوان دوم (۳ نقطه از ۴ نقطه)، تغییرات نوجوان دوم معنی‌دار نبود. همچنین، نوجوان اول، سوم و چهارم درصد بهبودی معنی‌دار قابل توجهی (۲۶/۴۷، ۴۳/۲۸ و ۳۹/۱۹ درصد) را نشان دادند. هر چند درصد بهبودی نوجوان دوم ۱۴/۷۹ درصد بود، اما در کل، بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد (پاپن<sup>۲</sup>، ۱۹۸۹؛ به نقل از رجبی و همکاران، ۱۳۹۲)، درمان خانواده‌محور در کاهش نگرش مثبت به مصرف مواد نوجوانان در طبقه موفقیت در درمان قرار می‌گیرد (۳۰/۹۳ درصد بهبودی). بنابراین، بر اساس شاخص تغییر پایا، نمودار گرافیکی، و درصد بهبودی، درمان خانواده‌محور باعث

1. Fisher, Kelley, & Lomas

2. Poppen

کاهش نگرش مثبت به مصرف مواد در نوجوانانی که اختلال مصرف مواد داشتند، شد و این نتیجه در مرحله پیگیری نیز نسبتاً ثابت بود. نمودار ۱ روند تغییر نمره‌های پرسش‌نامه نگرش سنج مواد مخدر را نشان می‌دهد.



نمودار ۱: روند تغییر نمره‌های پرسش‌نامه نگرش سنج مواد مخدر

## بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان خانواده‌محور بر نگرش به مصرف مواد دانش‌آموزان دختر با اختلال مصرف مواد بود. بر اساس نمودار گرافیکی، شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی، نتایج این پژوهش نشان داد که درمان خانواده‌محور باعث کاهش نگرش مثبت به مصرف مواد دانش‌آموزان شد. این یافته‌ها با پژوهش بیستو پونز و همکاران (۲۰۱۶) و کیربی و همکاران (۲۰۱۵) همخوانی دارد. بیستو پونز و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که مداخلات خانواده‌محور باعث بهبود عزت‌نفس، افسردگی، خشم و خلق منفی نوجوانانی که اختلال مصرف مواد دارند می‌شود. یافته‌های پژوهش حاضر نیز اثربخشی تغییر تعاملات خانوادگی و رفتارهای والدین را بر مصرف مواد نوجوان نشان داد. لازم به ذکر است که شروع و تداوم اختلال مصرف مواد در نوجوانان می‌تواند ریشه در الگوهای ناکارآمد خانوادگی و عملکرد والدین داشته باشد. همچنین این پژوهش با یافته‌های پژوهشی قبلی (کیربی و همکاران، ۲۰۱۵) همخوانی دارد که نشان می‌دهند درگیر بودن والدین در تلاش برای درمان اختلال مصرف مواد می‌تواند اثربخش‌تر از درمان‌های فردی باشد. هدف نهایی درمان خانواده‌محور در درمان نوجوانانی که مواد مصرف می‌کنند، توانمندسازی اعضای خانواده برای برقراری این مهارت‌ها است. هدف فوری این درمان، کاهش مصرف مواد، بهبود عملکرد و تقلیل عوارض دارویی و اجتماعی مصرف مواد بود. این درمان به افراد کمک کرد تا رفتار خود را تغییر دهند و با سبک زندگی خود سازگار شوند. درمان خانواده‌محور به نوجوانان کمک کرد تا افکار و رفتارهای مرتبط با مصرف مواد را تغییر دهند و مهارت‌های مقابله‌ای و اجتماعی سالم‌تری را در خانواده، مدرسه و جامعه به کار بگیرند (انگوبین، ۲۰۱۵). اگر نوجوانان فضایی داشته باشند که بتوانند احساسات و افکار خود را ابراز کنند، مسئولیت تصمیم‌گیری‌های خود را می‌پذیرند و احتمال بروز رفتارهای پرخطر کاهش می‌یابد. این درمان به نوجوانان کمک کرد نسبت به انتظاراتی که می‌توانند زمینه‌ساز آشفستگی و خشم باشند، آگاهی پیدا کنند و انتظارات واقع‌بینانه‌تری را بازسازی کنند. نوجوانان با پیگیری ارتباط بین افکار و احساسات، نسبت

به رفتارهای ناسازگار و احساسات پریشان خود احساس مسئولیت پذیری بیشتری پیدا کردند.

زمانی که نوجوان درگیر مصرف مواد است والدین و دیگر اعضای خانواده از سرزنش و تهدید استفاده می‌کنند. این الگوهای تعاملی می‌تواند نگرش نوجوان به مصرف مواد را تشدید کند و در نتیجه اعتیاد نوجوان عمیق‌تر می‌شود. مداخلات خانواده‌محور به تغییر الگوهایی که تشدیدکننده مشکلات رفتاری و گرایش به مصرف مواد می‌شود متمرکز بود. درمان خانواده‌محور به اعضای خانواده کمک کرد تا به نوجوان نشان دهند این مشکل، یک مشکل سیستمی و مشترک است و اعضای خانواده برای حل آن باید متحد شوند. البته اهداف درمان نباید صرفاً متمرکز بر کاهش یا ترک مصرف مواد باشد بلکه این اهداف باید بتوانند با مفهوم و معنای زندگی پیوند برقرار کنند. درمان خانواده‌محور به نوجوان کمک کرد تا بتواند نگرش واقع‌بینانه‌تری نسبت به هستی خود داشته باشد و ترک مواد را عاملی در هموارتر شدن آینده خود بداند. نوجوانان مناسب‌ترین جمعیتی هستند که برای ارتقاء عادت‌های سالم و تغییر عادت‌های ناسالمی مثل سوءمصرف مواد در آنان می‌توان برنامه‌ریزی و تلاش کرد (انگوین، ۲۰۱۵). مداخلاتی که با والدین انجام شد باعث افزایش پیوند عاطفی و عشق والدین شد. تغییرات تدریجی در نوجوان باعث ایجاد امید در والدین شد و این تغییر خلقی می‌تواند زمینه‌ساز روابط عاطفی مطلوب‌تری در والدین به عنوان یک زوج شود. معمولاً خانواده و سایر اعضای خانواده نسبت به ترک مصرف مواد نگرش واقع‌بینانه‌ای ندارد و معتقدند اگر نوجوان اراده کند مسئله حل می‌شود. درمان خانواده‌محور به اعضای خانواده کمک می‌کند تا به جای خشم و تنفر نسبت به نوجوان، احساس دلسوزی و همدلی را در خود رشد دهند و ارزیابی آن‌ها از نوجوان تک بعدی و صرفاً متکی بر مصرف مواد نباشد.

این پژوهش محدودیت‌هایی دارد که باعث می‌شود نتایج این پژوهش را نتوان قاطعانه تعمیم داد. این محدودیت‌ها مربوط به طرح تحقیق، اندازه نمونه و عدم اجرای مرحله پیگیری در بلندمدت است. یکی از محدودیت‌های طرح تحقیق تک موردی، اجرای مکرر ابزارهای پژوهش در سه مرحله پایه، مداخله و پیگیری است که احتمال شکل‌گیری

اثر انتقال را بیشتر می‌کند. نمونه این پژوهش دختران نوجوان دارای اختلال مصرف مواد بودند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های دیگری این درمان برای پسران نیز اجرا شود. از چهار نوجوان، سه نفر مصرف‌کننده ماری‌جوانا بودند. پیشنهاد می‌شود اثربخشی این درمان بر مصرف‌کنندگان سایر مواد نیز بررسی شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های دیگری اثرات این درمان بر سایر ابعاد خانوادگی نیز مورد بررسی قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

از خانواده‌های شرکت‌کننده به خاطر مشارکت فعال در این پژوهش تشکر می‌شود. این پژوهش با کد اخلاق شماره ۳۲۸/۳۸۱ مورخه ۱۳۹۸/۴/۱۸ و با کسب مجوز از گروه مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز انجام شده است.

### منابع

- باقری، طاهره و نامعی، علی محمد (۱۳۹۷). تأثیر آموزش خانواده محور بر نگرش به مواد و باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر دارای والد معتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۷)، ۲۸-۱۱.
- خجسته مهر، رضا؛ عباس پور، ذبیح اله؛ رجبی، غلامرضا؛ عالی پور، سیروس؛ عطاری، یوسفعلی و رحمانی، علی حسن (۱۳۹۲). اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری خانواده-محور و راه‌حل-محور بر افکار خودکشی گرایانه، علائم افسردگی، پیوستگی و انطباق‌پذیری خانوادگی اقدام‌کنندگان به خودکشی. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۲(۱۴)، ۲۲۷-۱۸۵.
- رجبی، غلامرضا؛ ایمانی، مهدی؛ خجسته مهر، رضا؛ بیرامی، منصور و بشلیده، کیومرث (۱۳۹۲). بررسی کارایی درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر بر کاهش علائم نگرانی و سازگاری زناشویی زن‌های دارای آشفتگی زناشویی و اختلال اضطراب فراگیر. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۳(۱)، ۸۸-۵۸.
- رضایی، علی محمد؛ دلاور، علی و نجفی، محمود (۱۳۹۱). ساخت و اعتباریابی پرسشنامه نگرش سنج مواد مخدر در دانش‌آموزان سال سوم راهنمایی و مقطع متوسطه کشور. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۶(۲۴)، ۵۴-۳۷.
- سادات موسوی، مهتری (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش گرایش به مواد مخدر بین دانش‌آموزان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۴(۱۳)، ۸۷-۷۳.
- عباس پور، ذبیح اله؛ پورسردار، فیض اله؛ کرابی، امین و خسروانی شایان، مریم (۱۳۹۵). اثربخشی روان‌درمانی بین فردی خانواده‌محور بر علائم افسردگی نوجوانان. *دوفصلنامه روانشناسی خانواده*، ۲(۲)، ۶۷-۷۸.

فتاحی، عباسعلی و دهقانی، اکرم (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجانی، خودکارآمدی و وسوسه در مردان عضو انجمن معتادان گمنام. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۸)، ۱۸۵-۲۰۲.

کردستانی، داود؛ فرهادی، علی و سلیمانی، فریبا (۱۳۹۶). بررسی علل گرایش به مصرف مواد مخدر و داروهای روان گردان از دیدگاه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم پزشکی لرستان*، ۱۹(۱)، ۴۲-۵۳.

## References

- Allen, E. B., Michelson, C. D., O'Donnell, K. A., Bagley, S. M., Earlywine, J., & Hadland, S. (2020). 18. Training in Adolescent Substance use and Opioid Misuse in US Pediatric Residency Programs: A National Survey. *Journal of Adolescent Health*, 66(2), 10.
- Bisetto Pons, D., González Barrón, R., & Botella Guijarro, Á. (2016). Family-Based Intervention Program for parents of substance-abusing youth and adolescents. *Journal of addiction*, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2016/4320720>
- Brindis, C., Park, M. J., Paul, T., & Burg, S. (2002). A profile of adolescent health: The role of race, ethnicity and gender. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*, 11(1-2), 1-32.
- Fisher, W. W., Kelley, M. E., & Lomas, J. E. (2003). Visual aids and structured criteria for improving visual inspection and interpretation of single-case designs. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36(3), 387-406.
- Habibi, R., Nikbakht Nasrabadi, A., Shabany Hamedan, M., & Saleh Moqadam, A. (2016). The Effects of Family-Centered Problem-Solving Education on Relapse Rate, Self-Efficacy and Self Esteem among Substance Abusers. *International journal of high risk behaviors & addiction*, 5(1), e24421. <https://doi.org/10.5812/ijhrba.24421>
- Jimenez-Iglesias, A., Moreno, C., Rivera, F., & García-Moya, I. (2013). The role of the family in promoting responsible substance use in adolescence. *Journal of Child & Family Studies*, 22(5), 585-602.
- Kirby, K. C., Versek, B., Kerwin, M. E., Meyers, K., Benishek, L. A., Bresani, E., ... & Meyers, R. J. (2015). Developing Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) for parents of treatment-resistant adolescents. *Journal of child & adolescent substance abuse*, 24(3), 155-165.
- Kumpfer, K. L. (2014). *Family-based interventions for the prevention of substance abuse and other impulsive control disorder in girls*. ISRN Addiction. Hindawi publishing.
- 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 the United Kingdom. *Alcohol and Alcoholism*, 37(1), 52-60.
- National Institute on Drug Abuse. (2020). Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/children-and-teens>.
- Nguyen, T. H. (2015). *Adolescent substance use family-based treatment: A grant proposal project*. California State University, Long Beach.
- Smith, J. E., & Meyers, R. J. (2007). *Motivating substance abusers to enter treatment: Working with family members*. Guilford Press.
- Uliaszek, A. A., Hamdullahpur, K., & Mills, L. (2019). Examining the Effectiveness of Residential Treatment among Adolescents with Problem Substance Use. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 28(4), 221-228