

SID



ابزارهای
پژوهش



سرویس ترجمه
تخصصی



کارگاه‌های
آموزشی



بلاگ
مرکز اطلاعات علمی



سامانه ویراستاری
STES



فیلم‌های
آموزشی

سامانه ویراستاری (ویرایش متون فارسی، انگلیسی، عربی)

کارگاه‌ها و فیلم‌های آموزشی مرکز اطلاعات علمی



روش تحقیق کمی



آموزش مهارت‌های کاربردی
در تدوین و چاپ مقالات ISI



آموزش نرم افزار Word
برای پژوهشگران

پژوهش‌نامه اسلامی زنان و خانواده / سال دوم / شماره چهارم / بهار و تابستان ۱۳۹۴ / ۶۳-۷۶

مقایسه کارکرد خانواده، باورهای غیرمنطقی و خودپنداره در جوانان معتاد و غیرمعتاد

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۱/۲۳ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۲/۱۷

سمیه دادخواهی^۱، هیمین محمود فخره^۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه کارکرد خانواده، باورهای غیرمنطقی و خودپنداره در جوانان معتاد و غیرمعتاد شهرستان خوی انجام گرفت. در این مطالعه علی-مقایسه‌ای تعداد سی نفر از افراد معتاد مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهرستان خوی در سال ۱۳۹۲-۱۳۹۳ به روش دردسترس و تعداد سی نفر از افراد غیرمعتاد که از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی با گروه معتادین هم‌تا بودند به عنوان گروه مقایسه انتخاب شدند. پرسشنامه‌های کارکرد خانواده مک‌مستر، باورهای غیرمنطقی جونزو خودپنداره راجرز توسط دو گروه پاسخ داده شد و داده‌های پژوهش با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که کارکرد خانواده و خودپنداره جوانان معتاد نسبت به جوانان غیرمعتاد به طور معناداری در سطح پایین‌تری قرار داشت. همچنین تفاوت معناداری در میزان باورهای غیرمنطقی افراد معتاد نسبت به افراد عادی وجود داشت. براساس نتایج این پژوهش می‌توان گفت که بین جوانان معتاد و غیرمعتاد در متغیرهای کارکرد خانواده، باورهای غیرمنطقی و خودپنداره تفاوت معنادار وجود دارد.

واژگان کلیدی: کارکرد خانواده، باورهای غیرمنطقی، خودپنداره.

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، ایران

Email: s.dadkhahi@yahoo.com

۲. عضو هیئت علمی دانشگاه پیام نور، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور مرکز مهاباد، ایران. (نویسنده مسئول)

Email: hemanpsycho@yahoo.com

۱. مقدمه

اختلالات سوء مصرف مواد از رایج‌ترین مشکلات روانپزشکی است که از تعامل عوامل ژنتیکی و محیطی مثل ناپه‌نجاری‌های رشدی و وضعیت نامساعد روانی - اجتماعی ناشی می‌شود. این اختلالات می‌تواند در اثر مصرف الکل، مواد افیونی^۱، حشیش^۲ مت‌آمفتامین‌ها، کوکائین^۳ و ... به وجود آمده و به شکل مستی^۴، وابستگی^۵ و سوء مصرف^۶ خود را نشان می‌دهد.

علایم وابستگی به مواد شامل مجموعه‌ای علایم فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی است که براساس آن فرد برخلاف داشتن اختلالات وابسته به مواد، مصرف آن را ادامه می‌دهد؛ در چنین مواردی الگویی از مصرف وجود دارد که معمولاً منجر به تحمل^۷، محرومیت^۸ و رفتار اجباری برای مصرف می‌شود. (انجمن روانپزشکی آمریکا^۹، ۲۰۰۰)

عوامل دخیل در شروع، ادامه و نمود^{۱۰} در اختلال سوء مصرف مواد بسیار متنوع است و عوامل گوناگون فردی، خانوادگی و اجتماعی را شامل می‌شود. زمینه‌های پیش‌اقتصادی معتادان (خصوصیات شخصیتی، روابط خانوادگی، سبک زندگی و عقاید) به طور معناداری با افراد عادی متفاوت است. بنابراین، وجود زمینه و استعداد ویژه برای قبول و مصرف مواد مخدر ضروری است و لازم است، اقدامات پیشگیرانه از زمان کودکی و از درون نظام خانواده آغاز شود (زینالی، وحدت، و حامدینیا، ۱۳۸۶)؛ چراکه یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در سوء مصرف و همچنین پرهیز از مواد مخدر، خانواده و نحوه عملکرد آن می‌باشد. در مجموع، رابطه بین اختلال در عملکرد خانواده و اعتیاد معنادار است؛ از جمله مهم‌ترین ابعاد خانوادگی مربوط به افزایش مصرف مواد مخدر، فقدان ارتباط بین فردی در خانواده و ناتوانی در حل مشکلات خانوادگی است.

1 . opiates

2 . hashish

3 . cocaine

4 . drunkennes

5 . dependency

6 . abuse

7 . tolerance

8 . deprivation

9 . American psychologie of association

10 . Relapse

عملکرد خانواده به چگونگی روابط اعضای خانواده، تعامل و حفظ روابط، چگونگی تصمیمگیری ها و حل مشکلات اعضای خانواده مربوط می شود؛ به عبارت دیگر، عملکرد خانواده جنبه مهم محیط خانوادگی است که سلامت جسمانی، اجتماعی و هیجانی کودکان را تحت تأثیر قرار می دهد. آنچه در خانواده اتفاق می افتد و همچنین چگونگی عملکرد آن، می تواند عامل کلیدی در ایجاد انعطاف پذیری و کاهش خطرات فعلی و آینده مرتبط با رویدادهای ناگوار و شرایط نامناسب باشد. محیط های برانگیزنده و پرورش دهنده، کودکان را قادر می سازد تا یاد بگیرند و پیشرفت کنند؛ برعکس، محیط های خانوادگی ناکارساز می تواند برای بسیاری از جنبه های رشد کودکان و انتقال مثبت آنان به بزرگسالی مضر باشد.

(سیلبرن^{۱،۲} و دیگران، ۲۰۰۶)

در واقع خانواده، نظامی است که بیشترین تأثیر را بر رفتار فرد دارد و نه فقط رفتار سازشی و بهنجار، بلکه رفتارهای نابهنجار افراد در خانواده شکل می گیرد. (رجبی، ۱۰۰ و عطار، ۲۰۰۷). مشکلات خانواده می تواند به افت تحصیلی، فروپاشی روابط اجتماعی، انزوای اجتماعی و استفاده از الکل و مواد منجر شود (واکر^۳، و شفر^۴، ۲۰۰۸).

چون خانواده نقش محوری در اجتماعی کردن نوجوانان دارد، عوامل خانوادگی به عنوان یکی از عوامل خطر ساز سوء مصرف مواد توسط نوجوانان گزارش شده است. استفاده از مواد با شکست در ایفای نقش والدینی، تعارض والد-فرزندی و تعارض های درون خانوادگی، نگرش پذیرنده والدین نسبت به مصرف مواد توسط نوجوان و استفاده از الکل و سیگار در خانه توسط والدین مرتبط است. ارتباط عملکرد ضعیف خانواده نیز با اعتیاد نوجوان گزارش شده است و عدم نظارت و انضباط ناکافی والدین معمولاً پیش بینی کننده قدرتمند سوء مصرف مواد توسط نوجوان است. (ین^۵، چن^۶ و چن^۶، ۲۰۰۷). قمری (۱۳۹۰) در پژوهشی نشان داد که اختلال در ابعاد عملکرد خانواده های معتادین بیشتر از خانواده های عادی است.

- 1 . Dysfunctional
- 2 . siburn
- 3 . wallker
- 4 . shepherd
- 5 . yen
- 6 . chen & chen

همچنین ساختار سالم خانوادگی، همبستگی و انسجام و نظارت والدین از عوامل حفاظتی در برابر استعمال سیگار می باشند (قمری، ۱۳۹۰). فرایندهای درون خانواده به عنوان یک عامل مهم در بروز مشکلات رفتاری نوجوانان مانند گرایش به استعمال سیگار و مواد غیرقانونی است و در خانواده هایی که کنترل کمی بر روی فرزندان و دوستان آنها وجود دارد و مادران نسبت به فرزندان خود بی توجه هستند، اعتیاد و وابستگی به مواد بیشتر مشاهده شده است (چن، ۲۰۰۹).

علاوه بر عوامل خانوادگی، باید متغیرهای روان شناختی مرتبط و مهم در ارتباط با شروع و ادامه مصرف مواد را نیز در نظر؛ یکی از رویکردهای مهم در شناسایی و درمان سوء مصرف مواد مخدر، رویکردهای شناختی است (کروکر، و پارک، ۲۰۰۴). فرض اساسی نظریه های شناختی این است که افکار ناکارآمد در نحوه تفسیر و ارزیابی فرد از خود واقعیت دخیل است و همچنین پاسخ های رفتاری که از تفسیرهای خاص، ناشی می شود، در تداوم اختلال سوء مصرف مواد نقش دارند (گودرزی، ۱۳۸۰). به اعتقاد الیس، رفتار و عواطف انسان ناشی از باورها، اعتقادات و طرز فکر اوست. اضطراب، افسردگی، غم، اندوه و ترس همگی ناشی از طرز فکر و باورهای فرد نسبت به جهان و دیگران است که وی این باورها را باورهای غیرمنطقی نامیده است. باورهای غیرمنطقی مجموعه ای از افکار، اندیشه ها و عقایدی هستند که در آن اجبار، الزام، وظیفه و مطلق گرایی وجود دارد و موجب بروز اختلالات عاطفی - رفتاری می گردند و این اختلالات زمینه بروز افکار خودکشی را در فرد فراهم می کند. (صولتی، ۱۳۸۰)

با توجه به افزایش ریسک خودکشی در افراد معتاد و عقاید غیرمنطقی (در این مورد که نمی توان مصرف مواد را به آسانی ترک کرد) (بورلند، و دیگران، ۲۰۰۴) لزوم توجه جدی و پیشگیری از اعتیاد حائز اهمیت است. قربانی و دیگران (۱۳۹۰) در مقایسه باورهای غیرمنطقی در مصرف کنندگان شیشه و افراد عادی، نشان دادند که گروه سوء مصرف کننده نسبت به گروه گواه باورهای غیرمنطقی بیشتری داشتند. امین پور و احمدزاده (۱۳۹۰)، نیز بیان کردند که نمرات باورهای غیرمنطقی در افراد معتاد بیشتر از افراد عادی است.

1 . chen

2 . Crocker & Park

3 . Borland

علاوه بر باورهای غیرمنطقی، احساس بی ارزشی و بی هدفی مداوم، می تواند زمینه ساز گرایش به مصرف مواد مخدر در فرد باشد. به عبارت دیگر، افراد دارای خودپنداره ضعیف هنگام روبرو شدن با تجربه های ناکام کننده و شکست، به جای استفاده از فعالیت خودتنظیمی، خود را سرزنش می کنند، در نتیجه این افراد بیشتر به سمت رفتارهای سوء مصرف گرایش دارند.

به طور کلی خودپنداره با ابعاد عملکرد عمومی خانواده و پاسخ دهی عاطفی و نیز با امتیاز کل عملکرد خانواده رابطه معناداری نشان داده و همبستگی آن در بعد پاسخ دهی عاطفی از سایر ابعاد بیشتر است. عملکرد خانواده در شکل گیری خودپنداره نقش مهمی دارد. در واقع خودپنداره نوجوانان به ادراکات آنها از خانواده وابسته است. در این میان روابط عاطفی عمیق میان والدین و فرزندان اهمیت زیادی دارد. در پژوهش دیباج نیا (۲۰۰۵) نیز همبستگی بین خودپنداره و عملکرد کلی خانواده و حل مشکل معنی دار بود. همچنین هندرسون (۲۰۰۶) نشان داد که نوجوانانی که خودپنداره بالا دارند، می توانند با مشکلات گوناگون زندگی خود روبرو شده و رفتارهای نامناسب خود را به نحوی قابل قبول تغییر دهند.

با توجه به تأثیر مهم عملکرد خانواده در ایجاد باورها و خودپنداره و نقش پیش بینی کننده عملکرد خانواده در گرایش به مصرف مواد و تمییز افراد در معرض خطر، پژوهش حاضر با هدف مقایسه عملکرد خانواده، باورهای غیرمنطقی و خودپنداره در جوانان معتاد و غیرمعتاد انجام گرفت.

۲. روش

روش انجام این پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه ای است. نمونه آماری این پژوهش شامل ۳۰ نفر از معتادان خودمعرف به کلینیک های ترک اعتیاد شهرستان خوی در سال ۱۳۹۲-۱۳۹۳ در دامنه سنی ۱۸ تا ۴۳ سال بود که به روش نمونه گیری در دسترس از بین افراد مراجعه کننده به این مراکز انتخاب شدند.

گروه مقایسه، متشکل از ۳۰ نفر از افراد عادی بود که از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی تا حد امکان با گروه معتادین همتا بود.

۱-۲. ابزار پژوهش

۱-۱-۲. پرسشنامه کارکرد خانواده^۱ (FDA)

این ابزار دارای ۵۳ ماده است که برای سنجش عملکرد خانواده براساس الگوی مک مستر تدوین شده است. این ابزار در سال ۱۹۸۳ توسط پشتاین، بالدوین و بیشاب با هدف توصیف ویژگی‌های سازمان و ساختاری خانواده تهیه شده است که توانایی خانواده را در سازش با حوزه وظایف خانوادگی با یک مقیاس خودگزارش دهی مورد سنجش و اندازه‌گیری قرار می‌دهد. در ایران اولین کوشش علمی به منظور هنجاریابی و میزان سازی این ابزار برای سنجش و کارایی خانواده توسط نجاریان (۱۳۷۴) به عمل آمده است. وی با استفاده از روش تحلیل عاملی توانست سه سازه یا عامل را در این آزمون شناسایی و نامگذاری کند. این سازه‌ها عبارتند از: نقش‌ها، حل مسأله و ابزار عواطف. (صدری، و فتیحی اقدم، ۱۳۸۶)

نجاریان ضریب آلفای کرونباخ سازه‌های این پرسشنامه را به ترتیب نقش‌ها، حل مسأله و ابزار عواطف ۰/۹۲، ۰/۷۵، ۰/۷۷، و کل مقیاس را ۰/۹۲ گزارش کرده است. این آزمون مجدداً توسط نجفی، احدی و دلاور (۱۳۸۵) هنجاریابی شده و ضریب آلفای ۰/۸۷ در دانشگاه علامه طباطبایی برای آن به دست آمد.

این پرسش‌نامه چهار گزینه‌ای است که نمراتی از یک تا چهار به هر گزینه تعلق می‌گیرد. به سؤالاتی که بیانگر عملکرد ناسالم هستند نمره معکوس داده می‌شود و حداکثر نمره ۱۸۰ است. (جعفری، صدری، و فتیحی اقدم، ۱۳۸۶)

۲-۱-۲. پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی^۲

این پرسشنامه ده خرده مقیاس دارد که عبارتند از: ضرورت تأیید و حمایت دیگران، انتظارات بسیار زیاد از خود، تمایل به سرزنش خود، واکنش به ناکامی، بی مسئولیتی عاطفی، دل مشغولی زیاد همراه با اضطراب، اجتناب از مسائل، وابستگی، ناامیدی نسبت به تغییر، کمال‌گرایی. (زارعی دوست، و دیگران، ۱۳۸۶)

درجه بندی این مقیاس براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف

1 . Family device assessment

2 . irrational beliefs

است. میزان پایایی این آزمون توسط جونی ۰/۹۲ به دست آمده است. در ایران نیز میزان ضریب پایایی بر اساس آلفای کرونباخ^۱ ۰/۷۱ گزارش شده است. (زارعی دوست، و دیگران، ۱۳۸۶)

۳-۱-۲. پرسش نامه خودپنداره^۲

در پرسشنامه راجرز، یک مقیاس دوقطبی هفت درجه ای در نظر گرفته شده است و مفاهیمی که مربوط به مسئله تحقیق است در دو قطب قرار گرفته اند. از پاسخ دهنده خواسته می شود تا مفهومی را روی یک مقیاس دوقطبی هفت درجه ای علامت گذاری نماید. سپس با محاسبه، جمع نمره های هر مفهوم در هر یک از مقیاس ها مشخص گردیده است که دو مفهوم از نظریک فرد یا یک گروه تا چه اندازه به یکدیگر شبیه هستند.

شیخانی (۱۳۸۲) ضرایب پایایی مقیاس خودپنداره را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس خود واقعی به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۵۰ و برای خرده مقیاس خود آرمانی به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۳ گزارش کرد. همچنین روایی این آزمون را با استفاده از محاسبه همبستگی با مقیاس عزت نفس کوپر اسمیت، برای دو خرده مقیاس خود واقعی و خود آرمانی به ترتیب $r = 0/49$ و $r = 0/51$ گزارش کرد.

۳. یافته ها

جدول شماره «۱» نتایج آمارهای توصیفی متغیرهای مورد مطالعه را نشان می دهد.

جدول شماره ۱: آمارهای توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه ها

مقیاس ها	گروه ها	تعداد	میانگین	خطای استاندارد میانگین	انحراف استاندارد	حداقل نمره	حداکثر نمره
کارکرد خانواده	غیرمعتاد	۳۰	۱۴۵/۷۳۳	۱/۶۴۴	۹/۰۰۵	۱۲۸	۱۶۱
	معتاد	۳۰	۱۲۶/۷۰۰	۱/۴۷۲	۸/۰۶۵	۱۱۰	۱۳۹
باورهای غیرمنطقی	غیرمعتاد	۳۰	۹۹/۶۰۰	۱/۶۳۷	۸/۹۶۹	۸۱	۱۱۵
	معتاد	۳۰	۱۱۶/۵۳۳	۱/۶۶۸	۹/۱۳۷	۹۸	۱۳۵
خودپنداره	غیرمعتاد	۳۰	۹/۱۶۶	۰/۴۰۷	۲/۲۲۹	۴	۱۳
	معتاد	۳۰	۱۱/۰۳۳	۰/۴۲۴	۳/۳۲۶	۷	۱۵

1. cronback coefficient test

2. self concept

به منظور مقایسه عملکرد خانواده، باورهای غیرمنطقی و خودپنداره در افراد معتاد و غیرمعتاد از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. یکی از پیش شرط‌های این تحلیل برابری واریانس‌های خطا است. با توجه به جدول شماره «۲» نتایج آزمون لوین حکایت از برابری واریانس‌ها دارد.

جدول شماره ۲: نتایج آزمون لوین مبنی بر پیش فرض تساوی واریانس‌ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
عملکرد خانواده	ایفای نقش	۴/۶۱۶	۱	۵۸
	حل مساله	۱/۴۷۵	۱	۵۸
	ابراز عواطف	۰/۸۳۷	۱	۵۸
باورهای غیرمنطقی	درماندگی در برابر تغییر	۰/۷۳۰	۱	۵۸
	توقع تأیید از دیگران	۲/۳۳۲	۱	۵۸
	اجتناب از مشکل	۰/۰۱۰	۱	۵۸
	بی مسئولیتی هیجانی	۲/۲۵۹	۱	۵۸
خودپنداره		۰/۳۱۷	۱	۵۸

با توجه به جدول شماره «۳» نتایج تحلیل واریانس چند متغیره مقایسه میانگین نمرات عملکرد خانواده، باورهای غیرمنطقی و خودپنداره افراد معتاد و غیرمعتاد حکایت از تفاوت معنادار آنها دارد. ($P < 0/01$ ، $F = 12/379$ و $F = 23/945$ ، $0/438$ و $0/526 = \text{لامبدای ویلکز}$) همچنین نتایج درج شده در این جدول نشان می‌دهد که مقایسه میانگین نمرات نشان می‌دهد که میزان F مشاهده شده در همه مؤلفه‌ها در سطح آلفای $0/01$ معنادار است. فقط مؤلفه «توقع تأیید از دیگران» در سطح آلفای $0/05$ معنادار است.

جدول شماره ۳: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره مقایسه میانگین نمرات عملکرد خانواده، باورهای غیرمنطقی و خودپنداره افراد معتاد و غیرمعتاد

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری
عملکرد خانواده	۸۵۱/۲۶۷	۱	۸۵۱/۲۶۷	۱۲/۱۳۴	۰/۰۰۱
	۴۲۶/۶۶۷	۱	۴۲۶/۶۶۷	۸/۰۷۹	۰/۰۰۶
	۵۷۰/۴۱۷	۱	۵۷۰/۴۱۷	۸/۷۷۴	۰/۰۰۴
باورهای غیرمنطقی	۲۲۴/۲۶۷	۱	۲۲۴/۲۶۷	۸/۵۵۹	۰/۰۰۵
	۱۳۲/۰۱۷	۱	۱۳۲/۰۱۷	۶/۶۴۱	۰/۰۱۳
	۳۸۰/۰۱۷	۱	۳۸۰/۰۱۷	۷/۷۴۸	۰/۰۰۷
	۳۶۵/۰۶۷	۱	۳۶۵/۰۶۷	۱۲/۳۴۴	۰/۰۰۱
	۵۲/۲۶۷	۱	۵۲/۲۶۷	۱۰/۰۶۷	۰/۰۰۲
خودپنداره					

۴. بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه کارکرد خانواده، باورهای غیرمنطقی و خودپنداره افراد معتاد و غیرمعتاد بود. نتایج پژوهش نشان داد که عملکرد خانواده افراد غیرمعتاد به مراتب بهتر و کاراتر از افراد معتاد است. درمانگران خانواده بر این باورند که تمام اختلالاتی که در عملکرد خانواده وجود دارد؛ از جمله سوء مصرف مواد، از مدیریت ناکارآمد سیستم خانواده ناشی می‌شود (بوئن^۱، ۲۰۰۹). زمانی که در خانواده، نقش‌ها و مسئولیت‌های هریک از اعضا و قوانین حاکم بر محیط خانواده روشن و مناسب نیست و پیوند منسجم و محکم و عاطفی بین اعضای خانواده وجود ندارد و خانواده نمی‌تواند کارکردهای خود را به طور صحیح اجرا کند، اعضای آن نمی‌توانند عملکرد مطلوبی داشته باشند (نجفی،، احدی،، ودلاور، ۱۳۸۵)، از این نظر خانواده را جایگاه اولیه یادگیری و خاستگاه بسیاری از تنش‌ها، ناکامی‌ها، موفقیت‌ها و انحرافات دانسته و یکی از عوامل مؤثر در ابتلا به اعتیاد قلمداد می‌نمایند (پیران، ۱۳۶۸).

به عقیده والکرد و شفارد^۲ (۲۰۰۸) مسئله مواد مخدر یکی از مسائلی است که در نتیجه از کار افتادگی کارکرد خانواده پدید می‌آید و می‌تواند پیامد اثر چرخه نادرست باشد که از هم گسیختگی خانوادگی را افزایش دهد. بروز و گسترش بسیاری از مشکلات فردی،

1 . Bowen center for study of the family

2 . Walker& shepherd

اجتماعی و دیگر آسیب‌ها و انحرافات از جمله اعتیاد ناشی از اختلال در کارکرد نهاد خانواده است.

کارکردهای خانوادگی (شامل پیوندهای خانوادگی، نظارت خانوادگی و نگرش‌های والدین به مصرف‌الکل) ارتباط بالایی با مصرف‌الکل به ویژه در نوجوانان دختر دارد. (سالی، ۱۰ و دیگران، ۲۰۰۵، نقل از رجبی، ۲۰۰۷) در پژوهشی که مهدی پور ابراری، نعمت‌اللهی و نوحی (۱۳۹۱) انجام دادند، بیان شده است که ۸۰٪ مادران خود را در اعتیاد فرزندان مقصر می‌دانند و بیان کردند که اگر می‌دانستند فرزند آنان نیز ممکن است معتاد شود، بیشتر مراقب می‌بودند. قمری (۱۳۹۰) در پژوهشی نشان داد که اختلال در ابعاد عملکرد خانواده معتاد بیشتر از افراد غیر معتاد است. مرزهای خانوادگی بهنجار، هوش هیجانی بالاتر و مصرف‌تریاک در مقایسه با مصرف‌شیشه و کراک در ترک اعتیاد نقش دارند، اما مرزهای خانوادگی گسسته، باعث برگشت اعتیاد در مصرف‌کنندگان ماده شیشه و کراک می‌شوند (کیانی پور، ۱۰ و پورزاد، ۱۳۹۱). همچنین برآورده نشدن نیازهای جوانان و به تأخیر افتادن کامیابی‌های آنان در خانواده‌هایی که گرفتار فقر اقتصادی و اجتماعی اند توجیهی است برای جوانان که تنها به ارضای تمایلات و آرزوهای کوتاه مدت خود از طریق اعتیاد و رفتار بزهکارانه عمل می‌کنند (احمدی، ۱۳۸۴). کارکرد خانواده پیش‌بینی‌کننده مصرف مشکل‌آفرین مواد مخدر است (راید، ۲۰۱۰). در خانواده‌هایی که کنترل کمی روی فرزندان و دوستان آنها وجود دارد و مادرائی که نسبت به فرزندان خود بی‌توجه هستند، اعتیاد و وابستگی به مواد بیشتر مشاهده می‌شود (چن، ۲۰۰۹). ساختار سالم خانوادگی، همبستگی و انسجام و نظارت والدین از عوامل حفاظتی در برابر استعمال سیگار است و در مقابل استعمال سیگار توسط والدین، خواهر، برادر به عنوان عوامل مرتبط با استعمال سیگار نوجوان شناخته شده است (گاس، ۱۰ و دیگران، ۲۰۰۹). در مقابل، عملکرد بالای خانواده با کاهش خطر استعمال سیگار همراه است.

افراد غیرمعتاد نگرش و باورهای عقلانی‌تر و منطقی‌تری نسبت به مواد مخدر دارند. در بررسی زمینه و استعداد ویژه برای قبول و مصرف مواد مخدر، علاوه بر جنبه خانوادگی و اجتماعی باید

1. Salli
2. Reide
3. chen

به جنبه‌های روان‌شناختی نیز توجه شود. در رویکرد شناختی فرض اساسی این است که نظام باورهای غیرمنطقی در نحوه تفسیر و ارزیابی فرد از واقعیت دخیل است و همچنین پاسخ‌های رفتاری فرد از تفسیرهای وی ناشی می‌شود؛ لذا نحوه پاسخ‌دهی افراد معتاد در سوء مصرف مواد مخدر بر اساس نظام باورهای آنهاست، و برای پرهیز و عدم مصرف مواد باید نظام باورهای افراد را تغییر داد تا متعاقب آن پاسخ‌دهی نسبت به مصرف مواد تغییر یابد.

در زمینه بررسی باورهای غیرمنطقی مطالعات و تحقیقاتی انجام گرفته، که نتایج این پژوهش با پژوهش‌های انجام گرفته همخوان است. نمره باورهای غیرمنطقی در افراد معتاد بیشتر از افراد عادی است، همچنین افراد معتاد در مقایسه با افراد عادی باورهای غیرمنطقی بیشتری دارند (امین پور، و احمدزاده، ۱۳۸۹؛ قربانی، و دیگران، ۱۳۹۰). توناتو^۱ (۲۰۰۸)، گالاش و دیگران^۲ (۱۹۹۴) در دو تحقیق جداگانه نشان داده‌اند که گروه سوء مصرف‌کننده مواد نسبت به گروه گواه نمرات بالاتری در مقیاس نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غیرمنطقی داشتند.

بین خودپنداره افراد معتاد و غیرمعتاد تفاوت معناداری وجود دارد و افراد غیرمعتاد خودپنداره بهتر و مثبت‌تری نسبت به افراد معتاد دارند. خودپنداره مثبت در نتیجه عزت نفس یا احترام به خود که جزو نیازهای اساسی روان‌شناختی در انسان است، به وجود می‌آید. بی‌اعتنایی و عدم توجه صحیح به این نیاز عواقب منفی چشمگیری چون احساس بی‌ارزشی، عدم کفایت و ضعف در زندگی ایجاد می‌کند.

شیوع برخی اختلالات رفتاری و عاطفی در بین افرادی که عزت نفس پایین و پنداره منفی دارند، بالاتر از میانگین است. همچنین رفتارهای ضد اجتماعی از قبیل مصرف دخانیات، سوء مصرف مواد مخدر، مشکلات دوست‌یابی، مشکلات تحصیلی، افسردگی، کمال‌گرایی و اضطراب رقابتی، تفکر جبرگرایانه و عدم کوشش برای بهبود وضعیت خود و خودکشی، با عزت نفس و احساس ارزش پایین مرتبط است. (گامی^۳، ۱۹۸۸) افرادی که دارای خودپنداره بالاترند، می‌توانند با مشکلات گوناگون زندگی خود روبرو شده و رفتارهای نامناسب خود را به نحوی قابل قبول تغییر دهند (هندرسون، ۲۰۰۶).

1 . Tonato

2 . Calache, Martinez, verbulst, & Bourgeois

3 . Gumeay

4 . Henderson

بر اساس نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت که افراد معتاد دارای باورهای غیرمنطقی و خودپنداره منفی هستند و کارایی خانواده آنها در مقایسه با افراد غیرمعتاد پایین‌تر است. همچنین افراد غیرمعتاد خودپنداره مثبت‌تری دارند و باورهای منطقی‌تری دارند. بنابراین، توجه به خانواده و افزایش کارایی آن و تلاش جهت تغییر نظام باورهای معتادان نسبت به مواد مخدر می‌تواند پاسخ‌دهی آنان نسبت به مصرف مواد را تغییر دهد.

در پژوهش حاضر نمونه تقریباً ناهمگن از نظر سنی و تنوع مصرف مواد و همچنین شیوه نمونه‌گیری که به صورت در دسترس انجام شد تعمیم‌دهی نتایج را به گروه‌های دیگر با مشکل مواجه می‌کند. همچنین چند علیتی بودن مصرف مواد مخدر که ممکن است غیر از عوامل ذکر شده ناشی از دیگر عوامل درون فردی و بین فردی باشد، و پژوهش حاضر به بیان آنها نپرداخته است، از محدودیت‌های این پژوهش است. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود که تحقیقات مشابه در جوامع آماری گوناگون و با در نظر گرفتن سایر عوامل خطر ساز مهم در مصرف مواد انجام گیرد و با توجه به اینکه بیشتر افراد معتاد در توانایی حل مسئله و مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف هستند، توصیه می‌شود که اقدامات لازم در زمینه آموزش این مهارت‌ها صورت پذیرد.

فهرست منابع

۱. احمدی، حبیب (۱۳۸۴). *جامعه‌شناسی انحرافات*. تهران: انتشارات سمت.
۲. امین‌پور، حسن.، و احمدزاده، یاسین (۱۳۹۰). بررسی و مقایسه وضعیت باورهای غیر منطقی در افراد معتاد و عادی. *نشریه اعتیاد پژوهشی سوء مصرف مواد*، ۱۷ (۵)، ۱۰۷-۱۲۰.
۳. مهدی‌پور ابراری، رقیه.، نعمت‌اللهی، منیرالسادات.، و نوحی، عصمت (۱۳۹۱). بررسی نقش خانواده در اعتیاد فرزندان از دیدگاه مادران دارای فرزند معتاد شهر کرمان. *نشریه سلامت و بهداشت / ردبیل*، ۲ (۳)، ۶۷-۷۲.
۴. پیران، بهروز (۱۳۶۸). *بررسی اعتیاد و بازپروری معتادان*. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
۵. جعفری، اصغر.، صدری، جمشید.، و فتحی‌اقدم، قربان (۱۳۸۶). رابطه بین کارایی خانواده و دینداری با سلامت روان و مقایسه آن بین دانشجویان دختر و پسر. *نشریه تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ۲۲ (۶)، ۱۰۷-۱۱۵.
۶. زارعی دوست، الهام.، عاطف وحید، محمدکاظم.، بیان‌زاده، سید اکبر.، و بیرشک، بهروز (۱۳۸۶). مقایسه منبع کنترل، شیوه‌های مقابله و باورهای غیر منطقی در زنان روسپی و عادی شهر تهران. *نشریه روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۳ (۱۳)، ۱۷۲-۲۷۹.
۷. زینالی، علی.، وحدت، رقیه.، و حامدینیا، صفر (۱۳۸۶). بررسی زمینه‌های پیش‌اعتیادی معتادان و مقایسه آن با افراد سالم غیرمعتاد. *نشریه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۳۳: ۱۶۸-۱۹۹.
۸. شیخانی، محمد (۱۳۸۲). *مقایسه تأثیر یادگیری مشارکتی و آموزشی سنتی بر عملکرد تحصیلی یادداری مطالب، انگیزه پیشرفت و خودپنداره در دانش‌آموزان پسر سال دوم متوسطه نظری شهر بوشهر*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز.
۹. صولتی، حمید (۱۳۸۰). *انواع میگردن و درمان‌های آن*. پایان‌نامه دکترای حرفه‌ای، دانشگاه علوم پزشکی اهواز.
۱۰. قربانی، مریم.، کاظمی زهرانی، حمید.، و قربانی، طاهره (۱۳۹۰). مقایسه باورهای غیرمنطقی بیماران مبتلا به اختلال سوء مصرف شیشه و افراد عادی جامعه. *نشریه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۳ (۱۲)، ۳۱-۳۷.
۱۱. قمری، محمد (۱۳۹۰). مقایسه ابعاد عملکرد خانواده و کیفیت زندگی و رابطه این متغیرها در بین افراد معتاد و غیرمعتاد. *نشریه اعتیاد پژوهشی سوء مصرف مواد*، ۱۸ (۵)، ۵۵-۶۸.
۱۲. کیانی‌پور، عمر.، و پورزاد، اکرم (۱۳۹۱). بررسی نقش عوامل موثر در ترک اعتیاد. *نشریه اعتیاد پژوهشی سوء مصرف مواد*، ۶ (۲۲)، ۳۹-۵۴.
۱۳. گودرزی، محمد علی (۱۳۸۰). *درمان شناختی/اعتیاد به مواد مخدر*. شیراز: انتشارات راهگشا.
۱۴. نجفی، محمود.، احدی، حسن.، و دلاور، علی (۱۳۸۵). بررسی رابطه کارایی خانواده و دینداری با بحران هویت در دانش‌آموزان. *نشریه دانشگاه شاهد*، ۱۶ (۱۳)، ۸۹-۷۷.
15. American psychiatric association. (2000). *Dignastic and statistical manual of mental disorder (4 ed)*. washington, D. C :author.
16. Borland, R., yong, H.H., king, B., Michael, K., Geoffrey, C., Fong, T., Marshau, T.E., Hammond, D., & Mcneill, A. (2004). Use of and beliefs about light cigarettes in four countries: findings from the international tobacco control policy Evaluation survey. *Nicotione Tobacco Research*, 6 (3), 311-321.
17. Bowen center for study of the family. (2009). *family center new s [on-line]*. Available.
18. Calache, J., Martinez, V.S.J., Bourgeois, M., & peyre, I. (1994). DySfunctionalAttitudes in depressed and non- depressed Sustance abuser. *European Psychiatry*, g: 77-82.
19. Chen, L.S. (2009). Inter play of genetic risk factor and parent monitoring in risk for nicotion dependence. *Addiction*, 107 (10), 1731-1740.
20. Crocker, j., & Park, L.E. (2004). The costly pursuit of self- Esteem. *Psychological Bulletin*, 130: 390-414.
21. Dibajnia, p. (2005). [Relation between family functioning and self- conceptin Rehabilitation shahidbeheshti university of medical sciences students 2003]. *Pajohandeh*, 9(4), 237-240.
22. Gumej, P.W. (1988). *Self- seteem in children with special educational needs*. London: RoutledgeLegan& Paul Inc.
23. Henderson, C.E. (2006). Family Fanctioning , Self – concept and severity of adolescent externalizing problem. *Journal of child and family studies*, 15 (20), 721-731.

24. Rajabi, G., chahardoly, H.A. (2007). Relation ship of family functioning and psychosocial class incompatiblitymalayer city high school students. *Journal of Psychology and Educational sciences* shahidehamran university, 17 (1-2). 113-128.
25. Reid, M.C. (2010). *The Effects of Family Functioning and masculine Ideologies on Risky sub stance use Washington*. in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy.
26. Silburns, Z.S., maio, J., shepherd, C., Griffin, J., & mitrou, f. (2006). *the western Australian capacity of Aboriginal. child health Research*.
27. Tonato, T. (2008). Metacognition and substance obuse. *Addictive Behavior*, 24(2), 167-179.
28. Walker, R., & ShePherd, C. (2008). *Strengthening Aboriginal Family Functioning: What works and why Kuluhga*. AusralianinStitute of Family Studies, <http://WWW.aifs.gov.au/afrs>.
29. Yen, J., chen, C.C., & chen, S.H. (2007). Family factors of internt addiction and substance use experience in taiwanesea dolescnts. *Cyber psychology behavior*, 10: 323-327.

SID



ابزارهای
پژوهش



سرویس ترجمه
تخصصی



کارگاه‌های
آموزشی



بلاگ
مرکز اطلاعات علمی



سامانه ویراستاری
STES



فیلم‌های
آموزشی

سامانه ویراستاری (ویرایش متون فارسی، انگلیسی، عربی)

کارگاه‌ها و فیلم‌های آموزشی مرکز اطلاعات علمی



روش تحقیق کمی



آموزش مهارت‌های کاربردی
در تدوین و چاپ مقالات ISI



آموزش نرم افزار Word
برای پژوهشگران