

## مقایسه توانمندی خانواده در افراد دارای عود مجدد و افراد تداوم دهنده درمان نگهدارنده

لیلا مقدم<sup>۱</sup>، خلیل اسماعیل پور<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۷/۰۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۱/۲۲

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش مقایسه توانمندی خانواده در افراد تداوم دهنده درمان نگهدارنده و افراد دارای عود مجدد در بین معتادان به مواد مخدر شهر تبریز بود. **روش:** روش پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای بود. بدین منظور، نمونه‌ای ۱۵۰ نفری (شامل ۷۵ نفر بدون بازگشت و ۷۵ نفر دارای عود مجدد) از بین مراجعان کمپ‌های ترک اعتیاد به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و از خانواده‌شان خواسته شد پرسش‌نامه توانمندسازی خانواده کورن و همکاران را تکمیل کنند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که دو گروه از نظر نمره کل توانمندی خانواده و سطوح توانمندی (خانواده در ارتباط با فرد معتاد، ارتباط با سیستم‌های خدماتی و سطح اجتماعی) متفاوت هستند ( $p < 0/05$ ) و خانواده‌های افراد تداوم دهنده درمان نگهدارنده از توانمندی بالاتری برخوردار بودند. **نتیجه‌گیری:** یافته‌ها می‌توانند به طور تلویحی نقش توانمندی خانواده در مدیریت درمان پیشگیری از عود مجدد اعتیاد را تأیید کنند.

**کلیدواژه‌ها:** توانمندی خانواده، عود مصرف مواد، اعتیاد، درمان نگهدارنده

۱. کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، تبریز، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران، پست الکترونیکی:

khail\_sma@yahoo.com

## مقدمه

اعتیاد، به عنوان یک اختلال عود کننده مزمن، با مسایل زیادی در حوزه‌های پزشکی و روان‌پزشکی، شغلی و قانونی، همراه است و تبعات زیادی در حوزه‌های گوناگون فردی و اجتماعی در پی دارد. این اختلال نه تنها زندگی فرد را تحت الشعاع قرار می‌دهد، بلکه مشکلات و ناراحتی‌های زیادی را برای خانواده و جامعه ایجاد کرده و بار زیادی به آنها تحمیل می‌کند. اعتیاد مانند هر اختلال مزمن دیگر نیاز به مدیریت درمان در طی زمان دارد (دیلی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵؛ ترمورشوزن<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). این امر با توجه به احتمال بالای عود<sup>۳</sup> مصرف مواد، از ضروریات مورد توجه درمان اعتیاد و از معضلات اصلی درمان افراد معتاد به شمار می‌آید؛ چرا که حتی پس از آن که فرد معتاد، مصرف مواد مخدر را برای مدتی طولانی قطع کند نیز نمی‌توان امیدوار بود که مصرف مواد را از سر بگیرد (روزن<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). بیشتر معتادان به مواد پس از سم‌زدایی و ورود به درمان‌های توانبخشی، طی ۹۰ روز پس از شروع درمان مجدداً به مصرف مواد می‌پردازند (مک‌کی، فرانکلین، پاتاپیس، لینچ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶). مطالعات نیز گویای این امر است که حدود ۲۰ تا ۹۰ درصد معتادانی که تحت درمان قرار می‌گیرند، دچار عود می‌شوند (روزن و همکاران، ۲۰۰۶). به همین علت، امروزه در همه روش‌های درمانی، بر حفظ و نگهداری رفتار جدید (بهبودی) افراد تحت درمان، یا به عبارتی پیشگیری از عود، تاکید می‌شود.

عود مصرف مواد تأثیرات زیادی بر فرد، جامعه و خانواده دارد. فردی که بعد از ترک دوباره به سوی مواد بر می‌گردد احساس ناامیدی، عصبانیت، خجالت و گناه‌گریبانگیر او می‌شود. لذا به باور رابینسون و بریج<sup>۶</sup> (۱۹۹۳) افراد مبتلا به عود برخلاف افراد ترک کرده توان نادیده گرفتن نشانه‌های مربوط به مواد را ندارند و این امر وسوسه مصرف مواد را افزایش می‌دهد. به طور کلی، عود مکرر اعتیاد از فعالیت‌های روزمره فرد جلوگیری می‌کند، اعتماد به نفس، مسئولیت‌پذیری و کارآمدی فرد کاهش می‌یابد و به تبع آن تأثیرات زیادی نیز بر خانواده می‌گذارد. تا حدی که بی‌اعتمادی اعضای خانواده به فرد

1. Daley  
2. Termorshuizen  
3. relapse

4. Rosen  
5. McKay, Franklin, Patapis, & Lynch  
6. Robinson, & Berridge

معتاد تقویت شده و ترک بعدی و پذیرش آن را مشکل تر می کند (گلستانی، ۱۳۸۷). از طرف دیگر، طبق بررسی های گذشته، عوامل متعدد از جمله عوامل خانوادگی و اجتماعی در شروع، ادامه و بازگشت پس از درمان این اختلال موثر هستند (پورشهباز، شاملو، جزایری و قاضی طباطبایی، ۱۳۸۴). خانواده به طرق مختلف نقش اساسی در گرایش یا عدم گرایش افراد به مصرف مواد مخدر دارند (بنن<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). مطالعات مربوط به عود نیز دلایل بازگشت به اعتیاد را سابقه ی خانوادگی، استراتژی های مقابله ای ناسازگار، قرار گرفتن در معرض شرایط خطرزا و تجربه ی رویدادهای ناگوار در زندگی گزارش کرده اند (ماتو، چک رابرتی و آنجیا، ۲۰۰۹).

با توجه به این که خانواده به عنوان اولین مکان رشد شخصیت و تشکیل باورها و رفتارهای فرد مطرح است، به طور کلی عنوان شده است که گرایش به سمت اعتیاد و بازگشت دوباره به مصرف مواد، در افراد دارای خانواده های با کارکرد نامناسب در حوزه های مختلف، بیشتر بوده است. تئوری های خانواده درمانی از جمله طرفداران نظریه های بوئن، مینوچین و هی لی<sup>۲</sup>، نیز با نگرش سیستمی به مشکلات خانواده بیان می کنند که مشکلات فرد، مشکلات خانواده را منعکس می کند و بالعکس (پکمن<sup>۳</sup>، ۱۹۸۵). این نظریه پردازان اعتیاد را به عنوان راهی برای کنترل اضطراب افراد می دانند و معتقدند که مشکلات این افراد از مدیریت ناکارآمد اضطراب در سیستم خانواده ناشی می شود (گانندی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). طبق این دیدگاه خانواده ها با قابلیت برقراری و حفظ ثبات که اصطلاحاً هومئوستازی<sup>۵</sup> گفته می شود، می توانند به نظم بخشی درونی برسند. اما زمانی که پای اعتیاد به درون خانواده باز شود، ممکن است برخی از خانواده ها نتوانند مثل گذشته مسائل خود را سروسامان دهند و بیش از پیش دچار آشفتگی و ناکارآمدی شوند (قجاوند، ۱۳۹۴). تحقیقات صورت گرفته در مورد اعتیادپذیری و تاثیرپذیری افراد از خانواده شان در مقوله اعتیاد، نشان دهنده نقش بالای خانواده در اعتیاد است (میرزایی علویجه و همکاران، ۱۳۹۲؛ شالچی، دادخواه، یاقوتی آذری، ۱۳۹۴؛ ناستی زایی، ۱۳۸۶). برخی از

1. Bannon  
2. Mattoo, Chakrabarti, & Anjaiah  
3. Boen, Minochin, & Hey Lee

4. Peckman  
5. Gandy  
6. Homeostasis

تحقیقات نیز (عباسی و محمدخانی، ۲۰۱۶) نحوه ارتباط با همسر، سبک‌های فرزندپروری و آشفتگی‌های خانوادگی را از عوامل مرتبط با درگیر شدن فرد در فرایند اعتیاد ذکر کرده‌اند.

با توجه به آنچه گفته شد ادبیات بر نقش مجموعه عوامل عمومی در اعتیاد تأکید دارند، این عوامل به عنوان شاخص‌هایی از کارکرد مناسب و نامناسب خانواده محسوب می‌شوند. اما به توانمندی خانواده به عنوان سازه کلی در بحث مدیریت درمان و عود مصرف مواد پرداخته نشده است. طبق تعریف، خانواده توانمند از سه مشخصه اصلی توانایی بررسی و کنترل منابع آموزشی و حمایتی مورد نیاز، توانایی حل مسئله و تصمیم‌گیری و توانایی برقراری ارتباط جهت برطرف ساختن نیازهای درمانی برخوردار است (الحانی، ۱۳۸۲). در بحث خانواده درمانی نیز مدل‌های ارزیابی خانواده نیز به عنوان مثال مدل مک‌مستر<sup>۱</sup> بر کارکرد خانواده تأکید دارند (سیلک، ۲۰۰۷). این در حالی است که نقش توانمندی خانواده در مدیریت درمان تعدادی از بیماری‌ها و مشکلات شناخته شده است. برای مثال، یافته‌های تحقیقات انجام شده درباره نقش و تاثیر توانمندی خانواده در روند بهبودی بیماران جسمی نظیر آسم (رجبی، سبزواری، برهانی، حقدوست، بازرگان، ۱۳۹۱)، فنیل کتونوریا (خلوتی، نافیعی، سلطانی، ۱۳۹۳)، بیماران تحت جراحی بای پس عروق کرونر (ثنایی، نجاتی، ذوالفقاری، الحانی و کاظم‌نژاد، ۱۳۹۱)، همچنین کیفیت زندگی سالمندان (مسعودی، سلیمانی، هاشمی‌نیا، قربانی، حسن‌پوردهکردی و بهرامی، ۱۳۸۹) نشان‌دهنده بهبود و افزایش خودکارآمدی، عزت نفس و میزان همکاری بیماران است. همچنین نشان داده شده است که توانمندی خانواده کاهش مشکلات رفتاری کودکان تاثیر دارند و در واقع توانمندی والدین به عنوان واسطه درمان عمل می‌کند (گربو و شلتون، ۲۰۰۷). از آنجایی که یکی از راه‌های دست‌یابی به کاهش عود مصرف مواد، بررسی عوامل زمینه‌ساز، تسریع‌کننده و تداوم‌بخش عود است و توجه به این عوامل می‌تواند میزان ماندگاری در درمان را پیش‌بینی کند، پژوهش حاضر در صدد است

1. MC Master  
2. Celik

3. Graves, & Shelton

توانمندی خانواده در افراد دارای عود مجدد و افراد تداوم دهنده درمان نگهدارنده در بین معتادین شهر تبریز را مورد مقایسه قرار دهد.

## روش

### جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

این تحقیق، یک مطالعه علی-مقایسه‌ای بود که به مقایسه توانمندی خانواده در افراد دارای عود و افراد تداوم دهنده درمان نگهدارنده، می‌پردازد. جامعه آماری شامل معتادان متقاضی ترک اعتیاد بودند که برای اخذ خدمات درمانی مربوط به ترک اعتیاد، به کمپ‌های ماده ۱۶ و باغ فرشته آذربایجان شرقی مراجعه کرده بودند. این افراد شامل دو گروه تداوم دهنده درمان نگهدارنده و افراد دچار عود بودند که در سال ۱۳۹۶ در این کمپ‌ها پرونده داشتند. از بین مراجعان این دو مرکز ترک اعتیاد به روش نمونه‌گیری هدفمند نمونه‌ای ۱۵۰ نفری (شامل ۷۵ نفر بدون بازگشت و ۷۵ نفر دارای عود مصرف) انتخاب شد. در این پژوهش افراد بدون بازگشت (تداوم دهنده درمان) آن دسته از افرادی بودند که از ترک اعتیاد آن‌ها حداقل ۶ ماه گذشته بود و در این مدت بازگشت مجدد نداشتند. افراد دارای عود مصرف آن دسته از افراد وابسته به مواد در نظر گرفته شدند که به کرات (یک یا چند بار) بازگشت داشتند و از بازگشت آن‌ها یک ماه گذشته بود. برای جلب همکاری و اعتماد افراد به منظور گردآوری داده‌ها یک مصاحبه روان‌شناختی با این افراد انجام شد و در آن به موضوع و هدف پژوهش پرداخته شد و اطلاعاتی در خصوص درمان، عود و مسائل مربوط به سوء مصرف، وضعیت تأهل و اعضای خانواده پرسیده شد. پرسش‌نامه‌ها با هماهنگی‌های قبلی، در روزهایی که زمان ملاقات با خانواده‌ها بود در اختیار افراد قرار می‌گرفت.

## ابزار

۱- پرسش‌نامه توانمندسازی خانواده<sup>۱</sup>: این پرسش‌نامه توسط کورن<sup>۲</sup> و همکاران در سال ۱۹۹۲ ساخته شد و دارای ۳۴ گویه و ۳ خرده‌مقیاس خانواده (۱۲ سوال)، سیستم‌های خدماتی (۱۲ سوال) و اجتماعی (۱۰ سوال) می‌باشد. به منظور ارزیابی توانمندی والدینی که فرزندان مبتلا به ناتوانی‌های حسی دارند به کار می‌رود. این ابزار (با اندکی تصحیح) برای خانواده‌های سایر بیماران نیز استفاده شده است، در این پژوهش نیز متن پرسش‌نامه برای هماهنگی با نیازهای فرد بیمار (معتاد) تصحیح شد. مؤلفه‌ها و سوالات مربوط به خرده‌مقیاس خانواده<sup>۳</sup> (F) ۲-۴-۷-۹-۱۶-۲۱-۲۶-۲۷-۲۹-۳۱-۳۳-۳۴، سیستم‌های خدماتی<sup>۴</sup> (SS) ۱-۵-۱۱-۱۲-۱۳-۱۸-۱۹-۲۳-۲۸-۳۰-۳۲، و اجتماعی/سیاسی<sup>۵</sup> (C/P) ۳-۸-۱۰-۱۴-۱۵-۱۷-۲۰-۲۲-۲۴-۲۵ است. کورن و همکاران توانمندی خانواده دارای فرد بیمار را با ترکیب دو بعد نظری، مفهوم سازی کرده‌اند. بعد اول سطوح توانمندسازی است که شامل سه حوزه: الف- خانواده بلاواسطه (احساس اثربخشی در حل مشکلات در خانه)؛ ب- ارتباط با سیستم خدمات (اقدام برای به دست آوردن خدمات مناسب برای فرد معتاد) و ج- جامعه (فعالیت‌های خانواده که باعث بهبود خدمات به طور کلی برای خانواده‌ها و افراد بیمار می‌شود) است (خلوتی و همکاران، ۱۳۹۳). نمره گذاری به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است که برای گزینه‌های «کاملاً غلط»، «بسیار غلط»، «تاحدی صحیح»، «بسیار صحیح» و «کاملاً صحیح» به ترتیب، امتیازات ۱ تا ۵ در نظر گرفته می‌شود. نمره کل مقیاس بین ۳۴ تا ۶۸ نشان‌دهنده توانمندی ضعیف خانواده، نمره بین ۶۸ تا ۱۰۲ بیانگر توانمندی متوسط خانواده و نمره بالاتر از ۱۰۲ به معنای توانمندی قوی خانواده است. به عبارت دیگر نمرات بالاتر نشانگر توانمندی بیشتر خانواده است. کورن و همکاران در مطالعه‌ای بر روی ۴۴۰ نفر از والدین دارای کودک مبتلا به اختلالات عاطفی و رفتاری، همسانی درونی ابزار را برای هر یک از سه خرده‌مقیاس (اجتماعی:  $\alpha = 0/88$ ، سیستم خدمات:  $\alpha = 0/87$  و خانواده:  $\alpha = 0/88$ ) بالا گزارش کرده‌اند. قابلیت اطمینان در

1. Family Empowerment Scale (FES)  
2. Koren  
3. Family

4. Service Systems  
5. Community/ Political

بازآزمایی ( $N = 107$ ) برای هر یک از سه خرده‌مقیاس (خانواده:  $0/83$ ، سیستم خدمات:  $0/770$  و اجتماعی:  $0/85$ ) نیز مناسب بود. اعتبار سازه مقیاس نیز از تحلیل عاملی ارزیابی شد، که از سطوح و ابعاد چارچوب مفهومی حمایت کرد. مقیاس مذکور توسط خلوتی و همکاران در سال ۱۳۹۳ ابتدا به فارسی و سپس با تکنیک برگشت ترجمه مجدد به انگلیسی برگردانده شده و مورد ارزیابی قرار گرفته است. آن‌ها این پرسش‌نامه را از طریق مصاحبه فردی با ۲۸ مادر دارای کودک مبتلا به فنیل کتونوریا و سه مادر دارای فرزند مبتلا به کالاکتوز تکمیل و ابهامات موجود در عبارت‌ها را رفع کردند. در تحقیق آن‌ها آلفای کرونباخ کل مقیاس  $0/91$  بود و برای خرده‌مقیاس‌های خانواده، سیستم‌های خدماتی و اجتماعی به ترتیب  $0/83$ ،  $0/88$  و  $0/63$  به دست آمد. برای تأمین روایی ابزار در ابتدا یک گروه از متخصصین به طبقه‌بندی گویه‌ها از چشم‌انداز چارچوب دوبعدی توانمندسازی پرداختند. برای گویه‌های خرده‌مقیاس‌های سطح خانواده، سیستم‌های خدماتی و اجتماعی، ضرایب کاپا برای توافق ارزیابان  $0/83$ ،  $0/70$  و  $0/77$  بود. روایی ابزار همچنین با انجام تحلیل عوامل مورد تأیید واقع شد که در آن نتایج کلاً از سه سطح توانمندسازی که خرده‌مقیاس‌های، سطح خانواده، سیستم‌های خدماتی و اجتماعی را تشکیل می‌دادند، حمایت می‌کند. خرده‌مقیاس‌ها نیز از همبستگی بالایی با هم برخوردار بودند. در نهایت، شواهد قوی برای روایی ملاکی این پرسش‌نامه وجود دارد که با تفاوت بین نمرات پاسخ‌گویان شرکت‌کننده در شش فعالیت توانمندسازی، در مقابل نمرات پاسخ‌گویی که در فعالیت‌های توانمندسازی شرکت نکرده‌اند، نشان داده می‌شود (خلوتی و همکاران، ۱۳۹۳). آلفای کرونباخ در این تحقیق  $0/90$  به دست آمد.

## یافته‌ها

آماره‌های توصیفی توانمندی در سطح خانواده به تفکیک گروه‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

**جدول ۱: آماره‌های توصیفی توانمندی در سطح خانواده به تفکیک گروه‌ها**

متغیرها	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه
توانمندی در سطح خانواده	عود مجدد	۷۵	۲۳/۳۶	۶/۲۹	۵	۳۶
	درمان نگهدارنده	۷۵	۲۹/۰۳	۶/۶۹	۱۳	۴۸
سطح سیستم‌های خدماتی	عود مجدد	۷۵	۲۲/۴۱	۶/۷۴	۵	۳۹
	درمان نگهدارنده	۷۵	۲۹/۲۸	۷/۲۹	۱۶	۴۸
سطح اجتماعی	عود مجدد	۷۵	۱۹/۲۷	۶/۰۶	۵	۳۲
	درمان نگهدارنده	۷۵	۲۵/۲۳	۶/۷۹	۱۲	۴۰
نمره کل توانمندی خانواده	عود مجدد	۷۵	۶۵/۰۴	۱۷/۲۳	۱۵	۱۰۲
	درمان نگهدارنده	۷۵	۸۳/۵۳	۱۸/۷۶	۵۱	۱۳۶

جهت بررسی تفاوت دو گروه در مولفه‌های توانمندی در سطح خانواده می‌بایستی از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از مفروضه‌های این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این مفروضه در هر سه مولفه‌ی توانمندی در سطح خانواده داشت ( $P > 0/05$ ). مفروضه‌ی دیگر تحلیل برابری ماتریس کواریانس‌هاست. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این مفروضه داشت ( $F = 1/213, P > 0/05$ ). مفروضه‌ی نرمال بودن توزیع متغیرها در دو گروه با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنف تک‌نمونه‌ای مورد تأیید قرار گرفت ( $P > 0/05$ ). بنابراین تحلیل واریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج حکایت از تفاوت معنادار ترکیب خطی مولفه‌ها در دو گروه داشت ( $F = 13/198, P < 0/001, \lambda = 0/787$ ، لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک‌متغیری به شرح جدول ۲ استفاده شد.

**جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در مولفه‌های توانمندی در سطح خانواده**

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
توانمندی در سطح خانواده	۱۲۰۴/۱۶۷	۱	۱۲۰۴/۱۶۷	۲۸/۵۲۷	۰/۰۰۰۵
سطح سیستم‌های خدماتی	۱۷۶۸/۱۶۷	۱	۱۷۶۸/۱۶۷	۳۵/۸۲۲	۰/۰۰۰۵
سطح اجتماعی	۱۳۳۲/۰۶۰	۱	۱۳۳۲/۰۶۰	۳۲/۱۰۹	۰/۰۰۰۵

## بحث و نتیجه گیری

در بررسی فرضیه پژوهش، این یافته به دست آمد که بین دو گروه افراد تداوم دهنده درمان نگهدارنده و افراد دارای عود مجدد از نظر نمرات سه سطح خانواده، ارتباط با سیستم‌های خدماتی و سطح اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد و گروه تداوم دهنده درمان نمره بالاتری در مقایسه با گروه عود مجدد داشتند. در مورد نقش توانمندی خانواده به عنوان یک سازه مربوط به مدیریت درمان در عود اعتیاد تحقیقی یافت نشد. با این حال یافته این تحقیق در خصوص نمره پایین خانواده‌های افراد معتاد دارای عود مجدد در خرده‌مقیاس خانواده را که بیانگر توانمندی پایین آن‌ها در خانواده بلاواسطه و احساس اثربخشی آن‌ها در حل مشکلات در خانه در ارتباط با فرد معتاد است، می‌توان با نتایج تحقیقات قبلی مربوط به عوامل خانوادگی مؤثر در اعتیاد همسو دانست. به عنوان مثال، این تحقیق با یافته‌های تحقیق ناستی‌زایی، هزاره‌مقدم، ملازهی (۱۳۸۹) که نشان داد شیوه کنترل نامناسب (افراط و تفریط) خانواده در عود اعتیاد نقش دارد همسو است. طبق نتیجه تحقیق وی معمولاً در خانواده‌هایی که والدین با اعمال سختگیری‌های بی‌جا و بی‌مورد خواستار اجرای بدون چون و چرای تمام دستورات‌شان هستند و یا خانواده‌هایی که با دادن آزادی بیش از حد به فرزندان، نسبت به آنان احساس مسئولیت نمی‌کنند، زمینه‌های گرایش به عود اعتیاد فرد را فراهم می‌کنند. چنین امری در خصوص علل گرایش اولیه افراد به اعتیاد نیز صادق است. فروتنی و رضایان (۱۳۸۵)، در تحقیق خود نقش بی‌توجهی و عدم کنترل خانواده در گرایش افراد به اعتیاد را نشان داده‌اند.

همچنین این یافته را می‌توان با تحقیقات قبلی (شفیع‌آبادی، نوایی‌نژاد، فلسفی‌نژاد و نجفلوی، ۱۳۹۰؛ نوروزی، حسینی و نجفی، ۱۳۹۴؛ ماتجوویک، جووانویک و لازارویک، ۲۰۱۴؛ فروتنی و رضایان، ۱۳۸۵؛ افکاری، قاسمی، شجاعی‌زاده، فروشانی و تقدیسی، ۲۰۱۳)، که در خصوص ضعف مربوط به کارکرد خانواده در اعتیاد انجام شده‌اند، همسو دانست. نتایج پژوهش شفیع‌آبادی و همکاران (۱۳۹۰)، نشان داد خانواده‌های دارای عضو معتاد، در تبادل اطلاعات و ارتباط صحیح و مستقیم نسبت به خانواده‌های عادی کارکرد

ضعیف تری دارند. ماتجوویک، جوانویک و لازارویک (۲۰۱۴)، در مطالعه خویش ارتباط بین کارکرد خانواده و سبک‌های والدینی با اعتیاد فرزندان را گزارش کردند. به طور کلی این یافته‌ها نقش خانواده را در آمادگی اعضای خود برای اعتیاد مطرح می‌سازد. از طرف دیگر نوروزی و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسیدند که خانواده نقش مهمی در پیشگیری از آسیب‌های روانی و اجتماعی، به ویژه اعتیاد دارد.

خانواده به عنوان یکی از اساسی‌ترین نهادهای تعیین‌کننده سلامتی و بیماری اعضای خانواده محسوب می‌شود (گالارین و آلنسون، ۲۰۱۲). پژوهش‌های انجام شده در این زمینه (برای مثال، افکاری و همکاران، ۲۰۱۳) بین ابعاد کارکرد خانواده و کیفیت زندگی در بین معتادان و غیرمعتادان تفاوت یافته‌اند و درجه بالای بدکارکردی خانواده، مربوط به گروه معتادان بوده است. بر اساس پژوهش‌ها (اسکیر، مک کورنیک، نرمال، بوکا و گلیمن، ۲۰۰۹) تعارض خانوادگی با خطر اختلال سوء مصرف مواد در افراد رابطه دارد. به طور کلی می‌توان گفت خانواده مهم‌ترین نقش را در رشد استعداد و آمادگی اعتیاد اعضای خود ایفا می‌کند. در خانواده‌هایی که ارتباط مناسب توأم با اعتماد در بین اعضا وجود ندارد، مرزهای بین اعضا روشن و واضح نیست، نقش‌ها و وظایف اعضا متناسب با سطح رشدی آن‌ها نیست، حل مسئله به طور مناسب اتفاق نمی‌افتد، همراهی عاطفی وجود ندارد، تعارض‌ها به طور مناسب حل و فصل نمی‌شود و همه این موارد می‌تواند بستر مناسبی برای ابتلا به اعتیاد یا عود مجدد باشند (قمری، ۱۳۹۰). همچنین تبعیض خانوادگی در عود اعتیاد نقش دارد. خانواده‌هایی که به تحقیر و سرزنش فرزندشان می‌پردازند، فرزندان خود را به طور مکرر با دیگران مورد مقایسه قرار می‌دهند و از اظهار کردن محبت و برقراری رابطه دوستانه با آن‌ها خودداری می‌ورزند، منشأ بسیاری از سرخوردگی‌ها و لغزش‌های فرزندان می‌شوند (امینی، امینی، افشارمقدم و آذر، ۱۳۷۹). براساس اکثر مطالعات انجام شده در این زمینه، بین طرد والدینی و اعتیاد ارتباط وجود دارد (روهنر<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ نبوی‌زاده، ۱۳۷۹؛ محمدخانی، ۱۳۸۶؛ ۱۳۸۸).

یافته دیگر این تحقیق نشان دهنده پایین بودن توانمندی خانواده‌های افراد دارای عود مجدد در مقایسه با افراد تداوم دهنده درمان نگهدارنده در سطح ارتباط با سیستم‌های خدماتی و سطح اجتماعی بود که به نوبه خود یافته‌ی منحصر به فرد این پژوهش است. تنوع مشکلات مربوط به معتادان و دشواری‌های مربوط به مدیریت درمان، نقش خانواده را در زمینه‌های مربوط به درمان اعتیاد پررنگ کرده است. خانواده‌ها می‌توانند با جستجوی اطلاعات درمانی مورد نیاز، ارائه دادن راه‌حل‌های مناسب برای مشکلات فرد معتاد، عضویت در گروه‌های مختلف به واسطه نیاز فرد بیمار و یادگیری آموزش‌های خاص، و مهم‌تر از همه بیان نیازهای خاص فرد معتاد نقش مؤثرتری در درمان و تداوم درمان عضو بیمار خانواده داشته باشند. به هم پیوستن این نقش‌های متعدد، توانمندی خانواده نامیده می‌شود، که منعکس‌کننده عاملیت فعال خانواده و احساس کنترل بر خود و اعضای خانواده است (استاپلس، ۱۹۹۰).

خانواده به عنوان اصلی‌ترین مأمّن افراد پس از ترک می‌باشد و افراد معتاد با توجه به تنزل موقعیت اجتماعی خود، شدیداً نیازمند توجه مثبت خانواده هستند. توانمندی خانواده در مدیریت درمان و همچنین حمایت عاطفی خانواده می‌تواند آرامش درونی مطلوبی در فرد معتاد ایجاد کند به طوری که بتواند در فرایند درمان و بعد از آن مؤثر باشد. اکثر افراد معتاد در زندگی خود یک خلأ عاطفی و عدم وجود حامی را در طی درمان و پس از آن احساس می‌کنند و برای پر کردن این خلأ عاطفی مجدداً ممکن است به اعتیاد روی آورند (فتحی و موسوی فر، ۱۳۹۳). لذا اگر این خلأ برای فرد در طی درمان حل نشود احتمال عود مجدد بیشتر می‌شود. برای پیشگیری از این موضوع خانواده باید نهایت تلاش خود را برای جذب دوباره فرد معتاد و همراهی او در طی مراحل درمان انجام دهد.

بدین ترتیب، نتیجه این تحقیق همراه با یافته‌های تحقیقات قبلی مربوط به کارکردها و سبک‌های تربیتی خانواده مؤید نقش اصلی توانمندی خانواده در اعتیاد افراد و روی‌آوری مجدد آن‌ها به مواد است. همچنین این تحقیق نقش اساسی خانواده را در مدیریت درمان اعتیاد نشان می‌دهد. با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که خانواده تأثیر کلی

بر عود مجدد اعتیاد و گرایش به اعتیاد دارد و پایین بودن توانمندی خانواده، خطری برای گرایش مجدد فرد به اعتیاد با دلایلی همانند احساس تنهایی، استرس، دوری از خانواده، نبود حمایت عاطفی، ارتباط ضعیف بین اعضاء و از این قبیل است. نتایج این پژوهش ضرورت مشاوره خانواده معتادان و توانمندسازی آن‌ها را پس از ترک، به عنوان بخشی از مدیریت درمان معتادان، روشن می‌سازد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه توانمندی خانواده در افراد دارای عود مجدد و افراد تداوم دهنده درمان نگهدارنده شهر تبریز صورت گرفته، لذا تعمیم یافته‌های آن در درمان از محدودیت برخوردار است. این مسئله بر اهمیت مطالعات تکمیلی دلالت دارد. با توجه به یافته‌های این پژوهش و نقش خانواده در اعتیاد پیشنهاد می‌شود نهادها و ارگان‌های مربوطه برنامه‌های کاربردی با موضوع توانمندی خانواده‌ها در مسئله اعتیاد، مقابله با اعتیاد و عود مجدد برگزار کنند و همچنین پیشنهاد می‌شود موضوع پژوهش در سایر مناطق کشور بررسی و نتایج تحقیقات با یکدیگر مقایسه شوند.

### منابع

- الحانی، فاطمه (۱۳۸۲). طراحی و ارزشیابی الگوی توانمندسازی خانواده محور در پیشگیری از کم خونی فقر آهن. پایان‌نامه دکتری. دانشگاه تربیت مدرس.
- امینی، کوروش؛ امینی داریوش؛ افشار مقدم، فاطمه؛ ماهیار آذر (۱۳۷۹). بررسی عوامل اجتماعی و محیطی مرتبط با بازگشت مجدد معتادان به مصرف مواد افیونی در مراجعین به مراکز دولتی ترک اعتیاد شهر همدان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۴۵، ۴۷-۴۱.
- پورشهباز، عباس، شاملو، سعید؛ جزایری، علیرضا؛ قاضی طباطبایی، محمود (۱۳۸۴). روابط ساختاری عوامل روان‌شناختی خطرزا و حفاظت‌کننده مصرف مواد مخدر در نوجوانان. *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۵(۱۹)، ۵۴-۳۱.
- ثنایی، ندا؛ نجاتی، ثریا؛ ذوالفقاری، میترا؛ الحانی، فاطمه؛ کاظم‌نژاد، انوشیروان (۱۳۹۱). تاثیر توانمندسازی خانواده محور بر خودکارآمدی و عزت نفس بیماران تحت جراحی بای پس عروق کرونر. *مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی*، ۲(۱۱)، ۵۳-۴۴.

خلوتی، ملیحه؛ نافیعی، ایوب؛ سلطانی، محمود (۱۳۹۳). رابطه توانمندی خانواده با کنترل متابولیک و پایبندی به برنامه‌های درمان در کودکان مبتلا به فنیل کتونوریا. *ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۸(۱۸)، ۴۹۷-۴۹۱.

رجبی، راحله؛ سبزواری، سکینه؛ برهانی، فریبا؛ حقدوست، علی اکبر؛ بازرگان، نسرین (۱۳۹۱). تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی کودکان سن مدرسه مبتلا به آسم. *مجله مدیریت ارتقای سلامت*، ۲(۴)، ۷-۱۵.

شالچی، بهزاد؛ دادخواه، مهرناز؛ یاقوتی آذری، شهرام (۱۳۹۴). نقش عملکرد خانواده، شکاف بین نسلی و موقعیت اجتماعی - اقتصادی در تبیین اعتیاد پذیری جوانان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۹(۵۲)، ۳۷-۵۲.

شفیع آبادی، عبدالله؛ نوایی نژاد، شکوه؛ فلسفی نژاد، محمدرضا؛ نجفلوی، فاطمه (۱۳۹۰). مقایسه الگوی تعاملات خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد و عادی و ارائه راهبردی مداخله‌ای. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱(۳)، ۲۸۳-۲۶۴.

فتحی، آیت‌الله؛ و موسوی فر، بابک (۱۳۹۳). بررسی تجربیات معنادین در خصوص حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی به عنوان عوامل تسهیل کننده ترک اعتیاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۰(۳۸)، ۱۳۶-۱۱۹.

فروتی، محمدرضا؛ رضائیان، محسن (۱۳۸۵). شناخت و سوء مصرف مواد مخدر در بین دانشجویان شهرستان لارستان. *فصلنامه پرستاری ایران*، ۱۸(۴۳)، ۳۰-۲۱.

قجاوند، کاظم (۱۳۹۴). *مشاوره نوتوانی*، تهران: انتشارات شلاک.  
قمی، محمد (۱۳۹۰). مقایسه ابعاد کارکرد خانواده و کیفیت زندگی و ارتباط این متغیرها در افراد معتاد و غیر معتاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۵(۱۸)، ۶۸-۵۵.

گلستانی، فاطمه (۱۳۸۷). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر در پیشگیری از عود در معتادان به مواد مخدر مرد شهر کرمان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۲(۸)، ۱۰۴-۸۳.

محمدخانی، شهرام (۱۳۸۸). *عوامل خطر ساز و حفاظت کننده‌ی خانوادگی مصرف مواد در نوجوانان*. مقاله ارائه شده در نخستین کنگره‌ی کشوری پیشگیری از سوء مصرف مواد، تهران. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

محمدخانی، شهرام (۱۳۸۶). مدل ساختاری مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر: ارزیابی اثر مستقیم و غیر مستقیم عوامل فردی و اجتماعی. فصلنامه‌ی پژوهش در سلامت روان‌شناختی دانشگاه تربیت معلم، ۱(۲)، ۱۴-۵.

مسعودی، رضا؛ سلیمانی، محمدعلی؛ هاشمی‌نیا، علی محمد؛ قربانی، مصطفی؛ حسن‌پوردهکردی، علی؛ و بهرامی، نسیم (۱۳۸۹). تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی سالمندان. مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۱(۱۴)، ۶۴-۵۷.

میرزایی علویجه مهدی، نصیرزاده مصطفی، اسلامی احمدعلی، شریفی راد غلامرضا، حسن‌زاده، اکبر (۱۳۹۲). تاثیر عملکرد خانواده در وابستگی جوانان به مواد مخدر صنعتی. فصلنامه علمی پژوهشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، ۱(۲)، ۳۰-۱۹.

ناستی‌زایی، ناصر (۱۳۸۶). بررسی عوامل خانوادگی عود اعتیاد از دیدگاه معتادان خود معرف به مراکز اعتیاد شهرستان زاهدان. فصلنامه پژوهشی دانشکده بهداشت یزد، ۶(۲)، ۲۴-۱۷.

ناستی‌زایی، ناصر؛ هزاره‌مقدم، مهدیه؛ ملازهی، اسماء (۱۳۸۹). عوامل مؤثر بر بازگشت به اعتیاد در معتادان خود معرف به مراکز ترک اعتیاد شهر زاهدان. فصلنامه‌ی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی ارومیه، ۳(۸)، ۱۷۴-۱۶۹.

نبوی‌زاده، ابراهیم (۱۳۷۹). بررسی رابطه بین ویژگی‌های خانوادگی و ابتلاء به اعتیاد در بین فرزندان پسر ۲۲-۱۵ سال آنان در مرکز درمان معتادان خود معرف شهر برازجان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه تربیت معلم.

نوروزی، حسن؛ حسینی، سیدجواد؛ و نجفی، محمود (۱۳۹۴). اعتیاد، خانواده و مداخله‌های خانواده محور. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۲(۷)، ۱۲۲-۹۷.

Abasi, I., Mohammadkhani, P. (2016). Family Risk Factors among Women with Addiction- Related Problems: An Integrative Review. *International Journal of High Risk Behavior and Addiction*, 5(2). 270-75.

Afkari, M. E., Ghasemi, A., Shojaeizadeh, D., Tol, A., Foroshani, A. R., & Taghdisi, M. H. (2013). Comparison between Family Function Dimensions and Quality of Life among Amphetamine Addicts and Non-Addicts. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(4), 356-362.

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

Celik, S. (2007). Family function levels of Turkish with children aged between 0-6, *psychology journals*, 35(4), 429-442.

- Daley, A.C., Marlatt, G. A., Lewinson, J. H., Ruiz, P., Millman, R. B., Langrod, J. G. (2005). *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*. 4th edit. Boston: Williams & Wilkin.
- Gallarín, M., Alonso-Arbiol, I. (2012). Parenting practices, parental attachment and aggressiveness in adolescence: A predictive model. *Journal of adolescence*, 35(6), 1601-1610
- Gandy, P. (2007). *A psycho educational group treatment model for adolescents with behavior problems based on an integration of Bowen theory and Rational Emotive Therapy*. California school of professional psychology, San Francisco.
- Graves, k. N., Shelton T. L. (2007). Family empowerment as a mediator between family-centered systems of care and changes in child functioning: Identifying an important mechanism of change. *Journal of Child & Family Studies*, 16(4), 556-566.
- Koren, P. E., DeChillo, N., and Friesen, B. J. (1992). Measuring empowerment in families whose children have emotional disabilities: A brief questionnaire, *Rehabilitation Psychology*, 37, 305-321.
- Matejevic, M., Jovanovic, D., & Lazarevic, V. (2014). Functionality of family relationships and parenting style in families of adolescents with substance abuse problems. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 128, 281-287.
- Mattoo, S. K., Chakrabarti, S. & Anjaiah, M. (2009). Psychosocial factors associate with relapse in men with alcohol or opioid dependence. *Indian Journal of Research*, 130, 702-708.
- McKay, J., Franklin, T., Patapis, N., & Lynch, K. (2006). Conceptual, methodological, and analytical issues in the study of relapse. *Clinical Psychology Review*, 26(2), 109-127.
- Peckman, F. A. (1985). *Family functioning and college student adjustment*. Retrieved from: <http://proquest.umi.com>.
- Rohner, R. P., Khaleque A., & Cournoyer, D. E. (2007). *Introduction to parental Acceptance-Rejection Theory, Methods, Evidence, And Implication*. University of Connecticut.
- Rozen, H. G., Waart, R. D., Windt, D., Brink, W., Yong. C. A., Kerkbof, A. F. M. (2006). A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *European Neuropsychopharmacology*, 16(5), 311-323.
- Skeer, M., McCornick, M., Normal, S. T., Buka, S. L., & Gilman, S. E. (2009). A prospective study of familial conflict psychological stress and the development of substance use disorders in adolescence, *Drug and Alcohol Dependence*, 104(1-2), 65-72.
- Staples, L. H. (1990). Powerful ideas about empowerment. *Administration in Social Work*. 14(2), 29-42.

Termorshuizen, F., Krol, A., Prins, M., Geskus, R., van den Brink, W., Van Ameijden, E. (2005). Prediction of relapse to the Amsterdam Cohort Study among drug users. *Drug and alcohol dependence*, 79(2), 231-240.