

رواسازی فهرست وارسی شریکان زندگی: اندازه گیری مشکلات تجربه شده اعضای خانواده سوء مصرف کنندگان مواد مخدر

نسیم جاهدی^۱، سیاوش طالع پسند^۲، اسحق رحیمیان بوگر^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۵/۰۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۵/۰۹

چکیده

هدف: هدف این مطالعه رواسازی فهرست وارسی شریکان زندگی در اعضای خانواده سوء مصرف کنندگان مواد مخدر بود. **روش:** طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی است. شرکت کنندگان ۳۹۷ نفر از خانواده های مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد استان سمنان بودند که به صورت تصادفی انتخاب شدند. **یافته ها:** دامنه ضریب اعتبار در بعد فراوانی از ۰/۵۷ (سلامتی) تا ۰/۸۱ (مالی) و در بعد شدت، از ۰/۵۳ (اجتماعی/ عاطفی) تا ۰/۸۱ (درگیری با مراجع حقوقی/ دولتی) بود. شواهد روایی نشان داد که عملکرد خانواده ها با و بدون دریافت کمکهای مالی از سازمانهای حمایتی، و خانواده ها با و بدون داشتن پرونده در مراجع قضایی در خرده مقیاسهای ابزار به طور معنادار متفاوت بود. نمرات خرده مقیاسهای مالی، اجتماعی/عاطفی، ارتباط با خرده مقیاس های مالی و ابراز گری عاطفی و ارتباطات پرسشنامه عملکرد ازدواج مرتبط بود. خرده مقیاس سوء استفاده فیزیکی با پرسشنامه پر خاشگری رابطه معنادار داشت. الگوهای متفاوتی از فراوانی و شدت مشکلات تجربه شده به تبع نوع شریکان زندگی مشاهده شد. شایع ترین مشکل شریکان زندگی (والد/همسر) در بعد فراوانی در خرده مقیاسهای سبک زندگی، ارتباط و اجتماعی/عاطفی و در بعد شدت در زمینه اجتماعی/عاطفی مشاهده شد. **نتیجه گیری:** چک لیست شریکان زندگی ابزاری معتبر و روا در تشخیص فراوانی و شدت مشکلات خانواده افراد سوء مصرف کننده است و در بعضی از خرده مقیاس ها نسبت به اثر مداخلات حساسیت دارد.

کلید واژه ها: اعتیاد، خانواده، شریک زندگی، اعتبار، روایی

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران، پست الکترونیک:

stalepasand@semnan.ac.ir

۳. دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

مقدمه

مساله مواد مخدر شکل کاملاً مخاطره‌آمیز و پیچیده‌ای در جوامع آسیایی به خود گرفته است. طبق پژوهش‌های انجام گرفته، علاوه بر اینکه مصرف کننده مواد مخدر مسائل مختلف فردی، مانند ابتلا به بیماری‌های عفونی (ایدز، هپاتیت)، ناهنجاری‌های روانی (افسردگی، اضطراب)، اختلالات رفتاری (دروغگویی، پرخاشگری، شب‌نشینی)، مشکلات شغلی و اقتصادی، قانونی و حقوقی (سرقت، قتل، تجاوز) را تجربه می‌کند، گستره این مسائل دامنگیر خانواده و جامعه نیز می‌گردد. از جمله، اثرات منفی یک والد مصرف کننده مواد مخدر بر فرزندان (کیمبرلی، لجت دوگوش، بنیشکا و هارینگتون^۱، ۲۰۰۵؛ اوستلر، باهر و جیسی^۲، ۲۰۱۰؛ جیل کریست و تیلور^۳، ۲۰۰۹؛ بنیشیک، کیمبرلی و لجت دوگوش^۴، ۲۰۱۱)، کاهش همبستگی خانوادگی، استرس و کشمکش بین فردی، شیوع فراوان تر بیماری‌های جسمی و روانی خانواده، مختل شدن ارتباطات (درون‌خانه و بیرون‌خانه)، اختلال در روابط عاطفی و جنسی زوجین و خطر برقراری روابط نامشروع، خطر روسپیگری زنانی که همسران معتاد دارند، فروپاشی خانواده و طلاق، هزینه‌های سلامتی، سلامت جسمی و روانی، کاهش سازگاری اجتماعی و روان‌شناختی (عشق افکاری و همکاران^۵، ۲۰۱۳؛ ویسنر، پارتازاراتی، موری و مرتنز^۶، ۲۰۱۰؛ موریتا^۷ و همکاران^۸، ۲۰۱۱؛ ری، مرتنز و ویسنر^۹، ۲۰۰۷ و ۲۰۰۹؛ لوییز، جکسون، دیکمانس گاهانا و پارکر^{۱۰}، ۲۰۱۱؛ شرلی^{۱۱} و همکاران^{۱۲}، ۲۰۰۹؛ شرلی، استفانی، استرادی و زیانس^{۱۳}، ۲۰۱۱) هزینه‌های اقتصادی، و مسائل قانونی و اجتماعی (استفاده بیشتر از خدمات تامین اجتماعی، هزینه‌های بیمه، کمک‌های دولتی، هزینه‌های اجرایی مربوط به جرائم، حوادث رانندگی، اخراج از کار و از بین رفتن تولید و نیروی انسانی)، هدر رفتن سرمایه‌های کلان مادی کشور، کاهش امنیت اخلاقی و اجتماعی (جمشیدی^{۱۴}، ۱۳۸۳؛ محبوبی‌منش^{۱۵}، ۱۳۸۸) را به دنبال دارد.

1. Kirby, Leggett Dugosh, Benishek, & Harrington
2. Ostler, Bahar & Jessee
3. Gilchrist & Taylor
4. Benishek, Kimberly & Legget Dugosh
5. Weisner, Parthasarathy, Moore & Mertens

6. Morita
7. Ray, Mertens & Weisner
8. Lois, Jacksona, Dykemance, Gahagana, Karabanowd & Parkera,
9. Shirley
10. Shirley, Steffanie, Strathdee, & Zians

ابعاد مشکلاتی که این خانواده‌ها با آن درگیر هستند بسیار وسیع است. از طرفی این مشکلات انواع متفاوتی پیدا می‌کند، گاهی خانواده فرد معتاد، همسر وی می‌باشد و گاهی معتاد با پدر و مادرش زندگی می‌کند. حضور پدر در این خانواده‌ها، از نظر فیزیکی و عاطفی بسیار کم رنگ است. قوانین انضباطی، نامناسب، کنترل نامطلوب و همبستگی ضعیف می‌باشد (موسوی، ۱۳۸۲؛ آقابخش، ۱۳۸۸). خانواده مجبور به حمایت مالی (پرداخت بدهی‌ها و قبض‌ها، پرداخت هزینه‌های غذا، پوشاک و هزینه‌های سلامتی) و پی‌گیری موارد قانونی (پرداخت دیه، وثیقه‌گذاری سند، هزینه‌های دستمزد وکیل) فرد معتاد می‌شود (آقا بخش، ۱۳۷۷؛ ثابتی، ذکرای و مظفر، ۱۳۸۸؛ کیمبرلی و همکاران، ۲۰۰۵؛ بنیشیک و همکاران، ۲۰۱۱). از طرفی وقتی خانواده فرد معتاد همسر در نظر گرفته می‌شود، مشکلات نوع دیگری می‌باشند. اختلال در روابط عاطفی و جنسی، شیوع بیماری‌هایی مانند ایدز و هپاتیت، خیانت و مشکلات افسردگی، سوءاستفاده‌های بدنی و خشونت، معتاد نمودن همسر جهت تهیه مواد، خطرات روسپیگری زنان برای تامین مواد همسر یا مایحتاج زندگی، طلاق، تضعیف نقش حمایتی و ساختاری خانواده به خصوص زمانی که فرد معتاد سرپرست خانواده است، از جمله مشکلات در این نوع خانواده‌ها است (محبوبی منش، ۱۳۸۸؛ هومیش لئونارد و کورنلیوس^۱، ۲۰۰۷؛ کاسک، مارکینا و پودانا^۲، ۲۰۱۳؛ چرمک، موری، والتون، بوث، ریبک و بلو^۳، ۲۰۰۸؛ سیگفوزدوتی، گودجانسون و سیگاردسون^۴، ۲۰۱۱؛ هرو، استارت، رینی، ایری و ریکاپرو^۵، ۲۰۰۶). یک جهت‌گیری نظری برای درک و مداخله در این نوع خانواده استفاده از نظریه سیستم‌ها است.

نظریه عمومی سیستم‌ها برای توصیف و یکپارچه سازی خصوصیات عمومی سیستم‌ها طراحی شده است. در این نظریه، هر سیستم به چند زیر سیستم و هر زیر سیستم خود به گروه‌های کوچکتر تقسیم می‌شود. یک سیستم در درون یک سیستم عمل می‌کند و با بقیه سیستم‌های موجود در این محیط در حال تعامل است (وتر و گیل^۶، نقل از موسوی،

1. Homish, Leonard, & Cornelius
2. Kask, Markina & Podana
3. Chermack, Murray, Walton, Booth,
Wryobeck & Frederic C. Blow

4. Sigfusdottir, Gudjonsson &
Sigurdsson
5. Heru, Stuart, Rainey, Eyre & Recupero
6. Veter & Gale

۱۳۸۲). "در رویکرد سیستمی، که متکی بر نظریه عمومی سیستم‌ها است، خانواده به عنوان سیستمی با تعاملات مداوم بین زیر سیستم‌های فردی، و در همان زمان به عنوان یک زیر مجموعه در محیط خود عمل می‌کند" (موسوی، ۱۳۸۲، ص ۶۱). یک سیستم در پی حفظ تعادل و توازن است و هر یک از اعضای آن به نوعی در این کارکرد نقش دارند. "یک سیستم (خانواده)، ساختاری مرکب از مؤلفه‌های مرتبط به یکدیگر است که ضرورتاً وابستگی‌های متقابلی دارند. ساختار و سازمان خانواده نشان می‌دهد که چگونه اعضا و زیرسیستم‌ها (مانند زن و شوهر، والد-کودک، خواهر و برادر) در یک سیستم در حال تعامل قرار دارند. یک سیستم به دنبال حفظ و ایجاد نوعی توازن و تعادل حیاتی است و اعضای خانواده سیستم‌هایی را تشکیل می‌دهند که نمی‌توان آن‌ها را جدا از این بافت بین فردی مدنظر قرار داد" (خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۹، ص ۹). بر طبق نظریه سیستمی نظام خانواده به صورت انفرادی قابل درک نیست. "ارتباط در سیستم خانواده بر اساس میزان تراوایی مرزها شناسایی و مشخص می‌گردد. مرزهای سخت اجازه تبادل اطلاعات را نمی‌دهند از سوی دیگر مرزهای گسسته نیز منجر به فزون آمیختگی و دخالت بیش از اندازه اعضا در امور یکدیگر می‌شود" (خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۹، ص ۹). از آنجایی که اعتیاد مرکز ثقل کارکرد خانواده‌های ناکارآمد است، خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد در تبادل اطلاعات، ارتباطات صریح و مستقیم نسبت به خانواده‌های عادی، کارکرد ناتوان پیدا می‌کنند، کرانه‌های انتهایی طیف برقراری ارتباط مؤثر را با دشواری مواجهه می‌سازد در نتیجه سیستم خانواده دچار ناکارآمدی شده اغلب ارتباطات یا فزون آمیخته است یا گسسته و عملکرد خانواده مختل می‌شود. به هر حال، مشکلات خانواده‌های واجد افراد سوء مصرف کننده طیف متعددی دارد و بسته به اینکه فرد معتاد متاهل باشد و خانواده وی به عنوان همسر تعریف شود، و یا وی مجرد باشد و خانواده وی به عنوان پدر و مادر وی تعریف شود، طیف مشکلات شیوع و تنوع ویژه‌ای دارد.

پژوهش‌های صورت گرفته تاکنون بر یک یا چند بعد از مشکلات خانواده‌های افراد مصرف کننده تمرکز کرده‌اند. در هیچ کدام از آن‌ها بر تفاوت مشکلات تجربه شده برحسب نوع خانواده، یعنی والدین یا همسران، و شیوع مشکلات در این دو گروه تمرکز

نداشته است. افزون بر آن، براساس گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر ۲ میلیون نفر (۲/۵ درصد جمعیت کشور ایران) مصرف کننده مواد مخدر هستند (فرهودیان و همکاران، ۲۰۰۹) و حدود ۷۰٪ معتادان افراد متاهل هستند (دین محمدی، امینی، یزدان خواه، ۲۰۰۸؛ امینی، امینی، افشار مقدم و آذر، ۲۰۰۴). اگر دایره ارتباطی هر فرد معتاد با خانواده خود را حداقل ۴ نفر در نظر بگیریم (والدین-همسر-فرزند) حدود ۴ برابر آمار افراد مصرف کننده مواد مخدر، در تماس مداوم با مسئله اعتیاد و اثرات مخرب آن هستند. این تبیین، ضرورت توجه به تنوع و شیوع مشکلات تجربه شده توسط شریکان زندگی فرد معتاد را برجسته می کند. یکی از هدف های این مطالعه رواسازی فهرست و ارسی شریکان زندگی و اندازه گیری مشکلات تجربه شده اعضای خانواده سوء مصرف کنندگان مواد مخدر می باشد. چک لیست شریکان زندگی، مشکلات خانواده های دارای عضو مصرف کننده مواد را در هفت حوزه (مالی، سبک های زندگی، سوء استفاده بدنی، درگیری با موسسات دولتی و قانونی، مسائل مربوط به بهداشت، مشکلات ارتباطی، مسائل اجتماعی و عاطفی)، و در دو بعد شدت و بسامد، با تاکید بر نوع رابطه با فرد مصرف کننده (والدین/همسر) اندازه گیری می کند. تعیین تنوع و شیوع آسیب ها به برنامه ریزان، درمانگران و مسئولین شناخت بهتری می دهد و آن ها را برای اقدامات سازنده تر و کاهش آسیب های ناشی از اعتیاد آماده می سازد. به این ترتیب، این مطالعه درصدد برآورد شاخص های روان سنجی و معرفی یک ابزار برای شناسایی مشکلات شریکان زندگی افراد معتاد است.

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه گیری

جامعه مورد مطالعه شامل اعضای خانواده افراد مصرف کننده مواد مخدر اعم از والدین و همسران مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد (افراد تحت درمان زیر ۳ ماه) در استان سمنان بود. براساس جدول کرجسی و مورگان حداقل حجم نمونه ۳۵۰ نفر برآورد شد. در این پژوهش نمونه جمع آوری شده ۳۹۷ نفر بود که به صورت تصادفی از بین جامعه آماری انتخاب شدند. تعداد ۳۰ نفر به عنوان گروه شاهد و از خانواده های بدون عضو مصرف کننده مواد انتخاب شدند.

ابزار

۱. چک لیست شریکان زندگی (همسران/والدین): این چک لیست، برای نخستین بار در سال ۲۰۰۵ توسط کیمبرلی و همکاران طراحی شده است و شامل ۶۴ گویه است که به طور مفهومی در هفت بعد مشکلات تجربه شده توسط اعضاء خانواده افراد سوء مصرف کننده مواد را اندازه‌گیری می‌کند. مشکلات مالی (۱۳ گویه)، سبک‌های زندگی (۹ گویه)، سوء استفاده بدنی (۶ گویه)، درگیری با موسسات دولتی/قانونی (۹ گویه)، مسائل سلامتی (۱۲ گویه)، مشکلات ارتباطی (۱۲ گویه)، مسائل اجتماعی و عاطفی (۸ گویه). هفت بعد مذکور، از دو جهت، مقدار دفعات وقوع (از هیچ = ۰ تا تقریباً همیشه = ۴) و میزان ناراحتی که برای فرد ایجاد کرده است (از هیچ = ۰ تا خیلی زیاد = ۴) در ۶ ماه گذشته اندازه‌گیری می‌شود.

ضرایب اعتبار و شماره‌ی سؤالات خرده‌مقیاس‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: ضرایب اعتبار و شماره سؤال‌های چک لیست شریکان زندگی

عامل‌ها	سؤال	ضرایب اعتبار
مالی	۱ تا ۱۳	۰/۷۷
سبک زندگی	۱۴ تا ۲۲	۰/۷۷
سوء استفاده بدنی	۲۳ تا ۲۷	۰/۷۷
درگیری با موسسات دولتی / قانونی	۲۸ تا ۳۵	۰/۷۳
مسائل سلامتی	۳۶ تا ۴۶	۰/۶۵
مشکلات ارتباطی	۴۷ تا ۵۷	۰/۵۹
اجتماعی و عاطفی	۵۸ تا ۶۴	۰/۵۹

۲. پرسش‌نامه سنجش عملکرد ازدواج: یک پرسش‌نامه ۶۶ گویه‌ای است که توسط رفاهی، ثنائی و شریفی (۱۳۸۷) درباره عملکرد ازدواج تهیه شده است. در برگیرنده ۱۱ مولفه‌ی، ارتباط، ابراز عاطفی، حل مساله و تصمیم‌گیری، نقش، انعطاف‌پذیری، شیوه فرزندپروری، مسائل مالی، خانواده و دوستان، ارزش‌ها، مراقبت جسمانی و روانی، و عملکرد کلی است. هر شش عبارت پرسش‌نامه به یک مولفه اختصاص دارد. نمره‌گذاری براساس مقیاس لیکرت (همیشه = ۵ تا هرگز = ۱) صورت می‌گیرد. ضرایب اعتبار با روش

آلفای کرونباخ برای هر یک از مولفه‌های ارتباط ۸۷/، ابراز عاطفی ۸۳/، حل مساله و تصمیم‌گیری ۸۳/، نقش ۸۰/، انعطاف‌پذیری ۷۳/، شیوه فرزندپروری ۷۶/، مسائل مالی ۸۲/، خانواده و دوستان ۷۷/، ارزش‌ها ۸۲/، مراقبت جسمانی و روانی ۷۰/ و عملکرد کلی ۸۵/، گزارش شده است.

۳. پرسش‌نامه پرخاشگری باس و پری: این پرسش‌نامه ۲۹ گویه‌ای نخستین بار توسط باس و پری (۱۹۹۲) تهیه شد که پرخاشگری را در بعدهای پرخاشگری فیزیکی، کلامی، خشم و خصومت اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری سؤال‌های ۲۴ و ۲۹ معکوس است. نمره کل عبارت از مجموع نمرات کل سؤال‌ها و دامنه آن از ۲۹ تا ۱۴۵ است. نمره بالاتر نشانه پرخاشگری بیشتر است. ضرایب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های پرخاشگری فیزیکی ۸۵/، کلامی ۷۲/، خشم ۸۳/ و خصومت ۷۷/ است. ضریب آلفای کل ۸۹/ است. روایی پرسش‌نامه از طریق همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها بررسی شد. نمرات پرسش‌نامه پرخاشگری همبستگی معقولی با یکدیگر داشتند در عین حال وقتی واریانس همبستگی‌های مربوط به خرده‌مقیاس خشم کنار گذاشته شد سایر همبستگی‌ها معنادار نبود. ارتباط بین خرده‌مقیاس‌های پرخاشگری فیزیکی، کلامی و خصومت بسته به همبستگی آن‌ها با خشم است. نمرات از روایی همزمان خوبی بدون ارتباط با معنا بین پرخاشگری فیزیکی و پرخاشگری کلامی و تهییج‌پذیری، ولی همبستگی قوی بین تهییج‌پذیری و خرده‌مقیاس خشم و خصومت برخوردار است (ثنایی، ۱۳۸۷).

روند اجرا

دستور العمل تکمیل پرسش‌نامه توسط پژوهشگر ارائه شد. برای افراد با سواد پایین، پرسش‌نامه‌ها توسط پژوهشگر یا دستیار آموزش دیده، خوانده می‌شد. زمان تکمیل پرسش‌نامه‌ها حداکثر ۴۵ دقیقه بود و به صورت فردی تکمیل شدند. اطلاعات مربوط به نوع ماده مصرفی و میزان مصرف، از پرونده بیماران استخراج شد. بازه زمانی جمع‌آوری داده‌ها در کل استان سمنان شش ماه بود.

یافته‌ها

در کل ۳۹۷ نفر در این پژوهش شرکت داشتند ۳۶۷ نفر را اعضای خانواده افراد مصرف کننده مواد مخدر اعم از والدین و همسران مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد (افراد تحت درمان زیر ۳ ماه)، و ۳۰ نفر خانواده‌های عادی بدون وجود عضو مصرف کننده (به عنوان همراه بیمار) تشکیل می‌دادند. در کل ۵۲ نفر پدر، ۷۳ نفر مادر، ۲۲۹ نفر همسر زن و ۴۳ نفر همسر مرد در این پژوهش شرکت داشتند.

جدول ۲: بعد میزان دفعات وقوع (فراوانی): آماره‌های توصیفی، آلفای کرونباخ، دامنه همبستگی سؤال-نمره کل و همبستگی بین ابعاد

متغیرها	میانگین		انحراف استاندارد		۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
	اولیه با حذف	اولیه با حذف	اولیه با حذف	اولیه با حذف							
۱. مالی	۲۵/۸۲	۲۰/۴۹	۱۰/۳۱	۰/۹۸۷	۱۱	۰/۸۱	۰/۳۵ ^{***}	۰/۴۷ ^{***}	۰/۴۶ ^{***}	۰/۴۸ ^{***}	۰/۴۱ ^{***}
۲. سبک زندگی	۲۰/۰۰	۱۶/۷۴	۰/۵۹۴	۰/۵۳۶	۸	-	۰/۶۰	۰/۴۵ ^{***}	۰/۴۴ ^{***}	۰/۳۷ ^{***}	۰/۴۸ ^{***}
۳. سوء استفاده بدنی	۰/۶۵۰	۰/۶۵۰	۰/۶۹۳	۰/۶۹۳	۵	-	-	۰/۷۵	۰/۵۳ ^{***}	۰/۳۷ ^{***}	۰/۵۱ ^{***}
۴. درگیری با مراجع قانونی	۰/۸۱۶	۰/۸۱۶	۰/۸۱۶	۰/۶۳۳	۸	-	-	-	۰/۸۰	۰/۵۲ ^{***}	۰/۵۰ ^{***}
۵. سلامتی	۱۷/۵۷	۱۱/۱۵	۰/۵۵۴	۰/۴۹۷	۷	-	-	-	-	۰/۵۷	۰/۴۸ ^{***}
۶. ارتباطی	۲۶/۵۰	۲۵/۲۸	۰/۷۴۳	۰/۷۱۸	۱۰	-	-	-	-	۰/۷۱	۰/۶۲ ^{***}
۷. اجتماعی/عاطفی	۲۰/۴۲	۲۰/۴۲	۰/۴۶۰	۰/۴۶۰	۷	-	-	-	-	-	۰/۵۹

تذکر: ضرایب اصلاح شده همسانی درونی بر روی قطر فرعی ماتریس بالا مثلثی قرار دارند.

همبستگی پیرسون بین ابعاد ابزار، در بالای قطر فرعی ماتریس قرار دارد. ***همه همبستگی‌ها در سطح $p < 0/001$ معنی‌دار هستند.

ضرایب اصلاح شده همسانی درونی بر روی قطر فرعی ماتریس بالا مثلثی قرار دارند. همبستگی پیرسون بین ابعاد ابزار، در بالای قطر فرعی ماتریس قرار دارد. ***همه همبستگی‌ها در سطح $p < 0/001$ معنی‌دار هستند.

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود برای بخش دفعات وقوع (فراوانی) و بخش شدت اعتبار (همسانی درونی) به طور جداگانه گزارش شد. ضریب همسانی درونی در بعد میزان دفعات وقوع (فراوانی)، در خرده‌مقیاس مالی، برای ۱۳ گویه برابر ۰/۷۸ و با حذف سؤال ۸ و ۱۳ به ۰/۸۱ افزایش یافت. در خرده‌مقیاس سبک زندگی، ضریب آلفای کرونباخ برای ۹ گویه برابر ۰/۵۵ و با حذف سؤال‌های ۱۴ و ۲۲ به ۰/۶۰ افزایش یافت. در خرده‌مقیاس مسائل سلامتی، ضریب آلفای کرونباخ برای ۱۱ گویه برابر ۰/۴۶ و با حذف

سؤالات ۳۹، ۴۳، ۴۰ و ۴۶ به ۰/۵۷ افزایش یافت. در خرده مقیاس مشکلات ارتباطی ضریب آلفای کرونباخ برای ۱۱ گویه برابر ۰/۶۸ و با حذف سؤال ۵۷ به ۰/۷۱ افزایش یافت.

جدول ۳: بعد ناراحتی (شدت): آماره های توصیفی، آلفای کرونباخ، دامنه همبستگی سؤال-نمره کل و همبستگی بین ابعاد

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
			اولیه با حذف	اولیه با حذف	اولیه با حذف	اولیه با حذف	اولیه با حذف	اولیه با حذف	اولیه با حذف
۱. مالی	۲۹/۴۵	۱۱/۷۸	۱۰/۹۵	۰/۸۰	۰/۳۹	۰/۲۸	۰/۴۱	۰/۳۰	۰/۳۷
۲. سبک زندگی	۲۲/۷۷	۲۰/۳۶	۰/۵۳۳	-	۰/۵۸	۰/۴۵	۰/۳۴	۰/۳۵	۰/۱۹
۳. سوء استفاده بدنی	۱۰/۶۲	۱۰/۶۲	۰/۶۳۲	-	-	۰/۶۸	۰/۳۸	۰/۳۴	۰/۲۳
۴. درگیری با مراجع قانونی	۱۳/۷۳	۱۳/۷۳	۰/۹/۸۶	-	-	-	۰/۸۳	۰/۴۸	۰/۲۶
۵. سلامتی	۲۳/۰۰	۱۵/۳۶	۰/۷/۱۱	-	-	-	-	۰/۳۶	۰/۳۸
۶. ارتباطی	۳۱/۹۰	۲۷/۴۶	۰/۷/۵۷	-	-	-	-	۰/۷۱	۰/۵۹
۷. اجتماعی/عاطفی	۲۰/۲۳	۱۶/۵۲	۰/۴/۱۰	-	-	-	-	-	۰/۵۳

تذکر: ضرایب اصلاح شده همسانی درونی بر روی قطر فرعی ماتریس بالا مثلثی قرار دارند و همبستگی پیرسون بین ابعاد ابزار، در بالای قطر فرعی ماتریس قرار دارد.

همه همبستگی ها در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار هستند.

ضرایب اصلاح شده همسانی درونی بر روی قطر فرعی ماتریس بالا مثلثی قرار دارند و همبستگی پیرسون بین ابعاد ابزار، در بالای قطر فرعی ماتریس قرار دارد.

همه همبستگی ها در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار هستند.

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می شود ضریب هماهنگی درونی در بعد میزان ناراحتی ایجاد شده برای فرد (شدت)، در خرده مقیاس مالی، برای ۱۳ گویه برابر ۰/۷۸ و با حذف سؤال ۸ و ۱۳ به ۰/۸۱ افزایش یافت. در خرده مقیاس سبک زندگی، ضریب آلفای کرونباخ برای ۹ گویه برابر ۰/۵۵ و با حذف سؤال های ۱۴ و ۲۰ به ۰/۶۰ افزایش یافت. در خرده مقیاس مسائل سلامتی، ضریب آلفای کرونباخ برای ۱۱ گویه برابر ۰/۵۰ و با حذف سؤال های ۳۹، ۴۰، ۴۳ و ۴۶ به ۰/۵۸ افزایش یافت. در خرده مقیاس مشکلات ارتباطی ضریب آلفای کرونباخ برای ۱۱ گویه برابر ۰/۶۵ و با حذف سؤال های ۴۸ و ۵۷ به ۰/۷۱ افزایش یافت. در خرده مقیاس اجتماعی/عاطفی ضریب آلفای کرونباخ برای ۷ گویه برابر ۰/۴۳ و با حذف سؤال های ۵۸ و ۶۳ به ۰/۵۳ افزایش یافت. دامنه ضریب هماهنگی درونی

در بعد شدت از ۵۳/۰ (اجتماعی/عاطفی) تا ۸۱/۰ (درگیری با موسسات دولتی و قانونی) است.

برای بررسی روایی بیرونی یا محدوده‌ای که نمرات چک لیست شریکان زندگی می‌تواند با سایر اندازه‌های دیگر همبسته باشد از پرسش‌نامه سنجش عملکرد ازدواج و پرسش‌نامه پرخاشگری استفاده شد. نخست، نمرات بعدهای اجتماعی/عاطفی، ارتباطات و بعد مالی چک لیست شریکان زندگی با نمرات پرسش‌نامه سنجش عملکرد ازدواج در بعدهای ارتباط، ابراز عاطفی و مسائل مالی همبسته شد. نتایج نشان داد که خرده‌مقیاس مالی چک لیست شریکان زندگی در هر دو بعد فراوانی ($r = -0.18, p < 0.001$) و شدت ($r = -0.16, p < 0.01$) با بعد مالی پرسش‌نامه عملکرد ازدواج ارتباط منفی معنادار داشت. یافته‌ها حاکی از آن بود که پرسش‌نامه عملکرد ازدواج در بعد ابرازگری عاطفی با چک لیست شریکان زندگی در خرده‌مقیاس اجتماعی/عاطفی در بعد فراوانی ($r = -0.23, p < 0.001$) و در بعد شدت ($r = -0.15, p < 0.01$) رابطه منفی معنادار داشت. افزون بر آن، پرسش‌نامه عملکرد ازدواج در بعد ارتباطات با چک لیست شریکان زندگی در خرده‌مقیاس مشکلات ارتباطی در بعد فراوانی ($r = -0.13, p < 0.01$) و در بعد شدت ($r = -0.16, p < 0.002$) رابطه منفی معنادار داشت. در ادامه نمرات خرده‌مقیاس سوءاستفاده بدنی چک لیست شریکان زندگی با نمرات پرسش‌نامه پرخاشگری همبسته شد. نتایج نشان داد که پرسش‌نامه پرخاشگری با خرده‌مقیاس سوءاستفاده بدنی در چک لیست شریکان زندگی در بعد فراوانی ($r = 0.38, p < 0.0005$) و در بعد شدت ($r = 0.46, p < 0.0005$) رابطه مثبت معنادار داشت.

برای بررسی تفاوت‌های گروهی به عنوان شواهدی از روایی سازه سه مقایسه گروهی انجام شد. نخست تفاوت‌های گروهی عملکرد خانواده‌های دارای فرد مصرف‌کننده با خانواده‌های عادی در خرده‌مقیاس‌های چک لیست شریکان زندگی در دو بعد فراوانی و شدت مقایسه شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که عملکرد دو گروه در خرده‌مقیاس‌های چک لیست شریکان زندگی در هر دو بعد فراوانی و شدت تفاوت

معنادار دارد ($F=52/75$, $P < 0/001$, $\eta^2=0/65$) اثر، برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۴: نتایج آنوآ برای مقایسه عملکرد خانواده‌های دارای فرد معتاد با خانواده‌های عادی

متغیر فراوانی	گروه‌ها	میانگین	F	متغیر شدت	گروه‌ها	میانگین	F
مالی	دارای فرد معتاد	۱/۸۶	۴۸/۳۸*	مالی	دارای فرد معتاد	۲/۳۳	۶۸/۵۲*
	عادی	۰/۷۱			عادی	۰/۸۲	
سبک زندگی	دارای فرد معتاد	۲/۳۹	۲۵۶/۶۹*	سبک زندگی	دارای فرد معتاد	۲/۹۰	۳۹۶/۰۴*
	عادی	۰/۱۳			عادی	۰/۱۳	
سوءاستفاده	دارای فرد معتاد	۱/۲۹	۳۷/۵۷*	سوءاستفاده بدنی	دارای فرد معتاد	۲/۴۷	۵۵/۲۳*
	عادی	۰/۱۸			عادی	۰/۹۴	
دولتی/قانونی	دارای فرد معتاد	۱/۰۱	۴۶/۵۴*	دولتی / قانونی	دارای فرد معتاد	۱/۷۲	۵۱/۹۱*
	عادی	۰/۰۳			عادی	۰/۰۹	
سلامتی	دارای فرد معتاد	۱/۵۹	۹۴/۸۰*	سلامتی	دارای فرد معتاد	۲/۱۹	۱۰۲/۷۳*
	عادی	۰/۳۱			عادی	۰/۴۹	
ارتباطی	دارای فرد معتاد	۲/۵۲	۲۵۴/۷۴*	ارتباطی	دارای فرد معتاد	۳/۰۵	۲۹۱/۳۹*
	عادی	۰/۴۱			عادی	۰/۶۱	
اجتماعی/عاطفی	دارای فرد معتاد	۲/۹۲	۳۹۱/۳۷*	اجتماعی/عاطفی	دارای فرد معتاد	۳/۳۰	۴۷۰/۰۸*
	عادی	۰/۵۱			عادی	۰/۴۰	

* $P < 0/001$

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود خانواده‌ها با فرد معتاد در تمامی خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه شریکان زندگی به طور معنادار نمرات بالاتری از خانواده‌ها بدون فرد معتاد کسب کرده‌اند.

همچنین عملکرد خانواده‌ها با افراد معتاد که کمک‌های مالی از سازمان‌های حمایتی (مانند بهزیستی، کمیته امداد) دریافت می‌کنند و خانواده‌هایی که این کمک‌ها را دریافت نمی‌کنند، در خرده‌مقیاس‌های چک‌لیست شریکان زندگی در دو بعد فراوانی و شدت مقایسه شدند. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که، عملکرد دو گروه در خرده‌مقیاس‌های چک‌لیست شریکان زندگی در هر دو بعد فراوانی و شدت تفاوت معنادار دارد ($F=13/53$, $P < 0/001$, $\eta^2=0/35$) اثر، برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۵: نتایج آنوا برای بررسی تفاوت عملکرد خانواده‌های با پوشش سازمان‌های حمایتی

و بدون پوشش							
متغیر فراوانی	گروه‌ها	میانگین	F	متغیر شدت	گروه‌ها	میانگین	F
مالی	تحت پوشش	۲/۴۷	۷۷/۵۱*	مالی	تحت پوشش	۳/۰۷	۹۳/۴۹*
	غیر پوشش	۱/۶۳			غیر پوشش	۲/۰۶	
سبک	تحت پوشش	۲/۷۷	۳۸/۱۴*	سبک	تحت پوشش	۳/۳۰	۴۱/۵۴*
	غیر پوشش	۲/۲۴			غیر پوشش	۲/۷۶	
سوءاستفاده	تحت پوشش	۱/۶۱	۱۴/۰۰*	سوءاستفاده	تحت پوشش	۲/۶۴	۲/۹۶
	غیر پوشش	۱/۱۸			غیر پوشش	۲/۴۱	
دولتی	تحت پوشش	۱/۳۵	۲۶/۹۴*	دولتی	تحت پوشش	۲/۲۸	۳۰/۹۵*
	غیر پوشش	۰/۸۹			غیر پوشش	۱/۵۰	
سلامتی	تحت پوشش	۱/۷۸	۹/۹۷*	سلامتی	تحت پوشش	۲/۴۰	۷/۵۰*
	غیر پوشش	۱/۵۲			غیر پوشش	۲/۱۱	
ارتباطی	تحت پوشش	۲/۷۲	۱۱/۰۴*	ارتباطی	تحت پوشش	۳/۱۹	۴/۵۴*
	غیر پوشش	۲/۴۵			غیر پوشش	۲/۹۹	
اجتماعی	تحت پوشش	۳/۰۰	۲/۱۷۳	اجتماعی	تحت پوشش	۳/۳۰	۰/۰۰
	غیر پوشش	۲/۸۸			غیر پوشش	۳/۳۰	

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود خانواده‌ها با فرد معتاد که تحت پوشش سازمان‌های حمایتی بودند در خرده‌مقیاس‌های مشکلات مالی، سبک‌زندگی، سوءاستفاده بدنی، درگیری با موسسات دولتی/قانونی، مسائل سلامتی، و مشکلات ارتباطی به طور معنادار نمرات بالاتری از خانواده‌ها با فرد معتاد بدون پوشش سازمان‌های حمایتی داشتند. تفاوت عملکرد آن‌ها در خرده‌مقیاس مسائل اجتماعی/عاطفی معنادار نبود.

همچنین عملکرد خانواده‌ها با و بدون پرونده در مراجع قضایی در خرده‌مقیاس‌های چک‌لیست شریکان زندگی در دو بعد فراوانی و شدت مقایسه شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که عملکرد دو گروه در خرده‌مقیاس‌های چک‌لیست شریکان زندگی در هر دو بعد فراوانی و شدت تفاوت معنادار دارد ($F=30/24$, $P < 0/001$, $F=0/54$, اثر پیلائی). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۶: نتایج آنوآ برای بررسی تفاوت عملکرد خانواده‌ها با/بدون پرونده قضایی

متغیر فراوانی	گروه‌ها	میانگین	F	متغیر شدت	گروه‌ها	میانگین	F
مالی	دارای پرونده	۲/۲۱	۶۳/۷۷°	مالی	دارای پرونده	۲/۷۶	۸۰/۵۳°
	بدون پرونده	۱/۵۲			بدون پرونده	۱/۹۲	
سبک	دارای پرونده	۲/۵۵	۱۷/۵۵°	سبک	دارای پرونده	۳/۰۶	۱۵/۹۲°
زندگی	بدون پرونده	۲/۲۳		زندگی	بدون پرونده	۲/۷۵	
سوءاستفاده	دارای پرونده	۱/۵۴	۲۳/۸۲°	سوءاستفاده	دارای پرونده	۲/۷۸	۲۸/۵۶°
بدنی	بدون پرونده	۱/۰۵		بدنی	بدون پرونده	۲/۱۸	
دولتی/	دارای پرونده	۱/۵۰	۲۱۰/۰۴°	دولتی/	دارای پرونده	۲/۶۰	۳۶۲/۲۵°
قانونی	بدون پرونده	۰/۵۵		قانونی	بدون پرونده	۰/۸۶	
سلامتی	دارای پرونده	۱/۸۳	۴۷/۰۰۷°	سلامتی	دارای پرونده	۲/۴۸	۳۹/۵۳°
	بدون پرونده	۱/۳۵			بدون پرونده	۱/۹۱	
ارتباطی	دارای پرونده	۲/۸۱	۶۸/۵۲°	ارتباطی	دارای پرونده	۳/۲۹	۳۷/۵۳°
	بدون پرونده	۲/۲۴			بدون پرونده	۲/۸۲	
اجتماعی/	دارای پرونده	۳/۰۸	۲۳/۲۲°	اجتماعی/	دارای پرونده	۳/۴۹	۲۶/۸۶°
عاطفی	بدون پرونده	۲/۷۶		عاطفی	بدون پرونده	۳/۱۲	

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود خانواده‌های با فرد معتاد و با پرونده قضایی در تمامی خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه شریکان زندگی به طور معنادار نمرات بالاتری از خانواده‌ها با فرد معتاد بدون پرونده قضایی کسب نموده‌اند.

یافته دیگر این مطالعه آن است که فراوانی و شدت مشکلات تجربه شده در ابعاد مختلف تابع نوع شریک زندگی (والد/همسر) است. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد، مشکلات تجربه شده در همه ابعاد تابع نوع شریک زندگی است ($F=9/33$, $P < 0/001$, $\eta^2=0/27$)=اندازه اثر، برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۷: نتایج آنوا برای بررسی تفاوت عملکرد گروه‌ها به تفکیک نوع شریک زندگی

متغیر فراوانی	شریک زندگی	میانگین تفاوت	F	متغیر شدت	شریک زندگی	میانگین تفاوت	F
کلی	مادر	۰/۷۳°	۱۴/۸۷°	کلی	مادر	۰/۶۴°	۱/۰۱°
	پدر	۰/۸۵°			پدر	۰/۹۲°	
	همسر زن	۰/۱۱°			همسر زن	۰/۱۴°	
	همسر مرد	۰/۱۱°			همسر مرد	۰/۲۷°	
	مادر	۰/۳۷°			مادر	۰/۴۹°	
	همسر زن	۰/۲۵°			همسر زن	۰/۲۲°	
	همسر مرد	۰/۳۲°			همسر مرد	۰/۴۵°	
	مادر	۰/۳۹°			مادر	۰/۳۱°	
	پدر	۰/۶۵°			پدر	۰/۰۳°	
	همسر زن	۰/۲۸°			همسر زن	۰/۱۴°	
شریک زندگی	مادر	۰/۹۷°	۱۵/۱۷°	شریک زندگی	مادر	۰/۴۲°	۴/۸۶°
	همسر زن	۰/۶۹°			همسر زن	۰/۲۸°	
	همسر مرد	۰/۴۰°			همسر مرد	۰/۳۰°	
	مادر	۰/۲۵°			مادر	۰/۲۲°	
	پدر	۰/۲۴°			پدر	۰/۱۴°	
	همسر زن	۰/۱۴°			همسر زن	۰/۰۸°	
	همسر مرد	۰/۳۷°			همسر مرد	۰/۴۵°	
	همسر زن	۰/۲۳°			همسر زن	۰/۳۶°	
	مادر	۰/۶۸°			مادر	۰/۶۹°	
	پدر	۰/۸۰°			پدر	۰/۱۱°	
دولتی/قانونی	همسر مرد	۰/۳۸°	۱۶/۰۵°	دولتی/قانونی	همسر مرد	۰/۶۲°	۱/۹۴°
	همسر زن	۰/۱۲°			همسر زن	۰/۴۱°	
	مادر	۰/۲۹°			مادر	۰/۰۶°	
	همسر زن	۰/۴۲°			همسر زن	۰/۴۸°	
	همسر مرد	۰/۲۶°			همسر مرد	۰/۲۲°	
	مادر	۰/۶۹°			مادر	۰/۷۷°	
	پدر	۰/۸۳°			پدر	۰/۷۷°	
	همسر زن	۰/۴۳°			همسر زن	۰/۵۵°	
	همسر مرد	۰/۵۷°			همسر مرد	۰/۵۵°	
	همسر زن	۰/۱۴°			همسر زن	۰/۰۳۷°	
کلی	مادر	۰/۲۵°	۸/۹۵°	کلی	مادر	۰/۱۰°	۸/۰۳°
	پدر	۰/۵۰°			پدر	۰/۴۷°	
	همسر زن	۰/۱۳°			همسر زن	۰/۱۷°	
	همسر مرد				همسر مرد		

متغیر فراوانی	شریک زندگی	میانگین تفاوت	F	متغیر شدت	شریک زندگی	میانگین تفاوت	F
مادر	همسر زن	۰/۲۵		مادر	همسر زن	۰/۳۷°	
همسر مرد	همسر مرد	-۰/۱۱		همسر مرد	همسر مرد	۰/۰۷	
همسر زن	همسر مرد	-۰/۳۶°		همسر زن	همسر مرد	-۰/۲۹	
مادر	مادر	-۰/۲۲		مادر	مادر	-۰/۱۶	
پدر	همسر زن	-۰/۰۷		پدر	همسر زن	۰/۲۳	
همسر مرد	همسر مرد	۰/۱۳	۲/۶۲	همسر مرد	همسر مرد	۰/۴۵°	۸/۹۵°
همسر زن	همسر زن	۰/۱۴		همسر زن	همسر زن	۰/۴۰°	
مادر	همسر مرد	۰/۳۵		مادر	همسر مرد	۰/۶۲°	
همسر زن	همسر مرد	۰/۲۱		همسر زن	همسر مرد	۰/۲۲	

همانگونه که در جدول ۷ مشاهده می شود در بعد فراوانی مشکلات مالی خانواده با شریک زندگی پدر در مقایسه با سایر شریکان زندگی بیشتر بود. همچنین مشکلات سبک زندگی در خانواده با همسر مرد از خانواده با والدین، و خانواده با همسر زن بیشتر است. در بعد سوء استفاده بدنی تفاوت بین خانواده ها با شریکان زندگی متفاوت مشاهده نشد. مشکلات دولتی/قانونی در خانواده با شریک زندگی پدر از خانواده ها با شریک زندگی مادر و همسر زن بیشتر بود. این مشکلات در خانواده با شریک زندگی همسر مرد بیش از خانواده با شریک زندگی همسر زن بود. مشکلات سلامتی در خانواده با شریک زندگی والد بیشتر از خانواده با شریک زندگی همسر؛ در خانواده با شریک زندگی پدر بیشتر از خانواده با شریک زندگی همسر زن؛ و در خانواده با شریک زندگی همسر مرد بیش از خانواده با شریک زندگی همسر زن گزارش شده بود. در بعد مشکلات اجتماعی/عاطفی تفاوت بین خانواده ها با شریکان زندگی متفاوت مشاهده نشد. در بعد شدت مشکلات مالی خانواده با شریک زندگی پدر در مقایسه با سایر شریکان زندگی بیشتر بود. شواهد نشان داد مشکلات سبک زندگی در خانواده با همسر مرد از خانواده با شریک زندگی مادر، و خانواده با شریک زندگی پدر از خانواده با شریک زندگی مادر بیشتر است. در بعد سوء استفاده بدنی تفاوت بین خانواده ها با شریکان زندگی متفاوت مشاهده نشد. مشکلات دولتی/قانونی در خانواده با شریک زندگی پدر از خانواده ها با شریک زندگی مادر و همسر زن بیشتر گزارش شده بود. مشکلات سلامتی در خانواده با شریک زندگی والد

بیشتر از خانواده با شریک زندگی همسرگزارش شد. در بعد مشکلات اجتماعی/عاطفی در خانواده با شریک زندگی پدر از خانواده‌ها با شریک زندگی همسر مرد؛ در خانواده با شریک زندگی مادر از خانواده با شریک زندگی همسر بیشتر بود. برای تشخیص شایع‌ترین مشکل شریکان زندگی (والد/همسر) افراد سوء مصرف کننده در ابعاد مختلف از آزمون t تک نمونه‌ای استفاده شد. پارامتر آزمون ۲ در نظر گرفته شد که نتایج آن در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۸: نتایج آزمون t در شایع‌ترین مشکلات شریکان زندگی در خرده مقیاس‌های چک‌لیست شریکان زندگی

میانگین تفاوت ابعاد	حد بالا	حد پایین	میانگین تفاوت ابعاد	حد بالا	حد پایین	تأیید	تأیید	تأیید	تأیید
مالي	۲/۹۱	۰/۱۳	-۰/۰۴	-۰/۲۲	مالي	۶/۴۹	۰/۳۳	۰/۴۳	۰/۲۳
سبك زندگي	۹/۸۰	۰/۳۹	۰/۴۷	۰/۳۱	سبك زندگي	۲۲/۸۷	۰/۹۰	۰/۹۸	۰/۸۳
سوء استفاده	۱۳/۵۶	۰/۷۰	-۰/۵۹	-۰/۸۰	سوء استفاده	۸/۲۰	۰/۴۷	۰/۵۹	۰/۳۶
بدني	۲۳/۸۱	۰/۹۸	-۰/۹۰	-۱/۰۶	بدني	۴/۳۲	۰/۲۷	-۰/۱۵	-۰/۴۰
دولتي/قانوني	۱۰/۹۴	۰/۴۰	-۰/۳۳	-۰/۴۷	دولتي/قانوني	۴/۱۳	۰/۱۹	۰/۲۸	۰/۱۰
سلامتي	۱۴/۰۷	۰/۵۲	۰/۶۰	۰/۴۵	سلامتي	۲۶/۰۹	۱/۰۵	۱/۱۳	۰/۹۷
ارتباطي	۷۷/۲۶	۰/۹۲	۰/۹۸	۰/۸۵	ارتباطي	۳۴/۸۰	۱/۳۰	۱/۳۷	۱/۲۳
اجتماعي/عاطفي					اجتماعي/عاطفي				

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود نتایج نشان داد که در بعد فراوانی در خرده مقیاس‌های سبک زندگی، ارتباط و اجتماعی/عاطفی میانگین بیشتر از ۲ بوده که بیشترین میانگین در خرده مقیاس اجتماعی/عاطفی می‌باشد. در بعد شدت به غیر از زمینه حقوقی، میانگین سایر زمینه‌ها بیشتر از ۲ می‌باشد. بیشترین میانگین در زمینه اجتماعی/عاطفی دیده می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این مطالعه رواسازی فهرست وارسی شریکان زندگی با اندازه‌گیری مشکلات تجربه شده اعضای خانواده‌های سوء مصرف کنندگان مواد مخدر بود. یافته‌های این مطالعه نشان

داد که اعتبار این پرسش‌نامه به مفهوم هماهنگی درونی قابل قبول است. ضرایب اعتبار به دست آمده در این پژوهش در بعد فراوانی از ۰/۵۷ تا ۰/۸۱ و در بعد شدت از ۰/۵۳ تا ۰/۸۱ است. در ابعاد فراوانی و شدت خرده‌مقیاس‌های مالی و حقوقی بیشترین ضرایب همسانی درونی را دارا بودند. یافته‌های این مطالعه با مطالعات کیمبرلی و همکاران (۲۰۰۵) و بنیشیک و همکاران (۲۰۱۱) همسو می‌باشد. همچنین یافته‌ها نشان داد که فهرست واریسی شریکان زندگی از روایی بیرونی مناسبی برخوردار است. روایی بیرونی یک آزمون محدوده‌ای است که نمرات یک آزمون با سایر اندازه‌های دیگر مرتبط است. نتایج نشان داد که خرده‌مقیاس مالی فهرست واریسی شریکان زندگی در هر دو بعد فراوانی و شدت با بعد مالی پرسش‌نامه عملکرد ازدواج ارتباط منفی داشت. پرسش‌نامه عملکرد ازدواج در بعد ابرازگری عاطفی با خرده‌مقیاس اجتماعی/عاطفی چک‌لیست شریکان زندگی در بعد فراوانی و در بعد شدت ارتباط منفی داشت. پرسش‌نامه عملکرد ازدواج در بعد ارتباطات با خرده‌مقیاس ارتباط چک‌لیست شریکان زندگی در بعد فراوانی و شدت ارتباط منفی داشت. افزون بر آن، نتایج نشان داد که پرسش‌نامه پرخاشگری با خرده‌مقیاس سوءاستفاده بدنی در چک‌لیست شریکان زندگی در بعد فراوانی و در بعد شدت رابطه مثبت داشت. این یافته با پژوهش‌های استور^۱ و همکاران (۲۰۱۲)، چرمک و همکاران (۲۰۰۸)، سیگفوزدوتی، گودجانسون و سیگاردسون (۲۰۱۱)، هرو و همکاران (۲۰۰۶) که وجود خشونت و سوءاستفاده‌های بدنی را در خانواده‌های دارای افراد معتاد بیان می‌کنند، همسو می‌باشد. همچنین، این شواهد حاکی از آن است که خرده‌مقیاس‌های مالی، اجتماعی/عاطفی، ارتباطی، و سوءاستفاده فیزیکی از روایی بیرونی مناسبی برخوردار است. محور دیگر از یافته‌ها مربوط به شواهد روایی سازه فهرست واریسی شریکان زندگی بود. یافته‌ها نشان داد که خانواده‌ها با فرد معتاد در تمامی خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه شریکان زندگی نمرات بالاتری از خانواده‌های بدون فرد معتاد کسب کردند. به عبارت دیگر، خانواده‌ها با فرد معتاد در همه ابعاد، مشکلات بیشتری را هم از لحاظ فراوانی وقوع و هم از لحاظ شدت ناراحتی تجربه شده در مقایسه با خانواده‌ها بدون فرد معتاد گزارش می‌کنند.

یک تبیین احتمالی آن است که چون بیماری اعتیاد ماهیتی مزمن و پیش‌رونده دارد، به مرور زمان سیستم خانواده دچار تغییرات بنیادی شده و مرزها از هم گسیخته یا فزون آمیخته می‌شود. اعضای خانواده به تدریج در کنار فرد معتاد بیمار شده و شکل‌های مختلف هم‌وابستگی^۱ پدید می‌آید. افراد هم‌وابسته^۲ برای بقای چارچوب خانواده دست به رفتارهای انطباقی زده و شروع به میدان‌دهی می‌کنند. نتیجه آنکه کارکرد خانواده در تمامی این ابعاد دچار مشکل می‌شود.

همچنین، عملکرد در خرده‌مقیاس‌های چک‌لیست شریکان زندگی در خانواده‌هایی که کمک‌های مالی از سازمان‌های حمایتی (مانند بهزیستی، کمیته امداد) دریافت می‌کنند و خانواده‌هایی که این کمک‌ها را دریافت نمی‌کنند، در بعد فراوانی به غیر از مقیاس اجتماعی/عاطفی و در بعد شدت به غیر از مقیاس سوءاستفاده بدنی و اجتماعی/عاطفی با یکدیگر متفاوت است. خانواده‌های دارای افراد معتاد که فراوانی وقوع و شدت آسیب آن‌ها بیشتر می‌باشد برای دریافت کمک به سازمان‌های مذکور مراجعه کرده اما کمک این سازمان‌ها بدان معنا نیست که فراوانی و شدت مشکلات آن‌ها را کمتر کند. حتی در زمینه مالی مقداری که سازمان‌های حمایتی کمک می‌کنند مشکل مالی اینگونه خانواده‌ها را حل نمی‌کند. افزون بر آن، خانواده‌ها با فرد معتاد و با پرونده قضایی در تمامی خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه شریکان زندگی نمرات بالاتری از خانواده‌ها با فرد معتاد و بدون پرونده قضایی کسب کرده بودند. این نتایج نشان‌دهنده‌ی آن است که الگوهای متفاوتی از مشکلات در شریکان زندگی مشاهده می‌شود. درگیری با مراجع قانونی/دولتی بر روی سایر ابعاد زندگی آن‌ها نیز تأثیر گذاشته و منجر به وقوع مشکلات بیشتری برای خانواده‌ها شده است. این نتایج با پژوهش‌های کیمبرلی و همکاران (۲۰۰۵) و بنیشیک و همکاران (۲۰۱۱) همسو می‌باشد. برای بررسی مشکلات شریکان زندگی، به نظر می‌رسد نباید آن‌ها را به صورت یک طبقه همگن در نظر گرفت بلکه باید الگوهای مشکلات را به تفکیک نوع شریک زندگی بررسی کرد. همچنین، این شواهد نشان می‌دهد که خرده‌مقیاس‌های فهرست وارسی شریکان زندگی از روایی افتراقی مناسبی برخوردار هستند.

1. codependency

2. codependent

شواهد نشان می دهد که مداخله سازمان های حمایتی بر روی مسائل اجتماعی و عاطفی خانواده های معتادان متمرکز نیست و نمی تواند چنین مشکلاتی را برطرف سازد. یک تبیین احتمالی برای این یافته ها آن است که به علت ماهیت مزمن بیماری اعتیاد، زندگی در کنار یک فرد معتاد بسیار اضطراب آور است. این بیماری از آنها افرادی نادرست، غیر قابل اعتماد، خشمگین، فریبکار و حيله گر می سازد. در واقع این افراد ثبات اخلاقی و رفتاری ندارند و اعضای خانواده نمی دانند که با وی چگونه رفتار کرده و کنار بیایند. به همین دلیل علاوه بر آنکه در زمینه ارتباطی و سبک زندگی دچار مشکل می شوند، بیشتر اوقات روز در حالت سردرگمی و اضطراب زندگی کرده و از نظر عاطفی و بیان درست احساسات دچار مشکلات فراوانی می شوند. این نتیجه با مطالعات کیمبرلی و همکاران (۲۰۰۵)، بنیشیک و همکاران (۲۰۱۱)، لاک و همکاران (۲۰۱۰)، هومیش و همکاران (۲۰۰۷) همسو می باشد.

یافته دیگر این مطالعه آن است که فراوانی و شدت مشکلات تجربه شده در بعدهای مالی، سبک های زندگی، سوء استفاده بدنی، درگیری با موسسات دولتی و قانونی، مسائل سلامتی، ارتباطی، مسائل اجتماعی و عاطفی تابع نوع شریک زندگی (والد/همسر) است. یافته ها نشان داد که بسته به اینکه خانواده فرد چگونه تعریف شود، فراوانی و شدت مشکلات متفاوت خواهد بود و الگوهای متفاوتی از فراوانی و شدت مشکلات تجربه شده شریکان زندگی وجود دارد. شایع ترین حوزه مشکل شریکان زندگی (والد/همسر) افراد سوء مصرف کننده در بعد فراوانی در خرده مقیاس های سبک زندگی، ارتباطی و اجتماعی/عاطفی بوده که در این میان بیشترین میانگین در خرده مقیاس اجتماعی/عاطفی دیده می شود. در بعد شدت به غیر از زمینه حقوقی، میانگین سایر زمینه ها در جامعه مورد مطالعه بالاست. بیشترین میانگین در زمینه اجتماعی/عاطفی دیده می شود.

نخستین محدودیت این پژوهش آن است که سؤال های چک لیست شریکان زندگی را خانواده افراد معتادی که کمتر از سه ماه در درمان بوده اند، تکمیل کرده اند. ممکن است با افزایش مدت زمان درمان، افراد خانواده فراوانی و شدت مشکلات متفاوتی را گزارش دهد. همچنین مشکلات خانواده های دارای فرد مصرف کننده مواد مخدر در این ابزار

صرف نظر از نوع ماده مصرفی توسط فرد معتاد اندازه‌گیری شده است و خانواده‌های دارای افراد معتاد که برای درمان مراجعه نکرده بودند از جمله همسران مرد و همسران زن که از شریک زندگی خود جدا شده‌اند، در این پژوهش شرکت نداشتند. ماهیت این مطالعه از نوع توصیفی است بنابراین، دلایل زیربنایی وجود این مشکلات را تبیین نمی‌کند. محدودیت دیگر این است که نمرات حاصل از این ابزار با رفتارهای واقعی افراد در زندگی روزمره به ویژه با ملاک‌هایی که نشانه وجود این مشکلات است، همبسته نشده است. اجرای یک تحلیل عاملی برای بررسی ساختار عاملی ابزار از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بوده است. با توجه به محدودیت‌های ذکر شده پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران مطالعه حاضر را بر روی جامعه‌های دیگر از جمله خانواده‌های افراد بالای یکسال در درمان و شریکان زندگی جدا شده از افراد معتاد همچنین خانواده‌های تک والدی انجام دهند. این ابزار بر روی سایر استان‌های کشور اجرا شود تا شواهدی از بسط روایی سازه ابزار مورد نظر فراهم آید. همچنین نوع ماده مصرفی فرد معتاد لحاظ شود. روایی بیرونی این ابزار در ابعاد سبک زندگی، دولتی/قانونی و سلامتی اندازه‌گیری شود و نمرات حاصل از آن با رفتارهای واقعی افراد در زندگی روزمره همبسته گردد تا شواهدی از روایی ملاکی ابزار فراهم گردد.

منابع

- آقا بخشی، حبیب (۱۳۷۷). خانواده و اعتیاد. *مجله علوم اجتماعی*، ۶(۱۰)، ۷۲-۴۷.
- آقا بخشی، حبیب (۱۳۸۸). *اعتیاد و آسیب‌شناسی خانواده*. تهران: انتشارات رسانه تخصصی: دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی.
- امینی، کوروش؛ امینی، داریوش؛ افشارمقدم، فاطمه؛ و آذر، ماهیار (۱۳۸۲). بررسی عوامل اجتماعی و محیطی مرتبط با بازگشت مجدد معتادان به مصرف مواد افیونی در مراجعین به مراکز دولتی ترک اعتیاد شهر همدان، ۱۳۷۹. *مجله علوم پزشکی زنجان*، ۱۱(۴۵)، ۴۷-۴۱.
- ثابتی، مریم؛ ذکرای، منیژه؛ مظفر، حسین (۱۳۸۸). *آنومی فرهنگی و اعتیاد به مواد مخدر در بین جوانان ۲۸-۱۳ ساله شهر تهران*. *پژوهش‌نامه علوم اجتماعی*، ۴، ۵۴-۳۳.
- رفاهی، ژاله؛ ثنایی، باقر؛ و شریفی، حسن پاشا (۱۳۸۷). *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*. تهران: انتشارات بعثت.

جمشیدی، علیرضا (۱۳۸۳). آسیب‌های مصرف مواد مخدر و ضرورت اصلاحات قانونی. فصلنامه رفاه اجتماعی، ۱۴ (۴)، ۱۷۷-۱۶۴.

خدایاری فرد، محمد؛ عابدینی، یاسمین (۱۳۸۹). نظریه‌ها و اصول خانواده درمانی و کاربرد آن در درمان اختلالات کودکان و نوجوانان. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

محبوبی منش، حسین (۱۳۸۸). اعتیاد مردان تهدیدی علیه زن و خانواده. فصلنامه کتاب زنان، ۲۲، ۱۲۲-۱۱۹.

دین محمدی، محمدرضا؛ امینی، کوروش؛ و یزدان خواه، محمدرضا (۱۳۸۶). بررسی عوامل محیطی و اجتماعی مؤثر بر گرایش مجدد به مصرف مواد افیونی از دیدگاه معناداران خودمعرف مرکز پذیرش،

درمان و پیگیری سازمان بهزیستی زنجان. مجله علوم پزشکی زنجان، ۱۵ (۵۹)، ۸۵-۹۴.

موسوی، اشرف السادات (۱۳۸۲). بررسی کیفی و کمی عملکرد خانواده معناداران جوان. نشریه علوم انسانی مطالعات زنان، ۳ (۱)، ۸۸-۶۰.

Benishek, L.; Kimberly, C.; & Legget Dugosh, K. (2011). Prevalence and Frequency of Problems of Concerned Family Members with a Substance Using Loved one. *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 37, 82-8.

Buss, A.H.; & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Clinical Psychology*, 63, 452-9.

Chermack, S.; Murray, R.; Walton, M.; Booth, B.; Wryobeck, J.; & Blow, F.C. (2008). Partner aggression among men and women in substance use disorder treatment: Correlates of psychological and physical aggression and injury. *Drug Alcohol Depend*, 98, 35-44.

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

Farhodian, A.; Sadrasadat, S.; Mohammadi, F.; Manokyan, A.; Jafari, F.; & Sadeghi, M. (2009). Evaluated knowledge and attitudes of a group of Armenians in Tehran and drug addiction. *Journal of Membership Cognitive*, 10(2), 9-20.

Gilchrist, G.; & Taylor, A. (2009). Drug- using mother: Factor associated with Retaining Care of their Children. *Journal of Drug and Alcohol Review*, 28, 175-185.

Heru, A.M.; Stuart, G.L.; Rainey, S.; Eyre, J.; & Recupero, P.R. (2006). Prevalence and severity of intimate partner violence and associations with family functioning and alcohol and Substance Abuse in psychiatric inpatients with suicidal intent. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(1), 9-23.

Homish, G.; Leonard, K.E.; & Cornelius, C. (2007). Illicit drug use and marital satisfaction. *Addictive Behavior*, 33, 279-291.

Kask, K.; Markina, A.; & Podana, Z. (2013). The Effect of Family Factors on Intense Alcohol Use among European Adolescents: A Multilevel Analysis. *Psychiatry Journal*, 13, 215-31.

- Kimberly, C.; Leggett Dugosha, K.; Benisheka, L.; & Harrington, V. (2005). The Significant Other Checklist: Measuring the Problems. *Journal of Addictive Behaviors*, 30, 29-47.
- Lois, A.; Jacksona, B.; Dykemance, M.; Gahagana, J.; Karabanowd, J.; & Parkera, J. (2011). Challenges and Opportunities to Integrating Family members of Injection Drug Users into Harm Reduction Efforts within the Atlantic Canadian context. *International Journal of Drug Policy*, 22, 358-392.
- Luk, J.W.; Farhat, T.; Jannoti, R.; & Simons Morton, B.G. (2010). Parent- child communication and substance use among adolescent: Do father and mother communication play a different role for sons and daughters? *Addictive Behaviors*, 35, 426-431.
- Morita, N.; Narus, N.; Yoshika, S.; Nishikawa Okazaki, N.; & Tsujimoto, T. (2011). Mental health and emotional relationship of family members whose relatives have drug problems. *Journal of Clinical Psychology*, 46(6), 525-541.
- Ostler, T.; Bahar, O.S.; & Jessee, A. (2010). Mentalization in children exposed to parental methamphetamine abuse: Relations to children's mental health and behavioral outcomes. *Attachment & Human Development*, 12, 193-207.
- Ray, G.T.; Mertens, J.R.; & Weisner, C. (2007). The excess medical cost and health problems of family members of persons diagnosed with alcohol or drug problems. *National Institutes of Health*, 45(2), 116-22.
- Ray, G.T.; Mertens, J.R.; & Weisner, C. (2009). Family members of people with alcohol or drug dependence: Health problems and medical cost compared to family members of persons with diabetes and asthma. *National Institutes of Health*, 104(2), 203-14, DOI: 10.1111/j. 1360-0443. 2008.02447. X.
- Shirley, J.S.; Steffanie, A.; Strathdee, F.; Zians, J.; Thomas, L.; & Patterson, J. (2009). Family conflict and depression in HIV- negative heterosexuals the role of methamphetamine use. *Journal of the Society of Psychology in Addictive Behaviors*, 23, 341-347. DOI: 10.1037/a00115260.
- Shirley, J.S.; Steffanie, A.; Strathdee, F.; & Zians, J. (2011). Methamphetamine- using parents: The relationship between parental role strain and depressive symptoms. *Journal of studies on Alcohol and Drugs*, 22, 954-964.
- Sigfusdotti, I.D.; Gudjonsson, G.H.; & Sigurdsson, J.H. (2011). Associations between sexual abuse and family conflict/violence, self-injurious behavior, and substance use: The mediating role of depressed mood and anger. *Child Abuse & Neglect*, 35(3), 210-219.
- Stover, C.S.; Connell, C.M.; Leveld, C.; Neiderhiser, J.M.; Shaw, D.S; Scaramella, L.V.; Conger, R.; & Reiss, D. (2012). Fathering and mothering in the family system: Liking marital hostility and aggression in adopted toddlers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53,401-409.
- Weisner, C.; Parthasarathy, S.; Moore, C.; & Mertens, J. (2010). Individuals receiving addiction treatment: Are medical costs of their family members reduced? *National Institutes of health*, 105(7), 1226-34, DOI: 10.1111/j. 1360-0443.2010.02947. X.