

## نقش عملکرد خانواده، شکاف بین نسلی و موقعیت اجتماعی - اقتصادی در تبیین اعتیاد پذیری جوانان

بهزاد شالچی<sup>۱</sup>، مهرناز دادخواه<sup>۲</sup>، شهرام یاقوتی آذری<sup>۳</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۵/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۹/۱۲

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش عملکرد خانواده، شکاف بین نسلی و موقعیت اقتصادی، اجتماعی در تبیین اعتیاد پذیری جوانان انجام شده است. **روش:** تعداد ۴۰۰ دانشجوی پسر دانشگاه سراسری، آزاد و پیام نور شهرستان تبریز با نمونه گیری داوطلبانه انتخاب شده و پرسشنامه‌های شناسایی افراد در معرض خطر اعتیاد، مقیاس سنجش کارکرد خانواده و شکاف بین نسلی را تکمیل نمودند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین بسیاری از ابعاد متغیرهای پیش‌بین و اعتیادپذیری جوانان رابطه معناداری وجود دارد. مدل پیشنهادی از برازش مطلوبی با داده‌ها برخوردار بوده و می‌توان از متغیرهای کارکرد خانواده، شکاف بین نسلی و موقعیت اجتماعی - اقتصادی به منظور تبیین اعتیادپذیری جوانان استفاده کرد. **نتیجه‌گیری:** ابعاد کارکرد خانواده و شکاف بین نسلی قادر به تبیین اعتیاد پذیری جوانان می‌باشند و توجه به این امر می‌تواند پیشنهادهایی برای پیشگیری و مداخله در حوزه اعتیاد داشته باشد.

**کلیدواژه‌ها:** کارکرد خانواده، شکاف بین نسلی، موقعیت اجتماعی - اقتصادی، اعتیادپذیری، جوانان

۱. دکتری روان شناسی عمومی، استادیار دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران
۲. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران، پست الکترونیک: dadkha.me@gmail.com
۳. کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، کارشناس فرهنگی شورای هماهنگی ستاد مبارزه با مواد مخدر استان آذربایجان شرقی، تبریز، ایران

## مقدمه

مصرف مواد مخدر یکی از مهم ترین مشکلات عصر حاضر است. امروزه اعتیاد به عنوان بحران اجتماعی با گستره جهانی مطرح می شود که پیامدهای نامطلوب اجتماعی، فرهنگی و سیاسی را به دنبال دارد. اعتیاد یک بیماری جسمی، روانی، و اجتماعی است که در شکل گیری آن زمینه های پیش اعتیادی متعددی نقش اساسی ایفا می کنند (گالانتر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). قبل از اینکه فرد مصرف مواد را شروع کند در طی دوران رشد و به موازات شکل گیری رفتار، افکار، عقاید، شیوه زندگی و خصوصیات شخصیتی، زمینه پیدایش آن فراهم می شود. به عبارت دیگر قبل از اینکه فرد به مصرف مواد روی آورد، زمینه و آمادگی آن ایجاد می شود که تحت عنوان آسیب پذیری به اعتیاد مطرح است (آگاتسوما و هیروی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). علی رغم اینکه سوء مصرف مواد به عنوان مشکل فردی در نظر گرفته می شود، اما حقیقت این است که سوء مصرف مواد بر کل خانواده تأثیر دارد و برخلاف تفکر قالبی فرد معتاد یا الکلی «تنها»، اکثریت سوء مصرف کنندگان مواد (زنان و مردان) در محیط خانواده زندگی می کنند و یا حداقل آخر هفته ملاقاتی با والدین خویش دارند. بنابراین، در نظر گرفتن نقش خانواده و نوع ارتباط بین اعضای خانواده در بروز پدیده اعتیاد ضروری به نظر می رسد (گوپر و تایلر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). شواهد حاکی از آن است که تربیت والدین بر روی میزان رفتارهای ناسازگاران همانند ابتلا به اعتیاد تأثیر دارد (آندرسون و اسمان<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳).

از مهم ترین نهادهای مرتبط با پدیده اعتیاد، خانواده است. نقش خانواده به قدری مهم قلمداد می شود که در بعضی تحقیقات به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته می شود (دی پیتر<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). خانواده به عنوان یکی از اساسی ترین سازمان های تعیین کننده سلامتی و بیماری اعضایش محسوب می شود و والدین نخستین نقش را در آن بازی می کنند. شیوه های فرزند پروری از مهم ترین عوامل در رشد روانی- اجتماعی فرزندان هستند (گالارین و آلنسون<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲). خانواده مهم ترین زمینه رشدی است که می تواند

1. Galanter  
4. Gruber & Taylor  
7. Gallarin & Alonso

2. Agatsuma & Hiroi  
5. Andersson & Eisemann

3. Loner  
6. Di Pietro

استعداد و آمادگی اعتیاد را در اعضای خود ایجاد کند. در خانواده‌هایی که تحقیر، تهدید و سرزنش وجود دارد، ارتباط مناسب و توأم با اعتماد در بین اعضا وجود ندارد، مرزهای بین اعضای خانواده 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 باشند (قمری، ۱۳۹۰).

تصمیم‌گیری جهت مصرف مواد یا امتناع نمودن از آن اغلب به نحوه ارتباط افراد با خانواده، مکانیسم‌های کنار آمدن خانواده و سوء مصرف سایر اعضای خانواده بستگی دارد. در خانواده‌هایی که مصرف مواد یا الکل مورد تأیید نیست، اعضای خانواده تمایل کمتری به سوء مصرف آن‌ها دارند. این امر محرز است که اعضای خانواده نقش اصلی در خط سیر مصرف الکل یا مواد دارند. ارتباط ضعیف، مهارت حل مسئله ضعیف، مشاجره، محرک‌های تنش‌زای مالی و خرده‌گیری اغلب به عنوان پیشایندهای سوء مصرف مواد گزارش شده‌اند (گوبر و تایلر، ۲۰۰۶). میلر، مک‌درموت، گوردون، کیتنر و رایان<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) در پژوهش خود مطرح ساختند که خانواده‌های افراد وابسته به الکل نسبت به خانواده‌های دیگر در کارکرد خانوادگی اختلال بیشتری را گزارش کرده‌اند. آفا و زیا<sup>۲</sup> (۲۰۰۸) در پژوهشی نشان دادند که مشکلات روان‌شناختی و عملکرد خانواده به عنوان عوامل خطرزای گرایش افراد به سمت اعتیاد هستند. برای دستیابی به عملکرد مطلوب در سیستم خانواده، باید نقش‌ها، وظایف و تکالیف در بین همه اعضای خانواده به طور نظام‌مند و هماهنگ، سازمان داده شود. دپاول<sup>۳</sup> (۲۰۰۶) بعضی از ویژگی‌های خانواده دارای عملکرد مطلوب را این‌گونه معرفی می‌کند: تعامل ارتباطی باز، کنترل و مهار فشارهای روحی و روانی به طور موثر، همدلی، رهبری، ابراز محبت و علاقه و مسئولیت‌پذیری شخصی. مدل مک‌مستر<sup>۴</sup> شش جنبه کارکرد خانواده را مدنظر قرار داده و از این طریق کارآیی خانواده را در انجام وظایف ارزیابی می‌کند. ابعاد این الگو

1. Miller, McDermt, Gordon, Keitner & Ryan  
3. DePaul

2. Agha & Zia  
4. Mc Master model

عبارت‌اند از: حل مسئله<sup>۱</sup>: شامل توانایی خانواده برای شناسایی مشکل، بررسی و اقدام به حل آن، ارزیابی نتایج و برقراری سازگاری‌های لازم است. ارتباط<sup>۲</sup>: تبادل اطلاعات به صورت مستقیم، تأثیرگذار و روشن که بیشتر به صورت رفتارهای کلامی است. نقش‌ها<sup>۳</sup>: الگوهای رفتاری موجود در فعالیت‌های تعاملی که برای برقرار کردن یک سیستم سالم و تأثیرگذار ضروری است. پاسخ‌دهی عاطفی<sup>۴</sup>: به حالتی گفته می‌شود که خانواده نیازهای هیجانی همه اعضایش را برآورده می‌کند، یعنی به موقعیت‌های مختلف با هیجان‌های مناسب پاسخ داده شود. درگیری عاطفی<sup>۵</sup>: جلوه‌ای از پاسخگویی عاطفی است و به ابراز رضایت از درجه و کیفیت علاقه و نگرانی اعضای خانواده نسبت به یکدیگر بر می‌گردد. کنترل رفتار<sup>۶</sup>: این بعد، از تأثیرات اعضای خانواده بر یکدیگر تشکیل می‌شود و شامل قواعد و حدود درجه آزادی برای رفتار است (اپشتاین، ریان، بیشاب، میلر، کیتنر<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳). فریدمن و گلاسمن<sup>۸</sup> (۲۰۰۰) با مطالعه ۲۷۵۰ نفر از افراد معتاد به این نتیجه رسیدند که مابین وجود اختلاف در اعضای خانواده و مشکلات اعتیاد در کودکان رابطه دوسویه وجود دارد. اسمارت و رجینالد، فجر و دیان<sup>۹</sup> (۲۰۱۲) در پژوهش خود به نقش اعتیاد والدین در سوءمصرف مواد در نوجوانان با در نظر گرفتن شکاف بین نسلی در تغییر عادات پرداختند. یافته‌ها حاکی از آن بود که نوجوانان الگوی سوءمصرف مواد را از والدین خویش یاد می‌گیرند و جهت کاهش سوءمصرف نوجوانان باید با والدین آنها وارد درمان شد. مفهوم شکاف نسلی به چگونگی تداوم فرهنگ یک جامعه از نسلی به نسل دیگر مربوط می‌شود. اگر فرآیند اجتماعی کردن نوجوانان و جوانان به عللی دچار مشکل شود، انتقال به طور ناقص انجام پذیرد و فرهنگ جامعه در حد مطلوبی به نسل بعد منتقل نشود، بین نسل جدید و قدیم فاصله و شکاف می‌افتد و این اختلاف فرهنگی بین دو نسل ۵ تا ۱۰ درصد هست (پناهی، ۱۳۸۲). شکاف نسلی به دو نوع شکاف ارزشی بین نسلی و شکاف هنجاری بین نسلی تفکیک می‌شود. ارزش‌ها آرمان‌های انتزاعی هستند و

- |  |                          |                        |
|--|--------------------------|------------------------|
| 1. Problem solving                         | 2. Communication         | 3. rules               |
| 4. affective responsiveness                | 5. affective involvement | 6. behavioral control  |
| 7. Epstein, Ryan, Bishop, Miller & Keitner |                          | 8. Friedman & Glassman |
| 9. Smart, Reginald, Fejer & Dianne         |                          |                        |

هنجارها نشان‌دهنده بایدها و نبایدها در زندگی اجتماعی هستند و از طرف عموم پذیرفته شده‌اند (پناهی، ۱۳۸۲). از طرفی موقعیت اجتماعی - اقتصادی تحول بهنجار کودکان و بهزیستی خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. افرادی که متعلق به سطح اجتماعی - اقتصادی پایین هستند، از نظر شکل‌دهی مکانیزم‌های مقابله‌ای غیر انطباقی، مانند استفاده از مواد مخدر بسیار آسیب‌پذیر می‌باشند (جونز، ایدلمن و یادرون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). با توجه به حساسیت موضوع اعتیاد و لزوم بررسی هرچه بیشتر آن، این پرسش باقی است که محیط خانواده که مهم‌ترین نهاد در جامعه است، تا چه حد موجب آسیب‌پذیری افراد در مقابل اعتیاد می‌شوند؟ آیا شکاف ارزشی و هنجاری بین نسل جدید و قدیم می‌تواند فرد را در معرض خطر اعتیاد قرار دهد؟ مطالعه حاضر در پی ارائه پاسخی به این سؤالات صورت گرفته و امید است نتایج حاصل از آن بتواند پیشنهادهایی برای پیشگیری و مداخله در حوزه اعتیاد داشته باشد.

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

مطالعه حاضر با توجه به نحوه گردآوری داده‌ها از نوع تحقیقات همبستگی بوده و بر مبنای هدف در زمره‌ی پژوهش‌های بنیادی قرار دارد. این پژوهش بر اساس زیربنای نظری در ردیف تحقیقات کمی شمرده می‌شود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را تمامی دانشجویان پسر دانشگاه‌های سراسری، آزاد و پیام نور شهرستان تبریز در نیم سال اول سال تحصیلی ۹۲-۹۳ تشکیل می‌دادند. با توجه به روش‌های تعیین حجم نمونه در پژوهش‌های غیر آزمایشی، تعداد نمونه مورد نیاز با استفاده از فرمول زیر به دست آمد:

$$n = \frac{z^2 pq}{d^2}$$

در این فرمول  $Z$ ، مقدار متغیر متناظر با سطح اطمینان  $\alpha=0/05$ ،  $pq$  واریانس متغیر مورد مطالعه، و  $d$ ، مقدار اشتباه مجاز اندازه‌گیری، می‌باشند.

در این پژوهش،  $Z=1/96$  و  $pq=0/25$  و  $d=0/05$  منظور شده است که با توجه به موارد فوق حداقل حجم نمونه ۳۸۵ نفر برآورد شد. بنابراین از بین دانشجویان دانشگاه‌های ذکر شده، ۴۰۰ نفر به شیوه داوطلبانه انتخاب شدند.

## ابزار

۱- پرسشنامه شناسایی افراد در معرض خطر اعتیاد: این پرسشنامه توسط انیسی (۱۳۹۲) در مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله ساخته شده است. دارای ۷۵ سؤال و چهار عامل می‌باشد. عامل اول افسردگی و احساس درماندگی، عامل دوم نگرش مثبت به مواد، عامل سوم اضطراب و ترس از دیگران و عامل چهارم هیجان خواهی است. اعتبار آزمون با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۷ به دست آمده و برای بررسی روایی آن همبستگی آزمون با مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس<sup>۱</sup> و هیجان خواهی ذاکرمن مناسب گزارش شده است.

۲- مقیاس سنجش کارکرد خانواده: این مقیاس برای سنجش عملکرد خانواده بر اساس الگوی مک مستر تدوین شده است. این ابزار در سال ۱۹۸۳ توسط اپشتاین و بیشاب طراحی شده که دارای ۵۳ ماده بوده و با هدف توصیف ویژگی‌های ساختاری خانواده تهیه شده است. این مقیاس، کارکرد خانواده را در قالب هفت عامل ارزیابی می‌کند. این عوامل عبارت‌اند از: حل مسئله، ارتباطات، نقش‌ها، پاسخ‌دهی عاطفی، درگیری عاطفی، کنترل رفتار و کارکرد کلی (اپشتاین<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۸۳). اعتبار و روایی مقیاس سنجش عملکرد خانواده در ایران نیز مورد بررسی قرار گرفته و نتایج آن رضایت بخش گزارش شده است. ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های این مقیاس از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ به دست آمده است که نشان دهنده همسانی درونی نسبتاً خوبی می‌باشد (میرعنایت، ۱۳۷۸).

۳- پرسشنامه شکاف بین نسلی: میزان شکاف بین نسلی از طریق یک پرسشنامه محقق ساخته که بر مبنای شاخص‌های موجود در تحقیقات پیشین فراهم شده، اندازه‌گیری گردید. این ابزار محقق ساخته هفت خرده مقیاس شکاف بین نسلی ارزشی اجتماعی -

1. depression, anxiety & stress scale

2. Epstein

مذهبی، ارزشی اقتصادی، ارزشی سیاسی، هنجاری سیاسی، هنجاری اجتماعی، هنجاری اقتصادی و شکاف بین نسلی هنجاری مذهبی را اندازه گیری می کند. نتیجه تحلیل عاملی تائیدی برای پرسشنامه شکاف بین نسلی مطلوب بوده و ضرایب آلفای کرونباخ برای هفت خرده مقیاس آن به طور متوسط ۰/۸۶ به دست آمده است.

۴- پرسشنامه موقعیت اجتماعی - اقتصادی: این پرسشنامه که یک ابزار محقق ساخته است با توجه به ادبیات پژوهشی موجود، موقعیت اقتصادی - اجتماعی جوان را بر اساس سه سؤال مورد ارزیابی قرار می دهد. وضعیت اقتصادی در پنج طبقه منزلتی (از خیلی بد تا خیلی خوب) و تحصیلات پدر و مادر (از بیسواد تا دکتری) در پنج طبقه منزلتی کدگذاری شده است. در این پرسشنامه یک سؤال در خصوص وضعیت اقتصادی خانواده و دو سؤال در ارتباط با تحصیلات پدر و مادر مطرح شده است.

### یافته‌ها

اطلاعات توصیفی تحصیلات پدر و مادر به ترتیب به صورت زیر به دست آمد. بی سواد (۹/۳ درصد، ۱۹/۳ درصد)؛ ابتدایی (۱۸/۹ درصد، ۱۷/۲ درصد)؛ راهنمایی (۱۱/۹ درصد، ۱۳/۴ درصد)؛ دیپلم (۲۷/۲ درصد، ۲۷/۹ درصد)؛ فوق دیپلم (۵/۰ درصد، ۵/۰ درصد)؛ لیسانس (۱۴/۳ درصد، ۸/۸ درصد)؛ فوق لیسانس (۴/۱ درصد، ۰/۵ درصد)؛ دکتری (۱/۸ درصد، ۰/۷ درصد). همچنین موقعیت اقتصادی خانواده‌ی افراد مورد مطالعه در پژوهش که در پنج گروه طبقه بندی شده است، بدین صورت می باشد. خیلی بد (۱ درصد)؛ بد (۵/۷ درصد)؛ متوسط (۵۵/۱ درصد)؛ خوب (۳۰ درصد)؛ خیلی خوب (۲/۴ درصد) و نیز دامنه سنی افراد نمونه از ۱۸ تا ۲۶ سال با میانگین ۲۳/۴۵ و انحراف استاندارد ۱/۸ سال بود.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

تعداد=۴۰۰		تعداد=۴۰۰			
انحراف میانگین معیار	متغیرها	انحراف معیار	میانگین	متغیرها	
۸/۷۶	۴۷/۴۴	۱۶/۹۲	۵۷/۷۲	افسردگی	
۴/۷۵	۱۴/۲۵	۱۱/۳۳	۲۹/۲۸	نگرش مثبت به مواد	
۲/۶۵	۶/۷۱	۱۰/۲۴	۳۶/۷۹	اضطراب	
۲/۰۲	۵/۰۲	۵/۸۸	۲۵/۸۳	هیجان خواهی	
۷/۱۹	۲۵/۹۷	۳۸/۳۶	۱۴۹/۶۴	کل آسیب پذیری به اعتیاد	
۲/۷۶	۷/۰۲	۴/۵۸	۲۱/۲۸	حل مسئله	
۲/۵۳	۷/۷۱	۴/۰۹	۲۴/۵۵	ارتباطات	
۲/۰۷	۵/۳۱	۴/۹۷	۳۰/۸۵	نقش‌ها	
۳/۳۷	۶/۷۲	۴/۳۱	۲۴/۲۰	پاسخ‌دهی عاطفی	
۶/۵۹	۲۶/۷۷	۴/۳۷	۲۴/۸۵	درگیری عاطفی	
-	-	۵/۴۴	۳۵/۴۵	کنترل رفتار	

ماتریس همبستگی مولفه‌های کارکرد خانواده و ابعاد آسیب‌پذیری نسبت به اعتیاد در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: ماتریس همبستگی مولفه‌های کارکرد خانواده با ابعاد آسیب‌پذیری نسبت به اعتیاد

متغیرها	افسردگی	نگرش مثبت به مواد	اضطراب	هیجان خواهی	اعتیادپذیری کل
حل مسئله	۰/۵۲**	۰/۴۳**	۰/۴۲**	۰/۲۹**	۰/۵۱**
ارتباطات	۰/۴۹**	۰/۴۱**	۰/۴۱**	۰/۲۷ <sup>۸</sup> **	۰/۴۹**
نقش‌ها	۰/۵۲**	۰/۴۴**	۰/۴۷**	۰/۳۵**	۰/۵۴**
پاسخ‌دهی عاطفی	۰/۴۱**	۰/۳۲**	۰/۳۵**	۰/۲۷**	۰/۴۱**
درگیری عاطفی	۰/۴۷**	۰/۴۲**	۰/۴۲**	۰/۲۸**	۰/۴۹**
کنترل رفتار	۰/۴۷**	۰/۴۷**	۰/۳۶**	۰/۳۲**	۰/۴۷**
کارکرد کلی	۰/۵۸**	۰/۵۰**	۰/۵۱**	۰/۳۳**	۰/۵۹**

\*\* P < ۰/۰۱

ماتریس همبستگی مولفه‌های شکاف نسلی با ابعاد آسیب‌پذیری نسبت به اعتیاد در جدول ۳ ارائه شده است.



جدول ۳: ماتریس همبستگی مؤلفه‌های شکاف بین نسلی با ابعاد آسیب‌پذیری نسبت به اعتیاد

متغیرها	افسردگی	نگرش مثبت به مواد	اضطراب	هیجان خواهی	اعتیاد پذیری کل
ارزشی اجتماعی - مذهبی	۰/۳۴**	۰/۳۳**	۰/۲۳**	۰/۳۳**	۰/۳۶**
ارزشی اقتصادی	۰/۱۷**	۰/۱۲**	۰/۰۸	۰/۰۷	۰/۱۴**
ارزشی سیاسی	۰/۲۳**	۰/۲۰**	۰/۱۶**	۰/۲۱**	۰/۲۳**
کل شکاف بین نسلی ارزشی	-۰/۳۵**	-۰/۳۲**	-۰/۲۱**	-۰/۳۰**	-۰/۳۳**
هنجاری سیاسی	۰/۲۲*	۰/۲۲**	۰/۱۹**	۰/۲۶**	۰/۲۶**
هنجاری اجتماعی	-۰/۰۰۸**	۰/۰۰۳**	-۰/۰۵	-۰/۰۲	-۰/۰۲
هنجاری اقتصادی	-۰/۰۱	-۰/۰۱*	-۰/۰۱	-۰/۱۱*	۰/۰۶
هنجاری مذهبی	۰/۲۵**	۰/۲۱**	۰/۱۷**	۰/۲۴**	۰/۲۵**
کل شکاف بین نسلی هنجاری	-۰/۲۷**	-۰/۲۲**	-۰/۱۷**	-۰/۲۲**	-۰/۱۷**

\*\*  $P < 0.01$  \*  $P < 0.05$

برای برآورد مدل از روش حداکثر احتمال و به منظور بررسی برازش مدل از شاخص‌های مجذور خی (X<sup>2</sup>)، شاخص نسبت مجذور خی بر درجه آزادی (X<sup>2</sup>/df)، شاخص نیکویی برازش (GFI)<sup>۳</sup>، شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI)<sup>۴</sup>، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)<sup>۵</sup>، خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA)<sup>۶</sup> و باقیمانده مجذور میانگین (RMR)<sup>۷</sup> استفاده شده است. اگر مجذور خی از لحاظ آماری معنادار نباشد دال بر برازش بسیار مناسب است اما از آنجا که این شاخص غالباً در نمونه‌های بزرگ‌تر از ۱۰۰ معنادار به دست می‌آید لذا شاخص مناسبی برای سنجش برازش مدل محسوب نمی‌گردد. چنانکه شاخص نسبت مجذور خی بر درجه آزادی، کوچک‌تر از ۳ باشد برازش بسیار مطلوب را نشان می‌دهد. در صورتی که شاخص‌های GFI، AGFI، CFI بزرگ‌تر از ۰/۹۰ و شاخص‌های RMSEA و RMR کوچک‌تر از ۰/۰۵ باشد دال بر برازش بسیار مطلوب و بسیار مناسب به شمار آمده و کوچک‌تر از ۰/۰۸ بر برازش مطلوب و مناسب دلالت دارد.

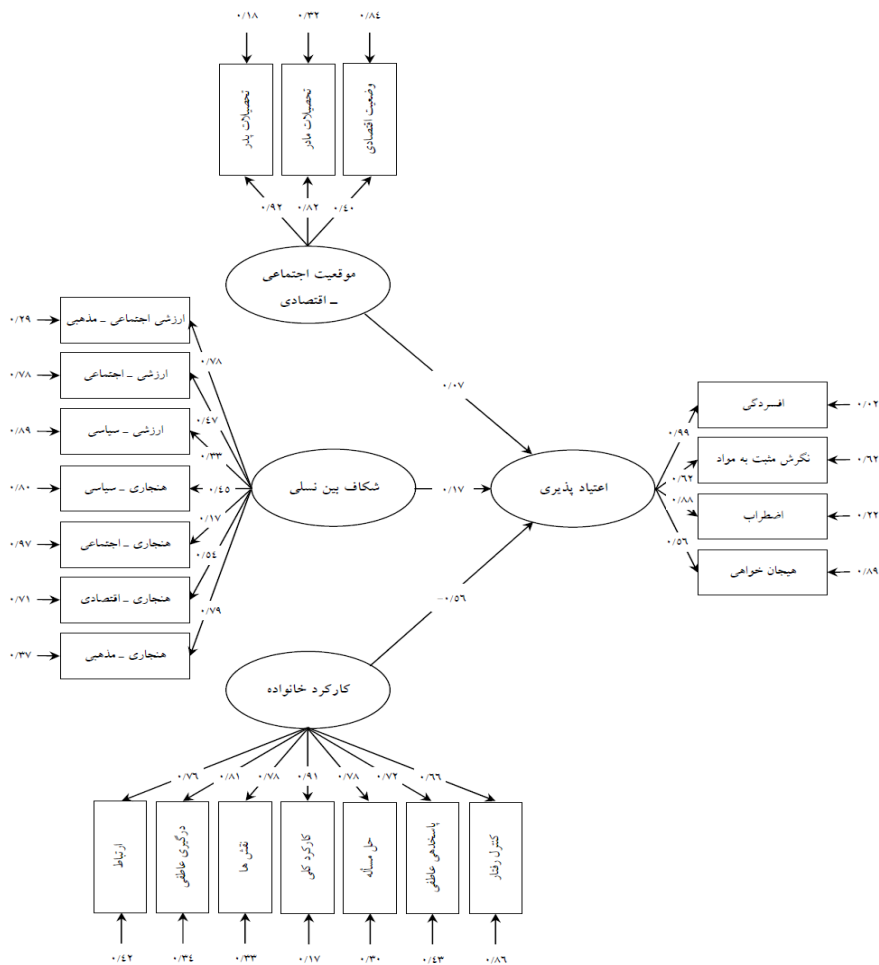
1. Chi Square
2. Degree of Freedom (df)
3. Goodness of Fit Index (GFI)
4. Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)
5. Comparative Fit Index (CFI)
6. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)
7. Root Mean Square Residual (RMR)

جدول ۴: شاخص‌های برازندگی مدل ارائه شده در پژوهش

استاندارد RMR شده	RMR	RMSEA	CFI	AGFI	GFI	X <sup>2</sup> /df	X <sup>2</sup>	شاخص‌های برازش مدل
۰/۰۵۵	۲/۸۴	۰/۰۵۱	۰/۹۸	۰/۸۹	۰/۹۲	۲/۰۹	۳۵۲/۰۳	مقادیر شاخص‌ها

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، برازش مدل ارائه شده بسیار مطلوب ارزیابی می‌شود.

مدل در نمودار ۱ ارائه شده است.



نمودار ۱: بارهای استاندارد شده مدل مسیر

## بحث و نتیجه‌گیری

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک آسیب اجتماعی در مبحث آسیب‌شناسی اجتماعی مطرح است که در بسیاری از کشورها، قشر مولد و جوان را مورد هدف قرار داده و از این طریق مضرات اجتماعی، اقتصادی و فردی بسیاری را به بار آورده است. اعتیاد موجب زوال شخصیت و ضعف توانایی جسمانی جمعیت جوان شده و آنان را از گروه فعال و پر نشاط جامعه دور می‌کند (هونگ، گرانت، داوسون، استینسون، چو، ۲۰۰۶). در این راستا شناسایی جوانان در معرض خطر سوء مصرف مواد و سایر رفتارهای پر خطر باید از دغدغه‌های اساسی متولیان تعلیم و تربیت باشد. بررسی زمینه و علل موثر در پیدایش یک پدیده، سنگ بنا و نقطه‌ی شروع اقدامات بعدی است. پژوهش حاضر با هدف شناسایی افراد در معرض خطر اعتیاد به مدل‌یابی در خصوص نقش سه عامل کارکرد خانواده، شکاف بین نسلی و موقعیت اجتماعی - اقتصادی در تبیین آسیب‌پذیری در مقابل اعتیاد پرداخته است. در پژوهش حاضر مدل فرضی تدوین شده در حد مطلوبی با داده‌های تجربی برازش داشته و با یافته‌های حاصل از مطالعات دیگر در یک راستا قرار دارد. مسیر مربوط به ارتباط کارکرد خانواده با آسیب‌پذیری در مقابل اعتیاد معنادار بوده و از جهتی معکوس برخوردار می‌باشد. حسین پور، بخشانی و شکیبا (۲۰۱۲) طی مطالعه‌ای کارکرد خانواده افراد معتاد با غیر معتاد را مقایسه نمودند. نتایج نشان داد که افراد وابسته به مواد در مقایسه با افراد دیگر افکار منفی تری در مورد کارکرد خانواده خویش داشتند و خانواده افراد وابسته به مواد در حوزه‌های حل مسئله، ارتباطات، پاسخ‌دهی و درگیری عاطفی، کنترل رفتار و پیدا نمودن راه حل مناسب برای حل مشکلات ناکارآمد بودند. نتایج مطالعه افکاری، قاسمی، شجاعی زاده، فروشانی و تقدیسی (۲۰۱۳) نیز نشان‌دهنده آن بود که بین ابعاد کارکرد خانواده و کیفیت زندگی در بین معتادان به آفتامین و غیر معتادان تفاوت معنادار وجود داشت و درجه بالای بد کارکردی خانواده مربوط به گروه معتادین بود. خانواده افراد معتاد در ابراز احساسات و افکار خود محدودیت داشته و کمتر به دیگران اعتماد داشتند. یافته‌های بالینی و پژوهشی حاکی از آن است که سوء مصرف مواد بین

اعضاء خانواده‌هایی است که فاقد روابط صمیمی بین والدین و فرزندان بوده و فرزندان پیوندهای ایمن خانوادگی را تجربه نکرده‌اند. روابط خانوادگی گرم، صمیمی و حمایتگر در صورتی که مداخله جویانه نباشد، فرزندان را از افتادن به دام مصرف مواد مصون می‌سازد. دی پترو و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) اظهار می‌کند که زندگی با والدین صمیمی به عنوان یک عامل محافظت‌کننده برای سوء مصرف مواد عمل می‌کند. کوترل<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۷) نشان دادند که نظارت والدینی به طور معکوس، درگیر شدن نوجوان در رفتارهای پرخطر نظیر مصرف مواد را پیش‌بینی می‌کند. بر اساس یافته‌ها، روابط گرم والدین و فرزندان می‌تواند به عنوان عامل محافظت‌کننده در برابر ارتکاب رفتارهای پرخطر فرزندان از جمله اعتیاد باشد. روابط گرم و حمایت‌گر والدین و فرزندان باعث بهبود شاخص‌های سلامت روان فرزندان شده و موجب رشد سالم شخصیت آن‌ها می‌گردد. در نهایت این امر در پیشگیری از اعتیاد فرزندان می‌تواند کارساز باشد. در پژوهشی که توسط سلیمی و همکاران (۱۳۸۵) انجام شد نتایج نشان داد که از علل اصلی گرایش به مصرف سیگار و مواد مخدر کمبود محبت در خانواده و سخت‌گیری‌های والدین است. نتایج پژوهش فروتنی و رضاییان (۱۳۸۵) نتایج نشان داد که ۷۸/۱ درصد از دانشجویان علل گرایش به اعتیاد را بی‌توجهی و عدم کنترل خانواده بر افراد می‌دانند. ماتجوییک، جووانویک، لازاریویک<sup>۳</sup> (۲۰۱۴) در مطالعه خویش دریافتند که بین کارکرد خانواده و سبک‌های والدینی با اعتیاد فرزندان ارتباط وجود دارد این امر اهمیت خانواده را به عنوان نهادی مطرح می‌کند که می‌تواند استعداد و آمادگی اعتیاد را در اعضای خود ایجاد کند. در خانواده‌های دارای نوجوانان سوء مصرف‌کننده مواد، اعضای خانواده علاقه‌ای به باهم بودن و تصمیم‌گیری مشترک ندارند و محیط خانواده مکان امنی برای رشد نوجوان نیست. در نتیجه نوجوان جهت به دست آوردن درجه‌ای از استقلال در ارتباط با والدینی که نیازهای او را نمی‌فهمند به سمت گروه همسالان و سوء مصرف مواد می‌روند. زمانی که پیوند و رابطه گرم و صمیمی بین اعضای خانواده کمرنگ می‌شود، فرزندان دچار افت روانی می‌شوند. افرادی که مورد بی‌مهری والدین قرار می‌گیرند، عزت نفس خود

1. Di Pietro

2. Cottrell

3. Matejevic, Jovanovic &amp; Lazarevic

را به شدت از دست می‌دهند و دچار هراس‌های گوناگون می‌شوند. یکی از راه‌های بازگشت اعتماد به نفس، گرایش به مواد مخدر است که نوعی اعتماد به نفس کاذب ایجاد می‌کند (رئسی، انیسی، یزدی، زمانی، رشیدی، ۱۳۸۷). روابط مطلوب والدین و فرزندان باعث می‌شود نیازهای جسمی و روانی فرزندان در خانواده به خوبی برآورده شود و افراد سوءمصرف‌کننده مواد، جذابیتی برای فرزندان نداشته باشند.

در پژوهش حاضر از بین مؤلفه‌های کارکرد خانواده، کارکرد کلی ارتباط قوی با مؤلفه‌های آسیب‌پذیری در مقابل اعتیاد داشت. کارکرد کلی خانواده به چگونگی روابط اعضای خانواده، تعامل و حفظ روابط، چگونگی تصمیم‌گیری‌ها و حل مشکلات اعضای خانواده مربوط می‌شود. در واقع آنچه در درون خانواده اتفاق می‌افتد و چگونگی کارکرد خانواده نقش کلیدی در ایجاد انعطاف‌پذیری و کاهش خطرات فعلی و آینده مرتبط با شرایط نامناسب را دارد. کارکرد ناسازگار خانواده می‌تواند به افت تحصیلی و گرایش فرزندان به الکل و مواد را باعث شود (سیلبر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). خانواده به عنوان منبع بانفوذ دوران کودکی و نوجوانی، نقش مهمی در تصمیم‌گیری افراد در گرایش به سمت رفتارهای پرخطر دارد. کارکرد موفق در زندگی آینده تحت تأثیر کارکرد خانواده قرار دارد و مستلزم انعطاف‌پذیری در ساختار، نقش‌ها و مسئولیت‌ها در نیازهای رشدی جدید است. کارکرد نامناسب خانواده موجب مختل شدن ارتباط عاطفی افراد، عدم کفایت در غلبه بر مشکلات و پیدا نمودن راه حل منطقی و مناسب برای مسائل، شکست در تأمین نیازهای عاطفی فرزندان شده که موجب می‌شود آنان بیش از پیش به سمت اعتیاد گرایش پیدا کنند (اسپرینگ، پارسر، باملر، روس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶).

پژوهش حاضر نشان داد ارتباط شکاف بین نسلی با آسیب‌پذیری در مقابل اعتیاد از مسیر معنادار و مستقیمی برخوردار است. شکاف نسلی به معنی وجود تفاوت‌های دانشی، گرایشی و رفتاری ما بین دو نسل با وجود پیوستگی‌های کلان متأثر از ساختارهای اجتماعی، فرهنگی و تاریخی است. فرزندان در مقایسه با افراد پیر و میان‌سال با وجود این که در یک فضای فرهنگی زندگی می‌کنند اطلاعات، گرایش‌ها و رفتارهای متفاوت

دارند. بقای هر جامعه در طول زمان مشروط به انتقال قاعده‌مند و بدون انقطاع نهادها و ارزش‌ها از نسلی به نسل دیگر است. در واقع تداوم هر جامعه‌ای در گرو انتقال فرهنگی است. برخی وجود تعارض و تضاد بین والدین و نوجوانان را شکاف نسلی دانسته‌اند و معتقدند این تعارض بخش جدایی‌ناپذیری از تحول نسل‌ها است (چیت‌ساز، ۱۳۸۶). از بین مؤلفه‌های شکاف بین نسلی، مؤلفه ارزشی اجتماعی مذهبی ارتباط قوی با آسیب‌پذیری در مقابل اعتیاد داشت. در واقع ارزش‌ها، وسیله‌ی همبستگی اجتماعی هستند و انتقال ارزش‌ها باعث پیوستگی فرهنگی می‌شود. به لحاظ آن که ارزش‌ها، جهت‌دهنده‌ی رفتار و استانداردهای رفتارند، ارزش‌های متفاوت بین نسل‌ها، باعث فاصله افتادن نسل پیشین از نسلی می‌شود که قرار است، جامعه پذیر گردد (چیت‌ساز، ۱۳۸۶).

با توجه به نتیجه پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود اقدام اساسی پیشگیری از اعتیاد از خانواده‌ها شروع شود. آموزش روش‌های برقراری ارتباط اثربخش در خانواده، شیوه‌های حل مسئله، حل تعارض، پاسخ‌گویی و درک احساسات و عواطف و شیوه‌های مناسب فرزند پروری می‌تواند موثر باشد. در فرآیند درمان نیز باید خانواده مشارکت و همکاری داشته باشند و تغییر در کل نظام خانواده ایجاد شود.

۵۰

50

### منابع

- انیسی، جعفر (۱۳۹۲). پرسشنامه شناسایی افراد در معرض خطر اعتیاد. تهران: موسسه آزمون یار پویا پناهی، محمدحسن (۱۳۸۲). شکاف نسلی در آموزش عالی. دبیرخانه شورای عالی انقلاب چیت‌ساز، محمدجواد (۱۳۸۶). بازشناسی مفاهیم نسل و شکاف نسلی. *جوانان و مناسبات نسلی*. ۱، ۱۱۲-

۸۵

- رئسی، فاطمه؛ انیسی، جعفر؛ یزدی، منوره؛ زمانی، مریم و رشیدی، سمیه (۱۳۸۷). مقایسه سلامت روان و شیوه‌های فرزند پروری در بین افراد معتاد و غیر معتاد. *مجله علوم رفتاری*، ۲(۱)، ۴۱-۳۳ سلیمی، صالح؛ علیپور، سکیته؛ عباسی، مریم؛ خرد پور، لیلیا؛ نیک‌نیا، لیلیا؛ میرزا پور، پریسا و نادری، فاطمه. (۱۳۸۵). پژوهشی کیفی بر علل گرایش نوجوانان ارومیه به سیگار. *فصلنامه پرستاری و مامایی*،

۱۶(۵۴)، ۵۷-۴۳

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

قمی، محمد. (۱۳۹۰). مقایسه ابعاد کارکرد خانواده و کیفیت زندگی و ارتباط این متغیرها در افراد معتاد و غیر معتاد. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۵(۱۸)، ۶۸-۵۵  
میر عنایت، الهام. (۱۳۷۸). مقایسه سلامت عمومی دانشجویان مجرد و متأهل ۳۰-۲۰ ساله شهرستان خمین شهر. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه آزاد واحد رودهن.

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.

Agatsuma, S., & Hiroi, N. (2004). Genetic basis of drug dependence and comorbid behavioral traits. *Nihon shinkei seishin yakurigaku zasshi, Japanese journal of psychopharmacology*, 24(3), 137-145 .

Agha, S., Zia, H., & Irfan, S. (2008). Psychological problems and family functioning as risk factors in addiction. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 20(3), 88-91 .

Andersson, P., & Eisemann, M. (2003). Parental rearing and individual vulnerability to drug addiction: a controlled study in a Swedish sample. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(2), 147-156 .

Cottrell, L., Yu, S., Liu, H., Deveaux, L., Lunn, S., Bain, R. M., & Stanton, B. (2007). Gender-based model comparisons of maternal values, monitoring, communication, and early adolescent risk behavior. *Journal of Adolescent Health*, 41(4), 371-379

DePaul, N. (2006). Healthy family functioning relationship advice & relationship tips. Council for Relationships, 215, 382-680. adolescent risk behavior. *Journal of Adolescent Health*, 41(4), 371-379 .

Di Pietro, M. C., Doering-Silveira, E. B., Oliveira, M. P. T., Rosa-Oliveira, L. Q., & Da Silveira, D. X. (2007). Factors associated with the use of solvents and cannabis by medical students. *Addictive behaviors*, 32(8), 1740-1744 .

Epstein, N. B., Ryan, C. E., Bishop, D. S., Miller, I. W., & Keitner, G. I. (2003). *The McMaster model: A view of healthy family functioning*: Guilford Press.

Friedman, A. S., & Glassman, K. (2000). Family risk factors versus peer risk factors for drug abuse: A longitudinal study of an African American urban community sample. *Journal of substance abuse treatment*, 18(3), 267-275 .

Galanter, M. (2006). Innovations: Alcohol and drug abuse: Spirituality in alcoholics anonymous: A valuable adjunct to psychiatric services. *Psychiatric Services*, 57(3), 307-9

Gallarín, M., & Alonso-Arbiol, I. (2012). Parenting practices, parental attachment and aggressiveness in adolescence: A predictive model. *Journal of adolescence*, 35(6), 1601-1610 .

- Gruber, K. J., & Taylor, M. F. (2006). A family perspective for substance abuse: Implications from the literature. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 6(1-2), 1-29 .
- Hosseinbor, M., Bakhshani, N.-M., & Shakiba, M. (2012). Family functioning of addicted and non-addicted individuals: A comparative study. *International journal of high risk behaviors & addiction*, 1(3), 109-114
- Huang, B., Grant, B. F., Dawson, D. A., Stinson, F. S., Chou, S. P. (2006). Race-ethnicity and the prevalence and co-occurrence of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, alcohol and drug use disorders and Axis I and II disorders: United States, 2001 to 2002. *Comprehensive psychiatry*, 47(4), 252-257 .
- Jones, S .M, Eidelman, H, & Yudron, M. (2011). Poverty and Adolescent Development In: Brown, BB, & Prinstein, M.J. (eds).*Encyclopedia of Adolescence*, 2, (pp269-277 London,Academic Press
- 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 .
- Miller, I. W., McDermut, W., Gordon, K. C., Keitner, G. I., & Ryan, C. E. (2004). Personality and family functioning in families of depressed patients. *Journal of abnormal psychology*, 109(3), 539-545
- Springer, A., Parcel, G., Baumler, E., & Ross, M. (2006). Supportive social relationships and adolescent health risk behavior among secondary school students in El Salvador. *Social science & medicine*, 62(7), 1628-1640 .
- Smart, R. G., Fejer, D.(2012). Drug use among adolescents and their parents: Closing the generation gap in mood modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 79(2), 153-160.
- Silburn, S. R., Zubrick. S.R., De Maio. J., Shepherd. C., Griffin. J.A., Mitrou. F.G., Dalby. R.B., Haywood,C., Pearson. G. (2006).*The Western Australian Aboriginal Child Health Survey: Strengthening the Capacity of Aboriginal Children, Families and Communities*. Perth: Curtin University of Technology and Telethon Institute for Child Health Research.