

بررسی الگوی مصرف مواد و ارتباط آن با کارکرد خانواده در مراجعین مراکز ترک اعتیاد شهر تبریز

دکتر حسین لطفی نیا¹

دکتر نعیمه محب²

توحید پیش رو کلانکش³

چکیده

کارکرد خانواده مهمترین جنبه از محیط خانواده است که اثر مهمی در سلامتی جسمانی و اجتماعی و هیجانی اعضایش دارد هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه الگوی مصرف مواد با کارکرد خانواده در مراجعان به مراکز ترک اعتیاد بود. این تحقیق الگوی مصرف مواد را با کارکرد خانواده در 100 نفر از افرادی که جهت درمان به مراکز ترک اعتیاد سازمان بهزیستی شهرستان تبریز در سال 1389 مراجعه نموده بودند مقایسه کرده است، جهت جمع آوری داده‌ها از فرم تجدید نظر شده مقیاس ارزیابی انطباق پذیری و همبستگی خانواده (FACES III)، پرسشنامه غربالگری سوء مصرف مواد (DAST-10) و نیز سؤالاتی مطابق ملاکهای تشخیصی DSM-IV برای پیدا کردن الگوی مصرف مواد انتخاب شد و داده‌های گردآوری شده به کمک تحلیل واریانس چند متغیره تحلیل شدند. بین الگوی مصرف مواد و همبستگی خانواده تفاوت معناداری وجود داشت. مصرف کنندگان مزمن نمرات پایین تری در مقایسه با مصرف کنندگان تفرنی و عود کننده در بعد همبستگی خانواده داشتند. در بعد انطباق پذیری تفاوت معناداری بین الگوی مصرف مواد وجود نداشت. یافته‌های این پژوهش نشان داد که کارکرد خانواده افراد با توجه به الگوی مصرفی آنها فرق می کند. بنابراین جهت بهبود کارکرد خانواده بهتر است از خانواده درمانی ساختاری-راهبردی استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: الگوی مصرف مواد، کارکرد خانواده، مواد مخدر

¹ - عضو هیات علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی، تبریز، ایران

² - عضو هیات علمی (استادیار) دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، ایران

³ - کارشناس ارشد روانشناسی عمومی

مقدمه

یکی از بلاهای خانمان سوزی آفت پیکر جوامع بشری، مسأله مواد مخدر است. اعتیاد به مواد مخدر قدرت تفکر، خلاقیت، توان، کوشش و سازندگی را از انسانها گرفته، بنیان خانواده و اعتقاد و باورهای دینی انسانها را در معرض نابودی و از هم پاشیدگی قرار می‌دهد. امروزه کمتر کشوری وجود دارد که درگیر مسائل و مشکلات اعتیاد نبوده، یا چنین مشکلی نداشته باشد، به طوری که مثلاً در سال 2008 برآورد شده بود که در جهان بین 250-155 میلیون نفر افراد بین 15-64 سال مواد غیر مجاز مصرف می‌کردند (دفتر مقابله با جرم و مواد مخدر سازمان ملل متحد¹، 2010، ص:12).

سوء مصرف مواد یا اعتیاد را می‌توان مانند هر شکل مطرح شده دیگری به عنوان دستگاه حفاظت کننده و حفاظت شونده تلقی کرد، این مشکل غالباً در کارکرد خانواده نقش محوری دارد به نحوی که به عنوان عامل اساسی در ساختار نظام خانواده تبدیل می‌شود (لوئیس، دانا، و بلوئیس، 1385، ص:190). بر اساس دیدگاههای غالب در روانشناسی خانواده، سازمان روانی و شخصیتی فرد در درون خانواده شکل گرفته و به رشد و کمال می‌رسد (گلپور، آتش پور، آقایی، 1381، ص:118). کارکرد خانواده مهمترین جنبه از محیط خانواده است که اثر مهمی در سلامت جسمانی، هیجانی و اجتماعی افراد دارد (والکر² و شفارد³، 2008، ص:2).

اولسون (1976) دو بعد محوری را برای کارکرد خانواده، یعنی همبستگی⁴ و انطباق پذیری⁵ را تدوین نموده است. همبستگی به عنوان پیوندهای هیجانی که بین اعضای خانواده وجود دارد و انطباق پذیری توانایی خانواده در تغییر ساختار، نقش‌ها، ارتباط نقش‌ها در پاسخ به نیازهایش تعریف می‌شود (پلیس⁶،

¹ -United Nations Office on drugs and crime

² -Walker

³ -Shepherd

⁴ -cohesion

⁵ -adaptability

⁶ -Place

هولزمایر¹، براون ریگ²، سولسبی³، 2005، ص:215). زمانی که سطوح همبستگی خیلی بالا هستند توافق⁴ بالاتر و استقلال⁵ کمتر در خانواده وجود دارد و در سطح پایین، اعضای خانواده خود را مالک چیزهایی می دانند که تعلق⁶ و یا تعهد⁷ به آنها در سیستم خانواده محدود است. در بعد انطباق پذیری نیز انطباق پذیری خیلی بالا و خیلی پایین موجب عدم تعادل در سیستم خانواده می شود (اولسون، 2000، ص:145). مشخصه‌های سیستم‌های خانواده نامتعادل به این صورت است:

الف): عملکردها جهت دار است: فرد از آنچه که انجام می دهد ارزش و پذیرش به دست می آورد، نه از آنچه که واقعا موجود است.

ب): هیچ حس واقعی از آنچه که به منزله ارزش و یا ارزشهای شخصی اش هست، وجود ندارد.

ج): قواعد گفته نشده اند: برخی از قواعد تنها زمانی گفته می شوند که نقض شده اند و می توانند بدون آگاهی تغییر یابند.

د): ارتباطات همیشه راکد هستند.

ه): تمرکز به بزرگسالان: کودکان تصور می کنند که بزرگسالان مینیاتور هستند و آنها به واسطه قواعد ناراحت کننده‌ای مانند «قانون سن شما»، «ما را شرمسار نکن»، «مایه آزار و آسیب نشو»، «سرگرمی بیشتر نداشته باش»، «خیلی شدید نخذ»، «هر چیزی را پرس و جو نکن» کنترل می شوند.

ز): اعضای خانواده بسیار دفاعی هستند و از شرمساری و سرزنش کردن آسیب می بینند، احساسات غیرمجاز هستند و هیجانات بایستی استدلال شوند نه احساس شوند (شورچ، 8، 2011).

¹-Hulsmeier

²-Brownrigg

³-Soulsby

⁴-consensus

⁵-independence

⁶-attachment

⁷-commitment

⁸-Church

راید(2010) نشان داد که کارکرد خانواده پیش بینی کننده، مصرف مشکل آفرین مواد مخدر می باشد. و خرده مقیاس همبستگی پیش بینی کننده مصرف شدید حشیش و فراوانی مصرف حشیش، خرده مقیاس انطباق پذیری پیش بینی کننده فراوانی مصرف تنباکو است. نتایج تحقیقی که کاستانتینی¹، ورمرس²، سورنسون³، لایونز⁴(1992) انجام داده بودند، نشان داد که کارکرد خانواده به ویژه بعد همبستگی میزان کژکاری بیمارانی است که مواد مخدر مصرف نموده و مشکلات روانشناختی داشته اند را پیش بینی می کند. در پژوهشی دیگر مک آردیل⁵، ویجرزما⁶، ژپلوری⁷ و دیگران(2002) نشان داده اند که سطوح پایین مصرف مواد با سرپرستی و اعتماد والدینی مرتبط بود و همچنین زندگی با والدین و اعتماد به آنها با سطح پایین از مصرف همزمان بیش از یک ماده مخدر همبستگی داشت. از طرفی دیگر تائو یین⁸(2002) در پژوهشی نشان داد که همبستگی خانواده نقش مهمی را در سوء مصرف مواد بازی می کند، همبستگی خانواده با افزایش میزان مصرف الکل و مواد مخدر توسط مادر، کاهش می یابد و این نکته نیز مورد تأیید قرار گرفت که با افزایش میزان مصرف مواد توسط کودکان، همبستگی خانواده آنها نیز کاهش می یابد. نتایج تحقیقی که ژیانگ⁹، خیانو¹⁰(1998) انجام داده بودند نشان داد که نمرات انطباق پذیری و همبستگی خانواده مصرف کنندگان هروئین پایین تر از گروه کنترل بود. همچنین دیامونت¹¹، فرهات¹²، الامور¹³ و دیگران(2008) در

¹-Costantini

²-Wermuth

³-Sorensen

⁴-Lyons

⁵-McArdle

⁶-Wiegersma

⁷-Gilvarry

⁸-Tao Yin

⁹-Zhi gang

¹⁰-Xianwu

¹¹-Diamond

¹²-Farhat

¹³-Al-Amor

تحقیقی دیگر نشان داده اند که مصرف مواد مخدر اعم از کوکائین و نیکوتین و توهم زاها رابطه مثبتی با کمبود همبستگی خانواده دارد.

علی رغم این، برخی از پژوهش‌ها گزارش کرده اند که رابطه معناداری در این ابعاد وجود ندارد؛ مثلا فاینزی-داتن¹، کوهن و دیگران (2003) گزارش کرده اند که ابعاد همبستگی و انطباق پذیری زوجیهایی که مواد مصرف می کردند با افراد بهنجار تفاوت معناداری نداشت. عزیزا، شهام، بار همبورگر، ابوصبح (2008) در تحقیقی دیگر نشان داده اند که بین همبستگی خانواده و مصرف الکل رابطه معناداری وجود ندارد و بین انطباق پذیری و مصرف الکل رابطه معناداری وجود دارد و در مصرف کنندگان دخانیات بین همبستگی و انطباق پذیری و مصرف دخانیات رابطه معناداری وجود دارد و در مصرف کنندگان مواد غیر مجاز اعم از کوکائین، کراک، حشیش، تریاک، بین مصرف مواد و همبستگی و انطباق پذیری خانواده رابطه معناداری وجود ندارد. گاردنر² (1994) نیز گزارش کرده است که آن دسته از جوانان وابسته به موادی که خانواده آنها همبستگی و انطباق پذیری بیشتری را فراهم می کند، بیشتر شبیه به نوجوانان بهنجار بودند.

با وجودی که در تحقیقات مختلف سعی بر این شده است که به کارکرد خانواده افرادی که مواد مخدر مصرف می کنند توجه شود، پژوهش‌های بیشتری در این زمینه انجام نشده است و همچنین این مسأله زیاد مورد توجه قرار نگرفته است که آیا الگوی مصرف مواد در افرادی که وابسته به مواد هستند و یا سوء مصرف مواد دارند، نیز متفاوت از هم است پژوهش حاضر در این راستا انجام شده است و در واقع هدف از انجام این پژوهش تعیین تفاوت بین الگوی مصرف مواد و کارکرد خانواده بوده است:

- آیا بین الگوی مصرف مواد و بعد همبستگی کارکرد خانواده تفاوت معناداری وجود دارد؟
- آیا بین الگوی مصرف مواد و انطباق پذیری خانواده تفاوت معناداری وجود دارد؟

¹-Finzi-Dottan

²-Gardner

روش تحقیق

جامعه آماری و حجم نمونه

این تحقیق به روش پس رویدادی انجام شده است. جامعه آماری پژوهش را افرادی که جهت درمان به مراکز ترک اعتیاد سازمان بهزیستی شهر تبریز در سال 1389 مراجعه کرده بودند، تشکیل می دهد که به روش نمونه گیری خوشه ای ابتدا 4 مرکز از 11 مرکز ترک اعتیاد انتخاب و از طریق فرمول کوکران 115 نفر برگزیده شد، اما با توجه به اینکه اطلاعات 15 نفر کامل نبود، نهایتاً تحقیق بر روی 100 نفر از افرادی که جهت درمان به مراکز انتخاب شده مراجعه کرده بودند، انجام شد. جهت جمع آوری داده ها از مصاحبه تشخیصی مطابق ملاکهای DSM-IV برای الگوی مصرف مواد و نیز از پرسشنامه های زیر استفاده شده است:

ابزارهای اندازه گیری

پرسشنامه غربالگری سوء مصرف مواد (DAST-10):

این آزمون فرم کوتاه شده DAST-28 است که توسط اسکینر (1982) جهت ارزیابی مصرف مواد در گروههای مختلف مانند بیماران دارای مشکلات روانپزشکی، بیماران سرپایی و نیز غربالگری سوء مصرف مواد ساخته شده است. این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی است که بر اساس مقیاس دو گزینه ای به صورت بلی/خیر ساخته شده است. نقطه برش (2-1) برای مصرف کنندگان ضمنی یا گاهگاهی¹ « فاقد آسیب شناختی² مطابق ملاکهای تشخیصی DSM-IV»، (3-5) برای مصرف کنندگان عودکننده³ « سوء مصرف مطابق ملاکهای تشخیصی DSM-IV»، 6 به بالاتر برای مصرف کنندگان مزمن⁴ « وابستگی به مواد مطابق ملاکهای تشخیصی DSM-IV » وجود دارد (موسسه ملی سوء مصرف مواد، 2011). میزان حساسیت این پرسشنامه بین 41% تا 95% است و میزان اختصاصی بودن آن نیز 68% تا 98% گزارش شده است. کری و همکاران (2003) همسانی درونی آن را 0/94 و پایایی باز آزمایی آن را نیز 0/89 گزارش کرده اند (اودکو، لوژکینا، فوتز، 2007). اعتبار محتوایی این پرسشنامه مورد

¹-occasional use

²-Non-pathological substance use

³-Recurrent use

⁴-Chronic use

تأیید افراد متخصص قرار گرفت و میزان همسانی درونی آن از طریق آلفای کرونباخ برابر با 0/63 (با میانگین 4/8، واریانس 5/26) به دست آمد.

مقیاس ارزیابی انطباق پذیری و همبستگی خانواده¹

این آزمون فرم تجدید نظر شده FACES-II است. این پرسشنامه توسط اولسون، پورتنر، و لوی براس سنجش دو بعد محوری کارکرد خانواده، یعنی همبستگی و انطباق پذیری تدوین شده است. این مقیاس بر اساس الگوی حلقوی پیچیده کارکرد خانواده ساخته شده، بر اساس مقیاس لیکرت پنج گزینه ای، نمره گزاری از یک تا پنج است. این مقیاس با آلفای 0/68 برای کل ابزار، الفای 0/77 برای همبستگی خانواده و آلفای 0/62 برای انطباق پذیری خانواده از یک همسانی درونی خوبی برخوردار است. و ضریب همبستگی در بازآزمایی برای همبستگی خانواده 0/83 و برای انطباق پذیری خانواده 0/80 بود که نشان دهنده ثبات بسیار خوب است (جونز، قاردنر، 2002). میزان همسانی درونی آن از طریق آلفای کرونباخ برای همبستگی (0/689) و برای انطباق پذیری (0/636) به دست آمده است.

یافته ها

طی این پژوهش مشخص شد که 25 درصد مراجعان گزارش کرده اند که گاهگاهی و به صورت تفننی مواد مصرف می کردند. 43 درصد نیز جزء عود کننده، و 37 درصد نیز جزو مصرف کنندگان مزمن محسوب می شدند. میانگین و انحراف معیار کارکرد خانواده بر اساس الگوی مصرف مواد در جدول (1) آمده است.

جدول 1: میانگین و انحراف معیار کارکرد خانواده بر اساس الگوی مصرف مواد

میانگین	گاهگاهی «فاقد آسیب»		عودکننده «سوءمصرف»		میانگین	مزمین «وابسته به مواد»
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
36/85	7/49	28/74	5/25	26/95	7/02	همبستگی
24/95	7/24	22/98	6/82	25/81	7/09	انطباق پذیری

برای سنجش این سؤال که آیا بین الگوی مصرف مواد و کارکرد خانواده تفاوت معناداری وجود دارد، تحلیل واریانس چند متغیره اجرا شد. نتایج لامبدای ویلکز 7/19/.

¹-Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES-III)

با ارزش معناداری 0/000 بود که این شاخص بیانگر این است که تفاوت بین الگوی مصرف مواد و کارکرد خانواده معنادار بود. برای سنجش این مسأله که بین الگوی مصرف مواد و کارکرد خانواده تفاوت معناداری وجود دارد از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد که نتایج در جدول (2) آمده است:

جدول 2: تحلیل واریانس چند متغیره برای بررسی الگوی مصرف مواد و کارکرد خانواده

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	sig	مجذوراتا
بین گروهی	همبستگی	1342/74	2	671/37	16/27	0/000	0/251
	انطباق پذیری	166/794	2	83/39	1/697	0/189	0/034
درون گروهی	همبستگی	4000/62	97	41/24			
	انطباق پذیری	4767/64	97	49/15			
کل	همبستگی	93576/12	100				
	انطباق پذیری	64594/45	100				

همان طور که برونداد حاصل از جدول فوق نشان می دهد تفاوت بین الگوی مصرف مواد و بعد همبستگی کارکرد خانواده معنادار است $F(2)=16/27$ و $F(97)$ با سطح معناداری 0/000. و همچنین مجذوراتای تفکیکی برابر با 0/251 می باشد که حاکی از این است که 25/1 درصد از واریانس نمرات همبستگی به وسیله الگوی مصرف تبیین می شود. میانگین نمرات همبستگی خانواده مصرف کنندگان مزمین پایین تر از دو گروه می باشد. در حالی که تفاوت بین الگوی مصرف مواد و انطباق پذیری خانواده به لحاظ آماری معنادار نبود. علاوه بر این نتایج سطوح و ابعاد کارکرد خانواده مصرف کنندگان مزمین، عودکننده و گاهگاهی در جدول (2) آمده است.

جدول 2: بررسی سطوح کارکرد خانواده با توجه به الگوی مصرف مواد

الگوی مصرف			پایین	متوسط	بالا
مزمین	عودکننده	گاهگاهی			
%83/8	%88/4	%35			
%16/2	%11/6	%45			سطوح همبستگی
%0	%0	%20			
%13/5	%41/9	%25		آشفته	
%64/9	%41/9	%50	ساخت دار		سطح انطباق پذیری
%21/6	%16/3	%25	انعطاف ناپذیر		

بحث و نتیجه گیری

خانواده به عنوان سیستمی تلقی می شود که در رشد و ادامه مصرف مواد مخدر و همچنین در درمان آن نقش اساسی دارد. دیدگاه سیستم های خانواده بر این باورند که رشد و رفتار یک عضو خانواده به طور جدایی ناپذیری با افراد دیگر در خانواده ارتباط متقابل دارد (کری، 1387، ص: 459). به طوری که اگر عضوی از خانواده سوء مصرف و یا وابستگی به مواد داشته باشد متقابلاً در اعضای دیگر در خانواده نیز تأثیر می گذارد و خانواده از این آزرده خاطر می شود که آیا فرزند و یا همسری که مواد مخدر مصرف می کند از آن رهایی می یابد یا نه؟ اعضای دیگر به شدت از فقدان کنترل بر این موضوع آزرده خاطر می شوند، و احساس گناه می کنند و در نتیجه به هر پیشنهاد امیدوار کننده ای تن می دهند.

مساله مواد مخدر از جمله عواملی است که در نتیجه از کارافتادگی کارکرد خانواده نیز پدید می آید و می تواند پیامد اثر چرخه نادرست باشد که از هم گسیختگی خانوادگی را افزایش می دهد (والکر و سفارد، 2008، ص: 6). تحقیقات معدودی در ارتباط با این مساله که کارکرد خانواده مصرف کنندگان مواد مخدر با افراد بهنجار تفاوت دارد، انجام شد اند. مثل: راید (2010)؛ دیامونت و همکاران (2008)؛ مک آردیل و همکاران (2002)؛ تائو یین (2002)؛ ژیانگ و خیانو (1998)؛ کاستانتینی و همکاران (1992). در حالی که برخی از تحقیقات انجام شده بر این مساله اشاره داشته اند که کارکرد خانواده افراد وابسته به مواد مخدر با افراد بهنجار تفاوت معناداری ندارد. مثل: عزیزا و همکاران (2008)؛ فاینزی-داتن و همکاران (2003)؛ گاردنر (1994). نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که بین الگوی مصرف مواد و بعد همبستگی کارکرد خانواده تفاوت معناداری وجود دارد. و همچنین میزان همبستگی خانواده مصرف کنندگان مزمین پایین تر است بنابراین با یافته های دیامونت و همکاران (2008)؛ تائو یین (2002)؛ ژیانگ و خیانو (1998) که بر این موضوع اشاره داشته اند که میزان همبستگی خانواده مصرف کنندگان مواد مخدر پایین تر است، همسو است و یافته های آنها را نیز مورد تأیید قرار می دهد.

بر اساس اولسون (1979) کارکرد خانواده افرادی که مواد مخدر مصرف می کنند در کرانه انتهایی قرار دارد یعنی میزان انطباق پذیری و همبستگی خانواده یا خیلی بالاتر است و یا خیلی پایین تر است و همچنین آنها در خانواده به صورت بدکارکرد رشد می یابند (لتایری، 1980، ص: 359). وقتی که همبستگی پایین است، احساس کمی از

پیوستگی و حمایت بین اعضای خانواده وجود دارد، خودمختاری خیلی راحت تر به دست می آید، نوسانات رفتاری افراطی برای پاسخهای کوچک وجود دارد، اعضای خانواده پیوندهای انعطاف ناپذیر دارند و هر کدام بایستی سطوح بالایی از استرس را در فعال نمودن دیگری باید متحمل شود (به نقل از اسمیت، 1996، ص:31).

علاوه بر این دربارهٔ ارتباط با بعد انطباق پذیری خانواده، نتایج بیانگر این بود که به لحاظ آماری بین الگوی مصرف مواد و انطباق پذیری خانواده تفاوت معناداری وجود ندارد و با این حال میزان انطباق پذیری خانوادهٔ مصرف کنندگان عود کننده (دارای ملاک تشخیصی سوء مصرف) پایین تر از دو گروه بعدی بود که درصد بالایی از آنها انطباق پذیری خانواده شان در سطوح آشفته و ساخت دار قرار داشت. وقتی که انعطاف پذیری بالاتر و یا پایین تر باشد، سیستم خانواده نامتعادل می شود، سیستم های نامتعادل گرایش به انعطاف ناپذیری و آشفتنگی دارند و در آنجا گرایش به تعامل کمتر است و تصمیم گیری به وسیله رهبری تحمیل می شود، نقش ها شدیداً تعریف شده اند و قواعد تغییر نمی یابد، روابط آشفته رهبری نامنظم و یا محدود است، تصمیمات تکانشی هستند و خوب سنجیده نمی شوند، نقش ها مجهول هستند و اغلب از فردی به فرد دیگر تغییر می کنند (اولسون، 2000، ص:149).

از جمله محدودیتهای این پژوهش این بود که گروه بندی آزمودنی ها تصادفی نبوده، بلکه افراد بر اساس الگوی مصرفی شان گروه بندی شده اند در نتیجه امکان سوگیری بیشتر است، علاوه بر این به دلیل پایین بودن میزان زنان مراجعه کننده جهت درمان به مراکز ترک اعتیاد امکان تعمیم آن به جامعه زنان وجود ندارد، از جمله ابزارهای این پژوهش مصاحبه تشخیصی بوده است، در نتیجه امکان اطلاعات سودار و تحریف شده بیشتر است. در مبانی نظری پژوهش به این نکته اشاره شده است که اعضای آن پیوند عاطفی، هیجانی و رفتاری با یکدیگر دارند که مسلم ارتباطات از طریق اعضای متقابلاً انتقال می یابد چنانچه زن و شوهر و یا فرزندان خانواده ای وابستگی به مواد مخدر پیدا کند در روند اعضای دیگر را نیز تحت تاثیر قرار می دهد. با این حال اگر اعضای دیگر به لحاظ سیستمی درمان شوند، عکس این قضیه نیز رخ می دهد بنابراین در درمان این دسته از افراد پیشنهاد می شود از درمانهای سیستمی چون خانواده درمانی ساختاری استفاده شود تا اینکه ساختار خانواده بازسازی شده و الگوهای تعامل بدکارکرد تغییر یابند. به دلیل ملاحظات اخلاقی و هزینه ی بالاتر، مصاحبه دقیق و شناسایی الگوی مصرفی افراد امکان پذیر نشد، بنابراین پیشنهاد

می شود جهت شناسایی بهتر الگوی مصرفی افراد، مطالعه طولی انجام شود و سپس تحقیقی مشابه این تحقیق انجام گیرد.

Archive of SID

منابع:

- گلپرور، م.، آتش پور، س. ح.، آقایی، ا. (1381)، روانشناسی اعتیاد، سبب شناسی و درمان. اصفهان: دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان.
- کری، ج. (1387)، نظریه و کاربری مشاوره و روان درمانی (ویراست هفتم). (ی. سید محمدی، مترجم) تهران: نشر ارسباران.
- لوئیس، ج.، دانا، ر.، بلوئیس، گ. (1385)، مشاوره با معتادان (رویکرد انفرادی). (ا. خادمی، ر. روشن، مترجم) تهران: انتشارات رشد.
- Azaiza, F., Shoham, M., Bar-hamburger, R., & Abu-Asbeh, K. (2008), Substance use among Druze adolescent students in Israel: identifying predictors and patterns of use. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* .
- Church, C. P. (2011), Characteristics of Dysfunctional Families. Retrieved may 1, 2011, from Family Toolbox: <http://www.pccwired.org>
- Costantini, M. F., Wermuth, L., Sorensen, J. L., & Lyons, J. S. (1992), Family functioning as a predictor of progress in substance abuse treatment. *substance abuse treat* , 9, 331-336.
- Diamond, G. M., Farhat, A., Al-Amor, M., Elbedour, S., Shelef, K., & Hamburger, R. B. (2008), Drug and alcohol use among the Bedouin of the Negev: Prevalence and psychosocial correlates. *Addictive Behaviors* , 33 (1), 143-151.
- Finzi-Dottan, R., Cohen, O., Iwaniec, D., Sapir, Y., & Weizman, A. (2003), The drug-user husband and his wife: attachment styles, family cohesion, and adaptability. *Subst Use Misuse* , (2):271-292.
- Gardner, G. K. (1994), Socio-Demographic Profile of Substance Users Seeking Treatment. *Journal of Drug Education* , 24 (4), 323-332.
- Jones, S. R., & Gardner, S. P. (2002), Variables related to attitude toward domestic violence and use of reasoning, verbal aggression, and violent conflict tactics in high school students. *Journal of Family and Consumer Sciences Education* , 32-47.

- Lettieri, D. (1980), Theories on drug abuse Selected Contemporary Perspectives. Rockville, Maryland: NIDA Research Monograph 30.
- McArdle, P., Wiegersma, A., Gilvarry, E., Kolte, B., McCarthy, S., Fitzgerald, M., et al. (2002), European adolescent substance use: the roles of family structure, function and gender. *Addiction* , 97, 329-336.
- National Institute on Drug Abuse. (2011), Drug Misuse and Withdrawal: Adult Screening and Intervention Guideline. Group Health Cooperative: <http://www.nida.nih.gov/nidahome.html>.
- Olson, D. H. (2000), Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22:144-167.
- Place, M., Hulsmeier, J., Brownrigg, A., & Soulsby, A. (2005), The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): an instrument worthy of rehabilitation? *Psychiatric Bulletin* , 29, 215-218.
- Reid, M. C. (2010), The Effects of Family Functioning and Masculine Ideologies on Risky Substance Use. Washington: in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy.
- Smith, G. S. (1996), Clinical utility of the family adaptation and cohesion evaluation scales III (FACES III). Submitted to the Graduate Faculty of Texas Tech University in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of doctor of philosophy.
- Tao Yin, R. (2002, September 26), Family Cohesion: the Link between Mother's Alcohol Use and Child's Substance Use. Retrieved 2011, from <http://stti.confex.com/stti/>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2010), World Drug Report 2010. New York: United Nations Publication ISBN: 978-92-1-148256-0.
- Walker, R., & Shepherd, C. (2008), Strengthening Aboriginal family functioning: What works and why? Kulunga: Australian Institute of Family Studies ISSN 1834-2434 (Online): <http://www.aifs.gov.au/afrc>.

- Yudko, E., Lozhkina, O., & Fouts, A. (2007), A comprehensive review of the psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test. *Journal of Substance Abuse Treatment* , 32, 189-198.
- Zhigang, W., & Xianwu, Z. (1998), A Study of Environment, Cohesion and Adaptability in Heroin Addicts' Family. Huhehaote: Inner Mongolia Mental Health Centre.

Archive of SID