

## مقایسه الگوهای ارتباطی خانواده و تحمل پریشانی هیجانی در افراد وابسته به مواد و عادی

محمد جشن پور<sup>۱</sup>، شهناز مرادی<sup>۲</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه الگوهای ارتباطی خانواده و تحمل پریشانی هیجانی در افراد وابسته به مواد با افراد عادی بود. روش پژوهش علی مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مردان عادی و همچنین مردان وابسته به مواد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر کرمانشاه در سال ۹۶ بودند. نمونه پژوهش را ۱۴۶ شرکت کننده وابسته به مواد و عادی تشکیل می دادند که شامل دو گروه ۷۳ نفری بوده و به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه‌ها از لحاظ سن و تحصیلات همتا شدند. برای جمع آوری داده‌ها از ابزار تجدید نظر شده الگوهای ارتباطی خانواده کوئونر و فیتزپاتریک (۲۰۰۲) و مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین افراد وابسته به مواد با افراد عادی در الگوهای ارتباطی خانواده و تحمل پریشانی تفاوت معناداری وجود دارد. افراد وابسته به مواد نسبت به افراد عادی از لحاظ الگوهای ارتباطی خانواده، دارای جهت گیری همنوایی و دارای تحمل آشفتگی پایین بودند. اما افراد عادی نسبت به افراد وابسته به مواد، دارای جهت گیری گفت و شنود و تحمل پریشانی بالاتری بودند. این یافته‌ها حاکی از آن است که این مؤلفه‌ها، از عوامل زمینه‌ساز برای گرایش به اعتیاد هستند و با آگاهی از این یافته‌ها می توان به طور مؤثرتری نسبت به پیشگیری و درمان اعتیاد اقدام نمود.

**کلید واژه‌ها:** الگوهای ارتباطی خانواده، تحمل پریشانی، اعتیاد.

۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران. پست الکترونیک:

jashenpour@gmail.com

۲. کارشناسی ارشد مدیریت دولتی، دانشگاه پیام نور تهران غرب، تهران، ایران

## مقدمه

اعتیاد به عنوان یک بیماری جسمی — روانی یکی از جدی ترین معضلات بشری در سال های اخیر و یکی از پیچیده ترین پدیده های انسانی است که به عنوان الگوی غیرانطباقی مصرف مواد، همه ابعاد زندگی، سلامتی فرد، خانواده و جامعه را به خطر می اندازد. در واقع این مسئله یک مشکل بزرگ فردی و اجتماعی است که علاوه بر عوارض جسمی و روانی آن برای افراد مبتلا، سلامت جامعه را نیز مورد تهدید و آسیب قرار می دهد (کاری، غفاری و موسی زاده، ۱۳۹۳؛ براتی، وردی پور و جلیلیان، ۱۳۹۰).

در دهه های اخیر جهان با آمارهای تکان دهنده ای از شیوع اعتیاد به مواد مخدر در سطح جوامع مواجه شده است. نتایج چهار دهه تحقیقات شیوع شناسی اعتیاد در ایران نشان داده است که آمار اعتیاد طی چهار دهه اخیر در نوسان بوده است. به طوری که در سال ۱۳۹۰، این برآورد در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال برابر با یک میلیون و سیصد و بیست و پنج هزار نفر اعلام شده است (به نقل از برجعلی، اعظمی و چوپان، ۱۳۹۵). با توجه به شیوع بالای اعتیاد در کشور، پایین آمدن سن اعتیاد، شیوع اعتیاد در مدارس و بالأخره وجود زندانیان مرتبط با اعتیاد در کشور، بیانگر ضرورت شناسایی عوامل مرتبط با اعتیاد است (خیری، عبداللهی و شاهقلیان، ۱۳۹۲). در زمینه وابستگی به مواد و اعتیاد، عوامل گوناگون روان شناختی، اجتماعی، خانوادگی و زیست شناختی نقش دارند (مگید<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). الگوهای ارتباطی خانواده و تحمل پریشانی از جمله عوامل مرتبط با اعتیاد هستند. نتایج پژوهش ها نشان داده اند که مؤلفه های ارتباطی در خانواده مبدأ، بر ویژگی های روان شناختی افراد در بزرگسالی تأثیرگذار هستند (گلدنبرگ<sup>۲</sup> و گلدنبرگ، ۲۰۱۴).

عوامل خانوادگی از جمله عوامل مؤثر در سوء مصرف مواد و یا اعتیاد است. عامل خانواده در پیشگیری از اعتیاد از ویژگی خاصی برخوردار است زیرا خانواده اولین نقطه اجتماعی شدن فرد است و راهنمایی ها و آموزش های اولیه پدران و مادران در درون خانواده می تواند تا حد زیادی از بروز نابسامانی های ناشی از اعتیاد جلوگیری کند (لیاقت، ۱۳۶۶). خانواده به عنوان اولین منبع تأثیرگذار در خلال کودکی بر تصمیم فرد در انجام

رفتارهای مخاطره آمیز مثل اعتیاد نقش تعیین کننده ای دارد (زینالی، وحدت و حامدینا، ۱۳۸۶). یکی از الگوهای مطرح در خانواده که به تعاملات در خانواده و نقش آن در سازگاری مؤثر با محیط پرداخته است الگوی ارتباطی خانواده است (کشتکاران، ۱۳۸۸). فیتز پاتریک و کوئورنر<sup>۱</sup> دو بعد زیربنایی گفت و شنود و همنوایی را در الگوهای ارتباط خانوادگی شناسایی کرده اند (فیتز پاتریک، ۲۰۰۴). در بعد گفت و شنود اعضای خانواده به طور پیوسته و خودانگیخته با یکدیگر تعامل دارند و در بعد همنوایی، ارتباطهای خانوادگی به گونه ای است که اعضا را وادار به یکسان نمودن نگرشها، ارزشها و باورها می کند و بر حرف شنوی از پدر و مادر و دیگر بزرگسالان استوار است (فیتز پاتریک، ۲۰۰۴؛ کوئورنر و فیتز پاتریک، ۲۰۰۲). خانواده های مبتنی بر جهت گیری گفت و شنود، در مواجهه با مسائل فرزندان خود، به صورت آزادانه گفتگو می کنند و تمام اعضا در حل مسائل مشارکت می کنند، بنابراین حل مسئله در این خانواده ها آموخته می شود. اما در خانواده هایی که جهت گیری گفت و شنود کمتر است، اعضای خانواده کمتر افکار، احساسات و فعالیت های خصوصی و محرمانه خود را با یکدیگر در میان می گذارند و وقتی مبحثی مورد گفتگو واقع می شود به جزئیات آن پرداخته نمی شود (کوئورنر و فیتز پاتریک، ۲۰۰۲). بالعکس، در خانواده های با جهت گیری همنوایی به این موضوع پرداخته می شود که اعضا تا چه حد نگرشها، عقاید و ارزشهای همسانی دارند. خانواده هایی که همنوایی زیادی دارند، تعاملات میان اعضای خانواده بر همگونی، اجتناب از تعارض و وابستگی متقابل اعضا به یکدیگر متمرکز است. در این خانواده ها از والدین انتظار می رود که برای خانواده تصمیم بگیرند و از فرزندان انتظار می رود که مطابق با خواسته های والدین رفتار کنند (کوئورنر و فیتز پاتریک، ۲۰۰۲). مطالعات فراوانی نشان می دهد که مشکلات رفتاری و انحرافات افراد بیشتر ریشه در خانواده دارد و عملکردهای بد خانوادگی، نوجوانان را به سوی مشارکت در رفتارهای پرخطر مثل اعتیاد سوق می دهد (اکرودیدو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). استارک<sup>۳</sup> و پل (۲۰۰۶) در یافتند که سبک های والدینی با مصرف

مواد در نوجوانان رابطه دارد. در حقیقت الگوی روابط والدینی، یک عامل بسیار مهم در سلامت کودک و نوجوانان است. زارع (۱۳۸۸) در پژوهشی نشان داد که بین الگوهای ارتباطی خانواده و میزان بروز رفتارهای پرخطر رابطه معناداری وجود دارد، بدین صورت که بیشترین میزان بروز رفتارهای پرخطر در الگوی ارتباطی همنوایی قابل مشاهده است و کمترین میزان بروز رفتار پرخطر در الگوی ارتباطی گفت و شنود مشاهده می شود.

علاوه بر عوامل خانوادگی، یکی از متغیرهای فردی یا روان شناختی مرتبط با رفتارهای پرخطر، تحمل پریشانی<sup>۱</sup> است. تحمل پریشانی متغیر تفاوت های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی های هیجانی اشاره دارد (اوکلری، ارونسون و اسمیت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷) و به توانایی تجربه و تحمل موقعیت های روان شناختی منفی اطلاق می شود (سیمونز و گاهر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). اگرچه تحمل پریشانی ممکن است حاصل فرآیندهای فیزیولوژیکی و شناختی باشد، اما بازنمایی آن به صورت حالت هیجانی است و اغلب با تمایل به رهایی از تجربه هیجانی مشخص می شود (هاول، لیرو، هوگان، بیوکنر و زولنسکی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰). افراد دارای تحمل پریشانی پایین، در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجانات منفی خود درگیر بی نظمی رفتاری<sup>۵</sup> می شوند. چنین افرادی هنگام قرار گرفتن در معرض استرس و تنش، در تنظیم و کنترل هیجان های خود دچار مشکل می شوند و به همین دلیل به دنبال راهبردهایی هستند که در کمترین زمان این احساس تنش را از بین ببرند و به حالت لذت فوری برسند. از جمله راهبردهای ناکارآمد در این افراد می توان به استفاده از رفتارهای پرخطری مانند سوء مصرف مواد، الکل و سایر رفتارهای پرخطر اشاره نمود (کیوق، ریکاردی، تیمپانو، میچل و اش میت<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰؛ سو، روفینز، رابینز، آلبانز و خانتزیان<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸).

یافته های پژوهش پوترا، ووجانویک، مارشال برنز، برنشتاین و بون میلر<sup>۸</sup> (۲۰۱۱) نشان داد که تحمل پریشانی واسطه بین شدت علائم استرس پس از ضربه و استفاده از ماری

1. distress tolerance  
2. O'Clairigh, Ironson & Smits  
3. Simons & Gaher  
4. Howell, Leyro, Hogan, Buckner & Zvolensky  
5. dysregulation behavior

6. Keough, Riccardi, Timpano, Mitchell & Schmidt  
7. Suh, Ruffins, Robins, Albanese & Khantzian  
8. Pottera, Vujanovic, Marshall-Berenz, Bernstein & Bonn-Miller

جوانا به عنوان یک روش مقابله‌ای است. نتایج مطالعه مارشال- برنز، و جانویک و مک فرسون<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) تحت عنوان تعیین نقش واسطه‌ای تحمل پریشانی در تکانشگری و مصرف الکل نشان داد که تحمل پریشانی در این رابطه نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند و افراد برای رهایی از استرس و پریشانی روان‌شناختی به مصرف الکل روی می‌آورند (به نقل از اندامی خشک، ۱۳۹۲). دوران، مک چارجیو و کوهن<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) در مطالعه خود اظهار داشتند که افرادی که نمی‌توانند برانگیختگی خود را مهار کنند، به احتمال زیاد به مصرف‌کننده مواد تبدیل می‌شوند. در پژوهش‌های داخلی نیز جشن پور (۱۳۹۶) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافت که بین مشکلات تنظیم هیجان، عدم تحمل پریشانی و نگرش‌های ناکارآمد با گرایش به اعتیاد در معلولین جسمی حرکتی رابطه وجود دارد. اگرچه اکثر پژوهش‌های موجود به بررسی رابطه الگوهای ارتباطی خانواده و تحمل پریشانی با گرایش به اعتیاد پرداخته‌اند، ولی کمتر پژوهشی به مقایسه این متغیرها در افراد معتاد و عادی، پرداخته است. بنابراین سؤال پژوهش حاضر این است که آیا بین افراد معتاد و افراد عادی در زمینه الگوهای ارتباطی خانواده و تحمل پریشانی تفاوت وجود دارد؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه‌ای بود که در آن الگوهای ارتباطی خانواده و تحمل پریشانی در افراد معتاد و افراد عادی مورد مقایسه قرار گرفت. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مردان معتاد بود که به مراکز ترک اعتیاد شهر کرمانشاه در سال ۹۶ مراجعه کرده بودند و تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند. همچنین جامعه آماری گروه عادی نیز شامل تمامی مردان شهر کرمانشاه بود که بر اساس گزارش شخصی هیچ‌گونه وابستگی به مواد نداشتند. تعداد ۷۶ نفر معتاد و ۷۶ نفر عادی به روش نمونه‌گیری دردسترس به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. ملاک‌های ورود برای گروه معتاد شامل داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل، دارا بودن ملاک‌های تشخیصی ذکر شده در راهنمای تجدید نظر شده

تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۱</sup> برای وابستگی به مواد و عدم ابتلا به بیماری‌های روانی بود که بر اساس پرونده‌های تشخیصی آن‌ها توسط روانشناس در مرکز ترک اعتیاد استخراج شد. پس از انتخاب نمونه و هم‌تاسازی گروه‌ها بر اساس سن و تحصیلات، برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد که داده‌های جمع‌آوری شده صرفاً جهت یک کار پژوهشی است و اطلاعات محرمانه باقی خواهد ماند. پس از اعلام رضایت آزمودنی‌ها، پرسش‌نامه‌های پژوهش در اختیار آن‌ها قرار گرفت و پس از جمع‌آوری داده‌ها، نتایج با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیره توسط نرم افزار آماری SPSS-21 مورد تحلیل قرار گرفت.

## ابزار

۱. پرسش‌نامه تجدید نظر شده الگوی ارتباطی خانواده<sup>۲</sup>: این ابزار توسط کوئورنر و فیتزپاتریک (۲۰۰۲) طراحی شده است. این ابزار یک پرسش‌نامه خودسنجی است که میزان موافقت یا عدم موافقت پاسخ دهنده را با ۲۶ سؤال در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) مورد سؤال قرار می‌دهد. ۱۵ سؤال اول مربوط به جهت‌گیری گفت و شنود و ۱۱ سؤال بعدی مربوط به جهت‌گیری هم‌نوایی است (مک فرسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). پایایی ابزار با آلفای کرونباخ ۰/۸۹ در بعد جهت‌گیری گفت و شنود و ۰/۷۹ در بعد جهت‌گیری هم‌نوایی گزارش شده است. همچنین ضریب پایایی ابزار به روش بازآزمایی نیز در بعد گفت و شنود ۰/۹۹ و در بعد هم‌نوایی ۰/۹۳ گزارش شده است (کوئورنر و فیتزپاتریک، ۲۰۰۲). در ایران نیز در پژوهش کوروش‌نیا (۱۳۸۵) روایی و پایایی این ابزار روی ۳۲۶ دانش‌آموز دبیرستانی دختر و پسر در شیراز بررسی شده است و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ برای بعد گفت و شنود و ۰/۸۱ برای بعد هم‌نوایی گزارش شده است. همچنین در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد.

۲. مقیاس تحمل پریشانی<sup>۴</sup>: این مقیاس، یک شاخص خودسنجی است که توسط

1. diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)  
2. revised family relationship pattern questionnaire

3. McPherson  
4. distress tolerance scale

سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته شده است. گویه‌های این مقیاس، تحمل پریشانی را بر اساس توانمندی‌های فرد برای تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدامات تنظیم کننده برای تسکین پریشانی مورد سنجش قرار می‌دهند. این مقیاس دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس به نام‌های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی است. گویه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت نمره گذاری می‌شوند. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالا است. ضرایب آلفا برای این خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمده است. در پژوهش اندامی خشک (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد. همچنین جشن پور (۱۳۹۶) آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۵ گزارش کرده است.

## یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای الگوهای ارتباطی خانواده و تحمل پریشانی به تفکیک گروه ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها

متغیر	معتاد		عادی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
الگوهای ارتباطی خانواده تحمل پریشانی	۴۱/۱۵	۱۲/۵۸	۴۴/۶۴	۸/۴۴
	جهت‌گیری گفت‌وشنود	۱۹/۹۵	۶/۷۰	۱۳/۶۶
تحمل پریشانی	۴/۷۴	۱/۷۱۴	۷/۸۸	۲/۸۴۹
	جهت‌گیری همنوایی	۴/۸۸	۱/۷۴۷	۸/۶۳
تحمل پریشانی	۹/۹۱	۲/۷۲۹	۱۷/۳۹	۴/۷۸۸
	جذب	۵/۶۷	۲/۱۳۲	۷/۹۵
تحمل پریشانی	۲۵/۲۰	۶/۶۸۴	۴۱/۸۵	۱۱/۱۰۱
	ارزیابی			
نمره کل تحمل پریشانی				

همانطور که در جدول ۱ قابل مشاهده است، میانگین نمرات الگوهای ارتباطی خانواده (جهت‌گیری گفت‌وشنود و جهت‌گیری همنوایی) و تحمل پریشانی (تحمل، جذب،

ارزیابی، تنظیم و نمره کل تحمل پریشانی) در دو گروه متفاوت است و در افراد معتاد میانگین تمام خرده مقیاس‌های تحمل پریشانی و همچنین در خرده مقیاس جهت‌گیری گفت‌و شنود الگوی ارتباطی خانواده، کمتر از افراد عادی است.

به منظور مقایسه الگوهای ارتباطی خانواده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. پیش از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری، ابتدا باید مفروضه‌های این آزمون مورد بررسی قرار گیرند. بدین منظور از آزمون ام.باکس جهت بررسی یکسانی ماتریس واریانس‌ها — کوواریانس‌ها استفاده شد. نتایج آزمون ام.باکس حکایت از برقراری این پیش فرض داشت ( $p > 0/06$ ،  $F = 1/26$  و  $M = 7/82$  باکس). همچنین از آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای متغیرها استفاده شد. نتایج آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای الگوهای ارتباطی خانواده در بین گروه‌ها، در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای الگوهای ارتباطی خانواده در دو گروه

متغیرها	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
جهت‌گیری گفت‌و شنود	۳/۱۶۳	۱	۱۴۴	۰/۰۷
جهت‌گیری همنوایی	۲/۰۸۶	۱	۱۴۴	۰/۱۵

با توجه به اطلاعات جدول ۲ سطح معناداری آماره F در الگوهای ارتباطی خانواده (جهت‌گیری گفت‌و شنود و جهت‌گیری همنوایی) بزرگتر از ۰/۰۵ است در نتیجه فرض همسانی واریانس خطای متغیرها در بین گروه‌ها برقرار است. با توجه به نتایج آزمون ام.باکس و لون استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری مجاز است. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری جهت مقایسه الگوهای ارتباطی خانواده در بین افراد معتاد و افراد عادی حکایت از معناداری تفاوت نمرات در دو گروه داشت ( $p < 0/001$ ،  $F = 13/99$  و  $M = 0/83$  لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.



**جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوی تفاوت در دو گروه**

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معناداری
گروه	جهت گیری گفت و شنود	۴۴۵/۳۷	۳/۸۷	۰/۰۰۵
	جهت گیری همنوایی	۱۴۴۳/۰۲	۲۸/۰۹	۰/۰۰۱

با توجه به مقادیر به دست آمده آماره F و سطح معناداری نمایش داده شده در جدول ۳ واضح است که میانگین نمرات الگوهای ارتباطی خانواده (جهت گیری گفت و شنود و جهت گیری همنوایی) در دو گروه تفاوت معناداری دارد. بدین صورت که میانگین نمرات جهت گیری همنوایی در افراد معتاد بیشتر از افراد عادی است و همچنین میانگین نمرات جهت گیری گفت و شنود در افراد عادی بیشتر است.

به منظور مقایسه تحمل پریشانی از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. پیش از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری، باید مفروضه‌های این آزمون مورد بررسی قرار گیرند. بدین منظور از آزمون ام. باکس جهت بررسی یکسانی ماتریس واریانس‌ها- کوواریانس‌ها استفاده شد. نتایج آزمون ام. باکس حکایت از برقراری این پیش فرض داشت ( $p > 0.05$ ,  $F = 1/26$  و  $M = 7/82$  باکس). همچنین از آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای متغیرها استفاده شد. نتایج آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای تحمل پریشانی در بین گروه‌ها در جدول ۴ ارائه شده است.

**جدول ۴: آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس خطای الگوی ارتباطی خانواده در دو گروه**

متغیرها	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
تحمل	۰/۷۶	۱	۱۴۴	۰/۳۸
جذب	۰/۰۴	۱	۱۴۴	۰/۸۳
ارزیابی	۳/۱۶	۱	۱۴۴	۰/۰۷
تنظیم	۰/۰۱	۱	۱۴۴	۰/۸۹

با توجه به اطلاعات جدول ۴ سطح معناداری آماره F در خرده مقیاس‌های تحمل پریشانی (تحمل، جذب، ارزیابی، تنظیم) بزرگتر از ۰/۰۵ است؛ در نتیجه فرض همسانی واریانس خطای متغیرها در بین گروه‌ها برقرار است. با توجه به نتایج آزمون ام. باکس و لون استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری مجاز است. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری جهت مقایسه تحمل پریشانی در بین افراد معتاد و افراد عادی حکایت از تفاوت

نمرات در دو گروه داشت ( $p < 0/001$ )،  $F = 5/41$  و  $F = 0/406$  (لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

**جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوی تفاوت در دو گروه**

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری
گروه	تحمل	۲۸/۷۱	۵/۰۲	۰/۰۱
	جذب	۲۰/۸۴	۳/۹۲	۰/۰۴
	ارزیابی	۱۶۴/۴۷	۶/۳۴	۰/۰۱
	تنظیم	۲۳/۲۵	۳/۶۱	۰/۰۳

با توجه به مقادیر به دست آمده آماره F و سطح معناداری نمایش داده شده در جدول ۵، واضح است که میانگین نمرات تحمل پریشانی (تحمل، جذب، ارزیابی، تنظیم) در دو گروه تفاوت معناداری دارد. بدین صورت که میانگین نمرات همه خرده‌مقیاس‌های تحمل پریشانی در افراد عادی بیشتر است. این نتایج بدین معناست که افراد معتاد نسبت به گروه عادی از تحمل پریشانی کمتری برخوردارند.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه الگوهای ارتباطی خانواده و تحمل پریشانی در افراد معتاد و عادی انجام شد. بر اساس یافته‌های پژوهش، میانگین نمرات جهت‌گیری هم‌نوایی الگوهای ارتباطی خانواده در افراد معتاد بیشتر از افراد عادی بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی (اکرودیو، ۲۰۱۰، استارک — رویلوسکی و پل، ۲۰۰۶ و زارع، ۱۳۸۸) همسو است. خانواده به عنوان اولین منبع تأثیرگذار در خلال کودکی و نوجوانی بر تصمیم فرد در انجام رفتارهای مخاطره‌آمیز نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. در برخی خانواده‌ها گفت و شنود بالا و هم‌نوایی کم وجود دارد؛ موضوعات به صورت باز و سرگشاده مطرح می‌شوند و همه‌ی اعضای خانواده در گفتگوها شرکت دارند. همچنین والدین ضرورتی برای کنترل فرزندان یا تصمیم‌گیری در مورد آن‌ها نمی‌بینند، تمایل به پذیرش عقاید فرزندان خود دارند و اجازه می‌دهند به طور برابر در تصمیم‌گیری‌های خانواده شرکت داشته باشند. خانواده‌های حمایتگر، گفت‌و شنود کم و هم‌نوایی بالایی دارند. در این خانواده‌ها بر اطاعت از مرجعیت و والدین تأکید می‌شود و به تفکر، تعقل و ارتباطات باز اهمیت چندانی

داده نمی‌شود. والدین معتقدند آن‌ها باید برای خانواده و فرزندانشان تصمیم بگیرند و دلیلی نمی‌بینند در مورد تصمیمات خود توضیحی به فرزندانشان بدهند. خانواده‌های بی‌قید، گفت‌و شنود و همنوایی پایینی دارند، میزان تعاملات بین اعضای خانواده کم است و معمولاً تنها تعداد کمی از موضوعات مورد بحث و تبادل نظر قرار می‌گیرند (مک‌گلیکودی، ریچ‌تاریک، داکوته و مورشیمر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱). در خانواده‌هایی که به همنوایی عقاید و نگرش‌ها، اطاعت از والدین، سلسله مراتب، نبود ارتباط باز و تعامل بسته تأکید می‌شود فرزندان و وجود دارند که در بزرگسالی تاب‌آوری کمتری در مقابل خطرها و مشکلات دارند. چنین خانواده‌هایی به دلیل رشد رفتارها و افکاری مثل خشونت، دشمنی، کناره گرفتن از مشکلات، نداشتن شایستگی اجتماعی و فقدان حمایت اجتماعی، در مقابل حوادث و خطرات تحمل کمتری دارند و همین موضوع زمینه را برای ابتلای فرد به اعتیاد فراهم می‌سازد (کشتکاران، ۱۳۸۸). متغیرهای متعدد خانوادگی همچون تعارض و ناهمخوانی بین والدین، فقدان نظارت والدین، غیبت و حضور کم‌رنگ پدر در خانواده، رفتار مستبدانه والدین با فرزندان و والدین معتاد با رفتارهای مخاطره‌آمیزی همچون اعتیاد در نوجوانان همبستگی مثبت دارد (پاترسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). معتادان از روابط اجتماعی و خانوادگی ناسالم بیشتری برخوردارند (زینالی و همکاران، ۱۳۸۶).

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که میانگین نمرات تحمل پریشانی (تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن توسط هیجانات منفی، ارزیابی یا برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاشها برای تسکین پریشانی) در افراد معتاد و عادی تفاوت معناداری دارد. بدین صورت که میانگین نمرات همه خرده مقیاس‌های تحمل پریشانی در افراد عادی نسبت به افراد معتاد بیشتر است. این نتایج بدین معناست که افراد معتاد نسبت به گروه عادی تحمل پریشانی کمتری دارند. این نتیجه با پژوهش‌های پوترا و همکاران (۲۰۱۱)؛ مارشال-برنز و همکاران (۲۰۱۱)؛ دوران و همکاران (۲۰۰۷) و جشن‌پور (۱۳۹۶) همسو است. نجفی، محمدی‌فر و عبداللهی (۱۳۹۴) در پژوهشی مروری به بررسی نقش عملکرد هیجانی و

گرایش به سوء مصرف مواد با توجه به مؤلفه‌های تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و هیجان خواهی پرداختند. این محققان به این نتیجه دست یافتند که نقص در یک از عملکردهای هیجانی و نیز مشکل در تنظیم هیجان با گرایش به سوء مصرف مواد مرتبط است. خانتزیان<sup>۱</sup> در سبب شناسی اعتیاد، به نقایص موجود در ایگوی<sup>۲</sup> افراد معتاد و ناتوانی آن‌ها برای تحمل عواطف اشاره می‌کند. وی بیان می‌کند که این افراد با مصرف ماده ترجیحی شان تسکین می‌یابند و حالات عاطفی شان برای آن‌ها قابل تحمل تر می‌شود. اکثر افراد وابسته به مواد افیونی در پاسخ به این سؤال که هنگام مصرف مواد برای اولین بار چه احساسی داشتید، علاوه بر اذعان به احساس آرامش عمومی و بهبود سطح عاطفی شان، اشاره کرده‌اند که افیون‌ها عاطفه شدید پر خاشگرانه آن‌ها را تقلیل داده است. به نظر می‌رسد همین اثر خود درمانی افیون‌ها نیز دلیل و بهانه مناسبی برای ادامه و مصرف دارو یا عود است (خانتزیان، ۱۹۹۷). ویژگی‌های افراد با تحمل پریشانی پایین عبارتند از غیر قابل تحمل دانستن هیجان‌ات منفی، عدم رسیدگی به پریشانی، عدم پذیرش وجود هیجان‌ات منفی، دست کم گرفتن توانایی خودشان برای مقابله با هیجان‌ات منفی و تلاش برای تسکین فوری هیجان‌ات منفی. این ویژگی‌ها آن‌ها را برای سوء مصرف مواد به عنوان راهی فوری در مقابله با احساس پریشانی، آماده می‌کند (جشن پور، ۱۳۹۶). بنابراین، به نظر می‌رسد که اختلال در تنظیم هیجانی و تحمل آشفتگی از قابل توجه‌ترین علل روی‌آوری، حفظ و عود وابستگی به مواد مخدر است. در واقع افراد معتاد داری تحمل آشفتگی پایین و اختلال تنظیم هیجانی می‌باشند (خانتزیان، ۱۹۹۷).

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان اظهار داشت که هر اندازه افراد در محیط خانواده، هیجان‌های خود را بروز دهند، در ابراز احساسات خود تشویق شوند و آزادانه به بحث و تبادل نظر پردازند، بهتر می‌توانند از تاب‌آوری و تحمل پریشانی بیشتری برخوردار باشند. الگوهای ارتباطی مناسب در خانواده باعث استفاده صحیح اعضا از شیوه‌های حل تعارض کارآمد و رابطه سالم والد-فرزندی می‌شود. الگوهای ارتباطی مناسب همچنین باعث افزایش ویژگی‌های مثبت روان‌شناختی از قبیل عزت نفس، تحمل پریشانی، احساس

مسئولیت و قدرت مدیریت موقعیت‌های تنش‌زا می‌شود (ناردلو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). افرادی که به اعتیاد روی می‌آورند، الگوهای ارتباطی نامناسبی داشته‌اند و نتوانسته‌اند هیجانات خود را آزادانه ابراز کنند و در موضوعات خانوادگی به بحث و تبادل نظر بپردازند. همین موضوع سبب شده است که تاب‌آوری و تحمل‌پذیری کمتری داشته باشند. الگوی ارتباطی نامناسب بر مقدار تحمل‌پذیری این افراد در موقعیت‌های تنش‌زا نیز تأثیر گذاشته است. این افراد با پرداختن به برخی رفتارهای مخرب به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای هیجان محور مانند مصرف مواد؛ درصدد تسکین درد هیجانی و خلاصی سریع از هیجانات منفی خود هستند.

به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که افراد معتاد نسبت به افراد عادی از لحاظ الگوهای ارتباطی خانواده دارای جهت‌گیری‌های هم‌نواپی و تحمل‌آشفستگی پایین هستند و مشکلات بیشتری را در این زمینه‌ها تجربه می‌کنند. این یافته‌ها حاکی از آن است که این متغیرها از عوامل زمینه‌ساز برای گرایش به اعتیاد هستند. با آگاهی از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان به شکل مؤثرتری نسبت به پیشگیری از اعتیاد اقدام نمود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم در نظر گرفتن نوع ماده مصرفی اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود که این پژوهش علاوه بر جامعه مردان روی زنان وابسته به مواد نیز اجرا شود. در این پژوهش به دلیل محدود بودن افراد جامعه، امکان جداسازی گروه‌های مختلف سوء مصرف کننده مواد میسر نشد، لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این مسئله مورد توجه قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که درمانگران و مسئولین ذی‌ربط نقش الگوهای ارتباطی خانواده و تحمل‌پذیری را در ابتلا به اعتیاد در نظر داشته باشند. بنابراین جهت پیشگیری و درمان افراد وابسته به مواد باید به الگوهای ارتباطی خانواده و تحمل‌پذیری توجه کرد.

## تشکر و قدردانی

از همه عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش راهنمایی و یاری رساندند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

## منابع

- اندامی خشک، علیرضا (۱۳۹۲). نقش واسطه ای تاب آوری در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی با رضایت از زندگی. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبائی.
- براتی، مجید؛ وردی پور، حمید اله و جلیلیان، فرزاد (۱۳۹۰). وضعیت سوء مصرف مواد محرک و توهم زا و عوامل پیش بینی کننده آن در میان دانشجویان. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۳(۴)، ۳۷۶-۳۸۴.
- برجعی، احمد؛ اعظمی، یوسف و چوپان، حامد (۱۳۹۵). اثر بخشی آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بر کاهش هیجان خواهی در افراد وابسته به مواد مخدر. مجله روانشناسی بالینی، ۸(۲)، ۳۳-۴۴.
- جشن پور، محمد (۱۳۹۶). رابطه مشکلات تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و نگرش های ناکارآمد با گرایش به اعتیاد در معلولین جسمی- حرکتی شهر کرمانشاه. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه رازی کرمانشاه.
- خیری، طوبی؛ عبداللهی، محمدحسین و شاهقلیان، مهناز (۱۳۹۲). مقایسه هوش هیجانی، سبک دلبستگی و عزت نفس در افراد معتاد و غیر معتاد. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۲(۷)، ۶۹-۸۱.
- زارع، ملیحه (۱۳۸۸). بررسی رابطه الگوهای ارتباطی خانواده بر میزان بروز رفتارهای پرخطر دانش آموزان دبیرستانی شهر شیراز. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، چاپ نشده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
- زینالی، علی؛ وحدت، رقیه و حامدنی، صفر (۱۳۸۶). بررسی زمینه های پیش اعتیادی معتادان و مقایسه آن با افراد سالم غیر معتاد. دانش و پژوهش در روانشناسی، ۹(۳۳)، ۱۶۸-۱۴۹.
- کاری، فریده؛ غفاری نوران، عذرا و موسی زاده، توکل (۱۳۹۳). مقایسه ادراک خود، خود - تنظیمی هیجانی و سبک های دلبستگی افراد وابسته به مواد مخدر و بهنجار. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۸(۳۲)، ۱۱۷-۱۰۵.
- کشتکاران، طاهره (۱۳۸۸). رابطه الگوهای ارتباطی خانواده با تاب آوری در دانشجویان دانشگاه شیراز. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۲(۳۹)، ۶۹-۸۸.
- کوروش نیا، مریم (۱۳۸۵). بررسی تأثیر ابعاد الگوی ارتباطی خانواده بر میزان سازگاری روانی فرزندان. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه شیراز.

لیاقت، غلامعلی (۱۳۶۶). پیشگیری از استعمال مواد مخدر در خانواده ها. *بهداشت جهان*، ۷(۳)، ۴۱-۴۵.

نجفی، محمود؛ محمدی فر، محمدعلی و عبداللهی، معصومه (۱۳۹۴). نقش عملکرد هیجانی و گرایش به سوء مصرف مواد: نقش مؤلفه های تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و هیجان خواهی. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۲(۵)، ۶۸-۵۳.

- Doran, N., McChargue, D., & Cohen, L. (2007). Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addictive behaviors*, 32(1), 90-98.
- Fitzpatrick, M. A. (2004). Family communication patterns theory: Observations on its development and application. *Journal of Family communication*, 4(3-4), 167-179.
- Goldenberg, L., Goldenberg, H. (2014). *Family Terapy*. Canada: Thomson Learning.
- Howell, A. N., Leyro, T. M., Hogan, J., Buckner, J. D., & Zvolensky, M. J. (2010). Anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance in relation to coping and conformity motives for alcohol use and alcohol use problems among young adult drinkers. *Addictive behaviors*, 35(12), 1144-1147.
- Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy*, 41(4), 567-574.
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard review of psychiatry*, 4(1), 231-44.
- Koerner A.F., Fitzpatrick MA. (2002a). Understanding family communication patterns and family functioning: The roles of conversation orientation and conformity orientation. *Communication Year Book*, 28(1), 36-68.
- Koerner, A. F., & Fitzpatrick, M. A. (2002). Toward a theory of family communication. *Communication theory*, 12(1), 70-91.
- Magid, V., Colder, C. R., Stroud, L. R., Nichter, M., Nichter, M., & Members, T. E. R. N. (2009). Negative affect, stress, and smoking in college students: Unique associations independent of alcohol and marijuana use. *Addictive behaviors*, 34(11), 973-975.
- Marshall-Berenz, E. C., Vujanovic, A. A., & MacPherson, L. (2011). Impulsivity and alcohol use coping motives in a trauma-exposed sample: The mediating role of distress tolerance. *Personality and individual differences*, 50(5), 588-592.
- McGillicuddy, N. B., Rychtarik, R. G., Duquette, J. A., & Morsheimer, E. T. (2001). Development of a skill training program for parents of substance-abusing adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20(1), 59-68.

- McPherson, M. E. (2004). *Parenting behavior, adolescent depression, alcohol use, tobacco use, and academic performance: A path model*. Unpublished master's thesis, Virginia Polytechnic Institute and State University, Virginia.
- Nardello, A. M. (2002). *the relationship between family communication patterns and Locus of control*. Master dissertation, West Virginia University.
- O' Cleirigh, C., Ironson, G., & Smits, J. A. (2007). Does distress tolerance moderate the impact of major life events on psychosocial variables and behaviors important in the management of HIV? *Behavior therapy*, 38(3), 314-323.
- Okorodudu, G. N. (2010). Influence of parenting styles on adolescent delinquency in delta central senatorial district. *Edo Journal of Counselling*, 3(1), 58-86.
- Paterson, J. (2002). Understanding family resiliency. *journal of clinical psychology*, 58(3), 233-246.
- Pottera, C. M., Vujanovic, A. A., Marshall-Berenz, E. C., Bernstein, A., & Bonn-Miller, M. O. (2011). Posttraumatic stress and marijuana use coping motives: The mediating role of distress tolerance. *Journal of anxiety disorders*, 25(3), 437-443.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102.
- Stark-Wroblewski, K. & paul. A.B. (2006). The Relationship between parenting styles and substance Abuse: Evidence for Differential Influence by Gender. *Annual meeting of the Association for woman in psychology*, 8(5), 73-94.
- Suh, J., Ruffins, S., Robins, C., Albanese, M., Khantzian, E. (2008). Self-medication hypothesis: Connecting affective experience and drug choice. *Psychoanalytic Psychology*, 25(3), 518-32.