

مقاله‌ی پژوهشی

مقایسه‌ی سبک‌های فرزندپروری طرحواره‌ای در افراد وابسته به سوءمصرف مواد
و افراد غیر مصرف‌کننده

خلاصه

مقدمه: وابستگی به مواد، معضل سلامت عمومی، توسعه‌ی اقتصادی-اجتماعی و امنیت برای جوامع صنعتی و در حال توسعه است. هدف پژوهش حاضر بررسی و پیش‌بینی سبک‌های فرزندپروری در افراد وابسته به سوءمصرف مواد و افراد غیر مصرف‌کننده بود.

روش کار: در این پژوهش توصیفی-همبستگی، جامعه‌ی آماری شامل افراد وابسته به مواد مستقر در کمپ‌ها و افراد غیر مصرف‌کننده، در منطقه‌ی ۵ و ۲۲ شهر تهران بود. تعداد ۲۰۰ نفر (۱۰۰ نفر وابسته و ۱۰۰ نفر غیر مصرف‌کننده) به روش در دسترس انتخاب شدند. به منظور گردآوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های سبک فرزندپروری یانگ (EMSS) فرم کوتاه و جمعیت‌شناختی استفاده شد. داده‌ها با تحلیل واریانس چندمتغیره (مانووا) تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین سبک‌های فرزندپروری در افراد وابسته به سوءمصرف مواد و افراد غیر مصرف‌کننده تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به وجود تفاوت بین سبک‌های فرزندپروری طرحواره‌ای در افراد وابسته به سوءمصرف مواد و غیر مصرف‌کننده، یافته‌های این پژوهش می‌تواند در حوزه‌ی درمان بالینی و مشاوره و هم‌چنین پیشگیری از وابستگی به مواد، استفاده گردند.

واژه‌های کلیدی: سبک فرزندپروری، سوءمصرف مواد، وابستگی

سمیه رضائی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، تهران،
ایران

*علی اسماعیلی

استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه
طباطبائی، تهران، ایران

*مؤلف مسئول:

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه
طباطبائی، تهران، ایران

ali.esmaeili@atu.ac.ir

تاریخ وصول: ۹۵/۰۶/۰۱

تاریخ تایید: ۹۵/۰۷/۰۸

مقدمه

اعتیاد یکی از مهمترین مشکلات اجتماعی در جامعه است که با مسایل زیادی در حوزه های مختلف زندگی همراه است (۱). در کشور ما اختلالات سوء مصرف مواد بعد از بلایا و حوادث، بیماریهای قلبی-عروقی و افسردگی در مقام چهارم طبقه بندی بار بیماری ها قرار دارد (۲). اعتیاد نه تنها زندگی فرد را تحت الشعاع قرار می دهد بلکه نواقص و ناراحتی های زیادی را برای خانواده و جامعه ایجاد نموده و بار زیادی را بر اجتماع تحمیل می کند (۳). افراد معتاد در مهارتهای زندگی نقص داشته و اغلب در سبک‌های حل مسأله، سبک‌های اسنادی معیوب و سبک‌های فرزندپروری با مشکل مواجهند (۴). عوامل خانوادگی به طور قوی و همواره با مشکلات سوء مصرف مواد مرتبط هستند. به علاوه سوء مصرف مواد در انسجام خانواده به عنوان یک واحد و در کارکرد اعضای آن باعث بروز آشفتگی می شود (۵). عوامل ارتباطی مانند دلبستگی والد-نوجوان همواره سوء مصرف مواد در نوجوانان را در تمام فرهنگ‌ها پیش‌بینی می کنند (۶). روش‌های فرزندپروری مانند نظارت پایین، انضباط ناموثر و برقراری ضعیف ارتباط نیز در مشکلات سوء مصرف مواد در بین جوانان دخالت دارد (۷). تحقیقات علمی زیادی نشان داده است که روابط والدین با نوجوانان که مبتنی بر گرمی، پذیرش، حمایت و احترام متقابل در عین حال اقتدار و کنترل متعادل است، نقش بسیار موثری در حفاظت فرزندان در گرایش به سوء مصرف مواد دارد و از طرفی روابط مبتنی بر کنترل و محدودیت شدید و عدم رابطه نیکو یا روابط مبتنی بر سهل‌گیری و آزادگذاری بیش از حد زمینه گرایش به سوء مصرف مواد را افزایش می دهد (۸-۱۱). این نتایج نشانگر اهمیت سبک‌ها و شیوه‌هایی است که والدین در تربیت و فرزندپروری خود اتخاذ می کنند. بروک و همکاران (۶) نظریه پیچیده‌ای را توصیف می کنند که در آن دلبستگی عاطفی به والدین، یادگیری اجتماعی و ویژگی‌های درون فردی نوجوانان مستقیماً بر مصرف مواد تاثیر می گذارد. اساس نظریه تعامل خانواده در ارتباط و پیوند قوی عاطفی میان والدین و کودک، به خصوص ارتباط مادر و کودک است. این نظریه خصوصاً تاکید می کند که چگونه فقدان حمایت والدین و نظارت آنها منجر به پیوند خانوادگی ضعیف، مشکلات شخصیتی، ارتباط با همسالان مصرف کننده مواد و سوء مصرف مواد می شود، در نتیجه مطابق این نظریه برخی اوقات مصرف مواد در نوجوانان را می توان در درازمدت و با آموزش والدین در مورد حمایت و نظارت بر فرزندان خود پیشگیری نمود (۱۲).

نظریه تعامل خانواده بر پیوند بین کودک و والدین به عنوان مهمترین عامل حفاظت کننده بر می گردد و بر سه جنبه فرزندپروری (پیوند، تنظیم

قوانین و مقررات و خودمختاری روان شناختی) به عنوان مهمترین شرایط برای تربیت فرزندان سالم تاکید می کند (۱۳).

۱- پیوند: با پیوند عاطفی مثبت و پایدار مشخص می شود، این مؤلفه با شاخص‌هایی نظیر پذیرفتن، صرف زمان با همدیگر، در دسترس بودن والدین برای فرزندان و لذت بردن از بودن با فرزند، ارزیابی می شود. اگر این پیوند عاطفی عمیق باشد، کودک می آموزد تا به بزرگسالان اعتماد کند و به خودش ارزش قائل شده و مایل و قادر به تعامل اجتماعی در خانه و بیرون از آن باشد.

۲- تنظیم قوانین و مقررات: به معنای تعیین ساختار مناسب برای رفتار کودک و نوجوان از قبیل مقررات نظارت و کنترل بر رفتار کودک است، قوانین و مقررات پایدار و مناسب با سن کودکان کمک می کند تا یاد بگیرند که کدام نوع رفتار، مناسب است و در نتیجه می توانند خود را با آن رفتارها تنظیم نموده و خود را از اثرات منفی بیرون از خانواده حفاظت نمایند.

۳- خودمختاری روان‌شناختی: ایجاد فرصتهای مناسب برای کودکان جهت رشد افکار، احساسات و عقاید خود و بیان آنها، این مؤلفه در واقع عکس کنترل روانی است که مزاحم، مشروط و همراه با دستکاری است. پیوند عاطفی عمیق بین کودک و والدین نتیجه ایجاد فضای توأم با اعتماد است که پیامد مستقیم حمایت جسمی مراقبت پذیرش و دلگرمی دادن و تشویق می باشد (۱۳).

حمایت جسمی، پذیرفتن دلگرمی دادن از طریق کلامی و راه های دیگر ابراز می شود. هر چه این عناصر، بین کودک و والدین بیشتر تبادل شود، فرایند ایجاد فضای اعتماد تقویت می شود.

ایجاد ارتباط وجود توأم با اعتماد برای اعمال ساختار، انضباط، کنترل و راهنمایی توسط والدین، بسیار مهم است. همچنین ارتباط و اعتماد بر لذت بردن متقابل والدین و فرزندان از صرف وقت با همدیگر تأثیر ندارد که به نوبه خود فرصتی برای ارتباط، تفریح و تعامل جدی و ایجاد اعتماد بیشتر فراهم می سازد و پیامد آن پیوند پایدار و مقاوم بین والدین و فرزندان است که نقش حفاظتی مهم در برابر رفتارهای پرخطر نظیر مصرف مواد ایفا می نماید (۱۳).

نظریه رفتار مشکل (PBT) را جسور و همکاران در تبیین علل رفتارهای مخاطره‌آمیز نوجوانان مطرح کردند. این نظریه یک مدل روانی-اجتماعی است که تلاش می کند پیامد رفتارهایی نظیر سوء مصرف مواد، بزهکاری، رفتار جنسی پرخطر و بازدارنده زود هنگام را توضیح دهد (۱۴). این نظریه یک چهارچوب ذهنی منظم، چند متغیری، روان‌شناختی-اجتماعی است که به بررسی چگونگی تعامل عوامل فردی و اجتماعی در شکل‌گیری رفتارهای هنجار و نابهنجار می پردازد. جسور

مواد باید اول علل رفتارهای مشکل‌ساز و مشکلات سلوکی روشن شود. همچنین نظریه پردازان این گروه در میان اولین کسانی بودند که گفتند احتمال مصرف آزمایشی و تفتنی مواد در نوجوان به تعادل نسبی میان عوامل درون فردی و محیطی که مشوق یا بازدارنده ی مصرف آزمایشی یا تفتنی مواد هستند، بستگی دارند (۱۴). نقطه قوت این نظریه توجه به ادراک ارزش ها و رفتار والدین با همتایان به عنوان یک تغییر پیشانند برای رفتار مشکل است (۱۶).

تحقیقات مختلف نشان می دهد که عملکرد ضعیف در مدرسه، ارتباط با همسالان بزهکار، مصرف مواد و فقدان پایبندی به سنت ها، فعالیت جنسی و بزهکاری عواملی هستند که اغلب با رفتارهای خطر آفرین به ویژه مصرف مواد مخدر مرتبط بوده اند (۱۶). سیفی گندمانی و همکاران (۱۹) در پژوهشی با عنوان بررسی تأثیر سنخ شناسی فرزند پروری خانواده (ترکیب فرزند پروری پدر و مادر) بر گرایش نوجوانان به مواد مخدر نشان دادند که داشتن پدر و مادری مقتدر بهترین نتیجه را برای فرزندان به دنبال دارد و کمترین گرایش به مواد را به دنبال داشته است و از سوی دیگر بیشترین گرایش به مواد مخدر در سنخ‌هایی دیده شده که هر دو والد یا یکی سهل گیرند. شکر بیگی (۲۰) در پژوهشی با عنوان مقایسه سبک‌های فرزندپروری خانواده، عزت نفس و سلامت عمومی در نوجوانان پسر بزهکار و عادی نشان داد که بین جوانان بزهکار و عادی از نظر سبک های فرزندپروری زورگویانه و مقتدرانه تفاوت معنی داری وجود دارد. بدین معنی که نوجوانان بزهکار بیشتر متعلق به خانواده های زورگو بودند. همچنین بین عزت نفس نوجوانان بزهکار و عادی تفاوت معنی داری بدست آمد و بزهکاران به طور معنی داری عزت نفس پایین تری داشتند.

منیرپور (۲۱) در پژوهشی تحت عنوان پیش بینی گرایش به اعتیاد بر اساس سبک های فرزند پروری و ویژگیهای شخصیتی والدین در دانش آموزان مقطع متوسطه استان قم نشان داد که عوامل شخصیتی نوروگرای و توافق پذیری پدر ۸/۲ درصد و عوامل شخصیتی وظیفه شناسی مادر ۷/۲ درصد از واریانس آمادگی به اعتیاد نوجوانان را پیش بینی نمودند. همچنین سبک فرزند پروری مقتدرانه پدر ۹/۱ درصد و سبک فرزندپروری مقتدرانه و سهل گیرانه مادر ۵/۵ درصد از واریانس آمادگی به اعتیاد نوجوانان را پیش بینی نمودند. سهیلی و همکاران (۲۲) در پژوهشی با عنوان گرایش به سوء مصرف مواد مخدر: بررسی مولفه های پیش بین سبک های فرزندپروری، استرس و تیپ شخصیتی D نشان دادند که سبک فرزند پروری طرد با گرایش به مصرف مواد رابطه مثبت و سبک گرمی عاطفی رابطه منفی نشان داد. مهدور (۲۳) در پژوهشی با عنوان تعیین سهم هریک از سبک های فرزند پروری در گرایش

استدلال می کند که گرایش نوجوان به رفتارهای مشکل مختلف، نتیجه ی تمایل درونی فرد به سمت رفتارهای نابهنجار و گرایش شدید به نقش هنجارهای فرهنگی و اجتماعی مورد پذیرش اکثریت افراد جامعه است (۱۵). از نظر او سوء مصرف مواد، الکل و رفتارهای انحرافی و جنسی می تواند از طریق تفاوت در شخصیت افراد، ساختارهای محیطی، الگوهای اجتماعی شدن و ویژگی های جمعیتی تبیین شود (۱۶).

مطابق با نظریه جسور، PBT شامل سه نظام عمده ی روانی- اجتماعی مستقل اما مرتبط با هم است. هر کدام از این نظام ها ترکیبی از متغیرهایی است که با نقش عامل خطر و یا نقش حفاظتی در انجام رفتار مشکل دارند. نظام شخصیت در برگیرنده ی شناخت اجتماعی، ارزش های فردی، انتظارات و جهت گیری های خانواده و گروه همسالان در مورد سوء مصرف مواد است. مولفه ی سوم PBT مجموعه ی رفتار شامل مشکل و سازه های رفتاری مربوط به هنجار جامعه است که در تقابل با یکدیگر عمل می کنند مانند مصرف داروهای غیر مجاز، سیگار، سوء مصرف الکل، بزهکاری و روابط جنسی زود هنگام در مقابل سازه های سنتی جامعه شامل رفتارهای جهت مند و موافق با هنجارهای جامعه مانند شرکت در فعالیت های مذهبی و پیشرفت تحصیلی است (۱۴).

جسور و همکارانش این فرضیه را مطرح کردند که ریشه ی رفتارهای مشکل ساز ناشی از تاکید فرد بر استقلال از والدین و تاثیرات اجتماعی است و رفتارهای مشکل با یکدیگر همبستگی و هم پوشانی دارند (۱۷). وقتی نوجوان به کجروی یا بزهکاری دست می زند باید سراغ سایر رفتارهای بزهکارانه را در وی گرفت. آمادگی برای رفتارهای مخاطره آمیز مستلزم درگیر شدن در سایر رفتارهای مشکل و مشارکت و پایبندی کمتر در هنجارهای مرسوم جامعه است (۱۴).

پژوهشگران مانند باررا، بیگلا، آری و لی، دانوان و جسور، کارایی این نظریه را در میان نوجوانان نشان داده اند (۱۴). نوجوانانی که حشیش مصرف می کنند احتمال بیشتری برای مصرف مشروبات الکلی دارند و در عین حال از نظر جنسی بی مبالا هستند، ممکن است کارهای خلاف انجام دهند، فرار یا دعوا کنند و یا با والدین خود مخالفت ورزند و در نهایت کمتر به فکر سلامتی خود و ارتقاء آن باشند (۱۶). تیلور و کلاپور نشان دادند که رفتارهای پرخطری مانند مصرف الکل، سیگار، رفتارهای خشن، روابط جنسی آسیب زاء، راندگی پرخطر و فعالیت های مجرمانه با یکدیگر، اتفاق دارند (۱۸).

جسور و همکاران، در ردیف اول کسانی بودند که دریافتند احتمالاً مصرف آزمایشی یا تفتنی مواد یکی از نشانه های تمایل کلی نوجوان به مشکلات سلوکی و رفتارهای مشکل ساز است. در نتیجه نظریه رفتار مشکل، متذکر می شود که برای شناختن علل مصرف آزمایشی یا تفتنی

ناآگاهی والدین و ارتباط ضعیف والدین و کودک، فقدان انضباط در خانواده، خانواده آشفته و از هم گسیخته احتمال ارتکاب به انواع بزهکاری‌ها مانند سوء مصرف مواد هستند و باعث می‌شود فرزندان با الگو برداری از رفتار آنان مصرف مواد را یک رفتار بهنجار تلقی و رفتار مشابهی پیشه کنند (۲۸). روابط عاطفی والد-فرزند می‌تواند زمینه ساز نحوه‌ی برخورد فرد با مسائل آتی در زندگی از قبیل مشکلات تحصیلی، شغلی، بنابر این روابط بین فردی باشد و نیز می‌تواند نحوه‌ی نگرش فرد را نسبت به مسائل و مشکلات و هم چنین آمادگی‌های فرد را نسبت به حل و فصل مشکلات و کنش‌ها و عکس‌العمل‌های فرد را در برابر معضلات اجتماعی و ناکامی‌ها را تعیین می‌کند (۲۹). تجارب اولیه کودک در رابطه با پدر و مادر و همچنین چگونگی ارضای نیازهای روانی و عاطفی کودک که توسط والدین و تعاملات آن دو با هم، نه تنها ساختار شخصیتی فرد، بلکه الگوهای رفتاری او را با دوره‌های بعد نیز طرح‌ریزی می‌کند از این رو گرایش به الگوهای رفتاری غلط، انحراف و اعتیاد، با توجه به مقوله‌ی تجارب دوران کودکی قابل بررسی و مطالعه می‌باشد. پژوهش حاضر در صدد است که با در نظر گرفتن رفتارهای والدینی در قالب سبک فرزند پروری به عنوان ریشه‌های تحولی آنها به مقایسه سبک‌های فرزند پروری براساس اعتیاد به سوء-مصرف مواد بپردازد.

روش کار

در این پژوهش توصیفی-همبستگی است افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد و افراد فاقد این اختلال مورد بررسی قرار گرفتند. جامعه آماری افراد دارای اختلال مصرف مواد به صورت مستقر در کمپ‌ها، و افراد غیر مصرف کننده، در منطقه ۵ و ۲۲ شهر تهران بوده‌اند. نمونه آماری ۲۰۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند که شامل ۱۰۰ نفر سوء مصرف کننده و ۱۰۰ نفر غیر مصرف کننده بودند.

ابزار پژوهش

الف- پرسشنامه سبک فرزند پروری یانگ و همکاران: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۳ جهت شناخت ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها ساخته شده و ۷۲ سوال دارد که پاسخ دهندگان، رفتارهای مختلف پدر و مادرشان را به صورت جداگانه درجه بندی می‌کنند. این پرسشنامه یک ابزار اولیه برای شناسایی شایع‌ترین ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها است. این پرسشنامه ۱۷۲ آیتم دارد که در آن پاسخ دهندگان پدر و مادر خود را به طور جداگانه ای براساس نوع رفتاری که با وی داشته‌اند، در یک مقیاس شش درجه‌ای رتبه بندی می‌کنند. تمام سوال‌هایی که برای هر یک از والدین نمره ۵ یا ۶ داده شده مشخص می‌شود زیرا فرض بر این است که نمرات ۵ یا ۶ را می‌توان به احتمال قوی از نظر بالینی به عنوان نقطه برش

دانشجویان به نتایج نشان داد که گرایش به اعتیاد در بین دانشجویان، براساس هریک از سبک‌های فرزند پروری والدین آنها قابل پیش بینی می‌باشد، به این معنی که هر چه پدران در تربیت فرزندان از سبک اقتدار منطقی استفاده کنند احتمال کمتری وجود دارد که فرزندان به اعتیاد گرایش پیدا کنند و همچنین هر چه پدران از سبک استبدادی استفاده کنند فرزندان آنها گرایش بیشتری به اعتیاد دارند. در مادران نیز سبک اقتدار منطقی نتایج کاهش دهنده ای را در گرایش فرزندان به اعتیاد نشان داد. پژوهش دهقانی و همکاران نشان داد که شیوه‌ی فرزند پروری قاطع، دینداری و هوش هیجانی در کاهش آمادگی به اعتیاد در دانش آموزان، موثر است (۲۴). همچنین تحقیق موننگمری (۲۵) بر روی نوجوانان نشان داد که ملایمت والدینی و کنترل عوامل مهمی در مصرف مواد مخدر دارند. نتایج نشان داد در مقایسه با غیر مصرف کنندگان میزان زیادی از مصرف کنندگان اکستازی/چند ماده‌ای، شیوه والدینی خود را مسامحه کارانه توصیف نموده‌اند. شیوه مدلی که توسط غیر مصرف کنندگان اعلام شده بود شیوه مقتدرانه بود. آن‌ها به طور برجسته ای مصرف کمتری در طول زندگی و مقدار متوسطی از اکستازی را در مقایسه با آنهایی که والدینشان را مسامحه کار توصیف کردند داشتند.

لذا با توجه به مطالب ارایه شده، بی شک اختلالات مصرف مواد یکی از مهمترین مشکلات و عمده ترین معضلات جامعه بشری امروز به شمار می‌رود. خصوصاً در دو دهه اخیر جهان شاهد اشاعه استعمال مواد نارکوئیک و روانگردان در نزد همه طبقات و گروه‌های اجتماعی بوده و اعتیاد به عنوان یک مشکل بین المللی و یک عارضه جهانی و همه شمول و یک مشکل اجتماعی بشری مطرح شده است (۲۶). بنابر گزارش سازمان بهداشت جهانی، ۶۴ درصد از معتادان، اولین مصرف را در سنین ۱۶ تا ۲۵ سالگی آغاز نموده‌اند و بیش از ۹۰ درصد از سیگاری‌ها قبل از ۱۹ سالگی مصرف این مواد را شروع کردند (۲۷). اعتیاد یک بیماری مغزی مزمن و عود کننده است. این بیماری با وسوسه، جستجو و مصرف اجباری و اغلب غیر قابل کنترل مواد با وجود مواجهه فرد با پیامدهای منفی جدی آن مشخص می‌شود. در بسیاری افراد سوء مصرف مواد به صورت مزمن در می‌آید و عود حتی بعد از دوره‌های طولانی پرهیز، محتمل است. سوء مصرف مواد به صورت آزمایش یا تفتنی شروع می‌شود. در طول زمان، توانایی فرد برای آن که به صورت آزادانه از مصرف مواد پرهیز نماید کاهش می‌یابد. به خاطر اثرات مصرف طولانی مدت ماده بر روی کارکرد مغز، جستجو و مصرف مواد حالت اجباری پیدا می‌کند. اجبار مصرف مواد می‌تواند زندگی فرد را متاثر کند. اعتیاد اغلب شامل اجبار مصرف مواد و طیفی از رفتارهای غیر کارکردی است که با عملکرد فرد در خانواده، محل کار و اجتماع تداخل می‌نماید (۱).

بر اساس نتایج به دست آمده از شاخص‌های توصیفی می‌توان چنین عنوان نمود که بر اساس میانگین نمرات شیوه‌های فرزندپروری در گروه غیر مصرف‌کننده شیوه‌های فرزند پروری فعال از نوع معیارهای سرسختانه و در گروه وابسته به مواد، شیوه‌های فرزند پروری فعال معیارهای سرسختانه با میانگین ۲۴/۶ می‌باشد.

برای بررسی نرمال بودن نمرات از آزمون‌های کولموگراف-اسمیرنف و شاپیرو-ویلک استفاده می‌شود. درنتیج آزمون‌های شاپیرو ویلک در جدول ۲ گزارش شده است. بر اساس نتایج به دست آمده از آزمون شاپیرو ویلک چون مقادیر به دست آمده برای این آزمون‌ها در یک گروه در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست، بنابراین شرط برابری واریانس‌های درون گروهی و نیز توزیع نرمال بودن داده‌ها برقرار است.

جدول ۲- بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون

شاپیرو ویلک در سبک‌های فرزند پروری

متغیر	آزمون شاپیرو ویلک		
	مقدار	درجه آزادی	سطح معناداری
شکست	۰.787	۱۰۰	۰.264
خود انضباطی ناکافی	۰.891	۱۰۰	۰.150
رهاشدگی	۰.763	۱۰۰	۰.231
بی اعتمادی	۰.504	۱۰۰	۰.346
محرومیت هیجانی	۰.964	۱۰۰	۰.090
از خود گذشتگی	۰.968	۱۰۰	۰.072
خود تحول نیافته	۰.979	۱۰۰	۰.079
بیگانگی اجتماعی	۰.967	۱۰۰	۰.070
بازداری هیجانی	۰.966	۱۰۰	۰.110
معیارهای سرسختانه	۰.951	۱۰۰	۰.076
وابستگی	۰.928	۱۰۰	۰.124
شرم	۰.823	۱۰۰	۰.210
استحقاق	۰.950	۱۰۰	۰.116
اطاعت	۰.950	۱۰۰	۰.082

ریشه‌های تحولی یک طرحواره خاص در نظر گرفت. تنها مورد استثناء سوالات ۱ تا ۵ است که ریشه‌های تحولی طرحواره محرومیت هیجانی را می‌سنجد و نمره گذاری بر عکس است. در این پرسشنامه برخلاف پرسش نامه طرحواره (EMSS)، اگر فقط یکی از سوالات مربوط به طرحواره، نمره بالایی داشته باشد می‌توان آن سوال را معتبر دانست. شیفلد و همکاران (۳۰) خصیصه‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج مطالعه‌ی آنها پس از تحلیل عاملی، آلفای کرونباخ با دامنه ۰/۹۱-۰/۷۰ را نشان داد. هم‌چنین نتایج بازآزمایی بیانگر پایایی بالا بود و اعتبارسازه در حد قابل قبولی بود. در ایران فرم اصلی آن، ترجمه و ترجمه مجدد شده و سپس در ۶۰ دانشجوی ایرانی اجرا شده است. با استفاده از روش دو نیمه‌سازی، برای فرم مادر، ضریب پایایی ۰/۶۹ و برای فرم پدر ضریب پایایی ۰/۸۰ به دست آمده است (۳۱). داده‌ها با آمار توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس) و با استفاده از نرم افزار SPSS تحلیل شدند.

نتایج

از کل افراد نمونه مورد بررسی که ۱۰۰ نفر در هر گروه می‌باشد، در گروه سالم ۸۰٪ زن و ۲۰٪ مرد بودند. نسبت زن به مرد در گروه وابسته به مواد، ۴۰ به ۶۰ بود و در هر دو گروه مورد بررسی افراد با سن زیر ۳۰ سال بیشترین فراوانی افراد را تشکیل می‌دادند.

جدول ۱- داده‌های توصیفی نمرات شیوه‌های فرزند پروری

متغیر	گروه غیر مصرف‌کننده		گروه وابسته	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
شکست	4.40384	11.3525	4.86083	7.4900
خود انضباطی ناکافی	3.58809	12.2025	4.47167	7.7250
رهاشدگی	3.26785	11.0225	4.95346	6.4075
بی اعتمادی	3.42319	9.6775	5.26930	5.4850
محرومیت هیجانی	6.74623	20.1800	6.00348	20.5850
از خود گذشتگی	3.63503	11.6550	4.30274	10.0825
خود تحول نیافته	4.14489	14.2775	3.87818	11.7825
بیگانگی اجتماعی	3.96143	13.7775	4.61318	10.0950
بازداری هیجانی	5.40453	17.9200	4.81303	14.2750
معیارهای سرسختانه	7.66061	24.6150	6.50412	22.1225
وابستگی	3.51222	9.9725	3.96527	7.1925
شرم	3.34336	12.5825	4.96058	6.8500
استحقاق	3.40927	12.8450	4.05934	8.6250
اطاعت	4.66694	15.7925	5.53867	11.5000
آسیب پذیری نسبت به ضرر	5.12619	14.9050	4.21424	13.2850
تنبيه	4.34352	12.6525	4.36496	8.9500
جلب توجه	4.81817	16.2200	4.61884	13.4400

1	1260	198	0.269	معیارهای سرسختانه
1	2146	198	0.151	وابستگی
1	3056	198	0.089	شرم
1	354	198	0.555	استحقاق
1	2027	198	0.163	اطاعت
1	2531	198	0.113	آسیب پذیری نسبت به ضرر
1	1672	198	0.197	تنبیه
1	115	198	0.197	جلب توجه

0.971	100	0.106	وابسته به مواد
0.902	100	0.145	آسیب پذیری نسبت به ضرر غیر مصرف کننده
0.985	100	0.076	وابسته به مواد
0.919	100	0.127	تنبیه غیر مصرف کننده
0.969	100	0.096	وابسته به مواد
1.979	100	0.092	جلب توجه غیر مصرف کننده
0.970	100	0.078	وابسته به مواد

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که سطوح معناداری همه آزمونها قابلیت استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) را مجاز می شمارد. این نتایج نشان می دهند که در گروههای مورد مطالعه از نظر حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت وجود دارد. مجذور اتا نشان می دهد تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت ۴۳ درصد است یعنی ۴۳ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از تاثیر متقابل متغیرهای وابسته می باشد.

جدول ۴- نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری در دو گروه

نام آزمون	مقدار f	فرضیه df	خطا df	سطح معناداری	مجذور اتا
اثر بیلابی	8.064a	17.000	182.000	0.000	.430
لامبدا ویکز	8.064a	17.000	182.000	0.000	.430
اثر هتلینگ	8.064a	17.000	182.000	0.000	.430
بزرگترین ریشه خطا	8.064a	17.000	182.000	0.000	.430

جهت بررسی همگن بودن واریانس درون گروهی از آزمون لوین استفاده شده است. بر اساس نتایج به دست آمده از آزمون لوین چون مقادیر به دست آمده برای این آزمون ها در یک گروه در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست، بنابراین شرط برابری واریانس های درون گروهی و نیز توزیع نرمال بودن داده‌ها برقرار است.

جدول ۳- نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی کواریانس نمرات درون گروهی آزمودنی ها

متغیر	F	df1	df2	Sig.
شکست	1.861	1	198	.222
خود انضباطی ناکافی	1.507	1	198	.230
رهاشدگی	1.589	1	198	.218
بی اعتمادی	.014	1	198	.907
محرومیت هیجانی	.195	1	198	.662
از خود گذشتگی	1.477	1	198	.234
خود تحول نیافته	1.121	1	198	.299
بیگانگی اجتماعی	3.239	1	198	.083
بازداری هیجانی	1.248	1	198	.271

نتایج آزمون لوین

نتایج آزمون لوین

جدول ۵- خلاصه نتایج تحلیل واریانس

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضرایب اتا
شکست	745.945	۱،۱۹۸	745.945	34.678	0.000	.149
خود انضباطی ناکافی	1002.400	۱،۱۹۸	1002.400	60.991	0.000	.235
رهاشدگی	1064.911	۱،۱۹۸	1064.911	60.480	0.000	.234
بی اعتمادی	878.853	۱،۱۹۸	878.853	44.517	0.000	.184
محرومیت هیجانی	8.201	۱،۱۹۸	8.201	.201	.654	.001
از خود گذشتگی	123.638	۱،۱۹۸	123.638	7.794	0.006	.038
خود تحول نیافته	311.251	۱،۱۹۸	311.251	19.320	0.000	.089
بیگانگی اجتماعی	678.040	۱،۱۹۸	678.040	36.676	0.000	.156
بازداری هیجانی	664.301	۱،۱۹۸	664.301	25.367	0.000	.114
معیارهای سرسختانه	310.628	۱،۱۹۸	310.628	6.152	0.014	.030
وابستگی	386.420	۱،۱۹۸	386.420	27.543	0.000	.122
شرم	1643.078	۱،۱۹۸	1643.078	91.829	0.000	.317
استحقاق	890.420	۱،۱۹۸	890.420	63.372	0.000	.242
اطاعت	921.278	۱،۱۹۸	921.278	35.125	0.000	.151
آسیب پذیری نسبت به ضرر	131.220	۱،۱۹۸	131.220	5.959	0.016	.029
تنبیه	685.425	۱،۱۹۸	685.425	36.152	0.000	.154

دیگران به انسان ضرر می‌رسانند، بدرفتارند و انسان را سرافکننده می‌کنند.

در نتیجه چنین افرادی وقتی با بحران مواجه می‌شوند، نمی‌توانند به دیگران اعتماد کنند و برای رسیدن به آرامش به مصرف مواد مخدر گرایش پیدا می‌کنند. از طرفی وابستگی بی‌کفایتی پیش‌بینی‌کننده گرایش به سوء مصرف مواد مخدر بود. وابستگی بی‌کفایتی مربوط به حوزه خودگردانی یا عملکرد مختل است. طرحوارهای این حوزه با طرحوارهای معمول در خانواده‌هایی به وجود می‌آید که اعتماد به نفس کودک را کاهش می‌دهند، و بیش از حد از کودک خود محافظت می‌کنند (۳۳). در نتیجه چنین افرادی وقتی با بحران مواجه می‌شوند، نمی‌توانند به دیگران اعتماد کنند. رابطه‌ی ناسازگار با والدین علت عمده برای ایجاد روان‌سازه‌های ناسازگار اولیه است و روان‌سازه‌های اولیه میانجی بین رفتارهای فرزندپروری و نشانه‌های اختلالات شخصیت است (۳۴). در خانواده‌هایی که کودکان حمایت اجتماعی لازم را دریافت نمی‌کنند، یاد می‌گیرند که به روابط با دیگران و هنجارهای اجتماعی بی‌توجه باشند؛ پس طرحواره‌هایی نظیر استحقاق‌بزرگ‌منشی، خویش‌داری و خودانضباطی ناکافی در آنها دور از انتظار نیست.

بر اساس نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌گردد، آموزش‌های سبک‌های فرزند پروری قبل از تولد به والدین در مراکز فرهنگی مانند خانه‌های سلامت و ابزار و وسایل ارتباطات جمعی مورد توجه قرار گیرد. همچنین در پژوهش‌هایی مانند این پژوهش با متغیرهای اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی در گروه‌های متفاوت سنی در شهرها و استان‌های مختلف با در نظر گرفتن ارزش‌های فرهنگی-اجتماعی و بررسی و مقایسه گردد و اینکه پژوهش حاضر نیز با محدودیت‌هایی همراه بوده که یکی از آنها مربوط به گروه افراد غیر مصرف‌کننده بود که تنها از نظر عدم اعتیاد به مواد و براساس خود گزارشی بود و تستی برای سنجش سلامت روان افراد گرفته نشده است.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد بین سبک‌های فرزندپروری افراد وابسته به مواد و غیر مصرف‌کننده، تفاوت وجود دارد. می‌توان نتیجه گرفت که از سبک‌های فرزندپروری نامناسب بیشتری در دوران کودکی برای افراد وابسته به مواد استفاده شده و این سبک‌های نامناسب خود باعث شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه در آنها شده است.

با توجه به داده‌های جدول ۵ مقدار F با درجات آزادی (۱ و ۱۹۸) در سبک‌های فرزندپروری در سطح $0/05$ معنادار می‌باشد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که بین سبک‌های فرزندپروری افراد معتاد و افراد غیر معتاد تفاوت معنادار وجود دارد. مقایسه میانگین دو گروه نشان می‌دهد که میانگین سبک‌های فرزند پروری (طرحواره‌ای) افراد وابسته به مواد بیشتر از افراد غیر مصرف‌کننده می‌باشد.

بحث

نتایج پژوهش نشان داد بین سبک‌های فرزندپروری افراد وابسته به مواد و غیر مصرف‌کننده، تفاوت وجود دارد که این نتیجه با نتایج پژوهش‌های انجام شده (۲۱) همسو می‌باشد. شکرینگی (۲۰) به این نتیجه رسید که بین سبک‌های فرزندپروری در افراد عادی و بزهدکار تفاوت معنادار وجود دارد. یافته‌های پژوهش اسماعیلی (۲۹) نشان داد که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و شیوه‌های فرزند پروری از یک سو و طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلالات روان‌شناختی از سوی دیگر رابطه وجود دارد. در تبیین این نتایج می‌توان خاطر نشان کرد که طرحواره‌ها در اثر استفاده از سبک‌های فرزندپروری در کودک ایجاد می‌شود و از آنجایی که افراد وابسته به مواد از طرحواره‌های بیشتری نسبت به افراد غیر مصرف‌کننده استفاده می‌کنند می‌توان نتیجه گرفت که از سبک‌های فرزندپروری نامناسب بیشتری در دوران کودکی برای آنها استفاده شده و این سبک‌های نامناسب خود باعث شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه در آنها شده است.

نتایج حاصل از پژوهش (۳۲) نشان داد که طرحواره بی-اعتمادی/بدرفتاری، وابستگی/بی‌کفایتی، اطاعت و خویش‌داری/خودانضباطی ناکافی پیش‌بینی‌کننده گرایش به سوء مصرف مواد مخدر است. این طرحواره‌ها به حیطة‌های بریدگی و طرد، محدودیتهای مختل، خودگردانی یا عملکرد مختل و دیگر جهت‌مندی مربوط می‌شوند. می‌توان گفت افرادی که گرایش به سوء مصرف مواد مخدر دارند در این چهار حیطة، آسیب‌پذیری بیشتری دارند. طرحواره بی‌اعتمادی/بدرفتاری مربوط به حوزه بریدگی و طرد است. این حوزه به طور معمول در خانواده‌هایی به وجود می‌آید که بی‌عاطفه، سرد و مضایقه‌گر، منزوی، تندخو، غیر قابل پیش‌بینی یا بدرفتار هستند (۳۳). نتایج حاکی از آن است که افرادی که بی‌اعتمادی/بدرفتاری در آنها فعال شده گرایش به سوء مصرف مواد دارند. می‌توان استنباط کرد که اینگونه افراد از آنجایی که باور دارند که

1. Martins A, Ramalho N, Morin E. A comprehensive meta-analysis of the relationship between Emotional Intelligence and health. *Jornal of Pers Individ Diff* 2010; 49: 554-64.
2. Nowrouzi A, Saberi Zafarghandi MB. [Principles of drug addiction treatment]. 1st ed. Tehran: Sepidbarg; 2011. (Persian)
3. Daley CD, Marlatt AG. Relapse prevention. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG. (editors). *Substance abuse: A comprehensive text book*. Maryland: Williams and Wilkins; 1997: 430-42.
4. Esmaeili A, Omidi N. Problem-solving styles in methamphetamine addicts and people with avoiding more than six months. *Fourth National Conference on Sustainable Development in Cultural Psychology and Social Studies*; 2016.
5. Dehghani M, Ganjavi A, Najarian F, Rasouli S, Zade Mohammadi A, Tahmasian K. [Family therapy (concepts and methods)]. Tehran: Nashre Danje; 2012. (Persian)
6. Brook JS, Brook DW, Aarencibia-Mireles O, Richter L, Whitement M. Risk-factors for adolescent marijuana use across cultures and time. *J Genet Psychol* 2001; 162(3): 357-74.
7. McGillicuddy NB, Rychtarik RG, Duquette JA, Morsheimer ET. Development of a skill training program for parents of substance abusing adolescents. *J Subst Abuse Treat* 2001; 20: 59-68.
8. Dehghan Menshadi S. [Relationship of early maladaptive schemas and perceived parenting styles to drug abuse tendency in Karaj high school students]. MA. Dissertation. Tehran: Islamic Azad University of Roudehen, College of psychology, 2011. (Persian)
9. Havasi N. [A comparison of parenting styles in families with and without addicted adolescents]. MA. Dissertation. Alzahra University, 2001. (Persian)
10. Vahedian M. [Investigating the relationship between addiction in adolescents and parenting styles and family structure]. MA. Dissertation. Tehran: Allameh Tabatabai University, College of psychology and education science, 2004. (Persian)
11. Vatanparast Y. A study of parents' performance in treating their addicted and non-addicted children. MA. Dissertation. Tehran: Allameh Tabatabai University, College of social studies science, 2005.
12. Taromian F. *Drug abuse in adolescents*. Tehran: Department of Cultural and Preventive Affairs of Markazi Province Social Welfare Organization Press; 2008. (Persian)
13. Mohammadkhani Sh. [Structural model of drug use in at-risk youth: evaluation of the effectiveness of life skills training for drug use mediators]. Ph.D. Dissertation. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Department of Clinical Psychology, 2006. (Persian)
14. Zamboanga BL, Carlo G, Raffaelli M. Problem behavior theory: An examination of the behavior structure system in Latino and non-Latino college students. *J Psychol* 2004; 38: 253-62.
15. Eslami AA, Ghafranipour F, Ghojari B, Shojaezade D, Shakouri A, Ghazi Tabatabaei M. A theoretical model based on the difficult behavior theory for identifying difficult behaviors concentrated on the mediating role of psychological and social factors. *Journal of societal security studies* 2009; 4: 59-81.
16. Bahrami E. [Addiction and preventive procedures]. Tehran: SAMT; 2011. (Persian)
17. Jessor. Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *Dev Rev* 2000; 12.
18. Taylor KW, Kliewer W. Violence exposure and early adolescent alcohol use: An exploratory study of family risk and protective factors. *J Child Fam Stud* 2006; 15(2): 201-15.
19. Seifi Gandomani MY, Saffarinia M, Kalantari Meibodi S. [Typology of family parenting styles and its influence on male adolescents' tendency to drugs]. *Journal of research on addiction* 2013; 7: 25. (Persian)
20. Shekarbeigi AR. [Parenting styles, self-esteem and general health in delinquent and non-delinquent adolescences]. *Journal of family counseling and psychotherapy* 2012; 2: 2. (Persian)
21. Monirpour N. [Prediction of tendency to drug abuse in Qom Province high school students based on parenting styles and parents personality traits]. Qom; 2012. (Persian)
22. Soheili M, Dehshiri Gh, Mousavi SF. [Potential for drug abuse: the predictive role of parenting styles, stress and type D personality]. *Journal of research on addiction* 2015; 9: 33. (Persian)
23. Mahdvar H. [Determining the role of each parenting style in student tendency toward drug abuse]. MA. Dissertation. Tehran: Islamic Azad University of Roudehen, College of psychology, 2010. (Persian)
24. Dehghani Y, Aslani Kh, Darikvandi N. Relationship between parenting styles, religiosity, and emotional intelligence with addiction potential in high schools students. *Journal of fundamentals of mental health* 2014; 17(2): 75-80.
25. Montgometry C, Fisk JE, Craig L. The influence of perceived parenting style on the propensity for illicit drug use: the importance of parental warmth and control school of psychology. Liverpool: John Mores University, 2007.
26. Ahmadi S, Rostami A. [Addiction psychology based on DSM-5]. Tehran: Nashre Elm; 2014. (Persian)
27. Ghasemi A. A Comparison of early maladaptive schemas in health individuals, traditional drugs abusers and industrial drugs abusers. MA. Dissertation. Tehran: Allameh Tabatabai University, College of psychology and education science, 2010. (Persian)
28. Adham Z. *The golden treasure of addiction (etiology and treatment)*. 1st ed. Tehran: Nashre Payame Daneshgahi; 2012.
29. Esmaeili A. [A comparison of the effectiveness of schema therapy and cognitive behavioral therapy on improvement of obsessive-compulsive disorder and depression comorbid and non-comorbid state]. Ph.D. Dissertation. Tehran: Allameh Tabatabai University, College of psychology and education science, 2010. (Persian)
30. Sheffield A, Waller G, Emanuelli F, Murray J, Meyer C. Links between parenting and core beliefs: Preliminary psychometric validation of the Young Parenting Inventory. *Cogn Ther Res* 2007; 29(6): 787-802.
31. Salavati M. Dominant schemes and the effectiveness of schema therapy in borderline personality disorder patients. Ph.D. Dissertation. Tehran: Iran University of Medical Sciences, Tehran Psychiatric Institute, 2007.
32. Mansouri J, Yazadanbakhsh K. [Prediction of drug abuse schema based on maladaptive perfectionism in students]. *Quarterly journal of research on addiction* 2015; 8: 32. (Persian)
33. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schemas therapy: A practitioner guide*. New York: Guilford; 2003.
34. Thimm JC. Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *J Behav Ther Experim Psychiatry* 2010; 41(4): 373-80.