

«فصلنامه علوم تربیتی»

سال چهارم - شماره ۱۶ - زمستان ۱۳۹۰

ص. ۱۵۲ - ۱۳۷

## مقایسه وضعیت سلامت روانی و منبع کنترل نوجوانان دختر خانواده‌های معتاد و غیرمعتاد

دکتر احمد اعتمادی<sup>۱</sup>

فاطمه ماستری فراهانی<sup>۲</sup>

### چکیده

هدف: از پژوهش حاضر، بررسی و مقایسه نقش منبع کنترل در سلامت روانی نوجوانان دختر خانواده های معتاد و غیرمعتاد بود. در این پژوهش مقایسه ای، به تعداد ۱۲۰ نفر، که از این تعداد ۶۰ نفر نوجوان وابسته به خانواده های معتاد و ۶۰ نفر وابسته به خانواده های غیر معتاد از شهرستان رباط کریم شهر تهران به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شد و مورد بررسی قرار گرفت، اطلاعات مورد نیاز از طریق پرسشنامه سلامت روانی (GHQ) جمع آوری شد و با استفاده از روش آماری  $t$  و تحلیل واریانس دو طرفه (شیفر) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج بدست آمده به شرح زیر می‌باشد: تفاوت معناداری بین سلامت روانی نوجوانان دارای منبع کنترل درونی با توجه به  $t=2/84$  وجود داشت، و همچنین تفاوت معناداری بین سلامت روانی نوجوانان دختر خانواده های معتاد و غیر معتاد با توجه به  $t=2/61$  وجود داشت، که بین سلامت روانی نوجوانان دختر خانواده های معتاد و غیر معتاد، با در نظر گرفتن منبع کنترل هم و با توجه به  $f=2/86$  تفاوت معناداری وجود داشت. نوجوانان دختر دارای منبع کنترل درونی وابسته به خانواده های غیر معتاد از سلامت روانی بیشتری برخوردار بودند. و سر انجام نوجوانان خانواده های معتاد دارای منبع کنترل بیرونی و نوجوانان خانواده های غیر معتاد دارای منبع کنترل درونی به ترتیب از کمترین و بیشترین میزان سلامت روانی برخوردارند، رشد و تقویت منبع کنترل درونی یکی از روش های مناسب برای پیشگیری و کاهش آسیب پذیری است.

**واژگان کلیدی:** منبع کنترل، سلامت روانی (شکایات جسمانی، افسردگی، اضطراب اجتماعی)، اعتیاد

۱. دکترای مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

۲. کارشناس ارشد مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

## مقدمه

پدیده ی اعتیاد در جهان امروز باعث نابودی بسیاری از خانواده ها، به انحراف کشیده شدن نوجوانان، شیوع و گسترش بیماری و ضررهای فراوان اقتصادی و حتی مرگ و میر گردیده است. در واقع اعتیاد به صورت یک مشکل فراگیر دامنگیر اجتماع انسانی شده است. اعتیاد در لغت به معنای خود را وقف نکوهیده کردن است. به عبارت دیگر، ابتلای اسارت آمیز به ماده مخدر که از نظر جسمی یا اجتماعی زیان آور شمرده می شود، اعتیاد نام دارد. معتاد کسی است که در اثر مصرف مکرر و مداوم، وابسته به مواد مخدر یا دارو شده است. اعتیاد مهمترین آسیب اجتماعی است که ریشه در عوامل روانی - اجتماعی دارد و متقابلاً بر روان فرد و اجتماع تأثیر می گذارد. معتادان نه تنها مولد و سازنده نیستند، بلکه نسبت به اعضای خانواده خود هم احساس مسؤولیت نمی کنند، به دیگران اعتماد ندارند و برآوردن نیاز خود را مقدم بر نیاز واقعی دیگران می دانند. روابط اجتماعی معتاد بسیار سطحی و تصنعی بوده و به ندرت می تواند پیوندهای مستحکم عاطفی و وفاداری و تعهد داشته باشد. چنین فردی تنها برای کسی که بتواند برای او مواد مخدر تهیه کند ارزش قائل است. ارتکاب جرایم معتادان به علت ضعف روابط انسانی هر روز بیشتر می شود، زیرا اکثر معتادان برای تأمین مواد مخدر ناگزیر به راههای نادرستی نظیر دزدی، فحشا، حتی آدمکشی روی می آورند. فرزندان وابسته به خانواده های معتاد با مشکلات فراوانی دست و پنجه نرم می کنند. ابتلا به بیماری ها یا اختلالات مزمنی چون افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و... در میان این افراد به شدت شایع است. روابط آنها با همسالان در سطح نامطلوبی است. عملکرد تحصیلی شان توأم با افت شدید می باشد و مسائل انضباطی فراوانی در پرونده های آنها مشاهده می شود. علاوه بر مشکلاتی که رفتار والدین بر این گونه فرزندان تحمیل می نماید، رفتار تحقیر آمیز، خشن و توأم با بی اعتنائی افراد جامعه و اطرافیان نیز بار مضاعفی را بر دوش آنها قرار می دهد (زمانی، ۱۳۸۷).

در ایالات متحده در چند دهه گذشته مصرف مواد از قبیل مواد افیونی، مواد استنشاقی و داروهای استروئیدی به عنوان یک بیماری همه گیر نشان داده شده است. در سال ۲۰۰۰ از میان گزارشات ثبت شده در زمینه سوء مصرف مواد، نزدیک به یک چهارم از گزارشات مربوط به مصرف مشروبات الکلی بوده است. بیش از ۱۲ درصد از گزارشاتی که از دبیرستان های مهم ایالات متحده در سال ۲۰۰۰ تهیه شده، مربوط به مصرف داروهای ممنوعه بوده است. در مطالعات اجتماعی، مدت عمر مصرف، مصرف کنندگان الکل را از ۰/۴ تا ۹/۶ تشخیص داده اند. مدت عمر میزان وابستگی به الکل، در میان نوجوانان افسرده Oregon که یکی از ایالات متحده است، از ۰/۶ تا ۴/۳ درصد تشخیص داده شده است. مدت عمر شیوع مصرف مواد و یا وابستگی به مواد را در میان ۱۵ ساله ها، ۳/۳ و در میان ۱۷ الی ۱۹ ساله ها، ۹/۸ درصد برآورد کرده اند. به طور متفاوت الکل، نسبت به داروهای ممنوعه دیگر، بر طبق ۱۲ گزارشی که در سال ۲۰۰۰ به ثبت رسیده، ۵۴ درصد بیشتر مصرف می شود و همچنین، بر طبق ۸۰ گزارشی که داده شده، ۲۷ درصد افراد، الکل را همراه با داروهای ممنوعه بکار بردند (بارلو، ۲۰۰۶).

ماری جوانا، از میان داروهای ممنوعه، بیشترین مصرف را در میان یک سوم دانش‌آموزان دبیرستانی در یک دوره ۱۲ ماهه داشته است. برطبق گزارشات، ۶ درصد از دبیرستان‌های مهم ایالات متحده، روزانه مصرف ماری جوانا داشته‌اند که این رقم بالاترین رقم بوده است. بیشترین میزان مصرف در کانادا (۳۵ درصد) و کمترین رقم در اروپا در حدود (۲۰-۲۵) درصد بوده است. در پایان سال ۱۹۹۰ شیوع مصرف داروهای ممنوعه در اروپا حدود ۴۰ درصد افزایش یافت، در حالی که در ایالات متحده آمریکا در سرتاسر سال‌های ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۷ چنین افزایشی را مشاهده می‌کنیم. ولی در طول سال‌های ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۱ میزان مصرف در آمریکا کاهش یافت. با افزایش ۴۰ درصدی در اروپا، میزان شیوع مصرف مواد در اروپای شرقی دو برابر به نظر می‌رسید. تفاوت‌های مهمی از لحاظ مصرف مواد در میان کشورهای اروپایی وجود دارد. برای مثال، در سال ۱۹۹۹ مصرف کل داروهای ممنوعه، ۳۶ درصد بود که ۱۲ درصد آن مربوط به مصرف موادی مثل حشیش در ایالات متحده بوده است. کشیدن سیگار در میان نوجوانان ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۰۰ تداوم بیشتری داشته است. تعداد زیادی از دانش‌آموزان اروپا، الکل را در کمتر از یکبار در زندگیشان به عنوان نوشیدنی مصرف کرده‌اند و در کشورهای مثل ترکیه ۶۱ درصد، و در چک اسلواکی و دانمارک ۹۵ درصد، مصرف الکل داشته‌اند. نسبت دانش‌آموزانی که الکل را بیش از ۴۰ بار مصرف کرده‌اند، در دانمارک ۴۹ درصد و در چک ۴۲ درصد گزارش کرده‌اند. کشیدن سیگار در میان نوجوانان ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۰۰ تداوم بیشتری داشته است. تقریباً یک چهارم از دانش‌آموزان در سرتاسر ایالات متحده، مصرف سیگار را قبل از سن ۱۳ سالگی آغاز کرده‌اند [۳].

اعتیاد به مواد مخدر در ایران نیز به عنوان یک اختلال روان پزشکی، با ابعاد زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی، یکی از مشکلات بزرگ کشور به شمار می‌رود. بر پایه‌ی آمارهای رسمی، در حال حاضر ۱۲۰۰۰۰۰ تا ۱۸۰۰۰۰۰ نفر معتاد در کشور وجود دارد. دفتر پیشگیری از جرم و کنترل مواد سازمان ملل (UNODC) در سال ۲۰۰۵ شمار مصرف‌کنندگان موجود مواد را در بین جمعیت ۶۴-۱۵ ساله‌ی سراسر جهان، ۲۰۰ میلیون نفر، یا ۰/۰۵ کل جمعیت برآورد کرده که از این تعداد ۱۶ میلیون نفر، مصرف‌کننده مواد افیونی و ۱۱ میلیون نفر، مصرف‌کننده هروئین برآورد شده است. در ایران نیز شمار مصرف‌کنندگان مواد نزدیک به ۱/۸ تا ۳/۳ میلیون نفر برآورد کرده‌اند که مواد افیونی از جمله هروئین و تریاک بیشترین مواد مصرفی می‌باشد (بارلو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶).

<sup>1</sup> - Barlow

عوامل خطرزای مواد اختلال سوء مصرف مواد، شامل عوامل فردی از جمله ژنتیک، قرار گرفتن در معرض مواد قبل تولد، خلق و خو، پاسخ فیزیولوژیکی به مواد، استفاده زودرس از مواد، نقص کارکرد شناختی، اختلالات روانپزشکی، عزت نفس آسیب دیده، نقص مهارت‌های اجتماعی و عوامل محیطی از جمله خانواده و همسالان می‌باشد (وینبرگ<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰).

تغییرات رفتاری شامل بازداری زدایی، بی حالی، بیش‌فعالی و بی‌قراری و تغییرات شناختی نیز شامل تغییرات در ظرفیت حافظه، اختلال در ادراک و در افکار مثل هذیان می‌باشد. یک نشانه از اختلالات سوءاستفاده از مواد در نوجوانان، اختلال در عملکرد روانی و تحصیلی و همچنین موارد دیگری مثل تعارض خانوادگی، تعارض میان فردی و شکست یا افت تحصیلی می‌باشد (دباغی<sup>۵</sup>، ۱۳۸۷). بارلو (۲۰۰۶) معتقد است که اختلالات سوء مصرف به شرح زیر است:

اختلال‌های رفتاری از هم گسیخته (اختلال رفتاری، اختلال بدگمانی و نافرمانی، اختلال ناشی از کاستی توجه و بیش‌فعالی) اختلال‌های روانی دیگر: (اسکیزوفرنیا، اختلالات شخصیتی). اختلال‌های اضطرابی (ترس جمعی، اختلال فشار روانی پس‌آسیبی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وحشت زدگی). والدین اولین کسانی هستند که شخصیت فرزندان را شکل می‌دهند. محیط خوب باعث رشد افکار فرزندان می‌شود و محیط بد نیز می‌تواند عمیق‌ترین تباهی‌ها را در فرزندان شکل دهد. در چنین حالتی در صورتی که والدین دچار آلودگی (به خصوص مواد مخدر) باشند، فرزندان آنها نیز از هر لحاظ آسیب‌پذیر می‌شوند. خانواده دارای فرد معتاد محصولی همانند کسالت و بیماری‌های روحی-روانی برای فرزندان به بار می‌آورد؛ روان‌رنجوری و پریشان حالی فرزندان در این خانواده‌ها بیشتر است؛ هم‌چنانکه آنها نسبتاً اضطراب و ناامیدی بیشتری را احساس می‌کنند. این افراد برای ابتلا به بزهکاری مستعدتر هستند و آینده مناسبی برای خود نمی‌بینند. (کیدرف<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴).

فردیناند<sup>۵</sup> (۲۰۰۹) در تحقیقی روابط میان دامنه وسیعی از مشکلات هیجانی و رفتاری در نوجوانی اولیه و نهایی و انواع خاصی از مصرف مواد در نوجوانان را مورد بررسی قرار داده است. در این مطالعه مشکلات رفتاری و هیجانی بصورت در مدت ۸ سال مورد ارزیابی قرار گرفته است. نتایج نشان داده است، نمره‌ی بالا در ماده‌ی مشکلات تفکری که شامل مواردی چون عقاید و رفتارهای عجیب، مشکلاتی در آزمون واقعیت و رفتارهای وسواسی است، پیش‌بینی کننده خوبی برای مصرف الکل و سیگار بود.

**سلامت روانی:** بر اساسنامه سازمان بهداشت جهانی، سلامت روانی عبارتست از «حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی» (کاپلان، ۲۰۰۰).

<sup>4</sup> - weinberg

<sup>5</sup> - ferdinand

طبق نظر وایت (۲۰۰۷) افراد دارای سلامت روان چند ویژگی دارند که عبارتند از ۱- پذیرش خود و دوست داشتن خویش: این ویژگی دربرگیرنده‌ی دو مفهوم خودپنداره و عزت نفس است. ۲- برقراری ارتباط سالم با دیگران: زمانی که عزت نفس مثبتی با دیگران داشته باشند می‌توانند ارتباط سالم با دیگران برقرار کنند. ۳- مقابله با چالش‌های زندگی: مقابله با نیازها و احتیاجات زندگی و کنترل الزامات و چالش‌های زندگی بخشی از سلامت روانی است که این الزامات از جانب والدین، خانواده، دوستان، مدرسه و ... می‌باشد.

ونتیز (۲۰۰۳) تعریف سلامت روان را وابسته به هفت ملاک می‌داند که عبارتست از: فقدان بیماری روانی، رفتار اجتماعی مناسب، رهایی از نگرانی و گناه، کفایت فردی و خودمهارگری، خویش‌پنداری و خودشکوفایی، توحید یافتگی و سازمان دهی شخصیت و استقلال فردی.

**منبع کنترل:** منظور از منبع کنترل این است که شخص تا چه اندازه باور دارد که می‌تواند بر زندگی خود مؤثر باشد. مفهوم منبع کنترل برای تقویت ساختار روانی است که از تئوری راتر (۱۹۶۵) نشأت می‌گیرد، منبع کنترل می‌تواند بیرونی و یا درونی باشد، کسانی که منبع کنترل درونی دارند، معتقدند که سازندگان اصلی زندگی خود هستند، اما کسانی که منبع کنترل بیرونی دارند معتقدند که آنچه بر سر آنها می‌آید اصولاً محصول شانس، تصادف و یا نتیجه اعمال افراد دیگر است.

کلی (۲۰۰۶) با انجام تحقیقی دریافته که نوجوانانی که عزت نفس پایین و متوسط دارند، به طور معناداری دارای منبع کنترل بیرونی و افرادی که عزت نفس بالا هستند، دارای منبع کنترل درونی می‌باشند.

کواتن (۲۰۰۴) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که افراد دارای منبع کنترل بیرونی بر خلاف درونی‌ها دارای اضطراب بیشتر، عزت نفس کمتر، کم اعتمادتر، پرخاشگر و با بینش کمتر می‌باشند و در واقع افراد دارای سلامت روانی دارای سازگاری بهتری هستند و کمتر از افراد دارای منبع کنترل بیرونی نگران می‌شوند.

با توجه به گفته‌های فوق مسلم است که اعتیاد به طرق گوناگون بهداشت روانی فرزندان را به مخاطره می‌اندازد لذا در پژوهش حاضر بر آن شدیم تا علاوه بر مقایسه سلامت روانی فرزندان وابسته به خانواده‌های معتاد و غیر معتاد به مقایسه منبع کنترل این دو گروه پرداخته و همچنین نقش تعاملی اعتیاد والدین و منبع کنترل را در سلامت روانی بررسی کنیم.

### فرضیه‌ها

- بین میزان سلامت روانی نوجوانان دختر دارای منبع کنترل درونی با میزان سلامت روانی نوجوانان دختر دارای منبع کنترل بیرونی تفاوت معناداری وجود دارد.

- بین میزان سلامت روانی نوجوانان دختر وابسته به خانواده‌های معتاد و خانواده‌های غیر معتاد تفاوت معناداری وجود دارد.

- بین میزان سلامت روانی نوجوانان دختر وابسته به خانواده‌های معتاد و خانواده‌های غیر معتاد با در نظر گرفتن عامل منبع کنترل تفاوت معناداری وجود دارد.

### روش:

در این پژوهش، از طرح علی - مقایسه ای استفاده شد. جامعه آماری تحقیق مشتمل بود بر کلیه دانش‌آموزان دختر شهرستان رباط کریم که در سال تحصیلی ۸۳-۸۲ مشغول به تحصیل بودند.

نمونه شامل ۱۲۰ نفر که ۶۰ نفر نوجوانان دختر خانواده‌های معتاد، ۶۰ نفر، نوجوانان دختر خانواده‌های غیرمعتاد را در بر می‌گرفت. در این پژوهش روش نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود، بدین طریق ابتدا از کل تعداد دبیرستان‌های دخترانه شهرستان رباط کریم، ۴ مدرسه انتخاب و از هر مدرسه از پایه‌های دوم و سوم، دو کلاس به شکل تصادفی انتخاب و از هر کلاس ۶ دانش‌آموز از خانواده‌های غیر معتاد به تعداد ۶۵ نفر انتخاب شدند و نحوه ی انتخاب دانش‌آموزان وابسته به خانواده‌های معتاد به این شکل بود که ابتدا فهرست دانش‌آموزان دارای والدین معتاد از اداره آپ شهرستان رباط کریم گرفته و سپس از این فهرست به تعداد نفراتی که در ۴ مدرسه مذکور بودند مشخص و به صورت تصادفی به تعداد ۶۰ نفر انتخاب شدند. و برای تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS و آمار توصیفی و استنباطی که شامل فراوانی، میانگین، واریانس، انحراف استاندارد، آزمون t و تجزیه و تحلیل واریانس بود، استفاده شد.

### ابزار پژوهش:

در این پژوهش از دو ابزار استفاده شد، که عبارتند از: الف: مقیاس منبع کنترل بیرونی - درونی که در سال ۱۹۹۶ توسط راتر طراحی شده است. این مقیاس از ۲۹ ماده تشکیل شده است که از این ۲۹ ماده، ۲۳ ماده بیرونی یا درونی بودن منبع کنترل آزمودنی را می‌سنجد و ۶ ماده دیگر یعنی (۱،۸،۱۴،۱۹،۲۴،۲۷) به منظور پنهان نمودن هدف پرسشنامه طرح ریزی شده‌اند. بنابراین، نمره بالا نشانگر منبع کنترل بیرونی و نمره پایین نشانگر منبع کنترل درونی است. فرانکلین بر روی نمرات ۱۰۰۰ نفر، تحلیل عاملی انجام داد و دریافت که همه سؤالات همبستگی معناداری با عامل کلی مشخصی دارند و این عامل را در حدود ۵۳٪ درصد کل واریانس محاسبه کرده است، غضنفری با استفاده از روش دو نیمه کردن، پایایی این مقیاس را ۸۱٪ بدست آورده است (غضنفری، ۱۳۸۷).

ب: پرسشنامه سلامت روانی (GHQ) توسط گلدبرگ وهیلر طراحی شده است. این پرسشنامه از ۲۸ سؤال تشکیل شده و دارای چهار مقیاس است که هر کدام از این مقیاس‌ها ۷ سؤال دارد. مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی عبارتند از: علائم جسمانی، اضطراب، نارسایی در عملکرد اجتماعی و افسردگی شدید. روش نمره گذاری پرسشنامه به این شکل است که ۴ نمره برای مقیاس‌های فرعی و یک نمره نیز به کل مواد پرسشنامه مربوط می‌شود. نمره ۲۳ و بالاتر نشانگر عدم سلامت روانی و نمره پایین تر از ۲۳ نشانگر سلامت روانی است (بایبوردی، ۱۳۸۷).

هاشمی در پژوهش خود تحت عنوان «بررسی سلامت روانی دانش آموزان دختر و پسر شهر بوشهر» بر روی نمونه ۱۳۰ نفر ضریب پایایی را با روش کرونباخ ۰.۸۷ بدست آورده است (هاشمی، ۱۳۸۴). کاکاوند در پژوهش خود تحت عنوان «تأثیر عوامل اقتصادی و اجتماعی خانواده بر سلامت روانی فرزندان» بر روی نمونه ۵۴۲ نفری، ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ به میزان ۰/۰۹۲ بدست آورده است (کاکاوند، ۱۳۸۶).

### یافته‌ها

جدول ۱. وضعیت منبع کنترل نوجوانان وابسته به خانواده های معتاد و غیر معتاد

نوع خانواده	منبع کنترل	درونی	بیرونی
معتاد		۲۳	۳۷
غیرمعتاد		۲۶	۳۴

جدول ۲. مقایسه سلامت روانی دو گروه از نوجوانان دختر دارای منبع کنترل بیرونی و درونی

شاخص آماری	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	t	سطح معناداری
نوجوانان دارای منبع کنترل درونی	۲۷/۰۱	۱۳/۱۲	۱۱۸	۲/۸۴	۰/۰۰۶
	۳۵/۶۴	۱۵/۲۶			
نوجوانان دارای منبع کنترل بیرونی					

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، چون t محاسبه (۲/۸۴) بزرگتر از t جدول (۲/۶۱) با درجات آزادی ۱۱۸ می‌باشد، فرضیه اول پذیرفته می‌شود. به عبارت دیگر با اطمینان ۰/۹۹ نتیجه می‌گیریم که بین میزان سلامت روانی نوجوانان دارای منبع کنترل درونی و بیرونی تفاوت معناداری وجود دارد و نوجوانان دختر دارای منبع کنترل درونی از سلامت روانی بیشتری برخوردارند.

جدول ۳. مقایسه میانگین سلامت روانی نوجوانان دختر وابسته به خانواده های معنادار و غیر معنادار

شاخص آماری	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	t	سطح معناداری
سلامت روانی نوجوانان خانواده های غیر معنادار	۲۸/۸۶	۱۴/۲۹	۱۱۸	۲/۹	۰/۰۰۴
سلامت روانی نوجوانان خانواده های معنادار	۳۵/۳۱	۱۴/۹۱			

همان طور که در جدول فوق مشاهده می شود، چون t مورد محاسبه (۲/۹۰) بزرگتر از t جدول (۲/۶۱) با درجات آزادی ۱۱۸ می باشد فرضیه دوم پذیرفته می شود و لذا با اطمینان ۰/۹۹ نتیجه می گیریم که بین میزان سلامت روانی نوجوانان دختر وابسته به خانواده های غیر معنادار و نوجوانان دختر وابسته به خانواده های معنادار تفاوت معناداری وجود دارد و نوجوانان دختر وابسته به خانواده های غیر معنادار از سلامت روانی بیشتری برخوردارند.

جدول ۴. آزمون تجزیه و تحلیل واریانس دو سویه برای آزمون فرضیه سوم

شاخص آماری	درجات آزادی	مجموع مجنورات	میانگین مجنورات	F	سطح معناداری
وضعیت خانواده (معنادار/ غیر معنادار)	۱	۸۶۳/۶۳	۸۶۳/۶۳	۴/۲۳	۰/۰۲۵
منبع کنترل (درونی/ بیرونی)	۱	۱۲۷۹/۰۸	۱۲۷۹/۰۸	۶/۲۶	۰/۰۱۲
تعامل وضعیت خانواده و منبع کنترل	۱	۹۹۲/۵۳	۹۹۲/۵۳	۴/۸۶	۰/۰۲
واریانس درون گروهی (خطا)	۱۱۶	۱۹۳۶۹/۹۱	۲۰۴/۱۷		

همان طور که در جدول (۴) مشاهده می شود، F عامل (۴/۸۶) معنادار شده است، لذا فرضیه سوم پذیرفته می شود. به عبارت دیگر بین سلامت روانی نوجوانان دختر وابسته به خانواده های معنادار و غیر معنادار با در نظر گرفتن منبع کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. اطلاعات توصیفی حاکی از آن است که نوجوانان دختر وابسته به خانواده های غیر معنادار دارای منبع کنترل درونی و نوجوانان دختر وابسته به خانواده های معنادار دارای منبع کنترل بیرونی به ترتیب از بیشترین و کمترین سلامت روانی برخوردارند.

### بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش بررسی نقش منبع کنترل در سلامت روانی نوجوانان دختر خانواده های معنادار و خانواده های غیر معنادار بود. بنابر نتایج بدست آمده بین سلامت روانی نوجوانان دختر دارای منبع کنترل درونی و بیرونی تفاوت معناداری وجود دارد. ( $t=۲/۸۴$ ) و نوجوانان دارای منبع کنترل درونی از سلامت روانی بیشتری برخوردار بودند. نتایج بدست آمده کاملاً با زیر بنای نظری سازه منبع کنترل تطابق دارد.

مطالعات کراوس و ناند شاو<sup>۶</sup> (۲۰۰۰) نشان داد که در سطوح بالای استرس، همبستگی معناداری میان باور به کنترل بیرونی و آسیب پذیری نسبت به افسردگی مشاهده می‌شود و نتیجه همانندی توسط پریسون<sup>۷</sup> (۲۰۰۲) گزارش شد به طوری که از میان افرادی که دارای اختلال افسردگی اساسی بودند و تحت درمان قرار گرفته بودند، آنهایی که دارای اعتقاد به کنترل درونی بودند از نظر بازیافتن سلامتی و بهبودی، پیشرفت بالاتری نسبت به کسانی که دارای اعتقاد به کنترل بیرونی بودند، داشتند.

همچنین با یافته‌های بناسی<sup>۸</sup> (۲۰۰۵) مایکلویتز<sup>۹</sup> (۲۰۰۴) [کراس و ناند شاو (۲۰۰۰)، بایوردی (۱۳۸۷) و پناهی (۱۳۸۶) همخوانی دارد (غضنفری، ۱۳۸۷). اعتقاد به داشتن کنترل روی محیط و مهم‌تر از همه سرنوشت خود پیامدهای زیادی در بر دارد. افراد درونی مدار اطلاعات بیشتری را در موقعیت‌های مختلف به دست می‌آورند و این افراد کمتر دچار اختلالات عاطفی می‌شوند، اضطراب کمتری دارند و علائم روانپزشکی کمتری را نشان می‌دهند.

بین میزان سلامت روانی نوجوانان دختر وابسته به خانواده‌های معتاد و خانواده‌های غیر معتاد تفاوت معناداری وجود دارد ( $t=2/9$ ). نوجوانان وابسته به خانواده‌های غیر معتاد از سلامت روانی بیشتری برخوردار بودند. یکی از مهمترین عوارض اعتیاد پیامدهای خانوادگی آن است خشونت نسبت به فرزندان طلاق، جدایی و ... از جمله پیامدهای دردناک این پدیده هستند.

مسئله چنین مواردی باعث بروز مشکلات و اختلالات جدی برای کودک و نوجوان وابسته به این گونه خانواده‌ها می‌شود که از آن جمله می‌توان به افسردگی، اضطراب، بزهکاری، گرایش به اعتیاد و ... اشاره کرد. اعتیاد پیامدهای روانی فراوانی برای افراد دارد و به طوری که شیوع اختلالات روانی گسترده در زندگی افراد معتاد بین ۳۰٪ تا ۶۰٪ گزارش شده است. از سوی دیگر، اعتیاد به طور مشخص سلامت جسمانی و روانی فرد را دچار اختلال کرده و شیوع اختلالات روانی مختلف مثل افسردگی و اضطراب مزمن در افراد ایجاد می‌کند.

این یافته‌ها با نتایج آمده توسط درتاج (۲۰۰۶)، روهنر (۲۰۰۱) فردیناند (۲۰۰۹) و بهمری (۱۳۸۷) همخوانی دارد. کاپلان و همکاران (۲۰۰۳) آموزش‌هایی را در زمینه‌ی پیشگیری از مواد ارائه دادند، که نتایج نشان داد که آموزش‌ها در پیشگیری از مصرف مواد مؤثر است و تمایل به استفاده از مواد را کاهش می‌دهد. یکی از مهمترین عوارض اعتیاد پیامدهای خانوادگی آن است، خشونت نسبت به فرزندان، غفلت

<sup>6</sup> - Krous & Show

<sup>7</sup> - perison

<sup>8</sup> - Banasi

<sup>9</sup> - Maiklowits

از آنان، بی‌کفایتی در سرپرستی خانواده، جدایی و طلاق و ..... از جمله پیامدهای دردناک این پدیده هستند، مسلماً چنین مواردی باعث بروز مشکلات و اختلالات جدی برای کودک و نوجوان وابسته به این گونه خانواده‌هاست که از آن جمله می‌توان به افسردگی، اضطراب، سرخوردگی، روابط اجتماعی نا کارآمد، بزهکاری، گرایش به اعتیاد و .... اشاره کرد.

بین میزان سلامت روانی نوجوانان دختر وابسته به خانواده‌های معتاد و خانواده‌های غیر معتاد با در نظر گرفتن عامل منبع کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ( $F= ۴/۸۶$ ). نوجوانان دختر وابسته به خانواده‌های غیر معتاد دارای منبع کنترل درونی و نوجوانان دختر وابسته به خانواده‌های معتاد دارای منبع کنترل بیرونی بودند.

فرزندان وابسته به خانواده‌های معتاد با مشکلات فراوانی دست و پنجه نرم می‌کنند. دامنه مشکلات گاهی به حدی است که او چنین فکر می‌کند که بدبخت بدنیا آمده، بدبخت زندگی می‌کند و بدبخت خواهد مرد. یعنی چنین فردی معتقد است که هیچ کنترلی بر زندگی و سرنوشتش ندارد و هیچ سعی و تلاشی برای تغییر وضعیت انجام نمی‌دهد. تعامل اعتیاد والدین و منبع کنترل بیرونی مجموعه وسیعی از مشکلات شامل افسردگی، اضطراب و اختلالات روانی دیگر را برای فرزندان به ارمغان خواهد آورد. نوجوانان پدران معتاد، اختلالات رفتاری - هیجانی بیشتری نسبت به نوجوانان پدران غیرمعتاد دارند و نیز تفاوت معناداری در اختلال روابط متقابل و میزان اضطراب نوجوانان دارای والدین معتاد دیده شده است و این نتایج با یافته‌های بدست آمده از جرشون گراند (۲۰۰۷)، اندرسون (۲۰۰۳)، لیراد (۲۰۰۲) و گریز (۲۰۰۷) مطابقت دارد. تعامل اعتیاد و منبع کنترل بیرونی می‌تواند مجموعه وسیعی از مشکلات از جمله افسردگی، اضطراب و اختلالات روانی دیگر را برای فرد به ارمغان بیاورد. بنابراین با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و یافته‌های تحقیقات متعدد دیگر می‌توان گفت که افراد دارای سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی کسانی هستند که احساس می‌کنند، سرنوشت زندگی خودشان را بر عهده دارند، زندگی خود را مسئولانه و به طور مؤثر کنترل می‌کنند و با موفقیت با موانع و مشکلات زندگی خویش مقابله می‌کنند. از آنجایی که منبع کنترل بیرونی و درونی می‌تواند تأثیرات مثبت و منفی بر سلامت روانی فرد داشته باشد می‌توان با تقویت و رشد منبع کنترل درونی در نوجوانان خانواده‌های معتاد تا حدودی از اثرات آسیب‌زا ی اعتیاد بر آنان پیشگیری کرد.

در نهایت، آنچه از انجام پژوهش به لحاظ کاربردی باید مورد توجه قرار گیرد این است که در این پژوهش فقط دانش‌آموزان دختر مورد بررسی قرار گرفتند. مربیان و مشاوران مدارس مقاطع تحصیلی مختلف، پس از شناسایی دانش‌آموزان خانواده‌های معتاد که دارای مشکلات رفتاری و روانی هستند با استفاده از جلسات مشاوره‌ی فردی و گروهی، کلاس‌های آموزشی - پرورشی فوق برنامه و تدارک جزوات و کتاب‌های آموزشی اقدامات نظام‌داری را ترتیب دهند و از آنجایی که منبع کنترل بیرونی با اختلالات روانی از جمله افسردگی، اضطراب و ... ارتباط معناداری دارد، مشاوران و مربیان آموزشی

می‌توانند دانش‌آموزانی را که با منبع کنترل بیرونی هستند را شناسایی کنند و با تقویت منبع کنترل درونی در آنها سعی در پیشگیری این گونه اختلالات روانی داشته باشند.

### منابع

- بایوردی، علیرضا. (۱۳۸۷). **رابطه بین منبع کنترل و سلامت روانی دانشجویان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشگاه تبریز**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
- بهمری، هادی. (۱۳۸۷). **تأثیر رفتار والدین بر بروز رفتار های بزهکاران. مجله راه سلامتی**. سال دوازدهم، شماره دوم. صص ۲۳-۱۷.
- پناهی، بهروز. (۱۳۸۶). **مقایسه رابطه منبع کنترل و سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر مراکز تربیت معلم**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
- دباغی، پرویز؛ عاطف، وحید. (۱۳۸۷). **اثربخشی نظریه شناختی بر مبنای افکار خلاق و برنامه‌های معنوی بر پیشگیری سوء مصرف مواد. فصلنامه سوء مصرف مواد**، سال دوم، شماره ۷، صص ۴۷-۳۶.
- درتاج، فرناز. (۱۳۸۹). **مقایسه اثربخشی سلامت روانی برآموزش مهارت های اجتماعی و ارتقای سلامت روانی نوجوانان و تأثیر آن بر عملکرد تحصیلی. فصلنامه روانشناختی تربیتی**، سال سوم، دوره دوم، صص ۲۳-۱۴.
- زمانی، محمد. (۱۳۸۸). **مقایسه سلامت روانی و سبک های فرزند پروری نوجوانان معتاد و غیر معتاد. مجله علوم رفتاری**، دوره چهارم، شماره دوم، صص ۲۷-۱۷.
- غضنفری، علی. (۱۳۸۷). **اثر بخشی هویت و راهبر های مقابله در سلامت روانی نوجوانان شهر اصفهان**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان.
- کاکوند، علی. (۱۳۸۶). **بررسی رابطه منبع کنترل با سلامت عمومی سربازان وظیفه**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
- هاشمی، ژانت. (۱۳۸۴). **طبقه بندی رفتار های بهنجار نوجوانان ایرانی با استفاده از پرسشنامه طبقه بندی رفتاری**. پایان‌نامه دکتری. دانشگاه علامه طباطبایی.

هومن، عباس . (۱۳۷۸). **استانداردسازی سلامت عمومی**. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران.

- Andersson, P & Eisemann, M. (2003).parental rearing and individual vulnerability to drug addiction: a Control study in a Swedish Sample Nord . **Journal of psychiatry**: 57 (2),147- 56.
- Banasi , M.(2003). Changing risk and adopting health behavior. **Journal of psychology** : 19, 129- 220.
- Barlow , D.(2006). **Clinical Hand book of psychological Disorders** . New York: University of Minnosota Press.
- Ferdinand,R.F.(2009).Psychopathology in adolescence predicts substance use in young adulthood. **journal of addiction** : 9,861-871.
- Gershon Grand , R.B & Hwang, s.(2007). short – term naturalistic treatment outcomes in cigarette smokers with substance abuse and / or mental illness . **Journal of clinical psychiatry** : 68 (6), 892-898.
- Greiz, E.J. (2007). Alcohol use disorders and panic disorder: a review of the evidence of a direct relationship. **Journal clinical psychiatry** : 68 (6), 874-880.
- Miklowitz, D.J.(2004). The role of family systems in severe and recurrent psychiatric disorders:A developmental psychopathology view . **Journal of Development Psychopathology** :16,667-88
- Kaplan ,s.(2000). Negative life events :Risk to health – related quality of life in children and youth.**Journal Mental health**:18 (1),3-11.
- Kidorf , M.(2004). Prevalence of psychiatric and substance use disorder in opioid abusers in a community syringeexchange program. **Journal of Drug Alcohol Dependence**:24(2),15-22.
- Kelley,T.M.(2006).Thought recognition locus of control and adolescent well – being. **Journal of adolescence**:16, 234-248.
- Krous ,S, Nandshow. B.(2000). Specific feeling of control and mortality school of public health .Unpublished Doctoral[ Dissertation] , University of Michigan.
- Preson,E.S.(2002).Psychological distress and quality of life among addicts. **Journal of Puplic Health**:11(1),109-112.
- Quatman ,T. (2004). Differences in adolescent self esteem an exploration of domains. **Journal of genetic psychology**: 162(1),25-93.
- Liraud, F., verdoux , H. (2002).**effective of comorbid substance use on neuro psychological performance subjects with psychotic or mood disorders** **Encephale**:28, (2) ,16180.
- Rohner ,N.(2001).The effect of parents on the children social problem. **Journal Addict people** : 16, 24-27.
- Weinberg ,N.Z.(2010). Risk factors for substance abuse . **Journal of Learning Disabilities**:34,343 -356.
- Wentiz,E.(2003).Emotion distress in women with addiction. **Journal Drug Alcohol Abuse**:12,289-312.
- Wite , O.J.(2007). Mental health concepts and skill . **Journal of adolescence research**:13(2),124-134.