

Study of Family Functioning in Addicts and Normal People

Received: 24 June 2014

Revised: 15 October 2014

Accepted: 19 October 2014

ABSTRACT

Hanieh Kharazi Notash¹

Yazdan Movahedi²

Mohammad-Hossein Biglu^{3*}

¹MSc, Clinical Psychology, Medical Education Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

²Ph.D. Student, Cognitive Neuroscience, Medical Education Research Center, Department of Psychology, Faculty of psychology, Tabriz University of Psychology and Education of Sciences, Tabriz, Iran.

³Associate Professor, Medical Information Science Department, Management and Medical Informatics Faculty, Tabriz University of Medical Science, Tabriz, Iran.

Background: The aim of current study was to compare the dimension of family functions among addicts and normal people.

Materials and Methods: A total number of 50 available addicts and 50 normal people were selected in the city of Tabriz. Data were gathered by administering the demographic characteristics and health-related quality of life questionnaires. The gathered data were analyzed by SPSS version 20 software package, using multivariate analysis (MANOVA).

Results: The results showed that there were significant differences between addicts and normal people regarding to the components of family functions and performances (problem solving, communication, roles, affective involvement, and behavior control), so that they lead to the family dysfunction of addicted people, but there were no significant differences between the groups in the case of emotional solidarities.

Conclusion: The study indicated that it is very important to prevent the family from addiction.

Keywords: family functioning, addicted, normal people

*Corresponding Author:

Mohammad Hossin Beglou

Tel: (+98)9141186718

e-mail: biglu@tbzmed.ac.ir

مطالعه کارکرد خانواده در افراد معتاد و همتایان عادی

تاریخ دریافت: ۳ تیر ۱۳۹۳

تاریخ اصلاح: ۲۳ مهر ۱۳۹۳

تاریخ پذیرش: ۲۷ مهر ۱۳۹۳

چکیده

هانیه خرازی نوتاش^۱یزدان موحدی^۲محمدحسین بیگلو^{۳*}

مقدمه: هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه ابعاد کارکرد خانواده در افراد معتاد و همتایان عادی بود. **مواد و روش‌ها:** در این مطالعه که در شهرستان تبریز صورت گرفت، ۵۰ نفر از افراد معتاد و ۵۰ نفر از همتایان عادی آن‌ها بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. اطلاعات با کمک پرسشنامه‌های ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و کارکرد خانواده جمع‌آوری گردید. داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS 20 و با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که از بین مولفه‌های کارکرد خانواده، بین افراد معتاد و همتایان عادی در مولفه‌های عملکرد کلی، حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، آمیزش عاطفی و کنترل رفتاری تفاوت معناداری وجود دارد اما در مؤلفه همراهی عاطفی بین دو گروه تفاوت معناداری یافت نشد. به‌طور کلی نتایج حاکی از ناکارآمدی خانواده در افراد معتاد می‌باشد.

نتیجه‌گیری: بنابراین، با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود اقدام اساسی در راستای پیشگیری از اعتیاد برای خانواده‌ها شروع شود.

کلید واژه‌ها: کارکرد خانواده، معتاد، افراد عادی

^۱ کارشناس ارشد، روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
^۲ دانشجوی دکتری تخصصی، علوم اعصاب شناختی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی تبریز، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
^۳ دانشیار، گروه اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

* نویسنده مسئول:

محمدحسین بیگلو

تلفن: ۹۱۴۱۱۸۶۷۱۸ (+۹۸)

پست الکترونیک:

biglu@tbzmed.ac.ir

مقدمه

از آن می‌شوند. کشور ما نیز بنا به برخی دلایل فرهنگی، باورهای اشتباه و موقعیت جغرافیایی خاص، به شدت در معرض ابتلا به این مشکل می‌باشد [۲].

اعتیاد و سوءمصرف مواد نتیجه عوامل اجتماعی، خانوادگی و شخصیتی است. از جمله پیامدهای اعتیاد افت تحصیلی فرزندان، افزایش آمار طلاق و خشونت‌های خانوادگی است [۳]. مصرف مواد نه فقط سلامت فرد، بلکه سلامت خانواده و جامعه را نیز به خطر می‌اندازد و موجب انحطاط روانی و اخلاقی فرد می‌شود [۴]. مارتین^۱، وینبرگ^۲ و بیلر^۳ معتقدند که بسیاری از معتادان بر اثر تأثیرات مستقیم یا غیرمستقیم مواد جان خود را از دست می‌دهند. بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اختلال سوءمصرف مواد

مصرف مواد مخدر از خطرناک‌ترین پدیده‌های جوامع انسانی در عصر حاضر به شمار می‌رود. امروزه وسعت اعتیاد در جهان چنان گسترش یافته که به شکل یک بیماری مزمن و اجتماعی درآمده و باعث به خطر افتادن امنیت اجتماعی شده است. در سرتاسر جهان تعداد مصرف‌کنندگان مواد مخدر به ۱۹۰ میلیون نفر می‌رسد و آمار رسمی، تعداد معتادان کشور را ۱/۲ تا ۲ میلیون نفر ذکر می‌کند که میانگین سنی این افراد ۱۸ سال می‌باشد و این در حالی است که ۱۱ میلیون نفر از جمعیت کشور با مشکل اعتیاد خود یا اطرافیان مواجه هستند [۱]. روزانه شمار زیادی از افراد به مصرف مواد روی آورده و دچار پیامدهای جسمانی، روانی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی ناشی

بررسی مطالعات انجام گرفته در این زمینه نشان می‌دهد که خانواده به عنوان اساسی ترین بنیان تشکیل دهنده زمینه های پیش پیش‌اعتیادی محسوب می‌گردد و اقدامات پیشگیرانه باید در قالب آموزش زندگی خانواده، آموزش مهارت های زندگی، آموزش شیوه های تربیتی و غیره از درون نظام خانواده قبل از آنکه افراد مستعد مصرف گردد، آغاز شود. همچنین ماهیت سیستماتیک خانواده حاکی از این است که کل اعضای خانواده باید مورد حمایت قرار گیرند [۷].

میلر، دایویس^۱ و گرین والد^۲ در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که خانواده‌های افراد وابسته به الکل، نسبت به خانواده‌های دیگر در کارکرد خانوادگی اختلال بیشتری را گزارش می‌کنند [۱۱]. این و همکاران، عوامل خانوادگی اعتیاد به اینترنت و تجربه سوءمصرف مواد را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد که ویژگی‌هایی مانند تعارض زیاد والد-فرزندی، مصرف الکل توسط خواهر و برادرها، درک نگرش مثبت والدین نسبت به مصرف مواد نوجوان و عملکرد پایین خانواده می‌تواند پیش‌بینی کننده اعتیاد به اینترنت و سه عامل اول پیش‌بینی کننده تجربه مصرف مواد باشد [۱۰]. لای و آلتوس^۳ روابط خانوادگی را به عنوان پیش‌بینی کننده عود مصرف مواد پس از درمان مورد بررسی قرار دادند. پژوهش آن‌ها نشان داد، مردانی که در کل دوره، از مصرف مواد پاک ماندند، روابط نزدیک تر و صمیمانه تری با خانواده داشتند درحالی که آن‌هایی که بازگشت داشتند روابط نزدیک تری را با خانواده‌های غیر سالم حفظ کرده بودند [۱۲]. سیارایت و همکاران دریافته‌اند که خانواده‌های سوءمصرف کننده مواد، در مقایسه با نمونه غیر بالینی محدودیت بیشتری در ابراز افکار، احساسات و ایجاد فضای منفی بیشتر در خانواده گزارش کردند [۱۳].

آقا و همکاران مشکلات روان‌شناختی و عملکرد خانواده را به عنوان عوامل خطرزای اعتیاد مطالعه کردند. نتیجه پژوهش آن‌ها نشان داد که تفاوت معناداری در مشکلات روان‌شناختی و عملکرد خانواده افراد معتاد و غیر معتاد وجود دارد. خانواده، محرک‌هایی برای فرزندان فراهم می‌کند که اغلب رشد جسمانی و روانی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۷]. کلارک^۴ و همکاران به مطالعه عملکرد خانواده از دید مادران و نوجوانان استفاده کننده از الکل پرداختند. نتایج نشان داد که عملکرد نامطلوب در خانواده‌های نوجوانان الکلی بیش از نوجوانان عادی است. مادران نوجوانان الکلی عملکرد نامطلوب تر خانوادگی را در مقایسه با مادران گروه عادی و بیماران روانی گزارش کردند [۱۴].

وابستگی به مواد یکی از مهم ترین آسیب‌های اجتماعی محسوب می‌شود که می‌تواند پایه و اساس بسیاری از آسیب‌ها و معضلات

پیش‌آگهی نامطلوبی دارد و هزینه های درمانی هنگفتی را به خانواده‌ها و جامعه چه به صورت مستقیم و چه به صورت غیرمستقیم تحمیل می‌کند [۵]. حداقل نیمی از افراد درمان شده تا ۶ ماه بعد از درمان دوباره به این بیماری مبتلا می‌شوند و این میزان برای یک سال پس از درمان ۷۵ درصد است [۶]. اعتیاد، سوءمصرف مواد و وابستگی به مواد و داروها مانند هر اختلال دیگری هرگز نمی‌تواند یک علت مشخص و واحد داشته باشد؛ بلکه پدیده ای است چندعاملی که مجموعه ای از عوامل سبب بروز آن می‌شوند. در حیطه سبب شناسی اعتیاد یکی از حوزه‌های مورد توجه و صاحب نفوذ رویکرد روان‌شناختی است [۴].

در این راستا، یکی از مهم ترین عوامل مؤثر در سوءمصرف و همچنین پرهیز از مواد مخدر، خانواده و نحوه عملکرد آن می‌باشد. خانواده نخستین نهاد جامعه پذیری کودک و یکی از مهم ترین عوامل تعیین کننده شکل گیری شخصیت است؛ خانواده ارزش‌ها را انتقال می‌دهد، اخلاق را بهبود می‌بخشد و رفتار را اصلاح می‌کند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مشکلات در عملکرد خانواده با رفتار ضداجتماعی، پرخطرگری و اعتیاد به مواد مخدر در جوانان ارتباط دارد. در مجموع، رابطه بین اختلال در عملکرد خانواده و اعتیاد معنادار است. انواع مختلفی از تعارض‌های مربوط به خانواده وجود دارد، اما دو مورد از مهم ترین ابعاد خانوادگی مربوط به افزایش مواد مخدر فقدان ارتباط و عدم توانایی در حل مشکلات خانوادگی است [۷]. عملکرد خانواده به چگونگی روابط اعضای خانواده، تعامل و حفظ روابط، چگونگی تصمیم گیری‌ها و حل مشکلات اعضای خانواده مربوط می‌شود [۸]. به عبارت دیگر، عملکرد خانواده جنبه مهم محیط خانوادگی است که سلامت جسمانی، اجتماعی و هیجانی کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در واقع آنچه در درون خانواده اتفاق می‌افتد و چگونگی عملکرد آن، می‌تواند عامل کلیدی در ایجاد انعطاف پذیری و کاهش خطرات فعلی و آینده مرتبط با رویدادهای ناگوار و شرایط نامناسب باشد. محیط‌های برانگیزاننده و پرورش دهنده کودکان را قادر می‌سازد تا یاد بگیرند و پیشرفت کنند. مشکلات خانواده می‌تواند به افت تحصیلی، فروپاشی روابط اجتماعی، انزوای اجتماعی و استفاده از الکل و مواد منجر شود [۹]. استفاده از مواد با عواملی چون شکست در ایفای نقش والدینی، تعارض‌های ولی-فرزندی و تعارض‌های درون خانوادگی، نگرش پذیرنده والدین نسبت به مصرف مواد نوجوانان و استفاده از الکل و سیگار در خانه از سوی والدین مرتبط می‌باشد. عملکرد ارتباطی ضعیف خانواده نیز با اعتیاد نوجوانان گزارش شده است. نظارت و انضباط ناکافی والدین معمولاً پیش‌بینی کننده قدرتمند سوءمصرف مواد توسط نوجوانان است [۱۰].

اساس ویژگی‌های دموگرافیک با افراد معتاد همتاسازی شده بودند وارد مطالعه شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات

در این تحقیق علاوه بر پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی (اطلاعات مربوط به سن، تحصیلات، قومیت و غیره) از پرسشنامه کارکرد خانواده استفاده گردید.

پرسشنامه کارکرد خانواده: این پرسشنامه دارای ۶۰ سؤال است که برای سنجش کارکرد خانواده توسط اپشتاین، بالدوین و بیشاب در سال ۱۹۸۳ بر مبنای الگوی مک مستر تدوین شده است. به هریک از جمله‌ها نمره‌ای بین یک تا چهار تعلق می‌گیرد. نمره بالا در این پرسشنامه نشان دهنده ناکارآمدی خانواده است. زاده محمدی و ملک خسروی ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۹۴ و برای خرده مقیاس‌های کارکرد کلی ۰/۷۸، حل مساله ۰/۷۲، ارتباط ۰/۷۰، نقش‌ها ۰/۷۱، همراهی عاطفی ۰/۷۳، کنترل رفتار ۰/۶۶ و آمیزش عاطفی ۰/۷۱ گزارش نمودند [۱۵]. همچنین مطالعاتی که در دیگر کشورها بر روی این پرسشنامه صورت گرفته است حاکی از روایی و پایایی قابل قبول این پرسشنامه می‌باشد. نمونه سؤالات پرسشنامه به قرار زیرند: برنامه ریزی فعالیت خانوادگی ما دشوار است، چون که یکدیگر را به درستی درک نمی‌کنیم، ما اکثراً مشکلات روزمره خانواده را حل می‌کنیم، ما از ابراز مهر و محبت با یکدیگر اکراه داریم، در خانواده ما وظایف خانوادگی به‌تساوی تقسیم نمی‌شود و در خانواده ما احساس‌های ناخوشایند زیادی وجود دارد.

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس چند متغیره

اجتماعی و خانوادگی در سطح جامعه باشد. به نظر می‌رسد باوجود مطالعات زیادی که طی چند سال اخیر در مورد شناخت، پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد مخدر صورت گرفته است، هنوز تا رسیدن به هدف نهایی راه بسیار طولانی در پیش است، چراکه مقوله اعتیاد پدیده‌ای چندبعدی و چندعاملی است. بر اساس ادبیات پژوهشی، ازجمله متغیرهایی که در وابستگی به مواد آسیب فراوانی را دریافت می‌کنند، یا نقش به‌سزایی را در مصرف مواد بازی می‌کنند متغیرهای خانوادگی هستند. با توجه به تأثیر اعتیاد بر ابعاد فردی، خانوادگی و اجتماعی، لزوم شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده و پیشگیری‌کننده از آن در تمامی افراد به خصوص نوجوانان و جوانان و پرورش عوامل محافظت‌کننده در برابر اعتیاد بیش‌ازپیش احساس می‌شود. همچنین با توجه به شیوع اعتیاد و کم بودن پژوهش‌های مربوطه در این زمینه انجام مطالعه حاضر ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین با توجه به مبانی نظری و پژوهشی ذکرشده، پژوهش حاضر باهدف مطالعه کارکرد خانواده در افراد معتاد به مواد مخدر با همتایان عادی آن‌ها انجام شد.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر با توجه به ماهیت موضوع و اهداف موردنظر، از نوع تحقیقات پس‌رویدادی یا علی-مقایسه‌ای می‌باشد. از این رو در پژوهش حاضر به بررسی و مقایسه متغیرهای پژوهش (مؤلفه‌های کارکرد خانواده) در افراد معتاد و مقایسه آن با افراد سالم در شهرستان تبریز پرداخته شده است. جامعه آماری این تحقیق را کلیه مردان معتاد و همتایان عادی آن‌ها در سنین ۳۰ تا ۴۵ ساله شهرستان تبریز تشکیل می‌دهند. روش نمونه‌گیری این پژوهش به صورت نمونه‌گیری در دسترس می‌باشد. بدین‌صورت که با مراجعه به مراکز ترک اعتیاد نمونه معتاد به تعداد ۵۰ نفر انتخاب گردید و ۵۰ نفر از مردان عادی که بر

جدول ۱: آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیرهای پژوهش در دو گروه معتاد و سالم

| متغیر | گروه‌ها | میانگین | انحراف استاندارد |
|----------------------|---------|---------|------------------|
| کارکرد خانواده | معتاد | ۱۴۱/۳۰ | ۱۴/۹۳ |
| | سالم | ۱۲۴/۷۰ | ۱۱/۲۴ |
| عملکرد کلی | معتاد | ۲۹/۸۴ | ۳/۸۸ |
| | سالم | ۲۶/۱۸ | ۲/۹۰ |
| حل مشکل | معتاد | ۱۴/۸۴ | ۳/۳۳ |
| | سالم | ۱۱/۹۴ | ۲/۱۱ |
| ارتباط | معتاد | ۱۵/۵۸ | ۳/۳۶ |
| | سالم | ۱۳/۷۸ | ۳/۰۶ |
| ابعاد کارکرد خانواده | معتاد | ۲۱/۹۶ | ۳/۳۱ |
| | سالم | ۱۹/۶۴ | ۳/۲۶ |
| نقش‌ها | معتاد | ۱۷/۳۰ | ۳/۷۱ |
| | سالم | ۱۶/۰۸ | ۳/۴۲ |
| همراهی عاطفی | معتاد | ۲۰/۳۸ | ۳/۴۲ |
| | سالم | ۱۸/۷۶ | ۳/۰۴ |
| آمیزش عاطفی | معتاد | ۲۱/۴۰ | ۳/۳۲ |
| | سالم | ۱۸/۳۲ | ۲/۸۷ |

جدول ۲: نتایج آزمون لون برای برقراری فرض شیب رگرسیون

| متغیرها | F | Df1 | Df2 | sig |
|----------------|-------|-----|-----|-------|
| کارکرد خانواده | ۳/۰۷ | ۱ | ۹۸ | ۰/۰۸۲ |
| عملکرد کلی | ۳/۶۱ | ۱ | ۹۸ | ۰/۰۶۰ |
| حل مشکل | ۳/۹۴ | ۱ | ۹۸ | ۰/۰۵۶ |
| ارتباط | ۰/۶۴۴ | ۱ | ۹۸ | ۰/۴۳۴ |
| نقش‌ها | ۰/۰۳۱ | ۱ | ۹۸ | ۰/۸۶۲ |
| همراهی عاطفی | ۰/۲۸۱ | ۱ | ۹۸ | ۰/۵۹۷ |
| آمیزش عاطفی | ۰/۳۰۷ | ۱ | ۹۸ | ۰/۵۸۱ |
| کنترل رفتاری | ۱/۱۲ | ۱ | ۹۸ | ۰/۲۹۱ |

استفاده شد. اطلاعات آمده در جدول ۱ آمار توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. ابتدا از پیش فرض‌های این آزمون (آزمون لون) استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است که با توجه به نتایج آزمون لون و سطح معنی داری متغیرها از آنجایی که سطح معنی داری متغیرها بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد؛ بنابراین این پیش فرض برای انجام آزمون مانووا رعایت شده است.

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۳ مشاهده می‌شود که اثر کلی گروه معنی دار است، چراکه F مربوط به اثرات لامبدای ویلکز برابر با (۱۰/۰۹) در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنی دار است.

مطابق مندرجات جدول ۴ چنین استنباط می‌شود که تفاوت گروه‌های مورد مطالعه (معتاد و سالم) در متغیرهای عملکرد کلی، حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، آمیزش عاطفی و کنترل رفتاری و همچنین نمره کل کارکرد خانواده از نظر آماری معنی دار است، چراکه F محاسبه شده برای همه متغیرها معنی دار است. این در حالی است که مؤلفه همراهی عاطفی در دو گروه معنادار نشد.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره دو گروه باهدف تعیین تفاوت بین دو گروه در متغیرها

| منبع پراکندگی | متغیر وابسته | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F | سطح معناداری | مجذور اتا |
|---------------|----------------|---------------|------------|-----------------|-------|--------------|-----------|
| گروه | کارکرد خانواده | ۶۸۸۹/۰۰ | ۱ | ۶۸۸۹/۰۰ | ۳۹/۴۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۸۷ |
| | عملکرد کلی | ۳۳۴/۸۹ | ۱ | ۳۳۴/۸۹ | ۲۸/۴۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۲۵ |
| | حل مشکل | ۲۱۰/۲۵ | ۱ | ۲۱۰/۲۵ | ۲۶/۹۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۱۶ |
| | ارتباط | ۸۱/۰۰ | ۱ | ۸۱/۰۰ | ۷/۸۲ | ۰/۰۰۶ | ۰/۰۷۴ |
| | نقش‌ها | ۱۳۴/۵۶ | ۱ | ۱۳۴/۵۶ | ۱۲/۴۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۱۳ |
| | همراهی عاطفی | ۳۷/۲۱ | ۱ | ۳۷/۲۱ | ۲/۹۱ | ۰/۰۹۱ | ۰/۰۲۹ |
| | آمیزش عاطفی | ۶۵/۶۱ | ۱ | ۶۵/۶۱ | ۶/۲۴ | ۰/۰۱۴ | ۰/۰۶۰ |
| | کنترل رفتاری | ۲۳۷/۱۶ | ۱ | ۲۳۷/۱۶ | ۳۴/۶۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۶۱ |

جدول ۳: آماره معنی داری مانوا

| آزمون | ارزش F | درجه آزادی | درجه آزادی خطا | سطح معنی داری | مجذور اتا (η^2) |
|---------------|--------|------------|----------------|---------------|------------------------|
| لامبدای ویلکز | ۱۰/۰۹ | ۷/۰۰۰ | ۹۲/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۳۴ |

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تفاوت گروه‌های مورد مطالعه (معتاد و سالم) در متغیرهای عملکرد کلی، حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، آمیزش عاطفی و کنترل رفتاری و همچنین نمره کل کارکرد خانواده از نظر آماری معنی دار است اما مؤلفه همراهی عاطفی در دو گروه معنادار نشد و این یافته با نتایج پژوهش‌های مشهدی زاده [۱۶]، لشکری [۱۷]، رحیمی [۱۸] و آقا و همکاران [۷] همخوانی دارد.

پژوهش مشهدی زاده [۱۶] و لشکری [۱۷] رابطه کارایی خانواده و سلامت عمومی فرزندان را مورد مطالعه قرار دادند و نشان دادند که کارکرد خانوادگی بهتر با سلامت بهتر ارتباط دارد. رحیمی [۱۸] رابطه الگوهای ارتباطی خانواده و کیفیت زندگی را مورد مطالعه قرار داد. یافته‌های پژوهش او نشان داد که جهت گیری گفت و شنود خانوادگی پیش بینی کننده مثبت و معنادار و جهت گیری هم نوابی پیش بینی کننده منفی و معنادار کیفیت زندگی است. آقا و همکاران [۷] در مطالعه خود نشان دادند که تفاوت معناداری در مشکلات روان شناختی و عملکرد خانواده افراد معتاد و غیر معتاد وجود دارد. همچنین یافته‌های این پژوهش با مطالعات کتیبایی و همکاران [۱۹]، معلمی و همکاران [۲۰] و رئیسی و همکاران [۲۱] هماهنگ است. رئیسی و همکاران [۲۱] بیان کردند که خشونت همراه با سردی روابط در خانواده‌های بخصوص آسیب دیده یک مسئله جدی و مستمر بوده و انضباط‌های خشن و ناپایدار یکی از عوامل مؤثر در بزهکاری جوانان است. تنبیه‌های سخت بدنی هم عوارض افت

تمامی این عوامل می‌توانند بستر مناسبی برای ابتلا به اعتیاد باشند [۱۸].

در تبیین این امر می‌توان گفت اعتیاد با ایجاد تغییر در رفتار، عزت نفس، تغذیه، کار و روابط اجتماعی به طور کلی زندگی طبیعی فرد را تغییر می‌دهد و این تغییرات به کاهش کیفیت زندگی منجر می‌شود. مطالعات گذشته، محدودیت در ابراز افکار و احساسات، احترام کمتر به مرزهای شخصی و اعتماد کمتر به دیگران، ایجاد فضای منفی بیشتر در خانواده و انتقاد بودن و فاصله هیجانی را در خانواده‌های معتاد بیش از همتایان عادی گزارش کردند. عملکرد مناسب خانواده برای سلامتی فرد، خانواده و جامعه ضروری است. خانواده دارای عملکرد مناسب قادر است نیازهای عاطفی، روانی و جسمی اعضای خود را برآورده کند. اما خانواده با کارکرد نامناسب و معیوب از برآورده کردن نیازهای اعضای خود عاجز است. برآورده نشدن نیازهای اعضای خانواده در زمینه‌های مختلف می‌تواند سلامت جسمانی، اجتماعی و هیجانی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. تحقیقات نشان داده است در خانواده‌هایی که ارتباط میان اعضاء و تعاملات داخل خانواده بر اساس نزدیکی و صمیمیت و تفاهم بین افراد استوار است همه اعضاء در مقابل فشارهای زندگی نسبتاً مقاوم هستند [۲۳].

همچنین معتادانی که در خانواده‌های سرد و بی‌روح پرورش یافته‌اند میزان بیشتری از افسردگی، اضطراب، فوبیا و حساسیت بین فردی را نسبت به خانواده‌هایی که روابط گرم و صمیمی دارند از خود نشان می‌دهند، زیرا والدین با روابط سرد اغلب افسردگی، اضطراب، ترس‌های مرضی و روابط مختل شده‌ای با دیگران دارند و بر اساس الگوسازی و سرمشق‌گیری از والدین، این ویژگی‌ها در فرزندان نشان نیز رشد پیدا می‌کند.

بنابراین با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود اقدامات اساسی پیشگیری از اعتیاد و مواد مخدر از خانواده‌ها شروع شود که یکی مداخلات مؤثر در این زمینه گروه‌درمانی می‌باشد. در اقدامات درمانی برای اعتیاد باید خانواده مشارکت و همکاری داشته باشند و تغییر در کل نظام خانواده ایجاد شود. یکی از دلایلی که ایجاب می‌کند کل اعضای خانواده حمایت شده و خدمات دریافت کنند، ماهیت سیستمی خانواده‌ها می‌باشد. در یک نظام، هر قسمت، تمامی قسمت‌های دیگر را تحت تأثیر می‌دهد و از آن‌ها تأثیر می‌پذیرد.

در پژوهش حاضر نیز که داده‌ها با استفاده از پرسشنامه جمع‌آوری گردید، محدودیت پژوهش‌های پرسشنامه‌ای از جمله درجه اعتماد به پاسخ‌های آزمودنی‌ها وجود دارد. ضمن آنکه قابل ذکر است پژوهش حاضر در جامعه کوچک و فقط در شهرستان تبریز به انجام رسیده است.

روانی ایجاد می‌کند و کودکی که تنبیه بدنی می‌شود عزت نفس خود را به شدت از دست می‌دهد و دچار انواع اختلالات روان شناختی می‌شود. در نتیجه یکی از راه‌های بازگشت اعتماد به نفس در بین این افراد پناه بردن به مواد مخدر است. این مطالعات نشان دادند که افراد معتاد نسبت به افراد غیر معتاد سلامت روانی پایین تری دارند. شمس اسفند آباد و نژاد نادری [۲۲] و امامی پور و همکاران [۲۳] نیز تفاوت معناداری در کیفیت زندگی افراد معتاد و غیر معتاد به دست آوردند که به نتیجه پژوهش حاضر همسو است. آن‌ها نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که مصرف مواد پیامدهای جسمانی، روانی و اجتماعی ناگواری را به دنبال دارد. اعتیاد با ایجاد تغییر در رفتار، عزت نفس، تغذیه، کار و روابط اجتماعی به طور کلی زندگی طبیعی فرد را تغییر می‌دهد و این تغییرات به کاهش کیفیت زندگی و عدم انسجام خانواده منجر می‌شود.

در پژوهشی که خانواده‌های معتادان را از لحاظ کارکرد خانواده (حل مشکل ارتباطی، نقش‌ها، پاسخ‌دهی عاطفی، مشارکت اجتماعی، کنترل رفتار و کارایی عمومی) مورد بررسی قرار داده بودند؛ مشخص شد ناکارآمدی و وجود مشکل در کارکرد خانواده معتادان وجود دارد. یافته‌ها نشان می‌دهد که کارکرد خانواده‌های معتاد به مواد مخدر ضعیف تر از کارکرد خانواده کودکان عادی است. دلیل این امر می‌تواند عدم وجود یک خانواده گرم و حمایتگر در زندگی این کودکان باشد. تحقیقات گوناگونی وجود دارد که تأثیر خانواده ناکارآمد را در بروز اختلالات رفتاری در کودکان نشان می‌دهد [۲۴]. در تحقیقی، استفاده از هروئین، مواد دیگر و رفتار مشکل دار در رابطه با زندگی خانوادگی بررسی شد. چهار گروه نمونه برای این مطالعه انتخاب شدند: معتادان به هروئین، مصرف‌کنندگان تفریحی، افراد در معرض خطر استفاده از هروئین و افرادی که در معرض خطر بودند و تاکنون هیچ ماده مخدری استفاده نکرده بودند. در این مطالعه مشاهده شد که رابطه تنش‌زا با والد غیر هم جنس معتاد، بیشترین تأثیر را روی معتادان به هروئین دارد [۲۵].

یافته‌های جدید بالینی نشان می‌دهد که در شکل‌گیری اعتیاد زمینه‌های رشدی ناسالم و استعداد و آمادگی برای اعتیاد نقش اساسی ایفا می‌کنند [۱۴]. خانواده مهم‌ترین زمینه رشدی است که می‌تواند استعداد و آمادگی اعتیاد را در اعضای خود ایجاد کند. در خانواده‌هایی که تحقیر، تهدید و سرزنش وجود دارد، مواردی از قبیل عدم وجود ارتباط مناسب و توأم با اعتماد در بین اعضاء، نبود مرزهای روشن و واضح بین اعضای خانواده، عدم تناسب نقش‌ها و وظایف اعضا با سطح رشدی آن‌ها، نبود فرایند حل مساله به طور مناسب، نبود همراهی عاطفی و عدم حل مناسب تعارض‌ها وجود دارد که

ratio of social support, coping strategies and locus of control. *J Psychol Stud* 2012; 8: 117-40. (Persian)

13. Searight HR, Manley CM, Binder AF, Krohn E, Rogers BJ, Russo JR. The families of origin of adolescent drug abusers: Perceived autonomy and intimacy. *Contemp Fam Ther* 1991; 13: 71-81.
14. Zeinali A, Vahdat R, Hamednia S. The study of preaddictional status in addicts and comparison with normal adults. *Knowledge Res Appl Psychol* 2007; 33: 149-68. (Persian)
15. Zadeh Mohammadi A, Malek Kosravi G. The preliminary study of psychometric and reliability of Family Assessment Device. *J Fam Res* 2006; 2: 69-89. (Persian)
16. Mashhadi M. The relationship between family function and general health of children in Islamic Azad University Yasooj. Tehran: Tarbiat Moallem University 2001. (Persian)
17. Lashkari, M. The relationship between family function and general health of children. Tehran: University of Behzisti and Tavanbakshi Sciences 2004. (Persian)
18. Rahimi, M. The Study of Family communication patterns and quality of life. Shiraz: University of Shiraz 2007. (Persian)
19. Katibaei J, Hamidi H, Yarian S, Ghanbari S, Seyed Mousavi PS. Comparison of quality of life, stress and mental health of addicts and non-addicts affected by HIV and healthy individuals. *JBS* 2010; 2: 135-9. (Persian)
20. Moallemi S, Raghbi M, Salari dargi Z. Comparison of Spiritual Intelligence and Mental Health in Addicts and Normal Individuals. *J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci* 2010; 18: 234-35. (Persian)
21. Raiisi F, Anisi J, Yazdi S, Zamani M, Rashidi S. Mental health and child – rearing styles between candidate adult for addiction withdrawal in comparison with non-addict adults. *J Behav Sci* 2008; 2: 33-41. (Persian)
22. Shams Esfandabad H, Nezhad Naderi S. A comparative study of the quality of life and religious attitude among addicted/non-addicted individuals in Kerman city. *J Psychol Stud* 2009; 5: 139-52. (Persian)
23. Emami Pour S, Shams Esfandabad H, Sadrossadat SJ, Nejad Naderi S. Comparison of life quality and psychological disorders in drug-using, drug-using HIV infected, non-drug using HIV infected and a reference group of healthy men. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2008; 10: 69-77. (Persian)
24. Sadrossadat SJ, Shams Esfandabad H, Emami Pour S. Parenting and family functioning among irresponsible families, families with behavioral disorder

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تقدیر و تشکر به عمل آورند.

منابع

1. Ziaaddini H, Zare-zadeh A, Heshmati F. The Prevalence Rate of Substance Abuse and Addiction and Some Relevant Factors among Junior and Senior High School Students in Kerman City (2000-2001). *J Kerman Univ of Med Sci* 2006, 13, 84-94. (Persian)
2. Khalatbari J, Bazarganiyan N. Comparison the Depression, Anxiety and Stress in Intravenous (IV) Drug Abusers, with and without HIV/ AIDS. *J Guilan Univ Med Sci* 2011; 20, 76-83. (Persian)
3. West R, Brown J. Theory of addiction. John Wiley & Sons 2006; 9-28.
4. Parvizi S, Ahmadi F, Nikbakht Nasrabadi AR. Adolescents' Perspectives on Addiction: A Qualitative Study. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2005; 10: 250-7. (Persian)
5. Martin P, Weinberg BA, Bealer BK. Healing addiction: An integrated pharmacopsychosocial approach to treatment. John Wiley & Sons 2007.
6. Vazirian M, Mostashari G. Practical guide for treatment of substance Abusers. Tehran: Porshokouh Press 2003; 120-50. (Persian)
7. Agha S, Zia H, Irfan S. Psychological problems and family functioning as risk factors in addiction. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2008; 20: 88-91.
8. Silburn S, Zubrick S, De Maio J, Shepherd C, Griffin J, Mitrou F, et al. The Western Australian Aboriginal Child Health Survey: strengthening the capacity of Aboriginal children, families and communities. Perth: Curtin University of Technology and Telethon Institute for Child Health Research 2006.
9. Walker R, Shepherd C, Clearinghouse AFR. Strengthening Aboriginal family functioning: What works and why? Australian Institute of Family Studies 2008.
10. Yen J-Y, Yen C-F, Chen C-C, Chen S-H, Ko C-H. Family factors of internet addiction and substance use experience in Taiwanese adolescents. *Cyberpsychol Behav* 2007; 10: 323-9.
11. Miller L, Davies M, Greenwald S. Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Comorbidity Survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 1190-7.
12. Hosseini Badenjani SM, Beyrami M, Hashemi T. The prediction of women vulnerability (family's women's supervisor) against stress based on the

children and normal families. J Shahrekord Univ
Med Sci 2005; 7: 43-8. (Persian)

25.Mousavi, AS. qualitative/quantitative evaluation of
family function in young addicts. Women's Studies
2003; 1: 59-89. (Persian)