Journal of Police Medicine

Fall 2014; Vol. 3, No. 3: 141-148

Original Article

Study of Family Functioning in Addicts and Normal People

Received: 24 June 2014 **Revised:** 15 October 2014 **Accepted:** 19 October 2014

ABSTRACT

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

Hanieh Kharazi Notash[1]

Yazdan Movahedi[2]

Mohammad-Hossein Biglu[3*]

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

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

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

[*]**Corresponding Author:**
Mohammad Hossin Beglou
Tel: (+98)9141186718

e-mail: biglu@tbzmed.ac.ir

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.22286241.1393.3.3.7.2]

[DOI: 10.30505/3.3.141]

پاییز ۱۳۹۳- دوره ۳- شماره ۳- صفحات ۱۴۸-۱۴۱

مجله طب انتظامی

مقاله تحقیقی

مطالعه کارکرد خانواده در افراد معتاد و همتایان عادی

تاریخ دریافت: ۳ تیر ۱۳۹۳ **تاریخ اصلاح:** ۲۳ مهر ۱۳۹۳ **تاریخ پذیرش:** ۲۷ مهر ۱۳۹۳

هانیه خرازی نوتاش[۱]

یزدان موحدی[۲]

محمدحسین بیگلو[۳*]

چکیده

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 دکترای تخصصی، علوم اعصاب شناختی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی تبریز، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

[۳] دانشیار، گروه اطلاع رسانی پزشکی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

[*] نویسنده مسئول:

محمدحسین بیگلو

تلفن: ۹۱۴۱۱۸۶۷۱۸(۹۸+)

پست الکترونیک:

biglu@tbzmed.ac.ir

مقدمه

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 از آن می‌شوند. کشور ما نیز بنا به برخی دلایل فرهنگی، باورهای اشتباه و موقعیت جغرافیایی خاص، به‌شدت 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 تاثیرات مستقیم یا غیرمستقیم مواد جان خود را از دست می‌دهند. بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اختلال سوءمصرف مواد

[1:] Martin, [2:] Weinberg, [3:] Bealer

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.22286241.1393.3.3.7.2]

[DOI: 10.30505/3.3.141]

Journal of Police Medicine
Fall 2014; Vol. 3, No. 3: 141-148

پیش آگهی نامطلوبی دارد و هزینه های درمانی هنگفتی را به خانواده‌ها و جامعه چه به‌صورت مستقیم و چه به‌صورت 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 مجموعه‌ای از عوامل سبب بروز آن می شوند. در حیطه سبب شناسی اعتیاد یکی از حوزه های 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 می کند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مشکلات در عملکرد خانواده با رفتار ضداجتماعی، پرخاشگری 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 مهم‌ترین ابعاد خانوادگی مربوط به افزایش مواد مخدر فقدان ارتباط و عدم‌توانایی در حل مشکلات خانوادگی است [۷]. عملکرد خانواده به چگونگی روابط اعضای خانواده، تعامل و حفظ روابط، چگونگی تصمیم گیری ها و حل مشکلات اعضای خانواده مربوط می شود [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 پرورش‌دهنده کودکان را قادر می‌سازد تا یاد بگیرند و پیشرفت کنند. مشکلات خانواده می تواند 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 می باشد. عملکرد ارتباطی ضعیف خانواده نیز با اعتیاد نوجوانان گزارش شده است. نظارت و انضباط ناکافی والدین معمولاً پیش بینی کننده قدرتمند سوءمصرف مواد توسط نوجوانان است [۱۰].

بررسی مطالعات انجام‌گرفته در این زمینه نشان می‌دهد که خانواده به عنوان اساسی ترین بنیان تشکیل دهنده زمینه های پیش پیش‌اعتیادی محسوب می گردد 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[1] و گرین والد[2] در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که خانواده‌های افراد وابسته به الکل، نسبت به خانواده‌های دیگر در کارکرد خانوادگی اختلال بیشتری را گزارش می کنند [۱۱]. ین و همکاران، عوامل خانوادگی اعتیاد به اینترنت و تجربه سوءمصرف مواد را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج مطالعه آن ها نشان داد که ویژگی هایی مانند تعارض زیاد والد- فرزندی، مصرف الکل توسط خواهر و برادرها، درک نگرش مثبت والدین نسبت به مصرف مواد نوجوان و عملکرد پایین خانواده می تواند پیش بینی کننده اعتیاد به اینترنت و سه عامل اول پیش‌بینی کننده تجربه مصرف مواد باشد [۱۰]. لاوی و آلتوس[3] روابط خانوادگی را به‌عنوان پیش‌بینی کننده عود مصرف مواد پس از درمان موردبررسی قراردادند. 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 آن هایی که بازگشت داشتند روابط نزدیک تری را با خانواده‌های غیرسالم حفظ کرده بودند [۱۲]. سیارایت و همکاران دریافتند که خانواده های 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 به‌عنوان عوامل خطرزای اعتیاد مطالعه کردند. نتیجه پژوهش آن‌ها نشان داد که تفاوت معناداری در مشکلات روان شناختی و عملکرد خانواده افراد معتاد و غیر معتاد وجود دارد. خانواده، محرک هایی برای فرزندان فراهم می‌کند که اغلب رشد جسمانی و روانی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می دهد [۷]. کلارک[4] 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 نامطلوب‌تر خانوادگی را در مقایسه با مادران گروه عادی و بیماران روانی گزارش کردند [۱۴].

وابستگی به مواد یکی از مهم‌ترین آسیب های اجتماعی محسوب می‌شود که می‌تواند پایه و اساس بسیاری از آسیب‌ها و معضلات

1: Davies, 2: Greenwald, 3: Lavee & Altus, 4: Clark

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1393.3.3.7.2]
[DOI: 10.30505/3.3.141]

مجله طب انتظامی
پاییز ۱۳۹۳- دوره ۳- شماره ۳- صفحات ۱۴۸-۱۴۱

اجتماعی و خانوادگی در سطح جامعه باشد. به نظر می رسد 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 پدیده ای چندبعدی و چندعاملی است. بر اساس ادبیات پژوهشی، ازجمله متغیرهایی که در وابستگی به مواد آسیب فراوانی را دریافت می کنند، یا نقش به سزایی را در مصرف مواد بازی می کنند متغیرهای خانوادگی هستند. با توجه به تأثیر اعتیاد بر ابعاد فردی، خانوادگی و اجتماعی، لزوم شناسایی عوامل پیش‌بینی کننده و پیشگیری کننده از آن در تمامی افراد به خصوص نوجوانان و جوانان و پرورش عوامل محافظت کننده در برابر اعتیاد بیش‌ازپیش احساس می‌شود. هم‌چنین با توجه به شیوع اعتیاد و کم بودن پژوهش های 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 پس رویدادی یا علّی- مقایسه‌ای می‌باشد. ازاین‌رو در پژوهش حاضر به بررسی و مقایسه متغیرهای پژوهش (مؤلفه های 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 می دهند. روش نمونه گیری این پژوهش به صورت نمونه گیری 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 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 جمله ها نمره‌ای بین یک تا چهار تعلق می گیرد. 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 قابل‌قبول این پرسشنامه می‌باشد. نمونه سؤالات پرسشنامه به‌قرار زیرند: برنامه ریزی فعالیت خانوادگی ما دشوار است، چون که یکدیگر را به درستی درک نمی کنیم، ما اکثراً مشکلات روزمره خانواده را حل می کنیم، 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 وتحلیل داده ها ابتدا از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس چند متغیره

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

متغیر		گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
ابعاد کارکرد خانواده	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
	نقش‌ها	معتاد	۲۱/۹۶	۳/۳۱
		سالم	۱۹/۶۴	۳/۲۶
	همراهی عاطفی	معتاد	۱۷/۳۰	۳/۷۱
		سالم	۱۶/۰۸	۳/۴۲
	آمیزش عاطفی	معتاد	۲۰/۳۸	۳/۴۲
		سالم	۱۸/۷۶	۳/۰۴
	کنترل رفتاری	معتاد	۲۱/۴۰	۳/۳۲
		سالم	۱۸/۳۲	۲/۸۷

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1393.3.3.7.2]
[DOI: 10.30505/3.3.141]

Journal of Police Medicine
Fall 2014; Vol. 3, No. 3: 141-148

جدول۲: 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	۰/۴۲۴
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 پیش‌فرض‌های 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 ازآنجایی که سطح معنی داری متغیرها بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد؛ بنابراین این پیش‌فرض برای انجام آزمون مانووآ رعایت شده است.

با توجه به نتایج ارائه‌شده در جدول ۳ مشاهده می‌شود که اثر کلی گروه معنی‌دار است، چراکه Fمربوط به اثرات لامبدای ویلکز برابر با (۱۰/۰۹) در سطح P< ۰/۰۰۱ معنی‌دار است.

مطابق مندرجات جدول ۴ چنین استنباط می شود که تفاوت گروه‌های موردمطالعه (معتاد و سالم) در متغیرهای عملکرد کلی، حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، آمیزش عاطفی و کنترل رفتاری و همچنین نمره کل کارکرد خانواده ازنظر آماری معنی‌دار است، چراکه F محاسبه‌شده برای همه متغیرها معنی‌دار است. این در حالی است که مؤلفه همراهی عاطفی در دو گروه معنادار نشد.

جدول۳: آماره معنی‌داری مانوا

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	مجذور اتا (η^2)
لامبدای ویلکز	۰/۵۶۶	۱۰/۰۹	۷/۰۰۰	۹۲/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳۴

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تفاوت گروه های موردمطالعه (معتاد و سالم) در متغیرهای عملکرد کلی، حل مشکل، ارتباط، نقش ها، آمیزش عاطفی و کنترل رفتاری و همچنین نمره کل کارکرد خانواده از نظر آماری معنی‌دار 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 مشهدی‌زاده [۱۶] و لشکری [۱۷] رابطه کارایی خانواده و سلامت عمومی فرزندان را موردمطالعه قراردادند و نشان دادند که کارکرد خانوادگی بهتر با سلامت بهتر ارتباط دارد. رحیمی [۱۸] رابطه الگوهای ارتباطی خانواده و کیفیت زندگی را موردمطالعه قرارداد. یافته های پژوهش او نشان داد که جهت‌گیری گفت‌وشنود خانوادگی پیش بینی کننده مثبت و معنادار و جهت گیری هم نوایی پیش‌بینی‌کننده منفی و معنادار کیفیت زندگی است. آقا و همکاران [۷] در مطالعه خود نشان دادند که تفاوت معناداری در مشکلات روان‌شناختی 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 خانواده های بخصوص آسیب دیده یک مسئله جدی و مستمر بوده و انضباط های خشن و ناپایدار یکی از عوامل مؤثر در بزهکاری جوانان است. تنبیه های سخت بدنی هم عوارض افت

جدول۴: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره دو گروه باهدف تعیین تفاوت بین دو گروه در متغیرها

منبع پراکندگی	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	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

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1393.3.3.7.2]
[DOI: 10.30505/3.3.141]

مجله طب انتظامی
پاییز ۱۳۹۳- دوره ۳- شماره ۳- صفحات ۱۴۱-۱۴۸

روانی ایجاد می‌کند و کودکی که تنبیه بدنی می‌شود عزت‌نفس خود را به‌شدت از دست می‌دهد و دچار انواع اختلالات روان‌شناختی می‌شود. در نتیجه یکی از راه‌های بازگشت اعتمادبه‌نفس در بین این افراد پناه بردن به مواد مخدر است. این مطالعات نشان دادند که افراد معتاد نسبت به افراد غیر معتاد سلامت روانی پایین‌تری 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 با 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، عزت‌نفس، تغذیه، کار و روابط اجتماعی به‌طورکلی 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، نقش ها، پاسخ دهی عاطفی، مشارکت اجتماعی، کنترل رفتار و کارایی عمومی) موردبررسی 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 می تواند 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 غیرهم‌جنس معتاد، بیشترین تأثیر را روی معتادان به هروئین دارد [۲۵].

یافته های جدید بالینی نشان می دهد که در شکل گیری اعتیاد زمینه های رشدی ناسالم و استعداد و آمادگی برای اعتیاد نقش اساسی ایفا می‌کنند [۱۴]. خانواده مهم‌ترین زمینه رشدی است که می تواند 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 اعضا، نبود مرزهای روشن و واضح بین اعضای خانواده، عدم تناسب نقش‌ها و وظایف اعضا با سطح رشدی آن‌ها، نبود فرایند حل مساله به‌طور مناسب، نبود همراهی عاطفی و عدم حل مناسب تعارض‌ها وجود دارد که تمامی این عوامل می‌توانند بستر مناسبی برای ابتلا به اعتیاد باشند [۱۸].

در تبیین این امر می توان گفت اعتیاد با ایجاد تغییر در رفتار، عزت‌نفس، تغذیه، کار و روابط اجتماعی به‌طورکلی زندگی طبیعی فرد را تغییر می‌دهد و این تغییرات به کاهش کیفیت زندگی منجر می شود. 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 انتقادی بودن و فاصله هیجانی را در خانواده های 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 زمینه های مختلف می تواند 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 می دهند، زیرا والدین با روابط سرد اغلب افسردگی، اضطراب، ترس‌های مرضی و روابط مختل شده‌ای با دیگران دارند و بر اساس الگوسازی و سرمشق گیری از والدین، این ویژگی‌ها در فرزندانشان 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 می کند 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.

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1393.3.3.7.2]
[DOI: 10.30505/3.3.141]

Journal of Police Medicine
Fall 2014; Vol. 3, No. 3: 141-148

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, Raghibi 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 عمل‌آورند.

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

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1393.3.3.7.2]
[DOI: 10.30505/3.3.141]

مجله طب انتظامی
پاییز ۱۳۹۳- دوره ۳- شماره ۳- صفحات ۱۴۸-۱۴۱

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

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

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1393.3.3.7.2]
[DOI: 10.30505/3.3.141]