

مقایسه ابعاد عملکرد خانواده و کیفیت زندگی و رابطه این متغیرها در بین افراد معتاد و غیر معتاد

محمد قمری^۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۱۲/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۱۰/۱۰

چکیده

مقدمه: هدف تحقیق حاضر مقایسه عملکرد خانواده و کیفیت زندگی افراد معتاد و غیر معتاد و تعیین رابطه این متغیرها بود. **روش:** تحقیق از نوع پس رویدادی بود. نمونه مورد مطالعه ۱۰۷ نفر از افراد معتاد و ۱۰۷ نفر از افراد غیر معتاد بودند. روش نمونه گیری افراد معتاد خوشه‌ای تصادفی بود. افراد غیر معتاد نیز از بین جمعیت عادی که از لحاظ ویژگی‌های جمعیت شناختی با افراد معتاد هم‌تا شده بودند، انتخاب گردیدند. ابزارهای اندازه‌گیری مورد استفاده در تحقیق ابزار سنجش خانواده و مقیاس کیفیت زندگی بود. روش‌های آماری مورد استفاده ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون گام به گام و آزمون t برای دو گروه مستقل بود. **یافته‌ها:** نتایج تحقیق نشان داد که اختلال در ابعاد عملکرد خانواده افراد معتاد بیشتر از افراد غیر معتاد است. افراد معتاد کیفیت زندگی پایین‌تری از افراد غیر معتاد دارند. همچنین بین ابعاد عملکرد خانواده و کیفیت زندگی در افراد معتاد و غیر معتاد رابطه وجود دارد. نتیجه تحلیل رگرسیون نشان داد که حدود ۱۷ درصد از تغییرات کیفیت زندگی در افراد معتاد را ابعاد نقش‌ها و ارتباط عملکرد خانواده تبیین می‌کنند. در افراد غیر معتاد حدود ۱۷ درصد از تغییرات کیفیت زندگی را بعد کنترل رفتار عملکرد خانواده تبیین می‌کند. **نتیجه‌گیری:** بین ابعاد عملکرد خانواده و کیفیت زندگی در افراد معتاد و غیر معتاد رابطه وجود دارد و بین عملکرد مختل شده روابط خانوادگی و کیفیت زندگی فرزندان رابطه منفی برقرار است.

کلید واژه‌ها: عملکرد خانواده، کیفیت زندگی، اعتیاد

مقدمه

یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در سوء مصرف و هم‌چنین پرهیز از مواد مخدر، خانواده و نحوه عملکرد آن می‌باشد. خانواده نخستین نهاد جامعه‌پذیری کودک و یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده شکل‌گیری 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 ضد اجتماعی، پرخاشگری و اعتیاد در نوجوانان ارتباط دارد. در مجموع، رابطه بین اختلال در عملکرد خانواده و اعتیاد معنادار است. انواع مختلفی از تعارض‌های خانواده وجود دارد، اما دو مورد از مهم‌ترین ابعاد خانوادگی مربوط به افزایش مصرف مواد مخدر فقدان ارتباط و ناتوانی در حل مشکلات خانوادگی است (آقا^۱، زیا^۲ و ایرفان^۳، ۲۰۰۸). عملکرد خانواده به چگونگی روابط اعضای خانواده، تعامل و حفظ روابط، چگونگی تصمیم‌گیری‌ها و حل مشکلات اعضای خانواده مربوط می‌شود (سیلبرن^۴ و همکاران، ۲۰۰۶). 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 انعطاف‌پذیری و کاهش خطرات فعلی و آینده مرتبط با رویدادهای ناگوار و شرایط نامناسب باشد. محیط‌های برانگیزنده و پرورش‌دهنده کودکان را قادر می‌سازد تا یاد بگیرند و پیشرفت کنند. بر عکس، محیط‌های خانوادگی ناکارساز^۵ می‌تواند برای بسیاری از جنبه‌های رشد کودکان و انتقال مثبت آنان به بزرگسالی بسیار مضر باشد (سیلبرن و همکاران، ۲۰۰۶). مشکلات خانواده می‌تواند به افت تحصیلی، فروپاشی روابط اجتماعی و انزوای اجتماعی و استفاده از الکل و مواد منجر شود (کمیته بررسی تدارک خدمات دولت، ۲۰۰۷؛ به نقل از واکر^۶ و شفرد^۷، ۲۰۰۸). چون خانواده نقش محوری^۸ در اجتماعی کردن نوجوانان دارد، عوامل خانوادگی به عنوان یکی از عوامل خطر ساز عمده

1. Agha
3. Irfan
5. Dysfunctional
7. Shepherd

2. Zea
4. Silburn
6. Walker
8. Pivotal role

سوء مصرف مواد توسط نوجوانان گزارش شده است. استفاده از مواد با شکست در ایفای نقش والدینی، تعارض های ولی- فرزند و تعارض های درون خانوادگی، نگرش پذیرنده والدین نسبت به مصرف مواد توسط نوجوان و استفاده از الکل و سیگار در خانه توسط والدین مرتبط می باشد. عملکرد ارتباطی ضعیف خانواده نیز با اعتیاد نوجوان گزارش شده است. نظارت و انضباط ناکافی والدین معمولاً پیش بینی کننده قدرتمند سوء مصرف مواد توسط نوجوان است (ین^۱، چن و چن^۲، ۲۰۰۷). میلر^۳ و همکاران (۲۰۰۴) در پژوهش خود خود به این نتیجه رسیدند که خانواده های افراد وابسته به الکل، نسبت به خانواده های دیگر در کارکرد خانوادگی اختلال بیشتری را گزارش کردند.

ین و همکاران (۲۰۰۷)، عوامل خانوادگی اعتیاد به اینترنت و تجربه سوء مصرف مواد را در نوجوانان مورد پژوهش قرار دادند. نتایج پژوهش نشان داد که ویژگی هایی مانند تعارض زیاد ولی- فرزند، مصرف تفننی 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 باشد و هم چنین سه عامل اول پیش بینی کننده تجربه مصرف مواد می باشد. لاوی^۴ و آلتوس^۵ (۲۰۰۱) روابط خانوادگی را به عنوان پیش بینی 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 تری با خانواده سالم داشتند تا خانواده های غیر سالم، در حالی که آنهایی که بازگشت داشتند روابط نزدیک تری را با خانواده غیر سالم حفظ کرده بودند. سیارایت^۶ و همکاران (۱۹۹۱) دریافتند که خانواده های سوء مصرف کننده مواد، در مقایسه با نمونه غیر بالینی محدودیت بیشتری 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 گزارش کردند. آقا و

1. Yen
3. Miller
5. Altus
7. Searight

2. Chen & Chen
4. Lavee
6. Searight

همکاران (۲۰۰۸) مشکلات روان‌شناختی و عملکرد خانواده را به عنوان عوامل خطر زای ریسک فاکتورهای 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. حیدرنیا و چرخیان (۱۳۸۶) کیفیت رابطه ولی-فرزند در نوجوانان دچار اعتیاد و نوجوانان عادی را مطالعه کردند. نتایج به دست آمده نشان داد که کیفیت رابطه ولی-فرزند در نوجوانان خانواده‌های عادی در تمامی ابعاد رابطه، بهتر از نوجوانان دچار اعتیاد است. کیفیت رابطه با پدر نوجوانان عادی در تمامی ابعاد بهتر از کیفیت رابطه با پدر نوجوانان دچار اعتیاد می‌باشد.

پژوهش‌های مختلف مشخص کرده‌اند که افراد معتاد نسبت به افراد غیر معتاد سلامت روانی پایین‌تری دارند (کتیبایی حمیدی، یاریان، قنبری و موسوی، ۱۳۸۹؛ معلمی، رقیبی، و سالاری، ۱۳۸۹؛ ریسی، انیسی، یزدی، زمانی و رشیدی، ۱۳۸۷). طوفانی و جوان‌بخت (۱۳۸۱) نشان دادند که نگرش‌های ناسالم در معتادان به طور معنی‌داری بالاتر از گروه گواه است. پژوهش شمس اسفند آباد و نژاد نادری (۱۳۸۸) نشان داد که افراد معتاد در مقایسه با افراد غیرمعتاد کیفیت زندگی پایین‌تری دارند. امامی‌پور، شمس اسفندآبادی، صدرالسادات و نژادنادری (۱۳۸۷) اختلالات روانی و کیفیت زندگی چهار گروه مردان معتاد مبتلا به ایدز، معتاد نامبتلا به ایدز، غیرمعتاد مبتلا به ایدز، و سالم را مقایسه کردند. یافته‌های پژوهش نشان داد که در مقایسه با افراد سالم، افراد معتاد غیرمبتلا به ایدز، افراد معتاد مبتلا به ایدز، افراد معتاد مبتلا به ایدز، افراد معتاد غیرمبتلا به ایدز، و سالم را مقایسه کردند. نمرات پایین‌تری در پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) به دست آوردند. حیدری، امیرزرگر، فرهادی‌نسب و محجوب (۱۳۸۲) ویژگی‌های شخصیتی معتادان به مواد مخدر را با افراد غیرمعتاد مقایسه کردند. نتیجه پژوهش آن‌ها این مسأله را مشخص کرد که افراد معتاد در مقایسه با جمعیت عادی در کلیه مقیاس‌های بالینی آزمون ام. ام. پی. آی^۱ نمرات

بالاتری داشته‌اند و این تفاوت‌ها از نظر آماری معنادار بوده است. تحقیق زینالی و همکاران (۱۳۸۶) نشان داد که زمینه‌های پیش‌اعتیادی معتادان (خصوصیات شخصیتی، روابط خانوادگی، شیوه زندگی و عقاید) به طور معناداری متفاوت با افراد سالم است. مرور ادبیاتی پژوهش‌های گذشته نشان می‌دهد که خانواده به عنوان اساسی‌ترین بنیان تشکیل‌دهنده زمینه‌های پیش‌اعتیادی محسوب می‌گردد که اقدامات پیش‌گیرانه باید در قالب آموزش زندگی خانواده، آموزش مهارت‌های زندگی، آموزش شیوه‌های تربیتی و غیره از درون نظام خانواده قبل از آن که نوجوان مستعد مصرف مواد گردد، آغاز شود (زینالی و همکاران، ۱۳۸۶). ماهیت سیستمی خانواده‌ها ایجاب می‌کند که کل اعضای خانواده خدمات و حمایت دریافت کنند (فرگوسن^۱، ۲۰۰۹). لذا شناسایی نحوه عملکرد خانواده و کیفیت زندگی در معتادان و مقایسه آن با افراد غیر معتاد می‌تواند شناخت علمی‌تری از موضوع را فراهم آورده و موجبات پیشگیری و همچنین پرهیز از اعتیاد را فراهم کند. بنابراین، هدف اصلی پژوهش حاضر مشخص کردن رابطه عملکرد خانواده و کیفیت زندگی و مقایسه آن در بین افراد معتاد و غیر معتاد است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش تحقیق حاضر از نوع پس‌رویدادی است. جامعه تحقیق شامل کلیه معتادان مرد شهر کرج در بهار سال ۱۳۹۰ است که برای ترک اعتیاد در ۹ اردوگاه این شهر سکونت داشتند. نمونه مورد مطالعه ۱۰۷ نفر از افراد معتاد و ۱۰۷ نفر افراد غیر معتاد بودند. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی بود به این صورت که ابتدا از ۹ اردوگاه ۴ اردوگاه به طور تصادفی انتخاب شد. سپس از این اردوگاه‌ها ۱۰۷ نفر انتخاب شدند. لازم به ذکر است که پرسشنامه روی ۱۱۵ نفر اجرا شد که ۸ مورد از آن‌ها به علت ناقص بودن از تحلیل نهایی کنار گذاشته شدند. دامنه سنی گروه مورد مطالعه بین ۴۵-۱۹ سال و از نظر تحصیلات از ابتدایی تا لیسانس بودند. گروه مقایسه نیز از بین افراد غیر معتاد که از لحاظ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مانند سن و تحصیلات با گروه معتاد هم‌تا شده بودند، انتخاب گردید.

ابزار

۱. پرسشنامه سنجش خانواده^۱: این پرسشنامه دارای ۶۰ سوال است که برای سنجش کارکرد خانواده توسط اپشتاین^۲، بالدوین^۳ و بیشاب^۴ در سال ۱۹۸۳ بر مبنای الگوی مک^۵ مستر^۵ تدوین شده است. به هر یک از جمله‌ها نمره‌ای بین یک تا چهار تعلق می‌گیرد. نحوه نمره گذاری برای جمله‌های منفی کاملاً موافقم (۴)، موافقم (۳)، مخالفم (۲)، کاملاً مخالفم (۱) است. جمله‌های مثبت به طور معکوس نمره گذاری می‌شوند. نمره زیاد در این پرسشنامه نشان‌دهنده ناکارایی خانواده است. زاده محمدی و ملک خسروی (۱۳۸۵) ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۹۴ و برای خرده مقیاس‌های کارکرد کلی ۰/۷۸، حل مسأله ۰/۷۲، ارتباط ۰/۷۰، نقش‌ها ۰/۷۱، همراهی عاطفی ۰/۷۳، کنترل رفتار ۰/۶۶ و آمیزش عاطفی ۰/۷۱ گزارش کرده‌اند. در تحقیق حاضر آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه عملکرد خانواده ۰/۹۲ بدست آمد.

۲. پرسشنامه کیفیت زندگی: این پرسشنامه یکی از ابزارهای معتبر برای ارزیابی کیفیت زندگی است که دارای ۳۶ گویه است و وضعیت سلامت را در ۸ بعد اندازه گیری می‌کند. در تحقیق حاضر از نمره کل پرسشنامه استفاده شده است. این پرسشنامه دارای سوالات ۳، ۵ و ۶ گزینه‌ای است. نمره گذاری سوالات سه گزینه‌ای به صورت ۰، ۵۰، ۱۰۰ و سوالات پنج گزینه‌ای به صورت ۰، ۲۵، ۵۰، ۷۵، ۱۰۰، و سوالات شش گزینه‌ای به صورت ۰، ۱۰۰، ۸۰، ۶۰، ۴۰، ۲۰، ۰ انجام می‌گیرد. معتمد، آیت‌اللهی، زارع و صادقی (۱۳۸۰) همبستگی درونی پرسشنامه را ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند.

یافته‌ها

برای بررسی تفاوت میانگین نمرات در عملکرد خانواده و زیر مقیاس‌های آن در دو گروه معناد و عادی از آزمون t برای دو گروه مستقل به شرح ذیل استفاده شد.

1. Family Assessment Device
2. Epstein
3. Baldwin
4. Bishop
5. Mc-Master

جدول ۱: آماره های توصیفی و نتایج آزمون t برای مقایسه عملکرد خانواده و ابعاد آن در افراد معتاد و غیر معتاد

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد تفاوت	درجات آزادی	t	سطح معناداری																																																																														
عملکرد خانواده	معتاد	۱۴۴/۹۶	۱۷/۴۹	۲۲/۴۷	۲/۹۲	۲۱۲	۷/۶۸۱	۰/۰۰۰۵																																																																														
	عادی	۱۲۲/۴۹	۲۴/۶۸						حل مسأله	معتاد	۱۲/۶۳	۲/۷۹	۱/۱۵	۰/۳۸	۲۱۲	۳/۰۱۴	۰/۰۰۳	عادی	۱۱/۴۹	۲/۷۷	ارتباط	معتاد	۱۴/۰۸	۲/۸۰	۲/۵۷	۰/۳۹	۲۱۲	۶/۵۷۹	۰/۰۰۰۵	عادی	۱۱/۵۱	۲/۹۰	نقش‌ها	معتاد	۲۲/۵۶	۳/۱۳	۲/۳۷	۰/۵۰	۲۱۲	۴/۷۷۲	۰/۰۰۰۵	عادی	۲۰/۱۹	۴/۰۷	همراهی عاطفی	معتاد	۱۹/۷۳	۳/۵۲	۳/۱۲	۰/۵۱	۲۱۲	۶/۱۶۲	۰/۰۰۰۵	عادی	۱۶/۶۱	۳/۸۷	آمیزش عاطفی	معتاد	۲۰/۶۰	۴/۰۳	۳/۵۸	۰/۵۸	۲۱۲	۶/۱۵۰	۰/۰۰۰۵	عادی	۱۷/۰۲	۴/۴۶	کنترل رفتار	معتاد	۲۲/۲۷	۳/۶۶	۴/۳۱	۰/۵۴	۲۱۲	۷/۸۹۸	۰/۰۰۰۵	عادی	۱۷/۹۶	۴/۲۹	کارکرد کلی	معتاد	۳۰/۸۸	۴/۸۵	۵/۳۹	۰/۷۹
حل مسأله	معتاد	۱۲/۶۳	۲/۷۹	۱/۱۵	۰/۳۸	۲۱۲	۳/۰۱۴	۰/۰۰۳																																																																														
	عادی	۱۱/۴۹	۲/۷۷						ارتباط	معتاد	۱۴/۰۸	۲/۸۰	۲/۵۷	۰/۳۹	۲۱۲	۶/۵۷۹	۰/۰۰۰۵	عادی	۱۱/۵۱	۲/۹۰	نقش‌ها	معتاد	۲۲/۵۶	۳/۱۳	۲/۳۷	۰/۵۰	۲۱۲	۴/۷۷۲	۰/۰۰۰۵	عادی	۲۰/۱۹	۴/۰۷	همراهی عاطفی	معتاد	۱۹/۷۳	۳/۵۲	۳/۱۲	۰/۵۱	۲۱۲	۶/۱۶۲	۰/۰۰۰۵	عادی	۱۶/۶۱	۳/۸۷	آمیزش عاطفی	معتاد	۲۰/۶۰	۴/۰۳	۳/۵۸	۰/۵۸	۲۱۲	۶/۱۵۰	۰/۰۰۰۵	عادی	۱۷/۰۲	۴/۴۶	کنترل رفتار	معتاد	۲۲/۲۷	۳/۶۶	۴/۳۱	۰/۵۴	۲۱۲	۷/۸۹۸	۰/۰۰۰۵	عادی	۱۷/۹۶	۴/۲۹	کارکرد کلی	معتاد	۳۰/۸۸	۴/۸۵	۵/۳۹	۰/۷۹	۲۱۲	۶/۷۷۷	۰/۰۰۰۵	عادی	۲۵/۴۹	۶/۶۴						
ارتباط	معتاد	۱۴/۰۸	۲/۸۰	۲/۵۷	۰/۳۹	۲۱۲	۶/۵۷۹	۰/۰۰۰۵																																																																														
	عادی	۱۱/۵۱	۲/۹۰						نقش‌ها	معتاد	۲۲/۵۶	۳/۱۳	۲/۳۷	۰/۵۰	۲۱۲	۴/۷۷۲	۰/۰۰۰۵	عادی	۲۰/۱۹	۴/۰۷	همراهی عاطفی	معتاد	۱۹/۷۳	۳/۵۲	۳/۱۲	۰/۵۱	۲۱۲	۶/۱۶۲	۰/۰۰۰۵	عادی	۱۶/۶۱	۳/۸۷	آمیزش عاطفی	معتاد	۲۰/۶۰	۴/۰۳	۳/۵۸	۰/۵۸	۲۱۲	۶/۱۵۰	۰/۰۰۰۵	عادی	۱۷/۰۲	۴/۴۶	کنترل رفتار	معتاد	۲۲/۲۷	۳/۶۶	۴/۳۱	۰/۵۴	۲۱۲	۷/۸۹۸	۰/۰۰۰۵	عادی	۱۷/۹۶	۴/۲۹	کارکرد کلی	معتاد	۳۰/۸۸	۴/۸۵	۵/۳۹	۰/۷۹	۲۱۲	۶/۷۷۷	۰/۰۰۰۵	عادی	۲۵/۴۹	۶/۶۴																		
نقش‌ها	معتاد	۲۲/۵۶	۳/۱۳	۲/۳۷	۰/۵۰	۲۱۲	۴/۷۷۲	۰/۰۰۰۵																																																																														
	عادی	۲۰/۱۹	۴/۰۷						همراهی عاطفی	معتاد	۱۹/۷۳	۳/۵۲	۳/۱۲	۰/۵۱	۲۱۲	۶/۱۶۲	۰/۰۰۰۵	عادی	۱۶/۶۱	۳/۸۷	آمیزش عاطفی	معتاد	۲۰/۶۰	۴/۰۳	۳/۵۸	۰/۵۸	۲۱۲	۶/۱۵۰	۰/۰۰۰۵	عادی	۱۷/۰۲	۴/۴۶	کنترل رفتار	معتاد	۲۲/۲۷	۳/۶۶	۴/۳۱	۰/۵۴	۲۱۲	۷/۸۹۸	۰/۰۰۰۵	عادی	۱۷/۹۶	۴/۲۹	کارکرد کلی	معتاد	۳۰/۸۸	۴/۸۵	۵/۳۹	۰/۷۹	۲۱۲	۶/۷۷۷	۰/۰۰۰۵	عادی	۲۵/۴۹	۶/۶۴																														
همراهی عاطفی	معتاد	۱۹/۷۳	۳/۵۲	۳/۱۲	۰/۵۱	۲۱۲	۶/۱۶۲	۰/۰۰۰۵																																																																														
	عادی	۱۶/۶۱	۳/۸۷						آمیزش عاطفی	معتاد	۲۰/۶۰	۴/۰۳	۳/۵۸	۰/۵۸	۲۱۲	۶/۱۵۰	۰/۰۰۰۵	عادی	۱۷/۰۲	۴/۴۶	کنترل رفتار	معتاد	۲۲/۲۷	۳/۶۶	۴/۳۱	۰/۵۴	۲۱۲	۷/۸۹۸	۰/۰۰۰۵	عادی	۱۷/۹۶	۴/۲۹	کارکرد کلی	معتاد	۳۰/۸۸	۴/۸۵	۵/۳۹	۰/۷۹	۲۱۲	۶/۷۷۷	۰/۰۰۰۵	عادی	۲۵/۴۹	۶/۶۴																																										
آمیزش عاطفی	معتاد	۲۰/۶۰	۴/۰۳	۳/۵۸	۰/۵۸	۲۱۲	۶/۱۵۰	۰/۰۰۰۵																																																																														
	عادی	۱۷/۰۲	۴/۴۶						کنترل رفتار	معتاد	۲۲/۲۷	۳/۶۶	۴/۳۱	۰/۵۴	۲۱۲	۷/۸۹۸	۰/۰۰۰۵	عادی	۱۷/۹۶	۴/۲۹	کارکرد کلی	معتاد	۳۰/۸۸	۴/۸۵	۵/۳۹	۰/۷۹	۲۱۲	۶/۷۷۷	۰/۰۰۰۵	عادی	۲۵/۴۹	۶/۶۴																																																						
کنترل رفتار	معتاد	۲۲/۲۷	۳/۶۶	۴/۳۱	۰/۵۴	۲۱۲	۷/۸۹۸	۰/۰۰۰۵																																																																														
	عادی	۱۷/۹۶	۴/۲۹						کارکرد کلی	معتاد	۳۰/۸۸	۴/۸۵	۵/۳۹	۰/۷۹	۲۱۲	۶/۷۷۷	۰/۰۰۰۵	عادی	۲۵/۴۹	۶/۶۴																																																																		
کارکرد کلی	معتاد	۳۰/۸۸	۴/۸۵	۵/۳۹	۰/۷۹	۲۱۲	۶/۷۷۷	۰/۰۰۰۵																																																																														
	عادی	۲۵/۴۹	۶/۶۴																																																																																			

اطلاعات جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمرات افراد معتاد و غیر معتاد در تمامی ابعاد عملکرد خانواده متفاوت است و در تمام موارد میانگین نمرات افراد معتاد از افراد عادی بالاتر است. از طرفی نمره بیشتر در پرسشنامه عملکرد خانواده نشانه اختلال در عملکرد است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که افراد معتاد اختلال بیشتری در ابعاد عملکرد خانواده دارند.

برای بررسی تفاوت میانگین نمرات در افراد عادی و معتاد در کیفیت زندگی نیز از آزمون t برای دو گروه مستقل استفاده گردید.

جدول ۲: آماره های توصیفی و نتایج آزمون t برای مقایسه کیفیت زندگی و ابعاد آن در افراد معتاد و عادی

متغیرها	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد تفاوت‌ها	درجات آزادی	t	سطح معناداری
کیفیت زندگی	معتاد	۱۹۶۹/۵۸	۵۱۹/۲۴	-۷۳۵/۸۹	۶۹/۶۵	۲۱۲	-۱۰/۵۶۵	۰/۰۰۰۵
	عادی	۲۷۰۵/۴۷	۴۹۹/۵۴					
سلامت عمومی	معتاد	۱۱۳/۷۸	۵۱/۴۲	-۲۵/۹۳	۶/۶۵	۲۱۲	-۳/۹۰۰	۰/۰۰۰۵
	عادی	۱۳۹/۷۲	۴۵/۶۸					
محدودیت فعالیت	معتاد	۶۸۰/۳۷	۲۵۰/۴۵	-۲۱۱/۶۸	۲۹/۲۵	۲۱۲	-۷/۲۴۷	۰/۰۰۰۵
	عادی	۸۹۲/۰۶	۱۶۸/۷۹					
سلامت جسمانی	معتاد	۱۶۳/۳۲	۹۳/۵۶	-۱۱۰/۹۸	۱۲/۳۷	۲۱۲	-۸/۹۷۱	۰/۰۰۰۵
	عادی	۲۷۴/۳۰	۸۷/۳۱					
سلامت روانی	معتاد	۱۱۷/۷۶	۷۴/۶۱	-۷۵/۲۳	۱۰/۱۶	۲۱۲	-۷/۴۰۴	۰/۰۰۰۵
	عادی	۱۹۲/۹۹	۷۴/۰۳					
فعالیت‌های اجتماعی	معتاد	۹۸/۷۴۸	۴۶/۲۶	-۳۲/۱۰	۶/۶۹	۲۱۲	-۴/۷۹۹	۰/۰۰۰۵
	عادی	۱۳۰/۸۴	۵۱/۴۶					
درد	معتاد	۱۲۳/۵۵	۵۴/۸۳	-۴۲/۲۰	۶/۹۱	۲۱۲	-۶/۱۰۲	۰/۰۰۰۵
	عادی	۱۶۵/۷۵	۴۵/۹۵					
انرژی و احساسات روحی	معتاد	۵۱۲/۹۴	۱۹۳/۹۴	-۱۶۴/۸۹	۲۵/۶۳	۲۱۲	-۶/۴۳۱	۰/۰۰۰۵
	عادی	۶۷۷/۸۰	۱۸۰/۸۴					
سلامت کلی	معتاد	۲۱۳/۷۸	۷۲/۷۰	-۸۲/۹۴	۹/۴۵	۲۱۲	-۸/۷۷۷	۰/۰۰۰۵
	عادی	۲۹۶/۷۳	۶۵/۲۴					

اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات دو گروه در متغیر کیفیت زندگی و ابعاد آن معنادار بوده و در تمام موارد میانگین نمرات افراد عادی بالاتر از نمرات افراد معتاد است. بنابراین نتایج نشان می‌دهد کیفیت زندگی افراد معتاد پایین‌تر است. برای بررسی روابط بین عملکرد خانواده و زیر مقیاس‌های آن با کیفیت زندگی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده گردید که نتایج آن به تفکیک گروه در جدول ذیل گنجانده شده است.

جدول ۳: همبستگی عملکرد خانواده و ابعاد آن با کیفیت زندگی به تفکیک گروه

گروه	متغیرها	عملکرد خانواده	حل مسأله	ارتباط	نقش‌ها	همراهی عاطفی	آمیزش عاطفی	کنترل رفتار	عملکرد کلی
معتاد	کیفیت زندگی	۰/۲۹۱**	۰/۲۸۴**	۰/۳۱۱**	۰/۳۶۲**	۰/۲۲۲*	۰/۲۳۹*	۰/۲۱۲*	۰/۲۰۱*
عادی	کیفیت زندگی	۰/۳۸۲**	۰/۲۹۶**	۰/۳۲۲**	۰/۳۴۹**	۰/۲۵۰**	۰/۲۶۲**	۰/۴۱۳**	۰/۳۱۸**

** همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است. * همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است.

جدول ۳ نشان می‌دهد که رابطه عملکرد خانواده و تمامی ابعاد آن با کیفیت زندگی هم در افراد معتاد و هم در افراد غیر معتاد معنادار است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت بین عملکرد خانواده و ابعاد آن با کیفیت زندگی افراد معتاد و غیر معتاد رابطه معنادار وجود دارد. چون نمره بالا نشانگر اختلال در عملکرد خانواده است. لذا می‌توان گفت بین عملکرد خانواده و کیفیت زندگی رابطه معکوس وجود دارد. همچنین توجه به جدول ۳ و مقایسه همبستگی‌ها در دو گروه نشان می‌دهد که همبستگی بین همراهی عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی با کیفیت زندگی در افراد غیر معتاد قوی‌تر از افراد معتاد است. به منظور پیش بینی کیفیت زندگی افراد معتاد و غیر معتاد از روی ابعاد عملکرد خانواده از تحلیل رگرسیون گام با گام به شرح ذیل استفاده شد.

جدول ۴: خلاصه مدل رگرسیون کیفیت زندگی بر اساس ابعاد عملکرد خانواده به تفکیک گروه

گروه‌ها	متغیرها	R	ضریب تبیین	مجذور R	خطای استاندارد برآورد
معتاد	نقش‌ها	۰/۳۶۲	۰/۱۳۱	۰/۱۲۳	۴۸۶/۲۷
عادی	نقش‌ها، ارتباط	۰/۴۱۴	۰/۱۷۲	۰/۱۵۶	۴۷۷/۰۹
	کنترل رفتار	۰/۴۱۳	۰/۱۷۱	۰/۱۶۳	۴۵۷/۰۱

جدول ۴ نشان می‌دهد که در گام اول در گروه معتاد زیر مؤلفه نقش‌ها که همبستگی قوی‌تری با کیفیت زندگی داشته وارد معادله رگرسیون شده که ۱/۱۳٪ از کیفیت زندگی را تبیین نموده است. در گام دوم زیر مؤلفه ارتباط که بعد از نقش‌ها همبستگی قوی‌تری با کیفیت زندگی داشته وارد معادله رگرسیون شده و این دو متغیر با هم ۲/۱۷٪ از واریانس

کیفیت زندگی را تبیین می کنند. مؤلفه های حل مسأله، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کارکرد کلی و کنترل رفتار، در عین معنادار بودن چون همبستگی ضعیف تری با کیفیت زندگی داشته اند، قادر به پیش بینی نبوده و وارد معادله نشدند.

همچنین در افراد غیر معتاد در گام اول زیر مؤلفه کنترل رفتار که همبستگی قوی تری با کیفیت زندگی داشته وارد معادله رگرسیون شد و به تنهایی ۱۷/۱٪ از تغییرات کیفیت زندگی را تبیین می کند. ابعاد دیگر عملکرد خانواده قادر به پیش بینی نبوده اند و وارد معادله رگرسیون نشدند.

جدول ۵: ضرایب رگرسیون کیفیت زندگی براساس ابعاد عملکرد خانواده به تفکیک گروه

گروه ها	متغیرها	B	خطای استاندارد	Beta	t	سطح معناداری
معتاد	نقش ها	-۵۹/۹۳۱	۱۵/۰۵	-۰/۳۶۲	-۳/۹۸۳	۰/۰۰۰۵
	نقش ها،	-۵۱/۵۴۹	۱۵/۲۳	-۰/۳۱۱	-۳/۳۷۸	۰/۰۰۰۵
غیر معتاد	ارتباط	-۳۸/۴۹۱	۱۷/۰۸	-۰/۲۰۸	-۲/۲۵۳	۰/۰۲۶
	کنترل رفتار	-۴۸/۰۵۳	۱۰/۳۴	-۰/۴۱۳	-۴/۶۴۷	۰/۰۰۰۵

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مشخص کردن رابطه عملکرد خانواده و کیفیت زندگی و مقایسه آن در بین افراد معتاد و غیر معتاد انجام شد. نتایج نشان داد که بین ابعاد عملکرد خانواده و کیفیت زندگی در افراد معتاد و غیر معتاد رابطه وجود دارد. به این معنا که بین عملکرد مختل شده روابط خانوادگی و کیفیت زندگی فرزندان رابطه منفی وجود دارد. نتیجه پژوهش حاضر با نتایج تحقیق مشهدی زاده (۱۳۸۰) و لشگری (۱۳۸۳) هم خوانی دارد. این پژوهش ها رابطه کارایی خانواده و سلامت عمومی فرزندان را مورد مطالعه قرار دادند، و نشان دادند که کارکرد خانوادگی بهتر با سلامت روانی بهتر ارتباط دارد. همچنین نتیجه پژوهش حاضر با مطالعه رحیمی (۱۳۸۶) هماهنگ است، که رابطه الگوهای ارتباطی خانواده و کیفیت زندگی را مورد مطالعه قرار داد. یافته های پژوهش رحیمی مشخص کرد

که جهت گیری گفت و شنود خانوادگی پیش بینی کننده مثبت و معنادار و جهت گیری هم‌نوایی پیش‌بینی کننده منفی و معنادار کیفیت زندگی است.

هم‌چنین نتیجه پژوهش حاضر نشان داد که ابعاد عملکرد خانواده و ابعاد کیفیت زندگی در افراد معتاد و غیر معتاد متفاوت است. به این معنا که افراد معتاد در مقایسه با افراد عادی سلامت روانی پایینی را گزارش کردند. این یافته با نتایج پژوهش آقا و همکاران (۲۰۰۸) هم‌خوانی دارد، که نشان داد، تفاوت معناداری در مشکلات روان‌شناختی و عملکرد خانواده افراد معتاد و غیر معتاد وجود دارد. هم‌چنین نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های کتیبایی و همکاران (۱۳۸۹)، معلمی و همکاران (۱۳۸۹)، رئیسی و همکاران (۱۳۸۷) هماهنگ است. این تحقیقات نشان دادند که افراد معتاد نسبت به افراد غیر معتاد سلامت روانی پایین‌تری دارند. شمس اسفند آباد و نژاد نادری (۱۳۸۸) و امامی پور و همکاران (۱۳۸۷) نیز تفاوت معناداری در کیفیت زندگی افراد معتاد و غیر معتاد بدست آوردند که با نتیجه پژوهش حاضر همسو است. 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. سیارایت و همکاران (۱۹۹۱) 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 خانواده‌های معتاد بیش از خانواده‌های غیر معتاد 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 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 اعضا و تعاملات داخل خانواده بر اساس نزدیکی و صمیمیت و تفاهم بین افراد استوار است همه اعضا علیه فشارهای زندگی نسبتاً مقاوم و مصون هستند.

اعتیاد موضوعی نیست که به طور مقطعی و بدون شرایط و عوامل زمینه‌ساز ایجاد شده باشد. یافته‌های جدید بالینی نشان می‌دهد که در شکل‌گیری اعتیاد زمینه‌های رشدی ناسالم و استعداد و آمادگی برای اعتیاد نقش اساسی ایفا می‌کنند (زینالی و همکاران، ۱۳۸۶). 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، ارتباط مناسب و توأم با اعتماد در بین اعضا وجود ندارد، مرزهای بین اعضای خانواده روشن و واضح نیست، نقش‌ها و وظایف اعضا متناسب با سطح رشدی آن‌ها نیست، حل مسأله و مشکل به‌طور مناسب اتفاق نمی‌افتد، همراهی عاطفی وجود ندارد، تعارض‌ها به‌طور مناسب حل و فصل نمی‌شود و اینها همگی می‌توانند بستر مناسبی برای ابتلا به اعتیاد باشند.

بنابراین، با توجه به نتیجه پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود اقدام اساسی پیشگیری از اعتیاد از خانواده‌ها شروع شود. آموزش روش‌های برقراری ارتباط اثربخش در خانواده، شیوه‌های حل مسأله، حل تعارض، پاسخ‌گویی و درک احساسات و عواطف و شیوه‌های مناسب فرزند پروری می‌تواند موثر باشد. در اقدامات درمانی برای اعتیاد نیز 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 است. در یک نظام، هر قسمت، تمامی قسمت‌های دیگر را تحت تأثیر قرار می‌دهد و از آن‌ها تأثیر می‌پذیرد. در صورتی که درمان فرد معتاد بدون تغییر در نظام خانواده صورت گیرد، احتمال بازگشت زیاد خواهد بود. چون فرض بر این است که نظام خانواده در ابتلای فرد به اعتیاد نقش مهمی داشته است و اگر فرد به همان خانواده با عملکردهای قبلی برگردد تغییر وی دوام نخواهد آورد. لذا پیشگیری و درمان هر دو باید از خانواده شروع شود.

پژوهش حاضر با استفاده از پرسشنامه انجام گرفته و محدودیت تمامی پژوهش‌های پرسشنامه‌ای از جمله درجه اعتماد به پاسخ‌های آزمودنی‌ها را دارد.

منابع

- امامی‌پور، سوزان؛ شمس اسفندآبادی، حسن؛ صدرالسادات، سید جلال‌الدین؛ نژاد نادری، سمیرا (۱۳۸۷). مقایسه اختلالات روانی و کیفیت زندگی در چهار گروه مردان معتاد مبتلا به ایدز، معتاد غیر مبتلا به ایدز، غیر معتاد مبتلا به ایدز، و سالم. **مجله دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد**، ۱۰، ۷۷-۶۹.

حیدرینا، احمد؛ چرخیان، امیر (۱۳۸۶). کیفیت رابطه ولی - فرزندی نوجوانان دچار اعتیاد و نوجوانان عادی.

فصلنامه رفاه اجتماعی، ۲۵، ۵۷-۳۹.

حیدری پهلویان، احمد؛ امیرزرگر، محمدعلی؛ فرهادی‌نسب، عبدالله؛ محجوب، حسین (۱۳۸۲). بررسی مقایسه‌ای ویژگی‌های شخصیتی معتادان به مواد مخدر با افراد غیر معتاد ساکن همدان. **مجله علمی**

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، ۲، ۶۲-۵۵.

رحیمی، مهدی (۱۳۸۶). **بررسی الگوهای ارتباطی خانواده و کیفیت زندگی**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه شیراز.

ریسی، فاطمه؛ انیسی، جعفر؛ یزدی، سیدمنوره؛ زمانی، مریم؛ رشیدی، سمیه (۱۳۸۷). مقایسه سلامت روان و شیوه‌های فرزند پروری در بین افراد معتاد و غیر معتاد. **فصلنامه علوم رفتاری، ۱، ۴۱-۳۳.**

زاده محمدی، علی؛ ملک خسروی، غفار (۱۳۸۵). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی و اعتبار یابی مقیاس سنجش کارکرد خانواده. **فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۵، ۸۹-۶۹.**

زینالی، علی؛ وحدت، رقیه؛ حامدینیا، صفر (۱۳۸۶). بررسی زمینه‌های پیش‌اقتصادی معتادان و مقایسه آن با افراد سالم غیر معتاد. **فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی، ۳۳، ۱۶۸-۱۴۹.**

شمس اسفندآباد، حسن؛ نژاد نادری، سمیرا (۱۳۸۸). بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی و نگرش مذهبی در افراد معتاد و غیر معتاد شهر کرمان. **فصلنامه مطالعات روان‌شناختی، ۱، ۱۵۲-۱۳۹.**

طوفانی، حمید؛ جوان‌بخت، مریم (۱۳۸۱). مقایسه شیوه‌های مقابله‌ای و نگرش‌های ناسالم معتادان به مواد مخدر با گروه شاهد غیر معتاد. **فصلنامه اسرار، ۱، ۷۹-۷۰.**

کتیبایی، ژیلای؛ حمیدی، هوشنگ؛ یاریان، سجاده؛ قنبری، سعید؛ سید موسوی، پرینا سادات (۱۳۸۹). مقایسه کیفیت زندگی، تئیدگی و سلامت روان در معتادان مبتلا به ایدز، غیر معتادان مبتلا به ایدز و افراد سالم.

مجله علوم رفتاری، ۲، ۱۳۹-۱۳۵.

لشگری، منصوره (۱۳۸۳). **رابطه بین کارایی خانواده و سلامت عمومی فرزندان**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.

مشهدی‌زاده، محمد (۱۳۸۰). **بررسی رابطه بین کارایی خانواده و سلامت عمومی فرزندان در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی یاسوج**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه تربیت

معلم تهران.

معمد، نیلوفر؛ آیت‌اللهی، سید علیرضا؛ زارع، نجف؛ صادقی، علی (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه ۳۶ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی در کارکنان دانشکده پزشکی شیراز. **مجله علمی**

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان، ۳۸، ۴۶-۳۸.

مقایسه ابعاد عملکرد خانواده و کیفیت زندگی و رابطه این متغیرها در بین افراد معتاد و غیر معتاد...

معلمی، صدیقه؛ رقیبی، مهوش؛ سالاری درگی، زهره (۱۳۸۹). مقایسه هوش معنوی و سلامت روان افراد معتاد و غیر معتاد. **مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد**، ۳، ۲۴۲-۲۳۵.

Agha, S., Zia, H., Irfan, S., (2008). Psychological problems and family functioning as risk factors in addiction, **J Ayub Med Coll Abbottabad**, 20(3)<http://www.ayubmed.eu.pk/jamc/past/sajida.pdf>, retrieved on April, 12, 2011.

Christine, M. (2005). **The family and drug addiction**. United nations office on Drugs and crime, Ministry of Social Justice and Empowerment

Ferguson, P. L. (2009). **Family dynamics of addiction-family systems can work or against your recovery**. <http://www.peggyfergusen.com>, retrieved on April, 12, 2011.

Miller, I. W., McDermt, W., Coop Gordon, K., Keitner, G. I., Ryan, C. E., Norman, W. (2002). **Personality and family functioning in families of depressed patients**. Department of psychiatry and Human Behavior, Brown University, USA.

Searight, H. R., Manley, C. M., Binder, A. F., Krohn, E., Rogers, B. J., Russo, J. R. (1991). The families of origin of adolescent drug abusers: Perceived autonomy and intimacy. **Contemporary Family Therapy**, 13, 71-81.

Silburn, S., Zubrick S., De Maio, J., Shepherd, C., Griffin, J., Mitrou, F. (2006). **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

Walker, R., Shepherd, C. (2006). **Strengthening aboriginal family functioning: what works and why?** Telethon institute for child health research.

Yen, J., Chen, C. C., Chen, S. H. (2007). Family factors of internet addiction and substance use experience in Taiwanese adolescents. **Cyber Psychology & Behavior**, 10, 323-327.