تاثیر عملکرد خانواده در وابستگی جوانان به مواد مخدر صنعتی

مهدی میرزایی علویجه[۱]، مصطفی نصیرزاده[۲]، احمد علی اسلامی*[۳]، غلام رضا شریفی راد[۴]، اکبر حسن زاده[۵]

۱- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد.

۲- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان
mnasirzadeh13@yahoo.com

۳- استادیار آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان. *(نویسنده مسئول).

۴- استاد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان.

۵- مربی گروه آما و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان.

دریافت: ۹۲/۶/۳۱
پذیرش: ۹۲/۱۰/۷

چکیده

مقدمه: سوء مصرف مواد به عنوان یک پدیدهٔ اجتماعی و از مشکلات سلامتی عصر حاضر می‌باشد. افزایش روز افزون وابستگی به مواد را می‌توان در روابط فرد با خانواده جستجو کرد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر عملکرد خانواده در وابستگی جوانان به مواد مخدر صنعتی مبتنی بر الگوی عملکرد خانواده مک مستر انجام شد.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه مقطعی می‌باشد که در دو گروه از جوانان مذکر شهر اصفهان شامل ۱۸۳ نفر وابسته به مواد مخدر صنعتی و ۲۰۷ نفر غیر وابسته به مواد مخدر صنعتی انجام گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه جمعیت شناختی و زمینه‌ای با چهارده سوال و پرسشنامه استاندارد ارزیابی عملکرد خانواده[۱] با ۶۰ گویه در هفت حیطه بود. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS-18 و آزمون‌های آماری نظیر آنالیز واریانس یک طرفه و تی تست مستقل در سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد آزمون قرار گرفتند.

یافته‌ها: عملکرد خانواده گروه وابسته به مواد مخدر در همه حیطه‌ها شامل عملکرد کلی، ارتباطات، آمیختگی عاطفی، ایفای نقش، حل مسئله، همراهی عاطفی و کنترل رفتار، به شکل معنی داری نامناسب‌تراز گروه دیگر بود. در گروه وابسته، موارد ارکان متزلزل زندگی، سطح تحصیلات پایین نمونه‌های تحقیق و والدین، سطح زندگی پایین، وجود پدر و برادر معتاد و شیوع مصرف مواد مخدر در دوستان به شکل معنی داری بیشتر از گروه غیر وابسته بود. بیشترین ماده مخدر صنعتی مصرفی در گروه وابسته، شیشه بود.

نتیجه‌گیری: عملکرد خانواده در دو گروه متفاوت بود. بنابراین می توان نتیجه گرفت عملکرد خانواده در گرایش جوانان به مواد مخدر صنعتی نقش دارد.

واژه‌های کلیدی: اعتیاد، جوان، مواد مخدر صنعتی، الگوی عملکرد خانواده مک مستر.

1. FAD

Downloaded from journal.ihepsa.ir at 19:01 +0430 on Thursday April 2nd 2020
[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-07]

Influence of Family Function about Youth Dependence to Synthetic Drugs

Abstract

Background: drug abuse considered as a social phenomenon at present and health problems. Increasing rate of dependence drugs can be investigated in relationships among family and person. The present study was performed with aim to determine influence of family function about youth dependence synthetic drugs based on Mc Master Model of Family Function.

Methods: This research was a Cross sectional study that performed among two groups youth of Esfahan city include; 183 dependent and 207 non dependent drugs. Data collections were; fourteen demographic questions and Family Assessment Device (FAD) standard questionnaire. Data were analyzed by spss-18 with descriptive and analytic statistics such as ANOVA and independent t-test.

Results: All domains of family functioning in dependent communication, roles, affective;group included responsiveness, affective involvement, behavior control and general functioning was more inappropriate significantly. In dependent group, inappropriate foundations of life, low level of their education and parents, lower living standards, father and brother addicted and high the prevalence of drug use among friends were significantly more than nondependent group. Highest substance abused in depends group was methamphetamine.

Conclusion: Family functioning in the two groups was different. So we can suggest Family functioning had role in young people tendency to synthetic drugs.

Keywords: Addiction, Youth, Synthetic Drugs, Mc Master Model of Family Function.

1-Mirzaei Alavijeh M- MSc, Health education, Department of Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences-Yazd, Iran.

2-Nasirzadeh M- MSc student, Health education, Department of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)
mnasirzadeh13@yahoo.com

3- Eslami AA- Assistant Professor of Health Education, Department of Health, Isfahan University of Medical, Isfahan, Iran.

4- Sharifirad GH- Professor of Health Education, Department of Health, Isfahan University of Medical, Isfahan, Iran.

5- Hasanzadeh A- Instructor in Biostatistics, Department of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Received: 22 September 2013
Accepted: 28 December 2013

Downloaded from journal.ihepsa.ir at 19:01 +0430 on Thursday April 2nd 2020
[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-07]

مقدمه

سوء مصرف مواد، به عنوان یک پدیدهٔ اجتماعی و از مشکلات سلامتی عصر حاضر به خصوص در گروه سنی ۱۸-۲۹ سال بوده و میزان بالایی از مرگ‌های زودرس را باعث می‌شود (۱و۲). آنچه امروزه در کشور ما تامل بیشتری را می‌طلبد تغییر گرایش جوانان از مواد مخدر سنتی همچون تریاک و حشیش به سمت مواد مخدر صنعتی نظیر اکستازی، شیشه و کراک است (۳). هر چند که میزان شیوع مصرف مواد مخدر صنعتی متفاوت گزارش گردیده ولی آنچه امروزه اهمیت بیشتری پیدا نموده، شروع مصرف زودرس در اوایل نوجوانی و حتی کمتر از آن می‌باشد (۸-۴).

نتیجه یک پژوهش میزان شیوع مصرف مواد محرک و کراک در بین جوانان و نوجوانان آمریکایی را به ترتیب ۶/۸۹ و ۶/۷۳ درصد گزارش نموده است (۹). در کشور ایران، آمارهای متفاوتی برای مصرف مواد روانگردان ذکر شده، به عنوان مثال میزان شیوع مصرف اکستازی در میان دانش آموزان شهر رشت ۰/۷ درصد و میزان شیوع مصرف مواد روانگردان در بین دانش آموزان شیرازی ۲/۲ درصد گزارش شده است (۱۰)، اله وردی پور و همکاران میزان شیوع مصرف ال‌اس‌دی در میان وابستگان به مواد را ۴/۸ درصد گزارش نموده اند (۱۱) و بارونی و همکاران میزان شیوع مصرف اکستازی را در جوانان تهرانی ۱۸/۵ درصد گزارش نموده اند (۱۲).

گرایش به سوء مصرف مواد مخدر صنعتی نیز همانند سایر پدیده‌های اجتماعی تک علتی نیست بلکه مجموعه عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی نیز بر این گرایش تاثیر دارند (۳). در این راستا بدون شک خانواده نقش اساسی در پرورش و تربیت را فرزندان دارد،این امر نه تنها در رشد جسمی، بلکه رشد روانی، اجتماعی و معنوی فرزندان نیز تاثیر گذار است. پژوهش‌ها، خانواده را به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل در پیشگیری و یا ایجاد کننده گرایش فرزندان به سمت مواد مخدر برشمرده‌اند (۱۴و۱۳). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که احتمال گرایش به سمت مواد در فرزندان دارای پدر و مادر معتاد که کمتر از سوی والدین هدایت و نظارت می‌شوند (۱۷-۱۴) و مذکر هستند بسیار بالاتر از دیگران است (۱۸و۴). هم چنین فرزندان خانواده‌هایی که دارای درآمد کمتری هستند بیشتر به مواد روی می‌آورند (۱).

مطالعات مختلف مواردی نظیر ترغیب دوستان و همنوایی با آنان، اختلال در فرایند جامعه پذیری، ضعف کنترل و نظارت‌های رسمی و غیر رسمی، اعتیاد سایر اعضای خانواده، رهایی از فشارهای اجتماعی، جهان بینی مصرف کننده مواد نسبت به مواد مخدر و زندگی، ضعف در قدرت ابراز وجود و تصمیم گیری، حس کنجکاوی و بی اطلاعی از عوارض سوء مصرف مواد (۳)، اعتماد به نفس پایین (۱۹) ضعف درخود کنترلی و اندوه از شکست (۱۳) وجود نگرش‌های مثبت، نسبت به مصرف مواد (۲۱و۲۰) را در پیش بینی مصرف مواد موثر دانسته‌اند. لذا افزایش روزافزون اعتیاد به عنوان یکی از مهم‌ترین مشکلات جامعه امروزی را می‌توان در روابط فرد با خانواده جستجو کرد (۱۱). هرگاه الگوهای رفتاری خانواده برای رسیدن به اهداف سودمند باشد عملکرد خانواده کارآمد و در غیر این صورت ناکارآمد است (۲۳و۲۲).

ذکر این نکته ضروری است که برای ارزیابی عملکردهای خانواده نیاز به یک ابزار دقیق و با حداقل خطا وجود دارد تا بتواند در کم‌ترین زمان ابعاد مختلف عملکرد خانواده را تشخیص دهد؛ بدین منظور از ابزارهای گوناگونی استفاده می‌شود . یکی از معتبرترین آن‌ها که در دیگر کشورها نیز استفاده می‌شود، مقیاس ارزیابی عملکرد خانواده مبتنی بر مدل مک مستر[1] است (۲۴). تحقیق بر روی عملکرد خانواده مبتنی بر مدل مک مستر) از دهه ۱۹۵۰ میلادی در دانشگاه مک گیل شهر مونترال کانادا تحت سرپرستی اپستین با تمرکز بر دو موضوع خانواده‌های غیر بالینی (منظور آن است که هیچ بیماری روانی مشخصی وجود ندارند، هرچند خانواده سالم باشد یا نباشد) و بالینی آغاز شد و همراه با آن پرسشنامه ارزیابی عملکرد خانواده تدوین گردید(۳۳-۲۵). پرسشنامه نامبرده، عملکرد خانواده را در شش حیطه اندازگیری می‌کند، هر حیطه پیوستاری از کارایی تا ناکارآیی است و هر یک به دو طبقه مجزای ابزاری و عاطفی تقسیم می‌شود، که در ذیل به آن‌ها اشاره شده است:

1-Mc Master Model of Family Function, MMFF
2-Family Assessment Device,FDA

Downloaded from journal.ihepsa.ir at 19:01 +0430 on Thursday April 2nd 2020
[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-07]

۱- حل مسئله: مشکلات خانواده به دو دسته تقسیم می‌شود ابزاری (پول، غذا، پوشاک، خانه) و عاطفی (عصبانیت یا افسردگی).
خانواده با مشکلات ابزاری بهتر از مشکلات عاطفی برخورد می‌کند، مشکلات عاطفی ریشه در مشکلات ابزاری دارد. مشکلات خانواده می‌تواند عملکرد و ثبات خانواده را تهدید کند در این حالت ممکن است خانواده در حل مشکل ناتوان شود.

۲- ارتباطات: به معنای تغییر و تبادل اطلاعات میان اعضاء خانواده است و شامل دو حیطه عاطفی (خصوصا رفتار کلامی) و غیر کلامی می‌باشد. طبق این مدل چهار سبک ارتباطی شامل روشن و مستقیم، روشن و غیر مستقیم، مبهم و مستقیم و مبهم و غیر مستقیم وجود دارد.

۳- ایفای نقش: مربوط به الگوهای رفتاری کل خانواده شامل پنج گروه الف: منابع: مثل پول، غذا، ب: پرورش و حمایت مثل راحتی، اعتماد، ج: رشد شخصی: مثل رشد فیزیکی، عاطفی، د: نگهداری و مدیریت سیستم خانوادگی: مثل عملکردهای تصمیم گیری، کنترل رفتار، امور مالی، خشنودی جنسی بزرگسالان: مثل رضایت زناشویی می‌باشد.

۴- واکنش‌های عاطفی: منظور توانایی پاسخ به محرک‌ها با کیفیت و فراوانی مناسب می‌باشد و شامل دو دسته هیجانات آرام مثل عواطف، گرمی، تمایل، عشق، شادی، لذت، دلداری و هیجانات ناخوشایند (فوری)مانند عصبانیت، ترس، اضطراب، نگرانی، ناامیدی و افسردگی می‌شود.

۵- آمیختگی عاطفی: چگونگی در میان گذاردن علائق و خواسته‌های اعضاء خانواده با یکدیگر است و دارای دامنه‌ای از عدم وجود تا بی نهایت می‌باشد که سلامتی در وسط این طیف قرار دارد.

۶- کنترل رفتار: روشی است که خانواده برای مهار رفتار اعضایش به کار می‌برد و شامل چهار سبک کنترل سخت گیرانه، کنترل منعطف، کنترل با عدم مداخله و کنترل بی نظم و هرج و مرج می‌باشد.

۷- عملکرد کلی: این حیطه عملکرد کلی خانواده (مجموع ابعاد) را بررسی می‌کند (۳۱).

با توجه به موارد مطرح شده و اهمیت سنجش نوع عملکرد خانواده و ارتباط آن با مصرف مواد مخدر صنعتی در جوانان و اهمیت به کارگیری یک الگوی شناخته شده و معتبر جهت شناخت و تبین این ارتباط، مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر عملکرد خانواده در وابستگی جوانان ۲۹-۱۸ ساله به مواد مخدر صنعتی مبتنی بر الگوی عملکرد خانواده مک مستر انجام شد.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه مقایسه‌ای مقطعی می‌باشد که در ۵۰۰ نفر از جوانان مذکر وابسته و غیر وابسته به مواد مخدر صنعتی، در شهر اصفهان که به صورت تصادفی انتخاب شدند، انجام گرفت. حجم نمونه لازم برای هر گروه با توجه به نتیجه پیش مطالعه، در سطح معنی داری (آلفا) ۵ درصد و با در نظر گرفتن میزان خطای یک واحد، به تعداد حداقل ۱۷۲ نفر برای هر گروه محاسبه شد، جهت اطمینان بیشتر ۲۵۰ نفر در هر گروه وارد مطالعه شدند.
نمونه گیری به صورت خوشه‌ای در گروه غیر وابسته از میان جوانان غیر وابسته و در گروه وابسته ازمیان وابستگان به مواد مخدر صنعتی مراجعه کننده به کمپ‌های ترک اعتیاد شهر اصفهان انجام گرفت. جهت نمونه گیری، پس از هماهنگی با دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و کسب موافقت نامه کتبی ازکمیته پژوهشی و کمیته اخلاق و با مراجعه به اداره کل بهزیستی شهر اصفهان، لیست کمپ‌های موجود در پنج نقطه شهر (شامل پنج نقطه جغرافیایی شمال، جنوب، مرکز، غرب و شرق شهر اصفهان) تهیه و از هر منطقه یک کمپ به صورت تصادفی انتخاب گردید و در نهایت با حذف پرسشنامه‌های ناقص (به علت عدم پاسخگویی کامل از طرف شرکت کنندگان) ۱۸۳ پرسشنامه در گروه وابسته و تعداد ۲۰۷ پرسشنامه در گروه غیروابسته مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.
معیار ورود به مطالعه جوانان غیر وابسته شامل؛ عدم سابقه مصرف مواد مخدر صنعتی (تشخیص اینکه فرد به مواد مخدر صنعتی وابسته نباشد صرفا اطمینان به خوداظهاری افراد بود)، داشتن دامنه سنی بین ۱۸ تا ۲۹ سال، ساکن

Downloaded from journal.ihepsa.ir at 19:01 +0430 on Thursday April 2nd 2020
[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-07]

شهر اصفهان بودن و رضایت جهت شرکت در مطالعه بود. معیار ورود به مطالعه جوانان وابسته شامل داشتن سابقه مصرف مواد مخدر صنعتی، داشتن دامنه سنی بین ۱۸ تا ۲۹ سال، ساکن شهر اصفهان بودن و رضایت جهت شرکت در مطالعه بود. ابزار گردآوری اطلاعات علاوه بر قسمت جمعیت شناختی، پرسشنامه استاندارد ارزیابی عملکرد خانواده بود.

بخش جمعیت شناختی از چهارده سوال تشکیل شده بود که وضعیت شرکت کنندگان را در خصوص سن (بر حسب سال)، وضعیت تاهل (متاهل، مجرد، جدا شده)، وضعیت تحصیلات (بی سواد، ابتدایی، سیکل و دیپلم، فوق دیپلم و لیسانس، فوق لیسانس و بالاتر)، وضعیت تامین درآمد (خود، خانواده)، وضعیت سطح درآمد (خوب، تاحدودی خوب، متوسط، کم)، وضعیت تحصیلات والدین (بی سواد، ابتدایی، سیکل و دیپلم، فوق دیپلم و لیسانس، فوق لیسانس و بالاتر)، وضعیت سطح زندگی (خوب، تا حدودی خوب، متوسط، ضعیف)، وضعیت تعداد افراد خانواده پدر و مادر، وضعیت خانوادگی (در قید حیات بودن و نبودن پدر و مادر و وجود طلاق درآن‌ها)، نوع مواد مخدر مصرف شده، نحوه آشنایی با مواد مخدر (دوستان، همکلاسی، خانواده، ماهواره، تلویزیون و جراید)، سابقه مصرف مواد مخدر در بین اعضاء خانواده (بلی، خیر) مورد ارزیابی قرار می‌داد.

پرسشنامه عملکرد خانواده دارای ۶۰ گویه است که بر اساس نظریه مک مستر تدوین شده است (۳۱). مقیاس پاسخ دهی به این پرسشنامه براساس لیکرت چهار قسمتی از کاملاً موافق (نمره یک) تا کاملاً مخالف (نمره چهار) و دامنه نمره ۱ تا ۴ برای هر گویه و ۶۰ تا ۲۴۰ برای کل ابزار می‌باشد.

این ابزار از هفت حیطه، ارتباط با نه گویه (۳-۱۴-۱۸-۲۲-۲۹-۳۵-۴۳-۵۲-۵۹) دامنه نمره ۳۶-۹، آمیختگی عاطفی با هفت گویه (۵-۱۳-۲۵-۳۲-۳۷-۴۲-۵۴) دامنه نمره ۲۸-۷، ایفای نقش با یازده گویه (۴-۸-۱۰-۱۵-۲۳-۳۰-۳۴-۴۰-۴۵-۵۳-۵۸) دامنه نمره ۴۴-۱۱، عملکرد کلی با دوازده گویه (۱-۶-۱۱-۱۶-۲۱-۲۶-۳۱-۳۶-۴۱-۴۶-۵۱-۵۶) دامنه نمره ۴۸-۱۲، حل مشکل با شش گویه (۲-۱۲-۲۴- ۳۸-۵۰-۶۰) دامنه نمره ۲۴-۶، همراهی عاطفی با شش گویه (۹-۱۹-۲۸-۳۹-۴۹-۵۷) دامنه نمره ۲۴-۶ و کنترل رفتار با نه گویه (۷-۱۷-۲۰-۲۷-۳۲-۴۴-۴۷-۴۸-۵۵) و دامنه نمره ۳۶-۹ تشکیل می‌شود که میزان کارآمدی خانواده را می‌سنجند، در نتیجه نمرات بالاتر نشان دهنده عملکرد ضعیف‌تر خانواده و نمرات کمتر نشان دهنده عملکرد بهتر خانواده است. در این پرسشنامه گویه‌هایی که نشان دهنده عملکرد ناکارآمدند (۱-۴-۵-۷-۸-۹-۱۱-۱۳-۱۴-۱۵-۱۷-۱۹-۲۱-۲۲-۲۳-۲۵-۲۷-۲۸-۳۱-۳۳-۳۴-۳۵-۳۷-۳۹-۴۱-۴۲-۴۴-۴۵-۴۷-۴۸-۵۱-۵۲-۵۳-۵۴-۵۸) نمره معکوس می‌گیرند.

نسخه ابتدایی این پرسشنامه دارای ۵۳ گویه بوده که در نسخه جدید هفت گویه در خرده مقیاس‌های ارتباط، ایفای نقش و حل مشکل جهت بالا بردن روایی ابزار توسط مبدع مدل اضافه شده است(۳۱) .

در مطالعه حاضر از نسخه ۶۰ گویه ای بهره گرفته شده،روایی و پایایی این ابزار در مطالعات خارج از کشور به اثبات رسیده (۳۳و۳۲) و در ایران نیز توسط زاده محمدی هنجار یابی شده است و ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس‌ها ۰/۹۴ بوده است (۲۳). همچنین یوسفی نیز به بررسی روایی و پایایی و تایید علمی آن پرداخته، ضمن تایید روایی و برازش پرسشنامه پایایی هر یک از حیطه‌های؛ ارتباط (۰/۸۷)، آمیختگی عاطفی (۰/۸۹)، ایفای نقش (۰/۸۷)، عملکرد کلی (۰/۸۲)، حل مشکل (۰/۸۶) و همراهی عاطفی (۰/۸۱) و پایایی کل پرسشنامه را (۰/۸۳) ذکر نموده است. در این ابزار حیطه آمیختگی عاطفی بیشترین مشارکت و حیطه ایفای نقش کم‌ترین مشارکت را در تبین واریانس برعهده داشت و میزان واریانس مشترک بین هفت حیطه ۲۰/۳۶ درصد بود (۲۴).

همچنین به منظور رعایت اخلاق در پژوهش کلیه شرکت کنندگان در زمینه چگونگی انجام مطالعه، محرمانه ماندن اطلاعات و همچنین هدف از انجام مطالعه توجیه شده و تمامی آنان با تمایل وارد مطالعه شدند. در پایان داده‌های جمع آوری شده توسط نرم افزار آماری SPSS ویرایش هجدهم با بهره گیری آمار توصیفی و آزمون‌های تحلیلی نظیر همبستگی، آنالیز واریانس یک طرفه و تی تست مستقل در سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد آزمون قرار گرفتند.

یافته‌ها

میانگین سن شرکت کنندگان ۳/۲۹±۲۵/۰۴ با محدوده ۲۹-۱۸ سال، ۳۲/۱ درصد متاهل، ۶۴/۶ درصد مجرد و ۳/۳

Downloaded from journal.ihepsa.ir at 19:01 +0430 on Thursday April 2nd 2020
[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-07]

درصد از همسر خود جدا شده بودند. سطح تحصیلات افراد وابسته پایین‌تر از نوجوانان غیر وابسته بود (p<۰/۰۰۱). سطح تحصیلات پدران و مادران نوجوانان وابسته، پایین‌تر از نوجوانان غیر وابسته بود (p<۰/۰۰۱). گروه وابسته سطح زندگی خود را پایین‌تر از گروه غیر وابسته درک کرده بودند (p<۰/۰۰۱) (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی و زمینه‌ای در دو گروه شرکت کننده در مطالعه

سطح تحصیلات		بی سواد		ابتدایی		دیپلم		فوق دیپلم		لیسانس و بالاتر		معنی داری
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
شرکت‌کنندگان	وابسته	۷	۳/۸	۶۴	۳۵/۲	۸۳	۴۵/۶	۱۷	۹/۳	۱۱	۶	<۰/۰۰۱
	غیر وابسته	۴	۱/۹	۷	۳/۴	۱۰۲	۴۹/۵	۳۷	۱۸	۵۶	۲۷/۲	
پدران	وابسته	۵۴	۲۹/۵	۶۵	۳۵/۵	۵۴	۲۹/۵	۸	۴/۴	۲	۱/۱	<۰/۰۰۱
	غیر وابسته	۳۶	۱۷/۴	۶۱	۲۹/۵	۷۹	۳۸/۲	۲۶	۱۲/۶	۵	۲/۴	
مادران	وابسته	۶۵	۳۵/۵	۶۵	۳۵/۵	۴۸	۲۶/۲	۴	۲/۲	۱	۰/۵	<۰/۰۰۱
	غیر وابسته	۴۲	۲۰/۳	۸۳	۴۰/۱	۶۵	۳۱/۴	۱۷	۸/۲	۰	۰	
وضعیت زندگی والدین		در قید حیات		پدر فوت شده		مادر فوت شده		هر دو فوت شده		جدا شده		<۰/۰۰۱
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
	وابسته	۱۳۰	۷۱	۳۷	۲۰/۲	۳	۱/۶	۱۱	۶	۲	۱/۱	
	غیر وابسته	۱۸۳	۸۹/۳	۱۷	۸/۳	۴	۲	۰	۰	۱	۰/۵	
مصرف مواد در دوستان		همه دوستانم		اکثر دوستانم		کمتر از نیمی از دوستانم		هیچ کدام از دوستانم				<۰/۰۰۱
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد			
	وابسته	۲۸	۱۵/۸	۸۱	۴۴/۳	۶۷	۳۶/۶	۷	۳/۸			
	غیر وابسته	۰	۰	۱۵	۷/۲	۷۱	۳۴/۳	۱۲۱	۵۸/۵			
سطح زندگی		خوب		تا حدودی خوب		متوسط		ضعیف				<۰/۰۰۱
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد			
	وابسته	۳۱	۱۷	۵۶	۳۰/۸	۶۴	۳۵/۲	۳۱	۱۷			
	غیر وابسته	۵۹	۲۸/۵	۶۱	۲۹/۵	۷۴	۳۵/۷	۱۳	۶/۳			
درآمد خود یا خانواده		خوب		تا حدودی خوب		متوسط		کم				NS
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد			
	وابسته	۱۸	۹/۸	۴۳	۲۳/۵	۸۱	۴۴/۳	۴۱	۲۲/۴			
	غیر وابسته	۲۳	۱۱/۱	۵۵	۲۶/۶	۹۷	۴۶/۹	۳۲	۱۵/۵			
وضعیت تاهل		متاهل		مجرد		جدا شده						NS
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد					
	وابسته	۶۰	۳۲/۸	۱۱۴	۶۲/۳	۹	۴/۹					
	غیر وابسته	۶۵	۳۱/۴	۱۳۸	۶۶/۷	۴	۱/۹					
مصرف مواد در برادر		خیر				بلی						<۰/۰۰۱
		تعداد		درصد		تعداد		درصد				
	وابسته	۱۳۸		۷۵/۴		۴۵		۲۴/۶				
	غیر وابسته	۱۹۷		۹۵/۲		۱۰		۴/۸				
مصرف مواد در مادر	وابسته	۱۸۱		۹۸/۹		۲		۱/۱				NS
	غیر وابسته	۲۰۷		۱۰۰		۰		۰				
مصرف مواد در پدر	وابسته	۱۵۲		۸۳/۱		۱۳		۱۶/۹				۰/۰۱
	غیر وابسته	۱۸۹		۹۱/۳		۱۸		۸/۷				
محل کسب درآمد		خودش				خانواده						NS
	وابسته	۱۳۶		۷۴/۳		۴۷		۲۵/۷				
	غیر وابسته	۱۳۴		۶۴/۷		۷۳		۲۵/۳				

Downloaded from journal.ihepsa.ir at 19:01 +0430 on Thursday April 2nd 2020
[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-07]

بیشترین ماده مخدر صنعتی مصرفی در گروه وابسته شیشه (۷۵/۹ درصد) بود (جدول شماره ۲). تعداد بیشتری از پدران (۱۶/۹ درصد در مقابل ۸/۷ درصد) در گروه وابسته به مواد مخدر اعتیاد داشتند (p=/۰۱). تعداد بیشتری از برادران نوجوانان وابسته نسبت به نوجوانان غیر وابسته اعتیاد داشتند (p</۰۰۱). فراوانی شیوع مصرف مواد مخدر در دوستان گروه وابسته بیشتر بود (p</۰۰۱). همه حیطه‌های مورد بررسی و در نهایت عملکرد کلی خانواده در گروه وابسته پایین‌تر بود، که به ترتیب شامل عملکرد کلی (p</۰۰۱)، ارتباطات (p=/۰۰۲)، آمیزش عاطفی (p</۰۰۱)، ایفای نقش (p</۰۰۱)، حل مسئله (p=/۰۱)، همراهی عاطفی (p</۰۰۱) و کنترل رفتار (p</۰۰۱) بودند (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی مصرف انواع مواد مخدر در گروه وابسته

نوع ماده مخدر مصرفی	تعداد	درصد
سیگار	۱۴۰	۷۶/۵
تریاک	۱۴۰	۷۶/۵
شیشه	۱۳۹	۷۵/۹
کراک	۱۱۰	۶۰/۱
الکل	۱۱۰	۶۰/۱
حشیش	۸۹	۴۸/۶
هروئین	۶۴	۳۴/۹
اکستازی	۴۸	۲۶/۲
سایر	۳۷	۲۰/۲

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار هفت حیطه عملکرد خانواده

گروه متغیر	وابسته		غیر وابسته		سطح معنی داری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
عملکرد کلی	۴۲/۳۵	۷/۰۹	۳۹/۵۷	۶/۱۱	<۰/۰۰۱
ارتباطات	۲۴/۹۴	۴/۶۷	۲۳/۶۴	۳/۶۱	۰/۰۰۲
آمیزش عاطفی	۱۸/۹۱	۳/۶۶	۱۷/۴	۳/۴۵	<۰/۰۰۱
ایفای نقش	۲۷/۰۳	۴/۲۵	۲۵/۳۳	۳/۴۸	<۰/۰۰۱
حل مسئله	۱۹/۸۲	۳/۳۶	۱۸/۹۹	۳/۶۳	۰/۰۱
همراهی عاطفی	۲۲/۳۴	۴/۳۵	۲۰/۷۳	۳/۶۶	<۰/۰۰۱
کنترل رفتار	۲۷/۸۳	۴/۹	۲۲/۹۲	۴/۸۱	<۰/۰۰۱

Downloaded from journal.ihepsa.ir at 19:01 +0430 on Thursday April 2nd 2020
[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-07]

بحث

همانگونه که در بخش نتایج ذکر گردید،در همه حیطه‌های مورد بررسی عملکرد خانواده در گروه وابسته ناکارآمدتر بود. در این خصوص، با توجه به اینکه مطالعات مشابه داخلی یا خارجی تحت این عنوان در جستجوی‌های پژوهشگران یافت نشد لذا نتایج مطالعه حاضر به صورت تفکیک شده در حیطه‌های مختلف با مطالعات مشابه دیگر مقایسه شدند. در خصوص حیطه ارتباطات که بیش از سایر حیطه‌ها به آن پرداخته شده نتایج حاکی از آن است که تقویت عملکرد خانواده و روابط خانوادگی موجب قطع مصرف مواد در نوجوانان شده است (۳۴). مطابق با نظر السون، میزان اطلاع مشترک در میان اعضاء خانواده‌های سالم بیشتر بود (۳۵) و تضعیف روابط خانوادگی باعث تغییر و آسیب خانواده‌ها می‌شود (۳۶). بعلاوه خانواده‌های سالم‌تر تمایل بیشتری به گفتگو و اظهار نظر دارند که این امر موجب درک متقابل والد و فرزند می‌گردد و این خود باعث رشد ابعاد مختلف روانشناختی و حفظ سلامت روان فرزندان می‌شود (۳۸و۳۷). مطالعه کرنر و فیتزپاتریک نیز نشان داد خانواده‌هایی که در آن‌ها ارتباطات بیشتر است کمتر دچار تعارض می‌شوند بدین ترتیب افراد از ابراز و درک مناسب‌تری نسبت به یکدیگر برخوردار هستند (۳۹).

کوروش نیا و لطیفیان بیان می دارند در خانواده‌هایی که اجازه ابراز وجود و گفتگو به اعضاء داده نمی‌شود مشکلات هیجانی مانند افسردگی بیشتر مشاهده می‌شود (۴۰). گرینواک و یاهو نیز بیان داشتند که تعاملات رفتاری خانواده بر کیفیت رفتای کودکان تاثیر دارد (۴۲و۴۱). حیدرنیا به نقل از کلانتری می نویسد که تقویت روابط فرزند و والد با کم شدن احتمال مصرف مواد ارتباط دارد، همچنین کیفیت رابطه والد فرزندی در نوجوانان عادی بهتر از نوجوانان دچار اعتیاد می‌باشد (۴۳). تمامی این نتایج حاکی از اهمیت برقرای ارتباط میان اعضاء خانواده می‌باشد که در مطالعه حاضر نیز نشان داده شد،بعلاوه در دو گروه مورد بررسی، تفاوت معنی داری از این نظر وجود داشت و خانواده‌های گروه وابسته از عملکرد نامناسب‌تری در این حیطه برخوردار بودند.

در این خصوص می‌توان به اهمیت آموزش ارتباطات صحیح در خانواده از راه‌هایی چون انجمن‌های اولیا و مربیان و یا آموزش‌های گروهی از طریق رسانه‌های جمعی مختلف اشاره کرد. در خصوص همراهی و آمیختگی عاطفی نیز مطالعات نشان دادند، که خانواده‌های سالم از انسجام عاطفی بالاتری برخوردارند (۴۴) و پیوند و تعهد اندک در خانواده، نوجوانان را در معرض خطر قرار می‌دهد (۴۵). با توجه به نتایج این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که در صورت ارتقاء کیفیت عملکردهای خانواده از طریق برنامه‌های آموزش خانواده می‌توان انتظار داشت از ایجاد رفتارهای پر خطری مانند مصرف مواد مخدر در فرزندان پیشگیری شود.

در رابطه با ایفای نقش خانواده، مطالعات مختلف اهمیت نقش عملکردی خانواده را در هدایت فرزندان مورد تائید قرار دادند، به طور مثال؛ در مطالعات کلینگ (۴۶) و گانتمن نیز به نقش والدین در مصرف مواد مخدر و الکل توسط فرزندان اشاره شده است (۴۷). فرهودیان و همکاران در مطالعه خود در میان افراد ارمنه شهر تهران نشان دادند که فقدان حمایت کافی خانواده، مهم ترین عامل عود اعتیاد بوده است (۴۸). در مطالعه کار احمدی و همکاران نیز نشان داده شد که فرزندان خانواده‌های دارای الگوی تعاملی پذیرش و کنترل، علایم کمبود توجه و بیش فعالی کمتری دارند (۴۹).

در رابطه با حیطه حل مسئله، مطابق با نتایج مطالعه حاضر، مطالعات دیگر نیز نتایج مشابهی را گزارش کرده‌اند از جمله رفاهی در پژوهشی با عنوان "آموزش مهارت‌های زندگی، راهکار پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی نوجوانان" نشان داد که آموزش مهارت حل مسئله، باعث کاهش افکار خودکشی گرایانه در نوجوانان دارای سابقه خودکشی می شود، همچنین سبب کاهش خود پنداره منفی نیز می گردد (۵۰). رحیم و همکاران در پژوهشی با عنوان تاثیر آموزش حل مساله تعدیل شده با رویکرد خانواده محور، بر میزان عزت نفس مددجویان وابسته به مواد مخدر نشان دادند که بکارگیری روش آموزشی حل مساله با رویکرد خانواده محور می تواند جهت بهبود و تکمیل فرآیند درمانی ترک اعتیاد مددجویان به عنوان یک روش غیر دارویی مفید و موثر باشد (۵۱).

در رابطه با همراهی عاطفی در مطالعه ای که توسط رییس دانا انجام شد، رابطه عاطفی متقابل میان والدین و فرزندان در فرهنگ ایرانی قوی و مستحکم گزارش گردید و در پیشگیری از رواج اعتیاد در میان جوانان موثر تلقی شد (۵۲)، که با نتایج مطالعه حاضر هم خوانی دارد و نشان

Downloaded from journal.ihepsa.ir at 19:01 +0430 on Thursday April 2nd 2020
[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-07]

از اهمیت نقش پیشگیری کنندگی این حیطه در فرزندان دارد.

در خصوص حیطه کنترل رفتار در مطالعات متعددی به نقش پیشگیری کننده آن در جلوگیری از ایجاد اعتیاد در فرزندان اشاره شده است (۵۴و۵۳) و با نتایج مطالعه حاضر هم خوانی دارد.

با توجه به اینکه عملکرد خانواده در دو گروه مورد بررسی در مطالعه حاضر متفاوت بود می توان نتیجه گرفت که عملکرد خانواده در گرایش جوانان به مواد مخدر صنعتی نقش دارد. هر چند در مطالعه حاضر شیوع وابستگی در مجردین بیش از دو گروه متاهلین و جداشدگان از همسر بود اما این تفاوت در دو گروه معنی دار نبود البته باید توجه نمود که زمان شروع مصرف در گروه وابسته مورد پرسش قرار نگرفته بود که ممکن است وابستگان متاهل مصرف خود را در قبل از تاهل شروع کرده بودند لذا لازم است در مطالعات آتی مورد پرسش قرار گیرد. در این خصوص دن و همکاران نیز نشان دادند مصرف الکل در مجردین بیشتر از متاهلین می‌باشد (۵۵). در مطالعه باقری و همکاران نیز ارتباط معنی داری در گروه وابسته مشاهده نشد (۵۶). در این مطالعه سطح تحصیلات شرکت کنندگان گروه وابسته پایین‌تر بود، که در مطالعات دیگر نیز به آن اشاره شده است (۱۹و۱۲).

همچنین والدین گروه وابسته دارای سطح تحصیلات پایین‌تری بودند که با نتایج مطالعه فتحی و همکاران هم خوانی دارد (۵۷). تعداد پدران وابسته به مواد مخدر در گروه وابسته بیشتر بود، که این ارتباط در مطالعات دیگر نیز به اثبات رسیده است (۱۷و۱۶و۳). تعداد برادران وابسته به مواد مخدر و ارکان خانوادگی متزلزل (شامل مرگ یک یا هر دو والد و همچنین طلاق آن‌ها) در گروه وابسته بیشتر بود، سلناو نیز در مطالعه خود نشان داد که میزان مصرف مواد در فرزندان دارای یک والد بیشتر (خصوصا پدر) بوده است (۵۸). بعلاوه در این مطالعه شیوع مصرف مواد مخدر در دوستان گروه وابسته بیشتر بود که با مطالعات دیگر هم خوانی دارد (۵۹ و۱۶و۱۱).

در تبین این ارتباطات می‌توان به اهمیت این گروه از جوانان جامعه به عنوان گروه در معرض خطر سوء مصرف مواد مخدر یاد کرد که پرداختن به آن‌ها در انجام مداخلات پیشگیرانه از الویت بیشتری برخوردار است. در مطالعه حاضر در خصوص درک از وضعیت سطح زندگی در دو گروه اختلاف معنی داری مشاهد نشد اما در مطالعه بارونی و همکاران این ارتباط معنی دار بود (۱۲) دلیل آن می‌تواند تفاوت موقعیت مکانی و زمانی انجام مطالعه باشد. با وجودی که میزان خودکفایی در گروه وابسته بیشتر بود، میزان درآمد در گروه وابسته در همه سطوح پایین‌تر بود و در گروه وابسته تعداد مادران وابسته بیشتر بود اما این تفاوت‌ها از نظر آماری معنی داری نبود.

از محدودیت‌های این مطالعه می توان به عدم کاربرد مدل مورد بررسی در موضوع مورد مطالعه اشاره کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعاتی به صورت همگروهی آینده نگر در این رابطه صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

عملکرد خانواده در دو گروه مورد بررسی متفاوت بود،لذا می توان اظهار داشت که عملکرد خانواده در گرایش جوانان به مواد مخدر صنعتی نقش دارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دانشجویی مصوب شورای پژوهشی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد در رشته آموزش بهداشت می‌باشد. بدین وسیله از مسئولین دانشگاه و کلیه شرکت کنندگان در مطالعه نهایت قدردانی و تشکر به عمل می‌آید.

Downloaded from journal.ihepsa.ir at 19:01 +0430 on Thursday April 2nd 2020
[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-07]

Downloaded from journal.ihepsa.ir at 19:01 +0430 on Thursday April 2nd 2020

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-07]

References

1-Arfaee SM. Addiction and its tragedy. Navid Issued Shiraz. First Printing 2003.

2- Clark DB., Kirisci L, Tarter RE. Adolescent versus adult onset and the development of substance use disorders in males. Drug and Alcohol Dependence 1998; 49(2), 115-121.

3- AghaBakhshi H, Sedighi B, Eskandari M. Factor's affecting trends in youth drug abuse industrial. Social Research 2009;4:71-75[In Persian]

4- Pan C, Kristen CJ. Developmental Trajectories of Substance Use from Early Adolescence to Young Adulthood: Gender and Racial/Ethnic Differences. Journal of Adolescent Health 2011: 1-10.

5- Deena JC, Mesfin SM, Jorielle RB. Racial/ethnic disparities in the patterns of co-occurring mental health problems in adolescents in substance abuse treatment. Journal of Substance Abuse Treatment 2009; 37: 203-210.

6- Mary-Lynn B, Lisa G, Douglas AM. Substance use pathways to methamphetamine use among treated users. Addictive Behaviors 2007; 32(1): 24-38.

7- Niemelä S, Brunstein-Klomek A, Sillanmäki L, Helenius H, Piha J, Kumpulainen K. Childhood bullying behaviors at age eight and substance use at age 18 among males: A nationwide prospective study. Addictive Behaviors 2011; 36(3): 256-260.

8- Ferguson CJ, Meehan DC. With friends like these: Peer delinquency influences across age cohorts on smoking, alcohol and illegal substance use. European Psychiatry 2010;26(1):6-12.

9- Falck RS, Siegal HA, Wang J, Carlson RG, Draus PJ. Non medical drug use among stimulant-using adults in small towns in rural Ohio. J Subset Abuse Treat 2005;28(4):341-349.

10- Ayatollahi SAR, Mohammad PoorAsl A, RajaeiFard AR. Predicting three stages of smoking acquisition in the male students of Shiraz high schools. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences & Health Services 2005; 64: 15-10. [In Persian]

11- Allahverdipour H, Farhadinasab A, Bashirian S, Mahjoob H. Pattern and inclination of adolescents towards substance abuse. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences 2008;15(4): 35-42.[In Persian]

12- Barooni Sh, Mehrdad R, Akbari E. Survey of Ecstasy use among 15-25 year-olds in five areas of Tehran. Tehran University Medical Journal 2008;65(11): 49-54.[In Persian]

13- Javad S, Hajar A, Azadeh N. The relationship between resilience, motivational structure, and substance use. Procedia Social and Behavioral Sciences 2010; (5): 1956-1960.[In Persian]

14- Piko BF, Kovács E. Do parents and school matter? Protective factors for adolescent substance use. Addictive behaviors 2010; 35(1), 53-56.

15- Kim E, Kwak D.H., Yun M. Investigating the effects of peer association and parental influence on adolescent substance use: A study of adolescents in South Korea. Journal of Criminal Justice, 2010; 38(1): 17-24.

16- Patrick M, Martin P. Parental guidance about drinking: Relationship with teenage psychoactive substance use. Journal of Adolescence 2010; 33(1): 55-68

17- Joan MO, Dougla KN, Janette B, Nancy W, Anne ML, Heather DO. Childhood characteristics associated with stage of substance use of American Indians: Family background, traumatic experiences, and childhood behaviors. Addictive Behaviors 2007; 32(12); 3142-3152.

18- James AC, Daniel E, Alisha MS. Substance use behaviors, mental health problems, and use of mental health services in a probability sample of college students. Addictive Behaviors 2009;34(2):134-145.

19- Stephanie BW. Effects of Self-Esteem and Academic Performance on Adolescent Decision-Making: An Examination of Early Sexual Intercourse and Illegal Substance Use. Journal of Adolescent Health 2010; 47(6):582-590

20- Roisin MO, Paula JF, Patrick RN, Craig RC. Children's Beliefs about Substance Use: An Examination of Age Differences in Implicit and Explicit Cognitive Precursors of Substance Use Initiation. Psychology of Addictive Behaviors 2007; 21(4):525-533

21- MohammadPoor A, Vahidi R, Fakhari A, Rostami F, Dastghiri S. Substance abuse in Iranian high school students. Addictive Behaviors 2007; 32(3): 622-627.[In Persian]

22- Doherty WJ. Baird MA. Family therapy and family medicine: Toward the primary care

of families. 1983, New York: Guilford Press.

23- ZadehMohammadi a, MalekKhosravi GH. A preliminary study of validity and psychometric of family functioning Assessment (FAD). Quarterly of Family Research 2011;5(2): 69-89.

24- Yosefi N. psychometric of scales McMaster Family Assessment approach. Quarterly of Educational Measurement 2012;3(7): 85-114.

25- Epstein NB, Bishop DS, Levin S. The McMaster model of family functioning. Journal of Marital and Family Therapy 1978; 4(4): 19-31.

26- Epstein NB, Bishop DS. Problem Centered Systems Therapy of the Family. Journal of Marital and Family Therapy 1981; 7(1): 23-31.

27- Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster Family Assessment Device. Journal of marital and family therapy 1983; 9(2): 171-180.

28- Miller IW, Epstein NB, Bishop DS, Keitner GI. The mcmaster family assessment device: reliability and validity. Journal of Marital and Family Therapy 1985; 11(4): 345-356.

29- Miller IW, Ryan CE, Keitner GI, Bishop DS, Epstein NB. The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment and research. Journal of Family Therapy 2000; 22(2): 168-189.

30- Miller IW, Ryan CE, Keitner GI, Bishop DS, Epstein NB. Factor Analyses of the Family Assessment Device, by Ridenour, Daley, & Reich. Family process 2000; 39(1): 141-144.

31- Epstein NB, Ryan CE, Bishop DS, Miller IW, Keitner GI. The McMaster model: A view of healthy family functioning 2003, Guilford Press.

32- Georgiades K. Boyle MH., Jenkins JM, Sanford M, Lipman E. A multilevel analysis of whole family functioning using the McMaster Family Assessment Device. Journal of Family Psychology 2008; 22(3): 344.

33- Fogarty CT. Evaluating and treating families: The Mc Master Approach. Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry 2009; 11(4): 176.

34- Bogenschneider K. Risk factors for alcohol & drug use/abuse prevention. Wisconsin, Wisconsin Youth Futures 1993.

35-Olson DH., Killorin E. Clinical rating scale for the circumplex model of marital and family systems. Family Social Science, University of Minnesota 1985.

36- Azadaramaki T. Iranian family sociology, Tehran, Samt2007.

37- Samani S, Zare M. The role of family cohesion, flexibility and Goal oriented in Children. Journal of Family Research 2008; 13:17-36.

38- Maenle R, Herringshow DL. Positive family communication. Ohio State University Extension. Fact Sheet 2007; 1-2.

39- Koerner AF, Fitzpatrick MA. Family type and conflict: The impact of conversation orientation and conformity orientation on conflict in the family. Communication Studies 1997; 48(1), 59-75.

40- Koroshniya M, Latifian M. Family dimensions communication patterns with anxiety and depression in children. Journal of Family Research2007; 10:587-600.

41- Greenwald DF. Family Interaction and 1, 2 Child Outcome in A High-Risk Sample. Psychological Reports 1990; 66(2): 675-688.

42- Yahav R. External and internal symptoms in children and characteristics of the family system: A comparison of the linear and Circumplex Models. The American Journal of Family Therapy 2002; 30(1), 39-56.

43- Heydarniya A, Charkhian A. Quality of the parent-child relationship in normal adolescents and addiction young adults. Social Welfare 2007;25(6): 39-57.

44- Samani S, Kayyer M, Sedaghat Z. Parenting Style in Different Types of Family in the Family Process and Content Model. Journal of Family Research 2010; 6(2);161-174.

45- Shakerian A. Aghajani T. A comparative study on the effects of family's functional on successful and unsuccessful student' educational condition of Islamic Azad university Sanandaj. Journal of social sciences 2009;3(2):199-212.

46- Klinge V, Piggott LR. Substance use by adolescent psychiatric inpatients and their parents. Adolescence 1986;21(82): 323-331.

47- Gantman CA Family interaction patterns among families with normal, disturbed, and drug-abusing adolescents. Journal of Youth and Adolescence 1978;7(4), 429-440.

48- Farhudiyan A, Sadrosadat SJ, Mohammadi F, Manoukian A, Jafari F, Sadeghi M, Shahraki MA,

Downloaded from journal.ihepsa.ir at 19:01 +0430 on Thursday April 2nd 2020
[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-07]

Firoozabadi SH. Knowledge and attitudes of a group of Armenians in Tehran on Addiction and Substance. Advances in Cognitive Science 2008;10(2):9-20. [In Persian]

49- KarAhmadi M, Tbaeian SR., Afkhami Aghda M. comparison of Interaction patterns of parents in children with Attention Deficit Disorder -ADHD with control groups. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences- Yazd 2007; 15 (1): 65-65. [Persian]

50- Refahi J. Training life skills and strategies to social problems prevention in teens. Quarterly Journal of New Approaches in Educational Administration 2009;1(2): 135-151. [In Persian]

51- Habibi R, Saleh moghadami AR, Talaei A, Ebrahimzadeh S, Moneghi Karimi H. The Effect of Family-Centered Problem Solving Teaching Method upon the Self Esteem in Drug-Dependent Clients. MJMS 2012;55(1):2-59. [In Persian]

52- Reis Dana F. Drug Market in Iran. Social Welfare Quarterly 2003;3(9):243-262. [In Persian]

53- Mazloomy Mahmodabad SS, Mirzaei Alavijeh M. Parents Role about Prevention of drug Tendency in Children: an Application of Theory of Planned Behavior. Tolooe Behdasht 2013;0(0);0. [In Persian]

54- Mazloomy Mahmodabad SS, Jalilian F, Mirzaei Alavijeh M, Zolghadr R. Predicting factors about drug abuse among students: an application of theory of planned behavior. Tooloebehdasht 2013;11(5):1-11. [In Persian]

55- Blazer DG, Wu LT. The epidemiology of substance use and disorders among middle aged and elderly community adults: National Survey on Drug Use and Health (NSDUH). The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry 2009; 17(3): 237.

56- Bagheri M, Nabavi S, Moltafet H. Social factors affecting the addiction phenomenon in Ahvaz. Applied Sociology 2010; 21(2): 119-136.

57-Fathi K, Mehrabizadeh HM. Evaluation of Depression, Seeking, Excitement, Aggression, Attachment Styles and Parent education as a predictors dependence of the drugs in the teenage boys in Ahwaz. Educational studies and Psychology of Ferdosi University 2009; 9(2): 23-47. [In Persian]

58- Selnow GW. Parent-child relationships and single and two parent families: Implications for substance usage. Journal of Drug Education 1987;17(4), 315-326.

59- Kim E, Kwak DH, Yun M. Investigating the effects of peer association and parental influence on adolescent substance use: A study of adolescents in South Korea. Journal of Criminal Justice 2010; 38(1):17-24.

Downloaded from journal.ihepsa.ir at 19:01 +0430 on Thursday April 2nd 2020
[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-07]