بررسی ارتباط عملکرد خانواده با سلامت روان زندانیان در شرف آزادی در زندان‌های کرمان و یزد در سال ۱۳۹۸

دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۰۵ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۱۶

عبدالحسین دانشوری نسب[1]*

۱. استادیار، گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنرکرمان، کرمان، ایران

چکیده

مقدمه و هدف: عملکرد خانواده می‌تواند یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های سلامت روان زندانیان باشد. علی‌رغم تحقیقاتی که در خصوص رابطه عملکرد خانواده و سلامت روان صورت گرفته‌است، پژوهش‌های اندکی رابطه این دو را در میان زندانیان مورد مطالعه قرار داده‌اند. هدف مطالعه حاضر بررسی ارتباط عملکرد خانواده با سلامت روان زندانیان در شرف آزادی در زندان‌های کرمان و یزد در سال ۱۳۹۸ است.

روش کار: پژوهش حاضر مقطعی و ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه‌های عملکرد خانواده (FAD) و سلامت عمومی (GHQ) بود. جامعه آماری تمامی ۷۴۳ زندانی در شرف آزادی در زندان‌های استان‌های کرمان و یزد بودند. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS23 و با استفاده از همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی انجام شد.

یافته‌ها: از کل زندانیان ۹۵٪ زندانیان مرد بودند و میانگین سنی آنها ۹/۲۷±۳۷/۱۵ سال بود. از لحاظ وضعیت زناشویی، ۵۲۲ نفر (۷۰٪/۳) متأهل بودند. همچنین ۳۷۸ نفر (۵۱٪) فاقد سابقه حبس و ۳۶۵ نفر (۴۹٪) نیز سابقه حبس از یک تا سیزده سال داشتند. به لحاظ نوع جرم ارتکابی، ۳۳۵ نفر (۴۵٪) جرایم مرتبط با مواد مخدر، ۱۹۸ نفر (۲۷٪) سرقت و بقیه (۲۸٪) جرایم دیگر مرتکب شده‌بودند. بین عملکرد خانواده با سلامت روان زندانیان رابطه مثبت و معنادار (p=۰/۰۰۱) وجود داشت. نتایج رگرسیون نیز نشان داد که ۱۳٪ از تغییرات موجود در سلامت روان زندانیان تابع عملکرد خانواده آنها است. همچنین از بین ابعاد عملکرد خانواده، سه بعد حل مساله (β=۰/۲۴)، آمیزش عاطفی (β=۰/۱۳) و کنترل رفتاری (β=۰/۱۳) قوی‌ترین مؤلفه‌های پیش‌بینی‌کننده سلامت روان زندانیان بودند

نتیجه‌گیری: مؤلفه‌های عملکرد خانواده، با تمامی ابعاد سلامت روان به جز ناکارآمدی اجتماعی، رابطه مثبت و معناداری داشتند. این بدین معناست که هرچه عملکرد خانوده زندانیان در شرف آزادی ضعیف‌تر باشد، به همان میزان، سلامت روان اعضای خانواده آنها نیز پایین‌تر خواهد بود.

کلیدواژه‌ها: عملکرد خانواده، سلامت روان، زندانیان در شرف آزادی

* **نویسنده مسئول:** استادیار، گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنرکرمان، کرمان، ایران

ایمیل: daneshvari.um@uk.ac.ir **تلفن:** ۰۳۴۳۱۳۲۲۳۸۶ **نمابر:** ۰۳۴۳۳۲۵۷۱۶۵

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1400.8.2.6.7]

مقدمه

سلامت روان یکی از ابعاد سلامتی است که آن را در مفهوم کلی بهداشت، توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی و جسمی و ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی، اجتماعی و حل تضادها و تمایلات به‌طور عادلانه، منطقی و مناسب تعریف نموده‌اند (۱). سلامت روان مفهومی گسترده و چندوجهی است که عوامل مختلفی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم، مثبت یا منفی بر آن تأثیر می‌گذارند (۲). یکی از این عوامل، عملکردهای خانواده است (۳). عملکرد خانواده به توانایی عملکرد مؤثر خانواده در برآوردن نیازهای اساسی و مدیریت تعارض (۴)، هماهنگی یا تطبیق با تغییرات ایجاد شده در طول حیات، همبستگی بین اعضا، موفقیت در الگوهای انضباطی، رعایت حد و مرز بین افراد، اجرای قوانین و مقررات و اصول حاکم بر این نهاد با هدف حفاظت از کل سیستم (۵)، چگونگی روابط اعضای خانواده، تعامل و حفظ روابط، چگونگی تصمیم‌گیری‌ها و حل مشکلات اعضای خانواده (۶) اشاره دارد. ابعاد عملکرد خانواده دربرگیرنده شش ویژگی است که به وسیله توان اعضا، در شناسایی و سازش با حوزه وظایف خانوادگی مشخص می‌شود که عبارتند از: ۱) حل مشکل؛ به‌منظور حفظ عملکرد خانواده و حل مشکلات خانوادگی که عملکرد خانواده را تهدید می‌کند. ۲) آمیزش عاطفی؛ که به میزان توجه و دغدغه‌مندی اعضای خانواده به فعالیت‌های یکدیگر اشاره دارد. ۳) نقش‌ها؛ به الگوی رفتاری اشاره دارد که به‌وسیله اعضای خانواده به نمایش گذاشته می‌شود. ۴) همراهی عاطفی؛ که به کیفیت واکنش‌های عاطفی اعضای خانواده اشاره دارد. ۵) ارتباط؛ تبادل اطلاعات بین اعضای خانواده می‌تواند مستقیم در هر زمان شناخته شود. ۶) کنترل رفتار؛ که به حالت‌های مختلف کنترل رفتار در موقعیت‌های گوناگون اشاره دارد (۷).

چگونگی عملکرد خانواده، سلامت روانی اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در واقع آنچه در درون خانواده جریان دارد، عامل کلیدی در ایجاد و تداوم سلامت روان اعضای خانواده است. عملکرد صحیح خانواده در هر یک از مراحل مختلف زندگی منجر به سلامتی خانواده و در مقابل، عملکرد ناسالم آن منجر به بروز عوارض و آسیب‌های مختلف خانوادگی می‌شود (۸). در خانواده‌هایی که ارتباط میان اعضاء بر اساس نزدیکی و صمیمیت و تفاهم بین افراد استوار است، همه اعضاء نسبتاً علیه فشارهای زندگی مقاوم و مصون هستند (۹). عملکرد مناسب خانواده، همچنین نقش اساسی در بالندگی، رشد و ترقی اعضای خانواده دارد و موجب شکوفایی استعدادهای آنان می‌گردد. خانواده کارآمد، افرادی سالم و رشد یافته و جامعه‌ای سالم پرورش می‌دهد (۱۰). در خانواده‌های دارای عملکرد ضعیف، اعضاء در زمینهٔ موضوعات عاطفی مشکل دارند و بیشتر آنها از طی فرآیند حل مسئله عاجزند. در این خانواده‌ها، ارتباطات نادیده گرفته می‌شوند؛ تخصیص و پاسخ‌دهی نقش، مشخص و واضح نیست؛ گسترهٔ واکنش‌های هیجانی محدود است؛ کمیت و کیفیت این واکنش، متناسب با بافت و محیط، غیر عادی است؛ اعضای خانواده به یکدیگر علاقه‌ای ندارند و درباره یکدیگر سرمایه‌گذاری عاطفی نمی‌کنند. اکثر افراد ناسازگار و مسأله‌دار وابسته به خانواده‌های آسیب‌دیده هستند و فرزندان خانواده‌های پرکشمکش به سبب عدم برخورداری از آرامش روانی و عدم تمرکز و آشفتگی، بیشتر در معرض رفتارهای ناسازگارانه قرار دارند (۱۱). به‌طور کلی می‌توان گفت خانواده به‌عنوان منبع حمایت عاطفی، اجتماعی و اقتصادی می‌تواند سهم بسزایی در سلامت روانی اعضای آن داشته باشد (۱۲). عملکرد سالم و مطلوب خانواده موجب سازگاری اعضای خانواده با خود و محیط اطرافشان می‌شود و عملکرد نامطلوب و ناسالم عکس آن را به‌دنبال دارد (۱۳).

پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که عملکرد خانواده با سلامت روانی اعضای خانواده رابطه مثبت و معنادار دارد، به این معنا که با افزایش اختلال در عملکرد خانواده، سلامت روان اعضا نیز کاهش می‌یابد و بالعکس (۱۴). بر اساس نتایج پژوهش موسوی و همکاران (۱۵) مؤلفه‌های عملکرد خانواده شامل نقش، حل مشکل و ابراز عواطف به ترتیب نقش معناداری در پیش‌بینی افسردگی دارد. مطالعات همچنین حاکی از ارتباط عملکرد خانوادگی ناکارآمد با افسردگی اعضای خانواده است. عملکرد خانواده می‌تواند سلامت روان را در گروه‌های سنی و اجتماعی مختلف تحت تأثیر قرار دهد. یکی از این گروه‌های اجتماعی آسیب‌پذیر، زندانیان هستند. بر مبنای گزارش‌های انتشار یافته در دو دهه اخیر، زندانیان میزان بیشتری از مشکلات سلامت روانی را در مقایسه با جمعیت عادی تجربه می کنند. اگرچه برخی تحقیقات به تأثیرات محیط بسته و محدود زندان و فشار روانی شدیدی که در این محیط‌ها بر زندانیان وارد می‌شود، اشاره داشته‌اند، اما نتایج برخی تحقیقات دیگر نیز نشان می‌دهد

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1400.8.2.6.7]

که اغلب زندانیان پیش از ورود به زندان از سلامت روان کافی برخوردار نبوده و به عملکرد پایین خانواده به‌عنوان یکی از دلایل مهم میزان پایین بودن سلامت روان زندانیان اشاره داشته‌اند (۱۶).

در حال حاضر، تحقیقات اندکی رابطه عملکرد خانواده با سلامت روان زندانیان را مورد مطالعه قرار داده‌اند و ضروری است که بررسی‌هایی در این زمینه صورت گیرد. در دو دهه اخیر (به جز روند کاهشی چند ماهه اخیر) تعداد زندانیان ورودی به زندان‌های کشور پیوسته رو به افزایش بوده‌است. در مطالعات صورت گرفته، استان کرمان با ۱۲ هزار نفر زندانی و استان یزد با ۴ هزار زندانی از سلامت روانی پایینی برخوردار بوده‌اند (۱۷، ۱۸). انجام پژوهشی در خصوص رابطه عملکرد خانوادگی زندانیان مورد مطالعه با سلامت روان آنها می تواند تا حدودی عوامل مؤثر بر میزان پایین سلامت روانی مجرمان ورودی به زندان را مشخص نماید و منجر به آگاهی بیشتر در زمینه رابطه عملکرد خانواده با سلامت روانی زندانیان و در نهایت عملکرد بهتر افراد در سطح جامعه و کمتر شدن معضلات و مشکلات خاص مربوط به این حیطه شود. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه عملکرد خانواده با سلامت روان زندانیان در شرف آزادی در زندان‌های استان‌های کرمان و یزد است.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع مقطعی است. جامعهٔ آماری تحقیق را تمامی ۷۴۳ زندانی در شرف آزادی در استان‌های کرمان و یزد در سال ۱۳۹۸ تشکیل می‌دهند. داده‌های تحقیق به مدت چهار ماه (از ابتدای تیر تا پایان مهر ۱۳۹۸) و با رعایت تمامی جوانب اخلاقی گردآوری شد. برای جمع‌آوری داده‌ها، از ابزارهای استاندارد زیر استفاده شد:

الف: آزمون سلامت روان (GHQ): یک ابزار خود گزارش‌دهی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد. فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت روانی توسط Goldberg و Hiler از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند آن طراحی شده‌است (۱۹). سؤالات این پرسشنامه به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماه اخیر می‌پردازد و دارای چهار مقیاس فرعی است که هر مقیاس ۷ پرسش دارد. این مقیاس‌ها عبارتند از :۱) علایم جسمانی، ۲) علایم اضطرابی و اختلال خواب، ۳) کارکرد اجتماعی، ۴) علایم افسردگی روانی. تمام گویه‌های پرسشنامه سلامت روان دارای ۴ گزینه هستند. شیوه نمره‌گذاری بر اساس درجه‌بندی لیکرت است که بر اساس این شیوه، گزینه‌های آزمون به‌صورت (۳، ۲، ۱، ۰) کدگذاری می‌شوند و از مجموع نمرات نیز یک نمره کلی به‌دست می‌آید. در نتیجه نمره کل یک فرد از صفر تا ۴۸ متغیر خواهد بود. نقطه برش، بالای ۲۱ است که فرد مشکل‌دار تشخیص داده‌می‌شود. نمره کمتر، بیانگر بهداشت روانی بهتر است. تقوی، پایایی پرسشنامه روان را بر اساس سه روش بازآزمایی، دو نیمه‌کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب ضرایب پایایی ٪۹۳، ٪۷۰ و ۹۰٪ را به‌دست آورد (۲۰). نور بالا و همکاران از نظر ویژگی‌های روان‌سنجی، ثبات درونی این پرسشنامه را ۸۳٪ ذکر کرده‌اند (۲۱).

ب: آزمون عملکرد خانواده (FAD): برای سنجش عملکرد خانواده زندانیان مورد مطالعه از پرسشنامه عملکرد خانواده McMaster (۲۲) استفاده شد که زندانیان مورد مطالعه آن را تکمیل نمودند. این ابزار شش بعد عملکرد خانواده را می‌سنجد: حل مساله، ارتباطات، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار. این پرسشنامه ۶۰ سؤالی است و در مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت به‌صورت کاملاً موافقم (۱) تا کاملا مخالفم (۴) نمره‌گذاری می‌شود. برای به‌دست آوردن نمره هر مقیاس، نمرات گویه‌های آن مقیاس با هم جمع و سپس، نمره حاصل بر تعداد گویه‌های آن مقیاس تقسیم شدند. بنابراین نمره هر مقیاس بین (۱) سالم تا (۴) ناسالم بود. نمره بالاتر نشانگر کارکرد ناسالم خانواده بود و بالعکس. ثنایی (۲۳) برای هر کدام از خرده مقیاس‌ها و عملکرد کلی خانواده نقطه برشی را ترسیم کرده که نمرات بالاتر از نقطه برش، نشانگر عملکرد ناسالم خانواده است و بالعکس. در پژوهش انجام‌شده توسط یوسفی (۲۴) ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۹۴٪ و برای خرده مقیاس‌های کارکرد کلی ۷۸٪، حل مسأله ۷۲٪، ارتباط ۷۰٪، نقش‌ها ۷۱٪، همراهی عاطفی ۷۳٪، کنترل رفتار ٪۶۶ و آمیزش عاطفی ۷۱٪ گزارش شده‌است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۷۷٪ به‌دست آمد.

در این پژوهش، صرفا زندانیانی مورد مطالعه قرار گرفته‌اند که حداقل سابقه شش ماه حبس در زندان داشته و چهار ماه به زمان آزادی آنها باقی مانده بود. معیار خروج از مطالعه نیز عدم تمایل زندانی برای مشارکت در پژوهش بود. داده‌ها با آزمون

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1400.8.2.6.7]

همبستگی پیرسون و رگرسیون به روش گام به گام با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ در سطح معناداری p<۰/۰۱ تجزیه و تحلیل شدند. با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی، در ابتدای کار به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که شرکت در مطالعه کاملا داوطلبانه و آزادانه است. علاوه بر این، فرم رضایت‌نامه‌ای در ابتدای کار به مشارکت‌کنندگان ارائه و داده‌ها با رضایت آگاهانه آنها جمع‌آوری شد. به مشارکت‌کنندگان در خصوص محرمانه‌ماندن اطلاعات جمع‌آوری شده اطمینان کافی داده شد. از آنجا که فرایند جمع‌آوری داده‌ها با کمک مشاوران و روانشناسان شاغل در داخل زندان‌های مربوطه انجام شد، هیچ‌گونه ریزشی در فرایند تحقیق رخ نداد. مشارکت در تحقیق به‌عنوان حسن رفتار تلقی شده و در قالب امتیاز فرهنگی در کنار سایر امتیازها، در تعیین مرخصی‌های آنها در نظر گرفته می‌شد.

نتایج

از بین ۷۴۳ نفر از زندانیان در شرف آزادی مورد مطاالعه، ۱۹۱ نفر (۲۶٪) در زندان‌های استان یزد و ۵۵۲ نفر (۷۴٪) در زندان‌های استان کرمان به‌صورت سرشماری مورد مطالعه قرار گرفتند. از این تعداد، ۳۸ نفر (۵٪) زن و ۷۰۵ نفر (۹۵٪) مرد بودند و محدوده سنی با حداقل و حداکثر ۱۹ الی ۷۸ سن داشتند. همچنین میانگین سنی آنها ۹/۲۷±۳۷/۱۵ سال بود. از لحاظ وضعیت زناشویی، ۲۰۳ نفر (۲۷٪/۳) مجرد، ۵۲۲ نفر (۷۰٪/۳) متأهل، ۱۶ نفر (۲٪/۲) جداشده از همسر و یک نفر (۰٪/۳) همسر فوت‌شده بود. ۳۶ نفر (۵٪) از مجموع این زندانی‌ها، افغانستانی و ۷۰۷ نفر (۹۵٪) ایرانی بودند. همچنین ۳۷۸ نفر (۵۱٪) فاقد سابقه حبس و ۳۶۵ نفر (۴۹٪) نیز سابقه حبس از یک تا سیزده سال داشتند. به لحاظ نوع جرم ارتکابی، ۳۳۵ نفر (۴۵٪) جرایم مرتبط با مواد مخدر، ۱۹۸ نفر (۲۷٪) سرقت و بقیه (۲۸٪) جرایم دیگری همچون ضرب و جرح، تجاوز به عنف، خیانت در امانت، قتل، جعل، رابطه نامشروع و... مرتکب شده‌بودند.

میانگین نمره کل عملکرد خانواده آنها برابر با ۰/۳۶±۲/۲۲ بود که نزدیک به نقطه برش ثنایی (۲۳) است. یافته‌های ابعاد حیطه عملکرد خانواده زندانیان مورد مطالعه نشان داد که در بین خرده مقیاس‌های عملکرد خانواده، ابعاد آمیزش عاطفی با میانگین ۰/۴۷±۲/۴۷ و کنترل رفتار با میانگین ۰/۳۷±۲/۳۳ از نقطه برش بالاتر بودند که این به معنی عملکرد ضعیف خانواده در این دو بعد است. کمترین میانگین مربوط به مؤلفه حل مسأله با میانگین ۰/۴۷±۱/۹۲ بود و این نشان‌دهنده عملکرد مناسب‌تر خانواده در زمینه حل مسائل و اختلافات است (جدول ۱).

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار ابعاد عملکرد خانواده زندانیان در شرف آزادی

ابعاد سنجش عملکرد خانواده	Mean±SD	نقطه برش (ثنایی، ۱۳۸۹)	حداقل	حداکثر
حل مساله	۰/۴۷±۱/۹۲	۲/۳۸	۱	۴
ارتباط یا تعامل	۰/۴۰±۲/۳۱	۲/۳۷	۱	۴
نقش‌ها	۰/۳۳±۲/۴۷	۲/۴۷	۲	۴
همراهی عاطفی	۰/۳۹±۲/۳۲	۲/۴۲	۱	۴
آمیزش عاطفی	۰/۴۷±۲/۴۷	۲/۲۳	۱	۴
کنترل رفتار	۰/۳۷±۲/۳۳	۲/۰۲	۱	۳
عملکرد کلی خانواده	۰/۳۶±۲/۲۲	۲/۲۶	۱	۴

میانگین نمره کل سلامت روان آنها نیز برابر با ۱۲/۵۶±۲۸/۴۰ بود. یافته‌های ابعاد حیطه سلامت روان زندانیان مورد مطالعه نشان داد که در بین خرده مقیاس‌های سلامت روان، به جز خرده مقیاس اختلال افسردگی، آنها در بقیه خرده مقیاس‌های سلامت روان، میانگین نمره بالاتر از نقطه برش که ۶ است را کسب کردند (جدول ۲).

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1400.8.2.6.7]

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار ابعاد سلامت روان زندانیان در شرف آزادی

ابعاد سلامت روان	Mean±SD	حداقل	حداکثر
نشانه‌های اختلال جسمی	۶/۶۳±۴/۲۸	۰	۲۱
اختلال اضطراب	۷/۸۷±۵/۰۶	۰	۲۱
اختلال در کارکرد اجتماعی	۷/۷۷±۳/۱۴	۰	۱۷
اختلال افسردگی	۴/۴۴±۵/۳۷	۰	۲۱
سلامت روان کل	۲۸/۴۰±۱۲/۵۶	۲	۷۴

نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین عملکرد خانواده با سلامت روان زندانیان نشان داد که مقادیر همبستگی در حد متوسط (۰/۲۵) است. تمامی مؤلفه‌های عملکرد خانواده با مؤلفه‌های سلامت روان به جز مؤلفه ناکارآمدی اجتماعی رابطه مثبت و معنادار داشتند ($p<۰/۰۱$). این بدین معنی است که هرچه میزان حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتاری، و عملکرد کلی خانواده ضعیف‌تر گردد، اختلال روانی اعضای خانواده در حوزه‌های اضطراب، افسردگی، جسمانی و سلامت عمومی کل افزایش می‌یابد و می‌تواند موجبات بروز مشکلات روانی در افراد مورد مطالعه شود (جدول ۳).

جدول ۳. همبستگی بین مؤلفه‌های عملکرد خانواده و ابعاد سلامت روان زندانیان در شرف آزادی

عملکرد خانواده	سلامت روانی کل	افسردگی	ناکارآمدی اجتماعی	اضطراب	جسمانی
حل مساله	۰/۲۸**	۰/۲۹**	۰/۰۵	۰/۲۰**	۰/۱۷**
ارتباط	۰/۱۹**	۰/۱۹**	۰/۰۶*	۰/۱۲**	۰/۱۲**
نقش‌ها	۰/۲۱**	۰/۲۳**	−۰/۰۴	۰/۱۶**	۰/۱۶**
همراهی عاطفی	۰/۱۴**	۰/۱۷**	۰/۰۰	۰/۰۹**	۰/۱۳**
آمیزش عاطفی	۰/۱۵**	۰/۲۴**	−۰/۰۲	۰/۱۶**	۰/۰۶**
کنترل رفتار	۰/۲۷**	۰/۳۰**	۰/۰۳	۰/۲۲**	۰/۱۸**
عملکرد کلی خانواده	۰/۲۵**	۰/۲۵**	۰/۰۱	۰/۱۹**	۰/۲۲**

$p<۰/۰۱^{**}$ $p<۰/۰۵^{*}$

نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره با روش گام به گام نشان داد که از میان هفت بعد متغیر مستقل، ابعاد حل مسأله، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار نقش تعیین‌کننده‌ای در تبیین متغیر وابسته (سلامت روان) داشتند و به میزان ۳۶٪ با متغیر وابسته همبستگی داشتند. میزان R^2 گزارش‌شده بیانگر آن است که ۱۳٪ واریانس سلامت روان زندانیان در شرف آزادی تابع ابعاد متغیر مستقل و مابقی تغییرات تحت تأثیر متغیرهای خارج از مدل است (جدول ۴).

جدول ٤. نتایج آزمون تحلیل رگرسیون عملکرد خانواده و سلامت روان زندانیان در شرف آزادی

پیش‌بین ها	R	R^2	R^2.adj
حل مسأله	۰/۲۸	۰/۰۸	۰/۰۷
حل مسأله، آمیزش عاطفی	۰/۳۴	۰/۱۱	۰/۱۱
حل مسأله، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار	۰/۳۵	۰/۱۲	۰/۱۲

بر اساس نتایج جدول ۵، از بین ابعاد عملکرد خانواده، مؤلفه‌های حل مسأله (β=۰/۲۴)، آمیزش عاطفی (β=۰/۱۳) و کنترل رفتار (β=۰/۱۳) با سطح معناداری ($p<۰/۰۱$) نسبت به سایر مؤلفه‌ها اثر پیش‌بینی بیشتر داشته و قوی‌ترین مؤلفه‌های پیش‌بینی‌کننده سلامت روانی زندانیان در شرف آزادی می‌باشند.

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1400.8.2.6.7]

جدول ۵. ضرایب آزمون تحلیل رگرسیون مؤلفه‌های عملکرد خانواده و سلامت روان زندانیان در شرف آزادی

عوامل پیش بین	B	SE	Beta	T	P-value
ضریب ثابت	-۴/۰۰۴	۲/۸۶		-۱/۳۹	۰/۱۶
حل مسأله	۶/۵۰	۰/۸۹	۰/۲۴	۷/۲۷	۰/۰۰۱
آمیزش عاطفی	۳/۶۸	۰/۸۸	۰/۱۳	۴/۱۸	۰/۰۰۱
کنترل رفتار	۴/۶۲	۱/۲۰	۰/۱۳	۳/۸۲	۰/۰۰۱

بحث

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره سلامت روان بیش از نیمی از زندانیان مورد مطالعه بالاتر از نمره معیار بود. با توجه به اینکه نمره بالا در آزمون سلامت روان، بیانگر میزان سلامت روان پایین است، نتایج حاکی از پایین‌بودن میزان برخورداری زندانیان مورد مطالعه از سلامت روان بود. البته این نتیجه، به معنای تشخیص وجود اختلالات روانی خاصی در بین آنها نیست. تجزیه و تحلیل مربوط به حیطه‌های سلامت روان نشان داد که کمترین نمره میانگین مربوط به حیطهٔ افسردگی بود. در نتیجه می‌توان گفت زندانیان مورد مطالعه از این نظر در وضعیت مطلوب‌تری بودند. میانگین نمره پایین اختلال افسردگی زندانیان مورد مطالعه با نتایج تحقیقات قبلی همخوانی دارد، در حالی که با نتایج داوودی و همکاران (۲۵) که نشان دادند افراد مورد مطالعه در حیطهٔ افسردگی نمره بالاتری داشتند، همخوانی ندارد که می‌تواند ناشی از اختلاف در محیط فرهنگی، اجتماعی و مذهبی باشد. در بقیه حیطه‌های سلامت روان، مانند نشانه‌های اختلال جسمانی، اختلال اضطراب و اختلال در کارکرد اجتماعی، میانگین نمره زندانیان در شرف آزادی از نمره برش معیار بالاتر بود. نمره میانگین بالای حیطه اختلال در کارکرد اجتماعی و اختلال اضطراب زندانیان در شرف آزادی نیز احتمالا ناشی از محدودیت تعاملات اجتماعی زندانیان است. در پژوهش نوربالا و همکاران (۲۶) نیز بیشترین نمره میانگین حیطه سلامت روانی، در بعد اختلال عملکرد اجتماعی به‌دست آمد. یکی از دلایل نمره میانگین بالای سلامت روان زندانیان در شرف آزادی در دو استان کرمان و یزد، مصرف مخفیانه مواد مخدر در این زندان‌ها بود. پژوهش پونتا و همکاران (۲۷) نیز نشان داده است که بین مصرف مواد مخدر و انواع اختلالات روانی رابطه وجود دارد. مصرف مواد مخدر در برخی از این زندانیان به‌صورت مخفیانه در زندان ادامه داشته و این موضوع به دلایل گوناگون توسط زندانیان بیان نمی‌شود و می‌تواند به عنوان یکی از عوامل اصلی نمره میانگین بالای سلامت روان در این زندانیان بیان شود. از سوی دیگر، وجود محدودیت‌های ادامه مصرف مواد مخدر برای زندانیان در زندان‌ها نیز می‌تواند سبب افزایش نمره میانگین حیطهٔ اختلال اضطرابی باشد (۲۸).

در خصوص عملکرد خانواده، نتایج تحقیق نشان داد که مؤلفه حل مسأله، کمترین میانگین را نسبت به سایر مؤلفه‌ها با توجه به میانگین هنجار داشته‌است. این به آن معناست که افراد خانواده، زمانی که مشکلی داشته باشند به هم کمک می‌کنند و سعی در حل آن دارند و تمام تمرکز خود را معطوف به حل مشکل می‌کنند. یکی از این دلایل را می‌توان حس انسان‌دوستانه و همدردی نامید و در مورد میانگین کم مربوط به نقش‌ها از عدم مسئولیت‌پذیری افراد و انکار کردن نام برد. بیشترین میانگین نیز مربوط به مؤلفه‌های کنترل رفتار و آمیزش عاطفی بود. بالا بودن میانگین آمیزش عاطفی در خانوده زندانیان در مقایسه با میانگین هنجار، نشان‌دهنده آن است که زندانیان در شرف آزادی در خانوده خود مشارکت و درگیری چندانی نداشته و درجه و کیفیت علاقه و نگرانی اعضای خانواده نسبت به یکدیگر پایین است. این بعد واکنشی است که هر یک از اعضاء در برابر علاقه و توجه دیگران نشان می‌دهند. در واقع میزان علاقه و نگرش اعضای خانواده را نسبت به هم توصیف می‌کند (۲۹). بالا بودن میانگین خرده مقیاس کنترل رفتاری در مقایسه با میانگین هنجار نیز نشان می‌دهد که در خانواده مقررات و قواعدی برای رفتار افراد تعیین نمی‌شود. بعد کنترل رفتار همچنین در برگیرنده میزان تأثیر و نفوذی است که اعضای خانواده بر یکدیگر دارند. خانواده برای بقاء و سازگاری نیاز به شیوه‌هایی جهت کنترل رفتار اعضای خود دارد.

یافته‌های پژوهش همچنین نشان داد که بین عملکرد خانواده و سلامت روان زندانیان در شرف آزادی رابطه معنادار وجود دارد. یعنی با کاهش عملکرد مطلوب خانواده، سلامت روانی اعضای خانواده نیز کاهش می‌یابد. نتایج این پژوهش با نتایج تعدادی از پژوهش‌های پیشین (۳، ۱۲، ۱۳) مشابه است که نشان داده‌بودند عملکرد خانواده بر سلامت روان تأثیر دارد.

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1400.8.2.6.7]

مؤلفه‌های عملکرد خانواده، با تمامی ابعاد سلامت روان به جز ناکارآمدی اجتماعی، رابطه مثبت و معناداری داشتند. در این مورد، یافته‌های پژوهش با یافته‌های پژوهش وان دیک و همکاران (۳۰) همخوانی دارد. نتایج پژوهش آنها نشان داد که عملکرد خانوادگی ناکارآمد با ناکارآمدی اجتماعی ارتباط مثبت و عملکرد خانوادگی کارآمد نیز با کارآمدی اجتماعی ارتباط منفی دارد. در مدل عملکرد خانواده McMaster (۲۲) فرض بر این است که عملکرد خانواده به‌طور غیرمستقیم با اضطراب اعضای خانواده مرتبط است (۳۱). بنابراین می‌توان این‌گونه بیان کرد که بخشی از اضطراب زندانیان مورد مطالعه ناشی از عملکرد خانوادگی نامناسب است.

در تبیین رابطه عملکرد خانواده و سلامت روان می‌توان گفت که خانواده و فضای خانه، نخستین و بادوام‌ترین عاملی است که بر رشد شخصیت افراد تأثیر می‌گذارد. توجه خانواده به اعضاء، زمینه را برای جلوگیری از رفتار انحرافی و به تبع آن مشکلات رفتاری از قبیل خشونت، پرخاشگری و غیره فراهم می‌نماید. عملکرد مناسب خانواده می‌تواند استرس در میان اعضاء را کاهش داده و سلامت روانی برای آنها به ارمغان آورد. بنابراین، منظومه خانواده در شکل‌گیری سلامت روان افراد نقش بسزایی دارد و عملکرد مناسب آن به ارتقای سلامت روانی منجر و کمبودها و نقص‌های موجود در این زمینه، بسترساز انواع آسیب‌های روانی در افراد می‌شود. در مقابل، عملکرد ضعیف خانواده منجر به فشار، درگیری، خشونت، ناراحتی و انسجام ضعیف در خانواده می‌شود (۳۲). نمونه‌هایی از عملکرد ضعیف خانواده شامل رفتار انتقادی و خصمانه والدین خانواده است که می‌تواند افسردگی اعضای خانواده را پیش‌بینی کند. شواهد همچنین نشان می‌دهد که وقتی والدین تمایلات انتقادی و خصمانه‌ای را نسبت به فرزندانشان نشان می‌دهند، فرزندنشان نیز تمایل بیشتری به ایجاد اختلالات دوقطبی و افسردگی مرتبط با اضطراب دارند (۳۳). هنگامی که خانواده‌ها درگیری زناشویی یا درگیری والدین و فرزندان از جمله اختلافات نظر لفظی، اعمال اقدامات انضباطی و کنترل بیشتر بر تصمیم‌گیری فرزندان و متعاقباً انسجام خانوادگی کمتری را تجربه می‌کنند، فرزندان در برابر علایم افسردگی و مشکلات رفتاری آسیب‌پذیرتر هستند (۳۴). جنبه‌های خاصی از عملکرد خانواده همچون حل مشکلات، ارتباطات و کنترل رفتار نشان‌دهنده ارتباط قوی با اختلال سلامت روان فرزندان است. مشکلات رفتاری فرزندان، به‌ویژه پرخاشگری و عصبانیت و همچنین کنترل ضعیف رفتار به‌خاطر درگیری بین والدین است. حل مشکلات درون خانواده به توانایی یک خانواده در مدیریت و حل مؤثر مسائلی اشاره دارد که ممکن است ظرفیت عملکرد خانواده و همچنین انسجام آن را تهدید کند. ارتباطات نیز توانایی اعضای خانواده برای مدیریت گفتگو و تبادل اطلاعات شفاهی است (۳۵). کنترل رفتار نیز می‌تواند به استانداردها و انتظارات اعضای خانواده بر حسب رفتار و بیان احساسات اشاره کند. با این حال، ممکن است به نحوه واکنش اعضای خانواده به رویدادهای خطرناک جسمی، انگیزه‌ها یا نیازهای روانشناختی و شرایط بین فردی اشاره کند (۳۶).

نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج نشان داد که بین عملکرد خانواده با سلامت روان زندانیان در شرف آزادی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. یعنی هرچه عملکرد خانوده در سطح پایین‌تری باشد، به همان میزان سلامت روان اعضای خانواده نیز پایین خواهد بود. عملکرد خانواده، یکی از شاخص‌های مهم تضمین‌کننده سلامت روان خانوده و اعضای آن است و رابطه مثبت آن به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل ایجادکننده و نگهدارنده اختلالات روحی و هیجانی افراد مطرح می‌شود. بر اساس یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی دلایل ضعف عملکرد خانواده در مؤلفه‌های آمیزش عاطفی و کنترل رفتار بین اعضای خانواده بررسی و مطالعه شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل یک طرح تحقیقاتی است که با حمایت مالی اداره کل زندان‌های استان کرمان با شماره طرح (کد سامانه سمات ۱۶۷۱۱۰-۱۵۰۳۱ و کد سازمان زندانها ۲۵-۲۱-۹۸) و کد اخلاق IR.UK.REC.1399.004 دانشگاه شهید باهنر کرمان به ثبت رسیده‌است. بدینوسیله از حمایت مالی اداره کل زندان‌های استان کرمان تشکر و قدردانی می‌گردد.

تعارض منافع

در پژوهش حاضر هیچ‌گونه تضاد منافعی مشاهد نشد.

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1400.8.2.6.7]

References

1. Arabzadeh M. Meta-analysis of effective factors in mental health of older people. Research in Psychological Health. 2017;10(2):42-52.
2. Ghasemi F, Ebrahimi A, Samouei R. A review of mental health indicators in national studies. Journal of Isfahan Medical School. 2018;36(470):209-15. (in Persian)
3. D'Onofrio B, Emery R. Parental divorce or separation and children's mental health. World Psychiatry. 2019;18(1):100–5.
4. Jona CM, Labuschagne I, Mercieca EC, Fisher F, Gluyas C, Stout JC, et al. Families affected by huntington's disease report difficulties in communication, emotional involvement, and problem solving. Journal of Huntington's Disease. 2017;6(3):169-77.
5. Saber F, Shamsaei F. Tapak L, Sadeghian E. Relationship between the stigma and the family performance of psychiatric patients. Iranian Journal of Nursing Research. 2020;14(63):1-8.
6. Zubrick S, Silburn S. Western Australian aboriginal child health survey: improving the educational experiences of aboriginal children and young people. UAE: Curtin University press; 2016: 234-6.
7. Dai L, Wang L. Review of family functioning. Open Journal of Social Sciences. 2015;3(12):134-41.
8. Azazi S. Sociology of family with emphasis on the role, structure and function of the family in contemporary era. Tehran: Roshangaran Publications and Women's Studies; 2013:175-6. (in Persian).
9. Sharf RS. Theories of psychotherapy & counseling: concepts and cases. CA, United States: Cengage Learning.5Th edition. 2015:631-3.
10. Zarei Toopkhaneh M, Janbozorgi M, Ahmadi MR. The relationship between power structure of man-powered in the family and family function. Journal of Family Research. 2015; 11(42):203-18.
11. Farahmand M, Rezvani Z. Structure and family performance in polygamous and monogamy families. Journal of Applied Sociology. 2019;30(3):135-54. (in Persian)
12. Farshad M, Najarpourian S, Salmabadi M. Prediction of family function based on couples' communication patterns and perceived social support in nurses of Hormozgan university of medical sciences. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2018; 6(1):18-24. (in Persian)
13. Sharifi F, Amiri S, Ghasemi V. Predicting adolescents' moral identity from family function. Journal of Psychological Achievements. 2018;25(1):45–58. (in Persian)
14. Katz-Wise SL, Ehrensaft D, Vetters R, Forcier M, Austin SB. Family functioning and mental health of transgender and gender-nonconforming youth in the trans teen and family narratives project. The Journal of Sex Research. 2018;55(4-5): 582-90.
15. Dabiri M, Nasiripour S. The role of family functioning and positive adolescent development in predicting depression in adolescent girls. Journal of Psychological Sciences. 2019; 72(17): 925-19.
16. Khodayarifard M, Abedini Y, Akbari Zardkhaneh S, Ghobari Bonab B, Sohrabi F, Younesi SJ. Cognitive behavioral interventions effectiveness on prisoners' psychological health. Journal of Behavioral Sciences. 2009;2(4):283-90. (in Persian).
17. Afshani SA. The study of personal, family, social and religious characteristics of new arrival prisoners in Yazd province. General Administration of Prisons of Yazd province: Iran, Yazd. 2018:98-9.
18. Kadivar P. The study of personal, family, social and religious characteristics of new arrival prisoners in Kerman province. General Administration of Prisons of Kerman province: Iran, Kerman. 2019:123-7.
19. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the general health questionnaire. Psychological Medicine. 1979;9(1):139-45.
20. Tabatabaei S, Rasouli Z. The reliability and validity of Persian version of the general health questionnaire in industry staff. Iran Occupational Health. 2018;15(3):45-54.
21. Noorbala AA, Faghihzadeh S, Kamali K, Yazdi SA, Hajebi A, Mousavi MT, et al. Mental health survey of the Iranian adult population in 2015. Archives of Iranian Medicine. 2017;20(3):0-18.
22. Epstein NB, Ryan CE, Bishop DS, Miller IW. The McMaster model: A view of healthy family functioning. In F. Walsh (Ed.), Normal family process: growing diversity and complexity. USA, New York: The Guilford Press;2003:581-607.
23. Sanai B. Family and marriage scales. Tehran: Besat Publications; 2011:118-24. (in Persian).
24. Yoosefi N. An investigation of the psychometric properties of the McMaster clinical rating scale. Educational Measurement. 2012; 3(7): 76-83. (in Persian)
25. Davoodi Z, Ahmadi S. Comparison of mental disorders and adversity quotient in prisoners and non-prisoners in Shahrekord. Journal of

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1400.8.2.6.7]

Shahrekord University of Medical Sciences. 2015;17(2):76-83. (in Persian)
26. Noorbal AA, Malek Afzali H, Abedinia N, Akhbari M, Moravveji A, Vaseghi F, et al. Mental health status and marital satisfaction of pregnant women referring to health centers in Kashan, Iran. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2018;16(3):279-94. (in Persian)
27. Pont J, Stöver H, Gétaz L, Casillas A, Wolff H. Prevention of violence in prison, the role of health care professionals. Journal of Forensic and Legal Medicine. 2015; 34:127-32.
28. Edition F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association. 2013;(2):21-7.
29. Tamplin A, Goodyer IM, Herbert J. Family functioning and parent general health in families of adolescents with major depressive disorder. Journal of Affective Disorders. 2018;48(1):1-3.
30. Van Dijk MP, Branje S, Keijsers L, Hawk ST, Hale WW, Meeus W. Self-concept clarity across adolescence: Longitudinal associations with open communication with parents and internalizing symptoms. Journal of Youth and Adolescence. 2014;43(11):1861-76.
31. Renzaho AM, de Silva Sanigorski A. The importance of family functioning, mental health and social and emotional well-being on child oral health. Journal of Child, Care, Health and Development. 2014;40(4):543-52.
32. Oltean II, Perlman C, Meyer S, Ferro MA. Child mental illness and mental health service use: Role of family functioning (family functioning and child mental health). Journal of Child and Family Studies. 2020 ;29(9):2602-13.
33. Peris TS, Miklowitz DJ. Parental expressed emotion and youth psychopathology: New directions for an old construct. Child Psychiatry & Human Development. 2015;46(6):863-73.
34. Murphy YE, Flessner CA. Family functioning in pediatric obsessive compulsive and related disorders. British Journal of Clinical Psychology. 2015;54(4):414-34.
35. Lee D, McLanahan S. Family structure transitions and child development: Instability, selection, and population heterogeneity. American Sociological Review. 2015;80(4):738-63.
36. Roman NV, Schenck C, Ryan J, Brey F, Henderson N, Lukelelo N, et al. Relational aspects of family functioning and family satisfaction with a sample of families in the western Cape. Journal of Social Work. 2016;52(3):303-12.

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1400.8.2.6.7]

Investigating the relationship between family functioning and mental health of prisoners on the verge of release in Kerman and Yazd prisons in 2019

Received: 26 Jun 2021 Accepted: 7 Sep 2021

Abdolhossein Daneshvarinasab[1]

1. Assistant Professor, Department of Social Sciences, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran

Abstract

Introduction: Family functioning can be one of the most important determinants of mental health of prisoners. Despite the research that has been done on the relationship between family functioning and mental health, few studies have examined the relationship between these two variables among prisoners. The aim of this study was to investigate the relationship between family functioning and mental health of prisoners on the verge of release in Kerman and Yazd prisons in 2019.

Materials and Methods: The study was a cross-sectional one, and the data collection tools were Family Functioning Questionnaire (FAD) and General Health Questionnaire (GHQ). The statistical population was all 743 prisoners on the verge of release in prisons in Kerman and Yazd provinces. The results were analyzed using SPSS 23 software and Pearson's correlation and linear regression.

Results: Out of prisoners, %95 were male and mean age was 27/9 ±15/37. In terms of marital status, 522 (70.3%) were married. Also, 378 (51%) of them had no history of imprisonment and 365 (49%) had a history of imprisonment of one to thirteen years. In terms of the type of crime committed, 335 (45%) of them committed drug-related crimes, 198 (27%) committed theft, and the rest (28%) committed other crimes. There was a positive and significant relationship between family performance and mental health of prisoners (p=0.001). The regression results also showed that %13 of the changes in the mental health of prisoners were a function of their family functioning. Also, among the dimensions of family functioning, three dimensions of problem solving (β=0.24), emotional intercourse (β=0.13), and behavioral control (β=13.13) were the strongest predictors of mental health of prisoners.

Conclusion: Family functioning components had a positive and significant relationship with all aspects of mental health except social inefficiency. The lower the level of family functioning, the lower the mental health of family members.

Keywords: Family functioning, Mental health, Prisoners on the verge of release

***Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Social Sciences, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran

Email: daneshvari.um@uk.ac.ir **Tel:** +983431322386 **Fax:** +983433257165

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1400.8.2.6.7]