



پایان نامه جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد رشته مشاوره توانبخشی

عنوان

بررسی تجارب زیسته و عوامل آسیب پذیری فرزندان دارای والد معتاد

استاد راهنما:

دکتر آتوسا کلانتر هرمزی

استاد مشاور:

دکتر آسیه شریعتمدار

استاد داور:

دکتر کیومرث فرحبخش

پژوهشگر:

معصومه بیگلری

تابستان ۱۳۹۷

این پایان نامه توسط دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست
جمهوری حمایت مالی شده است.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



منشور اخلاق پژوهش

با یاری از خداوند سبحان و اعتقاد به این که عالم محضر خداوند است و همواره ناظر به اعمال انسان و به منظور پاس داشت مقام بلند دانش و پژوهش و نظر به اهمیت جایگاه دانشگاه در اعتلای فرهنگ و تمدن بشری ما دانشجویان دانشکده‌های دانشگاه علامه طباطبائی متعهد می‌گردیم اصول زیر را در انجام فعالیت‌های پژوهشی مد نظر قرار داده و از آن تخطی نکنیم:

- ۱) اصل حقیقت جوئی: تلاش در راستای پی جویی حقیقت و وفاداری به آن و دوری از هرگونه پنهان سازی حقیقت،
- ۲) اصل رعایت حقوق: التزام به رعایت کامل حقوق پژوهشگران و پژوهیدگان (انسان، حیوان و نبات) و سایر صاحبان حق،
- ۳) اصل مالکیت مادی و معنوی: تعهد به رعایت کامل حقوق مادی و معنوی دانشگاه و کلیه همکاران پژوهش،
- ۴) اصل منافع ملی: تعهد به رعایت مصالح ملی و در نظر داشتن پیشبرد و توسعه کشور در کلیه مراحل پژوهش،
- ۵) اصل رعایت انصاف و امانت: تعهد به اجتناب از هرگونه جانب داری غیر علمی و حفاظت از اموال، تجهیزات و منابع در اختیار،
- ۶) اصل رازداری: تعهد به صیانت از اسرار و اطلاعات محرمانه افراد، سازمان هاو کشور و کلیه افراد و نهادهای مرتبط با تحقیق،
- ۷) اصل احترام: تعهد به رعایت حریم‌ها و حرمت‌ها در انجام تحقیقات و رعایت جانب نقد و خودداری از هرگونه حرمت شکنی،
- ۸) اصل ترویج: تعهد به رواج دانش و اشاعه نتایج تحقیقات و انتقال آن به همکاران علمی و دانشجویان به غیر از مواردی که منع قانونی دارد،
- ۹) اصل برائت: التزام به برائت جوئی از هرگونه رفتار غیر حرفه ای و اعلام موضع نسبت به کسانی که حوزه علم و پژوهش را به شائبه‌های غیر علمی می‌آلایند.

نام و نام خانوادگی: معصومه بیگلری

تاریخ و امضاء: ۱۳۹۷/۶/۲۶



تعهدنامه اصالت پایان نامه

اینجانب معصومه بیگلری دانش آموخته مقطع تحصیلی کارشناسی ارشد در رشته مشاوره توانبخشی که در تاریخ ۹۷/۶/۲۶ از پایان نامه خود تحت عنوان بررسی تجارب زیسته و عوامل آسیب پذیری فرزندان دارای والد معتاد با کسب نمره / درجه ۱۹ دفاع نموده ام، متعهد می شوم:

- ۱- این پایان نامه حاصل تحقیق و پژوهش انجام شده توسط اینجانب بوده و در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران (اعم از مقاله، کتاب، پایان نامه و غیره) استفاده نموده ام، مطابق ضوابط و رویه موجود، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آن را در فهرست مربوط ذکر و درج کرده ام.
- ۲- این پایان نامه قبلاً برای دریافت هیچ مدرک تحصیلی (هم سطح، پایین تر یا بالاتر) در سایر دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی ارائه نشده است.
- ۳- چنانچه بعد از فراغت از تحصیل، قصد استفاده از هرگونه بهره برداری اعم از چاپ کتاب، ثبت اختراع و ازین دست موارد از این رساله را داشته باشم، از حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علامه طباطبائی مجوزهای مربوطه را اخذ نمایم.
- ۴- چنانچه در هر مقطع زمانی خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن را می پذیرم و دانشگاهی مجاز است با اینجانب مطابق ضوابط و مقررات رفتار نموده و در صورت ابطال مدرک تحصیلی ام هیچ گونه ادعائی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی: معصومه بیگلری

تاریخ و امضاء: ۹۷/۶/۲۶

تقدیر و تشکر:

از کلیه نوجوانِ پسر دارای والد مصرف کننده (پدر یا مادر) که همکاری به عمل آوردند و در این امر یاریمان نمودند، از استاد فرهیخته و شایسته سرکار خانم دکتر آتوسا کلانتر هرمزی به دلیل یاریها و راهنماییهای بی‌چشمداشت که بسیاری از سختیها را برایم آسانتر نمودند، همچنین از خانم دکتر آسیه شریعتمدار که زحمت مشاوره این کار را برعهده داشتند و مرا صمیمانه و مشفقانه یاری داده‌اند و از استاد گرانقدر و بزرگوار جناب آقای دکتر فرحبخش که زحمت داوری این پایان نامه را متقبل شدند، کمال تشکر و قدردانی را دارم. با تشکر خالصانه خدمت همه کسانی که به نوعی مرا در به انجام رساندن این مهم یاری نموده‌اند. همچنین، از حمایت مالی صورت گرفته توسط دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری، دفتر شورای هماهنگی استان آذربایجان شرقی بسیار سپاسگزارم.

چکیده

پژوهش حاضر یک پژوهش کیفی با هدف بررسی تجارب زیسته و عوامل آسیب‌پذیری نوجوانان پسر دارای والد معتاد (پدر یا مادر) است. از میان جامعه مذکور، نمونه‌گیری به صورت گلوله برفی تا حد اشباع (۹ نفر) صورت گرفت. با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته اطلاعات مرتبط با افراد نمونه جمع‌آوری شد و با رویکرد پدیدارشناسی و به روش کلایزی یافته‌ها تحلیل شد. پس از تحلیل محتوای مصاحبه‌ها و کدگذاری آنها، در حوزه عوامل آسیب‌پذیری بر مبنای تجارب زیسته ۷ شاخص اصلی استخراج شد که شامل: حسرت از گذشته تلخ، احساسات و هیجان‌های منفی؛ جو غالب خانواده، بروز بدکارکردی عملکرد فرزندان، بحران مالی، فقدان الگوی نقش مثبت، کارکردهای مختل والدین، اختلال در جامعه‌پذیری به دلیل گسستگی روابط بودند. علاوه بر این ۷ شاخص اصلی، ۳ شاخص اصلی دیگر به عنوان یافته‌های اضافی در حوزه سازوکارهای مقابله‌ای بدست آمد که عبارتند از: سازوکارهای فعال، سازوکارهای منفعلانه و سازوکارهای اجتنابی. نتایج نشان داد نوجوانانی که با پدر یا مادر مصرف‌کننده زندگی می‌کنند نسبت به دیگر نوجوانانی که دارای والد غیرمصرف‌کننده می‌باشند تجربه زیسته متفاوت و در معرض ریسک بیشتری، برای آسیب‌پذیری قرار دارند.

واژگان کلیدی: تجربه زیسته، عوامل آسیب‌پذیری، نوجوانان دارای والد معتاد

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
فصل اول : کلیات پژوهش	
۲	۱-۱ مقدمه.....
۳	۲-۱ بیان مسأله.....
۷	۳-۱ اهمیت و ضرورت پژوهش.....
۸	۴-۱ اهداف پژوهش.....
۸	۵-۱ سؤالات پژوهش.....
۸	۶-۱ تعاریف نظری.....
۸	۷-۱ تعاریف عملیاتی.....
فصل دوم : ادبیات و پیشینه تحقیق	
۱۰	۲-۱- خانواده.....
۱۳	۲-۲- خانواده سالم، فرزندان سالم.....
۱۵	۲-۳- اعتیاد.....
۱۷	۲-۴- معتاد.....
۱۷	۲-۵- مراحل اعتیاد.....
۱۸	۲-۶- شیوع‌شناسی اعتیاد.....
۲۰	۲-۷- سبب‌شناسی سوء مصرف مواد.....
۲۰	۲-۸- عوامل اجتماعی - فرهنگی.....
۲۱	۲-۹- عوامل روان‌پریشی.....
۲۱	۲-۱۰- عوامل شناختی.....
۲۲	۲-۱۱- عوامل زیست‌شناختی.....
۲۲	۲-۱۲- مبانی نظری مرتبط با اعتیاد.....

- ۲۳-۱۲-۲- نظریه‌ی یادگیری اجتماعی و شناختی بندورا.....
- ۲۴-۱۲-۲- تبیین رابطه خانواده و اعتیاد از منظر ویلیام گود.....
- ۲۵-۱۲-۳- اعتیاد والدین و تأثیر آن بر فرزندان.....
- ۲۶-۱۲-۴- عوامل ژنتیک.....
- ۲۷-۱۲-۵- عوامل اختصاصی.....
- ۲۹-۱۲-۶- عوامل غیراختصاصی:.....
- ۳۵-۱۳- پیشینه تحقیق.....
- ۳۵-۱۳-۱- پژوهش های داخلی.....
- ۳۷-۱۳-۲- پژوهش های خارجی.....

فصل سوم : روش پژوهش

- ۴۱-۳-۱- مقدمه.....
- ۴۱-۳-۲- روش تحقیق.....
- ۴۲-۳-۳- جامعه مورد مطالعه.....
- ۴۲-۳-۴- نمونه و روش نمونه‌گیری.....
- ۴۳-۳-۵- ابزار و روش گردآوری داده‌ها.....
- ۴۳-۳-۶- روش اجرای پژوهش.....
- ۴۴-۳-۷- روش تحلیل داده‌ها.....
- ۴۵-۳-۸- اعتباریابی و استحکام نتایج.....
- ۴۵-۳-۹- اصول اخلاقی در پژوهش:.....

فصل چهارم : تجزیه و تحلیل داده‌ها

- ۴۷-۴-۱- معرفی مصاحبه شونده‌گان.....

فصل پنجم : بحث و نتیجه‌گیری

- ۶۲-۵-۱- مقدمه.....
- ۶۲-۵-۲- سوال پژوهش:.....
- ۶۸-۵-۳- تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه.....
- ۷۱-۵-۴- محدودیت‌های پژوهش.....

۷۱ ۵-۵ پیشنهاد پژوهشی

۷۱ ۶-۵ پیشنهادهای کاربردی

منابع و مأخذ

۷۲ منابع فارسی

۸۰ منابع انگلیسی

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۴۷	جدول ۱-۴: ویژگی‌های جمعیت‌شناسی فرزندان دارای والد معتاد (پدر یا مادر معتاد).....
۴۸	جدول ۲-۴: مقولات فرعی و اصلی استخراج شده از تجربه زیسته و عوامل آسیب پذیری فرزندان دارای والد معتاد.....
۵۸	جدول ۳-۴: مقولات اصلی و فرعی استخراج شده از عوامل نگه دارنده یا سازوکارهای مقابله‌ای.....

فصل اول

کلیات پژوهش

پیشرفت اجتماع بشری و سلامت آن در ابعاد مختلف مستلزم اصول و شرایط متنوعی است که یکی از اصلی‌ترین آن‌ها خانواده و سلامت عملکردی آن می‌باشد. بی‌شک نقش خانواده به عنوان واحد اصلی و عنصر تأثیرگذار بر روابط، رفتارها و خصوصیات ذاتی و اکتسابی اعضا، واضح و غیرقابل تردید است. تأثیرگذاری و تأثیرپذیری افراد این نهاد کوچک اجتماعی از یکدیگر، باعث شده خانواده همواره عنصر اصلی مطالعات و پژوهش‌های اجتماعی قرار گیرد و تأثیر آن بر موفقیت‌ها یا آسیب‌های فردی و اجتماعی در موضوعات مختلف سنجیده شود (عطشان، رضایی‌نژاد، وکیلی‌کیا و بهرامی خشنود، ۱۳۹۶).

خانواده به عنوان اولین نهاد اجتماعی زمانی در شکل‌دهی به جامعه‌ای سالم موفق خواهد بود که از تعادل ساختی و حیاتی کافی برخوردار باشد تا در قالبی سازمان‌یافته و از طریق فرایند فرزندپروری منسجم با تربیت فرزندان سالم و وارد کردن آن‌ها به عرصه اجتماع، تحقق جامعه‌ای آرمانی، موفق و سالم را ممکن سازد (هادی، ۱۳۹۵).

به عبارت دیگر، خانواده اصلی‌ترین و بنیادی‌ترین نهاد جامعه است که سلامت جامعه به آن بستگی تام دارد (شهمیان، ۱۳۹۵). داشتن جامعه سالم منوط به داشتن خانواده‌های سالم است و این خانواده‌های سالم هستند که شهروندان سالم به جامعه تحویل می‌دهند (هاتفی شجاع، ۱۳۹۵). با این حال علل و عوامل بسیاری در سلامت و عدم سلامت یک خانواده مؤثر هستند و اعتیاد یکی از مخرب‌ترین عوامل فروپاشی خانواده‌ها است (امیری، ۱۳۸۹).

اعتیاد به عنوان یک بیماری مزمن و پیش‌رونده، یکی از اصلی‌ترین بحران‌های جامعه بشری در عصر حاضر است، بحرانی که با گستره‌ای از پیامدهای مخرب در ابعاد مختلف درون فردی، بین فردی، خانوادگی و اجتماعی توأم می‌باشد (نریمانی، علایی، حاجلو و ابوالقاسمی، ۱۳۹۳؛ ادحلیم و صبری^۱، ۲۰۱۳).

اعتیاد پدیده‌ای چند بعدی است که در میان گروه‌های مختلف سنی به‌ویژه افراد متأهل همواره در حال پیشروی است و از آنجا که، هر مشکل و نابهنجاری در ساختار چندنسلی خانواده، تأثیر مستقیمی بر کودکان دارد و یکی از مخرب‌ترین معضله‌های خانواده اعتیاد است. بنابراین، اولین ضربه اعتیاد بر پیکر خانواده و فرزندان وارد می‌شود. اعتیاد، خانواده فرد معتاد را ناپایدار و سرنوشت فرزندان و آینده آنان را به مخاطره می‌اندازد. بنابراین، هنگامی که در واحد خانواده مواد مخدر وارد می‌شود و مورد مصرف یکی از ارکان خانواده قرار می‌گیرد، سرنوشت کودکان به گونه‌ای نامطلوب و خطرناک رقم می‌خورد و در معرض تهدید جدی قرار

1. Adhalim, M, H..& Sabri, F

می‌گیرد. در چنین شرایطی کودکان والدین معتاد و الکلی در خانه‌ای بزرگ می‌شوند که فضای آن توأم با بدرفتاری، طرد و بی‌توجهی است (مرتضوی، کاظمی، قیومی محمدی، شمسی، ۱۳۹۵).

مؤسسه پزشکی و شورای تحقیقات ملی^۱ (۲۰۱۳) نیز، سوء مصرف مواد توسط والدین را به عنوان یک عامل خطر برای بدرفتاری با کودکان و تخریب رفاه کودکان شناخته است. پژوهش‌ها و تجارب بالینی نیز حاکی از آن است که میزان آسیب‌پذیری فرزندان به ویژه از لحاظ روانی در خانواده‌های دارای والدین معتاد نسبت به خانواده‌های سالم در سطح بسیار بالاتری قرار دارد (کامپفر، ۲۰۱۴؛ به نقل از نوری، ۱۳۹۳) و احتمال بیشتری دارد که سوءاستفاده، غفلت و غیبت والدین را نسبت به دیگر کودکانی که در خانواده‌های عادی زندگی می‌کنند تجربه کنند. کودکان و نوجوانان دارای والدین معتاد، بیشتر از دیگران در معرض خطرات جسمی، عاطفی و روانی، مانند اضطراب، افسردگی، اختلالات خوردن، تلاش برای خودکشی و... می‌باشند، آنها ممکن است از اعتماد به نفس پایین برخوردار باشند و در مدرسه دچار مشکل شوند، بنابراین مشکلات تحصیلی بیشتری نیز نسبت به دیگر دانش‌آموزان تجربه می‌کنند (استراسنر^۲، فول^۳، ۲۰۱۱). همچنین در چنین خانواده‌هایی امکان ایجاد جابجایی نقش وجود دارد، به‌طور مثال کودکان، ممکن است نقش پدران‌های نسبت به مادر یا پدر خود داشته باشند (برنان^۴، ۲۰۱۳). از همین‌رو، کودکان و نوجوانانی که والدین معتاد دارند، بنابر عوامل گوناگون، از جمله ساختار آشفته خانوادگی، مهارت‌های ضعیف فرزندپروری، مشکلات ارتباطی بین والدین و فرزندان، خشم و بدرفتاری و غیره از آسیب‌پذیرترین گروه‌ها به حساب می‌آیند (آهنی، ۱۳۸۸).

۲-۱ بیان مسأله

ارزش و اهمیت خانواده در حفظ سلامت روانی و اجتماعی بر هیچ‌کس پوشیده نیست، خانواده سالم بستر مناسبی برای رشد و شکوفایی و بالندگی اعضای خود فراهم می‌کند و در حفظ و ارتقاء سلامت جسمی و روانی تأثیر فراوان و غیرقابل انکاری دارد. فرد به عنوان موجودی اجتماعی، ابتدا در محیط خانواده به موجودی اجتماعی تبدیل می‌شود. پدیده اجتماعی کردن فرزندان توسط خانواده به عنوان عاملی مهم در رابطه با رفتارهای تضمین‌کننده سلامت شناخته شده است. خانواده بهنجار، خانواده‌ای است با ساختار منسجم که در جهت رشد و رفاه اعضای خود عمل می‌کند و می‌تواند به‌طور پویا با عوامل نو به نو شونده

-
1. Institute of Medicine and National Research Council
 2. Straussner
 3. Fewell
 4. Brennan

محیطی، تعامل برقرار کند و با آنها سازگار شود، بی‌آنکه در این میان دچار اغتشاش گردد و افراد خانواده در این فرایند از خود علائم مرضی بروز دهند (موسوی، ۱۳۹۰).

به عبارت دیگر، خانواده یکی از محیط‌های مؤثر بر سلامت جسمی و روانی افراد است که شرایط لازم برای رشد و رسیدن به توازن جسمی، روانی و اجتماعی را فراهم می‌کند (صالحی^۱، میرابراهیمی^۲، جهازی^۳، ۲۰۱۴) و به عنوان نخستین جایگاه در شکل‌گیری شخصیت کودک نقش بسزایی در تعیین هویت فرد دارد و لذا به گونه‌ای غیرمستقیم بر ساخت جامعه اثر می‌گذارد (خوشبخت، ستاری، سمیعی و کامل، ۱۳۹۵).

از طرف دیگر خانواده ناسالم می‌تواند زمینه را برای ایجاد اختلال در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی فراهم کند و افراد را به سمت بزهکاری سوق دهد. چنانچه متخصصان جامعه‌شناسی خانواده نیز بر این امر صحنه گذاشته‌اند که هیچ جامعه‌ای نمی‌تواند ادعای سلامت کند چنانچه از خانواده‌هایی سالم برخوردار نباشد، هم‌چنین بی‌هیچ شبهه‌ای، هیچ‌یک از آسیب‌های اجتماعی نیست که فارغ از تأثیر خانواده باشد (ساروخانی، ۱۳۸۹). آسیب‌پذیری در خانواده‌ها ممکن است به دلایل گوناگون مانند معلولیت، مرگ، طلاق، بیماری‌های مزمن، الکلیسم، فقر و اعتیاد ایجاد شود (تامسون^۴، لیندزی^۵، انگلیش^۶، هاولی^۷، لامبرت^۸، براون^۹، ۲۰۰۷).

امروزه یکی از مشکلات حاد جامعه ایران، مسئله اعتیاد است. اعتیاد عبارت است از مصرف مکرر و افزایش یافته یک ماده که محرومیت از آن سبب بروز علائم و میل غیرقابل کنترل برای مصرف مجدد آن ماده می‌شود و این روند به تباهی روانی و جسمی منجر می‌گردد (کاپلان، سادوک؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۳). ویژگی اختلال مصرف مواد عبارت است از ابتلای فرد به مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک که نشان می‌دهند او به رغم مشکلات عمده‌ای که در نتیجه مصرف مواد گریبانگیرش شده، همچنان به مصرف مواد ادامه می‌دهد (راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ۲۰۱۳، ترجمه آوادیس یانس، هاشمی میناباد، عرب قهستانی، ۱۳۹۴).

امروزه مسئله اعتیاد علاوه بر مشکلات فردی، اجتماعی، یک مشکل خانوادگی هم می‌باشد. معضل اعتیاد بر روی بهداشت عمومی فرد معتاد و خانواده وی اثر بدی می‌گذارد (رحیمی، ۱۳۹۵). نقش خانواده به عنوان یک نظام از مدت‌ها پیش در ادبیات سوءمصرف مواد و شیوه‌های بالینی مورد پذیرش قرار گرفته است

-
1. Salehi
 2. Mirebrahimi
 3. Jahazi
 4. Thompson
 5. Lindsey
 6. English
 7. Hawley
 8. Lambert
 9. Brown

(نیکولز^۱، ۲۰۱۱). تعریف اصلی یک نظام خانوادگی پویا این است که تغییر در عملکرد یکی از اعضای خانواده، به طور خودکار با تغییر جبرانی در سایر اعضای خانواده همراه است. در نتیجه، در خانواده‌ای که یکی از اعضای آن، تبدیل به یکی از مصرف‌کنندگان مواد می‌شود، عوارض و پیامدهای عمیق و بسیار زیادی را می‌توان برای بقیه خانواده پیش‌بینی کرد؛ زیرا نقش‌های خانوادگی تغییر می‌کنند و از مرز نسل‌ها تخطی می‌شود. مثلاً، زمانی که یکی از والدین، مواد مصرف می‌کند، دیگر قادر به ایفای نقش خود نیست، در نتیجه، سایر اعضای خانواده از جمله فرزندان شروع به پرکردن خلأ موجود می‌کنند و نقش و مسئولیت والدین گمشده (ناپیدا) را اغلب به بهای پیشرفت خود تقبل می‌کنند (استراسنر^۲، ۱۹۹۴).

مطالعات متعدد نشان می‌دهند که اعتیاد به مواد مخدر پیامدهای جدی بر فرزندان که در خانواده‌های معتاد زندگی می‌کنند دارد. گزارش شورای مشورتی بریتانیا در استفاده بی‌رویه از مواد مخدر حاکی از آن است که تجربه کودکانی که با والدین معتاد به مواد مخدر و الکل زندگی می‌کنند و از آنها تأثیر می‌پذیرند، به عنوان «آسیب پنهان» شناخته شده است. لفظ آسیب پنهان، دو ویژگی مهم این تجربه را در برمی‌گیرد: این کودکان معمولاً توسط سازمان‌های خدمات اجتماعی شناخته نمی‌شوند و علاوه بر آن ممکن است در معرض آسیب‌های متعدد و مختلف شامل بی‌توجهی‌های فیزیکی و یا عاطفی، خطر جانی و یا تربیت نامناسب و ضعیف باشند (ابرلور^۳، ۲۰۰۶). به طور کلی اعتیاد والدین منجر به کاهش سلامت روان و افزایش اختلالات روانی فرزندان آنها می‌شود (کاپلدی^۴، ۲۰۰۸). پیامدهای معتاد بودن والدین برای فرزندان علائم افسردگی و اضطراب، عزت نفس ضعیف، احساس گناه، مشکلات در روابط بین فردی و استفاده بی‌رویه از مواد توسط فرزندان می‌باشد (آندا^۵، فلیتی^۶ و همکاران، ۲۰۰۶، به نقل از استراسنر، ۲۰۱۱).

علاوه بر آسیب‌های روانی، کودکان با والدین معتاد اغلب با کودک آزاری فیزیکی، عاطفی و غفلت مواجه هستند (بورنینگ^۷، ویدو^۸ و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین، یافته‌ها نشان می‌دهند فرزندان والدین مبتلا به اختلالات مصرف مواد در بالاترین میزان خطر ابتلای به اعتیاد قرار دارند. احتمال ابتلای به اعتیاد در فرزندان والدین مصرف‌کننده مواد در مقایسه با والدین معمولی ۲ تا ۹ برابر بیشتر است (کامپفر، ۲۰۱۴). این در حالی است که براساس مطالعات متعدد، رشد سالم یک کودک نیاز به فضایی امن و با ثبات و همچنین خانواده‌های غمخوار و مراقب دارد که مقبولیت، اعتماد، حس استقلال و امنیت برای او به ارمغان می‌آورند. فرزندان والدینی که دچار اختلال استفاده از مواد مخدر و یا الکل هستند، معمولاً چنین فضایی را

1 . Nichols
2 . straussner

3 . Aberlour
4 . Capaldi
5 . Anda
6 . Felitti
7 . Borning
8 . Wiedow

تجربه نمی‌کنند و به دلیل اعتیاد والدین با مشکلات اجتماعی، روانی، تحصیلی و پزشکی متعددی مواجه می‌شوند (جولیان^۱، گودمن^۲، ۲۰۰۵) و به تبع این تجربیات، در طیف گروه آسیب‌پذیر قرار می‌گیرند. واژه آسیب‌پذیر اشاره به استعداد پذیرش دارد- به این معنا که فرد احتمال و یا استعداد تجربه پیامد نامطلوبی در آینده را دارد و یا در معرض این پیامد نامطلوب قرار می‌گیرد (ویلمز^۳، ۲۰۰۲).

مطالعات متعددی که در مورد فرزندان والدین مصرف‌کننده مواد و الکل انجام شده است، نشان می‌دهد، محیط این خانواده‌ها با آسیب، تنش و آشفتگی زیاد همراه است که اثرات منفی زایدی بر زندگی فرزندان می‌گذارد. اعتیاد والدین از یک سو کنترل و تسلط والدین را بر فرزندان کاهش می‌دهد و از سوی دیگر عامل انتقال این عادت به فرزندان می‌شود (خوشبخت، ستاری، سمیعی، کامل، ۱۳۹۵). مصرف‌کنندگان مواد و الکل، مهارت‌های فرزندپروری مناسبی ندارند، که خود، محیط خانوادگی پرخطری را ایجاد می‌کند. نظارت ضعیف والدین بر رفتارهای فرزندان، اختلاف والدین، کیفیت ضعیف تعاملات والد - فرزندی، صمیمیت و گرمی کم والدین، در معرض استرس‌های حاد و مزمن بودن، انضباط ناپایدار یا نبود آن در چنین خانواده‌هایی شایع است (آریا^۴، مرکل^۵، میپرس^۶، وینتر^۷، ۲۰۱۲). نکته مهم آن است که خشونت در چنین خانواده‌ای، غفلت یا بدرفتاری و آزار کودکان و نوجوانان و ارتباط ضعیف با والدین در خانواده، خود از عوامل خطر ابتلای به اعتیاد و مصرف مواد می‌باشد و به نظر می‌رسد در خانواده‌های مصرف‌کننده، کودکان و نوجوانان با تجمعی از عوامل خطر مانند مشکلات عاطفی، مشکلات تحصیلی، مشکلات رشدی، و مشکلات سلامت روان و مشکلات فیزیکی رو به رو باشند (ابافت، نوری، ۱۳۹۴).

باتوجه به مطالبی که ذکر شد، می‌توان گفت اعتیاد یک پدیده مخرب اجتماعی است و اثرات نامطلوب و عواقب وخیم آن تنها دامن گیر شخص معتاد نمی‌شود بلکه تمام افرادی که با معتاد وابستگی و ارتباط نزدیک دارند را دربرمی‌گیرد. از طرفی بر اساس اهمیت نقش والدین در انتقال هنجارها و الگوپذیری فرزندان در صورتی که یکی از والدین یا هر دو معتاد باشند، فرزندان آنها دارای روابط نابسامان و شرایط آسیب‌پذیری در کانون خانواده می‌شوند. همچنین مصرف مواد توسط پدران و مادران، نقش‌های عموماً متفاوتی برجای می‌گذارد که بر فرزندان آنان مؤثر خواهد بود و تجارب متفاوتی برای آنان به جا خواهد گذاشت که در تعیین مسیر زندگی آنان مؤثر است. منظور از تجارب، تجارب زیسته‌ای است که آنان در نقاط عطف زندگی‌شان و در گذر زمان به صورت رویداد تأثیرگذار و خاص تجربه کرده‌اند (گلستانی، ۱۳۹۲). به عبارتی، تجارب زیسته، درکی مستقیم و بی‌واسطه است که فرد در بافت یا موقعیتی معین آن را می‌فهمد

1. Juliana
2. Goodman
3. Willms
4. Arria
5. Mericle
6. Meyers
7. Winter

بنابراین با نوعی آگاهی بی‌واسطه همراه است (منصوریان، ۱۳۹۳) فرزندان دارای والدین معتاد، احتمالاً تجربه زیسته متفاوتی با فرزندان دارند که در خانواده‌های معمولی زندگی می‌کنند چرا که به گفته ون مانن (به نقل از کاواس^۱، ۲۰۱۰، ترجمه فراهانی، تنها و همکاران، ۱۳۹۶) قلمرو تجربه زیسته در چهاروجه اصلی بدن زیسته، زمان زیسته، مکان زیسته و روابط زیسته شکل می‌گیرد و در این میان روابط زیسته، دلالت بر همه رابطه‌ها و پیوندهایی دارد که فرد در طول زندگی با دیگران داشته است و زمان و مکانی را با آن شریک بوده است و از این رو مادر، پدر، خواهر، برادر و همه‌ی تعامل‌های روزمره‌ی فرد در نهادهای اجتماعی این وجه از تجربه زیسته هر فردی را می‌سازد. بنابراین، شناسایی و درک معنای تجارب این افراد و همچنین عوامل آسیب‌پذیری آنان مورد توجه پژوهشگر است چرا که این گروه اگرچه علی‌رغم تجربه دنیای متفاوت، نیازمند کمک و بذل توجه بیش‌تری هستند اما گاهاً بیش از هر گروه دیگری نادیده انگاشته می‌شوند. علاوه بر این، تجربه اعتیاد والدین در کودکان و نوجوانانی که در دوران گذار و رشد هستند، می‌تواند منجر به بروز طیف گسترده‌ای از آسیب‌های درون‌فردی و بین‌فردی در فرزندان شود. از این‌رو سؤال اصلی این پژوهش این است که عوامل آسیب‌پذیری فرزندان دارای والد معتاد بر مبنای تجارب زیسته‌شان چگونه است؟

۳-۱ اهمیت و ضرورت پژوهش

داشتن یک پدر و مادر معتاد، می‌تواند منجر به بروز مشکلات در طول عمر کودکان و نوجوانان شود. فرزندان والدین معتاد، دوران کودکی را که پایه و اساس کل زندگی را تشکیل می‌دهد متفاوت از کودکان دیگر تجربه می‌کنند. این کودکان نیاز دارند یاد بگیرند که آنها بچه‌های عادی هستند و آنچه غیرعادی است محیط آنهاست و این افراد تلاش به مقابله در یک محیط استرس‌زا و پر هرج و مرج می‌کنند.

به نظر می‌رسد با توجه به نبود یا ضعف شبکه حمایتی خانواده و مشکل در برقراری ارتباط با دوستان و همسالان، این نوجوانان نیاز به ارتباط با افراد دیگری دارند که بتوانند در مورد مشکلاتشان صحبت کنند (ابافت و نوری، ۱۳۹۴). از این رو بهتر است به آنان که در چنین خانواده‌هایی هستند برای بازگو کردن تجارب خود و احساساتشان از زندگی فرصت دهیم، زیرا بازگو کردن و به اشتراک گذاشتن تجارب خود در یک فضای امن، می‌تواند اثربخش باشد.

نکته مهم دیگر، توجه به جنبه‌هایی است که این کودکان در آن آسیب بیشتری دیده‌اند. رشد کردن در یک خانواده معتاد آسیب‌زاست و این افراد به طرق مختلف در معرض آسیب‌های اجتماعی و روحی قرار می‌گیرند. محیطی که این کودکان در آن رشد می‌کنند دارای هرج و مرج زیادی است و این کودکان؛ ترس، انکار، رها شدن و خشونت واقعی را تجربه می‌کنند، این در حالی است که از آنان انتظار می‌رود در هرج و

1 . Kavvas

مرج خانواده ناکارآمد، نظم و انضباط درونی و کنترل خود را یاد بگیرند. آنها یاد می‌گیرند برای رفع نیازهای خودشان وابسته به پدر و مادر نباشند و به عبارتی تبدیل به بزرگسالان کوچک می‌شوند که احساس اجبار به قبول مسئولیت فراتر از سن خود را دارند. با شناخت تجارب زیسته و درک معنای تجارب آنها و نیز شناسایی مؤلفه‌های آسیب‌پذیری در این افراد می‌توان به آنها در یادگیری مراقبت از خود زمانی که با موقعیت‌های خطرناک و آسیب‌زا مواجه می‌شوند کمک نمود و راه‌های مؤثر کنار آمدن با مشکلات را به این افراد نشان داد و در عین حال بستری مناسب برای ارتباط مؤثر دست‌اندرکاران حوزه تعلیم و تربیت و آنان که با این افراد سروکار دارند فراهم نمود تا آنان فارغ از هرگونه احساس ترحم، مورد توجه و ادراک قرار گیرند و راهکارهای مبتنی بر شرایط فرهنگی و اجتماعی جامعه برای آنان اندیشیده شود.

۴-۱ اهداف پژوهش

هدف کلی: بررسی تجارب زیسته و عوامل آسیب‌پذیری فرزندان دارای والدین معتاد

۵-۱ سؤال پژوهشی

عوامل آسیب‌پذیری فرزندان دارای والد معتاد بر مبنای تجارب زیسته‌شان چگونه است؟

۶-۱ تعاریف نظری

تجارب زیسته: به معنای رویدادهای تجربه شده و همچنین رویدادی که فردی به نحوی تأثیرگذار و خاص تجربه کرده است، می‌باشد (گلستانی، ۱۳۹۲).

عوامل آسیب‌پذیری: واژه آسیب‌پذیر اشاره به استعداد پذیرش دارد- به این معنا که فرد احتمال و یا استعداد تجربه پیامد نامطلوبی در آینده را دارد و یا در معرض این پیامد نامطلوب قرار گرفته است و عوامل آسیب‌پذیری، عواملی است که او را در معرض این پیامد نامطلوب قرار می‌دهد (ویلمز، ۲۰۰۲).

۷-۱ تعاریف عملیاتی

تجارب زیسته: تجربیاتی که مشارکت‌کنندگان در خلال زندگی با والدین معتاد تجربه کرده‌اند و از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته آنها را بیان می‌کنند.

عوامل آسیب‌پذیری: عواملی که از مصاحبه با فرزندان دارای والد معتاد و از طریق بررسی پاسخ‌های آنها به دست می‌آید.

فصل دوم

ادبیات و پیشینه تحقیق

در این فصل از پژوهش، به شرح مفاهیم اساسی، تعاریف دیدگاه‌های نظری و تحقیقات صورت گرفته در زمینه‌ی خانواده، خانواده سالم، خانواده ناسالم، آسیب‌های خانواده، اعتیاد، اعتیاد اعضای خانواده و تأثیراتی که این اعتیاد بر فرزندان و اعضای خانواده می‌گذارد، پرداخته می‌شود.

۱-۲- خانواده

خانواده به عنوان اولین کانونی که فرد در آن قرار می‌گیرد دارای اهمیت شایان توجهی است. اولین تأثیرات محیطی که فرد دریافت می‌کند از محیط خانواده است و حتی تأثیرپذیری فرد از سایر محیط‌ها می‌تواند نشأت گرفته از همین محیط خانواده باشد. خانواده پایه‌گذار بخش مهمی از سرنوشت انسان است و در تعیین سبک و خط مشی زندگی آینده، اخلاق، سلامت و عملکرد فرد در آینده نقش بزرگی بر عهده دارد (الیاسی، عشریه، ۱۳۹۶).

خانواده به عنوان واحد عاطفی - اجتماعی کانون رشد و تکامل، التیام، تغییر و تحول اعضا است. همچنین خانواده بنیان اساسی در ساختار اجتماعی جوامع است که سلامت یا عدم سلامت آن قوام یا اضمحلال جامعه را در پی دارد (گلدنبرگ و گلدنبرگ^۱، ۱۹۹۱ ترجمه: حسین شاهی براواتی، نقشبندی و ارجمندی، ۱۳۹۲).

خانواده عامل همبستگی، شرط تعادل اجتماعی، هسته اصلی جامعه و وارث و بستری مناسب برای انتقال آن به نسل‌های آینده و شخصیت دادن به اعضای خود می‌باشد. در خانواده شخص آداب معاشرت اجتماعی و همیاری را می‌آموزد. لذا با توجه به تعامل‌های مستمری که اعضای خانواده از یک سو با اعضای خود و از سوی دیگر با اجتماع دارند به نظر می‌رسد که خانواده کانون اصلی سلامت یا آسیب اعضای خود باشد (ثنایی، ذاکر، ۱۳۸۰، گلدینگ^۲، ۲۰۱۴، ترجمه: رسولی و تاجیک اسماعیلی، ۱۳۹۳).

در میان عوامل مختلفی که بر رشد شخصی از دوره‌ی کودکی تا مراحل بزرگسالی تأثیر می‌گذارند، خانواده بیشترین تأثیر را دارد، خانواده اولین و مهم‌ترین محیط از تولد تا مرگ است. اگرچه نیروی قوای آن با تولد فرد جدید، ازدواج یا مرگ یکی از اعضا تغییر می‌کند. اما خانواده همیشه حمایت‌گاه اصلی افراد باقی می‌ماند (ویسز نسکی^۳، ۲۰۰۶ به نقل از تارین، ۱۳۸۸).

پایداری نهاد خانواده در طول دوره‌های مختلف تاریخی نیز دلالت بر کارکردی بودن این نهاد دارد. اهمیت خانواده به‌اندازه‌ای است که سلامت و بالندگی هر جامعه وابسته به سلامت و رشد خانواده در آن است. خانواده شالوده حیات اجتماعی محسوب گردیده و یک واحد زیستی است که تشکیل آن مبتنی بر پیوند

1 . Goldenberg, & Goldenberg

2 .Golding

3 . Wissensneski

زناشویی است که گذشته از تولید نسل وظایف دیگری از قبیل فرزند پروری و فرهنگ‌پذیری کردن افراد را بر عهده دارد (پیرینگ^۱، ۲۰۰۲).

از این رو محیط خانواده بهترین و مناسب‌ترین محیطی است که کودک در آن ارزش‌ها و هنجارهای رایج را که باید در جامعه از آن‌ها تبعیت نماید، فراگرفته با قوانین اولیه آشنا شده و وظایف فردی و اجتماعی خود را به‌خوبی درک می‌کند. محیط خانواده در حقیقت کانالی است که نسل جدید آنچه را که ساخته و پرداخته گذشتگان بوده و به‌عنوان قوانین لازم‌الاجرای زندگی است از آخرین بازماندگان اجداد خود که والدینش باشند، فرامی‌گیرد و خود در زنجیره گردش زمانی همان نقشی را که والدین در برابر وی ایفا نموده‌اند برای نسل بعد از خود ایفا می‌نمایند (پیروز، ۱۳۸۹). روابط درون خانواده از پیچیدگی ویژه‌ای برخوردار است و این بدان معنی است که افراد خانواده تأثیر متقابلی بر رفتار همدیگر دارند (فریدکیان، ۱۳۸۹)، تا زمانی که والدین برخلاف رسالت و وظیفه خود عمل کرده و در تربیت و پرورش کودک سهل‌انگاری نمایند و دست‌به‌کاری‌هایی زنند که برای آن‌ها درس‌های تقلیدی غلطی را آموزش دهد، آن زمان کودک پرورش‌یافته در این نوع خانواده‌ها به سهولت در معرض جرائم و بزهکاری قرار می‌گیرد. وجود روابط سالم در میان اعضای خانواده، داشتن حقوق متناسب با موقعیت برای هریک از افراد، انتقال فرهنگ خودشناسی و دیگرشناسی در درک وظایف فردی و اجتماعی در محیط خانواده برای کودک می‌تواند او را در مسیری درست و منطقی هدایت نموده و کودک از موهبت تربیت و سلامت روانی - فیزیکی برخوردار گردد. وجود هر نوع روابط نادرست بین اعضای خانواده از جمله کشمکش‌های بین زن و مرد یا روابط سرد بین اعضا می‌تواند در کودک تغییرات روانی - فرهنگی را ایجاد نماید، ارزش‌های زاینده از رفتار و پندار والدین برای کودک کتاب فرهنگ تلقی می‌گردد. این نیز به‌نوبه خود ارمغانی برای نسل بعد به حساب می‌آید (باکن^۲، ۲۰۱۴).

جریان اجتماعی شدن، درونی کردن اخلاقیات و ارزش‌های معنوی، سطوح نیازها، تصور نسبت به خود و آمادگی برای مشارکت در دوره بزرگسالی، همگی در خانواده اتفاق می‌افتد و شکل‌گیری همه این موارد به اصول و استراتژی‌های خانواده بستگی دارند. انسان یک‌سوم از عمر خود را در خانواده مبدأش می‌گذراند و در طول دوره کودکی بیشتر اوقات در خانه است محیط خانواده با گسترش فعالیت‌ها و ابزارهای لازم برای اخذ مهارت‌های جدید در مدرسه، دانشگاه، اداره و غیره نقش بارزتری می‌یابد. اعضای خانواده مخصوصاً والدین در شکل‌دهی رفتار بچه‌ها نقش اصلی را ایفا می‌کنند. باید‌ها و نبایدها ابتدایی‌ترین اصول هنجارهای اخلاقی و معنوی هستند. بچه‌ها این اصول را از بزرگ‌ترهای خود یاد می‌گیرند. همچنین روابط والد - فرزند عاملی معنادار در شکل‌دهی شخصیت و انگیزه فرزندان است (ویسز نسکی، ۲۰۰۶ به نقل از تارین، ۱۳۸۸). از این رو شاید بتوان مهم‌ترین عامل اجتماعی شدن در زندگی هر انسان را تجارب دوران کودکی وی در خانواده

1. Yearing
2 - Bacon

دانست. فضای خانواده هم می‌تواند آکنده از مهر و محبت، فداکاری و گذشت، صمیمیت و گرمی بوده و هم توأم با حسادت، رشک، دشمنی، کینه‌توزی، نفرت و خشم باشد (فریدکیان، ۱۳۸۹).

در عین حال خانواده فقط یک محیط عاطفی برای افراد فراهم نمی‌کند بلکه محیطی ایمن را به وجود می‌آورد. خانواده به‌طور مستقیم از طریق محافظت، ارتباط و تمایز با تقویت بر رشد شخصیت فرد تأثیر می‌گذارد و به‌طور غیرمستقیم محیطی است که فرد از طریق رابطه و شناخت اعضای آن، الگوهای رفتاری، نگرش‌ها و حتی سبک‌های صحبت کردن را یاد می‌گیرد و چگونگی دیدگاه فرد به خودش برگرفته از چگونگی دیدگاه اعضای خانواده به اوست. همه خانواده‌ها قادر به فراهم کردن یک محیط مطلوب و عاطفی نیستند. در محیط خانواده‌ای که همدلی وجود دارد، روابط خودبه‌خود گرم و پایدار خواهد بود، روابطی که همه به نظرات همدیگر احترام می‌گذارند. از سوی دیگر در برخی خانواده‌ها اختلافاتی وجود دارد که به‌وسیله فهم و درک متقابل حل نمی‌شود و هماهنگی خانواده را مختل می‌نماید. اختلافات ممکن است به ضعیف شدن خود، جریحه‌دار شدن احساسات، کینه‌توزی، واکنش غیرمنطقی و ناسازگاری والدین در تربیت فرزندان منجر شود و چنین محیطی موجب رشد احساسی بی‌کفایتی در فرزندان می‌گردد (تامپسون و لیزارد^۱، ۲۰۰۸).

والدین ستیزه‌جو و ناسازگار محیطی آلوده و ناسالم به وجود می‌آورند. همچنین فقدان گرمی، عاطفی، احساس تعلق، جهت‌گیری فکری - فرهنگی و جهت‌گیری اخلاقی - مذهبی بچه‌ها را ضعیف می‌کند و در این میان هیچ‌کدام از اعضای خانواده از تأثیرات چنین محیطی بر حذر نمی‌مانند (تارین، ۱۳۸۸).

بنابراین، ارزشها و هنجارهای حاکم بر خانواده، بر تک تک افراد آن تأثیر قطعی دارد؛ و به‌طور گسترده‌ای اثبات شده است که خانواده در رشد و پیشرفت فرزندان عاملی اثرگذار است و اگر فرزندان بخواهند پتانسیل خود را به حداکثر برسانند نیاز به حمایت والدین خود دارند (شجاعی، افروز و باقدا ساریانز، ۲۰۱۴؛ لایی^۲، ۲۰۱۳؛ دسفورگس و آبوچار^۳، ۲۰۳۳) مطالعه‌هایی که در این زمینه توسط پژوهشگران (آفولابی^۴، ۲۰۱۴؛ بیست و گرا^۵، ۲۰۱۵؛ لایی، ۲۰۱۳؛ راماپدابو^۶، ۲۰۱۴؛ ذوپانسیک و کاوسیک^۷، ۲۰۱۱؛ هاسکت و ویلوقبی^۸، ۲۰۰۶؛ موهان راج و لاتها^۹، ۲۰۵۵؛ دیپ شیخا و بهانت^{۱۰}، ۲۰۱۱؛ بوس، بالن و وان دن بوم^{۱۱}، ۲۰۰۷) انجام شده حاکی از این بوده که خانواده عاملی حیاتی در سازگاری نوجوانان با شرایط پیش روی آنها است، چرا

1 - Thompson,..Lizardi

2.Lai

3 . Desforges & Abouchaa

4 . Afolabi

5 . Beest&gara

6 . Ramapedabo

7 . Zupancic & Kavcic

8 . Haskett & Willoughby

9 . Mohanraj & Latha

10 . Deepshikha & Bhanot

11 . Bos, Balen, & Van den boom

که اولین نهادی است که فرد قدم در آن می‌گذارد و تأثیرات آن در آنچه که شخص در آینده خواهد شد عاملی تعیین کننده است. از این رو شناخت نهاد و انگاره‌های خانواده می‌تواند به مثابه‌ی کلیدی برای شناخت رفتارهای فرد پرورش یافته در آن تلقی گردد، زیرا خانواده مهمترین عامل پیدایش و تشکیل شخصیت فرد شمرده می‌شود (نیازی، عسکری و همکاران، ۱۳۹۵).

۲-۲- خانواده سالم، فرزندان سالم

فرزندپروری یا پرورش فرزند فرآیند پشتیبانی و ارتقای فیزیکی، هیجانی، اجتماعی، اقتصادی و عقلانی کودک از نوزادی تا بزرگسالی است. مقصود، رشد و جوه مختلف کودک جدای از ارتباط زیستی است. فرزندپروری در گرو سخت‌کوشی فراوان است، اما راه‌های زیادی پیش‌رو است که به مدد آنها می‌توان در یک ارتباط خوب با کودکان ماند. انجمن روان‌شناسی آمریکا، در مطبوعاتش در سال ۲۰۱۷ در باب فرزندپروری پیشنهاد می‌کند که فرزندپروری باید دارای ۳ هدف عمده باشد:

۱. حصول اطمینان از سلامتی و امنیت کودکان
 ۲. آماده‌سازی کودکان برای زندگی به عنوان بزرگسالانی سازنده و انتقال‌دهنده ارزش‌های فرهنگی
 ۳. دارا بودن یک ارتباط والد - فرزندی باکیفیت برای رشد سالم فرزندان
- به عبارتی در خانواده سالم، والدین و مراقبان از اینکه کودکان در امنیت و سلامتی هستند اطمینان حاصل می‌کنند، آنها را به منابع و مهارت‌های یک بزرگسال موفق تجهیز می‌کنند و ارزش‌های اساسی فرهنگی را به آنها انتقال می‌دهند. والدین و مراقبان به کودکانشان عشق، پذیرش، احترام، تشویق و راهنمایی می‌بخشند. آنها صمیمانه‌ترین بستر را برای تربیت و مراقبت از فرزندان هم‌زمان با تحول شخصیت و هویت آنها و همچنین پختگی فیزیکی، شناختی، هیجانی و اجتماعی آنها فراهم می‌کنند (یاداو^۱، ۲۰۱۷).

بنابراین، خانواده اساسی‌ترین واحد اجتماعی است. هرچه سلامت روانی و رشد خانواده بیشتر باشد بالندگی، رشد و شکوفایی جامعه و در نتیجه سلامت جامعه افزایش خواهد یافت. بی‌شک اصیل‌ترین نهاد تأثیرگذار برای پیشرفت و نشاط جامعه، خانواده است. دستیابی به یک جامعه سالم، در گرو سلامت خانواده و تحقق خانواده سالم مشروط به برخورداری افراد آن از سلامت روانی و داشتن ارتباط مطلوب با یکدیگر است. (رودسری، ۱۳۹۳).

تمامی کسانی که در باب سازمان خانواده اندیشیده‌اند، همه بر خانواده و اهمیت حیاتی آن برای جامعه تأکید نموده‌اند. به درستی هیچ جامعه‌ای اگر از خانواده‌های سالم برخوردار نباشد، نمی‌تواند ادعای

1 . Yadav

سلامت کند و هیچ‌یک از آسیب‌های اجتماعی نیست که فارغ از تاثیر خانواده پدید آمده باشد. (ساروخانی، ۱۳۹۲)

متخصصان خانواده نیز معتقدند مشکلات و آسیب‌های روانی اجتماعی، برگرفته از روابط درون خانوادگی است، از این‌رو خانواده می‌تواند از یک‌سو کانون شکل‌گیری مشکلات و از سوی دیگر محور التیام‌بخشی و درمان مشکلات رفتاری باشد. بنابراین، دستیابی به جامعه سالم در گرو سلامت خانواده و تحقق خانواده سالم مشروط به برخورداری افراد آن از سلامت روانی و داشتن ارتباط مطلوب با یکدیگر است. (اندرسون^۱، ۲۰۱۲).

افرادی که از خانواده سالم برخوردارند در مقایسه با افرادی که در محیط خانوادگی پرتنش و ناسالم قرار دارند، سطح بالاتری از دوست داشته شدن، مورد حمایت شدن، ارزشمندی، خودکارآمدی و توانایی بهتر برای مقابله با مشکلات را تجربه می‌کنند، از سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی بالاتری برخوردارند (یولکر^۲، ۲۰۰۸)، از زندگی خود احساس خرسندی دارند (آماتو^۳، ۲۰۱۰)، رفتارهای خود مراقبتی و پیشگیرانه بهتری دارند (شیو^۴، ۲۰۰۳)، در نهایت این افراد به دلیل برخورداری از محیط خانوادگی سالم، توانایی بهتر برای مقابله با مسائل زندگی را دارند و از زندگی خود راضی‌ترند (آماتو، ۲۰۰۵).

از این‌رو تشکیل خانواده سالم برای اکثر افراد در بافت‌های فرهنگی مختلف هدفی اساسی و در اولویت است. پرورش نسل، تأمین نیازهای اساسی، یکپارچگی اجتماعی، جامعه‌پذیری اعضا و مهم‌تر از همه تأمین سلامت و رشد جامعه از کارکردهای اساسی خانواده است. (دیفراین^۵، ۲۰۱۱)

در مقابل فضای ناسالم خانواده با وجود معنی‌دار نشانه‌های آسیب‌ها و اختلالات روانی، اجتماعی و بروز متعدد مشکلات پزشکی و روان‌پزشکی در بین اعضای خود همراه است. خانواده آشفته دارای مؤلفه‌هایی متضاد با خانواده سالم هستند. در اینگونه خانواده‌ها الگوی مناسبی برای ارتباط و تربیت فرزندان وجود ندارد، ارتباط‌ها غیر مستقیم، مبهم و نادرست است، قواعد و مقررات خانوادگی خشک، ناسازگار و همیشگی است، آرمان و هدف مشخص و تلاش برای رسیدن به آن وجود ندارد، وظایف و نقش‌های افراد مشخص نیست، عدم انعطاف‌پذیری، عدم توانایی در مقابله با بحران‌ها، عدم وجود همکاری، عدم وجود مشورت و بیان افکار و عدم احساسات و نظرات، عدم وجود احترام و رعایت مراتب، عدم وجود محبت، همدلی و دلجویی و هم‌چنین نبود تشویق و رواج تنبیه از ویژگی‌های این خانواده‌ها است (احمدی، نیلفروشان و عابدی، ۱۳۹۲).

1 . Anderson,A
2 . Ulker
3 . Amato
4 . Shiu
5 . Defrain, J

می‌انجامد که می‌تواند تمامی زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. سوء مصرف کنندگان مواد، ممکن است برای فرار از خماری یا دردهای ناشی از دیر شدن مصرف مواد، دیگران و روابط خویش را نادیده بگیرند و حتی سلامتی یا زندگی خود را فدای مصرف مواد کنند. سوء مصرف مواد، بهزیستی فرد را به خطر انداخته و او را از اجتماع دور کرده و گوشه‌نشین می‌کند و فرد را در معرض ابتلا به اختلالات و بیماری‌های بسیاری قرار می‌دهد (بروگلی^۱، ۲۰۱۴).

اعتیاد از لحاظ لغوی به معنای استفاده مکرر از یک شیء و یا انجام متعدد و متداوم یک فعل خاص می‌باشد و از لحاظ مفهومی و نظری نیز حالتی است که در آن شخص به علت روانی یا مصرف مواد شیمیایی دچار ضعف اراده و کنترل تکرار اعمال خود می‌شود و هرچند ضعف اراده فی‌نفسه بیماری نیست ولی به علت عوارضی که بر سیستم عصب مرکزی شخص ایجاد شده به عنوان بیماری تلقی می‌شود که با ایجاد اختلال در کنترل بر سیستم رفتار پاداش، باعث تکرار عمل مورد نظر می‌شود (وست^۲، ۲۰۱۳).

مؤسسه ملی سوء مصرف مواد^۳ (۲۰۱۶) نیز اعتیاد را چنین تعریف می‌کند: اعتیاد یک بیماری مزمن است که با جستجو و استفاده اجباری مواد مخدر و مشکل کنترل مصرف آن با وجود عواقب زیان‌بار آن مشخص می‌شود. تصمیم اولیه برای مصرف مواد مخدر برای اکثر افراد عملی داوطلبانه است، اما استفاده مکرر مواد مخدر می‌تواند تغییراتی را در مغز ایجاد کند که توانایی کنترل خود افراد را به چالش بکشد و با توانایی افراد برای مقاومت در برابر میل شدید به مواد مخدر تداخل کند.

با وجود سابقه دیرینه اختلالات مرتبط با مصرف مواد، این مسئله در سال‌های اخیر به یک معضل جهانی تبدیل شده است و پیامدهای زیانباری برای فرد، خانواده و جامعه دارد (رحیمیان‌بوگر، طباطبایی و طوسی، ۲۰۱۴؛ صحرائیان، شریفیان، امیدوار و جوادپور، ۲۰۱۰؛ احمد، خالقی و خان، ۲۰۰۹).

اعتیاد به مواد مخدر تهدیدی جدی برای ساختارهای فرهنگی، بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی است و توسعه جوامع را برهم می‌زند و منابع انسانی، اقتصادی و اجتماعی بسیاری را هدر می‌دهد. اعتیاد همچنین باعث تغییر تفکر، احساس و رفتار می‌شود و می‌تواند به راحتی زندگی، خانواده و جامعه فرد را نابود کند (نوری‌پور، زاده‌محمدی، دسترسی و سرگلزایی، ۲۰۱۴؛ درکه، کرامتی و امیری، ۱۳۹۲). کمتر پدیده‌ای را می‌توان یافت که همانند اعتیاد، جوامع بشری را مورد تهدید قرار داده باشد. با وجود خطرات و عوارض ناشی از اعتیاد، هر روزه بر شمار قربانیان این دام مرگبار افزوده می‌شود و مشاهده صحنه‌های هولناک آن هنوز نتوانسته به عنوان هشدار جدی برای اجتناب سایر افراد به ویژه قشر جوان جامعه تلقی شود. اعتیاد بحرانی اجتماعی محسوب می‌شود که اگر به آن رسیدگی نشود، انواع و اقسام انحرافات، بیماری‌ها و مشکلات

1 . Broglie

2 . West, R

3 . National Institute on drug abuse

فردی و اجتماعی را در آینده‌ای نزدیک به دنبال خواهد داشت (نوری‌پور و همکاران، ۲۰۱۴؛ خالدیان، ۱۳۹۲).

۴-۲- معناد

واژه اعتیاد و معتاد تا حدودی به وابستگی ارتباط دارد. واژه معتاد به‌طور ضمنی مفهوم خاص و ناپسند و تحقیری پیدا کرده است که سوءمصرف مواد را به‌عنوان یک اختلال طبی نمی‌رساند. اعتیاد همچنین در کاربرد عوامانه مثل اعتیاد به تلویزیون، پول و ... اهمیت خود را از دست داده است (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴). وابستگی روان‌شناختی که "عادت" هم نامیده می‌شود، با میل شدید مستمر یا متناوب به مغز و مواد، به‌منظور اجتناب از خماری مشخص است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷). در مجموع معتاد کسی است که در اثر مصرف مکرر و مداوم، متکی به مواد مخدر یا دارو شده است، به‌عبارت‌دیگر، قربانی هر نوع وابستگی روانی یا جسمی به مواد مخدر شناخته می‌شود و در صورتی که مواد به بدن وی نرسد اختلالات روانی و فیزیکی در او ایجاد می‌شود و رفتارهای جست‌جوی مواد از خود نشان خواهد داد (شاکرمی، ۱۳۸۶).

۵-۲- مراحل اعتیاد

اعتیاد به عنوان یک اختلال چندبعدی که تاثیرات مخرب آن عملکرد فرد را در تمامی ابعاد زندگی تحت تاثیرات مخرب خویش قرار می‌دهد، مراحل مختلفی دارد و پژوهشگران و صاحب‌نظران مختلف تقسیم‌بندی متفاوتی از مراحل آن ارائه می‌دهند که به تعدادی از آنها اشاره خواهیم کرد. علیزاده و کردمیرزا (۱۳۹۴)؛ به نقل از لندرا^۱، (۱۹۹۴) بیان می‌کند که اعتیاد و وابستگی به مواد مخدر دربرگیرنده‌ی مراحل است که فرد طی گذر از آن به‌طور کامل به ماده‌ی مصرفی وابستگی پیدا می‌کند، این مراحل عبارتند از:

- ۱) مرحله آشنایی: در این مرحله فرد با تشویق دیگران (مخصوصاً دوستان ناباب) یا از روی غرور و کنجکاوی شروع به مصرف می‌کند.
- ۲) مرحله شک و تردید: در این مرحله فرد اندکی نسبت به مخرب بودن ماده‌ی مصرفی شروع به تردید می‌کند و تا حدی به مبارزه با امیال خود جهت مصرف مواد مخدر می‌پردازد
- ۳) مرحله اعتیاد واقعی: در صورت ادامه مصرف در مرحله شک و تردید به مرحله اعتیاد واقعی می‌پردازد، در این مرحله پدیده تحمل باعث می‌شود که فرد به مرور زمان بر میزان مصرف خود بیفزاید تا به نشئگی قبلی برسد.

1 . Lander

۶-۲- شیوع‌شناسی اعتیاد

اعتیاد به عنوان یک بحران چندبعدی در میان تمام گروه‌های سنی به‌ویژه والدین شیوع بسیار زیادی داشته است. که در ادامه به شیوع این اختلال در تمامی اقشار سنی به‌ویژه دوره تأهل و والدگری در ایران و خارج از ایران اشاره خواهیم کرد.

در سال ۲۰۰۹ در آمریکا ۲۲/۵ میلیون نوجوان و بزرگسال (یعنی ۸/۹ درصد جمعیت) معیارهای یکی از اختلالات مصرف مواد در یک دوره ۱۲ ماهه را داشته‌اند، که از بین آنها، ۳/۲ میلیون نفر سوء مصرف الکل و موادمخدر داشتند، ۳/۵ میلیون نفر موادمخدر مصرف می‌کردند ولی الکل مصرف نمی‌کردند، ۱۵/۴ میلیون نفر فقط سوء مصرف الکل داشتند، ۷٪ درصد افراد بزرگسال در مرحله‌ای از زندگی خود سوء مصرف مواد داشته یا به آن معتاد بوده‌اند و همچنین به گزارش DSM_5 نسبت مردان به زنان، برای هر دوی ۳ به ۱ و برای سایر مواد ۱/۵ به ۱ می‌باشد و در کل اختلالات مصرف اوبیئید در مردان ۴٪ و در زنان ۲۶٪ می‌باشد (گنجی، ۱۳۹۱).

کار^۱ (۲۰۰۰) در پژوهشی که در آمریکا و انگلستان انجام داد به این نتیجه رسید که در افراد بالای ۱۹ سال (که قطعا افراد متاهل را نیز دربرمی‌گیرد) تقریباً ۹۰ درصد مصرف الکل داشته‌اند، ۶۰ درصد آنان سیگار و ۵۰ درصدشان نیز حشیش مصرف کرده‌اند و ۲۰ درصد سعی کرده‌اند تا سایر مواد خیابانی مانند حلال‌ها، محرک‌ها، توهم‌زها یا موارد دیگر را تجربه کنند (طارمیان، بواله‌ری و پیروی، ۱۳۸۹).

استراسنر (۲۰۱۱) در پژوهشی که در آمریکا انجام داده است بیان می‌کند که برآورد شده است ۲۷ میلیون کودک با والدین وابسته به الکل یا سایر مواد زندگی می‌کنند.

طبق گزارش سازمان بررسی ملی مصرف مواد و سلامت^۲ در سال ۲۰۱۴، ۲۱/۵ میلیون آمریکایی بزرگسال در سال ۲۰۱۴ با سوء مصرف مواد مبارزه کرده‌اند و تقریباً ۸۰ درصد از این افرادی که در سال ۲۰۱۴ از سوء مصرف مواد رنج می‌بردند با اختلال مصرف الکل هم دست به گریبان بودند. براساس این مطالعات بیش از ۷ میلیون آمریکایی گرفتار اختلال مصرف مواد بودند.

وزارت خدمات سلامت روان و سوء مصرف مواد (SAMHSA)^۳ در سال ۲۰۱۴ منتشر کرد که تقریباً ۸ میلیون آمریکایی درگیر یک بیماری روانی و اختلال مصرف مواد می‌باشند.

1. Karr, A

2. National Survey on Drug Use and Health

3. Substance Abuse and Mental Health Services Administration

سازمان بهداشت جهانی^۱ تخمین می‌زند که بار جهانی بیماری‌های مرتبط با مسائل دارو و الکل ۵.۴ درصد در سطح جهان است.

مطابق با تحقیقاتی که در آلمان و دانمارک انجام شده نشان می‌دهد که تعداد کودکانی که دارای والدین معتاد می‌باشند در دانمارک ۵/۷٪ و در آلمان ۲۳٪ می‌باشد (لودارسیزک، شوارتز، رامپف، متنر، پاولز، ۲۰۱۷).

در ایران نیز بررسی روند سی‌ساله اخیر اعتیاد نشان می‌دهد که گرچه میزان بروز مصرف مواد در سال‌های متوالی از نوسان‌هایی برخوردار بوده است، لیکن در طی سی سال گذشته روند کلی رو به افزایش بوده است (آسایش، منصوریان و همکاران، ۱۳۹۴).

براساس برخی برآوردها، جمعیت مصرف‌کننده مواد مخدر به حدود ۳/۱۵۰ هزار نفر می‌رسد؛ این رقم حدود ۴/۲ درصد از کل جمعیت ۷۵ میلیونی و ۵/۲۵ درصد از جمعیت ۱۵ سال به بالای کشور را در سال ۱۳۹۰ تشکیل می‌دهد (آزاد ارملی و قنبری برزبان، ۱۳۹۱).

باقیانی مقدم و همکاران (۱۳۸۷) گزارش کرده‌اند، در سرتاسر جهان تعداد مصرف‌کنندگان مواد مخدر به ۱۹۰ میلیون نفر می‌رسند و آمار رسمی تعداد معتادان کشور را ۱/۲ تا ۲ میلیون نفر ذکر می‌کند که میانگین سنی این افراد ۱۸ سال می‌باشد و این در حالی است که ۱۱ میلیون نفر از جمعیت کشور با مشکل اعتیاد خود یا نیز اطرافیان دست به گریبانند.

به استناد تحقیق «اتیولوژی و اپیدمیولوژی اعتیاد در خانواده‌های تهرانی» با رویکرد «بررسی تأثیرات ساختار خانواده بر رفتار اعتیادی فرزندان» حدود ۱۱ درصد خانواده‌های مورد مطالعه در شهر تهران، به نوعی دچار سوء مصرف موادمخدر، محرک، الکل، روانگردان و داروهای آرام بخش هستند (محسنی تبریزی، ۱۳۸۴).

در سال ۱۳۸۰، ستاد مبارزه با موادمخدر گزارش داده است که ۷۰ درصد معتادان ایران متأهل بوده‌اند (سایت ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۹؛ www.noorportal.net).

با این همه، تاکنون پژوهش معتبری درباره شیوع‌شناسی اعتیاد به ویژه در بین متأهلین در ایران انجام نشده است، به همین علت آمار و ارقامی که درباره اعتیاد اعلام می‌شود معتبر و قابل اتکا نیستند (بابایی‌فرد، شاهمیرزایی بیدگلی، ۱۳۹۳).

به طور کلی تحقیقات فوق شیوع بیماری اعتیاد را در بین گروه‌های مختلف سنی به‌ویژه بین متأهلین در داخل و خارج از کشور آشکار ساخت که این امر موید ضرورت توجه بیشتر به این معضل اجتماعی در سطح ملی و بین‌المللی است.

1 . World Health Organization

2 . Włodarczyk, Schwarze, Rumpf, Metzner, and Pawils

۷-۲- سبب‌شناسی سوءمصرف مواد

مانند همه اختلالات روانی، نظریات سبب‌شناختی اولیه از مدل‌های سایکو دینامیک مایه گرفته‌اند؛ مدل‌های بعدی از تبیین‌های رفتاری، شناختی- رفتاری، اجتماعی- فرهنگی، رفتار مشکل‌ساز، ژنتیک یا عصبی شیمیایی استفاده کرده‌اند. در جدیدترین مدل سبب‌شناسی برای سوءمصرف مواد از همه این نظریه‌ها کمک گرفته شده است (کریمیان، ۱۳۹۰). در این بخش به مهم‌ترین عواملی که انعکاس‌دهنده نظریات مختلف است پرداخته می‌شود.

۸-۲- عوامل اجتماعی- فرهنگی

عوامل اجتماعی فرهنگی نقش بسیار متنوعی را در زمینه‌ی استفاده از مواد ایفا می‌کنند. اجتماع، از اثرات همسالان و والدین گرفته تا تأثیرات رسانه‌های جمعی و آنچه رفتار موردقبول فرهنگی خاص محسوب می‌شود، موجبات تشدید علاقه افراد و دسترسی آن‌ها به مواد مخدر را فراهم می‌سازد. مسائل حقوقی، زناشویی و روانی خانواده نیز با مصرف مواد مخدر در ارتباط است و فقدان حمایت عاطفی از جانب والدین با افزایش مصرف انواع مواد رابطه دارد. (کرینگ، پرسون و توماس^۱، ۲۰۰۷).

تأثیر دوستان در ترویج مصرف موادی چون ماری جوآنا و الکل مشخص شده است. این یافته‌ها، این فرضیه را که شبکه‌های اجتماعی افراد را در مصرف مواد تحت تأثیر قرار می‌دهند تأیید می‌کند. با این حال شواهد دیگری نشان می‌دهند افرادی که به مصرف مواد تمایل دارند، عملاً آن شبکه‌های اجتماعی را انتخاب می‌کنند که با الگوی مصرف موادشان منطبق باشد. دسترسی آسان به مواد گوناگون خود یکی از عوامل سوءمصرف و وابستگی افراد محسوب می‌شود. برای مثال در سال ۲۰۰۳ در آمریکا، نسبت مصرف در بین جوانانی که با فروشندگان مواد در تماس بودند در مقایسه با سایر جوانان ۳۵٪ به ۷٪ بود. محیط اجتماعی که افراد در آن کار می‌کنند و رسانه‌ها نیز دو عامل اجتماعی- فرهنگی سوءمصرف و وابستگی به مواد هستند (رولز^۲، ۲۰۰۴؛ هایمن^۳ و همکاران، ۲۰۰۶؛ میلر و کوهن^۴، ۲۰۰۱). سخاوت (۱۳۸۲) معتقد است «نگاه جامعه‌شناسان به اعتیاد بر این محور قرار دارد که بسیاری از عوامل شیوع اعتیاد و بازگشت به آن در درون فرد قرار ندارد. مصرف مواد مخدر کارکردهایی دارد که افراد را به سوی خود جلب می‌کند. این مواد وسیله

1 . Kring, Persons & Thoma

2 . Rolls

3 . Hyman

4 . Miller & cohen

ارتباط، سرگرمی، تفریح و پیوستگی فرد به گروه است. از سوی دیگر افراد مستعد، فاقد امکانات لازم برای کسب شغلی، ارتباطات اجتماعی و راه‌هایی برای گذراندن اوقات فراغت هستند» و تأکید می‌کند که «زندگی افراد قابل تفکیک از تجارب نیست. درمان گر نمی‌تواند فقط به مشکل اعتیاد فرد توجه کند، بلکه لازم است مددجو را در شبکه روابط اجتماعی نگاه کند. اعتیاد حاصل مشکلاتی است که فرد با آن‌ها روبه‌رو است و مشکلات او را نمی‌توان از زندگی اجتماعی جدا ساخت.»

۹-۲- عوامل روان‌پریشی

طیف نظریات سایکو دینامیک در مورد سوءمصرف مواد بازتاب نظریه‌های مختلفی است که هر کدام دوره‌ای در طول صدسال گذشته رواج داشته‌اند، تأکید اصلی و تعابیر ارائه‌شده توسط محققانی با دیدگاه تحلیل روانی غالباً بر مسائل و مشکلات شخصیتی معتادان و تثبیت در مراحل تحول، متمرکز است. بر طبق نظریات کلاسیک، سوءمصرف مواد معادل خود ارضایی و مکانیسمی دفاعی در مقابل تکانه‌های هم‌جنس‌گرایانه یا تظاهری از پسرقت دهانی است. فرمول‌بندی سایکو دینامیک جدید مصرف مواد را به افسردگی ربط داده و یا مصرف مواد را بازتاب اعمال مختل ایگو معرفی می‌کند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

۱۰-۲- عوامل شناختی

طبق دیدگاه شناختی که متأثر از نظریه‌ی یادگیری اجتماعی شناختی بندورا است شیوه‌ی تفسیر افراد از موقعیت‌های خاص، احساسات، انگیزش‌ها و اعمال آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، مثلاً یک موقعیت اجتماعی ممکن است عقیده‌ی منحصربه‌فردی مثل «مواد مرا اجتماعی‌تر می‌کند» را فعال نماید و به میلی برای مصرف منجر گردد (گاس، ماجیدسون و همکاران^۱، ۲۰۱۶). از نظر بک (۲۰۰۹) زنجیره‌ای از عقاید زیر بنایی و عقاید مرتبط با اعتیاد، منجر به رفتار اعتیادی می‌شود. اشخاص در معرض خطر اعتیاد دارای عقاید هسته‌ای هستند که حول تنها بودن و بی‌یاور بودن یا موردپذیرش واقع نشدن آن‌هاست. مثلاً این عقیده که «کسی مرا دوست ندارد» منجر به عواطفی از قبیل غمگینی یا خشم می‌شود و در این هنگام عقاید اعتیادی مثل این عقیده که «داروها راهی برای فرار هستند» موجب مصرف مواد می‌شود.

بر اساس رویکردهای شناختی، هر فرد مجموعه‌ای از طرح‌واره‌ها موسوم به راهبردهای شناختی دارد که در شناخت محیط، از آن‌ها استفاده می‌کند. این طرح‌واره، الگوهای تفکر یا مجموعه باورهای اصلی فرد هستند که چگونگی تفسیر او را از خود و دنیا شکل می‌دهند؛ به عبارتی، برای سازمان‌دهی او از خود و جهان مورد استفاده قرار می‌گیرند. (کوشان و وقایی^۲، ۲۰۱۳). در جریان شناخت درمانی، درمان‌جو تشویق می‌شود

1 . Gouse, Magidson, Burnhams, Remmert, Myer, Joska & Carrico
2 . Koshan & VagheiSaeid.

تا رابطه‌ی بین افکار خودکار منفی و احساس خود را به‌عنوان فرضیه‌هایی که باید به‌بوته آزمایش گذاشته شوند، تلقی نموده و از رفتارهایی که برآیند افکار منفی است به‌عنوان محکی برای ارزیابی اعتبار یا درستی آن افکار استفاده کند. در این شیوه هدف نه‌فقط تسریع بلکه تداوم در بهبودی و در صورت امکان جلوگیری از بازگشت مشکل است (نظری و اسدی^۱، ۲۰۱۱). این درمان به‌صورت گروهی نیز انجام می‌شود. طبیعت کاتالیزوری عکس‌العمل گروه باعث می‌شود که فرد، ادراک دیگران در مورد خودش را نیز مدنظر قرار داده و قادر به کسب آگاهی کامل‌تری از ذات و جوهره خود شود. دیدگاه شناختی بر این باور است که سوء‌مصرف کنندگان مواد از نظر شناختی در برابر مصرف مواد آسیب‌پذیرند. به‌عبارت‌دیگر تحت شرایطی در این افراد باورهای خاصی به وجود می‌آید که احتمال سوء‌مصرف مواد را در آن‌ها افزایش می‌دهد. این باورها کاملاً فردی و غیرمتمعارف (نظیر بدون سرحال شدن و نشنگی نمی‌توانم با دیگران بجوشم) در موقعیت‌هایی خاص به وجود می‌آیند و احتمال مصرف مواد را افزایش می‌دهند (کارول و همکاران^۲، ۲۰۰۸).

۱۱-۲- عوامل زیست‌شناختی

فرمول‌بندی‌های زیست‌شناختی بر نقش عوامل مستعد کننده ژنتیکی (که با توجه به مطالعات بر روی دوقلوها و فرزندخوانده‌ها نشان می‌دهد که یک الگوی ژنتیکی در سبب‌شناسی انواع مصرف مواد یا وابستگی وجود دارد) در سوء‌مصرف مواد تأکید می‌کنند و توجه خاصی به ویژگی‌های مزاجی (که بر این عقیده‌اند که نوجوانان به این علت که دارای مزاج خاصی هستند درگیر سوء‌مصرف مواد می‌شوند با توجه به تحقیقات مزاج سخت در ابتدای کودکی، هیجان‌طلبی و سطح پایین اجتناب از خطر، در نوجوانی با سوء‌مصرف مواد ارتباط دارند) و مکانیسم عصبی- شیمیایی (محققین برای اکثر موارد سوء‌مصرف به‌استثنای الکل، ناقل‌های عصبی یا گیرنده‌های عصبی شناسایی کرده‌اند که مواد از طریق آن‌ها اثرات خود را اعمال می‌کنند) درگیر در شکل‌گیری تحمل، وابستگی و ترک‌دارند (کاپلان-سادوک، ۲۰۰۷).

اعتیاد به الکل و مواد مخدر طی قرن‌های متمادی وجود داشته و محققان همواره درباره سبب‌شناسی و پویایی آن نظریه‌پردازی کرده‌اند. نظریه‌های متعددی در این زمینه وجود دارد که ما از پرداختن به آن‌ها خودداری می‌کنیم و بیشتر بر جنبه‌های عصب روان‌شناختی تأکید می‌کنیم.

۱۲-۲- مبانی نظری مرتبط با اعتیاد

اگرچه نظریات گوناگون و بسیاری در حوزه روان‌شناسی و جامعه‌شناسی در زمینه اعتیاد مطرح شده اما در اینجا با توجه به موضوع مورد پژوهش به ۲ نظریه پرداخته می‌شود:

1 . Nazari AM, Asadi

2 . Carroll, Fenton, Ball, Nich, Frankforter, Shi & Rounsaville

۱-۱۲-۲- نظریه‌ی یادگیری اجتماعی و شناختی بندورا

هر چند این نظریه را بندورا در ابتدا به عنوان یکی از روش‌های یادگیری و آموختن مطرح ساخت، ولی در طی چندین سال و با بسط نظریه‌ی خود، آن را در مورد بسیاری از رفتارهای بهنجار و نابهنجار به کار برد (عباسی مقدم، ۱۳۷۱) این نظریه وقتی در مورد سوء مصرف مواد به کار می‌رود، چنین استدلال می‌کند که نوجوانان باورهای خود را در مورد سوء مصرف مواد از الگوهای نقش‌ها، خصوصاً دوستان نزدیک و والدین مصرف کننده‌ی مواد مخدر کسب می‌کنند. در این دیدگاه، فرض بر این است که مواجهه و ارتباط با دوستان و والدینی که مواد مخدر مصرف می‌کنند، باور ویژه مواد مخدر را در فرد شکل می‌دهد که به سوء مصرف می‌انجامد. اول آن که مشاهده‌ی الگوهای نقشی که ماده‌ی مخدر مصرف می‌کنند مستقیماً، سبب شکل‌گیری انتظار پیامد نوجوان می‌شود که به معنای باور آنان، در مورد آثار بلافاصله‌ی اجتماعی، شخصی و فیزیولوژیکی سوء مصرف مواد است (عامل انتظار در نگرش). سپس مشاهده‌ی والدینی که الکل یا مواد مصرف می‌کنند تا آرام شوند و یا مشاهده همسالانی که برای احساس راحتی در روابط اجتماعی حشیش می‌کشند، باور و نگرش نوجوانان را درباره‌ی سوء مصرف مواد تعیین می‌کند.

این دیدگاه با افزودن مفهوم خود اثربخشی؛ بدین شکل نظریه‌ی خود را تبیین مینماید. الگوهای نقش، خود اثربخشی استفاده و خود اثربخشی امتناع را به وجود می‌آورند. به عنوان نمونه، مشاهده‌ی همسالانی که حشیش می‌خرند و می‌کشند؛ اطلاعات و مهارت لازم را برای بدست آوردن و مصرف حشیش به نوجوانان می‌دهد و برعکس، مشاهده‌ی دوستی که در برابر فشار و تعارف همسالان برای مصرف حشیش امتناع می‌کند مهارت امتناع و خود اثربخشی نوجوانان را تقویت می‌کند. از این رو، پیروان این دیدگاه معتقدند نوجوانان الزاماً نباید در معرض یک الگوی مصرف کننده‌ی مواد قرار گیرند تا میل به مصرف دارو تقویت گردد. به نظر بندورا، تأثیر والدین یا افراد دیگر روی فرزندان، باعث می‌شود که آنها به صورت مدل الگویی در آیند که فرزند در شباهت یافتن به آنها سعی می‌کند. تمایل به مصرف مواد مخدر در نوجوانان و جوانان، اغلب به این علت است که آنها تلاش می‌کنند تا خود را مانند افراد بالغ و بزرگ جلوه دهند و به امتیازات این افراد دست یابند (کاملیا گروسی و بهاری، ۱۳۹۲) ادوین ساترلند^۱ (به نقل از فیضی علی بابایی، ۱۳۸۹) نیز در نظریه‌ی یادگیری اجتماعی یا تفاوت ارتباطی خود معتقد است که جرم، رفتاری است که مجرمین آن را می‌آموزند. وی اظهار داشته که در اغلب موارد، انحراف به وسیله دیگران و از طریق گروه‌های اولیه آموخته می‌شود. فزونی برخورد و ارتباط با تعاریف اجتماعی و یا پیام‌های تأیید کننده رفتار انحرافی باعث انحراف می‌شود.

1 . Edwin Sutherland

براساس نظریه بندورا، افرادی که در ارتباطات خانوادگی و یا دوستانه خود با الگوهای رفتاری تأیید کننده مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی بیشتر سر و کار دارند به احتمال زیاد، چنین الگوهایی را می آموزند (سراج زاده و فیضی، ۱۳۸۶).

از دیدگاه پیروان نظریه‌ی یادگیری، نکته‌ی اصلی و محوری در پیشگیری آن است که باید الگوهای نقش مصرف کننده‌ی مواد را کم‌اهمیت‌تر و الگوهای نقش اجتناب کننده از مواد را پراهمیت‌تر جلوه داد. در دیدگاه بندورا، علاوه بر این نکته، آموزش مهارت‌های پرهیز و تقویت خود اثر بخشی، پرهیز و امتناع بسیار اهمیت دارد. محدودیت‌های این نظریه آن است که علی‌رغم اهمیتی که این گروه به نقش نگرش‌ها و مصرف مواد توسط الگوهای نقش می‌دهند، اما به این امر توجه نداشته که چرا برخی از نوجوانان جذب الگوهای نقشی می‌شوند که از مواد استفاده می‌کنند، ولی عده‌ی دیگر جذب چنین الگوهایی نمی‌شوند (طارمیان، ۱۳۸۹).

۲-۱۲-۲- تبیین رابطه خانواده و اعتیاد از منظر ویلیام گود

مطرح‌ترین اثر ویلیام گود^۱، انقلاب‌های جهانی و الگوهای خانواده صنعتی (۱۹۶۳) هست. عنوان کتاب گود به انقلاب صنعتی اشاره دارد که وی آن را با تغییرات قابل پیش‌بینی در الگوهای خانوادگی همبسته می‌داند. وی، بیان کرد که خانواده به صورت کاملاً گسترده، خودکفا و یک واحد به تامه متعادل که متفکرین اخیر آن را وصف نموده‌اند، هرگز وجود نداشته است (استار باک^۲، ۲۰۰۱). ویلیام گود معتقد است خانواده کانون و هسته اصلی شکل اجتماعی و به عنوان یک نظام کوچک اجتماعی است که زیر بنای جامعه بزرگ‌تری را فراهم می‌آورد. به نظر وی خانواده نقش عمده‌ای در تأمین نیازهای جسمانی، روحی، روانی، عاطفی و اجتماعی فرزندان و اعضای خانواده‌ی خود ایفا می‌کند. به این معنا که الگوی رشد شخصیتی کودکان ابتدا در چارچوبی از روابط با والدین شکل می‌گیرد و تأثیر این امر را می‌توان در زندگی بزرگ‌سالی مساحت در میان نوجوانان مشاهده کرد، یعنی هنگامی که والدین طرد کننده باشند کودکان غمگین، مظنون، غیر قابل انعطاف، نامطمئن، مضطرب و درون‌گرا هستند و در صورتی که والدین نسبت به آنها محبت داشته باشند، فرزندان برون‌گرا، خوشحال و مطمئن خواهند داشت. به علاوه از دیدگاه گود نهاد خانواده با جریان شناخت خود و کشف خویشتن به هویت‌یابی فرد کمک می‌کند. این نهاد همچنین نقش عمده‌ای در یادگیری، تربیت و آموزش اعضاء به عهده دارد که می‌تواند منبع رشد و شکوفایی استعدادهای فرزندان و اعضاء خود به شمارآید. بنابراین، ارزش‌ها و هنجارهای حاکم بر خانواده، بر تک‌تک افراد آن تأثیر قطعی دارد؛ از این رو شناخت نهاد و انگاره‌های خانواده می‌تواند به مثابه‌ی کلیدی برای شناخت رفتارهای فرد پرورش یافته در آن تلقی گردد، زیرا خانواده مهم‌ترین عامل پیدایش و تشکیل شخصیت فرد شمرده می‌شود. به نظر گود،

1 . William Good
2 .Starbuck

هنگامی که یک یا چند تن از اعضای خانواده نتوانند وظایف و نقش خود را به طور مناسب و شایسته‌ای انجام دهند، آنومی خانواده به وجود می‌آید.

ویلیام گود با یاری گرفتن از مفهوم آنومی و تعمیم آن به نهاد خانواده در صدد بود که آنومی اجتماعی را تبیین نماید. بنا به نظریه او، خانواده یک ساخت کوچک جامعه پذیر کردن انسانها می‌باشد. خانواده اولین نهادی است که انسان در آن قدم می‌گذارد و شخصیت هر فرد را در دوران کودکی پرورش می‌دهد، نتایج آن نیز در بزرگسالی نمایان می‌شود (محسنی، تبریزی، ۱۳۹۳).

۳-۱۲-۲- اعتیاد والدین و تأثیر آن بر فرزندان

امروزه بروز و گسترش بسیاری از آسیب‌های فردی، اجتماعی سبب ایجاد اختلالاتی در کارکرد خانواده شده است. همان‌طور که پیش‌تر گفته شد، یکی از مشکلاتی که گریبان‌گیر اکثر خانواده‌ها و جوامع گردیده پدیده اعتیاد و سوءمصرف مواد است. بیماری‌ای که گرچه در یک نفر نمود می‌یابد، اما شروع و خاتمه‌اش به یک نفر محدود نمی‌شود و سایر اعضای خانواده نیز درگیر اثرات منفی این بحران اجتماعی هستند. اثرات منفی که یک‌طرفه و یک‌جانبه و تنها از سوی فرد معتاد بر اطرافیانش نبوده بلکه حالتی تبادلی دارد و بیشتر به‌صورت یک‌رشته بده‌بستان میان معتاد و اطرافیانش است. از مضرترین و مخرب‌ترین اثرات اعتیاد، اعتیاد سرپرست خانواده است که بر کلیه اعضای خانواده اثر می‌گذارد (جندریجیک^۱، ۲۰۰۵؛ به نقل از مهران، کلانتر هرمزی و فرحبخش، ۱۳۹۴).

مسئله‌ی اعتیاد علاوه بر مشکلات فردی، اجتماعی یک مشکل خانوادگی هم محسوب می‌شود و به همین دلیل، وابستگی به مواد مخدر نه‌تنها بر مصرف‌کنندگان مواد مخدر بلکه همه افراد یک محیط به‌خصوص خانواده فرد مصرف‌کننده اثر می‌گذارد. افراد تحت تأثیر مواد مخدر اغلب بر فرد مصرف‌کننده متمرکز هستند و این تمرکز بر فرد مصرف‌کننده، زمینه مشکلات روانی و رفتاری را برای اعضای خانواده فراهم می‌سازد. افرادی که در خانواده‌ای که فرد معتاد وجود دارد بزرگ می‌شوند، معمولاً به ناهنجاری‌های رفتاری مبتلا می‌شوند و همین ناهنجاری‌ها در نهایت به اعتیاد رفتاری منجر می‌شود (بارتلن^۲ و همکاران، ۲۰۱۶).

در این میان، کودکان و نوجوانان به عنوان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر در معرض انواع اختلال‌های روانی قرار دارند که یکی از عوامل خطر برای ایجاد آسیب‌های روانی در نوجوانان «عوامل خانوادگی» است و از جمله عواملی که سلامت روانی اعضای خانواده را به خطر می‌اندازد وجود یک فرد معتاد در خانواده است (بختیاری، حاتمی و توکلی‌فرد، ۱۳۹۵).

1. Jendrzeczyk
2. Bortolon

اعتیاد والدین اثر بلندمدتی بر سطوح اجتماعی، رشدی، شناختی و هیجانی فرزندان آنها دارد. این فرزندان به این علت که اعتیاد، والدین را در تربیت، فراهم کردن محیطی امن و پاسخ به نیازهای فرزندانشان ناتوان کرده به عنوان گروه «در معرض خطر» شناخته می‌شوند. پیشینه پژوهشی نیز در این زمینه حاکی از آن است که دامنه وسیعی از مشکلات خاص در فرزندان والدین معتاد دیده می‌شود و این افراد در معرض ریسک بیشتری برای آسیب‌پذیری قرار دارند و نسبت به کودکانی که در خانواده‌های عادی رشد می‌کنند مشکلات متعددی را تجربه می‌کنند. شواهد بسیاری که براساس مطالعات آماری و زمینه‌ای که به‌ویژه بر روی نوجوانان انجام شده است نشان می‌دهد که زندگی کردن با والدینی که مشکل اعتیاد دارند می‌تواند برای فرزندان آنها مضر باشد گرچه وسعت تأثیرپذیری آنها به فاکتورهایی مرتبط با فرد، خانواده و محیط بستگی دارد. بنابراین، کودکان و جوانان دارای والدین معتاد، با طیف وسیعی از مشکلات روبرو هستند، این مسائل و مشکلات منوط به دوران کودکی نمی‌باشد و در دوران کودکی پایان نمی‌یابد و نوجوانان و بزرگسالان دارای والد معتاد اغلب عواقب ناگوار مشکلات عاطفی، رفتاری و روانی را از خود نشان می‌دهند. آنها همچنین در معرض خطر ابتلا به اعتیاد قرار دارند، بنابراین، این مشکلات را به نسل بعدی منتقل می‌کنند (الکساندرسون، ناسمان^۱، ۲۰۱۷).

از آنجا که حضور والد یا والدین معتاد می‌تواند بر هم زنده محیط امن و توأم با آرامش برای فرزندان بوده و اثرات نامناسبی بر فرزندان آن خانواده‌ها بگذارد مریکانگاس، دیکر و فنتون^۲ (۱۹۹۸) عوامل خطر خانوادگی اعتیاد در خانواده‌ای که والدین آن مواد و الکل مصرف می‌کنند را به سه دسته تقسیم کرده‌اند: عوامل خطر ژنتیک، عوامل اختصاصی و عوامل غیراختصاصی. با رعایت تقسیم‌بندی یادشده، به‌طور مختصر به شرح هریک از سه مورد پرداخته می‌شود:

۴-۱۲-۲- عوامل ژنتیک

یافته‌های همسو و متعددی که درزمینه‌ی تأثیر عوامل ژنتیک بر مصرف مواد انجام‌شده است، نشان می‌دهند عوامل ژنتیک بر مصرف مواد و الکل و اعتیاد به آنها نقش مهمی دارند. تحقیقات مختلف که با طرح‌های مختلف انجام‌شده‌اند این یافته را تأیید کرده‌اند. یافته‌های به‌دست‌آمده از مطالعات فرزندخواندگی، دوقلوها و مقایسه خانواده‌ها، مدارک کافی ارائه دادند که اعتیاد به الکل، نیکوتین، حشیش و همچنین سایر مواد، تحت نفوذ عوامل ارثی است. باین‌حال، هنوز یک ژن خاص به‌عنوان عامل اعتیاد مطرح نشده است، بلکه تأثیر ژن‌های متعدد و تعامل بین آنها و همچنین تعامل بین ژن‌ها و عوامل بیرونی بر رفتار اعتیاد

1 . Alexanderson, & Näsman

2 - Merikangas, Dierker & Fenton

مطرح شده است (آگرا وال و لینسکی^۱، ۲۰۰۸). خطر مصرف مواد در فرزندان والدین بیولوژیک مصرف کننده مواد، به طور معنی داری بیشتر از افرادی است که به فرزندخواندگی افراد مصرف کننده پذیرفته شدند (اپل یارد، برلین، روزنبل و داج^۲، ۲۰۱۱). نکته مهم دیگر، همراهی خطر ژنتیک ناشی از والدین مصرف کننده مواد و الکل، با خصیصه‌هایی است که شرایط سخت تری را برای والدین ایجاد می کنند مانند خصیصه جست و جوی محرک یا عدم بازداری رفتاری. چنین ویژگی‌هایی، خود، خطر ابتلا به اعتیاد را در فرزندان افراد مصرف کننده افزایش می دهند (آریا و همکاران، ۲۰۱۲).

۵-۱۲-۲- عوامل اختصاصی

منظور از عوامل اختصاصی، عواملی است که به نوعی با مصرف مواد در ارتباط هستند و به همین دلیل در خانواده‌هایی مشاهده می شوند که مصرف مواد در آنها وجود دارد. به عبارت دیگر، در خانواده‌های معمولی کمتر دیده می شوند، مانند الگوگیری از والد مصرف کننده مواد، مشارکت در فعالیت‌هایی مانند تهیه مواد، خرید و فروش مواد و تماس با فروشندگان، انتظار مثبت از مواد و اثرات آنها. در اینجا، به تعدادی از این عوامل و اثر آنها بر مصرف مواد در فرزندان والدین مصرف کننده پرداخته می شود.

افزایش تماس و دسترسی فرزندان به مواد: تحقیقات متعددی نشان دادند سبک زندگی معتادانی که وابستگی به مواد افیونی دارند از جمله رفتارهای مربوط به تهیه مواد، خرید و فروش و تماس آنان با فروشندگان مواد، خطرات جدی برای امنیت و سلامت فرزندان آنان ایجاد می کند (هوگان^۳، ۲۰۰۳). در چنین خانواده‌هایی، فرزندان از سن کم با مواد آشنا می شوند و دسترسی به مواد دارند. چنین دسترسی به مواد، خود، یکی از عوامل خطر شروع مصرف مواد و الکل محسوب می شود (وزیریان و مستشاری، ۱۳۸۱) از سوی دیگر، استفاده از کودکان و نوجوانان در تهیه و استفاده از مواد، خود یکی از انواع بد رفتاری هیجانی با کودکان و نوجوانان محسوب می شود (شانون^۴، ۲۰۰۹). بنابراین نوجوانانی که والدین آنها دچار سوء مصرف مواد هستند بیشتر احتمال دارد که خود دچار اختلال مصرف مواد بشوند، همانطور که جولینا و گودمن (۲۰۰۵) در پژوهش خویش تأکید کردند که فرزندان والدین مصرف کننده مواد و الکل نسبت به سایر فرزندان بیشتر احتمال دارد به اعتیاد گرایش پیدا کنند. ایتز، روبرتسون و اشری^۵ (۱۹۹۸) نیز در پژوهشی نشان دادند که همبستگی مستقیمی بین مصرف و سوء مصرف مواد والدین و فرزندان وجود

1 - Agrawal & Lynskey

2 - Appleyard, Berlin, Rosanbalm & Dodge

3 - Hogan

4 - Shannon

5 . Etz, D. E., Robertson, E. B., & Ashery, R. S

دارد. همچنین وارنر و وایت^۱ (۲۰۰۳) در پژوهش‌های گسترده‌ی خویش پیرامون شناسایی علل گرایش به اعتیاد تأکید کردند که تاریخچه مثبت مصرف و شیوع مواد مخدر در بین سایر اعضای خانواده قدرت بسیار زیادی در پیش‌بینی اعتیاد و سوءمصرف فرزندان دارد.

یادگیری مصرف مواد به‌عنوان یک سازوکار مقابله‌ای: با الگویی از والدینی که مواد و الکل مصرف می‌کنند، فرزندان می‌آموزند که مصرف مواد و الکل، یکی از راه‌های مقابله با استرس‌ها و هیجان‌هاست (الیس، ذاکر و فیتزگر^۲، ۱۹۹۷). بنابراین، کودکان و نوجوانان دارای والدین معتاد به خصوص آنهایی که تجربه بدرفتاری در تربیت و پرورش خود داشته‌اند ممکن است به‌عنوان یک مکانیسم دفاعی، خود تبدیل به مصرف‌کننده مواد شوند (ساتاتون، اسپرانگ، کلارک، والکر، کرینگ^۳، ۲۰۱۳). درنتیجه، مصرف مواد و الکل به‌عنوان یک روش مقابله‌ای ناسالم در چنین فرزندان رشد می‌کند. هرچند ممکن است که برخی از فرزندان به دلیل انزجار از رفتار پدر و مادر و عبرت از سرنوشت شوم آن‌ها به‌طورکلی از این صفت دوری جویند. اما، چنین والدینی در گرایش به اعتیاد فرزندان نقش مؤثری دارند. بر این اساس، نقش اعتیاد پدر و مادر و تأثیر آن بر اعتیاد فرزندان و همچنین اعتیاد یکی از نزدیکان در گرایش نوجوان به اعتیاد حائز اهمیت می‌باشد؛ به‌خصوص مشاهده‌ی اعتیاد والدین و همانندسازی با والدین معتاد در مراحل گوناگون، سبب اعتیاد نوجوانان یک خانواده می‌شود (فرید کیان، ۱۳۸۹).

انتظار مثبت از مواد و الکل: نگرش مثبت والدین، منجر به مصرف مواد در فرزندان آنان می‌شود. اگر فرزندان بدانند مصرف مواد از نظر والدین آنان، مشکلی ندارد، احتمال بیشتری دارد که مصرف کنند. پژوهش‌شن، لوک-ولمن و هیل^۴، (۲۰۰۱) نشان داد انتظاری که فرزندان افرادی که به سوءمصرف مواد می‌پردازند از مواد دارند، تحت تأثیر تجارب والدینشان است و با فرزندان افرادی که چنین مشکلی ندارند به‌طور معنی‌داری متفاوت است و در ابتدای دوره نوجوانی، فرزندان خانواده‌هایی که مواد مصرف می‌کنند در مقایسه با نوجوانان خانواده‌های عادی، انتظار پیامدهای مثبت اجتماعی بیشتری از مصرف مواد دارند.

1 . Warner, L. A., & White, H. R.

2 - Ellis, Zucker & Fitzgerald

3 - Sataton, Sprang, Clark, Walker, Craing

4 - Shen, Locke-Wellman & Hill

۶-۱۲-۲- عوامل غیر اختصاصی:

منظور از عوامل غیر اختصاصی به نوعی، از عوامل مستعد کننده و زمینه ساز هستند که به برخی از آن ها پرداخته می شود.

ساختار آشفته خانوادگی: پژوهش پنی هیرو و همکاران (۲۰۰۶)، نشان داد خانواده‌هایی که در آن‌ها سوء مصرف یا وابستگی به مواد وجود دارد آشفته‌تر از خانواده‌های عادی هستند. این خانواده‌ها، تفاوت‌های ساختاری و کارکردی با خانواده‌های معمولی دارند. چنین خانواده‌هایی در ارتباطات بسیار با یکدیگر درگیر هستند به طوری که ضرورت دارد مداخلات اساسی برای اصلاح چنین روابطی صورت گیرد. میزان بالای طلاق در میان سوء مصرف کنندگان مواد نیز یکی از عواملی است که با افزایش خطر رشد سوء مصرف مواد و رفتارهای انحرافی در فرزندان ارتباط دارد، زیرا، ساختار چنین خانواده‌هایی مختل است. یکی دیگر از خصوصیات چنین خانواده‌هایی ثبات کمتر است، به طوری که دائم تغییر می‌کنند و نیاز به سازگاری و سازوکارهای مقابله‌ای متعدد دارند که، فراتر از توان کودکان و نوجوانان است. سارتر، لنیسکی، هیت، جاکوب و تروی^۱، (۲۰۰۷) گزارش دادند، جنسیت مذکر و طلاق والدین در خانواده‌های مصرف کننده مواد با مصرف زودهنگام مواد در فرزندان آنان همبستگی دارد. بنابراین استفاده از مواد توسط والدین می‌تواند بر سلامت جسمی و عاطفی کودکان و نوجوانان از طرق مختلف تأثیر بگذارد. زیرا برای رشد عاطفی کودکان، داشتن یک محیط قابل پیش‌بینی، سازگار و همراه با روابط مثبت ضروری است. در صورتی که سوء مصرف مواد و وابستگی والدین تأثیر منفی بر سلامت جسمی و عاطفی کودکان دارد و می‌تواند محیط خانه را به محیط آشفته و غیرقابل پیش‌بینی تبدیل کند (بختیاری و همکاران، ۱۳۹۵).

مهارت‌های ضعیف فرزند پروری: مطالعاتی که در زمینه‌ی نقش والد در خانواده‌های معتادان صورت گرفته است نشان می‌دهد افرادی که به سوء مصرف مواد می‌پردازند در زمینه‌ی نقش خود به‌عنوان یک پدر (آرناس و گریف^۲، ۲۰۰۰) و یا یک مادر (برنال رولدان، گلاره و برین^۳، ۲۰۰۶). تعارض دارند. پژوهش آرناس و گریف نشان داد، پدرانی که وابستگی به هروئین دارند در زمینه‌ی ارتباط خود به‌عنوان یک پدر با فرزند ابهام‌های زیادی دارند از جمله: داشتن مفهوم روشنی از پدری کردن، ابهام در مورد نقش مرد بودن و پدر بودن، احساس بی‌کفایتی از سرپرست خانواده بودن، احساس گناه در خصوص رها کردن فرزند و ضعف در برقراری ارتباط با فرزند.

1 - Sartor, Lynskey, Heat, Jacob & True

2 - Arenas & Greif

3 - Bernal Roldan, Galera & O'Brien

مشکلات ارتباطی بین والدین و فرزندان: برقراری تعامل و چگونگی رفتار با کودکان، در والدینی که اختلال سوءمصرف دارند، می‌تواند به صورت مستقیم (از طریق محیط زندگی آشفته) و غیرمستقیم (سوءاستفاده فیزیکی و جنسی) بر کودکان اثر بگذارد (لودارسیزک، اسچوارز، رومپف، متنر، پاولیل^۱، ۲۰۱۷).

یکی از مهم‌ترین تأثیرات اختلالات مصرف مواد، تأثیر آن بر شیوه‌ی زندگی فرد مصرف‌کننده می‌باشد از جمله در چگونگی عملکرد افراد، ارتباط با دیگران و ارتباط با فرزندان‌شان می‌باشد. هنگامی که پدر و مادر دارای اختلال سوءمصرف مواد هستند، توانایی آنها در برقراری ارتباط با فرزندان‌شان ضعیف می‌شود. مصرف مواد از ارائه پاسخ مناسب در زمان مناسب، به نیازهای فرزندان جلوگیری می‌کند. هنگامی که والدین بارها و بارها به فرزندان خود و نیازهای آنان بی‌توجهی می‌کنند، در نهایت فرزندان از ارائه نیازهای خود جلوگیری می‌کنند و پس از آن والدین و فرزندان در ایجاد یک رابطه سالم و مناسب با مشکلات روبرو می‌شوند و دیگر نمی‌توانند یک رابطه ایمنی با مراقبت‌کنندگان اولیه خود برقرار کنند. این کودکان، به نوعی کودکان غفلت‌شده، می‌باشند و نشانه‌هایی از بی‌توجهی در آنان قابل مشاهده است: بی‌اعتمادی نسبت به دیگران، تمایل کم به یادگیری مسائل مختلف از بزرگسالان، دشواری در درک احساسات دیگران، تنظیم احساسات خود یا ایجاد و حفظ روابط با دیگران، توانایی کم برای همدردی با دیگران، احساس شرم و خجالت محدود که می‌تواند به این معنا باشد که آنها می‌توانند به راحتی به دیگران آسیب بزنند بدون اینکه احساس کنند اعمالشان اشتباه است و در آخر فقدان در مهارت‌های اجتماعی که می‌تواند مانع از موفقیت در مدرسه، کار و روابط بین‌فردی شود. (وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالت متحده^۲، ۲۰۱۲).

جسیکا، جولیا، آلیسون و آندرا^۳ (۲۰۱۳) در پژوهش خود به این نتایج دست یافتند که مادران و پدران سوءمصرف کننده مواد به طور مشخص صمیمیت، مسئولیت‌پذیری، حساسیت، توجه و تعامل فیزیکی و کلامی کمتری نسبت به مادران و پدران غیر مصرف کننده مواد نشان دادند.

کنایت، برام، کرووز و سیمسون^۴ (۱۹۹۸) نیز در پژوهش خود گزارش دادند، حمایت کم والدین از نوجوان و اختلافات زیاد بین والدین، پیش‌بینی کننده تمایلات ضداجتماعی بیشتر در نوجوانان و در نتیجه پیش‌بینی کننده رفتارهای مخاطره‌آمیز و خصومت بیشتر در آنان است. این پژوهشگران همچنین نتیجه‌گیری کردند حمایت والدین مانند سپری است که در مقابل رفتارهای انحرافی و مصرف مواد از نوجوانان محافظت می‌کند علاوه بر این تحقیقات نشان داده است والدینی که به سوءمصرف مواد می‌پردازند کمتر قادر به حمایت هیجانی و اجتماعی از فرزندان‌شان هستند. هم‌چنین، ارتباط و پیوند قوی والدین و

1 - Wlodarczyk, Schwarze, Rumpf, Metzner, & Pawils

2 - US Department of Health and Human Services

3 - Jessica, Julia, Alison, Andrea

4 - Knight, Broome, Cross & Simpson

کودک می‌تواند مانع مصرف مواد و رفتارهای بزهکارانه در نوجوانان شود. درحالی‌که پیوند ضعیف بین والدین و فرزندان یکی از عامل‌هایی است که به مصرف مواد در نوجوانی می‌انجامد. این درحالی‌که است که مصرف مواد توسط نوجوان، خود به آشفتگی بیشتر ساختار خانواده می‌انجامد (مریکانگاس و همکاران، ۱۹۹۸). پژوهش رسنیک، برمن، بلوم، بومن، هریس، جونز و ایرلند^۱، (۱۹۹۷) بر روی ۱۲۱۱۸ نفر از نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله نشان داد، ارتباط و پیوند با خانواده و والدین و همچنین احساس پیوند با مدرسه یک عامل محافظت‌کننده قوی از کلیه رفتارهای پرخطر از جمله خودکشی، ارتباط جنسی، مصرف مواد و خشونت است.

استرس: جدا از ساختار خانواده، تشنج و استرس‌های ناشی از آن، استرس‌های متعدد دیگری هم در خانواده‌های مصرف‌کننده مواد وجود دارد. زندگی در درون خانواده‌ای که یکی از والدین دچار سوءمصرف یا وابستگی به مواد است فرد را در برابر استرس‌های متعددی قرار می‌دهد که خود باعث افزایش احتمال مصرف مواد در نوجوانان می‌شود. نوجوانانی که یکی از والدینشان به سوءمصرف مواد می‌پردازد، بیشتر از فرزندان خانواده‌های عادی استرس تحمل می‌کنند (مریکانگاس و همکاران، ۱۹۹۸). بنجت، بورگز، مدینا-مرا و مندز^۲، (۲۰۱۳) گزارش دادند، افرادی که در دوران کودکی مشکلات و سختی‌های بیشتری تحمل کردند، بیشتر درگیر مواد و مصرف آن‌ها می‌شوند. در این میان، افرادی که به علت مشکل والدین خود، دسترسی به مواد دارند و مورد بدرفتاری قرار دارند، در وضعیت بدتری هستند.

نظارت: مطالعات متعدد نشان می‌دهد که اختلال مصرف مواد، توسط والدین، می‌تواند بر سبک‌های پرورشی فرزندان آنها و انسجام مراقبت و نظارت ارائه شده به فرزندان تأثیر منفی بگذارد. جستجو برای مواد مخدر یا زمان صرف شده برای جمع‌آوری پول جهت تهیه مواد، ممکن است باعث شود که والدین زمان و انرژی کافی برای صرف وقت مناسب جهت فرزندان خود نداشته باشند. بنابراین، فرزندان دارای والد معتاد اغلب نظارت مناسب دریافت نمی‌کنند (وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالت متحده، ۲۰۱۲).

نظارت کم والدین و هم‌نشینی باهمسالان منحرف، پیش‌بین مصرف مواد است (ون رایزین، فوسکو و دیشیون^۳، ۲۰۱۲). نظارت والدین با مصرف الکل، ماری‌جوانا، کوکائین و داروهای روان‌گردان ارتباط دارد (کلارک، شمبلن، راینوالد و هنلی^۴، ۲۰۱۲). اصولاً، ارتباط و دل‌بستگی قوی بین والدین و فرزندان و همچنین نظارت و کنترل آنان بر رفتار فرزندان مانع مصرف مواد در میان نوجوانان می‌شود. پایش و نظارت مناسب رفتار فرزندان، در کاهش بزهکاری آنان نیز مؤثر است. به همین دلیل است که منابع پژوهشی از

1 - Resnick, Bearman, Blum, Bauman, Harris, Jones & Ireland

2 - Benjet, Borges, Medina-Mora & Mendez

3 - Van Ryzin, Fosco & Dishion

4 - Clark, Shamblen, Ringwalt & Hanley

این موضوع حمایت می‌کنند که خانواده، تنها عامل بسیار تأثیرگذار دوران کودکی است که می‌تواند سازگاری کودک را در زندگی آینده تضمین کند (مریکانگاس و همکاران، ۱۹۹۸). در همین رابطه، گیو، هاوکیز، هیل ابوت^۱، (۲۰۰۱) با استفاده از الگوی رشد اجتماعی، شاخص‌های سوءمصرف و وابستگی به مواد را بررسی کردند. آنان در یک مطالعه طولی، ۸۰۸ دانش‌آموز (۵۱ درصد پسر) را از سن ۱۰ سالگی ارزیابی نموده و آنان را تا سن ۲۱ سالگی پیگیری کردند. علاوه بر این، در سن ۱۴ و ۱۶ سالگی نیز این نوجوانان دوباره ارزیابی شدند. در هر مرحله از ارزیابی، ارتباط بین سوءمصرف و وابستگی به الکل نیز بررسی شد. یافته‌ها نشان دادند پیوند قوی با مدرسه، پایش و نظارت دقیق والدین از رفتار فرزندان، قواعد روشن و تعریف‌شده خانواده از رفتارها، پاداش مناسب خانواده به رفتار کودک، مهارت قوی امتناع و باور قوی به موضوعات اخلاقی با کاهش سوءمصرف و وابستگی به مواد در سن ۲۱ سالگی ارتباط داشت.

خشونت، آزار و بدرفتاری: مصرف مواد والدین، پیش‌بین خطر آزار و بدرفتاری جسمی، جنسی و غفلت از فرزندان است (اپل یارد و همکاران، ۲۰۱۱). بدرفتاری و آزار فرزندان در والدین مصرف‌کننده مواد شایع است (برنال رولدن و همکاران، ۲۰۰۶). کارکردهای مختل خانوادگی به‌خصوص پرخاشگری با اختلالات مصرف الکل همبستگی دارد (فولر، کرمک، کریز، فیتزگراد و ذاکر^۲، ۲۰۰۳). با توجه به افزایش تعداد زنان مصرف‌کننده و سوءمصرف‌کننده معتاد مواد و با توجه به این‌که تعدادی از این زنان مادر نیز هستند، آسیب‌های ناشی از مصرف مواد در خانواده بیشتر می‌شود (گالرا، برنال رولدن و برین^۳، ۲۰۰۵). بین سوءمصرف والدین و آزار و بدرفتاری با فرزندان ارتباط وجود دارد. یکی از خصوصیات خانواده‌های معتاد، غفلت از فرزندان است که باعث پیامدهای جسمانی و روانی مهمی می‌شود (مریکانگاس و همکاران، ۱۹۹۸). هانسون و همکاران (۲۰۰۶) خشونت را در یک نمونه معرف از نوجوانان (۴۰۲۳ نفر) ۱۲ تا ۱۷ ساله مورد بررسی قرار دادند. یافته‌ها نشان داد تعداد زیادی از نوجوانان، خشونت‌های مختلفی را تجربه کرده‌اند: ۲/۸ درصد حمله جنسی، ۵/۲۲ درصد حمله فیزیکی و ۷/۳۹ درصد شاهد خشونت در خانه یا جامعه بودند. اعضای خانواده‌ی ۴/۱۸ درصد نوجوانان مصرف‌کننده مواد بودند؛ ۶/۵۰ درصد والدین مصرف‌کننده الکل و ۱/۱۹ درصد دیگر آنان مصرف‌کننده مواد بودند. از این رو با توجه به این نتایج می‌توان گفت که مصرف مواد در خانواده با خشونت اعضای آن رابطه دو سویه دارد که هم مصرف مواد می‌تواند پیش‌بینی‌کننده خشونت و هم خشونت می‌تواند پیش‌بینی‌کننده مصرف مواد در اعضای خانواده باشد. سیماتوف، شوین و کلین^۴ (۲۰۰۰) گزارش دادند افزایش خطر مصرف منظم سیگار و الکل در نوجوانان با

1 - Gue, Hawkins, Hill & Abbott

2 - Fuller, Chermack, Cruise, Kirsch, Fitzgerald & Zucker,

3 - Galera., Bernal Roldan & O'Brien

4 - Simantov, Schoen & Klein

تاریخچه آزار، بد رفتاری و خشونت در خانواده ارتباط دارد. والش، مک میلان و جیمسون،^۱ (۲۰۰۳) در نمونه معرفی از مردم شهر انتاریو^۲، ارتباط بین بد رفتاری با کودک و والدین مصرف کننده مواد (الکل و مواد) را بررسی کردند. یافته‌ها نشان داد بد رفتاری جسمی و جنسی، به طور معنی داری در فرزندان والدینی که سوء مصرف مواد داشتند بیشتر بود و چنانچه هر دو والد، به سوء مصرف مواد می پرداختند این ارتباط بیشتر و قوی تر می شد. به عبارت دقیق تر، سوء مصرف والدین، میزان خطر بد رفتاری جسمی و جنسی را بیش از ۲ برابر افزایش می دهد. کاسادو - فلورز و همکاران (۱۹۹۰) در پژوهش خود گزارش دادند فرزندان والدین معتاد به هروئین از مشکلات زیادی رنج می برند که غفلت و بی توجهی یکی از آنهاست. بد رفتاری و آزار کودکان و نوجوانان توسط افراد مصرف کننده مواد و الکل می تواند به طور مستقیم ناشی از رفتار مختل فرزندان و اعمال انضباط ناسالم از سوی والدین باشد یا به صورت غیر مستقیم و به دلیل ناتوانی در نظارت و محافظت از فرزندان ایجاد شود (اپل یارد و همکاران، ۲۰۱۱).

ابتلا به بیماری های روانی: مطالعات مختلف بر روی نوجوانان و جوانان، همبندی سوء مصرف مواد با سایر اختلالات روان پزشکی را نشان می دهد. در خصوص کودکان، به نظر می رسد آسیب و بیماری روانی، یک شاخص مهم ابتلا به سوء مصرف مواد و الکل باشد. کودکان و نوجوانان والدین مصرف کننده مواد هم مشکلات برون ریزی و هم درون ریزی بیشتری دارند از جمله رفتارهای ضد اجتماعی، مشکلات هیجانی، نقص در توجه و انزوای اجتماعی، افسردگی، اضطراب و سایر علائم تروما و سلامت روان. چنین وضعیتی، خود، احتمال شروع مصرف زود هنگام مواد و الکل در سنین پایین تر، در مقایسه با همسالان عادی را نشان می دهد (برنینگ و همکاران، ۲۰۱۲).

به طور کلی با توجه به مطالب ذکر شده، خانواده های افراد وابسته به موادمخدر و به ویژه فرزندان آنان در معرض خطرات زیادی هستند (فانگ، هوآنگ، تیسای، چانگ و چن^۳، ۲۰۱۸) و به دلیل اعتیاد والدین دچار مشکلات کوتاه مدت و بلند مدت در زمینه های مختلف می شوند.

کودکانی که در چنین خانه هایی رشد می کنند با رفتارهای غیرمنتظره و ناگهانی مواجه هستند و اغلب در معرض بی توجهی فیزیکی و روانی قرار می گیرند. با این وجود، ممکن است بعضی از این کودکان بسیار مقاوم باشند و خودشان را با شرایط و محیط خانواده سازگار کنند. اما عده ی زیادی در معرض خطر مشکلات عاطفی، جسمی و روانی مانند افسردگی، اضطراب و تلاش برای خودکشی می باشند. از طرفی، این افراد همان طور که رشد می کنند، ممکن است به طور فزاینده ای آگاه شوند که والدین شان نمی توانند از آنها مراقبت کنند و برای جبران، این کودکان به مراقبان خانواده تبدیل می شوند و اغلب رفتارهای مراقبتی به

1 - Walsh, MacMillan & Jamieson

2 - Ontario

3 . Fang, S. Y., Huang, N., Tsay, J. H., Chang, S. H., & Chen, C. Y.

والدین خود و خواهر و برادر کوچکترشان نشان می‌دهند و مسئولیت‌های والدین را بر عهده می‌گیرند که به طرز چشمگیری با فرایندهای رشدی شخصیت که هسته تحول نوجوانی را شکل می‌دهد در تضاد است. این کودکان مراقبت کننده گاهی اوقات برای کنترل یا کم کردن مصرف مواد والدین در معرض اضطراب زیادی قرار می‌گیرند. زیرا برای اداره‌ی خانواده خود را مسئول می‌دانند. همچنین، فرزندان دارای والدین معتاد انرژی زیادی صرف پنهان نگه داشتن اعتیاد والدین می‌کنند و این سبب انزوای آنها می‌شود. این والدین ممکن است رفتارهایی از خود بروز دهند که باعث خجالت فرزندان در جامعه شود. بسیاری از این کودکان به دلیل عدم علاقه به محیط خانواده علاقه دارند پس از مدرسه به خانه نیایند و از آوردن دوستان خود به خانه اجتناب می‌ورزند و به این صورت خود را از خانه جدا می‌کنند و از طرفی در محیط خانه با مدل‌های والدی ناپایدار، که اغلب باعث رفتارهای مشکل‌ساز و زمینه‌ساز خطر مصرف مواد اعتیادآور می‌شود دست و پنجه نرم می‌کنند (مالکا، هوس، بندارکر، موسای^۱، ۲۰۱۷).

از دیگر عوامل خطر در فرزندان چنین والدینی، عبارت است از: فقر، زیان‌های اجتماعی، اقتصادی، تبعیض، محرومیت اجتماعی، بیکاری، مشکلات بهداشتی، خشونت خانگی، درگیری والدین، افزایش تعارض خانوادگی، کاهش انسجام خانوادگی، کاهش سازمان خانوادگی، افزایش انزوای خانوادگی، افزایش استرس خانوادگی، جدایی اجتماعی، کاهش کفایت اجتماعی و سازگاری میان‌فردی، اختلاف، ناسازگاری، تجزیه و تحلیل خانوادگی، فضای خانگی توأم با ترس و پنهان‌کاری، هرج و مرج، عدم اطمینان، نگرانی مداوم، عدم نشاط، احساسات انزوا، شرم، افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلالات مرتبط با دلبستگی، غیبت والدین، جایجایی نقش‌های خانوادگی، اختلال در آموزش و پرورش و عدم حضور در مدرسه (ولمان و تمپلتون^۲، ۲۰۱۶).

گاهی فرزندان دارای والد معتاد، کودکان نامرئی نامیده می‌شوند. به این خاطر که برای عموم مردم جامعه آگاهی از این موضوع که این کودکان در خانواده‌هایی زندگی می‌کنند که یک بزرگسال، مشکل اعتیاد دارد بسیار دشوار است. از این‌رو این مشکل، بخشی از الگوی خانوادگی است که اغلب با احساس گناه، شرم و ترس از انگ خوردن مشخص می‌شود و هم فرزندان و هم والدین راهکارهای مختلفی را برای پنهان نگه داشتن این مشکل در پیش می‌گیرند (الکساندرسون، ناسمان^۳، ۲۰۱۷).

بنابراین، استعمال مواد مخدر توسط والدین، حادثه‌ی اضطراب‌آوری است که تعادل خانواده را بر هم می‌زند؛ وضعیت دیگر اعضای خانواده، تحت تأثیر مسئولیت‌ها و نقش‌های والدین معتاد قرار می‌گیرد؛ خانواده نه دیگر قادر است که به بحران‌ها پاسخ دهد و نه توانایی تنظیم برنامه‌های طبیعی را دارد. بچه‌های اعتیاد،

1 . Malka, M., & Huss, E., & Bendarker, L., & Musai, O.

2 . Richard Velleman & Lorna J. Templeton

3 . Alexanderson & Nasman

قربانی خشونت و بی‌توجهی هستند. بچه‌های اعتیاد در محیط پرورشی خود، با پدر، مادر یا یکی از اعضای معتاد خانواده، همزیستی دارند؛ این کودکان ظاهراً، مثل بچه‌های خانواده‌های معمولی زندگی می‌کنند و در بسیاری موارد، ظاهر آن‌ها مطلوب و گاهی حتی عالی است و از ظواهر آن‌ها کمتر می‌توان حالت حقیقی و درونی‌شان را درک کرد. لایه‌ی فاسد تربیتی که بچه‌های اعتیاد را فراگرفته، به حدی پیچیده است که تا اعتیاد مربی خانواده فاش نشود قابل‌رؤیت و ارزیابی نیست. اثر الکل و دیگر مواد مخدر بر زندگی بچه‌ها، وقتی والدین آن‌ها به مواد مخدر وابسته باشند؛ به‌شدت افزایش می‌یابد و این کودکان نه‌تنها بعداً درخطر ابتلا به مشکلات مربوط به مواد مخدر هستند، بلکه از دیگر مشکلات روانی - اجتماعی نیز رنج می‌برند (دالوندی و صدرالسادات، ۱۳۸۰). بنابراین سوءمصرف مواد والدین باعث ایجاد عواقب منفی بسیاری در فرزندان آنها می‌شود و تمام جنبه‌های زندگی یک کودک می‌تواند تحت تأثیر مصرف مواد والدین قرار بگیرد. عوامل خطر در هریک از سطوح فردی و خانوادگی متفاوت است، حتی خواهد و برادرها نیز به‌طور متفاوتی تحت تأثیر اعتیاد والدین قرار می‌گیرند، این یعنی اگرچه ارتباطات احتمالی بین عوامل خطر و مصرف والدین وجود دارد، اما برای هرکدام عوامل خطر خاصی وجود دارد و به همین علت قابل تعمیم نیستند و از سوی دیگر ممکن است برای ایجاد این عواقب با عوامل دیگری نیز مرتبط باشد که باید این عوامل شناسایی گردد.

۱۳-۲- پیشینه تحقیق

در مرور ادبیات تحقیق، به بررسی برخی از پژوهش‌های انجام شده در ارتباط با موضوع پرداخته شد. در ادامه برخی پژوهش‌های داخلی و خارجی نیز ارائه می‌شود.

۱-۱۳-۲- پژوهش‌های داخلی

نیازی، عسکری، نوروزی، شریفی و متقی (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان مطالعه نوع اعتیاد والدین و تأثیر آن بر سلامت اجتماعی فرزندان که باهدف بررسی عوارض اجتماعی نوع اعتیاد بر فرزندان والدین معتاد ساکن شهر اصفهان در سال ۱۳۹۱، پرداختند. نتایج نشان داد پرداختن به فرزندان خانواده‌های اعتیاد از دریچه‌ی آسیب‌های اجتماعی که اعتیاد والدین برای آن‌ها رقم می‌زند؛ مسئله‌های بسیار ضروری محسوب می‌شود. والدین معتاد اغلب فرزندان بیمار و یا معتاد خواهند داشت زیرا چنین والدینی الگوی نامناسبی برای فرزندان خود هستند و حوصله‌ی کافی جهت تربیت فرزندان خود ندارند و درواقع نوع اعتیاد والدین با سلامت فرزندان رابطه معنادار دارد درنتیجه بین نوع اعتیاد والدین (پدر و مادر) با سلامت اجتماعی فرزندان رابطه معنادار منفی وجود دارد.

امیری، پور حسین، مروتی، یوسفی افرشته (۱۳۹۴) در تحقیقی به مطالعه بررسی نقش عوامل خانوادگی مؤثر در گرایش به مواد مخدر اعم از سنتی و صنعتی در میان جوانان استان لرستان پرداختند. نمونه آماری

این پژوهش ۲۰۰ نفر از جوانان شهر لرستان که ۱۰۰ نفر آن‌ها سوءمصرف مواد داشتند و ۱۰۰ نفر دیگر از بین جوانان عادی انتخاب شده بودند. در این پژوهش از پرسشنامه علل گرایش به سوءمصرف مواد در جوانان استفاده و برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چند متغییری استفاده شد. نتایج به دست آمده نشان داد عوامل والدین معتاد یا وجود افراد معتاد در خانواده، اختلافات خانوادگی و کمبود محبت در روابط عاطفی خانواده، عدم مهار گری و نظارت صحیح والدین و استفاده از شیوه‌های نامناسب تربیتی و طلاق و جدائی والدین در مقایسه دو گروه از جوانان مبتلا و عادی دارای اثر معناداری برای گرایش به سمت مواد مخدر هستند از سوی دیگر نتایج نشان داد که بی‌سوادی والدین، کم‌توجهی والدین و میزان ثروت خانواده اثر معناداری در گرایش به اعتیاد ندارد. با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان چنین بیان داشت که عوامل خانوادگی مرتبط با چگونگی رفتار و تربیت فرزندان دارای نقش بسیار مهمی در گرایش جوانان به سوی مواد مخدر دارند.

نریمانی، علایی، حاج لو و ابوالقاسمی (۱۳۹۳) در پژوهشی به بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی در فرزندان افراد معتاد پرداختند. روش تحقیق این پژوهش از نوع مقطعی و توصیفی - تحلیلی بوده که بر روی ۱۰۰ نفر از فرزندان افراد معتاد انجام گرفته است. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل سیاهه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه ۲۹ سوالی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت بود. طبق نتایج به دست آمده در تمام ابعاد کیفیت زندگی، دختران افراد معتاد وضعیت بهتری نسبت به پسران دارند. یافته‌ها نشان داد بین هر چهار بعد کیفیت زندگی با سن، جنسیت، تعداد افراد خانواده (پرجمعیت پاکم جمعیت بودن خانواده) و نیز نوع ماده مصرفی توسط والدین (مواد سبک یا سنگین) ارتباط آماری معنی‌دار برقرار است. یافته‌های پژوهشی حاضر، ما را در زمینه تأثیر اعتیاد والدین و عوارض آن بر کیفیت زندگی فرزندان آن‌ها آگاه می‌سازد که با توجه به این نتایج، کیفیت زندگی فرزندان افراد معتاد پایین‌تر از متوسط است و انجام ارزیابی‌های روان‌شناختی فرزندان افراد معتاد و ارائه خدمات روان‌شناختی در زمینه‌ی های مختلف برای ارتقای سطح سلامت و کیفیت زندگی آنان توصیه می‌شود.

کریمی، شریفیان ثانی و رفیعی (۱۳۹۳) در پژوهشی تجارب تاب‌آوری جوانان در برابر سوءمصرف مواد را مورد مطالعه قرار دادند. این مطالعه که به صورت کیفی و با رویکرد استراوس و کوربین انجام گرفت، داده‌ها تحت کدگذاری باز، محوری و انتخابی قرار گرفت. محیط مطالعه، محله دروازه غار تهران بود. برای جمع‌آوری اطلاعات از تکنیک‌های مصاحبه عمیق و بحث گروهی متمرکز استفاده شد. نتایج نشان داد که جوانانی که اعتقادات مذهبی، آگاهی، اعتماد به نفس، مثبت اندیشی و تنفر بیشتر نسبت به مواد مخدر دارند تاب‌آوری بیشتری در مقابل اعتیاد به مواد مخدر دارند. همچنین اعضای خانواده‌هایی که نسبت به فرزندان‌شان احساس مسئولیت دارند، به آن‌ها اعتماد داشته و بر فعالیت‌هایشان نظارت می‌کنند، باهم در مورد مسائل مختلف مشورت میل کنند، دوران کودکی آموزش‌های مناسب می‌بینند، نسبت به اعتیاد تاب‌آورتر هستند.

قربانی، اکبری و آقازاده (۱۳۹۳) به مطالعه تأثیر اعتیاد والدین در گرایش به اعتیاد و فرار از خانه فرزندان (مطالعه موردی: شهرستان ارومیه) با روش نمونه‌گیری هدفمند بر روی ۷۲ نفر پرداختند. فرضیه‌ها با استفاده از آزمون تی مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که اعتیاد والدین تأثیر بسزایی در گرایش به اعتیاد فرزندان و فرار از خانه آن‌ها دارد. همچنین مشخص گردید که فرزندان دارای والدین معتاد معمولاً زودرنج، پرخاشگر، مضطرب، ناامید و خجالتی، و کم رو بوده و اعتماد به نفس کمتری دارند. تحقیقات رابطه مستقیم اعتیاد با روسپیگری و سرقت را تایید می‌کند. تمایل به فرار در مورد جوان‌ها بخصوص افراد ۱۴ تا ۱۸ ساله قوی‌تر است و اکثر جامعه نمونه ۱۴ سالگی را زمان شروع فرار می‌دانند.

نعمتی (۱۳۹۱) در تحقیقی به مطالعه رابطه گرایش به اعتیاد با زندگی نامه و نوع ارتباط با والدین در چرخه رشد جوانان ۲۰ تا ۴۰: سال در شهرستان کرج پرداخت. بدین منظور ۱۵ نفر از جوانان معتاد مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد جنوب غرب کرج که با شرایط نمونه مورد نظر هماهنگ بودند به صورت در دسترس انتخاب شدند برای جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته و در تحلیل داده‌ها از تحلیل محتوای فیلم‌های تهیه‌شده از جریان مصاحبه استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان داد نوع ارتباط با والدین ۲۸ درصد و بیماری‌های روحی و روانی در دوران کودکی ۲۶ درصد، تجارب آسیب و غفلت ۱۱ درصد علایق آرزوها و انتظارات ۸ درصد، دوران تحصیل ۹ درصد، روابط با دوستان ۸ درصد و تجارب فقدان و شکست ۸ درصد از عوامل تأثیرگذار در گرایش به مواد مخدر در گروه نمونه مورد بررسی را تشکیل می‌دهد. بحث و نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه گرفت که عوامل خانوادگی در دوران رشد و بیماری‌های روحی و روانی مثل اضطراب و افسردگی در دوران کودکی بیشترین تأثیر را در گرایش به اعتیاد داشته است.

پاشا شریفی و رضایی (۱۳۸۸) به بررسی رابطه بین نگرش به مواد مخدر با نایمنی در خانواده به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای و با استفاده از پرسشنامه در بین ۳۰۰ نفر از دانش‌آموزان (۱۵۲ پسر و ۱۴۸ پسر) پرداختند. نتایج نشان می‌دهد بین نایمنی در کانون خانواده و نگرش دانش‌آموزان نسبت به اثرات مواد مخدر، علاقه آن‌ها به مصرف مواد مخدر و همچنین، تصورات غیرواقعی آن‌ها در مورد خطرات مواد مخدر رابطه وجود دارد، علاوه بر آن، نتایج مشخص ساخت، نه تنها مصرف مواد توسط والدین، بلکه نگرش‌های آن‌ها نسبت به مصرف مواد نیز در این زمینه نقش مهمی ایفا می‌کند و بین نگرش والدین و علاقه فرزندان به مصرف مواد مخدر رابطه مثبت مشاهده شد.

۲-۱۳-۲- پژوهش‌های خارجی

چاسین، فلورا و کینگ^۱ (۲۰۰۴) نیز در یک برنامه پژوهشی جامع دریافتند که مهارت‌های فرزند پروری یا رفتار والدین با مصرف مواد در نوجوانان ارتباط دارد. مشخصاً، والدین سوء مصرف‌کننده الکل کمتر احتمال

1 - Chassin, Flora & King

دارد که فعالیتهای فرزندان خود را زیر نظر بگیرند. نظارت نکردن والدین به معاشرت نوجوانان با همسالان مصرف داروی مخدر آنان منجر می شود. علاوه براین، چاسین و همکاران دریافتند که استرس و عاطفه منفی (که در خانوادههای دارای والد الکلی فراگیرتر است) با مصرف الکل در نوجوانان ارتباط دارد. آنها گزارش دادند که "الکلیسم والدین با افزایش رویدادهای منفی غیر قابل کنترل زندگی ارتباط داشت که این به نوبه ی خود با عاطفه منفی و معاشرت با همسالان مصرف کننده دارو مخدر، و مصرف مواد ارتباط داشت.

بیتون^۱ در پژوهشی که در سال (۲۰۰۴) انجام داد تاکید کرد که راهبردهای مقابله‌ای مطلوب نظیر برنامه-ریزی و حل مشکل و تصمیم گیری معقول و سازماندهی شده می تواند تا حد زیادی از خطرات اعتیاد اطرافیان و محیط آلوده در فرزندان بکاهد، به همین خاطر می توان اذعان کرد که این پژوهش نیز ضمن تاکید بر اهمیت راهبردهای مقابله‌ای جهت مقابله با اعتیاد والدین و محیط اطراف، شناسایی و آموزشی راهبردهای مقابله‌ای مطلوب به فرزندان جهت کاهش تاثیرپذیری آنها از این خطرات ضروری دانسته‌اند.

فارمر، کوربین و هوکیسم^۲ (۲۰۱۳) نیز در پژوهشی خویش ارتباط راهبردهای مقابله‌ای را با گرایش به مصرف الکل مورد تاکید قرار دادند و تاکید کردند افرادی که به مصرف الکل گرایش دارند بیشتر بر راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور و ناسالم متکی هستند که این امر احتمال گرایش آنها به مصرف الکل و حتی بازگشت به آن را افزایش می‌دهد.

آریا، مریکل، مایرز و وینترز (۲۰۱۲) در پژوهشی خویش نشان دادند که اعتیاد والدین یکی از عوامل بسیار خطرناک است که علاوه بر سلامت درون فردی خود آنها، سلامت عملکردی فرزندان را نیز تخریب می کند، لذا میبایست روش های مقابله‌ای مناسبی به این فرزندان انتقال داده شود تا تأثیرات مخرب آن نظیر گرایش فرزندان به اعتیاد کاهش یابد.

بیروت، دینواید، بیجتر، کرو و هسیلبروک^۳ (۱۹۹۹) از اعتیاد والدین و ساختار آشفته خانواده به عنوان یکی از عواملی که سلامت فرزندان را به خطر میاندازد و احتمالی گرایش آنها به مصرف مواد مخدر را افزایش می‌دهد، در واقع آنها تاکید کردند که اعضای خانواده به شیوه های مختلفی با اعتیاد والد برخورد می کنند که تا حد زیادی اینکه چقدر دچار آسیب می شوند را پیش بینی میکنند، لذا آموزش راهبردهای مقابله‌ای مطلوب و موثر به این فرزندان میتواند به عنوان ضرورتی تام مورد تاکید قرار بگیرد.

آدهلیم و صبری^۴ (۲۰۱۳) در پژوهشی خویش نقش راهبردهای مقابله‌ای را در گرایش و عدم گرایش به مصرف مواد مخدر مورد تاکید قرار دادند و نشان دادند افراد معتاد بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای نامطلوب و

1 - Britton

2 - Farmer, Corbin, Hoekesma

3 - Beirut, Dinwiddie he, Begetter, Crowe & Hesselbrock

4 - Adhalim & Sabri

غیرموثر در برخورد با موقعیتهای تنشزا استفاده می کنند و افرادی که به مصرف مواد گرایش ندارند از راهبردهای مقابله‌ای مطلوب و کاملاً موثر برخوردار هستند که از گرایش آنها به مصرف مواد تا حد زیادی پیشگیری می کند.

لوسی، دیسپت، تابوس هورتا و استیفن ماریا^۱ (۲۰۱۶) در پژوهش خویش بر ضرورت شناسایی و آموزش راهبردهای مقابله‌ای مطلوب به افراد جهت کاهش احتمال گرایش آنها به ناپهنجاریهای اجتماعی به ویژه اعتیاد تاکید کردند و نشان دادند که برخورداری افراد از راهبردهای مقابله‌ای منطقی و مسئله محور احتمالی گرایش آنها به مصرف مواد مخدر را کاهش می دهد، لذا آموزشی راهبردهای مقابله‌ای مطلوب به افرادی که در معرض خطر اعتیاد قرار دارند نظیر افرادی که والدین معتاد دارند، اهمیت بسیار زیادی دارد.

1 - Lusi, Daspett, Tabosahorta & Stefaninimaria

فصل سوم

روش پژوهش

۱-۳- مقدمه

در دو فصل پیشین مبانی و زیربنای نظری و پژوهشی موضوع پژوهش، مورد بررسی قرار گرفت، در این فصل روش به کار گرفته شده در پژوهش حاضر که چهارچوب جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل و استخراج داده‌ها و نتایج نهایی را تعیین می‌کند، ارائه می‌شود. به‌طور کلی در این فصل روش پژوهش استفاده‌شده برای رسیدن به هدف تحقیق به همراه جامعه مورد مطالعه و روش نمونه‌گیری، ابزار جمع‌آوری داده‌ها و شیوه تجزیه و تحلیل بررسی و ارائه می‌گردد.

۲-۳- روش تحقیق

روش پژوهش حاضر کیفی و از نوع پدیدارشناسی است. تحقیقات کیفی را کوششی سازمان‌دار و ذهنی، به منظور کشف معانی تجارب روزمره تعریف می‌کنند (عابدی، ۱۳۸۸). از منظر دیگر، تحقیق کیفی عبارت است از مجموعه فعالیت‌هایی (همچون مشاهده، مصاحبه، شرکت گسترده در فعالیت‌های پژوهشی) که هرکدام به نحوی محقق را در کسب اطلاعات دست اول درباره موضوع مورد تحقیق یاری می‌دهند (دلاور، ۱۳۹۲). مطالعات کیفی تجارب روزمره زندگی افراد را مطالعه می‌کنند تا فهم پدیده‌هایی را که به طور طبیعی در حالت‌های طبیعی خودشان رخ می‌دهند را میسر سازند و نهایتاً تلاشی برای معنی بخشیدن به زندگی روزمره است. در این روش هیچ متغیری دستکاری نمی‌شود و هیچ‌کدام از متغیرهای زمینه‌ای کنترل نخواهند شد (سیگارودی، دهقان نیری، رهنورد و نوری سعید، ۱۳۹۱). اطلاعات کیفی از نگاه عمیق به پدیده‌ها به دست می‌آید و پژوهشگر کیفی تلاش می‌کند که دنیای واقعی را آنچنان که هست بشناسد و نظمی را که در درون رفتارها وجود دارد درک کند (ابوالمعالی، ۱۳۹۱). تحقیقات کیفی روش‌های متنوعی را دربرمی‌گیرد که پدیدارشناسی از روش‌های مرسوم در این حوزه است.

پدیدارشناسی از نظر لغوی، عبارت است از مطالعه پدیده‌ها از هر نوع و توصیف آن‌ها با در نظر گرفتن نحوه بروز تجلی آن‌ها، قبل از هرگونه ارزش‌گذاری، تأویل و یا قضاوت ارزشی (چنری، ۲۰۰۵؛ به نقل از سیگارودی و همکاران، ۱۳۹۱). پدیدارشناسی به ما نوید شناخت نظری مؤثری نمی‌دهد که بتوانیم به کمک آن به تبیین یا کنترل جهان پردازیم. بلکه تنها بصیرت‌های ملموسی از جهان برای ما فراهم می‌آورد تا به ارتباطی مستقیم با جهان دست پیدا کنیم. درنگاه دیگر پدیدارشناسی را معناشناسی می‌دانند، معنایی که در زندگی انسان پدیدار می‌شوند و یک نظام معنایی را شکل می‌دهند. این نظام معنایی با اضافه نمودن وجود

به زمان و مکان به دست می‌آید و شناسایی این نظام معنایی نیز از همین راه حاصل می‌شود؛ یعنی یک شناخت مضاف به زمان و مکان که آن را «تجربه زندگی» می‌نامند (حاج باقری، پرویزی و صلصالی، ۱۳۹۴). پدیدارشناسی توصیفی، اساساً مطالعه تجربه زیسته یا جهان زندگی است، آنچنان که به وسیله یک فرد زیسته می‌شود، نه جهان یا واقعیتی که چیزی جدای از انسان باشد. لذا این پرسش مطرح می‌شود که تجربه زیسته چه نوع تجربه‌ای است؟ زیرا این نوع پدیدارشناسی می‌کوشد معانی را آنچنان که در زندگی روزمره زیسته می‌شوند، آشکار نماید (سیگارودی و همکاران، ۱۳۹۱). براساس آنچه گفته شد این پژوهش با استفاده از الگوی پدیدارشناسی و از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با نوجوانان دارای والد معتاد و بررسی تجارب زیسته‌شان، به دنبال کشف معانی ذهنی و فهم تجارب بی‌واسطه آنان و معنی بخشیدن به زندگی روزمره آنان خواهد بود.

۳-۳- جامعه مورد مطالعه

با توجه به اینکه پژوهش حاضر یک پژوهش کیفی از نوع تجربه زیسته‌شده یا همان پدیدارشناسی است و پدیدارشناسی پژوهشی درباره پدیده‌هاست آن‌گونه که بر افراد جلوه‌گر می‌شود (ابوالمعالی، ۱۳۹۱) در پژوهش حاضر، جامعه‌ی ما را نوجوانان پسری تشکیل می‌دهند که دارای پدر و یا مادر معتاد هستند. این نوجوانان عمدتاً مستقر در مراکز بهزیستی یا مدارس بوده‌اند.

۳-۴- نمونه و روش نمونه‌گیری

از آنجا که در پژوهش کیفی هدف نمونه‌گیری دستیابی به بینش در مورد پدیده است نه تعمیم تجربی از یک نمونه به جمعیت، بنابراین در این پژوهش، معیار انتخاب گروه نمونه، انتخاب مشارکت‌کنندگانی است که تجربه زیسته‌ای دارند که مورد نظر این مطالعه خاص است و این مشارکت‌کنندگان مایلند درباره تجربیات خود صحبت کنند تا امکان دسترسی به روایت‌های غنی و منحصر به فرد درباره یک تجربه خاص فراهم شود. تعداد نمونه در تحقیقات کیفی قابل پیش‌بینی نیست و مبتنی بر اصل اشباع می‌باشد. یعنی زمانی که پژوهشگر به اشباع اطلاعاتی رسید و دیگر مطلب جدیدی برای شناسایی وجود نداشت و در جریان مصاحبه فقط مطالب تکراری به دست آمد، انتخاب نمونه متوقف می‌شود. هومن (۱۳۹۱) بیان داشته که، اگرچه هیچ قاعده خاص و از قبل تعیین شده‌ای برای حجم نمونه در تحقیقات کیفی، وجود ندارد اما پیشنهاد شده است وقتی نمونه‌های یک گروه همگن باشد بین ۴ تا ۶ واحد و اگر ناهمگن باشد بین ۱۲ تا ۲۰ واحد در نظر گرفته شود. در پژوهش حاضر نیز با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند و با استفاده از روش گلوله‌برفی و با توجه به همگنی گروه، مصاحبه با ۹ نفر از نوجوانان دارای والدین معتاد تا زمان تکرار ادامه پیدا کرد. ملاک‌های موردنظر پژوهشگر برای ورود افراد به گروه نمونه این بود که آنان، نوجوانان (گروه سنی

۱۸-۱۴) باشند که خودشان وابستگی به مواد نداشته اما دارای پدر یا مادر معتاد باشند و همچنین با رضایت خاطر و میل خود در این پژوهش مشارکت نمایند.

۵-۳- ابزار و روش گردآوری داده‌ها

در پژوهش پدیدارشناسی مصاحبه به عنوان اصلی‌ترین روش جمع‌آوری داده‌ها محسوب می‌شود و موقعیتی را فراهم می‌کند تا شرکت‌کنندگان دیدگاه خود نسبت به دنیا را آن طور که تجربه کرده‌اند با استفاده از زبان و لغت خاص خود تشریح کنند (عابدی، ۱۳۸۸). لذا در این پژوهش نیز از مصاحبه نیمه ساختاریافته به منظور دسترسی به اطلاعات استفاده شد. هدف از این نوع مصاحبه، استخراج پاسخ‌های شرکت‌کنندگان از عمق موضوع است؛ در این نوع مصاحبه، گفتگوها به صورت باز انجام شد و به مصاحبه‌شوندگان اجازه داده شد که تجارب زیسته و ادراکات و عقاید خود را با کلمات مخصوص بیان کنند. در واقع سؤالات محوری از قبل طراحی شدند اما در روند مصاحبه با انجام بازاندیشی در هر مرحله سؤالاتی اضافه یا حذف گردید؛ بنابراین مصاحبه محدودکننده نبود و شرکت‌کنندگان در مورد تجارب خود با توجه به موضوع موردنظر به راحتی صحبت می‌کردند. نمونه‌ای از سؤالات عبارت بود از:

- ۱- در مورد زندگی گذشته خود تا الان که والدین تان معتاد هستند بگویید.
- ۲- در ارتباط با موضوع اعتیاد والدین چه تجاربی در مدرسه، خانواده، دوستان، همسایگان، جامعه به یاد داری؟
- ۳- چه بحران‌هایی که مرتبط با اعتیاد والدینت هست را تجربه کردی؟

۶-۳- روش اجرای پژوهش

به منظور انجام این پژوهش، ابتدا پژوهشگر از دانشگاه معرفی نامه‌ای مبنی بر انجام پایان نامه برای یکی از مراکز تحت نظر بهزیستی استان تهران برای انجام مصاحبه دریافت کرد و پس از مراجعه به مرکز و کسب مجوز از مسئولین آن به شناسایی نوجوانانی که دارای والد یا والدین معتاد هستند، پرداخت. از آنجا که همکاری لازم و کامل جهت معرفی نمونه‌ها صورت نگرفت، ادامه روند مصاحبه پس از اخذ معرفی‌نامه مجدد از دانشگاه در یکی از شهرستان‌های تهران (شهریار) انجام شد، علاوه بر این، ۴ نفر از افراد شرکت‌کننده از مدرسه صبح رویش و کنگره ۶۰ انتخاب شدند. در هر دو شرایط پس از معرفی نمونه موردنظر، زمان و مکان مصاحبه‌ها با توافق مصاحبه‌شوندگان انجام شد. قبل از شروع هر مصاحبه، پژوهشگر اطلاعات دقیقی در مورد موضوع و هدف پژوهش در اختیار مصاحبه‌شوندگان قرار داد و بر رعایت اصول رازداری و رضایت آگاهانه

تاکید نمود و به آن‌ها اطمینان داد که هویت آن‌ها به طور کامل پنهان مانده و مطالب ضبط شده بعد از تجزیه و تحلیل و استخراج نتایج از بین خواهد رفت. در پژوهش حاضر، محقق از روش مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته و تعاملی بهره گرفت و براین اساس قبل از آغاز مصاحبه و با راهنمایی استاد راهنما و مشاور تعدادی سوال باز و کلی درباره‌ی موضوع مورد پژوهش تهیه شد تا انجام مصاحبه را تسهیل نماید، در این مسیر پس از ۲ مصاحبه‌ی آزمایشی با ۲ نفر از افراد نمونه، متن مصاحبه‌ها و سوالات آن در اختیار استاد راهنما قرار گرفت و راهنمایی‌های لازم در مورد چگونگی پرسش‌ها توسط ایشان صورت گرفت. بنابر این، فرایند مصاحبه در این پژوهش در مورد دیگر شرکت‌کنندگان، با چند سؤال کلی شروع شده و سپس براساس پاسخ‌هایی که مصاحبه‌شوندگان ارائه می‌دهند، مسیر مصاحبه ادامه یافت و مصاحبه‌گر با پرسش‌هایی دقیق و حساب شده در جهت تکمیل اطلاعات به‌دست آمده و جمع‌آوری اطلاعات بیش‌تر در این زمینه تلاش نمود. در جریان مصاحبه پژوهشگر تلاش نمود که مصاحبه را در مسیر اصلی نگه دارد و زمانی که مصاحبه از مسیر اصلی منحرف می‌شد و مصاحبه‌شوندگان به موضوعات بی‌ارتباط با موضوع می‌پرداختند، جریان مصاحبه را هدایت می‌نمود. بدین شیوه پژوهشگر بحث را بر روی موضوع موردنظر متمرکز و از بیان مطالب غیرمرتبط توسط مصاحبه‌شوندگان جلوگیری می‌کرد. قابل ذکر است که تمامی مصاحبه‌ها با اجازه و رضایت شرکت‌کنندگان، توسط پژوهشگر و با استفاده از تلفن همراه ضبط و جهت استفاده در مراحل بعدی (تجزیه و تحلیل) نگهداری شد و نهایتاً پس از پیاده‌سازی بر روی کاغذ و تجزیه و تحلیل دقیق و استخراج تمامی کدهای موردنیاز و اتمام کار، از بین می‌روند.

۷-۳- روش تحلیل داده‌ها

تحلیل داده‌ها در تحقیق پدیدارشناسی همچون تحقیقات کیفی، یک الگوی منظمی از تکرار، جمع‌آوری و تحلیل همزمان داده‌هاست. این الگو اغلب مراحل از جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل، جمع‌آوری تحلیل و غیره تا اشباع داده‌ها ادامه می‌یابد. با توجه به اینکه پژوهش پیش‌رو از نوع پدیدارشناسی بود، به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش کلایزی استفاده شد. گام‌های زیر این روش تحلیل داده‌ها را شرح می‌دهند:

- همه توضیحات شرکت‌کنندگان، جهت درک احساس و تجاربشان چندین بار مطالعه شد، ابتدا، تمامی اظهارات آنان در حین انجام مصاحبه ضبط شد و کلمه به کلمه بر روی کاغذ پیاده شد.
- بعد از مطالعه همه توصیفات شرکت‌کنندگان، زیر اطلاعات با معنی خط کشیده شد، بدین ترتیب جملات مهم استخراج گردید.
- معنی یا مفهوم هر عبارت مهم که تحت عنوان مفاهیم تنظیم شده مطرح است توسط محقق شکل گرفت. این مرحله با عنوان فرموله کردن معانی شناخته می‌شود.

- مرحله دسته‌بندی داده‌ها: مراحل قبل برای هر پروتکل تکرار می‌شد و معانی مهم و مرتبط به هم در خوشه‌هایی از تم‌ها (موضوعات اصلی) قرار گرفت.
- تلفیق نتایج در قالب یک توصیف جامع و بیانیه صریح و روشن از موضوع مورد پژوهش
- و در مرحله آخر برای اعتباربخشی به هریک از مقوله‌ها، نتایج به شرکت کنندگان بازگردانده شد و در مورد یافته‌ها و درک درست از مقوله‌ها از آن‌ها سوال پرسیده شد. (البته این امکان برای ۶ نفر فراهم شد و بقیه در دسترس نبودند).

۸-۳- اعتباریابی و استحکام نتایج

برای تامین و حفظ دقت و اعتبار داده‌ها در این پژوهش و برای به دست آوردن اطلاعات دقیق از سوی مصاحبه‌شوندگان، مصاحبه بدون هرگونه سوگیری و در قالب سؤالاتی روشن و بدون ابهام و کلیت، توسط مصاحبه‌شونده انجام می‌شود و برای اعتباریابی علمی یافته‌های پژوهشی از الگوی اعتباریابی گوبا و لینکلن استفاده می‌شود، الگویی که طی آن در قالب اصول سه‌گانه زیر قابلیت اعتماد و سطح اعتبار داده‌ها بررسی می‌شود:

باورپذیری: از طریق زاویه‌بندی مفاهیم، دقت در اجرای فنون، مهارت مصاحبه‌ای قوی، گسترش ارتباط دقیق با پاسخگویان.

اطمینان‌پذیری: جهت افزایش سطح اطمینان‌پذیری یافته‌های پژوهش، از آغاز فرایند مصاحبه تا آخرین مرحله‌ی آن یعنی کدگذاری، پژوهشگر از نظارت یک فرد متخصص (استاد راهنما) بهره برد. تاییدپذیری: برای بررسی این موضوع که آیا یافته‌های به‌دست آمده در این پژوهش واقعا مبتنی بر داده‌ها هستند، از شیوه استانداردسازی روش‌های جمع‌آوری اطلاعات و یادداشت کردن همه بینش‌ها استفاده شد، و در آخر، پژوهشگر تمامی کدهای شناسایی شده را با مصاحبه‌شوندگان در میان گذاشت و نظر آنها را در مورد صحت و درستی این نتایج جویا شد و از طریق اعمال نظرات آن‌ها ضمن اعمال حذف و اضافاتی در کدهای شناسایی شده از اعتبار و صحت یافته‌های خویش مطمئن گردید.

۹-۳- اصول اخلاقی در پژوهش:

در این پژوهش به منظور رعایت اصول اخلاقی، موارد ذیل مدنظر قرار گرفت:

- تأکید بر رازداری و محرمانه‌ماندن اطلاعات حاصل از مصاحبه.
- رعایت اصل رضایت آگاهانه از طریق بیان دقیق اهداف و روش کار.
- تأکید بر رعایت اصل عدم ضرررسانی به مراجعین و نبود هرگونه آسیب احتمالی در پژوهش.
- تأکید بر حفظ هویت و حریم خصوصی مصاحبه‌شوندگان.

- اولویت قراردادن خواسته مصاحبه‌شوندگان در زمینه مکان و زمان مصاحبه با رعایت مناسبات پژوهشی.

فصل چهارم

تجزیه و تحلیل داده‌ها

هدف از پژوهش حاضر بررسی تجارب زیسته و عوامل آسیب‌پذیری فرزندان دارای والد (پدر یا مادر معتاد) می‌باشد، در این فصل، ابتدا اطلاعات جمعیت‌شناسی گروه مورد مطالعه پژوهش ارائه و پس از آن بر اساس روش تحلیل مضمون، یافته‌های حاصل از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته ارائه خواهد شد.

۴-۱ معرفی مصاحبه شونده‌گان

در این مطالعه، با ۹ نفر از پسرهایی که دارای پدر و مادر معتاد بودند مصاحبه نیمه‌ساختاریافته به عمل آمد. از آنجایی که ملاک انتخاب پژوهشگر برای انتخاب نمونه نوجوانان دارای پدر یا مادر دارای اعتیاد بودند، مصاحبه‌شوندگان نوجوانانی بودند که پدر و یا مادر مصرف‌کننده داشته و در بازه سنی نوجوانی بین ۱۶ تا ۲۰ قرار می‌گرفتند.

از نظر میزان تحصیلات نیز ۷ نفر از افراد شرکت‌کننده، محصل و ۲ نفر دارای مدرک دیپلم بودند. از نظر مشاغل و وضعیت اقتصادی بین مادران همگنی وجود داشت و ۹۰٪ خانه‌دار بودند. در ادامه، در جدول ۴-۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناسی افراد گروه نمونه آمده است.

جدول ۴-۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناسی فرزندان دارای والد معتاد (پدر یا مادر معتاد)

ردیف	نام مصاحبه شونده	سن	میزان تحصیلات	تعداد فرزندان خانواده	فرزند چندم خانواده	شغل پدر	شغل مادر
۱	کد ۱	۲۰	دیپلم	۳	۳	آزاد	خانه‌دار
۲	کد ۲	۱۸	محصل - دوره پیش‌دانشگاهی	۳	۱	بیکار	کارمند
۳	کد ۳	۱۹	دیپلم	۴	۳	بیکار	خانه‌دار
۴	کد ۴	۱۶	محصل - پایه تحصیلی دهم	۳	۱	کارمند	خانه‌دار
۵	کد ۵	۱۷	محصل پایه تحصیلی یازدهم	۲	۲	آزاد	خانه‌دار
۶	کد ۶	۱۶	محصل - پایه تحصیلی دهم	۳	۲	بیکار	خانه‌دار
۷	کد ۷	۱۷	محصل - پایه تحصیلی یازدهم	۳	۱	کارمند	خانه‌دار

خانه‌دار	بیکار	۱	۴	محصل-پایه تحصیلی یازدهم	۱۷	۸ کد	۸
خانه‌دار	بیکار	۴	۴	محصل-پایه تحصیلی دهم	۱۶	۹ کد	۹

همان‌طور که در جدول ۴-۱ ویژگی‌های کامل افراد گروه نمونه ذکر شد، مصاحبه با ۹ نفر از نوجوانان دارای والد مصرف‌کننده مواد (پدر یا مادر)، و باتوجه به سؤال پژوهشی عوامل آسیب‌پذیری بر مبنای تجربه زیسته‌شان صورت گرفت که در ادامه به یافته‌های به دست آمده از سؤال پژوهشی پرداخته می‌شود.

۲-۴ سؤال پژوهشی: عوامل آسیب‌پذیری فرزندان دارای والد معتاد بر مبنای تجارب زیسته‌شان چگونه است؟

جدول ۴-۲: مقولات فرعی و اصلی استخراج شده از تجربه زیسته و عوامل آسیب‌پذیری فرزندان دارای والد معتاد

مقوله اصلی	مقوله فرعی	فراوانی مقوله فرعی
حسرت از گذشته تلخ	تجارب تلخ دوران کودکی	۱
	فقدان تجربه لذت کودکی	۱
احساسات و هیجان‌های منفی: جو غالب خانواده	نگرانی از نزاع والدین	۵
	انزجار از مصرف آشکار والد	۳
	شرم از داشتن والد مصرف‌کننده	۶
	فقدان توجه عاطفی از سوی والد مصرف‌کننده	۵
	نفرت از والد مصرف‌کننده	۵
	احساس ناامنی از رفتارهای خشونت‌آمیز	۲
	تبعیت از والدین بخاطر ترس	۱
بروز بدکارکردی عملکرد فرزندان	احساس تنهایی	۴
	افت تحصیلی به دلیل اعتیاد والد	۴
	غیبت از مدرسه	۱
بحران مالی	تأثیر منفی اعتیاد والد بر زندگی خانواده	۴
	عدم تأمین نیاز مالی	۵
	فقدان تفریح به دلایل مالی	۱
فقدان الگوی نقش مثبت	زورگیری مالی حتی از فرزندان	۱
	الگوپذیری منفی از والدین	۴
	فرزند ولی‌گونه	۵

۲	فقدان نظارت والدین	
۴	انتقال اعتیاد والد به اعضای خانواده	کارکردهای مختل والدین
۳	اختلال در زندگی روزمره (به دلیل اعتیاد مادر)	
۵	عدم ثبات رفتاری والد مصرف کننده	
۷	تجربه مداوم خشونت والدین	
۴	خشونت فیزیکی	
۴	تحقیر از سوی والدین	
۲	ترجیح مواد به اعضای خانواده	
۶	عدم ارتباط با همسایگان	
۴	عدم ارتباط با والد مصرف کننده	
۵	محدود شدن تعاملات به خانواده های مصرف کننده	
۸	فقدان روابط خویشاوندی	
۷	اجتناب از برقراری ارتباط با دوستان	
۸	گسستگی در روابط خانواده	

جملات و مضامین مقولات فرعی مربوط به تجربه زیسته و عوامل آسیب پذیری فرزندان دارای والد معتاد شامل موارد زیر است:

۱) **حسرت از گذشته تلخ:** این مقوله اصلی، ۲ مقوله فرعی تجارب تلخ دوران کودکی و فقدان تجربه لذت کودکی را دربرمی گیرد که نمونه جملات این مقولات در ادامه می آید:

۱-۱ **تجارب تلخ دوران کودکی:** ۲ نفر از افراد نمونه تجربیاتی را بیان کردند که نشان دهنده گذشته تلخ آنها بوده است که نمونه ای از این مضمون عبارت است از:

- من از بچگی چیزی به یاد ندارم جز دعوای تو خونه و فقر و بی پولی.

۲-۱ **فقدان تجربه لذت کودکی:** مضامین ۲ نفر از افراد نمونه نشان دهنده فقدان لذت کودکی می باشد که عبارت است از:

- من تمام روزای خوبی که می شد مثل بقیه بچگی کنم رو از دست دادم.

۲) **احساسات و هیجان های منفی: جو غالب خانواده:** این مقوله یکی از مقولات مهم به دست آمده می باشد که شامل ۸ مقوله فرعی: نگرانی از نزاع والدین، انزجار از مصرف آشکار والد، شرم از داشتن والد مصرف کننده، فقدان حمایت والدین، نفرت از والد مصرف کننده، احساس ناامنی از رفتارهای

خشونت‌آمیز، تبعیت از والدین بخاطر ترس و احساس تنهایی می‌باشد که در ادامه به این مضامین پرداخته می‌شود:

۱-۲ نگرانی از نزاع والدین: این مقوله نشان دهنده نگرانی و درگیری ذهنی مداوم فرزندان از نزاع والدین می‌باشد که ۵ نفر از افراد نمونه به آن اشاره کردند. نمونه‌هایی از مضامینی که بیان کردند عبارت است از:

- من صبح‌ها میرم مدرسه و دائماً نگران مادرم هستم که نکنه بابام بلایی سرش بیاره ولی کاری نمی‌توانم انجام بدم.
- پدر و مادرم خیلی از وقت‌ها با هم دعوا می‌کنن و این باعث میشه تو مدرسه اکثراً حوصله نداشته باشم و فکرم خونه باشه که الان تو خونه چه خبره نکنه بابام اومده و بلایی سر مامانم بیاره
- هر لحظه و هر جا باید استرس بکشیم که الان مامانم زیر دست بابام کشته نشه.

۲-۲ انزجار از مصرف آشکار والد: از افراد نمونه ۳ نفر به مفاهیمی اشاره کردند که نشان دهنده انزجار و نفرت آنان از مصرف مواد والدشان در حضور آنان است. مضامینی که بیان کردند عبارت است از:

- پدرم همیشه تو خونه بساط داره و جلوی چشم ما مصرف می‌کنه، متنفرم از این لحظه‌ها و همیشه فرار می‌کنم برم جایی که شاهد چنین صحنه‌هایی نباشم.
- پدر من از بچگی من مواد مصرف می‌کرد و همیشه هم تو خونه جلو چشم ما مصرف داشت انگار نه انگار که خانوادش از این موضوع ناراحتن.

۳-۲ شرم از داشتن والد مصرف کننده: ۶ نفر از افراد نمونه به مفاهیمی اشاره کردند که نشان دهنده احساس شرم و خجالت آنان از داشتن والد مصرف کننده بود. از جمله این مضامین عبارتست از:

- همیشه از اینکه بابام معتاده حس شرم و خجالت دارم و همش می‌گم کاش بابام سالم بود.
- اقوام وقتی مریض می‌شدیم مارو می‌بردن دکتر و من حس بدی داشتم که بقیه هم درگیر ما باشن و حس شرمندگی داشتم، دوست داشتم خودم همه چیز رو تحمل کنم.
- از اینکه فرزند کسی هستم که معتاده حس شرم و خجالت دارم.

۲-۴ فقدان حمایت والدین: جملات ۵ نفر از افراد نمونه دربردارنده عدم حمایت از سوی والدین بوده است. نمونه‌ای از این مضامین به قرار زیر است:

- اگه پدرم اعتیاد نداشت منم مثل بقیه بودم و تفریح می‌کردم، بازی می‌کردم و درس می‌خوندم.
- همیشه به دیگران حسادت می‌کنم وقتی می‌بینم پدرشون حمایتشون می‌کنه و پشتشونه.

- بزرگترین آرزوم اینه که مادری داشتم که برام مادری کنه که حضورشو، محبتشو و دوست داشتنشو حس کنم و همیشه کنارم باشه.

۲-۵ نفرت از والد مصرف کننده: ۵ نفر از افراد نمونه به تجربیاتی اشاره کردند که حاکی از حس تنفر نسبت به والد مصرف کننده بود. تجربیات آنها این چنین بیان شد:

- از پدرم اصلاً خوشم نمیاد و خیلی وقتها دوست دارم بکشمش بخاطر ظلمهایی که بهمون کرده، اگه پدرم نباشه مطمئنم زندگی من خیلی بهتره.
- دوست دارم پدرم همیشه زندان باشه یا بمیره و کلا وجود نداشته باشه اگه این اتفاقا هم نیفته، بزرگ شم و برم سرکار حتما مامانمو مجبور میکنم که طلاق بگیره.
- یک روز پدرم اومد وسط خونه و طناب دور گردنش بست و میخواست خودش رو بکشه دلم میخواست اون لحظه بمیره ولی مادرم مانعش شد.

۲-۶ احساس ناامنی از رفتارهای خشونت آمیز: مضامین بیان شده توسط ۲ نفر از افراد نمونه در این مقوله جای گرفت که عبارتند از:

- پدرم یک زمانی هم میرفت کمپ تقریباً آرامش داشتیم ولی کنارش استرس، از بس ترس داشتیم، همش خواب می دیدم با چاقو داره میاد چون همش تو خونه دستش بود.
- یکبار بابام بنزین آورده بود خونه و میخواست خونرو با ما آتیش بزنه از ترس داشتیم سخته می کردیم، شبا هم تو خواب توهم می زد و با خودش حرف می زد ما هم بچه بودیم خیلی می ترسیدیم.

۲-۷ تبعیت از والدین بخاطر ترس: مضمونی که تبعیت از والدین به دلیل ترس را منعکس می کرد عبارت بود از:

- همیشه سعی می کردم مورد تأیید پدرم باشم، تا دوران نوجوانی هم اینجوری بودم، اما الان که فکرش رو می کنم بخاطر ترسی که از پدرم داشتم می خواستم رضایتش رو جلب کنم و بخاطر علاقه نبود.

۲-۸ احساس تنهایی: ۴ نفر از افراد نمونه بر این معنا تجاربی را گزارش داده اند:

- همیشه حس بدبختی و تنهایی داشتم، واقعاً خودم رو تنها می دیدم و خیلی غصه می خوردم.
- همیشه می گفتم خدایا من چرا باید تو این خانواده باشم، حس می کردم و می کنم که غریب و تنهاترین آدم رو کره زمین منم.

۳) بروز بدکارکردی عملکرد فرزندان: این مقوله اصلی شامل ۳ مقوله فرعی می‌باشد که در ادامه به این مقولات فرعی می‌پردازیم:

۳-۱) افت تحصیلی به دلیل اعتیاد والد: از بین افراد نمونه ۴ نفر به تجاربی اشاره کردند که نشان دهنده افت تحصیلی آنان به علت اعتیاد والد بود. نمونه‌هایی از آن تجارب عبارت است از:

- من پدرم رو علت اینکه از درسم عقب افتادم می‌دونم.
- اوضاع درسی‌ام اصلاً خوب نیست غروبا که بیرونم و وقتی هم خونه هستم پدرم با رفتاراش یا کشیدن مواد اصلاً اجازه اینو نمیده که ما درس بخونیم.

۳-۲) غیبت از مدرسه: مضمونی که دربردارنده این مقوله بود عبارت است از:

- من بخاطر مصرف پدرم تا صبح از بو نمی‌تونستم راحت بخوابم و صبح‌ها اکثراً یا خواب می‌موندم و نمی‌رفتم مدرسه یا دیر می‌رفتم.

۳-۳) تأثیر منفی اعتیاد والد بر زندگی خانواده: ۴ نفر از افراد تجاربی را بیان کردند که نشان دهنده تأثیر منفی اعتیاد والد بر زندگی فرزندان می‌باشد. نمونه‌های این تجارب به شرح زیر است:

- من رو پدرم اصلاً نمی‌تونم حساب باز کنم. مثلاً برادرم پارسال رفت خواستگاری و بدون پدرم رفت. جواب خواستگاری هم منفی شد.
- اعتیاد پدرم باعث شده آینده خواهرام تباه بشه چون خیلی از خواستگاری خواهرام بخاطر اعتیاد پدرم و عقب کشیدن.

۴) بحران مالی: مقوله اصلی بحران مالی شامل ۳ مقوله فرعی است که عبارتند از: عدم تأمین نیاز مالی، فقدان تفریح به دلایل مالی و زورگیری مالی حتی از فرزندان. در ادامه به ذکر این مقولات می‌پردازیم:

۴-۱) عدم تأمین نیاز مالی: در بین نوجوانان دارای والد مصرف‌کننده ۵ نفر به مفاهیمی اشاره کردند که در ذیل این مقوله جای می‌گرفت. این مفاهیم عبارتند از:

- پدرم هیچ وقت مارو از نظر مالی حمایت نکرد چون هیچ وقت کار نداشت. منکه یادم نیست هرگز
- بزرگترین بحرانی که پدرم برای من درست کرد بحران مالیه من مجبورم بخاطر خریدن لباس‌های خودم کار کنم.
- بخاطر مادرم و اعتیادش تمام درآمد پدرم که خیلی هم نیست خرج دکتر می‌شه که شاید ترک کنه، من حتی پول تو جیبی هم ندارم و این برام خیلی سخته.

۴-۲) فقدان تفریح به دلایل مالی: مضمونی که ذیل این مقوله قرار می‌گیرد عبارت است از:

- مهم‌ترین چالش الانم موقعیت مالیمونه که باعث شده نتونم خیلی از کارا و تفریح‌هایی که بقیه دارن و انجام بدم.

۳-۴ **زورگیری مالی حتی از فرزندان:** مضمونی که به زورگیری مالی توسط والدین از فرزندان اشاره دارد عبارت است از:

- بابای من از خانوادش هم می‌کنه که پول موادشو جور کنه، چندبار قلک منو شکوند یا عیدیا مو ازم گرفت.

۵) **فقدان الگوی نقش مثبت:** در این مقوله ۳ مقوله فرعی الگوپذیری منفی از والدین، فرزند ولی گونه، فقدان نظارت والدین جای گرفت که به نمونه‌هایی از آن اشاره می‌کنیم:

۱-۵ **الگوپذیری منفی از والدین:** ۴ نفر از افراد به تجاربی اشاره کردند که نشان‌دهنده الگوپذیری منفی از والدین‌شان بود:

- من از بچگی خیلی دوست داشتم که مثل پدرم باشم و سعی می‌کردم ادای اونو دربیارم، هر وقت می‌رفتم مدرسه همیشه صدامو کلفت می‌کردم و دوست داشتم به دیگران زور بگم و ازم بترسن خیلی‌هارو از خودم می‌رنجوندم.

- خانوادم عار می‌دونن از کسی حرف بشنویم، پدرم از بچگی می‌گفت خاک تو سرت از کسی حرف بشنوی یا کتک بخوری منم اکثراً حتی اگه حق با بقیه باشه دعوا می‌کنم باهاشون چون اینارو از پدرم یاد گرفتم.

۲-۵ **فرزند ولی گونه:** تجارب ۵ نفر از افراد دربردارنده مقوله فرزند ولی گونه می‌باشد این تجارب عبارت است از:

- من همیشه نقش بزرگتر رو بین پدر و مادرم داشتم و باهاشون صحبت می‌کردم. همیشه تو رابطه پدر و مادرم خیلی مسئولیت داشتم ولی از یکجا به بعد دیگه کاری باهاشون نداشتم و ندارم.

- من بچه بزرگتر خانواده هستم و همیشه خودم رو محکم نشون میدم واسه همین همیشه همه خانواده حتی پدرم باهام درد و دل می‌کنن و منم همیشه باید به حرفاشون گوش کنم و مراقبشون باشم.

- سعی می‌کنم کارهای پدرم و بی‌مسئولیتی‌هاش برای مادرم رو جبران کنم همیشه.

۳-۵ **فقدان نظارت والدین:** تجربیات دو نفر به این مقوله اشاره دارد. نمونه‌ای از آن عبارت است از:

- مادرم که درگیر بیماری اعتیاد بوده همیشه و وقتی برای رسیدگی به ما نداشت هر وقت مدرسه اولیارو بخوان نمیاد و پدرمم که اونقدر درگیری داره که حتی نمیدونه کلاس چندم هستیم.

۶) **کارکردهای مختل والدین:** یکی از مقولات مهم کارکردهای مختل والدین می‌باشد، که دربردارنده ۶ مقوله فرعی انتقال اعتیاد به اعضای خانواده، اختلال در زندگی روزمره (به دلیل اعتیاد مادر)، عدم ثبات رفتاری والد مصرف‌کننده، تجربه مداوم خشونت والدین، خشونت فیزیکی و تحقیر از سوی والدین می‌باشد که در ادامه مطالب هریک از مقولات فرعی با ذکر نمونه بیان می‌شود:

۶-۱ **انتقال اعتیاد والد به اعضای خانواده:** از بین گروه نمونه ۴ نفر مفاهیمی را بیان کردند که در ذیل این مقوله جای می‌گرفت:

- به مرور زمان مادرم هم شروع کرد به مصرف تفننی نه به صورت مداوم، اما پدرم معتاد حرفه‌ای بود.
- پدرم از دوران ابتدایی من مصرف می‌کرد و در دوران راهنمایی من برادرم هم معتاد شد.

۶-۲ **اختلال در زندگی روزمره (به دلیل اعتیاد مادر):** تجربیات ۳ نفر از افراد دربردارنده مضمون اختلال در زندگی روزمره‌شان بود:

- مادرمم بخاطر گرفتاریش تو اعتیاد نه به سرو وضع خونه می‌رسه نه فکر غذا، اکثر وقتها مجبوریم گشنه بریم مدرسه و برگردیم.
- بعد از مدرسه هم به خونه میام و اگه نهار باشه می‌خوریم چون مادرم بخاطر حالت روحی خیلی حوصله غذا درست کردن نداره.

۶-۳ **عدم ثبات رفتاری والد مصرف‌کننده:** از بین گروه نمونه ۵ نفر به تجاربی اشاره کردند که نشان دهنده عدم ثبات رفتاری والد مصرف‌کننده‌شان بود این تجارب عبارت بود از:

- ما همیشه چون پدرمون غیرقابل پیش‌بینی بود، می‌ترسیدیم ازش کمک بخوایم و بگیم چیکار کردیم یا هر حرف دیگه ای باهاش بزنیم.
- هروقت با بابام تنها بودم می‌ترسیدم چون یهویی دیوونه می‌شد و کارای عجیب می‌کرد که حتی دوست ندارم بهش فکر کنم.
- مادرم هروقت مصرف می‌کنه فقط چندساعت خیلی مهربونه باهامون و هرکاری بخوایم برامون می‌کنه ولی دوباره همه چی مثل همون اول می‌شه.

۶-۴ **تجربه مداوم خشونت والدین:** یکی از مهمترین مضامین، مضمون خشونت مدام والدین گروه نمونه بود که ۷ نفر از آنها به این مقوله اشاره کردند. از جمله اشارات آنان عبارت است از:

- مادر و پدرم همیشه سر رفت و آمد دوستای پدرم که تمومی نداره و سر معتاد بودن پدرم که رو تموم زندگیمون بد گذاشته باهم دعوا می‌کنن.

- بعد از اعتیاد پدرم دیگه همه چی عوض شد و خونمون تبدیل شد به جهنم خونه که روز و شبش فقط دعواست بین پدر مادرم، آبرو جلو همسایه‌ها نداریم از بس داد و بیداد می‌کنن.

- از وقتی به خودم اومدم تو خونمون دعوا بود، هرچند وقت یکبار باهم آشتی میکردن که اونم پایدار نبود.

- پدرم هر بار که می‌فهمید مادرم دوباره رفته مصرف کرده انقد کتکش میزد ک تمام بدن مادرم کبود می‌شد و هر بار که خواستیم از هم جداشون کنیم جز کتک خوردن خودمونم فایده دیگه‌ای نداشت.

۵-۶ **خشونت فیزیکی:** تجربیات ۴ نفر از افراد نشان دهنده این بود که آنان در معرض خشونت فیزیکی والدین قرار گرفته بودند که از جمله آن تجربیات به شرح زیر است:

- یکبار دوم راهنمایی که بودم دوتا تجدید آوردم پدرم به شدت با شلنگ کتکم زد، خیلی خشن بود یکبار هم با یکنفر دعوا شده بود که خیلی از خودم بزرگتر بود. کتک هم خورده بودم. پدرم با چاقو زد تو سر اونی که کتکم زده بود. هممون رو خیلی راحت کتک می‌زد.

- یک روز اومدم خونه دیدم بابام داره داداشمو کتک میزنه وقتی یادش می‌افتم دلم خون می‌شه هی می‌رفتم جدا کنم منم کتک می‌خوردم.

- مادرم هر وقت میرفت کمپ و برمی‌گشت و مواد مصرف نمی‌کرد مثل دیوونه‌ها می‌شد و تا می‌تونست سر هر چیزی مارو کتک می‌زد.

۶-۶ **تحقیر از سوی والدین:** مضامین مشترک ۴ نفر از نوجوانان دارای والد مصرف‌کننده که در این مقوله جای گرفت به قرار زیر است:

- پدرم همیشه من و داداشم و سرزنش می‌کرد می‌گفت تو و داداشت هردوتون بی عرضه‌اید مردمم بچه دارن منم بچه دارم.

- مادرم تو بچگی من رو خیلی دوست داشت ولی هوامو نداشت وقتی با غریبه‌ها دعوا می‌کردم مادرم همیشه جلوی دیگران سرزنش می‌کرد و می‌گفت مقصر تویی، پدرم همیشه مارو مسخره می‌کرد و می‌گفت بچه‌های من احمقن، شما هیچی نمی‌شین، مدام به ما سرکوفت می‌زد و من همیشه احساس سرافکندگی می‌کردم.

- بعد از اعتیادش انگار نه انگار ما بچه‌هاشیم بهمون می‌گفت شما بار اضافه‌اید. تحقیر تا کجا؟

۷) **اختلال در جامعه‌پذیری به دلیل گسستگی روابط:** از دیگر مقولات اصلی مهم اختلال در جامعه‌پذیری به دلیل گسستگی روابط است که دربردارنده ۷ مقوله فرعی: ترجیح مواد به اعضای خانواده، عدم ارتباط با همسایگان، عدم ارتباط با والد مصرف‌کننده، محدودشدن تعاملات به

خانواده‌های مصرف‌کننده، فقدان روابط خویشاوندی، اجتناب از برقراری روابط با دوستان و گسستگی در روابط خانواده می‌باشد. در ادامه مقولات فرعی با ذکر نمونه بیان می‌شود:

۱-۷ ترجیح مواد به اعضای خانواده: تجربیات دو نفر از نوجوان دارای معتاد دربردارنده این مقوله بود که والدین آنان موارد را به اعضای خانواده ترجیح می‌دادند. نمونه ای از این تجربه عبارت است از:

- پدرم تنها چیزی که براش مهمه موادشه

۲-۷ عدم ارتباط با همسایگان: از بین نوجوانان دارای والد معتاد ۶ نفر از آنان تجاربی را بیان نمودند که دربردارنده عدم ارتباط آنان با همسایگان‌شان بود. نمونه هایی از این تجارب عبارت است از:

- همسایه‌ها همیشه پشت سرمون حرف می‌زنن و بهمون نگاه بدی دارند.
- یکبار پسر همسایه اومد دم در ما مادرش اومد با کتک بردش چون فکر می‌کنن ما رو بچه‌هاشون تأثیر بد می‌زاریم از نگاهاشون و رفتاراشون می‌فهمم از ما خوششون نمیاد.

۳-۷ عدم ارتباط با والد مصرف‌کننده: ۴ مضمون دربردارنده مقوله عدم ارتباط با والد مصرف‌کننده بود که نمونه هایی از این مضامین عبارت است از:

- در کل رابطه امون با پدرم خوب نیست چون اصلاً زمانی برای دیدن و وقت گذاشتن بین ما نیست. صبح تا شب بیرونه و شبم میاد و میخوابه عملاً رابطه‌ای نیست.
- رابطه‌ام اصلاً با پدرم خوب نیست اصلاً با هم صحبت نمی‌کنیم حتی سلام هم نمی‌کنیم باهم.
- با پدرم خیلی رابطه خوب نیست و بهش وابسته نیستم چون خیلی خونه نیست در کل بابام خیلی برام مهم نیست ما کاری بهم نداریم.

۴-۷ محدود شدن تعاملات به خانواده‌های مصرف‌کننده: از بین نوجوانان دارای والد معتاد ۵ نفر به این مضمون اشاره کردند که نمونه هایی از آن عبارتند از:

- همسایه‌هامون دوسه تاشون دوستای پدرم هستند و باهامون خوبن چونکه که اونام مصرف‌کننده هستند شاید دلیل خوب بودنشون همین باشه.
- پدرم فقط با اونایی که اعتیاد دارن مثل خودش رفتارش خوبه و رفت و آمد می‌کنه.
- هم‌کلاسی‌هام و رفیقام اکثراً پدراشون معتادن، یکجورایی انگار ناخواسته با این آدمها احساس نزدیکی بیشتری داری.

۵-۷ فقدان روابط خویشاوندی: ۸ نفر از نوجوانان دارای والد معتاد مفاهیمی را بیان کردند که نشان‌دهنده فقدان روابط خویشاوندی است، از جمله این مفاهیم به شرح زیر است:

- با اعضای فامیلم خیلی بخاطر اعتیاد بابام و وضعیت بد زندگیمونو که اگه بریم خونشون اونا هم میان رفت و آمد نمیکنیم.
- با فامیل اصلاً دیگه رفت و آمد نداریم پسردایی هام یکبار اومدن خونمون و بابام نکشیده بود و عصبی شد و دیگه بعد اون هیچوقت نمیان خونمون.
- فامیلامون اصلاً به منزل ما نمیان چون می‌دونن مادرم که حال روحی خوبی نداره و پدرمم که معتاده هیشکی دلش نمی‌خواد مارو ببینه.
- با فامیلامونم از وقتی مادرم دچار اعتیاد شد اصلاً دیگه از ترس آبرو رفت و آمد نمی‌کنیم.

۶-۷ اجتناب از برقراری ارتباط با دوستان: ۷ نفر از نوجوانان دارای والد معتاد تجاربی را بیان کردند که نشان دهنده اجتناب آنان از روابط با دوستان خود است، از جمله این مفاهیم به شرح زیر است:

- دوستانم در جریان اعتیاد پدرم نیستند چون با دوستانم رفت و آمد نمی‌کنم. اگر هم قرار بود من همیشه خونه اونا میرم چون تو خونه ما همیشه بوی تریاک تو هواست کسی رو نمیارم.
- رفت و آمدم با دوستانم خیلی کم هست و اصلاً دوست ندارم وقت‌هایی که پدر و برادرم هستند خونمون بیان.
- با دوستانم اصلاً بخاطر وضع خونمون و اعتیادی که پدرم داره رفت و آمد نمی‌کنم.
- هیچوقت اجازه نمیدم دوستانم حتی بیان دم در خونه فکر می‌کنم معتاد بودن عضوی از خانواده اونم مادر ننگ بزرگیه که تا ابد باید پنهون بمونه.

۷-۷ گسستگی در روابط خانواده: ۸ نفر از نوجوانان دارای والد معتاد مفاهیمی را بیان کردند که نشان دهنده گسستگی در خانواده‌هایشان می‌باشد، از جمله این مفاهیم به شرح زیر است:

- روزها که اکثراً نیستم شب‌ها هم کمی با برادرم بازی می‌کنم و بعد می‌خوابم، پدرمم یا تو اتاق خودشه یا تا دیروقت بیرون مادرمم که خیلی حال و حوصله صحبت با مارو نداره.
- کل روز یا مدرسه بودم و بعدش فیلم و خواب الانم که مدرسه نمیرم و فقط با فیلم وقتام رو میگذرونم، پدرمم که نیست اکثراً و مادرمم مریضه و اکثراً خوابه. خونمون همیشه سوت و کوره.
- تو خونه ما هیچ‌کس یادمه از همون اول با کسی کار نداشت و همه سرشون تو کار خودشون بود، پدر و مادرم سالها با هم حتی حرف هم نمی‌زدند و من هیچ وقت کنار هم ندیدمشون من هم یا بیرونم یا خونه و درگیر دعوا با برادرم.
- تو هر خونه‌ای مادر خونه اون خونرو زنده نگه می‌داره ولی تو خونه ما بویی از مهر و محبت مادری نبود مادرم از وقتی گرفتار اعتیاد شده خونمون خیلی ساکت شده همه بخاطر مادرم افسرده‌ایم و از طرفی دلمون نمیاد ازش دل بکنیم.

تمامی مقولات اصلی و فرعی استخراج شده از مصاحبه با نوجوانان دارای والد معتاد که در پاسخ آنان به سؤال پژوهشی عوامل آسیب‌پذیری بر مبنای تجربه زیسته دریافت شد به طور کامل بیان شد.

داده‌های اضافی: علاوه بر مقولاتی که در پاسخ به سؤال پژوهش به دست آمد داده‌های دیگری از مضامین استخراج شد که تحت عنوان **سازوکارهای مقابله‌ای** آورده می‌شود:

جدول ۳-۴ مقولات اصلی و فرعی استخراج شده از عوامل نگه دارنده یا سازوکارهای مقابله‌ای

مقوله اصلی	مقوله فرعی	فراوانی مقوله فرعی
ساز و کارهای فعال	جبران نابسامانی با درس خواندن	۳
	تکیه بر جایگزین‌های والدین در خانواده گسترده	۵
	امید به آینده و تلاش	۶
ساز و کارهای منفعلانه	پناه بردن به همسالان	۴
ساز و کارهای اجتنابی	جبران تحقیر با رفتارهای قلدرمآبانه	۴
	خودکشی	۲
	جلب توجه دیگران	۵
	مصرف سیگار	۵
	پرورش نگرش مثبت نسبت به مواد	۳

(۱) **ساز و کارهای فعال:** مقوله اصلی سازوکارهای فعالانه شامل ۳ مقوله فرعی جبرانی نابسامانی با درس خواندن، تکیه بر جایگزین‌های والدین در خانواده گسترده و امید به آینده و تلاش می‌شود که به مقولات فرعی و نمونه‌هایی از هر کدام در ادامه می‌آید:

۱-۱ جبران نابسامانی با درس خواندن: در این مقوله ۳ نفر از افراد نمونه مفاهیم مشابهی را بیان کردند که دربردارنده تلاش آنها در جهت نجات زندگی با درس خواندن بود. نمونه‌هایی از این مفاهیم عبارتند از:

- من خیلی درس خونم چون فکر می‌کنم تنها راه نجاتم درس خواندن و موفق شدن تا بتونم از این زندگی نجات پیدا کنم.
- اوضاع درسیم خوبه و تا جایی که بتونم درس می‌خونم که بتونم نمره‌های خوبی بگیرم و در آینده بتونم به خودم و بچه‌های مثل خودم کمک کنم.

۲-۱ **تکیه بر جایگزین‌های والدین در خانواده گسترده:** ۵ نفر از افراد نمونه مفاهیمی را عنوان کردند که نشان‌دهنده بی‌مسئولیتی والدین و قبول نقش‌های آنان توسط دیگران بود. نمونه ای از این مفاهیم عبارتند از:

- پدرم از وقتی معتاد شد دیگه توانایی کار کردن نداره و از همون موقع خرج مارو داییم می‌ده، تو این دنیا فقط داییم مراقب ماست.

- تو دنیا عزیزترین کسایی که دارم پدربزرگ و مادر بزرگ هستن چون فقط پیش اونا میریم و هومونو دارن چون می‌دونند خیری از پدر ندیدیم.

- بعضی وقت‌ها مادر بزرگم با اون سن و سالش میاد برامون غذا میپزه و خونرو یکم تمیز می‌کنه.

۳-۱ **امید به آینده و تلاش:** مضامین ۶ نفر از افراد نمونه گویای این بود که با وجود تمامی مشکلات نسبت به آینده امیدوار و خوش‌بین هستند. که نمونه‌هایی از این مضامین به قرار زیر است:

- من برای زندگیم و آیندم تا جایی که بتونم تلاش می‌کنم و ناامید نمیشم.

- منتظرم درسم تموم بشه و برم دنبال کار اونوقت خودرم و خانواده ام رو نجات میدم چون مطمئنم در آینده موفق میشم.

- دیدم نسبت به آینده هم اینه که آینده بزرگ جلو چشمم هست ولی حرکت و نیرویی که من رو وادار کنه به حرکت دیگه نیست. مطمئنم یک روزی بلند میشم.

۲) **ساز و کارهایی در جهت جلب حمایت:** این مقوله شامل مقوله فرعی پناه بردن به همسالان می‌شود. به مقوله فرعی و ذکر نمونه در ادامه پرداخته شده است:

۲-۱) **پناه بردن به همسالان:** ۴ نفر از افراد نمونه به مفاهیمی اشاره کردند که نشان‌دهنده فرار از موقعیت و شرایط خانه و گذراندن وقت با همسالان بود که نمونه‌هایی از این مفاهیم عبارتند از:

- تا می‌دیدم داره شروع می‌کنه به کشیدن می‌رفتم پیش دوستانم که اعصابم بهم نریزه چون دوستانم با حرفاشون و گوش دادن به درد و دلام خیلی آرومم می‌کردن، اکثرا بعد مدسه هم با دوستانم بودم که دیر برگردم خونه.

- من کم کم که بزرگ شدم دیگه جو خونه قابل تحمل نبود و اکثرا با دوستانم واسه اینکه حال خوبی داشته باشم چون وقتی با دوستانم حالم بهتره تا خونه.

۳) **ساز و کارهای اجتنابی:** این مقوله مهم و اصلی ۵ مقوله اصلی را در دربر گرفته است. این ۵ مقوله عبارتند از: بروز رفتارهای ساختارشکنانه، خودکشی، جلب توجه دیگران، مصرف سیگار و پرورش نگرش مثبت نسبت به مواد که تمامی این مقولات با ذکر نمونه در ادامه آمده است:

۳-۱) **بروز رفتارهای ساختارشکنانه:** افرادی که در برابر تحقیرها و رفتارهای والدین، رفتارهای قلدرمآبانه و ساختارشکنانه پیش گرفتند ۴ نفر بودند که نمونه‌ای از مضامین آنها عبارتند از:

- تو مدرسه هی به معلم تیکه می‌اندازم و بقیه هم می‌خندیدن، بچه هارو یک‌سری‌هاشونو مسخره می‌کنم، چندتا دوست دارم مثل خودم باهم بقیه رو اذیت می‌کنیم، یکبار هم سر دعوا و تجدیدی با یکی از معلم‌هام به شدت دعوا کردم و فحش‌های خیلی بدی دادم.

- من عشق دعوا دارم دوستانم هر وقت می‌خوان برن دعوا میان دنبال من و بدون اینکه دلیل دعوا رو بدونم می‌گیرم طرف و به باد کتک.

- من بخاطر محیطی که توش بزرگ شدم و چیزی جز دعوا ازش ندیدم مدام در حال درگیری با بقیه هستم. خیلی جاها میدونم که مقصرم اما دست خودم نیست، من با دعوا بزرگ شدم.

۳-۲) **خودکشی:** ۲ نفر از افراد نمونه مفاهیمی را بیان کردند که دربردارنده گرایش آنها به خودکشی بود که نمونه این مضمون عبارت است از:

- انقدر فشار زندگی روم زیاده که فقط دیگه به خودکشی فکر می‌کنم یکبارم کلی قرص خوردم ولی برادرم به دادم رسید.

۳-۳) **جلب توجه دیگران:** ۵ نفر از افراد نمونه مفاهیمی را بیان کردند که دربرگیرنده تلاش آنها در جهت دستیابی به تأیید و توجه دیگران بود که نمونه‌ای از این مضامین به قرار زیر است:

- دوران ابتدایی درسم خیلی ضعیف بود چون از ترس نمی‌تونستم درس بخونم. دوران راهنمایی درسم بهتر شد. می‌دونی چون پدر و مادرم بهم توجهی نمی‌کردن می‌خواستم با درس بهم توجه کنن.

- همیشه دوست داشتم نظر دیگران را به خودم جلب کنم و کاری کنم که دیگران بهم توجه کنن.

- همه‌ی مدرسه می‌دونن پدرم معتاده ولی معلما دوستم دارن و بهم محبت می‌کنن منم هرکاری می‌کنم که این محبت و توجهشون رو از دست ندم.

۳-۴) **مصرف سیگار:** مصرف سیگار به عنوان یک ساز و کار اجتنابی در بین ۵ نفر از افراد نمونه مشابه بود که مضامینی که آنها اشاره کردند عبارتند از:

- گاهی وقتا که بتونم اینهمه تنهایی و فشار رو تحمل کنم سیگار می کشیم، وقتی سیگار می کشم آرام می شم و خیلی به مشکلات فکر نمی کنم.
- خودمم چندبار خواستم مواد یا سیگار رو امتحان کنم، فکر می کردم آرامم میکنه خصوصاً وقتایی که پول نداشتم.
- یک مدت انقدر فشار زندگی روم زیاد شد که یا سیگار مصرف یا قرص اعصاب مصرف میکردم.
- ۳-۵) پرورش نگرش مثبت نسبت به مواد: تعداد افرادی که به مضمونی اشاره کردند که دربردارنده نگرش مثبت آنها نسبت به مصرف مواد بود ۳ نفر میباشد که نمونه مضامین آنها عبارت است از:
- از سیگار بدم نمیاد و بعید نیست منم مثل داداشم یک روزی معتاد باشم چون انگار حال پدرم و داداشم که مصرف می کنند از من خیلی بهتره .
- پدرم در مصرف من خیلی دخیل بود چون باعث شده بود که من از مواد اصلاً نترسم و ساده بگیرمش، چون پدرم رو می دیدم که هم اعتیاد داره و هم کار می کنه برای همین از اعتیاد نمی ترسیدم.

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

۱-۵- مقدمه

در این فصل ابتدا نتایج حاصل از پژوهش از طریق ارائه سوال پژوهش آغاز و با بیان نتایج و مقایسه‌ی آن با پیشینه‌ی پژوهشی و همچنین تبیین نظری یافته‌ها ادامه یافته و درنهایت با ارائه محدودیت‌ها و پیشنهادها پژوهشی _ کاربردی خاتمه می‌یابد.

۲-۵- سوال پژوهش:

عوامل آسیب‌پذیری فرزندان دارای والد معتاد بر مبنای تجارب زیسته‌شان چگونه است؟
تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه در زمینه عوامل آسیب‌پذیری فرزندان دارای والد معتاد مبتنی بر تجارب زیسته آن‌ها، منجر به شناسایی ۷ مضمون اصلی (حسرت از گذشته تلخ، احساسات و هیجان‌های منفی: جو غالب خانواده، بروز بدکارکردی عملکرد فرزندان، بحران مالی، فقدان الگوی نقش مثبت، کارکردهای مختل والدین و اختلال در جامعه‌پذیری به دلیل گسستگی روابط) شد.

اولین مضمون حاصل از تحلیل عوامل آسیب‌پذیری فرزندان دارای والد معتاد مبتنی بر تجارب زیسته آن‌ها، حسرت از گذشته تلخ بود که تحلیل مرحله‌ای داده‌های حاصل از مصاحبه منجر به شناسایی ۲ زیرمضمون آن یعنی تجارب تلخ دوران کودکی و فقدان تجربه لذت در کودکی شد. اعتیاد والدین یکی از شایع‌ترین آسیب‌های روانشناختی _ اجتماعی است که علاوه بر مختل کردن امنیت روانشناختی و سلامت بین‌فردی والدین، زمینه را برای مختل کردن ثبات ساختاری خانواده فراهم می‌کند و شرایط تعاملی درون

خانواده را به گونه‌ای مختل می‌کند که تمایل اعضای آن به‌ویژه فرزندان به تداوم زندگی تا حد زیادی کاهش پیدا می‌کند. نادینا _ داری (۲۰۱۴) در پژوهش خویش پیرامون اعتیاد والدین و تأثیرات مخرب آن بر فرزندان، گزارش کرد که اعتیاد والدین با ایجاد گسستگی در تعادل ساختاری خانواده و مختل کردن فرایند مراقبتی والد_ فرزند، احساس امنیت فرزندان را به‌طور کامل مختل می‌کند و با تقویت احساس بیگانگی و تنهایی در آن‌ها، لذت زندگی را از آن‌ها سلب کرده و گذران زندگی را بر آن‌ها تلخ می‌کند. بارانی و رفاهی (۱۳۹۳) نیز در پژوهش خویش تصریح کردند که اعتیاد والدین تأثیرات مخربی بر فرایند زندگی فرزندان در ابعاد مختلف درون فردی و بین فردی دارد و از طریق افزایش بی‌تفاوتی والدین نسبت به فرزندان و ارضای نیازهای آن‌ها، زمینه بروز طیفی از ناراحتی‌های روانشناختی و تجربیات کارکردی تلخ را در فرایند زندگی آن‌ها ایجاد می‌کند، ناراحتی‌هایی که لذت زندگی خانوادگی را از این گروه سلب می‌کند. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت: محیط خانواده، محل رشد کودکان و مکانی است که ارضای تمام نیازهای عاطفی، روانشناختی و زیستی فرزندان را ممکن می‌سازد و کودکان در این محیط و در خلال رابطه با والدین در چهارچوبی مراقبتی و توأم با نوازش ضمن کسب احساس امنیت شرایط کافی برای تحول خویش در ابعاد مختلف روانشناختی، بین فردی و محیطی را کسب می‌کنند. با این حال معتادبودن والدین چنان سلامت روانشناختی آن‌ها را مختل می‌کند، که نسبت به تمامی وظایف و مسئولیت‌های خانوادگی، به‌ویژه وظایفی که در قبال فرزندان دارند آن‌ها بی‌تفاوت می‌کند. بی‌تفاوتی نسبت به نیازها و خواسته‌های فرزندان، خشونت عاطفی، روانشناختی و حتی جسمانی، تحقیر، سرزنش و تمسخرهای خانوادگی و اجتماعی، سلب امنیت و شادکامی خانوادگی، نگرانی‌ها و ناراحتی‌های عمیق نسبت به وضعیت والدین و آینده خویش و مشاهده افول والدین و گرایششان به سمت نابودی کامل، مهم‌ترین تجارب تلخی هستند که فرزندان دارای والدین معتاد در طول زندگی خویش با اعتیاد والدین تجربه می‌کنند. از سوی دیگر این آسیب مخرب هرگونه لذتی اعم از لذت ارتباطی با والدین، لذت حاصل از ارضای مداوم نیازهای عاطفی، روانشناختی و جسمانی، لذت حاصل از برآورده شدن امیال دنیوی و لذت حاصل از حمایت اجتماعی والدین در ابعاد مختلف زندگی را از فرزندان تا حد زیادی سلب می‌کند.

دومین مضمون حاصل از تحلیل عوامل آسیب‌پذیری فرزندان دارای والد معتاد مبتنی بر تجارب زیسته آن‌ها، احساسات و هیجانات منفی است که جو خانواده زمینه بروز آن را فراهم می‌کند، مضمونی که تحلیل مرحله‌ای داده‌های حاصل از مصاحبه منجر به شناسایی ۸ زیرمضمون آن یعنی نگرانی از نزاع والدین، انزجار از مصرف آشکار والد، شرم از داشتن والد معتاد، فقدان توجه عاطفی از سوی والد مصرف‌کننده، نفرت از والد مصرف‌کننده، احساس ناامنی از رفتارهای خشونت‌آمیز، تبعیت از والدین به خاطر ترس و احساس تنهایی شد. والدین نزدیک‌ترین افراد به فرزندان و اصلی‌ترین حامیان آن‌ها هستند که درگیر شدن آن‌ها با اعتیاد زمینه بروز احساسات و هیجانات تنش‌زا و آزاردهنده نظیر نفرت، خشم، غم و ناراحتی، ترس و ناامیدی را در این فرزندان فراهم می‌سازد، احساساتی که امنیت روانشناختی فرزندان را به‌طور کامل مختل می‌کند و تداوم زندگی را برای

آن‌ها با دشواری مواجه می‌سازد. اعتمادی و ماستری‌فراهانی (۱۳۹۰) در پژوهشی تاثیرات مخرب اعتیاد والدین را در فرزندان دختر مورد بررسی قرار دادند و گزارش کردند که این آسیب مخرب چندبعدی علاوه بر مختل کردن ثبات کارکردی خود والدین، زمینه را برای بروز طیفی از ناراحتی‌های روانشناختی و هیجانات مخرب نظیر اضطراب و خشم را فراهم می‌سازد. بارانی و رفاهی (۱۳۹۳) نیز در پژوهش خویش تصریح کردند که اعتیاد والدین زمینه را برای بروز ناراحتی‌های روانشناختی و احساسات مخرب نسبت به والدین و محیط خانواده را در فرزندان ایجاد می‌کند، احساساتی همچون استرس، اضطراب، غم و ناراحتی و انواع دیگری از احساسات مخرب، که ضمن مختل کردن امنیت روانشناختی فرزندان، ارتباط آن‌ها با والدین را نیز دچار اختلال می‌کند. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت: والدین برای فرزندان بیش‌تر از هر فردی حائز ارزش هستند، لذا حرکت آن‌ها در مسیری که به خودشان و خانواده آسیب وارد کند برای فرزندان قابل تحمل نیست و نمی‌توانند با آن کنار بیایند. لذا بدیهی است که فرزندان در قبال این فعل والدین، دچار احساسات تنش‌زا و آزاردهنده نظیر نفرت، خشم، غم و ناراحتی و ناامیدی شوند و تداوم زندگی برایشان دشوار شود. چنین فرزندان همواره با نزاع و تعارضات والدینی مواجه هستند، که این امر زمینه‌نگرانی و اضطراب آن‌ها را فراهم می‌سازد، اضطرابی که تداوم آن سبب درونی‌شدن آن در فرزندان می‌شود. فرزندان والدین معتاد، بدیهی است که به دلیل اعتیاد والدینشان دچار شرم اجتماعی شوند و همواره از این آسیب موجود در والدینشان در جمع دوستان و اطرافیان خجالت بکشند. از سوی دیگر فرزندان چنین افرادی همواره احساس می‌کنند که والدینشان بدان‌ها ظلم کرده‌اند و با معتادشدنشان حق داشتن زندگی مطلوب را از آن‌ها سلب کرده‌اند. لذا بدیهی است که نسبت به آن‌ها خشم، نفرت و عصبانیت داشته باشند، خشم و نفرتی که گاه باعث بروز اختلافات و درگیری‌های بین آن‌ها و والدین می‌شود.

سومین مضمون حاصل از تحلیل عوامل آسیب‌پذیری فرزندان دارای والد معتاد مبتنی بر تجارب زیسته آن‌ها، بروز بد کارکردی عملکرد فرزندان بود، مضمونی که تحلیل مرحله‌ای داده‌های حاصل از مصاحبه منجر به شناسایی ۳ زیرمضمون آن یعنی افت تحصیلی به دلیل اعتیاد والدین، غیبت از مدرسه و تاثیر منفی اعتیاد والد بر زندگی خانواده شد. اعتیاد والدین، فرصت‌های پیشرفت را تا حد زیادی از فرزندان سلب می‌کند و کارآیی فرزندان را در ابعاد مختلف زندگی اعم از حوزه‌های تحصیلی، خانوادگی و اجتماعی با خلل مواجه می‌کند. اکبری‌زاده (۱۳۹۵) در پژوهش خویش گزارش کرد که اعتیاد والدین، از طریق کاهش انگیزه تحصیلی و امکانات آموزشی، تا حد زیادی فرصت پیشرفت تحصیلی را از فرزندان سلب می‌کند و به‌مرور زمینه افت شدید تحصیلی و افزایش مشکلات یادگیری را در آن‌ها فراهم می‌کند. نوری (۱۳۹۳) نیز در پژوهش خویش گزارش کرد که اعتیاد والدین علاوه بر از هم‌گسیختن امنیت و سلامت روانشناختی و کارکردی خود آن‌ها، ثبات کارکردی محیط خانواده را نیز مختل می‌کند و از طریق افزایش آسیب‌های خانوادگی نظیر گرایش به اعتیاد فرزندان، احتمال شکوفایی و پیشرفت این محیط اجتماعی را تا حد زیادی از بین می‌برد. کسب موفقیت و

پیشرفت‌های کارکردی اعضای خانواده به‌ویژه فرزندان به سلامت ساختاری سیستم خانواده و حمایت عاطفی _ اجتماعی والدین نیاز دارد، حمایت‌هایی که فقدان آن زمینه را برای بروز انواع بدکارکردی‌های عملکردی در فرزندان فراهم می‌کند و فرصت پیشرفت را از آن‌ها سلب می‌کند. فرزندان جهت پیشرفت در زمینه تحصیلی، به والدینی نیاز دارند که از هر جهت حامی آن‌ها باشند، با این حال والدین معتاد نه‌تنها این حمایت ضروری را از فرزندان در برنج می‌کنند، بلکه از طریق سخت‌کردن شرایط زندگی و افزایش احساسات تنش‌زا و ناخوشایند در فرزندان و همچنین ایجاد زمینه برای گرایش آن‌ها به ناهنجاری‌های رفتاری و اجتماعی، احتمال داشتن عملکرد تحصیلی موفق را تا حد زیادی از آن‌ها سلب می‌کنند. فقدان امکانات آموزشی کافی، نبود حمایت‌های تحصیلی متداوم، مشکلات خانوادگی، نبود محیطی امن برای یادگیری، ناراحتی‌های روانشناختی نشأت‌گرفته از اعتیاد والدین و انواع دیگری از مشکلات اجتماعی، همه و همه زمینه را برای داشتن تحصیل مناسب و یادگیری مطلوب فرزندان دشوار می‌سازند و بدین‌شکل منجر به افت و شکست تحصیلی آن‌ها می‌گردند. از سوی دیگر اعتیاد والدین، محیط امن خانوادگی را نیز از هم می‌پاشد و فرصت صمیمیت ارتباطی و رشد در ابعاد مختلف شناختی، عاطفی، اجتماعی و محیطی را از اعضا به‌ویژه فرزندان سلب می‌کند. درواقع اعتیاد والدین و کاهش تعهد آن‌ها نسبت به تکالیف خانوادگی، به‌مرور از طریق افزایش تنش‌ها و تعارضات خانوادگی، ضمن از هم‌پاشیدن سیستم ارتباطی نهاد خانواده، مانع از رشد ابعاد درون‌فردی اعضا نیز می‌گردد.

یکی دیگر از مضامین حاصل از تحلیل عوامل آسیب‌پذیری فرزندان دارای والد معتاد مبتنی بر تجارب زیسته آن‌ها، بحران مالی خانواده بود، مضمونی که تحلیل مرحله‌ای داده‌های حاصل از مصاحبه منجر به شناسایی ۳ زیرمضمون آن یعنی عدم‌تامین نیازهای مالی، فقدان تفریح به دلایل مالی و زورگیری مالی از فرزندان شد. مواد مخدر و مصرف آن از یکسو توأم با هزینه‌های مالی زیادی است و از سوی دیگر ناتوانی والد معتاد در انجام فعالیت‌های شغلی و داشتن درآمد مالی، خانواده را با بحران و دشواری‌های مالی حتی در تامین نیازهای اولیه مواجه می‌کند. مک‌گانی و همکاران (۲۰۰۲) در پژوهش خویش گزارش کردند بخش اعظم درآمد مالی خانواده توسط والد مصرف‌کننده صرف می‌شود، که این امر خانواده را در تامین نیازهای ضروری خود با مشکل مواجه می‌کند، مشکلی که تداوم آن ضمن مختل‌کردن رشد مطلوب اعضا در ابعاد مختلف به‌ویژه ابعاد جسمانی، روانشناختی و اجتماعی، زمینه بروز تعارضات و درگیری‌هایی را در سطح خانواده ایجاد می‌کند. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت: والدین معمولاً نان‌آور خانه هستند و زمانی که به مصرف مواد مخدر گرایش پیدا می‌کنند، بدیهی است که در تامین امکانات و نیازهای خانواده، نظیر خرید اسباب و اثاثیه مورد نیاز، شرکت در فعالیت‌های تفریحی و حتی نیازهای اساسی اعضای خانواده با مشکل مواجه شوند. جدای از این واقعیت تلخ، والدین به‌دلیل مصرف مواد مخدر توانایی جسمانی و ذهنی خود را تا حد زیادی از دست می‌دهند، که این امر منجر به ناتوانی آن‌ها در انجام فعالیت‌های شغلی می‌شود و بدین‌شکل در تامین پول کافی برای خریدن و مصرف مواد مخدر دچار مشکل می‌شوند. این امر موجب می‌شود فشارهای زیادی به سایر

اعضای خانواده که ممکن است درآمدی داشته باشند بیاورند تا به‌گونه‌ای از آن‌ها میزانی پول دریافت کنند و بدین‌شکل بتوانند به مصرف خود ادامه دهند.

پنجمین مضمون حاصل از تحلیل عوامل آسیب‌پذیری فرزندان دارای والد معتاد مبتنی بر تجارب زیسته آن‌ها، فقدان الگوی نقش مثبت بود، مضمونی که تحلیل مرحله‌ای داده‌های حاصل از مصاحبه منجر به شناسایی ۳ زیرمضمون آن یعنی الگوپذیری منفی از والدین، فرزند ولی‌گونه و فقدان نظارت والدین شد. دپارتمان سلامت و خدمات انسانی (۲۰۰۹) در پژوهش خویش تصریح کردند که ناتوانی والد معتاد در مدیریت سیستم خانواده و مراقبت از اعضای آن، سبب می‌شود فرزندان عملکردی والدگونه به خود بگیرند و تلاش خود را جهت مدیریت سیستم خانواده و رفع کم‌مسئولیتی والد معتاد به‌کار بگیرند. امین، مجرد، جمالی و ساربان نیز در پژوهشی که در سال (۱۳۸۸) انجام دادند گزارش کردند که عملکرد والد معتاد تاثیرات مخربی بر فرایند رشدی فرزندان دارد و این فرزندان به‌احتمال زیاد از والد خود الگوگیری می‌کنند که این امر احتمال گرایششان را به مصرف مواد مخدر افزایش می‌دهد. یکی از شیوه‌های یادگیری افراد الگوگیری است و هر فردی روزانه با افراد زیادی تعامل دارد، که معمولاً برخی از آن‌ها را به‌عنوان الگوی خود انتخاب کرده و عملکردهای آن‌ها را در خویشتن درونی می‌کند. والدین یکی از افرادی هستند که بیش‌ترین میزان تعامل را با فرزندان خود دارند، لذا بدیهی است که یکی از قطب‌های الگوگیری کودکان باشند. کودکانی که والدین معتاد دارند، به احتمال زیادی رفتارها و عملکرد آن‌ها را مورد الگوبرداری قرار می‌دهند، رفتارهایی که یکی از مخرب‌ترین آن‌ها مصرف مواد مخدر می‌باشد. به‌همین دلیل است که فرزندان دارای والد معتاد بیش‌تر احتمال دارد به مصرف مواد مخدر گرایش پیدا کنند. از سوی دیگر والد معتاد متاثر از آشفتگی روانشناختی و عملکردی ناشی از مصرف مواد مخدر، حس مسئولیت‌پذیری و تعهدش در قبال اعضای خانواده تا حد زیادی کاهش پیدا کرده است و هیچگونه نظارتی بر عملکرد اعضای خانواده ندارد. نظارتی که فقدان آن می‌تواند زمینه‌ی بروز طیفی از بدکارکردی‌های رفتاری و اجتماعی را در فرزندان فراهم کند. همچنین بی‌مسئولیتی و بی‌تفاوتی والد معتاد نسبت به اعضای خانواده و نیازهای آنان سبب می‌شود، فرزندان بزرگ‌تر تمایل زیادی به مدیریت سیستم پیدا کنند و چرخه آن را در ابعاد مختلف به‌ویژه بعد مالی به دست بگیرند.

یکی دیگر از مضامین حاصل از تحلیل عوامل آسیب‌پذیری فرزندان دارای والد معتاد مبتنی بر تجارب زیسته آن‌ها، کارکردهای مختل والدین بود، مضمونی که تحلیل مرحله‌ای داده‌های حاصل از مصاحبه منجر به شناسایی ۶ زیرمضمون آن یعنی انتقال اعتیاد والد به اعضای خانواده، اختلال در زندگی روزمره، عدم‌ثبات رفتاری والد مصرف‌کننده، تجربه مداوم خشونت والدین، خشونت فیزیکی و تحقیر از سوی والدین شد. اعتیاد و مصرف مواد مخدر، از شدت تخریب بسیار زیادی برخوردار است و به‌مرور تعادل رفتاری، عاطفی، شناختی و روانشناختی فرد مصرف‌کننده را به‌هم می‌ریزد و احتمال گرایش وی را به بدرفتاری‌ها و ناپهنجاری‌های کارکردی افزایش می‌دهد. مک‌گانی و همکاران (۲۰۰۲)، به‌نقل از لودارسیزک، (۲۰۱۷) در پژوهش خویش

پیرامون تاثیرات مواد مخدر بر عملکرد والدین، گزارش کردند که مصرف مواد مخدر تعادل رفتاری و روانشناختی والد معتاد را به هم می‌ریزد، که این امر سبب می‌شود به‌مرور در تعامل با دیگران به‌ویژه فرزندان بدرفتاری‌هایی نظیر تنبیه، خشونت علیه وی و بی‌تفاوتی نسبت به نیازها و خواسته‌های وی را از خود بروز دهد، بدرفتاری‌هایی که امنیت روانشناختی فرزندان را از هم می‌پاشد و زمینه‌گرایش آن‌ها را به بدرفتاری‌های کارکردی افزایش دهد. پازانی (۱۳۸۳) نیز در پژوهش خویش گزارش کرد که اعتیاد والدین، منجر به مختل شدن تعامل والدین با فرزندان می‌شود و احتمال بروز بدرفتاری‌های کارکردی را در خلال این رابطه افزایش می‌دهد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت: مصرف مواد مخدر و شیمیایی، تعادل ساختاری فرد را به‌طور کامل به هم می‌ریزد و سبب می‌شود فرد مصرف‌کننده در ارتباط با اطرافیان خود تعادل رفتاری و عملکردی نداشته باشد. مشاهده پیوسته والد معتاد و مصرف مواد مخدر توسط وی از یکسو و از سوی دیگر تشویق فرزندان توسط برخی از والدین معتاد برای مصرف مواد مخدر، احتمال‌گرایش فرزندان را به مصرف مواد مخدر افزایش می‌دهد. والدین معتاد متأثر از مصرف مواد مخدر، در تعامل با اطرافیان خود ثبات رفتاری ندارند و همواره با تغییرات خلقی و رفتاری همراه هستند، تغییراتی که رابطه آن‌ها را با دیگران به‌مرور مختل می‌کند و تمایل اطرافیان را برای ارتباط با آن‌ها کاهش می‌دهد. یکی دیگر از تاثیرات مخرب مصرف مواد مخدر بر والدین معتاد، گرایش آن‌ها به خشونت‌های کارکردی نظیر خشونت عاطفی، رفتاری و روانشناختی علیه فرزندان است. خشونت‌هایی که تداوم آن ضمن آسیب‌رسانی عمیق به فرزندان، تمایل آن‌ها را به تداوم ارتباط با والد معتاد کاهش می‌دهد و صمیمیت ارتباطی آن‌ها را به‌طور کامل مختل می‌کند.

اختلال در جامعه‌پذیری به دلیل گسستگی روابط آخرین مضمون حاصل از تحلیل عوامل آسیب‌پذیری فرزندان دارای والد معتاد مبتنی بر تجارب زیسته آن‌ها بود، مضمونی که تحلیل مرحله‌ای داده‌های حاصل از مصاحبه منجر به شناسایی ۷ زیرمضمون آن یعنی ترجیح مواد به اعضای خانواده، عدم ارتباط با همسایگان، عدم ارتباط با والد مصرف‌کننده، محدود شدن تعاملات به خانواده‌های مصرف‌کننده، فقدان روابط خویشاوندی، اجتناب از برقراری ارتباط با دوستان و گسستگی در روابط خانواده شد. نعمتی (۱۳۹۱) در پژوهشی تحت عنوان تاثیر اعتیاد آن‌ها بر نوع ارتباطشان با اطرافیان، به این نتیجه رسیدند که اعتیاد والدین از طریق مختل کردن تعادل روانشناختی و کارکردی والدین، به‌مرور میزان ارتباط آن‌ها را با اطرافیان کاهش می‌دهد و کیفیت ارتباطشان را پایین می‌آورد. اشرف (۱۳۸۸) نیز در پژوهش خویش تصریح کرد که اعتیاد والدین به مواد مخدر و مصرف متداوم آن، به‌مرور رابطه‌شان را با اطرافیان کاهش می‌دهد و ضمن مختل کردن کیفیت روابط موجود، تمایل اطرافیان را به تداوم این رابطه از بین می‌برد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت: داشتن رابطه مطلوب با دیگران به حدی از تعادل و سلامت روانشناختی و رفتاری نیاز دارد. مصرف مواد مخدر توسط والدین، به‌مرور منجر به آشفتگی روانشناختی آن‌ها می‌شود و ثبات رفتاری و هیجانی را آن‌ها از هم می‌پاشد. با ایجاد این خلل‌ها، فرد معتاد تا حد زیادی توانایی و مهارت‌های ارتباطی‌اش مختل می‌شود و از طریق گرایش به کج-

رفتاری‌های کارکردی، رابطه‌اش با اعضای خانواده و اطرافیان کاهش پیدا می‌کند. فردِ مصرف‌کننده به‌مرور نسبت به اعضای خانواده و اطرافیان بی‌تفاوت می‌شود و میزان ارتباط خود را با آن‌ها کاهش می‌دهد. از سوی دیگر اعضای خانواده نیز به‌دلیل وجود این آسیب مخرب در والدِ معتاد، تمایلشان به ارتباط با وی کاهش پیدا می‌کند و در طی زمان ارتباط خود را با وی قطع می‌کنند. جدای از ارتباط اعضای خانواده با یکدیگر و مختل شدن آن، اجتماع بیرون شامل خویشاوندان و همسایگان نیز به‌مرور ارتباطشان را با فردِ معتاد و حتی خانواده وی، به‌دلیل قبح اجتماعی و خطرات احتمالی کم می‌کنند و بدین‌شکل خانواده فردِ معتاد و خودِ وی تقریباً انزوای اجتماعی پیدا می‌کنند. البته می‌بایست اذعان کرد که فردِ معتاد و خانواده وی معمولاً با خانواده‌هایی که دارای عضو معتاد هستند رابطه دارند که این نیز متاثر از وضعیت مشابه آن‌ها با یکدیگر است.

۳-۵- تحلیل داده‌های اضافی

تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه پیرامون عوامل آسیب‌پذیری فرزندان دارای والد معتاد مبتنی بر تجارب زیسته آن‌ها، منجر به شناسایی مضامین فرعی تحت‌عنوان راهکارهای مقابله‌ای این فرزندان در مقابله اعتیاد والدین گردید. مضامینی که در ادامه در قالبی تبیینی مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرند.

اولین مضمون حاصل از تحلیل ساز و کارهای مقابله‌ای فرزندان در مقابل اعتیاد والد بر مبنای تجارب زیسته آن‌ها، ساز و کارهای فعال بود که تحلیل مرحله‌ای داده‌های حاصل از مصاحبه منجر به شناسایی ۳ زیرمضمون آن یعنی جبران نابسامانی با درس خواندن، تکیه بر جایگزین‌های والدین در خانواده گسترده و امید به آینده و تلاش شد. عیسی‌نژاد (۱۳۹۶) در پژوهش خویش پیرامون راهکارهای مقابله‌ای فرزندان دارای والدِ معتاد در مقابل اعتیاد والدین، گزارش کردند که راهکارهای فعال و سازنده نظیر جست‌وجوی حمایت اجتماعی و جست‌وجوی حمایت عاطفی به‌عنوان جایگزینی برای والدین، یکی از شایع‌ترین و موثرترین راهکارهای مقابله‌ای فرزندان در مقابل اعتیاد والدین خود و کاهش تبعات روانشناختی _ اجتماعی آن می‌باشد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت: فرزندان خانواده‌های دارای والد معتاد، راهکارها و روش‌هایی را برای مقابله با این آسیب اجتماعی و تبعات روانشناختی، بین‌فردی و اجتماعی آن به‌کار می‌گیرند که یکی از اساسی‌ترین آن‌ها، راهکارهای فعال و موثر است، راهکارهایی که می‌تواند تاثیرات مخرب این معضل روانشناختی _ اجتماعی را کم کرده و زمینه را برای گذر موفقیت‌آمیز فرزندان از آن فراهم کند. تمرکز بر تحصیل و داشتن برنامه‌هایی

مطلوب برای رسیدن به موفقیت در این حوزه، یکی از روش‌هایی است که برخی از فرزندان والدین معتاد به عنوان یک راهکار مقابله‌ای با اعتیاد والدین، مورد استفاده قرار می‌دهند تا بدین‌شکل ضمن بهترکردن وضعیت کارکردی خویش، زمینه را برای بهبود وضعیت ساختاری خانواده نیز فراهم بکنند. از دیگر نیازهای ضروری فرزندان که والدین معتاد قادر به ارضا و تامین آن نیستند، نیازهای عاطفی و روانشناختی و دریافت حمایت‌های امکاناتی و اجتماعی از آن‌ها است. نیازهایی که عدم‌ارضای آن تنش بسیار زیادی را در فرزندان ایجاد می‌کند و فرصت هرگونه پیشرفتی را از آن‌ها سلب می‌کند. لذا برخی از فرزندان به‌دنبال راه‌حلی جایگزین برای این فقدان می‌گردند و با شناسایی افرادی از اعضای خانواده، خویشاوندان و یا اطرافیان دور، سعی می‌کنند ضمن ارضای نیازهای کارکردی خویش، حمایت‌های کافی از آن‌ها را جهت داشتن عملکردی مثبت در آینده و تحقق آرمان‌های ذهنی خود دریافت کنند و بدین‌شکل ضمن بهبود وضعیت کارکردی خود، تعادل ساختاری خانواده را تا حد زیادی به آن بازگردانند. ناامیدی و بدبینی نسبت به آینده خود و اعضای خانواده، از دیگر تاثیرات مخرب اعتیاد والدین در فرزندان است، که تمایل افراد را به تداوم زندگی از آن‌ها سلب می‌کند. بنابراین برخی از فرزندان جهت مقابله با اعتیاد والدین و احساسات مخرب و آزاردهنده ناشی از آن، دیدگاهی خوشبینانه را نسبت به بهبود وضعیت خود، وضعیت والد و بهبود زندگی خانوادگی در خویشتن پرورش می‌دهند و با تکیه بر این امیدواری نسبت به آینده، احتمال داشتن عملکردی مطلوب در ابعاد مختلف زندگی و بهبود وضعیت موجود را افزایش می‌دهند.

ساز و کارهای منفعلانه دومین مضمون حاصل از تحلیل ساز و کارهای مقابله‌ای فرزندان در مقابل اعتیاد والد بر مبنای تجارب زیسته آن‌ها بود که تحلیل مرحله‌ای داده‌های حاصل از مصاحبه منجر به شناسایی ۱ زیرمضمون آن یعنی پناه‌بردن به همسالان شد. در ارتباط با پیشینه همخوان و یا ناهمخوان با نتیجه حاضر، با وجود جست‌وجوی فراوان پژوهش خاصی مورد شناسایی قرار نگرفت و نتیجه فوق برای اولین بار در این پژوهش به دست آمد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت: کودکان و نوجوانان در این بازه سنی، تاثیرپذیری و دل‌بستگی عمیقی به همسالان خود دارند و پس از والدین به آن‌ها به‌عنوان دومین منبع حمایت روانشناختی و اجتماعی تاکید دارند. لذا مواقعی که با یک گرفتاری و دشواری مواجه می‌شوند به آن‌ها پناه می‌برند. فرزندان دارای والد معتاد نیز، برای گریز از مواجهه با اعتیاد والدین و فرار از تاثیرات مخرب آن، به همسالان خود پناه می‌برند و بدین‌شکل ضمن دورشدن از مواجهه با والد معتاد، تا حدی تنش‌های درونی خود را تسکین می‌بخشند. اما باید اذعان کرد که گاهی پناه‌بردن به همسالان، نه‌تنها تنش حاصل از اعتیاد والدین را در فرزند کاهش نمی‌دهد، بلکه در صورت نابهنجار و ناسالم بودن همسالان، زمینه را برای گرایش آن‌ها به انواعی از نابهنجاری‌های کارکردی از طریق فرایند الگوگیری فراهم می‌کند و بدین‌شکل تنش موجود در این فرزندان را دوچندان می‌کند. پناه‌بردن متداوم به همسالان راهکاری منفعلانه است و نمی‌تواند نقشی در بهبود وضعیت والد معتاد، خود فرد و خانواده‌ی وی داشته باشد. فرزندان این خانواده‌ها، به‌جای گریز از مواجهه با اعتیاد والد و

پیامدهای آن و منفعل کردن خویش از طریق پناه بردن به یک عامل بیرونی، می‌بایست راهکارهایی فعالانه را شناسایی و جایگزین آن کنند، تا با بهره‌گیری از آن بتوانند ضمن تسکین تنش‌های درونی خود، زمینه را برای بهبودی وضعیت والد معتاد و منسجم کردن ثبات ساختاری خانواده فراهم کنند.

آخرین ساز و کار مقابله‌ای فرزندان دارای والد معتاد در مقابل اعتیاد وی ساز و کارهای اجتنابی بود که تحلیل مرحله‌ای داده‌های حاصل از مصاحبه منجر به شناسایی ۵ زیرمضمون آن یعنی جبران تحقیر با رفتارهای قلدرمآبانه، خودکشی، جلب توجه دیگران، مصرف سیگار و پرورش نگرش مثبت نسبت به مواد شد. عیسی‌نژاد (۱۳۹۶) در پژوهش خویش گزارش کرد که اجتناب‌های شناختی و رفتاری نظیر گرایش به مصرف مواد مخدر و نگرش مثبت به آن، از جمله راهکارهای اجتنابی فرزندان دارای والدین معتاد در مقابل اعتیاد آن‌ها می‌باشد، که نه تنها تاثیری در بهبود وضعیت موجود ندارند، بلکه احتمال بروز آسیب‌های روانشناختی - اجتماعی را در فرزندان افزایش می‌دهند. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت: پذیرش اعتیاد والدین برای فرزندان و مواجهه منطقی و معقول با آن، فرایند بسیار دشواری می‌باشد و به توانمندی‌های بسیار زیادی نیاز دارد. لذا بسیاری از فرزندان این والدین، به جای مقابله فعال و منطقی با این آسیب و تلاش برای رهایی والد معتاد از این وضعیت اسفبار، به راهکارهای اجتنابی و مخرب نظیر گرایش به مصرف مواد تسکین‌دهنده، رهایی از این وضعیت از طریق خودکشی و تلاش برای جلب توجه دیگران در قالب رفتارهایی ناسالم و غیرسازنده روی می‌آورند. روش‌هایی که اگرچه منجر به تسکین لحظه‌ای فرد می‌شوند، ولی تاثیرات طولانی‌مدت بسیار مخربی دارند و در طی زمان توان عملکردی فرد را در ابعاد مختلف زندگی از وی سلب می‌کند. برخی از فرزندان این والدین، با پرورش نگرش و دیدگاهی مثبت نسبت به مواد مخدر و مصرف آن، ضمن اینکه به مرور ناراحتی و تنش خود را که ناشی از گرفتار شدن والد به این ماده شیمیایی و خطرناک است کاهش می‌دهند، خود نیز به مصرف آن گرایش پیدا می‌کنند، گرایشی که به مرور امنیت و سلامت کارکردی آن‌ها را در تمامی ابعاد زندگی از بین می‌برد و آن‌ها را نسبت به تداوم زندگی بی‌میل می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری کلی

پژوهش حاضر به بررسی تجارب زیسته و عوامل آسیب‌پذیری در نوجوانان پسر دارای والد معتاد (پدر یا مادر) پرداخت، یافته‌های به دست آمده شامل ۷ مقوله اصلی در پاسخ به سؤال در مورد چگونگی عوامل آسیب‌پذیری فرزندان دارای والد معتاد بر مبنای تجارب زیسته‌شان می‌باشد که عبارتند از: حسرت از گذشته تلخ، احساسات و هیجان‌های منفی، جو غالب خانواده، بروز بدکارکردی عملکرد فرزندان، بحران مالی، فقدان الگوی نقش مثبت، کارکردهای مختل والدین، اختلال در جامعه‌پذیری به دلیل گسستگی روابط. علاوه بر این ۷ مقوله، سه مقوله اصلی دیگر با عناوین سازوکارهای فعال، سازوکارهای منفعلانه و سازوکارهای اجتنابی نیز به دست آمد. با توجه به یافته‌های اخیر می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که خانواده، تعیین

کننده سلامتی و بیماری اعضای خود است و والدین، در شکل‌گیری شخصیت فرزندان، رشد افکار فرزندان یا انحراف آنان نقش بسزایی دارند. سوءمصرف مواد توسط والدین به عنوان یک عامل خطر برای بدرفتاری با فرزندان و تخریب رفاه کودکان شناخته می‌شود، بدین جهت که تمام جنبه‌های زندگی فرزندان می‌تواند تحت تأثیر مصرف مواد والدین در کوتاه مدت و بلندمدت قرار گیرد، که این مسائل و مشکلات منوط به دوران کودکی نمی‌باشد و در دوران کودکی نیز پایان نمی‌یابد و نوجوانان و بزرگسالان دارای والد معتاد اغلب عواقب ناگوار مشکلات عاطفی، رفتاری، فیزیکی را از خود نشان می‌دهند. بنابراین کودکان و نوجوانانی که با پدر یا مادر مصرف‌کننده زندگی می‌کنند در معرض ریسک بیشتری، برای آسیب‌پذیری قرار دارند و ممکن است مهارت‌های لازم برای تبدیل شدن به یک عضو اجتماعی خوب را نداشته باشند. این یافته‌ها از یکسو لزوم توجه و شناسایی بیش‌تر فرزندان دارای والد معتاد را یادآور می‌شود و از سوی دیگر با شناسایی تجارب زیسته و عوامل آسیب‌پذیری این افراد زمینه را برای تدوین برنامه‌های آموزشی جهت بالابردن و توانایی آنان برای مقابله و سازگاری با مشکلات فراهم می‌کند.

۴-۵ محدودیت‌های پژوهش

- با توجه به اینکه روش پژوهش کیفی است تمام محدودیت‌های روش پژوهش کیفی از جمله؛ غیر ممکن بودن حذف سوگیری مشاهده‌گر، عدم کنترل اعتبار نتیجه‌گیری پژوهشگر و عدم قابلیت تعمیم‌پذیری بر آن وارد است و در استفاده از نتایج آن باید جانب احتیاط را در نظر گرفت.
- دسترسی به این افراد به سختی صورت گرفت و پژوهشگر مدت زمان زیادی را برای جلب همکاری این افراد سپری کرد.
- تمایل پژوهشگر این بود که برای دیدن بازخورد افراد و شیوه رفتار و واکنش‌های افراد نمونه، تمام مصاحبه‌ها به صورت حضوری صورت گیرد ولی به دلیل عدم همکاری این افراد برخی از مصاحبه‌ها به صورت تلگرامی انجام شد.

۴-۵ پیشنهاد پژوهشی

- از آنجایی که جامعه مورد مطالعه در پژوهش حاضر نوجوانان پسری بودند که دارای پدر و یا مادر مصرف‌کننده بودند، پیشنهاد می‌شود موضوع تجربه زیسته و عوامل آسیب‌پذیری در مورد نوجوانان دختر نیز صورت گیرد.

۴-۶ پیشنهاد‌های کاربردی

- تدوین، بحث و بررسی در زمینه سیاست‌گذاری‌های مرتبط برای شناسایی هرچه سریع‌تر نوجوانان دارای والدین مصرف‌کننده
- تدوین الگویی بر اساس یافته‌های بدست آمده از پژوهش در جهت آموزش به نوجوانان دارای والد معتاد در جهت بالا بردن توانایی آنان برای مقابله و سازگاری با مشکلات.

منابع

- ابافت، الهه و نوری، ربابه (۱۳۹۴). کودک آزاری و والدین معتاد، اولین همایش علمی پژوهشی روانشناسی، علوم تربیتی و آسیب‌شناسی جامعه، بصورت الکترونیکی، شرکت طلای سبز، انجمن پایش.
- ابوالمعالی، خدیجه (۱۳۹۱). پژوهش کیفی از نظریه تا عمل. تهران: علم.
- احمدی، سید احمد؛ نیلفروشان، محمد؛ عابدی، احمد. (۱۳۹۲). آسیب‌شناسی خانواده طبقه‌بندی و سنجش. فصلنامه احیا، انتشارات دانشگاه اصفهان.
- ارمکی، آزاد؛ قنبری برزیان، علی؛ ۱۳۹۱، تغییرات الگوی مصرف مواد مخدر در جمهوری اسلامی ایران، مجموعه مقالات همایش ملی اعتیاد، دانشگاه کاشان، اردیبهشت ۱۳۹۱.
- استانی پیشگیری اولیه از اعتیاد، صص ۱۷۸ _ ۱۸۱.
- اشرف، محمدحسن. (۱۳۸۸). ارائه مدل هم‌وابستگی براساس ویژگی‌های همسران افراد معتاد به مواد مخدر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
- اعتمادی، احمد؛ ماستری‌فراهانی، فاطمه. (۱۳۹۰). مقایسه وضعیت سلامت روانی و منبع کنترل نوجوانان دختر خانواده‌های معتاد و غیرمعتاد. فصلنامه علوم تربیتی، سال چهارم، شماره ۱۶، صص ۱۳۷_۱۵۲.
- اکبری‌زاده، اعظم. (۱۳۹۵). بررسی و تحلیل تاثیر اعتیاد والدین بر افت تحصیلی فرزندان. چهارمین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مرکز مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران.
- امامی سیگارودی، دهقان نیری، رهنورد، & نوری سعید. (۲۰۱۲). روش شناسی تحقیق کیفی: پدیدار شناسی. مجله پرستاری و مامایی جامع نگر، ۲۲(۲)، ۶۳-۵۶.
- امیرحسینی، خسرو (۱۳۹۵). خانواده خوشبخت، فرزند موفق، تهران: انتشارات عارف کاملی.

- امیری، صالح (۱۳۸۹). مجموعه مقالات همایش ملی راهبردهای تحکیم خانواده، تهران: مجمع تشخیص مصلحت نظام، مرکز تحقیقات استراتژیک، چاپ اول.
- امیری، محسن؛ پور حسین، رضا؛ مروتی، ذکر الله و یوسفی افراشته، مجید. (۱۳۹۴). بررسی نقش عوامل خانوادگی مؤثر در گرایش به مواد مخدر اعم از سنتی و صنعتی در میان جوانان استان لرستان. مجله علوم روان‌شناختی، ۱۴(۵۴)، ۱۶۷-۱۵۵.
- آسایش، حمید؛ منصوریان، مرتضی؛ رضایی، فاطمه؛ جودکی، کوروش؛ محمدی، رسول؛ رحمانی انارکی، حسین؛ اکرامی، زلیخا؛ قربانی، مصطفی، (۱۳۹۴)، ارتباط اعتیاد والدین و دوستان با گرایش افراد به مواد مخدر، مجله پیشگیری و سلامت؛ دوره ۱، شماره ۲، زمستان ۱۳۹۴؛ ۸۳-۹۱.
- آهنی، رضا (۱۳۸۸). بررسی اختلالات رفتاری در کودکان افراد مصرف کننده مواد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه خوارزمی.
- آهنی، رضا، (۱۳۸۸). بررسی اختلالات رفتاری در کودکان افراد مصرف‌کننده مواد، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خوارزمی.
- بابایی فرد، اسداله؛ شاهمیرزایی بیدگلی، محمد؛ بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد در بین افراد متأهل شهر آران و بیدگل، ۱۳۹۳.
- باچر، جیمز؛ منیکا، سوزان و هولی جیل. (۲۰۰۷). آسیب شناسی روانی. ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۹۰)، جلد دوم، تهران: نشر ارسباران.
- بارانی، اعظم؛ رفاهی، ژاله. (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین اعتیاد والدین با مشکلات روانشناختی استرس، اضطراب و افسردگی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه شهرستان شیراز، اولین کنگره ملی روانشناسی خانواده گامی در ترسیم الگوی مطلوب خانواده، اهواز، انجمن علمی روانشناسی خانواده ایران، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- باقیانی مقدم، محمد حسین؛ فاضل پور، شکوه؛ رهایی، زهره. (۱۳۸۷). دیدگاه معتادین و غیرمعتادین در مورد علل گرایشی به اعتیاد. فصلنامه دانشکده بهداشت یزد، سال هفتم، شماره ۳۴، صص ۴۰-۴۹.
- بختیاری، مریم؛ حاتمی، حسین؛ توکلی فرد، مهنوش. (۱۳۹۵) بررسی مقایسه‌ی افسردگی در نوجوانان دارای والد مصرف کننده مواد و غیر مصرف کننده، نشریه پژوهش در پزشکی، سال چهارم، شماره ۲.
- بختیاری، مریم؛ حاتمی، حسین؛ توکلی فرد، مهنوش؛ بررسی مقایسه‌ی افسردگی در نوجوانان دارای والد مصرف کننده و غیرمصرف کننده، فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی شهید بهشتی، دور ۴۰، شماره ۲، ۱۳۹۵.
- پازانی، فریبا. (۱۳۸۳). بررسی رابطه شیوه‌های فرزندپروری و اعتیاد والدین بر میزان گرایش به سوءمصرف مواد در دانش آموزان دختر و پسر دبیرستانی منطقه ۱۶ شهر تهران در سال تحصیلی ۸۲_۸۳. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
- پاشا شریفی، حسن و رضایی، نور محمد. (۱۳۸۸). رابطه بین نگرش به مواد مخدر با نایمندی در خانواده. تحقیقات روان‌شناختی، دوره ۱(۲)، ۸۶-۷۷.
- پیروز، بهناز (۱۳۸۹). تأثیرگذاری خانواده بر فرزندان. نشریه اندیشه خانواده، شماره ۱۵.
- تارین، سرکوت (۱۳۸۸). بررسی نگرش جوانان نسبت به ازدواج و طلاق و رابطه آن با مؤلفه‌های محیط خانواده، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره: دانشگاه علامه طباطبایی.
- ثنائی ذاکر، باقر. (۱۳۸۰). آسیب‌شناسی خانواده، پژوهش‌های تربیتی، ۳(۱)، ۷۷-۹۶.

- جزایری، علی‌رضا و جعفر زاده، ذبیح‌الله. (۱۳۸۲). بشر در دام مرگبار اعتیاد، فصلنامه علمی پژوهشی سوءمصرف مواد اعتیاد پژوهی، ۱(۲)، ۱۷-۳.
- چوپانی، موسی؛ امانی، احمد؛ پورقادری، پریسا. (۱۳۹۶). بررسی آسیب‌های اجتماعی شایع در بین نوجوانان ۱۲ تا ۲۰ سال شهرستان شاهیندژ. مجله دانش انتظامی آذربایجان غربی، دوره دهم، شماره ۳۳.
- چوپانی، موسی؛ کرمی، مرتضی. (۱۳۹۵). بررسی کیفی تعهد علمی - اخلاقی دانشجویان. فصلنامه فرهنگ مشاوره، دوره ششم، شماره ۲۱، صص ۸۰-۱۰۰.
- چوپانی، موسی؛ کرمی، مرتضی. (۱۳۹۵). تدوین الگوی شایستگی‌های مشاوران مراکز مشاوره شمیم سیاه. طرح کسری خدمت، رشته مشاوره خانواده، دانشگاه جامع امام حسین.
- چوپانی، موسی؛ نعیمی، ابراهیمی (۱۳۹۵)، بررسی کیفی تعهد علمی - اخلاقی دانشجویان. فصلنامه فرهنگ مشاوره، دوره ششم، شماره ۲۱، صص ۸۰ - ۱۰۰.
- حاج‌باقری، محسن، پرویزی، سرور و صلصالی، مهوش (۱۳۹۴). روش‌های تحقیق کیفی: تهران: بشری.
- خالدیان، محمد (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان و عزت نفس افراد معتاد به مواد مخدر. مجله روان‌شناسی اجتماعی، ۸(۲۹)، ۱-۱۸.
- خلیج‌آبادی فراهانی، فریده، تنها، فاطمه، ابوترابی زارچی، فاطمه (۱۳۹۶). تجربه‌ی زیسته‌ی زنان مطلقه‌ی شهر ساوه در حوزه‌ی روابط خانوادگی و اجتماعی، مجله‌ی زن در توسعه و سیاست، دوره‌ی ۱۵، شماره‌ی ۲.
- خوشبخت، شمس‌الملوک، ستاری، مسعود، سمیعی، بهناز و کامل، مائده. (۱۳۹۵). خانواده مهم‌ترین محیط برای پیشگیری اولیه از اعتیاد به مواد مخدر، کنفرانس جهانی روان‌شناسی و علوم تربیتی.
- دالوندی، اصغر و صدرالسادات، سیدجلال. (۱۳۸۰) پژوهشی پیرامون مشکلات روانی - اجتماعی نوجوانان «پدر معتاد»، نشریه توانبخشی، دوره ۲، شماره ۲-۱ (مسلسل ۵-۴)؛ از صفحه ۲۶ تا صفحه ۳۴.
- درکه، بهاره؛ کرامتی، هادی و امیری، حسن (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی در کاهش گرایش به مصرف مواد مخدر در تهران. فصلنامه علمی-تخصصی دانش انتظامی پایتخت، ۶(۳)، ۸۹-۱۱۲.
- دلاور، علی (۱۳۹۲). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: رشد.
- دهقان، مهدی (۱۳۹۵). بررسی آسیب‌های اجتماعی شایع در بین دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی، پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبایی، چاپ نشده.
- دهقان، مهدی. (۱۳۹۵). بررسی آسیب‌های اجتماعی شایع در بین دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبایی، چاپ نشده.
- دهقان، مهدی، (۱۳۹۵). بررسی آسیب‌های اجتماعی شایع در بین دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، DSM-5، انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۱۳)، ترجمه آوادیس یانس، هاشمی میناباد، عرب قهستانی (۱۳۹۴).
- رحیمی، علی (۱۳۹۵). مقایسه بهداشت عمومی و روش‌های پرورش فرزند در بین مبتلایان وابسته به شیشه و افراد عادی، کنگره بین‌المللی علوم انسانی، مطالعات فرهنگی، تهران، مرکز توانمندسازی مهارت‌های فرهنگی و اجتماعی جامعه.
- رودسری، حسین. (۱۳۹۲). پرورش و آموزش خانواده در پرتو قرآن و حدیث و تجربه‌های موفق. تهران: وزارت آموزش و پرورش، موسسه فرهنگی منادی تربیت.

- زمانی، محمد. (۱۳۸۸). مقایسه سلامت روانی و سبک‌های فرزندپروری نوجوانان معتاد و غیرمعتاد. مجله علوم رفتاری، دوره چهارم، شماره ۲، صص ۱۷-۲۷.
- سادوک، بنجامین و سادوک و ویرجینیا. (۲۰۰۳). خلاصه روان‌پزشکی و علوم رفتاری- روان‌پزشکی بالینی، ترجمه حسین رفیعی و خسرو سحانیان. تهران: شهر آب - آینده سازان.
- سادوک، ویرجینیا؛ سادوک، بنجامین (۲۰۱۵). خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری روان‌پزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعیان (۱۳۹۴)، ویرایش ۱۱، تهران: انتشارات ارجمند
- ساروخانی، باقر (۱۳۸۹). جامعه‌شناسی خانواده، تهران، انتشارات سروش.
- ساروخانی، باقر. (۱۳۹۲). مقدمه‌ای بر جامعه‌شناسی خانواده. تهران: سروش انتشارات صدا و سیما.
- سالاری، آرش؛ علیخانی، مصطفی؛ علیخانی، علیرضا؛ زکی، علی؛ تیموری، جمشید و فرنی، وحید. (۱۳۹۵). مرگ‌های ثبت‌شده در پزشکی قانونی شهر کرمانشاه به علت مصرف مواد مخدر و بررسی متغیرهای جمعیت شناختی و اتوپسی اجساد آنان. مجله پزشکی قانونی، ۲۱(۴).
- سایت خبرگزاری فارس، ۱۳۸۹.
- سایت ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۹.
- سراج زاده، سید حسین و فیضی، ایرج. (۱۳۸۶)، عوامل اجتماعی مؤثر بر مصرف تریاک و مشروبات الکلی در بین دانشجویان، نامه علوم اجتماعی، شماره ۹۱، ۳۱-۱۱۲.
- سراج‌زاده، سیدحسین؛ فیضی، ایرج. (۱۳۸۳). شیوع‌شناسی مصرف مواد مخدر در بین دانشجویان دانشگاه‌های دولتی. اداره کل مطالعات و برنامه‌ریزی فرهنگی اجتماعی وزارت علوم. تحقیقات و فناوری.
- شاکرمی، عبدالحسین. (۱۳۸۶). درمان اعتیاد به مواد مخدر و صنعتی: تاریخچه، انواع، علل، عوارض و درمان. تهران: انتشارات گوتنبرگ.
- شریعتی، محمدابراهیم؛ ایزدی‌خواه، زهرا؛ مولوی، حسین و صالحی، مهرداد (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی به شیوه شناختی - رفتاری با درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر خودکارآمدی افراد معتاد. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۱(۴)، ۲۸۸ - ۲۷۹.
- شهمیان، مرجان (۱۳۹۵). نهاد خانواده و نقش آن در پیشگیری از اعتیاد، همایش ملی پیشگیری از اعتیاد، شاهین شهر، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهین شهر.
- صارمی، حمید؛ قربانی، مجید؛ تقوی، منصور. (۱۳۹۲). بررسی دو دهه تحقیقات شیوع‌شناسی مصرف مواد در بین دانشجویان دانشگاه‌های ایران. فصلنامه اعتیادپژوهی سوءمصرف مواد، سال هفتم، شماره ۲۷، صص ۹-۳۶.
- طارمیان، فرهاد. (۱۳۸۹). وضعیت مصرف مواد در دانشگاه‌های ایران. مجموعه مقالات منتخب ۳۰ کنگره
- طارمیان، فرهاد. (۱۳۸۹). وضعیت مصرف مواد در دانشگاه‌های ایران. مجموعه مقالات منتخب ۳۰ کنگره استانی پیشگیری اولیه از اعتیاد، صص ۶۲-۶۴.
- طارمیان، بوالهروی، پیروی، & قاضی طباطبایی (۱۳۸۹). شیوع مصرف مواد در میان دانشجویان شهر تهران. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۳(۴)، ۳۴۲-۳۳۵.
- طباطبایی، امیر، حسنی، پرخیده، مرتضوی، حامد، طباطبایی‌چهر، محبوبه. (۱۳۹۲). راهبردهایی برای دقت علمی در تحقیقات کیفی. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی. ۱۳۹۲؛ ۵ (۳): ۶۷۰-۶۶۳.
- عابدی، حیدرعلی (۱۳۸۸). کاربرد روش تحقیق پدیده‌شناسی در علوم بالینی. فصلنامه راهبرد. ۱۹ (۵۴): ۲۲۴-۲۰۷.

- عباسی مقدم، مصطفی (۱۳۷۱)، نقش اسوه‌ها در تبلیغات و تربیت، چاپ اول، ناشر مرکز چاپ و نشر سازمان تبلیغات اسلامی.
- عطشان، ماهان، حسین رضایی‌نژاد، حسین وکیلی‌کیا و بهرامی‌خشنود، سعید (۱۳۹۶). تاثیر اعتیاد والدین بر فرزندان، چهارمین کنفرانس بین‌المللی نوآوری‌های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری، تهران، دانشگاه نیکان.
- عیسی‌نژاد، علی. (۱۳۹۶). بررسی کیفی راهکارهای مقابله‌ای فرزندان دارای والد معتاد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
- فرح‌بخش، کیومرث. (۱۳۸۹). پیشگیری از مصرف و سوءمصرف مواد روانگردان در دانشجویان دانشگاه‌ها. مجموعه مقالات منتخب ۳۰ کنگره استانی پیشگیری اولیه از اعتیاد، صص ۶۲-۶۴.
- فریدکیان، سیما. (۱۳۸۹). بررسی اختلال در کارکردهای خانواده و تأثیر آن بر اعتیاد فرزندان، فصلنامه علمی پژوهشی انتظام اجتماعی، سال دوم، شماره اول، ۱۷۲-۲۰۲.
- فیضی، ایرج و علی بابایی، یحیی و رحمتی، محمد مهدی (۱۳۸۹)، بررسی تأثیر خانواده، دوستان و محله بر مصرف مواد مخدر، ۱۳۲-۱۵۰ مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران، سال اول، شماره ۴، ۱۳۲-۱۵۰.
- قربانی، ابراهیم؛ اکبری، کریم و آقازاده، رحیم. (۱۳۹۳). تأثیر اعتیاد والدین در گرایش به اعتیاد و فرار از خانه فرزندان (مطالعه موردی: شهرستان ارومیه). فصلنامه مطالعات مبارزه با مواد مخدر، ۶(۲۲ و ۲۳)، ۳۳-۴۸.
- کاپلان، هارود و سادوک، بنیامین، خلاصه روانپزشکی، ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۹۳). تهران: ارجمند.
- کاظمیان، سمیه (۱۳۹۵). توانبخشی و مشاوره خانواده: مداخلات توانبخشی در بستر خانواده، انتشارات دانژه.
- کریمی، صلاح‌الدین؛ شریفیان ثانی، مریم و رفیعی، حسن. (۱۳۹۳). تجارب تاب‌آوری جوانان در برابر سوءمصرف مواد. دوماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۹(۴) ۲۲۲-۲۳۰.
- کریمیان، نگار؛ گذاری، محمود؛ برجعلی، احمد. (۱۳۹۰). اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر ارتقاء کیفیت زندگی و پیشگیری از عود مردان وابسته به مواد در مراکز اجتماع مدار شهرستان اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی شماره ۲، ۴۱-۵۴.
- کشاورز، محبوبه؛ قمرانی، امیر؛ باقریان، مرضیه؛ رضایی، امیرموسی. (۱۳۹۳). نقش پیش‌بین جهت‌گیری معنوی معتادان و اثر روانی خانواده‌های که دران‌ها درمان‌دگان در درمان اعتیاد، مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۲(۱) ۱۴۴-۱۵۳.
- گروسی، کاملیا و بهاری، فرشاد (۱۳۹۲). اعتیاد مشاوره و درمان (راهنمای تغییر رفتار اعتیادی در معتادان) گلا دینگ، ساموئل. (۲۰۱۴). خانواده درمانی (تاریخچه، نظریه و کاربرد) ترجمه: محسن رسولی و عزیزاله تاجیک اسماعیلی (۱۳۹۳)، تهران: انتشارات تزکیه.
- گلدنبرگ، ایرونه و گلدنبرگ، هربرت. (۱۹۹۹). خانواده درمانی. ترجمه حمیدرضا حسین شاهی براواتی، سیامک نقش‌بندی و الهام ارجمند (۱۳۹۲). تهران: نشر روان.
- گلستانی، مجتبی (۱۳۹۲). تجربه زیستی. آرمان، ۱۹ بهمن.
- گنجی، حمزه (۱۳۹۱). بهداشت روانی. تهران: انتشارات ارسباران.
- گنجی، مهدی. (۱۳۹۴). آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5. تهران: انتشارات ساوالان.

- محسن پور، مریم. (۱۳۹۱). بررسی اثرات اعتیاد سرپرست خانواده (پدر) بر کارکردهای خانواده، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده علوم اجتماعی.
- محسنی تبریزی، علیرضا (۱۹۳۹)، اتیولوژی و اپیدمیولوژی اعتیاد در خانواده‌های ایرانی: بررسی تأثیرات ساختار فامیلی بر رفتار اعتیادی فرزندان، مؤسسه پژوهش و برنامه ریزی آموزش عالی، مجلدات ۱، ۲، ۹ [۱۴].
- محسنی تبریزی، علیرضا (۱۳۸۳-۸۴)، اتیولوژی و اپیدمیولوژی اعتیاد در خانواده‌های تهرانی: بررسی تأثیرات ساختار فامیلی بر رفتار اعتیاد فرزندان، مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی، مجلدات ۱، ۲، ۳.
- مرادی پردنجانی، حجت‌الله؛ صادقی، ستار؛ (۱۳۹۳)، پدیدارشناسی؛ رویکردی فلسفی، تفسیری و روش شناختی به مطالعات کارآفرینی، مجله مطالعات روش‌شناسی دینی، سال اول - شماره ۲.
- مرتضوی، حامد؛ کاظمی، عمادالدین؛ محمدی، احسان و شمسی، علی. (۱۳۹۵). تاثیر اعتیاد والدین بر مدیریت رفتار اخلاقی و اجتماعی کودکان. دومین کنفرانس کارآفرینی، خلاقیت و نوآوری شیراز، دی ماه ۱۳۹۵، سیویلیکا.
- مرتضوی، سید حامد، کاظمی، سید عمادالدین موسی، قیومی محمدی، احسان و شمسی، علی. (۱۳۹۵). تأثیر اعتیاد والدین بر مدیریت رفتار اخلاقی و اجتماعی کودکان، مجله کارآفرینی، خلاقیت و نوآوری.
- منصوریان، یزدان (۱۳۹۳). بازتاب تجربه‌های زیسته در پژوهش. سخن هفته لیزنا، شماره ۱۹۲.
- موسوی، اشرف سادات (۱۳۹۰). خانواده درمانی، تهران، انتشارات دانشگاه الزهرا(س).
- مهران، قاسم؛ کلانتر هرمزی، آتوسا و فرحبخش، کیومرث. (۱۳۹۴). مقایسه آموزش مبتنی بر نظریه شناختی و راه حل محور بر کاهش هم وابستگی همسران معتادین، پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۶(۴)-۲۱۳-۲۴۱.
- نامه کارشناسی ارشد، رشته مشاوره خانواده، دانشگاه کردستان، چاپ نشده.
- نریمانی، محمد، علایی، سارا، حاجلو، نادر، ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۳). بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بین فرزندان افراد معتاد. مجله توسعه روستایی، دوره ششم، شماره ۱، صص ۱۰۸-۱۲۲.
- نریمانی، محمد؛ علایی، سارا؛ حاجلو، نادر و ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۳). بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی در فرزندان افراد معتاد. توسعه روستایی، ۶(۱)، ۱۲۲-۱۰۷.
- نصیری زرنندی، سعید؛ کرمی، ابوالفضل و وکیلی قاضی جهانی، محمد رضا. (۱۳۹۱). کژکارکردی خانواده و نقش آن در اعتیاد جوانان شهر زنجان، فصلنامه دانش انتظامی زنجان، سال اول، شماره ۴-۳۱-۵۵.
- نعمتی، معصومه. (۱۳۹۱). مطالعه رابطه گرایش به اعتیاد با زندگی نامه و نوع ارتباط با والدین در چرخه رشد جوانان ۲۰ تا ۴۰ سال در شهرستان کرج. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- نوری، ربابه، (۱۳۹۳). مروری بر عوامل‌های خطر خانوادگی در فرزندان والدین معتاد، فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، دوره اول، شماره ۱ و ۲، صص ۹-۲۸.
- نیازی، محسن؛ عسکری، اسما؛ نوروزی، میلاد؛ شریفی، احسان و متقی، زهره. (۱۳۹۵). مطالعه نوع اعتیاد والدین و تأثیر آن بر سلامت اجتماعی فرزندان. همایش ملی پیشگیری از اعتیاد، ۱۸ و ۱۹ اسفند ۱۳۹۵.
- وزیریان، محسن و مستشاری، گلاره. (۱۳۸۱). راهنمای درمان اعتیاد. تهران: پرشکوه.
- هاتفی شجاع، سمیه (۱۳۹۵). ویژگی‌های خانواده سالم و پایدار، دومین همایش ملی سبک زندگی و خانواده پایدار، تهران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران.

- هادی، ماریا (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی مشاوره گروهی آدلری بر تعارض و آشفتگی زناشویی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته مشاوره خانواده، دانشگاه کردستان، چاپ نشده.
- هومن، حیدرعلی، (۱۳۹۱)، راهنمای علمی فراتحلیل در پژوهش علمی. تهران: انتشارات سمت.
- الیاسی، فاطمه و رحمان عشریه، ۱۳۹۶، نقش والدین در تامین سلامت فرزندان (اجتماعی، روانی، معنوی)، دومین کنفرانس بین المللی مطالعات اجتماعی فرهنگی و پژوهش دینی، رشت، دانشگاه امام صادق (ع) پردیس خواهران.

Refrence

- Abd Halim M. H. (2010). Understanding the journey of recovering addicts. Paper presented at the Relapse Prevention Workshop, Feb 6, unpublished work.
- Adhalim, M.H., & Sabri, F. (2013). Relationship between defense mechanisms and coping styles among relapsing addicts. 3 rd Word Conference on psychology, Counseling and Guidance, 84 (1): 1829 – 1837.
- Afolabi, O.A (2014). Do self – Esteem and family relations predict prosocial behavior and social adjustment of fresh students? Higher education of social science, 7(1), 26-34.
- Agrawal, A., & Lynskey, M. T. (2008). Are there genetic influences on addiction: evidence from family, adoption and twin studies. *Addiction*, 103(7), 1069-1081.
- Ahmad, A., Khalique, N & Khan, Z. (2009). Analysis of substance abuse in male adolescents. *Iranian journal pediatric*, 19(4), 399-403
- Alexanderson, K., & Näsman, E. (2017). Children’s experiences of the role of the other parent when one parent has addiction problems. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 24(1), 32-39.
- Amato, P. R, 2010, "Research on divorce: Continuing trends and new developments", *Journal of Marriage & the family*, n. 72, p. 650-666.
- Amato, P.R, et al, 2005, "Parental Divorce, Marital Conflict, and Offspring Well-Being during Early Adulthood", *Social Forces*, n. 73, p. 895-915.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C. H., Perry, B. D., ... & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256(3), 174-186.
- Anderson, K. L.(2010).Conflict , and Violence in families. *Journal of marriage& the family*.72,726-742.
- Appleyard, K., Berlin, L. J., Rosanbalm, K. D., & Dodge, K. A. (2011). Preventing early child maltreatment: Implications from a longitudinal study of maternal abuse history, substance use problems, and offspring victimization. *Prevention Science*, 12(2), 139-149.

- Arenas , M.L. & Greif, G.L. (2000). Issues of fatherhood and recovery for V.A. substance abuse patients. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32:339-41
- Arria, A. M., Mericle, A. A., Meyers, K., & Winters, K. C. (2012). Parental substance use impairment, parenting and substance use disorder risk. *Journal of substance abuse treatment*, 43(1), 114-122.
- Bacon G. F. I. (2014). An Exploration of The Experieoe of codependency Through Interpretative Phenomenological Analysis A thesis submitted for the degree of Doctor of Philosophy.College of Health and Life Sciences Brunel University August
- Barnow, S., Schuckit, M. A., Lucht, M., John, U., & Freyberger, H. J. (2002). The importance of a positive family history of alcoholism, parental rejection and emotional warmth, behavioral problems and peer substance use for alcohol problems in teenagers: a path analysis. *Journal of studies on alcohol*, 63(3), 305-315.
- Beirut, L. J., Dinwiddie he, S., Begetter, H., Crowe, R. R., & Hesselbrock, V. (1999). Familial transmission of substance dependence: Alcohol, Marijuana, Cocaine and habitual smoking: a report from the collaborative study on the genetics of alcoholism. *Journal of Arch Gen Psychiatry*, 55(11): 982 988.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., & Méndez, E. (2013). Chronic childhood adversity and stages of substance use involvement in adolescents. *Drug and alcohol dependence*, 131(1-2), 85-91.
- Bernal Roldan,B., Galera S.A.& O'Brien,B. (2006). Perception of the mothering role of women who live in a context of drugs and violence. *Review of Latin American Enfermagem*, 13,1118-26.
- Bist, S & Gera, M (2015). Role of parental involvement in adjustment of children with learning disability. *International journal on recent trends in life science and mathematics*, 2(2), 7-10.
- Bortolon, C. B., Signor, L., Moreira, T. D. C., Figueiró, L. R., Benchaya, M. C., Machado, C. A., ... & Barros, H. M. T. (2016). Family functioning and health issues associated with codependency in families of drug users. *Ciencia & saude coletiva*, 21(1), 101-107.
- Bos, H.M.W; Balen, F.V & Van denboom, D.C (2007). Child adjustment and parenting in planned lesbian-parent families. *American journal of orthopsychiatry*, 77(1), 38-48.
- Brennan, R. (2013) The effects of parental drug addiction on the child. *Drug Use and Abuse: Signs/Symptoms, Physical and Psychological Effects and Intervention*
- Britton, P. C. (2004). The relation of coping strategies to alcohol consumption and alcohol-related consequences in a college sample. *Addiction Research & Theory*, 12 (1): 103-114.
- Britton, P. C. (2004). The relation of coping strategies to alcohol consumption and alcohol-related consequences in a college sample. *Addiction Research & Theory*, 12 (1): 103-114.
- Broglie, MS. (٢٠١٤). Wards more effective public health programming for injection drug users: Development, Evaluation and Application of the injection drug user

quality of life scale department of epidemiology and biostatics MS Gill University, Montreal, Quebec.

- Bröning, S., Kumpfer, K., Kruse, K., Sack, P. M., Schaunig-Busch, I., Ruths, S., ... & Thomasius, R. (2012). Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 7(1), 23.
- Bröning, S., Wiedow, A., Wartberg, L., Ruths, S., Haevelmann, A., Kindermann, S. S., ... & Thomasius, R. (2012). Targeting children of substance-using parents with the community-based group intervention TRAMPOLINE: A randomised controlled trial-design, evaluation, recruitment issues. *BMC public health*, 12(1), 223.
- Capaldi, L. (2008). The relationship between parental substance abuse and tie effects on young children. Social Work Students Papers. Providence College Rhode Island.
- Carroll, K. M., Ball, S. A., Martino, S., Nich, C., Babuscio, T. A., Nuro, K. F., ... & Rounsaville, B. J. (2008). Computer-assisted delivery of cognitive-behavioral therapy for addiction: a randomized trial of CBT4CBT. *American Journal of Psychiatry*, 165(7), 881-888.
- Chassin, L., Flora, D. B., & King, K.M. (2004). Trajectories of alcohol and drug use and dependence from adolescence to adulthood: The effects of familial alcoholism and personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(4), 483-498
- Clark, H. K., Shamblen, S. R., Ringwalt, C. L., & Hanley, S. (2012). Predicting high risk adolescents' substance use over time: The role of parental monitoring. *The journal of primary prevention*, 33(2-3), 67-77.
- Corbin, W. R., Farmer, N. M., Hoekesma, S. N. (2013). Relations among stress, coping strategies, coping motives, alcohol consumption and related problems: A mediated moderation model Addictive Behaviors. *Addict Behave*, 38 (4) 1912–1919.
- Deepshikha, R & Bhanot, S (2011). Role of family environment on socio-emotional adjustment of adolescent girls in rural areas of eastern uttar paradesh. *Journal of psychology*, 2(1), 53-56.
- Desforges, C & Abouchar, A (2003). The impact of parental involvement, parental support and family education on pupil achievements and adjustment: a literature review. London, England: Department for education and skills.
- DiLeone, R. J., Taylor, J. R., & Picciotto, M. R. (2012). The drive to eat: comparisons and distinctions between mechanisms of food reward and drug addiction. *Nature neuroscience*, 15(10), 1330-1335.
- Ellis, D.A., Zucker, R.A., & Fitzgerald, H.E. (1997). The role of family influences in development and risk. *Alcohol Health Research World*, 21: 218-26.
- Etz, D. E., Robertson, E. B., & Ashery, R. S. (1998). Drug abuse prevention through family based interventions: Future research. In: R. S. Ashery, E. B. Robertson & Kumpfer, K. L. (Eds.). *Drug Abuse Prevention through Family Intervention*. Rockville: National Institute of Drug Abuse.

- Fang, S. Y., Huang, N., Tsay, J. H., Chang, S. H., & Chen, C. Y. (2018). Excess mortality in children born to opioid-addicted parents: A national register study in Taiwan. *Drug & Alcohol Dependence*, 183, 118-126.
- Farmer, N. M., Corbin, W. R Hoekesma, S. N. (2013). Relations among stress, coping strategies, coping motives, alcohol consumption and related problems: A mediated moderation model *Addictive Behaviors*. *Addict Behave*, 38 (4) 1912-1919.
- Fuller, B. E., Chermack, S. T., Cruise, K. A., Kirsch, E., Fitzgerald, H. E., & Zucker, R. A. (2003). Predictors of aggression across three generations among sons of alcoholics: relationships involving grandparental and parental alcoholism, child aggression, marital aggression and parenting practices. *Journal of Studies on Alcohol*, 64(4), 472-483.
- Galera,S.A., Bernal Roldan, M.C., & O'Brien, B. (2005). Women living in a drug (and violence) context-The maternal role. *Review of Latin American Enfermagem*, 13:1142-7.
- Gouse, H., Magidson, J. F., Burnhams, W., Remmert, J. E., Myers, B., Joska, J. A., & Carrico, A. W. (2016). Implementation of cognitive-behavioral substance abuse treatment in Sub-Saharan Africa: Treatment engagement and abstinence at treatment exit. *PloS one*, 11(1), e0147900.
- Gue, J., Hawkins, J.D., Hill, K. G. & Abbott, R.D.(2001). Childhood and adolescent predictors of alcohol abuse and dependence in young adulthood. *Journal of Studing Alcohol*, 62: 754-62.
- Habil, M. H., Rasid, R. A., Sulaiman, A. H., Peters, H., Muhsin, M., Zahari, A., Amer nordin, A. S., Zakaria, H., Robson, N., Said, M. A., Adham, A. A., Abdul Rahim, A & Abdul Kadir, R. (2010). Substance abuse and violence behavior. *International journal of addiction sciences*, 1(1), 1-5.
- Haskett, M.E & Willoughby, M (2006). Paths to child social adjustment: parenting quality and children's processing of social information. *Child:care, health and development*, 33(1), 67-77
- Haskett, M.E & Willoughby, M (2006). Paths to child social adjustment: parenting quality and children's processing of social information. *Child:care, health and development*, 33(1), 67-77.
- Hawley, N.P., & Brown E.L. (1991). The use of group treatment with children of alcoholics
- Hayatbakhsh, M. R., Najman, J. M., Jamrozik, K., Mamun, A. A., & Alati, R. (2006). Do parents' marital circumstances predict young adults' DSM-IV cannabis use disorders? A prospective study. *Addiction*, 101(12), 1778-1786.
- Hogan, D.M. (2003). Parenting beliefs and practices of opiate-addicted parents: concealment and taboo. *European Addiction Research*, 9:113-9.
- Hyman, S. E., Malenka, R. C., & Nestler, E. J. (2006). Neural mechanisms of addiction: the role of reward-related learning and memory. *Annu. Rev. Neurosci.*, 29, 565-598.

- Institute of Medicine and National Research Council, 2013
- Jędrzejczak, M. (2005). Family and environmental factors of drug addiction among young recruits. *Military medicine*, 170(8), 688.
- Juliana, P., & Goodman, C. (2005). In: Lowinson, J. H. Ruiz, P., Millman, R. B. Langrod, J.G. Substance abuse, Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Juliana, P., & Goodman, C. (2005) .In: Lowinson, JH., Ruiz, P., Millman, R.B., Langrod, children of substance abusing parents
- Kavas, S.(2010). Post Divorce Experience of Highly Educated and Professional Women. A Phd Thesis, School of Social Sciences Department of Sociology, Middle East Technical University.
- Knight, D. K., Broome, K. M., Cross, D. R., & Simpson, D. D. (1998). Antisocial tendency among drug-addicted adults: Potential long-term effects of parental absence, support, and conflict during childhood. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 24(3), 361-375.
- Koshan Mohsen, VagheiSaeid. (2013). Psychiatric Nursing: Mental Health 1. Edit 2. Tehran: Andyshe Rafi.
- Kring, A. M., Persons, J. B., & Thomas, C. (2007). Changes in affect during treatment for depression and anxiety. *Behaviour research and therapy*, 45(8), 1753-1764.
- Kumpfer, K. L. (2014). Family-based interventions for the prevention of substance abuse and other impulse control disorders in girls. *ISRN Addiction*, 2014.
- Kumpfer, K.L. (2014). Family-based interventions for the prevention of substance abuse and other impulsive control disorder in girls. *ISRN Addiction*. Hindawi publishing.
- Kumpfer, K.L., Pinyuchon, M., Teixeira A., deMelo, A., & Whiteside, H.O. (2008). Cultural adaptation process for international dissemination of the Strengthening Families Program. *Evaluation & Health Professions*, 31: 226-239.
- Lai, K (2013). Impact of family relationship of B.E.D students on their adjustment. *American international journal of research in humanities, arts and social sciences*, 5(1), 49-53.
- Le Moal, M., & Koob, G. F. (2007). Drug addiction: pathways to the disease and pathophysiological perspectives. *European Neuropsychopharmacology*, 17(6), 377-393.
- Lusi, A., Daspett, C., Tabosahorta, J., & Stefaninimaria, R. (2016). Experience and coping strategies in relatives of addicts. *Addiction Journal*. 69 (6): 414.
- Malka, M., Huss, E., Bendarker, L., & Musai, O. (2017). Using photovoice with children of addicted parents to integrate phenomenological and social reality. *The Arts in Psychotherapy*.
- Merikangas, K.R., Dierker, L. & Fenton, B. (1998). Familial factor and substance abuse: Implications for prevention. In: R.S. Ashery, E.B. Robertson & Kumpfer, K.L. (Eds.). *Drug Abuse Prevention Through Family Intervention*. Rockville: National Institute of Drug Abuse.

- Miller, E. K., & Cohen, J. D. (2001). An integrative theory of prefrontal cortex function. *Annual review of neuroscience*, 24(1), 167-202.
- Mohanraj, R & Latha, A (2005). Perceived family environment in relation to adjustment and academic achievement. *Journal of the indian academy of applied psychology*, 31(1,2), 18-23.
- National Institute on drug abuse. (2016). Understanding drug use and addiction. <https://www.drugabuse.gov/>
- Nazari AM, Asadi M. (2011). [The effectiveness of cognitive group therapy on decreasing depression among high school students]. *Knowledge & Health*; 6(1):44–48. (In Persian). *of CBT. Am J Psychiatry*. 165(7): 881- 8.
- Nichols, M. P. (2011). *The essentials of family therapy* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon
- Nooripour, R., ZadeMohammadi, A., Dastras, M & Sargolzai, M. (2014). The Effectiveness of Life Skills Training on Enhancement of Self-Esteem and Marital Satisfaction among Addicts in Treatment
- *Period. Research on Addiction Quarterly Journal of Drug Abuse*, 8(29), 31-39.
- Pinheiro, R.T., Pinheiro, K.A., Magalhaes, P.V., Horta, B.L., da Silva, R.A., Sousa, P.L. & Fleming, M. (2006). Cocaine addiction and family dysfunction: A case-control study in southern Brazil. *Substance Use and Misuse*, 41, 307-16.
- Pinheiro, R.T., Pinheiro, K.A., Magalhaes, P.V., Horta, B.L., da Silva, R.A., Sousa, P.L. & Fleming , M. (2006). Cocaine addiction and family dysfunction: A case-control study in southern Brazil. *Substance Use and Misuse*, 41, 307-16.
- Rahimian, I., Tabatabaee, M & Tosi, J. (2014). Attitude to substance abuse: do personality and socio-demographic factors matter? *International journal of high risk behavior addict*, 3(3), 1-11
- Ramaprabou, V (2014). The effect of family environment on the adjustment patterns of adolescents. *International journal of current research and academic review*, 2(10),25-29.
- Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, J., ... & Ireland, M. (1997). Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Jama*, 278(10), 823-832.
- Rolls, E. T. (2004). The functions of the orbitofrontal cortex. *Brain and cognition*, 55(1), 11-29.
- Russel Aberlour, *Children living with parental substance use*, 2006
- Russel Aberlour. (2006) *Children living with parental substance use*.
- Sadock, B. J. Sadock, V.A & Ruiz, P. (2015). *Synopsis Of psychiatry Behavioral Sciences Clinical Psychiatry*. New York.
- Sahraian, A., Sharifian, M., Omidvar, B & Javadpour, A (2010). Prevalence of substance abuse among the medical students in southern iran. *Shiraz Emedical journal*, 11(4), 198-202.

- Salehi, M., Mirebrahimi, N. B., & Jahazi, A. (2014). General health of beta-thalassemia major patients in Gorgan, Iran. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, 16(1), 120-125.
- Sartor, C.E., Lynskey, M.T, Heat, A.C., Jacob, T., & True, W. (2007). The role of childhood risk factors in initiation of alcohol use and progression to alcohol dependence. *Addiction*, 102: 216-25.
- Shannon, J.B. (2009). *Child abuse: Sourcebook*. New York: Omnigraphics, Inc.
- Shen, S. A., Locke-Wellman, J., & Hill, S. Y. (2001). Adolescent alcohol expectancies in offspring from families at high risk for developing alcoholism. *Journal of studies on alcohol*, 62(6), 763-772.
- Shiu, A, et al, 2003, "Development of a reliable and valid Chinese version of the diabetes empowerment scale, *Diabetes Care*, n. 26, p. 17-21.
- Shojae, F.S; Afrooz, G.A & Baghdasarians, A (2014). Social adjustment of children and degree of marital satisfaction of parents. *Bulletion of environment, pharmacology and life sciences*, 3(2), 276-279.
- Simantov, E., Schoen, C., & Klein, J. D. (2000). Health-compromising behaviors: why do adolescents smoke or drink?: identifying underlying risk and protective factors. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 154(10), 10
- Starbuck, G. H. (2001, April). Is there a post-industrial family form? An exploration using global data. In *43rd Annual Conference of the Western Social Science Association*. Retrieved June (Vol. 6, p. 2005).
- Straussner, S. L. A. (1994). The impact of alcohol and other drug abuse on the American family. *Drug and Alcohol Review*, 13, 393–399.
- Straussner, S. L. A., & Fewell, C. H. (Eds.). (2011). *Children of substance-abusing parents: Dynamics and treatment*. Springer Publishing Company.
- Thompson, R. G., Lizardi, D., Keyes, K. M., & Hasin, D. S. (2008). Childhood or adolescent parental divorce/separation, parental history of alcohol problems, and offspring lifetime alcohol dependence. *Drug and alcohol dependence*, 98(3), 264-269.
- Thompson, R., Lindsey, M. A., English, D. J., Hawley, K. M., Lambert, S., & Browne, D. C. (2007). The influence of family environment on mental health need and service use among vulnerable children. *Child welfare*, 86(5), 57.
- Thompson,jr. Ronald.G.Lizardi, D.(2008). *Children or adolescent parental divorce/separation, parental history of alcohol problems, and offspring lifetime alcohol dependence: department of psychiatric new york state*.
- Ulker, A.(2010). Mental health and life satisfaction of young Australians: The role of family background. *Australian Economic Papers*: 2,199,218.
- US Department of Health and Human Services. (2009). *Protecting children in families affected by substance use disorders*. Retrieved October, 15, 2012.
- US Department of Health and Human Services. (2009). *Protecting children in families affected by substance use disorders*. Retrieved October, 15, 2012.

- Van Ryzin, M. J., Fosco, G. M., & Dishion, T. J. (2012). Family and peer predictors of substance use from early adolescence to early adulthood: An 11-year prospective analysis. *Addictive behaviors*, 37(12), 1314-1324.
- Velleman, R. D., Templeton, L. J., & Copello, A. G. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug and alcohol review*, 24(2), 93-109.
- Velleman, R., & Templeton, L. J. (2016). Impact of parents' substance misuse on children: an update. *BJPsych Advances*, 22(2), 108-117.
- Walsh, C., MacMillan, H., & Jamieson, E. (2003). The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: Findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse and Neglect*, 27: 1409-25.
- Warner, L. A., & White, H. R. (2003). Longitudinal effects of age at onset and first drinking situations on problem drinking. *Substance use & misuse*, 38(14), 1983-2016.
- West, R., & Brown, J. (2013). *Theory of addiction*. John Wiley & Sons.
- Willms, J. D. *Vulnerable Children: Findings from Canada's National Longitudinal Survey of Children and Youth*. 2002. Edmonton: University of Alberta Press Google Scholar.
- Wlodarczyk, O., Schwarze, M., Rumpf, H. J., Metzner, F., & Pawils, S. (2017). Protective mental health factors in children of parents with alcohol and drug use disorders: A systematic review. *PloS one*, 12(6), e0179140.
- Wood, D.S. (۱۵۹۹). Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where we going? *Journal of Clinical Epidemiology*, ۵۲'۳۵۵-۳۶۳
- Yadav, G. (2017). *Parenting and Healthy Family Structure*. RED'SHINE Publication. Pvt. Ltd..
- Yearing, B. (2002). *Codependency: Its relationship to alcohol and family-of-origin dynamics*. Submitted in Partial Fulfillment Of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy Seton Hall University.
- Zupancic, M & Kavcic, T (2011). Factors of social adjustment to school: child's personality, family and pre-school. *Early child development and care*, 181(4), 493-504.
- Darie Nadina, (2014). *Child's exposures to emotional neglect in drug users families: The 6th International Conference Edu World 2014 "Education Facing Contemporary World Issues"*, 7th - 9th November.
-
- US Department of Health and Human Services. (2009). *Protecting children in families affected by substance use disorders*. Retrieved October, 15, 2012.
- McKeganey, N., Barnard, M., & McIntosh, J. (2002). Paying the price for their parents' addiction: meeting the needs of the children of drug-using parents. *Drugs: education, prevention and policy*, 9(3), 233-246.

تعهدنامه

اینجانب معصومه بیگلری مجری پایان نامه با عنوان بررسی تجارب زیسته و عوامل آسیب پذیری فرزندان دارای والد معتاد متعهد می شوم از ارائه هرگونه اطلاعات مربوط به پایان نامه (در حین اجرا یا پس از اجرا) اجتناب نموده و قبل از اقدام، هماهنگی لازم را با دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری، انجام و نسبت به کسب مجوز کتبی از دفتر یادشده با هماهنگی دبیرخانه شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان مبادرت نمایم.

نام و نام خانوادگی دانشجو

امضا

پیشنهادات کاربردی

- بهره‌گیری مشاوران و روان‌درمانگران از یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر در برخورد با فرزندان دارای والد معتاد
- تدوین برنامه‌های آموزشی، پیشگیرانه و درمانی توسط مشاورین و روان‌درمانگران جهت برخورد مطلوب‌تر و به دور از هرگونه آسیب با بحران اعتیاد والدین.
- تهیه برنامه آموزشی مبتنی بر یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر در مدارس و آموزش آنها به فرزندان دارای والدین معتاد جهت داشتن برخوردی مطلوب‌تر با اعتیاد والدین و کاهش آسیب-پذیری خویش در این زمینه.
- تدوین، بحث و بررسی در زمینه سیاست‌گذاری‌های مرتبط برای شناسایی هرچه سریع‌تر نوجوانان دارای والدین مصرف‌کننده