

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد آزادشهر

دانشکده علوم انسانی، گروه علوم اجتماعی
پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد
جامعه‌شناسی

عنوان:

بررسی شرایط زندگی و عوامل آسیب پذیر فرزندان دارای والدین معتاد

در شهرستان گالیکش

استاد راهنما

دکتر آذر اسکندری چراتی

دانشجو

روح اله کوهی

بهار ۱۳۹۸

این پایان نامه با حمایت مادی و معنوی دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور ریاست جمهوری انجام گرفته است .

تقدیر و تشکر از:

سپاس بیکران از اساتید بزرگوام در طول تمام دوران تحصیلی

به خصوص سرکار خانم دکتر آذر اسکندری که زحمات فراوانی برای اینجانب در مقطع کارشناسی

ارشد نمودند، دارم.

فهرست مطالب

عنوان

صفحه

چکیده	۱
فصل اول: کلیات تحقیق	۲
۱-۱- مقدمه	۳
۲-۱- بیان مسئله	۳
۳-۱- اهمیت و ضرورت تحقیق	۵
۴-۱- اهداف تحقیق	۶
۵-۱- سؤالات تحقیق	۷
۶-۱- فرضیه‌های تحقیق	۷
۷-۱- نوع روش تحقیق	۸
۸-۱- قلمرو تحقیق	۸
۹-۱- تعاریف متغیرها	۸
فصل دوم: ادبیات و پیشینه تحقیق	۹
۱-۲- مقدمه	۹
۱-۲-۲- انواع مواد مخدر	۱۴
۲-۲-۲- تاریخچه اعتیاد در ایران و جهان	۱۵
۳-۲-۲- علل اعتیاد از نظر فریمان	۲۰
۱-۳-۲-۲- دیدگاه چاپین	۲۱
۲-۳-۲-۲- دیدگاه کلمن	۲۱
۴-۲-۲- ماهیت مواد مخدر	۲۲
۳-۲-۳-۲- علل گرایش به اعتیاد	۲۳
۱-۳-۲-۲- عوامل فردی	۲۴

- ۲۵.....۳-۳-۲- علل اجتماعی
- ۲۶.....۴-۳-۲- علل جغرافیایی
- ۲۶.....۵-۳-۲- علل سیاسی
- ۲۶.....۴-۲- کیفیت زندگی معتاد
- ۲۷.....۵-۲- نقش خانواده در گرایش فرزندان به اعتیاد
- ۳۰.....۱-۵-۲- خانواده های آسیب زا
- ۳۰.....۱-۱-۵-۲- مشکلات عاطفی
- ۳۱.....۲-۱-۵-۲- عدم حمایت
- ۳۱.....۳-۱-۵-۲- طلاق و جدایی
- ۳۱.....۴-۱-۵-۲- عادی شدن مصرف مواد
- ۳۲.....۵-۱-۵-۲- وراثت
- ۳۲.....۶-۲- اعتیاد و ارتباط آن با شیوه های فرزند پروری والدین
- ۳۸.....۷-۲- دیدگاه نظری و تئوریک اعتیاد
- ۳۸.....۱-۷-۲- علل زیست شناختی مستعد کننده اعتیاد
- ۳۹.....۲-۷-۲- علل روان شناختی مستعد کننده اعتیاد
- ۳۹.....۳-۷-۲- علل اجتماعی مستعد کننده اعتیاد
- ۴۰.....۴-۷-۲- علل معناشناسی - فلسفی
- ۴۰.....۵-۷-۲- رویکرد سوء مصرف مواد
- ۴۱.....۸-۲- پیامدها و عوارض مصرف مواد مخدر
- ۴۲.....۱-۸-۲- عوارض جسمانی
- ۴۳.....۲-۸-۲- عوارض روانی
- ۴۳.....۳-۸-۲- عوارض اجتماعی
- ۴۴.....۹-۲- آثار سوء مصرف مواد در کودکان دارای والد معتاد
- ۴۵.....۱۰-۲- نقش خانواده در گرایش به اعتیاد

۵۰	۱۱-۲- پیشینه تحقیق.....
۵۴	۱۲-۲- مدل تحقیق.....
۵۵	فصل سوم : روش تحقیق
۵۶	۱-۳- مقدمه.....
۵۷	۲-۳- روش تحقیق.....
۵۷	۳-۳- جامعه آماری.....
۵۸	۴-۳- حجم نمونه و روش نمونه گیری.....
۵۸	۵-۳- روش جمع آوری اطلاعات.....
۵۹	۶-۳- متغیرهای تحقیق.....
۶۰	۷-۳- روایی و پایایی.....
۶۲	۸-۳- روش تجزیه و تحلیل داده ها.....
۶۲	۱-۸-۳- روش آمار توصیفی.....
۶۲	۲-۸-۳- روش آمار استنباطی.....
۶۳	۹-۳- خلاصه فصل.....
۶۴	فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها
۶۵	۱-۴- مقدمه.....
۶۶	۲-۴- تجزیه تحلیل مربوط به ویژگی های جمعیت شناختی نمونه آماری.....
۶۶	۱-۲-۴- جنسیت.....
۶۷	۲-۲-۴- تاهل.....
۶۸	۳-۲-۴- سن.....
۶۹	۴-۲-۴- شغل.....
۷۰	۵-۲-۴- مدت زمان دچار پدیده اعتیاد.....
۷۱	۳-۴- توصیف متغیرهای پژوهش.....
۷۲	۴-۴- آزمون چولگی و کشیدگی متغیرهای تحقیق.....

۷۴	.....	۵-۴-آزمون نرمالینه
۷۵	.....	۶-۴-فرضیه های تحقیق
۸۲	.....	فصل پنجم : نتیجه گیری و پیشنهادات
۸۲	.....	۱-۵-مقدمه
۸۳	.....	۲-۵-خلاصه نتایج تحقیق
۸۵	.....	۴-۵-پیشنهادات کاربردی تحقیق
۸۶	.....	۵-۵-پیشنهادات جهت استفاده محققان آینده
۸۷	.....	۶-۵-محدودیت های تحقیق
۸۸	.....	منابع تحقیق
۹۴	.....	پرسشنامه تحقیق
۹۹	.....	پیوست آماری

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۵۹	جدول ۳-۱: امتیازدهی بر اساس طیف لیکرت.....
۶۱	جدول ۳-۲: ابعاد و سؤالات پرسشنامه نگرش شهروندان.....
۶۶	جدول ۴-۱: توصیف نمونه آماری بر حسب جنسیت.....
۶۷	جدول ۴-۲: توصیف نمونه آماری بر حسب تاهل.....
۶۸	جدول ۴-۳: توصیف نمونه آماری بر حسب سن.....
۶۹	جدول ۴-۴: توصیف نمونه آماری بر حسب شغل.....
۷۰	جدول ۴-۵: توصیف نمونه آماری بر حسب مدت زمان اعتیاد.....
۷۳	جدول ۴-۷: نتایج حاصل از آزمون چولگی و کشیدگی متغیرهای تحقیق.....
۷۴	جدول ۴-۸: نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف متغیرهای تحقیق.....
۷۶	جدول ۴-۱۰: نتایج آزمون واریانس بین شغل والدین بر گرایش به اعتیاد.....
۷۷	جدول ۴-۱۱: نتایج آزمون واریانس بین عوامل خانوادگی بر گرایش به اعتیاد.....
۷۷	جدول ۴-۱۲: نتایج آزمون واریانس بین محیط فرهنگی بر گرایش به اعتیاد.....
۷۸	جدول ۴-۱۳: نتایج آزمون واریانس بین محیط اجتماعی بر گرایش به اعتیاد.....
۷۸	جدول ۴-۱۴: نتایج آزمون واریانس بین عوامل روانی بر گرایش به اعتیاد.....
۷۹	جدول ۴-۱۵: نتایج آزمون واریانس بین عوامل رفتاری بر گرایش به اعتیاد.....
۸۰	جدول ۴-۱۶: نتایج آزمون رگرسیون چندگانه بین عوامل آسیب پذیر و گرایش به اعتیاد.....
۸۰	جدول ۴-۱۷: ضرایب رابطه خطی بین عوامل آسیب پذیر و گرایش به اعتیاد.....
۸۳	جدول ۵-۱: خلاصه نتایج تحقیق.....

فهرست اشکال

صفحه

عنوان

شکل ۵-۱: ضرایب تأثیر متغیرها ۸۵

فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
۶۶	نمودار شماره ۱-۴: وضعیت پاسخ دهندگان بر حسب جنسیت.....
۶۷	نمودار شماره ۲-۴: وضعیت پاسخ دهندگان بر حسب تاهل.....
۶۹	نمودار شماره ۳-۴: وضعیت پاسخ دهندگان بر حسب سن.....
۷۰	نمودار شماره ۴-۴: وضعیت پاسخ دهندگان بر حسب شغل.....
۷۰	نمودار شماره ۵-۴: وضعیت پاسخ دهندگان بر حسب مدت زمان اعتیاد.....

چکیده

اگر نیم نگاهی به پیامدها و عوارض اعتیاد به مواد مخدرّ بیندازیم خواهیم دید که پیامدهای اعتیاد جامعه، فرد و خانواده را از نظر اقتصادی، اجتماعی، روانی و جسمی در برمی گیرد. این مطالعه با رویکرد تحلیلی توصیفی از نوع همبستگی به بررسی شرایط زندگی و عوامل آسیب پذیر فرزندان دارای والدین معتاد در شهرستان گالیکش می-پردازد، جامعه مورد بررسی کلیه اعضای خانواده های معتاد که شناسایی شده اند، می باشد که حدود ۱۰۰۰ نفر در نظر گرفته شده است و نمونه آماری بر مبنای فرمول کرچسی و مورگان برابر ۲۷۸ نفر می باشد. برای گردآوری داده های لازم از پرسشنامه و برای تعیین روایی و پایایی آن از پیش آزمون استفاده شده است. برای سنجش روایی پرسشنامه از روش محتوایی و برای تعیین پایایی از روش محاسبه آلفای کرونباخ استفاده شده است. نتایج حاصل از تحلیل آماری توسط نرم افزار SPSS نشان داد که: شغل والدین، عوامل خانوادگی، محیط فرهنگی، محیط اجتماعی، عوامل روانی و عوامل رفتاری بر گرایش به اعتیاد افراد در خانوار دارای معتاد شهرستان گالیکش تأثیر معنی داری دارد.

کلمات کلیدی: شرایط زندگی، اعتیاد، مواد مخدر، گالیکش.

فصل اول

کلیات تحقیق

۱-۱- مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر یک معضل چندوجهی است و برای مقابله با آن باید به تمامی ابعاد آن توجه خاص مبذول گردد و حقیقت این است که فرد معتاد علاوه برداشتن بیماری جسمی دچار اختلالات شخصیتی، روانی و ناهنجاری‌های رفتاری و اجتماعی و اعمال بزهکارانه این افراد در بیشتر مواقع به صورت ناخودآگاه در جامعه روی می‌دهد و مهمترین تأثیر منفی را بر روی خانواده خود می‌گذارد.

موضوع مورد پژوهش این مطالعه، بررسی شرایط زندگی و عوامل آسیب پذیر فرزندان دارای والدین معتاد در شهرستان گالیکش می‌باشد که در پنج فصل تدوین شده است، در این فصل کلیات پژوهش شامل بیان مسئله، اهداف پژوهش، اهمیت و ضرورت و ... بیان می‌شود؛ و فصل دوم پژوهش از دو بخش تشکیل شده است، در بخش اول مبانی نظری پژوهش و در بخش دوم، پژوهش‌های انجام شده در ارتباط با این موضوع مطالعه آورده شده است. در فصل سوم پژوهش، روش انجام پژوهش ارائه می‌گردد که شامل روش پژوهش، جامعه و نمونه آماری، قلمرو پژوهش، اهداف پژوهش، فرضیات پژوهش، نحوه‌ای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش و آزمون‌های مورد استفاده در پژوهش بیان شده است. در فصل چهارم پژوهش به تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده و آزمون فرضیات پرداخته شده است و در نهایت در فصل پنجم پژوهش به خلاصه و نتیجه‌گیری پژوهش، جمع‌بندی یافته‌های پژوهش و ارائه پیشنهادها پرداخته شده است.

۱-۲- بیان مسئله

از مهم ترین عوارض جسمی اعتیاد به مواد مخدر می‌توان به ناراحتی های عصبی، بی‌اشتهایی، اضطراب، ریزش مکرر آب از بینی و چشم، ناراحتی عضلانی و فشار شدید در ستون فقرات، لاغر شدن و مانند آن اشاره کرد (نیازی و همکاران، ۱۳۹۵)، در گستره اقتصادی برخی پیامدهای ناشی از اعتیاد به مواد مخدر عبارتند از: بیکاری، ضعف

مالی در ازای خرید و مصرف مواد، لطمه به اقتصاد و جامعه و خانواده؛ اما عوارض روانی و شخصیتی ناشی از اعتیاد به مواد مخدر فراوانند، از جمله: ضعف اراده، بی توجهی به مسئولیت های فردی، ضعف شخصیت، ضعف عاطفه، عصبی بودن، به هم خوردن تعادل روانی، شخصیت نامتعادل و متزلزل، و ضعف اعتماد به نفس (عبدالمالکی و همکاران، ۱۳۹۵).

نوری (۱۳۹۳) در مطالعه ای با عنوان مروری بر عاملهای خطر خانوادگی در فرزندان والدین معتاد نشان داد که خانواده های فرزندان مصرف کننده مواد و الکل به دلیل مختلف ژنتیک، عامل های اختصاصی خانواده های مصرف کننده و همچنین عاملهای خطر خانوادگی عام در معرض ابتلا به اعتیاد یا سایر آسیب های روانی-اجتماعی قرار دارند (ظروفی و همکاران، ۱۳۹۵).

از سویی، نقش بنیادین والدین در تحکیم پایه های خانواده غیرقابل تردید است. پدر به عنوان سرپرست و مادر به عنوان بنیان خانواده، برای فرزندان به عنوان الگو شناخته می شوند. فرزندان با توجه به رفتارهای والدین، مسئولیت پذیری، اجتماعی بودن، چگونگی ارتباطات خانوادگی، مدیریت در مسائل مختلف اقتصادی، خانوادگی و اجتماعی را می آموزند و پس از تشکیل خانواده به همان شیوه سعی در اداره ی امورشان خواهند داشت. بنابراین یک خانواده ی سالم باید دارای اعضای سالم و روابطی سالم میان این اعضا باشد و هرگونه مشکل و اختلالی در این زمینه می تواند بستری برای انحرافات روحی و جسمی فرزندان و سایر اعضای خانواده شود (نیازی و همکاران، ۱۳۹۵)، بی شک علل و عوامل بسیاری در سلامت و عدم سلامت یک خانواده مؤثر هستند و اعتیاد یکی از مخرب ترین عوامل فروپاشی خانواده ها است. اعتیاد پدر خانواده به عنوان تکیه گاه مادر و فرزندان، و اعتیاد مادر به عنوان بنیان خانواده و رأس قدرت عاطفیف سلامت جسمی و روانی ایشان را به شدت تهدید می کند (عبدالمالکی و همکاران، ۱۳۹۵).

آمارها نشان می دهند، در خانواد هایی که پدر خانواده معتاد است، احتمال آلودگی فرزندان و حتی مادر خانواده به مواد مخدر بسیار بالاتر از خانواده هایی است که پدر معتاد نمی باشد. علاوه بر این اعتیاد پدر موجب بروز بیماری های روانی در مادر و فرزندان شده و سلامت روانی خانواده را به شدت تهدید می کند (ابراهیمی ثانی و همکاران، ۱۳۹۶). همچنین از آنجا که مصرف کنندگان مواد مخدر اغلب رفتارهای ناسازگارانه و نامتناسبی مانند دروغگویی، دزدی، بی توجهی، پرخاشگری، خشونت، عدم مسئولیت پذیری و ... از خود بروز می دهند، موجب اختلال در ارتباطات خانوادگی و اجتماعی شده و نوعی بی اعتمادی در اطرافیان خود ایجاد می کنند. بنابراین در چنین خانواده ای معمولاً فرد معتاد توسط سایر اعضا طرد می شود و به عنوان یک عضو بی کفایت همواره موجب سرافکنندگی سایرین است (ظروفی و همکاران، ۱۳۹۵).

بدین ترتیب با توجه به مطالب بیان شده سوال اصلی تحقیق عبارت است از اینکه آیا شرایط زندگی بر عوامل آسیب پذیر فرزندان دارای والدین معتاد در شهرستان گالیکش تأثیر دارند؟

۱-۳- اهمیت و ضرورت تحقیق

بی شک 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 پژوهش های اجتماعی قرار گیرد و تأثیر آن بر موفقیت ها یا آسیب های فردی و اجتماعی در موضوعات مختلف سنجیده شود. خانواده سالم بستر مناسبی برای رشد و شکوفایی و بالندگی اعضای خود فراهم می کند و در حفظ و ارتقای سلامت جسمی و روانی آنها تأثیر فراوان و غیرقابل انکاری دارد. در مقابل، خانواده ناسالم زمینه را برای ایجاد اختلاف در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی فراهم کرده و

افراد را به سمت بزهکاری سوق می دهد. از موضوعات قابل تحقیق در مطالعات خانوادگی، بحث بررسی شرایط زندگی و عوامل آسیب پذیر فرزندان دارای والدین معتاد است و با توجه به این حقیقت که خانواده مبنای تربیتی فرزندان می باشد و فرزندان دارای والدین معتاد در معرض خطرات بزهکاری قرار می گیرند، این مطالعه جهت شناخت بیشتر و درک عمیق تر شرایط زندگی و عوامل آسیب پذیر فرزندان دارای والدین معتاد صورت گرفته است.

بدین ترتیب با توجه به مطالب بالا، این مطالعه به بررسی شرایط زندگی و عوامل آسیب پذیر فرزندان دارای والدین معتاد در شهرستان گالیکش می پردازد.

۱-۴- اهداف تحقیق

اهداف مطالعه عبارت است از:

- ۱- بررسی و تبیین تأثیر شغل والدین بر گرایش به اعتیاد
- ۲- بررسی و تبیین تأثیر عوامل خانوادگی بر گرایش به اعتیاد
- ۳- بررسی و تبیین تأثیر محیط فرهنگی بر گرایش به اعتیاد
- ۴- بررسی و تبیین تأثیر محیط اجتماعی بر گرایش به اعتیاد
- ۵- بررسی و تبیین تأثیر محیط اجتماعی بر گرایش به اعتیاد
- ۶- بررسی و تبیین تأثیر عوامل رفتاری بر گرایش به اعتیاد

۱-۵- سوالات تحقیق

سوالات مطالعه عبارت است از:

- ۱- آیا شغل والدین بر گرایش به اعتیاد تأثیری دارد؟
- ۲- آیا عوامل خانوادگی بر گرایش به اعتیاد تأثیری دارد؟
- ۳- آیا محیط فرهنگ‌گیر گرایش به اعتیاد تأثیری دارد؟
- ۴- آیا محیط اجتماعی بر گرایش به اعتیاد تأثیری دارد؟
- ۵- آیا عوامل روانی بر گرایش به اعتیاد تأثیری دارد؟
- ۶- آیا عوامل رفتاری بر گرایش به اعتیاد تأثیری دارد؟

۱-۶- فرضیه‌های تحقیق

فرضیه‌های مطالعه عبارت است از:

- ۱- شغل والدین بر گرایش به اعتیاد تأثیر دارد.
- ۲- عوامل خانوادگی بر گرایش به اعتیاد تأثیر دارد..
- ۳- محیط فرهنگی بر گرایش به اعتیاد تأثیر دارد.
- ۴- محیط اجتماعی بر گرایش به اعتیاد تأثیر دارد.
- ۵- عوامل روانی بر گرایش به اعتیاد تأثیر دارد.
- ۶- عوامل رفتاری بر گرایش به اعتیاد تأثیر دارد.

۱-۷- نوع روش تحقیق

این تحقیق از نظر هدف تحقیق کاربردی و از نظر نوع، توصیفی-پیمایشی و همبستگی می‌باشد.

۱-۸- قلمرو تحقیق

قلمرو موضوعی: این تحقیق شامل مباحث مربوط به شرایط زندگی و عوامل آسیب پذیر فرزندان دارای والدین معتاد می‌باشد.

قلمرو مکانی: تحقیق حاضر در شهرستان گالیکش صورت پذیرفته است.

قلمرو زمانی: تحقیق حاضر در سال ۱۳۹۷ صورت پذیرفته است.

۱-۹- تعاریف متغیرها

مواد مخدر: مواد مخدر شامل ترکیباتی است که موجب تغییر در کارکرد مغز به صورت ایجاد حالات هیجانی، رفتارهای نابهنجار، عصبانیت یا اختلال در قضاوت و شعور فرد می‌شود (عبدالمالکی و همکاران، ۱۳۹۵).

اعتیاد: حالتی است که در آن شخص به علت روانی یا مصرف مواد شیمیایی، طبیعی دچار ضعف اراده در کنترل تکرار اعمال خود می‌شود. هرچند ضعف اراده فی نفسه بیماری نیست ولی به علت عوارضی که بر سیستم عصب مرکزی شخص ایجاد شده به عنوان بیماری فرض می‌شود و این بیماری با ایجاد اختلال در کنترل بر سیستم رفتار-پاداش، باعث تکرار آن رفتار می‌گردد (ابراهیمی ثانی و همکاران، ۱۳۹۶).

فصل دوم :

ادبیات و پیشینه

تحقیق

در بررسی تاریخ زندگی بشر، نمی‌توان برهه‌ای را برشمرد که بشریت با مسائل مربوط به مواد مخدر و اثرات تخریبی آن بر ساخت زندگی دست به گریبان نبوده است. به عبارتی، تا هنگامی که بشر بر روی این کره خاکی زندگی می‌کند این همزادی پا برجاست. اعتیاد پدیده‌ای است که از زمان‌های دور در جوامع بشری وجود داشته است. در حال حاضر نیز با وجود پیشرفت‌های علمی و افزایش غیر قابل تردید سطح شعور و آگاهی مردم، دامنه اعتیاد همچنان در حال گسترش می‌باشد و هر ساله افراد زیادی را به کام خود می‌کشاند (مهیار، ۱۳۹۶)، پدیده اعتیاد در جهان امروز به صورت یک معضل خانمان سوز باعث از هم پاشیده شدن بسیاری از خانواده‌ها، به انحراف کشیده شدن بسیاری از نوجوانان و جوانان، شیوع بسیاری از بیماری‌ها و ضرر و زیان‌های اقتصادی و مرگ و میر گردیده است.

اعتیاد مهم‌ترین آسیب اجتماعی است که ریشه در مسائل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و روانی جامعه دارد و متقابلاً بر روان فرد و اجتماع تأثیر می‌گذارد. به عبارتی دیگر، بین اعتیاد، جامعه و روان فرد رابطه بسیار نزدیکی وجود دارد و عمق فاجعه آنگاه ظهور پیدا می‌کند که بدانیم بلای مذکور نقش مؤثر خود را بر روی نیروی فعال جامعه یعنی جوانان ایفاء می‌کند (هموطن، ۱۳۹۵). جوانی که به اعتیاد روی می‌آورد، نه تنها دیگر عنصر سازنده‌ای برای جامعه نیست، بلکه تا زمانی که نجات نیابد، در بهترین حالت خنثی و بی‌کفایت و در بدترین حالت، منشأ بی‌نظمی اجتماعی است و جامعه را به تباهی می‌کشاند. بسیاری از جرائم، توسط افرادی که مواد مخدر مصرف می‌کنند انجام می‌شود و انحرافات ناشی از اعتیاد بسیار زیاد می‌باشد (شهیدی، ۱۳۹۲)، مسئله‌ای که مهم‌ترین ارزش‌های یک جامعه را تهدید می‌کند و گسترش زیادی دارد، می‌توان از آن با عنوان «مشکل اجتماعی» یاد نمود که در مقابل رفاه اجتماعی قرار دارد، همان‌گونه که بیماری به صورت سهل‌گیرانه مقابل سلامت است. مشکل اجتماعی به زعم برخی از متخصصان دارای ویژگی‌های زیر می‌باشد:

الف) عوارض زیادی داشته باشد.

ب) شیوع و گستردگی زیادی داشته باشد.

ج) متخصصان آن را مشکل تلقی کنند.

د) مردم آنرا به عنوان مسئله بپذیرند (رحیمی، ۱۳۹۵).

مواد مخدر، اعتیاد و معتاد سه ضلع مثلثی را تشکیل می‌دهند که سایه خود را بر روی جامعه گسترانده‌اند. به همین دلیل همه دولت‌ها به انحاء مختلف در پی آنند تا جامعه شناسان، روان‌شناسان، جرم‌شناسان، پزشکان و سایر کارشناسان و سازمان‌های مرتبط با مسئله را برای پیشگیری و مبارزه با اعتیاد به همکاری دعوت نمایند تا از این طریق سلامت افراد جامعه را حفظ و تأمین نمایند و مانع تحریک و تضعیف نیروهای انسانی گردند. شاید کم‌تر پدیده‌ای در جامعه ما همچون اعتیاد احتیاج به طرح و بیان داشته باشد، زیرا اکثر ما در زندگی روزمره به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم با این معضل و ابعاد مختلف آن روبرو هستیم (میرآشتیانی، ۱۳۹۴).

آسیب‌شناسان اجتماعی اعتیاد به مواد مخدر را به مثابه جنگ شیمیایی خانگی و جنگ بدون مرز می‌دانند. امروزه جامعه شناسان برای تحلیل علل رویکرد جوانان به اعتیاد، بیش‌تر روی بی‌کاری^۱ انگشت می‌گذارند. بر اساس آخرین پژوهش به عمل آمده در کشور، بیش از ۸۵ درصد مردم پس از فقر^۲ و بی‌کاری، اعتیاد را به عنوان سومین مشکل و آسیب اجتماعی مطرح نمودند. نسل حاضر بیش از هر نسل دیگری زندگی خود را زهرآگین و مسموم نموده است و شمار معتادان هر روز در حال افزایش است. حضرت علی(ع) هم این مسئله زیان‌بار را در غررالحکم بیان فرمودند: «عجب دارم از آن کس که عواقب بد لذت‌های مضر را می‌داند، چگونه از آن‌ها دست نمی‌کشد؟» (نحوی، ۱۳۸۸).

1- Unemployment
2-Poverty

امروزه پدیده مواد مخدر و روان گردان از نظر ماهیت به گونه ای است که در ردیف سه بحران جهانی هسته‌ای، جمعیتی و زیست محیطی تهدید کننده بشریت و جامعه امروزی شناخته می‌شود (صفا، ۱۳۹۴).

روبرو شدن نوجوانان و جوانان در عصر حاضر با چالش‌ها و پدیده‌های متفاوتی نظیر تنوع طلبی، لذت طلبی، منظومه خانوادگی در حال تغییر، عدم حمایت‌های عاطفی والدین، کاهش کنترل و نظارت اجتماعی بر رفتار و عملکرد فرزندان، وجود اختلافات خانوادگی، احساس درماندگی در بیان احساسات، عزت نفس پایین، ضعف اعتقادات دینی، بروز مشکلات و اختلالات روحی و روانی، ضعف مهارت‌های ارتباطی، ایجاد فریب فرهنگی با ارائه اطلاعات نادرست و نگرش‌های غلط مبنی بر تأثیرات مثبت مواد مخدر و روان گردان، تغییر الگوی مصرف و ارائه صدها نوع مواد مخدر با نام‌های جذاب، شکیل و فریبنده و افزایش آمار معتادین و مصرف کنندگان انواع مواد مخدر نیز از جمله مسائلی است که لزوم توجه به جوانان و آسیب‌های فراروی آن‌ها از جمله اعتیاد را به عنوان یک مسئله و بحران بیش تر نمایان می‌سازد (همان).

یکی از خطرناک ترین پدیده هایی که نسل بشر را در معرض سقوط و انحطاط روانی، اخلاقی و جسمانی قرار می‌دهد و سلامت فرد و جامعه را تهدید می‌کند، اعتیاد به مواد مخدر است. گسترش و روند رو به افزایش اعتیاد به مواد مخدر، بنیان‌های فرهنگی، روانی و اجتماعی یک جامعه و به ویژه بنیان خانواده را به شدت متزلزل می‌سازد. آمارها نشان می‌دهد که همه گروه‌های سنی در معرض خطر اعتیاد قرار دارند، لیکن در این بین، سهم جوانان بیش تر از دیگران است. اعتیاد در کنار فقر و جهل تشکیل مثلث شومی را می‌دهند که نتیجه آن حذف نشاط، سرزندگی و پویایی از میان جامعه به ویژه جوانان است (دهقانی و عیسی‌وند، ۱۳۸۵). اکثر مؤلفان و محققانی که در حوزه آسیب‌های اجتماعی مطالعه کرده‌اند، به خانواده به عنوان عامل مؤثر در ایجاد و گسترش اعتیاد اشاره داشته‌اند. همچنین متخصصان جامعه شناسی خانواده نیز بر این امر صحه گذاشته‌اند که هیچ جامعه‌ای نمی‌تواند ادعای سلامت

کند، چنانچه از خانواده های سالم برخوردار نباشد. بدون هیچ شبهه ای می توان گفت که هیچ یک از آسیب های اجتماعی نیست که فارغ از تأثیر خانواده پدید آمده باشد (پیکهارت، ۱۳۹۷)، مطالعات نشان می دهد زمانی که نظام خانواده نتواند وظایف و کارکردهایش را به درستی انجام دهد، عاملی برای تربیت و تحویل افرادی با مشکلات فردی و اجتماعی به جامعه خواهد بود. متأسفانه هم اکنون آمار روبه رشد ناهنجاری ها و آسیب های اجتماعی از جمله اعتیاد، گواه این مسئله می باشد

۲-۲- اعتیاد و مواد مخدر

مسئله اعتیاد در جهان امروز از مسائل مهم اجتماعی است که در بیشتر کشورها به صورت مشکل عمده ای مطرح شده و کشور ما نیز از این آسیب اجتماعی در امان نمانده است و هر روز در گوشه و کنار کشور شاهد قربانی شدن افرادی در دام مواد اعتیادآور هستیم. اعتیاد به مواد مخدر به عنوان جدی ترین مسئله اجتماعی ایران، وجوه مختلف جامعه شناسی، روان شناسی، حقوقی، سیاسی و ... دارد. به اعتقاد تحلیل گران اجتماعی، اعتیاد به این مواد، زمینه ساز بروز بسیاری از آسیب ها و انحرافات اجتماعی است؛ برای اثبات این امر تنها کافی است نیم نگاهی به آمارهای مرتبط با مواد مخدر بیندازیم. آمارهای رسمی تکان دهنده حاکی از آن است که در کشور ما مصرف سالیانه مواد مخدر، ۵۰۰ تن است؛ هر دقیقه دو کیلو مواد مخدر کشف و هر ساعت ۳۰ فروشنده مواد مخدر و معتاد دستگیر می شوند؛ سن مصرف دخانیات به ۱۲ سال و میانگین سن معتادان به حدود ۲۰ سال رسیده است. همچنین، آمارها نشان می دهند که بیش از ۶۰ درصد جرائم، مرتبط با مواد مخدر بوده و بیش از ۶ میلیون نفر نیز تحت تأثیر این مواد هستند و روزانه ۸ نفر در اثر مصرف مواد مخدر جان خود را از دست داده و ۷۰ نفر نیز معتاد می شوند. در سال ۱۳۹۱ حدود ۵۰۰ تن مواد مخدر در کشور کشف و در شش ماهه نخست ۱۳۹۲، تنها در تهران، ۱۲ تن انواع مواد مخدر کشف شده است (قلی زاده، ۱۳۹۴).

تعریف‌های متعددی از اعتیاد ارائه گردیده، اما تعریف جامع و قابل قبول از سوی کمیسیون بهداشت جهانی، بدین شرح است: «اعتیاد به مواد مخدر، مسمومیت حاد یا مزمنی است که مضر به حال شخص و اجتماع می‌باشد و زائیده مصرف دارویی طبیعی و صنعتی بوده و مصرف آن، عوارض روحی و جسمی را در پی دارد» (کفاشیان، ۱۳۹۱). از منظر آسیب‌شناسی، مواد مخدر یک تهدید راهبردی و چندوجهی است که با مقتضیات زمان، یکی از چهره‌های آن برجسته‌تر از سایر چهره‌ها می‌شود. این تهدید نه تنها امنیت فردی، بلکه امنیت هستی‌شناختی یا وجودی یک جامعه را نیز مورد تهدید قرار می‌دهد (بارانی، ۱۳۹۳).

از سویی، یکی از پرسش‌های مهم این است که از چه زمانی انسان با مواد مخدر آشنا شد و سابقه اعتیاد به کدام عصر بر می‌گردد؟ باید گفت که بشر از هفت هزار سال قبل، از وجود یک ماده مخدر قوی در خشخاش آگاه بوده است. در لوحه‌های گلی متعلق به پنج هزار سال قبل از میلاد که از سومریان باقی مانده، از تریاک نام برده شده است. در حدود چهار هزار سال قبل از میلاد، تریاک کشیدن در چین رایج بوده است. ۱۵۰۰ سال قبل از میلاد، تخم خشخاش از مصر به یونان برده شد. پزشکان ترکیباتی از تریاک را برای بیماری‌های مختلف جسمی و روانی تجویز می‌کردند (کفاشیان، ۱۳۹۱). در ابتدا از مواد مخدر برای معالجه دردها استفاده می‌شد، ولی در اثر استفاده بیشتر، زمینه اعتیاد انسان‌ها فراهم گردید و روز به روز گسترش یافت (بهمن پوری و سیدفاضل، ۱۳۹۳).

۲-۲-۱- انواع مواد مخدر

مواد مخدر به دودسته قابل تقسیم‌اند: ۱- مواد محرک ۲- مواد افیونی (لطف آبادی، ۱۳۹۵)

مواد محرک: به‌عنوان یک طبقه‌بندی کلی: آمفتامین‌ها، مقلدهای سمپاتیک، مواد شبه آمفتامین، کوکائین و مشتقات آن را محرک‌ها، محرک‌های روانی هم می‌نامند که برای بالا بردن عملکرد بدنی و ایجاد احساسی لذت‌بخش و سرخوشی مصرف می‌شوند.

مواد افیونی: واژه افیون، یا شبه افیون از واژه تریاک گرفته شده است که به عصاره خشخاش معنی می دهد؛ که حاوی ۲۰ نوع آلکالوئید و از جمله مورفین (مرفین) است (همان).

مصرف مواد توسط افراد معتاد به ویژه نوجوانان از نگرانی های عمده مربوط به عصر حاضر است. تخمین زده می شود که ۲۵٪ نوجوانان ۱۲ تا ۱۷ ساله از نوعی داروی غیرمجاز استفاده می کنند. تقریباً یکی از هر پنج نوجوان یک ماده مخدر (حشیش/ماری جوانا) را امتحان کرده است. تقریباً یک سوم نوجوانان تا سن ۱۷ سالگی سیگار کشیده اند. مراجعه به درمانگاه های فوریت (اورژانس) به دلیل مصرف زیاد هروئین بین رده سنی ۱۸ تا ۲۵ ساله در بین سال های (۲۰۰۰-۱۹۹۷) ۵۰٪ افزایش یافته است. ماری جوانا بیش از هر داروی غیرمجاز دیگر مصرف می شود. در سال ۲۰۰۰، در حدود ۷۶٪ مصرف کننده های جاری مواد غیرمجاز آن را مصرف کرده اند که تقریباً ۵۹٪ مصرف کننده های غیرمجاز فقط ماری جوانا مصرف می کرده اند، ۱۷٪ ماری جوانا و یک داروی دیگر و مابقی ۲۴٪ دارویی غیرمجاز از ماری جوانا را مصرف می کرده اند (کاپلان و سادوک، ۱۳۹۶).

۲-۲-۲- تاریخچه اعتیاد در ایران و جهان

چنان که از شواهد موجود بر میان بشر از نخستین سال های حیات مواد مخدر را در این کره خاکی می شناخته است و آن را به نوعی مصرف می کرده است؛ اما انسان های اولیه در آغاز قادر به تشخیص و شناسایی این مواد و تأثیرات آن نبوده اند و حتی به مضرات و عوارض جانبی آن نیز آگاهی نداشتند. از این مواد صرفاً جهت تسکین دردها و آلام خویش استفاده می کردند و بر اساس مندرجات تاریخی کشت این گونه مواد صرفاً تصادفی اتفاق می افتاده است؛ اما آنچه به نظر مهم می رسد آن است که مواد مصرفی امروزه در جهان در زمان ابتدایی و خیلی دورتر دارای چنین تنوع و اشکالی مختلف نبوده است؛ بلکه به مرور با گذشت سالیانتمادی و طولانی بشر توانسته ترکیبات متنوع و جدیدتری از مواد اولیه به دست آورد (مدنی قهفرخی، ۱۳۹۰).

مواد افیونی حداقل ۳۵۰۰ سال، عمدتاً به صورت تریاک یا محلول الکلی تریاک مورد استفاده قرار گرفته‌اند. مورفین نخستین بار در سال ۱۸۰۶ و کدئین در ۱۸۰۲ از تریاک استخراج شد. در یک قرن بعد، مورفین و کدئین خالص برای مقاصد پزشکی تدریجاً جانشین تریاک خالص گردیدند، هرچند مصرف غیر طبی تریاک (به صورت دود کردن) هنوز هم در بعضی از نقاط دنیا ادامه دارد. در سراسر دنیا، بیش از ۲۰ داروی افیونی مشخص از نظر ترکیبات شیمیایی در کار بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرند. در ممالک پیشرفته، داروهای افیونی که بیش از همه با سوء مصرف و وابستگی مربوط است هروئین می‌باشد. (دارویی که در آمریکا جهت اهداف پزشکی استفاده نمی‌شود)... (کاپلان و سادوک، ۱۳۹۶)

بر اساس مستندات تاریخی در حکومت‌های مانند امپراتوری بزرگ مثل روم، یونان و حتی آشوری آن‌هم این گونه مواد رایج بوده است. همچنین مصری‌ها حدود پانصد سال قبل از میلاد مسیح و اروپائیان تقریباً از ۴۰۰۰ سال قبل، معجونی به نام کوکنار و نیز خشخاش را می‌شناختند و برای مشکلات جسمانی به‌عنوان مسکن یا ضد درد مورد استفاده قرار می‌دادند؛ اما در بین انواع مواد مخدر شناخته شده‌ای که یافت می‌شوند به نظر می‌رسد تریاک جزء ابتدایی‌ترین و شاید اصلی‌ترین ماده مخدر است که به مصرف می‌رسیده است (لطف آبادی، ۱۳۹۵).

بررسی انجام شده درزمینهی مصرف مواد مخدر توسط نوجوانان (نظیر بررسی سالانه دانشگاه میشیگان) نشان می‌دهد که در آمریکا نوجوانان و کودکان تا چه حد درزمینهٔ مواد مخدر فعال هستند. بر اساس این بررسی‌های، حدود ۵۰٪ از دانش آموزان سال آخر دبیرستان با مصرف مشروبات الکلی مست می‌کنند. نوشیدن مشروب نیز به‌خصوص در دوره دانشگاه وضعیتی وخیم و شدید به خود گرفته است، در حال حاضر تخمین زده می‌شود که بیش از سه میلیون نوجوان آمریکایی از « ریتالین » که نوعی محرک روانی است، استفاده می‌کنند تا آرام بگیرند و این آمار (رقم) رو به افزایش است (مهیار، ۱۳۹۶).

واژه دارو به طیف وسیعی از مواد طبی (داروها) و غیر طبی اطلاق می‌شود. مصرف یا سوء مصرف داروها سابقه طولانی دارد. چینی‌ها در ۲۷ قرن قبل از میلاد مسیح از مری وانا^۱ استفاده می‌کردند. در آمریکا از قرن نوزدهم از داروهایی که شامل آپوم بود، بدون نسخه پزشک استفاده می‌شد در نتیجه تعداد زیادی در سنین نوجوانی معتاد شدند (شاملو، ۱۳۸۸)

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک اختلال روان‌پزشکی، با ابعاد روان‌شناختی، زیست‌شناسی و اجتماعی یکی از بزرگ‌ترین مشکلات هر کشور به شمار می‌آید. مطالعات نشان می‌دهند که مصرف مواد مخدر در متولدین دهه بیست و سی میلادی از ۰/۱ الی ۰/۲ به ۲۰ درصد در متولدین پنجاه میلادی افزایش یافته است. این آمار نشان از آن دارد که مصرف مواد سیری نوسانی داشته است به طوری که طی قرن گذشته جهان شاهد افزایش مصرف در دهه‌های اول و دوم، دهه‌های ششم تا هشتم و اواسط دهه نهم میلادی بوده است (شهیدی، ۱۳۹۲).

و اما اینکه مواد اعتیادآور چه زمانی وارد کشور ما شد نظرها متفاوت است. عده‌ای بر این عقیده‌اند که استعمال تریاک در ایران ره‌آورد حمله مغول‌ها یا اعراب به کشور است و عده‌ای اعتقاد دارند که تریاک سوغات حمله نادرشاه به هندوستان است. ولی بر اساس اسناد موثق موجود در دوره صفویه مصرف تریاک بیشتر توسط درباریان و رجال سیاسی و بازرگانان به منظور رفع خستگی اضطراب و نگرانی و در بیشتر اوقات برای خوش‌گذرانی معمول شد و حتی مصرف آن در دربار صفوی آن‌چنان رواج پیدا کرد که بر اثر سوء مصرف آن برخی از شاهان صفویه جان خود را از دست دادند. در قرن دهم هجری شاه طهماسب صفوی به عوارض و خطرات ناشی از مصرف تریاک پی برد و دستور داد تا همه تریاک‌های موجود دربار را منهدم کنند. البته مصرف تریاک و انواع مختلف دیگر مواد تنها به آن دوران محدود نمی‌شد و از دوره شاه طهماسب به بعد بر مقدار و مصرف آن به صورت روز شمار افزوده شد؛ اما با تحولات سیاسی بسیار وسیعی که در ایران رخ داد مصرف این ماده شکل جدیدی به خود گرفت. ابتدا در اواخر

1-Mari Juana

قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم در دوره ناصرالدین شاه کشت تریاک در اطراف تهران به صورت آزمایشی صورت گرفت (مدنی قهفرخی، ۱۳۹۰).

با رشد و گسترش استعمال در ایران مصرف و حتی تولید انواع مختلفی از مواد مخدر رواج وسیعی می‌یابد و این رویه حتی به صادرات تریاک به عنوان یکی از کالاهای بسیار سودآور برای دولت‌های ایران تا قبل از انقلاب محسوب می‌شد. بعد از انقلاب تلاش‌های گسترده‌ای در جهت مبارزه با ورود یا تولید و پخش این گونه مواد صورت گرفته اما به رغم تمهیدات صورت گرفته هرروز جوانان و بزرگسالان بیشتری گرفتار این پدیده شوم می‌گردند. (قرباغی، ۱۳۸۷)

در بین پزشکان ایرانی بوعلی سینا و زکریای رازی جزء اوین اشخاصی بودند که به خواص دارویی تریاک پی برده و از آن به عنوان تسکین‌دهنده (مسکن) بسیار قوی برای معالجه بیماران استفاده می‌کردند. در زمینه مبارزه با معضل اعتیاد اولین قانون ممنوعیت مصرف به سال ۱۲۹۰ برمی‌گردد. در سال ۱۳۱۷ مقدار صادرات رسمی تریاک ۴۶۸ تن بود که قریب به ۱۰٪ درآمد دولت را تشکیل می‌داد. مروری بر روند تحولات سوء مصرف مواد مخدر نشان می‌دهد که هر ۱۰ تا ۱۵ سال یک‌بار، جامعه با تصویب قوانین جدید برای مبارزه با اعتیاد اقدام کرده است (لطف آبادی، ۱۳۹۵).

در طی این سال‌ها فشار بین‌المللی و گروه‌های مردمی مبارزه با اعتیاد منجر به اقدام‌های بسیاری گردید. در سال ۱۳۳۴ با تصویب قانون منع کشت خشخاش، روند قاچاق مواد مخدر آغاز شد. در سال ۱۳۴۴ (ده سال بعد) میزان قاچاق تریاک از ۱۳ تن به ۱۷ تن رسید. در سال ۱۳۴۷ پلیس بین‌الملل، ایران را از لحاظ کشت مواد افیونی در دنیا به عنوان مقام اول معرفی کرد. بعد از انقلاب با مصوبه شورای انقلاب در سال ۱۳۵۹، مصرف مواد مخدر جرم تلقی می‌شد و مصرف‌کنندگان آن پس از دستگیری بهار دوگانه‌های بازپروری تحت نظارت سازمان زندان‌ها و کمیته

انقلاب اسلامی معرفی گردیدند. تا سال ۱۳۶۷ اقدامات صورت گرفته محدود به فعالیتهای مبارزه با عرضه مواد اختصاص یافت. اردوگاههای بازپروری از سال ۱۳۶۲ به سازمان بهزیستی کشور واگذار شد. از سال ۱۳۳۷ اقدامهای جامعی مربوط به پیشگیری از اعتیاد در استانها توسط سازمان بهزیستی ایجاد شد و از سال ۱۳۷۵ نیز این سازمان اقدام به توسعه درمانگاههای ترک اعتیاد کرد، بهطوری که تا سال ۱۳۷۸ موفق به احداث ۴۰ مرکز سرپایی درمان اعتیاد در کشور گردید (مهیار، ۱۳۹۶).

در ایران شمار مصرفکنندگان مواد مخدر بین ۱/۸ تا ۳/۳ میلیون نفر برآورد شده است که مواد افیونی بیشترین نوع مواد مصرفی اند. بررسی هاهمچنین نشان می دهند ۰/۲۰ تا ۰/۹۰ معتادانی که تحت درمان قرار می گیرند، دچار عود می شوند (امینی فر و کرمی، ۱۳۹۴).

ایران به دلیل همسایگی با دو کشور تولیدکننده مواد مخدر (افغانستان - پاکستان) که موسوم به (هلال طلایی) قرار گرفته است، سالانه بیش از ۳۵۰۰ تن انواع مواد مخدر در این دو کشور تولید می گردد. ایران دارای مرز مشترک به طول ۱۹۲۵ کیلومتر با این دو کشور است و به منظور مقابله و کنترل مرزها تا به حال اعتباری بالغ بر ۲۵۰ تا ۳۰۰ میلیون دلار نسبت به احداث بیش از ۱۰۰۰ کیلومتر جاده مرزی و پاسگاه اقدام نموده است هرچند این اقدامات نتوانسته اند میزان تقاضا را کم یا کنترل نمایند و میزان آمار معتادان رو به صعود است (دباغی، ۱۳۸۷).

به دلیل سوق الجیشی منحصر به فرد ایران در مسیرهای اصلی حمل و نقل مواد مخدر و به دلایل خاص تاریخی و اجتماعی دیگر، جزء بزرگترین قربانیان در خصوص تجارت مواد مخدر بشمار می آید. بر اساس برخی برآوردهای منتشر شده در ایران ۱/۲ میلیون تا ۶ میلیون نفر از مواد مخدر به صورت تفتنی یا وابستگی مداوم استفاده می کنند. از آنجاکه در حدود بالای ۴۰٪ جمعیت کشور را افراد زیر سن ۱۵ سال تشکیل می دهند و جمعیت افراد بالای ۱۵ سال حدود ۳۵ تا ۴۰ میلیون نفر هستند. طبق تخمینهای بسیار خوشبینانه (بر اساس آمار موجود) اگر وجود دو

میلیون فرد معتاد را در کشور در نظر بگیریم، بنابراین در حدود ۵/۰٪ از جمعیت بالغ در کشور ما با مشکل اعتیاد دست به گریبان‌اند؛ در حالیکه این رقم در کشورهای صنعتی نسبت به دو دهه پیش بسیار کاهش یافته و به حدود ۱-۲ درصد رسیده است (رحیمی، ۱۳۹۵).

با توجه به افزایش آمار معتادین و عواقب وخیم و گوناگون اعتیاد، کنترل بین‌المللی مواد مخدر مطرح گردید و اولین بار در سال ۱۹۰۹ در شهر شانگهای تشکیل گردید. منظور از برپایی این کمیسیون پیروی از اصولی چون کنترل تریاک، محدود ساختن تولید، کنترل و فروش آن و نظارت بر موارد استعمال در زمینه‌های علمی و پزشکی بود. دومین جلسه‌ای که برای این منظور تشکیل گردید بعد از جنگ جهانی دوم بود که کنترل تولید و فروش تریاک تحت نظر و مسئولیت مستقیم جمعی مرکب از نمایندگان کشورهای مختلف درآمد. در حال حاضر چهار سازمان بین‌المللی به نام‌های زیر در زمینه تریاک و مواد مخدر و نظارت بر آن مشغول مطالعه و فعالیت می‌باشند: کمیسیون مواد مخدر، کمیته مرکزی دائمی تریاک، کمیته کارشناسان موادی که متخصصین سم می‌باشند ارگان کنترل مواد مخدر (مهیار، ۱۳۹۶).

۲-۲-۳- علل اعتیاد از نظر فریمان^۱

فریمان معتقد است که هرچقدر درباره ویژگی‌های شخصی معتادان مطالعه شود ما را ریشه اعتیاد نزدیک‌تر نخواهد ساخت. به نظر فریمان شخص از طریق تماس با فروشنده مواد، معتاد نمی‌شود بلکه از طریق گروه‌های غیررسمی نظیر جشن‌ها و مراسم و از طریق همسالان و ارتباط پذیرایی‌کننده و گردهمایی مشابه آن با این مواد آشنا می‌شوند (بیکه‌ارت، ۱۳۹۷).

^۱ Frimane

۲-۲-۳-۱- دیدگاه چاپین

گزارش چاپین در کتاب جرم جوانان، مواد مخدر و سیاست دولت حاکی از آن است که نیم معتادان گفته‌اند که با یک مصرف‌کننده‌ی دیگر آشنایی نزدیک داشته‌اند و قبل از سن ۱۸ سالگی این مواد را می‌شناخته‌اند و نیز اکثر معتادان در نقاطی ساکن هستند که تعداد زیادی معتاد وجود دارد (همان).

۲-۲-۳-۲- دیدگاه کلمن

از نظر کلمن علت اعتیاد به مواد مخدر می‌تواند هم عدم انطباق شخصی با محیط با شهر و هم تأثیرات فرهنگی و اجتماعی در آن دخالت داشته باشد. کلمن از ۳ عامل مختلف سخن می‌گوید:

۱- استفاده از مواد مخدر برای تسکین درد

۲- اعتیاد به دلیل اختلالات شخصیتی و ناهنجاری‌های روانی

۳- عوامل فرهنگ فرعی

که به دست می‌آوریم گامی مثبت در این راه برداریم یا نه، مسئله اعتیاد مهم‌ترین معضل کنونی ماست که همه دستگاه‌ها و مسئولان کشور برای کاهش و ریشه‌کن کردن پدیده شوم اعتیاد باید بسیج شوند درحالی که متأسفانه حساسیت کافی در کشور وجود ندارد. در صورتی که برخورد با این مسئله به همین صورت ادامه یابد چشم‌انداز خطرناکی برای آینده کشور متصور است. به گفته دبیر کل مبارزه با مواد مخدر که در رسانه‌ها اعلام شده که ۱/۲ میلیون نفر در ایران اعتیاددارند و ۸۰۰ هزار نفر هم مواد مخدر را به‌طور تفننی استفاده می‌کنند بر اساس این آمار سهم استان خراسان ۲۰۰ تا ۲۵۰ هزار نفر است (قرباغی، ۱۳۹۵).

۲-۲-۴- ماهیت مواد مخدر

ماده مخدر ماده‌ای طبیعی یا شیمیایی است که نیروی روانی را تحریک می‌کند که از طریق آثاری که در احساسات، ذهن یا اندیشه آدمی می‌گذارد، باعث تغییراتی در رفتار می‌شود. اگر آن را به معنی وسیعش در نظر بگیریم موادی مانند آسپرین یا قهوه را هم در برمی‌گیرد؛ اما معمولاً منظور از مواد مخدر موادی‌اند که منع قانونی دارند مانند هروئین، تریاک، ال.اس.دی یکی از ویژگی‌های مهم در اعتیاد وابستگی است؛ یعنی در شخص میلی شدید و وسوسه آمیز به مواد ایجاد می‌شود که ممکن است اعتیاد به صورت وابستگی جسمانی یا روانی و یا ترکیبی از هر دو باشد. در حالت اول (وابستگی جسمی) در صورت دیر رسیدن یا عدم مصرف فرد دچار علائم خفیفی از لرزش مختصر اعضای بدن و علائم شدید آن شوک‌های مرگ‌آور است. در وابستگی روانی شخص دچار ناراحتی‌های روانی روحی و افسردگی می‌گردد (رحیمی، ۱۳۹۵).

سوء مصرف و اعتیاد به مواد تغییردهنده رفتار و خلق و خو آثار مخرب جسمانی مانند (بیماری‌های گوارشی، قلبی، تنفسی، عصبی، ایدز، مجروح شدن و در برخی مواقع مرگ)، روانی مثل (استرس، اضطراب، دلهره، بی‌قراری، افسردگی، فراموشی و پریشانی)، خانوادگی مانند (اختلاف و کشمکش با اعضای خانواده، ارتباط ناسالم با افراد خانواده، سوء استفاده و تجاوز جنسی، دعوا و خیانت و کتک کاری، طلاق و جدایی)، شغلی مانند (تأخیر و غیبت از محل کار، اخراج و بیکاری)، مالی مثل (بدهکاری، ورشکستگی، فقر و تنگدستی)، اجتماعی مانند (طرد، انزوا و گوشه‌گیری، از دست دادن دوستان، بی‌ارزشی، نداشتن احترام، تنهایی و بی‌کسی)، اخلاقی (دروغ‌گویی و تهمت، زنا) دارد و باعث ارتکاب خلاف، جرم و جنایت‌های مختلف همانند (تجاوز و سوء استفاده‌های جنسی، تقلب، دزدی، رشوه‌خواری، ربا، کلاهبرداری و قتل) می‌شود، از نظر سازمان راهنمای تشخیص و آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا (APA) اعتیاد الگویی از مصرف مکرر مواد است که معمولاً به ظهور علائم تحمل، ترک و

رفتارهای اجباری مصرف مکرر مواد می‌انجامد. اعتیاد، عادت اکتسابی است که زمانی ظهور کرده و خاموش کردن آن حتی در مواجهه با پیامدهای بسیار منفی و چشم‌گیر آن دشوار است. واژه «وابستگی» حاکی است که الگوی رفتار شامل کنترل ضعیف خودفرمانی است که با وجود بازخورد منفی ادامه دارد و اغلب به نظر می‌رسد خارج از کنترل باشد. اسکول و پاندینا (۲۰۰۳) معتقدند در بحث از مصرف مواد، رفتارهای وابسته به مصرف متأثر از عوامل درون‌شخصیتی، برون‌شخصیتی و اجتماعی - فرهنگی است (لطف آبادی، ۱۳۹۵).

هر جامعه‌ای سعی می‌کند از طریق وضع قانون و به‌کارگیری افراد از هنجارهای اجتماعی مصرف مواد را به نظم و قاعده درآورد. کسانی که در هر عملی حد مجاز را رعایت نکنند منحرف و نابهنجار تلقی می‌شوند. ممکن است در جوامع مختلف و یا در یک جامعه در زمان‌های مختلف تخطی از حد مجاز انحراف به شمار نیاید. مثلاً در بسیاری از نقاط در آفریقای شمالی مصرف الکل و ماری‌جوآنا ممنوع است. در بعضی مناطق هندوستان تریاک در فروشگاه‌ها به‌طور آزاد به فروش می‌رسد اما مصرف الکل طبق قانون اساسی منع شده است. آنچه در این بین به نظر قابل‌بیان است اینکه هنجارها و قوانین وضع شده در جوامع ارتباط چندانی با خطرات واقعی این‌گونه مواد روی سلامتی بدن ندارند. بلکه از نظر جامعه‌شناسان آنچه اهمیت دارد عکس‌العملی است که جامعه در برابر انواع این مواد نشان می‌دهد؛ زیرا این نحوه عکس‌العمل جامعه است که نقش و پایگاه‌های اجتماعی مصرف‌کننده مواد مخدر را تعیین می‌کنند (حیدری پهلویان، ۱۳۸۸).

۲-۳- علل گرایش به اعتیاد

وخیم‌تر شدن تأثیرات منفی سوء مصرف مواد بر عملکرد روانی - اجتماعی، کیفیت زندگی و سلامت روانی ضروت تشخیص عوامل مؤثر بر گرایش به اعتیاد را سبب شده است. در میان این عوامل، ویژگی‌های شخصیتی،

عوامل اجتماعی اقتصادی و عوامل جمعیت شناختی نقش مهمی در گرایش به اعتیاد و سوء مصرف مواد بازی می کنند (راتر^۱ و همکاران، ۲۰۱۳) آگاهی افراد، پایین بودن سطح اقتصادی و اجتماعی خانواده (سیزیای^۲ و همکاران، ۲۰۱۳) و وضعیت خانوادگی در گرایش به اعتیاد مؤثر است (گاپتا^۳ و همکاران، ۲۰۱۳).

با توجه به پایین آمدن سن اعتیاد و نیز هزینه های انسانی و مادی مبارزه با عرضه و توزیع مواد، عوارض جسمی و روانی آن، صرف وقت و هزینه های زیاد و درصد کم موفقیت و عدم انگیزش معتادان برای بهبودی که صرفاً جهت رفع خماری اقدام به دریافت درمان دارویی می نمایند، می توان ادعا کرد که درمان معتادان نتیجه ی چندان مطلوبی در پی نداشته و تأثیر این شیوه ی درمانی، بدون مداخله های روانی- اجتماعی، موفقیت چندان در پی نداشته است. (روزن^۴ و همکاران، ۲۰۰۶)

عوامل متعددی در شکل گیری اعتیاد نقش دارند، با این تفاوت که میزان تأثیر گذاری آنها با هم فرق می کند. برخی نقش بنیادی دارند، ولی بعضی دیگر، زمینه ساز اعتیاد هستند. عوامل فردی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی در فرایند شکل گیری اعتیاد، تأثیر دارند. از این رو امروزه درباره اعتیاد، در حوزه های مختلف جامعه شناسی، روان شناسی و... بحث می شود. در این جا به بعضی از عوامل اعتیاد که اهمیت بیشتری دارد، اشاره می کنیم:

۲-۳-۱- عوامل فردی

فقر معنوی، افسردگی، بیماری، لذت جویی، عدم اعتماد به نفس، استقلال طلبی، عدم رشد شخصیت و ناامیدی، از جمله علل گرایش به اعتیاد هستند (کفاشیان، ۱۳۹۱). شهید مطهری (ره) عقیده دارد که یأس و ناامیدی از آینده و فقدان معنویت، یکی از عوامل خودکشی و جذب به مواد مخدر است. ایشان می گوید: «آمار نشان می دهد که

¹ Rather

² Siziya

³ Gupta

⁴ Roozen

علی‌رغم این همه رفاهی که در دنیای متمدن وجود دارد، آمار خودکشی‌ها روز به روز بالا می‌رود... خود این هیپی‌گری، یک پدیده اجتماعی است. این خودش یک نوع عکس‌العمل و بیزاری جویی از تمدن است و به این معناست که تمدن نتوانسته کاری برای انسان انجام بدهد... لابد گزارش‌هایی را که در باره پناه بردن به مواد مخدر... آمده است، خوانده‌اید. پناه بردن به مواد مخدر در آن کشورها، از همین فکر یأس و ناامیدی و بدبینی به آینده بشریت است.»

۲-۳-۲- عوامل خانوادگی

اعتیاد یک یا چند نفر از اعضای خانواده، زمینه ساز اعتیاد دیگر اعضا می‌شود. والدین معتاد، غالباً فرزندان معتاد دارند، زیرا اولاً، الگوی نامناسبی برای فرزندان خود می‌باشند و ثانیاً، فرصت لازم را برای تربیت آنان ندارند. اختلافات خانوادگی پی‌آمدهایی چون: اعتیاد، خانه‌گریزی، انتخاب دوستان ناباب و... را برای جوانان به دنبال دارد. در تحلیل‌های روان‌پزشکان، وجود خلأ عاطفی عمیق در فرد، زمینه مساعدی برای اعتیاد شناخته شده است. «لئون ورمسر» در تجربیات ده ساله خود درباره بیش از هزار معتاد چنین می‌نویسد: «هرگز معتادی را ندیدم که عواطف او عمیقاً دچار اختلال نشده باشد و در زندگی‌اش دست‌خوش تعارضات و کمبودها نباشد و به مرز میان روان‌پریشی و روان‌نژندی نرسیده باشد» (بهمن پوری و سیدفاضل، ۱۳۹۳).

۲-۳-۳- علل اجتماعی

عوامل اجتماعی مانند محیط مدرسه، دوستان ناباب، تفریحات ناسالم، بیکاری، عدم مقبولیت اجتماعی، فقر مالی و فرهنگی، رشد جمعیت، مهاجرت‌های بی‌رویه و... در شکل‌گیری اعتیاد، نقش بنیادی دارند (شرفی، ۱۳۷۶). در یک تحقیق میدانی انجام شده از سوی اداره مطالعات و تحقیقات کاربردی اداره کل مبارزه با مواد مخدر، علت شروع استفاده از مواد مخدر، به میزان ۶۲ درصد، معاشرت با دوستان ناباب اعلام شده است (صبوراردوبادی،

۱۳۶۳). بی دلیل نیست که در آموزه‌های دینی به انتخاب دوستان صالح، سفارش و از همراهی با دوستان ناباب، نهی شده است (کار، ۱۳۷۵) افزایش جمعیت و بیکاری، از دیگر عوامل اعتیاد است. افزون بر آن، در کشورهای عقب مانده، امکانات تفریحی و رفاهی کافی فراهم نیست و همین موارد نقش تعیین کننده‌ای در گرایش جوانان به اعتیاد ایفا می‌کنند (بارانی، ۱۳۹۳).

۲-۳-۴- علل جغرافیایی

ساکنان شهرها و روستاهایی که در مسیر عبور مواد مخدر هستند، به علت سهولت دسترسی به آن و همکاری با سوداگران مرگ، بیشتر در معرض اعتیاد قرار می‌گیرند (همان).

۲-۳-۵- علل سیاسی

از آن جا که جوانان هر جامعه‌ای در صحنه‌های فرهنگی، سیاسی، اجتماعی و اقتصادی آن جامعه نقش اساسی دارند، استعمارگران سعی می‌کنند خلایقیت، شادابی و بالندگی را از آنان بگیرند، از این رو با بهره‌گیری از سیاست‌های راهبردی نظیر: تهاجم فرهنگی و توزیع مواد مخدر می‌کوشند نقش جوانان را در جامعه کم رنگ کنند و از این طریق به اهداف شوم خود دست یازند (غفاری و مهدی، ۱۳۹۵).

۲-۴- کیفیت زندگی معتاد

از جمله متغیرهایی که در فرزندان افراد وابسته به مواد آسیب قابل ملاحظه‌ای دریافت می‌کند، کیفیت زندگی است. فرزندان افراد معتاد از انواع تنش‌ها و استرس‌ها رنج برده و دارای مشکلاتی در راهبردهای مقابله‌ای خود در برخورد با تنش‌های زندگی هستند که می‌تواند روی کیفیت زندگی آنها تأثیر بگذارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد

اختلالات مزمن مانند ایدز و اعتیاد به تنهایی یا با یکدیگر مدام در زندگی مبتلایان و خانواده های آنان «به خصوص فرزندان» بحران ایجاد می کنند و میتوانند منجر به کاهش کیفیت زندگی آنها در ابعاد مختلف روانی و جسمانی شوند (پریو و اسپیر^۱، ۲۰۰۷). خانواده به عنوان اساسی ترین بنیان تشکیل دهنده زمینه های پیش اعتیادی محسوب میگردد که اقدامات پیش گیرانه باید در قالب آموزش زندگی خانواده، آموزش مهارتهای زندگی، آموزش شیوه های تربیتی و غیره از درون نظام خانواده قبل از آنکه نوجوان مستعد مصرف مواد گردد آغاز شود (فرزاد فرد، ۱۳۹۲).

محیط کودکانی که در خانوادههای مبتلا به سو مصرف الکل/ مواد بزرگ می شوند، به وضوح با فقدان فرزندپروری موثر، مدیریت ضعیف امور منزل و نبودن مهارتهای ارتباطی، همراه است. تعارضهای زناشویی، عاطفی یا خشونت جسمی، نداشتن انسجام و یکپارچگی خانواده، مزوی شدن خانواده و افزایش استرس به دلیل مشکلات کاری، بیماری، مسائل اقتصادی و جابه جایی های مکرر، معمولاً والدین مبتلا را در فراهم کردن نظام تربیتی منسجم و ساختارمند ناتوان تر می کند، درحالی که این والدین از فرزند خود انتظار دارند که زودتر از موعود به توانمندی کامل برای انجام مسائل و تکالیف رشدی دست پیدا کند. این حد از انتظار غیرواقعی و بالا، در سایر خانواده های غیرمبتلا کمتر دیده میشود. در این خانواده ها معمولاً پسران بیشتر از دختران در معرض شیوه های سختگیرانه ی انضباطی قرار میگیرند(فرزاد فرد، ۱۳۹۲)

۲-۵- نقش خانواده در گرایش فرزندان به اعتیاد

زندگی در خانواده هایی که سوء مصرف مواد دارند، برای کودکان سخت و پیچیده است. زندگی در محیطی غیرقابل پیش بینی و گیج کننده، بدون درک درستی از آنچه رخ داده، منجر به شکل گیری احساس گناه و تقصیر در کودک میشود. کودک گناه سوء مصرف مواد/ الکل والد را متوجه خود میداند. عدم ثبات در پیام

¹ Prcau, N., Spire

هایی که کودک از بافت آشفته ی خانواده دریافت میکند، باعث سردرگمی وی شده و به دلیل در دسترس نبودن والدین هنگام نیاز، کودک با احساس رهاشدگی نیز مواجه میشود. از سویی تلاش برای حفظ «راز» خانواده، فشار مضاعفی برای او به همراه دارد که معمولا از طرف خانواده به انجام آن ترغیب میشود و یا حتی تحت فشار قرار میگیرد. توسل به دروغگویی و پنهانکاری برای حفظ راز یا محافظت از والد مبتلا، احساس گناه، شرم، ناکامی و گاهی خشم را در کودک برمی انگیزد و با رفتارهای گوشه گیرانه، انزوا یا حملات پرخاشگری و عصبانیت های انفجاری ابراز میشود. مواجهه ی زودهنگام با مشکلات ناشی از اعتیاد والدین در خانواده و ماهیت آن، ایجاد و تحول دلبستگی ایمن کودک را به خطر میاندازد و با کاهش اعتماد به نفس، با اشکال در خودمختاری و استقلال کودک و نقص جدی در اعتماد پایه ی وی همراه است. یکی از عقاید رایج در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد/ الکل این است که افراط در این رفتارها به کسی جز خود ایشان آسیب نمیرساند. در حالی که نتایج تحقیقات و شواهد تجربی، حاکی از تأثیر رفتار مصرف مواد/ الکل بر همه ی کسانی است که به نحوی با وی در ارتباط هستند، خانواده، دوستان، کارمندان، همکاران و در این میان، تکلیف فرزندان فرد مبتلا نیز به وضوح روشن است! دکتر ویتز، نتیجه ی مطالعات خود بر خصوصیات کودکانی که والد مبتلا به سوء مصرف الکل / مواد داشتند را توصیف کرده و اضافه می کند که در بیشتر این کودکان، رگه های شخصیتی مذکور در بافت های مختلف زندگی نمود پیدا میکند و زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می دهد(موسی نژاد، ۱۳۹۱).

- خطر انواع سوء رفتارهای جسمی و جنسی برای این کودکان بیشتر از سایر کودکان است
- اشکال اساسی در تشخیص مفهوم «بهنجاری». از آنجا که این کودکان الگوی مناسبی برای همانندسازی و الگوبرداری ندارد و روابط بهنجار خانوادگی را تجربه نمی کنند، مفهوم روشنی از «بهنجاری» برای تطابق رفتارهای خود با محیط ندارند و دائما مجبورند به حدس و گمان در این رابطه بپردازند، بنابراین تمایز الگوهای

«خوب» از «بد» برای آنان دشوار است. زندگی در خانواده نیز برای آنها سخت میشود، زیرا نمیدانند چطور رفتار کنند و واکنش نشان دهند. کاهش اعتماد به نفس از تبعات این اشکال اساسی است، قضاوت بسیار سختگیرانه و همراه با نابخشودگی نسبت به خود. احساس کفایت و بسندگی در این کودکان آسیب دیده است و مدام فکر میکنند که به «اندازه‌ی کافی» خوب نیستند. نسبت به خود بسیار سختگیر هستند، بنابراین علایم اضطراب و افسردگی در آنان شایع است. به ندرت به خود حق میدهند که «خوشی کنند». از آنجا که تجارب ناخوش گذشته (مشاجره‌ی والدین، تنبیه جسمی، معموال واکنشهای خشم والد مبتلا و ...) مربوط به تعطیلات آخر هفته یا مسافرتها بوده است، تفکر بدبینانه‌ی مبنی بر این که «نباید انتظار داشته باشم اتفاق خوبی برایم بیفتد» در آنان شکل می‌گیرد (واحدیان، ۱۳۹۴).

- مشکل جدی در برقراری روابط بینفردی صمیمانه. داشتن رابطه‌ی صمیمی مستلزم دلبستگی عاطفی ایمن و مستقل به همراه برطرف کردن نیازهاست. کودکانی که با والد مبتلا به اعتیاد پرورش یافته اند در «اعتماد کردن» مشکل جدی دارند و به دلیل اعتماد به نفس پایین، به خود اجازه نمی‌دهند تا به دیگران نزدیک شوند و روابط صمیمانه را تجربه کنند (همان).

- احساس «رهاشدگی» و ترس از تنهایی. به دلیل عدم دسترسی عاطفی به والدین یا عدم حضور فیزیکی آنان، کودکان در این خانواده‌ها با ترس از رهاشدگی بزرگ میشوند. ترس از تنهایی، پیامد احساس رهاشدگی است که در روابط آتی این کودکان اختلال ایجاد می‌کند و انتظار پایان یافتن روابط را در آنها به طور مستمر فعال نگه میدارد.

- ترس از دعوا، جنجال و افراد پرخاشگر. در صورتی که والدین مبتلا رفتارهای پرخاشگرانه و مهارنایافته داشته باشد، ترس از پرخاشگری در کودک شکل گرفته و آنان را از هر تعارضی گریزان خواهد کرد، چرا که تعارض، معنایی نمادین معادل خشونت به خود می گیرد (مسلمی، ۱۳۸۹).

- تأییدجویی دائم. قضاوت سختگیرانه نسبت به خود، میل به تأیید شدن را در این کودکان افزایش میدهد و ممکن است آنها را به افراد آماده به خدمتی تبدیل کند که «نه» گفتن به درخواست های دیگران برایشان دشوار است و از ناراحت کردن دیگران واهمه دارند. حساسیت مفرط نسبت به انتقاد، به دلیل اعتماد به نفس پایین و تأیید نشدن از سوی دیگران، رفتار شایعی در این کودکان است (همان).

- احساس «متفاوت بودن». کودکانی که والدین مبتلا به اعتیاد دارند، تصور میکنند نسبت به دیگران «متفاوت» هستند، یا به قدر کافی خوب نیستند. چنین تصویری از خود آنان را به سمت انزوا و اجتناب از موقعیت های اجتماعی سوق میدهد و به ضعف در مهارت دوستیابی منجر میشود. میل به کنار کشیدن به دلیل احساس تقصیر و مسبب مشکلات بودن نیز در آنها رایج است (واحدیان، ۱۳۹۴).

- احساس مسئولیت افراطی. کودکان در چنین خانواده هایی برای پرهیز از مورد انتقاد قرار گرفتن یا برانگیختن خشم والد مبتلا، به طور افراطی احساس مسئولیت میکنند یا کمالگرا می شوند. حساسیت زیاد نسبت به درست انجام شدن کارها، تحمل ناکامی کم و اعتیاد به کار، از دیگر مسائلی است که این کودکان را درگیر میکند (فرزاد فرد، ۱۳۹۲).

۲-۵-۱- خانواده های آسیب زا

۲-۵-۱-۱- مشکلات عاطفی

نداشتن روابط درست عاطفی در خانواده، باعث محرومیت عاطفی فرزندان و والدین میشود و محرومیت عاطفی از علل گرایش فرد به اعتیاد است. در گزارشی از کانون اصلاح و تربیت شهر تهران، در خانواده های یک سوم از افراد بزهدار، درگیری زیادی میان افراد خانواده وجود داشته است و در ۵۰ درصد از موارد بین اعضای خانواده رابطه ی محبت آمیزی وجود نداشته است. در کانون اصلاح و تربیت مشهد نیز ۸۴ درصد از بزهداران در مصاحبه های خود به روابط معیوب خانوادگی اشاره کرده اند (قلی زاده، ۱۳۹۴).

۲-۵-۱-۲- عدم حمایت

گرایش به گروه همسالان طبیعی و جزء ضروریات رشد نوجوانان است، اما این امر گاه در حالی اتفاق میافتد که نوجوان از خلأ عاطفی، نبود حمایت مؤثر خانواده و در نتیجه کمبود عزت نفس، رنج می برد. در گروههای همسالان، نوجوانان تازه وارد ممکن است از طرف اعضای قدیمی تر تحت فشار قرار گیرند تا به عنوان بهای پذیرفته شدن در گروه، اعمال و رفتار نامطلوبی از خود نشان دهند. در این میان تنها نوجوانانی که از عزت نفس بالایی برخوردارند، قادرند در مقابل فشارهای همسالان مقاومت نمایند، زیرا به راحتی میتوانند روابط دوستانه ای با افراد دیگری شکل دهند (صفا، ۱۳۹۴).

۲-۵-۱-۳- طلاق و جدایی

طلاق و جدایی از همسر، برای زوجین و به ویژه زنان تجربهای سخت و دردناک است. عدم حمایت خانواده و جامعه از فردی که طالق گرفته است و همچنین عدم آمادگی خود شخص برای عبور درست از دشواریهای طالق میتواند بستری برای افسردگی و گرایش زنان به اعتیاد باشد (همان).

۲-۵-۱-۴- عادی شدن مصرف مواد

زشتی اعتیاد و ترس از آن برای فرزندان که والدین معتاد دارند، تا حد زیادی از بین می‌رود. عادی شدن مصرف مواد مخدر در خانواده، موجب می‌شود نوجوانان راحت‌تر به سمت مصرف مواد بروند. از طرفی اعتیاد والدین، مراقبت و حمایت آنها از فرزندان را کاهش می‌دهد که خود زمینه ساز اعتیاد است (همان).

۲-۵-۱-۵-۲- وراثت

هنوز مشخص نشده است که آیا اعتیاد والدین از طریق ژنها به فرزندان منتقل می‌شود یا نه، اما در مورد مادران معتاد قطعی است که اکثر داروهای روانگردان از جفت رد می‌شوند و می‌توانند تأثیری منفی بر رشد جنین بگذارند. همچنین آمار نشان می‌دهد کودکانی که مادر معتاد داشته‌اند، تمایل بیشتری به مصرف مواد دارند (همان).

۲-۶- اعتیاد و ارتباط آن با شیوه‌های فرزند پروری والدین

پژوهش‌های اخیر حاکی از آن است که مصرف مواد، بین جوانانی که به خانواده‌های ناخرسند تعلق دارند بیشتر از خانواده‌هایی است که محیط شادی دارند. در خانواده‌های ناخرسند والدین علاقه‌ای به فرزندان خود ندارند و به تنبیهات بدنی شدیدی متوسل می‌شوند. ارزش‌های والدین نیز نقش مهمی در استفاده از مواد دارد. جوانان در خانواده‌هایی که محافظه‌کار هستند و در آن‌ها به ارزش‌های اجتماعی، سنتی، دینی و هدف‌های داز مدت تأکید می‌شود. گرایش کمتری به مصرف مواد دارند؛ ولی در خانواده‌هایی که در آن‌ها عدم دخالت در کار همدیگر تشویق می‌شود جوانان گرایش بیشتری به مواد دارند. شاید قوی‌ترین تأثیر والدین این باشد که الگویی برای مصرف مواد فراهم می‌کنند (لطف آبادی، ۱۳۹۵)

جو حاکم بر خانواده‌ها بسیار متفاوت است. در برخی استبدادی و در برخی آزاد و دمکراتیک است؛ در بعضی جو

پذیرنده و در برخی دیگر طرد کننده است (قره داغی، ۱۳۸۵). بر همین اساس انواع سبک، فرزند پروری عبارتند از:

۱. روش سهل گیر

در این روش والدین منبعی هستند که کودکان در صورت تمایل می توانند از آن ها پیروی کنند. این روش مدلی نیست که بچه ها را شکل دهد یا در آن ها تغییر ایجاد کند. والدین بدون این که سرمشقی از یک بزرگسال مسئول ارائه نمایند فرزندان را به حال خود رها می کنند. بعضی از والدین چنین استدلال می کنند که امور فرزندان آن ها به خودشان ارتباط دارد و به این شکل رفتار خود را توجیه می نمایند. راحت طلبی یا انطباق ناهماهنگ که حاصل این روش است سبب می شود که کودکان دیرتر به بلوغ برسند و استقلال نهایی را در وجود آن ها دشوارتر می نماید (پیکهارت، ۱۳۹۷).

۲. روش استبدادی

روش کنترل مستبدانه خاص خانواده های سنتی است. والدین مستبد می کوشند که رفتار و عقاید کودکان را با یک سری استانداردهای مختلف شکل دهند و ارزیابی و کنترل کنند. والدین خواستار اطاعت بی چون و چرا از سوی فرزندان خود هستند و به ندرت علت خواسته های خود را توضیح می دهند. آن ها بیشتر از زور استفاده کرده و برای وادار کردن فرزندان خود به اطاعت، گاهی به تنبیهات شدید بدنی نیز متوسل می شوند، این دسته از والدین با سخت گیری زیاد و قرار دادن چارچوب های بسیار تنگ در حوزه فعالیت های فرزندان از آن ها می خواهند که کاملاً مطیع باشند و هیچ گونه مخالفتی در برابر والدین و بزرگسالان از خود بروز ندهند، در شیوه استبدادی ابزار وجود و استقلال فرزندان سرکوب می شود و فرزندان مضطرب، گوشه گیر و ناشاد هستند. شیوه والدین مستبد عبارتند از: تعیین استانداردهای بالا برای فرزندان، طرد فرزندان نافرمان، ارتباط کم با فرزندان، استفاده از تنبیه و خشونت و تصمیم گیری صرف توسط والدین (پیکهارت، ۱۳۹۷).

۳. روش قاطع و اطمینان بخش

در این شیوه والدین انعطاف پذیرند و ضمن اعطای آزادی به فرزندان خود، برای آنان مقررات روشنی تعیین می کنند. در عین حال دلایل خود را برای وضع این مقررات بیان می نمایند. این والدین درباره انتظاراتشان از فرزندان با آنان استدلال می کنند. بام ریند و دیگران (۱۹۹۱) معتقدند: والدین قاطع، قدرتمند و با ابهت سعی می کنند انضباط درونی، استقلال، اعتماد به نفس، قدرت سازگاری، خلاقیت، احساس قوی درباره ارزش های مورد قبول و تشخیص تفاوت بین جرات و نفرت را به نوجوانان و جوانان خود بیاموزند. این دسته از والدین، هم کاملاً پاسخگوی نیازهای فرزندان خود هستند و هم از آنان توقع دارند که رفتار درستی داشته باشند. این والدین به فرزندان خود احترام می گذارند، آنان در در امور مربوط به خانواده و تصمیم گیری ها شریک می سازند و تشویقشان می کنند تا هم مستقل و هم مسئولیت پذیر باشند (برژرون، ۱۳۹۷).

دارلینگ و استینبرگ (۱۹۹۳) سبک این والدین را چنین تعریف کرده اند: «مجموعه ای منظم از نگرش ها درباره کودک که جو روانی خاصی بوجود می آورد و رفتار والدین در آن تجلی می یابد». بر اساس پژوهش های گذشته، سبک والدینی، ابزار بسیار مناسبی جهت تشخیص مصرف مواد در نوجوانان است. سبک های فرزند پروری به روش های مختلفی طبقه بندی و مفهوم سازی شده است. بسیاری از محققان سازه های کنترل، حمایت و نظارت و بازنگری را به عنوان اجزای اصلی فرزند پروری شناسایی کرده اند که مصرف مواد را پیش بینی می کنند (برژرون، ۱۳۹۷).

در تحقیقی که توسط گروه بارنزبر روی ۶۹۹ نوجوان و والدینشان صورت گرفت، شواهد محکمی بدست آمد که حمایت بالای والدین، والدین تشویق کننده، والدین نصیحت کننده همراه با نظارت گسترده آنان (مانند این که: والدین از فرزندشان می پرسند قصد دارد به کجا برود) باز دارنده مهم نوجوان از الکل و دارو است. در مقابل والدینی که

توضیحات کلی درباره قواعد رفتار ارائه می دهند. در جلوگیری از مصرف مواد، موثر نیستند. گروه پاترسون نیز شواهد محکمی بدست آورد مبنی بر اینکه نظارت و بازنگری والدین مهمترین بازدارنده نوجوان از مصرف مواد است. پاترسون و همکارانش از یک مدل رشد رفتار ضد اجتماعی استفاده کرده اند. این مدل شواهدی را ارائه می دهد که رفتارهای والدینی به ویژه در دوران اولیه کودکی در رشد رفتار پرخاشگرانه و معاندانه اولیه تأثیر فراوانی دارد. بخصوص پاترسون و همکارانش نشان داده اند که سوء مدیریت در بر خورد مناسب با اولین رفتار پرخاشگرانه از طریق فرایند تمایلات زور مدارانه والد- کودک، رفتار پرخاشگرانه بعدی را شکل می دهد (همان).

والدین برای دوری از تمایلات تأدیبی نا خوشایند آزاردهنده تمایل دارند در نظارت، تأدیب و انضباط خود رفتار متناقضی داشته باشند؛ همین امر منجر به افزایش رفتار پرخاشگرانه کودک می شود. وقتی کودک وارد مدرسه می شود، این الگوی رفتار پرخاشگرانه را وارد محیط مدرسه می کند. و اگر کودک با شکست تحصیلی و طرد همسالان مواجه شود کم کم او به همسالان پرخاشگر گرایش پیدا می کند. بنابراین رفتار بزهکارانه/ضد اجتماعی بین کودکان تقویت می شود. پژوهش های فراوان در این زمینه نشان می دهد که مدل رفتار بزهکارانه/ضد اجتماعی برای رفتارهای مشکل سازی چون مصرف مواد مخدر نیز می تواند صادق باشد. مطالعه ای توسط اری و همکارانش (۱۹۹۱) انجام شد که بررسی تأثیرات نظارت و بازنگری والدینی بر مصرف مواد نوجوانان با استفاده از مدل رشدی ضد اجتماعی پاترسون و همکارانش می پرداخت. شرکت کنندگان در این مطالعه ۶۰۸ نوجوان ۱۴ تا ۱۷ ساله بودند. مادران هریک از نوجوانان شرکت کننده نیز در این مطالعه حضور داشتند. اطلاعات از طریق پرسشنامه جمع آوری گردید. از نوجوانان خواسته شد تا درباره رفتارهای مشکل آفرین دوره نوجوانی (مثلاً، مصرف مواد، رفتارهای ضد اجتماعی، رفتارهای جنسی مخاطره آمیز) و تعارض خانوادگی (مثلاً آیا والدین هر روز از دست شما خشمگین می شوند؟) و درگیری خانوادگی ضعیف (مثلاً اعضای خانواده از همدیگر حمایت می کنند- شبیه ساز حمایت

بارنز). والدین نیز به پرسشنامه ای پاسخ گفتند که مواردی درباره نظارت والدینی (مانند: هر چند وقت یکبار کودک به جایی می رود که والدین او را از رفتن به آن جا منع کرده اند؟) و انحراف همسالان (هر چند وقت یکبار کودک با همسالان بدرفتار، معاشرت می کند) یافته‌های این گروه حاکی از آن بود که رفتارهای مشکل آفرین نوجوانان از قبیل مصرف مواد، رفتارهای ضد اجتماعی و رفتارهای جنسی مخاطره آمیز بیشتر زمانی اتفاق می افتند که در خانواده ها سطح تعارض بالا، سطح ارتباط پایین و سطح نظارتی والدین بسیار اندک باشد. این مطالعه نیز مانند پژوهش های پاترسون و همکارانش شواهدی به دست داد مبنی بر این که یک فرایند رشدی ویژه ای وجود دارد که نوجوانان را به رفتارهای مشکل آفرین هدایت می کند. به ویژه نظارت والدینی پایین، کودکان را به گذراندن وقت بیشتری با همسالان منحرف می کشاند. این امر منجر به افزایش احتمال بروز رفتارهای مشکل آفرین در آنان می شود. یافته های موجود درباره اهمیت حمایت، کنترل و نظارت با بخش عمده ای از پیشینه اجتماعی سازی والدینی هماهنگ هستند. بام ریند با تعریف حمایت به عنوان مسئولیت پذیری و کنترل نظارت به عنوان خواهندگی، به تفصیل این سه بعد را تشریح کرد. بام ریند ابعاد پاسخگویی و خواهندگی برای انشعاب یک طبقه بندی چهارگانه از رفتار فرزند پروری استفاده کرد که نحوه انطباق نیازهای همزاد کودکان به پرورش و محدود سازی را بیان می دارد. این چهار سبک فرزند پروری عبارتند از: اقتداری، استبدادی، سهل گیر و طرد کننده - نادیده گیرنده که تعاریف کاربردی آن ها با توجه به بافت اجتماعی، دوره رشد کودک و روش مورد استفاده در ارزیابی، اندکی متفاوت است. والدین مقتدر، هم مقتدر هستند و هم مسئول. آن ها بر رفتار کودک نظارت دارند و استانداردهای مشخصی را برای رفتار او تعیین می کنند. رفتار تأدیبی آن ها حمایت کننده است و تنبیه جایگاهی ندارد. آن ها در رفتار و تأدیب فرزندان بسیار شجاع هستند ولی هیچ گاه برای رفتار کودکان مزاحمت ایجاد نمی کنند. والدین مقتدر از کودکانشان می خواهند از نظر اجتماعی افرادی مسئول، خودگردان و کارآمد باشند. والدین مستبد خواهنده، آموغیر مسئول هستند. آن ها می

کوشند رفتار و نگرش های کودکان خود را مطابق با یک سری معیارهای مطلق کنترل نمایند. والدین مستبد انتظار دارند که بچه هایشان بدون چون و چرا از فرامین آن ها اطاعت کنند. آن ها همچنین فعالیت های بچه هایشان را به صورت خیلی دقیق نظارت می کنند (مهیار، ۱۳۹۶).

والدین سهل گیر بیشتر مسئول هستند تا خواهنده؛ آن ها تکانه های بچه یشان را تحمل کرده و می پذیرند و منتظر رفتار عاقلانه از فرزندان هستند و از رویارویی مستقیم با فرزندان می پرهیزند. والدین طرد کننده - نادیده گیرنده، نه خواهنده هستند نه مسئول. آن ها حامی بچه هایشان نیستند و ممکن است در عمل بچه هایشان را به طور کامل طرد کنند یا نادیده بگیرند. یک گروه پژوهشی به سرپرستی استینبرگ، طبقه بندی چهارگانه رفتار فرزند پروری بام ریند را به منظور مطالعه پیامد های دوره نوجوانی مانند مصرف مواد به کار گرفته اند. تحقیق دیگر توسط لامبورن و همکاران (۱۹۹۱) اجرا شد که به بررسی تأثیر سبک فرزند بر مصرف مواد نوجوانان می پرداخت. در این پژوهش گروه آزمودنی شامل ۴۱۰۰ نوجوان دانش آموز از طیف های مختلف قومی، اجتماعی و اقتصادی بودند. داده ها، شامل اطلاعاتی درباره مصرف مواد و سبک های فرزند پروری، از طریق پرسشنامه های خود اظهاری جمع آوری شد. نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که نوجوانانی که متعلق به خانواده های اقتدارگرا بودند، سازگاری بهتر، صلاحیت بیشتر و احتمالاً نسبت به همسالانشان مصرف مواد و الکل کمتری داشتند. نوجوانانی که والدینشان به عنوان مستبد توصیف شده بودند، قادر بودند با معیارهای بزرگسالان همراه شوند و احتمال مصرف مواد و الکل در بین آن ها کمتر از همسالانشان بود. با وجود این، در مقایسه این نوجوانان با همسالانی از خانواده های اقتدارگرا و سهل گیر، عزت نفس کمتری داشتند. نوجوانانی که از خانواده های نادیده انگار بودند، در مقایسه با همتایان خود از خانواده های مقتدرو مستبد، سازگاری کمتر، عزت نفس پایین تر و احتمال بیشتری برای استفاده از الکل و مواد داشتند. نوجوانان دارای والدین سهل گیر شبیه به همتایان خویش از خانواده های نادیده انگار بودند. آن ها به احتمال زیاد به مصرف الکل و

مواد مشغول می شوند. با این وجود، آن ها بالاترین نمره را در اندازه گیری های عزت نفس کسب نمودند (مثلاً، اعتماد به نفس و صلاحیت اجتماعی). این نوجوانان به فعالیت هایی که برای همسالان نشان ارزشمند ولی برای بزرگسالان بی ارزش بود، مانند مصرف الکل و مواد، گرایش پیدا کردند. آنان همچنین شکایت بیشتری از تنبیه بدنی نسبت به انواع خانواده های دیگر داشتند. لازم به ذکر است شاید بیشتر این تنبیهات بخاطر مصرف مواد باشد. به طور خلاصه، پژوهش ها ثابت کرده است که سبک فرزند پروری عامل مهمی در مصرف مواد نوجوانان به شمار می رود. ویژگی والدینی که فرزندان آن ها از مصرف مواد خود داری می کنند عبارتند از: حمایت زیاد، کنترل متوسط، نظارت بالا (مقتدر) یا حمایت کم و کنترل و نظارت بالا (مستبد) (رحیمی، ۱۳۹۵).

۲-۷- دیدگاه نظری و تئوریک اعتیاد

در خصوص اتیولوژی و سبب شناسی اعتیاد، دیدگاه های نظری و تئوریک متنوعی مطرح شده است که در این رساله به آن ها پرداخته می شود.

۲-۷-۱- علل زیست شناختی مستعد کننده اعتیاد

از نقطه نظر زیستی برخی عوامل ژنتیکی افراد را مستعد معتاد شدن می سازد که نسبت به بقیه کمتر از خطر اجتناب می کنند و بیشتر به سمت رفتارهای پرخطر و ریسک پذیر می روند. این افراد ساختمان شیمیایی مغزشان به گونه است که صبور و بی احتیاط اند. در الگوی کودکی شان خاطرات آتش بازی، کتک کاری و وحشیانه، پریدن از بلندی ها و در نوجوانی درگیری با مسئولان در مدرسه، معلمان، موتورسواری و رانندگی های بی احتیاط زیاد است. ولی کمتر از

نیمی از معتادان دارای چنین ساختار ژنتیکی‌اند. در اغلب آن‌ها سایر جنبه‌ها (روان‌شناختی - جامعه‌شناختی - معناشناختی) آسیب‌پذیرترند (پیکه‌هارت، ۱۳۹۷).

۲-۷-۲- علل روان‌شناختی مستعد کننده اعتیاد

وقتی از عوامل روان‌شناختی صحبت به میان می‌آید منظور الگوهای رفتاری تکرارشونده‌ای است که فرد در زندگی خود دارد و معمولاً این الگوها ریشه در تربیت وی دارند. برخی از این الگوها با اعتیاد هیچ ارتباط خاصی ندارند اما زمینه‌ساز بروز آنند. یکی از این الگوها «نارضایتی دائمی» است؛ یعنی میزان رضایت داشتن از زندگی که در دوران کودکی آموخته می‌گردد. دومین الگو «تغییر از بیرون» است. الگوی ذهنی چنین شخصی این است که تا تغییر از بیرون (محیط) اطراف رخ ندهد زندگی من تغییر نمی‌کند. الگوی شایع دیگر «انکار» نام دارد، این گونه افراد خود را می‌فریبند. توانایی و ظرفیت آن‌ها در درون‌گری و ارزیابی خود پائین است. مشکلات را نمی‌پذیرند. الگوی دیگر «اهمال و سهل‌انگاری» است. کارها و مشکلات را روی یکدیگر تلنبار کرده و روی هم انباشته می‌کنند (برژرون، ۱۳۹۷).

۲-۷-۳- علل اجتماعی مستعد کننده اعتیاد

در خصوص الگوی جامعه‌شناختی عامل مهم که زمینه‌ساز اعتیاد است «پذیرش فرهنگی مصرف مواد در جامعه» است. در هر ملتی بسته به شدت مقبولیت ماده خاص شیوع اعتیاد بالاتر است. مثلاً در فرانسه (مصرف الکل) از نظر فرهنگی کاملاً پذیرفته شده است. ۱۰/۰ مرگ‌ومیرها در این کشور ناشی از الکل و در حدود ۳۰/۰ بیماری‌های جسمی ناشی از عوارض سوءمصرف الکل‌هاست (مهیار، ۱۳۹۶).

۲-۷-۴- علل معنانشناسی - فلسفی

این الگوی به دنبال یافتن « معنا برای زندگی » است. یکی از نیازهای انسان یافتن معنا برای زیستن است. دغدغه معنا از مهم‌ترین ویژگی‌های دنیای امروز است که موجب تلاش در جهت بهتر زیستن و ایجاد امید و بالندگی در زندگی است (سرگلزایی، ۱۳۸۶)

۲-۷-۵- رویکرد سوء مصرف مواد

پیرامون سبب شناسی اختلالات مصرف مواد، نظریه‌های گوناگونی از جمله نظریه‌های روان‌پوشی، نظریه‌های رفتاری و شناختی - رفتاری و مدل‌های خانوادگی وجود دارد که از این میان مدل‌های خانوادگی، سبک فرزند پروری را در بر می‌گیرد. در اصل سه مدل از رویکردهای خانواده محور در ارتباط با سوء مصرف مواد وجود دارد که عبارتند از:

۱. رفتاری: تمرکز مدل رفتار بر رفتارهای تقویت کننده ای است که اعضای خانواده نسبت به فرد سوء مصرف کننده مواد ارائه می‌کنند. گاهی مشاهده می‌شود اعضای خانواده به شکل غیر عمد از استعمال مواد حمایت می‌کنند.
۲. نظام‌های خانوادگی: مدل نظام‌های خانوادگی بر نقش‌های به هم وابسته اعضای خانواده تأکید می‌ورزند. تغییر دادن نقش‌ها حتی نقش‌های ظاهری و منفی یک مصرف کننده مواد، اغلب با مقاومت اعضای خانواده روبه رومی شود؛ زیرا تغییر مستلزم سازگاری مجدد همه نقش‌های دیگر خانواده است.
۳. بیماری خانوادگی: مدل بیماری خانوادگی این حقیقت را پررنگ تر می‌سازد که نه تنها فرد معتاد، بلکه سایر اعضای خانواده نیز از نوعی اختلال رنج می‌برند. علاوه بر مصرف کننده مواد، کلیه اعضای خانواده نیاز به درمان دارند. اختلال خانوادگی درمان فرد معتاد را ناکام می‌گذارد زیرا بدون درمان همه اعضای خانواده، بهبودی موفقیت آمیز فرد معتاد دور از انتظار است (پیکه‌هارت، ۱۳۹۷).

این مدل خانوادگی دلیل مقاومت در برابر تغییر را، فقط مصرف مواد نمی داند بلکه خود اعضای خانواده مهمترین علت آن هستند.

هاو کینزو همکاران (۱۹۹۲) سه وضعیت خانوادگی را ترسیم کرده اند که عبارتند از (برژرون، ۱۳۹۷):

۱. مدیریت ضعیف، متناقض و بی ثبات خانواده

۲. تعارض خانوادگی

۳. پیوندهای ضعیف خانوادگی

سلطه گری و انطباق متناقض و بی ثبات والدین، کیفیت ضعیف و نامطلوب تعامل والدین با فرزندان و آرزوها و انتظارات پایین برای فرزندان از ویژگی های مدیریت ضعیف خانوادگی محسوب شده و احتمال گرایش و گرفتاری جوانان به مواد را افزایش می دهد. تعارض خانوادگی نیز به شکل متفاوت ناهمسازی و اختلاف زناشویی، طلاق و جدایی، اعتماد شخصی و مهارت های مقابله ای فرزندان را تحلیل می برد آن ها را با خطر پناه برده به مواد در مقابله با این استرس ها مواجه می سازد. این مشخصه های خانوادگی، مانع تشکیل پیوندهای بین والدین و کودک می شود و آسیب پذیری بعدی کودکان را افزایش می دهد (بشارت، ۱۳۸۶). به نظر کلمن افراد معتاد تحت تأثیر دینامیک خانواده و الگوهای رفتار اعتیاد آورا اعضا در خانه بوده اند (احمدی، ۱۳۸۲) مطالعات متنوعی پیرامون روش های فرزند پروری بر اعتیاد نوجوانان صورت گرفته که همگی مؤید تأثیر خانواده و علی الخصوص تأثیر سبک فرزند پروری بر اعتیاد نوجوانان هستند. چنانچه سیلرین و بازیرا (۱۹۷۲) در بررسی خویش تحت عنوان خانواده های معتاد بر این باور دست یافته اند که والدین به ویژه پدران معتاد این قبیل خانواده ها مدل خود را به فرزندان انتقال می دهند (هموطن، ۱۳۹۵).

۲-۸- پیامدها و عوارض مصرف مواد مخدر

۲-۸-۱- عوارض جسمانی

اگر مصرف روزانه‌ی شخص معتاد متوقف گردد و از ده تا دوازده ساعت بیشتر طول بکشد، به عوارض و ناراحتی‌های جسمی، عصبی مانند اضطراب، بی‌قراری، آبریزش مکرر بینی و چشم، ناراحتی‌های عضلانی، فشار شدید در ستون فقرات، دل‌پیچه، دل‌درد، بی‌اشتهایی، استفراغ مکرر، کم‌وزنی شدید و لاغری. اگر به چنین شخصی بین دو یا سه روز مواد مخدر نرسد، اعتیادش از بین می‌رود؛ زیرا نرسیدن مواد به بدن عارضه دارد ولی مرگ‌ومیر ندارد، مشروط به اینکه پس از ترک اعتیاد به مواد مخدر دسترسی نداشته باشد (غفاری و مهدی، ۱۳۹۵).

تریاک و مشتقات آن دندان‌ها را کثیف و آسیب‌پذیر کرده، مخاط دهان را ملتهب می‌سازد موجب نقصان ترشحات بزاقی غدد می‌شود. ورود هروئین و مرفین به بدن، کار دستگاه عصبی را در سطوح مختلف تغییر داده و در صورت تداوم مصرف آن را به بدکاری مزمن و دائمی سوق می‌دهد. مواد افیونی منجر به تنبل شدن ساختمان کبد می‌شوند، راه ریختن صفرا به روده را منقبض و تنگ می‌کند. چون ترشحات پانکراس به‌خوبی در روده‌ها ریخته نمی‌شود، یرقان ایجاد می‌شود که اثرات ناگواری در سیستم گوارشی به‌جا می‌گذارد. کلیه‌ها، در اثر مصرف مواد مخدر متورم شده و منجر به اشکال در دفع ادرار یا ادرار توأم با درد و سوزش و نیز تکرر ادرار می‌گردند. جنسی نیز از عواقب دیگر استفاده از مواد مخدرند. مواد مخدر می‌توانند سبب کم یا توقف میل جنسی شوند. زنان معتاد خیلی زود نازا می‌شوند و در دوران بارداری احتمال سقط‌جنین در آن‌ها بالاست (موسی نژاد، ۱۳۹۱).

مواد مخدر تارهای صوتی حنجره را تحریک کرده و به التهاب مزمن آن می‌انجامد که منجر به غیرطبیعی شدن صدای فرد می‌گردد و گاهی بیماری برونشیت (آسم) را در پی دارد، ریه‌ها به محیط سازگار جهت بروز بیماری سل می‌شود.

وقتی دود تریاک ریه را پر می‌کند، اکسیژن‌رسانی به خون ضعیف شده و منجر به تنگی نفس و تپش قلب بالا (غیرعادی) می‌گردد. از عوارض دیگر آن می‌توان خشکی پوست، قرمز شدن، بالا رفتن یا پائین آمدن درجه حرارت پوست در نواحی مختلف بدن به‌ویژه (دست‌ها و پاها)، شکنندگی ناخن‌ها، سیاهی یا رنگ‌پریدگی پوست صورت و به‌طور کلی (ضعف عمومی) نام برد (بهمن پوری و سیدفاضل، ۱۳۹۳)

۲-۸-۲- عوارض روانی

فرد معتاد تعادل روانی ندارد. لابلایگری، عدم توجه به اصول و قوانین جامعه تسلیم شدن در برابر پیشامدها، ضعف اراده، عدم توجه به وظایف و مسئولیت شخصی و اجتماعی وی از خصوصیات رفتاری این‌گونه اشخاص است. از لحاظ عاطفی افرادی عصیانگر، نابالغ، بی‌قرار و دارای احساساتی خصومت‌زا هستند. اضطراب بالایی دارند. احساس و بی‌کفایت بودن می‌کنند. اصل اتکای روانی مقدم بر اعتیاد بر جسم است؛ زیرا قبل از اینکه شخص تعادل جسمی‌اش را از دست بدهد تعادل روانی خود را تا زمان رسیدن به آن ماده مصرفی از دست می‌دهد. (شایع‌ترین عوارض روانی افسردگی - اضطراب و ADHD) می‌باشد (کاپلان و سادوک، ۱۳۹۶).

۲-۸-۳- عوارض اجتماعی

افراد معتاد سازنده و مولد نیستند بلکه مصرف‌کنندگانی‌اند که کاری جز ضرر رساندن ندارند. فرد معتاد به اعضای خانواده خود احساس مسئولیت ندارد، موقعیت اجتماعی وی متزلزل است. به دیگران اعتماد ندارد و برآوردن خواسته‌ها و نیازهای خود را بر دیگران ارجح‌تر می‌دارد. در روابط اجتماعی رفتاری سطحی و بسیار تصنعی دارد، به‌ندرت پیوندهای عاطفی یا وفاداری به تعهد دارند. تنها تلاش وی در جهت کسب مواد مخدر صرف می‌شود و

چون ناگزیر به پرداخت هزینه آنند به راه‌های نادرست و غیرقانونی و از نظر اجتماع نابهنجار مانند (دزدی، تجاوز به دیگران، آدم کشی و فحشاء) روی آورند. این اعمال باعث دیدی محتاط و ناشایست از سوی افراد یک جامعه به آنان شده و نظم اجتماع را به هم می‌ریزند (غفاری و مهدی، ۱۳۹۵).

۲-۹- آثار سوء مصرف مواد در کودکان دارای والد معتاد

کودکانی که یک یا هر دو والد آنان مبتلا به سوء مصرف باشند، در معرض خطر ابتلای بالاتری نسبت به سایر کودکان هستند. نقش ژنتیک و عوامل محیطی. فرزندان بیولوژیک والدین مبتلا که در خانواده ای دیگر به فرزندخواندگی پذیرفته شده اند، ۲ تا ۹ برابر در معرض خطر ابتلا هستند. تحقیقات حاکی از نقش مهم عوامل ژنتیکی به خصوص در شروع زود هنگام مصرف الکل و به ویژه در مردان است. خطر ابتلای فرزندان پسر پدرهای مبتلا به الکلیسم، ۴ برابر همتهای پسر است. سوء مصرف مواد در والدین با سوء مصرف نوجوانان آنان معمولاً همبستگی بالایی دارد. تاثیر نگرش والدین بر رفتار مصرف مواد توسط فرزندشان، به اندازهی سوء مصرف مواد واقعی توسط والدین مهم است. نوجوانانی که والدین خود را نسبت به مصرف مواد آسانگیر درمی‌یابند، احتمالاً بیشتر در معرض خطر مصرف مواد هستند. علایم اضطراب و افسردگی در فرزندان این خانواده ها بالاتر از سایر کودکان است و انواع افت عملکردهای روانپزشکی و روانشناختی در این کودکان بیشتر دیده می‌شود (بیکهارت، ۱۳۹۷).

در چنین خانواده هایی مشکلات جسمی و روانشناختی فرزندان و هزینه های درمان آنان نسبت به فرزندان در خانواده‌های غیرمبتلا، بالاتر است. آمار حاکی از ۲۴ تا ۲۹٪ برابر درمان های سرپایی برای فرزندان خانواده های مبتلا به سوء مصرف؛ نسبت به فرزندان سایر خانواده هاست. همچنین در این خانواده ها سایر اختلالات روانشناختی نیز بالاتر گزارش شده است. سوء مصرف مواد والدین، رفاه کودک را ۷۰ تا ۹۰٪ به مخاطره می اندازد. فقدان

همدردی، بی‌کفایتی اجتماعی و مشکلات سازگاری در روابط بینفردی، کاهش اعتماد به نفس و احساس نداشتن کنترل بر محیط، از علایم بارز دیگر در این کودکان است. تحقیقات نشان داده است که فرزندان افراد مبتلا به سوء مصرف مواد/الکل، مشکلات شخصیتی خاصی دارند که این موضوع کودکان را برای ناسازگاریهای آتی آماده می‌کند (رحیمی، ۱۳۹۵).

۲-۱۰- نقش خانواده در گرایش به اعتیاد

نقش و اهمیت خانواده در ایجاد گرایش به اعتیاد و مصرف مواد، توسط پژوهشگران مورد توجه و تأکید قرار گرفته است. (مک کالر^۱ و همکاران، ۲۰۰۱) سرمشق‌گیر و تقلید از رفتار والدین، درونی‌سازی ارزش‌ها و رفتارهای خانواده و شیوه‌های کنترل اجتماعی و انضباطی والدین، آمادگی فرزندان را برای مصرف مواد متأثر می‌سازد (ریچاردسون^۲، ۲۰۰۰) استفاده از مواد به شکست در ایفای نقش والدینی، تعارض والد-فرزندی و تعارض‌های درون خانوادگی، نگرش پذیرنده والدین نسبت به مصرف مواد توسط نوجوان و استفاده از الکل و سیگار در خانه توسط والدین مرتبط می‌باشد (چن و چن^۳، ۲۰۰۷).

والدین معتاد، مهارت‌های فرزند پروری مناسبی ندارند. نظارت ضعیف والدین بر رفتارهای فرزندان، اختلاف والدین، ضعف کیفیت تعاملات والد-فرزندی، صمیمیت و گرمی کلام والدین، انضباط ناپایدار یا عدم آن در چنین خانواده‌هایی شایع است. (اریا^۴ و همکاران، ۲۰۱۲) این در حالی است که پیوندهای خانوادگی، دلبستگی بین والد و فرزند، نظارت بر رفتار فرزندان، ارتباط مؤثر و صحبت در مورد انتظارات و ارزش‌های مثبت خانوادگی از عامل

¹ McCullers

² Richardson

³ Chen & Chen

⁴ Arria

های مهم محافظت کننده در برابر مصرف مواد هستند (بورنینگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۲). تجربیات بالینی کودکان نشان می دهد که بسیاری از اختلالات عاطفی و مشکلات رفتاری آنان ارتباط نزدیکی با خانواده هایی که در آن زندگی می کنند، دارد. این امر از جهاتی مربوط به ساخت و نظام خانواده و از سویی دیگر مربوط به برداشت ویژه هر کودک از خانواده خود است (اورن^۲، ۲۰۰۲). وجود مواد مخدر در خانه می تواند عامل تأثیر گذاری بر رشد کودکان باشد (اورنوی^۳ و همکاران، ۲۰۱۰). بررسی ها نشان می دهد که فرزندان والدین معتاد در معرض خطر ابتلای سوء مصرف مواد قرار دارند و میزان احتمال ابتلای فرزندان والدین معتاد نسبت به خانواده های سالم ۲ تا ۹ برابر است (کامپفر^۴، ۲۰۱۴). همچنین سوء مصرف مواد والدین سبب گرایش فرزندان به اعتیاد می شود (گرلا^۵ و همکاران، ۲۰۱۳). یکی از عوامل مؤثر بر گرایش به اعتیاد فرزندان ناشی از ضعف آگاهی والدین است. (سانگو^۶، ۲۰۱۵) و معمولاً بی میلی این خانواده ها برای دریافت مداخلات درمانی فردی و یا مبتنی بر خانواده سبب می شود که پیشگیری و درمان فرزندان شان با مشکل مواجه گردد (پیکهارت، ۱۳۹۷).

در ذیل به برخی عوامل زمینه ساز گرایش فرد به اعتیاد در خانواده اشاره می گردد:

الف. کمبود محبت در خانواده: بسیاری از صاحب نظران در مسئله بزهکاری، کمبود محبت و ضعف عاطفی را ریشه اصلی جرم و انحراف دانسته اند. تحقیقی از غرب درباره بزهکاران نشان داده است که ۹۱ درصد مجرمان در ارتباط با جرم به نحوی دچار مشکل عاطفی بوده اند (لطف آبادی، ۱۳۹۵).

ب. افراط در محبت: زیاده روی در محبت نیز خود مانند کمبود محبت اثر منفی بر تربیت فرزندان دارد، به نحوی که فرزند همیشه متکی به پدر و مادر می باشد و هیچ گاه احساس استقلال و بزرگمنشی نخواهد کرد. زمانی

¹ Borning

² Oren

³ Ornoy

⁴ Kumpfer

⁵ Grella

⁶ Sungu

که چنین فردی وارد جامعه شود و در این موقعیت از محبت های پدر و مادر به دور باشد، احساس کینه و عقده جویی می نماید و برای جبران این مسئله دست به هر خلاقی خواهد زد (صفا، ۱۳۹۴).

ج. تبعیض بین فرزندان: این مسئله نیز یکی دیگر از مواردی است که فرد در خانواده احساس حقارت و حسادت می نماید. توجه نکردن به این امر خود می تواند زمینه اعتیاد در اعضای خانواده را ایجاد نماید. (همان)

د. محدود کردن فرزندان: همان گونه که آزادی بی حد و حصر منجر به گرایش فرد به انحرافات اجتماعی می شود، محدود بودن نیز می تواند عامل گرایش فرد به انحرافات اجتماعی باشد؛ زیرا از سویی، محدود بودن منجر به فعال شدن حس کنجکاوی فرد و از سوی دیگر، منجر به بروز مشکلات عاطفی می شود. کنترل بیش از حد فرزندان سبب می شود که فرد وابسته به کنترل خارجی (زور) باشد؛ یعنی تا زمانی که از طریق اعمال زور رفتارش تحت کنترل است دست به عمل منحرفانه نمی زند، اما به محض اینکه کنترل والدین ضعیف شود و یا والدین به دلیل اشتغالات فرصت کنترل را نداشته باشند، خود را رها می یابد و به رفتارهای انحراف آمیز روی می آورد؛ زیرا از کودکی حس کنترل درونی (وجدان) او خاموش بوده و همیشه به کنترل خارجی و احتمالاً زور وابسته بوده است (لطف آبادی، ۱۳۹۵).

ه. اعتیاد یکی از اعضای خانواده: افرادی که در خانواده های معتاد زندگی می کنند، ترس و قبح معتاد شدن برایشان از بین رفته است و عادی شدن مصرف مواد در خانواده موجب سهولت گرایش دیگر اعضا به مصرف مواد مخدر می شود. اگر پدر و مادر در خانواده معتاد باشند اعتیاد آن ها از یک سو، کنترل و تسلط آن ها بر فرزندان کاهش می دهد و از سوی دیگر، عامل انتقال این عادت به فرزندان می شود. البته گاهی اوقات برخی فرزندان به دلیل انزجار از رفتار پدر و مادر و عبرت گرفتن از آن ها، از این صفت دوری می جویند، اما چنین والدینی در گرایش به اعتیاد فرزندانشان نقش مؤثر دارند. (صفا، ۱۳۹۴).

نتایج تحقیقات نشان می دهند که بسیاری از معتادان در خانواده، افراد معتاد، از قبیل پدر، مادر، پدربزرگ و... داشته اند (مدنی قهفرخی، ۱۳۹۰).

و. رفاه اقتصادی خانواده: در خانواده هایی که رفاه و درآمد اقتصادی زیاد است، روابط انسانی بر اثر کثرت کار و یا سرگرمی ضعیف می گردد. ضعف روابط انسانی نیز به نوبه خود عامل مساعدی برای کشش فرد به مواد مخدر است. بهترین دلیل این مدعا افزایش روزانه درصد معتادان در جوامع صنعتی غرب است که با رشد صنعت، روابط انسانی ضعیف تر می گردد. همچنین افرادی که درآمد بیش از حد دارند موقعیت و زمینه مساعدتری برای شرکت در کلوپ های شبانه و یا تفریحات متنوع در داخل یا خارج از کشور دارند و بدیهی است که این قبیل امکانات و تفریحات، زمینه را هم برای مصرف و هم برای فروش مواد مخدر بسیار مساعد می نماید (صفا، ۱۳۹۴).

ز. بی سواد یا کم سواد والدین: تحصیلات پایین یا بی سواد نقش مهمی در فرهنگ عمومی جامعه و همچنین در حریم خانواده و تربیت فرزندان دارد. بی سواد و کم سواد عامل بسیاری از مسائل، مشکلات، نارساییهای اجتماعی و انحرافات است. روشن است که پدر و مادر باسواد بسیار بهتر و با دید باز نسبت به دنیای پیرامون، مسائل و مشکلات خانواده را حل می کنند. والدین تحصیل کرده با روش های علمی و منطقی می توانند فرزندان را کنترل نمایند. آنان اغلب به دلیل آگاهی و شناخت مسائل و نیاز زندگی خود، شرایط مادی و معنوی و عاطفی مناسبی را برای فرزندان ایجاد می کنند. حال آنکه، بی سواد والدین منجر به مسائلی از قبیل: روش های غیرمنطقی در تربیت فرزندان، پی نبردن به نیازهای روانی فرزندان، نپذیرفتن تغییرات در نگرش های جوانان و تأکید بر روش ها و اعتقادات سنتی خود می شود که تمامی این مسائل موجب می گردند فرد نوعی احساس تهایی و کمبود نماید و در نتیجه، در پی یافتن همدرد و همدل، به هر شخص و هر موادی روی آورد. (مدنی قهفرخی،

(۱۳۹۰)

غالب تحقیقات نشان می دهند که بیشتر معتادان، والدینشان بی سواد و کم سوادند. «پدر ۶۴ درصد معتادان و مادر ۸۳ درصد آن ها بی سواد می باشند و علاوه بر آن، ۵۱ درصد معتادان خود بی سواد بوده اند و یا دارای تحصیلات قدیمی و ابتدایی هستند. همچنین ۴۰ درصد همسران ایشان نیز بی سواد بوده اند (رحیمی، ۱۳۹۵).

ح. فقر خانواده: فقر و انحرافات اجتماعی از جمله پدیده هایی هستند که به نظر بسیاری از صاحب نظران با هم مرتبط می باشند. آنان پدیده های مزبور را در دو طبقه خرد و کلان تبیین کرده اند. در سطح خرد، فقر را معلول ویژگی ها و استعداد های فردی شخص می دانند و عواملی همچون ضعف جسمانی و اختلالات روانی و بی استعدادی را از جمله مواردی می دانند که در رابطه با ایجاد فقر مؤثرند. اما در سطح کلان، فقر و انحرافات هر یک معلول تلقی شده، در یک چرخه علی و معلولی قرار می گیرند. بر اساس این گونه تبیین ها، مشخص می شود که در سطح نهادها، سازمان ها، روابط اجتماعی و خصایص ساختاری جامعه مشکلی وجود دارد و سبب ایجاد یک معضل در جامعه شده است (فرزاد فرد، ۱۳۹۲).

همان گونه که فقر می تواند فرد را به سوی قاچاق مواد مخدر و اعتیاد بکشاند، خود نیز یکی از عواقب اعتیاد می باشد؛ یعنی رابطه ای دوسویه بین فقر و اعتیاد وجود دارد، به گونه ای که هرگاه فرد فقیر به دلیل مشکلات مالی به اعتیاد روی آورد، اعتیاد باعث فقر هر چه بیشتر او می شود؛ زیرا از سویی، مصرف مواد مخدر نیازمند به صرف هزینه می باشد و از سوی دیگر، فرد معتاد ضعیف شده است و اراده کار کردن ندارد. (صفا، ۱۳۹۴)

ط. ستیزه والدین: خانواده، حریم امن و آرامش است. ستیزه و اختلاف در خانواده از علل مهم گرایش افراد به ناهنجاری ها و اعتیاد است. افراد پرورش یافته در خانواده نابسامان و از هم گسیخته زمینه های بیشتری در گرایش به انحراف و اعتیاد دارند. طبق یافته های تحقیقی ۴۴ درصد بزهکاران جامعه ما در خانواده های لابلایی زندگی می

کنند. همچنین در پژوهش دیگری نشان داده شده است که ۸۲ درصد معتادان، ستیزه های خانوادگی را در فرار فرزندان و روی آوردن به اعتیاد مؤثر می دانند (مدنی قهفرخی، ۱۳۹۰).

۲-۱۱- پیشینه تحقیق

ابراهیمی ثانی و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه ای تحت عنوان بررسی رابطه بین سوء مصرف مواد مخدر و عوارض روانی - اجتماعی آن در خانواده معتادان استان خراسان شمالی (مطالعه موردی فرزندان خانواده) با استفاده از روش توصیفی و تحلیلی در بین کلیه والدین معتاد و فرزندان آنان (دختر و پسر) نشان دادند که ۲۸ درصد فرزندان دارای والدین معتاد با علایم روان پزشکی روبرو هستند که شیوع علایم فرزندان به ترتیب در شکایات جسمانی ۵۰ درصد، افکار پارانوئیدی ۴۳ درصد، افکار وسواس - اجباری ۳۸ درصد، اضطراب ۳۵ درصد، حساسیت در روابط متقابل ۲۶ درصد، روا نپریشی ۲۴ درصد، پر خاشگری ۲۳ درصد و ترس مرضی ۱۲ درصد می باشد، یافته ها دارای اشاره ضمنی مهمی برای پیشگیری و درمان اختلالات رفتاری و روانی فرزندان معتادان می باشند.

ربانی خوراسگانی (۱۳۹۵) در مطالعه ای تحت عنوان بررسی عوامل تربیتی مؤثر، بر جامعه پذیری فرزندان بر اساس روش تحلیل مضمون (مطالعه موردی دو گروه از مادران آسیب دیده شهر اصفهان) با استفاده از روش کیفی بر روی مادران آسیب پذیر ۲۲ تا ۴۰ ساله که حداقل دارای یک فرزند ۶ تا ۱۲ ساله بودند، نشان دادند که اکثر این فرزندان به دلیل عدم وجود امنیت روانی در خانواده هایشان و همچنین طرد شدن از طرف جامعه، جامعه پذیری مناسبی ندارند؛ ولی در صورت ایجاد بستر مناسب و رفع مشکلات میتوانند عضو مؤثری در جامعه باشند.

نیازی و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه ای با عنوان تبیین رابطه نوع اعتیاد والدین معتاد بر سلامت عمومی و اجتماعی (مطالعه موردی: فرزندان معتادین شهر اصفهان) با استفاده از روش پیمایش اجتماعی بر روی ۳۸۱ نفر نشان دادند که

بین نوع اعتیاد والدین با سلامت عمومی رابطه وجود دارد، همچنین میزان سلامت اجتماعی فرزندان بر حسب اعتیاد والدین به هر نوع ماده مخدر متفاوت است.

عبدالمالکی و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه ای تحت عنوان بررسی رابطه جو عاطفی خانواده و کنترل عواطف با گرایش به اعتیاد با استفاده از روش همبستگی بر روی ۷۵۰۰ نفر از شهروندان شهرک قلعه از توابع شهرستان قروه نشان دادند که بین جو عاطفی خانواده با گرایش به اعتیاد همبستگی مثبت وجود دارد. هم چنین بین کنترل عواطف و گرایش به اعتیاد نیز رابطه معناداری وجود دارد.

ظروفی و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه ای تحت عنوان بررسی تاثیر خانواده بر مداخلات درمان، کاهش آسیب و حمایت های اجتماعی سوء مصرف مواد در ایران و ارایه شیوه های افزایش اثربخشی آن با استفاده از روش پیمایشی بر روی ۴۵۲۰۰ نفر در استان آذربایجان شرقی نشان دادند که با افزایش مشارکت خانواده در درمان، کاهش نابسامانی در خانواده، عدم بروز طلاق برای فرد معتاد یا سرپرست خانواده وی، عدم بروز اعتیاد در خانواده فرد معتاد، آگاهی زیاد خانواده و شاخص کنترل خانواده (اطلاع دادن ساعت بازگشت به خانه، اطلاع دادن محل حضور خود به خانواده، و کنترل خانواده) با مداخلات درمانی اثربخش رابطه معنادار وجود دارد. همچنین مشخص شد که با افزایش مشارکت خانواده در درمان، کاهش نابسامانی خانواده، عدم بروز طلاق در مورد فرد معتاد یا سرپرست وی، فقدان فرد معتاد یا اعتیاد کم در سایر اعضای خانواده، شاخص کنترل خانواده (اطلاع دادن ساعت بازگشت به خانه و کنترل بیشتر خانواده) و افزایش آگاهی خانواده با افزایش حمایت اجتماعی رابطه معنادار وجود دارد.

صادقی و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه ای با عنوان کیفیت زندگی و ارتباط آن با مشخصات زمینه ای و ارتباطات خانواده در نوجوانان و جوانان مراجعه کننده به مراکز اعتیاد با استفاده از روش نمونه گیری در بین ۱۳۷ نفر از نوجوانان و جوانان مراجعه کننده در بدو ورود به مراکز ترک اعتیاد در گروه سنی ۱۲-۲۵ سال در سطح شهر

اصفهان نشان دادند که در میان هشت بعد کیفیت زندگی، میانگین بعد عملکرد اجتماعی از همه ابعاد زندگی پایین تر گزارش شد ($M=42/79$). در مورد ارتباطات مشخصات زمینه ای با کیفیت زندگی، مشخص شد که سن، وضعیت اشغال و درآمد با کیفیت زندگی رابطه ندارد، در حالی که سن شروع اعتیاد، وضعیت تأهل، روابط خانوادگی و مشکلات خانوادگی با کیفیت زندگی رابطه دارد.

بختیاری و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه ای با عنوان بررسی وضعیت افسردگی در نوجوانان دارای والد سوء مصرف کننده مواد و نوجوانان دارای والد سالم با استفاده از روش علی-مقایسه ای در بین ۱۳۴ نفر نوجوان دارای والد معتاد و ۱۳۴ نفر نوجوان دارای والد سالم نشان دادند که بین دو گروه از نظر میزان افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد. ($t = 10/07$ و $p < 0/05$) نتیجه آزمون رگرسیون جزئی نیز نشانگر آن بود که بین سن نوجوانان و میزان افسردگی آنان رابطه مثبت و مستقیمی وجود دارد. ($t = 3/228$ و $R = 0/271$ و $p < 0/05$) همچنین بین افسردگی نوجوانان و طول مدت اعتیاد والدین رابطه مثبت و مثبت وجود داشت. ($R = 0/165$ و $p < 0/05$) و $1/91$ $t =$). نسبت نوجوانان دارای والد معتاد که در جاتی از افسردگی داشته اند بیشتر از نوجوانان دارای والد غیر معتاد بوده و شدت اعتیاد نیز در گروه مورد بیشتر بوده است.

نریمانی و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعه ای تحت عنوان بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی در فرزندان افراد معتاد با استفاده از روش مقطعی و توصیفی-تحلیلی روی ۳۱۱ نفر از فرزندان افراد معتاد به این نتیجه رسیدند که بین هر چهار بعد کیفیت زندگی با سن، جنسیت، تعداد افراد خانواده (پرجمعیت یا کم جمعیت بودن خانواده) و نیز نوع ماده مصرفی توسط والدین (مواد سبک یا سنگین) ارتباط آماری معنی دار ($p < 1/13$) برقرار است. همچنین، کیفیت زندگی ۷ درصد فرزندان افراد معتاد بالا، ۲۴ درصد متوسط و کیفیت زندگی ۲۴ درصد در سطح پایین قرار داشته است.

قربانی و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعه ای تحت عنوان بررسی تاثیر اعتیاد والدین در گرایش به اعتیاد و فرار از خانه فرزندان (مطالعه موردی: شهرستان ارومیه) با استفاده از روش نمونه گیری در بین ۷۲ نفر به این نتایج دست یافتند که اعتیاد والدین تاثیر بسزایی در گرایش به اعتیاد فرزندان و فرار از خانه آن ها دارد. همچنین مشخص گردید که فرزندان دارای والدین معتاد معمولاً زودرنج، پرخاشگر، مضطرب، نا امید و خجالتی، و کم رو بوده و اعتماد به نفس کمتری دارند. تحقیقات رابطه مستقیم اعتیاد با روسپیگری و سرقت را تایید می کند. تمایل به فرار در مورد جوان ها بخصوص افراد ۱۴ تا ۱۸ ساله قوی تر است و اکثر جامعه نمونه ۱۴ سالگی را زمان شروع فرار می دانند.

رضایی و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعه ای تحت عنوان نقش خانواده در گرایش جوانان به اعتیاد در شهرستان ورامین با استفاده از روش توصیفی تبیینی در بین ۲۵۰ نفر از جوانان شهرستان ورامین نشان دادند که بین گرایش به مصرف مواد اعتیاد آور در بین اعضای خانواده، اختلاف والدین، میزان کنترل والدین، نحوه گذاران اوقات فراغت، دسترسی به مواد و رابطه با دوستان معتاد و گرایش افراد به اعتیاد رابطه معناداری وجود دارد.

میرزایی علویجه (۱۳۹۲) در مطالعه ای تحت عنوان تاثیر عملکرد خانواده در وابستگی جوانان به مواد مخدر صنعتی با استفاده از مطالعه مقطعی در دو گروه از جوانان مذکر شهر اصفهان شامل ۱۸۳ نفر وابسته به مواد مخدر صنعتی و ۲۰۷ نفر غیر وابسته به مواد مخدر صنعتی به این نتیجه رسیدند که عملکرد خانواده در دو گروه متفاوت بوده و عملکرد خانواده در گرایش جوانان به مواد مخدر صنعتی نقش دارد.

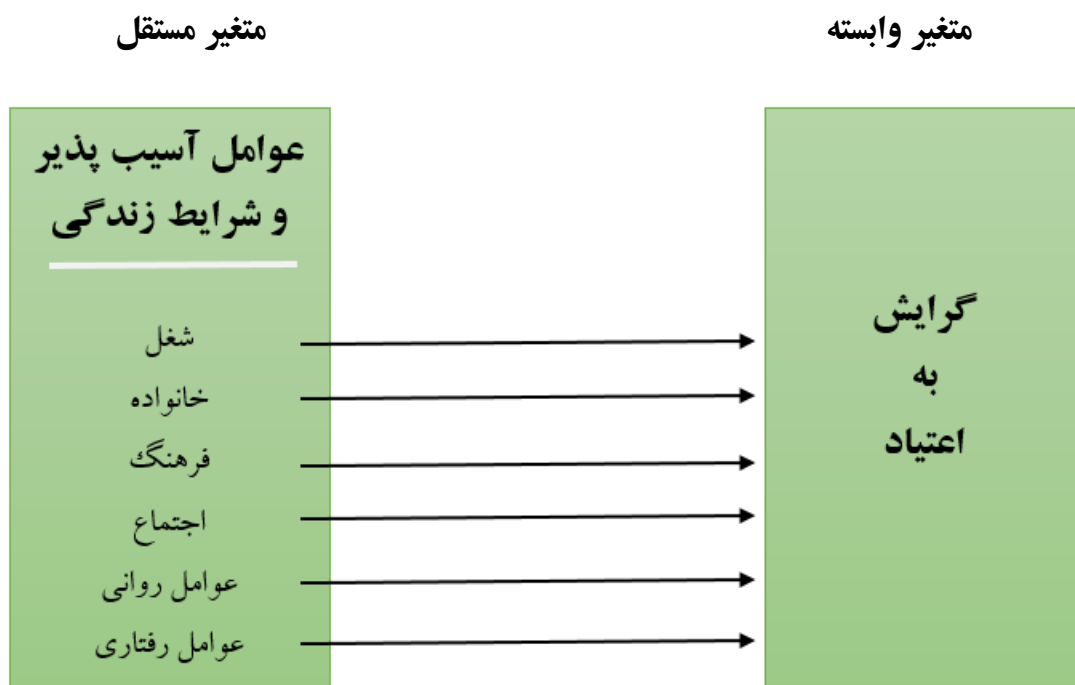
مهدی پور رابری و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه ای با عنوان بررسی نقش خانواده در اعتیاد فرزندان از دیدگاه مادران دارای فرزند معتاد شهر کرمان با استفاده از روش توصیفی و تحلیلی بر روی ۲۰۰ مادر دارای فرزند معتاد به مواد مخدر نشان دادند که ۸۵٪ مادران فرزند پسر معتاد و در سنین ۲۲ تا ۴۵ سال داشتند. ۸۰٪ مادران خود را در اعتیاد فرزندان مقصر می شمردند و بر این باور بودند که اگر میدانستند که فرزند آنان نیز ممکن است معتاد شود،

بیشتر مراقب میبودند. جدال خانوادگی در ۸۳٪، نپی اعتنایی به فرزندان در ۴۱٪، مصرف مواد در حضور فرزندان در ۳۶٪ موثر گزارش شد.

آقابخشی (۱۳۸۲) در مطالعه ای تحت عنوان کودکان پدر معتاد با استفاده از روش تبیینی - مقایسه ای بر روی دو گروه خانواده پدر معتاد و غیر پدر معتاد (هر گروه صد نفر) نشان دادند که فرزندان هر روز شاهد ستیز والدین بوده اند و از نظر دریافت مهر و عطوفت و کنترل و نظارت و بالأخره حمایت پدر در شرایط گیج کننده ای به سر می بردند .

۲-۱۲- مدل تحقیق

مدل تحقیق عبارت است از:



در این مدل، عوامل آسیب پذیر و شرایط زندگی نقش متغیر مستقل و گرایش به اعتیاد نقش متغیر وابسته را دارند. همچنین با توجه به فرضیه های تحقیق متغیر مستقل به ۶ قسمت تفکیک می شود که این مطالعه به دنبال یافتن رابطه این ابعاد با گرایش به اعتیاد فرزندان دارای والدین معتاد در شهرستان گالیکش می باشد.

فصل سوم :

روش تحقیق

۳-۱- مقدمه

اصطلاح تحقیق علمی عبارت است از تلاش کاوشگر... ی - با آداب خاصی به طور نظام یافته باهدف کشف مجهولی به منظور گسترش قلمرو معرفتی نوع بشر انجام شده و شناخت حاصل از آن مصادیق و ما به ازای خارجی داشته باشد (حافظ نیا، ۱۳۹۳). محقق با روشن کردن روش تحقیق خود به جمع آوری، تجزیه و تحلیل و تفسیر اطلاعات برای رسیدن به اهداف تحقیق که همانا آزمون فرضیات تحقیق است دست می زند. به دیگر سخن این که محقق با کمک این روش صحت یا عدم صحت فرضیات خود را آزمایش می نماید؛ و روش مذکور، محقق را در درک رابطه علیت بین متغیرهای تحت بررسی یاری می دهد. همچنین قلمرو کلیت را تعیین می کند، یعنی اینکه آیا نتایج به دست آمده می تواند به جامعه بزرگ تر یا موقعیت های مختلف تعمیم یابد (ایران نژاد پاریزی، ۱۳۸۷). این بخش مهم ترین بخش تحقیق است و حلقه ارتباطی بین ایجاد سؤال در ذهن محقق و ارائه پاسخ اولیه می باشد. در این فصل ابتدا در خصوص روش تحقیق توضیح داده می شود و سپس جامعه آماری تحقیق معرفی می گردد، در مورد روش نمونه گیری و محاسبه تعداد نمونه ها یا همان حجم نمونه بحث می شود، سپس روش جمع آوری داده ها توضیح

داده خواهد شد. مبحث بعدی چگونگی حصول اطمینان از روانی و پایایی جمع‌آوری داده‌هاست و در انتها روش تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق بیان می‌گردد.

۳-۲- روش تحقیق

به عقیده صاحب‌نظران روش تحقیق، مجموعه‌ای از قواعد، ابزار و راه‌های معتبر و نظام‌یافته برای بررسی واقعیت‌ها، کشف مجهولات و دستیابی به راه‌حل مشکلات است (خاکی، ۱۳۸۸). روش تحقیق از نوع توصیفی که یکی از روش‌های تحقیق توصیفی، تحقیق همبستگی است که در این پژوهش از آن استفاده شده است در این نوع تحقیق رابطه میان متغیرها بر اساس هدف تحقیق تحلیل می‌گردد (سرمد و دیگران، ۱۳۸۶: ۹۰). این تحقیق از نظر هدف تحقیق کاربردی و از نظر نوع توصیفی - پیمایشی و همبستگی می‌باشد.

۳-۳- جامعه آماری

منظور از جامعه آماری، همان جامعه اصلی است که مورد مطالعه قرار می‌گیرد. در واقع جامعه عبارت است از همه اعضای واقعی و فرضی که علاقه‌مند هستیم تا نتایج تحقیق و یافته‌های پژوهش را به آن تعمیم دهیم (دلاور، ۱۳۸۸: ۱۴۷). کار مهم تحقیق این است که با دقت و به صورت کامل حجم جامعه را تعریف کند. تعریف جامعه باید به صورت توصیف دقیق عناصری باشد که به جامعه تعلق دارند و آن را می‌سازند (عمیدی ۱۳۷۸). جامعه آماری با توجه به قلمرو مکانی تحقیق، کلیه اعضای خانواده‌های معتاد که شناسایی شده‌اند می‌باشد که با توجه به آمارهای موجود در سال ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶ تعداد اعضای خانواده‌های دارای معتاد حدود ۱۰۰۰ نفر می‌باشد.

۳-۴- حجم نمونه و روش نمونه گیری

هدف محقق شناسایی جامعه و تعیین پارامترهای مربوط به آن است. برای این کار یا باید به کلیه افراد جامعه مراجعه کند و صفت یا ویژگی موردنظر تحقیق خود را در آن‌ها جویا شود؛ یا باید تعدادی از افراد جامعه را مورد مطالعه قرار دهد و از طریق جمع کوچک تری و با روش معینی، پی به صفات و ویژگی‌های جامعه ببرد. بدیهی است اگر جامعه موردنظر کوچک و حجم و تعداد افراد آن کم باشد، می‌تواند آن را به‌طور کامل مطالعه نماید. ولی اگر جامعه بزرگ باشد و امکانات و مقدرات وی اجازه ندهد، ناچار است از بین افراد جامعه تعداد مشخصی را به‌عنوان نمونه برگزیند و با مطالعه این جمع محدود، ویژگی‌ها و صفات جامعه را مطالعه و شاخص‌ها و اندازه‌های آماری آن را محاسبه کند (حافظ نیا، ۱۳۹۳). نمونه و نمونه‌گیری از مهم‌ترین مباحث در آمار اجتماعی است. چه از طرفی با توجه به وسعت جمعیت یا موضوعات مورد مطالعه، محقق ناچار است به نمونه‌گیری پردازد (ساروخانی، ۱۳۸۷). بر اساس جدول کرجسی و مورگان حجم نمونه تعداد ۲۷۸ نفر انتخاب گردید و برای نمونه‌گیری از جامعه آماری، از روش نمونه‌گیری غیر احتمالی در دسترس استفاده شد.

۳-۵- روش جمع‌آوری اطلاعات

مرحله گردآوری اطلاعات آغاز فرایندی است که طی آن محقق یافته‌های میدانی و کتابخانه‌ای را گردآوری می‌کند و به روش استقرایی به فشرده‌سازی آن‌ها از طریق طبقه‌بندی و سپس تجزیه و تحلیل می‌پردازد و فرضیه‌های تدوین شده خود را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و در نهایت حکم صادر می‌کند و پاسخ مسئله تحقیق را به اتکای آن‌ها می‌یابد؛ به عبارتی محقق به اتکای اطلاعات گردآوری شده واقعیت و حقیقت را آن‌طور که هست کشف می‌نماید. روش گردآوری اطلاعات را به‌طور کلی به دو طبقه روش‌های کتابخانه‌ای و روش‌های میدانی می‌توان تقسیم کرد،

روش‌های میدانی به روش‌هایی اطلاق می‌شود که محقق برای گردآوری اطلاعات ناگزیر است به محیط بیرون برود و با مراجعه به افراد یا محیط و نیز برقراری ارتباط مستقیم با واحد تحلیل یعنی افراد، اطلاعات موردنظر خود را گردآوری کند (حافظ نیا، ۱۳۸۷).

روش‌های میدانی جمع‌آوری داده‌ها به‌طورمعمول عبارت‌اند از: پرسشنامه‌ای، مصاحبه‌ای، مشاهده‌ای، آزمون، تصویربرداری و یا روش‌های ترکیبی. در این تحقیق، محقق از روش پرسشنامه‌ای^۱ استفاده کرده است. روش پرسشنامه‌ای یکی از متداول‌ترین روش‌های جمع‌آوری داده‌ها در تحقیقات میدانی است. در این‌گونه تحقیقات پرسشنامه‌ها از مهم‌ترین منابع جمع‌آوری اطلاعات هستند و برای طراحی سؤالات و پاسخ‌ها بر مبنای طیف لیکرت^۲ استفاده می‌شود (همان).

در روش امتیازدهی بر مبنای طیف لیکرت معمولاً برای هر سؤال ۵ جواب در نظر می‌گیرند و به هر جواب نمره‌ای می‌دهند. در طراحی پرسشنامه‌های این تحقیق، سؤالات به‌صورت زیر دسته‌بندی شده است که در جدول ۳-۱ نشان داده شده است.

جدول شماره ۳-۱: امتیازدهی بر اساس طیف لیکرت

جواب‌ها	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم
جواب‌ها	کاملاً موافقم	موافقم	بدون نظر	مخالقم	کاملاً مخالفم
نمره	۵	۴	۳	۲	۱

۳-۶- متغیرهای تحقیق

^۱-Questionnaire method

^۲-Liker Spectrum

۱- **متغیرهای مستقل:** نقش علت را بر عهده دارند و بر متغیرهای دیگر تأثیر می گذارند.

۲- **متغیرهای وابسته:** تابع تغییرات متغیر مستقل هستند یا در واقع معلول آنها به حساب می آیند (حافظ نیا، ۱۳۸۷).

این تحقیق شامل دو متغیر اصلی می باشد عوامل آسیب پذیر شرایط زندگی نقش متغیر مستقل و گرایش به اعتیاد نقش متغیر وابسته را دارند که در این تحقیق عوامل آسیب پذیر شرایط زندگی به ۶ بعد تقسیم می شود و اثرات هر یک بر گرایش به اعتیاد سنجیده می شود.

۳-۷- **روایی و پایایی**

مقصود از روایی آن است که وسیله اندازه گیری، بتواند خصیصه و ویژگی مورد نظر را اندازه بگیرد (خاکی، ۱۳۸۸: ۲۸۸). پایایی با این امر سروکار دارد که ابزار اندازه گیری در شرایط یکسان تا چه اندازه نتایج یکسانی به دست می دهد (مقیم: ۱۳۸۷). در این تحقیق روایی پرسشنامه به روش محتوایی انجام گرفته است. بدین صورت که سؤالات پرسشنامه مطابق با فرضیه های پژوهش طرح گردید و سپس به رؤیت استاد راهنما و استاد مشاور رسید و همچنین با ۱۰ نفر از مدیران و صاحب نظران مطرح شد و پس از بررسی و اصلاح نهایتاً نظر اساتید راهنما و مشاور بر مناسب بودن آن بوده است. برای آزمایش پایایی می توان از علم آمار کمک گرفته و با استفاده از فرمول هایی مثل اسپیرمن - براون و کودر - ریچاردسون و روش آلفای کرونباخ پایایی پرسشنامه را تعیین نمود.

در این تحقیق برای بررسی و برآورد پایایی پرسشنامه ها از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید. رابطه آلفای کرونباخ عبارت است از (سرمدو همکاران، ۱۳۷۶: ۷۹):

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S^2}\right)$$

α : ضریب آلفای کرونباخ

n: تعداد سؤال‌های پرسشنامه

S_1^2 : واریانس سؤال

S_1^2 : واریانس کل پرسشنامه

بر اساس این فرمول زمانی که ضریب α محاسبه شده بیشتر از ۷۰٪ به دست بیاید می‌توان به این نتیجه رسید که داده‌های به دست آمده از پایایی لازم برخوردارند. برای اطمینان از پایایی پرسشنامه‌های توزیع شده بین کارکنان با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ۱۹ ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از پرسشنامه‌ها به طور جداگانه محاسبه گردید

پرسشنامه‌های عوامل آسیب پذیر شرایط زندگی و گرایش به اعتیاد محقق ساخته می‌باشند که با توجه به تجربه کاری کارکنان پلیس آگاهی گالیکش به همراه نظر خبرگان و اساتید دانشگاه آزاد اسلامی آزادشهر طراحی شده است. با توجه به بعد بندی متغیر مواد مخدر، نحوه تنظیم سؤالات پرسشنامه با توجه به ابعاد فرضیه‌های تحقیق مطابق جدول زیر می‌باشد:

جدول شماره ۳-۲: ابعاد و سؤالات پرسشنامه نگرش شهروندان

سؤالات پرسشنامه	ابعاد نگرش شهروندان
۱ - ۳	شغل
۴ - ۶	خانواده
۷ - ۹	فرهنگ
۱۰ - ۱۲	اجتماع
۱۳ - ۱۵	عوامل روانی
۱۶ - ۱۸	عوامل رفتاری

۳-۸-۱- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

از طریق روش‌های آمار توصیفی، آمار استنباطی و آزمون‌های همبستگی با کمک نرم‌افزار SPSS ۱۹ خواهد بود.

۳-۸-۱-۱- روش آمار توصیفی

در این نوع تجزیه و تحلیل، پژوهشگر، داده‌های جمع‌آوری شده را با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی، خلاصه و طبقه‌بندی می‌کند. به عبارت دیگر، در تجزیه و تحلیل توصیفی، پژوهشگر ابتدا داده‌های جمع‌آوری شده را با تهیه و تنظیم جدول توزیع فراوانی خلاصه می‌کند و سپس به کمک نمودار، آن‌ها را نمایش می‌دهد و سرانجام با استفاده از سایر شاخص‌های آمار توصیفی آن‌ها را خلاصه می‌کند (دلاور، ۱۳۸۷).

در این بخش، محقق ابتدا با استفاده از ابزار شاخص‌های آمار توصیفی به توصیف جامعه آماری پرداخته و با کمک نمودارها و جداول آماری مرتبط و شاخص‌های وضعی به توصیف داده‌ها پرداخته است.

۳-۸-۲- روش آمار استنباطی

در تجزیه و تحلیل مقایسه‌ای علاوه بر اینکه اطلاعات جمع‌آوری شده به صورت توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند، با یکدیگر مقایسه می‌شوند (دلاور، ۱۳۸۷). در این بخش، پس از تعیین توزیع متغیرها در سطح جامعه و پس از توصیف داده‌ها، محقق با الگوهای آمار استنباطی و با توجه به توزیع متغیرهای تحقیق در جامعه، از ضرایب همبستگی برای آزمون فرضیات استفاده نموده است.

ضریب همبستگی شاخصی است که نوع و درجه رابطه متغیر مستقل با متغیر وابسته را بیان می‌نماید به عبارت دیگر این ضریب، شدت رابطه و همچنین نوع رابطه (مستقیم یا معکوس) را نشان می‌دهد و عددی مابین ۱ تا -۱ است.

مقادیر منفی ضریب همبستگی نشان‌گر رابطه معکوس دو متغیر و مقادیر مثبت آن نشان‌گر رابطه مثبت میان دو متغیر می‌باشند؛ همچنین هرچه مقدار ضریب همبستگی به ۱ یا -۱ نزدیک‌تر باشد، به آن معناست که شدت رابطه بین دو متغیر بسیار زیاد است و در نتیجه با تغییر یکی از متغیرها، دیگری نیز تغییر می‌یابد و اصطلاحاً به هم وابسته هستند. محقق برای اجرای آزمون از الگوی ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون و واریانس استفاده نموده است.

۳-۹- خلاصه فصل

در این فصل از پژوهش تحت عنوان روش تحقیق، به بررسی طرح پژوهش از لحاظ ماهیت و هدف پرداخته شد و سپس جامعه آماری معرفی گردید و روش نمونه‌گیری عنوان شد. پس از آن ابزار جمع‌آوری اطلاعات و میزان اعتبار آن مورد بررسی و بحث قرار گرفت. در نهایت نیز روش تجزیه و تحلیل داده‌های خام بررسی شد. در ادامه و در فصل چهارم به بررسی نتایج حاصل از خروجی نرم‌افزار آماری پرداخته خواهد شد.

فصل چهارم
تجزیه و تحلیل
داده ها

۴-۱- مقدمه

پس از آنکه محقق داده‌ها را گردآوری، استخراج و ... نمود و جداول توزیع فراوانی و نسبت‌های توزیع را تهیه کرد، باید مرحله جدیدی از فرآیند تحقیق که به مرحله تجزیه و تحلیل داده‌ها معروف است، آغاز شود. این مرحله در تحقیق اهمیت زیادی دارد؛ زیرا نشان‌دهنده تلاش‌ها و زحمات فراوان گذشته است. در این مرحله محقق با استفاده از روش‌های مختلف و با تکیه بر معیار عقل سعی می‌کند اطلاعات و داده‌ها را در جهت آزمون فرضیه و ارزیابی آن مورد بررسی قرار دهد. در مرحله تجزیه و تحلیل آنچه مهم است این است که محقق باید اطلاعات و داده‌ها را در مسیر هدف تحقیق، پاسخگویی به سوال و سوالات تحقیق و نیز ارزیابی فرضیه‌های خود جهت داده، مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد (حافظ‌نیا، ۱۳۹۳)

در تحقیق حاضر برای توصیف داده‌ها از آمار توصیفی^۱ (فراوانی^۲ و درصد، میانگین^۳، انحراف استاندارد^۴ و نمودارها^۵) استفاده شده است و با توجه به یافته‌های جداول و نمودارها قضاوت می‌شود و برای آزمون فرضیه‌ها از آمار استنباطی^۶ و برای بررسی فرضیه‌ها از آزمون واریانس و رگرسیون چندگانه استفاده می‌شود.

^۱-Descriptive statistics

^۲-Abundance

^۳-Average

^۴-Standard deviation

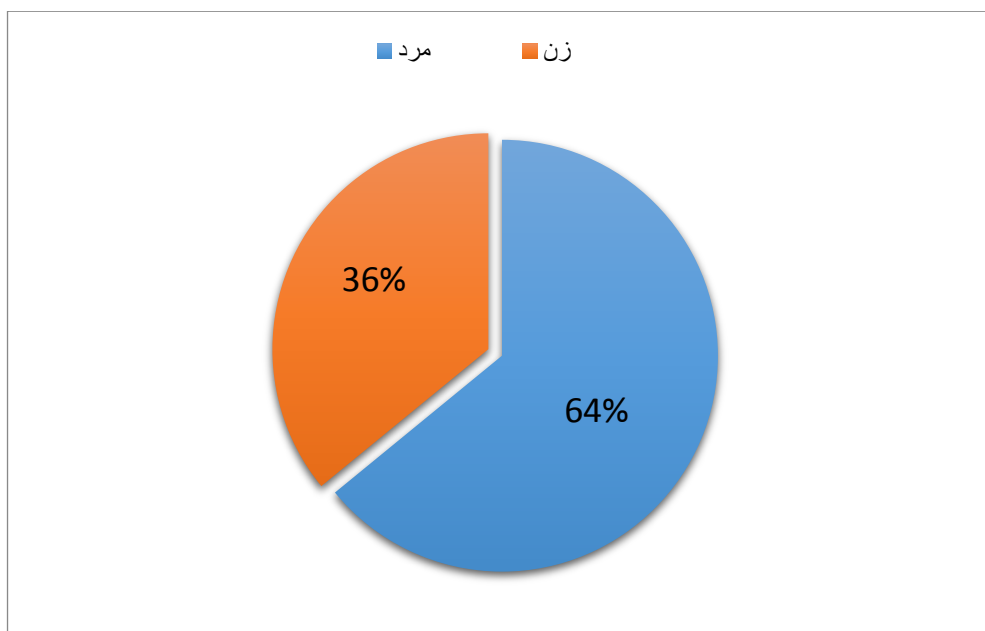
^۵-Charts

^۶-Statistical inference

۲-۴ - تجزیه تحلیل مربوط به ویژگی های جمعیت شناختی نمونه آماری

۴-۲-۱ - جنسیت

جدول ۴-۱: توصیف نمونه آماری بر حسب جنسیت		
جنسیت	فراوانی	درصد
مرد	۱۷۸	%۶۴
زن	۱۰۰	%۳۶
جمع	۲۷۸	%۱۰۰

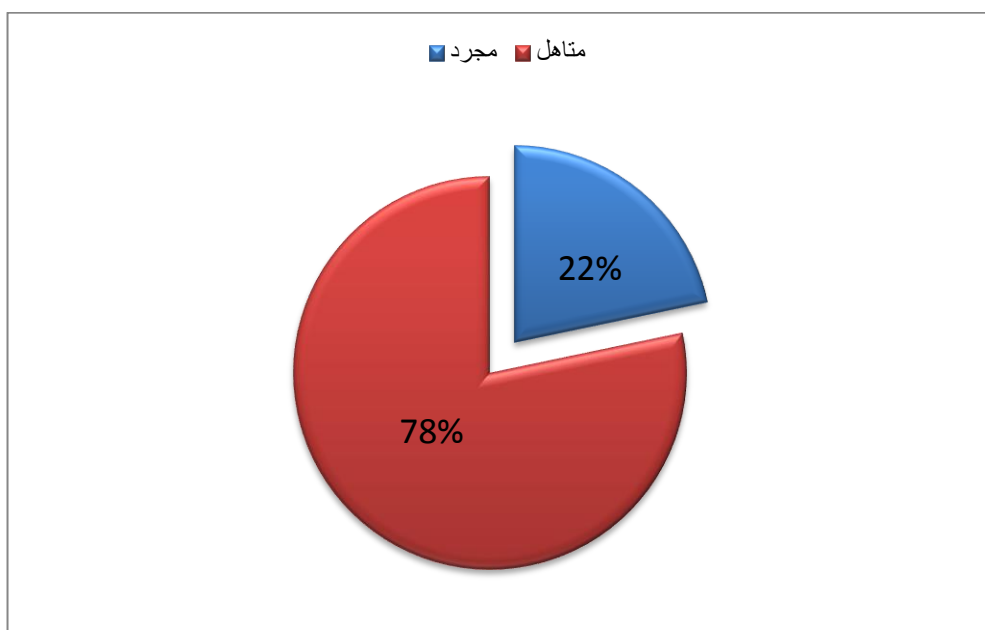


نمودار شماره ۴-۱: وضعیت پاسخ دهندگان بر حسب جنسیت

با توجه به جدول و نمودار (۴-۱) در این نمونه آماری از میان اعضاء خانوار دارای معتاد شهرستان گالیکش (۲۷۸ نفر)، تعداد ۱۷۸ نفر (۶۴٪) مرد و ۱۰۰ نفر (۳۶٪) زن می باشند.

۴-۲-۲-۴- تاهل

جدول ۴-۲: توصیف نمونه آماری بر حسب تاهل		
تاهل	فراوانی	درصد
متاهل	۲۱۷	۷۸٪
مجرد	۶۱	۲۲٪
جمع	۲۷۸	۱۰۰٪

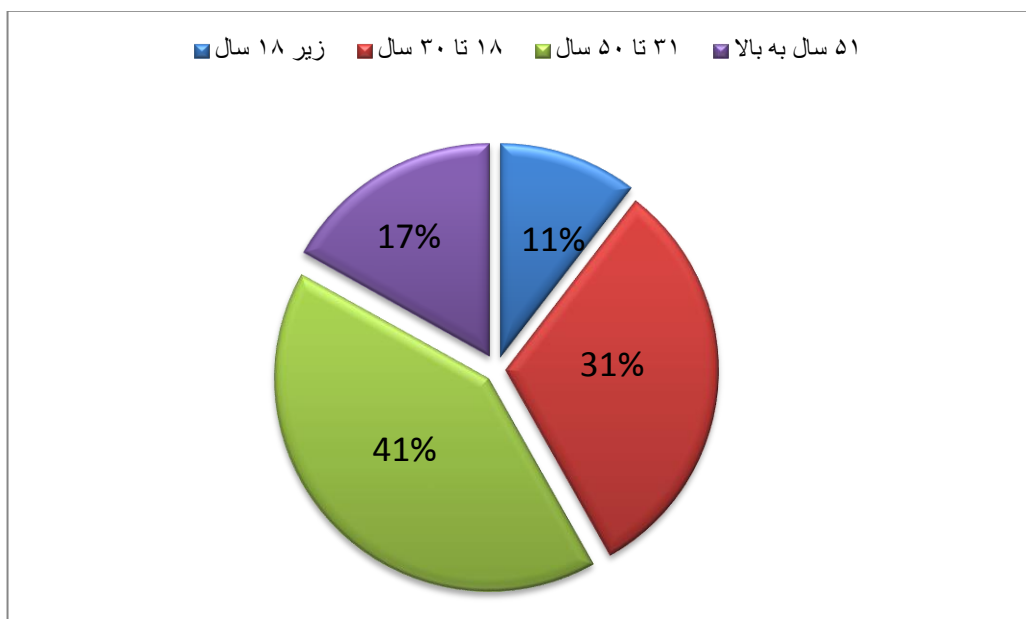


نمودار شماره ۴-۲: وضعیت پاسخ دهندگان بر حسب تاهل

با توجه به جدول و نمودار (۲-۴) در این نمونه آماری (۲۷۸ نفر)، تعداد ۶۱ نفر (۲۲٪) مجرد و ۲۱۷ نفر (۷۸٪) متأهل می باشند.

۴-۲-۳- سن

جدول ۴-۳: توصیف نمونه آماری بر حسب سن		
درصد	فراوانی <input type="checkbox"/>	سن
۱۱٪	۳۰	زیر ۱۸ سال <input type="checkbox"/>
۳۱٪	۸۶	۱۸ تا ۳۰ سال <input type="checkbox"/>
۴۱٪	۱۱۴	۳۱ تا ۵۰ سال <input type="checkbox"/>
۱۷٪	۴۸	بالای ۵۱ سال
۱۰۰٪	۲۷۸	جمع

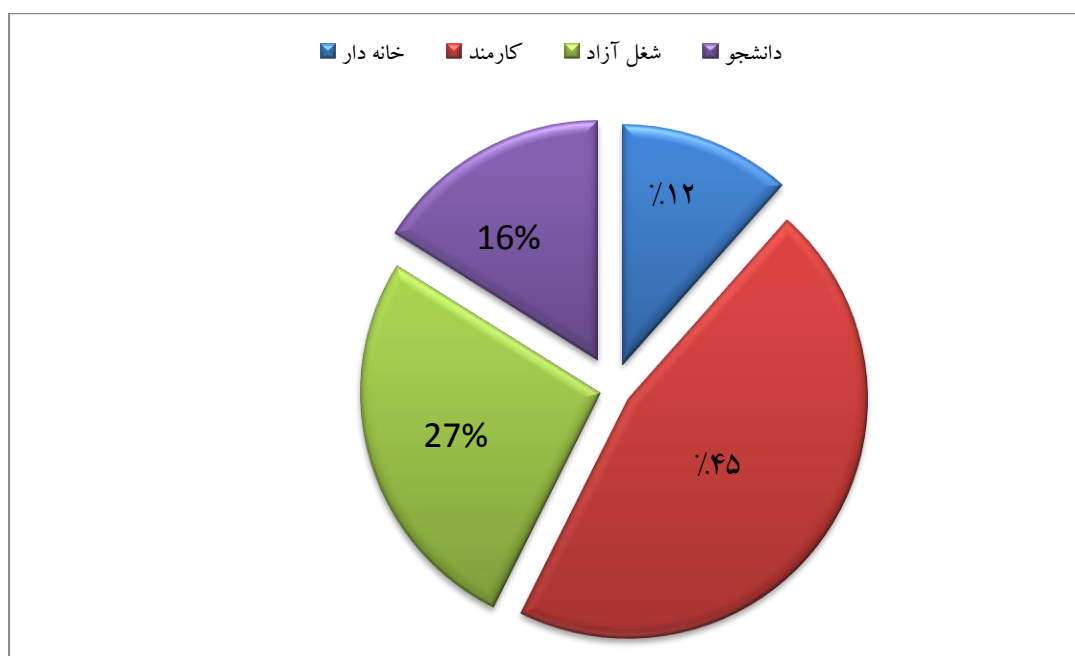


نمودار شماره ۴-۳: وضعیت پاسخ دهندگان بر حسب سن

با توجه به جدول و نمودار (۳-۴) از کل پاسخ دهندگان (۲۷۸ نفر)، سن ۳۰ نفر (۱۱٪) زیر ۱۸ سال، ۸۶ نفر (۳۱٪) ۱۸ تا ۳۰ سال، ۱۱۴ نفر (۴۱٪) ۳۱ تا ۵۰ سال و ۴۸ نفر (۱۷٪) بالای ۵۱ سال، سن دارند.

۴-۲-۴- شغل

جدول ۴-۴: توصیف نمونه آماری بر حسب شغل		
درصد	فراوانی	شغل
۱۲٪	۳۴	خانه دار
۴۵٪	۱۲۵	کارمند
۲۷٪	۷۵	شغل آزاد
۱۶٪	۴۴	دانشجو
۱۰۰٪	۲۷۸	جمع

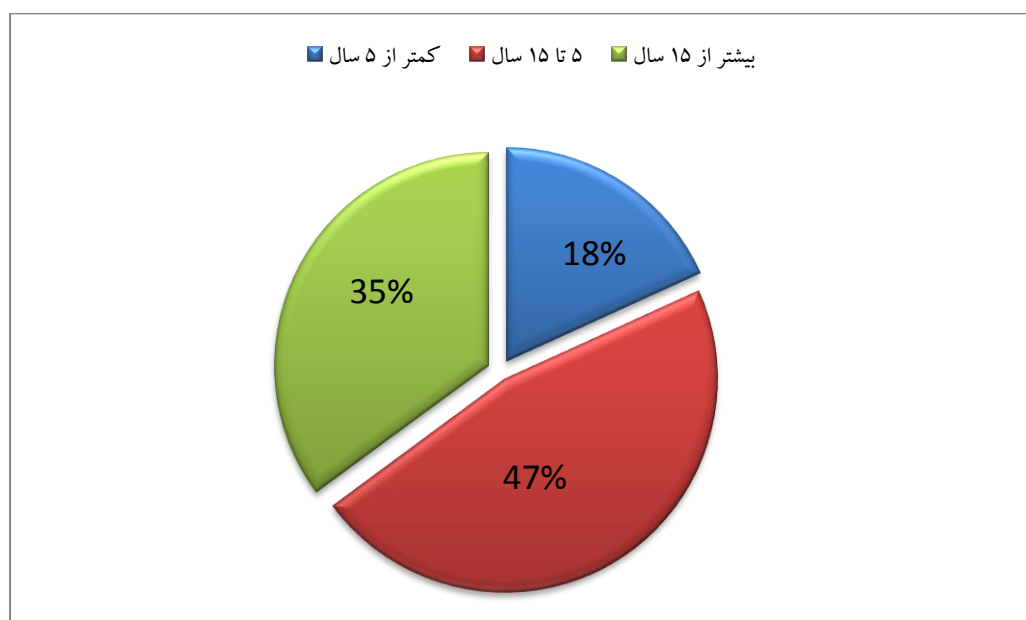


نمودار شماره ۴-۴: وضعیت پاسخ دهندگان بر حسب شغل

با توجه به جدول و نمودار (۴-۴) از کل پاسخ دهندگان (۲۷۸ نفر)، شغل ۳۴ نفر (۱۲٪) خانه دار، ۱۲۵ نفر (۴۵٪) کارمند، ۷۵ نفر (۲۷٪) شغل آزاد و ۴۴ نفر (۱۶٪) دانشجو می باشند.

۴-۲-۵- مدت زمان دچار پدیده اعتیاد

جدول ۴-۵: توصیف نمونه آماری بر حسب مدت زمان اعتیاد		
درصد	فراوانی	مدت زمان اعتیاد
۱۸٪	۵۰	کمتر از ۵ سال
۴۷٪	۱۳۱	۵ تا ۱۵ سال
۳۵٪	۹۷	بیشتر از ۱۵ سال
٪۱۰۰	۲۷۸	جمع



نمودار شماره ۴-۵: وضعیت پاسخ دهندگان بر حسب مدت زمان اعتیاد

با توجه به جدول و نمودار (۴-۵) از کل پاسخ دهندگان (۲۷۸ نفر)، مدت زمان اعتیاد ۵۰ نفر (۱۸٪) کمتر از ۵ سال، ۱۳۱ نفر (۴۷٪) ۵ تا ۱۵ سال و ۹۷ نفر (۳۵٪) بیشتر از ۱۵ سال، دچار پدیده اعتیاد شده اند.

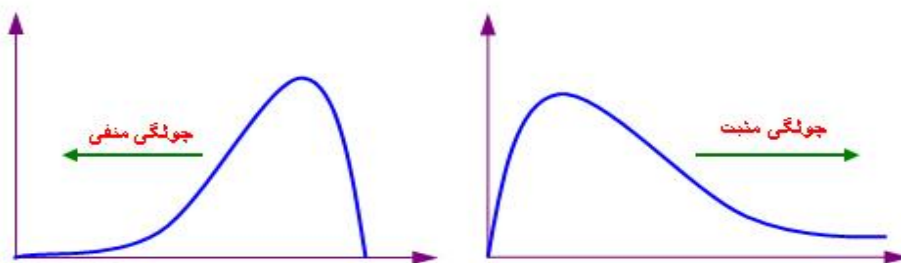
۴-۳- توصیف متغیرهای پژوهش

با توجه به جدول ۴-۶ آمار توصیفی کلیه متغیرهای تحقیق از نظر شاخص‌های آماری به شرح جدول زیر می‌باشد. به عنوان مثال برای متغیر احساس مالکیت مینیمم امتیازات مقدار ۱ و ماکزیمم امتیازات مقدار ۵ و میانگین و انحراف معیار نظرات به ترتیب به میزان ۳/۷۴ و ۰/۸۲۱ می‌باشد.

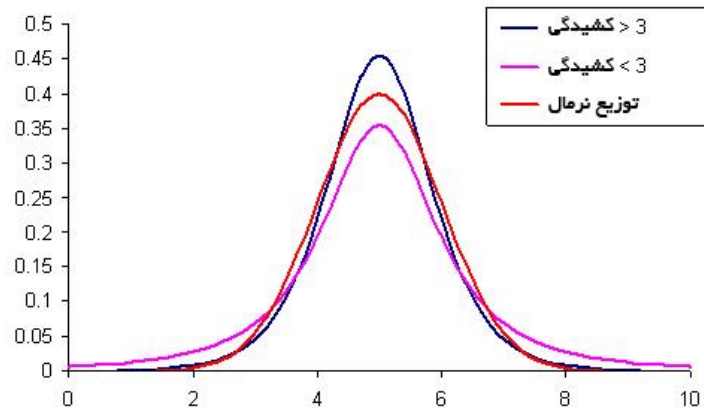
جدول ۴-۶- آمار توصیفی متغیرهای تحقیق							
متغیر	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین		انحراف معیار	واریانس
				آماره	انحراف خطا		
شغل	۲۷۸	۱	۵	۳/۷۴	۰/۰۴۲۵	۰/۸۲۱	۰/۶۷۵
خانواده	۲۷۸	۱/۳۸	۴/۸۱	۳/۶۱	۰/۰۳۷۹	۰/۷۳۱	۰/۵۳۶
فرهنگ	۲۷۸	۱/۲	۵	۳/۸۱	۰/۰۴۲۸	۰/۸۱۵	۰/۶۶۵
اجتماع	۲۷۸	۱/۴	۵	۳/۷۴	۰/۰۴۲۶	۰/۸۲۳	۰/۶۷۷
عوامل درونی	۲۷۸	۱/۱۳	۴/۷۴	۳/۲۱	۰/۰۴۳۳	۰/۷۱۴	۰/۵۳۴
عوامل رفتاری	۲۷۸	۱	۴/۶۱	۳/۴۵	۰/۰۴۱۴	۰/۸۲۲	۰/۶۴۵
عوامل آسیب پذیر	۲۷۸	۱/۵۷	۴/۶۷	۳/۷۳	۰/۰۲۹۹	۰/۵۷۹	۰/۳۳۵
گرایش به اعتیاد	۲۷۸	۱/۷۷	۴/۵۹	۳/۶۷	۰/۰۳۱۱	۰/۶۰۱	۰/۳۶۲

۴-۴- آزمون چولگی و کشیدگی متغیرهای تحقیق

قبل از هر گونه آزمونی که با فرض نرمال بودن داده‌ها صورت می‌گیرد باید آزمون نرمال بودن صورت گیرد. چولگی معیاری از تقارن یا عدم تقارن تابع توزیع می‌باشد. برای یک توزیع کاملاً متقارن چولگی صفر و برای یک توزیع نامتقارن با کشیدگی به سمت مقادیر بالاتر چولگی مثبت و برای توزیع نامتقارن با کشیدگی به سمت مقادیر کوچکتر مقدار چولگی منفی است. در شکل زیر چولگی مثبت و منفی را می‌بینید.



کشیدگی نشان دهنده ارتفاع یک توزیع است. به عبارت دیگر کشیدگی معیاری از بلندی منحنی در نقطه ماکزیمم است و مقدار کشیدگی برای توزیع نرمال برابر ۳ می‌باشد. کشیدگی مثبت یعنی قله توزیع مورد نظر از توزیع نرمال بالاتر و کشیدگی منفی نشانه پایین تر بودن قله از توزیع نرمال است. در شکل زیر کشیدگی مثبت و منفی را مشاهده می‌کنید.



در حالت کلی معمولاً چنانچه چولگی و کشیدگی در بازه ی (۲، -۲) نباشند داده ها از توزیع نرمال بسیار دور بوده و می بایست قبل از هر گونه آزمونی که برای انجامشان باید فرض نرمال بودن داده ها برقرار باشند؛ اصلاح گردند.

جدول ۴-۷: نتایج حاصل از آزمون چولگی و کشیدگی متغیر های تحقیق				
(کشیدگی)		(چولگی)		متغیر
انحراف استاندارد	آماره	انحراف استاندارد	آماره	
۰/۲۵۲	۰/۳۲۹	۰/۱۲۶	-۰/۷۲۹	شغل
۰/۲۵۲	۰/۵۴۲	۰/۱۲۶	-۰/۷۹۱	خانواده
۰/۲۵۲	۰/۵۹۵	۰/۱۲۶	-۱/۰۰۷	فرهنگ
۰/۲۵۲	-۰/۱۱۴	۰/۱۲۶	-۰/۷۲۴	اجتماع
۰/۲۵۲	۰/۵۹۸	۰/۱۲۶	-۱/۰۱۲	عوامل درونی
۰/۲۵۲	-۰/۱۱۶	۰/۱۲۶	-۰/۷۴۴	عوامل رفتاری
۰/۲۵۲	۱/۱۷۰	۰/۱۲۶	-۱/۴۷۰	عوامل آسیب پذیر
۰/۲۵۲	۰/۴۰۶	۰/۱۲۶	-۰/۹۸۶	گرایش به اعتیاد

همان طور که در جدول (۴-۷) دیده می شود، مقدار چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در محدوده (۲،۲-) قرار دارد، در نتیجه متغیرهای تحقیق دارای توزیع متقارن و کشیدگی نرمال می باشند و توزیع داده ها در این نمونه آماری می تواند نرمال باشد.

۴-۵- آزمون نرمالیت

برای انتخاب آزمون درست برای تحلیل فرضیه ها ابتدا باید از توزیع آماری متغیرهایی که مورد آزمون قرار می گیرند اطمینان حاصل کرد. برای نمونه آماری، پیش نیاز گرفتن آزمون های پارامتری نرمال بودن توزیع آماری متغیرهاست . به طور کلی می توان گفت که آزمون های پارامتری، عموماً بر میانگین و انحراف معیار استوارند. حال اگر توزیع جامعه نرمال نباشد، نمی توان استنباط درست از نتایج داشت. به همین جهت از آزمون کلموگوروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد آزمون استفاده می کنیم.

H_0 : داده ها دارای توزیع نرمال می باشند.

H_1 : داده ها دارای توزیع نرمال نمی باشند.

جدول ۴-۸: نتایج آزمون کولموگوروف - اسمیرنوف متغیرهای تحقیق		
متغیر	سطح معنی داری	نتیجه آزمون
شغل	۰/۰۵۱	توزیع داده ها نرمال است
خانواده	۰/۰۵۷	توزیع داده ها نرمال است
فرهنگ	۰/۰۵۹	توزیع داده ها نرمال است
اجتماع	۰/۰۶۳	توزیع داده ها نرمال است
عوامل درونی	۰/۰۶۱	توزیع داده ها نرمال است
عوامل رفتاری	۰/۰۶۵	توزیع داده ها نرمال است
عوامل آسیب پذیر	۰/۰۵۴	توزیع داده ها نرمال است

توزیع داده ها نرمال است	۰/۰۶۷	گرایش به اعتیاد
-------------------------	-------	-----------------

باتوجه به جدول (۴-۸) سطح معنی داری آزمون نرمالیته متغیرهای تحقیق بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد؛ بنابراین فرضیه H_0 تایید می شود یعنی توزیع داده ها در این نمونه آماری نرمال است، به همین علت برای آزمون فرضیه های تحقیق از آزمون واریانس و رگرسیون چندگانه (چون متغیر مستقل ریز شده است) استفاده می شود.

۴-۶- فرضیه های تحقیق

قبل از بررسی فرضیه های تحقیق، این مورد بررسی می شود که آیا متغیر مستقل بر وابسته تأثیر معنی داری دارد یا خیر. بدین ترتیب خواهیم داشت:

فرض H_0 : عوامل آسیب پذیر بر گرایش به اعتیاد تأثیر معنی داری ندارد.

فرض H_1 : عوامل آسیب پذیر بر گرایش به اعتیاد تأثیر معنی داری دارد.

جدول (۴-۹) نتایج آزمون واریانس بین عوامل آسیب پذیر بر گرایش به اعتیاد				
متغیر مستقل	شاخص آماری متغیر وابسته	درجه آزادی (df)	آماره (F)	سطح معنی داری (sig)
عوامل آسیب پذیر	گرایش به اعتیاد	۱	۴۷۸/۹۹۰	۰/۰۰۰

فرض H_1 : عوامل خانوادگی بر گرایش به اعتیاد تأثیر معنی داری دارد.

جدول ۴-۱۱: نتایج آزمون واریانس بین عوامل خانوادگی بر گرایش به اعتیاد				
سطح معنی داری (sig)	آماره (F)	درجه آزادی (df)	شاخص آماری	
			متغیر وابسته	متغیر مستقل
۰/۰۰۰	۱۶۳/۶۲۲	۱	گرایش به اعتیاد	عوامل خانوادگی

با توجه به جدول (۴-۱۱)، مقدار F (بیانگر شدت تأثیر متغیر مستقل بر وابسته است) برابر با ۱۶۳/۶۲۲ می باشد که این مقدار با درجه آزادی ۱ در سطح ۰/۰۰۰ معنی دار گردیده است ($sig < ۰/۰۵$). بنابراین فرضیه دوم تأیید می گردد، یعنی عوامل خانوادگی بر گرایش به اعتیاد تأثیر معنی داری دارد.

۴-۶-۱-۳- آزمون فرضیه سوم: محیط فرهنگی بر گرایش به اعتیاد تأثیر معنی داری دارد.

فرض H_0 : محیط فرهنگی بر گرایش به اعتیاد تأثیر معنی داری ندارد.

فرض H_1 : محیط فرهنگی بر گرایش به اعتیاد تأثیر معنی داری دارد.

جدول ۴-۱۲: نتایج آزمون واریانس بین محیط فرهنگی بر گرایش به اعتیاد				
سطح معنی داری (sig)	آماره (F)	درجه آزادی (df)	شاخص آماری	
			متغیر وابسته	متغیر مستقل
۰/۰۰۰	۱۸۶/۹۱۵	۱	گرایش به اعتیاد	محیط فرهنگی

با توجه به جدول (۴-۱۲)، مقدار F (بیانگر شدت تاثیر متغیر مستقل بر وابسته است) برابر با ۱۸۶/۹۱۵ می باشد که این مقدار با درجه آزادی ۱ در سطح ۰/۰۰۰ معنی دار گردیده است ($\text{sig} < ۰/۰۵$). بنابراین فرضیه سوم تأیید می گردد، یعنی محیط فرهنگی بر گرایش به اعتیاد تأثیر معنی داری دارد.

۴-۱-۶-۴-۴ آزمون فرضیه چهارم: محیط اجتماعی بر گرایش به اعتیاد تأثیر معنی داری دارد.

فرض H_0 : محیط اجتماعی بر گرایش به اعتیاد تأثیر معنی داری ندارد.

فرض H_1 : محیط اجتماعی بر گرایش به اعتیاد تأثیر معنی داری دارد.

جدول ۴-۱۳: نتایج آزمون واریانس بین محیط اجتماعی بر گرایش به اعتیاد				
متغیر مستقل	شاخص آماری		سطح معنی داری (sig)	متغیر وابسته
	درجه آزادی (df)	آماره (F)		
محیط اجتماعی	۱	۶۳۹/۸۴۹	۰/۰۰۰	گرایش به اعتیاد

با توجه به جدول (۴-۱۳)، مقدار F (بیانگر شدت تاثیر متغیر مستقل بر وابسته است) برابر با ۶۳۹/۸۴۹ می باشد که این مقدار با درجه آزادی ۱ در سطح ۰/۰۰۰ معنی دار گردیده است ($\text{sig} < ۰/۰۵$). بنابراین فرضیه چهارم تأیید می گردد، یعنی محیط اجتماعی بر گرایش به اعتیاد تأثیر معنی داری دارد.

۴-۱-۶-۴-۵ آزمون فرضیه پنجم: عوامل روانی بر گرایش به اعتیاد تأثیر معنی داری دارد.

فرض H_0 : عوامل روانی بر گرایش به اعتیاد تأثیر معنی داری ندارد.

فرض H_1 : عوامل روانی بر گرایش به اعتیاد تأثیر معنی داری دارد.

جدول ۴-۱۴: نتایج آزمون واریانس بین عوامل روانی بر گرایش به اعتیاد

متغیر مستقل	شاخص آماری متغیر وابسته	درجه آزادی (df)	آماره (F)	سطح معنی داری (sig)
عوامل روانی	گرایش به اعتیاد	۱	۶۰۱/۸۰۷	۰/۰۰۰

با توجه به جدول (۴-۱۴)، مقدار F (بیانگر شدت تاثیر متغیر مستقل بر وابسته است) برابر با ۶۰۱/۸۰۷ می باشد که این مقدار با درجه آزادی ۱ در سطح ۰/۰۰۰ معنی دار گردیده است ($sig < ۰/۰۵$). بنابراین فرضیه پنجم تأیید می گردد، یعنی عوامل روانی بر گرایش به اعتیاد تأثیر معنی داری دارد.

۴-۶-۱-۶-آزمون فرضیه ششم: عوامل رفتاری بر گرایش به اعتیاد تأثیر معنی داری دارد.

فرض H_0 : عوامل رفتاری بر گرایش به اعتیاد تأثیر معنی داری ندارد.

فرض H_1 : عوامل رفتاری بر گرایش به اعتیاد تأثیر معنی داری دارد.

جدول ۴-۱۵: نتایج آزمون واریانس بین عوامل رفتاری بر گرایش به اعتیاد				
متغیر مستقل	شاخص آماری متغیر وابسته	درجه آزادی (df)	آماره (F)	سطح معنی داری (sig)
عوامل رفتاری	گرایش به اعتیاد	۱	۶۲۸/۴۵۲	۰/۰۰۰

با توجه به جدول (۴-۱۵)، مقدار F (بیانگر شدت تاثیر متغیر مستقل بر وابسته است) برابر با ۶۲۸/۴۵۲ می باشد که این مقدار با درجه آزادی ۱ در سطح ۰/۰۰۰ معنی دار گردیده است ($sig < ۰/۰۵$). بنابراین فرضیه ششم تأیید می گردد، یعنی عوامل رفتاری بر گرایش به اعتیاد تأثیر معنی داری دارد.

در ادامه، به بررسی ضریب تأثیر هر یک از عوامل آسیب پذیر بر گرایش به اعتیاد پرداخته می شود که از رگرسیون چندگانه کمک گرفته شده است.

جدول ۴-۱۶: نتایج آزمون رگرسیون چندگانه بین عوامل آسیب پذیر و گرایش به اعتیاد				
متغیرهای مستقل	شاخص آماری متغیر وابسته	ضریب تعیین اصلاح شده) ($r^2 Adj$)	انحراف استاندارد (Std. Error)	آماره دوربین واتسون (D-W)
ابعاد نگرش شهروندان	مشارکت در مدیریت شهری	۰/۷۳۸	۰/۳۰۸۱۷	۱/۳۷۹

براساس جدول (۴-۱۶): آماره دوربین- واتسون در محدوده ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد (بنابراین می توانیم از آزمون رگرسیون استفاده کنیم) و ضریب تعیین اصلاح شده ۰/۷۳۸ بدست آمده است، یعنی ۷۳/۸٪ از تغییرات متغیر وابسته (گرایش به اعتیاد) توسط متغیرهای مستقل (عوامل آسیب پذیر) تبیین می گردند.

جدول ۴-۱۷: ضرایب رابطه خطی بین عوامل آسیب پذیر و گرایش به اعتیاد					
متغیر وابسته	شاخص آماری متغیر مستقل (xi)	ضریب (B)	خطای استاندارد	آماره (t)	سطح معنی داری (sig)
گرایش به اعتیاد (Y)	ضریب ثابت (a)	۰/۶۲۷	۰/۱۰۴	۶/۰۶۵	۰/۰۰۰
	شغل والدین (x1)	۰/۱۴۲	۰/۰۶۱	۳/۲۳۴	۰/۰۰۰
	عوامل خانوادگی (x2)	۰/۳۵۴	۰/۰۹۷	۵/۳۸۶	۰/۰۰۰
	محیط فرهنگی (x3)	۰/۰۹۰	۰/۰۴۵	۲/۷۱۶	۰/۰۱۱
	محیط اجتماعی (x4)	۰/۱۵۷	۰/۱۲۳	۴/۴۱۲	۰/۰۰۰
	عوامل روانی (x5)	۰/۲۶۱	۰/۰۵۴	۶/۳۲۶	۰/۰۰۰
	عوامل رفتاری (x6)	۰/۲۹۷	۰/۰۴۸	۲/۸۵۱	۰/۰۰۹

در جدول (۴-۱۷) سطر اول مقادیر مربوط به آزمون معنی داری عرض از مبدا (مقدار ضریب رگرسیون) β_0 و سطر های بعدی مربوط به ضریب شیب رگرسیون β_i می باشد. همچنین خطای استاندارد بیانگر خطای معیار ضریب رگرسیون است و مقدار t برای آزمودن ضریب رگرسیون است که در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی دار است.

در جدول ابعاد یا عوامل آسیب پذیر متغیر های مستقل (x_i) و گرایش به اعتیاد متغیر وابسته (Y) می باشد که با توجه به فرمول $Y=a+b_i(x_i)$ معادله خط رگرسیون به صورت زیر حاصل می شود:

$$\begin{aligned} & \text{(عوامل خانوادگی)} + ۰/۳۵۴ + \text{(شغل والدین)} + ۰/۱۴۲ + ۰/۶۲۷ = \text{گرایش به اعتیاد} \\ & \text{(محیط اجتماعی)} + ۰/۲۶۱ + \text{(محیط اجتماعی)} + ۰/۱۵۷ + \text{(محیط فرهنگی)} + ۰/۰۹۰ \\ & \text{(عوامل رفتاری)} + ۰/۲۹۷ \end{aligned}$$

فصل پنجم :

نتیجه گیری و

پیشنهادات

۵-۱- مقدمه

این مطالعه تحت عنوان بررسی شرایط زندگی و عوامل آسیب پذیر فرزندان دارای والدین معتاد در شهرستان گالیکش سازمان دهی شده است. اصولاً پژوهش های علمی در هر زمینه ای از علوم در جهت دستیابی به اهداف خاص و با انگیزه ای خاص صورت می پذیرد، بنابراین آنچه در هر تحقیق اهمیت ویژه ای دارد نتایج تحقیق است.

در واقع با صرف وقت و هزینه به دنبال دستیابی به نتایجی است که انتظار آن را دارد هر چند که نتایج بدست آمده با آنچه مد نظر بوده متفاوت باشد؛ به هر حال نتیجه‌ی تحقیق هر چه باشد می‌تواند موجب انگیزه‌های وسیع در دیگر پژوهش‌گران شده و راه‌گشای مطالعات کامل بعدی خواهد شد.

در این فصل از پژوهش، خلاصه‌ای از مطالب بیان شده در فصل‌های گذشته به همراه نتیجه‌گیری‌های حاصل شده، بیان خواهد شد. علاوه بر آن، با توجه به تجزیه و تحلیل و ارزیابی سؤالات تحقیق، یافته‌های اصلی و جانبی مورد بررسی و به سؤالات تحقیق، پاسخ داده خواهد شد. همچنین سعی خواهد شد با توجه یافته‌ها، پیشنهادهایی نیز برای علاقه‌مندان به مطالعه در این زمینه ارائه شود.

۲-۵- خلاصه نتایج تحقیق

خلاصه مطالعه تحت عنوان بررسی شرایط زندگی و عوامل آسیب‌پذیر فرزندان دارای والدین معتاد تهیه شده بود، در جدول ۵-۱ مشاهده می‌شود. نتایج جمع‌آوری پرسشنامه‌های تحقیق که در میان ۲۷۸ نفر از اعضای خانواده‌های معتاد در شهرستان گالیکش به دست آمده در نرم‌افزار اکسل پالایش و جهت تجزیه و تحلیل از نرم‌افزار اسپس-اس اس استفاده شد. همان‌طور که در فصل سوم و چهارم بیان شد، فرضیه‌های تحقیق مورد آزمون قرار گرفت، خلاصه آن عبارت است از:

جدول ۵-۱: خلاصه نتایج تحقیق

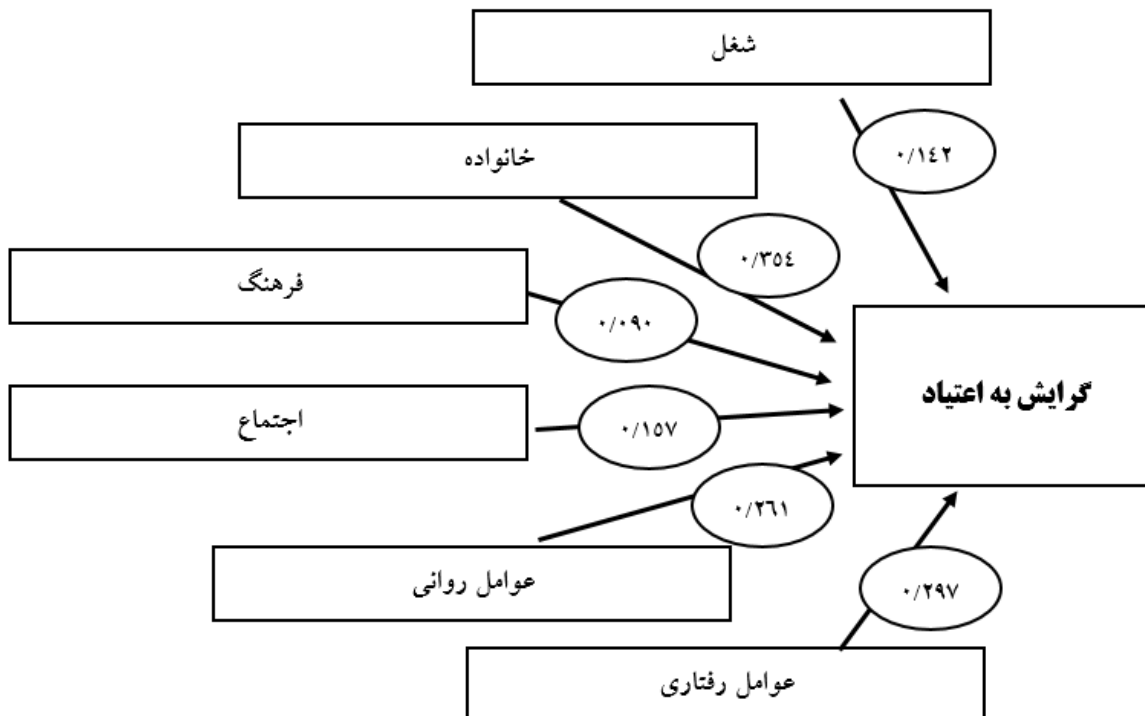
نتیجه آزمون	ضریب تأثیر	شرح فرضیه
تأیید فرضیه	۰/۱۴۲	۱- شغل والدین بر گرایش به اعتیاد تأثیر دارد.
تأیید فرضیه	۰/۳۵۴	۲- عوامل خانوادگی بر گرایش به اعتیاد تأثیر دارد..

تأیید فرضیه	۰/۰۹۰	۳- محیط فرهنگی بر گرایش به اعتیاد تأثیر دارد.
تأیید فرضیه	۰/۱۵۷	۴- محیط اجتماعی بر گرایش به اعتیاد تأثیر دارد.
تأیید فرضیه	۰/۲۶۱	۵- عوامل روانی بر گرایش به اعتیاد تأثیر دارد.
تأیید فرضیه	۰/۲۹۷	۶- عوامل رفتاری بر گرایش به اعتیاد تأثیر دارد.

بدین ترتیب هر شش فرضیه تحقیق مورد تأیید قرار می گیرد. همان طور که در فصل دوم و سوم بیان شد، در این مطالعه، متغیرهای مستقل شرایط زندگی و عوامل آسیب پذیر می باشند و متغیر وابسته یا متغیر ملاک نیز گرایش به اعتیاد می باشد.

نتایج مطالعه نشان می دهد که شرایط زندگی و عوامل آسیب پذیر بر گرایش به اعتیاد افراد خانوار دارای فرد معتاد در شهرستان گالیکش تأثیر معناداری وجود دارد، نتایج دقیق در فصل گذشته یا همان فصل چهارم بیان شده است، این نتایج همسو با مطالعات گذشته که مورد بررسی قرار گرفته است می باشد، این مطالعات عبارت اند از: نیازی و همکاران (۱۳۹۵)، عبدالمالکی و همکاران (۱۳۹۵)، ظروفی و همکاران (۱۳۹۵)، صادقی و همکاران (۱۳۹۴)، بختیاری و همکاران (۱۳۹۴)، نریمانی و همکاران (۱۳۹۳)، رضایی و همکاران (۱۳۹۳)، میرزایی علویجه (۱۳۹۲)، مهدی پور رابری و همکاران (۱۳۹۱).

همچنین نتایج تحقیق اگر چه نشان از تأیید تأثیر شرایط زندگی و عوامل آسیب پذیر بر گرایش به اعتیاد دارد، اما مقدار ضریب تأثیر هر از عوامل که به گرایش به اعتیاد افراد می پردازد نیز از اهمیت خاصی برخوردار است.



شکل ۵-۱: ضرایب تأثیر متغیرها

در بین متغیرهای شرایط زندگی و عوامل آسیب پذیر، متغیر خانواده با ضریب تأثیر ۰/۳۵۴ بیشترین تأثیر را در گرایش به اعتیاد داراست و بعد از آن متغیر عوامل رفتاری و عوامل روانی با ضرایب ۰/۲۹۷ و ۰/۲۶۱ می باشند، همچنین متغیر فرهنگ با ضریب ۰/۰۹۰ کمترین تأثیر را در گرایش به اعتیاد داراست.

۵-۴- پیشنهادات کاربردی تحقیق

با توجه به تأثیر معنیدار شرایط زندگی و عوامل آسیب پذیر بر گرایش به اعتیاد اعضای خانوار دارای فرد معتاد شهرستان گالیکش پیشنهادات زیر ارائه می شود:

۱. تلاش برای بهبود کیفیت زندگی، رفع و پیگیری مشکلات خانوادگی، اقتصادی، روانی و... خانواده معتادان از طریق فعال کردن مراکز مشاوره سازمان بهزیستی، زندان‌ها و نهادهای حمایتی که بخشی از آنان در بند هستند یا تحت پوشش نهادهای حمایتی می باشند.

۲. تلاش در جهت اجرای هدفمند برنامه‌ها و اقدامات روان درمانی توحیدی برای خانواده های معتادان و فرزندان آنان.

۳. راه اندازی برنامه های توانمندسازی خانواده های معتادان از جمله آموزش مهارت های زندگی و شیوه های رهبری و سرپرستی خانواده.

۴. همکاری سازمان های مردم نهاد با سایر سازمان های دولتی در جهت پیشگیری از برخی آسیب های اجتماعی از جمله اعتیاد فرزندان معتادان.

همچنین بسیاری از کسانی که به اعتیاد روی می آورند اذعان دارند برای فرار از مشکلات و دستیابی به آرامش فکری و روانی به اعتیاد روی آورده اند، اما غافل از آنکه اعتیاد نابسامانی های اجتماعی، اقتصادی و روانی بیشماری را پیش پای آنها می گذارد. افراد زمانی که احساس کنند کسانی جود دارند که به آنها توجه می کنند و در موقعیت های فشارزا می توانند از کمک آنها بهره مند شوند کمتر دچار مشکلات سلامت روان از جمله اعتیاد می شوند.

۵-۵- پیشنهادات جهت استفاده محققان آینده

بررسی رابطه بین سلامت روان و حمایت اجتماعی با گرایش به اعتیاد

بررسی رابطه بین کیفیت زندگی کاری با گرایش به اعتیاد

بررسی رابطه بین استرس و سرمایه اجتماعی با گرایش به اعتیاد

بررسی و شناخت عوامل موثر بر گرایش به اعتیاد با تکنیک دلفی

اولویت بندی عوامل موثر بر گرایش به اعتیاد

۵-۶- محدودیت های تحقیق

۱- از محدودیت محقق می توان به عدم آشنایی کامل پاسخ دهندگان به مفهوم های شاخص های مورد مطالعه دانست.

۲- اعضاء خانوار دارای معتاد زمان آزاد کافی برای پاسخگویی با دقت به سؤالات پرسشنامه ها را نداشتند.

۳- بی علاقگی تعدادی از اعضاء خانوار دارای معتاد نسبت به مشارکت در تحقیق و پر نکردن پرسشنامه ها.

منابع تحقيق

منابع فارسی

- احمدی، سید احمد، (۱۳۸۲)، روانشناسی نوجوانان و جوانان، اصفهان، انتشارات مشعل.
- انکینسون، ربتا و همکاران، (۱۳۸۵)، زمینه روانشناسی جلد دوم، ترجمه محمد نقی براهنی و همکاران، تهران: رشد.
- بارانی، فریبا، (۱۳۹۳)، بررسی رابطه های شیوه های فرزند پروری و اعتیادوالدین بر میزان گرایش به سوء مصرف مواد در دانش آموزان دختر و پسر دبیرستانی منطقه ۱۶ شهر تهران در سال تحصیلی ۹۳-۹۲، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی
- برژرون، هانری، (۱۳۹۷)، جامعه شناسی مواد مخدر، مترجم: هوشنگ فرخجسته، تهران: انتشارات بهمن برنا.
- بشارت، محمد علی، (۱۳۸۶)، آسیب شناسی خانوادگی اعتیاد، فصل نامه های بازه های روان درمانی، سال دوازدهم، شماره ۴۳ و ۴۴
- بهمن پوری، عبدالله و سیدفاضل افشین، (۱۳۹۳)، بررسی نقش اعتیاد در تکرار جرم، اولین کنگره ملی تفکر و پژوهش دینی، قم، انجمن علمی پدافند غیرعامل ایران.
- پیکهارت، کارل، (۱۳۹۷)، کلیدهای پیشگیری و مقابله با اعتیاد نوجوانان (کلیدهای تربیت نوجوانان)، مترجم: مسعود هومان، رشت: انتشارات صابرین
- جعفری قاجار، غزال (۱۳۸۵)، روش های فرزند پروری، نشریه رشد معلم، شماره ۱۸۷-۱۸۵
- داوری، محمد، (۱۳۸۱)، پیشگیری و کنترل اعتیاد با نگرش اسلامی، قم، نقش کلک، صص ۴۸ - ۵۰.
- رحیمی، موسی، (۱۳۹۵)، اعتیاد و سلامت روان (تاثیر اعتیاد بر هیجان و اضطراب)، تهران: انتشارات آرادمان.

زینالی، علی، وحدت، رقیه، حامدنیایا، صفر، (۱۳۸۶)، بررسی زمینه های پیش اعتیادی معتادان و مقایسه آن با افراد سالم غیر معتاد، فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی، صص ۱۴۹-۱۶۸.

شهیدی، محمدحسن، (۱۳۹۲)، مواد مخدر امنیت اجتماعی و راه سوم، تهران: انتشارات اطلاعات.

صالح پور، شهاب، (۱۳۷۸)، «راههای تشخیص و درمان بدون بستری شدن معتادان»، نشر فردانش

صفا، داوود، (۱۳۹۴)، علل گرایش به اعتیاد؛ راه های پیشگیری و درمان آن، تهران: نشر نگاه دانش.

عربیان، نرگس، (۱۳۸۲)، اعتیاد و راه های پیشگیری از آن با تأکید بر تربیت و خانواده، مجله حیات سبز، شماره ۳، ص ۲۳.

غفاری، مهدی و مهدی روح الامینی، (۱۳۹۵)، بررسی جرم شناختی رابطه ی میان اعتیاد به مواد مخدر و روان گردان و ارتکاب سرقت در کرمان از سال ۱۳۹۰ الی ۱۳۹۲، فصلنامه مطالعات حقوق، شماره پنجم، صص ۱۳۴-۱۰۹.

فرجاد، محمدحسین، (۱۳۷۷)، بررسی مسائل اجتماعی ایران، فساد اداری، اعتیاد و طلاق، نشر اساطیر

فرزاد فرد، زینب، (۱۳۹۲)، فرزندان و اعتیاد والدین؛ حقایق و راهکارها، طب اعتیاد، شماره ۲، صص ۸۸-۹۲

قره داغی، علی (۱۳۸۵)، بررسی رابطه بین منبع کنترل و گرایش افراد به مصرف سیگار در دانشجویان پسر دانشگاه اصفهان پایان نامه کارشناسی ارشد.

قلی زاده، بهنام، (۱۳۹۴)، نقش رسانه ها در پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر، تهران: انتشارات سما.

کاوه، منیژه (۱۳۸۲)، بررسی و مقایسه شیوه های فرزند پروری با منبع کنترل دختران فراری ۱۲ تا ۱۸ ساله در تهران بزرگ، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی

کی نیا، مهدی (۱۳۸۳)، مبانی جرم شناسی، جلد دوم، تهران، مؤسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران.

کار، مهرانگیز: «بچه های اعتیاد: نگاهی به موقعیت اجتماعی و حقوقی کودکان معتاد در ایران»، نشر روشنفکران و

مطالعات زنان

لطف آبادی، حسین (۱۳۸۴)، روان شناسی رشد (۲)، تهران، سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه ها،

انتشارات سمت

لطف آبادی، حسین (۱۳۹۵)، نوجوانان و جوانان و خانواده آنان، تهران: انتشارات نسل سوم، سازمان ملی جوانان

مدنی قهفرخی، سعید، (۱۳۹۰)، اعتیاد در ایران، تهران: انتشارات ثالث.

مدنی، سعید، (۱۳۸۱)، خانواده و اعتیاد، مجموعه مقالات دومین همایش ملی آسیب های اجتماعی در ایران، تهران،

آگاه، ص ۱۷۹

مسلمی، احمد. (۱۳۸۹). خانواده، مصرف مواد مخدر، امنیت. کرمانشاه: نخستین همایش ملی مصرف مواد مخدر

بستر ساز ناامنی.

موسی نژاد، علی، (۱۳۹۱)، نگاهی به عوامل مؤثر بر گرایش نسل جوان به مواد مخدر، مجموعه مقالات دومین

همایش ملی آسیب های اجتماعی در ایران، تهران، انتشارات آگاه.

مهیار، امیر هوشنگ و جزایری، مجتبی، (۱۳۹۶)، عتیاد پیشگیری و درمان، تهران: انتشارت پیکان.

واحدیان، مجتبی، (۱۳۹۴)، بررسی رابطه اعتیاد نوجوانان با شیوه های فرزند پروری والدین و ساختار خانواده، پایان

نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبائی.

هموطن، طهامه، (۱۳۹۵)، سوء مصرف و وابستگی به مواد (اعتیاد)، مشهد: انتشارت فردوسی.

- Prcau, N. Spire, B. (2007). Health related quality of life among both current and former injection drug users who are HIV infected. *Drug and Alcohol Dependence*, 36 (2), 175-82.
- 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. DOI: 10.1016/j.jsat.2011.10.001.
- Borning, S. Kumpfer, K. Kruse, K. Sack, P. M. Schauning-Busch, J. Ruths, S. ú & Tomasius, R. (2012). Selective prevention programs for children from substanceaffected families: A comprehensive systematic review. *Substance Abuse Treatment and Policy*, 7, 213-240.
- Grella, C. E. Lovinger, K. Warda, U. (2013). Relationships among trauma exposure, familial characteristics, and PTSD: A case control study of women in prison and in the general population. *Women and Criminal Justice*, 23(1), 63° 79, DOI: 10.1080/08974454.2013.743376.
- Gupta, S. Sarpal, S. S. Kumar, D. Kaur, T. (2013). Arora S. Prevalence, pattern and familial effects of substance use among the male college students -a north Indian study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 7(8), 1632° 1636, DOI: 10.7860/JCDR/2013/6441.3215.
- Kumpfer, K. L. (2014). Family-based interventions for the prevention of substance abuse and other impulsive control disorder in girls. *ISRN Addiction*. Hindawi publishing
- Kelley, M. L. D Lima, G.M. Henson, J. M. & Cotton, C. (2014). Substance-abusing Mothers and Fathers Willingness to allow their Children to Receive Mental Health Treatment, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(1), 106° 111.

- Oren, P. N. (2002). Group intervention for children of drug-addicted parents-using expressive techniques. *Clinical Social Work Journal*, 30(4), 403-418.
- Ornoy, A. Daka, L. Goldzweig, G. Gil, Y. Mjen, L. Levit, S. ú Greenbaum, C. W. (2010). Neurodevelopmental and psychological assessment of adolescents born to drug-addicted parents: Effects of SES and adoption. *Child Abuse & Neglect*, 34(5), 354-68.
- Rather, Y. H. Bashir, W. Sheikh, A. A. Amin, M. & Zahgeer, Y. A. (2013). Sociodemographic and Clinical Profile of Substance Abusers Attending a Regional Drug De-addiction Centre in Chronic Conflict Area: Kashmir, India. *The Malaysian Journal of Medicine Sciences*, 20(3), 31° 38.
- Siziya, S. Muula, A. S. Besa, C. Babaniyi, O. Songolo, P. Kankiza, N. Rudatsikira, E. (2013). Cannabis use and its socio-demographic correlates among inschool adolescents in Zambia. *Italian Journal of Pediatrics*, 39(13), 1-5.
- Sungu, h. (2015). Attitudes towards substance addiction: A study of Turkish university students, *Educational research and Reviews*, 10(7), 1015-1022.
- Roizen, H. G. Waart, R. D. Windt, D. Brink, W. Yong, C. A. & Kerckhof, A. F. (2006). Systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *European Neuropsychopharmacology*, 16, 311-323.
- McCullers, W. J. Sussman, S. Dent, C. W. & Teran, L. (2001). Concurrent prediction of drug use among high-risk youth. *Journal of Addictive Behaviors*, 26(1), 137-142.
- Chen, C. C. Chen, S. H. KO, C. H. (2007). Family Factors of Internal Addiction and Substance Use Experience in Taiwanese Adolescents. *Cyber Psychology & Behavior*, 10(3), 320-362.
- Richardson, M. A. (2000). Substance use disorders. In Hersen, M. American RD, editors. *Advanced abnormal child psychology*. New Jersey, 18(1), 21-32

پرسشنامه تحقیق

پاسخگوی گرامی:

پرسشنامه ای را که در پیش روی دارید با هدف :

بررسی شرایط زندگی و عوامل آسیب پذیر فرزندان دارای والدین معتاد در

شهرستان گالیکش

طراحی شده و شما بصورت کاملاً تصادفی به منظور پاسخ گویی به این سئوالات انتخاب گردیده اید. پاسخ های دقیق و صادقانه شما به سئوالات یاریگر محقق در دستیابی به اهداف تحقیق خواهد بود. از این که وقت خود را در اختیار محقق قرار داده، پیشاپیش از شما سپاسگزاری می گردد. ضمناً پرسشنامه بی نام بوده و نیازی به ثبت مشخصات فردی نمی باشد.

الف (سئوالات عمومی

<u>جنسیت</u>	:	مرد	زن
<u>تأهل:</u>		متاهل	مجرد
<u>سن:</u>		زیر ۳۰ سال	۳۱ تا ۴۰ سال
<u>شغل:</u>		خانه دار	کارمند
<u>مدت زمان اعتیاد:</u>		زیر ۵ سال	۵ الی ۱۵ سال
			بیشتر از ۱۵ سال
			دانشجو
			شغل آزاد
			۴۱ تا ۵۰ سال
			۵۰ سال به بالا

ردیف	گونه	پرسشنامه عوامل آسیب پذیر	كاملا مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	مواقفم	كاملا موافقم
۱	شغل	شغلم بسیار كسل كننده است					
۲		شغلم نیاز به تمرکز بالایی ندارد					
۳		در شغلم بسیار توانایی دارم					
۴	خانواده	پدر و مادرم همواره مراقبت‌های ویژه‌ای در مورد انتخاب دوست داشته اند					
۵		در خانواده من همواره صمیمت خاصی بین اعضا وجود دارد					
۶		خانواده مرا طوری پرورش داده است که احساس تنهایی و پوچی نمی‌کنم					
۷	فرهنگ	سطح روابط اجتماعی من و خانواده ام بالاست					
۸		فرهنگ القایی از سوی خانواده ام به روی من بسیار تأثیر گذار است					
۹		همواره بر سنت‌ها و عقاید خانواده و بستگانم افتخار و پیروی می‌کنم					
۱۰	اجتماع	من همواره تحت تأثیر اجتماع و روابط اجتماعی هستم					
۱۱		اجتماع قابلیت کنترل عواطف و احساسات مرا دارد					
۱۲		از بودن در اجتماع لذت می‌برم					
۱۳	عوامل درونی	احساس رنج می‌کنم					
۱۴		احساس تنهایی می‌کنم					
۱۵		احساس بی‌فایده بودن می‌کنم					
۱۶	عوامل رفتاری	بسیار تند خو و بد رفتار هستم					
۱۷		زود عصبانی می‌شوم					
۱۸		رفتارهایی دارای تنش در من بسیار وجود دارد.					

شماره	عبارات	کاملاً درست	درست	تقریباً درست	نادرست	کاملاً نادرست
۱	اغلب از مشکلات خوابیدن رنج می‌یرم.					
۲	از خیلی کارهایی که قبلاً برایم جالب بوده‌اند دیگر لذت نمی‌یرم.					
۳	رفاقت یا افرادی که مواد مصرف می‌کنند اشکالی ندارد.					
۴	شرط پندی کردن را دوست دارم، حتی اگر وضع مالی‌ام خوب نباشد.					
۵	در اغلب زمینه‌های زندگی احساس ناامیدی می‌کنم.					
۶	گاهی فکرهای پدی به ذهنم می‌آید که نمی‌شود درباره آن‌ها صحبت کرد.					
۷	در دوران نوجوانی بدون اجازه والدین مقداری پول از آن‌ها برداشته‌ام.					
۸	اگر آدم در حد کمی مواد مخدر مصرف کند که معتاد نشود، اشکالی ندارد.					
۹	اغلب دلم گرفته و غمگینم.					
۱۰	سابقه فرار از منزل (دوران کودکی یا نوجوانی) دارم.					
۱۱	مواد مخدر خواص مفیدی هم دارند.					
۱۲	بین کسانی که می‌شناسم بعضی‌ها را دوست ندارم.					
۱۳	بیشتر مواقع فکر می‌کنم حقم را خورده‌اند و به من ظلم شده است.					
۱۴	خیلی مواقع حوصله هیچ کاری را ندارم.					
۱۵	بعضی وقت‌ها خشمگین می‌شوم.					
۱۶	مایلم حداقل یک‌بار مصرف مواد را تجربه کنم.					
۱۷	در دوران نوجوانی دستبردهای جزئی داشته‌ام.					
۱۸	مصرف حشیش اعتیادآور نیست.					
۱۹	آدمی که مشکلات زیادی در زندگی دارد، مجبور است به مواد روی آورد.					
۲۰	مخالفت یا نظر دیگران برایم دشوار است.					
۲۱	گاهی دلم می‌خواهد ناسزا بگویم.					
۲۲	رفقایم غالباً مورد پسند پدر و مادرم نبوده‌اند.					
۲۳	اگر دوستان یا همکارانم از من درخواستی داشته باشند، نمی‌توانم آن را رد کنم.					
۲۴	هدف خاصی در زندگی ندارم.					
۲۵	برای تسکین برخی دردهای جسمی پد نیست از مواد مخدر مصرف شود.					
۲۶	آن‌قدرها که می‌گویند مصرف مواد مشکل‌ساز نیست، فقط بستگی به خود فرد دارد.					
۲۷	وقتی بر اثر مشکلات زندگی خیلی ناراحت می‌شوم دوست دارم دارویی بخورم تا بخوابم.					

					حس کنجکاویم می گوید برای یک بار هم که شده مزه مواد را بچشم.	۲۹
					به نظرم هیچ کس مرا درک نمی کند.	۳۰
					به نظرم مصرف یکی دو بار مواد اشکالی ندارد.	۳۱
					برخلاف میل درونی ام، معمولاً تأییدکننده نظرات دیگران هستم.	۳۲
					هرگز سرزنش نمی شوم.	۳۳
					به نظرم مصرف تریاک و حشیش مثل اعتیاد به چای یا از این قبیل است.	۳۴
					در کل آدم "تعارفی" هستم.	۳۵
					کسی که الکل مصرف می کند کمتر الوده به مواد می شود.	۳۶
					قبلاً تخلفات جنسی جزئی داشته ام.	۳۷
					کسی که چند بار به صورت تفریحی مواد مصرف کند می تواند به راحتی آن را کنار بگذارد.	۳۸
					در اغلب زمینه های زندگی احساس شکست می کنم.	۳۹
					کشیدن سیگار را بد نمی دانم.	۴۰
					وقتی در یک جشن یا جمع دوستان قرار می گیرم، دوست دارم با مصرف بعضی موادی که کمتر اعتیادآورند شادی خود را چند برابر کنم.	۴۱

پیوست آماری

آلفای کرونباخ پرسشنامه ها

شغل

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.744	3

خانواده

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.735	3

فرهنگ

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.709	3

اجتماع

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.781	3

عوامل درونی

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.709	3

عوامل رفتاری

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.781	3

عوامل آسیب پذیر

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.793	18

گرایش به اعتیاد

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.847	40

Islamic Azad University

Azadshahr branch



The thesis for a master's degree in

Psychology (M.A)

Faculty of Humanities, Department of Sociology

Subject:

**The Check the living Conditions and Vulnerable Factors for
Children with Addicted Parents in the cCty of Galicia**

Supervisor:

Dr. Azar Eskandari Cherati

By:

Rohollah Koohi

Springe, 2019