

نقش خانواده در گرایش جوانان به اعتیاد در شهرستان ورامین*

احمد رضایی^۱

بهرروز اسلامی^۲

ملیحه مهدی‌پور خراسانی^۳

چکیده

اعتیاد یکی از مشکلات پیش روی جامعه ما و مخصوصاً قشر جوان می‌باشد. جامعه ما جامعه جوانی است پس باید برای از بین بردن این معضل تلاش فراوانی انجام داد. با توجه به این امر که عوامل زیادی در اعتیاد افراد نقش دارند، ما در این تحقیق خواهان این امر هستیم که به نقش خانواده در اعتیاد جوانان در شهرستان ورامین دست پیدا کنیم. روش مطالعه از نوع توصیفی-تبیینی و به لحاظ ماهیت کاربردی می‌باشد و از نظر روش اجرا پیمایش (SURVEY) محسوب می‌شود. جامعه آماری این تحقیق ۲۵۰ نفر از جوانان شهرستان ورامین می‌باشد که به صورت تصادفی انتخاب گردیده‌اند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS استفاده گردید. نتایج حاکی از آن است که بین گرایش به مصرف مواد اعتیادآور در بین اعضای خانواده، اختلاف والدین، میزان کنترل والدین، نحوه‌گذران اوقات فراغت، دسترسی به مواد و رابطه با دوستان معتاد و گرایش افراد به اعتیاد رابطه معنی‌داری وجود دارد. یافته‌های تحقیق حاکی از این امر است که خانواده مهمترین نقش را در اعتیاد افراد یدک می‌کشد. خانواده را می‌توان مهمترین نهاد اجتماعی در اکثر جوامع انسانی دانست که تأثیر بسزایی در تکوین و تحول شخصیت فرد دارد. اساس سازگاری فرد در جامعه، در خانواده ریخته می‌شود. خانواده اولین مکانی است که فرد خود را در آن می‌بیند و می‌توان گفت که قسمت عمده شخصیت فرد تحت تأثیر خانواده شکل می‌گیرد. به همین سبب هنگامی که خانواده نتواند این مهم را به عهده گیرد و آن را به نحو احسن انجام دهد این وظیفه مهم خواه نا خواه به عهده دیگر افراد یا گروه‌ها مثل گروه همسالان واگذار می‌شود. با توجه به اینکه خانواده کوچکترین و مهمترین نهاد اجتماعی می‌باشد، وضعیت نابسامان خانوادگی و مشکلات والدین و اعتیاد آنها و... مهمترین عامل در ایجاد و گسترش اعتیاد به مواد مخدر می‌باشد.

کلید واژه: اعتیاد، خانواده، اختلاف والدین، کنترل، اوقات فراقت، دوستان معتاد

* تاریخ وصول: ۹۱/۶/۲۵ تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۰/۵

۱- استادیار گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه مازندران، بابلسر، ایران. arezaiim@yahoo.com

۲- گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه مازندران، بابلسر، ایران. behrozslami@gmail.com

۳- گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه مازندران، بابلسر، ایران.

۱- مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر پدیده‌ای جدید و خاص زندگی مدرن است. چرا که مصرف مواد مخدر اگر هم در گذشته وجود داشت، به عنوان اعتیاد و یا انحراف شناخته نمی‌شد. اما با گسترش فرهنگ مدرن، ارزش‌ها و هنجارهای مدرن نیز رواج یافته و کنش‌ها و رفتارهایی چون اعتیاد به مواد مخدر متعارض با هنجارها تلقی شده است. (عفتی، ۱۳۷۹: ۲۲-۲۷) اعتیاد یکی از مهمترین انحرافات اجتماعی محسوب می‌شود که پایه و اساس بسیاری از آسیب‌ها و معضلات اجتماعی در سطح جامعه است. اعتیاد پیش از آنکه پدیده‌ای روانی و شخصیتی باشد، یک پدیده اجتماعی است. (صدیق سروستانی، ۱۳۸۵) اعتیاد به مواد، نه تنها بر ساختار فرهنگی، بلکه بر رفتارهای اجتماعی و حتی سلامت روانی جامعه تأثیر می‌گذارد.

ایران به لحاظ موقعیت جغرافیایی و اقتصادی که در منطقه داراست از یکسو در همسایگی خود بزرگترین تولیدکننده تریاک و هروئین را دارد و از سوی دیگر گذرگاه اصلی عبور محموله‌های مواد مخدر به اروپا و بازار مناسبی برای مصرف این مواد است و پیوسته در معرض تهدید سوء مصرف مواد مخدر بوده است (کرمی و دیگران، ۱۳۸۹: ۴۱، علی وردی نیا، ۱۳۸۴: ۱۹۴). معضل اعتیاد به مواد مخدر، امروزه به عنوان یکی از مهمترین معضلات و مشکلات اجتماعی در ایران مطرح است، مشکلی که خود عامل مشکلات اجتماعی بسیار دیگری است و متأسفانه علاوه بر تمامی هزینه‌هایی که طی سال‌های گذشته در زمینه مواد مخدر صرف شده توفیق مطلوبی حاصل نگردیده است و ابعاد مشکل هر روز پیچیده‌تر شده است (کیا، حسین‌پور، ۱۳۸۶: ۳۰).

در سال ۱۹۱۷ دو پزشک اروپایی به نام‌های هیملسباچ^۱ و اسمال^۲ سعی کردند تا تعریفی دقیق و جامع درباره اعتیاد بیابند. تعریف آنها از اعتیاد اینگونه بود که؛ اعتیاد به تریاک و مواد مشابه متضمن سه خصیصه قابل تمیز و در عین حال مرتبط به هم می‌باشد و این سه خصیصه از این قرار است:

۱. تحمل دارویی^۳
۲. وابستگی جسمانی^۴
۳. عادت^۵ (شهیدی، ۱۳۷۵، ۱۴)

1. Himmelsbach
2. Small
3. Tolerance
4. Physical dependence
- 5 Habitation

کمیته متخصصان تشخیص مواد اعتیادآور که در سال ۱۹۳۰ تحت نظارت سازمان ملل و به صورت وابسته به سازمان بهداشت جهانی^۱ برای دستیابی به تعریفی مناسب و همه جانبه از مواد مخدر تشکیل شد در سال ۱۹۵۰ تعریف زیر را ارائه کرد:

اعتیاد به مواد مخدر مسمومیت حاد یا مزمنی است که مضر به حال شخص و اجتماع می‌باشد و زائیده مصرف داروی طبیعی و مصنوعی است که خصوصیات آن عبارتند از:

۱. وجود نیاز مبرم به ادامه استعمال دارو و به دست آوردن آن به هر طریق ممکن؛
 ۲. وجود علاقه شدید به ازدیاد میزان دارو؛
 ۳. وابستگی روانی یا جسمی به آثار داروهای اعتیادآور بدین صورت که وقتی دارو به معتاد نرسد آثار روانی و جسمی که به آثار قطع دارو موسوم است، در وی ظاهر شود (حسین پور، ۱۳۸۶: ۳۳).
- اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر به مثابه یک مسأله اجتماعی، پدیده‌ای است که همراه با آن توانایی جامعه در سازمانیابی و حفظ نظم موجود از بین می‌رود و باعث دگرگونی‌های ساختاری در نظام اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی در یک جامعه می‌شود. (باقری و دیگران، ۱۳۸۹: ۱۲۰) پدیده اعتیاد پیامدهای ناخوشایند بسیاری در پی دارد که می‌توان به چالش از هم پاشیدگی خانواده‌ها و طلاق، فرزندان بی‌سرپرست و آینده آنان، درگیر شدن نسل جوان در این مشکل و به هدر رفتن منابع مالی و اقتصادی کشور، پرشدن زندان‌ها و افزایش سایر انحرافات، اشاره نمود و بنا به میزان بالای آسیب رسانی اعتیاد پرداختن به موضوع مورد بحث اجتناب ناپذیر می‌باشد چنانچه کالک^۲ و ریچ^۳ تأکید کرده‌اند برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد باید در سنین جوانی و دبیرستان به مرحله اجرا درآیند (کالک و ریچ، ۲۰۰۴).

غافل ماندن از نوجوانان و جوانان و مسایل آنها خسارت‌های جبران ناپذیری برای جامعه دارد و به عکس شناخت ویژگی‌های آنان می‌تواند در نحوه برخورد با آنها، به والدین، مربیان و مسئولان دست-اندرکار تعلیم و تربیت کمک شایانی نماید. این شناخت نه تنها باعث درک عمیق‌تر نوجوانان می‌گردد بلکه زمینه‌هایی را فراهم می‌آورد تا در طرح و برنامه ریزی و به کار بردن امکانات آموزشی و تربیتی، به ویژگی‌ها و تفاوت‌های فردی آنان توجه گردد و در نهایت رفتار به هنجار از نابهنجار تشخیص داده شود و انتظاراتی مطابق سن، ویژگی‌ها و موقعیت آنان در نظر گرفته شود. (هزارجریبی و دیگران ۱۳۸۹: ۳۳۰)

صرف نظر از اینکه یک جامعه به پدیده مصرف مواد به عنوان یک پدیده اخلاقی بنگرد یا اینکه آن را یک مسأله قانونی در نظر بگیرد، این پدیده مشکلات عدیده‌ای هم برای فرد مصرف کننده و هم برای کل

1 W.H.O

2 Kalke

3Rasch

جامعه به بار می‌آورد که منجر به بروز نگرانی در متخصصان اجتماعی و بهداشتی می‌شود (کاپلان، ۲۰۰۰). مشخص نمودن تأثیر مصرف مواد مخدر بر جامعه مشکل است. زیرا بسیاری از عوارض آن، دهها سال بعد ظاهر می‌شود. لیکن عواقب و خسارت‌های اقتصادی، بهداشتی، روانی، اجتماعی و خانوادگی اعتیاد بر کسی پیشیده نیست (رحیمی مؤقر، ۱۳۷۵). اعتیاد یک پدیده مخرب اجتماعی است، زیرا اثرات نامطلوب و عواقب وخیم آن تنها دامن‌گیر شخص معتاد نمی‌شود، بلکه همه افرادی که به گونه‌ای با معتاد وابستگی و ارتباط نزدیک دارند، را دربر می‌گیرد؛ مخصوصاً اگر فرد معتاد مسئول اداره یک خانواده و در نقش همسر و یا پدر نیز باشد (فروع الدین عدل و دیگران، ۱۳۸۳: ۳۲۸، استفانو، ۱۳۸۷: ۱۵). مصرف مواد مخدر و به تدریج فروش آن، سرآغازی برای دیگر اشکال بزهکاری است، زیرا فرد معتاد ناگزیر است برای تهیه مواد مخدر دست به سرقت یا هر عمل غیرقانونی دیگری بزند (نصیری، ۱۳۷۹: ۵۳). وجود ۲/۵ میلیون معتاد رسمی و حدود چهار میلیون معتاد تفنی که نهایتاً آنان نیز ممکن است خود معتاد شوند، لزوم توجه به این پدیده ناخوشایند را بیشتر و رهایی از این مسمومیت را مسلم تر می‌کند (مسکنی، جعفرزاده، ۱۳۸۷: ۱۷۷). لازم به ذکر است که این ارقام مربوط به سال ۱۳۸۷ است و اگر رشد جمعیتی ۱۰ درصد را در نظر بگیریم این ارقام بیش از اینها خواهد شد.

سوء مصرف مواد مخدر در بسیاری از افراد از سنین دبیرستان آغاز می‌شود، بنابراین یکی از مهمترین راه‌های کاهش مصرف مواد مخدر در بزرگسالی کنترل آن در نوجوانی است (وایت، ۲۰۰۴: ۵). بدون شک در میان مراحل مختلف زندگی انسان، نوجوانی به دلیل ویژگی‌های خاص و منحصر به فردی که دارد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. نوجوانی دوره‌ای است که طی آن فرد از یک طرف با تغییرهای سریع و ناگهانی فیزیکی و جسمی روبه‌رو است و به طبع این تغییر، از طرف دیگر دگرگونی و تحولات روانی نیز به وقوع می‌پیوندد که موجی از تلاطم و تشویش فکری را به راه می‌اندازد. به نظر می‌رسد که این تشویش و ناآرامی ناشی از منبع خانواده، هنجارها و مقررات حاکم بر آن (در سطح کلی تر جامعه) و نیز خود نوجوان و نظام ارزشی خاص او باشد. بنابراین اگر در این مسیر و دوره گذر نوعی تعادل بین تغییر فیزیکی و فکری نوجوانان و همچنین نوع جو حاکم بر خانواده برقرار نشود، ممکن است پیامدهای منفی‌ای مانند: مشکلات رفتاری و انحراف‌های اجتماعی را به همراه داشته‌باشد. اثر این انحراف و بزه‌کاری‌ها هم برای نوجوان و خانواده‌اش و هم برای جامعه جبران‌ناپذیر خواهد بود. (خدایاری‌فرد، ۱۳۷۱: ۴۸)

علی‌رغم تلاش‌های گسترده‌ای که در سطح جهان برای کنترل مواد مخدر صورت گرفته، شیوع و مصرف مواد مخدر همچنان رو به افزایش و سن مصرف مواد مخدر رو به کاهش است. (زینالی و دیگران، ۱۳۸۶: ۱۵۰) شیوع اعتیاد در جوانان رو به رشد است، به طوری که سن ابتلا به اعتیاد در ایران طی دو دهه اخیر به شدت کاهش یافته و به زیر ۲۰ سال و گاهی به ۸ سالگی رسیده است. (سمیعی و دیگران، ۱۳۸۱)

مصرف مواد، بحرانی اجتماعی برای ایران است که اگر به آن رسیدگی نشود، انواع و اقسام انحرافات، بیماری‌ها و مشکلات اجتماعی را در آینده‌ای نزدیک به دنبال خواهد داشت. (محبوبی منش، ۱۳۸۳: ۴۱) تجربه کشورهایی که در امر مبارزه با مواد مخدر موفق بوده‌اند، نشان می‌دهد که این موفقیت‌ها مستلزم شناخت علمی جمعیت معتادان و استفاده از آن در امر پیشگیری اولیه و ثانویه با توجه به متغیرهای بومی و منطقه‌ای بوده است (کورنور و نوردویک، ۲۰۰۷).

عوامل مؤثر در سوء مصرف مواد در نوجوانان در شش حوزه بررسی شده است که عبارتند از: عوامل فردی، خانوادگی، عوامل مرتبط با مدرسه، گروه همسالان، جامعه، نظام اجتماعی و فرهنگی. (طارمیان، ۱۳۷۸) از میان این عوامل، عامل خانواده در امر پیشگیری، از ویژگی خاصی برخوردار است زیرا خانواده اولین نقطه تجمع افراد است و راهنمایی‌ها و آموزش‌های اولیه پدران و مادران در درون خانواده می‌تواند تا حد زیادی از بروز نابسامانی‌های ناشی از اعتیاد جلوگیری کند. (لیاقت، ۱۳۶۶) اطلاع والدین از روند کارهای فرزندان آنان را در جریان چگونگی مناسبات، زبان محاوره‌ای فرزندان با دیگران، همسالان و همبازی‌ها و تعامل‌های پیرامون آن قرار می‌دهد. (فرجاد، ۱۳۶۹: ۳۴) وجود فرهنگ استبدادی در خانواده و جامعه که با سرکوب اعتراض‌ها، عدم بروز خلاقیت‌ها، ایده‌ها و عدم ابتکار و اعتماد به نفس توأم بوده است، اکثر افراد را در هنگام رویارویی با مسایل مختلف، با مشکل مواجه کرده است و جوانان در مواجهه با مسایل مختلف زندگی به یأس و سرخوردگی مبتلا می‌شوند که همین در گرایش آنها به مواد مخدر تأثیر دارد. (هزارجریبی و دیگران، ۱۳۸۹: ۳۳۲) بعضی از انسان‌ها در برابر موقعیت‌های استرس‌زا به شدت احساس درماندگی می‌کنند. در چنین شرایطی خانواده خوب و روابط عاطفی رضایت بخش می‌تواند تکیه‌گاه مطمئنی برای فرد باشد. افزایش حضور والدین در منزل، تقویت ارتباط‌های میان اعضای خانواده، توجه به ارزش‌های اخلاقی و معنوی در زندگی و اهمیت قائل شدن پدر و مادر برای مبانی اعتقادی، ارزشی و مذهبی کمک می‌کند که جوان با بکارگیری راه‌هایی از جانب خانواده، بتواند سکان زندگی خویش را در میان دریای پرتلاطم جوانی به سلامت هدایت کند و به ساحل نجات و خوشبختی دست یابد. (فتحی و دیگران، ۱۳۸۹: ۱۳۳) پایداری نهاد خانواده در طول دوره‌های مختلف تاریخی دلالت بر کارکردی بودن این نهاد دارد. صاحب‌نظران بر این باورند که جامعه سالم از خانواده‌های سالم تشکیل شده است و شرط سلامت خانواده، وجود روابط سالم و کارکرد صحیح این نهاد است. اما در قرون اخیر بروز و گسترش بسیاری از مشکلات فردی، اجتماعی و دیگر آسیب‌ها و انحرافات را ناشی از اختلال در کارکرد نهاد خانواده می‌دانند و یکی از آنها که امروز گریبان‌گیر اکثر جوامع گردیده، اعتیاد است. (نوری، ۱۳۸۴) با توجه به اینکه شهرستان ورامین در جنوب شرق استان تهران قرار دارد؛ مهاجرپذیر بوده و دارای

برخی معضلات اجتماعی و فرهنگی می‌باشد، لذا در این تحقیق کوشش گردیده است که مهمترین علل اجتماعی گرایش جوانان به اعتیاد در شهرستان ورامین را بررسی نماییم.

۲- پیشینه تحقیق

مطالعات افقه و خلیلیان (۱۳۷۵) نیز نشان می‌دهد که ۵۰ درصد معتادین به مواد مخدر متعلق به خانواده‌های از هم گسسته و خانواده‌هایی هستند که یکی از اعضای آن معتاد به مواد مخدر می‌باشد. نتایج تحقیق محمدرضایی (۱۳۸۱) نشان می‌دهد که ناایمنی روانی و خانوادگی دانشجویان با استعداد اعتیاد آنها رابطه دارد.

بحرینیان و دیگران (۱۳۸۱) نشان دادند دانشجویانی که در خانواده آنها سابقه مصرف مواد مخدر وجود داشته است گرایش بیشتری به سمت مواد مخدر داشته‌اند.

فروع الدین عدل و همکاران (۱۳۸۳) دریافتند که از میان اقوام و بستگان جوانان معتاد ۶/۶ درصد معتاد بوده‌اند. در ضمن ۱۲/۱ درصد پدران و ۱۱/۱ درصد برادران افراد مورد مطالعه معتاد بوده‌اند. از طرفی ۸۹/۹ درصد جوانان معتاد دارای دوست معتاد بوده‌اند.

صادقی (۱۳۸۵) در تحقیقی درباره علل بروز سوء مصرف مواد در کرمانشاه دریافت که ۷۹/۴٪ از آزمودنی‌ها با بحران خانوادگی مواجه بوده‌اند، در خانواده ۶۵/۱٪ از آزمودنیها اختلاف خانوادگی وجود داشته است و جو عاطفی خانواده ۴۲/۵٪ آنها سرد بوده است.

حیدریان و چرخیان (۱۳۸۷) در تهران تحقیقی انجام دادند که در آن ۳۰ نفر معتاد مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد و ۳۰ دانش آموز دبیرستان در تهران مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج این تحقیق نشان داد که کیفیت روابط فرزند و والدین در خانواده های غیر معتاد از هر نظر بهتر از خانواده های نوجوانان معتاد بوده است، همچنین روابط پدر و فرزندی در خانواده های غیر معتاد بهتر از خانواده های معتاد بوده است. همین موضوع در روابط مادر، فرزندی صادق بوده است.

دلاور و دیگران (۱۳۸۸) نشان دادند که دانش آموزانی که والدینشان از مواد مخدر استفاده می‌کردند نسبت به سایر دانش آموزان نگرش مثبت‌تری به مواد مخدر داشتند. نتایج تحقیق مجدزاده و همکاران (۱۳۸۱) مولوی و همکاران (۱۳۸۲) اسکندری (۱۳۸۸) باقری و دیگران (۱۳۸۹) ناستی زایی و دیگران (۱۳۸۹) نیز تأیید کننده همین موضوع می‌باشد.

تابتی (۱۳۸۸) و فتحی و دیگران (۱۳۸۹) نشان داد که میان خشونت والدین و اعتیاد فرزندان رابطه مستقیم وجود دارد.

هزارجریبی و دیگران (۱۳۸۹) نشان دادند افرادی که با والدین خود رابطه ضعیفی دارند بیشتر به سوی دوستان و همسالان گرایش داشته و ۷۵ درصد آنها افرادی هستند که با دوستان خلافکار معاشرت دارند. در حالی که بیشتر اوقات فراغت خود را با آن‌ها به سر می‌برند و از تفریح با آنان نیز احساس لذت دارند بنابراین، احساس خوشایندی که از این تفریح که اغلب ناسالم هم هستند، به آنها دست می‌دهد، سبب تحریک بیشتر فرد برای تداوم آن شده و فرد را هر لحظه آلوده‌تر می‌سازد. پژوهش غلامی آبی (۱۳۸۱) گودرزی و دیگران (۱۳۸۳) و حاجلی و دیگران (۱۳۸۳) نیز تأیید کننده همین امر می‌باشد.

نورکو^۱ و دیگران در تحقیقی که در سال ۱۹۹۸ در بالتیمور آمریکا در بین ۲۵۵ معتاد ۱۲ تا ۴۰ سال با مصاحبه عمیق انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که میزان رفتارهای انحرافی گروه دوستان در سنین ۱۲ تا ۱۴ سال و از همپاشیدگی ساختار خانواده (طلاق و جدایی) قبل از یازده سالگی به طور معناداری با اعتیاد ارتباط دارد. تحلیل‌های بیشتر نشان داده که کجروی اعضای خانواده همانند از همپاشیدگی خانواده پیش از یازده سالگی، میزان احتمال دوستی با افراد ناباب و پیداکردن نگرش منفی نسبت به خانواده را در ۱۲ تا ۱۴ سالگی افزایش می‌دهد.

فلاگل^۲ و دیگران (۲۰۰۳) دریافتند که افزایش توجه و رسیدگی والدین به دنبال حوادث استرس‌آمیز در طی رشد اولیه، مانند یک سد محافظتی در مقابل رفتارهای داورجوانه در آینده برای فرد است. این مطالعات نشان داد که چگونه حوادث اولیه زندگی باعث ایجاد آمادگی متفاوتی به سوء مصرف مواد در نوجوانان و بزرگسالان ایجاد می‌کند.

در تحقیقی که بوتترف^۳ و دیگران (۲۰۰۴) در بین نوجوانان و جوانان ۱۰ تا ۱۸ ساله در آمریکا انجام دادند و ۵۵۶ نفر به روش مصاحبه مورد بررسی قرار گرفتند به این نتیجه دست پیدا کردند که اعتیاد در نوجوانان و جوانان بیشتر تحت تأثیر خانواده‌هایی به وجود می‌آید که افراد آن خانواده سابقه اعتیاد داشته باشند و اعتیاد یکی از اعضا مخصوصاً پدر یا مادر نقش تعیین کننده‌ای در معتاد شدن جوانان و نوجوانان دارد.

دابکین^۴ و دیگران (۱۹۹۵)، اسپیرس نومیستر و فینچ^۵ (۲۰۰۶) استارک-روبلسکی و پل^۶ (۲۰۰۶) دریافتند سبک‌های والدینی (اقتداری، استبدادی و بی‌اعتنا) با مصرف مواد در نوجوانان دختر و پسر رابطه دارد.

1. Nurco
2. Flagel
3. Bottorff
4. Dob kin
5. Spires Neumeister & Finch
6. Stark-Wroblewski & Paul

آدلر^۱ و لوتکا^۲ (۱۹۷۳) نشان دادند که بسیاری از نوجوانان مبتلا به سوء مصرف مواد دارای محیط خانوادگی دچار مشکل بوده و از طرفی سوویدنی^۳، (۱۹۸۲) نشان داد روابط خانوادگی ضعیف نقش مهمی در گرایش آنها به سوء مصرف مواد مخدر داشته است.

بر اساس نتایج مطالعات بروک^۴، نومرا^۵ و کوهن^۶، الکی‌های دائم الخمر (نوشندگانی که مصرف آنها آنها بالاتر از حد طبیعی است) و مصرف کنندگان مواد مخدر اغلب بیان می‌کنند که دارای تجارب سخت ناسازگاری و تعارض بین والدین و فقدان انسجام خانوادگی می‌باشند. همچنین تعارض کمتر در محیط خانواده و رابطه مناسب والد-فرزندی با مصرف کمتر مواد مخدر توسط نوجوانان مرتبط است. (بروک، نومرا، کوهن، ۱۹۸۹)

کوهن و دیگران^۷ (۲۰۰۷) نشان دادند که میان مصرف مواد در خانواده و گرایش افراد به مواد مخدر رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. یعنی هرچه میزان مصرف مواد در خانواده افزایش پیدا می‌کند گرایش افراد به مواد مخدر نیز افزایش می‌یابد و بالعکس. نتایج تحقیق والتون^۸ و دیگران^۹ (۱۹۹۵)؛ کاردیا^{۱۰} و دیگران^{۱۱} (۲۰۰۳)؛ کوویلو^{۱۲} و همکاران^{۱۳} (۲۰۰۴)؛ پینهیرو^{۱۴} و دیگران^{۱۵} (۲۰۰۶)؛ ساسمن^{۱۶} و دیگران^{۱۷} (۲۰۰۹) نیز تأیید کننده همین امر می‌باشد.

کوترل^{۱۸} و همکاران^{۱۹} (۲۰۰۷) نشان دادند که نظارت والدینی به طور معکوس، درگیر شدن نوجوان در رفتارهای پرخطر نظیر مصرف مواد را پیش بینی می‌کند. یافته‌های برون^{۲۰} و دیگران^{۲۱} (۱۹۹۳) و استینبرگ^{۲۲} و دیگران^{۲۳} (۱۹۹۴) نیز تأیید کننده همین موضوع می‌باشد.

بررسی‌های وایت^{۲۴} و همکاران^{۲۵} (۲۰۰۰) نشان داد که بی‌تفاوتی پدر و مادر در پرورش کودکان، بی‌مهری، سرزنش کردن بیش از اندازه آنان، داشتن رفتار خشن، انضباط و نظارت ناهماهنگ و نبود ارتباط

1. Adler
2. Lotecka
3. Svobodny
4. Brook
5. Nomura
6. Cohen
7. Walton
8. Kardia
9. Coviello
10. Pinnheiro
11. Sussman
12. Cottrell
13. Brown
14. Steinberg

مناسب با فرزند و سبک والدینی سهل انگارانه از پیش‌بینی کننده‌های نیرومند رفتار نابهنجار کودکان است. نتایج تحقیقات (تیلسون، ۲۰۰۴؛ هیل، ۲۰۰۵؛ ناک مورا، ۲۰۰۵؛ هاید، ۲۰۰۵؛ ویلز، ۲۰۰۶) نیز تأییدکننده همین امر می‌باشد. از طرفی نتایج تحقیق کودجا^۲ و کلین^۳ (۲۰۰۲)، دی پیتر^۴ (۲۰۰۷) نشان داد رابطه مناسب ولی فرزنددی و محافظت کننده فرزندان از انحراف است.

۳- ملاحظات نظری

اختلال اجتماعی^۵ یکی از علت‌های جرم شناخته می‌شود. دانشمندان علوم اجتماعی روابطی میان کنترل اجتماعی افراد و میزان جرائم پیدا کرده‌اند. کنترل اجتماعی، در بر گیرنده‌ی مجموعه‌ای از منابع مادی و نمادین و اصول و قوانین معین و دارای ضمانت اجرا است که یک جامعه در اختیار دارد و از آنها برای تضمین هم‌نویایی رفتار اعضاء خویش، در برابر کجروی استفاده می‌کند (سلیمی و داوری، ۱۳۸۰: ۵۸۵). دو فرآیند کنترل اجتماعی و جامعه‌پذیری از جمله مکانیزم‌های مهم تحقق نظم اجتماعی به شمار می‌روند. بعضی از اندیشمندان علوم اجتماعی بین محتوا و کارکرد این دو فرآیند تمایز قایل می‌شوند و برخی دیگر آنها را یکسان می‌پندارند. اما دیدگاه مورد پذیرش روانشناسان اجتماعی حاکی از این است که اگر فرآیند جامعه‌پذیری به طور مناسب صورت نگیرد، کنترل اجتماعی ضرورت می‌یابد. اما اگر فرآیند جامعه‌پذیری به خوبی صورت گیرد، هر دو فرآیند به حفظ نظم اجتماعی می‌انجامد و اعمال فرد و جامعه قابل پیش‌بینی می‌شود. فرآیند جامعه‌پذیری از دیدگاه جامعه‌شناسان، نوعی جریان کنش متقابل اجتماعی است که در خلال آن افراد شخصیت اجتماعی خود را به دست می‌آورند و شیوه زندگی جامعه خود و عناصر اجتماعی و فرهنگی محیط خود را فرا می‌گیرند و تحت تأثیر تجارب و متغیرهای اجتماعی آن را با شخصیت خود بیگانه می‌سازند (سلیمی و داوری، ۱۳۸۰: ۶۳۰-۶۲۹). کورسینی^۶ (۲۰۰۲) فرآیند جامعه‌پذیری را تحت عنوان اکتساب نقش‌ها، رفتارها و نگرش‌هایی که جامعه از افراد انتظار دارد، تعریف می‌کند (همان: ۹۱۵). روان‌شناسان معتقدند فراگیری این نگرش‌ها و رفتارها، برای عضویت در گروه‌های اجتماعی مطلوب است و در طی این فرآیند افراد از الگوهای منطبق با نظام ارزشی جامعه آگاهی یافته و

1. White
2. Kodjo
3. Klein
4. Di Pietro
5. Social dislocation
6. Corssini

آن‌ها را یاد می‌گیرند و هنجارها و ارزش‌های فرهنگی را درونی می‌کنند (بوکاتکو و دهلر، ۲۰۰۴؛ ول فولک، ۲۰۰۲؛ سانتراک، ۲۰۰۰؛ گرین، ۱۹۹۵).

در تبیین فراگیری هنجارهای مورد پذیرش جامعه، نظریه‌پردازان یادگیری اجتماعی معتقدند فراگیری این هنجارها در یک فرآیند تدریجی صورت می‌گیرد و در طی آن تناسب رفتار با قواعد اجتماعی در کنش متقابل فرد و محیط به تدریج افزایش می‌یابد (ول فولک و دهلر، ۱۹۹۵). می‌توان گفت سرپیچی افراد از هنجارهای اجتماعی حاصل یادگیری‌های نامناسب است. بنابراین ارائه پاداش‌ها، تنبیه‌ها و الگوها و دستورالعمل‌های کلامی مناسب، یادگیری‌های جدید را در جهت کسب هنجارهای اجتماعی ایجاد می‌کند. یعنی با تکیه بر یادگیری و درونی سازی هنجارها، می‌توان افراد را با ارزش‌ها و هنجارهای جامعه همنا ساخت (ابوالعالی، ۱۳۸۸: ۲۰).

کنترل اجتماعی زمانی مطرح می‌شود که تخلف‌های افراد خطری برای تحقق هنجارها و ارزش‌های جامعه پدید آورند، در این صورت این گونه تخلف‌ها جرم و کجروی به حساب می‌آیند و جامعه با شیوه‌های کنترل، سعی می‌کند از نظام ارزشی‌اش محافظت کند. بنابراین، در نظریه‌های کنترل اجتماعی در تبیین انحرافات اجتماعی، به ساختار اجتماعی و میزان کنترلی که جامعه بر فرد اعمال می‌کند، توجه می‌شود. یعنی ساختار اجتماعی خارجی بر رفتارهای انحرافی، نقش بازدارنده دارد و افراد را با هنجارهای اجتماعی همنا می‌سازد. البته عوامل کنترل درونی نیز وجود دارند که فرد را در مقابل انحراف از هنجارهای اجتماعی جامعه محافظت می‌کنند (احمدی، ۱۳۸۴: ۸۷-۸۶). در صورتی که نهادها و سازمان‌های کارگزار جامعه پذیری، نظیر خانواده، مدرسه و وسایل ارتباط جمعی کارایی لازم را نداشته باشند، جامعه دچار بی-سازمانی اجتماعی می‌شود که پیامدهای آن شیوع رفتار انحرافی است.

هیرشی موضوع پیوند اجتماعی را مطرح می‌سازد. او بر این اعتقاد است که کجرفتاری زمانی اتفاق می‌افتد که پیوند میان فرد و جامعه ضعیف شده و یا گسسته شود. کنترل اجتماعی و پیوندهای اجتماعی، عناصر ضروری تئوری پیوند اجتماعی هیرشی می‌باشند (سالمی و کیوری، ۲۰۰۶، ۱۲۶).

به عقیده هیرشی، بزهکاری به عنوان مسأله‌ای اجتماعی باید به همانگونه که در اجتماع رخ می‌دهد یعنی در عرصه خانواده، محله، مدرسه، همسالان و سایر ارگان‌ها یا مؤسسات اجتماعی که نوجوان به نوعی در آن عضویت دارد، بررسی شود. از دید جامعه‌شناسی، این بررسی باید به مجموعه‌ای از اصول و تعاریف متکی باشد. برخلاف دیگر نظریه‌های بزهکاری که تأکید فراوان بر این موضوع دارند که فرد بزهکار می‌خواهد خود را تطبیق دهد، ولی براساس فشارهای اجتماعی و اضطراب‌های ساختاری برای رسیدن به موقعیت‌های اجتماعی ناچار می‌شود به کارهای خلاف و نامشروع دست بزند. هیرشی معتقد است که بزهکاری وقتی اتفاق می‌افتد که قیود فرد نسبت به اجتماع ضعیف شود یا به کلی از بین برود.

هیرشی در کتاب قیود اجتماعی^۱ نظریه کنترل اجتماعی را مطرح کرد. او فرد بزهکار را شخصی می‌داند که از قیود اجتماعی آزاد است و در واقع به عقیده وی وقتی بزه اتفاق می‌افتد که فرد نسبت به قید و بندهای اجتماعی کم اعتنا یا اصلاً بی اعتنا باشد. این قیود را در چهار مفهوم زیر خلاصه می‌کند:

۱- وابستگی^۲: حساسیتی است که شخص نسبت به عقاید دیگران درباره خود نشان می‌دهد. وابستگی در حقیقت نوعی قید و بند اخلاقی است که فرد را ملزم به رعایت معیارهای اجتماعی می‌کند. این وابستگی را هیرشی همپایه من برتر یا وجدان می‌داند، مانند وابستگی فرزندان به والدین، اقوام نزدیک، دوستان و معلمان.

۲- تعهد^۳، میزان مخاطره‌ای است که فرد در تخلف از رفتارهای قراردادی اجتماعی می‌کند. بدین معنا که فردی خود را به قیود اجتماعی متعهد می‌داند از قبول این مخاطرات پرهیز می‌کند. اگر وابستگی را همپایه وجدان بدانیم، تعهد همپایه عقل سلیم یا خود است. مانند تعهد به پیروی از دستورات مذهبی یا حفظ شئون خانوادگی، ملی و غیره.

۳- درگیر بودن^۴ که میزان مشغول بودن فرد به فعالیت‌های گوناگون است، باعث می‌شود برای کار خلاف وقت نداشته باشد. مثل درگیر شدن در فعالیت‌های مدرسه و خانه، اشتغال به فعالیت‌های فوق برنامه، سرگرمی‌های خاص، عضویت در باشگاه‌های ورزشی و انجمن‌های ادبی، فرهنگی، علمی.

۴- باورها^۵، میزان اعتباری است که فرد برای معیارهای اجتماع قایل است و باعث می‌شود در حالی که می‌تواند طبق میل خود از آنها تخلف کند، پای بند به آنها باقی بماند، مانند: باور به نیکوکاری، باور به حسن شهرت در بین اعضای خانواده و همسالان، باور به محرمات و بی‌زاری از مردم آزاری (مشکانی، ۱۳۸۱: ۱۱).

بررسی‌ها نشان داده‌اند که تأثیر محیط و روابط با دیگر بزهکاران بر پدیده بزهکاری از سایر عوامل در نظریه کنترل اجتماعی بیشتر است تامسون، ۱۹۸۴؛ جنسون، ۱۹۷۲ به نقل از مشکانی، ۱۳۸۱: ۹). بنابراین، نزدیکان و همسالانی که بزهکار باشند تأثیر زیادی بر تشکیل و تقویت نگرش بزهکاری می‌گذارند و فرد را به سوی بزهکاری سوق می‌دهند.

-
- 1 .Social bonds
 - 2 .Attachment
 - 3 .Commitment
 - 4 .Involvement
 - 5 .Beliefs

۴- روش

این مطالعه از نوع توصیفی-تبیینی و از نظر زمانی، مقطعی و به لحاظ ماهیت کاربردی می‌باشد و از نظر روش اجرا پیمایش (survey) محسوب می‌شود. جامعه آماری این تحقیق ۲۵۰ نفر از جوانان ۱۵ تا ۲۹ سال شهرستان ورامین است که به منظور تفریح به ۲ پارک شهرستان ورامین (۱۵ خرداد، خانواده) آمده بودند. از این تعداد ۱۰۰ نفر از افراد به هیچگونه موادی اعتیاد نداشته و ۱۵۰ نفر از آنان به یکی از مواد مخدر اعتیاد داشته‌اند. داده‌ها در روزهای مختلف هفته و ساعات مختلف شبانه روز جمع‌آوری گردیده است. اعتبار پرسشنامه از طریق اعتبار صوری است. میزان پایایی آن از یک اجرای آزمایشی محاسبه شده است. بعد از تهیه پرسشنامه نهایی ۲۵ مورد از پرسشنامه‌ها تکمیل شد و برآورد پایایی از طریق تخمین پایایی "سازگاری درونی" با استفاده از آزمون روایی پرسشنامه و آلفای کرونباخ انجام شد. میانگین آلفای کرونباخ برای متغیرهای پرسشنامه برابر ۰/۸۸ درصد بوده است که در سطح آلفای ۰/۷ معنادار می‌باشد. در انتها برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS استفاده گردید.

۵- فرضیات

۱. میان اعتیاد یکی از اعضای خانواده و اعتیاد افراد رابطه وجود دارد.
۲. میان کنترل والدین بر فرزندان و اعتیاد آنان رابطه وجود دارد.
۳. میان نحوه گذران اوقات فراغت افراد و اعتیاد آنان رابطه وجود دارد.
۴. میان دسترسی به مواد مخدر و اعتیاد افراد رابطه وجود دارد.
۵. میان رابطه با دوستان معتاد و اعتیاد افراد رابطه وجود دارد.
۶. میان اختلاف والدین و اعتیاد فرزندان رابطه وجود دارد.

۶- یافته‌ها

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی افراد معتاد در رابطه با پاسخگویان

درصد	تعداد	
۳۰	۷۵	پدر
۲/۴	۶	مادر
۰	۰	خواهر
۷/۶	۱۹	برادر
۱۸/۸	۴۷	دوستان
۴۱/۲	۱۰۳	هیچکس
۱۰۰	۲۵۰	جمع

نتایج نشان داد ۳۰ درصد از پاسخگویان پدرشان مواد اعتیاد آور مصرف می کنند، ۲/۴ درصد از آنها مادرشان مواد اعتیاد آور مصرف می کنند، خواهر هیچ یک از پاسخگویان مصرف کننده هیچ نوع ماده اعتیاد آوری نیست در حالی که ۷/۶ درصد آنها دارای برادرانی هستند که مواد اعتیاد آور مصرف می کنند. یافته ها نشان داد ۱۸/۸ درصد از افراد دارای دوستان معتاد به مواد مخدر هستند. از طرفی ۴۲/۲ درصد از پاسخگیان، هیچ فرد معتادی در ارتباط نبوده اند.

جدول شماره ۲: رابطه بین گرایش به مصرف مواد اعتیاد آور در بین اعضای خانواده و بروز اعتیاد در افراد

Asymp.sig.(2-sided)	df	value	
۰/۰۰۰	۳	۱۱۸/۳۲	معیار پیرسون
۰/۰۰۰	۳	۱۲۹/۰۳	ضریب احتمالی
۰/۰۰۰	۱	۸۷/۶۵	رابطه خط به خط
-	-	۱۵۰	تعداد موارد معتبر

جدول شماره ۳: شدت رابطه بین گرایش به مصرف مواد اعتیاد آور در بین اعضای خانواده و بروز اعتیاد در افراد

Approx.sig	value	Phi	اسمی* اسمی
۰/۰۰۰	۰/۸۸۸		
۰/۰۰۰	۰/۸۸۸	Cramer's v	
	۱۵۰		تعداد موارد معتبر

برای بررسی رابطه بین اعتیاد والدین و اعتیاد فرزندان از آزمون کای اسکوییر استفاده کردیم. جدول فوق نشان می دهد که سطح معنی داری برابر است با ۰/۰۰۰ که بیانگر این است که رابطه معنی دار است. برای بررسی شدت این رابطه نتایج آزمون فی و V کرامرز نشان می دهد که شدت این رابطه با مقدار (۰/۸۸۸) در حد قوی است.

جدول شماره ۴: آزمون تی بررسی مقایسه ای میانگین اختلاف والدین و کنترل والدین در بین افراد معتاد و سالم

متغیر	گروه‌ها	میانگین	تی	سطح معنی داری
کنترل والدین	معتاد	۸/۱۱۶	۳۹/۸۰۱	۰/۰۰۰
	سالم	۲۱/۰۶۶		
اوقات فراغت	معتاد	۹/۰۹۱	۴۱/۰۸۲	۰/۰۰۰
	سالم	۲۵/۵		
دسترسی به مواد	معتاد	۲۲/۲۸۳	۵۴/۴۶۱	۰/۰۰۰
	سالم	۷/۶۲۵		
	سالم	۷/۲		
اختلاف والدین	معتاد	۱۹/۷۹	۳۱/۸۴۸	۰/۰۰۰
	سالم	۷/۳۵		

جدول فوق نشان می‌دهد که سطح معنی داری آزمون t سطر دوم برابر است با ۰/۰۰۰ که بیانگر معنی دار بودن تفاوت میانگین کنترل والدین افراد معتاد و افراد عادی است. یافته‌های جدول نشان می‌دهد که میزان میانگین کنترل والدین افراد عادی بیشتر از افراد معتاد است. یافته‌های حاکی از آن است که سطح معنی داری آزمون تی برای متغیر اوقات فراغت ۰/۰۰۰ شده است که نشان می‌دهد که بین میانگین اوقات فراغت افراد عادی و میانگین اوقات فراغت افراد معتاد تفاوت معنی داری وجود دارد؛ و همانگونه که در جدول آمده میانگین اوقات فراغت افراد عادی از افراد معتاد بیشتر شده است.

یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد که سطح معنی داری آزمون تی برای متغیر میزان دسترسی به مواد مخدر ۰/۰۰۰ شده است که نشان می‌دهد که میانگین میزان دسترسی افراد معتاد از میانگین میزان دسترسی افراد عادی بیشتر است.

سطح معنی داری آزمون تی برای متغیر رابطه با دوستان معتاد برابر ۰/۰۰۰ شده است که نشان می‌دهد میانگین میزان رابطه با دوستان افراد معتاد از میانگین میزان رابطه با دوستان افراد عادی بیشتر است. نتایج این جدول نشان می‌دهد که سطح معنی داری آزمون لون برابر است با ۰/۰۰۰ که بیانگر این است که بین میانگین اختلاف والدین در بین افراد معتاد و سالم تفاوت معنی داری وجود دارد. که میانگین اختلاف والدین افراد معتاد بیشتر از افراد سالم است.

۶- بحث

عامل خانواده در امر پیشگیری، از ویژگی خاصی برخوردار است. زیرا خانواده اولین نقطه تجمع افراد است و راهنمایی‌ها و آموزش‌های اولیه پدران و مادران در درون خانواده می‌تواند تا حد زیادی از بروز نابسامانی‌های ناشی از اعتیاد جلوگیری کند. (لیاقت، ۱۳۶۶) با توجه به نقش خانواده در انتقال هنجارها، ارزش‌ها و الگو پذیری کودکان و نوجوانان از اعضای خانواده، در صورت اعتیاد والدین علاوه بر اثرات مخرب مصرف مواد توسط اولیا، این کودکان احتمال بیشتری دارد که به مصرف مواد مخدر روی آورند. (چنگالی، ۱۳۸۰: ۱۷) نتایج تحقیق حاکی از آن بود که در ۴۰ درصد از موارد یکی از افراد خانواده‌های پاسخ دهندگان حداقل یک نوع ماده اعتیاد آور استفاده می‌کردند. این نتایج با یافته‌های افقه و خلیلیان (۱۳۷۵)، کلدی و همکاران (۱۳۸۲)، فروع‌الدین عدل و همکاران (۱۳۸۳)، مجدزاده و همکاران (۱۳۸۱) مولوی و همکاران (۱۳۸۲) دلاور و دیگران (۱۳۸۸)، اسکندری (۱۳۸۸) باقری و دیگران (۱۳۸۹) ناستی‌زایی و دیگران (۱۳۸۹)، کوهن ۱ و دیگران (۲۰۰۷)، والتون ۲ و دیگران (۱۹۹۵)؛ کاردیا ۳ و دیگران (۲۰۰۳)؛ کوویلو ۴ و همکاران (۲۰۰۴)؛ پینهیرو ۵ و دیگران (۲۰۰۶)؛ ساسمن ۶ و دیگران (۲۰۰۹) نیز همخوانی دارد.

یافته‌های این تحقیق نشان داد که میان کنترل والدین و اعتیاد فرزندان رابطه وجود دارد. شروع مصرف مواد مخدر به وسیله نوجوانان هنگامی است که از تحت تربیت والدین آزاد شده و با روحیه استقلال طلبی که در آنان ایجاد می‌شود نقش والدین به جوانان واگذار می‌شود. در این مرحله نبود مهارت‌های زندگی و ناتوانی در کنترل احساسات در ارتباطشان با گروه‌هایی که مواد مخدر مصرف می‌کنند موجب مصرف مواد مخدر به وسیله آنان می‌شود. (احمدی، ۱۳۸۴: ۱۵۱) یکی از جنبه‌های مهم رفتار پدر و مادر، اقتدار و کنترل صحیح در مقابل خودمختاری است. والدینی که قاطعیت همراه با محبت، اعتماد و دموکراسی برخوردارند، در هدایت، نظارت و تربیت فرزندان موفق‌ترند. یک نوجوان در سن بحرانی عمیقاً به راهنمایی، حمایت و همکاری، اعتماد، انضباط، درک متقابل، دلسوزی، محبت و احترام نیازمند است و کوتاهی پدر و مادر در هر یک از این جنبه‌ها موجب گرایش فرزندان به گروه‌های ناسالم یا وابستگی به دوست و همسالان نامناسب خواهد شد، وابستگی‌هایی که آغاز بسیاری از ناهنجاری‌هاست.

1. Cohen
2. Walton
3. Kardia
4. Coviello
5. Pinnheiro
6. Sussman

(فتحی و دیگران، ۱۳۸۹: ۱۳۳) یافته‌های تحقیق با نتایج بررسی‌های برون^۱ و دیگران (۱۹۹۳) و استینبرگ^۲ و دیگران (۱۹۹۴) کوتزل^۳ و همکاران (۲۰۰۷) همخوانی دارد.

نتایج تحقیق حاکی از آن بود که میان استفاده از اوقات فراغت سالم و عدم استفاده از مواد مخدر رابطه وجود دارد. پرداختن والدین به امور تربیتی فرزندان که شامل اصول اخلاقی مناسب و منسجمی است که ویژگی تنبیهی نداشته باشد و در مقابل شامل نظارت دقیق بر کار آنان، شرکت والدین در زندگی روزمره جوانان، کسب اطلاع از فعالیت‌های فرزندان در طول روز و آموزش مهارت‌های زندگی به فرزندان با شیوه‌های مسأله‌یابی^۴ و حل مسأله^۵ می‌تواند از گرایش جوانان به بزهکاری جلوگیری کند (احمدی، ۱۳۸۴: ۱۳۵). یافته‌های این پژوهش با یافته‌های حاجلی و دیگران (۱۳۸۹)، دهقانی و دیگران (۱۳۸۹)، شرف و دیگران، (۱۳۹۰) همخوانی دارد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد میان دسترسی به مواد مخدر و اعتیاد افراد رابطه وجود دارد. هیچ جامعه‌ای نمی‌تواند ادعای سلامت کند، چنانچه از خانواده‌هایی سالم برخوردار نباشد. باز بی‌هیچ شبهه‌ای هیچ یک از آسیب‌های اجتماعی نیست که فارغ از تأثیر خانواده پدید آمده باشد. (ساروخانی، ۱۳۷۰: ۱۱) افراد پرورش یافته در خانواده نابسامان و از هم گسیخته زمینه‌های بیشتری در گرایش به انحراف و اعتیاد دارند. اعتیاد والدین از یک سو کنترل و تسلط والدین را بر فرزندان کاهش می‌دهد و از سوی دیگر عامل انتقال این عادت به فرزندان می‌شود. (مدنی، ۱۳۸۱: ۱۸۷). نتایج تحقیق با یافته‌های افقه و خلیلیان (۱۳۷۵)، دلاور و دیگران (۱۳۸۸)، باقری و دیگران (۱۳۸۹) پینهیرو^۶ و دیگران (۲۰۰۶)؛ ساسمن^۷ و دیگران دیگران (۲۰۰۹) همخوانی دارد.

نتایج بررسی‌ها نشان داد که میان ارتباط با دوستان ناباب و معتاد و اعتیاد افراد رابطه وجود دارد. نوجوانان و جوانانی که جذب و عضو گروه همسالان شده‌اند به اقتضای سنشان استقلال فکری اندکی دارند و این امر سبب سهولت اثرپذیری آنها از دیگر اعضای گروه می‌شود. (درودیان، ۱۰۹، ۱۳۷۲) نتایج تحقیق با یافته‌های یاری (۱۳۸۲)، فروع الدین عدل و همکاران (۱۳۸۳)، باقیانی و دیگران (۱۳۸۷)، آسایش

1. Brown
2. Steinberg
3. Cottrell
4. Problem finding
5. Problem solving
6. Pinnheiro
7. Sussman

و دیگران (۱۳۸۹)، بلک^۱ و دیگران (۱۹۹۸)، کلدی^۲ (۲۰۰۳) و کروم^۳، مرابیت^۴ و مایر^۵ (۲۰۰۵) همخوانی همخوانی دارد.

نظریه پردازان بر این باورند که پدر و مادر نقش مهمی در فرآیند اجتماعی شدن کودکان دارند. پدر و مادر با رفتار و سبک زندگی خود، ارزش‌های فرهنگی، خانوادگی، و الگوهای زندگی اجتماعی را به کودکان خود می‌آموزند. نظریه‌های یادگیری اجتماعی و اجتماعی شدن تأکید زیادی بر دخالت رفتارها و نگرش‌های خانوادگی در ایجاد مشکلات فرزندان دارند. (شک^۶، ۱۹۹۷؛ وایت^۷، جانسون^۸ و بایسکی^۹، ۲۰۰۰) به عبارت دیگر رابطه گرم بین اعضای خانواده خصوصاً با فرزندان امکان جذب آنها را به خانواده بیشتر کرده و کمتر احتمال دارد که از خانه و خانواده فراری باشند و به گروه دوستان یا گروه‌های نا بهنجار پناه بیاورند. بر این اساس می‌توان گفت رابطه سرد همراه با طرد و یا حتی توهین و خشونت با فرزندان باعث بی‌زاری از خانواده می‌شود و آنها ممکن است به انواع رفتارهای مخرب و بزهکاری‌ها از جمله اعتیاد پناه بیاورند. نتایج آزمون تی نشان داد که میانگین اختلاف خانوادگی افرادی که سابقه مصرف هیچگونه مواد مخدری نداشته‌اند، بسیار کمتر از افرادی بوده است که تجربه مصرف مواد مخدر را داشته‌اند. این نتایج با یافته‌های همخوانی دارد (جرزجاک، ۲۰۰۵؛ کلدی، ۲۰۰۳؛ نورکو و لرنر، ۱۹۹۶).

فهرست منابع

۱. ابوالمعالی، خدیجه، (۱۳۸۸)، نظریه‌های جرم شناسی و بزهکاری (با تأکید بر شناخت اجتماعی). چاپ اول، انتشارات ارجمند، تهران.
۲. آسایش، حمید و دیگران، (۱۳۸۹)، ارتباط ویژگی‌های فردی و خانوادگی با گرایش افراد به سوء مصرف مواد مخدر، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، زمستان ۱۳۸۹، دوره ۱۲، شماره ۴، صفحات ۹۱ تا ۹۴
۳. احمدی، حبیب، (۱۳۸۴)، جامعه شناسی انحرافات، انتشارات سمت، تهران.

1. Black
2. Kaldi
3. Krumm
4. Merabet
5. Meyer
6. Shek
7. White
8. Johnson
9. Buyske

۴. افقه سوسن، خلیلیان علیرضا، (۱۳۷۵)، بررسی عوامل مرتبط با اعتیاد به مواد اوبیوئیدی در استان مازندران، مجله، علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، شماره ۱۲، صفحات ۲۹ تا ۳۵.
۵. اسکندری، محمد، (۱۳۸۸)، بررسی عوامل مؤثر بر گرایش جوانان به سوء مصرف مواد مخدر صنعتی، فصلنامه مطالعات امنیت اجتماعی.
۶. باقری، معصومه و دیگران، (۱۳۸۹)، بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر پدیده ی اعتیاد در شهر اهواز، جامعه شناسی کاربردی، سال بیست و یکم، شماره پیاپی (۳۸) شماره دوم، تابستان.
۷. باقیانی مقدم و دیگران، (۱۳۸۷)، مقایسه دیدگاه معتادین و غیرمعتادین در مورد علل گرایش به اعتیاد، طلوع بهداشت، سال هفتم، شماره سوم و چهارم، پاییز و زمستان.
۸. بحرینیان، سید عبدالمجید و دیگران، (۱۳۸۱)، بررسی سوئ مصرف مواد در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مجله طب و تزکیه.
۹. ثابتی، م، (۱۳۸۸)، میزان تأثیر خشونت والدین بر گرایش فرزندان به اعتیاد، پایان نامه کارشناسی ارشد پژوهشگری علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات.
۱۰. حیدرنیا، احمد، چرخیان، امیر، (۱۳۸۵)، بررسی کیفیت رابطه ولی-فرزند نوجوانان دارای اعتیاد و نوجوانان عادی شهر تهران، چکیده مقالات دومین کنگره آسیب شناسی خانواده در ایران.
۱۱. چیریلو استفانو، (۱۳۷۸)، اعتیاد به مواد مخدر در آینه روابط خانوادگی، ترجمه سعید پیر مرادی، نشر همام، ص ۱۵
۱۲. چنگالی، مهتاب، (۱۳۸۰)، اعتیاد کودکان، ژرفای تربیت، سال سوم، شماره ۲۸
۱۳. حاجلی، علی و دیگران، (۱۳۸۹)، نگرش مردم به سوء مصرف مواد مخدر در کشور، مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران، سال اول، شماره دوم، تابستان.
۱۴. خدایاری فرد، محمد (۱۳۷۱)، مسائل نوجوانان، انجمن اولیا و مربیان جمهوری اسلامی ایران، واحد انتشارات، تهران.
۱۵. درودیان، احمد (۱۳۷۱)، بزهکاری جوانان پدیده‌ای اجتماعی در ساختار سیاسی- اقتصادی جهان، اطلاعات سیاسی اقتصادی: شماره مسلسل ۵۷-۵۸
۱۶. دلاور، علی و دیگران، (۱۳۸۸)، رابطه مؤلفه‌ای خانوادگی با نگرش به مواد مخدر در بین دانش آموزان مقطع متوسطه شهر تهران، دوماهنامه علمی پژوهشی دانشور رفتار/ روانشناسی بالینی و شخصیت، دانشگاه شاهد، سال شانزدهم، شماره ۳۷.
۱۷. رحیمی مؤقر، آفرین، (۱۳۷۵)، پیشگیری اولیه از اعتیاد، سازمان بهزیستی کشور

۱۸. زینالی، علی و دیگران، (۱۳۸۶)، بررسی زمینه‌های پیش‌اعتیادی معتادان و مقایسه آن با افراد سالم غیرمعتاد، دانش و پژوهش در روانشناسی، شماره ۳۳، ۱۴۹-۱۶۸
۱۹. ساروخانی، باقر، (۱۳۷۰)، جامعه‌شناسی خانواده، انتشارات سروش، تهران.
۲۰. سلیمی، علی و داوری، محمد، (۱۳۸۰)، جامعه‌شناسی کجروی: مجموعه مطالعات کجروی و کنترل اجتماعی، جلد اول (زیر نظر غلامرضا صدیق اورعی)، پژوهشکده‌ی حوزه و دانشگاه، قم.
۲۱. شرق، علی و دیگران، (۱۳۹۰)، بررسی عوامل مؤثر بر عود اعتیاد از دیدگاه معتادین مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد استان آذربایجان غربی در سال ۸۸، مجله پزشکی ارومیه، دوره ۲۲ شماره ۲، ۱۲۹-۱۳۶.
۲۲. شهیدی، محمد حسن، (۱۳۷۵)، مواد مخدر، امنیت اجتماعی و راهسوم، انتشارات اطلاعات، تهران.
۲۳. صادقی، شکوه، (۱۳۸۵)، بررسی عوامل اجتماعی و فرهنگی اعتیاد در بین معتادان باز پروری کرمانشاه سال ۱۳۸۳، چکیده مقالات دومین همایش سراسری آسیب‌شناسی خانواده در ایران.
۲۴. طارمیان، فرهاد، (۱۳۷۸)، سوء مصرف مواد مخدر در نوجوانان، تربیت، تهران.
۲۵. عفتی، جلیل، (۱۳۷۹)، اعتیاد، پیشگیری یا درمان، یزد، انتشارات نیکوروش.
۲۶. علی وردی نیا، اکبر، (۱۳۸۴)، مطالعه جامعه‌شناختی اعتیاد به مواد مخدر در ایران، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال پنجم شماره ۲۰، ۱۹۳-۲۱۲
۲۷. غلامی آبی، محسن، (۱۳۸۱)، بررسی علل اقتصادی - اجتماعی مؤثر بر اعتیاد؛ مطالعه موردی اردوگاه پیربنان شهر شیراز، فصلنامه علمی، پژوهشی سؤ مصرف مواد، سال دوم، شماره ۵
۲۸. فروع الدین عدل، اکبر، و دیگران، (۱۳۸۳)، تأثیر هم‌نشینی و معاشرت با گروه هنجارشکن و گرایش جوانان به اعتیاد، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۵
۲۹. فرجاد، محمدحسین و دیگران، (۱۳۶۹)، بررسی علل روانی و اجتماعی اعتیاد در ایران در سال تحصیلی ۶۹-۷۰
۳۰. فتاحی، سروش و دیگران، (۱۳۸۹)، تأثیر خشونت مادران بر اعتیاد فرزندان، فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال سوم، شماره هشتم، ۱۳۱-۱۴۵
۳۱. فروع الدین عدل، اکبر و دیگران، (۱۳۸۳)، تأثیر هم‌نشینی و معاشرت با گروه هنجارشکن و گرایش جوانان به اعتیاد، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۵
۳۲. کرمی، غلامرضا و دیگران، (۱۳۸۹)، بررسی علل عود اعتیاد و عوامل مرتبط با آن در جانبازان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های طرف قرارداد بنیاد جانبازان در سال ۱۳۸۸، طب جانباز، سال دوم، شماره هشتم.
۳۳. کیا، علی‌اصغر، حسین پور، جعفر، (۱۳۸۶) بررسی نحوه نگرش رسانه‌ها به اعتیاد، فصلنامه دانش انتظامی، سال نهم، شماره اول.

۳۴. گودرزی، محمد علی، زرنقاش، مینا، زرنقاش، مریم، (۱۳۸۳)، برداشت افراد سوء مصرف کننده مواد از الگوهای انضباطی والدین، مجله علمی پژوهشی اندیشه و رفتار، سال دهم، شماره ۳.
۳۵. لیاقت غلامعلی، (۱۳۶۶)، پیشگیری از استعمال مواد مخدر در خانواده‌ها. بهداشت جهان، ۷(۳)، ۴۱-۴۵.
۳۶. مجدزاده، سیدرضا و دیگران، (۱۳۸۱) بررسی کیفی عوامل گرایش مردم هرمزگان به استعمال قلیان و راه‌های مناسب مبارزه با آن، مجله، پژوهشی حکیم، شماره سوم، دوره پنجم، صفحات ۱۸۳-۱۸۷.
۳۷. محبوبی منش، حسین، (بی‌تا)، اعتیاد مردان، تهدیدی علیه زن و خانواده، فصلنامه شورای فرهنگی، اجتماعی زنان. سال ششم، شماره ۲.
۳۸. محمدرضایی، علی، (۱۳۸۱)، ساخت و اعتباریابی مقیاس احساس ایمنی-ناایمنی و رابطه آن با آمادگی برای سوء مصرف مواد مخدر در بین دانشجویان دانشگاه‌های تهران در سال تحصیلی ۱۳۸۱، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، تهران، دانشگاه علامه طباطبایی.
۳۹. مسکنی، کاظم، جعفرزاده مختار، مهدی، (۱۳۸۷)، مجله علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی سبزوار، دوره ۱۵، شماره ۳، ۱۷۶-۱۸۱.
۴۰. مشکانی، محمدرضا و مشکانی، زهرا السادات، (۱۳۸۱)، سنجش تأثیر عوامل درونی و بیرونی خانواده بر بزهکاری نوجوانان، مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره‌ی چهارم، شماره ۲، صص ۳-۲۵.
۴۱. مولوی پرویز، رسول زاده بهزاد، (۱۳۸۲)، بررسی علل و عوامل گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر در شهرستان اردبیل، مجله علمی پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی اردبیل، سال پنجم، صفحات ۳۶-۴۸.
۴۲. مدنی، سعید، (۱۳۸۱)، خانواده و اعتیاد، مقالات اولین همایش ملی آسیب‌های اجتماعی در ایران، انجمن جامعه‌شناسی ایران.
۴۳. ناستی زایی، ناصر، هزاره مقدم، مهدیه، ملازهی، اسماء، (۱۳۸۹)، عوامل مؤثر بر عوداعتیاد در معتادان خود معرف به مراکز ترک اعتیاد شهر زاهدان، فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هشتم، شماره سوم، ۱۶۹-۱۷۴.
۴۴. نصیری، معصومه، (۱۳۷۹)، ساخت اکولوژیک شهر و ارتباط آن با آسیب‌های شهری (رساله دکتری)، دانشگاه تربیت مدرس، تهران.
۴۵. نوری، ف، (۱۳۸۴)، بررسی ارتباط بین الگوهای تربیتی خانواده با اعتیاد (گزارش طرح پژوهشی)، دانشگاه علوم‌بهزیستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات سوءمصرف مواد و وابستگی به مواد (مؤسسه دارپوش)

۴۶. هزارجریبی، جعفر و دیگران، (۱۳۸۹)، عوامل مؤثر بر گرایش نوجوانان و جوانان پسر شهرستان کرج به مصرف مواد مخدر، فصلنامه مطالعات مدیریت انتظامی، سال پنجم، شماره دوم.
۴۷. یاری، حسین، (۱۳۸۲)، بررسی جامعه‌شناختی علل مؤثر در بازگشت مجدد معتادان در زندان وکیل آباد مشهد، فصلنامه علمی پژوهشی سوء مصرف مواد، سال دوم، شماره ۵.
48. Adler, P.T., & Lotecka, L. (1973). Drug use among high school students: Patterns and correlates. *International Journal of the Addictions*, 8, 537-547.
49. Bukatko, Danuta. & Dehler, Marvin.w. (1995). *Child Development*. Published by: Houghton Mifflin Company. Boston, Toronto.
50. Black D, Tobler N, Sciacca J. Peer helping/involvement: (1988). An efficacious way to meet the challenge of reducing alcohol, tobacco, and other drug use among youth. *Journal of School Health*.
51. Brook. J.S, Nomura, c. & Cohen P. (1989). Prenatal, perinatal, and early childhood risk factors and drug involvement in adolescence, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
52. Brown, B.B, & et al, (1993). Parenting practices and peer group affiliation in adolescence. *Child Development*, 64-2, 467-482.
53. Bukatko, Danuta. & Dehler, Marvin.w. (1995). *Child Development*. Published by: Houghton Mifflin company. Boston, Toronto.
54. Bottorff, J., Johnson, J., Moffat, B. Grewal, J., Rather, P. & Kalaw, C. (2004). Adolescent construction of nicotine addiction. *Can.J, Nurs. Res.* 36, 22-39. In: Cheetham, A., Allen, B., Yücel, M. & Lubman, D. (2010). The role of affective dysregulation in drug addiction. *Clinical Psychology Review*, 30, 621-634. & Sherman, S. (2007). What is addiction? Age-related differences in the meaning of addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, 87, 30-38.
55. Cohen, & et al, (2007). *Personality disorders in early adolescence and the development of later substance use disorders in the general population*. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, Supplement 1, 71-84.
56. Coviello DM, Alterman AI, Cacciola JS, Rutherford MJ, Zanis DA. (2004). The role of family history in addiction severity and treatment response. *J Subst Abuse Treat*.
57. Cottrell, L., Shuli, Y., Hongjie, L., Deveaux, L., Lunn, S., Mac Bain, R., & Stanton, B. (2007). Gender-based model comparisons of maternal values,

- monitoring, communication, and early adolescent risk behavior. *Journal of Adolescent Health*, 41, 99-109.
58. DOB kin. P.L. Tremblay, R.E. Masse, L. C. Vitaro, F. (1995). *Individual and peer characteristics in predicting boy's early onset of substance abuse*. *Child Devel*, 66:1198-1214.
59. Di Pietro, M. C. (2007). Factors associated with the use of solvents and cannabis by medical students. *Addictive Behaviors*, 32, 1740-1744.
60. Fligel, S, B. Vazques, D.M. & Robinson T.E (2003). *Manipulations During the Second Week of Life Increase Susceptibility to Cocaine self Administration in female Rate*. *Neuropsychopharmacology*, 28, pp 1741- 1751
61. Jerdzejkak M, Blaszczyk J. (2005). *Attitudes of soldiers taking drugstore Military service*. Training and discipline." *Mil Med*.
62. Hatzitaskos P, Soldatos CR, Kokkevi A, Stefanis C.N. (1999). *Substance abuse patterns and their association with psychopathology and type of hostility in male patients with borderline and antisocial personality disorder*.
63. Hyde, J. (2005). From home to street: Understanding young people's transitions into homelessness. *Journal of Adolescence*, 28, 171-183.
64. Hill, C. G., Hawkins, D., Catalano, R. F., Abbott, R. D., & Guo, J. (2005). Family influences on the daily smoking initiation. *Journal of Adolescent Health*, 37(3), 202-210.
65. Grain, William. C.(2000). *Theories of development ,concept ,and Application*. By prentice-Hall Inc.
66. Kaldi AR. (2003). The role of internal and external locus of control in relapse of addiction in occupational therapy camp of Zanjan. *Social Welfare Quarterly*.
67. Krumm-Merabet and C.Meyer, T.D. (2005). Leisure activities, alcohol, and nicotine consumption in people with a hypomanic/hyperthymic temperament. *Journal of Personality and Individual Differences*, 38,701-712.
68. Kalke J, Rasch KP. (2004). *Learning by doing: "Initiated Abstinence" a school-based programme for the prevention of addiction*. *Eur Addict Res*.

69. Kardia SL, Pomerleau CS, Rozek LS, Marks JL. (2003). Association of parental smoking history with nicotine dependence, smoking rate, and psychological cofactors in adult smokers. *Addict Behav.*
70. Kaplan, H. Sadock, B. (2000). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Seventh Ed., Williams & Wilkins.
71. Kodjo CM, Klein JD. (2002). *Prevention and risk of adolescent abuse. The role of adolescents, families and communities.* *Pediatr Clin.*
72. Kornor, H. Nordvik, H. (2007). Five-factor model personality traits in opioid dependence. *BMC Psychiatry.* 7; 37.
73. Nakamura-Tani, T. (2005). *Human personality traits are associated with individual environmental traits in male adolescents.* *Comprehensive Psychiatry*, 46, 56-60.
74. Nurco, D., Kinlock, T., O'Grady, K. & Hanlon, T. (1998). Different contributions of family and peer factors to the etiology of narcotic addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, 51, 229-237.
75. Pinnheiro RT, Pinheiro KA/Magalhase PV, Horta, BL, Dasilva RA, Sousa PL, Fleming M. (2006). *Cocaine addiction and family dysfunction: a case control study in southern Brazil: Substance misuse.*
76. Santrock. John.W. (2004). *Child development*, Tenth edition. New York :McGraw-Hill.
77. Sussman S, Gunning M, Lisha NE, Rohrbach LA, Kniazev V, Masagutov R. (2009). *Concurrent predictors of drug use consequences among U.S. and Russian adolescents.* *Salud Drogas.*
78. Salmi, Venla; Kivivuori, Janne (2006). The Association between Social Capital and Juvenile Crime. *European Society of Criminology, Vol. 3 (2):* 123-148.
79. Steinberg, L, Fletcher, A & Darling, N, (1994). *Parental monitoring and peer influences on adolescent substance use, Pediatrics*, 93,6,1060-1064.
80. Stark-Wroblewski, K. and Paul, A.B. (2006). *The Relationship between parenting Styles and Substance Abuse: Evidence for Differential Influence by Gender.* Paper

presented at the Association for Women in Psychology, Marriott at Eagle Crest Conference Resort, Ypsilanti/Ann Arbor, MI. Available.

81. Speirs Neumeister, K.L & Finch, H. (2006). Perfectionism in High-Ability Student. *The Gifted Child Quarterly*; 50, 35; Academic Research Library.
82. Svobodny, L.A. (1982). *Biographical, self-concept, and educational factors among chemically dependent adolescents. Adolescence*, 17, 847-853.
83. Shek, D.T.L. (1997). Family environment and adolescent psychological well-being, school adjustment, and problem behavior: A pioneer study in a Chinese context. *Journal of Genetic Psychology*, 158, 113-116
84. Tilson, E., Colleen, M., McBride, I. M., Lipkus, R., & Catalano, F. (2004). Testing the interaction between parent-child relationship factors and parent smoking to predict youth smoking. *Journal of Adolescent Health*, 35(3), 182- 189.
85. Walton MA, Reischl TM, Ramanathan CS. Social settings and addiction relapse. *J Subst Abuse*. 1995; 7: 223- 33.
86. White, V. Hayman, J. (2004), Australian secondary students' use of over the counter and substance in 2002, National Drug Strategy Monograph Series No. 56. Canberra, Australian Government Department of Health and Ageing.
87. White, H.R., Johnsos, V., & Buyske, S. (2000). Parental modeling and parenting behavior effects on off spring alcohol and cigarette use: A growth curve analysis. *Journal of substance Abuse*, 12, 287-310.
88. Wills, T. A., Walker, C., Mendoza, D., & Ainette, M. G. (2006). Behavioral and emotional self-control: Relations to substance use in samples of middle and high school students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 265-278.
89. Woolfolk, Anita (2004). *Educational Psychology* . Boston: Allyn & Bacon.