

پژوهشی پیرامون مشکلات روانی - اجتماعی نوجوانان «پدرمعتاد»

چکیده

الکل و دیگر موادمخدر بر زندگی نوجوانانی که والدین آنها به مصرف موادمخدر وابسته باشند، تأثیر فراوان باقی می‌گذارد. این قبیل نوجوانان نه تنها بعداً در معرض خطرات ناشی از مصرف موادمخدر هستند، بلکه از دیگر مشکلات روانی اجتماعی نیز رنج می‌برند. در مطالعه حاضر که با هدف شناسایی مشکلات روانی - اجتماعی (افت تحصیلی، اختلال در روابط اجتماعی، و بروز اضطراب) نوجوانان پدرمعتاد انجام گرفته، از پرسشنامه ۹۰ سوالی آزمون روانی - اجتماعی (SCL-90)^(۱)، پرسشنامه وضعیت تحصیلی و پرسشنامه حوادث زندگی^(۲) استفاده شده است. این مطالعه از نوع مطالعات مورد - شاهدی^(۳) است و در ابتدا، با مراجعه به مرکز بازپروری قرچک ورامین، تعدادی از معتادانی که دارای فرزند نوجوان ۱۸-۱۲ ساله (پسر و دختر) و معیارهای مورد نظر بودند، به صورت تصادفی انتخاب و سپس از بین فرزندان آنها ۴۰ نفر به عنوان جامعه مورد، تعیین شدند. به منظور مقایسه، تعداد ۴۰ نفر نوجوان «پدر غیرمعتاد» از فامیل و ۴۰ نفر نوجوان «پدر غیرمعتاد» از همکلاسیها که از نظر متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلی، تعداد فرزندان در خانواده، سطح تحصیلات و شغل پدر و مادر همتا شده بودند، به عنوان گروه شاهد به طور تصادفی انتخاب و در آزمون شرکت داده شدند.

نتایج این پژوهش حاکی از تفاوت معنی‌دار در وضعیت تحصیلی، اختلال در روابط متقابل، و میزان اضطراب نوجوانان «پدرمعتاد» و نوجوانان «پدر غیرمعتاد» است. بدین معنی که در گروه مورد، افت تحصیلی، اضطراب و اختلال در روابط متقابل بیشتر است و بین اعتیاد پدر و مشکلات روانی - اجتماعی فرزندان نوجوان آنها، رابطه معنی‌داری وجود دارد. ($P < 0/05$)

واژگان کلیدی: اعتیاد / نوجوان / پدرمعتاد / مشکلات روانی - اجتماعی

✽ اصغر دالوندی

مربی دانشگاه علوم بهزیستی و
توانبخشی

دکتر سیدجلال صدرالسادات

استادیار دانشگاه علوم

بهزیستی و توانبخشی

دوره جنینی و قبل از تولد، به جا می‌گذارد. استعمال مواد مخدر توسط والدین، حادثه اضطراب‌آوری است که تعادل خانواده را برهم می‌زند؛ وضعیت دیگر اعضای خانواده تحت تأثیر مسئولیتها و نقشهای والدین معنادار قرار می‌گیرد؛ خانواده نه دیگر قادر است که به بحرانها پاسخ دهد و نه توانایی تنظیم برنامه‌های طبیعی را دارد.

اعتیاد والدین در فرزندان این تصور را به وجود می‌آورد که اعتیاد یک عمل معمولی و از خصوصیات افراد کامل و بزرگسال است. متأسفانه اغلب افرادی که در خانواده‌های معتاد متولد می‌شوند و پرورش می‌یابند، تکرار مصرف مواد مخدر به وسیله اعضای خانواده بر ایشان عادی می‌شود و ترس از تجربه این عمل در آنان از بین می‌رود، زیرا عمل مصرف مواد مخدر پدر برای فرزندان عادی می‌شود. اعتیاد والدین عامل محدودیتهای اجتماعی و کاهش نظامهای حمایتی برای فرزندان می‌شود و از نظر سوء مصرف آنها را با خطرات بالقوه مواجه می‌کند. (۱۱ و ۱۲ و ۱۳)

شرایطی نظیر خانواده‌های تک والدی، شکست در ازدواج، گسیختگی خانوادگی، وضع نامساعد اجتماعی و اقتصادی، افسردگی، الکلیسم، اعتیاد و بیماریهای مزمن، از جمله عوامل تنش‌زایی هستند که در بروز مشکلات روانی - اجتماعی بچه‌ها و ناسازگاری آنها نقش دارند و استحکام خانواده را با مشکل مواجه می‌کنند (۱۴ و ۱۵). بدین معنی طبق نظریه سیستم‌ها، وقتی بخشی از خانواده تحت تأثیر حادثه‌ای قرار می‌گیرد، دیگر اعضای خانواده به نحوی از آن مسأله متأثر می‌شوند. (۸)

گرچه خانواده‌های «پدرمعتاد» در شمار خانواده‌های از هم گسیخته نبوده‌اند، اما اثراتی به مراتب مخربتر از آنها به جا می‌گذارند، زیرا اعتیاد پدر به تدریج نقش «حمایتی» او را به «حمایت شونده» تبدیل می‌کند، و به جای اینکه پدر بر امور خانه کنترل و نظارت داشته باشد، مورد کنترل و نظارت قرار می‌گیرد در نتیجه، نگرانی و تشویش بر فضای خانواده حاکم می‌شود. در بسیاری از موارد، نقش نان‌آوری پدر به گونه‌ای عکس تغییر جهت می‌دهد و پدر، با رفتارهای مشکوک خویش، عملاً کج رفتاری را به دیگر اعضای خانواده می‌آموزد. (۷ و ۱۲)

در حالی که در بخش‌هایی از جهان - گرچه با تأخیر - مبارزه جدی و بی‌امان با مواد مخدر و شبکه‌های توزیع آن آغاز شده است، اما به لحاظ نادیده گرفتن شرایط خطرناک زندگی بچه‌های معتادان، هنوز نمی‌توان شیوه‌های مبارزه را یک حرکت کامل و فراگیر تلقی کرد (۳). فرزندان «پدرمعتاد» یا «بچه‌های اعتیاد»، تاکنون کمتر مورد توجه بوده‌اند، و تأثیر مواد مخدر بر آنها کمتر

خانواده یکی از عوامل اجتماعی شدن فرزندان، و والدین یکی از الگوهای اصلی برای کودکان و نوجوانان هستند که با رفتار خود می‌توانند تغییرات وسیعی را در الگوهای رفتاری، نگرشی، ارزشی و هنجاری آنها به وجود آورند، (۷). هیچ عاملی مهمتر و تضمین کننده‌تر از تأثیر خانواده در پی‌ریزی و چگونگی شخصیت فرزندان نیست، زیرا تاروپود زندگی آینده آنان و نتیجتاً جامعه بدان بستگی دارد. بنابراین، سرمنشاء بسیاری از ناهنجاری‌ها و انحرافات را می‌توان در ارتباط ناسالم و مخرب خانوادگی، بی‌تفاوتی والدین نسبت به مسائل و مشکلات فرزندان، عدم وجود یک نظام سالم، و فقدان پایه‌های استوار اخلاقی یا عقیدتی جستجو کرد. به عبارت دیگر، از این منظر، خانواده هم به عنوان خاستگاه دشواری‌ها و آشفتگی‌ها و هم به عنوان عامل زمینه ساز در درمان، قابل بررسی است. (۱) بدین طریق است که اهمیت ساخت خانواده در گرایش فرزندان به انحرافات گوناگون روشن می‌شود. (۸)

علاوه بر این، خانواده برای حفظ و نگهداری ارتباط و اتحاد واحد خانواده، تأمین نیازهای افراد خانواده، و انتظاران جامعه، اعمالی را انجام می‌دهد. (۹) دوال، به شش عمل اشاره کرده، که برای همه انواع خانواده‌ها کاربرد دارد و مهمترین آنها را کنترل ایجاد این حس می‌داند که کودک درک کند چه چیزی صحیح است. از طریق شناختن شکل‌های پدر - مادری و گرفتن پاداش و تنبیه برای رفتارهای مثبت و منفی، نظام ارزشی کودکان که متأثر از نظام ارزشی خانواده است، تکامل می‌یابد. واحد خانواده، فارغ از «ولایت» و «حضانت» بر دو پایه استوار است: شخصیت مردی به نام «پدر» و شخصیت زنی به نام «مادر». هرگاه یکی از این ارکان دچار سستی و تزلزل شود و خانواده در معرض فروپاشی و انهدام قرار گیرد، «خانه» به محیط ناامن تبدیل می‌شود. با توجه به این که در دوران همانندسازی، کودک گرایش خود را به پذیرش شکل شخصیت پدر - مادر ظاهر می‌کند، وقتی در واحد خانوار «مواد مخدر» وارد شود و مورد مصرف یکی از ارکان خانواده قرار بگیرد، یا به وسیله یکی از این ارکان توزیع شود، سرنوشت کودکان به گونه‌ای خطرناک و نامطلوب رقم می‌خورد و در معرض تهدید جدی قرار می‌گیرد. (۱۰)

متأسفانه، بعضی خانواده‌ها اولین محیطی هستند که افراد در آن با استعمال مواد مخدر آشنا می‌شوند. والدینی که سیگار می‌کشند، مشروبات الکلی و یا سایر مواد مخدر مصرف می‌کنند، مسلماً اعتیادشان تأثیر زایندهایی بر شکل‌بندی و رشد اطفالشان، حتی در

پرسشنامه بررسی وضعیت تحصیلی، پرسشنامه ۹۰ سوالی آزمون روانی - اجتماعی (S.C.L-90) استفاده شده است.

با استفاده از ابزار (S.C.L-90) علاوه بر میزان نمره خام با سه شاخص معیار کلی، ضریب کلی علائم مرضی^(۱) تعداد کل علائم مثبت (مرضی^(۲)) و ضریب احساس ناراحتی از علائم مثبت (مرضی^(۳)) میزان اضطراب و حساسیت در روابط متقابل گروه مورد و گروههای شاهد، مورد سنجش قرار گرفته است:

ضریب کلی علائم مرضی، بهترین نشان دهنده سطح و عمق اختلالات است. تعداد کل علائم مثبت (مرضی) به طور ساده، شمارش تعداد علائمی است که فرد به صورت مثبت گزارش می‌کند.

ضریب احساس ناراحتی از علائم مثبت (مرضی) یک سنجش خاص از شدت ناراحتی است. به منظور کنترل متغیرهای مداخله‌گر، پرسشنامه «رویداد زندگی» مورد استفاده قرار گرفته است. برای آزمون وجود یا عدم وجود همبستگی میان متغیرهای دموگرافیک و مشکلات روانی اجتماعی، از ضریب همبستگی اسپیرمن^(۴) و برای مقایسه متغیرهای مورد مطالعه، از آزمون من ویتنی^(۵) استفاده شده است. ضمناً در این پژوهش همه موازین اخلاقی رعایت شده است.

نتایج

براساس یافته‌های این تحقیق بیشترین درصد، افراد مربوط به گروههای سنی ۱۴-۱۲ سال و کمترین درصد آنها مربوط به گروه سنی ۱۸-۱۷ سال بوده و از نظر سطح تحصیلات، مقطع راهنمایی بیشترین درصد را داشته است. در هر سه گروه، بیشترین درصد مربوط به خانواده‌های با تعداد ۴ فرزند و کمترین درصد مربوط به خانواده‌های دارای ۲ فرزند بوده است (جدول ۱).

همان‌گونه که در جداول ۲ و ۳ و ۴ مشاهده می‌شود، براساس آزمون من ویتنی، افت تحصیلی نوجوانان «پدرمعتاد» با گروههای شاهد فامیل و همکلاسی اختلاف معنی‌داری وجود دارد، به عبارتی در «نوجوانان پدرمعتاد» افت تحصیلی بیشتری مشاهده می‌شود، ($p < 0/05$). همچنین، میزان اضطراب (جدول ۵) و حساسیت در روابط متقابل، (جدول ۶) در نوجوانان پدرمعتاد بیش از نوجوانان گروههای شاهد بوده است و آزمون، اختلاف معنی‌داری را نشان داد ($p < 0/05$).

مورد بررسی قرار گرفته است. با وجود این، نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که این قبیل کودکان، به احتمال زیاد قربانیهای خشونت و بی‌توجهی هستند (۱۶). لذا بنابر عادت، گاهی آنها را در رده بچه‌های بی‌سرپرست محسوب کرده‌اند و در مواردی که عدم توجه به وضعیت این کودکان، آنها را به انحراف و تباهی کشیده است، در زمره کودکان بزهکار به شمار آمده‌اند. «بچه‌های اعتیاد» در محیط پرورشی خود، با پدر - مادر، یا یکی از اعضای معنادار خانواده، همزیستی دارند. ظاهراً مثل بچه‌های خانواده‌های معمولی زندگی می‌کنند و در بسیاری موارد، ظاهر آنها مطلوب و گاهی حتی عالی است و از ظواهر آنها کمتر می‌توان حالت حقیقی و درونیشان را درک کرد. لایه فاسد تربیتی که «بچه‌های اعتیاد» را فرا گرفته، به حدی پیچیده است که تا «اعتیاد مربی خانواده» فاش نشود، قابل رؤیت و ارزیابی نیست. اثر الکل و دیگر مواد مخدر بر زندگی بچه‌ها وقتی والدین آنها به مصرف مواد مخدر وابسته باشند، به شدت افزایش می‌یابد، و این کودکان نه فقط بعداً در زندگی در خطر ابتلا به مشکلات مربوط به مواد مخدر هستند، بلکه از دیگر مشکلات روانی - اجتماعی نیز رنج می‌برند. (۱۷)

روش کار

این مطالعه از نوع مطالعات مورد - شاهدی است. در این بررسی، کلیه نوجوانان و جوانان «پدرمعتاد» و «پدرغیرمعتاد» از هر دو جنس، ساکن تهران که ۱۸-۱۲ سال سن داشتند، به عنوان جامعه آماری در نظر گرفته شده‌اند؛ توضیح اینکه «پدرمعتاد» در مرکز بازپروری قرچک ورامین بودند و تعداد مورد نیاز به روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی شده و تصادفی ساده انتخاب شدند.

نمونه آماری این تحقیق شامل ۴۰ نفر از فرزندان نوجوان «پدرمعتاد» است که به روش نمونه‌گیری تصادفی و از بین پدران معتادی که در مرکز بازپروری قرچک در حال ترک اعتیاد بودند و انتخاب شدند و گروه شاهد، شامل ۴۰ نفر از فرزندان فامیل و ۴۰ نفر از همکلاسی‌هایی است که پدرانشان معتاد نبودند و ساکن تهران بودند که به روش ماندگیری با کنترل متغیرهای سن، جنس، تحصیلات، انتخاب شدند. سپس اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، سطح تحصیلات نوجوانان، تعداد فرزندان در خانواده، سطح تحصیلات و شغل پدر و مادر) از طریق مصاحبه برنامه ریزی شده و پرسشنامه پژوهشگر ساخته، جمع‌آوری شدند.

در این بررسی برای سنجش مشکلات روانی - اجتماعی (افت تحصیلی، اختلال در روابط متقابل و بروز اضطراب) از دو

1-Global Serenity Index(G.S.I.) 2-Positive Symptom Index(P.S.I.)

3-Positive Symptom distress index(P.S.D.I.)

4-Spearman correlation coefficient

5-Mann whitney test

جدول شماره ۱ - توزیع سن نوجوانان مورد پژوهش

شاهد همکلاسی		شاهد فامیل		مورد		گروه	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	فراوانی	فواصل سنی
۵۰٪	۲۰	۴۷/۵	۱۹	۵۷/۵	۲۳		۱۳-۱۴
۳۷/۵	۱۵	۳۵٪	۱۴	۲۷/۵	۱۱		۱۵-۱۶
۱۲/۵	۵	۱۷/۵	۷	۱۵٪	۶		۱۷-۱۸
۱۰۰٪	۴۰	۱۰۰٪	۴۰	۱۰۰٪	۴۰		جمع

جدول شماره ۲ - توزیع وضعیت تحصیلی نوجوانان مورد پژوهش

شاهد همکلاسی		شاهد فامیل		مورد		گروه	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	فراوانی	وضعیت تحصیلی
۲/۵	۱	۱۲/۵	۵	۲۰٪	۸		ضعیف
۲۰٪	۸	۲۵٪	۱۰	۶۵٪	۲۶		متوسط
۶۲/۵	۲۵	۵۰٪	۲۰	۱۲/۵	۵		خوب
۱۵٪	۶	۱۲/۵	۵	۲/۵	۱		عالی
۱۰۰٪	۴۰	۱۰۰٪	۴۰	۱۰۰٪	۴۰		جمع
P=۰/۰۲۴		P=۰/۰۳۷				مقدار P در مقایسه با گروه مورد	

جدول شماره ۳ - سابقه مردودی نوجوانان سه گروه مورد، شاهد فامیل، شاهد همکلاسی

شاهد همکلاسی		شاهد فامیل		مورد		گروه	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	فراوانی	سابقه مردودی
۱۰	۴	۱۷/۵	۷	۳۵٪	۱۴		بلی
۹۰	۳۶	۸۲/۵	۳۳	۶۵٪	۲۶		خیر
۱۰۰٪	۴۰	۱۰۰٪	۴۰	۱۰۰٪	۴۰		جمع
P<۰/۰۱۴		P=۰/۰۲۵				مقدار P در مقایسه با گروه مورد	

جدول شماره ۴ - تعداد دفعات مردودی نوجوانان مورد پژوهش

شاهد همکلاسی		شاهد فامیل		مورد		گروه	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	فراوانی	فواصل سنی
۹۰٪	۳۶	۸۲/۵	۳۳	۶۵٪	۲۶		صفر
۱۰	۴	۱۷/۵	۷	۲۵٪	۱۰		یکبار
۰٪	۰	۰٪	۰	۱۰٪	۴		دوبار یا بیشتر
۱۰۰٪	۴۰	۱۰۰٪	۴۰	۱۰۰٪	۴۰		جمع
P=۰/۰۳۷		P=۰/۰۴۱				مقدار P در مقایسه با گروه مورد	

جدول شماره ۵ - مقایسه میانگین میزان اضطراب (نمره خام، PSDI, PST, GST) نوجوانان پدر معتاد با نوجوانان شاهد فامیل و شاهد همکلاسی

PSDI	PST	GIS	نمره خام اضطراب	معیار سنجش اضطراب	
				نوجوانان	مورد
اضطراب	اضطراب	اضطراب			
۵۱/۵۶	۵۴/۶	۵۵/۲	۵۵/۱۲		مورد
۲۹/۴۳	۲۶/۳	۲۶	۲۵/۸		شاهد فامیل
۲۹/۱۲	۲۸/۱	۲۷/۸	۲۷/۱		شاهد همکلاسی
۰/۰۰۹	۰/۰۲۵	۰/۰۱۸	۰/۰۲۴	*	مقدار P
۰/۰۴۸	۰/۰۴۲	۰/۰۳۱	۰/۰۳۳	**	

* این مقدار P حاصل مقایسه نوجوانان مورد با شاهد فامیل بوده است.
 ** این مقدار P حاصل مقایسه نوجوانان مورد با شاهد همکلاسی بوده است.

جدول شماره ۶ - مقایسه میانگین میزان حساسیت در روابط متقابل (نمره خام PSDI, PST, GST) نوجوانان پدر معتاد با نوجوانان شاهد فامیل و شاهد همکلاسی

شاهد همکلاسی

PSDI	PST	GSI	نمره خام حساسیت در روابط متقابل	معیار سنجش حساسیت در روابط متقابل	
				نوجوانان	مورد
حساسیت در روابط متقابل	حساسیت در روابط متقابل	حساسیت در روابط متقابل			
۵۲/۲	۵۱/۶	۵۲/۷	۵۴/۶		مورد
۲۸/۷	۲۹/۳	۲۸/۲	۲۶/۳		شاهد فامیل
۲۸/۱	۳۱/۳	۲۸/۲	۲۸/۱		شاهد همکلاسی
۰/۰۲۱	۰/۰۱۲	۰/۰۱۷	۰/۰۲۴۱	*	مقدار P
۰/۰۱۸	۰/۰۴۷	۰/۰۴۱	۰/۰۲۷۱	**	

* این مقدار P حاصل مقایسه نوجوانان مورد با شاهد فامیل بوده است.
 ** این مقدار P حاصل مقایسه نوجوانان مورد با شاهد همکلاسی بوده است.

جدول شماره ۷ - همبستگی بین میزان اضطراب و حساسیت در روابط متقابل نوجوانان «پدر معتاد» با وضعیت اعتیاد پدر

سالهای اعتیاد پدر	مقدار مصرف روزانه به گرم	دفعات ترک اعتیاد پدر	وضعیت اعتیاد پدر	
			میزان اضطراب و حساسیت در روابط متقابل فرزندان	نمره خام اضطراب
(P=۰/۰۲۳) ۰/۵۵	(P=۰/۰۰۲) ۰/۷۷	(P=۰/۰۰۱) ۰/۶۰		نمره خام اضطراب
(P=۰/۰۳۲) ۰/۵۸	(P=۰/۰۰۱) ۰/۸۱	(P=۰/۰۰۳) ۰/۵۷		GSI اضطراب
(P=۰/۰۳۲) ۰/۵۱	(P=۰/۰۰۱) ۰/۷۱	(P=۰/۰۰۲) ۰/۵۹		PST اضطراب
(P=۰/۰۲۴) ۰/۴۸	(P=۰/۰۰۳) ۰/۵۹	(P=۰/۰۱۱) ۰/۲۱		PSDI اضطراب
(P=۰/۰۳۲) ۰/۲۶	(P=۰/۰۴۱) ۰/۳۴	(P=۰/۰۰۸) ۰/۱۹		نمره خام حساسیت در روابط متقابل
(P=۰/۰۲۷) ۰/۳۷	(P=۰/۰۰۴) ۰/۲۵	(P=۰/۰۲۳۱) ۰/۲۰		GSI حساسیت در روابط متقابل
(P=۰/۰۴۱) ۰/۲۱	(P=۰/۰۴۵) ۰/۳۱	(P=۰/۰۳۴۳) ۰/۱۲		PST حساسیت در روابط متقابل
(P=۰/۰۴۴) ۰/۲۲	(P=۰/۰۴۹) ۰/۲۸	(P=۰/۰۶۱۷) ۰/۲۲		PSDI حساسیت در روابط متقابل

علاوه بر این، در بررسی انجام شده بین جنس (دختر و پسر) نوجوانان پدرمعتاد از نظر میزان اضطراب و حساسیت در روابط متقابل، اختلافی دیده نشده است، اگر چه نوجوانان ۱۴-۱۲ ساله پدر معتاد با نوجوانان ۱۸-۱۵ ساله «پدرمعتاد» از نظر میزان اضطراب با هم اختلاف معنی داری نداشتند، اما از نظر حساسیت در روابط متقابل، اختلاف معنی دار بوده است. به عبارتی، هر چه سن نوجوانان پایین تر بوده، میزان حساسیت در روابط متقابل آنها بیشتر بوده است. ($P=0/05$) (جدول ۸)

مطالعه نشان می‌دهد که هر چه تعداد دفعات ترک اعتیاد، میزان مصرف مواد مخدر در روز و سالیانه اعتیاد پدر (جدول ۱۲ و ۱۳) بیشتر بوده، میزان اضطراب در فرزندان آنها نیز بیشتر بوده است. ($P<0/05$)

مطالعه نشان می‌دهد که، بین میزان حساسیت در روابط متقابل نوجوانان «پدر معتاد» با میزان مصرف مواد مخدر پدر در روز و سالیانه مصرف مواد مخدر وی، همبستگی مستقیم و ضعیف ($P<0/05$) و با تعداد دفعات ترک اعتیاد، همبستگی و معنی داری مشاهده نشده است.

جدول شماره ۸ - مقایسه میانگین رتبه‌ای میزان اضطراب و حساسیت در روابط متقابل نوجوانان (پدرمعتاد) برحسب سن (۱۴ تا ۱۲ سال و ۱۵ سال به بالا)

معیار سنجش اضطراب و حساسیت در روابط	نمره خام اضطراب	GSI اضطراب	PST اضطراب	PSDI اضطراب	نمره خام حساسیت در روابط	GSI حساسیت در روابط	PST حساسیت در روابط	PSDI حساسیت در روابط
گروه سنی								
نوجوانان ۱۴ تا ۱۲ سال	۲۲/۶۹	۲۳/۰۰	۲۲/۰۸	۲۴/۰۴	۲۴/۱	۲۴/۳	۲۴/۰۴	۲۳/۶۳
از ۱۵ سال به بالا	۱۷/۵۲	۱۷/۱۱	۱۸/۵	۱۵/۷۰	۱۵/۴۷	۱۴/۷۶	۱۵/۷۹	۱۶/۲۶
مقدار P	۰/۱۶۲	۰/۱۱۵	۰/۳۱۲	۰/۴۶۱	۰/۰۲۱	۰/۰۰۱	۰/۰۲۱	۰/۰۱۲

پدر غیرمعتاد رضایت بخش نیست، زیرا شرایط خانوادگی گروه اول به گونه‌ای است که نه در زمینه تحصیلی، راهنمایی و هدایت می‌شوند و نه آنان را برای ادامه تحصیل آماده می‌کنند (۱۰)؛ از نظر وضعیت تحصیلی و رفتار با اولیای مدرسه، دچار مشکل هستند (۱۱ و ۱۹). در مدرسه با همسالان عادی خود سازگاری کمتری دارند؛ روزهای مدرسه را بیشتر از دست می‌دهند (۲۰)؛ پیشرفت تحصیلی کمتر و مشکلات تحصیلی بیشتری دارند (۱۹). علاوه بر این، توزیع سابقه مردودی در گروه‌های مورد مطالعه بیش از گروه‌های شاهد است. در بین گروه‌های شاهد، سابقه مردودی بیش از یکبار مشاهده نشده، در حالی که در گروه‌های مورد مطالعه، عکس این مطلب صدق می‌کند.

یافته‌های این تحقیق با مطالعه‌ای که کادوشن (۱۸) روی گروهی از خانواده‌های معتاد انجام داده همخوانی دارد. کادوشن از انواع غفلت و نادیده گرفتنی بحث می‌کند که فرزندان این قبیل خانواده‌ها به آن دچار هستند و از مهمترین آنها کمبودهای آموزشی را نام می‌برد. همچنین، با یافته‌های ریچارد و بلوم (۶) که حاصل

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش، افت تحصیلی، حساسیت در روابط متقابل و میزان اضطراب به عنوان مشکلات روانی - اجتماعی نوجوانان «پدرمعتاد» در مقایسه با نوجوانان «پدرمعتاد» (از فامیل و همکلاسیها) مورد بررسی قرار گرفته است و نتایج به دست آمده، به شرح زیر مورد بحث قرار می‌گیرد:

الف - افت (مشکلات) تحصیلی: لذت بردن یا تنفر نوجوان از درس و مدرسه، به استعداد و به انگیزه او و نیز کیفیت آموزش بستگی دارد. تنبلی یا بی‌میلی را نمی‌توان تنها عامل عقب افتادگی در تحصیل دانست، زیرا در بعضی موارد علت شکست تحصیلی افراد را باید در خانواده‌های آنها جستجو کرد.

در خانواده‌هایی که سرپرست خانواده معتاد است، ارتباطات افراد با هم آن چنان خشک و غیرعادی است که تمام فکر و اندیشه نوجوان را به خود مشغول می‌کند و او را از توجه و پرداختن به درس باز می‌دارد. نتایج این بررسی گویای این حقیقت است که وضعیت تحصیلی نوجوانان «پدرمعتاد» در مقایسه با نوجوانان شاهد

همه اعضای خانواده و نیازهای آنها توجه دارد، حساسیت دوره نوجوانی و جوانی را درک می‌کند و اعضای خانواده را برای برخورد با مشکلات روانی - اجتماعی آماده می‌سازد. از طرف دیگر، وقتی کودک و نوجوان در خانواده‌ای پرورش می‌یابد که «مربی خانواده» معتاد است - همچنان که این تحقیق نشان داد - نه تنها دریافتن هویت خویش و ایجاد رابطه سالم و مطلوب با گروه همسالان با مشکل مواجه می‌شود، بلکه دائماً با سایر مشکلات روانی - اجتماعی نیز دست به گریبان است (۱۷ و ۲۰ و ۲۳ و ۲۴). نتایج این تحقیق با تحقیقی که به وسیله دود و رابرت (۲۵) تحت عنوان «تفاوت میان سطوح اعتماد به نفس و اضطراب» در میان کودکان با والدین الکلی و معتاد و والدین غیرالکلی و غیرمعتاد انجام شد و همچنین با تحقیق لینسگی و دیگران (۲۳) که در نیوزیلند اجرا شد و به ارتباط تنگاتنگ بین مشکلات روانی - اجتماعی نوجوانان پدرالکلی و معتاد رسیدند، هماهنگی دارد. و نیز نتایج این تحقیق با نتایج تحقیق آکرمن (۲۶) که می‌گوید: فرزندان خانواده‌های معتاد اغلب آسیب‌پذیر بوده، پریشان و گوشه‌گیر هستند، همسویی دارد.

ج - بروز اضطراب: کیفیت ارتباطات در دوران کودکی و نوجوانی، در شکل‌گیری شخصیت تأثیر فراوان دارد. جدایی‌های طولانی، فقدان‌ها، ارتباط کم با والدین، تضادهای خانوادگی، و خانواده‌های الکلیسم و معتاد در بروز اختلال شخصیتی نقش عمده و اساسی دارند. بر اثر اعتیاد عناصر اصلی خانواده، سایر اعضای خانواده دچار تنش و اضطراب می‌شوند. کودکان این خانواده‌ها از درجه آسیب‌پذیری بالایی برخوردارند و رفتارهای خاصی نظیر حساسیت زیاد، خجالت و بدخلقی و زودرنجی از خود بروز می‌دهند. این قبیل کودکان اغلب تنها می‌مانند و مشکل دوست‌یابی دارند؛ زود عصبانی می‌شوند؛ دائماً شاکی، آسیب‌پذیر، پریشان و گوشه‌گیر هستند (۲۶).

واحد خانوار، بر دو پایه اصلی «پدر و مادر» استوار است: هرگاه یکی از این ارکان دچار سستی و تزلزل شود، خانواده در معرض فروپاشی قرار می‌گیرد و «خانه» به محیط ناامن تبدیل می‌شود. وقتی در واحد خانوار «موادمخدر» وارد شود و توسط یکی از ارکان خانواده مورد مصرف و یا توزیع قرار بگیرد، سرنوشت کودکان به

مقایسه بین خانواده‌های مصرف‌کننده مواد مخدر و خانواده‌های عادی در الجزایر است و عدم توجه به تعلیم و تربیت کودکان و افت تحصیلی را در خانواده‌های مصرف‌کننده مواد نشان می‌دهد.

ب - اختلال در روابط اجتماعی: نوع بشر ریشه‌ای اجتماعی دارد و برای او مهارت در برقراری ارتباط با دیگران یک ظرفیت سازشی^(۱) مهم به شمار می‌رود. افراد سالم در زندگی تعداد زیادی دوست و یک زندگی فعال اجتماعی دارند و به برقراری ارتباط صمیمی با دیگران نیازمند هستند. انسان‌ها نیاز دارند که با هم باشند و از یکدیگر مراقبت کنند. کودکان و جوانان نیاز به محبت و عشق دارند. آنها نیازمند امنیت، اعتماد به نفس و رشد عاطفی از دوران تولد تا پیری هستند. احساس دوست داشتن و با ارزش بودن یکی از مهمترین نیازها و انتظارات فرد است. خانواده‌های سالم، عملکردهای عاطفی و محبت را هم از طریق ارتباطات کلامی، لمسی، همدردی، و هم توسط سایر رفتارهایی که پیام عشق و محبت آنها را می‌رساند، نشان می‌دهند. (۶)

وظیفه تکاملی خانواده به عنوان یک مسؤلیت و انجام موفقیت‌آمیز آن، خانواده را به سوی رضایت و موفقیت‌های بعدی سوق می‌دهد. نارسایی در وظیفه، خانواده را به طرف ناراحتی‌های روانی - اجتماعی و عدم رضایت می‌کشاند و موانعی را بر سر راه انجام وظایف تکاملی بعدی ایجاد می‌کند. (۹)

دوران نوجوانی به خودی خود یکی از بحرانی‌ترین ادوار زندگی است. دوران بلوغ دوره‌ای است که فرد با تضادها و کشمکش‌های متعدد روانی مواجه می‌شود. در این زمان، او به نحوی احساس می‌کند که باید به مرحله جدیدی از زندگی وارد شود و مسؤلیتی را در قبال خود و جامعه‌اش بر عهده بگیرد، مرحله‌ای که او را با نگرانی، اضطراب و مشکل تصمیم‌گیری روبه‌رو می‌سازد و او سعی می‌کند به گونه‌ای بر مشکلاتش فائق آید. (۲۲)

خانواده سالم، یک نظام کوچک و متشکل از افرادی است که از ارتباط متقابل و دو جانبه محکم، قوی و صادق برخوردار هستند. محیط و شرایط خانوادگی می‌تواند تشویق‌کننده یا بازدارنده در مراحل رشد باشد. خانه‌ای که افراد و اعضای آن با هم کار و تفریح می‌کنند و به اتفاق آراء راجع به موضوعات مهم تصمیم می‌گیرند، بی‌تردید کودکان و نوجوانانی دارای اعتماد به نفس بار می‌آورند که توانایی کافی برای برخورد با مشکلات را دارند. چنین خانواده‌ای به

برای برخورد با این معضل مهم اجتماعی، رعایت توصیه‌های زیر می‌تواند راهگشا باشد:

- مصون‌سازی کودکان و نوجوانان از طریق افزایش عزت نفس و مسؤولیت پذیری، رشد مهارت‌های فردی و اجتماعی، رشد تفکر انتقادی و مهارت‌های تصمیم‌گیری، و آموزش قدرت امتناع و گستاخی ممدوح در برابر پیشنهادهای خلاف به آنها.

- توجه بر روند اعتیاد و خانواده معتاد به جای تمرکز بر فرد معتاد و پرداختن به مسائل او.

- برنامه‌ریزی منسجم برای مداخله و مشاوره با خانواده‌های «پدرمعتاد» به منظور جلوگیری از وقوع رفتارهای ناهنجار.

- مداخله در نظام رفتاری خانواده در سطح فردی و خانوادگی، تغییر در نوع رفتارها، و حمایت از عدم مصرف مواد مخدر.

- اجرای برنامه‌های آموزشی و مداخلات درمانی برای والدین به منظور تشویق رفتارهای حمایتی که خود عامل بالقوه‌ای در کاهش اعتیاد است.

- ترکیب خانواده درمانی و دارودرمانی، زیرا این روند بر کارکرد خانواده اثر مطلوب دارد و کنشهای متقابل آشفته در بین اعضای خانواده را به روابطی بالنسبه متعادل تبدیل می‌کند، نیز کارکردهای خانواده را از نظر نوع انتظارات از نقشهای اعضای خانواده، دگرگون می‌سازد.

- شناسایی و تقویت عوامل موجود در محیط خانواده که خطر معتاد شدن فرزندان «پدرمعتاد»، یا ظهور انواع دیگر مشکلات دوران کودکی را کاهش می‌دهد.

- سعی در کاهش تنشهای موجود در خانواده به منظور بهبود در روابط اعضای خانواده.

- پیگیریهای منظم قانونی که سبب کاهش ابتلای مردم به اعتیاد می‌شود.

سپاسگزاری

ناگفته پیداست که انجام تحقیقاتی این چنین، بدون همراهی و کمک سازمانها و افراد مختلف امکان‌پذیر نیست، لذا بر خود لازم می‌دانیم از همه عزیزانی که در این طرح پژوهشی با ما همکاری کرده‌اند از جمله مسؤولان و کارکنان محترم مرکز بازپروری قرچک ورامین، صمیمانه تشکر و سپاسگزاری کنیم. ضمناً از

نوجوانان در معرض تهدید جدی قرار می‌گیرد. سوءاستفاده از مواد مخدر به طور مستقیم برای مبتلایان و به طور غیرمستقیم برای سایرین ایجاد خطر می‌کند (۹). اعتیاد به مواد مخدر یکی از مشکلات جدی و عمده است و سوءاستفاده از این مواد مشکلات زیادی ایجاد کرده است که از آن جمله می‌توان به مرگهای زودرس، گسیختگی خانوادگی، بزهکاری، اضطراب و... اشاره کرد (۲۷).

بین اعتیاد والدین و اختلالات روانی نوجوانان رابطه نزدیکی وجود دارد، اما بین جنسیت نوجوانان و ابتلای آنها به اختلالات روانی، اختلافی مشاهده نشده است (۲۳). سطوح عزت نفس، افسردگی، اضطراب در نمونه‌ای از فرزندان الکلی با نمونه بچه‌های با والد غیرالکلی، بسیار متفاوت است (۲۵).

افراد خانواده‌های نابه سامان و از هم پاشیده علاوه بر مشکلات بهداشتی، با مشکلات دیگری نظیر هرج و مرج، آشفتگی و عدم اطمینان و اعتماد مواجه می‌شوند. ضایعات فرزندان این قبیل خانواده‌ها شامل: سوءتربیت، بی‌بندوباری، عدم حس استقلال، کمبود محبت و گاهی افراط در محبت، روی آوردن به جرم و جنایت، پیدایش عارضه عصبی، حالت بی‌تفاوتی، احساس ناکامی و محرومیت، احساس اضطراب و ناامنی، پیدایش خشونت و هیجان و تحریک‌پذیری خلق و خوی ناشاد و بیچارگی و یکدندگی و اشکال ناسازگاری است (۶).

به طور کلی در خانواده‌های «پدرمعتاد» جامعه پذیری فرزندان به شدت آسیب می‌بیند. بدین معنی که آنها ارزشهای اجتماعی را به درستی پذیرا نمی‌شوند؛ نسبت به والدین رفتار همراه با احترام قابل انتظار ندارند، از نظر مشکل‌گشایی روی پدر حساب نمی‌کنند؛ در میزان با هم بودن اعضای خانواده کاهش قابل ملاحظه‌ای دیده می‌شود؛ در معاشرتهای که با حضور پدر صورت می‌گیرد، اعضای خانواده احساس شرم و خجالت می‌کنند؛ بر روابط اجتماعی اعضای خانواده به جای مهر و عطوفت، خشونت حاکم می‌شود؛ با همسالان عادی خود سازگاری ندارند؛ جذب همسالان بزهکار می‌شوند؛ به نظافت و پوشش خود کمتر توجه می‌کنند، اوقات خود را بیهوده هدر می‌دهند؛ ترک تحصیل و یافت تحصیلی دارند؛ رابطه آنها با اولیای مدرسه همراه با خجالت و مخفی‌کاری است؛ نقش اقتصادی و حمایتی پدر به شدت مختل می‌شود؛ و روابط اجتماعی اعضای خانواده دستخوش اختلال می‌گردد.

امید است تلاش‌های ما موجب رضایت خداوند باشد و نتیجه این پژوهش به عنوان گامی هر چند کوتاه در جهت رفع این معضل مهم اجتماعی، بتواند مؤثر واقع شود.

همکاری صمیمانه عزیزان معتمد در مرکز بازپروری و خانواده‌های آنها، و همچنین خانواده‌های عزیزانی که فرزندان آنها به عنوان گروه شاهد انتخاب شده بودند نیز تشکر و سپاسگزاری می‌شود.

منابع

- ۱- صدرالسادات، سیدجلال و دیگران (۱۳۷۷). درسنامه مددکاری اجتماعی و روانپزشکی کودک، ترجمه: کتاب جودیت لسک و برایان لسک. تهران: سازمان آموزش و پرورش استثنایی.
- ۲- آقابخشی، حبیب (۱۳۷۰). بررسی اثراعتیاد پدر بر نقش و وظایف خانواده در شهر تهران دهه «۶۰» پایان نامه تحقیقات دکتری، تهران مرکز علوم تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی.
- ۳- کار مهرانگیز (۱۳۶۹). بچه‌های اعتیاد، تهران انتشارات روشنگران.
- ۴- قمی، غلامرضا (۱۳۵۷). بررسی و شناخت عوامل خانوادگی و اقتصادی مؤثر بر اعتیاد. پایان نامه کارشناسی، تهران: آموزشگاه عالی خدمات اجتماعی.
- ۵- آقابخشی حبیب (۱۳۷۴). اعتیاد و آسیب‌شناسی خانواده، تهران: انتشارات دانش آفرین، ص ۱۹۶.
- ۶- دالوندی اصغر (۱۳۷۵). بررسی مشکلات روانی نوجوانان «پدرمعتاد» پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- 7-Osuna, E., and et al (1992). Family violence as a determinant factor in juvenile maladjustment: J. Forensic - Sciences. vol. 37, No.6 pp:1630-33.
- 8-Marlow, D. and Radding, B.(1988). Pediatric Nursing. Philadelphia: WB. Saunders Co.
- 9-Loncaster; geanette, stanhope, Maria (2000). Community public health nursing. 5th ed. st.lovie U.S.A: mosby co.
- 10-Caplan, Harold L, Sadock, Benjamin J (1994). Synopsis of psychiatry. Sixth ed. London. Williams and Wilkins Co.
- 11-Windle, M. Effect of parental drinking on adolescence, Alcohol Health and Research world 20: 3(1996), PP:181-184.
- 12-Major, C(1995). "Invisible clients: Children of substance - abusing parents" Connexions 15: 3, PP:8-14.
- 13-McCallum, Tess (1998). Drug use by young people: a gender approach: I. Drug use by young females, II. Drug use by young males - sydney: Health Education Unit, University of sydney.
- 14-Atkins, Fqanees D (1991). Children of Mentally ill Parents. Journal of psychosocial nursing. vol. 30, Nc. 8, PP:13-15.
- 15-Gross, J. McCaul, ME (1990). "A Comparison of Drug use and adjustment in urban adolescent children of substance abusers". Addict. vol. 25, No. 44, 1990-91. PP:495-511.
- 16-Mc Gowan, D(1999). "Parental guidance recommended: Minimising parental harm and maximising Safety for children sustance abusig parents" deakin. Addiction policy Research Annual 5(1999), PP:35-90.
- 17-ADF Library reading list no. 19.(2001). Children at Risk: Alkohol and other drug Issues resulting from child abuse and being part of drug dependent family.
- 18-Kaduschin, A(1988). Neglect In Family, New york, new bury park.
- 19-Mc, Grath, C. E. et al (1999). " Academic achievement in adolescent of children of alcoholics" Journal of studies on alchocol 60: 1. PP:18-26.
- 20-Murphy, R. T. et al (1991). " School adjustment of children of alcoholic fathers: Comparison to normal controls", Addactive behaviors 16: 5, PP:275-266.
- 21-Flynn, Janet beth and heffran, phyllis (1988). Nursing from concept to practice. 2th ed. California: Appleton.
- 22-Freidman, Menlgn(1992). Family nursing theory and assessment. New york: Appeliton Centary croftso3.
- 23-Lynsky, M. T. et al. (1994). " The effect of parental alcohol problem on rates of adolescent psychiatry disorders" Addiction 89: 10. PP:1277-1286.
- 24-Gaudin J. M. (1988). Treatment of families who neglect their children. london: Sage publication.
- 25-Dadd David T and Roberts richard I (1999). "Differences Among adult coas and adult non. Coas on levels of self-steem depression and Anxiety". Journal of Addiction and fendure and counseling Vol. 14. PP:49-55.
- 26-Ackerman, R. J.(1988). Stress in the family. Dep of sociology. Indina. Pensilvania. Uni press.
- 27-Turner Goan G; Katherin H. Charigny (1988). Community Health nursing and Epidemiology promotion Health. U.S.A. Mosby co. A Survey on the Social and psychological problems of Adolescents with "addicted father".