

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



ریاست جمهوری
ستاد مبارزه با مواد مخدر
دفتر تحقیقات و آموزش

بررسی وضعیت مصرف مواد و عوارض روانی و اجتماعی در فرزندان معتاد

مجری طرح:
دکتر نور محمد بخشانی

ناظر
دکتر عزیزاله مجاهد

همکاران:
نورالدین میر و معصومه ذبیح پور

خرداد ۱۳۹۶

نام کارفرما
ستاد مبارزه با مواد مخدر

تاریخ شروع
۹۵/۰۳/۱۸

تاریخ اتمام
۹۶/۰۳/۱۸

اعتبار مصوب
۷ میلیون و ۷۰۰ هزار تومان

شماره قرار داد
۲۲/۱۹۳۳۵۴۶

مدت زمان انجام طرح
۱۲ ماه

تقدیر و تشکر

حمد و سپاس یکتای بی همتا را که لطفش بر ما عیان است، ادای شکرش را هیچ زبان و دریای فضلش را هیچ کران نیست و اگر در این وادی هستیم، همه محبت اوست.

الهی ای مهربان تر از ما به ما، از تو می خواهیم همه کسانی را که حتی ذره ای در انجام این امر مرا یاری نموده اند، در سایه لطف و محبت بیکرانت سلامت، شادکام و موفق بداری.

پس از سجده به درگاه عبودیت شایسته است از عزیزی که در این پروژه نوین تلاش نمودند سپاس و قدر دانی نمایم.

از استاد گرانقدر جناب آقای دکتر مجاهد که زحمت نظارت بر این طرح را کشیدند تشکرمی نمایم.

همچنین با سپاس و قدر دانی از آقای نورالدین میر و خانم معصومه ذبیح پور رحیم آبادی که زحمت همکاری در این طرح را کشیدند تشکر می نمایم.

از جناب آقای محمد هادی مرعشی دبیر شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان سیستان و بلوچستان تشکر و قدردانی می نمایم.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	چکیده
۲	فصل اول - کلیات پژوهش
۳	۱-۱- مقدمه
۳	۱-۲- بیان مسئله
۴	۱-۳- اهمیت پژوهش
۵	۱-۴- اهداف پژوهش
۵	۱-۴-۱- هدف اصلی
۵	۱-۴-۲- هدف فرعی
۵	۱-۵- فرضیات پژوهش
۶	۱-۶- تعاریف نظری و عملیاتی متغیرهای پژوهش
۸	فصل دوم - مبانی نظری ، ادبیات و پیشینه پژوهش
۹	۱-۲- اعتیاد
۹	۱-۱-۲- نظریه های روانشناختی اعتیاد
۱۰	۱-۲-۱- رویکرد جامعه شناختی اعتیاد
۱۱	۱-۲-۱-۲- تئوری محرومیت نسبی
۱۲	۱-۲-۲-۱- نظریه خرده فرهنگ
۱۲	۱-۲-۲-۳- نظریه پیوند افتراقی
۱۴	۱-۲-۳- انواع مواد
۱۵	۱-۲-۴- تاثیر مختلف مواد
۱۶	۱-۲-۵- تاریخچه استعمال مواد در جهان
۱۸	۲-۲- سلامت روان
۱۸	۱-۲-۲- تاریخچه سلامت روان
۱۹	۲-۲-۲- مفهوم سلامت روانی
۱۹	۲-۲-۳- تعریف سلامت روانی
۲۱	۲-۲-۴- ابعاد سلامت روانی
۲۳	۲-۲-۵- سلامت روانی از دید مکاتب مختلف
۲۳	۱-۲-۵-۱- مکتب زیست گرایی
۲۴	۱-۲-۵-۲- مکتب روان کاوی
۲۴	۲-۲-۵-۳- مکتب رفتارگرایی
۲۵	۲-۲-۵-۴- مکتب انسانگرایی
۲۵	۲-۲-۵-۵- مکتب بوم شناختی
۲۵	۲-۲-۵-۶- مکتب هستی گرایی
۲۶	۲-۲-۵-۷- دیدگاه قرآن و اسلام

۲۶	..... ۶-۲-۲- ملاک ها و معیار های سلامت روان
۲۷	..... ۷-۲-۲- مشخصه بهداشت روانی و شخصیت سالم
۲۹	..... ۳-۲- سازگاری اجتماعی
۳۰	..... ۱-۳-۲- تعریف سازگاری اجتماعی
۳۰	..... ۲-۳-۲- نظریه های سازگاری اجتماعی
۳۱	..... ۱-۲-۳-۲- نظریه روان پویشی
۳۶	..... ۲-۲-۳-۲- نظریه یادگیری
۳۶	..... ۳-۲-۳-۲- نظریه یادگیری شناختی اجتماعی
۳۶	..... ۴-۲-۳-۲- نظریه اجتماعی شناختی
۳۸	..... ۵-۲-۳-۲- نظریه پدیدار شناختی
۳۹	..... ۶-۲-۳-۲- نظریه تحولی
۴۰	..... ۷-۲-۳-۲- خلاصه دیدگاههای در مورد سازگاری اجتماعی
۴۱	..... ۴-۲- آسیب شناسی روانی اجتماعی والدین معتاد
۴۶	..... ۵-۲- آسیب شناسی روانی اجتماعی کودکان دارای والدین معتاد
۵۲	..... ۶-۲- پژوهش های انجام شده در خارج و داخل
۵۲	..... ۱-۶-۲- پژوهش های خارجی
۵۶	..... ۲-۶-۲- پژوهش های داخلی

فصل سوم - روش شناسی

۵۸	
۵۹	..... ۱-۳- نوع طرح پژوهشی
۵۹	..... ۲-۳- جامعه آماری
۵۹	..... ۳-۳- روش نمونه گیری و تعیین حجم نمونه
۵۹	..... ۴-۳- ابزار گرد آوری داده ها
۶۳	..... ۵-۳- روش اجرا و جمع آوری اطلاعات
۶۳	..... ۶-۳- روش تجزیه و تحلیل داده ها

فصل چهارم - تجزیه و تحلیل یافته های پژوهش

۶۴	
۶۵	..... ۴- مقدمه
۶۶	..... ۱-۴- یافته های توصیفی
۶۶	..... ۲-۴- داده های استنباطی

فصل پنجم - نتیجه گیری

۷۸	
۷۹	..... ۱-۵- مقدمه
۷۹	..... ۲-۵- بحث و نتیجه گیری
۸۴	..... ۳-۵- محدودیت های پژوهش
۸۴	..... ۴-۵- پیشنهادات

۸۴	..... ۵-۴-۱- پیشنهاد های کاربردی
۸۴	..... ۵-۴-۲- پیشنهاد هایی برای تحقیقات آینده
۸۵	فهرست منابع و مآخذ
۸۵	..... منابع فارسی
۸۹	..... منابع انگلیسی
۹۷	ضمائم
۹۸	..... پرسشنامه CPT فرم ۹ تا ۱۶ سال
۱۰۱	..... پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ ۲۸

۶۶	جدول ۱-۴ فراوانی و درصد آزمودنی ها بر حسب جنس، سن، نوع مصرف مواد والدین
۶۶	جدول ۲-۴ نتایج ضریب همبستگی بین مصرف مواد والدین و عوارض روانی روان فرزندان
۶۷	جدول ۳-۴ نتایج ضریب همبستگی بین مصرف مواد والدین و نمره کل سلامت روان فرزندان .
۶۷	جدول ۴-۴ نتایج ضریب همبستگی بین مصرف مواد والدین و علائم اضطرابی و اختلال خواب فرزندان .
۶۸	جدول ۵-۴ نتایج رگرسیون برای پیش بینی زیر مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب فرزندان از روی مصرف مواد
۶۸	جدول ۶-۴ نتایج ضریب همبستگی بین مصرف مواد والدین و علائم افسردگی فرزندان
۶۹	جدول ۷-۴ نتایج رگرسیون برای پیش بینی زیر مقیاس علائم افسردگی فرزندان از روی مصرف مواد والدین
۶۹	جدول ۸-۴ نتایج ضریب همبستگی بین مصرف مواد والدین و علائم جسمانی فرزندان
۷۰	جدول ۹-۴ نتایج رگرسیون برای پیش بینی زیر مقیاس علائم جسمانی فرزندان از روی مصرف مواد والدین
۷۰	جدول ۱۰-۴ نتایج ضریب همبستگی بین مصرف مواد والدین و کارکرد های اجتماعی فرزندان
۷۱	جدول ۱۱-۴ نتایج رگرسیون برای پیش بینی زیر مقیاس کارکرد های اجتماعی فرزندان از روی مصرف مواد والدین
۷۱	جدول ۱۲-۴ نتایج ضریب همبستگی بین مصرف مواد والدین و سازگاری اجتماعی فرزندان
۷۲	جدول ۱۳-۴ نتایج رگرسیون برای پیش بینی زیر مقیاس سازگاری اجتماعی فرزندان از روی مصرف مواد والدین
۷۲	جدول ۱۴-۴ نتایج ضریب همبستگی بین مصرف مواد والدین و مهارت اجتماعی فرزندان
۷۳	جدول ۱۵-۴ نتایج رگرسیون برای پیش بینی زیر مقیاس مهارت های اجتماعی فرزندان از روی مصرف مواد والدین
۷۳	جدول ۱۶-۴ نتایج ضریب همبستگی بین مصرف مواد والدین و علایق ضد اجتماعی فرزندان
۷۴	جدول ۱۷-۴ نتایج رگرسیون برای پیش بینی زیر مقیاس علایق ضد اجتماعی فرزندان از روی مصرف مواد والدین
۷۴	جدول ۱۸-۴ نتایج ضریب همبستگی بین مصرف مواد والدین و روابط خانوادگی فرزندان
۷۴	جدول ۱۹-۴ نتایج رگرسیون برای پیش بینی زیر مقیاس روابط خانوادگی فرزندان از روی مصرف مواد والدین
۷۵	جدول ۲۰-۴ نتایج ضریب همبستگی بین مصرف مواد والدین و روابط مدرسه ای فرزندان
۷۵	جدول ۲۱-۴ نتایج رگرسیون برای پیش بینی زیر مقیاس روابط مدرسه ای فرزندان از روی مصرف مواد والدین
۷۶	جدول ۲۲-۴ نتایج ضریب همبستگی بین مصرف مواد والدین و روابط اجتماعی فرزندان
۷۶	جدول ۲۳-۴ نتایج رگرسیون برای پیش بینی زیر مقیاس روابط اجتماعی فرزندان از روی مصرف مواد والدین
۷۷	جدول ۲۴-۴ نتایج ضریب همبستگی بین مصرف مواد والدین و قالب های اجتماعی فرزندان
۷۷	جدول ۲۵-۴ نتایج رگرسیون برای پیش بینی زیر مقیاس قالب های اجتماعی فرزندان از روی مصرف مواد والدین

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی وضعیت مصرف مواد والدین و عوارض روانی، اجتماعی در فرزندان آنها انجام شد. پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است جامعه آماری شامل کلیه فرزندان یا کودکان ۱۲ تا ۱۸ سال دارای والدین معتاد در استان سیستان و بلوچستان بر طبق آمار، مرکز آمار ایران می باشد. بر اساس فرمول کوکران حجم نمونه بدست آمد. روش نمونه گیری در دسترس بود. ابزار سنجش شامل دو پرسشنامه ی سلامت عمومی گلدبرگ و پرسشنامه شخصیتی کالیفرنیا، زیر مقیاس سازگاری اجتماعی بود. روش آماری مورد استفاده همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون برای پیش بینی زیر مقیاسهای پرسشنامه از روی مصرف مواد والدین بود. نتایج نشان میدهد که بین مصرف مواد والدین و عوارض روانی فرزندان رابطه وجود دارد. بین مصرف مواد والدین و علائم اضطرابی و اختلال خواب فرزندان ($r = 0.08, P \leq 0.01$) رابطه معناداری در سطح ۰/۹۵ اطمینان وجود دارد. نتایج رگرسیون اینتر نشان داد مصرف مواد والدین پیش بینی کنندهی مثبت و معنی داری برای علائم اضطرابی و اختلال خواب فرزندان است. و بین مصرف مواد والدین و علائم افسردگی فرزندان ($r = 0.08, P \leq 0.01$) رابطه معناداری در سطح ۰/۹۵ اطمینان وجود دارد. نتایج رگرسیون اینتر نشان داد مصرف مواد والدین پیش بینی کنندهی مثبت و معنی داری برای علائم افسردگی فرزندان است. همچنین بین مصرف مواد والدین و علائم جسمانی فرزندان ($r = 0.08, P \leq 0.01$) رابطه معناداری در سطح ۰/۹۵ اطمینان وجود دارد. نتایج رگرسیون اینتر نشان داد مصرف مواد والدین پیش بینی کنندهی مثبت و معنی داری برای علائم جسمانی فرزندان است. و در نهایت بین مصرف مواد والدین و کارکردهای اجتماعی فرزندان ($r = 0.08, P \leq 0.01$) رابطه معکوس معناداری در سطح ۰/۹۵ اطمینان وجود دارد. نتایج رگرسیون اینتر نشان داد مصرف مواد والدین پس پیش بینی کنندهی معکوس و معنی داری برای کارکردهای اجتماعی فرزندان است. همچنین نتایج نشان داد که بین مصرف مواد والدین و عوارض اجتماعی فرزندان رابطه وجود دارد. بین مصرف مواد والدین و سازگاری اجتماعی فرزندان ($r = 0.08, P \leq 0.01$) رابطه معکوس و معناداری در سطح ۰/۹۵ اطمینان وجود دارد. نتایج رگرسیون اینتر نشان داد مصرف مواد والدین پیش بینی کنندهی معکوس و معنی داری برای سازگاری اجتماعی فرزندان است. و بین مصرف مواد والدین و مهارت های اجتماعی فرزندان ($r = 0.08, P \leq 0.01$) رابطه معکوس و معناداری در سطح ۰/۹۵ اطمینان وجود دارد. نتایج رگرسیون اینتر نشان داد مصرف مواد والدین پس پیش بینی کنندهی معکوس و معنی داری برای مهارتهای اجتماعی فرزندان است. همچنین بین مصرف مواد والدین و علایق ضد اجتماعی ($r = 0.08, P \leq 0.01$) رابطه مستقیم و معناداری در سطح ۰/۹۵ اطمینان وجود دارد. نتایج رگرسیون اینتر نشان داد مصرف مواد والدین پس پیش بینی کنندهی مثبت و معنی داری برای علایق ضد اجتماعی فرزندان است. و بین مصرف مواد والدین و روابط خانوادگی فرزندان ($r = 0.08, P \leq 0.01$) رابطه معکوس معناداری در سطح ۰/۹۵ اطمینان وجود دارد. نتایج رگرسیون اینتر نشان داد مصرف مواد والدین پیش بینی کنندهی معکوس و معنی داری برای روابط خانوادگی فرزندان است. و بین مصرف مواد والدین و روابط مدرسه ای فرزندان ($r = 0.08, P \leq 0.01$) رابطه معناداری در سطح ۰/۹۵ اطمینان وجود دارد. نتایج رگرسیون اینتر نشان داد مصرف مواد والدین پس پیش بینی کنندهی معکوس و معنی داری برای روابط مدرسه ای فرزندان است. همچنین بین مصرف مواد والدین و روابط اجتماعی فرزندان ($r = 0.08, P \leq 0.01$) رابطه معکوس و معناداری در سطح ۰/۹۵ اطمینان وجود دارد. نتایج رگرسیون اینتر نشان داد مصرف مواد والدین پس پیش بینی کنندهی معکوس و معنی داری برای روابط اجتماعی فرزندان است. و در نهایت بین مصرف مواد والدین و قالبهای اجتماعی فرزندان ($r = 0.08, P \leq 0.01$) رابطه معکوس معناداری در سطح ۰/۹۵ اطمینان وجود دارد. نتایج رگرسیون اینتر نشان داد مصرف مواد والدین پیش بینی کنندهی معکوس و معنی داری برای قالب های اجتماعی فرزندان است.

واژگان کلیدی: والدین مصرف کننده مواد مخدر، کودکان، عوارض روانی و اجتماعی

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱- مقدمه

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 (رادفر، ۱۳۸۷). 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 هم ریشه در مسائل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و روانی جامعه دارد و متقابلاً بر روان فرد و اجتماع تأثیر می‌گذارد (اسعدی، ۱۳۸۱). آمار نشان می‌دهد که اعتیاد یک بیماری موروثی است که از نسلی به نسل بعدی منتقل می‌شود. با آنکه عوامل ژنتیکی نقش مهمی در مبتلا شدن به بیماری اعتیاد ایفا می‌کنند، اما فرزند یک معتاد قاعدتاً الگوهای عاطفی، روانی و رفتاری والدین خود را در زندگی دنبال می‌کند (دیتون، ۲۰۰۰) و آن در کولک ۱۹۸۷ و کریستال (۱۹۶۸). خانواده اولین محیط تربیتی رشد کودک است و با اینکه در طول زمان، بسیاری از کارکردهای خود را به نهادهای مختلف اجتماعی محول نموده، اما هیچ نهادی تا کنون نتوانسته است مهمترین کارکرد آن را که پرورش و تربیت فرزندان است، به طور کامل به عهده بگیرد. اهمیت تأثیر خانواده بر رشد فرد به قدری است که همه نظریه‌های موجود، توجه خود را بدان معطوف نموده‌اند. هدف خانواده به عنوان یک جامعه کوچک، تربیت و انطباق اجتماعی فرزندان است و این عمل در خانواده‌هایی با افراد معتاد، دچار ضعف می‌باشد. والدین اولین کسانی هستند که شخصیت فرزندان را شکل می‌دهند. محیط خوب باعث رشد افکار فرزندان می‌شود و محیط بد نیز می‌تواند عمیق‌ترین تباهی‌ها را در فرزندان شکل دهد. در چنین حالتی در صورتی که والدین دچار آلودگی‌هایی به خصوص مصرف مواد مخدر باشند، فرزندان آنها نیز از هر لحاظ آسیب‌پذیر می‌شوند. خانواده‌ی دارای والدین معتاد، محصولی همانند کسالت و بیماری‌های روحی- روانی برای فرزندان به بار می‌آورد؛ روان رنجوری و پریشان حالی فرزندان در این خانواده‌ها بیشتر است؛ هم‌چنانکه فرزندان آنها نسبتاً اضطراب و ناامیدی بیشتری را احساس می‌کنند. این افراد برای ابتلا به بزهکاری مستعد تر هستند و آینده مناسبی برای خود نمی‌بینند. پس باید نسبت به این خانواده‌ها به ویژه فرزندان‌شان مسوولانه‌تر برخورد شود و تدابیر مخصوصی اتخاذ گردد (والدیان، ۱۳۹۵).

۱-۲ بیان مسئله

آمار معتادین و نیز عوارض ناشی از اعتیاد افراد افزایش یافته است. برآوردهای رسمی اولیه و ساده از تعداد معتادین و سوء مصرف کنندگان مواد مخدر رقمی حدود ۲ میلیون نفر را ذکر می‌نماید و با در نظر گرفتن حداقل یک خانواده ۵ نفری مرتبط با این افراد به رقمی حدود ۱۰ میلیون نفر انسان که در ارتباط نزدیک با معضلات و مشکلات ناشی از آن می‌باشند، دست می‌یابیم (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۹، به نقل از جان فزا، ۱۳۹۳). در جامعه ما اکثر پژوهش‌های

مربوط به خانواده، درباره طلاق و عوارض آن بوده است، لیکن در خصوص فرزندانی که والدین آنها معتادند و رنج استخوان سوز این فرزندان اطلاعات چندانی در دست نیست. فرزندان خانواده های دارای والدین معتاد از دید پژوهشگران نهادهای تامین اجتماعی مخفی مانده اند. زیرا برخلاف کودکان خیابانی، به ظاهر در خانواده به سر می برند. اینک که تمرکز پژوهشگران بر این فرزندان معطوف شده این پژوهش بر روی فرزندان فراموش شده خانواده هایی تمرکز دارد که والدین آنها معتادند تا نشان دهد که وضعیت روانی اجتماعی این فرزندان به مراتب بحرانی تر است. این فرزندان حضور فیزیکی والدین را احساس می کنند، اما والدینی که دارای نقش مخرب و آزاد دهنده اند. این فرزندان مانند سایرین به مدرسه می روند و دارای پدر و مادرند، اما روند جامعه پذیری آنان به حدی پیچیده است که تا موضوع اعتیاد والدین فاش نشود و خانواده از هم گسیخته نگردد قابل ارزیابی نیست (نابدل، ۱۳۸۹). شخصیت کودک طی ۶ سال اول زندگی فرم اصلی خود را می یابد و روابط موجود در خانواده مثل میزان محبت و میزان استقلال کودک در تصمیم گیری هایش عواملی هستند که شخصیت وی را می سازند. میزان بروز اختلالات رفتاری در کودکان با اعتیاد والدین رابطه مستقیمی دارد. در ۸۰٪ خانواده های دارای والدین معتاد، کودکان مورد آزار و اذیت جسمی و روحی قرار می گیرند. معمولاً والدین در برآورده کردن نیازهای جسمی، ایجاد علاقه و حمایت هیجانی کودک خود ناتوان هستند و کودکان آنها از مشکلات جسمی، روانی و هیجانی رنج می برند درحالی که در خانواده های سالم، فرزند با افق روشن تری از زندگی آینده رشد می کند. در ۴۰٪ خانواده هایی که دارای والدین معتاد بوده اند فرزندان آنها در بزرگسالی استعداد بیشتری برای گرایش به اعتیاد داشته اند و میزان افسردگی در این کودکان بیشتر از کودکان با خانواده سالم می باشند (مجرد، جمالی، ساربان، ۱۳۸۸). جمع بندی مطالعات متعددی که در مورد فرزندان والدین مصرف کننده مواد و الکل انجام شده است نشان می دهد، محیط این خانواده ها با تروما، تنش و آشفتگی زیادی همراه است که اثرات منفی زیادی بر زندگی فرزندان می گذارد. مصرف کنندگان مواد و الکل، مهارت های فرزندپروری مناسبی ندارند، که خود، محیط خانوادگی پرخطری ایجاد می کند. نظارت ضعیف والدین بر رفتارهای فرزندان، اختلاف والدین، کیفیت ضعیف تعاملات والد- فرزند، صمیمیت و گرمی کم والدین، انضباط ناپایدار یا نبود آن در چنین خانواده هایی شایع است (آریا^۱ و همکاران، ۲۰۱۲، به نقل از نوری، ۱۳۹۳). در این پژوهش محقق سعی دارد به بررسی وضعیت مصرف مواد مخدر و عوارض روانی - اجتماعی در فرزندان معتاد بپردازد و راهکارهای لازم را در این زمینه ارائه نماید.

۱-۳ اهمیت پژوهش

فرزندانی که در خانواده هایی با والدین معتاد رشد می کنند در معرض انواع آسیب های روحی و جسمانی، روانی و اجتماعی هستند، که یکی از مهم ترین آنها افسردگی و بزهکاری است. ضرورت و اهمیت پرداختن به این فرزندان از آنجا نشأت می گیرد که هنوز آنان بزهکار و مجرم نشده اند، فرایندهای یادگیری در درون خانواده و شیوه کنشهای آنها عناصر اصلی است که مسیرهای انحرافی را برای فرزندان مهیا می سازد، زیرا معمولاً الگوی رفتاری پدر و مادر

^۱ Arria

معتقد به فرزندان منتقل می شود. اهمیت تاثیر خانواده بر رشد فرد به قدری است که اکثر دیدگاهها، به آن توجه زیادی کرده اند. به عنوان مثال دیدگاه بیولوژیایی - فیزیولوژیایی به شباهت فرزند به والدین به لحاظ زیستی توجه دارد و تربیت وی را در محیط خانواده، سبب شباهت او به ایشان می داند. نظریه روان پویایی به تاثیر قاطع والدین در شکل گیری شخصیت کودک در پنج سال اولیه رشد، اشاره دارد. نظریه یادگیری رفتاری - اجتماعی که همه گونه رفتار آدمی را به یادگیری های او نسبت می دهد نیز به محیط خانواده، توجه زیادی دارد. نظریه یادگیری مشاهده ای نیز که رفتار فرد را حاصل مشاهده رفتار دیگران می داند، به نقش والدین به عنوان اولین الگوهای کودک توجهی خاص دارد. دیدگاه شناختی هم که هرگونه رفتار را نتیجه تعبیر و تفسیر اطلاعاتی می داند که فرد از محیط خارج دریافت می کند، معتقد است که معنی دادن به وقایع زندگی را اولین بار، کودک در محیط خانواده می آموزد. سرانجام، رویکرد مربوط به نظام خانواده نیز توجه زیادی به الگوهای روابط خانوادگی مبذول می دارد. با وجود اینکه خانواده، مامن و ماوای هر کودک و نوجوان است، اما خود، در بروز بسیاری از مشکلات رفتاری نقش بسزایی بازی می کند (یگانگی، ۱۳۹۴). مطالعات نقش والدین در آسیب شناسی روانی کودک از جمله اختلالات افسردگی، رفتارهای ضد اجتماعی، رفتار معطوف به خودکشی، اختلالات اضطرابی، در خودماندگی و اختلالات خوردن مورد بررسی قرار داده است. بیشتر این نتایج بر اهمیت تاثیر نقش والدین بر آسیب شناسی روانی کودک و نوجوان تاکید دارند. در این میان نقش اعتیاد والدین بر آسیب های روانی و اجتماعی کودکان می تواند بسیار مخرب تر باشد. لذا بررسی آن بسیار حائز اهمیت است.

۱-۴ اهداف پژوهش

۱-۴-۱ هدف اصلی

بررسی وضعیت مصرف مواد والدین و عوارض روانی - اجتماعی در فرزندان.

۱-۴-۲ اهداف فرعی

- ۱- بررسی وضعیت مصرف مواد والدین و عوارض روانی در فرزندان
- ۲- بررسی وضعیت مصرف مواد والدین و عوارض اجتماعی در فرزندان

۱-۵ فرضیات پژوهش

۱-۵-۱ فرضیات اصلی

- ۱- بین مصرف مواد والدین و عوارض روانی فرزندان رابطه وجود دارد
- ۲- بین مصرف مواد والدین و عوارض اجتماعی فرزندان رابطه وجود دارد.

۱-۵-۲ فرضیات فرعی

- ۱- بین مصرف مواد والدین و سلامت روان فرزندان رابطه وجود دارد.
- ۲- بین مصرف مواد والدین و علائم اضطرابی و اختلال خواب فرزندان رابطه وجود دارد.
- ۳- بین مصرف مواد والدین و علائم افسردگی فرزندان رابطه وجود دارد.
- ۴- بین مصرف مواد والدین و علائم جسمانی فرزندان رابطه وجود دارد.
- ۵- بین مصرف مواد والدین و کارکرد های اجتماعی فرزندان رابطه وجود دارد.
- ۶- بین مصرف مواد والدین و سازگاری اجتماعی فرزندان رابطه وجود دارد.
- ۷- بین مصرف مواد والدین و مهارت های اجتماعی فرزندان رابطه وجود دارد.
- ۸- بین مصرف مواد والدین و علایق ضد اجتماعی فرزندان رابطه وجود دارد.
- ۹- بین مصرف مواد والدین و روابط خانوادگی فرزندان رابطه وجود دارد.
- ۱۰- بین مصرف مواد والدین و روابط مدرسه ای فرزندان رابطه وجود دارد.
- ۱۱- بین مصرف مواد والدین و روابط اجتماعی فرزندان رابطه وجود دارد.
- ۱۲- بین مصرف مواد والدین و قالبهای اجتماعی فرزندان رابطه وجود دارد.

۱-۶ تعاریف نظری و عملیاتی متغیرهای پژوهش

اعتیاد و معتاد

اعتیاد: اعتیاد یا وابستگی دارویی را می توان به مصرف تکراری داروها و مواد اعتیادآور که دارای سه ویژگی تحمل، علائم ترک دارو یا ماده خاص و احساس اجبار در مصرف می باشد تعریف کرد (اتکینسون و همکاران^۱، ترجمه براهنی و همکاران، ۱۳۸۲).

معتاد: معتاد فردی است که از راههای گوناگون نظیر خوردن، کشیدن، تزریق و استنشاق، یک یا چند ماده مخدر را با هم و به صورت مداوم مصرف می کند و در صورت قطع آن، با مسائل جسمانی، رفتاری یا هر دو مواجه می شود (آقابخش، ۱۳۷۹).

سلامت روان

تعریف نظری: سازمان بهداشت جهانی سلامتی را چنین تعریف می کند، حالت سلامتی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی است نه فقدان بیماری یا نقص عضو. سلامت روانی در واقع جنبه ای از مفهوم سلامت کلی است. هدف هر جامعه این است که شرایطی را که سلامت اعضای جامعه را تضمین می کند آماده نماید. بسیاری از پژوهش

^۱ Atkinson&eta

های اخیر مشخص کرده است که یک سری اختلال های فیزیکی و جسمی به شرایط خاص روانی مرتبط هستند. با وجود این که سلامت روانی مفهومی است که خیلی وسیع از آن استفاده می شود، اما هنوز یک تعریف کلی که مورد قبول باشد موجود نیست (نجاتی، ۱۳۸۷). کورسینی^۱ در سال ۱۹۹۹، سلامت روان را حالت روانی که ویژگی بارز آن سلامت و بهبود هیجانی و عاطفی و نداشتن اضطراب و نشانگان مختل کننده زندگی و ظرفیت ایجاد رابطه حسنه و رضایت بخش با دیگران و مقابله مناسب با تنیدگی ها و تناقض های زندگی است تعریف کرده است.

تعریف عملیاتی سلامت روان: منظور از سلامت روان در این تحقیق نمراتی است که از مقیاس سلامت روان ۲۸ سوالی گلدبرگ (GHQ ۲۸) بدست می آید.

سازگاری اجتماعی

تعریف نظری سازگاری اجتماعی: سازگاری اجتماعی یکی از ابعاد اجتماعی شدن است. برخی صاحب نظران سازگاری اجتماعی را مترادف مهارت های اجتماعی می دانند. اسلاموسکی ودان^۲ (۱۹۹۶)، سازگاری و مهارت اجتماعی را فرایندی می دانند که فرد را قادر می سازد تا رفتار دیگران را درک و پیش بینی کند، رفتار خود را کنترل کند و تعاملات اجتماعی خود را به نحو سازش یافته ای تنظیم کند. اسلبی و گورا^۳ (۱۹۹۸)، سازگاری اجتماعی را مترادف با مهارت اجتماعی می دانند. از نظر آن ها مهارت اجتماعی عبارت است از توانایی ایجاد ارتباط متقابل با دیگران در زمینه ی خاص اجتماعی و به طریق خاص که در عرف جامعه قابل قبول و ارزشمند باشند (یاوری، ۱۳۹۲).

تعریف عملیاتی سازگاری اجتماعی: در این پژوهش سازگاری اجتماعی بر اساس بخش دوم پرسشنامه شخصیتی کالیفرنیا که شامل ۶ مقوله قالب های اجتماعی، مهارت های اجتماعی، گرایش ضد اجتماعی، روابط خانوادگی، روابط مدرسه ای و روابط اجتماعی است مورد اندازه گیری قرار خواهد گرفت.

^۱ Corsini

^۲ Slomowski & Dunn

^۳ Slubby & Guara

فصل دوم

پیشینه پژوهش

۲-۱- اعتیاد و نظریه های مربوط به اعتیاد

اعتیاد چیست؟ اعتیاد را به عادت کردن، خو گرفتن، و خود را وقف عادت‌ی نکوهیده کردن معنا کرده اند، به عبارت دیگر تسلیم به ماده مخدر که از نظر جسمی و یا اجتماعی زیان آور شمرده می شود، اعتیاد نام دارد. در سال ۱۹۵۰ سازمان ملل متحد تعریفی را برای اعتیاد به مواد مخدر ارائه کرد «اعتیاد به مواد مخدر عبارت است از مسمومیت تدریجی یا حادی که به علت استعمال مداوم یک دارو اعم از طبیعی یا ترکیبی ایجاد می شود و به حال شخص و اجتماع زیان آور است» (ستوده، ۱۳۸۰). تاکنون روان‌شناسان، روان‌پزشکان، جامعه‌شناسان، محققان و متخصصان، تئورهای مختلفی را در ارتباط با پدیده اعتیاد ارائه داده‌اند. گروهی بر این عقیده‌اند که آمادگی روانی، شخصیت ناپه‌نجار، بیماری‌های دردناک و صعب‌العلاج علت اصلی اعتیاد است، عده‌ای دیگر ناهنجاری‌ها و نابسامانی‌های موجود در خانواده و معاشرت با دوستان منحرف و گروه همسالان را علت اصلی اعتیاد فرد می‌دانند. گروهی دیگر علل اعتیاد را در اجتماع جستجو کرده و بحران‌ها و بی‌سازمانی‌های اجتماعی را علت اصلی اعتیاد به مواد مخدر می‌دانند. به هر حال به هر دلیلی که فرد معتاد شود تاثیر مخرب بر بافت خانوادگی و به خصوص فرزندان دارد. در این بخش ابتدا نظریه های اعتیاد با رویکردهای روان شناختی و جامعه شناختی، را مرور می کنیم و انواع مواد و تاثیر پذیری مختلف مواد را بررسی می کنیم، بعد از آن به نظریه های مربوط به سلامت روان و سازگاری اجتماعی می پردازیم و آنگاه پیرامون آسیب شناسی روانی_ اجتماعی والدین معتاد و آسیب شناسی روانی_ اجتماعی کودکان این والدین به اجمال سخن می گوئیم و در نهایت پژوهشهای پیرامون موضوع را می شماریم.

۲-۱-۱- نظریه های روان شناختی اعتیاد

بسیاری از روان‌شناسان انحراف را بر حسب نقص شخصیت توجیه می‌کنند، به این معنا که برخی از گونه‌های شخصیت بیش‌تر از گونه‌های دیگر به انحراف اجتماعی گرایش دارند (کوئن^۱، ۱۳۸۵). برخی دیگر از روان‌شناسان برای توضیح انواع کج‌روی‌ها اختلالات روانی و شخصیتی را به سه دسته تقسیم می‌کنند: ۱- نقص فکری یا عقب‌ماندگی ذهنی. ۲- روان‌پریشی یا جنون. ۳- اختلالات از نوع نژندی یا روان‌نژندی (سخاوت، ۱۳۸۰).

زیگموند فروید^۲ در تحلیل روان‌کاوانه خود با بکارگیری مفاهیمی چون غرایز جنسی و پرخاشگری، عقده ادیپ و همچنین «نهاد»، «خود» و «فراخود» به‌عنوان عناصر اساسی ساختار شخصیت، استدلال کرده است که خلاف‌کاران، کسانی هستند که غرایز و تمایلات آن‌ها در دوران کودکی بویژه در سنین ۴ یا ۵ سالگی از سوی قواعد و فرهنگ حاکم بر خانواده و اجتماع، سرکوب شده و دچار عقده ادیپ شده‌اند، زیرا تمایلات شخصی افراد در ضمیر ناخودآگاه آن‌ها یعنی «نهاد» پیوسته در تلاش است که خود را بروز دهد و «فراخود» آگاهانه وظیفه دارد تمایلات شخص را جرح و تعدیل

^۱ coen
^۲ freud

کرده، آن‌هایی را اجازه بروز می‌دهد که در سطح جامعه و فرهنگ مقبولیت داشته باشند و «خود» نیز جنبه کنترلی دارد. حال کسانی که دارای رفتار ناسازگارانه هستند، بدلیل این است که «فراخود» از وظیفه خود غفلت ورزیده است. بنابراین به راحتی فرد می‌تواند اصول حاکم در جامعه و عزت نفس خود را زیر پا گذاشته و دست به رفتار انحرافی بزند (گیدنز^۱، ۱۳۷۳).

هورنای^۲ معتقد است شخص برای فرار از اضطراب ممکن است به انکار وجود آن به هر وسیله ممکن بپردازد که در این صورت شخص با آگاهی و اصرار گرایش به انجام رفتارهای انحرافی از قبیل مصرف الکل و مواد مخدر پیدا می‌کند.

ویلکر^۳ نیز معتقد است که فرد معتاد قادر به حل مشکلات خود نیست و نمی‌تواند درگیری‌های عاطفی خود را به صورت مورد پسند حل کند. بنابراین به مواد مخدر روی می‌آورد (شایسته، ۱۳۷۵).

از نیمه دوم قرن بیستم به بعد، تبیین‌های روان‌شناسی رفتار انحرافی مورد تردید و انتقاد دانشمندان به ویژه جامعه‌شناسان قرار گرفت. آن‌ها چنین استدلال می‌کنند که این قبیل نظریه‌ها، عوامل اجتماعی و فرهنگی را در تبیین انحرافات نادیده می‌گیرند. همچنین در روش مطالعات روان‌شناختی اتفاق نظر چندانی وجود ندارد. در میان روان‌شناسان توافق ناچیزی در مورد علل تشکیل دهنده سلامت ذهن و چگونگی سنجش ویژگی‌های شخصیتی وجود دارد. از سوی دیگر بسیاری از جامعه‌شناسان، اولویت دادن به تجارب دوران کودکی را مردود می‌دانند، زیرا این برداشت سبب می‌شود که تأثیر و نفوذ شمار کثیری از عوامل اجتماعی که بر رفتار در طول زمان اثر می‌گذارد، نادیده گرفته شود (شومیکر^۴، ۱۹۹۰ به نقل از غلامی آبیژ، ۱۳۸۲). از سوی دیگر از آنجایی که مسائل اجتماعی، پدیده‌هایی چند بعدی و پیچیده هستند، عوامل روان‌شناسی و فردی نمی‌تواند عامل بروز و گرایش افراد به بزه‌کاری باشد. لذا تبیین این مسائل از دیدگاه روان‌شناسانه اگر چه لازم است ولی کافی نیست. چه بسا ممکن است ایجاد اضطراب‌ها، افسردگی‌ها، اختلال روانی و ... ناشی از محیط خانوادگی و اجتماعی فرد باشد (قریشی نژاد، ۱۳۷۹).

۲-۱-۲- رویکردهای جامعه‌شناختی اعتیاد

در این دیدگاه گفته می‌شود که هر نظام اجتماعی قوت‌ها و ضعف‌های خاص خودش را دارد. نظام‌های اجتماعی پیشین، نقاط قوت و در عین حال نقاط ضعفی داشتند. نظام‌هایی که بر اطاعت بی‌چون و چرا از سلسله مراتب اقتدار سنتی مبتنی بود و در آن روح جمع‌گرایی غلبه داشت، از جهات فراوانی مثبت بود و خلاء عاطفی و انسانی در آن کمتر بود، اما در عین حال تحرک اجتماعی زیاد، پویایی و نوآوری گسترده و نیز آزادی‌های فردی در آن در حداقل بود. نظام‌های اجتماعی جدید، از تحرک اجتماعی رو به تزاید، پویایی، نوآوری و آزادی‌های فردی پرمایه برخوردارند. اما در مقابل مشکلات خاص خود را نیز دارند. به هر حال هر ساختار اجتماعی - فرهنگی خاص، انواع خاصی از مسائل اجتماعی را

^۱ Giddens

^۲ Horney

^۳ Wilker

^۴ Shoemaker

به همراه دارد. در این دیدگاه مسائل اجتماعی، ابعاد و پیامدهای ناخواسته، غیر مستقیم و پیش‌بینی نشده الگوهای جدید رفتار و نظام اجتماعی‌اند، به دیگر سخن، مسائل اجتماعی هزینه‌های اجتماعی سازمان خاصی از زندگی اجتماعی‌اند. در واقع اگر بپذیریم که مدرنیزم و الگوهای مدرن شده زندگی اجتماعی برای جوامع ارمن‌های زیادی داشته است و رفاه، آسایش و تحرک اجتماعی و آزادی‌های فردی را در جوامع گسترش داده است، تلویحاً باید هزینه‌های این پیشرفت را نیز بپردازیم. مسائل اجتماعی عصر ما هزینه‌هایی است که ما باید برای اتخاذ الگوهای مدرن در جامعه خویش در نظر بگیریم، یا الگوهای سنتی زندگی اجتماعی را در پیش گیریم و از مزایای پیشرفت در عرصه‌های مختلف زندگی اجتماعی، اقتصادی محروم شویم و در عوض مشکلات اجتماعی زندگی معاصر را نداشته باشیم و یا با جایگزین کردن ساختار اقتصادی، اجتماعی مدرن از زندگی نسبتاً مرفه و آزاد برخوردار شویم، اما تاوان آن را با شیوع مسائل اجتماعی جدید، بپردازیم (معیدفر، ۱۳۸۵).

۲-۱-۲-۱- تئوری محرومیت نسبی

جرم‌شناسان معتقدند که نابرابری درآمد در جوامع مختلف هم تولید فشار می‌نماید و هم باعث افزایش میزان جرم در آن‌ها می‌شود. و آن به خاطر این است که شکاف عمده بین فقیر و غنی، کینه‌توزی و عدم اعتماد را به وجود می‌آورد و چنین وضعیتی سرانجام منجر به خشونت و جرم می‌شود. در جوامعی که در آن‌ها نابرابری درآمد افزایش یافته است یک نوع حقارت و سرافکندگی در افراد کم درآمد ایجاد می‌شود که این عامل باعث ایجاد انگیزه‌های مجرمانه در برخی از این افراد می‌گردد. روان‌شناسان یادآوری کرده‌اند که تحت این شرایط مردان جوان نسبت به وضعیت خود نگران خواهند شد، در نتیجه نسبت به افرادی که از وضعیت مطلوبی برخوردار هستند حسادت خواهند ورزید. چنانچه آن‌ها نسبت به استفاده از شیوه‌های پرخاشگرانه و مخاطره آمیز در رقابت‌های اجتماعی ناتوان باشند، شانس کم‌تری برای موفقیت‌های آینده خواهند داشت. به همین خاطر اکثر این افراد مرتکب جرم و خشونت می‌شوند. این فرآیند تحت عنوان تئوری محرومیت نسبی بیان گردیده است. مفهوم محرومیت نسبی توسط جامعه‌شناسان جودیس بلاو و پیتز بلاو^۱ (۱۹۸۲) مطرح شده است. آن‌ها مفاهیمی را از تئوری آنومی با مفاهیمی که در مدل‌های بی‌سازمانی اجتماعی یافت شده است، ترکیب کرده‌اند. بر طبق نظر آن‌ها، افراد طبقات پایین ممکن است هنگام مقایسه شرایط زندگی خود با افراد ثروتمند، احساس محرومیت نمایند. این احساس محرومیت منجر به احساس بی‌عدالتی و نارضایتی گردیده و عدم اعتماد را در آن‌ها پرورش می‌دهد. در نتیجه شانس پیشرفت آن‌ها از طریق معیارهای مشروع مسدود می‌گردد و احساس ناتوانی را به وجود می‌آورد که دشمنی و پرخاشگری و سرانجام خشونت و جرم را به دنبال خواهد داشت (مبارکی، ۱۳۸۳).

۲-۱-۲- نظریه های خرده فرهنگ

نظریه های خرده فرهنگی به تبیین این که چگونه مردم با زندگی در محلات بی سازمان نسبت به انزوای اجتماعی و محرومیت اقتصادی واکنش نشان می دهند، پرداخته اند. به خاطر تحلیل رفتگی سبک زندگی، ناکامی و افسردگی اعضای طبقات پایین تر جامعه یک خرده فرهنگ مستقلی را با مجموعه قوانین و ارزش های خودی ایجاد می کنند. در حالی که فرهنگ طبقات متوسط بر تلاش و کوشش زیاد، به تأخیر انداختن ارضاء نیازها و آموزش رسمی تأکید دارد، خرده فرهنگ طبقات پایین تر به هیجانات، قلدری، ریسک کردن، شجاعت و ارضاء فوری نیازها تأکید می نماید. هنجارهای خرده فرهنگی اغلب با ارزش های متداول جامعه تضاد پیدا می کند، به خاطر این که افراد فقیر شهری دریافته اند که از عهده تقاضاهای رفتاری طبقه متوسط جامعه برآمدن غیر ممکن است. در نتیجه ساکنان محلات فقیرنشین مجبور می شوند قانون را زیر پا بگذارند و از قوانین فرهنگ کجرو پیروی نمایند (مبارکی، ۱۳۸۳). این نظریه بر بزهکاری جوانان متمرکز شده و در یک تحلیل جامعه شناختی، بزهکاری جوانان را برحسب ویژگی های خرده فرهنگی آنها مانند ارزش ها، باورها، عادات و شیوه های زندگی مورد بررسی قرار می دهد. از جمله کوهن^۱ (۱۹۵۵)، کلووارد^۲ و اوهلین^۳ (۱۹۶۰)، ماتزا^۴ (۱۹۶۴) و میلر^۵ (۱۹۷۵) معتقدند که توجه به خرده فرهنگ ها در تبیین بزهکاری جوانان از اهمیت خاصی برخوردار است. زیرا جوامع مدرن با خرده فرهنگ های متفاوت ساخته شده اند و رفتاری که در یک جایگاه خرده فرهنگی خاص به عنوان رفتار بهنجار شناخته شده است، ممکن است در جایگاه خرده فرهنگی دیگر به عنوان رفتار انحرافی در نظر گرفته شود (احمدی، ۱۳۷۷).

۲-۱-۳- نظریه پیوند افتراقی^۶

این رویکرد توسط ادوین ساترلند^۷ برای نخستین بار در سال ۱۹۳۹ و در نخستین ویرایش های کتاب او به نام اصول جرم شناسی مطرح شد. وی آن را به تدریج و به هم کاری دونالد کرسی، در ویرایش های بعدی کتاب یاد شده، کامل نمود. نظریه پیوند افتراقی بر این نکته تأکید دارد که نزدیکان و هم آلانی که بزه کار باشند تأثیر زیادی بر تشکیل و تقویت نگرش بزه کاری می گذارند و فرد را به سوی بزه کاری سوق می دهند. نظریه پیوند افتراقی محتوای اجتماعی بزه کاری را در نظر دارد و فرد بزه کار را در جایگاه اجتماعی او از حیث رابطه اش با خانواده، محله، رفقا و صاحبان در نظر می گیرد (مشکانی، ۱۳۸۱). ساترلند درباره چگونگی انتقال فرهنگی کجروی اظهار می دارد که کجروی از طریق یک گروه جریان ارتباطات اجتماعی حاصل می شود که در واقع اصطلاح «یار بد»^۸ را زنده می کند (عدل، ۱۳۸۳).

^۱ Cohen

^۲ Cloward

^۳ Ohline

^۴ Matza

^۵ Miller

^۶ Differential association theory

^۷ Saterland

^۸ Bad companion

نظریه ساترلند شامل ۹ خصیصه به قرار زیر است:

- ۱- عمل مجرمان آموختنی است، نه موروثی. یعنی تا فرد آن را نیاموزد به فکر انجام دادن آن نمی‌افتد.
 - ۲- آموزش از طریق ارتباط فرد با سایر افراد صورت می‌گیرد و عموماً به صورت شفاهی و به کمک کلمات است و فقط در برخی موارد ممکن است از طریق حرکات چهره و قیافه انجام گیرد.
 - ۳- بخش اعظم آموزش رفتار بزهکارانه در گروه‌های نزدیک که با فرد روابط صمیمانه دارند انجام می‌گیرد.
 - ۴- آموزش عمل مجرمان مراحل مختلفی دارد. الف: فنون ارتکاب جرم که گاه پیچیده و گاه ساده است. ب: جهت دادن به انگیزه‌ها، گرایش‌ها، کشش‌های درونی و توجیه عمل مجرمانه.
 - ۵- کسب انگیزه‌ها و میل به ابراز کشش‌های درونی آموختنی است. همه مردم جامعه نظر مطلوب نسبت به رعایت هنجارهای حقوقی ندارند. در برخی موارد فرد با گروهی در ارتباط است که هنجارهای حقوقی برای اعضای آن مطلوب است و گاه فرد در محیطی زندگی می‌کند که افراد نزدیک به او مخالف اطاعت از آن قواعداند.
 - ۶- زمانی فرد به عمل بزه‌کارانه دست می‌زند که آمیزش او با کسانی که موافق شکستن قاعده‌اند بیش‌تر از کسانی است که با شکستن قاعده مخالف‌اند. این بند در واقع اساس نظریه ساترلند است و به ارتباط فرد بزه‌کار و غیر بزه‌کاران اشاره می‌کند. به عبارت دیگر براساس این نظریه روابط فرد با دیگران هنگامی که به مساله جرم ارتباطی ندارد و تا زمانی که با کار جرم آمیز پیوستگی نکند، اثری در ایجاد رفتار مجرمانه ندارد (سخاوت، ۱۳۸۵).
 - ۷- فراوانی معاشرت از نظر دفعات وقوع، مدت، ارجحیت و شدت می‌تواند متفاوت باشد. یعنی میزان معاشرت فرد با افراد کج‌رفتار در مقابل افراد به‌هنجار مورد نظر است. فراوانی و مدت زمان معاشرت بسیار با اهمیت‌اند. ارجحیت با اهمیت است از این نظر که اگر رفتار موافق رعایت قانون در کودکی آموخته شود، فرد در وضعیتی متفاوت با کسی قرار دارد که از ابتدا به عدم رعایت قانون تشویق شده است. ارجحیت و شدت به منزلت معاشر، به اهمیت الگوی رفتار و میزان درگیری عاطفی فرد با آن مربوط می‌شود.
 - ۸- جریان یادگیری رفتار کج‌روانه از طریق معاشرت شامل تمام مکانیسم‌های یادگیری می‌شود که برای هر رفتار دیگری ضروری است. منظور این است که یادگیری کج‌روی تنها شامل تقلید نمی‌شود و عمیق‌تر از آن است.
 - ۹- در حالی که کج‌رفتاری بیان نیازها و ارزش‌های کلی است، نمی‌تواند از طریق همان نیازها و ارزش‌ها توجیه شود. زیرا رفتار به‌هنجار هم بیان نیازها و ارزش‌هاست. کوشش بعضی محققین برای تبیین کج‌رفتاری از طریق نیازها و ارزش‌ها مانند اصل خوشحالی، به دنبال منزلت بودن، انگیزه پولی و یا تحت فشار قرار گرفتن نمی‌تواند کج‌رفتاری را تبیین کند. زیرا این انگیزه‌ها و گرایش‌ها در رفتارهای به‌هنجار هم وجود دارد (ممتاز، ۱۳۸۱).
- نظریه ساترلند یکی از قوی‌ترین نظریه‌ها در زمینه پیدایش انحرافات است که تا به امروز قدرت تبیین زیادی دارد. ساترلند در قالب نظریه‌اش معتقد بود که انحرافات عموماً در قالب گروه‌های نخستین نظیر گروه دوستان یا خانواده

آموخته می‌شود. این گروه‌ها بسیار با نفوذتر از مأمورین و مسئولین رسمی مانند معلمان، کشیشان، افراد پلیس یا ابزارهای ارتباط جمعی نظیر فیلم و روزنامه می‌باشند. از نظر ساترلند فرآیند یادگیری رفتار بزهکارانه شامل تکنیک‌های تبه‌کاری، انگیزه‌ها، گرایش‌ها و دلیل تراشی‌های لازم برای آن می‌شود. بدین ترتیب یک جوان هم می‌آموزد که چگونه با موفقیت دزدی کند و هم چگونه استدلال بیاورد تا دزدی خود را توجیه کند و برای آن عذر بتراشد (رفیع پور، ۱۳۷۸).

بر اساس این دیدگاه در ایران تحقیقات مختلفی انجام گرفته است و معاشرت با نزدیکان، همکاران و به‌ویژه دوستان معتاد و منحرف، تقلید از اطرافیان، معاشرت در محیط‌های ناسالم و گوناگون از جمله مدرسه و محیط‌های آموزشی نامطلوب از جمله عوامل اصلی اعتیاد به مواد مخدر ذکر شده است (کرم پور، ۱۳۷۹).

۲-۱-۳- انواع مواد

خانواده حشیش: حشیش صمغ چسبناک از بوته کانابیس^۱ است که معمولاً به صورت تکه‌های جامد مکعبی شکل فروخته می‌شود. حشیش، چرس، بنگ نیز از همین گروه هستند (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۹).

خانواده مخدرها: مانند هروئین که نام شیمیایی آن "دی استیل - مورفین" است و با عمل تقطیر از مرفین استخراج می‌شود و ده برابر از مرفین قوی‌تر است. هروئین به رنگ سفید و نرم و یا کرم و قهوه‌ای روشن است. هروئین بو ندارد ولی تلخ مزه است. کریستال هم همان هروئین است که به شکلی خالص‌تر و بلوری درآمده و قدرت اعتیاد آوری آن فوق العاده بالاست. این ماده علائم مصرف هروئین را ایجاد می‌کند اما با شدت بیشتر. مصرف این ماده حرکات قلب را کند نموده تا جایی که به مرگ فرد مصرف کننده منجر می‌شود. تریاک، کراک هروئین، مورفین، کدئین نیز از این خانواده می‌باشند (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۹).

خانواده محرکها: متامفتامین (یا شیشه) و ریتالین. ترکیب اصلی شیشه از آمفتامین^۲ گرفته شده که یک ماده محرک و اعتیاد آور است و مغز و سیستم عصبی را به شدت تحریک می‌کند و از نظر شیمیایی اثر آن از آمفتامین بیشتر است.

خانواده کوکائین: مانند کراک که این ماده از نظر مصرف کنندگان غذای آماده داروهای محرک است. انواع مختلف کراک ممکن است حاوی ترکیبی از باقی مانده‌های کوکائین خالص مثل کافئین غلیظ شده و یا آمفتامین‌های مختلف باشد. به نسبت دیگر مواد مخدر مدت زمان کمتری طول می‌کشد تا اثراتش ظاهر شود (آبادینسکی، ۱۳۸۴). کوکائین و کراک کوکائین نیز از همین خانواده می‌باشند.

خانواده توهم زاها LSD: یا اسید لیزرژیک، اکستازی، ال‌اس‌دی نخستین دارویی است که در گروه توهم‌زاها قرار گرفت. ال‌اس‌دی ماده بلوری روشن یا سفید و بی‌بو است. مزه ای نسبتاً تند دارد و غالباً از آن به عنوان اسید نام برده می‌شود. ال‌اس‌دی معمولاً به شکل قرص، بسته و گاهی شکل‌های مایع فروخته می‌شود (آبادینسکی، ۱۳۸۴).

^۱ Canabise

^۲ Amphetamine

خانواده مواد استنشاقی: فرارها در بسیاری از محصولات صنعتی مانند چسب هایی که سریع خشک می شوند، سوختنی- های مثل بنزین، حلالها مانند استون و تینر رنگ و مواد پاک کننده یافت گردد. مواد فرار پس از استنشاق از طریق ششها وارد عروق می شوند و سپس به دیگر اندامهای بدن به خصوص مغز و کبد می رسند. معمولاً پس از مصرف این مواد، به فرد احساس سرخوشی، سبک حالی، بی باکی و بی پروایی دست می دهد و خیالها روشن و واضح می شوند. تنفس، ضربان قلب و دیگر اعمال بدن به کندی می گراید. اگر مصرف کننده با قوطی پلاستیکی آن را از طریق بینی و دهان استنشاق کند، مرگ ناشی از خفگی ممکن است پیش آید، استنشاق و تنفس مداوم فرارها و چسب موجب آسیب به کبد و کلیه، پریدگی رنگ پوست، احساس ضعف و بی حالی، عدم توانایی تفکر صحیح، لرزش، عطش زیاد، کاهش وزن، تحریک پذیری، افکار پارانوئیدی، حالات تهجمی و دشمنی می گردد. در مصرف طولانی استنشاق بنزین، میزان سرب خون را بالا می برد. مصرف دائمی و مکرر موجب تحمل و نیاز فرد به افزایش مصرف برای ایجاد اثر مطلوب می گردد و می تواند وابستگی روانی و جسمی ایجاد کند. علائم و نشانه های ترک عبارتند از احساس سرما، لرزش بدن، توهمات، سردرد، دردهای شکمی، گرفتگی و اسپاسم عضلانی. چسب، بنزین و تینر از این خانواده می باشند (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۹).

۲-۱-۴- تاثیر مختلف انواع مواد بر افراد مختلف

در ایران کسانی که دیدگاه مثبت به مصرف مواد مخدر (به خصوص تریاک) دارند، تنها دلیل و یا به بیان بهتر دستاویز آنها این است که کسانی را سراغ دارند که چندین سال است تریاک مصرف می کنند و حتی در ظاهر آنها هم تغییری ایجاد نشده است. آنها می گویند مگر چه اشکال دارد که ما هم ماهی یک بار و یا هفته ای یک بار (بعضی پا را فراتر می گذارند و می گویند روزی یک بار) مقدار خیلی کم مصرف کنیم. در جواب این قبیل افراد باید گفت: کلا سه نوع شخصیت در برابر سوء مصرف مواد وجود دارد: الف- کسانی که از یک نخود تریاک شروع می کنند و به هروئین می رسند. ب- کسانی که از ابتدا تا مدت طولانی به همان یک یا دو نخود تریاک در روز اکتفا می کنند. ج- کسانی که به محض استفاده از تریاک حالت تنفر به آنها دست می دهد (عزیزی، ۱۳۸۱).

در تحلیل این موضوع می توان گفت: کسانی که اظهار می دارند که حدود بیست سال و یا بیشتر است که تریاک مصرف می کنند و مصرف آن از دو نخود مصرف نکرده است، از نظر ژنتیکی در این افراد یک مسیر از مغز به نام نورونهای دوپامینرژیک از هسته تگمنتوم شکمی^۱ VTA و مسیر متعاقب آن کمتر تحریک می شود و لذا حالت نشئگی کمتری به آنان دست می دهد، از این رو این افراد حتی اگر دوز بالای تریاک هم مصرف کنند، نشئگی زیادی به آنان دست نخواهد داد. به خاطر همین است که این افراد در همان دوزاژ کم تریاک باقی می مانند و مصرف کم تریاک در این قبیل افراد ناشی از وضعیت فیزیولوژیک آنها و نه دلیل داشتن اراده خاص در آنان است. در واقع به خاطر آن است که دوز بالای مواد مخدر و دوز پایین آن به یک اندازه ایجاد نشئگی خواهد کرد. لذا لزومی ندارد که مواد مخدر

^۱ ventral tegmental area

بیشتری مصرف کنند. در مورد کسانی نیز که حتی با یک بار مصرف، حالت تهوع پیدا می کنند و دیگر تمایلی به مصرف مواد مخدر نشان نمی دهند باید گفت که این پدیده به خاطر آن است که VTA و مسیر متعاقب آن تحریک نمی شود و هیچ واکنشی از خود نشان نمی دهد و حالت سرخوشی و لذت و نشئگی به فرد دست نمی دهد. لذا فرد هیچ گونه انگیزه ای برای ادامه مصرف نخواهد داشت (عزیزی، ۱۳۸۱).

۲-۱-۵- تاریخچه استعمال مواد مخدر در جهان

استعمال مواد مخدر، سابقه‌ی طولانی در میان جوامع داشته و شکل های مصرف آن، متنوع بوده و به زمینه های مساعد، در هر جامعه، بستگی داشته است. مواد مخدر زمانی به عنوان مواد خوراکی، گاهی به عنوان دارو، برای ایجاد لذت و یا فرار از ناراحتی ها و از بین بردن و التیام درد، به کار برده می شد (صالحی، ۱۳۷۱، به نقل از باوی، ۱۳۸۸).

وجود لوحه های گلی متعلق به پنج هزار سال قبل از میلاد، که از سومریان بر جای مانده، حاکی از شناخت گیاه خشخاش، توسط آنها و استفاده های دارویی از آن، بوده است و آن را گیاه شادی بخش می نامیدند. شاگردان ارسطو، از جمله بقراط، برای پیشگیری و درمان اسهال و هم چنین سایر دردهای دیگر، از تریاک، استفاده می کردند. پزشکان و داروسازان سوئسی نظیر "پاراسلوس" و "توماس سیدنهام" بیماران خود را با شربت های حاوی تریاک و مشتقات آن مداوا می کردند (آقابخشی، ۱۳۷۸ به نقل از باوی، ۱۳۸۸).

سومریان، بابلیان، آشوریان، مصریان و هندیان، قوم اینکا، با انواع مخدر مثل تریاک، حشیش، برگ های کوکا، قارچ های مخدر و بعضی گیاهان دیگر، که مصارف دارویی دارند، آشنا بودند. خشخاش، ابتدا در مصر کشت می شد و به نام تبائیکا معروف بود که از کلمه ی تبس نام شهری واقع در مصر که در آن خشخاش، کشت می شد، گرفته شده است. در ۱۵۰۰ سال قبل از میلاد مسیح، تخم خشخاش از مصر به یونان برده شد و در آنجا رواج پیدا کرد. در افسانه های هومر از جزیره ای نام برده شده است که در آن قهرمان اودیسه گرفتار مواد اعتیاد آوری گردیده و نجات آنها به سادگی میسر نبوده است. هم چنین هومر شاعر یونانی در آثار خود، از گل خشخاش گفت و گو کرده و آن را جزء گل های زینتی باغ های روم در سال ۶۰۰ پیش از میلاد دانسته است (باوی، ۱۳۸۸).

از نظر تاریخی نخست سومریان و پس از آن آشوریان، کهن ترین اقوامی هستند که از خشخاش سخن گفته اند و پزشکان آشوری، در سده ی هفتم قبل از میلاد مسیح از آن به عنوان مسکن درد استفاده می کردند. یونانی ها تریاک را اپیوم^۲ نامیده و جالینوس، مشتقی از تریاک را نوش دارو نامیده و برای مداوی بیماری های مختلف از قبیل صرع، یرقان، سنگ کلیه و غیره به کار برده است (سراج خرمی، ۱۳۸۲، به نقل از باوی، ۱۳۸۸).

^۱
^۲ opium

در اروپا اولین کشوری که به خواص خشخاش، پی برده، مجارستان بوده که گیاه شناسان این کشور، هزار و دویست سال پیش از میلاد از شیر ی آن به عنوان داروی شفا دهنده ی درد استفاده می کردند. در کشور چین، کشتن تریاک در قرن هجدهم، متداول شد و عرصه ی وسیعی یافت و خوردن آن نیز، بخصوص در بین کارگران شایع شد (آقابخشی، ۱۳۷۸، به نقل از باوی، ۱۳۸۸).

تریاک به عنوان ماده مخدر نخست به هندوستان و سپس به چین، پا گذاشت. با ورود اسپانیایی ها، هلندی ها و انگلیسی ها در قرن هفدهم میلادی به اسیا، کشیدن و استعمال تریاک نیز گسترش یافت. یکی از عوامل عمده ی انتشار اعتیاد، کمپانی هند شرقی انگلیس در هندوستان بود. از آنجایی که کمپانی هند شرقی حجم وسیعی از کشت زارهای هندوستان را به زیر کشت خشخاش، برده بود و تولید تریاک، نیاز به بازار وسیعی خارج از محدوده کشور هندوستان داشت. در سالهای ۱۸۳۰-۱۸۲۰ میلادی سرمیه داران انگلیسی بر آن شدند که به بازار عظیم چن، دست یابند و از این طریق تریاک از هندوستان به چین راه یافت و در سراسر آن کشور، رو به گسترش نهاد (سراج خرمی، ۱۳۸۲، به نقل از باوی، ۱۳۸۸).

۲-۱-۶- تاریخچه اعتیاد در ایران

در مورد چگونگی ورود تریاک به ایران، نظریات گوناگون و متفاوتی وجود دارد. گروهی از مورخین، ورود تریاک به ایران را یادگار یورش اعراب، دانسته و گفته اند: افیون که از دوران قدیم به خشخاش معروف بوده و هم اکنون آن را تریاک می نامند با حمله ی اعراب، از مصر و عربستان باستان به ایران آمده است و از همان دوران، خوردن آن به عنوان تسکین دهنده ی دردها و مواد نیرو بخش جسم و علاج بی خوابی رواج داشته است (باوی، ۱۳۸۸).

عده ای دیگر از مورخان لشکریان مغول را، عامل گسترش این چنین موادی در ایران پنداشته اند. دسته ای دیگر، معتقدند که سپاه نادر شاه به هنگام اقامت خود در هندوستان، تریاک کشی را از هندوستان فرا گرفته و با خود به ایران ارمغان آورده اند. آغاز رواج و استعمال گسترده تریاک را، عده ای در ایران، از زمان ناصر الدین شاه قاجار می دانند. استعمار انگلیس، در ظاهر به منظور پیشرفت هندوستان و در واقع برای به زانو در آوردن کشور هند بر آن شدند که میان لندن و هندوستان، خط ارتباط تلگرافی، برقرار نمایند. برای تحقق این هدف ناگزیر از سرزمین ایران استفاده کند، مسأله را برای عملی کردن به ناصر الدین شاه قاجار گوشزد کرد و با جلب موافقت او کارگران و کارگزاران هندی، به خاک ایران، سرازیر شدند و این مسأله، از بزرگترین عوامل گسترش و آموزش تریاک در ایران بود. خراسان به عنوان دروازه تجارت، در تیررس آرمان های شوم آنان قرار گرفت، به طوری که می بینیم، از سال ۱۸۵۱ میلادی پیش قراولان قاچاق این ماده تخدیر کننده، در لباس دراویش هندی و رهنمودان طریقت، در خراسان و کرمان، پراکنده شده و به کشیدن تریاک و ترویج آن پرداختند. در این دوره همچنین پزشکان انگلیسی در جنوب ایران، به تبلیغ تریاک، به عنوان دارو پرداخته، به بهای نسبتا ارزان آن را در اختیار مردم قرار می دادند و سپس سوخته تریاک^۱ را، به قیمت گران تری از

^۱ opiumdross

مردم می خریدند. با این سیاست، تعداد قابل ملاحظه‌ای از توده‌های مردم، در نواحی مختلف ایران به ویژه جنوب و شرق، به تریاک معتاد شدند. یکی از مورخان انگلیسی در کتاب شرق خاورمیانه، می‌نویسد: از ۲۶ ولایت ایران در ۱۸ ولایت آن، تریاک کاشته می‌شد (آقابخشی، ۱۳۷۸، به نقل از باوی، ۱۳۸۸).

در آغاز روی کار آمدن سلسله‌ی صفوی، تریاک بویژه بصورت خوراکی، جنبه‌ی عادی به خود گرفت، تا آنجا که "شاردن"^۱ در این زمینه چنین می‌نویسد: مصرف این دارو، در حقیقت یک تمایل عمومی است و به زحمت می‌توان از ده نفر، یک نفر را یافت که به این عادت شوم آلوده نباشد. در قرن دهم هجری شاه طهماسب صفوی، خطر مواد افیونی را جدی تلقی کرده و دستور می‌دهد تا تریاک موجود، در دربار را معدوم نمایند. در زمان شاه عباس ظاهراً مصرف این ماده، وسعه بیشتری پیدا کرده بود، زیرا می‌گویند: شرکت کوکنار که همان جوشانده‌ی خشخاش است، بسیار رایج بوده است، بطوری که شاه عباس، ضرورت مبارزه با آن را دریافته بود. کشت خشخاش، تا سال ۱۳۳۴ هجری ادامه داشت و از آن سال به بعد ممنوع اعلام شد. هرویین که تا سال ۱۳۳۹ هجری شمسی در ایران، بازتاب خوبی نداشت، درست یک سال پس از منع کشت خشخاش، به همت یک دارو ساز ایرانی از آلمان به ایران آورده شد. آزمایشگاه تهیه هرویین در ایران، در سال ۱۳۳۴ هجری شمسی تأسیس شد (آقابخشی، به نقل از باوی، ۱۳۸۸).

آمار موجود، حاکی از تعداد مصرف کنندگان بالای مواد مخدر در ایران می‌باشد. پژوهش‌های مربوطه، بیان کننده‌ی این واقعیت تلخ است که سالانه ۸۱۲ تن تریاک و ۲۹/۶ تن هرویین و مرفین در کل ایران، مصرف می‌گردد. براساس تحقیقات بدست آمده، سالانه ۵ درصد به جمع معتادان جامعه‌ی ایران افزوده می‌شود (ستوده، ۱۳۸۴، به نقل از باوی، ۱۳۸۸).

۲-۲- سلامت روانی

۲-۲-۱- تاریخچه سلامت روانی

تاریخچه بهداشت روانی با توجه به وجود بیماری‌های روانی از زمانی که بشر وجود داشته و مخصوصاً زندگی اجتماعی را شروع کرده همراه بوده است، بقراط در ۳۷۷ تا ۴۶۰ سال قبل از میلاد عقیده داشت که بیماران روانی را مانند بیماران جسمی باید درمان کرد، علل سرشتی و فرضیه مزاجها از همان زمان بقراط و جالینوس وجود داشته و اهمیت تاریخی دارد. مفهوم سلامت و بیماری روانی در طول زمان تغییرات و دگرگونی‌های زیادی داشته‌اند. ارسطو در کتاب اخلاق می‌گوید: هر انسان به اندازه‌ای سالم است که توانسته کنش‌های بشری را در خود توسعه دهد. از آنجا که بشر بالاترین عملکرد هوش را دارد پس بهترین زندگی، زندگی خردمندانه است و سلامت روانی یعنی نوعی زندگی که استدلال بر آن کاملاً حکومت کند. مفهوم طبیعت گرایانه سلامت روانی توسط ارسطو، در قرون وسطی نادیده گرفته شد، از قرن شانزدهم سلامت روان شناختی بصورت پرهیزکاری تعریف شد. پس از قرن شانزدهم مجدداً

^۱ shardon

سلامت روان شناختی بصورت طبیعت گرایانه تعریف شد همزمان با رنسانس روانپزشکی در اواخر قرن ۱۹، سلامت روان شناختی نوعاً به صورت «فقدان بیماری روانی» تعریف گردید (پاشا و همکاران، ۱۳۸۵).

بهداشت روانی از پیشینه ای به قدمت انسان متمدن و تاریخچه ای کوتاه، به لحاظ علمی، برخوردار است. با اینکه فیلسوفان هزار سال درباره «سلامت» سخن گفته اند، صرفاً در سال ۱۹۰۸ بود که نخستین جمعیت برای سلامت روان تاسیس گردید.

در سال ۱۹۱۹ «جامعه ملی سلامت روان»^۱ تشکیل شد که به تدریج به «کمیته بین المللی سلامت روان»^۲ تبدیل شد و نشریه ای به نام «سلامت روان» منتشر کرد تا یافته های پیشرو در سراسر جهان گردآوری کند و ارتباط و همکاری دست اندر کاران این حوزه را تسهیل کند (اکبری و فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸).

۲-۲-۲- مفهوم سلامت روانی

مفهوم سلامت روانی شامل احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکا به خود، خود شکوفایی و بروز و نمود توانایی های بالقوه فکری و هیجانی می باشد. البته، با درنظر گرفتن تفاوت های بین فرهنگ ها ارائه تعریف جامع از سلامت روان ممکن نیست. با وجود این، بر سر این امر اتفاق نظر وجود دارد که سلامت روان واقعیتی فراتر از فقدان اختلالات روانی است (سرمدی انصار و همکاران، ۱۳۸۸). مفهوم بهداشت روانی در فرانسه شاخه ای از بهداشت عمومی تلقی شده و هدف آن حفظ سلامت روح و پیشگیری از ایجاد عوامل ناراحت کننده نظیر خستگی روانی و هیجانات شدید، اعتیاد و بالاخره از ابتلا به حالات ساده روانی (نورزها)^۳ یا حالات عمیق روانی (سایکوزها)^۴ می دانند. مفهوم بهداشت روانی بر اساس تعریف انجمن روانپزشکی آمریکا^۵، کاربرد و معیار و ضوابطی است که از شیوع بیماری های روانی کاسته و سلامت روان افراد اجتماع را تأمین نماید. این ضوابط شامل اقدامات و تدابیری در طب پیشگیری، تشخیص، درمان بیمار بهای روانی و تسریع در برگشت آنها به اجتماع است (قرائی، ۱۳۸۹).

۲-۲-۳- تعریف سلامت روانی

تاکنون تعاریف متعددی از سلامت روانی ارائه شده است که فقدان بیماری، داشتن تعادل عاطفی، سازش اجتماعی، اساس راحتی و آسایش، یکپارچگی شخصیت، شناخت منطقی از خود و محیط اطراف از جمله تعاریف مربوط به سلامت روانی است (سرمدی انصار و همکاران، ۱۳۸۸).

^۱ National Community Mental Health

^۲ International Committee of Mental Health

^۳ Nevers

^۴ Psychas

^۵ American Psychiatry Association

برخی از نظریه پردازان مانند آلپورت^۱، فروم^۲، راجرز^۳، مازلو^۴، اریکسون^۵، به جنبه های سالم طبیعت آدمی پرداخته اند. این روان شناسان در تلاش برای غنا بخشیدن به شخصیت انسان هستند و بازخورد منحصر به فردی در خصوص تحول روانی و کمال انسانی عرضه نموده اند. در مقابل، گروه دیگری در تعریف سلامت روانی به رفتار ناپهنجار و یا بیماری روانی متوسل می شوند و نتیجه می گیرند که سلامت روانی در واقع مساوی با فقدان بیماری روانی است (پائول^۶، ۲۰۰۵).

سازمان جهانی بهداشت، سلامت روانی را حالتی از سلامتی می داند که در آن فرد توانایی های خود را می شناسد، می تواند با فشارهای طبیعی زندگی مقابله کند، برای جامعه مثرمتر باشد و قادر به تصمیم گیری و مشارکت جمعی باشد. بر این اساس سلامت روانی مبنای رفاه و سلامتی برای افراد و جامعه است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۱). سازمان جهانی بهداشت در تعریفی دیگر، سلامت روانی را ارتقای شایستگی های افراد و جامعه و توانایی آن ها برای رسیدن به اهداف از پیش تعیین شده می داند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۳). همچنین سلامت روانی یک حالت از عملکرد موفقیت آمیز ذهن است که در نتیجه ی فعالیت های مولد و برقراری ارتباط با سایر مردم ایجاد می شود و به توانایی برای پذیرش تغییر و مقابله با مشکلات اشاره می کند (هاوارد و همکاران^۷، ۲۰۰۶). فرهنگ بزرگ روانشناسی لاروس، بهداشت روانی را چنین تعریف می کند: استعداد روان برای هماهنگی، خوشایند و مؤثر کار کردن، در موقعیت های دشوار انعطاف پذیر بودن و برای بازیابی تعادل خود، توانایی داشتن (نجات و ایروانی، ۱۳۷۸). ناتبیم^۸ سلامت روانی را نوعی مهارت تجزیه و تحلیل بصورت دقیق و موشکافانه و برخورداری از اطلاعات به منظور انجام صحیح فعالیت های اجتماعی و سیاسی همچون فعالیت های فردی توصیف کرده است (ناتبیم، ۲۰۰۰).

لویسنون و همکارانش^۹ (۱۹۶۲) سلامتی را این طور تعریف کرده اند: «سلامتی روان عبارت است از اینکه فرد چه احساسی نسبت به خود، دنیای اطراف و محل زندگی، اطرافیان مخصوصاً با توجه به مسئولیتی که در مقابل دیگران دارد، چگونگی سازش وی با درآمد خود و شناخت موقعیت مکانی و زمانی خویش. مننجر^{۱۰} می گوید «سلامت روانی عبارتست از سازش فرد با جهان اطرافش به حداکثر امکان به طوری که باعث شادی و برداشت مفید و مؤثر به طور کامل شود» (اکبری و فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸).

انجمن کانادایی بهداشت روانی این مفهوم را در سه قسمت تعریف کرده است: قسمت اول، نگرش های مربوط به خود که شامل تسلط بر هیجان های خود، آگاهی از ضعف های خود و رضایت از خوشی های ساده است. قسمت دوم، نگرش های مربوط به دیگران که شامل علاقه به دوستی های طولانی و صمیمی، احساس تعلق به یک گروه و

^۱ Alport

^۲ Fromm

^۳ Rogers

^۴ Maslow

^۵ Erikson

^۶ Paula

^۷ Howard et al

^۸ Nutbeam

^۹ Levison et al

^{۱۰} Manenger

احساس مسئولیت در محیط انسانی و مادی است و قسمت سوم، نگرشهای مربوط به زندگی که شامل پذیرش مسئولیت ها، انگیزه ی توسعه امکانات و علایق خود، توانایی اخذ تصمیمات شخصی و انگیزه ی خوب کار کردن است (احمدی و همکاران، ۱۳۸۵).

بهداشت روانی، دانش یا هنری است که به افراد کمک می کند تا با ایجاد روش های صحیح روانی و عاطفی: بتوانند با محیط خود سازگار شده و راه حل های مطلوبتری را برای حل مشکلاتشان انتخاب نمایند (طیعی، ۱۳۸۴).

کاپلان^۱ سلامت روانی را شامل سازگاری مداوم با شرایط متغیر و تلاش برای تحقق اعتدال بین تقاضاهای درونی و الزامات محیط در حال تغییر می داند (کاپلان، ۱۹۷۱).

اریکسون سلامت روانی را، اعتماد در مقابل عدم اعتماد، خودمختاری در مقابل شرم و حیا، صمیمیت در مقابل انزوا و توانایی تسلط بر دور ه های رشد می داند (اریکسون، ۱۹۸۰).

۲-۲-۴- ابعاد سلامت روانی

گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) گلدبرگ و هیلر برای سلامت روانی چهار بعد علائم جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی را در نظر گرفته اند: بعد اول، علائم جسمانی: این مقیاس مربوط به نشانه های بدنی مشکلات روانی است و به احساس سلامتی و بیماری، سردرد، احساس نیاز به داروهای تقویتی، احساس ضعف و سستی و احساس داغ یا سرد شدن بدن را در بر می گیرد. بعد دوم، علائم اضطراب و اختلال خواب: این بعد مربوط به بی خوابی، احساس فشار و تنیدگی، عصبانیت و بدخلق شدن، ترس و وحشت بیدلیل، دلشوره و ناتوانی در انجام کارها است. بعد سوم، اختلال در کارکرد اجتماعی: این بعد به توانایی فرد در انجام کارهای روزمره، احساس رضایت در انجام وظایف، احساس مفید بودن، قدرت یادگیری و لذت بردن از فعالیتهای روزمره زندگی اشاره می کند. بعد چهارم، علائم افسردگی است که علایم اختصاصی افسردگی از قبیل احساس بی ارزشی، ناامیدی، افکار خودکشی، آرزوی مردن و توانایی انجام امور را بررسی می کند (اورمل و همکاران^۲ ۱۹۸۹).

دورگاتیس (۱۹۸۳) ابعاد مطرح شده توسط دروگاتیس برای رفتار نشانه گذاری شده ی بیماران روانی به کار می رود و در ابتدا برای آزمایش مواد مخدر در طی جنگ جهانی دوم برای ارزیابی اثربخشی نسبی عوامل روان درمانی در نظر گرفته شده است. وی برای سلامت روانی نه بعد به شرح زیر بیان میکند:

۱. نشانه های جسمانی: این بعد نشان دهند هی پریشانی ناشی از برداشت های بدنی می باشد که روی سیستم قلبی، عروقی، گوارشی، تنفسی و سایر سیستم های مستقل اثر می گذارد. بسیاری از این علائم به صورت اختلالات اضطراب تشخیص داده میشوند و شیوع بالایی دارند و سواس^۳ – اجبار^۳ این بعد انواع نشانه ها و

^۱ Kaplan

^۲ Ormel et al

^۳ Obsessive - Compulsive

علائم اختلال وسواس _ اجبار را منعکس می کند و تمرکز آن روی افکار، غرائز و اعمالی است که به صورت وسوسه انگیز تجربه می شوند، اما ماهیتاً ناخواسته هستند. تجربیات ضعیف شناختی نیز در این بعد قرار می گیرند.

۲. حساسیت در روابط بین فردی^۱: این بعد به احساس بی کفایتی و زیردست بودن در مقایسه با دیگران اشاره می کند. خود را ملامت کردن، دلوایی و احساس معذب بودن در طی تعامل با دیگران نیز در این بعد قرار می گیرد.

۳. افسردگی: بیشتر نشانه های سندرم افسردگی در این بعد قرار دارند. این بعد حالت گوشه گیری، نداشتن انگیزه، نبود انرژی، احساس ناامیدی و افکار خودکشی را شامل می شود.

۴. اضطراب: این بعد شامل نشانه هایی است که با مفهوم اضطراب همراه هستند. عصبی بودن، تنش و لرزش، احساس رعب، وحشت و هراس از علائم این بعد میباشند.

۵. پرخاشگری^۲: افکار، احساسات یا اعمال اثرات منفی خشم در این بعد قرار می گیرد. ویژگی های همچون پرخاشگری، تحریک پذیری، خشم و رنجش را نیز شامل می شود.

۶. ترس مرضی^۳: ترس مرضی یک واکنش ترس مداوم از یک فرد خاص، مکان، شیء یا موقعیتی است که به طور غیرمنطقی و نامتناسب به محرک ها تعریف شده که به اجتناب یا فرار منجر می شود. یکی از نشانه های این بعد ترس از مکا نهایی شلوع است.

۷. افکار پارانوئیدی^۴: (سوء ظن و بدبینی) حالتی از تفکر بی نظم است که افکار تصویری، خصومت، بدگمانی، بزرگ نمایی مسائل، ترس از دست دادن استقلال و هذیان بازتا بهای اولی هی این اختلال هستند.

۸. روان پریشی^۵: نوعی ساختار روانی است که انسان به صورت پیوسته تجربه می کند. این مقیاس نوعی پیوستار است که از خودبیگانگی تا جنون را در برمی گیرد. این اختلال شامل عقب نشینی، انزوا، حتی شیوه ی زندگی جنون آمیز و همچنین علائم اولیه ی اسکیزوفرنی^۶ مثل توهم م ی باشد(دروگاتیس^۷، ۱۹۸۳).

چاهن^۸ (۱۹۹۱) چاهن به ذکر پنج الگوی رفتاری در ارتباط با سلامت روان مبادرت ورزیده است:

۱. حس مسئولیت پذیری: کسی که دارای سلامت روان است، نسبت به نیازهای دیگران حساس بوده و در جهت ارضای خواست هها و ایجاد آسایش آنان می کوشد.

۲. حس اعتماد به خود: کسی که واجد سلامت روانی است، به خود و توانای ی هایش اعتماد دارد و مشکلات را پدیده ای مقطعی می انگارد که حل شدنی است. از این رو، موانع، خدشه ای به روحیه ی او وارد نم یسازد.

^۱ Interpersonal sensitivity

^۲ Hostility

^۳ Phobic Anxiety

^۴ Paranoid ideation

^۵ Psychoticism

^۶ Schizophrenia

^۷ Derogatis

^۸ Chauhan

۳. هدف مداری: به فردی اشاره دارد که واجد مفهوم روشنی از آرمان های زندگی است و از ای ن رو، تمامی نیرو و خلاقیتش را در جهت دستیابی به این اهداف هدایت میکند.

۴. ارزش های شخصی: چنین فردی در زندگی خود، از فلسفه ای خاص مبتنی بر اعتقادات، باورها و اهدافی برخوردار است که به سعادت و شادکامی خود یا اطرافیانش م یانجامد و خواهان افزایش مشارکت اجتماعی است.

۵. فردیت و یگانگی: کسی که دارای سلامت روان است، خود را جدا و متمایز از دیگران می شناسد و می کوشد بازخورها و الگوهای رفتاری خود را توسعه دهد، به گونه ای که همنوایی کور و ناهشیارانه با خواسته ها و تمایلات دیگران دارد و نه توسط دیگران مطرود و متروک می شود (چاهن، ۱۹۹۱).

کامو^۱ (۱۹۹۲) برای تعیین سطح سلامت روانی پنج خرده مقیاس بهبودی شخصی، کنترل اضطراب، علائم احساس توانایی و خوب بودن، توانایی برقراری ارتباط با دیگران و توانایی مقابله با مشکلات روزمره و فشارهای زندگی را مطرح کرده است (حسینی و همکاران، ۱۳۸۹).

۲-۲-۵- سلامت روانی از دید مکاتب مختلف

با وجود اینکه موضوع و هدف اصلی تمامی مکاتب روانشناختی دستیابی و تامین سلامت روان انسانهاست، اما هر یک از مکاتب با توجه به دیدگاه های خاص خود تعریف متفاوتی را از سلامت روان ارائه داد هاند که به برخی از آنها اشاره می شود:

۲-۲-۵-۱- مکتب زیست گرایی^۲

این مکتب اساس روان پزشکی را تشکیل می دهد و بر این باور است که بهداشت روانی زمانی وجود خواهد داشت که بافت ها و اندام های بدن به طور سالم کار کنند؛ هر نوع اختلال در دستگاه عصبی و فرآیندهای شیمیایی بدن، اختلال روانی به همراه خواهد آورد (اکبری و فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸).

بر اساس این دیدگاه، هدف انسان و جوامع انسانی رهایی و خلاصی انسان از نشانه های بیماری است. در این الگو، نشانه ها و پدیده هایی از قبیل اضطراب، وسواس، افسردگی، توهم ، هذیان و پرخاشگری کنترل نشده، نشانه ی بیماری بشمار می روند و اگر در کسی یافت شوند، آن فرد نابهنجار و غیر طبیعی (مریض و ناسالم) است و چنانچه در فردی یافت نشوند، این فرد سالم، طبیعی و بهنجار بشمار می رود (میردريکوندی^۳، ۲۰۰۶).

این دیدگاه از دانش پزشکی الهام می گیرد زیرا دانش پزشکی باور دارد، بیماری جسمی در اثر بی نظمی در عملکرد یا در خود دستگاه بوجود م یآید . دیدگاه روان پزشکی درباره ی فرد، دید تعادل حیاتی دارد و بر این باور است که اگر

^۱ Kamau

^۲ school biology being

^۳ Mirderikvandi

رفتار شخص از هنجار منحرف شود، به این دلیل است که دستگاه روانی او اختلال یافته. است بنابراین، فرض بر این است که در آینده نوعی نقص در دستگاه عصبی او کشف خواهد شد و هم‌ه‌ی اختلال‌های فکری و رفتاری بر اساس آن قابل تبیین خواهند بود. به دلیل آنکه دیدگاه روان‌پزشکی درباره‌ی فرد دید تعادل حیاتی دارد، بر اساس این دیدگاه، بهداشت روانی عبارت است از "نظام متعادلی که خوب کار می‌کند" (گنجی^۱، ۲۰۰۱).

۲-۲-۵-۲- مکتب روان‌کاوی^۲

این مکتب معتقد است بهداشت روانی یعنی کنش متقابل موزون بین سه عنصر مختلف شخصیت که عبارتند از: نهاد، من و من برتر. بدین ترتیب که «من برتر» و «نهاد» باید بتواند بین تعارض‌های «من» تعادل به وجود آورد (اکبری و فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸). از دیدگاه مکتب روان‌کاوی، سلامت روان به معنای سازگاری فرد با خود و با خواسته‌ها و فشارهای جامعه است. مشهورترین نظریه پردازان این مکتب، فروید^۳، یونگ^۴، آدلر^۵ و اریکسون می‌باشند. به باور فروید (۱۹۸۳) خودآگاهی عنصر اصلی سلامت روانی است. او یگانگی منطقی از علاقمندی‌ها و اشتیاق‌های عمومی را معیار نهایی سلامت روان می‌داند (میردریگوندی، ۲۰۰۶).

۲-۲-۵-۳- مکتب رفتارگرایی^۶

این مکتب در تعریف بهداشت روانی، بر سازگاری فرد با محیط تأکید دارد. این مکتب معتقد است که رفتار ناسالم نیز مانند سایر رفتارها، در اثر تقویت آموخته می‌شود. بنابراین، بهداشت روانی نیز رفتاری است که آموخته می‌شود (اکبری و فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸). رفتار گرایان، سلامت روان را به معنای وجود رفتار سازگارانه و عدم رفتار ناسازگارانه در فرد می‌دانند. رفتار سازگارانه رفتاری است که فرد را به اهدافش برساند و رفتار ناسازگارانه رفتاری است که فرد را از رسیدن به اهدافش باز دارد. از جمله صاحب‌نظران این مکتب اسکینر^۷ می‌باشد که به عقیده‌ی وی، سلامت روانی و انسان سالم معادل با رفتار منطبق با قوانین و ضوابط جامعه است، و چنین انسانی وقتی با مشکل روبرو شود تا هنگامی که از طریق جامعه به هنجار تلقی شود، از طریق شیوه‌ی اصلاح رفتار برای بهبودی و بهنجار کردن رفتار خود و اطرافیان‌ش بطور متناوب استفاده می‌جوید (میردریگوندی، ۲۰۰۶).

^۱ Ganji

^۲ School of Psychoanalysis

^۳ Freud

^۴ Jung

^۵ Adler

^۶ School of behaviorism

^۷ Skinner

۲-۲-۵-۴- مکتب انسان گرایی^۱

این مکتب معتقد است بهداشت روانی یعنی ارضای سطوح پایین و رسیدن به سطح خودشکوفایی؛ هر عاملی که فرد را در سطح ارضای نیازهای سطوح پایین نگه دارد و از خودشکوفایی او جلوگیری کند، اختلال رفتاری به وجود خواهد آورد (اکبری و فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸).

نظریه پردازان مکتب انسان گرایی بر این باورند که سلامت روان به معنای رشد، شکوفاسازی و تحقق استعدادها و نیروهای درونی انسان است. از دیدگاه نظریه پردازان این مکتب، انسان سالم کسی است که استعدادهای خود را شکوفا سازد و به کمال مطلوب و ایده آل برسد (میردربکوندی، ۲۰۰۶). راجرز و مازلو از جمله صاحب نظران این مکتب هستند.

۲-۲-۵-۵- مکتب بوم شناسی^۲

اعتقاد پیروان این مکتب، عوامل موجود در محیط فیزیکی مانند صدا، آلودگی هوا، زیادی جمعیت، کوچکی محل سکونت و به خطر افتادن حریم، م ی توانند بهداشت روانی فرد را به خطر اندازند (اکبری و فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸).

۲-۲-۵-۶- مکتب هستی گرایی^۳

نگرش پیروان این مکتب به سلامت روان تأکید عمده بر اراده ی معطوف به معنا دارد که جستجوی معنا مستلزم پذیرفتن مسئولیت شخصی است. هیچکس و هیچ چیز به زندگی انسان معنا نمی بخشد جز خودش. به نظر فرانکل^۴ که از جمله صاحب نظران این مکتب می باشد، ماهیت وجودی انسان از سه عنصر معنویت، آزادی و مسئولیت تشکیل شده است و سلامت روان مستلزم تجربه ی شخصی این سه عامل است (نجات و ایروانی، ۱۳۷۸).

نظر به تعاریف ارایه شده از مکاتب گوناگون می توان چنین نتیجه گرفت که سلامت روان گویای رفتار موزون و هماهنگ با جامعه و شناخت و پذیرش واقعیت های اجتماعی و قدرت سازگاری با آنها و شکوفایی استعدادهای ذاتی است به گونه ای که ارتقای سلامت روان در جامعه موجب بهبود کیفیت زندگی می گردد (کیمیایی و همکاران، ۱۳۹۰).

^۱ Human-oriented school

^۲ School of Ecology

^۳ School Existentialism

^۴ Frankel

۲-۵-۷- دیدگاه قرآن و اسلام

بهداشت روانی در اسلام عبارت از اصول و روش های مشروعی است که در وهله اول باعث تأمین ایجاد، حفظ و در وهله دوم تقویت و تکامل سلامت نفس، و در وهله سوم به درمان بیماریهای روانی انسان مسلمان می پردازد، هدف از این علم هموار کردن راه تکامل و حرکت انسان مسلمان تا رسیدن به مرتبه کمال مطلق است (مطهری، ۱۳۸۰).

۲-۲-۶- ملاک ها و معیارهای سلامت روان

بنابر تحقیقات انجام شده، افراد دارای سلامت روانی دارای خصوصیات زیر هستند: آنان احساس راحتی می کنند، خود را آنگونه که هستند می پذیرند، از استعدادهای خود بهر همد می شوند، نگرانی، ترس و اضطراب و حسادت کمی دارند و دارای اعتماد به نفس می باشند. سیستم ارزشی آنان از تجارب شخصی خودشان سرچشمه می گیرد. احساس خوبی نسبت به دیگران دارند، به علایق افراد دیگر توجه می کنند و نسبت به آنها احساس مسئولیت نشان می دهند. سعی نمی کنند بر دیگران تسلط یابند. آنها با مشکلات روبرو می شوند و نسبت به اعمال خود احساس مسئولیت م یکنند. محیط خود را تا آنجا که ممکن است شکل می دهند و تا آنجا که ضرورت دارد با آن سازگار می شوند (بنی جمال واحدی و احدی، ۱۳۷۰). انجمن ملی بهداشت روانی، ویژگی های افراد دارای سلامت روانی را در قیاس با افرادی که سلامت روانی پایین تری دارند اینگونه بیان می کند: فرد در زمان حال زندگی میکند و تمام حواسش معطوف کاری است که در حال انجامش است. در مقابل فردی که غالب اوقات در خشم از گذشته و ترس از آینده ب هسر می برد.

۱. احساس آرامش، امنیت، شفقت، شوخ طبعی، قدرشناسی، رضایت و کنجکاوی، در مقابل احساس تنش، خشم، ناامنی و نفرت.

۲. زندگی کنترل پذیر به نظر می رسد، در مقابل این احساس که زندگی از کنترل فرد خارج است.

۳. مشکلات قابل حل به نظر م یرسند و فرد خوشبینانه به مشکلات خود می نگرد، در مقابل مشکلات حل ناپذیر بنظر رسیده و فرد بدبینانه به مشکلات خود نگاه می کند.

۴. عزت نفس و اعتماد به نفس بالا، در مقابل اعتماد به نفس پایین و احساس اضطراب و ناامیدی.

۵. فرد احساس خوبی نسبت به خود دارد، فرد نقاط ضعف و قوت خود را بخوبی می شناسد.

۶. فرد اجازه نم یدهد احساساتی مانند ترس، خشم، عشق، حسادت، گناه و اضطراب تمام وجودش را در بگیرند.

۷. توان برقراری روابط اجتماعی و بین فردی رضایت بخش و پایدار.

۸. فرد با وجود اختلاف عقاید، تفاوت ها و کاستی ها برای خود و دیگران احترام قائل است.

۹. توانایی پذیرش مشکلات و ناکامی های زندگی.

۱۰. استقلال در تصمیم گیری. عدم هراس از مشکلات و توانایی در حل بهنگام آنها.

۱۱. توانایی سازگاری با محیط پیرامون و تغییرات.
۱۲. داشتن روحیه شاد و با نشاط.
۱۳. توانایی تامین نیازهای شخصی.
۱۴. توانایی لذت بردن از زندگی.
۱۵. توانایی برقراری تعادل و توازن: میان کار و تفریح، خواب و بیداری، اس تراحت و فعالیت بدنی، تنهایی و معاشرت با دیگران، داخل خانه ماندن و از منزل خارج شدن.
۱۶. انعطاف پذیری: افرادی که دارای عقاید خشک بوده و در هیچ شرایطی حاضر به تغییر عقاید خود نیستند (حتی با استدلال های روشن و متقاعدکننده) در واقع خود را معرض استرس زیادی قرار می دهند. انعطاف پذیری در انتظارات و احساسات نیز ضروری است. افرادی که برخی احساسات و هیجانات خود را سرکوب کرده و از ابراز آنها نگرانی دارند خود را در معرض بیماری های روانی قرار می دهند. فرد م یبایست توانایی تغییر کردن، رشد کردن و تجربه کردن طیف وسیعی از احساسات را همگام با تغییر شرایط زندگی دارا باشد.
۱۷. قابلیت ارتجاعی تاب آوری: در فیزیک توانایی بازگشت به شکل اولیه پس از خم شدن، کشیده شدن و یا فشرده شدن می باشد. اما در روانشناسی به مفهوم بازگشت به وضعیت عادی و طبیعی.
۱۸. پس از مواجهه با ناملایمات روزگار، تغییرات و استرسها با حداقل درد و رنج است، یعنی همان تاب آوردن زیر فشار روانی و حفظ ثبات احساسی و سلامت روانی. توانایی کنار آمدن با ناملایمات و سازگاری با تغییرات، بیرون آمدن از شرایط سخت، میزان مقاومت و تحمل فرد.
۱۹. توانایی دوست داشتن و عشق ورزیدن و همچنین، دوست داشته شدن.
۲۰. خلاق و بهر هور بودن.
۲۱. توانایی بهره گیری از قوه تخیل. خیالپردازی نیز برای سلامتی روان ضروری است. اما تا حدی که
۲۲. فرد قادر باشد میان تخیل و واقعیت تفاوت قائل شود و آن دو را از هم تمیز دهد.
۲۳. فرد احساسات خود را می شناسد (انجمن ملی بهداشت روانی).

۲-۲-۷- مشخصه بهداشت روانی و شخصیت سالم

در زندگی و روابط انسان ها، معیارهایی وجود دارد که به بهداشت روان کمک می نماید و در زیر به برخی از آنها اشاره می گردد:

- ۱- صداقت در رفتار: افرادی که بین نیت درونی آنها با رفتار بیرونی شان هماهنگی بیش تری باشد از سلامت روانی بهتری برخوردارند. و در غیر این صورت سلامت روانی به خطر می افتد، مثلاً فردی که دروغ می گوید بخش زیادی از انرژی روانی او صرف فاش نشدن دروغ خواهد شد.

۲- پذیرش ضعف و شکستهای خود: جهت کمک به بهداشت روان لازم است شکستها را به عدم تلاش نسبت دهیم نه به عدم توانایی.

۳- انعطاف پذیری: زندگی اجتماعی پستی ها و بلندی ها ، بدی ها و خوبی ها، خیرها و شرّها، را دارد، لذا لازم است انسان ظرفیت پذیرش تغییرات را داشته باشد، زیرا باعث کمک به بهداشت روان می گردد.

۴- توانایی نه گفتن: در مقابل خواسته های غیر منطقی خود و دیگران توانایی «نه گفتن» را داشته باشیم و کارها را براساس رضایت خاطر درونی خود انجام دهیم نه به خاطر رضایت دیگران.

۵- داشتن قاطعیت: رفتار قاطعانه را روزانه تمرین کنیم و بدون عصبانیت و پرخاشگری و با استفاده از ارتباط کلامی مناسب از حق خود دفاع نماییم.

۶- دوری از فرض های غلط ذهنی: فردی که با خوش رویی با دیگران رفتار نمی کند، این مسأله باعث می شود که دیگران نیز همان واکنش را با او داشته باشند، لذا به این تصور در می آید که دیگران از او بدشان می آیند و او را دوست ندارند.

۷- ورزش : ورزش علاوه بر این که امید به زندگی بهتر را بیش تر می کند، بلکه زنجیره تفکرات منفی را نیز قطع می کند.

۸- سازگاری مناسب اجتماعی: فرد سالم، ارتباط گرم و صمیمانه ای به دیگران دارد، سعی می کند به دیگران احترام گذاشته و به احساسات آنها با صمیمت و مهربانی پاسخ دهد.

۹- داشتن هدف در زندگی: یک فرد سالم، فلسفه زندگی خود را می شناسد و زندگی را پوچ و بی معنی نمی داند ، برای زندگی خود ارزش قایل بوده و بیهوده زندگی خود را فدای امور بی ارزش نمی کند.

۱۰- حرکت برای پیشرفت: تلاش و کوشش لازم را داشته باشیم اما انتظار کامل بودن در تمام زمینه ها را نداشته باشیم، لذا آنچه مهم است تلاش به اندازه توانایی است.

۱۱- خود کارآمدی و خودگردانی: خود کارآمدی، ارزیابی فرد از توانایی خود در انجام یک تکلیف است. خود گردانی مستلزم توانایی فرد در تأثیر گذاری بر رفتار خود به جای واکنش مکانیکی در برابر محیط است (کدیور ، ۱۳۸۲).

۱۲- ابراز احساسات: احساسات مثبت مانند شادی و محبت و احساسات منفی از جمله خشم، نگرانی و اضطراب را درون فکنی و سرکوب نکنیم و بدون رفتار پرخاشگرانه آنها را ابزار کنیم.

۱۳- درک توانایی خود و دیگران: نقاط قوت و ضعف خود را بشناسیم و سعی در شناختن نقاط قوت و ضعف دیگران داشته باشیم. توانایی عفو و گذشت را داشته باشیم و همیشه برای اشتباهات خود را سرزنش نکنیم چون سرزنش باعث کاهش اعتماد به نفس و عزت نفس افراد می‌شود.

۱۴- احترام به دیگران: به دیگران احترام بگذاریم، چون این امر باعث می‌شود که دیگران نیز به ما احترام بگذارند و امکان انگیزش و تقویت محیطی فراهم گردد.

۱۵- داشتن یک نگرش مثبت: نسبت به دوستان، همسالان و بزرگسالان دید مثبتی را پیدا کنیم، چون نگرش خوب به بهداشت روان کمک می‌کند.

۱۶- احساس امنیت و آرامش خاطر: افراد سالم دچار اضطراب و نابسامانی دائمی فکری نیستند. آنها دلوپس نیستند و از آینده و اتفاقات هراسی ندارند. آنها با بردباری و احساس امنیت با وقایع روبرو می‌شوند و برای آنها راه حل منطقی پیدا می‌کنند (چوهن، ۱۹۹۱).

۱۷- داشتن اعتماد به نفس و احساس کفایت: اعتماد به نفس، داشتن نگرش مثبت به تواناییهای خود می باشد که رابطه تنگاتنگی با احساس کفایت دارد. این که کسی به خود و تواناییهای خود اعتماد داشته باشد و بگوید من می‌توانم این کار را انجام دهم و مشکلات را از پیش پا بردارم حاکی از داشتن بهداشت روانی است (پورمقدس، ۱۳۶۷).

۲-۳- سازگاری اجتماعی

سازگاری فرایندی است در حال رشد و پویا که شامل توازن بین آن چه افراد می خواهند و آن چه جامعه شان می پذیرد است. به عبارت دیگر سازگاری یک فرایند دو سویه است، از یک طرف فرد به صورت مؤثر با اجتماع تماس برقرار می کند و از طرف دیگر اجتماع نیز ابزارهایی را تدارک می بیند که فرد از طریق آن ها توانایی های بالقوه ی خویش را واقعیت می بخشد. در این تعامل فرد و جامعه دستخوش تغییر و دگرگونی شده و سازشی نسبتاً پایدار به وجود می آید. به طور کلی سازگاری به تسلط فرد بر محیط و احساس کنار آمدن با خود اشاره دارد. هر یک از ما به محیط و تغییراتی که در آن روی می دهد پاسخ می دهیم. از این رو سازگاری مهارتی است که باید آموخته شود. محیط خانواده یکی از مواردی است که در فراهم ساختن امکان یادگیری سازگاری با محیط نقش و مسئولیت مهمی بر عهده دارد.

۲-۳-۱- تعریف سازگاری اجتماعی

روان شناسان، سازگاری فرد را در برابر محیط مورد توجه قرار داده اند و ویژگی هایی از شخصیت را بهنجار تلقی کرده اند که به فرد کمک می کنند تا خود را با جهان پیرامون خویش سازگار سازد، یعنی با دیگران در صلح و صفا زندگی کند، و جایگاهی برای خود به دست آورد (اتکینسون و هیلگارد، ۱۳۷۰، ترجمه ی براهنی و همکاران). در این میان سازگاری اجتماعی انعکاسی از تعامل فرد با دیگران، رضایت از نقش های خود و نحوه ی عملکرد در نقش هاست که به احتمال زیاد تحت تأثیر شخصیت قبلی، فرهنگ و انتظارات خانواده قرار دارد (ویزمن^۱، ۱۹۷۵).

سازگاری اجتماعی معمولاً در اصطلاحات نقش های اجتماعی، عملکرد نقش، درگیر شدن با دیگران و رضایت با نقش های متعدد مفهوم سازی شده است (کلیر و کاردینز^۲، ۱۹۷۸، به نقل از بیدرمن^۳ و همکاران، ۱۹۹۳). گاه واژه های اجتماعی شدن، جامعه پذیری و رفتار جامعه پسند را مترادف با سازگاری اجتماعی می دانند (مک کوبی و مارتین^۴، ۱۹۸۳). اجتماعی شدن فرایندی است که فرد از طریق آن قالب ها، ارزش ها و رفتار های مورد نظر فرهنگ و جامعه خود را می آموزد (ماسن و همکاران، ۱۳۷۰). به گفته جری آرنت^۵ (۱۹۹۵) سه هدف اجتماعی شدن عبارتند از: الف) کنترل تکانه ها که شامل گسترش وجدان است، ب) آمادگی نقش و عملکرد در برگیرنده نقش شغلی، نقش های جنسی و نقش هایی که در مراسمی نظیر ازدواج و پدر و مادر شدن است، ج) پرورش منابع معناداری است که چه چیزی با اهمیت است، چه چیز دارای ارزش است، و زندگی برای چه چیزی است. جامعه پذیری عبارت است از گرایش به ترجیح دادن به این که بیشتر با سایر افراد باشیم تا تنها، جامعه پذیری شامل تمایل به جلب توجه دیگران، تمایل به سهیم شدن در انجام فعالیت ها به همراه آنان، و تمایل به پاسخ دهی و تحریک که جزیی از تعامل اجتماعی است، نیز می شود. جامعه پذیر بودن بر طبق نظر باس و پلومین^۶ (۱۹۹۰) عبارت است از ارج نهادن ذاتی به فرآیند تعامل با سایر افراد (کارور و شی ی، ترجمه رضوانی، ۱۳۷۵). رفتار جامعه پسند اصطلاحی است که روان شناسان به اعمال اخلاقی که از لحاظ فرهنگی تجویز می شود مانند مشارکت با دیگران، کمک به دیگران، همکاری با دیگران و ابراز همدردی اطلاق می کنند.

چنین رفتاری غالباً باعث می شود که فرد بتواند خود را کنترل کند، زیرا مستلزم آن است که او به خاطر منافع شخصی چشم پوشی کند (ماسن و همکاران، ترجمه یاسایی، ۱۳۷۰). از آن جایی که سازگاری اجتماعی مفهوم عام و گسترده ای می باشد، تعریفی که مورد اتفاق نظر اکثریت محققان باشد وجود ندارد. اما از عمده ترین تعاریف سازگاری اجتماعی می توان به تعاریف که بیان می شود اشاره کرد: شافر و شوبن^۷ (۱۹۷۲)، به نقل از خدایاری فرد و همکاران، (۱۳۸۱) معتقدند که سازگاری تمایل ارگانیزم برای تغییر فعالیت خود در راستای انطباق با محیط است که در

^۱ Weissman

^۲ Clear & Cardins

^۳ Biederman

^۴ Maccoby & Martin

^۵ Arnet

^۶ Boss & Plomin

^۷ Shufer & Shoooben

واقع پاسخی به تغییرات محیط پیرامون می باشد. این ویژگی تعامل و سازگاری فرد با دیگر افراد و ساختارهای ارزشی در واقع مهارت اجتماعی است که تعامل پیوندها و مناسبات او را با دیگران و جنبه های ارزشی جامعه ای که در آن زندگی می کند را تأمین می کند. با توجه به این تعریف باید تمایزی بین سازگاری فیزیولوژیکی و سازگاری اجتماعی قایل شد. زیرا اگر ارضا ی نیازهای فیزیولوژیک زندگی برای موجود غیرممکن شود بقا ی موجود زنده به خطر می افتد. ولی سازگاری اجتماعی برعکس نیازهای فیزیولوژیک در صورت برآورده نشدن آسیبی به بقای موجود زنده از نظر زیستی نمی رساند اما رفتارهای او را غیرانطباقی می کند.

براون^۱ (۱۹۶۵)، به نقل از دبورا، ترنر و رومانو^۲ (۱۹۹۳) سازگاری اجتماعی را جریانی می داند که توسط آن روابط میان افراد، گروه ها و عناصر فرهنگی در وضع رضایت بخشی برقرار باشد. به عبارت دیگر روابط میان افراد و گروه ها طوری برقرار شده باشد که رضایت متقابل آن ها را فراهم سازد.

کومبو^۳ و اسلابی (۱۹۷۷)، به نقل از تیلور، لتیا و شلی^۴ (۱۹۹۱) سازگاری اجتماعی را مترادف با مهارت اجتماعی می دانند، دانند، از نظر آن ها مهارت های اجتماعی عبارت است از توانایی ایجاد ارتباط متقابل با دیگران در زمینه ی اجتماعی خاص، به طریق خاص که در عرف جامعه قابل قبول و ارزشمند باشد. این مهارت ها باید دارای بهره ای دو جانبه باشد. به عبارتی دیگر در عین حال برای دیگران نیز سودمند باشد.

به نظر سالیوان^۵ (۱۹۷۵)، به نقل از استاینبرگ^۶ (۱۹۹۲) در جریان سازگاری اجتماعی موضع ارتباط فرد با افراد دیگر مطرح می شود. در این جریان برخور د انگیزه ها و خواسته های فرد با ضروریات سازندگی گروهی نمایان می شود.

۲-۳-۲- نظریه های سازگاری اجتماعی

۲-۳-۲-۱- نظریه ی روان پویشی

فروید: الگوی فروید بر آن است که در ذهن سه ناحیه وجود دارد: هشیار، نیمه هشیار (حافظه معمولی) و ناهشیار (بخشی از ذهن که برای هشیاری غیرقابل دسترسی است). وی هم چنین یک الگوی ساختاری از شخصیت به وجود آورد که مکمل این الگوی مکان نگار ذهن است. او بر این باور بود که شخصیت دارای سه مؤلفه است که برای ایجاد مجموعه ی وسیعی از رفتارهای انسان با هم تعامل می کنند. این سه جز کلیت های فیزیکی در بدن نیستند، بلکه برچسب هایی خلاصه برای سه جنبه از عملکرد شخصیت به شمار می روند. این مؤلفه ها بن، من و فرامن نامیده می شوند. نهاد یا بن از اصل لذت پیروی می کند این که همه ی نیازها بایستی بلافاصله ارضا شوند و از تفکر فرایند

^۱ Brown

^۲ Deborah, Turner & Romano

^۳ Kumbo

^۴ Taylor, Lettia & Shelley

^۵ Sullivan

^۶ Steinberg

اولیه (که ابتدایی، غریزی و جدای از واقعیت است) استفاده می کند. من نهایتاً از بن پدیدار می شود، زیرا نهاد نمی تواند به گونه ای مؤثر با خواسته های جهان خارج برخورد کند. من از اصل واقعیت پیروی می کند -تصویری که رفتار بایستی واقعیت خارج را مدنظر بگیرد -و مراقب است که تکانش های نهاد به شیوه ای واقع گرایانه و مناسب ارضا شود. من از تفکر فرایند ثانویه (مبتنی بر واقعیت) استفاده می کند(کارور، شی یر، ۱۳۷۵، ترجمه رضوانی).

فرامن، سومین مؤلفه شخصیت، تجسم ارزش های والدین و اجتماع است. همین مؤلفه است که تعیین می کند که چه چیز درست و چه چیز غلط است، و بیشتر در پی تکامل است تا در پی لذت. الگوی دقیق قواعد در فرامن از نظام پاداش ها و تنبیه هایی که والدین به کار می برند سرچشمه می گیرد. کودک برای جلب محبت و علاقه والدینش می کوشد از آنچه والدینش آن را درست می دانند متابعت کند. کودک برای اجتناب از درد، تنبیه، و طرد شدن از آن چه که والدینش آن را خطا می دانند اجتناب می کند. گرچه سایر مراجع قدرت نیز می توانند تأثیری ثانویه بر رشد فرامن داشته باشند، فروید معتقد است که فرامن عمدتاً از والدین سرچشمه می گیرد. فرایند پذیرش یا جذب ارزش های والدین (و جامعه بزرگ تر) درون فکنی نامیده می شود.

فرامن را باز هم می توان به دو دستگاه فرعی تقسیم کرد یکی پاداش دهنده، یکی تنبیه کننده. آن جنبه از فرامن که به رفتار پاداش می دهد من آرمانی نامیده می شود. هر آنچه که والدین آن را تأیید کنند یا ارج نهند به درون من آرمانی جذب می شود. بدین ترتیب من آرمانی معیارهایی متعالی فراهم می آورد که می بایستی در پی آن ها باشد. من آرمانی به شما به خاطر رفتارهایی که مناسب با آن معیارها باشد به وسیله وادار کردن شما به احساس غرور، پاداش می دهد. جنبه تنبیه کننده ی فرامن وجدان نامیده می شود. آنچه که والدین آن را رد کنند یا به خاطر آن تنبیه کنند جذب وجدان می شود. وجدان با ایجاد احساس گناه در شما، شما را به خاطر اعمال و افکار بد تنبیه می کند. فرامن دارای سه نقش به هم پیوسته است: اول، می کوشد هر نوع تکانش بن را که جامعه (یعنی والدین شما) محکوم می کند کاملاً منع کند. دوم، می کوشد من را مجبور سازد که بیشتر با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی عمل کند تا با ملاحظات عقلی و سوم، سعی می کند فرد را به سمت کمال مطلق در اندیشه، کلام، و عمل هدایت کند(کارور و شی یر، ۱۳۷۵، ترجمه ی رضوانی).

بر پایه کلی منش شناسی از راه روان تحلیل گری، خصوصیات روان آزردگی (یا منش روان آزردگی) نتیجه سازگاری غیرکافی غرایز با واقعیت اجتماعی است. اگر کشاننده های لیبیدویی به کیفیت های سازگار شده ی اجتماعی و نسبتاً پایدار تغییر حالت دهند، می توان از منش غیر روان آزرده سخن به میان آورد. در هر حالت تشخیص و تفاوت بین منش بهنجار(متعادل) و روان آزرده کاملاً متغیر است، و در درجه ی اول بستگی به میزان کمبود سازگاری اجتماعی دارد (فروم، ۱۳۶۱). درباره ی شکل گیری فرامن باید تأکید کرد که کودک با شخص والدین همانندسازی نمی کند بلکه همانندسازی با فرامن آن ها صورت می گیرد و فروید با استفاده از اصطلاح همانند سازی با پایگاه والدین این تمایز را برجسته ساخته است(منصور و دادستان، ۱۳۶۹).

از نگاهی دیگر، فرید در نظریه روان تحلیل گری خود، نظام تحولی را بر اساس ساختارهای روانی/جنسی ارائه می دهد. هر مرحله با تاکید بر کنش های زیست شناختی، کشمکش های در خور تحلیل تجربه های عادی انسان را می رساند. در طرح یاد شده از نظر اجتماعی چنین استنباط می گردد که کودکان باید هر مرحله بحرانی را با موفقیت بگذرانند تا بتوانند به صفات یا رفتار مثبت برسند. گاه عکس این مورد پیش می آید، یعنی کودکان قادر به دفع کشمکش های مرحله مربوط نیستند. برای مثال مادر یا سرپرست اصلی دیگر، محور رفتار های اجتماعی اولیه کودک محسوب می شود و گسترش ارتباط کودک با دیگران در خانه یا بیرون از آن، تدریجی است. مسئله اصلی در نظریه فروید ضرورت حل کشمکش هاست تا کودک از نظر تثویک با شناسایی همجنس خود، پدر یا مادر، نحوه ایجاد ارتباط با دیگران را بیاموزد و با دو حس رشک و خشم مواجه شود(فرایندی که می توان گفت مهارت اجتماعی تقلید یا الگودهی را در بر می گیرد).

به طور کلی نظریه روان تحلیل گری زیگموند فروید، تحول انسانی را به صورت انگیزه ناهشیار مفهوم سازی کرده است که انگیزه هایی را برای فرد فراهم می کند. از این چشم انداز تحول اجتماعی به اکتساب مهارت ها و توانایی ها جهت مهار این نیروهای انگیزشی ناهشیار به سبک قابل پذیرش اجتماعی گفته می شود. بر طبق دیدگاه فروید زندگی اولیه کودکان تاثیر بزرگی بر تحول آنها دارد. او به طور خاصی به واکنش والدین نسبت به عواطف ترس، خشم، عشق و جنسیت کودکان توجه داشت. فروید همچنین معتقد بود که یک توالی طبیعی از رویداد ها برای مدیریت ابراز عواطف و اکتساب مهارگری در طول این عواطف وجود دارد. چشم انداز نظری فروید سرشار از عقایدی در ارتباط با تحول اجتماعی کودکان است. او بر درونی سازی استاندارد های رفتاری والدین یا بزرگسال از طریق همانندسازی با فرامن تاکید کرده بود. همانندسازی بر درونی سازی و مشارکت ارزشهای انسانی و الگوهای رفتارهای اجتماعی به صورتی که بازداری های والدینی و اجتماعی عمل می کنند، تاثیر می گذارد.

در طرح ارائه شده توسط فروید، از نظر اجتماعی چنین استنباط می شود که کودکان باید هر مرحله بحرانی را با موفقیت پشت سر بگذارند تا بتوانند به صفات یا رفتار مثبت دست یابند. این نظریه بر اهمیت حیاتی سالهای اولیه زندگی کودک توجه دارد و بر نیاز به حمایت عاطفی مثبت از طرف والدین و مراقبان تمرکز دارد. این نظریه بر تاثیر فرزندپروری مطلوب و روابط خانوادگی مثبت بر زندگی کودکان تاکید دارد. هر چند که طرفداران الگوی روان تحلیل گری تاکید دارند که تحول فردی به نیاز آنها برای ارضای غرایز اساسی وابسته است، با این وجود آنها معتقدند که روابط والد/فرزند می تواند گذار کودک از میان مراحل روانی/اجتماعی ارائه شده را تسهیل یا بازداری کند. طرفداران این الگو والدین و خانواده ها را در کوشش در جهت پاسخ مثبت دادن به کودکانشان، هنگام گذار از این مراحل تشویق و حمایت می کنند. آنها تنبیه رفتارهایی را که پیامدهایی از زنجیرهای تحولی کودک است، مانند توالی رفتن نامناسب، تعارض با والدین همجنس، جلوه های آشکار جنسی در دوران بلوغ مانند استمنا و غیره را نفی می کنند. شاید مهمترین چشم انداز

مهارت های اجتماعی، تشخیص اهمیت هویت فردی توسط نظریه روان تحلیل گری است (ساکس و ولف، ۲۰۰۶، به نقل از حسین خانزاده، ۱۳۹۲).

نظریه پردازانی که به طور کلی پیرو فروید هستند؛ اما با جنبه های خاصی از تفکر او موافق نیستند، نو فرویدگرایان یا روان تحلیل گرایان جدید نامیده می شوند، زیرا در پی تجدیدنظر در اغلب عقاید اساسی فروید بوده اند. مانند آدلر در دید آدلر زندگانی در اجتماع از یک سو مستلزم محدودیت های متقابل و هدف های فردی برتر، بلافاصله و فوری است و انسان را مجبور به همیاری و همکاری می نماید، از سوی دیگر این چنین زندگانی تنها شکل موجودیتی است که بتواند "ایمنی" وی را فراهم سازد. بدین ترتیب در کنار رنج ها یعنی احساسات ناتوانی و کهنتری، مرهمی نیز نهاده شده است و آن توحید کامل با گروه اجتماعی است. به نظر آدلر این یکپارچگی یا توحید با گروه در هر فرد سالم بر اثر تمایل عمیقی که ناشی از انگیزه ی اجتماعی زیستن است و انسان را به دوست داشتن و پذیرفتن دیگری و همکاری و تعاون می کشاند تسهیل می گردد (منصور، ۱۳۷۱). آدلر بر این باور است که افراد بشر موجوداتی اجتماعی هستند و بنابراین رفتار بشر تنها در بافت اجتماعی آن قابل درک است. در هر فردی ظرفیتی به صورت فطری وجود دارد که آدلر علاقه اجتماعی می نامد بسط و توسعه می یابد. یعنی تمایل به همکاری با دیگران. منظور از اجتماعی نه تنها در برگیرنده علاقه به دیگران می باشد بلکه علاقه به علاقمندی های دیگران را نیز شامل می شود. علاقه اجتماعی استعداد همکاری و زندگی اجتماعی است که می تواند از طریق آموزش گسترش یابد و وقتی گسترش یافت می تواند از طریق مهارت های واقعی همکاری و کمک، درک و همدلی بیان شود.

بنابراین علاقه اجتماعی، ملاک آدلر برای تشخیص سلامت روانی بوده است. علاقه اجتماعی معیار سنجش هنجار بودن کودک است (انس باخر^۲، ۱۳۵۶) میزانی که یک فرد می تواند به طور موفق با دیگران سهیم باشد و از طریق کار کردن با آن ها مشارکت نماید و یک رابطه ی ارضا کننده با فردی از جنس مخالف خود به وجود بیاورد که در واقع نشان دهنده سطح بلوغ و یکپارچگی کلی شخصیت او می باشد. تلاش اجتماعی یک تلاش اولیه است نه ثانویه. جستجو برای اهمیت داشتن و یافتن جایگاهی در اجتماع از جمله اهداف اساسی هر کودک و بزرگسالی می باشد. بنابراین افراد بشر را نباید در انزوا نگاه کرد بلکه باید آن ها را به عنوان موجوداتی که دارای تعامل اجتماعی هستند دید (مایر^۳، به نقل از شیلینگ، ۱۳۷۲).

نظریه اریکسون^۴ به نظریه نوپدیدآیی^۵ معروف شده است. نظریه ی روانی اجتماعی وی تأکید بر "تناسب متقابل بین بین فرد و محیط دارد. یعنی از یک سو ظرفیت ارتباطی فرد با محیط پیوسته متغیر زندگی که متشکل از آدمیان و نهادهاست، از سوی دیگر آمادگی این مردم و نهادهای برای آن که وی را به صورت بخشی از فرهنگ موجود در

^۱ Sacks & Wolfe

^۲ Ansbacher

^۳ Mayer

^۴ Erikson

^۵ epigenetic

آورد" (اریکسون، ۱۹۷۵). بنا به نظریه ی وی، تشکل و تحول شخصیت در هشت مرحله از کودکی تا پیری تحقق می پذیرد. فرد در جریان تعامل با واقعیت بیرونی، دید خود را نسبت به جهان توسعه می بخشد. هر مرحله با یک موقعیت تعارضی که باید آن را حل کرد مطابقت دارد. تعارض همواره در طول زندگی فعال باقی می ماند و فرد به اشکال مختلف با آن مواجه می شود. چنانچه انسان در این وظیفه با شکست مواجه گردد ممکن است اغتشاشات روان شناختی و خیمی در وی پدیدار گردند. یکی از موضوعات اصلی نظریه ی اریکسون هویت من^۱ و رشد آن است. هویت من احساسی است که هشیارانه تجربه می شود. احساسی که از تبادل فرد با واقعیت اجتماعی خویش ناشی می شود. هویت من یک فرد پیوسته در حال تبدیل و تغییر در پاسخ به تغییرات در محیط اجتماعی است. در نظر اریکسون، تشکیل و حفظ احساسی قوی از هویت من اهمیت فراوانی دارد، او عدم وجود هویت من قوی را یکی از نخستین عوامل تعیین کننده آسیب روانی و ناسازگاری می داند. دومین موضوع عمده در نظریه ی اریکسون به مفهوم شایستگی و کفایت شخصی مربوط می شود. اگر در مرحله ای رشد با موفقیت پشت سر گذاشته شود، فرد با احساس بالایی از شایستگی به مرحله ی بعد راه می یابد. اگر در آن مرحله موفق نشود احساس حقارت در او بوجود خواهد آمد. اریکسون معتقد است که افراد تنها در صورتی که از قبل دارای احساسی قوی از هویت باشند قادر به انس گرفتن هستند. اگر افراد احساسی روشن و مطمئن از این که چه کسی هستند نداشته باشند، برای آن ها غیرممکن است که به طریقی صمیمانه با دیگران ارتباط متقابل پیدا کنند. مؤانست واقعی مستلزم آن است که انسان به طریقی مشتاقانه و صریح و با میل به سهیم شدن حتی شخصی ترین جنبه های وجود خود با دیگران به این روابط نزدیک شود. در واقع اریکسون از نیاز به مؤانست به منزله ی جستجویی دو جانبه برای هویتی مشترک سخن می گوید (اریکسون، ۱۹۵۰؛ به نقل از کاور و شی، یر، ترجمه رضوانی، ۱۳۷۵). با نگاهی دیگر، اریکسون یک روان شناس «من» است که بر روی آورد زیست شناختی فروید تمرکز زدایی می کند و بر تاثیر جنبه های اجتماعی بر تحول فرد تاکید دارد. نظریه اریکسون ماتریکس اجتماعی جامعی را ارائه داده است که شامل کودک، مادر، پدر، دیگر مراقبان اولیه، خانواده گسترده و میراث فرهنگی و تاریخی کودک است. اریکسون معتقد است برای این که فرد از لحاظ کنشوری اجتماعی کامل شود توسعه قابلیت های «من» در یک مرحله خاص در طی مراحل تحولی مهم است، اگر دوران حساس کودکی به طور رضایت بخشی مهار نگردد، کودک در مراحل بعدی زندگی با مشکلاتی روبرو می شود. اریکسون (۱۹۶۳) در ادامه طرح تحلیل روانی فروید نظام تحولی مشابه ای را برای تحول اجتماعی ارائه می دهد که از دوران طفولیت تا بلوغ ادامه دارد و کودک در هر مرحله برای مجموعه ای از کشمکش ها، بیش از همه از طریق تحول رفتار اجتماعی تسلط پیدا می کند. به نظر اریکسون کودکی که به نحو مطلوبی اجتماعی شده است تمامی هشت مرحله را که با اعتماد به دیگران آغاز می شود و در دوران بلوغ به اوج خود می رسد را، با موفقیت پشت سر می گذارد و به شکلی منطقی خود را در جامعه پیدا میکند. در چارچوب نظریه اریکسون، با تحول رفتار اجتماعی اولیه، کودک ضمن ارتباط با والدین و سرپرستان، می تواند مهارت داد و ستد و فهماندن نیاز خود به دیگران را کسب کند. کودک خردسال باید بتواند برای ایجاد نظم در کنش های مختلف جسمانی و نیز حین جنب و جوش در محیط پیرامون به خواسته های بزرگسالان توجه کند. واکنش های اجتماعی ایجاد شده با اولین سرپرستان (والدین) از طریق گسترش ارتباط با

^۱ ego identity

خواهران، برادران، همسالان و سایر بزرگسالان آشکار می شود. رفتار هایی که با نوعی استقلال و ابتکار همراه است، ارزش فزاینده ای می یابد. در هر فرایند پرورش اجتماعی، رفتارهای اجتماعی اولیه را والدین و سرپرستان از طریق ارائه ی پاسخ ها و نمونه به کودک می آموزند (حسین خانزاده، ۱۳۹۲).

۲-۳-۲- نظریه ی یادگیری

در دیدگاه رفتاری، آسیب شناسی رفتاری یک بیماری نیست، بلکه پاسخی است که براساس همان اصول رفتاری یاد گرفته شده است که همه ی الگوهای پاسخ براساس آن یاد گرفته می شوند. یادگیری، نگهداری و تغییر رفتار ناپهنجار، درست مانند یادگیری رفتار عادی است و رفتار عادی را نیز می توان یک سازگاری به حساب آورد که از یک گذشته ی پر از تقویت ناشی شده است (المن و کرازنر، ۱۹۶۹، به نقل از پروین، ۱۳۷۴). براساس نظریه ی محرک پاسخ که از سوی روان شناسانی چون هال، دالارد و میلر ارائه شد، هر یادگیری مستلزم برقراری ارتباط بین محرک و پاسخ است. این ارتباط در نتیجه تقویتی که بعضاً صورت می گیرد تحکیم می شود. به گفته ی دالارد و میلر نوزاد درمانده و ناتوان انسان با کشاننده های اولیه ای چون گرسنگی، تشنگی و واکنشهایی به درد و سرما به دنیا می آید. البته کودک فاقد بسیاری از انگیزه هایی است که موجب تمایز بزرگسالان به عنوان عضو یک قبیله، یک ملت، یک طبقه ی اجتماعی، یک شغل، و یا یک حرفه می شود. بسیاری از کشاننده های مهم مانند میل به پولدار شدن، آرزوی هنرمند یا استاد دانشگاه شدن، و همین طور ترس های خاص و احساس گناه در جریان جامعه پذیر شدن یاد گرفته می شوند (دالارد و میلر، ۱۹۵۰؛ به نقل از پروین، ۱۳۷۴). دالارد و میلر تأکید می کنند که کودک در جریان رشد باید روزنه های جامعه پسندی برای ارضای سائق های خود پیدا کنند. موقعیت های مهم یادگیری، به خصوص شامل غذا خوردن، آداب توالت رفتن، رفتار جنسی، رفتار پرخاشگرانه است (پروین، ۱۳۷۴).

۲-۳-۳- نظریه ی یادگیری شناختی اجتماعی

نارضایتی از رویکرد شرطی سازی به پیدایش نسل دومی از نظریه های یادگیری منتهی شد. این نظریه ها "شناختی" نامیده شدند زیرا بر نقش فرایندهای اندیشه در رفتار تأکید می کنند و "اجتماعی" نامیده می شوند زیرا بر این عقیده تأکید می ورزند که افراد اغلب از یکدیگر یاد می گیرند (کارور و شی یر، ترجمه رضوانی، ۱۳۷۵).

۲-۳-۴- نظریه ی اجتماعی شناختی

این نظریه با مردود شناخت دیدگاه هایی که معتقدند انسان با نیروهای درونی برانگیخته می شود و یا آن هایی که انسان را دست بسته در اختیار محیط می دانند، بر این باور است که رفتار انسان را می توان از طریق تعامل انسان و

محیط تبیین کرد، فرایندی که باندورا آن را جبرگرایی دوجانبه^۱ می نامد. انسان تحت تأثیر نیروهای اجتماعی است ولی نحوه ی برخورد با آن ها را، خود انتخاب می کند. انسان هم نسبت به شرایط محیطی واکنش نشان می دهد و هم فعالانه آن ها را تفسیر کرده و بر موقعیت ها تأثیر می گذارد. همانقدر که موقعیت ها، انسان را شکل می دهد، انسان نیز موقعیت ها را انتخاب می کند و همان قدر که انسان از رفتار دیگران تأثیر می گیرد، در رفتار دیگران نیز تأثیر می گذارد. به طور کلی، نظریه شناختی اجتماعی، انسان را به شرط درست عمل کردن، موجودی کاملاً سازگار می بیند که توانایی انطباق با شرایط متغیر محیطی را داراست. فرایند مداوم جبرگرایی دو جانبه مستلزم این است که فرد به طور فعال از بین هدف ها به انتخاب بپردازد و در بین موقعیت ها با توجه به مقتضیات آن ها و امکان بالقوه ی دستیابی به نتایج متفاوت، تمیز قائل شود. انسان در مورد توانایی خود در پاسخگویی به مقتضیات متنوع موقعیتها به قضاوت می پردازد و وقتی آن عمل را انجام داد، نتیجه را با توجه به پاسخ های دیگران و میزان های درونی خودش ارزیابی می کند. انسان به یک معنی، موجودی مسئله گشاست و به دلیل این است که چنان رفتار می کند که هم پاداش های محیطی خود را به حداکثر برساند و هم پاداش های درونی را به شکل خود تحسینی دریافت کند (پروین، ۱۳۷۴). در نظریه ی شناختی اجتماعی، دو فرایند متفاوتی که این نظریه را از سایر نظریه های یادگیری در شخصیت جدا می کند عبارتند از یادگیری مشاهده ای و خود نظم جویی^۲ یادگیری مشاهده ای مستلزم توانایی یادگیری رفتارهای پیچیده از طریق مشاهده است". زیرا انسان می تواند از روی سرمشق، یک رفتار و یا حداقل شبیه آن را یاد بگیرد، قبل از این که آن رفتار را انجام داده باشد و بدین ترتیب، از خطاهای غیرضروری نیز جلوگیری کند". باندورا بر این باور است که تهیه و تدارک سرمشق های اجتماعی، یک وسیله ی ضروری در انتقال و تغییر رفتار در موقعیت هایی است که ممکن است خطاها به نتایج پرهزینه و یا مهلک و کشنده ای منجر شوند. در واقع، اگر یادگیری صرفاً براساس نتایج خوشایند و ناخوشایند ایجاد می شد، اغلب مردم در جریان جامعه پذیر شدن جان خود را از دست می دادند. فرایند خود نظم جویی، مستلزم توانایی انسان در تأثیرگذاری در رفتار خود است، نه این که به طور مکانیکی به محرک های محیطی واکنش نشان دهد. دو فرایند یادگیری مشاهده ای و خود نظم جویی مستلزم استفاده از فرایندهای تفکر (شناختی) می باشند. هر دو فرایند تحت تأثیر پاداش و تنبیه قرار دارد ولی به وسیله ی آن ها تعیین نمی شود. مشاهده سرمشق ها و رشد معیارها و مکانیسم های مهار خود، نه فقط در پرخاشگری، بلکه در قضاوت های اخلاقی و در تحمل به تعویق انداختن ارضا نیز اهمیت پیدا می کند. فرایندهای مربوط به قضاوت های اخلاقی با افزایش سن، پیچیده تر می شوند. به علاوه، هم چنان که کودکان رشد می کنند، کنترل بیرونی آن ها به کنترل درونی تبدیل می شود. والدین، در شروع از تنبیه و تهدید به تنبیه برای دلسرد کردن فرزندان خود از انجام رفتارهای خاص استفاده می کنند. البته، در روند جامعه پذیر شدن موفقیت آمیز، "کنترل های درونی و نمادین بامجازات ها و تقاضاهای بیرونی تدریجاً عوض می شوند. بعد از این که معیارهای رفتاری از طریق سرمشق گیری و یا آموزش ایجاد شد، نتایج آن ها برای فرد به عنوان تخلف و تجاوز عمل می کنند(باندورا، ۱۹۷۷، به نقل از پروین، ۱۳۷۴). بدیهی است که هم رشد قوانین پیچیده ی اخلاقی و هم استفاده فزاینده از کنترل های درونی به رشد

^۱ reciprocal determinism

^۲ self - regulation

مهارت های شناختی پیچیده تر بستگی دارد. توانایی میل به تعویق انداختن ارضا در فرد متضمن رشد صلاحیت های شناختی و رفتاری است. توانایی ایجاد میل به تعویق انداختن ارضا تحت تأثیر نتایج مورد انتظار قرار دارد، همچنان که تحت تأثیر تجارت مستقیم فرد در گذشته قرار دارد، مشاهده این نتایج در سرمشق هایی چون والدین و همسالان و واکنش های خود فرد نیز واقع می شود. گفتنی است یادگیری از طریقی مشاهده ی رفتار دیگران و از طریق سرمشق گیری، مستلزم اقدامی گسترده تر از تقلید است، ولی پراکندگی و عام بودن آن از همانند سازی کمتر است (پروین، ۱۳۷۴).

۲-۳-۵- نظریه ی پدیدار شناختی براساس دیدگاه پدیدارشناختی^۱

درک هر فرد از جهان یگانه است. این ادراک ها میدان پدیداری فرد را می سازد. انسان ها همان گونه به محیط واکنش نشان می دهند که آن را درک می کنند. میدان پدیداری فرد، شامل ادراک های هشیار و ناهشیار اوست. ادراک هایی که فرد نسبت به آن ها آگاهی دارد یا ندارد. ولی تعیین کننده مهم رفتار، مخصوصاً در انسان های سالم ادراک هایی است که می توانند به صورت آگاه جلوه کنند. اگرچه میدان پدیداری، اصولاً دنیای خصوصی انسان را تشکیل می دهد، می توانیم این دنیا را (مخصوصاً با تدابیر بالینی) آن طور که افراد درک می کنند، ببینیم و رفتار را از دریچه چشم آن ها و با معنای روانشناختی که برای آن ها دارد تبیین کنیم (راجرز، ۹۵۱، به نقل از پروین، ۱۳۷۲). روان شناسان پدیدارنگر معمولاً قبول ندارند که رفتار را تکانه های ناهشیار (در نظریه های روان تحلیل گری) یا محرک های برونی (در رفتار گرایی) کنترل می کنند، و به جای آن معتقدند که ما بازپچه دست نیروهای خارج از کنترل خود نیستیم، بلکه اثرگذارانی هستیم که می توانیم سرنوشت خود را کنترل کنیم (اتکینسون و همکاران، ۱۳۶۹). از نظر راجرز، انسان ذاتاً ماهیتی مثبت دارد و مسیر حرکت او در مجموع به سوی خود شکوفایی، رشد، و اجتماعی شدن است. راجرز بر این اعتقاد است که من همواره نسبت به ماهیت انسان خوش بین نیستم و کاملاً آگاهم که در اثر حالات دفاعی و ترس های درونی، افراد می توانند به طور غیرقابل تصویری بی رحمانه، وحشتناک، تحول نیافته، واپس رونده غیر اجتماعی و آزاردهنده رفتار کنند. با وجود این یکی از نیروبخش ترین و روح بخش ترین قسمت از تجربیات من کارکردن با این افراد و کشف تمایلات بسیار مثبتی است که در آن ها، مانند همه ی ما، در عمیق ترین سطوح وجود دارد. راجرز بر این باور است که آئین مسیحیت این باور را در ما ایجاد کرده است که ذاتاً گناهکاریم، علاوه براین، تصویری که فروید و پیروان او از انسان، ناهشیار و بن ارائه می دهند این است که در صورت امکان به اعمال خلاف اخلاق دست خواهد زد. طبق این نظر، انسان از بنیاد، غیرمنطقی، غیراجتماعی، و مخرب خود و دیگران است. به نظر راجرز ممکن است گاهی انسان چنین باشد، ولی این زمانی اتفاق می افتد که روان آزوده است و مانند یک انسان شکوفا شده عمل نمی کند. وقتی آزادانه عمل می کنیم و در تجارب خویش مختاریم، ماهیت اصلی خود را به عنوان موجودی مثبت و اجتماعی ارضا می کنیم. موجودی که می تواند مورد اعتماد باشد و اصولاً

^۱ phenomenological view

سازنده است. راجرز در یک عبارت شاعرانه، زندگی را به عنوان فرایندی فعال تعریف کرده و آن را به تنه ی درختی در ساحل اقیانوس تشبیه می کند که برافراشته، سرسخت و انعطاف پذیر باقی مانده است و ضمن حفظ وضع موجود، رشد می کند: میل به زندگی، اعتماد به زندگی و توانایی یورش بردن به محیطی که بسیار خصومت آمیز است وجود دارد. درخت در این جریان نه تنها خود را محکم نگه می دارد، بلکه خود را وفق می دهد، رشد می کند و خودش می شود(راجرز، ۱۹۶۳، به نقل از پروین، ۱۳۷۲). به نظر راجرز، جامعه مهم است، اما خود مقدم بر آن است(کارورو شی، ۱۳۷۵). نخستین شرط پیدایش شخصیت سالم، دریافت توجه مثبت نامشروط (یا غیرشرطی) در دوره ی شیرخوارگی است. شخصیت سالم زمانی ایجاد می شود که مادر بدون توجه به چگونگی رفتار کودک به او عشق و محبت نشان دهد. کودک این عشق و محبت را که به رایگان نثارش می شود با گرایش و شیوه ی نشان دادن آن، به یک رشته هنجارها و معیارهای درونی شده تبدیل می کند، همانگونه که کودک شیرخوار توجه مثبت مشروط مادر را درونی و از آن خود می سازد. به اعتقاد راجرز، مادر می تواند رفتارهای خاصی را مورد تأیید قرار ندهد، بدون آن که برای دریافت عشق و محبت قید و شرطی بگذارد. در این حالت، فضایی پیدا می شود که کودک ناپسند بودن بعضی رفتارها را می پذیرد، بدون آن که وادار شود از انجام دادن آن ها احساس گناه و حقارت کند. کودکانی که با احساس توجه مثبت نامشروط پرورش می یابند، در هر شرایط خود را ارزشمند می دانند و اگر این ارزشمندی به هیچ وجه مشروط نباشد، نیازی برای رفتار تدافعی نمی ماند. در این حال میان خود و ادراک واقعیت ناسازگاری نخواهد بود. برای چنین کسی هیچ تجربه ای تهدید کننده نیست، او می تواند در زندگی از هر حیث و آزادانه مشارکت داشته باشد(شولتس، ترجمه ی خوشدل، ۱۳۶۴).

۲-۳-۲- نظریه ی تحولی

از نظر پیازه شخصیت انسان دارای دو جنبه است: یکی جنبه خود میان بینی و دیگری جنبه سازش پذیری و مسئله اساسی تشخیص بین فرد و شخصیت است. فرد به منزله ی من^۱ متفرعنی است که خود میان بین است و براساس این خود میان بینی عقلی یا اخلاقی راه را بر روابط متقابل که وابسته به هر نوع زندگی اجتماعی مترقی است می بندد. شخص به عکس فردی است که آزادانه به قبول انضباطی تن در می دهد، یا در پی ریزی آن سهیم می شود، و بدین ترتیب به طور ارادی خود را تابع نظام هنجارهای اخلاقی متقابل می نماید. بدیهی است که در این شرایط وی تابع احترام نسبت به دیگران است. پس شخصیت در واقع یک نوع هشیاری عقلی و وجدان اخلاقی است که به همان اندازه که از عدم هنجار اخلاقی یا ناپیروی که حاصل خود میان بینی است دور است، به همان نسبت نیز از قبول هنجارهای اخلاقی دیگران یا دیگر پیروی که تحت فشار محیط خارج بوجود می آید فاصله دارد. چه با فراخواندن دستورها و احکام اخلاقی به تقابل بر استقلال اخلاقی و خود پیروی خویش تحقق می بخشد. به تعبیری ساده تر شخصیت هم با هرج و مرج و هم با اجبار مخالف است، زیرا اخلاقاً خود پیرو است و طبیعی است که در خود

^۱ ego

پیروی اخلاقی، فقط می توانند با یکدیگر روابط متقابل داشته باشند. از یک سو اجتماعی شدن، یک ساخت بندی است که فرد به همان اندازه که دریافت می کند در آن سهیم است. از سوی دیگر حتی در مورد انتقال ها و تفویض های اجتماعی که در آن ها آزمودنی بیشتر پذیرنده به نظر می آید، مانند انتقال و تفویض آموزشگاهی، عمل اجتماعی بدون یک درون سازی فعال از سوی کودک که مستلزم ابزارهای عملیاتی کامل است، مؤثر نیست (پیاژه ، ترجمه ی منصور و دادستان ، ۱۳۶۷).

بر اساس نظریه دلبستگی (بالبی، ۱۹۸۲، به نقل از کرنز و اسیتونز^۱، ۱۹۹۶) کودکان، دلبستگی به مراقبت کننده را تشکیل می دهند، اما کیفیت این دلبستگی کاملاً متفاوت از یکدیگر است. کودکانی که مراقبت کننده را حساس، پاسخ ده و قابل دسترس می یابند، به دلیل برخورداری از عواطف دیگران، خود را ارزشمند دانسته و این توقع را به مشارکت کنندگان اجتماعی دیگر گسترش می دهند. در مقابل، کودکی که مراقبت کننده را غیرقابل دسترس، غیرقابل پیش بینی، و غیر پاسخ ده در می یابد، این انتظار را شکل می دهد که دیگران نیز قابل اعتماد و قابل دسترس نیستند. توقعات شخص درباره ی خود و دیگران براساس آن چه که بالبی به الگوهای شخص و دیگران ارجاع می دهد بر روی سراسر دوره ی نوزادی، کودکی و نوجوانی ساخته می شود. کودکانی که پیوسته مراقبت کنندگان خود را پاسخ ده و قابل دسترس می یابند، خودشان را برای انجام کنش بر روی محیط موفق دانسته و برای ارتباط با همسالان پیشقدم می شوند. نظریه بالبی پیش بینی می کند که دلبستگی با مراقبت کننده، کیفیت روابط دیگر و کنش متقابل اجتماعی را زیر نفوذ قرار خواهد داد. یک دلیل منطقی برای این ارتباط این است که وابستگی والدین ممکن است مجموعه ای از توقعات و انتظارات را درباره ی چگونگی برقراری ارتباط با دیگران و چگونگی تفسیر فعالیت دیگران فراهم کند (بالبی^۲، ۱۹۷۳، سروف، ۱۹۸۶؛ به نقل از کرنز و اسیتونز، ۱۹۹۶).

۲-۳-۷- خلاصه ی دیدگاه ها درباره ی سازگاری اجتماعی

در دیدگاه روان پویشی، همانندسازی به فرایندی ناهشیار اطلاق می شود که فرد طی آن ویژگی های (بازخوردها، الگوهای رفتاری ، هیجان ها) فرد دیگری را برای خود سرمشق قرار می دهد. در روان تحلیل گری، همانندسازی چیزی فراتر از تقلید صرف از رفتار والدین است. فرایند همانندسازی به نظر فروید در تشکیل وجدان اخلاقی، نقش های جنسی و بازخوردها ی اجتماعی اهمیت فراوان دارد و به اجتماعی شدن کودک منتهی می شود. در دیدگاه نو فروید گرایان، آدلر افراد بشر را موجودی اجتماعی دانسته و بر علاقه اجتماعی^۳ تأکید می ورزد. این علاقه عبارت است از تمایل به همکاری با دیگران برای یک صلاح عمومی و آگاهی از مناسبات مشترک جهانی برای همه ی افراد بشر. اریکسون با اشاره به مفهوم هویت^۴ که از یک سو به احساساتی رجوع می دهد که یک فرد از خویشتن دارد یعنی

^۱ Kerns & Stevens

^۲ Bullby

^۳ social interest

^۴ identity

خودسنجی، و از سوی دیگر بر روابط بین هویت شخصی و توصیف‌هایی که دیگران (افرادی که برای فرد واجد ارزشند) از او به عمل می‌آورند، تکیه می‌کند. این توصیف‌ها مربوط به رفتارهایی هستند که جامعه آن‌ها را برای یک رفتار مناسب اساسی می‌داند و در حول مجموعه‌هایی که نقش‌های اجتماعی نامیده می‌شوند، سازمان یافته‌اند. نقش‌هایی که بین "من" و اجتماع ارتباط برقرار می‌سازند دارای دو کنش‌اند، یکی آن‌که شخص را به قوانین اجتماعی مربوط می‌سازند و دیگر آن‌که وی را به عنوان فرد مشخص می‌کنند. وی هم چنین از نیاز به مؤانست به منزله‌ی جستجویی دو جانبه برای هویتی مشترک سخن می‌گوید. دیدگاه رفتاری به ویژه نظریه اجتماعی شناختی بر دو فرایند یادگیری مشاهده‌ای و خود نظم‌جویی تأکید کرده و بر این باور است که تهیه و تدارک سرمشق‌های اجتماعی وسیله‌ای ضروری برای جامعه‌پذیر شدن افراد است. مشاهده سرمشق‌ها و رشد معیارها و مکانیسم‌های مهار خود، در پرخاشگری، در قضاوت‌های اخلاقی، و در تحمل به تعویق انداختن ارضا اهمیت پیدا می‌کند. این دیدگاه هم چنین بر این عقیده است که توانایی میل به تعویق انداختن ارضا در فرد، متضمن رشد صلاحیت‌های شناختی و رفتاری است و تحت تأثیر نتایج مورد انتظار قرار دارد. در نظریه‌ی شناختی یادگیری از طریق مشاهده رفتار دیگران و از طریق سرمشق‌گیری، مستلزم اقدام گسترده‌تر از تقلید است، ولی پراکندگی و عام بودن آن از همانندسازی کمتر است. دیدگاه پدیدار شناختی با تکیه بر نظر راجرز انسان ذاتاً ماهیتی مثبت دارد و مسیر حرکت او در مجموع به سوی خود شکوفایی، رشد و اجتماعی شدن است. به نظر راجرز جامعه مهم است اما خود مقدم بر آن است. از دید وی نخستین شرط پیدایش شخصیت سالم دریافت توجه مثبت غیرشرطی است و در فرد بدین ترتیب، هنجارها و معیارها درونی می‌شوند. مادر می‌تواند رفتارهای خاصی را مورد تأیید قرار ندهد، بدون آنکه برای دریافت عشق و محبت قید و شرطی بگذارد، در این حالت فضایی پیدا می‌شود که کودک ناپسند بودن بعضی از رفتارها را می‌پذیرد. راجرز بر این باور است که عملکرد کامل، امکان سازگاری بیشتر در دگرگونی‌های جدی اوضاع و احوال محیطی را برای فرد امکان‌پذیر می‌سازد و این سازگاری را از هم‌رنگی با سازش فعل‌پذیر متمایز می‌سازد. در دیدگاه تحولی باتکیه بر دیدگاه پیازه یادآوری شد که اجتماعی شدن، یک ساخت بندی است که فرد به همان اندازه که دریافت می‌کند در آن سهیم است، و انتقال و تفویض‌های اجتماعی مستلزم درون‌سازی و برون‌سازی است و فرد با گذر از خود میان‌بینی که راه را بر روابط متقابل بسته است آزادانه به قبول انضباط تن در می‌دهد و به طور ارادی خود را تابع نظام هنجارهای اخلاقی متقابل می‌نماید و با فراخواندن دستورها و احکام اخلاقی به تقابل با استقلال اخلاقی و خود پیروی خویش تحقق می‌بخشد. در دیدگاه بالبی، کودکانی که مراقبت‌کننده را حساس، پاسخ‌ده و قابل دسترسی می‌یابند به دلیل برخورداری از عواطف دیگران، خود را ارزشمند دانسته و این توقع را به مشارکت‌کنندگان اجتماعی دیگر گسترش می‌دهند. حساسیت در روابط متقابل و کنش اجتماعی اصولاً یکی از معیارهای سلامت روانی سازگاری اجتماعی است. این روابط همان تعاملات فرد در موقعیت‌های اجتماعی است. اختلال در روابط و کنش اجتماعی یکی از علائم بعضی اختلالات روانی است. مثل حالت‌های افسردگی شدید. در افراد ضد اجتماعی و بزهکار تعاملات اجتماعی به نوعی مختل است که موجب حالت غیر عادی شده است.

۲-۴- آسیب شناسی روانی - اجتماعی والدین معتاد

پایه‌های رشد روانی اجتماعی کودکان، احساس ایمنی و ارضای عاطفی آنان در سالهای اولیه کودکی پی ریزی می‌گردد، زیرا تفاهم، سازگاری و محبت موجود در محیط خانواده، در تقویت حس اعتماد به نفس و پرورش نیروی سازنده در کودکان و نوجوانان بسیار حائز اهمیت است. در یک خانواده عادی، والدین ضمن همبستگی و احترام متقابل نسبت به یکدیگر در برخورد با فرزندان، روش هماهنگ و یکسان را در پیش می‌گیرند و در نتیجه، فرزندان احساس می‌کنند که رابطه والدین، صمیمی است، زیرا کودک و نوجوان باید والدین خود را منبع شادی، امنیت عاطفی، ارضای خاطر جسمی و روانی دانسته و آنان را پناهگاه خویش بدانند. بی‌توجهی والدین به سالم سازی محیط روانی - اجتماعی و فقدان روابط مناسب در بیشتر موارد، کودکان و نوجوانان را با کمبودهای عاطفی مواجه می‌سازد. لذا ریشه رفتارهای ناپه‌نجار کودکان و نوجوانان، انحرافات و بزهکاریها را باید در سنین اولیه کودکی و در میان خانواده جستجو کرد، به همین دلیل برای شناخت علت ناسازگاریهای کودکان و نوجوانان و پیدایش اختلالهای رفتاری و عدم سلامت روان، بیش از هر چیز آگاهی از وضعیت خانواده آنان ضرورت دارد. به طور کلی اصولی که باید پدر و مادر، به عنوان والدین کودک و نوجوان، همیشه در نظر داشته باشند، عبارتند از: هماهنگی در انضباط و تربیت کودکان و نوجوانان، یگانگی در انتظار و توقع از آنان با توجه به تفاوت‌های فردی و محدودیتهای موجود و جلوگیری از وقوع مسائلی که موجب ایجاد هیجان ناخوشایند در کودک و نوجوان می‌گردد (زینالی، ۱۳۸۵). بسیاری از صاحب نظران به نقش خانواده در سازگاری رفتاری کودکان تاکید دارند. عوامل خانوادگی ظریف، کودکان را در رویارویی با استرس یا فشارهای روانی تحت تاثیر قرار می‌دهند. داغدیدگی، طلاق، منازعات زناشویی و اعتیاد به مواد مخدر از جمله استرس‌های شناخته شده دوران کودکی هستند که سلامت روانی_اجتماعی کودکان را تحت تاثیر قرار می‌دهند. اعتیاد به مواد مخدر از پیامدهای جدی برای کودکانی که در خانواده های معتاد زندگی می‌کنند دارد. مشکلات مالی، بهداشتی و هیجانی سبب تنش در درون خانواده می‌گردد که می‌تواند خود را به صورت کودک آزاری بروز دهد. معمولاً والدین معتاد در برآورده کردن نیازهای بدنی، ایجاد علاقه و حمایت هیجانی کودک خود ناتوان هستند و کودکان آنها از مشکلات مختلف بدنی، روانی هیجانی رنج می‌برند. تداوم در اعتیاد سبب انزوای خانواده می‌شود. کودکان دارای والدین معتاد مشکلات روانی و جسمانی بیشتری را تجربه می‌کنند. نوجوانان با تاریخچه خانوادگی اعتیاد، با احتمال بیشتری پیامدهای مربوط به اعتیاد و دیگر مشکلات روانی را گزارش می‌کنند. کودکان رفتارها و مهارتهای سازشی را در محیط خانواده یاد می‌گیرند، در نتیجه کودکان والدین معتاد ممکن است یاد بگیرند که با ناملایمات و مشکلات زندگی به گونه ای که والدینشان کنار می‌آمدند کنار بیایند (شمس، صدر، امامی پور، ۱۳۸۴).

جمع‌بندی مطالعات متعددی که در مورد فرزندان والدین مصرف‌کننده مواد و الکل انجام شده است نشان می‌دهد، محیط این خانواده‌ها با تروما، تنش و آشفتگی زیادی همراه است که اثرات منفی زایدی بر زندگی فرزندان می‌گذارد. مصرف‌کنندگان مواد و الکل، مهارت‌های فرزندپروری مناسبی ندارند، که خود، محیط خانوادگی پرخطری ایجاد می‌کند. نظارت ضعیف والدین بر رفتارهای فرزندان، اختلاف والدین، کیفیت ضعیف تعاملات والد-فرزند، صمیمیت و گرمی کم والدین، انضباط ناپایدار یا نبود آن در چنین خانواده‌هایی شایع است (اریا 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 عامل‌های مهم محافظت‌کننده در برابر عوارض روانی اجتماعی فرزندان به خصوص گرایش به مواد هستند (برنینگ و همکاران، ۲۰۱۲). سبک زندگی معتادانی که وابستگی به مواد افیونی دارند از جمله رفتارهای مربوط به تهیه مواد، خرید و فروش و تماس آنان با فروشندگان مواد، خطرات جدی برای امنیت و سلامت فرزندان آنان ایجاد می‌کند (هوگان، ۲۰۰۳). از سوی دیگر، استفاده از کودکان و نوجوانان در تهیه و استفاده از مواد، خود یکی از انواع بدرفتاری هیجانی با کودکان و نوجوانان محسوب می‌شود (شانون، ۲۰۰۹).

عامل‌های غیراختصاصی متعدد دیگری در خانواده‌هایی که والدین به سوءمصرف مواد می‌پردازند، وجود دارند از جمله: ساختار آشفته خانوادگی، در معرض اختلافات خانوادگی بودن، رفتارهای والدگری مختل، در معرض استرس‌های مزمن و حاد بودن، محرومیت‌های اجتماعی و بدرفتاری‌ها و آزارهای جسمانی، روانی و جنسی است. این خانواده‌ها، تفاوت‌های ساختاری و کارکردی با خانواده‌های معمولی دارند. میزان بالای طلاق ساختار چنین خانواده‌هایی را مختل می‌کند. یکی دیگر از خصوصیات چنین خانواده‌هایی ثبات کمتر است، به‌طوری‌که دائم تغییر می‌کنند و نیاز به سازگاری و سازوکارهای مقابله‌ای متعدد دارند که، فراتر از توان کودکان و نوجوانان است. استرمن و گرابیک (۲۰۰۰) نشان دادند، خانواده‌هایی که در آن والدین به سوءمصرف مواد می‌پردازند یا وابستگی به مواد دارند در دو بعد اساسی دارای مشکل هستند: کنترل و عواطف. آنان گزارش دادند که حتی سال‌ها بعد از آن که فرد مواد مصرف نمی‌کند باز هم کارکردهای خانوادگی آنان به حد رضایت‌بخش نمی‌رسد (نوری، ۱۳۹۳).

مواد مخدر و الکل موادی هستند که منجر به تغییرات اساسی در تفکر، رفتار و عواطف والدین معتاد می‌شوند. از جمله آنها می‌توان به پرخاشگری، تخریب حافظه و توجه، اختلال در روابط جنسی، خلق و خواب و بیداری اشاره داشت. در مورد پرخاشگری باید گفت که پژوهش‌های مربوط به پرخاشگری نشان داده است که مصرف مواد مخدر، تنها به دلیل ترکیبات سمی خود، شاخص خطر در خانواده نیستند، بلکه به این علت خطرناک هستند که عوامل خطر ساز دیگر را تشدید می‌کنند. در حالی که احتمال خشونت و بدرفتاری با کودکان به خودی خود نیز بالا است، مصرف مواد مخدر می‌تواند با تقلیل قدرت کنترل، کاهش بازداری‌های فردی و اجتماعی و اختلال در قضاوت این خطر را به چند برابر افزایش دهد. اغلب حافظه و توجه معتادان به شدت مختل می‌شود و بی‌توجهی آنان نسبت به کودکان افزایش می‌یابد. در این خانواده‌ها، نیازهای جسمی، عاطفی و شناختی کودکان به شدت مورد غفلت قرار می‌گیرد. پژوهش‌های مختلف نشان داده است تأخیر شناختی در کودکانی که والدین آنان معتاد است نسبت به کودکان معمولی، به طور محسوس قابل ملاحظه است. روابط جنسی معتادان نیز دچار اختلال و دگرگونی می‌گردد. کاهش عملکرد جنسی و از دست رفتن موقتی بازداری‌های متعارف اجتماعی در لحظه‌ی مصرف مواد و الکل، احتمال تاو به عنف را افزایش می‌دهد. این درحالی است که معتادان تمایل دارند اعمال خلاف عفت خود را به این دلیل که تحت تأثیر مواد مخدر یا الکل بوده‌اند، تبرئه نمایند. همچنین مواد مخدر خلق افراد را تغییر می‌دهد و منجر به افزایش افسردگی، اضطراب و پارانویا می‌گردد. این مشکلات خلقی تمام اعضا خانواده را دربرمی‌گیرد. در خانواده‌ای که یک عضو معتاد به مواد مخدر است، افراد دیگر در معرض بیشترین خطر ابتلاء به اختلالات روانی قرار دارند و در این میان کودکان

آسیب پذیر ترند. الگوهای خواب و بیداری، الگوهای خوردن و ویژگی‌های شخصیتی افراد در هنگام مصرف مواد کاملاً دگرگون می‌شود. کودکانی که دارای پدر معتاد هستند دو تصویر متفاوت از پدر دارند. یک پدر هشیار، عاقل، بدرفتار و آسیب‌رسان و یک پدر مست، مخمور، بی‌تفاوت و حتی با محبت. کودکان از هر دو تصویر می‌هراسند و آزار می‌بینند (بنگر، ۱۳۸۸).

از دیگر ویژگی‌های والدین معتاد می‌تواند به موارد زیر اشاره داشت: مهارت‌های ضعیف فرزندپروری: مطالعاتی که در زمینه نقش والد در خانواده‌های معتادان صورت گرفته است نشان می‌دهد که افرادی که به سوء مصرف مواد و وابستگی می‌پردازند در زمینه نقش خود به عنوان یک پدر (آرناس و گریف، ۲۰۰۰) و یا یک مادر (برنالرلدان و همکاران، ۲۰۰۶) تعارض دارند. پژوهش آرناس و گریف نشان داد، پدرانی که وابستگی به هروئین دارند در زمینه ارتباط خود به عنوان یک پدر با فرزند ابهام‌های زیادی دارند از جمله: داشتن مفهوم روشنی از پدری کردن، ابهام در مورد نقش مرد بودن و پدر بودن، احساس بی‌کفایتی از سرپرست خانواده بودن، احساس گناه در خصوص رها کردن فرزند و ضعف در برقراری ارتباط با فرزند. مشکلات ارتباطی بین والدین و فرزندان: کنایت و همکاران (۱۹۹۸) در پژوهش خود گزارش دادند، حمایت کم والدین از نوجوان و اختلافات زیاد بین والدین، پیش‌بینی‌کننده تمایلات ضد اجتماعی بیشتر در نوجوانان است که خود، پیش‌بینی‌کننده رفتارهای مخاطره‌آمیز و خصومت بیشتر در نوجوانان است. آنان نتیجه‌گیری کردند حمایت والدین مانند سپری است که در مقابل رفتارهای انحرافی و مصرف مواد از نوجوانان محافظت می‌کند (نوری، ۱۳۹۳).

حقیقت نشان داده است والدینی که به سوء مصرف مواد می‌پردازند کمتر قادر به حمایت هیجانی و اجتماعی از فرزندشان هستند. از سوی دیگر، مدارک پژوهشی نشان می‌دهند، ارتباط و پیوند قوی والدین و کودک می‌تواند مانع مصرف مواد و رفتارهای بزهکارانه در نوجوانان شود. درحالی‌که پیوند ضعیف بین والدین و فرزندان یکی از عامل‌هایی است که به مصرف مواد در نوجوانی می‌انجامد. این درحالی است که مصرف مواد توسط نوجوان، خود به آشفستگی بیشتر ساختار خانواده می‌انجامد (مریکانگاس و همکاران، ۱۹۹۸ به نقل از نوری، ۱۳۹۳).

بر اساس مطالعات انجام شده برخی از مواردی که در خانواده‌های افراد معتاد وجود دارد و باعث بوجود آمدن آسیب‌های روانی اجتماعی فرزندان آنها می‌شود شامل موارد زیر می‌باشد:

استرس: جدا از ساختار خانواده، تنش و استرس‌های ناشی از آن، استرس‌های متعدد دیگری هم در خانواده‌های مصرف‌کننده مواد وجود دارد. زندگی در درون خانواده‌ای که یکی از والدین دچار سوء مصرف یا وابستگی به مواد است فرد را در برابر استرس‌های متعددی قرار می‌دهد که خود باعث افزایش احتمال مصرف مواد در نوجوانان می‌شود. نوجوانانی که یکی از والدینشان به سوء مصرف مواد می‌پردازد، بیشتر از فرزندان خانواده‌های عادی استرس تحمل می‌کنند (مریکانگاس و همکاران، ۱۹۹۸). بنجت و همکاران (۲۰۱۳) گزارش دادند، افرادی که در دوران کودکی مشکلات و سختی‌های بیشتری تحمل کردند، بیشتر درگیر مسائل ضد اجتماعی، مواد و مصرف آنها می‌شوند. در این

میان، افرادی که به علت مشکل والدین خود، دسترسی به مواد دارند و مورد بدرفتاری قرار دارند، در وضعیت بدتری هستند.

نظارت: نظارت کم والدین و همنشینی با همسالان منحرف، پیش‌بین مصرف مواد است (ون رایزین و همکاران، ۲۰۱۲). نظارت والدین با بزهکاری، مصرف الکل، ماری‌جوانا، کوکائین و داروهای روانگردان ارتباط دارد (کلارک و همکاران، ۲۰۱۲). نظارت والدین در میانه کودکی توسط والدین یا سرپرست کودکان و نوجوانان، باعث پیشگیری از شروع مصرف مواد یا تأخیر آن می‌شود (چیلکوت و همکاران، ۱۹۹۶).

اصولاً، ارتباط و دلبستگی قوی بین والدین و فرزندان و همچنین نظارت و کنترل آنان بر رفتار فرزندان مانع آسیب‌های روانی و ناسازگاری‌های اجتماعی و مصرف مواد در میان نوجوانان می‌شود. پایش و نظارت مناسب رفتار فرزندان، در کاهش بزهکاری آنان نیز مؤثر است. به همین دلیل است که منابع پژوهشی از این موضوع حمایت می‌کنند که خانواده، تنها عامل بسیار تأثیرگذار دوران کودکی است که می‌تواند سازگاری او را در زندگی آینده تضمین کند (مریکانگاس و همکاران، ۱۹۹۸). یافته‌های پژوهش کلمنت و همکاران (۲۰۰۱) نشان داد، با نظارت والدین، اقدام به رفتارهای خطرناک و عواقب آنها کاهش می‌یابد.

خشونت، آزار و بدرفتاری: مصرف مواد والدین، پیش‌بین خطر آزار و بدرفتاری جسمی، جنسی و غفلت از فرزندان است (اپل یارد و همکاران، ۲۰۱۱). بدرفتاری و آزار فرزندان در والدین مصرف‌کننده مواد شایع است (برنال رولدن و همکاران، ۲۰۰۶). کارکردهای مختل خانوادگی به خصوص پرخاشگری با اختلالات مصرف الکل همبستگی دارد (فولر و همکاران، ۲۰۰۳). با توجه به افزایش تعداد زنان مصرف‌کننده و سوءمصرف‌کننده مواد و با توجه به این که تعدادی از این زنان مادر نیز هستند، آسیب‌های ناشی از مصرف مواد در خانواده بیشتر می‌شود (گالرا و همکاران، ۲۰۰۵). بین سوءمصرف والدین و آزار و بدرفتاری با فرزندان ارتباط وجود دارد. یکی از خصوصیات خانواده‌های معتاد، غفلت از فرزندان است که باعث پیامدهای جسمانی و روانی مهمی می‌شود (مریکانگاس و همکاران، ۱۹۹۸). هانسون و همکاران (۲۰۰۶) خشونت را در یک نمونه معرف از نوجوانان (۴۰۲۳ نفر)، ۱۲ تا ۱۷ ساله مورد بررسی قرار دادند. یافته‌ها نشان داد تعداد زیادی از نوجوانان، خشونت‌های مختلفی را تجربه کرده‌اند: ۸/۲ درصد حمله جنسی، ۲۲/۵ درصد حمله فیزیکی و ۳۹/۷ درصد شاهد خشونت در خانه یا جامعه بودند. اعضای خانواده‌ی ۱۸/۴ درصد نوجوانان مصرف‌کننده مواد بودند؛ ۵۰/۶ درصد والدین مصرف‌کننده الکل و ۱۹/۱ درصد دیگر آنان مصرف‌کننده مواد بودند. مصرف مواد در والدین، عامل تعدیل‌کننده افسردگی اساسی، اختلال تنش‌زای پس از رویداد، سوءمصرف و وابستگی به مواد بود. نوجوانانی که در معرض خشونت بیشتری بودند، مصرف الکل و مواد بیشتری را گزارش دادند و تشخیص‌های روان‌پزشکی بیشتری داشتند (نوری، ۱۳۹۳).

والش و همکاران (۲۰۰۳) در نمونه معرفی از مردم شهر انتاریو، ارتباط بین بدرفتاری با کودک و والدین مصرف‌کننده مواد (الکل و مواد) را بررسی کردند. یافته‌ها نشان داد بدرفتاری جسمی و جنسی، به‌طور معنی‌داری در فرزندان والدینی که سوءمصرف مواد داشتند بیشتر بود و چنان‌چه هر دو والد، به سوءمصرف مواد می‌پرداختند این ارتباط بیشتر و

قوی‌تر می‌شد. به عبارت دقیق‌تر، سوء مصرف والدین، میزان خطر بد رفتاری جسمی و جنسی را بیش از ۲ برابر افزایش می‌دهد (نوری، ۱۳۹۳). کاسادو- فلورز و همکاران (۱۹۹۰) در پژوهش خود گزارش دادند فرزندان والدین معتاد به هروئین از مشکلات زیادی رنج می‌برند که غفلت و بی توجهی یکی از آنهاست. بد رفتاری و آزار کودکان و نوجوانان توسط افراد مصرف کننده مواد و الکل می‌تواند به طور مستقیم ناشی از رفتار مختل فرزندان و اعمال انضباط ناسالم از سوی والدین باشد یا به صورت غیرمستقیم و به دلیل ناتوانی در نظارت و محافظت از فرزندان ایجاد شود (اپل یارد و همکاران، ۲۰۱۱).

اختلالات روانپزشکی والدین معتاد : در زمینه ارتباط میان اعتیاد و اختلالات روان پزشکی نیز پژوهشهایی صورت گرفته است که بیانگر وجود رابطه اختلال شخصیتی و مصرف مواد است. ویژگی عمده شخصیتی معرف افراد معتاد عبارتند از :خود شیفتگی، ضد اجتماعی بودن و ظاهر سازی. این افراد خود محور، ناپخته و همچون افراد دچار اختلالات شخصیتی، مسئولیتی در قبال کارهای خود برعهده نمی گیرند، دیگران را برای مشکلات خود سرزنش می کنند، و بیشتر خود را قربانی می بینند تا فردی که مرتکب عملی شده است (کوهی، ۱۳۸۳).

یافته های کوهی (۱۳۸۳)، نشان داد، مقایسه الگوهای شخصیتی بیمار گونه در افراد معتاد و غیر معتاد حاکی از وجود سه الگوی شخصیتی بیمار گونه شخصیت ضد اجتماعی، خود شیفته و وابسته در افراد دچار اعتیاد بود. یافته های مربوط به بررسی رابطه میان الگوهای شخصیتی پدران و مشکلات رفتاری_هیجانی در کودکان آنان بود. الگوی شخصیت ضد اجتماعی پدران معتاد باعث رفتار بزهکارانه و پر خاشگرانه در کودکان می شود. الگوی شخصیتی خود شیفته در پدران معتاد باعث انزوا، اضطراب، افسردگی و پر خاشگری در کودکان می شود الگوی شخصیتی آزار گر در پدران معتاد باعث مشکلات اجتماعی و رفتار پر خاشگرانه در کودکان آنها می شود. الگوی شخصیت مرزی در پدران معتاد و مشکلات اجتماعی و رفتار پر خاشگرانه و سایر مشکلات در کودکان می شود. الگوی شخصیت پارانویید در پدران معتاد باعث مشکلات اجتماعی و رفتار پر خاشگرانه و سایر مشکلات در کودکان آنها می شود (کوهی، ۱۳۸۳).

مصرف مواد در والدین، اختلال تنش زای پس از رویداد، افسردگی اساسی و سوء مصرف و وابستگی مواد در فرزندان را تحت تأثیر خود قرار می‌داد. این در حالی است که یافته پژوهش والش و همکاران (۲۰۰۲) نیز نشان داد مصرف مواد در والدین، افسردگی، مانیا و اسکیزوفرنیا، بد رفتاری و آزار جسمی، جنسی یا هر دو را به میزان ۲ تا ۳ برابر افزایش می‌دهد (نوری، ۱۳۹۳). لرانساویل و همکاران (۱۹۹۱) وابستگان درجه یک (۸۷۷ نفر) معتادان به مواد افیونی (۳۶۰ نفر) را بررسی کردند و آنان را با ۸۲۰ نفر افراد عادی گروه گواه مقایسه کردند. نتایج نشان داد میزان اعتیاد به الکل، سوء مصرف مواد، افسردگی و شخصیت ضد اجتماعی در وابستگان به مواد افیونی؛ در مقایسه با افراد عادی گروه کنترل بالاتر بود. خطر مشکلات رفتاری کودکان با افزایش مشکلات بهداشت روانی، مصرف مواد و خشونت‌های خانگی افزایش می‌یابد (ویتاکر و همکاران، ۲۰۰۶). وسیا و همکاران (۲۰۰۱) در مطالعه خود بر فرزندان پدران الکلی درمان شده، گزارش دادند، حتی پس از درمان نیز فرزندان پدران الکلی دارای علایم روانی بالاتری هستند. اگر چه ابتلا به الکل پدر درمان شده بود ولی هنوز، خطر عام ابتلا به الکل در فرزندان آنان، در مقایسه با فرزندان پدران عادی؛ بالاتر بود. والدینی که الکل یا مواد مخدر مصرف می‌کنند و کودک خود را مورد آزار قرار

می‌دهند اغلب دارای ویژگی‌های خاصی هستند، این والدین، اغلب، در کودکی از راهنمایی صحیح محروم بوده‌اند، همچنین الگوی مناسبی برای الگوبرداری مثبت و مناسب نداشته‌اند، یا در انزوا زندگی کرده‌اند. شمار زیادی از این والدین به افسردگی، اضطراب و عزت نفس ناچیز دچار هستند. آنها در جوی از فشار روانی و تعارضات خانوادگی زندگی می‌کنند (نوری، ۱۳۹۳).

۲-۵- آسیب شناسی روانی_ اجتماعی کودکان داری والدین معتاد

دوران کودکی سرشار از تحولاتی شگرف، پر رمز و راز، سریع، عمیق، و تأثیرگذار است. از این رو این تحولات در زندگی انسان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و کم توجهی به آنها موجب به خطر افتادن سلامت روانی_ اجتماعی در کودک و بروز سازش ناپذیری‌های گوناگون در کودک و نظام‌های مرتبط با او می‌شود.

کودکان والدین معتاد و الکلی در خانه‌ای بزرگ می‌شوند که فضای آن توأم با بدرفتاری، طرد و بی‌توجهی است. برخی از این کودکان از همان ابتدا با سندرم جنین الکلی متولد می‌شوند. در موارد دیگر، والدین یا یکی از آنها بعد از تولد کودک شروع به مصرف مواد می‌کنند و پیامدهای آن وارد چهره‌ی شاخص خانواده می‌شود (بنگر، ۱۳۸۸).

کودکانی که توسط پدر یا مادر معتاد بزرگ شده‌اند همیشه از فشارها و مشکلات عصبی و آسیب‌های روانی جدی و عمده‌ای در عذاب هستند. آنها همیشه به شدت مراقب اوضاع و احوال و محیط اطراف خود هستند و چشم در چشم اطرافیان خود می‌دوزند تا اگر خطری آنها را تهدید کرد به موقع متوجه بشوند. اگر در دیگران حالت‌هایی را مشاهده کنند که آنها را به یاد رفتارهای پدر یا مادر معتادشان بیاندازد به سرعت از خود واکنش نشان داده و تا حدودی خود را از خطر و تهدید دور می‌کنند. ممکن است آنها در دوران کودکی یاد گرفته باشند که اگر با انجام کارهای خوب و دلخواه والدین خود موجبات رضایت والدینشان را فراهم کرده و روز آنها با آرامش سپری شود، آسیب کمتری متحمل شوند، این گونه رفتارها که برای جلب رضایت خاطر دیگران در دوران کودکی در پیش گرفته می‌شوند در بزرگسالی نیز ممکن است ادامه پیدا کنند. همه این مسائل باعث می‌شود تا آنها نتوانند در فراز و نشیب روابط و مناسبات عاشقانه، زندگی راحت و آسوده‌ای داشته باشند (دیتون، ۲۰۰۰، وان در کولک، ۱۹۸۷، کریستال، ۱۹۶۸). کودکان و نوجوانان والدین مصرف‌کننده مواد هم مشکلات برون‌ریزی و هم درون‌ریزی بیشتری دارند از جمله رفتارهای ضداجتماعی، مشکلات هیجانی، نقص در توجه و انزوای اجتماعی. (برنینگ و همکاران، ۲۰۱۲ به نقل از نوری، ۱۳۹۳).

فرزندان خانواده‌های معتاد و الکلی بیشتر از فرزندان خانواده‌های عادی دارای تشخیص اختلالات روان‌پزشکی اختلال سلوک و شخصیت ضد اجتماعی هستند. همچنین، والدین آنان نیز بیشتر از والدین عادی تشخیص‌های محور I داشتند (بارنو و همکاران، ۲۰۰۲ به نقل از نوری، ۱۳۹۳). عواملی که می‌توانند موجب گسترش اختلالات رفتاری شوند عبارتند از: تجربه مشکلات عاطفی- اجتماعی مانند والدین استفاده‌کننده از الکل یا مواد مخدر، اختلالات روانی والدین و یا مواجهه با رویداد‌های آسیب‌زا و ... (نیکاپوتا، ۲۰۱۰، به نقل از شمس، صدر، امامی پور، ۱۳۸۴). میزان اضطراب و

افسردگی در کودکان این خانواده ها در مقایسه با کودکان خانواده های غیر معتاد بیشتر است (فیتزگراالدو همکاران، ۱۹۹۳ به نقل از شمس، صدر، امامی پور، ۱۳۸۴)

کودکان والدین معتاد به احتمال بیشتری به اختلالات اضطرابی مبتلا هستند و یا نشانه های اضطراب را از خود نشان می دهند. رابطه بین اعتیاد والدین و خشونت یا سو رفتار نسبت به کودکان به وفور مشاهده شده است. پژوهش ها نشان می دهد که مشکلات مربوط به مواد یکی از عوامل اساسی در موارد بد رفتاری هیجانی و غفلت است. در واقع غفلت از کودکان یکی از دلایل اصلی است که کودکان را مجبور به ترک از منزل می کند. کودکان والدین معتاد به میزان بیشتری از خود مشکلات رفتاری نشان می دهند (ارلس، ریچ، جان، کلینگر، ۱۹۹۸).

نوجوانانی که در معرض خشونت هستند و والدین مصرف کننده مواد یا الکل دارند، در بالاترین خطر ابتلای به اختلالات روانی هستند (هانسون و همکاران، ۲۰۰۶، به نقل از نوری، ۱۳۹۳). فرزندان الکلی ها و معتاد در مقایسه با کودکان عادی مشکلات بیشتری در سازگاری دارند (هوگلند، ۲۰۰۳، به نقل از نوری، ۱۳۹۳). همچنین فرزندان والدینی که وابستگی به هروئین دارند مشکلات زیادی از نظر ارتباطات اجتماعی، تحصیل و بهداشت دارند که خطر سوء مصرف در آنان را بیشتر از همسالان شان می کند. (الیور، روسو ماترز، ۲۰۰۰، به نقل از نوری ۹۳).

فرزندان والدین مصرف کننده مواد و الکل، به دلیل اعتیاد والدین، مشکلات اجتماعی، روانی، تحصیلی و پزشکی متعددی تجربه می کنند (جولیان و گودمن، ۲۰۰۵). با توجه به نتایج پژوهش ها، برخی مشکلات رفتاری کودکان والدین معتاد عبارتند از: فقدان همدردی نسبت به افراد دیگر، کاهش بسندگی اجتماعی، و سازگاری بین فردی، عزت نفس پایین و فقدان کنترل بر محیط. این کودکان ویژگی های رفتاری و سبک های خلق و خوی دارند که آنها را برای ابتلا به ناسازگاری های بعدی مستعد می کند (تارتر و همکاران، ۱۹۹۳). کودکان والدین معتاد نمرات پایین تری در مقیاس های پیشرفت تحصیلی دارند و بطور کلی مشکلات تحصیلی بیشتری دارند. پسران والدین معتاد در همه حیطه های مقیاس پیشرفت تحصیلی مانند اطلاعات عمومی، توانایی خواندن و درک مطلب، ریاضیات و هجی کردن عملکرد پایینی دارند (ماس و همکاران، ۱۹۹۵). کودکان والدین معتاد بیشتر از مدرسه غیبت می کنند و همچنین احتمال بیشتری دارد که ترک تحصیل کنند. این کودکان در مقایسه با کودکان والدین معتاد بیشتر به مشاورین مدرسه ارجاع داده می شوند (شر، ۱۹۹۷). نه تنها، کودکان و نوجوانانی که در خانواده های دارای سوء مصرف و وابستگی به مواد یا الکل زندگی می کنند با خطر ابتلای به چنین بیماری روبه رو هستند بلکه حتی زندگی در چنین خانواده هایی با خطر مرگ و میر بالا و مشکلات سلامت جسمانی زیاد همراه است (جانسون و لف، ۱۹۹۹).

با توجه به مطالعات انجام شده برخی از ویژگی های فرزندان والدین معتاد را باهم مرور می کنیم:

توانائی فرار از خطرات فرضی یا واقعی از جمله عواملی است که به دلیل اختلال های دوران پس از آسیب های روحی و روانی بروز می کند. کودکانی که توسط والدین معتاد پرورش یافته اند نمی توانند به راحتی از خطرات و حوادث هولناک فرار کنند و در این شرایط هیچ ابزاری نیز برای دفاع از خود در اختیار ندارند و در ضمن نمی توانند درک کنند که چرا با آنها بد رفتاری می شود. به همین علت این گونه کودکان در دوران بزرگسالی نیز نمی توانند خود را با اوضاع و احوال و

محیط اطرافشان هماهنگ و سازگار کنند چون در دوران کودکی والدین آنها معتاد بوده و مهارت های زندگی را به آنها آموزش نداده اند. زمانی که این اشخاص بزرگ می شوند ممکن است ویژگی ها و خصوصیت زیر در آنها به وجود بیاید:

۱. درماندگی: این گونه افراد در کودکی همواره تلاش کرده اند که والدینشان را راضی کنند تا شاید رفتارهای بهتری از خود نشان بدهند. از آنجایی که به علت وجود بیماری اعتیاد، اغلب این تلاش ها بی نتیجه بوده و با شکست مواجه شده اند، این کودکان در بزرگسالی خود نیز در برابر ناملایمات زندگی احساس درماندگی و بیچارگی می نمایند. تسلیم شدن آنان در برابر بیماری اعتیاد، در دوران کودکی، باعث می شود تا آنها همواره در برابر مشکلات زندگی به راحتی تسلیم شوند.

۲. افسردگی: احساس غم و اندوه درونی و احساساتی که فرصت بروز یافتن و نشان داده شدن پیدا نکرده اند، دنیای درونی انسان را تحت تاثیر قرار داده و به ایجاد نوعی سیستم دفاعی در برابر اضطراب منجر می شوند. خشم، عصبانیت و اندوهی که امکان بروز دادن و برطرف ساختن آنها وجود ندارد سبب می شود تا کودکان اعتیاد به علت پرورش یافتن در کنار والدین معتاد احساسات واقعی خود را نشان ندهند و غم و غصه های خود را به درون خود ریخته و به انزوا و افسردگی دچار شوند.

۳. اضطراب: این افراد در کودکی از اضطراب و نگرانی شدید رنج برده اند و در زندگی هرگز از اعتماد به نفس و تعادل روحی و روانی کافی برخوردار نبوده اند. به دلیل اینکه رفتار پدر یا مادر معتاد آنها هر لحظه در حال تغییر بوده است، آنها از یک زندگی متعادل و قابل اطمینان محروم بوده اند. بر اثر اضطراب و نگرانی های بی وقفه و بیش از اندازه، آسایش این افراد بر هم خورده و همواره در نگرانی و اضطراب از وقوع اتفاقات ناگوار به سر می برند.

۴. سرکوب احساسات: در افرادی که در خانواده های معتاد بزرگ شده اند به عنوان یک راه حل دفاعی نوعی سردی در بروز احساسات و درخود فرو رفتن به وجود می آید. زندگی کردن در کنار والدین معتاد موجب می شود تا کودکان در دوران بزرگسالی رفتاری غیر قابل پیش بینی از خود بروز دهند و احتمال معتاد شدن آنها به مواد مخدر به علت عذاب و مشکلاتی که در دوران کودکی متحمل شده اند بیشتر شود. این گونه افراد معمولاً در برابر مشکلات زندگی واکنشی از خود نشان نداده و احساسات واقعی خود را پنهان می کنند.

۵. استدلال غیر منطقی: کودکان اعتیاد به علت بزرگ شدن در یک خانواده معتاد، درک درست و صحیحی از اتفاقاتی که در اطراف آنها افتاده است نداشته اند. به همین علت در دوران بزرگسالی نیز کنار آمدن با وقایع و رویدادها زندگی برای آنها سخت و دشوار است چراکه هیچ ابزاری برای کنار آمدن با مشکلات به صورت منطقی در اختیار نداشته اند.

۶. عدم اعتماد در ارتباطات: فرزندان خانواده های معتاد پس از رسیدن به سن بلوغ نیز بر اثر اختلال های شدید در دوران کودکی و رابطه متکی بر وابستگی شدید و شرایط غیر عادی زندگی، نمی توانند به دیگران اعتماد کنند و همیشه تصور می کنند که دیگران می خواهند به آنها صدمه بزنند. آسیب های روانی، احساسات سرکوب شده و گوشه گیری همراه با ترس در دوران کودکی باعث می شود تا این گونه کودکان در دوران بلوغ همان رفتار دوران کودکی را تکرار کرده و به علت گوشه گیری و انزوا، خود را از توجه و محبت دیگران محروم نمایند.

۷. بدگمانی: افرادی که در خانواده های معتاد بزرگ شده اند همیشه در اضطراب و نگرانی به سر می برند و از آن می ترسند که مبدا اتفاق ناگواری رخ دهد. به همین علت دلیل آن ها همواره با ترس و نگرانی رفتار و سخنان دیگران را زیر نظر دارند تا در صورت بروز خطر بتوانند خود را نجات دهند. فرزندان خانواده های معتاد پس از رسیدن به سن بلوغ نیز بر اثر اختلال های شدید در دوران کودکی و رابطه متکی بر وابستگی شدید و شرایط غیر عادی زندگی، نمی توانند به دیگران اعتماد کنند و همیشه تصور می کنند که دیگران می خواهند به آنها صدمه بزنند. آسیب های روانی، احساسات سرکوب شده و گوشه گیری همراه با ترس در دوران کودکی باعث می شود تا این گونه کودکان در دوران بلوغ همان رفتار دوران کودکی را تکرار کرده و به علت گوشه گیری و انزوا، خود را از توجه و محبت دیگران محروم نمایند.

۸. وابستگی های ناسالم: این اشخاص به دلیل این که در کودکی از داشتن رابطه متعادل با پدر و مادرشان محروم بوده اند و هیچ وقت مورد حمایت قرار نگرفته اند تا شخصیت محکم و استواری داشته باشند در بزرگسالی نیز نمی توانند رابطه سالمی با دیگران برقرارکنند. آنها در بعضی از مواقع نقش یک قربانی را بازی می کنند که همیشه محتاج تائید شدن توسط دیگران است. آنها با دیگران به دعوا و مشاجره می پردازند و نمی توانند با هموعان خود روابطی معقول و سالم داشته باشند.

۹. طرز فکر افراطی: در مغز فرزندان بالغ والدین معتاد سیستم لیمبیک آسیب دیده است و در نتیجه آن ها در زمینه های مختلف از جمله فکر کردن و بروز دادن احساسات خود دچار مشکل می شوند. این گونه افراد در زندگی به نشان دادن رفتارهای افراطی گرایش دارند و همه چیز را به صورت صفر و یک یا سیاه و سفید می بینند و نمی توانند دیدگاه متعادلی نسبت به زندگی داشته باشند.

۱۰. بی ثباتی احساسی: افرادی که در خانواده های معتاد بزرگ شده اند، چون در کودکی همیشه با عصبانیت و پرخاش بی دلیل والدینشان روبرو بوده اند دعوا و مشاجره را از آنها یاد می گیرند، و یا به افرادی زود رنجی تبدیل می شوند که به هیچ رفتار ناخوشایندی علیه خود واکنش نشان نمی دهند. این گونه رفتارها نشان می دهد که آنها در دوران کودکی آسیب های روحی و روانی جدی متحمل شده اند.

۱۱. رفتارهای خطرناک: کودکانی که در خانواده های معتاد پرورش یافته اند در بزرگسالی رفتارهای ناهنجاری چون رانندگی با سرعت بیش از اندازه، رفتارهای جنسی مخاطره آمیز، ولخرجی، زد و خورد، یا رفتارهای دیگری که زندگی فرد را به خطر می اندازد از خود نشان می دهند. این گونه رفتارها بیانگر آسیب های درونی است که فرد از آنها رنج می برد.

۱۲. عدم ارتباط عاطفی: جوانی که در یک خانواده معتاد بزرگ شده است نمی تواند بین مسائل و اتفاقات رابطه منطقی برقرار کند و همیشه حالتی آشفته و بهم ریخته دارد. همین آشفتنی درونی باعث می شود تا در زمینه های مختلف از عشق و دوستی گرفته تا خشم و نفرت رفتارهای افراطی و شدیدی از خود نشان دهد.

۱۳. احساس گناه: زمانی که کودکان خانواده های معتاد بزرگ می شوند، از اینکه برای نجات خود، والدینشان را ترک کرده و خانه را رها کرده اند به نوعی احساس گناه می کنند.

۱۴. مکانیزم های دفاعی: دوری کردن از دیگر اعضای خانواده، انکار کردن، سرکوب احساسات، کوچک جلوه دادن مسائل، منطقی نبودن، وانمود کردن، و ایجاد شخصیتی نفوذ ناپذیر از جمله مکانیزم های دفاعی فرزندان است که پدر یا مادر آنها معتاد بوده اند.

۱۵. تکرار نمایش زندگی: از آنجا که فرزندان بالغ خانواده های معتاد هرگز قادر نیستند تا مشکلات دوران کودکی خود را حل کنند، برای حل کردن برخی از مشکلاتی که در زندگی خود با آنها روبرو می شوند نیز به طور غیر ارادی همان الگوهایی را انتخاب می کنند که والدین معتادشان انتخاب کرده بودند و همان راهی را در پیش می گیرند که پدر یا مادر معتادشان در پیش گرفته بودند.

۱۶. مشکلات ارتباطی: ناتوانی در تعادل و توازن رفتاری، تمایل به فعالیت شدید یا بی تحرکی، رفیق بازی افراطی یا گوشه گیری، داشتن اخلاق تند یا آرام، ناتوانی در اعتماد به دیگران یا اعتماد بیش از حد، ناتوانی از درک دوستی و محبت ابراز شده از سوی دیگران و یا محبت بیش از اندازه به دیگران همگی از جمله مشکلاتی هستند که این افراد در ارتباط با سایرین به آنها دچار می شوند.

۱۷. مستعد به اعتیاد: زندگی کردن در کنار والدین معتاد باعث می شود تا فرزندان خانواده های معتاد خودشان نیز گرایش بیشتری به اعتیاد داشته باشند، چون برای کنار آمدن با زندگی آشفته و ناهنجاری ها خانوادگی، تنها متوسل شدن به اعتیاد را یاد گرفته اند.

دوران بزرگسالی کودکان اعتیاد: وقتی که جوانان پرورش یافته در خانواده های معتاد وارد روابط نزدیک و عاشقانه می شوند، احساس وابستگی و آسیب پذیری آنها که بخش عمده ای از هر گونه رابطه عاشقانه می باشد، ممکن است باعث احساس خطر و اضطراب دوباره آنان شود. این افراد با آنکه ممکن است بسیار آرام به نظر برسند، اما از آشفتگی و اختلال در زندگی، و از اینکه مبدا مورد سوء استفاده قرار گرفته و خطری بر سر راه آنها کمین کرده باشد احساس نگرانی می کنند. آن ها به علت زندگی کردن در کنار یک پدر و مادر معتاد، به این نوع طرز فکر خو گرفته اند. مثلاً در صورتی که مسائل و مشکلات آنها به راحتی حل شوند دچار سوء ظن می شوند. ممکن است رفتاری تند و واکنشی شدید از خود نشان دهند و برای خودشان گرفتاری ایجاد کنند؛ در حالی که می توانستند بدون هیچ مشکلی و به آرامی مساله ای را که پیش آمده بود حل کنند. این افراد گرچه ممکن است افرادی بی پناه و درمانده نباشند، اما به شدت احساس درماندگی می کنند. زمانی که احساس وابستگی و آسیب پذیری به سراغ آنان می آید، باعث می شود که خاطرات و رویدادهای دوران کودکی را به یاد بیاورند؛ در حالیکه هیچ دلیل و منطقی برای یادآوری رویدادهای آزار دهنده دوران کودکی وجود ندارد. در این لحظات آن قسمت از مغز آنان که مسئولیت ترغیب انسان به ادامه زندگی را بر عهده دارد فعال می شود، اما قسمت های پیشرفته تر مغز که مسئولیت فکر کردن و دلیل و منطق آوردن را بر عهده دارد به طور موقت دچار اختلال می شود. در نتیجه جوانانی که در خانواده های معتاد بزرگ شده اند با انبوهی از

احساسات و هیجان های بر طرف نشده و برجای مانده از گذشته روبرو می شوند که بار دیگر در زمان حال و بدون آنکه فرد بداند که در اطرافش چه می گذرد بروز می کنند (دیتون، ۲۰۰۰).

کودکانی که والدین معتاد دارند بیشتر از سایر کودکان علایم افسردگی، و اضطراب و سایر بیماری های روانپزشکی و آشفتگی های روانی - اجتماعی از خود نشان می دهند. مطالعه نشان داد که در نمونه ای از کودکان که در بیمارستان روانپزشکی بستری بودند، ۵۰ درصد این کودکان دارای والدین معتاد بودند. فرزندان والدین الکلی، از مشکلات رفتاری نظیر فقدان همدلی با دیگران، کاهش بسندگی اجتماعی و توانایی سازگاری بین فردی، همچنین عزت نفس کم و فقدان کنترل بر محیط رنج می برند. فرزندان والدین معتاد از لحاظ عملکرد تحصیلی و کارایی در مدرسه، نسبت به سایر کودکان، به طور معناداری ضعیف تر هستند. ژوهش ها نشان می دهند که اثرات منفی بد رفتاری با کودکان و همچنین سوء مصرف الکل در والدین با بزرگ شدن کودک از بین نمی رود. این افراد در بزرگسالی نیز در کنار آمدن با مشکلات و برقراری ارتباط سالم با دیگران ناتوانند (جزایری، ۱۳۸۸).

در اکثر مواقع حتی زمانی که فقط یکی از والدین معتاد است، پدر یا مادر قادر به ارائه خدمات و یا توجه به کودک خود نخواهند بود، چرا که تمام تمرکز آنها روی مشکلات خودشان است.

این نادیده گرفتن کودک ممکن است او را به افسردگی و یا سایر مشکلات روانی دچار کند. منبع کودک سالم سایت تا سلامت مقاله تاثیر اعتیاد والدین بر کودکان از آنجا که کودکان پدر و مادرهای معتاد معمولاً سعی می کنند سکوت کنند و والدین خود را راضی نگه دارند، در آینده نیز سعی می کنند تمامی اطرافیان خود را راضی نگه دارند و به هیچ فردی «نه» نمی گویند به ویژه به افرادی که در موضع قدرت قرار دارند به این ترتیب هویت واقعی خود را از دست می دهند. این کودکان در ایجاد هر نوع روابط دائمی دچار اضطراب و ترس می شوند و گاه در ازدواج های خود نیز رفتاری غیر منتظره خواهند داشت زیرا به خاطر از دست دادن این رابطه نیز می ترسند. این افراد اغلب احساس محکومیت می کنند و حتی زمانی که اوضاع روبه راه است، به دلیل احساس محکوم بودن باز هم احساس خطر می کنند. کودکان در این خانواده ها یاد می گیرند که دروغ بگویند، خیانت کنند، حتی گاه دست به دزدی بزنند و جرم های دیگری مرتکب شوند. منبع کودک سالم سایت تا سلامت مقاله تاثیر اعتیاد والدین بر فرزندان در یافته های این پژوهش 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. در خانواده ای که پدر و مادر دچار بیماری اعتیاد است در بین فرزندان شان از احترام چندانی برخوردار نیستند، اما در میان پدر نسبت به مادر احترام بیشتری برخوردار است که این امر ممکن است به اختیار اقتدار و نقشی باشد که پدر به عنوان سرپرست خانواده ایفا می کند اعتیاد والدین، فقر مالی و نامناسب بودن اوضاع ملاحظه می شود که پیامدهای روان شناختی کودکانی که والدین معتاد دارند ابعاد بسیار وسیعی دارد. این پیامدها نه تنها کنش وری شناختی کودک را تحت تأثیر قرار می دهند، بلکه کنش وری عاطفی او را نیز متأثر می سازند.

۲-۶- پژوهش‌های انجام شده در خارج و داخل

۲-۴-۱ پژوهش‌های خارجی

برنینگ و همکاران (۲۰۱۲)، کودکان و نوجوانان والدین مصرف‌کننده مواد هم مشکلات برون‌ریزی و هم درون‌ریزی بیشتری دارند از جمله رفتارهای ضداجتماعی، مشکلات هیجانی، نقص در توجه و انزوای اجتماعی. مطالعه الیور، روسو ماترز (۲۰۱۰)، نشان داد فرزندان والدینی که وابستگی به هروئین دارند مشکلات زیادی از نظر ارتباطات اجتماعی، تحصیل و بهداشت دارند.

نیکاپوتا (۲۰۰۸)، نشان داد یکی از عواملی که می‌توانند موجب گسترش اختلالات رفتاری در کودکان شوند عبارتند از: تجربه مشکلات عاطفی- اجتماعی مانند والدین استفاده‌کننده از الکل یا مواد مخدر.

هانسون و همکاران (۲۰۰۶)، گزارش دادند نوجوانانی که در معرض خشونت هستند و والدین مصرف‌کننده مواد یا الکل دارند، در بالاترین خطر ابتلای به اختلالات روانی نیز هستند.

ویتاکر و همکاران (۲۰۰۶)، نشان داد خطر مشکلات رفتاری کودکان با افزایش مشکلات بهداشت روانی، مصرف مواد والدین و خشونت‌های خانگی افزایش می‌یابد.

هانسون و همکاران (۲۰۰۶)، خشونت را در یک نمونه معرف از نوجوانان، ۱۲ تا ۱۷ ساله مورد بررسی قرار دادند. یافته‌ها نشان داد تعداد زیادی از نوجوانان، خشونت‌های مختلفی را تجربه کرده‌اند: ۸/۲ درصد حمله جنسی، ۲۲/۵ درصد حمله فیزیکی و ۳۹/۷ درصد شاهد خشونت در خانه یا جامعه بودند. اعضای خانواده‌ی ۱۸/۴ درصد نوجوانان مصرف‌کننده مواد بودند؛ ۵۰/۶ درصد والدین مصرف‌کننده الکل و ۱۹/۱ درصد دیگر آنان مصرف‌کننده مواد بودند. مصرف مواد در والدین، عامل تعدیل‌کننده افسردگی اساسی، اختلال تنش زای پس از رویداد، سوءمصرف و وابستگی به مواد بود. نوجوانانی که در معرض خشونت بیشتری بودند، مصرف الکل و مواد بیشتری را گزارش دادند و تشخیص‌های روان‌پزشکی بیشتری داشتند.

هوگلند (۲۰۰۳)، کودکانی که پدر الکی داشتند را با کودکان افراد عادی مقایسه کرد. نتایج نشان داد فرزندان الکی‌ها در مقایسه با کودکان عادی مشکلات بیشتری در سازگاری داشتند.

والش و همکاران (۲۰۰۳)، در نمونه معرفی از مردم شهر انتاریو، ارتباط بین بدرفتاری با کودک و والدین مصرف‌کننده مواد (الکل و مواد) را بررسی کردند. یافته‌ها نشان داد بدرفتاری جسمی و جنسی، به‌طور معنی‌داری در فرزندان والدینی که سوءمصرف مواد داشتند بیشتر بود و چنان‌چه هر دو والد، به سوءمصرف مواد می‌پرداختند این ارتباط بیشتر و قوی‌تر می‌شد. به عبارت دقیق‌تر، سوءمصرف والدین، میزان خطر بدرفتاری جسمی و جنسی را بیش از ۲ برابر افزایش می‌دهد.

مطالعه الیور، روسو ماترز (۲۰۰۰)، نشان داد فرزندان والدینی که وابستگی به هروئین دارند مشکلات زیادی از نظر ارتباطات اجتماعی، تحصیل و بهداشت دارند که خطر سوءمصرف در آنان را بیشتر از همسالانشان می‌کند.

یافته پژوهش والش و همکاران (۲۰۰۲)، نیز نشان داد مصرف مواد در والدین، افسردگی، مانیا و اسکیزوفرنیا، بدرفتاری و آزار جسمی، جنسی یا هر دو را به میزان ۲ تا ۳ برابر در کودکان افزایش می‌دهد.

پژوهش بارنو و همکاران (۲۰۰۲)، نشان داد فرزندان خانواده‌های الکلی به‌طور معنی‌داری بیشتر از فرزندان خانواده‌های عادی دارای تشخیص اختلالات روان‌پزشکی اختلال سلوک و شخصیت ضد اجتماعی هستند.

لوسیا و همکاران (۲۰۰۱)، در مطالعه خود بر فرزندان پدران الکلی درمان‌شده، گزارش دادند، حتی پس از درمان نیز فرزندان پدران الکلی دارای علایم روانی بالاتری هستند. اگر چه ابتلا به الکلی پدر درمان شده بود ولی هنوز، خطر عام ابتلا به الکلی در فرزندان آنان، در مقایسه با فرزندان پدران عادی؛ بالاتر بود.

کنایت و همکاران (۱۹۹۸)، در پژوهش خود گزارش دادند، حمایت کم والدین از نوجوان و اختلافات زیاد بین والدین، پیش‌بینی‌کننده تمایلات ضد اجتماعی بیشتر در نوجوانان است که خود، پیش‌بینی‌کننده رفتارهای مخاطره‌آمیز^۱ و خصومت بیشتر در نوجوانان است. آنان نتیجه‌گیری کردند حمایت والدین مانند سپری است که در مقابل رفتارهای انحرافی و مصرف مواد از نوجوانان محافظت می‌کند.

مریکانگاس و همکاران (۱۹۹۸)، نشان داد والدینی که به سوءمصرف مواد می‌پردازند کمتر قادر به حمایت هیجانی و اجتماعی از فرزندشان هستند، ارتباط و پیوند قوی والدین و کودک می‌تواند مانع مصرف مواد و رفتارهای بزهکارانه در نوجوانان شود. درحالی‌که پیوند ضعیف بین والدین و فرزندان یکی از عامل‌هایی است که به مصرف مواد در نوجوانی می‌نوجوانانی که یکی از والدینشان به سوءمصرف مواد می‌پردازد، بیشتر از فرزندان خانواده‌های عادی استرس تحمل می‌کنند انجامد.

شر (۱۹۹۷)، در پژوهش خود به این نتیجه رسید که کودکان دارای والدین معتاد در مقایسه با کودکان والدین غیر معتاد بیشتر از مدرسه غیبت می‌کنند و به احتمال بیشتری ترک تحصیل می‌کنند و نیز بیشتر به مشاورین مدرسه ارجاع داده می‌شوند.

کمیته ملی پیشگیری از سو رفتار کودک (۱۹۹۷)، ۱/۳ درصد از کودکان ارجاع داده شده به مراکز بهداشتی از خانواده های معتاد هستند و کودکان خانواده های معتاد، در مقایسه با کودکان خانواده های غیر معتاد دچار مشکلات بسیاری در زمینه های جسمانی و روانی هستند.

پژوهش رسنیک و همکاران (۱۹۹۷)، بر روی نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله نشان داد، ارتباط و پیوند با خانواده و والدین و همچنین احساس پیوند با مدرسه یک عامل محافظت‌کننده قوی از کلیه رفتارهای پرخطر از جمله خودکشی، ارتباط جنسی، مصرف مواد و خشونت است.

نارکو و همکاران (۱۹۹۶)، سه گروه از کودکان و نوجوانان را از نظر عامل‌های خطر مختلف خانوادگی مورد بررسی قرار دادند: فرزندان خانواده‌های اعتیاد، کودکانی که تا قبل از ۱۱ سالگی با معتادان ارتباط داشتند و افراد عادی که هیچگاه با معتادان ارتباطی نداشتند. نتایج نشان داد، ۶۰ درصد فرزندان معتادان در مقابل ۴۰ درصد از دو گروه کنترل؛ سابقه رفتارهای انحرافی در خانواده و آشفتگی خانواده داشتند.

پژوهش گریکو-ویگوریتو و همکاران (۱۹۹۶)، گزارش دادند در خانواده‌ای که مرد، معتاد است حتی مادر سالم نیز از نظر روانی دچار فشار می‌شود و این پریشانی با افسردگی فرزندان همبستگی و ارتباط دارد.

^۱ Risk Taking

مجله دانشکده روانپزشکی هنگ کنگ (۱۹۹۳)، به مشکلاتی نظیر گوشه گیری، حواسپرتی و مشکلات انطباقی در کودکان خانواده های معتاد اشاره داشت.

تامپسون و همکاران (۱۹۹۱)، در پژوهشی تحت عنوان بزهکاری نوجوانان؛ به عوامل گوناگونی برای تبیین بزهکاری مانند ماهیت اجتماعی مسئله، زمینه های رفتار گروهی نوجوانان در جامعه، تأثیر خانواده و همسالان اشاره داشتند. رانسویل و همکاران (۱۹۹۱)، وابستگان درجه یک معتادان به مواد افیونی را بررسی کردند و آنان را با افراد عادی گروه گواه مقایسه کردند. نتایج نشان داد میزان اعتیاد به الکل، سوءمصرف مواد، افسردگی و شخصیت ضد اجتماعی در وابستگان به مواد افیونی؛ در مقایسه با افراد عادی گروه کنترل بالاتر بود.

کارجانسون و همکاران (۱۹۹۱)، به نقل از کتابخانه ملی پزشکان ۲۰۰۰ در زمینه کودکان خانواده های معتاد نشان دادند که این کودکان نسبت به گروه مقایسه افسردگی، اضطراب و مشکلات تحصیلی بیشتری داشتند. کاسادو-فلورز و همکاران (۱۹۹۰)، در پژوهش خود گزارش دادند فرزندان والدین معتاد به هروئین از مشکلات زیادی رنج می برند که غفلت و بی توجهی یکی از آنهاست.

برایر و رانتز (۱۹۹۰)، در پژوهش رابطه بین نوع آزار والدین معتاد و پیامدهای آن در بزرگسالی نشان دادند که آزار عاطفی با عزت نفس کم، آزار جسمانی، پرخاشگری به دیگران و آزار جنسی با رفتار جنسی ناسازگارانه در بزرگسالی همبسته است. همچنین نشان دادند که کودکان والدین الکلی، بیشتر از دیگران گرایش به احساس شکست، عزت نفس کم و درگیر بودن با افسردگی و اضطراب دارند.

لوین و همکاران (۱۹۸۷)، نشان داده شد که می باره گی پدران با مسائل بزهکاری در سن ۱۱ سالگی و بازداشت آنان در سن ۱۸ سالگی رابطه دارد.

هنگلر و همکاران (۱۹۸۷)، نشان دادند که پدران دختران بزهکار بیش از پدران پسران بزهکار دارای ویژگیهای روان رنجوری بوده اند و همچنین پدران و مادران دختران بزهکار کشمکشهای درونی بیشتری را تجربه کرده بودند تا پدران و مادران پسران بزهکار.

ریوس و همکاران (۱۹۸۷)، در مطالعه ای نشان دادند که پدران کودکان دارای اختلال سلوک (ضد اجتماعی) تمایل بیشتری به مصرف مواد و الکل داشته و بیشتر این پدران از شخصیت ضد اجتماعی و سوءمصرف مواد مخدر رنج می برند.

آمرمان و همکاران (۱۹۸۶)، در پژوهشی درباره موارد کودک آزاری و بی توجهی کودکانی که والدین معتاد دارند دریافتند که این کودکان دارای اختلالاتی از قبیل افسردگی، اضطراب، انزوای اجتماعی، پرخاشگری و مشکلات سلوک نشان می دهند.

پویگ، آنتیچ و همکاران (۱۹۸۵)، نشان دادند ارتباط ضعیف و کم مهری مادران معتاد با افسردگی پیشرونده دوران کودکی رابطه داشته است.

بوردوین و هنگلر و پریویت (۱۹۸۵)، در مطالعه ای نشان دادند که گرایشهای ضد اجتماعی بالای پدران و مادران بخصوص به مواد مخدر نقش بسزایی در بزه کاری و کجروی فرزندان شان دارد.

۲-۴-۲ پژوهشهای داخلی

قربانی، اکبری، آقازاده (۱۳۹۳)، در بررسی های خود نشان دادند که فرزندان دارای والدین معتاد معمولاً زودرنج، پرخاشگر، مضطرب، نا امید و خجالتی و کم رو بوده و اعتماد به نفس پایینی دارند. و همچنین تمایل به فرار از خانه بخصوص در سنین ۱۴ تا ۱۸ سالگی را دارند.

ناظر، ابراهیمی نژاد، رحیمی (۱۳۹۳)، در پژوهش خود پیرامون بررسی تاثیر اعتیاد والدین بر سلامت روان فرزندان تفاوت معناداری را بین سلامت روان فرزندان گروه دارای والدین معتاد و گروه شاهد نشان دادند و به این نتیجه رسیدند که اعتیاد والدین آسیبهای روانی اجتماعی فرزندان و کل خانواده را افزایش می دهد.

نوری (۱۳۹۳)، در پژوهشی به این نتیجه رسید که خانواده های فرزندان مصرف کننده مواد و الکل به دلایل مختلف در معرض ابتلا به اعتیاد یا سایر آسیب های روانی - اجتماعی قرار دارند.

کاظمی، دیده روشنی (۱۳۸۹)، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که مشکلات سلامت روان، اختلال جسمانی کردن، اضطراب در میان سومصرف کنندگان مواد بیشتر از افراد سالم بود.

پولادی و همکاران (۱۳۸۸)، در پژوهش خود بیان کردند که فرزندان به علت های مختلف از جمله مهمترین آنها اعتیاد پدر مادر است و آسیب های آن یعنی نفاق در خانواده، ناسازگاری، تشنج در محیط خانوادگی، طرد و تحقیر، کمبود محبت، از هم گسیختگی خانواده، طلاق، جدایی، فوت، عدم مراقبت و بی توجهی والدین و سرپرستان نسبت به امور تحصیلی مخصوصاً در خانواده های پرجمعیت، ترس از تنبیه فرزندان آنها اقدام به فرار از منزل و ترک تحصیل می کنند.

امین، مجرد، جمالی، ساربان (۱۳۸۸)، در پژوهش خود با موضوع تاثیر اعتیاد والدین بر رفتار فرزندان نشان داد که در مقیاس ابعاد نه گانه پرسشنامه اس.سی.ال.نود تفاوت معناداری بین نمرات سلامت روان، اضطراب و افسردگی فرزندان گروه والد معتاد قبل و بعد از ترک دیده شد. همچنین نتایج نشانگر تفاوت معنا دار بین نمرات سلامت روان فرزندان گروه والد معتاد با گروه شاهد بود. همچنین نتایج تفاوت معنادار بین گرایش به مصرف مواد قبل و بعد از ترک در فرزندان والدین معتاد نشان داد در نتیجه اعتیاد والدین آسیب های روانی اجتماعی فرزندان و کل خانواده را افزایش می دهد.

امین، مجرد، جمالی، ساربان (۱۳۸۸)، در پژوهش مروری خود به این نتیجه رسیدند که بین اختلالات رفتاری کودکان با اعتیاد والدین رابطه مستقیمی وجود دارد و میزان افسردگی در این کودکان بیشتر است.

خزاعی، خزاعی، خزاعی (۱۳۸۸)، در مطالعه ی شیوع مشکلات رفتاری در کودکان شهر بیرجند نشان داد که اعتیاد والدین با مشکلات رفتاری کودکان رابطه مثبت و معنا داری دارد.

بنگر (۱۳۸۸)، در مطالعه ای بر نقش اعتیاد والدین و افزایش بدرفتاری با کودکان تاکید کرد.

شمس، صدر، امامی پور (۱۳۸۴)، نشان داد میزان اضطراب و افسردگی در کودکان خانواده های معتادان در مقایسه با کودکان خانواده های غیر معتاد بیشتر است.

یافته های کوهی (۱۳۸۳)، نشان داد، مقایسه الگوهای شخصیتی بیمار گونه در افراد معتاد و غیر معتاد حاکی از وجود سه الگوی شخصیتی بیمار گونه شخصیت ضد اجتماعی، خود شیفته و وابسته در افراد دچار اعتیاد بود. یافته های مربوط

به بررسی رابطه میان الگوهای شخصیتی پدران و مشکلات رفتاری_هیجانی در کودکان آنان بود. الگوی شخصیت ضد اجتماعی پدران معتاد باعث رفتار بزهکارانه و پرخاشگرانه در کودکان می شود. الگوی شخصیتی خود شیفته در پدران معتاد باعث انزوا، اضطراب، افسردگی و پرخاشگری در کودکان می شود. الگوی شخصیتی آزار گر در پدران معتاد باعث مشکلات اجتماعی و رفتار پرخاشگرانه در کودکان آنها می شود. الگوی شخصیت مرزی در پدران معتاد و مشکلات اجتماعی و رفتار پرخاشگرانه و سایر مشکلات در کودکان می شود. الگوی شخصیت پارانوئید در پدران معتاد باعث مشکلات اجتماعی و رفتار پرخاشگرانه و سایر مشکلات در کودکان آنها می شود.

شمس اسفندآبادی، صدرالسادات، امامی پور(۱۳۸۳)، در مطالعه ای به این نتیجه رسیدند که بین اعتیاد پدر مقیاسهای اختلالات رفتاری فرزندان شامل اضطراب، افسردگی، رفتار ضد اجتماعی یا سلوک، رفتار ناسازگارانه و کمبود توجه؛ رابطه معنا داری وجود دارد. و همچنین به این نتیجه رسیدند که فرزندان دارای پدر معتاد در مقایسه با فرزندان دارای پدر غیر معتاد بیشتر از مدرسه غیبت می کنند و هر چه اختلال رفتاری کودک دارای پدر معتاد بیشتر باشد پیشرفت تحصیلی آن کمتر است.

کوهی، لایلا. (۱۳۸۲)، در پژوهش خود نشان داد که کودکان پدران دچار اعتیاد اختلالات رفتاری_هیجانی بیشتری نسبت به گروه کودکان پدران غیر معتاد دارند.

نصر ا... انصاری نژاد(۱۳۷۷)، تحت عنوان بررسی مقایسه ای وضعیت خانوادگی، زیستی و شناختی کودکان و نوجوانان بزهکار و غیر بزهکار انجام داده اند و به این نتیجه رسیده که افراد بزهکار دارای والدینی با انحرافات و سابقه محکومیت بوده و از هم گسیختگی بین آنها مشاهده می شود.

مکوندی، سلیمانی، لیامی(۱۳۷۷)، در پژوهشی با عنوان نقش پدر و مادر در آسیب شناسی روانی کودک و نوجوان به این نتیجه رسیدند که والدین بخصوص پدر در آسیب های روانی ایجاد شده در کودکان خود نقش بسزایی دارند.

سرابندی(۱۳۷۶)، تحقیقی تحت عنوان بزهکاران نوجوان انجام داده و به این نتیجه رسیده که شروع انحرافات نوجوانان از محیط خانوادگی است و خانواده در ارضای غرایز و نیازهای اساسی نوجوان نقشی عمده دارند.

بهینا(۱۳۷۵)، در پژوهش خود نشان داد که بین اختلالات رفتاری کودکان و پیشرفت تحصیلی آنان رابطه منفی وجود دارد.

نوروزی(۱۳۷۲)، در پژوهش خود پیرامون اعتیاد والدین نشان داد میانگین افسردگی کودکانی که توسط والدین معتاد خود آزار عاطفی دیده اند به طور معنی داری بیشتر از سایر کودکان است. افسردگی، اعتیاد، بزهکاری و شکایت متعدد جسمانی از جمله پدیده هایی هستند که آینده این کودکان را مورد تهدید قرار می دهند.

محمد مهدی خدیوری زند(۱۳۶۵)، در پژوهشی تحت عنوان ساخت شخصیت و خانواده بزهکار نوجوان در کانون مهمترین عوامل خانوادگی که باعث بزهکاران نوجوان می شود به شرح ذیل عنوان داشته است؛ بی توجهی به فرزندان، سخت گیری و شدت عمل والدین نسبت به فرزندان، فرار از خانه، دوستان ناباب و بی توجهی خانواده ها به ارزشهای مثبت مذهبی و اخلاقی کودکان و نوجوانان که همه این موارد در خانواده های معتاد به چشم می خورد.

فصل سوم

روش شناسی

۳-۱ نوع طرح پژوهشی

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی می باشد.

۳-۲ جامعه آماری

جامعه آماری شامل کلیه فرزندان یا کودکان ۱۲ تا ۱۸ سال دارای والدین معتاد در استان سیستان و بلوچستان می شود، که مطابق آمار ۲۷۰۰۰۰ نفر می باشد که از جامعه فوق به روش دردسترس و بابکارگیری فرمول تعیین حجم نمونه کوکران؛ حجم نمونه به تعداد ۳۸۳ نفر انتخاب شد.

۳-۳ روش نمونه گیری و حجم نمونه

از جامعه فوق به روش دردسترس و بابکارگیری فرمول تعیین حجم نمونه کوکران؛ حجم نمونه به تعداد ۳۸۳ نفر انتخاب شد.

۳-۴ ابزار گرد آوری داده ها

در این طرح از دو پرسشنامه استفاده شده است:

پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ ۲۸ جهت بررسی عوارض روانی (افسردگی، اضطراب و اختلال خواب، علائم جسمانی و کارکردهای اجتماعی، نمره کلی وضعیت سلامت روان).

پرسشنامه شخصیتی کالیفرنیا (CTP) زیر مقیاس سازگاری اجتماعی: جهت بررسی عوارض اجتماعی (مهارتهای اجتماعی، علایق ضد اجتماعی، روابط خانوادگی، روابط مدرسه ای، روابط اجتماعی و قالبهای اجتماعی و نمره کلی به عنوان سازگاری اجتماعی)

پرسشنامه ۲۸ عبارتی سلامت عمومی گلدبرگ یک (پرسشنامه غربالگری) مبتنی بر خود گزارش دهی است که در مجموعه های بالینی با هدف شناسایی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند ، مورد استفاده قرار می گیرد . در پرسشنامه سلامت عمومی ، به دو طبقه اصلی پدیده ها توجه می شود : ناتوانی فرد در برخورداری از یک کنش وری (سالم) و بروز پدیده های جدید با ماهیت معلول کننده . در بین ابزارهای غربالگری سلامت روانی پرسشنامه سلامت عمومی ، یکی از ابزار هایی است که بطور وسیعی در سراسر جهان از آن استفاده می شود . به عبارت دیگر مهمترین ابزار غربالگری و تعیین مشکلات روان شناختی و شناسایی موارد ثبت در جمعیت عمومی است . پرسشنامه سلامت عمومی اولین بار توسط گلدبرگ تنظیم شد . فرم اصلی آن دارای ۶۰ عبارت است و فرم های کوتاه آن از ۱۲ تا ۲۸ عبارتی نیز تهیه و به ۳۸ زبان ترجمه شده و مطالعات روان سنجی بر روی آن در ۷۰ کشور جهان به انجام رسیده است .

به نظر محققین فرم ه ای مختلف پرسشنامه سلامت عمومی ، علائم مرضی فرد را از یک ماه قبل تا زمان اجرای آزمون مورد ارزیابی قرار می دهد.

فرم ۲۸ عبارتی داری ۴ زیر مقیاس :

نشانه های بدنی (A) اضطراب و بیخوابی (B) نارساکنش وری اجتماعی (C) افسردگی (D)

زیر مقیاس نشانه های بدنی (A) : زیر مقیاسه نشانه های بدنی شامل مواردی درباره احساس افراد نسبت به وضعیت سلامت خود و احساس خستگی آنهاست و نشانه های بدنی را در بر می گیرد. این زیر مقیاس ، دریافت های حسی بدنی را که اغلب با برانگیختگی های هیجانی همراهند (مانند احساس ضعف و سستی ، احساس بیمارشدن ، سردرد ، داغ یا سرد شدن بدن و) ارزشیابی می کند . پرسش های این زیر مقیاس شامل پرسشهای ۱ تا ۷ هستند .

زیر مقیاس اضطراب و بیخوابی (B) : زیر مقیاس اضطراب و بیخوابی شامل مواردی است که با اضطراب و بیخوابی مرتبط اند مانند اینکه بر اثر نگرانی دچار بیخوابی شدن ، تحت فشار بودن، عصبانی و بدخلق شدن ، هراسان و یا وحشت زده شدن و دل شوره داشتن . پرسشهای این زیر مقیاس شامل پرسشهای ۸ تا ۱۴ هستند .

زیر مقیاس نارساکنش وری اجتماعی (C) : زیر مقیاس نارساکنش وری اجتماعی گسترده توانایی افراد در مقابله با خواسته های حرفه ای و مسائل زندگی روزمره را می سنجد و احساسات آنها را درباره چگونگی کنار آمدن با موقعیت های متداول زندگی ، را آشکار می کند مانند احساس رضایت از نحوه انجام کارها ، داشتن نقش مفید در انجام کارها، توانایی تصمیم گیری و لذت بردن از فعالیت های روزمره زندگی . پرسشهای این مقیاس شامل پرسشهای ۱۵ تا ۲۱ هستند.

زیر مقیاس افسردگی (D) : زیر مقیاس افسردگی در برگیرنده مواردی است که با افسردگی وخیم و گرایش به خودکشی مرتبط اند مانند احساس بی ارزشی نسبت به زندگی، احساس ناامیدی و فکر خودکشی، پرسشهای این زیر مقیاس شامل پرسشهای ۲۲ تا ۲۸ هستند .

نمره کل مقیاس : از مجموع نمرات زیر مقیاس ها نمره کل مقیاس بدست می آید . پرسشهای نمره کل مقیاس شامل پرسشهای ۱ تا ۲۸ هستند .

ویژگی های روان سنجی اعتبار و روایی خارجی :

در خصوص روایی پرسشنامه سلامت عمومی تاکنون مطالعات فراوانی صورت گرفته است . مطالعات روان سنجی نسخه های مختلف سلامت عمومی نشان می دهد ، نسخه ۲۸ سوالی (GHQ) نسبت به سایر نسخه ها دارای بیشترین میزان اعتبار و حساسیت است . گلدبرگ و ویلیام (۱۹۸۹) ویژگی های روانسنجی نسخه های مختلف را در ۴۳ مطالعه در کشور های مختلف جهان بررسی نمودند و نشان دادند نسخه ۲۸ سوالی دارای میزان اعتبار بیشتر و حساسیت مناسب تری است . این نسخه مطابق با تحلیل عوامل که توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) انجام شد . ۴ عامل اساسی شامل مقیاس های علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال کارکرد اجتماعی و مقیاس افسردگی استخراج گردید. توسط گیبونز، ساختار عاملی ، روایی و پایایی (GHQ-۲۸) در السوادور بررسی شد. نمونه شامل ۷۳۲ نفر از دانشجویان بوده و از نمره گذاری لیکرت و تحلیل مولفه های اساسی و چرخش واریماکس استفاده شده بود. با روش بازآمایی، ضریب پایایی ۰/۷۴ بوده و با در نظر گرفتن نقطه برش ۶/۷ ، حساسیت آزمون ۰/۸۸ و ویژگی آن ۸۴/۲

به دست آمده است. گریفتوس روائی (GHQ-28) در بیمارستان سرپائی آسیب نخاعی را همراه با جدول مصاحبه بالینی بررسی نمودند، حساسیت ۰/۸۱ و ویژگی ۰/۸۲ بدست آمد. هابز ویژگی روان سنجی (GHQ-28) را در نیوزلند با نمونه ۳۲۸ نفری بررسی کردند. حساسیت آزمون ۹۵/۷، ویژگی ۶۷/۷ بدست آمد. همچنین همبستگی بین نمره کل و ۴ مقیاس علائم جسمانی، اضطرابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۸۸، ۰/۶۵، ۰/۷۹ به دست آمد.

اعتبار و روایی ایرانی

در مطالعات اندکی در خصوص کیفیت روان سنجی و ساختار عاملی (GHQ-28) صورت گرفته است. تقوی ویژگی های روان سنجی GHQ-28 را با نمونه ۹۲ نفری دانشجویان دانشگاه شیراز بررسی کرد. ضرایب اعتبار، باز آزمایی، تصنیفی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳، ۰/۹۰ به دست آمد. ضریب روائی هم زمان با پرسشنامه میدلکس ۰/۵۵ و روائی سازه بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ محاسبه شد. همچنین وی با تحلیل عوامل چهار عامل افسردگی، اضطراب، اختلال کارکرد اجتماعی و جسمانی را استخراج نمود که ۰/۵۸ واریانس توسط این چهار عامل تبیین شد. در این پژوهش نیز مانند پژوهش های پیشین، چهار عامل استخراج شده و نمره کل دارای همبستگی از ۰/۳۵ تا ۰/۸۷ بودند. پالاهنگ ارزیابی مقدماتی GHQ-28 را به منظور آماده سازی آن برای یک مطالعه همه گیر شناسی در کاشان با نمونه ۸۰ نفری انجام داد و حساسیت، ویژگی، کارائی، میزان خطای کلی طبقه بندی آزمون به ترتیب برابر ۰/۸۸، ۰/۷۴، ۰/۸۰، ۰/۲۰ به دست آمد. نتایج حاصل از مطالعه ای که امراله ابراهیمی بر ۸۰ بیمار و ۸۰ فرد بهنجار انجام داد نشان داد عوامل جسمانی، اضطراب و بیخوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی ۶۹/۵۴ درصد واریانس را تبیین می کنند بیشترین بار عاملی مربوط به عامل ۱ و کمترین بار عاملی مربوط به عامل ۴ است. در رابطه با روایی ابزار، روایی ملاکی و پیش بین GHQ-28 از طریق همبستگی ۰/۷۸ بدست آمد. در خصوص پایایی پرسشنامه، آلفای کرونباخ ۰/۹۷، ضریب اسپیرمن - بران ۰/۹۰ و ضریب تصنیف گاتمن نیز ۰/۹۰ بدست آمده و حساسیت ۰/۸۰، ویژگی ۰/۹۹، کارایی ۰/۸۹ و خطای کلی طبقه بندی ۰/۱۱ بدست آمد. به طور کلی پرسشنامه دارای روایی سازه، ملاکی، پیش بینی و تشخیص بالایی است و در جهت تعیین وضعیت سلامت روان جمعیت های مختلف بالینی و جمعیت عادی از اعتبار بالایی برخوردار است.

شیوه نمره گذاری

به هر پاسخ از راست به چپ: صفر، یک، دو یا سه نمره تعلق می گیرد: الف: صفر ب: یک ج: دو د: سه نمره هر فرد در هر یک از خرده مقیاس ها از صفر تا ۲۱ و در کل پرسشنامه از صفر تا ۸۴ خواهد بود. نمرات هر آزمودنی به طور جداگانه محاسبه و پس از آن نمرات چهار زیر مقیاس را جمع کرده و نمره کلی به دست می آید. در این پرسشنامه نمره کمتر بیانگر سلامت روان بهتر است.

نمرات برش در هر یک از خرده مقیاس های پرسشنامه سلامت عمومی		
وضعیت سلامت عمومی	نمرات خرده مقیاس ها	نمرات کل پرسشنامه
طبیعی	۰-۶	۰-۲۲
ناراحتی خفیف	۷-۱۱	۲۳-۴۰
ناراحتی متوسط	۱۲-۱۶	۴۱-۶۰
ناراحتی شدید	۱۷-۲۱	۴۲-۸۴

با توجه به جدول نمره ۱۶ به بالا در هر زیر مقیاس و ۶ به بالا در مقیاس کلی نشان دهنده ناراحتی شدید است همچنین در پژوهش های انجام شده در ایران بهترین نقطه برش را در مردان و زنان با روش لیکرت به ترتیب ۲۲ و ۲۱ بدست آمده و در پژوهشی دیگر بهترین نقطه برش بدون تفکیک جنس ۲۳ تعیین شده است. بنابراین در هر گروهی ممکن است نقطه برش (Cut- point) تفاوت داشته باشد.

پرسشنامه شخصیتی کالیفرنیا (زیر مقیاس سازگاری اجتماعی): پرسشنامه شخصیتی کالیفرنیا (CTP) را تورپ و همکارانش در سال ۱۹۳۶ تهیه کردند و در سال ۱۹۳۵ مورد تجدید نظر قرار گرفت (به نقل از صدیقی، ۱۳۸۰). این آزمون برای سنجش سازشهای مختلف زندگی تهیه شده است و بر این اساس دارای دو قطب سازگاری شخصی و سازگاری اجتماعی است که هر یک به طور جداگانه ۹۰ سوال دو گزینه ای دارد. در پرسشنامه سازگاری اجتماعی ۶ زیر مقیاس که هر یک دارای ۱۵ سوال است وجود دارد. این پرسشنامه دارای ۶ نمره اختصاصی مربوط به زیر مقیاس های قالبهای اجتماعی، مهارت های اجتماعی، علایق ضد اجتماعی، روابط خانوادگی، روابط مدرسه و روابط اجتماعی است و یک نمره کلی به عنوان سازگاری اجتماعی از نمره زیر مقیاس ها به دست می آید. بر پایه مطالعات مقدماتی که با استفاده از ۴۵ نفر از کودکان و نوجوانان صورت گرفت. ضریب پایایی این آزمون بر حسب آلفای کرونباخ با استفاده از نرم افزار SPSS ۷/۹۷ به دست آمد. همچنین برای تعیین روایی از روایی محتوایی استفاده گردید و روایی این پرسشنامه را جمعی از اساتید تایید کرده اند.

۳-۵- روش اجرا و جمع آوری اطلاعات

جامعه آماری: کلیه فرزندان دارای والدین معتاد در استان سیستان و بلوچستان می شود که مطابق آمار ۲۷۰۰۰۰ نفر می باشد که از جامعه فوق به روش دردسترس و بابکارگیری فرمول تعیین حجم نمونه کوکران؛ حجم نمونه به تعداد ۳۸۳ نفر انتخاب می شود. جهت تجزیه و تحلیل آماری از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون اینتر استفاده خواهد شد. پرسشنامه ها بین افراد پخش می شود و بعد از پاسخ گویی جمع آوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهد گرفت. (از کلیه فرزندان معتادینی که به مراکز ترک اعتیاد مراجعه می کنند و یا معتادین کمپ ها که دارای فرزند هستند و در دسترس هستند به صورت داوطلبانه استفاده شد بدین صورت که برای برخی از آنها در مدرسه و برای برخی دیگر در مرکز ترک اعتیاد پرسشنامه ها تکمیل گردید)

۳-۶- روش تجزیه و تحلیل داده ها

جهت تجزیه و تحلیل آماری برای آمار توصیفی از جدول فراوانی و انحراف معیار و در آمار استنباطی از آزمون آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون اینتر استفاده خواهد شد.

فصل چهارم

تجزیه و تحلیل داده ها

۴- مقدمه

در این فصل داده‌های جمع‌آوری شده مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفته و در دو بخش ارائه می‌شود. در بخش اول داده‌های حاصل از اطلاعات جمعیت شناختی و همچنین شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و در بخش دوم تجزیه و تحلیل داده‌ها در ارتباط با فرضیات پژوهش ارائه می‌گردد. اصول آمار و روش‌های آن از پایه‌های ضروری تحقیق علمی به شمار می‌روند. آمار یک روش است که هدفش توصیف کردن است و علاوه بر این، یک روش کمی است که از عدد به عنوان وسیله‌ای برای بیان و توصیف استفاده می‌شود. به طور کلی بررسی آماری دو هدف اصلی و مشخص را پیگیری می‌کند. الف) توصیف، که شواهد تجربی و یا نتایجی است که از راه مشاهده و آزمایش درباره موضوع و فرضیه پژوهش گردآوری شده است و به آن آمار توصیفی گویند و ب) تبیین، که تحلیل نتایج توصیفی و بررسی آنها از نظر احتمالات، به منظور ارزشیابی فرضیه‌های تحقیق را گویند، و آمار استنباطی نیز نام دارد.

آمار توصیفی به مجموعه روش‌هایی اطلاق می‌شود که برای جمع‌آوری، خلاصه‌کردن، طبقه‌بندی و توصیف حقایق عددی به کار می‌رود. در واقع این آمار، داده‌ها و اطلاعات پژوهش را توصیف می‌کند و طرح یا الگوی کلی از داده‌ها برای استفاده سریع و بهتر از آنها به دست می‌دهد. در آمار توصیفی بعد از جمع‌آوری اطلاعات هدف این است که در زمان کمتر و با دقت بیشتر نتایج داده‌های جمع‌آوری شده را مشاهده کنیم. در واقع آن بخش از آمار را که بیشتر به مشخص کردن داده‌ها، تنظیم و ارائه‌ی آن‌ها به صورت جدول بندی یا ترسیمی، محاسبه‌ی آماره‌ها و تعیین ارتباط بین اطلاعات می‌پردازد آمار توصیفی می‌نامند.

در بیشتر فعالیت‌های آماری جمع‌آوری، تنظیم و ارائه‌ی یافته‌ها و یا تعیین آماره‌ها کفایت نمی‌کند، بلکه لازم است بر اساس این اطلاعات جمع‌آوری و تنظیم شده، تجزیه و تحلیل و استنباط‌هایی برای تبیین و تصمیم‌گیری صورت گیرد. آن بخش از آمار که به تحلیل، تفسیر و تعمیم نتایج حاصل از تنظیم و محاسبه‌ی مقدماتی آماری تکیه دارد، آمار استنباطی خوانده می‌شود. با استفاده از روش‌های آمار استنباطی می‌توان مشخصات جامعه‌ی آماری را از روی نمونه‌ها استنباط کرد. در این فصل ابتدا یافته‌های توصیفی و آنگاه داده‌های استنباطی را مد نظر قرار می‌دهیم.

۴-۱- داده های توصیفی

جدول شماره ۴-۱ فراوانی و درصد آزمودنی ها را بر اساس جنس ، سن و نوع مصرف مواد والدین نشان می دهد.

جدول ۴-۱: فراوانی و درصد آزمودنی ها بر اساس جنس فرزندان ، سن فرزندان و نوع مصرف مواد والدین

متغیر	فراوانی	درصد
جنس	دختر	۲۲۹
	پسر	۱۶۰
سن	۱۰-۱۴ سال	۲۲۸
	۱۵-۱۸ سال	۱۶۱
نوع مواد مصرفی	شیره	۱۳۳
	تریاک	۱۰۲
	هرویین	۱۵۴
	کل	۳۸۹
		۱۰۰

نتایج جدول ۴-۱ نشان می دهد که بیشترین فراوانی و درصد آزمودنیها بر اساس جنس مربوط به گروه دختران (۵۸/۹) و در متغیر سن بیشترین فراوانی و درصد مربوط به گروه سنی ۱۰-۱۴ سال (۵۸/۹)، در نوع مصرف مواد والدین بیشترین فراوانی و درصد آزمودنیها مربوط به هرویین (۳۹/۶) می باشد.

به طور خلاصه تعداد دختران کمی بیشتر از پسران بود و گروه سنی ۱۰-۱۴ سال بیشتر از سایر گروههای سنی بودند و والدین این بچه ها بیشترشان به هروئین اعتیاد داشتند.

۴-۲- داده های استنباطی

فرضیات اصلی

۱- بین مصرف مواد والدین و عوارض روانی فرزندان رابطه وجود دارد.

جدول ۴-۲ نتایج ضریب همبستگی بین مصرف مواد والدین و عوارض روانی روان فرزندان

متغیرها	علائم اضطرابی و اختلال خواب		علائم افسردگی		علائم جسمانی		کارکرد های اجتماعی	
	R	Sig	R	sig	R	sig	r	Sig
مصرف مواد والدین	۰/۰۸	۰/۰۴	۰/۰۸	۰/۰۳	۰/۰۷	۰/۰۴	-۰/۰۶	۰/۰۳

نتایج جدول ۴-۲ نشان میدهد که بین مصرف مواد والدین و علائم اضطرابی و اختلال خواب فرزندان ($P \leq 0/01$) ، رابطه معناداری در سطح ۰/۹۵ اطمینان وجود دارد. و بین مصرف مواد والدین و علائم افسردگی فرزندان ($r = 0/08$)

($r = 0/08$ ، $P \leq 0/01$) رابطه معناداری در سطح $0/95$ اطمینان وجود دارد. همچنین بین مصرف مواد والدین و علائم جسمانی فرزندان ($r = 0/08$ ، $P \leq 0/01$) رابطه معناداری در سطح $0/95$ اطمینان وجود دارد. و در نهایت بین مصرف مواد والدین و کارکردهای اجتماعی فرزندان ($r = 0/08$ ، $P \leq 0/01$) رابطه معکوس معناداری در سطح $0/95$ اطمینان وجود دارد.

به طور خلاصه نتایج نشان داد مصرف مواد والدین باعث ایجاد عوارض روانی (اضطراب، اختلال خواب و افسردگی) در فرزندان می شود و فرزندان آنها علائم جسمانی بیشتری از خود نشان می دهند و کارکردهای اجتماعی آنها کاهش می یابد.

فرضیات فرعی

فرضیه اول: بین مصرف مواد والدین و سلامت روان فرزندان رابطه وجود دارد. جهت بررسی این فرضیه از آزمون رگرسیون استفاده شد.

جدول ۳-۴ نتایج ضریب همبستگی بین مصرف مواد والدین و نمره کل سلامت روان فرزندان

متغیرها		سلامت روان فرزندان
		R
		Sig
مصرف مواد والدین		$0/03$
		$-0/07$

نتایج جدول ۳-۴ نشان میدهد که بین مصرف مواد والدین و نمره کل سلامت روان فرزندان رابطه معکوس معناداری وجود دارد.

در واقع والدینی که مواد مصرف می کنند سلامت روان فرزندان آنها کاهش می یابد.

فرضیه دوم: بین مصرف مواد والدین و علائم اضطرابی و اختلال خواب فرزندان رابطه وجود دارد. جهت بررسی این فرضیه از آزمون رگرسیون استفاده شد.

جدول ۴-۴ نتایج ضریب همبستگی بین مصرف مواد والدین و علائم اضطرابی و اختلال خواب فرزندان

متغیرها		علائم اضطرابی و اختلال خواب
		R
		Sig
مصرف مواد والدین		$0/08$
		$0/04$

نتایج جدول ۴-۴ نشان میدهد که بین مصرف مواد والدین و علائم اضطرابی و اختلال خواب فرزندان ($P \leq 0/01$)، رابطه معناداری در سطح $0/95$ اطمینان وجود دارد.

در واقع نتایج نشان داد مصرف مواد والدین (اعتیاد والدین) می تواند باعث اضطراب و ایجاد اختلال در خواب فرزندان آنها شود.

جدول ۴-۵: نتایج رگرسیون برای پیش بینی زیر مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب فرزندان از روی مصرف مواد والدین

الگو	R	R ^۲	Adjusted R Square	R ^۲ Change	B	SD	Beta	t	F(df)	Sig
مصرف مواد والدین	۰/۰۸	۰/۰۰۸	۰/۰۰۵	۰/۰۰۸	۰/۱۷	۱/۱۰	۰/۰۸	۱/۷۲	۲/۹۶ ***(۱,۳۸۷)	۰/۰۴

متغیر ملاک: علائم اضطرابی و اختلال خواب فرزندان

نتایج جدول ۴-۵ نشان داد که مقیاس مصرف مواد والدین وارد معادله شد و توانست به میزان ۰/۰۸ درصد واریانس علائم اضطرابی و اختلال خواب فرزندان را تبیین کند. بنابراین مصرف مواد والدین، رابطه مثبت و معنی داری ($p = 0/03$) با نمرات علائم اضطرابی و اختلال خواب فرزندان داشت پس پیش بینی کننده‌ی مثبت و معنی داری برای علائم اضطرابی و اختلال خواب فرزندان است.

به طور خلاصه نتایج نشان داد که مصرف مواد والدین می تواند اختلالات اضطرابی و اختلالات خواب فرزندان آنها را پیش بینی کند. در واقع یکی از علت های اختلالات اضطرابی و اختلالات خواب کودکان دارای والدین معتاد می تواند اعتیاد والدین آنها باشد.

فرضیه سوم: بین مصرف مواد والدین و علائم افسردگی فرزندان رابطه وجود دارد.

جهت بررسی این فرضیه از آزمون رگرسیون استفاده شد.

جدول ۴-۶ نتایج ضریب همبستگی بین مصرف مواد والدین و علائم افسردگی فرزندان

علائم افسردگی		متغیرها
sig	R	
۰/۰۳	۰/۰۸	مصرف مواد والدین

نتایج جدول ۴-۶ نشان می دهد که بین مصرف مواد والدین و علائم افسردگی فرزندان رابطه معناداری وجود دارد.

در واقع نتایج نشان داد مصرف مواد والدین باعث افزایش علائم افسردگی در فرزندان آنها می شود.

جدول ۷-۴: نتایج رگرسیون برای پیش بینی زیر مقیاس علائم افسردگی فرزندان از روی مصرف مواد والدین

الگو	R	R ^۲	Adjusted R Square	R ^۲ Change	B	SD	Beta	T	F(df)	Sig
مصرف مواد والدین	۰/۰۸	۰/۰۰۸	۰/۰۰۵	۰/۰۰۸	۰/۱۷	۱/۱۰	۰/۰۸	۱/۷۲	۲/۹۶ (۱،۳۸۷)**	۰/۰۳

متغیر ملاک: علائم افسردگی فرزندان

نتایج جدول ۷-۴ نشان داد که مقیاس مصرف مواد والدین وارد معادله شد و توانست به میزان ۰/۰۸ درصد واریانس علائم افسردگی فرزندان را تبیین کند. بنابراین مصرف مواد والدین، رابطه مثبت و معنی داری ($p = ۰/۰۳$ و $\beta = ۰/۰۸$) با نمرات علائم اضطرابی و اختلال خواب فرزندان داشت پس پیش بینی کننده‌ی مثبت و معنی داری برای علائم افسردگی فرزندان است.

به طور خلاصه نتایج نشان داد که مصرف مواد والدین می تواند افسردگی فرزندان آنها را پیش بینی کند. در واقع یکی از علت های افسردگی کودکان دارای والدین معتاد می تواند اعتیاد والدین آنها باشد.

فرضیه چهارم: بین مصرف مواد والدین و علائم جسمانی فرزندان رابطه وجود دارد.

جدول، ۸-۴ نتایج ضریب همبستگی بین مصرف مواد والدین و علائم جسمانی فرزندان

متغیرها	علائم جسمانی	
	R	Sig
مصرف مواد والدین	۰/۰۷	۰/۰۴

نتایج جدول ۸-۴ نشان میدهد که بین مصرف مواد والدین و علائم جسمانی فرزندان رابطه معناداری وجود دارد. به طور خلاصه نتایج نشان داد مصرف مواد والدین (اعتیاد والدین) می تواند باعث افزایش علائم جسمانی در فرزندان آنها شود.

جدول ۴-۹: نتایج رگرسیون برای پیش بینی زیر مقیاس علائم جسمانی فرزندان از روی مصرف مواد والدین

الگو	R	R ^۲	Adjusted R Square	R ^۲ Change	B	SD	Beta	T	F(df)	Sig
مصرف مواد والدین	۰/۰۸	۰/۰۰۸	۰/۰۰۵	۰/۰۰۸	۰/۱۷	۱/۱۰	۰/۰۸	۱/۷۲	۲/۹۶ (۱،۳۸۷)**	۰/۰۳

متغیر ملاک: علائم جسمانی فرزندان

نتایج جدول ۴-۹ نشان داد که مقیاس مصرف مواد والدین وارد معادله شد و توانست به میزان ۰/۰۰۸ درصد واریانس علائم جسمانی فرزندان را تبیین کند. بنابراین مصرف مواد والدین، رابطه مثبت و معنی داری ($p = ۰/۰۳$ و $r = ۰/۰۸$) با نمرات علائم اضطرابی و اختلال خواب فرزندان فرزندان داشت پس پیش بینی کننده‌ی مثبت و معنی داری برای علائم جسمانی فرزندان است.

نتایج نشان داد که مصرف مواد والدین می تواند ایجاد علائم جسمانی در فرزندان آنها را پیش بینی کند. در واقع یکی از علت هایی که کودکان دارای والدین معتاد علائم جسمانی بیشتری از خود نشان میدهند می تواند اعتیاد والدین آنها باشد.

فرضیه پنجم: بین مصرف مواد والدین و کارکرد های اجتماعی فرزندان رابطه وجود دارد.

جهت بررسی این فرضیه از آزمون رگرسیون اینتر استفاده شد.

جدول ۴-۱۰ نتایج ضریب همبستگی بین مصرف مواد والدین و کارکرد های اجتماعی فرزندان

متغیرها		کارکرد های اجتماعی	
		R	Sig
مصرف مواد والدین		-۰/۰۶	۰/۰۳

نتایج جدول ۴-۱۰ نشان میدهد که بین مصرف مواد والدین و کارکرد های اجتماعی فرزندان ($P \leq ۰/۰۱$ ، $r = -۰/۱۰$)

رابطه معکوس و معناداری در سطح ۰/۰۵ اطمینان وجود دارد.

به طور خلاصه نتایج نشان داد مصرف مواد توسط والدین (اعتیاد والدین) می تواند در کارکردهای اجتماعی فرزندان تاثیر منفی داشته باشد و باعث کاهش کارکردهای اجتماعی فرزندان شود.

جدول ۴-۱۱: نتایج رگرسیون برای پیش بینی زیر مقیاس کارکرد های اجتماعی فرزندان از روی مصرف مواد والدین

الگو	R	R ^۲	Adjusted R Square	R ^۲ Change	B	SD	Beta	T	F(df)	Sig
مصرف مواد والدین	۱۰	۰/۰۱	۰/۰۰۹	۰/۰۱	-۰/۰۹	-۱/۱۰	-۰/۱۰	-۲/۰۹	۴/۳۷ ***(۱,۳۸۷)	۰/۰۳

متغیر ملاک: کارکرد های اجتماعی فرزندان

نتایج جدول ۴-۱۱ نشان داد که مقیاس مصرف مواد والدین وارد معادله شد و توانست به میزان ۰/۰۰۹ درصد واریانس کارکردهای اجتماعی فرزندان را تبیین کند. بنابراین مصرف مواد والدین، رابطه معکوس و معنی داری ($p = ۰/۰۳$) و $Beta = -۰/۱۰$) با نمرات کارکردهای اجتماعی فرزندان داشت پس پیش بینی کنندهی معکوس و معنی داری برای کارکردهای اجتماعی فرزندان است.

نتایج نشان داد که مصرف مواد والدین پیش بینی کننده کاهش کارکردهای اجتماعی در فرزندان است در واقع یکی از علت هایی که کودکان دارای والدین معتاد کارکردهای اجتماعی پایینی در جامعه از خود نشان میدهند می تواند اعتیاد والدین آنها باشد.

فرضیه ششم: بین مصرف مواد والدین و سازگاری اجتماعی فرزندان رابطه وجود دارد

جهت بررسی این فرضیه از آزمون رگرسیون اینتر استفاده شد.

جدول ۴-۱۲: نتایج ضریب همبستگی بین مصرف مواد والدین و سازگاری اجتماعی فرزندان

متغیرها		سازگاری اجتماعی	
		R	sig
مصرف مواد والدین		-۰/۱۰	۰/۰۱

نتایج جدول ۴-۱۲ نشان میدهد که بین مصرف مواد والدین و سازگاری اجتماعی فرزندان ($r = -۰/۱۰$ ، $P \leq ۰/۰۱$)، رابطه معکوس و معناداری در سطح ۰/۰۵ اطمینان وجود دارد.

به طور خلاصه نتایج نشان داد مصرف مواد توسط والدین (اعتیاد والدین) می تواند در سازگاری اجتماعی فرزندان تاثیر منفی داشته باشد و باعث ایجاد مشکلات سازگاری اجتماعی در فرزندان شود.

جدول ۴-۱۳: نتایج رگرسیون برای پیش بینی زیر مقیاس سازگاری اجتماعی فرزندان از روی مصرف مواد والدین

الگو	R	R ^۲	Adjusted R Square	R ^۲ Change	B	SD	Beta	t	F(df)	Sig
مصرف والدین مواد	۱۰	۰/۰۱	۰/۰۰۹	۰/۰۱	-۰/۰۹	-۱/۱۰	-۰/۱۰	-۲/۰۹	۴/۳۷ *(۱,۳۸۷)	۰/۰۳

متغیر ملاک: سازگاری اجتماعی فرزندان

نتایج جدول ۴-۱۳ نشان داد که مقیاس مصرف مواد والدین وارد معادله شد و توانست به میزان ۰/۰۰۹ درصد واریانس سازگاری اجتماعی فرزندان را تبیین کند. بنابراین مصرف مواد والدین، رابطه معکوس و معنی داری ($p = ۰/۰۳$) و $Beta = -۰/۱۰$ با نمرات سازگاری اجتماعی فرزندان داشت پس پیش بینی کننده ی معکوس و معنی داری برای سازگاری اجتماعی فرزندان است.

نتایج نشان داد که مصرف مواد والدین پیش بینی کننده کاهش سازگاری اجتماعی در فرزندان است در واقع یکی از علت هایی که کودکان دارای معتاد سازگاری اجتماعی پایینی دارند، می تواند اعتیاد والدین آنها باشد.

فرضیه هفتم: بین مصرف مواد والدین و مهارت های اجتماعی فرزندان رابطه وجود دارد.

جهت بررسی این فرضیه از آزمون رگرسیون اینتر استفاده شد.

جدول ۴-۱۴: نتایج ضریب همبستگی بین مصرف مواد والدین و مهارت اجتماعی فرزندان

مهارت های اجتماعی		متغیرها
sig	R	
۰/۰۱	-۰/۱۱	مصرف مواد والدین

نتایج جدول ۴-۱۴ نشان می دهد که بین مصرف مواد والدین و مهارت های اجتماعی فرزندان ($r = -۰/۱۱$ ، $P \leq ۰/۰۱$)، رابطه معکوس و معناداری در سطح ۰/۰۵ اطمینان وجود دارد.

نتایج نشان داد مصرف مواد توسط والدین (اعتیاد والدین) می تواند در ایجاد مهارت های اجتماعی در فرزندان تاثیر منفی داشته باشد و مهارت های اجتماعی فرزندان را کاهش دهد.

جدول ۴-۱۵: نتایج رگرسیون برای پیش بینی زیر مقیاس مهارت‌های اجتماعی فرزندان از روی مصرف مواد والدین

الگو	R	R ^۲	Adjusted R Square	R ^۲ Change	B	SD	Beta	t	F(df)	Sig
مصرف مواد والدین	۱۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	-۰/۱۳	-۱/۱۰	-۰/۱۱	-۲/۱۸	۴/۷۶ (۱،۳۸۷)**	۰/۰۳

متغیر ملاک: مهارت‌های اجتماعی فرزندان

نتایج جدول ۴-۱۵ نشان داد که مقیاس مصرف مواد والدین وارد معادله شد و توانست به میزان ۰/۰۱ درصد واریانس مهارت‌های اجتماعی فرزندان را تبیین کند. بنابراین مصرف مواد والدین، رابطه معکوس و معنی‌داری ($p = ۰/۰۳$) و $Beta = -۰/۱۱$ با نمرات مهارت‌های اجتماعی فرزندان داشت پس پیش بینی کننده‌ی معکوس و معنی‌داری برای مهارت‌های اجتماعی فرزندان است.

نتایج نشان داد که مصرف مواد والدین پیش بینی کننده کاهش مهارت‌های اجتماعی در فرزندان است در واقع یکی از علت‌هایی که کودکان دارای والدین معتاد مهارت‌های اجتماعی پایینی دارند، می‌تواند اعتیاد والدین آنها باشد.

فرضیه هشتم: بین مصرف مواد والدین و علایق ضد اجتماعی فرزندان رابطه وجود دارد.

جهت بررسی این فرضیه از آزمون رگرسیون اینتر استفاده شد.

جدول ۴-۱۶، نتایج ضریب همبستگی بین مصرف مواد والدین و علایق ضد اجتماعی فرزندان

متغیرها		علایق ضد اجتماعی	
		R	Sig
مصرف مواد والدین		۰/۱۱	۰/۰۱

نتایج جدول ۴-۱۶ نشان می‌دهد که بین مصرف مواد والدین و ضد اجتماعی فرزندان ($r = ۰/۱۱$ ، $P \leq ۰/۰۱$)، رابطه مثبت و معناداری در سطح ۰/۰۵ اطمینان وجود دارد.

در واقع نتایج نشان داد مصرف مواد توسط والدین (اعتیاد والدین) می‌تواند باعث ایجاد علایق ضد اجتماعی در فرزندان‌شان باشد.

جدول ۴-۱۷: نتایج رگرسیون برای پیش بینی زیر مقیاس علایق ضد اجتماعی فرزندان از روی مصرف مواد والدین

الگو	R	R ²	Adjusted R Square	R ² Change	B	SD	Beta	t	F(df)	Sig
مصرف مواد والدین	۱۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۷	۱/۲۲	۰/۱۱	۲/۲۹	۵/۲۷ *(۱,۳۸۷)	۰/۰۱

متغیر ملاک: علایق ضد اجتماعی فرزندان

نتایج جدول ۴-۱۷ نشان داد که مقیاس مصرف مواد والدین وارد معادله شد و توانست به میزان ۰/۰۱ درصد واریانس علایق ضد اجتماعی فرزندان را تبیین کند. بنابراین مصرف مواد والدین، رابطه مثبت و معنی داری ($p = ۰/۰۳$) و $p = ۰/۱۱$ (Beta =) با نمرات علایق ضد اجتماعی فرزندان داشت پس پیش بینی کننده‌ی مثبت و معنی داری برای علایق ضد اجتماعی فرزندان است.

نتایج نشان داد که مصرف مواد والدین پیش بینی کننده افزایش علایق ضد اجتماعی در فرزندان است در واقع یکی از علت هایی که کودکان دارای والدین معتاد علایق ضد اجتماعی بالایی دارند، می تواند اعتیاد والدین آنها باشد.

فرضیه نهم: بین مصرف مواد والدین و روابط خانوادگی فرزندان رابطه وجود دارد.

جهت بررسی این فرضیه از آزمون رگرسیون اینتر استفاده شد.

جدول ۴-۱۸، نتایج ضریب همبستگی بین مصرف مواد والدین و روابط خانوادگی فرزندان

متغیرها		روابط خانوادگی فرزندان
	R	sig
مصرف مواد والدین	-۰/۱۱	۰/۰۱

نتایج جدول ۴-۱۸ نشان میدهد که بین مصرف مواد والدین و روابط خانوادگی ($r = -۰/۱۱$ ، $P \leq ۰/۰۱$)، رابطه معکوس و معناداری در سطح ۰/۰۵ اطمینان وجود دارد.

به طور کلی نتایج نشان داد مصرف مواد توسط والدین (اعتیاد والدین) می تواند روابط مناسب خانوادگی فرزندان را کاهش دهد.

الگو	R	R ²	Adjusted R Square	R ² Change	B	SD	Beta	t	F(df)	Sig
مصرف مواد والدین	۱۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۹۶	-۱/۲۲	-۰/۱۱	-۲/۲۷	۵/۱۷ *(۱,۳۸۷)	۰/۰۲

										*	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

جدول ۴-۱۹: نتایج رگرسیون برای پیش بینی زیر مقیاس روابط خانوادگی فرزندان از روی مصرف مواد والدین

متغیر ملاک: روابط خانوادگی

نتایج جدول ۴-۱۹ نشان داد که مقیاس مصرف مواد والدین وارد معادله شد و توانست به میزان 0.01 درصد واریانس روابط خانوادگی فرزندان را تبیین کند. بنابراین مصرف مواد والدین، رابطه معکوس و معنی داری ($p = 0.03$ و $r = -0.11$) (Beta) با نمرات روابط خانوادگی فرزندان داشت پس پیش بینی کننده‌ی معکوس و معنی داری برای روابط خانوادگی فرزندان است.

نتایج نشان داد که مصرف مواد والدین پیش بینی کننده کاهش روابط خانوادگی مناسب برای فرزندان است در واقع یکی از علت هایی که کودکان دارای والدین معتاد روابط خانوادگی مناسبی ندارند می تواند اعتیاد والدین آنها باشد.

فرضیه دهم: بین مصرف مواد والدین و روابط مدرسه ای فرزندان رابطه وجود دارد.

جهت بررسی این فرضیه از آزمون رگرسیون اینتر استفاده شد.

جدول ۴-۲۰، نتایج ضریب همبستگی بین مصرف مواد والدین و روابط مدرسه ای فرزندان

متغیرها	روابط مدرسه ای	
	R	Sig
مصرف مواد والدین	-0.10	0.01

نتایج جدول ۴-۲۰ نشان میدهد که بین مصرف مواد والدین و روابط مدرسه ای ($r = -0.10$ ، $P \leq 0.01$)، رابطه معکوس و معناداری در سطح 0.95 اطمینان وجود دارد.

نتایج نشان داد مصرف مواد توسط والدین (اعتیاد والدین) می تواند روابط مدرسه فرزندان را به خطر اندازد و باعث کاهش روابط مدرسه آنان شود.

جدول ۴-۲۱: نتایج رگرسیون برای پیش بینی زیر مقیاس روابط مدرسه ای فرزندان از روی مصرف مواد والدین

الگو	R	R ²	Adjusted R Square	R ² Change	B	SD	Beta	t	F(df)	Sig
مصرف مواد والدین	۱۰	0.01	0.09	0.01	-0.06	$-1/10$	-0.10	$-2/10$	$4/44$ $(1,387)**$	0.03

متغیر ملاک: روابط مدرسه ای

نتایج جدول ۴-۲۱ نشان داد که مقیاس مصرف مواد والدین وارد معادله شد و توانست به میزان 0.01 درصد واریانس روابط مدرسه ای فرزندان را تبیین کند. بنابراین مصرف مواد والدین، رابطه معکوس و معنی داری ($p = 0.03$ و $r = -0.10$)

(Beta =) با نمرات روابط مدرسه ای فرزندان داشت پس پیش بینی کننده‌ی معکوس و معنی داری برای روابط مدرسه ای فرزندان است.

نتایج نشان داد که مصرف مواد والدین پیش بینی کننده ایجاد مشکل در روابط مدرسه فرزندان آنها است در واقع یکی از علت هایی که کودکان دارای والدین معتاد در ایجاد کردن روابط مناسب در مدرسه مشکل دارند می تواند اعتیاد والدین آنها باشد.

فرضیه یازدهم: بین مصرف مواد والدین و روابط اجتماعی فرزندان رابطه وجود دارد.

جهت بررسی این فرضیه از آزمون رگرسیون اینتر استفاده شد.

جدول ۴-۲۲، نتایج ضریب همبستگی بین مصرف مواد والدین و روابط اجتماعی فرزندان

روابط اجتماعی		متغیرها
sig	R	
۰/۰۱	-۰/۱۰	مصرف مواد والدین

نتایج جدول نشان میدهد که بین مصرف مواد والدین و روابط اجتماعی ($r = -0.10$ ، $P \leq 0.01$)، رابطه معکوس و معناداری در سطح ۰/۹۵ اطمینان وجود دارد.

در واقع نتایج نشان داد مصرف مواد توسط والدین (اعتیاد والدین) می تواند روابط اجتماعی فرزندان را کاهش دهد.

جدول ۴-۲۳: نتایج رگرسیون برای پیش بینی زیر مقیاس روابط اجتماعی فرزندان از روی مصرف مواد والدین

الگو	R	R ^۲	Adjusted R Square	R ^۲ Change	B	SD	Beta	t	F(df)	Sig
مصرف مواد والدین	۱۰	۰/۱۰	۰/۰۰۸	۰/۰۱	-۰/۰۵	-۱/۲۲	-۰/۱۰	-۲/۰۰۷	۴/۰۲ (۱،۳۸۷)**	۰/۰۴

متغیر ملاک: روابط اجتماعی

نتایج جدول ۴-۲۳ نشان داد که مقیاس مصرف مواد والدین وارد معادله شد و توانست به میزان ۰/۰۱ درصد واریانس روابط اجتماعی فرزندان را تبیین کند. بنابراین مصرف مواد والدین، رابطه معکوس و معنی داری ($p = 0.04$ و $r = -0.10$) (Beta) با نمرات روابط اجتماعی فرزندان داشت پس پیش بینی کننده‌ی معکوس و معنی داری برای روابط اجتماعی فرزندان است.

نتایج نشان داد که مصرف مواد والدین پیش بینی کننده ایجاد مشکل و کاهش در روابط اجتماعی فرزندان آنها است در واقع یکی از علت هایی که کودکان دارای والدین معتاد در ایجاد کردن روابط اجتماعی سالم دچار مشکل می شوند می تواند اعتیاد والدین آنها باشد.

فرضیه دوازدهم: بین مصرف مواد والدین و قالبهای اجتماعی فرزندان رابطه وجود دارد.

جهت بررسی این فرضیه از آزمون رگرسیون اینتر استفاده شد.

جدول ۴-۲۴، نتایج ضریب همبستگی بین مصرف مواد والدین و قالبهای اجتماعی فرزندان

متغیرها		قالبهای اجتماعی
	R	sig
مصرف مواد والدین	-.۰/۱۲	.۰/۰۱

نتایج جدول ۴-۲۴ نشان میدهد که بین مصرف مواد والدین و قالب های اجتماعی ($r = -.0/12$ ، $P \leq .0/01$)، رابطه معکوس و معناداری در سطح $0/95$ اطمینان وجود دارد.

در واقع نتایج نشان داد مصرف مواد توسط والدین (اعتیاد والدین) می تواند شکل گیری قالبهای اجتماعی معقول و مناسب جامعه برای کودکانشان را کاهش دهد.

جدول ۴-۲۵: نتایج رگرسیون برای پیش بینی زیر مقیاس قالب های اجتماعی فرزندان از روی مصرف مواد والدین

الگو	R	R ²	Adjusted R Square	R ² Change	B	SD	Beta	t	F(df)	Sig
مصرف مواد والدین	۱۲	۰/۱۲	۰/۱۰	۰/۱۰	-۰/۰۹	-۲/۲۲	-۰/۱۲	-۳/۰۷	۴/۵۰ *(۱،۳۸۷)	۰/۰۰۱

متغیر ملاک: قالب های اجتماعی

نتایج جدول ۴-۲۵ نشان داد که مقیاس مصرف مواد والدین وارد معادله شد و توانست به میزان $0/10$ درصد واریانس قالب های اجتماعی فرزندان را تبیین کند. بنابراین مصرف مواد والدین، رابطه معکوس و معنی داری ($p = 0/04$) و $Beta = -.0/12$ با نمرات قالب های اجتماعی فرزندان داشت پس پیش بینی کننده ی معکوس و معنی داری برای قالب های اجتماعی فرزندان است.

نتایج نشان داد که مصرف مواد والدین پیش بینی کننده ایجاد مشکل در شکل گیری قالب های اجتماعی معقول و مناسب جامعه در فرزندان آنها است در واقع یکی از علت هایی که کودکان دارای والدین معتاد در شکل گیری قالب های اجتماعی معقول جامعه دچار مشکل می شوند می تواند اعتیاد والدین آنها باشد

به طور خلاصه نتایج پژوهش نشان داد که مصرف مواد والدین با سلامت روان و سازگاری اجتماعی کودکان رابطه مستقیم دارد می تواند پیش بینی کننده عوارض روانی و اجتماعی فرزندان باشد.

فصل پنجم

نتیجه گیری و پیشنهادات

۵-۱- مقدمه

پدیده اعتیاد در جهان امروز به صورت یک معضل خانمان سوز باعث از هم پاشیده شدن بسیاری از خانواده ها، به انحراف کشیده شدن بسیاری از نوجوانان و جوانان، شیوع بسیاری از بیماری ها و ضرر و زیان های اقتصادی و مرگ و میر گردیده است. اعتیاد مهم ترین آسیب اجتماعی است که هم ریشه در مسائل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و روانی جامعه دارد و متقابلاً بر روان فرد و اجتماع تأثیر می گذارد (اسعدی، ۱۳۸۱). فرزند یک معتاد قاعدتاً الگوهای عاطفی، روانی و رفتاری والدین خود را در زندگی دنبال می کند (دیتون، ۲۰۰۰ و وان در کولک ۱۹۸۷ و کریستال ۱۹۶۸). همان طور که می دانیم خانواده اولین محیط تربیتی رشد کودک است و مهمترین کارکرد آن پرورش و تربیت فرزندان است. اهمیت تأثیر خانواده بر رشد فرد به قدری است که همه نظریه های موجود، توجه خود را بدان معطوف نموده اند. هدف خانواده به عنوان یک جامعه کوچک، تربیت و انطباق اجتماعی فرزندان است و این عمل در خانواده هایی با افراد معتاد، دچار ضعف می باشد. والدین اولین کسانی هستند که شخصیت فرزندان را شکل می دهند. در صورتی که والدین دچار آلودگی هایی به خصوص مصرف مواد مخدر باشند، فرزندان آنها نیز از هر لحاظ آسیب پذیر می شوند. خانواده ی دارای والدین معتاد، محصولی همانند کسالت و بیماریهای روحی- روانی برای فرزندان به بار می آورد؛ روان رنجوری و پریشان حالی فرزندان در این خانواده ها بیشتر است؛ و فرزندان آنها نسبتاً اضطراب و ناامیدی بیشتری را احساس می کنند. این افراد برای ابتلا به بزهکاری مستعد تر هستند و آینده مناسبی برای خود نمی بینند (والدیان، ۱۳۹۵). جمع بندی مطالعات متعددی که در مورد فرزندان والدین مصرف کننده مواد انجام شده است نشان می دهد، محیط این خانواده ها با تروما، تنش و آشفتگی زیادی همراه است که اثرات منفی زایدی بر زندگی فرزندان می گذارد. مطالعات، نقش والدین در آسیب شناسی روانی کودک از جمله اختلالهای افسردگی، رفتارهای ضد اجتماعی، رفتار معطوف به خودکشی، اختلالهای اضطرابی، در خودماندگی و اختلالهای خوردن مورد بررسی قرار داده است. بیشتر این نتایج بر اهمیت تأثیر نقش والدین بر آسیب شناسی روانی کودک و نوجوان تأکید دارند. در این میان نقش اعتیاد والدین بر آسیب های روانی و اجتماعی کودکان می تواند بسیار مخرب تر باشد. لذا بررسی آن بسیار حائز اهمیت است.

۵-۲- بحث و نتیجه گیری

در پاسخ به فرضیه اول و اصلی این پژوهش که بین مصرف مواد والدین و عوارض روانی فرزندان رابطه وجود دارد. نتایج نشان می دهد که بین مصرف مواد والدین و عوارض روانی فرزندان شامل: علائم اضطرابی و اختلال خواب ($r = 0.08, P \leq 0.01$)، علائم افسردگی فرزندان ($r = 0.08, P \leq 0.01$)، علائم جسمانی فرزندان ($P \leq 0.01$)، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و بین مصرف مواد والدین و کارکردهای اجتماعی فرزندان ($r = 0.08, P \leq 0.01$) رابطه معکوس معناداری در سطح ۰/۹۵ اطمینان وجود دارد. که این نتایج با نتایج هانسون و همکاران (۲۰۰۶)، ویتاکر و همکاران (۲۰۰۶)، والش و همکاران (۲۰۰۲)، مریکانگاس و همکاران (۱۹۹۸)، کمیته ملی

پیشگیری از سو رفتار کودک (۱۹۹۷)، پژوهش گریکو-ویگوریتو و همکاران (۱۹۹۶)، قربانی، اکبری، آقازاده (۱۳۹۳)، ناظر، ابراهیمی نژاد، رحیمی (۱۳۹۳)، نوری، (۱۳۹۳)، کاظمی، دیده روشنی (۱۳۸۹)، امین، مجرد، جمالی، ساریان (۱۳۸۸)، شمس، صدر، امامی پور (۱۳۸۴)، شمس اسفندآبادی، صدرالسادات، امامی پور (۱۳۸۳)، نوروزی (۱۳۷۲) همسو بود.

در پاسخ به فرضیه دوم و اصلی این پژوهش که بین مصرف مواد والدین و عوارض اجتماعی فرزندان رابطه وجود دارد. نتایج نشان می‌دهد که بین مصرف مواد والدین و سازگاری اجتماعی فرزندان ($r = 0.08$, $P \leq 0.01$)، مهارت های اجتماعی فرزندان ($r = 0.08$, $P \leq 0.01$)، روابط خانوادگی فرزندان ($r = 0.08$, $P \leq 0.01$) روابط مدرسه ای فرزندان ($r = 0.08$, $P \leq 0.01$)، روابط اجتماعی فرزندان ($r = 0.08$, $P \leq 0.01$) و در نهایت بین مصرف مواد والدین و قالبهای اجتماعی فرزندان ($r = 0.08$, $P \leq 0.01$) رابطه معکوس معناداری در سطح ۰/۹۵ اطمینان وجود دارد. همچنین بین مصرف مواد والدین و علائق ضد اجتماعی ($r = 0.08$, $P \leq 0.01$) رابطه مستقیم و معناداری در سطح ۰/۹۵ اطمینان وجود دارد. این نتایج با مطالعات برنینگ و همکاران (۲۰۱۲)، مطالعه الیور، روسو ماترز (۲۰۱۰)، نیکاپوتا (۲۰۰۸)، هانسون و همکاران (۲۰۰۶)، قربانی، اکبری، آقازاده (۱۳۹۳)، نوری، (۱۳۹۳)، پولادی و همکاران (۱۳۸۸)، امین، مجرد، جمالی، ساریان (۱۳۸۸)، امین، مجرد، جمالی، ساریان (۱۳۸۸)، یافته های کوهی (۱۳۸۳)، شمس اسفندآبادی، صدرالسادات، امامی پور (۱۳۸۳)، همسو بود.

همچنین جهت پاسخ به فرضیه فرعی اول، بین مصرف مواد والدین و سلامت روان فرزندان رابطه وجود دارد. نتایج نشان می‌دهد که بین مصرف مواد والدین و نمره کل سلامت روان فرزندان رابطه معکوس معناداری وجود دارد که این نتایج با یافته های هانسون و همکاران (۲۰۰۶)، ویتاکر و همکاران (۲۰۰۶)، یافته پژوهش والش و همکاران (۲۰۰۲)، مریکانگاس و همکاران (۱۹۹۸)، امین، مجرد، جمالی، ساریان (۱۳۸۸)، امین، مجرد، جمالی، ساریان (۱۳۸۸)، شمس، صدر، امامی پور (۱۳۸۴)، شمس اسفندآبادی، صدرالسادات، امامی پور (۱۳۸۳)، مکوندی، سلیمانی، لیامی (۱۳۷۷)، نوروزی (۱۳۷۲) همسو بود.

نتایج رگرسیون اینتر برای بررسی فرضیه های دوم، سوم، چهارم و پنجم که برای پیش بینی زیر مقیاسهای سلامت روان از روی مصرف مواد والدین انجام شد. نشان داد که مصرف مواد والدین می تواند به طور مثبت و معناداری علائم اضطرابی و اختلال خواب فرزندان، علائم افسردگی و علائم جسمانی فرزندان آنها را به طور مثبت و معناداری پیش بینی کند. و همچنین مصرف مواد والدین توانست بطور معکوس و معناداری کارکردهای اجتماعی فرزندان را پیش بینی کند. که این نتایج با نتایج تحقیقاتی که نشان می دهد مصرف مواد والدین می تواند باعث به خطر افتادن سلامت روان فرزندان و ایجاد عوارض روانی برای آنان باشد همخوانی دارد. که از جمله این مطالعات می توان به الیور، روسو ماترز (۲۰۱۰)، والش و همکاران (۲۰۰۲)، مریکانگاس و همکاران (۱۹۹۸)، پژوهش گریکو-ویگوریتو و همکاران (۱۹۹۶)، کارجانسون و همکاران (۱۹۹۱)، رانسویل و همکاران (۱۹۹۱)، کارجانسون و همکاران (۱۹۹۱)، برابر و رانتز (۱۹۹۰)، آمرمان و همکاران (۱۹۸۶)، پویگ، آنتیچ و همکاران (۱۹۸۵)، امین، مجرد، جمالی، ساریان (۱۳۸۸)، شمس، صدر، امامی پور (۱۳۸۴)، شمس اسفندآبادی، صدرالسادات، امامی پور (۱۳۸۳)، نوروزی (۱۳۷۲)، همسو بود.

در تبیین فرضهای فوق می توان گفت که کودکان دارای والدین معتاد مشکلات روانی و جسمانی بیشتری را تجربه می کنند. نوجوانان با تاریخچه خانوادگی اعتیاد، با احتمال بیشتری پیامدهای مربوط به اعتیاد و دیگر مشکلات روانی را گزارش می کنند. جمع بندی مطالعات متعددی که در مورد فرزندان والدین مصرف کننده مواد انجام شده است نشان می دهد، محیط این خانواده ها با تروما، تنش و آشفتگی زیادی همراه است که اثرات منفی زایدی بر سلامت روانی فرزندان می گذارد. جدا از ساختار خانواده، تشنج و استرس های ناشی از آن، استرس های متعدد دیگری هم در خانواده های مصرف کننده مواد وجود دارد. نوجوانانی که یکی از والدینشان به سوء مصرف مواد می پردازد، بیشتر از فرزندان خانواده های عادی استرس تحمل می کنند (مریکانگاس و همکاران، ۱۹۹۸). این افراد در کودکی از اضطراب و نگرانی شدید رنج برده اند و در زندگی هرگز از اعتماد به نفس و تعادل روحی و روانی کافی برخوردار نبوده اند. به دلیل اینکه رفتار پدر یا مادر معتاد آنها هر لحظه در حال تغییر بوده است، آنها از یک زندگی متعادل و قابل اطمینان محروم بوده اند. بر اثر اضطراب و نگرانی های بی وقفه و بیش از اندازه، آسایش این افراد بر هم خورده و همواره در نگرانی و اضطراب از وقوع اتفاقات ناگوار به سر می برند. آنها بیشتر از سایر کودکان علایم افسردگی، و اضطراب و سایر بیماری های روان پزشکی و آشفتگی های روانی - اجتماعی از خود نشان می دهند. در اکثر مواقع حتی زمانی که فقط یکی از والدین معتاد است، پدر یا مادر قادر به ارائه خدمات و یا توجه به کودک خود نخواهند بود، چرا که تمام تمرکز آنها روی مشکلات خودشان است. این نادیده گرفتن کودک ممکن است او را به افسردگی و یا سایر مشکلات روانی دچار کند. از آنجا که کودکان پدر و مادرهای معتاد معمولاً سعی می کنند سکوت کنند و والدین خود را راضی نگه دارند، در آینده نیز سعی می کنند تمامی اطرافیان خود را راضی نگه دارند و به هیچ فردی «نه» نمی گویند به ویژه به افرادی که در موضع قدرت قرار دارند به این ترتیب هویت واقعی خود را از دست می دهند. در یافته های پژوهشی 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. در خانواده ای که پدر و مادر دچار بیماری اعتیاد است در بین فرزندانشان از احترام چندانی برخوردار نیستند، ملاحظه می شود که پیامدهای روان شناختی کودکانی که والدین معتاد دارند ابعاد بسیار وسیعی دارد. این پیامدها نه تنها کنش وری شناختی کودک را تحت تأثیر قرار می دهند، بلکه کنش وری عاطفی او را نیز متأثر می سازند.

جهت بررسی فرضیه ششم که بین مصرف مواد والدین و سازگاری اجتماعی فرزندان رابطه وجود دارد از آزمون رگرسیون اینتر استفاده شد. نتایج نشان داد که بین مصرف مواد والدین و سازگاری اجتماعی فرزندان، رابطه معکوس و معناداری وجود دارد. نتایج رگرسیون نشان داد که مقیاس مصرف مواد والدین پیش بینی کننده ی معکوس و معنی داری برای سازگاری اجتماعی فرزندان است. این نتایج به نتایج برنینگ و همکاران (۲۰۱۲)، مطالعه الیور، روسو ماترز (۲۰۱۰)، نیکاپوتا (۲۰۰۸)، هانسون و همکاران (۲۰۰۶)، هوگلند (۲۰۰۳)، والش و همکاران (۲۰۰۳)، کنایت و همکاران (۱۹۹۸)، شر (۱۹۹۷)، پژوهش رسنیک و همکاران (۱۹۹۷)، نارکوو همکاران (۱۹۹۶)، مجلیه دانشکده روان پزشکی هنگ کنگ (۱۹۹۳)، تامپسون و همکاران (۱۹۹۱)، رانساول و همکاران (۱۹۹۱)، لوین و همکاران (۱۹۸۷)، ریوس و همکاران (۱۹۸۷)، آمرمان و همکاران (۱۹۸۶)، بوردوین و هنگلر و پریویت (۱۹۸۵)، قربانی، اکبری، آقازاده (۱۳۹۳)، نوری، (۱۳۹۳)، پولادی و همکاران (۱۳۸۸)، امین، مجرد، جمالی، ساربان (۱۳۸۸)، امین، مجرد، جمالی،

ساربان، (۱۳۸۸)، یافته های کوهی (۱۳۸۳)، شمس اسفندآبادی، صدرالسادات، امامی پور (۱۳۸۳)، مکوندی، سلیمانی، لیامی (۱۳۷۷) همسو بود.

نتایج رگرسیون اینتر برای بررسی فرضیه های هفتم، نهم، دهم، یازدهم و دوازدهم که برای پیش بینی زیر مقیاسهای سازگاری اجتماعی از روی مصرف مواد والدین انجام شد. نشان داد که مصرف مواد والدین می تواند به طور معکوس و معناداری علائم، مهارت های اجتماعی فرزندان، روابط خانوادگی فرزندان، روابط مدرسه ای فرزندان، روابط اجتماعی فرزندان، قالبهای اجتماعی فرزندان آنان را پیش بینی کند. همچنین نتایج رگرسیون اینتر برای بررسی فرض هشتم نشان داد که مصرف مواد والدین می تواند پیش بینی کننده مثبت و معنا داری برای ایجاد علائق ضد اجتماعی در فرزندان باشد. این نتایج با پژوهش های برنینگ و همکاران (۲۰۱۲)، مطالعه الیور، روسو ماترز (۲۰۱۰)، نیکاپوتا (۲۰۰۸)، هانسون و همکاران (۲۰۰۶)، هوگلند (۲۰۰۳)، والش و همکاران (۲۰۰۳)، قربانی، اکبری، آقازاده (۱۳۹۳)، نوری، (۱۳۹۳)، پولادی و همکاران (۱۳۸۸)، امین، مجرد، جمالی، ساربان (۱۳۸۸)، همسو بود. کودکان رفتارها و مهارتهای سازشی را در محیط خانواده یاد می گیرند، در نتیجه کودکان والدین معتاد ممکن است یاد بگیرند که با ناملایمات و مشکلات زندگی به گونه ای که والدینشان کنار می آمدند کنار بیایند (شمس، صدر، امامی پور، ۱۳۸۴). ریشه رفتارهای نابهنجار کودکان و نوجوانان، انحرافات و بزهکاریها را باید در سنین اولیه کودکی و در میان خانواده جستجو کرد، به همین دلیل برای شناخت علت ناسازگاریهای کودکان و نوجوانان و پیدایش اختلالهای رفتاری و عدم سلامت روان، بیش از هر چیز آگاهی از وضعیت خانواده آنان ضرورت دارد. (زینالی، ۱۳۸۵). فرزندان والدین معتاد از لحاظ عملکرد تحصیلی و کارایی در مدرسه، نسبت به سایر کودکان، به طور معناداری ضعیف تر هستند. پژوهشها نشان می دهند که اثرات منفی بد رفتاری با کودکان و همچنین سوء مصرف الکل در والدین با بزرگ شدن کودک از بین نمی رود. این افراد در بزرگسالی نیز در کنار آمدن با مشکلات و برقراری ارتباط سالم با دیگران ناتوانند (جزایری، ۱۳۸۸). مصرف کنندگان مواد و الکل، مهارت های فرزند پروری مناسبی ندارند، که خود، محیط خانوادگی پرخطری ایجاد می کند. نظارت ضعیف والدین بر رفتارهای فرزندان، اختلاف والدین، کیفیت ضعیف تعاملات والد- فرزند، صمیمیت و گرمی کم والدین، انضباط ناپایدار یا نبود آن در چنین خانواده هایی شایع است (اریا 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 ارزش های مثبت خانوادگی از عامل های مهم محافظت کننده در برابر عوارض روانی اجتماعی فرزندان هستند (برنینگ و همکاران، ۲۰۱۲). سبک زندگی معتادانی که وابستگی به مواد افیونی دارند از جمله رفتارهای مربوط به تهیه مواد، خرید و فروش و تماس آنان با فروشندگان مواد، خطرات جدی برای امنیت و سلامت فرزندان آنان ایجاد می کند (هوگان، ۲۰۰۳). از سوی دیگر، استفاده از کودکان و نوجوانان در تهیه و استفاده از مواد، خود یکی از انواع بد رفتاری هیجانی با کودکان و نوجوانان محسوب می شود (شانون، ۲۰۰۹). آسیب های روانی، احساسات سرکوب شده و گوشه گیری همراه با ترس در دوران کودکی باعث می شود تا این گونه کودکان در دوران بلوغ همان رفتار دوران کودکی را تکرار کرده و به علت گوشه گیری و انزوا، خود را از توجه و محبت دیگران محروم نمایند. به دلیل این که در کودکی از داشتن رابطه متعادل با پدر و مادرشان محروم بوده اند و هیچ وقت مورد حمایت قرار نگرفته اند تا شخصیت محکم و استواری داشته باشند در بزرگسالی نیز نمی توانند رابطه سالمی با دیگران برقرار کنند. آنها با

دیگران به دعوا و مشاجره می پردازند و نمی توانند با هموعان خود روابطی معقول و سالم داشته باشند زیرا در کودکی همیشه با عصبانیت و پرخاش بی دلیل والدینشان روبرو بوده اند دعوا و مشاجره را از آنها یاد می گیرند، و در بزرگسالی رفتارهای ناهنجاری چون رانندگی با سرعت بیش از اندازه، رفتارهای جنسی مخاطره آمیز، ولخرجی، زد و خورد، یا رفتارهای دیگر ضد اجتماعی که زندگی فرد را به خطر می اندازد از خود نشان می دهند. این گونه رفتارها بیانگر آسیب های درونی است که فرد از آنها رنج می برد. سایر رفتارهای ضد اجتماعی و مشکلات ارتباطی مانند ناتوانی رفیق بازی افراطی یا گوشه گیری، داشتن اخلاق تند یا آرام، ناتوانی در اعتماد به دیگران یا اعتماد بیش از حد، ناتوانی از درک دوستی و محبت ابراز شده از سوی دیگران و یا محبت بیش از اندازه به دیگران همگی از جمله مشکلاتی هستند که این افراد در ارتباط با سایرین به آنها دچار می شوند.

نتیجه گیری

پایه های رشد روانی اجتماعی کودکان، احساس ایمنی و ارضای عاطفی آنان که در سالهای اولیه کودکی پی ریزی می گردد در یک خانواده عادی، والدین ضمن همبستگی و احترام متقابل نسبت به یکدیگر در برخورد با فرزندان، روش هماهنگ و یکسان را در پیش می گیرند و در نتیجه، فرزندان احساس می کنند که رابطه والدین، صمیمی است، زیرا کودک و نوجوان باید والدین خود را منبع شادی، امنیت عاطفی، ارضای خاطر جسمی و روانی دانسته و آنان را پناهگاه خویش بدانند. اعتیاد به مواد مخدر از پیامدهای جدی برای کودکانی که در خانواده های معتاد زندگی می کنند دارد. مشکلات مالی، بهداشتی و هیجانی سبب تنش در درون خانواده می گردد که می تواند خود را به صورت کودک آزاری بروز دهد. معمولاً والدین معتاد در برآورده کردن نیازهای بدنی، ایجاد علاقه و حمایت هیجانی کودک خود ناتوان هستند و کودکان آنها از مشکلات مختلف بدنی، روانی هیجانی رنج می برند. تداوم در اعتیاد سبب انزوای خانواده می شود. عامل های غیراختصاصی متعدد دیگری در خانواده هایی که والدین به سوء مصرف مواد می پردازند، وجود دارند از جمله: ساختار آشفته خانوادگی، در معرض اختلافات خانوادگی بودن، رفتارهای والدگری مختل، در معرض استرس های مزمن و حاد بودن، محرومیت های اجتماعی و بدر رفتاری ها و آزارهای جسمانی، روانی و جنسی است. این خانواده ها، تفاوت های ساختاری و کارکردی با خانواده های معمولی دارند. میزان بالای طلاق ساختار چنین خانواده هایی را مختل می کند. یکی دیگر از خصوصیات چنین خانواده هایی ثبات کمتر است، به طوری که دائم تغییر می کنند و نیاز به سازگاری و سازوکارهای مقابله ای متعدد دارند که، فراتر از توان کودکان و نوجوانان است. احتمال خشونت و بدر رفتاری با کودکان به خودی خود نیز بالا است، مصرف مواد مخدر می تواند با تقلیل قدرت کنترل، کاهش بازداری های فردی و اجتماعی و اختلال در قضاوت این خطر را به چند برابر افزایش دهد. اغلب حافظه و توجه معتادان به شدت مختل می شود و بی توجهی آنان نسبت به کودکان افزایش می یابد. در این خانواده ها، نیازهای جسمی، عاطفی و شناختی کودکان به شدت مورد غفلت قرار می گیرد. همچنین مواد مخدر خلق افراد را تغییر می دهد و منجر به افزایش افسردگی، اضطراب و پارانویا می گردد. این مشکلات خلقی تمام اعضا خانواده خصوصاً فرزندان را دربر می گیرد. در خانواده ای که یک عضو معتاد به مواد مخدر است، افراد دیگر در معرض بیشترین خطر ابتلاء به اختلالات روانی قرار دارند و در این میان کودکان آسیب پذیر ترند. الگوهای خواب و بیداری، الگوهای خوردن و

ویژگی‌های شخصیتی افراد در هنگام مصرف مواد کاملاً دگرگون می‌شود. کودکانی که دارای پدر معتاد هستند دو تصویر متفاوت از پدر دارند. یک پدر هشیار، عاقل، بدرفتار و آسیب‌رسان و یک پدر مست، مخمور، بی‌تفاوت و حتی با محبت. کودکان از هردو تصویر می‌هراسند و آزار می‌بینند حمایت کم والدین از نوجوان و اختلافات زیاد بین والدین، پیش‌بینی‌کننده تمایلات ضد اجتماعی بیشتر در نوجوانان است که خود، پیش‌بینی‌کننده رفتارهای مخاطره‌آمیز و خصومت بیشتر در نوجوانان است. الگوی شخصیت ضد اجتماعی پدران معتاد باعث رفتار بزهکارانه و پرخاشگرانه در کودکان می‌شود. الگوی شخصیتی خود شیفته در پدران معتاد باعث انزوا، اضطراب، افسردگی و پرخاشگری در کودکان می‌شود الگوی شخصیتی آزار گر در پدران معتاد باعث مشکلات اجتماعی و رفتار پرخاشگرانه در کودکان آنها می‌شود. الگوی شخصیت مرزی در پدران معتاد و مشکلات اجتماعی و رفتار پرخاشگرانه و سایر مشکلات در کودکان می‌شود. الگوی شخصیت پارانویید در پدران معتاد باعث مشکلات اجتماعی و رفتار پرخاشگرانه و سایر مشکلات در کودکان آنها می‌شود (کوهی، ۱۳۸۳). دوران کودکی سرشار از تحولاتی شگرف، پر رمز و راز، سریع، عمیق، و تأثیرگذار است. از این رو این تحولات در زندگی انسان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و کم توجهی به آنها موجب به خطر افتادن سلامت روانی _ اجتماعی در کودک و بروز سازش نایافتگی‌های گوناگون در کودک و نظام‌های مرتبط با او می‌شود. کودکان والدین معتاد و الکلی در خانه‌ای بزرگ می‌شوند که فضای آن توأم با بدرفتاری، طرد و بی‌توجهی است. کودکانی که توسط پدر یا مادر معتاد بزرگ شده‌اند همیشه از فشارها و مشکلات عصبی و آسیب‌های روانی جدی و عمده‌ای در عذاب هستند.

در نهایت نتایج این پژوهش نیز نشان داد که فرزندان والدینی که به مواد مخدر اعتیاد دارند به صورت انکار ناپذیر دچار آسیب‌های روانی و اجتماعی می‌شوند و اعتیاد والدین آنها پیش‌بینی‌کننده قوی برای کلیه این آسیب‌ها می‌باشد.

۵-۳- محدودیت‌های پژوهش

در این پژوهش از پرسشنامه‌های مدادی-کاغذی استفاده گردید، لذا این پژوهش کلیه محدودیت‌های ابزار اندازه‌گیری را دارا بود.

۵-۴- پیشنهادات

۵-۴-۱- پیشنهادات کاربردی

پیشنهاد می‌گردد برنامه ریزان فرهنگی و اجتماعی و سازمانهای مسول مبارزه با مواد مخدر بیش از سایر گروهها و جوامع برای کودکانی که دارای پدر و مادران معتاد هستند اهمیت ویژه‌ای قائل شوند در گام نخست این گروهها و جوامع را به عنوان گروه هدف خود برگزینند.

۵-۴-۲- پیشنهادات برای تحقیقات آینده

نتایج تحقیق حاضر می‌تواند، دانش موجود در این زمینه را گامی به پیش ببرد، لذا به محققین، پیشنهاد می‌شود، که اجرای این پژوهش بر روی سایر گروهها نیز انجام شود.

- احدی. حسین، بنی جمالی. شکوه السادات. (۱۳۷۹). روانشناسی رشد، تهران: پردیس، چاپ دوازدهم
- احمدوند. محمد علی. (۱۳۸۲). بهداشت روانی، تهران: دانشگاه پیام نور
- احمدی، سیداحمد. (۱۳۹۲). روانشناسی نوجوانان و جوانان، اصفهان: انتشارات صغیر.
- اختر محققى م. (۱۳۸۵). جامعه شناسی اعتیاد. تهران: مولف.
- اسعدی، حسن. (۱۳۸۱). پیشگیری از اعتیاد، تهران، انتشارات: انجمن اولیاء و مربیان.
- اکبری، و فتحی آشتیانی. (۱۳۹۳). بررسی تاثیر اعتیاد والدین در گرایش به اعتیاد و فرار از خانه فرزندان (مطالعه موردی: شهر ارومیه)، فصلنامه مطالعات مبارزه با مواد مخدر، ۲۲ و ۲۳، زمستان ۹۳.
- امین، علی، مجرد، اکرم، جمالی، سمیه، ساریان، محمدتقی. (۱۳۸۸). تاثیر اعتیاد والدین بر رفتار فرزندان. نشریه طلوع بهداشت، ۳ و ۴، ۳۱
- امین، علی، مجرد، اکرم، جمالی، سمیه، ساریان، محمد تقی. (۱۳۸۸). تاثیر اعتیاد والدین بر فرزندان، نشریه طلوع بهداشت، دروه ۸، شماره ۳ و ۴ (سومین کنگره سراسری رفتارهای پرخطر)، صفحه ۳۱.
- آزاد حسین. (۱۳۸۹). روانشناسی سلامت، تهران: بعثت
- آقابخشی، حبیب. (۱۳۷۹). «اثرات اعتیاد پدر بر کارکردهای خانواده»، فصل نامه علوم اجتماعی، شماره ۱۰.
- آقابخشی، حبیب. (۱۳۷۵). کودکان پدر معتاد، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی اثرات اعتیاد بر نظام خانواده، دانشگاه بهزیستی و توانبخشی.
- آقابخشی، حبیب. (۱۳۷۹). کودکان پدر معتاد، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال دوم، شماره ۷
- باقری لنکرانی ک. (۱۳۸۴). آیین نامه راه اندازی مرکز درمان سوء مصرف مواد بازگشت به نامه شماره ۱۳۸۴/۱۲/۱۷/ب/س مورخ ۱۳۸۴/۱۲/۱۷.
- باوی، س. (۱۳۸۸). اعتیاد (انواع مواد، سبب شناسی، پیشگیری، درمان). چاپ اول. تهران: دانشگاه آزاد اسلامی.
- بنگر، مژگان. (۱۳۸۸). اعتیاد، خانواده و افزایش بد رفتاری با کودکان، مجله رشد مشاوره مدرسه، شماره ۱۸، صفحه ۲۰ تا ۲۳.
- بهینا، فاطمه. (۱۳۷۵). رابطه بین اختلال رفتاری کودکان با اضطراب مادران دانش آموزان پایه دوم و سوم ابتدایی آموزش و پرورش ناحیه ۸ تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- جان فزا، منور. (۱۳۹۳). رابطه دشواری های تنظیم هیجان و خود کنترلی با استعداد به اعتیاد در افراد معتاد و غیر معتاد شهر بم. دانشکده روان و علوم تربیتی، دانشگاه سیستان و بلوچستان.
- جزایری، علیرضا. (۱۳۸۱). اعتیاد والدین و کودک آزاری، مجله اعتیاد پژوهی ۱، ۶۵-۸۲
- حاجلی، علی، زکریایی، محمد علی، حجتی کرمانی، سوده. (۱۳۸۹). نگرش مردم به سوء مصرف مواد مخدر در ۲۵ کشور، مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران. سال اول، شماره دوم، صص ۵

حسینی ابوالقاسم. (۱۳۷۷). اصول بهداشت روانی، مشهد: دانشگاه علوم پزشکی، چ چهارم

خزاعی طیبه ، خزاعی محمدمهدی ، خزاعی معصومه . (۱۳۸۴). شیوع مشکلات رفتاری در کودکان شهر بیرجند. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، دوره ۱۲ شماره ۱ صفحه ۱۵

رادفر، رامین . (۱۳۸۷). مجموعه سخنرانی های پیشگیری از اعتیاد، اصفهان، سازمان بهزیستی کشور.

رحمتی، محمد مهدی. (۱۳۸۱). عوامل موثر در شروع مصرف مواد مخدر با اشاره به وضعیت معتادان زن. اعتیاد پژوهی، ۱، ۹۶-۸۳

زرگر، ی. نجاریان، ب و نعامی، ع. (۱۳۸۷). بررسی رابطه ویژگی های شخصیتی (هیجان خواهی، ابراز وجود، سرسختی روان شناختی) ، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی به اعتیاد به مواد مخدر، مجله علمی تربیتی و روان شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، شماره ۱، سال ۳، ص ۹۰۱-۹۱۲

زکریایی م. (۱۳۹۰). درآمدی بر اقتصاد و تجارت مواد مخدر. اول . جامعه و فرهنگ تهران؛ ۱۳۹۰.

زنجیره ای، زینب. (۱۳۹۰). نقش حاشیه نشینی بر بروز اعتیاد نوجوانان کانون اصلاح و تربیت تهران، ۱۱۲، ۲۱-۱۶

زینالی ، حمداله. (۱۳۸۵). بهداشت روانی در خانواده ، ماهنامه تربیت ، معاونت آموزش و پرورش نظری و مهارتی وزارت آموزش و پرورش.

زینالی، ع. وحدت، ر و حامدینا، ص. (۱۳۸۶) بررسی زمینه های پیش اعتیادی معتادان و مقایسه آن با افراد سالم غیرمعتاد، دانش و پژوهش در روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، شماره ۳۳، ص ۱۶۳-۱۴۹

ساجدی مریم، محسنی تبریزی، علیرضا. (۱۳۹۰). بررسی علل اجتماعی گرایش زنان متاهل به مصرف مواد مخدر ، کمیته مبارزه با مواد مخدر مجمع تشخیص مصلحت نظام طرح بررسی وضعیت اعتیاد زنان به مواد مخدر، تهران، ۱۳۹۰، صفحه ۷۰

سانتراک، جان دبلیو. (۱۳۸۵). زمینه روان شناسی، ترجمه مهرداد فیروزبخت، چ دوم، تهران، رسا.

ستوده، هدایت الله. (۱۳۸۰). آسیب شناسی اجتماعی. تهران، آوای نور، ص ۱۹۱ و ۱۹۲.

شایسته، سیاوش (۱۳۷۵). مقایسه شخصیتی جوانان معتاد به مواد مخدر و جوانان عادی در گروه سنی ۲۲-۱۴ سال در استان اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت مدرس.

شعاری نژاد. علی اکبر. (۱۳۶۴). روانشناسی رشد تهران: اطلاعات

شمس اسفندآبادی، حسن، صدرالسادات، سیدجلال، امامی پور، سوزان. (۱۳۸۳)، شناسایی اختلالات رفتاری در کودکان دارای پدر معتاد. نشریه توانبخشی، دوره ۵، شماره ۱-۲، صفحه ۳۲ تا ۳۸.

عزیزی. ع. (۱۳۸۱). پیشگیری و درمان اعتیاد، چاپ دوم. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی. چاپ چهارم

عسگری، پرویز، روشنی، خدیجه. (۱۳۹۱). مقایسه هوش فرهنگی، هوش هیجانی، سازگاری فردی/اجتماعی دانشجویان زن و مرد دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ، ۴۹، ۱۲-۶۳

عظیم زاده، شادی، گلاویژ شیخ الاسلامی. (۲۰۱۴). الگوی رشد مجرمانه مبتنی بر بزه دیده شناسی ثانویه، مجله

حقوقی دادگستری قوه قضائیه، دوره ۷۸ شماره ۸۸.

علوی زاده، محمدرضا. (۱۳۸۹). زوج درمانی مبتنی بر خودگردانی کوتاه مدت: یاری به زوجین برای کمک به خودشان، اندیشه و رفتار، دروه چهارم، شماره ۱۶.

غلامی آبی، محسن. (۱۳۸۱). بررسی علل اقتصادی - اجتماعی مؤثر بر اعتیاد؛ مطالعه موردی اردوگاه پیربنان شهر شیراز، فصل نامه علمی، پژوهشی سؤ مصرف مواد، سال دوم، شماره ۵.

فراهانی، محمد نقی؛ کرمی نوری، رضا (۱۳۸۳). روان شناسی سال سوم ادبیات و علوم انسانی، شرکت چاپ و نشر کتابهای درسی ایران، تهران.

قازاریان ماریت، محمدی هومن. (۱۳۸۷). اطلاعات علمی درباره اعتیاد به مواد اول. معاونت دانشجویی و فرهنگی مرکز مشاوره دانشجویی، ۱۳۸۷.

قربانی، ابراهیم، اکبری، کریم، آقازاده، رحیم. (۱۳۹۳)، بررسی تاثیر اعتیاد والدین در گرایش به اعتیاد و فرار از خانه فرزندان، مطالعه موردی شهرستان ارومیه، مطالعات مبارزه با مواد مخدر، ۳۳-۴۹.

قریشی نژاد، رقیه. (۱۳۷۹). بررسی و مقایسه ویژگی های شخصیتی معتادان به مواد مخدر با افراد عادی در شهرستان قزوین، ژرفای تربیت، سال دوم، ش، ۱۷.

کاظمی، رضا، دیده روشنی، سونیا. (۱۳۸۹)، مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و سلامت روان در سو مصرف کنندگان مواد و افراد عادی، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، دوره ۱۶، شماره ۳، صفحه ۳۳۵.

کرم پور، رزا. (۱۳۷۹). ارزیابی تحقیقات انجام گرفته در خصوص اعتیاد و مصرف مواد مخدر در ستاد مبارزه با مواد مخدر، ژرفای تربیت، سال دوم، شماره ۱۰.۵.

کوئن، بروس. (۱۳۷۳). مبانی جامعه شناسی، ترجمه غلام عباس توسلی و رضا فاضل: تهران انتشارات سمت.

کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین (۱۹۸۸)؛ خلاصه روانپزشکی؛ جلد چهارم. ترجمه دکتر نصرت الله پور افکاری (۱۳۶۸). تبریز: ذوقی.

گیدنز، آتونی. (۱۳۷۳). جامعه شناسی، ترجمه منوچهر صبوری، تهران: نشر نی.

مبارکی، محمد. (۱۳۸۳). بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و جرم، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید بهشتی دانشگاه تهران.

مکوندی، بهنام، سلیمانی، علی، لیامی، فاطمه. (۱۳۷۷). نقش پدر و مادر در آسیب شناسی روانی کودک و نوجوان، روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۳، ۴۶-۵۶.

ممتاز، فریده (۱۳۸۱). انحرافات اجتماعی، نظریه ها و دیدگاه ها، چاپ اول، تهران: شرکت سهامی انتشار.

منور، جانفزا. (۱۳۹۳). رابطه دشواری های تنظیم هیجان و خود کنترلی با استعداد به اعتیاد در افراد معتاد و غیر معتاد شهر بم، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه سیستان و بلوچستان.

مولوی، پرویز و رسول زاده، بهزاد. (۱۳۸۳). بررسی عوامل مؤثر در گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر. ۴۹-۵۵، فص لنامه اصول بهداشت روانی، سال ششم، شماره ۲۱ و ۲.

میامی، لایلا، مکوندی، بهنام، سلیمانی، علی. (۱۳۷۷). نقش پدر و مادر در آسیب شناسی روانی کودک و نوجوان، روانپزشکی و روان شناسی بالینی ایران، ۱۳، ۴۶-۵۶

میرزایی، مریم. (۱۳۷۹). بررسی درصد شیوع انواع اختلالات رفتاری کودکان ۶ تا ۱۲ ساله از دیدگاه معلمان، والدین در مدارس شهرستان قزوین در سال ۷۸ و ۷۹. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.

میریگی شبنم، مرادی فاطمه. (۱۳۸۱). راهنمای درمان اعتیاد ویژه خانواده ویژه خانواده اول. تهران: اداره کل روابط عمومی بهزیستی کشور.

ناظر، محمد، ابراهیمی نژاد، غلامرضا، رحیمی، محمدرضا. (۱۳۹۳)، بررسی تاثیر اعتیاد والدین بر سلامت روان فرزندان و تغییر گرایش آنها به اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تبریز

نریمانی، محمد. (۱۳۷۶). علل اعتیاد در معتادین شهرهای استان اردبیل و راههای پیشگیری از آن اردبیل، استانداری، امور اجتماعی .

نریمانی، محمد. (۱۳۸۱). اعتیاد و روش های پیشگیری و درمان آن، اردبیل، انتشارات شیخ صفی الدین اردبیلی

نوروزی، فاطمه. (۱۳۷۲). بررسی میزان گزارش پیشینه کودک آزاری و بی توجهی با توجه به تفاوت های جمعیت شناختی و ارتباط آن با شدت افسردگی در دانش آموزان دبیرستان های دولتی تهران؛ پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران.

نوری، ربابه. (۱۳۹۳)، مروری بر عامل های خطر خانوادگی در فرزندان والدین معتاد، فصلنامه سلامت اجتماعی اعتیاد، دوره ۱، شماره ۲، صفحه ۹ تا ۲۸.

یاوری، علی. (۱۳۹۲). بررسی رابطه سبک های هویت و بلوغ عاطفی با سازگاری اجتماعی معتادان مرد تحت درمان نگهدارنده متادون مراکز شهر بجنورد، پایان نامه کارشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان، دانشکده علوم انسانی، گروه آموزشی مشاوره. مشاوره توانبخشی

یگانگی، مرضیه. (۱۳۹۴). نقش والدین در اعتیاد کودکان و نوجوانان، نشریه دفتر سلامت و کاهش آسیب سوء مصرف مواد، ۹،

یونسی، جلال. (۱۳۸۲). آسیب شناسی و روان درمانی گروهی از یونگ تا شونمن: روان درمانی گروهی، راهی برای تعادل در منابع تکوین خود و تقویت خودباوری. مجله تازه های روان درمانی. بهار و تابستان (۱۳۸۲) - شماره ۲۷ و ۲۸. صص ۱۵۰ تا ۱۶۳.

Adalbajarnardotir, S., and Rafnsson., F. D.(۲۰۰۲) Adolescent antisocial behavior and substance use: longitudinal analysis. Addictive Behaviors. ۲۷, ۲۲۷-۲۴۰.

Alexandra M; (۲۰۰۹). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. Proceedings of the II emotional intelligence international congress at Santander, Spain.

Allahverdipour, H. shafii, F. Azad fallah, P. Emami, A. (۲۰۰۶). The statues of self control and its relation to drug abuse-related behaviors among Iranian male high School students. Social Behavior and Personality; ۳۴(۴), ۴۱۳-۴۲۴.

Amstadter, A. (۲۰۰۸). Emotion regulation and anxiety. Anxiety Disorders. ۲۷ (۲), ۱۲۵-۱۵۶.

Anderson, C. A., Miller, R. S., Riger, A. L., Dill, J. C., & Sedikides, C. (۱۹۹۴). Behavioral and characterological styles as predictors of depression and loneliness: Review, refinement, and test. Journal of Personality and Social Psychology, ۶۶, ۵۴۹-۵۵۸.

Atkinson, L. et al., ۱۹۸۳. Introduction to Psychology, USA, Harcourt Brace Jovanovich Publishers (HBJ).

Sumer, H.Canan. (۲۰۱۰). Individual differences as & ,H. Belgin ,Ayvasik illicit drug use among Turkish college students, jounal of predictors ۴۸۹(۶)۱۴۴.psychology

Azizi A, Mirzaei A, Shams J.(۲۰۱۰) .Correlation between Distress Tolerance and Emotional Regulation with Students Smoking Dependence. Hakim Research Journal; ۱۳(۱): ۱۱-۱۸ (Persian.)

Bagheri M; ۲۰۰۳. The role of education in life skills, knowledge, attitude and self-esteem of secondary school students [dissertation]. Tehran Univ.

Bandura A. ۱۹۹۱. Self-efficacy mechanism in human agency. American Psychology and Personality: ۶; ۱۴۷-۱۶۰.

Barckley M. ۲۰۰۶; Personality traits, perceived risk, and risk-reduction

behaviors. *J Health Psychol.* 15(2): 530-56.

Baron R. 2005. The baron model of emotional- social intelligence, from consortium for research on emotional intelligence in organizations. 2nd ed. Toronto: Multihealth System.

Reilly, Patrick. (2010). A Proposed Model of the Relationship Between Disinhibition and Adolescent Alcohol Use as a Mediator Between Expectancies and Implicit Associations. Doctoral dissertation. Product of Pacific University Seattle

Reilly, Patrick. (2010). A Proposed Model of the Relationship Between Disinhibition and Adolescent Alcohol Use as a Mediator Between Expectancies and Implicit Associations. Doctoral dissertation. Product of university Brigham young

Begley, T. M. (1994). Expressed and suppressed anger as predictors of health complaints. *Journal of Organizational Behavior*, 15, 503-516.

Benet, L., J. Mitchell and L. Sheiner (1990). Pharmacokinetics: the Dynamics of Drug Absorption and Elimination. in: L. Goudwen and A. Gilman (Eds.), *The pharmacological Basis of Therapeutics*, New York: McGraw Hill.

Berry, D. S., & Pennebaker, J. W. (1993). Nonverbal and verbal emotional expression and health. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59, 11-19.

Brown RA, Lejuez CW, Kahler CW, et al. Distress tolerance and duration of past smoking cessation attempts. *J Abnorm Psychol* 2002; 111: 180-5.

Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofman, S. G. (2005). Effects of suppression and acceptance of emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behavior Research and Therapy*, 43 (6), 1251-1263.

Chauchard E, Levin KH, Copersino M L, Heishman SJ, Gorelick DA. (2013). Motivations to quit cannabis use in an adult non-treatment sample: are they related to relapse? *Addictive Behaviors*. 38(9): 2422-2427.

Ciarrochi, J., Scott, G., Deane, F., & Heaven, P. (2003). Relations between social and emotional competence and mental health: A construct validation study. *Personality and Individual Differences*, 34, 1947-1963.

Dawes M, Clark D, Moss H.(۱۹۹۹). Family and Peer Correlates Of Behavioral Self-Regulation in Boys at Risk for Substance Use. American J Drug and Alcohol Abuse ۱۹۹۹; ۲۵: ۲۴۹-۲۳۷.

Doran N, McChargue D, Cohen L. ۲۰۰۷ . Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. Addict Behav. Jan; ۳۲(۱): ۹۰-۸.

Dunn S..(۲۰۰۳) Emotional intelligence and addiction. J Subst Abuse. ۲۰۰۳; ۵(۱): ۱۲۹-۳۶.

Egert RE. ۲۰۰۷; What it is and why it matters Addiction. J App Psychol. ۷(۳): ۱۳۱-۵.

Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Reiser, M., Murphy-Fox, H.C., Hong, K.A., Sinha, R. (۲۰۰۸) Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers. Addictive Behavior, ۳۳, ۳۸۸-۳۹۴.

Eisenberg, N., Fabes, R. A., Guthrie, I. K., & Reiser, M. (۲۰۰۰). Dispositional emotionality and regulation: Their role in predicting quality of social functioning. Journal of Personality and Social Psychology, ۷۸, ۱۳۶-۱۵۷.

Gardner, H., ۱۹۸۵. The mind's New Science A History of the Cognitive Revolution, New York, Basic Books, INC. Publishers.

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (۲۰۰۱). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. Personality and Individual Differences, ۳۰ (۲), ۱۳۱۱-۱۳۲۷.

Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., van den Kommer, T., & Teerds, J. (۲۰۰۲). Cognitive coping feelings. Applied and Preventive Psychology, ۴, ۱۹۷-۲۰۸.

Garnefski, N., Rieffe, C., Jellesma, F., Terwogt, M. M., & Kraaij, V. (۲۰۰۷). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in ۹-۱۱-year old children. European Child Adolescent disorder. Anxiety Disorder, ۲۲ (۲), ۲۱۱-۲۲۱.

Ghorbani M, Kazemi H, Bahraini-borujeni M, Ghorbani T, Sepehri-borujeni K. Comparison of marital conflict dimensions between substance

dependence patients: Shishe, Crack, Opioids. J Shahrekord Univ Med Sci. ۲۰۱۲; ۱۴(۳): ۱۲-۱۹.

Goleman D.(۲۰۰۷) Intelligent leadership. J Emerald Gro Pub Lim. ۲۰۰۷; ۱۱(۴): ۵-۱۱

Goleman D; ۲۰۰۵. Emotional intelligence: emotional self-awareness, self, empathy, and help others. Translated to Persian by: Parsa N. Tehran: Roshd Pub. P: ۹-۱۴.

Goleman, D., ۱۹۹۵. Emotional Intelligence why it can matter more than IQ, London, Bloomsbury Publishing PLC.

Golman. (۱۹۹۵). Emotional intelligence. NewYork: Bantam Books.

Graham JR.(۲۰۰). Assessing personality and psychopathology. ۳rd ed. NewYork: Oxford Univ Press; ۲۰۰۰.

Grasmick HG, Tittle CR, Bursik RJ, Arneklev BJ (۱۹۹۳) Testing the core empirical implications of Gottfredson and Hirschi's general theory of crime. Journal of Research in Crime and Delinquency ۳۰, ۵-۲۹.

Gratz KL, Roemer L.(۲۰۰۴). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. J Psychopathol Behav Assess . ۲۶(۱): ۴۱-۵۴.

Gross, J. J., & John, O. P. (۲۰۰۳). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. Journal of Personality and Social Psychology, ۳۵ (۴), ۳۴۸-۳۶۲.

Gross, J. J., & Munoz, R. F. (۱۹۹۵). Emotion regulation and mental health. Clinical psychology: Science and Practice, ۲(۲), ۱۵۱-۱۶۴.

Gross, J.J. (۱۹۹۹). Emotion regulation: Past present, future. Cognition and Emotion, ۱۳ (۵), ۵۵۱-۵۷۳.

Gross. J.J. (۱۹۹۸). "The emerging field of emotion regulation: An integrative review". Review of General Psychology ۲ ۲۷۱-۲۹۹

Harakeh Z, Scholte H, Vriesb H, Rutgerc ME. ۲۰۰۶; Association between personality and adolescent smoking. Addict Behav. ۴(۷): ۲۳۲-۴۵.

Hayes, A. M., & Feldman, G. (۲۰۰۴). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of

change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 255-262.

Hemachek DE. 1978. Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*; 15: 27-33.

Jacobs, M. ,Snow J. ,Geraci M. ,Meena Vythilingam M. ,Blair R.J. , Charney D.S., Pine D.S., & Blair K.S. (2008). Association between level of emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorder* 22, 9-24.

Khantzian EJ.(1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry* 1997; 4: 231-244.

Klinger, E.& Gross, J.J (1996). Clinical approaches to mood control. In D. M. Wegner & J. W. P Oennebaker (Eds.), *Handbook of mental controle*, Century Psychology Series (pp. 258-277). Englewood cliffs, NS: Prentice-Hall, Inc.

Kun B, Demetrovics Z. 2010; Emotional intelligence and addictions. *Subst Use Misuse*. 45(8): 131-60.

S.,Barg,S. H:Addiction and Research.Journal of Brief Research. , Larrson and 10): 1323 - 1356 Vol, 36 (9

Logue, A. M. (1988). Research on self control: an integration framework. *Behavioral and Brain Science*, 11. 666-709.

Mayer JD, Salovey P. (1997).What Is Emotional Intelligence? In: Salovey P, Sluyter D (Eds). *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implication for Educators*. New York; Basic Books. 150-161.

Mayer, J. D., & Salovey, P. (1995). Emotional intelligence and the construction and regulation of strategies and symptoms of depression and anxiety: A4, 603-611.

Mayer, J.D., Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey, & D. Sluyter (Eds.), *emotional development and emotional intelligence: Implication for educators*. New York: Basic Books.

Mayer. J.D. ,Caruso D.R., & Salovey P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for intelligence, *Intelligence* 27, 267-298.

Newcomp, M.D., & Richardson, M.A. (۲۰۰۰). Substance use disorders. Advanced abnormal child psychology. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

nikapota A, children

Obikor E; ۲۰۱۰. Developing emotional intelligence in learner with behavioral problem. ۳rd ed. Washington: Wilson Education Astract.

Parker JD. . ۲۰۰۶. Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. JPerson Indiv Dif; ۲۱(۱): ۱۰۰-۵.

Parker JD. ۲۰۰۶; Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. J Person Indiv Diff. ۲۱(۱): ۱۰۰-۵.

Parker, D.A., Taylor, G.J., Bagby, R.M. (۲۰۰۱). The relationship between emotion intelligence and alexithymain. Personality and Individual Differences, ۳۰, ۱۰۷-۱۱۵.

Parker. J.D. ,Taylor .R.N. ,Eastabrook j.M. ,Schell .S.L., & Wood .L.M. (۲۰۰۸). Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse ,gaming abuse and emotional intelligence. Personality and Individual Differences ,۴۵, ۱۷۴-۱۸۰.

Pennebaker, J. W. (۱۹۹۷). Writing about emotional experiences as therapeutic processes. Psychological Science, ۸ (۶), ۱۶۲-۱۶۶.

Rachline,H (۱۹۹۵). Self control: beyond commitment. Behavior and Brain Sciences. ۱۸(۱);۱۰۹-۱۵۹.

Ryff, C.D., Singer, B. (۱۹۹۶). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. Psychology and Psychosomatics, ۶۵, ۱۴-۲۳.

Saarni, C., Mumme, D. L., & Campos, J. J. (۱۹۹۸). Emotional development: Action, communication, and understanding. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), Handbook of Child Psychology (pp. ۲۳۷-۳۰۹). Wiley: New York.

Sader Z, Akbarzadeh N. ۲۰۱۰; A comparison of addict and non addict and provide emotional intelligence curriculum. J Pscycol Stud. ۳(۶): ۳۵-۴۲.

Salter, K., Roemer, L., Mennin, D. S., & Rucker, L. (۲۰۰۶). Evidence of broad deficits in emotion regulation associated with chronic worry and

generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy Research*, ۳۰ (۴), ۴۶۹-۴۸۰.

Sarah K, Davis N. ۲۰۱۲; Emotional intelligence as a moderator of stressor–mental health relations in adolescence. *J Person Individ Diff*. ۵۲(۱): ۱۰۰-۵.

Sawadi, H. (۱۹۹۹). Individual risk factors for adolescence substance use. *Drug and Alcohol Dependence*. ۵۵, ۲۰۹-۲۲۴.

Schutte, N.S., Malou, J.M., Hall, L.E., Haggerty, D.J., Cooper, J.T., Golden, C.L., Dornheim, L. (۱۹۹۸). Development and validation of the measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, ۲۵, ۱۶۷-۱۷۷.

Schutte, N.S. ,Malou J.M. ,Thorsteinsson E.B. ,Bhullar N. & Rooke S.E. (۲۰۰۷). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences* . ۴۲ ,۹۲۱-۹۳۳.

Shung.G & Zimmerman. BJ. (۱۹۹۴). Impact of self- regulatory influence on writing course attainment. *American Education Research Journal*. Vol.۳۱; ۸۴۵-۸۶۲.

Sorenson, A & Brownfield, D. (۱۹۹۵). Adolescent drug use and a general theory of crime: an analysis of a theoretical integration. *Journal of revue canadienne de criminology*; Javier ۱۹۹۵, ۱۹-۳۷.

spencer, D. L. (۲۰۰۵). Race, self control, and drug problems among jail inmates. *Journal of Drug Issues*; ۲۲(۴,۵), ۶۴۵-۶۶۴.

Stevell B. K:Drug abuse Handbook.United States of American,۱۹۹۵: ۵۲۹

Strenberg, R., ۱۹۹۲. *Wisdom its Nature, Origins, and Development*, New York, Cambridge University Press.

Sussman S, Dent CW. The correlates of addiction concern among adolescents at high risk for drug, *J Subst Abuse*. ۱۹۹۶; ۸(۳): ۳۶۱-۷۰.

Thompson, R. A. (۱۹۹۱). Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*, ۳, ۲۶۹-۳۰۷.

Thompson, R. A. (۱۹۹۴). Emotion regulation: A theme in search of definition. *The development of emotion regulation: Biological and*

behavioral considerations. Monographs of the Society for Research in Child Development, ۵۹, ۲۵-۵۲.

Tice, D. M., & Bratslavsky, E. (۲۰۰۰). Giving in to feel good: The place of emotion regulation in the context of general self-control. *Psychological Inquiry*, ۱۱ (۲), ۱۴۹-۱۵۹.

Trinidad D, Johnson A. ۲۰۰۴. The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *J Person indiv Diff*; ۳۲(۲): ۹۵-۱۰۵.

Trinidad DR, Johnson CA. (۲۰۰۳). The Association between Emotional Intelligence and Early Adolescent Tobacco and Alcohol Use. *J Pers Individ Dif*; ۳۲(۱): ۹۵-۱۰۵.

Trinidad DR, Unger Jb, Chou CO, Johnson A. (۲۰۰۴). The Protective Association of Emotional Intelligence with Psychosocial Smoking Risk Factors for Adolescent. *J Pers Individ Dif*; ۳۶: ۹۴۵-۹۵۴.

Trinidad, D. R., Unger, J. B., Chou, C. P., & Johnson, C. A. (۲۰۰۴). The protective association of emotional intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescents. *Journal of Personality and Individual Differences*, ۳۶, ۹۴۵-۹۵۴.

Trinidad, D.R., Jahnsone, C.A. (۲۰۰۰). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and individual Differences*, ۳۲, ۹۵-۱۰۵.

Vziryan M. ۲۰۰۷. Practical guidelines for treatment of abusers. ۳rd ed. Tehran: Roshd Pub.

Walter JB.)۲۰۰۸(. Communication addiction disorder: concern over media, behavior and effects. Proceedings of Annual Meeting of the American Psychological Association.

Zimbardo, P G., & Boyd, J. N. (۱۹۹۹). Time perspective: A valid, reliable individual differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, ۷۷, ۱۲۷۱- ۱۲۸۸.

Zlomke, K. R., & Hahn, K. S. (۲۰۱۰). Cognitive emotion regulation strategies: Gender differences and associations to worry. *Personality and Individual Differences*, ۴۸ (۴), ۴۰۸-۴۱۳.

ضمایم

تست شخصیتی کالیفرنیا CPT کلارک و همکاران ۱۹۵۳ فرم ۹-۱۶ ساله

این پرسشنامه هاشامل ۳ صفحه می باشد از همکاری شما جهت پر کردن آن تشکر می شود لطفا با دقت پاسخ گوید

سن: جنس: معدل: محل زندگی:

خیر	بلی			
		آیا انجام دادن کار ممنوع درست است؟	۹۱	۱
		آیا لازم است همیشه به عهد و پیمان خود وفادار باشیم؟	۹۲	۲
		آیا کسانی را که عقیده مخالف شما دارند مسخره می کنید؟	۹۳	۳
		آیا لازم است نسبت به افرادی که دوست نداریم مهربان باشیم؟	۹۴	۴
		آیا نسبت به افراد غیر قابل تحمل باید مودب باشیم؟	۹۵	۵
		آیا مردم باید به اخطار «از وسط خیابان نروید» عمل کنند؟	۹۶	۶
		آیا صحیح است محصلی چیزی را که پیدا می کند برای خود بردارد؟	۹۷	۷
		آیا درست است از دیگران به علت کمک های خیلی کم تشکر کنیم؟	۹۸	۸
		آیا در موقع بی پولی درست است اشیایی را که واقعا به آنها احتیاج است دزدیده شوند؟	۹۹	۹
		آیا رفتار دانش آموزان ثروتمند از رفتار دانش آموزان فقیر بهتر است؟	۱۰۰	۱۰
		آیا درست است به افرادی که در مشکلات و مانده اند به شکل مسخره کردن بخندیم؟	۱۰۱	۱۱
		آیا برای بدست آوردن چیزی که آسان بدست نمی آید حقه زدن درست است؟	۱۰۲	۱۲
		آیا درست است به افرادی که عقاید احمقانه دارند بخندیم؟	۱۰۳	۱۳
		آیا باید نسبت به دانش آموزان تازه وارد رفتار دوستانه داشته باشیم؟	۱۰۴	۱۴
		اگر خانواده اجازه رفتن به سینما و مهمانی را ندهد درست است که داد و بیداد کنیم؟	۱۰۵	۱۵
		آیا موقع عصبانیت می توانید خود را کنترل کنید؟	۱۰۶	۱۶
		آیا تحسین افرادی که کارهای خوب انجام می دهند برای شما مشکل است؟	۱۰۷	۱۷
		آیا به خاطر آوردن نام اشخاصی که ملاقات می کنید برای شما آسان است؟	۱۰۸	۱۸
		آیا دوست دارید در برابر جمع به نوعی بازی که بلد نیستید بپردازید؟	۱۰۹	۱۹
		آیا از صحبت با افراد تازه آشنا لذت می برید؟	۱۱۰	۲۰
		آیا به خاطر پاداش به دیگران کمک می کنید؟	۱۱۱	۲۱
		آیا می توانید یک مهمانی سرد را رونق دهید و گرم کنید؟	۱۱۲	۲۲
		آیا وقتی بازی را می بازید خود را در مقابل دیگران کنترل می کنید؟	۱۱۳	۲۳
		آیا ناراحتی دیگران غالبا شما را می رنجاند؟	۱۱۴	۲۴
		آیا ترتیب دادن مهمانی و فعالیت های اجتماعی برای شما سخت است؟	۱۱۵	۲۵
		آیا گرفتن دوست های تازه برای شما آسان است؟	۱۱۶	۲۶
		آیا دوست دارید در خانه خود مهمانی داشته باشید؟	۱۱۷	۲۷
		آیا احساس می کنید که می خواهید صحبت افراد پرچانه را قطع کنید؟	۱۱۸	۲۸
		آیا می توانید کاری کنید که به همکلاسی های شما در مهمانی خوش بگذرد؟	۱۱۹	۲۹
		آیا با دختران و پسرانی که تازه آشنا می شوید معمولا به آسانی صحبت می کنید؟	۱۲۰	۳۰
		آیا اشیایی را که مردم بدون دلیل منطقی نمی پذیرند برای خود بر می دارید؟	۱۲۱	۳۱

		آیا اغلب کودکان کوچکتر را برای استفاده خود بکار می گیرید؟	۳۲	۱۲۲
		آیا از والدین و معلمان خود وقتی با شما مهربان نباشند اطاعت می کنید؟	۳۳	۱۲۳
		آیا برای بدست آوردن چیزی که حق دارید گاهی تشویق دوستان، با همکلاسان خود نزاع می کنید؟	۳۴	۱۲۴
		آیا فکر می کنید دروغ گفتن بهترین راه فرار از مشکلات است؟	۳۵	۱۲۵
		آیا برای ثابت کردن نظرات خود اغلب نزاع می کنید؟	۳۶	۱۲۶
		آیا به خاطر نزاع با همکلاس های خود گاهی سرزنش می شوید؟	۳۷	۱۲۷
		آیا وقتی با بچه ها بازی می کنید احساس می کنید آنها خوشحال می شوند؟	۳۸	۱۲۸
		آیا رفتار برخی افراد چنان ظالمانه است که آزرده آنها را درست بدانید؟	۳۹	۱۲۹
		آیا رفتار برخی افراد با شما گاه چنان بد است که می خواهید، هر چیزی را که جلوی دست شماست، بشکنید؟	۴۰	۱۳۰
		آیا گاهی درست است کارها را به دست افراد بد بسپاریم؟	۴۱	۱۳۱
		آیا برخی افراد چنان بد هستند که دشنام دادن به آنها شایسته باشد؟	۴۲	۱۳۲
		آیا لازم است گاهی برای گرفتن حق خود عصبانی شوید؟	۴۳	۱۳۳
		آیا فکر می کنید برخی افراد شایسته تنبیه هستند؟	۴۴	۱۳۴
خیر	بلی			
		آیا وقتی بتوانید با افراد بد آن گونه که شایسته آنهاست رفتار کنید خوشحال می شوید؟	۴۵	۱۳۵
		آیا افراد خانواده به سبب کاری که برای آنها انجام می دهید با شما مهربان هستند؟	۴۶	۱۳۶
		آیا گاهی افراد خانواده را اذیت می کنید؟	۴۷	۱۳۷
		آیا برای ترجیح یکی از افراد خانواده به دیگران دلیل قانع کننده ای دارید؟	۴۸	۱۳۸
		آیا افراد خانواده شما را فردی موفق می دانند؟	۴۹	۱۳۹
		آیا افراد خانواده فکر می کنند شما از آنها کناره گیری می کنید؟	۵۰	۱۴۰
		آیا افراد خانواده فکر می کنند شما به چیزهای بی ارزش علاقه مند هستید؟	۵۱	۱۴۱
		آیا گاهی احساس می کنید نباید در خانه زندگی کنید؟	۵۲	۱۴۲
		آیا از همشینی با افراد خانواده در خانه لذت می برید؟	۵۳	۱۴۳
		آیا ترجیح می دهید دوستان خود را به سبب نامناسب بودن خانه در خارج ببینید؟	۵۴	۱۴۴
		آیا گاهی خود را بدین سبب که رفتارتان مناسب با خانواده نیست محکوم می کنید؟	۵۵	۱۴۵
		آیا در خانه خوش اخلاق و بذله گو هستید؟	۵۶	۱۴۶
		آیا تشکر از افراد خانواده برای شما سخت است؟	۵۷	۱۴۷
		آیا بیشتر افراد خانواده با خواسته های شما موافقت؟	۵۸	۱۴۸
		آیا گاهی احساس می کنید که هیچ کس در خانه به فکر شما نیست؟	۵۹	۱۴۹
		آیا رفتار افراد در خانه برای شما آزار دهنده است؟	۶۰	۱۵۰
		آیا فکر می کنید معلمان شما را درک می کنند؟	۶۱	۱۵۱
		آیا فکر می کنید مردودی شما به خاطر دشوار بودن بعضی از دروس است؟	۶۲	۱۵۲
		آیا دوست دارید در مدرسه با همکلاسان خود همکاری کنید؟	۶۳	۱۵۳

۱۵۴	۶۴	اگر بتوانید از مدرسه فرار می کنید؟		
۱۵۵	۶۵	آیا فکر می کنید برخی از همکلاس ها، شما را در ورزش ضعیف می دانند؟		
۱۵۶	۶۶	آیا برخی از معلمان با سخت گیری های خود تکالیف مدرسه را سخت تر می کنند؟		
۱۵۷	۶۷	آیا از صحبت کردن با دانش آموزان تازه وارد لذت می برید؟		
۱۵۸	۶۸	آیا غالباً فکر می کنید که برخی از معلمین خوب نیستند؟		
۱۵۹	۶۹	آیا دوستان از شما می خواهند که در بازی های مدرسه شرکت کنید؟		
۱۶۰	۷۰	اگر معلمان مهربان تر بودند خوشحال تر می شدید؟		
۱۶۱	۷۱	آیا همکلاسان شما رفتار شما را نسبت به خود می پسندند؟		
۱۶۲	۷۲	آیا تنها و بدون حضور همکلاسان خود احساس راحتی می کنید؟		
۱۶۳	۷۳	آیا معلمان دانش آموزان را تشویق به همکاری می کنند؟		
۱۶۴	۷۴	آیا گاهی به دلایلی از همکلاسان خود دروی می کنید؟		
۱۶۵	۷۵	آیا اغلب فکر می کنید برخی از معلمان نسبت به شاگردان توجه کمتری دارند؟		
۱۶۶	۷۶	آیا برای دیدن دوستانی که در همسایگی شما قرار دارند به خانه آنها می روید؟		
۱۶۷	۷۷	آیا عادت دارید با همسایگان صحبت کنید؟		
۱۶۸	۷۸	آیا بیشتر همسایگان شما از قانون اطاعت نیم کنند؟		
۱۶۹	۷۹	آیا با دوستان همسایه خود بازی می کنید؟		
۱۷۰	۸۰	آیا دانش آموزان زیبای جنس مخالف در همسایگی شما زندگی می کنند؟		
۱۷۱	۸۱	آیا برخی همسایگان تا آن حد مهربان هستند که بتوان آنها را دوست داشت؟		
۱۷۲	۸۲	آیا سعی می کنید از پسران و دختران ملیت ها و نژادهای دیگر که در همسایگی شما هستند دوری کنید؟		
۱۷۳	۸۳	آیا اغلب به میهمانی همسایگان می روید؟		
۱۷۴	۸۴	آیا لازم است با افراد همه طبقات اجتماعی مهربان و خوب باشیم؟		
۱۷۵	۸۵	آیا از این که در گروه دختران و پسران باشید خوشحال می شوید؟		
۱۷۶	۸۶	آیا در همسایگی شما افرادی زندگی می کنند که دوست داشتن آنها مشکل باشد؟		
۱۷۷	۸۷	آیا در همسایگی شما افراد نامناسبی وجود دارند که بخواهند از آنها دوری کنید؟		
۱۷۸	۸۸	آیا در همسایگی شما افرادی زندگی می کنند که از برخورد با آنها خوشنود نباشید؟		
۱۷۹	۸۹	آیا بیشتر دختران و پسران همسایه خود را دوست دارید؟		
۱۸۰	۹۰	آیا برخی از همسایگان، شما را به سبب آن که مذهبی هستید فردی عجیب می دانند؟		

پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ ۲۸

جملات زیر را بدقت مطالعه و در هر مورد گزینه ای را که فکر می کنید با وضعیت کنونی شما (از یکماه پیش تا

کنون) مطابقت دارد مشخص کنید.

ماده	اصلا	در حد معمول	بیش از حد معمول	به مراتب بیشتر از حد معمول
۱				آیا از یکماه گذشته تا کنون احساسا کرده اید که کاملا خوب و سالم هستید ؟
۲				آیا از یکماه گذشته تا کنون احساس کرده اید که به داروی تقویتی نیاز دارید ؟
۳				آیا از یکماه گذشته تا کنون احساس ضعف و سستی کرده اید ؟
۴				آیا از یکماه گذشته تا کنون احساس کرده اید که بیمار هستید ؟
۵				آیا از یکماه گذشته تا کنون سردرد داشته اید ؟
۶				آیا از یکماه گذشته تا کنون احساس کرده اید که سرتان را با چیزی مثل دستمال بسته اید یا فشاری به سرتان وارد میشود؟
۷				آیا از یکماه گذشته تا کنون احساس کرده اید که بعضی وقتها بدنتان داغ و یا سرد می شود ؟
۸				آیا از یکماه گذشته تا کنون اتفاق افتاده که بر اثر نگرانی دچار بی خوابی شده باشید ؟
۹				آیا از یکماه گذشته تا کنون شبها وسط خواب بیدار می شوید ؟
۱۰				آیا از یکماه گذشته تا کنون احساس کرده اید که دائما تحت فشار هستید ؟
۱۱				آیا از یکماه گذشته تا کنون عصبانی و بد خلق شده اید ؟
۱۲				آیا از یکماه گذشته تا کنون بدون هیچ دلیل قانع کننده ای هراسان یا وحشت زده شده اید ؟
۱۳				آیا از یکماه گذشته تا کنون متوجه شده اید که انجام هر کاری از توانایی شما خارج است ؟
۱۴				آیا از یکماه گذشته تا کنون احساس کرده اید که تمامی مدت عصبی هستید و دلشوره دارید ؟
۱۵				آیا از یکماه گذشته تا کنون توانسته اید خود را مشغول و سرگرم نگهدارید ؟
۱۶				آیا از یکماه گذشته تا کنون اتفاق افتاده که وقت بیشتری را صرف انجام کارها نمایید ؟
۱۷				آیا از یکماه گذشته تا کنون بطور کلی احساس کرده اید که کارها را خوب انجام می دهید ؟
۱۸				آیا از یکماه گذشته تا کنون از نحوه انجام کارهایتان احساس رضایت می کنید ؟
۱۹				آیا از یکماه گذشته تا کنون احساس کرده اید که نقش مفیدی در انجام کارها بهعهده دارید ؟
۲۰				آیا از یکماه گذشته تا کنون توانایی تصمیم گیری در مورد مسائل را داشته اید ؟
۲۱				آیا از یکماه گذشته تا کنون قادر بوده اید از فعالیت های روزمره زندگی لذت ببرید ؟
۲۲				آیا از یکماه گذشته تا کنون فکر کرده اید که شخص بی ارزشی هستید ؟
۲۳				آیا از یکماه گذشته تا کنون احساس کرده اید که زندگی کاملا نا امید کننده است ؟
۲۴				آیا از یکماه گذشته تا کنون احساس کرده اید که زندگی ارزش زنده ماندن را ندارد ؟
۲۵				آیا از یکماه گذشته تا کنون به این مسئله فکر کرده اید که ممکن است دست به خودکشی بزنید ؟
۲۶				آیا از یکماه گذشته تا کنون احساس کرده اید که چون اعصابتان خراب است نمی توانید کاری را انجام دهید ؟
۲۷				آیا از یکماه گذشته تا کنون به این نتیجه رسیده اید که ای کاش مرده بودید و کلا از شر زندگی خلاص می شدید ؟
۲۸				آیا از یکماه گذشته تا کنون این فکر به ذهنتان رسیده است که بخواهید به زندگیتان خاتمه دهید ؟

تعهد نامه

اینجانب نورمحمد بخشانی مجری طرح پژوهشی «بررسی وضعیت مصرف مواد و عوارض روانی و اجتماعی در فرزندان معتاد» متعهد می شوم از ارائه هر گونه اطلاعات مربوط به طرح پژوهشی (در حین اجرا یا پس از اجرا) اجتناب نموده و قبل از اقدام، هماهنگی لازم را با دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری انجام و نسبت به کسب مجوز کتبی از دفتر یاد شده مبادرت نمایم.

نام و نام خانوادگی مجری

امضاء