

دکتر اشرف‌السادات موسوی*

بررسی کیفی / کمی عملکرد خانوادگی
معتادان جوان

* استادیار و عضو هیئت علمی پژوهشکده‌ی زنان، دانشگاه الزهرا
as.mousavi@usa.com

چکیده

هدف: این مطالعه برای مشخص نمودن عملکرد سیستم خانواده‌های دارای جوان معتاد انجام گرفت.

روش: جامعه‌ی آماری تحقیق، خانواده‌های دارای «جوان معتاد» و خانواده‌های بدون «جوان معتاد» است. در مجموع، ۶۰ خانواده (پدر، مادر و جوان ۲۰ تا ۳۰ خانواده) در بررسی شرکت کردند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌ی بالینی خانواده، پرسش‌نامه‌ی هم‌بستگی و انعطاف‌پذیری خانواده و پرسش‌نامه‌ی محیط خانواده به کار رفت. داده‌های پژوهش به کمک روش‌های آمار توصیفی و آزمون t تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که حضور پدر در خانواده‌ی دارای «معتاد جوان» از نظر فیزیکی و عاطفی بسیار کم‌رنگ است. قوانین انضباطی، نامناسب و کنترل، نامطلوب است. هم‌بستگی در این خانواده‌ها ضعیف و درگیری بین پدر و مادر، و بین جوان معتاد و والدین نسبت به گروه گواه به طور معنادار بیشتر بود.

کلیدواژه‌ها

معتاد؛ عملکرد خانواده؛ جوان

مقدمه

انسان، سیستمی زنده و ساختاریافته است که پیاپی نسبت به ساختارهای داخلی خود واکنش نشان می‌دهد و هم‌زمان تمام امکانات عمل، تعامل و تغییر فرد را نیز مشخص می‌کند (جونز، ۱۹۹۳). از سوی دیگر، فرد به عنوان موجودی اجتماعی، ابتدا در محیط خانواده به موجودی اجتماعی تبدیل می‌شود (کاس-چیونو، کانو، ۱۹۹۶). پدیده‌ی اجتماعی کردن فرزندان توسط خانواده به عنوان عاملی مهم در رابطه با رفتارهای تضمین‌کننده‌ی سلامت شناخته شده‌است.

در رویکرد سیستمی متکی بر نظریه‌ی عمومی سیستم‌ها، عملکرد خانواده چونان پدیده‌ی رشدیابنده در نظر گرفته می‌شود. این تعریف از پدیده‌ی خانواده، بستگی به ساختار رشدی و اجتماعی خانواده دارد. از دیدگاه سیستمی، چنین پدیده‌ی مستلزم انسجام و نگاه‌داری موجودیت خانواده و توانایی خانواده برای انجام وظایف اساسی به منظور رشد و رفاه اعضای خانواده است. خانواده، ارزش‌های خود را تکامل می‌دهد و انتظارات در مورد نقش‌ها و قوانین ارتباطی را مهیا می‌کند. رویکرد سیستمی، خانواده را به عنوان سیستمی با تعاملات مداوم بین زیرسیستم‌های فردی، و در همان زمان به عنوان یک زیر مجموعه در محیط خود مد نظر قرار می‌دهد (موسوی، ۱۳۸۲).

در واقع، در این رویکرد، یک خانواده‌ی به‌هنگار، خانواده‌ی است با ساختاری منسجم که در جهت رشد و رفاه اعضای خود عمل می‌کند و می‌تواند به طور پویا با عوامل نوبه‌نوشونده‌ی محیطی، تعامل برقرار کند و با آن‌ها سازگار شود، بی آن که در این میان دچار اغتشاش گردد و افراد خانواده در این فرآیند از خود علائم مرضی بروز دهند (موسوی، ۱۳۸۲).

الگوی خانواده‌ی سالم در کسب هدف‌ها، سودمند است و برعکس، خانواده‌ی ناسالم از الگوهای خانوادگی ناسودمند استفاده می‌کند و تعاملات آن‌ها همراه با تنش و رفتارهای مرضی است.

از سوی دیگر، اعتیاد پدیده‌ی اجتماعی مخربی است. آمارهای دقیق در مورد تعداد معتادان وجود ندارد و منابع مختلف آمارهایی متفاوت اعلام می‌کنند. طبق آمار تقریبی و خوش‌بینانه، تعداد معتادان به مواد مخدر در کشور ما حدود ۲ میلیون نفر تخمین زده می‌شود. چنان‌چه دایره‌ی ارتباطی هر فرد معتاد را با خانواده‌ی خود، به ۵ نفر محدود نماییم، نزدیک به ۱۰ میلیون نفر از افراد جامعه در تماس مداوم با مسئله‌ی اعتیاد، و درگیر اثرات منفی آن می‌باشند. معمولاً جوانان بیش از گروه‌های دیگر در برابر اعتیاد آسیب‌پذیر هستند. این مشکل در ایران حادث‌تر است، زیرا درصد جمعیت جوان در ایران بسیار بالا است. متأسفانه، آمار معتادان جوان رو به افزایش و سن آنان رو به کاهش است. طبقه‌ی جوان (سن ۲۱ تا ۲۷)، بیش از میان‌سالان و سال‌خوردگان به اعتیاد گرایش یافته‌اند و هروئین، متداول‌ترین ماده‌ی مخدر مورد استفاده‌ی آنان است. علاوه بر افراد معتاد، خانواده‌ی هر کدام از این معتادان نیز در مشکلات و فشارهای اقتصادی و اجتماعی با این گروه همراه‌اند.

از انگیزه‌های فردی جوانان در مصرف مواد مخدر، می‌توان از کنجکاوی، لذت‌جویی، احساس طردشدگی در خانواده و اجتماع، تنهائی و اندوه، یأس و ناامیدی، فشارهای روحی و روانی (اضطراب و افسردگی) ناتوانی در تحمل شکست، فقدان علایق و ارزش‌ها نام برد (لوکارینی، ۱۳۶۹؛ فرجاد، ۱۳۷۴).

در ضمن، عوامل اجتماعی، مانند دردسترس بودن و فراوانی مواد مخدر در جامعه، دوستان و معاشران ناباب، شکست‌های اجتماعی، مشکلات خانوادگی (نداشتن سرپرست صلاحیت‌دار، آگاه نبودن والدین از اصول تعلیم و تربیت، عدم وجود رابطه‌ی صحیح و منطقی و دوستانه‌ی والدین و فرزندان، عدم کنترل صحیح، نبودن امکانات اوقات فراغت مناسب، بی‌کاری، فقر یا رفاه بیش از حد، ناراحتی‌های ناشی از نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی، عدم آگاهی از مضرات اعتیاد، عدم توجه به مسائل اخلاقی و معنوی در اعتیاد جوانان مؤثر است (لوکارینی، ۱۳۶۹؛ فرجاد، ۱۳۷۴).

اهمیت و ضرورت

یکی از مشکلات حاد جامعه‌ی ایران، مسئله‌ی اعتیاد است. اعتیاد، نه تنها افراد بزرگسال را به دام خود می‌کشد، بلکه سن معتادان روز به روز کاهش می‌یابد و جوانان و نوجوانان را هم به ورطه‌ی خود می‌کشاند. معمولاً جوانان بیش از سایر گروه‌های سنی در برابر اعتیاد آسیب‌پذیر هستند. این مشکل در ایران حادث‌تر است، زیرا جمعیت ایران بسیار جوان است.

معمولاً استفاده از مواد مخدر از نوجوانی و جوانی شروع می‌شود و در وضعیت سلامت بزرگسالی تأثیر می‌گذارد. به این ترتیب، این دوره در استراتژی پیش‌گیری از اعتیاد اهمیت زیادی دارد، همان‌طور که مهم‌ترین وظیفه‌ی جامعه، اجتماعی کردن کودکان و داشتن بزرگسالانی باثبات است. خانواده به عنوان نخستین محیط برای اجتماعی کردن کودکان، هدف اصلی کوشش‌های پیش‌گیرانه است. برای پیش‌گیری اصولی اعتیاد نوجوانان و جوانان، عملکرد سیستم خانواده باید کاراً باشد. مطالعه‌ی حاضر، الگوهای خانواده‌های دارای «فرزند معتاد» را بررسی می‌کند، تا ویژگی‌های خانوادگی آن‌ها را تشریح نماید.

چارچوب نظری

تئوری عمومی سیستم‌ها برای توصیف و یکپارچه‌سازی خصوصیات عمومی سیستم‌ها طراحی شده است (وتر و گیل، ۱۹۸۷). در این تئوری، هر سیستم به چند زیرسیستم و هر زیرسیستم، خود به زیرگروه‌هایی کوچک‌تر تقسیم می‌شود. یک سیستم در درون یک سیستم عمل می‌کند و با بقیه‌ی سیستم‌های موجود در این محیط در حال تعامل است. محیط، رفتار سیستم را تغییر می‌دهد و نیز، ممکن است توسط آن تغییر یابد. سیستم‌ها و محیط، توسط مرزها از هم جدا

می‌گردند. مرزها، عناصر متعلق به سیستم و عناصر متعلق به محیط را به طور نسبی از هم جدا می‌کنند. جایی که تعامل میان عناصر داخل سیستم، بیشتر از تعامل آن‌ها با عناصر خارجی باشد، مرز سیستم است (وتر و گیل، ۱۹۸۷). مرزها، بر اساس همین تفاوت در میزان تعامل، شناسائی و ترسیم می‌شوند. یک سیستم، می‌تواند باز یا بسته باشد. یک سیستم، زمانی باز تلقی می‌شود که به مبادله‌ی اطلاعات با محیط اطراف خود بپردازد. یک سیستم باز، قادر است با تغییرات محیط خود تطابق یابد و در همان زمان، توازن حیاتی خود را حفظ کند. برعکس، یک سیستم بسته هیچ شکلی از ورودی و خروجی اطلاعات ندارد (وتر و گیل، ۱۹۸۷).

آن چه که در خصوص سیستم‌های باز اهمیت دارد، آن است که این سیستم‌ها به دلیل روابط و مبادلاتی که با بیرون از خود دارند، از محیط بیرونی اثر می‌پذیرند و به طور متقابل بر آن اثر می‌گذارند. آن چه که میزان اثرپذیری و اثرگذاری سیستم‌ها را تعیین می‌کند، میزان تراوایی مرزهای سیستم است. برای نمونه، یک فرد، سیستم باز محسوب می‌شود و با محیط بیرونی خود تعامل دارد. یکی از مهم‌ترین و اثرگذارترین این محیط‌ها خانواده است که یک سیستم فراتر محسوب می‌شود که فرد را در برمی‌گیرد. بر اساس رویکرد سیستمی، خانواده، خود یک سیستم است که اعضای آن صمیمانه با هم ارتباط دارند، دارای گذشته‌ی مشترک هستند، در عقاید و ارزش‌های خاص با هم سهیم اند، نقش‌های ویژه‌ی بر عهده دارند و به شیوه‌ی پیش‌بینی‌شونده با یکدیگر تعامل دارند. ارتباط عناصر این سیستم و این تصور که اگر اتفاقی در قسمتی از سیستم بیافتد، بر بقیه سیستم هم اثر می‌گذارد، کاملاً با تصور ما از خانواده هم‌خوانی دارد. این رویکرد، به خانواده به عنوان یک سیستم، و به فرد به عنوان عضوی از سیستم می‌نگرد. در رویکرد سیستمی (یا بهتر است بگوئیم زیستی، روانی و اجتماعی)، تأثیرات چندگانه‌ی چرخه‌ی بین فرد و عملکرد خانواده وجود دارد.

مروری بر پژوهش‌های جهان

پدیده‌ی اجتماعی کردن فرزندان توسط خانواده انجام می‌شود. در تحقیق شاک اسمیت و همکاران (۱۹۹۷)، دو جنبه‌ی زندگی خانوادگی، موقعیت اجتماعی خانواده و الگوهای حمایتی و کنترل مورد توجه قرار گرفته‌است. این تحقیق طولی، سبک زندگی و اجتماعی شدن نوجوان را مورد تجزیه و تحلیل قرار داده‌است. یافته‌ها نشان داد که محیط خانوادگی بدون حمایت و با کنترل کم یا زیاد، با رفتار اعتیاد رابطه دارد. کوجو و کلین (۲۰۰۲) نیز معتقد اند که در پیش‌گیری از مصرف مواد مخدر، والدین باید محدودیت‌های روشنی برای فرزندان بگذارند و خود الگوهای مناسبی برای آنان باشند و محیطی حمایتی و دوست‌داشتنی برای آن‌ها فراهم کنند. در ضمن، در دسترس بودن مواد، فقر و تصویری که وسایل ارتباط‌جمعی از مصرف مواد می‌سازند، به عنوان عوامل اجتماعی مؤثر اند. در مطالعه‌ی که در امریکا انجام شد، رابطه‌ی خانواده و معتاد جوان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که درگیری خانوادگی در این خانواده‌ها بیشتر از خانواده‌های عادی است (داکوف و همکاران، ۲۰۰۱). هم‌چنین، زندگی با والدین، به‌ویژه در سنین بلوغ و ارتباط مناسب با آنان (نورکر و همکاران، ۱۹۹۸)، جو مثبت در خانه (نورکر و لرنر، ۱۹۹۶؛ نورکر و همکاران، ۱۹۹۸)، ارتباط عاطفی قوی، توانایی حل مشکل و مشخص بودن نقش‌ها در محیط خانوادگی، از عوامل مهم در پیش‌گیری اعتیاد در جوانان است (رابیستون و پست، ۱۹۹۷).

در تحقیقی مقایسه‌ی که ساختار خانواده و روابط والدین-جوان را در فرانسه و انگلستان در رابطه با مصرف مواد بررسی کرد، این نتایج به دست آمد (ویژگی‌های خانواده که با سوء مصرف مواد رابطه داشت): فرزندان که رابطه‌ی رضایت‌آمیز با پدر و مادر نداشتند و آنهایی که کنترل و نظارت کمتری بر آن‌ها بود، به سوی استفاده از مواد مخدر کشیده‌می‌شدند (لدوکس و همکاران، ۲۰۰۲).

نتایج تحقیق مقایسه‌ئی دیگری که در پنج شهر رم، دوبلین، نیوکاسل، برمن، و گرونینجن بر روی ساختار خانواده انجام شد، نشان داد که داشتن ساختار خانوادگی سنتی، اهل مطالعه و علاقه‌مند به فعالیت‌های ورزشی، با مصرف مواد مخدر و رفتارهای بزه‌کارانه رابطه‌ی منفی دارد (مک‌آردل و همکاران، ۲۰۰۰). همچنین، در یک بررسی انجام‌شده در انگلیس بر روی دانش‌آموزان، نشان داده‌شد که بین ساختار خانواده و استفاده از مواد مخدر رابطه وجود دارد و زندگی با والدین در کاهش اعتیاد مؤثر است، همان‌طور که حضور پدر یا مادر در محیط خانواده، باعث افزایش اعتیاد در جوان می‌شود (میلر، ۱۹۹۷).

در تحقیقی دیگر، استفاده از هروئین، مواد دیگر و رفتار مشکل‌دار در رابطه با زندگی خانوادگی بررسی شد (گراون و شف، ۱۹۷۸). چهار گروه نمونه برای این مطالعه انتخاب شد: معتادان به هروئین، استفاده‌کنندگان تفریحی، افراد در معرض خطر استفاده از هروئین، و افرادی که در معرض خطر نبودند و تا کنون هیچ ماده‌ی مخدری استفاده نکرده‌اند. دیده‌شد که رابطه‌ی تنش‌زا با والد غیرهم‌جنس معتاد، بیشترین تأثیر را روی معتادان به هروئین دارد.

مطالعه‌ئی در کانادا درباره‌ی مصرف مواد مخدر توسط اعضای خانواده انجام گرفت (بویل و همکاران، ۲۰۰۱). نتایج نشان داد که در گرایش به مواد مخدر، تأثیر برادران بزرگتر بر نوجوانان و جوانان، بیش از سایر افراد خانواده است. در ضمن، در مطالعه‌ی هوفمن و سربون (۲۰۰۲) بر تأثیر اعتیاد والدین بر فرزندان تأکید شد. زمانی که والدین مواد مخدر مصرف می‌کنند، احتمال بیشتری وجود دارد که فرزندان‌شان نیز معتاد گردند؛ به‌ویژه زمانی که مصرف والدین در حد کم باشد، این خطر در فرزندان افزایش می‌یابد.

در ۶۳۰ نمونه‌ی آمریکائی-آفریقائی، رابطه‌ی بین گروه هم‌سال و خانواده در استفاده از مواد مخدر بررسی شد. فشار گروه هم‌سال و مصرف مواد توسط این گروه به گونه‌ئی معناداری با مصرف مواد توسط جوان رابطه داشت. فشار گروه هم‌سال در خانواده‌های بدون حضور پدر، و یا ناپدری بیشتر بود و نیز مصرف مواد در جوانانی بیشتر بود که با مادر خود رابطه‌ئی تنش‌زا داشتند (فارل

و وایت، ۱۹۹۸). برای آزمایش اثر عوامل اجتماعی، خانوادگی، و گروه هم‌سال در تکوین الگوهای مصرف مواد مخدر، تحقیقی دیگری به شکل طولی (۱۹۸۵-۱۹۹۶) انجام شد. درگیری زیاد خانوادگی، پیوند خانوادگی-اندک، و فعالیت‌های ضداجتماعی گروه هم‌سال، به عنوان عوامل خطر در شروع استفاده از مواد مخدر شناخته‌شد. تأثیر پیوند خانوادگی، بعد از ۱۸سالگی کاهش می‌یابد و تأثیر گروه هم‌سال پس از ۱۵سالگی رو به افزایش می‌گذارد. این مطلب باید در برنامه‌های پیش‌گیری لحاظ گردد. والدین نیز باید محیطی گرم و حمایت‌کننده را همراه با کنترل و نظارت مناسب برای نوجوانان فراهم آورند (گائو و همکاران، ۲۰۰۲). این دست‌آوردها در تحقیق فرایدمن و گاسمن نیز تأیید شد. آنان معتقد اند که تأثیر خانواده در شروع اعتیاد مؤثرتر از گروه هم‌سال است، و برعکس، تأثیر گروه هم‌سال در سنین بالاتر اهمیت بیشتری دارد. در ضمن بیتچمن و همکاران (۱۹۹۹) نیز بر اهمیت نظارت تأکید کردند. آن‌ها اعلام نمودند، پسرانی به طرف اعتیاد کشیده‌شدند که در دوره‌ی نوجوانی از نظارت کمتری از سوی والدین برخوردار بودند.

نتایج تحقیقی در رابطه با نگرش استفاده از مواد مخدر، نشان داد که کم بودن حمایت پدر، شانس سوءمصرف تمام مواد را بالا می‌برد (بیکو، ۲۰۰۰). در مطالعه‌ی، رابطه‌ی بین عوامل محیطی، مصرف غیرمجاز مواد توسط خانواده، و فعالیت‌های تربیتی والدین، و اسندهای شخصیتی مادر و جوان از طریق مصاحبه آزمایش شد. نتایج نشان داد که برخی عوامل محیطی مانند خشونت، در دسترس بودن مواد، مصرف مواد توسط خانواده، و رابطه‌ی سرد و دور بین والدین و فرزند از عوامل خطر ساز در مصرف مواد توسط فرزندان است. نتایج بر این نکته تأکید می‌کند که کنترل عوامل محیطی و عوامل تربیتی خانواده می‌تواند در پیش‌گیری از اعتیاد فرزندان مؤثر باشد و کوشش‌های پیش‌گیری و درمانی نیز باید در این جهت سامان داده‌شود (بروک و همکاران، ۲۰۰۱).

مروری بر پژوهش‌های انجام‌شده در ایران

به نظر باندورا^۱ تأثیر والدین یا افراد دیگر بر کودکان باعث می‌شود که آن‌ها به صورت مدل الگویی درآیند که کودک سعی می‌کند با آن‌ها شباهت یابد. تمایل به مصرف مواد مخدر در جوانان، اغلب به این علت است که آن‌ها تلاش می‌کنند خود را مانند افراد بالغ و بزرگ جلوه دهند و به امتیازات این افراد دست یابند (صالحی، ۱۳۷۱).

نتایج مطالعات قومی (۱۳۵۷) نشان داد که عدم راهنمایی تحصیلی فرزندان و آماده نکردن آن‌ها برای کسب مهارت‌های تکنیکی در نوجوانی باعث اشکالاتی در بلوغ از نظر نقش اجتماعی، و در نتیجه معیشت آن‌ها در بزرگسالی می‌گردد. تمام کسانی که از مدرسه فرار کرده‌اند، علت را اختلافات خانوادگی ذکر کرده‌اند. در این مطالعه نیز، الگوی اعتیاد در ۱/۴ جامعه‌ی مورد مطالعه تأیید شد. مطالعه‌ی شهمیرزادی (۱۳۵۷) نیز نتایج قبلی را در مورد وجود درگیری‌های خانوادگی تأیید کرد و این که ۴۳ درصد نمونه، اعتیاد را در منزل خود آغاز کرده‌اند. در تحقیق دکتر مظلومان (۱۳۵۵) نیز مشخص شد که ۱۴/۵۸ درصد از معتادان، تحت تأثیر افراد معتاد در خانواده معتاد شده‌اند. در بررسی خانم طباطبائی (۱۳۵۴) نیز ۶۲/۵ درصد از جامعه‌ی مطالعه‌شده فردی معتاد در خانواده داشته‌اند. در بررسی تفنگچی (۱۳۵۲) نشان داده‌شد که درصد بالایی از معتادان در خانواده‌هایی رشد یافته‌اند که پدر و مادر اختلاف زیادی با یکدیگر داشته‌اند (۸۳/۸۷ درصد عدم رضایت از پدر خانواده). بیشتر این خانواده‌ها دچار فقر بوده (۷۸ درصد) و والدین توجه چندانی به تربیت فرزندان نداشته‌اند (نجات‌زادگان ۱۳۷۳، خاکی ۱۳۷۱).

در تحقیقی که درباره‌ی تأثیر نظام خانواده بر اعتیاد جوانان انجام گرفت، نشان داده‌شد که محدودیت‌های زیاد و یا آزادی‌های بیش از حد جوانان و اختلاف‌های والدین از عوامل مهم اعتیاد این گروه می‌باشد (صدری، ۱۳۷۲).

صالحی (۱۳۷۱) معتقد است که اعتیاد، بیشتر در نوجوانانی شدت می‌گیرد که اختلاف‌های بین والدین، اعتیاد والدین، کم‌بودهای عاطفی در خانواده‌های آن‌ها متداول است و این ویژگی‌ها در خانواده‌های معتادان دیده‌شد: بین اعضای خانواده انسجام کمتری وجود داشت؛ نظارت و کنترل کافی بر کودکان و نوجوانان اعمال نمی‌گردید و کودکان از آزادی بیش از حد برخوردار بودند؛ به تعلیم و تربیت کودکان توجه کافی نمی‌شد و اعتقادات مذهبی و پایبندی به سنت‌های خانوادگی کمتر دیده‌می‌شد. در ضمن، خانواده عقاید آزادگونه‌ئی نسبت به مواد مخدر داشتند.

در مطالعه‌ئی دیگر درباره‌ی نقش خانواده در اعتیاد فرزندان پسر نتایج زیر به دست آمد (سپرده، ۱۳۵۷):

۱- رابطه‌ی نامناسب پدر و پسر، و الگوسازی ناقص از والدین- ۶۴درصد پدران در زمان رشد کودک از خانواده غایب بودند و ۳۶درصد بقیه‌ی پدران، رفتارهایی سرد و بی‌تفاوت با فرزندان خود داشته‌اند.

۲- محیط خانواده، پرتنش، و اغلب خانواده‌ها از نظر اقتصادی فقیر بوده‌اند
 ۳- والدین به نیازهای فرزندان توجه نداشته و در مقابل، توقعات بیش از حدی از آنان داشته‌اند.

۴- به علت معاشرت با هم‌سالان ناهنجار، ۷۷درصد توسط دوستان با مواد مخدر آشنا شده‌اند.

۵- خانواده، نظارت و کنترل لازم را بر رفتار و معاشرت‌های فرزندان نداشته‌است.

در بررسی مشابهی در بیمارستان معتادان یافت‌آباد، بیشتر جوانان معتاد، علت گرایش خود را عدم توجه والدین بیان داشته و ۲۴درصد از آنان واکنش‌های نادرست اعضای خانواده را در بازگشت خود به اعتیاد مؤثر دانسته‌اند (ساعی، ۱۳۵۷). بررسی‌های خاکی (۱۳۷۱) و نجات‌زادگان (۱۳۷۳) هم، این موضوع را تأیید می‌کند.

پژوهش

هدف

این بررسی، سعی در مشخص نمودن عملکرد سیستم‌های خانوادگی در بین خانواده‌های جوانان معتاد دارد، تا با نشان دادن اهمیت عملکرد قوی سیستم خانوادگی و عوامل مهم آن در برنامه‌ریزی پیش‌گیری از اعتیاد به مسئولان کمک نماید.

فرضیه‌ها

- عملکرد کلی خانواده‌های دارای معتاد جوان نسبت به خانواده‌های بدون معتاد جوان پائین‌تر است.
- زیرمجموعه‌های عملکرد (بیان احساسات و افکار، ارتباط، هم‌بستگی، الگوی قوانین، درگیری خانوادگی، ارتباط) در خانواده‌های دارای معتاد جوان نسبت به خانواده‌های بدون معتاد جوان پائین‌تر است.

روش

در ابتدا، مراکز پذیرش معتادان در شهر تهران شناسائی و پس از اخذ مجوزهای لازم، با این مراکز ترک اعتیاد ارتباط برقرار شد. جامعه‌ی آماری این مطالعه، ۲۰ خانواده‌ی دارای جوان معتاد به هرئین (۲۰ تا ۳۰ساله، مذکر و مجرد که لزوماً با والدین خود زندگی کنند) بود. با این خانواده‌ها مصاحبه شد و پرسش‌نامه‌های تحقیق را پر کردند. پاسخ‌گویی به سوآل‌های پرسش‌نامه، بعد از مصاحبه، به طور فردی، توسط اعضای خانواده انجام شد. برای مقایسه‌ی متغیر مورد سنجش در خانواده‌های دارای معتاد جوان با وضعیت به‌هنجار، تعداد

مساوی خانواده‌ی بدون «جوان معتاد» به عنوان گروه گواه در بررسی شرکت داده‌شد که از نظر تحصیلات و وضعیت اقتصادی و اجتماعی، با گروه مزبور همسان‌سازی، و به شیوه‌ئی مشابه مصاحبه و آزموده شدند. برای آن که تجزیه و تحلیل کمی پرسش‌نامه‌ها دارای مشکل آماری نباشد، ده خانواده‌ی دارای «معتاد جوان» و ده خانواده‌ی بدون «معتاد جوان»، بدون انجام مصاحبه، تنها پرسش‌نامه‌های تحقیق را تکمیل نمودند.

ابزار پژوهش

ابزار به‌کارآمده در این پژوهش به شرح زیر بود:

- ۱- مصاحبه‌ی استاندارد بالینی خانواده (کینستون^۱ و لودر^۲، ۱۹۸۴). این مصاحبه، یک مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاری^۳ است و پرسش‌های آن مربوط به زندگی خانوادگی است. به کمک این مصاحبه می‌توان شیوه‌های تعامل خانواده و روش‌های اداره‌ی مسائل خانوادگی را به شیوه‌ئی استاندارد شناسایی نمود. این مصاحبه برای خانواده‌های دارای عضو بیمار یا بدون عضو بیمار، در مراحل گوناگون زندگی و ترکیب‌های متفاوت خانوادگی مناسب است. این مصاحبه در امور پژوهشی نیز می‌تواند بسیار سودمند باشد و از تأثیر نگرش و سوگیری مصاحبه‌کننده در زمینه‌ی شیوه‌های تعامل خانواده می‌کاهد.
- ۲- فهرست مصاحبه^۴ و مقیاس‌های درجه‌بندی کمی عملکرد خانواده^۵. به کمک این مقیاس‌ها عملکرد خانواده بر پایه‌ی مقیاس‌های درجه‌بندی کمی ارزش‌یابی می‌شود. این مقیاس‌ها، نخست توسط محقق ساخته و در یک بررسی مقدماتی، اعتبار و پایایی نسبی آن سنجیده‌شد و نسخه‌ی نهایی آماده گردید (موسوی، ۱۹۹۸). به کمک این مقیاس‌ها، رفتار خانواده در سه بُعد اندازه‌گیری شد:

1. Kinston
 2. Loader
 3. Semi-Structural Protocol
 4. The Interview Checklist
 5. Family Functioning Rating Scales

۱- عملکرد خانواده- این مقیاس، بیان احساسات و افکار، ارتباط، همبستگی، انعطاف‌پذیری، درگیری، نقش‌های خانوادگی، ارتباط زناشویی، ارتباط والدین و جوان، ارتباط با محیط و ارتباط با خانواده‌های اصلی^۱ را بررسی می‌کند. نمره‌ی کل مقیاس درجه‌بندی عملکرد خانواده، از مجموعه‌ی درجه‌بندی هر یک از مفاهیم بالا، بر اساس یک مقیاس ۱۱ رتبه‌ئی (۰-۱۰) به دست می‌آید. بنابراین، عملکرد خانواده می‌تواند از صفر تا ۱۰۰ در نوسان باشد.

ب- ساختار خانواده- در این بخش، قدرت، فرد مسلط، ائتلاف والدین و هم‌آهنگی در پرورش فرزندان را بررسی می‌شود. مفاهیم بالا نیز، به‌جز مفهوم فرد مسلط، هر کدام در یک مقیاس صفر تا ۱۰ درجه‌بندی و مفهوم فرد مسلط، به صورت مقوله‌ئی (پدر، مادر، والدین و فرزندان) طبقه‌بندی می‌گردد.

۳- پرسش‌نامه‌ی محیط خانوادگی^۲- این پرسش‌نامه دارای ده زیرمجموعه است که ویژگی‌های محیط اجتماعی انواع خانواده‌ها را در سه بُعد زیر ارزیابی می‌کند: بعد رابطه^۳، بعد رشد فردی، بعد نگره‌داری نظام خانواده. از میان انواع مختلف این پرسش‌نامه، فرم اصلی آن (موس^۴ و موس^۴، ۱۹۸۶) که درک فرد را از محیط خانوادگی هسته‌ئی خود می‌سنجد، به کار گرفته‌شد.

۴- مقیاس‌های همبستگی و سازگاری خانواده^۵ (اولسون^۶ و همکاران، ۱۹۸۵)- این پرسش‌نامه، همبستگی^۷ یا نزدیکی افراد خانواده و انعطاف‌پذیری^۸ نظام خانواده را می‌سنجد و شامل دو فرم ادراکی^۹، که نشان‌دهنده‌ی درک اعضای خانواده از چه‌گونگی سامانه‌ی خانواده است و فرم دل‌خواه که نشان‌دهنده‌ی سامانه‌ی خانوادگی مورد علاقه‌ی افراد خانواده است، می‌باشد. در این بررسی، فرم ادراکی به کار گرفته‌شد.

1. Family of Origin
2. Family Environment Scales
3. The Relationship Dimension
4. Moos
5. The Family Adaptability and Cohesion Evaluation
6. Olson
7. Cohesion
8. Flexibility
9. Perceived Form

یافته‌های پژوهش

ویژگی‌های نمونه

سن

جدول ۱ بازه‌ی سنی و میانگین سن نمونه‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۱- میانگین سن اعضای خانواده در دو گروه

خانواده‌های بدون جوان معتاد (تعداد = ۲۰)			خانواده‌های دارای جوان معتاد (تعداد = ۲۰)			
پسر	مادر	پدر	پسر	مادر	پدر	
۲۰-۲۷	۴۲-۵۵	۴۵-۶۲	۲۰-۲۷	۴۲-۵۵	۴۸-۷۷	بازه‌ی سنی
۲۲/۶	۴۹/۴	۵۴/۲	۲۲/۳	۴۷/۸	۵۸/۶	میانگین سن

تحصیلات

جدول ۲ وضع تحصیلی اعضای خانواده‌ها را نشان می‌دهد. بین تحصیلات والدین در دو گروه تفاوت زیادی دیده‌ نمی‌شود. تقریباً جوانان معتاد تحصیلات دانشگاهی بیشتری را شروع کرده‌اند، اما متأسفانه با شروع اعتیاد این افراد درس خود را ناتمام رها کرده‌بودند.

جدول ۲- فراوانی تحصیلات اعضای خانواده در دو گروه

خانواده‌های بدون جوان معتاد (تعداد = ۲۰)			خانواده‌های دارای جوان معتاد (تعداد = ۲۰)			
پسر	مادر	پدر	پسر	مادر	پدر	
-	۳	۲	-	۴	۳	ابتدائی
۲	۷	۵	۲	۶	۴	سیکل
۱۵	۱۰	۱۱	۱۲	۱۰	۹	دیپارستان
۳	-	۲	۶	-	۴	دانشگاه

وضعیت اقتصادی و اجتماعی

سعی شد وضعیت اقتصادی و اجتماعی نمونه‌ها تا حد امکان نزدیک به هم انتخاب شود. شغل پدر و محل زندگی برای طبقه‌بندی این متغیر مورد استفاده قرار گرفت (جدول ۳).

جدول ۳- وضعیت اقتصادی و اجتماعی خانواده

خانواده‌های دارای جوان معتاد (تعداد = ۲۰)	خانواده‌های بدون جوان معتاد (تعداد = ۲۰)	
۹	۷	بالا
۵	۸	متوسط
۶	۵	پائین

یافته‌های کیفی (توصیفی) عملکرد خانواده «معتادان جوان»

در این بخش، از بیان شباهت خانواده‌ها اجتناب و تفاوت‌ها طرح خواهد شد.

هم‌بستگی خانواده

در بخش هم‌بستگی بین حضور پدر در دو گروه تفاوت وجود داشت. فقط در ۱۵ درصد ($\frac{3}{20}$) خانواده‌های دارای جوان معتاد، پدر حضور فیزیکی و ارتباط صمیمانه با فرزند داشت. در ۲۵ درصد موارد ($\frac{5}{20}$)، پدر فقط حضور فیزیکی داشت ولی ارتباط عاطفی نزدیک با فرزند وجود نداشت (جدول ۴).

جدول ۴- فراوانی و درصد حضور پدر در خانواده

خانواده‌های دارای جوان معتاد (تعداد = ۲۰)		خانواده‌های بدون جوان معتاد (تعداد = ۲۰)		
فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
۳	۱۵٪	۱۸	۹۰٪	حضور فیزیکی و روانی پدر
۵	۲۵٪	-	-	حضور فیزیکی پدر
۱۲	۶۰٪	۲	۱۰٪	حضور فیزیکی کم‌رنگ پدر

برعکس، در خانواده‌های بدون «معتاد جوان»، فقط دو مورد از پدران بسیار کم حضور فیزیکی داشتند و در ۹۰ درصد از موارد، حضور فیزیکی و روانی پدر قابل لمس بود.

قوانین انضباطی خانواده

در ۲/۹ موارد، در خانواده‌ی دارای «جوان معتاد» قوانین انضباطی در خانواده وجود ندارد و کنترلی هم اعمال نمی‌گردید. در ۲/۶ نیز، قوانین انضباطی خشن و همراه با تنبیه بدنی اعمال می‌شد. در ۲/۳ موارد، قوانین فقط مخصوص دختران بود.

در خانواده‌های بدون «جوان معتاد» قوانین انضباطی وجود داشت و این قوانین، انعطاف‌پذیر یا ساختاری بود. معمولاً انضباط از سنین کودکی اعمال، و در سنین بعدی این قوانین درونی شده و بدون فشار خارجی توسط فرد اجرا می‌گردید.

جدول ۵- فراوانی و درصد انواع انضباط در خانواده

	خانواده‌های دارای جوان معتاد (تعداد = ۲۰)		خانواده‌های بدون جوان معتاد (تعداد = ۲۰)	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
بدون انضباط	۹	۴۵٪	-	-
انضباط خشن	۶	۳۰٪	-	-
انضباط ویژه دختران	۳	۱۵٪	-	-
انضباط انعطاف‌پذیر یا ساختاری	۲	۱۰٪	۲۰	۱۰۰٪

تصمیم‌گیری‌ها

معمولاً در ۸۰ درصد موارد (۲/۶)، تصمیم‌ها در خانواده‌های دارای «معتاد جوان» توسط مادر و فرزندان گرفته می‌شد (۲/۶ مادر، ۲/۵ فرزند، ۲/۵ مادر و فرزندان) و فقط در ۲۰ درصد موارد (۲/۴)، پدر تصمیم‌گیر بود. در هیچ مورد، والدین با توافق تصمیم نمی‌گرفتند.

تصمیم‌گیری در خانواده‌های بدون «جوان معتاد»، اغلب مشارکتی و با نظرخواهی از اعضای خانواده انجام می‌پذیرفت. در مواردی که خانواده به توافق نمی‌رسیدند، حرف آخر توسط پدر بیان می‌گردید.

جدول ۶- فراوانی و درصد انواع تصمیم‌گیری در خانواده

خانواده‌های بدون جوان معتاد (تعداد = ۲۰)		خانواده‌های دارای جوان معتاد (تعداد = ۲۰)		
فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
-	-	۱۶	۸۰٪	مادر و فرزندان
۲۰	۱۰۰٪	۴	۲۰٪	مشارکتی (حرف آخر پدر)

اختلافات زناشویی و یا اختلاف با جوانان

در بسیاری از خانواده‌ها اختلاف رخ می‌دهد، اما اختلافات حل‌نشده به مدت طولانی، می‌تواند در کارکرد عادی خانواده تأثیر منفی بگذارد. در ۷۵ درصد موارد (۲/۱۵)، در خانواده‌های دارای «جوان معتاد» اختلاف حل‌نشده وجود داشت.

بر عکس، در خانواده‌های بدون «جوان معتاد» اختلافات زناشویی حل‌نشده و مداوم وجود نداشت و معمولاً اختلافات بعد از بروز با گفت‌وگو حل می‌شد.

جدول ۷- جدول ۷ فراوانی و درصد اختلافات حل‌نشده در خانواده

خانواده‌های بدون جوان معتاد (تعداد = ۲۰)		خانواده‌های دارای جوان معتاد (تعداد = ۲۰)		
فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
-	-	۱۵	۷۵٪	اختلافات حل‌نشده
۲۰	۱۰۰٪	۵	۱۵٪	اختلافات حل‌شده

علل گرایش به اعتیاد در «معتاد جوان»

در ۲۰ درصد موارد (۲/۴)، علت گرایش، کنجکاوی فردی یا دوری از منزل، مانند رفتن به خدمت سربازی بیان شد. در ۴۰ درصد موارد (۲/۴)، یکی از اعضای خانواده یا یکی از بستگان نزدیک، مانند عمو، دایی و یا پسران

آن‌ها، به صورت همیشگی یا تفریحی مواد مخدر استفاده می‌کردند. در ۴۰ درصد موارد (۲۰٪)، فرد در شرایط خاص، مانند مرگ یکی از عزیزان، عروسی یا مهمانی توسط دوستان نزدیک به استفاده از مواد تشویق شده بود.

نتایج کمی عملکرد خانواده‌ی «معتادان جوان»

همان طور که پیش‌بینی می‌شد، نمره‌ی کل عملکرد خانواده‌های دارای «جوان معتاد» کمتر از خانواده‌های بدون «جوان معتاد» بود. این تفاوت در زیرمجموعه‌های عملکرد خانواده: بیان احساسات و افکار، ارتباط، همبستگی، انعطاف‌پذیری، درگیری خانوادگی، ارتباط والدین و جوان، ارتباط با خویشاوندان، و ارتباط با محیط (شامل دوستان خانوادگی، همسایگان و مراکز فرهنگی و ورزشی) در جدول ۸ نشان داده شده است.

جدول ۸- میانگین و انحراف معیار مقیاس‌های درجه‌بندی کمی عملکرد خانواده بر حسب نوع خانواده و سطح معناداری

P	t ₃₈	خانواده‌های بدون جوان معتاد (تعداد = ۲۰)		خانواده‌های دارای جوان معتاد (تعداد = ۲۰)		ویژگی‌های عملکرد خانواده
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
< .۰/۰۰۱	۵/۶۳	۱۰	۷۲/۵	۱۲/۶	۵۲/۲	عملکرد کلی
.۰/۰۱۹	۲/۴۵	۱	۷/۵	۲/۱	۶/۳	بیان احساسات و افکار
< .۰/۰۰۱	۴	۱	۷/۸	۲/۱	۵/۷	ارتباط
.۰/۰۰۷	۲/۸۵	۱/۷	۸/۲	۲/۷	۶/۱	همبستگی
< .۰/۰۰۱	۱۰/۵۹	۱/۳	۸/۱	۱/۴	۳/۶	انعطاف‌پذیری
.۰/۰۰۳	۲/۲۵	۱/۶	۷	۲/۵	۵/۵	درگیری خانوادگی
< .۰/۰۰۱	۵/۸۴	.۰/۹	۸/۳	۲/۴	۵	ارتباط والدین و جوان
< .۰/۰۰۱	۳/۵۵	۱/۴	۷/۸	۲	۵/۸	ارتباط با خویشاوندان
< .۰/۰۰۱	۴/۴۸	۲	۶/۴	۱/۶	۳/۹	ارتباط با محیط

در خانواده‌های دارای جوان معتاد، ائتلاف و مشارکت کمتری بین والدین در مورد نحوه‌ی تربیت فرزندان به چشم می‌خورد و در ضمن پدران و مادران از هم‌آهنگی لازم در تربیت فرزندان برخوردار نبودند (جدول ۹).

جدول ۹- میانگین و انحراف معیار ساختار خانوادگی بر حسب نوع خانواده و سطح معناداری

P	t ₃₈	خانواده‌های بدون جوان معتاد (تعداد = ۲۰)		خانواده‌های دارای جوان معتاد (تعداد = ۲۰)		ساختار خانوادگی
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۱۴	۲/۵۶	۱/۵	۷/۴	۲/۸	۵/۶	قدرت
۰/۰۰۹	۲/۷۵	۱/۶	۸/۲	۲/۵	۶/۴	ائتلاف والدین
۰/۰۰۱	۳/۷۴	۰/۹	۸/۴	۲/۴	۶/۲	هم‌آهنگی والدین در پرورش فرزندان

به نظر می‌رسد که در خانواده‌های بدون جوان معتاد، والدین تمایل به تقسیم قدرت دارند و در خانواده‌های دارای جوان معتاد، والدین کمتر علاقه‌مند به تقسیم قدرت بوده، یا آن را با فرزندان تقسیم نموده‌اند (جدول ۱۰).

جدول ۱۰- فراوانی و درصد فرد مسلط در هر گروه

فرد مسلط	خانواده‌های دارای جوان معتاد (تعداد = ۲۰)		خانواده‌های بدون جوان معتاد (تعداد = ۲۰)	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
پدر	۴	۲۰٪	۱۰	۵۰٪
مادر	۶	۳۰٪	۳	۱۵٪
والدین	-	-	۶	۳۰٪
مادر و فرزندان	۵	۲۵٪	۱	۵٪
فرزندان یا بدون فرد مسلط	۵	۲۵٪	-	-

مقیاس ارزیابی همبستگی و انعطاف‌پذیری خانواده (FACES)

مقیاس ارزیابی همبستگی بین خانواده‌های دارای معتاد جوان و خانواده‌های بدون جوان معتاد به طور معنادار متفاوت بود ($P = ۰/۰۱۷$ و $t_{58} = ۲/۵$)، جدول (۱۱).

جدول ۱۱- میانگین و انحراف معیار نمرات همبستگی و انعطاف‌پذیری خانواده بر حسب نوع خانواده و سطح معناداری

خانواده‌های بدون جوان معتاد (تعداد = ۲۰)		خانواده‌های دارای جوان معتاد (تعداد = ۲۰)		ویژگی‌های خانوادگی
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۸/۸	۳۷/۴	۱۰/۸	۳۱/۲	همبستگی ($P = ۰/۰۱۷$)
۶/۳	۲۶	۷/۶	۲۳/۹	انعطاف‌پذیری

مقیاس محیط خانوادگی

یافته‌های مقیاس محیط خانوادگی در بعد ارتباطات نشان داد که همبستگی در خانواده‌های بدون معتاد جوان بیشتر از خانواده‌های دارای جوان معتاد است و درگیری خانوادگی در خانواده‌های دارای جوان معتاد بیشتر به چشم می‌خورد.

در بعد سیستم نگاه‌دارنده‌ی خانواده، خانواده‌های بدون معتاد جوان، سازمان‌دهی قوی‌تر و نحوه‌ی کنترل بهتری نسبت به خانواده‌های دارای معتاد جوان اعمال می‌کردند.

در بعد رشد فردی، جهت‌یابی مبتنی بر پیشرفت فردی، جهت‌گیری فرهنگی-فکری و جهت‌گیری تفریحی فعال در خانواده‌های بدون جوان معتاد در مقایسه با گروه دیگر بالاتر بود (جدول ۱۲).

جدول ۱۲- میانگین و انحراف معیار ویژگی‌های خانوادگی در پرسش‌نامه‌ی محیط خانوادگی بر حسب نوع خانواده و سطح معناداری

P	t ₅₈	خانواده‌های بدون جوان معناد (تعداد = ۲۰)		خانواده‌های دارای جوان معناد (تعداد = ۲۰)		ویژگی‌های خانوادگی
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۰۲	۳/۲	۱/۷	۶/۷	۲/۵	۴/۹	هم‌بستگی
۰/۰۰۴	۲/۹۶	۱/۲	۲/۳	۱/۸	۳/۵	درگیری
۰/۰۱۲	۲/۶	۱/۱	۶/۸	۲	۵/۷	پیشرفت
< ۰/۰۰۱	۴	۱/۲	۴/۵	۱/۵	۳/۱	جهت‌گیری فرهنگی-فکری
۰/۰۰۱	۳/۵	۱/۷	۴/۲	۱/۵	۲/۷	جهت‌گیری تفریحی فعال
۰/۰۰۴	۳	۱/۴	۶/۴	۲/۲	۵	سازمان‌بندی
۰/۰۱۷	۲/۵	۱/۴	۴/۳	۱/۴	۳/۴	کنترل

بحث و نتیجه‌گیری

به طور کلی، خانواده‌های بدون جوان معناد عملکرد کارآمدتری در مقایسه با خانواده‌های دارای معناد جوان نشان دادند. عملکرد کارآمد سیستم خانواده، در پیش‌گیری از آسیب‌های زیستی، روانی و اجتماعی، از جمله اعتیاد می‌تواند مؤثر باشد. در ضمن، مجموعه یافته‌های این تحقیق به نیم‌رخ (پروفایل) دوگانه‌ئی از ویژگی‌های خانواده‌های دارای «جوان معناد» و خانواده‌های بدون «جوان معناد» دست یافت. در واقع، خانواده‌های بدون «جوان معناد»، دارای هم‌بستگی بیشتر، ارتباطات بهتر بین اعضای خانواده، درگیری کمتر، الگوی قوانین انعطاف‌پذیر یا سازمان‌یافته، و هم‌آهنگی والدین در تربیت فرزندان بودند. از سوی دیگر، خانواده‌های دارای «جوان معناد»، ویژگی‌های متضادی را به نمایش گذاردند (هم‌بستگی کمتر، ارتباط ضعیف، درگیری بیشتر، الگوی قوانین خشک و یا آشفته، و ناهم‌آهنگی والدین در تربیت فرزندان).

نتایج نشان داد که هم‌بستگی کمتر، یکی از خصوصیات خانواده‌های دارای «جوان معتاد» در مقایسه با خانواده‌های بدون «جوان معتاد» است. این عامل، در تمام داده‌ها (مقیاس درجه‌بندی کمی عملکرد خانواده، مقیاس محیط خانواده و مقیاس ارزیابی هم‌بستگی و انعطاف‌پذیری خانواده) هم‌خوانی داشت.

مهم‌ترین مسئله برای فرزند پسر، ارتباط خوب و مناسب با پدر است. یکی از جالب‌ترین موضوعاتی که در مقیاس هم‌بستگی نشان داده‌شد، نقش کم‌رنگ پدر در خانواده‌های دارای «جوان معتاد» بود. عدم حضور فیزیکی و روانی پدر، به علت شغل و مشکلات اقتصادی، نه تنها بر مسئله‌ی الگوپذیری پسر از پدر تأثیر گذارده، بلکه این خلأ منجر به فاصله گرفتن جوان از محیط خانه و خانواده گردیده و فرصت تربیت و راهنمایی در زمان و مکان مناسب را از پدر سلب نموده‌بود. عملاً چنین خانواده‌ئی باید به عنوان یک خانواده‌ی تک‌والد به بقای خود ادامه دهد. البته، در مواردی که خانواده واقعاً تک‌والد می‌شود، ممکن است احساس مسئولیت در تک‌والد سرپرست افزایش یافته و بتواند ساختاری مناسب برای تربیت فرزندان به وجود آورد. اما در این نوع سیستم‌های خانوادگی، نقش پدر عملاً در سیستم خانواده ناچیز است و به علت عدم حضور منظم، ممکن است از برخی مسائل چشم‌پوشی نماید و مادر نیز در حالتی دوگانه به سر می‌برد و نمی‌تواند کاملاً به عنوان تک‌والد احساس مسئولیت کند و جای خالی پدر خانواده را پر نماید. نتایج تحقیقات محققان دیگر نیز این موضوع را تأیید می‌کند (نورکر و همکاران، ۱۹۹۸؛ رایبستون و پست، ۱۹۹۷؛ میلر، ۱۹۹۷؛ ازبین، ۱۹۹۴؛ اشمیت، ۱۹۹۶؛ لدوکس و همکاران، ۲۰۰۲؛ گائو و همکاران، ۲۰۰۲؛ جوانینگ و همکاران، ۱۹۹۲؛ فارل و وایت، ۱۹۹۸؛ سپرده، ۱۳۵۷).

این تحقیق نشان داد که نقش والدین، نه تنها در ایجاد محیط خانوادگی بدون تنش اهمیت بسیار دارد، بلکه والدین باید با مشارکت و حمایت یک‌دیگر در تربیت فرزندان خود، از هم‌آهنگی لازم برخوردار باشند. متأسفانه، در خانواده‌های دارای «جوان معتاد» والدین هم‌آهنگی لازم را نداشتند و نقش‌ها در محیط خانوادگی نامشخص بود و این وضعیت بر نحوه‌ی تربیت فرزند تأثیر

منفی داشت. نه تنها والدین از حمایت کامل یک‌دیگر برخوردار نبودند و قدرت را در محیط خانواده در حالت تعادل نگاه نداشته‌بودند، بلکه در نحوه‌ی ارتباط خود با جوان نیز دچار مشکلات فراوان بودند. این یافته نیز، توسط تحقیقات رابستون و پست (۱۹۹۷)، بروک و همکاران (۲۰۰۱)، نجات‌زادگان (۱۳۷۳) و خاکی (۱۳۷۱) تأیید شد.

در هر سیستمی، عدم توافق می‌تواند وجود داشته‌باشد، ولی اگر این وضعیت تداوم یابد، به ناکارآمدی و بد عمل کردن سیستم می‌انجامد (شوارتزمن، ۱۹۸۲). داده‌های مطالعه نشان داد که اختلافات در خانواده‌های دارای «جوان معتاد» بیشتر است و این اختلافات سال‌ها بدون حل ادامه یافته‌است. ریشه‌ی اولیه‌ی این اختلافات، در ارتباط بین پدر و مادر وجود داشته و سپس به فرزندان تعمیم یافته‌است. در خانواده‌های بدون «جوان معتاد» اختلافات با گفت‌وگو و یافتن راه‌حل مناسب حل می‌شود. اختلاف با جوان، با گوش دادن به فرزندان و درک مسائل آن‌ها حل می‌گردد. تحقیقات چندی، درگیری‌های زیاد و اختلافات حل‌نشده را در خانواده‌های دارای «جوان معتاد» گزارش کرده‌اند؛ به این معنی که درگیری کم خانوادگی میزان خطر شروع مصرف مواد را کاهش می‌دهد (داکوف و همکاران، ۲۰۰۱؛ گائو و همکاران، ۲۰۰۲؛ تیموتی و همکاران، ۲۰۰۰؛ والدرون، ۱۹۹۷؛ تفنگچی، ۱۳۵۲؛ صالحی، ۱۳۷۱).

نوع ساختار خانواده‌های بدون «جوان معتاد»، انعطاف‌پذیر یا ساختاری بود. قوانین، با مشارکت هر دو والد، وضع و از دوران کودکی اعمال می‌شد. این قوانین به تدریج درونی می‌شد و در سن جوانی نیاز به اعمال قدرت بیرونی نداشت و برخوردی بین والدین و جوان به وجود نمی‌آمد. در خانواده‌های دارای «جوان معتاد» قوانین، انضباط و کنترل، بسیار ضعیف عمل می‌کرد و حالت نوسانی به خود می‌گرفت و سیستم نظارت و کنترل کافی بر رفتار فرزندان وجود نداشت. اهمیت نظارت مناسب، در مطالعات چندی مورد تأکید قرار گرفته‌است (شاک اسمیت و همکاران، ۱۹۹۷؛ بیتج‌من و همکاران، ۱۹۹۹؛ مکاردل و همکاران،

۲۰۰۰؛ گائو و همکاران، ۲۰۰۲؛ لدوکس و همکاران، ۲۰۰۲؛ کوچو و کلین، ۲۰۰۲؛ فرجاد و همکاران، ۱۳۷۸؛ سپرده، ۱۳۵۷؛ صدری، ۱۳۷۲؛ ساعی، ۱۳۵۷؛ خاکی، ۱۳۷۱؛ نجات‌زادگان، ۱۳۷۳).

خانواده‌های بدون «جوان معتاد»، بر رشد فردی با توجه به توانایی فرد تأکید و آن را تشویق و حمایت می‌نمودند. در ضمن، در مورد پر نمودن اوقات فرزندان در فعالیت‌های فرهنگی و فکری، برنامه‌ریزی مناسبی پیش‌بینی کرده‌بودند. این خانواده‌ها، ارتباط بهتری با محیط (خویشاوندان، دوستان، همسایگان، و مراکز فرهنگی و ورزشی) داشتند. این موضوع، از احساس بطالت جوان کم کرده و جهت‌یابی او را به سوی فعالیت‌های مثبت افزایش می‌دهد و از احساس پوچی و بی‌برنامگی در جوان جلوگیری می‌کند. فرجاد و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود (۱۳۷۴) نشان دادند که راهنمایی جوان به سوی فعالیت‌ها و سرگرمی‌های سالم و سازنده می‌تواند در پیش‌گیری از اعتیاد مؤثر باشد. مک‌اردل و همکاران نیز در تحقیق خود (۲۰۰۰) به این نکته اشاره داشتند که مطالعه و علاقه‌مندی به فعالیت‌های ورزشی در اعضای خانواده و جوان، با مصرف مواد مخدر و رفتارهای بزه‌کارانه رابطه‌ی منفی دارد. اما خانواده‌های دارای «جوان معتاد»، حتی امکانات اوقات فراغت مناسب را نیز در اختیار فرزندان قرار نمی‌دهند (لوکارینی، ۱۳۶۹).

همچنین یافته‌های جنبی این مطالعه، تصویری نسبتاً روشن و ثابت از نحوه‌ی آشنایی جوان با مواد مخدر و چه‌گونگی اولین تجربه ترسیم می‌کند. متأسفانه تقریباً نیمی از معتادان جوان، قبل از اقدام به شروع مصرف مواد، این تجربه را در نزدیکیان خود مشاهده کرده‌اند. در مجالس، این مواد مخدر به عنوان وسیله‌ئی تفریحی مطرح شده‌است. بدین ترتیب، نگرش جوان نسبت به مواد مخدر، نگرشی منفی نبوده و با ایجاد شرایط مناسب از آن استفاده کرده‌است. تعداد کمتری از معتادین جوان نیز به علت کنجکاوی و یا شرایط سخت، مانند دوری از خانه و یا بر اثر سوگ به اعتیاد کشیده‌شده‌اند. این یافته با نتیجه‌ی بررسی آقای دکتر فرجاد و همکاران (۱۳۷۴) متفاوت است. در این مطالعه، ایشان ۵۴ درصد والدین اجتماع را در مورد اعتیاد فرزندان خود

مقصر می‌شماردند؛ اما منصوریان (۱۳۵۹) اهمیت تأثیر اعتیاد در خانواده بر سایر اعضای خانواده را تأیید می‌کند. در ضمن، شه‌میرزادی (۱۳۵۷) اعلام می‌دارد که ۴۳ درصد نمونه، اعتیاد را از خانواده‌ی خود آغاز کرده‌اند. در تحقیق خانم طباطبائی (۱۳۵۴) نیز، ۶۲/۵ درصد معتادان، فردی معتاد در خانواده‌ی خود داشته‌اند. در ضمن، در مطالعه‌ی هوفمن و سربون (۲۰۰۲) و بروک و همکاران (۲۰۰۱)، بر تأثیر اعتیاد والدین بر فرزندان تأکید شده‌است. در زمانی که والدین مواد مخدر مصرف می‌کنند، احتمال بیشتری وجود دارد که فرزندان آنان نیز معتاد گردند. به‌ویژه، زمانی که مصرف والدین در حد کم باشد، این خطر در فرزندان افزایش می‌یابد.

به لحاظ پیش‌گیری، نتایج این تحقیق گویای آن است که با ارزیابی خانواده‌ها و شباهت الگوهای کنش خانوادگی با نیم‌رخ خانواده‌های دارای «جوان معتاد»، می‌توان نقاط آسیب‌پذیر این خانواده‌ها را نشان داد و گامی به سوی پیش‌گیری از اعتیاد جوانان در چنین خانواده‌هایی برداشت. همچنین، به لحاظ درمانی، یافته‌های این تحقیق می‌تواند رهنمودهای شایان توجهی در اختیار درمان‌گران خانواده قرار دهد. خانواده‌ی درمان‌گر با تمرکز بر نقاط آسیب‌شناختی خانواده و تسهیل فرآیند تغییر، و بهینه‌سازی کنش خانوادگی، می‌تواند شرایط را برای بهبود وضعیت «معتاد جوان» آماده سازد و از اعتیاد مجدد وی پیش‌گیری کند.

منابع

- ۱- تنگچی، مصطفی (۱۳۵۲). *بررسی علل بازگشت معتادان به اعتیاد*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد. تهران: آموزشگاه عالی خدمات اجتماعی.
- ۲- نژادکام، حسین (۱۳۷۷). *عبور از منطقه‌ی ۶۰ زیر صفر*. تهران: پرشکوه.
- ۳- خاکی، فاطمه (۱۳۷۱). *خانواده و انحرافات اجتماعی*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی. تهران: دانشکده‌ی علوم اجتماعی و تعاون.
- ۴- ساعی، بهروز (۱۳۵۷). *بررسی علل گرایش معتادان به مواد مخدر*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی. تهران: دانشکده‌ی علوم اجتماعی و تعاون.
- ۵- سپرده، پروانه (۱۳۵۷). *نقش خانواده در اعتیاد جوانان پسر*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد. تهران: دانشکده‌ی علوم اجتماعی و تعاون.
- ۶- شه‌میرزادی، محسن (۱۳۵۷). *عوامل محیطی سوق‌دهنده‌ی افراد به اعتیاد*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد. تهران: آموزشگاه عالی خدمات اجتماعی.
- ۷- صالحی، ایرج (۱۳۷۱). *زنجیره‌های اعتیاد*. تهران: انتشارات آوای نور.
- ۸- صدری، ناهید (۱۳۷۲). *بررسی ساخت خانواده و ویژگی‌های روابط خانوادگی جوانان معتاد*. تهران: واحد تحقیقات صدا و سیما.
- ۹- طباطبائی، مهربانو (۱۳۵۴). *بررسی علل اعتیاد به هروئین*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی. تهران: آموزشگاه عالی خدمات اجتماعی.
- ۱۰- فرجاد، محمدحسین (۱۳۷۴). *اعتیاد به مواد مخدر- درمان*. تهران: بدر.
- ۱۱- قمی، غلامرضا (۱۳۵۷). *بررسی و شناخت عوامل خانوادگی و اقتصادی مؤثر در اعتیاد*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی. تهران: آموزشگاه عالی خدمات اجتماعی.
- ۱۲- لوکارینی، اسپارتکو (۱۳۶۹). *جوانان و اعتیاد*. ترجمه‌ی مهشید بهروزی. تهران.
- ۱۳- منصوریان، خسرو (۱۳۵۹). *تأثیر وجود فرد معتاد در خانواده بر سایر اعضا*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد. تهران: آموزشگاه عالی خدمات اجتماعی.

- ۱۴- مظلومان، رضا (۱۳۵۵). *عوامل اعتیاد و جرم مربوط به مواد مخدر*. تهران: انتشارات امیرکبیر.
- ۱۵- موسوی، اشرف‌سادات (۱۳۸۲). *خانواده‌درمانی کاربردی*. تهران: انتشارات دانشگاه الزهراء.
- ۱۶- نجات‌زادگان، حسین (۱۳۷۳). *سیمای خراسان در تهاجم مواد مخدر*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد. تهران: دانشکده‌ی حقوق و علوم سیاسی.
- 17- Azrin, N. H.; Donohue, B.; Besalel, V. A.; Kogan, E. S.; Acierno, R. (1994). "Youth Drug Abuse Treatment: A Controlled Outcome Study". *Journal of child and Adolescent Substance abuse*. 3: 1-16.
- 18- Beitchman, J. H.; Douglas, L.; Wilson, B.; Johnson, C.; Young, A.; Athinson, L.; Escobar, M.; Tabck, N. (1999). "Adolescent Substance Use Disorders". *Clinical Child Psychology*. 28 (3): 312-21.
- 19- Brook, J. S.; Brook, D. W.; De La Rosa, M.; Whiteman, M.; Johnson, E.; Montoya, I. (2001). "Adolescent Illegal Drug Use: The Impact of Personality, Family and Environmental Factors". *Behavioral Medicine*. 24 (2): 183-203.
- 20- Boyle, M. H.; Sanford, M.; Szatmari, P.; Merikangas, K.; Offord, D. R. (2001). "Familial Influences on Substance Use by Adolescents and Young Adults". *Public Health*. 92 (3): 206-9.
- 21- Dakof, G. A.; Tejada, M.; Liddle, H. A. (2001). "Predictors of Engagement in Adolescent Drug Abuse Treatment". *Am Acad Child Adolescent Psychiatry*. 40 (3): 274-81.
- 22- Farrell, A. D.; White, K. S. (1998). "Peer Influences and Drug Use among Urban Adolescents: Family Structure and Parent-Adolescent Relationship as Protective Factors". *Journal of Consult Clinical Psychology*. 66 (2): 248-58.
- 23- Graven, D. B.; Schaef, R. D. (1978). "Family Life and Levels of Involvement in an Adolescent Heroin Epidemic". *International Journal of Addiction*. 13 (5): 747-71.
- 24- Guo, J.; Hill, K.; Hawkins, D.; Catalano, R.; Abbot, R. (2002). "A Developmental Analysis of Socio-demographic Family, and Peer Effect on Adolescent Illicit Drug Initiation". *Am Acad Child Adolescent Psychiatry*. Vol. 41, No. 7: 838-845.
- 25- Hoffmann, J. P.; Cerbone, F. G. (2002). "Parental Substance Use Disorder and the Risk of Adolescent Drug Abuse: An Event History Analysis". *Drug Alcohol Depend*. 66 (3): 255-64.
- 26- Joanning, H.; Quinn, Q.; Thomas, F.; Mullen, R. (1992). "Treating Adolescent Drug Abuse: A Comparison of Family Systems Therapy, Group Therapy, Drug Education". *Journal of Marital and Family Therapy*. 18: 345-356.

- 27- Jones, E. (1993). *Family system Therapy. Development in the Milan-Systemic Therapies*. Chichester: John Wiley & Sons.
- 28- Kinston, W.; Loader, P. (1984). "Eliciting whole Family Interaction with a Standardised Clinical Interview". *Journal of Family Therapy*. 6: 347-363.
- 29- Kodjo, C. M.; Klein, J. D. (2002). "Prevention and Risk of Adolescent Substance Abuse. The Role of Adolescents, Families, and Communities". *Pediatr Clin Noth Am*. 49 (2): 257-68.
- 30- Koss-Chioino, J. D.; Canive, J. M. (1996). "Cultural Issues in Relational Diagnosis: Hispanic in the United States". In F. W. Kaslow (Ed.), *Handbook of Relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- 31- Ledoux, S.; Miller, P.; Choquet, M.; Plant, M. (2002). "Family Structure, Parent-Child Relationships, and Alcohol and Other Drug Use among Teenagers in France and United Kingdom". *Alcohol*. 37 (1): 52-60.
- 32- McArdle, P.; Wiegersma, A.; Gilvarry, E.; McCarty, S.; Fitzgerald, M.; Kolte, B.; Brinkley, A.; Blom, M.; Stoeckel, I.; Pierolini, A.; Michels, I.; Johnson, R.; Quensel, S. (2000). "International Variations in Youth Drug Use: The Effect of Individual Behaviours, Peer and Family Influences, and Geographical Location". *Eur Addict Res*. 6 (4): 161-2.
- 33- Miller, P. (1997). "Family Structure, Personality, Drinking, Smoking and Illicit Drug Use: A Study of UK Teenagers". *Drug Alcohol Depend*. 14, 45 (1-2): 121-9.
- 34- Moos, R. H.; Moos, B. S. (1986). *Family Environment Scale Manual*. 2nd Ed. Palo Ato, CA: Counselling Psychological Press.
- 35- Mousavi, A. S. (1998). *A Study of Family Functioning, Mental Health, and Acculturation*. (Unpublished); Ph.D. dissertation. England, London: Institute of Psychiatry, University of London.
- 36- Nurco, D. N.; Kinlock, T. W.; O'Grady, K. E.; Hanlon, T. E. (1998). "Differential Contributions of Family and Peer Factors to the Etiology of Narcotic Addiction". *Drug and Alcohol Dependence*. 51: 229-237.
- 37- Nurco, D. N.; Lerner, M. (1996). "Vulnerability to Narcotic Addiction: Family Structure and Functioning". *Journal of Drug Issues*. 26: 1007-1025.
- 38- Olson, D. H.; Portner, J.; Lavee, Y. (1985). *Family Adaptability and Cohesion Scales (Manual FACES III)*. Unpublished Manuscript. University of Minnesota.
- 39- Piko, B. (2000). "Perceived Social Support from Parents and Peers: Which Is the Stronger Predictor of Adolescent Substance Use?" *Subst Use Misuse*. 35 (4): 617-30.
- 40- Robinston, B.; Post, P. (1997). "Risk of Addiction to Work and Family Functioning". *Psychological Report*. Vol. 81 (1): 91-95.

- 41- Shucksmith, J.; Glendinning, A.; Hendry, L. (1997). "Adolescent Drinking Behaviour and the Role of Family life: A Scottish Perspective". *Adolescent*. 20 (1): 85-101.
- 42- Schwartzman, J. (1982). "Normality from a Cross-Cultural Perspective". In F. Walsh (Ed.), *Normal Family Processes*. New York: The Guilford Press.
- 43- Timothy, J., Ozechowski; Liddle, H. A. (2000). "Family-Based Therapy for Adolescent Drug Abuse: Knowns and Unknowns". *Clinical child and Family Psychology Review*. 3, No. 4.
- 44- Vetter, A; Gale, A. (1987). *Ecological of Family Life*. New York: John Willy & Sons.
- 45- Waldron, H. B. (1997). "Adolescent Substance Abuse and Family Therapy Outcome: A Review of Randomized Trials". In T. H. Ollendick; R. J. Prinz (Eds.), *Advances in Clinical Psychology*. New York: Plenum Press. Vol. 19: 99-234.

Archive of SID