

مقایسه سلامت روان و شیوه های فرزند پروری در بین افراد معتاد و غیر معتاد

Mental health and child-rearing styles between candidate adult for addiction withdrawal in comparison with non-addict adults

تاریخ پذیرش: ۸۷/۵/۳

تاریخ دریافت: ۸۵/۸/۲۰

Raiisi F M.Sc, Anisi J M.Sc, Yazdi SM Ph.D,
Zamani M M.Sc, Rashidi S B.Sc

فاطمه رئیسی^{*}، جعفر انیسی^{*}، دکتر سیده منوره
یزدی^{**}، مریم زمانی^{***}، سمیه رشیدی^{****}

Abstract

Introduction: Today's Addiction is a Personal Social and Familial problem. Addiction affects mental health and family status. This paper tries to compare child-rearing quality and mental health status between addict and non-addict adults.

Method: The method of this research were post-facto and sectional styles. In another word in this research two groups (Addicts and non-addicts) were assessed by child-rearing styles in past and mental health status in present time. The population were included of 25 Addict adults and 25 non-addict who were selected by at-reach methods. The used tools were SCL₉₀ for mental health status assessment and family environment questionnaire for child-rearing styles. For analyzing were used from descriptive tests and independent T test.

Results: results show that mental health status between non-addict like psychotism, phobia, aggression, Anxiety, depression, Interpersonal Sensitivity are better than somatization, obsessive-Compulsive and paranoid. But between two groups.

Conclusion: Child-rearing styles like control-freedom haven't meaningful relationship. In other word, In non-addict families, parents treat warmly and affectively and in addict families; parents behave coldly and un-affectively.

Keywords: mental health – adults – Addiction – family – child – rearing styles

چکیده

مقدمه: امروزه مسئله اعتیاد علاوه بر مشکلات فردی، اجتماعی یک مشکل خانوادگی هم می باشد. معضل اعتیاد بر روی بهداشت روانی فرد معتاد و خانواده وی نیز اثر بدی می گذارد. بر این اساس مقاله حاضر می کوشد تا وضعیت کیفیت فرزند پروری و سلامت روانی افراد معتاد را با افراد غیر معتاد مورد مقایسه قرار می دهد.

روش: روش تحقیق حاضر علی مقایسه ای (پس رویدادی) و مقطعی می باشد. به عبارت دیگر در پژوهش حاضر دو گروه افراد معتاد و غیر معتاد از نظر وضعیت فرزند پروری در گذشته و وضعیت سلامت روانی در حال حاضر مورد مقایسه قرار گرفته اند.

تعداد ۲۵ نفر معتاد و ۲۵ نفر از افراد عادی انتخاب شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات عبارت بود از: چک لیست نشانه های روانی SCL₉₀ و از پرسشنامه محیط خانوادگی استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که در مقیاس های سایکوتیک، ترس مرضی، پر خاشگری، اضطراب، افسردگی، حساسیت بین فردی میزان علائم اختلال در افراد معتاد بیش از افراد غیر معتاد بوده است ولی در مقیاس های شکایت جسمانی، وسواس و افکار پارانویا تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشت ($P < 0/05$). از سویی دیگر در شیوه فرزند پروری، کنترل-آزادی بین دو گروه تفاوت معنی داری نبود در حالیکه شیوه فرزند پروری گرمی - سردی در بین دو گروه تفاوت معنی داری را نشان داد ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: هر یک از شیوه های فرزند پروری تأثیرات متفاوتی بر سلامت روانی فرزندان دارد. لازم است والدین از تأثیر هر یک از این الگوهای فرزند پروری بر وضعیت روانی و رفتاری فرزندان آگاهی داشته باشند تا بتوانند از آسیب های اجتماعی از جمله اعتیاد فرزند پیش گیری نمایند.

واژه های کلیدی: سلامت روان، جوانان، اعتیاد، شیوه های فرزند پروری

Corresponding author: Behavioral Sciences Research Center,
Baqiyatallah University of Medical Sciences
E-mail: elhama_Raiisi@yahoo.com

کمه نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا...
* کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا...
** هیئت علمی دانشگاه الزهرا
*** کارشناس ارشد مطالعات زنان
**** کارشناس روانشناسی

مقدمه

عاطفی خانواده [۱۲]، پر رنگ بودن نقش مادر در خانواده [۱۳]. عملکرد ضعیف پدر در خانواده [۱۲]، و معتاد بودن والدین به الکل و کوکائین [۱۱]، با ابتلا به اعتیاد فرزندان رابطه دارد. میزان گرایش به اعتیاد در خانواده هایی که سابقه مصرف مواد دارند، یا پر جمعیت هستند، بیشتر از سایر خانواده هاست [۱۴]. اعضای خانواده بر روی اعتیاد اعضا دیگر اثر می گذارد. [۱۵]. کارکردهای خانواده های معتادین با درون ریزی عاطفی دختران و گرایش آنها به مصرف مواد رابطه دارد [۱۶]. بین گرایش اعتیاد و سابقه مثبت خانوادگی مصرف مواد و سیگار کشیدن رابطه معناداری وجود دارد. [۱۷]. بسیاری از افراد خانواده های معتادین معتقدند که اعتیاد خانواده سبب اعتیاد فرزندان آنها نمی شود [۱۸]. بیشترین علت اعتیاد زنان، نقش خانواده در ایجاد اعتیاد آنان است [۱۹] مهمترین عامل خطر ساز و حمایت کننده از اعتیاد کنترل و همبستگی خانوادگی می باشد [۲۰]. آموزش والدین در دوران کودکی و ایجاد احساس اعتماد و کانون کنترل درونی از ابتلاء به اعتیاد جلوگیری می کند [۲۱]. بین وضعیت خانوادگی، مجرد، متاهل بودن و گرایش به اعتیاد رابطه وجود دارد [۲۴]. پژوهشها نشان داده است که بین مصرف مواد و بهداشت روانی، انواع اختلالات و ناسازگاریها رابطه وجود دارد. از جمله این پژوهشها بیان می کنند که استرس به عنوان یکی از علل گرایش به مصرف مواد مخدر است [۲۳]. سوء استفاده از الکل و حشیش بر روی سازگاری علی الخصوص سازگاری اجتماعی و روانی تاثیر می گذارد [۲۴]. بیشتر معتادین نگرش نا سالمی نسبت به خود دارند [۲۵]. در بین معتادین اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، افسردگی و اضطراب شایعترین اختلالات روانپزشکی است [۲۶]. خصوصیات شخصیتی مرزی و ضد اجتماعی، پارانوئید، اسکیزو تایپال، پرخاشگر- منفعل وابسته، اجتنابی و اسکیزوئیدی در مردان معتاد شیوع دارد [۲۷]. در بین معتادین خیابانی اختلالات دو قطبی و اسکیزوفرنی دیده می شود [۲۸]. افسردگی بیشتر از اختلالات روانی دیگر در بین معتادین رواج دارد [۲۹]. در بین اختلالات خلقی و اضطراب،

اعتیاد (addiction) یک حالت مزمن در اثر تکرار مصرف مواد مخدر است که دارای این مشخصات می باشد. ۱- در اثر مصرف مکرر مواد عادت روحی ایجاد می شود و این عادت فرد را به علت نیاز و تمایل روانی به سوی مصرف مواد مخدر ترغیب می نماید. ۲- مقدار مواد مصرفی مرتباً رو به افزایش می رود. ۳- در اثر قطع دارو نشانگان محرومیت در شخص معتاد ایجاد می شود. ۴- اعتیاد به مواد مخدر برای فرد یا جامعه حالت زیان آوری پیدا می کند [۱].

بر اساس یافته های پژوهشهای بدست آمده بین خانواده و بهداشت روانی حاکم بر آن رابطه وجود دارد، یعنی بین سبکهای فرزند پروری و بهداشت روانی افراد ارتباط می باشد. در صورتیکه والدین مستبد بیش از سایر والدین، اضطراب فرزندان را فراهم می آورند، بعد از این سبک والدین بی اعتنا قرار دارند [۲]. میزان افسردگی و اضطراب دختران خانواده های گسسته بیشتر از پسران می باشد [۳]. هر قدر وابستگی نوجوان به خانواده قوی تر باشد، از شدت عمل خلاف او کاسته می شود [۴]. بین عملکرد خانواده و سلامت روانی نوجوانان رابطه معنا داری وجود دارد [۵]. والدین بی اعتنا و مستبد زمینه افسردگی را برای فرزندان خود فراهم می کنند [۱].

بین شیوه های فرزند پروری و روابط درون خانواده با ابتلاء به اعتیاد رابطه وجود دارد، تحقیقات نشان می دهد که طرد شدگی و فقدان رابطه گرم و عاطفی در بین خانواده های معتادین بسیار بالاست [۶]. روشهای انضباطی والدین با سوء مصرف مواد در فرزندان ارتباط دارد [۷]. والدین نوجوانان معتاد، بیشتر از سبک والدینی استبدادی و طرد گندگی استفاده می کنند [۸]. کاهش تنبیه در خانواده، بکارگیری مهارتهای والدینی و بهبود ارتباطات خانوادگی امکان ابتلاء به اعتیاد را کاهش می دهد [۹]. نقش پدر در خانواده های دارای فرزندان معتاد از نظر روانی و عاطفی بسیار کم رنگ است [۱۰]. کنترل خانوادگی ضعیف [۱۱]، روابط سست

خانواده نقش موثری در سلامت روانی کودکان دارد [۴۳]. بین افت تحصیلی، اضطراب، اختلال در روابط متقابل و ابتلا به اعتیاد رابطه معناداری وجود دارد [۴۵] شخصیت‌های بیمار گونه در بین معتادین عبارت است از ضد اجتماعی بودن، دچار خود شیفته شدن و وابسته بودن، که اغلب در پدران این گروه بیشتر مشهود می باشد [۴۲].

روش

جامعه آماری نمونه مورد بررسی متشکل از جوانان معتاد به مواد مخدر است که به مراکز ترک اعتیاد سازمان بهزیستی شهر تهران مراجعه داشته اند. برای انتخاب نمونه این پژوهش از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شده است. بدین صورت که پژوهشگر تعدادی از افراد را که در سه ماهه اول سال ۱۳۸۳ به این مرکز مراجعه نموده و تحت درمان قرار گرفته بودند (۲۵ نفر) مورد مطالعه قرار داده، و از آنان خواسته شده است تا پرسشنامه‌های مورد استفاده در پژوهش را تکمیل نمایند. جهت انتخاب گروه گواه از جامعه در دسترس نیز استفاده شده است به این صورت که ۲۵ نفر از بین افراد غیر معتاد که از نظر ویژگی‌های دموگرافیک شبیه گروه معتاد بودند، انتخاب شدند و مورد بررسی قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش

برای گردآوری اطلاعات مورد نیاز از دو پرسشنامه استفاده شده است:

الف) پرسشنامه و محیط خانوادگی که در سال ۱۳۵۸ توسط نقاشیان در شیراز و بر مبنای کارهای شیفر (Sheafer) [۴۶] طراحی گردید. پرسشنامه دارای ۷۶ سوال است و ابعاد مختلف کنترل / آزادی و گرمی / سردی روابط خانوادگی والدین را مورد سنجش قرار می دهد. آزمایش شونده باید برای هر سوال یکی از جوابهای خیلی موافقم، موافقم، بی تفاوت، مخالفم و خیلی مخالفم را انتخاب کند. ضریب پایایی این آزمون از طریق روش همسانی درونی (۰/۸۳) و بازآزمایی (۰/۹۳) گزارش شد [۴۷]. در پرسشنامه محیط خانوادگی نمره بالای ۱۳۰ به معنای شیوه های فرزند

افسردگی اساسی و اختلال اضطراب منتشر شایع می باشد [۳۰]، خود پنداره ضعیف و اعتماد به نفس پائین یکی از علل گرایش به اعتیاد است [۳۱]. شخصیت مرزی، خودشیفته و ضد اجتماعی، و وضعیتهای روانی مثل سطح تحمل پائین، ناامیدی، رفتارهای ضد اجتماعی، احساس حقارت، وابستگی و اضطرابهای شدید در بین معتادین رواج دارد [۳۲]. کسانی که در کودکی اختلال کم توجهی و بیش فعالی دارند، در صورت عدم درمان در آینده به مواد مخدر، الکل و سیگار پناه می برند [۳۳]، گرایش به اعتیاد مشکلات اجتماعی و روانشناختی فرد را افزایش می دهد [۳۴]. کشیدن سیگار و مصرف الکل اختلالاتی مثل اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو را وخیم تر می کند [۳۵] استفاده از الکل و حبش، حافظه و توانایی عملکرد افرادی را که دارای اختلالات خلقی یا روانپریشی هستند، پائین می آورد [۳۶]. مصرف مداوم الکل باعث دلشوره، فوبیاهای شدید و حمله هراسی می شود. [۳۷]. افرادی که سوء مصرف تریاک و هروئین دارند سطح هیجان طلبی بالاتری نسبت به افراد عادی دارند [۳۸].

در نتیجه تحقیقات ذکر شده می توان نتیجه گرفت بین شیوه های فرزند پروری، بهداشت روانی و گرایش به اعتیاد روابطی وجود دارد از جمله تحقیقات گذشته نشان می دهند که تربیت والدین بر روی میزان رفتارهای ناسازگارانه مانند ابتلاء به اعتیاد تاثیر دارد [۳۹]. در صورت فقدان پدر و کاذب بودن وجود وی باعث پائین آمدن اعتماد به نفس در پسرها می شود که می تواند از جمله علل خانوادگی اعتیاد باشد [۴۰]. ارتباط معناداری بین استعمال سیگار و سایر مواد در والدین و فرزندان سایکوپات وجود دارد [۴۱]. کودکان پدران دچار اعتیاد، اختلالات رفتاری - هیجانی بیشتری نسبت به کودکان پدران غیر معتاد دارند [۴۲]. تفاوت معنا داری در وضعیت تحصیلی، اختلال در روابط متقابل و میزان اضطراب نوجوانان پدر معتاد دیده شده است [۴۳]. بین اختلالات روانی از جمله افسردگی و ابتلاء به اعتیاد در خانواده های معتاد روابط معناداری وجود دارد [۴۴]. شیوه های فرزند پروری نقش مهمی در کارکرد خانواده و کارکرد

جدول شماره ۱: وضعیت جمعیت شناختی نمونه بررسی

کل		غیر معتاد		معتاد		گروهها	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	وضعیت جمعیت شناختی	
۶۸	۳۴	۳۲	۱۶	۳۶	۱۸	مجرد	وضعیت
۳۲	۱۶	۱۸	۹	۱۴	۷	متاهل	تاهل
۶۰	۳۰	۳۸	۱۹	۲۲	۱۱	زیر ۲۳ سال	سن
۴۰	۲۰	۱۲	۶	۲۸	۱۴	۲۳ سال به بالا	
۳۲	۱۶	۱۲	۶	۲۰	۱۰	زیر دیپلم	وضعیت
۶۸	۳۴	۳۸	۱۹	۳۰	۱۵	دیپلم به بالا	تحصیلات
۴۲	۲۱	۳۲	۱۶	۱۰	۵	شاغل	وضعیت
۵۸	۲۹	۱۸	۹	۴۰	۲۰	بیکار	شغلی

معتاد مورد بررسی ۳۶ درصد مجرد و ۱۴ درصد متاهل هستند. اما از بین غیر معتادین ۳۲ درصد مجرد و ۱۸ درصد متاهل می باشند. ۲۲ درصد معتادین؛ سن کمتر از ۲۳ سال و ۲۸ درصد بالای ۲۳ سال بوده اند. اما ۳۸ درصد غیر معتادین زیر ۲۳ سال و ۱۲ درصد بالای ۲۳ سال بودند. از میان معتادین ۲۰ درصد زیر دیپلم و ۳۰ درصد دیپلم به بالا بوده و از میان غیر معتادین ۱۲ درصد زیر دیپلم و ۳۸ درصد دیپلم و بالای دیپلم بوده اند. همچنین از مجموع ۲۵ نفر معتاد ۱۰ درصد شاغل و ۴۰ درصد بیکار و از بین غیر معتادین ۳۲ درصد شاغل و ۱۸ درصد بیکار بودند (جدول شماره ۱).

مقایسه گروه معتاد با غیر معتاد بر حسب وضعیت روانی با استفاده از آزمون t مستقل نشان داد که افراد معتاد در مقیاسهای سایکوتیک، ترس مرضی، پرخاشگری، اضطراب، افسردگی و حساسیت بین فردی نسبت به افراد غیر معتاد بطور معناداری ($p < 0.001$) علائم بیشتری را نشان داده اند. ولیکن از نظر شکایات جسمانی، وسواس عملی- فکری و افکار پارانویا تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشت ($p > 0.05$). (جدول شماره ۲)

مقایسه گروه معتاد با غیر معتاد بر حسب وضعیت فرزند پروری با استفاده از آزمون T مستقل نشان داد. که بین شیوه فرزند پروری، کنترل - آزادی در بین دو گروه تفاوت معنا داری در سطح $P \leq 0.05$ وجود نداشته است ولی در شیوه فرزند پروری شیوه گرمی - سردی بین دو گروه تفاوت

پروری مناسب است و نمره پایین از ۱۳۰ به معنای شیوه های فرزند پروری نامناسب است.

ب) چک لیست نشانه های روانی (SCL90R) فرم اولیه این پرسشنامه بوسیله دراگوتیس [۴۶]، برای نشان دادن جنبه های روانشناختی بیماران جسمی و روانی طراحی و در سال ۱۹۸۳ تجدید نظر شده است. این فهرست ۹۰ سوال ۵ درجه ای دارد. چک لیست مذکور دارای نه بعد است. ابعاد نه گانه این آزمون عبارت است از شکایات جسمانی، وسواسی جبری، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روانپریشی. در SCL90 میانگین بالاتر از یک به معنای وجود علائم و نشانه اختلالات روانی است.

ضرایب پایانی همه ابعاد آزمون با استفاده از روش بازآزمایی بین (۰/۷۸) تا (۰/۹۰) گزارش شده است [۴۸]. در داخل کشور با روش دو نیمه سازی پایایی آزمون برای ابعاد مختلف بین (۰/۶۴) تا (۰/۸۹) و با روش آلفای کرونباخ بین (۰/۵۷) تا (۰/۸۵) گزارش شده است [۴۸]. ضرایب روانی همزمان ابعاد نه گانه این آزمون از طریق مقایسه با آزمون (MMPI) محاسبه شده و همگرایی ابعاد را بین (۰/۳۶) تا (۰/۷۴) گزارش کرده است. داده ها از طریق نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و در آن از روش آزمون T مستقل استفاده شد.

جدول شماره یک نشان دهنده وضعیت جمعیت شناختی نمونه مورد بررسی است. جدول زیر نشان می دهد از مجموع ۲۵

معنا داری دارد، ولی از نظر شکایت جسمانی، وسواس عملی - فکری وافکار پارانویا تفاوت معنا داری نداشته اند. به عبارت دیگر وضعیت روانی افراد غیر معتاد از جنبه های فوق نسبت به گروه معتاد بهتر است. نتایج به دست آمده با نتایج پژوهش های ناظر ۱۳۸۰. پرویزی فرد، ۱۳۸۰. وردوکس، ۱۹۹۶. جرشون گراند، ۲۰۰۷. لیراد، ۲۰۰۲. کوری، ۲۰۰۷. و اندرسون، ۲۰۰۳ همخوانی دارد.

معناداری در سطح $(P < 0/01)$ دیده می شود. $(P < 0/0001)$ (جدول شماره ۳).

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که وضعیت روانی افراد غیرمعتاد از نظر سایکوتیک، ترس مرضی، پرخاشگری، اضطراب، افسردگی، حساسیت بین فردی نسبت به گروه معتاد تفاوت

جدول شماره ۲: مقایسه گروه معتاد با غیر معتاد بر حسب وضعیت روانی

نوع علائم اختلال	گروهها	میانگین M	انحراف معیار SD	df	ارزش T	سطح معنا داری P
سایکوتیک	معتاد	۱/۱۲	۰/۴۲	۴۵	۲/۸۴	۰/۰۰۷*
	غیر معتاد	۰/۷۴	۰/۴۹			
پارانویا	معتاد	۱/۵۰	۰/۵۰	۴۵	۱/۰۵	-/۳۰
	غیر معتاد	۱/۳۰	۰/۸۵			
ترس مرضی	معتاد	۰/۸۹	۰/۶۸	۴۵	۳/۳۱۱	۰/۰۰۲*
	غیر معتاد	۰/۳۴	۰/۴۲			
پرخاشگری	معتاد	۱/۷۰	۰/۶۳	۴۵	۳/۴۵	۰/۰۰۱*
	غیر معتاد	۱/۰۳	۰/۶۹			
اضطراب	معتاد	۱/۴۵	۰/۵۵	۴۵	۳/۴۹	۰/۰۰۱*
	غیر معتاد	۰/۸۵	۰/۶۴			
افسردگی	معتاد	۱/۵۱	۰/۴۲	۴۵	۲/۶۸	۰/۰۱*
	غیر معتاد	۱	۰/۸۴			
حساسیت بین فردی	معتاد	۱/۴۰	۰/۴۳	۴۵	۵/۴۲	۰/۰۰۰۱*
	غیر معتاد	۰/۷۱	۰/۴۵			
وسواس فکری عملی	معتاد	۱/۴۲	۰/۵۵	۴۵	۰/۹۳۷	۰/۳۵۴ -
	غیر معتاد	۱/۲۲	۰/۸۸			
شکایت جسمانی	معتاد	۱/۱۴	۰/۵۷	۴۵	۰/۸۵۴	۰/۳۹۸ -
	غیر معتاد	۱/۳۰	۰/۷۳			

- = معنادار نیست، * معنادار در سطح ۰/۰۵، ** معنادار در سطح ۰/۰۱

جدول شماره ۳: مقایسه گروه معتاد با غیرمعتاد بر حسب وضعیت فرزند پروری

ابعاد فرزند پروری	گروهها	میانگین M	انحراف معیار SD	df	ارزش T	سطح معنا داری P
آزادی - کنترل	معتاد	۱۳۰/۳	۱۶/۰۰۲	۴۷	۰/۶۲۶	۰/۵۳۴
	غیر معتاد	۱۲۷/۸۰	۱۱/۸۴			
گرمی - سردی	معتاد	۱۰۲/۴	۲۶/۹۴	۴۷	-۵/۳۸۱	۰/۰۰۰۱*
	غیر معتاد	۱۳۶/۱	۱۵/۰۰۵			

- = معنادار نیست، ** = معنادار در سطح ۰/۰۱، * = معنادار در سطح ۰/۰۵

می شود عزت نفس خود را به شدت از دست می دهد و دچار هراسهای گوناگون می شود که یکی از راههای بازگشت اعتماد به نفس در بین نوجوانان پناه بردن به مواد مخدر است که نوعی اعتماد به نفس کاذب ایجاد می کند. به عبارت دیگر رابطه گرم بین اعضای خانواده خصوصاً با فرزندان امکان جذب آنها را به خانواده بیشتر کرده و کمتر احتمال دارد که از خانه و خانواده فراری باشند و به گروه دوستان یا گروه‌های ناپه‌نجان پناه بیاورند. بر این اساس می توان گفت رابطه سرد همراه با طرد و یا حتی توهین و خشونت با فرزندان باعث بی‌زاری از خانواده می‌شود و آنها ممکن است به انواع رفتارهای مخرب و بزهکاریها از جمله اعتیاد پناه بیاورند.

معتادانی که در خانواده های سرد و بی روح پرورش پیدا کرده اند افسردگی، اضطراب، فوبیا و حساسیت بین فردی بیشتری از خانواده هایی که روابط گرم و صمیمی دارند از خود نشان می دهند زیرا والدین با روابط سرد اغلب افسردگی، اضطراب، ترسهای مرضی و روابط بین فردی مختل شده ای با دیگران دارند و بر اساس الگو سازی و سرمشق گیری در والدین، این ویژگیها در فرزندانشان نیز رشد می کند.

منابع

- ۱- شاملو سعید، «آسیب شناسی روانی، چاپ چهارم، تهران، رشد، ۱۳۷۶.
- 2-Rohner Ronald, "Introduction to parental acceptance rejection theory", publication manual of the American psychological Association.(2001) Fifth Edition.
- ۳- کاهنی سیما، حسن آبادی محسن، سعادت جو علیرضا، «بررسی اضطراب، افسردگی، پرخاشگری و بزهکاری نوجوانان ۱۹-۱۲ ساله در خانواده های گسسته و پیوسته» اسرار، زمستان ۱۳۷۹؛ ۴(۴):۲۲-۲۸.
- ۴- مشکاتی محمد رضا، مشکاتی زهرالسادات، «سنجش تاثیر عوامل درونی و بیرونی خانواده بر بزهکاری نوجوانان» مجله جامعه شناسی ایران، تابستان ۱۳۸۱؛ ۴(۳-۲۵).
- ۵- حسینیان سیمین، زهرایی شقایق، خدابخشی کولایی آناهیتا،

می توانیم نتیجه بگیریم که سلامت روانی افراد معتاد با سلامت روانی افراد غیر معتاد تفاوت دارد. هنگامی که دارو به بدن فرد معتاد نمی رسد یا به اصطلاح فرد معتاد دچار محرومیت می شود، علاوه بر نشانه های جسمانی، علائم عدم تعادل روانی از خود نشان می دهد. شاید ویژگی بارز این حالت پرخاشگری، تکانشگری و روابط بین فردی مختل او باشد. اضطراب و افسردگی نیز جزء پیامدهای اصلی شناخته شده اعتیاد یا وابستگی دارویی هستند و خود زنجیره ای از اختلالات دیگر را بوجود می آورند. با توجه به این مطلب می توان گفت که اصولاً وابستگی روانی مقدم بر تاثیر اعتیاد بر جسم است.

علاوه بر این به نظر می رسد یکی از عوامل عمده ای که سبب گرایش افراد به اعتیاد می شود مسئله استرس، فرار از استرس و پناه بردن به دامن اعتیاد می باشد. بطوریکه استرس و اضطراب می تواند عاملی برای گرایش افراد به سمت اعتیاد شود، بنابراین استرس و اضطراب زیاد تعادل روانی فرد را به هم میزند و باعث بروز انواع اختلالات روانی می شود. پس احتمال اینکه افراد معتاد از نظر روانی از وضعیت بدتری برخوردار باشند به علت وجود استرس ها و اضطراب های زیاد در زندگی آنها بیشتر است.

نتیجه دیگر این مطالعه نشان می دهد که وضعیت فرزند پروری افراد غیر معتاد از نظر سردی و گرمی با وضعیت گروه معتاد تفاوت معنا داری دارد، اما از نظر وضعیت کنترل - آزادی تفاوت معنا داری بین گروه معتاد با گروه غیر معتاد ندارد. به عبارت دیگر افراد غیر معتاد از گرمی و رابطه عاطفی بهتری برخوردار هستند و در خانواده های معتاد سردی عاطفی ملاحظه می شود. نتایج به دست آمده با نتایج پژوهش های مشکاتی ۱۳۸۱. حسینیان ۱۳۸۴. املکام ۱۹۹۸. تهرانی ۱۳۸۲. و اعظمی ۱۳۸۴ همخوانی دارد. بر این اساس می توان گفت که خشونت همراه با سردی روابط در خانواده های بخصوص آسیب دیده یک مسئله جدی و مستمر است و انضباطهای خشن و ناپایدار یکی از عوامل موثر در بزهکاری جوانان است. تنبیه های سخت بدنی هم عوارض افت روانی ایجاد می کند و کودکی که تنبیه بدنی

- ۱۶- بهفر زهرا، آقا محمدیان حمید رضا، مهram بهروز، «کارکرد خانواده و دختران نوجوان مبتلا به اختلالات درون ریزی در مقایسه با گروه بهنجار» تازه های علوم شناختی، تابستان ۱۳۸۵؛ ۸ (۲) (مسلسل ۳۰): ۳۰-۲۱
- ۱۷- اعظمی، احد، محمدی محمد علی، معصومی رحیم «میزان گرایش به استفاده از مواد مخدر در گروه سنی بالاتر از ده سال استان اردبیل، ۱۳۸۱، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل، بهار ۱۳۸۴؛ ۵ (۱) (پیاپی ۱۵): ۱۶-۲۱
- ۱۸- رحیمی موقر آفرین، سهیمی ایزدیان الهه، راد گودرزی رضا، محمدی محمد رضا، «نگرش وابستگی به مواد افیونی و خانواده های آنان در مورد تاثیر اعتیاد بر صدمات ناشی از زلزله بم»، تازه های علوم شناختی پائیز ۱۳۸۲، ۵ (۳): ۴۰-۴۶
- ۱۹- جمشیدی منش منصوره، سلیمانی فر پروین، حسینی فاطمه، «ویژگیهای فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی زنان معتاد زندانی»، فصلنامه پرستاری ایران، زمستان ۱۳۸۳؛ ۱۷ (۴۰): ۴۷-۵۴
- ۲۰- صدیق سروسنایی رحمت الله، «بررسی عوامل خطر ساز در آلودگی نوجوانان و جوانان ایرانی به سوء مصرف مواد»، نامه علوم اجتماعی، بهمن ۱۳۸۲؛ ۱۱ (۲) (پیاپی ۲۲): ۱۰۱، ۱۱۸
- ۲۱- یار محمدی مسعود، جزایری علیرضا رفیعی امیر حسین، جوبکار، بهرام پور، شهباز عباس، «بررسی متغیرهای خانوادگی و فردی در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد»، توانبخشی بهار ۱۳۸۴، ۶ (۱) (مسلسل ۲۰): ۳۱-۳۶
- ۲۲- سر گلزایی محمد رضا، بلالی مهدی، آزاد رضا، اردکانی محمد رضا، ثمری، علی اکبر، «مطالعه فراوانی سوء مصرف مواد مخدر و ارتباط آن با وضعیت فردی و خانوادگی دانشجویان پزشکی مشهد»، رفاه اجتماعی پائیز، ۱۳۸۲، ۳ (۹): ۲۸۳-۲۹۴
- ۲۳- کیان پور محسن، «مقایسه شیوه های مقابله با استرس در معتادان به مواد افیونی، افراد غیر معتاد»، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، پائیز، ۱۳۸۱، ۱۰ (۳): ۱۳-۱۸
- 24-Liraud F, Verdoux H. (Clinical and prognostic characteristics associated with addictive comorbidity in hospitalized psychiatric patients). *Encephale*. 2000; May - June, 26 (3): 16-23.
- «مقایسه و ارتباط عملکرد خانواده و سلامت روانی نوجوانان فراری از خانه با نوجوانان عادی»، پژوهشهای مشاوره، زمستان ۱۳۸۴؛ ۴ (۱۶): ۲۵.
- Emmelkamp PM, Heeres H. "Drug addiction and parental rearing style: a Controlled Study", *Int J Addict*. 1988 Feb, 23(2):207-16.
- ۷- گودرزی محمد علی، زرتقاش مریم، زرتقاش مینا، «برداشت افراد سوء مصرف کننده مواد از الگوهای انضباطی والدین»، اندیشه و رفتار، زمستان ۱۳۸۳، ۱۰ (پیاپی ۳۹) ویژه نامه اعتیاد: 241-249.
- ۸- هواسی ناهید، «بررسی و مقایسه شیوه های فرزند پروری خانواده های دارای نوجوانان معتاد و غیر معتاد»، تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء (س) (۱۳۸۰).
- ۹- طهرانی عاتکه «پیشگیری اولیه از اعتیاد مبتنی بر خانواده»، رفاه اجتماعی، تابستان ۱۳۸۲؛ ۸ (۲): ۲۶۵-۲۹۰.
- ۱۰- موسوی اشرف السادات: «بررسی کیفی / کمی عملکرد خانواده معتادان جوان». مطالعات زنان، زمستان ۱۳۸۲؛ ۳ (۳): ۵۹-۸۸.
- 11- Pinnheiro RT, Pinheiro KA/Magalhase PV, Horta, BL, Dasilva RA, Sousa PL, Fleming M, "Cocaine addiction and family dysfunction: a case control study in southern Brazil: Substance misuse" 2006;41(3):307-16.
- 12-Jerdzejckak M, Blaszczyk J. "attitudes of soldiers taking drugstore Military service. Training and discipline." *Mil Med*. Aug, 2005; 170 (8):691-5.
- ۱۳- میثمی علی پاشا، فرامرزی بیژن، هلاکوئی نائینی، کورش «معتادان در خصوص اعتیاد چگونه می اندیشند؟»، جمله دانشکده پزشکی، مرداد ۱۳۸۵؛ ۶۴ (۵): (۴۳-۳۴).
- ۱۴- ستاری بهزاد، اعظم احد، محمدی محمد علی، «بررسی میزان گرایش به اعتیاد در سنین بالای ده سال در سال ۱۳۸۱ (استان اردبیل»، رفاه اجتماعی، پائیز و ۸۲؛ ۳ (۹): ۲۶۳-۲۸۲.
- ۱۵- فروع الدین، عدل اکبر، صدر السادات سید جلال الدین، بیگلریان اکبر، جوادی یگانه محمد رضا، «تاثیر همنشینی و معاشرت با گروه هنجار شکن و گرایش جوانان به اعتیاد»، رفاه اجتماعی زمستان ۱۳۸۳؛ ۴ (۱۵): ۳۱۹-۳۳۴

- اکبر، رفیعی سعید، «الگوی مقابله با استرس در معتادین خود معرف: مرکز اعتیاد اصفهان»، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، پائیز و زمستان ۱۳۷۹، ۶ (۳-۲) (پیاپی ۲۲-۲۳): ۶۳-۶۹.
- 35- Gershon Grand RB , Hwang s, Han J, George T, Brody Al. "short – term naturalistic treatment outcomes in cigarette smokes with substance abuse and / or mental illness" . J clin psychiatry, 2007 Jun; 68 (6): 892-8, quiz 980-1.
- 36- Liraud F, ver doux H. ((effective of comorbid substance use on neuro psychological performance in subjects with psychotic or mood disorders)) Encephale. 2002 Mar- Apr, 28 (2) : 160-8.
- 37- Cosci F. schruers KP, Abrams K, Greiz EJ. ((Alcohol use disorders and panic disorder: a review of the evidence of a direct relationship)) J clin psychiatry – 2007 Jun, 68 (6): 874-80.
- ۳۸- رحمانیان مهدیه، حسنی جعفر، «مقایسه هیجان طلبی در افراد سوء مصرف کننده مواد افراد بهنجار»، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار)، پائیز ۱۳۸۴، ۱۱ (۳ پیاپی ۴۲): ۳۳۵-۳۴۱.
- 39-Andersson P , Eisemann M. "parental rearing and individual vulnerability to drug addiction: a Control study in a Swedish Sample" Nord J psychiatry 2003 ؛ 57 (2): 147-56.
- ۴۰-بشارت محمد علی، میر زمانی سید محمود، پورحسین رضا، «نقش متغیرهای خانوادگی در پدیدآیی اختلال کاربرد نا به جای مواد.» اندیشه و رفتار، زمستان ۱۳۸۰، 7 (3 پیاپی 27): 46-52.
- ۴۱- موسوی سید غفور، روح افزا حمید رضا، صادقی معصومه، «ارتباط استعمال سیگار و سایر مواد مخدر در دانش آموزان و دانشجویان با والدین آنها»، پژوهش در علوم پزشکی، مرداد و شهریور ۱۳۸۲؛ ۸ (۳): 57.
- ۴۲- کوهی لیلا، «بررسی مقایسه ای وضعیت روانشناختی کودکان دارای پدر معتاد و کودکان با پدر غیر معتاد» رفاه اجتماعی، پائیز ۱۳۸۲؛ ۲۵-۳۸: (۳ پیاپی): ۴۵-۳۸.
- ۲۵- طوفانی حمید، جوان بخت مریم، «مقایسه شیوه های مقابله ای و نگرشهای ناسالم در معتادان مواد مخدر با گروه شاهد غیر معتاد»، اسرار (دانشکده علوم پزشکی سبزوار) بهار ۱۳۸۰، ۷ (۳ پیاپی): ۳۸-۴۵.
- ۲۶- ناظر محمد، خالقی، عزت اله، صیادی اناری احمد رضا، «شیوع اختلالهای روانپزشکی در وابستگی به مواد افیونی»، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، زمستان ۱۳۸۰، ۷ (۳ پیاپی ۲۷): ۳۸-۴۵.
- ۲۷- جزایری علیرضا، هژیر فرهاد، شهباز عباس، رضایی منصور، «رابطه اختلالات شخصیت ضد اجتماعی و مرزی با اعتیاد به مواد مخدر در مردان ۱۸ تا ۳۵ ساله کرمانشاهی»، حکیم، بهار، ۱۳۸۳، ۷ (۱): ۴۹-۵۴.
- 28-Verdoux H, Mury M, Besancon G, Bourgeois M-(Comparative Study of substance Comobidity in bipolar , schizophrenic and schizoaffective disorders, Encephale). 1996 Mar – Apr ; 22 (2): 95 – 101.
- ۲۹- نقه الاسلام اهره، رضایی امیدوار، عقیقی کبری، «تاثیر درمان شناختی رفتاری در کاهش میزان افسردگی مبتلایان به سوء مصرف مواد»، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اردبیل، تابستان ۱۳۸۲، ۲ (۴ پیاپی ۸): ۳۳-۳۸.
- ۳۰- پرویزی فرد علی اکبر، بیرشک بهروز، عاطف وحید محمد کاظم، شاکری جلال، «بررسی همبودی اختلالهای خلقی و اضطرابی در معتادان جویای درمان و افراد بهنجار» مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، تابستان و پائیز ۱۳۸۰، ۷ (۲-۱) (پیاپی -۲۶-۲۵): ۴۵-۵۴.
- ۳۱- فروغ الدین علی اکبر؛ صدر السادات سید جلال الدین، «بررسی رابطه بین خودپنداره و گرایش به اعتیاد در جوانان»، طب و تزکیه پائیز ۱۳۸۱، ۷ (۴۶): ۶۶-۷۴.
- ۳۲- نویدیان علی، دواچی اقدس، بشر دوست نصراله، «بررسی خصوصیات شخصیتی معتادان به مواد مخدر در مرکز بازپروری زاهدان»، حکیم، بهار ۱۳۸۱، ۵ (۱): ۱۷-۲۲.
- ۳۳- صرامی پوریا، قماشچی فردوس، «بررسی ارتباط در اختلال کم توجهی و بیش فعالی وسایل قانونی و اجتماعی»، طب و تزکیه تابستان ۱۳۸۲، ۷ (۴۹): ۴۵-۵۵.
- ۳۴- سموعی راحله، ابراهیمی امراله، موسوی سید غفور، حسن زاده

46. Sheaffer, E,S "Dimensions of mother- infant introduction: measurement, stability and predeactive Validity, 1989, infant's behavior and development.

۴۷- یعقوب خانی غیاثوند مرضیه، «رابطه محیط خانواده و پیشرفت تحصیلی» پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه شیراز، ۱۳۷۲.

۴۸- موسوی نژاد علی، «بررسی عوامل موثر روانی بر گرایش پسران نوجوان و جوان به مواد مخدر در زندانهای اصفهان» پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان، ۱۳۷۸.

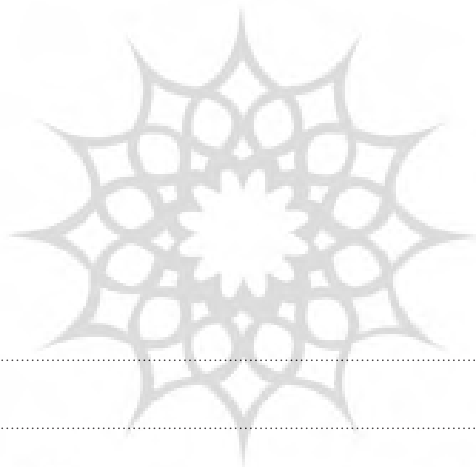
۳ (۹) : 305-295

۴۳- دالوندی اصغر، صدر السادات سید جلال، «پژوهشی پیرامون مشکلات روانی - اجتماعی نوجوانان پدر معتاد»، توانبخشی بهار و تابستان ۱۳۸۰، ۲ (۲-۱) (مسلسل ۵-۴): ۲۶-۳۴

۴۴- صولتی دهکردی سید کمال، عابدین زاده محمد رضا، نیک فرجام مسعود، دریس فاطمه، «بررسی رابطه بین سوء مصرف و وابستگی به مواد مخدر با اختلالهای روانی اعضای خانواده»، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، تابستان ۱۳۸۳؛ ۶ (۲) : ۱-۸

۴۵- صدرالسادات سید جلال الدین، شمس اسفند آباد حسن، امامی پور سوزان، «مقایسه شیوه های فرزند پروری و کارکرد خانواده در خانواده های بد سرپرست، دارای اختلالات رفتاری و عادی»، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، تابستان ۱۳۸۴؛ ۷ (۲) : ۴۳-۴۸





یادداشت:

پروژه نگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی