

تجارب و چالش‌های کودکان دارای پدر مصرف‌کننده مواد (یک مطالعه پدیدارشناسی)

منصور فتحی*، مریم خاک رنگین**

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۲/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۹/۵

چکیده

یکی از ارزش‌های اساسی حرفه مددکاری اجتماعی، عدالت اجتماعی و توجه ویژه به افراد و اقشار آسیب‌پذیر و به‌خصوص کودکان در شرایط دشوار است. این مقاله به بررسی تجارب و تنش‌های ناشی از زندگی با پدر مصرف‌کننده مواد، به منظور کاهش مشکلات این کودکان پرداخته است. روش پژوهش حاضر، پدیدارشناسی بوده و برای تحلیل اطلاعات و مصاحبه‌ها از تحلیل تماتیک بهره گرفته شد. بر اساس روش نمونه‌گیری هدفمند و نیز معیار اشباع نظری، ۲۸ کودک دارای پدر مصرف‌کننده مواد، در بحث‌های گروهی متمرکز و مصاحبه‌های عمیق انفرادی شرکت نمودند. با تحلیل اطلاعات به دست آمده از مصاحبه‌ها، هفت مقوله اصلی در خصوص مشکلات کودکان به دست آمد که شامل؛ نگرش منفی به خود، آزار و اذیت توسط اعضای خانواده و دیگران، طرد و انزوا، بی‌برنامگی و روزمرگی، پذیرش قهرمان نگون‌بخت، درام هرج‌ومرج در خانواده و اختلال حمایت والدین می‌باشد. یافته‌ها نشان می‌دهد که کیفیت روابط کودکان و والدین و همچنین اعضای خانواده رضایت‌بخش نیست. خشونت خانگی یکی از مشکلات شایع این نوع خانواده‌ها محسوب می‌شود و کودکان از عوامل محافظتی تاب‌آوری محروم هستند.

واژه‌های کلیدی: پدر مصرف‌کننده مواد، چالش‌های کودکان، تاب‌آوری، روش کیفی و

اختلال حمایت

* استادیار گروه مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی. (نویسنده مسئول). fathi.mansour@gmail.com

** دکتری مددکاری اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. mary.rangin@gmail.com

بیان مسئله

وابستگی و سوء مصرف مواد یکی از بزرگ‌ترین معضلات و آسیب‌های روانی و اجتماعی جوامع معاصر و یکی از چالش‌های بزرگ قرن بیست و یکم است. کمتر جامعه‌ای را می‌توان یافت که از وابستگی به مواد و الکل رها باشد و آن را در صدر مشکلات خود قرار ندهد. کشور ایران نیز از این معضل روانی و اجتماعی در امان نیست. بر اساس آمار ستاد مبارزه با مواد مخدر، آمار وابستگان و سوء مصرف‌کنندگان مواد در ایران ۱,۵ میلیون نفر است (رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۹۲). با قبول این آمار و فرض بعد خانوار چهار نفر برای مصرف‌کنندگان مواد و احتساب بستگان نزدیک آن‌ها، جمعیت بزرگی از کشور درگیر مشکلات وابستگی به مواد و پیامدهای آن هستند.

خانواده‌ها، قربانیان پنهان مصرف مواد هستند. آنان از استرس فراوان، افسردگی، اضطراب عمیق و خستگی مزمن که از نگرانی و ناکامی سرچشمه می‌گیرد، رنج می‌برند (Barnard et al., 2007). به علت ماهیت مزمن اعتیاد، زندگی در کنار یک فرد مصرف‌کننده، بسیار اضطراب‌آور است. این وابستگی به مواد از آن‌ها افرادی غیرقابل اعتماد و پرخاشگر می‌سازد، در واقع این افراد ثبات خلقی و رفتاری ندارند و اعضای خانواده نمی‌دانند با وی چگونه رفتار کرده و کنار بیایند؛ به همین دلیل علاوه بر آنکه از لحاظ ارتباطی و سبک زندگی دچار مشکل می‌شوند، اغلب اوقات در حالت اضطراب و سردرگمی زندگی می‌کنند و به لحاظ عاطفی و بیان درست احساسات دچار مشکلات فراوانی هستند (Benishek et al., 2011 & Luk et al., 2010). به مرور زمان سیستم خانواده دچار تغییرات بنیادی شده و مرزها از هم گسیخته می‌شود؛ اعضای خانواده به تدریج در کنار فرد مصرف‌کننده، بیمار شده و اشکال مختلف هم وابستگی پدید می‌آید. افراد هم وابسته برای بقاء چارچوب خانواده دست به رفتارهای انطباقی زده و شروع به میدان دهی می‌کنند و در نتیجه تمام ابعاد کارکرد خانواده دچار مشکل می‌شود.

مصرف مواد و پیامدهای هیجانی و رفتاری آن می‌تواند ایفای نقش‌های والدینی را متأثر سازد؛ ارتباطات منفی و تعاملات تعارض‌آمیز بین والدین به رابطه کودکان و والدین و عملکرد کودکان سرایت می‌کند. در سیستم‌های خانوادگی که در آن والدین درگیر مصرف مواد هستند ارتباطات منفی، بحرانی و آزارسان، توأم با تردید، قضاوت، شکایت و احساس گناه نه تنها روابط والدین را تحت تأثیر قرار می‌دهد بلکه روابط والدین و کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و کودکان ممکن است دچار اختلالات شناختی شوند و احساس دلهره، تردید، سردرگمی، خشم و خرد شدن حس امنیت را تجربه کنند (Haight et al., 2009). این خانواده‌ها اغلب با ویژگی‌هایی چون سطح بالای نارضایتی، اضطراب و عدم ثبات و شیوع بالای خشونت کلامی مشخص می‌شوند. کودکان در معرض تعارض والدینی دچار اضطراب و ترس زیادی می‌شوند. این تأثیرات منفی بر کودکان، می‌تواند مانع اعتماد آن‌ها به خانواده شود و احتمال قلدری، پرخاشگری، خشونت، رفتار بزهکارانه و افزودن استرس بر سیستم خانواده را افزایش دهد (Moretti et al., 2006). مطالعات نشان می‌دهد که در میان خانواده‌های درگیر مصرف مواد، هر دو عامل ضعف والدینی و تعارض والدینی ممکن است پیامدهای یکسانی بر کودک داشته باشد (Kelley et al., 2010). بنابراین توجه همزمان به ارتباط بین والدین و تعاملات والد و کودک در مداخلات مربوط به سیستم خانواده با والدین درگیر مواد باید لحاظ شود. انکار و پنهان‌کاری یکی از اصول اساسی در بسیاری از خانواده‌های دارای مشکل اعتیاد می‌باشد که سبب می‌شود کودکان نتوانند به راحتی درباره تجربیات و احساسات خود صحبت نمایند. همچنین مطالعات متعددی رابطه بین مصرف مواد و خشونت علیه کودکان و همسران را نشان می‌دهد (Donohue et al., 2006; Gruber & Taylor, 2006 & Freisthler et al., 2017). با استناد به تئوری دلبستگی نتیجه تجربه خشونت خانگی برای کودکان می‌تواند کاهش حس اعتماد، خشونت بالا و خشم و ترس باشد و ممکن است کودکان خشم و پرخاشگری را به عنوان راه انطباق برای کنار آمدن با استرس‌های

موجود در روابط خود انتخاب کنند (Haight et al., 2009). به بیانی دیگر کودکان در خانواده‌های مصرف‌کننده مواد دچار آسیب چندگانه هستند چراکه علاوه بر تحمل همزمان مشاهده آزار والدین و رنج کودک آزاری، با ابراز خشم و پرخاشگری به عنوان مکانیزم انطباقی، مجبور به تحمل بازخوردهای منفی محیط‌های اجتماعی نیز می‌شوند.

تحقیقات نشان می‌دهد که کودکان دارای والدین مصرف‌کننده، اغلب با مشکلات عاطفی، رفتاری، جسمی، شناختی، تحصیلی و اجتماعی مواجه می‌باشند (Anda et al., 2006 & Peleg-Oren & Teichman, 2006). این کودکان نه تنها با مشکلات رفتاری مانند بیش‌فعالی، نقص توجه، اختلال سلوک و مشکلات تحصیلی مواجه هستند، بلکه در مواقعی که سپر بلای سایر همسالان می‌شوند مشکلاتی برای سایر دانش‌آموزان و معلمان ایجاد می‌کنند. این کودکان نه تنها حمایت‌های پایه را در خانه دریافت نمی‌کنند بلکه از طرف دوستان و پرسنل مدرسه نیز مورد حمایت قرار نمی‌گیرند تا بخشی از تجارب دردناک زندگی با والدین الکلی التیام یابد. سایر کودکان و عموماً دختران ممکن است رفتارهای درون‌گرایانه از جمله کناره‌گیری اجتماعی، اعتماد به نفس پایین و احساس تنهایی را تجربه کنند که این رفتارها و احساسات می‌تواند این کودکان را مستعد افسردگی، اقدام به خودکشی و اعتیاد نماید که در دوران نوجوانی قابل توجه است (Ashenberg Straussner & Fewell, 2011).

کودکان در مقابل فقر، اعتیاد و نابرابری بسیار آسیب‌پذیرتر از سایر افراد و گروه‌های جامعه می‌باشند. مددکاران اجتماعی با بهره‌گیری از رویکرد بوم‌شناختی، معتقدند محیط، نقش مهمی در گسترش و حفظ مشکلات خانواده‌ها دارد و هنگامی که خانواده برای مقابله با استرس‌ها و مسائل منابع کافی در اختیار داشته باشد، کارکرد همه اعضای آن نیز مناسب خواهد بود. بنابراین بررسی مسائل و مشکلات کودکان دارای والدین مصرف‌کننده مواد و ارائه راهکارهای حمایتی یکی از رسالت‌های اصلی این حرفه است.

با توجه به آسیب‌پذیر بودن کودکان و نیاز آن‌ها به حمایت، مراقبت و تربیت والدین برای دستیابی به رشد بهینه و تأمین معاش و ادامه حیات، خطرات ناشی از مصرف مواد توسط والدین برای ایشان بیش از هر عضو دیگری از خانواده است. باوجود اثرات مخرب و طولانی مدت مصرف مواد توسط والدین بر کودکان، پژوهش‌های انجام‌شده در ایران در زمینه ارزیابی عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی کودکان خانواده‌های درگیر مصرف مواد، اندک و توجه جدی به مسائل و مشکلات این گروه در معرض آسیب صورت نگرفته است. آن چه در درجه اول به منظور حمایت از کودکان والدین مصرف‌کننده مواد حائز اهمیت است، شناخت اثرات مصرف مواد بر رشد روانی اجتماعی - کودکان و مشکلات آن‌ها می‌باشد. این شناخت در چارچوب بندی خدمات حمایتی، پیشگیری از مصرف مواد، خدمات بهداشت روان و سایر اشکال مداخلات از اهمیت بسزایی برخوردار است. این پژوهش به دنبال فهم عمیق از نیازها، مسائل و مشکلات کودکان دارای پدر مصرف‌کننده به منظور ارائه راهکارهای حمایتی جهت کاهش این مشکلات است.

پیشینه پژوهش

از آنجا که شناسایی چالش‌ها و نیازهای کودکان دارای پدر مصرف‌کننده مواد به روش کیفی انجام می‌شود، بنابراین مرور پیشینه پژوهش و نظریه‌های مرتبط در راستای تعیین چارچوب نظری نیست و صرفاً جهت افزایش حساسیت نظری محقق و تطبیق نتایج و اطلاعات به دست آمده با مبانی نظری است.

پیشینه پژوهش داخلی

یافته‌های تحقیق جاهدی و همکاران (۱۳۹۵) که به منظور رواسازی فهرست واریسی شریکان زندگی کیمبرلی و همکاران بر روی نمونه‌ای تصادفی از ۳۹۷ نفر

خانواده مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد سمنان (۲۶۷ نفر خانواده معتاد و ۳۰ نفر خانواده عادی به عنوان همراه بیمار) انجام شد، نشان داد که خانواده‌های دارای فرد معتاد در مقایسه با خانواده‌های بدون معتاد در همه ابعاد فهرست وارسی شریکان زندگی مشتمل بر مشکلات مالی، سبک زندگی، مسائل سلامتی، مشکلات ارتباطی و مسائل اجتماعی و عاطفی مشکلات بیشتری را هم به لحاظ فراوانی و هم به لحاظ شدت ناراحتی تجربه شده گزارش دادند.

در پژوهش نیک بخت نصرآبادی و همکاران (۱۳۹۵) با عنوان تجربه زندگی با همسر معتاد، مضامین اصلی استخراج شده مشتمل بر معنویت، یاری همتایان و تلاش در جهت بازسازی خانواده است. اگرچه از بین راهکارهای ارائه شده برای محافظت، معنویت‌گرایی موثرترین بوده است اما زنان تعامل مطلوب در گروه‌های همتا و مبادله تجارب و مشاهده خانواده‌های رها شده را عامل بازیابی دوباره امید و حس تعادل در خود ارزیابی کردند.

پژوهش سعدی پور و همکاران (۱۳۹۴) با هدف مقایسه انگیزش پیشرفت در دانش‌آموزان با پدر وابسته به مصرف مواد مخدر نشان داد که بین انگیزه پیشرفت دانش‌آموزان با والد سالم و مصرف‌کننده، تفاوت معناداری وجود دارد. این مطالعه که به روش علی-مقایسه‌ای انجام شد. جامعه آماری آن پدران دانش‌آموزان پسر دوره راهنمایی منطقه ۱۵ تهران بودند که از طریق نمونه‌گیری در دسترس ۱۴۰ نفر دانش‌آموز (دو گروه؛ ۷۰ نفر پدر سالم و ۷۰ نفر پدر وابسته به مصرف مواد مخدر و محرک) انتخاب شدند. نتایج نشان داد که بین افسردگی، اضطراب و استرس با پرخاشگری در افراد وابسته به مواد مخدر رابطه وجود دارد.

در پژوهش امیری و همکاران (۱۳۹۴) بر روی نمونه‌های همگن شده از جوانان مصرف‌کننده (گروه آزمایش) و عادی (گروه مقایسه)، نتایج نشان داد که، عوامل اعتیاد والدین یا وجود فرد معتاد در خانواده، اختلافات خانوادگی، کمبود محبت در روابط خانوادگی، عدم نظارت صحیح والدین، استفاده از شیوه‌های نامناسب تربیتی و طلاق و

جدایی والدین اثر معناداری بر گرایش به سمت مواد مخدر دارد. اما کم توجهی والدین، بیسوادی والدین و میزان ثروت خانواده در گرایش به اعتیاد اثر معنادار ندارد.

نتایج پژوهش سبزی و همکاران (۱۳۹۱) که به روش مورد شاهدهی در دو گروه؛ افراد مصرف‌کننده با پدر معتاد به عنوان گروه غیرتاب‌آور یا شاهد و برادران غیرمعتاد آن‌ها به عنوان گروه تاب‌آور با استفاده از پرسشنامه‌های کنترل اجتماعی و حمایت اجتماعی اجرا شده، نشان داد که سه بُعد کنترل اجتماعی؛ نظارت اجتماعی، نگرش به مواد و نحوه استفاده اوقات فراغت، پیش‌بینی‌کننده‌های معنی‌دار تاب‌آوری هستند.

رفیعی و همکاران (۱۳۹۳) پژوهشی را با هدف بررسی عوارض و تبعات اعتیاد همسر از طریق مقایسه زنان عادی و زنان دارای همسر معتاد انجام دادند. حجم نمونه این پژوهش شامل ۲۰۰ زن دارای همسر معتاد و ۲۰۰ زن دارای همسر سالم بوده است و روش نمونه‌گیری از طریق روش‌های تصادفی و گلوله برفی بوده است. نتایج این پژوهش نشان داد که زنان دارای همسر معتاد در مقیاس‌های مربوط به افسردگی، اضطراب و اختلال کلی روانی نمراتی بالاتر و در مقیاس مربوط به عزت نفس نسبت به زنان دارای همسر سالم نمراتی پایین‌تر را کسب کردند. همچنین مشکلات بیشتری از جمله مصرف مواد، تجربه خشونت فیزیکی از سوی همسر، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی نسبت به گروه شاهد را بیان نموده به طور کلی این زنان با مشکلات و مسائل رفتاری بیشتری مواجه هستند.

پیشینه پژوهش خارجی

بری و مک دانیل (۲۰۱۳) در پژوهشی به منظور بررسی تاثیر مصرف الکل توسط والدین بر کودکان آفریقایی تبار، هفت دشواری را در فرآیند زندگی کودکان مشخص نمودند؛

طلاق و جدایی، نقش والدینی معکوس^۱، آزار، شرمندگی، درام هرج و مرج، تلاش برای دستیابی به شرایط عادی و شخصیت دوگانه (Bree & McDaniel, 2013).

بخش عمده‌ای از تحقیقات خارجی نشان می‌دهد که سوء مصرف مواد توسط والدین، پتانسیل تاثیرگذاری بر همه ابعاد رشد و تکامل کودکان^۲ را دارد. دامنه‌ای از خطرات، کودکان والدین مصرف‌کننده مواد را تهدید می‌کند: تاثیر مخرب مواد و الکل بر رشد مغز جنین، احتمال زیاد برای کودک آزاری، چالش‌های برخورداری کودکان از مراقبت‌های اولیه، احتمال بالای غفلت در محیط خانواده، قرار گرفتن در معرض اقدامات مرتبط با مصرف و تهیه مواد مانند: بروز خشونت خانگی و سایر اشکال رفتار مجرمانه، خطر بیماری‌های تنفسی، خطر مشکلات ارتباطی و رفتاری زود هنگام، خطر شکست تحصیلی و افزایش خطر سوء مصرف مواد در فرزندان (Jeffreys et al., 2008). بخشی از مشکلات ممکن است در اواخر کودکی و اوایل نوجوانی آشکار شود. در طول دوره نوجوانی این گروه از کودکان در مقایسه با کودکان دارای والدین غیرمصرف‌کننده، مشکلات هیجانی (اعتماد به نفس پایین، افسردگی و اضطراب و مشکلات رفتاری) از جمله اختلال سلوک^۳ و تکانش‌گری^۴ و اختلالات یادگیری بیشتری را نشان می‌دهند. اختلالات رفتاری، در میان کودکان سن دبستان دارای مادر مصرف‌کننده رایج‌تر از گروه کودکان مادران غیرمصرف‌کننده است اگرچه نرخ شیوع اختلالات روانی از این دست در این گروه و کودکان مادران دچار اختلال روانی قابل مقایسه است (Luthar et al., 1998).

نگرانی قابل توجه دیگر، افزایش خطر بین نسلی مصرف مواد در دوران نوجوانی است. بیش از نیمی از کودکان والدین مصرف‌کننده، در دوران نوجوانی اختلال مصرف

-
۱. Parentification/Role Reversal
 ۲. Child growth and development
 ۳. conduct disorder
 ۴. impulsivity

مواد داشته‌اند. در حالی که تنها ۱۵ درصد از افرادی که مصرف مواد را در دوران نوجوانی شروع کرده‌اند از خانواده‌های غیرمصرف‌کننده می‌باشند. در مجموع این گروه از کودکان یکی از گروه‌های پر خطر مشکلات مرتبط با مصرف مواد هستند (Lam et al., 2007).

در مطالعه فریستلر و همکاران تأثیر محیط بر میزان بروز کودک آزاری و غفلت والدین ارزیابی شد. اطلاعات تحقیق از پیمایش تلفنی با مشارکت ۲۵۹۷ نفر و داده‌های معتبر پلیس مرتبط به وقایع مرتبط با مواد مخدر گردآوری شد. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که مصرف مواد با آزار و غفلت جسمی در ارتباط است اما با غفلت از سرپرستی ارتباط ندارد. حضور بیشتر پلیس در محله ارتباط بین مصرف مواد و آزار و غفلت جسمی را کاهش می‌دهد. در صورتی که دسترسی به مواد در محله بیشتر باشد میزان گزارش آزار و غفلت فیزیکی توسط والدین بیشتر می‌شود (Freisthler et al., 2017).

به رغم اثرات مخرب و طولانی مدت مصرف مواد توسط والدین بر کودکان، اغلب پژوهش‌های انجام شده در حوزه اعتیاد در ایران به صورت کمی و به عوامل زمینه ساز اعتیاد اختصاص یافته و تبعات جسمی، روانی و اجتماعی کودکان خانواده‌های درگیر مصرف مواد مورد پژوهشی جدی قرار نگرفته است و پژوهش‌های اندک صورت گرفته در حوزه کودکان و نوجوانان، مصرف مواد و الکل توسط آن‌ها را مورد واکاوی قرار داده‌اند. این در حالی است که برای حرفه‌های یاورانه فعال در حوزه کودکان، شناخت اثرات مصرف مواد والدین، بر رشد روانی اجتماعی کودکان، اعتبار بالایی در چارچوب بندی خدمات حمایتی، پیشگیری از سوءمصرف مواد، بهداشت روان و سایر اشکال مداخلات دارد. به همین دلیل پژوهش حاضر با بهره‌گیری از روش پدیدارشناسی و واکاوی تجربه کودکان دارای پدر مصرف‌کننده مواد به دنبال فهم عمیق نیازها، مسائل و مشکلات این قشر آسیب‌پذیر است.

چارچوب مفهومی پژوهش

نظریه فشار عمومی اگنیو^۱: این نظریه سعی می‌کند تأثیر فشار بر وقوع رفتار انحرافی را تبیین کند؛ این فشار می‌تواند ناشی از سه فاکتور مهم در مسیر زندگی افراد باشد که عبارتند از: الف- فشار ایجاد شده به دلیل عدم دستیابی به اهداف ارزشمند مثبت ب- فشار در اثر حذف انگیزه‌های مثبت از افراد ج- فشار در نتیجه وجود انگیزه‌های منفی (اگنیو، ۱۹۹۲ به نقل از سجادی، ۱۳۹۰: ۲۴). بر مبنای نظریه فشار عمومی می‌توان استنباط نمود که فشار ناشی از عدم دستیابی به اهداف ارزشمند اجتماعی از جمله درآمد، موفقیت تحصیلی، خانواده معتبر و... ممکن است در تجربه فرزندان مردان مصرف‌کننده مواد وجود داشته باشد.

نظریه انگ اجتماعی: داغ^۲ یا ننگ به مسئله هویت‌های خدشه دار شده اشاره دارد. افراد از دو نوع داغ یا ننگ رنج می‌برند. یکی داغ بی‌اعتباری و دیگری داغ احتمال بی‌اعتباری. داغ بی‌اعتباری به مسئله‌ای اشاره دارد که افراد در آن از هویتی ننگ آلود در گذشته، ظاهر یا شخصیت خود رنج می‌برند. در این نوع داغ، کنشگر می‌داند که مخاطبان از هویت ننگ آلود وی خبر دارند. اما داغ احتمال بی‌اعتباری، هنگامی است که دیگران از هویت ننگ آلود خبری ندارند و این احتمال وجود دارد که به این مسئله پی ببرند (ریتزر، ۱۳۸۴). نظریه داغ اجتماعی گافمن نشان می‌دهد که خانواده معتادان با هر دو نوع داغ بی‌اعتباری و داغ احتمال بی‌اعتباری مواجه هستند؛ داغ خانواده معتاد که معمولاً در خانواده‌های گسترده و مطلع از مشکل خانواده به آن‌ها تعلق می‌گیرد و آن‌ها را به عنوان بخش فروتر خانواده مورد قضاوت منفی، تحقیر و طرد قرار می‌دهد و از بسیاری حقوق خود در روابط خانوادگی محروم می‌کند و داغ احتمال بی‌اعتباری در جامعه بزرگتر که از طریق سکوت و انکار، کناره‌گیری و محرومیت از روابط پاسخ

۱. Agnew's General Strain Theory

۲. Stigma

می‌گیرد؛ این دو مکانیزم دسترسی خانواده به منابع حمایت اجتماعی و منابع ارتقای تاب‌آوری را کاهش می‌دهند.

طرد اجتماعی^۱: بر اساس نظریه طرد اجتماعی اساساً همه گروه‌های انسانی تفاوتی را احساس می‌کنند، از تفاوتی که گروه مدعی آن است، تا تفاوتی که گروه تحمل می‌کند و همچنین تفاوتی که به طور غیرعادلانه به گروه تحمیل شده است؛ به نظر می‌رسد که تفاوت‌ها مسئول اصلی تمام رفتارهای "رد" و "طرد" احتمالی هستند و آنچه این تفاوت‌ها را شکل می‌دهد ارزش‌ها است؛ ارزش‌ها یا تصورات از دنیا است که در نهایت گروه‌ها طرد می‌شوند، خواه خودشان از دنیایی که در آن جایگاهی ندارند کناره می‌گیرند، خواه توسط دیگران به علت عدم قابلیت و پذیرش ایده‌هایشان رانده می‌شوند (زیبرا^۲، ۱۳۸۵). بین مصرف مواد و طرد اجتماعی رابطه قوی وجود دارد. طرد از خانواده گسترده و اجتماع به سبب مصرف مواد توسط پدر خانواده از چالش‌های فرزندان است.

سرمایه اجتماعی: مطابق با نظریه‌های بورديو (۱۹۹۲)، پانتام (۱۹۹۳) و کلمن (۱۹۸۸) که از نظریه پردازان اصلی سرمایه اجتماعی هستند، افزایش سرمایه اجتماعی نیازمند عضویت در گروه‌های اجتماعی، آشنایی با اهداف اجتماعی، تمرین هنجارها و درونی سازی ارزش‌هاست؛ این درحالی است که نقص‌های خانواده اعتیاد از جمله فقر، انگ خانواده اعتیاد و طرد حاصل از آن، تهدیدی برای عضویت فرزندان در محیط‌های اجتماعی است؛ این نقیصه احساس بیگانگی، کاهش کنترل در موقعیت‌های اجتماعی و کاهش اعتماد اجتماعی را منجر می‌شود که بر تاب‌آوری و انطباق مناسب کودکان اثر سوء دارد.

۱. Social Exclusion

۲. Xiberras

نظریه برچسب زنی: نظریه‌ای فرایندی است و تحلیل‌های آن بر واکنش‌های دیگران (کسانی که قدرت تعریف رفتار کسی و انگ زدن به او را دارند) نسبت به افراد یا کنش‌ها و ارزیابی منفی از آن متمرکز است (صدیق سروستانی، ۱۳۸۶: ۵۷). برچسب زدن، پیامدهایی چون داغ دیدگی، ننگ خوردن و محرومیت ناشی از داوری اجتماعی را به بار خواهد آورد. فرزندان پدر مصرف‌کننده مواد نیز از خوردن برچسب‌های منفی در امان نیستند، برچسب بچه خانواده معتاد و بچه خانواده آسیب، نقش تعیین‌کننده‌ای در تفسیر رفتارهای ناسازگارانه کودکان به عنوان رفتار طبیعی یک کودک یا رفتار ناشی از تربیت در خانواده معتاد یا آسیب دیده دارد؛ همچنین برچسب خانواده معتاد با قضاوت‌های منفی خودکاری در مورد فرزندان همراه است که انگیزه آن‌ها را برای تاب‌آوری و بروز رفتارهای انطباقی متأثر می‌سازد. پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به سئوالات اصلی زیر است:

- مهم‌ترین مشکلات کودکان در زندگی با پدر مصرف‌کننده مواد چیست؟
- اعتیاد پدر چگونه تأمین نیازهای کودکان را به مخاطره می‌اندازد؟
- اعتیاد پدر چه تاثیری بر تعامل کودک با خانواده و جامعه دارد؟

روش پژوهش

به منظور دستیابی به فهمی عمیق از تجربه زندگی با پدر مصرف‌کننده مواد و شناسایی مسائل و مشکلات و نیازهای این گروه از کودکان از روش پدیدارشناسی که مناسب‌ترین روش برای شناخت عمق تجربه و معنای یک پدیده پیچیده است، استفاده شده است. «پدیدارشناسی به تجربه آگاهانه و بدون پیش فرض زندگی روزمره متمرکز است؛ یعنی بر مطالعه جهان اجتماعی آن طور که هست، نه آن طور که محقق می‌خواهد باشد یا می‌خواهد آن را در قالب برخی فرضیه‌ها و متغیرها بیازماید» (زهاوی، ۲۰۰۳، به نقل از محمد پور، ۱۳۹۱: ۱۴۳).

برای تحلیل اطلاعات و مصاحبه‌ها از تحلیل تماتیک بهره گرفته شد. اطلاعات در سال ۱۳۹۶ در شهر تهران از طریق مراجعه به جمعیت تولد دوباره و کمپ‌های ترک اعتیاد؛ بهمن، چیتگر و اکباتان به دست آمد. با معرفی مشاوران همتای خانواده و فرزندان، زمینه شرکت در جلسات نارائن (گروه‌های خودیار خانواده‌های معتادان)، ان‌ای (انجمن معتادان گمنام) و ناراتین (گروه‌های خودیار فرزندان معتادان) فراهم شد و از طریق این جلسات اعتماد خانواده‌ها برای شرکت فرزندان در مصاحبه‌های انفرادی و جلسات بحث گروهی جلب گردید. لازم به توضیح است که راهنماها به دلیل ارتباط مناسب با افراد درگیر مصرف مواد و خانواده آن‌ها به منزله دروازه ورود به مشارکت کنندگان محسوب می‌شوند. بر اساس روش نمونه‌گیری هدفمند و نیز معیار اشباع نظری، ۲۸ کودک زیر ۱۸ سال دارای پدر مصرف‌کننده مواد، در بحث‌های گروهی متمرکز و مصاحبه‌های نیمه ساختارمند عمیق انفرادی شرکت نمودند.

میانگین زمانی مصاحبه‌ها در حدود ۶۰ دقیقه و بحث گروهی ۸۰ دقیقه بود. بلافاصله بعد از هر مصاحبه و بحث گروهی، کار تجزیه و تحلیل داده‌ها انجام شد. ابتدا متن مصاحبه‌ها خط به خط و کلمه به کلمه بررسی و با استفاده از عبارات کلیدی موجود در متن یا استنباط شده توسط پژوهشگران انجام شد. کدهای مشابه از نظر ماهیت و معنا در یک طبقه قرار داده شدند. طبقات و کدهای هر مصاحبه با مصاحبه بعدی مقایسه شدند تا خواص و روابط مشترک بین آن‌ها شناسایی شود. سپس طبقات مشابه به لحاظ مفهومی و خصوصیات در هم ادغام شدند و حول محور مشترکی قرار گرفته و طبقات وسیع‌تری را تشکیل دادند.

برای رسیدن به معیار قابلیت اعتماد^۱ (معادل اعتبار و روایی در تحقیقات کمی) از تکنیک‌های (Patton, 2002; Silverman, 2005 & Kval & Brinckman). زیر استفاده گردید:

۱. Trustworthiness

- درگیری طولانی مدت با داده‌ها و صرف زمان کافی برای جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها
- مقایسه‌های تحلیلی: در این روش به داده‌های خام رجوع گردید تا ساخت بندی مقولات با داده‌های خام مقایسه و ارزیابی گردد.
- بازبینی توسط مشارکت کنندگان: در این روش مفاهیم و مقولات به دست آمده در اختیار تعدادی از مشارکت کنندگان قرار گرفت و با اصلاحات اندک مورد تأیید آنان قرار گرفت.
- استفاده از تکنیک ممیزی: برای این منظور متن برخی از مصاحبه‌ها به خصوص مصاحبه‌های اولیه همراه با کدهای استخراجی و با پیشرفت مطالعه مفاهیم و طبقات پدیدار شده برای ناظرین فرستاده شد تا جریان تحلیل داده‌ها را بررسی و در مورد صحت آن‌ها اعلام نظر نمایند.
- برای گردآوری اطلاعات، ابتدا اهداف و روش‌های مورد استفاده در پژوهش، حفظ گمنامی و محرمانه بودن اطلاعات برای خانواده‌های کودکان مشارکت کننده تشریح شد و رضایت آن‌ها برای شرکت فرزندان در پژوهش و همچنین انتشار نتایج مطالعه به شرط عدم افشای هویت آن‌ها، به صورت کتبی گرفته شد. همچنین بعد از رضایت والدین، کودکان مشارکت کننده نیز رضایت آگاهانه خود را برای شرکت در پژوهش و ضبط مصاحبه‌ها اعلام نمودند. اختیاری بودن شرکت در پژوهش و امکان اعلام انصراف در هر مرحله از مطالعه به شرکت کنندگان یادآوری شد. داده‌های خام مطالعه در جای امنی نگه‌داری شد و تنها برای تیم تحقیق قابل دسترسی بود.

یافته‌ها

نیمی از مشارکت کنندگان دختر و مابقی پسر بودند. اغلب آن‌ها محصل بودند. دامنه سنی آن‌ها بین ۱۴ تا ۱۸ سال بود.

مقولات اصلی

تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از افراد مشارکت کننده در خصوص مسائل و مشکلات کودکان دارای پدر مصرف‌کننده، منجر به استخراج مقولات و مفاهیم زیر گردید:

۱- دیدگاه منفی نسبت به خود

در پژوهش حاضر دیدگاه منفی نسبت به خود، یکی از مقولات و مضامین اصلی در خصوص مشکلات کودکان محسوب می‌گردد. این مضمون مشتمل بر سه زیرمضمون، دیده نشدن نقاط قوت فرزندان زیر چتر انگ اعتیاد، اعتقاد به برتری دیگران نسبت به خود و تردید کودک به شایسته محبت بودن است.

۱-۱- دیده نشدن نقاط قوت فرزندان زیر چتر انگ اعتیاد:

مشکل اعتیاد چنان خانواده را درگیر می‌کند که پرداختن به برخی از امور، هم برای فرزندان و هم برای والد سالم اولویت کمتری دارد. یکی از این موارد قدردانی از نقاط قوت و تلاش برای کشف آن است. به نظر می‌رسد که فشار ناشی از تفاوت‌های ادراک شده و تمرکز بر آن و صرف انرژی برای پنهان کردن تفاوت‌ها منجر شده تا حضور کودک در محیط مدرسه و کسب موفقیت‌های تحصیلی نیز چندان مورد توجه قرار نگیرد. از طرفی سایه سنگین اعتیاد باعث می‌شود که برخی از قوت‌های خانواده نزد دیگران ناچیز جلوه کند.

«من فکر می‌کنم که وقتی خانواده دچار این مسئله می‌شه خودش نمی‌تونه موفقیت‌های خودش را ببینه این قدر ننگ این قضیه بزرگ است که موفقیت‌ها در برابرش کوچک و بی اهمیت می‌شوند» (دختر ۱۸ ساله، محصل).

«هیچ وقت فرصتی پیدا نکردیم که ببینیم چه توانایی‌هایی داریم، دیگه هر کاری هم که خواستیم بکنیم و شعورمون رسید زدن توی سرمون، کار خوب کردیم ندیدن و کار بد کردیم زدن توی سرمون...» (پسر ۱۷ ساله، محصل).

۱-۲- تردید کودک به شایسته محبت بودن:

نیاز کودکان به محبت و رفتارهای محبت آمیز از سوی والدین و به خصوص پدر به خوبی مرتفع نگردیده است. برخی از تعاملات شکل گرفته در خانواده القا کننده حس سوء استفاده و شکل گیری این تصور در کودک است که او به دلیل مسائلی خارج از وجودش مورد محبت قرار می گیرد از طرفی کودکان محبت های دریافت شده از سوی اطرافیان را با توجه به شرایط خانواده تحلیل می کنند، پس ادراک کودک از تفاوت های خانواده، به خصوص در خانواده های دارای وضعیت مالی ضعیف که تفاوت ها بیشتر نمود بیرونی دارد، محبت معنای ترحم (باز هم مسئله ای خارج از وجود کودک) پیدا می کند.

«روزهای تعطیل ما را به بهانه تفریح بیرون می برد، سر از بیابانهای اطراف تهران در می آوردیم، می رفت دنبال مواد هرچی بهش می گفتیم که ما را نبر گوش نمی کرد، خیلی می ترسیدیم» (دختر ۱۷ ساله، محصل).

«فکر می کنم که دیگران ما را ابزار می بینند مثلاً تو با منی یه مدت اونهم به خاطر این که من فلان چیز را دارم نه به خاطر خودم، چونکه ابزار دیده شدیم مثلاً آگه یه موقع پدر من از من تشکر کرد به خاطر این بوده که من را برد تا براش مواد بخرم» (دختر، ۱۶ ساله، بیکار).

۱-۳- دغدغه فرزندان برای گرفتن تأیید:

کودکان در خانواده کمتر مورد تأیید و تعریف والدین قرار می گیرند و موفقیت های آن ها کمتر دیده می شود از طرفی تفاوت های موجود در خانواده، خوب و مناسب بودن الگوهای خانوادگی را مورد تردید قرار می دهد به نحوی که فرزندان برای ارزیابی مطلوب رفتار، منتظر نظر دیگران هستند.

«تأیید طلبی به خاطر دیده شدن توی بچه ها خیلی زیاد است چون می خواستم دیده شوم درس می خوندم به خاطر این که دیده بشم، تعاملم با دیگران خوب بود

این‌که بگن چه بچه با شعوری است چه بچه با هوشی است من را بیرن اون بالا برام دست بزند معلما من را حمایت کنند» (دختر ۱۵ ساله، محصل).
«ورزش می‌کردم ثابت کنم که مثل اون نیستم. شاگرد اول کلاس بودم به خاطر این‌که ثابت کنم که از خانواده اعتیاد هم چیزهای خوب بیرون میاد که من را به اون چشم نبینند» (دختر ۱۷ ساله، بیکار).

۲- اختلال حمایت والدین

اختلال حمایت والدین مشتمل بر چهار زیر مضمون؛ بی توجهی به ارتباط بین همشیران، افراط و تفریط در حمایت، عدم تمایل اعضای خانواده برای مطرح شدن نیازها و احساسات و ناپایداری امنیت و ثبات خانواده می‌باشد.

۲-۱- افراط و تفریط در حمایت:

عدم تعادل در حمایت از فرزندان یکی از مشکلات شایع خانوادگی است که پدر مصرف‌کننده مواد است.

«مادرم نمی‌گذاشت دست به سیاه و سفید بزنیم، چون سختی کشیده بودیم همش دلش می‌خواست که آب تو دلمون تکون نخوره». (دختر ۱۶ ساله، بیکار).
«علت این‌که ترک تحصیل کردم این بود که از من حمایت نشد و هیچ برنامه‌ای برای آینده نداشتم» (دختر ۱۷ ساله، بیکار).

۲-۲- تمایل خانواده برای مطرح نشدن نیازها و احساسات:

اساساً طرح نیاز و بیان احساسات نیازمند پاسخگویی است و خانواده‌ها معمولاً برای پاسخ‌گویی به نیازهای فرزندان و اعضای خانواده از آمادگی لازم برخوردار نیستند. اعضای خانواده نیز در راستای حمایت از ثبات خانواده و عدم تحمیل هیجان منفی به سیستم، از بیان احساسات و نیازهای خود امتناع می‌نمایند.

«انگار همیشه مکانیزم‌هایی در خانه پیش می‌آمد که این احساسات را باید سرکوب کرد و به سمت درون ریخت تا این‌که در موردشون صحبت شود؛ توی خانواده ما اینطور جا نیفتاده که اگر مسئله‌ای باعث آزار ما می‌شود می‌شه در

موردش صحبت کرد و تا حدودی هم مادر سعی می‌کرد که این مسائل لاپوشانی شود» (پسر ۱۷ ساله، محصل).

«توی خانواده ما این طوری جا نیفتاده که اگر مسئله‌ای باعث آزار ما می‌شود بشه در موردش صحبت کرد و تا حدودی هم سعی می‌شه که این مسائل لاپوشانی شود» (دختر ۱۵ ساله، محصل).

۲-۳- ناپایداری امنیت و ثبات در خانواده:

یکی از چالش‌های مطرح شده توسط همه کودکان تهدیدهای موجود برای ثبات و امنیت روانی خانواده بود، احتمال جدایی والدین، نگرانی فرزندان برای بدتر شدن شرایط خانواده در صورت نبودن پدر، خشونت خانگی و تعارضات والدینی و.. از تجربیاتی آزار دهنده برای کودکان است. نگرانی فرزندان برای بدتر شدن وضعیت در صورت ترک خانواده توسط پدر، تنها در فرزندان پسر گزارش شد و در مورد دختران این نگرانی به شکل احساس ترحم برای پدر مطرح بود.

«همیشه آرزو می‌کردم که بابام مصرف نکنه که باهم دعواشون نشه، زندگی مون عادی شه، پدر و مادرم همیشه با هم دعوا می‌کردند» (پسر ۱۵ ساله، بیکار).
«کسی که مواد مصرف می‌کند پرخاشگر است، فحاشی می‌کنه کتک کاری می‌کنه، تهدید می‌کنه، رفتارهای ناپهناجر دارد» (دختر ۱۶ ساله، محصل).

۲-۴- بی توجهی به ارتباط بین همشیران:

عدم تشویق والدین برای بهبود روابط بین خواهر و برادرها از دیگر مشکلات گزارش شده کودکان در این پژوهش بود که تعدادی از کودکان به آن اشاره داشتند.
«رابطه‌ام با برادرم خوب نبود، همیشه با هم می‌جنگیدیم مادرم هم برای بهتر شدن روابط ما تلاش نمی‌کرد می‌گفت همان بهتر که باهم قهر باشید» (دختر ۱۴ ساله، محصل).

«خواهرام اصلاً با من خوب نیستند، خیلی من را آزار می‌دهند، مشکل من با اون بیشتر از مشکلم با اعتیاد پدرم هست» (دختر ۱۷ ساله، بیکار).

۳- پذیرش نقش قهرمان نگون‌بخت

مضمون پذیرش نقش قهرمان نگون‌بخت به بازتولید نقش‌های ایفا شده در خانواده توسط کودک و اعضای سالم خانواده اشاره دارد. کودکی که در زندگی با سکوت، انزوا، انکار، از خودگذشتگی زیاد و خشونت مواجه بوده است و نسبت به خود دیدگاه منفی دارد در بزرگسالی نیز نسبت به وضعیت سلامتی خود بی‌اهمیت بوده و رفاه دیگران را بر خود ارجح می‌داند و به ناخوشی و بدحالی متعهد می‌ماند. این مضمون با سه زیرمضمون؛ گیر افتادن در وضعیتی قابل‌ترحم (قربانی)، احساس مسئولیت برای رهایی دیگران از رنج و مقاومت در برابر کسب آسایش مشخص می‌شود.

۳-۱- گیر افتادن در وضعیتی قابل‌ترحم:

تلقی اعتیاد به عنوان مشکلی لاینحل، بزرگ و منحصر به فرد که نقاط مثبت فرد و خانواده در برابر آن بی‌اهمیت است و عدم تمایل کودکان برای بازگو کردن مشکلات خانواده با دیگران و در نتیجه عدم آگاهی وی از مشکلات سایر خانواده‌ها، القاء‌کننده این تفکر در کودک است که در وضعیتی قابل‌ترحم گیر کرده است.

«به شدت احساس تنهایی می‌کردم فکر می‌کردم تافته جدا بافته هستم؛ این‌که از دیگران جدا هستم چون پدر من معتاد است من نمی‌توانم در زندگی احساس خوب را تجربه کنم به خاطر این‌که من یک معتاد توی زندگی‌ام هستم باید همیشه خشم را تجربه بکنم احساس منفی داشته باشم، این یکی از احساساتی بود که من را از دیگران جدا می‌کرد» (پسر ۱۶ ساله، کارگر).

«خانواده اعتیاد نمی‌گذاشت من روی استعدادهايم تمرکز کنم، چون من فکر می‌کردم که یک آدم بدبختی هستم چون این مشکل توی زندگی من هست و من هیچ وقت نمی‌خواستم که از اون‌ها پولی بگیرم چون همیشه فکر می‌کردم که به آدم اضافی توی خانواده هستم و نمی‌خواستم که هزینه اضافی برای اون‌ها داشته باشم» (دختر ۱۵ ساله، محصل).

۲-۳- احساس مسئولیت برای رهایی دیگران از رنج:

این زیرمضمون به تلاش‌ها و نگرانی‌های فرزندان برای حفاظت دیگران اعم از اعضای خانواده و یا دوستان و کاهش آلام آن‌ها اشاره دارد به نحوی که کودکان رفع نیازها و نگرانی‌های دیگران را ارجح‌تر از پرداختن به نیازهای و تأمین آسایش خود می‌دانند.

«اون چیزی که بین بچه‌ها رایج است این است که می‌خواهی نقش یه ناجی را پیدا کنی، آگه کسی از ما درخواستی داشته باشه تمام و کمال براش انجام می‌دهیم و این به تأیید شدن بر می‌گردد؛ تا آنجایی که می‌تونی نقش یه ابرقهرمان را بازی کنی، به همه کمک کنی، آگه مسئولیتی بهت می‌دن تا جایی که می‌توانی اون را به نحو احسن انجام می‌دهی» (پسر ۱۷ ساله، محصل).

«مجبورم کارهایی را انجام دهم که وظیفه من نیست، چون نمی‌خواهم خانواده‌ام اذیت شود حتی بعضی اوقات خودم را مسئول اشتباه آن‌ها می‌دانم» (پسر ۱۸ ساله، کارگر).

۳-۳- مقاومت در برابر کسب آسایش:

فرزندان از نوعی مقاومت در برابر کسب آسایش روانی و جسمی صحبت می‌کردند، نوعی تمایل درونی برای حفظ شرایط و احساسات منفی که مانع از استفاده آن‌ها از فرصت‌های شاد بودن و رفع شرایط رنج آور می‌شد.

«فکر می‌کنم چون یه مشکلی دارم، نباید شاد باشم و تا زمانی که این مشکل حل نشه حق شاد بودن را ندارم. نمی‌دانم شاید به نوعی عادت کرده باشیم به تنش و نگرانی و غصه، شاید بعضی وقتها که فرصت فراهم می‌شود که حالمون خوب باشه و از یه چیزی لذت ببریم یه جوروی انگار تعادل مون بهم می‌خورد، یه جوروی انگار ترس داریم و احساس گناه می‌کنیم» (دختر ۱۷ ساله، محصل).

«خودم را محکوم به غم می‌دانم، آهنگ غمگین گوش می‌دهم، دندونم درد می‌کند شش ماه هم که می‌گذره با وجود داشتن پول سراغش نمی‌روم درماتش کنم، پولش را داری ولی دوست نداری دندونت را درست کنی» (پسر ۱۶ ساله، محصل).

۴- خشونت و بدرفتاری

خشونت و بد رفتاری از دیگری از سختی‌های کودکان در شرایط اعتیاد است که با زیرمضمون‌های غفلت و مسامحه، آزار روانی، آزار جسمی و بهره‌کشی از کودکان مشخص می‌شود.

۴-۱- آزار روانی:

ایجاد وحشت و هراس در کودکان، مشاهده خشونت خانگی، توهین و تحقیر، ارباب فرزندان، تسلط و کنترل روانی و استفاده از جملات جانبدارانه از مصادیق آزار روانی است که از تحلیل مصاحبه‌ها استخراج شده است.

«نصف شب منو از خونه بیرون کرد، هیچ موقع یادم نمی‌ره از ترس جونم رفتم خونه دوستم خوابیدم. این خیلی درد است» (پسر ۱۵ ساله، بیکار).

۴-۲- غفلت:

با توجه به اظهارات فرزندان، غفلت روانی بزرگ‌ترین درد کودکان در زندگی بوده است. باوجود تجربه سایر انواع آزار (به غیر از آزار جنسی) تمام کودکان از رنج دیده نشدن، بیشترین شکایت را داشتند؛ غفلت روانی، سرپرستی ناکافی، غفلت آموزشی و غفلت جسمی از مصادیق غفلت است که از تحلیل مصاحبه‌ها استخراج شد.

«انگار تو زندگی اضافه هستیم. کسی ما را نمی‌بیند، کسی به نیازهای ما توجه ندارد» (دختر ۱۵ ساله، محصل).

۴-۳- آزار جسمی:

اغلب کودکان به آزارهای جسمی توسط اعضای خانواده اشاره داشتند. برخلاف سایر انواع آزار که پدران مقصر اول بودند در آزار جسمی مادران نیز مشارکت داشتند.

«تا تقی به توقی می‌خورد مادرم ما را می‌زد، شده بود وعده‌های غذایی مون دیگه عادت کرده بودیم» (دختر ۱۷ ساله، بیکار)

۴-۴- بهره‌کشی:

تعدادی از کودکان به اشکالی از بهره‌کشی توسط پدر مانند سوءاستفاده از آنها برای پوشش در خرید مواد و وادار کردن آنها جهت کار برای تأمین هزینه‌های مواد اشاره نمودند.

«پدرم برای این که بهش شک نکنند، منم با خودش برای خرید مواد می‌برد» (دختر ۱۴ ساله، محصل).

۵- درام هرج و مرج

مضمون درام هرج و مرج، مربوط به ابهامات و تعارضات کودکان، اتفاقات پیش‌بینی نشده و پیش‌بینی اتفاقات آزار دهنده با ریشه مصرف مواد است. این مضمون مشتمل بر سه زیرمضمون؛ رفتارها و وقایع پیش‌بینی نشده، عدم احترام به حریم خانواده و تعارض احساسی یا دوسوگرایی است.

۵-۱- رفتارها و وقایع پیش‌بینی نشده:

زندگی در شرایط اعتیاد، فرزندان را در محیطی گیج‌کننده و مبهم قرار می‌دهد که در آن پیشایندها لزوماً پیش‌بینی‌کننده پس‌آیندها نمی‌باشند تحت تأثیر مواد خوشی‌های خانواده به سرعت با ناخوشی‌ها جایگزین می‌شوند و کنترل این جایگزینی در اختیار خانواده نیست. مصرف مواد عامل بسیاری از جنجال‌های خانواده است و کودکان به دلیل عدم آگاهی از مصرف یا شناخت تأثیرات آن بر مصرف‌کننده، گیج و سردرگم هستند. اتفاقات زندگی به فرزندان یاد داده است که محیط خانواده ظرفیت جنجال را دارد و کودکان برای وقوع اتفاقات بد گوش به زنگ باشند.

«یه موقع‌ها که حالشون خوب بود ترس می‌آمد سراغمون که این دفعه چه فکری توی سرش است این دفعه چه بلایی می‌خواهد سر ما بیاورد با فلانی چرا اینقدر می‌خنده نکنه که می‌خواهد پولی از یارو بگیره با من اینقدر مهربونه از من چه توقعی دارد» (دختر ۱۷ ساله، محصل).

«آدم تکلیفش مشخص نیست وقتی توی سرخوشی هستند کلی پرو بال به آدم می‌دهند بعدش پشیمون می‌شن» (دختر ۱۴ ساله، محصل).

۵-۲- عدم احترام به حریم خانواده:

به نظر می‌رسد در خانواده‌ها به دلایلی چون مشاجره و درگیری، قهر و ترک منزل، مداخله دادن دیگران در مشکلات خانواده، وابستگی مالی و رفت آمد دوستان مصرف‌کننده منجر شده است که حریم خانواده به خوبی حفظ نشود و امنیت کودکان به مخاطره بیفتد.

«یه بار با برادرم از مدرسه اومدیم دیدیم بابامون یه نفر را آورده خونه دارن با هم مصرف می‌کنند، تا ما را دید گفت این آقای مهندس اومه روی یه پروژه با هم کار کنیم، ما هم که جرات نداشتیم چیزی بگیم در این لحظه مادرم از راه رسید و آقای مهندس را از خونه بیرون کرد» (دختر ۱۵ ساله، محصل).

۵-۳- دوسوگرایی:

به دلیل شرایط ظاهری و نحوه لباس پوشیدن پدر و مشکلاتی که با حضور او برای خانواده ایجاد می‌شود، فرزندان بین حضور و عدم حضور پدر در خانواده و در مرادوات اجتماعی دچار دودلی، خشم و احساس گناه هستند.

«خیلی دلم می‌خواست وقتی جایی می‌ریم بابا با ما باشه، این باهم بودنه اتفاق نمی‌افتاد، اون موقع هم درک می‌کردم... وقتی بابام خیلی فاجعه بود اصلاً دلم نمی‌خواست ببینمش همش از قضاوت‌های دیگران می‌ترسیدم؛ مردم می‌فهمیدن که اون معتاد است، سعی می‌کردم که به اینها فکر نکنم ولی در وجودم بود» (پسر ۱۷ ساله، محصل).

۶- روزمرگی / بی‌برنامگی خانواده

استرس‌های حاکم بر زندگی و سپردن جریان زندگی به هیجانات، تلاش برای کنترل و پیشگیری از شکل‌گیری هیجانات منفی و عدم دسترسی به حمایت کافی، منجر شده تا خانواده‌ها به صورت منفعلانه با روندهای مختل زندگی مصرف‌کننده، مشکلات مالی و سختی‌های زندگی مواجه شوند و به گذران زندگی در روندی بی‌برنامه و سرگرم شدن با امور روزمره قناعت نمایند. روزمرگی / بی‌برنامگی خانواده به عنوان مضمون اصلی مشتمل بر ۴ زیرمضمون؛ سیکل معیوب زندگی، غفلت از برنامه ریزی، موانع درون فردی اقدام و انفعال در برابر شرایط بیرونی است.

۶-۱- سیکل معیوب زندگی:

سیکل معیوب زندگی اشاره به روندهای بازتولید شونده زندگی خانواده‌ها دارد که فرصت‌های تغییر و رشد را محدودتر می‌کند.

«به جورایی می‌تونم بگم که ما بنده عادت شده بودیم دیگه همون روند زندگی را پی می‌گرفتیم، صبح که بلند می‌شی چه روز بدی، دعوا درگیری و همین شیار ذهنی دیگه همیشه تکرار مستمر، پادرم شروع کنه به کشیدن و مادرم هم به غرزدن و زنگ بزنه به این و اون و درگیری با پدر و ما هم شاهد ماجرا» (دختر ۱۷ ساله، محصل).

۶-۲- غفلت از برنامه‌ریزی:

تمرکز خانواده برای حل مشکلات روزمره و تنگناهای مالی، برنامه ریزی بلند مدت را مختل کرده است و فرزندان نیز مهارت لازم برای هدف گذاری و برنامه ریزی بلند مدت برای برعهده گرفتن مسئولیت و نقش‌های جدید را ندارند.

«وقتی بچه بودیم بیشتر مسائل مالی و همین بی‌نظمی آزارمون می‌داد، بی‌نظمی یعنی این‌که هیچ وقت برنامه خاصی نداشتیم، هیچ وقت نمی‌تونستیم برای خودمون برنامه‌ای داشته باشیم، نمی‌تونستیم برای این‌که در آینده چیزی را بخریم یا جایی بریم برنامه‌ریزی کنیم» (دختر ۱۵ ساله، محصل)

۶-۳- موانع درون فردی اقدام:

اشتغال ذهنی با فرصت‌های از دست رفته، افسردگی، احساس گناه، کمال‌گرایی و اعتمادبه‌نفس پایین از موانع درونی فرزندان برای تغییر شرایط زندگی و خارج شدن از روزمرگی است.

«در رابطه با خودم خیلی مستبدانه رفتار می‌کنم، اشتباهات و کم‌کاری‌های خودم را نمی‌توانم ببپذیرم، نمی‌توانم ببپذیرم که یک انسان هستم و می‌توانم اشتباه کنم و در یک فرصت دیگر جبران نمایم» (پسر ۱۶ ساله، محصل).

«دوست داری خودت را آزار بدهی به دنبال بد کردن حالت هستی. فکر می‌کنی که سهمت از زندگی حال بد است» (دختر ۱۵ ساله، محصل).

۶-۴- انفعال در برابر شرایط بیرونی:

تحلیل مصاحبه‌ها نشان می‌دهد اگرچه فرزندان برای مشکلات خود را مقصر می‌دانند و در زمینه‌یابی مشکلات روی خود تمرکز ویژه‌ای دارند؛ اما برای تغییر شرایط زندگی منتظر تغییری در بیرون از خود هستند به نحوی که عوامل بیرونی احاطه زیادی بر عملکرد ایشان دارند و خود به عنوان عامل تغییر کمتر اصالت دارند.

«این بی‌نظمی روی ما هم تأثیر گذاشته ما هم نمی‌توانیم منظم رفتار کنیم، ما هم نمی‌توانیم برای زندگی‌مان برنامه داشته باشیم مثلاً بگیم این موقع بلند می‌شویم کارمون را انجام می‌دهیم می‌همانی می‌رویم برنامه ما هیچ ساعت و زمانی ندارد» (دختر ۱۷ ساله، محصل).

«ما در زندگی اعتیاد یاد گرفتیم که منبع مشکلات بیرون از من است. همه دیگران را مقصر می‌دانند. مثلاً مادرم پدرم را مقصر می‌دونه، پدرم مادرم را مقصر می‌دونه. من خودم را نگاه می‌کنم وقتی که حالم بد است فکر می‌کنم عاملش مادرم است» (دختر ۱۶ ساله، بیکار).

۷- طرد و انزوا

محرومیت از ارتباط با دو مکانیزم اصلی صورت می‌گیرد: کناره‌گیر و طرد. عادی نبودن شرایط زندگی و اشتغال ذهنی فرزندان به قضاوت‌های دیگران از جمله همسالان، ترس از افشای رازهای خانواده و فقدان مزیت رقابتی خانواده برای به اشتراک گذاشتن تجارب خانوادگی در جمع همسالان (مانند مسافرت، تفریحات، جایزه گرفتن و....) منجر می‌شود، فرزندان و در مواردی خانواده‌ها، محدود نمودن ارتباط را به عنوان مکانیزم حفاظت از خود در پیش می‌گیرند. طرد و انزوا از مضامین اصلی استخراج شده در این پژوهش است؛ تحمل پذیر تر بودن انزوا در مقایسه با تحقیر، تعامل با دیگران تهدیدی برای آشکار شدن تفاوت، عدم تمایل دیگران برای ارتباط با خانواده و بی توجهی به هنجارها و قوانین وضعیتی برای نمایش قدرت، زیرمضمون‌های آن هستند.

۷-۱- تحمل پذیرتر بودن انزوا در مقایسه با تحقیر:

به نظر می‌رسد محدود کردن روابط برای فرزندان و خانواده‌ها سپری است که آن‌ها را از تحقیر، قضاوت شدن و طرد شدن محافظت می‌کند این درحالی است که به دلیل اعتبار کم خانواده، فرزندان نیز در جمع چندان مورد توجه نیستند.

«برای من ترسناک بود که آگه با دیگران ارتباط برقرار کنم خیلی زود لو بره که خانواده‌ام چه طور خانواده‌ای هستند می‌ترسیدم که از من سؤال کنند» (دختر ۱۵ ساله، محصل).

۷-۲- تعامل با دیگران تهدیدی برای آشکار شدن تفاوت:

اگرچه آشکار شدن تفاوت‌های خانواده در زیرمضمون تحمل پذیر تر بودن انزوا آمده است اما این زیر مضمون آشنایی کودکان با الگوهای زندگی متفاوت از خانواده و ادراک بیشتر تفاوت‌های آزار دهنده توسط کودکان، اشاره دارد که پی آمد حضور در جمع و تعامل با دیگران است.

«وقتی می‌بینم یک خانواده عادی با بچه‌اش چه طور رفتار می‌کنه، چه طور توی بازی هاش شریک میشه، چه طور بهش جایزه می‌ده، چه طور تشویقش می‌کنه، مقایسه می‌کنم می‌بینم یک تفاوت اساسی بین خانواده من و آن‌ها هست، تصمیم می‌گیرم کمتر رابطه داشته باشم و گوشه گیر میشم (دختر ۱۶ ساله، محصل).

۷-۳- عدم تمایل دیگران برای ارتباط با خانواده:

از دیگر دلایل محدود شدن ارتباطات خانواده عدم تمایل دیگران برای برقرار ارتباط با خانواده است.

«انگی که به ما از طرف دایی خودم زده شد این است که الان این‌ها ممکن است بیماری ایدز داشته باشند خیلی با اینها تماس نداشته باشید این درد است این زخم است. سریع رفتیم واکسن هیپاتیت زدیم» (دختر ۱۸ ساله، بیکار)

۷-۴- بی توجهی به هنجارها و قوانین، وضعیتی برای نمایش قدرت:

این مضمون نشان دهنده خستگی فرزندان از کسب رضایت و تأیید دیگران است با خروج از کودکی و پیدا کردن منابع قدرت و حمایت (مثل شغل، دوستان جدید و غیره) فرزندان به تجربه آزادی از قید و بندهای قوانین تعیین شده توسط دیگران (افرادی خارج از خود) دست می‌زنند این تجربه قدرت به قدری برای فرزندان ارزشمند است که خطر اخراج از کار و مدرسه را به جان می‌خورند.

«من آخرهای دوران دبیرستانم دیگه درس نمی‌خوندم می‌رفتم سر کلاس مسخره بازی و شوخی می‌کردم، می‌انداختنم بیرون می‌اومدم والیبال بازی می‌کردم؛ دیگه برام مهم نبود که دیگران چه قضاوتی در مورد من می‌کنند. می‌خواستم راحت زندگی کنم نمی‌خواستم به خاطر دیگران زندگی کنم» (پسر ۱۸ ساله، کارگر).

«قضاوت دیگران اصلاً برام مهم نیست. دیگه برام مهم نیست کسی بگه این چرا این جور می‌خوره چرا اینجوری نشسته. همه چیز را ول کردم. چون این طوری لذت می‌برم راحت‌ترم، تا حالا که خودم را کنترل کردم چی شد، باعث شد که خودم نباشم» (دختر ۱۶ ساله، بیکار).

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر، نگرش منفی نسبت به خود از مضامین اصلی استخراج شده و از شکایت‌های اصلی کودکان بود. پژوهش‌های زیادی نیز نشان می‌دهند که کودکان والدین مصرف‌کننده مواد و الکل در معرض خطر مشکلاتی از جمله نگرش منفی نسبت به خود و اعتماد به نفس پایین هستند (Mc Nichol & Tash, 2001; Haight et al., 2009; Bree & McDaniel, 2013; Luthar et al., 1998). نقص‌های خانواده و مهم‌ترین آن‌ها داشتن پدر غیرعادی موجب تردیدهای فرزندان برای ارزشمند بودن خود شده است. همچنین ممکن است شرم ناشی از مشکل خانواده، درونی شده و به شکل‌گیری احساساتی نظیر بد بودن، فقدان انرژی، تردید نسبت به خود-تاییدی^۱ و این احساس که شایسته عشق دیگران و هم‌دردی نیست، منجر گردد (Ashenberg & Straussner & Fewell, 2011).

خشونت و بدرفتاری از دیگر سختی‌های کودکان در شرایط اعتیاد است که با زیرمضمون‌های غفلت و مسامحه، آزار روانی، آزار جسمی و بهره‌کشی از کودکان مشخص می‌شود. نتایج این یافته با مطالعات هارتلی^۲، ۲۰۰۲؛ دونوهو^۳ و همکاران، ۲۰۰۶؛ گرابر و تیلور^۴، ۲۰۰۶؛ جفریز^۵، ۲۰۰۸؛ مک دانیل، ۲۰۱۳؛ رفیعی و همکاران (۱۳۹۳) و

۱. self-affirming

۲. Hartley

۳. Donohue

۴. Gruber & Taylor

۵. Jeffreys

همچنین بخشی از مطالعه فریستلر^۱ و همکاران (۲۰۱۷) که نشان داد بین مصرف مواد و خشونت علیه کودکان و همسران رابطه وجود دارد، همخوانی دارد؛ اما با بخش‌هایی از مطالعه آن‌ها که در آن مصرف مواد والدین با غفلت از فرزندان ارتباط ندارد، همسو نیست.

مشاخره و درگیری بین والدین نیز یکی از مشکلات شایع در خانواده‌های درگیر مصرف مواد بود. این یافته با نتایج برخی از مطالعات داخلی و خارجی همخوانی دارد. نتایج مطالعه فالس استوارت و همکاران (۲۰۰۵) و همچنین نتایج پیمایش ملی خشونت خانگی و پیمایش ملی خانواده‌ها (O'Leary & Schumacher, 2003) نشان دادند که احتمال وقوع خشونت علیه همسر در زمان مصرف مواد، سه برابر بیشتر می‌شود. نتایج پژوهش نیک بخت نصرآبادی و دیگران، (۱۳۹۵) نیز نشان داد که اعتیاد شوهر، به انزوا و دوری از همسر و عدم تعلق عاطفی، جرو بحث و درگیری و نزاع بین زن و شوهر منتهی می‌شود. همچنین یافته‌های مطالعه جاهدی و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد که خانواده‌های دارای فرد مصرف‌کننده در مقایسه با خانواده‌های عادی، در مسائل ارتباطی و عاطفی به مراتب مشکلات بیشتری را تجربه می‌نمایند.

یکی از فرض‌های کلیدی تئوری دلبستگی این است که تجربیات کودک با افراد مراقب خود در طی دوران کودکی، نقش محوری در تکامل و سلامت روانی او بازی می‌کند. زمانی که کودکان در خانواده خود خشونت را تجربه می‌کنند، حس اعتماد آن‌ها ممکن است خدشه دار شود و منجر به خشم، هوشیاری بیش از حد (گوش به زنگ بودن) و ترس آن‌ها شود. علاوه بر این، کودکان ممکن است از پرخاشگری و خشم به عنوان راهی برای مقابله با استرس در سایر روابط نزدیک خود استفاده نمایند. کودکان خانواده‌های معتاد ممکن است شکست والدین در ایفای نقش خود به عنوان حامی را تجربه نمایند. والدین ممکن است به شکلی خطرناک یا ترسناک برای کودک رفتار

۱. Freisthler

نمایند و یا به دیگران اجازه دهند به کودک آسیب برسانند. چنین تجربیاتی معمولاً کودکان را بسیار می‌ترساند. این تجربیات ممکن است تصاویر و خاطراتی ترسناک در ذهن کودک باقی بگذارند که درک آن‌ها دشوار است، همچنین حس دلهره، عدم اطمینان، سردرگمی خشم و حس عدم امنیت نیز ممکن است ایجاد شود (et al., 2009).

اختلال حمایت والدین یکی دیگر از مقولات اصلی در این پژوهش است. بنابر یافته‌های پژوهش‌های قبلی، فقدان امنیت با ثبات (Semidei et al., 2001)، تجربه مراقبت ناپایدار و آشفتگی در نظم زندگی (Jeffreys et al., 2008)، احتمال زیاد جدایی و طلاق والدین (Bree & McDaniel, 2013) و جداسدن کودک از خانواده و سپرده شدن به سیستم‌های رفاهی (Jeffreys et al., 2008 & Haight et al., 2009). تمایل خانواده برای مطرح نشدن نیازها (Haight et al., 2007 & Black, 2001) نیز در پژوهش‌ها گزارش شده است. همچنان که داشتن سیستم همشیران ایمن^۱ به فرزندان کمک می‌کند با سوءمصرف مواد والدین کنار آیند (Walker & Lee, 1998). تحلیل مصاحبه‌ها در این پژوهش به اهمیت آن به عنوان عاملی حمایتی اشاره دارد؛ در خصوص حمایت افراطی از کودکان در خانواده‌های مصرف‌کننده موارد پژوهشی مشاهده نشد. لازم به توضیح است در این پژوهش حمایت افراطی از سوی والد سالم انجام می‌شد. عدم حمایت والد در پژوهش‌های قبلی نیز گزارش شده بود (Haight et al., 2009). سکوت از ویژگی‌هایی است که در تحقیقات قبلی نیز به آن اشاره شده است (Haight et al., 2009)، اساساً طرح نیاز و بیان احساسات نیازمند پاسخگویی است و خانواده‌ها معمولاً برای پاسخگویی تجهیز نشده‌اند. پس برای حمایت از خانواده و عدم تحمیل هیجان منفی به سیستم، مکانیزم‌هایی در خانواده شکل می‌گیرد که

۱. secure sibling subsystem

بنابراین افراد از طرح نیازها، سؤالات و احساساتی که اعضای سالم را ناراحت می‌کند یا باعث متشنج شدن جو خانواده می‌شود؛ خودداری می‌کنند یا آن را نادیده می‌گیرند. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد رفتار مادر و واکنش‌های هیجانی او نسبت به وقایع زندگی نقش تعیین‌کننده‌ای در تاب‌آوری فرزندان و ادراک آن‌ها از سختی‌های زندگی دارد. مادرانی که ارتباط عاطفی خود را با فرزندان حفظ کردند و در عادی سازی شرایط موفق بودند فرزندان تاب‌آور تر داشتند. بنابراین نقش مادران و کمک به حفظ سلامت ایشان کلید اصلی کمک به کودکان است و تئوری دلبستگی نیز بر این اصل دلالت دارد.

یکی از مقولات اصلی به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر، درام هرج‌ومرج^۱ است. این مضمون با سه زیرمضمون؛ رفتارها و وقایع پیش‌بینی نشده، عدم احترام به حریم خانواده و تعارض احساسی یا دوسو‌گرایی، به ابهامات و تعارضات کودکان و اتفاقات آزار دهنده پیش‌بینی نشده ناشی از مصرف مواد توسط پدر اشاره دارد. درام هرج‌ومرج بیش از این در پژوهش بری و بری و دانیل^۲ (۲۰۱۳) در فرزندان بزرگسال آمریکایی آفریقایی تبار الکلی گزارش شد که به گیجی، اختلال، عدم ثبات و ابهام در محیط خانواده به عنوان نتیجه مستقیم والد الکلی اشاره داشت.

هنگامی که عوامل فشارزا فرآیندهای حیاتی خانواده را مختل می‌کنند کودکان بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرند (پترسون، ۱۹۸۳) بخش مهمی از این تأثیر بُعد هیجانی موقعیت‌های پر فشار است در خانواده اعتیاد علاوه بر آسیب دیدن فرزندان از عوامل خطری چون، انزوا و طرد، روزمرگی، درام هرج‌ومرج و مشکلات بهداشت روان و سایر موارد طرح شده، ظرفیت آسیب‌رسان دیگری در خانواده وجود دارد که کمتر مشهود است، اما کودکان را بسیار متأثر می‌سازد؛ در این پژوهش اغلب کودکان مشارکت‌کننده

۱. Drama/chaos

۲. Bree& McDaniel

به رنج اساسی اشاره داشتند و آن آزرده‌گی روانی به خاطر مشاهده و اطلاع از رنج والدین است به نحوی که در موقعیت‌های مختلف احساساتی مشابه والدین و خصوصاً والد سالم را تجربه می‌کردند و همچنین فراتر از توان خود نقش‌هایی برعهده می‌گرفتند. این یافته با نتایج مطالعات بنیشک^۱ و همکاران ۲۰۱۱، لاک^۲ و همکاران ۲۰۱۰، کیمبرلی^۳ و همکاران ۲۰۰۵ (به نقل از جاهدی و همکاران، ۱۳۹۵) همخوانی دارد.

استرس‌های حاکم بر زندگی و سپردن جریان زندگی به هیجانانگ، تلاش برای کنترل و پیشگیری از شکل‌گیری هیجانانگ منفی، مشکلات مالی و عدم دسترسی به حمایت کافی، منجر شده تا خانواده‌ها به صورت منفعلانه با روندهای مختل زندگی مصرف‌کننده، مشکلات مالی و سختی‌های زندگی مواجه شوند و به گذران زندگی در روندی بی برنامه و سرگرم شدن با امور روزمره قناعت نمایند. روزمرگی / بی‌برنامگی خانواده به عنوان مضمون اصلی مشتمل بر چهار زیرمضمون؛ سیکل معیوب زندگی، غفلت از برنامه ریزی، موانع درون فردی اقدام و انفعال در برابر شرایط بیرونی است. این یافته با نتایج پژوهش‌های (Benishek et al., 2011 & Luk et al., 2010 & Kimberly et al., 2005). مبنی بر حاکم بودن فضای بی اعتمادی و اضطراب‌زا بودن زندگی در کنار یک فرد مصرف‌کننده و همچنین فقدان برنامه در زندگی همخوانی دارد. کودکان دارای پدر مصرف‌کننده مواد، انرژی زیادی صرف عادی جلوه دادن شرایط، پنهان کردن نقایص و دوری از قضاوت‌های نامناسب می‌کنند ولی این تلاش همیشه موفقیت‌آمیز نیست چرا که دیگران در مورد نقایص خانواده اطلاع پیدا می‌کنند و آن‌ها نیز برای رابطه با خانواده تمایل نشان نمی‌دهند؛ با بالاتر رفتن سن و دستیابی به قدرت و منابع بیشتر فرزندان، دیگرانی که در خیلی از موقعیت‌ها عامل فشار بوده‌اند و انرژی روانی را فرسوده می‌کرده‌اند جایگاه خود را از دست می‌دهند و فرزندان با بی

۱. Benishek

۲. Luk

۳. Kimberly

اعتنایی به قواعد و قضاوت‌های آن‌ها، قدرت خود را به تصویر می‌کشند؛ و این بار فرزندان هستند که دیگران را از خود می‌رانند؛ تظاهر قدرتی که لزوماً نتایج آن در جهت پیشرفت و کسب پایگاه اجتماعی نیست.

یکی دیگر از مقولات اصلی در پژوهش حاضر، کناره‌گیری و انزوا است. عادی نبودن شرایط زندگی و اشتغال ذهنی فرزندان به قضاوت‌های دیگران از جمله همسالان، ترس از افشای رازهای خانواده و فقدان مزیت رقابتی خانواده برای به اشتراک گذاشتن تجارب خانوادگی در جمع همسالان (مانند مسافرت، تفریحات، جایزه گرفتن و...) و قضاوت‌های دیگران در مورد فرد مقصر در اعتیاد منجر می‌شود، فرزندان و خانواده‌ها، محدود نمودن ارتباط را به عنوان مکانیزم حفاظت از خود در پیش گیرند، اگرچه مشکلات ناشی از اعتیاد باعث کناره‌گیری دیگران از خانواده نیز می‌شود؛ از طرفی انگ ناشی از اعتیاد و وابستگی اقتصادی خانواده به دیگر نزدیکان به نوعی آن‌ها را محق کرده است نسبت به فرزندان احساس آزادی عمل بیشتری کرده و به تنبیه و تأدیب فرزندان خودسرانه اقدام کنند که این موضوع تمایل فرزندان و مادران را برای حضور کودک در جمع‌های خانواده گسترده تحت تأثیر قرار می‌دهد. شواهد نشان می‌دهد که جلب حمایت اجتماعی برای اعضای خانواده درگیر اعتیاد بسیار سخت است. اغلب مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که آگاهی دیگران از مصرف فرد به شرمساری آن‌ها منجر می‌شود. ضمن این که ممکن است به بدتر شدن رفتار آن‌ها منجر شود؛ یا این که دیگران خودشان مشغله دارند و کاری از ایشان ساخته نیست این یافته با نتایج پژوهش‌های اشنبرگ استراسنر و هاف فول^۱ (۲۰۱۱) و اورفورد^۲ و همکاران (۲۰۱۳) همخوانی دارد.

۱. AshenbergStraussner&Christine Huff Fewell

۲. Orford

از آنجایی که آگاهی از اعتیاد با تحریک احساسات قوی در افراد همراه است و چگونگی پاسخ به آن مشکل و بحث برانگیز است و دیگران ممکن است غیرحمایتی، منتقد و یا خصومت آمیز رفتار نمایند برخی از اعضای خانواده به علت مقاوم بودن متهم می‌شوند و برخی به علت عدم مقاومت مورد انتقاد قرار می‌گیرند (Orford et al., 2013) که این خود منجر به تمایل به کناره‌گیری می‌شود. تحقیق حاضر نشان داد محرومیت از ارتباط با دو مکانیزم کناره‌گیری و طرد صورت می‌گیرد. تحمل‌پذیرتر بودن انزوا در مقایسه با تحقیر، تعامل با دیگران تهدیدی برای آشکار شدن تفاوت، عدم تمایل دیگران برای ارتباط با خانواده و بی‌توجهی به هنجارها و قوانین وضعیتی برای نمایش قدرت، از زیرمضمون‌های آن است. این یافته همسو با نتایج پژوهش اشنبرگ-استراسنر و هاف فول (۲۰۱۱) است که بر مبنای آن، گرایش به کناره‌گیری و انزوا و ناتوانی برای اعتماد کردن به دیگران و گرفتن کمک از آن‌ها از پی آمدهای اعتیاد والدین برای فرزندان است. بی‌توجهی به هنجارها و قوانین پاسخ منفی کودکان در برابر فشارهای اجتماع، اشاره است به گونه‌ای که وقتی هم‌نوایی با جامعه فشارهای زیادی بر آن‌ها وارد می‌کند، با بی‌اعتنایی به هنجارهای اجتماعی، قدرت خود را نشان می‌دهند.

یکی دیگر از مقولات اصلی پژوهش حاضر، پذیرش نقش قهرمان نگون‌بخت است. این مضمون با سه زیرمضمون دردناک گیر افتادن در وضعیتی قابل ترحم (قربانی)، احساس مسئولیت برای رهایی دیگران از رنج و مقاومت در برابر کسب آسایش مشخص می‌شود. پذیرش نقش «قهرمان نگون‌بخت» به بازتولید نقش‌های ایفا شده در خانواده توسط کودک و اعضای سالم خانواده در زندگی فرزندان اشاره دارد، کودکی که در زندگی با سکوت، انزوا، انکار، از خودگذشتگی زیاد و خشونت مواجه بوده است و نسبت به خود دیدگاه منفی دارد، در بزرگسالی نیز نسبت به وضعیت سلامتی خود بی‌اهمیت بوده و رفاه دیگران را بر خود ارجح می‌داند و به ناخوشی و بدحالی متعهد است و باوجود داشتن امکانات، برای رفاه و سلامت خود اقدام نمی‌کند مانند آنچه بک (۲۰۰۱) در مورد نقش کودک مسئولیت پذیر در خانواده‌های الکلی

عنوان می‌کند این کودکان در بزرگسالی نمی‌دانند چگونه خود را آرام کنند، بی‌خیال باشند و لذت ببرند آن‌ها اساساً مشکلات جدی برای چشم اندازه‌های آینده دارند.

اگرچه همانند تحقیق ویگ اسچیدر-کروس^۱ (۱۹۸۹)، شواهدی دال بر ایفای نقش‌های حفظ بقا از جمله قهرمان^۲، قربانی، فرزند فراموش شده وجود داشت؛ اما همچنان که بلاک (۲۰۰۱) در مورد فرزندان الکلی‌ها اشاره می‌کند کودکان برای سازگاری با شرایط نقش‌های متعددی برعهده می‌گیرند؛ او اشاره می‌کند فرزندان به ایفای ترکیبی از سه نقش کودک منطبق شونده، میانجی و مسئولیت پذیر تمایل دارند و تعداد کمی از کودکان تمایل به ایفای تنها نقش کودک بازیگر^۳ دارند که از طریق ایجاد اختلال، جلب توجه می‌کنند. در این پژوهش نیز نتایج تحقیق نشان می‌دهد که کودکان در موقعیت‌های مختلف در قالب نقش‌های مختلف ایفای نقش می‌کنند اما این نقش‌ها شامل کودک فراموش شده، کودک میانجی و مسئولیت پذیر است و تنها در یک مورد مشارکت کننده اشاره داشت که نسبت به اتفاقات خانواده بی‌تفاوت بوده است و با ناسازگاری در خانه و ایجاد مشکل در مدرسه، مشابه نقش کودک بازیگر عمل کرده است.

برآیند نهایی که از یافته‌های تحقیق به دست آمد بیانگر آن است که کودکان دارای پدر مصرف‌کننده مواد با مشکلات عدیده‌ای از جمله؛ نگرش منفی به خود، آزار و اذیت توسط اعضای خانواده و دیگران، طرد و انزوا، بی‌برنامگی و روزمرگی، پذیرش قهرمان نگون‌بخت، درام هرج و مرج در خانواده و اختلال حمایت والدین مواجه هستند. هر چند پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که سوء مصرف مواد توسط والدین برای کودکان خطرناک است، اما به اعتقاد درین^۴ (۱۹۸۶) گیفورد و هامفریز^۵ (۲۰۰۷)، اعتیاد به مواد

۱. Weggscheider-Cruse's

۲. hero

۳. Acting-out

۴. Deren

۵. Gifford and Humphreys

با سایر عوامل همبستگی قوی دارد و صرفاً مصرف مواد عامل مشکلات شناسایی شده برای کودکان نیست؛ در سطح اجتماعی، اعتیاد به مواد با فقر و محرومیت ارتباط قوی دارد. در سطح روانی احتمال زیادی وجود دارد که افراد مصرف‌کننده مواد مورد آزار قرار گرفته، دارای اعتماد به نفس پایین و افسرده باشند. حتی در سطح ژنتیک این امکان وجود دارد که برخی از تمایلاتی که والدین را به سمت اعتیاد سوق می‌دهد خود عامل ایجاد مشکلاتی برای کودکان باشد. بنابراین شاید این متغیرها همان عواملی باشند که به طور جداگانه یا در تعامل با مصرف، به جای عامل مصرف مواد به تنهایی، عامل مشکلات باشند. بنابراین سوءمصرف مواد موضوعی منفرد نیست و تعیین نقش ویژه آن به تنهایی امکان پذیر نخواهد بود.

پیشنهادها

برای کاهش اثرات زندگی با پدر مصرف‌کننده مواد بر کودکان، پیشنهادهای زیر ارائه می‌گردد:

- باید به عوامل محافظتی از جمله ارتقای تاب‌آوری کودکان و اعضای خانواده و همچنین افزایش حمایت‌های غیر رسمی (بستگان، همسایگان، دوستان و...) و رسمی (سازمان‌های حمایتی) جهت انطباق با دشواری‌های زندگی توجه نمود. همچنین برای کاهش عرضه مواد و کودک آزاری، پیشگیری محله محور و تقویت محله‌ها و همسایگی در اولویت قرار گیرد.
- با توجه به آمار بالای افراد مصرف‌کننده در کشور، با شناسایی به موقع کودکان در معرض آسیب به‌خصوص دارای والدین مصرف‌کننده و ارتقای عوامل محافظتی تاب‌آوری، می‌توان در راستای رشد و تحول این کودکان اقدامات موثری انجام داد.
- از آنجا که بسیاری از اقدامات مداخله‌ای در کشور بر درمان فرد مصرف‌کننده متمرکز است و کمتر به مسائل و مشکلات اعضای خانواده و به‌خصوص کودکان توجه می‌شود، برای پاسخگویی به نیازهای این قشر باید اقداماتی در سطوح مختلف از سیاست‌گذاری تا مداخله‌ای انجام داد. به کارگیری بسیاری از اقداماتی که در چارچوب

حمایت از کودکان در کشور انجام می‌گیرد، بیش از آنکه پیشگیرانه باشند، اقداماتی هستند که در پاسخ به وضعیت‌های دشواری که برای کودکان روی می‌دهد، انجام می‌شوند و اساساً توجه به خانواده‌ها با هدف کمک به فرد مصرف‌کننده و موفقیت ترک صورت می‌گیرد این در حالی است که خانواده‌ها نیز دچار مشکلات عدیده‌ای در حوزه بهداشت روان، سلامت جسمی و اجتماعی هستند که نیازمند مداخله و برخورداری از خدمات بیمه‌ای و حمایت‌های رسمی از جمله دسترسی به خدمات مددکاری اجتماعی و مشاوره هستند.

- نظر به این‌که حلقه مفقوده در حوزه اعتیاد، توجه صرف بر فرد مصرف‌کننده و غفلت از اعضای خانواده و به‌خصوص کودکان است، تقویت خدمات مددکاری اجتماعی در سطوح مختلف پیشگیری و مداخله می‌تواند نقش بسزایی در بهبود و ارتقای تاب‌آوری کودکان و خانواده‌های آن‌ها ایفاء نماید.

- حمایت اقتصادی از خانواده‌ها در قالب برقراری یارانه معاش حداقل به مدت یک سال برای خانواده‌ها بعد از ترک، خدمات بیمه‌ای برای خانواده‌های دارای فرزند، یارانه تحصیلی برای فرزندان و برخورداری خانواده‌ها از خدمات رایگان سلامت باید یکی از مؤلفه‌های اصلی در حوزه سیاست‌گذاری باشد.

- ارزیابی و ارائه خدمات بهداشت روان به خانواده‌ها در کمپ‌ها و مراکز ترک اعتیاد

- نظارت بر استقرار تخصص‌های پیش‌بینی شده در شیوه‌نامه تأسیس مراکز ترک اعتیاد اعم از مددکار اجتماعی، روان‌شناس، روان‌پزشک و تدوین شیوه‌نامه برای ارائه خدمات توأم به افراد، همسران و فرزندان.

- تدبیر مداخلات جبرانی برای فرزندان از جمله آموزش مهارت‌های اجتماعی، کلاس‌های فوق برنامه، کلاس‌های جبرانی، پشتیبان امور تحصیلی و....

به دلیل پیامدهای ناگوار و انگ اجتماعی افشای اعتیاد، صحبت در این حوزه در بسیاری از موارد ناخوشایند و جستجو و کنکاش پیرامون آن، تجسس درحوزه

۱۶۶ پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۶، تابستان ۱۳۹۷

خصوصی افراد محسوب می‌گردد. این امر دستیابی به افراد مورد نظر را با مشکل مواجه نمود به همین دلیل پژوهشگر مجبور به انتخاب نمونه‌ها از مراجعین به مراکز ترک اعتیاد گردید.



منابع

- 0 امیری، محسن؛ رضاپور، حسین؛ مروتی، ذکراه و یوسفی افراشه، مجید. (۱۳۹۴). بررسی نقش عوامل خانوادگی مؤثر در گرایش به مواد اعم از صنعتی و سنتی در میان جوانان استان لرستان، *مجله علوم روان شناختی*، دوره چهاردهم، شماره ۵۴.
- 0 جاهدی، نسیم؛ طالع پسند، سیاوشو رحیمیان بوگر، اسحاق. (۱۳۹۵). روسازی فهرست واریسی شریکان زندگی: اندازه‌گیری مشکلات تجربه شده اعضای خانواده سوء مصرف کنندگان مواد مخدر، *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، سال دهم، شماره سی و هشتم.
- 0 رفیعی، حسن؛ فتحی، لیلا؛ نوری، رؤیا؛ اکبریان، مهدی؛ نارنجی‌ها، هومان؛ کاردوانی، راحله و ساداتی، انسیه. (۱۳۹۳). بررسی عوارض و تبعات اعتیاد همسر از طریق مقایسه زنان عادی و زنان دارای همسر معتاد. *مطالعات اجتماعی روان شناختی زنان*، سال ۱۲، شماره ۲: ۱۹۴-۱۷۱.
- 0 سبزی، محمد؛ معتمدی، هادی؛ رفیعی، حسن و علی‌پور، فردین. (۱۳۹۱). رابطه کنترل اجتماعی و حمایت اجتماعی با تاب‌آوری در برابر سوء مصرف مواد در پسران دارای پدر معتاد، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال سیزدهم، شماره ۵۰: ۲۲۸-۲۰۷.
- 0 سعدی‌پور، اسماعیل؛ کبیری، اکبر؛ یوسفی، مهسا و قاسمی، علی. (۱۳۹۴). انگیزه پیشرفت دانش آموزان با والدین وابسته به مصرف مواد مخدر، *فصلنامه پژوهش‌های تربیتی*، شماره ۳۱.
- 0 محمدپور، احمد. (۱۳۹۱). بسترها، پیامدها و سازگاری زنان مطلقه شهر تهران (یک مطالعه پدیدارشناسانه). *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، سال چهارم، شماره ۱: ۱۷۲-۱۳۵.
- 0 نیک بخت نصرآبادی، علیرضا؛ پاشایی ثابت، فاطمه و بستامی، علیرضا. (۱۳۹۵). تجربه زندگی با همسر معتاد: یک مطالعه پدیدار شناسی، *نشریه پژوهش پرستاری*، دوره یازدهم، شماره ۱: ۷۵-۶۲.

0 Anda, R., Felitti, V., Bremner, J., Walker, J., Whitfield, C., Perry, B., et al. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in

- childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256 (3), 174–186.
- 0 Ashenberg Straussner, SH.L. & Fewell, CH. H. (2011). *Children of Substance-Abusing Parents Dynamics and Treatment*. Springer publishing company New York.
- 0 Barnard, M. (2006). Drug addiction and family. UK: Kingsley publishers.
- 0 Benishek, L.; Kimberly, C.; & Legget Dugosh, K. (2011). Prevalence and Frequency of Problems of Concerned Family Members with a Substance Using Loved one. *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 37, 82-8.
- 0 Black, C. (2001). *It will never happen to me*, (2nd Ed.). Center City, MN: Hazelden.
- 0 Boyd-Franklin, N. (Ed.) (2003). *Black families in therapy: Understanding the African American experience*. New York, NY: The Guilford Press.
- 0 Bree, C., McDaniel, M.A. (2013). *African American Adult Children of Alcoholics: A Retrospective Narrative on Protective Factors that Foster Resilience*. The California School of Professional Psychology San Francisco Campus.
- 0 Deren, S. (1986) *Children of substance abusers: a review of the literature*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 3, 77 – 94.
- 0 Donohue, B., & Romero, V., & Hill, H. H. (2006). Treatment of co-occurring child maltreatment and substance abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 636–640.
- 0 Fals-Stewart, W., Leonard, K. E., & Birchler, G. R. (2005). The occurrence of male-to-female intimate partner violence on days of men's drinking: The moderating effects of antisocial personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 239–248.
- 0 Freisthler, B., Price Wolf, J., Wiegmann, W., & Kepple, N. J. (2017). The Drug Environment, and Child Physical Abuse and Neglect. *Journal of Child Maltreatment*, 22(3), 245-255.
- 0 Gifford, E. and Humphreys, K. (2007) *the psychological science of addiction*. *Addiction*, 102 (3): 352 – 61 (March), doi: 10.1111/j.1360 - 0443.2006.01706.x.
- 0 Gruber, K. J., & Taylor, M. F. (2006). A family perspective for substance abuse: Implications from the literature. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 6 (1/2), 1–29.
- 0 Haight, W. L., & Taylor, E. H. (2007). *Human behavior for social work practice: A developmental-ecological framework*. Chicago: Lyceum Books.

- 0 Haight, W., Ostler, T., Kingery, L. Black, J. (2009). *Children of Methamphetamine- Involved Families: The Case of Rural Illinois*. Oxford University Press.
- 0 Hartley, C. C. (2002). The co-occurrence of child maltreatment and domestic violence: Examining both neglect and child physical abuse. *Journal of Child Maltreatment*, 7, 349–358.
- 0 Jeffreys, H., Hirte, C, Rogers, N., & Wilson, R. (2008). *Parental substance misuse and children's entry into Alternative Care in South Australia*. Department for Families and Communities Business Affairs.
- 0 Kelley, M. L., Klostermann, K., Doane, A. N., Mignone, T., Lam, W. K., & Fals-Stewart, W. (2010). The case for examining and treating the combined effects of parental drug use and interparental violence on children in their homes. *Aggression and Violent Behavior: A Review Journal*, 15, 76–82.
- 0 Kimberly, C.; Leggett Dugosha, K.; Benisheka, L.; & Harrington, V. (2005). *The Significant Other Checklist: Measuring the Problems*. *Journal of Addictive Behaviors*, 30, 29-47.
- 0 Kvale S, Brinkmann S. (2009). Interviews: *Learning the craft of qualitative research interviewing*. London, UK: SAGE Publications.
- 0 Lieberman, A. F., Padron, E., Van Horn, P., & Harris, W. W. (2005). Angels in the nursery: The intergenerational transmission of benevolent parental influences. *Infant Mental Health Journal*, 26(6), 504–520.
- 0 Luk, J.W.; Farhat, T.; Jannoti, R.; & Simons Morton, B.G. (2010). Parent-child communication and substance use among adolescent: Do father and mother communication play a different role for sons and daughters? *Addictive Behaviors*, 35, 426-431.
- 0 Luthar, S. S., Cushing, G., Merikangas, K. R., & Roundsaville, B. J. (1998). Multiple jeopardy: Risk/protective factors among addicted mothers' offspring. *Development and Psychopathology*, 11, 117–136.
- 0 Mayes, L., & Truman, S. (2002). *Substance abuse and parenting*. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (pp 329–350). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- 0 Mc Nichol, T., & Tash, C. (2001). Parental substance abuse and the development of children in foster care. *Journal of Child Welfare*, 80, 239–256.
- 0 Moretti, M. M., Obsuth, I., Odgers, C. L., & Reebye, P. (2006). Exposure to maternal vs. paternal partner violence, PTSD, and aggression in adolescent girls and boys. *Aggressive Behavior*, 32, 385–395.

- 0 O’Leary, K. D., & Schumacher, J. A. (2003). *The association between alcohol use and intimate partner violence: Linear effect, threshold effect, or both? Addictive Behaviors*, 28, 1575–1585.
- 0 Orford Jim, Richard Vellemanb, Guillermina Natera, Lorna Templeton & Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Journal of Social Science & Medicine*. (78), 70-77.
- 0 Peleg-Oren, N., & Teichman, M. (2006). Young children of parents with Substance Use Disorders (SUD): A review of the literature and implication for social work practice. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 6 (1/2), 49–61.
- 0 Patton MQ. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. London, UK: SAGE Publications.
- 0 Peterson, C., Maier, S. F., & Seligman, M. E. P. (1995). *Learned helplessness: A theory for the age of personal control*. New York: Oxford University Press.
- 0 Semidei, J, Radel, L & Nolan, C 2001, ‘Substance Abuse and Child Welfare: Clear Linkages and Promising Responses’, *Child Welfare*, 80(2).
- 0 Silverman D. (2005). *Doing qualitative research*. London, UK: SAGE Publications.
- 0 Walker, J.P., & Lee, R.E. (1998). *Uncovering strengths of children of alcoholic parents. Contemporary Family Therapy*, 20(4), 521-538. doi: 10.1023/A:1021684317493
- 0 Yates, T. M., Dodds, M. F., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2003). Exposure to partner violence and child behavior problems: A prospective study controlling for child physical abuse and neglect, child cognitive ability, socioeconomic status, and life stress. *Developmental Psychopathology*, 15, 199–218.