

موانع و مشکلات ارائه خدمات به کودکان دارای مادر معتاد

ندا اسمعیل پورعسکر^۱

^۱ کارشناس شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان کرمان

چکیده

به منظور بررسی موانع و مشکلات ارائه خدمات به کودکان دارای مادر معتاد، ۱۱ نفر از متخصصین این حوزه شامل روانشناس، روانپزشک و استاد دانشگاه با استفاده از روش نمونه‌گیری ملاک محور انتخاب شدند و در پژوهشی کیفی با راهبرد نظریه داده بنیاد مورد مصاحبه قرار گرفتند. مصاحبه‌ها با استفاده از روش کدگذاری باز و محوری تحلیل شدند و بدین ترتیب ۱۱۴ کد که در ۲ طبقه اصلی و ۱۲ طبقه فرعی قرار می‌گرفتند، استخراج شد. متخصصان موانع و مشکلات ارائه خدمات به کودکان دارای مادر معتاد را شامل دو طبقه اصلی جسمانی و روانی معرفی نمودند که طبقه جسمانی شامل (بیماری، نقایص مادرزادی، اعتیاد و کودک‌آزاری) و طبقه روانی شامل (کمبود عزت نفس، اضطراب، احساس گناه، افسردگی، ترس، رفتارهای ضداجتماعی، افت تحصیلی و غفلت) می‌شدند.

واژه‌های کلیدی: کودکان، مادر معتاد، اعتیاد، مواد مخدر

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

۱-مقدمه

امروزه اعتیاد یکی از اساسی ترین مسائل اجتماعی جامعه ماست که می تواند نیروهای کارآمد و جوانان را به تخریب کشاند و راه مصیبت های انحرافی دیگر را هموار سازد. این پدیده مخرب اجتماعی که به دلیل استعداد آسیب زدایی جامعه برای پیدایش و رشد اعتیاد در بسیاری از خانواده های ایرانی رسوخ کرده، از یک سو موجب پایین آمدن سن اعتیاد و از دیگر سو موجب گسترش آن گردیده و عملاً در کارکرد خانواده ها نیز اختلالی عمیق ایجاد نموده است. خانواده خود به مثابه پایه و اساس ساخت اجتماعی جامعه است. به گونه ای که سلامت جامعه همواره در گرو سلامت خانواده هاست. لیکن طی این دو دهه، نهاد خانواده خود در تقابل با نهادهای دیگر جامعه نظیر اقتصادی به شدت آسیب پذیر شده و زمینه پیدایش کجروی ها و گسترش اعتیاد را تسهیل بخشیده است. اگر ما ۳۰ درصد خانواده های ایرانی را معتاد فرض کنیم می بینیم چه حجم زیادی از کودکان در معرض آسیب های اعتیاد قرار دارند. بسیاری از پژوهش های مربوط به اعتیاد و همچنین مطالعات مربوط به خانواده، موفق به بیان اثرگذاری این پدیده بر ساختار خانواده نشده، بلکه هر یک جداگانه مورد بررسی قرار گرفته است. اما چنانچه تعداد کل معتادان ایرانی را دو میلیون نفر محاسبه کنیم که تنها ۷۰٪ آنها متاهل باشند و فقط ۸۵٪ آنها دارای فرزند باشند و بیش از دو فرزند نداشته باشند، حدود دو میلیون و پانصد کودک شرایط دشوار و گیج کننده ای را تجربه می کنند (نوری، ۱۳۹۳).

مشاهدات نگارنده حاکی است که بر فضای خانواده مادر معتاد نوعی نگرش و اضطراب دایمی سایه افکنده است. اعضای خانواده همواره بیم این دارند که مادر دستگیر شود. به نوعی به جای اینکه مادر نقش حمایتی داشته باشد، این اعضای خانواده هستند که بایستی از او حمایت کنند. بدین ترتیب فرزندان مادر معتاد، به نوعی دچار گنجی هستند که در جامعه پذیری آنها نقش تعیین کننده ای دارد (وزیریان و مستشاری، ۱۳۸۱).

۱-۱ بیان مسئله

مصرف مواد نگرانی جدی جوامع است و از آنجایی که در دوره نوجوانی مصرف مواد بطور فزاینده ای افزایش می یابد، گروه های سنی کودک و نوجوان هدف اصلی مداخلات پیشگیرانه هستند. این در حالی است که یافته ها نشان می دهد فرزندان والد معتاد در بالاترین میزان خطر مصرف مواد بسر می برند. احتمال ابتلا به اعتیاد در فرزندان والد معتاد در مقایسه با فرزندان والدین معمولی، ۲ تا ۹ برابر بیشتر است (کامپفر، ۲۰۱۴).

فرزندان والدین مصرف کننده مواد به دلیل اعتیاد والدین، مشکلات روانی، اجتماعی، تحصیلی و پزشکی متعددی تجربه می کنند (جولیان و گودمن، ۲۰۰۵). عامل های خانوادگی^۲ نقش مهمی در شروع، رشد و ابقای سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد دارند (پین هیرو و همکاران، ۲۰۰۶). تحقیقات نشان می دهد که رابطه مستقیمی بین مصرف مواد والدین و فرزندان وجود دارد (شاکیت و همکاران، ۲۰۰۴). عامل های خطر دیگری که در این دست خانواده ها وجود دارد عبارتند از مصرف الکل (شاکیت و همکاران، ۲۰۰۴)، تنباکو، نگرش مثبت خانواده به مواد و پذیرش مصرف مواد، دلبستگی ضعیف با والدین در هر یک از مراحل رشد، آزار جسی و جنسی، بی ثباتی اقتصادی و مدیریت ضعیف خانواده (وانر و وایت، ۲۰۰۳). نه تنها کودکان و نوجوانانی که در خانواده های دارای سوء مصرف و وابستگی به مواد یا الکل زندگی می کنند با خطر ابتلا به چنین بیماری

^۱Kumpfer

^۲Juliana & Goodman

^۳Pinheiro

^۴Shuckit

^۵Warner & White

روبرو هستند بلکه حتی زندگی در چنین خانواده هایی با خطر مرگ و میر بالا و مشکلات سلامتی جسمانی زیاد همراه است (جانسون و لف، ۱۹۹۹).^۶

جمع بندی مطالعات متعددی که در مورد فرزندان والدین مصرف کننده مواد و الکل انجام شده است نشان می دهد، محیط این خانواده ها با تروما، تنش و آشفتگی زیادی همراه است که اثرات منفی زایدی بر زندگی فرزندان می گذارد. مصرف کنندگان مواد و الکل، مهارت های فرزندپروری مناسبی ندارند، که خود، محیط خانوادگی پرخطری ایجاد می کند. نظارت ضعیف والدین بر رفتارهای فرزندان، اختلاف والدین، کیفیت ضعیف تعاملات والد-فرزندی، صمیمیت و گرمی کم والدین، انضباط ناپایدار یا نبود آن در چنین خانواده هایی شایع است (اریا و همکاران، ۲۰۱۲).^۷

این در حالی است که پیوندهای خانوادگی بین والد و فرزند، نظارت بر رفتار فرزندان، ارتباط موثر و صحبت در مورد انتظارات و ارزش های مثبت خانوادگی از عوامل مهم حفاظت کننده در برابر مصرف مواد هستند (برنینگ و همکاران، ۲۰۱۲).^۸

با مقدمه ای که عنوان شد، مشخص است که کودکان چینی خانواده هایی دارای مشکلاتی هستند که می تواند در حمایت از آنان حتی خلل ایجاد کند. بنابراین هدف این پژوهش شناسایی موانع و مشکلات ارائه خدمات به کودکان دارای مادر معتاد است و سوال اصلی این پژوهش این است که موانع و مشکلات ارائه خدمات به کودکان دارای مادر معتاد چه می باشند.

تاکنون مطالعات متعددی در خصوص اعتیاد انجام شده است اما مطالعاتی که صرفاً در خصوص اعتیاد مادران و پیامدهای آن انجام شده باشد و بطور خاص به تاثیرات این اعتیاد بر فرزندان بپردازد انگشت شمار می باشد. اعتیاد در زنان علاوه بر ایجاد بیماری های سوء تغذیه، فشار خون بسیار بالا و سرطان، آنان را در معرض بیماری های خطرناکی مانند هیپاتیت و ایدز قرار می دهد. احتمال ابتلاء زنان معتاد به بیماری های ایدز و دیگر بیماری های ناشی از روابط جنسی غیر ایمن بیشتر از مردان است. همچنین احتمال ابتلاء زنان معتاد به بیماری های خاص زنان و معضلات آن بیشتر از زنان سالم است. در زمینه موانع درمان بر اساس نگرش اجتماعی و فرهنگی به اعتیاد، زنان بیشتر از مردان در معرض برچسب منفی اجتماعی هستند. نگرش منفی به زن معتاد، یک مانع عمده در درمان آنها محسوب می شود. همچنین مراقبت از بچه ها، مانعی دیگر برای درمان آنان می باشد. این در حالی است که احتمال اینکه زنان، از خانواده و دوستان برای ترک مواد حمایت شوند، در مقایسه با مردان کمتر است. برنامه های درمانی نیز اغلب به طور ناخواسته، موانعی را در راه درمان زنان ایجاد می کند. موانع مالی، تشریفات زاید اداری، متمرکز بودن برنامه های درمانی برای مردان و فقدان حساسیت درباره اعتیاد زنان از جمله این موارد هستند. از دیگر مشکلات اعتیاد زنان تاثیرات منفی آن بر فرزندان است. چرا که مادر نقش کلیدی را در خانواده دارد. بنابراین آنچه ضرورت انجام این پژوهش را بیشتر می نماید، تاثیرات منفی اعتیاد مادر بر حمایت از فرزندان و کودکان می باشد. به عبارتی کودکان در این امر بی دلیل آسیب می بینند و یکی از این زمینه های آسیب این است که نمی توانند از منابع حمایتی استفاده نمایند و یا با مشکل استفاده خواهند نمود.

نتایج این پژوهش به مسئولان کمک می کند که با شناخت موانع، راهکارهایی در جهت رفع آنان اتخاذ نمایند و یا در خدمت رسانی این موانع را لحاظ نمایند و بدین ترتیب فرزندان این مادران بی بهره از حمایت های دولتی و غیر دولتی به سبب مشکلات ایجاد شده نباشند. از سوی دیگر فرزندان مادران معتاد را جدا از سایر کودکان نیازمند بدانند و برای آنان به سبب مشکلاتی که دچار آن هستند، حمایت های خاص فراهم نمایند. پزشکان، روانشناسان و متخصصان حوزه سلامت روان نیز با شناخت مشکلات کودکان مادران معتاد در صدد برنامه ریزی های کلان در جهت بهبود وضعیت سلامتی آنان باشند.

^۶Johnson & Lef

^۷Arria

^۸Borning

۲- سوال تحقیق

مواع و مشکلات ارائه خدمات به کودکان دارای مادر معتاد چه می‌باشند؟

۳- قلمرو تحقیق**اثرات مختلف اعتیاد والدین بر زندگی فردی و اجتماعی فرزندان**

تأثیرات مختلف استفاده والدین از مواد مخدر بر زندگی فردی و اجتماعی فرزندان عبارتند از:

۱- عواقب رفتاری

سوء مصرف مواد در والدین، در رشد طبیعی کودک وقفه ایجاد می‌کند، که این کودکان را در معرض خطر بیشتر مشکلات عاطفی، جسمی و روانی قرار می‌دهد. از آن جا که پدر و مادرانی که از الکل یا مواد مخدر استفاده می‌کنند بیشتر در خشونت خانگی، طلاق، بیکاری، بیماری‌های روانی و مشکلات قانونی درگیر هستند، توانایی آن‌ها در ایفای نقشان به صورت موثر به شدت تحت تأثیر قرار می‌گیرد. بروز افسردگی، اضطراب، اختلالات غذا خوردن و خودکشی در میان کودکان با والدین معتاد از همسالان‌شان بیشتر است. علاوه بر این، احتمال اعتیاد به الکل یا دیگر مواد مخدر در کودکان والدین دارای اعتیاد ۳-۴ برابر بیشتر از دیگران است. در خانه‌هایی که والدین سوء مصرف دارند، سوء استفاده‌های جسمی و جنسی از کودکان بیشتر محتمل است. سوء استفاده جنسی در خانواده‌های دچار اغتشاش و درگیری که در آن ارتباطات بین افراد خدشه‌دار شده و نقش‌ها کمرنگ شده است، بیشتر می‌باشد. کودکانی که در خانه‌های درگیر مشاخره زندگی می‌کنند با احتمال بیشتری دچار عزت نفس پایین و کنترل درونی کمتر می‌شوند. این امر کودکان دارای والدین معتاد را در معرض خطر بیشتری برای قربانی شدن مجدد در آینده قرار می‌دهد. به عنوان مثال، دخترانی که والدینشان اعتیاد دارند، بیشتر در معرض تجاوز افرادی هستند که مواد مخدر مصرف می‌کنند و این خود باعث ایجاد شرایط برای سوء استفاده بیشتر می‌شود. حتی اگر فرزندان خودشان مورد خشونت خانوادگی قرار نگیرند، شاهد خشونت بودن به سادگی می‌تواند عواقب مخرب احساسی به همراه داشته باشند. این کودکان شش برابر بیشتر از کودکان دیگر شاهد سوء استفاده بین زوجین خواهند بود. در نتیجه این عوامل استرس‌زا، کودکان افراد دارای اعتیاد اغلب در مدرسه مشکل دارند. ممکن است به دلیل درگیری و تنش حاکم نتوانند بر تکالیفشان تمرکز کنند. آن‌ها همچنین بیشتر از همسالان خود دارای ناتوانی‌های یادگیری هستند، از مدرسه گریزان‌اند، مجبور به گذاردن چند باره مقاطع تحصیلی می‌شوند، مدارس خود را عوض می‌کنند و اخراج می‌شوند.

۲- مشکلات پزشکی

مطالعات مربوط به کودکان والدین دارای اعتیاد نشان می‌دهد که در این کودکان امکان افزایش میزان بیماری‌های مختلف جسمی از جمله انتریت، کولیت و آسم وجود دارد که به طور معمول به استرس مربوط می‌شود. علاوه بر این، صدمات و مسمومیت‌ها، سوء مصرف مواد، اختلالات روانی و بیماری‌های دستگاه گوارش و تنفسی نیز در کودکان والدین دارای اعتیاد بیشتر است. همچنین کودکان مادران الکلی مشکلات بیشتری دارند.

۳- سوء استفاده و اهمال در مورد کودکان

عدم توجه والدین معتاد به کودکانشان باعث ایجاد زمینه مناسب برای سوء استفاده و کودک آزاری این کودکان خواهد شد. گرچه مطالعات قطعی نیست، بین ۱۲ تا ۷۰ درصد از سوء استفاده کنندگان از کودکان افراد الکلی مصرف کننده مواد مختلف شناخته شده‌اند. چنین سوء استفاده‌ای ممکن است علت آسیب فیزیکی و عاطفی باشد و ممکن است این کودکان را نیازمند مراقبت‌های پزشکی کند.

۴- نقایص مادرزادی

مصرف الکل بیش از حد در مادران در طول بارداری به نقص‌های مختلف مادرزادی منجر می‌شود، که جدی‌ترین آن‌ها سندرم جنین الکلی (FAS) است. این سندرم ترکیبی از دیسمورفی صورت، کمبود رشد شدید و پایدار، اختلال عملکرد سیستم عصبی مرکزی، عقب ماندگی ذهنی و نقایص دیگر است. درجات پایین‌تر نقایص مربوط به الکل به اثرات جنین الکلی (FAE) شناخته می‌شود. هم FAS و هم FAE، اختلالات ارگانیزمی مداوم و دائمی هستند که نیاز به توانبخشی خاص دارند.

۵- مصرف الکل و وابستگی به سایر مواد مخدر

ماهیت خانوادگی مشروبات الکلی در بسیاری از مطالعات در طول سال‌ها مشخص شده است. هم عوامل ژنتیکی و هم زیست محیطی در فرایند انتقال دخیل هستند. کودکان والدین دارای اعتیاد در مقایسه با کودکان والدین غیر الکلی تقریباً ۳ تا ۴ برابر بیشتر از به مصرف الکل روی می‌آورند. علاوه بر این، کودکان والدین دارای اعتیاد در معرض افزایش خطر وابستگی به مواد مخدر هستند که همراه با الکلی بودن، بیشترین میزان بستری شدن به علت مسمومیت و آسیب‌های ناشی از تصادفات در کودکانی مورد بحث را به همراه دارد.

۶- اختلالات کودکی

همانطور که قبلاً ذکر شد، عقب ماندگی ذهنی و سایر اختلالات روانی به مصرف الکل توسط مادر در دوران بارداری ارتباط دارد. اختلال کمبود توجه یا بیش فعالی نیز همانند اختلالات افسردگی دوران کودکی و دیگر اختلالات اضطرابی به الکلی بودن والدین ارتباط دارد.

۷- اختلالات غذا خوردن

مطالعات اخیر نشان داده است که تعداد زیادی از بیمارانی که از پرخوری عصبی رنج می‌برند، کودکان افراد معتاد هستند.

۸- اضطراب و اختلالات افسردگی

همانند دوران کودکی، اختلالات اضطرابی و افسردگی در نوجوانان و بزرگسالانی که در کودکی والدین معتاد داشته‌اند افزایش می‌یابد.

۹- خطر آسیب شناختی

مصرف کنندگان الکل و مواد مخدر که پدران معتاد داشته‌اند، بیشتر در معرض خطر آسیب شناختی هستند.

۱۰- جامعه ستیزی

ارتباط بین اختلال شخصیت ضد اجتماعی (ASP) و معتاد بودن والدین به خوبی ثابت شده است، زیرا ارتباطی قوی بین اختلال شخصیت ضد اجتماعی مصرف الکل یا سایر وابستگی‌ها به مواد مخدر است.

۱۱- عواقب تحصیلی

کودکان برخاسته از خانواده‌های مصرف کننده مواد به احتمال بیشتری دارای اختلالات یادگیری هستند، مقاطع خود را تکرار می‌کنند، مدارس بیشتری عوض می‌کنند و به احتمال بیشتری به دلیل بارداری و رانده شدن، از مدرسه فرار می‌کنند، متخلف یا اخراج می‌شوند. کودکانی که والدین آن‌ها بیش از حد الکل یا مواد مخدر دیگر استفاده می‌کنند ممکن است:

- به خاطر وقایع خانه پریشان یا کلافه شوند و قادر به تمرکز در مدرسه یا دیگر فعالیت‌ها نباشند.
- کمتر از پتانسیل خود کار کنند زیرا انرژی آن‌ها بر روی مصرف کنندگان مواد متمرکز می‌شود.
- به دلیل خجالت از رفتار والدین معتادش، مایل به آوردن دوستان خود به خانه نیست.
- شاهد سوء رفتار فیزیکی یا عاطفی بین اعضای خانواده می‌باشد یا تجربه آن را دارد.
- به دلیل جنگ، تنش و یا نگرانی در خانه، قادر به تمرکز بر روی تکالیفش نخواهد بود.
- مسئولیت‌های نامناسب کارهای خانه، خواهر و برادران یا والدین خود را به عهده می‌گیرد.

۱۲- بی اعتمادی

والدین دارای مشکل الکل یا مواد مخدر اغلب رفتار غیر قابل پیش بینی نشان می‌دهند. با توجه به مقدار الکل و یا مواد مخدر موجود در خون پدر و مادر، ممکن است قوانین به طور مداوم برای کودک در حال تغییر باشد. این عدم انطباق می‌تواند منجر به عدم اعتماد به والدین (و اغلب بزرگسالان دیگر) شود. نوسانات شدید خلقی در خانواده نیز به از دست دادن اعتماد بیشتر کمک می‌کند. وقتی والدین الکل مصرف می‌کنند یا از مواد مخدر استفاده می‌نمایند، اغلب احساس امیدواری وجود دارد که مشکل حل شده است. در حالی که، اگر پدر و مادر به وضعیت قبل بازگردند، ناامیدی شدید خواهد بود. این تجربیات اغلب

منجر به عدم اعتماد کودکان به شخصیت‌های قدرتمند و به طور کلی بزرگسالان می‌شود، با این انتظار که آن‌ها در نهایت ناامید می‌شوند.

۱۳- احساس گناه

به جای درک سوء مصرف مواد والدین به عنوان یک بیماری، کودک خود را برای مصرف الکل یا مصرف مواد والدین متهم کند. اعضای خانواده ممکن است یکدیگر را به خاطر مصرف یا طغیان عصبانیت متهم کنند. نمونه‌هایی از این نوع تفکر عبارتند از: اگر من دانش آموز بهتری بودم، مادر من الکل مصرف نمی‌کرد یا اگر پدرم را عصبانی نکرده بودم، او مصرف مواد مخدر را ترک می‌کرد.

۱۴- احساس شرم

کودکان والدین دارای اعتیاد اغلب از راز خانواده خود خجالت می‌کشند. او ممکن است از دوستی با دیگر کودکان اجتناب کند و احساس کند که نمی‌تواند آن‌ها را به خانه‌اش دعوت کند، زیرا پدر و مادرش ممکن است در خانه مواد مصرف کرده باشند و او را خجالت زده کنند.

۱۵- دمدمی مزاجی

ممکن است احساسات مثبت و منفی قوی نسبت به والدین به طور همزمان در کودک وجود داشته باشد. به عنوان مثال، ممکن است در عین حال که والدین خود را به عنوان یک الگو برای زندگی خود می‌پذیرد از رفتارهای والدینش متنفر باشد.

۱۶- ترس

بعضی از کودکان افراد دارای سوء مصرف مواد، از آن می‌ترسند که والدین خود را از دست بدهند، به عنوان مثال این کودکان همواره از احساس اینکه والدین آنها به دلیل مصرف الکل و رانندگی و سایر آسیب‌های مربوط به مواد مخدر یا بیماری جان خود را از دست بدهند، رنج می‌برند.

۱۷- عدم امنیت

عزت نفس پایین، تنش، اضطراب، احساس افسردگی و رفتار برون ریز اغلب نشان دهنده ناامنی ناشی از محیط نامناسب خانه است.

۱۸- مشاخره در مورد مسائل جنسیتی

در خانه‌هایی که والدین سوء مصرف مواد دارند، سوء استفاده‌های جسمی و جنسی از کودکان بیشتر محتمل است. سوء استفاده جنسی در خانواده‌های دچار هرج و مرج و مشوش بیشتر است که در آن ارتباطات شکسته شده و نقش‌ها مختل شده‌اند. کودکانی که در خانه‌های دارای مشاخره زندگی می‌کنند با احتمال بیشتری عزت نفس پایین و کنترل درونی کمتری دارند. این امر کودکان والدین دارای اعتیاد را در معرض خطر بیشتری برای قربانی شدن مجدد در آینده قرار می‌دهد (خواجه دلویی و کارگر مقدم، ۱۳۹۲).

۴- نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، پژوهشی کاربردی است، چرا که نتایج آن مستقیماً در جامعه قابل کاربرد است. از نظر گردآوری داده‌ها، توصیفی و به لحاظ رویکرد در شمار روش‌های پژوهش کیفی می‌باشد. بدین ترتیب محقق عوامل را با استفاده از مصاحبه با متخصصان حوزه اعتیاد شناسایی نموده است.

میدان پژوهش، نمونه و روش نمونه گیری

میدان پژوهش دانشگاه علوم پزشکی و اداره کل بهزیستی کرمان بود که از میان متخصصان، شرکت کنندگان با استفاده از نمونه گیری هدفمند از نوع ملاک محور انتخاب شدند. یعنی تمرکز بر افرادی بود که آگاهی بیشتری نسبت به موضوع پژوهش داشتند و ملاک‌هایی چون سابقه کار با معتادان (حداقل ۵ سال) و مدرک تحصیلی (حداقل کارشناسی ارشد) مدنظر قرار گرفت.

بدین ترتیب با توجه به سطح اشباع، با ۱۱ نفر از متخصصان، پیرامون موانع و مشکلات ارائه خدمات به کودکان دارای مادر معتاد مصاحبه به عمل آمد. مشخصات کلی مصاحبه شوندگان در مرحله کیفی در جدول ۳-۱ آورده شده است.

مشخصات افراد مورد مصاحبه در مرحله کیفی جهت شناسایی موانع و مشکلات

ردیف	کد مصاحبه شونده	شغل	مدت مصاحبه
۱	م ۱	استاد دانشگاه	۵۰ دقیقه
۲	م ۲	روانپزشک	۵۱ دقیقه
۳	م ۳	روانپزشک	۴۵ دقیقه
۴	م ۴	استاد دانشگاه	۴۹ دقیقه
۵	م ۵	روانپزشک	۵۲ دقیقه
۶	م ۶	روانشناس	۳۹ دقیقه
۷	م ۷	استاد دانشگاه	۳۸ دقیقه
۸	م ۸	روانپزشک	۵۰ دقیقه
۹	م ۹	استاد دانشگاه	۵۹ دقیقه
۱۰	م ۱۰	روانشناس	۴۵ دقیقه
۱۱	م ۱۱	روانپزشک	۴۰ دقیقه

برای محاسبه پایایی بازآزمون از میان مصاحبه‌های انجام گرفته چند مصاحبه به عنوان نمونه انتخاب شده و هرکدام از آنها در یک فاصله زمانی کوتاه و مشخص توسط همان محقق، دو بار کدگذاری می‌شوند. سپس کدهای مشخص شده در دو فاصله زمانی برای هرکدام از مصاحبه‌ها باهم مقایسه می‌شوند. روش بازآزمون برای ارزیابی ثبات کدگذاری پژوهشگر به کار می‌رود. در هرکدام از مصاحبه‌ها، کدهایی که در دو فاصله زمانی باهم مشابه هستند با عنوان "توافق" و کدهای غیرمشابه با عنوان "عدم توافق" مشخص می‌شوند (وایل، ۱۹۹۶، به نقل از یوزباشی، ۱۳۹۵). روش محاسبه پایایی بین کدگذاری‌های انجام گرفته توسط محقق در دو فاصله زمانی بدین ترتیب است:

$$۱۰۰ \times \frac{2(\text{تعداد توافقات})}{\text{کل کدها}} = \text{درصد پایایی بازآزمون}$$

در تحقیق کنونی برای محاسبه پایایی بازآزمون، از بین مصاحبه‌های انجام گرفته، تعداد ۷ مصاحبه انتخاب شده و هرکدام از آنها دو بار در یک فاصله زمانی ۲۰ روزه توسط پژوهشگر کدگذاری شده‌اند. همانطور که در جدول ۳-۲ مشاهده می‌شود تعداد کل کدها که توسط محقق به ثبت رسیده است برابر با ۱۴۵، تعداد کل توافقات برابر با ۶۵ و تعداد کل عدم توافقات بین این کدها ۱۵ است. پایایی بین کدگذاری برای مصاحبه‌های انجام گرفته در تحقیق با استفاده از فرمول ذکر شده، برابر ۸۹ درصد است.

$$۸۹\% = ۱۰۰ \times \frac{2(۶۵)}{۱۴۵} = \text{درصد پایایی بازآزمون}$$

با توجه به اینکه این پایایی بیش از ۶۰ درصد (وایل، ۱۹۹۶، به نقل از یوزباشی، ۱۳۹۵) است، قابلیت اعتماد کدگذاری‌های مصاحبه‌های این پژوهش مورد تأیید می‌باشد.

محاسبه پایایی بازآزمون

ردیف	کد مصاحبه شونده	مجموع کدها در دو مرحله	تعداد کدهای مورد توافق	تعداد کدهای ناموافق	پایایی بازآزمون (درصد)
۱	م ۱۰	۲۴	۱۱	۲	۹۱٪
۲	م ۶	۲۲	۹	۴	۸۱٪
۳	م ۱۱	۱۹	۸	۳	۸۴٪
۴	م ۵	۱۹	۸	۳	۸۴٪
۵	م ۴	۱۷	۸	۱	۹۴٪
۶	م ۸	۲۳	۱۱	۱	۹۵٪
۷	م ۹	۲۱	۱۰	۱	۹۵٪
	مجموع	۱۴۵	۶۵	۱۵	۸۹٪

تحلیل داده‌های کیفی

در مرحله کیفی این پژوهش از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته استفاده شده است. تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه در دو مرحله کدگذاری باز و محوری انجام شده است. بعد از مرور متن مصاحبه‌ها، قسمت‌های که با توجه به سؤالات پژوهش و اهداف تحقیق می‌توانست به عنوان یک کد در نظر گرفته شود مشخص شده و در ادامه کدهای مشابه که به یک حوزه یا موضوع خاصی اشاره داشتند در یک طبقه قرار گرفتند و برای هر یک از این طبقات عنوان خاصی، که بیانگر کل کدهای آن طبقه باشد، در قالب موانع خدمت به کودکان مادر معتاد تعریف شدند. کدهای استخراج شده از مصاحبه با مراجعین با استفاده از اصطلاحات علمی مفهوم سازی یا مضمون سازی شدند. تعداد کدهای شناسایی شده در خصوص موانع و مشکلات ارائه خدمات به کودکان دارای مادر معتاد برابر با ۱۱۴ کد بودند که در ۲ طبقه اصلی و ۱۲ طبقه فرعی قرار گرفتند.

بخش کیفی تحقیق

به منظور پاسخ به سؤالات پژوهش از روش پژوهش کیفی و فن مصاحبه با متخصصان استفاده شد. طی فرآیند مصاحبه موانع و مشکلات ارائه خدمت به کودکان دارای مادر معتاد استخراج شدند و در جدول ۴-۱ نمایش داده شده‌اند.

موانع و مشکلات ارائه خدمت به کودکان دارای مادر معتاد

طبقه اصلی	طبقه فرعی	مصادیق (کدها)
سهمانی	بیماری	آسم، ناراحتی‌های ریوی، بیماریهای جسمی، مشکلات ریه، مشکلات تنفسی، حساسیت تنفسی
	نقایض مادرزادی	بیماری مادرزادی، نقص جسمانی مادرزادی،
	اعتیاد کودکان	دسترسی به مواد، یادگیری مصرف مواد، انتظار مثبت از مصرف مواد، مصرف الکل
	کودک آزاری	آسیب‌های جسمی، ضرب و شتم، کتک خوردن کودکان، غفلت،

^۱open coding

^۲axial coding

طبقه اصلی	طبقه فرعی	مصادیق (کدها)
روانی	کمبود عزت نفس	کودک آزاری جسمی، کودک آزاری روحی
	اضطراب	ناتوانی از حضور در جمع، خجالت کشیدن، باور نداشتن خود، قبول نداشتن خود، احساس ضعف و ناتوانی، متفاوت بودن با دیگران، احساس تشویش، نگرانی دایم، نگران بودن، آرامش نداشتن، احساس تنگی نفس
	احساس گناه	مقصر بودن، تقصیر داشتن، شایسته تحقیر شدن
	افسردگی	نامیدی، بی خوابی، کابوس شبانه، خواب های وحشتناک، بی حوصله بودن، دور بودن از دیگران، خسته شدن از زندگی
	ترس	ترس از آسیب دیگران، ترس از آینده، ترس از نگاه مردم، ترس از قضاوت مردم، ترس از فکر کردن مردم
	رفتارهای ضد اجتماعی	ترک منزل، خوابیدن بیرون منزل، فرار از مشکلات، دوری از والدین، خوابیدن در خیابان، ضرب و شتم دیگران، خراب کردن وسایل مدرسه، آسیب زدن به اموال، دزدی، برداشتن وسایل دوستان
	افت تحصیلی	نمرات کم، ضعف تحصیلی، افت نمرات، عدم پیشرفت، نداشتن پشتکار در تحصیل
	غفلت	مدرسه نرفتن، دور بودن از امکانات، نداشتن لباس تمیز، نداشتن امکانات اولیه، ندیدن یک غذای خوب، دور بودن از محیط تحصیل

متخصصان موانع و مشکلات ارائه خدمت به کودکان دارای مادر معتاد را شامل جسمانی (بیماری، نقص مادرزادی، اعتیاد و کودک آزاری) و روانی (کمبود عزت نفس، اضطراب، احساس گناه، افسردگی، احساس شرم، ترس، فرار از منزل، افت تحصیلی، رفتارهای ضد اجتماعی و غفلت) اعلام نمودند که به توضیح درباره آنان می پردازیم.

عوامل جسمانی

بیماری

متخصصی عنوان کرد که "ما همیشه در بخش نوزادان و کودکان شاهد آسیب دیدن فرزندان مادران معتاد هستیم. اعتیاد والدین این زمینه را فراهم می کند که کودک در دود مواد بزرگ شود و این دود مشکلات تنفسی برای کودکان ایجاد می نماید" (مصاحبه شونده شماره ۵).

متخصص دیگری با تایید صحبت همکار خود بیان کرد "معتاد بودن مادر، زمینهای برای اینکه به سلامت کودک توجه نشود و عدم توجه به سلامت کودک برابراست با بیماری های متعدد جسمانی در کودکان" (مصاحبه شونده شماره ۷).

نقایض مادرزادی

مصاحبه شونده ای در مبحث مشکلات جسمانی به نقایض مادرزادی اشاره نمود "می دانیم که اعتیاد مادر می تواند زمینه تولد کودکان با نقایض مادرزادی را ایجاد کند" (مصاحبه شونده شماره ۱).

فرد دیگری بیان کرد "کاهش با آموزش بیشتر خانواده‌ها در خصوص تاثیرات سوء اعتیاد مانع از تولد کودکان با نقص مادرزادی می‌شود. وجود کودکان ناقص یکی از موانع حمایت از کودکان است. چرا که هم امکانات نیاز هست و هم اعتبار بیشتر" (مصاحبه شونده شماره ۹).

اعتیاد کودکان

متخصصی به اعتیاد کودکان به عنوان یکی از موانع اشاره نمود "یکی از معضلات امروزه اعتیاد نوزادان و کودکان است. بچه‌ها یا از زمان تولد به لحاظ معتاد بودن مادر و یا به دلیل یادگیری و مثبت دانستن مصرف مواد، معتاد می‌شوند" (مصاحبه شونده شماره ۲).

شرکت کننده دیگری بیان کرد. مصرف مواد در حضور کودک خصوصا توسط مادر به عنوان فردی که الگوی اول کودک است و ابژه کودک می‌باشد، می‌تواند تصویر مثبتی از مصرف مواد را برای کودک ایجاد نماید" (مصاحبه شونده شماره ۳).

کودک آزاری

مصاحبه شونده‌ای در مبحث مشکلات جسمانی به کودک آزاری جسمی اشاره نمود "یکی از آسیب‌های شایع در بین کودکان، آسیب‌های جسمی وارد به کودکان است. فرد معتاد نمی‌تواند بسیاری از مشکلات را مدیریت نماید و اولین اقدامی که در مسائل و مشکلات انجام می‌دهد آسیب رساندن به دیگران من جمله کودکان است" (مصاحبه شونده شماره ۴). متخصص دیگری بیان کرد "همیشه متاسفانه در خانواده‌های آشفته کودکان مظلوم واقع می‌شوند. والدین معتاد به جهت تامین مواد مخدر خود یا در اثر خماری، کودکان خود را مورد ضرب و شتم قرار می‌دهند." (مصاحبه شونده شماره ۸).

عوامل روانی

کمبود عزت نفس

متخصصی یکی از مشکلات ارائه خدمت به فرزندان مادران معتاد را کمبود عزت نفس آنان می‌دانست "این کودکان می‌دانند که مادرشان با مادران دیگر فرق دارد و در بسیاری از موارد از بابت مادر خود خجالت می‌کشند. این مسئله را درونی کرده و از بابت آن احساس ضعف و ناتوانی دارند" (مصاحبه شونده شماره ۳).

فرد دیگری در همین خصوص عنوان نمود که "معمولا خانواده و احساس مهم بودن که خانواده به فرزندش می‌دهد عزت نفس او را می‌سازد. مادری که مدام در فکر تامین موادمش است و با افراد بدی در ارتباط می‌باشد، نمی‌تواند این احساس مهم بودن را به فرزندش بدهد. بنابراین این دست کودکان نمی‌توانند خود را قبول داشته باشند. این بی‌اعتمادی به نفسی خود مانع حضور کودکان در جمع بوده و می‌تواند عاملی برای ایجاد مشکل در حمایت از این دست کودکان باشد. چرا که از جمع گریزانند" (مصاحبه شونده شماره ۹).

اضطراب

مصاحبه شونده‌ای به اضطراب این کودکان اشاره نموده است "همیشه مادر مایه آرامش خانه است. وقتی مادر مضطرب است این احساس تشویش را به فرزندان خود منتقل می‌نماید. کودکان این دست مادران همیشه نگرانند. کودکی که همیشه نگران است، در حمایت کردن از او مشکل خواهیم داشت" (مصاحبه شونده شماره ۶).

متخصصی دیگر بیان کرد که "بنده مدتی با فرزندان این دست مادران ارتباط داشتم. آرامش داشتن یک آرزو برای آنان بود. این مادران نمی‌توانند به فرزندان خود محبت کنند، آنان را ببوسند و به آنان عشق بورزند. بنابراین نداشتن آرامش می‌تواند مانعی در حمایت از آنان باشد و برای حمایت از این کودکان اول بایستی به نوعی آرامش را به آنان برگرداند که با داشتن این چنین خانواده‌ای امکان پذیر نیست" (مصاحبه شونده شماره ۵).

احساس گناه

متخصصی در خصوص این سوال چنین عنوان نمود که "احساس گناه کردن مشکل دیگری است که این کودکان با آن روبرو هستند. این دست کودکان در بسیاری از موارد با این کلام مادرش که من به خاطر تو سوختم و اگر تو نبودی این کار را می کردم یا فلان کار را انجام میدادم، احساس تقصیر می نمایند" (مصاحبه شونده شماره ۱۰).
مصاحبه شونده دیگری چنین عنوان نمود که "همکارمان درست بیان کرد جالب این است که از آنجائیکه خود را مقصر می دانند، خود را شایسته تحقیر شدن می دانند. اگر تحقیر و خرد شوند چندان تعجب نمی کنند برایشان عادی است" (مصاحبه شونده شماره ۱۱).

افسردگی

متخصصی یکی دیگر از موانع حمایت از این دست کودکان را افسردگی آنان عنوان نمود "هر چه این کودکان بزرگتر می شوند بیشتر ناامید از ادامه زندگی می شوند. این تفاوت مادر با سایر مادران، موجب خسته شدن از زندگی در بین آنان خودهد شد" (مصاحبه شونده شماره ۲).
همکار روانپزشکی بیان نمود که "این کودکان در بسیاری از موارد ملاک های افسردگی را کامل دارا هستند. کابوس های شبانه، خوب خوابیدن و احساس ناامیدی را در آنان می توان دید که فقط به علت اعتیاد مادر است" (مصاحبه شونده شماره ۸).

ترس

یکی از اساتید دانشگاه به ترس های فرزندان مادران معتاد اشاره نمود "کودکی که آرامش ندارد چگونه می توان او را مورد حمایت همه جانبه قرار داد. این کودکان از جامعه ترس دارند، از قضاوت دیگران گریزانند و می ترسند که مورد قضاوت قرار گیرند" (مصاحبه شونده شماره ۷).
مصاحبه شونده دیگری در همین راستا بیان کرد "این کودکان از حضور در جمع و بودن در جمع سایر کودکان می ترسند. آنان می ترسند که به خاطر مشکلات خانواده خود و به نوعی مادر خود از جمع بیرون شوند" (مصاحبه شونده شماره ۳).

رفتارهای ضد اجتماعی

یکی از متخصصین به رفتارهای ضد اجتماعی این کودکان به عنوان یک مانع اشاره نمود "این کودکان به واسطه کمبودهایی که دارند دیده می شود که پرخاشگرترند. به دیگران و حتی اموال آنان آسیب می رسانند. به وسایل مدرسه آسیب وارد می کنند. گاهی به واسطه احتیاجاتی که دارند دست به دزدی می زنند" (مصاحبه شونده شماره ۵).
مصاحبه شونده دیگری به رفتارهای ضد اجتماعی این کودکان به این شکل اشاره کرد "برخی از این کودکان از منزل فرار می کنند. به نوعی اینقدر فضای منزل برایشان سخت است و توجهی دریافت نمی کنند از منزل فراری اند. حتی دیده می شود که در خیابان می خوابند اما در خانه خود نمی خوابند. چرا که در خانه این کودکان همش تنش هست و دعوا و آشفتگی های روانی" (مصاحبه شونده شماره ۱۱).

افت تحصیلی

متخصصی یکی دیگر از موانع حمایت از این کودکان را افت تحصیلی و شکست در تحصیل می دانست "این کودکان اینقدر در شرایط بدی بسر می برند که توجه ای به درس آنان نمی شود. خیلی وقت ها به خاطر تامین مایحتاج خانه حتی مواد مخدر مادر مجبور به کار کردن هستند. این شرایط موجب افت تحصیلی آنان می شود" (مصاحبه شونده شماره ۱).
فرد دیگری در این خصوص چنین بیان کرد که "یک بخش ضریب هوشی به شرایط خانه و خانواده مربوط است. این چنین فضاهای خانوادگی ضریب هوشی را کاهش می دهد. بنابراین افت تحصیلی و شکست در تحصیل امری دور از ذهن نیست" (مصاحبه شونده شماره ۶).

غفلت

م تخصصی به محدودیت های کودکان دارای مادر معتاد چینی اشاره نمود^۱ این کودکان از کمترین امکانات دور هستند. آرزوی یک غذای درست را دارند. لباس مناسبی ندارند و در برخی موارد افت تحصیلی و شکست در تحصیل آنان دور بودن از محیط تحصیل است^۲ (مصاحبه شونده شماره ۴).

همکار دیگری غفلت را در این کودکان چنین معرفی نمود^۳ این کودکان یک غذای خوب را نمی بینند، سر سفره نمی نشینند، از کمترین امکانات بی بهره هستند. در برخی موارد حتی در زمان بیماری دکتر هم برده نمی شوند. پس این کودکان که از پایین ترین هرم نیازهای مازلو به دور هستند، مشکلات رفتاری و روانی بسیاری دارند که در حمایت نمودن از آنان خلل ایجاد می نماید^۴ (مصاحبه شونده شماره ۱).

۸- پاسخ به سوال پژوهش

موانع و مشکلات ارائه خدمات به کودکان دارای مادر معتاد چه می باشند؟

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، دو دسته عامل جسمانی شامل (بیماری، کودک آزاری، نقایص مادرزادی، اعتیاد کودک) و عامل روانی شامل (کمبود عزت نفس، اضطراب، احساس گناه، افسردگی، ترس، رفتارهای ضداجتماعی، افت تحصیلی و غفلت) از مهمترین موانع ارائه خدمت به این کودکان می باشد.

در مطالعه چند مرکزی برنال و همکاران (۲۰۰۵) که با هدف تعیین نقش مادری در بین زنان مصرف کننده مواد در کلمبیا و برزیل انجام شد، خشونت در زمینه اجتماعی و فرهنگی و همچنین سوء مصرف مواد در خانواده مادرانی که کودکان ۱ ماهه تا ۶ ساله داشتند و مواد مصرف می کردند، شایع بود. این مادران احساس دوگانه ای در مورد نقش مادری خود داشتند. آنها از یک طرف احساس مادری داشتند، ولی از طرفی م دانستند که مادرانی معتاد هستند (برنال و همکاران، ۲۰۰۵). شاید بتوان چنین بیان کرد که ایجاد زمینه ژنتیکی در کودکان برای اعتیاد، استفاده مادر از تریاک و سایر مواد در دوران شیردهی، استفاده از مواد مخدر جهت درمان در دوران کودکی، مراقبت های ناکافی مادر معتاد، فقر و شرایط بد خانوادگی، طلاق به دنبال اعتیاد مادر و استفاده مادران معتاد از مواد مخدر به عنوان داروی خواب آور برای نوزاد و کودک، از جمله عوامل مؤثر زمینه ساز اعتیاد در دوران کودکی، نوجوانی و جوانی باشند. مطالعه اشنایدر و همکاران (۲۰۰۶) نیز که با هدف بررسی ارتباط آزار در دوران کودکی و سوء مصرف مواد انجام شد، نشان داد که بین اعتیاد مادر با کودک آزاری، ایجاد نقص در ارتباط اجتماعی در آینده و هراس (فوبیا) ارتباط معناداری وجود دارد. همچنین بین شکل های شدید سوء استفاده جنسی و خشونت خانوادگی و بروز نشانه های اختلالات روانی در آینده و سوء مصرف مواد ارتباط آماری معنی داری وجود داشت (اشنایدر و همکاران، ۲۰۰۶).

همچنین در مطالعه هوسکا و همکاران (۲۰۰۲) که با هدف بررسی عوامل خطر منجر به سوء مصرف مواد در دو گروه معتاد و غیر معتاد انجام شد، خشونت خانوادگی در گروه معتادان به طور معناداری بیشتر بود (هوسکا و همکاران، ۲۰۰۲). خشونت خانوادگی و آزارهای جسمی در دوران کودکی، باعث بر هم زدن حمایت اجتماعی و خانوادگی در افراد می شوند و حمایت اجتماعی و خانوادگی، یک عامل تعیین کننده اساسی برای سلامتی محسوب می شود. شاید بتوان گفت که وضعیت نابسامان مؤلفه های اجتماعی و حمایت اجتماعی و خانوادگی، از جمله عوامل مؤثر در گرایش به اعتیاد و آسیب پذیری ناشی از اعتیاد می باشند. در مطالعه حاضر، نقص عضو در هنگام تولد در افرادی که مادران آنها در دوران بارداری، معتاد بودند یکی از موانع اراه

^۱Bernal^۲Schnieders^۳Huesca

خدمت عنوان شد. در مطالعه اریکسون و همکاران (۱۹۷۹) که با هدف بررسی پیامدهای سوء استفاده مواد، الکل و دخانیات در طول بارداری بر روی کودکان انجام شد، اثرات سوء، هم در مادر و هم در کودک مشاهده شد. اثرات سوء، نتیجه اثرات سمی اختصاصی سوء مصرف مواد و اثرات غیر اختصاصی شرایط محیطی ناپایدار ناشی از سوء مصرف مواد و الکل در مادران بود. در اثر سوء مصرف مواد، عوارض دوران بارداری، زایمان زودرس، تولد نوزاد با وزن کم و افزایش مرگ و میر پری ناتال مشاهده شد (خواجه دلویی و کارگر مقدم، ۱۳۹۲). در مطالعه شریفیان و همکاران (۲۰۱۱) که با هدف بررسی سرانجام مادری و جنینی و نوزادی مادران باردار معتاد به مواد مخدر در مشهد انجام شد، عوارضی نظیر دکولمان، زایمان زودرس، پره اکلامپسی، پارگی زودرس کیسه آب، اختلال رشد داخل رحمی، ناهنجاری های جنینی مشهود در نوزادان، کاهش وزن، قد و دور سر نوزادان در بین مادران معتاد و نوزادان متولد شده آنها در مقایسه با گروه شاهد (مادران غیر معتاد) افزایش معناداری داشت (شریفیان و همکاران، ۲۰۱۱). بنابراین می بینیم که صدمات جسمانی، از آسیبهای جدی وارد بر کودکان مادران معتاد است که می تواند موانعی در ارائه خدمت به این کودکان باشد.

سوء مصرف مواد در مادر، در رشد طبیعی کودک وقفه ایجاد می کند و این کودکان را در معرض خطر بیشتر مشکلات عاطفی، جسمی و روانی قرار می دهد. از آن جا که مادرانی که از مواد مخدر استفاده می کنند بیشتر در خشونت خانگی، طلاق، بیکاری، بیماری های روانی و مشکلات قانونی درگیر هستند، توانایی آنها در ایفای نقشان به صورت موثر به شدت تحت تأثیر قرار می گیرد. بروز افسردگی، اضطراب، اختلالات غذا خوردن و خودکشی در میان کودکان با والدین معتاد از همسالان شان بیشتر است. علاوه بر این، احتمال اعتیاد به الکل یا دیگر مواد مخدر در کودکان مادران دارای اعتیاد ۳-۴ برابر بیشتر از دیگران است. در خانه هایی که والدین سوء مصرف دارند، سوء استفاده های جسمی و جنسی از کودکان بیشتر محتمل است. سوء استفاده جنسی در خانواده های دچار اغتشاش و درگیری که در آن ارتباطات بین افراد خدشه دار شده و نقش ها کمرنگ شده است، بیشتر می باشد. کودکانی که در خانه های درگیر مشاخره زندگی می کنند با احتمال بیشتری دچار عزت نفس پایین و کنترل درونی کمتر می شوند. این امر کودکان دارای مادر معتاد را در معرض خطر بیشتری برای قربانی شدن مجدد در آینده قرار می دهد. به عنوان مثال، دخترانی که مادران آنها اعتیاد دارند، بیشتر در معرض تجاوز افرادی هستند که مواد مخدر مصرف می کنند و این خود باعث ایجاد شرایط برای سوء استفاده بیشتر می شود. حتی اگر فرزندان خودشان مورد خشونت خانوادگی قرار نگیرند، شاهد خشونت بودن به سادگی می تواند عواقب مخرب احساسی به همراه داشته باشند. این کودکان شش برابر بیشتر از کودکان دیگر شاهد سوء استفاده بین زوجین خواهند بود (خواجه دلویی و دادگر مقدم، ۱۳۹۲). در نتیجه این عوامل استرس زا، کودکان افراد دارای اعتیاد اغلب در مدرسه مشکل دارند. ممکن است به دلیل درگیری و تنش حاکم نتوانند بر تکالیفشان تمرکز کنند. آنها همچنین بیشتر از همسالان خود دارای ناتوانی های یادگیری هستند، از مدرسه گریزانند، مجبور به گذاردن چند باره مقاطع تحصیلی می شوند، مدارس خود را عوض می کنند و اخراج می شوند (نوری، ۱۳۹۳).

مطالعات مربوط به کودکان والدین دارای اعتیاد نشان می دهد که در این کودکان امکان افزایش میزان بیماری های مختلف جسمی از جمله انتریت، کولیت و آسم وجود دارد که به طور معمول به استرس مربوط می شود. علاوه بر این، صدمات و مسمومیت ها، سوء مصرف مواد، اختلالات روانی و بیماری های دستگاه گوارش و تنفسی نیز در کودکان والدین دارای اعتیاد بیشتر است. همچنین کودکان مادران الکلی مشکلات بیشتری دارند (خواجه دلویی و کارگر مقدم، ۱۳۹۲). در این پژوهش هم می بینیم که متخصصان صدمات جسمانی و بیماری را به عنوان یکی از موانع و مشکلات ارائه خدمت به کودکان دارای مادر معتاد، بیان نموده اند.

عدم توجه والدین معتاد به کودکانشان باعث ایجاد زمینه مناسب برای سوء استفاده و کودک آزاری این کودکان خواهد شد. گرچه مطالعات قطعی نیست، بین ۱۲ تا ۷۰ درصد از سوء استفاده کنندگان از کودکان افراد الکلی مصرف کننده مواد مختلف شناخته شده اند. چنین سوء استفاده ای ممکن است علت آسیب فیزیکی و عاطفی باشد و ممکن است این کودکان را نیازمند

مراقبت‌های پزشکی کند(نوری، ۱۳۹۳). در این پژوهش نیز متخصصان به آزار جسمی، جنسی و غفلت کودکان هم از سوی مادر به دلیل مصرف مواد و شرایط روحی و روانی که می‌تواند ایجاد نماید و هم از سوی دیگران به دلیل بی‌توجهی مادر اشاره نموده‌اند.

همانند دوران کودکی، اختلالات اضطرابی و افسردگی در نوجوانان و بزرگسالانی که در کودکی والدین معتاد داشته‌اند افزایش می‌یابد(رئییسی و همکاران، ۱۳۸۷). متخصصان این پژوهش هم تأیید نموده‌اند که کودکان به سبب داشتن مادر معتاد، بی‌توجهی او، شرایط سخت منزل و آشفتگی‌های موجود در خانه از اضطراب و افسردگی برخوردار می‌باشند و این عوامل مانعی در جهت ارائه خدمت به آنان می‌باشد. چرا که هم مانع از حضور آنان برای کسب خدمت می‌شود و هم می‌تواند موجب عدم استفاده بهینه از خدمت ارائه شده باشد.

ارتباط بین اختلال شخصیت ضد اجتماعی (ASP) و معتاد بودن والدین به خوبی ثابت شده است، زیرا ارتباطی قوی بین اختلال شخصیت ضد اجتماعی و وابستگی‌ها به مواد مخدر است(همان منبع). در این پژوهش هم متخصصان اشاره به رفتارهای ضداجتماعی کودکان مادران معتاد نموده‌اند. این کودکان به واسطه رفتارهای ضداجتماعی که نشان می‌دهند، بسیاری از خدمات را از دست خواهند داد. چرا که برخی از این رفتارها خود موجب می‌شوند که به ندامتگاه یا کانون اصلاح تربیت سپرده شوند و از خدمات دولتی بی‌بهره بمانند.

کودکان برخاسته از خانواده‌های مصرف کننده مواد به احتمال بیشتری دارای اختلالات یادگیری هستند، مقاطع خود را تکرار می‌کنند، مدارس بیشتری عوض می‌کنند و به احتمال بیشتری به دلیل بارداری و رانده شدن، از مدرسه فرار می‌کنند، متخلف یا اخراج می‌شوند. کودکانی که والدین آن‌ها بیش از حد الکل یا مواد مخدر دیگر استفاده می‌کنند دالوندی و صدرالسادات، (۱۳۸۰).

والدین دارای مشکل الکل یا مواد مخدر اغلب رفتار غیر قابل پیش بینی نشان می‌دهند. با توجه به مقدار الکل و یا مواد مخدر موجود در خون پدر و مادر، ممکن است قوانین به طور مداوم برای کودک در حال تغییر باشد. این عدم انطباق می‌تواند منجر به عدم اعتماد به والدین (و اغلب بزرگسالان دیگر) شود. نوسانات شدید خلقی در خانواده نیز به از دست دادن اعتماد بیشتر کمک می‌کند. وقتی والدین الکل مصرف می‌کنند یا از مواد مخدر استفاده می‌نمایند، اغلب احساس امیدواری وجود دارد که مشکل حل شده است. در حالی که، اگر پدر و مادر به وضعیت قبل بازگردند، ناامیدی شدید خواهد بود. این تجربیات اغلب منجر به عدم اعتماد کودکان به شخصیت‌های قدرتمند و به طور کلی بزرگسالان می‌شود، با این انتظار که آن‌ها در نهایت ناامید می‌شوند. به جای درک سوء مصرف مواد والدین به عنوان یک بیماری، کودک خود را برای مصرف الکل یا مصرف مواد والدین متهم کند. اعضای خانواده ممکن است یکدیگر را به خاطر مصرف یا طغیان عصبانیت متهم کنند. نمونه‌هایی از این نوع تفکر عبارتند از: اگر من دانش آموز بهتری بودم، مادر من الکل مصرف نمی‌کرد یا اگر پدرم را عصبانی نکرده بودم، او مصرف مواد مخدر را ترک می‌کرد. کودکان والدین دارای اعتیاد اغلب از راز خانواده خود خجالت می‌کشند. او ممکن است از دوستی با دیگر کودکان اجتناب کند و احساس کند که نمی‌تواند آن‌ها را به خانه‌اش دعوت کند، زیرا پدر و مادرش ممکن است در خانه مواد مصرف کرده باشند و او را خجالت زده کنند. ممکن است احساسات مثبت و منفی قوی نسبت به والدین به طور همزمان در کودک وجود داشته باشد. به عنوان مثال، ممکن است در عین حال که والدین خود را به عنوان یک الگو برای زندگی خود می‌پذیرد از رفتارهای والدینش متنفر باشد. بعضی از کودکان افراد دارای سوء مصرف مواد، از آن می‌ترسند که والدین خود را از دست بدهند، به عنوان مثال این کودکان همواره از احساس اینکه والدین آنها به دلیل مصرف الکل و رانندگی و سایر آسیب‌های مربوط به مواد مخدر یا بیماری جان خود را از دست بدهند، رنج می‌برند. عزت نفس پایین، تنش، اضطراب، احساس افسردگی و رفتار برون ریز اغلب نشان دهنده ناامنی ناشی از محیط نامناسب خانه است (رئییسی و همکاران، ۱۳۸۷). در این پژوهش هم می‌بینیم که متخصصان به مشکلاتی چون احساس گناه و شرم، نداشتن اعتماد به نفس و ترس در کودکان مدار معتاد اشاره نمودند و این صدمات روحی و روانی را مانع دستیابی به امکات و خدمات دولتی و بهره مندی از آنان معرفی نمودند.

۹- پیشنهادهای پژوهش

پیشنهادهای کاربردی

- ۱- همانطور که در نتایج پژوهش می بینیم صدمات جسمانی و روانی متعددی بر فرزندان مادران معتاد وارد می شود که لازم است مسئولان در صدر برنامه های خود این آسیب ها را مدنظر داشته باشند و کودکان مادران معتاد را مورد حمایت قرار دهند.
- ۲- پیشنهاد می شود که روانشناسان و متخصصان سلامت روان در جهت رفع صدمات جسمی و روانی این دست کودکان برنامه ریزی نمایند.

پیشنهادهایی برای تحقیقات آتی

- ۱- به منظور بالا بردن دقت پژوهش لازم است از سایر منابع چون مادران معتاد، فرزندان مادران معتاد و کتب و ... برای شناخت موانع ارائه خدمات به کودکان مادران معتاد استفاده شود.
- ۲- در این پژوهش محقق موانع ایجاد شده برای کودکان در اثر اعتیاد مادر را شناسایی نموده است که پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی اعتیاد پدر مورد مطالعه قرار گیرد.

منابع

۱. آتشین، شعله (۱۳۹۱). ما، اعتیاد - جامعه. تهران: موسسه ی فرهنگی انتشارات گوهر منظوم.
۲. آقا بخشی، حبیب (۱۳۸۹). اعتیاد و آسیب شناسی خانواده. تهران: انتشارات دانش آفرین.
۳. اسعدی، سیدحسن (۱۳۸۴). مواد مخدر، آسیبها و راهبردها. انجمن اولیا و مربیان.
۴. چلیبی، مسعود. روزبهرانی، توران (۱۳۸۰). نقش خانواده به عنوان عامل و مانع بزهکاری نوجوانان (با تکیه بر نظم در خانواده). فصل نامه شناخت، شماره ۲۹.
۵. خواجه دلویی، محمد. دادگر مقدم، ملیحه (۱۳۹۲). اعتیاد مادر در بارداری و اعتیاد فرزند در دوران نوجوانی و جوانی. مجله زنان، مامایی و نازایی ایران. دوره شانزدهم. شماره پنجاه و دوم. ۱-۷.
۶. خواستار، حمزه (۱۳۸۸). ارائه روشی برای محاسبه پایایی مرحله کدگذاری در مصاحبه های پژوهشی. فصلنامه روش شناسی علوم انسانی. ۱۵ (۵۸). ۲۸-۴۴.
۷. دالوندی، اصغر و صدرالسادات، سید جلال (۱۳۸۰). پژوهشی پیرامون مشکلات روانی اجتماعی نوجوانان (پدر معتاد). توانبخشی. شماره چهارم و پنجم. ۳۴-۲۶.
۸. دانش، تاج زمان (۱۳۸۹). معتاد کیست موادمخدر چیست. تهران، انتشارات کیان، چاپ اول.
۹. دانش، تاج زمان (۱۳۸۴). اطفال و جوانان بزه کار. تهران: موسسه ی خدمات فرهنگی رسا.
۱۰. رحمتی، محمد مهدی (۱۳۷۷). عوامل موثر در شروع مصرف مواد مخدر، با اشاره به وضعیت معتادان زن. فصل نامه اعتیاد پژوهی. دوره اول، شماره ۱. ۲۲-۲۹.
۱۱. رضوی، سید مصطفی، اکبری، مرتضی، جعفرزاده، مرتضی و زالی، محمدرضا (۱۳۹۲). بازکاوی روش تحقیق آمیخته. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
۱۲. رئیسی، فاطمه. انیسی، جعفر. یزدی، سیدمنوره. زمانی، مریم. رشیدی، سمیه (۱۳۸۷). مقایسه سلامت روان و شیوه های فرزندپروری در بین افراد معتاد و غیر معتاد. مجله علوم رفتاری. دوره ۲. شماره ۱. ۴۱-۳۳.
۱۳. زیدآبادی، محمد علی (۱۳۸۶). آسیب شناسی خانوادگی اعتیاد. فصلنامه روان درمانی. شماره ۱۲.
۱۴. شاکرمی، عبدالحسین (۱۳۸۶). درمان اعتیاد به موادمخدر طبیعی و صنعتی. تهران: انتشارات ژیان، چاپ اول.

Arria, A.M.; Mericle, A.A.; Meyersk, K.; & Winters, K. C. (2012). Parental substance use impairment, parenting and substance use disorder risk. *Journal of Substance Abuse and Treatment*. 43: 114-122.

Bernal Rnnnnnnn , aa rrrra S,, '' Biiien B. Pecceiiii nn ff eee ttt eeggggeeeeff eeee n ooo live in a context of drugs and violence. *Rev Lat Am Enfermagem* 2005 Nov-Dec;13 Spect No:1118-۲۶.

Borning, S., Kumpfer, K., Kruse, K., Sack, P.M., Schauning-Busch, J., Ruths, S., Moresge, D., Pflug, E., Klein, M., & Tomasius, R. (2012). Selective prevention programs for children from substance-affected families: A comprehensive systematic review. *Substance Abuse Treatment and Policy*, 7: 213-40

Bowles MA, DeHart D, Webb JR. Family influences on female offenders' substance use: the role of adverse childhood events among incarcerated women. *J Fam Violence* 2012;27(7):681-6.
Johnson, J.L. & Leff, M.(1999). Children of substance abusers: Overview of research findings. *Pediatrics*, 103: 1085-99.

