

رابطه کنترل اجتماعی و حمایت اجتماعی با تاب‌آوری در برابر سوء مصرف مواد در پسران دارای پدر معتاد

محمد سبزی*، هادی معتمدی**، حسن رفیعی***، فردین علی‌پور****

مقدمه: امروزه، اعتیاد از مشکلات اجتماعی اساسی است. عوامل مختلفی در گرایش افراد، به‌خصوص جوانان به سوء مصرف مواد تأثیر دارند. اعتیاد والدین و به‌خصوص اعتیاد پدر خانواده ممکن است باعث آشفتگی و گرایش دیگر اعضای خانواده به اعتیاد شود؛ با این حال در این خانواده‌ها، افرادی وجود دارند که در برابر این مشکل، مقاومت می‌کنند. آن‌ها با وجود داشتن پدر معتاد، دچار سوء مصرف مواد نمی‌شوند، و در اصطلاح در برابر اعتیاد ناشی از داشتن پدر معتاد، تاب‌آوری دارند. مطالعات بسیاری در خانواده‌ها، نقش پیشگیرانه نظارت و صمیمیت والدین را در برابر اعتیاد و دیگر انحرافات اجتماعی نشان داده‌اند. اکنون می‌خواهیم بررسی کنیم که آیا سازه‌های متناظر با نظارت و صمیمیت والدین در جامعه، یعنی کنترل اجتماعی و حمایت اجتماعی نیز با تاب‌آوری در برابر سوء مصرف مواد در پسران دارای پدر معتاد مرتبط است یا نه.

روش: در طول پژوهش مورد - شاهدهی در دو گروه، گروهی افراد معتادی که پدرشان هم معتاد بود (گروه غیر تاب‌آور یا شاهد) و دیگری، برادرهای غیر معتاد آن‌ها (گروه تاب‌آور یا مورد همتا شده)، پرسش‌نامه‌های کنترل اجتماعی و حمایت اجتماعی اجرا شده است. در تحلیل داده‌ها از آزمون‌های مربع خی و تی مستقل و رگرسیون لجیستیک استفاده شد.

یافته‌ها: کنترل اجتماعی و حمایت اجتماعی در گروه تاب‌آور به‌طور معنی‌داری بیش‌تر از گروه غیر تاب‌آور بود ($p < 0/001$). رگرسیون لجیستیک نشان داد که سه بعد از کنترل اجتماعی (نظارت اجتماعی و نوع نگرش به مواد و نحوه استفاده از اوقات فراغت پیش‌بینی کننده‌های معنی‌دار تاب‌آوری در برابر سوء مصرف مواد است.

بحث: تاب‌آوری در برابر سوء مصرف مواد در پسران دارای پدر معتاد، تحت تأثیر کنترل اجتماعی قرار دارد.

کلیدواژه‌ها: پسران دارای پدر معتاد، تاب‌آوری، حمایت اجتماعی، سوء مصرف مواد، کنترل اجتماعی.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۰۵/۰۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۷/۱۵

* کارشناسی ارشد مددکار اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران.

** روان‌پزشک، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران. <motamedihadi@yahoo.com> (نویسنده مسئول)

*** روان‌پزشک، مرکز تحقیقات رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.

**** دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.

مقدمه

امروزه، سوء مصرف مواد از مرز اختلالات فردی و روان‌شناختی فراتر رفته، و به معضل اجتماعی تبدیل شده است. براساس آخرین تخمین در دسترس دفتر مواد و جرم سازمان ملل، در سال ۲۰۰۷ در جهان، بین ۱۷۲ تا ۲۵۰ میلیون نفر در گروه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال، دچار سوء مصرف مواد هستند که برابر با $\frac{4}{8}$ تا $\frac{5}{8}$ درصد از این گروه سنی است (دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد^۱، ۲۰۰۷). به نقل از: دفتر شورای اقتصادی و اجتماعی سازمان بین‌المللی، (۲۰۱۰). تخمین‌های مبتنی بر گزارش‌های سازمان ملل نشان می‌دهد که $\frac{1}{5}$ الی $\frac{2}{5}$ درصد از جمعیت ایران دچار مشکل جدی یا سوء مصرف مواد هستند (وردی‌نیا، ۱۳۸۵؛ به نقل از: کیوان‌آرا و همکاران، ۱۳۸۷). طبق گزارش ستاد مبارزه با مواد، پس از تصادفات، دومین عامل فوت در مرگ‌های مشکوک عوارض ناشی از اعتیاد است (حجازی و همکاران، ۱۳۸۸). با مطالعه روند اعتیاد در کشور، می‌توان فهمید که میزان معتادان تقریباً هر ۱۲ سال، دو برابر شده و سالانه، ۸ درصد بر جمعیت آنان افزوده می‌شود (میثمی و همکاران، ۱۳۸۵؛ به نقل از: کیوان‌آرا و همکاران، ۱۳۸۷).

محیط‌هایی که از معضل اعتیاد بسیار آسیب می‌بیند، کانون خانواده است؛ به گونه‌ای که خانواده‌ها می‌توانند اولین محیطی باشند که افراد در آن با مصرف مواد آشنا می‌شوند. والدینی که سیگار می‌کشند یا مشروبات الکلی یا مواد دیگر مصرف می‌کنند، ممکن است به‌عنوان الگوی مصرف مواد برای فرزندان مطرح شوند. مشکل فرزندان افراد وابسته به مواد، همواره بحث برانگیز بوده است. به‌رغم این‌که فرزندان افراد وابسته به مواد چهار برابر بیش‌تر از جمعیت عمومی در خطر ابتلا به اعتیاد هستند، ۷۵ درصد این افراد از آن مصون‌اند و این به‌معنای تاب‌آوری است (کیانی دهکردی و همکاران، ۱۳۸۴).

تاب‌آوری^۲ از راهبردهای بسیار مهم رویکرد ارتقای سلامت است که در سال‌های اخیر، در کانون توجه متخصصان پیشگیری از اعتیاد قرار گرفته است. تاب‌آوری به فرایند

1. United Nations Office on Drugs and Crime

2. resiliency

پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار گفته می‌شود (ماستن^۱، ۲۰۰۰؛ لوتار^۲ و کیچتی^۳، ۲۰۰۱). در کشور ما، ۵۶/۷ درصد از افراد وابسته به مواد متأهل هستند و ۳۶ درصد از آن‌ها یک تا سه فرزند دارند (کیانی دهکردی و همکاران، ۱۳۸۴). با این توصیف، جمعیت زیادی از جامعه ما در معرض مشکل اعتیاد قرار دارند. از سویی، با وجود چنین عوامل خطری، تقویت جنبه‌های مربوط به عوامل محافظ و تاب‌آور در برابر سوء مصرف مواد را می‌توان به‌عنوان سیاستی مؤثر در پیش گرفت.

حال، باید پرسید که چه عامل یا عوامل خانوادگی و اجتماعی باعث می‌شود که این جنبه محافظتی بیش‌تر تقویت شود و افراد کم‌تری دچار این معضل شوند. از دلایل پیچیده‌تر شدن نیاز به حمایت اجتماعی و کنترل آن، مقتضیات رشد فرد و گسترش شبکه‌های اجتماعی است. به‌رغم این تغییرات، آنچه اهمیت دارد، ضرورت وجود این جنبه‌ها از روابط اجتماعی است که تقریباً در همه حال، به‌عنوان سپری در مقابل حوادث و رویدادهای ناخوشایند عمل می‌کند. مطالعات بسیاری در خانواده، نقش پیشگیرانه نظارت و صمیمیت والدین را در برابر اعتیاد و دیگر انحرافات اجتماعی نشان داده‌اند. اکنون، می‌خواهیم ببینیم آیا سازه‌های متناظر با آن‌ها در جامعه، یعنی کنترل اجتماعی و حمایت اجتماعی نیز با تاب‌آوری در برابر سوء مصرف مواد در پسران پدر معتاد ارتباط دارد یا نه.

چارچوب نظری

در تحقیقات گذشته، به‌طور معمول، توجه به عوامل مرتبط با استعدادها و توانایی‌های نوجوانان برای انجام فعالیت‌ها نادیده گرفته شده (تدسچی^۴ و کیلمر^۵، ۲۰۰۵؛ هاروی^۶ و دلفابرو^۷، ۲۰۰۴) و کم‌ترین توجه و تمرکز بر عوامل محافظت‌کننده بوده است (ساندلر^۸، ۲۰۰۱)؛ ولی به‌تدریج، به بررسی تاب‌آوری توجه شده است (بادن^۹ و ورنیکین^{۱۰}، ۲۰۰۸). در خصوص اعتیاد و تاب‌آوری، مطالعات مختلفی صورت گرفته است؛ با این حال، امروزه، در

1. Masten 2. Luthar 3. Cicchetti 4. Tedeschi 5. Kilmer
6. Harvey 7. Delfabbro 8. Sandler 9. Bowden 10. Verennnikin

حوزه پژوهشی و بالینی توجه بیشتری به رویکرد تاب‌آوری نسبت به رویکرد خطرنگر می‌شود. بنیاد نظری این تحقیق، مبتنی بر مدل‌های مختلف تاب‌آوری و متغیر حمایت اجتماعی و مطالعه مبتنی بر دو مدل تأثیر مستقیم و غیرمستقیم (فرضیه ضربه‌گیر) است، و برای تبیین تأثیر متغیر کنترل اجتماعی از نظریه هیرشی استفاده شده است.

مدل‌های تاب‌آوری: پژوهشگران حوزه تاب‌آوری سازوکارهای چندی را توصیف کردند که به وسیله آن‌ها عوامل محیطی و فردی به کاهش یا خنثی کردن تأثیرات آسیب‌رسان عوامل خطرزا کمک می‌کند. برای توصیف تأثیر موقعیت‌های فشارزا و ویژگی‌های فردی بر کیفیت سازگاری و تطابق، مدل‌های جبرانی و چالشی و محافظتی را ارائه می‌کنند.

مدل جبرانی: عامل جبرانی متغیری است که تأثیر مواجهه با عامل خطرزا را خنثی می‌کند. این دو عامل در تعامل با یکدیگر نیستند؛ بلکه تأثیری مستقیم بر پیامد مدنظر دارند. هر دو عامل خطرزا و جبرانی، در پیش‌بینی پیامد نقش دارند. در این مدل، عامل محافظ در مقابل عامل خطر عمل می‌کند.

مدل چالشی: طبق این مدل، عامل خطرزا ارتقادهنده ذاتی تطابق موفق است. در این مدل، هنگامی که خطر خیلی کم باشد، چالش کافی ایجاد نمی‌کند و میزان زیاد خطر، ممکن است به رفتاری ناسازگارانه منجر شود؛ ولی میزان متوسط خطر، فرد را با چالش روبه‌رو می‌کند و در صورت غلبه بر آن، موجب شایستگی می‌شود. اگر چالش به‌صورتی موفقیت‌آمیز صورت گیرد، به فرد کمک می‌کند برای مشکل بعدی آماده شود (روترا، ۱۹۸۷؛ به نقل از: محمدی، ۱۳۸۴). این فرایند را مقاوم‌سازی یا مصون‌سازی نام‌گذاری کرده‌اند. اگر چالش موفقیت‌آمیز نباشد، فرد در برابر خطر آسیب‌پذیر می‌شود. بدین ترتیب، میزان بهینه خطر، زمانی است که طی آن مواجهه با چالش موجب تقویت سازگاری و تطابق می‌شود. عقیده بر این است که رویارویی با میزان متوسط خطر، موجب یادگیری مهارت‌های مقابله با خطر می‌شود (محمدی، ۱۳۸۴).

مدل محافظتی: براساس این مدل، برای کاهش احتمال پیامد منفی عامل محافظتی با

عامل خطرزا، در تعامل قرار می‌گیرد. این عامل با تعدیل اثر رویارویی با خطر به وسیله اصلاح و تغییر واکنش به عامل خطرزا، به عنوان تسریع کننده عمل می‌کند. در این مدل، عامل خطرزا به پیامد رفتاری منفی تبدیل می‌شود.

نظریه کنترل اجتماعی: بر اساس نظریه کنترل اجتماعی همه مردم پتانسیل گریز از قانون را دارند و جامعه مدرن فرصت‌های بسیاری برای فعالیت غیرقانونی فراهم آورده است. فعالیت‌های مجرمانه مانند سوء مصرف مواد و ...، اغلب سرگرمی‌هایی به وجود می‌آورد که پاداش و لذت فوری و آنی را به دنبال دارد. پرسش اساسی که در این نظریه مطرح می‌شود، این است که چرا مردم قواعد اجتماعی را رعایت می‌کنند؟ (سایگل^۱، ۲۰۰۸). هیرشی در سال ۱۹۶۹، نظریه کنترل اجتماعی را صورت‌بندی کرد. این نظریه بیان می‌کند کسانی که به اجتماع خود دلبستگی دارند، تمایل به تبعیت از مقررات آن را نیز دارند؛ اما کسانی که از اجتماع خود بریده‌اند، ممکن است به نقض آن مقررات تمایل داشته باشند (رابرتسون^۲، ۱۹۹۵؛ به نقل از: رشادت، ۱۳۸۸).

هیرشی چهار منبع را برای تعهدات اجتماعی بیان می‌کند:

۱- تعلق به خانواده و دوستان؛ ۲- تعلق به قوانین و مقررات؛ ۳- تعلق به باورها و اعتقادات مذهبی؛ ۴- تعلق به اهداف در دسترس.

برحسب نظریه کنترل اجتماعی هیرشی، هر اندازه این چهار منبع ضعیف‌تر شوند، تعهدات افراد به جامعه کم‌تر شده و ضعف تعهد به رفتار انحرافی منجر می‌شود (هاگان^۳، ۱۹۹۴).

ویلیامز و همکاران هنگام مطالعه درباره گروهی از جوانان در معرض خطر، تأثیر استفاده از معنویت برای تقویت و پرورش تاب‌آوری را بررسی کردند و نکته‌های مهمی را در خصوص معنویت مطرح کرده بودند، از جمله داشتن رابطه نزدیک با خدا یا نیروی برتر و داشتن هدف در زندگی و ... همچنین، شیوه‌های معنویت را در قالب آداب و توجه به ارزش‌ها به عنوان عامل‌های تاب‌آوری افراد در مقابل عوامل خطرزا و مشکلات، تأثیرگذار گزارش کردند. آن‌ها بیان کردند در وضع فعلی، حرفه مددکاری اجتماعی در افزایش درک

1. Siegel

2. Robertson

3. Hagan

نقش‌های معنویت برای افزایش تاب‌آوری جوانان و غلبه بر موقعیت‌های سخت، کارکرد مناسبی داشته است (الیزابت^۱ و همکاران، ۲۰۱۰).

نظریه اوقات فراغت: نظریه اوقات فراغت جرج زیمل می‌تواند تبیین‌کننده رواج اعتیاد به مواد در جامعه باشد. به اعتقاد او، در فرهنگ مدرن و در روند تاریخ جدید، آزادی فزاینده فرد از بندهای وابستگی شدید اجتماعی و شخصی ظهور می‌کند، صورت‌های فرماندهی و فرمان‌بری نیز خصلت تازه‌ای به خود می‌گیرند و هیچ فردی تحت چیرگی تام دیگران در نمی‌آید. انواع گسترده‌ای برای گذران فراغت وجود دارد که به فرد امکان می‌دهد خود را از دیگران متمایز سازد. روش‌ها و اعمال پرشتاب و مد، این تمایز هویت شخصی را شکل می‌دهند. بر این مبنا، هرکس برای متمایز شدن، روش خاصی را پی می‌گیرد که ماجراجویی در زندگی مدرن را رواج دهد. در این فضا، فرد می‌کوشد تا از جریان‌های یکنواخت زندگی روزانه بیرون رود و در قلمرو فعالیت با قواعد ویژه گام نهد. بنابراین، در جوامع مدرن و جوامعی که به سوی مدرنیسم گام برمی‌دارند و فرهنگ مدرن در آن تبلیغ شده، فرد در قلمرو اوقات فراغت، جهان عقل‌گرا و بوروکراتیک و افسون‌زدایی شده را کنار می‌نهد و فرصتی برای او فراهم می‌شود تا اجبارها و محدودیت‌های نظم اجتماعی را فراموش کند و به کنش غیرهنجاری دست زند (سخاوت، ۱۳۸۵؛ به نقل از: مظفر و همکاران، ۱۳۸۸).

واترفیلد در بررسی عوامل اجتماعی تاب‌آوری و خودداری از سوءمصرف مواد در نوجوانان، به این نتیجه رسید که ورزش و فعالیت‌های ورزشی ممکن است تا حدودی عامل محافظ در برابر مصرف سیگار باشد؛ اما این نتیجه درباره الکل و مواد دیگر، به‌خصوص در مردان معنی‌دار نبود. از نتایج درخور توجه برای تاب‌آوری در برابر مصرف مواد در زنان، حضور آن‌ها در فعالیت‌های هنری و مذهبی و شرکت داوطلبانه در فعالیت‌های جامعه بود و برای مردان، فقط فعالیت‌های مذهبی با تاب‌آوری رابطه

1. Elizabeth

معنی‌داری داشت (واترفیلد^۱، ۲۰۱۰).

حمایت اجتماعی: برای تبیین و توضیح چگونگی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی و مقاومت افراد در مواقع فشارزا، دو مدل نظری مطرح شده است: مدل تأثیر مستقیم^۲ یا تأثیر کلی^۳ حمایت اجتماعی و مدل تأثیر غیرمستقیم^۴ یا فرضیه ضربه‌گیر^۵ حمایت اجتماعی.

مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی: مطابق این مدل نظری، برخورداری از حمایت اجتماعی برای سلامتی مفید است. حمایت اجتماعی، صرف‌نظر از این‌که فرد تحت تأثیر استرس و فشارهای روانی باشد یا نه، باعث می‌شود فرد از تجارب منفی زندگی پرهیز کند. این امر، تأثیرات سودمندی بر سلامتی دارد. تأثیر سودمند حمایت اجتماعی برای سلامتی افراد، تحت شرایط و موقعیت‌های پرتنش یا آرام و کم استرس، یکسان و مشابه است (سارافینو^۶، ۱۹۹۸؛ به‌نقل از: ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹).

مدل تأثیر غیرمستقیم یا فرضیه ضربه‌گیر: براساس این مدل، حمایت اجتماعی صرفاً برای افرادی مفید و مؤثر است که تحت فشار روانی و استرس قرار دارند. در این حال، حمایت اجتماعی همانند سپری در مقابل ضربات ناشی از استرس، عمل کرده و نقش مدل ضربه‌گیر «تعدیل‌کننده آثار منفی حوادث استرس‌زا» را بازی می‌کند. به‌تعبیر دیگر، حمایت اجتماعی عمدتاً هنگامی که میزان استرس زیاد است بر سلامت روانی تأثیر می‌گذارد (سیم^۷، ۲۰۰۰؛ به‌نقل از: قدسی، ۱۳۸۲). این کارکرد حفاظتی حمایت اجتماعی، تنها زمانی رخ می‌دهد که فرد با عامل تنش‌زای قوی روبه‌رو می‌شود (ویل^۸ و کوهن^۹، ۱۹۸۵؛ به‌نقل از: علی‌پور، ۱۳۸۵). در موقعیت‌های کم استرس، اثر ضربه‌گیری حمایت اجتماعی یا بسیار کم است یا اصلاً عمل نمی‌کند. با مقایسه دو مدل، می‌توان گفت در مدل تأثیر مستقیم، فقدان یا کاهش در حمایت اجتماعی موجب آسیب‌ها و اختلالات جسمی و روانی می‌شود؛ درحالی‌که در مدل ضربه‌گیر یا تأثیر غیرمستقیم، فقدان یا کاهش حمایت اجتماعی به‌اضافه حضور استرس و افزایش آن است که موجب بروز چنین اختلالاتی می‌شود.

1. Waterfield 2. direct effect 3. main effect 4. indirect effect
5. buffering hypothesis 6. Sarafynu 7. Siem 8. Wills 9. Kuhen

شواهد موجود نشان دهنده تأیید هر دو مدل است. در پژوهش حاضر، از مدل تأثیر غیرمستقیم حمایت اجتماعی استفاده شده است که براساس آن، نفس حضور و وجود حمایت اجتماعی حتی به شکل ذهنی و تصویری، تأثیر مثبتی بر سلامت روان دارد.

رابطه حمایت اجتماعی و بازخوردها در پیش‌بینی مصرف مواد: بسیاری از نظریه‌پردازان بر این باورند که بازخوردها تلویحاتی ضمنی برای دریافت حمایت اجتماعی دارند و از این طریق، ادراکات و سازه‌های رفتاری فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. عقیده بر این است که بازخوردها و ادراک حمایت اجتماعی مستقل از یکدیگر است و برهم انباشته می‌شوند؛ هرچند ممکن است تأثیر این متغیرها با یکدیگر هم‌بستگی درونی و متقابل داشته باشد (آندریز^۱ و همکاران، ۱۹۷۸).

بازخوردها و دریافت حمایت اجتماعی، عامل مؤثری در پیش‌بینی استفاده از مواد و مشروبات الکلی است. آندریز و همکاران (۱۹۷۸) دریافتند که ارتباط متقابلی بین دریافت حمایت و بازخوردهای نوجوانان در مصرف ماری‌جوانا وجود دارد. به نظر آن‌ها بازخوردهای حمایتی بر رفتارهای تازه و گذرا تأثیر دارد؛ مثلاً در نوجوانان کم‌سن، بازخوردهای حمایتی موجب مصرف ماری‌جوانا می‌شود، اما در نوجوانان بزرگ‌تر، تأثیر دیگران و مخالفت‌شان در ایجاد چنین رفتارهایی مؤثر است.

یافته‌های کلدول^۲ و همکاران (۲۰۰۴) حاکی از این است که بین حمایت پدر و توجه مخصوص وی، با مصرف اندک الکل و هویت یافتگی رابطه معنی‌داری وجود دارد. تأثیر خانواده در شکل‌گیری هویت در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است (گرین^۳ و کامپ‌بل^۴، ۲۰۰۰؛ فابر^۵ و همکاران، ۲۰۰۳؛ بنسون^۶ و جانسون^۷، ۲۰۰۸). در مجموع، نقش شیوه‌های فرزندپروری (گولفم^۸ و گول^۹، ۲۰۰۵) داشتن محیطی شفاف و صمیمی است (نافو^{۱۰} و شوارتز^{۱۱}، ۲۰۰۴؛ دیان^{۱۲}، ۲۰۰۰؛ به نقل از: سیاح سیاری و نیمتاج و همکاران، ۱۳۸۹).

1. Andrews 2. Cold well 3. Green 4. Campbel 5. Faber 6. Benson
7. Johnson 8. Gulfem 9. Gul 10. Knafo 11. Schwartz 12. Diane

در این زمینه، مطالعات محدودی صورت گرفته است؛ به طوری که کیانی دهکردی و همکاران، عوامل عینی و مداخله‌پذیر تاب‌آوری را در برابر مصرف مواد در پسران پدر معتاد و غیرمعتاد بررسی کرده‌اند. آن‌ها به این نتیجه رسیده‌اند که نظارت والدین در هر دو گروه دارای پدر وابسته و غیروابسته به مواد و نیز روابط صمیمانه عاری از وابستگی به مواد در گروه دارای پدر غیروابسته، در محافظت از فرد در برابر وابستگی نقش دارند (کیانی دهکردی و همکاران، ۱۳۸۴). محمدی و همکاران تأثیر متغیرهای خانوادگی (سبک‌های وابستگی و پیوند والدینی) بر تاب‌آوری را با واسطه‌گری متغیرهای فردی (کانون، کنترل، اعتمادبه‌نفس و مهارت‌های تطابقی) بررسی کرده‌اند که یافته‌های آن‌ها ضمن تأیید تأثیر متغیرهای خانوادگی و فردی بر تاب‌آوری، مؤید نقش واسطه‌ای متغیرهای فردی بین متغیرهای خانوادگی و تاب‌آوری است. مسیرهای تاب‌آوری گروه‌های سالم و مصرف‌کننده و سوء‌مصرف‌کننده مواد متفاوت است (محمدی و همکاران، ۱۳۸۴). کریمی و همکاران (۱۳۹۰) در مطالعه‌ای با روش کیفی، با عنوان شناسایی فرایند تاب‌آوری نوجوانان و جوانان محله دروازه غار تهران، از طریق تحلیل تجارب زیستی آن‌ها، به این نتیجه رسیدند که پنج عنصر اصلی فرایند تاب‌آوری نوجوانان و جوانان را شرح می‌دهند که عبارت است از: ۱- تلاش هدفمند و امید به آینده به‌منظور کسب هویت؛ ۲- به‌کارگیری استراتژی‌های حفظ خود؛ ۳- عوامل فرهنگی و جامعه‌انگ‌زننده، توسعه نیافتگی، محیط پرخطر و موضوعات نگران‌کننده آن؛ ۴- کسب هویت؛ ۵- تجربه عوامل تسهیل‌کننده و مداخله‌گر. عامل مهمی که عناصر دیگر، حول محور آن معنا و مفهوم می‌یابد و نظریه برآمده از مطالعه را شکل می‌دهد، کسب هویت است.

شاید تمایل زیاد به پژوهش‌های مبتنی بر تاب‌آوری، بدین دلیل باشد که عوامل محافظت‌کننده نقش پراهمیتی در زندگی فرد ایفا می‌کنند. از سویی، بخشی از محبوبیت مفهوم تاب‌آوری و پژوهش‌های مرتبط با آن به این دلیل است که این دیدگاه بر توانمندی‌ها، ظرفیت‌ها، امید و قدرت فرد تمرکز دارند. عوامل محافظت‌کننده به‌عنوان

سپری بر رفتارهای خطرزا و پیامدهای همراه با آنها مطرح می‌شود. این موضوع تبیین کننده این است که چرا بسیاری از جوامع، در سطوح محلی و ملی، به شناسایی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری و به دنبال آن طراحی برنامه‌های درمانی و ارتقای توانایی‌های لازم در نوجوانان اقدام کرده‌اند (رسنیک^۱، ۲۰۰۰).

همان‌طور که در تحقیقات مشاهده می‌شود، بیش‌تر این تحقیقات، عوامل تاب‌آور را با رویکرد فردی و خانوادگی بررسی کرده و کم‌تر به عوامل اجتماعی به‌خصوص در تحقیقات داخلی توجه شده است. با توجه به این که گسترش عوامل تاب‌آوری در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است (گوتنبرگ^۲، ۲۰۰۰؛ به نقل از: الیابت^۳ و همکاران، ۲۰۱۰)، پژوهش حاضر با در نظر گرفتن این اصل کلیدی، برای اولین بار، ارتباط دو متغیر کنترل اجتماعی و حمایت اجتماعی را با تاب‌آوری در برابر مصرف مواد، در دو گروه مورد و شاهد که با هم برادر و پدر آنها وابستگی به مواد دارد، مطالعه می‌کند.

روش

روش تحقیق مورد - شاهده^۴ است و متغیرهای اجتماعی بین دو گروه تاب‌آور (وابسته نبودن فرد به مواد) و غیرتاب‌آور (وابسته به مواد) بررسی می‌شود. جامعه آماری شامل مراجعان به مراکز ترک اعتیاد استان تهران با شرط داشتن برادران غیروابسته به مواد است. اگر سن افراد مراجعه کننده برای ترک اعتیاد بیش‌تر از پنجاه سال باشد، برای ورود به مطالعه باید دو فرزند پسر داشته باشند که یکی وابسته به مواد و دیگری بدون وابستگی به مواد باشد.

نمونه‌های تحقیق به صورت هم‌تا شده وارد شده‌اند. ویژگی‌های ورود به مطالعه موردها، شامل محدوده سنی ۲۵ تا ۳۵ سال، نداشتن وابستگی به مواد، مجرد بودن تا بیست سالگی و زندگی کردن در خانواده پدر. ویژگی‌های ورود به مطالعه شاهد‌ها، شامل محدوده سنی ۲۵ تا ۳۵ سال، شروع وابستگی به مواد بعد از بیست سالگی، مجرد بودن تا بیست

1. Resnick

2. Gotenberg

3. Eliabeth

4. Case-control

سالگی و زندگی کردن با خانواده پدر. در واقع تا بیست سالگی هیچ‌یک از دو برادر با وجود زندگی با پدر معتاد، دچار وابستگی به مواد نمی‌شود؛ ولی بعد از بیست سالگی یکی از برادران به سمت اعتیاد می‌رود و دیگری از اعتیاد در امان می‌ماند و اصطلاحاً بر وضعیت سخت غلبه می‌کند. بنابراین، در مطالعه حاضر، متغیرهای پژوهش در این دو گروه، تا بیست سالگی بررسی می‌شود.

ابزارهای سنجش شامل پرسش‌نامه‌های حمایت و کنترل اجتماعی است. در این پژوهش، برای سنجش کنترل اجتماعی از پرسش‌نامه محقق‌ساخته عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد توسط رشادت و همکاران (۱۳۸۸) استفاده می‌شود. این پرسش‌نامه در برگیرنده ۳۰ پرسش است که ۵ خرده‌مقیاس تعهد اجتماعی، کنترل اجتماعی، انزوای اجتماعی، نوع نگرش به مصرف مواد و استفاده از امکانات رفاهی فرهنگی سنجیده می‌شود. روایی و پایایی این پرسش‌نامه تأیید شده است؛ به‌گونه‌ای که روایی محتوایی و صوری ابزار پژوهش تأییدشده و پایایی کلی ابزار $\alpha = 0/922$ گزارش شده است (رشادت و همکاران، ۱۳۸۸). گفتنی است محققان این پژوهش، با بررسی پرسش‌های مربوط به ۵ خرده‌مقیاس پرسش‌نامه گفته شده، عنوان کنترل اجتماعی را برای پرسش‌نامه انتخاب کردند و اسم دو خرده‌مقیاس، کنترل اجتماعی و استفاده از امکانات رفاهی فرهنگی را تغییر دادند (بدون اصلاح پرسش‌ها) و به‌جای آن‌ها، به‌ترتیب «نظارت اجتماعی» و «نحوه استفاده از اوقات فراغت» را جایگزین کردند.

برای سنجش حمایت اجتماعی از مقیاس واکس (۱۳۷۴) SS-A استفاده شد. این پرسش‌نامه را واکس، فیلیپس، هالی، تامپسون، ویلیامز و استورات (۱۹۸۶)؛ به‌نقل از: زینی‌وند، (۱۳۸۴) تدوین کردند. این پرسش‌نامه، ۲۳ پرسش دارد که در آن چهار نوع نمره محاسبه می‌شود. ۱- نمره حمایت مرتبط با خانواده؛ ۲- نمره حمایت مرتبط با دوستان؛ ۳- نمره مربوط به حمایت آشنایان؛ ۴- نمره کل حمایت اجتماعی که حاصل جمع سه نمره قبل است. در پژوهش خوش‌کنش و همکاران ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۱ به‌دست آمده است (خوش‌کنش و همکاران، ۱۳۸۹). عسگری و

شرف‌الدین در تحقیقی با عنوان «بررسی رابطه اضطراب اجتماعی و امیدواری و حمایت اجتماعی با احساس ذهنی بهزیستی» در دانشجویان تحصیلات تکمیلی واحد تحقیقات خوزستان ضرایب پایایی پرسش‌نامه حمایت اجتماعی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تصنیف محاسبه کردند که به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۷۱ گزارش شد. برای تعیین اعتبار پرسش‌نامه گفته شده، نمره آن با نمره پرسش‌نامه شادکامی هم‌بسته شد و رابطه مثبت معنی‌داری بین آن‌ها مشاهده شد ($p=0/004$ و $r=0/39$ و $N=50$) که بیانگر برخوردار بودن پرسش‌نامه حمایت اجتماعی از اعتبار لازم است (عسگری و شرف‌الدین، ۱۳۸۷).

از آنجایی که پرسش‌نامه‌های گفته شده جوانب دیگری چون اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان را نمی‌سنجید، برای تکمیل جمع‌آوری اطلاعات ضروری از چک‌لیست استفاده شد.

یافته‌ها

شرکت کنندگان این تحقیق، ۱۰۶ نفر در محدوده سنی ۲۵ تا ۳۵ سال و ساکن استان تهران هستند. از این تعداد، ۵۳ نفر غیرتاب‌آور و ۵۳ نفر دیگر که برادر آن‌ها بودند، گروه تاب‌آور را تشکیل دادند. میانگین سن در گروه تاب‌آور ۲۹/۳۸ سال و در گروه غیرتاب‌آور ۳۰/۵۱ سال است.

در این مطالعه، از مجموع ۵۳ نفر تاب‌آور حاضر، تا بیست سالگی، ۱ نفر (۱/۹ درصد) با تحصیلات ابتدایی، ۱۰ نفر (۱۸/۹ درصد) با تحصیلات راهنمایی، ۳۷ نفر (۶۹/۸ درصد) با تحصیلات متوسطه و ۵ نفر (۹/۴ درصد) فوق‌دیپلم بودند. از ۵۳ نفر غیرتاب‌آور تا بیست سالگی، ۵ نفر (۹/۴ درصد) با تحصیلات ابتدایی، ۱۴ نفر (۲۶/۴ درصد) با تحصیلات راهنمایی، ۳۲ نفر (۶۰/۴ درصد) با تحصیلات متوسطه و ۲ نفر (۳/۸ درصد) فوق‌دیپلم بودند. تا بیست سالگی، از لحاظ میزان تحصیلات، بین دو گروه موضوع مطالعه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

نوع و روش مصرف مواد در پدران افراد موضوع مطالعه و افراد غیرتاب‌آور بدین شرح

است: تریاک و شیره موادی است که پدران افراد غیرتاب‌آور بیش‌تر از دیگر مواد مصرف می‌کنند. روش استفاده هم بیش‌تر تدخین است؛ اما بیش‌ترین ماده مصرفی در فرزندان این افراد، شیشه و کراک است. به‌نظر می‌رسد با گذر زمان و گسترش مواد مصرفی صنعتی و در دسترس بودن انواع مواد جدید در جامعه، نوع ماده و روش استفاده آن توسط فرزندان این افراد (دست‌کم در این مطالعه) تغییر کند و به‌سمت مواد تحریک‌کننده و توهم‌زا برود.

فرضیه اول این پژوهش این است که «تعهد اجتماعی تا بیست سالگی، در افراد تاب‌آور و غیرتاب‌آور، در برابر سوءمصرف مواد، تفاوت معنی‌داری دارد». متغیر تعهد اجتماعی شامل پانزده پرسش بود که شاخص‌هایی مانند احساس مسئولیت به والدین یا خانواده و دوستان، پایبندی به قوانین و مقررات، پایبندی به ارزش‌ها، باورها و اعتقادات مذهبی و احساس مسئولیت به اهداف در دسترس را بررسی می‌کند. مقدار آماره تی برابر با $6/368$ و درجه آزادی 104 است. با توجه به مقدار آماره تی ($p < 0/001$) می‌توان نتیجه گرفت که میانگین تعهد اجتماعی در گروه تاب‌آور بیش‌تر از گروه غیرتاب‌آور است و تفاوت آماری معنی‌داری در میانگین تعهد اجتماعی در گروه تاب‌آور با گروه غیرتاب‌آور مشاهده شد.

فرضیه دوم این پژوهش این است که «انزوای اجتماعی تا بیست سالگی، در افراد تاب‌آور و غیرتاب‌آور، در برابر سوءمصرف مواد، تفاوت معنی‌داری دارد». متغیر انزوای اجتماعی شامل پنج پرسش بود که موضوعاتی همچون بی‌تفاوتی به مشکلات دیگران، همکاری با دیگران برای پیشبرد کارها، تلاش مجدد در صورت شکست در فعالیت، معتقد نبودن به انجام کار شراکتی و جمعی را بررسی می‌کند. مقدار آماره تی برابر با $4/738$ و درجه آزادی 104 است. با توجه به مقدار آماره تی ($p < 0/001$) می‌توان نتیجه گرفت که میانگین انزوای اجتماعی در گروه تاب‌آور بیش‌تر از گروه غیرتاب‌آور بود و تفاوت آماری معنی‌داری در میانگین انزوای اجتماعی در گروه تاب‌آور با گروه غیرتاب‌آور مشاهده شد.

فرضیه سوم این پژوهش این است که «نظارت اجتماعی تا بیست سالگی، در افراد تاب‌آور و غیرتاب‌آور، در برابر سوءمصرف مواد، تفاوت معنی‌داری دارد». متغیر نظارت

اجتماعی شامل سه پرسش بود که موضوعاتی چون نظارت دیگران بر اعمال فرد و محدودیت در به دست آوردن مواد و نداشتن محدودیت برای بیرون ماندن از منزل تا دیروقت را بررسی می‌کند. مقدار آماره تی برابر با $1/005$ و درجه آزادی 104 است. با توجه به مقدار آماره تی ($p < 0/317$) می‌توان نتیجه گرفت که میانگین نظارت اجتماعی بین گروه تاب‌آور بیش‌تر از گروه غیرتاب‌آور بوده است؛ اما تفاوت آماری معنی‌داری در میانگین نظارت اجتماعی در گروه تاب‌آور با گروه غیرتاب‌آور مشاهده نشد.

فرضیه چهارم این پژوهش این است که «نوع نگرش به مواد مخدر تا بیست سالگی، در افراد تاب‌آور و غیرتاب‌آور، در برابر سوء مصرف مواد، تفاوت معنی‌داری دارد». متغیر نوع نگرش به مواد شامل چهار پرسش بود که مواردی همچون اثر درمانی و دارویی مصرف مواد و آرامش و بی‌خیالی ناشی از مصرف مواد و افزایش توانایی‌های فرد و افزایش میل جنسی از طریق مصرف مواد را بررسی می‌کند. مقدار آماره تی برابر با $8/870$ - و درجه آزادی 104 است. با توجه به مقدار آماره تی ($p = 0/001$) می‌توان نتیجه گرفت که میانگین نوع نگرش به مواد مخدر در گروه غیرتاب‌آور بیش‌تر از گروه تاب‌آور است. تفاوت آماری معنی‌داری در میانگین نوع نگرش به مواد گروه تاب‌آور با غیرتاب‌آور مشاهده شد.

فرضیه پنجم این پژوهش این است که «نحوه استفاده از اوقات فراغت تا بیست سالگی، در افراد تاب‌آور و غیرتاب‌آور، در برابر سوء مصرف مواد، تفاوت معنی‌داری دارد». متغیر شامل سه پرسش است که موضوعاتی همچون استفاده از روزنامه یا نشریات یا کتاب، میزان استفاده از برنامه‌های تلویزیون یا رادیو، میزان استفاده از امکانات تفریحی و ورزشی و هنری، مانند سینما و... را بررسی می‌کند. مقدار آماره تی برابر با $5/550$ و درجه آزادی 104 است. با توجه به مقدار آماره تی ($p = 0/001$) می‌توان نتیجه گرفت که میانگین نمره نحوه استفاده از اوقات فراغت در گروه تاب‌آور بیش‌تر از گروه غیرتاب‌آور است و تفاوت آماری معنی‌داری بین گروه تاب‌آور و غیرتاب‌آور مشاهده شد.

فرضیه ششم این پژوهش این است که «حمایت اجتماعی تا بیست سالگی، در افراد تاب‌آور و غیرتاب‌آور، در برابر سوء‌مصرف مواد، تفاوت معنی‌داری دارد». میانگین نمره متغیر حمایت اجتماعی در گروه تاب‌آور (۱۸/۲۶) بیش‌تر از گروه غیرتاب‌آور (۱۳/۵۲) است و تفاوت معنی‌داری بین دو گروه ($p < 0/001$) وجود دارد.

یافته‌های تحقیق نشان داد که با بهبود ادراک و تصور افراد تاب‌آور از حمایت اجتماعی خانواده و دوستان (اشخاص خاص) وضعیت مطلوب‌تر می‌شود. وجود منابع حمایتی و شبکه ارتباطی خانواده و دوستان و آشنایان در تاب‌آوری فرد با وجود قرار گرفتن در محیطی تنش‌زا مؤثر واقع شده است و با کاهش منابع حمایتی، سلامت روان آن‌ها به‌خطر می‌افتد. با استفاده از روش رگرسیون لجستیک، متغیر وابسته (تاب‌آوری) پیش‌بینی شده است که نتایج آن در ادامه آمده است.

جدول ۱. خلاصه مدل رگرسیون لجستیک.

گام	نسبت درست نمایی ^۱	ضریب تعیین کاکس و نل ^۲	ضریب تعیین نیجل کرک ^۳
۱	۴۸/۹۵	۰/۶۰	۰/۸۰

جدول بالا نتایج مربوط به دو آماره لگاریتم آزمون نسبت درست‌نمایی و ضریب تعیین پزودو^۴ (شامل ضریب تعیین کاکس و نل و ضریب تعیین نیجل کرک) را نشان می‌دهد. این مقادیر مشخص می‌کنند که متغیر مستقل توانسته تا چه میزان از واریانس متغیر وابسته را تعیین کند. مقادیر ضریب تعیین پزودو بین (۰) و (۱) نوسان دارد، و هرچه مقدار این آماره‌ها به عدد (۱) نزدیک‌تر باشد، نشان می‌دهد که نقش متغیرهای مستقل در تبیین واریانس متغیر وابسته زیاد است و برعکس، بنابراین مجذور R هم نشان می‌دهد که متغیرهای تحقیق ۸۰ درصد پراکنش متغیر پاسخ (تاب‌آور) را تبیین می‌کنند.

1. log likelihood 2. Cox and Snell R Square 3. Nagelkerke R Square 4. Pseudo r-square

جدول ۲. تحلیل مدل رگرسیون لجیستیک.

متغیرها	ضرایب	آماره والد	درجه آزادی	مقدار احتمال	OR ¹ = (B)Exp	CI OR 95%	
						پایین	بالا
تعهد اجتماعی	-۰/۱۲	۳/۳۰	۱	۰/۰۷	۰/۸۸	۰/۷۷	۱/۰۱
انزوای اجتماعی	-۰/۳۰	۳/۵۰	۱	۰/۰۶	۰/۷۴	۰/۵۴	۱/۰۱
نظارت اجتماعی	۰/۵۴	۴/۸۶	۱	۰/۰۳	۱/۷۱	۱/۰۶	۲/۷۴
نوع نگرش به مصرف مواد	۰/۵۲	۱۴/۶۸	۱	۰/۰۰	۱/۶۹	۱/۲۹	۲/۲۰
امکانات رفاهی فرهنگی	-۰/۵۷	۵/۴۴	۱	۰/۰۲	۰/۵۶	۰/۳۵	۰/۹۱
حمایت خانواده	-۰/۵۵	۲/۹۸	۱	۰/۰۸	۰/۵۸	۰/۳۱	۱/۰۷
حمایت دوستان	-۰/۲۶	۰/۸۶	۱	۰/۳۵	۰/۷۷	۰/۴۴	۱/۳۴
حمایت آشنایان	-۰/۱۳	۰/۱۵	۱	۰/۷۰	۰/۸۹	۰/۴۵	۱/۷۲
عرض از مبدأ	۱۰/۰۳	۶/۵۱	۱	۰/۰۱	۲۲۸۳۷/۸۰۸	-	-

جدول بالا مقدار ثابت ضریب متغیرهای مستقل، نسبت برتری ((B(Exp)، آماره والد و معنی داری آن را نشان می دهد. ضریب مثبت نظارت اجتماعی نشان می دهد که با افزایش میزان این مؤلفه، احتمال تاب آوری افزایش می یابد؛ ولی ضریب مثبت نوع نگرش مثبت به مصرف مواد نشان می دهد که با افزایش این مؤلفه، خطر ابتلا به سوء مصرف افزایش می یابد. همچنین ضریب منفی متغیر نحوه استفاده از اوقات فراغت نشان می دهد که با افزایش میزان این مؤلفه احتمال خطر ابتلا به سوء مصرف مواد کاهش می یابد یا برعکس. فقط میزان آماره والد سه متغیر نظارت اجتماعی و نوع نگرش به مصرف مواد و نحوه استفاده از اوقات فراغت معنی دار است ($p < 0/05$). ستون آخر این جدول، نسبت های بخت هریک از متغیرهای مستقل را نشان می دهد. نسبت بخت نشان می دهد که تغییر در نسبت های بودن در طبقه ای از متغیر پاسخ به ازای هر واحد تغییر، مقدار متغیر پیش بین چقدر است. طبق جدول گفته شده، بین نظارت اجتماعی و تاب آوری ارتباط وجود دارد.

1. Odds ratio

2. Confidence Interval

مقدار نسبت بخت به دست آمده از مدل ($OR=1/71$ و $CI:1/06-2/74$) نشان دهنده این است که با افزایش میزان نظارت اجتماعی، تاب‌آوری در برابر سوء مصرف مواد به اندازه $1/71$ برابر افزایش می‌یابد. همچنین، بین نوع نگرش به مواد و تاب‌آوری ارتباط وجود دارد. مقدار نسبت بخت به دست آمده از مدل ($OR=1/69$ و $CI:1/29-22/20$) نشان دهنده این است که با تغییر نوع نگرش به مواد، خطر ابتلاء به سوء مصرف مواد به اندازه $1/69$ برابر افزایش می‌یابد. علاوه بر این، بین میزان استفاده از امکانات رفاهی فرهنگی و تاب‌آوری ارتباط وجود دارد. مقدار نسبت شانس به دست آمده از مدل ($OR=0/56$ و $CI:0/35-0/91$) نشان دهنده این است که با افزایش استفاده از امکانات رفاهی فرهنگی خطر ابتلا به سوء مصرف مواد $0/56$ برابر کاهش می‌یابد یا برعکس. طبق معادله رگرسیون بالا، به ازای هر واحد تغییر، مثلاً در متغیر نظارت اجتماعی با فرض ثابت بودن دیگر متغیرها، لگاریتم نسبت بخت به میزان $0/54$ در جهت مستقیم متغیر تاب‌آوری تغییر می‌کند.

به‌طور خلاصه، احتمال تاب‌آوری در پسران پدر معتاد زمانی بیش‌تر است که:

۱- از نظارت اجتماعی برخوردار باشند؛

۲- به مصرف مواد نگرش منفی داشته باشند؛

۳- از اوقات فراغت استفاده کرده باشند.

طبق جدول ۲ معادله لوجیت رگرسیون لجیستیک به‌قرار زیر است:

لوجیت: $10/03 + 0/54$ (نظارت اجتماعی) $+ 0/52$ (نوع نگرش به مواد) $- 0/57$ (استفاده از امکانات رفاهی).

بحث

نظارت اجتماعی عاملی پیش‌بین در تاب‌آوری افراد در موقعیت‌های تنش‌زا (حضور پدر معتاد در خانواده) و غلبه بر آسیب‌های احتمالی این محیط‌هاست که یافته‌های پژوهش این

فرضیه را تأیید می‌کند. به نظر می‌رسد بین جامعه و فرد، پیوند و تعهد وجود دارد و نیز از سوئی، وجود این احساس که دیگران بر رفتارهای آنان نظارت دارند، باعث شده است که افراد مسیر تاب‌آوری را درپیش بگیرند. احتمالاً افراد تاب‌آور از امکانات و منابع موجود در جامعه استفاده می‌کنند. محیط اجتماعی منبعی مؤثر و کارآمد برای افزایش مقاومت و تاب‌آوری افراد (به‌خصوص افراد در معرض خطر) در مقابل رخدادهای ناگوار زندگی است. این نتایج با یافته‌های لین و دمبو (۲۰۰۸)، کادوشین (۱۹۹۸)، پوپ (۱۹۸۸)، ابراهیم‌بای سلامی و غفاری (۱۳۸۸)، رشادت و همکاران (۱۳۸۸) همسوست. متغیر دیگر، یعنی حمایت اجتماعی برخلاف تصور ما در مدل باقی نماند، هرچند مقدار سطح معنی‌داری ۰/۰۸ (خیلی نزدیک به ۰/۰۵ است) ممکن است خرده‌مقیاس حمایت خانواده در مطالعه دیگر مورد تأیید قرار گیرد.

متغیر دیگر که در مدل باقی ماند، نوع نگرش به مواد بود. با توجه به نگرش‌هایی که نقش میانجی را بازی می‌کنند و تأثیر مصرف مواد توسط پدر به‌صورت غیرمستقیم و از طریق تغییر در نگرش‌های فرزندان، نتیجه می‌گیریم که همسالان و والدین مصرف مواد را به‌طور غیرمستقیم و از طریق نگرش‌ها تحت تأثیر قرار می‌دهند. این نتیجه با یافته‌های تبرئی (۱۳۵۳) و میثمی، فرامرزی و هلاکویی نایینی، (۱۳۸۵) و دلاور و همکاران (۱۳۸۸) هماهنگ و با یافته‌های موسی‌نژاد (۱۳۷۸) و رشادت (۱۳۸۸) ناهماهنگ است. این قضیه، در خصوص فرزندان تاب‌آور پدران معتاد صدق نمی‌کند و به‌نظر می‌رسد از رفتارهای پدرشان الگوبرداری نمی‌کنند و آگاهی لازم را درباره تأثیر منفی مواد از طریق دیگر منابع کسب می‌کنند. پیشنهاد می‌شود در خصوص روش‌های تغییر نگرش به مواد از مثبت به منفی، مطالعات لازم صورت گیرد تا بتوان برنامه‌های مناسبی برای رفع این معضل بزرگ تدارک دید.

درنهایت، متغیر نحوه استفاده از اوقات فراغت، به‌عنوان عاملی پیش‌بین در تاب‌آوری مشخص شد. این نتایج با یافته‌های امینی (۱۳۸۰)، کانز (۱۹۹۷)، سیمون (۱۹۹۷)، یوگن

اشنایدر (۱۹۹۴)، الیکسون^۱ (۱۹۹۴) و چارلز^۲ (۱۹۹۶) همسو بود؛ اما با نتایج رشادت و همکاران (۱۳۸۸)، موسی‌نژاد (۱۳۷۸) و واترفیلد^۳ (۲۰۱۰) همسو نبود که عوامل اجتماعی تاب‌آوری و خودداری از سوء‌مصرف مواد را بررسی کرده بودند. به نظر می‌رسد فلسفه نحوه استفاده از اوقات فراغت این است که افراد را از اوقات فراغت خود آگاه می‌سازد و انتخاب صحیح را به آن‌ها آموزش می‌دهد تا خود را بشناسند و بتوانند در درون فراغت توانایی‌های بالقوه خود را کشف کنند و با وجود محیط تنش‌زا، به سمت سوء‌مصرف نروند. از طرفی استفاده نکردن از امکانات رفاهی فرهنگی در محیط‌هایی که عامل خطر برای فرد وجود دارد، تاب‌آوری او را کاهش می‌دهد و در دام مصرف مواد می‌افتد. این مطالعه تأثیر پدر معتاد را بر دو برادر نشان می‌دهد: یکی از فرزندان مواد مصرف کرده و راه پدر را ادامه می‌دهد و دیگری مسیر دیگری برمی‌گزیند. از برتری‌های تاب‌آوری، نحوه استفاده از اوقات فراغت است که مستقیم و غیرمستقیم بر توانایی و آگاهی فرد افزوده و مانند عاملی محافظتی عمل می‌کند.

در آخر، می‌توان گفت تاب‌آوری توانایی انسان در مقابله با رویدادهای ناگوار و آسیب‌زا است؛ اما همه افراد به یکسان تاب‌آور نیستند و تاب‌آوری تحت تأثیر عوامل مختلف کاهش یا افزایش می‌یابد. پژوهش‌های به عمل آمده نشان می‌دهند ویژگی‌هایی در فرد، خانواده، مدرسه و محیط‌های اجتماعی ممکن است به تقویت یا تضعیف تاب‌آوری در افراد بینجامد. دو نمونه از این عوامل، کنترل اجتماعی و حمایت اجتماعی است که در این مطالعه، رابطه این دو متغیر با تاب‌آوری در برابر سوء‌مصرف مواد در پسران پدر معتاد بررسی شده است. رابطه مثبت و معنی‌دار متغیرهای مستقل را با تاب‌آوری در گروه خاص نشان داد که از اعضای یک خانواده بودند و این موضوع می‌تواند در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های اجتماعی در سطوح ملی و محلی استفاده شود. مددکاران اجتماعی که بیش‌تر با جامعه ارتباط دارند به اهمیت و نقش متغیرهای اجتماعی توجه بیش‌تری دارند. این متغیرها شامل تعهد اجتماعی و حمایت اجتماعی و کنترل اجتماعی است. با وجود

1. Ellikson P.L

2. Charles F

3. Waterfield

آن که حضور پدر معتاد در خانواده به عنوان عامل خطر در سوء مصرف مواد در اعضای خانواده شناخته می شود، علاوه بر دیگر سیاست های مدنظر برای مقابله با سوء مصرف مواد، تقویت عوامل محافظت کننده در فرزندان، را می توان برای پیشگیری از گسترش اعتیاد در بین اعضای خانواده و در نهایت، کل جامعه، راهکاری مؤثر دانست.

- حجازی، الف. و همکاران. (۱۳۸۸)، بررسی مرگ‌های ناشی از سوء مصرف مواد در اجساد ارجاع شده به اداره کل پزشکی قانونی خراسان، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، س ۵۲، ش ۲: ۱۰۶ تا ۱۰۱.
- خوش‌کنش، الف. و همکاران. (۱۳۸۹)، نقش نیازهای بنیادین و حمایت اجتماعی در سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان مقطع متوسطه، فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، س ۴، ش ۱ (۱۳): ۸۲ تا ۹۴.
- رشادت، ک. و همکاران. (۱۳۸۸)، بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد به مواد در معتادان مراجعه کننده به جمعیت خیریه تولد دوباره شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، گروه مددکاری اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- ریاحی، م. و همکاران (۱۳۸۹)، بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، س ۱۰، ش ۳۹: ۸۵ تا ۱۲۱.
- سیاح‌سیاری، ن. و همکاران (۱۳۸۹)، رابطه بین هویت و حمایت اجتماعی والدین در میان نوجوانان، فصلنامه اندیشه و رفتار، دوره ۴، ش ۱۶: ۶۷ تا ۷۴.
- عسگری، پ. و شوق‌الدین، ه. (۱۳۸۷)، رابطه اضطراب اجتماعی و امیدواری و حمایت اجتماعی با احساس ذهنی بهزیستی در دانشجویان تحصیلات تکمیلی واحد تحقیقات خوزستان، یافته‌های نو در روان‌شناسی، ش ۳ (۹): ۲۵ تا ۳۶.
- علی‌پور، الف. (۱۳۸۵)، ارتباط حمایت اجتماعی با شاخص‌های ایمنی بدن در افراد سالم؛ بررسی مدل تأثیر کلی، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران؛ اندیشه و رفتار، دوره ۱۲، ش ۲: ۱۳۴ تا ۱۳۹.
- قدسی، ع. (۱۳۸۲)، بررسی جامعه‌شناختی رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی، پایان‌نامه دکتری رشته جامعه‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
- کیانی دهکردی، م. و همکاران (۱۳۸۴)، تاب‌آوری در برابر وابستگی به مواد در پسران مردان وابسته و غیروابسته به مواد، مجله حکیم، دوره ۸، ش ۲: ۳۱ تا ۳۶.
- کیوان‌آرا، م. و همکاران (۱۳۸۷)، تجارت معتادان از پزشکی شدن اعتیاد، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، س ۷، ش ۲۹: ۲۹ تا ۴۶.
- کریمی، ص. (۱۳۹۰)، شناسایی فرایند تاب‌آوری نوجوانان و جوانان محله دروازه‌غار تهران، در برابر سوء مصرف مواد، سال ۱۳۹۰، پایان‌نامه کارشناسی ارشد در رشته رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.

- محمدی، م. (۱۳۸۴)، بررسی عوامل تاب‌آور در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد در استان فارس، پایان‌نامه دکتری تخصصی در رشته روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- مظفر، ح. و همکاران (۱۳۸۸)، آنومی فرهنگی و اعتیاد به مواد در بین جوانان ۱۳ تا ۲۸ ساله شهر تهران، پژوهش‌نامه علوم اجتماعی، س ۳، ش ۴: ۵۴ تا ۳۳.
- Andrews, F.M, Tennant, C., Hewson, D.M. & Vaillsnt, G.E. (1978), Life event stress, social support, coping style and risk of psychological impairment, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, 307-316.
- Bowden, M. & Verennnikina, I . (2008), Positive Factors that Build, Enhance and Maintain Resilience in Adolescents, University of Wollongong, pp1-7.
- Economic and Social Council. (2010), Drug demand reduction: world situation with regard to United Nations drug Abuse, Fifty-third session. Vienna, 8-12 March, 1-37.
- Hagan, John. (1994), Crime and disrepute, Pine Forge Press.
- Harvey, J. & Delfabbro, P.H. (2004), Psychological Resilience in Disadvantaged Youth: A Critical Overviwe, *Australian Psychologist*, 39, pp 3-13.
- Luthar, S. S, & Cicchetti, D. (2000), The construct of resilience: implications for interventions and social policies, *Developmnt and psychopathology*, 12, 857-885.
- Masten, A. (2001), Ordinary magic: resilience process in development, *American psychologist*, 56, 227-238.
- Resnick, M.D. (2000), Resilience and Protective Factors in the Lives of Adolescents, *Journal of Adolescent Health*, vol (27), 1-2.
- Siegel, Larry J. (2008), Criminology; Theories, patterns, and typologies, Wadsworth Pub Co.
- Sandler, I. (2001), Quality and Ecology of Adversity as Common Mechanisms of Risk and Resilience, *American Journal of Community Psychology*, 29, 19-55.
- Tedeschi, R.G. & Kilmer, R.P. (2005), Assessing Strengths, Resilience, and Growth to Guide Clinical Interventions. *Professional Psychology, Research and Practice*, 36, pp 230-237.
- Waterfield.E.A. (2010), Social Resiliency Factors and Abstinence from Substance Abuse in Lucas County, Ohio Adolescents, Submitted to the Graduate Faculty as partial fulfillment of the requirements for the Doctor of Philosophy Degree in Counselor Educatio, pp3-14.
- Williams, N.R., Elizabeth W. Lindsey (2010), Finding Their Way Home: Utilizing Spiritual Practices to Bolster Resiliency in Youth at Risk, *New Scholarship in the Human Services*, pp 1-16.