

## شناسایی اختلالات رفتاری در کودکان دارای پدر معتاد

### چکیده:

**مقدمه:** اعتیاد والدین (یا والد) می‌تواند منجر به پیدایش یا افزایش میزان اختلالات رفتاری در کودکان شود (۱۲). پژوهش حاضر به بررسی میزان اختلالات رفتاری در کودکان دارای پدر معتاد و مقایسه آن با میزان این اختلالات در کودکان دارای پدر غیرمعتاد اختصاص دارد.

### مواد و روش تحقیق:

اختلالات رفتاری در ۲۵۰ دانش‌آموز متشکل از ۱۲۵ دانش‌آموز با پدر معتاد و ۱۲۵ دانش‌آموز با پدر غیر معتاد با استفاده از پرسشنامه اختلالات رفتاری راتر ویژه معلمان مورد بررسی قرار گرفت.

### یافته‌ها:

یافته‌های پژوهش نشان داد که میزان اختلالات رفتاری در کودکان دارای پدر معتاد بیشتر از کودکان دارای پدر غیرمعتاد بود. میزان اختلالات رفتاری در پسران بیشتر از دختران بود. میزان تحصیلات پدر با میزان اختلالات رفتاری فرزندان رابطه داشت؛ با افزایش تحصیلات پدر میزان اختلالات رفتاری فرزندان کاهش می‌یافت. میزان غیبت از مدرسه و تعداد دفعات ارجاع به مشاور مدرسه در کودکان دارای پدر معتاد نسبت به کودکان دارای پدر غیر معتاد بیشتر بود. بین اختلالات رفتاری و پیشرفت تحصیلی همبستگی منفی معنادار وجود داشت.

### بحث و نتیجه‌گیری:

بین اعتیاد پدر و اختلالات رفتاری در کودکان رابطه وجود دارد.

**کلید واژه‌ها.** اختلالات رفتاری / پدر معتاد، کودکان

**دکتر حسن شمس اسفندآباد**

استادیار دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)

## دکتر سید جلال صدرالسادات

استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

## دکتر سوزان امامی پور

استاد یار دانشگاه آزاد اسلامی

### مقدمه

اختلالات رفتاری حاصل تعامل کودک با محیط اطراف وی است و بنابر این باید در رابطه با بافت خانواده، همسالان، مدرسه، خانه و جامعه مورد بررسی قرار گیرد. توجه به محیط اجتماعی - فرهنگی در درک اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، لذا باید به تعامل بین کودک و محیط فیزیکی و اجتماعی وی توجه شود. توجه به یکی از این ابعاد به تنهایی موجب محدودیت در دامنه بررسی می‌شود. در پیدایش اختلالات رفتاری عامل واحدی را نمی‌توان مسئول دانست، بلکه انواعی از عوامل مربوط به والدین و الگوی خانواده، عوامل اجتماعی - فرهنگی، عوامل روان شناختی، عوامل زیستی و عوامل زمینه ساز و عوامل آشکار ساز در پیدایش آن سهیم هستند. برخی از عوامل خطرزا می‌توانند موجب گسترش اختلالات رفتاری شوند. عواملی که می‌توانند موجب گسترش اختلالات رفتاری شوند عبارتند از: تجربه مشکلات عاطفی - اجتماعی مانند مشکلات والدین (نظیر استفاده از الکل یا مواد مخدر)، فقر، محرومیت، سوءاستفاده، طرد شدن، روابط ناراضی بخش، اختلالات روانی والدین و یا مواجهه با رویدادهای آسیب زا (۱۶). بسیاری از صاحب نظران به نقش خانواده در سازگاری رفتاری کودکان تأکید دارند. عوامل خانوادگی ظرفیت کودکان را در رویارویی با استرس یا فشارهای روانی تحت تاثیر قرار می‌دهند. داغدیدگی، جدایی، طلاق، منازعات زناشویی و اعتیاد والدین از جمله استرس‌های شناخته شده دوران کودکی هستند که سلامت روانی کودکان را تحت تاثیر قرار می‌دهند. اعتیاد به مواد مخدر پیامدهای جدی بر کودکانی که در خانواده های معتاد زندگی می‌کنند دارد. مشکلات مالی، بهداشتی و هیجانی سبب تنش در درون خانواده می‌گردد که می‌تواند خود را به صورت کودک یا همسر آزاری بروز دهد. معمولاً والدین معتاد در برآورده کردن نیازهای بدنی، ایجاد علاقه و حمایت هیجانی کودک خود ناتوان هستند و کودکان آنها از مشکلات مختلف بدنی، روانی، هیجانی رنج می‌برند. تداوم در اعتیاد سبب انزوای خانواده می‌شود. کودکان والدین معتاد مشکلات سلامت روانی و جسمی بیشتری را تجربه می‌کنند و هزینه خدماتی که برای حفظ سلامتی آنها می‌شود در مقایسه با هزینه ای که صرف کودکان والدین غیر معتاد می‌شود بیشتر است.

اعتیاد پدر به مواد مخدر باعث اعتیاد کودک به مواد می‌تواند باشد. نوجوانان با تاریخچه خانوادگی اعتیاد، با احتمال بیشتری پیامدهای مربوط به اعتیاد و دیگر مشکلات روانی را گزارش می‌کند (۸). شواهد بسیاری حاکی از آنند که کودکان خانواده‌های معتاد به مواد مخدر از نظر بیولوژیکی احتمال خطر بالاتری برای ابتلاء به وابستگی به مواد مخدر و الکل دارند. از سوی دیگر بدلیل اینکه کودکان رفتارها و مهارت‌های سازشی را در محیط خانواده یاد می‌گیرند، در نتیجه کودکان والدین معتاد ممکن است یاد بگیرند که با ناملایمات و مشکلات زندگی به گونه‌ای که والدینشان قبلاً کنار می‌آمدند کنار بیایند (۱۴).

میزان اضطراب و افسردگی در کودکان این خانواده‌ها در مقایسه با کودکان خانواده‌های غیرمعتاد بیشتر است (۱۱). کودکان والدین معتاد به احتمال بیشتری به اختلالات اضطرابی مبتلا هستند و یا نشانه‌های اضطراب را از خود نشان می‌دهند. رابطه بین اعتیاد والدین و خشونت یا سوء رفتار نسبت به کودکان به وفور مشاهده شده است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مشکلات مربوط به مواد یکی از عوامل اساسی در موارد بدرفتاری هیجانی و غفلت است. در واقع غفلت یکی از دلایل اصلی است که کودکان را مجبور به ترک منزل می‌کند. کودکان والدین معتاد به احتمال بیشتری در خانه‌های کودکان بی‌سرپرست قرار می‌گیرند. این کودکان به میزان بیشتری از خود مشکلات رفتاری نشان می‌دهند (۹).

با توجه به نتایج پژوهش‌ها، برخی مشکلات رفتاری کودکان والدین معتاد عبارتند از: فقدان همدردی نسبت به افراد دیگر، کاهش بسندگی اجتماعی و سازگاری بین فردی، عزت نفس پایین و فقدان کنترل بر محیط. این کودکان ویژگی‌های رفتاری و سبک‌های خلق و خوئی دارند که آنها را برای ابتلا به ناسازگاری‌ها بعدی مستعد می‌کند (۲۰).

کودکان والدین معتاد نمرات پایین تری در مقیاس‌های پیشرفت تحصیلی دارند و بطور کلی مشکلات تحصیلی بیشتری دارند. پسران والدین معتاد در همه حیطه‌های مقیاس پیشرفت تحصیلی مانند اطلاعات عمومی، توانایی خواندن و درک مطلب، ریاضیات و هجی کردن عملکرد پایینی دارند (۱۵).

کودکان والدین معتاد بیشتر از مدرسه غیبت می‌کنند و همچنین احتمال بیشتری دارد که ترک تحصیل کنند. این کودکان در مقایسه با کودکان والدین غیر معتاد بیشتر به مشاورین مدرسه ارجاع داده می‌شوند (۱۹).

با توجه به مطالب فوق مساله اساسی پژوهش حاضر بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در کودکان دارای والد (پدر) معتاد و مقایسه آن با کودکان دارای والدین غیرمعتاد است. در این راستا فرضیه‌های پژوهشی زیر مورد بررسی قرار می‌گیرند:

- اختلالات رفتاری در کودکان دارای والد (پدر) معتاد بیشتر از کودکان دارای والدین غیرمعتاد است.
- بین میانگین نمرات اختلالات رفتاری دختران و پسران تفاوت معنادار وجود دارد.
- تحصیلات والدین با میانگین نمرات اختلالات رفتاری کودکان رابطه معنادار دارد.
- میزان غیبت از مدرسه کودکان دارای والد (پدر) معتاد بیشتر از کودکان والدین غیر معتاد است.

- بین دفعات ارجاع کودکان دارای والد (پدر) معتاد و کودکان والدین غیرمعتاد به مشاور مدرسه تفاوت معنادار وجود دارد.

- بین میانگین نمرات مربوط به اختلالات رفتاری و پیشرفت تحصیلی رابطه معنادار وجود دارد.

## مواد و روش تحقیق:

**نمونه آماری:** نمونه آماری شامل ۲۵۰ دانش آموز ۷ تا ۱۵ ساله مشغول به تحصیل در مدارس دولتی آموزش و پرورش شهرستان قزوین در سال تحصیلی ۸۲-۸۱ بود. این تعداد به دو گروه کودکان و نوجوانان دارای پدر معتاد و غیرمعتاد بدین صورت تقسیم شده بودند: گروه کودکان و نوجوانان دارای پدر معتاد شامل ۱۲۵ دانش آموز بود که پدران آنها به مرکز خود معرف ترک اعتیاد شهرستان قزوین مراجعه کرده بودند (تعداد کل پدران معتادی که به مرکز خود معرف ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند و دارای فرزند بین سنین ۷ تا ۱۵ سال بودند ۱۸۰ نفر بود که از این تعداد ۵۵ نفر تمایل به همکاری نداشتند). ابتدا این کودکان و نوجوانان با استفاده از پرونده پدرانشان که به مرکز خود معرف ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند شناسایی شدند و سپس مدارس که این کودکان در آنها مشغول به تحصیل بودند مورد شناسایی قرار گرفت. نمونه آماری کودکان دارای پدر غیرمعتاد شامل ۱۲۵ دانش آموز بود، نمونه گیری کودکان و نوجوانان والدین غیرمعتاد به این صورت بود که از همان مدارس و کلاسهای که کودکان دارای پدر معتاد مشغول به تحصیل بودند، کودکان دارای پدر غیرمعتاد انتخاب شدند. این کودکان از نظر سن، جنس، مدرسه و محل تحصیل با گروه کودکان و نوجوانان دارای والد معتاد همتا شدند.

**ابزار پژوهش:** ابزار پژوهش حاضر پرسشنامه اختلالات رفتاری راتر فرم ویژه معلمان (۱۸) است که توسط مهریار و همکاران مورد تجدید نظر قرار گرفته است. این پرسشنامه مرکب از ۳۰ سؤال است که ۲۴ سؤال آن مستقیماً از پرسشنامه راتر استخراج شده و با توجه به فرهنگ جامعه ایرانی ۶ سؤال به آن افزوده شده است (۶). هر یک از مواد آزمون در یک مقیاس سه درجه‌ای (۰، ۱، ۲) نمره گذاری می‌شود. حداکثر نمره اختلال رفتاری کودک ۶۰ است. نقطه برشی که توسط مهریار و همکاران مورد استفاده قرار گرفته است نمره ۹ است. یعنی اگر نمره کودکی در این پرسشنامه بیشتر از ۹ باشد آن کودک دارای اختلالات رفتاری است. با استفاده از پرسشهای تکمیلی، اطلاعات مربوط به دانش آموز (سن، جنس، کلاس، معدل) و میزان تحصیلات والدین وی کسب شد. همچنین با مراجعه به مسئولین مدرسه اطلاعات مربوط به میزان غیبتها و ارجاع به مشاور برای هر کودک بدست آمد.

این ابزار از روایی و پایایی بالایی برخوردار است. راتر در آزمایشی که بر ۹۱ کودک انجام داد و در آن از پرسشنامه روانپزشکی به همراه پرسشنامه اختلالهای رفتاری استفاده نمود درصد توافق بالای ۰/۷۷ را گزارش نمود

(۱۷). یوسفی پرسشنامه ویژه معلمان را به همراه آزمون بندر گشتالت روی ۵۰ نفر آزمودنی داوطلب در شهر شیراز اجرا نمود و همبستگی بالای ۰/۹۶ را بدست آورد (۵).

به منظور ارزیابی پایایی این پرسشنامه، راتر و همکاران از روش آزمون - باز آزمون استفاده نمودند، که پایایی ۰/۸۹ بعد از یک دوره سه ماهه بدست آوردند. عدل با بکار بردن روشهای دونیمه کردن و باز آزمایی، ضریب همبستگی این پرسشنامه را به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۸۵ گزارش کرده است که هر دو معنادار هستند (۵). این آزمون پنج بعد عمده را در بر می گیرد که عبارتند از: بیش فعالی / پرخاشگری، اضطراب / افسردگی، رفتار ضد اجتماعی / اختلال سلوک، رفتارهای ناسازگارانه و اختلال کمبود توجه. در پژوهش حاضر در تقسیم بندی سئوالات پرسشنامه بر اساس نشانگان رفتاری راهنمای آماری و تشخیصی انجمن روانپزشکی آمریکا (DSM-IV) تغییراتی صورت گرفت و ابعاد پرسشنامه به چهار بعد کمبود توجه / بیش فعالی، اضطراب / افسردگی، رفتار ضد اجتماعی / اختلال سلوک و رفتارهای ناسازگارانه کاهش یافت. مجموع نمرات حاصل از این ابعاد چهارگانه نمره اختلالات رفتاری کل را نشان می دهد.

**شیوه اجراء:** پس از شناسایی مدارس دانش آموزانی که پدران آنها به مرکز خود معرف ترک اعتیاد شهر قزوین مراجعه نموده اند به سازمان آموزش و پرورش استان مراجعه شد و برای انجام پژوهش مجوزهای لازم اخذ گردیدند. پرسشنامه سنجش اختلالات رفتاری راتر فرم ویژه معلمان در اختیار معلمان مربوطه قرار گرفت و توسط آنها کامل گردید.

#### یافته ها:

آماره های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد نمرات اختلالات رفتاری دانش آموزان به تفکیک والد معتاد - غیرمعتاد و جنسیت به طور مجزا محاسبه شد. نتایج در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است.

**جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات اختلالات رفتاری در فرزندان دارای والد معتاد و غیرمعتاد.**

اختلالات رفتاری	والد معتاد		والد غیرمعتاد	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
کمبود توجه / بیش فعالی	۵/۳۴	۳/۶۲	۱/۵۹	۱/۸۵
اضطراب / افسردگی	۳/۱۵	۲/۰۳	۲/۰۴	۱/۴۸
رفتار ضد اجتماعی / اختلال سلوک	۴/۳۸	۳/۷۸	۱/۱۸	۱/۷۱
رفتارهای ناسازگارانه	۰/۷۸	۱/۰۷	۰/۲۳	۰/۵۸
اختلالات رفتاری کل	۱۳/۶۶	۸/۷۳	۵/۰۵	۳/۹۶

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات اختلالات رفتاری در فرزندان والد معتاد و والد غیرمعتاد بر حسب جنسیت.

غیرمعتاد		والد		معتاد		والد		اختلال رفتاری
		دختر	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر	
میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
۲/۰۲	۱/۶۶	۱/۹۴	۱/۲۰	۳/۴۹	۵/۸۸	۳/۶۹	۴/۸۵	کمبود توجه/بیش‌فعالی
۲/۲۳	۱/۳۳	۱/۵۶	۱/۸۶	۲/۰۶	۳/۴۳	۱/۹۸	۲/۸۹	اضطراب/افسردگی
۱/۷۳	۱/۹۶	۱/۲۵	۰/۶۸	۴/۰۱	۵/۲۸	۳/۳۷	۳/۵۵	رفتار ضد اجتماعی/ اختلال سلوک
۰/۲۵	۰/۶۰	۰/۵۷	۰/۲۱	۱/۹۶	۱/۷۳	۱/۲۵	۶۸	رفتارهای ناسازگارانه
۶/۲۳	۳/۷۸	۳/۸۳	۳/۹۵	۹/۰۶	۱۵/۵۳	۸/۰۹	۱۱/۹۴	اختلالات رفتاری کل

آماره‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد نمرات اختلالات رفتاری دانش‌آموزان بر حسب میزان تحصیلات والدین آنها به طور مجزا محاسبه شد. نتایج در جداول ۳ ارائه شده است. در ادامه فرضیه‌های پژوهشی مورد بررسی قرار می‌گیرند:

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات اختلالات رفتاری فرزندان بر حسب میزان تحصیلات پدر و مادر

مادر			پدر			اختلالات رفتاری بر حسب تحصیلات والدین
تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	
۲۲	۷/۵۹	۱۲/۶۴	۲۳	۱۰/۲۱	۱۴/۴۸	بیسواد
۱۱۰	۸/۷۸	۹/۷۸	۸۰	۸/۸۶	۱۰/۳۵	ابتدایی
۴۷	۸/۸۰	۹/۷۷	۶۵	۷/۸۷	۸/۳۱	راهنمایی
۵۴	۵/۹۴	۷/۶۸	۶۲	۵/۴۱	۸/۲۱	دیپلم
۱۶	۸/۳۰	۶/۶۸	۱۹	۶/۵۳	۶/۵۸	فوق دیپلم

### الف - اختلالات رفتاری در فرزندان دارای پدر معتاد و پدر غیرمعتاد

به منظور بررسی اختلالات رفتاری فرزندان دارای والد معتاد و غیرمعتاد، اثر اصلی متغیر اعتیاد والد روی متغیرهای وابسته (اختلالات رفتاری)، با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیری محاسبه شد. ابتدا آزمونهای معنی‌دار بودن تحلیل واریانس چند متغیری برای بررسی اثر اصلی متغیر اعتیاد والد روی متغیرهای

وابسته اختلالات رفتاری انجام شد (۴). آزمونهای معنی داری در رابطه با متغیر اعتیاد والد معنادار است. با توجه به معنادار بودن اثر اصلی متغیر اعتیاد والد بر اختلالات رفتاری ( $F=28/19, P < 0/001, \eta^2=0/68$ ، لامبدای ویلکز) پاسخ سؤال پژوهش مبنی بر وجود تفاوت بین اختلالات رفتاری فرزندان دارای والد معتاد و غیر معتاد مثبت است، و نتیجه گیری می شود که بین میزان اختلالات رفتاری در فرزندان دارای والد معتاد و غیر معتاد تفاوت معنادار وجود دارد.

با توجه به معنادار بودن آزمونهای معنی داری تحلیل واریانس چند متغیری در رابطه با اثر اصلی متغیر مستقل اعتیاد والد، تجزیه و تحلیل واریانس یک متغیری برای هر یک از متغیرهای وابسته به طور جداگانه محاسبه شد. خلاصه نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

چنانکه در جدول ۴ مشاهده می شود در رابطه با متغیر مستقل اعتیاد والد،  $F$  محاسبه شده برای ابعاد اختلالات رفتاری کمبود توجه/بیش فعالی، اضطراب/افسردگی، رفتار ضد اجتماعی/اختلال سلوک و رفتارهای ناسازگارانه معنادار است، لذا، نتیجه می گیریم بین اعتیاد والد و میزان اختلالات رفتاری فرزندان رابطه معنادار وجود دارد. با توجه به میانگین نمرات اختلالات رفتاری فرزندان دارای والد معتاد و فرزندان غیر معتاد مشاهده می شود که میزان اختلالات رفتاری در فرزندان دارای والد معتاد بیشتر از فرزندان دارای والد غیر معتاد است.

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک متغیری ANOVA برای ابعاد اختلالات رفتاری فرزندان بر حسب اعتیاد والد.

منبع تغییر	متغیر وابسته	SS	MS	df	F	سطح معنادار
اعتیاد والد (پدر)	کمبود توجه / بیش فعالی	۸۷۹/۸۴	۸۷۹/۸۴	۱	۰/۸۴	۰/۰۰۱
	اضطراب/افسردگی	۷۷/۲۸	۷۷/۲۸	۱	۱۰۸	۰/۰۰۱
	رفتار ضد اجتماعی/اختلال سلوک	۶۴۰	۶۴۰	۱	۲۴/۷۹	۰/۰۰۱
	رفتارهای ناسازگارانه	۱۹/۰۴	۱۹/۰۴	۱	۷۸/۵۹	۰/۰۰۱
					۲۵/۸۷	

ب- اختلالات رفتاری در دختران و پسران

به منظور بررسی میزان اختلالات رفتاری فرزندان دختر و پسر، اثر اصلی متغیر جنسیت روی متغیرهای وابسته (اختلالات رفتاری)، با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیری محاسبه شد. با توجه به معنادار بودن اثر اصلی متغیر جنسیت بر اختلالات رفتاری ( $F=3/91, P < 0/004, \eta^2=0/94$ ، لامبدای ویلکز)، پاسخ این سؤال پژوهش مبنی بر تفاوت بین میزان اختلالات رفتاری دختران و پسران مثبت است و با ۹۹٪ اطمینان نتیجه گیری می شود که بین میزان اختلالات رفتاری در دختران و پسران تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه به معنادار بودن آزمونهای معنی داری تحلیل واریانس چند متغیری در رابطه با اثر اصلی متغیر جنسیت، تجزیه و تحلیل

واریانس یک متغیری برای هر یک از متغیرهای وابسته به طور جداگانه محاسبه شد. خلاصه نتایج در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک متغیری ANOVA برای ابعاد اختلالات رفتاری بر حسب جنسیت.

منبع تغییر	متغیر وابسته	SS	MS	df	F	سطح معنادار
جنسیت	کمبود توجه/ بیش فعالی	۵۳/۶۱	۵۳/۶۱	۱	۶/۶۳	۰/۰۱
	اضطراب/افسردگی	۱۲/۹۹	۱۲/۹۹	۱	۴/۱۷	۰/۰۴
	رفتار ضد اجتماعی/اختلال	۱۲۱/۰۷	۱۲۱/۰۷	۱	۱۴/۸۶	۰/۰۰۱
	سلوک	۱/۶۱	۱/۶۱	۱	۲/۱۹	ns
رفتارهای ناسازگارانه						

چنانکه در جدول ۵ مشاهده می شود بین میزان اختلالات رفتاری دختران و پسران تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه به میانگین نمرات اختلالات رفتاری دختران و پسران، مشاهده می شود که میزان اختلالات رفتاری در فرزندان پسر بیشتر از فرزندان دختر است. لازم به تذکر است که میزان اختلالات رفتاری در فرزندان پسر در هر دو گروه به طور معنی داری بیشتر از اختلالات رفتاری در دختران است.

### ج- رابطه تحصیلات والدین با اختلالات رفتاری فرزندان

به منظور بررسی رابطه متغیر تحصیلات والدین با اختلالات رفتاری فرزندان، از روش تحلیل واریانس یک متغیری استفاده شد. میانگین اختلالات رفتاری کل فرزندان بر حسب میزان تحصیلات پدر و مادر بطور جداگانه مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج تحلیل واریانس در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه میزان اختلالات رفتاری فرزندان بر حسب تحصیلات پدر و مادر

منبع تغییرات	SS	MS	df	F	سطح معنادار
تحصیلات پدر	۹۸۱/۸۲	۲۴۵/۴۵	۴	۳/۹۸	۰/۰۰۴
	۱۵۰۱۸/۶۹	۶۱/۵۵	۲۴۴		
	۱۶۰۰۰/۵۱		۲۴۸		
تحصیلات مادر	۵۲۹/۱۵	۱۳۲/۲۹	۴	۲/۰۸	ns
	۱۵۴۷۱/۳۶	۶۳/۴۱	۲۴۴		
	۱۶۰۰۰/۵۱		۲۴۸		



چنانکه در جدول ۶ مشاهده می‌شود بین میزان تحصیلات مادر و میانگین نمرات اختلالات رفتاری فرزندان رابطه معنادار وجود ندارد در صورتی که بین میزان تحصیلات پدر با اختلالات رفتاری فرزندان در هر دو گروه رابطه معنادار وجود دارد. با توجه به اینکه متغیر تحصیلات دارای پنج سطح است، به منظور معنی داری تفاوت بین میانگین نمرات اختلالات رفتاری فرزندان با توجه به یکسان نبودن حجم گروههای مختلف از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. نتایج نشانگر آن بودند که در هر دو گروه اختلالات رفتاری فرزندان پدران یسواد از فرزندان پدران دارای سطوح مختلف تحصیلی بیشتر است. بنابراین بین افزایش میزان تحصیلات پدر و اختلالات رفتاری فرزندان رابطه وجود دارد. یعنی در خانواده‌های با پدران با تحصیلات پایین تر اختلالات رفتاری فراوانتر یافت می‌شود.

#### د- دفعات ارجاع به مشاور

به منظور بررسی این فرضیه که بین دفعات ارجاع فرزندان دارای پدر معتاد و پدر غیر معتاد به مشاور مدرسه تفاوت معنادار وجود دارد، از روش مجذور خی استفاده شد. ابتدا فراوانیهای هر یک از گروهها محاسبه و بعد مجذور خی محاسبه شد. مجذور خی محاسبه شده برابر با  $17/22$  است که با درجه آزادی ۱ در سطح کمتر از  $0/001$  معنادار است. در نتیجه فرضیه پژوهش مبنی بر وجود تفاوت بین دفعات ارجاع فرزندان دارای پدر معتاد و پدر غیر معتاد به مشاور مدرسه تأیید می‌شود. بدین معنی که فرزندان دارای پدر معتاد در مقایسه با فرزندان دارای پدر غیر معتاد بیشتر به مشاور مدرسه ارجاع داده می‌شوند.

#### ه - میزان غیبت از مدرسه

به منظور بررسی این فرضیه که میزان غیبت از مدرسه فرزندان دارای پدر معتاد بیشتر از فرزندان دارای پدر غیر معتاد است، از روش مجذور خی استفاده شد. مجذور خی محاسبه شده برابر با  $15/52$  است که با درجه آزادی ۱ در سطح کمتر از  $0/001$  معنادار است. در نتیجه فرضیه پژوهش مبنی بر وجود تفاوت بین میزان غیبت از مدرسه فرزندان دارای پدر معتاد و فرزندان دارای پدر غیر معتاد تأیید می‌شود. بدین معنی که فرزندان دارای پدر معتاد در مقایسه با فرزندان دارای پدر غیر معتاد بیشتر از مدرسه غیبت می‌کنند.

#### ز - رابطه اختلالات رفتاری با پیشرفت تحصیلی

به منظور بررسی رابطه بین اختلالات رفتاری و پیشرفت تحصیلی ضریب همبستگی پیرسون بین نمره اختلالات رفتاری کل و پیشرفت تحصیلی محاسبه شد. ضریب همبستگی محاسبه شده  $0/51-$  بود، که در سطح  $0/01$  معنادار است. بدین ترتیب فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بین میزان اختلالات رفتاری و پیشرفت تحصیلی رابطه معکوس معنادار وجود دارد تایید شد.

در رابطه با بررسی فرضیه‌های مربوط به رابطه اختلالات رفتاری با جنسیت، رابطه تحصیلات والدین با اختلالات رفتاری فرزندان و رابطه اختلالات رفتاری با پیشرفت تحصیلی توضیح این مطلب لازم است که تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان دهنده تایید فرضیه‌ها در هر دو گروه بود (بین میانگین نمرات دختران و پسران

در اختلالات رفتاری در هر دو گروه تفاوت معنی دار وجود دارد. تحصیلات والدین با میانگین نمرات اختلالات رفتاری کودکان در هر دو گروه رابطه معنادار دارد. بین میانگین نمرات مربوط به اختلالات رفتاری و پیشرفت تحصیلی کودکان در هر دو گروه رابطه معنادار وجود دارد. در راستای کلیت فرضیه‌ها در گزارش نتایج به جای ارائه دو جدول و توضیحات مربوط به آنها برای هر یک از گروه‌ها، نتیجه حاصل از ادغام داده‌های دو گروه و آزمون این فرضیه‌ها که با نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های هر یک از گروه‌ها همخوانی دارد گزارش گردیده است.

### بحث و نتیجه گیری:

یافته‌های پژوهش نشان داد که اختلالات رفتاری در فرزندان دارای پدر معتاد در همه ابعاد اختلالات رفتاری مورد مطالعه در این پژوهش بیشتر از فرزندان دارای پدر غیر معتاد است. پژوهش‌های مختلف نشانگر آنند که تعارضها و اختلافها در خانواده‌های معتاد در مقایسه با خانواده‌های غیر معتاد بیشتر است. از ویژگیهای محیط خانواده‌های معتاد، افزایش تضادها و تعارضهای خانوادگی، خشونت بدنی و هیجانی، کاهش انسجام و پیوستگی خانوادگی، کاهش سازمان دهی خانوادگی، افزایش انزوای خانوادگی، افزایش استرس خانوادگی در رابطه با مشکلات مرتبط با کار، بیماری، اختلافهای زناشویی و مشکلات اقتصادی و فقدان مدیریت در خانه و نیز فقدان ارتباطهای خانوادگی است (۱۰).

والدین معتاد غالباً فاقد توانایی برای ایجاد نظم و انضباط در زندگی روزمره هستند. معمولاً آنها بدلیل هزینه‌های اقتصادی که صرف تهیه مواد مخدر می‌کنند در برآورده کردن نیازهای تغذیه‌ای، مسکن، پزشکی و درمانی کودکان خود ناتوان هستند و کودکان آنها از مشکلات مختلف بدنی، روانی، هیجانی رنج می‌برند. این کودکان در مقایسه با کودکان والدین غیر معتاد مشکلات سلامت روانی و جسمی بیشتری را تجربه می‌کنند. کودکان خانواده‌های معتاد در رشد تصویر یکپارچه‌ای از خود و نیز در ایجاد ارتباط معنا دار مشکل دارند. پژوهش‌های مختلف نشانگر آنند که میزان اختلالهای رفتاری نظیر اختلالهای اضطرابی، افسردگی، استفاده از مواد مخدر و مشکلات تحصیلی در کودکان والدین معتاد بیشتر از کودکان والدین غیر معتاد است (۱۳).

نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اینکه میزان اختلالات رفتاری در فرزندان پسر بیشتر از فرزندان دختر است با نتایج بدست آمده در پژوهش انجام شده توسط میرزایی که نشان داد میزان اختلال رفتاری در پسران بیشتر از میزان آن در دختران بود، همخوانی دارد (۷). لازم به تذکر است که پژوهش‌های مختلف نتایج مختلفی را در این رابطه ارائه می‌کنند. راتر و ولف پسران را آسیب پذیرتر اعلام داشته‌اند و کیتلمن و همکاران بیان داشتند که میزان اختلالات رفتاری در پسران بیش از دختران است (۱۸). نیکاپوتا با بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در کودکان کشور اتیوپی، سودان و هند نشان داد که درصد شیوع اختلالات رفتاری این کودکان دارای دامنه‌ای بین ۳ تا ۱۱ درصد است و میزان اختلال رفتاری در بین پسران بیش از دختران است و در هر دو جنس میزان شیوع با افزایش سن بیشتر می‌شود (۱۶). در صورتی که پژوهش انجام شده توسط حاتمی نشان دهنده آن

بود که در مجموع در مقایسه با پسران، میزان شیوع اختلالات رفتاری در دختران بیشتر است (۲). باید توجه داشت که جامعه آماری در پژوهش انجام شده توسط حاتمی را کودکان ۸-۱۲ ساله مستقر در شبانه روزیهای بنیاد شهید تشکیل می دادند، این کودکان فاقد پدر بودند. این امر می تواند دلیلی برای تفاوت بین نتایج بدست آمده از پژوهش حاتمی، پژوهش حاضر و دیگر پژوهشهایی که به آنها اشاره شد باشد.

نتایج نشانگر آن بودند که میزان تحصیلات پدر با میزان اختلالات رفتاری فرزندان رابطه داشت، به طوری که با افزایش تحصیلات پدر میزان اختلالات رفتاری فرزندان کاهش می یافت. این نتایج با نتایج پژوهش سالاری مبنی بر اینکه میزان تحصیلات پدر با رفتار کودکان رابطه دارد و سطح تحصیلات پدران گروه مورد مطالعه به طور معنی داری از سطح تحصیلات پدران گروه مقایسه پایین تر بود، همخوانی دارد (۳)، اما با نتایج بدست آمده توسط علیجانی مبنی بر اینکه بین تحصیلات پایین مادر و ابتلا به اختلالات رفتاری کودکان رابطه وجود دارد و بین تحصیلات پایین پدر و اختلالات رفتاری کودکان رابطه وجود ندارد همخوانی ندارد (۵).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که فرزندان دارای پدر معتاد در مقایسه با فرزندان دارای پدر غیرمعتاد بیشتر از مدرسه غیبت می کنند و بیشتر به مشاور مدرسه ارجاع داده می شوند. این نتایج با نتایج پژوهش شر مبنی بر اینکه کودکان والدین معتاد در مقایسه با کودکان والدین غیرمعتاد بیشتر از مدرسه غیبت می کنند و به احتمال بیشتری ترک تحصیل می کنند و نیز بیشتر به مشاورین مدرسه ارجاع داده می شوند همخوانی دارد. شر پیشنهاد می کند که تواناییهایی چون برقراری روابط صمیمی، بیان احساسات و حل مسئله می تواند با افزایش عزت نفس و کارآمدی خود کودکان خانواده های معتاد بهبود بخشیده شود (۱۹).

پژوهش حاضر نشان داد که بین اختلالات رفتاری و پیشرفت تحصیلی همبستگی منفی معنادار وجود دارد. نتایج حاصل از این پژوهش با یافته های پژوهش بدست آمده توسط بهینا مبنی بر وجود رابطه منفی بین پیشرفت تحصیلی و اختلالات رفتاری همخوانی دارد (۱).

یافته های پژوهش حاضر ضرورت برنامه های پیشگیری و مداخلات درمانی را در فرزندان خانواده های با والدین معتاد مشخص می نماید. هر چند که درمان اختلالات رفتاری بسیار مهم و ضروری است اما ضرورت برنامه های پیشگیری به منظور جلوگیری از بروز اختلالات رفتاری از اهمیت بیشتری برخوردار است. برنامه های پیشگیری را می توان در چهار بعد مربوط به آموزش کودک، خانواده، مدرسه و جامعه (مسئولین و برنامه ریزان) متمرکز نمود.

بی شک کمک به کودکان با اختلالات رفتاری امری مهم و ضروری است زیرا تداوم اختلالات رفتاری در فراخای زندگی با شروع در دوره کودکی اهمیت مداخله زودرس را نه تنها به منظور کاستن رنج کودکان و نوجوانان بلکه با هدف پیشگیری از انجامیدن آن به طیف وسیعی از مشکلات روانشناختی در بزرگسالی تبیین می کند.

**منابع:**

(۱) بهینا، فاطمه. رابطه بین اختلال رفتاری کودک با اضطراب مادران دانش‌آموزان پایه دوم و سوم ابتدائی آموزش و پرورش ناحیه ۸ تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ۱۳۷۵.

(۲) حاتمی، محمد. بررسی میزان شیوع انواع اختلالات رفتاری کودکان شاهد و محروم از والدین مقطع ابتدایی مستقر در مجتمع های شبانه روزی بنیاد شهید. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۶۹.

(۳) سالاری، عباس. تأثیر فقدان پدر بر اختلالات رفتاری کودکان تحت پوشش کمیته امداد. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی، ۱۳۷۳.

(۴) سرمد، زهره، بازرگان، عباس، و حجازی، الهه، روش های تحقیق در علوم رفتاری، تهران: انتشارات آگاه، ۱۳۷۹. صفحه ۳۰۶-۲۸۷.

(۵) علیجانی، فاطمه. بررسی و مقایسه شیوع اختلالات رفتاری در کودکان پرورشگاهی و غیرپرورشگاهی شهر تهران با تکیه بر نوع خانواده. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان، ۱۳۷۶.

(۶) مهریار، امیر هوشنگ و یوسفی، فریده، تشخیص و درمان بیماریهای روانی در کودکان، تهران: انتشارات رشد، ۱۳۷۰.

(۷) میرزایی، مریم. بررسی درصد شیوع انواع اختلالات رفتاری کودکان ۶ تا ۱۲ سال از دیدگاه معلمان، والدین در مدارس شهرستان قزوین در سال تحصیلی ۷۸-۷۹. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، ۱۳۷۹.

(8) Bush M. Caronna EB. Spratt SE, Bigby, J, substance abuse and family dynamics. In Friedman L. Fleming N. Roberts D. Hyman, S. (Eds.), Sourcebook of Substance Abuse and Addiction 1996: 58-71.

(9) Earls F. Reich W. Jung KG, Colinger, CR, psychopathology in children of alcoholic and antisocial parents. Alcoholism. Clinical and Experimental Research 1998, 12:481-487.

(10) El Guebaly N. Offord, DR, the offspring of alcoholics: a critical review, American Journal of Psychiatry 1997, 134 (4): 357-365.

(11) Fitzgerald HE. Sullivan LA. Ham HP, Zucker, RA, predictors of behavior problems in three-year-old sons of alcoholics: early evidence for the onset of risk, Child Development 1993, 64: 110-123.

(12) Johnson, J.L. Forgotten no Longer: An Overview of Research on Children of Chemically Dependent Parents. In Children of Chemically Dependent Parents: Multiperspectives from the Cutting Edge; Rivinus, T.M., Ed.; Brunner/Mazel Publishers: New York, 1991: 29-54.

(13) Kumpfer KL. DeMarsh J, family environmental and genetic influences on children's future chemical dependency. In Ezekoye S. Kumpfer K. Bukoski W. (Eds.), Childhood and Chemical Abuse, Prevention and Intervention, New York, Haworth Press, 1986: 49-91.

- (14) McDermott D, the relationship of parental drug use and parents' attitude concerning adolescent drug use to adolescent drug use, *Adolescence* 1984, 19: 89-97.
- (15) Moss H.B. Vanyukov M. Majumder PP, Kirisci, L., Tarter, REL, pre-pubertal sons of substance abusers: influences of parental and familial substance abuse on behavioral disposition, IQ, and school achievement, *Addictive Behaviors* 1995, 20 (3): 345-358.
- (16) Nikapota A, children psychiatry in developing countries, *British Journal of Psychiatry* 1991, 158: 743-751.
- (17) Rutter M. Tizard J. Yule W, Garaham P, Whitmore, K, research report: Isle of Wight studies, *Psychological Medicine* 1976, 6: 313-332.
- (18) Rutter M A, children's behavior questionnaire for completion by teachers preliminary findings, *Journal of Psychology and Psychiatry* 1985, 8:, 1-11.
- (19) Sher K.J. (1997). Psychological characteristics of children of alcoholics, *Alcohol Health and Research World*, 21, No. 3.
- (20) Tarter RE. Blackson TC. Martin CS, Loeber, R., Moss, HB, characteristics and correlates of child discipline practices in substance abuse and normal families, *The American Journal on Addictions* 1993, 1: 18-25.