

Research Paper

Comparison of Oppositional Defiant Disorder, Self-Control and Attachment Styles in Children with Addicted and Non-Addicted Parent



Zohreh Hashemi^{1*} , Taghi Shahjoe² 

1. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Maragheh University, Iran
2. M.A. in Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Iran

Citation: Hashemi Z, Shahjoe T. Comparison of oppositional defiant disorder, self-control and attachment styles in children with addicted and non-addicted parent. J Child Ment Health. 2022; 9 (3):47-61.

URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-1213-en.html>



 [10.52547/jcmh.9.3.5](https://doi.org/10.52547/jcmh.9.3.5)
 [20.1001.1.24233552.1401.9.3.6.6](https://crossmark.crossref.org/orgs/20.1001.1.24233552.1401.9.3.6.6)

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Oppositional defiant disorder, self-control, attachment styles, addiction

Background and Purpose: The family is known as the foundation of the child's personality and subsequent behaviors. The aim of this study was to compare Oppositional defiant disorder, self-control, and attachment styles in children with and without addicted parents.

Method: The method of this research is descriptive and causal-comparative. The statistical population of the study included children aged 7 to 12 years, with and without addicted parents in Tehran in 1398. The study sample consisted of 62 children (31 children with addicted parents and 31 children with non-addicted parents) who were selected using available sampling. The research instruments included the Pediatric Symptoms Questionnaire (Gadow and Sprafkin, 1984), the Self-Controlling Assessment Scale (Kendall and Wilcox, 1979), and the Attachment Questionnaire (Collins and Read, 1990). Data analysis was performed by SPSS software version 24 using a t-test for independent groups and multivariate analysis of variance.

Results: The findings of this study showed that there is a significant difference between children with and without addicted parents in the variables of coping disorder, self-control, and attachment styles (safe, avoidant, and ambivalent) ($p < 0.05$). Children with addicted parents scored high on confrontational disobedience disorder, avoidant and ambivalent attachment style, and low scores on self-control and secure attachment ($p < 0.05$).

Conclusion: Based on the findings of the study, it can be concluded that in children with addicted parents, confrontational disobedience disorders are high and have a lower style of insecure attachment and self-control. Therefore, it is necessary to pay more attention to the effects of parenting practices and its consequences.

Received: 7 Nov 2021

Accepted: 13 May 2022

Available: 24 Jan 2023

رتال جامع علوم انسانی



* **Corresponding author:** Zohreh Hashemi, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Maragheh University, Iran
E-mail: Zhashemi1320@gmail.com
Tel: (+98) 4137278001
2476-5740/ © 2022 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Extended Abstract

Introduction

During childhood, parents' attitudes and values can be passed on to children, and during this period, their behaviors can be strongly influenced by their parents (1). Behavioral disorders, especially conduct disorder and confrontational disobedience disorder, are the result of the child's interaction with the surrounding environment (5). Family factors and serious marital conflicts have an important effect in creating oppositional defiant disorder, and in families affected by addiction, children face a variety of behavioral problems (6,7 and 8). Studies in the field of the effect of parental addiction on psychological injuries in children are very limited, and these studies indicate the effect of parental addiction on externalizing behavior disorders, including oppositional defiant disorder (11).

Among other issues that the family, especially the parents, play an essential role in its formation, is the issue of self-control in children. Children who have addicted parents due to violence towards their children and neglect them, incompetence in taking care of the family, separation, and divorce do not have the possibility of proper upbringing and proper training of appropriate behaviors, and in addition, they do not have the right role model for identification, so they have a problem with their self-control (17). In this regard, based on research findings, the role of mother's drug abuse in children's emotional disorders was reported (18, 19 and 20).

Another variable that the family, especially the parents, plays an essential role in its formation, is the issue of attachment styles in children. Attachment is the establishment of a deep emotional bond with certain people in life, in such a way that interacting with them makes you feel happy (16). Research has shown that living in inappropriate families and environments

has a negative effect on the formation of attachment, especially secure attachment, and leads to insecure attachment in children (23). Parental addiction is related to the formation of attachment in children, and mothers' addiction causes the prevalence of insecure attachment in children (30).

In general, it can be stated that inappropriate behavior by parents causes significant aggression, disobedience, tension, anxiety, and fear in children and adolescents, whose psychological dimensions can be seen in the following years. For this purpose, the present study was conducted with the aim of determining the difference in the degree of oppositional defiant disorder, self-control, and attachment styles in children with and without addicted parents.

Method

The design of the current research is descriptive and causal-comparative. The statistical population of the study included children aged 7 to 12, with and without addicted parents in Tehran in 2018. 62 children from the mentioned statistical population were selected by convenient sampling method. To collect data in this study from Gado and Spirafkin's Children's Sickness Symptoms Questionnaire (31) Children's Attachment Questionnaire of Collins and Reed (33), And Kendall and Wilcox's Children's Self-Control Assessment Scale (35) was used to evaluate children's self-control. Data were analyzed by SPSS software version 24 and using t-test for independent groups and multivariate analysis of variance (MANOVA).

Results

Table 4 shows the descriptive findings (mean and standard deviation) related to the variables of attachment styles, oppositional defiant disorder and, self-control in children with addicted parents and children with non-addicted parents.

Table 4: Descriptive indices of variables of attachment styles, confrontational disobedience and self-control in children with and without addicted parents (number: 62)

Groups Variables	Children with addicted parents		Children without addicted parents		Kolmogorov Smirnov test	Sig
	Mean	SD	Mean	SD		
Secure attachment	15.55	1.38	17.77	1.07	1.01	0.258
Avoidant attachment	17.55	1.13	15.72	1.63	1.09	0.233
Ambivalent attachment	17.86	1.29	14.50	1.82	1.04	0.222
Oppositional defiant disorder	5.54	0.88	2.93	1.65	1.13	0.128
Self-control	148.38	12.27	122.03	28.34	0.93	0.342

According to Table 4, it can be said that the mean score of secure attachment style in the group of children without addicted parents is higher than that of children with addicted parents; But the average scores of avoidant and ambivalent attachment styles in the group of children with addicted parents are higher than in the group of children without addicted parents. In addition, the average scores of the variables of oppositional disobedience and self-control in the group of children with an addicted parent are higher than those without an addicted parent.

In order to investigate the research hypotheses, and determine the significance of the difference between two groups of children or addicted parents and children with non-addicted parents in the research variables of oppositional defiant disorder and self-control, the t-test for independent groups was used. The findings show that there is a significant difference between the two groups in terms of oppositional disobedience disorder ($p < 0.01$) and self-control ($p < 0.05$) and the amount of oppositional disobedience disorder in the group of children with addicted parents is higher than the group of children with

non-addicted parents., and the level of self-control in the group of children with addicted parents is lower than the group of children with non-addicted parents.

Multivariate analysis of variance (MANOVA) was used to investigate the difference between the average scores of the two groups of subjects in the variable of attachment styles. The results of the analysis of variance test showed that between the two groups in the secure attachment ($F=52.41$, $p<0.01$), avoidant attachment ($F=27.00$, $p<0.01$), and ambivalent attachment ($F=88.76$, $p<0.01$) ($0>p$) there is a significant difference. By comparing the averages, it is clear that the secure attachment style in the group of children with non-addicted parents was higher than the group of children with addicted parents, and both avoidant and ambivalent attachment styles were higher in children with addicted parents than in the group of children with non-addicted parents.

Conclusion

The results of the present study showed that the difference between the two groups in oppositional defiant disorder is significant and higher in children with addicted parents. The results of the present study are consistent with the results of previous studies (5,6 and 11). In the explanation of this hypothesis, it can be stated that behavioral disorders, especially conduct disorder and oppositional defiant disorder, are the result of the child's interaction with the environment around him (5) and for this reason, in families affected by addiction, children with all kinds of emotional, spiritual, psychological and They face behavioral disorders (8).

Other results obtained from the present study showed that children with addicted parents have less self-control than children with non-addicted parents. The results of the present study are consistent with the results of previous studies (6, 19 and 20). In the explanation of this finding, it can be said that children who have drug addict parents do not have the possibility of proper education and proper behavior due to violence towards children and neglect them, incompetence in family management, separation and divorce, and in addition, from the right role model They don't have self-reflection, so they have problems in self-control (17). The results of the present study showed that children with addicted parents experience more insecure attachment than children with non-

addicted parents (23, 30). The existence of a suitable family and warm and intimate relationships between parents and children lead to secure attachment in children, and improper performance and weak and cold relationships by addicted parents cause insecure attachment. Parental addiction and the resulting problems provide stressful conditions for the family, and the emotional needs of children are neglected, which leads to the development of insecure attachment styles in children (23).

Convenience sampling and small sample selection were the limitations of this research, which can be considered in future studies. According to the findings of the present study, it is suggested to inform parents, especially parents with addiction, about educational patterns and their effects on their children, by holding family education classes in schools and holding short-term workshops for parents.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: In the present study, the common codes of ethics in medical research include 2, 14, 13 (benefits from findings for the advancement of human knowledge), code 20 (coordination of research with religious and cultural standards), and codes 1, 3 and 24 (the consent of the subjects and his legal representative) have been observed in this research. Also, subjects were told the principles of confidentiality, the privacy of participants, freedom to participate in the research, anonymity of questionnaires and analysis.

Funding: The present research was conducted without any financial support from any specific institution or organization.

Authors' contribution: In this study, the first author, as the main designer and executive of this article, and the second author, played a role in collecting, analyzing data, and writing the article.

Conflict of interest: Conducting this research has not resulted in any conflict of interest for the authors, and its results have been reported in a completely transparent and unbiased manner.

Acknowledgments: The authors would like to express their gratitude to all the addiction treatment centers and people who participated in this research.

مقاله پژوهشی

مقایسه میزان اختلال نافرمانی مقابله‌ای، خودمهارگری، و سبک‌های دلبستگی در کودکان با و بدون والد معتاد

زهره هاشمی*^۱، تقی شاهجویی^۲

۱. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه مراغه، ایران

۴. کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، ایران

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه و هدف: خانواده به عنوان زیربنای شخصیت و رفتارهای بعدی کودک شناخته می‌شود. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اختلال نافرمانی مقابله‌ای، خودمهارگری، و سبک‌های دلبستگی در کودکان با و بدون والد معتاد انجام شد.

روش: روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش شامل کودکان ۷ تا ۱۲ ساله، با و بدون والد معتاد شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود. نمونه مورد مطالعه شامل ۶۲ کودک (۳۱ کودک با والد معتاد و ۳۱ کودک با والد غیرمعتاد) بود که با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه علایم مرضی کودکان (گادو و اسپیرافکین، ۱۹۸۴)، مقیاس ارزیابی خودمهارگری (کندال و ویلکاکس، ۱۹۷۹) و پرسشنامه دلبستگی (کولینز و رید، ۱۹۹۰) بود. تحلیل داده‌ها با نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS و با استفاده از روش آزمون t برای گروه‌های مستقل و تحلیل واریانس چندمتغیری انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌های به‌دست آمده در این پژوهش نشان داد که بین کودکان با و بدون والد معتاد در متغیرهای اختلال نافرمانی مقابله‌ای، خودمهارگری، و سبک‌های دلبستگی (ایمن، اجتنابی و دو سوگرا) تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/05$) و کودکان با والد معتاد، نمرات بالایی در اختلال نافرمانی مقابله‌ای، سبک دلبستگی اجتنابی و دو سوگرا، و نمرات پایینی در خودمهارگری و دلبستگی ایمن به دست آوردند ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که در کودکان با والد معتاد، اختلال نافرمانی مقابله‌ای بالا بوده و از سبک دلبستگی ناایمن و خودمهارگری پایین تری برخوردارند. بنابراین ضروری است توجه بیشتری نسبت به اثرات شیوه‌های تربیتی و فرزندپروری و پیامدهای آن شود.

کلیدواژه‌ها:

اختلال نافرمانی مقابله‌ای، خودمهارگری، سبک‌های دلبستگی، اعتیاد

دریافت شده: ۱۴۰۱/۰۸/۱۶

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۰۲/۲۳

منتشر شده: ۱۴۰۱/۱۱/۰۴

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

* نویسنده مسئول: زهره هاشمی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه مراغه، ایران

رایانامه: Zhashemi1320@gmail.com

تلفن: ۰۴۱-۳۷۲۷۸۰۰۱

مقدمه

در دوران کودکی، نگرش‌ها و ارزش‌های والدین می‌تواند به کودک منتقل شود و در طی این مدت، رفتارهای آنان می‌تواند به شدت تحت تأثیر والدین آنها باشد. پژوهش‌ها نشان داده است که تعامل بین فرزندان و والدین و چگونگی برقراری ارتباط والد با فرزند، مهم‌ترین و اساسی‌ترین عوامل در بین عوامل مختلفی است که بر پرورش و شخصیت کودکان تأثیر می‌گذارد (۱). رفتار مبارزه‌طلبانه^۱، اغلب بخشی از دوره تحول^۲ طبیعی کودکان دو تا سه ساله و اوایل دوره نوجوانی است. مبارزه طلبی و نافرمانی کودکان یک مرحله اجتناب‌ناپذیر از نمو آنهاست اما این وضعیت، زمانی جنبه آسیب‌شناختی پیدا می‌کند که از نظر تداوم یا شدت، و وضعیتی غیرعادی پیدا کند و فراوانی آن چشمگیرتر شود، و به بیان روشن‌تر با وضعیت تحولی و سنی کودک همانند نباشد. زمانی که این رفتارها مکرراً تکرار شود و حالت شدیدی به خود بگیرد، نافرمانی مقابله‌ای^۳ نامیده می‌شود (۲) که سومین اختلال شایع روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان، است و اغلب تا بزرگسالی ادامه می‌یابد. این اختلال یکی از رایج‌ترین اختلال‌های رفتاری^۴ در کودکان و نوجوانان است که دو دسته عوامل ژنتیکی و محیطی در پدیدآیی آن نقش دارند (۳). نافرمانی مقابله‌ای عبارت است از الگوی پایدار رفتارهای منفی کارانه، خصومت‌آمیز و گستاخانه در غیاب نقض جدی موازین اجتماعی یا حقوق دیگران که با مرحله نمو یافتگی^۵ کودک ناهمخوان است و به تخریب معنادار در عملکرد منجر می‌شود و در کودکان پیش‌دبستانی یا اوایل سن مدرسه، در مرحله قبل از نوجوانی بروز می‌کند (۴). اختلالات رفتاری به خصوص اختلال رفتار هنجاری^۶ و اختلال نافرمانی مقابله‌ای حاصل تعامل کودک با محیط اطراف وی است (۵). عوامل خانوادگی و تعارضات جدی زناشویی در ایجاد اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیر مهمی دارند. از ویژگی‌های محیط خانواده‌های معتاد، افزایش تضادها و تعارضات خانوادگی، خشونت بدنی و هیجانی، کاهش انسجام و پیوستگی خانوادگی، کاهش سازمان‌دهی خانوادگی،

افزایش انزوای خانوادگی، افزایش تنیدگی^۷ خانوادگی در رابطه با مشکلات مرتبط با کار، بیماری، اختلافات زناشویی و مشکلات اقتصادی و فقدان مدیریت در خانه و نیز فقدان ارتباطات خانوادگی است (۶-۷). علاوه بر این، زندگی کردن در خانواده‌هایی که با مشکل اعتیاد^۸ روبرو هستند، اغلب بسیار دشوار است و به همین علت در خانواده‌های آسیب‌دیده از اعتیاد، کودکان با انواع آشفتگی هیجانی^۹، روانی و اختلال‌های رفتاری روبرو می‌شوند. در صورت طولانی شدن زندگی در این شرایط ناخوشایند، اعضای خانواده به خصوص کودکان در معرض ابتلا به انواع مشکلات رفتاری مانند اختلال نافرمانی مقابله‌ای قرار خواهند گرفت (۸).

بر اساس یافته‌های پژوهشی به نظر می‌رسد که اختلال نافرمانی مقابله‌ای در خانواده‌هایی که حداقل یکی از والدین آنها سابقه ابتلا به یک اختلال خلقی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال رفتار هنجاری، اختلال نارسایی توجه-فزون‌کنشی^{۱۰}، اختلال شخصیت ضداجتماعی^{۱۱} و یا اختلال مرتبط با مواد مخدر داشته‌اند، بیشتر است (۹). والدین مصرف‌کننده الکل و پدرانی که درگیری‌های قانونی داشته‌اند ۱۸ درصد شانس ابتلا و یا شانس شروع اختلال نافرمانی مقابله‌ای را در کودکان خود بیشتر می‌کنند. در پژوهش‌های دیگر نشان داده شده است که کارکرد مختل سبک زندگی خانوادگی، عدم ثبات قوانین در خانه و خانواده، تاریخچه بیماری‌های روانی در خانواده و سوء مصرف مواد^{۱۲} توسط والدین از عوامل زمینه‌ساز این اختلال است (۱۰). مطالعات در حوزه تأثیر اعتیاد والدین بر آسیب‌های روانی در کودکان بسیار محدود است که این مطالعات حاکی از تأثیر اعتیاد والدین بر اختلال رفتاری برون‌نمود^{۱۳} (۱۱) از جمله اختلال نافرمانی مقابله‌ای است.

یکی دیگر از مسائلی که خانواده به خصوص والدین در شکل‌گیری آن نقش اساسی ایفا می‌کنند، مسئله خودمهارگری^{۱۴} در کودکان است.

1. Challenging behavior
2. Development
3. Oppositional defiant disorder
4. Behavioral disorders
5. Growth
6. Conduct disorder
7. Stress

8. Addiction
9. Emotional disturbance
10. Attention deficit hyperactivity disorder
11. Antisocial personality disorder
12. Substance abuse
13. Externalizing behavior disorders
14. Self-control

مهاری^۱ خود عبارت است از مدیریت فرد بر رفتار^۲ و یادگیری^۳ خود. اصطلاح خودمهاری یا خویشتن‌داری، به طور معمول برای توانایی مهار رفتار تکانه‌اشی از طریق مهار امیال فوری کوتاه مدت به کار برده می‌شود (۱۲). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مشکلات رفتاری در اوایل دوره کودکی و بعد از آن، اغلب نشان‌دهنده مشکلاتی در استانداردهای درونی شده هستند؛ مانند نافرمانی، بیش‌فعالی، پرخاشگری به همسالان، مخالفت‌ورزی در برابر اقتدار، بی‌توجهی، و توانایی محدود در تحمل کام‌نیافتگی یا کام‌یافتگی به تعویق افتاده. همچنین یافته‌های مطالعات طولی حاکی از آن است که مشکلات اولیه در مهار خود، ممکن است باقی بماند (۱۳). بخش قابل توجهی از مشکلات روان‌شناختی کودکان و نوجوانان به نارسایی در خودمهاری مربوط می‌شود. برترمز (۱۴) خودمهاری را به عنوان یک توانایی دانسته و آن را ظرفیت سرشت افراد در نادیده گرفتن یا تغییر دادن تمایلات در پاسخ به حالت غالب آنها تعریف می‌کند. خودمهاری را می‌توان از ابعاد گوناگون نگاه کرد. برای مثال خودمهاری را به عنوان تأخیر خشنودی و از نظر عملیاتی طول زمانی که فرد برای رسیدن به پیامد ارزشمندتر ولی دیرآیندتر منتظر می‌ماند، توصیف کرده‌اند. افراد وقتی خودمهاری را به کار می‌گیرند که بخواهند به هدف بلندمدتی دست یابند. برای این منظور افراد باید از لذت غذا، الکل، دارو، قمار، پول خرج کردن، بیدار ماندن یا خوابیدن چشم‌پوشی کنند. این کار را از راه مهار وسوسه‌های دروغ‌گفتن، فرار از قولی که داده‌اند و نیز آرام ساختن خود به علت تجربه کام‌نیافتگی، انجام می‌دهند. در بسیاری از موقعیت‌های بغرنج و دوگانه که فرد باید دست به انتخاب بزند، باید از خودمهاری استفاده کند (۱۵). برای اینکه فرد بتواند رفتارش را مهار کند، باید این نکته که او عامل علی یک رفتار است، درک کند و متوجه باشد که رفتار و پیامد آن حاصل عملی است که او تا حدی می‌تواند بر آن مهار داشته باشد (۱۲). خانواده و والدین هستند که ارزش‌ها را انتقال می‌دهند، اخلاق را بهبود می‌دهند، رفتار را اصلاح می‌کنند و موجب خودمهاری در

فرزندان خود می‌شوند. والدین می‌توانند از طریق درک نیازهای کودکان و پاسخگویی مناسب به او، به الگویی مورد قبول برای وی تبدیل شوند و از این طریق قواعد و هنجارهای مورد قبول جامعه را در کودک درون‌سازی کنند (۱۶). اما کودکانی که دارای والدین معناد هستند به دلیل خشونت نسبت به فرزندان و غفلت^۴ از آنان، بی‌کفایتی در سرپرستی خانواده، جدایی و طلاق امکان تربیت صحیح و آموزش درست رفتارهای مناسب را ندارند و علاوه بر این، از الگوی درستی جهت همانندسازی نیز برخوردار نیستند، بنابراین در خودمهاری خود دچار مشکل هستند (۱۷). در همین راستا براساس یافته‌های پژوهشی (۱۸، ۱۹ و ۲۰) نقش سوء مصرف مواد مادر در بدتنظیمی هیجان^۵ فرزندان گزارش شد.

از موارد دیگری که خانواده به خصوص والدین در شکل‌گیری آن نقش اساسی ایفا می‌کنند، مسئله سبک‌های دلبستگی^۶ در کودکان است. مطالعات نشان می‌دهد کودکانی که بخش اول زندگی‌شان را در خانواده‌های نامناسب می‌گذرانند، عمدتاً از محیط‌های حمایت‌کننده محروم هستند و بیشتر در معرض خطر^۷ مشکلات رفتاری شامل: بیش‌فعالی، پرخاشگری، رفتارهای ضداجتماعی و مشکلات هیجانی مانند اضطراب، افسردگی و بی‌نظمی هیجانی^۸، و مشکلات جسمانی مانند کم‌خونی، اختلالات دهان و دندان و مشکلات پوستی قرار دارند (۲۲-۲۱). علاوه بر این پژوهش‌ها نشان داده است که زندگی در محیط و خانواده‌های نامناسب بر شکل‌گیری دلبستگی^۹ به ویژه دلبستگی ایمن، نیز اثر منفی داشته و منجر به دلبستگی نایمن در کودکان می‌شود (۲۳). دلبستگی عبارت است از برقراری پیوند عاطفی عمیق با افرادی خاص در زندگی، به نحوی که تعامل با آنها باعث احساس نشاط و شغف شود و وجود آنها به هنگام تنش مایه آرامش باشد (۲۴). براساس دیدگاه بالبی^{۱۰}، دلبستگی از طریق روابط غیرکلامی^{۱۱} بین نوزاد و مراقب اولیه آنها شکل می‌گیرد. سبک‌های دلبستگی به مدل‌های درون‌نمود^{۱۲} معینی از دلبستگی اشاره دارد که شکل پاسخ‌های رفتاری افراد را به جدایی از

1. Control
2. Behavior
3. Learning
4. Neglect
5. Emotional dysregulation
6. Attachment

7. At risk
8. Emotional dysregulation
9. Attachment
10. Bowlby
11. Nonverbal
12. Internalizing

روان^۷ از قبیل مشکلات رفتاری برون‌نمود همچون اختلال نافرمانی مقابله‌ای و نیز سطح خودمهارگری و دلبستگی کودکان و نوجوانان در این خانواده‌ها دستخوش تغییرات زیادی شود که نیازمند توجه و بررسی است. بنابراین با توجه به بررسی‌های پژوهشگر، تاکنون مطالعه‌ای درباره وضعیت روانی کودکان با و بدون والد معتاد از نظر میزان اختلال نافرمانی مقابله‌ای، خودمهارگری، و سبک‌های دلبستگی انجام نشده است؛ بدین منظور پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان اختلال نافرمانی مقابله‌ای، خودمهارگری، و سبک‌های دلبستگی در کودکان با و بدون والد معتاد انجام شد.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: طرح پژوهش حاضر توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش شامل کودکان ۷ تا ۱۲ ساله با و بدون والد معتاد شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود. حجم نمونه پژوهش شامل ۱۰۰ کودک بود که ۵۰ نفر از این کودکان، دارای والد معتاد و ۵۰ کودک دیگر، دارای والد غیرمعتاد بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، اما در پایان با توجه به ریزش حجم نمونه و کنار گذاشتن پرسشنامه‌های مخدوش حجم نمونه کاهش یافت و در پایان اطلاعات حاصل از ۶۲ کودک (۳۱ کودک با والد معتاد و ۳۱ کودک با والد غیرمعتاد) تحلیل شد. لازم به ذکر است کودکان انتخاب شده دارای پدر معتاد بودند و مواد مصرفی ۱۱ نفر این پدرها تریاک، ۱۰ نفر شیشه، ۶ نفر هروئین و ۴ نفر حشیش بود. مدت زمان مصرف این افراد از کمتر از یک سال تا بیش از ۵ سال بود که جهت ترک به مراکز ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند. میزان تحصیلات والد معتاد و والد غیرمعتاد به ترتیب ۱۵ و ۱۴ زیردیپلم، ۹ و ۸ دیپلم و ۷ و ۹ لیسانس بودند که در دامنه سنی ۳۰ تا ۵۵ سال قرار داشتند. دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل) هم‌تاسازی شدند. مقطع تحصیلی، سن (۷ تا ۱۲ سال)، عدم وجود مشکلات جدی جسمانی و روان‌شناختی^۸ قابل مشاهده (بررسی پرونده سلامت دانش‌آموزان)، رضایت کتبی والدین و رضایت شفاهی کودکان

نگاره‌های دلبستگی و پیوند مجدد با این نگاره‌ها تعیین می‌کند. بالبی بسیاری از اشکال روان‌آزردگی^۱ و اختلال‌های شخصیت را نتیجه محرومیت کودک از مراقبت مادرانه و یا عدم ثبات رابطه کودک با چهره دلبستگی می‌داند (۲۵). او عقیده داشت که دلبستگی دارای چهار ویژگی مختلف است: ۱. حفظ نزدیکی^۲: تمایل به نزدیک بودن به کسانی که به آنها دلبستگی داریم؛ ۲. پناهگاه امن^۳: بازگشت نزد فردی که به آن دلبستگی داریم؛ ۳. پایه مطمئن^۴: فردی که به آن دلبستگی وجود دارد، پایه مطمئن و قابل اتکایی برای کودک به وجود می‌آورد تا به کشف محیط و جهان پیرامونش پردازد؛ ۴. اندوه جدایی^۵: اضطراب ناشی از عدم حضور فردی که به آن دلبستگی وجود دارد (۲۶). نظریه دلبستگی بر این فرض استوار است که انسان‌ها ذاتاً برای ارتباط با دیگران و دنیای بیرون تلاش می‌کنند. وقتی والدین در کودکی به صورت مناسبی این نیاز کودک را پاسخ می‌دهند، در کودک این مهارت شکل می‌گیرد و نمو می‌یابد. در این صورت کودک، با اطمینان به اینکه والد او سریع و متناسب پاسخ می‌دهد به راحتی نیازهای خود را عنوان می‌کند (۲۷).

فقدان و یا عدم وجود خانواده مناسب به خصوص محرومیت از والدین پاسخگو و در دسترس در نظریه دلبستگی همواره نقش محوری داشته است. عدم ثبات و حضور مداوم مراقب مانند پدر موجب می‌شود که کودک نتواند با یک چهره دلبستگی خاص رابطه دلبستگی ایجاد کند و در نتیجه تحول، دلبستگی کودک با آسیب مواجه شده، به نایمندی دلبستگی منجر می‌شود، زیرا که به نیازهای کودک پاسخ مناسبی داده نمی‌شود. بنابراین عدم وجود خانواده و منبع دلبستگی مناسب در کودکان با والد معتاد منجر به ایجاد دلبستگی نایم می‌شود (۲۸-۲۹). اعتیاد والدین بر شکل‌گیری دلبستگی در فرزندان مرتبط است و اعتیاد مادران، شیوع^۶ دلبستگی نایم در فرزندان را موجب می‌شود (۳۰).

در مجموع می‌توان بیان کرد که بروز رفتارهای نامناسب توسط والدین باعث پرخاشگری، نافرمانی، تنیدگی، اضطراب، و ترس قابل توجهی در کودکان و نوجوانان می‌شود که ابعاد روان‌شناختی آن در سال‌های بعد قابل مشاهده است. همچنین، ممکن است وضعیت سلامت

5. Separation Distress
6. Prevalence
7. Mental health
8. Psychological

1. Neurosis
2. Proximity Maintenance
3. Safe Haven
4. Secure Base

به عنوان ملاک‌های ورود در نظر گرفته شدند. ملاک خروج از پژوهش نیز شامل وجود مشکلات جدی روان شناختی در کودک و عدم تمایل جهت شرکت در پژوهش بود.

(ب) ابزار

۱. پرسشنامه علائم مرضی کودکان^۱: پرسشنامه علائم مرضی کودکان یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که نخستین بار در سال ۱۹۸۴ توسط گادو و اسپرافکین^۲ براساس طبقه‌بندی سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۳ به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان ۶ تا ۱۴ سال طراحی شد و در سال ۱۹۹۴ با چاپ چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی — متن تجدیدنظر شده^۴ با اندکی تغییرات مورد تجدیدنظر قرار گرفت و با نام پرسشنامه علائم مرضی کودکان منتشر شد. هر یک از گویه‌های پرسشنامه در یک مقیاس چهار درجه‌ای (هرگز=۰، گاهی=۱، اغلب اوقات=۲ و بیشتر اوقات=۳) پاسخ داده می‌شود. مجموعه گویه‌های مربوط به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در گروه B این پرسشنامه قرار دارد و سؤالات ۱۹-۲۶ را شامل می‌شود. در مطالعاتی که توسط گادو و اسپرافکین (۳۱) انجام شد، اعتبار^۵ پرسشنامه به روش باز آزمایی روی ۷۵ پسر سنین ۶ تا ۱۰ سال به دست آمد؛ نتایج حاصل از دو بار اجرای این پرسشنامه درباره نمره‌های شدت و غربال کننده برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۷۰ بود. در ایران نیز روایی محتوایی^۶ پرسشنامه از طریق مصاحبه استادان و متخصصان تایید شد. در پژوهش محمداسماعیل (۳۲) پایایی نتایج آزمون از طریق باز آزمایی ۰/۹۰ گزارش شد. در پژوهش حاضر همسانی درونی ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

۲. پرسشنامه دلبستگی کودکان^۷: این مقیاس توسط کولینز و رید^۸ در سال ۱۹۹۰ طراحی شد که شامل خودارزیابی^۹ از مهارت‌های ایجاد روابط و خودتوصیفی شیوه شکل‌دهی روابط دلبستگی نسبت به چهره‌های دلبستگی نزدیک است و مشتمل بر ۱۸ گویه است که از طریق

علامت‌گذاری روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از نوع لیکرت که از، به هیچ وجه با خصوصیات من تطابق ندارد تا کاملاً با خصوصیات من تطابق دارد، تشکیل می‌گردد، سنجیده می‌شود. با تحلیل عوامل، ۳ زیرمقیاس که هر مقیاس شامل ۶ گویه است مشخص می‌شود، ۳ زیرمقیاس عبارتند از:

- وابستگی (D): میزانی را که آزمودنی‌ها به دیگران اعتماد می‌کنند و به آنها متکی می‌شوند به این صورت که آیا در مواقع لزوم قابل دسترسی‌اند، اندازه‌گیری می‌کند.

- نزدیک بودن (C): میزان آسایش در رابطه با صمیمیت و نزدیکی هیجانی را اندازه‌گیری می‌کند.

- اضطراب (A): ترس از داشتن رابطه را می‌سنجد. کولینز و رید (۲۲) بر پایه توصیف‌هایی که در پرسشنامه دلبستگی بزرگسال هازن و شیور^{۱۰} در مورد سه سبک اصلی دلبستگی وجود داشت مواد پرسشنامه خود را تدارک دیده‌اند. زیرمقیاس اضطراب (A) با دلبستگی اضطرابی-دوسوگرا مطابقت دارد و زیرمقیاس نزدیک بودن (C) در تطابق با دلبستگی ایمن و زیرمقیاس وابستگی (D) را می‌توان تقریباً عکس دلبستگی اجتنابی قرار داد. شیوه نمره‌گذاری پرسشنامه به این صورت است برای گزینه‌های ۱ تا ۵ به ترتیب نمرات ۰ تا ۴ در نظر گرفته می‌شود. گویه‌های ۱، ۶، ۸، ۱۳، ۱۲، ۱۷ * دلبستگی ایمن؛ گویه‌های ۲، ۵، ۱۶، ۱۴، ۷، ۱۸ * دلبستگی اجتنابی؛ و سرانجام گویه‌های ۳، ۴، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۵ دلبستگی دوسوگرا/ اضطرابی را می‌سنجد. سؤالاتی که با ستاره مشخص شده‌اند به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات ۶ گویه هر مقیاس با هم جمع شده و نمره زیرمقیاس به دست می‌آید. کولینز و رید (۳۳) میزان اعتبار پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ را ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. فرهادی، محقق و نسائی مقدم (۳۴) میزان اعتبار آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ را ۰/۷۲ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر اعتبار ابزار را با روش آلفای کرونباخ برای سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی، و دوسوگرا به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۰ و ۰/۷۷ به دست

5. Reliability
6. Content validity
7. Child Attachment Scale
8. Collins & Read
9. Self-evaluation
10. Hazen & Shaver

1. Child Symptom Inventory (CSI-4)
2. Gadow & Sprafkin
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3 ed (DSM-III)
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 ed, Text Revision (DSM-IV-TR)

آمد. روایی پرسشنامه نیز از طریق مصاحبه استادان و متخصصان به صورت کیفی تأیید شد.

۳. مقیاس ارزیابی خودمهارگری کودکان^۱: این مقیاس در سال ۱۹۷۹ توسط کندال و ویلکاکس^۲ در دانشگاه مینه‌سوتا برای سنجش میزان مهار کودکان بر خود ساخته شد. این مقیاس با ۳۳ گویه برای ارزیابی میزان رفتار خویشتن‌دارانه در کودکان طراحی شده است که ۱۰ گویه آن مربوط به خودمهارگری، ۱۳ گویه آن مربوط به برانگیختگی^۳ و ۱۰ گویه آن نیز مربوط به هر دو (برانگیختگی - خودمهارگری) است. هر گویه براساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (از همیشه = ۱ تا هرگز = ۷) نمره‌گذاری می‌شود؛ بیشترین نمره ۲۳۱ و کمترین نمره ۳۳ است، که نمرات بالاتر نشان‌دهنده مهار کمتر کودکان است. مقیاس ارزیابی خودمهارگری توسط یک ناظر که رفتار کودک را ارزیابی می‌کند به کار گرفته می‌شود. ثبات درونی مقیاس ارزیابی خودمهارگری عالی است. اعتبار این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۸ و با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۴ محاسبه شده است (۳۵). در ایران نیز این آزمون پس از ترجمه روایی محتوایی آن مورد تأیید استادان و متخصصان قرار گرفت. همچنین اعتبار آزمون با استفاده از روش آلفا توسط برجلی و همکاران (۳۶) بر روی یک نمونه ۱۰۰ نفری از دانش‌آموزان شهر تهران ۰/۹۸

محاسبه شد. در پژوهش حاضر همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

(ج) روش اجرا: روش اجرا در این پژوهش بدین صورت بود که ابتدا با مراجعه به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران و با معرفی افراد معتاد متأهل و دارای فرزند ۷ تا ۱۲ ساله، برای انجام پرسشنامه‌های مورد نظر به پژوهشگر معرفی شدند. سپس با جلب رضایت، انجام مصاحبه و ثبت اطلاعات اولیه، افرادی که موافقت خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کردند، نمونه‌های منتخب به صورت فردی با پرسشنامه‌های مورد نظر، مورد ارزیابی قرار گرفتند. لازم به ذکر است که توضیحات کامل درباره محرمانه بودن اطلاعات کودکان و والدین و اهداف پژوهش به خانواده‌ها داده و تأکید شد که شرکت در پژوهش کاملاً اختیاری است. همچنین، تحلیل داده‌ها توسط نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS و با استفاده از روش آماری t برای گروه‌های مستقل و تحلیل واریانس چندمتغیری^۴ (مانووا) انجام شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ یافته‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به متغیرهای سبک‌های دلبستگی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و خودمهارگری در کودکان با و بدون والد معتاد ارائه شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای سبک‌های دلبستگی، نافرمانی مقابله‌ای و خودمهارگری در کودکان با و بدون والد معتاد (تعداد: ۶۲)

گروه	کودکان با والد معتاد		کودکان بدون والد معتاد		سطح معناداری
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
دلبستگی ایمن	۱۵/۵۵	۱/۳۸	۱۷/۷۷	۱/۰۷	۰/۲۵۸
دلبستگی اجتنابی	۱۷/۵۵	۱/۱۳	۱۵/۷۲	۱/۶۳	۰/۲۳۳
دلبستگی دوسوگرا	۱۷/۸۶	۱/۲۹	۱۴/۵۰	۱/۸۲	۰/۲۲۲
نافرمانی مقابله‌ای	۵/۵۴	۰/۸۸	۲/۹۳	۱/۶۵	۰/۱۲۸
خودمهارگری	۱۴۸/۳۸	۱۲/۲۷	۱۲۲/۰۳	۲۸/۳۴	۰/۳۴۲

است. علاوه بر این میانگین نمرات متغیرهای اختلال نافرمانی مقابله‌ای و خودمهارگری در گروه کودکان با والد معتاد بالاتر از کودکان بدون والد معتاد است.

با توجه به جدول ۱ می‌توان گفت که میانگین نمره سبک دلبستگی ایمن در گروه کودکان بدون والد معتاد بالاتر از کودکان با والد معتاد است؛ ولی میانگین نمرات سبک‌های دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا در گروه کودکان با والد معتاد بالاتر از گروه کودکان بدون والد معتاد

3. Impulsivity
4. Multivariate analysis of variance

1. Self-Control Rating Scale (SCRS)
2. Kendall & Wilcox

به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش و تعیین معناداری تفاوت میان دو گروه از کودکان با والد معتاد و کودکان بدون والد معتاد در متغیرهای اختلال نافرمانی مقابله‌ای و خودمهارگری، از آزمون t برای گروه‌های مستقل استفاده شد. قبل از مقایسه متغیرها در دو گروه، پیش فرض‌های آزمون t با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت؛ با توجه به

آزمون لوین سطح معناداری متغیرهای اختلال نافرمانی مقابله‌ای و خودمهارگری بزرگتر از $0/05$ و معنادار نبود ($p > 0/05$). در نتیجه فرض برابری واریانس‌ها رد نمی‌شود و می‌توان از آزمون t برای گروه‌های مستقل استفاده کرد. به منظور بررسی متغیرهای پژوهش از آزمون t برای گروه‌های مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون t مستقل جهت بررسی متغیرهای پژوهش در دو گروه از کودکان با و بدون والد معتاد (تعداد: ۶۲)

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	نمره t	درجه آزادی	سطح معناداری
نافرمانی مقابله‌ای	کودکان با والد معتاد	۵/۵۴	۰/۸۸	۷/۷۵	۶۰	۰/۰۰۱
	کودکان بدون والد معتاد	۲/۹۳	۱/۶۵			
خودمهارگری	کودکان با والد معتاد	۱۴۸/۳۸	۱۲/۲۷	۴/۷۵	۶۰	۰/۰۲۶
	کودکان بدون والد معتاد	۱۲۲/۰۳	۲۸/۳۴			

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد بین دو گروه از نظر اختلال نافرمانی مقابله‌ای ($p < 0/01$) و میزان خودمهارگری ($p < 0/05$) تفاوت معناداری وجود دارد و میزان اختلال نافرمانی مقابله‌ای در گروه کودکان با والد معتاد بیشتر از گروه کودکان بدون والد معتاد، و میزان خودمهارگری در گروه کودکان با والد معتاد کمتر از گروه کودکان بدون والد معتاد است.

علاوه بر این برای بررسی تفاوت میانگین نمره دو گروه آزمودنی‌ها در متغیر سبک‌های دلبستگی از روش تحلیل واریانس چندمتغیری

(مانوا) استفاده شد. پیش از تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس چندمتغیری، پیش فرض‌های آن بررسی شد. نتایج آزمون لوین، در دلبستگی ایمن ($F = 2/18, p > 0/05$)، دلبستگی اجتنابی ($F = 3/43p > 0/05$) و دلبستگی دوسوگرا ($F = 3/61, p > 0/05$) معنادار نبود. در نتیجه به این ترتیب فرض‌های نرمال بودن و برابری واریانس‌ها تأیید شد و پیش فرض‌های انجام روش تحلیل واریانس برقرار بود.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری جهت مقایسه سبک‌های دلبستگی در آزمودنی‌های دو گروه

نام آزمون	مقدار ارزش	df فرضیه	df خطا	مقدار F	سطح معناداری
لامبدای ویلکز	۰/۳۰۸	۳	۵۸	۴۳/۴۴	۰/۰۰۰۱

نتایج آزمون لامبدای ویلکز در جدول ۳ نشان می‌دهد که بین دو گروه حداقل در یکی از متغیرهای مورد بررسی تفاوت معناداری وجود

دارد ($F = 43/44, p > 0/01$). در جدول ۷ نتایج آزمون تحلیل واریانس کودکان با و بدون والد معتاد آورده شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس اثرات بین گروهی برای گروه کودکان با و بدون والد معتاد

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	ضریب F	سطح معناداری	ضریب ایما
دلبستگی ایمن	گروه	۸۵/۹۵	۱	۸۵/۹۵	۵۲/۴۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶
دلبستگی اجتنابی	گروه	۵۸/۰۶	۱	۵۸/۰۶	۲۷/۰۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۱
دلبستگی دوسوگرا	گروه	۲۱۷/۰۳	۱	۲۱۷/۰۳	۸۸/۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹

معتاد است، روند معمولی زندگی در این خانواده‌ها مختل می‌شود. حضور در محیط آشفته و خطرناکی که زندگی خانواده معتادان را دربر گرفته است، باعث می‌شود تا احساس نیاز و وابستگی کودکان به والدین خود، با ترس و نگرانی همراه باشد. در صورت طولانی شدن زندگی در این شرایط ناخوشایند، اعضای خانواده به خصوص کودکان در معرض ابتلا به انواع مشکلات رفتاری مانند اختلال لجاجی و نافرمانی قرار خواهند گرفت (۸).

دیگر نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نشان داد تفاوت دو گروه کودکان با و بدون والد معتاد در میزان خودمهارگری معنادار است و کودکان با والد معتاد از خودمهارگری کمتری نسبت به کودکان بدون والد معتاد برخوردارند. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های پیشین (۶، ۱۹ و ۲۰) هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که این خانواده و والدین هستند که ارزش‌ها را انتقال می‌دهند، اخلاق را بهبود می‌دهند، رفتار را اصلاح می‌کنند و موجب خودمهارگری در فرزندان خود می‌شوند. در واقع والدین به خصوص پدر، به عنوان افراد تأثیرگذار در زندگی کودکان و نوجوانان خود می‌توانند از طریق به کارگیری سبک تربیتی مناسب و مقتدرانه و برقراری ارتباط اثربخش با آنها، برای قرار گرفتن در مسیر صحیح و ایجاد خودمهارگری به آنها کمک کنند و از طریق تسهیل نیازهای عاطفی فرزندان، رفتارهای خودمهارگری آنها را بهبود بخشند. برقراری رابطه با کیفیت والدین به ایجاد احساس تعلق در کودک منجر می‌شود و این کودکان از طریق همانندسازی با الگوهای مورد قبول خود، بسیاری از الگوهای هنجارهای اجتماعی، فرهنگی و سبک‌های رفتاری درست مانند خودمهارگری را درون‌سازی می‌کنند. والدین می‌توانند از طریق درک نیازهای کودکان و پاسخگویی مناسب به او، به الگویی مورد قبول برای وی تبدیل شوند و از این طریق قواعد و هنجارهای مورد قبول جامعه را در کودک درون‌سازی کنند (۱۶). اما کودکانی که دارای والدین معتاد هستند به دلیل خشونت نسبت به فرزندان و غفلت از آنان، بی‌کفایتی در سرپرستی خانواده، جدایی و طلاق امکان تربیت صحیح و آموزش درست رفتارهای مناسب را ندارند و علاوه بر این، از الگوی درستی جهت همانندسازی نیز برخوردار نیستند، بنابراین در خودمهارگری خود دچار مشکل هستند. بی‌تردید چنین مواردی باعث بروز مشکلات و اختلالات جدی برای کودکان و نوجوان

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین دو گروه در دل‌بستگی ایمن ($F=52/41$ ، $p<0/01$)، دل‌بستگی اجتنابی ($F=27/00$)، $p<0/01$) و دل‌بستگی دوسوگرا ($F=88/76$ ، $p<0/01$) تفاوت معناداری وجود دارد. با مقایسه میانگین‌ها مشخص می‌شود که سبک دل‌بستگی ایمن در گروه کودکان بدون والد معتاد بالاتر از گروه کودکان با والد معتاد بود، و هر دو سبک دل‌بستگی اجتنابی و دوسوگرا در کودکان با والد معتاد بالاتر از گروه کودکان بدون والد معتاد بود که نشان می‌دهد کودکان با والد معتاد دل‌بستگی ناایمن تری نسبت به کودکان بدون والد معتاد تجربه می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه سبک‌های دل‌بستگی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، و خودمهارگری در کودکان با و بدون والد معتاد انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان با والد معتاد بالاتر از کودکان بدون والد معتاد است و تفاوت دو گروه در این متغیر معنادار است. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های قبلی (۵، ۶ و ۱۱) هماهنگ است. در تبیین این فرضیه می‌توان بیان داشت که اختلالات رفتاری به خصوص اختلال رفتار هنجاری و اختلال نافرمانی مقابله‌ای، حاصل تعامل کودک با محیط اطراف وی است. پژوهش‌های مختلف نشانگر آن است که تعارض‌ها و اختلاف‌ها در خانواده‌های معتاد در مقایسه با خانواده‌های غیرمعتاد بیشتر است. از ویژگی‌های محیط خانواده‌های معتاد، افزایش تضادها و تعارضات خانوادگی، خشونت بدنی و هیجانی، کاهش انسجام و پیوستگی خانوادگی، کاهش سازمان‌دهی خانوادگی، افزایش انزوای خانوادگی، افزایش تنیدگی خانوادگی در رابطه با مشکلات مرتبط با کار، بیماری، اختلافات زناشویی و مشکلات اقتصادی و فقدان مدیریت در خانه و نیز فقدان ارتباطات خانوادگی است (۷). علاوه بر این، زندگی کردن در خانواده‌هایی که با مشکل اعتیاد روبرو هستند، اغلب بسیار دشوار است و به همین علت در خانواده‌های آسیب‌دیده از اعتیاد، کودکان با انواع مشکلات هیجانی، روانی و اختلال‌های رفتاری روبرو می‌شوند. بیماری اعتیاد، اعضای خانواده فرد معتاد را تحت فشارهای عصبی غیرعادی قرار می‌دهد. بر اثر اقدامات و رفتارهای ترسناک و غیرمنتظره که از ویژگی‌های زندگی با یک فرد

وابسته به این گونه خانواده‌ها است که از جمله می‌توان به افسردگی، اضطراب، سرخوردگی، روابط اجتماعی ناکارآمد، بزهکاری، گرایش به اعتیاد اشاره کرد. فرزندان وابسته به خانواده‌های معتاد به خصوص با والدین معتاد با مشکلات فراوانی دست و پنجه نرم می‌کنند. دامنه مشکلات گاهی به حدی است که این کودکان چنین فکر می‌کنند که بدبخت به دنیا آمده، بدبخت زندگی می‌کنند و بدبخت خواهند مرد. یعنی این کودکان معتقدند که هیچ مهاری بر زندگی و سرنوشتشان ندارند و هیچ سعی و تلاشی برای تغییر وضعیت خود انجام نمی‌دهند، در نتیجه کودکان و نوجوانان با پدران معتاد، اختلالات رفتاری-هیجانی بیشتر و خودمهارگری کمتری نسبت به کودکان و نوجوانان با پدران غیرمعتاد دارند و نیز تفاوت معناداری در اختلال روابط متقابل و میزان اضطراب کودکان با والدین معتاد دیده شده است (۱۷).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که دلبستگی ایمن در کودکان بدون والد معتاد بالاتر از کودکان با والد معتاد است و تفاوت دو گروه در این متغیر معنادار است. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مشابه (۲۷، ۲۸ و ۳۰) هماهنگ و همسو است. نظریه دلبستگی بر این فرض استوار است که انسان‌ها ذاتاً برای ارتباط با دیگران و دنیای بیرون تلاش می‌کنند. وقتی والدین در کودکی به صورت مناسبی این نیاز کودک را پاسخ می‌دهند، در کودک این مهارت شکل می‌گیرد و نمو می‌یابد. در این صورت کودک با اطمینان به اینکه والد او سریع و متناسب پاسخ می‌دهد به راحتی نیازهای خود را عنوان می‌کند. در نتیجه این تعامل گرم و صمیمانه والدین با فرزندانشان، کودکان خود را به عنوان فردی شایسته دریافت محبت و توجه از طرف دیگران ملاحظه می‌کنند، به دیگران به عنوان افرادی در دسترس، قابل اعتماد و اطمینان‌بخش می‌نگرند و تمایل به داشتن روابط نزدیک و صمیمی با دیگران دارند. بنابراین وجود والدین مناسبی که رابطه صحیح و محکمی با فرزندان خود دارند، واکنش‌های مناسب والدین نسبت به فرزند خود موجب ایجاد دلبستگی ایمن در کودک می‌شود اما کودکانی که فاقد این والدین هستند در شکل‌گیری دلبستگی ایمن دچار مشکل می‌گردند و این کودکان به دلیل مشکلات ناشی از سوء مصرف مواد مخدر توسط والدین سطح پایینی از صمیمیت خانوادگی را تجربه کرده‌اند. همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که عملکرد مناسب خانواده و والدین با سبک دلبستگی ایمن ارتباط معنادار

دارد و این رابطه از نوع مستقیم است. بنابراین با توجه به نتیجه به دست آمده در این پژوهش می‌توان گفت از آنجایی که وجود خانواده مناسب و روابط گرم و صمیمی والدین با کودکان منجر به دلبستگی ایمن در کودکان می‌شود و از آنجایی که عدم وجود خانواده و عملکرد نامناسب و روابط ضعیف و سرد از سوی والدین این کودکان باعث ایجاد دلبستگی نایمن می‌شود، بنابراین کودکان بدون والد معتاد از دلبستگی ایمن تری نسبت به کودکان با والد معتاد برخوردارند (۲۷).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که دلبستگی نایمن اجتنابی و دوسوگرا در کودکان با والد معتاد بالاتر از کودکان بدون والد معتاد است و تفاوت دو گروه در این متغیرها معنادار است. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مشابه قبلی (۲۸ و ۲۹) هماهنگ است. فقدان و یا عدم وجود خانواده مناسب به خصوص محرومیت از والدین پاسخگو و در دسترس در نظریه دلبستگی همواره نقش محوری داشته است. یکی از تبیین‌های احتمالی برای نایمن بودن دلبستگی کودکان با والد معتاد این است که عدم ثبات و حضور مداوم مراقب مانند پدر موجب می‌شود که کودک نتواند با یک چهره دلبستگی خاص رابطه دلبستگی ایجاد نماید و در نتیجه تحول، دلبستگی کودک با آسیب مواجه شده، به نایمنی دلبستگی منجر می‌شود، زیرا که به نیازهای کودک پاسخ مناسبی داده نمی‌شود. عموماً در این گونه خانواده‌ها به خاطر مشکلات زناشویی و خانوادگی، زمانی که کودکان دچار مشکل می‌شوند کسی نیست که به آنها اعتنا کند یا با آنان گفتگو کند و به نیازهای عاطفی آنها پاسخ مثبت دهد، در نتیجه برای کودک برقراری یک پیوند نیرومند نسبت به هر فرد خاص مشکل است که خود منجر به ایجاد دلبستگی نایمن در کودک می‌شود. بنابراین عدم وجود خانواده و منبع دلبستگی مناسب در کودکان با والد معتاد منجر به ایجاد دلبستگی نایمن می‌شود (۲۹). علاوه بر این، در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد سبک‌های دلبستگی، به انتظارات کودک در مورد اینکه آیا مراقب از نظر عاطفی دسترس‌پذیر و پاسخگو هست، شکل می‌دهند و تعیین می‌کنند که آیا خود کودک، ارزش عشق و محبت را دارد. براساس مبانی شکل‌گیری سبک دلبستگی، کودکان ایمن به دسترس‌پذیری والدین بیشتر اعتماد دارند و بیش از کودکان نایمن (اجتنابگر و دوسوگرا) از وی به عنوان پایگاه امن استفاده می‌کنند. کودکان ایمن به سهولت با والدین تماس و تعامل برقرار

می‌کنند؛ کودکان اجتنابگر با گسستن و اجتناب ورزیدن و واکنش نشان می‌دهند؛ کودکان دوسوگرا با افزایش تردید و دوسوگرایی بین دلبستگی و عصبانیت سرگردانند. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، ویژگی اصلی سبک دلبستگی اجتنابی، گسستن پیوندها و افزودن فاصله‌ها است، و مشخصه غالب سبک دلبستگی دو سوگرا، تردید، نگرانی و اضطراب است. از سوی دیگر، تداوم سبک‌های دلبستگی در ادامه زندگی، بعد از کودکی و در بزرگسالی تأیید شده است (۲۲).

به‌طور کلی، می‌توان گفت که اعتیاد والدین بر وضعیت روان‌شناختی فرزندان اثر نامطلوبی داشته و منجر به کاهش خودمهارگری و افزایش مشکلات رفتاری و پرخاشگری می‌شود زیرا که بچه‌ها در چنین شرایطی خودمهارگری و تنظیم هیجانات را از والدین نمی‌آموزند و رفتارهای تکانشگریانه که در والدین معتاد دیده می‌شود می‌تواند در این افراد الگو قرار گیرد. در واقع کودک زمانی خودمهارگری بالایی خواهد داشت که الگوی مناسبی از رفتارهای خودمهارگری والدین را مشاهده کند و یاد بگیرد، اما متأسفانه اعتیاد والدین و مشکلات ناشی از آن در این خصوص، اثر منفی می‌گذارد. اعتیاد والدین شرایط پرتنش را برای خانواده فراهم می‌کند و قطعاً این موضوع، کیفیت والدگری را تحت تأثیر قرار می‌دهد که در پایان فرزندان در این خانواده‌ها، مراقبت کافی را دریافت نمی‌کنند و نیازهای عاطفی آنها نادیده گرفته می‌شود، در نتیجه کودکان با پرخاشگری و رفتارهای منفی جویانه توجه والدین را به سمت خود جلب می‌کنند تا والدین را درگیر خودشان کنند و نیازهایشان پاسخ داده شود. همچنین در چنین خانواده‌هایی کودکان احساس امنیت نداشته و مورد بدرفتاری والدین معتاد قرار می‌گیرند و در نتیجه زمینه شکل‌گیری سبک‌های دلبستگی ناایمن شکل می‌گیرد.

از محدودیت‌های این پژوهش استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و محدودیت در انتخاب نمونه با حجم بیشتر به دلیل مشکل دسترسی به کودکان با والد معتاد بود. همچنین استفاده از ابزارهای خود گزارش‌دهی

در پژوهش ممکن است به سوگیری در پاسخ‌دهی افراد شرکت‌کننده منجر شده باشد. بدین ترتیب پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی نمونه‌های مورد نظر استفاده از نمونه‌گیری تصادفی و حجم بالاتری انتخاب شوند تا فرضیه‌ها با قوت بیشتری رد یا تأیید شوند و جهت کسب نتایج دقیق‌تر و کاهش خطا از روش‌های عینی‌تر مانند مصاحبه ساختاریافته و نیمه‌ساختاریافته جهت ارزیابی‌ها استفاده شود. همچنین طبق یافته پژوهش حاضر، کودکان با والد معتاد در معرض آسیب‌های روانی قرار دارند که ضروری است توجه بیشتری نسبت به اثرات شیوه‌های تربیتی و فرزندپروری و پیامدهای آن شود. بنابراین باید والدین به خصوص والدین معتاد را نسبت به الگوهای تربیتی و اثرات هر یک از آنها بر فرزندان، با برگزاری کلاس‌های آموزش خانواده در مدارس و برگزاری کارگاه‌های کوتاه‌مدت و فشرده یک روزه برای والدین، آنها را نسبت به این مسائل آگاه کرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: در پژوهش حاضر کدهای رایج اخلاق در پژوهش‌های پزشکی شامل ۲، ۱۳، ۱۴ و (منافع حاصل از یافته‌ها در جهت پیشرفت دانش بشری)، کد ۲۰ (هماهنگی پژوهش با موازین دینی و فرهنگی) و کدهای ۳۱ و ۲۴ (رضایت آزمودنی‌ها و نماینده قانونی او) در این پژوهش رعایت شده است. همچنین به آزمودنی‌ها اصول رازداری، حفظ حریم شرکت‌کنندگان، آزاد بودن جهت شرکت در پژوهش، بدون نام بودن پرسشنامه‌ها و انجام تحلیل بیان شد.

حامی مالی: پژوهش حاضر، حاصل طرح مستقل و بدون هیچ‌گونه حمایت مالی از جانب موسسه و سازمان خاصی انجام شده است.

نقش هر یک از نویسندگان: در این مطالعه نویسنده نخست، به عنوان طراح اصلی و مجری این مقاله و نویسنده دوم، در جمع‌آوری، تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله نقش داشته است.

تضاد منافع: انجام این پژوهش برای نویسندگان هیچ‌گونه تعارض در منافع را به دنبال نداشته است و نتایج آن به صورت کاملاً شفاف و بدون سوگیری، گزارش شده است.

تشکر و قدردانی: نویسندگان بر خود لازم می‌دانند بدین وسیله از تمامی مراکز ترک اعتیاد و افراد شرکت‌کننده در این پژوهش، تشکر و قدردانی کنند.

References

- Zokaeifar A, Mousazadeh T. The role of parental parenting styles in predicting social development of preschool children 5 and 6. *Soc psychol res.* 2020; 10(37):87-100. [Persian] [Link]
- Sohrabi F, Asadzadeh H, Arabzadeh Z. Effectiveness of Barkley's parental education program in reducing the symptoms of oppositional defiant disorder on preschool children. *Sch Psychol inst.* 2014; 3(2): 82-103. [Persian] [Link]
- Akbari A, Monirpour N, Mirzahosseini H. The effectiveness of parent-based play-therapy on aggression and symptoms of oppositional defiant disorder. *Child Ment Health.* 2021; 8 (1):126-140. [Persian] [Link]
- HosseinKhanzadeh AA. The effect of child-centered play therapy on the self-efficacy in peer relations among students with oppositional defiant disorder symptoms. *Child Ment Health.* 2017; 4(3): 49-59. [Persian] [Link]
- Tarter RE, Blackson TC, Martin CS, Loeber R, Moss HB. Characteristics and correlates of child discipline practices in substance abuse and normal families. *Am Addict.* 1993; 2(1): 18-25. [Link]
- Anisi J, Salimi H, Mirzamani M, Reisi F, Niknam. A survey study on behavioral problems in adolescence. *Res Behav.* 2008; 2 (1): 163-170. [Persian] [Link]
- El Guebaly N, Offord DR. The offspring of alcoholics: a critical review. *Am Psychiatry.* 1997; 134(4): 357-365. [Link]
- Saeidi F, Mohammadyfar M A. Comparison of behavioral disorders between children with and without addicted parents. *Etiadpajohi.* 2018; 12 (46):215-234. [Persian] [Link]
- Sanders MR, Ralph A, Sofronoff K, Gardiner P, Thompson R, Dwyer, S, Bidwell K. Every family: a population approach to reducing behavioral and emotional problems in children making the transition to school. *Prim Prev.* 2008; 29(3): 197-222. [Link]
- Nikpour G, Zare poor M, Nikpour F. The effect of play therapy with cognitive behavioral approach on reducing oppositional defiant disorder symptoms in children aged 8 to 11 years. *Toloo-e-Behdasht.* 2018; 17(1): 62-72. [Persian] [Link]
- Mottaghi Ghamsari A S, Rostami R. Parental addiction, parenting problems and psychopathology in offsprings. *Rooyesh.* 2019; 8 (6): 9-16. [Persian] [Link]
- Friese M, Hofmann W. Control me or i will control you: impulses, trait self-control, and the guidance of behavior. *Res Pers.* 2009; 43(5): 795-805. [Link]
- Liu L, Wang N, Tian L. The parent-adolescent relationship and risk-taking behaviors among Chinese adolescents: The moderating role of self-control. *Front Psychol.* 2019; 10 (542): 8-18. [Link]
- Bertrams A. How minimal grade goals and self-control capacity interact in predicting test grades. *Learn Individ Differ.* 2012; 22(6): 833-838. [Link]
- Strayhorn, JM. Self-control: toward systematic training programs. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002; 41: 17-27. [Link]
- HosseinKhanzadeh AA, Taher M, Seyednuri SZ, Yahyazadeh A, Esapour M. Relationship between interaction parent-child with addictability rate and heterosexual orientation in students. *Res Addict.* 2014; 7(28): 59-74. [Persian] [Link]
- Etemadi A, Mastari Farahani F. The comparison of mental health status and locus of control of female adolescents of addicted and nonaddicted families. *Educ Sci.* 2011; 4(16): 137-152. [Persian] [Link]
- Punamaki RL, Flykt M, Belt R, Lindblom. Maternal substance use disorder predicting children's emotion regulation in middle childhood: the role of early mother-infant interaction. *Heliyon.* 2021; 7(4): 1-10. [Link]
- Gershon Grand RB, Hwang S. Short – term naturalistic treatment outcomes in cigarette smokers with substance abuse and/or mental illness. *Clin psychiatry.* 2010; 68(6): 892-898. [Link]
- Khodayarifard M, Shahabi R, Akbari-Zardkhaneh S. Religiosity, self-control and tendency to substance abuse among university students. *Social Welfare.* 2009; 9(34):115-130. [Persian] [Link]
- Loman M, Gunnar M. Early experience and the development of stress reactivity and regulation in children. *Neurosci Biobehav Rev.* 2010; 34: 867-87. [Link]
- Zakhour M, Haddad C, Salameh P, Akel M, Fares K, Sacr, H, et al. Impact of the interaction between alexithymia and the adult attachment styles in participants with alcohol use disorder. *Alcohol.* 2020; 83: 1-8. [Link]
- Niemann S, Weiss S. Factors affecting attachment in international adoptees at 6 months post adaption. *Child Youth serv Rev.* 2012; 34: 205-212. [Link]
- Baqeri Kh, Bahrami H, Jalali M. Relationship between attachment style and identity status in 15- 30 years old prisoners. *Appl Psychol.* 2009; 3(11): 85-99. [Persian] [Link]
- Fuchshuber J, Hiebler-Ragger M, Kresse A, Kapfhammer HP, Unterrainer HF. The influence of attachment styles and personality organization on emotional functioning after childhood trauma. *Front psychiatry.* 2019; 10: 1-10. [Link]
- Farhadi M, mohagheghi H, Nesai Moghadam B. The relationship between attachment styles and student interpersonal problems: The role of mediating emotional intelligence. *RJMS.* 2020; 27 (1): 73-84. [Persian] [Link]
- Mashhadi A, Mohammadi M. A comparative study of attachment styles in normal and delinquent adolescents. *Found Educ.* 2008; 10(3): 127-140. [Persian] [Link]
- Khorashadzadeh S, Shahabizadeh F, Dastjerdi R. The role of perceived childhood attachment, family functioning and attributional styles in social anxiety. *Dev Pschol: Iran Psychol.* 2012; 8(32): 385-395. [Persian] [Link]
- Sharifi R, Sarandi P, Moheb N. Comparison of secure, avoidant and ambivalent attachment styles among the

- students of family-like centers and normal families. *Woman & Study of Family*. 2012; 4(16): 91-103. [Persian] [\[Link\]](#)
30. Parolin M, Simonelli A. Maternal drug addiction: Mother-child relationship and attachment-informed interventions. *Attach Complex Syst*. 2014; 1(2): 57-80. [\[Link\]](#)
31. Gadow KD, Sprafkin J. Child symptom Inventory-4 norms manual. Stony Brook, Ny: Checkmate plus; 1997. [\[Link\]](#)
32. Mohammad Esmaeal E. Reliability, validity and determine the cut-off points of abnormal child symptom inventory in 6-14-year-old students in elementary and secondary schools in Tehran. *Res Except Child*. 2002; 2(3):239-54. [Persian] [\[Link\]](#)
33. Collins NL, Read SJ. Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples. *Pers*. 1990; 58(4): 644-663. [\[Link\]](#)
34. Arhadi M, Mohagheghi H, Nesai Moghadam B. The relationship between attachment styles and student interpersonal problems: The role of mediating emotional intelligence. *Razi J Med Sci*. 2020; 27(1): 73-84. [Persian] [\[Link\]](#)
35. Kendall PC, Wilcox LE. Self-control in children; development of a rating scale. *Consult clin psychol*. 1979; 47: 1020-1029. [\[Link\]](#)
36. Borjali M, Alizadeh H, Ahadi H, Farrokhi N, Sohrabi F, Mohamadhi M. A comparative study on three therapeutic programs including parent encouraging training, behavioral training and pharmacotherapy for increasing self-control among children with attention deficit hyperactive disorder. *Clin Psychol Stud*. 2013; 4(16): 153-175. [Persian] [\[Link\]](#)

