

## مقایسه مهارت‌های زندگی و کارکردهای اجرایی کودکان دارای والدین مصرف کننده و غیر مصرف کننده مواد اعتیادآور

علی جدیدی<sup>۱</sup>

آذر ارشدی<sup>۲</sup>

### چکیده

هدف از تحقیق حاضر مقایسه مهارت‌های زندگی و کارکردهای اجرایی کودکان دارای والدین مصرف کننده و کودکان دارای والدین غیر مصرف کننده مواد اعتیادآور بود. روش پژوهش مقایسه‌ای و جامعه آماری آن شامل کلیه کودکان عادی و کودکان دارای والدین معتاد به مواد مخدر مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد در منطقه هفت تهران بود ( $N=800$ )، روش نمونه‌گیری این پژوهش به صورت تصادفی ساده و حجم نمونه ۶۰ نفر (۳۰ کودک والدین معتاد و ۳۰ کودک والدین غیر معتاد) بود. ابزار پژوهش پرسشنامه‌های مهارت‌های زندگی و پرسشنامه کانرز (۲۰۰۴) بود که پس از تکمیل داده‌های بدست آمده، با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که توانایی حل مسئله، تصمیم‌گیری، توانایی ارتباط، شهروند مسئول، شهروند جهانی و مهارت‌های زندگی کودکان دارای والدین غیر مصرف کننده بیشتر از کودکان دارای والدین مصرف کننده است. کارکردهای اجرایی در بین کودکان دارای والدین مصرف کننده و کودکان دارای والدین غیر مصرف کننده متفاوت است و طبق نتایج نمره میانگین مشکلات توجه در بین کودکان دارای والدین مصرف کننده بیشتر از کودکان دارای والدین غیر مصرف کننده بود ولی عملکرد حسی حرکتی، زبان، کارکردهای اجرایی، حافظه، یادگیری، شناخت، نمره کل در بین کودکان دارای والدین غیر مصرف کننده بیشتر از کودکان دارای والدین مصرف کننده است.

**واژه‌گان کلیدی:** مهارت‌های زندگی، کارکردهای اجرایی، والدین مصرف کننده، والدین غیر مصرف کننده.

۱- دکتری علوم سیاسی عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد انار، انار، ایران (نویسنده مسئول)

jadidi.ali2008@yahoo.com

۲- دانش آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد انار، انار، ایران

## مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر تهدیدی جدی برای ساختارهای فرهنگی، بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی است و تعادل، رشد و توسعه جوامع را برهم می‌زند و منابع بسیار انسانی، اقتصادی و اجتماعی را هدر می‌دهد. آمارهای منتشر شده از سازمان‌های بین‌المللی، به خصوص سازمان بهداشت جهانی، کمیته جهانی کنترل مواد مخدر و سازمان یونسکو، حاکی از افزایش فزاینده مصرف این مواد در سطح جهان است. همه منابع مورد بررسی بدون استثنا ابعاد مسله را فاجعه آمیز نشان می‌دهند (رحیمی موقر، ۱۳۹۲). اعتیاد علاوه بر مشکلات فردی و اجتماعی، یک مشکل خانوادگی هم محسوب می‌شود و بر روی بهداشت روانی فرد معتاد و خانواده وی نیز اثرات نامطلوب می‌گذارد (اله وردی پور، ۱۳۹۰). خانواده مهم‌ترین کارگزار جامعه پذیر است. و نخستین محیطی است که کودک خردسال به تدریج ارزش‌های اجتماعی را فرا می‌گیرد و به اصطلاح اجتماعی می‌شود. از طرفی خانواده موجب تأمین ارزش‌های والای محبت و احترام میان عناصر اصلی است که بر اساس آن فرزندان به افرادی لایق مبدل گشته و به درستی ایفای نقش می‌کنند. در واقع نوع روابط اعضای خانواده به رفتار و کنش‌های پدر بستگی دارد. همچنین ناتوانی و عجز پدر در انجام وظایف و نقش‌های مربوط به خود باعث می‌شود که شبکه روابط اجتماعی گروه خانواده نامتعادل شود. (آهنی، ۱۳۹۲). می‌توان تصور کرد در خانواده‌ای که یکی از والدین در دام اعتیاد گرفتار است چقدر نقش‌ها دچار مشکل می‌شوند. چنانکه ریچارد بلوم (۲۰۰۳) اظهار داشت در این خانواده‌ها سختگیری و انسجام و نظارت کافی وجود ندارد. همچنین سطوح بالای استرس و تعارضات خانوادگی، خشونت، والدگری ناکافی، تماس کم والد کودک

و نیز غفلت و سوء رفتار والدین از مواردی است که در پژوهشهای پیشین در مورد این خانواده‌ها مشاهده شده است (کوهی، ۱۳۸۵).

زندگی کردن در خانواده‌هایی که با مشکل اعتیاد روبرو هستند اغلب بسیار شواراست و به همین علت در خانواده‌های آسیب دیده از اعتیاد، افراد با انواع مشکلات عاطفی، روحی، روانی و اختلال‌های رفتاری روبرو می‌شوند. بیماری اعتیاد، اعضای خانواده فرد معتاد را تحت فشارهای عصبی غیر عادی قرار می‌دهد. بر اثر رفتارهای ترسناک و غیر منتظره که از ویژگی‌های زندگی با یک فرد معتاد است. روند معمولی زندگی در این خانواده‌ها مختل می‌شود. آنچه که درباره خانواده معتادان گفته می‌شود با آنچه که حقیقتاً آن‌ها به چشم خود می‌بینید و تجربه می‌کنند متفاوت بوده و با نگاهی دقیق تر متوجه می‌شویم که درون زندگی خانواده معتاد با بیرون آن تفاوت بسیار دارد (سید احمدی و عابدی، ۱۳۹۵). مصرف مواد همچنین روی توانایی‌های شناختی فرزندان نیز تأثیر می‌گذارد. در حوزه کارکردهای شناختی و توانایی در سال‌ها اخیر توجه زیادی به کارکردهای اجرایی در کودکان شده است. (زلازو، مولر، مارکویچ و ساترلند، ۲۰۱۲).

ابعاد و حوزه‌های گسترده تر باید در دو بعد عینی و ذهنی مد نظر داشت. شاخص‌های عینی شامل، توصیف محیطی است که مردم در آن زندگی و کار می‌کنند مسایلی مانند سطح مراقبت‌های بهداشتی، جرم و جنایت، آموزش و پرورش، امکانات تفریحی و مسکن. شاخص‌های ذهنی، توصیف چیزهایی است که مردم شرایط اطراف خود را ارزیابی و گزارش می‌کنند (پاکوین، ۲۰۰۳). همچنین می‌توان شاخص‌هایی مانند جمعیت، اشتغال، آموزش، سلامت، سن، جنس، مسکن، تفریح و درآمد را شاخص‌هایی عینی؛ و سلامت

روانی و شادی، میزان تجربه استرس، رفاه مالی و میزان رضایت مندی در محیط زندگی را که از طریق نظر سنجی به دست می‌آید؛ شاخص‌های ذهنی دانست. با توجه به این امر، پژوهش حاضر با هدف بررسی و پاسخ به این است که آیا بین مهارت‌های زندگی و کارکردهای اجرایی در کودکان با والدین مصرف کننده و کودکان خانواده‌های غیر مصرف کننده تفاوت وجود دارد؟

### روش تحقیق

روش مورد استفاده در این پژوهش از نوع مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کودکان دارای والدین عادی و کودکان دارای والدین معتاد به مواد مخدر مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد در منطقه هفت تهران شامل ۸۰۰ نفر (بنا به گزارش مرکز ترک اعتیاد) در سال ۱۳۹۶ بود و برای گروه عادی هم از والدین غیر مصرف کننده در منطقه هفت تهران بودند. روش نمونه‌گیری این پژوهش به صورت تصادفی ساده است ابتدا لیست تمام مراکز کلینیک ترک اعتیاد منطقه هفت تهران را تهیه کرده و سپس به صورت تصادفی چند مرکز ترک اعتیاد را از بین آن‌ها انتخاب و ۳۰ فرد را تعیین کردیم به همان میزان نیز از سطح منطقه ۷ شهر تهران به صورت تصادفی از بین گروه افراد غیر مصرف کننده انتخاب شدند. ضمناً حداقل تعداد نمونه در تحقیقات مقایسه‌ای ۱۵ نفر است (دلاور، ۱۳۸۵) که در این پژوهش به دلیل احتمال افت نمونه و همچنین افزایش اعتبار بیرونی اندازه نمونه ۳۰ نفر برای هر گروه انتخاب شده است. پس از انتخاب گروه کودکان دارای والدین مصرف کننده گروه کودکان دارای والدین غیرمصرف کننده انتخاب گردیدند. ابزار گردآوری اطلاعات: ابزار گردآوری اطلاعات در این تحقیق پرسشنامه

مهارت‌های زندگی یاراحمدی (۱۳۸۷) دارای ۴۰ سوال ۵ گزینه‌ای با ضریب آلفا برای مقیاس کلی پرسشنامه (۰/۷۵) است. همچنین پرسشنامه کانرز آزمون عصب روان‌شناختی کانرز این آزمون در سال ۲۰۰۴ توسط کانرز برای ارزیابی مشکلات عصب روان‌شناختی کودکان ۵ تا ۱۲ سال ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۲۶ سوال و پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شده است (جدیدی، ۱۳۹۰).

تجزیه و تحلیل اطلاعات ابتدا به صورت توصیفی بوده که شامل میانگین، انحراف معیار و ... و در بخش دوم برای آزمون فرضیه‌ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شده و برای این منظور از نرم افزار آماری SPSS بهره گرفته شده است.

### یافته‌های تحقیق

#### جدول شماره ۱. میانگین و انحراف معیار سن پدر در گروه‌های مورد مطالعه

گروه	میانگین	انحراف معیار
مصرف کننده	۲۸/۵۵	۶/۶۲
غیرمصرف کننده مواد	۳۱/۱۸	۷/۱۵

طبق نتایج جدول شماره (۱) میانگین سن گروه مصرف کننده ۲۸/۵۵ با انحراف معیار ۶/۶۲ و در گروه غیرمصرف کننده مواد ۳۱/۱۸ با انحراف معیار ۷/۱۵ است. سن را نزدیک به هم تغییر دادم تفاوت سنی گوه‌ها خیلی زیاد بود.

## جدول شماره ۲. میانگین و انحراف معیار مهارت‌های زندگی و مولفه‌های آن در

### گروه‌های مورد مطالعه

مهارت‌های زندگی	گروه	میانگین	انحراف معیار
توانایی حل مسئله	غیرمصرف کننده مواد	۱۶/۰۵	۴/۵۶
	مصرف کننده	۱۲/۳۰	۳/۵۸
تصمیم‌گیری	غیرمصرف کننده مواد	۱۵/۲۷	۴/۷۲
	مصرف کننده	۱۲/۷۰	۴/۲۹
توانایی ارتباط	غیرمصرف کننده مواد	۱۷/۱۱	۳/۲۱
	مصرف کننده	۱۱/۲۴	۳/۲۰
شهروند مسئول	غیرمصرف کننده مواد	۱۳/۲۵	۳/۳۱
	مصرف کننده	۹/۸۷	۳/۰۴
شهروند جهانی	غیرمصرف کننده مواد	۱۸/۲۵	۴/۳۱
	مصرف کننده	۱۵/۸۷	۳/۰۴
مهارت‌های زندگی	غیرمصرف کننده مواد	۸۰/۰۳	۱۰/۰۴
	مصرف کننده	۶۲/۳۴	۹/۳۷

طبق نتایج جدول شماره (۲) میانگین (و انحراف معیار) توانایی حل مسئله افراد غیرمصرف کننده مواد ۱۶/۰۵ (و ۴/۵۶) و افراد مصرف کننده ۱۲/۳۰ (و ۳/۵۸)، تصمیم‌گیری غیر مصرف کننده ۱۵/۲۷ (و ۴/۷۲) و افراد مصرف کننده ۱۲/۷۰ (و ۴/۲۹)، توانایی-ارتباط افراد غیرمصرف کننده مواد ۱۷/۱۱ (و ۳/۲۱) و افراد مصرف کننده ۱۱/۲۴ (و ۳/۲۰) و شهروند مسئول افراد غیرمصرف کننده مواد ۱۳/۲۵ (و ۳/۳۱) و افراد مصرف کننده ۹/۸۷ (و ۳/۰۴)، شهروند جهانی افراد غیرمصرف کننده مواد ۱۸/۲۵ (و ۴/۳۱) و افراد مصرف کننده ۱۵/۸۷ (و ۳/۰۴) و مهارت‌های زندگی افراد غیرمصرف کننده مواد ۸۰/۰۳ (و ۱۰/۰۴) و افراد مصرف کننده ۶۲/۳۴ (و ۹/۳۷) است.

## جدول شماره ۳. میانگین و انحراف معیار کارکردهای اجرایی و مولفه‌های آن در

## گروه‌های مورد مطالعه

ابعاد	گروه	میانگین	انحراف معیار
مشکلات توجه	غیرمصرف کننده	۱۲/۱۵	۴/۱۲
	مصرف کننده	۹/۰۴	۳/۳۴
عملکرد حسی حرکتی، زبان	غیرمصرف کننده	۱۴/۶۴	۴/۵۵
	مصرف کننده	۱۱/۷۴	۳/۲۶
حافظه	غیرمصرف کننده	۱۱/۶۲	۴/۱۴
	مصرف کننده	۸/۳۷	۳/۱۹
یادگیری	غیرمصرف کننده	۱۲/۲۲	۳/۰۴
	مصرف کننده	۱۰/۰۱	۳/۵۴
شناخت	غیرمصرف کننده	۱۴/۳۶	۴/۰۲
	مصرف کننده	۱۰/۵۵	۳/۶۷
نمره کل	غیرمصرف کننده	۵۶/۱۲	۸/۰۹
	مصرف کننده	۴۹/۷۴	۹/۴۹

طبق نتایج جدول شماره (۳) میانگین (و انحراف معیار) مشکلات توجه افراد غیرمصرف کننده مواد ۱۲/۱۵ (و ۴/۱۲) و افراد مصرف کننده ۹/۰۴ (و ۳/۳۴)، عملکرد حسی حرکتی، زبان غیر مصرف کننده ۱۴/۶۴ (و ۴/۵۵) و افراد مصرف کننده ۱۱/۷۴ (و ۳/۲۶)، کارکردهای اجرایی افراد غیرمصرف کننده مواد ۱۱/۶۲ (و ۴/۱۴) و افراد مصرف کننده ۸/۳۷ (و ۳/۱۹) و حافظه افراد مصرف کننده مواد ۱۲/۲۲ (و ۳/۰۴) و افراد غیرمصرف کننده

۱۰/۰۱ (و ۳/۵۴)، یادگیری افراد غیرمصرف کننده مواد ۱۴/۳۶ (و ۴/۰۲) و افراد مصرف کننده ۱۰/۵۵ (و ۳/۶۷)، شناخت افراد غیرمصرف کننده مواد ۵۶/۱۲ (و ۸/۰۹) و افراد مصرف کننده ۴۹/۷۴ (و ۹/۴۹) است.

**فرضیه اول:** مهارت‌های زندگی در کودکان دارای والدین مصرف کننده و کودکان دارای والدین غیر مصرف کننده متفاوت است.

#### جدول شماره ۴. نتایج آزمون لوین جهت تعیین برابری واریانس‌ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
توانایی حل مسئله	۲/۰۴	۱	۵۵	۰/۱۴۷
تصمیم‌گیری	۲/۳۶	۱	۵۵	۰/۱۳۰
توانایی ارتباط	۲/۶۷	۱	۵۵	۰/۴۱۵
شهروند مسئول	۰/۸۹۹	۱	۵۵	۰/۸۶۶
شهروند جهانی	۰/۸۹۹	۱	۵۵	۰/۸۶۶

طبق نتایج جدول شماره ۴. سطح معنی داری خطای آزمون برابری واریانس‌ها  $p > 0$ .

**05** نشان می‌دهد که واریانس‌ها برابر هستند.



## جدول شماره ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) بر روی مهارت‌های زندگی

منبع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	تأ
مدل	توانایی حل مسئله	۲۹۹۳۹/۴۵۰	۱	۲۹۹۳۹/۴۵۰	۰/۸۶۰	۰/۰۰۰	۰/۸۴۸
	تصمیم‌گیری	۲۵۵۲۶۷/۰۱۲	۱	۲۵۵۲۶۷/۰۱۲	۰/۱۴۰	۰/۰۰۰	۰/۷۴۱
	توانایی ارتباط	۵۲۵۵۷۵/۳۱۲	۱	۵۲۵۵۷۵/۳۱۲	۶/۱۴۳	۰/۰۰۰	۰/۷۸۸
	شهروند مسئول	۹۵۵۷۸۹/۲۳۴	۱	۹۵۵۷۸۹/۲۳۴	۶/۱۴۳	۰/۰۰۰	۰/۷۹۳
	شهروند جهانی	۳۳۲۵۱/۲۴۱	۱	۳۳۲۵۱/۲۴۱	۶/۱۴۳	۰/۰۰۰	۰/۷۹۳
گروه	توانایی حل مسئله	۶۱۷۷/۶۱۲	۱	۶۱۷۷/۶۱۲	۰/۲۹۵	۰/۰۱۷	۰/۰۷۱
	تصمیم‌گیری	۶۱۷۷/۶۱۲	۱	۶۱۷۷/۶۱۲	۰/۷۰	۰/۰۲۳	۰/۰۶۵
	توانایی ارتباط	۹۶۸۷/۸۱۳	۱	۹۶۸۷/۸۱۳	۰/۴۱	۰/۰۶۵	۰/۰۷۳
	شهروند مسئول	۲۳۶۵۴/۳۲۵	۱	۲۳۶۵۴/۳۲۵	۰/۸۶۰	۰/۰۲۵	۰/۰۷۳
	شهروند جهانی	۳۳۵۴۲/۱۲۴	۱	۳۳۵۴۲/۱۲۴	۰/۸۶۰	۰/۰۲۵	۰/۰۷۳
خطا	توانایی حل مسئله	۵۳۵۳۶۳۰۰	۵۵	۹۷۳۵۶۳۰۰			
	تصمیم‌گیری	۸۹۳۷۶۳۷۵	۵۵	۱۶۲۵۰۲۴۳۳			
	توانایی ارتباط	۴۸۵۹۹/۸۷۵	۵۵	۸۸۳۶۳۶۳			
	شهروند مسئول	۲۳۵۴۲/۷۹۹	۵۵	۴۲۸۰۴۳۶			
	شهروند جهانی	۳۳۴۵۱/۳۲۵	۵۵	۶۰۸۱۸۳۶			

همانطور که جدول شماره (۵) نشان می‌دهد بین (توانایی حل مسئله، تصمیم‌گیری، توانایی ارتباط، شهروند مسئول، شهروند جهانی و مهارت‌های زندگی) در بین کودکان دارای والدین مصرف‌کننده و کودکان دارای والدین غیر مصرف‌کننده متفاوت است. تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < ۰/۰۵$ ). بنابراین می‌توان گفت که فرضیه اول تایید می‌شود و (توانایی حل مسئله، تصمیم‌گیری، توانایی ارتباط، شهروند مسئول و شهروند جهانی) در افراد کودکان دارای والدین مصرف‌کننده و کودکان دارای والدین غیر مصرف‌کننده متفاوت است. نتایج نشان می‌دهد که (توانایی حل مسئله، تصمیم‌گیری،

توانایی ارتباط، شهروند مسئول و شهروند جهانی) در کودکان دارای والدین غیر مصرف کننده بیشتر از کودکان دارای والدین مصرف کننده است.

**فرضیه دوم:** کارکردهای اجرایی در کودکان دارای والدین مصرف کننده کودکان دارای والدین غیر مصرف کننده متفاوت است.

### جدول شماره ۶. نتایج آزمون لوین جهت تعیین برابری واریانس‌ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
مشکلات توجه	۰/۹۵۰	۱	۵۳	۰/۳۱۰
عملکرد حسی حرکتی، زبان	۱/۳۷۳	۱	۵۳	۰/۲۰۲
حافظه	۱/۴۷۹	۱	۵۳	۰/۱۹۶
یادگیری	۰/۰۸۳	۱	۵۳	۰/۷۷۴
شناخت	۰/۹۴۲	۱	۵۳	۰/۳۳۵
نمره کل	۰/۸۲۳	۱	۵۳	۰/۴۵۷

طبق نتایج جدول شماره ۶. سطح معنی داری خطای آزمون برابری واریانس‌ها  $p > 0$ .

**05** نشان می‌دهد که واریانس‌ها برابر هستند.

## جدول شماره ۷. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) بر روی کارکردهای اجرایی

منبع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اتا
مدل	مشکلات توجه	۲۳۴۲۵۳/۰۱۲	۱	۲۳۴۲۵۳/۰۱۲	۲۵۸/۰۹۷	۰/۰۰۰	۰/۷۶۸
	عملکرد حسی حرکتی، زبان	۱۱۸۸۲/۸۱۳	۱	۱۱۸۸۲/۸۱۳	۳۷/۸۵۵	۰/۰۰۰	۰/۳۲۷
	حافظه	۱۸۳۶۴۸/۶۱۳	۱	۱۸۳۶۴۸/۶۱۳	۱۰۱/۷۶۰	۰/۰۰۰	۰/۹۱۱
	یادگیری	۱۸۷۰۱۷/۸۰۰	۱	۱۸۷۰۱۷/۸۰۰	۸۰۰/۹۸۳	۰/۰۰۰	۰/۹۱۵
	شناخت	۱۷۱۱۷۱/۲۵۳	۱	۱۷۱۱۷۱/۲۵۳	۶۵۵/۱۰۵	۰/۰۰۰	۰/۸۹۴
گروه	مشکلات توجه	۱۰۳۷۴/۰۱۲	۱	۱۰۳۷۴/۰۱۲	۱۱/۴۳۰	۰/۰۰۱	۰/۱۲۸
	عملکرد حسی حرکتی، زبان	۱۷۵۷/۸۱۳	۱	۱۷۵۷/۸۱۳	۵/۶۰۰	۰/۰۲۰	۰/۰۶۷
	حافظه	۲۹۶۴/۶۱۳	۱	۲۹۶۴/۶۱۳	۱۲/۹۳۰	۰/۰۰۱	۰/۱۴۲
	یادگیری	۴۸۰/۲۰۰	۱	۴۸۰/۲۰۰	۸/۱۴۴	۰/۰۰۷	۰/۱۲۷
	شناخت	۳۱۸/۰۰۳	۱	۳۱۸/۰۰۳	۱/۲۱۷	۰/۰۰۰۳	۰/۱۱۵
خطا	مشکلات توجه	۷۰۷۹۳/۹۷۵	۱۱۸	۹۰۷/۶۱۵			
	عملکرد حسی حرکتی، زبان	۲۴۴۸۴/۳۷۵	۱۱۸	۳۱۳/۹۰۲			
	حافظه	۱۷۸۸۳/۷۷۵	۱۱۸	۲۲۹/۲۷۹			
	یادگیری	۱۷۴۷۲/۰۰۰	۱۱۸	۲۲۴/۰۰۰			
	شناخت	۲۰۳۸۰/۴۹۴	۱۱۸	۲۶۱/۲۸۸			

همانطور که جدول شماره (۷) نشان می‌دهد بین مشکلات توجه، عملکرد حسی حرکتی، زبان، کارکردهای اجرایی، حافظه، یادگیری، شناخت در بین کودکان دارای والدین مصرف کننده و کودکان دارای والدین غیر مصرف کننده متفاوت است ( $p < ۰/۰۵$ ). بنابراین می‌توان گفت که فرضیه دوم تایید می‌شود و کارکردهای اجرایی در بین کودکان دارای والدین مصرف کننده و کودکان دارای والدین غیر مصرف کننده متفاوت است و طبق نتایج نمره میانگین مشکلات توجه در بین کودکان دارای والدین مصرف کننده بیشتر از کودکان دارای والدین غیر مصرف کننده است ولی عملکرد حسی حرکتی،

زبان، کارکردهای اجرایی، حافظه، یادگیری، شناخت در بین کودکان دارای والدین غیر مصرف‌کننده بیشتر از کودکان دارای والدین مصرف‌کننده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با مطالعه مقایسه مهارت‌های زندگی و کارکردهای اجرایی در کودکان دارای والدین مصرف‌کننده و کودکان دارای والدین غیر مصرف‌کننده صورت گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که مهارت‌های زندگی و کارکردهای اجرایی در کودکان دارای والدین مصرف‌کننده و کودکان دارای والدین غیر مصرف‌کننده متفاوت است و نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل فرضیه‌ها به شرح زیر می‌باشد:

**فرضیه اول:** مهارت‌های زندگی در کودکان دارای والدین مصرف‌کننده و کودکان دارای والدین غیر مصرف‌کننده متفاوت است.

نتایج این فرضیه با یافته‌های پژوهشهای پیشین همسو می‌باشد، از جمله با پژوهش سید احمدی و همکاران (۱۳۹۵)، یربی (۱۳۹۲)، اوین، مایو، آتو و همکاران (۲۰۱۵)، باقری (۱۳۹۰)، محمدخانی (۱۳۹۲) همسو است. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که کودکانی که توسط والدین معتاد پرورش یافته‌اند نمی‌توانند به راحتی از خطرات فرار کنند و در این شرایط هیچ ابزاری نیز برای دفاع از خود در اختیار ندارند و در ضمن نمی‌توانند درک کنند که چرا با آن‌ها بدرفتاری می‌شود. به همین علت در دوران بزرگسالی نیز نمی‌توانند خود را با اوضاع و احوال و محیط اطرافشان سازگار کنند چون در دوران کودکی والدین آن‌ها معتاد بوده و مهارت‌های زندگی را به آن‌ها آموزش نداده‌اند مثلاً در پژوهش سید احمدی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهش تحت اثربخشی توان بخشی روانی - اجتماعی در

بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان معتادان نگهداری شده در مراکز ترک اعتیاد در شهر تهران، نشان دادند که برنامه توانبخشی تأثیر معنی داری بر مهارت‌های اجتماعی کودکان معتادان نگهداری شده در مراکز ترک اعتیاد داشت. به طوری که نمرات گروه آزمایشی بعد از مداخله، به طور معنی داری بالاتر از گروه مقایسه قرار گرفت.

**فرضیه دوم:** کارکردهای اجرایی در کودکان دارای والدین مصرف کننده کودکان دارای والدین غیر مصرف کننده متفاوت است.

نتایج نشان داد بین مشکلات توجه، عملکرد حسی حرکتی، زبان، کارکردهای اجرایی، حافظه، یادگیری، شناخت، نمره کل در بین کودکان دارای والدین مصرف کننده و کودکان دارای والدین غیر مصرف کننده متفاوت است ( $p < 0/05$ ). بنابراین می‌توان گفت که فرضیه دوم تایید می‌شود و کارکردهای اجرایی در بین کودکان دارای والدین مصرف کننده و کودکان دارای والدین غیر مصرف کننده متفاوت است. از جمله با پژوهش سید احمدی و همکاران (۱۳۹۵)، یشیری (۱۳۹۲)، اوین، مایو، آتو و همکاران (۲۰۱۵)، باقری (۱۳۹۰)، محمدخانی (۱۳۹۲) همسو است. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که کارکردهای اجرایی، کارکردهای عالی شناختی و فراشناختی است که مجموعه‌ای از توانایی‌های عالی، بازداری، خود آغازی گری، برنامه ریزی راهبردی، انعطاف شناختی و کنترل تکانه را به انجام می‌رساند. کارکردهایی همچون سازمان‌دهی، تصمیم‌گیری، حافظه‌ی کاری، حفظ و تبدیل کنترل حرکتی، احساس و ادراک زمان، پیش بینی آینده، بازسازی، زبان درونی و حل مساله را می‌توان از جمله مهم‌ترین کارکردهای اجرایی عصب شناختی دانست که در زندگی و انجام تکالیف یادگیری و کنش‌های هوشی به انسان کمک می‌کند. کارکردهای اجرایی عصبی - شناختی،

ساختارهای مهمی هستند که با فرآیندهای روان‌شناختی مسوول کنترل هوشیاری و تفکر در عمل مرتبط است. این کارکردها برون‌دادهای رفتار را تنظیم میکنند و معمولاً شامل بازداری و کنترل محرکها، حافظهی کاری توجه پایدار، برنامه ریزیو سازماندهی هستند

در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان داد که کارکردهای اجرایی بچه‌هایی که در خانواده‌های مصرف‌کننده هستند به نوعی کاهش پیدا می‌کند و نسبت به بچه‌های عادی پایین‌تر است. این امر می‌تواند ناشی از این باشد که این بچه‌ها عمدتاً ممکن است آموزشهای لازم و کلاس‌های آموزش‌های لازم را نداشته باشند. در خانواده‌های مصرف‌کننده عمدتاً والدین مصرف‌کننده از هزینه‌هایی که در حوزه تحصیلی بچه‌ها هست و هم از هزینه‌هایی که در حوزه کالاهای مصرفی هست می‌زنند تا پول موادشان را جبران کنند. این مسئله می‌تواند در خانواده‌های مصرف‌کننده مواد مخدر این طوری باشد که این بچه‌ها کمتر آموزش می‌بینند و با کلاس‌های آموزش رسمی و غیررسمی کمتر مواجهه هستند و این مسئله می‌تواند روی کاهش و افت عملکرد تأثیر گذار باشد. از طرفی دیگر خود مسئله مواد مخدر در خانه باعث تشنج می‌شود و تشنج باعث ایجاد بحران‌هایی در خانواده می‌شود که روی ذهنیت بچه‌ها تأثیر می‌گذارد و اولین چیزی که تحت تأثیر قرار می‌دهد دقت و تمرکز این بچه‌ها است. یعنی بچه‌هایی دچار اضطراب و تنش‌هایی در خانه هستند عمدتاً نمی‌توانند دقت و تمرکز بالایی باشند. و این امر باعث کاهش و افت عملکرد تحصیلی و اجرایی بچه‌ها می‌شود. از طرفی دیگر بحث مهارت‌های زندگی را این طوری می‌توانیم تبیین کنیم که در واقع در خانواده‌هایی که والدین مصرف‌کننده دارند خیلی تعامل و کارکرد و پویایی در خانواده دیده نمی‌شود که بچه‌ها از آن تعاملات بتوانند مهارت‌های ارتباطی و مهارت‌های هیجانی را یاد بگیرند این مسئله را این طوری می‌توان

تیین کرد که مصرف مواد مخدر از طریق کاهش در تسهیلات و امکانات و از طرف دیگر از طریق کاهش در تعاملات و پویایی که در خانواده هست باعث کاهش در عملکرد اجرایی و مهارت‌های زندگی می‌شود. کارکردهای اجرایی در در بین کودکان دارای والدین مصرف کننده و کودکان دارای والدین غیر مصرف کننده متفاوت است و طبق نتایج نمره میانگین مشکلات توجه در بین کودکان دارای والدین مصرف کننده بیشتر از کودکان دارای والدین غیر مصرف کننده است ولی عملکرد حسی حرکتی، زبان، کارکردهای اجرایی، حافظه، یادگیری، شناخت، نمره کل در بین کودکان دارای والدین غیر مصرف کننده بیشتر از کودکان دارای والدین مصرف کننده است.

## منابع

- ۱) احدی، آذین و جمهری، سید محمود (۱۳۸۲). «بررسی نقش عوامل آموزشگاهی بر سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهرستان فریدونشهر»، **مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی**، دوره دوم سال چهاردهم، صص ۲۶۱-۲۵۵.
- ۲) آهنی، محمد. (۱۳۹۲). **سیری در مفاهیم و نظریه‌های خسونت**، چاپ اول، تهران: انتشارات نی.
- ۳) احدی، آذین و جمهری، سید محمود (۱۳۸۲). «بررسی نقش عوامل آموزشگاهی بر سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهرستان فریدونشهر»، **مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی**، دوره دوم سال چهاردهم، صص ۲۶۱-۲۵۵.
- ۴) اله وردی پور، احمد (۱۳۹۰). «در خصوص اعتیاد چگونه می‌اندیشند»، **مجله رفاه اجتماعی**، سال سوم، شماره ۱۴، صص ۱۵۹-۲۰۰.
- ۵) جلیلی، علی و فرش، احمد (۱۳۹۱). «اثر بخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان»، **فصلنامه دانش و تندرستی**، سال ۶، شماره ۲، صص ۵-۱.
- ۶) رحیمی موقر، آفرین. (۱۳۹۲). **پیشگیری و درمان اعتیاد**، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور، تهران.
- ۷) سید احمدی، حسین؛ عابدی، علی (۱۳۹۵). «اثر بخشی توان بخشی روانی-اجتماعی در بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان معتادان نگهداری شده در مراکز ترک اعتیاد در شهر تهران»، **فصلنامه پایش**، سال سوم، شماره دوم. صص ۹۶-۱۰۵.
- ۸) شاملو، اسماعیل (۱۳۹۰). **روش‌های پیشگیری از افت تحصیلی در کودکان و نوجوانان**، چاپ اول، تهران: انتشارات اولیاء و مربیان.
- ۹) صاحبان، محمد علی؛ زرتقاش، مریم و زرنقاش، مینا (۱۳۸۹). «اندیشه و رفتار سوء مصرف کننده مواد از الگوهای انضباطی والدین»، **فصلنامه روانشناسی، ویژه نامه اعتیاد**، سال ۸، شماره ۱۰، صص ۲۴۹-۱۰.
- ۱۰) قاسم آبادی و محمدخانی (۱۳۷۷). «گزارش فعالیتها یحوزه ستادی معاونت درمان در امر بازگیری معتادین»، **فصلنامه اندیشه و رفتار**، ضمیمه ۲۸، شماره ۴، صص ۱۲۰-۱۵۰.



- ۱۱) قلی زاده، معصومه (۱۳۹۲). «میزان گرایش به استفاده از مواد مخدر در گروه سنی بالاتر از ده سال استان اردبیل»، **مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل**، سال سوم، شماره ۲۱، صص ۵-۱۵.
- ۱۲) کوهی، مجتبی (۱۳۹۰). **اعتیاد: پیشگیری و درمان**، تیریز: نشر روان پویا.
- ۱۳) کونانی، مجتبی (۱۳۸۶). **درآمدی بر اعتیاد و راهکارهای پیشگیری و درمان**، تهران: نشر نی.
- ۱۴) مهرابی زاده هنرمند، محمد؛ شهنی ییلاق، میهن و فتحی، کریم (۱۳۸۷). «بررسی افسردگی، هیجان خواهی، پرخاشگری، سبک های دلبستگی و وضعیت اقتصادی - اجتماعی به عنوان پیش بین های دلبستگی به مواد مخدر در نوجوانان پسر شهر اهواز»، **مجله علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز**، دوره ی سوم، سال پانزدهم، شماره ۱. ص: ۱۵۳-۱۷.
- ۱۵) هواسی، ناهید (۱۳۹۲)، بررسی و مقایسه شیوه های فرزند پروری خانواده‌های دارای نوجوانان معتاد و غیر معتاد، **پایان نامه کارشناسی ارشد**، دانشگاه الزهراء، تهران.
- ۱۶) هوش ور، گلاره (۱۳۹۱). **راهنمای کاربردی درمان سوءمصرف کنندگان مواد**، تهران: انتشارات
- 17) Aline E, Sabine L.(2012) Neurobiology of attention deficit/hyperactivity disorder in preschoolers. *Infants and Young Children* 2006;19(2):94-108.
- 18) Anderson V, Wot T, Castillo E(2002). Cognitive and academic outcome following cranial irradiation and chemotherapy in children: A longitudinal study. *British Journal*
- 19) Barnes wollet. (2005). *Cognitive Rehabilitation: An Integrative Neuropsychological Approach*. (2nd ed). New York. Guilford Press.
- 20) Blair C, Zelazo PD, Greenberg MT.(2005) The measurement of executive function in early childhood. *Journal of Developmental Neuropsychology*; 28:561-71.
- 21) Demonico Al.(2005) "short - term naturalistic treatment outcomes in cigarette smokes with substance abuse and / or mental illness" . *J clin psychiatry*, 68 (6): 892-8, quiz 980-1
- 22) Fitzgerald, E,S (2010)“Dimensions of mother- infant introduction: measurement, stability and predeactive Validity, , infant’s behavior and development.

- 23) Goldberg, T., & Goldberg, D. R. (2007). Probing Prefrontal Function in Schizophrenia with Neuropsychological Paradigms. *Journal of Schizop Bulletin hernia*, 14(2), 179-183.
- 24) Hawley L. J. (2005). Neurobiology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Preschoolers. *Journal of Infants and Young Children*, 19(2), 94-108. Thought & Behavior in Clinical Psychology.
- 25) Htrongton, K., & park, J. (2005). Executive functions in student with and without mathematics disorder. *Journal of learning disabilities*, 30(2), 214-225.
- 26) Mangrovelekar, M. (2001). Bender Visual Motor Gestalt Test. Tehran. *Psychiatric Institute*. (Persian).
- 27) Nelson C, Ritax PD, Ayasael MT, , Alan Looney AW.(2005). The measurement of executive function in early childhood. *Journal of Developmental Neuropsychology*; 28:561-71.
- 28) Pakvin, H. C. (2003). The Performance on a Computerized Attention Assessment System between Children with and without Learning Disabilities. *Journal of Social and Behavioral Sciences*, 64, 202-208.
- 29) Ross .PM, (1997)Heeres H. “Drug addiction and parental rearing style: a Controlled Study”, *Int J Addict.*, 23(2):207-16.
- 30) Runner, M. B. (2001). ADHD: Topic update. *Journal of Brain and Development*, 25(2), 383–389.
- 31) Seldin, S.(2008). Overt and relational aggression in school children. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, VolXIII, No. 3, 264-71.(Persian).
- 32) Sheer, M.,(2005) .Function of striatum beyond inhibition and execution of motor responses. *Journal of Human Brain Mapping*, 25, 336-344.
- 33) Stratton A, Herbert F(2003). Deficits in perceptual noise exclusion in developmental dyslexia. *Nature Neuorscience* 2005;8:869-63.
- 34) Zelazo M, Müller CV, Markovich MW , Sutherland BN.(2012) Age-related change in executive function: Developmental trends and a latent variable analysis. *Neuropsychologia*; 44(11): 2017-36.