

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

١٣٧١ هـ

کتابخانه

دانشکده ادبیات و علوم انسانی

گروه روانشناسی

پایان نامه کارشناسی ارشد

در رشته روانشناسی عمومی

عنوان

بررسی تاثیر آموزش گروهی شیوه های صحیح مدیریت رفتار بر میزان

اضطراب، افسردگی و رضایت زناشویی مادران کودکان مبتلا به اختلال

بیش فعالی-کمبود توجه

از:

ماندانا عبدالکریمی

استاد راهنما:

دکتر سید ولی اله موسوی

استادان مشاور:

دکتر مریم کوشا

دکتر مهناز خسرو جاوید

۱۳۸۸/۷/۲

دی ۱۳۸۸



۱۴۱۷۳۲

تقدیم به

اساتید گرانقدرم که در فراگیری دانش و هنر بکار بستن آن مرا یاری
فرموده اند.

پدر و مادر عزیزم و برادر مهربانم که با حمایت های خود راه را بر من
هموار ساختند.

تشکر و قدردانی

- با سپاس فراوان از جناب آقای دکتر موسوی استاد راهنمای فرهیخته‌ام که در طول انجام این کار با راهنمایی‌های ارزنده خود مرا یاری دادند.
- استاد مشاور ارزشمندم، سرکار خانم دکتر مریم کوشا که مراحل آموزش و به کارگیری رفتار درمانی و از همه مهمتر شجاعت قدم نهادن در این راه دشوار را به من آموختند.
- استاد مشاور ارجمند سرکار خانم دکتر مهناز خسرو جاوید که با پیشنهادات به جا راه را بر من هموار می نمودند .
- جناب آقای ستوده و خانم پسندیده که در مراحل آماری مرا صمیمانه یاری داده‌اند.
- کلیه مادرانی که در این پژوهش شرکت نمودند و گامی در جهت سلامت روانی خانواده و جامعه برداشتند.
- همچنین از همراهی دوست عزیزم زهرا اطمینان نیز کمال تشکر را دارم.
- تشکر ویژه از خانواده‌ام که همیشه مشوقم در زمینه تحصیل بوده‌اند.

ز	چکیده فارسی
س	چکیده انگلیسی
۱	فصل اول: کلیات طرح پژوهش
۲	مقدمه
۳	۱-۱ بیان مسئله
۷	۲-۱ ضرورت و اهمیت موضوع پژوهش
۹	۳-۱ اهداف پژوهش
۱۰	۴-۱ فرضیه‌های پژوهش
۱۰	۱-۴-۱ فرضیه‌های اصلی
۱۱	۲-۴-۱ فرضیه‌های فرعی
۱۱	۵-۱ متغیرهای پژوهش و تعاریف نظری و عملیاتی آن‌ها
۱۱	۱-۵-۱ متغیر مستقل پژوهش
۱۲	۲-۵-۱ متغیرهای وابسته پژوهش
۱۴	فصل دوم: ادبیات پژوهش
۱۵	مقدمه
۱۵	۱-۲ اختلال‌های رفتاری در کودکان
۱۷	۱-۱-۲ مشکلات درون سو
۱۷	۲-۱-۲ مشکلات برون سو
۱۸	۲-۲ تعریف و طبقه‌بندی اختلال بیش‌فعالی _ کمبود توجه
۲۰	۳-۲ همه‌گیر شناسی
۲۰	۱-۳-۲ شیوع اختلال بیش‌فعالی _ کمبود توجه
۲۱	۴-۲ ویژگی‌های کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی _ کمبود توجه
۲۱	۱-۴-۲ نارسایی در توجه
۲۲	۲-۴-۲ مشکلات تحصیلی
۲۲	۳-۴-۲ کارکردهای اجرایی
۲۳	۴-۴-۲ مشکلات اجتماعی
۲۸	۵-۲ سبب شناسی
۲۸	۱-۵-۲ وراثت
۲۸	۲-۵-۲ عوامل مربوط به رشد
۲۹	۳-۵-۲ آسیب مغزی
۲۹	۴-۵-۲ عوامل عصبی فیزیولوژیک
۲۹	۵-۵-۲ متغیرهای محیطی

۳۰	۲-۵-۶ رژیم غذایی
۳۰	۲-۵-۷ عوامل روانی _ اجتماعی
۳۲	۲-۶-۶ ارزیابی اختلال بیش فعالی _ کمبود توجه
۳۲	۲-۶-۱ مصاحبه
۳۳	۲-۶-۲ مقیاس های درجه بندی
۳۴	۲-۷ تشخیص افتراقی اختلال بیش فعالی _ کمبود توجه
۳۵	۲-۸ سیر و پیش آگهی اختلال بیش فعالی _ کمبود توجه
۳۶	۲-۹ درمان اختلال بیش فعالی _ کمبود توجه
۳۷	۲-۹-۱ دارو درمانی
۳۸	۲-۹-۲ رفتار درمانی
۳۸	۲-۹-۲-۱_ ضرورت آموزش والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی _ کمبود توجه
۴۰	۲-۹-۲-۲ آموزش مدیریت رفتار به والدین
۴۱	۲-۹-۲-۳ فواید آموزش مدیریت رفتار به والدین
۴۲	۲-۹-۲-۴ شیوه اجرایی برنامه آموزش مدیریت رفتار به والدین
۴۳	۲-۱۰ مروری بر مطالعات انجام شده داخلی و خارجی
۴۹	فصل سوم: فرآیند روش شناختی پژوهش
۵۰	مقدمه
۵۰	۳-۱ طرح پژوهش
۵۰	۳-۲ جامعه آماری ، گروه نمونه و روش نمونه گیری
۵۰	۳-۲-۱ جامعه آماری پژوهش
۵۰	۳-۲-۲ نمونه آماری
۵۰	۳-۲-۳ روش نمونه گیری
۵۱	۳-۳ ابزارهای اندازه گیری
۵۱	۳-۳-۱ پرسشنامه رضایتمندی زناشویی انریچ
۵۴	۳-۳-۲ پرسشنامه افسردگی بک
۵۵	۳-۳-۳ پرسشنامه اضطراب کتل
۵۵	۳-۴ روش اجرای پژوهش
۵۷	۳-۵ روشهای آماری تحلیل داده ها
۵۸	فصل چهارم: نتایج پژوهش
۵۹	۴-۱ نتایج توصیفی
۶۴	۴-۲ تحلیل داده ها در چهار چوب فرضیه ها
۷۲	فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۷۳	۵-۱ بررسی فرضیه ها و یافته های پژوهش
۷۷	۵-۲ بحث و نتیجه گیری

۷۹

۷۹

۸۱

۹۰

۳-۵ محدودیت‌های پژوهش

۴-۵ پیشنهادات پژوهش

منابع فارسی و انگلیسی

پیوست‌ها

فهرست جداول

شماره جدول	عنوان جدول	صفحه
۱-۲	مشکلات رایج رفتاری و عاطفی کودکان	۱۶
۲-۲	سوالات پیشنهادی بارکلی برای مصاحبه با مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی _ کمبود توجه	۳۳
۳-۲	عوامل مقیاس درجه بندی والدین از اختلال بیش فعالی _ کمبود توجه کودکان (کانرز، ۱۹۹۸)	۳۴
۱-۴	فراوانی آزمودنی‌های گروه نمونه بر حسب دامنه سنی	۵۹
۲-۴	شاخص‌های توصیفی مربوط به "سن مادران" در آزمودنی‌ها، به تفکیک گروه آزمایش و کنترل	۶۰
۳-۴	شاخص‌های توصیفی مربوط به "سن فرزندان" در آزمودنی‌ها، به تفکیک گروه آزمایش و کنترل	۶۱
۴-۴	اطلاعات توصیفی میزان تحصیلات "گروه نمونه" در آزمودنی‌ها، به تفکیک گروه آزمایش و کنترل	۶۲
۵-۴	اطلاعات توصیفی میزان سطح درآمد "گروه نمونه" در آزمودنی‌ها، به تفکیک گروه آزمایش و کنترل	۶۲
۶-۴	اطلاعات توصیفی وضعیت اشتغال "گروه نمونه" در آزمودنی‌ها، به تفکیک گروه آزمایش و کنترل	۶۳
۷-۴	توزیع فراوانی "تعداد فرزندان" در آزمودنی‌ها، به تفکیک گروه آزمایش و کنترل	۶۳
۸-۴	توزیع فراوانی "ترتیب تولد کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی _ کمبود توجه" در آزمودنی‌ها، به تفکیک گروه آزمایش و کنترل	۶۴
۹-۴	نمرات خام آزمون افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل	۶۵
۱۰-۴	بررسی نتایج آزمون تحلیل واریانس در مورد میزان نمرات افسردگی آزمودنی‌ها گروه کنترل و آزمایش	۶۵
۱۱-۴	نمرات خام اضطراب در دو گروه آزمایش و کنترل	۶۷
۱۲-۴	بررسی نتایج آزمون تحلیل واریانس در مورد میزان نمرات اضطراب آزمودنی‌ها گروه کنترل و آزمایش	۶۷
۱۳-۴	نمرات خام رضایت زناشویی در دو گروه آزمایش و کنترل	۶۹
۱۴-۴	بررسی نتایج آزمون تحلیل واریانس در مورد میزان نمرات رضایت زناشویی آزمودنی‌ها گروه کنترل و آزمایش	۶۹
۱۵-۴	ضریب همبستگی بین میزان رضایت زناشویی و افسردگی آزمودنی‌ها	۷۱
۱۶-۴	ضریب همبستگی بین میزان رضایت زناشویی و اضطراب آزمودنی‌ها	۷۱

فهرست نمودارها

شماره نمودار	عنوان نمودار	صفحه
۱-۴	نمایش تغییرات میانگین‌های نمرات افسردگی پیش آزمون و پس آزمون دو گروه	۶۶
۱-۴	نمایش تغییرات میانگین‌های نمرات اضطراب پیش آزمون و پس آزمون دو گروه	۶۸
۱-۴	نمایش تغییرات میانگین‌های نمرات رضایت زناشویی پیش آزمون و پس آزمون دو گروه	۷۰

عنوان: بررسی تأثیر آموزش گروهی شیوه های صحیح مدیریت رفتار بر میزان افسردگی، اضطراب و رضایت زناشویی مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی _ کمبود توجه
نام دانشجو: ماندانا عبدالکریمی

مقدمه: پژوهش حاضر یک مطالعه تجربی است که به منظور بررسی تأثیر آموزش شیوه های صحیح مدیریت رفتار بر میزان افسردگی، اضطراب و رضایت زناشویی مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی _ کمبود توجه در شهرستان رشت (۱۳۸۸) انجام گرفته است.

روش کار: در این پژوهش ۲۰ نفر از مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی _ کمبود توجه در دو گروه آزمایشی و کنترل (هر گروه ۱۰ نفر) در مرکز تخصصی مشاوره ی کودکان و نوجوانان گیل شهرستان رشت مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزارهای به کار گرفته شده در این پژوهش (آزمون افسردگی بک، مقیاس اضطراب کتل و پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ) قبل و بعد از اعمال متغیر آزمایشی در میان آنها اجرا گردید.

نتایج: نتایج اجرای آزمون تحلیل واریانس (آزمون اندازه گیری های مکرر) نشان داد که آموزش شیوه های صحیح مدیریت رفتار منجر به کاهش معنی دار ($p \leq 0/01$) میزان افسردگی ($\alpha = 0/008$) و اضطراب ($F = 7/83$ ، $\alpha = 0/000$) و افزایش معنی دار ($F = 17/90$ و $\alpha = 0/000$) میزان رضایت زناشویی ($F = 6/65$ و $\alpha = 0/014$) در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی _ کمبود توجه شده است.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به نتایج این پژوهش طی بکارگیری آموزش شیوه های صحیح مدیریت رفتار، می توان جهت کاهش افسردگی، اضطراب و افزایش رضایت زناشویی مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی _ کمبود توجه اقدام مؤثری انجام داد و بدین ترتیب در جهت ارتقاء سلامت روان این گروه از جامعه گامی مؤثر برداشت.

کلید واژه ها: مادران، اختلال بیش فعالی _ کمبود توجه، آموزش شیوه های صحیح مدیریت رفتار، افسردگی، اضطراب، رضایت زناشویی

Abstract

Title: The efficacy of the Parent Management Training on depression, anxiety and marital satisfaction ADHD children's mothers.

Author: Mandana Abdolkarimi

Introduction: This study examined the efficacy of the Parent Management Training on depression, anxiety and marital satisfaction ADHD children's mothers. The marital satisfaction, depression and anxiety were examined as the main variables.

Materials and Methods: In this clinical trial study, Twenty mothers (10 in each experimental and control group) who had at least one child with clinically diagnosed ADHD and aged between 6 to 12 years old were recruited from the consecutive referrals to the child and adolescent psychiatric clinic of Gil and baby clinic, Rasht, Iran . The mothers in two groups were matched in some demographic variables. Mothers in both groups completed three scales: Beck depression inventory, Cattle anxiety scale and marital satisfaction questionnaire (Enrich) to assess their depression, anxiety and the degree of marital satisfaction as a pre test and post test assessment.

Subjects in experimental group participated in nine subsequent Parent Management Training workshop sessions. The discrepancies of pre and post intervention were compared between two groups by SPSS software using repeated measure ANOVA statistical method.

Results: Intervention group had significant improvement on measures of depression ($\alpha = 0/008$ $F= 7/83$), ($p \leq 0/01$) ,anxiety($\alpha = 0/000$ $F= 17/90$), ($p \leq 0/01$) and marital satisfaction ($\alpha = 0/014$ $F= 6/65$), ($p \leq 0/05$) in Beck depression inventory, Cattle anxiety scale and marital satisfaction questionnaire (Enrich) in comparison with the control group .

Conclusion: According to the findings of this study, implication of Parent Management Training is recommended to reduce depression and anxiety as well as improving marital satisfaction of mothers of ADHD children.

Keywords: mothers, ADHD, Parent Management Training, depression, anxiety, marital satisfaction.

فصل اول

کلیات طرح پژوهش

مقدمه

در بحث سلامت روان، رابطه‌ی مادر و کودک از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، زیرا این ارتباط چنان نزدیک و درهم تنیده است که هر گونه تغییر در یکی، بر دیگری نیز اثر می‌گذارد. بر این اساس اختلال‌های روان‌شناختی مادر بر رابطه‌ی او با فرزندش اثر می‌گذارد و تغییر رفتار کودک، مادر را متأثر می‌نماید. همچنین خصوصیت‌های کودک با ویژگی‌ها و نحوه‌ی فرزندپروری والدین، در تعامل متقابل است. وجود فرزند مبتلا به اختلال بیش‌فعالی^۱ _ کمبود توجه^۱ در خانواده (با توجه به مشکلات رفتاری خاص این کودکان) برای مادران که بیشتر از سایر افراد با کودک سر و کار دارند، منبع استرس است و بر سلامت روانی و سازگاری آن‌ها نیز تأثیر می‌گذارد. فیشر^۲ (۱۹۹۰) در پژوهشی ادعا کرد که در تعامل‌های والد_کودک، تأثیر منفی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی _ کمبود توجه بر والدین بیشتر است تا تأثیر والدین بر آن‌ها. چرا که اختلال بیش‌فعالی _ کمبود توجه اغلب همراه با پرخاشگری، قانون شکنی، نافرمانی، تضاد ورزی است و می‌تواند منعکس‌کننده‌ی شکست والدین در به کارگیری یک سبک فرزندپروری مناسب به منظور مهار رفتار فرزندان شان باشد. در نتیجه والدگری^۳ برای هر دو والد تنیدگی^۴ زا است اما مادران بیش از پدران این تنیدگی را تجربه می‌کنند. در کشور ما، مادران نقش مراقبت‌گری در مقابل نیازهای جسمانی، عاطفی و اجتماعی کودکان را به دوش می‌کشند و پدران کمتر با کودکان درگیر می‌شوند. مادران ساعت‌های بیشتری را با فرزند خود سپری می‌کنند، در حالی که پدران مدت بیشتری را در خارج از خانه به سر می‌برند. این توجه و نظارت خود می‌تواند یک منبع تنیدگی در والدین به ویژه مادران محسوب شود (دادستان، احمدی ازفندی و حسن آبادی، ۱۳۸۵).

1 . attention _ deficit hyperactivity disorder(ADHD)

2 . Fischer

3 .parental

4 .stressful

۱-۱ بیان مسئله

اختلال بیش فعالی - کمبود توجه یکی از اختلال های روان شناختی و روان پزشکی است که در دوره کودکی ظاهر می شود. این اختلال شایع ترین اختلال عصبی - رفتاری دوره کودکی شناخته شده است (شیویتز^۱ ۱۹۹۲؛ نقل از تیتز^۲ ۱۹۹۸ و والریش^۳، ۲۰۰۳)، و حدود ۵۰ درصد از مراجعین به درمانگاه های روان پزشکی اطفال را تشکیل می دهد (فرمند، ۱۳۸۵). بر این اساس در تاریخچه روان شناسی بالینی هیچ اختلالی به اندازه اختلال بیش فعالی-کمبود توجه بحث انگیز نبوده است (آناستوپولوس^۴، ۱۹۹۹، ملیچ^۵، بالنتین و لینام^۶، ۲۰۰۱؛ نقل از فاريس^۷، ۲۰۰۳).

به لحاظ ماهیت پیچیده اختلال بیش فعالی-کمبود توجه و بروز نشانه های متنوع در این اختلال، تا کنون تعریف جامع و کاملی از این اختلال ارائه نشده اما در بیشتر تعاریف مطرح شده، سه نشانه اصلی اختلال یعنی نقص توجه و تمرکز، پرتحرکی^۸ و تکانشگری مورد تاکید قرار گرفته (دادستان، ۱۳۷۸) و در چهارمین متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۹ (DSM_IV) نیز این سه نشانه اصلی مد نظر قرار گرفته اند (انجمن روان پزشکی آمریکا^{۱۰}، ۲۰۰۰). بنابراین این اختلال سه الگوی بالینی دارد؛ در نوع اول، کودک علائم مربوط به پرتحرکی و تکانشی بودن را نشان می دهد، نوع دوم مربوط به کمبود توجه و تمرکز است و در نوع سوم (که شایع ترین آن است) ترکیبی از علائم پرتحرکی، عملکرد تکانه ای و کمبود تمرکز و توجه وجود دارد (کاپلان، ۱۹۹۸؛ نقل از میر نسب، ۱۳۸۶).

کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - کمبود توجه، بچه هایی پرحرف، لجباز و خودسر هستند، با والدین همراه نیستند و از آنها اطاعت نمی کنند، از دیگران توقع کمک دارند و نمی توانند به گونه ای مستقل به بازی و فعالیت بپردازند (مش و جانستون^{۱۱}، ۲۰۰۱). اکثر این کودکان از لحاظ عاطفی نیز بی ثبات هستند. به

1. Shaywitz
2. Teeter
3. Wolraich
4. Anastoupolos
5. Milich
6. Balentine & Lynam
7. Pharies
8. hyperactivity
9. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
10. American Psychiatric Association
11. Mash & Johnston

این معنی که به طور ناگهانی خلق شان تغییر می کند و والدین اظهار می دارند کودکشان چگونه به سرعت از خوب به بد و مجدداً به خوب تغییر خلق می دهند (فرید من و دوپال^۱، ۱۳۸۱). بنابراین کودکانی که مبتلا به اختلال بیش فعالی-کمبود توجه هستند، علاوه بر داشتن مشکلات رفتاری، بسیار حساس هستند و به آسانی بر آشفتگی می شوند. در بسیاری از خانواده ها این مسئله باعث ایجاد سطحی از تنش می شود، زیرا اعضای خانواده همواره گوش به زنگ هستند. چون کودک در هر لحظه ممکن است یک انفجار عاطفی نشان دهد (فرید من و دوپال، ۱۳۸۱). در نتیجه نه تنها این اختلال بر فرد، بلکه بر نظام یکپارچه و گسترده تر خانواده نیز تأثیر می گذارد. هرچند سبب شناسی^۲ این اختلال بر پایه ی عوامل زیستی - عصبی قرار گرفته است، ولی باید گفت که این بیماری در خلاء به وجود نمی آید و سیستم خانواده باید برای حفظ ثبات و تعادل، خود را با فرد دارای نشانه های بیماری تطبیق دهد (ملک خسروی، ۱۳۸۲). به طور کلی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی-کمبود توجه تأثیر ویرانگری روی خانواده هایشان دارند. علاوه بر مشکل بودن پرورش کودکی که پر جنب و جوش است و نیاز به نظارت زیادتری دارد، کودکان مبتلا به این اختلال، رفتارهایی را نشان می دهند که باعث مختل شدن زندگی والدین آنها می شود (عطار قصبه و صابر چیرانی، ۱۳۸۶).

نظر به این که معمولاً مادران مسئولیت مراقبت روزانه کودکان را (به ویژه زمانی که کودکان کم سن و سال تر هستند) بر عهده دارند، در صورت بروز مشکل برای این کودکان، مادران آن ها ناکامی و ناراحتی بیشتری را احساس می کنند. در سال های آغازین (یعنی پیش از این که کودکان کم سن و سال مبتلا به اختلال بیش فعالی-کمبود توجه به خوبی تشخیص داده شوند) این ناکامی اغلب منجر به تعارض و تضاد بین زن و شوهر ها می شود، در عین حال بسیاری از پدرها به خاطر این که تحمل شان در برابر رفتارهای پرخاشگرانه بیشتر است و رفتار کودک را به صورت مداوم نمی بینند، فکر می کنند که فعالیت فرزندشان عادی و بهنجار است. سایر اعضای خانواده نیز اظهار می دارند که تنها دلیل مشکل بودن کنترل کودک، شکست یا بی کفایتی مادر است. در این شرایط مادر با سه مشکل مواجه می شود (فرید من و دوپال، ۱۳۸۱):

۱. وجود واقعیتی به نام کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی - کمبود توجه
۲. ناکامی و خشم مادر به خاطر ناتوانی دیگران (به ویژه شوهر) در درک و فهم وی و کمک به او
۳. احساس شکست و تردید نسبت به شایستگی خود به عنوان یک مادر

1 . Fridman & Doyal

2 . etiology

او ممکن است راجع به عقل سلیم خود دچار شکست و تردید شود و اعتمادش را نسبت به قضاوت خود از دست بدهد و احساس گناه نتیجه طبیعی چنین فرآیندی است.

این ترکیب از احساسات و نگرش های نامطلوب، در اغلب موارد باعث ایجاد مشکلات زناشویی نیز می شود. مثلاً زن به طور روز افزون احساس می کند توسط دیگران درک نمی شود و در مسئولیت فرزندش غوطه ور می گردد. شوهر نیز از دست همسرش عصبانی می شود، زیرا به نظر او خودش بهتر از زنش می تواند کودک را کنترل نماید و چون پدر معمولاً سخت گیرتر است و صدای کلفت تری دارد و نیز تماس کمی با کودک دارد، لذا کودک از دستورات پدر خیلی سرپیچی نشان نمی دهد، بلکه پیوسته پاسخگوی وی خواهد بود (فرید من و دوپال، ۱۳۸۱). اما وقتی که پدر زمان طولانی تری را با کودکش می گذراند، به تدریج نافرمانی زیادی آشکار می شود. با افزایش فشار در زندگی زناشویی و عدم رضایت پدر از نحوه رفتار زن و فرزندان، اکثر پدرها تمایل به عقب نشینی پیدا می کنند. برخی از پدرها برای دیر آمدن شب ها به خانه دلایلی پیدا می کنند. در مواردی که پدرها نمی توانند این کار را انجام دهند، ممکن است به طور زیرکانه ای گوشه گیری کنند و وقت کمتری را با همسر و فرزندان خود صرف نمایند. پدری که تلویزیون تماشا می کند، کتاب مطالعه می کند یا خود را درگیر یک برنامه کاری سنگین می کند و به هیچ وجه اجازه ملاقات نمی دهد، مثالی از این حالت است. نتیجه چنین اعمالی باعث عمیق تر شدن فاصله بین زن و شوهرها، ضعیف تر شدن رابطه فرزند و پدر و سر انجام، منجر به این احساس در والدین می شود که آن ها با دشمن مرموزی که نمی توانند آن را به طور کامل درک کنند و بشناسند، در حال جنگ هستند (فرید من و دوپال، ۱۳۸۱).

مش و جانستون (۲۰۰۱) در مرور خود به این نتیجه رسیدند که وجود اختلال بیش فعالی - کمبود توجه در کودکان با درجات مختلفی از اختلالات در خانواده و ناهماهنگی زناشویی ارتباط دارد. پژوهش ها نشان داده اند که جدایی و طلاق یک عامل خطر ساز در اختلال بیش فعالی - کمبود توجه (به ویژه برای پسران) در نظر گرفته می شود (راترو گیلر^۱، ۱۹۹۸). هر چند جهت این تأثیرات مشخص نیست. برخی بر این باورند که اختلال های رفتاری کودکان باعث نارسا کنش وری^۲ و اختلال های زناشویی در والدین می شود. پژوهشگران دیگر (مش و جانستون، ۱۹۹۰؛ مش و جانستون، ۲۰۰۱؛ مش، جانستون و بارکلی^۳، ۲۰۰۳) نیز با توجه به این که میزان اغتشاش در این تعامل ها می تواند حاصل تأثیر سرکشی، نافرمانی، عدم اطاعت و رفتار

1. Rutter & Giller

2. dysfunction

3. Barkley

هیجانی کودک بر والدین بیش از تأثیر رفتار والدین بر کودک باشد، بر این نکته صحنه گذاشته‌اند. در داخل کشور نیز پژوهش‌ها حاکی از تأثیر منفی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه بر کنش وری عمومی خانواده و تعارض‌های زناشویی والدین است. این والدین از داشتن چنین فرزندی احساس نگرانی می‌کنند و عدم تشخیص به موقع اختلال، این بحران و آشفتگی را در زندگی آن‌ها گسترش می‌دهد. در این خانواده‌ها فقدان قواعد خانوادگی، فقدان همسان‌سازی‌های مؤثر، وضعیت روانی آشفته و ناتوانی در درک رفتار و احساس‌های کودکان دیده می‌شود (دهگانپور، ۱۳۸۱). یافته‌های ملک خسروی (۱۳۸۲) نیز همسو با مطالعات خارجی نشان می‌دهد که وجود اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه در کودکان با کاهش کارایی در کارکرد خانواده و کاهش رضایت زناشویی والدین آنها ارتباط دارد. برخی دیگر نیز معتقدند که اختلال‌های کودکان، ناشی از اختلاف‌های زناشویی و یا سلامت روانی پایین والدین است (گلدستین، گلدستین^۱، ۱۹۹۸).

چنان چه می‌دانیم خانواده شبکه‌ای از ارتباطات است که در آن والدین و کودکان در فرآیندی دو سویه با یکدیگر تعامل دارند. در این مجموعه طرفین قادرند تأثیرات زیادی بر یکدیگر بگذارند. بنا به یافته‌های مارگریت^۲ و بن‌آرزیس^۳ (۱۹۸۶)، خانواده‌های کودکان بیش‌فعال با ویژگی‌هایی چون میزان ارتباطات کمتر، به هم پیوستگی خانوادگی ضعیف‌تر و آزادی محدودتر در اظهار نظرها توصیف شده‌اند. این والدین نسبت به والدین گروه بدون مشکل، در فعالیت‌های اجتماعی کمتری شرکت می‌کنند. به نظر محققین این مسئله می‌تواند به خاطر نشانه‌های افسردگی در والدین کودکان بیش‌فعال باشد. البته این امر می‌تواند به علت درگیری‌های فراوان والدین و نداشتن وقت کافی برای شرکت در فعالیت‌های مذکور نیز باشد. این نکته محرز است که والدین این کودکان باید تمام وقت خود را صرف توجه و تنظیم امور روزمره کودک کنند و فرصتی برای پرداختن به مسائل شخصی و زناشویی ندارند. تنیدگی ناشی از برآورده نشدن خواسته‌های آن‌ها توسط کودکان نیز منجر به مشاجره‌های لفظی و تعارض‌های زناشویی می‌شود و به بنیان خانواده آسیب می‌رساند (نقل از بارکلی، ۱۹۹۷؛ مورفی^۴ و بارکلی، ۱۹۹۶). این یافته‌ها حاکی از آن است که وجود کودکان مبتلا به اختلال

1. Goldstein, S. & Goldstein, M.

2. Margarit

3. Benarzis

4. Murphy

بیش فعالی _ کمبود توجه نظام خانواده را بر هم می‌زند و کنش‌وری صحیح و سلامت عمومی آن را تحت الشعاع قرار می‌دهد.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه (در مقایسه با گروه گواه) هر چه محیط خانوادگی فشار زا و تعارض آمیز باشد، وظایف و باورهای قدرت‌گرایانه‌ی والدین ضعیف‌تر است (مش و جانسون، ۲۰۰۱). در هر صورت تعامل میان اعضای خانواده تأثیر بسزایی در کاهش یا افزایش مشکلات موجود دارد. لذا در چنین محیطی صحبت از تأثیر یک سویه افراد (چه کودک و چه والدین) بر دیگری خطاست. یعنی نمی‌توان صرفاً از مشکلات کودک سخن راند در حالی که روشن است او در یک نظام تعاملی رشد می‌کند (ملک خسروی، ۱۳۸۲).

خانواده‌درمانگران به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه، بیشتر به عنوان یک مشکل خانوادگی در کودکان (نه یک بیماری) می‌نگرند. این نگرش باید برای اعضا خانواده هم فراهم شود تا بتوانند آسانتر با این بیماری و با یکدیگر کنار بیایند (ملک خسروی، ۱۳۸۲).

با توجه به نتایج مطالعات انجام شده و درک این واقعیت که اختلال بیش‌فعالی _ کمبود توجه بر سلامت روان اعضای خانواده (به ویژه مادر) و کیفیت تعامل فی‌ما بین آسیب می‌رساند، در پژوهش حاضر بررسی تأثیر برنامه آموزش شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار مادران در کاهش اضطراب، افسردگی و افزایش رضایت زناشویی آنان مورد توجه قرار گرفته است.

۱-۲ ضرورت و اهمیت پژوهش

سلامت روانی والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی _ کمبود توجه همواره مورد توجه پژوهشگران بوده است. والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی _ کمبود توجه به دلیل این‌که با چالش‌های والدگری بیشتری روبرو هستند، استرسی فراتر از والدین کودکان سالم دارند. تحقیقات نشان می‌دهند که این والدین بیش از والدین کودکان سالم به اختلالات خلقی و اضطرابی، احساس عدم کفایت فرزندپروری و عدم رضایت از نقش والدینی خود، دچار می‌شوند (کازدین و ویتلی^۱، ۲۰۰۳؛ نقل از

رابینر^۱ (۲۰۰۲). همچنین پژوهش‌های گسترده‌تر در قلمرو کنش‌های خانواده نشان داده‌اند که در خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی_ کمبود توجه، تنیدگی والدینی، احساس بی‌کفایتی در والدگری، میزان مصرف الکل، محدودیت روابط، تعارض زناشویی، جدایی، طلاق، خشم، افسردگی و انزوا بیشتر است (مش و جانستون، ۲۰۰۱؛ مش، جانستون و بارکلی، ۲۰۰۳). همچنین نتایج پژوهش‌های دیگر (دهگانپور، ۱۳۸۱؛ ملک خسروی، ۱۳۸۲؛ رحیم زاده، پوراعتماد و سمیعی کرانی، ۱۳۸۷؛ آبیدین^۲، ۱۹۹۶؛ بارکلی و فیشر، ۱۹۹۰؛ جانستون و مش، ۲۰۰۱؛ مش و جانستون، ۲۰۰۳) نیز نشان داده‌اند که سلامت روانی والدین این کودکان به مراتب کمتر از والدین کودکان بهنجار است.

احساس افسردگی و عدم صلاحیت که مبین احساس بی‌لیاقتی و ناتوانی در انجام وظایف والدینی است بیشترین تأثیر را بر تنیدگی والدین دارد (استورا، ۱۳۷۷). اگر والدین احساس بی‌لیاقتی داشته باشند، ناتوان شده و دچار استرس شدید و اعتماد به نفس پایین می‌شوند و به تدریج به افسردگی و سایر مشکلات روحی مبتلا می‌شوند و این استرس شدید توانایی آن‌ها را برای تربیت مؤثر تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین، احساس خودکار آمدی ضعیف در والدین (اعتقاد به توانایی خود در حل مسائل) به سبک والدگری بی‌ثبات و غیر مقتدر منجر می‌گردد که بر اساس شواهد متعدد این عوامل به پیامدهای ضعیف در مورد کودکان می‌انجامد (کاستین^۳، لیچل^۴ و هیل اسمیت^۵، ۲۰۰۴). از سوی دیگر، عدم حمایت شوهر در تربیت کودک نیز به استرس مادر دامن می‌زند (استورا، ۱۳۷۷). بنا به مطالعه بارکلی و فیشر (۱۹۹۰) تعداد مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی_ کمبود توجه که طلاق گرفته یا در صدد جدایی هستند، سه برابر مادران عادی است، میزان تنیدگی والدینی نیز با سال‌های زندگی مشترک آن‌ها رابطه مستقیم دارد (آبیدین، ۱۹۹۶). با در نظر گرفتن شواهد فوق، اقدام‌های مداخله‌گرایانه حمایت اجتماعی و سایر برنامه‌های حمایتی جهت ارتقاء بهداشت روانی والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی_ کمبود توجه به ویژه مادران بیش از پیش ضرورت می‌یابد. در این راستا برنامه درمانی آموزش والدین به عنوان یکی از رایج‌ترین و مؤثرترین شیوه‌های درمانگری است که اثربخشی آن بر جنبه‌های مختلف رفتار کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی_ کمبود توجه و والدین‌شان توسط

1 Rabiner
2. Abidin
3. Costin
4. Lichle
5. Hill-Smith

پژوهشگران تأیید شده است (جنسن^۱، آرنولد^۲ و ریچترز^۳، ۱۹۹۹). نقطه شروع آموزش والدین، دست یافتن به بیش نسبت به مشکل کودک و خانواده و تأثیر آن بر عملکرد فردی و خانوادگی است (پرودنت^۴، جانستون^۵، کارول^۶، کالپیپر^۷، ۲۰۰۵). متخصصان توصیه می‌کنند که آموزش والدین و گروه‌های حمایتی اعضای خانواده از پذیرش اختلال آغاز می‌شود و سپس به آن‌ها در مورد چگونگی کمک به فرزندان شان در سازماندهی محیط اطراف، مهارت‌های حل مسئله و مقابله با ناکامی‌ها، آموزش داده می‌شود. همچنین به والدین آموخته می‌شود چگونه در مقابل رفتارهای پرتنش فرزندان شان واکنش نشان دهند (سلامت کودکان^۸، ۲۰۰۷). بر این اساس با توجه به موقعیت‌های فشارزایی که در نظام خانوادگی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی _ کمبود توجه حاکم است، آموزش والدین این کودکان ضرورت می‌یابد.

۳-۱ اهداف پژوهش

تا کنون تحقیقات انجام شده در داخل کشور بیشتر متمرکز بر تأثیر آموزش شیوه های صحیح مدیریت رفتار در کاهش مشکلات رفتاری کودکان بوده است و تعداد اندکی از مطالعات داخلی به طور مشخص نقش آموزش والدین را جهت ارتقای سلامت روان خانواده به ویژه مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی _ کمبود توجه بررسی کرده‌اند. از این رو با توجه به نقش مهم سلامت روان مادران در تربیت فرزندان و بهبود تعاملات خانواده، در این پژوهش محقق قصد دارد تأثیر آموزش شیوه های صحیح مدیریت رفتار را بر اضطراب و افسردگی و رضایت زناشویی مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی-کمبود توجه مورد ارزیابی قرار دهد.

با استناد به پژوهش های صورت گرفته که تصریح می کنند مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی _ کمبود توجه، اضطراب و تنش بیشتری را تجربه می کنند و درجات مختلفی از اختلالات و ناهماهنگی زناشویی در خانوادهی آن ها مشاهده می شود، به طور کلی هدف این پژوهش بررسی این مسئله است

1. Jensen
2. Arnold
3. Richters
4. Prudent
5. Johnston
6. Carroll
7. Culpepper
8. kids health