



دانشگاه آزاد اسلامی
واحد مرودشت
دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی
پایان‌نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد M.A.
گرایش روان‌شناسی تربیتی

عنوان:

اثربخشی آموزش مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان بیش‌فعال با

نقص توجه (ADHD)

استاد راهنما:

دکتر محمد خیر

استاد مشاور:

دکتر نادره سهرابی شکفتی

نگارش:

محبوبه تقوایی

تابستان ۱۳۹۱

چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان بیش‌فعال با نقص توجه با توجه به جنسیت آنان انجام شد. بدین منظور از بین کلیه کودکان مبتلا به بیش‌فعالی با نقص توجه که به چند مرکز مشاوره مراجعه کرده بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس ۶۰ نفر از مادران این کودکان انتخاب شدند و آنها به طور تصادفی در دو گروه ۳۰ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. از اعضای گروه آزمایش و کنترل بر اساس مقیاس رفتاری راتر فرم والدین و مقیاس علائم مرضی کودکان، پیش‌آزمون گرفته شد. سپس افراد گروه آزمایش در طی ۹ جلسه که در هفته ۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد، آموزش دیدند. پس از اتمام این دوره از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون گرفته شد. سپس داده‌های گردآوری شده با استفاده روش آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان دادند که آموزش به مادران با استفاده از مدل بارکلی موجب کاهش مشکلات رفتاری کودکان (اعم از دختران و پسران) بیش‌فعال با نقص توجه شده است و این مداخله می‌تواند به طور مستقل یا در کنار برنامه‌های مشاوره یا دارودرمانی سودمند واقع شود. نتایج با توجه به تحقیقات پیشین مورد بحث قرار گرفت و پیشنهادات کاربردی و پژوهشی ارائه گردید.

کلید واژه‌ها: اختلال بیش‌فعالی با نقص توجه - مشکلات رفتاری کودکان

تقدیم به:

مادرم

آن که فروغ نگاهش، گرمی کلامش و روشنی رویش سرمایه‌ی جاودانی من است. او که وجودم برایش
همه رنج بود و وجودش برایم همه مهر... .

و پدرم

که همواره ولدار مهربانی‌های اویم، چه اوست الگوی انسان بودن من و بنیانگذار کلخ سعادت زندگیم، او
که توانش رفت تا به توانایی برسم.

سیاسگزاری

اکنون که آخرین خطوط این پایان نامه را می نویسم، بیش از همه مدیون لطف آفریدگارم هستم که مرا توان داد، ناامیدیم را شکست و از آن امید ساخت، روزنه ها را برایم گشود و بر دیوارها برایم پنجره کشید، او که نه در این پایان نامه بلکه در تمام لحظات زندگیم بهترین نعمت ها را به من ارزانی داشت و با رهبری نشانه های او بود که راهی سخت و ناهموار را پیمودم. اما این نقطه پایان برایم تازه آغاز یک دنیاست، دنیایی که از پس آموزه هایم در این بخش به مدد انسان هایی وارسته گشوده شد، دنیایی زیبا و شگفت که وضوح و صافی آن را به یقین مرهون استادم جناب آقای دکتر محمد خیر هستم که شاگردیشان افتخاری است که همه ی عمر بر آن خواهم بالید و اکنون نه تنها به خاطر مساعدت و مشورتی که در این پایان نامه در حقم روا داشتند، بلکه به پاس همه ی آن لحظات بالندگی و شکوفایی که از پس کلاس های ایشان در خویش حس نمودم صمیمانه تشکراتم را تقدیمشان می کنم. از این که به من حسی از دانایی و شکوفایی را منتقل می کردند و فرصت آموختن در اختیارم می گذاشتند، ممنونم.

هم چنین مدیون و وام دار دقت، تعهد، مسئولیت پذیری و سعه ی صدر استاد گرامی ام سرکار خانم دکتر نادره سهرابی شکفتی که زحمت مشاوره ی این پایان نامه را بر عهده گرفتند، می باشم. وظیفه خود می دانم که از اساتید محترم داور جناب آقای دکتر جاویدی و سرکار خانم دکتر معین و سایر اساتیدی که با صبر و حوصله و تلاش بی دریغ، اینجانب را در فراگیری و پیشرفت این رساله و حرفه یاری نمودند، قدردانی می نمایم.

و در نهایت سرمایه های ارزنده زندگیم را مرهون خانواده ام هستم، خانواده ای که همیشه حمایت و پشتیبانی بی قید و شرطشان غنیمت ارزشمند زندگیم بوده است. سعه ی صدر و مهربانیشان را ارج می نهم و تشکر و سپاسم را تقدیمشان می دارم، خاصه پدر و مادرم، پدر و مادری که بودند تاج افتخاری است بر سرم و نامشان دلیلی است بر بودنم، چرا که این دو وجود پس از پروردگار مایه ی هستی ام بودند، دستم را گرفتند و راه رفتن در این وادی زندگی پر از فراز و نشیب را به من آموختند. باشد که خطاهایم را بر من ببخشند و دعای خیرشان را همچون همیشه بدرقه راهم کنند.

و در آخر از دوستانم تشکر می کنم، دوستانی که بال پروازم نه، بلکه شوق پریدنم بودند و شورشان تا همیشه در زندگیم جاریست ...

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	فصل اول: طرح پژوهش
۲	مقدمه
۴	بیان مسئله
۸	اهمیت و ضرورت پژوهش
۱۱	اهداف پژوهش
۱۱	تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها
	فصل دوم: ادبیات و پیشینه‌ی پژوهش
۱۵	الف: مبانی نظری
۱۵	اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه
۱۵	ملاک‌های تشخیصی اختلال بیش‌فعالی با نقص توجه
۱۸	خصوصیات عمومی اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه
۱۹	سیر و پیش‌آگهی
۲۲	شیوع
۲۲	سن اوج تشخیص
۲۳	مشکلات همراه با بیش‌فعالی و نقص توجه در کودکان
۲۴	سبب‌شناسی
۲۶	درمان کودکان مبتلا به بیش‌فعالی با نقص توجه
۲۷	اثرات بیش‌فعالی با نقص توجه بر والدین و خانواده‌ها
۲۷	رویکردهای نظری
۳۱	آموزش والدین
۳۲	آموزش والدین بر اساس مدل بارکلی
۳۳	پرخاصگری
۳۵	اضطراب
۳۶	افسردگی
۳۸	ناسازگاری اجتماعی
۳۹	رفتار ضد اجتماعی
۴۱	ب: پیشینه پژوهش
۴۷	ج: جمع‌بندی
۴۸	فرضیه‌های پژوهش

فصل سوم: روش‌شناسی پژوهش

۵۰	روش تحقیق.....
۵۰	جامعه آماری.....
۵۰	روش نمونه‌گیری.....
۵۱	ابزار جمع‌آوری داده‌ها و روایی و پایایی.....
۵۱	مقیاس علایم مرضی کودکان.....
۵۳	مقیاس رفتاری کودکان راتر فرم والدین.....
۵۴	مقیاس درجه‌بندی کانرز فرم والدین.....
۵۶	روش اجرای پژوهش.....
۵۹	روش تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها.....
۶۰	ملاحظات اخلاقی.....

فصل چهارم: یافته‌های پژوهش و تجزیه و تحلیل آنها

۶۲	فرضیه اول پژوهش.....
۶۶	فرضیه دوم پژوهش.....
۶۷	فرضیه سوم پژوهش.....

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۷۱	خلاصه تحقیق.....
۷۱	بحث و نتیجه‌گیری.....
۷۹	دستاورد های اصلی پژوهش.....
۷۹	محدودیت‌های پژوهش.....
۸۰	پیشنهاد های کاربردی.....
۸۱	پیشنهاد های پژوهشی.....
۸۲	منابع فارسی.....
۸۷	منابع لاتین.....
I	پیوست الف) مقیاس علایم مرضی کودکان.....
II	پیوست ب) مقیاس رفتاری کودکان راتر فرم والدین.....
V	پیوست ج) مقیاس درجه‌بندی کانرز فرم والدین.....

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول ۲-۱- ملاک‌های تشخیصی اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه.....	۱۶
جدول ۲-۲- خصوصیات رشدی اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه.....	۲۱
جدول ۲-۳- مشکلات همراه با بیش‌فعالی و نقص توجه در کودکان.....	۲۳
جدول ۳-۳- معرفی برنامه‌های آموزشی والدین (مادران).....	۵۶
جدول ۴-۱- میانگین و انحراف استاندارد دو گروه متغیر مشکلات رفتاری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون.....	۶۲
جدول ۴-۲- آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر آموزش به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان بیش‌فعال با نقص توجه.....	۶۳
جدول ۴-۳- میانگین و انحراف استاندارد دو گروه متغیر مشکلات رفتاری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون.....	۶۴
جدول ۴-۴- آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر آموزش به مادران بر کاهش ابعاد مشکلات رفتاری کودکان بیش‌فعال با نقص توجه.....	۶۵
جدول ۴-۵- میانگین و انحراف استاندارد دو گروه متغیر مشکلات رفتاری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون (در دختران).....	۶۶
جدول ۴-۶- آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر آموزش به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان دختر دارای بیش‌فعالی با نقص توجه.....	۶۷
جدول ۴-۷- میانگین و انحراف استاندارد دو گروه متغیر مشکلات رفتاری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون (در پسران).....	۶۸
جدول ۴-۸- آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر آموزش به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان پسر دارای بیش‌فعالی با نقص توجه.....	۶۸

فصل اول

طرح پژوهش

مقدمه

قرن جدید شاهد دگرگونی‌های عمیقی در نیازهای مربوط به بهداشت و سلامت مردم است. اگرچه گسترش امکانات جدید، امکان افزایش طول عمر مردم را فراهم کرده است، اما ابعاد وسیع مسایل موجود در جوامع، به ویژه در کشورهای در حال توسعه، مشکلات جدی و قابل تعمقی برای برنامه‌ریزان بهداشت و سلامت، فراهم نموده و لزوم شناخت وضعیت موجود را به الزامی غیر قابل چشم‌پوشی بدل کرده است. بر اساس گزارشی که موری و لوپز^۱ (۱۹۹۶) تهیه کردند و با استناد به گزارش سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۲۰، بیماری‌های روانی در زمره بیماری‌های اصلی و ناتوان‌کننده قرار خواهند گرفت (صابری، ۱۳۸۷).

بدیهی است مشکلات کودکان جهان به سرعت در حال افزایش و نیازمند توجه جدی است. بنابراین باید عواملی که باعث افزایش مشکلات کودکان می‌شود را بررسی کرد و به دنبال راه‌هایی بود تا خانواده و جامعه به این کودکان کمک کنند (سجادی، ۱۳۸۹).

مشکلات هیجانی- رفتاری به شرایطی اطلاق می‌شود که در آن پاسخ‌های هیجانی و رفتاری در مدرسه با هنجارهای فرهنگی، سنی و قومی تفاوت داشته باشد، به طوری که بر عملکرد تحصیلی فرد، مراقبت از خود، روابط اجتماعی، سازگاری فردی، رفتار در کلاس و سازگاری در محیط کار نیز تأثیر منفی بگذارد (شورای کودکان استثنایی، ۱۹۹۱).

کودکان با اختلال‌های رفتاری مشکلات گوناگونی دارند. این کودکان دارای فراخنای توجه کوتاهی هستند. عزت‌نفس^۲ پایینی دارند. در ارتباط با اعضای خانواده، اطرافیان و مردم مشکل دارند و به آسانی ناکام می‌شوند. تکانشگری^۳، بی‌قراری و بیش‌فعالی، پرخاشگری^۴، ناسازگاری‌های اجتماعی، رفتارهای ضد اجتماعی، افسردگی، عملکرد ضعیف، ادراک ضعیف از خودکارآمدی و شایستگی اجتماعی نیز از ویژگی‌های کودکان و نوجوانان دارای اختلال‌های رفتاری است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

هم‌چنین خودآزاری، دیگرآزاری، تخریب محیط، نافرمانی، حرکات و گفتار کلیشه‌ای و گوشه‌گیری از دیگر ویژگی‌های کودکان و نوجوانان دارای اختلال‌های رفتاری است (فارل^۵، ۲۰۰۶).

این قبیل الگوهای رفتاری در کودکان مبتلا به اختلال‌های رفتاری در خانه، مدرسه و در برخورد با همسالان دیده می‌شود. اگر این الگوها تداوم یابند، ممکن است منجر به مشکلات عمده‌ای در سازگاری شوند و از کیفیت زندگی بکاهند (شجاعی، هم‌تی علمدارلو، مرادی، دهشیری، ۱۳۸۷).

^۱ - Murrey & Lopez

^۲ - self-esteem

^۳ - impulsivity

^۴ - aggression

^۵ - Farrell

وضعیت اقتصادی - اجتماعی ضعیف، عدم شایستگی اجتماعی، سوءاستفاده از کودک، تعداد زیاد اعضای خانواده، مشکلات زناشویی از قبیل: جدایی، طلاق، اختلافات خانوادگی، ناسازگاری والدین و خشونت خانوادگی و مشکلات والدین از قبیل: مشکلات و بیماری‌های روانی، جسمانی و رفتارهای بزهکارانه از جمله عوامل خطر ساز ابتلای کودکان و نوجوانان به اختلال‌های رفتاری هستند (گونی^۱، بلک و بالدوین، ۱۹۹۸).

شایع‌ترین اختلال عصبی - رفتاری دوران کودکی، اختلال بیش‌فعالی با نقص توجه^۲ است که بیش از سایر اختلالات رفتاری دیگر تشخیص داده می‌شود. با وجود افزایش قابل توجه تحقیقات در مورد این اختلال در چند دهه گذشته و با وجود پیشرفت‌های رخ داده در زمینه سنجش، تشخیص و درمان کودکان و بزرگسالان دچار اختلال بیش‌فعالی با نقص توجه، هنوز در مورد این اختلال، اختلاف نظرهایی وجود دارد.

سنجش و درمان این اختلال در کودکان کار پیچیده و پرمخاطره‌ای است. اختلال بیش‌فعالی با نقص توجه اختلال ناهمگنی است که در بسیاری از موارد، در همان اوایل کودکی شروع می‌شود، بسیاری از کارکردهای کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد و گاهی اوقات تا نوجوانی و بزرگسالی ادامه می‌یابد (بارکلی^۳، ۱۹۹۸) به نقل از گوردون، ۲۰۰۳، ترجمه فیروزبخت، ۱۳۸۴).

تأثیر کودک مبتلا به بیش‌فعالی با نقص توجه بر روی خانواده‌ها نیز کاملاً بارز و مشخص است. بنابراین به دلایل تعداد و تنوع مشکلات این کودکان در حوزه‌های مختلف، رویکردهای درمانی متفاوتی ارائه شده‌اند که در میان آنها، آموزش خانواده، به دلیل ویژگی‌های منحصربه‌فرد خود بر سایر روش‌ها برتری دارد. در این نوع درمان، برنامه‌ی اصلاح رفتار کودک در محیط طبیعی منزل و توسط والدین که بیشترین تعامل را با او دارند، اجرا می‌گردد (زرگری‌نژاد، یکه یزدان دوست، ۱۳۸۵). به نظر هربرت (۱۹۸۷)، هدف آموزش والدین توجه دادن والدین به نقش آنها در اصلاح رفتار فرزندان‌شان است. در مقایسه با خدمات کلینیکی که روان‌شناس در موقعیت و زمان محدودی می‌تواند تأثیر درمانی ایجاد کند، چنانچه آموزش والدین منتقل شود، میزان تأثیر آن در اصلاح رفتار کودک به موقعیت خانوادگی تعمیم می‌یابد، زیرا در غیر این صورت، تضمینی برای اصلاح رفتار کودک نخواهد بود. بنابراین درگیر شدن والدین و به ویژه مادر در جریان درمان، یک ضرورت اجتناب‌ناپذیر است و باید تلاش شود اصلاح لازم در محیط زندگی طبیعی کودک به وجود آید، نه این که کودک از محیط طبیعی زندگی خانوادگی خود جدا شود (کلانتری، عابدی، ۱۳۷۷).

¹ - Gaoni & Black & Baldwin

² - attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)

³ - Barkley

به طور خلاصه مشکلات رفتاری همه جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی این کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین، عدم توجه کافی به مسایل بهداشت روان کودکان می‌تواند به شیوع بیشتر و مزمن شدن اختلال‌های آنها منجر شود. با توجه به اهمیت این مسایل، هرگونه تلاشی که در راستای شناسایی، تشخیص و پیشگیری و کنترل و درمان اختلال‌های رفتاری و روانی صورت گیرد و بهداشت روانی جامعه را ارتقا بخشد ارزشمند است.

بیان مسئله

کودکی دوره شکل‌گیری شخصیت و الگوهای رفتاری بزرگسالی و در عین حال دوره آسیب‌پذیری نسبت به مشکلات مختلف است. وجود مشکلات در دوران کودکی و نوجوانی در عین حال که به خودی خود مهم هستند، اغلب بروز مشکلات بعدی را نیز پیش‌بینی می‌کنند (سارسون، سارسون، ۲۰۰۵، ترجمه نجاریان، دهقانی، داوودی، ۱۳۹۰).

اختلال‌های رفتاری کودکان، اختلال‌های شایع و ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای معلمان، خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری را ایجاد می‌کنند و با بسیاری از معضلات اجتماعی همراهند. محققان دریافته‌اند که اختلال‌های رفتاری نخستین بار در سال‌های آغازین دوره ابتدایی مشاهده می‌شوند (یوسفی، ۱۳۷۶).

اغلب کودکان و نوجوانان با اختلالات رفتاری، احساسات منفی دارند و با دیگران بد رفتار می‌کنند. در بیشتر موارد، معلم‌ها و همکلاسی‌ها، آنان را طرد می‌کنند و در نتیجه فرصت‌های آموزشی آنها کاهش می‌یابد (براون و پرسلی^۱، ۲۰۰۷). از سوی دیگر انزوای اجتماعی این کودکان، موجبات پرخاشگری هر چه بیشتر آنان را فراهم می‌آورد. کودکان و نوجوانان با اختلالات رفتاری، معمولاً محبوبیت ندارند. مجموعه این عوامل، این کودکان را در معرض خطر بروز رفتارهای ضد اجتماعی، قرار می‌دهند (کافمن^۲، ۲۰۰۱). همه مشکلات هیجانی و رفتاری با یکدیگر رابطه دارند و به ندرت می‌توان کودک یا نوجوانی را یافت که فقط یک مشکل رفتاری داشته باشد (تنگرسلی^۳، لندروم، ۱۹۹۷). با وجود مشکلات بسیاری که این افراد با آن مواجه‌اند، بیشتر آنها تا سال‌ها پس از ورود به مدرسه، شناسایی نمی‌شوند و تحت آموزش ویژه قرار نمی‌گیرند، مگر این که اختلال رفتاری و مشکلات تحصیلی آنان شدید شود (دانکن^۴، فورنس، و هارت سو، ۱۹۹۵ به نقل از غباری بناب، پرنده، حسین خانزاده، فیروزجاه، موللی، نعمتی، ۱۳۸۸).

شایع‌ترین مشکلاتی که در افراد با اختلالات رفتاری مشاهده می‌شود مسائلی نظیر: بیش‌فعالی و عدم توجه، پرخاشگری و رفتارهای ایدایی، اضطراب و افسردگی و ... است.

¹ - Brown & Percy

² - Kauffman

³ - Tankersley & Landrum

⁴ - Duncan, Forness & Hartsough

اختلال بیش‌فعالی با نقص توجه، شایع‌ترین اختلال رفتاری دوران کودکی است و هنوز هم یکی از بالاترین درصد موارد ارجاعی به درمانگاه‌های مشاوره کودک است (کراتوچویل، موریس^۱، ۱۹۹۹، ترجمه نائینیان و همکاران، ۱۳۸۴). کودکان مبتلا به این اختلال، علاوه بر مشکلات اصلی توجه، تکانشگری و بیش‌فعالی، به مشکلات وابسته‌ی قابل توجهی در حوزه‌های مختلف اجتماعی، تحصیلی، رفتاری، شناختی و هیجانی دچار می‌شوند. این مشکلات همراه با هم می‌توانند تأثیر زیادی بر عملکرد روانی- اجتماعی والدین و فرزندان بگذارند (زرگری‌نژاد، یکه یزدان دوست، ۱۳۸۶).

در حال حاضر مداخله‌هایی که بیشترین تأثیرات را روی کودکان بیش‌فعال با نقص توجه داشته‌اند عبارتند از: دارو درمانی، مشاوره و آموزش خانواده در زمینه کنترل کودک و تکنیک‌های اصلاح رفتار کودک در کلاس درس (کواتوچویل، موریس، ۱۹۹۹، ترجمه نائینیان و همکاران، ۱۳۸۴).

تحقیقات نشان می‌دهند که روابط خانوادگی به طور کل و روابط بین والدین و فرزندان به طور خاص تأثیر عمیقی بر سلامت روانی، فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی کودک دارد (کازدین، ویت‌لی^۲، ۲۰۰۳). هم‌چنین تحقیقات انجام شده در قلمرو روابط متقابل والدین و کودکان نشان می‌دهند که رفتار این کودکان بر والدینشان اثر می‌کند و رفتار والدین نیز به نوبه خود بر کودک مؤثر است. تأثیر متقابلی که اغلب جنبه ناهوشیار دارد (پاترسن، ۱۹۷۵ به نقل از رضازاده تیتکانلو، ۱۳۸۹).

مطالعات انجام شده در ارزیابی مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به بیش‌فعالی با نقص توجه نشان‌دهنده آن بود که صرف‌نظر از شدت اختلال نافرمانی مقابله‌جویی^۳ در کودکان مبتلا به بیش‌فعالی با نقص توجه، والدین این کودکان در مقایسه با گروه کنترل، بیشتر از راهکارهای فرزندپروری منفی استفاده می‌کنند (جانستون، ۱۹۹۶؛ دالی، تامپسون، سونگا- بارک، ۲۰۱۰؛ یوسفیا، سلطانی‌فر، عبداللهیان، ۲۰۱۱) و اکثریت آنها روابط منفی والد- کودک را گزارش می‌کنند (هاروی، دن‌فورد، ابرهارت و مک‌کی، یولازیک، فریدمن، ۲۰۰۳؛ سالزادا، ایبرگ، ریچ، کیوریدو، ۲۰۰۴؛ بورگو، میندی، گاتو، ریچر، چیکیرا، بارکر، ۲۰۰۸). بنابراین تشخیص و درمان مشکلات رفتاری کودکان از جنبه‌های مختلف دارای اهمیت است.

ضمن این‌که میزان شیوع بالای اختلال بیش‌فعالی با نقص توجه و روند شدت یافتن آن در طول زمان، فشار و هزینه زیادی که بر خانواده‌ها و خود کودک وارد می‌کند، بررسی شیوه‌های مختلف و مؤثر بر کاهش علایم این اختلال ضرورت دارد.

¹ - Kratochwill , Morris

² - Kazdin , Whitley

³ - oppositional defiant disorder (ODD)

در دو دهه گذشته، افسردگی^۱ دوران کودکی از توجه فزاینده‌ای برخوردار بوده است. برآوردها چنین است که ۱/۴ تا ۲/۵ درصد کودکان از لحاظ کلینیکی افسرده هستند (مک‌کالی، مایرز، میچل، کالدرون، ثلورث، تردر، ۱۹۹۳ به نقل از گورمنت^۲، ۲۰۰۱).

کودکان مبتلا به افسردگی بسیار زودرنج، بی‌تفاوت و پریشان حواسند و کودکان پیش دبستانی افسرده هم تا حدودی به خاطر این‌که از مهارت‌های کلامی کافی برای انتقال و بیان احساسات خود برخوردار نیستند، شاید به نظر بیش‌فعال، پرخاشگر و یا لجباز به نظر بیایند (ایلوارد، ۱۹۸۵؛ رینولدز، ۱۹۹۰؛ به نقل از گورمنت، ۲۰۰۱). افسردگی می‌تواند تأثیر زیادی بر کارکرد اجتماعی و تحصیلی کودک داشته باشد. بنابراین افسردگی دوران کودکی را باید جدی گرفت (گورمنت، ۲۰۰۱، ترجمه جباری، ۱۳۸۳).

از جمله مشکلات رفتاری دیگر اضطراب^۳ در کودکان است. کودکان مبتلا به اضطراب اغلب از ناراحتی‌های بدنی مثل سردرد، معده‌درد و یا خستگی شکایت می‌کنند. اضطرابی که کودک تجربه می‌کند شاید مربوط به مدرسه باشد، یا خیلی کلی باشد. مثل کودکی که در مورد همه چیز نگران است، یا شاید سرمنشأ خاصی مثل مشکلات یادگیری یا اضطراب جدایی داشته باشد. اختلال اضطراب جدایی در کودکان سنین مدارس ابتدایی بسیار شایع است (گورمنت، ۲۰۰۱).

شواهد موجود نشان می‌دهند که ابتلا به نوعی اختلال اضطرابی یا افسردگی در دوران کودکی، احتمال ابتلا به مشکلات مشابه در دوران بزرگسالی را افزایش می‌دهد (کواکس و دولین، ۱۹۹۸، به نقل از ساراسون، ساراسون، ۲۰۰۵، ترجمه نجاریان، دهقانی، داودی، ۱۳۹۰). بی‌تردید شیوع پرخاشگری در میان کودکان و نوجوانان، موجب نگرانی بسیاری از خانواده‌ها، اولیا و مربیان و مسئولان کشور است. گسترش روزافزون این ناهنجاری رفتاری در شکل‌های گوناگون بر زندگی فردی و اجتماعی انسان‌ها تأثیرات منفی گذاشته و آرامش و احساس ایمنی را مورد تهدید قرار می‌دهد (رئیس، ۱۳۸۲ به نقل از رضایی، چراغی، ۱۳۹۰).

پرخاشگری زود هنگام هم گویای مطالبی در مورد آینده است. پژوهش‌ها بیانگر آن است که واکنش‌های عصبی زود هنگام در کودکان بین ۶-۴ سالگی پیش‌بینی کننده‌ی کارکرد اجتماعی بعدی است (یزنبرگ و دیگران، ۱۹۹۹؛ به نقل از گورمنت، ۲۰۰۱، ترجمه جباری، ۱۳۸۳).

رفتار ضد اجتماعی^۴، الگویی است که معمولاً در کودکی شروع شده و غالباً در تمام عمر دوام می‌یابد. این رفتار یا غیرقانونی یا غیراخلاقی یا هر دو بوده و به هر حال تخطی از سیستم قانونی جامعه است. از جمله رفتارهای ضد اجتماعی، دزدی، فرار از خانه و مدرسه، دروغ‌گویی و تخریب اموال دیگران است. از آن‌جا که رفتارهای ضد اجتماعی از دوران کودکی شروع می‌شود

^۱ - depression

^۲ - Gorman

^۳ - anxiety

^۴ - antisocial behavioral

لذا باید به پیشگیری بزهکاری تمرکز شود. بنابراین هر وسیله‌ای که بهداشت جسمی و روانی کودکان محروم از نظر اجتماعی - اقتصادی و خانواده آنان را بهبود بخشد، احتمالاً می‌تواند از میزان بزهکاری و خیانت بکاهد (رضایی، سیف نراقی، ۱۳۸۵).

هم‌چنین کودکانی که رفتارهای ناسازگاری اجتماعی را مانند جر و بحث‌های خارج از عرف معمول، کینه‌توز بودن، به کار بردن کلمات زشت و ناسازگاری با همکلاسان در رابطه با دیگران از خود بروز می‌دهند، آنها اغلب دارای مهارت‌های ضعیفی هستند و یک سری رفتارهای تکانش‌وری (بی‌اختیاری رفتاری)، رابطه ضعیف با همکلاسی‌ها و عملکرد ضعیف در مدرسه را نشان می‌دهند. این کودکان از لحاظ اجتماعی در تعاملاتشان با بزرگسالان احترام نمی‌گذارند و دارای مشخصاتی چون ضعف در همدلی، توجه اندک به احساسات و خواسته‌های دیگران و روابط منفی‌نگر با اطرافیان می‌باشند. چنین رفتارهایی موجب طرد شدن از سوی همسالان و اطرافیان می‌شوند که خود باعث ایجاد عدم اعتماد به نفس و اضطراب و یکسری از مشکلات رفتاری دیگر در آنها می‌شود (رضایی، سیف نراقی، ۱۳۸۵).

بررسی‌های انجام شده تأثیر سودمند داورهای محرک را بر عملکرد مدرسه، تعاملات اجتماعی و علایم رفتاری نشان داده‌اند، ولی نگرانی والدین و پزشکان به علت عوارض جانبی داروها از یک‌سو و در دست نبودن یافته‌های پژوهشی که نشان‌دهنده تأثیر بلندمدت داروها باشد از سوی دیگر، مشکلاتی را در هنگام تجویز این داروها پدید می‌آورد (سونوگا^۱ و همکاران، ۲۰۰۱) افزون بر آن اگرچه درمان دارویی به بهبود عملکرد روزانه کودکان بیش‌فعالی با نقص توجه کمک می‌کند. ولی اگر به تنهایی به کار رود، در بهبود درازمدت بیماران اثر کمی دارد (ناتان^۲، ۱۹۹۲).

بنابراین روش‌های درمانی از جمله آموزش والدین^۳، درمان‌های شناختی، رفتاری و روش‌های تعدیل رفتار مورد توجه قرار گرفته‌اند که از میان آنها آموزش والدین، به خصوص آموزش مادران به دلیل ویژگی‌های منحصربه‌فرد خود بر سایر روش‌ها برتری دارد.

ادموند (۲۰۰۳) به نقل از میرزاییان، احدی، پاشا شریفی، آزاد، (۱۳۸۵) معتقد است که کلاس‌های آموزش خانواده تأثیر معناداری بر کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی با نقص توجه و سلامت روانی مادران دارد. در آموزش والدین به منظور کنترل کودک بر اساس مدل رفتاری، والدین مرکز مداخله هستند. والدین یاد می‌گیرند راهبردهای کنترل رفتاری کودک را که مبتنی بر اصول رفتاری عامل هستند، اجرا کنند. تعدادی از برنامه‌های رفتاری کودک برای کودکانی تهیه شده است که بیش‌فعالی با نقص توجه، اختلال سلوک و اختلال رفتاری نافرمانی را نشان داده‌اند (بارکلی، ۱۹۸۷؛ فورهند و مک ماهون، ۱۹۸۱؛ گرد و یری، ۱۹۸۶؛ مارلو، رید،

¹ - Sonuga

² - Nathan

³ - parent training

پترسون، وین روت، بنک، مک ماهون، ولز، ۱۹۸۹؛ پترسون و همکاران به نقل از محمد اسماعیل، ۱۳۸۴). والدین مهارت‌هایی را یاد می‌گیرند تا دستورها را بهبود بخشند، رفتارهای جامعه‌پسندانه و مناسب خاص را تقویت کنند، رفتارهای نامناسب را نادیده بگیرند و پیامدهایی را برای رفتارهای ضد اجتماعی یا مناسب در نظر بگیرند. تحقیقات نشان داده‌اند که این رویکردها توانسته‌اند در کاهش رفتارهای مشکل‌زای خاص در کودکان بیش‌فعال با نقص توجه و کودکان دارای اختلال سلوک بسیار مؤثر باشند (بارکلی، ۱۹۸۹؛ مک ماهون، ولز، ۱۹۸۹، به نقل از محمد اسماعیل، ۱۳۸۴).

اختلال بیش‌فعالی با نقص توجه می‌تواند در سایر حوزه‌های زندگی و یادگیری کودک اختلال و ناراحتی ایجاد نماید. مثلاً دیده شده که در بسیاری از اوقات یک کودک بیش‌فعال با نقص توجه از نظر تحصیلی هم دچار افت می‌شود، هر چند از نظر هوشی مشکل خاصی نداشته باشد. از سوی دیگر با افزایش سن و پیشرفت اختلال، اختلال‌های همراه مانند: اختلال یادگیری^۱، نافرمانی مقابله‌ای و اضطرابی^۲ افزایش می‌یابد. (هاورز، ۲۰۰۷ به نقل از برجعلی، عزیزاده، احدی، فرخی، سهرابی، محمدی، ۱۳۹۰). برخی عوامل مانند سطوح بالای افسردگی مادر (هارتمن، استیگ، وبستر، استراتون، ۲۰۰۳؛ پرند، افروز، منصور، شکوهی یکتا، ۲۰۱۰؛ یوسفیا و همکاران، ۲۰۱۱)، تعارضات زناشویی (بارکلی، فیچر، ادلبرک، اسمالیش، ۱۹۹۱) و افزایش الگوهای نامناسب فرزندپروری (یوسفیا و همکاران، ۲۰۱۱)، تداوم اختلالات رفتاری را در کودکان پیش‌دبستانی پیشگویی می‌کند (محرری، شهریور، تهرانی دوست، ۱۳۸۸).

پس با توجه به این که اختلال‌های رفتاری، همه جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، و میزان شیوع نسبتاً بالای این اختلال باعث می‌شود که متخصصان روان‌شناسی به ارزیابی شایسته این اختلال‌ها بپردازند و مداخلات درمانی مؤثری را طرح‌ریزی کنند که به طور قابل ملاحظه‌ای این اختلالات و کمبودهای مرتبط با آن را بهبود بخشند. بنابراین با توجه به موارد ذکر شده، هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان بیش‌فعال با نقص توجه می‌باشد.

اهمیت و ضرورت پژوهش

با توجه به این که خانواده یک نظام اجتماعی است که اختلال در هر یک از اعضای آن، کل نظام را مختل می‌کند و این نظام مختل شده به نوبه خود اختلالات مربوط به اعضا را تشدید کرده و مشکلات جدیدی ایجاد می‌کند (روشن‌بین، ۲۰۰۷).

¹ - learning disorders

² - anxiety disorders

تحقیقات نشان می‌دهند که روابط خانوادگی به طور کل و روابط بین والدین و فرزندان به طور خاص، تأثیر عمیقی بر سلامت روانی، فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی کودک دارد (کازدین، ویتلی، ۲۰۰۳).

تعاملات خانوادگی ضعیف، شامل فرزند پروری بی‌ثبات و مبتنی بر تنبیه، نگرش والدی طردکننده یا سرد، قوانین انضباطی سخت و ناپایدار، دلبستگی ناایمن، نظارت یا کنترل ناکافی والدی و اختصاص زمان اندک به کودک و فقدان ارتباط مثبت با او (ساندرز، مارکی دادس، ترنر، ۲۰۰۳؛ لین‌گوا، هونورادو، بوش، ۲۰۰۷) به عنوان عوامل خطر پیش‌بینی کننده در نظر گرفته می‌شوند که به طور کل کودکان را در معرض خطر بروز رفتارهای پرخاشگرانه قرار می‌دهند (وبستراستراتون، ۲۰۰۵، به نقل از خیریه، شعیری، آزادفلاح، رسول‌زاده طباطبایی، ۱۳۸۸).

تعارض والد-کودک عامل پیش‌بینی کننده مهمی در زمینه مشکلات رفتاری است (ایسنزات^۱، ایبرگ، مک‌نیل، نیوکامب، فاندربورک، ۱۹۹۳؛ هارتمن و همکاران، ۲۰۰۳؛ هاروی و همکاران، ۲۰۰۳؛ سالزادا^۲ و همکاران، ۲۰۰۴؛ بارکلی و همکاران، ۲۰۰۶؛ استرادا، پین سوف، ۲۰۰۷؛ ماتوس، بایرمیستر، برنال، ۲۰۰۹؛ هلی، گوپین، گروسمن، کامپبل، هالپرینگ، ۲۰۱۰؛ دالی و همکاران، ۲۰۱۰؛ ایبرگ، بوزینگ، ۲۰۱۰؛ کوهن، هتون، گین، ایبرگ، ۲۰۱۱؛ یوسفیا و همکاران، ۲۰۱۱).

الگوهای تنبیه کلامی و جسمانی خشن بخصوص به پرخاشگری و رفتارهای انحرافی در کودکان منجر می‌گردد. بنابراین احتمالاً حذف روش‌های تربیتی تنبیهی و خشن و افزایش تعاملات مثبت والد-کودک اثرات مثبتی بر روی مشکلات رفتاری خواهد گذاشت.

با توجه به این که بسیاری از کودکانی که در سال‌های نخستین واجد مشکلات عاطفی و رفتاری هستند، نه تنها به سادگی از آن عبور نمی‌کنند، بلکه ممکن است این اختلال تا دوران بلوغ و حتی بزرگسالی نیز تداوم یابد. بر اساس این واقعیت که مشکلات عاطفی و رفتاری اغلب به طور طبیعی کاهش نخواهند یافت و همه جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهند، بنابراین توجه به ضرورت و اهمیت برنامه‌ریزی در جهت سلامت روانی دانش‌آموزان مستلزم شناخت میزان و تنوع مشکلات و عوامل تأثیرگذار است و نظر به این که کودکان آسیب‌پذیرترین گروه‌های اجتماعی هستند اجرای مداخلات درمانی و ترمیمی به موقع و پیشگیری زودهنگام از عوارض ناشی از این اختلال‌ها مانند افت تحصیلی و با توجه به نیازهای آموزش و پرورش ضروریست (نجفی، فولادچنگ، علیزاده، محمدی‌فر، ۱۳۸۸).

تأثیر بیش‌فعالی با نقص توجه بر روی خانواده‌ها نیز کاملاً بارز و مشخص است. والدین کودکان مبتلا به بیش‌فعالی با نقص توجه سطوح بالاتری از فشارهای روانی مربوط به فرزند را

¹ - Eisenstadt

² - Calzada

تجربه می‌کنند و احساس عدم کفایت می‌کنند (آناستوپولوس، گیوورمنت، شلتون، داپال، ۱۹۹۲؛ سالزادا و همکاران، ۲۰۰۴؛ ماتوس و همکاران، ۲۰۰۹؛ پرنده و همکاران، ۲۰۱۰؛ کوهن و همکاران، ۲۰۱۱؛ یوسفیا و همکاران، ۲۰۱۱)، بالا رفتن سطح تنش در خانواده (شبر، جانسون، ۱۹۹۲) بالا بودن میزان طلاق و از هم گسیخته روابط خانوادگی در خانواده‌های کودکان بیش‌فعال با نقص توجه (جانستون، ۱۹۹۶) منجر می‌شود.

در مطالعه تعامل والدین و فرزند در بین خانواده‌های کودکان با اختلال بیش‌فعالی با نقص توجه در ایران نشان داده است که این والدین بیشتر از والدین فرزندان عادی، از شیوه فرزندپروری خودکامه و استبدادی استفاده می‌کنند (علیزاده و آندریس، ۲۰۰۲؛ یوسفیا و همکاران، ۲۰۱۱) و دارای اعتماد به نفس کمتری هستند، از شیوه تنبیهی بیشتری استفاده می‌کنند و روابط گرم کمتری با فرزندان‌شان دارند (علیزاده، اپلکوسیت، کولیج، ۲۰۰۳؛ به نقل از برجلی و همکاران، ۱۳۹۰).

بنابراین امروزه با توجه به تحقیقات جدید و راهکارهای درمانی اثربخش، مخصوصاً تبیین سبب‌شناسی اختلال بیش‌فعالی با نقص توجه در سطح رفتار والدین مشخص شد که تعامل بین کودکان دارای این اختلال با والدین‌شان، موضوع بسیار مهمی است که نباید مورد غفلت پژوهشگران و درمانگران قرار گیرد.

از طرفی در حوزه درمان بسیاری از مشکلات رفتاری، درمان رایج و غالب، درمان‌های دارویی می‌باشد و از آنجایی که در ایران خانواده‌هایی که دارای چنین کودکانی می‌باشند اصرار زیادی بر کاهش علایم اختلال دارند، ضمن این که به مصرف دارو در درازمدت به عوارض جانبی داروها اعتقاد ندارند و همین عامل باعث می‌شود که خانواده‌ها به صورت خودسر و دلبخواهی مصرف دارو را متوقف نمایند، که این مسئله باعث عدم درمان کامل کودک و هم‌چنین کم‌توجهی به سایر علت‌های بروز اختلال به خصوص در زمینه‌های ارتباطی و روان‌شناختی در سطح تعاملات خانوادگی می‌گردد. پس با توجه به عوارض جانبی داروهای محرک و شکایت‌های خانواده‌های این کودکان و هم‌چنین نگرش منفی والدین نسبت به مصرف دارو، استفاده از روش‌های درمانی غیر دارویی نیز حائز اهمیت است (بجورن‌استاد، مونتگومری^۱، ۲۰۱۰).

هم‌چنین با توجه به بروز شیوع بالای این اختلال‌ها در بین کودکان و گروه مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی، کمبود نیروی انسانی متخصص و مشکلات جانبی حاصل از این اختلال‌ها از قبیل افت تحصیلی، اشکال در سازگاری با خانواده و همسالان و ... پیامدهای رفتاری و واکنش‌های نامناسب اطرافیان به علت عدم آگاهی که خود زمینه‌ساز بروز مسایل جدی‌تر دیگر

¹ - Bjornstad & Montgomery

می‌شود، لذا اقدامات پیشگیرانه و راهکارهای مناسب در خصوص کمک‌رسانی به این افراد مورد تأکید و ضرورت قرار می‌گیرد.

بر همین اساس هدف کلی پژوهش حاضر نیز بررسی اثربخشی آموزش مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان بیش‌فعال با نقص توجه است. در این پژوهش کوشش بر آن بوده است با افزایش سطح آگاهی مادران از چگونگی به وجود آمدن این اختلال، از بروز آنها پیشگیری شود. همچنین از راه آشنا نمودن مادران با شیوه‌های برخورد مناسب با رفتارهای مطلوب و نامطلوب کودکان، امکان تغییر رفتار آنان در جهت بهبود فراهم گردد.

اهداف پژوهش

- تبیین اثربخشی آموزش مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان بیش‌فعال با نقص توجه، با توجه به جنسیت آنان

تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

الف: تعاریف نظری

مشکلات رفتاری^۱: انواعی از الگوهای رفتاری غیر انطباقی نشان داده شده توسط کودک هستند که با یک معیار اجتماعی و قراردادی و نسبی مغایرت داشته و با چنان فراوانی و شدتی بروز می‌کنند که بزرگسالان صاحب قدرت و اختیاری که در محیط کودک زندگی می‌کنند آن را در اوضاع و احوال مذکور بیش از حد لازم کم یا زیاد تشخیص می‌دهد (راس، ترجمه مهریار، ۱۳۷۶).

بیش‌فعالی با نقص توجه: اختلال رشدی فراخنای توجه، تکانشگری، یا بیش‌فعالی و نیز رفتارهای قاعده‌مند است که در آن این کمبودها به طور قابل ملاحظه‌ای نامتناسب با سن عقلی کودک است، شروع آن در دوران کودکی است، نشانه‌ها به طور قابل ملاحظه‌ای نافذ و موقعیتی هستند. معمولاً در طول زمان مزمن یا پایدارند، و نتیجه مستقیم تأخیر شدید زبان، ناشنودی، ناپیایی، اوتیسم یا روان‌پریشی دوران کودکی نیستند (بارکلی، ۱۹۸۸؛ به نقل از کراتوچویل، موریس، ۱۹۹۹، ترجمه نائینیان و همکاران، ۱۳۸۴).

پرخاشگری: عبارتند از انجام اعمال فیزیکی پرخاشگرانه (مثلاً کتک زدن، لگد زدن، گاز گرفتن یا دعوا کردن) یا پرخاشگری غیرکلامی و نمادین مثل: ژست تهدیدآمیز، تعقیب یا شکلک درآوردن (گوردون، شرودر، ۲۰۰۳، ترجمه فیروزبخت، ۱۳۸۴).

اضطراب: حالتی عاطفی که هم جنبه روان‌شناختی و هم جنبه فیزیولوژیک دارد. معمولاً حالت هیجانی ناخوشایندی است که با برانگیختگی فیزیولوژیک و مؤلفه‌های شناختی تشویش

^۱ - behavioral problems

و نگرانی، احساس گناه و انتظار کشیدن فاجعه‌ای قریب‌الوقوع همراه است. با ترس که واکنشی هیجانی به یک شیء خاص یا مشخص است فرق دارد (ساراسون، ساراسون، ۲۰۰۵، ترجمه نجاریان، دهقانی، داوودی، ۱۳۹۰).

افسردگی: احساس فراگیر غم و اندوه که ممکن است بعد از یک فقدان یا رویدادی فشارزا شروع شود، اما مدت‌ها پس از آن ادامه می‌یابد. ویژگی مشخصه آن وجود الگوهای تفکر نامناسبی است که هر رویدادی را یک بلا یا مصیبت بزرگ تعبیر می‌کند (ساراسون، ساراسون، ۲۰۰۵، ترجمه نجاریان، دهقانی، داوودی، ۱۳۹۰).

رفتار ضد اجتماعی: این طبقه را زمانی می‌توان به کار برد که کانون توجه بالینی رفتار ضد اجتماعی کودک یا نوجوان است که از اختلال روانی (مانند اختلال سلوک یا اختلال کنترل تکانه) ناشی نمی‌شود. نمونه آن اعمال منفی و ضد اجتماعی کودکان یا نوجوانان است (نه یک الگوی رفتار ضد اجتماعی) (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

رفتار ناسازگاری اجتماعی^۱: ناسازگاری اجتماعی تحت عنوان یک مشکل اخلاقی مفهوم‌سازی شده است. بدین صورت که کودکان ناسازگار دوست ندارند از معیارها و قوانین پسندیده اجتماعی تبعیت کنند. آنها آگاهی و شناخت نسبت به هنجارهای مدرسه-اجتماع و توقعات را ابراز می‌کنند و همواره یک الگوی هدفمند برای شکستن قوانین و نقض معیارهای رفتار پسندیده انتخاب می‌کنند (بری^۲، ایوبرلین^۳، بلکمون^۴، جکسون^۵، پتری^۶، داویز^۷، ۲۰۰۴).

آموزش والدین (مادر): مداخلات آموزشی می‌باشد که هدف آن کمک به والدین به خصوص مادران جهت مقابله بهتر با مشکلاتی است که در رابطه با کودکانشان دارند و برای اصلاح الگوی تعاملی میان والدین و کودک طرح‌ریزی شده است (طهماسیان، مهریار، بوالهروی، بیرشک، ۱۳۷۶). همچنین در آموزش والدین، به کل خانواده و تأثیر آن بر کودک تأکید می‌شود. نگرانی‌هایی که والدین راجع به علل، درمان و پیش‌آگهی اختلال‌های فرزندشان داشته‌اند، چگونگی افزایش تعاملات مثبت با فرزندانشان، شیوه‌های صحیح فرزندپروری، به کار بردن اصول رفتاری مناسب و شیوه‌های مناسب تقویت و تنبیه و ... در طی جلسات آموزش والدین، مورد بحث قرار خواهد گرفت و اطلاعات و حمایت‌های لازم برای والدین فراهم گردید (محرری و همکاران، ۱۳۸۸).

¹ - social maladjustment

² - Beri

³ - EoBelin

⁴ - Blackmon

⁵ - Jackson

⁶ - Petrie

⁷ - Davis

ب: تعاریف عملیاتی

مشکلات رفتاری: این اختلال‌ها در پژوهش حاضر از طریق نمره‌ای که کودک در مقیاس علایم مرضی کودک^۱ (هر اختلال دارای خط برش جداگانه‌ای است) و مقیاس رفتاری راتر فرم والدین (با خط برش ۱۳) کسب می‌کند تشخیص داده می‌شود.

بیش‌فعالی با نقص توجه: در این پژوهش اختلال بیش‌فعالی با نقص توجه از طریق مقیاس علایم مرضی کودکان (با خط برش ۹ برای اختلال نقص توجه، خط برش ۸ برای اختلال بیش‌فعالی و خط برش ۹ برای اختلال بیش‌فعالی با نقص توجه) و مقیاس رفتاری راتر فرم والدین مورد اندازه‌گیری قرار گرفته است.

پرخاشگری: در پژوهش حاضر پرخاشگری نمره‌ای است که با استفاده از زیرمقیاس پرخاشگری مقیاس رفتاری راتر فرم والدین به دست آمده است.

اضطراب: در این پژوهش اضطراب نمره‌ای است که در نتیجه پاسخگویی به زیرمقیاس اضطراب مقیاس رفتاری راتر فرم والدین به دست آمده است.

افسردگی: افسردگی در تحقیق حاضر نمره‌ای است که با استفاده از زیرمقیاس افسردگی مقیاس رفتاری راتر فرم والدین به دست آمده است.

رفتار ضد اجتماعی: در این پژوهش نمره شخص در این اختلال با استفاده از پاسخگویی به زیر مقیاس رفتار ضد اجتماعی مقیاس رفتاری راتر فرم والدین به دست آمده است.

ناسازگاری اجتماعی: در این تحقیق ناسازگاری اجتماعی نمره‌ای بود که شخص با پاسخگویی به زیرمقیاس ناسازگاری اجتماعی مقیاس رفتاری راتر فرم والدین به دست آورده است.

آموزش والدین (مادران): در این پژوهش آموزش والدین (مادران) از طریق یک بسته آموزشی که با استفاده از مدل بارکلی تهیه شده مورد بررسی قرار گرفته است. در این مدل برنامه آموزش به مادران در طی ۹ جلسه که در هفته ۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد و در هر جلسه موضوعاتی به قرار ذیل مورد بحث و بررسی قرار گرفت و آموزش‌های لازم به والدین داده شد: مروری بر بیش‌فعالی با نقص توجه، درک ارتباط کودک-والد و اصول کنترل رفتار، ایجاد و افزایش توجه به رفتار کودک، توجه به رفتار مناسب، ایجاد یک نظام ژتونی در خانه، استفاده از جریمه و محروم کردن، گسترش روش محروم کردن به سایر رفتارها، بدرفتاری در ملاء عام، کنترل بدرفتاری‌های آتی کودک (کراتوچویل، موریس، ۱۹۹۹، ترجمه نائینیان و همکاران، ۱۳۸۴).

¹ - children symptom inventory-4 (CSI-4)