



دانشگاه شهید بهشتی

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

پایان نامه

جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد

در رشته روانشناسی بالینی کودک و نوجوان

موضوع:

اثر بخشی آموزش مدیریت والدین بر کارکرد خانواده، کیفیت زندگی و علائم اختلال

نقص توجه/بیش فعالی

استاد راهنما:

دکتر شهریار شهیدی

استاد مشاور:

دکتر کتایون خوشابی

اساتید داور:

دکتر حمیدرضا پوراعتماد

دکتر فرشته موتابی

دانشجو:

اکبر صادقی

بهمن ۸۷

۱۳۸۸/۱۱/۶

کتابخانه مرکزی دانشگاه شهید بهشتی

۱۳۰۳۵۷

نام خانوادگی: صادقی

نام: اکبر

دانشکده: علوم تربیتی و روانشناسی

رشته تحصیلی و گرایش: روانشناسی بالینی

استاد راهنما: دکتر شهریار شهیدی

تاریخ فراغت از تحصیل: بهمن ۸۷

عنوان پایان نامه: اثر بخشی آموزش مدیریت والدین بر کارکرد خانواده، کیفیت زندگی و علائم کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی

کیده

طرح پژوهش حاضر، به بررسی اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر کارکرد خانواده، کیفیت زندگی و علائم اختلال نقص توجه/بیش فعالی (ADHD) پرداخته است. آزمودنی های این طرح، ده مادر دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی بوده اند. به منظور کنترل تاثیر دارو، کودکانی انتخاب شدند که زیر نظر روانپزشک کودک با اور منظم دارو (ریتالین) مصرف می کردند. در ادامه، مادران کودکان مذکور به مدت هشت جلسه تحت آموزش "برنامه گروهی فرزند پروری مثبت" بر اساس الگوی ساندرز قرار گرفتند که این جلسات به صورت گروهی هفتگی برگزار شدند. آزمودنی ها در چهار مرحله شامل: پیش آزمون (جلسه اول آموزش)، میان آزمون (پس از چهار جلسه آموزش)، پس آزمون (در پایان جلسه آموزش) و یک پیگیری یک ماهه پس از آخرین تماس تلفنی با سبیله پرسشنامه کیفیت زندگی، پرسشنامه کارکرد خانواده و پرسشنامه سنجش شدت علائم ADHD مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده های جمع آوری شده با استفاده از آزمون های آماری تحلیل واریانس (اندازه گیری های تکرار) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته های این پژوهش حاکی است که آموزش مدیریت والدین باعث شد است که کارکرد خانواده بهبود پیدا کند و علائم ADHD نیز در قسمت بیش فعالی/تکانشگری کاهش پیدا کند اما در کیفیت زندگی مادران و مشکل توجه کودکان تغییرات معنادار نبوده است.

کلید واژه ها: آموزش مدیریت والدین (PMT)، اختلال نقص توجه/بیش فعالی (ADHD)، کارکرد خانواده، کیفیت زندگی

فهرست صفحات

فصل اول: کلیات پژوهش

۱.....	مقدمه.....
۳.....	بیان مسأله.....
۷.....	ضرورت و اهمیت تحقیق.....
۹.....	هدف پژوهش.....
۹.....	متغیرها و تعاریف مفهومی آنها.....
۱۲.....	تعریف عملیاتی مفاهیم.....

فصل دوم: ادبیات و پیشینه پژوهش

بخش اول

۱۴.....	اختلال نقص توجه/بیش فعالی.....
۱۴.....	تاریخچه.....
۱۶.....	تعریف و توصیف بالینی.....
۱۷.....	بی توجهی.....
۱۹.....	بیش فعالی.....
۲۰.....	تکانشگری.....
۲۳.....	ضوابط تشخیصی.....
۲۷.....	همه گیرشناسی.....
۲۸.....	سن شروع.....
۲۹.....	جنس.....

- ۳۰.....سیر و پیش آگهی
- ۳۱.....سیر تحولی
- ۳۱.....نوزادی
- ۳۱.....پیش دبستانی
- ۳۲.....دبستان
- ۳۳.....نوجوانی
- ۳۵.....بزرگسالی
- ۳۷.....اختلالات همبود
- ۴۰.....نسخیص افتراقی
- ۴۲.....سبب شناسی
- ۴۲.....عوامل ژنتیکی
- ۴۳.....عوامل عصب شناختی و عصب شیمیایی
- ۴۳.....قطعه پیشانی و ناحیه پیش پیشانی
- ۴۵.....قشر کمربندی قدامی
- ۴۶.....دیگر نواحی مغزی
- ۴۷.....عقدہ های پایه
- ۴۸.....مخچه
- ۴۹.....کاتکولامین ها
- ۴۹.....دستگاه فعال ساز شبکه ای
- ۵۰.....سم های محیطی
- ۵۱.....عوامل مربوط به تغذیه
- ۵۲.....رفتار والدین

- ۵۴.....سبب شناسی تعاملی
- ۵۵.....درمان
- ۵۶.....دارو درمانی
- ۵۸.....آموزش والدین
- ۵۹.....مداخلات شناختی-رفتاری
- ۶۰.....تعلیم خودآموزی
- ۶۰.....آموزش حل مسأله اجتماعی
- ۶۱.....مداخلات مبتنی بر ماکول سازی
- ۶۱.....خودنظارتی
- ۶۲.....خودارزیابی و خودتقویتی
- ۶۳.....آموزش مطابقت
- ۶۳.....مداخله در سطح مدرسه
- ۶۵.....رفتار درمانی
- ۶۶.....دیگر روش های درمانی
- ۶۶.....درمان چندالگویی

بخش دوم

- ۶۸.....خانواده
- ۷۳.....انواع خانواده
- ۷۶.....کارکرد خانواده
- ۸۰.....ارزیابی خانواده و کارکرد آن
- ۸۲.....مدل مک مستر از کارکرد خانواده
- ۸۲.....ابعاد کارکرد خانواده در مدل مک مستر

حل مسأله..... ۸۳.....

ارتباط..... ۸۴.....

نقش ها..... ۸۴.....

پاسخدهی عاطفی..... ۸۵.....

آمیختگی عاطفی..... ۸۵.....

کنترل رفتار..... ۸۶.....

کارکرد کلی..... ۸۷.....

بخش سوم

کیفیت زندگی..... ۸۸.....

بخش چهارم

مقدمه ای بر آموزش والدین..... ۹۸.....

برنامه فرزند پروری مثبت..... ۱۰۱.....

اصول محتوایی برنامه گروهی فرزند پروری مثبت..... ۱۰۳.....

بخش پنجم

پیشینه پژوهش..... ۱۰۵.....

فصل سوم: روش پژوهش

روش پژوهش..... ۱۱۶.....

طرح تحقیق..... ۱۱۶.....

جامعه آماری..... ۱۱۷.....

نمونه آماری..... ۱۱۷.....

معیارهای ورود به تحقیق..... ۱۱۷.....

۱۱۸.....	معیارهای خروج از تحقیق.....
۱۱۸.....	مشخصات جمعیت شناختی مادران.....
۱۱۹.....	مراحل اجرا.....
۱۲۰.....	ابزارهای پژوهش.....
۱۲۳.....	ملاحظات اخلاقی.....

فصل چهارم: نتایج پژوهش

۱۲۴.....	یافته های پژوهشی.....
۱۲۴.....	توصیف و تحلیل داده ها.....

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۱۳۱.....	بحث و نتیجه گیری.....
۱۳۸.....	محدودیت ها.....
۱۳۸.....	پیشنهادات.....
۱۴۰.....	پیوست ها.....
۱۵۱.....	فهرست منابع.....
۱۶۷.....	Abstract.....

فهرست جداول

۲۳.....	جدول ۲-۱
۱۲۵.....	جدول ۴-۱
۱۲۶.....	جدول ۴-۲
۱۲۷.....	جدول ۴-۳
۱۲۹.....	جدول ۴-۴
۱۳۰.....	جدول ۴-۵
۱۳۱.....	جدول ۴-۶

تقدیم بہ ...

او کہ می آموزد

راہ و رسم گذشتن از شور عشق

و رسیدن بہ سلامت عقل.

تقدیر و تشکر

از استاد عزیزم جناب آقای دکتر شهریار شهیدی که در طی این فرایند همراه و هادی من بودند کمال تشکر و قدردانی را دارم. در کنار شما استاد بزرگوار تفکر علمی و اندیشیدن را آموختم.

از استاد عزیزم یرکار خانم دکتر کتایون خوشابی که چون معلمی مهربان بذر این کار علمی را در ذهن من کاشتند و در طی انجام این پژوهش یاور من بودند و با زحمات بی شائبه خود راه را برایم هموار ساختند، ممنون و سپاسگذارم.

فصل اول

کلیات پژوهش

خانواده شبکه ای از الگوهای ارتباطی است که در آن والدین و کودکان در فرایندی دوسویه با یکدیگر تعامل دارند. در این مجموعه طرفین قادرند تأثیرات بس شگرفی بر یکدیگر بگذارند. در دهه های اخیر روانشناسان تأکید بسیاری بر روابط کودک با مراقبین اش داشته اند. آنها واکنش های متقابل را اساس رشد شناختی- عاطفی کودک می دانند (برای مثال بالبی^۱، ۱۹۶۹) و باور دارند که صمیمیت والدین خطر ابتلای کودک به اختلالات روانی را کاهش می دهد. در محیط خانواده که در واقع جامعه ای محدود است، کنش و واکنش های میان اعضاء تأثیر بسزایی در کاهش یا افزایش مشکلات موجود دارد. لذا در چنین محیطی صحبت از تأثیر یکسویه (چه کودک و چه والدین) بر یکدیگر خطاست. نمی توان صرفاً از مشکلات کودک سخن راند حال آنکه روشن است که در یک سیستم تعاملی رشد می یابد. واضح است که خانواده ها به خاطر کج خلقی ها، ناسازگاری ها و سرکشی های فرزندان شان بیشترین آسیب را متحمل می شوند اما این آسیب به خود کودکان برمی گردد و مشکلات آنها را تشدید می کند. رفتار نامطلوب کودک به نوبه خود واکنش هایی چون پرخاشگری، تنبیه جسمانی و احساس خشم را از جانب والدین نسبت به کودک به وجود می آورد. این رفتارهای متقابل در نهایت منجر به حاد شدن مشکلات کودک می گردد و به این ترتیب چرخه معیوبی به وجود می آید، به شکلی که تدریجاً تشخیص دقیق رابطه علت و معلولی بین رفتار کودک و والدین بسیار دشوار می شود.

برای مثال ADHD با علائمی چون نداشتن تاب مقاومت در برابر ناکامی، کج خلقی، بی ثباتی خلقی، طرد شدن از سوی همسالان، عزت نفس پایین و افت تحصیلی همراه است که به نظر می رسد این علائم موجب اشکال در روابط بین فردی با همسالان و دیگران می شود و از طرف دیگر موجب واکنش خانواده و معلمان می گردد. طوری که ممکن است این کودکان دچار سرخوردگی شوند و نوعاً منجر به تعارض با مسئولان مدرسه و اعضای خانواده می گردد و همچنین ممکن است روابط خانوادگی این کودکان اغلب با

^۱. Bowlby

رنجش و خصومت همراه باشد، به خصوص به دلیل تغییرپذیری علایم فرد که موجب می شود والدین فکر کنند کلیه رفتارهای مزاحم وی عمدی است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴). بر اساس تئوری خانواده پویایی براون (۱۹۷۸) وقتی عملکرد ضعیف در روابط زناشویی وجود داشته باشد، این اختلاف روی رفتار کودک تأثیر کرده و انعکاس عملکرد خانواده را به صورت رفتارهای ADHD نشان می دهد. والدین این کودکان نیز در مقایسه با والدین کودکان سالم، دارای تنش زیاد و توانایی سازگاری کمتری بوده و مستعد احتمال بروز رفتار منفی در برخورد با فرزندانشان هستند (دوپاول، مک گویی و اکرت، ۲۰۰۱). بنابراین برای کاهش مشکلات رفتاری لازم است اصلاحاتی در محیط خانواده انجام گیرد (سوانسون و هنگر^۱، ۱۹۹۹؛ نقل از مش و جانسون، ۲۰۰۱). علایمی مانند پرتحرکی، کم توجهی و رفتارهای تکانشی به دارو پاسخ می دهند ولی درمان های دارویی به تنهایی برای کنترل مشکلات بیمار کافی نمی باشند و استفاده از درمان های غیر دارویی از جمله روان درمانی فردی و گروهی، رفتار درمانی و آموزش والدین (PMT)^۲ و آموزگاران ضرورت پیدا می کند (هکمن^۳، ۱۹۹۳؛ نقل از مش و جانسون، ۲۰۰۱). خانواده درمانگران به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی^۴ بیشتر به عنوان یک مشکل خانوادگی و نه یک بیماری تشخیص داده شده برای یک کودک بیمار می نگرند (موندن، ۲۰۰۰). این نگرش باید برای اعضای خانواده نیز فراهم شود تا بتوانند آسان تر با این بیماری و با هم کنار بیایند (فیشر و بکلی، ۱۹۹۸؛ نقل از ملک خسروی، ۱۳۸۲). پژوهش ها نشان داده اند که در خانواده های کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی در مقایسه با گروه گواه، هر چه محیط های خانوادگی فشارزاتر و تعارضی تر باشد، وظایف و باورهای قدرت گرایانه والدینی ضعیف تر است (بیدرمن^۵ و همکاران، ۱۹۹۵؛ براون و پاسینی^۶، ۱۹۸۹؛ دوپاول، مک گویی، اکرت و وان براکل^۷، ۲۰۰۱؛ گادو^۸ و همکاران، ۲۰۰۰؛ اسکاهیل^۹ و همکاران، ۱۹۹۹؛ نقل از مش

1. Swanson & Hanger

2. Parent Management Training (PMT)

3. Hackman

۱. Attention Deficit/ HyperActivity Disorder(ADHD)

2. Biederman

6. Brown & Pacini

7. Vanbroclee

8. Gaddow

9. Scahill

و جانسون، ۲۰۰۱). به دلیل تعداد و تنوع مشکلات این کودکان در حوزه های مختلف، رویکردهای درمانی متفاوتی ارائه شده اند که در میان آنها، آموزش والدین به دلیل ویژگی های منحصر به فرد خود بر سایر روش ها برتری دارد. در این نوع درمان، برنامه اصلاح رفتار کودک در محیط طبیعی منزل و توسط والدین که بیشترین تعامل را با کودک دارند، اجرا می گردد. مزیت دیگر آموزش والدین بر سایر روش های درمان آن است که جنبه های مختلفی از عملکرد والدینی و خانوادگی را تحت تأثیر قرار می دهد. تحقیقات نشان می دهند که این نوع درمان، استرس والدین این کودکان را کاهش می دهد و اعتماد به نفس آنها را افزایش می دهد (پیسترمان و همکاران، ۱۹۸۹؛ آناستوپولوس و همکاران، ۱۹۹۳؛ نقل از آناستوپولوس و شافر^۱، ۲۰۰۱). در آموزش والدین، بر کل واحد خانواده تأکید می شود. نگرانی هایی که والدین راجع به علل، درمان و پیش آگهی اختلال فرزندشان داشته اند، در جلسات آموزش والدین مورد بحث قرار می گیرد و اطلاعات و حمایت لازم برای والدین فراهم می آید. در پرتو اطلاعات جدید، والدین فهم بهتری نسبت به مشکلات کودک پیدا می کنند و آموزش مهارت های کنترل رفتار کودک، احساس کارآمدی والدین را افزایش می دهد. در این پژوهش، کارآیی برنامه گروهی فرزند پروری مثبت بر کارکرد خانواده، کیفیت زندگی مادران و کاهش علائم کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی مورد بررسی قرار گرفته است.

۱-۲ بیان مسأله

اختلال نقص توجه/ بیش فعالی (ADHD) یکی از مهم ترین و شایع ترین اختلالات دوران کودکی است (بیدرمن، ۲۰۰۵؛ کاپلان و سادوک، ۲۰۰۵؛ شعبانی، ۱۳۸۴؛ علاقه بند راد، ۱۳۸۰). این اختلال که اولین اختلال فراوان در دوران کودکی و نوجوانی است (علیزاده، ۱۳۸۳) گفته می شود که حدود ۵۰ درصد از جمعیت بالینی کودکان را می پوشاند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۵؛ خوشابی و همکاران، ۱۳۸۶؛ علاقه بند راد، ۱۳۷۹). در مورد شیوع آن آمارهای مختلفی ارائه شده است: بیدرمن (۲۰۰۵) دامنه ۵ تا ۱۰ درصد در

^۱. Shaffer

کودکان و ۴ درصد را در بزرگسالان ارایه کرده است. شیوع این اختلال در مطالعه اسکھیل و شواب استون^۱ (۲۰۰۰) از مرور ۱۹ مطالعه، بین ۱/۹ تا ۱۴/۴ درصد بدست آمده است. کاپلان و سادوک (۲۰۰۵) شیوع آنرا در کودکان سنین مدرسه ۳ تا ۵ درصد برآورد کرده اند. در ایران در مطالعه خوشابی و همکاران (۱۳۸۱) شیوع این اختلال در کودکان ۷ تا ۱۲ ساله در دامنه ای بین ۳ تا ۶ درصد گزارش شده است. اختلال نقص توجه/ بیش فعالی (ADHD) الگوی پایدار نقص توجه، بیش فعالی و تکانشگری است که شدیدتر و شایع تر از آن است که معمولاً در کودکان با سطح رشد متفاوت دیده می شود. برای تشخیص گذاری، علایم باید حداقل ۶ ماه دوام داشته باشند و نخستین بار بعد از ۳ سالگی و قبل از ۷ سالگی شروع شده باشد. اختلال باید حداقل در دو زمینه مانند خانه و مدرسه وجود داشته باشد و بایستی عملکرد فرد بسته به میزان رشد، در زمینه های اجتماعی، تحصیلی یا شغلی مختل شده باشد. این اختلال در حضور اختلال فراگیر رشد، اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک نباید مطرح شود و نیز یک اختلال روانی دیگر توجیه بهتری برای آن نباشد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۵؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴؛ کاکاوند، ۱۳۸۵؛ خوشابی، ۱۳۸۵؛ علاقه بند راد، ۱۳۷۹). امروزه اختلال نقص توجه/ بیش فعالی (ADHD) صرفاً بیماری دوران کودکی نیست، چنانچه مطالعات مختلف باقی ماندن اختلال را در دوران پس از بلوغ و بزرگسالی بین ۴ تا ۷ درصد گزارش کرده اند (اپشتین^۲ و کوری^۳، ۲۰۰۴). این بیماری روند طبیعی و رشد دوران کودکی را با مشکل روبرو می کند که اگر درمان نشود آمادگی کودک برای پذیرش آسیب های روانی و اجتماعی در بزرگسالی افزایش خواهد یافت (کانت ول^۴، ۱۹۹۶؛ علاقه بند راد، ۱۳۷۹). این اختلال برای بسیاری از دانش آموزان مشکلات قابل توجهی ایجاد می کند و بر عملکرد شناختی، اجتماعی، هیجانی و خانوادگی آنان و سپس در بزرگسالی بر عملکرد شغلی و زناشویی آنها تأثیر می گذارد و نیز از نظر هزینه مالی، استرس بر خانواده و در تضاد بودن با مسایل شغلی و تحصیلی بار سنگینی را بر جامعه وارد می کند (بیدرمن، ۲۰۰۵). علاوه بر این سبب شناسی و درمان این اختلال هنوز بطور کامل مشخص نشده است و به نظر می رسد که

1. Schwab-Stone

1. Epstein

2. Corry

3. Cantwell

شناخت بهتر این اختلال به شناخت بهتر بسیاری دیگر از اختلالات همبود همچون اختلال سلوک ، اختلال نافرمانی مقابله جویانه و ناتوانی های یادگیری کمک می کند (علیزاده، ۱۳۸۳).

در سالیان اخیر اختلال نقص توجه/ بیش فعالی (ADHD) از نظر بالینی، علمی و اجتماعی مورد توجه زیادی قرار گرفته است و رویکردهای درمانی مختلفی سعی در کنترل و درمان آن دارند. درمانهای دارویی، رفتاری، شناختی- رفتاری و خانواده درمانی هرکدام به نحوی در تخفیف علایم این اختلال سهمی دارند. امروزه حدود ۸۸ درصد از این کودکان ریتالین مصرف می کنند (علیزاده، ۱۳۸۳). در این راستا هر چند مطالعات متعددی سودمندی دارو درمانی را در کاهش علایم این اختلال ثابت کرده اند، اما کاهش تعاملات منفی بین والدین و کودکان هنگامی بیشتر بوده که مداخلات خانوادگی بعنوان درمان دوم و یا کمکی به کار رفته اند. از آنجاییکه والدین بعنوان اولین مربی و معلم کودک در تربیت و چگونگی رفتار و اجتماعی شدن وی مهمترین نقش را بازی می کنند، بنابراین کنترل تربیتی در اکثریت موارد زیربنای درمانهای دیگر اعم از دارویی و غیر دارویی بوده و از حق تقدم عمده ای برخوردار است (فرمند، ۱۳۸۵). مش و جانسون (۲۰۰۱) در مرور خود به این نتیجه رسیده اند که وجود اختلال نقص توجه/ بیش فعالی در کودکان با درجات مختلفی از اختلالات در خانواده و ناهماهنگی زناشویی رابطه دارد. بنابراین نوع برخورد اعضای خانواده در ادامه رفتارهای نامطلوب این کودکان نقش دارد. طبق مطالعات صورت گرفته بین بروز علایم ADHD و عواملی مثل وجود مشکل در انسجام خانواده و نحوه تربیت فرزند، مادرانی که دائما در خانه هستند، ناسازگاری خانوادگی، جدایی والدین و اختلالات روانپزشکی آنها ارتباط وجود دارد (پاوولوری، لاک و گی، ۱۹۹۹).

متداولترین روش درمان این کودکان کمک به والدین در یافتن راه هایی است که بتوانند با چنین کودکانی کنار بیایند. مشاهده کنش های مادر و فرزندان نشان می دهد که مادران کودکان بیش فعال در طول روز بیش از مادران کودکان بهنجار به فرزندان خود دستور می دهند. کودک بیش فعال همینکه روال عادی زندگی اش به هم می خورد دچار سردرگمی می شود و این امر در او و خانواده اش ایجاد تنش می کند (ملک خسروی، ۱۳۸۲).

مارگالیت و بن آریس (۱۹۸۶) داده‌هایی ارائه داده‌اند که نشان می‌دهد خانواده‌های کودکان بیش فعال با ویژگی‌هایی چون میزان ارتباط کمتر، به هم پیوستگی خانوادگی ضعیف‌تر و آزادی محدودتر در اظهار نظر توصیف شده‌اند. این والدین نسبت به والدین بدون مشکل در فعالیت‌های اجتماعی کمتر شرکت داشتند که به نظر محققین این مسأله می‌تواند به علت درگیری‌های فراوان والدین و نداشتن وقت کافی برای شرکت در فعالیتهای مذکور باشد (همان منبع). برای کاهش مشکلات رفتاری این کودکان لازم است اصلاحاتی در محیط خانواده و مدرسه ایجاد شود. علایمی مثل بیش‌فعالی و تکانشگری به دارو پاسخ می‌دهند ولی درمان‌های دارویی به تنهایی برای کنترل مسایل بیمار کافی نمی‌باشند و استفاده از درمان‌های غیر دارویی از جمله روان‌درمانی فردی و گروهی، رفتار درمانی و آموزش مدیریت والدین (PMT) و نیز جلسات آموزشی در مورد اختلال و چگونگی برخورد با کودکان مبتلا برای آموزگاران ضرورت پیدا می‌کند. با توجه به موارد فوق مسأله اهمیت خانواده در تداوم، کاهش و پیشرفت این اختلال مطرح می‌شود، تا جایکه خانواده درمانگران به این اختلال بیشتر به عنوان یک مشکل خانوادگی و نه یک بیماری تشخیص داده شده برای کودک بیمار می‌نگرند (موندن، ۲۰۰۰). این نگرش باید برای اعضای خانواده نیز فراهم شود تا بتوانند آسانتر با این بیماری کنار بیایند (ملک خسروی، ۱۳۸۲). در هر صورت در محیط خانواده که در واقع جامعه‌ای محدود است کنش و واکنش‌های میان اعضا تأثیر بسزایی در کاهش یا افزایش مشکلات موجود دارد. به این ترتیب این مطالعه در راستای احساس نیاز به آموزش مادران جهت تغییر نگرش تربیتی آنان و نیز کاهش علایم کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی شکل گرفته است.

در این مطالعه قصد داریم تا با آموزش مدیریت والدین (PMT) بر کارکرد خانواده و کیفیت زندگی مادران تأثیر بگذاریم و از این طریق سبک رابطه‌ای نامناسب والد-کودک را تغییر داده و الگوهای مناسب ارتباطی را جایگزین آن کنیم.

۳-۱ ضرورت و اهمیت تحقیق

اختلال نقص توجه/ بیش فعالی (ADHD) یکی از شایعترین اختلالات دوران کودکی است که ۵۰ درصد مراجعان به درمانگاههای روانشناسی و روانپزشکی اطفال را تشکیل می دهد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۵؛ خوشابی و همکاران، ۱۳۸۶؛ علاقه بند راد، ۱۳۷۹؛ فرمند، ۱۳۸۵) و احتمالاً بحث انگیزترین حوزه تکامل و آسیب شناسی روانی کودک است که بیش از همه مورد تحقیق قرار گرفته و خواهد شد (لوپس، ۲۰۰۳). با توجه به شیوع ۳ تا ۶ درصدی این اختلال در ایران و با توجه به آخرین آمار در دسترس از هرم سنی ایران در سال ۲۰۰۰ که وجود حداقل ۱۲/۵ میلیون نفر کودک و نوجوان ۱۴-۱۵ ساله در کشور را نشان می دهد، می توان در حدود حداقل ۳۷۵ هزار نفر را مبتلا به این اختلال فرض کرد.

علاوه بر این اختلال نقص توجه/ بیش فعالی (ADHD) اختلال پیچیده ای است که کلیه حوزه های عملکردی کودک را متأثر می سازد. مبتلایان به این اختلال در معرض خطر بیشتری از نظر ابتلا به اختلال سلوک، اختلال نافرمانی مقابله جویانه، اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی، اختلالات یادگیری، رفتارهای پرخطر نظیر مصرف مواد (مانوزا، کلاین، بسلر، مالوری و لاپادولا، ۱۹۹۸، ۱۹۹۳) رفتارهای پرخطر جنسی (بارکلی، گوورمون و آناستوپولوس، ۱۹۹۳)، ارتکاب جرایم مختلف (مانوزا و کلاین، ۱۹۹۹)، شیوع بیشتر تصادفات (بارکلی و همکاران، ۱۹۹۳؛ ویس، هیچمن، میلری و پرلمن، ۱۹۸۵)، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، الکلیسم و مشکلات بین فردی و روانشناختی (کالان و هنسی، ۱۹۸۹) قرار دارند (نقل از دشتی، ۱۳۸۲). بنابراین نیازمند یک برنامه درمانی جامع و همه جانبه می باشد، چرا که فشار سنگینی بر سرویس های بالینی تحمیل می کند. همچنین علایم اختلال ممکن است در سراسر زندگی از سنین پیش دبستانی تا بزرگسالی ادامه یابند و با افزایش سن بیمار با انواع دیگر اختلالات همراه گردند (بیدرمن، ۲۰۰۵؛ کاپلان و سادوک، ۲۰۰۵). در این صورت افراد مبتلا به این اختلال، در بزرگسالی علایم پرتحرکی نشان نمی دهند، بلکه بیشتر بی قراری دارند، تکانه ای عمل می کنند و دارای اختلال توجه و تمرکز هستند که در اجتماع آنان را با مشکل مواجه می کند (خوشابی و پوراعتماد، ۱۳۸۱).

رابطه بین سبک های فرزند پروری و رفتارهای والدین با مشکلات رفتاری کودکان به اثبات رسیده است. به عنوان مثال اسمارت^۱ در سال ۲۰۰۱ در پژوهشی دریافته است که چگونگی تعامل والد-کودک را غالباً به عنوان پیش بینی کننده برای مشکلات رفتاری کودکان می توان مورد استفاده قرار داد. تعامل هایی که معمولاً همراه با خصومت متقابل، بدبینی، مهار بیش از حد و خشونت هستند در بسیاری از آسیب های دوران کودکی دخالت دارند (قنبری، ۱۳۸۵). در بررسی روابط متقابل کودک-والدین ثابت شده است که والدین کودکان مبتلا به ADHD برای کنترل تکانش فرزند خود دستورات زیادی می دهند و از تشویق و تنبیه بیشتری استفاده می کنند (وایت، ۱۹۹۹).

در کل شیوع بالای ADHD که جمعیت وسیعی از کودکان و نوجوانان را شامل می شود و نیز فشار سنگینی که بر سرویس های بالینی تحمیل می کند یک مسأله مهم بهداشت روانی جامعه محسوب می-شود که نیازمند یک برنامه ریزی درازمدت و برخورد همه جانبه می باشد (اسپنسر، ۲۰۰۶). این بیماری با زندگی کودک در خانه، مدرسه و اجتماع تداخل می کند به طوری که ناتوانی های کودک می تواند حتی تا سنین پس از بلوغ تداوم می یابد که در صورت عدم درمان، کودک را برای آسیب پذیری اجتماعی، روانشناختی و روانپزشکی در سال های بعدی زندگی مستعد می سازد. بنابراین اهمیت درمان کودکان مبتلا به ADHD با توجه به شیوع بالای این اختلال در ایران، ثبات علائم در طول زمان، پیش آگهی ضعیف آنها، سبک رابطه ای بیمارگون این کودکان با مادرانشان و همچنین اهمیت نقش مادران در مشکلات رفتاری کودکان بارزتر می شود. در پایان، با توجه به مختل بودن رابطه والد-کودک و کارکرد خانواده در خانواده های کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی و همچنین ارتباط علائم این اختلال با رابطه والد-کودک و کارکرد خانواده و لزوم مداخله در خانواده این کودکان، فرضیات و سؤالات زیر مطرح می شود: فرضیات:

۱) آموزش مدیریت والدین باعث کاهش علائم کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی می شود.

۲) آموزش مدیریت والدین باعث بهبود کارکرد خانواده کودکان ADHD می شود.

^۱. Smart

۳) آموزش مدیریت والدین باعث افزایش سطح کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی می شود.

سؤالات:

- ۱) آیا آموزش مدیریت والدین باعث بهبود ارتباط بین اعضای خانواده می شود؟
- ۲) آیا آموزش مدیریت والدین باعث بهبود نقش ها در خانواده می شود؟
- ۳) آیا آموزش مدیریت والدین باعث افزایش پاسخگویی عاطفی بین اعضای خانواده می شود؟
- ۴) آیا آموزش مدیریت والدین باعث افزایش آمیختگی عاطفی بین اعضای خانواده می شود؟
- ۵) آیا آموزش مدیریت والدین باعث بهبود حل مسأله می شود؟
- ۶) آیا آموزش مدیریت والدین باعث افزایش کنترل رفتار می شود؟

۴-۱ هدف تحقیق

هدف از اجرای پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر کارکرد خانواده، کیفیت زندگی مادران و علایم اختلال نقص توجه/بیش فعالی (ADHD) است.

۵-۱ متغیرها و تعاریف مفهومی آنها

در پژوهش حاضر متغیر مستقل عبارت است از آموزش مدیریت والدین (PMT) و متغیر وابسته علایم اختلال نقص توجه/بیش فعالی، کارکرد خانواده و کیفیت زندگی می باشند.

متغیرهای کنترل: دارو، جنس والدین، سن کودک، طلاق، مرگ یکی از اعضای خانواده، تولد نوزاد در خانواده و وضعیت مالی خانواده.