

# فصل اول : کلیات پژوهش

## مقدمه

کمبود توجه/بیش‌فعالی<sup>۱</sup>، لج بازی/نافرمانی مقابل ای<sup>۲</sup> به عنوان مسائلی مهم برای روان‌پزشکان، روان‌شناسان، والدین و معلمان مطرح گردیده است. زیرا ویژگی های رفتاری کودکان مبتلا از قبیل ناتوانی در مهار رفتار حرکتی، نارسایی توجه، ناتوانی یادگیری، پرخاشگری، مشکلات تحصیلی، برانگیختگی و بی‌قراری حرکتی، رفتارهای آزارنده، کینه توزی، نقض حقوق دیگران، دزدی و دروغ‌گویی معضل اساسی برای والدین، همسالان و مسئولان آموزشگاهی به شمار می‌آید و به فرایند تحول استعداد های ذهنی و مهارت های اجتماعی-عاطفی خود کودک نیز آسیب جدی وارد می‌کند (برزگری و زمینی، ۲۰۱۱؛ هوزا<sup>۳</sup>، مراگ<sup>۴</sup>، پلهام<sup>۵</sup>، گرینی<sup>۶</sup> و گناچی<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳؛ به نقل از لینیا<sup>۸</sup>، هوزا، تومب<sup>۹</sup>، ۲۰۱۲؛ آویلا، کوینسا، فیلیکس، پارسنت و میراندا<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۴؛ جنتیان، نوری، شفتی، مولوی و سماواتیان، ۱۳۸۷). این کودکان غالباً به دلیل رفتار و اعمالی که انجام می‌دهند، از طرف دیگران طرد و تحقیر می‌شوند و در اثر بد رفتاری های دیگران اختلال های رفتاری آن ها تقویت می‌شود.

با توجه به این که بیشتر این کودکان در مهارت های اجتماعی، رفتاری و تحصیلی کمبود های زیادی نشان می‌دهند، و این خود می‌تواند منبعی برای درگیری و تنش والدین و کودک باشد (استیل، جنسین و کوین<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۶؛ سافرن<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۵؛ بوو و پرینس<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۷؛ لی، هومفریس، فلوری، لیو و

---

1. attention-deficit hyperactivity disorder  
2. oppositional defiant disorder  
3. Hoza  
4. Mrug  
5. Pelham  
6. Greiner  
7. Gnagy  
8. Linnea  
9. Tomb  
10. Avila, Cuenca, F'elix, Parcet & Miranda  
11. Steel, Jensen & Quinn  
12. Safren  
13. Boo, Prins

کلاسز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). ضروری به نظر می رسد که نگرش والدین را نسبت به این کودکان تغییر داد. نگرش والدین نسبت به کودکان در گزارش مشکلات رفتاری آن ها نقش دارد. محققان دریافتند که بسیاری از پدران و مادران از مهارت های فرزند پروری بی بهره نیستند، بلکه نگرش آن ها نسبت به کودکان دچار اختلال های بیرونی شده، مانند بیش فعالی و اختلال سلوک منفی تر و مشکلات رفتاری بیشتری را از این کودکان گزارش می کنند (بیدرمن<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ محرری، شهریور، تهران دوست، ۱۳۸۸؛ حاجبی، حکیم شوشتری و خواجه دین، ۱۳۸۳).

هدف از آموزش تفکر مثبت این است که والدین و کودکان دیدگاهی واقع بینانه از خود و زندگی پیدا کنند و در باره مشکلات واقعی خود به درستی قضاوت کنند و نگرش خود را تغییر دهند (سهرابی و جوانبخش، ۱۳۸۸). این آموزش ها می تواند تعامل های مادر و کودک، تغییر نگرش والدین نسبت به رفتارهای کودک و شناخت مشکلات آنان، مدیریت صحیح تر والدین در زمینه اداره کودکان بیش فعال اکمبود توجه، لج بازی نافرمانی مقابله ای را فراهم کند.

تحقیقات نشان می دهد در بسیاری از موارد، تغییر رفتار و نگرش والدین وقت و هزینه کمتری در بر دارد و حتی گاهی باید از آن ها شروع شود. به خصوص اگر مشکلات ارتباطی بر خانواده سایه افکننده باشد در این صورت آموزش والدین به بهبود رفتار آن ها منجر شده، به دنبال آن رفتار کودک هم تغییر می کند، فشار روانی والدین را کم و اعتماد به نفس آن ها را افزایش می دهد (کیمیایی، ۱۳۸۸؛ محرری و همکاران، ۱۳۸۸).

آموزش تفکر مثبت به والدین کمک می کند، تا چرخه تعاملی نا کارآمد را بشکنند و الگوهای تعاملی حمایتی مثبت و متقابلی به وجود آورند.

---

<sup>1</sup>. Lee, Humphreys, Flory, Liu & Glass

<sup>2</sup>. Biederman

## بیان مسأله

اختلال های بیرونی شده کودکان و نوجوانان مانند: کمبود توجه / بیش فعالی، لج بازی / نافرمانی مقابله ای یکی از مشکلات شایع روان پزشکی و روان شناسی است که موجب اختلال کارکرد اجتماعی و آموزشی در کودک می گردند.

اختلال بیش فعالی / کمبود توجه، یک الگوی ثابت بی توجهی و بیش فعالی است، که فراوان تر و شدید تر از آنچه تیپیک کودکان با سطح رشد مشابه است، است. کودکان دچار اختلال کمبود توجه / بیش فعالی، غالباً تحریک پذیری انفجار گونه نشان می دهند این تحریک پذیری را ممکن است محرک بی اهمیتی که موجب سر در گمی و ترس آن ها شده است به وجود آورد، این کودکان اختلال در حافظه و تفکر، کمبود توجه، بی قراری، تغییرات ناگهانی فعالیت و علائم دیگر نشان می دهند (کاپلان، ۲۰۰۳ ترجمه پور افکاری ۱۳۸۳).

اختلال لج بازی / نافرمانی مقابله ای یک الگوی باثبات رفتار منفی کارانه، نافرمانی و خصمانه نسبت به مراجع قدرت و نیز ناتوانی برای قبول مسئولیت اشتباهات خود مشخص است. کودکان مبتلا به اختلال لج بازی / نافرمانی مقابله ای معمولاً با بزرگترها جر و بحث می کنند، غالباً از کوره در می روند، فحش و ناسزا می گویند و غالباً خشمگین، بیزار و زود رنج هستند، این کودکان ممکن است در کلاس در روابط با هم‌تاهای مشکل داشته باشند اما معمولاً به خشونت جسمی یا رفتار تخریبی قابل ملاحظه دست نمی زنند، غالباً فعالانه به خواسته های بزرگترها بی اعتنایی کرده و عمداً موجب ناراحتی دیگران می گردند (کاپلان، ۲۰۰۳؛ ترجمه پور افکاری ۱۳۸۳).

هر دو گروه این کودکان از نظر احترام به نفس به علت احساس بی کفایتی پایین هستند و تقریباً همیشه در روابط بین فردی و کار تحصیلی نا موفق اند. این کودکان غالباً تنها و بدون دوست بوده و

روابط انسانی برای آن ها رضایت بخش نیست (کاپلان، ۲۰۰۳؛ ترجمه پور افکاری، ۱۳۸۳؛ اوونز، گلدفین، ایوان گیلیستا، هوزا و کایسر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷).

یافته های مربوط به مطالعات همه گیر شناسی<sup>۲</sup> به طور همسان<sup>۳</sup> میزان بالای از رویدادهای مشترک در میان کودکان و نوجوانان دچار اختلال های بیرونی شده (اختلال سلوک، اختلال بیش فعالی و اختلال لج بازی / نافرمانی مقابله ای) نشان می دهند. بیش از نیمی از کودکان ارجاع داده شده به کلینیک های سلامت روانی<sup>۴</sup> تحت تأثیر اختلال های بیرونی شده قرار دارند (بیزدجیان<sup>۵</sup>، کروگر<sup>۶</sup>، دیرینگر<sup>۷</sup>، مالونی<sup>۸</sup>، مک گوی<sup>۹</sup>، ایاکنو<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۱؛ بارکلی<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۳؛ گومز<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۷؛ ویلنس و دکر<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۷؛ فاراونی، بیدرمن، جیتون و تسوانگ<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۷؛ هوش ور، بهنیا، خوشابی، میرزایی و رهگذر، ۱۳۸۸).

کودکانی با چنین خصوصیتی نیاز به والدین صبور و کاردان دارندا بتوانند با کودکان خود درست و معقول رفتار کنند. یافته ها حاکی از آن است که تعامل های درون خانوادگی، در خانواده های دارای فرزند با اختلال های کمبود توجه / بیش فعالی، لج بازی / نافرمانی مقابله ای و اختلال سلوک با سطح بالای از ناسازگاری و ناهماهنگی همراه است (پرند و همکاران، ۲۰۱۰). چرا که این کودکان از دستورات والدین و سایر اعضا تبعیت نمی کنند، تکالیف انجام نمی دهند و رفتارهای منفی بیشتری نسبت به

---

1. Owens, Goldfine, Evangelista, Hoza & Kaiser

2. epidemiological

3. consistently

4. Mental Health Clinics.

5. Bezdjian

6. Krueger

7. Derringer.

8. Malone

9. McGue

10. Iacono

11. Barkley

12. Gomez

13. Wilens & Decker

14. Faraone, Biederman, JETTON & TSUANG

تأثیر آموزش تفکر مثبت به مادران بر کاهش اختلال های بیرونی شده کودکان آن ها

همسالان خود دارند که این شرایط، نا کار آمدی کارکردهای خانوادگی را به دنبال دارد. بنا بر این خانواده همیشه کارکردهای خود را به خوبی انجام نمی دهد (کیمیایی، ۱۳۸۸).

رفتارهای ناسازگارانه کودک (همچون تکانشگری، عدم تبعیت از دستورات والدین، رفتارهای تخریبی، لج بازی، نافرمانی و تحریک پذیری) احساس بدی در والدین (همچون خشم، عصبانیت، در ماندگی، خستگی، کاهش تحمل) به وجود می آورد. قدر مسلم، وقتی این چنین هیجان ها و احساساتی در والدین این کودکان به وجود آید، بر نحوه واکنش و رفتار کردن آن ها با این کودکان تأثیر می گذارد. و آن ها شروع به تنبیه، طرد، سرزنش و محرومیت می نمایند، این واکنش ها احساسات منفی کودک (همچون ناکامی، خشم، ناامیدی) را بر انگیزته و رفتار ناسازگارانه کودک ادامه پیدا می کند و تکرار می شود. از این رو، در بسیاری از موارد، برخورد والدین می تواند در افزایش مشکلات رفتاری کودکان تعیین کننده باشد (پرنده و همکاران، ۲۰۱۰؛ کیمیایی، ۱۳۸۸؛ حکمتی، سودمند، بیرامی، قلی زاده و منصورنیا، ۱۳۸۸).

با توجه به این که خانواده، یک نظام اجتماعی است که اختلال در هریک از اعضای آن، کل نظام را مختل می کند و این نظام مختل شده به نوبه خود اختلالات مربوط به اعضا را تشدید کرده و مشکلات جدیدی ایجاد می کند، به راحتی می توان تصور کرد که وجوه رفتاری متعدد اختلالی پایدار چون بیش فعالی / کمبود توجه، می تواند به افسردگی مادران، اضطراب و احساس محدود شدن نقش والدینی، احساس عدم لیاقت در امر تربیت فرزند، وابستگی ضعیف بین کودک و والد، روابط منفی تر این کودکان با خواهران و برادران شان، بالا رفتن سطح تنش در خانواده، بالا تر بودن میزان طلاق و از هم گسیختگی روابط خانوادگی در خانواده های کودکان مبتلا به بیش فعالی / کمبود توجه منجر شود (هوش ور و همکاران، ۱۳۸۸).

در مطالعه جانسون و موش (۲۰۰۱)، بین اختلال های کمبود توجه / بیش فعالی، لج بازی / نافرمانی مقابله ای کودکان و استرس والدین ارتباط دوگانه و جهت دار وجود داشت (ون دیر اورد<sup>۱</sup>، پرنس<sup>۲</sup>، اوسترلان<sup>۳</sup>، اوسترلان<sup>۳</sup>، ایمیل کامپ<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶). در مجموع داده های مطالعات نشان می دهند که بین خلق افسرد والدین و استرس آن ها با اختلال های بیرونی شده کودکان آن ها ارتباط وجود دارد. و همچنین تحقیقات تجربی از مؤثر بودن برنامه هایی که در آن ها والدین تلاش می کنند تا راهبردهای مدیریت رفتارهای کودکان دارای اختلال های بیرونی شده و دیگر اختلال های که باعث رفتارهای درهم گسیخته می شوند را یاد بگیرند حمایت می کنند (ون دیر اورد و همکاران، ۲۰۰۶؛ کرونیس، چاکو، فابیانو، ویمبس و پلهام<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴؛ سلیگمن، ۱۹۹۶؛ ترجمه فروزنده، ۱۳۸۳). به این ترتیب می توان اذعان داشت که ارتباطی حیاتی و مهم بین اعمال ناکارآمد والدگری و نتایج رفتاری ضد اجتماعی کودک وجود دارد. کما این که با آموزش نحوه رفتار صحیح و مؤثر والدگری، علامت های اختلالات رفتاری ضد اجتماعی و رفتار های لج بازی مقابله ای در کودکان به طرز معناداری کاهش می یابد (هوش ور و همکاران، ۱۳۸۸). بر اساس تعداد قابل توجهی از مطالعات، خود باوری والدین کیفیت مراقبت از کودک را تحت تأثیر قرار می دهد و بهبود این خود باوری تحت تأثیر بهبود تعامل مادر و کودک است. سطوح بالای خود باوری در مادر تحت تأثیر حساس بودن، گرمی عاطفی و مسئولیت پذیری وی است. این ویژگی به مثابه ی عاملی حمایتی در برابر مشکلات رفتاری کودک، باعث افزایش اعتماد به نفس، بهبود عملکرد اجتماعی و تحصیلی و نیز کاهش افسردگی و اضطراب می گردد. در عوض، خود باوری اندک والدین باعث می شود آنان در تربیت فرزندان به روش های سخت گیرانه، قهرآمیز و آزار دهنده متوسل شوند که این خود به تداوم مشکل رفتاری کودک منجر می گردد (محرری و همکاران، ۱۳۸۸). از آنجایی که کودکان مبتلا به اختلال بیش

---

<sup>1</sup>. Van der Oord

<sup>2</sup>. Prens

<sup>3</sup>. Oosterlaan

<sup>4</sup>. Emmelkamp

<sup>5</sup>. Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs & Pelham

فعالی/کمبود توجه مشکلاتی در زمینه خود تنظیمی دارند و برای تنظیم رفتارهایشان بیشتر به پسخوردهای محیطی وابسته هستند (بارکلی، ۱۹۹۷؛ به نقل از بیرامی و همکاران، ۱۳۸۸) مطالعه خانواده ها و الگو های رفتاری والدین اهمیت به سزایی دارد. مطابق گزارش والدین، دامنه زیادی از فعالیت های روزانه و اغلب روابط (والد - کودک، کودک با همشیره ها و کودک با دیگران) در طی روز تحت تأثیر رفتار های این کودکان است (بیرامی و همکاران، ۱۳۸۸) بنابراین چنین رفتار های می توانند واکنش های در والدین ایجاد کرده و از این طریق بر ساختار و عملکرد های خانواده تأثیر بگذارند.

توجه به ویژگی ها و جنبه های مثبت رفتارهای کودکان و نوجوانان به جای تمرکز بر نقاط ضعف و جنبه های منفی رفتار آنان دارای اهمیت است. لازم است کودکان و نوجوانان به یک نگرش مثبت و سالم مسلح شوند تا مسیر مستقیم زندگی خود را بیابند. هنگامی که نوجوانان ارزیابی مثبت از خود، دیگران و زندگی داشته باشند، احساس ارزشمندی بیش تری دارند. برای این که آن ها به چنین دیدگاهی برسند، باید از ویژگی های مثبت، توانایی ها، زیبایی ها و استعداد های ویژه خود آگاه شده و به آن ها احترام بگذارند و از داشتن این ویژگی ها احساس رضایت کنند. والدین می توانند این نقش را به عهده بگیرند و کودک را نسبت به توانایی های خود آگاه کنند (خدا یاری فرد، ۱۳۸۳).

از دیدگاه علوم رفتاری و روان شناسی، وضعیت روانی، جسمانی و نحوه تجربه درد یا شادی از آرایش ذهنی، روانی و سبک اندیشه ما نشأت می گیرد. ما هرچه فراخ تر، بزرگتر، سالم تر، و زیبا تر فکر کنیم، زندگی عینی خودمان را گسترده تر، عمیق تر و لذت بخش تر می کنیم. شیوه تفکر ما است که کیفیت زندگی ما را تعیین می کند (سهرابی و جوانبخش، ۱۳۸۸).

خوشبختانه روان شناسان به نحوه تغییر دادن بدبینی و منفی نگری دست یافته اند روان شناسان شناختی، در زمینه تغییر عادت های فکری ناسازگارانه که بسیاری از افراد به هنگام شکست در دام آن ها می افتند، به روش های مفیدی دست یافته اند. بررسی ها نشان داده است که می توان مهارت های لازم



تأثیر آموزش تفکر مثبت به مادران بر کاهش اختلال های بیرونی شده کودکان آن ها

برای برخوردار بودن از خوش بینی و تفکر مثبت همراه با انعطاف پذیری و مبتنی بر واقعیت را به والدین و کودکان آموزش داد و آن ها را در برابر مسایل و مشکلات ایمن سازی روانی کرد.

منظور از مثبت اندیشی تخیل مثبت نیست، زیرا تخیل مثبت پشتوانه ی واقعی ندارد و فرد را شکننده و آسیب پذیر می کند. مثبت اندیشی مبتنی بر کشف واقعیت های خوشایند است. نگرش مثبت مبتنی بر واقعیت های خوشایند سرمنشا تلاش، پویایی و شادابی است (زارعی متین، جندقی و حق گویان، ۱۳۸۸). سلیگمن (۱۹۹۱) معتقد است که افسردگی، یک سازه یا پدیده اکتسابی و یاد گرفته شده است. به عقیده او، این که فرد وقایع زندگیش یا پیشامد های هر روزه زندگی خود را چگونه تفسیر می کند، به سلامت روان او بستگی دارد. به گفته سلیگمن اگر افسردگی قابل آموختن باشد، خوش بینی هم قابل یادگیری است. در آموزش خوش بینی و مثبت اندیشی افراد تشویق می شوند تا تجربه های مثبت و خوب خود را باز شناسند و نقش آن ها را در افزایش ارتقای احترام خود و عزت نفس باز شناسایی کنند، در عین حال توانایی شناخت جنبه های مثبت دیگران را نیز کسب کنند. به علاوه آن ها از طریق آموزش این مهارتها قادر می شوند ارتباط میان افکار، احساسات و رفتارهای خود را درک کنند (محرری و همکاران، ۱۳۸۷).

سلیگمن معتقد است برخلاف هیجان منفی که خزانه ما را برای مبارزه با تهدید فوری محدود می کند، هیجان مثبت بر رشد دلالت دارد و باعث ایجاد و بسط منابع فکری، اجتماعی و جسمی می شود. لذت بخش ترین کار ما به عنوان والد، ایجاد هیجانها و خصایص مثبت در کودکان مان به جای تمرکز صرف روی رفع هیجانها منفی و خاموش سازی خصایص منفی است (سلیگمن، ۲۰۰۲؛ ترجمه تبریزی، ۱۳۸۹).

رایج ترین درمان پیشنهادی برای کودکان مبتلا به اختلال های کمبود توجه / بیش فعالی درمان دارویی است، به طوری که حدود ۷۵ درصد از ایشان، تحت درمان با دارو های محرک قرار می گیرند (کوهن -

زیون و همکاران، ۲۰۰۴؛ هوش ور و همکاران، ۱۳۸۸). با این حال در کنار دارو درمانی آموزش مهارت های کنترل کودک در افزایش انگیزه تحصیلی این کودکان و افزایش اعتماد به نفس والدین در تربیت فرزندان بسیار موثر است. آموزش والدین خودکار آمدی آنان را بالا می برد و به افزایش سطح سلامت روانی والدین و بهبود روابط بین فردی اعضای خانواده کمک قابل توجهی می کند (میرزائیان و همکاران، ۱۳۸۵؛ هوش ور و همکاران، ۱۳۸۸). اهمیت انتخاب مادر، در این پژوهش بدان سبب است که برخی پژوهشگران بر این اعتقاد هستند که غالباً مادران، خود را برای رفتار های نا مناسب کودک مقصر می دانند (ویر، ۲۰۰۵؛ به نقل از بیرامی و همکاران، ۱۳۸۸).

همان طور که بیان شد، کودکان دچار اختلال های بیرونی شده (کمبود توجه / بیش فعالی، لج بازی / نافرمانی مقابله ای) اغلب به دلیل مشکلات رفتاری شان که باعث ناراحتی و پریشانی اشخاص دیگر مانند والدین و معلمان می گردند به کلینیک های سلامت روان ارجاع داده می شوند. در همین جهت مطالعات گسترده ای برای کمک به کنترل و مدیریت رفتار این کودکان انجام شده است و هر کدام از این مطالعات به جنبه ای از مشکلات این کودکان و والدین آن ها پرداخته اند (ون دیر اورد و همکاران، ۲۰۰۶؛ کرونیس و همکاران، ۲۰۰۴). با توجه به مطالعات انجام شده از آنجایی که این کودکان و والدین آن ها با مشکلات متعددی روبرو هستند، پژوهشگر علاقه مند است بداند که آیا آموزش تفکر مثبت به مادران می تواند در بهبود علائم رفتاری این کودکان مؤثر واقع گردد؟

### **اهمیت و ضرورت پژوهش**

با توجه به شیوع بالای اختلال بیش فعالی / کمبود توجه، نشانه های عمیق و نافذ آن و ادامه یافتن آن ها در دوره نوجوانی (بیدرمن و همکاران، ۲۰۰۶) که منجر به مشکلات فردی و اجتماعی برای فرد می شود (بیدرمن و همکاران، ۲۰۰۶؛ کرونیس و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین آثار منفی دارو ها علیرغم تأثیر مثبت بر اختلال بیش فعالی / کمبود توجه، و متناقض بودن نتایج حاصل از درمان های دیگر، یافتن روش

درمان مؤثر و فاقد پیامد های منفی ضروری به نظر می رسد. روش های مختلفی برای کاستن از اثرات زیان آور دارو درمانی به وجود آمده اند همانند روش های رفتاری، شناختی - رفتاری. در این تحقیق بر آموزش دادن والدین کودکان بیش فعال تأکید شده است.

از آنجایی که تفکرات افراد تأثیر مستقیمی روی رفتار آن ها دارد و قسمت اعظمی از رفتار از آن ناشی می شود این امر در مورد والدین نیز صادق است و نوع تفکرات آن ها می تواند روی رفتار آن ها با کودکانشان تأثیر گذار باشد. در نتیجه آموزش تفکر مثبت به مادران می تواند تأثیر بسیار زیادی روی کودکان آن ها داشته باشد. به خصوص این که کودکان مورد نظر در این پژوهش کودکانی هستند که دچار اختلال های بیرونی شده ای هستند. این کودکان با توجه به اختلال هایی که دارند، و به دلیل رفتارهای غیر قابل قبول جامعه مورد طرد و تحقیر اطرافیان قرار می گیرند و باعث می شود که رفتار معیوب آن ها نه تنها اصلاح نشود بلکه به آن نیز دامن زده شود و به دنبال آن تنبیه و مجازات می آید که این امر باعث اضطراب این کودکان می شود و یادگیری و مهارت های اجتماعی آن ها را مختل تر می کند. آموزش تفکر مثبت به والدین می تواند در بهبود روابط و مهارت های ارتباطی و اجتماعی و همچنین کاهش اضطراب کودکان مؤثر باشد. این آموزش ها می تواند به آن ها کمک کند تا مشکلات کمتری داشته باشند. از این رو تصور پژوهشگر بر این است که آموزش تفکر مثبت به والدین برای این گروه از افراد ضروری بوده چرا که این والدین به دلیل اختلال کودکان خود و مشکلات به همراه آن ها از نظر روانی آسیب پذیر شده اند. این آموزش ها می توانند سطح خود باوری والدین در تربیت فرزندان را بالا برده و باعث افزایش اعتماد به نفس، بهبود عملکرد اجتماعی و نیز کاهش افسردگی و اضطراب گردد. در عوض، خود باوری اندک والدین باعث می شود در تربیت فرزندان به روش های سخت گیرانه، قهر آمیز و آزاردهنده متوسل شوند. این خود به تداوم مشکل رفتاری کودک منجر می شود. نتایج پژوهش مورد نظر می تواند والدین را در مدیریت کردن بهتر مشکلات رفتاری کودکان شان کمک کند و تا به این

تأثیر آموزش تفکر مثبت به مادران بر کاهش اختلال های بیرونی شده کودکان آن ها

طریق بتوانند اسباب انطباق و سازگاری کودک را با محیط اطرافش فراهم کنند. همچنین به والدین کمک می کند که در برخورد با این کودکان تفکر مثبت تر و منعطف تری داشته باشند. چرا که مثبت اندیشی باعث می شود والدین واقع بین تر در نتیجه اضطراب کودکان کمتر، و بالاخره زندگی بهتری داشته باشند.

## هدف های پژوهش

### هدف کلی

هدف پژوهش حاضر ارزیابی تأثیر آموزش تفکر مثبت به مادران و تأثیر آن روی اختلال های بیرونی شده کودکان آن ها است. از آنجا که فرض می شود، آموزش تفکر مثبت مداخله ای مؤثر در این زمینه است، هدف اصلی پژوهش بررسی تأثیر آموزش تفکر مثبت به مادران بر کاهش اختلال های بیرونی شده کودکان آن ها است.

### اهداف جزئی

۱. تعیین اثر بخشی آموزش تفکر مثبت به مادران در بهبود علائم رفتاری کودکان دچار اختلال بیش فعالی.
۲. تعیین اثر بخشی آموزش تفکر مثبت به مادران در بهبود علائم لج بازی / نافرمانی مقابله ای کودکان بیش فعال.
۳. تعیین اثر بخشی آموزش تفکر مثبت به مادران در افزایش شادکامی مادران.

تأثیر آموزش تفکر مثبت به مادران بر کاهش اختلال های بیرونی شده کودکان آن ها

### فرضیه های پژوهش

۱. آموزش تفکر مثبت به مادران در بهبود علائم رفتاری کودکان دچار اختلال بیش فعالی مؤثر است.
۲. آموزش تفکر مثبت به مادران در بهبود علائم لج بازی / نافرمانی مقابله ای کودکان بیش فعال مؤثر است.
۳. آموزش تفکر مثبت به مادران در افزایش شادکامی آن ها مؤثر است.

### متغیر های پژوهش

در پژوهش حاضر متغیر مستقل عبارت است از آموزش تفکر مثبت به مادران که فرض می شود بر متغیر وابسته اختلال های بیرونی شده (اختلال های کمبود توجه / بیش فعالی و لج بازی / نافرمانی مقابله ای) کودکان آن ها اثر گذار بوده و آن ها را کاهش می دهد. متغیر سن نیز به عنوان متغیر کنترل در نظر گرفته شده است و کودکان بین (۶ تا ۱۱ سال) انتخاب شده اند.

### تعریف نظری و عملیاتی متغیر های پژوهش

#### الف) تعریف نظری

**بیش فعالی / کمبود توجه:** بارکلی (۱۹۸۲) می نویسد اگرچه بر سر نشانه ها و ویژگی های بیش فعالی اتفاق نظر وجود دارد، ولی هنوز بر سر تعریف آن چنین توافقی حاصل نشده است (بارکلی، ۲۰۰۳). بسیاری از پژوهشگران و درمان گران ترجیح می دهند تعریف و ملاک های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی، را مورد استفاده قرار دهند. بنابر نسخه جدید تجدید نظر شده چهارمین ویرایش این راهنمایی، مشخصه اصلی این اختلال، الگوی پایدار فقدان توجه و یا بیش فعالی - تکانشگری است که در مقایسه با افرادی که در همان سطح از رشد قرار دارند، فراوان تر و شدیدتر است، بعضی از نشانه های بیش فعالی یا فقدان توجه که موجب اختلال می شوند باید تا قبل از سن ۷ سالگی

ظاهر شوند، هر چند بسیاری از افراد سال ها پس از آن که نشانه ها در آن ها ظاهر شدند، تشخیص داده می شوند. بعضی از اختلال های ناشی از این نشانه ها باید دست کم در دو موقعیت (مانند خانه و مدرسه یا محل کار) وجود داشته باشند. در مورد مداخله این اختلال در کارکرد اجتماعی، تحصیلی یا شغلی متناسب با رشد، باید شواهد روشنی وجود داشته باشد.

**روان شناسی مثبت نگر:** شلدون<sup>۱</sup> و کینگ<sup>۲</sup> (۲۰۰۱) روان شناسی مثبت نگر را مطالعه فضائل و نقاط قوت انسان عادی نامیدند و گیبیل<sup>۳</sup> و هایت<sup>۴</sup> (۲۰۰۵) آن را مطالعه شرایط و فرایندهای دخیل در شکوفایی کارکرد بهینه مردم، گروه ها و نهادها دانسته اند (به نقل از سلیگمن، استن<sup>۵</sup>، پارک و پترسون<sup>۶</sup>، پترسون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵). به این ترتیب به نظر می رسد که روان شناسی مثبت نگر حامل نوعی تغییر نگاه است، است، تغییر از کاستی ها و نقاط ضعف به نقاط قوت و برتری های آدمی (سلیگمن، ۲۰۰۰؛ ترجمه تبریزی، ۱۳۸۹؛ ریچ، ۲۰۰۳؛ پارک و همکاران، ۲۰۰۶). سلیگمن و همکاران او معتقد اند که زندگی کامل دارای سه رکن یا سه مولفه است: الف) زندگی سرشار از خوشی و لذت، ب) زندگی خوب و متعهدانه (یا زندگی در گیرانه) و ج) زندگی با معنی.

### ب) تعریف عملیاتی

**اختلال بیش فعالی / کمبود توجه:** منظور از کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی / کمبود توجه، کودکی است که بنابر ارزیابی روان شناس و روان پزشک در کلینیک مشاوره و روان شناسی دانش آموزی منطقه نه شهر تهران تشخیص دریافت کرده است و دامنه سنی او بین ۶-۱۱ سال است.

---

1. Sheldon  
2. King  
3. Gable  
4. Haidt  
5. Steen  
6. Park & Peterson

تأثیر آموزش تفکر مثبت به مادران بر کاهش اختلال های بیرونی شده کودکان آن ها

## اختلال لج بازی /نافرمانی مقابله ای : منظور از کودک مبتلا به اختلال لج بازی /نافرمانی مقابله

ای، کودکی است که بنابر ارزیابی روان شناس و روان پزشک در کلینیک مشاوره و روان شناسی دانش آموزی منطقه نه شهر تهران تشخیص دریافت کرده است و دامنه سنی او بین ۶-۱۱ سال است.

## آموزش تفکر مثبت: شامل هشت تکنیک است که از تکنیک های مورد استفاده سلیگمن، پترسون

وسایر روان شناس های مثبت نگر اقتباس شده است. این هشت تکنیک عبارتند از :

۱- معرفی و جهت دهی (توضیح دادن نحوه آموزش ها و تعیین کردن روال کار )

۲- شناسایی توانمندی های شخصی و استفاده از آن ها

۳- یاد آوری سه واقعه مثبت /ذکر نعمت ها (روزنگار نعمت)

۴- میراث شخصی

۵- نامه و دیدار تشکر آمیز

۶- پاسخ دهی فعال و سازنده

۷- انجام کار با طمانینه (پرهیز از شتاب زدگی)

۸- پایدار سازی شادمانی

این تکنیک ها در هشت جلسه ۲ ساعتی، دو جلسه در هفته برگزار می شود.

## فصل دوم

### مبانی نظری وپیشینه مطالعاتی



با وجود تحقیقات بسیار در زمینه اختلال کمبود توجه / بیش فعالی، علت اصلی ایجاد این اختلال و در نتیجه در مان قطعی برای آن پیدا نشده است. در حال حاضر درمان های دارویی، گزینه اول درمان برای این اختلال هستند (کوهن-زیون و آنکولی ایسرائیل<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). اعتیاد آور بودن برخی از این داروها و وجود عوارض جانبی زیاد و نامطلوبی که حتی رشد کودک را متاثر می سازد (سافرن و همکاران، ۲۰۰۵؛ برزگری و زمینی، ۲۰۱۱) منجر به انجام تلاش ها و تحقیقات برای پیدا کردن درمان های جایگزین که چنین عوارضی نداشته باشند، شده است. درمان های شناختی یکی از انواع درمان های غیر دارویی است که در کنار دارو درمانی یا حتی جداگانه به کار برده می شود. در کنار دیگر درمان ها، سیستم های درمانی به ویژه درمان های شناختی - رفتاری و خانواده درمانی بسیار مهم هستند (سیاگر<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۳؛ به نقل از خسرو پور، ۱۳۸۶).

## ۲) اختلال کمبود توجه / بیش فعالی

در این بخش توضیحات لازم در مورد اختلال کمبود توجه / بیش فعالی ارائه می گردد تا شناخت بیشتری نسبت به ماهیت این اختلال و درمان هایی که تا کنون برای آن مورد استفاده قرار گرفته حاصل گردد.

### ۲-۱) تعریف و نشانه شناسی

در متن تجدید نظر شده چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی، اختلال بیش فعالی/کمبود توجه به عنوان زیر مجموعه اختلال های کاستی توجه و رفتار ایذایی، در مجموعه اختلال های که معمولاً نخستین بار در دوره شیر خوارگی، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می شوند، قرار داده شده است.

---

<sup>1</sup>. Cohen-Zion & Ancoli-Israel

<sup>2</sup>. Seager

با بررسی متون روان شناسی و روان پزشکی متوجه می شوید که تعریف این اختلال سهل الممتنع است. همه پژوهشگران بر سر این که فرد مبتلا به اختلال بیش فعالی/کمبود توجه چگونه رفتار می کند اتفاق نظر دارند، به عبارتی علائم و نشانه های آن به خوبی مشخص شده است. اما، هنگام تعریف، چنین اتفاق نظری مشاهده نمی شود و صاحب نظران متفاوت، تعاریف متفاوتی ارائه می دهند. بارکلی (۱۹۸۲)، به نقل از علیزاده، (۱۳۷۶) این تعریف را پیشنهاد می کند "بیش فعالی عبارت است از اختلالی رشدی در توجه، کنترل تکانه، بی قراری و هدایت رفتار که به طور طبیعی ایجاد می شود و ناشی از اختلال های عصب شناختی بزرگ، حسی، حرکتی یا هیجانی نیست.

تعریف سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۲)، اختلال بیش فعالی/کمبود توجه به وسیله شروع زود هنگام (قبل از ۷ سالگی) مشخص می گردد که ترکیبی است از فعالیت بیش از حد و رفتار تنظیم نشده همراه با عدم توجه محسوس، فقدان اشتغال پیوسته به یک کار، بی قراری، گرایش به تکانشگری و میزان بالای از حواس پرتی. این ویژگی ها در مکان های متفاوت و در طول زمان ثابت هستند.

گلدشتاین و گلدشتاین (۱۹۹۸، به نقل از علیزاده، ۱۳۷۶) متذکر می شوند، اتفاق نظری در این مورد روبه گسترش است که اختلال بیش فعالی/کمبود توجه نشانگر مشکل در عملکرد اشتباه است تا در روند اشتباه. این گونه نیست که این افراد ندانند که چه باید انجام بدهند، بلکه نمی توانند آن چه را که می دانند به صورت منسجم و یکپارچه انجام دهند. مشکل در عدم انسجام و یکپارچگی است تا عدم توانایی. این دو صاحب نظر در سال ۱۹۹۰ برای اولین بار تعریفی کاربردی از اختلال بیش فعالی/کمبود توجه ارائه دادند که به دیگران کمک می کند تا دنیا را از چشم مبتلایان به این اختلال ببینند. آن ها سپس در سال ۱۹۹۸ تعریف خود را کامل کردند و می نویسند این تعریف شامل ۵ مؤلفه است. اولین و اساسی ترین آن ها تکانشگری است که مؤلفه های دیگر را شکل می دهد. کودکان کم توجه /بیش فعال به سختی پیش از آن که عمل کنند، فکر می کنند. چهار مؤلفه دیگر عبارتند از: عدم توجه، بیش فعالی،

بیش انگیزتگی و مشکل در کامروا سازی به این صورت که نیاز به یاداش های سریع، قابل پیش بینی، پی در پی و معنادار دارند، مشکل در هیجان ها و منبع کنترل به این صورت که به علت بیش برانگیزتگی هرگاه شاد هستند، آنقدر شاد اند که دیگران آن ها را دعوت به آرامش می کنند و هرگاه غمگین هستند، چنان غمگین اند که باز هم دیگران آن ها را دعوت به آرامش می کنند. به همین علت یاد می گیرند هیجان ها با ارزش نیستند و در مقابل می توانند آن ها را دچار مشکل کنند. این عوامل سبب می شود در یادگیری مهارت های کنترل هیجان های خود دچار مشکل شوند. همچنین بیان می شود که این کودکان دارای منبع کنترل بیرونی هستند و به مسئولیت خود در رفتارشان توجه ندارند.

از آن رو که ارائه تشخیص صحیح و یکسان بین متخصصان متفاوت، نیاز به یکسان سازی علائم و نشانه های اختلال دارد، پژوهشگران و درمان گران ترجیح می دهند، ملاک های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی، را مورد استفاده قرار دهند. این ملاک ها به شرح زیراند :

الف) یکی از موارد شماره ۱ یا ۲

۱- بی توجهی : شش مورد (یا بیشتر) از علائم بی توجهی زیر حداقل به مدت ۶ ماه به درجاتی که غیر انطباقی و ناهماهنگ با سطح رشدی است دوام داشته است :

۱-۱) غالباً از توجه کافی به جزئیات در می ماند یا در کار تحصیلی، کار یا سایر فعالیت ها اشتباهات ناشی از بی دقتی مرتکب می شود.

۲-۱) غالباً از حفظ توجه روی تکالیف یا فعالیت های مربوط به بازی ها ناتوان است.

۳-۱) غالباً به نظر می رسد وقتی مستقماً با او صحبت می شود گوش نمی دهد.

۴-۱) غالباً دستور العمل ها را کامل اجرا نمی کند، کار درسی، وظایف و تکالیف محیط کار را تکمیل نمی کند (نه به دلیل رفتار مقابله ای یا نفهمیدن دستورات).

۵-۱) غالباً در سازماندهی تکالیف و فعالیت ها ناتوان است.

تأثیر آموزش تفکر مثبت به مادران بر کاهش اختلال های بیرونی شده کودکان آن ها

۶-۱) از تکالیفی که نیازمند فعالیت ذهنی مستمر است اجتناب می کند، نفرت دارد، یا در اقدام به آن مردد است (مثل کار درسی در مدرسه یا تکالیف خانگی).

۷-۱) غالباً اشیاء لازم برای انجام تکالیف و فعالیت ها را گم می کند (مثل تکلیف درسی، مداد، کتاب یا وسائل آموزشی).

۸-۱) محرک های بیرونی غالباً حواسش را به آسانی پرت می کند.

۹-۱) در فعالیت های روز مره غالباً فراموشکار است.

۲- بیش فعالی تکانشگری: شش مورد (یا بیشتر) از علائم بی توجهی زیر حداقل به مدت ۶ ماه به درجاتی که غیر انطباقی و ناهماهنگ با سطح رشدی است دوام داشته است: بیش فعالی

۱-۲) اغلب دست ها و پاهایش بی قرار است و روی صندلی وول می خورد.

۲-۲) اغلب در کلاس یا جاهای دیگری که انتظار می رود شخص نشسته باقی بماند صندلی خود را ترک می کند.

۳-۲) در جاهای که مناسبتی ندارد می رود یا از در و دیوار بالا می رود (در نوجوانان و بزرگسالان ممکن است محدود به احساس ذهنی بی قراری باشد).

۴-۲) اغلب در اشتغال بی سر و صدا به فعالیت های تفریحی و بازی ناتوان است.

۵-۲) اغلب در حال حرکت است و به نظر می رسد موتور بی حرکتش وا می دارد.

۶-۲) اغلب زیاد حرف می زند.

تکانشگری

۷-۲) اغلب قبل از این که سوال تمام شود جواب هائی می پراند.

۸-۲) اغلب در انتظار کشیدن برای نوبت ناتوان است.