

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

پایاننامه

جهت اخذ کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی تربیتی

عنوان:

مقایسه سلامت روانی و شیوه‌های فرزند پروری والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فرزون کنشی و عادی

استاد راهنما:

دکتر میر محمود میر نسب

استاد مشاور:

دکتر اسکندر فتحی آذر

پژوهشگر:

سید بهاء الدین حیدری

۱۳۸۸ / ۳ / ۳

بهمن ماه ۱۳۸۷

کتابخانه و اسناد مرکز علمی پژوهشی
تهران

۱۱۳۶۳۰

تقدیم ہے:

پدر و مادرم ❖

تقدیر و تشکر:

اکنون که به لطف پروردگار توفیق یافتیم تا این دوره از فراگیری علم و دانش را طی کنیم، بر خود لازم می‌دانم از پدر و مادر عزیزم که همواره از کوچکترین کمکی در پیشرفت و تعالی‌ام دریغ ننمودند، تشکر کنم و از کلیه اساتید ارجمندی که در طی این دو سال از مضرشان کسب فیض کردم قدردانی می‌نمایم.

از استاد ارجمند و بزرگوارم، جناب آقای دکتر میر محمود میر نسب که با راهنمایی‌های فردمندانه در نهایت صبر و شکیبایی مرا در انجام این تحقیق یاری نمودند و همچنین از جناب آقای دکتر اسکندر فتعی آذر، استاد مشاور بزرگوارم که از راهنمایی‌های ارزنده‌شان در طول تصویب و اجرای پایاننامه بهره بردم، بسیار سپاسگذارم.

از استاد داور جناب آقای دکتر رحیم بدری که قبول زحمت فرموده و قضاوت و دواوری این پژوهش را بر عهده گرفته‌اند هم چنین از زحمات سایر اساتید گرانقدر که در طول دوره کارشناسی و هم در دوره کارشناسی ارشد چگونه زیستن را به من آموختند کمال تشکر را دارم.

نام خانوادگی: حیدری	نام: سید بهاء الدین
عنوان پایانامه: مقایسه سلامت روانی و شیوه‌های فرزندپروری والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی و عادی	
استاد راهنما: دکتر میر محمود میر نسب	استاد مشاور: دکتر اسکندر فتحی آذر
درجه تحصیلی: کارشناسی ارشد	گرایش: تربیتی
رشته: روانشناسی	دانشکده: علوم تربیتی و روانشناسی
محل تحصیل: دانشگاه تبریز	تعداد صفحه: ۱۰۸
تاریخ فارغ التحصیلی: ۲۶ بهمن ماه ۱۳۸۷	
واژه‌های کلیدی: اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی، سلامت روان، شیوه‌های فرزند پروری	
<p>چکیده فارسی:</p> <p>پژوهش حاضر با هدف مقایسه سلامت روانی و شیوه‌های فرزند پروری مادران کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی و مادران کودکان عادی صورت گرفته است. روش تحقیق از نوع علی - مقایسه‌ای است و گروه نمونه شامل ۴۰ نفر از مادران است که ۲۰ نفر از آنها دارای کودکان مبتلا به اختلال و ۲۰ نفر دیگر دارای کودکان عادی می‌باشند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به منظور جمع آوری اطلاعات پرسشنامه SCL-90-R برای سنجش سلامت روانی و پرسشنامه شیوه‌های فرزند پروری بامریند برای سنجش شیوه‌های فرزند پروری در هر دو گروه اجرا شدند. داده‌ها با استفاده از بسته آماری spss مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج حاصل از آزمون t مستقل نشان داد که بین دو گروه (والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی و والدین کودکان عادی) از لحاظ وضعیت سلامت روان و شیوه‌های فرزند پروری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. یافته‌های این مطالعه، استلزامها و دلالت‌هایی برای مطالعه وضعیت سلامت روانشناختی والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی و شیوه‌های فرزند پروری آنان در نمونه‌های بزرگ مقیاس را دارد.</p>	

فصل اول - کلیات طرح

۱	پیش درآمد
۲	مقدمه
۴	۱-۱ - بیان مسئله
۶	۲-۱ - اهمیت و ضرورت پژوهش
۱۰	۳-۱ - اهداف پژوهش
۱۰	۴-۱ - سؤال پژوهش
۱۰	۵-۱ - فرضیه‌های پژوهش
۱۱	۶-۱ - تعریف متغیرها
۱۱	۱-۶-۱ - تعاریف مفهومی
۱۱	۱-۶-۲ - تعاریف عملیاتی

فصل دوم - پیشینه پژوهش

۱۲	پیش درآمد
۱۳	۱-۲ - فرزندپروری و نظریه‌های مربوط به آن
۱۴	۲-۱-۱ - طبقه‌بندی الگوهای تربیتی فرزندان
۱۴	۲-۱-۲ - طبقه‌بندی الگوهای تربیتی از نظر آلپورت
۱۵	۳-۱-۲ - الگوی ارائه شده توسط بالدوین، کلهورن و بریس
۱۵	۴-۱-۲ - الگوی بامریند از فرزندپروری
۱۸	۵-۱-۲ - الگوی شیفر
۱۹	۶-۱-۲ - الگوی زیگلמן
۲۱	۷-۱-۲ - پیامدهای هر یک از شیوه‌های تربیتی
۲۳	۲-۲ - اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی و نظریه‌های مربوط به آن
۲۳	۱-۲-۲ - تشخیص

- ۲۲-۲-۲- ملاکهای تشخیصی (نارسایی توجه/ فزون کنشی) بر اساس DSM-IV..... ۲۴
- ۲۳-۲-۲- کد گذاری مبتنی بر نوع..... ۲۶
- ۲۴-۲-۲- توصیف و سیر تحول اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی..... ۲۷
- ۲۵-۲-۲- تشخیص افتراقی..... ۳۰
- ۲۶-۲-۲- سبب شناسی..... ۳۰
- ۲۷-۲-۲- نظریه‌های زیست‌شناختی (بیولوژیک)..... ۳۲
- ۲۸-۲-۲-۱- فرضیه‌های ژنتیکی..... ۳۲
- ۲۹-۲-۲-۲- نظریه نقص جسمانی..... ۳۳
- ۳۰-۲-۲-۳- فرضیه اختلال در ترشح انتقال دهنده‌های عصبی..... ۳۴
- ۳۱-۲-۲-۴- فرضیه آلرژیک..... ۳۵
- ۳۲-۲-۲-۵- فرضیه تحت آستانه‌ای..... ۳۵
- ۳۳-۲-۲-۸- نظریه‌های درون روانی..... ۳۶
- ۳۴-۲-۲-۱- فرضیه کم توجهی..... ۳۶
- ۳۵-۲-۲-۲- فرضیه فزون کنشی..... ۳۷
- ۳۶-۲-۲-۳- فرضیه تکانشگری..... ۳۷
- ۳۷-۲-۲-۹- نظریه سیستمها..... ۳۸
- ۳۸-۲-۲-۱۰- سیر و پیش آگهی اختلال..... ۳۹
- ۳۹-۲-۲-۱۱- اختلالهای همراه..... ۴۰
- ۴۰-۲-۲-۱۲- رویکردهای درمانگری اختلال..... ۴۲
- ۴۱-۲-۲-۱- دارو درمانگری..... ۴۲
- ۴۲-۲-۲-۲- روان درمانگری..... ۴۲
- ۴۳-۲-۳- سلامت روانی..... ۴۴
- ۴۴-۲-۳-۱- معیارهای سلامت روانی..... ۴۵
- ۴۵-۲-۳-۲- دیدگاههای نظری در سلامت روانی..... ۴۶
- ۴۶-۲-۳-۱- مکتب زیست‌گرایی..... ۴۶

- ۲-۳-۲ - مکتب روانکاوی ۲۷
- ۲-۳-۳ - مکتب رفتارگرایی ۴۷
- ۲-۳-۴ - مکتب انسان‌گرایی ۴۸
- ۲-۳-۵ - مکتب بوم‌شناسی ۴۹
- ۲-۳-۶ - مکتب شناخت‌گرایان ۴۹
- ۲-۳-۳ - ابعاد سلامت روانی ۵۰
- ۲-۳-۱ - اختلالات جسمانی شکل ۵۰
- ۲-۳-۲ - فوبی (ترس مرضی) ۵۱
- ۲-۳-۳ - اضطراب ۵۱
- ۲-۳-۴ - اختلال وسواسی - جبری (OCD) ۵۲
- ۲-۳-۵ - افسردگی ۵۲
- ۲-۳-۶ - اختلال پارانوئید ۵۳
- ۲-۳-۷ - روانپریشی ۵۴
- ۲-۳-۸ - پرخاشگری ۵۴
- ۲-۴ - پژوهش‌های خارجی انجام یافته در مورد فرزندپروری ۵۶
- ۲-۵ - پژوهش‌های داخلی انجام شده در مورد فرزند پروری ۶۰
- ۲-۶ - پژوهش‌های خارجی صورت گرفته در زمینه اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی در کودکان همراه با سلامت روانی والدین ۶۲
- ۲-۷ - پژوهش‌های داخلی صورت گرفته در زمینه اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی در کودکان همراه با سلامت روانی والدین ۶۵
- ۲-۸ - جمع‌بندی و نتیجه‌گیری ۶۷

فصل سوم - روش‌شناسی پژوهش

- پیش‌درآمد ۶۹
- ۳-۱ - طرح پژوهش ۷۰
- ۳-۲ - جامعه آماری ۷۱

- ۳-۳ - حجم نمونه ۷۱
- ۴-۳ - روش نمونه‌گیری ۷۱
- ۵-۳ - شیوه اجرا ۷۱
- ۶-۳ - ابزار پژوهش ۷۲
- ۷-۳ - روش تحلیل داده‌ها ۷۷

فصل چهارم - تجزیه و تحلیل داده‌ها

- پیش درآمد ۷۸
- ۱-۴ - توصیف داده‌ها ۷۹
- ۲-۴ - تحلیل استنباطی فرضیه‌های پژوهش ۸۷

فصل پنجم - بحث و نتیجه‌گیری

- پیش درآمد ۹۱
- ۱-۵ - بحث و تبیین سئوالها و فرضیه‌های پژوهش ۹۲
- ۲-۵ - بررسی فرضیه‌های پژوهشی ۹۲
- ۳-۵ - تحلیل استنباطی سئوال پژوهش ۹۶
- ۴-۵ - بحث و نتیجه‌گیری ۹۷
- ۵-۵ - محدودیت‌های پژوهش ۹۸
- ۶-۵ - پیشنهادات پژوهشی ۹۹
- ۷-۵ - پیشنهادات کاربردی ۹۹
- منابع و مآخذ ۱۰۰

پیوستها

جدول‌ها و نمودارها

- جدول ۱-۲ نظریه‌ها و درمان‌های اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی..... ۳۱
- جدول ۲-۲ تعریف سه قسمتی انجمن بهداشت روان کانادا از سلامت روانی..... ۴۵
- جدول ۱-۴ مقایسه تحصیلات مادر کودکان در دو گروه عادی و بیش فعال..... ۷۹
- جدول ۲-۴ تحصیلات مادران در هر گروه عادی و بیش فعال..... ۷۹
- نمودار ۱-۴ تحصیلات مادران در دو گروه ۳..... ۸۰
- جدول ۳-۴ درآمد خانواده در دو گروه..... ۸۰
- جدول ۴-۴ وضعیت محل سکونت در دو گروه عادی و بیش فعالی..... ۸۰
- جدول ۵-۴ شاخصهای توصیفی سلامت روانی مادران دو گروه عادی و بیش فعالی..... ۸۲
- نمودار ۲-۴ نمودار جعبه‌ای GSI مادران کودکان عادی و بیش فعال..... ۸۳
- جدول ۶-۴ شاخصهای توصیفی شیوه فرزند پروری آزاد گذاری در مادران دو گروه عادی و بیش فعالی..... ۸۴
- نمودار ۳-۴ نمودار جعبه‌ای شیوه فرزند پروری آزاد گذاری مادران کودکان عادی و کودکان بیش فعال..... ۸۴
- جدول ۷-۴ شاخصهای توصیفی شیوه فرزند پروری استبدادی..... ۸۵
- نمودار ۴-۴ جعبه‌ای شیوه فرزند پروری استبدادی در دو گروه مادران کودکان بیش فعالی و مادران کودکان عادی..... ۸۵
- جدول ۸-۴ شاخصهای توصیفی شیوه فرزند پروری اقتدار منطقی در دو گروه مادران کودکان عادی و بیش فعال..... ۸۶
- نمودار ۴-۵ جعبه‌ای اقتدار منطقی در دو گروه مادران کودکان بیش فعال مادران کودکان عادی..... ۸۶
- جدول ۹-۴ آزمون t مستقل سلامت روانی در دو گروه مادران کودکان عادی و بیش فعال..... ۸۸
- جدول ۱۰-۴ آزمون t مستقل شیوه فرزند پروری آزادگذاری در دو گروه مادران عادی و بیش فعال..... ۸۸
- جدول ۱۱-۴ آزمون t مستقل شیوه فرزند پروری استبدادی در دو گروه مادران عادی و بیش فعال..... ۸۹
- جدول ۱۲-۴ آزمون t مستقل برای شیوه فرزند پروری اقتدار منطقی در دو گروه مادران عادی و بیش فعال..... ۹۰
- جدول ۱۳-۴ آزمون t مستقل برای ابعاد سلامت روانی در مادران کودکان عاید و بیش فعال..... ۹۰

فصل اول

کلیات طرح

پیش درآمد

در این فصل به شرح و بررسی مسئله پژوهشی، اهمیت و ضرورت آن و هم چنین
ارائه فرضیات و سؤال پژوهشی پرداخته شده و در نهایت تعاریف متغیرها را هم از
لحاظ مفهومی و هم عملیاتی بیان کرده ایم.

مقدمه

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 شگرفی بر یکدیگر بگذارند، در دهه‌های اخیر روانشناسان تأکید بسیاری بر روابط کودک با مراقینش داشته‌اند؛ آنها واکنش‌های متقابل را، اساس رشد شناختی عاطفی کودک ذکر کرده‌اند و باور دارند که صمیمیت والدین خطر ابتلای کودک به اختلالات روانی را کاهش می‌دهد (اورت و اورت، ۱۹۹۹).

اکثر کودکان در فرایند رشد خود مشکلات هیجانی و رفتاری خاصی پیدا می‌کنند که معلول فشارهای رشد و انطباق با انتظارات خانواده و اجتماع است، تکالیف رشدی کودکان در هر سنی تغییر می‌کند و هر مرحله رشد چالش‌های خاصی برای کودکان و والدین دارد. نحوه‌ی کمک کردن اطرافیان کودک در این مقاطع دشوار بر رشد بعدی کودک تأثیر می‌گذارد (کارولین اس. شرودر، ترجمه فیروزبخت، ۱۳۸۵).

سیستم خانواده باید برای حفظ ثبات تعادل، خود را با فرد دارای نشانه‌های بیماری تطبیق دهد. تطابق‌های لازم توسط سیستم خانواده اغلب گسترده است و بر تمام اعضا و نقشها؛ پدر، مادر، خواهران و برادران و... تأثیر دارد، سازگاریهایی که هر خانواده کوشش می‌کند تا نشان دهد و نیز اضطرابها و ناکامی‌هایی که تجربه می‌شود، در زیر منظومه‌های مختلف خانواده و نیز در طول چند نسل دیده می‌شود (اورت و اورت، ۱۹۹۹).

کودکانی که به شدت فعال هستند، قادر به حفظ توجه نیستند و در کنترل تکانه‌هایی که انحراف از سطح رشد محسوب می‌شوند انحراف دارند. این کودکان در حال حاضر تشخیص بالینی اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی^۲؛ (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) را دریافت می‌کنند، به نظر می‌رسد که ویژگیهای رفتاری مشکل آفرین آنها خیلی زود و غالباً قبل از ۷ سالگی شروع شده و در اکثر مراحل رشد پایدار می‌مانند (ماش و بارکلی، ترجمه توزنده‌جانی و همکاران ۱۳۸۳).

1- Evert

2 - attention deficit – hyperactivity disorder

اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی است که در کودکان تشخیص داده می‌شود؛ این اختلال ۳۰ تا ۴۰ درصد تمام موارد ارجاعی به کلینیک‌های راهنمایی کودک را شامل می‌شود، علاوه بر آن، درصد قابل ملاحظه‌ای از ارجاع‌های اخیر به مراکز درمان بزرگسالان را تشکیل می‌دهد (به نقل از میرنسب ۱۳۸۶).

افراد مبتلا به نارسایی توجه/ فزون کنشی به طور مشخص نشانه‌هایی را ظاهر می‌سازند که می‌توان آنها را به عنوان نشانه‌های مربوط به فقدان توجه، نشانه‌های مربوط به بیش‌فعالی/ تکانشگری یا ترکیب آنها گروه‌بندی کرد. غالباً افراد مبتلا به نارسایی توجه/ فزون کنشی ترکیبی از این دو گروه نشانه‌ها را ظاهر می‌سازند و به عنوان افرادی که به (نوع مرکب ADHD¹) مبتلا هستند توصیف می‌شوند (ماش و بارکلی، ترجمهٔ توزنده جانی و همکاران ۱۳۸۳).

امروزه، اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی یکی از محورهای اصلی فعالیت‌های پژوهشی روان‌شناسان و روان‌پزشکان را تشکیل می‌دهد، اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی درمان قطعی ندارد، اما مداخلات با اهمیتی هستند که می‌توانند تجربیات زندگی افراد مبتلا را طبیعی و نیز سیستم خانواده را پایدار سازند (اورت و اورت، ۱۹۹۹).

در بخش درمان این اختلال تأکید اصلی معطوف به رویکردهای دارویی و مدیریتی است که والدین و معلمان نقش مهمی در این زمینه دارند، زیرا این کودکان، به علت نارسائیهای جدی در فرآیندهای درونی مربوط به دستگاه‌های عصبی - شناختی بیش از کودکان دیگر، به پس‌خوراندهای بیرونی و سازماندهی محیطی نیاز دارند (علیزاده، ۱۳۸۳).

با توجه به این مباحث می‌توان گفت که شیوه فرزندپروری و سلامت روانی والدین در مواجهه با این اختلال از اهمیت بالایی برخوردار است. زیرا شیوه ارتباط والدین با کودکان، خود می‌تواند در کاهش یا افزایش اختلال حتی اگر به میزان کمی هم که باشد تأثیر بگذارد.

۱-۱- بیان مسئله

اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی از مهمترین اختلالات روانپزشکی اطفال است که با شیوع ۳-۵ درصد در کودکان مدارس ابتدایی در مرحله پیش از بلوغ گزارش شده است (کاپلان و سادوک، ترجمه پورافکاری، ۱۳۷۹).

این اختلال، علاقه‌ی محققین و متخصصین بالینی را به مدت ۴ دهه به خود معطوف داشته است. کودکان مبتلا به این اختلال، علاوه بر مشکلات اصلی توجه^۱، تکانشگری^۲ و فزون کنشی^۳ به مشکلات وابسته‌ی قابل ملاحظه‌ای در حوزه‌های مختلف اجتماعی^۴، تحصیلی^۵، رفتاری^۶، شناختی^۷ و هیجانی^۸ دچار می‌شوند (کاپلان و سادوک، ترجمه پورافکاری، ۱۳۷۹).

نشانه‌های اصلی این اختلال، پر تحرکی، کمبود توجه و رفتار تکانشی است، این اختلال سه الگوی بالینی دارد؛ در نوع اول کودک علائم مربوط به پر تحرکی و علائم تکانشگرانه نشان می‌دهد، نوع دوم مربوط به کمبود توجه و تمرکز است و در نوع سوم که شایعترین است ترکیبی از علائم پر تحرکی، عملکرد تکانه‌ای و کمبود تمرکز و توجه وجود دارد (نوع مختلط)، از علل اصلی این اختلال موارد عصب شناختی، ژنتیکی، تغذیه‌ای، روانشناختی و اجتماعی ذکر شده است، از علل روانی اجتماعی، حوادث استرس‌آمیز، اختلال در تعادل خانوادگی یا سایر عوامل اضطراب‌انگیز در شروع و دوام اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی سهیم هستند (کاپلان و همکاران^۹، ۱۹۹۸).

رابطه والد- کودک نقش مهمی در آسیب پذیر شدن یا منعطف شدن کودکان دارد این رابطه در نگاهی وسیع، تحت تاثیر خصوصیات کودک (مثلاً: جنس، خلق و خو، و وضعیت زیست شناختی کودک) قرار می‌گیرد؛ خصوصیات که در کنار خصوصیات والدین، خانواده و محیط سیر رشد

-
- 1- attention
 - 2- impulsivity
 - 3 - hyperactivity
 - 4 - social
 - 5 - academic
 - 6 - behavioral
 - 7 - cognitive
 - 8 - emotional
 - 9-Kaplan

کودک را پیش می‌کنند، در این بین، شیوه فرزند پروری والدین نیز مهم است، رفتار والدین می‌تواند کودک را آماده‌ی فراگیری مهارت‌های کنار آمدن و استفاده از آنها کند، مهارت‌هایی که انعطاف‌پذیری کودکان را بیشتر می‌کند، و در حالت معکوس، آنان را بیش‌از پیش در معرض مشکلات قرار می‌دهند (کارولین اس. شرودر، ترجمه فیروز بخت، ۱۳۸۵).

اختلاف بین والدین و کودک و جو پر تنش در خانواده به پر تحرکی کودک دامن می‌زند، جو خانه باید نسبتاً متعادل باشد و والدین انتظارات مناسبی از کودک داشته باشند و بتوانند با او به درستی رفتار کنند (داگلاس^۱ ۱۹۸۹)؛ در حالی که عدم توجه مثبت، نبود صداقت و همدلی موجب خدشه‌دار شدن عزت نفس پسران واجد اختلال می‌گردد (باس^۲، ۱۹۸۰؛ به نقل از جانسن^۳، ۱۹۸۳) خانواده‌ها و به خصوص والدین در تربیت فرزند از شیوه‌های خاصی استفاده می‌کنند. به این شیوه‌ها در اصطلاح علمی (الگوهای فرزندپروری^۴) گفته می‌شود؛ الگوی فرزندپروری عبارت است از شیوه مورد استفاده والدین برای ایجاد ارتباط با فرزند و آموختن ارزشها و هنجارهای جامعه به او (موسی نژاد، ۱۳۷۸).

تحقیق در باره تاثیر آسیب‌های روانی والدین خصوصاً تاثیر افسردگی مادران بر خورد نحوه مادری کردن آنان و سازگاری کودک نشان می‌دهد که سلامت روانی والدین نیز نقش مهمی در نحوه تعامل والدین با کودکان دارد. این تحقیقات نشان می‌دهد که بین افسردگی مادر و سازگاری کم کودک رابطه تنگاتنگی هست. مادران دارای سلامت روانی ضعیف، رفتارهای تربیتی منفی زیادی داشتند از جمله: ایراد گرفتن، تنبیه بدنی، و دادن پاسخهای ناخوشایند به کودک، رو در رو شدن با کودک و عدم توفیق در کنترل رفتار کودک و اغراق در مورد غلط بودن رفتار کودک (کارولین اس. شرودر، ترجمه فیروز بخت، ۱۳۸۵).

1 - Doglass

2 - Buss

3 - Johnson

4 - Child-rearing Patterns

(مارگالیت^۱ و بن‌ارزیز، ۱۹۸۶، به نقل از علاقه‌بند راد، ۱۳۷۹) داده‌هایی ارائه کردند که نشان می‌داد خانواده‌های کودکان بیش فعال با ویژگی‌هایی چون میزان ارتباطات کمتر، به هم پیوستگی خانوادگی ضعیف‌تر و آزادی محدودتر در اظهار نظر توصیف شدند، این والدین نسبت به والدین گروه بدون مشکل در فعالیتهای اجتماعی کمتری شرکت داشتند که به نظر محققین این مسأله می‌تواند به خاطر نشانه‌های افسردگی در والدین کودکان بیش فعال باشد.

برای کاهش مشکلات رفتاری لازم است اصلاحاتی در محیط خانواده و مدرسه ایجاد شود (سوانسون و هنگر^۲، ۱۹۹۹؛ نقل از علاقه‌بند راد، ۱۳۷۹). علایمی مانند پر تحرکی، کم توجهی و رفتارهای تکانشی به دارو پاسخ می‌دهد، ولی درمانهای دارویی به تنهایی برای کنترل مسایل بیمار کافی نمی‌باشد و استفاده از درمانهای غیر دارویی از جمله روان درمانی فردی و گروهی، رفتار درمانی و آموزش والدین^۳ (PMT) و آموزگاران ضرورت پیدا می‌کند (هکمن، ۱۹۹۳، به نقل از علاقه‌بند راد، ۱۳۷۹).

بر اساس آنچه گفته شد، مسئله اصلی پژوهش حاضر آن است که شیوه‌های فرزندپروری و سلامت روان والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی و عادی مقایسه شوند، اگر والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی از شیوه‌های پرورشی نامناسب استفاده کنند، می‌توان با آموزش شیوه‌های مناسب تا حدودی به بهبود وضعیت اختلال در آینده کمک کرد، افزون بر آن، اگر این دسته از والدین از لحاظ وضعیت سلامت روان مشکل داشته باشند می‌توان به کمک مشاوره و روان‌درمانی به آنها کمک کرد.

۱-۲- اهمیت و ضرورت پژوهش

در چهارچوب خانواده، برخی کودکان - آنها که ویژگی‌هایشان باعث می‌شود بزرگ کردن آنها باسختی و مزارت همراه باشد - به احتمال بیشتری مورد بد رفتاری قرار می‌گیرند. کودکانی که زودرس

1 - Margalit & Benarzise

2 - Swanson & Hanger

3 - parent Management Training

یا خیلی بیمار هستند یا از لحاظ سرشتی، بدخلق، بی توجه، و بیش فعال‌اند یا مشکلات رشدی دیگری دارند، از جمله این کودکان هستند. اما اینکه آیا این کودکان عملاً مورد بد رفتاری قرار بگیرند یا نه به ویژگیهای والدین آنها نیز بستگی دارد (بلسکی، ۱۹۹۳).

در یک تحقیق معلوم شد، کودکانی که از لحاظ سرشتی بد خلق بودند و با آنها بد رفتاری شده بود، مادرانی داشتند که معتقدند بودند برای کنترل کردن رفتار فرزندانشان، چاره‌ی دیگری نداشتند، آنها سرکشی فرزند خود را به کله شقی یا سرشت بد نسبت می دادند، و این نگرش، باعث می شود که وقتی کودک بد رفتاری می کرد سریعاً به تنبیه بدنی روی می آورند (برک، ترجمه سید محمدی ۱۳۸۶).

وقتی که بد رفتاری با کودک آغاز می شود. سریعاً به صورت بخشی از رابطه خانوادگی در می آید. ناراحتی‌های جزئی که والدین بد رفتار به آنها واکنش نشان می دهند، مانند بچه‌ی غرغر و ایرادگیر، کودکی که لیوان شیر خود را روی زمین می ریزد، یا کودکی که بلافاصله به حرف والدین توجه نمی کند، فوراً تبدیل به ناراحتیهای بزرگتر می شود. بعد، رفتار والدین خشن تر می شود. والدین بد رفتار و بی توجه، در سالهای پیش دبستانی به ندرت با فرزندانشان تعامل می کنند. و هنگامی که با آنها تعامل می کنند، به ندرت ابراز محبت و شادمانی می کنند؛ ارتباط آنها تقریباً همیشه منفی است. (تریکت و همکاران، ۱۹۹۱).

دیدگاه رشدنگر آسیب شناسی روانی ما را قادر می سازد بتوانیم پیشگویی کنیم چگونه ویژگیهای اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی در طول زمان پیشرفت می کند و چگونه عوامل چند گانه زمینه ساز و حمایت کننده، شامل عوامل زیست شناختی و محیط خانوادگی برای تأثیر گذاری بر پیشرفت بیماری، با هم ارتباط متقابل دارند (هین شاو ۱۹۹۴؛ کازدین، ۱۹۹۴؛ راتر، ۲۰۰۰). چنین مدلی این امکان را به ما می دهد که بگوییم در کل کودکان و در تمام سنین، عوامل مختلفی در پیشرفت این بیماری، به طرق گوناگون در تعاملند (رابین ۱۹۹۸).

از آنجایی که شیوع این بیماری بالاست، مشکلات روانی را سبب می شود:

مشکلاتی که درون خانواده ایجاد می‌شود و خانواده را که رکن اصلی پرورش است درگیر می‌سازد و بهداشت روانی افراد خانواده را مختل می‌کند. با توجه به آن که مشکلات کودک بتدریج می‌تواند علاوه بر والدین سایر افراد خانواده را نیز درگیر نماید. این امر می‌تواند بر کیفیت بهداشت روانی افراد بیشتری از جامعه و نهایتاً به درجاتی بر کل جامعه تأثیر منفی بگذارد، بنابراین، انجام پژوهش حاضر از لحاظ افزایش بهداشت روانی والدین حایز اهمیت است.

خانواده درمانگران به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی، بیشتر به عنوان یک مشکل خانوادگی و نه یک بیماری تشخیص داده شده برای یک کودک بیمار می‌نگرد (موندن^۱، ۲۰۰۰). این نگرش باید برای اعضای خانواده نیز فراهم شد تا بتوانند آسانتر با این بیماری و با هم کنار بیایند (فیشر و بارکلی، ۱۹۹۸) پژوهشها نشان داده‌اند که در خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی درمقایسه با گروه گواه، هر چه محیط‌های خانوادگی فشارزاتر و تعارضی‌تر باشد، وظایف و باورهای قدرت گریانه والدینی ضعیف‌تر است (بیدرمن و همکاران^۲، ۱۹۹۹؛ براون و پاسینی^۳، ۱۹۸۹؛ دوپاول، مک گویی، اکرت و وان براکل، ۲۰۰۱؛ گار و همکاران، ۲۰۰۰؛ اسکاهیل و همکاران، ۱۹۹۹؛ نقل از جانسون و مش، ۲۰۰۱).

شیوه تربیتی والدین در هر اجتماعی تابع الگوها و آرمانهای فرهنگی آن اجتماع است و شیوع اختلالات رفتاری نیز در هر جامعه‌ای با جامعه دیگر متفاوت است. بنابراین بررسی شیوه‌های فرزندپروری والدین و اثرگذاری آن بر رفتار کودک در هر اجتماعی با فرهنگ متفاوت یک تحقیق بکر و جدید است.

از آن جا که این اختلال مشکلات شدیدی در رفتار اجتماعی و سازگاری اجتماعی عمومی کودکان ایجاد می‌کند. در DSM-TV به عنوان اختلال رفتار آشفته طبقه‌بندی شده است. رفتار بین فردی افراد مبتلا به نارسایی توجه/فزون کنشی اغلب به صورت تکانشی، مزاحم، شدید، از هم گسیخته،

1 - Munden
2 - Biederman
3 - Pasini

درگیر کننده، پرخاشگرانه، تنیده و هیجانی، در نظر گرفته می‌شود. نارسایی توجه/ فزون‌کنشی با اختلال در خود تنظیمی همراه است و این اختلال موجب آشفتگی محیط اجتماعی این کودکان می‌گردد، دیگران را تحت تأثیر قرار می‌دهد و شیوه‌های تعاملی آنها را دچار مشکل می‌کند (ماش و بارکلی، ترجمه توزنده جانی و همکاران ۱۳۸۳).

پژوهشها نشان داده‌اند که نارسایی توجه/ فزون‌کنشی تعاملات این کودکان با والدینشان را تحت تأثیر قرار می‌دهند و شیوه پاسخدهی والدین به کودکان را نیز متأثر می‌سازند. افراد مبتلا به نارسایی توجه/ فزون‌کنشی بسیار پر حرف، منفی‌گرا، و بی‌اعتنا هستند، کمتر مشارکت و همکاری می‌کنند، کمتر از دیگران درخواست کمک می‌کنند و کمتر قادرند مستقل از مادرانشان بازی فعالیت کنند. مادران این کودکان کمتر به آنها پاسخ می‌دهند، منفی‌گراترند و کمتر راهنمایی و هدایت می‌کنند و رفتار کودکانشان را کمتر مورد تشویق قرار می‌دهند (به نقل از توزنده جانی و همکاران، ۱۳۸۳).

یک مطالعه و تحقیق منظم و علمی در ارتباط با شیوه فرزندپروری مادران و سلامت روانی آنها مبتلا به اختلالات رفتاری فرزندان آنها می‌تواند اطلاعات مفیدی در اختیار والدین و آموزشگران خانواده قرار دهد تا در کلاسهای آموزش خانواده نتایج آنها را مورد استفاده قرار دهند. (پاترسون^۱، ۱۹۸۲).