



دانشگاه علامه طباطبائی

دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

عنوان

مقایسه اثربخشی دو روش درمانی آموزش نوروفیدبک و آموزش مدیریت والدین در کاهش علائم اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی

استاد راهنما:

جناب دکتر احمد برجعلی

استاد مشاور:

جناب دکتر رضا رستمی

دانشجو:

معصومه قلی زاده

خرداد ۹۲

صلى الله عليه وسلم

فهرست

فصل اول - کلیات پژوهش

۱۲	مقدمه
۱۴	بیان مسئله
۱۷	اهداف پژوهش
۱۷	فرضیه پژوهش
۱۷	اهمیت و ضرورت پژوهش
۱۹	ابزار اندازه گیری
۲۰	روش اجرای پژوهش
۲۰	۱) الکتروانسفالوگرافی
۲۲	روش تجزیه و تحلیل
۲۲	تعاریف نظری و عملیاتی

فصل دوم - ادبیات و پیشینه پژوهش

۲۵	مقدمه
۶۵	شیوع
۲۶	ویژگی های اصلی تشخیص
۳۰	اختلالات همبود
۳۱	علت شناسی
۳۱	۱) عوامل زیست شناسی
۳۱	الف) ژنتیک

۳۲	ب) نورآناتومی
۳۳	ج) سطح پایین برانگیختگی
۳۳	د) فرضیه آلرژیک
۳۳	و) مشکلات پیش از تولد
۳۴	۲) عوامل روانشناختی
۳۴	تشخیص
۳۸	روش های درمانی
۳۸	۱) دارودرمانی
۳۸	۲) مداخلات شناختی رفتاری
۳۹	۳) آموزش مهارت اجتماعی
۳۹	۴) درمان روانشناختی
۴۰	۵) درمان نوروفیدبک
۴۲	الف) بیوفیدبک
۴۳	ب) الکتروانسفالوگرافی
۴۳	ج) تحلیل دیداری
۴۴	د) تحلیل طیفی
۴۴	و) الکتروانسفالوگرافی کمی
۴۶	ه) انواع پروتکل های درمانی
۵۰	ن) تاریخچه نوروفیدبک
۵۳	۶) مداخلات مبینی بر خانواده

۵۴	الف) تاریخچه آموزش والدین
۵۵	ب) پیشینه پژوهش در داخل و خارج
	فصل سوم- روش شناسی
۶۰	طرح پژوهش
۶۰	جامعه آماری
۶۰	حجم نمونه و نمونه گیری
۶۱	ابزار پژوهش
۶۲	۱)نمره گذاری
۶۲	۲)اعتبار و روایی
۶۳	شیوه اجرا
	فصل چهار- تجزیه و تحلیل
۶۷	مفروضه های تحلیل کواریانس
۶۷	آمار توصیفی
۷۰	آمار استنباطی
	فصل پنجم- بحث و نتیجه گیری
۸۱	آزمون فرضیه
۸۳	یافته های جانبی
۸۳	محدودیت ها
۸۳	پیشنهادها
۸۴	ملاحظات اخلاقی

۸۵	منابع فارسی
۸۶	منابع لاتین
۸۹	پیوست الف

فهرست اشکال و جداول

۴۲	تصویر ۱- امواج مغزی
۶۴	تصویر ۲- عملکرد نوروفیدبک
۶۷	جدول ۱- فراوانی هر گروه
۶۷	جدول ۲- فراوانی پایه تحصیلی
۶۸	جدول ۳- فراوانی تحصیلی مادران
۷۰	جدول ۴- داده های پس آزمون و پس آزمون
۷۳	جدول ۵- مقایسه داده هاپس آزمون چهار مقیاس
۷۳	جدول ۶- آزمون لوین چهار مقیاس
۷۴	جدول ۷- تست اثرات بین آزمودنی
۷۴	جدول ۸- فاکتور درون گروهی
۷۴	جدول ۹- فاکتور بین گروهی
۷۵	جدول ۱۰- آزمون اندازه گیری مکرر
۷۵	جدول ۱۱- تست MBOX
۷۷	جدول ۱۲- آزمون چند متغیره
۷۷	جدول ۱۳- آزمون لوین تحلیل کواریانس
۷۸	جدول ۱۴- تست اثرات بین گروهی

۷۹	جدول ۱۵- دوره پی گیری
۶۸	نمودار ۱- تحصیلات مادران
۶۹	نمودار ۲- سن کودکان
۶۹	نمودار ۳- پایه تحصیلی
۷۲	نمودار ۴ و ۵- مقایسه پس آزمون و پیش آزمون
۷۶	نمودار ۶- مقایسه دو روش

سپاس و ستایش مرخدای راجل و جلالت که آثار قدرت او بر چهره روز روشن، تابان است و انوار حکمت او در دل
شب تار، دشمن. آفریدگاری که خویش را به ما شناساند و درهای علم را بر ما گشود و عمری و فرصتی عطا فرمود تا بدان،
بنده ضعیف خویش را در طریق علم و معرفت بیازماید.

به مصداق «من لم یسکر المخلوق لم یسکر الخالق» بسی شایسته است از استادان فریخته و فرزانه جناب آقایان
دکتر احمد بر جعلی استاد راهنمای کراتقدر
دکتر رضارستمی استاد مشاور کرامی
دکتر علنیراده استاد داور محترم
که با کرامتی چون خورشید، سرزمین دل را روشنی بخشیدند و گلشن سرای علم و
دانش را بارانهای هادی کار ساز و سازنده بارور ساختند؛ تقدیر و شکر نمایم.

تقدیم بہ

دالان سبز مادرم و دست ہای خستہ می پدرم
دو عشق پاک زندگیم.

و تقدیم بہ، همسر عزیزم

کہ سایہ مہربانیش سایہ ساز زندگیم می باشد، او کہ اسوہ صبر و تحمل بودہ و مشکلات مسیر را برایم تسہیل نمود.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دو روش درمانی آموزش مدیریت والدین و آموزش نوروفیدبک در کاهش علائم اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی انجام شده است. در این پژوهش نمونه‌ای به اندازه ۲۰ کودک در سنین دبستان در هرگروه آزمایشی به اندازه ۱۰ نفر مورد پژوهش قرار گرفتند. نمونه در دسترس و کودکانی را شامل می‌شود که به مراکز روانپزشکی مراجعه و تشخیص اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی را گرفته‌اند. ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر مقیاس کانرز برای والدین فرم تجدید نظر شده می‌باشد. فرم کوتاه آن شامل ۲۷ سؤال و در برگیرنده ی ۴ عامل اصلی، مشکلات سلوک، یادگیری و مشکلات شناختی، بیش‌فعالی و اضطراب است. آموزش نوروفیدبک طی ۳۶ جلسه و آموزش مدیریت والدین طی ۶ جلسه اجرا و نتایج با آزمون تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت یافته‌ها حاکی از تاثیر هر دو روش در کاهش علائم اختلال و تاثیر بیشتر آموزش نوروفیدبک بوده اما پس از اجرای آزمون پی‌گیری تاثیر آموزش مدیریت والدین بیشتر از نوروفیدبک بود که حاکی از تاثیر بلند مدت این روش است.

کلمات کلیدی: آموزش مدیریت والدین، آموزش نوروفیدبک، اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی

فصل اول:
کلیات پژوهش

مطالعه و پژوهش در زمینه ی اختلالات رفتاری و عاطفی کودکان و نوجوانان یکی از حوزه های مهم پیش رو و نافذ در روانشناسی مرضی و بالینی است و از میان انواع اختلالات دوره کودکی کمبود توجه و بیش فعالی شایعترین اختلال عصبی و روانی است که از دوره کودکی قبل از ۷ سالگی وجود دارد و قابل تشخیص است. در بین تمام مشکلات رفتاری شایع در کودکان، اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی عنوان اختلالی است که بیشترین تعداد پژوهش علمی در مورد آن صورت گرفته است. این اختلال یکی از شایعترین اختلالات رشدی است که معمولا نشانه های آن در اوایل زندگی کودک و سنین پیش از دبستان ظاهر می شود و اغلب نشانه های آن تا پایان کودکی و نوجوانی و در ۷۰ درصد تا بزرگسالی ادامه می یابد (مونگمری^۱ و موسن^۲، ۲۰۰۲). تحقیقات زیادی روی اختلالات هیجانی و رفتاری دوران کودکی انجام شده که از سال ۱۹۹۵ نیز افزایش یافته که شامل تحقیقات زیادی درباره ی اختلالات بیرونی سازی مثل اختلالات رفتاری، اختلال نافرمانی و اختلال درونی سازی مثل اضطراب و افسردگی است که بیش فعالی جزء اختلالات بیرونی سازی شده است. این اختلال یکی از رایج ترین و عمومی ترین مشکلات روانشناختی کودک است و مربوط به محدودیت هایی در بازداری رفتار است که از نظر رشدی سطوح نامناسبی از بی توجهی، تکانشوری و بیش فعالی را قبل از سن مدرسه رفتن شامل می شود (بارکلی^۳، ۱۹۹۷. بوستر لبونی^۴، ۱۹۹۲. داگلاس و بیگر، ۱۹۹۵).

اختلالات دوران کودکی توجه زیادی از طرف متخصصین، معلمین و والدین به خود معطوف کرده، مخصوصا اختلال بیش فعالی - نارسایی توجه. برای مثال در طی دهه ی گذشته این اختلال یکی از گسترده ترین اختلالات کودکی بوده که مورد مشاهده، توصیف، مطالعه و بحث قرار گرفته است. در طی سالهای تحقیق و بررسی یکی از پیشرفت ها این بوده که محققین و متخصصین تشخیص دادند که مشکل فقط در سطوح بالای فعالیت های حرکتی (بیش فعالی) نیست. بلکه در سه شکل اساسی بی توجهی، تکانشوری و بیش فعالی در تمام موقعیت ها، خانه و سایر موقعیت های اجتماعی دیده می شود. بچه های مبتلا به این اختلال مشکل بزرگ تری در تمرکز روی تکالیف و به یاد سپردن چگونگی انجام آنها دارند. آنها اغلب به آسانی حواسشان پرت می شود که موجب می

¹ - Mongemeri, S

² - Monsn, M

³ - Bavekley, M

⁴ - Lebouni, B

شود توجه خود را صرف چیزهای دیگر بکنند. فیدبک منفی که آنها از معلم، همسالان و خواهر و برادر دریافت می کنند عزت نفس آنها را کاهش می دهد (لیبسون^۱، کاتوسی^۲، باربارسی^۳، ۲۰۰۲).

بر طبق کتابچه تشخیص و آماری اختلال های روانی ویراست چهارم، اگر چه اکثر افراد هر دو نشانه بی توجهی و بیش فعالی را با هم دارند. بعضی افراد وجود دارند که فقط یکی در آنها غالب است. برای اختصاص دادن هر نوع باید الگوی غالب ۶ ماه دوام داشته باشد.

این اختلال با عوامل مختلفی ارتباط دارد که ممکن است به طور مجزا یا در ترکیب با یکدیگر باعث بروز نشانه ها شوند. به طور کلی متغیرهای متعددی از جمله عوامل عصبی، واکنش های سمی، عوامل زیستی و محیطی را می توان به عنوان عوامل مؤثر ایجاد این اختلال در نظر گرفت. برخی شواهد علمی قویاً بر وجود مبنای زیست شناختی به عنوان علل زیر بنایی این اختلال اشاره می کنند (زامتکین، ۱۹۸۶).^۵

این علل عبارتند از: انتقال ژنتیکی شخصیت و خلق و خو، عوامل قبل از تولد و بعد از تولد، تفاوت در ساختار مغز و احتمالاً تفاوت هایی در شیمی مغز (بیدرمن^۴، ۱۹۹۹. زاملتین^۵، ۱۹۸۹).

عوامل خطر ساز بیولوژیکی و محیطی برای ایجاد نارسایی توجه / بیش فعالی با همدیگر در تعامل هستند. برای مثال فردی با تمایل ژنتیکی برای داشتن سطح فعالیت زیاد ممکن است در یک محیط خانوادگی پر استرس قرار گیرد که همین امر احتمال ابتلا به این اختلال را در آن فرد افزایش می دهد. برعکس ممکن است که انواع عوامل حمایت کننده در درون خانواده وجود داشته باشد که بروز این اختلال را در زیر سطح اختلال نگه دارد. مانند، مهارت های اجتماعی قوی یا محیط خانوادگی مطلوب (ویمر و کمبل، ۱۹۸۶).^۶ یکی از مشکل سازترین موقعیت ها برای این کودکان کلاس درس است زیرا رعایت قوانین و مقررات محیط آموزشی برای این کودکان بسیار دشوار است. با توجه به این که این کودکان رفتارهای ناسازگارانه خود را در محیط های مختلف نشان می دهند مهمترین عناصر درمان می توانند شامل: آموزش و مشاوره والدین در مورد ماهیت، علل، پیش آگهی و روند درمان باشد که باعث بالا بردن آگاهی والدین از اختلال و نوع موقعیت های عملی زندگی می شود. به کارگیری ترکیبی از روش های درمانی توسط والدین، معلمان و

1- leibson, C

2- katusic, S

3- Barbaresi

4- Biderman, Z

5- Zametkin, Aj

1- Wemer & Cambell

متخصصان به طور هماهنگ و پذیرش کودک باعث پیشرفت قابل ملاحظه رفتار کودک می شود (کین اسپوین، ۱۹۸۴).^۱

بیان مسئله

با توجه به مطالبی که گفته شد این اختلال در کودکان بسیار پیچیده است و تنها منجر به مشکلاتی برای خود کودک می شود بلکه برای خانواده های آنها و محیط اجتماعی پیرامون آنها نیز مشکلاتی ایجاد می کند. البته نمی توان گفت کودک برای خانواده به تنهایی ایجاد مشکل می کند بلکه این ارتباط والد - کودک یک فرایند دوسویه است که هر دو بر یکدیگر تأثیر می گذارند (هربر؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۳۷۸).^۲

این اختلال همانطور که گفته شد از اختلالات دوران کودکی است که با تکانشگری و پهنه ی توجه کوتاه و گاهی با پیش فعالی که اغلب منجر به ناتوانی در یادگیری و مشکلات رفتاری متنوع می شود همراه است. بیش فعالی/نارسایی توجه کمترین به کارگیری مغزی می باشد. یعنی یک اختلال خفیف عملکرد مغز که بر روی ادراک و رفتار و توانایی تحصیلی که به وسیله ی خوانش پریشی و مشکل در نوشتن مشخص می شود، تأثیر می گذارد. شرایطی که در کودک مشکلات یادگیری و رفتاری در مدرسه ایجاد می کند. مخصوصاً این کودکان با توجه کردن و کنترل تکانه مشکل دارند (شافریتز^۳ ۱۹۹۸).

در کل این اختلال یک اختلال بحث انگیز دوره کودکی با آغاز سن قبل از ۷ سالگی با ویژگی های بی قراری، نا آرامی، مشکل در نشستن برای مدت طولانی، پرت شدن حواس به آسانی، مشکل در منتظر ماندن و جواب دادن به سرعت به سوالات قبل از کامل شدن آنها، ناتوانی در دنبال کردن دستور العمل ها، پرحرفی و رفتارهای مخرب دیگر فرض می شود که احتمالاً آسیب مغزی منجر به این نشانگان و نابهنجاری نورولوژیکال و پر جنبشی می شود (دورلندز، ۲۰۰۳).

این اختلال برای بسیاری از کودکان مشکلات بسیاری ایجاد میکند و بر عملکرد شناختی، اجتماعی، خانوادگی و هیجانی و سپس در بزرگسالی بر عملکرد شغلی و زناشویی آنان تأثیر می گذارد. اختلال نقص توجه/بیش فعالی اغلب با مشکلات متعدد رفتاری، تحصیلی، اجتماعی و هیجانی همراه است.

^۱ - Kinsbourn, M

^۲ -Herber; t:firozbakht

^۳ - Shafritz, B

این مشکلات همراه با هم می توانند تاثیر زیادی بر عملکرد روانی فرزندان و والدین داشته باشد.

با توجه به اهمیت این اختلال و خطراتی که در پس عدم درمان آن برای کودک ، خانواده و حتی جامعه به وجود می آید برای این اختلال راهنمای درمانی اروپایی یک درمان چندگانه معرفی می کند. شامل : درمان دارویی، شناختی رفتاری و آموزش والدین.

روابط خانوادگی این کودکان اغلب با رنجش و خصومت همراه می باشد به خصوص به دلیل تغییر پذیری علائم فرد که موجب می شود والدین فکر کنند کلیه ی رفتارهای مزاحم وی عمدی است (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۰۰).

بر اساس تئوری خانواده پویای براوان (۱۹۶۸) وقتی عملکرد ضعیف در روابط زناشویی وجود داشته باشد این اختلال روی رفتار کودک تاثیر کرده و انعکاس عملکرد خانواده را به صورت رفتارهای بیش فعالی نشان می دهد، والدین این کودکان نیز در مقایسه با والدین کودکان سالم دارای تنش زیاد دارای توانایی سازگاری کمتری بوده و مستعد احتمال بروز رفتار منفی در برخورد با فرزندشان هستند(دوپال^۱، اسکرت^۲، مگویی^۳، ۲۰۰۱). بنابراین برای کاهش مشکلات رفتاری لازم است اصطلاحاتی در محیط انجام گیرد(جانستون^۴، ۲۰۰۱).

آموزش مدیریت والدین یکی از روش هایی است که در درمان این اختلال بر سایر روش ها برتری دارد(کارتوچریل، ۲۰۰۹)^۴.

تحقیقات نشان می دهد این نوع درمان استرس والدین این کودکان را کاهش می دهد و اعتماد به نفس آنها را افزایش می دهد(آناستوپولوس و شافر، ۲۰۰۱)^۵.

اخیراً مطالعات نوروفیدبک نتایج دلگرم کننده ای در فراهم کردن دستورالعمل بهتری برای خود نظم دهی و خود رهبری بدست آورده است. درمیان درمان ها تحقیقات روی ، عملکرد رفتاری فیزیولوژیکی ، یادگیری و حافظه و عملکرد هیجانی اجتماعی نشان داده که درمان نوروفیدبک به شرکت کنندگان کمک می کند فعالیت مغزیشان را به سمت خود نظم دهی آموزش دهند. این درمان شامل ۲۰-۴۰ جلسه است که توسط آزمونگر اجرا می شود. گیرنده هایی روی سطح سر قرار

¹ - Dupaul, ES

² - Eckert, M

³ - Johnstoon

⁴ - Krotochril

⁵ - Anastopoulos, A.J. & Shaffer

می گیرند و فعالیت الکتریکی مغز را نشان می دهند و افراد به محرک های بینایی که در صفحه ی کامپیوتر مشاهده می کنند پاسخ می دهند. نوروفیدبک می تواند به بهبود توجه و قابلیت خودرهبی کودکان با اختلال بیش فعالی و کمبود توجه کمک کند. نوروفیدبک همچنین به عنوان درمان اعصاب یا EEG بیوفیدبک شناخته می شود. در این تکنیک در جستجوی تغییر در عملکرد شناختی یا حالت عاطفی از طریق شرطی سازی عامل از طریق الگوی فعالیت الکتریکی درون مغزی فرد است. الکترودهایی که بر سر فرد قرار می گیرد به متخصص اجازه می دهد که فعالیت موج نگار مغز در منطقه انتخابی مغز که آموزش داده می شود را مشاهده کند. در روش درمانی نوروفیدبک فعالیت الکتریکی مغز (فراوانی امواج) به دستگاه منتقل می شود و به صورت نشانه های صوتی و دیداری به آزمودنی فیدبک داده می شود. در این روش به آزمودنی فیدبک داده می شود که باندهای فرکانس انتخاب شده را افزایش و کاهش دهد، با این هدف که الگوهای مختل موج مغزی را نرمال کند، استفاده از نوروفیدبک علاوه بر پایه ی زیستی، ریشه در رفتار درمانی و شرطی سازی عامل نیز دارد (استرمن، ۲۰۰۰).^۱

بر اساس مطالعات نوراناتومی مغزی، در مغز افراد بیش فعالی/نارسایی توجه نسبت به افراد عادی تفاوت های ساختاری وجود دارد. با توجه به دو ویژگی عمده اختلال یعنی اختلال در توجه و کنترل حرکات، مطالعات نوراناتومی بیشتر بر مراکز مغزی دخیل در توجه (کمر بند قدامی قشر پیشانی راست و نواحی قدامی و خلفی جسم پینه ای) و کنترل حرکات (هسته های قاعده ای و مخچه) متمرکز شده است (ایلوارد، ۱۹۹۹).^۲

بر اساس این نتایج در بیماران شاهد افزایش قدرت نسبی تتا، کاهش قدرت نسبی آلفا و بتا و افزایش نسبت های تتا به بتا در نواحی پیشانی مرکزی و خط میانی قشر مخ هستیم. علاوه بر این نشانه های زیستی در اختلال نقص توجه _ بیش فعالی علائمی چون نداشتن تاب و مقاومت در برابر ناکامی، کج خلقی و بی ثباتی، طرد از سوی همسالان و عزت نفس پایین قابل مشاهده است که این علائم موجب اشکال در روابط میان فردی با همسالان و از طرف دیگر موجب واکنش خانواده و معلمین می گردد (دبوو پرینز، ۲۰۰۷).^۳

در بین روش های درمانی، در این پژوهش ما برآن بودیم که دو روشی که پیشتر توضیحاتی کلی درباره آنها آورده شده است را اجرا کنیم و میزان اثربخشی هر روش را مشخص کنیم.

¹ -Esterman, j

² -Aelward, E

³ -Deboo & Priz

مسأله ای که در این پژوهش مورد بررسی قرار می گیرد این است که:

۱- آیا آموزش مدیریت والدین بر کاهش نشانه های اختلال نارسایی توجه /بیش فعالی تأثیر دارد؟

۲- آیا آموزش نوروفیدبک بر کاهش نشانه های اختلال نارسایی توجه /بیش فعالی تأثیر دارد؟

۳ - کدام روش مؤثر است؟

اهداف پژوهش:

هدف اصلی:

هدف از انجام ای پژوهش مقایسه اثربخشی دو روش نوروفیدبک و آموزش مدیریت والدین بر کاهش علائم اختلال نارسایی توجه /بیش فعالی در کودکان مبتلا به این اختلال است.

اهداف فرعی:

تعیین اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر کاهش اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در کودکان
تعیین اثربخشی آموزش نوروفیدبک بر کاهش اختلال نارسایی توجه /بیش فعالی در کودکان

فرضیه های پژوهش:

آموزش نوروفیدبک بر کاهش علائم اختلال نارسایی توجه /بیش فعالی مؤثر است.

آموز مدیریت والدین بر کاهش علائم اختلال نارسایی توجه /بیش فعالی مؤثر است.

آموزش نوروفیدبک از آموزش مدیریت والدین در کاهش علائم اختلال نارسایی توجه /بیش فعالی مؤثرتر است.

اهمیت و ضرورت پژوهش:

اختلال نارسایی توجه /بیش فعالی از شایعترین اختلالات روانی است که در کودکان تشخیص داده می شود. این اختلال ۳۰ تا ۴۰ درصد تمام موارد ارجاعی به کلینیکهای راهنمایی کودک را شامل می شود. با وجود اهمیت اختلال در سطح بین المللی و حجم گسترده و تنوع پژوهش های انجام یافته هنوز خلأ ناشی از عدم وجود منابع غنی و پربار که بتواند جوابگوی بخشی از نیازهای والدین،

معلمان و متخصصان باشد به چشم می خورد و لزوم انجام پژوهش در این زمینه ی مهم احساس می شود. نشانه های بی توجهی که در کودکان مبتلا دیده می شود شامل خطاهای ناشی از بی دقتی و بی نظمی است. این کودکان در گوش دادن به حرفهای دیگران، پیروی از دستور العمل ها یا انجام دادن تکالیف با مشکل مواجه هستند. آن ها غالباً فراموشکار هستند و به آسانی دچار حواسپرتی می شوند ویژگی دیگر پیش فعالی و تکانشگری است. راهنمای اختلالات روانی بیش فعالی را به عنوان یک ویژگی اصلی برای تشخیص اختلال در نظر می گیرد که مشتمل بر خستگی ناپذیری، نا آرامی و دخالت در کار دیگران، بی صبر و حوصله بودن می باشد. حدود هفتاد درصد کودکان مبتلا علائم این اختلال را تا دوره نوجوانی نیز از خود نشان می دهند. از این هفتاد درصد نیمی از آنان نشانه های اختلال سلوک همبود را ظاهر می سازند و دو سوم این افراد نیز اختلال مصرف مواد را در دوره ای از زندگی خود نشان می دهند. بر اساس نتایج برخی از مطالعات حدود ۲۵ درصد نوجوانان مبتلا از دبیرستان ترک تحصیل کرده اند (مانوزاولاپادولا، ۲۰۰۲).^۱

پژوهشگران برآورد کرده اند که ۳۰ تا ۵۰ درصد بزرگسالانی در دوره کودکی مبتلا به اختلال بیش فعالی / عدم توجه بودند مشکلات خود را تداوم بخشیده اند و نشانه های آنان به اندازه ای شدید است که باعث اختلال در کارکرد روزمره آنان می شود (ویس و هیت من، ۱۹۹۹).^۲

علاوه بر این موارد پژوهش در زمینه اختلال نارسایی توجه /بیش فعالی برکنش متقابل کودکان با والدین آنها و شیوه ای که والدین به آنها پاسخ می دهند اثر می گذارد (جانستون و ماش، ۲۰۰۱).^۳

کودکان مبتلا بیشتر بر حرف ، منفی و نافرمان هستند و کمتر فرمانبردار هستند و همکاری می کنند و بیشتر تقاضای همکاری از دیگران دارند و کمتر توانایی بازی و کار کردن مستقل از مادرشان نشان دارند (دانفورث^۴، ۱۹۹۱. گومز و سان سن^۵، ۱۹۹۴، جانستون، ۲۰۰۲).^{۳۳}

مادران آنها کمتر به سؤالات کودکان پاسخ می دهند و بیشتر دستوری و منفی هستند و کمتر به رفتارهای کودکان پاداش می دهند (جانستون، ۲۰۰۱).

الگوی تعاملی منفی والد - کودک در گروه سنی پیش دبستانی رخ می دهد (ناواک^۱ و کینز، ۱۹۹۸. انبراکل، ۲۰۰۱).

^۱ - Mannuza, A & Lapqdule

^۲ - Weiss & Hechtman

^۳ - Johnston, C. & Mash, E. J

^۴ - Danforth, F

^۵ - Gomez & Sanson

حتی ممکن است در مقایسه با گروه سنی بعدی منفی تر و فشار زا تر باشد (البته برای والدین) با افزایش سن میزان تعارض در اینگونه تعامل ها کمتر می شود. اما انحراف از بهنجاری در اواخر کودکی (بارکلی و کارلسون و ماش و جانسون، ۱۹۸۷) و نوجوانی باقی می ماند (بارکلی، ۲۰۰۵).

جالب اینکه ارتباط با همسالان به عنوان یکی از مشکلات اصلی این کودکان محسوب می شود. اغلب رفتار این کودکان همراه با خشونت و پرخاشگری است که همسالان نظر مساعدی در مورد این کودکان ندارند. علاوه بر این واکنش، اجتماعی را که این کودکان به همراه خشونت و پرخاشگری تجربه می کنند موجب تعامل کوتاه مدت آنها با دیگران می شود (بیکت و میلیچ، ۱۹۹۹).^۲

علاوه بر مشکلاتی که ذکر شد بعضی از نشانگان این اختلال توانایی فرد را در عملکرد مؤثر در خانه، مدرسه و محل کار تخریب می کند و بدون درمان مؤثر کودکان و بزرگسالان مبتلا در معرض خطر رشد تحصیلی، اختلالات رفتاری و خلقی و اختلالات اضطرابی (بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۶)^۳ و محتمل آسیب و تصادفات (هارت ساگ^۴، لامبرت لهی^۵ و همکاران و ۱۹۹۸) می باشند. زمانی که درمان منظمی صورت نگیرد بزرگسالان دارای تاریخچه کودکی مبتلا دارای نمرات پایین در مدرسه اخراج از مدرسه (ویس و هیتمن، ۱۹۹۳)^۶ و اغلب درجه بیشتری از وقوع سو مصرف مواد، اختلالات روانپزشکی و رفتارهای جنایی و تاریخچه ای از شغل های مختلف دارند (مورفی و بارکلی، ۱۹۹۶).

با توجه به مطالبی که گفته شد لزوم یافتن روش درمانی مؤثرتر برجسته می نماید.

ابزار اندازه گیری:

در پژوهش حاضر از مقیاس کانرز برای والدین فرم تجدید نظر شده استفاده می شود (CPRS-R) فرم بلند این مقیاس حاوی ۸۰ سؤال و ۱۴ خرده مقیاس و فرم کوتاه آن شامل ۲۷ سؤال و در برگیرنده ی ۴ عامل اصلی، مشکلات سلوک، یادگیری و مشکلات شناختی، بیش فعالی و اضطراب است. مانند نسخه های قبل سؤال ها روی یک مقیاس چهارگزینه ای از هرگز تا خیلی زیاد برحسب فراوانی رویدادها نمره گذاری می شود.

¹ - Navak, g

² - Bickett, H & Milich, N

³ - Biederman, etal

⁴ Sough, H

⁵ -Lehy, L

⁶ - Hectman, J

خوشایبی و پور اعتماد در پژوهشی روی ۲۶۶۷ نفر از دانش آموزان دختر و پسر ۷- ۱۲ ساله تهران پایایی فرم والدین را با روش آلفای کرونباخ برابر ۹۳ درصد گزارش کرده اند.

روش اجرای پژوهش:

ایده اصلی درمان نوروفیدبک این است که مغز با مشاهده نابهنجاری امواج خود، یاد می گیرد خود را اصلاح نماید. کاربرد نوروفیدبک در طیف وسیعی از اختلالات از قبیل پیش فعالی- کمبود توجه، افسردگی، اضطرابها، اختلال خواب، صرع، وسواس و آسیب های مغزی مورد تأکید قرار گرفته است (هاموند، ۲۰۰۷).^۱

نوروفیدبک طبق تعریفی که در دیکشنری آمده (مریان، ۲۰۰۳) شکلی از بیوفیدبک است. بیوفیدبک برای اولین بار در ۱۹۶۰ ظاهر شد. این روش تکنیکی است که فرایند بدن مثل ضربان قلب و موج مغزی که نا هشیارند با دستکاری کردن به وسیله ی کنترل ذهنی هشیار، ادراک شوند (مریان، وبستر، ۱۹۸۷).^۲

الکتروانسفالوگرافی: موج نگار مغزی

موج نگار مغزی اولین بار لوئر ۱۹۳۴ ظاهر شد که به وسیله ی یک دستگاه پیت امواج الکتریکی مغز موج مغزی را ترسیم می کند. نوروفیدبک نیز اولین بار در ۱۹۹۳ ظاهر شد و علمی است که با ادغام مشاهدات روانشناختی در رفتار و ذهن و با مشاهدات نورولوژیکال در مغز و سیستم عصبی سر و کار دارد. این روش یک روش امن، غیر تهاجمی و بدون درد است که در طی آن سنسورها (گیرنده هایی که الکتروود می نامند) روی سطح سر بیمار قرار می گیرد (اوتمر و اوتمر، کاسیر ۱۹۹۹).^۳

این گیرنده ها اطلاعاتی در باره سطح فعالیت امواج مغزی بیمار ثبت می کند. دستگاهی که استفاده می شود در این فرایند فقط یک منبع اطلاعاتی است. اطلاعات امواج مغزی در یک کامپیوتر نشان داده می شود. از کودک خواسته می شود که توجه اش را بین پسخوراند از کامپیوتر و احساس درونی تقسیم کند. هدف این است که کودک مشاهده کند و یاد بگیرد که چطور احساس درونی اش را نگه دارد. بیمار بدون قصد یک نظم به مغز می دهد و با ذهن خود یک بازی کامپیوتری انجام می دهد. این بازی نیاز به دست ندارد و دانشمندان این بازی ها را با هدف کمک به بیماران برای

¹ - Hamound, M

² - Merrian Webster

³ - Othmer & Othmer