

صلى الله عليه وسلم

11ccar



دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی  
گروه روان‌شناسی

پایان‌نامه

جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی

عنوان

**اثر بخشی آموزش مدیریت والدین (PMT) بر بهبود نشانگان کودکان  
ADHD و نشانگان افسردگی و تنیدگی والدینی مادران**

استاد راهنما

دکتر زینب خانجانی

استاد مشاور

دکتر تورج هاشمی

پژوهشگر

سعیده امینی

بهمن ۱۳۸۷

۱۱۳۳۹۴

۱۳۸۸ / ۳ / ۳

استاد اطلاعات درک عملی ارائه  
تمت درک

تقدیم بہ

مادرائی کہ فرزندان خود را با محبونی از الہی ترین خوبی ہا و آسمانی ترین

مشی ہا می پروراند.

## تقدیر و شکر

ابتدا خدایی را می ستایم که، همواره با حلاوت و جود پنهانش طعم تلخ بی کسی را بر کام بندگان خود شیرین می کند و پس بر خود افتخاری می دانم که بهترین تقدیرها و مشکرات خود را نثار استاد راهنمای عزیز و دانشمند خود سرکار خانم دکتر زینب خانجانی و نیز نثار استاد مشاور صمیمی، صبور و فریخته خود، جناب آقای دکتر توج باشمی نمایم.

پنجین از توجهات و همکاری های ارزشمند دو عزیز بزرگوار، جناب آقای دکتر ایوب مالک، فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان و جناب آقای دکتر شاهرخ امیری فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان که مراد انجام این پژوهش صمیمانه و دلوزانه یاری نمودند، شکر و قدردانی می کنم.

و در آخر قدر می نهم همدلی ها و همراهی های همسر مرا که شاید اودستی پنهان از سوی خدا در زندگی من باشد.

نام خانوادگی دانشجو: امینی	نام: سعیده
عنوان: اثربخشی آموزش مدیریت والدین (PMT) بر بهبود نشانگان کودکان ADHD و نشانگان افسردگی و تنیدگی والدینی مادران	
استاد راهنما: دکتر زینب خانجانی	استاد مشاور: دکتر تورج هاشمی
درجه تحصیلی: کارشناسی ارشد	رشته: روان‌شناسی
محل تحصیل: دانشگاه تبریز	دانشکده: علوم تربیتی و روان‌شناسی
تاریخ فارغ‌التحصیلی: ۱۳۸۷/۱۱/۲۶	تعداد صفحه: ۱۲۸
کلیدواژه‌ها: اختلال کمبود توجه همراه با بیش‌فعالی، آموزش مدیریت والدین (PMT)، افسردگی، تنیدگی والدینی	
<p><b>چکیده</b></p> <p>هدف این تحقیق بررسی اثربخشی آموزش مدیریت والدین (PMT) بر بهبود نشانگان کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه همراه با بیش‌فعالی و نشانگان افسردگی و تنیدگی والدینی مادران این کودکان بود. به عبارتی دسترسی به این مسأله که آیا آموزش مدیریت والدین می‌تواند در بهبود علایم مرضی کودکان ADHD و همچنین در کاهش افسردگی و تنیدگی والدینی مادران این کودکان تأثیر مثبتی داشته باشد یا خیر، هدفی بود که پژوهش به قصد دستیابی به آنها انجام پذیرفت.</p> <p>روش این پژوهش از نوع طرح نیمه‌تجربی بود که در آن نمونه‌ای شامل ۵۶ کودک (۴۲ نفر پسر و ۱۴ نفر دختر) ۵ تا ۱۳ ساله از یک کلینیک فوق‌تخصصی روان‌پزشکی کودک و نوجوان و از یک درمانگاه فوق‌تخصصی روان‌پزشکی کودک و نوجوان واقع در بیمارستان رازی تبریز انتخاب و پس از هم‌تاسازی همه آزمودنی‌ها به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جای گرفتند. در فرآیند طرح گروه آزمایشی (مادران کودکان ADHD) تحت آموزش مدیریت والدین (PMT) قرار گرفت<sup>۱</sup> و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد.</p> <p><b>نتایج</b> حاصل از روش‌های تحلیل کوواریانس یک‌طرفه، آزمون معنی‌داری ضریب همبستگی پیرسون و آزمون معنی‌داری تفاوت همبستگی دو گروه مستقل (Z) نشان داد که گروه آزمایشی (کودکان ADHD) نسبت به گروه کنترل از بهبودی قابل توجهی در علایم مرضی ADHD برخوردار است. به عبارت دیگر کاربرد و آموزش مدیریت والدین (PMT) موجب بهبود معنی‌دار نشانه‌های مرضی کودکان ADHD شده بود. همچنین نتایج نشان دادند که کاربرد و آموزش PMT موجب کاهش نشانگان افسردگی و تنیدگی والدینی مادران کودکان ADHD می‌شود. توضیح اینکه برنامه PMT نقش مؤثری در بهبود مشکلات روان‌شناختی مادر و نیز تغییر در سبک تربیتی ناکارآمد او داشته و به تبع در پیشگیری و درمان علائم ADHD در کودک مؤثر است.</p>	

## فهرست مطالب

صفحه

عنوان

### فصل اول - طرح مسئله

- ۱-۱. مقدمه ..... ۲
- ۲-۱. بیان مسأله ..... ۳
- ۳-۱. اهمیت و ضرورت پژوهش ..... ۶
- ۴-۱. اهداف پژوهش ..... ۸
- ۵-۱. سؤالات پژوهش ..... ۹
- ۶-۱. فرضیه‌های پژوهش ..... ۹
- ۷-۱. متغیرها ..... ۱۰
- ۸-۱. تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها ..... ۱۰
- ۱-۸-۱. آموزش مدیریت والدین (PMT) ..... ۱۰
- ۲-۸-۱. اختلال بیش‌فعالی همراه با کمبود توجه (ADHD) ..... ۱۲
- ۳-۸-۱. افسردگی ..... ۱۳
- ۴-۸-۱. تنیدگی والدینی ..... ۱۴

### فصل دوم - ادبیات پژوهشی

- ۱-۲. مقدمه ..... ۱۶
- ۲-۲. اختلال کمبود توجه همراه با بیش‌فعالی ..... ۱۶
- ۱-۲-۲. تعریف ..... ۱۶
- ۲-۲-۲. ملاک‌های تشخیصی اختلال کمبود توجه همراه با بیش‌فعالی ..... ۱۹

- ۲۱ ..... ۱-۲-۲-۲ سیر تحولی کودکان مبتلا به ADHD
- ۲۲ ..... ۳-۲-۲ شیوع
- ۲۶ ..... ۴-۲-۲ سیر و پیش‌آگهی
- ۲۸ ..... ۵-۲-۲ همزمانی اختلالات
- ۲۹ ..... ۶-۲-۲ تشخیص افتراقی
- ۳۰ ..... ۷-۲-۲ سبب‌شناسی و الگوهای نظری
- ۳۲ ..... ۱-۷-۲-۲ رویکرد مربوط به عصب روان‌شناختی
- ۳۲ ..... ۲-۷-۲-۲ رویکرد مربوط به تصویربرداری مغزی
- ۳۳ ..... ۳-۷-۲-۲ رویکرد مربوط به انتقال‌دهنده‌های عصبی
- ۳۳ ..... ۴-۷-۲-۲ رویکرد مربوط به عوامل محیطی، اجتماعی، فرهنگی
- ۳۵ ..... ۵-۷-۲-۲ الگوهای تبیین‌کننده ADHD
- ۳۵ ..... ۱-۵-۷-۲-۲ الگوی کارکردهای هماهنگ‌ساز
- ۳۷ ..... ۲-۵-۷-۲-۲ مدل علی - مداخله‌ای
- ۳۹ ..... ۳-۵-۷-۲-۲ نظریه سازوکار برانگیختگی
- ۴۰ ..... ۴-۵-۷-۲-۲ مدل عامل خطر
- ۴۱ ..... ۳-۲ مروری بر روش‌های درمانی ADHD
- ۴۴ ..... ۱-۳-۲ دارودرمانی
- ۴۷ ..... ۲-۳-۲ درمان‌های رفتاری و شناختی رفتاری
- ۴۷ ..... ۱-۲-۳-۲ کنترل رفتار در کلاس
- ۴۷ ..... ۲-۲-۳-۲ برنامه‌های تقویت ژتونی
- ۴۸ ..... ۳-۲-۳-۲ قرارداد وابستگی
- ۴۸ ..... ۴-۲-۳-۲ روش‌های تنبیه
- ۴۹ ..... ۵-۲-۳-۲ آموزش خودکنترلی رفتار

- ۵۰ ..... ۶-۲-۳-۲. مدل رشدی - بوم‌شناختی
- ۵۳ ..... ۴-۲. آموزش مدیریت والدین (PMT)
- ۶۵ ..... ۵-۲. مروری بر پیشینه پژوهشی
- ۷۰ ..... ۶-۲. خلاصه و جمع‌بندی

### فصل سوم - روش پژوهش

- ۷۲ ..... ۱-۳. نوع پژوهش
- ۷۲ ..... ۲-۳. طرح کلی پژوهش
- ۷۳ ..... ۳-۳. جامعه آماری
- ۷۳ ..... ۴-۳. نمونه آماری
- ۷۴ ..... ۵-۳. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات
- ۷۴ ..... ۱-۵-۳. مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختار K-SADS
- ۷۷ ..... ۲-۵-۳. مقیاس درجه‌بندی ADHD
- ۷۸ ..... ۳-۵-۳. آزمون افسردگی بک
- ۷۹ ..... ۴-۵-۳. شاخص تنیدگی والدینی (PSI)
- ۸۱ ..... ۶-۳. روش اجرای پژوهش
- ۸۲ ..... ۷-۳. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

### فصل چهارم - تجزیه و تحلیل داده‌ها

- ۸۴ ..... ۱-۴. مقدمه
- ۸۴ ..... ۲-۴. آماره‌های توصیفی
- ۸۴ ..... ۱-۲-۴. توزیع فراوانی گروه‌ها



- ۲-۲-۴. شاخص‌های توصیفی در پیش‌آزمون ..... ۸۵
- ۳-۲-۴. شاخص‌های توصیفی در پس‌آزمون ..... ۸۷
- ۳-۴. تحلیل استنباطی ..... ۸۹

### فصل پنجم - بحث و تفسیر یافته‌ها

- ۱-۵. بحث و نتیجه‌گیری ..... ۱۰۸
- ۲-۵. محدودیت‌های تحقیق ..... ۱۱۷
- ۳-۵. پیشنهادات پژوهشی ..... ۱۱۸
- فهرست منابع ..... ۱۲۰

## فهرست جداول

صفحه	عنوان
۸۴	جدول ۱-۴. داده‌های توصیفی برای فراوانی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایشی و کنترل
۸۵	جدول ۲-۴. شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون نشانگان ADHD در دو گروه آزمایشی و کنترل
۸۵	جدول ۳-۴. شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون نشانگان افسردگی در دو گروه آزمایشی و کنترل مادران به تفکیک جنسیت کودکان
۸۶	جدول ۴-۴. شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون تنیدگی در دو گروه آزمایشی و کنترل مادران کودکان ADHD به تفکیک جنسیت کودکان
۸۷	جدول ۵-۴. شاخص‌های توصیفی پس‌آزمون نشانگان ADHD در دو گروه آزمایشی و کنترل به تفکیک جنسیت
۸۷	جدول ۶-۴. شاخص‌های توصیفی پس‌آزمون نشانگان افسردگی مادران کودکان ADHD به تفکیک جنسیت کودکان در دو گروه آزمایشی و کنترل
۸۸	جدول ۷-۴. شاخص‌های توصیفی پس‌آزمون تنیدگی مادران کودکان ADHD به تفکیک جنسیت کودکان در دو گروه آزمایشی و کنترل
۸۹	جدول ۸-۴. آزمون فرض همگنی شیب‌های رگرسیون در گروه‌های مورد مطالعه
۹۱	جدول ۹-۴. آزمون همبستگی واریانس خطای گروه‌های مورد مطالعه
۹۱	جدول ۱۰-۴. تحلیل کوواریانس اثرات PMT بر ADHD در گروه‌های مورد مطالعه
۹۲	جدول ۱۱-۴. مقایسه دختران و پسران در نشانه‌های ADHD بعد از مداخله
۹۳	جدول ۱۲-۴. آزمون فرض همگنی شیب‌های رگرسیون در گروه‌های مورد مطالعه
۹۵	جدول ۱۳-۴. آزمون همبستگی واریانس خطای گروه‌های مورد مطالعه
۹۵	جدول ۱۴-۴. تحلیل کوواریانس اثرات PMT بر افسردگی مادران کودکان ADHD

- جدول ۴-۱۵. آزمون فرض همگنی شیب‌های رگرسیون در گروه‌های مورد مطالعه ..... ۹۶
- جدول ۴-۱۶. آزمون همبستگی واریانس خطای گروه‌های مورد مطالعه ..... ۹۸
- جدول ۴-۱۷. تحلیل کوواریانس اثرات PMT بر تنیدگی والدینی مادران کودکان ADHD ..... ۹۸
- جدول ۴-۱۸. آزمون معنی‌داری ضریب همبستگی پیرسون بین افسردگی مادران با نشانگان ADHD  
کودکان ..... ۹۹
- جدول ۴-۱۹. همبستگی بین افسردگی و تنیدگی مادران پسران مبتلا به ADHD ..... ۱۰۰
- جدول ۴-۲۰. همبستگی بین افسردگی و تنیدگی مادران دختران مبتلا به ADHD ..... ۱۰۰
- جدول ۴-۲۱. آزمون معنی‌داری ضریب همبستگی پیرسون بین تنیدگی و افسردگی مادران کودکان  
ADHD ..... ۱۰۱
- جدول ۴-۲۲. همبستگی بین افسردگی و تنیدگی مادران کودکان ADHD که PMT دریافت کرده‌اند  
..... ۱۰۲
- جدول ۴-۲۳. همبستگی بین افسردگی و تنیدگی مادران کودکان ADHD که PMT دریافت نکرده‌اند  
..... ۱۰۲
- جدول ۴-۲۴. آزمون همگنی شیب‌های رگرسیون در گروه‌های مورد مطالعه ..... ۱۰۳
- جدول ۴-۲۵. آزمون همبستگی واریانس خطای گروه‌های مورد مطالعه ..... ۱۰۵
- جدول ۴-۲۶. تحلیل کوواریانس اثرات PMT بر ADHD در گروه‌های مورد مطالعه ..... ۱۰۵
- جدول ۴-۲۷. آزمون معنی‌داری ضریب همبستگی پیرسون بین تنیدگی مادران کودکان ADHD با  
نشانگان ADHD در این کودکان ..... ۱۰۶

## فهرست نمودارها

صفحه

عنوان

- نمودار ۱-۴. شیب‌های خطوط رگرسیون دختران و پسران ..... ۹۰
- نمودار ۲-۴. شیب‌های خطوط رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون افسردگی در مادران کودکان  
ADHD ..... ۹۴
- نمودار ۳-۴. شیب‌های خطوط رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون تنیدگی در مادران کودکان ADHD  
..... ۹۷
- نمودار ۴-۴. شیب‌های خطوط رگرسیون گروه‌های مورد مطالعه (گروهی که PMT دریافت کرده‌اند و  
گروهی که PMT دریافت نکرده‌اند) ..... ۱۰۴

## فهرست اشکال

صفحه

عنوان

- شکل ۱-۲. طرح کلی بازداری رفتاری با کارکردهای هماهنگ‌ساز ..... ۳۶
- شکل ۲-۲. مدل مفهومی ADHD ..... ۳۸
- شکل ۳-۲. عوامل بوم‌شناختی ناسازگاری‌های دوران کودکی ..... ۴۱



فصل اول

طرح مسئله

## ۱-۱. مقدمه

تلاش برای توصیف و بررسی ماهیت فعالیت‌های بالینی<sup>۱</sup> در خصوص کودکان که در عصر حاضر صورت می‌گیرد، کاری بس دشوار است چرا که متخصصان این رشته فعالیت‌ها و رویکردهای بسیار متنوعی دارند.

یکی از جالبترین و شاید مهمترین پیشرفتهای در حوزه‌ی درمان کودکان، هدیه دادن یا به عبارتی در اختیار گذاردن مهارت‌ها توسط روان‌شناسان است. به این معنی که اخیراً روان‌شناسان به کسانی که واجد شرایط هستند مهارت‌های خود را آموزش می‌دهند تا از این طریق افراد و خانواده‌هایشان بتوانند به خود و سایرین کمک کنند. بطور مثال والدین تأثیر عمیقی بر رشد و سلامت روانی کودکان می‌گذارند و به دلیل همین تأثیر چشمگیر آنان در سالهای بسیار ارزشمند دوران کودکی می‌توانند نقش مهمی در یادگیری رفتارهای اجتماعی و تکوین اختلال رفتاری کودکان داشته باشند. محیط زندگی طبیعی کودک می‌تواند مثل اتاق مشاوره یا اتاق بازی در جهت درمان کودکان مورد استفاده قرار گیرد. پس چه بسا والدین می‌توانند وارد اتحاد درمان‌بخش شوند. به شرط آن که مشارکت فعالی داشته باشند و مسائل را بطور دسته‌جمعی حل کنند نه انفرادی و روان‌شناسی سعی در تقویت شناخت این افراد از مشکلات کودک و بسیج منابع و ارتقای تأثیر مثبت آنان دارد.

یکی از مشکلات شناخته شده در دوران کودکی اختلال کمبود توجه همراه با بیش‌فعالی است که امروزه بیشترین تحقیقات در مورد آن به عمل می‌آید تا به ارزیابی شایسته‌ای از این اختلال نائل آمده و مداخلات درمانی موثری را در مورد آن طرح‌ریزی کنند و از جمله این طرح‌های مداخله‌ای آموزش والدین در زمینه مهارت‌های کنترل کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی همراه با کمبود توجه می‌باشد. این طرح نه‌تنها الگوی ارتباط متقابل کودک و والدین را تغییر می‌دهد بلکه پاسخگوی

بسیاری از مشکلات خانوادگی از جمله وجود احتمالی اختلالات روانی در والدین این کودکان نیز می‌تواند باشد.

کوتاه سخن اینکه آموزش مدیریت والدین به اولیا روش کاملاً امیدوارکننده‌ای برای درمان کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه همراه با بیش‌فعالی می‌باشد.

## ۱-۲. بیان مسئله

اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی<sup>۱</sup> از شایع‌ترین اختلالات رفتاری - هیجانی دوران کودکی به شمار می‌آید، چرا که شیوع آن به ویژه در پسران ۴ برابر دختران بوده و حدود ۳ الی ۵ درصد کودکان مدرسه‌رو به این اختلال، مبتلا می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴).

به دلیل شیوع چشمگیر این اختلال در کودکان، و احتمال تداوم آن در دوران نوجوانی و بزرگسالی (فیشر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷) توجهات نظری و پژوهشی دامنه‌داری در جهت سبب‌شناسی و درمان آن در طی چند دهه گذشته، به عمل آمده است (فاراوان و بیدرمن<sup>۴</sup>، ۱۹۹۸). علاوه بر این، در چشم‌اندازهای نظری و پژوهشی، بر نقش چندگانه علل زیستی، عصبی و محیطی و روانشناختی توجه ویژه شده است، به نحوی که این اختلال، از جمله اختلالاتی است که دیدگاههای نظری متنوعی را به خود اختصاص داده است (بارکلی<sup>۵</sup>، ۱۹۹۷).

1- Attention Deficit Hyperactivity Disorder  
 2- American Psychiatric Association  
 3- Fisher  
 4- Faraone and Biederman  
 5- Barkley



هرچند که در طی سه دهه اخیر روش‌های درمانی متنوعی برای رویارویی با نشانه‌های این اختلال، به منصفه ظهور رسیده است (کاپلان و سادوک<sup>۱</sup>، ۱۳۸۳) لکن امروزه، روش درمانی منحصر به فرد برای مواجهه بهینه با این اختلال ابداع نشده است (رپورت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). به سخن دیگر، امروزه برای درمان این اختلال، رویکردهای یک‌بعدی و یک‌جانبه‌نگر کارساز نمی‌باشد، چرا که در شکل‌گیری، تداوم و تشدید و تخفیف نشانه‌های آن عوامل چندگانه دخیل‌اند (کراتوچویل<sup>۳</sup>، ۱۳۸۴).

در میان عوامل تداوم‌بخش نشانه‌های این اختلال، بر نقش عوامل محیطی، بویژه محیط خانواده، تأکید زیادی شده است (محمداسماعیل، ۱۳۸۴). به این معنی که، شیوه مدیریت محیط خانواده و سبکی که والدین در تنظیم امور خانواده و کودکان به کار می‌بندند، نقش اساسی در تداوم نشانه‌های این اختلال دارد (کندال<sup>۴</sup>، ۱۳۸۴). در این راستا، پژوهش سندرز و فورلند<sup>۵</sup> (۲۰۰۶) نشان می‌دهد که تنظیم رفتار والدین در مواجهه با کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی، می‌تواند در بهبود نشانه‌های این اختلال اثرگذار باشد. با این حال، نتایج متناقضی نیز در این خصوص گزارش شده است به نحوی که مطالعات بارکلی (۱۹۹۸) نشان می‌دهد که در خانواده‌های آشفته و بی‌نظم و نیز در خانواده‌هایی که والدین، به اختلالات روانی مبتلا هستند، امکان مداخلات خانوادگی و کنترل رفتاری مقدور نیست، چرا که آموزش والدین برای مدیریت رفتار کودکان دچار اختلالات هیجانی، به نتایج مطلوب نایل نمی‌شود. با این حال، چندین مطالعه، از جمله مطالعه بار<sup>۶</sup>، ساندرز<sup>۷</sup>،

---

1- Kaplan & Sadock  
 2- Rapport  
 3- Kratochwill  
 4- Kendall  
 5- Farland  
 6- Bor  
 7- Sanders

مارکی<sup>۱</sup> و دادز<sup>۲</sup> (۲۰۰۲) حاکی از آن است که مداخلات رفتاری خانوادگی قادرند رفتارهای مخرب کودکان مبتلا به این اختلال را کاهش دهند.

مبتنی بر این شواهد، هنوز جایگاه اثربخشی مداخلات خانوادگی چندان مشخص نشده است و ابهامات زیادی در این حوزه وجود دارد. از این رو، تبیین فرآیندهای اثرگذار مداخلات خانوادگی به تصریح بیشتری نیازمند است.

آنچه که شواهد توصیفی و سبب‌شناختی بیان می‌کند، این است که بروز هر گونه اختلال در افراد خانواده، به کارکرد عمومی خانواده صدمه وارد می‌کند (مینوچین<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹) و در این میان، نقش اختلالات دوران کودکی بر والدین غیر قابل انکار است به نحوی که بخش عمده توجه والدین را به خود اختصاص می‌دهد (کندال، ۱۹۹۸). از این رهگذر، تبیین‌های روانشناختی در خصوص اختلالات هیجانی بزرگسالان، حاکی از آن است که وجود بیمار در محیط خانواده، یک عامل استرس‌زا به شمار می‌آید که قادر است نشانه‌های مرضی را در بزرگسالان تشدید کند. از این رو، وجود اختلال در والدین کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری - هیجانی، امری نادر به شمار نمی‌آید، چرا که ابتلا کودکان به اختلالات هیجانی - رفتاری و تشدید آن اختلال قادر است منابع استرس والدینی را غنا بخشد و از طرفی، ناتوانی والدین در کنترل اختلال کودکان، می‌تواند بر نشانه‌های هیجانی آنها بیفزاید (روزنهان<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰).

مبتنی بر این شواهد نظری، چنین به نظر می‌رسد که وجود اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی در کودک، قادر است به عنوان منبع استرس و تنیدگی والدین عمل کند و احتمالاً بر حالات هیجانی و خلقی آنها تأثیر منفی بگذارد. از این رو، قابل پیش‌بینی است که اجرای مداخلات درمانی بر روی

---

1- Markie

2- Dadds

3- Minochin

4- Rosenhan

اختلال کودکان و اثربخش بودن چنین مداخلاتی، بتواند از حجم تنیدگی والدین و حالات هیجانی منفی آنها بکاهد. از این رو، بررسی چنین احتمالاتی، مسبوق به پرسش‌های روشنگری است تا در سایه این پرسش‌ها بتوان، رهیافتی پژوهشی اتخاذ نمود و آن این که، آیا کاربرد آموزشی مدیریت والدین، قادر است نشانه‌های اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی را بهبود ببخشد و از طرفی، آیا چنین آموزش‌هایی قادر است با بهبود نشانه‌های این اختلال، از میزان تنیدگی والدینی و نشانه‌های هیجانی منفی (اضطراب، افسردگی) آنها بکاهد؟

### ۱-۳. اهمیت و ضرورت پژوهش

اختلال بیش‌فعالی همراه با کمبود توجه یکی از بالاترین درصد موارد ارجاعی به مراکز درمانی و مشاوره کودک را دارا می‌باشد. میزان شیوع نسبتاً بالای این اختلال باعث می‌شود که جامعه روانشناسی به ارزیابی شایسته این اختلال پردازد و مداخلات درمانی موثری را طرح‌ریزی نماید (کراتوچویل - ۱۳۸۴).

به نظر می‌رسد مشکلات توجهی، شناختی، رفتاری این کودکان باعث تعارض مزمن آنها با محیط اجتماعی می‌شود و علت ارجاعشان برای درمان و عامل اصلی سازگاری ضعیف آنها در بلندمدت است و این کودکان مشکلات هیجانی و رفتاری وابسته مختلفی را از خود نشان می‌دهند.

یکی از موضوعات مهم دیگر که باعث می‌شود اهمیت پرداختن به این اختلال چند برابر گردد این است که الگوهای رفتاری مربوط به ADHD، این کودکان را در آینده مستعد اختلال شخصیت ضد اجتماعی، الکلیسم، داشتن مشکلات میان فردی و روانشناختی دیگری می‌نماید و یافته‌ها در این

زمینه قطعاً نشانگر آن هستند که اختلال این بزرگسالان هم‌ارز و یا باقیمانده‌ای از مشکلات ADHD کودکانی آنها می‌باشد.

درمانهای دارویی برای این کودکان در برخی موارد لازم اما ناکافی هستند و در برخی موارد نیز می‌توان گفت که با مداخلات موثر روانشناختی شاید اصلاً نیازی به دارودرمانی در مورد این کودکان وجود نداشته باشد. البته این یک طرف قضیه را شامل می‌شود طرف دیگر قضیه بعد میان فردی این اختلال می‌باشد (کراتوچویل - ۱۳۸۴).

ADHD اختلالیست که موثر بر و متأثر از ارتباطات میان فردی در چارچوب خانواده و محیط مدرسه است لذا با پرداختن به این بعد از قضیه چه بسا به قسمت عمده‌ای از این اختلال پرداخته می‌شود و در این میان تعاملات دیرین و عمیق کودک با والدین بخصوص مادر می‌تواند نقش مهمی در سبب‌شناسی این اختلال و در پی آن در مداخلات درمانی آن داشته باشد.

کودک مبتلا به ADHD در عین اینکه تحت دارو درمانی قرار می‌گیرد، اگر همچنان تعاملات ناسالمی با والدین و اعضای خانواده خود داشته باشد این روند به علت موقتی بودن دارو درمانی و چه بسا به علت عوارض دارو درمانی در برخی موارد از خود نشان می‌دهد لاجرم به قطع نابهنگام درمان منجر گردیده و مجدداً رفتارهای آزاردهنده کودک سبب درماندگی و استرس والدین گشته، سپس این حالات ایجاد شده در والدین، متقابلاً علایم ADHD را در کودک بارزتر و شدیدتر می‌نماید و یک چرخه باطل در فرآیند تعاملات این خانواده‌ها بوجود آمده و منجر به شکست خواهد گردید و در همین جاست که اهمیت آموزش والدین در زمینه مهارت‌های کنترل کودک به شدت خودنمایی می‌کند به طوری که این برنامه آموزشی در حقیقت یک محیط درمانی را در خانه فراهم می‌نماید. چنانچه این آموزش‌ها موثر باشند می‌توان با ایجاد جلسات درمانی و آموزشی برای والدین هم‌نشانگان اختلال در کودک را کاهش داد و هم از میزان تنیدگی‌های روان‌شناختی والدین بویژه مادر کاست.