



دانشگاه پیام نور

دانشکده علوم انسانی

گروه علمی روانشناسی

پایان نامه جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد

در رشته روانشناسی عمومی

موضوع:

مقایسه سلامت روانی، سوء مصرف مواد و رضایت زناشویی والدین کودکان مبتلا به

اختلال کم توجهی - بیش فعالی و اختلال های همراه دیگر با والدین کودکان بدون

اختلال کم توجهی - بیش فعالی

استاد راهنمای اول:

جناب آقای دکتر محمدرضا محمدی

استاد راهنمای دوم:

جناب آقای دکتر احمد علی پور

استاد مشاور اول:

جناب آقای دکتر رضا رستمی

استاد مشاور دوم:

جناب آقای دکتر مهدی دهستانی

نگارش:

فریده فرخزادی

دی ماه ۱۳۸۹

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

عنوان

مقایسه سلامت روانی، سوء مصرف مواد و رضایت زناشویی والدین کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی - بیش فعالی و اختلال‌های همراه دیگر با والدین کودکان بدون اختلال کم توجهی - بیش فعالی

چکیده

موضوع این تحقیق مقایسه سلامت روانی، سوء مصرف مواد و رضایت زناشویی والدین کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی / بیش فعالی و والدین کودکان بدون اختلال کم توجهی / بیش فعالی است. برای این تحقیق ۴۰۰ کودک و والدین آنها انتخاب شدند. ۲۰۰ نفر از این کودکان دارای اختلال کم توجهی - بیش فعالی بودند و ۲۰۰ نفر دیگر چنین اختلالی را نداشتند. در گروه بدون اختلال، ۱۰۰ دختر، ۱۰۰ پسر ۶-۱۸ ساله و در گروه با اختلال کم توجهی / بیش فعالی - پسر، دختر قرار گرفت.

تشخیص بالینی وجود اختلال ADHD در گروه با اختلال کم توجهی / بیش فعالی قبلاً با مصاحبه بالینی روانپزشک و جدول تشخیصی k-SADS بر اساس معیار تشخیصی DSM-IV انجام شده است. بررسی سلامت روانی، سوء مصرف مواد والدین کودکان و کودکان بر پایه معیارهای تشخیصی DSM-IV انجام شده است. سپس والدین و کودکان پرسشنامه‌های زیر را پر کردند.

۱- پرسشنامه کاترز بزرگسالان

۲- پرسشنامه فرم گزارش والدین کودکان و نوجوانان ۱۶-۴ سال.

۳- پرسشنامه مقیاس وندریوتا برای ارزیابی نارسایی توجه و بیش فعالی در بزرگسالان.

۴- پرسشنامه فرم خودسنجی نوجوانان ۱۶-۱۱ سال.

۵- پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ.

در نهایت والدین کودکان با اختلال کم توجهی / بیش فعالی و والدین کودکان عادی با هم مقایسه شدند و کودکان آنها نیز از نظر اختلال‌های همراه با هم مقایسه گردیدند. داده‌های این تحقیق از طریق آزمون‌های آماری T برای دو گروه مستقل و همچنین آزمون کای اسکوئر دو متغیری (خی دو دومتغیری) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها:

در تجزیه و تحلیل بدست آمده، اختلال اضطراب فراگیر ۱۵.۶٪، اختلال اعمال و سواسی ۵.۱٪، اختلال افکار و سواسی ۴.۶٪، اختلال شخصیت ضداجتماعی ۱.۵٪، اختلال فوبی ساده ۱.۵٪، اختلال فوبی اجتماعی ۱.۳٪، اختلال اسکیزوفرنیفرم ۱.۳٪، حملات پانیک با گذر هراسی ۱.۳٪، حملات پانیک بدون گذر هراسی ۱.۳٪، اختلال جسمی سازی ۱.۵٪، در والدین کودکان با اختلال کم توجهی / بیش فعالی نسبت به والدین کودکان عادی بیشتر می باشد. همچنین شواهد نشان می‌دهد شاخص سوء مصرف مواد در والدین کودکان با اختلال

کم توجهی/ بیش فعالی ۲۱٪ شایع تر می باشد و والدین کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی/ بیش فعالی در مقایسه با والدین کودکان بدون اختلال کم توجهی/ بیش فعالی، ۲/۸٪ رضایت زناشویی پایین تری دارند و در کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی/ بیش فعالی فراوانی اختلالات همراه (اختلال سیکلوتایمی ۰.۵٪، مانیا ۰.۵٪، هایپومانیا ۰.۵٪، اضطراب مفرط ۰.۵٪، افکار وسواسی ۰.۵٪، نافرمانی مقابله ای ۰.۲۹٪، پانیک ۰.۵٪، سلوک ۰.۳۵٪ و تیک ۱٪) بیشتر از کودکان عادی می باشد و در نهایت والدین کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی/ بیش فعالی در مقایسه با کودکان سالم، سابقه ۲٪ اختلال کم توجهی/ بیش فعالی، ۹٪ اختلال کم توجهی، ۱٪ بیش فعالی بیشتری دارند. p (سطح معنی داری در دو دامنه) مربوط به اختلال های افسردگی اساسی تک دوره، افسردگی اساسی راجعه، اضطراب فراگیر، فوبی ساده، استرس پس از رویداد آسیب زا، رضایت زناشویی پایین، سوء مصرف مواد و سابقه کم توجهی/ بیش فعالی در والدین کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی/ بیش فعالی و اختلال نافرمانی-مقابله ای و سلوک در این کودکان از آلفای ۰.۰۵ کوچکتر هستند و t حاصله نیز در این اختلالات از t جدول (۱.۹۶) بزرگتر می باشند.

نتایج:

یافته ها نشان می دهد والدین کودکان با اختلال کم توجهی/ بیش فعالی دارای سلامت روانی کمتر، سوء مصرف مواد بیشتر، رضایت زناشویی پایین تر و سابقه اختلال کم توجهی/ بیش فعالی بیشتر، در مقایسه والدین کودکان عادی می باشند و کودکان با اختلال کم توجهی/ بیش فعالی نسبت به کودکان عادی اختلالات همراه بیشتری دارند.

کلید واژه: اختلال کم توجهی/ بیش فعالی، سلامت روانی، سوء مصرف مواد، رضایت زناشویی

پاس

خدایا از آن تو است ستایش، ستایش دائمی، بی پایان و بی زوال، آنطور که سزاوار تو باشد.

ای نور، ای منزله، ای آغاز اولین و ای پایان آخرین، ای تکیه گاه، ای امید، با لطف ایزد منان، از بوته آزمایشی دیگر سربلند بیرون آمده و تجربه‌ای تازه اندوختیم.

ناگفته نماند در طی طریق تحقیق راهگشایی اساتید گرامی و دلگرمی عزیزانی یاریم دادند که بر خود لازم می‌دانم در این مجموعه سپاس خود را به آنان تقدیم نمایم.

استاد بزرگوارم جناب آقای دکتر محمد رضا محمدی، که صبورانه و با چراغ روشن دانش خود مسیر پژوهش را برایم روشن نمودند.

جناب آقای دکتر احمد علی پور، استاد ارجمندم که زحمات زیادی را متقبل گشتند و هم استاد راهنمای دوم پایان نامه و هم مشاور من در مشکلات و سختی‌ها بودند.

جناب آقای دکتر مجید صفارنیا که با هیچ کلامی نمی‌توان پاسخگوی زحماتشان بود، جناب آقای دکتر غلامعلی افروز، جناب آقای دکتر رضا رستمی، جناب آقای دکتر مهدی دهستانی، جناب آقای دکتر محمود هرمزی، جناب آقای دکتر زارع استادان عزیزم که با نظرات ارشادی‌شان راهنمایم گشتند.

همسرم جناب آقای علیرضا ترابی که در تمام مراحل مشوق و همراه بودند.

و اداره کل آموزش و پرورش تهران، مدیران، اولیاء محترم دانش آموزانی که تمامی تلاش‌های من در تهیه این پژوهش تقدیم آنان باد.

«الكلمة خالة المؤمن»

«علم و حکمت گمشده مؤمن است»

حضرت علی علیه السلام

تقدیم به

روح بزرگوار پدرم

ومادر مهربانم

که همواره بزرگترین مشوقم در امر تحصیل بودند

و تقدیم به

همسرم که با صبوری هایش همیشه همراهم بود.

فهرست مطالب

فصل اول: کلیات طرح پژوهش	۱
۱-۱- مقدمه	۲
۲-۱- بیان مسئله	۵
۳-۱- اهمیت و ضرورت انجام پژوهش	۱۳
۴-۱- اهداف پژوهش	۱۴
۱-۴-۱- هدف کلی پژوهش	۱۴
۵-۱- سؤال‌های پژوهش	۱۵
۶-۱- فرضیه‌های پژوهش	۱۵
۱-۶-۱- فرضیه اصلی پژوهش	۱۵
۲-۶-۱- فرضیه فرعی پژوهش	۱۵
۷-۱- متغیرهای پژوهش	۱۵
۸-۱- تعاریف نظری مفاهیم	۱۵
۱-۸-۱- کاستی توجه/ بیش‌فعالی	۱۶
۲-۸-۱- رضایت زناشویی	۱۷
۳-۸-۱- سلامت روانی	۱۸
۴-۸-۱- سوء مصرف مواد	۱۹
۹-۱- تعاریف عملیاتی متغیرها	۲۰

- ۱-۹-۱- کاهش توجه/ بیش فعالی ۲۰
- ۱-۹-۲- رضایت زناشویی ۲۰
- ۱-۹-۳- سلامت روانی ۲۰
- ۱-۹-۴- سوء مصرف مواد ۲۰
- فصل دوم: ادبیات پژوهش ۲۱
- مقدمه ۲۲
- ۲-الف - بخش اول: گستره نظری پژوهش ۲۲
- ۲-ب - اختلال کم توجهی/بیش فعالی ۲۲
- تاریخچه ۲۲
- همه گیر شناسی ۲۳
- سبب شناسی ۲۳
- عوامل ژنتیک ۲۳
- عوامل مربوط به رشد ۲۴
- آسیب مغزی ۲۴
- عوامل عصبی - شیمیایی ۲۴
- عوامل عصبی - فیزیولوژیک ۲۵
- عوامل روانی اجتماعی ۲۶
- بیش فعالی و نقش تغذیه ۲۶
- ارزیابی و تشخیص ۲۹
- مدل تحولی ۵ مرحله‌ای برای ارزیابی اختلال کاستی توجه/بیش فعالی ۳۰
- معاینه فیزیکی و حالات طبی عمومی همراه اختلالات کاستی توجه و بیش فعالی ۳۴
- عوامل زمینه ساز اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی ۳۵
- سیر و پیش آگاهی ۳۵

- ۳۶..... اختلالات همراه با اختلالات نارسایی توجه/ بیش فعالی
- ۳۶..... درمان اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی
- ۳۶..... دارودرمانی اولیه بلند مدت
- ۳۸..... مهم‌ترین درمان‌های روانی - اجتماعی
- ۳۹..... بزرگسالان با اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی
- ۳۹..... همه‌گیر شناسی
- ۳۹..... سبب شناسی
- ۴۰..... تشخیص و خصوصیات بالینی
- ۴۱..... سیر و پیش‌آگاهی
- ۴۱..... اختلال کم توجهی/ بیش فعالی نامعین (NOS)
- ۴۱..... ۱-۲- دیدگاه‌های نظری در مورد ADHD
- ۴۱..... ۱-۱-۲- نظریه‌های زیست‌شناسی
- ۴۲..... ۲-۱-۲- نظریه‌های رفتاری و خانوادگی
- ۴۳..... ۳-۱-۲- عقاید متخصصان پیرامون اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی
- ۴-۱-۲- تعامل والدین کودک مبتلا به اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی با کودک و رابطه آن با استرس..... ۴۵
- ۴۵..... ۲-۲- رضایت زناشویی
- ۴۸..... ۱-۲-۲- رضایت زناشویی و اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی
- ۵۰..... ۲-۲-۲- استرس مادران و اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی
- ۵۱..... ۳-۲-۲- نظریه‌های مربوط به عوامل رضامندی زناشویی
- ۵۱..... - رویکرد روان‌پویشی
- ۵۲..... - رویکرد رفتارگرایی
- ۵۲..... ۳-۲- سلامت روان

- ۵۳..... ۲-۳-۱- ابعاد سلامت
- ۵۳..... ۲-۳-۲- دیدگاه‌های مرتبط با سلامت روان
- ۵۳..... ۲-۳-۱- سلامت روانی به معنای رفتار بهنجار (عادی)
- ۵۴..... ۲-۳-۲- سلامت روانی به معنای الگوهای ایده‌آل
- ۵۴..... ۲-۳-۳- سلامت روانی به معنای یک فرآیند
- ۵۴..... ۲-۳-۴- سلامت روانی به معنای فقدان بیماری
- ۵۴..... ۲-۳-۵- ملاک‌های سلامت روان از دیدگاه اسلام
- ۵۵..... ۳-۳-۳- نظر روان‌شناسان مختلف درباره سلامت روان
- ۵۵..... ۲-۳-۱- فروید
- ۵۵..... ۲-۳-۲- سلامت روان در مکتب آلفرد آدلر
- ۵۵..... ۲-۳-۳- سلامت روان از دیدگاه یونگ
- ۵۵..... ۲-۳-۴- سلامت روان از دیدگاه مکتب انسان‌گرایی
- ۵۵..... ۲-۳-۵- سلامت روان از دیدگاه رفتار گرایان
- ۵۶..... ۲-۳-۶- سلامت روان از دیدگاه آلپورت
- ۵۶..... ۲-۴-۴- سوء مصرف مواد
- ۵۶..... ۲-۴-۱- تاریخچه سوء مصرف مواد
- ۵۷..... - مسیر کاربرد
- ۵۸..... - قابل حل بودن در چربی
- ۵۸..... - مانع خونی مغزی
- ۵۸..... - تأثیرات متقابل دارو - گیرنده - انتقال دهنده عصبی
- ۵۸..... - سازگاری با داروها
- ۵۸..... ۲-۴-۲- الگوهای نظری وابستگی دارویی
- ۵۸..... - الگوهای شخصیت و روان‌شناختی

۵۹	- آسیب پذیری زیستی
۵۹	- نظریه فرآیند متضاد
۶۰	- الگوهای تقویت مثبت
۶۰	- الگوهای شرطی سازی و یادگیری
۶۱	بخش دوم: گستره عملی پژوهش
۶۱	۱- پژوهش‌های انجام شده در خارج از کشور
۶۸	۲- پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور
۷۳	فصل سوم: روش پژوهش
۷۴	- مقدمه
۷۴	۳-۱- طرح پژوهش
۷۴	۳-۲- جامعه آماری
۷۴	۳-۳- نمونه آماری
۷۵	۳-۴- روش نمونه گیری
۷۵	۳-۵- روش جمع آوری اطلاعات
۷۶	۳-۶- ابزار پژوهش (سنجش)
۷۶	۳-۶-۱- پرسشنامه SADS
۷۶	۳-۶-۲- پرسشنامه K-SADS
۷۷	۳-۶-۳- مقیاس درجه بندی وندروتا
۷۸	۳-۶-۴- پرسشنامه رضایت زناشویی (انریچ)
۸۲	۳-۶-۵- مقیاس کانرز
۸۲	فرم گزارش والدین کودکان ۴-۱۶
۸۲	پرسش‌نامه کانرز بزرگسال
۸۲	فرم خودسنجی نوجوانان ۱۱-۱۶

۸۳	۷-۳- تجزیه و تحلیل اطلاعات
۸۴	فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده
۸۵	مقدمه
۸۵	۱-۴- بخش اول-توصیف داده‌ها
۸۵	۴-۱-۱- ابزار اندازه گیری و پرسشنامه فرضیه اصلی پژوهش
۸۵	فرضیه اصلی اول پژوهش
۸۵	پرسشنامه SADS والدین
۸۸	۴-۱-۲- ابزار اندازه گیری و پرسشنامه فرضیه اصلی دوم
۸۸	پرسشنامه K-SADS
۹۲	۴-۱-۳- ابزار اندازه گیری و پرسشنامه فرضیه فرعی اول
۹۲	سوء مصرف والدین در پرسشنامه SADS
۹۳	۴-۱-۴- ابزار اندازه گیری و پرسشنامه فرضیه فرعی دوم
۹۳	پرسشنامه رضایت زناشویی
۹۵	۴-۱-۵- ابزارهای اندازه گیری و پرسشنامه های فرضیه فرعی سوم
۹۵	۱- پرسشنامه کانرز بزرگسالان
۹۸	۲- پرسشنامه وندریوتا
۱۰۰	۴-۱-۶- ابزار اندازه گیری مقایسه نظرات افراد نمونه آماری با نظرات والدین
۱۰۰	۱- پرسشنامه خود سنجی (۱۶-۱۱)
۱۰۲	۲- پرسشنامه گزارش والدین (۱۶-۴)
۱۰۵	۴-۲- بخش دوم: تحلیل داده ها
۱۰۵	۴-۲-۱- بررسی فرضیه اصلی اول پژوهش
۱۱۲	۴-۲-۲- بررسی فرضیه اصلی دوم پژوهش
۱۱۷	۴-۲-۳- بررسی فرضیه فرعی اول پژوهش
۱۱۹	۴-۲-۴- بررسی فرضیه فرعی دوم پژوهش
۱۲۰	۴-۲-۵- بررسی فرضیه فرعی سوم پژوهش
۱۲۰	تحلیل آماری نتایج پرسشنامه کانرز بزرگسالان
۱۲۲	تحلیل آماری نتایج پرسشنامه وندر یوتا

۱۲۳	فصل پنجم: نتیجه گیری و بحث
۱۲۴	مقدمه
۱۲۴	۱-۵- بحث و نتیجه گیری
۱۲۶	۲-۵- بحث و تبیین بر اساس فرضیه‌های پژوهش
۱۲۶	۱-۲-۵- تبیین فرضیه اصلی
۱۲۸	۲-۲-۵- تبیین فرضیه اصلی دوم
۱۲۸	۳-۲-۵- تبیین فرضیه فرعی اول
۱۳۰	۴-۲-۵- تبیین فرضیه فرعی دوم
۱۳۱	۵-۲-۵- تبیین فرضیه فرعی سوم
۱۳۳	۳-۵- بحث و نتیجه‌گیری
۱۳۳	۴-۵- محدودیت‌ها
۱۳۴	۵-۵- پیشنهادها
۱۳۴	الف- پیشنهادهای پژوهشی
۱۳۴	ب- پیشنهادهای کاربردی
۱۳۶	فهرست منابع
۱۴۲	پیوست‌ها

فهرست جداول:

- ۳-۱- ضریب پایایی ابزارهای اندازه گیری (ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ها)..... ۸۲
- جدول ۴-۱ شاخص های آماری اختلالهای مطرح شده در پرسشنامه SADS والدین کودکان عادی و کودکان بیش فعال..... ۸۶
- جدول ۴-۲ توزیع فراوانی انواع اختلالها در پرسشنامه SADS والدین کودکان عادی و کودکان بیش فعال..... ۹۷
- جدول ۴-۳ شاخص های آماری k-sads کودکان عادی و کودکان بیش فعال..... ۷۹
- جدول ۴-۴ توزیع فراوانی انواع اختلالها در پرسشنامه k-SADS کودکان عادی و کودکان بیش فعال ۹۰
- جدول ۴-۵ توزیع فراوانی و درصد سوء مصرف مواد توسط والدین کودکان عادی و کودکان بیش فعال.. ۹۲
- جدول ۴-۶ شاخص های آماری رضایت زناشویی والدین کودکان عادی و کودکان بیش فعال..... ۹۳
- جدول ۴-۷ توزیع فراوانی سطوح رضایت زناشویی والدین کودکان عادی و کودکان بیش فعال.... ۹۴
- جدول ۴-۸ شاخص های آماری بیش فعالی، عدم توجه در پرسشنامه کانرز بزرگسالان به تفکیک والدین کودکان عادی و کودکان بیش فعال..... ۹۶
- جدول ۴-۹: توزیع فراوانی و درصد اختلالات در پرسشنامه کانرز بزرگسالان به تفکیک والدین کودکان عادی و کودکان بیش فعال..... ۹۷
- جدول ۴-۱۰ شاخص های آماری کم توجهی - بیش فعالی در مقیاس ارزیابی وندریوتا..... ۹۸
- جدول ۴-۱۱: توزیع فراوانی و درصد کم توجهی - بیش فعالی در مقیاس ارزیابی وندریوتا براساس سطوح نمرات..... ۹۹
- جدول ۴-۱۲: توزیع فراوانی و درصد کم توجهی - بیش فعالی در مقیاس ارزیابی وندریوتا براساس نقطه برش (عدد ۴۶)..... ۱۰۰
- جدول ۴-۱۳ شاخص های آماری اختلالات در پرسشنامه خودسنجی نوجوانان ۱۶-۱۱ سال به تفکیک کودکان عادی و بیش فعال..... ۱۰۱
- جدول ۴-۱۴: توزیع فراوانی و درصد اختلالات در پرسشنامه خودسنجی نوجوانان ۱۶-۱۱ سال در کودکان عادی (سالم) و بیش فعال (بیمار)..... ۱۰۲
- جدول ۴-۱۵ شاخص های آماری اختلالات در پرسشنامه گزارش والدین به تفکیک کودکان عادی و بیش فعال..... ۱۰۳
- جدول ۴-۱۶: توزیع فراوانی و درصد اختلالات در پرسشنامه گزارش والدین در کودکان عادی و بیش فعال..... ۱۰۴
- جدول ۴-۱۷ شاخصهای آماری حاصل از آزمون t مستقل در پرسشنامه SAD والدین برای مولفه های سلامت روانی آنها در گروه کودکان عادی و بیش فعال..... ۱۰۶
- جدول ۴-۱۸ نتیجه حاصل از اجرای آزمون t مستقل در پرسشنامه SAD والدین برای

- اختلالات خلقی ۱۰۸
- جدول ۱-۴-۱۸ نتیجه حاصل از اجرای آزمون t مستقل در پرسشنامه SAD والدین برای اختلالات سایکوتیک ۱۰۹
- جدول ۲-۴-۱۸ نتیجه حاصل از اجرای آزمون t مستقل در پرسشنامه SAD والدین برای اختلالات اضطرابی ۱۱۰
- جدول ۳-۴-۱۸ نتیجه حاصل از اجرای آزمون t مستقل در پرسشنامه SAD والدین برای برای مولفه های سلامت روانی آنها ۱۱۱
- جدول ۴-۱۹ شاخص های آماری k-sads کودکان عادی و کودکان بیش فعال ۱۱۲
- جدول ۴-۲۰ نتیجه حاصل از اجرای آزمون t مستقل در پرسشنامه k-SAD برای مولفه های سلامت روانی کودکان ۱۱۴
- جدول ۱-۴-۲۰ نتیجه حاصل از اجرای آزمون خی دو در پرسش نامه k-SAD برای مولفه های سلامت روانی ۱۱۶
- جدول ۴-۲۱ توزیع فراوانی و درصد سوء مصرف مواد توسط والدین کودکان عادی و کودکان بیش فعال ۱۱۷
- جدول ۴-۲۲ آزمون کای اسکوتر دو متغیری (خی دو دو متغیری) برای سوء مصرف مواد توسط والدین کودکان بیش فعال و کودکان عادی ۱۱۷
- جدول ۴-۲۳ نتیجه حاصل از اجرای آزمون t مستقل برای رضایت زناشویی والدین کودکان عادی و کودکان بیش فعال ۱۱۹
- جدول ۴-۲۴ توزیع فراوانی سطوح رضایت زناشویی والدین کودکان عادی و کودکان بیش فعال ۱۱۹
- جدول ۴-۲۵ آزمون کای اسکوتر دو متغیری (خی دو دو متغیری) برای سطوح رضایت زناشویی توسط والدین کودکان بیش فعال و کودکان عادی ۱۲۰
- جدول ۴-۲۶ شاخص های آماری بیش فعالی، عدم توجه در پرسشنامه کانرز بزرگسالان به تفکیک والدین کودکان عادی و کودکان بیش فعال ۱۲۰
- جدول ۴-۲۷ نتیجه حاصل از اجرای آزمون t مستقل در پرسشنامه کانرز بزرگسالان (والدین) برای اختلال کم توجهی / بیش فعالی ۱۲۱
- جدول ۴-۲۸ شاخص های آماری کم توجهی - بیش فعال در مقیاس ارزیابی وندریوتا ۱۲۲
- جدول ۴-۲۹ نتیجه حاصل از اجرای آزمون t مستقل در پرسشنامه وندراوتا برای اختلال کم توجهی / بیش فعالی والدین کودکان عادی با بیش فعال ۱۲۲

فهرست نمودارها:

- نمودار ۳-۴ شاخص های آماری k-sads کودکان عادی و کودکان بیش فعال ۹۰
- نمودار ۴-۴ توزیع فراوانی انواع اختلالها در پرسشنامه k-SADS کودکان عادی و
کودکان بیش فعال ۹۱
- نمودار ۵-۴ توزیع فراوانی و درصد سوء مصرف مواد توسط والدین کودکان عادی و
کودکان بیش فعال ۹۳
- نمودار ۶-۴ مقایسه میانگین رضایت زناشویی والدین کودکان عادی و کودکان بیش فعال ۹۴
- نمودار ۷-۴ توزیع درصدی سطوح رضایت زناشویی والدین کودکان عادی و کودکان بیش فعال.. ۹۵
- نمودار ۸-۴ شاخص های آماری بیش فعالی، عدم توجه در پرسشنامه کانرز بزرگسالان به
تفکیک والدین کودکان عادی و کودکان بیش فعال ۹۶
- نمودار ۹-۴: توزیع درصدی اختلالات در پرسشنامه کانرز بزرگسالان به تفکیک والدین
کودکان عادی و کودکان بیش فعال ۹۷
- نمودار ۱۰-۴ شاخص های آماری کم توجهی - بیش فعالی در مقیاس ارزیابی وندریوتا..... ۹۸
- نمودار ۱۱-۴: توزیع درصدی سطوح کم توجهی - بیش فعالی در مقیاس ارزیابی وندریوتا
براساس سطوح نمرات ۹۹
- نمودار ۱۲-۴: توزیع درصدی سطوح کم توجهی - بیش فعالی در مقیاس ارزیابی وندریوتا
براساس براساس نقطه برش (عدد ۴۶)..... ۱۰۰
- نمودار ۱۳-۴ شاخص های آماری اختلالات در پرسشنامه خودسنجی نوجوانان ۱۶-۱۱ سال به تفکیک
کودکان عادی و بیش فعال ۱۰۱
- نمودار ۱۴-۴: توزیع فراوانی و درصد اختلالات در پرسشنامه خودسنجی نوجوانان ۱۶-۱۱ سال
در کودکان عادی و بیش فعال ۱۰۲
- نمودار ۱۵-۴ شاخص های آماری اختلالات در پرسشنامه گزارش والدین به تفکیک کودکان عادی
و بیش فعال ۱۰۳
- نمودار ۱۶-۴: توزیع فراوانی و درصد اختلالات در پرسشنامه گزارش والدین در کودکان عادی و
بیش فعال ۱۰۴

Payame Noor University
Department of Psychology

Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree
Of M.S in Psychology

Subject:

Comparison of psychological health, substance abuse and material satisfaction for parents of children with attention deficit-hyperactivity disorder and several other disorder with of children without attention deficit-hyperactivity disorder

Supervisor:

Dr.Mohammad Reza Mohammadi
Dr. Ahmad Alipoor

Advisor:

Dr.Reza Rostami
Dr.Mehdi Dehestani

By:

Farideh Farokhzadi

October 2010

فصل اول

کلیات طرح

پژوهش

مقدمه:

اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی به عنوان یک مساله برای روانپزشکان، روانشناسان، والدین و معلمان مطرح گردیده است. زیرا ویژگی رفتار ی کودکان مبتلا از قبیل ناتوانی در رفتار حرکتی، نارسائی توجه ناتوانی یادگیری، پرخاشگری مشکلات تحصیلی، برانگیختگی و بی‌قراری حرکتی معضل اساسی برای والدین، همسالان و متولیان آموزشی به شمار می‌آید و به فرآیند تحول استعداد های ذهنی و مهارت‌های اجتماعی - عاطفی خود کودک نیز آسیب جدی وارد می‌کند. فراوانی مشکلات تحصیلی، شغلی و... در بزرگسالی این کودکان بطور معنی داری از جمعیت عادی بیشتر است (جنتیان، نوری و همکاران، ۱۳۸۷).

طی سالها، محققان و صاحب‌نظران به بررسی این موضوع پرداخته‌اند که آیا اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی، اختلال واحدی است یا انواعی دارد. براین اساس این اختلال طی زمان دستخوش تغییر و تحول بسیاری شده است. برای نمونه انجمن روانپزشکی آمریکا اصطلاح عمومی اختلال نارسایی توجه را برای مبتلایان به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی به کار برده است و سپس آن را به دو صورت «با» یا «بدون» بیش‌فعالی مورد استفاده قرار داده است.

متن تجدیدنظر شده چهارمین ویرایش راهنمای تشخیص آماری اختلالات روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، اصطلاح نارسایی توجه/ بیش‌فعالی را برای این اختلال بکار برده است. براساس این راهنما، ویژگی اساسی و مهم این اختلال، الگوی مداوم بی‌توجهی و یا بیش‌فعالی-تکانشگری است که نسبت به افراد عادی که در همان سطح از رشد قرار دارند، با فراوانی و شدت بیشتری رخ می‌دهد. (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)

طبقه‌بندی

در راهنمای تشخیص آماری اختلال روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰ به نقل از متولی پور، ۱۳۸۷) سه زیرطبقه برای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی مطرح شده است که عبارتند از:

- نوع عمدتاً بیش‌فعال-تکانشگر، نوع عمدتاً بی‌توجه و نوع مرکب .

بطور خلاصه می‌توان برخی نشانه‌های نوع بیش‌فعال - تکانشگر را این‌گونه بیان کرد:

- احساس بی‌قراری، تکان دادن مکرر دست و پا، وول خوردن در حالت نشسته، بالا رفتن از اشیاء، ترک کردن صندلی خود، واکنش‌های سریع ، جواب دادن قبل از اتمام پرسش، ناتوانی در منتظر نوبت ماندن (مؤسسه ملی بهداشت روان، ۲۰۰۸، به نقل از متولی پور ، ۱۳۸۷).

مک پرنت (۱۹۹۵) معتقد است، نوع بیش‌فعال- تکانشگر، بیشتر در میان کودکانی دیده می‌شود که وارد مدرسه نشده‌اند و در نوجوانان و بزرگسالان چندان رایج نیست (هانید، ۱۹۹۱). ازجمله ویژگی افراد مبتلا به این نوع اختلال، این است که می‌توانند وظایف شغلی خود را انجام بدهند و به استراحت کمتری نیاز داشته باشند. آنها با این‌که می‌توانند در شغل انتخابی خود مولد باشند، می‌توانند سبب سرخوردگی اطرافیان نیز شوند. زیرا بطور ناپخته‌ای رک‌گو هستند و عقاید خود را بصورت تکانشی بیان می‌کنند (ترنبال و همکاران، ۲۰۰۲ به نقل از متولی پور، ۱۳۸۷).