

۱۸۹۱۱۱ - ۲۰۲۰۲۱



دانشگاه اصفهان

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

گروه روان‌شناسی

پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی کودکان استثنایی

بررسی اثر بخشی برنامه گروهی فرزند پروری مثبت بر استرس والدگری مادران

کودکان ۶ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه

استاد راهنما:

دکتر محمدباقر کجیاف

استادان مشاور:

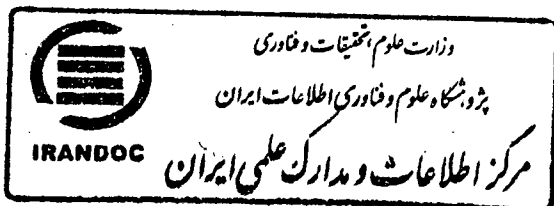
دکتر حسین مولوی

دکتر کنایون خوشابی

پژوهشگر:

سکینه جبارنسب مهربانی

آبان‌ماه ۱۳۸۹



۱۵۹۱۸۸

۱۳۹۰/۴/۱۸

کلیه حقوق مادی مترتب بر نتایج مطالعات، ابتکارات و
نوآوری‌های ناشی از تحقیق موضوع این پایان نامه متعلق به
دانشگاه اصفهان است.

شبه کارشناس پایان نامه
رعایت شده است.
تحصیلات تکمیلی دانشگاه اصفهان



دانشگاه اصفهان

دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی

گروه روان شناسی

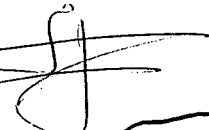

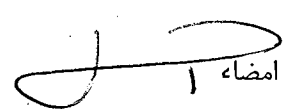
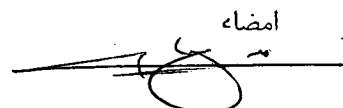
پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی کودکان استثنایی

خانم سکینه جبارنسب مهربانی تحت عنوان

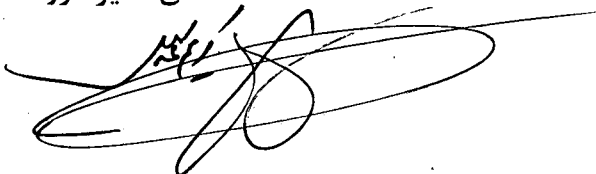
بررسی اثربخشی برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر استرس والدگری مادران

کودکان ۶ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال بیش فعالی / کمبود توجه

در تاریخ ۱۳۸۹/۸/۹ توسط هیأت داوران زیر بررسی و با درجه عالی به تصویب نهایی رسید.

| | | | | |
|---|-------|------------------------|---------------------|-----------------------------|
|  | امضاء | با مرتبه علمی دانشیار | دکتر محمدباقر کجیاف | ۱- استاد راهنمای پایان نامه |
|  | امضاء | با مرتبه علمی استاد | دکتر حسین مولوی | ۲- استاد مشاور پایان نامه |
| | امضاء | با مرتبه علمی استادیار | دکتر کتایون خوشابی | ۳- استاد مشاور پایان نامه |
|  | امضاء | با مرتبه علمی دانشیار | دکتر مهرداد کلانتری | ۴- استاد داور داخل گروه |
|  | امضاء | با مرتبه علمی استادیار | دکتر احمد عابدی | ۵- استاد داور خارج از گروه |

امضای مدیر گروه



«شکر و سپاس خداوند متعال را که به من نعمت سلامتی ارزانی داشت تا به شکرانه آن می‌نویسم»

مراتب سپاس و قدر دانی خود را از استاد محترم و کراتقدر جناب آقای دکتر محمد باقر کجاف به جهت زحمات بی‌شائبه و راهمایی‌های فاضلانه خود در امر تدوین و نگارش این پایان نامه را برابر می‌دارم و آرزوی سلامتی و توفیق برای ایشان می‌نمایم.

همچنین از لطف و توجه و راهمایی‌های بی‌دریغ اساتید ارجمند مشاور جناب آقای دکتر حسین مولوی و سرکار خانم دکتر کتایون خوشابی، کمال شکر و قدر دانی را دارم.

از نزدیکان و دوستان خوب و صمیمی ام که همواره یار و همراه اینجانب بودند کمال شکر و قدر دانی را دارم.

از ثریا برادرزاده‌ی عزیزم که خالصانه همراهیم نمود بی‌نیات سپاس گزارم.

و در پایان از تمام اساتید کراتقدر و کسانی که به هر نحوی بذل و عنایت فرمودند کمال شکر و امتنان را دارم که اگر موفقیتی هست مدیون لطف آنهاست.

خدایا

یاری ام ده تا بدانم عقل، راه نیست،

که چراغ راه است

و هر چند چراغی به دست داشته باشم،

تا زوم به مقصد نمی رسم.

دستگیرم شو تا در گرداب علم بی هدف

از دیدار کعبه حالت بازمانم.

پس مرالذت و سرمستی عشقی عطا کن

تا پیوسته ره و راه تو باشم که این را نهایتی نیست.

در این راه بی تو هیچ بودم و با تو همه
در آغاز از تو خواستم و در میان نیز از تو
پس می ستایمت که در هر قدم را میم نکرودی
و عشق و زیبایی های این دنیا را به من هدیه کردی

عزیزان مهربانم، همکامان همیشگی زندگیم که عبور از جاده پر پیچ و خم زندگی بدون گرمای وجودشان ممکن نبود و نیست.

به پدرم که درگذردیامی وجودش، هستی ام معنا گرفت، او که وجودش تکیه گاه من بود و نگاهش پشتوانه ام و درس گذشت را به من آموخت.

به مادرم، کلی درباغ مهربانی که سید سار مهربود و فدای کاری که آفتاب محبتش همواره بر سراسر زندگیم می تابد و گرما بخش وجودم خواهد بود.

به همسرم و فرزندانم شایان و آناهیتای عزیز که لطف و جایمندان توشه راه من بوده است.

به برادران و خواهران عزیزم و همه کسانی که قلمم سرشار از مهرشان است.

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول: کلیات تحقیق

| | | |
|-----|----------------------|---|
| ۱-۱ | مقدمه | ۱ |
| ۲-۱ | بیان مسئله | ۳ |
| ۳-۱ | ضرورت و اهمیت تحقیق | ۵ |
| ۴-۱ | هدف تحقیق | ۷ |
| ۵-۱ | فرضیه‌های اصلی تحقیق | ۷ |
| ۶-۱ | فرضیه‌های فرعی تحقیق | ۷ |
| ۷-۱ | تعاریف نظری متغیرها | ۸ |
| ۸-۱ | تعریف عملیاتی مفاهیم | ۹ |

فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه تحقیق

| | | |
|---------|--------------------------------------|----|
| ۱-۲ | بیان جامع نظریه‌ها | ۱۱ |
| ۱-۱-۲ | تاریخچه | ۱۲ |
| ۱-۱-۱-۲ | معیارهای تشخیصی | ۱۵ |
| ۲-۱-۱-۲ | توصیف بالینی ADHD | ۱۵ |
| ۲-۱-۲ | همه گیرشناسی | ۱۹ |
| ۳-۱-۲ | سن شروع | ۲۰ |
| ۴-۱-۲ | جنس | ۲۰ |
| ۵-۱-۲ | سیر تحولی و پیامدهای دراز مدت بیماری | ۲۱ |
| ۶-۱-۲ | تشخیص‌های افتراقی و اختلالات همزمان | ۲۵ |
| ۷-۱-۲ | سبب‌شناسی | ۳۰ |
| ۸-۱-۲ | درمان | ۳۶ |
| ۲-۲ | استرس والدگری | ۴۰ |
| ۱-۲-۲ | تنیدگی (استرس) | ۴۰ |
| ۱-۱-۲-۲ | تأثیر ADHD بر بهداشت روانی والدین | ۴۳ |
| ۲-۱-۲-۲ | واکنش همشیران | ۴۷ |
| ۳-۱-۲-۲ | عوامل مؤثر در استرس والدگری | ۴۷ |

| | |
|----|---|
| ۵۰ | ۴-۱-۲-۲ تفاوت استرس والدگری در پدران و مادران |
| ۵۱ | ۵-۱-۲-۲ اسنادهای والدین |
| ۵۳ | ۳-۲ آموزش والدین |
| ۵۳ | ۱-۳-۲ برنامه گروهی فرزندپروری مثبت |
| ۵۶ | ۱-۱-۳-۲ مرور سوابق پژوهش |
| ۵۶ | تحقیقات انجام شده در داخل کشور |
| ۵۸ | تحقیقات انجام شده در خارج کشور |

فصل سوم: روش تحقیق

| | |
|----|--|
| ۶۱ | ۱-۳ مقدمه |
| ۶۱ | ۲-۳ طرح تحقیق |
| ۶۲ | ۳-۳ متغیرهای پژوهش |
| ۶۲ | ۴-۳ جامعه آماری |
| ۶۲ | ۵-۳ نمونه آماری |
| ۶۲ | ۶-۳ ابزار تحقیق |
| ۶۲ | ۱-۶-۳ پرسشنامه‌ی شاخص تنیدگی والدینی (PSI) |
| ۶۴ | ۷-۳ روش نمونه‌گیری |
| ۶۴ | ۸-۳ روش اجرا |
| ۶۴ | ۹-۳ تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها |
| ۶۴ | ۱۰-۳ جمع بندی و نتیجه گیری |
| ۶۸ | ۱۱-۳ ملاحظات اخلاقی |

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده‌ها

| | |
|----|-----------------------------------|
| ۶۹ | ۱-۴ مقدمه |
| ۷۰ | ۲-۴ تحلیل توصیفی داده‌های پژوهش |
| ۷۵ | ۳-۴ تحلیل استنباطی داده‌های پژوهش |

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

| | |
|----|---------------------------|
| ۹۵ | ۱-۵ مقدمه |
| ۹۶ | ۲-۵ تبیین یافته‌های پژوهش |

| عنوان | صفحه |
|---------------------------------------|------|
| ۱-۲-۵ فرضیه‌های اصلی پژوهش..... | ۹۶ |
| ۲-۲-۵ تبیین فرضیه‌های فرعی پژوهش..... | ۹۶ |
| ۳-۵ محدودیت‌های پژوهش..... | ۱۰۷ |
| ۴-۵ پیشنهادهای نظری پژوهش..... | ۱۰۸ |
| ۵-۵ پیشنهادهای کاربردی پژوهش..... | ۱۰۸ |
| پیوست ۱..... | ۱۰۹ |
| پیوست ۲..... | ۱۱۵ |
| پیوست ۳..... | ۱۳۲ |
| منابع و مأخذ..... | ۱۳۹ |

فهرست شکل‌ها

| عنوان | صفحه |
|--|------|
| شکل (۱-۴) مقایسه گروه‌های مورد مطالعه در میزان سطح تحصیلات همسر..... | ۷۰ |
| شکل (۲-۴) فراوانی گروه‌های مورد مطالعه در سطح تحصیلات مادران..... | ۷۱ |
| شکل (۳-۴) فراوانی گروه‌های مورد مطالعه بر اساس شغل مادران..... | ۷۲ |
| شکل (۴-۴) میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش و کنترل در مقیاس تنیدگی در قلمرو کودک..... | ۷۷ |
| شکل (۵-۴) میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش و کنترل در مقیاس تنیدگی در قلمرو کودک..... | ۷۸ |
| شکل (۶-۴) میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش و کنترل در مقیاس بی توجهی/ فزون جنبشی..... | ۷۹ |
| شکل (۷-۴) میانگین گروه آزمایش و کنترل در مقیاس تقویت‌گری..... | ۸۱ |
| شکل (۸-۴) میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش و کنترل در مقیاس خلق کودک..... | ۸۲ |
| شکل (۹-۴) میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش و کنترل در خرده مقیاس پذیرندگی کودک..... | ۸۴ |
| شکل (۱۰-۴) میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش و کنترل در خرده مقیاس پذیرندگی کودک..... | ۸۵ |
| شکل (۱۱-۴) میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش و کنترل در خرده مقیاس فزون طلبی کودک..... | ۸۶ |
| شکل (۱۲-۴) میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش و کنترل در مقیاس احساس صلاحیت والدین..... | ۸۷ |
| شکل (۱۳-۴) میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش و کنترل در مقیاس دلبستگی والدین..... | ۸۸ |
| شکل (۱۴-۴) میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش و کنترل در مقیاس محدودیت نقش والدین..... | ۸۹ |
| شکل (۱۵-۴) میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش و کنترل در مقیاس افسردگی والدین..... | ۹۰ |
| شکل (۱۶-۴) میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش و کنترل در مقیاس روابط با همسر..... | ۹۱ |
| شکل (۱۷-۴) میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش و کنترل در مقیاس انزوای اجتماعی والدین..... | ۹۲ |
| شکل (۱۸-۴) میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش و کنترل در مقیاس سلامت والدین..... | ۹۳ |
| شکل (۱۹-۴) میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش و کنترل در مقیاس تنیدگی زندگی..... | ۹۴ |

فهرست جدول‌ها

| صفحه | عنوان |
|------|---|
| ۱۴ | جدول (۱-۲) ملاک‌های تشخیص DSM-IV برای اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی |
| ۱۸ | جدول (۲-۲) تظاهرات بالینی مرتبط با ADHD |
| ۱۸ | جدول (۳-۲) تظاهرات شایع ADHD |
| ۲۹ | جدول (۴-۲) تشخیص افتراقی ADHD |
| ۷۰ | جدول (۱-۴) فراوانی و درصد فراوانی گروه‌های مورد مطالعه در سطح تحصیلات همسران |
| ۷۱ | جدول (۲-۴) نتایج آزمون‌های دو در مورد تفاوت بین فراوانی سطح تحصیلات همسر در گروه‌های آزمایش و کنترل |
| ۷۱ | جدول (۳-۴) فراوانی و درصد فراوانی گروه‌های مورد مطالعه در متغیر سطح تحصیلات مادر |
| ۷۱ | جدول (۴-۴) نتایج آزمون‌های دو در مورد تفاوت بین فراوانی سطح تحصیلات مادران در گروه‌های آزمایش و کنترل |
| ۷۲ | جدول (۵-۴) فراوانی و درصد فراوانی گروه‌های مورد مطالعه بر اساس شغل مادران |
| ۷۲ | جدول (۶-۴) نتایج آزمون‌های دو در مورد تفاوت بین فراوانی شغل مادران در گروه‌های آزمایش و کنترل |
| ۷۳ | جدول (۷-۴) نتایج آزمون‌های مستقل در مورد تفاوت بین میانگین‌های سن دانش‌آموزان دو گروه آزمایش و کنترل |
| ۷۳ | جدول (۸-۴) نتایج آزمون شاپیروویلیک در مورد پیش‌فرض نرمال بودن نمرات تنیدگی والدگری در قلمرو کودک و والدین در دو جامعه |
| ۷۴ | جدول (۹-۴) نتایج آزمون شاپیروویلیک در مورد پیش‌فرض نرمال بودن در خرده‌مقیاس‌ها |
| ۷۴ | جدول (۱۰-۴) ضرایب همبستگی نمرات آزمون تنیدگی و خرده‌مقیاس‌های آن با متغیرهای دموگرافیک |
| ۷۵ | جدول (۱۱-۴) نتایج آزمون لوین در مورد رعایت پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها در نمرات تنیدگی در قلمرو کودک |
| ۷۶ | جدول (۱۲-۴) نتایج تحلیل کواریانس آموزش برنامه گروهی فرزندی بر تنیدگی والدگری در قلمرو کودک |
| ۷۶ | جدول (۱۳-۴) نتایج آزمون لوین در مورد رعایت پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها در نمرات تنیدگی در قلمرو والدین |

عنوان

صفحه

| | |
|--|----|
| جدول (۴-۱۴) نتایج تحلیل کواریانس آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر تنیدگی والدگری | |
| در قلمرو والدین | ۷۸ |
| جدول (۴-۱۵) نتایج آزمون لوین در مورد رعایت پیش فرض تساوی واریانسها در نمرات | |
| بی توجهی/فزون جنبشی | ۷۹ |
| جدول (۴-۱۶) نتایج تحلیل کواریانس آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر میزان بی توجهی/ | |
| فزون جنبشی | ۷۹ |
| جدول (۴-۱۷) نتایج آزمون لوین در مورد رعایت پیش فرض تساوی واریانسها در نمرات تقویت گری | |
| کودک | ۸۰ |
| جدول (۴-۱۸) نتایج تحلیل کواریانس آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر میزان تقویت گری | |
| کودک | ۸۰ |
| جدول (۴-۱۹) نتایج آزمون لوین در مورد رعایت پیش فرض تساوی واریانسها در نمرات خلق کودک | ۸۱ |
| جدول (۴-۲۰) نتایج تحلیل کواریانس آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر میزان خلق کودک | ۸۲ |
| جدول (۴-۲۱) نتایج آزمون لوین در مورد رعایت پیش فرض تساوی واریانسها در نمرات پذیرندگی | |
| کودک | ۸۲ |
| جدول (۴-۲۲) نتایج تحلیل کواریانس آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر میزان پذیرندگی | |
| کودک | ۸۳ |
| جدول (۴-۲۳) نتایج آزمون لوین در مورد رعایت پیش فرض تساوی واریانسها در نمرات | |
| سازش پذیری کودک | ۸۴ |
| جدول (۴-۲۴) نتایج تحلیل کواریانس آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر میزان | |
| سازش پذیری کودک | ۸۴ |
| جدول (۴-۲۵) نتایج آزمون لوین در مورد رعایت پیش فرض تساوی واریانسها در نمرات فزون طلبی | |
| کودک | ۸۵ |
| جدول (۴-۲۶) نتایج تحلیل کواریانس آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر میزان فزون طلبی | |
| کودک | ۸۶ |
| جدول (۴-۲۷) نتایج آزمون لوین در مورد رعایت پیش فرض تساوی واریانسها در احساس صلاحیت | |
| والدین | ۸۷ |
| جدول (۴-۲۸) نتایج تحلیل کواریانس آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر میزان احساس | |
| صلاحیت والدین | ۸۷ |

| | |
|---|----|
| جدول (۲۹-۴) نتایج آزمون لوین در مورد رعایت پیش فرض تساوی واریانس‌ها در دل‌بستگی والدین..... | ۸۸ |
| جدول (۳۰-۴) نتایج تحلیل کواریانس آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر میزان دل‌بستگی والدین..... | ۸۸ |
| جدول (۳۱-۴) نتایج آزمون لوین در مورد رعایت پیش فرض تساوی واریانس‌ها در محدودیت نقش والدین..... | ۸۹ |
| جدول (۳۲-۴) نتایج تحلیل کواریانس آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر میزان محدودیت نقش والدین..... | ۸۹ |
| جدول (۳۳-۴) نتایج آزمون لوین در مورد رعایت پیش فرض تساوی واریانس‌ها..... | ۹۰ |
| جدول (۳۴-۴) نتایج تحلیل کواریانس آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر میزان افسردگی والدین..... | ۹۰ |
| جدول (۳۵-۴) نتایج آزمون لوین در مورد رعایت پیش فرض تساوی واریانس‌ها در روابط با همسر..... | ۹۱ |
| جدول (۳۶-۴) نتایج تحلیل کواریانس آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر میزان روابط با همسر..... | ۹۱ |
| جدول (۳۷-۴) نتایج آزمون لوین در مورد رعایت پیش فرض تساوی واریانس‌ها..... | ۹۲ |
| جدول (۳۸-۴) نتایج تحلیل کواریانس آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر میزان انزوای اجتماعی والدین..... | ۹۲ |
| جدول (۳۹-۴) نتایج آزمون لوین در مورد رعایت پیش فرض تساوی واریانس‌ها در سلامت والدین..... | ۹۳ |
| جدول (۴۰-۴) نتایج تحلیل کواریانس آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر میزان سلامت والدین..... | ۹۳ |
| جدول (۴۱-۴) نتایج آزمون لوین در مورد رعایت پیش فرض تساوی واریانس‌ها در تنیدگی زندگی..... | ۹۴ |
| جدول (۴۲-۴) نتایج تحلیل کواریانس آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر میزان تنیدگی زندگی..... | ۹۴ |

فصل اول

کلیات تحقیق

۱-۱ مقدمه

خانواده اولین پایه گذار شخصیت و ارزشهای فکری است که نقش مهمی در تعیین سرنوشت و سبک و خط‌مشی زندگی آینده فرد دارد و اخلاق و سلامت روانی فرد تا حدود بسیاری در گرو آن است. واکنش کودک نسبت به محیط خود بالطبع، تحت تأثیر موازین اجتماعی و ارزشها و معیارهای اخلاقی و اجتماعی است که از طریق آن به کودک منتقل می‌شود. خانواده بعنوان یک واسطه از لحاظ تأثیر محیط اجتماعی بر کودک اهمیت فراوانی دارد. به سخن دیگر چون خانواده که کانون تولد و زایش فرزند است، پیش از وی شکل گرفته است، تا مرحله‌ای که فرزند به آگاهی و شعور کافی برسد، خواه ناخواه در تعیین سرنوشت، ساختمان روحی و نوع جهان‌بینی و طرز تفکر وی که خود برگرفته از محیط اجتماعی است تأثیر فراوان دارد. مادر در آغاز وسیله‌ای برای رفع نیازمندیهای کودک است. اما، به زودی یکی از عوامل دوست داشتنی محیط برای وی می‌شود. به همین ترتیب، کسان دیگری که نیازمندیهای کودک را برآورده می‌سازند و از محبت وی برخوردار شده‌اند، سرمشقی برای او می‌شوند (احدی و بنی جمالی، ۱۳۷۵).

مینوچن^۱ (۱۳۷۳) عنوان می‌کند که عملکرد هر فرد در درون سیستم خانواده بر ادامه، ابقا و تغییر رفتارهای سایر اعضا تأثیر می‌گذارد. بنابراین اختلال یکی از اعضا خانواده بر کارکرد سایر اعضا مؤثر بوده و در نتیجه

می تواند باعث اختلال در کارکرد خانواده شود. در هر صورت در محیط خانواده بعنوان یک جامعه ای محدود، کنش و واکنش میان اعضا تأثیر بسزایی در کاهش یا افزایش مشکلات موجود دارد. لذا نمی توان صرفاً از مشکلات کودکان سخن راند. حال آن که روشن است او در سیستم تعاملی رشد می یابد.

مطرح نمودن اختلالات شخصیتی و رفتاری والدین و عدم سازگاری در خانواده به عنوان مشکل کودک نیز نادرست است. واضح است که والدین به خاطر کج خلقی ها، ناسازگاریها و سرکشی ها و بطور کلی اختلال فرزندشان بیشترین آسیب را متحمل می شوند ولی این آسیب به خود کودکان نیز برمی گردد و مشکلات آنها را تشدید می نماید (سمعی کرانی، ۱۳۸۳).

تأثیر متقابل رفتار پدر و مادر در خلق و خوی کودک اصلی مهم در رشد است که به آن « اصل دو سویه » می گویند. به موجب این اصل، رابطه فرزند و مادر دوسویه است. والدین در کودکان تأثیر گذاشته و کودکان نیز در رفتار والدین تأثیر می گذارند (ماسن^۱، ۱۳۶۸).

بنابراین، بیماری یکی از فرزندان بر تمامی خانواده و کارکردهای مختلف آن غالباً تأثیر می گذارد. بیش فعالی، کمبود توجه (ADHD)^۲، اختلال مزمن و فراگیری است که با نقص تحولی در توجه مستمر، کنترل تکانه و نقص در نظم فعالیت حرکتی در پاسخ به نیازهای موقعیتی مشخص می شود. این اختلال اغلب مختل کننده است و بطور نامطلوبی کارکرد روانی اجتماعی کودک را تحت تأثیر قرار می دهد. در حدود ۶۵٪ از این کودکان، رفتار پر خاشگرانه، یا تمایلات بی اعتنائی مقابله ای نشان می دهند. تقریباً همه کودکان مبتلا به ADHD دچار ضعف تحصیلی، اعتماد به نفس پایین، اضطراب، افسردگی و مشکلات عمده در روابط بین همسالان هستند. سایر مشکلات عاطفی نیز در این کودکان رایج است، از سوی دیگر، اختلال این کودکان والدین را نیز تحت تأثیر قرار می دهد. والدین مذکور، اغلب، استرس قابل توجهی در نقش والدگری خود تجربه می کنند (آناستوپولوس^۳، گاورمونت^۴، دوپاول^۵، ۱۹۹۲).

آنچه مشخصه پدر و مادرامروزی است احساس درماندگی ناشی از فقدان دانش و مهارت روبرو شدن با فرزندان است که برخلاف گذشته دنیایی پیچیده و ناشناخته (از منظر والدین) دارند. به بیانی دیگر، پدران و مادران موفق در عصر کنونی، کسانی هستند که تغییر نقش خود از جایگاه فرمانده خانواده را پذیرفته و به دنبال یافتن جایگاه مناسب برای تسهیل تربیت فرزندان خویش می باشند.

1- Masen

2- Attention Dificit/Hyperactivity Disorder

3- Anastopoulos

4- Guvermont

5- Dupaul

اما بدون آموزش و کسب آمادگی و صرفاً از طریق آزمون و خطا نمی‌توان به نقش فوق دست یافت (علاقبندراد، ۱۳۸۳).

در این میان، وجود اختلالات و مشکلات رفتاری کودک به درماندگی والدین دامن می‌زند و تغییر نقش و روابط والد - کودک را با مشکل مواجه می‌سازد.

برنامه گروهی فرزندپروری مثبت^۱ یکی از پنج سطح مداخله خانوادگی است که به ویژه به عنوان مداخله زودرس برای والدین کودکان (۲-۱۲ ساله) بکار می‌رود که هم اکنون دچار ویا در معرض خطر پیدایش اختلالات رفتاری و عاطفی هستند.

هدف این برنامه پیشگیری از مشکلات شدید رفتاری، هیجانی و تحولی از طریق افزایش آگاهی، مهارت و تعهد و اطمینان والدین می‌باشد (ترنر^۲، مارکی ددز^۳ و ساندرز^۴، ۲۰۰۲).

در این مطالعه، کارآیی برنامه گروهی فرزندپروری مثبت براسترس والدگری^۵ مورد بررسی قرار گرفته است.

۱-۲ بیان مسئله

در سالیان اخیر، اختلال بیش فعالی / نقص توجه (ADHD) از نظر بالینی و علمی و اجتماعی مورد توجه زیادی قرار گرفته است. هرچند این اختلال از جمله مواردی است که بیش از صد سال از توصیف آن می‌گذرد، به رغم پیشرفتهای تحقیقاتی اخیر در زمینه‌های نوروبیولوژی اختلال، سبب‌شناسی دقیق آن همچنان ناشناخته باقی مانده است (کاپلان^۶ و سادوک^۷، ۲۰۰۳).

عوامل بیولوژیک و بطور خاص عوامل ژنتیکی نقش چشمگیری در پیدایش اکثریت موارد ADHD دارند اما نقش عوامل محیطی و روانشناختی بر شدت و خصوصیات خاص اختلال را نباید از نظر دور داشت. از آن جمله می‌توان به تئوری رفتاری پترسون^۸ (۱۹۸۲)، اشاره کرد که نحوه‌ی پیدایش تعاملات قهرآمیز بین کودک مبتلا به ADHD و والدین را توصیف می‌نماید. بدین ترتیب چنین کودکانی، گاه حتی با وجود درمان دارویی

1- Group Positive Parenting Program (TripleP)

2- Terner

3- Markie Dadds

4- Sanders

5- Parental Stress

6- Kaplan

7- Sadock

8- Petterson

نیز، در خانه و مدرسه به نظارت بیشتری احتیاج دارند چرا که عدم همکاری و پرخاشگری و رفتار ضد اجتماعی گرچه جزئی از معیارهای تشخیصی ADHD نیستند اما از تظاهرات شایع آن می‌باشد (کرونن برگر^۱، ۱۹۹۶).
 با این شرایط مادران این کودکان نسبت به مهارت فرزندپروری خود بی‌اعتماد گشته و به سرزنش خود می‌پردازند و با درگیری بیش از حد مادر با مشکلات کودک و نیز رفتار آمارانه، کنترل‌کننده، دست‌وپاگیر و بدون تشویق او در نهایت بر مشکلات کودک می‌افزاید (تتر^۲، ۱۹۹۸).

در این زمان آرامش خانواده از بین می‌رود و بالطبع کارکردهای مختلف خانواده مختل می‌گردد و مشاجرات خانوادگی از همین جا شروع می‌شود و در نهایت ممکن است به طلاق، جدایی، مشکلات روانی و برهم خوردن سازگاری اعضا خانواده منجر گردد و با برهم خوردن آرامش و یکپارچگی خانواده، انطباق و سازگاری آنان نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد (مهرابی زاده، ۱۳۸۱؛ نقل از سمیعی کرانی، ۱۳۸۳).

رفتار منفی کودکان، بویژه اضطراب، پرخاشگری و بیش‌فعالی، بر اعتماد به نفس والدین و استرس والدینی اثر گذاشته و بصورت یک چرخه معیوب ادامه می‌یابد. در این میان شاید دارو درمانی، شناخته شده‌ترین و کاربردی‌ترین مداخله درمانی ADHD باشد (کرونن برگر، ۱۹۹۶)، اما دارو درمانی به تنهایی بر عملکرد آشفته خانواده، تأثیر اختلالات بر خانواده یا بد رفتاری با کودک موثر نیست و جوابگوی نگرانیهای والدین نیز نخواهد بود. به دلیل تعداد و نوع مشکلات این کودکان در حوزه‌های مختلف، کردهای درمانی متفاوتی ارائه گشته‌اند که از آن میان آموزش والدین به دلیل ویژگیهای منحصر به فرد، بر سایر روشها برتری دارد. در این نوع آموزش، برنامه اصلاح رفتار کودک در محیط طبیعی منزل و توسط والدین که بیشترین تماس را با او دارند اجرا می‌گردد. مزیت کارکرد آموزش والدین نشان می‌دهد که این نوع درمان، استرس والدین را کاهش می‌دهد و اعتماد به نفس آنها را افزایش می‌دهد (پیستمان^۳ و همکاران، ۱۹۹۸؛ به نقل از آناستاپولوس و شافر^۴، ۲۰۰۱).

در آموزش والدین، تأکید بر کل خانواده و تأثیر آن بر کودک مورد توجه است، نگرانیهایی که والدین راجع به علل درمان پیش‌آگهی اختلال فرزندشان داشته‌اند در جلسات آموزشی والدین مورد بحث قرار می‌گیرد. وجود اشکالات مزاجی در این کودکان بیشتر از کودکان عادی است، لذا تنیدگی حاصل از این امر قابل توجهی را بر الگوهای تربیتی و روابط والد - کودک می‌گذارد. به نظر می‌رسد که این مسئله، بصورت یک مشکل دائمی و همیشگی در خواهد آمد و در بسیاری از اوقات شکایات و نگرانیهای والدین بیش از علائم اصلی اختلال، بر

1- Kronen Berger
 2- Teeter
 3- Pisterman
 4- Shaffer

مشکلات رفتاری و ناتوانی در کنترل و تربیت این کودکان است، با توجه به تجارب شخصی و کاری در طی چندین سال فعالیت در مرکز اختلالات یادگیری شهری و شیوع بالای دانش آموزان دارای اختلال بیش فعالی/ نقص توجه و پیامدهای ناشی از وجود این اختلال در بروز مشکلات رفتاری و تحصیلی در کودک و تعارضات داخل خانواده بر آن شدم که در این زمینه کاری علمی انجام داده تا پس از حصول نتایج تحقیق و در صورت امکان با همکاری مسئولین آموزش و پرورش دوره‌های آموزشی - گارگاهی برای اولیا این دانش آموزان و به شکل ۲ تا ۳ دوره در طول سال تحصیلی برگزار نمایم، لذا در راستای احساس نیاز به ایجاد تغییرات با دوام در کیفیت و کمیت روابط والد - کودک، در این مطالعه اثر آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر اساس الگوی ساندرز براسترس والدگری مادران کودکان ADHD مورد بررسی قرار می‌گیرد تا بدین طریق گامی جهت رفع مشکلات رفتاری کودکان و اصلاح تعاملات ناصحیح والدین و مربیان برداشته شود.

۱-۳ ضرورت و اهمیت تحقیق

همانطور که پیشتر ذکر شد، خانواده یک نظام اجتماعی است که اختلال در هر یک از اعضا آن کل نظام را تحت تاثیر قرار می‌دهد و این نظام مختل شده به نوبه‌ی خود اختلالات مربوط به اعضا را تشدید و مشکلات جدیدی ایجاد می‌کند (شریعتی و داوود منش ۱۳۷۵).

اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی (ADHD) یکی از شایعترین اختلالات روانپزشکی دوران کودکی است که ۵۰٪ مراجعان به درمانگاه‌های روانپزشکی اطفال را تشکیل می‌دهد (کلی کی لو^۱ و همکاران، ۱۹۹۸؛ نقل از فرمند، ۱۳۸۵) علاوه بر مشکلات اساسی مثل بی توجهی، تکانشگری و بیش فعالی، مطالعات نشان می‌دهند که کودکان ADHD، به احتمال بیشتری به مشکلات عاطفی، اجتماعی و رفتاری دچار می‌شوند و نسبت به کودکان مشکلات تحصیلی بیشتری دارند و حتی زمانی که با بالا رفتن سن سطوح بیش فعالی کاهش می‌یابد، مشکل توجه تا حدودی بهتر می‌شود، و کنترل تکانه افزایش می‌یابد ولیکن در حدود ۷۰٪-۸۰٪ از کودکان ADHD همچنان علائم ثانوی را تا بوجوانی خود نشان می‌دهند که بر اساس تحولشان نامناسب است (بارکلی^۲، ۱۹۹۰). همچنین علائم اختلال ممکن است در سراسر زندگی از سنین پیش دبستانی تا بزرگسالی ادامه یابند و با افزایش سن بیمار با انواع مختلف اختلالات دیگر روانپزشکی همراه گردند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳).

در این صورت افراد مبتلا به این اختلال، در بزرگسالی، علائم پر تحرکی نشان نمی‌دهند، بلکه بیشتری قراری دارند، تکانه‌ای عمل می‌کنند و دارای اختلال توجه و تمرکز هستند که در اجتماع آنان را با مشکل مواجه

1- Kly kylow

2- Barkley