

Winter bottom, M. R. (1953). The Relation of childhood Training
in dependence to achievement motivation. University of Michigan.
Abstract of university micro films. Publication No. 5,11-3. cited by

D. C. McClelland , Etal. (1953). The Rachevement motive,
Newyork, Appleton – century crofts.

Steinbrg , L. , Lamboun, S. D. ,Dornbush, S. M &Darling, N.
(1992). Impact of parenting practices on adolescent: authoritative
parenting , school involvement, and encouragement to succeed,Child
development, 63,1266-1281.

بررسی و مقایسه ی تأثیر روش های آموزش دل گرم سازی، روش رفتاری و دارو درمانی بر مهارت های خودکنترلی در کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی

محمود برجعلی^۱ حمید علی زاده^۲، حسن احدی^۳، نورعلی فرخی^۴، فرامرز سهرابی^۵،
محمد رضا محمدی^۶

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۰۲/۰۵

تاریخ بررسی مقاله: ۱۳۹۰/۰۲/۰۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۰۳/۰۷

چکیده

هدف این مطالعه، بررسی و مقایسه ی اثر روش های آموزش دل گرم سازی مبتنی بر
نظریه ی آدلر، آموزش رفتاری مبتنی بر نظریه ی بارکلی و دارو درمانی بر مهارت های
خودکنترلی در کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی است. این طرح آزمایشی
به صورت پیش آزمون- پس آزمون چندگروهی برای گروه های آزمایشی که تشکیل
یافته بودند از ۴۰ نفر والدین (پدران و مادران) دانش آموزان دبستانی مراجعه کننده به
درمانگاه کودک و نوجوان بیمارستان روان پزشکی روزبه شهر تهران که فرزندان آنها
بر اساس تشخیص روان پزشکی و بر اساس پرسش نامه ی تشخیصی علایم اختلال

۱- استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، ایمیل: m_borjali501@yahoo.com

۲- دانشیار، دانشگاه علامه طباطبایی

۳- استاد، دانشگاه علامه طباطبایی

۴- دانشیار، دانشگاه علامه طباطبایی

۵- دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی

۶- استاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران

نارسایی توجه/ بیش‌فعالی کانرز این اختلال را دارا بودند، اجرا شد. نتایج تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس و نمرات F نشان داد که به طور کلی بین اثربخشی سه روش مورد مطالعه در افزایش مهارت خودکنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی تفاوت معنادار وجود دارد، $F=10/09$. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که روش‌های آموزش دل‌گرم‌سازی والدین بر اساس نظریات آلفرد آدلر و روش آموزش رفتاری والدین بر اساس نظریات راسل بارکلی بر افزایش مهارت خودکنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی تأثیر دارد.

واژه‌های کلیدی

اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، دل‌گرم‌سازی، آموزش رفتاری، خودکنترلی،

دارودرمانی

مقدمه

از میان انواع اختلال‌های دوره‌ی کودکی، اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، شایع‌ترین اختلال عصبی- رفتاری است که در دوره‌ی کودکی قبل از ۷ سالگی تشخیص داده می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی یکی از شایع‌ترین اختلالات رشدی است، که معمولاً نشانه‌های آن در اوایل زندگی کودک و سنین پیش از دبستان ظاهر می‌شوند و اغلب نشانه‌های آن تا پایان کودکی و نوجوانی و در هفتاد درصد از موارد تا بزرگ سالی ادامه می‌یابد (مونته‌گمری و مونسن، ۲۰۰۲).

اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی اختلالی با سه زیر نوع اختلال نارسایی توجه، بیش‌فعالی- تکانشگری و زیر نوع مرکب مشخص می‌شود. هر یک از دو زیر نوع این اختلال بر حسب چند ملاک رفتاری تعیین می‌شود، نارسایی توجه با رفتارهایی همچون بی‌دقتی، فراموش‌کاری در فعالیت‌های روزمره و سایر مشکلات مربوط به توجه مشخص می‌شود (هالچین، ویتبورن، ۲۰۰۳^۱). کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، معمولاً اموال و اشیاء خود را گم می‌کنند، به راحتی دچار حواس‌پرتی می‌شوند، اغلب از عهده‌ی توجه دقیق به جزئیات بر نمی‌آیند، نمی‌توانند دستورالعمل‌ها را دنبال کنند و در سازمان دادن تکالیف خود مشکل دارند. همچنین، اغلب بر اثر محرک‌های نا مربوط به آسانی دچار حواس‌پرتی می‌شوند و در فعالیت‌های روزانه فراموش‌کار هستند. تکانشگری در افرادی مشاهده می‌شود که پاسخ‌ها را بدون فکر مطرح می‌کنند، نمی‌توانند منتظر نوبت بمانند و برای دیگران مزاحمت ایجاد می‌کنند (بارکلی، ۲۰۰۳^۲). بررسی‌های انجام شده در خصوص علت‌های به وجودآورنده این

1- Montgomery & Mounsen

2- Halgin a Whitbourne

3- Barkley

اختلال نشان می‌دهد که یکی از علت‌های تشکیل‌دهنده و به وجودآورنده‌ی این اختلال، آسیب‌دیدگی یا بدکارکردی مغزی و آسیب در قطعه‌های پیشانی مغز است (دانهام و دانهام،^۱ ۱۹۷۸) که برای درمان آن از دارو درمانی استفاده می‌گردد.

در حال حاضر والدین و پزشکان به عوارض داروها و تأثیر بلندمدت آن خوش‌بین نیستند و از این رو به تجویز تنهایی داروها در بهبود نشانه‌های این اختلال اعتقاد کمی وجود دارد (سونوگا و همکاران،^۲ ۲۰۰۴). علاوه بر این، اگر چه درمان‌های دارویی به بهبود عملکرد روزانه‌ی کودکان نارسایی توجه/بیش‌فعالی کمک می‌کند ولی اگر به تنهایی به کار رود، در بهبود درازمدت بیماران اثر کمی دارد و به تنهایی در درمان مشکلات مرتبط با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی کافی نیست (ناتان،^۳ ۱۹۹۹).

دارودرمانی رفتار مثبت اجتماعی را در کودکان افزایش نمی‌دهد، بدین معنا که حتی هنگامی که کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به‌طور موفقیت‌آمیزی به وسیله‌ی دارو درمان شده است، معلوم نیست که در رابطه با کودکان دیگر رفتار مثبت سازنده‌تری در پیش گیرد (فریدمن و دویال،^۴ ۲۰۰۳). بارکلی^۵، که تحقیقات زیادی راجع به اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی انجام داده است، دریافت که ۸۱ درصد نمونه‌های کودکان بیش‌فعال، مشکلاتی با همسالان خود داشتند و در روابط اجتماعی دچار مشکلات زیادی هستند. لذا امروزه درمان‌های روان‌شناختی که بر روی اصلاح و تقویت مهارت‌های والدین و کودکان در زمینه‌ی مدیریت رفتار و آموزش تأکید می‌کند در درمان این اختلال، غالباً در اولویت کاری و مفید می‌باشد (علی‌زاده، ۱۳۸۷). بررسی و مطالعه‌ی تعاملات درون‌خانوادگی بچه‌های دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعال، نشان می‌دهد که گاهی در خانواده‌های این کودکان، در روابط اعضا

1- Dunham & Dunham
2- Sonuga et al
3- Nathan
4- Fridman & Doyal
5- Barkley

با هم‌دیگر مشکل وجود دارد (مش و جانسون،^۱ ۱۹۹۰). این کودکان معمولاً در خانواده‌های غیرعادی متولد می‌شوند و مشکل روان‌شناختی و ارتباطی بسیاری در این خانواده‌ها گزارش شده است (کرگون و باندی،^۲ ۱۹۹۶). در مطالعه‌ی تعامل والدین و فرزند در بین خانواده‌های کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در ایران، نشان داده است که این والدین بیشتر از والدین فرزندان عادی، از شیوه‌های فرزندپروری، خودکامه و استبدادی استفاده می‌کنند؛ (علی‌زاده و آندریس،^۳ ۲۰۰۲) دارای اعتماد به نفس کمتری هستند، از شیوه‌های تنبیهی بیش‌تری استفاده می‌کنند و روابط گرم کم‌تری با فرزندانشان دارند (علی‌زاده، اپلکوسیت و کولیدج،^۴ ۲۰۰۳).

هم‌چنین مطالعه‌ی تعامل کودکان دارای اختلال شخصیت نارسایی توجه/بیش‌فعالی با والدینشان نشان می‌دهد که در روابط آن‌ها، فشار روانی، (برین و بارکلی،^۵ ۱۹۸۸) روابط تحمیلی و استبدادی، (بورمیستر،^۶ ۱۹۹۲) افسردگی، محدودیت، ناکامی بالا و توانایی کم‌تر (بک،^۷ ۱۹۹۰) وجود دارد. تحقیقات و پژوهش‌ها نشان می‌دهد که از آسیب‌های مهم وجدی که در بین رابطه والدین و کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی دیده می‌شود اشکالات رفتاری و ارتباطی در بین والدین و همچنین کودکان دارای اختلال می‌باشد، بنابراین، امروزه با توجه به تحقیقات جدید و راهکارهای درمانی اثربخش، مخصوصاً تبیین سبب‌شناسی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در سطح رفتار والدین مشخص شده است که تعامل بین کودکان دارای این اختلال با والدینشان، موضوع بسیار مهمی است که نباید مورد غفلت پژوهشگران و درمانگران قرار بگیرد. به طور کلی، برنامه‌های آموزش والدین عمدتاً بر درمان رفتار ناسازگارانه‌ی

1- Mash & Johnston
2- Grokun & Bandy
3- Alizadeh & Andries
4- Alizadeh- Appiequisite & Coolidge
5- Breen & Barkley
6- Bormister
7- Beck

خردسالان متمرکز است. در این برنامه، والدین هستند که باید برنامه‌ی خواب یا برنامه‌ی معکوس کردن عادت را اجرا کنند یا رفتار خود و محیط را تغییر بدهند تا فرزندشان مهارت‌های جدید را بهتر یاد بگیرد و رفتار منفی خود را کاهش بدهند (شولتز و واگن، ۱۹۹۹). اسمیت (۱۹۹۶)، برنامه‌های آموزشی والدین را در دو طبقه کلی قرار می‌دهد که عبارتند از: آموزش‌های رفتاری والدین و آموزش‌های ارتباطی والدین. آموزش‌های رفتاری، مداخله‌های با رویکرد رفتاری و یادگیری اجتماعی را در بر می‌گیرد. از سوی دیگر، آموزش‌های ارتباطی در برگزیده‌ی مداخله‌هایی با سه رویکرد آدلری، انسان‌گرایانه و روان‌پویایی است. در این پژوهش سعی شده است برای افزایش مهارت خودکنترلی در کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه، برنامه‌ی آموزش والدین با دو رویکرد مستقل دل‌گرم‌سازی مبتنی بر رویکرد آدلر-درایکورس و آموزش رفتاری بر اساس مدل راسل بارکلی تدوین و اجرا گردد. در آموزش رفتاری والدین فرض بر این است که رفتار کودک (اعم از رفتار بهنجار، انحرافی یا تأخیردار) با تعاملات قبلی و فعلی کودک با اطرافیانش، به ویژه با والدینش، رابطه دارد و اگر می‌خواهیم رفتار کودک عوض شود باید رفتار اطرافیان کودک را تغییر دهیم (بیجو، ۱۹۸۴). راهبردهای مورد استفاده در این برنامه عبارتند از: تعریف دقیق اهداف درمان، تعلیم اصول یادگیری اجتماعی به والدین، استفاده از فنون رفتاری برای شکل دادن رفتار کودک، بازیابی روند پیشرفت به کمک مستندات منظم و تغییر دادن تعلیمات متناسب با این مستندات و اصلاح شرایط محیطی جهت تداوم و تعمیم تغییرات ایجاد شده (بیجو، ۱۹۸۴).

روش آموزش والدین به منظور کنترل کودک براساس مدل رفتاری به این منظور

طراحی شده که مشکلات مربوط به نافرمانی کودک (بارکلی، ۱۹۸۷، فوری هند و مک

- 1- Scultz and Vaken
- 2- Bijo

ماهان، ۱۹۸۱) و روش‌های قهرآمیز خانواده را نشان دهیم (پترسون^۱، ۱۹۸۹). این مشکلات شامل تقویت منفی، میزان کم تقویت مثبت، ابهام و دستورهای بیش از حد والدین و نظارت ضعیف بر رفتار کودک در خارج از منزل است. در آموزش کنترل کودک براساس مدل رفتاری، والدین مرکز مداخله هستند و کودکان فقط در موقعیت کار با والدین دیده می‌شوند. والدین یاد می‌گیرند راهبردهای کنترل رفتاری کودک را که مبتنی بر اصول رفتاری عامل هستند، اجرا کنند. در این برنامه‌ی آموزشی والدین مهارت‌هایی را یاد می‌گیرند تا دستورها را بهبود بخشند، رفتارهای جامعه‌پسندانه و مناسب خاص را تقویت کنند، رفتارهای نامناسب را نادیده بگیرند و پیامدهایی را برای رفتارهای ضداجتماعی یا نامناسب در نظر بگیرند (محمداسماعیل، ۱۳۸۵).

در رویکرد آدلر-درایکورس چنین فرض می‌شود که منظومه‌ی خانواده از بسیاری جهات، مدل کوچکی از جامعه است. در رویکرد آدلر-درایکورس، منظومه‌ی خانواده، اولین محیط اجتماعی را تشکیل می‌دهد. هر کودکی می‌کوشد تا در این منظومه، با رقابت و رزی، مورد توجه و اهمیت قرار گیرد، و موقعیتی برای خود پیدا کند (شولمن و موزاک^۲، ۱۹۹۷، به نقل از علی‌زاده، ۱۳۸۳). هم‌چنین در این رویکرد گفته می‌شود که قسمت اعظم بدر رفتاری کودکان و نوجوانان، از محیط خانه و خانواده آغاز شده و به وسیله‌ی آن محیط تداوم پیدا می‌کند، بدین ترتیب این نتیجه به دست می‌آید که مداخله در این بافت، روش مناسب و مؤثری برای پیش‌گیری و نیز درمان خواهد بود. گسترش روزافزون خانه‌های تک‌والدی، خانواده‌های مخلوط^۳ و خانواده‌های دو شغله، وظیفه‌ی ایجاد یک محیط خانوادگی استوار و تربیت کودکان بهره‌مند از

1- Barkley, Forehand and Mackmahan

2- Peterson

3- Sholmen & Mouzak

4- Blended Families

بهداشت روانی را بسیار دشوار می‌سازد. درایکورس^۱ معتقد است، ناسازگاری کودک به چهار دلیل اصلی مربوط می‌شود، که عبارتند از: کسب توجه، دست‌یابی به قدرت (قدرت‌طلبی)، انتقام‌جویی و ابراز بی‌کفایتی (ولفگانگ، ۲۰۰۰).

از نمونه روش‌های مداخله‌ای و درمانی بر اساس رویکرد آدلر- درایکورس که برای آموزش نظام فرزندپروری کارآمد می‌توان از آن استفاده نمود، نظریات دینک‌مایر و مک‌کی^۲ (۱۹۶۷) می‌باشد، که برخی از اصولی که برای درمان اختلال‌های رفتاری مطرح می‌کنند عبارتند از: اجتناب از تنبیه، توجه به نتایج منطقی و طبیعی رفتار، تمایز بین انضباط و تنبیه، انتخاب روش‌های فرزندپروری ساده برای کودکان و کاربرد دل‌گرمی.

موزاک و مانیاکسی (۱۹۹۸)، ناسازگاری و رفتار آسیب‌زا را به عنوان عکس‌العمل دلسردی که منجر به کمبود اطمینان به خود می‌شود، تلقی می‌کنند. عدم اطمینان به خود باعث می‌شود که افراد به نگرش‌های کهنه و بی‌فایده در رفتارهایی که باعث حس عدم امنیت می‌شود، چسبیده و برای خود مشکلات زیادی به وجود بیاورند (تامسون و رادولف، ۲۰۰۰^۳).

آدلرگرایان معتقدند که فرد مبتلا به آسیب روانی بیش‌تر دلسرد است تا آن که بیمار باشد، به همین خاطر تکنیک‌های درمانی در همین محور قرار می‌گیرد. نشان دادن ایمان در بیمار، محکوم نکردن او و اجتناب از متوقع بودن می‌تواند در او ایجاد انگیزه کند. احساس درک شدن موجب امیدواری در کودک می‌گردد (علی‌زاده، ۱۳۸۳).

ایجاد دل‌گرمی^۴ کلید شکستن دور معیوب دل‌سردی است. دل‌سردی باعث می‌شود که مراجع به نگرش‌های بی‌فایده و رفتارهایی که باعث دل‌سردی بیش‌تر می‌شود پرداخته و رفتارهای ناسازگارانه‌ی دیگری در پیش بگیرد. دل‌گرم‌سازی، کلید رشد انتظارات

1- Dreikurs
2- Discouragement
3- Thomson & Radloph
4- Encouragement

مثبت در کسانی است که برای مشاوره مراجعه می‌کنند و به مراجعان کمک می‌کند که خود را با رفتارهای سازگار متنوع‌تر و گسترده‌تر و فشار روانی و ناراحتی کم‌تر مشغول کنند (تامسون و رادولف، ۲۰۰۰). درایکورس و سولتز^۱ (۱۹۶۴) بیان کرده‌اند که دل‌گرم‌سازی، گویای این باور است که باید برای کودکان احترام قایل بود، نباید آن‌ها را با استانداردهای بالا و بلندپروازی‌ها دچار دلسردی کرد. رفتار سوء کودکان، فقط زمانی است که آن‌ها بی‌انگیزه می‌شوند و باور دارند که با روش‌های دیگر نمی‌توانند موفق شوند. کودکان نیاز به دل‌گرمی دارند، همان‌گونه که گیاهان به آب و آفتاب، نیاز دارند. بازگویی این نکته به کودکان که می‌توانند بهتر باشند در واقع به این معنی است که به اندازه کافی خوب نبوده‌اند، البته بدون احساس دلسردی در آن‌ها (تامسون و رادولف، ۲۰۰۰^۲).

دل‌گرمی بازخورد مثبتی است که اصولاً به جای نتیجه بر تلاش یا بهبود و پیشرفت متمرکز است. دل‌گرمی شناخت، پذیرش و انتقال ایمان به کودک برای این حقیقت محض است که او وجود ارزش‌مند و مؤثری دارد. کودک برای این‌که انسانی کامل باشد مجبور نیست بهترین باشد، با دل‌گرمی، کودک فارغ از نتایجی که به دست می‌آورد احساس ارزش‌مندی می‌کند. دل‌گرمی فرایند توسعه‌ی منابع درونی کودک و مهیا کردن جرأت برای انتخاب‌های مثبت است (اوانز،^۳ ۱۹۹۹ به نقل از نصیری فرد، ۱۳۸۸).

تحقیقات و پژوهش‌ها نشان می‌دهد که آسیب‌های مهم و جدی و اشکالات رفتاری و ارتباطی در بین والدین و کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی دیده می‌شود که برای درمان این آسیب‌ها و نارسایی‌های ارتباطی درمان‌ها و آموزش‌های

1- Dreikurs & siltz
2- Thomson and Radloph
3- Evans

مختلفی از سوی متخصصین و پژوهش‌گران انجام گرفته است که برای نمونه از ارتباط معیوب و مختل اعضای خانواده‌هایی که دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی می‌باشند به پژوهشی که توسط فیونا‌هایس و ساندرز در سال (۲۰۰۲) انجام شد، و در آن تأثیر آموزش برنامه‌ی تربیت‌سازنده بر روی ۲۰ خانواده با کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در سنین ۹-۵ سال بررسی گردید اشاره می‌گردد. در این پژوهش خانواده‌ها در دو گروه کنترل و آموزش قرار گرفتند، پس از اتمام برنامه، والدین گروه آموزشی کاهش مشخصی در شدت رفتارهای مخرب و مقابله‌جویانه کودکان و تکانشگری و پر‌فعالیتی آنها گزارش نمودند. در مطالعه‌ی محرری و همکاران (۱۳۸۶) در مورد تأثیر آموزش برنامه‌ی تربیت‌سازنده به مادران دارای کودکان دارای نارسایی توجه / بیش‌فعالی برای بهبود مشکلات رفتاری این کودکان در سنین ۱۲-۶ سال انجام دادند مشخص گردید، کاربرد برنامه‌ی تربیت‌سازنده در والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در کاهش مشکلات رفتاری و افزایش توانایی‌های این کودکان مؤثر می‌باشد. و بالأخره در مطالعه‌ی کجباغ - عظیمی (۱۳۸۷) با موضوع مقایسه‌ی شیوه‌های فرزند‌پروری والدین دارای کودکان با و بدون نارسایی توجه / بیش‌فعالی در بین ۱۲۰ خانواده، معلوم گردید که خانواده‌های دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی نسبت به خانواده‌های بدون اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی بیشتر از سبک فرزند‌پروری استبدادی و اقتداری استفاده می‌کنند. و از طرفی برای تبیین اثر داشتن موقعیت و رفتار اطرافیان از جمله والدین با این کودکان طبق مطالعه‌ی عزیزاده (۱۳۸۷) در ارتباط با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی و الگوی بازداری رفتاری و ماهیت خود‌کنترلی که این مطالعه مرور الگوی بازداری رفتاری بارکلی (۱۹۹۷) در مورد خود‌کنترلی و کارکرد‌های اجرایی و کاربرد آن در تبیین اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی است، در این الگو گفته می‌شود که اختلال مذکور

در اثر نارسایی در بازداری رفتاری ایجاد می‌شود. این الگوی نظری، بازداری را با چهار کارکرد عصب روان‌شناختی اجرایی مرتبط می‌داند.

این چهار کارکرد عبارتند از:

الف) حافظه‌کاری (ب) خود تنظیمی (ج) درونی‌سازی گفتار (د) بازسازی.

الگوی بازداری رفتاری بیان می‌کند که اختلال مذکور پیامد ثانویه نارسایی در چهار کارکرد یاد شده و کنترل حرکتی است.

در دو مطالعه، اراهات و بیکرا^۱ (۱۹۹۰) بر روی کودکان پیش دبستانی مبتلا به نارسایی توجه / بیش‌فعالی معلوم گردید والدینی که در برنامه‌ی مداخله‌ی رفتاری قرار گرفته بودند، دوره‌ی آموزشی باعث افزایش اعتماد به نفس والدین در توانایی مدیریت کودکان، آگاهی از اصول رفتاری، بهبود بعضی از مشکلات رفتاری کودک و در نهایت بهبود روابط والد - کودک می‌شود.

هم‌چنین طبق تحقیق حاجبی و همکاران (۱۳۸۲) مشخص گردید که آموزش مدیریت رفتاری والدین می‌تواند در بهبود علایم کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی مؤثر باشد.

در تحقیق زارعی که روی ۶۷ دانش آموز بیش‌فعال انجام گرفت، معلوم گردید دانش‌آموزانی که والدینشان آموزش رفتاری داشتند از نظر بهبود علایم تفاوت معنا داری با گروه‌های که فقط دارو مصرف کرده بودند داشتند.

شواهد پژوهشی فوق مؤید این نکته می‌باشد که شیوه‌های برقراری ارتباط و کمیت و کیفیت تعامل اعضای خانواده دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در بروز و شدت یافتن علایم اختلال در کودکان مهم و مؤثر می‌باشد.

تشخیص و درمان مشکلات رفتاری کودکان از جنبه‌های مختلف دارای اهمیت

است. ضمن این که میزان شیوع بالای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی و روند شدت یافتن آن در طول زمان هزینه‌های زیادی که بر خود کودک، خانواده و اطرافیان وارد می‌نماید بررسی شیوه‌های مختلف و مؤثر بر کاهش شدت علایم این اختلال ضرورت می‌یابد (ریچارسون و جاگین، ۲۰۰۲، مزیک، ۱۹۹۸، ترجمه‌ی علاقه‌بندراد و سلطانی‌فر، ۱۳۸۳). پژوهش‌های متعددی نشان می‌دهد که اگر اختلالات رفتاری در سطح کودکان مورد درمان قرار نگیرد، تبدیل به مشکلات شدید تر در بزرگسالی می‌شود که از آن جمله می‌توان به منجر شدن اختلال سلوکی در نوجوانی و اختلال شخصیت ضداجتماعی در بزرگسالی اشاره نمود. ضمن اینکه این اختلال می‌تواند در سایر حوزه‌های زندگی و یادگیری کودک اختلال ناراحتی ایجاد نماید مثلاً دیده شده است که در بسیاری از اوقات یک کودک با مشکل نارسایی توجه / بیش‌فعالی از نظر تحصیلی هم دچار افت می‌شود هر چند از نظر هوشی مشکل خاصی نداشته باشد. از سوی دیگر با افزایش سن و پیشرفت اختلال، اختلال‌های همراه مانند اختلال یادگیری، اختلال نافرمانی تقابلی و اختلال اضطرابی افزایش می‌یابد (هاوز، ۲۰۰۷).

از این رو، هر چند فرایند تشخیص و درمان این اختلال و یا اختلالات مشابه با تاخیر صورت گیرد، اثر بخشی درمان نیز کمتر خواهد بود. امروزه در حوزه‌ی درمان این اختلال، درمان رایج و غالب درمان‌های دارویی می‌باشد و از آنجا که در ایران خانواده‌هایی که دارای کودکان نارسایی توجه / بیش‌فعال می‌باشند، اصرار زیادی بر کاهش فوری علایم اختلال را دارند ضمن اینکه به مصرف دارو در دراز مدت به عوارض جانبی داروها اعتقاد ندارند و همین عامل باعث می‌شود که خانواده‌ها به صورت خود سر و دل‌بخواهی مصرف دارو را متوقف نمایند که این مسئله باعث عدم درمان کامل کودک و هم‌چنین کم‌توجهی به سایر علت‌های احتمالی بروز اختلال مخصوصاً در زمینه‌های ارتباطی و روان‌شناختی در سطح تعاملات خانوادگی می‌گردد.

بنابراین باتوجه به عوارض جانبی داروهای محرک و علاوه بر این شکایت‌های خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه استفاده از روش‌های درمانی غیر دارویی نیز حائز اهمیت است بنابراین با توجه به یافته‌های فوق، پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه‌ی تأثیر روش‌های آموزش دل‌گرم‌سازی آدلر، روش آموزش رفتاری بارکلی و دارو درمانی بر مهارت‌های خودکنترلی در کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی انجام شده است. در راستای دست‌یابی به این هدف، پژوهش حاضر درصدد پاسخ‌گویی به این سوال است که آیا تدوین برنامه‌های آموزشی به والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی از جمله روش دل‌گرم‌سازی آدلر و آموزش رفتاری بارکلی در مقایسه با روش دارودرمانی می‌تواند شیوه‌ی جدیدی را به حوزه‌ی علمی-حرفه‌ای مربوط به این کودکان ارائه نماید تا به همراه دارودرمانی به عنوان تدبیر درمانی جدید مورد استفاده‌ی روان‌شناسان و مشاوران قرار گیرد؟

▀ اهداف پژوهش

اهداف پژوهش این تحقیق، عبارتند از تدوین برنامه‌ی درمانی دل‌گرم‌سازی خانواده با رویکرد آدلری جهت افزایش مهارت‌های خودکنترلی کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی همچنین تدوین برنامه‌ی درمانی آموزش رفتاری خانواده با رویکرد بارکلی جهت افزایش مهارت‌های خودکنترلی کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی از طرفی تعیین اثربخشی برنامه‌ی درمانی دل‌گرم‌سازی خانواده و برنامه‌ی آموزش رفتاری خانواده بر تعامل والدین و کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی و در نهایت به صورت مقایسه‌ای تأثیر سه روش مورد مطالعه که عبارتند از برنامه‌ی درمانی دل‌گرم‌سازی خانواده، برنامه‌ی آموزش رفتاری خانواده و روش دارو درمانی بر افزایش مهارت‌های خودکنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی، مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت.

فرضیه‌های پژوهش

۱. بین اثربخشی سه روش مورد مطالعه (آموزش دل‌گرم‌سازی والدین، آموزش رفتاری والدین و دارودرمانی تنها) در افزایش مهارت خودکنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تفاوت وجود دارد.
۲. روش آموزش دل‌گرم‌سازی والدین در افزایش مهارت خودکنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مؤثر است.
۳. روش آموزش رفتاری والدین در افزایش مهارت خودکنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مؤثر است.
۴. بین اثربخشی روش آموزش دل‌گرم‌سازی والدین و روش رفتاری والدین دارای کودکان نارسایی توجه/بیش‌فعالی در افزایش مهارت خودکنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تفاوت وجود دارد.
۵. میزان اثربخشی روش‌های آموزشی (دل‌گرم‌سازی و روش رفتاری) در افزایش مهارت خودکنترلی دختران و پسران دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی متفاوت است.
۶. بین میزان تحصیلات پدران شرکت‌کننده در آموزش‌های دل‌گرم‌سازی و آموزش رفتاری کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در افزایش مهارت خودکنترلی تفاوت وجود دارد.
۷. بین میزان تحصیلات مادران شرکت‌کننده در آموزش‌های دل‌گرم‌سازی و آموزش رفتاری کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در افزایش مهارت خودکنترلی تفاوت وجود دارد.

روش پژوهش

طرح پژوهش

با توجه به اینکه انتخاب افراد سه گروه نمونه در تحقیق مورد نظر به صورت نمونه‌گیری در دسترس بود، روش این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی است.

آزمودنی‌ها

جامعه‌ی آماری این پژوهش در برگیرنده‌ی والدین دانش‌آموزان مقطع ابتدایی مراجعه‌کننده به درمانگاه کودک ونوجوان بیمارستان روان‌پزشکی روزبه استان تهران است که فرزندان آنها بر اساس تشخیص روان‌پزشک و بر اساس پرسشنامه‌ی تشخیصی علایم اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی کانرز در سال تحصیلی ۱۳۸۸-۱۳۸۹ دارای این اختلال، تشخیص داده شده‌اند و در بیمارستان روان‌پزشکی و کلینیک خصوصی دارای پرونده‌ی درمانی و بالینی بر اساس همین تشخیص می‌باشند، که از این جامعه، تعداد ۴۵ نفر از والدین (شامل پدر، مادر یا هر دو) دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به صورت تصادفی به ترتیب در سه گروه ۱۵ نفری ویژه آموزش دل‌گرم‌سازی خانواده بر اساس روش آدلر، آموزش رفتاری خانواده بر اساس روش بارکلی و گروه گواه جایگزین شده‌اند.

ابزار پژوهش

در این پژوهش از پرسشنامه‌ی اندازه‌گیری خودکنترلی کندال و ویلکاکس برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده گردید. این مقیاس در سال ۱۹۷۹ توسط کندال و ویلکاکس در دانشگاه مینه‌سوتا ساخته شده است و شامل ۳۳ سوال می‌باشد که ۱۰ سوال آن مربوط به خودکنترلی، ۱۳ سوال آن مربوط به تکانش‌گری و ۱۰ سوال آن نیز مربوط به هر دو (تکانش‌گری - خودکنترلی) می‌باشد.

اعتبار و روایی

ضریب پایایی این آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۸ و با استفاده از روش باز آزمایی ۰/۸۴ محاسبه گردیده است، که در حد قابل قبولی است (کندال و ویلکاکس، ۱۹۷۹). همچنین پایایی آزمون توسط لوراکای موری مورد تایید قرار گرفته است (موری، ۲۰۰۲). در ایران چون این آزمون برای اولین بار مورد استفاده قرار می‌گیرد، پس از ترجمه توسط همتی، توسط دکتر احمد به پژوه، دکتر باقر غباری، دکتر حمید علیزاده، غلامرضا دهشیری (کارشناس ارشد روان‌سنجی) و عادل عظمی ویرایش و روایی محتوایی آن مورد تایید قرار گرفت. همچنین پایایی آزمون توسط همتی با استفاده از روش آلفا بر روی یک نمونه صد نفری از دانش آموزان شهر تهران ۰/۹۸ محاسبه گردید.

روش اجرای پژوهش

برای کنترل و اندازه گیری کمیت و کیفیت مباحث نظری و عملی مطرح شده در جلسات آموزشی پرسشنامه ی خود کنترلی کندال و ویلکاکس قبل از شروع جلسات آموزشی توسط معلمین دانش آموزان تحت عنوان مرحله ی پیش آزمون اجرا گردید در ادامه ی جلسات آموزشی طی ۲/۵ ماه و در ۱۰ جلسه ۱/۵ ساعته برای گروه آموزشی دل‌گرم سازی خانواده (آدلری) و ۱۰ جلسه ۱/۵ ساعته برای گروه آموزش رفتاری خانواده (بارکلی) انجام شد. بعد از اتمام دوره ی آموزشی مجدداً پرسشنامه ی خود کنترلی توسط معلمین تحت عنوان پس آزمون برای کودکان در مدارس اجرا گردید. در ضمن حدوداً بعد از ۲ ماه از اتمام جلسات آموزشی مرحله پی گیری برای اندازه گیری و ماندگاری اثر آموزش های داده شده با تکمیل پرسشنامه ها توسط

معلمین در مدارس برای هر دو گروه از کودکان والدین شرکت کننده در دوره ی آموزشی انجام پذیرفت. در پایان با توجه به افت آزمودنی ها (والدین) در جلسات آموزشی، اطلاعات مربوط به ۱۳ نفر در گروه آدلری، ۱۲ نفر در گروه رفتاری و ۱۵ نفر در گروه گواه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون آماری تحلیل کو واریانس و نمرات f استفاده گردید.

یافته‌ها

در جدول ۱ و ۲ ویژگی های جمعیت شناختی مربوط به والدین شرکت کننده در گروه های مورد مطالعه آورده شده است.

جدول شماره ۱- تعداد حجم نمونه، جنسیت و میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه های آزمایشی

ردیف	گروه ها	تعداد نمونه (خانواده)	تعداد نمونه (کودک)	تعداد مادران	تعداد پدران	میانگین سن مادران	میانگین سن پدران	توضیح
۱	آموزش دل‌گرم سازی	۲۶	۱۳	۱۳	۱۲	۳۶	۴۱	پدر یکی از کودکان مرحوم شده بود
۲	آموزش رفتاری	۲۴	۱۲	۱۲	۱۲	۳۵	۴۰	
۳	کنترل	۳۰	۱۵	۱۵	۱۵	۳۴	۴۲	

جدول شماره ۲- فراوانی میزان تحصیلات شرکت‌گذاختگان در گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل

ردیف	گروه	کمتر از دیپلم مادران	کمتر از دیپلم پدران	دیپلم و فوق دیپلم مادران	دیپلم و فوق دیپلم پدران	لیسانس مادران	لیسانس پدران	بالتر از لیسانس مادران	بالتر از لیسانس پدران	جمع کل
۱	آموزش دل‌گرم‌سازی	۵	۱۱	۸	۲	-	-	-	-	۲۶
۲	آموزش رفتاری	۸	۷	۴	۴	-	-	-	۱	۲۴
۳	کنترل	۹	۱۰	۶	۵	-	-	-	-	۳۰

به منظور مقایسه‌ی اثر بخشی سه روش مورد مطالعه که عبارتند از: روش آموزش دل‌گرم‌سازی والدین، روش آموزش رفتاری والدین و روش دارو درمانی در افزایش مهارت خود کنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی از آزمون تحلیل کواریانس و نمرات f استفاده شد، که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است. چنانچه از جدول ۳ مشاهده می‌شود، بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون مقدار f محاسبه شده ($f = 10/09$) در درجات آزادی ۲ و ۳۶ از مقدار جدول ($F = 5/25$) بزرگتر است بنابراین فرض صفر رد می‌شود و با اطمینان ۹۵٪ نتیجه می‌گیریم که بین نمرات میانگین‌های مهارت خودکنترلی سه گروه آزمایشی فوق‌الذکر تفاوت معنا داری وجود دارد.

به منظور سنجش دقیق‌تر تفاوت بین دو به دو گروه‌ها از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد، و نتایج به دست آمده بیانگر آن است که بین میانگین‌های نمرات خود کنترلی گروه آموزش دل‌گرم‌سازی آدلر و میانگین نمرات گروه کنترل و همچنین میانگین نمرات خود کنترلی گروه رفتاری بارکلی با گروه کنترل تفاوت معنا دار بوده

است، اما بین خود گروه‌های آزمایشی (گروه آموزش والدین بر اساس نظرات آدلر و گروه آموزش والدین بر اساس نظرات بارکلی) تفاوت معنا دار مشاهده نگردید، به عبارت دیگر بین اثر بخشی روش‌های آموزش والدین که عبارتند از آموزش والدین بر اساس نظریات دل‌گرم‌سازی آدلر و روش آموزش رفتاری بر اساس نظریات بارکلی و نتایج به دست آمده از گروه کنترل در جهت افزایش مهارت خود کنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی تفاوت وجود دارد. در جدول ۴ به ترتیب میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آموزشی دل‌گرم‌سازی و گروه آموزشی رفتاری به همراه نمرات گروه کنترل آورده شده است، همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌گردد میانگین نمرات آزمون خودکنترلی در مرحله‌ی پیش آزمون در گروه آموزش دل‌گرم‌سازی ۱۱۶ بوده است و در مرحله‌ی پس آزمون میانگین آزمون خود کنترلی در همان گروه ۱۰۷ شده است که این نمره نشانگر این است که آموزش دل‌گرم‌سازی والدین در افزایش مهارت خود کنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی تأثیر داشته است.

جدول شماره ۴ مقایسه‌ی نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل

گروه‌ها	میانگین پیش آزمون	میانگین پس آزمون	تعداد	انحراف استاندارد پیش آزمون	انحراف استاندارد پس آزمون
آموزش دل‌گرم‌سازی	۱۱۶/۰۰۰	۱۰۷/۶۹۲	۱۳	۳۳/۴۸۱	۳۵/۸۱۵
آموزش رفتاری بارکلی	۱۳۳/۷۵۰	۱۱۰/۶۶۶	۱۲	۳۸/۶۵۰	۲/۵۰۳
کنترل	۱۵۷/۷۳۳	۱۶۴/۷۳۳	۱۵	۳۷/۸۸۷	۲۷/۹۸۸
جمع	۱۳۶/۹۷۵	۱۲۹/۹۷۵	۴۰	۳۹/۹۶۴	۴۰/۰۵۲

همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌گردد میانگین نمرات پیش‌آزمون در گروه آموزش رفتاری والدین ۱۳۳/۷۵۰ بوده است که این عدد بعد از انجام دوره آموزشی و اجرای پس‌آزمون تبدیل به عدد ۱۱۰/۶۶۶ می‌گردد، بنا بر این شواهد فوق‌حاکمی از این است که آموزش رفتاری والدین بر افزایش مهارت خودکنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی مؤثر بوده است. در جدول ۵ و ۶ اطلاعات مربوط به مرحله‌ی پی‌گیری به منظور بررسی و ماندگاری اثر آموزش‌های ارائه شده به ترتیب در گروه‌های آزمایشی دل‌گرم‌سازی و آموزش رفتاری آورده شده است، چنانچه از جدول ۵ مشاهده می‌شود بر اساس نتایج مندرج در جدول فوق چون مقدار t محاسبه شده ($t = 0/26$) در درجات آزادی ۱۲ ($df = 12$) از مقدار t جدول (۲/۱۷۹) کوچکتر است، بنابراین با اطمینان ۹۵٪ بین میانگین‌های نمرات خودکنترلی مرحله‌ی پس‌آزمون و مرحله‌ی پی‌گیری گروه آموزش دل‌گرم‌سازی والدین تفاوت معناداری وجود ندارد. به عبارت دیگر در طرح پژوهشی مورد نظر به این نتیجه دست می‌یابیم که اثر آموزش‌های ارائه شده، در مرحله‌ی پی‌گیری بعد از گذشت دو ماه هنوز باقی مانده است.

جدول شماره ۵- آزمون T وابسته بین آزمون مرحله‌ی پی‌گیری عامل خودکنترلی در گروه آموزش دل‌گرم‌سازی

مراحل	میانگین	تعداد	انحراف استاندارد	خطای استاندارد
پس‌آزمون	۱۰۷/۶۹	۱۳	۳۵/۸۱	۹/۹۳
پی‌گیری	۱۰۶/۲۳	۱۳	۳۴/۹۰	۹/۶۸

$$t = 0/26 \quad df = 12 \quad P < 0/79$$

جدول شماره ۶- آزمون T وابسته بین آزمون مرحله‌ی پی‌گیری عامل خودکنترلی در گروه آموزش رفتاری والدین

مراحل	میانگین	تعداد	انحراف استاندارد	خطای استاندارد
پس‌آزمون	۱۱۰/۶۷	۱۲	۲۵/۵۰	۷/۳۶
پی‌گیری	۱۱۹/۹۱	۱۲	۳۸/۰۳	۱۰/۹۷

$$t = 2/201 \quad df = 11 \quad P < 0/40$$

در جدول شماره ۶ نتایج آزمون t وابسته بین میانگین‌های نمرات خودکنترلی پس‌آزمون و نمرات مرحله‌ی پی‌گیری گروه آموزشی رفتاری والدین آورده شده است، بر اساس نتایج مندرج در جدول فوق چون مقدار t محاسبه شده ($df = 0/87$) از مقدار t جدول (۲/۲۰۱) کوچکتر است بنابراین با اطمینان ۹۵٪ بین میانگین‌های نمرات خودکنترلی مرحله‌ی پس‌آزمون و مرحله‌ی پی‌گیری گروه آموزش رفتاری والدین تفاوت معناداری وجود ندارد. به عبارت دیگر در بررسی مورد نظر به این نتیجه دست می‌یابیم که اثر آموزش در مرحله‌ی پی‌گیری بعد از گذشت دو ماه هنوز باقی مانده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای روش‌های آموزش دل‌گرم‌سازی والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی بر اساس نظریات آلفرد آدلر و روش آموزش رفتاری والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی بر اساس نظریات راسل بارکلی و روش درمانی مداخله‌داری بر افزایش مهارت خودکنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان دادند که آموزش‌های دل‌گرم‌سازی والدین و آموزش‌های رفتاری

والدین نسبت به روش دارو درمانی تنها، در افزایش مهارت خود کنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی مؤثر بوده است. به عبارت دیگر والدینی که دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی بوده اند و این آموزش‌ها را دریافت کرده بودند نسبت به گروه کنترل که هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرده بود باعث شده بودند که نمرات پرسشنامه‌ی خود کنترلی کودکان آنها در ارزیابی معلمین آنها در مدرسه افزایش پیدا نماید. این یافته نشانگر اثر بخش بودن مداخله‌های غیر دارویی در افزایش مهارت خود کنترلی کودکان دارای اختلال می باشد. یافته‌های فوق با یافته‌های سایر پژوهشگران مبنی بر اثر بخش بودن آموزش‌های روان شناختی و اصلاح ارتباطی بین والدین و کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در بهبود نشانه‌های این اختلال همسو می باشد. بنابراین می توان گفت که آموزش‌های دل‌گرم سازی والدین بر اساس نظریات آلفرد آدلر و آموزش‌های رفتاری والدین بر اساس نظریات راسل بارکلی در افزایش مهارت خود کنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی نقش دارد. در پژوهش‌های اخیر مشکل خود گردانی و بازداری رفتاری به عنوان توجیه نظری و الگوی پژوهشی برای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی توجه زیادی را به خود جلب کرده است. برخی از پژوهشگران اظهار کرده اند که این مشکلات کلید بسیار مهمی در فهم این اختلال است، مباحث مربوط به این مشکلات شامل اصطلاحاتی نظیر بازداری رفتاری و کارکرد های اجرایی و نیز کنترل تکانش و خود مدیریتی می باشد (علیزاده و آندریس ۲۰۰۲). در تمام این عناوین مشکلات مورد مواجهه‌ی فرد کاملاً مشابه هستند یعنی مشکل قابل ملاحظه‌ی کودک در فکر کردن هنگام انجام عمل و فهم اینکه عواقب برخی رفتارها چیست؟ بسیاری از والدین، معلمان و اطرافیان این گونه کودکان را به صورت افرادی توصیف می کنند که دائماً حرف می زنند، وول می خورند، مدام می دوند، می پرند و از در

و دیوار بالا می روند و عموماً تمام وقت در حال حرکت هستند. از طرفی بررسی و مطالعه‌ی تعاملات درون خانوادگی بچه‌های دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعال، نشان می دهد که گاهی در خانواده‌های این کودکان، در روابط اعضای با هم دیگر مشکل وجود دارد (مش و جانسون، ۱۹۹۰). این کودکان معمولاً در خانواده‌های غیرعادی متولد می شوند و مشکل روان شناختی و ارتباطی بسیاری در این خانواده‌ها گزارش شده است (کرگون و باندی، ۱۹۹۶). در مطالعه‌ی تعامل والدین و فرزند در بین خانواده‌های کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در ایران، نشان داده است که این والدین بیشتر از والدین فرزندان عادی، از شیوه‌های فرزندپروری، خودکامه و استبدادی استفاده می کنند (علیزاده و آندریس، ۲۰۰۲)، دارای اعتماد به نفس کمتری هستند، از شیوه‌های تنبیهی بیش تری استفاده می کنند و روابط گرم کمتری با فرزندان نشان دارند (علیزاده، اپلکوسیت و کولیج، ۲۰۰۳).

همچنین مطالعه‌ی تعامل کودکان دارای اختلال شخصیت نارسایی توجه / بیش فعالی با والدینشان نشان می دهد که در روابط آنها، فشار روانی (برین و بارکلی، ۱۹۸۸)، روابط تحمیلی و استبدادی (بورمیستر، ۱۹۹۲)، افسردگی، محدودیت، ناکامی بالا و توانایی کمتر (بک، ۱۹۹۰) وجود دارد. از این رو در پژوهش حاضر با استفاده از دو رویکرد درمانی غیر دارویی، آموزش دل‌گرم سازی والدین و آموزش رفتاری والدین در طول جلسات آموزشی که مجموعاً ۲۰ جلسه بود به والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی روش های ارتباطی مؤثر و اثر بخش با توجه به روحيات و نوع مشکل این کودکان آموزش داده شد، از جمله موضوعاتی که در جلسه های

1- Mash & Johnston

2- Grokun & Bandy

3- Alizadeh & Andries

4- Alizadeh- Appiequisite & Coolidge

5- Breen & Barkle

6- Bormister

7- Beck

آموزشی به والدین آموزش داده شد در گروه اول که در گروه آموزش دل‌گرم‌سازی آدلر بودند، آموزش سبک‌های ارتباطی نا کارآمد و آموزش سبک ارتباطی اثر بخش، راه کارهای مفید در شکل‌گیری انضباط، آموزش شیوه‌های حل مسئله، سبک‌های فرزند پروری مؤثر، آموزش راه کارهای دل‌گرم‌سازی و جلوگیری از دل‌سرد شدن کودکان بین والدین و کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی آموزش داده شد تا والدین روش‌های ناکارآمد ارتباطی خود با فرزندان را با مهارت‌های ارتباطی مؤثر و کارآمد جایگزین نمایند. همچنین در گروه دوم پژوهشی که در قالب گروه آموزش رفتاری والدین به روش بارکلی قرار داشتند موضوعات زیر به آنها در جلسات آموزشی، آموزش داده شد، آشنایی والدین با جریان شکل‌گیری رفتار کودکان در بستر خانواده و اجتماع، بررسی علل رفتار ناسازگار در کودکان، آشنایی با اصول جلب توجه و خودکنترلی، آشنایی با روش آموزشی تقویت پتہ ای در شکل‌گیری رفتار.

بنابر این در حیطه‌ی بالینی، همان‌طور که در داده‌های پژوهشی به دست آمد اثر بخشی آموزش‌های دل‌گرم‌سازی و آموزش رفتاری والدین بر افزایش مهارت خودکنترلی به دست آمد، لذا می‌توانیم نتیجه بگیریم که برای کنترل و درمان کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در کنار دارو درمانی که از درمان‌های اولیه و لازم برای کنترل و کاهش علائم اختلال می‌باشد بایستی از درمان‌های تکمیلی مخصوصاً در حوزه افزایش و بهبود سبک‌های ارتباطی بین والدین و کودکان دارای اختلال و همین‌طور اصلاح شیوه‌های رفتاری بین کودکان و والدین اقدام شایسته تحقق پیدا نماید.

از جمله محدودیت‌های این طرح پژوهشی می‌توان به، تصادفی انتخاب نشدن والدین جهت حضور در گروه آموزشی، عدم همکاری کامل شرکت‌کنندگان در طرح، زیاد بودن سوالات والدین از اختلال کودکان خود، کم‌شمار شرکت‌کردن پدران در دوره‌ی آموزشی، هماهنگ نمودن سخت والدین جهت حضور در جلسات آموزشی و حضور

نداشتن معلمین کودکان دارای اختلال در دوره‌ی آموزشی اشاره نمود، از این رو پیشنهاد می‌گردد برای تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج تحقیق در پژوهش‌های بعدی از والدینی استفاده شود که کاملاً داوطلب حضور در دوره‌ی آموزشی باشند و بتوان با استفاده از ابزارهای تشویقی بیشتر حضور والدین در دوره‌ها را پررنگ‌تر برگزار کرد. در نهایت امید است تا نتایج حاضر بتواند در مراکز مشاوره و کلینیک‌های راهنمایی کودکان و آموزش‌های والدین مورد استفاده قرار گیرد.

منابع

- انجمن روان پزشکی امریکا، (۱۹۹۴). راهنمای اماری و تشخیصی اختلالهای روانی، ترجمه محمد رضا ناینیان و همکاران، ۱۳۷۴، جلد اول تهران دانشگاه شاهد.
- ابنیک، ا. (۱۳۸۵). بررسی رابطه بین سبک های یادگیری و خود کارامدی با شیوه های مقابله با فشار روانی در دانشجویان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- برجملی، ا. (۱۳۸۰). تحول شخصیت در نوجوان، چاپ اول. آموزش و پرورش.
- پروچاسکا - جی. او نورکراس (۱۳۸۱) نظریه های روان درمانی، ترجمه یحیی سید محمدی، تهران رشد.
- حاجبی، ا. (۱۳۸۳). بررسی تأثیر درمانی آموزش مدیریت رفتاری به والدین در کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی، بیمارستان روان پزشکی ایران. تهران.
- خدایاری فرد، م. (۱۳۸۵). روان شناسی مرضی کودک و نوجوان، چاپ اول، تهران، دانشگاه تهران.
- دادستان. پری رخ. روانشناسی تحولی (۱۳۸۵) تهران. سمت.
- دینک-مایر دان سی -گری مکی (۱۳۸۷). راهنمای تربیت اثر بخش، ترجمه مهرداد فیروز بخت، چاپ اول، تهران دانزه.
- دینک -مایر دان سی -گری مکی (۱۳۸۳). پدر مادر نوجوان - آموزش قدم قدم برای تربیت اثر بخش، ترجمه قراچه داغی، تهران پیک بهار.
- دینک مایر-دان سی-دی مگی گاری (۱۳۸۵). والدین مؤثر فرزندان مسئول، ترجمه مجید رئیس دانا - چاپ چهارم تهران رشد.
- دلاور، ع. (۱۳۷۹). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی.

تهران رشد.

- درایکورس. آر.، کاسل، پی. (۱۹۷۴). انضباط بدون اشک. ترجمه واثقی زاده و داداش زاده. ۱۳۷۸ تهران. رشد.
- روشن بین. م. (۱۳۸۵). بررسی اثر بخشی برنامه گروهی فرزند پروری مثبت بر استرس والد گری مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی.
- شرودر. کارولین اس. گوردون. بتی ان. (۲۰۰۲). سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی. ترجمه فیروز بخت، ۱۳۸۵، تهران، دانزه.
- صالحی. س. (۱۳۸۳). اثر بخشی آموزش والدین با رویکرد ادلری بر سبک های مقابله ای مادران کودکان دارای اختلال سلوک. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- علیزاده. ح. (۱۳۸۳). آدلر گستره نظریه شخصیت و روان درمانی چاپ اول تهران. دانزه.
- علیزاده. ح. (۱۳۸۳). اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی. ویژگی ها ارزیابی و درمان. تهران رشد.
- فریک. پی. جی. (۱۳۸۲). اختلال سلوک و رفتار های ضد اجتماعی شدید، ترجمه جواد علاقه بند راد و سلطانی فر. تهران سنا.
- کندال. اف. سی (۱۳۸۴). روان شناسی مرضی کودک. ترجمه نجاریان. و داوودی. تهران رشد.
- کاکاوند، ع. ر. (۱۳۸۵) روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی. روان محمد اسماعیل، ا. (۱۳۸۵). درسنامه درمان رفتاری شناختی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی. تهران دانزه.

Dupaul, G. Y., Stoner, G. (2003). ADHD in the schools assessment 8 intervention strategies. New York: Guilford Press.

Dinkmeyer, D. & Dreikurs, R. (2000). Encouraging children to learn. Brunnr- Routledge.

Evans. T. D (2005). The tools of encouragement. the international child and youth care network. Issue.

Erhardt, D. , Baker, B. (1999). The effects of behavioral parent training on families with young hyperactive children. Journal of Behavioral the exp psychiatry, 21, 121-132.

Edmund J. S. , Sonuga, B, Margaret, T. , David D. & Cathy Laver – B. (2004). Parent training for attention deficit / hyperactivity disorder. Is it as effective when delivered as routine rather than as specialist care ? British journal of clinical psychology.

Goldstein. S. , & Goldstein. M. (1999). Managing ADHD in children. NY.

Nathan, W. A. (2002). Integrated multimodal therapy of children with ADHD. Bullmeninger Clinical, 66, 283-312.

MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinic trial of treatment strategies for ADHD. Archives of General Psychiatry, 55, 1073- 86. 1

Mosak. H. , Maniacci. M. (1999). 'Aprimer of adlerion psychology. 'Brunnermuzel publishing.

Harway. M. (2005). Handbook of couples therapy'. John wiley

مارنات. گ. گ. (۱۳۸۷). راهنمای سنجش روانی. ترجمه پاشا شریفی و نیکخو. چاپ سوم رشد.

محمد خانی، پ. (۱۳۸۵). سودمندی درمان ترکیبی برنامه گروهی فرزند پروری مثبت و دارو درمانی بر علائم و شیوه های ۲۴- تربیتی کودکان ۱۲-۳ ساله مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در مقایسه با هر یک از این درمان ها به تنهایی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، نهران.

Adler, A. (1956). The individual psychology of Alfred adler, H. L. ansbacher and R. R Ansbacher (eds). new yourk: Harper torch books.

Alizadeh, H, & Andries, C. (2002). Interaction of parenting styles and attention deficit hyperactivity disorder in Iranian parents. child & family behavior thrapy, 24, 37.

Barkley, R. A. (1995). Attention deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment. NY: Guilford.

Befera, M. S. , Barkley, R. A. (1989). Hyperactive and normal girls and boys. Mother-child interaction: Parent psychiatric status and child psychopathology. Child Psychotherapy. 26, 439-452.

Cantwell, D. P. (1999). ADHD treatment with nonstimulant pediatric psychopharmacology presented at mid year institute of the AACAP. Washington D. C. AACAP Press.

Kendall. P. C. & Wilcox. L. E. (1979). Self-control in children; development of a rating scale. Journal of consulting and cliical psychology. 47. 1020-1029.

Sanders M. R. (1999). Triple p. positive parenting program; Towards an empirically validated multi level parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. clin child.

Fional. Sanders H., Sanders M. R. A. (2002). lity study of enhanced group triple p –positive parenting program for parents of children with ADHD. Journal of behavior chang of Queens land university, Australia.

Taylor. J F. (1990). Helping your hyperactive child from effective treatments and developing discipline and self –esteem to helping your family adjustment. NY.

Weiss. M. Weiss. G (2002). Attention. deficit hyperactivity disorder. In M. Lewis. 2002. child 8 Adolecent psychiatry. USA.

Sanders. M. R. (2005). Prevention of child behavioral problems through universal implementation of a group behavioral family intervention, prev.

Wattes. R. & Pietrzak. D. (2000). Adlerian ‘encouragement ‘and the therapeutic process of solutin brief theraphy. Journal of counseling and development. vol. 11. no. 2 pp. 139- 147.

Teeter. P A (1999). Interventions for ADHD. NY. Guilford press.

رابطه ی سبک دل بستگی با خوش بینی و احساس تنهایی در

دانش آموزان ۹-۱۲ سال شهر کرج

کبری معدنی پور^۱، فرخ حق رنجبر^۲، علیرضا کاکاوند^۳، باقر ثنایی ذاکر^۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۰۲/۰۵

تاریخ بررسی مقاله: ۱۳۹۰/۰۲/۰۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۰۳/۰۷

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه ی سبک دل بستگی با خوش بینی و احساس تنهایی در دانش آموزان سنین ۹-۱۲ سال شهر کرج انجام شد. روش پژوهش، علی مقایسه‌ای (پس رویدادی) بود. نمونه ی مورد مطالعه ۲۰۰ دانش آموز (۱۰۰ دانش آموز دختر و ۱۰۰ دانش آموز پسر) بود که به روش تصادفی چند مرحله‌ای از بین دانش آموزانی که در محدوده‌ی سنی تحقیق قرار داشتند انتخاب شد. برای سنجش سبک دل بستگی از مقیاس سبک دل بستگی رونقی (۱۳۸۷)، برای اندازه گیری خوش بینی از پرسشنامه ی سبک اسنادی پترسون و همکاران (۱۹۸۲) و برای اندازه گیری احساس تنهایی از مقیاس احساس تنهایی آشر و همکاران (۱۹۸۴) استفاده شد. در پژوهش حاضر داده ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و آمار استنباطی

۱- کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی- واحد کرج.

ایمیل: cognocenter@gmail.com

۲- کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی- واحد کرج.

۳- استادیار، دانشگاه بین‌المللی قزوین.

۴- استاد، دانشگاه تربیت معلم