

ششمین همایش جرم‌شناسی و پیشگیری از ارتکاب جرم، خودکشی و انحرافات جوانان

نهاد برگزار کننده همایش: بنیاد علمی و حقوقی قانون یار

(با همکاری و حمایت معنوی دادگستری بروجرد، دانشگاه امام صادق، انجمن علمی معارف دانشگاه شهید بهشتی، دانشگاه لرستان، آموزش و پرورش، دانشگاه آزاد رفسنجان، سازمان ارشاد اسلامی، جامعه المصطفی العالمیه و....)

سردبیر علمی و مسئول برگزاری همایش: دکتر بهنام اسدی (نماینده مقالات در ۸ پایگاه ملی و بین المللی)
تاریخ برگزاری همایش: ۲۹ آذرماه ۱۴۰۲ شماره مقاله: ۲۸/۹۷۸۲ رده بندی کنگره: ب ۵۶/۷۹۰

اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر علائم اضطراب و افسردگی خانواده‌های دارای فرزند بیش فعالی

آرمان یارمرادی

چکیده

اختلال نقص توجه - بیش فعالی یک اختلال عصبی رشدی است که از دوران بچگی شروع می‌شود. پیامدهای رشدی و استمرار این اختلال به وسیله عوامل محیطی خانواده مثل فرزندپروری تشخیص داده شده است. روابط والد - کودک برای کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش فعالی در مقایسه با گروه نرمال به وسیله تعارض بیشتر، حرف‌شنوی کمتر کودک و با فرزندپروری استبدادی، کنترل-گر و بیشتر دستوردهنده والدین توصیف می‌شود. همچنین این اختلال یک اختلال روانی شایع و مزمن است که نتایج زیان‌آوری در طول زندگی به همراه دارد. این نتایج زیان‌آور عبارتند از: آشفتگی و گسستگی شدید در روابط با والدین، معلمان، همسالان در دوران کودکی و مشکلات تحصیلی، بزهکاری و سوء مصرف مواد در دوران نوجوانی و بزرگسالی. شکل غالب اختلال نقص توجه - بیش فعالی، ناتوانی پایدار در توجه کردن و یا نمایش الگوی تکانشگری - بیش فعالی می‌باشد. اختلال نقص توجه - بیش فعالی یک اختلال عصبی رفتاری است که توانایی‌های کودک در حفظ توجه و بازداری‌های متناسب با سن وی را در موقعیت‌های شناختی، رفتاری مختل می‌کند. این نشانگان به وسیله برخی از نشانه‌های نامتناسب با سطح رشدی توصیف شده است که عبارتند از: بی‌توجهی، شکست در پیروی از دستورات، ناتوانی در سازماندهی کارهای مربوط به خود و مدرسه، بازی کردن با دست‌ها و پاها، زیاد حرف زدن، مکث کردن بر تکالیف، ناتمام رها کردن کارها و برنامه‌های عادی روزمره، تکالیف ناتمام، عدم توجه به جزئیات.

واژگان کلیدی: مدیریت استرس، اضطراب و افسردگی، فرزند بیش فعال، الگوی تکانشگری



مقدمه

اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی شایع‌ترین اختلال رفتاری در دوران کودکی است به طوری که برآورد می‌شود تقریباً ۵٪ از کودکان دبستانی در ایالات متحده به این اختلال مبتلا هستند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). بارکلی (۱۹۹۳) نیز میزان شیوع این اختلال در کودکان دبستانی را بین ۴٪ تا ۵٪ تخمین زده است. همچنین شلتون^۱ و بارکلی (۱۹۹۴) گزارش می‌کنند بین ۳۰٪ تا ۴۰٪ از مراجعه‌کنندگان به مراکز خدمات روانی - اجتماعی، مدارس، ADHD می‌باشد.

غنی‌زاده (۲۰۰۸) میزان شیوع نشانه‌های اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی و تفاوت‌های بین انواع فرعی آن را در کودکان دبستانی، شیراز، جنوب ایران، در یک نمونه تصادفی از ۲۰۰۰ کودک دختر و پسر دبستانی بررسی کرده است. داده‌ها از طریق تکمیل مقیاس ارزیابی مبتنی بر DSM-IV برای نشانه‌های نقص توجه - بیش‌فعالی به کمک والدین گردآوری شده است. نتایج نشان می‌دهد حدود ۱۰/۱٪ از شرکت‌کنندگان نمره برش غربالگری برای نقص توجه - بیش‌فعالی را بدست آورده‌اند (۱۳/۶٪ در پسرها و ۶/۵٪ در دخترها). وی شایع‌ترین نوع را نوع ترکیبی این اختلال گزارش کرده است و خاطر نشان می‌سازد میزان احتمالی نقص توجه - بیش‌فعالی در شیراز، جنوب ایران، مخصوصاً در مورد پسرها نسبت به دخترها خیلی مشابه کشورهای دیگر است.

پژوهشگران متعددی معتقدند که کودکان دارای اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی در معرض خطر بالایی برای ابتلا به مشکلات و اختلال‌های دیگر قرار دارند. این اختلال‌ها عبارتند از: ناتوانایی‌های یادگیری^۲، نقص در مهارت‌های اجتماعی، عدم پیشرفت تحصیلی، رفتارهای

^۱ Shelton

^۲ Learning Disabilities



انحرافی، مشکلات بین فردی، اختلال بی اعتنائی مقابله‌ای^۱ و اختلال سلوک^۲ (بارکلی، ۱۹۸۹، ۱۹۹۹؛ پلهام^۳، ۱۹۹۲؛ بارکلی و همکاران، ۱۹۸۲).

اگرچه سیر اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی ممکن است از فردی به فرد دیگر متفاوت باشد، تحقیقات نشان می‌دهد، اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی یک اختلال مزمن است بطوری که تظاهرات رفتاری و شناختی آن به طور معمول در طول سال‌های کودکی ظاهر می‌گردد اما کودکان و نوجوانان نسبت به مشکلات اجتماعی - رفتاری و تحصیلی در معرض خطر ابتلا بالاتر از متوسط قرار دارند و علی‌رغم درمان‌های مؤثری که برای این اختلال به کار می‌رود، بیش از هشتاد درصد کودکان دارای اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی هنوز نشانه‌های مشهودی از این اختلال را تا دوران نوجوانی و بزرگسالی به همراه دارند (بارکلی و همکاران، ۱۹۹۰؛ اینگرام^۴ و همکاران، ۱۹۹۹؛ به نقل از دالی^۵، ۲۰۰۷).

کودک پرتحرک فردی است که نسبت به سایر کودکان انرژی بیشتری دارد و نیاز دارد راهی برای به جریان انداختن این انرژی پیدا کند. انرژی و تحرک زیاد کودک پرتحرک را نمی‌توان سرکوب کرد اما تا حد زیادی می‌توان آن را تعدیل کرد یا به آن جهت داد. در روانشناسی بالینی کودک، بیش‌فعالی یا پرتحرکی، واژه بحث‌انگیزی است که موجب هشدارها و نگرانی‌هایی شده است. یکی از دلایل این مجادله‌ها این بوده است که برخی تنها به یک جنبه از این مسأله توجه کرده‌اند و آن را به عنوان کل مشکل مطرح کرده‌اند، اما نکته‌ای که کمتر به آن توجه شده است این است که والدین، سایر اعضای خانواده و مربیان چقدر می‌توانند در درمان پرتحرکی مفید باشند (کلانتری، ۱۳۷۹).

^۱ Oppositional Defiant Disorder

^۲ Conduct Disorder

^۳ Pelham

^۴ Ingram

^۵ Dally



این اختلال یکی از اختلالات روانشناختی دوران کودکی است که امروزه بیشترین تحقیقات در مورد آن به عمل می‌آید. میزان شیوع نسبتاً بالای این اختلال باعث می‌شود که متخصصان بالینی و دانشجویان رشته‌ی روانشناسی بالینی کودک به ارزیابی شایسته‌ی این اختلال قادر شوند و مداخلات درمانی مؤثری را طرح‌ریزی کنند (کرانچویل و موریس^۱، ۱۳۷۸).

وجود منابع فردی، وخامت نشانه‌های اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی در کودکان مبتلا، ضعف در مهارت‌های شناختی و رفتاری و مشکلات خانوادگی از عوامل تعیین‌کننده انتخاب روش‌های درمانگری هستند. با این همه خطوط کلی درمانگری اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی را می‌توان به صورت زیر مشخص کرد:

۱- دارو درمانی^۲، ۲- درمان‌های روانی - اجتماعی^۳ (روش‌های شناختی - رفتار درمانی، روش‌های آموزشی)، ۳- رویکرد چند وجهی^۴ (ترکیبی)^۵

اهداف عمده تمام مداخلات درمانی عبارتند از: فراخوانی توجه ضعیف کودک، تکانشگری یا فقدان خویشتن‌داری و نافرمانی در برابر دستورات منابع قدرت و بیش‌فعالی و پر جنبی کودک.

دنایای شادمانه کودکان سرشار از تحریک و نشاط است اما گاهی اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی این مرز فطری و طبیعی تحرک را شکسته و به عنوان یک نابهنجاری روانی و رفتاری، مشکلات فراوانی را در زندگی روزمره کودک به وجود می‌آورد، که نه فقط کودک بلکه خانه، مدرسه و جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد (تیلور^۶، ۱۹۹۰؛ به نقل از صالح مجتهد، ۱۳۷۳).

^۱ Kranochevil & Moriss

^۲ Pharmacotherapy

^۳ psychosocial Treatment

^۴ Multimodal

^۵ Combine

^۶ Tylor



از آنجایی که اولین و مهمترین واحد اجتماعی که هر نوزاد پس از تولد در آن پا می‌گذارد و با آن آشنا می‌شود خانواده است، پس خانواده بطور کلی، روابط والد و فرزند در شکل‌گیری هر فرد، بسیار مهم است. کودک در خانواده چگونگی روابط با، بزرگترها، کوچکترها، روابط اجتماعی، طریقه‌ی برخورد با مسائل و مشکلات، احترام، عطف، خشونت و پرخاشگری را می‌آموزد (شعاری‌نژاد، ۱۳۸۶). گرچه رابطه‌ی نامطلوب میان والدین و فرزندان، به گونه‌ی کلی تأثیرات منفی در پی دارد، تأثیرات منفی رابطه نامطلوب با مادر بیش از تأثیرات منفی ناشی از وجود این گونه روابط با پدر است؛ زیرا کودکان زمان بیشتری را با مادر می‌گذرانند و در نتیجه تأثیر بیشتری از وی می‌پذیرند. همچنین می‌توان گفت رفتار اجتماعی کودکان بیشتر متأثر از رفتاری است که از مادر خود مشاهده کرده‌اند (احدی و بنی جمال، ۱۳۸۵).

ارتباط والد و فرزندی به ویژه ارتباط مادر و کودک یکی از عوامل خانوادگی مهم در رشد بهنجار یا نابهنجار هیجانات و رفتارهای کودک می‌باشد (لیفورد و همکاران، ۲۰۰۷). روابط والد و فرزند با همدیگر کنش متقابل دارند، به این معنا که تأثیرات کودک و والدین دو سویه است (ماسن، ۱۳۸۰). تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که وجوه رفتاری متعدد اختلال پایداری چون نقص توجه - بیش‌فعالی، می‌تواند به افسردگی مادران، اضطراب و احساس محدود شدن نقش والدین، احساس عدم لیاقت در امر تربیت فرزند، وابستگی ضعیف عاطفی بین کودک و والد، روابط منفی‌تر این کودکان با خواهران و برادرانشان، بالا رفتن سطح تنش در خانواده، بالاتر بودن میزان طلاق و از هم‌گسیختگی روابط خانوادگی در خانواده‌های کودکان مبتلا به این اختلال منجر شود (شیبر و جانستون، ۱۹۹۲؛ جانستون، ۱۹۹۶؛ به نقل از هوش‌ور و همکاران، ۱۳۸۸).



رابطه والد - کودک (به طور نوعی رابطه مادر - کودک) به عنوان عامل خانوادگی مهم در اختلاف بین کودکان نرمال و غیر نرمال در رشد هیجان، رفتاری و اجتماعی تعریف شده است (کاکس و پالی^۱، ۱۹۹۷؛ پالی^۲ و همکاران، ۲۰۰۰؛ واترز و کومینگ^۳، ۲۰۰۰).

برخی از تحقیقات، گزارش کرده‌اند که رفتارهای نامناسبی در روابط والد - فرزندی افراد با اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی وجود دارد (مک برنت و فیفر^۴، ۲۰۰۸). کودکان مبتلا به این اختلال، در مقایسه با کودکان عادی، رفتارهای نامناسب بیشتری دارند و فرمان‌بری کمتری از خود بروز می‌دهند و والدین آنها بیشتر منفی‌گرا هستند و کمتر در فعالیت‌های اجتماعی شرکت می‌کنند (پیسترن، فایرستون، مک گراث و همکاران^۵، ۱۹۹۲؛ مک برنت و فیفر، ۲۰۰۸). همچنین این مادران در مقایسه با مادران کودکان سالم، هنگام تعامل با فرزند خود از رفتارهای آمرانه بیشتری بهره می‌گیرند، بیشتر مخالفت می‌کنند، پاداش‌های کمتری به رفتارهای مناسب کودک می‌دهند و پاداش‌های ایشان بیشتر جنبه اتفاقی دارد. به طور کلی، این مادران نسبت به مادران کودکان بهنجار، منفی‌نگر هستند (بارکلی^۶ و همکاران، ۱۹۸۵؛ راجرز^۷ و همکاران، ۲۰۰۳). ۲۰۰۳. به علاوه این والدین ممکن است مشکلات کودک را به نقایص خود در ارتباط با عدم شایستگی در سرپرستی کودک نسبت دهند، این نتایج معمولاً همراه با خود سرزنی است. والدین کودکان مشکل‌دار دارای باورهای غیر واقع‌بینانه در مورد کودک و خودشان هستند (محمد اسماعیل، ۱۳۸۵).

^۱ Cox & Paley

^۲ Paley B

^۳ Waters & Cummings

^۴ McBurnett & Pfiffner

^۵ Pisterman, Firestone, McGrath, Goodman, Webster, Mallory & Goffin

^۶ Barkley

^۷ Rogers



مطالعات از ارزیابی اثر جنبه‌های فرزندپروری (استبدادی در مقابل اقتداری) گرفته تا ارزیابی جنبه‌های بیشتر ابعادی فرزندپروری (مثل خصومت در مقابل گرمی) را بر رشد هیجانی و رفتاری کودکان نشان داده است (به نقل از لیفورد و همکاران، ۲۰۰۸). پژوهشی که بارکلی (۲۰۰۰) به منظور بررسی تأثیر مهارت‌های فرزندپروری بر اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی انجام داد، بیانگر این است که اگرچه رفتارهای منفی و ناماناسب مادر نسبت به فرزند مبتلا به این اختلال، نشانه‌ها و علائم اختلال را تشدید می‌کند، ولی صرفاً دلیل ایجاد آن نیست. گاهی اوقات تنیدگی موجود در یک خانواده هم سبب تشدید علائم این اختلال می‌شود (ترنبال، ترنبال، شانک و همکاران^۱، ۲۰۰۲). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که این روابط نامناسب و تنیدگی‌زای بین والدین و کودک بیش‌فعال به صورت یک دور باطل رخ می‌دهد (لیفورد، هارلد و تپر^۲، ۲۰۰۸).

در این میان نقش اصلی جلوگیری از بروز چنین شرایطی و همچنین برقراری مجدد تعادل در خانواده به عهده‌ی والدین به عنوان پایه‌های اصلی است. پس می‌توان از برنامه‌ی فرزندپروری مثبت برای برخورد مناسب با مشکلات کودک و بهبود شیوه فرزندپروری سود جست. برنامه گروهی فرزندپروری مثبت^۳، مهارت‌های مدیریت مثبت را به والدین آموزش می‌دهد تا جایگزین فرزندپروری ناکارآمد و استبدادی آنها شود. همچنین این برنامه، نگرش والدین را مورد توجه قرار داده و سعی در جهت اصلاح آنها دارد (ترنر^۴ و همکاران، ۲۰۰۲). برنامه‌ی فرزندپروری مثبت، برنامه جدید و جهان شمولی در مورد فرزندپروری است که باعث ایجاد رابطه‌ی مثبت والدین و فرزندانشان می‌شود؛ و کمک می‌کند تا والدین راهبردهای مؤثر مدیریت را در برخورد با مسائل رشدی - رفتاری کودک بیاموزند. برنامه ساده‌ای که می‌تواند تغییرات بزرگی در خانواده‌ها ایجاد کند و به والدین کمک می‌کند تا دریابند که وقتی به روش‌های جدیدی حرف بزنند، فکر کنند و عمل کنند، نتایج عملی بهتری در خانواده خواهند داشت. به عبارتی دیگر این برنامه شامل

^۱ Turnball, Turnball, Shank, Smith & Leal

^۲ Liftfore, Harold & Thapar

^۳ Positive Parenting Plan

^۴ Turner



محیطی امن، تقویت رفتار مثبت، ایجاد محیط مثبت یادگیری، داشتن انتظارات واقع‌گرایانه و مراقبت از خود به عنوان والد است (استریت^۱، ۲۰۰۵). هدف این برنامه: افزایش دانش، مهارت‌ها، اطمینان و خودکارآمدی والدین؛ ایجاد محیطی پرورش‌دهنده، ایمن، تشویق‌کننده، عاری از خشونت و تعارض پایین برای کودکان، ارتقاء کارایی اجتماعی، هیجانی، کلامی، هوشی و رفتاری کودکان از طریق اقدامات فرزندپروری مثبت می‌باشد (ساندرز^۲، ۲۰۰۲).

با توجه به اینکه اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی شیوع نسبتاً بالایی دارد و مشکلات زیادی را برای کودک، والدین، معلمان و جامعه به وجود می‌آورد و از طرف دیگر در کشور ما تحقیقات کمی در زمینه مداخله‌های درمانی برای کنترل و درمان این اختلال انجام گرفته است. هدف کلی در تحقیق حاضر بررسی اثربخشی آموزش فرزندپروری مثبت بر روابط مادر - کودک و نشانه‌های اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی در کودکان می‌باشد.

بخش اول: بیان مسأله

علامت اساسی، یک الگوی مستمر بی‌توجهی و یا بیش‌فعالی - تکانشگری است که در کودکان مبتلا به این اختلال نسبت به همسالان عادی آنها از شدت و فراوانی بیشتر برخوردار است. بعضی از علائم بیش‌فعالی - تکانشگری یا بی‌توجهی باید قبل از سن هفت سالگی ظاهر شوند. هرچند ممکن است بعد از گذشت چند سال که فرد دارای این علائم است تشخیص داده شود. بر طبق ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) این اختلال بر حسب اینکه کدام الگوی رفتاری بی‌توجهی و یا بیش‌فعالی - تکانشگری در فرد غالب باشد، دارای انواع فرعی زیر می‌باشد:

^۱ Strit
^۲ Sanders



۱- اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی با نوع غالباً بی‌توجه.

۲- اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی نوع غالباً بیش‌فعال - تکانشگر.

۳- اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی نوع ترکیبی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

اصولاً در پیشینه تحقیقات تجربی این امر مورد توافق قرار گرفته است که فقط دو درمان روانی - اجتماعی و درمان با داروهای محرک و ترکیب آنها معتبرترین و موثرترین درمان‌های کوتاه‌مدت هستند (کونچر^۱ و همکاران، ۲۰۰۴؛ و ریشترز^۲ و همکاران، ۱۹۹۵؛ به نقل از ون دراورد^۳ و همکاران، ۲۰۰۸).

اگرچه برخی معتقدند که دارو درمانی موفق‌ترین درمان برای اختلال است (هان شوکر^۴، ۱۹۹۳؛ به نقل از لهنر-دوا، ۲۰۰۱؛ هین شاو^۵، ۲۰۰۶) اما تحقیقات دیگری که همه داده‌ها موافق این نتیجه‌گیری که درمان‌های دارویی برتر از درمان‌های رفتاری‌اند، نیستند و بررسی اثربخشی این درمان‌ها نیاز به تحقیقات بیشتری دارد (واشوش و هیل^۶، ۲۰۰۳؛ به نقل از توپلاک^۷ و همکاران، ۲۰۰۸). مزایای درمان‌های کوتاه‌مدت با محرک‌ها نسبتاً به خوبی تأیید شده است، اما شواهد تجربی برای کارایی و اثربخشی بلندمدت آنها ضعیف بوده است (اسپنسر^۸، ۱۹۹۶؛ شاختر^۹، ۲۰۰۱).

^۱ Concher

^۲ Verishters

^۳ Van der Oord

^۴ Hanshoker

^۵ Hinshow

^۶ Vash Bosh & Hill

^۷ Toplak

^۸ Spencer

^۹ Shakhter



بی‌شک بزرگترین و موثرترین تحقیق در حوزه‌ی درمان اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی، تحقیق درمان چند وجهی کودکان دارای اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی است که در سال ۱۹۹۹ توسط گروه همکاری MTA^۱ با نمونه‌ای بالغ بر ۵۷۹ کودک دارای اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی نوع فرعی ترکیبی و با میانگین سن ۷ تا ۹/۹ سال به مدت ۱۴ ماه انجام گرفت. در کل تفسیر نتایج نشان داد که دارو درمانی در مقایسه با رفتار درمانی تنها به طور معناداری نشانه‌های اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی را کاهش داده است و اینکه ترکیب دارو درمانی و درمان رفتاری به طور معناداری بهتر از دارو درمانی یا رفتار درمانی به تنهایی نیست. این تحقیق منجر شده است تا بسیاری نتیجه‌گیری کنند که دارو درمانی، تنها گزینه‌ی دارای اعتبار برای درمان این کودکان است و این که راهبردهای مداخله‌ای دیگر مانند رفتار درمانی برای درمان نشانه‌های اصلی اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی اهمیت ندارند (هین شاو^۲، ۲۰۰۶).

اگرچه برخی معتقدند که دارو درمانی موفق‌ترین درمان برای این اختلال است (هان شوکر^۳، ۱۹۹۳؛ به نقل از لهتر - دوا^۴، ۲۰۰۱ و هین شاو، ۲۰۰۶) و از متیل فندیت (ریتالین)^۴ به عنوان داروی محرکی که بر ۸۰٪ کودکان دارای اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی مؤثر بوده است، نام می‌برند (کابوت و آکاردو^۵، ۱۹۹۱)، اما محققان دیگری مطرح کرده‌اند که همه‌ی داده‌ها موافق این نتیجه‌گیری که درمان‌های دارویی برتر از درمان‌های رفتاری‌اند، نیستند و بررسی اثربخشی این درمان‌ها نیاز به تحقیقات بیشتری دارد (واش‌بوش و هیل^۶، ۲۰۰۳؛ به نقل از توپلاک^۷ و همکاران، ۲۰۰۸).

^۱ MTN Cooperaative Groups ۱۹۹۹

^۲ ihshow

^۳ Hanshoker

^۴ Ritalin

^۵ Capute & Accardo

^۶ Waschbusch & Hill

^۷ Toplak



به نظر می‌رسد علی‌رغم اینکه دارو درمانی به راحتی قابل استفاده است و به طور وسیع در دسترس می‌باشد و نسبت به عوارض جانبی کم در کاهش نشانه‌های اصلی ADHD مؤثر است، اما محدودیت‌هایی دارد (توپلاک و همکاران، ۲۰۰۸).

کودکان تحت درمان با محرک‌ها اغلب عوارض جانبی نشان می‌دهند (شاختر و همکاران، ۲۰۰۱). به علاوه به نظر می‌رسد تأثیر دارو درمانی به میزان زیادی فردی است، طوری که برخی از کودکان با دوز پایین و برخی با دوز بالا بهبودهایی را نشان می‌دهند (پلهام و مورفی، ۱۹۸۶). با اینکه تحقیقات کوتاه‌مدت نقش مهم و برجسته محرک‌ها را در بهبود نشانه‌های اصلی ADHD نشان داده‌اند، اما تحقیقات اثرات پایدار و بلندمدت آنها را بر پیشرفت تحصیلی و مهارت‌های اجتماعی اثبات نکرده است (شاخار^۱ و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از توپلاک و همکاران، ۲۰۰۸، والن و هنکر^۲، ۱۹۹۱، گرین هیل^۳ و همکاران، ۱۹۹۹).

اگرچه تعدادی از والدین با استفاده از دارو درمانی به عنوان یک مداخله موافق هستند و حتی جانستون^۴ (۲۰۰۸) دریافت مادران دارودرمانی را برای فرزندانشان مؤثرتر از راهبردهای رفتاری ارزیابی می‌کنند، اما برخی از والدین به دلایل خاصی نسبت به استفاده از دارودرمانی برای فرزندانشان واهمه دارند. برخی معتقدند استفاده از دارودرمانی می‌تواند به سوء مصرف مواد و سوء مصرف داروهای محرک منجر شود (لفور^۵ و همکاران، ۲۰۰۳). این در حالی است که در حقیقت دارو درمانی می‌تواند به کودکان در یادگیری مهارت‌هایی برای موفقیت در زندگی کمک کند و

^۱ Schachar

^۲ Whalen & Henker

^۳ Greenhill

^۴ Jonston

^۵ Lefever



بنابراین زمانی که برایشان مشکلی رخ دهد کمتر احتمال دارد به سمت مصرف داروها یا الکل گرایش پیدا کنند (نوویرت^۱، ۱۹۹۶، به نقل از لهر - دوا، ۲۰۰۱).

عوارض جانبی منفی نهفته در دارودرمانی، شکست تحقیقات اثبات کننده پایداری تغییر درمان پس از قطع دارودرمانی و این حقیقت که ۲۰٪ تا ۳۰٪ کودکان ADHD به دارو درمانی یا محرک‌ها پاسخ نمی‌دهند و برخی از عقاید والدین مبنی بر بیماری نبودن ADHD از دلایل دیگر برخی از خانواده‌ها برای عدم توافق با استفاده از این درمان می‌باشد (دوپانون و همکاران، ۱۹۹۸؛ به نقل از دانفورت^۲ و همکاران، ۲۰۰۶؛ لهر - دوا، ۲۰۰۱؛ توپلاک و همکاران، ۲۰۰۸).

محدودیت‌های مطرح شده در بالا سبب شده است تا برخی از والدین و متخصصان گزینه‌های درمانی دیگری را انتخاب کنند. درمان‌های روانی - اجتماعی این اختلال را می‌توان به چهار طبقه تقسیم کرد:

۱- رفتار درمانی بالینی (مثل برنامه‌ی فرزندپروری مثبت)

۲- کنترل وابستگی‌ها^۳ (مثل مداخلات رفتاری در کلاس)

۳- برنامه‌های رفتار درمانی فشرده^۴ (مثل ترکیب رفتار درمانی بالینی با کنترل وابستگی‌ها)

۴- درمان‌های شناختی - رفتاری (مثل خودآموزهای کلامی^۵، آموزش مهارت‌های اجتماعی^۱ و راهبردهای حل مسأله^۲ و الگوسازی شناختی^۳) (یلهام و همکاران، ۱۹۹۸؛ به نقل از مفتاق، ۱۳۸۸).

^۱ Neuwirth

^۲ Danforth

^۳ Contingency Management

^۴ Intensive

^۵ Verbal Self Instruction



محققان متعددی دریافته‌اند که (۱) رفتار درمان بالینی، (۲) کنترل وابستگی‌ها (مدیریت مشروط) و (۳) درمان‌های رفتاری چند وجهی فشرده، ملاک‌های مورد نظر برای درمان‌های مورد حمایت تجربی اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی را دارا می‌باشد اما (۴) درمان‌های شناختی - رفتاری این‌گونه نیستند (چامبلس و اولندیک^۴ ۲۰۰۱؛ به نقل از ون دراورد و همکاران، ۲۰۰۸، و یلهام و همکاران، ۱۹۹۸).

فرا تحلیل‌های اخیر نیز که اندازه اثرهای بالایی را برای درمان با محرک‌ها گزارش کرده‌اند، اگرچه از اثربخشی درمان‌های روانی - اجتماعی (رفتاری و شناختی - رفتاری) حمایت کرده‌اند، اما اندازه اثر به دست‌آمده برای این درمان‌ها در دامنه‌ای از کم تا زیاد و حتی کم تا متوسط گزارش شده است (فایبانو و یلهام و همکاران، ۲۰۰۹؛ ون دراورد و همکاران، ۲۰۰۸؛ توپلاک و همکاران، ۲۰۰۸).

اگرچه اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی نوعی اختلال زیستی دانسته می‌شود، ولی نشانه‌های ثانویه از جمله تحمل پایین ناکامی، اضطراب، افسردگی، پیشرفت تحصیلی پایین و مشکلات بین فردی در این اختلال وجود دارد که می‌تواند از دیدگاه غیر زیستی نیز مد نظر قرار گیرد (الیس و برنارد^۵، ۲۰۰۶). از آنجایی که کنترل این گروه از کودکان در مقایسه با همسالان دشوارتر است، با مشکلات رفتاری بیشتری مواجه می‌شوند (محمداسماعیل، ۱۳۸۳؛ به نقل از بهمنی و عزیزاده، ۱۳۹۰). در واقع، به علت تکانشگری و نداشتن توجه به پیامدهای اعمال خود، رابطه‌ی این کودکان با والدین تیره شده و تضاد میان کودک و مادر در سنین پیش‌دبستانی بیشتر می‌شود و تا دوران نوجوانی ادامه می‌یابد (کرونیس^۶ و همکاران، ۲۰۰۴). در واقع، خانواده‌های کودکان با این

^۱ Social Skill Training

^۲ Problem - Solving

^۳ Cognitive Modeling

^۴ Chambless & Ollendich

^۵ Ellis & Bernard

^۶ Cronis



اختلال مشکلات زیادی دارند، تعاملاتشان منفی بوده و کنترل شدیدی اعمال می‌کنند (پلیزکا^۱ و همکاران، ۱۹۹۹).

بارکلی و همکاران (۱۹۹۹) در بررسی تعاملات کودکان دارای اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی با والدینشان دریافتند که آنها بیش از کودکان بدون مشکل از سوی والدین دستور دریافت می‌کنند و همچنین سرزنش و توبیخ می‌شوند. این شیوه فرزندپروری رفتار نامناسب را تقویت می‌کند. متوقف کردن این چرخه در مورد کودکان با این اختلال اهمیت دارد.

شواهدی نیز وجود دارد که نشان می‌دهد، تعاملات والد - کودک زمانی که والدین آموزش لازم را دریافت می‌کنند و کودک نیز تحت درمان با داروهای محرک قرار می‌گیرد، بهبود می‌یابد (دانفورث و همکاران، ۱۹۹۱؛ به نقل از لهتر - دوا، ۲۰۰۱).

به علاوه آموزش والدین می‌تواند برای والدین تاثیر درمانی داشته باشد. به عنوان مثال منجر به کاهش استرس و افسردگی و اضطراب و افزایش عزت نفس آنها می‌گردد. در ضمن آموزش والدین به بهبودها و پیشرفت‌هایی در گزارش والدین از شدت نشانه‌های ADHD فرزندشان شده است (پیسترمن و همکاران، ۱۹۹۲؛ آناستاپولوس و همکاران، ۱۹۹۳).

بارکلی (۲۰۰۲) معتقد است آموزش والدین موجب افزایش شناخت آنان از ماهیت اختلال شده و اعتماد به نفسشان را در خصوص نقش فرزندپروری بالا خواهد برد و نیز به آنها کمک می‌کند تا رفتارهای نامتناسب فرزند خود را کنترل کرده و کاهش دهند و در تربیت آنها احساس موفقیت بیشتری داشته باشند. همچنین بررسی‌ها نشان می‌دهد، اثرات درمانی به مدت ۴ تا ۵ سال پس از آموزش همچنان پایدار بوده‌اند.

^۱ Pliszka



زندگی کردن با کودک دارای اختلال یا ناتوانی، اغلب بصورت عاملی استرس‌زا برای خانواده درک شده و می‌تواند همه جنبه‌های خانواده را تحت تاثیر قرار دهد. در این میان از آنجایی که مادر در تعامل بیشتر با این کودکان می‌باشد، احتمالاً بیشترین تأثیر را خواهد پذیرفت. گرچه رفتارهای والدینی ناکارآمد، شاید به عنوان واکنشی در مقابل مشکلات رفتاری کودک مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی باشد، آن می‌تواند یک نقش سبب‌شناسی در ظهور اختلال رفتاری همزمان در بین این کودکان نیز داشته باشد (جانستون و ماش^۱، ۲۰۰۱). هرچند به سهم بالقوه‌ی این عامل در سبب‌شناسی اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی توجه چندانی نشده است (جنسن^۲ و همکاران، ۱۹۹۳؛ به نقل از ری^۳ و همکاران، ۲۰۰۰).

با توجه مطالب بیان‌شده، پژوهشگر در این پژوهش، به دنبال این مسأله است که آیا آموزش گروهی فرزندپروری مثبت بطور کلی باعث بهبود رابطه مادر - کودک می‌شود.

اهداف این تحقیق عبارتند از:

- (۱) بهبود نشانه‌های بیش‌فعالی در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی.
- (۲) تغییر شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی.
- (۳) بهبود رابطه مادر - کودک از طریق پذیرش کودک توسط مادر و همچنین کاهش طرد از سوی مادر و بهبود ناهمسانی انضباطی کودک.

^۱ Johnston & Mash

^۲ Jesen

^۳ Rey



بخش دوم: ضرورت و اهمیت پژوهش

به دلیل وجود اختلال‌های همراه نتایج زیان‌آور و شیوع آن، ADHD یکی از اختلال‌های پر هزینه جامعه است. هزینه‌ی تشخیص و درمان ADHD در ایالات متحده سالانه بیش از ۵۰ بیلیون دلار برآورده شده که تقریباً مشابه هزینه جامعه برای افسردگی عمده است (پلهام و همکاران، ۲۰۰۷؛ به نقل از فایبانو، ۲۰۰۹). چنین هزینه‌ای برای جوامع گویای اهمیت و ضرورت پژوهش در این حیطه می‌باشد.

به علاوه تغییر در مفهوم سازی ADHD ما را مجبور می‌کند تا به طور دائم کفایت رویکردهای درمانی‌مان را ارزیابی کنیم و این در حالی است که نظریه‌های موقت ما از ADHD تعامل مهمی با رویکردهای درمان ما دارد. به عنوان مثال استفاده از راهبردهای حل مسأله و میانجی‌های کلامی در صورتی که نقایص هسته‌ای و اصلی ADHD در دوران بیش از تکلم رخ داده باشد، ممکن است در حقیقت ما را گمراه کرده باشد (هین شاو، ۲۰۰۶).

از اوایل دهه‌ی ۱۹۹۰، محققان متعددی به تعیین و شناسایی درمان‌های مبتنی بر شواهد برای اختلال‌های روانشناختی مانند ADHD تأکید کرده‌اند (چامبلس و اولندیک، ۲۰۰۱؛ ویز^۱ و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از فایبانو، ۲۰۰۹).

به نظر می‌رسد تأکید محققان برای تعیین و شناسایی درمان‌های مبتنی بر شواهد برای اختلال ADHD صرف نظر از روشن شدن محدودیت‌هایی که هر رویکرد درمانی دارد، تناقض و ابهام در نتایج به دست آمده از تحقیقات باشد. مرور پیشینه تحقیقات انجام‌گرفته و مخصوصاً فراتحلیل‌ها اغلب اوقات نتایج متناقضی را برای هر رویکرد درمانی به ارمغان می‌آورد. به نظر می‌رسد یکی از دلایل این تناقضات و ابهامات، تفاوت در طرح تحقیق انتخابی و روش شناختی تحقیقات مختلف باشد.

^۱ Viss



علی‌رغم اینکه دارو درمانی به راحتی قابل استفاده شده و به طور وسیعی در دسترس می‌باشد و نسبت به عوارض جانبی کم در کاهش نشانه‌های اصلی ADHD است اما محدودیت‌هایی دارد (توپلاک و همکاران، ۲۰۰۸). به طور مثال کودکان تحت درمان با محرک‌ها اغلب عوارض جانبی نشان می‌دهند (شاختر و همکاران، ۲۰۰۱).

با توجه به تحقیقات در مورد تأثیر تعاملات منفی والد - کودک و شیوه فرزندپروری ناکارآمد والدین در ایجاد اختلالات رفتاری کودکان، ضرورت اعمال مداخلاتی جهت تغییر در شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد والدین و در نتیجه کاهش مشکلات رفتاری کودکان را روشن می‌کند.

در کشور ما به دلیل کمبود روانشناسان بالینی کودک و ناآشنایی درمانگران نسبت به کاربرد روش‌های روانشناختی در درمان مشکلات روانشناختی و روانپزشکی کودکان اغلب از درمان‌های جسمی و فیزیکی (دارویی) برای کودکان استفاده می‌شود و این در حالی است که بسیاری از تحقیقات عوارضی جانبی این نوع از درمان‌ها را به اثبات رسانده‌اند (مؤمنی و بهرامی، ۱۳۸۱).

اهمیت انتخاب مادر، در این پژوهش بدان سبب می‌باشد که برخی پژوهشگران (پولسکی و نیگ^۱، ۲۰۰۱؛ به نقل از نئوفیتو و وبر^۲، ۲۰۰۵) بر این اعتقاد هستند که غالباً، مادران، خود را برای رفتار نامناسب کودک مقصر می‌دانند. علاوه بر این مادران به رفتارهای خطرناک پسران، بیشتر با خشونت واکنش نشان می‌دهند، زیرا در کنترل چنین رفتارهایی خود را ناتوان احساس می‌کنند (مورونگیلو و هاگ^۳، ۲۰۰۴؛ به نقل از بیرامی و همکاران، ۱۳۸۸).

با توجه به نیاز ضروری مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی به مداخلات روانشناختی جهت بهبود این اختلال، شیوه فرزندپروری و ارتباط میان مادر - کودک و وجود خلأ و تعارضات موجود در نتایج پژوهشی اثربخشی برنامه آموزش فرزندپروری مثبت در

^۱ Poleskey

^۲ Neophytou K & Webber R

^۳ Moronegilo & Hag



کاهش مشکلات، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی برنامه فرزندپروری مثبت بر نشانه‌های اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی کودک، شیوه فرزندپروری مادر و ارتباط مادر - کودک انجام می‌گیرد.

- اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی

بخش سوم: تعریف عملیاتی

منظور از کودکان مبتلا به نقص توجه - بیش‌فعالی در این پژوهش، نمره‌ای است که فرد در پرسشنامه علائم

مرضی کودکان (CSI-۴) به دست می‌آورند.

بخش چهارم: تعریف مفهومی

چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی مشخصه اصلی این اختلال را الگوی مستمر در فقدان توجه و بیش‌فعالی - تکانشگری می‌داند که در مقایسه با افرادی که در همان سطح از رشد قرار دارند، فراوان‌تر و شدیدتر است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

بارکلی (۱۹۸۸) به نقل از کراتوچویل و موریس (۱۳۸۷)، اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی را چنین تعریف کرده است "اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی، اختلال رشدی فراخنای توجه/ تکانشگری / و یا بیش‌فعالی و نیز رفتارهای قاعده‌مند است که در آن این کمبودها به طور قابل ملاحظه‌ای نامتناسب با سن قبلی کودک است. نشانه‌ها را به طور قابل ملاحظه‌ای نافذ و موقعیتی هستند، معمولاً در طول زمان مزمن یا پایدارند و نتیجه مستقیم تأخیر شدید زبان، ناشنوایی، نابینایی، اوتیسم یا روان‌پریشی دوران کودکی نیستند" (به نقل از مفتاح، ۱۳۸۸)



نتیجه گیری

با توجه به نتایج این پژوهش و تبیین‌هایی که برای آنها آورده شد، این نتیجه به دست می‌آید که آموزش گروهی فرزندپروری مثبت، می‌تواند نشانه‌های بیش‌فعالی را کاهش دهد. همچنین تأثیر معناداری بر شیوه فرزندپروری مادر دارد به طوری که شیوه فرزندپروری مستبدانه و سهل‌گیرانه را کاهش و شیوه مقتدرانه را افزایش داد. به علاوه این پژوهش نشان داد که این آموزش باعث بهبود رابطه مادر - کودک از دید کودک می‌شود. به طوری که پذیرش کودک توسط مادر را افزایش و ناهمسانی انضباطی و طرد کودک را کاهش می‌دهد.

کاربرد نتایج پژوهش

یافته‌های این پژوهش را می‌توان از دو جنبه کاربردهای نظری و عملی مورد توجه قرار داد. در حوضه‌ی نظری باید اذعان داشت که تعبیر در مفهوم‌سازی ADHD و ارائه‌ی نظریه‌های موقت پیرامون این اختلال و درمان آن، ما را دائم مجبور می‌کند تا کفایت رویکردهای درمانی مختلف را بررسی کنیم.

از طرفی در حوضه‌ی کاربردهای عملی با مسائل مختلفی مواجه خواهیم شد که به آنها اشاره خواهیم کرد. همانطور که اشاره شد نتایج حاصل از تحلیل یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش گروهی فرزندپروری مثبت به عنوان درمانی مؤثر برای اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی شناسایی شد که می‌توان گفت زمانی که دلایل خاصی نیازمند درمان اثربخش هستیم از این درمان استفاده کنیم.

به طوری که بر اساس ارزیابی مادران از شدت کلی علائم اختلال نقص توجه بیش‌فعالی، شیوه فرزندپروری ناکارآمد مادران کاهش پیدا کرد و همچنین در روابط مادر - کودک بهبودی حاصل شد.



همچنین دارو درمانی به عنوان یک روش درمانی اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی دارای اثرات جانبی برای کودک است و اثر درمانی کوتاه‌مدتی دارد و نیز پرهزینه است. از سوی دیگر آموزش رفتاری مادران کم‌هزینه و سهل‌الوصول است، می‌تواند توسط یک کارشناس روانشناسی که دوره‌های آموزشی خاصی را طی کرده باشد، اجرا شود؛ می‌توان از این روش در مدارس برای آموزش به والدین و مربیان استفاده کرد. بنابراین با نگاه دقیق به تمام یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر می‌توان آموزش رفتاری را به عنوان یک روش درمانی مؤثر برای اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی و بهبود روابط مادر - کودک در نظر گرفت. پر واضح است که به منظور دستیابی به بیشترین نتیجه می‌توان از ترکیب آموزش رفتاری مادران و دارو درمانی به بهترین نتایج درمانی در مواردی که شرایط لازم همچون زمان و امکانات فراهم باشد، دست یافت.



منابع و مآخذ

- آرزو مانیانسن، آ. (۱۳۷۸) رشد و تکامل/انسان. تهران: نور دانش
- آذر پیکان، جابر. (۱۳۹۰). بررسی رابطه مؤلفه‌های فرزندپروری و سبک پردازش هویت در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر شیراز. *پایان نامه کارشناسی/ارشد*. دانشگاه شیراز.
- آل بهبهانی، م، (۱۳۸۴). بررسی اثرات درمانی آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان و ترکیب آن با مداخله حل مسئله به والدین بر اختلال نارسایی توجه - فزون کنشی در کودکان. *پایان نامه کارشناسی/ارشد*. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز.
- احدی، حسن. بنی جمال، شکوه السادات. (۱۳۸۵). *روانشناسی رشد*، چاپ شانزدهم، تهران: انتشارات شرکت پردیس ۵۷.
- اردبیلی، الهام. (۱۳۹۰). بررسی تاثیر درمان رابطه کودک - مادر بر تنیدگی مادران و مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی. *پایان نامه کارشناسی/ارشد*. دانشگاه شیراز.
- اعرابی، ناهید. شفیعی، فرهاد. فردخانی، شاهین. (۱۳۸۹). شیوع اختلال کاهش تمرکز - بیش‌فعالی در خانواده‌های ساکن شهرک‌های سازمانی شهر تهران در سال ۱۳۸۵. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی/ارتش*، شماره ۲، ۱۷۹-۱۸۵.
- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۱۳۸۱). *راهنمایی آماری و تشخیصی اختلالات روانی*. ترجمه نیکخو، م، ر. آوادیس، یانس، ه. تهران: سخن.
- برک، لورا. (۱۳۸۷). *روانشناسی رشد*. ترجمه سید محمدی، یحیی. چاپ سیزدهم. تهران: انتشارات ارسباران. بهمنی، طاهره، علیزاده، حمید. (۱۳۹۰). بررسی اثر آموزش مدیریت به مادران



بر بهبود شیوه فرزندپروری و کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی فرزندان. *مجله‌ی روانشناسی افراد استثنایی*، سال اول، شماره اول.

بیرامی، منصور. حکمتی، عیسی. سودمند، محسن. (۱۳۸۸). مقایسه عملکرد خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی با خانواده‌های دارای کودکان بهنجار. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز*، سال چهارم، شماره ۱۶، ۲۷-۴۷.

پشت مشهدی، مرجان. محمدخانی، پروانه. پورشهباز، عباس. خوشابی، کتایون. (۱۳۸۹). تحت عنوان اثربخشی مداخله ترکیبی درمان دلبستگی و آموزش فرزندپروری در مادران دلبسته ناایمن بر نشانه‌های کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی. *مجله‌ی روان‌شناسی بالینی*. سال اول، شماره ۳. ۶۳-۷۶.

پوراحمدی، الناز، جلالی، محسن. شعیری، محمدرضا. طهماسیان، کارینه. (۱۳۸۸). بررسی اثر کوتاه‌مدت آموزش برنامه فرزندپروری مثبت بر تغییر شیوه‌های فرزندپروری مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. *مجله‌ی خانواده پژوهی*. سال پنجم. شماره ۲۰. ۵۳۲-۵۱۹.

توکلی‌زاده، ح. بوالهروی، ح. مهریار، ام. دژکام، م. (۱۳۷۵). همه‌گیر شناسی اختلالات رفتار ایدایی و کمبود توجه در دانش‌آموزان دبستانی شهر گناباد. *مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد*. سال دوم. شماره ۶. ۴۵-۵۶.

تهمتن، کلثوم (۱۳۷۷). رابطه شیوه فرزندپروری والدین و انگیزش پیشرفت دانش‌آموزان. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی دانشگاه شیراز*. دانشکده علوم تربیتی.

جاودان، موسی (۱۳۸۳). بررسی رابطه‌ی شیوه‌های فرزندپروری و خود ادراکی علل موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان دختر و پسر دبیرستانی. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی دانشگاه شیراز*. دانشکده علوم تربیتی.



جعفری، بهناز سادات. موسوی، رقیه. فتحی آشتیانی، علی. خوشایی، کتایون. (۱۳۸۹). اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه، فصلنامه خانوادہ‌پژوهی، سال ششم، شماره ۲۴، ۵۱۰-۴۹۷.

جعفری، بهناز سادات. فتحی آشتیانی، علی. طهماسیان، کارینه. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی آموزش گروهی برنامه فرزندپروری مثبت به مادران بر کاهش نشانه‌های مرضی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی. فصلنامه فرهنگ، مشاوره و روان‌درمانی. سال دوم. شماره ۷. ۱۳۸-۱۲۳.

حاجبی، ا. حکیم شوشتری، م و خواجه‌الدین، ن. (۱۳۸۳). تأثیر آموزش مدیریت رفتاری به والدین کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی. مجله‌ی اندیشه و رفتار.

دادستان، پ. (۱۳۸۲). روانشناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی، تهران، انتشارات سمت. دادستان، پریرخ. طهرانی‌زاده، مریم. رسول‌زاده طباطبایی، کاظم. آزاد فلاح، پرویز. فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۸۸). اثربخشی برنامه درمانگران کندال بر سبک‌های مقابله‌ای کودکان ایرانی مبتلا به اختلال‌های درونی‌سازی‌شده. فصلنامه علمی - پژوهشی پژوهش در سلامت روانشناختی، دوره سوم، شماره سوم، ۶۸-۵۹.

زارعی، م، ب. (۱۳۷۹). بررسی تأثیر آموزش رفتاری والدین و دارو درمانی بر میزان علائم بیش‌فعالی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی. پایان‌نامه کارشناسی/ارشد. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان.

زرگری نژاد، غزاله (۱۳۸۳). بررسی اثربخشی آموزش والدین بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به نقص توجه و بیش‌فعالی. پایان‌نامه کارشناسی/ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی ایران.



شاهی، عبدالستار. (۱۳۸۸). اثربخشی گروهی برنامه والدگری مثبت به مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی در کاهش مشکلات برونسازي کودک. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد، مشاوره توانبخشی*. دانشگاه علوم بهزیشتی توانبخشی.

شعاری‌نژاد، علی‌اکبر (۱۳۸۶). *روانشناسی رشد*. تهران: اطلاعات.

سامانی، سیامک؛ خیر، محمد؛ صداقت، خدیجه و امیدی، محمد (۱۳۸۸). بررسی اعتبار و پایایی پرسشنامه والدگری آلاباما برای استفاده در ایران. *مقاله ارائه‌شده در چهارمین کنگره سراسری آسیب‌شناسی خانواده*. تهران. دانشگاه شهید بهشتی.

سلیمان‌نژاد، ح. (۱۳۷۶). همه‌گیرشناسی اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی در دانش‌آموزان ۷-۱۱ سال مدارس ابتدایی شهر ایلام. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*. دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان اصفهان.

سادوک، ب، ج. سادوک، و، آ. (۱۳۸۲). *خلاصه روانپزشکی*. ترجمه رفیعی، ح و سبحانیان، خ. تهران: انتشارات ارجمند.

صالح مجتهد، م. (۱۳۷۳). بررسی میزان اختلال کاهش توجه در دانش‌آموزان پسر دبستان‌های شهر تهران بر اساس مقیاس کانرز. *مجله اندیشه و رفتار*، سال اول، شماره ۲ و ۳، ۹۲-۸۷.

صادقی، اکبر. (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر کارکرد خانواده، کیفیت زندگی و علائم اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*. تهران: دانشگاه شهید بهشتی. ۱۱۰-۱۱۳.

کرانچویل، ت. آر. موریس، آر، جی. (۱۳۷۸). *روانشناسی بالینی کودک (روش‌های درمانگری)*. ترجمه م. نائینیان و همکاران. تهران: انتشارات رشد.



کلانتری، م. نشاط، دوست، ح. زارعی، م. (۱۳۸۰). تاثیر آموزش رفتاری والدین و دارو درمانگری بر میزان علائم فزون‌کنشی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی، مجله روانشناسی، سال پنجم، شماره ۲، ۱۱۸-۱۳۵.

کلانتری، م. مولوی، ح. توسلی، م. (۱۳۸۴). رابطه بین شیوه فرزندپروری و اختلالات رفتاری در کودکان پیش‌دبستانی شهر اصفهان. مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی. شماره ۲۴ کندل، اف، سی (۱۳۸۲). اختلالات کودکی، ترجمه، کلانتری، م. گوهری انارکی، م. اصفهان. جهاد دانشگاهی واحد اصفهان.

طبائیان، س، ر. (۱۳۸۶). تاثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر افزایش مهارت‌های اجتماعی و بهبود روابط با همگنان در کودکان پسر مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی مقطع ابتدایی. پایان‌نامه کارشناسی/ارشد. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان.

فتحی، نادر. (۱۳۷۴). تاثیر برنامه آموزش مدیریت والدین در کاهش علائم اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه. پایان‌نامه کارشناسی/ارشد، انستیتو روانپزشکی تهران.

فرمند، آ. (۱۳۸۵). سودمندی درمان ترکیبی: برنامه گروهی فرزندپروری و دارو درمانی بر علائم و شیوه‌های تربیتی کودکان ۱۲-۳ ساله مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی. پایان‌نامه دکتری روان‌پزشکی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران. ۹۷-۹۰.

قشنگ، نیره (۱۳۸۲). تاثیر آموزش مادران بر کاهش تنیدگی رابطه مادر و کودک. پایان‌نامه کارشناسی/ارشد روانشناسی عمومی. دانشگاه شهید بهشتی.

قطین حور، ش. (۱۳۷۵). بررسی رابطه اختلالات رفتاری فرزندان با شیوه‌های فرزندپروری مادران در بین دانش‌آموزان پسر کلاس‌های چهارم و پنجم شهر اردبیل در سال تحصیلی ۷۴-۷۵. پایان‌نامه کارشناسی/ارشد. دانشگاه تربیت معلم. تهران.



عابدی شاپور آبادی، ثریا. پور محمد رضای تجربی، معصومه. محمدخانی، پروانه. فرضی، مرجان. (۱۳۹۱). اثربخشی برنامه گروهی والدگری مثبت بر رابطه مادر - کودک در کودکان با اختلال نقص توجه - بیش فعالی. *مجله‌ی روانشناسی بالینی*. ۴(۳). ۶۳-۷۳.

عاقبتی، اسماعیل. (۱۳۹۰). اثربخشی و رضایت از برنامه فرزندپروری مثبت در مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش فعالی و مقایسه آن با مادران کودکان مبتلا به اضطراب جدایی. *پایان نامه دکتري روانشناسی بالینی*. دانشگاه علوم پزشکی تهران. انستیتو روانپزشکی تهران.

علیزاده، حمید. (۱۳۸۳). *اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی*. تهران: انتشارات رشد.

ماسن، پاول هنری و همکاران (۱۳۸۰). *رشد و شخصیت کودک*. ترجمه مهشید پاسایی. چاپ هفدهم. تهران: نشر مرکز.

محمداسماعیل، ا. (۱۳۸۵). *درسنامه درمان رفتاری - شناختی کودکان مبتلا به بیش فعالی/نارسایی توجه*. تهران: انتشارات دانش.

مرادی، م. (۱۳۸۰). بررسی تأثیر خانواده درمانی به روش ساختی بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین متقاضی طلاق شهرستان اصفهان. *پایان نامه کارشناسی/ارشد*. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. دانشگاه اصفهان.

مفتاح، داوود. (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر آموزش رفتاری مادران، خودآموزی کلامی به کودکان و دارو درمانی بر اختلال نقص توجه - بیش فعالی کودکان. *پایان نامه کارشناسی/ارشد*. دانشگاه شیراز.

مؤمنی، ف. بهرامی، ه. (۱۳۸۱). بررسی کارایی روش عصبی روانی دلاکائو در میان کودکان بیش فعال. *مجله‌ی اندیشه و رفتار*، سال نهم، شماره ۴، ۷۸-۷۳.



مینایی، اصغر. (۱۳۸۵). مطالعه ساختار عاملی فرم گزارش معلم آخنباخ با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی. *پژوهش در حیطه کودکان/استثنایی*، سال ششم، شماره سوم، ۷۸۶-۷۶۹.

هیبیتی، خلیل (۱۳۸۱). بررسی شیوه‌های فرزندپروری والدین و رابطه آن با شیوه‌های مقابله با استرس دانش‌آموزان دختر و پسر سال سوم دبیرستان‌های شهر زرقان. *پایان‌نامه کارشناسی/ارشد روانشناسی تربیتی*. دانشکده علوم تربیتی. دانشگاه شیراز.

هادیان فرد، ح؛ نجاریان، ب (۱۳۸۰). درمان شناختی تعلیم خودآموزی کلامی. *فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی*، شماره ۱۹، ۷۹-۶۷.

هالچین، آر، پی. ویتبورن، اس، س. (۱۳۸۵). *آسیب‌شناسی روانی*. ترجمه سید محمدی. تهران. نشر روان.

هوش‌ور، پارسا. بهینا، فاطمه. خوشابی، کتایون. میرزایی، هوشنگ. رهگذر، مهدی. (۱۳۸۸). بررسی تاثیر آموزش گروهی والدین دارای کودکان ADHD ۴ تا ۱۰ ساله بر میزان اختلالات رفتاری فرزندان‌شان. *مجله علوم توانبخشی*، شماره ۱۰، ۳۴-۲۰.



جهت همکاری با بنیاد علمی قانون یار در راستای برگزاری سمینار، کارگاه های آموزشی، کنگره و نشست های علمی با موسسه تماس بگیرید ۵۲۶ و ۰۲۱۶۶۹۷۹۵۱۹ مدیر پژوهش ۰۹۱۹۶۷۴۸۶۲۵

6th scientific conference of Ghanonyar Institute at the national level

ششمین همایش ملی

جرم شناسی و پیشگیری از ارتکاب جرم، خودکشی و انحرافات جوانان در جامعه

**مشاره ۲۴ ساعت به پژوهشگران
در خصوص نگارش و ارسال مقالات
۰۹۱۹۶۷۴۸۶۲۵**

مخبرهای پذیرش مقالات پژوهشگران:

- ۱- پژوهش های مربوطه در حوزه پیشگیری از ارتکاب جرم و خودکشی
- ۲- شناخت علل و عوامل انحرافات جوانان در جامعه و ارائه راهکار عملی
- ۳- بررسی لزوم رعایت حجاب و آثار و پیامدهای آن در جامعه
- ۴- راهکارهای مبارزه با فقر، بی حجابی و فساد، اعتیاد، طلاق و
- ۵- پژوهش های مربوطه در راستای عدالت کیفری و عدالت ترمیمی
- ۶- تاثیر کیفر و مجازات در تکرار جرم و دستیابی به جامعه ای سالم
- ۷- شناسایی معضلات و اسباب های اجتماعی و ارائه راهکار حل مشکل

ایمیل همایش برای ارسال مقالات LOMENSANI@YAHOO.COM	کسیر علمی و مسئول همایش دکتر بهنام اسدی
مدیر هیات سیاستگذاری همایش دکتر سیدمصطفی حسینی	ارسال مقاله از طریق پیام رسان ۰۹۱۰۰۶۳۶۰۰۰۲
شماره تماس های دبیرخانه همایش ۰۲۱۶۶۹۷۹۵۱۹ و ۵۲۶	مکان و زمان برگزاری همایش ۲۹ آذر- سالن همایش سازمان ارشاد برورد

لوگو حامیان معنوی و برگزار کنندگان همایش

ششمین همایش جرم شناسی و پیشگیری از ارتکاب جرم، خودکشی و انحرافات جوانان (نهاد برگزار کننده: بنیاد علمی و حقوقی قانون یار) - برورد ۲۹ آذر ماه ۱۴۰۲