

مقایسه الگوهای تعامل والدین در کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه - بیش فعالی با گروه کنترل

دکتر مژگان کار احمدی^{۱*}، سیده راضیه طبانیان^۲، محمد افخمی عقدا^۳

چکیده

مقدمه: الگوهای ارتباطی والدین با کودکان می تواند شخصیت فرزندان را تحت تأثیر قرار داده و باعث ایجاد ویژگیهای رفتاری مثبت یا منفی شود. چگونگی برخورد والدین، اثرات طولانی بر رفتار، عملکرد، انتظارات و در نهایت بر شخصیت افراد در آینده دارد. هدف از انجام این پژوهش، بررسی الگوهای تعامل والدین در کودکان با اختلال کمبود توجه - بیش فعالی می باشد.

روش بررسی: این مطالعه از نوع مورد، شاهد و بر روی پنجاه کودک ۷-۱۲ ساله پسر انجام گرفت، ۲۵ نفر دانش آموز مبتلا به اختلال کمبود توجه به پیش فعالی مراجعه کننده به کلینیک های روانپزشکی شهر اصفهان براساس معیارهای تشخیصی **DSM-IV** بودند و ۲۵ نفر نیز دانش آموزان پسر عادی بودند که به صورت نمونه گیری تصادفی خوشه ای چند مرحله ای از بین دبستانهای نواحی پنجگانه شهر اصفهان در سال ۱۳۸۴ انتخاب شدند و پرسش نامه الگوی تعامل والدین (شافر و ادگرتون) در مورد آنها انجام گرفت.

نتایج: در الگوی تعامل «ارتباط» میانگین نمره کودکان عادی ۱۵/۰۸ و میانگین نمره کودکان کمبود توجه - بیش فعال ۱۳/۴۲، در الگوی تعامل «پذیرش» میانگین گروه اول ۱۴/۷۶ و میانگین گروه دوم ۱۱/۷۶، در الگوی تعامل «کنترل» میانگین گروه اول ۱۴/۹۰ و گروه دوم ۱۰/۸۸، در الگوی تعامل «استقلال» میانگین گروه اول ۱۳/۲۸ و گروه دوم ۱۱/۷۶، در الگوی تعامل «کنترل پرخاشگرانه» میانگین گروه اول ۱۳ و گروه دوم ۱۹/۶۸ و در الگوی تعامل «عدم دلبستگی پرخاشگرانه» میانگین گروه اول ۱۳/۳۶ و گروه دوم ۱۶/۶۷ می باشد. میانگین نمره الگوی تعامل والدین کودکان عادی در تمامی الگوهای تعاملی به جز «کنترل پرخاشگرانه» و «عدم دلبستگی پرخاشگرانه» بالاتر از کودکان مبتلا به کمبود توجه - بیش فعالی می باشد.

نتیجه گیری: هرچه نمره الگوی تعاملی «پذیرش» والدین بیشتر باشد، شدت علائم کمبود توجه بیش فعال فرزندان آنها کمتر است. هرچه الگوی تعاملی «کنترل» مثبت در والدین بیشتر باشد نیز شدت علائم کمتر می باشد. همچنین با افزایش نمرات الگوهای تعامل «کنترل پرخاشگرانه» و «عدم دلبستگی پرخاشگرانه» شدت علائم کمبود توجه بیش فعال افزایش می یابد.

واژه های کلیدی: الگوهای تعامل والدین، اختلال کمبود توجه، بیش فعال

مقدمه

است. کودکان مبتلا به این اختلال، بیش از حد پرجنب و جوش هستند، آرام و قرار ندارند، در جای خود بند نمی شوند، به همه چیز دست می زنند و طوری عمل می کنند که گویی یک موتور آنها را به حرکت وا می دارد. اغلب این کودکان، دارای مشکلاتی در قلمرو توجه هستند. ویژگی دیگر این کودکان ناتوانی در مهار رفتارهای تکانشی است^(۱).

اختلال ADHD مانند سایر اختلالات روانی به سبب مجموعه ای

یکی از شایع ترین اختلالات دوران کودکی،

(Attention Deficit Hyper Active Disorder) ADHD

* نویسنده مسئول: استادیار گروه روانپزشکی - فوق تخصص روانپزشکی اطفال
تلفن: ۰۳۱۱-۴۳۹۳۱۸۲، نمابر: ۰۳۱۱-۲۲۲۲۴۷۵، همراه: ۰۹۱۲۳۰۰۸۰۱۹
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان
Email: Karahmadi@med.mui.ac.ir

۲- کارشناسی ارشد روانشناسی - دانشگاه اصفهان

۳- کارشناس ارشد تکنولوژی آموزشی

۳- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
تاریخ دریافت: ۱۳۸۵/۳/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۵/۱۱/۱۲

به نابسامانی های خانوادگی، نظیر اعتیاد به الکل، اضطراب مزمن والدین و افسردگی مادر دانسته اند و از سوی دیگر به علت فراوانی بیشتر مبتلایان به ADHD در خانواده های پرجمعیت آن را به محرکهای محیطی نامناسب مانند کثرت افراد و عدم رفاه خانواده نسبت داده اند^(۴).

نتایج تحقیقات «بارکلی» (۱۹۹۲) و «آناستوپولوس» (۱۹۹۲) نشان می دهند که ارتباط مادران نوجوان ADHD با فرزندانشان، منفی تر از مادران دیگر است و به هنگام بروز اختلاف، خشمگین تر می شوند. مادران این نوجوانان، اغلب خودرأی و مستبد و گرایش کمتری به حل مسأله نشان می دهند. بدین ترتیب الگوهای تعامل خاص این والدین، ایجاد رابطه و حل تعارض را مشکل تر می سازد^(۴).

در تحقیقات انجام شده توسط paternit و همکاران (۱۹۷۶) در مورد ۹۹ پسر ADHD که با ریتالین و دکسدلین درمان شده بودند چنین نتیجه گیری شد که عوامل خانوادگی در بروز علایم اولیه ADHD نظیر پرتحرکی، نقص توجه و رفتارهای تکانشی تأثیری ندارد، ولی به طور عمده در بروز علایم ثانویه اختلال (پرخاشگری، رفتار ضد اجتماعی و عزت نفس پایین) تأثیر می گذارند^(۵).

عواملی نظیر روابط ضعیف والدین و کودک، پدری که از لحاظ خلق متغیر است، والدین خیلی مشغول به کار، آسیب شناسی روانی والدین و مشکلات در روابط بین پدر و مادر، در علایم ADHD مؤثر تشخیص داده شده اند^(۶).

Jahnston در تحقیقی تعامل بین والدین و کودکان مبتلا به ADHD را مورد بررسی قرار داده و مشاهده کرد که این والدین واکنشهای منفی تری در برخورد با کودکانشان نشان می دادند و شیوه های مثبت کمتری اتخاذ می کردند. در تحقیقی Barkly و کاینینگهام نشان دادند که مادران کودکان ADHD، یک سبک کنترل کننده تر و بیشتر حالت انتقاد کننده داشتند و ارتباط متقابل اجتماعی کمتری را اتخاذ می کردند و کمتر به کودکانشان پاسخ می دادند^(۶،۷).

باتوجه به نقش والدین در شکل گیری رفتار کودکان و کمبود این نوع مطالعات در کشور، پژوهش حاضر طراحی گردید.

روش بررسی

این مطالعه از نوع مورد- شاهد است که بر روی ۲۵ پسر ۷ تا ۱۱ ساله مراجعه کننده به کلینیک های روانپزشکی شهر اصفهان

از عوامل زیستی- روانی- اجتماعی (Biopsychosocial) به وجود می آید. مهمترین اجتماع و شاید اولین اجتماع مورد بررسی خانواده می باشد. نقش خانواده به عنوان اولین محیط آموزشی در ایجاد و یا عدم ایجاد اختلالات رفتاری، پیدایش بیماری ها و اختلالات روانی انکارناپذیر است. چرا که محیط خانواده نخستین محیطی است که الگوهای جسمی، عاطفی و شخصیتی فرد در آن پی ریزی و به تدریج شکل می گیرد و در این رهگذر، خانواده به عنوان یک کانون عشق و محبت، کانون آموزش و عاطفه، انتقال دهنده تمدن و فرهنگ و کلاس اول زندگی ایفای نقش نموده و باعث تکوین شخصیت و تعادل روانی و اجتماعی فرد می گردد^(۲).

به دلیل اینکه کودکان ADHD، هم دارای مشکلات تحرکی، بی توجهی و تحصیلی هستند برخورد والدین با آنها خشن است، حتی گاه آنها را کتک زده و به شدت تحقیر می کنند. اطرافیان با تنبیه کودک تلاش می کنند تا توجه و رفتار او را کنترل کنند و روی یک موضوع خاص متمرکز سازند، اما این امر نه تنها مؤثر واقع نمی شود بلکه کودک را خسته و نگران می سازد و او را برای مقابله با خواسته های اطرافیان، بیش از پیش تحریک می کند. بنابراین نه فقط اختلال کودک تخفیف نمی یابد، بلکه لجبازی و نافرمانی او نیز شروع می شود^(۲).

در اثر شکستهای پیاپی، تنبیهات بدنی، سرزنش های والدین و تحقیر اطرافیان، حس اعتماد به نفس و احترام به خود در این کودکان کاهش پیدا می کند و این امر زمینه ساز بروز افسردگی در آنها می شود. اعمال یک شیوه خشن و غلط تربیتی در برخورد با این کودکان، احتمال ابتلای آنها به اختلال Conduct Disorder (CD) و Opositional Deficit Disorder (ODD) و نیز اختلال شخصیت ضداجتماعی در بزرگسالی را افزایش خواهد داد^(۳).

«سیزر» و همکاران به این نتیجه رسیده اند که دو بعد از رفتار والدین در ارتباط با فرزندان از اهمیت زیادی برخوردار است که عبارتند از:

۱- پذیرش در برابر طرد ۲- سخت گیری در برابر آسان گیری^(۴)

پژوهشهایی که به بررسی تأثیر الگوهای تعامل خانوادگی در ایجاد ADHD پرداخته اند، از یکسو این اختلال را نوعی واکنش نسبت

در الگوی تعامل «ارتباط» میانگین نمره کودکان عادی ۱۵/۰۸ و میانگین نمره کودکان ADHD ۱۳/۴۲، در الگوی تعامل «پذیرش» میانگین گروه اول ۱۴/۷۶ و میانگین گروه دوم ۱۱/۷۶، در الگوی تعامل «کنترل» میانگین گروه اول ۱۴/۹۰ و گروه دوم ۱۰/۸۸، در الگوی تعامل «استقلال» میانگین گروه اول ۱۳/۲۸ و گروه دوم ۱۱/۷۶، در الگوی تعامل «کنترل پرخاشگرانه» میانگین گروه اول ۱۳ و گروه دوم ۱۶/۶۸ و در الگوی تعامل «عدم دلبستگی پرخاشگرانه» میانگین گروه اول ۱۳/۳۶ و گروه دوم ۱۶/۶۷ می‌باشد. میانگین نمره الگوی تعامل والدین کودکان عادی در تمامی الگوهای تعاملی به جز «کنترل پرخاشگرانه» و «عدم دلبستگی پرخاشگرانه» بالاتر از کودکان ADHD می‌باشد. طبق جدول (۲) ضریب همبستگی بین نمره الگوی تعاملی ارتباط و استقلال والدین و شدت بیش‌فعالی کودکان ۰/۲۷۰- و ۰/۲۴۴- می‌باشد که از لحاظ آماری معنادار نیست و می‌توان گفت الگوی تعامل «ارتباط» و «استقلال» والدین رابطه‌ای با شدت بیش‌فعالی کودکان ندارد. ضریب همبستگی بین نمره الگوی تعامل «پذیرش»، «کنترل»، «کنترل پرخاشگرانه»، «عدم دلبستگی پرخاشگرانه» به ترتیب: ۰/۴۳۳-، ۰/۴۹۸-، ۰/۴۳۸-، ۰/۶۱۵- می‌باشد که از لحاظ آماری معنادار است و می‌توان گفت هرچه میزان پذیرش والدین بیشتر باشد، به همان میزان شدت ADHD کمتر می‌شود، هرچه کنترل والدین کمتر باشد بر شدت بیش‌فعالی کودکان آنان افزوده می‌شود، هرچه کنترل پرخاشگرانه بیشتر باشد شدت علائم ADHD بیشتر خواهد بود، هرچه عدم دلبستگی پرخاشگرانه بیشتر باشد، شدت ADHD بیشتر می‌شود.

(گروه مورد) و یک گروه ۲۵ نفری از دانش‌آموزان پسر ۷ تا ۱۱ ساله مدارس (گروه شاهد) انجام شد. برای انتخاب افراد گروه مورد طی یک مصاحبه بالینی توسط روانپزشک اطفال با مراجعین براساس معیار DSM-IV و پرسش‌نامه CSI-4 کودکان مبتلا به اختلال ADHD مشخص و آنهایی که اختلال جسمی و یا اختلالات روانپزشکی عمده نداشتند وارد مطالعه می‌گردیدند. پس از انتخاب نمونه‌ها پرسش‌نامه الگوی تعامل والدین «شافر» و «ادگرتون» (۱۹۸۱) توسط محقق از والدین در مورد آنها تکمیل می‌گردید. این پرسش‌نامه در سال ۱۳۷۴ توسط دکتر عریضی و اکرمی ترجمه و اعتبار سازه آن انجام گرفته است. (۸۹٪) این پرسش‌نامه شامل ۲۴ سؤال و به منظور سنجش ۶ مقیاس الگوی تعامل والدین، تنظیم شده است. هر مقیاس شامل ۴ سؤال برای سنجش می‌باشد. مقیاس‌ها عبارتند از: ارتباط- پذیرش- کنترل- استقلال- کنترل پرخاشگرانه- عدم دلبستگی پرخاشگرانه. تجزیه و تحلیل آماری نتایج این پژوهش با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ver 11.5 انجام شد. آزمونهای آماری مورد استفاده در این تجزیه و تحلیل t مستقل و مربع کای می‌باشد.

نتایج

از مطالعه الگوهای تعامل والدین ۵۰ کودک پسر ۷-۱۲ ساله عادی و مبتلا به اختلال کمبود توجه- بیش‌فعال نتایج زیر به دست آمده است. در جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد نمرات الگوهای تعامل خانواده نشان داده می‌شود.

جدول (۱): میانگین و انحراف استاندارد نمرات الگوهای تعامل خانواده بر حسب عضویت گروهی

گروه	کودکان عادی			کودکان بیش‌فعال کمبود توجه			کل کودکان	
	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین
ارتباط	۲۵	۱۵/۰۸	۲/۹	۲۵	۱۳/۴۲	۳/۲۵	۳/۱۶	۱۴/۲۶
پذیرش	۲۵	۱۴/۷۶	۲/۷۱	۲۵	۱۱/۷۶	۴/۲۵	۳/۸۴	۱۳/۲۶
کنترل	۲۵	۱۴/۹۰	۲/۹۶	۲۵	۱۰/۸۸	۴/۴۴	۴/۲۴	۱۲/۸۸
استقلال	۲۵	۱۳/۲۸	۲/۵۹	۲۵	۱۱/۷۶	۳/۳۷	۳/۷۲	۱۲/۵۲
کنترل پرخاشگرانه	۲۵	۱۳/۰۰	۴/۸۷	۲۵	۱۶/۶۸	۳/۰۸	۴/۴۴	۱۴/۸۴
عدم دلبستگی پرخاشگرانه	۲۵	۱۳/۳۶	۲/۵۸	۲۵	۱۶/۶۷	۱/۸۹	۲/۷۹	۱۵/۰۶

مناسب باعث کاهش تنش و مقاومت می شود. تحقیق Barkly و کائینگهام همه مؤید این مطلب است^(۸،۹،۱۰).

الگوی تعامل «کنترل پرخاشگرانه» رابطه معنادار با شدت بیش فعالی نشان داد. هرچه کنترل پرخاشگرانه بیشتر باشد شدت علائم نیز بیشتر می شود این مسئله ناشی از شیوه خاص و منفی کنترل است که وقتی از طریق خشونت و پرخاشگری اعمال شود، به مقاومت از طرف مقابل منجر شده و قاعدتاً تنش و خصومت را افزایش می دهد که این مورد نیز با مطالعات قبلی مشابهت دارد^(۹،۱۰).

الگوی تعامل «عدم دلبستگی پرخاشگرانه» رابطه معناداری با شدت ADHD نشان داد بدین معنا که هرچه میزان رفتارهای مبین طرد، دوری و عدم دلبستگی به ویژه به صورت پرخاشگری کلامی در اعضای خانواده بیشتر باشد، به همان اندازه شدت علائم افزایش می یابد. بنابراین براساس نتایج به دست آمده مطلوب ترین الگو، الگوی مبتنی بر «پذیرش» می باشد. چرا که این الگو باعث صرف توجه مثبت به کودک، تداوم سیستم ساختمان و منظم در خانواده می شود که به تبع آن حمایت عاطفی از اعضا افزایش پیدا می کند. چنین سیستمی ضمن اینکه مانع از افزایش فعالیت و رفتارهای بیش فعال کودکان می شود، کمتر زمینه بروز این رفتارها را فراهم می کند.

پیشنهادها

با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می شود جهت کاهش مشکلات رفتاری در کودکان، والدین در روابطشان بیشتر از الگوهای تعاملی پذیرش و کنترل مثبت استفاده کرده و الگوهای پرخاشگرانه را کاهش دهند.

جدول (۲): ضریب همبستگی بین شدت بیش فعالی و الگوهای تعامل والدین

الگوهای تعامل	آماره	تعداد	ضریب همبستگی	معناداری
ارتباط	۵۰	۵۰	-۰/۲۷۰	۰/۰۵۴
پذیرش	۵۰	۵۰	-۰/۴۳۳	۰/۰۰۰۲
کنترل	۵۰	۵۰	-۰/۴۹۸	۰/۰۰۰۱
استقلال	۵۰	۵۰	-۰/۲۴۴	۰/۰۸۸
کنترل پرخاشگرانه	۵۰	۵۰	-۰/۴۳۸	۰/۰۰۰۱
عدم دلبستگی پرخاشگرانه	۵۰	۵۰	-۰/۶۱۵	۰/۰۰۰۱

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که الگوی تعامل «ارتباط» رابطه معناداری با شدت ADHD ندارد، این امر بیانگر آن است که احتمالاً این مسئله ناشی از گستره ی وسیع و شیوع بالای الگوی تعامل در خانواده های ایرانی می باشد. الگوی تعاملی «پذیرش» رابطه معنادار با شدت ADHD نشان داد، یعنی هرچه میزان پذیرش والدین بیشتر باشد، شدت علائم ADHD کمتر است و این الگوی تعاملی در والدین فرزندان عادی بیشتر وجود دارد، یعنی الگوی تعامل پذیرش باعث انسجام بخشیدن به سیستم خانواده خواهد شد، پذیرش باعث کاهش تنش در خانواده می شود و این امر به بهبود بهداشت روانی فرزندان کمک می کند که این نتیجه با مطالعات قبلی هم خوانی دارد^(۴-۷). الگوی تعامل «کنترل» رابطه معنادار با شدت علائم ADHD نشان داد. این نوع الگوی تعاملی در والدین کودکان عادی بیشتر وجود داشت. به نحوی که هرچه کنترل والدین کمتر باشد، شدت علائم در فرزندان بیشتر است. زیرا اعمال کنترل

References

- 1- Lewis M. *Child and Adolescent psychiatry*. A comprehensive textbook, 3 th ed- Philadelphia: Lippincott williams & wilkins 2002: 645-670.
- 2- Wiener S. *Textook of Child & Adolescent psychiatry*. 3 th ed Philadelphia: Saunders, 2004: 390-450.

- ۳- دادستان-پریدخت . روانشناسی مرضی تحولی- از کودکی تا بزرگسالی. تهران : سمت : ۱۳۷۸: صص ۴۵-۸۶
- ۴- زارعی محمدباقر. بررسی تاثیر آموزش رفتاری والدین و دارو درمانی در میزان علائم بیش فعالی کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه بیش فعالی . پایان نامه کارشناسی ارشد - دانشگاه اصفهان ۱۳۷۹.

- ۵- گودرزی-علی محمد. کودکان پر تحرک. مشهد ثمیم، ۱۳۶۹: صص. ۱۰۵-۵۶
- 6- Barlow, D.H, Durand VM. *Abnormal psychology: an Integrative approach*. NewYork: Brooks/ cole 1995: 35-72.
- 7- Carlson, C.L, Pelham, W.E, Milich, R and Dixon J. *Single and combined effects performance of children ADHD*. J Abnorm Child psychol, 1992: May: 20 (2). 213-232.
- 8- Nevid, J.S, Rathus S.A , Greene B. *Abnormal psychology in a changing world*. U.S.A, NJ ,1997: 53-85.
- 9- Whalen C.K and Henker B. *Therapies for Hyperactive children: comparisions, combination and compromises*. J. Consult Clin Psychol 1991: 59 (1). 126-137.
- 10- Aspland H, Gardner F. *Observational Measures of parent child interaction: An Introductoty Review*. J. Am. Acad. Child Adolesc psychiatry 2005, 8: 136-143.