

بررسی کارکرد خانواده در اختلال نقص توجه (ADHD) - بیش فعالی دانش آموزان

سیدحسین قاضوی، مریم ورنیک

چکیده

شرایط محیطی و خانوادگی از مهم ترین عوامل تأثیرگذار بر روند تعامل سازنده بین افراد خانواده می باشد. متأسفانه ناسازگاری و عدم عملکرد صحیح خانواده می تواند منجر به اختلالاتی از جمله بیش فعالی شود. عملکرد خانواده عامل مهمی بر حفظ و تعادل کودک می باشد. عدم تربیت نامناسب بر ذهن و افکار دانش آموزان تأثیر می گذارد و مانع رشد مناسب و در نتیجه کجروی آنان می شود. تحقیق باهدف بررسی رابطه بین عملکرد خانواده و نقص توجه در دانش آموزان انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد بین مؤلفه حل مشکل، مؤلفه نقش ها، مؤلفه همراهی عاطفی، مؤلفه ارتباط، مؤلفه آمیزش عاطفی و مؤلفه کنترل رفتار نیز با میزان نقص توجه (بیش فعالی) در دانش آموزان ارتباط معنادار و منفی وجود داشت. به علاوه نتایج پژوهش نشان دهنده آن بود که مؤلفه های آمیزش عاطفی و کنترل رفتار، نقص توجه (بیش فعالی) دانش آموزان را پیش بینی می کنند. بنابراین می توان نتیجه گرفت خانواده هایی که عملکرد بهتری دارند فرزندان شان کمتر دچار نقص توجه / بیش فعالی می شوند.

واژه های کلیدی: کارکرد خانواده، نقص توجه، بیش فعالی، دانش آموزان

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

در آستانه هزاره سوم، خانواده همچنان به عنوان زیربنائی ترین رکن جامعه است (بخشایش و مرتضوی، ۱۳۸۸). امروزه، روانشناسان و محققان خانواده درمانی، خانواده را همانند یک ارگانیزم زیستی دارای یک سازمان منسجم و یکپارچه می دانند. آنها اعتقاد دارند که خانواده نیز به عنوان یک کل یا تمامیت با ساختار، قوانین و اهداف، کار کرد و عملکرد معینی دارد (رجبی، قربانی و خجسته مهر، ۱۳۹۰).

اگرچه خانواده کارکردهای مختلفی دارد، اما کارکرد اصلی آن، برآوردن نیازهای فردی اعضای خانواده است. این مسئله یکی از تعیین کننده های عملکرد سالم نهاد خانواده به شمار می رود (گریف؛ ۲۰۰۰). وقتی الگوهای خانواده برای رسیدن به هدف سودمند باشد، خانواده از نظر کارکردی کارآمد خواهد بود، اما وقتی این الگوها سودمند نباشد، و تعامل همراه با استرس و رفتارهای بیمار گونه صورت گیرد، خانواده چهره ای ناکارآمد می یابد (بهبودی و همکاران، ۱۳۸۸). نقش خانواده در شکل گیری یا تداوم اختلالات روانی بسیار شناخته شده است و حجم عظیمی از یافته های پژوهشی نیز از این موضوع حمایت می کند. ترانگ کاسومبات؟ ۲۰۰۶؛ کیت نر و میلر، ۱۹۹۰؛ به نقل از عباسی و همکاران، ۱۳۸۸).

تعداد کثیری از کودکانی که بلحاظ جسمانی سالم بنظر می رسند و وضع ظاهری مناسبی دارند؛ همانند کودکان دیگر بازی می کنند، رشد و وزن مناسبی دارند، بهره یهوشی آنان متناسب است، بطور عادی و طبیعی صحبت می کنند و واکنش نشان می دهند، مسیولیت هایی که به آنان واگذار می شود را بطور معمول و به خوبی انجام می دهند، و از رفتار و اخلاق عادی برخوردارند، لیکن زمانی که به مدرسه می روند و می خواهند خواندن و نوشتن و حساب یاد بگیرند دچار مشکلات جدی می شوند، این کودکان به تدریج درمی یابند که سایر کودکان از نظر وضع درسی بهتر از آنها هستند و احساس حقارت را تجربه می کنند و کم کم بیزاری از درس و مدرسه در آنها به وجود می آید. والدین آنها که اغلب از دلایل ناتوانی یادگیری آنها بی خبر هستند، مشکل را بیشتر می کنند و با فشارهایی که به کودک وارد می آورند، دشواری را چند برابر می کنند. بدیهی است این کودکان در مراجعه به هر متخصصی، مشکلی تازه در خود می یابند. هر متخصص مشکل آنها را از دریچه چشم خود نگریسته و تنها بعدی از ابعاد پیچیده آن را زیر ذره بین تخصص خویش قرار می دهد (میرنسب و همکاران، ۱۳۹۰). کودکان مبتلابه نوع اول بیش فعالی در توجه و دقت و تمام کردن کارها مشکل دارند و کودکان حواس پرت و آشفته ای هستند. محققان دریافته اند که این کودکان در انجام کارهای تحصیلی نیز مشکل دارند. در نوع بی توجهی کودک مشکل بیشتری را در نگهداری توجه و تمرکز دارد. به نظر می رسد که او هیچ توجهی به صحبت های طرف مقابل نمی کند، در تمام کارهایش حتی آن کارهایی که خودش دوست دارد مشکل دارد. به جزییات بی توجه است. هنگام بازی یا انجام تکالیف تمرکز کافی ندارد، وسایل خود را مدام گم می کند یا در خانه و مدرسه جا می گذارد، دختران بیشتر از پسران به این نوع اختلال دچار می شوند. در نوع پرتحرکی/ تکانشگری، کودک بسیار پرتحرک بوده و عمدتاً دست به کارهای خطرناک از جمله بازی با وسایل برقی، بالا رفتن از دیوار یا کمدها و... می زند. پرحرف است. رفتارهای پرخاشگرانه از خود نشان می دهد.

دائماً می خواهد جلب توجه کند. سرجای خود مدام وول می خورد، حرکت های بی جا از خود نشان می دهد، با دست هایش زیاد بازی می کند، برای انجام هرکاری عجله دارد و همیشه در حال دویدن است این نوع اختلال بیشتر در پسران دیده می شود (علیزاده، ۱۳۸۴). کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی معمولاً قبل از مدرسه کمتر شناسایی می شوند و بیشتر وقتی که به محیط آموزشی اجتماعی مدرسه پای می گذارند، مورد توجه و شناسایی قرار می گیرند. این کودکان در مدرسه و در تحصیل مشکلات متعددی دارند که لازم است مورد توجه و درمان قرار بگیرند. این امر بدون شناسایی و برآورد صحیح از میزان شیوع امکان پذیر نیست. با در نظر گرفتن مشکلاتی که در تعاملات خانوادگی وجود دارد، دور از انتظار نیست که والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی نسبت به والدین گروه مورد مقایسه استرس بیشتری را گزارش کنند. مش و جانستون^۱

^۱ - Mesh & Janston

(۱۹۸۳) معتقدند که استرس فرزند پروری در همه‌ی حیطه‌ها در مادران دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی به‌خصوص در مادران کودکان پیش دبستانی به‌طور معناداری بالاست (خوشابی و پوراعتماد، ۱۳۸۵).

اهمیت و ضرورت پژوهش

اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان است. مبتلایان در حوزه‌های مختلف مشکل دارند، مانند اختلال در نقص توجه دیداری و شنیداری که نقش مهمی در فعالیت‌های روزمره زندگی دارد.

اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی با شروع کودکی است (اسمالی^۲ و همکاران، ۲۰۱۰). اهمیت این اختلال به دلیل شیوع بالای آن می‌باشد که ۵۰ درصد کودکان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌پزشکی را تشکیل می‌دهد و آمار نشان می‌دهد که حدود ۳ تا ۵ درصد کودکان در سن مدرسه مبتلا به بیش‌فعالی می‌باشند (کنتول^۳، ۲۰۰۶). با توجه به شیوع بالای این اختلال که جمعیت وسیعی از کودکان و نوجوانان را شامل می‌شود یک مسئله مهم بهداشت روانی جامعه تلقی می‌شود. بنابراین لازم است در این زمینه پژوهش‌ها و مطالعات لازم صورت گیرد. خانواده تشکل طبیعی است که تعیین نقش اعضای خانواده، حیطه هر یک از اعضا را مشخص و تبادل نظر میان اعضا را تسهیل می‌کنند. برای اینک وظایف اصلی خانواده بهتر صورت گیرد خانواده باید دارای ساخت عملکردی کارآمد و سالم باشد. اهمیت، توجه و حفظ چنین ساختاری با در نظر گرفتن نقش روحی، روانی، عاطفی و اجتماعی و همچنین رفتاری خانواده و الگوبرداری فرزندان در یک محیط عاطفی انکارناپذیر است (درتاج و محمدی، ۱۳۸۹). لذا ضرورت دارد تا در این زمینه پژوهش‌های مختلفی صورت گیرد تا عملکرد خانواده‌ها به ویژه عملکرد خانواده‌ی کودکان بیش‌فعال بهبود یابد.

تعاریف اصطلاحات

اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی

کودکان بیش‌فعال؛ همان‌گونه که از این عنوان برمی‌آید، بسیار پرتحرک‌اند و نمی‌توانند یکجا آرام بنشینند. آن‌ها اضافه بر ناآرامی بسیار زیاد، نوعی اضطراب و اجبار برای خراب‌کاری نیز دارند. آنان اشیا را می‌شکنند یا پرتاب می‌کنند. بازی‌های خطرناک، از جمله بازی با کبریت، و علاقه به وسایلی چون کارد و چاقو نشانه‌های دیگری از گرایش‌ها و رفتارهای غیرطبیعی این بچه‌هاست (علیزاده، ۱۳۸۴).

کارکرد خانواده

^۲ - smalley

^۳ - Cantwell

مفهومی است که تاثیر مستقیمی بر نیازها، اهداف، رضایت مندی از زندگی و روابط عاطفی خانواده داشته (میلر و همکاران، ۲۰۰۰؛ بهبودی همکاران) و بر عواملی چون ساختار، نقش، ادراک، ارتباط و پویایی های شخصیت همسران بر کارکرد خانواده، مستقیم تاثیر دارد. (والش^۴، ۲۰۰۳)

بررسی پیشینه تحقیق

پژوهش های داخلی

صادقی و همکاران (۱۳۹۰) پژوهشی باهدف بررسی اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر کارکرد خانواده های کودکان مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش فعالی انجام دادند. جامعه آماری شامل مادران دارای فرزند ۱۲ - ۴ ساله مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش فعالی بود که به بیمارستان رفیده مراجعه کرده بودند. نمونه آماری شامل ۱۴ مادر بود که حاضر به شرکت در پژوهش بوده و با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. یافته های حاصل از پژوهش با استفاده از فرمول آماری تحلیل واریانس) اندازه گیری مکرر(مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان دادند که در پایان دوره آموزش، کارکرد خانواده به طور معناداری بهبود یافته است. همچنین پژوهش نشان داد که آموزش مدیریت والدین منجر به افزایش و بهبودی کارکرد خانواده در خانواده های کودکان مبتلابه ADHD شده است.

حبرانی و همکاران (۱۳۸۲) پژوهشی با عنوان اختلال های روانپزشکی در خانواده کودکان مبتلابه کمبود توجه - بیش فعالی انجام دادند. نتایج پژوهش نشان داد شایع ترین اختلال های روانپزشکی در بستگان کودکان مورد بررسی به ترتیب: اختلال های افسردگی ۷ / ۵۱٪، اختلال های اضطرابی ۷ / ۴۱٪ و اختلال وسواسی اجباری ۲۵٪ بود.

در پژوهش دادستان (۱۳۸۹) مؤلفه های زیربنایی کنش وری اجرایی در ۱۸ کودک درمان نشده و ۱۸ کودک درمان شده) با دارو (مبتلابه اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی با ۱۸ کودک بهنجار مقایسه شدند. هر گروه شامل ۳ دختر و ۱۵ پسر با دامنه سنی ۷ تا ۱۲ سال بود. تمام کودکان به آزمون های رنگ واژه استروپ) استروپ، ۱۹۳۵ (، دسته بندی کارت های ویسکانسین) گرانت و برگ، ۱۹۴۸ (و عملکرد مداوم) روزولد، میرسکی، ساراسون، برانسام و بک، (۱۹۵۶) و زیرمقیاس فراخوانی ارقام (وکسلر، ۱۹۷۴) پاسخ دادند. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان دادند که گروه درمان نشده در مقایسه با گروه بهنجار و درمان شده در بیشتر کنش های اجرایی ضعیف تر عمل کردند.

پژوهش های خارجی

گوستافسون^۵ و همکاران (۲۰۰۸) پژوهشی باهدف مقایسه عملکرد خانواده های کودکان دارای رفتارهای شدید بیش فعالی با خانواده های دارای کودکان با رفتارهای متوسط بیش فعالی انجام دادند. نتایج پژوهش نشان داد که خانواده های کودکان با رفتارهای شدید، در مقایسه با خانواده های دارای کودکان با رفتارهای متوسط این اختلال، بدعملکردی بیشتری نشان دادند.

شور و گو (۲۰۰۷) در مطالعه ای که به بررسی عوامل خانوادگی اختلال نقص توجه/بیش فعالی پرداختند، به این نتیجه رسیدند که مادران دارای کودکان مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش فعالی آشفستگی روانشناختی بیشتر گزارش کرده و حمایت کمتری از

^۴ - Walsh.F.

^۵ - Gostafson

سوی خانواده ادراک می کنند. همچنین این مادران از نظر عاطفی کمتر پاسخ دهنده بوده و محافظت و کنترل بیشتری نسبت به کودکانشان اعمال می کنند.

روش تحقیق

این پژوهش مبنی بر تحقیقات کتابخانه ای و استفاده از نظرت و اقوال دانشمندان روانشناسی است. همچنین برای رسیدن به هدف این پژوهش اطلاعات با استفاده از منابع، اینترنتی و مکاتبه با انجمن های پژوهشی جمع آوری و سپس مقالات و مطالبی که با موضوع ارتباط بیشتری داشتند، انتخاب و مطالب آنها استخراج شد.

کارکرد خانواده

- ۱ - ملاک نهادی- ساختی: خانواده نهادی است که از داخل اجتماع کل قرار گرفته و ارگانیک است که نظام آن به وسیله اجزای تشکیل دهنده اش حفظ می شود.
- ۲ - ملاک ساختی- کارکردی: خانواده یکی از پاره نظام های نظام کل اجتماع است که انجام پاره ای از وظایف را بر عهده دارد.
- ۳ - ملاک روان شناختی: ویلیام گود خانواده را واسطه و حلقه رابطه فرد و اجتماع می داند و معتقد است که خانواده پناهگاهی است برای فرار از کشمکش های زندگی اجتماعی.
- ۴ - ملاک کنشی- کارکردی: خانواده واحدی است متشکل از تعدادی افراد که دارای کنش متقابل هستند در عین حال، خانواده بناکننده وضعیت اجتماعی برای رفتار فرد است

علل تشکیل خانواده

- ۱ - مراعات دستورهای دینی و مذهبی
- ۲ - عدم توانایی نوزاد برای ادامه زندگی مستقل
- ۳ - طولانی بودن دوران کودکی انسان در مقایسه با سایر موجودات
- ۴ - وجود نیازهای اقتصادی برای خوراک و پوشاک و مسکن و غیره.
- ۵ - وجود نیازهای عاطفی و روانی فطری در انسان برای زندگی اجتماعی.
- ۶ - وجود نوعی کشش و جاذبه فطری در انسان برای زندگی با جنس مخالف (رحمتی،

اهداف خانواده

- حفاظت فیزیکی از اعضای خانواده

- اجتماعی کردن خانواده برای ایفای نقش‌هایی که در خانواده و سایر گروه‌ها بر عهده دارد.
- حفظ انگیزش اعضای خانواده برای ایفای نقشه‌ای خانوادگی و سایر نقش‌ها.
- حفظ قراردادهای اجتماعی در خانواده و در بین اعضای خانواده و محیط خارج
- ازدیاد اعضای خانواده و تشکیل زندگی مستقل برای آن‌ها پس از رسیدن به مرحله بلوغ (رحمتی، ۱۳۸۰).

روابط والدین و کودک

به اعتقاد بهشتی (۱۳۷۷) یکی از عوامل اصلی و تعیین‌کننده در رفتار کودک محیط خانواده می‌باشد و در رشد شخصیت کودک اثری تعیین‌کننده دارد. نفوذ والدین در کودک به‌غیراز جنبه ارثی و وراثتی در آشنایی کودک با زندگی و جامعه نیز نقش اساسی دارد. موقعیت اجتماعی خانواده، تعداد افراد خانواده، وضعیت اقتصادی افکار و عقاید، آداب و رسوم، پای بندی به مذهب، میزان ادب و احترام و قانون‌مندی حاکم بر خانواده همه در سازندگی (انسان متعادل) و یا تخریب (اختلالات رفتاری و بیماری‌های جسمی و روحی) تأثیر می‌گذارد.

تأثیر فرهنگ بر نهاد خانواده

چون فرهنگ، طرح زیربنای شکل‌گیری ارزش‌ها، نگرش‌ها، فلسفه و شیوه زندگی خانواده است، سوابق قومی و فرهنگ به‌عنوان بخشی از شناخت خانواده اهمیت پیدا می‌کند. زیر آنچه برای گروهی از مردم صحیح است امکان دارد برای عده دیگری باهمان سابقه نژادی- فرهنگی درست نباشد. بررسی و شناخت، تفاوت‌ها و نیز شباهت‌های خانواده را از نظر فرهنگی و نژادی معین می‌کند.

الگوهای خانوادگی

در دو گروه تک‌قطبی و دوقطبی می‌توان تقسیم‌بندی نمود. پدر و مادری که در تربیت فرزندان به‌گونه‌ای یکپارچه و متحد عمل می‌نمایند و انتظاراتی تقریباً یکسان و مشخصی از فرزندان‌شان دارند، یک مرکز مدیریت واحد را در کانون خانواده به وجود می‌آورند و کودکان در چنین محیطی به‌روشنی می‌دانند که دیگران از آن‌ها چه انتظاراتی دارند و تطبیق دادن خود با شرایط موجود، امری مقدور و مطلوب خواهد بود... در یک‌قطب پدر و در قطب دیگر مادر. چنین خانواده‌هایی به خانواده‌های تک‌قطبی (هماهنگ) معروف‌اند. مشارکت عمیق و همه‌جانبه‌ای اعضای خانواده در امور مختلف، تعادل در عواطف، توجه به اهداف ارزشمند، همگرایی همدلی، مثبت‌گرایی، رفتار عادلانه، اقدامات یکپارچه و صمیمی، تمایل جدی برای ادامه زندگی، واقع‌بینی، اعتدالی سطح عشق و محبت اشاره نمود. پدر و مادری که در سیاست‌های تربیتی فرزندان خود، از هماهنگی و وحدت نظر لازم برخوردار نیستند و در چنین خانواده‌هایی معمولاً ارتباط اعضای خانواده نادرست و غیرانسانی، قاعده‌ها خشک و نامردمی و ناسازگار، و پیوند با اجتماع بسیار سست و غیراصولی پایه‌گذار گردیده است. تأثیر خانواده‌های دوقطبی در پیدایش مسئله‌ای بنا تعارض در فرزندان بسیار مؤثر است (ثنایی، ۱۳۸۱).

کارکرد مطلوب خانواده

رابطه زناشویی باید بر اساس اطمینان و احترام متقابل باشد که در این امر عوامل عاشقانه و صمیمیت نیز دخالت دارند. علاوه بر این هر یک از زوجین نیازمند همسر باکفایت و آگاهی هستند که بتواند به موقع به حل تعارضات موجود بپردازد. چنانچه روابط زناشویی رابطه‌ای سست باشد پایه‌های لازم برای موفقیت‌آمیز بودن و مطلوب بودن عملکرد خانواده لرزان و یا حداقل ضعیف خواهد بود برای زوجی که خودشان باهم سازگار نیستند مشکل است که والدین خوبی باشند. سؤال اساسی این است که آیا شرکای ازدواج از روابط میان خود احساس رضایت می‌کنند؟ در واقع آن‌ها باید یکدیگر را سیراب، تصدیق و حمایت نمایند. (دهقانی، ۱۳۷۵)

اختلال نقص توجه - بیش فعالی

نقص توجه - بیش فعالی یک اختلال شایع، منتقله از راه ژنتیک، نورولوژیک، با شروع در دوران کودکی می باشد (وند، ۲۰۰۱). این اختلال در اصل تاخیر در تکامل کنترل رفتار کودکی که به سمت نوجوانی و بزرگسالی گسترش می یابد، تصور می شود. اهمیت آن به دلیل شیوع بالای آن است. در آمریکا ۳-۷٪ کودکان مدرسه ای به این اختلال مبتلا هستند و در پسران شایع تر از دختران است (بازینگ و همکاران، ۱۹۹۸). شیوع این اختلال در کودکان ۷-۱۲ ساله پسر تهران ۱۹ / ۹ به دست آمده است (خوشایی و همکاران، ۲۰۰۳). پایداری مورد انتظار برای ADHD، ۵۰٪ - ۷۰٪ موارد کودکی است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷)، (آدلر، ۲۰۰۴)، (بیدرمن و فرائون، ۲۰۰۶) که محققان شیوع ADHD بزرگسالان را بین ۴-۲٪ درصد تخمین می زنند و شواهد اخیر از شیوع ۴ درصدی حمایت می کنند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷).

علائم ADHD بزرگسال مشابه بی قراری، حواس پرتی و تکانشگری در دوران کودکی است اما تظاهر علائم با رشد افراد تغییر می کند. بی قراری بی هدف در یک کودک به بی قراری هدفمند در یک فرد بالغ تبدیل می شود. کودکی که بیش از حد می دود و بالا می رود ممکن است فرد بزرگسالی شود که تنها شغل های پر فعالیت را بخوبی انجام دهد.

انواع بیش فعالی

۱- بدون توجه و بی دقت

این نوع شاکا عدم تمرکز فرد بر روی تکلیف یا مسولیت خاصی که عهده دار آن است می باشد. اکثر کودکان دچار ADHD در دقت و توجه کردن دچار مشکل هستند. این دسته از افراد غالباً:

- توجه زیادی به جزئیات ندارند.

- بر بازی‌ها و کارهای مدرسه نمی‌توانند تمرکز داشته باشند.

- کارهای مدرسه و فعالیت‌های روزانه خود را در منزل تا آخر دنبال نمی‌کنند و آن‌ها را به پایان نمی‌رسانند.

- نمی‌توانند یک وظیفه یا تکلیف را تمام و کمال انجام دهند.

- اسباب بازی‌ها، کتاب‌ها و وسایلشان را اغلب گم می‌کنند (کاپلان^۶ و همکاران، ۲۰۰۳).

۲- نوع بیش فعالی - تکانشی

کودک بیش فعال همیشه در حال انجام کاری می‌باشد. در این نوع از اختلال فرد بسیار فعال است. و بدون فکر اقدام به فعالیت و انجام کار می‌کند. فعالیت بیش از حد معمول، قابل مشاهده‌ترین مشخصه اختلال ADHD است ممکن است سطح بیش فعالی با افزایش سن کاهش یابد. این کودکان قبلاً از این که راجع به عملی فکر کنند آن را انجام می‌دهند. ممکن است آن‌ها موقعیت‌های خطرناک شگفت‌زده شوند. گاهی هم هیچ ایده و فکری برای خارج شدن از این وضعیت ندارند. غالباً، فعالیت‌های تکانشی و بیش فعالی باهم همواره هستند. (کاپلان و همکاران، ۲۰۰۳). برای مثال این کودکان ممکن است به‌طور ناگهانی وسط خیابان شروع به دویدن کنند و از یک سمت به سمت دیگر خیابان بدون نگاه کردن حرکت کنند و یا این که از درخت بلندی شروع به بالا رفتن کنند.

۳- نوع ترکیبی

در این نوع اختلال فرد بسیار فعال است و بدون فکر اقدام به فعالیت و انجام کار می‌نماید. کودکان با این نوع اختلال نشانه‌هایی از هر دو نوع قبل را که متذکر شویم دارا هستند. آن‌ها در توجه کردن، پ بیش فعال بودن و کنترل تکانش‌های خود دچار مشکل هستند. البته گاهی تمام کودکان بی توجه هستند و یا اینکه بیش از حد فعالیت می‌کنند و حرکات تکانشی دارند. اما در کودکان دچار ADHD این حرکات همیشگی هستند نه استثنایی این رفتارها برای کودک در خانه، مدرسه و با دوستان مشکلات حقیقی ایجاد می‌کنند در نتیجه اکثر کودکان دچار این اختلال، احساس افسردگی، اضطراب و عدم اطمینان به خود را دارند. این احساسات جزء نشانه‌های ADHD محسوب نمی‌شوند و در اثر مشکلات مکرر در خانه و مدرسه در کودک ایجاد می‌شوند (کاپلان^۷ و همکاران، ۲۰۰۳).

شیوع اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی

گزارش‌های متفاوتی در مورد شیوع اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی ارائه شده است. از جمله: حدود ۲ تا ۴ درصد از کودکان در حد متوسط تا شدید به این اختلال مبتلا هستند. البته، میزان شیوع درجهٔ خفیف‌تر آن بیشتر از این حد است. پسران ۳ تا ۹ برابر بیشتر از دختران، به این اختلال مبتلا می‌شوند. عوامل گوناگونی می‌تواند بر شیوع این اختلال اثرگذار باشد. برای مثال تحقیق تراتینر (۱۹۷۹) (نشان داد که جایگاه اقتصادی - اجتماعی با شیوع و شدت آن همبستگی دارد. بدین معنا که در طبقه‌های اجتماعی پایین‌تر، میزان شیوع و شدت نشانه‌ها بیشتر است. شیوع این اختلال می‌تواند به نوع ارجاع کودک و سن کودک نیز مربوط باشد. برای مثال، رود و همکاران (۱۹۹۹) بر اساس تحقیقی در برزیل گزارش می‌کنند که حدود ۵ درصد از کودکان به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی دچار هستند که در هر پنج سال، حدود ۵ درصد از میزان فراوانی آن کاسته می‌شود. در هر حال، تقریباً ناممکن است که بتوان عدد مشخصی را برای شیوع اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی تعیین کرد، چرا که در این زمینه عوامل متعددی چون گوناگونی تعریف و ارزیابی‌ها توسط افراد متفاوت از قبیل والدین یا معلمان می‌تواند تأثیرگذار باشد (لام و یانگ و کاپلان^۸، ۲۰۰۷).

^۶ - Kaplan

^۷ - Kaplan

^۸ -Lam LT, Yang L

نشانه‌ها و علائم اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی

مشکل اصلی کودکان عدم توانایی آن‌ها در حفظ و تنظیم رفتارشان است، در نتیجه اغلب نمی‌توانند رفتار مناسبی که لحظه به لحظه با شرایط محیط هم‌هنگ باشد نشان دهند. خوابیدن و غذا خوردن آن‌ها منظم نیست به نظر می‌رسد در همه چیز دخالت می‌کنند و مراقبت دائمی نیاز دارند. از نظر هیجانی ثبات ندارند، به‌طور ناگهانی می‌خندند یا گریه می‌کنند و رفتارشان غیرقابل پیش‌بینی یا ارزیابی است. سریع از کوره در می‌روند و نمی‌توانند پیامدهای رفتارشان را پیش‌بینی یا ارزیابی نمایند. در فعالیت‌های خطرناک شرکت می‌کنند و احتمال صدمه دیدن آن‌ها زیاد است. قبل از فکر کردن عمل می‌کنند، قبل از پایان سؤال جواب می‌دهند، اشیاء را پرتاب می‌کنند و ناخواسته به دیگران صدمه می‌زنند، پرفعالیت و پرتحرک هستند، هرلحظه در حال رفتن هستند، انگار موتور درون بدن آن‌هاست که آن‌ها را به حرکت دائمی مجبور می‌کند، نمی‌توانند آرام بنشینند و بی‌قرار هستند (لام و یانگ، ۲۰۰۷).

علل نارسایی توجه / بیش‌فعالی

پژوهشگران و دانشمندان، نمی‌توانند به‌طور قطعی مشخص کنند که علت اصلی اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی چیست؟ عوامل ژنتیکی، زیستی - روانی و اجتماعی می‌توانند در پیدایش این عوامل ژنتیکی به‌طور معمول، در مطالعه عوامل ژنتیکی درباره این اختلال، سه روش مورد استفاده قرار می‌گیرد:

مطالعه خانواده، مطالعه هم شکمان و مطالعه فرزندخوانده‌ها. مطالعه خانواده به بررسی تأثیر عوامل خانوادگی مربوط می‌شود، درحالی‌که کاربرد مطالعه هم شکمان و فرزندخوانده‌ها به این منظور است تا روشن شود که آیا اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی نشان خانوادگی و محیطی دارد یا ژنتیکی؟

رود و همکارانش (۱۹۹۹) در پژوهش خود دریافتند که تأثیر عوامل خانوادگی بر دختران و پسران یکسان است و در صورتی‌که شرایط محیط یکسان باشد، تأثیر محیط بر دختران و تأثیر ژنتیکی بر پسران، تا حدی بیشتر است. مطالعه هم شکمان و فرزندخوانده‌ها در مورد این افراد، نشانگر وجود رابطه قوی، بین عوامل ژنتیکی و وجود این اختلال است (دیگی^۹، ۲۰۱۰).

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رساله جامع علوم انسانی

عوامل عصب‌شناختی و عصبی - شیمیایی

به‌طور کلی، در افراد دچار این اختلال، کار آبی مغز در زمینه‌های متعدد همچون: در هوشیاری، مکیدن، بلعیدن، حرکت‌های اضافی در هنگام غذا خوردن زیاد و بیش‌فعالی، با اشکال همراه است. کودکان دارای این اختلال را می‌توان به دو گروه تقسیم کرد: یکی عبارت است از آن‌هایی که دارای کمبود دوپامین هستند و دیگر آن‌هایی که دارای کمبود سوخت‌وساز نوراپی نفرین هستند. (دیگی، ۲۰۱۰).

^۹ - Dige

رفتار والدین

تعامل بین کودکان مبتلابه اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی با والدین، موضوع بسیار مهمی است که نباید مورد غفلت پژوهشگران و درمانگران قرار بگیرد. مطالعه تعامل کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی با والدین، نشان می‌دهد که در روابط بین آن‌ها، فشار روانی، روابط تحصیلی، افسردگی، محدودیت، ناکامی بالا و توانایی کمتری وجود دارد. مطالعه تعامل والدین - فرزند در بین خانواده‌های کودکان دارای اختلال در ایران نشان داده است که این والدین بیشتر از والدین فرزندان عادی، از شیوه‌های فرزند پروری خودکامه استفاده می‌کنند، دارای اعتمادبه‌نفس کمتری هستند، از شیوه‌های تنبیه بیشتری استفاده می‌کنند. (هالموی^۱، ۲۰۱۲).

راهبردهای درمان

در بین شیوه‌های درمانی که برای این اختلال به کار گرفته شده است، چند مورد مهم‌تر و مفیدتر از سایر شیوه‌ها است که عبارت‌اند از:

دارودرمانی

استفاده از داروهای محرک، فراوان‌ترین نوع دارودرمانی است که برای کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی به کار گرفته می‌شود. در بین داروهای محرک، سولفات آمفتامین و ریتالین می‌تواند اثرهای بسیار مفیدی برای افراد مبتلا در برداشته باشد و البته اثرات جانبی اندکی دارد (صاحبان و همکاران، ۱۳۸۸).

رفتاردرمانی

رفتاردرمانی یکی دیگر از راه‌های کمک‌رسانی به کودک مبتلابه اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی است. رفتاردرمانی در کنار مشاوره خانواده و روان‌درمانی فردی، مهم‌ترین روش‌های درمان‌بخش هستند که می‌توان برای کمک به کودک از آن‌ها استفاده کرد. مهم‌ترین شیوه‌هایی که می‌توانند در این زمینه مورد استفاده قرار بگیرند عبارت‌اند از:

۱. تقویت‌کننده‌های مثبت و منفی.

۲. شکل‌دهی رفتار.

۳. الگوسازی.

۴. مجاورت.

۵. محروم‌سازی (. صاحبان و همکاران، ۱۳۸۸).

^۱ - Halmoy

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان دهنده آن بود که بین عملکرد خانواده و نقص توجه/ بیش‌فعالی در دانش آموزان رابطه وجود دارد. و با بهبود عملکرد خانواده میزان نقص توجه/ بیش‌فعالی در دانش آموزان کاهش یافته است و دانش‌آموزانی که در خانواده‌های با عملکرد بهتر رشد یافته‌اند به میزان کمتری دچار بیش‌فعالی می‌شوند. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بین مؤلفه‌ی حل مشکل، مؤلفه‌ی نقش‌ها، مؤلفه‌ی همراهی عاطفی، مؤلفه‌ی ارتباط، مؤلفه‌ی آمیزش عاطفی و مؤلفه‌ی کنترل رفتار نیز با میزان نقص توجه/ بیش‌فعالی در دانش آموزان ارتباط وجود دارد و هر چه میزان این مؤلفه‌ها افزایش یافته است میزان نقص توجه/ بیش‌فعالی در دانش آموزان کاهش یافته است.

این نتایج با نتایج به دست آمده در پژوهش‌های داخل ایران از جمله صادقی و همکاران (۱۳۹۰)، درتاج و محمدی (۱۳۸۹) و بیرامی و همکاران (۱۳۸۸) همخوانی دارد. بیرامی و همکاران (۱۳۸۹) به این نتیجه رسیدند که بین عملکرد خانواده در خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی و گروه کنترل در بعد حل مسئله و پاسخ‌دهی عاطفی، و آمیزش عاطفی در سطح و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. به‌طور کلی حاکم بودن روابط مطلوب در درون خانواده رشد ذهنی، عاطفی و روانی اجتماعی فرزندان را امکان‌پذیر می‌سازد. عملکرد نامطلوب و خصمانه موجب آشفتگی در روابط بین اعضای خانواده می‌شود و یک دور باطل از ارتباط نامطلوب و واکنش خصمانه و گاهی موارد تنبیه و سرزنش را موجب می‌شود. تأثیر متقابل عملکرد ارتباطی خانواده و کودک بیش‌فعال و سایر اعضای خانواده بر یکدیگر، می‌تواند نقش تعیین‌کننده در سبک سالم ارتباطی و میزان سلامت ارتباط متقابل والدین و سایر اعضا داشته باشد، زیرا رابطه متقابل و تأثیرگذاری بین والدین، محیط خانه و نارسایی توجه و بیش‌فعالی وجود دارد (کجباف، ۱۳۸۷). با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که تأثیر متقابل عملکرد خانواده بر رفتار کودک و همچنین رفتار والدین از اهمیت بیشتری برخوردار است. چرا که عملکرد ناسالم خانواده می‌تواند ابعاد سالم کارکردی خانواده از جمله تعیین نقش اعضای خانواده و مشخص کردن وظایف هر یک، ایجاد روابط صمیمانه و به‌دوراز هرگونه تحقیر و سرزنش، کنترل صحیح رفتار متقابل و تبادل اطلاعات عاطفی در خانواده را مخدوش نماید (علیزاده، ۱۳۸۳).

منابع

الف) فارسی

- ۱- انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۸۶). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، متن تجدید نظر شده چاپ چهارم، ترجمه نیکخو، محمدرضا و آوادیس یانس، هامایاک، چاپ سوم، تهران انتشارات سخن.
- ۲- ثنایی، باقر (۱۳۸۱). مقیاس های سنجش خانواده و ازدواج. نشر بعثت.
- ۳- حبرانی، پریا؛ علاقبندراد، جواد؛ محمدی، محمدرضا (۱۳۸۲). اختلال های روانپزشکی در خانواده کودکان مبتلا به کمبود توجه - بیش‌فعالی، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، تابستان ۱۳۸۲، ۹ (۱) (پیاپی ۳۳) : ۱۲ - ۱۹.
- ۴- خوشایب کتابون، پورا اعتماد حمیدرضا (۱۳۸۲). شیوع اختلال در دانش آموزان دوره ابتدایی شهر تهران. تهران: معاونت. پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- ۵- علیزاده، حسین (۱۳۸۳). اختلال نارسایی- فزون جنبشی، تهران، رشد.

- ۶- عزیزاده حمید (۱۳۸۴) تبیین نظری اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی: الگوی بازداری رفتاری و ماهیت خود‌کنترلی. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، شماره ۱۷. ۳۴۸ - ۳۲۳.
- ۷- کجیاف، مهدی (۱۳۸۷). مقایسه شیوه های فرزندپروری والدین دارای کودکان با و بدون نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، شماره ۱۴.
- ۸- میرنوب، محمود (۱۳۸۸). بررسی همبودی اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی با مشکلات برون‌نمودی و درون‌نمودی کودکان.
- ۹- رجبی، غلامرضا؛ فردین؛ خجسته مهر؛ رضا (۱۳۹۰). بررسی رابطه ایدئولوژی های جنسیتی، نقش های زناشویی، هوش هیجانی و کیفیت زندگی. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، سال ۱، شماره ۱، صص ۵۳-۳۹.
- ۱۰- عباسی، مریم؛ دهقانی، محسن؛ یزدخواستی، حامد؛ منصوری، نادر (۱۳۸۸). کارکرد خانواده بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی در مقایسه با خانواده های جمعیت عمومی. فصلنامه انواده پیهوشی، سال ۵، شماره ۹۱ (۳)، صص ۳۶۱-۳۷۰.

ب) منابع لاتین

- ۱- Cantwell. , A (۲۰۰۶). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in Colombian children and teenagers. Rev Neurol. ۵۰۰۵ ;۶-۳۰;۴۰ (۱۲):۷۱۶-۲۲.
- ۲- Dige. N (۲۰۱۰). Neuropsychological tests and functional impairments in adult attention deficit hyperactivity disorders – with especial reference to memory disturbance, thesis for doctoral degree (Ph. D), Karolinska institute. Stockholm, Sweden.
- ۳- Halmoy. A (۲۰۱۱), Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in adults, thesis for doctoral degree (Ph. D), University of Bergen.
- ۴- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA ,Kaplan, Sadock: (۲۰۰۳), synopsis of psychiatry. Behavioral science clinical psychiatry ۹th ed. Philadelphia L. W. W com; ۱۲۲۳-۱۲۳۰, ۱۱۱۶-۱۱۲۱
- ۵- Lam LT, Yang L. (۲۰۰۷), Overweight/obesity and attention deficit and hyperactivity disorder tendency among adolescents in China. Int J Obes (Lond);۲۱ (۴):۵۸۴-۹۰.
- ۶- Smalley SL, McGough JJ, Del'Homme M, NewDelman J, Gordon E, Kim T, et al. (۲۰۱۰). Familial clustering of symptoms and disruptive behaviors in multiplex families with attentiondeficit/hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry; ۳۹ (۹):۱۱۳۵-۴۳.
- ۷- Walsh, F. (۲۰۰۳). Family resilience: A framework for clinical practice: Family Process, ۴۲ (۱), ۱-۱۹.
- ۸- -Sadock, B., Sadock, V.(۲۰۰۷). Synapsis of psychiatry.۱۰th ed. Philadelphia: Lippincott William&Wilkins.