**فصل دوم**

**مبانی نظری و پژوهش**

**مبانی نظری**

**بخش اول: سلامت روانی**

*تمامي انسان‌هاي زنده از توان سلامت معيني برخوردارند كه بايد براي نيل به تندرستي كامل ودوري از بيماري براي توسعه آن تلاش نمايند. شيوه‌هاي زندگي مرسوم بين انسان‌ها، تأثير مهمي بر سلامت و تندرستي آنان دارد. گذار اپيدميولوژيكي كه اخيراً به علت تغيير در شرايط و شيوه‌هاي زندگي مشهود است، بار دوگانه بيماري‌هاي واگير و غيرواگير را در بسياري از كشورهاي منطقه مديترانه شرقي افزايش داده است. دراين منطقه، بيماري‌هاي ناشي از الگوهاي شيوه زندگي ناسالم به صدر فهرست دلايل بيماري و مرگ‌ومير انتقال يافته است. بنابراين ضروري است كه توجهي جدي به عوامل مؤثر در افزايش وسعت بيماري‌ها، آغاز شود. سرمايه‌گذاري براي خلق فرهنگ ارتقاي سلامت، در ابتدا موجب برخورداري از موقعيت‌هاي اجتماعي بهتر و در دراز مدت منجر به برخورداري از مزاياي مورد انتظار و بهبود سلامت ملل مي‌شود. سلامت انسان، تنها سلامت جسماني نيست. مهمتر از آن سلامت اخلاقي، ذهني آرام و متمركز است. فقط چنين ذهني مي‌تواند به شفاي جسم كمك كند (ضعیفی، 1389).*

*از ديدگاه اسلامي سلامت روان شامل افزايش توانايي‌هاي افراد و جامعه و قادرسازي آنها در دستيابي به اهداف مورد نظر مي‌باشد. بهداشت‌روان به همه ما مربوط است، نه فقط به كساني كه از بيماري رنج مي‌برند. متأسفانه در بخش عظيمي از دنيا به بهداشت‌روان و بيماري رواني به اندازه سلامت جسماني و بيماري جسمي اهميت داده نمي‌شود و مورد بي‌توجهي و غفلت واقع مي‌شود (ضعیفی، 1389).*

*به طور كلي در سالهاي اخير مسأله «بهداشت رواني» خود را به عنوان يكي از دغدغه‌هاي اصلي افراد و سازمان‌هاي مسئول امور بهداشتي در سراسر جهان و به ويژه سازمان جهاني بهداشت (WHO) مطرح نموده. تا آنجا‌ كه سال 2001 ميلادي از سوي WHO به عنوان سال بهداشت رواني و با شعار «غفلت بس است، مراقبت كنيم»[[1]](#footnote-1) تعيين و معرفي گرديده است. از طرفي اهميت ويژه‌اي كه سازمان جهاني بهداشت براي اين مسأله قايل گرديده سبب شده تا «بهداشت رواني » و مقولات مرتبط با آن، به عنوان يكي از محورهاي اساسي، مورد توجه پژوهشگران و صاحب‌نظران علوم بهداشتي قرار گرفته، آنان را وادار نمايد، ضمن بهره‌گيري از ابزارهاي موجود در عرصه پژوهش، به سنجش وضعيت بهداشت رواني جوامع انساني و ارائه راهكارهايي در جهت ارتقا و بهبود كيفيت سلامت رواني افراد جامعه بپردازند (گنجی ، 1385) .*

*مرز بين سلامت و اختلال رواني گاهي چنان با هم در مي‌آميزد كه اطلاق سلامت يا بيماري به فرد مشكل به نظر مي‌رسد.*

*به طور كلي فردي از نظر سلامت عمومی، سالم است كه تعادل بين رفتارها و كنترل او در مواجه با مشكلات اجتماعي وجود داشته باشد.*

*سلامت فكر و روان عبارت است از قابليت موزون و هماهنگ شدن با ديگران، تغيير و اصلاح محيط فردي و اجتماعي حل تضادها و تمايلات شخصي بطور منطقي و عادلانه و مناسب (رضائيان، 1380).*

*تعریف لاروس[[2]](#footnote-2) از سلامت عمومی: استعداد روان براي هماهنگ، خوشايند و مؤثر كار كردن، براي موقعيت‌هاي دشوار انعطاف‌پذير بودن و براي بازيابي تعادل خود، توانايي داشتن (به نقل از حيدري، 1384).*

*از نظر سازمان بهداشت جهاني[[3]](#footnote-3)، بهداشت عمومی يعني توانايي كامل براي ايفاي نقشهاي اجتماعي، رواني، جسمي، نه فقط فقدان بيماري يا ناتواني (حسين آزاد، 1387).*

*فرد داراي سلامت عمومی به نظر آدلر[[4]](#footnote-4) ، روابط خانوادگي صميمي و مطلوبي دارد و جايگاه خود را در گروههاي اجتماعي به درستي مي‌شناسد، در زندگي هدفمند و غايت مداراست و اعمال او مبتني بر تعقيب اين اهداف است.*

*سلامت عمومی به عقيده اسكينر[[5]](#footnote-5)، معادل با رفتار منطبق با قوانين و ضوابط جامعه است و چنين انساني وقتي با مشكل روبرو مي‌شود از طريق شيوه ي اصلاح رفتار براي بهبود و به هنجار كردن رفتار خود به طور متناوب استفاده مي‌جويد.*

*به عقيده اريكسون[[6]](#footnote-6): سلامت روانشناختي هر فرد به همان اندازه است كه توانسته است توانايي متناسب با هر كدام از مراحل زندگي را كسب كند.*

*از نظر فرويد: شخص سالم از مكانيزمهاي دفاعي نوع دوستي، شوخ طبعي، پارسايي و والايش استفاده مي‌كند (میر غلامی، 1387).*

*عملكرد موفق، كاركردهاي رواني در قالب تفكر، خلق و رفتار كه منجر به فعاليتهاي ثمربخش، روابط ارضاء كننده با ديگران و توانايي انطباق و مدارا با تمایلات مي شود. (کاپلان و سادوک، 2003).*

*سلامت رواني به مفهوم تأمين و رشد سلامت رواني فردي\_ اجتماعي و پيشگيري از ابتلا و درمان مناسب بيماري رواني و توانبخشي بيماران رواني است ( صالحي، 1386).*

در تعريف سلامت روان و شاخص‌هاي آن ديدگاههاي گوناگون وجود دارد. به عنوان مثال: روان‌كاوان معتقدند شخص از سلامت روان برخوردار است كه «خود» در ساختار شخصيت او به تكامل لازم رسيده باشد و بتواند تعارض‌هاي ميان خواست‌هاي «نهاد» و محدوديت‌هاي «فراخود» را بر اساس عقل و منطق حل كند. گروهي ديگر از روان‌شناسان و روان درمانگران فردي را از لحاظ رواني سالم مي‌دانند كه احساس اجتماعي در او رشد يابد و قادر است ارتباط سازنده‌اي با ديگران برقرار سازد. چنين كسي ضمن احساس احترام نسبت به خود و ديگران، كمبودهاي خويش را قبول دارد و انعطاف‌پذير است. بعضي ديگر از متخصصان، سلامت روان را منوط به ارضاي دو نياز اساسي در انسان مي‌دانند.

يكي درگيري عاطفي با ديگران و ديگري احساس موفقيت و ارزش در زندگي رفتار درمانگران، سلامت رواني را بر مبناي تاثير عوامل محيطي بر يادگيري و سازگاري فرد تبيين مي‌كنند (نوابي‌نژاد، 1379).

مي‌توان گفت شخص سالم فردي است كه ادراك نسبتاً دقيق از واقعيت دارد و براي رسيدن به هدف‌هاي خويش بر اساس عقل و منطق عمل مي‌كند، نسبت به خود نگرشي مثبت دارد و با ديگران سازگار است و در زندگي غالباً شاد بوده، قادر است ناكامي‌ها را تحمل كند. از آنجا كه اساس سلامت روان آدمي در طي دوره كودكي و نوجواني و عوامل موثر در تامين آن شايان توجه و اهميت فوق‌العاده است.

امروزه روان‌شناسي، روابط متقابل سلامت تن و روان را مورد تائيد و تاكيد قرار مي‌دهد. به اين معني كه داشتن روان سالم مستلزم بدني سالم و لازمه بدن سالم نيز برخورداري از رواني سالم است. از اين رو ترديدي نيست كه سلامت جسماني كودك يا نوجوان در سلامت رواني او نقشي مهمي دارد (رحيميان، 1378).

بهداشت رواني، رشته‌اي تخصصي از بهداشت عمومي است، كه در زمينه كاستن بيماريهاي رواني در يك اجتماعي فعاليت مي‌نمايد و بررسي انواع مختلف اختلالات رواني و عوامل موثري كه در بروز آنها نقش دارند، در قلمرو كار اين علم مي‌باشد. شناخت طرز ايجاد اختلالات رواني قدم اول برنامه‌ريزي براي اقدامات پيشگيري به حساب مي‌آيد. پس از شناخت علتهاي بوجود آورنده اختلالات رواني، وظيفه دست اندركاران اين رشته، مطالعه راههاي از بين بردن علتهاي مذبور يا غلبه بر آنها مي‌باشد. با توجه به اينكه بروز اختلالات رواني مجموعه عوامل زيستي- رواني- اجتماعي دخالت دارند، روشهاي پيشگيري از اين اختلالات نيز چند بعدي هستند و بايد در ابعاد زيستي رواني و اجتماعي مورد توجه قرار گيرند (شاملو، 1381).

بهداشت رواني به معناي سلامت فكر مي‌باشد و منظور نشان دادن وضع مثبت و سلامت رواني است كه خود مي‌تواند نسبت به ايجاد سيستم باارزشي در مورد ايجاد تحرك و پيشرفت و تكامل در حد فردي، ملي و بين‌المللي كمك نمايد. زيرا وقتي سلامت رواني شناخته شد، نسبت به دستيابي به آن اقدام مي‌شود و راه براي تكامل فردي و اجتماعي باز مي‌گردد (شاملو، 1380).

فرهنگ بزرگ روان‌شناسي لاروس، بهداشت رواني را چنين تعريف كرد: «استعداد روان براي هماهنگي، خوشايند و موثر كار كردن» براي موقعيتهاي دشوار، انعطاف‌پذير بودن و براي بازيابي تعادل خود، توانايي داشتن».

سازمان بهداشت جهاني، بهداشت رواني را چنين تعريف مي‌كند «بهداشت رواني در درون مفهوم كلي بهداشت جاي مي‌گيرد و بهداشت يعني توانايي كامل براي ايفاي نقشهاي اجتماعي، رواني و جسمي، بهداشت، تنها نبود بيماري‌اي عقب ماندگي نيست».

براي بهداشت رواني تعاريف ديگر نيز ارائه شده است. در سال 1948، كميسيون مقدماتي سومين كنگره جهاني بهداشت روان براي بهداشت رواني يك تعريف دو قسمتي ارائه داده است:

1- بهداشت رواني، حالتي است كه از نظر جسمي، رواني و عاطفي، در حدي كه با بهداشت رواني ديگران انطباق داشته باشد براي فرد مطلوبترين رشد را ممكن مي‌سازد.

2- جامعه خوب، جامعه‌اي است كه براي اعضاء خود چنين رشدي فراهم مي‌آورد و در عين حال رشد خود را تضمين مي‌كند و نسبت به ساير جوامع بردباري نشان مي‌دهد.

***جنبه‌هاي سلامت عمومی***

*پنج اصل سلامت عمومی از نظر انجمن روانشناسي آمريكا (APA) به شرح زير است:*

*علي رغم دشواري‌ها اغلب مردم مي‌توانند سلامت عمومی خود را حفظ كنند. شخصيت قوي قادر است در مقابل فشار (استرس) مقاومت كند حتي شخصيت ضعيف هم مي‌تواند با تقويت و كمك، مقاومت بيشتري نشان دهد. سلامت رواني تنها آزاد بودن از دشوارريها نيست بلكه در اين است كه فرد در مواجهه با دشواريها راه حلي پيدا كند به طور عموم سلامت عمومی شخص مربوط است به:*

*1-روابط شخص با ديگران*

*2-طرز رفتار شخص*

*3-منابع رضايت شخص*

*4-حصول ايمني*

*5-ارزش هدفهاي شخص در زندگي*

*شايد با بحث در اين موارد شخص قادر شود كليدي براي فهم مشكلات خود پيدا كند و موارد ضعف خود را ترميم كند (انجمن روانشناسي آمريكا، 1999؛ به نقل از آزاد، 1387).*

*1-روابط شخص با ديگران: عامل بسيار مهمي كه در شادابي روحيه شخص مؤثر ات عبارتست از قدرت بهتر كردن روابط شخص با ديگران*

*2-چگونگي‌ رفتار شخص، كيفيت رفتار شخص با ديگران نتيجه سه نيرويي است كه در شخصيت انساني نهفته است اين سه نيرو از سه محل سرچشمه مي‌گيرد كه عبارتست از: شعور ناآگاه، شعور آگاه و وجدان كه از تركيب و تأثير آن دو بر يكديگر حاصل مي‌شود.*

*3-منابع رضايت شخص: براي حصول سلامت عمومی افراد احساس رضايت خاطر از زندگي لازم است. رضايت از برآورده شدن احتياجات و قابل حصول شدن آرزوهاي حاصل مي‌شود تقدير و تشويق ديگران احساس رضايت را كامل‌تر مي كند. حصول رضايت به مهارت و كاردانی و همچنين به بي‌نيازي و پشتكار نيز بستگي زياد دارد.*

*4-ايمني عاطفي: روشهايي كه شخص كشف ايمني عاطفي مي‌كند و مقدار و اندازه‌اي كه مي‌تواند اطمينان خاطر و ايمني عاطفي داشته باشد براي سلامت عمومی خود و بچه‌هايش كمال اهميت را دارد. ايمني عاطفي مربوط است به مقدار اعتماد به نفس شخص و فارغ بودن از حسن مجرميت و معلوماتي كه مطلوب شخص است. و كيفيت رابطه شخص با خانواده‌اش، حرفه‌اش و دوستانش ناايمني و عدم اعتماد به افراد خانواده و دوستان خطري جدي است كه سلامت عمومی شخص را تهدير مي‌كند.*

*5-ارزش اهداف شخص: بهتر است شخص در زندگي هدف داشته باشد. بي هدف و بي‌مقصد نمي‌توان زياد زندگي كرد. افرادي از سلامت عمومی برخوردارند كه:*

*1-قابليت و توانايي برقراري ارتباط با ديگران را در جامعه دارند.*

*2-از آرامش خاطر برخوردار بوده و فاقد اضطراب و ترس دايمي است.*

*3-احساس كفايت و اعتماد به نفس مي‌كنند.*

*4-توانايي پذيرش مقررات اجتماعي را دارند.*

*5-در حاليكه ديگران را دوست دارند به آنها وابستگي و اتكاي افراطي ندارند.*

*6-بشارت‌ها و شرايط براي زندگي را تحمل مي‌كنند.*

*7-انعطاف‌ پذيرند.*

*8-به اندازه‌ي توانايي خويش از خود توقع دارند.*

*9-از فضايل اخلاقي مثل خيرخواهي و دلسوزي و تواضع برخوردارند.*

*10-در زمان حال زندگي مي‌كنند.*

*11-رضايت و نگراني منطقي دارند.*

*12-ترس، خشم، اضطراب خود را كنترل مي‌كنند (به نقل از آزاد 1387).*

**اهداف بهداشت رواني:**

هدفهاي بهداشت رواني را مي‌توان در كل به اين صورت بيان كرد: «رسيدن به يك زندگي تكامل يافته، شادتر، هماهنگ­تر و كارآمدتر». در زير به تعريف هر يك از اين ابعاد پرداخته شده است.

1- زندگي نسبتاً تكامل يافته: در يك زندگي نسبتاً كامل، فرد تواناييهاي بالقوه خود را مي‌شناسد و پيوسته در حال رشد و باروري و تكامل است. احساس مسئوليت در انجام كارهاي محوله و احساس شادماني در هنگام فراغت، شركت در فعاليتهاي مختلف و برخورداري از مهارت انجام صحيح كارها، به فرد اجازه مي‌دهد كه موفقيت را تجربه كند.

در يك زندگي تكامل يافته، همه ابعاد شخصيت فرد، اعم از جسماني، رواني، ذهني و معنوي رشد و تكامل مي‌يابند و هدف بهداشت رواني نيز ايجاد فرصت براي بروز استعدادها و تواناييهاي گوناگون فرد است. هر اندازه فرد بيشتر تواناييها و قابليتهاي خود را بشناسد و آنها را به كار گيرد احساس رضايتمندي و خوشنودي و موفقيت بيشتر با او قرين خواهد بود.

2- زندگي شاد و مطبوع: شادكامي و خوشبختي نسبي است، ليكن نوجواني كه از روابط سالم و سازنده و مطلوب خود با همسالان انجام تحصيل و كار موفق و برنامه‌ريزي مشخص در زندگي برخوردار است، فردي شاد و با نشاط خواهد بود. والدين شاد و محيط خانواده مطبوع، فرزنداني شاد به بار مي‌آورد. محيط آموزشي مطلوب نيز بر روحيه نوجوان تأثير مثبت بر جاي مي‌گذارد.

3- زندگي هماهنگ: زندگي هماهنگ و منسجم بستگي به موفقيت در دو چيز دارد: كنار آمدن با خود و ديگران، كنار آمدن با خود شامل توانايي تصميم‌گيري، افسوس گذشته را نخوردن و توانايي پذيرش محدوديتها و كمبودهاي خويش، پرورش استعدادها و قابليتهاي خود و احساس ارزشمندي و اعتماد به نفس در فرد است.

كنار آمدن و زندگي مطبوع با ديگران رابطه‌اي است عاري از حرص و آز، بدبيني، حسادت و نفرت و ديگر خصوصيات منفي نسبت به فرد يا افراد ديگر. اين عوامل مانع رشد و توفيق در روابط انساني موفقيت‌آميز با ديگران است.

4- زندگي مؤثر و كارآمد: زندگي مؤثر و كارآمد در حقيقت نيمه مجموعه‌اي از ويژگيهاي فعلي، يعني خودشناسي، رشد و تكامل فردي، شاد زيستن، توانايي ايجاد ارتباط با ديگران و كنار آمدن با خود است. رسيدن به بيشترين بازده با صرف كمترين انرژي و كمترين اتلاف وقت و مؤثر و كارآمد بودن در زندگي، مستلزم شناخت تواناييها و قابليتهاي خود است *(به نقل از آزاد 1387).*

**مفهوم سلامت روان در مكاتب روان­شناسي**

**مكتب انسان­گرايي:** به عقيده راجرز[[7]](#footnote-7) آفرينندگي مهمترين ميل ذاتي انسان سالم است. همچنين شيوه­هاي خاصي كه موجب تكامل و سلامت خود مي­شوند به ارضاي توجه مثبت غير مشروط و دريافت غير مشروط محبت و تأييد ديگران براي رشد و تكامل سلامت رواني فرد با اهميت است (نجات، 1378).

**مكتب رفتارگرايي:** انسان سالم به عقيده اسكينر[[8]](#footnote-8) معادل با رفتار منطبق با قوانين و ضوابط جامعه است و چنين انساني وقتي با مشكل مواجه مي­شود تا هنگامي كه از طريق جامعه به هنجار تلقي شود، از طريق شيوه­ اصلاح رفتار براي بهبودي و به هنجار كردن رفتار خود و اطرافيانش به طور متناوب استفاده مي­جويد.

**مكتب شناختي:** آلبرت آليس[[9]](#footnote-9) اصول سيزده­گانه­اي به عنوان معيار براي سلامت روان در نظر گرفته است كه عبارتند از نفع شخصي، رغبت اجتماعي، خودفرماني، تحمل، انعطاف­پذيري، پذيرش عدم اطمينان، تعهد و تعلق نسبت به چيزي خارج از وجود خود، تفكر علمي، پذيرش خود، خطر نمودن، لذت­گرايي بلند پايا (نجات، 1378).

**مكتب زيست­گرايي:** مكتب زيست­گرايي در مطالعه رفتار انسان، بيشترين اهميت را بر بافتها و اعضاي بدن قايل مي­شود. اين مكتب كه پايه اصلي روانپزشكي را تشكيل مي­دهد بيشتر بر بيماري رواني توجه دارد نه بهداشت رواني.

اين ديدگاه از علم پزشكي الهام مي­گيرد، زيرا علم پزشكي معتقد است كه بيماري جسمي در اثر بي نظمي در عملكرد يا در خود دستگاه به وجود مي­آيد اگر رفتار شخص از هنجار منحرف شود به اين دليل خواهد بود كه دستگاه رواني او اختلال پيدا كرده است. طبق اين ديد، بهداشت رواني عبارت است از نظام متعادلي كه خوب كار مي­كند اگر تعادل به هم بخورد، بيماري رواني ظاهر خواهد شد (گنجي، 1380).

**مفهوم بهداشت رواني در قرآن**

با مراجعه به قرآن و تفسير الميزان چهار مفهوم از ميان مفاهيم متعدد انتخاب گرديد كه با مفهوم بهداشت رواني نزديكي بيشتري از نظر معني مي­توانند داشته باشند اين مفاهيم چهارگانه عبارتنداز: 1- سكينه 2- حيات طيبه 3- قلب سليم 4- نفس مطمئنه (حسيني، 1364).

سكينه از ماده سكون است و در اصطلاح قرآن به معني آرام بودن دل و فقدان هر گونه نگراني و اضطراب مي­باشد. حيات طيبه يا زندگي پاكيزه نتيجه عمل صالح است واينكه چنين زندگاني خاص همين دنيا است. حيات طيبه درعمل به معني تحقق جامعه­اي است كه صفات و ويژگي­هايي همچون امنيت، رفاه و آسايش، عشق و ايثار، تعاون و همدلي، متصف و از رذائل و خبائثي همچون ظلم و تجاوز، خيانت و فساد و نگراني و تشويش به دور باشد. قلب سليم از دو مفهوم سكينه و حيات طيبه به مفهوم بهداشت رواني نزديكتر است طبق نظر علامه طباطبايي، قلب سليم قلبي است كه از هر گونه بيماري و انحراف اخلاقي واعتقادي به دور باشد نفس مطمئنه، اطمينان حاصل در نفس مطمئنه هرگز به معني آرامش ناشي از غفلت نيست بلكه محصول كوشش و حركت آگاهانه­اي است كه با آگاهي و درك كامل فرد از حضور نقص در خود از يكسو و توجه او به كمال مطلوب و با عروج به بالاترين قله­هاي كمال انساني خاتمه مي­يابد (حسيني، 1364).

**دیدگاه­های مربوط به سلامت روان**

**الف) رویکرد انسان­گرایی**

**1- دیدگاه مازلو :**

امروزه گونه­ای نظریه پردازی مردم پسند وجود دارد که با نامهایی از قبیل نظریه خود شکوفایی ، روانشناسی انسان گرا یا روانشناسی جهان سوم شهرت دارد . این نظریه در میان روانشناسانی که به مسائلی از قبیل رشد شخصی و اجتماعی تحول و توسعه سازمانی و نهادی و زمینه های مشابه علاقه مندند جنبشی مهم است . در واقع محکمترین تایید آن ظاهراً از سوی کسانی است که بر اساس فرض معتبر بودن نظریه های خود شکوفایی مربوط به انگیزه برنامه های توسعه مدیریت و سازمانی پیشنهاد می کنند . نظریه خود شکوفایی ناشی از کار فلاسفه وجودی است که استدلال کرده اند مردم برای یک وجود با معنا ، ماندنی و از قوه به فعل قابلیت دارند ، در نتیجه شرایط و محیطهایی که در آن به سر می برند از عمل به رفتار ، به گونه­ای با معنا و خود شکوفایانه باز مانده­اند ( ناصری، 1384).

نظریه خود شکوفایی در توجیه استدلال خود مبنی بر این که شخص واجد توانایی بالقوه و آرزو برای خود شکوفایی ، رشد ، و توسعه است ، چه نظریه ای در رابطه با فرایند های انگیزشی به کار می برد ؟ نظریه مازلو که امروزه اشتهار بسیار دارد پیشنهاد می کند که رفتار شخص پیرامون سلسله مراتبی از انگیزه های سازمان می یابد ، به طوری که پایین ترین آنها نیازهای فیزیولوژیکی از قبیل گرسنگی و تشنگی هستند . هنگامی این نیازها کامروا شوند ، نیازهای ایمنی به عنوان موثر در رفتار برجستگی می یابد . به دنبال اینها در سلسه مراتب نیاز های اجتماعی ، عزت نفس و خود شکوفایی به عنوان انگیزه های رفتار ظاهر می شوند . در تمام این نیازها مازلو استدلال می کند که اولویت نیاز بالاتر به عنوان تابعی از کامروایی نیازی که در سلسه مراتب نیازها بلافاصله در زیر آن قرار دارد افزایش پیدا می کند . بسیاری از نویسندگان با پیشنهاد این که امروز اکثر مردم نیازهای پائینتر خود را ارضاء کرده و در محیط کار در پی کامروایی نیازهای بالاتر خود هستند ، مازلو را تایید و حمایت کرده اند . بدین جهت ، اگر می خواهیم رفتار کار بر انگیخته و باورو داشته باشیم باشد محیط های کار را طوری تغییر دهیم که به نیازهای سطح بالا فرصتی برای ارضاء و کامروایی بدهند . بهبود محیط های کاری هم برای سازمان سودمند است و هم برای فرد ، چه کامروایی فرد برای خودشکوفایی ، او را خلاقتر ، بارورتر ، کمتر تدافعی و تواناتر در تعامل با دیگران می سازد.(همان منبع).

**2- دیدگاه آدلر :**

زندگی به عقیده آدلر « بودن » نیست بلکه « شدن » است . بنا بر نظر آدلر فرد برخوردار از سلامت روان شناختی توان و شهامت یا جرات عمل کردن را برای نیل به اهدافش دارد . چنین فردی جذاب و شاداب است و روابط اجتماعی سازنده و مثبتی با دیگران دارد . فرد دارای سلامت روان مطمئن و خوشبین است و ضمن پذیرفتن اشکالات خود در حد توان اقدام به رفع آنها می کند . سلامت روان به عقیده آدلر یعنی داشتن اهداف مشخصی در زندگی ، داشتن فلسفه ای استوار و مستحکم برای زیستن ، روانبط خانوادگی و اجتماعی مطلوب و پایدار ، مفید بودن برای همنوعان ، جرات و شهامت و قاطعیت ، کنترل داشتن بر روی عواطف و احساسات ، داشتن هدف نهایی کمال و تحقق نفس ، پذیرفتن اشکالات و کوشیدن در حد توان برای حل اشتباهات .(خدا رحیمی ، 1374 )

**3- دیدگاه اریک اریکسون :**

به عقیده اریکسون سلامت روان شناختی اصولاً منیجه عملکرد قوی و قدرتمندی «من» است . سلامت روان شناختی را می توان در قالب این توانائیها و در هر مرحله از رشد روانی – اجتماعی تعریف کرد . توانایی مرتبط با اولین مرحله رشد روانی – اجتماعی در طفولیت «امید» است . مرحله دوم رشد روانی – اجتماعی «اراده» است . سومین مرحله رشد روانی – اجتماعی منجر به بروز توانایی احساس «هدف» می شود . چهارمین توانایی بشر « شایستگی » است که در نهایت مشخص کننده مهارت و خبرگی فرد است . توانایی و قدرتی که در نوجوانی بروز می کند « وفاداری » است . عشق توانایی متمایز کننده ششمین مرحله رشد روانی – اجتماعی است که اریکسون آن را بزرگترین قدرت بشر می داند . توانایی و قدرت مرتبط با مرحله مولد بودن زندگی «مراقبت» است . توانایی متناسب برای اخرین مرحله رشد روانی – اجتماعی «خردمندی» است . به عقیده اریکسون سلامت روان شناختی هر فرد به همان اندازه ای است که توانسته است توانایی متناسب با هر کدام از مراحل زندگی را کسب کرده باشد . سلامت روان شناختی ارائه کرده است : « فردی که در جامعه زندگی می کند بایستی از تعارض عاری باشد ، بایستی از استعداد و توانایی بارزی استفاده کند ، در کارش ماهر و استاد باشد ، ابتکار نا محدود داشته باشد ، از انجام لحظه به لحظه حرفه اش پسخوراند بگیرد و در نهایت در مورد فرایند زندگی نظریه معنوی روشن و قابل درکی داشته باشد .(همان منبع)

**4- دیدگاه کارن هورنای :**

به عقیده وی انسان برخوردار از سلامت روان دارای این ویژگی هاست :

الف) احساس عدم امنیت نمی کند و لذا فاقد پرخاشگری و خودشیفتگی است .

ب) قدرتمندی نیازهای دهگانه در او خفیف است ، بعلاوه قابلیت تغییر و تحول و جایگزینی این نیازها را دارد.

ج) انسان سالم از هر سه نوع طبقه کلی نیازها با توجه به اوضاع و احوال متناسب استفاده می­کند، در حالیکه کودکان فقط به سوی دیگران می­روند، نوجوانان در مقابل دیگران می­ایستند و سالمندان از دیگران دوری می کنند .

د ) انسان سالم به دلیل اگاهی از « خود واقعی اش » و استعدادهای بالقوه خود تسلیم محض محیط اجتماعی و فرهنگی نیست بلکه ابتکار و شخصیت خودش را عهده دار می شود

هـ ) خود شناسی و کوشش برای تحقق استعدادهای فطری و ذاتی وظیفه اخلاقی و امتیاز معنوی شخصیت سالم است و هدف او کمال است .

و ) شخیت و دگرگونی انسان سالم به عهده خود او است نه محیط و اجتماع .

ز ) انسان سالم خود آگاهی دارد و از خود واقعی و استعدادهایش کم و بیش آگاه است و خودش بسیاری از مشکلات زندگانی اش را حل می کند ، لذا به دیگران وابستگی ندارد .

**5- دیدگاه اریک برن :**

نظریه « تحلیل ارتباط محاوره ای » اریک برن در واقع سازشی است بین روانکاوی و ارتباط متقابل. مختصر اینکه اریک برن معتقد است که انسان برخوردار از سلامت روان شناختی دارای این ویزگی ها است :

1. بین حالت های من او ( من والدینی ، من کودکی و من بزرگسالی ) تعادل برقرار است و در صورت به هم خوردن این تعادل ، توانایی سازماندهی مجدد شخصیتش را دارد .
2. نتیجه گیری بین فرد سالم بر اساس وضعیت چهارم (من خوب هستم ، تو خوب هستی ) است ، زیرا سه حالت قبلی به کودکان اختصاص دارند و الگوی شخصیت کودکی و افراد نابالغ هستند .
3. انسان سالم در هر لحظه از نوع حالت نفسانی خودش اگاهی دارد. چون رفتار نانسان مبتنی بر مجموعه­ای از احساسات، اخلاقیات و کنترل اگاهانه است.
4. شخصیت طبیعی و سالم سازمان یافته است و مرزهای شخصیتی آن مشخص شده و در عین حال نفوذ پذیر است و در هنگام رویارویی با تعارضات شدید درونی ، بصورت اگاهانه به گونه ای از این بخشها استفاده می کند که هر کدام نقش متناسب خودشان را انجام دهند .
5. شخصیت سالم در ابعادی مختلف شخصیتش «تعصب و تغییر ناپذیری » ندارد و چنین فردی ضمن شناختن الگوهای موفقیت آمیز رفتاری و اگاهی از تصاد ها و تشابهات درونی خودش ، آزادی انتخاب بیشتری دارد .
6. فرد سالم مسئولیتش رفتار و تفکرش را می پذیرد و رفتار او با دیگران آگاهانه و مبتنی بر صمیمیت و علاقه است .
7. انسان سالم علاوه بر تصمیم گیری و انتخاب آگاهانه در زمان حال زندگی می کند نه در گذشته یا آینده .
8. مبنای فعالیت در نظریه برن ، نیاز به تشخیص و منزلت است . یعنی اینکه فرد هم مورد احترام دیگران واقع شود و هم برای دیگران احترام قابل شود و شخصیت سالم نیز بایستی چنین خصوصیتی را در تعامل با مردم و جامعه داشته باشد . ( همان منبع )

**6- دیدگاه هری استاک سالیوان :**

نظریه سالیون با عنوان «نظریه روابط بین فردی» شهرزت یافته است . بنابر نظریه سالیوان شخصیت «الگوی نسبتاً پایدار و مکرر موقعیت های بین فردی است که زندگی انسان را مشخص می کند .» به عقیده وی انسان از بدو تولد تا مرگ تحت تاثیر روابط بین فردی است و افکار و احساسات او نیز متاثر از این امر است. گر چه وی اهمیت وراثت و رشد را انکار نمی­کند ، اما انسان را محصول تکامل اجتماعی می داند.

ویژگی­های سلامت روان شناختی را از دیدگاه سالیون:

1. شخصیت برخوردار از سلامت روان شناختی « انعطاف پذیر » است و با توجه به موقعیتهای بین فردی نوین ، در روابطش با دیگران به صورت متناسب تغییر پذیر است.
2. فرد سالم قادر به تمایزگذاری بین افزایش و کاهش «تنش » است و رفتار او در جهت کاهش تنش معطوف می شود.
3. به گفته سالیوان شخصیت سالم بایستی بنا بر گفته چارلز اسپیرمن همیشه در حال « آموزش و فراگیری روابط و ارتباطات « باشد .
4. زندگی شخص برخوردار از سلامت روان ، دارای جهت یافتگی است . بدین معنی که امیالش را به خوبی یکپارچه می سازد که منجر به رضایتمندی شود یا اضطراب او را نسبتاً کم کند یا از بین ببرد . بنابراین شخصیت سالم کسی است که دستگاه روانی او حداقل تنش را داشته باشد و چنین فردی معمولاً روابط اجتماعی انعطاف پذیر ، واقعی و اعتماد آمیز دارد (خدارحیمی، 1374).

**7- دیدگاه اریک فروم :**

اریک فروم معتقد است که شخصیت خواه سالم یا ناسالم ، به فرهنگ بستگی دارد . « جامعه نا سالم در اعضای خود عشق ورزیدن ، باروری و خلاقیت ، تعقل ، عینیت و نیرومندی را می دهد و با این شیوه کارآمدی انسان کامل را تسهیل می کند . رابطه سلامت روان با ماهیت جامعه بدین معنی است که جامعه تعریف در طول زمان و مکان تغییر یابد . شخصیت سالم نیاز هایش را با کمک « شیوه های مولد ، بارور و خلاق » ارضا می کند اما انسان نا سالم از طریق شیوه های نا معقول نیازهایش را برطرف می کند.

بنابر عقیده فروم انسان بین « آزادی و ایمنی » نوعی تعارض و دوگانگی وجود دارد . همین تعارض پنج نیاز روانی را در او بر می انگیزاند که این نیاز ها عبارتند از : وابستگی یا تعالی ، اصالت و ریشه داشتن ، احساس هویت ، چارچوب جهت گیری »

نیاز وابستگی: انسان دلیل اگاهی از گسستگی وابستگی های اولیه اش با طبیعت بدنبال ایجاد وابستگیهای نوین با انسانهای دیگر است . وابستگی و یگانگی با دیگران از لوازم سلامت روان شناختی است .

عشق: راه سالم و سازنده پیوند با جهان است زیرا هم نیاز ایمنی و هم یکپارچگی فرد را تامین می کند . عشق در نظریه فروم معنای وسیعی دارد که عشق جسمانی تا احساس همبستگی و عشق به انسانیت را شامل می ود .

نیاز به تعالی : این نیاز انسان را از حالت منفعل بودن فراتر می برد و موجب خلاقیت او می شود و در نهایت باعث احساس آزادی و هدفمندی در او می گردد .

نیاز به اصالت و ریشه داشتن : به عقیده فروم « تنهایی و ناچیزی » جوهر وضعیت بشر است علت پیدایش تنهایی بشر از هم پاشیدن وابستگیهای اولیه او با طبیعت و فرو ریختن احساس ایمنی او است . مطلوبترین راه احساس اصالت و ریشه داری ، ایجاد حس « برادری » با همنوعان است . برادری به معنای احساس ارتباط ، عشق ، توجه و مشارکت در جامعه است.

نیاز به احساس هویت: انسان سالم بایستی فردیت داشته باشد یعنی به کمک فردیت به معنای بخصوص و مشخص هویت هودش برسد ، میزان خردیت هر انسان تابع میزان از بین بردن علایق زناگونه با خانواده ، طایفه یا ملیت خودش است . همرنگی با ویزگیهای یک ملت ، نژاد ، مذهب ، شغل و حرفه نشاندهنده شیوه ناسالم احساس هویت یافتن است .

نیاز به چارچوب جهت­گیری: چارچوب جهت گیری انسان دارای سلامت روان متکی بر عقل و خرد است زیرا فقط با خرد می توان تصویری واقعگر و عینی از جهان بدست اورد . انسان سالم ادراکات جهان را با نیازها و ترسهای ذهنی خودش تحریف نمی کند . فروم معتقد است که انسان دارای سلامت روان کسی است که عمیقاً عشق می ورزد ، آفرینشگر است ، قدرت خرد و تعقل را در خودش کاملاً پرورانیده است ، خودش و جهان را به شکل عمیقی ادراک می کند ، احساس درست پایدار دارد ، جهان در پیوند است و در آن ریشه و اصالت دارد و حاکم سرنوشت خودش است (خدا رحیمی، 1374 ).

**7- دیدگاه کنراد لورنز :**

لورنز پایه گذار شاخه گردار شناسی در رشته زیست شناسی است . کردار شناسی از لحاظ لغوی به معنای خلق و منش است ، اما امروز به معنای مطالعه علمی رفتار حیوانات است . انسان دارای سلامت روانشناختی از دیدگاه لورنز کسی است که حداکثر استفاده را از عقل و خرد می نماید ، نسبت به تکانه های پرخاشگرانه اش اگاهی دارد و انها را در جهت مورد قبول انسانی سوق می دهد و به بهترین شکل با استفاده از مکانیزم والایش خشم خود را از این راه هنر ، علم و ... به شیوه ای مفید تبدیل کند .همچنین در مواقع تنش برای کاستن ان از شیوه های بی خطر برای ابراز پرخاشگریش استفاده می کند . سعی در گسترش روابط صمیمانه با افراد و اجتماع دارد . از معرفت و مزاح به عنوان دو مایه امید پیشرفت بهترین استفاده را می جوید . به عقیده لورنز اگر انسان از این شیوه ها بهره بگیرد می تواند سایق پرخاشگری خود را در حد قابل تحملی کنترل کند . ( همان منبع )

**8- دیدگاه مک دوگال :**

سلامت روان شناختی از دیدگاه مک دوگال بایستی بر سه نکته تاکید نماییم . نخست اینکه مک دوگال و یونگ از لحاظ اعتقاد به اهمیت یکپارچگی و وحدت برای بلوغ شخصیت هم عقیده هستند. دوم مک دوگال بر خلاف فروید بلوغ روان شناختی را در قالب وحدت و یکپارچگی تعریف می کند نه افزایش آگاهی و هوشیاری . به عقیده وی مجموع کل فعالیت روانی نیمه هشیار یک فرد سالم و روان نژند یکسان است و تفاوت این دو فقط این است که فرد سالم تعداد تعارضات نیمه هشیار کمتری دارد . سوم مک دوگال ضمن عدم توافق شدید با فروید ، سلامت روان شناختی و رشد شخصیت را یکی می داند . مک دوگال مدافع رسمی روان شناسی غایت نگر است . ویژگی های رفتار هدفمند بنظر وی عبارتند از :

1- نوعی خود انگیختگی فعالیت، یعنی فعالیتی که از درون ارگانیزم آغاز شده باشد و نه ناشی از نیروهای خارجی صرف باشد .

2- فعالیت هدفمند بطور مستقل استمرار می یابد .

3- حرکتهای مستمر دارای تغییر مسیر می باشند .

4- رفتار هدفمند به محض انکه تغییر خاصی را بوجود اورد ، متوقف می گردد .

5- رفتار هدفمند ارگانیزم را برای وضعیتی اماده می سازد که آن وضعیت به ایجاد عمل مورد نظر کمک نماید .

6- رفتار هدفمند موجب بهبودی فعالیت ارگانیزم در شرایط مشابه می گردد .

7- افعالیت و رفتار واکنش کل ارگانیزم است ، یعنی فرایندهای تمام اجزای ارگانیزم به نحوی سازگار می شوند که پیگیری بهتر هدف طبیعی آن را تشویق نماید .بنابراین شخص دارای سلامت روان در نظریه غایت نگر مک دوگال ، کسی است نهایت به نوعی ایده آل اخلاقی صادقانه وفادار بماند (خدا رحیمی ، 1374).

**9- دیدگاه اسکینر :**

بی . اف . اسکینر استاد دانشگاه هاروارد از 1948 به بعد یکی از روانشناسان تجربی و صاحب نفوذ در سنت رفتارگرایی بوده است. سلامت روانی و انسان سالم به عقیده اسکینر معادل با رفتار منطبق با قوانین و ضوابط جامعه است ، و چنین انسانی وقتی با مشکل روبرو شود از طریق شیوه اصلاح رفتار برای بهبودی و بهنجار کردن رفتار خود و اطرافیانش به طور متناوب استفاده می جوید تا وقتی که به هنجار مورد پذیرش اجتماع برسد . بعلاوه انسان بایستی آزاد بودن خودش را نوعی توهم بپندارد و بداند که رفتار او تابعی از محیط است و هر رفتار توسط محدودی از عوامل محیطی مشخص می گردد . انسان سالم کسی است که از تاییدات اجتماعی بیشتری به خاطر رفتارهای متناسب ، از محیط و اطرافیانش دریافت کند . فرد سالم کسی است که بتواند با هر روشی بیشتر از اصول علمی استفاده کند و به نتایج سودمندانه تری برسد و مفاهیم ذهنی مثل امیال هدفمندی ، غایت نگری و امثالهم را کنار بگذارد .

**ب) رویکرد روانکاوی :**

**1- دیدگاه فروید :**

بنظر فروید اکثر مردم به درجات مختلف روان نژند هستند و سلامت روان شناختی یک ایده آل است نه یک هنجار آماری . به عقیده فروید ویژگی های خاصی برای سلامت روان شناختی ضرورت دارد . نخستین ویژگی خود آگاهی است .

به نظر فروید خود آگاهی برای سلامت روان شناختی کفایت کننده نیست . می دانیم که زندگی اجتماعی بخودی خود متبع بالقوه غیر منطقی بودن است . فروید تقریباً ایده ای در مورد غیر منطقی بودن اعمال گروهی داشته است . او تمام جنبشهای سیاسی ، دموکراتیک یا استبدادی ، انقلابی یا ارتجاعی را فاسد و مردود می داند .

به عقیده فروید انسان متعارف کسی است که مراحل رشد روان جنسی را با موفقیت گذرانیده باشد و در هیچ یک از مراحل بیش از حد تثبیت نشده باشد . به نظر او کمتر انسانی متعارف به حساب می آید و هر فردی به نحوی از انحاء نا متعارف است . فروید از حیطه روان شناسی انسان نا متعارف را به دو گروه روان نژند و روان پریش تقسیم می کند و هسته مرکزی بیماری روانی را اضطراب می داند . به عقیده فروید نوع مکانیزم های دفاعی مورد استفاده افراد سالم روان نژند و روان پریش متفاوت است . شخص سالم از مکانیزم های دفاعی نوعی دوستی ، پیش بینی ، شوخ طبعی ، والایش و سرکوب استفاده می کند .

**2- دیدگاه یونگ :**

به طور کلی نظریه یونگ در مورد روان نژندی از نظریات فروید و ادلر پیچیده تر است ، به طور کلی که وی نظریات انان را تخریبی و تقلیلی می داند . به عقیده یونگ در اغلب موارد علت روان نژندی « یک سو نگری » است . یک سو نگری به اشکال مختلفی روی می دهد که دو نوع از انها اهمیت اختصاصی دارند . در مورد نخست شخص در مورد اهدافی دچار مشغله فکری می شود که این اهداف برای یک مرحله پایین تر از چرخه زندگی متناسب بوده اند . شخص جوانی که دچار وسوسه فکری مربوط به مشکلات دوران کودکی و خردسالی است ، نمی تواند به نحو موثر از عهده خواسته های زندگی و رقابت اجتماعی بر آید . شخص میانسالی که هنوز به جایگاه اجتماعی و جنسیت علاقمند است نیز به همین اندازه دچار سردرگمی شده است ، زیرا این موضوعات نبایستی تا این اندازه در زندگی این شخص حائز اهمیت باشند . مشکل دوم یک سو نگری ممکن است به صورت توسعه بیش از حد یک نگرش یا عملکرد اساسی و بنیادین باشد که موجب شود شخص « نقاب » خودش را بی از حد جدی بگیرد .

دوم و مهمتر اینکه یک سو نگری فرآیند تفرد را متوقف می سازد . هدف نهایی روانشناسی فروید و آدلر مصالحه فرد با خواسته های جامعه است . یونگ این مرحله را نخستین هدف الزامی در سلسله مراتب تفرد ، می داند . به نظر وی تفرد بالاتر از مصالحه با جامعه است . تفرد به معنای منفرد شدن ، همگون شدن و منحصر به فرد شدن بی نظیر و غیر قابل مقایسه است.

تفرد یعنی تولید و شکوفایی تمامیت بالقوه ذاتی فرد تفرد مستلزم این است که فرد به کلیت و یکپارچگی برسد . لذا یونگ معتقد است که تعداد خاصی از افراد هر جامعه نا کامل باقی می ماند . تفرد در ساده ترین شکل ان عبارتست از تمییز تدریجی «من» یا خود آگاهی از ناخودآگاهی . اما یونگ افزایش بیش از حد خود آگاهی را به همان اندازه اندک بودن آن آسیب گونه می داند و از این لحاظ وضعیت متعادل تری را اتخاذ کرده است .

شخص پس از روبرو شدن با نقاب ، سایه و آینما یک مانع نهایی برای «خود شدن» دارد که همان وسئله معانی زندگی است . کوشش فرد برای جستجوی حقیقت ازلی مشکل معنای زندگی را حل می نماید . چنین کوششی به طور همزمان فرد را از قدرت ناخودآگاه ارکی نسخ های کهن آزاد می کند و انرژی خلاق آنها را تخلیه می کند .

به نظر یونگ سلامت روان شناختی و خود شناسی یکسان هستند . تحقق خود با سه معیار مشخص می شود : نخست بایستی واپس زنی تخلیه شود ، تنشهای بین کنشها و نگرشهای ناخودآگاه و خود آگاه به آرامش مبدل شوند تا فرد بتواند از راه معرفت خود به آرامش و صفای درونی برسد . دوم فرد بایستی بیان نمادین ناخودآگاه را درک کند . سوم شخس بتواند از طریق ایمان شخصی به نماد یا اسطوره خصوصی خود شناسی نزدیک شود .

**3- دیدگاه صفات موری :**

به عقیده موری تاریخچه پیشین زندگی فرد به همان اندازه زمان حال و محیط او حائز اهمیت است . موری موضع روان شناختی انسانگرایانه و خوش بینانه ای دارد . به علاوه به عقیده وی «من» سرکوبگر و مهار کننده نیست . «من» موجب سازماندهی و یکپارچگی رفتار می شود و بخشی از سازماندهی آن نیز برای تسهیل ظهور تکانه های «نهاد» است . به عقیده موری «قدرتمندی من» از تعیین کننده های با اهمیت سازگاری و سلامت روان شناختی فرد است . هر چه فاصله بین من ایده آل و من برتر کمتر باشد ، سلامت روانشناختی و سازگاری فرد بیشتر خواهد بود . هرگاه که من برتر مسلط شود و من ایده آل سرکوب شود فرد به بهزیستی جامعه اش خواهد اندیشید .

به علاوه موری عقیده داشت که انسان نیاز به «تخیل و خلاقیت » دارد ، انسان تمایل به تجسم و ساختن دارد و در صورت موفقیت در تجسم و آفرینش، انسان سالم خواهد ماند. تخیل و آفرینشگری قویترین حالات شخصیت هستند و فردی که اینها را به منصفه بروز برساند ، از لحاظ روان شناختی سالم است . فرد سالم کسی است که در نیازهایش تعارض و کشمکش نداشته باشد .

«پرس» نیرویی است که به طرق مختلف بهزیستی و سلامت انسان را تحت تاثیر قرار می دهد . پرس در نظریه موری همان تعیین کننده های محیطی رفتار است . به نظر وی بایستی بین اهمیت اشیاء محیط آنگونه که توسط شخص ادراک و تفسیر می شود ( پرس بتا) و آنگونه که در واقعیت وجود دارند (پرس آلفا) تفاوت قایل شویم . یکی از معیارهای سلامت روان شناختی در نظریه موری این است که ادراک از محیط از نوع «آلفا» باشد نه «بتا» .

به عقیده موری تمام انسانها با شدت و ضعف متفاوت دچار «عقیده » هستند . اما فقط عقده های افراطی و شدید موجب نابهنجاری و بیماری می شوند . پس یکی دیگر از معیارهای شخصیت سالم و سلامت روان شناختی در نظریه موری این است که شخص سالم از عقده های «خوشه ای» (بقایای تجارب و خاطرات پیش از تولد مانند اضطراب از عدم حمایت و بی یاوری ...) عقده « مهر طلبی» (فعالیت های منفعل و وابسته در اعمال کلامی و دهانی) پرخاشگری مهار شده (یا نیاز به تعریف و تمجید) و عقده «پرخاشگری دهانی» (مانند فعالیتهای دهانی همراه با پرخاشگری مثل گاز گرفتن در هنگام خشم ، تمایلات قوی پرخاشگرانه ، نگرش دوگانه در مورد مراجع قدرت ، فرافکنی پرخاشگری دهانی مانند دیدن محیط به صورت اشیاء و افراد پرخاشگر و ضربه زننده و لکنت زبان) عقده «طرد دهانی» ، (مانند انزجار و نفرت از فعالیتهای دهانی) ؛ « عقده طرد مقعدی » (مانند نیاز به پرخاشگری ، نیاز به قدرت و استقلال یا جنسیت مقعدی) ، عقیده « نگهداری مقعدی » (مانند واکنش دفعای به دفع و تخلیه) ، عقده «میزراهی» (مانند شهوت میزراهی) ، عقده « ایکاروس » (مانند خود شیفتگی شدید) عقده «اختگی » (که عمدتاً نتیجه تخیلات با استنای کودکانه است) مبری است (خدا رحیمی ، 1374).

**4- دیدگاه انسانگرایانه :**

**گرودون آلپورت :** به نظر آلپورت روان نژندی پیامد « نقصان و کمبود سلامت روانی » است فرد روان نژند پر توقع ، سلطه جو ، حسود ، هیستریک و انفعالی است و دلش به حال خودش می سوزد ، اگرما ، کری کنشی و حتی فلج مبتلا شود و خود محوری روان نژندی فاقد کنترل است .

تا پایان جنگ جهانی دوم تعدادی پژوهش تجربی در مورد ماهیت ـ سلامت شخصی » انجام شده است که این مطالعات به نتایج نسبتاً همخوانی دست یافته اند . آلپورت نتایج این مطالعات را به صورت شش معیار در مورد پختگی و بلوغ روانی خلاصه کرده است :

نخستین معیار بلوغ روانی ، توانایی گسترش خویشتن است . کودکان نوعاً خود محور هستند . اما علایق افراد بالغ در خارج از خودشان ریشه دارد و از جمله علاقه انها به سلامتی و بهزیستی دیگران .

دومین معیار سلامت و بلوغ به چگونگی ارتباط یا تعامل فرد با دیگران مربوط می شود . ارتباط فرد بالغ با دیگران صادقانه و صمیمی است ، بویژه با خاواده و دوستانش . سومین معیار سلامت روان شناختی را « امنیت عاطفی » می نامد . شخص بالغ می تواند محرومیتها و تحریکات غیر قابل اجتناب زندگانی را بدون از دست دادن وقار و متانت تحمل نماید . این بدین معنی نیست که این افراد راحت و آسوده ، بشاش و خوشبین و ساده انگار هستند ، بر عکس این افراد بر حسب موقعیت خلقی هستند .

چهارمین معیار سلامت شخصی در نظریه آلپورت ، هوش کنشی یا عقل سلیم است . افکار و ادراک فرد بالغ بطور کلی کارآمد و درست است . این مسئله پرسشی را در مورد رابطه بین سلامت روانی و هوش پدید می اورد . افراد بالغ معمولاً هوش بالای متوسط دارند ولی هر کسی که هوش بالای متوسط داشته باشد الزاماً بالغ نیست .

پنجمین ویزگی افراد بالغ « بصیرت نسبت به خویشتن » است . هر کسی فکر می کند که نسبت به خودش بصیرت و بینش دارد اما در واقع چنین نیست . آلپورت بصیرت به خویشتن را به این صورت تعریف می کند . « ... رابطه انچه که فرد فکر می کند هست و آنچه که دیگران در مورد او فکر می کنند . بخصوص روانشناسی که فرد را مطالعه و بررسی می کند ...

آخرین معیار آلپورت برای سلامت و روان شناختی همانند یونگ و مک دوگال جهت مندی است که ترجمه اصلاح آلمانی است . جهت مندی یعنی اینکه زندگی فرد بالغ به سوی هدف یا اهداف انتخاب شده ای در حرکت باشد . هر فرد اهداف خاصی برای زندگی دارد که سعی عمده اش مصروف رسیدن به آن می شود .

به عقیده آلپورت جهت مندی نتیجه نوعی فلسفه یکپارچه ساز در زندگی است که در تحت نظارت این فلسفه ارزشها ، اهداف و ایده های فرد سازماندهی می شوند . به نظر آلپورت مهمترین فلسفه زندگی مذهب است

**ادبیات پژوهش**

**تحقیقات انجام شده در داخل کشور**

در ایران فتحی (1374)در یک پژوهش که با طرح آزمایشی بر روی 31 کودک انجام گرفت تأثیر آموزش مدیریت رفتار به والدین را در بهبود علائم ADHD مورد بررسی قرار داد. مادران کودکان گروه آزمایشی در طی 10 جلسه فنون اصلاح رفتار را فراگرفتند. نتایج تفاوت معنی داری بین پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایشی نشان دادند، همچنین تفاوت معنی داری بین پس آزمون گروه آزمایشی وگواه مشاهده شد. کلانتری (1379) در پژوهشی به 30 مادر که دارای کودکانی با مشکلات رفتاری در دوره پیش دبستانی بودند، طی 6 جلسه آموزشی ، 5 گام در ارتباط با مدیریت کودکان آموزش داد. سپس رفتار آزمودنی­های گروه آزمایشی با 30 نفر از کودکانی که مادرانشان در برنامه آموزشی شرکت نداشتند مقایسه شد نتایج تأثیر این نوع آموزش را بر روی رفتار کودکان گروه آزمایشی نشان دادند.

خوشابی و همکاران( 1386) عوامل خطر ساز در ابتلا به اختلال بیش فعالی – کمبود توجه را مشخص نمود، به طوری که میزان بروز اختلال در فرزندان دارای نسبت خویشاوندی از فرزندانی که والدین غیر خویشاوند دارند بیشتر است؛ میزان بروز اختلال در کودکانی که سابقه ابتلا به اختلال کمبود توجه- بیش فعالی در والدین و بستگان آن ها وجود دارد بیشتر از کودکان دیگر است؛ میزان بروز اختلال در کودکانی که والدین آنان سابقه بیماری روانی دارند بسیار بیشتر از کودکان والدین بدون سابقه بیماری روانی است. میزان بروز اختلال در فرزندان اول و دوم بیشتراز فرزندان سوم و بالاتر است. کلانتری و همکاران(1384)، نشان دادند که بين شيوه های فرزند پروری و اختلالات رفتاری کودکان رابطه وجود دارد به طوری که کنترل والدين اختلالات رفتاری در کودکان را افزايش می دهد. خیر و البرزی(1382) نشان دادند که کودکانی که با آن­ها بد رفتاری شده است نه تنها نقصان هایی در عملکرد شناختی را تجربه می­کنند، بلکه رفتارهای نابهنجار بیشتری را، نسبت به هم ترازان خود نشان می دهند.

شبان(1386) در پژوهش خود با عنوان « اثر بخشي آموزش مادران با رويكرد آدلری برعملكرد خانواده هاي داراي كودكان مبتلا به ADHD » به اين نتيجه رسيد آموزش مادران با رويكردآدلري بر عملكرد خانواده هاي داراي فرزندان مبتلا به ADHD مؤثر است وبر طبق نتايج حاصل ازاين پژوهش آموزش مادران بر كاهش نشانه هاي اختلال مؤثر نمي باشدو تنها نگرش مادران پس از آموزش ها نسبت به علائم ورفتارهاي كودك تعديل مي شودو باعث افزايش وبهبود عملكرد درزمينه هاي مختلف در خانواده مي شودو اثر بخشي روشهاي آموزش مادران تأكيدي بر نتايج اين درمان حمايتي ـ پژوهشي مي باشد.

ناصري زاده(1385)در پايان نامه کارشناسی ارشد رشته روان شناسي عمومي با عنوان   
«آموزش روشهاي شناختي- رفتاری به مادران داراي كودكان مبتلا به ADHD وتأثير آن بر كاهش اختلال و بهبود تعامل والد- كودك» به اين نتيجه رسيد كه آموزش روشهاي شناختي – رفتاري به والدين كودكان مبتلا به ADHD منجر به بهبود روابط والد- كودك ميشود.

سعيدي(1380)در پايان نامه كارشناسي ارشد خود با عنوان « بررسي وآموزش والدين داراي فرزندان مبتلا به ADHD بر ميزان رضايت زناشويي» به اين نتيجه رسيد كه آموزش والدين باعث افزايش رضايت زناشويي و افزايش كاركردهاي مربوط به خانواده ميشود.

ايمان زاده (1377) در پایان نامه کارشناسی ارشد رشته کودکان استثنایی با عنوان « مقايسه ويژگيهاي شخصيتي مادران پسران بيش فعال» ویژگیهای مادران 30 پسر بیش فعال و60 دانش آموز پسر عادي را مورد مقايسه قرار داد و جهت ارزيابي ويژگي مادران از آزمون عزت نفس كوپر اسميت استفاده كرد. نتايج پژوهش بيانگر تفاوت معني دار ميان دو گروه از نظر ميزان عزت نفس ، افسردگي، شكايت جسماني و اضطراب بود.

علاقبند راد و شيرازي (1377)برنامه جامعي را در بخش فوق تخصصي روانپزشكي كودك و نوجوان بيمارستان روزبه تدوين واجرا نمودند. درطي اين برنامه درماني والدين كودكان مبتلا به ADHD طي 10جلسه هفتگي، يك ساعت تحت آموزش قرار مي گرفتند. هدف از اين پژوهش درمانADHD با رويكرد شناختي- رفتاري بود. درطي اين پژوهش پيش آزمون و پس آزمون صورت گرفت ونتايج نشان داد كه روش اجرا موفقيت آميز بوده است.

منعمي مطلق(1386)در پژوهشي براي 21خانواده داراي كودك ونوجوان با اختلالات رفتاري فرايند حل مسأله را آموزش داده وپس از آموزش واجرا در اين خانواده ها، نتيجه مثبت و ارتقاء سطح بهداشت رواني خانواده ها پيش بيني شده است.

گرجی (1383) در پایان نامه دکتری رشته روانشناسی با عنوان « بررسی و مقایسه اثر بخشی کاربرد و روشهای اصلاح رفتار توسط والدین و معلمان و ترکیب هر دو در کاهش نشانه های اختلال بیش فعالی و نقص توجه» به این نتیجه رسید که بسیاری از آزمودنیها از کارایی آموزش های ارائه شده راضی هستند.

تکنیکهای اصلاح رفتار در افزایش انگیزه تحصیلی این کودکان و افزایش اعتماد به نفس والدین در تربیت فرزندان خود، بسیار موثر است. آموزش والدین و معلمان احساس خود کارآمدی آنها را بالا برده و به افزایش سطح سلامت روان والدین و بهبود روابط فردی اعضاء خانواده کمک قابل توجهی ارائه خواهد کرد.

**تحقیقات انجام شده در خارج از کشور**

روانشناسان مدت­ها است که عنوان کرده­اند که عملکرد والدین بر شکل گیری افکار، رفتار و هیجانات کودکان تأثیر معناداری دارد. بر این اساس پژوهش­های زیادی نقش عوامل مربوط به خانواده را به عنوان عامل زمینه ساز در آسیب پذیری کودکان مورد بررسی قرار داده­اند (هریس و کرتن[[10]](#footnote-10)، 2002). بنابراین، اختلال در روابط والدین و کودکان یک سطح بسیار مهم در مطالعات مربوط به اختلال کمبود توجه- بیش فعالی را به خود اختصاص داده است و به نقش مهم شیوه­ فرزندپروری والدین[[11]](#footnote-11) و سلامت عمومی آنان در رشد روانی-اجتماعی کودکان اشاره شده است (بامریند[[12]](#footnote-12)،1971؛ خی و هینشاو[[13]](#footnote-13)،2002).

مطالعاتی که در حیطه تأثیر الگوهای تعامل خانوادگی در ایجاد کمبود توجه – بیش فعالی پرداخته­اند از یک سو، این اختلال را نوعی واکنش کودک نسبت به نابسامانی­های خانوادگی مانند اعتیاد به الکل، اضطراب مزمن والدین و افسردگی مادر دانسته اند و از سوی دیگر، به علت فراوانی بیشتر مبتلایان به بیش فعالی در خانواده­های پر جمعیت، آن را به محرک­های محیطی نامناسب مانند تعداد زیاد افراد و عدم رفاه خانواده نسبت داده­اند. با این حال هنوز مشخص نشده که علت کمبود توجه- بیش فعالی نتیجه مستقیم عوامل اقتصادی-اجتماعی- فرهنگی در ایجاد اختلال کمبود توجه- بیش فعالی است ( دادستان، 1383؛ جانستون و مش[[14]](#footnote-14)، 2001).

پیشینه درمان­های رفتاری کودکان ADHD حاکی از مؤثر بودن آنها است (واکر[[15]](#footnote-15) 1992). کافمن و هالاهان[[16]](#footnote-16) (1973) در پژوهشی که با استفاده از مدیریت مشروط، بر روی تعدادی پسر بیش فعال انجام دادند، موفق شدند طی شش روز رفتار هدف را از میانگین روزانه 50 بار به کمتر از ده بار در روز کاهش دهند. در پژوهشی دیگر کریستین سن و اسپراگ [[17]](#footnote-17)(1973) دو گروه همتا از کودکان بیش فعال انتخاب کردند. به گروه اول داروی متیل فنیدیت و به گروه دوم قرصهای دارو نمائی که از نظر ظاهر کاملاً شبیه داروی اصلی بود دادند. هر دو گروه همزمان و به طور یکسان مورد مدیریت مشروط نیز قرار گرفتند نتایج پس از 13 جلسه درمانی نشان داد سطح فعالیت دو گروه کاهش یافته و تفاوت معنی­داری بین آنها وجود ندارد. محققین از این پژوهش نتیجه گرفتند تأثیر رفتار درمانی (مدیریت مشروط) از ترکیب درمان­های داروئی و رفتاری کمتر نیست. از سوی دیگر، آموزش رفتاردرمانی به والدین و به کارگیری مدیریت مشروط توسط آنها، در درمان اختلالات کودکان سابقه فراوانی دارد(به نقل از هادیانفرد و همکاران، 1379). بارکلی[[18]](#footnote-18) (1981) یکی از اولین کسانی است که به ضرورت آموزش مدیریت رفتار به والدین در درمان کودکان ADHD اشاره می کند. شیوه­ای که او در درمان این کودکان به کار می­گیرد از نظر کلی مشابه شیوه­ای است که برای سایر اختلالات کودکان بکار می رود. با این تفاوت که مشکلات خاص کودکان بیش فعال در این شیوة آموزشی لحاظ می­شود. تحقیقات متعدد بارکلی بر مؤثر بودن این شیوه درمانی اشاره دارد. مطالعات پیگیری نیز نشان می دهند که اثر نتایج این نوع درمان حتی 4 تا 5 سال بعد از آموزش باقی مانده است. همچنین یافته­ها نشان می­دهند که تعمیم آموزش به موقعیت­های دیگر نیز رضایت بخش است (وبستر[[19]](#footnote-19) ،1984). در تحقیقی که اسکات[[20]](#footnote-20) (1987) انجام داد، به والدین کودکان، طی 6 جلسه آموزشی 90 دقیقه­ای اصول رفتار درمانی را آموزش داد. نتایج نشان داد که رفتار کودکانی که والدین آنها در جلسات آموزشی شرکت کردند، به طور معنی­داری نسبت به گروه گواه بهبود یافت. این بهبودی در پیگیری سه ماهه و شش ماهه نیز ماندگار بود. این محقق معتقد است، آموزش هم به صورت گروهی و هم به صورت انفرادی می­تواند کاربرد داشته باشد. پفیفنر ومک بورنت[[21]](#footnote-21) (1997) در یک تحقیق آزمایشی کودکان ADHD را با شیوه گمارش تصادفی به سه گروه مستقیم کردند.در گروه اول،کودکان به طور مستقیم مهارتهای اجتماعی را فرا گرفتند. در گروه دوم، والدین مهارتهای اجتماعی را فرا گرفتند تا در منزل با کودکان خود کار کنند. گروه سوم، هیچ مداخله­ای دریافت نکرد. آموزش در گروه­های اول و دوم، به صورت گروهی توسط یک کارشناس روان شناسی در 8 جلسه انجام شد. نتایج بهبودی معنی داری در گروه های آزمایشی نسبت به گروه گواه نشان دادند. این نتایج در یک پیگیری 4 ماهه نیز باقی مانده بودند. کازدین[[22]](#footnote-22) (1985) با بازنگری پیشینه پژوهشی متذکر می شود، آموزش رفتار درمانی به والدین در مقایسه با دارونما و عدم مداخله در اکثر پژوهش­ها تأثیر معنی داری داشته است. عموماً در مطالعات پیگیری نیز اثرهای این نوع مداخله رضایت بخش بوده است و اگر والدین بتوانند این شیوه را به خوبی پیاده کنند، تأثیر درمان از خانه و خانواده تجاوز می کند و حتی به محیط مدرسه و خارج از مدرسه نیز تعمیم می یابد. از سوی دیگر، تأثیر درمان در خانواده علاوه بر کودک مورد نظر، بر رفتار خواهران و برادران آنها نیز تأثیر می گذارد. حتی مشاهدات نشان می دهد این نوع درمان بر رفتار والدین نیز تأثیر می گذارد و آنها حتی با دیگران در خارج از خانواده بهتر رفتارمی کنند (بل[[23]](#footnote-23) ،1968).

گستره ادبیات پژوهشی مربوط به عوامل خطر ساز مشکلات رفتاری در کودکان، عمدتاً روی همبسته­های خانواده به عنوان پیش بینی کننده مشکلات رفتاری تمرکز نموده است. این تحقیقات نشان می­دهند که فرزندپروری یکی از مهم ترین عوامل در تحول این مشکلات است ( فریک[[24]](#footnote-24)، 1994). رابطه بین شیوه­های فرزند پروری و رفتارهای والدینی با مشکلات رفتاری کودکان در پژوهش­های دیگری نیز به اثبات رسیده است. به عنوان مثال اسمارت[[25]](#footnote-25) در سال 2001 ( به نقل از هالنستین[[26]](#footnote-26)، 2004) در پژوهشی دریافته است که چگونگی تعامل والد- کودک اغلب به عنوان پیش بینی کننده­ای برای مشکلات رفتاری کودکان می­تواند مورد استفاده قرار گیرد. تعامل­هایی که معمولاً همراه با خصومت متقابل، بدبینی، کنترل بیش از حد و خشونت هستند در بسیاری از آسیب شناسی­های دوران کودکی دخالت دارند. پژوهشی روی کودکان دبستانی نشان داده است، کودکانی که اختلال های رفتاری بیمارگونه داشتند، دارای مادرانی با میزان پرخاشگری بالاتر، افسردگی بیشتر، حمایت اجتماعی کمتر بودند که از شیوه­های فرزندپروری توأم با طرد و تنبیه، استفاده می­کردند (اوانز، جیوانی و وینسلو[[27]](#footnote-27)، 2001؛ به نقل از گیمپل و هالند، 2002).

هاروی[[28]](#footnote-28)(2000) به بررسی رابطه همانندی (هماهنگی) در فرزندپروری والدین و مشکلات رفتاری مخرب و درون سازی مرضی در 70 کودک با کمبود توجه- بیش فعالی پرداخت. هماهنگی در فرزندپروری کلی و هماهنگی در انضباط از سوی والدین با تعداد کمتر مشکلات رفتاری مخرب ارتباط داشت، اما رابطه ای با مشکلات درون سازی شده نداشت. هماهنگی در فرزند پروری با سازگاری زناشویی بیشتر و تعارض کمتر والدین رابطه داشت.. ماهونی ( 2009) رابطه ما بین فشار تربیت فرزند و کنش متقابل بین مادر – کودک با اختلالات رشدی فراگیر و ناتوانی رشدی را بررسی نمود و مشخص کرد ناتوانی شدید فرزندان یک پیش گوی معنادار از سطح فشار روانی تربیت فرزند برای مادر بود. هیلای و همکاران(2010) هم مشخص کردند که روش تربیت مثبت مادری در ارتباط با شدت نشانه های کمبود توجه -بیش فعالی کودکان است.

ليس و رنان (2004) در تحقيق خود به بررسي تأثیر آموزش مديريت والدين بر مادران كودكان مبتلا به ADHD در سولو پرداخته است. نتايج تغييرات معني داري را در گروه آزمايش در زمينه افزايش كار آمدي خانواده ، كاهش سطح استرس و افسردگي مادران شركت كننده و بهبود روابط والد كودك نشان داده است.

دانفورت (2003)اثرات آموزش گروهي والدين را بر رفتار كودكان مبتلا به ADHD مورد بررسي قرار داده وگزارش دادند كه اين روش موجب كاهش مشكلات ،فزون جنبشي ، پرخاشگري و رفتار مقابله اي واسترس خانواده اين كودكان شده است.همچنين وضعيت اقتصادي، تحصيلي وسن والدي به عنوان عوامل تأثير گذار مطرح شدند.

ادموند[[29]](#footnote-29) (2003 )معتقد است كه جلسات آموزش خانواده تأثير معناداري برنشانه هاي اختلال نارسايي توجه فزون جنبشي و سلامت رواني مادران دارد.

در پژوهش آبراموو تينر[[30]](#footnote-30)(2001)روش آموزش والدين تأثير معناداري در نشانه هاي نارسايي توجه فزون جنبشي و بهداشت رواني مادران داشته است.53% از كودكان اين گروه بهبود يافته بودند،در صورتي كه در گروه مشاوره والدين وحمايتي38%و گروه انتظار 25% بهبود یافته اند. لذا مادران گروه آموزش والدين از سلامت رواني بهتري برخوردار بودند. تأثير آموزش والدين بعد از 15هفته پايدار بود.

انا ستو فولوس[[31]](#footnote-31)(1993)در تحقيقي كه براي كودكان داراي اختلال رفتاري همراه با فزون جنبشي طرح ريزي شده بود، تغييرات رفتاري والدين اين كودكان را بعداز شركت در جلسات آموزش والدين مورد آزمايش قرار داد.به اين والدين طي 9جلسه روشهايي را جهت كاهش نشانه هاي اختلال آموزش دادند كه در مقايسه با گروه كنترل بهبودي معناداري را نشان مي دادند واين بهبودي تا 2ماه بعد از خاتمه درمان نيز قابل مشاهده بود. در جريان اين تحقيق ميزان احترام به نفس مادران شركت كننده به طور قابل مشاهده اي افزايش يافت واسترس حاصل از اداره اين كودكان در آنان كاهش چشمگيري پيدا نموده بود.همچنين در شدت نشانه هاي اختلال در كودكان نيز كاهش معناداري گزارش شده است.

كازينس و ويس[[32]](#footnote-32)(1993)برنامه هاي آموزش والدين را همراه با آموزشهاي مهارت اجتماعي به گروهي از كودكان داراي نارسايي توجه/ فزون جنبشي ارائه نمودند.دراين برنامه به والدين آموزش داده شد تا اطلاعات بيشتري در مورد رشد اجتماعي كودكان خود آموخته، از برنامه ها وشيوه هاي يادگيري اجتماعي، استفاده نموده و باعث رشد اجتماعي هيجاني كودكانشان شدند.

ارهارت وبيكر[[33]](#footnote-33) (1990)در تحقيقي به خانواده هاي داراي كودكان ADHD درطي 10جلسه برنامه هاي اداره كردن كودكان را آموزش دادند و سپس طي پيگيري و ارزيابي مجدد، تغييرات قابل مشاهده اي در رفتارهاي والدين وكودكان ديده شد. همچنين بهبودي در اعتماد به نفس والدين، در توانايي اداره كردن كودكان خود و مشكلات رفتاري كودكان و تعاملات والد فرزندي نيز ديده مي شد.

برادون و بيني(1989)در پژوهش خود در ارتباط با وضعيت خانواده هاي كودكان مبتلا به ADHD به اين نتيجه رسيدند كه ميزان افسردگي در والدين اين كودكان بخصوص مادران بيشتر از والدين كودكان بهنجار است.

در مطالعه ای دیگر که به وسیله سوزان پیسترمن[[34]](#footnote-34)، تحت عنوان «درمان بیش فعالی همراه با کمبود توجه در کودکان پیش دبستانی» روی کودکانی که دارای علائم زود رس این اختلال بودند صورت گرفت ، بدین منظور 46 خانواده کودک پیش دبستانی دارای اختلال کمبود توجه / بیش فعالی انتخاب و تحت درمان قرار گرفتند و پیش و پس از 3 ماه از درمان مورد ارزیابی قرار گرفتند. ارزیابی مواردی همچون ارتباط متقابل والدین ـ کودک در هنگام بازی آزادانه ، کار معمولی ، فعالیتهایی که به راهنمای والدین انجام می شدند و تکمیل جدول نمره گذاری کانر نشان داد که در میزان آرامش ، نوع ارتباط والدین و مهارتهای مدیریت پیشرفت حاصل شد اما روی رفتاری های بی هدف آنها تاثیری نداشت.

اولیور جی ، دیوید[[35]](#footnote-35) و هلن ال و نتروب[[36]](#footnote-36) (1989)، در مطالعه ای در مورد نابسامانیهای ارتباطی و رفتار بیش فعالی همراه با اختلال سلوک ، ارتباط مادرـ فرزند را به عنوان عاملی موثر در افزایش اختلال سلوک کودکان بیش فعال ارزیابی کردند . در این مطالعه سه گروه کودک انتخاب شدند، اولین گروه کودکان بیش فعال با اختلال سلوک بودند که در تاریخچه رشد آنها و حتی در پیش از تولد آثار ضربه شدید مشاهده شده بود، در گروه دوم آثار ضرب دیدگی وجود نداشت و گروه سوم کودکان عادی بودند که به عنوان گروه مقایسه انتخاب شدند . یافته های پژوهش نشان داد که از نظر ارتباطی ، کودکانی که اختلال آنها احتمالاً ناشی از علل عضوی بوده با سایرین تفاوت معنی داری دارد اما در هر حال این دو گروه از نظر ارتباط بین مادر و فرزند نابسامانی بیشتری نسبت به کودکان طبیعی و کودکان بیش فعال بدون اختلال سلوک نشان دادند.

آرین میلکو[[37]](#footnote-37) و رامرکامان[[38]](#footnote-38) (1989) فعالیت حرکتی کودکان بهنجار و کودکان مبتلا به بیش فعالی / کمبود توجه را در مدت 45 دقیقه ثبت کردند. میانگین فعالیت برای کودکان بهنجار برابر با 7+48 و برای کودکان ADHD در حد 16+79 بود.

خصوصیات مادر و ادراک وی از بیش فعالی شدید و موقعیتی، به عنوان تحقیقی صورت گرفته از سوی هرن بک، جفری اچ یانگ[[39]](#footnote-39)، هنت تارنوشی[[40]](#footnote-40) است که در آن، گروه ازمایشی شامل 30 پسر 6 تا 9 ساله بودند که از سوی والدین خود به عنوان بیش فعال، شدید، موقعیتی و بدون فعال در خانه و مدرسه درجه بندی شدند . ویژگیهای مادرها و درک آنها از مشکل رفتاری فرزندانشان نیز گردآوری شد و مهارتهای کودکان هنگام اجرای نقش در یک نمایش ارزیابی شد. در نتیجه پژوهش مشخص شد که گزارش مادران بیش فعال نسبت به مادران کودکان فعال موقعیتی و بدون بیش فعالی نشانگر فشار روانی بیشتر آنها بوده است . این مادران نسبت به مادران دو گروه دیگر، افسرده تر، با احساس رقابت کمتر ، خشن تر و ناکام تر درجه بندی شدند. مادران کودکان بیش فعال موقعیتی اظهار داشتند که در مقایسه با گروه کنترل ، طبیعی بودند. در مجموع افراد گروه کنترل، به عنوان افرادی با مهارت اجتماعی بیشتری از پسران بیش فعال موقعیتی بودند.

اکثر مطالعات آموزش والدین متمرکز بر آموزش مادران می باشد. مارتین (1977) خاطرنشان می سازد که شرکت پدران در جلسات آموزشی عامل موثری در درمان و بهبودی رابطه بین مادر و فرزند نمی باشد اما در تحقیقی که آدسو و لیپسون انجام دادند شرکت هر دو والد را در برنامه های آموزشی حمایت می کنند. در این تحقیق که از چهار گروه

1ـ آموزش مادران

2ـ آموزش پدران

3ـ آموزش دو والد

4ـ گروه کنترل، تشکیل شده بود، نشان داده شد که هر چند سه گروه درمانی تغییرات سریع رفتاری درکودکان ایجاد می نماید اما گروهی که هر دو والد با هم در جلسات شرکت کرده بودند در اجرای برنامه های آموزش داده شده ثبات و تداوم بیشتری داشتند. آنها همدیگر را در این امر ترغیب و تقویت نموده و یگانگی بیشتری در رفتارهای خود نسبت به کودکان داشتند ( آدسو و لیپسون، 1981).

**جمع­بندی**

اختلال بيش فعالي كم توجهي به عنوان يكي از شايع ترين اختلالات روان پزشكي در كودكان و نوجوانان شناخته شده است (لویز، 2002). مبتلايان به اين اختلال از مشكلات نافذ، طولاني مدت و شديدي در سه حوزه ي توجه، فعاليت و تكانه رنج مي برند (سادوک و همکاران، 2005) و بسياري از اين كودكان به اختلالات همراه رفتاري، هيجاني و يادگيري نيز مبتلا هستند (بیدرمن و همکاران، 1991) به عنوان مثال داپال (1991) مشاهده نمود كه كودكان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- بیش­فعالی در سنين پيش دبستاني سطوح بالاتري از عدم اطاعت پذيري را در بسياري از موقعيت هاي ارتباطي ميان كودك و والد نشان مي دهند. تاثير اختلال نارسایی توجه- بیش­فعالی بر روي خانواده ها نيز كاملا بارز و مشخص است. والدين كودكان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- بیش­فعالی سطوح بالاتري فشارهاي رواني مربوط به فرزندپروري را تجربه مي كنند و احساس عدم كفايت دارند (آناستوپلز و همکاران، 1992) تعاملات كودك والد به خصوص در دوران نوجواني در اين خانواده ها به طور مشخص منفي تر و خصمانه تر از ساير خانواده ها مي باشد (داپال و همکاران، 2001). همبودی اختلال نافرماني مقابله جويي خطر تعاملات منفي ميان مادر و كودك را افزايش مي­دهد.

خواهران و برادران اين كودكان نيز سطوح بالاتري از تعارضات را در مقايسه با همسالان خود نشان مي­دهند (لویز، 2002). برخي عوامل مانند سطوح بالاي افسردگي مادر، تعارضات زناشويي و افزايش الگوهاي نامناسب فرزندپروری ، تداوم اختلالات رفتاري را در كودكان پيش دبستاني پيشگويي مي­كنند. مطالعه­ي جانستون (1996) در ارزيابي مشكلات رفتاري كودكان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- بیش­فعالی نشان دهنده­ي آن بود كه صرف نظر از شدت اختلال نارسایی توجه- بیش­فعالی والدين اين كودكان در مقايسه با گروه كنترل، بيشتر از راهكارهاي فرزندپروري منفي استفاده مي كنند.

در زمينه اثربخشی آموزش مدیریت رفتار کودکان به مادران بر روي كاهش اختلال كودكان با رويكرد شناختي- رفتاري تحقيقات فراواني شده است اما در رابطه با اثر بخشي آموزش مادران بر سلامت عمومي آنان تحقيقات بسيار اندكي انجام شده است. بنابراین این تحقیق در همین راستا انجام گرفته است.

**منابع و مأخذ**

منابع فارسی

آزاد حسین (1378). *سلامت روان ازدیدگاه الیس. فصلنامه اصول بهداشت روانی*،شماره چهارم.

آذربایجانی، مسعود. (1388). روان­شناسی دین. *ماهنامه اطلاع­رسانی معارف*، شماره 66، صص 10-6.

احمدی، محمدرضا؛ گلزاری، محمود؛ شاملی، عباسعلی؛ رسول­زاده طباطبایی، سیدکاظم. (1387). بررسی ابعاد روان­شناختی مناسک حج و تأثیر آن بر سطح دینداری. *فصلنامه علمی- تخصصی روان­شناسی و دین*، سال اول، شماره 4، صص 43-4

احمدی، علی­اصغر. (1368). *روان­شناسی شخصیت از دیدگاه اسلامی*. تهران، انتشارات امیرکبیر، چاپ اول. 1368.

ابراهیم زاده، احمد.(1384). نقش ویتامین ها در تقویت حافظه و سلامت کودکان و نوجوانان. *پیوند*، 311 ـ 310 ـ 309.

ابراهیمی عطری، احمد. (1372). *بررسی و مقایسه صدمات ورزشی در معلولین ورزشکار با ویلچر و بدون ویلچر*. تهران : انتشارات دانشگاه تربیت مدرس.

ابراهیمی، ابوالفضل. (1387). باورهای آخرت نگرانه و رابطه آنها با سلامت روان. *فصلنامه علمی- تخصصی روان­شناسی و دین*، سال اول، شماره سوم، صص 107-125.

اتکينسون، ريتا ال و همکاران. (1387). ترجمه محمدتقي براهني و همکاران، *زمينه روان‌شناسي هيلگارد*، جلد اول، تهران: انتشارات رشد، چاپ سيزدهم، ص 743.

الیری، دانیال. *رفتار درمانی : کاربرد و بازده*. ترجمه علی اکبر سیف. (1377). تهران : انتشارات فردوس.

اسدالهی، ق و شیدایی، م و یعقوبی، محمد. (1370). *میزان شدت افسردگی در مجروحین قطع نخاعی که درصد از کارافتادگی آنها از 70% بالاتر است*. اصفهان : انتشارت دانشگاه علوم پزشکی.

ایمان زاده، حمیرا.(77 ـ 1376)، مقایسه ویژگیهای شخصیتی مادران پسران بیش فعال و مادران پسران عادی مقطع ابتدایی شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی کودکان استثنایی،دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

بارکلی، راسل .(2002). *اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی، فعالیتهای زندگی و پیامدهای تندرستی*. ترجمه منوچهر علی یارزنجانی.(1386). تعلیم و تربیت استثنایی، 66، خرداد ماه.

بختیاری، پروین،(1379)،بررسی وضعیت بهداشت روان معلمان استان اصفهان،*فصلنامه دانشگاه ازاد اسلامی اصفهان.*

بنی جمال واحدی شکوه السات،احدی حسن،(1370)،*بهداشت روانی و عقب ماندگی ذهنی*،تهران،نشر نی.

بهرامی احسان هادی،(1381)،بهداشت روانی در قرن بیست ویکم و چالشهای پیشرو، *مجله روانشناسی وعلوم تربیتی دانشگاه تهران*،سال سی و دوم،شماره1،ص181-199 .

برهانی ، حسین. (1376). بهداشت خانواده. *پیام زن*، دوره6، شماره 68 ،آبان ماه .

بک، آرون تی. *شناخت درمانی و مشکلات روانی*. ترجمه مهدی قراچه داغی .(1369). چاپ اول، تهران : نشر ویس.

بلوم کویست، مایکل، ال . *مهارتهای سازگار با کودکان ناسازگاری*. ترجمه جواد علاقبند راد . (1383). چاپ اول، تهران : نشر سینا.

بیرو، آلن. *فرهنگ علوم اجتماعی*. ترجمه باقر ساروخانی. (1366). تهران : انتشارات موسسه کیهان.

پورافکاری، نصرت ا... (1373). *فرهنگ جامع روانشناسی و روانپزشکی و زمینه های وابسته*. جلد اول و دوم، تهران : انتشارات فرهنگ معاصر.

پورسلطانی زرندی، حسین. (1380 ) *مقایسه سلامت عمومی جانبازان و معلولین جسمی ورزشکار و غیر ورزشکار ایرانی*، دکتری رشته تربیت بدنی و علوم ورزشی، تهران : انتشارات دانشگاه تربیت معلم.

تقدیسی، محمد حسین. (1365). *مطالعه چگونگی سازگاری اجتماعی معلولین مرکز توانبخشی جانبازان انقلاب اسلامی امام خمینی (ره) و ارائه پیشنهادات جهت بهبود وضع آن*. تهران : انتشارات دانشگاه تربیت مدرس.

تقوي، محمدرضا. (1380). بررسي روايي و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومي، *مجله روانشناسي*، جلد 5، شماره 4.

تهرانیدوست، م، ز.. شهریور و محمودي، ج (1387). بررسی تأثیر آموزش تربیت سازنده روي والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش­فعالی- کمبود توجه. *مجله روانشناسی*؛ سال چهاردهم، ش4.

حسینی، سید ابوالقاسم. (1364). *بررسی مقدماتی اصول روان­شناسی اسلامی*. جلد اول، انتشارات آستان قدس رضوی، چاپ اول، ص 18.

حسینی، سید علی­اکبر. (1364). نقش اخلاق و مذهب در تحکیم مبانی بهداشت روانی، *مجله علوم اجتماعی و انسانی*، صص 111-99.

خدایاری فرد، محمد؛ غباری نباب، باقر؛ شکوهی یکتا، محسن. (1380). گستره پژوهش­های روان‌شناختی در حوزه دین، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال ششم، شماره 4، صص 53-45.

[رحیمی نیا](http://www.adinebook.com/gp/search/ref=pd_sa_top/360-8522986-1193700?search-alias=books&author=%DB%8C%D9%88%D8%B3%D9%81%D8%B9%D9%84%DB%8C+%D8%B1%D8%AD%DB%8C%D9%85%DB%8C+%D9%86%DB%8C%D8%A7&select-author=author-exact)، یوسفعلی (1384) *اصول ایمنی و سلامت در محیط کار* ، تهران. انتشارات اعظم

رحیمی نژاد، عباس،پاک نژادمحسن،(1383)،ارتباط بین سازگاری خانواده با سلامت روانی وسطح ارضاء نیازهای روانشناختی فرزندان و نوجوانان، *خلاصه مقالات کنگره آسیب شناسی خانواده در ایران*،تهران،دانشگاه شهیدبهشتی.

سانتراک، جان دبيلو. (1385). ترجمه مهرداد فيروزبخت، *زمينه روان‌شناسي*. تهران: انتشارات مؤسسه خدمات فرهنگي رسا، چاپ سوم، صص 219-218.

ساعتچی، محمود. (1374). *مشاوره و روان درمانی- نظریه­ها و راهبردها*، ناشر: مؤسسه نشر ویرایش، چاپ اول، شهریور، ص 112.

ساماني، سيامک. (1386). بررسي پايايي و روايي پرسشنامه پرخاشگري باس و پري. *مجله روانپزشکي و روانشناسي باليني ايران*، سال 13، شماره 4، صص 365-359.

شاملو، سعید. (1382). *بهداشت روانی*، تهران، انتشارات رشد، چاپ شانزدهم، صص 191-190.

شاملو، سعید (1368) *مکتبها و نظریه­ها در روانشناسی شخصیت*، چاپ اول، تهران، انتشارات رشد

صالحی، لیلی؛ سلیمانی­زاده، لاله؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ عباس­زاده، عباس. (1386). رابطه بین اعتقادهای مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در دانشجویان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، سال یازدهم، شماره 1.

گرجی، یوسف (1383). بررسی و اثربخشی کاربرد و روش­های اصلاح رفتاری توسط والدین، معلمان و ترکیب هر دو د کاهش نشانه­های اختلال بیش­فعالی و نقص توجه دانش­آموزان ابتدایی. پایان­نامه دکترا، دانشگاه علامه طباطبایی.

کاپلان و سادوک (2012). *خلاصه روانپزشکی*. ترجمه دکتر فرزین رضاعی، انتشارات ارجمند.

محمد اسماعیل، الهه (1383). *درسنامه درمان شناختی- رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش­فعالی- نارسایی،* تهران- انتشارات دانژه

محمد اسماعیل، الهه (1380). بررسی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش اختلال­های پرسشنامه نشانه­های مرضی کودکان بر روی دانش­آموزان 6-14 ساله مدارس ابتدایی و راهنمایی شهر تهران. تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی.

میلانی فر بهروز، (1374)،*روانشناسی کودکان و نوجوانان استثنایی*، تهران،نشر قومس.

میلانی فر بهروز،(1382)،*بهداشت روانی*،چاپ هشتم،تهران، نشر قومس.

مهرابی زاده هنرمند، نجاریان بهمن، مسعودی میترا، مقایسه سلامت روانی والدین کودکان کم توان ذهنی تربیت پذیر 12-7 ساله با سلامت روانی والدین کودکان عادی، پژوهش درحیطه کودکان استثنایی 1380 شماره 2ص187.

نریمانی محمد، آقامحمدیان حمیدرضا، رجبی سوران، مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی کودکان عادی فصلنامه اصول بهداشت روانی، 1386 شماره 33 و34 ، ص15-24.

نجات حمید،(1378)،مفهوم سلامت روان در مکاتب روانشناسی،*فصلنامه بهداشت روانی*،شماره 3.

نجات، حمید؛ ایروانی، محمود. (1378). مفهوم سلامت روان در مکاتب روان­شناسی. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، شماره سوم، سال اول، صص 166-160.

واحدی، شهرام. (1380). رشد باورهای دینی و مذهبی و شیوه­های تعمیق آن. *نشریه اصلاح و تربیت*، دوره 7، شماره 82، صص 12-9.

ولی زاده، شیرین، روشهای افزایش عزت نفس در کودکان دارای نیازهای ویژه، تعلیم وتربیت استثنایی، 1387، شماره 85 و 84 ص70.

هادیانفرد، حبیب، نجاریان، بهمن، شکرکن، حسین، مهرابی­زاده­هنرمند، مهناز (1379). مقایسه اثربخشی سه روش درمانی در کاهش نقص توجه- بیش­فعالی کودکان پسر دبستانی پایه­های سوم و چهارم ابتدایی شهر شیراز. مجله علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره سوم، سال هفتم- شماره 1 و 2، ص­ص: 29-.54

هنري ماسن، پاول؛ کيگان، جروم؛ هوستون، آلتاکارول؛ وي کانجر، جان جين. (2003). ترجمه مهشيد ياسايي، *رشد و شخصيت کودک*. ناشر: کتاب، وابسته به نشر مرکز، چاپ 16، صص 599 و 602.

هومن، علي. (1376). استانداردسازي و هنجاريابي پرسشنامه سلامت عمومي (GHQ-28) بر روي دانشجويان دوره کارشناسي دانشگاه تربيت معلم، مؤسسه تحقيقاتي تربيتي دانشگاه تربيت معلم.

هومن، عباس. (1377). *استانداردسازي پرسشنامه سلامت عمومي*، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

ناصری ، وحید ، (1384) *اصول سلامت در محیط کار* . تهران . انتشارات آسمان

هادیانفرد، حبیب، نجاریان، بهمن، شکرکن، حسین، مهرابی­زاده­هنرمند، مهناز (1379). مقایسه اثربخشی سه روش درمانی در کاهش نقص توجه- بیش­فعالی کودکان پسر دبستانی پایه­های سوم و چهارم ابتدایی شهر شیراز. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی*، دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره سوم، سال هفتم- شماره 1 و 2، ص­ص: 29-.54

یوسفی لویه مجید، مداخله های روان شناختی در مورد کودکان با نیازهای ویژه تعلیم و تربیت استثنایی1387 شماره 85 و 84.

References

Anastopoulos AD, Guevermont DC, Shelton TL, Dapaul GJ. Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. J Abnorm Children Psychol 1992; 20(5): 503-20.

Anastopoulos, A. D., Shelton, T. L., DuPaul, G. J. & Guevremont, D. C. (1993). Parent training for aAttention deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning**. *Journal of Abnormal of Psychology, 21, 5*81-596.**

Barlow, j., & Coren, E. ( 2004). Parent training programs for improving maternal psychosocial health. *Coherance Database System Review, 1,* 2020.

Barkley RA, DuPaul GJ, McMurray MB. (1990). Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. **Journal Consulting Clinical Psychology 58(6): 775-89.**

Barkley, R. A. (2002). Psychosocial treatment for attention deficit hyperactivity disorder**. *Journal of Clinical Psychiatry, 63,* 36-43**.

Barkley RA. (1997). Defiant children: a clinician's manual for assessment and parent training. 2nd ed. New York: Guilford Press; 1997.

Berger, A., Kofman, V., Avishai, U. (2007). Multidisciplinary Perspective on Attention and the Development of Self-Regulation. **Progress in Neurobiology, Volume 82, Issue, 5, pp 256-86.**

Beh-Pajouh A, Motevali-Pour A, Farzad V,Rostami R, Habibi-Askarabad M. The efficacy of stress coping skills training on child-rearing stressin mothers with children with attention deficit hyperactivity disorder. Family Research Quarterly; 2010: 6(1) 99-114. [Persian].

Biederman J, Newcom J, Sprich S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder withconduct, depression, anxiety and other disorders. Am J Psychiatry 1991; 148: 564.

Bor W, Sanders MR, Markie-Dadds C. The effectiveness of the triple p-positive parenting program an preschool children with co-occurring disruptive behavior and attention/hyperactivity difficulties. J Abnorm Child Psychol. 2002; 30(6): 572-587.

Chronis, A.M., Lahey, B. Pelham, W. E., Jr., Williams, S., Baumann, Kipp, Jones, A., Rathouz. (2007). Maternal Depression and Early Positive Parenting Predict Future Conduct Problems in Young Children with Attention-deficit/Hyperactivity Disorder. Developmental Psychology, Volume 43, Issue 1, January, Pages 70-82.

Chronis AM, Fabiano GA, Gnagy EM, Onyango AN, Pelham WE, Lopez-Williams A, et al. (2004). An Evaluation of the Summer Treatment Program for Children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder Using a Treatment Withdrawal Design**. Behavior Therapy 2004; 35(3): 561-85**.

Chronis AH, Chacko A, Fabiano GM, Wymbs BT, Pelham WE. Enhancement to the behavioral parent training paradigm for families of childrenwith (ADHD): Review and future directions” Clin Child Fam Psychol Rev. 2004; 7: 1-27.

Clay, R. A. (1996). Religion and Psychology Shave ideals and beliefs. A. P. A. monitor. Vol, 27, No, 18. p 47.

Dapaul GJ. Parent and teacher rating of ADHD system psychometric properties in a community based sample child psychopharmalogy. J Clin Psychol 1991; 20: 245-53.

Danforth, J., Harvey, E., Ulaszek, W., Eberhardt, K., & McKee, T. (2006). The outcome of group parent training for families of children with attention-deficit hyperactivity disorder and defiant/aggressive behavior. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 37, 188-205.**

Danforth, J., Russell, A.L., Barkley, Stokes, T. (1991). Observations of parent-child interactions with hyperactivite children: research and clinical implication. Clinical Psychology Review, Volume 11, Issue 6, Pages 703-727.

Dapaul GJ, McGoey KE, Eckert TL, Van Brakle J. Preschool children with attentiondeficit/hyperactivity disorder: Impairments in behavioral, social and school functioning. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001; 40: 508-15.

Dean, C., Myors, K., & Evans, E. (2003). Community-wide implementation of a parenting program: The South East Sydney positive parenting project. *Australian journal for the Advancement of mental Health. 2(3).*

Dretzke, J., Davenport, C., Frew, E., Barlow, G., Brown, S., Bayliss, S., Taylor, R., Sandercock, J., & Hyde, C. (2009). *The clinical effectiveness of different parenting programs for children with conduct problems.* University of Birmingham, U. K. [Online]. Available: http://www.camph.com

Ercan ES, Varan A, Deniz U. Effects of combined treatment on Turkish Children Diagnosed with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: APreliminary Report. Child Adolesct Psychopharmacology . 2005; 15(2): 203-219.

Fehlings DL, Roberts W, Humphries T, Dawe G. Attention deficit hyperactivity disorder: does cognitive behavioral therapy improve home behavior? **J Dev Behav Pediatr 1991; 12(4): 223-8.**

Fischer M, Barkley R, Fletcher K, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria II: Academic, attention, and neuropsychological status. J.Consult ClinPsychol 1990; 58: 580-8.

Foley, M. & et'al. (2008). The Relationship Between Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Child Temperament. **Journal of Applied Developmental Psychology, 29, 157-169.**

Ghashang N. The effect of parent training onreduction of stress in parent-child relationship. [MAthesis in clinical psychology]. Tehran, Iran: Shahid Beheshti University; 2003.

Gustis, C.M. (2006). Behavioral Intervention And Parent Training Within The Cassp System:The Effectiveness of Using Direct Commands to Manage ADHD/ODD in the Home environment. A Dissertation Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy. Capella University ’November 2006.

Hajebi A, Hakim-Shoshtari M, Khajeddin N.The effect of behavioral management training to parents who having preschool children with ADHD. Thought and Behavior J in Clinical Psychol. 2005; 4: 435-440. [Persian].

Harris.k. (2007). A Meta-Analysis Of Parent Management Training Out Comes For Children And Adolescents Conduct Disorder. A Thesis Submitted In Conformity With The Requirements For The Degree Of Doctor Philosophy. Department Of Human Development and Applied Psychology Ontario Institute for Studies in Education of the University Of Toronto.

Herschell, A.D., Calzada, E.J., Eyberg, S.M.,McNeil, C.B. (2002). Parent \_child interaction therapy. Cognitive and Behavioral Practice, Volume 9, Issue 1, Pages 9-16.

Johnston C, Hommersen P, Seipp C. Acceptability of behavioral and pharmacological treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder: relations to child and parent characteristics**. Behav Ther 2008; 39(1): 22-32**.

Johnstone C. Parents’ characteristics and parent-child interaction in families of non problem children and ADHD children with higher and lower oppositional deficit. Behav J Abnorm Psychol 1996; 24(1): 85-104.

Hechtman L. Assessment and diagnosis of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. Childand Adolesct Psychiat Clin of North AM, 2000;9(3): 481-489.

Herschell, A.D., Calzada, E.J., Eyberg, S.M.,McNeil, C.B. (2002). Parent \_child interaction therapy. Cognitive and Behavioral Practice, Volume 9, Issue 1, Pages 9-16.

Johnstone C. Parents’ characteristics and parent-child interaction in families of non problem children and ADHD children with higher and lower oppositional deficit. Behav J Abnorm Psychol.1996; 24(1): 85-104.

Kimiaee SA, Beigi F. Comparison the family functions of mothers of normal and ADHD children and examine the effect of problem solving skill on family function of mothers. Journal Behavioral Sciences. 2010; 4(2): 141-146. [Persian].

Kazdin, A.E. (1990). psychotherapy for Children and Adolescents. **Journal of adolescent psychotherapy, 41, 21-54.**

Kuhn C., Carter. (2006). Maternal Self-Efficacy and Associated Parenting Cognitions among Mothers of Children with Autism. American Journal of Orthopsychiatry, Volume 76, Issue 4, October, Pages 564-575.

Lehner-Dua LL. (2001). The effectiveness of Russell A. Barkley's parent training program on parents with school-aged children who have ADHD on their perceived severity of ADHD, stress, and sense of competence. New York: Hofstra University.

Lewis A. Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2002: 645-70.

Lewis A. Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007: 430-54.

Liffore KJ, Harold TG, Thapar A. Parent-child relationships and ADHD symptoms: A longitudinalanalysis. J Abnorm Child Psychol. 2008; 36: 285-296.

Low, A., Stocker, C. (2005). Family Functioning and Children's Adjustment: Associations among Parents' Depressed Mood, Marital Hostility, Parent–Child Hostility, and Children's Adjustment. Journal of Family Psychology, Volume 19, Issue 3, September 2005, Pages 394-403.

McBurnett K, Pfiffner L. Attention deficit hyperactivity disorder: Concepts, controversies, new directions Psychiatry. New York: In forma Health Care; 2008.

McGoey, K.E. (2002). Early Intervention for Preschool-age Children with ADHD. ***Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. (pp.1-22), Spring.**

Meichenbaum DH, Goodman J.(1971). Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self – control. **Journal of Abnormal Psychology; 77(2): 115-26.**

Motevali-Pour A, Rashidi, A. Child-rearing stress in parents of ADHD children. Journal Exceptional Education. 2009; 91: 57-65.[Persian].

Murphy.V.W. Reid, R., & Hicks- Stewart. (1991). Learning disabilities and attention deficit- hyperactivity disorder: An interactional perspective. **Journal of Learning disability, 24,386-388.**

Mussen PH, Kagan J, Conger JJ, Huston C.Child development and personality. Translated: Yasaee, M. Tehran: Mad Book Center Publications; 2003.

Pfiffner, L.J. & MCBurnott, K. (1997). Social skills training with parent generalization: Treatment effects for children with attention deficit disorder. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 65(5), Oct 1997, 749-757.**

Pisterman S, Firestone P, McGrath P. The role of parenting training in treatment of preschool withADHD. AM J Psychiat. 1992; 62: 397-408.

Rogers, H., Cann, W., Cameron, D., Littlefield, L., & Lagioia, V. (2003). *Evaluation of the family intervention service for children presenting with characteristics associated with attention deficit hyperactivity disorder.* Australian e-Journal for the Advancement of mental Health. 2(3).

Roushanbin M, Pouretemad HR, Khoushabi K. (2007). The effect of group positive parenting program training on parenting stress in mothers of ADHD children aged 4-10 years old. Family Research Quarterly. 2007; 3(10): 555-572. [Persian].

Rabiner DL, Malone PS. Behavior disorders that often co-occur with ADHD. [updated 2006, April, 8]. Available from <http://www.helpforadd.com/co-occurring-disorders>.

Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry and behavioral Sciences. (8th Ed.) Philadelphia:Lippincott Williams and Wilkins; 2005: 3181-3195.

Safer, D. J., & Allen, R. P. (1973). **Hyperactive Children**. Maryland: University Park Press.

Sanders, M.R., Pidgeon, A.M., Fred Mark, Connors, Brown, S., Young.R.W. (2004). Does parental attributional retraining and anger management enhance the effects of the triple positive parenting program with parents at risk of child maltreatment? Behavior Therapy, Volume 35, Issue 3, Pages 513-535.

Sanders,M.R.(2005). Triple P: A multi\_ level system of parenting intervention: Workshop participant notes. Brisbane the University Queensland.

Sanders, M. R. (2002). Parenting intervention and the prevention of serious mental health problems in children. *Medical Journal of Australia, 177,* 587-592 [On-line]. Available: <http://www.psy.uq.edu.au>.

Sanders, M. R., & Turner, K. T. (2007). *The efficacy of the Triple P-positive parenting program in improving parenting and child behavior: A comparison with two other treatment conditions* [On-line]. Available: http://www.unifr.ch.

Sanders, M. R., & McFarland, M. (2000). The treatment of depressed mothers with disruptive children: A comparison of parent training and cognitive behavioral family intervention. *Behavior Therapy, 31,* 89-112.

Spijkers, W., Jansen, D., Meer, G., & Reijneveld, S. (2010). *Effectiveness of a parenting program in a public health setting. Department of health sciences.* University of Groningen, Netherlands [On-line]. Available: http:// www.biomedcentral. com

Shechtman, Z., Gilat, I. (2005). The Effectiveness of Counseling Groups in Reducing Stress of Parents of Children with Learning Disabilities. Group Dynamics, Volume 9, Issue 4, Pages 275-286.

Sonuga-Barke EJ, Daley D, Thompson M, Laver-Bradbury C, Weeks A.(2001). Parentbased therapies for preschool attention-deficit/ hyperactivity disorder: A randomized, controlled trial with a Community sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry; 40: 402-8.

Sprafkin, J., & Gadow, K.D. (2007). Choosing an attention-deficit/hyperactivity disorder rating scale: Is item randomization necessary? **Journal of Child and Adolescent psychopharmacology, 17, 75-84.**

Treacy, L. Tripp, G., Baird, A. (2005). Parent stress management training for attentiondeficit/ hyperactivity disorder. Behavior Therapy,Volume 36, Issue 3, Pages 223-233.

Turner KMT, Dadds CM, Sanders MR. Facilitator’s Manual for Group Triple P (2nd ed). Milton. Queensland. Australia: Triple P International 2000.

Weaver, C., Shaw, D., Dishion, T., Wilson, M.N.(2008). Parenting self-efficacy and problem behavior in children at high risk for early conduct problems: The mediating role of maternal depression.Infant Behavior and Development, Volume 31,Issue 4, Pages 594-605.

Webster, S.C. (1984). Randomized Trial of Two Parent-Training Programs for Families With Conduct-Disordered Children. **Journal of Consulting and Clinical Psychology Vol. 52, No. 4, 666-678.**

Wender, E. H. (1981). Attention-deficit hyperactivity disorder on adolescence. **Journal of Developmental and Behavioral**.

Yousefi S, Soltanifar A, Teymouri S. Compare parenting’s tension in mothers of ADHD with mothers of normal children. Journal Mental Health.2009; 42: 115-122. [Persian].

1. -Stop exclusion , dere to care [↑](#footnote-ref-1)
2. - Larous [↑](#footnote-ref-2)
3. - World Health organization [↑](#footnote-ref-3)
4. -Adler [↑](#footnote-ref-4)
5. -B. F. Skinner [↑](#footnote-ref-5)
6. -E.Erikson [↑](#footnote-ref-6)
7. - Rogers [↑](#footnote-ref-7)
8. - Skinner [↑](#footnote-ref-8)
9. - Albert Ellis [↑](#footnote-ref-9)
10. - Harris & Curtin [↑](#footnote-ref-10)
11. - parental rearing style [↑](#footnote-ref-11)
12. -Baumrind [↑](#footnote-ref-12)
13. -Chi & Hinshaw [↑](#footnote-ref-13)
14. - Mash & Johnston [↑](#footnote-ref-14)
15. -Walker [↑](#footnote-ref-15)
16. -Kauffman & Hallahan [↑](#footnote-ref-16)
17. - Christian & Sprague [↑](#footnote-ref-17)
18. - Barkley [↑](#footnote-ref-18)
19. - Webster [↑](#footnote-ref-19)
20. - Scott [↑](#footnote-ref-20)
21. - Pfiffner&Mcburnett [↑](#footnote-ref-21)
22. - Kazadin [↑](#footnote-ref-22)
23. - Bell [↑](#footnote-ref-23)
24. - Frick [↑](#footnote-ref-24)
25. - Smart [↑](#footnote-ref-25)
26. - Hollenstein [↑](#footnote-ref-26)
27. - Owens, Giovannelli & Winslow [↑](#footnote-ref-27)
28. - Harvey [↑](#footnote-ref-28)
29. -Edmond [↑](#footnote-ref-29)
30. - teener ,Abramo [↑](#footnote-ref-30)
31. - Anastapolus [↑](#footnote-ref-31)
32. - weiss &,cousians [↑](#footnote-ref-32)
33. - Baker & Erhart [↑](#footnote-ref-33)
34. -Suson pisterman [↑](#footnote-ref-34)
35. -Oliver Jdavid [↑](#footnote-ref-35)
36. - Helen Al & Netrob [↑](#footnote-ref-36)
37. -Arion michllo [↑](#footnote-ref-37)
38. - Raumir camman [↑](#footnote-ref-38)
39. - Jeoffrayhyoung [↑](#footnote-ref-39)
40. - Heneth Tarnowshe [↑](#footnote-ref-40)