

# مقایسه شیوه‌های فرزند پروری والدین و شاخص‌های هیجانی نقاشی آدمک در کودکان با و بدون نارسایی توجه - بیش فعالی

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۱۰/۱۷

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۱۰/۱

پریسا تجلی\*

دکتر غلامعلی افروز\*\*

دکتر باقر غباری بناب\*\*\*

## چکیده

هدف این پژوهش مقایسه شاخص‌های هیجانی نقاشی آدمک گودایناف کودکان با و بدون نارسایی توجه - بیش فعالی و شیوه‌های فرزندپروری والدین آنان بود بدین منظور ۳۰ کودک بدون نارسایی توجه - بیش فعالی و ۳۰ کودک با نارسایی توجه - بیش فعالی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. اطلاعات مورد نیاز با استفاده از پرسشنامه سبک‌ها و ابعاد فرزندپروری رابینسون (۱۹۹۵) و آزمون نقاشی آدمک گودیناف - هریس (۱۹۸۸) گردآوری شد داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون‌های مستقل، مجذور خی دو و ضریب همبستگی پیرسون بررسی شدند نتایج نشان می‌دهد والدین کودکان دارای نارسایی توجه - بیش فعالی کمتر از والدین کودکان بدون توجه - بیش فعالی از شیوه فرزندپروری مقتدرانه استفاده می‌کنند و بیشتر شیوه‌ای فرزندپروری مستبدانه و سهل‌گیرانه را به کار می‌گیرند.

از بین شاخص‌های ترسیمی پرخاشگری، فراوانی شاخص‌های دست ناقص، سر بزرگ، خطوط شکسته و کل شاخص پرخاشگری و از بین شاخص‌های ترسیمی اضطراب هم، شاخص‌های آدمک فاقد تنه و اندام زیرین و زیرین، اعضا به صورت ناقص و چسبیده به بدن در کودکان با نارسایی توجه - بیش فعالی بیشتر از کودکان بدون نارسایی توجه - بیش فعالی است. بین شیوه‌های فرزندپروری والدین کودکان با و بدون نارسایی توجه - بیش فعالی با شاخص‌های ترسیمی اضطراب و پرخاشگری رابطه‌ای مشاهده نشد.

**واژه‌های کلیدی:** نارسایی توجه - بیش فعالی، شیوه‌های فرزندپروری، شاخص‌های هیجانی، نقاشی آدمک.

## مقدمه

اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی<sup>۲</sup> (ADHD) با میزان بالای بی‌توجهی، بیش فعالی و تکانشگری همراه است

Email: par.tajalli @iauctb.ac.ir

\* دانش آموخته دوره دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران

\*\* استاد دانشگاه تهران

\*\*\* دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تهران

که ۶ تا ۹ درصد کودکان مدرسه رو به آن مبتلا هستند (ویلنز، فوسیلو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). به عقیده برخی پژوهشگران این اختلال نوعی نارسایی پیچیده عملکرد مغز محسوب می گردد که تاکنون هزینه های مالی هنگفتی را به جوامع مختلف تحمیل کرده است. با اینکه خصوصیات اصلی آن عبارتند از بی توجهی، بیش فعالی - تکانشگری، ولی در بسیاری موارد هم با یک یا چند اختلال جدی روان پزشکی از جمله اختلال سلوک<sup>۴</sup> (CD)، اختلال تضادورزی - نافرمانی<sup>۵</sup> (ODD) همراه است (هانا<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹).

کودکان دارای نارسایی توج ه - بیش فعالی با خصوصیات فعالیت زیاد، فراخنای محدود حافظه و تکانشگری، آمادگی نشان دادن مجموعه گسترده ای از رفتارهای مخرب را نیز دارا هستند. این کودکان از دوران پیش دبستانی به طور چشمگیری پرخاشگرتر هستند، از مهارت های اجتماعی کمتری برخوردارند، اغلب درخواست های والدین را نادیده می گیرند، با همسالان نشان دعوا می کنند، همسایگان را اذیت می کنند و باعث بروز واکنش های منفی در معلمانشان می شوند (مودستو - لوو، دن فورت<sup>۷</sup>؛ ۲۰۰۸). این اختلال به طور چشمگیری بر جنبه های زیادی از رفتار و عملکرد فرد در خانه و مدرسه تاثیر می گذارد. تقریباً در ۸۰٪ کودکان دارای نارسایی توج ه - بیش فعالی، نشانگان تا نوجوانی پایدار می مانند و حتی تا بزرگسالی نیز ادامه می یابد. اثرات نارسایی توج ه - بیش فعالی به طور چشمگیری بر افراد از کودکی تا بزرگسالی تاثیرگذار است، خصوصاً اگر به نحو موثری مدیریت نگردد (فارانن، سرجنت<sup>۸</sup>؛ ۲۰۰۳).

نوجوانان دارای نارسایی توج ه - بیش فعالی بیشتر از همسالان عادی خود، سابقه اخراج از مدرسه، مشکلات اجتماعی مثل اختلال سلوک و شروع زود هنگام مصرف مواد مخدر را نشان دادند (مورستو - لوو، دن فورت؛ ۲۰۰۸). بزرگسالان دارای نارسایی توج ه - بیش فعالی هم بیشتر از همگان عادی خود اشتغال به کارهای یدی ساده، سابقه مصرف مواد مخدر و رفتارهای ضداجتماعی را نشان داده اند (مک گوگد، اسمالی<sup>۹</sup>؛ ۲۰۰۵). میزان بالای استرس، افسردگی و طلاق هم در میان بزرگسالان دارای نارسایی توج ه - بیش فعالی شایع است (فارانن، سرجنت؛ ۲۰۰۳). با اینکه نارسایی توج ه - بیش فعالی به عنوان واقعیتی عصبی زیست شناختی<sup>۱۰</sup> در نظر گرفته شده است، ولی علی رغم دهه ها پژوهش و درمان پزشکی، شیوع آن به همراه تفاوت های پیچیده از لحاظ جنس، نژاد و وضعیت اجتماعی اقتصادی رو به افزایش است، لذا می توان برای آن ساختار اجتماعی در نظر گرفت (هات<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۹). در همین راستا، پژوهشگران متعددی (بفرا و بارکلی<sup>۱۲</sup>، ۱۹۸۴؛ هاروی و دن فورت<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۳؛ سیپ و جانستون<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۵؛ موری و جانستون<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۶؛ علیزاده و آپل کوئیست<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۷؛ مانو و یونو<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۷؛ مودستو، لوو، ۲۰۰۸؛ کایزر و مک برنت<sup>۱۸</sup>، ۲۰۱۱) با تکیه بر نظریه های فرزندپروری (بامریند<sup>۱۹</sup>، ۱۹۷۸؛ ۱۹۹۱؛ مک کوبی و مارتین<sup>۲۰</sup>،

2. Wilens, TE & Fusillo, S.

3. conduct disorder

4. oppositional defiant disorder

5. Hanna, N.

6. Modesto- Lowe, V.

7. Faraone, SV. Sergeant, J.

8. Mc Gough, JJ & Smalley, SL.

9. neurobiological

10. Hatt, SP.

11. Befra & Barkly

12. Harvey & Danforth JS

1. Seipp & Jahnston

2. Murray C & Johnston

3. Alizadeh H & Applequist KF

4. Mano S & Uno H

5. Kaiser NM & McBurnettk

6. Baumrind, D.

۱۹۸۳؛ لامبورن و همکاران<sup>۲۱</sup>، ۱۹۹۱؛ به نقل از چان و کوو<sup>۲۲</sup>، ۲۰۱۰) در پژوهش‌های خود بر تعامل‌های والد-کودک در خانواده‌های کودکان دارای نارسایی توجه-بیش‌فعالی متمرکز شده‌اند.

روان‌شناسان تحولی کو دک، بررسی‌های گسترده‌ای در مورد شیوه‌های فرزندپروری حوزه‌های مرتبط انجام داده‌اند و کار بامریند (۱۹۷۸، ۱۹۹۱) در این زمینه بسیار تاثیرگذار و شاخص است. با مریند سه شیوه فرزندپروری را شناسایی کرد: مقتدرانه<sup>۲۳</sup>، مستبدانه<sup>۲۴</sup>، سهل‌گیرانه<sup>۲۵</sup>. والدین مقتدر در پی آن هستند که فعالیت‌های کودک خود را به "شیوه‌ای منطقی مساله مدار"<sup>۲۶</sup> هدایت کنند. آنها با استدلال، دلایل قوانینی که در خانه وضع می‌کنند را برای فرزندانشان توضیح می‌دهند و بدین ترتیب، گفت‌وگوهای منطقی را بین اعضای خانواده رواج می‌دهند و به هنگام "نافرمانی کودک" علت را جویا می‌شوند. بدین طریق، یک والد مقتدر، نظارت‌های دقیق را به کار می‌بندد. اما کودک را در حصار محدودیت‌ها قرار نمی‌دهد. (بامریند، ۱۹۷۸؛ نقل از چان و کوو، ۲۰۱۰). به طور کلی والدین در این شیوه، رابطه گرم و خوبی با فرزندان خود دارند و احساس‌های خود را در مورد کارهای فرزندانشان ابراز می‌نمایند و آنها را به بیان نظرها و مشکل‌های خود تشویق و با آنها همدلی می‌کنند. در تصمیم‌گیری‌ها آنها را دخالت می‌دهند و در مورد پیامد و نتیجه کارشان به آنها توضیح می‌دهند (رابینسون و همکاران<sup>۲۷</sup>، ۲۰۰۱).

از سوی دیگر والدین مستبد، توافق‌های کلامی را به کار نمی‌برد. آنها به هنگام اختلاف نظر با فرزندان خود خواهان اطاعت برچون و چرا از جانب آنها هستند و به شیوه‌های تنبیهی و زورمدارانه متوسل می‌شوند. همچنین، والدین (والد) مستبد ممکن است بسیار نگران و حمایتگر یا بی‌اعتنا باشند (بامریند، ۱۹۷۸؛ نقل از چان و کوو، ۲۰۱۰). به طور کلی در این شیوه والدین بر اعمال قدرت و انصباط اجباری تاکید دارند و دستورهای خود را بدون بیان دلایل منطقی اعمال می‌کنند و در صورت نافرمانی از انتقاد، سرزنش و تنبیه استفاده می‌کنند (رابینسون و همکاران، ۲۰۰۱).

در آخر، والد سهل‌گیر خود را منبعی در نظر می‌گیرد که کودک هر زمان که دلش خواست از آن می‌تواند استفاده کند، اما نه به عنوان عاملی فعال و مسوول برای شکل‌دهی و تغییر رفتارهای فعلی و آتی کودک. برخی والدین سهل‌گیر خیلی حمایتگر و دلسوز هستند، درحالی‌که برخی پژوهشگران معتقدند که آنها با آزاد گذاشتن فرزندانشان، از مسئولیت تربیت آنها شانه خالی می‌کنند (بامریند، ۱۹۷۸، صفحه ۲۴۸؛ نقل از چان و کوو؛ مودستو-لوو و همکاران، ۲۰۰۸). چان و کوو؛ مودستو-لوو و همکاران (۲۰۰۸) از جمله پژوهشگرانی هستند که به بررسی شیوه‌های فرزندپروری والدین کودکان دارای نارسایی توجه-بیش‌فعالی پرداخته‌اند. به عقیده آنها نشانگان نارسایی توجه-بیش‌فعالی در والدین، سطح بالای فشار روانی فرزندپروری را بوجود می‌آورد. والدین کودکان دارای نارسایی توجه-بیش‌فعالی نسبت به رفتارهای فرزندانشان حساسیت بیش از حد نشان می‌دهند، و در مقایسه با والدین کودکان فاقد نارسایی توجه-بیش‌فعالی بیشتر عیب‌جویی می‌کنند، کمتر پاداش می‌دهند و کمتر پاسخگو هستند. به علاوه، میزان عملکرد نادرست این والدین با وجود و شدت اختلالات آشفته‌ساز مرتبط با نارسایی توجه-بیش‌فعالی، اختلال تضادورزی-نافرمانی و اختلال سلوک همبستگی دارد. مهارتهای ضعیف فرزندپروری والدین هم ممکن است، نارسایی کنترل خود فرزندانشان را حادثر سازد و در گسترش اختلالات آشفته‌ساز اضافی

7. Mccoby & Martin

8. Lamboron et al

9. Chan TW & Koo A

10. authoritative

11. authoritarian- verbal give and take

12. permissive

13. Rational issue- oriented

14. Robinson et al

که پیامدهای نارسایی توجه- بیش فعالی را بدتر می‌کنند، دخالت داشته باشند. عزیزاده و همکاران (۲۰۰۷) در بررسی رابطه بین اعتماد به نفس والدین، گرمی<sup>۲۸</sup>، درگیری<sup>۲۹</sup> و شیوه‌های تنبیهی در خانواده‌های ایرانی کودکان دارای نارسایی توجه- بیش فعالی دریافتند که این والدین در مقایسه با گروه کنترل از اعتماد به نفس پایین تری برخوردارند، درگیری بیشتری با فرزندان خود دارند و از شیوه‌های تنبیهی بیشتری استفاده می‌کنند. مک کی، هاروی و دن فورت<sup>۳۰</sup> (۲۰۰۴) نیز دریافتند که والدین کودکان دارای نارسایی توجه- بیش فعالی، اغلب در برابر فشارهای فرزندپروری با بکارگیری شیوه‌های نامناسب یا "پایین‌تر از ایده‌آل" واکنش نشان می‌دهند. این والدین تمایل دارند که در برابر فرزندان خود بیشتر کنترل کننده و کمتر تایید کننده باشند. آنها بیشتر به رفتارهای بیش فعالی و تکانشی توجه می‌کنند.

مانو و یونو (۲۰۰۷) در ژاپن به بررسی رابطه رفتارهای خاص کودکان دارای نارسایی توجه- بیش فعالی و شیوه‌های فرزندپروری مادران آنها پرداختند. مادران کودکان دارای نارسایی توجه- بیش فعالی در مقایسه با گروه کنترل، فشار روانی بیشتری را تجربه می‌کردند و در زمینه فرزندپروری بیشتر رفتارهای توأم با نارضایتی، سخت‌گیری، بی‌ثباتی، مداخله و سرزنش را به کار می‌بردند.

کندال<sup>۳۱</sup> (۲۰۱۱) با بررسی تاثیر شیوه‌های فرزندپروری مادران کودکان دارای نارسایی توجه- بیش فعالی در کره، سه الگوی فرزندپروری را در آنها شناسایی می‌کند: تعریف- بی‌طرفی<sup>۳۲</sup>، حمله- کنترل<sup>۳۳</sup>، پاسخ‌دهی حساس- متعادل<sup>۳۴</sup>. این سه الگو از دو بعد کنترل (داخلی- خارجی) و تقویت (مثبت- منفی) متفاوت هستند.

کایزر<sup>۳۵</sup> و مک نپت<sup>۳۶</sup> (۲۰۱۱) دریافتند که شیوه‌های فرزند پروری والدین و شدت نارسایی توجه- بیش فعالی، بر عملکرد اجتماعی کودکان دارای نارسایی توجه- بیش فعالی و رفتارهای پرخاشگرانه آنها تاثیر معنی داری دارد. برای درک بهتر چگونگی تاثیر شیوه‌های فرزند پروری بر خصوصیات رفتاری و ویژگی‌های هیجانی کودکان، ضروری است که از ایزاری مناسب و معتبر برای شناخت و ارزیابی ویژگی‌های مختلف کودکان استفاده نمود. نقاشی‌های فرافکنی که هنوز یکی از ده آزمون پرکاربرد محسوب می‌شوند (واتکیز و همکاران<sup>۳۷</sup>، ۱۹۹۱؛ نقل از مارنات، ۱۳۸۴). این امکان را برای روان‌شناسان در حیطه‌های بالینی و پژوهشی فراهم نموده‌اند.

امروزه طرفداران این روش، سادگی نقاشی‌ها، سهولت و سرعت اجرا، نیاز به مواد و وسایل کم و لذت بخش بودن آن برای شرکت کنندگان را مورد تاکید قرار می‌دهند. نتایج نقاشی‌های فرافکنی را نه تنها می‌توان به آسانی با گزارش‌های روان‌شناختی یکپارچه کرد، بلکه می‌توان برای مشخص کردن تغییرات ناشی از روان‌درمانی نیز از آنها استفاده نمود (مارنات ۱۳۸۴). نقاشی کودک یک پیام است، آنچه را او نمی‌تواند به لفظ درآورد به دیگران انتقال می‌دهد. بررسی و درک "زبان" نقاشی اطلاعات ارزنده‌ای را در اختیار والدین، مربیان، روان‌شناسان و همه کسانی می‌گذارد که خواهان درک و دریافت راز و رمز جهان کودک هستند. کودک همه مسائل زندگی خود را به واسطه نقاشی به تجربه درمی‌آورد، خود را می‌آزماید و "من" خویشتن را بنا می‌کند. خطوط ترسیمی، انعکاسی از دنیای هیجانی او هستند و نقاشی به تنهایی به منزله جهانی است که به موازات افزایش هشیاری و دگرگونی‌های کودک،

1. warmth
2. involvement
3. MCKee TE & Harvey E & Danforth JS
4. Kendall
5. praise- fairness
6. strict- control
7. sensitive response- balanced
8. Kaiser
9. McBurnett
1. Watkins et al

متحول می‌گردد (دادستان، ۱۳۸۸).

نخستین تدوین رسمی نقاشی فرافکنی، آزمون نقاشی آدمک توسط گودایناف<sup>۳۸</sup> (۱۹۲۶) بود. او این آزمون را تنها برای برآورد توانایی های شناختی کودکان، آن گونه که در کیفیت نقاشی او انعکاس پیدا می کند، به کار برد. هریس<sup>۳۹</sup> (۱۹۶۳) با افزودن دو فرم جدید، تدوین روش نمره گذاری مفصل تر و هنجاریابی گسترده تر، برای آزمون نقاشی آدمک در آن تجدید نظر به عمل آورد. ناگلیری<sup>۴۰</sup> (۱۹۸۸) ویرایش جدید و به روز آزمون گودایناف- هریس را به عنوان نقاشی شخص<sup>۴۱</sup>، به همراه یک نظام نمره گذاری پرسش نامه‌ای با استفاده از ملاک های روشن نمره گذاری و هنجارهای نوین و معرف برای ارزیابی رشد شناختی و کشف اختلال های عاطفی تدوین نمود. آزمون های نقاشی آدمک<sup>۴۲</sup>، نقاشی های فرافکنی را از سنجش شناختی فراتر برد و در جهت تفسیر شخصیت گسترش داد. مک اور بر مبنای مشاهده های بالینی و قضاوت های شهودی، فرضیه هایی را در رابطه با محل و اندازه تصویرها با سطح اعتماد به نفس فرد مطرح ساخت. کوپیتز<sup>۴۳</sup> (۱۹۶۸، ۱۹۸۴) جنبه های رشدی و شخصیتی نقاشی های انسان را از طریق تدوین نظام نمره گذاری عینی برای سطح رشدی و شاخص های هیجانی گسترش داد (مارنات، ۱۳۸۴).

با توجه به مطالب بررسی شده، شناسایی هر چه دقیق تر عوامل موثر در بروز و تشدید نشانگان نارسایی توجه- بیش فعالی امری ضروری به نظر می رسد. لذا با بررسی شیوه های فرزندپروری والدین کودکان با / بدون نارسایی توجه- بیش فعالی می توان اطلاعات مفیدی در این زمینه بدست آورد. چنین اطلاعاتی در طراحی برنامه های آموزش شیوه های فرزندپروری موثر و کارآمد به والدین کودکان دارای نارسایی توجه- بیش فعالی مفید خواهد بود. از سوی دیگر، بررسی شاخص های هیجانی نقاشی آدمک در کودکان با / بدون نارسایی توجه- بیش فعالی، امکان شناسایی ویژگی های کودکان دارای نارسایی توجه- بیش فعالی را فراهم می سازد که با تکیه بر ویژگی های شناسایی شده می توان از نقاشی آدمک به عنوان ابزاری معتبر و روا با شرایط اجرای سهل و سریع برای تشخیص نارسایی توجه- بیش فعالی استفاده نمود.

بدین ترتیب، هدف این پژوهش شناسایی شیوه های فرزندپروری والدین کودکان دارای نارسایی توجه- بیش فعالی و شاخص های هیجانی نقاشی آدمک این کودکان و رابطه این دو با هم است. در این زمینه فرضیه های زیر مطرح شده است:

- ۱) شیوه های فرزند پروری پدران کودکان با/ بدون نارسایی توجه- بیش فعالی متفاوت است.
- ۲) شیوه های فرزند پروری مادران کودکان با/ بدون نارسایی توجه- بیش فعالی متفاوت است.
- ۳) شاخص های ترسیمی پرخاشگری در کودکان با/ بدون نارسایی توجه- بیش فعالی متفاوت است.
- ۴) شاخص های ترسیمی اضطراب در کودکان با/ بدون نارسایی توجه- بیش فعالی متفاوت است.
- ۵) بین شیوه های فرزند پروری والدین کودکان با / بدون نارسایی توجه- بیش فعالی با شاخص های ترسیمی پرخاشگری رابطه وجود دارد.
- ۶) بین شیوه های فرزند پروری والدین کودکان با / بدون نارسایی توجه- بیش فعالی با شاخص های ترسیمی اضطراب رابطه وجود دارد.

- 
2. Goodenough
  3. Harris
  4. Naglieri
  5. draw a person (DAP)
  6. Machower's draw a-person test
  7. Koppitz

## روش

این پژوهش از نوع علی - مقایسه‌ای است. جامعه آماری شامل خانواده های ساکن شهر تهران در سال ۱۳۸۹ است که حداقل یک فرزند ۷-۱۰ ساله داشته باشند. از این جامعه، ۳۰ کودک دارای نارسایی توجه - بیش فعالی (۱۴ دختر و ۱۶ پسر) از مرکز درمانی آنته و ۳۰ کودک بدون نارسایی توجه - بیش فعالی (۲۱ دختر و ۹ پسر) بطوردر دسترس انتخاب شدند. جهت گردآوری اطلاعات از ابزار زیر استفاده شده است:

**پرسشنامه سبک‌ها و ابعاد فرزند پروری رایینسون**<sup>۴۴</sup> دارای ۳۲ گویه ۵ گزینه‌ای است که به هر گویه ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. کلیه گویه‌ها بر حسب مقیاس لیکرت (هیچ وقت ۱ / گاهی ۲ / نیمی از مواقع ۳ / خیلی از مواقع ۴ / همیشه ۵). به هر پرسشنامه والدین (پدر - مادر) جداگانه باید پاسخ دهند. این پرسشنامه در سه بخش شیوه فرزند پروری مقتدرانه، مستبدانه و سهل گیرانه طراحی شده است. اعتبار درونی بخش شیوه فرزند پروری مقتدرانه ۰.۹۰، مستبدانه ۰.۷۸ و سهل گیرانه ۰.۷۰ گزارش شده است (علیزاده و آندریس، ۲۰۰۲). در این پژوهش هم ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰.۷۶ محاسبه شده است.

بخش شیوه فرزند پروری مستبدانه، سه خرده عامل را بدین شرح می‌سنجد: بُعد اجبار بدنی با سوالات ۲ / ۶ / ۱۹ / ۳۲ که میانگین بالای ۴ نشانگر این بُعد است. بُعد خشونت کلامی با سوالات ۱۳ / ۱۶ / ۲۳ / ۳۰ با میانگین بالای ۴ و بُعد غیراستدلالی - تنبیهی با سوالات ۴ / ۱۰ / ۲۶ / ۲۸ با میانگین بالای ۴ و در کل بخش هم میانگین بالای ۱۲، نشانگر شیوه فرزند پروری مستبدانه است.

بخش شیوه فرزند پروری سهل گیرانه با یک خرده عامل با سوالات ۸ / ۱۵ / ۱۷ / ۲۰ / ۲۴ و میانگین بالای ۵ نشانگر این شیوه فرزند پروری است.

**آزمون نقاشی آدمک**<sup>۴۵</sup> (DAP): نخستین تدوین رسمی نقاشی فرافکنی، آزمون نقاشی آدمک توسط فلورانس گودایناف (۱۹۲۶) صورت گرفت. گر به این آزمون برای کودکان سه سال تمام تا ۱۵ سال و ۱۱ ماه بکار رفته است، پژوهش‌ها حاکی از دقت بیشتر آن برای کودکان ۳ تا ۱۰ سال است. عده‌ای از پژوهشگران خاطر نشان ساخته‌اند که درجه‌بندی‌های کلی نقاشی‌ها، حوزه عملدهی است که در آن آزمون DAP از اعتبار و روایی کافی برخوردار است (مارنات، ۱۳۸۴).

شاخص‌های هیجانی (پرخاشگری و اضطراب) در این پژوهش براساس مقیاس نمره گذاری گودایناف - هریس بشرح زیر ارزیابی شده‌اند:

شاخص‌های ترسیمی پرخاشگری عبارتند از: ۱- خطوط پررنگ، ۲- چشم‌های توخالی یا مشکی، ۳- بینی با پره‌های باز، ۴- لب‌های کلفت، ۵- ترسیم دندان، ۶- دست‌های پنهان و ناقص، ۷- دست‌های باز، ۸- اندازه بزرگ سر، ۹- خطوط شکسته، ۱۰- ترسیم ناخن‌ها (بهرامی، ۱۳۸۰).

شاخص‌های ترسیمی اضطراب عبارتند از: ۱- ترسیم به صورت کند، ۲- استفاده زیاد از پاک کن، ۳- خطوط بسیار کم‌رنگ یا بسیار پررنگ، ۴- آدمک کوچک، ۵- آدمک در حاشیه کاغذ، ۶- آدمک معلول و فاقد تنه و اندام زیرین و زیرین، ۷- اعضا به صورت ناقص و چسبیده به بدن، ۸- پاها کوچک و ناستوار، ۹- دهان به صورت خطی و نامنظم، ۱۰- ترسیم بیش از یک شخص (بهرامی، ۱۳۸۰).

## یافته‌ها

1. The parenting styles and dimensions questionnaire (PSQ)
2. Draw a person

توصیف افراد گروه نمونه برخی از ویژگی‌های جمعیت شناختی در جدول زیر آمده است.

جدول ۱: فراوانی و درصد کودکان با/ بدون نارسایی توجه- بیش فعالی بر حسب جنس

جنس	بدون ADHD		با ADHD		کل
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
دختر	۲۱	۳۵/۰	۱۴	۲۳/۳	۵۸/۳
پسر	۹	۱۵/۰	۱۶	۲۶/۷	۴۱/۷
کل	۳۰	۵۰	۳۰	۵۰	۱۰۰

همانطور که ملاحظه می‌شود، فراوانی دختران در گروه بدون نارسایی توجه- بیش فعالی بیشتر از پسران است و در گروه دارای نارسایی توجه- بیش فعالی فراوانی پسران بیشتر است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمره‌های شیوه‌های فرزندپروری والدین کودکان با/ بدون نارسایی توجه- بیش فعالی

فرزند پروری	والد	بدون ADHD		با ADHD	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پدر	۵۵/۵۳	۱۰/۶۰	۴۹/۴۳	۱۰/۶۳	مقتدرانه
مادر	۵۸/۵۰	۷/۷۷	۵۰/۰۷	۱۰/۱۱	مستبدانه
پدر	۲۲/۴۰	۶/۱۸	۲۴/۳۳	۷/۰۸	سهل گیرانه
مادر	۲۳/۲۰	۴/۸۶	۲۷/۰۰	۶/۰۰	
پدر	۱۱/۹۷	۴/۰۲	۱۱/۸۰	۳/۱۶	
مادر	۱۲/۴۰	۲/۸۵	۱۳/۷۷	۳/۱۵	

همانطور که ملاحظه می‌شود در والدین کودکان بدون نارسایی توجه- بیش فعالی میانگین شیوه فرزندپروری مقتدرانه بالاتر از والدین کودکان دارای نارسایی توجه- بیش فعالی است. در حالی که شیوه‌های فرزندپروری مستبدانه و سهل گیرانه در والدین کودکان دارای نارسایی توجه- بیش فعالی کمی بالاتر از والدین کودکان بدون نارسایی توجه- بیش فعالی است. به طور کلی مادران هر دو گروه نسبت به پدران در هر سه شیوه فرزندپروری میانگین بالاتری کسب کرده‌اند. فراوانی و درصد هر یک از شاخص‌های ترسیمی پرخاشگری در دو گروه کودکان با/ بدون نارسایی توجه- بیش فعالی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: فراوانی و درصد شاخص‌های ترسیمی پرخاشگری در دو گروه کودکان عادی و بیش فعال

شاخص‌های ترسیمی پرخاشگری	بدون ADHD		با ADHD	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد

۸/۳	۵	۱۵/۰	۹	خطوط پر رنگ
۲۰/۰	۱۲	۱۶/۷	۱۰	چشم تو خالی / مشکی
۱/۷	۱	۰	۰	بینی پره باز
۶/۷	۴	۱۱/۷	۷	لب‌های کلفت
۵/۰	۵	۰	۰	ترسیم دندان
۳۰/۰	۲۱	۱۶/۷	۱۰	دست‌های ناقص
۲۱/۷	۱۳	۳۰/۰	۱۸	دست‌های باز
۲۷/۷	۱۹	۱۶/۷	۱۰	اندازه بزرگ سر
۲۴/۷	۱۶	۱۱/۷	۷	خطوط شکسته
٪۰	۰	٪۰	۰	ترسیم ناخن
۱/۲۳	۹۹	۴۱/۷۶	۷۱	کل پر خاشگری
۵۸				

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بطور کلی فراوانی و درصد شاخص‌های ترسیمی پر خاشگری در کودکان دارای نارسایی توجه - بیش فعالی بیشتر از کودکان بدون نارسایی توجه - بیش فعالی است. در کودکان بدون نارسایی توجه - بیش فعالی بیشترین فراوانی مربوط به شاخص دست‌های باز و کمترین مربوط به شاخص‌های بینی با پره‌های باز، ترسیم دندان و ناخن است. در کودکان دارای نارسایی توجه - بیش فعالی بیشترین فراوانی مربوط به شاخص دست‌های ناقص و کمترین مربوط به شاخص ترسیم ناخن است.

فراوانی و درصد هر یک از شاخص‌های ترسیمی اضطراب در دو گروه کودکان با / بدون نارسایی توجه - بیش فعالی در جدول ۴ ارائه شده است.



جدول ۴: فراوانی و درصد شاخص‌های ترسیمی اضطراب در دو گروه کودکان با/ بدون نارسایی توجه- بیش فعالی

درصد د	بدون ADHD		با ADHD		شاخص‌های ترسیمی اضطراب
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
۲۰/۰	۱۲	۳۶/۷	۲۲	۳۶/۷	ترسیم کند
۱۸/۳	۱۱	۲۰/۰	۱۲	۲۰/۰	پاک کن
۱۶/۷	۱۰	۱۵/۰	۹	۱۵/۰	خطوط کمرنگ / پررنگ
۲۶/۷	۱۶	۱۵/۰	۹	۱۵/۰	آدمک کوچک
۱۵/۰	۹	۱۱/۷	۷	۱۱/۷	آدمک در حاشیه
۱۶/۷	۱۰	۱/۷	۱	۱/۷	آدمک فاقد تنه
۲۶/۷	۱۶	۸/۳	۵	۸/۳	اعضاء ناقص
۲۶/۷	۱۶	۱۸/۳	۱۱	۱۸/۳	پاهای کوچک
۳۸/۷	۲۳	۳۱/۷	۱۹	۳۱/۷	دهان خطی و نامنظم
۲۱/۷	۱۳	۴۱/۷	۲۵	۴۱/۷	ترسیم بیش از یک شخص
۱/۱۲	۱۳۶	۴۶/۸۷	۱۲۰	۴۶/۸۷	کل اضطراب
۵۳					

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که در کودکان بدون نارسایی توجه- بیش فعالی بیشترین فراوانی مربوط به شاخص ترسیم بیش از یک شخص و کمترین مربوط به آدمک فاقد تنه است. در کودکان دارای نارسایی توجه- بیش فعالی بیشترین فراوانی مربوط به شاخص دهان به صورت خطی و نامنظم و کمترین مربوط به شاخص آدمک در حاشیه است. فرضیه ۱- شیوه‌های فرزند پروری پدران کودکان با و بدون نارسایی توجه- بیش فعالی متفاوت است. به منظور بررسی مقایسه شیوه‌های فرزندپروری پدران کودکان با و بدون نارسایی توجه- بیش فعالی از آزمون t مستقل استفاده شد. نتایج در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون t برای مقایسه شیوه‌های فرزند پروری در پدران کودکان با/ بدون نارسایی توجه- بیش فعالی

شیوه فرزندپروری	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	t	d f	سطح معناداری
بدون ADHD	با	۵۵/۵۳	۱۰/۶۰	۲۲۶	۵	۰/۰۳۰
	بدون	۴۹/۴۳	۱۰/۶۳			
مقتدرانه	با	۲۲/۴۰	۶/۱۸	۱۲۷	۵	۰/۲۶۴
	بدون	۲۴/۳۳	۷/۰۸			
مستجانه	با	۱۱/۹۷	۴/۰۲	-۱/	۸	۰/۸۵۹
	بدون	۱۱/۸۰	۳/۱۶			
سهل گیرانه	با	۱۷۹	۵	۱۷۹	۵	۰/۸۵۹
	بدون	۰/	۸			

چنانکه نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد با توجه به آنکه فقط  $t$  محاسبه شده برای شیوه فرزندپروری مقتدرانه در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنادار است، می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که بین شیوه فرزندپروری مقتدرانه در پدران کودکان با/ بدون نارسایی توجه- بیش فعالی تفاوت معنادار وجود دارد. مقایسه میانگین‌های دو گروه نشان می‌دهد که میانگین شیوه فرزندپروری مقتدرانه در پدران کودکان بدون نارسایی توجه- بیش فعالی بیشتر از پدران کودکان دارای نارسایی توجه- بیش فعالی فعال است. اما بین دو شیوه فرزندپروری مستبدانه و سهل‌گیرانه در پدران دو گروه تفاوت معنادار وجود ندارد.

**فرضیه ۲- شیوه‌های فرزند پروری مادران کودکان با و بدون نارسایی توجه- بیش فعالی متفاوت است.**  
منظور بررسی مقایسه شیوه‌های فرزندپروری مادران کودکان با / بدون نارسایی توجه- بیش فعالی از آزمون  $t$  مستقل استفاده شد. نتایج در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون  $t$  برای مقایسه شیوه‌های فرزندپروری در مادران کودکان با/ بدون نارسایی توجه- بیش فعالی

شیوه فرزندپروری	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	$t$	$\frac{d}{f}$	سطح معناداری
مقتدرانه	بدون ADHD	۵۸/۵۰	۷/۷۷	۶۲۲	۵	۰/۰۰۱
	با ADHD	۵۰/۰۷	۱۰/۱۱	۳/	۸	
مستبدانه	بدون ADHD	۲۳/۲۰	۴/۸۶	۶۹۶	۵	۰/۰۰۹
	با ADHD	۲۷/۰۰	۶/۰۰	-۲/	۸	
سهل‌گیرانه	بدون ADHD	۱۳/۷۷	۳/۱۵	۷۶۳	۵	۰/۰۸۳
	با ADHD			-۱/	۸	

چنانکه نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد با توجه به آنکه  $t$ های محاسبه شده برای شیوه‌های فرزندپروری مقتدرانه و مستبدانه در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنادار است، می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که بین شیوه‌های فرزندپروری مقتدرانه و مستبدانه در مادران کودکان عادی و بیش فعال تفاوت معنادار وجود دارد. مقایسه میانگین‌های دو گروه نشان می‌دهد که میانگین شیوه فرزندپروری مقتدرانه در مادران کودکان بدون نارسایی توجه- بیش فعالی بیشتر از مادران کودکان دارای نارسایی توجه- بیش فعالی است. اما میانگین شیوه فرزندپروری مستبدانه در مادران کودکان بیشتر از مادران کودکان بدون توجه- بیش فعالی است. بین شیوه فرزندپروری سهل‌گیرانه در مادران دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد.

**فرضیه ۳- شاخص‌های ترسیمی پرخاشگری در کودکان با و بدون نارسایی توجه- بیش فعالی متفاوت است.**  
به منظور مقایسه فراوانی‌های هر یک از شاخص‌های ترسیمی پرخاشگری در دو گروه کودکان/ بیدون نارسایی توجه- بیش فعالی از آزمون مجذور خی دو خوبی برازندگی استفاده. نتایج آزمون خی دو در جدول ۷ ارائه شده است

جدول ۷: نتایج آزمون خی دو برای مقایسه شاخص‌های ترسیمی پرخاشگری در کودکان با/ بدون نارسایی توجه- بیش فعالی

معناداری	با ADHD		بدون ADHD		شاخص‌های ترسیمی پرخاشگری
	خی دو	خی در	خی دو	خی در	

	صد		صد		
	۸۳				
	۰/۹				
	۰/۷				
	۰/۲				
	۰	۵/۳	۵	۱۵/۰	۹
۰/۳۶۰	۴۴	۲۰/۰	۱۲	۱۶/۷	۱۰
۰/۷۸۹	۰/۵	۱/۷	۱	۰/۰	۰
۱	/۴۰	۶/۷	۴	۱۱/۷	۷
۰/۵۰۵	۱	۵/۰	۵	۰/۰	۰
۰/۲۳۶	/۶۷	۳۰/۰	۲۱	۱۶/۷	۱۰
۰/۰۱	۶	۲۱/۷	۱۳	۳۰/۰	۱۸
۰/۳۰۱	/۰۷	۲۷/۷	۱۹	۱۶/۷	۱۰
۰/۰۳۹	۱	۲۴/۷	۱۶	۱۱/۷	۷
۰/۰۳۴	/۲۷	۰/۰	۰	۰/۰	۰
۱	۴	/۲۳	۹۹	/۷۶	۷۱
۳/۰۳۲	/۵۱	۵۸		۴۱	
	۴				
	۰				
	/۶۱				
	۴				

با توجه به اینکه خیی دو محاسبه شده برای شاخص های دست های ناقص، اندازه سربزرگ و خطوط شکسته و نیز کل شاخص پرخاشگری در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنادار است، بنابراین بین شاخص های دست های ناقص، اندازه سر بزرگ و خطوط شکسته و کل شاخص پرخاشگری در کودکان عادی و بیش فعال تفاوت معنادار وجود دارد، مقایسه فراوانی های مشاهده شده نشان می دهد که فراوانی شاخص های دست های ناقص، اندازه سربزرگ و خطوط شکسته و کل شاخص پرخاشگری در کودکان با نارسایی توجه- بیش فعالی بیشتر از کودکان بدون نارسایی توجه- بیش فعالی است.

**فرضیه ۴- شاخص های ترسیمی اضطراب در کودکان با و بدون نارسایی توجه- بیش فعالی متفاوت است.** به منظور مقایسه فراوانی های هر یک از شاخص های ترسیمی اضطراب در دو گروه کودکان با / بدون نارسایی توجه- بیش فعالی از آزمون مج ذور خیی دو خوبی برازندگی استفاده شد . نتایج آزمون خیی دو در جدول ۸ ارائه شده است.

جدول ۸: نتایج آزمون خی دو برای مقایسه شاخص‌های ترسیمی اضطراب در کودکان با/ بدون نارسایی توجه- بیش فعالی

شاخص‌های ترسیمی اضطراب	با ADHD		بدون ADHD		معناداری
	خی	در	در	فراوانی	
	دو	صد	صد	فراوانی	
	۰	۰	۰	۰	۰/۱۹
ترسیم کند	۰	۰	۰	۰	۰/۱
پاک کن	۲۲	۲۰/۰	۳۶/۷	۱۲	۰/۱۱۶
خطوط کم‌رنگ /	۱۲	۱۸/۳	۲۰/۰	۱۱	۰
پررنگ	۹	۱۶/۷	۱۵/۰	۱۰	۰/۷۷۰
آدمک کوچک	۹	۲۶/۷	۱۵/۰	۱۶	۰
آدمک در حاشیه	۷	۱۵/۰	۱۱/۷	۹	۰/۰۰۸
آدمک فاقد تنه	۱	۱۶/۷	۱/۷	۱۰	۰
اعضاء ناقص	۵	۲۶/۷	۳۸	۱۶	۰/۰۰۷
پاهای کوچک	۱۱	۲۶/۷	۱۸/۳	۱۶	۰
دهان خطی و نامنظم	۱۹	۳۸/۷	۳۱/۷	۲۳	۰/۲۹۹
ترسیم بیش از یک	۲۵	۲۱/۷	۴۱/۷	۱۳	۰
شخص	۱۲۰	۱۱۲	۱۸۷	۱۳۶	۰/۳۹۸
کل اضطراب	۴۶	۵۳	۰/۴	۰/۴	۰
	۰	۰	۰	۰	۰/۰۰۳
	۰	۰	۰	۰	۰
	۰	۰	۰	۰	۰/۲۶
	۰	۰	۰	۰	۰

با توجه به اینکه خی دو محاسبه شده برای شاخص های ترسیم کند، آدمک فاقد تنه و اندام زیرین و زبرین، اعضاء به صورت ناقص و چسبیده به بدن و ترسیم بیش از یک شخص در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنادار است، بنابراین بین شاخص های ترسیم کند، آدمک فاقد تنه و اندام زیرین و زبرین، اعضاء به صورت ناقص و چسبیده به بدن و ترسیم بیش از یک شخص در کودکان با / بدون نارسایی توجه- بیش فعالی تفاوت معنادار وجود دارد . مقایسه فراوانی های مشاهده شده نشان می دهد که فراوانی شاخص های ترسیم کند و ترسیم بیش از یک شخص در کودکان بدون نارسایی توجه- بیش فعالی بیشتر از کودکان بدون نارسایی توجه- بیش فعالی است . در حالی که فراوانی شاخص های آدمک فاقد تنه و اندام زیرین و زبرین، اعضاء به صورت ناقص و چسبیده به بدن در کودکان با نارسایی توجه- بیش فعالی بیشتر از کودکان بدون نارسایی توجه- بیش فعالی است.

فرضیه - ۵: بین شیوه های فرزند پروری والدین کودکان با و بدون نارسایی توجه- بیش فعالی با شاخص های ترسیمی اضطراب رابطه وجود دارد

به منظور بررسی رابطه بین شیوه های فرزندپروری والدین (پدر- مادر) کودکان با/ بدون نارسایی توجه- بیش

فعالی ضریب همبستگی پیرسون بین نمره های سه شیوه فرزندپروری پدران و مادران با نمره کل شاخص ترسیمی اضطراب فرزندان در دو گروه کودکان عادی و بیش فعال محاسبه شد. نتایج در جدول ۹ ارائه شده است.

Archive of SID

جدول ۹: نتایج ضریب همبستگی برای رابطه شیوه‌های فرزندپروری والدین (پدر- مادر) با شاخص‌های ترسیمی اضطراب

والدین کودکان بدون ADHD		والدین کودکان با ADHD		متغیرها
مادر	پدر	مادر	پدر	
۰/۱۸۱	-۰/۰۳۳	-۰/۰۲۱	۰/۱۲۶	مقتدرانه- اضطراب
۰/۱۸۱	۰/۲۱۵	-۰/۰۸۸	-۰/۳۱۷	مستبدانه- اضطراب
۰/۲۲۵	-۰/۰۳۷	-۰/۰۵۶	۰/۰۰۱	سهل گیرانه- اضطراب

نتایج جدول ۹ نشان می‌دهد که در هر دو گروه کودکان با / بدون نارسایی توجه- بیش فعالی بین شیوه‌های فرزندپروری والدین با نمره کل شاخص‌های اضطرابی فرزندان همبستگی معناداری وجود ندارد.

فرضیه ۶- بین شیوه‌های فرزند پروری والدین کودکان با و بدون نارسایی توجه- بیش فعالی با شاخص‌های ترسیمی پرخاشگری رابطه وجود دارد.

منظور بررسی رابطه بین شیوه‌های فرزندپروری والدین (پدر- مادر) کودکان با / بدون نارسایی توجه- بیش فعالی ضریب همبستگی پیرسون بین نمرات سه شیوه فرزندپروری پدران و مادران با نمره کل شاخص‌های ترسیمی پرخاشگری فرزندان در دو گروه کودکان با / بدون نارسایی توجه- بیش فعالی محاسبه شد. نتایج در جدول ۱۰ ارائه شده است.

جدول ۱۰- نتایج ضریب همبستگی برای رابطه شیوه‌های فرزندپروری والدین (پدر- مادر) با شاخص‌های ترسیمی پرخاشگری

والدین کودکان بدون ADHD		والدین کودکان با ADHD		متغیرها
مادر	پدر	مادر	پدر	
۰/۱۸۵	۰/۲۲۰	۰/۲۹۳	۰/۲۳۰	مقتدرانه- پرخاشگری
۰/۰۲۰	۰/۰۲۰	-۰/۰۰۷	-۰/۰۷۱	مستبدانه- پرخاشگری
-۰/۰۷۸	۰/۰۰۸	۰/۰۶۶	۲۲۱	سهل گیر- پرخاشگری

نتایج جدول ۱۰ نشان می‌دهد که در هر دو گروه کودکان با / بدون نارسایی توجه- بیش فعالی بیش فعال، بین شیوه‌های فرزندپروری والدین با نمره کل شاخص‌های ترسیمی پرخاشگری فرزندان همبستگی معناداری وجود ندارد

## بحث

این پژوهش به منظور بررسی رابطه شیوه‌های فرزند پروری والدین و شاخص‌های هیجانی (اضطراب و پرخاشگری) نقاشی آدمک در کودکان با و بدون نارسایی توجه- بیش فعالی انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که والدین کودکان بدون نارسایی توجه- بیش فعالی بیشتر از والدین کودکان دارای نارسایی توجه- بیش فعالی از شیوه فرزند پروری مقتدرانه استفاده می‌کند. از سوی دیگر، شیوه‌های فرزند پروری مستبدانه و سهل‌گیرانه در والدین کودکان دارای نارسایی توجه- بیش فعالی کمی بیشتر از والدین کودکان بدون نارسایی توجه- بیش فعالی است به همان گونه که سایر پژوهشها هم حاکی از بکارگیری شیوه‌های تنبیهی (علیزاده، ۲۰۰۷)، نامناسب (مک‌کی، ۲۰۰۴) و سخت‌گیری، بی‌ثباتی، مداخله‌گری و سرزنش از سوی والدین (مانوو یونو، ۲۰۰۷) کودکان دارای نارسایی توجه- بیش فعالی است.

دیگر نتایج پژوهش نشان می‌دهد که شاخص‌های ترسیمی پرخاشگری در کودکان با / بدون نارسایی توجه-

بیش‌فعالی متفاوت است، بدین ترتیب که کودکان دارای توجه - بیش‌فعالی فراوانی شاخص‌های ترسیمی دست‌های ناقص (همسو با پژوهش خالقی محمدی، ۱۳۸۴)، اندازه بزرگ سر و خطوط شکسته (همسو با پژوهش میرجانی، ۱۳۸۶) بیشتر است.

نتایج پژوهش نشان می‌دهد که شاخص‌های ترسیمی اضطراب در کودکان با / بدون نارسایی توجه - بیش‌فعالی متفاوت است، بدین ترتیب که در کودکان دارای توجه - بیش‌فعالی فراوانی شاخص‌های آدمک فاقد تنه و اندام زیرین و زبرین، اعضا به صورت ناقص (همسو با پژوهش خجالتی محمدی، ۱۳۸۶) و چسبیده به بدن بیشتر است. از سوی دیگر شاخص‌های ترسیم کند و ترسیم بیش از یک شخص در کودکان بدون نارسایی توجه - بیش‌فعالی بیشتر است.

نتایج پژوهش نشان می‌دهد که بین شیوه‌های فرزند پروری والدین کودکان با / بدون نارسایی توجه - بیش‌فعالی با شاخص‌های ترسیمی اضطراب و پرخاشگری رابطه‌ی معنی‌داری وجود ندارد. بدین معنی که بکارگیری شیوه‌های فرزند پروری متفاوت مقتدرانه، مستبدانه و سهل‌گیرانه با هر یک از شاخص‌های اضطراب و پرخاشگری رابطه‌ای نداشتند. علی‌رغم پژوهش‌های متعددی که حاکی از اثرات مخرب شیوه‌های فرزند پروری مستبدانه و سهل‌گیرانه بر فرزندان است بامرنید، ۱۹۹۱؛ رابینسون، ۲۰۰۱؛ چان و کود، ۲۰۰۱؛ مودستو- لوف ۲۰۰۸).

لازم به یادآوری است که گروه کودکان دارای نارسایی توجه - بیش‌فعالی تحت پوشش خدمات درمانی مرکز آتیه قرار داشته‌اند از جمله آموزش نقاشی امکان دارد این امر نقاشی‌های کودکان را تحت تاثیر قرار داده باشد و روایی آنها را به عنوان ابزار تشخیصی کاهش دهد.

با توجه به این که انتخاب غیرتصادفی گروه دارای نارسایی توجه - بیش‌فعالی از مرکز درمانی آتیه باعث گردید تا عواملی چون سطح اجتماعی - اقتصادی والدین، میزان تحصیلات والدین، بهره‌مندی از برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای و تاثیر آنها بر شیوه‌های فرزند پروری والدین، طول مدت برنامه‌های درمانی ارائه شده برای کودکان اعم از دارو درمانی، درمان‌های رفتاری - شناختی در جریان پژوهش قابل کنترل و بررسی نباشند. لذا به منظور بررسی دقیق‌تر و امکان تصمیم‌گیری، پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی گروه دارای نارسایی توجه - بیش‌فعالی بطور تصادفی از سطح شهر انتخاب گردد. برخورداری از خدمات درمانی و طول مدت بهره‌مندی از این خدمات برای کودکان دارای نارسایی توجه - بیش‌فعالی و والدین آنها نیز در نظر گرفته شود.

بررسی سایر شاخص‌های هیجانی همچون تکانشگری - عدم تکانشگویی، افسردگی و ناسازگاری در کودکان به منظور دستیابی به تصویری روشن‌تر از ویژگی‌های نقاشی آدمک در این گروه پیشنهاد می‌گردد.

جهت دستیابی به نتایج دقیق‌تر و گسترده‌تر در زمینه شیوه‌های فرزند پروری و تاثیرات آن بر کودکان دارای نارسایی توجه - بیش‌فعالی، عامل جنس در والدین و فرزندان (مادران و پدران - دختران و پسران) و گروه‌های فرعی نارسایی توجه - بیش‌فعالی (نوع بی‌توجهی غالب، نوع بیش‌فعالی تکانشگری غالب، نوع مرکب) در نظر گرفته شوند.

## منابع

- بهرامی، هادی. (۱۳۸۷). آزمون‌های روانی: مبانی نظری و فنون کاربردی. چاپ چهارم. تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.
- خالقی محمدی، زهرا. (۱۳۸۶). مقایسه شاخص‌های هیجانی (اضطراب، پرخاشگری، هیجان‌پذیری) نقاشی آدمک در دانش‌آموزان دختر با/ بدون نارسایی توجه- بیش‌فعالی مقطع ابتدایی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.
- دادستان، پریرخ. (۱۳۸۸). ارزیابی شخصیت کودکان براساس آزمون های ترسیمی، چاپ پنجم. تهران: انتشارات رشد.
- علیزاده، حمید. (۱۳۸۰). تعامل والدین- فرزند: تحول و آسیب شناسی. پژوهش‌های روان‌شناختی (۶)، ۹۶-۸۲.
- کرمن، لویی. (۱۳۷۱). نقاشی کودکان کاربرد ترسیم خانواده در کلینیک. ترجمه‌ی پریرخ دادستان و محمود منصور. تهران: انتشارات رشد.
- مارنات، گری گرات. (۱۳۸۴). راهنمای سنجش روانی برای روان‌شناسان بالینی، مشاوران و روان‌پزشکان، ترجمه‌ی حسن پاشا شریفی. محمدرضا نیکخو. تهران: انتشارات سخن. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۳).
- میرجانی، مهسا. (۱۳۸۴). مقایسه ویژگی‌های نقاشی کودکان بیش‌فعال همراه با نقص توجه با کودکان عادی مقطع دبستان پایان‌نامه کارشناسی ارشد منتشر نشده. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.
- **Alizadeh, H. Andries, C. (2002).** Interaction of parenting styles and attention deficit hyperactivity disorder in iranian parents. *Child and Family Behavior Therapy*. 24, 3.
- **Alizadeh, H. Applequist KF. Coolidge Fl. (2007).** Parenting styles and corporal punishment in families of ADHD children Iran. *Child Abuse Neglect*. 31: 567-572.
- **Chan, Tak wing. Koo, Anita. (2010).** Parenting style and youth outcomes in the UK.
- **Durukan, Ibrahim. Erdem, Murat. Tufan, A. Evren. (2008).** depression and anxiety levels and coping strategies used by mothers of children with ADHD: a preliminary study. *A natolian journal of psychiatry*. 9: 217- 223.
- **Englander, Andrea, (2005).** childhood ADHD and its effects on parents and the family system.
- **Faraone, Stephen V. sergeant Joseph. Gillberg, Christopher. Biederman, Joseph. (2003).** The worldwide prevalence of ADHD: is it an american ondition? *World psychiatry*. V. 2 (2)
- **Gau ss. (2007).** Parental and family factors for attention- deficit hyperactivity disorder in Taiwanese children. *Aust NZJ psychaiatry*. 47: 668- 696.
- **Hanna, Nagui. (2009).** Attention deficit disorder (ADD), Attention deficit hyperactive disorder (ADHD): is it a product of our modern lifesyles? *American ournal of clinical medicine*. 6. 4
- **Hatt, sean pattrik. (2009).** A comparative inquiry in narrative and photographs examining the social construction of attention- Deficit/ hyperactivity disorder. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of



- doctor of philosophy in clinical psychology. Institute of transpersonal psychology. Palo Alto, California.
- **Huber, Jessica Sarah. (2010).** The mediating effect of sibling warmth on parental stress in families with children who have attention deficit hyperactivity disorder. Florida state university: Electronic these, Thesise and dissertations.
  - **Kaiser, Nina M. McBurnett, Keith. Pfiffner, Linda J. (2011).** Child ADHD severity and positive and negative parenting as predictors of child social functioning: evaluation of three theoretical models *Journal of Attention Disorders*. Vol 15 (5).
  - **Kohen, Ingrid Catherine (2008).** The effect of a perceptual motor programme on the drawing of a person by five year old. Newzealand children. A research report submitted to the faculty of health sciences, university of the witswatersrand, Johannesburg, in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of science in occupational therapy.
  - **Langley, Kate. Ford, Tamsin. Thapar, Ajay K. (2010).** Adolescent clinical outcomes for young people with attention- deficit hyperactivity disorder. *The british journal of psychiatry*. 196: 235- 240.
  - **Manos, H. (2007).** Relationship between characteristic behaviours of children with ADHD and mother's parenting styles. 39: 19-24.
  - **MvGough JJ. Smalley SI. McCracken JT, et al (2005).** Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. *American journal psychiatry*. 162: 1621- 1627.
  - **Modesto- Lowe, Vania. Danforth, Jeffrey. S, Brooks, Donna (2008).** ADHD: Does parenting style matter? *Clinical pediatrics*.
  - **Ozer, Serap (2010).** A comparison of clinical and nonclinical group of children on the Bender- Gestalt and draw a person tests. *Procedia social and behavioral science*. . published by Elsevier Ltd.5: 449- 454
  - **Robinson, C. C, Mandleco, Frost Olsen, S, & Hart C. H (2001).** The parenting styles and dimensions questionnaire (PSDQ). In B. F. Perlmutter, J. Touliatos & G. W. Holden (Eds). *Handbook of family measurement techniques*. Vol 2: instruments and index (p. 190). Thousand Oaks, CA: Sage.
  - **Tancred, Elise- Marie. (2011).** Gesinsaanpassing, ouerskapstyle en hanteringstrategiee in gesinne met kinders met'n aandagtekort/ hiperaktiwiteitsversteuring (AT/ HV).
  - **Wilens TE, Fusillo S. (2007).** When ADHD and substance use disorders intersect: relationship and treatment implication. *Curr psychiatry Rep*. 9: 408- 414.
  - **Zimak, Eric H. (2008).** Risky behaviour and impulsive sensation seeking in young adults with ADHD young adults who report ADHD symptoms. A thesis presented to the faculty of the college art and sciences of ohio university.