

مقایسه اثربخشی مداخلات خانواده محور، کودک محور و ترکیبی بر میزان نشانه‌های ADHD در کودکان دارای این اختلال

مختار ملک پور

استاد روانشناسی، دانشگاه اصفهان

سمیرا هادی^۱

کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه اصفهان

سالار فرامرزی

استادیار روانشناسی، دانشگاه اصفهان

روناک عشقی

دکتری مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان

امیر کشاورز

دکتری روانشناسی، دانشگاه اصفهان

پذیرش: ۹۲/۲/۲۱

دریافت: ۹۱/۱۰/۵

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی و مقایسه اثربخشی مداخلات خانواده محور، کودک محور و ترکیبی بر میزان نشانه‌های بیش‌فعالی - تکانشگری، در کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه بود.

روش: روش پژوهش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون بود که آزمودنی‌ها به روش تصادفی خوشه‌ای از میان دانش‌آموزان مقطع سوم مدارس شهر اصفهان انتخاب شدند و از میان آنها ۶۰ نفر که به وسیله روانشناس بالینی و روانپزشک مورد بررسی و تأیید علائم اختلال قرار گرفتند، به صورت تصادفی در چهار گروه ۱۵ نفره، شامل ۳ گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند. ابزار گردآوری داده

1. Hadi.samira@rochetmail.com

پرسشنامه کانرز بود و داده‌ها به وسیله تحلیل کواریانس و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-16 مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد بین چهار گروه تفاوت معنادار وجود داشت. همچنین نتایج آزمون توکی نشان داد کارآمدترین روش‌ها در کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی - تکانشگری، روش ترکیبی (آموزش همزمان والدین و کودکان) و آموزش والدین بود.

نتیجه‌گیری: از مؤثرترین شیوه‌های درمانی کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی - تکانشگری در کودکان مبتلا به این اختلال، آموزش والدین و کودکان به صورت همزمان و مداخلات خانواده محور می‌باشد.

واژگان کلیدی: اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی، مداخلات والدین محور، مداخلات کودک محور.

مقدمه

اختلال بیش فعالی و نقص توجه^۱، الگوی پایدار فقدان توجه و/ یا بیش فعالی و رفتارهای تکانشی است که شدیدتر و شایع تر از آن است که معمولاً در کودکان با سطح رشد مشابه دیده می‌شوند. برای مطرح کردن این تشخیص باید برخی از نشانه‌ها قبل از سن هفت سالگی ظاهر شوند هر چند بسیاری از موارد سال‌ها پس از بروز نشانه‌ها، تشخیص داده می‌شوند (سادوک، ترجمه رفیعی و رضاعی، ۱۳۷۸). وجود این کودکان در خانواده برای والدین خستگی و دلسردی از زندگی زناشویی را به دنبال دارد. زیرا والدین مجبورند تمام انرژی خود را صرف کنترل کودک کنند (مطهری، احمدی، بهزادپور و آزموده، ۱۳۹۲). در حال حاضر، چاپ چهارم راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-IV-TR)^۲، اختلال کمبود توجه و بیش فعالی را با سه زیرگروه متفاوت توصیف می‌کند: (۱) اختلال کمبود توجه و بیش فعالی نوع مرکب؛ (۲) اختلال کمبود توجه و بیش فعالی نوع عمدتاً بی‌توجه؛ و (۳) اختلال کمبود توجه و بیش فعالی نوع عمدتاً بیش‌فعال - تکاشگر (انجمن روانشناسی آمریکا^۳، ۲۰۰۰).

میزان شیوع این اختلال بر پایه معیارهای تشخیصی DSM از ۲٪ تا ۱۲/۶٪ گزارش شده است و در پسرها شایع‌تر از دخترها است (حاجبی، حکیم شوشتری و خواجه‌الدین، ۱۳۸۴). این اختلال در صورت درمان در ۷۵٪ از موارد بهبود قابل ملاحظه‌ای را در کارکرد فردی و اجتماعی و نیز کاهش علائم نشانه‌های بیماری به همراه خواهد داشت (خوشابی، فروزان، مرادی و محمدخانی، ۱۳۸۵).

از مشخصه‌های اختلال ADHD بیش‌فعالی - تکانشگری است. این کودکان در کنترل رفتار یا تکانه‌هایشان مشکل دارند. کودکان دارای ADHD بدون تفکر صحبت می‌کنند یا عمل می‌کنند؛ آن‌ها هرچه را به ذهنشان می‌آید بدون فکر مجدد انجام می‌دهند (بارکلی^۴، ۱۹۹۲).

1. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
3. American Psychiatric Association
4. Barkley

بیش فعالی به فعالیت‌های بیش از حد این کودکان گفته می‌شود. این کودکان مملو از انرژی بوده، بسیار بیشتر از همسالان خود حرکت و جنبش دارند (مایتاس^۱، ۲۰۰۱).

چندین نظریه و دیدگاه در رابطه با علت عملکرد متفاوت کودکان مبتلا به ADHD در مقایسه با سایر کودکان وجود دارد از جمله این نظریه‌ها عبارتند از: نظریه مکانی^۲ (نجفی، ۱۳۸۶)، نظریه‌های شناختی (دالی، کرید، زاتوپولوس و براون^۳، ۲۰۰۷)، دیدگاه شناختی-اجتماعی بندورا و دیدگاه عصبی-شناختی راسل بارکلی (مرادی و همکاران، ۱۳۸۷).

درمان‌های موجود برای این اختلال غالباً ریشه در این دیدگاه‌ها و نظریه‌ها دارد. درمان‌های اولیه مبتنی بر تجربه، بر دارو درمانی و رفتاردرمانی تأکید دارند (کرونیز، جانز و راگی^۴، ۲۰۰۶)، اما بررسی مداخله‌های شناختی، رفتاری-شناختی و عصب شناختی به عنوان گزینه‌های درمان برای ADHD ادامه دارد (بارکلی، ادواردز، لانری، فلچر و متویا^۵، ۲۰۰۶). در یک دسته بندی دیگر می‌توان این رویکردهای درمانی را در قالب مداخلات مرتبط با همسالان و همکلاسان، مداخلات مدرسه محور، مداخلات خانواده محور، مداخلات کودک محور قرار داد. در کل درمان کودکان مبتلا به ADHD، نیازمند روش جامع درمانی است که درمان چندالگویی^۶ نامیده می‌شود و شامل آموزش والدین و کودکان در زمینه تشخیص و درمان، روش‌های مدیریت رفتار خاص، استفاده از داروهای محرک و برنامه‌ریزی‌ها و حمایت‌های آموزشی مناسب است (بهبودی، ۱۳۸۶).

از آنجایی که رفتارهای مشخصه ADHD اغلب منجر به آسیب در روابط والد-کودک و افزایش استرس در میان والدین این کودکان می‌شود (جانسون و ماش^۷، ۲۰۰۱). بنابراین یک جزء درمان کارکردن مستقیم با والدین برای اصلاح رفتارهای فرزندپروری جهت افزایش

1. Myttas
2. Localization theory
3. Daly, Creed, Xanthopoulos & Brown
4. Chronis, Jones, & Raggi
5. Barkley, Edwards, Laneri, Fletcher & Metevia
6. Treatment of multi-paradigm
7. Johnston & Mash

پیامدهای مثبت برای کودکان می‌باشد (پلهم و همکاران^۱، ۱۹۹۸). والدین و به دنبال آن ساختار خانواده می‌تواند نتایج مطلوب و در نابه‌نجار نتایج نامطلوب در برابر چرخه چرخه رشدی و یا مشکلات روان شناختی کودک ایفا نماید (کرمی، زکی بی و علیخانی، ۱۳۹۱). چنانکه حساسیت والدین در تعامل و ارتباط با کودک می‌تواند نسبت به بهبود شرایط روان شناختی کودک یاری‌رسان باشد (امیری‌نژاد، قریشی‌راد و جوانمرد، ۱۳۹۰). از همین رو پژوهش اعتمادی، گیتی‌پسند و مرادی (۱۳۹۲) نشان داده است هنگامی که والدین در فرایند درمان مشارکت می‌نمایند، این فرایند شتاب بیشتری نسبت به درمان‌های کودک محور دارد. شرایط آموزش والدین بیش از سایر مداخله‌های خانوادگی عمومیت دارد، بارکلی (۱۹۹۷) به نقل از (هادیانفرد، نجاریان، شکرکن و مهربانی زاده هنرمند، ۱۳۷۹)، یکی از اولین کسانی است که به ضرورت آموزش مدیریت رفتار والدین در درمان کودکان ADHD اشاره می‌کند. بر طبق مطالعه فراتحلیل انجام شده توسط (فابیانو، پلهم، کالس و جناری^۲، ۲۰۰۹)، ۱۷۴ تحقیق مرتبط با رفتاردرمانی بررسی شد و نتایج به دست آمده نشان داد که رفتار درمانی به طور وسیعی مؤثر می‌باشد. آموزش تکنیک‌های مهارت‌های ارتباطی و مدیریت خشم نیز مفید می‌باشند (رسانه سلامت بهتر^۳، ۲۰۱۰). مک فورد و بارلو^۴، (۲۰۰۴) یک مطالعه کیفی انجام دادند و در آن تأثیرات برنامه آموزش والدین را بر روی خانواده آزمون کردند. شرکت‌کنندگان، که همگی زن بودند، افزایش احساس کفایت، کاهش احساس تنش روانی، و افزایش فرمانبرداری کودک را گزارش کردند. در حالی که آموزش والدین برای بسیاری از خانواده‌ها مؤثر است اما برای همه آنها موفقیت‌آمیز نیست. مک ماهون و فورهند^۵، (۲۰۰۳) چندین مطالعه را ذکر کرده‌اند که در آنها یک-چهارم از خانواده‌ها بهبودی‌های سریعی را نشان ندادند و یک-سوم از خانواده‌ها نتوانسته بودند بهبودی‌های ایجاد شده را بعد از یکسال

1. Pelham
2. Fabiano, Pelham, Coles & Gnary
3. Better health channel
4. Mockford & Barlow
5. McMahon & Forehand

حفظ کنند. نتایج کسب شده از پژوهش (هوش ور، بهنیا، خوشابی، میرزایی و رهگذر، ۱۳۸۸) حاکی از آن است که آموزش گروهی والدین، در کنار برنامه‌های دارو درمانی و کاردرمانی، می‌تواند نقش تأثیرگذاری در کاهش مشکلات رفتار ایدایی، مشکلات اضطرابی و نمره شاخص بیش‌فعالی برجای بگذارد (زرگری نژاد و یکه یزدان دوست، ۱۳۸۶). در بررسی اثربخشی برنامه آموزش والدین بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی نشان داد که براساس مقیاس درجه‌بندی ADHD، آموزش والدین بر علائم اصلی کودکان، تأثیر قابل توجهی نداشته است اما به طور کلی، در کاهش مشکلات رفتاری این کودکان مؤثر واقع شده است. به علاوه در زمینه سازش‌پذیری و خلق‌بهبودی‌هایی ملاحظه شد. در پژوهش (حاجبی و همکاران، ۱۳۸۴)، آموزش مدیریت رفتاری به والدین منجر به کاهش علائم ADHD در کودکان آن‌ها گشت و میانگین نمره‌های متغیرهای مقیاس اندازه‌گیری کانرز والدین پیش از آموزش و پس از آن تغییر معناداری نشان داد. همچنین در فراتحلیل انجام شده توسط (فارمر، کامپتن، بارنز و رابرتسون، ۲۰۰۲)، اثربخشی مداخلات خانواده محور نشان داده شد.

همانطور که قبلاً عنوان شد، نوع دیگری از مداخلات، مداخلات کودک محور می‌باشد. از جمله مداخلات کودک محور معتبر، خود آموزشی برای بهبود مهارت‌های تحصیلی و ترکیب آموزش خودآگاهی و آموزش مدیریت خشم برای چگونگی کسب و استفاده از مهارت‌های اجتماعی است که در بهترین حالت به عنوان یک جزء از یک برنامه چند سیستمی و به صورت گروهی داده می‌شود (کار، ۱۹۹۹). همچنین روش آرمیدگی که برای کاهش تنش به کمک کنترل ارادی ماهیچه‌های بدن صورت می‌گیرد (جعفری، ۱۳۸۱)، در کاهش نشانه‌های پرخاشگری، تکانشگری و نارسایی توجه مؤثر است (گلد و اشمیت، ۲۰۰۳). درمان با نوروقیدبک نیز روش دیگری است که اثربخشی آن مشخص شده است. برطبق فراتحلیل

1. Farmer, Compton, Burns & Robertson
2. Carr
3. Gold & Schmidt

انجام شده بر روی ۱۵ تحقیق که در آن‌ها از نوروفیدبک به عنوان روشی در درمان استفاده شده بود، آرنس، دی ریدر، استرل، برتلر و کونن^۱ (۲۰۰۹)، نشان دادند که این روش اندازه تأثیر بسیاری بر روی نقص توجه و تکانشگری و اثر متوسطی بر روی بیش‌فعالی دارد.

کازدین^۲ (۲۰۰۱) در تحقیقات خود در رابطه با مداخلات ترکیبی خانواده محور و کودک محور، اثربخشی این نوع مداخلات را مورد تأیید قرار می‌دهد و از آن به عنوان روشی در درمان کودکان دارای اختلال ADHD نام می‌برد. در مطالعه فرولیچ، دوپنر و لم کال^۳ (۲۰۰۲)، که بر روی درمان شناختی- رفتاری این کودکان و والدینشان بطور همزمان و در گروه‌های جداگانه صورت گرفت، نتایج به دست آمده کاهش معناداری را در علائم ADHD بعد از درمان در مقایسه با افراد گروه کنترل نشان دادند. فیول و همکاران (۲۰۰۳) در مطالعه روی درمان‌های چندالگویی دریافتند مداخلات رفتاری همراه با آموزش والدین و مداخلات خانوادگی باعث کاهش علائم اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی در این کودکان می‌شود (حسن‌زاده، ۱۳۸۷). همچنین اسکاچر^۴ و همکاران (۲۰۰۲)، در پژوهش خود نشان دادند که درمان‌های ترکیبی به اثرات دارو در این کودکان می‌افزاید و باعث کاهش علائم اختلال می‌شود.

کودکان دارای اختلال ADHD نسبت به سایر کودکان بیشتر در معرض مشکلات یادگیری و افت تحصیلی قرار می‌گیرند و این امر مشکلاتی را برای کودک در زمینه‌های مختلف رشدی از جمله رشد استعدادها، مهارت‌های عاطفی و اجتماعی به وجود آورده و بروز این مسائل سبب ایجاد مشکلاتی نه تنها برای خود کودک بلکه برای خانواده و جامعه می‌گردد. لذا انجام این پژوهش و نتایج آن به متخصصان بالینی کمک می‌کند تا اثربخش‌ترین روش درمانی را از بین مداخلات خانواده محور، کودک محور و ترکیبی انتخاب نموده و با کاربست

1. Arns, deRidder, Strehl, Breteler&Coenen
2. Kazdin
3. Froelich, Doepfner&Lehmkuhl
4. Schacher

آن در درمان کودکان دارای اختلال ADHD بتوانند از مشکلات این کودکان و خانواده‌های آنان بکاهند.

روش

طرح پژوهشی: این پژوهش از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون، با گروه کنترل است و متغیر وابسته نمرات پس‌آزمون پرسشنامه کانرز والدین می‌باشد که برای هر گروه شامل مراحل زیر است:

- انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها و جایگزینی تصادفی آنها
- اجرای پیش‌آزمون (پرسشنامه کانرز)
- اجرای متغیرهای مستقل (مداخلات خانواده محور، کودک محور و ترکیبی)
- اجرای پس‌آزمون (پرسشنامه کانرز)

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان پسر پایه سوم دبستان آموزش و پرورش شهر اصفهان در سال تحصیلی ۸۹-۹۰ می‌باشند. نمونه پژوهش شامل ۶۰ دانش‌آموز پسر با اختلال ADHD هستند. این آزمودنی‌ها به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای از نواحی آموزش و پرورش شهر اصفهان انتخاب و در سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل به طور تصادفی گمارده شدند (هر گروه ۵ نفر). گروه آزمایشی کودک محور شامل ۱۵ نفر دانش‌آموز با اختلال ADHD، گروه آزمایشی والدین محور شامل ۱۵ مادران دانش‌آموز با اختلال ADHD و گروه آزمایشی ترکیبی شامل ۱۵ مادر و کودکانشان بودند (در این گروه والدین و کودکانشان جداگانه تحت آموزش قرار گرفتند). شیوه انتخاب این کودکان به این شکل بود که ابتدا پرسشنامه کانرز والدین اجرا گردید. سپس جهت اطمینان از وجود اختلال ADHD در این کودکان، آنها به وسیله روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی مورد مصاحبه قرار گرفتند. معیار ورود به نمونه داشتن عمدتاً بیش‌فعال - تکانشگر و معیارهای خروج از نمونه داشتن عقب‌ماندگی ذهنی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال یادگیری بود. محل برگزاری جلسات مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی توحید و شناخت بود. در راستای اجرای

اصول اخلاق پژوهش پیش از اجرای پژوهش با والدین در یک جلسه عمومی صحبت شد و والدین در جریان روند تحقیق قرار گرفتند و سپس رضایت نامه‌ها و فرم‌های مربوطه در اختیار والدین قرار گرفت. همچنین، پس از پایان پژوهش افراد گروه کنترل موجود در لیست انتظار، در لیست درمان قرار گرفتند.

ابزار پژوهش: در این پژوهش از مقیاس درجه بندی کانرز برای والدین استفاده شد. این پرسشنامه را کیت کانرز در سال ۱۹۷۳ طراحی نمود و شامل ۱۰ مورد است که طی آنها بیش فعالی و کم توجهی ارزیابی می‌شود. کانرز معروفترین ابزار سنجش ADHD می‌باشد که در پژوهش‌ها استفاده می‌شود، نمره دهی سوالات این پرسشنامه با استفاده از مقیاس ۴ نمره‌ای لیکرت (از اصلاً تا بسیار زیاد) انجام می‌گیرد. این ابزار برای اندازه گیری شدت علائم اختلال ADHD به کار می‌رود. در پژوهشی که توسط شهائیان، شهیم، بشاش و یوسفی (۱۳۸۶) به منظور هنجاریابی فرم کوتاه ویژه والدین مقیاس درجه بندی کانرز انجام گرفت، ضریب پایایی بازآزمایی برای نمره کل ۰/۵۸ و ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۷۳ به دست آمد و روایی آن مورد تأیید قرار گرفت. کانرز معروفترین ابزار سنجش ADHD می‌باشد که در پژوهش‌ها استفاده می‌شود، از جمله این مقالات می‌توان به مقاله پژوهشی (حاجبی و همکاران، ۱۳۸۴؛ شیرازی و همکاران، ۱۳۸۲؛ صدرعاملی و همکاران، ۱۳۸۲) اشاره کرد.

مداخلات خانواده محور براساس جلسات درمانی بارکلی (کار، ۱۹۹۹) و مداخلات کودک محور شامل ترکیبی از آموزش به وسیله مجموعه کارت‌های شناخت (عابدی، ابطحی خروشان و لیراوی، ۱۳۸۸)، تقویت حافظه (محمودپور، ۱۳۸۶)، و آموزش یکپارچه‌سازی ذهن- بدن (روش آرمیدگی)، تمرین بی حرکت ماندن و تمرین حرکات چشمی می‌باشد (تی.مور، ۲۰۰۱).

جدول ۱. خلاصه جلسات مداخلات خانواده محور

تعداد جلسات	محتوای علمی هر جلسه به همراه فعالیت گروهی	هدف از فعالیت گروهی
۱	آشنایی و تعریف اختلال نقص توجه / بیش فعالی	توصیف ویژگی های کودکان دارای این اختلال
۲	بررسی مشکلات دانش آموزان دارای بیش فعالی و نقص توجه	بررسی میزان آشنایی شرکت کنندگان با این مشکلات
۳	برداشت های اشتباه در مورد اختلال نقص توجه / بیش فعالی	آگاهی از برداشت های اشتباه موجود
۴	تشخیص و بررسی مشکلات مربوط به علائم این اختلال	ارائه تشخیص صحیح و مرتبط با اختلال
۵	انواع درمان های رایج	آگاه شدن از درمان های موجود و به کارگیری صحیح آن ها
۶	رابطه با کودک و ارائه راهکار برای اداره رفتار های او	ارائه اصول رفتاری برای کاهش تحرک و رفتارهای ناگهانی
۷	راهکارهای موجود برای افزایش تمرکز	ارائه راه حل هایی جهت افزایش تمرکز
۸	رابطه با والدین _ رابطه با پزشک	چگونگی ارتباط با والدین و پزشکان

جدول ۲. خلاصه جلسات مداخلات کودک محور

جلسات	محتوای جلسات	هدف از برنامه
۱	آموزش تکنیک آرام سازی ماهیچه ها	از آنجایی که کودکان دارای ADHD احساس می کنند کنترلی بر بدن خود ندارند این روش کمکی است برای آرام سازی و آموزش کنترل حرکات
۲	حافظه بازشناسی و بازی با تصاویر	به کودکان تصاویر از کودکان، حیوانات، میوه ها و اشیاء نشان داده می شود او باید پس از چند ثانیه آن ها را بازشناسایی نماید و در مورد جزئیات تصاویر توضیح دهد.
۳	حافظه شنوایی	شامل آموزش فعالیت های انجام دادن دستورات، پیگیری دستورات، به خاطر سپردن چند عدد یا لغت ساده، به خاطر سپردن اشعار بسیار کوتاه کودکانه
۴	افزایش میزان دقت و بینایی کودک	با استفاده از کارت های تکمیل دیداری، از کودک خواسته می شود شکل ناقصی را تکمیل کند بنحوی که مفهوم و معنای کاملی از آن استنباط شود.
۵	مرور ۴ جلسه اول	
۶	تقویت ادراک و بینایی	با استفاده از کارت های فراستیک کودک توانایی تجزیه و تحلیل اشکال و دنبال کردن مسیر خطوط با استفاده از چشم را می آموزد.
۷	تمرین هایی جهت بهبود سیستم بینایی: تمرین چشمی برای کاهش تحریکات آنی تمرین دنبال کردن اشیا با چشم	از آنجایی که تمرکز بینایی جهت کاهش تحریکات آنی مفید می باشد این تمرینات می تواند نقش مؤثری داشته باشد.
۸	بازی بی حرکت ماندن و آموزش انجام دستورات	این روش جهت افزایش توانایی نشستن طولانی مدت در کلاس مؤثر می باشد. در ابتدا به کودک دستورات ساده داده می شود و بتدریج دستورات پیچیده تر می شود و او باید آنها را مطابق دستورات انجام دهد.
۹	مرور ۴ جلسه دوم	

یافته‌ها

در این بخش داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۱ در سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شده است. ابتدا میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش ارائه شده و سپس برای بررسی فرضیه از روش تحلیل واریانس کواریانس و آزمون تعقیبی توکی استفاده شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون بیش فعالی - تکانشگری کودکان گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کودک محور	۲۰/۲۰	۱/۹۷	۱۷/۵۳	۱/۷۲
خانواده محور	۲۰/۴۰	۲/۰۲	۱۷/۲۶	۱/۲۲
ترکیبی	۲۰/۳۳	۲/۹۴	۱۶/۳۳	۱/۲۹
کنترل	۲۱/۱۳	۲/۴۲	۲۱/۲۰	۲/۳۶

۶۶۴

نتایج جدول شماره ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون بیش فعالی - تکانشگری کودکان گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. همانطور که ملاحظه می‌شود نمرات پس آزمون بیش فعالی - تکانشگری کاهش یافته است که نشانه دهنده کاهش این علائم می‌باشد. قبل از بررسی نتایج تحلیل کواریانس، به بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون پرداخته می‌شود.

$$(F_{3,52} = 0.89, P > 0.05)$$

بنابراین مفروضه همگنی شیب رگرسیون برقرار بوده و می‌توان از آزمون کواریانس استفاده نمود.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس (انکوا) گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات پس آزمون بیش

فعال - تکانشگری

منابع	شاخص آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
پیش آزمون		۰/۰۵	۱	۰/۰۵	۰/۰۲	۰/۸۹۰	۰/۰۱	۰/۰۵۲
گروه		۵۷۶/۴۰	۳	۱۹۲/۱۳	۶۴/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱/۰۰۰
خطا		۱۶۴/۳۴	۵۵	۲/۹۸	-	-	-	-

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر تصادفی کمکی (کواریت)، بین مداخلات والدین محور، کودک محور، ترکیبی و کنترل، در کاهش نشانه‌های بیش فعالی - تکانشگری تفاوت معنی دار وجود داشت ($p \leq 0/001$). میزان تأثیر ۰/۷۸ بوده است. یعنی ۷۸ درصد واریانس پس آزمون (پرسشنامه کانرز) مربوط به مداخلات بوده است. همچنین توان آماری ۱۰۰ درصد می‌باشد (نشان دهنده کفایت حجم نمونه). بنابراین از نتایج جدول فوق نتیجه گرفته می‌شود مداخلات صورت گرفته بر کاهش نشانه‌های بیش فعالی - تکانشگری مؤثر بوده است.

جدول ۵. نتایج آزمون توکی تفاوت نمرات بیش فعالی - تکانشگری آزمودنی‌ها در گروه‌های زوجی

گروه I	گروه J	تفاوت میانگین I-J	سطح معناداری
کودک محور	خانواده محور	۰/۲۶	۰/۹۷
	ترکیبی	۱/۲۰	۰/۰۱
	کنترل	-۶/۶۶	۰/۰۱
خانواده محور	کودک محور	-۰/۲۶	۰/۹۷
	ترکیبی	۰/۹۳	۰/۴۵
	کنترل	-۶/۹۳	۰/۰۱
ترکیبی	کودک محور	-۱/۲۰	۰/۰۱
	خانواده محور	-۰/۹۳	۰/۴۵
	کنترل	-۷/۸۶	۰/۰۱

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین آموزش‌های کودک محور، خانواده محور و ترکیبی با گروه کنترل وجود دارد. همچنین نتایج این جدول نشان می‌دهد از بین روش‌های مداخله صورت گرفته، مؤثرترین روش‌ها خانواده محور و ترکیبی می‌باشد.

نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد که بین مداخلات خانواده محور، کودک محور و ترکیبی در مقایسه با گروه کنترل تفاوت وجود دارد یعنی مداخلات صورت گرفته بر کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی-تکانشگری تأثیر داشت. این نتایج با تحقیقات صورت گرفته توسط مک کاهون و فورهند (۲۰۰۳)، مک فورد و بارلو (۲۰۰۴)، هوش ور و همکاران، (۱۳۸۸)، زرگری نژاد و یکه یزدان دوست (۱۳۸۶)، فارمر و همکاران (۲۰۰۲)، جعفری (۱۳۸۱)، کازدین (۲۰۰۱)، فرولیچ، دوپفتر و لمکال (۲۰۰۲)، بارکلی و همکاران (۲۰۰۱)، فیول و همکاران (۲۰۰۳)، به نقل از حسن زاده (۱۳۸۷) همخوانی دارد. همچنین نتایج آزمون توکی نشان داد مؤثرترین روش‌ها مداخلات خانواده محور (آموزش والدین) و مداخلات ترکیبی (آموزش جداگانه والدین و کودکان آن‌ها) می‌باشد. در تبیین نتایج به دست آمده از اثربخشی مداخلات خانواده محور می‌توان عنوان کرد که والدین به عنوان نزدیک‌ترین افراد به کودک بیشترین سهم را در آموزش و یادگیری آن‌ها ایفا می‌کنند. آموزش والدین با کاهش فشار و تنش موجود و بهبود روابط والد-کودک این امکان را به والدین می‌دهد که نیازهای کودک خود را بهتر درک کنند. در تبیین نتایج به دست آمده از مداخلات ترکیبی می‌توان به نظریه بارکلی اشاره کرد که بیان می‌دارد کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی در نواحی پیشانی مغزشان کاهش عملکرد نشان می‌دهند. مشخص شده است که این مراکز در بازداری رفتار، مقاومت در برابر پاسخ‌دهی، کنترل سطح فعالیت فرد، و مقاومت در برابر حواس‌پرتی دخیل هستند (بارکلی، ۲۰۰۰). بنابراین از آنجائی که در درمان ترکیبی می‌توان همزمان با آموزش به والدین، این نقص بنیادین در کودکان را مورد توجه قرار داد، روند تأثیر سرعت می‌یابد. چراکه از یک

طرف به کودکان آموزش‌هایی جهت کنترل رفتارهای بیش‌فعالی - تکانشگری داده می‌شود و از طرف دیگر والدین در زمان کمتر بیشترین کمک را دریافت می‌کند. علت دیگر اثربخشی درمان‌های ترکیبی را می‌توان در این موضوع جستجو کرد که آموزش والدین به تنهایی، در خانواده‌هایی که دارای تنش‌های روحی زیاد، افسردگی، اختلاف خانوادگی و فقر اقتصادی هستند، بی‌تأثیر است (گرچی و همکاران، ۱۳۸۴). در درمان ترکیبی اگرچه پژوهشگر به عنوان یک مربی برای کودک عمل می‌کند ولی آموزش صحیح والدین می‌تواند این نقش را به آن‌ها منتقل کند. در این شرایط آموزش کودک توسط مربی فرصتی را در اختیار والدین قرار می‌دهد که خود را برای پذیرش شرایط موجود آماده کنند و از طرف دیگر کودک نیز با یادگیری مهارت‌های جدید آمادگی برقراری ارتباط مؤثرتر را خواهد داشت. در صورتی که بخواهیم آموزش خود را فقط بر کودک متمرکز کنیم باید محیطی پذیرای کودک داشته باشیم. محیطی که کودک و نیازهای او را بشناسد و بپذیرد که تغییر در حالات بیش‌فعالی - تکانشگری کودک تدریجی است. چراکه عدم آگاهی از این گونه مسائل منجر به پیش‌دوری و قضاوت اشتباه از روند درمان می‌شود و پرخاشگری کودک در محیط نامساعد ادامه می‌یابد.

لذا مداخلات خانواده محور (آموزش والدین) و ترکیبی (آموزش همزمان والدین و کودک) در کنار دارودرمانی، می‌توانند به عنوان روش‌های مؤثر در جهت کاهش علائم بیش‌فعالی - تکانشگری مطرح شوند. از آنجائی که استفاده از دارو برای تمام زندگی فرد امکان پذیر نمی‌باشد و یا دارو درمانی برای تمام کودکان مناسب نیست. به نظر ضروری می‌رسد جهت اثربخشی بیشتر روند درمان، از درمان‌های ترکیبی استفاده گردد که خود می‌تواند به همراه دارو درمانی و یا بدون آن اجرا شود. از نتایج کاربردی این تحقیق می‌توان در در کلینیک‌های روان‌شناختی، برنامه‌های کاربردی برای والدین و برنامه‌های کاربردی جهت استفاده برای مشاوران مدارس و معلمان استفاده کرد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش، محدودیت زمانی بود که به علت همزمانی سال تحصیلی به وجود آمده بود و تعداد جلسات در هفته را محدود می‌کرد. همچنین مشکل در دسترسی

محقق به تست‌های تخصص یافته و ویژه‌ای که ابعاد مختلف توجه را می‌سنجد نیز از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود. علیرغم محدودیت‌های مذکور، با توجه به تحقیقات کمی که در رابطه با آموزش همزمان والدین و کودکان صورت گرفته و تعدد روش‌های ممکن جهت آموزش‌های مبتنی بر مداخلات نام برده شده پیشنهاد می‌شود این تحقیق به صورت گسترده‌تر و با استفاده از روش‌های دیگر نیز انجام پذیرد تا بهترین روش‌ها برای هر مداخله انتخاب گردد. از طرف دیگر از آنجاییکه این تحقیق در شهر اصفهان صورت گرفته و بافت محیطی و قومی می‌تواند در نگرش افراد تفاوت ایجاد کند بهتر است این تحقیق به صورت جامع‌تر و در شهرهای دیگر مورد بررسی قرار گیرد.

سپاس و قدردانی

از همکاری صمیمانه اساتید محترم، آقایان دکتر ملک‌پور و دکتر فرامرزی و همچنین سایر همکاران گرانقدر خود که در مراحل مختلف این پژوهش ما را یاری داده‌اند، سپاسگزاری می‌شود. شایان ذکر است که این پژوهش با حمایت مراکز مشاوره توحید و شناخت صورت گرفته است.

منابع فارسی

اعتمادی، احمد؛ گیتی پسند، زهره؛ مرادی، میترا (۱۳۹۲). اثربخشی درمان گروهی راه حل مدار بر کاهش تعارضات مادر- کودک در مادران. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، (۳): ۴-۵۸۸-۵۶۵.

امیری‌نژاد، علی؛ قریشی‌راد، فخرالسادات؛ جوانمرد، غلامحسین (۱۳۹۰). مقایسه سبک‌های فرزندپروری و سلامت روان والدین افراد اقدام کننده به خودکشی با والدین عادی. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، (۱): ۳-۳۳۰-۳۱۵.

- بهبودی، هایده (۱۳۸۶). درمان دارویی برای کودکان و نوجوانان دچار اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی. نشریه تعلیم و تربیت استثنایی. ۷۴: ۶۳-۶۸.
- جعفری، محبوبه (۱۳۸۱). کارآمدی روش درمانی آرمیدگی بر بهبود مشکلات توجه کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه همراه با بیش فعالی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی.
- سادوک، ب.ج و سادوک، و.ا (۱۳۷۸). خلاصه روانپزشکی. جلد سوم. ترجمه حسن رفیعی و فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند.
- شیرازی، الهام؛ توکلیان، رضا؛ شهریور، زهرا (۱۳۸۲). اثر فلوکسیتین بر اختلال بیش فعالی - کم توجهی: یک بررسی مقدماتی. اندیشه و رفتار. ۱۱(۱): ۱۵-۲۳.
- شهائیان، آمنه؛ شهیم، سیما؛ بشاش، لعیا؛ یوسفی، فریده (۱۳۸۶). هنجاریابی، تحلیل عاملی و پایایی فرم کوتاه ویژه والدین مقیاس درجه بندی کانرز برای کودکان ۶ تا ۱۱ ساله در شهر شیراز. فصلنامه مطالعات روانشناختی، ۹۷: ۱۱-۱۲۰.
- صدرعاملی، محمدرضا؛ کاراحمدی، مژگان؛ ازهر، محمد مسعود؛ کلینی، نوید؛ فرشید فر، فرناز (۱۳۸۸). بررسی تأثیر درمانی داروی بوپروپیون در درمان اختلال کمبود توجه - بیش فعالی (ADHD) کودکان و نوجوانان ۱۷-۶ ساله شهر اصفهان. مجله دانشکده پزشکی اصفهان. ۹۴: ۱۷۳-۱۸۱.
- زرگری نژاد، غزاله؛ یکه یزدان دوست، رخساره (۱۳۸۶). اثربخشی آموزش والدین بر مشکلات رفتاری کودکان ADHD (مطالعه تک موردی). فصلنامه مطالعات روانشناختی، ۱۰: ۲۹-۴۹.
- عابدی، احمد؛ ابطحی خروشانی، رویا؛ لیراوی، مهین (۱۳۸۸). کارت‌های شناخت: شامل توجه-حافظه- ادراک دیداری. اصفهان. انتشارات برترین اندیشه.
- کتایون، خوشابی؛ ستاره فروزان، آمنه؛ شهرام، مرادی؛ محمدخانی، پروانه (۱۳۸۵). بررسی عوامل خطرساز در ابتلا به اختلال بیش فعالی / کمبود توجه. مجله توانبخشی. ۷(۳): ۶-۱۰.
- کرمی، جهانگیر؛ زکی بی، علی؛ علیخانی، مصطفی (۱۳۹۱). رابطه عملکرد خانواده با اختلالات شخصیت براساس الگوی مستر. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۲(۴): ۵۵۳-۵۳۷.
- گرچی، یوسف؛ سیف، علی اکبر؛ دلور، علی؛ کریمی، یوسف (۱۳۸۴). مقایسه اثربخشی کاربرد روش‌های اصلاح رفتار والدین و معلمان و ترکیب هر دو در کاهش نشانه‌های اختلال بیش

- فعالی و نقص توجه دانش آموزان دوره ابتدایی. *دانش و پژوهش در روانشناسی*، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان). ۲۳: ۱-۲۲.
- خوشابی، کتایون؛ ستاره‌فروزان، آمنه؛ مرادی، شهرام؛ محمدخانی، پروانه (۱۳۸۵). بررسی عوامل خطر ساز در ابتلا به اختلال بیش فعالی / کمبود توجه. *مجله توانبخشی*، (۳) ۷: ۱۰-۶.
- حاجبی، احمد؛ حکیم شوشتری، میترا؛ خواجه‌الدین، میترا (۱۳۸۴). تأثیر آموزش مدیریت رفتاری به کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال بیش فعالی با کمبود توجه. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*. ۴۳: ۴۳۵-۴۴۰.
- حسن زاده نمین، فرزانه (۱۳۸۷). درمان های روان شناختی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی. *نشریه تعلیم و تربیت استثنایی*. ۸۴ و ۸۵: ۴۵-۵۱.
- مرادی، علیرضا؛ هاشمی، تورج؛ فرزاد، ولی‌الله؛ کرامتی، هادی؛ بیرامی، منصور؛ کاووسیان، جواد (۱۳۸۷). مقایسه اثر بخشی آموزش خود تنظیمی رفتار توجهی، خودتنظیمی رفتار انگیزشی، خود تعلیمی کلامی بر عملکرد ریاضی و خود کارآمدی تحصیلی در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه همراه با بیش فعالی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی*. (۲) ۱: ۳۷-۴۳.
- مطهری، زهراسادات، احمدی، خدابخش. ف بهزادپور، سمانه، آزموده، فاطمه (۱۳۹۲). اثربخشی حضور ذهن بر کاهش دلزدگی زناشویی مادران دارای فرزند مبتلا به نقص توجه و بیش فعالی. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*. (۳) ۴: ۶۱۲-۵۹۲.
- محمود پور، آریتا (۱۳۸۶). روش‌ها و راهبردهای تقویت حافظه «به همراه تمرین‌های حافظه». تهران. انتشارات مدرسه.
- نجفی، بدرالدین (۱۳۸۶). کیفیت عصب - روانشناختی نقص توجه - بیش فعالی. *تحقیقات علوم رفتاری*. (۵) ۱: ۵۵ - ۶۳.
- هادیانفرد، حبیب؛ نجاریان، بهمن؛ شکرکن، حسین؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز (۱۳۷۹). *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*. (۳) ۷، ۱ و ۲: ۲۹ - ۵۴.
- هوش ور، پارسا؛ بهنیا، فاطمه؛ خوشابی، کتایون؛ میرزایی، هوشنگ؛ رهگذر، مهدی (۱۳۸۸). تأثیر آموزش گروهی والدین کودکان ۴ تا ۱۰ ساله مبتلا به اختلال نقصان توجه - بیش فعالی بر اختلالات رفتاری فرزندانشان. *مجله توانبخشی*. (۱۰) ۳: ۲۴-۳۰.

منابع لاتین

- American Psychiatric Association.(2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th edition, Text Revision (DSM-IV-TR).Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arns, M., deRidder, S., Strehl, U., Breteler, M., &Coenen, A. (2009).Efficacy of neurofeedback treatment in ADHD.*Clinical EEG and neuroscience*, 40(3), 180.
- Barkley, R.A. (1992). *ADHD What Do We Know: Program Manual*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K., &Metevia, L. (2001).The efficacy of problem-solving communication training alone, behavior management training alone, and the combination for parent–adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD.*Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (69)6, 926–941.
- Barkley, R. A. (2000).Commentary on the multimodal treatment study of children with ADHD.*Journal of Abnormal Child Psychology*, 25: 595-599.
- Barkley, R. A. (2006).*Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*, 3rd Edition. New York: Guilford Press.
- Better health channel.(2010). Attention deficit hyperactivity disorder – non drug therapies, from: www.betterhealth.vic.gov.au
- Carr, A. (1999).*The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology*, First edition.Newyork: Routledge.
- Chronis, A. M., Jones, H. A., &Raggi, V. L. (2006).Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder.*Clinical Psychology Review*, 26, 486–502.
- Daly ,B. Creed ,T. Xanthopoulos ,M & Brown, R(2007) Psychosocial Treatments for children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *Neuropsycholgy Rew*.17, 73-89.
- Fabiano, G. A., Pelham, W., Coles, E., &Gnary, E.M.(2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder.*Journal of Clinical Psychology Review*, 29, 129-140.
- Farmer, E.M.Z., Compton, S.N., Burns, B.J., & Robertson, E. (2002). Review of evidence base for treatment of childhood psychopathology externalizing disorders.*Journal of Consulting And Clinical Psychology*, 70, 1267-1302.
- Froelich, j., Doepfner, M., &Lehmkuhl, G. (2002). Effects of combined behavioral treatment with parent management training in ADHD. *Behavioral and cognitive psychotherapy*, 30, 111-115.
- Gold beck, I.; & Schmidt, KJ.(2003). Effectiveness of autogenic relaxation training on children and adolescents with behavioral and emotional problems.*Journal American child Adolescence psychiatry*, 42, 46-54.
- Johnston, C,&Mash, E. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivitydisorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, (4)3, 183 -207.

- Kazdin, A.E.(2001).Bridging the enormous gaps of theory with therapy research, and practice . *Journal of clinical child psychology*, 30, 59-66.
- McMahon, R. J. & Forehand, R. L. (2003).Helping the noncompliant child: family-based treatment for oppositional behavior (2nd ed.). *New York, NY: Guilford Press*.
- Mockford, C. & Barlow, J. (2004).Parenting programmes: some unintended consequences. *Primary Health Care Research and Development*, 5: 219-227.
- Myttas, N. (2001) 'Understanding and Recognizing ADHD' Retrieved July 15, 2004, from <http://www.adders.org/research49.htm>
- Pelham,W. E., Wheeler, T., & Chronis, A. (1998).Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder.*Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 190-205.
- Schacher, R., Jaded, A.R., gold, m., Boyle, M., Boker, L., Sniderr, A., & Cunningham, C. (2002). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: critical appraisal of extended treatment studies. *Canadian Journal of psychiatry*, 47. 337 – 348.
- T.Moore, Daniel.(2001). Behavioral Interventions for Children with ADHD, from:<http://www.yourfamilyclinic.com/shareware/addbehavior.html>