

اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر کاهش علائم اختلال‌های بیرونی شده کودکان دچار نقص توجه/ بیش‌فعالی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۲/۶؛ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱/۲۹

چکیده

سمیه عربی^۱، دکتر عصمت دانش^۲، دکتر علیرضا کاکاوند^۳، دکتر علیرضا سلیمی‌نیا^۴ و مریم امیرغفاری^۵

^۱کارشناس ارشد روان‌شناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران
^۲دکترای روانشناسی بالینی، دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران
^۳دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه بین‌المللی قزوین، قزوین، ایران
^۴متخصص بیهوشی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۵کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران

هدف: هدف پژوهش تعیین میزان اثر بخشی برنامه گروهی "آموزش مدیریت والدین" بر کاهش نشانه‌های حاصل از اختلال‌های بیرونی شده کودکان دچار نقص توجه/بیش‌فعالی بود.

روش: نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، گروه گواه و پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری، کلیه والدین کودکان دچار این اختلال در استان البرز بودند که به درمانگاه اختلالات کودکی ونوجوانی دکتر مریم دلیلی از سال ۱۳۸۹ مراجعه می‌کردند و دارای پرونده بودند. از میان آن‌ها ۳۰ کودک ۱۰ تا ۱۰ ساله و والدین آن‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پس از رعایت معیارهای ورود پژوهش به دو گروه ۱۵ نفری هم‌تا تقسیم شدند. ابزار پژوهش، پرسشنامه ارزشیابی رفتاری راتر ۱۹۶۴ بود که در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر دو گروه اجرا شد. برنامه گروهی آموزش مدیریت والدین بارکلی ۱۹۸۷، در ۹ جلسه ۱ ساعته، هفته‌ای یک‌بار به والدین گروه آزمایش ارائه شد و در گروه گواه مداخله‌ای صورت نگرفت. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس یک طرفه بین گروهی تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد آموزش مدیریت والدین، نشانه‌های اختلال‌های رفتاری و نشانه‌های بیرونی شده، از جمله پرخاشگری، تکانشگری، بیش‌فعالی و اضطراب کودکان دچار نقص توجه/ بیش‌فعالی را در مقایسه با گروه گواه و پیش‌آزمون به طور معناداری کاهش داده است.

نتیجه‌گیری: آموزش مدیریت والدین را می‌توان به عنوان روش مؤثری در درمان نشانه‌های بیرونی شده کودکان دچار نقص توجه/بیش‌فعالی به‌کار برد و از این روش همراه با سایر روش‌های درمانی نظیر دارودرمانی، رفتار درمانی و جز آن که در مورد خود کودکان اجرا می‌شود، سود جست.

* نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران
۰۹۳۸-۴۵۳۷۶۵۷۰
E-mail: somayah.arabi30@yahoo.com

کلمات کلیدی: آموزش، والدین، علائم، نقص توجه/بیش‌فعالی.

مقدمه

اختلال‌های شایع‌تر کودکی را معمولاً در دو حوزه گسترده طبقه‌بندی می‌کنند: اختلال‌های بیرونی شده و اختلال‌های درونی شده. اختلال‌های بیرونی شده با رفتارهایی مانند پرخاشگری، نافرمانی، بیش‌فعالی و تکانشگری که بیشتر معطوف به بیرونند مشخص می‌شوند که شامل اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه است. اختلال‌های درونی شده با تجارب و رفتارهایی نظیر افسردگی، کناره‌گیری اجتماعی و اضطراب که بیشتر معطوف به درونند مشخص می‌شوند؛ و شامل

اضطراب کودکی و اختلال‌های خلق است.^۱ اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی از مهم‌ترین و شایع‌ترین اختلال‌های دوران کودکی است.^۲ این اختلال سال‌ها در منابع علمی با انواعی از اصطلاحات و تعاریف توصیف شده است. مشکلات بالینی عمده این کودکان سه دسته کلی با عناوین بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری است.^۳ نارسایی توجه مشخص‌ترین مشکل کودکان دچار اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و نخستین معیار تشخیصی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا است.^۴ شکایت والدین و معلم‌ها این است که کودک گوش نمی‌کند، تمرکز

فعالی از نظر بالینی، علمی و اجتماعی مورد توجه زیادی قرار گرفته است. درمان‌های دارویی، رفتاری، شناختی- رفتاری و خانواده درمانی هریک به نحوی در تخفیف علائم این اختلال سهمی دارند.^{۱۲}

بررسی‌های انجام شده تأثیر سودمندی داروهای محرک را بر عملکرد مدرسه، تعاملات اجتماعی و علائم رفتاری نشان داده‌اند، اما نگرانی پدران، مادران و پزشکان به علت عوارض جانبی داروها از یک‌سو و در دست نبودن یافته‌های پژوهشی که نشان دهنده تأثیر بلندمدت داروها باشد از سوی دیگر موجب توجه قرار گرفتن درمان‌های دیگر از جمله آموزش‌های والدین شده است.^{۱۳} در کشور ما داروی در دسترس برای درمان اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی ریتالین است که بر پایه معیارهای تجویز سازمان غذا و داروی آمریکا برای کودکان زیر ۶ سال ممنوع است.^{۱۴} از این رو ضرورت بررسی میزان اثربخشی درمان‌های غیردارویی بیشتر نمایان می‌شود.

والدین به دلیل نفوذ و تماس بیشتر با کودکان می‌توانند در اجرای مداخلات رفتاری در محیط طبیعی زندگی کودک نقش به‌سزایی داشته باشند. به همین دلیل در دهه‌های اخیر توجه روزافزونی به گنجاندن آموزش مدیریت والدین در طرح‌های درمانی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی شده است.^{۱۵} خانواده شبکه‌ای از ارتباطات است که در آن والدین و کودکان در فرایندی دو سویه با هم تعامل دارند. در این مجموعه طرفین قادرند تأثیرات بس شگرفی بر یکدیگر داشته باشند. با تأمل در کیفیت روابط والدین و کودک و موشکافی در آن می‌توان به نقش حساس آن‌ها در ارتباط با کودک پی برد.^{۱۶}

در دهه‌های اخیر روان‌شناسان تأکید بسیاری بر روابط کودک با مراقبینش داشته‌اند. آن‌ها واکنش‌های متقابل را، اساس رشد عاطفی و شناختی کودک ذکر کرده‌اند. همان‌طور که واکنش‌های والد قدرت اثرگذاری بسیاری بر کودک دارد، رفتارها و خلق و خوی کودک نیز می‌تواند بر رفتار و عواطف والد نسبت به فرزندش تأثیر فراوان داشته باشد. امروزه اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی صرفاً بیماری دوران کودکی نیست و مطالعات مختلف باقی ماندن اختلال را در دوران پس از بلوغ و بزرگسالی بین ۴ تا ۷/۵ درصد گزارش کرده‌اند.^{۱۷} این بیماری روند رشد طبیعی دوران کودکی را با مشکل روبه‌رو می‌کند و اگر درمان نشود آمادگی کودک برای پذیرش

حواس ندارد، کارها را ناتمام رها می‌کند و به‌راحتی حواسش پرت می‌شود. مشکل نارسایی توجه فرد ممکن است در جهت یابی یا پیدا کردن محرک باشد یا پاسخ نادرست فرد به جنبه‌ای از محرک‌ها یا پاسخ نادرست او به کل محرک باشد.^۵ مهمترین مشکل توجه در این کودکان مشکل توجه پایدار است، این کودکان همچنین مشکلاتی در توجه انتخابی دارند. در بیشتر موارد اولین مشکل آشکار کودک دچار اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، فعالیت زیاد یا بیش‌فعالی است. تکانشگری نیز یکی از نشانه‌های اصلی این اختلال است که در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی مورد توجه و تأکید قرار گرفته است. معمولاً تکانشگری را عمل بدون تفکر نامیده‌اند. از جمله مشکلات دیگر کودکان دچار اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌توان به ناتوانی‌های یادگیری، مشکلات اجتماعی و هیجانی اشاره کرد.^۷

یکی از مهم‌ترین پیشرفت‌هایی که به تشخیص و درمان اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی کمک کرده است، پی بردن به این مطلب است که اغلب این افراد، اختلال‌های روانی دیگری نیز دارند. یافته‌های پژوهشی نشان داده است دو سوم کودکان مدرسه‌ای که برای ارزیابی‌های بالینی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، ارجاع داده شده‌اند دارای اختلال روان پزشکی دیگری نیز بوده‌اند.^۸ اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با برخی اختلال‌های دیگر همبستگی دارد و همپوشی آن با سایر اختلال‌های هیجانی و رفتاری، به ویژه اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک، بیشتر در نوع مرکب دیده می‌شود.^۹ تعریف راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی از اختلال سلوک بر رفتارهایی متمرکز است که به حقوق اساسی دیگران تجاوز و هنجارهای مهم اجتماعی نقض می‌شود. تقریباً تمام این گونه رفتارها غیرقانونی نیز هستند.^{۱۱}

اختلال نافرمانی مقابله‌ای در صورتی تشخیص داده می‌شود که کودک واجد ملاک‌های اختلال سلوک، به ویژه، پرخاشگری جسمی بیش از حد نباشد. اما رفتارهایی مانند از کوره در رفتن، جرّ و بحث با بزرگسالان، خودداری پی در پی از تن دادن به خواسته‌های بزرگسالان، انجام عمدی کارهایی برای آزار دیگران و عصبانیت، غرض‌ورزی، حساسیت، یا کینه‌توزی را از خود نشان دهد.^{۱۱} برای درمان اختلال‌های بیرونی شده رویکردهای درمانی مختلفی وجود دارد. در سالیان اخیر اختلال نارسایی توجه/بیش‌

این پژوهش بنابر ماهیت متغیرها نیمه آزمایشی و از نوع طرح-های دو گروهی با گروه گواه بود. در پژوهش حاضر جامعه آماری کلیه والدین دانش آموزان دچار اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بود که اختلال‌های همراه اختلال مذکور را نیز داشتند و به درمانگاه اختلال‌های کودکی و نوجوانی دکتر مریم دلیلی روانپزشک، واقع در استان البرز مراجعه کرده و در آن جا دارای پرونده بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ کودک ۳ تا ۱۰ ساله دچار اختلال‌های بیرونی‌شده براساس معیارهای ورود پژوهش که شامل همکاری و شرکت پدران و مادران در نشست‌های آموزش مدیریت رفتاری و همچنین کنار گذاشتن کودکان مبتلا به صرع، در خود ماندگی و کم توان ذهنی به دلیل احتمال اثرات مداخله‌گر بود، برگزیده و همتا و سپس به‌طور تصادفی ۱۵ نفر از آن‌ها در گروه آزمایش و ۱۵ نفر دیگر در گروه گواه گمارده شدند.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه ارزشیابی رفتاری راتر. این پرسشنامه توسط راتر در سال ۱۹۶۷ برای تشخیص کودکانی که دچار اختلال‌های رفتاری هستند طراحی شده و شامل دو نسخه است که یکی از آن‌ها توسط والدین و دیگری توسط معلم تکمیل می‌شود. نسخه والدین ۱۸ گویه دارد که هر گویه از صفر تا ۲ نمره‌گذاری می‌شود، اگر عبارتی در مورد کودک صدق کند دور عدد ۲، اگر تا حدودی صدق کند دور عدد ۱، و اگر صدق نکند دور عدد صفر را خط می‌کشند. نسخه معلم ۳۰ گویه دارد که هر گویه از صفر تا ۲ نمره‌گذاری می‌شود. در پایان اگر مشکلی علاوه بر آنچه در گویه‌ها آمده در کودک وجود دارد یادداشت می‌شود. روان‌شناس پس از بازبینی دو آزمون گرفته شده از کودک، و نیز مصاحبه و بررسی رفتار کودک تشخیص نهایی خود را اعلام می‌دارد. گویه‌های این آزمون اختلالات کمبود توجه، رفتارهای ضداجتماعی، ناسازگاری اجتماعی، اضطراب و افسردگی و پرخاشگری و بیش‌فعالی را می‌سنجد. راتر پایایی درونی این پرسشنامه را در مطالعه‌ای ۰/۷۴ گزارش نمود و مطالعات صورت گرفته در مورد اعتبار این پرسشنامه نشان می‌دهد که همسانی درونی آن ۰/۷۹ است (راتر، ۱۹۷۷). در پژوهش حاضر پایایی آزمون از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد که

آسیب‌های روانی-اجتماعی در بزرگسالی افزایش خواهد یافت.^{۱۸} این اختلال برای بسیاری از دانش آموزان مشکلات قابل توجهی ایجاد می‌کند و بر عملکرد شناختی، اجتماعی، هیجانی و خانوادگی و در بزرگسالی بر عملکرد شغلی و زناشویی آنان تاثیر می‌گذارد و نیز از نظر هزینه مالی، استرس خانواده و در تضاد بودن با مسائل شغلی و تحصیلی بار سنگینی را بر جامعه وارد می‌کند.^{۱۹} بلکمن^{۲۰} (۲۰۰۳) معتقد است اثربخشی آموزش والدین در کنترل رفتارهای ناسازگار و نابهنجار فرزندان به‌وضوح مشاهده می‌شود. گرچه ممکن است بعضی از والدین بتوانند فنونی را با دقت نظر خود بیاموزند ولی اساساً به راهنمایی و حمایت متخصصان نیاز دارند.

مطالعات مختلفی کارآمدی برنامه‌های آموزش والدین را آزمایش کرده‌اند. بازبینی‌های متعدد نشان می‌دهد که آموزش والدین به‌طور کلی تأثیر مثبتی بر والدین و کودک دارد. شماری از نویدبخش‌ترین رویکردها در خصوص درمان اختلال سلوک نیز مستلزم مداخله در مورد والدین و اعضای خانواده کودکان است.^{۲۱} اسمارت (۲۰۰۱) در پژوهشی دریافت غالباً می‌توان از چگونگی تعامل والد-کودک به عنوان پیش‌بینی کننده مشکلات رفتاری کودکان استفاده کرد. تعامل‌هایی که معمولاً همراه با خصومت متقابل، بدبینی و مهار بیش از حد خشونت هستند در بسیاری از آسیب‌های دوران کودکی دخیلند.^{۲۲} نتایج پژوهش دانفورت، هاروی، ونیدی، اولاسزک و مکی^{۱۲} (۲۰۰۶) نشان داد آموزش مدیریت به والدین باعث کاهش بیش‌فعالی، نافرمانی و رفتار پرخاشگرانه کودک دچار اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی می‌شود، همچنین رفتار والدگری را بهبود و استرس والدین را کاهش می‌دهد.

از این رو این پژوهش با هدف تعیین میزان اثربخشی آموزش مدیریت والدین در کاهش علائم اختلال‌های رفتاری و اختلال‌های بیرونی شده کودکان دچار نقص توجه/بیش‌فعالی انجام شد تا فرضیه‌های زیر را بیازماید:

۱. آموزش مدیریت والدین منجر به کاهش نشانه‌های اختلال‌های رفتاری کودکان دچار نقص توجه/بیش‌فعالی می‌شود.
۲. آموزش مدیریت والدین منجر به کاهش علائم اختلال‌های بیرونی شده کودکان دچار نقص توجه/بیش‌فعالی می‌شود.

روش

بیانگر ضریب پایایی نسبتاً خوب این پرسشنامه است.

۲. **بسته آموزشی مدیریت والدین.** در این پژوهش از بسته آموزشی مدیریت والدین که در راهنمای درمانی بارکلی^{۲۸} (۱۹۸۷) ذکر شده بود، بهره برده شد. وی معتقد است انواع متفاوتی از برنامه‌های مداخله خانوادگی برای کودکان و نوجوانان ضروری است. آموزش رفتاری والدین که در راهنمای درمانی بارکلی توصیف شده است، برای تقریباً دو سوم از کودکان دچار اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مورد مطالعه اثر بخش است. این برنامه شامل ۹ جلسه یک ساعته است که هفته‌ای یک‌بار تشکیل می‌شود و تقریباً ۳-۲ ماه طول می‌کشد که در پژوهش حاضر نیز طبق راهنمای درمانی بارکلی جلسات آموزش مدیریت والدین به شکل زیر برگزار شد.^{۱۹}

جلسه اول. در برگزیده مواد آموزشی است. به والدین اطلاعات موثق و روشنی درباره نشانگان بی‌توجهی؛ بیش‌فعالی و تکانشگری ارائه شد و آن‌ها آگاه شدند نشانه‌ها منعکس کننده اتفاق نظر رایج در میان متخصصان و دانشمندان است که در این زمینه کار می‌کنند.

جلسه دوم. الگوی چهار عاملی تعارض کودک-والد توصیف و اصول مدیریت رفتار بررسی شد.

جلسه سوم. والدین آموزش دیدند به‌طور مثبت به رفتار مناسب اجتماعی کودک توجه کنند و به رفتارهای نامناسب در دوره‌های «زمان بازی خاص» توجه نکنند.

جلسه چهارم. والدین آموزش دیدند به شکل مثبت به رفتار مناسب اجتماعی کودک توجه کنند و به رفتار نامناسب در موقعیت‌هایی که کودک مستقلانه بازی می‌کند بی‌توجه باشند.

جلسه پنجم. والدین آموزش دیدند چطور نظام پاداش را در خانه تدوین کنند و از امتیازها یا ژتون‌ها استفاده نمایند.

جلسه ششم. والدین یاد گرفتند چطور از هزینه پاسخ یا گرفتن ژتون‌ها برای تنبیه کودک به خاطر عدم پیروی از دستورها و تخلف جزئی از قواعد استفاده نمایند.

جلسه هفتم. به والدین آموزش داده شد که چطور از محروم کردن و از تقویت منفی برای گستره‌ای از تخلفات از قوانین مبتنی بر خانه از جمله ناسزاگویی، پرخاشگری و ویرانگری استفاده

نمایند.

جلسه هشتم. به والدین آموزش داده شد چطور بر مشکلات رفتاری کودک در مکان‌های عمومی مثل فروشگاه‌ها، رستوران‌ها و مساجد مدیریت و مشکلات را پیش‌بینی کنند و طرح‌هایی برای استفاده از تقویت کننده‌های اجتماعی، ژتون‌ها، هزینه پاسخ و محروم کردن از تقویت در موقعیت‌های عمومی تدوین نمایند.

جلسه نهم. درباره مدیریت بر مشکلات آینده، روش‌های کار مشترک با کارکنان مدارس و مواجهه با مشکلات همراه مثل بی‌اختیاری ادرار و مدفوع بحث شد. یک جلسه حمایتی یک ماه بعد از کامل شدن برنامه برای حل مشکلاتی که والدین در ادامه انجام مهارت‌های والدینی آموخته بودند، پس از برنامه ۹ جلسه‌ای برگزار شد.

شیوه اجرا. پس از اجرای پرسشنامه ارزشیابی رفتاری راتر در هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، برنامه توصیف شده به شیوه‌ای منعطف و نه سخت‌گیرانه طبق راهنمای درمانی بارکلی (۱۹۸۷) در مورد گروه آزمایش اجرا شد. ولی در گروه گواه مداخله‌ای صورت نگرفت. والدین گروه آزمایش در پایان هر جلسه جزوه‌هایی را دریافت کردند که شامل نکات اصلی بود که باید انجام می‌دادند و این نکات در راهنمای درمانی بارکلی (۱۹۸۷) آمده است. در آغاز هر جلسه، تکلیف خانگی بررسی و درباره مشکلات و راه حل آن‌ها با استفاده از راهبردهای رفتاری بحث می‌شد. در سراسر برنامه، تلفن پشتیبانی به والدین ارائه و توصیه می‌شد که آن‌ها با استفاده از این تلفن اگر مشکلات ویژه‌ای با کودک خود داشتند با درمانگر در میان بگذارند. پس از اتمام آموزش، والدین مجدداً در مرحله پس‌آزمون و ۲ ماه بعد در مرحله پیگیری به پرسشنامه ارزشیابی رفتاری راتر پاسخ دادند.^{۱۸}

یافته‌ها

در گروه آزمایش ۱ نفر (۶/۷٪) از والدین ۲۵-۲۰ سال، ۱۰ نفر (۶۶/۷٪) ۳۰-۲۶ سال، ۳ نفر (۲۰٪) ۳۵-۳۱ سال و ۱ نفر (۶/۷٪) ۴۰-۳۶ ساله بود. در گروه گواه والدین ۲۵-۲۰ ساله ۲ نفر (۱۳/۳٪)، ۳۰-۲۶ ساله ۹ نفر (۶۰٪)، ۳۱-۳۵ سال ۳ نفر (۲۰٪) و ۴۰-۳۶ سال ۱۰ نفر (۶۶/۷٪) حضور داشت. در گروه آزمایش ۱۰ نفر (۶۶/۷٪)

نقص توجه/بیش‌فعالی به علاوه اختلال نافرمانی مقابله‌ای و ۲ نفر (۱۳/۳٪) به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی به همراه اختلال‌های دیگر دچار بودند. در گروه آزمایش ۱۲ نفر (۸۰٪) از هر دو والد، یک پدر (۶/۷٪) و ۲ مادر (۱۳/۳٪) به تنهایی در برنامه حضور داشتند. در گروه گواه ۱۱ نفر (۷۳/۳٪) هر دو والد، ۲ پدر (۱۳/۳٪) و ۲ مادر (۱۳/۳٪) به تنهایی در برنامه حضور داشتند.

جدول ۱ نشان می‌دهد که ترتیب تولد کودکان دچار نقص توجه/بیش‌فعالی در هر دو گروه تا حدی زیادی مشابه یکدیگر است.

جدول ۲ نشان می‌دهد که کودکان دچار نقص توجه/بیش‌فعالی در دو گروه از نظر هوشبهر تا حد زیادی مشابه یکدیگرند.

جدول ۳ نشان می‌دهد که کودکان دچار نقص توجه/بیش‌فعالی در دو گروه از نظر زمان ابتلا تا حد زیادی مشابه یکدیگرند.

تحصیلات متوسطه و ۵ نفر (۳۳/۳٪) تحصیلات عالی داشتند و در گروه گواه ۹ نفر (۶۰٪) تحصیلات متوسطه و ۶ نفر (۴۰٪) دارای تحصیلات عالی بودند. در گروه آزمایش، ۲ نفر (۱۳/۳٪) از طبقه پایین، ۱۰ نفر (۶۶/۷٪) از طبقه متوسط و ۳ نفر (۲۰٪) از طبقه بالا بودند و در گروه گواه، ۱ نفر (۶/۷٪) از طبقه پایین، ۱۲ نفر (۸۰٪) از طبقه متوسط و ۲ نفر (۱۳/۳٪) از طبقه بالا بودند. در گروه آزمایش، ۴ نفر از کودکان (۲۶/۷٪) ۳-۵ ساله، ۷ نفر (۴۶/۷٪) ۶-۷ ساله و ۴ نفر (۲۶/۷٪) ۸-۱۰ ساله بودند و در گروه گواه ۳ نفر (۲۰٪) ۳-۵ ساله، ۸ نفر (۵۳/۳٪) ۶-۷ ساله و ۴ نفر (۲۶/۷٪) ۸-۱۰ ساله بودند. در گروه آزمایش ۲ نفر (۱۳/۳٪) به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، ۱۰ نفر (۶۶/۷٪) به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی به علاوه اختلال نافرمانی مقابله‌ای و ۳ نفر (۲۰٪) به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی به همراه اختلال‌های دیگر دچار بودند. در گروه گواه ۳ نفر (۲۰٪) به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، ۱۰ نفر (۶۶/۷٪) به اختلال

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به ترتیب تولد کودکان اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در گروه آزمایش و گواه

متغیر	شاخص‌ها		درصد		درصد تراکمی	
	آزمایش	تعداد	آزمایش	تعداد	آزمایش	تعداد
اول	۸	۹	۵۳/۳	۶۰	۵۳/۳	۶۰
دوم	۵	۴	۳۳/۳	۲۶/۷	۸۶/۷	۸۶/۷
سوم	۲	۲	۱۳/۳	۱۳/۳	۱۰۰	۱۰۰
کل	۱۵	۱۵	۱۰۰			

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به هوش بهر کودکان اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در گروه آزمایش و گواه

متغیر	شاخص‌ها		درصد		درصد تراکمی	
	آزمایش	تعداد	آزمایش	تعداد	آزمایش	تعداد
متوسط	۱۳	۱۲	۸۶/۷	۸۰	۸۶/۷	۸۰
با هوش	۲	۳	۱۳/۳	۲۰	۱۰۰	۱۰۰
کل	۱۵	۱۵	۱۰۰	۱۰۰		

جدول ۳. شاخص های توصیفی مربوط به مدت زمان ابتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی در گروه آزمایش و گواه

شاخص ها		تعداد		درصد		درصد تراکمی
متغیر	آزمایش	گواه	آزمایش	گواه	آزمایش	گواه
۰-۲	۷	۸	۴۶/۷	۵۳/۳	۴۶/۷	۵۳/۳
۳-۵	۵	۴	۳۳/۳	۲۶/۷	۸۰	۸۰
۶-۸	۳	۳	۲۰	۲۰	۱۰۰	۱۰۰
کل	۱۵	۱۵	۱۰۰	۱۰۰		

*برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش مدیریت والدین بر کاهش علائم اختلال‌های رفتاری کودکانشان

منابع تغییر	شاخص‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	sig	ایتا
مدل اصلاح شده	۳۸۲۲/۱۲۷	۲	۱۹۱۱/۰۶۳	۱۴۹/۶۳۱	۰/۰۰۱	۰/۹۱۷	
مقدار ثابت	۴۶/۸۲۹	۱	۴۶/۸۲۹	۳/۶۶۷	۰/۰۶۶	۰/۱۲۰	
اثر همپراش	۳۳۹۶/۴۹۴	۱	۳۳۹۶/۴۹۴	۲۶۵/۹۳۶	۰/۰۰۱	۰/۹۰	
اثر درمان	۳۸۸/۴۵۴	۱	۳۸۸/۴۵۴	۳۰/۴۱۵	۰/۰۰۱	۰/۵۳	
خطا	۳۴۴/۸۴۰	۲۷	۱۲/۷۷۲				
مجموع	۱۰۷۳۰۳	۳۰					
اصلاح کلی	۴۱۶۶/۹۶۷	۲۹					

R square = ۰/۹۱۷

در آزمون اختلال‌های رفتاری وجود داشت که با مقدار ۰/۹۲ نشان داده شده است. میانگین و انحراف استاندارد در گروه آزمایش به ترتیب ۵۴/۸۴ و ۱۰/۴۷ و در گروه کنترل به ترتیب ۶۲/۴ و ۱۲/۵۸ محاسبه شد. همچنین اثر پیگیری نشان از باقی ماندن اثر درمان تا ۲ ماه پس از خاتمه درمان است.

تحلیل کوواریانس بین گروهی یکطرفه برای مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر کاهش نشانه‌های اختلال‌های بیرونی شده انجام شد. متغیر مستقل نوع مداخله و متغیر وابسته متشکل از نمره‌های اختلال‌های بیرونی شده پیش از مداخله به عنوان همپراش در این تحلیل به کار رفت. بررسی‌های مقدماتی برای اطمینان از این که تخطی از مفروضه‌های بهنجاری، خطی بودن، همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب رگرسیون صورت نگرفته باشد انجام شد.

تحلیل کوواریانس بین گروهی یکطرفه برای مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت والدین برای کاهش نشانه‌های اختلال‌های رفتاری انجام شد. متغیر مستقل نوع مداخله و متغیر وابسته متشکل از نمره‌های کلی آزمون اختلال‌های رفتاری بعد از مداخله بود. نمره‌های آزمون اختلال‌های رفتاری پیش از مداخله به عنوان همپراش در این تحلیل به کار رفت. بررسی‌های مقدماتی برای اطمینان از این که تخطی از مفروضه‌های بهنجاری، خطی بودن، همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب رگرسیون صورت نگرفته باشد انجام شد. پس از اصلاح نمره‌های پیش از مداخله، بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ نمره‌های اختلال‌های رفتاری تفاوت معنی دار وجود داشت ($p=۰/۰۰۰۵$ و $F(۱,۲۷)=۳۰/۴۱$)، مقدار ایتا ۰/۵۳، نشان دهنده اندازه اثر بزرگ مداخله بر اختلال‌های رفتاری کودکان است. رابطه نیرومندی بین نمره‌های پیش و پس از مداخله

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش مدیریت والدین بر کاهش علائم اختلال‌های بیرونی شده کودکانشان

منابع تغییر	شاخص‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	sig	ایتا
مدل اصلاح شده		۱۸۷۹/۷۱۸	۲	۹۳۹/۸۵۹	۱۰۷/۹۴۶	۰/۰۰۱	۰/۸۸۹
مقدار ثابت		۲۰/۵۵۸	۱	۲۰/۵۵۸	۲/۳۶۱	۰/۱۳۶	۰/۰۸۰
اثر همپراش		۱۷۶۷/۵۸۴	۱	۱۷۶۷/۵۸۴	۲۰۳/۰۱۳	۰/۰۰۱	۰/۸۸۳
اثر درمان		۱۵۷/۹۶۱	۱	۱۵۷/۹۶۱	۱۸/۱۴۲	۰/۰۰۱	۰/۴۰۲
خطا		۲۳۵/۰۸۲	۲۷	۸/۷۰۷			
مجموع		۳۸۴۴۶	۳۰				
اصلاح کلی		۲۱۱۴/۸۰۰	۲۹				

R square = ۰/۸۸۹

پس از اصلاح نمره‌های پیش از مداخله، بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر نمره‌های اختلال‌های رفتاری تفاوت معنی‌دار وجود داشت. ($p=۰/۰۰۰۵$ و $F(۱،۲۷)=۱۸/۱۴۲$ ، مقدار ایتا ۰/۴۰) نشان دهنده اندازه اثر بزرگ مداخله بر نشانه‌های بیرونی شده کودکان است. رابطه نیرومندی بین نمره‌های پیش و پس از مداخله در نمره‌های مربوط به علائم اختلال‌های بیرونی شده وجود داشت که با مقدار ۰/۸۹ نشان داده شده است. هم‌چنین اثر پیگیری نشان از باقی ماندن اثر درمان تا ۲ ماه پس از خاتمه درمان است.

بحث و نتیجه‌گیری

بررسی‌ها نشان داده‌اند که کیفیت فرزند پروری تأثیر زیادی بر تکامل طبیعی کودک دارد. هم‌چنین برخی عوامل همچون کشمکش‌های خانوادگی و شکست ازدواج، نداشتن رابطه گرم با والدین، مفرات سخت، نظارت ناکافی خطر شکل‌گیری مشکلات رفتاری و هیجانی در کودک را افزایش می‌دهند. هم‌چنین مشکلات سلوک، سوء مصرف مواد و رفتارهای ضداجتماعی و بزهکارانه در کودکان با شیوه تربیت فرزندان ارتباط دارند.^{۱۵} درارتباط با اینکه چرا مداخله بر کاهش اختلالات رفتاری اثرگذار بوده است، می‌توان گفت که تعامل‌هایی که معمولاً همراه با خصومت متقابل، بدبینی و مهار بیش از حد خشونت هستند در بسیاری از آسیب‌های دوران کودکی نقش دارند. هم‌چنین کودکی که از نظر والدین غیر قابل کنترل باشد می‌تواند موجب ایجاد احساس ناکفایتی و ناکارآمدی در والدین شود و در مواردی حتی افسردگی واسترس را در آنان

تشدید کند، به بیانی دیگر کودک و خانواده می‌توانند یک چرخه معیوب را ایجاد کنند که بدتر شدن شرایط هر کدام اوضاع دیگری را وخیم‌تر می‌کند. آموزش مدیریت والدین در واقع با قطع ارتباط معیوب اعضای این چرخه می‌تواند به بهبود شرایط کمک شایانی کند. نتایج تحقیق زویریک (۲۰۰۱) نشان داد که پس از شرکت والدین در برنامه گروهی فرزند پروری مثبت، تغییرات چشمگیری در اختلال‌های رفتاری کودکان به وجود آمده است.^{۱۲} هم‌چنین پژوهش ساندرز و مارک لو (۲۰۰۳) نشان می‌دهد پس از مداخله شرکت کنندگان کاهش بارزی در مشکلات رفتاری کودک گزارش کردند.^۷ در ارتباط با این که چرا مداخله بر علائم بیرونی شده اثر می‌گذارد می‌توان گفت که نشانه‌های بیرونی شده اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی که شامل پرخاشگری، نافرمانی، بیش‌فعالی و تکانش‌گری می‌باشد در اختلال‌های سلوک و نافرمانی مقابله‌ای نیز دیده می‌شوند. هم‌چنین این کودکان به دلیل داشتن این نشانه‌ها که اغلب از جانب اطرافیان کودک مخرب و آسیب‌زننده تلقی می‌شود طرد می‌شوند. این اختلال گاهی تا بزرگسالی ادامه می‌یابد و کودک و خانواده را با چالش‌های بیشتری در آینده مواجه می‌سازد. این موارد را می‌توان به این صورت تبیین کرد که با آموزش مدیریت والدین می‌توان همزمان علائمی از سه اختلال را بهبود بخشید که این استفاده از این روش درمانی را کاری معقولانه و با صرفه نشان خواهد داد. استفاده از این مداخله در کنار درمان دارویی و درمان‌های دیگر می‌تواند اثرات بیشتری نیز به همراه داشته باشد. نتایج پژوهش دانفورت و همکاران (۲۰۰۶)^{۱۲} کاهش نشانه‌های بیش

بزرگسالی و صدمات جبران ناپذیری که فرد دچار این اختلال ها می تواند به خود، خانواده و جامعه تحمیل نماید، این نگاه عمده را می طلبد که به درمان های کاربردی، اصولی و اثر گذار موجود، از جمله آموزش مدیریت والدین توجه ویژه ای مبذول گردد.

فعال و نافرمانی کودک دچار اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی را پس از آموزش مدیریت والدین نشان می دهد. مطالعه روشن بین (۱۳۸۵)^{۲۱} و صادقی (۱۳۸۷)^{۲۴} نیز کاهش معنا دار نشانه های اختلال نقص توجه/بیش فعالی را پس از آموزش مدیریت والدین بیان می کند. گریزان شدن این کودکان از جامعه، تداوم نشانه ها گاهی تا

References

- Kaplan H.I, Sadock B. Comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: William & Wilkins. 2005
- Biaderman J. Attention deficit hyperactivity disorder: A selective overview. Biological psychiatry 2005;57:1215-1220.
- Johnson C, Mash EJ. Families of children with ADHD: Review and recommendation for future research. Child and Family Psychology Review 2001;4(3):183-207.
- Alizade H. correlation between neurocognitive experimental functions and developmental disorders. Journal of cognitive sciences 2006;8;57-70.
- Tracy L, Tripp G, Barid A. Parent stress management training for ADHD. Journal Behavioral Therapy 2005;36: 223-233.
- Epstein JN, Corry JF. Neuropsychology of adults with attention deficit hyperactivity disorder. A meta-analytic review. Neuropsychology 2004;74:485-503.
- Katz N. Adult self-rating of the DSM-IV-TR symptoms of Attention deficit/ hyperactivity disorder: An item response theory perspective. Florida state University . <http://ndltd.com>. Accessed 2011 may 15, 2009 .
- Aronstein AF. Fundamentals of attention deficit hyperactivity disorder: Circuits and pathways. Journal of Clinical Psychiatry 2006;67:7-12.
- Adler LA. Clinical presentations of adult patients with ADHD. Journal of Clinical Psychiatry 2004;43: 65-66.
- American Psychiatry Association ;DSM IV TR.2000.
- Anastopoulos AD, Shaffer SD. Attention deficit hyperactivity disorder. Handbook of clinical child psychiatry. Wiley & Sons 2007.
- Danforth J, Harvey E, Wendy R, Ulaszek T, McKee TE. The outcome of group parent training for families of deficit/aggressive behavior. Clinical Psychiatry 2006;37:188-205.
- Carr A. Family therapy, concepts, process and practice. New York, Wiley 2007.
- Sadeghi A. efficacy of parents management training on family function and quality life and symptoms of children with ADHD. shahid beheshti university. 2008[thesis in Persian]
- Patterson J, Mockford C, Stewart-Brown S. Parents perceptions of the value of the Webster-Straton parenting program: A qualitative Study of a general practice based initiative child, care, health & development. Journal of Child Psychology 2005;31: 53-64.
- Gill AM, Hyde L, Shaw DS, Dishion TJ, Willson MW. Clinical child adolescents psychology, the family check-up in early childhood: A case study of intervention process, Psychological University of Virginia. <http://ndltd.com>. Accessed 2011 may13, 2009.
- Cann W, Rogers H, Matthews J. Family intervention service program evaluation: A brief report on initial outcomes for families. Australian e-journal of the advancement of mental health 2003.
- Kakavand A. Attention deficit hyperactivity disorder . sarafraz;2006.[In Persian]
- Barkly, R. A. Attention deficit Hyperactivity disorder. Handbook for diagnosis and treatment. New York. Wiley 2005.
- Ezpeleta L, Domench J, Angold A. A comparison of pure and combo bid CD/ODD and depression. Journal of child psychology and psychiatry 2006;47:704-712.
- Roshanbin M. efficacy of positive group program on mother parental stress with ADHD children. shahid beheshti university. 2006[thesis in Persian]