

دانش و پژوهش در روان‌شناسی  
دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)  
شماره بیست و سوم - بهار ۱۳۸۴  
صص ۲۲ - ۱

## مقایسه اثربخشی کاربرد روشهای اصلاح رفتار والدین و معلمان و ترکیب هر دو در کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه دانش‌آموزان دوره ابتدایی

یوسف گرجی<sup>۱</sup> - علی اکبر سیف<sup>۲</sup>  
علی دلاور<sup>۳</sup> - یوسف کریمی<sup>۴</sup>

### چکیده

هدف از انجام این پژوهش بررسی و مقایسه میزان اثربخشی کاربرد روشهای اصلاح رفتار توسط والدین، معلمان و ترکیبی از آنان در کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه بود. آزمودنی‌های این پژوهش ۴۰ نفر از دانش‌آموزان دوره ابتدایی بودند که براساس ارزیابی معلمان، والدین و روانپزشک، مبتلا به اختلال بیش‌فعالی توأم با نقص توجه (ADHD) تشخیص داده شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های سوانسون، نولان و پلهام شماره چهار (SNAP-IV) و سوانسون، کارلسون، آتکینز، مارک و پلیزکا (SKAMP) استفاده شد که معلمان و والدین آنها را در مرحله

※- برگرفته از پایان‌نامه دکترای روان‌شناسی

۱- دانشجوی دوره دکتری روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی تهران

۲- استاد دانشگاه علامه طباطبایی تهران

۴- استاد دانشگاه علامه طباطبایی تهران

۳- استاد دانشگاه علامه طباطبایی تهران

قبل و بعد از درمان و مرحله پیگیری تکمیل کردند. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در ۴ گروه آموزش والدین، آموزش معلمان، آموزش والدین و معلمان به طور همزمان و گروه گواه جایگزین شدند. مطالب مورد نیاز طبق مدل بارکلی (۱۹۸۷) و هوبارد (۱۹۹۲) به طور متوسط در ۹ جلسه به سه گروه آزمایش، آموزش داده شد. در این خصوص اطلاعاتی در زمینه ماهیت و نشانه‌های اختلال، انواع فرعی آن، علل و شیوه‌های درمان، منطق آموزش والدین، روشهای افزایش رفتارهای مطلوب و کاهش رفتارهای نامطلوب، تکالیف خانگی، اصلاحات آموزشی، مدیریت رفتار در کلاس و... ارائه شد. داده‌های به دست آمده با روش تحلیل واریانس یکطرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و معلوم شد که آموزش روشهای اصلاح رفتار به والدین، معلمان، والدین و معلمان به طور همزمان کاهش معناداری را در سطح  $(p = 0/05)$  در نشانه‌های ADHD دانش آموزان ایجاد نکرده است. کلید واژه‌ها: اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه، روشهای اصلاح رفتار، والدین، معلمان.

#### مقدمه

اختلال بیش‌فعالی توأم با نقص توجه کودکانی را توصیف می‌کند که مدام و به کرات رفتارهای ناهمخوان با سن خود در دو مقوله بی‌توجهی و بیش‌فعالی - تکانشی نشان می‌دهند. میزان شیوع آن در کودکان سنین مدرسه بین ۳ تا ۵ درصد برآورد شده است، یعنی به طور متوسط در هر کلاس یک دانش‌آموز با این اختلال وجود دارد (انجمن روانپزشکان آمریکا، ۱۹۹۴؛ ماش و ولف، ۱۹۹۹). در حال حاضر از طریق مشاهده الگوهای رفتاری معین و با انجام ارزیابی جامع پزشکی، روانپزشک و روان‌شناس و مصاحبه با کودک، مشاهده مستقیم او در موقعیت‌های مختلف و دریافت نظرات معلمان و والدین به تشخیص این اختلال می‌پردازند. مشاهدات والدین و معلمان از رفتارهای کودک در ارزیابی این کودکان نقش زیادی دارد (فولر، ۲۰۰۲). وجود اختلاف نظر بین والدین و معلمان امری طبیعی است، زیرا که آنها رفتارهای کودک را در موقعیت‌های مختلف مشاهده می‌کنند و این اختلاف نظرها دامنه رفتارهای کودک را نشان می‌دهد (دزیو و برویس، ۱۹۹۰).

در مورد سبب‌شناسی این اختلال نظریه‌های نقص انگیزش، نقص در سطح برانگیختگی، ضعف خودگردانی و بازداری رفتار، عوامل زیستی و ژنی مطرح می‌باشد. به‌طور کلی ADHD برآیند تعامل پیچیده عوامل متعدد زیستی، روانی و اجتماعی با یکدیگر است که موجب پیدایش این نشانه‌ها می‌شوند (برنایس، ۱۹۹۸).

درمان این اختلال با روشهای دارویی و رفتار درمانی انجام می‌شود. در درمان رفتاری بر آموزش مدیریت والدین و معلمان تأکید زیادی شده است. در این آموزشهاکه بین ۸ تا ۱۲ جلسه به طول می‌انجامد مطالبی به‌صورت فردی یا گروهی در خصوص ماهیت، نشانه‌ها، علل و شیوه‌های درمان به‌ویژه شیوه‌های تقویت مثبت، محروم‌سازی، جریمه کردن، چشم‌پوشی و جبران به والدین و معلمان ارائه می‌شود (کراتوچویل و موریس، ترجمه نائینیان و همکاران، ۱۳۷۸).

در مورد متون پژوهشی آموزش والدین می‌توان به هانز کوچولوی فروید اشاره کرد. وی در درمان مشکل این کودک ۵ ساله به‌طور مستقیم وارد عمل نشد، بلکه به پدر جوان او شیوه‌های حل تکانه‌های بنیادی ترس مرضی را آموزش داد. در واقع منظور از آموزش والدین، آموزش روشهای گوناگون برای حل مشکلات رفتاری کودکان است (بریتون، ۲۰۰۳).

در حمایت از کاربرد آموزش مدیریت والدین در کمک به کودکان مبتلا به ADHD متون پژوهشی وسیعی وجود دارد. بررسی‌های اخیر نشان داده‌اند که آموزش رفتاری به همراه مداخله‌های کلاسی، مجوز درمان برای اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه را دریافت کرده است. این روش در کودکان کم‌سن‌تر بیشتر از کودکان بزرگتر مورد حمایت واقع شده است. به‌منظور بررسی تأثیرات مثبت آموزش مدیریت والدین از شاخص‌هایی مانند مشاهده تعاملات والدین و کودک در منزل و درجه‌بندی‌های معلمان و والدین از رفتار کودک استفاده شده است (گریدانوس و مارک، ۱۹۹۲).

آموزش والدین در خانواده‌هایی که دارای تنش‌های روحی زیاد، افسردگی، اختلاف خانوادگی و فقر اقتصادی هستند، بی‌تأثیر است (هین شاوا، ۱۹۹۹). برنایس (۱۹۹۸) گزارش کرده است که آموزش والدین در بهبود همکاری کودکان پیش‌دبستانی دارای ADHD با دستورات والدین و افزایش شیوه‌های مدیریت مؤثر بوده و این تأثیرات

تا ۳ ماه حفظ شده‌اند. بررسی استین<sup>۱</sup> (۱۹۹۸)، به نقل از تیترا نشان داد که بعد از ۶ هفته آموزش والدین، بهبود قابل توجهی در رفتار این کودکان دیده شد و این تأثیر تا یک سال بعد ادامه داشت. آناستاپولوس روان‌شناسی است که ۱۲ سال با این کودکان کار کرده و معتقد است که آموزش والدین برای بعضی از کودکان و خانواده آنان مفید است نه برای همه آنان (تولا، ۲۰۰۳).

ادموند<sup>۲</sup> (۲۰۰۳)، به نقل از تولا، (۲۰۰۳) معتقد است که کلاسهای آموزش خانواده تأثیر معناداری بر نشانه‌های ADHD و سلامت روانی مادران دارد. در مطالعه بارکه<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۹۸) (به نقل از پلیزکا و همکاران، ۱۹۹۹) بر روی ۷۸ پسر سه‌ساله که بنا به ارزیابی مادران ADHD داشتند، صورت گرفت، معلوم شد که میزان بهبود در گروه آموزش والدین ۵۳ درصد، گروه مشاوره والدین و گروه حمایتی ۳۸ درصد و در گروه انتظار ۲۵ درصد بوده است. بنا به گفته فیشر و بکلی (۱۹۹۹) در پژوهش دربو و برویس (۱۹۹۰) به بررسی تأثیر کاربرد مداخلات رفتاری خانواده‌ها بر روی کودکان زیر ۶ سال پرداخته شد و بعد از ۱۰ هفته آموزش معلوم شد که میزان اعتماد والدین نسبت به درمان کودک و شناخت اصول رفتاری و روابط بین والدین افزایش یافته است. پلیزکا و همکاران گزارش کرده‌اند که مدیریت وابستگی مستقیم، از نظر بالینی بهبود معناداری را در کودکان دارای اختلال رفتاری از جمله ADHD ایجاد کرده است.

پیترمن و مک ماهون<sup>۴</sup> (۱۹۸۹) با ارائه ۱۲ جلسه آموزش برای خانواده‌های کودکان ۳-۶ ساله دارای ADHD نشان دادند که این برنامه باعث افزایش همکاری کودک، مهارت‌های مدیریت والدین و شیوه تعامل والدین و کودک شده است، اما در کاهش مشکل بی‌توجهی کودکان تأثیری نداشت (به نقل از فلانت، ۲۰۰۳) مک‌گوی و دوپائول<sup>۵</sup> (۲۰۰۰)، به نقل از مور، (۲۰۰۱) به مقایسه تأثیرات تقویت پته‌ای و جریمه کردن در کاهش رفتارهای آشفته ۴ کودک دبستانی دارای ADHD پرداختند و مشخص شد که این روشها در کاهش این رفتارها مؤثر بوده است. ایکوارد (۱۹۹۴) از پژوهشگرانی نام برده که به استفاده از روش تقویت مثبت در مدت ۱۰ هفته با کودکان بیش فعال پرداختند

1- Stien

2- Edmond

3- Barke

4- Pisterman and Macmahon

5- Macgoy and Dupaut

و معلوم شد که رفتارهای مشکل ساز کودکان در مقایسه با گروه گواه به طور معناداری کاهش یافته است.

پژوهش هوبارد<sup>۱</sup> (۱۹۹۳) در مورد تأثیر آموزش معلمان و مداخلات کلاسی نشان داد که ارائه آموزش به معلمان در زمینه نشانه‌های ADHD، راهبردهای آموزشی مناسب، علل این اختلال و مشکلات خانوادگی همراه با آن و کارآیی دارو درمانی و عوارض جانبی آن امیدوارکننده است (نقل از انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۰۲). ارائه آموزش به معلمان و والدین به طور همزمان در مطالعات موردی سودمند گزارش شده است. از جمله مک‌کاین و کلی<sup>۲</sup> (۱۹۹۳) دریافتند که فرستادن یادداشتهای روزانه از مدرسه به منزل توانست مشکلات بی‌توجهی، مخرب بودن و میزان فعالیت کودک ۵ ساله دارای ADHD را کاهش دهد. در این روش، معلم هر روز رفتارهای کودک را ارزیابی کرده و به والدین گزارش می‌داد و آنان نیز با پیامدهای مثبت و منفی رفتار کودک را تقویت یا تنبیه می‌کردند (به نقل از مور، ۲۰۰۱).

در ایران تحقیقات محدودی در خصوص تأثیر آموزش رفتاری والدین و مقایسه آن با دارو - درمانی انجام گرفته است. از جمله زارعی و همکاران (۱۳۸۰) به مقایسه روش آموزش والدین و دارو - درمانی با گروه گواه بر روی ۳۰ کودک بیش فعال پرداختند و نشان دادند که براساس ارزیابی والدین، آموزش رفتاری والدین در مرحله بعد از درمان و پیگیری، به طور معناداری علایم بیش‌فعالی را کاهش داده است. اما براساس ارزیابی معلمان، تفاوت معناداری بین میزان علایم بیش‌فعالی در گروه آموزش رفتاری والدین و نظارت بعد از درمان و پیگیری وجود ندارد. اما دارو - درمانی در مرحله بعد از درمان تأثیر قابل توجهی در کاهش علایم بیش‌فعالی کودکان داشته است.

همان‌طور که ملاحظه می‌شود، پژوهش‌های قبلی تأثیر آموزش‌های ارائه شده به معلمان و والدین را در کاهش نشانه‌های ADHD به صورت جداگانه مورد مطالعه قرار داده‌اند. در ایران نیز چند تحقیق محدود به بررسی تأثیر آموزش والدین بر نشانه‌های این اختلال پرداخته‌اند، در صورتی که معلمان منبع معتبری برای تشخیص و مهار نشانه‌ها و رفع مشکلات تحصیلی این کودکان به حساب می‌آیند و نقش آنها در ترکیب با والدین در

رفع مشکلات این کودکان بسیار ارزشمند است. از این رو ملاحظه می‌شود که انجام پژوهشی که بتواند تأثیر آموزش والدین، معلمان و به‌ویژه ترکیبی از آموزش والدین و معلمان بر کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی توأم با نقص توجه را مشخص سازد، ضروری می‌نماید. این تحقیق به همین ضرورت انجام شده است. بنابراین سؤال این است که دستورالعمل درمان غیردارویی برای کودکان مبتلا به ADHD کدام است؟ آیا آموزش والدین، معلمان و ترکیبی از آنان می‌تواند نشانه‌های این اختلال را در کودکان به‌طور معناداری کاهش دهد؟ به‌عبارت دیگر در این پژوهش فرضیه‌های زیر مورد آزمون قرار گرفت:

- ۱- آموزش کاربرد روشهای اصلاح رفتار والدین موجب کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی توأم با نقص توجه کودکان می‌شود.
- ۲- کاربرد روشهای اصلاح رفتار معلمان در کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی توأم با نقص توجه دانش‌آموزان مؤثر است.
- ۳- کاربرد روشهای اصلاح رفتار والدین و معلمان به‌طور همزمان، باعث کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی توأم با نقص توجه کودکان می‌شود.
- ۴- آموزش رفتاری مدیریت والدین باعث افزایش عملکرد رفتاری کودکان در منزل می‌شود.
- ۵- بین میزان اثربخشی کاربرد روشهای اصلاح رفتار والدین و معلمان و ترکیبی از آنان (والدین + معلمان) در کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی توأم با نقص توجه تفاوت وجود دارد.

### روش

جامعه آماری این پژوهش را ۴۰ دانش‌آموز مبتلا به ADHD تشکیل می‌داد که به‌طور تصادفی از بین ۸۱ دانش‌آموز دارای این اختلال انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در ۴ گروه آموزش والدین، آموزش معلمان و آموزش والدین به‌طور همزمان و گروه گواه جایگزین شدند. از ۸۱ کودک شناسایی شده ۳۰ نفر را قبلاً روانپزشک ADHD تشخیص داده و برای آنان دارو تجویز کرده بود. از این تعداد ۱۹ نفر داروها را مصرف نکرده و یا به مدت بسیار کوتاهی مصرف و قطع کرده بودند و از مدت قطع داروها زمان نسبتاً زیادی گذشته بود. لذا آنان به‌عنوان تعدادی از آزمودنی‌های این

تحقیق انتخاب شدند و ۲۱ نفر دیگر ابتدا با توجه به ارزیابی معلمان و والدین و انجام مصاحبه بالینی تشخیص اولیه ADHD دریافت کردند و برای اطمینان یک روانپزشک آنها را ارزیابی کرد و همه آنان این تشخیص را دریافت نمودند. از این ۴۰ نفر ۱۰ دختر و ۳۰ پسر بودند. ۶ نفر آنان دارای نقص توجه غالب، ۱۷ نفر بیش‌فعالی تکانشی غالب و ۱۷ نفر نیز نوع مرکب بودند. به عبارتی دیگر، ۱۵ درصد آنان دارای ADD، ۴۲/۵ درصد دارای HI و ۴۲/۵ درصد دیگر نیز دارای ADHD بودند. ۲۵ درصد را دختران و ۷۵ درصد دیگر را پسران تشکیل می‌دادند. تمام مادران گروههای آموزش والدین و ترکیبی به‌طور متوسط در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی آموزش‌های لازم دریافت کردند. گروه معلمان نیز در ۸ جلسه آموزش‌های لازم را از طریق جزوه‌های آموزشی و آموزش حضوری فردی به‌صورت هفتگی دریافت کردند.

#### ابزار پژوهش

ابزار پژوهش دو پرسشنامه SNAP-IV (سوانسون، نولان و پلهام)<sup>۱</sup> و SKAMP (سوانسون، کارلسون، آتکینز،<sup>۲</sup> مارک و پلیزکا) بود. در پرسشنامه اول تعداد ۲۰ سؤال در مورد نشانه‌های تشخیص این اختلال وجود داشت که سؤالات را سوانسون، نولان و پلهام براساس ملاکهای تشخیصی KSM-IV تنظیم کردند. این پرسشنامه به‌طور جداگانه ویژه معلمان و والدین تنظیم شد. سؤالات براساس مقیاس ۴ درجه‌ای (هرگز، خیلی کم، تا اندازه‌ای و خیلی زیاد) بوده و به ترتیب نمره صفر، یک، دو و سه به آنها اختصاص یافت. از آنجا که ذکر کلمه غالباً در DSM-IV<sup>۳</sup> برای نشانه‌ها می‌تواند اختلال و نشانه روانپزشکی را از رفتارها و نشانه‌های معمولی کودکان متمایز سازد، در این تحقیق نیز بر روی گزینه خیلی زیاد تأکید شد.

با توجه به اینکه سؤالات این پرسشنامه با ملاکهای تشخیصی DSM-IV منطبق و همخوان بود، می‌توان پذیرفت که روایی آن از نوع محتوایی است و پایایی آن با استفاده از روش دو نیمه کردن اسپیرمن - براون محاسبه گردید. طبق ارزیابی والدین ضریب

1- Swanson, Nolan and Pelham

2- Atkinz

3- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

همبستگی  $0/87$  ( $r = 0/87$ ) و براساس ارزیابی معلمان  $0/85$  ( $r = 0/85$ ) به دست آمد. به منظور بررسی میزان توافق نظرات معلمان و والدین در خصوص نشانه‌های این اختلال در کودکان بین نظرات آنان در مرحله تشخیص اولیه ضریب همبستگی محاسبه گردید و  $0/93$  ( $r = 0/93$ ) به دست آمد. این رقم نشان می‌دهد که بین نظرات معلمان و والدین در خصوص میزان نشانه‌های ADHD توافق بالایی وجود دارد. این پرسشنامه تاکنون ۲ بار مورد تجدید نظر قرار گرفته و آن را سوانسون و دیگران (۱۹۸۳) برای ارزیابی تأثیر درمان‌های دارویی، آتکینز و همکاران (۱۹۸۵، ۱۹۸۸) و سوانسون (۱۹۹۲) گائوپ<sup>۱</sup> و کارلسون (۱۹۹۷) برای ارزیابی رفتار کودکان در مدرسه و برای غربالگری همه‌گیر شناسایی و نیز برای نظارت و پیگیری در مطالعات درمانی به کار برده‌اند (به نقل از پلیزکا، ۱۹۹۹).

پرسشنامه دوم (SKAMP) شامل ۱۰ سؤال بوده که سؤالات آن طبق تحلیل سوانسون (۱۹۹۲) از رفتارهای لازم در منزل استخراج شده است. این پرسشنامه در چندین مطالعه به منظور بررسی تأثیر درمان دارویی به کار رفته است (سوانسون و همکاران، ۱۹۹۸). پایایی آن در این پژوهش با روش دو نیمه کردن محاسبه شد و طبق نظر معلمان ضریب همبستگی  $0/63$  ( $r = 0/63$ ) و براساس نظر والدین معادل  $0/59$  ( $r = 0/59$ ) به دست آمد. بنابراین رفتارهایی که در طول روز از کودکان در منزل سر می‌زند در این پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفته است از قبیل:

- شب‌ها در ساعت تعیین شده می‌خوابد.
  - صبح‌ها در ساعت مقرر بیدار می‌شود.
  - کارهای خود را با دقت انجام می‌دهد.
  - با خواهران و برادران بدون دعوا ارتباط برقرار می‌کند.
  - از مقرراتی که در خانه وضع می‌شود پیروی می‌نماید.
- در واقع در پرسشنامه اول حوزه نشانه‌ای<sup>۲</sup> و در پرسشنامه دوم حوزه رفتاری<sup>۳</sup> مورد ارزیابی قرار گرفته است.



## شیوه اجرا

ابتدا سه ناحیه ۱، ۳ و ۵ از ۵ ناحیه آموزش و پرورش شهر اصفهان به صورت تصادفی انتخاب شد. از بین مدارس دولتی این نواحی ۲۶ مدرسه دخترانه و پسرانه به طور تصادفی انتخاب گردید و با مراجعه به آنها و توجیه مدیر و معلمان مدرسه، پرسشنامه تشخیصی (SNAP-IV) ویژه معلمان در اختیار آنان قرار گرفت و بعد از مطالعه دقیق، معلمان دانش آموزانی را که دارای تعداد زیادی از این نشانه‌ها بودند، معرفی کردند. چنانچه طبق ارزیابی معلم، دانش آموز از تعدادی نشانه در حد خیلی زیاد (۶ مورد از ۱۰ مورد اول و یا ۶ مورد از ۱۰ مورد دوم و یا از هر کدام ۶ مورد) رنج می‌برد، از مدیر مدرسه خواسته می‌شد تا از والدین کودک (به طور عمده مادر) دعوت به عمل آورد. در روز مقرر با مراجعه والدین به مدرسه پس از ارائه توضیحات لازم پرسشنامه SNAP-IV ویژه والدین در اختیار آنان قرار داده شد. اگر دانش آموز مورد نظر در ارزیابی معلمان و والدین دارای نشانه‌هایی در حد ملاک بود، به عنوان کودک دارای اختلال تشخیص داده می‌شد و سپس مصاحبه بالینی با حضور مادر و کودک صورت می‌گرفت و برای تشخیص نهایی به روانپزشک ارجاع داده می‌شد. برای تعدادی از آنان نیز قبلاً روانپزشک تشخیص ADHD داده بود. پس از انتخاب تعداد مورد نظر، به طور تصادفی در ۴ گروه تقسیم شدند و آموزشهای لازم طبق الگوی بارکلی<sup>۱</sup> (۱۹۸۷) و هوبارد<sup>۲</sup> (۱۹۹۲) به والدین سه گروه آزمایش ارائه گردید.

در گروه آموزش والدین مطالبی در خصوص ماهیت و نشانه‌های اختلال، انواع فرعی آن، علل و شیوه‌های درمان، منطق آموزش والدین و رفتاردرمانی، روشهای افزایش توجه به رفتارهای مثبت کودک و شیوه زمان مخصوص بازی و استفاده از انواع تقویت‌کننده‌های مثبت، شیوه‌های رفتاردرمانی از قبیل تقویت مثبت، اقتصاد پته‌ای، چشم‌پوشی، محروم‌سازی، جریمه کردن، پربادگیری<sup>۳</sup>، جبران، شیوه ارائه دستورات اثربخش به صورت شفاهی و کتبی ارائه گردید. به منظور استفاده عملی از آنها، هر هفته تکالیف خانگی به آنان ارائه می‌شد و در هفته بعد مورد ارزیابی قرار می‌گرفت.

در گروه آموزش معلمان مطالب مورد نظر طبق الگوی هوبارد (۱۹۹۲) به صورت

جزوه تهیه می‌شد و هر هفته در اختیار آنان قرار می‌گرفت و در هفته بعد ضمن بررسی مطالعه آن به برخی سؤالات آنان پاسخ داده می‌شد. مطالب ارائه شده به ترتیب عبارت‌اند از: ۱- آشنایی با بیش‌فعالی و ماهیت آن، ۲- سبب‌شناسی، ۳- شیوه‌های تأثیر ADHD بر عملکرد تحصیلی کودکان در مدرسه، ۴- سیر و پیش‌آگهی و روشهای مهم مداخله، ۵- اصلاحات آموزشی و محیطی، ۶- مدیریت رفتار کلاس در گروه ترکیبی (آموزش والدین و معلمان به‌طور همزمان). والدین به همراه والدین گروه اول در جلسات آموزشی شرکت نموده و مطالب آن گروه را به صورت شفاهی و کتبی دریافت می‌کردند. معلمان نیز مطالب گروه دوم را به همان صورت دریافت می‌کردند. علاوه بر این در این گروه ابتدا والدین نامه‌ای به معلم ارسال می‌کردند که در آن به معرفی کودک بیش‌فعال و نقص توجه می‌پرداختند. بعد از گذشت چند جلسه از آموزش، رفتارهایی که در SKAMP ویژه معلمان ذکر شده بود در قالب کارت گزارش روزانه مدرسه به منزل از سوی معلمان تکمیل می‌شد و دانش‌آموز به منزل می‌آورد و طبق توافق قبلی، والدین براساس گزارش معلم به فرزند خود تقویت‌کننده‌ها را ارائه می‌دادند. به‌طور کلی هر جلسه ۹۰ دقیقه طول می‌کشید و به صورت گروهی برگزار می‌شد. اطلاعات ارائه شده به این گروهها از قبل برای هر جلسه مشخص شده و در قالب بروشور و توضیحات شفاهی به آنان عرضه می‌شد. در گروه چهارم هیچ‌گونه آموزش به والدین و معلمان دانش‌آموزان ارائه نشد. بنابراین طرح تحقیق از نوع طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه چند گروهی است که جزو تحقیقات آزمایشی می‌باشد.

### نتایج

در این تحقیق ۵ فرضیه تدوین و مورد آزمون قرار گرفت، داده‌های به‌دست آمده از ۳۹ آزمودنی با آزمون تحلیل واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که در جدولهای مربوط نشان داده شده‌اند. یکی از آزمودنی‌ها (والدین) در اواسط جلسات آموزشی به دلیل بیماری همسر قادر به شرکت در جلسات نبود و حذف گردید.

فرضیه‌های شماره ۱، ۲ و ۳ به بررسی اثربخشی کاربرد روشهای اصلاح رفتار والدین، معلمان و ترکیبی از آنان در کاهش نشانه‌های ADHD مربوط بود. داده‌های مربوط به این فرضیه‌ها در دو مرحله قبل و بعد از درمان براساس ارزیابی والدین و

معلمان از میزان وجود نشانه‌های ADHD جمع‌آوری و به‌طور جداگانه مقایسه شدند. ابتدا میانگین نمرات مربوط به نشانه‌های ADHD در ۴ گروه و براساس ارزیابی والدین در مرحله قبل از درمان مورد مقایسه قرار گرفت تا از همسان بودن میزان نشانه‌ها در ۴ گروه اطمینان حاصل شود.

جدول ۱- شاخص‌های آماری نمرات نشانه‌های ADHD در آزمودنی‌های چهار گروه قبل از درمان براساس ارزیابی والدین

مقدار F	انحراف معیار	میانگین	تعداد	شاخص آماری	گروه
	۸/۳۲	۴۳/۸۱	۱۰		گواه
	۶/۱۹	۳۹/۸۸	۱۰		معلمان
۱/۲۱	۸/۵۲	۳۸/۴۵	۱۰		والدین
	۹/۰۷	۴۴/۱۲	۹		ترکیبی
	۸/۱۸	۴۱/۴۶	۳۹		کل

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار و مقدار F نمرات ۳۹ آزمودنی در ۴ گروه از نظر میزان وجود نشانه‌های ADHD در کودکان براساس نظرات والدین آورده شده است. مقایسه میانگین گروه‌های آزمایش و گواه با روش ANOVA نشان می‌دهد که چون مقدار F به دست آمده ( $F = ۱/۲۱$ ) از مقدار F جدول ( $F = ۲/۸۸$ ) با درجه‌های آزادی ۳ و ۳۵ در سطح ۰/۰۵ کوچکتر است، نتیجه گرفته می‌شود که بین میانگین نمرات آزمودنی‌های ۴ گروه در وجود نشانه‌های ADHD براساس ارزیابی والدین در مرحله قبل از درمان تفاوت معناداری وجود ندارد. به عبارت دیگر وجود نشانه‌های ADHD در ۴ گروه تقریباً به یک اندازه است.

داده‌های مربوط به فرضیه‌های شماره ۱، ۲ و ۳ براساس ارزیابی والدین در جدول شماره ۲ آمده است.

فرضیه ۱- آموزش کاربرد روشهای اصلاح رفتار والدین موجب کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی توأم با نقص توجه (ADHD) کودکان می‌شود.

فرضیه ۲- کاربرد روشهای اصلاح رفتار معلمان در کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی توأم با نقص توجه (ADHD) دانش‌آموزان مؤثر است.

فرضیه ۳- کاربرد روشهای اصلاح رفتار والدین و معلمان به‌طور همزمان، باعث کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی توأم با نقص توجه (ADHD) کودکان می‌شود.

جدول ۲- شاخص‌های آماری نمرات آزمودنی‌ها در نشانه‌های ADHD براساس ارزیابی والدین

مقدار F	تفاوت میانگین‌های قبل و بعد از درمان	میانگین نمرات بعد از درمان	میانگین نمرات قبل از درمان	شاخص آماری / گروه
	۱۱/۳۳	۲۸/۵۵	۳۹/۸۸	معلمان
۱/۴۰	۵/۲۷	۳۳/۱۸	۳۸/۴۵	والدین
	۴/۵	۳۹/۶۲	۴۴/۱۲	ترکیبی
	۲/۱۸	۴۱/۶۳	۴۳/۸۱	گواه

برای انجام آزمون تحلیل واریانس تفاوت نمرات پس‌آزمون از نمرات پیش‌آزمون محاسبه شد و بین میانگین‌های به‌دست آمده عملیات مربوط صورت گرفت. با توجه به اینکه مقدار F به‌دست آمده ( $F = ۱/۴۰$ ) کوچکتر از مقدار F جدول ( $F = ۲/۸۸$ ) است، لذا فرض صفر پذیرفته و معلوم می‌شود که با توجه به ارزیابی والدین آموزش و کاربرد روشهای اصلاح رفتار معلمان، والدین و ترکیبی از آنان کاهش معناداری را در نشانه‌های ADHD کودکان ایجاد نکرده است، بنابراین فرضیه‌های ۱، ۲ و ۳ پژوهش مورد تأیید قرار نمی‌گیرند.

در مورد فرضیه‌های ۱، ۲ و ۳ مبنی بر تأثیر کاربرد روشهای اصلاح رفتار والدین، معلمان و ترکیبی از آنان در کاهش نشانه‌های ADHD از معلمان نیز نظرخواهی شد. داده‌های مربوط در جدول ۳ آورده شده‌اند.

جدول ۳- شاخص‌های آماری نمرات نشانه‌های ADHD در آزمودنی‌های چهار گروه قبل از درمان براساس ارزیابی معلمان

مقدار F	انحراف معیار	تعداد	میانگین	شاخص آماری	گروه
	۷/۸۵	۱۰	۴۴/۵۴		گواه
۱/۲۹	۵/۶۷	۱۰	۴۹/۲۲		معلمان
	۱۲/۸۷	۱۰	۴۱/۷۰		والدین
	۶/۳۱	۹	۴۴/۶۶		ترکیبی

در جدول ۳ میانگین انحراف معیار و مقدار F نمرات ۳۹ آزمودنی در ۴ گروه از لحاظ میزان نشانه‌های ADHD در کودکان براساس ارزیابی معلمان نشان داده شده است. با توجه به اینکه F به دست آمده ( $F = ۱/۲۹$ ) کوچکتر از F جدول در سطح ۰/۰۵ است ( $F = ۲/۸۸$ ) است، لذا مشخص می‌گردد که بین میانگین‌های ۴ گروه در نشانه‌های ADHD براساس ارزیابی معلمان تفاوت معناداری وجود ندارد. به عبارت دیگر تمامی آزمودنی‌ها از لحاظ نشانه‌های ADHD در مرحله قبل از درمان تقریباً همسان هستند. داده‌های مربوط به فرضیه‌های ۱، ۲ و ۳ براساس ارزیابی معلمان در جدول شماره ۴ آمده است.

فرضیه ۱- آموزش کاربرد روشهای اصلاح رفتار والدین موجب کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی توأم با نقص توجه (ADHD) کودکان می‌شود.

فرضیه ۲- کاربرد روشهای اصلاح رفتار معلمان در کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی توأم با نقص توجه (ADHD) دانش‌آموزان مؤثر است.

فرضیه ۳- کاربرد روشهای اصلاح رفتار والدین و معلمان به‌طور همزمان، باعث کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی توأم با نقص توجه (ADHD) کودکان می‌شود.

داده‌های مربوط به فرضیات ۱، ۲ و ۳ مبنی بر اثربخشی کاربرد روشهای اصلاح رفتار در کاهش نشانه‌های ADHD والدین، معلمان و ترکیبی از آنان براساس ارزیابی معلمان محاسبه شده و در جدول شماره ۴ نشان داده شده‌اند.

جدول ۴- شاخص‌های آماری نمرات آزمودنی‌ها در نشانه‌های ADHD براساس ارزیابی معلمان

مقدار F	تفاوت میانگین‌های		میانگین نمرات		شاخص آماری	گروه
	قبل و بعد از درمان		بعد از درمان	قبل از درمان		
	۸/۳۳		۴۰/۸۹		۴۹/۲۲	معلمان
۲/۷۰	۹/۵		۳۲/۲		۴۱/۷۰	والدین
	۱۵/۱۶		۳۱/۵		۴۶/۶۶	ترکیبی
	۷/۷۵		۳۶/۷۹		۴۴/۵۴	گواه

به‌منظور انجام تحلیل واریانس تفاوت نمرات پس‌آزمون و پیش‌آزمون آزمودنی‌ها محاسبه شد و میانگین‌های به‌دست آمده مقایسه گردید. با توجه به اینکه مقدار F به‌دست آمده ( $F = 2/7$ ) کوچکتر از مقدار F جدول در سطح  $0/05$  ( $F = 2/88$ ) می‌باشد، لذا فرض‌های تحقیق مورد تأیید قرار نمی‌گیرند، بدین معنا که کاربرد روش‌های اصلاح رفتار والدین، معلمان و ترکیبی از آنان کاهش معناداری را در نشانه‌های ADHD کودکان براساس ارزیابی معلمان به‌وجود نیاورده است. لذا فرضیه‌های شماره ۱، ۲ و ۳ مورد تأیید قرار نمی‌گیرند.

در مورد فرضیه ۴ «آموزش رفتاری مدیریت والدین باعث افزایش عملکرد رفتاری کودکان در منزل می‌شود» داده‌های مربوط به ارزیابی والدین از رفتارهای کودکان در منزل مورد تحلیل قرار گرفت. ابتدا میانگین نمرات ۴ گروه در مرحله قبل از درمان (پیش‌آزمون) با آزمون تحلیل واریانس مورد مقایسه قرار گرفت. داده‌های آن در جدول شماره ۵ نشان داده شده است.

در جدول ۵ میانگین و انحراف معیار و مقدار F نمرات عملکرد رفتاری آزمودنی‌ها در منزل براساس ارزیابی والدین در مرحله قبل از درمان نشان داده شده است. به‌منظور تعیین وجود یا عدم وجود تفاوت معنادار بین این میانگین‌ها، اقدام به انجام تحلیل واریانس شد، چون مقدار F به‌دست آمده ( $F = 0/45$ ) کوچکتر از مقدار F جدول در سطح  $0/05$  ( $F = 2/88$ ) می‌باشد، معلوم می‌شود که بین میانگین‌های ۴ گروه در مرحله قبل از درمان از نظر عملکرد رفتاری در منزل تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۵- شاخص‌های آماری نمرات عملکرد رفتاری کودکان در منزل  
براساس ارزیابی والدین در مرحله قبل از درمان

مقدار F	انحراف معیار	میانگین	تعداد	شاخص آماری	گروه
	۹/۶۹	۳۸/۳۶	۱۰		گواه
	۱۸/۴۴	۴۰/۱۴	۱۰		معلمان
۰/۴۵	۱۱/۴۸	۴۱/۵	۱۰		والدین
	۱۰/۴۳	۳۵/۱۵	۹		ترکیبی
		۳۸/۷۰	۳۹		کل

به‌منظور آزمون فرضیه ۴، تفاوت نمرات آزمودنی‌ها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌دست آمد و سپس میانگین ۴ گروه با روش تحلیل واریانس مورد تحلیل واقع شد. داده‌های مربوط در جدول شماره ۶ نشان داده شده‌اند:

جدول ۶- شاخص‌های آماری نمرات آزمودنی‌ها در عملکرد رفتاری  
در منزل براساس ارزیابی والدین

مقدار F	تفاوت میانگین‌های		میانگین نمرات بعد از درمان	میانگین نمرات قبل از درمان	شاخص آماری	گروه
	قبل و بعد از درمان					
	-۳/۸۵	۴۳/۹۹	۴۰/۱۴			معلمان
۰/۴۸	-۶/۲۵	۴۷/۷۵	۴۱/۵			والدین
	-۰/۳۷	۳۵/۵۲	۳۵/۱۵			ترکیبی
	-۲/۷۲	۴۱/۰۹	۳۸/۳۶			گواه

چون مقدار F به‌دست آمده ( $F = ۰/۴۸$ ) کوچکتر از مقدار F جدول در سطح  $۰/۰۵$  ( $F = ۲/۸۸$ ) می‌باشد، بنابراین فرض تحقیق رد شده و فرض صفر تأیید می‌شود.

به عبارت دیگر، بین میانگین‌های مورد مقایسه تفاوت معناداری وجود ندارد، یعنی آموزش رفتاری مدیریت والدین افزایش معناداری را در عملکرد رفتاری کودکان در منزل ایجاد نکرده است. بنابراین فرضیه چهارم پژوهش مورد تأیید قرار نمی‌گیرد. در فرضیه ۵ بین میزان اثربخشی کاربرد روشهای اصلاح رفتار والدین، معلمان و ترکیبی از آنها (والدین + معلمان) در کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی توأم با نقص توجه تفاوت وجود دارد. تجزیه و تحلیل داده‌ها براساس ارزیابی والدین و معلمان در جدول ۷ خلاصه شده‌اند.

جدول ۷- شاخص‌های آماری نمرات آزمودنی‌ها در نشانه‌های ADHD براساس ارزیابی والدین و معلمان

گواه	ترکیبی	معلمان	والدین	گروهها	
				شاخص آماری	
میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	مرحله ارزیابی	ارزیابان
۴۴/۵۴	۴۶/۶۶	۴۹/۲۲	۴۱/۷۰	قبل از درمان	
۳۶/۷۹	۳۱/۵	۴۰/۸۹	۳۲/۲	بعد از درمان	معلمان
۷/۷۵	۱۵/۱۶	۸/۳۳	۹/۵	تفاوت میانگین‌های قبل و بعد از درمان	
	۲/۷۰			مقدار F	
۴۳/۸۱	۴۴/۱۲	۳۹/۸۸	۳۸/۴۵	قبل از درمان	
۴۱/۶۳	۳۹/۶۲	۲۸/۵۵	۳۳/۱۸	بعد از درمان	والدین
۲/۱۸	۴/۵	۱۱/۳۳	۵/۲۷	تفاوت میانگین‌های قبل و بعد از درمان	
	۱/۴۰			مقدار F	

همان‌طور که در جدول ۵ نشان داده شده است، مقادیر F به دست آمده براساس ارزیابی معلمان ( $F = ۲/۷۰$ ) و براساس ارزیابی والدین ( $F = ۱/۴۰$ ) کوچکتر از مقدار F جدول در سطح ۰/۰۵ ( $F = ۲/۸۸$ ) است، لذا نتیجه گرفته می‌شود که براساس ارزیابی



والدین و معلمان بین میزان اثربخشی کاربرد روشهای اصلاح رفتار والدین، معلمان و ترکیبی از آنان در کاهش نشانه‌های ADHD کودکان تفاوت معناداری وجود ندارد. لذا فرضیه ۵ تحقیق مورد تأیید قرار نمی‌گیرد.

به دلیل اینکه آموزش رفتاری مدیریت والدین و کاربرد روشهای اصلاح رفتار والدین، معلمان، و والدین و معلمان به‌طور همزمان کاهش معناداری را در نشانه‌های ADHD کودکان و همین‌طور در افزایش عملکرد رفتاری کودکان در منزل به‌وجود نیاورد، لذا نیازی به تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به مرحله پیگیری دیده نشد.

### بحث

در این پژوهش اثربخشی آموزشی مدیریت رفتاری والدین، معلمان و ترکیبی از آنان (معلمان و والدین به‌طور همزمان) در کاهش نشانه‌های ADHD کودکان مورد بررسی قرار گرفت و داده‌های به‌دست آمده نشان داد که آموزشهای ارائه شده کاهش معناداری را در نشانه‌های بیش‌فعالی - تکانشی و نقص توجه دانش‌آموزان به‌وجود نیاورده است. در مورد آموزش رفتاری مدیریت والدین باید گفت اگرچه نتیجه به‌دست آمده با نتایج پژوهشگران دیگر از جمله پیزترمن و دیگران (۱۹۸۹)، ادموند (۲۰۰۳)، پلهام و دیگران (۱۹۹۳)، رایبسون و دیگران (۱۹۸۱) همخوانی ندارد، اما با این گفته ماش (۲۰۰۳) هماهنگ است که آموزش رفتاری مدیریت والدین با وجود بهبودی که در نشانه‌های ADHD ایجاد می‌کند، باعث طبیعی شدن آنان نمی‌شود و این کودکان را والدین و معلمان باز هم به‌عنوان کودکان دارای مشکلات بالینی معنادار می‌شناسند. به‌علاوه نتیجه حاصل‌تأییدی است بر نظر آناستاپولوس (۱۹۹۶) مبنی بر اینکه آموزش والدین برای بعضی از کودکان و خانواده آنان مؤثر است، نه همه آنان. در تبیین نتیجه فوق می‌توان به وجود عواملی مانند فشارهای روحی زیاد در خانواده، افسرده بودن یکی از والدین، اعتیاد، اختلاف خانوادگی، فقر اقتصادی و فرهنگی در شرکت‌کنندگان اشاره نمود که شرکت‌کنندگان در جلسات ذکر کردند.

اگرچه آموزش رفتاری والدین باعث کاهش معناداری در نشانه‌های ADHD کودکان نشد، اما با توجه به شواهد به‌دست آمده از گزارش شرکت‌کنندگان، باعث افزایش اعتماد به‌نفس والدین در تربیت فرزند، تغییر نگرش آنان، بهبود روابط با

یکدیگر و با کودکان، کاهش احساس گناه و سرانجام افزایش سلامت روانی آنان شده است. اظهار تشکر والدین در طول جلسات آموزش و پایان آن و تمایل آنان به تداوم جلسات آموزشی و حفظ ارتباط با پژوهشگر دلیلی است بر این ادعا.

در مورد معنادار نبودن آموزشهای ارائه شده به معلمان در کاهش نشانه‌های این اختلال باید گفت که تحقیقات دیگران فقط اثربخشی تأثیر این آموزشها را امیدوارکننده توصیف کرده‌اند (هویارد، ۱۹۹۲). در پژوهش حاضر نیز چون تفاوت میانگین آزمودنی‌ها در مرحله قبل و بعد از درمان برابر  $۸/۳۳$  بوده است، نشان می‌دهد که این نتیجه نیز امیدوارکننده است. در توجیه این یافته می‌توان به عواملی مانند همزمانی آموزش معلمان با اعتصاب و تعطیلی مدارس و بالا نبودن میزان انگیزه معلمان برای اجرای آموزشهای ارائه شده (به دلیل اینکه حقوقی در مقابل زحمات اضافه خود بنا دانش‌آموزان دریافت نمی‌کردند) اشاره کرد. علاوه بر این در کنار آموزشهای ارائه شده نیاز به اصلاح شرایط کلاسی و مطالب آموزشی ضروری بود، از جمله متناسب ساختن ویژگیهای معلم با کودک، کاستن از تعداد دانش‌آموزان کلاس و رعایت ۴۵ مورد توصیه‌ای که در بخش ۵۰۴ قوانین آموزشی آمریکا ذکر شده است که انجام این‌گونه اصلاحات در توان پژوهشگر نبوده است. در ضمن وجود یک یا دو دانش‌آموز در بین ۳۰ الی ۴۰ نفر امکان به‌کارگیری دقیق روشهای آموزش دیده را برای معلمان دشوار می‌کند.

در فرضیه سوم انتظار می‌رفت که دریافت آموزش والدین و معلمان به‌طور همزمان بهتر از دو روش قبل نشانه‌های این اختلال را کاهش دهد، اما بنا به دلایلی این‌گونه نشد. این یافته با مطالعه موردی مک کاین و کلی (۱۹۹۳) همخوانی ندارد، چرا که آنان اثربخشی آموزش والدین و معلمان را در کاهش معنادار نشانه‌های ADHD یک کودک ۵ ساله گزارش کرده‌اند. دلایل نتیجه به‌دست آمده عبارت‌اند از: اولاً یکی از مادران در این گروه دوقلوی بیش‌فعالی داشت که دشواری تربیت آنان باعث افسردگی او شده بود. او نسبت به سایر آزمودنی‌ها سن بالاتری داشت. این دوقلوها در یک کلاس بودند و معلم آنان نیز بسیار خسته و ناراضی بوده و تمایل کمتری برای همکاری نشان می‌داد. علاوه بر این بعضی از والدین قادر به ارائه تقویت‌کننده‌ها به دانش‌آموز در مدت زمان مناسب نبودند، یعنی اصل فوریت تقویت که برای این دسته از کودکان بسیار ضروری است رعایت نگردید. سرانجام اینکه طولانی بودن مدت آموزش باعث کاهش

انگیزه همکاری برخی از معلمان گردید و تازگی این نوع ارتباط بین والدین و معلمان باعث می‌شد تا گاهی ارسال گزارش مدرسه به منزل فراموش گردد و به تبع آن تقویت‌کننده‌ها به‌طور مناسب ارائه نشوند.

در فرضیه چهارم نشان داده شد که کاربرد روشهای اصلاح رفتار والدین باعث افزایش معنادار عملکرد رفتاری کودکان در منزل نگردید. در توجیه این یافته می‌توان گفت که ۱- بسیاری از والدین در خصوص روشهای تربیتی خود اتفاق نظر نداشتند، ۲- عواطف آنان مانع اجرای درست قوانین رفتاری از جمله جریمه کردن و محروم‌سازی گردید. ۳- ارائه تقویت‌کننده‌ها به‌طور نامناسب و بی‌مورد در گذشته، باعث دشواری در اجرای مدیریت و تقویت پنهانی گردید و کودکان در هفته‌های اول در مقابل این روشها مقاومت کردند. نگرانی والدین در مورد بدتر شدن وضعیت رفتاری کودک و صبر و حوصله نداشتن آنان، با وجود تأکیداتی که به این امر صورت می‌گرفت باعث کاهش انگیزه آنان در استفاده از این روشها شد. در ضمن وجود باور نادرست در این زمینه در والدین و اطرافیان، مبنی بر اینکه ارائه تقویت‌کننده همان رشوه دادن به فرزندان است، مانع مهمی برای استفاده از روش تقویت مثبت به حساب می‌آمد.

با توجه به دلایلی که ذکر شد کاربرد مطالب آموزش داده شده به معلمان و والدین نتوانست کاهش معناداری را در نشانه‌های ADHD ایجاد نماید و هیچ‌کدام برتری خاصی نسبت به یکدیگر نشان ندادند. به‌طور خلاصه در این پژوهش مشخص شد که آموزش مدیریت رفتاری والدین و معلمان و ترکیبی از آنان کاهش معناداری را در نشانه‌های ADHD کودکان به‌وجود نیاورد. این یافته نشان می‌دهد که همه والدین گزینه‌های مناسبی برای استفاده از رفتار درمانی نیستند، بلکه وجود برخی ویژگیها در والدین از قبیل تحصیلات حداقل در سطح دیپلم، سن ۲۰ تا ۴۰، نداشتن اختلال روانپزشکی (به‌خصوص افسردگی)، معتاد نبودن پدر، نداشتن فشارهای روحی شدید و فقر اقتصادی، وجود روابط سالم بین والدین، تمایل نداشتن به استفاده از دارو، جدی تلقی کردن مشکل کودک، همکاری و هماهنگی مادر و پدر در استفاده از دانش آموخته شده، حضور پدر و مادر در جلسات آموزشی و وجود بعضی خصوصیات در کودکان از جمله سن ۳ تا ۱۲، جنسیت مؤنث، نداشتن اختلالات همراه به‌ویژه اختلال سلوک نافرمانی مقابله‌ای و افسردگی، نداشتن مشکلات تحصیلی در کودک و بیش‌فعال نبودن فرزندان دیگر احتمالاً در افزایش اثربخشی رفتار درمانی مؤثر هستند.

در مورد آموزش معلمان وجود ویژگیهایی چون جوان و با انرژی بودن معلم، وجود انگیزه برای کمک به دانش آموز، زن بودن، نداشتن مشکلات بین فردی با همکاران، نداشتن اختلال روانپزشکی، وجود این باور که زحمات او را والدین و آموزش و پرورش مورد تقدیر قرار خواهند داد و داشتن شناخت علمی از اختلالات دوران کودکی و علل آن، در افزایش اثربخشی روشهای اصلاح رفتار بر نشانه‌های ADHD کودکان می‌تواند مؤثر باشند.

در خصوص آموزش والدین و معلمان به‌طور همزمان وجود رابطه نزدیک و فراوان بین معلم و والدین، تقاضای کمک و همکاری از معلم از طریق والدین، اهمیت دادن به گزارشهای ارسالی معلمان و تقویت سریع کودک در افزایش کارایی آموزشهای ارائه شده به نظر می‌رسد سودمند باشند.

بررسی موردی بسیاری از آزمودنی‌ها نشان می‌دهد که آموزشهای داده شده کاهش معناداری را در نشانه‌های این اختلال ایجاد کرده است، ولی مقایسه گروهی آنها این تأثیرات را کمتر نشان می‌دهد. به‌علاوه اگر ملاک بهبود، رضایت والدین باشد، مشخص خواهد شد که درصد زیادی از آنان از کارایی آموزشهای ارائه شده راضی هستند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توجه به عوامل ذکر شده در انتخاب نوع درمان بسیار ارزشمند بوده و در کنار درمان دارویی استفاده از رفتار درمانی ضرورت دارد. درمان دارویی برای اختلال نقص توجه (ADD) بسیار ضروری است. روشهای اصلاح رفتار در افزایش انگیزه تحصیلی این کودکان و افزایش اعتماد به نفس والدین در تربیت فرزندان خود بسیار مؤثر است. آموزش والدین و معلمان احساس خودکارآمدی آنان را بالا می‌برد و به افزایش سطح سلامت روان والدین و بهبود روابط بین فردی اعضای خانواده کمک قابل توجهی ارائه خواهد کرد.

## منابع

- دلاور، علی. (۱۳۷۰)، روشهای تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی، تهران، دانشگاه پیام‌نور.
- زارعی، محمدباقر. مهرداد کلانتری، حمید نشاط دوست. (۱۳۸۰)، «تأثیر آموزش رفتاری والدین و دارو درمانگری بر میزان علایم فزون‌کنشی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی»، مجله روان‌شناسی، شماره ۱۸، سال پنجم، ص ۱۳۵ - ۱۱۸.

کواتوچویل، توماس. ار، موریس، ریچارد. جی. روان‌شناسی بالینی کودک (روشهای درمانگری)، ترجمه محمد رضا نائینیان، اکبر رهنما، اسماعیل بیابانگرد، رسول روشنی، زهرا ضیاعی، ناصر سراج و اسفندیار آزاد، (۱۳۷۸)، تهران، رشد.

AYCWARD, G.P. (1994), *Critical issue in developmental and behavioral pediatrics. Practitioner's guide to developmental and psychological testing.* New York, The Guilford press.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. (2002), *What parents should know about treatment of behavioral and emotional disorders in preschool children.* Boston, Allyn and Bacon.

BERNICE, Y.L. (1998), *Learning about learning disabilities.* Second Edition. San Diego, Academic Press.

BRITTON, R.L. (2003), *New treatments methods for ADHD,* New York, The Guilford Press.

DREW, E. and BRUCE, L.B. (1990), The effects of behavioral parent training on families with young hyperactive children. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry. Volume 21, Issue 2, June 1990, PP 121-132.*

FOWLER, M. (2002), *Attention deficit/ hyperactivity disorder,* National informantion center for children and youth with disabilities, London, Brunner-Routledge.

FISHER, B.C. & BECKLEY, R.A. (1999), *Attention deficit disorder: Practical coping methods,* CRC press LLC.

GRYDANUS, D.E, and MARK, L.W. (1992), *Behavioral pediatrics,* Chesa peake institute/ washington, D.C.

HINSHAW, S.P. (1999), *Attention deficits and hyperactivity in children,* Los Angeles, Keats Publishing.

MOORE, D.T. (2001), *Behavioral interventions For children with ADHD,* New York, The Guilford Press.

MASH, E.J., WOLFE, D.A. (1999), *Abnormal child psychology,* Belmont, Wods worth publishing company.

PHELANT, T. (2003), *Parenting a child with ADHD Chaddfact sheet,* Internet, Prequest Site.

- PLISZKA, S.R. KARLSON, C.L. SWANSON, J.M. (1999), *ADHD with comorbid disorders clinical assessment and management*. London, Routledge.
- TEETER, P.A. (1998), *Interventions for ADHD treatment in developmental Context*. New York, The guilford press.
- TULA, K. (2003), *Behavior therapy and parent training for ADHD Kindergarten to 3 rd grade*. Internet, Prequest Site.



وصول: ۸۳/۱۱/۵

پذیرش: ۸۴/۳/۱۸

شعبه‌شناسی و مطالعات انسانی  
پژوهشگاه علوم انسانی  
پرتال جامع علوم انسانی