

دانش و پژوهش در روان‌شناسی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

شماره بیست‌ونهم - پاییز ۱۳۸۵

صص ۱۰۲ - ۸۱

تأثیر آموزش مهارت‌های کنترل کودک به مادران بر کاهش علایم اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی کودکان و افسردگی مادران

بهرام میرزائیانی^۱ - حسن احدی^۲ - حسن پاشا شریفی^۳ - حسین آزاد^۴

چکیده

اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی (ADHD) برای بسیاری از دانش‌آموزان مشکلات زیادی ایجاد می‌کند و بر عملکرد شناختی، اجتماعی، هیجانی و خانوادگی و سپس در بزرگسالی بر عملکرد شغلی و زناشویی آنان تأثیر می‌گذارد. از سوی دیگر، والدین کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی، فشار روانی بیش از حدی را تجربه می‌کنند و افسردگی، احساس محدودیت، ناکامی بالا، توانایی و اعتماد به نفس پایین و نیز اختلاف زناشویی در بین آنها مشاهده می‌شود.

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش رفتاری کنترل کودک به والدین بر کاهش نشانه‌های نقص توجه / بیش‌فعالی و بهبود عملکرد رفتاری

۱- استادیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان

۲- استاد دانشگاه علامه طباطبایی

۳- استاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

۴- استاد دانشگاه علامه طباطبایی

کودکان و نیز کاهش میزان گرایش به افسردگی مادران کودکان مبتلا به این اختلال است. برای این منظور ۲۲ دانش‌آموز ۶ تا ۱۱ ساله مبتلا به نقص توجه / بیش‌فعالی که به مراکز مشاوره و بهداشت روانی شهرستان ساری مراجعه کرده‌اند از طریق مصاحبه بالینی و پرسشنامه SNAP-IV به شیوه‌ای هدفمند برای پژوهش انتخاب شدند. سپس افراد نمونه از نظر متغیرهای سن، جنسیت و تحصیلات با هم هم‌تاسازی شده و بر حسب تصادف در گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. در جلسه‌های برنامه آموزشی مهارت‌های کنترل کودک در گروه آزمایش فقط مادران شرکت کردند و به مدت ۱۴ جلسه تحت آموزش مطابق برنامه بارکلی (۱۹۸۱) و نیز فورهند و مک‌ماهون (۱۹۸۱) قرار گرفتند اما گروه گواه تا پایان پس‌آزمون هیچ آموزشی دریافت نکرد.

کلید واژه‌ها: آموزش مهارت‌های پایه کودک، اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی، تغییر رفتار، مادران.

مقدمه

اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی در برگیرنده سطوح بالاتر از متوسط بی‌توجهی، تکانشگری و بیش‌فعالی است. این اختلال معمولاً پیش از ۷ سالگی در اوایل زندگی شروع می‌شود و نشانه‌های آن بیشتر در خانه، مدرسه و موقعیت‌های اجتماعی آشکار می‌گردد. (بارکلی، ۱۹۹۰). یکی از متداولترین علل مراجعه اطفال به مراکز روان‌شناسی و روانپزشکی است (کندال، ۲۰۰۰). تقریباً ۳ تا ۵ درصد از کودکان سن دبستان را در برمی‌گیرد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). به عبارت دیگر، به‌طور متوسط در هر کلاس یک دانش‌آموز در این زمینه به کمک نیاز دارد. آمار نشان می‌دهد که در ۵۰ درصد از کودکان مراجعه‌کننده به مراکز روانپزشکی اطفال، اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی مشهود است (ماش و بارکلی، ۲۰۰۳).

اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی اغلب با مشکلات متعدد رفتاری، تحصیلی، اجتماعی و هیجانی همراه است. این مشکلات همراه با هم می‌توانند تأثیر زیادی بر عملکرد روانی اجتماعی والدین و فرزندان داشته باشند. برای مثال، پژوهش نشان داده است که والدین کودکان مبتلا به نقص توجه / بیش‌فعالی غالباً در سبک تربیت فرزند

خود بسیار آمرانه و منفی‌باف هستند (کانینگهام و بارکلی، ۱۹۷۹). والدین علاوه بر اینکه خود را در نقش تربیتی فرزند افراد کم‌مهارت و کم‌اطلاعی می‌دانند (ماش و جانستون، ۱۹۹۰)، به‌خصوص هنگامی که ویژگی‌های توأمان نافرمانی و لجبازی در کودک باشد ممکن است، فشار روانی بیش از حدی را تجربه کنند (آناستوپولوس، گیوورمونت، شلتون و دوپل، ۱۹۹۲). افسردگی و اختلاف زناشویی نیز ممکن است اتفاق بیفتد (لیهی و دیگران، ۱۹۸۸). اینکه آیا این مشکلات والدین و خانواده به‌طور مستقیم ناشی از نقص توجه / بیش‌فعالی کودک است، در حال حاضر کاملاً روشن نیست. تجربه بالینی نشان می‌دهد که احتمالاً آنها تا حدودی، خواست‌های فزاینده سرپرستی و مراقبت را که کودکان مبتلا به نقص توجه / بیش‌فعالی بر والدینشان تحمیل می‌کنند، برآورده می‌سازند. اینها در ارتباط با مشکلات کودک در پیروی از دستورالعمل‌های والدین، سرپیچی می‌کنند (کانینگهام و بارکلی، ۱۹۷۹). همچنین والدین این کودکان اغلب خودشان در حل و فصل مشکلات کودک در ارتباط با مدرسه، همسالان و دوستان که در ضمن دوره کودکی (بارکلی، ۱۹۹۰) و نیز دوره جوانی (بارکلی، آناستوپولوس، گیوورمونت و فلچر، ۱۹۹۱) به وقوع می‌پیوندد، درگیر می‌شوند (راینیک، داتیلیو و فریمن، ۱۹۹۸).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیش‌فعالی بر تعامل کودکان با والدینشان و نیز شیوه پاسخدهی والدین به کودک تأثیر می‌گذارد. کودکان مبتلا به بیش‌فعالی بسیار پرحرف، منفی‌گرا و بی‌اعتنا هستند، کمتر مشارکت و همکاری می‌کنند، کمتر درخواست کمک از دیگران می‌کنند و کمتر قادرند مستقل از مادرشان بازی و فعالیت کنند. مادران این کودکان کمتر به آنها پاسخ می‌دهند، منفی‌گراترند و کمتر راهنمایی و هدایت می‌کنند و کودکانشان را کمتر تشویق می‌کنند. مادران این کودکان به درخواست پسران خود بیشتر توجه می‌کنند تا دخترانشان و در تعامل با پسرانشان هیجانی‌ترند. این کودکان برای مادران بیشتر از پدران مشکل‌آفرین هستند، اما تعاملات بعدی آنها نسبت به تعاملات دو نفری پدر-کودک متفاوت است. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که هنگامی که مادران و پدران نسبت به کودکان بیش‌فعال خود (به‌ویژه پسران) تعامل نزدیکی (متقابلی) دارند،

این کشمکش و تعارض مادر- کودک ممکن است منجر به افزایش کشمکش و تعارض پدر- کودک شود. در این تعاملات افزایش حالت منفی‌گرایی شدید و خشونت نسبت به پسران بیشتر پیش‌بینی‌کننده ناسازگاری در کلاس و محل بازی و دزدی از خانه است، حتی هنگامی که سطح منفی‌گرایی کودک و آسیب‌شناسی روانی والدین مهار شده باشد، این الگوهای تعاملی منفی و متقابل بین کودک و والدین در گروه سنی پیش‌دبستانی اتفاق می‌افتد و ممکن است در این سن منفی‌گرایی و تنش شدیدی را برای والدین به وجود آورد.

بسیاری از پدر و مادرهایی که فرزندان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی دارند در پاسخ به رفتارهای منفی و حرف‌نشوی فرزند خود به روشهای خشن و زور متوسل می‌شوند (پیسترمن و دیگران، ۱۹۹۲؛ شرودر و گوردون، ۲۰۰۳).

بسیاری از کودکان بیش‌فعال نشانه‌های اصلی این اختلال را در سالهای بعد ظاهر می‌سازند، که دامنه آن از ۳۰ درصد (گیتلمن و دیگران، ۱۹۸۵) تا ۷۰ درصد (لامبرت، هارتسو، سامسون و سندوال^۱، ۱۹۸۷) تخمین زده شده است (کراتوچویل و موریس، ۱۹۹۱).

اثربخشی آموزش مدیریت والدین از نظر سن و عملکرد فرد مبتلا متفاوت است (کازدین، ۱۹۸۵). ویژگیهای متعدد درمان و خانواده‌هایی که در درمان شرکت می‌کنند بر پیامد درمان تأثیر می‌گذارند. احتمالاً درمان‌های مختصر و کوتاه‌مدت، در جمعیت‌های بالینی اثر کمی دارد. تأثیرات قابل ملاحظه و مداوم در برنامه‌های درمان بلندمدت بدون محدودیت زمانی مشاهده می‌شود. مؤلفه‌های آموزش ویژه نظیر بالا بردن سطح دانش والدین درباره اصول یادگیری اجتماعی و استفاده از محروم کردن از تقویت در خانه تأثیر درمان را بالا می‌برد. به نظر می‌رسد آموزش و مهارت درمانگر با مقدار تغییرات درمانی و دوام آن مرتبط باشد (فلیش‌من، ۱۹۸۲؛ پاترسون، ۱۹۷۴؛ به نقل از کراتوچویل و موریس، ۱۹۹۱).

پیسترمن و همکاران (۱۹۸۹)، در پژوهشی، ۴۳ خانواده دارای کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی را به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم کردند.

مادران گروه آزمایش، در یک برنامه آموزشی با هدف تغییر رفتار نافرمانی کودک شرکت کردند، اما گروه گواه هیچ نوع آموزشی دریافت نکردند. نتایج درمانی، از طریق مقایسه گروهها قبل و بعد از درمان و سه ماه پیگیری، بیانگر تأثیر مثبت آموزش والدین بر تبعیت کودک، اصلاح شیوه ارتباط والد-کودک و افزایش مهارت‌های مدیریتی مادر بود.

در بررسی بارکلی و همکاران (۱۹۹۲) تأثیرات درمانی سه برنامه مبنی بر مشارکت خانواده به منظور درمان اختلال‌های رفتاری این کودکان مقایسه شد. این پژوهشگران ۶۱ نوجوان ۱۲ تا ۱۹ ساله را به صورت تصادفی به سه گروه تقسیم کردند. در طی ۸ تا ۱۰ جلسه به والدین نوجوانان گروه اول، شیوه‌های مدیریت رفتار کودک آموزش داده شد. به گروه دوم آموزش شیوه‌های ارتباط و مهارت‌های حل مسأله داده شد و گروه سوم در جلسه‌های خانواده درمانی شرکت کردند. این خانواده‌ها پیش از شروع مداخله درمانی و بلافاصله پس از پایان درمان و در پیگیری سه ماهه ارزیابی شدند. تمامی روشهای درمان، منجر به کاهش معنادار ارتباط‌های منفی، تعارض و خشم گردید. آموزگاران نیز سازگاری بهتر کودکان را گزارش کردند. بسیاری از نتایج درمانی، در فاصله ارزیابی بعد از درمان و ارزیابی پیگیری سه ماهه ثابت باقی ماند.

در پژوهش دیگری هاوکینز (۱۹۷۴)، به کودک پنج‌ساله‌ای که به شدت عصبانی می‌شد و به دلیل نافرمانی‌های مداوم موجب رنج والدین خود شده بود، آموزش دادند. این کودک اغلب اشیاء و یا افراد را لگد می‌زد و لباس‌های خود را پاره می‌کرد و مدام به دنبال جلب توجه دیگران بود. همکاری بسیار کمی با مادر داشت، آداب توالت رفتن را نمی‌دانست و بسیار مبهم و نامفهوم صحبت می‌کرد. برنامه درمانی شامل ۲ جلسه یک‌ساعته در هفته بود. رفتارهای نامناسبی که جزء اولین اهداف درمانی بودند، شناسایی و مشخص شدند. به مادر آموزش داده شد تا با استفاده از شیوه‌های محروم‌سازی و تقویت، در حذف رفتارهای نامناسب و ایجاد رفتارهای مناسب بکوشد. پس از ۱۴ جلسه درمانی نتایج مثبت مداخله آشکار شد و پس از ۲۰ جلسه کاهش معناداری در رفتارهای نامناسب کودک به وجود آمد. این مطالعه نشان داد که می‌توان از والدین به عنوان عامل درمان اختلال‌های رفتاری کودکان استفاده کرد. همچنین روشن شد که درمان در خانه در برخی موارد مؤثرتر از درمان در درمانگاه است، به‌ویژه زمانی که رفتارهای نامناسب کودک در شرایط خارج از خانه احتمال وقوع کمتری داشته باشد.

ادموند (۲۰۰۳) معتقد است که کلاسهای آموزش خانواده تأثیر معناداری بر نشانه‌های نقص توجه / بیش‌فعالی و سلامت روانی مادران دارد. بارکه و همکاران (۱۹۹۸) بر روی ۷۸ پسر سه ساله که بنا به ارزیابی مادران، نقص توجه / بیش‌فعالی داشتند، پژوهشی انجام دادند که معلوم شد میزان بهبود در گروه آموزش والدین ۵۳ درصد، گروه مشاوره والدین و گروه حمایتی ۳۸ درصد و در گروه انتظار ۲۵ درصد بوده است (گرچی، ۱۳۸۴).

دانفورت (۱۹۹۸)؛ به نقل از کلانتری و همکاران، (۱۳۸۰) در پژوهشی، تأثیر آموزش والدین را بر رفتار مادران و پایش رفتار ایدایی^۱ هشت کودک مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی که همزمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD)^۲ نیز داشتند، بررسی کرد. در این پژوهش از الگوی هانس برای آموزش والدین استفاده شد. نتایج نشان داد که برنامه آموزشی، در اصلاح رفتار والدین به منظور نظارت بر رفتار کودک، مؤثر بوده است و از طرف دیگر، فشار روانی مادر و رفتار مقابله‌ای کودک را کاهش داده است. یک پیگیری شش‌ماهه نشان داد که تغییرات مثبت به وجود آمده در رفتار مادر و کودک ثابت باقی مانده است.

هوانگ، چاو و یانگ (۲۰۰۳) در پژوهشی در تایوان بر روی ۲۳ کودک پیش‌دستانی ۳ تا ۶ سال، اثربخشی برنامه آموزش مهارت مراقبت کودک به والدین را بر روی نشانه‌های نقص توجه و بیش‌فعالی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و مشکلات رفتاری در منزل بررسی کردند. والدین به مدت ۱۰ جلسه آموزش دیدند و در جلسه‌های اول، چهارم، ششم، هفتم و دهم ارزیابی شدند. سه ابزار مورد استفاده عبارت از مقیاس درجه‌بندی رفتار ایدایی (فرم والدین)، نیمرخ توجه کودک و پرسشنامه موقعیت‌های مربوط به منزل بودند. نتایج نشان داد که هم نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای و نقص توجه / بیش‌فعالی و هم رفتارهای مربوط به منزل کودکان پس از آموزش والدین بهبود زیادی یافته است.

احسان منش (۱۳۷۲) در پژوهشی با عنوان «کارورزی والدین کودکان مبتلا به اختلال سلوک»، اثربخشی برنامه آموزش والدین را برای این کودکان تأکید کرد. او

1 – Disruptive

2 – Oppositional Deviant Disorder

یازده نفر از والدینی را که کودکان مبتلا به اختلال رفتار داشتند طی ۸ جلسه آموزش داد. والدین بعد از اتمام جلسات دوباره ارزیابی شدند و نتایج نشان داد که کودکان گروه آزمایش نسبت به گروه گواه بهبود قابل ملاحظه‌ای یافتند.

فتحی (۱۳۷۳) در پژوهشی ۳۱ نفر از مادران کودکان مبتلا به نقص توجه / بیش‌فعالی را به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم کرد. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه در برنامه آموزش والدین شرکت کردند. محتوای مطالب آموزشی شامل شیوه‌های تغییر رفتار کودکان بود. با مقایسه نتایج پس‌آزمون هر دو گروه معلوم شد که برنامه آموزش والدین در کاهش علائم و بهبود نسبی اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی مؤثر بوده است. زارعی و همکاران (۱۳۸۰) به مقایسه روش آموزش والدین و دارودرمانی با گروه گواه بر روی ۳۰ کودک بیش‌فعال پرداختند و نشان دادند که براساس ارزیابی والدین، آموزش رفتاری والدین در مرحله بعد از درمان و پیگیری، به‌طور معناداری علائم بیش‌فعالی را کاهش داده است. اما براساس ارزیابی معلمان، تفاوت معناداری بین میزان علائم بیش‌فعالی در گروه آموزش رفتاری والدین و نظارت بعد از درمان و پیگیری وجود ندارد. اما دارودرمانی در مرحله بعد از درمان تأثیر زیادی در کاهش علائم بیش‌فعالی کودکان داشته است.

کلانتری، نشاط‌دوست و زارعی (۱۳۸۰) به منظور بررسی تأثیر آموزش رفتاری والدین و دارودرمانی بر میزان علائم بیش‌فعالی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی، ۳۳ دانش‌آموز ابتدایی مبتلا به نقص توجه / بیش‌فعالی را به سه گروه ۱۱ نفری آموزش رفتاری والدین، دارودرمانی و گواه تقسیم کردند. آزمودنی‌های گروه دارودرمانی که در نهایت به ۸ نفر رسیدند، به مدت ۳۵ روز داروی میتل‌فینیدین (ریتالین) مصرف کردند. والدین گروه آموزش، در ۶ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای آموزش تغییر و اصلاح رفتار کودکان شرکت کردند، اما گروه گواه هیچ نوع درمانی دریافت نکردند. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش رفتاری والدین، براساس ارزیابی والدین در مرحله بعد از درمان و پیگیری به‌طور معناداری میزان علائم بیش‌فعالی کودکان مورد مطالعه را کاهش داده است، اما براساس ارزیابی معلمان، تفاوت معناداری بین میانگین‌های میزان علائم بیش‌فعالی گروه آموزش رفتاری والدین، و گروه گواه در مرحله بعد از درمان و پیگیری وجود نداشت. از طرف دیگر، نتایج پژوهش نشان داد

که دارودرمانی، در مرحله بعد از درمان، به‌طور معنادار تأثیر چشمگیری بر کاهش میزان علایم بیش‌فعالی کودکان مورد مطالعه داشته است.

در پژوهشی دیگر، گرجی (۱۳۸۴) اثربخشی کاربرد روشهای تغییر رفتار در والدین، معلمان و ترکیبی از آنان در کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی را بررسی کرد. بدین منظور ۴۰ دانش‌آموز دارای نقص توجه / بیش‌فعالی را به‌صورت تصادفی در ۴ گروه آموزش والدین، آموزش معلمان، آموزش معلمان و والدین به‌طور همزمان و گروه گواه جایگزین کردند. تمام مادران گروههای آموزش والدین و ترکیبی به‌طور متوسط در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی آموزش‌های لازم را دریافت کردند. گروه معلمان نیز در ۸ جلسه آموزش‌های لازم را از طریق جزوه‌های آموزشی و آموزش حضوری فردی به‌صورت هفتگی دریافت کردند. داده‌های به‌دست آمده با روش تحلیل واریانس یکطرفه تجزیه و تحلیل گردید و معلوم شد که آموزش روشهای اصلاح رفتار به والدین، معلمان، والدین و معلمان به‌طور همزمان کاهش معناداری در نشانه‌های نقص توجه / بیش‌فعالی دانش‌آموزان ایجاد نکرده است.

روش

جامعه آماری پژوهش کلیه کودکان دارای نقص توجه / بیش‌فعالی و مادران آنها بودند که از ابتدای شهریور ۸۴ تا پانزدهم آبان‌ماه ۸۴ برای درمان به مراکز مشاوره و مراکز خصوصی روانپزشکی شهرستان ساری مراجعه کرده‌اند. ۲۲ نفر واجد ملاک‌های تشخیصی نقص توجه / بیش‌فعالی و آموزش مهارت‌های کنترل کودک قرار گرفتند و از آنجا که حجم جامعه آماری زیاد نبود، کل جامعه آماری به‌عنوان نمونه در نظر گرفته شد. سپس افراد نمونه از نظر متغیرهای مورد نظر (سن، جنسیت و تحصیلات) به‌صورت زوج-زوج با هم هم‌تاسازی شده و برحسب تصادف در گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. از این تعداد ۷ کودک قبلاً داروی تجویز شده روانپزشک را برای مدتی کوتاه مصرف کرده و سپس قطع کرده بودند و از مدت قطع داروها زمان نسبتاً زیادی گذشته بود. از این ۲۲ نفر، ۴ نفر دختر و ۱۸ نفر پسر بودند. ۱۱ نفر آنان بیش‌فعالی-تکانشی غالب، ۲ نفر نقص توجه غالب و ۹ نفر نوع مرکب داشتند. یعنی ۵۰ درصد آنان ADHD-PHI، ۹/۰۹ درصد آنها ADHD-PI و ۴۰/۹۰ درصد آنان نوع ترکیبی ADHD-C بودند.

ابزار پژوهش

ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش شامل سه پرسشنامه بود:
الف- پرسشنامه تشخیصی والدین (SNAP-IV): این پرسشنامه برای ارزیابی نشانه‌های نقص توجه / بیش‌فعالی استفاده می‌شود و در برگرفته نشانه‌های این اختلال در سه نوع فرعی نقص توجه غالب، بیش‌فعالی - تکانشی غالب و نوع مرکب است. این نشانه‌ها ۱۸ مورد را در برمی‌گیرد که از این تعداد، برای مقوله نقص توجه ۹ نشانه و برای بیش‌فعالی - تکانشی نیز ۹ نشانه وجود دارد. در هر مقوله یک سؤال خلاصه نیز ذکر شده است (یعنی سؤالهای ۱۰ و ۲۰). بنابراین مجموع سؤالات پرسشنامه تشخیصی والدین، ۲۰ مورد است. این پرسشنامه ترجمه مقیاس درجه‌بندی رفتار سوانسون، نولان و پلهام^۱ است که اختصاراً SNAP نامیده می‌شود. از آنجا که در طول بیست سال گذشته، همراه با ملاک‌های تشخیصی DSM تجدید نظر شده و با چهارمین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۹۹۴) منطبق شده است، آن را اختصاراً SNAP-IV می‌نامند. این مقیاس را سوانسون و دیگران (۱۹۸۳) بارها برای ارزیابی تأثیرات درمان‌های دارویی و آتکینز^۲ و دیگران (۱۹۸۵) و (۱۹۸۸) و سوانسون (۱۹۹۲) برای ارزیابی رفتار کودکان در مدرسه و گائوپ و کارلسون^۳ (۱۹۹۷) برای غربالگری همه‌گیرشناسی و نظارت و پیگیری در مطالعات درمانی به‌کار برده‌اند (پلیزکا، ۱۹۹۹؛ به نقل از گرجی ۱۳۸۴).

سؤالات این پرسشنامه دقیقاً نشانه‌هایی که در DSM-IV برای تشخیص اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی ذکر شده است را در بر می‌گیرد. از والدین یا معلمان خواسته شد تا براساس مقیاس ۴ درجه‌ای (هرگز، خیلی کم، تا اندازه‌ای، خیلی زیاد) به رتبه‌بندی کودک بپردازند.

برای اندازه‌گیری مقیاس تعداد سؤالاتی که نمره ۳ (گزینه خیلی زیاد) گرفته‌اند، شمرده می‌شوند و چنانچه ۶ یا بیشتر از ۶ مورد در هر مقیاس وجود داشته باشد، طبق ملاک‌های DSM-IV وجود آن اختلال محرز می‌شود. در این روش، نمره‌گذاری از صفر

1 - Swanson & Nolan & Pelham

2 - Atkinz

3 - Gaupe & Karlson

تا ۳ است. بدین صورت که به هرگز، خیلی کم، تا اندازه‌ای و خیلی زیاد به ترتیب نمرات صفر، ۱، ۲ و ۳ تعلق می‌گیرد.

از آنجا که سؤالات این پرسشنامه دقیقاً با ملاک‌های تشخیصی DSM-IV منطبق و همخوان بود، می‌توان پذیرفت که روایی آن از نوع محتوایی است.

گرچی (۱۳۸۳) با استفاده از روش دو نیمه کردن، اعتبار آن را براساس نظر معلمان ۰/۸۵ و بر طبق نظر والدین ۰/۸۷ به‌دست آورد. او برای میزان توافق نظر والدین و معلمان در خصوص میزان نشانه‌های این اختلال در کودکان، در مرحله تشخیص اولیه، ضریب همبستگی ۰/۹۳ را به‌دست آورد.

ب - سیاهه افسردگی بک^۱ (BDI): این پرسشنامه شامل ۲۱ پرسش است که ای.تی.بک^۲، وارد مندلسون، موک و ارباف^۳ آن را در سال ۱۹۶۱ معرفی کردند و بعدها مورد تجدیدنظر قرار گرفت (مارنات^۴، ۲۰۰۳). هر پرسش ۴ گزینه دارد و آزمودنی هر عبارت را که به بهترین وجهی توصیف‌کننده وضعیت او است، علامت می‌زند. به هر پرسش نمره‌های بین ۰ تا ۳ تعلق می‌گیرد. حداقل نمره ۰ و حداکثر نمره ۶۳ خواهد بود. نتایج فراتحلیل انجام شده در مورد آزمون بک حاکی از این است که ضریب همسانی درونی آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ است (بک، استیر و گارین، ۱۹۸۸). ضرایب اعتبار حاصل از بازآزمایی برحسب فاصله بین دفعه‌های اجرا و نوع جمعیت در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ قرار دارند (مارنات، ۲۰۰۳).

به اعتقاد مارنات (۲۰۰۳)، نتیجه ارزیابی روایی محتوایی، همزمان و تمیزی و تحلیل عاملی به‌طور کلی مطلوب بوده است. این آزمون با مقیاس‌های مشابهی که افسردگی را درجه‌بندی می‌کنند، همبستگی متوسطی را نشان داده است. این مقیاس‌ها شامل مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون (۰/۷۱)، مقیاس ناامیدی بک (۰/۶۸) و مقیاس استرس - اضطراب - افسردگی (۰/۸۸) است. پورشهاز (۱۳۷۲) اعتبار آزمون را از راه دو نیمه کردن، با استفاده از فرمول تصحیح اسپیرمن براون، ۰/۸۱ به‌دست آورده است.

1 - The Beck Depression Inventory

2 - A.T.Beck

3 - Ward Mendelson & Mock & Erbaugh

4 - Grorh-Marnat

ج - پرسشنامه عملکرد رفتاری کودکان در منزل (SKAMP) - ویژه والدین: این پرسشنامه شامل ۱۰ ماده است و براساس تحلیلی که از رفتارهای کودک در منزل (و کلاس درس در پرسشنامه ویژه معلمان) به عمل آمده است، ساخته شده است (سوانسون، ۱۹۹۲). این پرسشنامه در چندین مطالعه به‌منظور بررسی تأثیرات درمان دارویی به‌کار رفته است (سوانسون و همکاران، ۱۹۹۸). در این بررسی‌ها، روایی و اعتبار آن نیز محاسبه شده است. گرجی (۱۳۸۳) در پژوهشی با استفاده از روش دو نیمه کردن اسپیرمن - براون، اعتبار آن را محاسبه کرده است. اعتبار این پرسشنامه، طبق نظر معلمان ۰/۶۳ و براساس نظرات والدین ۰/۵۹ به‌دست آمده است. در پرسشنامه ویژه والدین به رفتارهایی اشاره شده است که در منزل از کودکان در طول روز سر می‌زند. در واقع حوزه رفتاری که SKAMP ارزیابی می‌کند، با حوزه نشانه‌ای که SNAP-IV ارزیابی می‌کند، فرق دارد.

شیوه اجرا

بعد از اینکه آزمودنی‌ها به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند مادران هر دو گروه، پرسشنامه افسردگی بک (ویژه مادران) و SNAP-IV و SKAMP (ویژه کودکان) را تکمیل کردند. سپس مادران گروه آزمایش در ۱۴ جلسه هفتگی و به‌طور متوسط ۹۰ دقیقه‌ای آموزش رفتاری کنترل کودک شرکت کردند و به آنان در خصوص ماهیت و نشانه‌های اختلال، انواع فرعی آن، علل و شیوه‌های درمان، ارتباط کودک - والد و ایجاد و افزایش توجه والدین به رفتار کودک، توجه به رفتار مناسب، ایجاد یک نظام ژتونی در خانه، استفاده از جریمه و محروم کردن، به‌کار بردن روش محروم کردن برای سایر رفتارها، شیوه ارائه فرامین اثربخش، بدر رفتاری کودک در ملاء عام، مهار بدر رفتاری آتی کودک آموزش داده شد. اما افراد گروه گواه، تا انجام پس‌آزمون هیچ نوع آموزش و درمانی دریافت نکردند. بنابراین طرح پژوهش از نوع طرح گروه گواه نابرابر با پیش‌آزمون و پس‌آزمون است.

نتایج

در این پژوهش سه فرضیه تدوین آزمون از طریق تحلیل کواریانس انجام شد. داده‌های مربوط به هر سه فرضیه با مفروضه یکسانی (همگونی) واریانس‌ها را زیر سؤال نبرده‌اند و شرط یکسانی واریانس‌ها برقرار بوده است.

تحلیل کوواریانس فرضیه اول (آموزش مهارت‌های کنترل کودک به والدین بر کاهش علائم ADHD کودکان مؤثر است.) در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- تحلیل کوواریانس داده‌های مربوط به فرضیه اول

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	d.f	میانگین مجذورات	F	Sig
مدل تصحیح شده	۴۰۳/۷۷۱ a	۲	۲۰۱/۸۸۶	۴۳/۵۶۶	۰/۰۰۰
Intercept	۰/۷۰۲	۱	۰/۷۰۲	۰/۱۵۱	۰/۷۰۲
پیش‌آزمون	۱۸۱/۰۴۴	۱	۱۸۱/۰۴۴	۳۹/۰۶۸	۰/۰۰۰
N	۲۸۰/۹۲۷	۱	۲۸۰/۹۲۷	۶۰/۶۲۲	۰/۰۰۰
خطا	۸۸/۰۴۷	۱۹	۴/۶۴۳		
کل	۳۰۷۵۸/۰۰۰	۲۲			
کل تصحیح شده	۴۹۱/۸۱۸	۲۱			

a.R Squared = 0.821 (Adjusted R Squared = 0.802)

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که متغیر کمکی (پیش‌آزمون) به‌طور معناداری با متغیر وابسته (پس‌آزمون) رابطه دارد.

جدول ۲- میانگین‌های تعدیل شده - حذف اثر متغیر تصادفی کمکی

N	میانگین	انحراف معیار	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	
			حد بالا	حد پایین
	۳۷/۰۹ a	۰/۴۵۹	۳۶/۱۳۰	۳۸/۰۵۲
۱/۰۰	۳۳/۴۷۷ a	۰/۶۵۳	۳۲/۱۱۱	۳۴/۸۴۳
۲/۰۰	۴۰/۷۰۵ a	۰/۶۵۳	۳۹/۳۳۸	۴۲/۰۷۱

a. Evaluated at covariates appeared in the model: PE = 41.6364

براساس جدول ۲ پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنادار عامل بین آزمودنی‌های گروه وجود دارد. نمرات میانگین تعدیل شده پیشنهاد می‌کند که آموزش مهارت‌های کنترل کودک به والدین بر کاهش علایم نقص توجه / بیش‌فعالی کودکان مؤثر بوده است. بنابراین فرضیه صفر رد و فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. چرا که سطح احتمال مشاهده شده ($P = 0/00$) کوچکتر از سطح احتمال در نظر گرفته شده ($P=0/05$) است.

تحلیل کوواریانس فرضیه دوم (آموزش مهارت‌های کنترل کودک به والدین منجر به کاهش میزان گرایش به افسردگی آنان می‌شود) در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳- تحلیل کوواریانس داده‌های مربوط به فرضیه دوم

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	d.f	میانگین مجذورات	F	Sig
مدل تصحیح شده	۱۲۷/۵۲۷ a	۲	۶۳/۷۶۴	۱۵/۰۵۵	۰/۰۰۰
Intercept	۲۱/۸۸۲	۱	۲۱/۵۵۲	۵/۱۶۶	۰/۰۵۳
پیش‌آزمون	۱۲۰/۹۸۲	۱	۱۲۰/۹۸۲	۲۸/۵۶۴	۰/۰۰۰
N	۲۳/۴۰۵	۱	۲۳/۴۰۵	۵/۵۲۶	۰/۰۳۰
خطا	۸۰/۴۷۳	۱۹	۴/۲۳۵		
کل	۳۹۲۷۰۰۰	۲۲			
کل تصحیح شده	۲۰۸/۰۰۰	۲۱			

a.R Squared = 0.613 (Adjusted R Squared =) 0.572

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهند که متغیر کمکی (پیش‌آزمون) به‌طور معناداری با متغیر وابسته (پس‌آزمون) رابطه دارد.

جدول ۴- میانگین‌های تعدیل شده - حذف اثر متغیر تصادفی کمکی

N	میانگین	انحراف معیار	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	
			حد بالا	حد پایین
	۱۳/۰۰۰ a	۰/۴۳۹	۱۲/۰۸۲	۱۳/۹۱۸
۱/۰۰	۱۱/۹۴۴ a	۰/۶۲۸	۱۰/۶۳۰	۱۳/۲۵۸
۲/۰۰	۱۴/۰۵۶ a	۰/۶۲۸	۱۲/۷۴۲	۱۵/۳۷۰

a. Evaluated at covariates appeared in the model: PE = 13.6818

براساس جدول ۴ پس از تعدیل اثر نمرات پیش‌آزمون، ملاحظه می‌شود که آموزش مهارت‌های کنترل کودک به والدین بر کاهش میزان گرایش به افسردگی مادران مؤثر بوده است. زیرا سطح احتمال مشاهده شده ($P = ۰/۰۳۰$) کوچکتر از سطح احتمال در نظر گرفته شده ($P = ۰/۰۵$) است.

تحلیل کوواریانس فرضیه سوم (آموزش مهارت‌های کنترل کودک به والدین باعث بهبود عملکرد رفتاری کودکانشان در منزل می‌شود) در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵- تحلیل کوواریانس داده‌های مربوط به فرضیه سوم

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	d.f	میانگین مجذورات	F	Sig
مدل تصحیح شده	۸۵۲/۵۳۵ a	۲	۴۲۶/۲۶۷	۶۲/۸۲۳	۰/۰۰۰
Intercept	۲۵/۹۳۲	۱	۲۵/۹۳۲	۳/۸۲۲	۰/۰۶۵
پیش‌آزمون	۲۴۰/۸۹۸	۱	۲۴۰/۸۹۸	۳۵/۵۰۳	۰/۰۰۰
N	۵۳۶/۲۶۲	۱	۵۳۶/۲۶۲	۷۹/۰۳۳	۰/۰۰۰
خطا	۱۲۸/۹۲۰	۱۹	۶/۷۸۵		
کل	۲۴۲۸۴/۰۰۰	۲۲			
کل تصحیح شده	۹۸۱/۴۵۵	۲۱			

a.R Squared = 0.869 (Adjusted R Squared = 0.855)

همان‌طور که ملاحظه می‌شود متغیر تصادفی کمکی (پیش‌آزمون) به‌طور معناداری با متغیر وابسته رابطه دارد.

جدول ۶- میانگین‌های تعدیل شده - حذف اثر متغیر تصادفی کمکی

N	میانگین	انحراف معیار	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	
			حد بالا	حد پایین
	۳۲/۵۴۵ a	۰/۵۵۵	۳۱/۳۸۳	۳۳/۷۰۸
۱/۰۰	۳۷/۵۰۵ a	۰/۷۸۷	۳۵/۸۵۷	۳۹/۱۵۲
۲/۰۰	۲۷/۵۸۶ a	۰/۷۸۷	۲۵/۹۳۹	۲۹/۲۳۴

a. Evaluated at covariates appeared in the model: PE = 28.3636

همان‌طور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، آموزش مهارت‌های کنترل کودک به والدین منجر به بهبود عملکرد رفتاری کودکان در منزل شده است. سطح احتمال مشاهده شده ($P = ۰/۰۰۰$) کوچکتر از سطح احتمال در نظر گرفته شده ($P = ۰/۰۵$) است.

بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل کوواریانس نشان داد که تفاوت معناداری بین میانگین گروه‌های آزمایش و گواه وجود دارد. با کاهش یافتن نمرات پس‌آزمون مقیاس SNAP-IV کودکان دارای نقص توجه / بیش‌فعالی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، فرضیه صفر رد می‌شود. بنابراین با ۹۵ درصد اطمینان نتیجه می‌گیریم که متغیر آزمایشی (آموزش مهارت‌های کنترل کودک به والدین) بر کاهش نشانه‌های نقص توجه / بیش‌فعالی کودکان مؤثر است. بنابراین با پژوهش ایتزکویتز (۱۹۹۰) که طی آن کوشید با آموزش فرایند تغییر رفتار به مادران به تغییر رفتار کودکان در منزل پردازد، همخوانی دارد.

همچنین نتایج این پژوهش، با پژوهش‌های پلینزکا (۱۹۹۹)، وبستر - استراتون (۱۹۹۴)، استین (۱۹۹۸)، بارکر و همکاران (۲۰۰۱)، کالدرون (۲۰۰۳)، بیسترمن و

همکاران (۱۹۸۹)، بارکلی و همکاران (۱۹۹۲)، ادموند (۲۰۰۳)، دانفورث (۱۹۹۸)، ریشرز و دیگران (۱۹۹۵)، دابی و اولیری (۱۹۸۳)، هوانگ، چاو و یانگ (۲۰۰۳)، احسان منش (۱۳۷۲)، فتحی (۱۳۷۳)، کلانتیری، نشاطدوست و زارعی (۱۳۸۰)، همخوانی دارد. می‌توان نتیجه گرفت که آموزش استفاده از اصول تغییر رفتار به مادران مانند: تقویت، خاموشی، اقتصاد ژتونی، یادگیری مشاهده‌ای، محروم‌سازی و جریمه کردن منجر به بهبود رفتارهای مورد قبول اجتماع و کاهش رفتارهای انحرافی می‌شود. نتایج این فرضیه با نتایج پژوهش اسفندیاری (۱۳۷۴) همخوانی ندارد. او با آموزش پنج جلسه‌ای به آموزش شیوه‌های فرزندپروری به مادران کودکان دارای اختلال‌های رفتاری پرداخت و نتیجه گرفت که آموزش مادران در میزان اختلال‌های فرزندانشان تأثیری ندارد.

همچنین، نتایج این پژوهش، برخلاف نتایجی است که گرجی (۱۳۸۳) در پژوهش خود به دست آورده است. او پس از پژوهش بر روی چهار گروه ده نفری (گروه آموزش والدین، آموزش معلمان، آموزش معلمان و والدین و گروه گواه) به این نتیجه می‌رسد که آموزش کاربرد روشهای اصلاح رفتار والدین، معلمان، یا ترکیبی از هر دو، کاهش‌دهنده نشانه‌های ADHD ایجاد نکرده است. این نتایج متناقض می‌تواند به دلایل احتمالی زیر باشد:

۱- انگیزه والدین شرکت‌کننده، سطح تحصیلات، سلامت روانی آنان می‌تواند بر نتایج پژوهش تأثیر گذارد. به نظر می‌رسد اجرای برنامه آموزش کنترل کودک به والدین شناسایی شده در مدارس و والدینی که خود به مرکز مشاوره می‌آیند، می‌تواند نتایج را متفاوت کند.

۲- تعداد جلسات آموزشی نیز بسیار مهم است. هر چه بر میزان جلسات آموزشی افزوده شود، اثر متغیر مستقل بر وابسته نمایان‌تر می‌شود.

۳- این برنامه‌ها به‌طور عمده مخصوص کودکان ۲ تا ۱۱ ساله است (بارکلی، ۱۹۹۷) و بیشتر به کودکانی کمک می‌کنند که علاوه بر نشانه‌های اصلی اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی، در خانه حرف نشنوی و نافرمانی و رفتارهای مقابله‌ای دارند.

۴- وجود اختلال‌های همزمان در کودکان مبتلا به ADHD، نظیر افسردگی و سلوک و...

فرایند درمان را کند و بهبود نشانه‌ها را به تعویق می‌اندازد. به نظر می‌رسد در چنین شرایطی باید با استفاده از روش‌های دیگر به درمان سایر اختلال‌های کودک توجه کرد.

همچنین نتایج تحلیل کوواریانس بیانگر تفاوت معناداری است که در میزان گرایش به افسردگی مادران بین دو گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون به‌وجود آمده است و نشان‌دهنده این است که افزایش توانمندی شیوه فرزندپروری در والدین منجر به کاهش نشانه‌های افسردگی می‌شود. افزایش احتمالی احساس خودکارآمدی، کاهش حس درماندگی، کاهش روابط ناسازگارانه والدین-کودک، افزایش حس همکاری کودک با والدین و کاهش احساس گناهی که در بیشتر والدین این کودکان دیده می‌شود، علت کاهش میزان افسردگی است. به اعتقاد پلیزکا و همکاران (۱۹۹۹)، احساس گناه در والدین ناشی از انتقادات فراوان اعضای خانواده، دوستان و باورهای نادرست تعدادی از درمان‌های سنتی است، که والدین را مسؤول ناسازگاری کودک می‌شناسند.

در خانه، کودکان مبتلا به نقص توجه / بیش‌فعالی اغلب قادر به تکمیل فعالیت‌های معمولی (مثل آماده شدن برای رفتن به مدرسه، تکالیف خانه، تمیز کردن اتاق) نیستند. در حقیقت ناتوانی آنها باعث می‌شود که والدین زمان قابل توجهی را صرف نظارت بر فعالیت‌های کودکانشان کنند. در این زمان ممکن است فشار بیشتری بر پدر وارد شود و مادر در معرض افسردگی قرار گیرد. هنگامی که توانایی کودکان برای تکمیل کردن فعالیت‌های معمولی افزایش و عملکرد آنان به دلیل کاهش نشانه‌های نقص توجه / بیش‌فعالی در مدرسه بهبود یابد و به‌طور کلی هنگامی که مشکلات رفتاری کودکان تقلیل یافته و اطاعت از دستورات افزایش یابد، والدین کمتر احساس فشار و تنش می‌کنند. مطابق پژوهش‌های به عمل آمده، در چنین شرایطی تعارض خانوادگی کم می‌شود و روابط آشفته والد - کودک بهبود می‌یابد. در نتیجه میزان فشار وارده بر والدین کاهش و احساس آرامش، ارزشمندی و خودکارآمدی افزایش می‌یابد.

در ضمن در طول جلسات آموزشی، والدین درباره سبب‌شناس نقص توجه / بیش‌فعالی اطلاعات ارزشمندی کسب می‌کنند. این اطلاعات، منجر به تغییر نگرش نادرست برخی از والدین در مورد علت مشکلات رفتاری کودکان می‌شود. بررسی‌ها نشان داده‌اند که بسیاری از والدین خود را مسؤول اصلی مشکلات و بدرفتاری کودکان می‌دانند که این موضوع، احساس گناه، سرزنش فرد، اضطراب و افسردگی را به دنبال دارد.

گرچی (۱۳۸۳) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که آموزش رفتاری والدین باعث کاهش معنادار نشانه‌های نقص توجه / بیش‌فعالی کودکان نشده است و با توجه به شواهد به دست آمده از گزارش شرکت‌کنندگان، آموزش رفتاری والدین باعث افزایش اعتماد به نفس والدین در تربیت فرزند، تغییر نگرش آنان، بهبود روابط با یکدیگر و با کودک، کاهش احساس گناه و سرانجام افزایش سلامت روانی آنان شده است.

این نتیجه‌گیری با نتایج پژوهش‌های دانفورث مطابقت دارد. او معتقد بود که این برنامه آموزشی علاوه بر نشانه‌های نقص توجه / بیش‌فعالی استرس مادر را نیز کاهش می‌دهد. همین‌طور این نتیجه با استدلال ماش و ولف (۱۹۹۹) مبنی بر اینکه آموزش مهارت‌های کنترل کودک به والدین کمک می‌کند تا با مشکلات عاطفی ناشی از تربیت کودک دارای نقص توجه / بیش‌فعالی مقابله کنند سازگار است. ماش و ولف بر این باورند که این برنامه باعث می‌شود تا سایر اعضای خانواده نیز از مشکلات کودک نقص توجه / بیش‌فعالی تأثیر منفی نپذیرند.

نتایج تحلیل کوواریانس بیانگر تأیید فرضیه سوم و رد فرضیه صفر است و این یافته با نتایج پژوهش گرچی (۱۳۷۳) در تضاد و با پژوهش‌های کلانتری و همکاران (۱۳۸۰)؛ ماش و ولف (۱۹۹۹)؛ احسان منش (۱۹۹۴) همخوان است.

والدین آموختند تا برای تغییر روابط خود با کودک از روش‌های خاصی استفاده کنند و رفتارهای اجتماعی او را افزایش و رفتارهای انحرافی را کاهش دهند. بنابراین فرضیه: تعاملات ناسازگارانه والدین و کودک، حداقل تا اندازه‌ای در ایجاد و حفظ رفتارهای نامناسب کودک نقش دارد و تغییر روش تعامل والدین با کودک موجب بهبود رفتار کودک خواهد شد تأیید می‌شود.

این مطالعه نشان داده است که درصد زیادی از مادران از کارایی آموزش‌های ارائه شده راضی هستند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توجه به این عوامل در انتخاب نوع درمان بسیار ارزشمند است و در کنار درمان دارویی استفاده از آموزش مهارت‌های رفتاری کنترل کودک ضرورت دارد.

درمان دارویی برای اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی ضروری است و آموزش مهارت‌های کنترل کودک در افزایش انگیزه تحصیلی این کودکان و افزایش اعتماد به نفس

والدین در تربیت فرزندان بسیار مؤثر است. آموزش والدین احساس خودکارآمدی آنان را بالا می‌برد و به افزایش سطح سلامت روانی والدین و بهبود روابط بین فردی اعضای خانواده کمک قابل توجهی می‌کند.

برنامه آموزش مهارت کنترل کودک به والدین از نظر اقتصادی مقرون به صرفه به نظر می‌رسد، زیرا خانواده‌های دارای کودکان بیش‌فعال که توانایی پرداخت هزینه‌های درمانی درازمدت را ندارند نیز می‌توانند از این شیوه استفاده کنند. درمان به‌موقع می‌تواند خطر مسأله رفتاری کودکان مبتلا را که به احتمال زیاد، تا دوران بزرگسالی ادامه دارد، کاهش دهد. آموزش مهارت کنترل کودک به والدین بسیار مهم است زیرا آنان بیشترین وقت را با کودک سپری می‌کنند و از قدرت و اختیار لازم برای اعمال روشهای تشویقی و تنبیهی برخوردارند و می‌توانند ضمن کاهش هزینه‌های درمانی و افزایش اثربخشی شیوه‌های تغییر رفتار در منزل نقش مهمی را در درمان کودکان ایفا کنند.

آموزش رفتاری کنترل کودک به والدین، با وجود آنکه در نشانه‌های نقص توجه / بیش‌فعالی بهبود ایجاد می‌کند، باعث طبیعی شدن آنان نمی‌شود و والدین این کودکان باز هم آنان را به‌عنوان کودکانی با مشکلات بالینی می‌شناسند.

منابع

احسان منش، مجتبی. (۱۳۷۲)، «کارورزی والدین کودکان مبتلا به اختلال سلوکی»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

اسفندیاری، غلامرضا. (۱۳۷۴)، «بررسی و مقایسه شیوه‌های فرزندپروری مادران کودکان مبتلا به اختلال رفتاری و مادران کودکان بهنجار و تأثیر آموزش مادران بر اختلال‌های رفتاری فرزندان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۰۰)، *متن بازنگری شده چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی*، ترجمه محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادیانس، (۱۳۸۴)، تهران، سخن.

دادستان، پریرخ. (۱۳۸۳)، *روان‌شناسی مرضی تحولی: از کودکی تا بزرگسالی*، تهران، سمت.

- دانگل، ریچارد اف. ریچارد ا پولستر. آموزش مهارت‌های کنترل کودک، ترجمه حسن تونزنده‌جانی و نسرین کمال‌پور، (۱۳۷۷)، مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی.
- راینیک، مارک ای. فرانک ام، داتیلیو و آرتور فریمن. (۱۹۹۸)، شناخت درمانی در کودکان و نوجوانان، ترجمه جواد علاقبندراد و حسن فرهی، (۱۳۸۰)، تهران، بقعه.
- شرودر، کارولین اس. بتی ان گوردون. (۲۰۰۳)، سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی، ترجمه مهرداد فیروزبخت، (۱۳۸۵)، تهران، دانژه.
- عشایری، حسن. فریده حاجی حیدری و مهدیه صالحی. (۱۳۸۴)، «بررسی و مقایسه اخلاقیات کودکان دارای اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی با اخلاقیات کودکان عادی»، خلاصه مقالات کنگره پژوهش‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی در ایران.
- علیزاده، حمید. (۱۳۸۳)، اختلال نارسایی توجه / فزون‌جنشی: ویژگیها، ارزیابی و درمان، تهران، رشد.
- فتحی، نادر. (۱۳۷۴)، «تأثیر برنامه آموزش مدیریت والدین در کاهش علائم اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده.
- فریدمن، رونالد. جی و گای تی دویال ل. شیوه‌های رفتار با کودکان و نوجوانان دچار اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی، ترجمه سید جلال صدرالسادات، محمدرضا محمدی و لیلا صدرالسادات، تهران، اسپند هنر.
- کراتوچویل، توماس. ار. ریچارد جی موریس. (۱۹۹۹)، روان‌شناسی بالینی کودک: روشهای درمانگری، ترجمه محمدرضا نائینیان، اکبر رهنما، اسماعیل بیابانگرد، رسول روشنی، زهرا ضیاعی، ناصر سراج و اسفندیار آزاد، (۱۳۷۸)، تهران، رشد.
- کلانتری، مهرداد. حمید نشاط‌دوست و محمدباقر زارعی. (۱۳۸۰)، «تأثیر آموزش رفتاری والدین و دارو درمانگری بر میزان علائم فزون‌کنشی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی»، مجله روان‌شناسی، ۱۸، سال پنجم.
- کندال، فیلیپ سی. (۲۰۰۰)، اختلالات کودکی، ترجمه مهرداد کلانتری و مسعود گوهری، (۱۳۸۲)، اصفهان، انتشارات جهاد دانشگاهی واحد اصفهان.
- گرچی، یوسف. (۱۳۸۳)، «بررسی و مقایسه اثربخشی کاربرد روشهای اصلاح رفتار توسط والدین، معلمان و ترکیب هر دو در کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه دانش‌آموزان دوره ابتدایی»، رساله دکتری چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبائی.

مارنات، گری گراث. (۲۰۰۳). *راهنمای سنجش روانی برای روان‌شناسان بالینی، مشاوران و روانپزشکان*، ترجمه حسن پاشا شریفی و محمدرضا نیکخو، (۱۳۸۴)، تهران، رشد و سخن.
ماش، اریک جی. راسل ای، بارکلی. (۲۰۰۳). *روان‌شناسی مرضی کودک*، ترجمه حسن توزنده‌جانی، جهانشیر توکلی‌زاده و نسرین کمال‌پور، (۱۳۸۳)، مشهد، آوای کلک و مرندیز.
محمد اسماعیل، الهه. (۱۳۸۵). *درستنامه درمان رفتاری شناختی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی / نارسایی توجه*، تهران، دانژه.

BARKLEY, R.A. (1987). *Hyperactive children: Handbook of diagnosis and treatment*. New York: Guilford.

BARKLEY, R.A. (1977). *Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD*.
Psychological Bulletin, 721,65 – 94

BARKLEY, R.A., DUPAUL, G.J. & MC MURRAY, M.B. (1990). Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58,775 – 789

BERNICE, Y.L. (1998). *learning about learning disabilities*. San Diego, Academic press.

DAVISON, G.C., NEALE, J.M. (2004). *Abnormal psychology*. New York: John wiley and Inc.

FOREHAND, R., ROGERS, T., MC MAHON, R.J., WELLS, K.C. & GRIEST, D.L. (1981). Teaching parents to modify child behavior problem: An examination of some follow up data. *Journal of pediatric psychology*, 6,313 – 323

KAZDIN, A. (1988). *Child psychotherapy*. New York: pergamon press.

MASH, ERIC J. & WOLFE DAVID A. (1999). *Abnormal child psychology*. Wodswrth pyblishing company, Belmont.

PATTERSON, G. R. (1980). Performance models for antisocial boys. *American psychologist*. 41, 432-444

PLISZKA, STEVEN R., CARLSON, CARYN L. & SWANSON JAMES M. (1999). *ADHD with comorbid disorders clinical assesment and management*. London, Routledge.

وصول: ۸۵/۶/۱۵

پذیرش: ۸۵/۱۱/۳۰

شعبه‌شناسی روان‌شناسی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی