

## اثر بخشی برنامه آموزش والدین و تغییر علائم کودکان بیش فعال پیش دبستانی

دکتر سرور آرمان (MD)\*، دکتر رسول قفقازی (MD)\*\*

\*- دانشیار گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

\*\* - دستیار گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

### چکیده

• **زمینه و هدف:** اختلال بیش فعالی همراه کمبود توجه باعث افت تحصیلی و مشکلات هیجانی و رفتاری در کودکان پیش دبستانی می‌شود که اغلب از دیدگاه والدین مخفی می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه آموزش والدین بر علائم کودکان بیش فعال طراحی گردید.

• **مواد و روشها:** این تحقیق با استفاده از مقیاس CSI- N فرم والدین ۳۲ کودک مراجعه کننده به کلینیک مشاوره و بهداشت روان کودکان اصفهان غربال و سپس به دو گروه ۱۶ نفری تجربی- غیر تجربی تقسیم شدند. برای گروه تجربی برنامه آموزش والدین به صورت ۶ جلسه ۲ ساعته و به فواصل ۲ هفته با استفاده از روش بارتون عرضه شد. در گروه دوم مداخله ای صورت نگرفت. یک ماه پس از آخرین جلسه، مجدداً فرم CSI-4 توسط والدین و مربیان تکمیل شد. داده‌های خام توسط نرم افزار SPSS با استفاده از آزمونهای آماری t-independent, t-paired مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

• **یافته ها:** میانگین نمره آزمون، در گروه مورد، در فرم والدین قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی دار داشت و همچنین تفاوت میانگین نمرات پس آزمون در گروه مورد و شاهد نیز معنی دار بود ( $P < 0/05$ ). اما در میانگین نمره مربیان، تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد.

• **نتیجه گیری:** براساس یافته ها، نشان داده شد که آموزش والدین، بر کاهش علائم بیش فعالی کودکان مؤثر بوده است اما از نظر مربیان، این کاهش مشاهده نشد؛ لذا لزوم تجدید نظر را در برنامه آموزشی یادآوری می‌کند.

• **کلید واژه ها:** بیش فعالی همراه کمبود توجه، برنامه آموزش والدین، پرسشنامه علائم مرضی کودکان.

پذیرش مقاله: ۸۴/۵/۱۰

اصلاح نهایی: ۸۴/۴/۵

وصول مقاله: ۸۴/۲/۱۰

نویسنده مسئول: اصفهان، خیابان استانداری، مرکز پزشکی نور، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، تلفن: ۲۲۲۲۱۳۵-۳۱۱

Email: [arman@med.mui.ac.ir](mailto:arman@med.mui.ac.ir)

## • مقدمه

بنا به تعریف بیش فعالی همراه کمبود توجه، این مفهوم با فعالیت زیاد فیزیکی، حواس پرتی و اختلال در کنترل تکانش ها همراه است که حداقل در دو موقعیت خانه، مدرسه و کلینیک مشاهده می شود. شروع بیماری در سالهای قبل از ورود به مدرسه است اما معمولاً در موقع ورود به مدرسه دچار مشکلات جدی رفتاری، نافرمانی، حرف ناشنوی و مشکلات یادگیری می شوند (۱). در مواردی اختلال بیش فعالی با اختلال نافرمانی مقابله ای و اختلال سلوک همراه می شود که درمان را دشوارتر می کند (۲). شیوع این اختلال بطور متوسط ۳-۵ درصد می باشد (۳،۱)؛ ولی در انگلستان ۰/۵ تا ۱ درصد گزارش شده است (۴). در کودکان سنین مدرسه اختلال مذکور در جنس مذکر حدود ۲ تا ۳ برابر نسبت به جنس مؤنث برتری مشخص دارد (۳). عوامل زیادی نظیر علل نوروشیمیایی، ژنتیک، محیطی و اکتسابی در علت شناسی این بیماری دخیل هستند. از عوامل نوروشیمیایی می توان به دوپامین و کاتکولامین ها و اختلال در تنظیم واسطه های شیمیایی اشاره کرد (۵). از عوامل ژنتیک هم می توان زمینه های فامیلی و ژنتیکی را با توجه به بالا بودن احتمال بیش فعالی در هم شیرهای کودک در حدود ۱/۸ تا ۵ درصد و در دو قلوهای تک تخمکی در حدود ۸۰-۵۱ درصد و در دوقلوهای دو تخمکی در حدود ۲۳-۲۸ درصد برآورد نمود (۷،۶). همچنین گروهی نیز اثرات متقابل ژنها را با محیط مطرح می کنند (۸). از علل اکتسابی نیز مشکلات قبل، حین و بعد از تولد که باعث آسیب های خفیف مغزی می شود، موثر است که بیشتر در نمونه های غیر فامیلی و انفرادی دیده می شود (۹). معمولاً در این کودکان، بیش فعالی به مرور بهتر می شود اما اشکال در توجه آنها ثبات بیشتری دارد. حضور بیماریهای همراه، نمره هوش کودک و بیماری روانپزشکی والدین هم در پیش آگهی آنها نقش دارد (۱۱،۱۰). درمان انتخابی کودکان دارویی است و سایکواستیمولانت ها موثرترین داروها می باشند که در ۷۰-۸۰ درصد موارد مؤثر هستند (۱۱). با این وجود بسیاری از والدین و پزشکان در مورد استفاده از این داروها خصوصاً در سنین کودکی و عوارض جانبی آنها نگرانی

دارند (۱۲). داروها در کودکان پیش مدرسه تأثیر کمتری دارند و والدین درمان غیر دارویی را ترجیح می دهند (۱۳). رفتار درمانی، مخصوصاً آموزش رفتاری به والدین، درمان مؤثری برای کودکان به حساب می آید (۱۴). هنگامی که والدین از مدارای مناسب با کودک بیش فعال احساس عجز می کنند نسبت به خود و کودکانشان احساس بدی پیدا می کرده و روابط بین آنها آسیب می بیند (۱۵). آنها معمولاً از تنبیه زیاد استفاده می کنند؛ لذا کودکان احساسی منفی نسبت به خود پیدا کرده و اعتماد به نفسشان پایین می آید. آموزش والدین، باعث می شود آنها بتوانند تکنیک های مدیریت رفتاری را که شیوه های مختلفی دارد، در خانه بکارگیرند (۱۳). روشهای آموزش والدین به روش بارتون، شامل آموزش علائم بیماری و علت آن، فهم رفتارهای کودک، فهم و درک بازی، روش ارتباط با کودک، تشویق رفتارهای مثبت، چشم پوشی از برخی رفتارهای منفی، مشخص کردن رفتارهای تطابقی و غیر تطابقی، استفاده از محروم سازی time out و توبیخ کلامی می باشد تا بدینوسیله ارتباط مثبت با کودک برقرار شود و کودک نیز نحوه درست رفتار و کنترل کردن خود را بیاموزد (۱۵).

بارک و همکارانش در مطالعه ای براساس آموزش والدین کودکان پیش دبستانی طی یک دوره ده هفته، نشان دادند که روش آموزش بارتون در بالا بردن اعتماد به نفس والدین به توانایی خود و افزایش دانش آنها و همچنین بهبود روابط والد فرزندی مؤثر است، اما اثراتش بر روی بیش فعالی کودکان مورد بحث می باشد (۱۶). مطالعه شلتون و همکاران نیز نشان داد که آموزش والدین بچه های بیش فعال دبستانی باعث کاهش استرسهای والدین و افزایش اعتماد به نفس آنها می شود (۱۷). مطالعه فایرستون در مورد آموزش والدین کودکان پیش فعال مقطع پیش دبستانی هم حکایت از آن دارد که آموزش والدین، باعث بهبود پذیرش درمان در کودکان می باشد؛ ولی بر روی توجه آنها تأثیری ندارد. همچنین مهارتهای والدین و روش برخورد آنها نیز بهتر می گردد. با این وجود کاربرد آموزش والدین در اوایل درمان کودکان بیش فعال مورد بحث بوده است (۱۸). بر خلاف مطالعات قبلی، مطالعه ای دیگر از بارک و همکاران او، براساس

ترجمه و هنجاریابی شده است. پرسشنامه مذکور دارای ۹ سوال در مورد بی توجهی و ۹ سوال در مورد بیش فعالی است که هر گزینه، به صورت هرگز = ۰، گاهی = ۱، اغلب = ۲، بیشتر اوقات = ۳ نمره گذاری می شود. روایی و پایایی آن نیز در ایران مورد بررسی قرار گرفته است. حساسیت این آزمون را ۷۵ درصد و ویژگی آنرا ۹۲ درصد تعیین کرده اند (۲۰). همچنین کلیه افراد نمونه از نظر علل جسمی و حسی مورد معاینه و آزمونهای آزمایشگاهی قرار گرفتند. سپس نمونه ها که در دو گروه ۱۶ نفره به صورت تصادفی قرار داشتند، در شش جلسه آموزش دو ساعته والدین در فواصل دو هفته ای شرکت کردند. آموزش به صورت نظری و عملی و با استفاده از روش بارتون توسط تیم درمانی کلینیک ارائه شد (۵). روش بارتون براساس آموزش علائم بیماری، علت آن، فهم رفتاری کودک، فهم و درک بازی، روش ارتباط با کودک، تشویق رفتارهای مثبت، کمک به کودک برای خود کنترلی و اداره کردن رفتارهای خارج از خانه می باشد. براساس نظریه بارتون، جلسات آموزش والدین شامل جلسات آموزش بحث و گفتگوی گروهی و به صورت عملی مانند ایفای نقش بود. در پایان هر جلسه تکالیفی جهت انجام تمرین در منزل و نوشتن گزارش جهت ارائه در جلسه بعد تعیین می شد.

پس از گذشت چهار هفته از اتمام مداخلات، فرمهای پس آزمون CSI-4 در دو گروه توسط والدین و مربیان تکمیل و اطلاعات استخراج شده از فرمها توسط نرم افزار SPSS مورد آزمون paired - t برای مقایسه نمرات قبل و بعد از مداخله در هر گروه و آزمون independent - t برای مقایسه نمرات دو گروه مورد آزمون و شاهد قرار گرفتند و  $P < 0/05$  معنی دار تلقی شد.

#### • یافته ها

افراد نمونه شامل ۲۸ پسر (۸۷/۵ درصد) و ۴ دختر (۱۲/۵ درصد) بود. میانگین سنی کودکان در این مطالعه  $5/62 \pm 0/5$  محاسبه گردید. قبل از مداخله میانگین نمره پرسشنامه CSI-4 والدین در گروه مورد و شاهد اختلاف معنی داری داشتند این موضوع بیانگر

آموزش گروهی والدین کودکان بیش فعال پیش دبستانی حکایت از کاهش علائم بیش فعالی کودکان و افزایش احساس بهبود و رضایت والدین است. بر طبق این مطالعه، آموزش والدین، درمان ارزشمندی در کودکان بیش فعال پیش دبستانی می باشد (۱۹). در مطالعه ای هم که توسط بارک و تامسون در آموزش مادران کودکان بیش فعال در مقطع پیش دبستانی انجام شد، کاهش علائم بیش فعالی در کودکان و افزایش مهارت در مادران مشخص گردید. با این وجود در مشاهده کودکان در حین بازی و تداخل رابطه ی مادر کودک و نیز بهداشت روانی مادران تفاوتی به وجود نیامد (۴).

اکثر مطالعات، اثرات آموزش بر والدین را مثبت می داند اما تاثیر آنها را بر علائم کودکان به روشنی بیان نمی کند. با توجه به عواقب جدی بیش فعالی از نظر تحصیلی و رفتاری و اهمیت مداخلات پیشگیرانه و محدودیت تجویز دارو در دوره پیش دبستانی، این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی آموزش والدین بر علائم کودکان بیش فعال پیش دبستانی طراحی گردید.

#### • مواد و روشها

مطالعه حاضر یک مطالعه کار آزمایی بالینی و آینده نگر است که در سال ۸۲-۱۳۸۲ در کلینیک مشاوره و بهداشت روان کودکان اصفهان انجام شد. جمعیت نمونه با توجه به فرمول آماری و با نمونه گیری آسان، شامل ۲۲ کودک مقطع پیش دبستانی که دچار بیش فعالی بودند، می شد. نمونه آماری، معیارهای خروج را که شامل عقب ماندگی ذهنی، ابتلاء به بیماریهای مزمن، مصرف دارو و علل ارگانیک بیش فعالی (تشنج، پرکاری تیروئید، کم خونی و ...) می باشد، نداشتند.

پس از انتخاب نمونه ها و انجام معاینه بالینی، با در نظر گرفتن معیارهای تشخیصی انجمن روانپزشکی آمریکا (Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder) پرسشنامه CSI-4 (Manual of Mental Disorder)، فرم مربیان و والدین از کلیه نمونه ها تکمیل شد. این پرسشنامه توسط گادواسپرفیکین در سال ۱۹۹۴ براساس ملاکهای DSM IV تدوین و توسط هوشنگ مهریار در ایران

اند. مثلاً در مطالعه بارک و همکاران او که در سال ۱۹۸۷ انجام شده است، اثرات آموزش والدین بر بیش فعالی کودکان جای بحث دارد (۱۶)؛ در حالی که مطالعه فایرستون که در سال ۱۹۹۲ انجام گرفته است، اثرات آموزش والدین را در پذیرش بهتر درمان در کودک، تأیید کرده و در عین حال در بعد بهبود توجه بی اثر دانسته است. به نظر او کاربرد آموزش والدین در اوائل درمان کودکان بیش فعال مورد بحث است (۱۸).

یا شلتون در سال ۱۹۹۳، نتیجه آموزش والدین را در بعد والدی مثبت ارزیابی کرده اما در بعد کودک اظهار نظر نکرده است (۱۷). در پژوهش وسیعی که توسط موسسه ملی بهداشت روان آمریکا در سال ۱۹۹۵ انجام شد، عنوان گردید که مداخلات روانی اجتماعی به نحو قابل ملاحظه ای از علائم کودکان بیش فعال می‌کاهد، اما در مقایسه با دارو اثر کمی دارد (۱۳).

در مطالعه بارک، دولی و تامسون در سال ۲۰۰۱ بر خلاف مطالعات قبلی شان تأثیر آموزش والدین در گروه مورد و شاهد با هم مقایسه شد و نتیجه گرفته شد که آموزش والدین، درمان ارزشمندی برای کودکان مبتلا می‌باشد. والدین، پس از آموزش کاهش علائم را در کودکان بیش فعال مقطع دبستانی گزارش کردند؛ اما مشاهده رفتاری محقق کاهش علائم را نشان نداد (۱۹). البته به نظر می‌رسد مشاهده رفتاری کودک به مدت ده دقیقه کافی و قابل اعتماد نیست و بطور کلی والدین تغییراتی را می‌بینند که در حال حاضر ممکن است ابزار سنجش قابلیت اندازه‌گیری آن را نداشته باشند. ضمناً در نتایج گزارش شده باید شدت علائم بیش‌فعالی و وضعیت سلامت روان مادران نیز در نظر گرفته شود. سیر زمانی بیان شده و نتایج آنها بیشتر بیانگر تأثیرات مثبت آموزش والدین بر علائم کودکان است که با یافته‌های این تحقیق همخوانی دارد.

یافته‌های این تحقیق نشان داد که از نظر مربیان، بعد از آموزش والدین، کاهشی در علائم کودکان بیش فعال مشاهده نشد. فقدان مهارتهای ارتباطی لازم، نه تنها کاهش در علائم بلکه افزایش علائم را در طی زمان به ما نشان می‌دهد. در گروه شاهد نیز بدون مداخلات

آن است که تقسیم گروهها به صورت صحیح انجام شده است. اختلاف میانگین نمرات پیش و پس آزمون در گروه مورد، معنی‌دار بود؛ در حالی که این اختلاف در گروه شاهد معنی‌دار نبود. در گروه مورد، میانگین نمرات پس آزمون کاهش و در گروه شاهد این میانگین افزایش داشت (جدول ۱). بررسی میانگین نمرات پرسشنامه‌های تکمیل شده توسط مربیان چه قبل و چه بعد از آزمون در هر دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنی‌داری را نشان نداد (جدول ۲).

جدول ۱: مقایسه نمرات پیش آزمون و پس آزمون در گروه مورد و شاهد براساس CSI-4 والدین

گروه	نمره	میانگین نمرات پیش آزمون والدین	میانگین نمرات پس آزمون والدین	P
مورد	۱۱/۰۱ ± ۲۵/۶۲	۱۰/۰۲ ± ۲۸/۶۵	۰/۰۴۵ *	
شاهد	۹/۵۲ ± ۲۲/۵۸	۸/۸۱ ± ۲۴/۸۲	۰/۱۷۲	

جدول ۲: مقایسه نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه مورد و شاهد براساس CSI-4 مربیان

گروه	نمره	میانگین نمرات پیش آزمون والدین	میانگین نمرات پس آزمون والدین	P
مورد	۱۲/۳ ± ۳۰/۳۷	۱۱/۳۲ ± ۲۷/۶۲	۰/۳۹۹	
شاهد	۱۳/۷۱ ± ۲۸/۳۷	۱۲/۶۷ ± ۲۸/۸۷	۰/۷۸۱	

### • بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این تحقیق نشان داد که آموزش والدین می‌تواند در کاهش علائم بیش‌فعالی همراه کمبود توجه کودکان پیش‌دبستانی از دیدگاه والدین بطور معنی‌دار مؤثر باشد؛ اما پرسشنامه‌های تکمیل شده توسط مربیان این نظر را تأیید نکرد. در این مطالعه نسبت جنسی پسر به دختر شش به یک بود که بیش از نسبت جنسی نکر شده در منابع می‌باشد (۳۰۱). در تمامی مطالعات انجام شده قبلی، تأثیر آموزش والدین را در بُعد والدی، کاملاً مؤثر دانسته‌اند اما برخی از مطالعات انجام شده در این زمینه بیانگر اثر بخشی مثبت آموزش والدین در کاهش علائم بیش‌فعالی کودکان پیش‌دبستانی است و گروهی اثر آموزش را بر علائم کودکان بیش‌فعال مورد بحث یا تردید قرار داده

همچنین در موارد شدید بیماری، علاوه بر آموزش، درمان دارویی نیز توأمأ بکار رود تا بهبود بیشتری حاصل گردد. همچنین توصیه می شود آموزشهای لازم به مربیان مهدهای کودک نیز جهت مدارای صحیح با کودکان بیش فعال داده شود (۲۳).

آموزشی لازم، به مرور علائم شدت یافته و زمینه برای مسائل رفتاری بیشتر فراهم می شود (۲۱، ۲۲). این مطالعه پیشنهاد می کند که از سالهای اولیه و قبل از ورود به مدرسه، کودکان بیش فعال باید شناسایی شوند تا با آموزش، والدین آنها مهارت لازم برای مراقبت روزانه را از این کودکان داشته باشند.

## منابع

1. Sadock BJ, Sadock V, Synopsis of psychiatry. William & wilkins, 2003: 1224-26.
2. Biederman J, Newcorn, Sprich S. comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorder. Am J psychiatry 1997: 1, 564.
3. Sadock BJ, Sadock VA, Comprehensive textbook of psychiatry: Williams & Wilkins, 2000:2679-87.
4. Barke ES, Thompson M. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) available at: [http:// www. mental health. Org.Uk/page](http://www.mentalhealth.Org.Uk/page).
5. Castellanos FX, Elia J, krusis M, Gulotta C. Cerebrospinal fluid monoamine metabolites in boys with attention deficit hyperactivity disorder. American psychiatric press, 1994: 52: 305.
6. Faron SV, Biederman J. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder of child and adolescent, Clinical North America, 1994:3, 285.
7. Sherman DK, Me Gue MK, Iacono WG. Twin concordance for attention deficit hyperactivity disorder. A comparison of teachers and mothers report. Am J psychiatry 1997: 154: 532.
8. Goodman R, Sterenson JA, A twin study of hyperactivity II: the aetiological role of genes, family relationships and perinatal adversity. J child psychol, 1989: 30, 691.
9. Milberger S, Biederman J, Faraone SV. Guite J, Tswang MT. Pregnancy, delivery and infancy complication and attention deficit hyperactivity disorders, Issue of gene-environmental interaction. Biol psychlatry, 1997: A1: 65.
10. Hart EL, Lahey BB, Lober R, Applegate B, frick PT. Developmental change in attention dificit hyperactivity disorder in boys; a four year longitudinal study, J abnormal child psychol, 1995: 23: 729.
11. Baughman FA, Treatment of attention dificit hyperactivity disorder, 1999: 281: 149.
12. low SF, Schahcar RJ, Do typical clinal dose of methylphenidate cause tics in children treated for attention deficit hyperactivity disorder. J Am child adoles psychiatry, 1999: 33: 944- 951.
13. Reid J, Attention deficit hyperactivity disorder available at: [http://ohioline, osu. edu/hyg-fact](http://ohioline.osu.edu/hyg-fact).
14. Pelham WE, Wheeler I, Chorines A. Empirical support psychosocial treatment for attention deficit hyperactivity disorder. J consult psychol 1998: 190.
15. Barton J. hyperactive children. A practical guide for parents. The child and family Trust 2000: Glasgow.
16. Barke BL, Fhird JD. The effect of behavioral parent training families with young hyperactivity children. J Bahar the exp psychiatry 1987: Jun; 1812: 105-130.
17. Shelton TL, Anastopovlos AD. Parent training for attention dificit hyperactivity disorder. J abnormal child psychol, 1993: Oct; 21(5): 581-96.

18. Fireston D. The role of parent training in treatment of preschooler with ADHD. Am J psychiatry, 1992: 62(3): 397-408.
19. Barke E, Doley D, Thompson M, Bradburg CL. Parent based therapies for preschool attention – deficit hyperactivity disorder: A randomized controlled trial with a community sample. Jama child psychiatry, 2001: 40(4): 402-8.
۲۰. توکلی زاده ج. پرسشنامه علائم مرضی کودکان؛ ابزار غربالگری اختلال رفتاری و هیجانی کودکان - انستیتو روانپزشکی - تهران: ۱۳۷۵.
21. Kezadin AE. Parent management training evidence outcomes and Issues. J Am Acad child adolesc psychiatry, 2000: 36: 349-56.
22. Richter JE, Arnold LE, Jenson PS. NIMH collaborative multimodal treatment study of children with ADHD, J Am child adolese psychiatry, 1995: 34: 987-1000.
23. Harm WF, Ialonge N, Greenberg G. Packord T, Additive effect of behavioral parent training and self control therapy with ADHD children J chin child psychol, 1990: 19: 98-110.

