

مقایسه اثربخشی مداخلات آموزشی - روان شناختی والدین محور، کودک محور و ترکیبی بر کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی

مزگان شوشتری^۱، احمد عابدی^۲، محمد خالدیان^۳، زهرا کریمی باغظیفونی^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه میزان اثربخشی مداخلات آموزشی^۵ روان‌شناختی والدین محور، کودک محور و ترکیبی بر کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی (ADHD یا DDDD) انجام شده بود.

مواد و روش‌ها: جامعه آماری شامل دانش‌آموزان پسر پایه‌ی دوم دبستان آموزش و پرورش شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۱-۹۲ بود. نمونه‌ی پژوهش شامل ۶۰ نفر دانش‌آموز پایه دوم دبستان با اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی بود که به روش تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب و به شیوه‌ی تصادفی به گروه‌های آزمایشی و کنترل گمارده شدند. در این پژوهش چهار گروه وجود داشت (هر گروه ۱۵ نفر)، سه گروه آزمایشی و یک گروه کنترل. مداخلات آموزشی 1 روان‌شناختی والدین محور، کودک محور و ترکیبی (آموزش والدین و کودکان) به عنوان مداخلات آزمایشی به کار برده شد. مقیاس درجه‌بندی کانرز و مصاحبه بالینی به عنوان ابزارهای تحقیق مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کواریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که بین گروه‌های مداخلات آموزشی^۵ روان‌شناختی والدین محور، کودک محور و ترکیبی و گروه کنترل در کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه^۶ بیش‌فعالی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (p=۰/۰۰۱). نتایج آزمون شفه نیز نشان داد که نشانه‌های اختلال ADHD در گروه‌های مداخلات آموزشی^۵ روان‌شناختی در مقایسه با گروه کنترل به طور معنی‌داری کاهش یافت.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش اهمیت انجام مداخلات ترکیبی روان‌شناختی را در کاهش مشکلات کودکان ADHD برجسته ساخت.

واژه‌های کلیدی: اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی، مداخلات والدین محور، مداخلات کودک محور، مداخلات ترکیبی

ارجاع: شوشتری مزگان، عابدی احمد، خالدیان محمد، کریمی باغظیفونی زهرا. مقایسه اثربخشی مداخلات آموزشی - روان‌شناختی والدین محور،

کودک محور و ترکیبی بر کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۳؛ ۱۲(۳): ۳۹۰-۳۸۰

پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۰۷/۱۶

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۲/۰۲

دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤل)

Email: mojganshoostari@yahoo.com

استادیار، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

مری‌گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

مقدمه

کمبود توجه - بیش‌فعالی است (۱). این اختلال در حدود سنین ۲ تا ۴ سالگی، شروع می‌شود (۲) و از شایع‌ترین اختلالات عصبی - رفتاری دوران کودکی است که بخش بزرگی از جمعیت جهان

یکی از رایج‌ترین اختلالات دوران کودکی که توجه روان‌شناسان و روان‌پزشکان را به خود جلب کرده، اختلال

می‌باشند (۱۶-۱۴). در خصوص توجه فراوان به این موضوع می‌توان گفت، اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی برای بسیاری از دانش‌آموزان مشکلات قابل توجهی را بر عملکرد تحصیلی، شناختی، اجتماعی، هیجانی و سپس در بزرگسالی بر عملکرد شغلی و خانوادگی آن‌ها ایجاد می‌کند. این اختلال روند طبیعی و رشد دوران کودکی را با مشکل رو به رو می‌کند که در صورت عدم درمان، آمادگی کودک را برای پذیرش آسیب‌های روانی و اجتماعی در بزرگسالی افزایش می‌دهد (۲۰-۱۷). لذا، باتوجه به اهمیت موضوع، این کودکان نیازمند مداخله هستند تا مهارت‌های پیش نیاز لازم جهت موفقیت در یادگیری تحصیلی آینده را فرا بگیرند (۲۴-۲۱). مداخله در اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی - تکانشگری به شناخت و درمان بسیاری دیگر از اختلالات کمبود هم‌چون اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک، ناتوانی‌های یادگیری و مشکلات تحصیلی کمک می‌کند (۲۵).

درمان اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی عمدتاً مبتنی بر دارودرمانی، مداخلات آموزشی^۵ روان‌شناختی والدین محور، مداخلات آموزشی^۶ روان‌شناختی کودک محور، و مداخلات آموزشی^۷ روان‌شناختی ترکیبی (آموزش والدین و آموزش کودکان) است (۲۹-۲۶). تحقیقات بسیاری اثربخشی مداخلات آموزشی^۸ روان‌شناختی کودک محور شامل آموزش مهارت‌های شناختی، اجتماعی و بین‌فردی، آموزش دقت و توجه، آموزش صبر، توانایی مهار برانگیختگی، حل مسأله، توانایی تأمل و اندیشیدن را نشان داده‌اند (۳۲-۳۱، ۱۴). تحقیقات متعدد دیگری اثربخشی مداخلات آموزشی - روان‌شناختی والدین محور شامل آموزش اصول یادگیری اجتماعی، تعامل مؤثر والد^۹ کودک، شیوه‌های فرزندپروری و مهارت‌های لازم برای مدیریت و اداره‌ی کودکان در کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه^{۱۰} بیش‌فعالی را نشان داده‌اند (۳۷-۳۳). عده‌ای آموزش والدین را با سایر مداخلات آموزشی - روان‌شناختی کودک محور تلفیق کرده‌اند و معتقد هستند با توجه به این‌که اکثر پژوهش‌های درمان اولیه این اختلال را دارودرمانی و روان‌درمانی فردی کودک و آموزش والدین در مهار رفتارهای مخرب کودک می‌دانند اما ترکیب درمانی

(۳ تا ۷ درصد کودکان) (۳) را مبتلا کرده است (۴). اختلال ADHD، الگوی پایدار عدم توجه و یا بیش‌فعالی و رفتارهای تکانشی است که شدیدتر و شایع‌تر از آن است که معمولاً در کودکان با سطح رشد مشابه دیده می‌شود. برای مطرح کردن این تشخیص باید برخی از نشانه‌ها بیش از سن ۷ سالگی ظاهر شوند. اختلال باید حداقل در دو زمینه وجود داشته باشد و بایستی عملکرد فرد بسته به میزان رشد، در زمینه‌های اجتماعی، تحصیلی یا شغلی مختل شده باشد. این اختلال در حضور اختلال فراگیر رشد، اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک نباید مطرح شود و نیز یک اختلال روانی دیگر، توجیه بهتری برای آن نباشد (۵). هم‌چنین اختلال ADHD، سندرمی عصب شناختی است که معمولاً با ویژگی‌های تکانشگری، حواس‌پرتی و بیش‌فعالی مشخص می‌شود (۳). میزان تشخیص این اختلال از آن جهت که نشانه‌ها و نقایص آن از حدود سن دو سالگی قابل ردگیری هستند در حال افزایش می‌باشد (۶). مدل‌های سبب‌شناسی که برای این اختلال وجود دارد، بر تعامل عوامل ژنتیک، زیست‌شناختی، محیطی، روانی - اجتماعی، روان‌شناختی، نوروشیمیایی و عوامل مربوط به تغذیه تأکید می‌کند (۷). (Barkley) (۸) بیان می‌کند که ژنتیک و متغیرهای زیستی^{۱۱} عصبی، بیشترین سهم را در نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه دارند. بسیاری نیز مطرح می‌کنند که شایع‌ترین مسیر در تحول این اختلال، آن مسیری می‌باشد که کودکان با یک آمادگی ژنتیکی از مادر متولد می‌شوند و هم‌چنین تخمین زده می‌شود که عوامل ژنتیکی، قریب به ۸۰ درصد در این اختلال سهمیم هستند (۹). مشخص شده است اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی که در سنین پیش‌دبستانی ظهور می‌کند، در طی زمان مزمن و پایدار است و یک عامل خطر ساز نیرومند برای مشکلات رفتاری بعدی در سنین دبستانی می‌باشد (۶).

کودکان با علایم اختلال نقص توجه^{۱۲} بیش‌فعالی معمولاً در مدرسه پیشرفت خوبی ندارند (۱۰)، در روابط بین فردی ضعیف هستند (۱۱)، دارای مشکلات توجهی و نقص در کارکردهای اجرایی می‌باشند (۱۳-۱۲)، و عمدتاً فاقد مهارت‌های شناختی، اجتماعی و عاطفی مورد نیاز برای انجام تقاضاهای بزرگترها

مداخلات آموزشی^۱ روان‌شناختی (والدین محور، کودک محور و ترکیبی) به عنوان متغیر مستقل در گروه‌های آزمایشی اعمال شد و نشانه‌های اختلال DDDD متغیر وابسته بود. پیش‌آزمون قبل از اعمال مداخلات آموزشی-روان‌شناختی و پس‌آزمون هشت هفته پس از اعمال مداخلات انجام گردید.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان پسر پایه دوم دبستان آموزش و پرورش شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۱-۹۲ بودند. نمونه‌ی پژوهش شامل ۶۰ دانش‌آموز پسر با اختلال ADHD بود. این آزمودنی‌ها به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای از نواحی آموزش و پرورش شهر اصفهان انتخاب شدند. لازم به ذکر است که آزمودنی‌ها بعد از شناسایی، از طریق مقیاس کانرز و مصاحبه بالینی سازمان یافته بر اساس معیاری DSM^{IV} TR به عنوان اختلال ADHD تشخیص داده شدند. در مرحله اول ۱۴۰ نفر دانش‌آموز با استفاده از مقیاس کانرز که به اختلال ADHD مشکوک بودند انتخاب شدند، سپس با رضایت والدین آن‌ها به یک روان‌شناس بالینی ارجاع داده شدند تا به لحاظ تشخیص بالینی اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی و نداشتن سایر اختلالات همراه (تشخیص افتراقی) مورد بررسی قرار گیرند. در مرحله دوم از بین آن‌هایی که از طریق مقیاس درجه‌بندی و مصاحبه بالینی، تشخیص بالینی اختلال نقص توجه^۱ بیش‌فعالی داده شدند، ۶۰ نفر به شیوه تصادفی انتخاب و به سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل به طور تصادفی گمارده شدند (هر گروه ۵ نفر). گروه آزمایشی کودک محور شامل ۱۵ نفر دانش‌آموز با اختلال ADHD، گروه آزمایشی والدین محور شامل ۱۵ زوج پدر و مادر دانش‌آموز با اختلال DDDD و گروه آزمایشی ترکیبی شامل ۱۵ زوج پدر و مادر و کودکانشان بودند (در این گروه والدین جداگانه تحت آموزش قرار گرفته و کودکانشان نیز به طور جداگانه تحت آموزش قرار گرفتند). پس از انتخاب آزمودنی‌ها و گماردن تصادفی آن‌ها در گروه‌های آزمایشی درمان و گروه کنترل مداخلات آموزشی^۱ روان‌شناختی اجرا گردید. گروه کنترل

به صورت آموزش والدین که چگونه رفتارهای تکانشگرانه را کنترل کنند و آموزش به کودک از جانب درمانگر می‌تواند اثرات سودمندتری در طول زمان داشته باشد (۳۹-۳۸، ۲۱). تحقیقات بسیاری نشان داده‌اند که مداخله والد محور، کودک محور و ترکیبی در بهبود بیش‌فعالی-تکانشگری کودکان و کاهش نشانگان ADHD مؤثر است (۴۲-۴۰). همچنین (Rappaport) و همکاران (۴۳)، (Tamm) و همکاران (۴۴)، نیز به اثربخشی مداخلات در توانبخشی و بهبود نشانگان ADHD در کودکان مبتلا به این اختلال اشاره نموده‌اند. با توجه به یافته‌های تحقیقات فوق، هدف اساسی پژوهش حاضر عبارت از بررسی و مقایسه‌ی میزان اثربخشی مداخلات آموزشی^۱ روان‌شناختی والدین محور، کودک محور و ترکیبی در کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه^۱ بیش‌فعالی در دانش‌آموزان دوره‌ی ابتدایی است. بدین منظور فرضیه‌های زیر مورد بررسی و آزمون قرار گرفته است:

- ۱- مداخلات آموزشی^۱ روان‌شناختی والدین محور بر کاهش نشانه‌های اختلال ADHD مؤثر است.
- ۲- مداخلات آموزشی^۱ روان‌شناختی کودک محور بر کاهش نشانه‌ی اختلال ADHD مؤثر است.
- ۳- مداخلات ترکیبی آموزشی^۱ روان‌شناختی (آموزش والدین و کودک) بر کاهش نشانه‌ی اختلال DDDD مؤثر است.
- ۴- بین مداخلات آموزشی^۱ روان‌شناختی والدین محور، کودک محور و ترکیبی بر کاهش نشانه‌ی اختلال DDDD تفاوت وجود دارد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به صورت آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون^۱ پیگیری با گروه کنترل انجام شد. آزمودنی‌ها شامل چهار گروه از دانش‌آموزان پسر پایه دوم دبستان با اختلال ADHD بودند. یک گروه در معرض مداخلات آموزشی^۱ روان‌شناختی والدین محور قرار گرفتند. یک گروه در معرض مداخلات آموزشی^۱ روان‌شناختی کودک محور و یک گروه نیز تحت مداخلات ترکیبی آموزشی^۱ روان‌شناختی قرار گرفتند و یک گروه نیز به عنوان کنترل در نظر گرفته شد.

مورد دلایل ایجاد و بروز اختلالات رفتاری کودکان از جمله اختلال ADHD ۲- توجه مناسب به رفتارهای مطلوب کودک و بی‌توجهی به رفتارهای نامطلوب، ۳- شرکت در بازی‌های کودک همراه با توجه مناسب به او بدون هیچ‌گونه سرزنش یا دستور، ۴- استفاده از تمجید و تعریف، ۵- در صورتی که تمجید در کاهش رفتارهای نامطلوب اثر چندانی نداشت استفاده از پاداش و تقویت، ۶- استفاده از تنبیه ملایم مثل زمان محرومیت ۷- استفاده از زمان محرومیت برای رفتاری دیگر ۸- به کارگیری تکنیک‌های اصلاح رفتار در بیرون از منزل. جلسات به صورت گروهی اجرا می‌شد. در جلسات ابتدا تکالیف جلسه قبل مورد بازبینی قرار می‌گرفت. سپس موضوع مورد نظر در جلسه مطرح و از اعضا خواسته می‌شد تا در بحث گروهی شرکت کنند.

ب. مداخلات آموزشی ° روان‌شناختی کودک محور: در این پژوهش برای آموزش کودکان با اختلال ADHD از برنامه‌ای که توسط (Korkman, Kirk, Kemp) (۴۷) تدوین شده بود، استفاده شد. این برنامه به‌طور اختصار شامل ۸ جلسه می‌شود که عبارت هستند از: ۱- کار بر روی بهبود توجه شنیداری و بینایی ۲- انجام حرکات موزون ۳- بازی چشم در چشم ۴- طراحی با مکعب‌ها ۵- بازداری پاسخ ۶- نگهداری و تغییر توجه ۷- اجرای دستورات به صورت مستقیم و معکوس ۸- خودبازبینی

چون کار با ۱۵ کودک مبتلا به اختلال ADHD بسیار مشکل بود. آزمودنی‌ها به سه گروه ۵ نفری تقسیم شدند و هر گروه به مدت ۸ جلسه تحت مداخله قرار گرفتند.

ج- مداخلات ترکیبی آموزشی- روان‌شناختی: این برنامه، ترکیبی از برنامه‌ی آموزشی- روان‌شناختی بارکلی (۴۶) و هم برنامه آموزشی- روان‌شناختی (Korkman, Kirk, Kemp) می‌باشد. در مداخلات ترکیبی هم والدین و هم کودکان تحت برنامه‌ی آموزشی قرار گرفتند. مداخلات ترکیبی آموزشی- روان‌شناختی بدین ترتیب اجرا گردید که والدین به صورت مستقل و بدون حضور کودکانشان تحت آموزش قرار گرفته و دانش آموزان نیز بدون حضور والدین در زمان دیگری تحت آموزش قرار گرفتند.

برای رعایت اصول اخلاقی در لیست انتظار باقی ماندند تا پس از خاتمه پژوهش مورد مداخلات آموزشی- روان‌شناختی قرار گیرند.

ابزارهای پژوهش: در این پژوهش از ابزارهای زیراستفاده شد:

۱- پرسش‌نامه کانرز والدین: فرم والدین مقیاس کانرز دارای ۲۷ سؤال است و به وسیله والدین کودک تکمیل می‌گردد. نمره دهی سؤالات این پرسش‌نامه با استفاده از مقیاس ۴ نمره‌ای لیکرت (از اصلاً تا بسیار زیاد) انجام می‌گیرد. این ابزار برای اندازه‌گیری شدت علائم اختلال ADHD به کار می‌رود. در پژوهشی که توسط (۴۵) به منظور هنجاریابی فرم کوتاه ویژه والدین مقیاس درجه‌بندی کانرز انجام گرفت، ضریب پایایی بازآزمایی برای نمره کل ۰/۵۸ و ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۷۳ به دست آمد و روایی آن مورد تأیید قرار گرفت. در این پژوهش نیز روایی پرسش‌نامه کانرز با استفاده از نظر پنج نفر از متخصصان تأیید گردید و پایایی آن نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد.

۲- مصاحبه بالینی: در این پژوهش آزمودنی‌هایی که در پرسش‌نامه کانرز نمره‌های بالایی به دست آورده بودند، مورد مصاحبه بالینی سازمان یافته قرار گرفتند. آزمودنی‌هایی که ملاک‌های تشخیص را دارا بودند در نمونه نهایی پژوهش قرار گرفتند. این مصاحبه به منظور ارزیابی و تشخیص دقیق اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی ° تکانشگری انجام گرفت. به منظور بررسی روایی و پایایی مصاحبه بالینی، ضریب توافق بین مصاحبه‌کنندگان (۳ نفر مصاحبه‌کننده که از دانشجویان کارشناسی ارشد روان‌شناسی بودند) محاسبه گردید که ۰/۷۶ به دست آمد.

شیوه‌های مداخله . مداخلات آموزشی ° روان‌شناختی به شرح زیر می‌باشند:

الف. مداخلات آموزشی- روان‌شناختی والدین محور (۴۶): در این پژوهش برای آموزش والدین کودکان با اختلال ADHD، از برنامه آموزش والدین که توسط (Brkley) تدوین شده است، استفاده شد. این برنامه به اختصار شامل ۸ جلسه می‌شود که عبارت هستند از: ۱- آموزش والدین در

(ردیف «عامل» در جدول ۲). ($p < 0/001$) . میزان تأثیر ۰/۴۴ بوده، یعنی مداومت و پایداری درمان را در طول زمان نشان می‌دهد.

داده‌های جدول ۲ نشان می‌دهد، بین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار بین گروه‌های آزمایش و کنترل شده است (ردیف «گروه‌ها» در جدول ۲). ($p < 0/001$) . میزان تأثیر ۰/۳۱ بوده، یعنی ۳۱ درصد واریانس پس‌آزمون (کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه^۰ بیش‌فعالی) مربوط به مداخلات درمانی بوده است. بنابراین از نتایج جدول فوق نتیجه گرفته می‌شود که مداخلات والد محور، مودک محور و ترکیبی بر کاهش نشانگان اختلال ADHD مؤثر بوده است .

در ادامه، به منظور مقایسه تفاوت بین گروه‌ها از آزمون شفه استفاده شده نتایج جدول ۳ نشان داد بین میانگین گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری ($P < 0/001$) وجود دارد. همچنین یافته‌ها نشان داد بین مداخلات والد محور و مداخلات ترکیبی نیز تفاوت معنی‌داری وجود دارد .

روش‌های آماری: در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از میانگین وانحراف معیار، تحلیل کواریانس و آزمون تعقیبی شفه استفاده شده است.

یافته‌ها

در این بخش ابتدا میانگین و انحراف معیار نمره‌های مقیاس کانرز گروه‌های آزمایشی و کنترل در موقعیت‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و سپس نتایج آزمون تحلیل کواریانس ارائه شده است. از آزمون لوین برای بررسی فرض تساوی کواریانس‌ها استفاده شد و همسانی آن‌ها تأیید شد.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین گروه‌های درمانی (مداخلات والدین محور، مداخلات کودک محور و مداخلات ترکیبی) نسبت به گروه کنترل در نشانه‌های اختلال ADHD تغییرات زیادی را در نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون به وجود آورده است. همچنین نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد بین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمره‌های مقیاس کانرز تفاوت معنی‌دار وجود دارد

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره‌های مقیاس درجه‌بندی کانرز گروه‌های آزمایشی و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

موقعیت	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
مداخلات والد محور	۶۷/۴۴	۷/۸۶	۴۷/۴۱	۷/۸۸	۸/۳۷
مداخلات کودک محور	۶۷/۲۴	۸/۳۲	۳۹/۳۲	۷/۸۷	۷/۳۷
مداخلات ترکیبی	۶۸/۴۷	۷/۷۷	۴۲/۵۲	۷/۲۷	۸/۲۲
کنترل	۶۷/۴۵	۸/۰۱	۶۶/۰۴	۸/۶۶	۸/۹۶

جدول ۲. خلاصه نتایج تحلیل واریانس بین و درون آزمودنی‌ها با اندازه‌گیری‌های مکرر (نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمره‌های مقیاس کانرز)

شاخص آماری منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معنی‌داری	Eta	توان آزمون
عامل	۲۳۸۳/۶۲	۲	۱۱۹۱/۸۱	۱۸/۶	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۱
عامل و گروه	۲۲۶/۷	۶	۳۶/۹۵	۶/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۹
خطا	۶۰۶/۰۲	۱۱۲	۵/۴۱	-	-	-	-
گروه	۴۰۲۶/۷۱	۳	۱۳۴۲/۲۳	۱۲/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۳
خطا	۹۰۰۱/۱۱	۵۶	۱۶۰/۷۳	-	-	-	-

جدول ۳. مقایسه میانگین نمره های پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری نشانه های اختلال ADHD در گروه های مختلف مداخله و کنترل با آزمون شفه

سطح	تفاوت میانگین	گروهها-روشها	گروهها-روشها
۰/۰۲۱	۳/۲۰	مداخلات ترکیبی	مداخلات والد محور
۰/۴۱	-۲/۱۵	مداخلات کودک محور	
۰/۰۰۱	۲۶/۷۲	کنترل	
۰/۴۱	-۳/۲۰	مداخلات والد محور	مداخلات ترکیبی
۰/۰۲۱	-۲/۱۵	مداخلات کودک محور	
۰/۰۰۱	۲۳/۵۲	کنترل	
۰/۴۱	۳/۲۰	مداخلات والد محور	مداخلات کودک محور
۰/۲۱	-۲/۱۵	مداخلات ترکیبی	
۰/۰۰۱	۲۴/۵۷	کنترل	
۰/۰۰۱	-۲۶/۷۲	مداخلات والد محور	کنترل
۰/۰۰۱	-۲۳/۵۲	مداخلات ترکیبی	
۰/۰۰۱	-۲۴/۵۷	مداخلات کودک محور	

بحث و نتیجه گیری

محور، کودک محور و ترکیبی بر کاهش نشانه های اختلال DDDD بود. نتایج تجزیه و تحلیل آزمون شفه نیز نشان داد، اثربخشی مداخلات ترکیبی آموزشی n روان شناختی نسبت به مداخلات آموزشی ° روان شناختی والدین محور و کودک محور به تنهایی بیشتر است. در تبیین اثربخشی مداخلات ترکیبی در کاهش نشانه های اختلال DDDD در کودکان تیلور و همکاران (Thorell) (۴۹)، (Behan & Carr) (۵۰)، (Marsh) (۴۸)، (Kazdin & Witley) (۲۹)، (Drugli & Larsson) (۵۱) در پژوهش های خود نشان داده اند که مداخلات والدین محور و کودک محور به تنهایی به دلیل این که برخی از خانواده ها از طبقات محروم و دارای مشکلات عدیده ای می باشند و این که تغییرات محیطی و شیوه ی پدر و مادری را که آموزش می بینند نمی تواند در تعاملات با کودک انجام بدهند، اثربخشی کمتری دارد. در این خصوص، (Marsh) (۴۸) در پژوهشی ۶ مداخله ای آموزشی ° روان شناختی را در کاهش نشانه های اختلال DDDD

پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی میزان مداخلات آموزشی ° روان شناختی والدین محور، کودک محور و ترکیبی (آموزش والدین و کودکان همزمان) انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد، هر سه شیوه ی مداخلات آموزشی ° روان شناختی والدین محور، کودک محور و ترکیبی در کاهش نشانه های اختلال ADHD مؤثر است. در این خصوص، یافته های حاصل از پژوهش، با نتایج تحقیقات قبلی از جمله (Montoya) و همکاران (۴۰)، (Toplak) و همکاران (۴۱)، (Kolman) و همکاران (۴۲)، (Kazdin) (۲۷)، (Webster ° Stratton, Hammond) (۳۰)، (Barkley) (Stewart- & Barlow) (۴۶)، (Marsh) (۴۸)، (Kazdin & Witley) (۲۹)، (Gambert) (۳۴)، (Ogden & Hage) (۳۵)، (Petty) (۳۶) و (Scott) (۳۷) هماهنگ، همسو و تایید دیگری بر اثربخشی مداخلات آموزشی ° روان شناختی والدین

توجه کنند و رفتارهای نامطلوب او را نادیده بگیرند. پس از آن یاد می‌گیرند که در بازی کودک شرکت کنند ولی هیچ‌گونه انتقادی به او نکنند و به او دستور ندهند و اجازه دهند کودک آزادانه بازی خود را ادامه داده و به پایان برساند. همین امور باعث می‌شود ارتباط نامطلوب بین والدین و کودک اصلاح شود؛ به این ترتیب کودک با توجهی که از والدین به علت رفتارهای مطلوب خود دریافت می‌کند، اعتماد به نفس از دست رفته‌اش را به تدریج کسب می‌کند و خودپنداره‌اش مثبت می‌گردد و این خود عاملی است جهت افزایش رفتارهای مثبت کودک و در نتیجه به ایجاد یک چرخه مثبت در تعامل بین والدین و کودک منجر می‌شود. بعد از آن والدین با فراگیری اصول تقویت و زمان محرومیت می‌آموزند که چگونه رفتارهای منفی کودک را کاهش دهند. در این روش فرض بر این است که رشد نیافتگی‌ها و ناشایستگی‌های والدین، سطوح استرس والدین، نگرش‌های منفی والدین، نزاع و درگیری بین والدین کاهش یافته و به دنبال آن سطوح مهارت مدیریت رفتار کودک توسط والدین و روش‌های انضباطی مثبت در والدین افزایش داده می‌شود و در نتیجه رفتار تکانشگرانه و بی‌توجهی در کودک کاهش می‌یابد. در سطح دوم به کودکان ADHD علاوه بر والدین آن‌ها به صورت جداگانه آموزش می‌دهند. در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت مداخلات کودک محور به تنهایی مؤثر است ولی به دلیل این که بیشترین ساعات کودک با خانواده و والدین می‌باشد، جهت پایداری درمان باید والدین را نیز آموزش داد. همچنین آموزش والدین به تنهایی نشان داده است که والدینی که سطح تحصیلات پایین دارند و دارای فقر فرهنگی می‌باشند مداخلات را در خانه به ندرت انجام می‌دهند (Brkley, 2006). لذا نتیجه گرفته می‌شود بهترین آموزش این است که هم والدین و هم کودک را همزمان آموزش دهیم. در مجموع یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر در راستای سایر تحقیقاتی که در زمینه‌ی درمان و کاهش نشانه‌های اختلال ADHD انجام شده تأییدکننده‌ی اثربخشی مداخلات آموزشی^۵ روان‌شناختی در رابطه با آموزش والدین، کودکان و

بررسی نمود که نتایج نشان داده است اثربخش‌ترین مداخلات، ترکیبی از آموزش والدین، معلمان و کودکان می‌باشد. مداخلات ترکیبی، مخصوصاً برای کودکان دبستانی می‌تواند مفید باشد، چرا که می‌تواند قبل از این که نگرش‌ها شکل بگیرد و انتظار شکست برای کودک، والدین و نهایتاً معلمان و سایرین به واقعیت تبدیل شود، برای آن‌ها مؤثر واقع شود. در تبیین این موضوع می‌توان اشاره نمود کاهش نشانه‌های نقص توجه تا حدود زیادی به تجارب کودک ارتباط دارد. کودک تجارب خود را از طریق گوناگون به‌ویژه بازی‌ها در طی دوران رشد به‌دست می‌آورد. بنابراین، اگر بتوان به غنی‌سازی محیط و بسترسازی برای بازی‌های گروهی و حرکتی مبتنی بر این که کودک اول فکر کند و سپس عمل نماید، اقدام نمود احتمالاً به افزایش توجه کودکان کمک خواهد شد. در این خصوص پیشنهاد می‌گردد مدیران و مربیان مراکز پیش‌دبستانی محیط‌های آموزشی غنی همراه با بازی‌ها طراحی نمایند تا کودکان حداکثر استفاده را در جهت تقویت و بهبود پیش‌نیازهای مدرسه هم‌چون توجه، و کاهش رفتارهای تکانشگرانه ببرند. با مداخلات ترکیبی، که نقش مهمی در عملکرد کارکردهای دخیل در اختلال کمبود توجه-بیش‌فعالی دارند، می‌توان از بسیاری مشکلات تحصیلی و اقتصادی جلوگیری کرد. بدین منظور درمانگران و والدین و معلمان می‌توانند از آموزش و بازی‌های مربوط به رفتارهای تکانشگرانه در زمینه‌ی کاهش مشکلات تحصیلی و راهبردهای زندگی دانش‌آموزان دارای اختلال کمبود توجه-بیش‌فعالی (و حتی کودکان عادی) در یک محیط آموزشی مناسب بهره ببرند. در تبیین نتایج پژوهش می‌توان گفت جهت طراحی برنامه‌های درمان برای کودکان ADHD باید مداخلات در دو سطح آموزشی و برای دو گروه والدین و کودکان تدوین و اجرا گردد. در سطح اول که مربوط به برنامه‌های آموزش والدین است تلاش شود چرخه منفی تعامل والد-کودک اصلاح گردد و از آن طریق رفتارهای افراطی و تکانشگرانه کودک کاهش یابد. با استفاده از این روش، والدین می‌آموزند که به رفتارهای مطلوب کودک هرچند فراوانی آن‌ها کم باشد

می‌شود پژوهشگران بعدی مداخلات را در دو گروه عادی و آزمایش با یکدیگر مقایسه کنند. آن‌ها همچنین می‌توانند اثربخشی مداخلات والد محور، کودک محور و ترکیبی را بر سایر اختلالات دیگر نیز بررسی نمایند. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش، عدم استفاده از آزمودنی‌های دختر بود که پژوهشگران می‌توانند در پژوهش‌های آتی خود این موضوع را در نظر بگیرند. توجه به تشخیص و مداخلات زودهنگام می‌تواند رویکردی مؤثر در درمان نشانگان اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی - تکانشگری باشد.

تشکر و قدردانی

از کلیه همکاران و مسؤولین محترم مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شناخت و مسؤولان آموزش و پرورش اصفهان به خاطر همراهی و همکاری نهایت سپاس و تشکر را داریم.

به‌ویژه آموزش والدین و کودکان در درمان و کاهش نشانه‌های اختلال DDDD بود. این یافته‌ها برای آموزش و پرورش کشور، والدین و درمانگران بسیار مهم تلقی می‌شود، چرا که مداخلات آموزشی^۵ روان‌شناختی به کار گرفته شده در این پژوهش دارای مبانی نظری، پشتوانه‌ی پژوهشی قوی و از همه مهم‌تر دارای برنامه آموزشی منسجم و جامع برای کاهش نشانه‌های اختلال DDHD می‌باشد. این برنامه قابل آموزش به والدین، معلمان و مشاوران می‌باشد. لذا روان‌شناسان، مربیان تعلیم و تربیت کودکان با نیازهای خاص، دست‌اندرکاران امور تربیتی و آموزشی، به ویژه معلمان و مربیان مهد کودک‌ها می‌توانند از نتایج حاصل از این پژوهش در جهت افزایش توجه و کاهش بیش‌فعالی کودکان استفاده کنند. در نتیجه این امر، کودکان مبتلا به این اختلال در مراکز آموزشی و تربیتی که بعداً وارد می‌شوند، مشکلات کمتری از خود نشان می‌دهند. یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم استفاده از گروه عادی در پژوهش حاضر بود. پیشنهاد

References

1. Bussing R, Mason D M, Bell L, Porter P H, Garvan C. Adolescent outcom of childhood Attention ° Deficit/ Hyperactivity Disorder in a Diverse Community sample . Jornal of American Academy of child and Adolscent Psychiatry 2010; 49(6): 565-605.
2. Conners C K. Food additives and hyperactive children .New York: Plenum Prees; 2002
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical manual of mental disorder. 3rd ed.Washington DC: American Psychiatri Association; 2000.
4. Faraone S V, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J.. The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? World Psychiatry 2003; 2(2): 104° 13.
5. Kaplan H E, Sadock B G. Brief Psychiatric.Trans. Porafkari N. Tehran: Shahr Ab; 2005.[In Persian]
6. Daley D. Attention deficit hyperactivity disorder : A review of the essential facts.child: Care, Health & Development 2006;32: 193-204.
7. Castellanos F X. Toward a pathophysiology Of attention deficit/ hyperactivity. Clinical Pediatric , 1997; 36:381-93.
8. Barkley R A. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. Psychological Bulletin 2006; 121: 65-94.
9. Lin Y F, Chung H H. Parenting stress and parent s willingness to accept treatment in relation to Behavioral problem° of children with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder. Journal of Nursing Resource 2002; 10(1): 43-56.
10. Burt S A, Krueger R F, McGue M, Iacono W G. Sources of covariation among attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder,and conduct disorder: The importance of shared environment. Journal of Abnormal Psychology 2001; 110: 516° 25.
11. Greene R W, Biederman J, Zerwas S, Monteaux M C, Goring J C, Faraone S V. Psychiatric comorbidity, familydysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. American Journal of Psychiatry 2002; 15(9): 1214° 24.

12. Loeber R, Burke J D, Lahey B B, Winters A, Zera M. Oppositional defiant an conduct disorder: A review of the past 10 years, part 1. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000; 39:1468° 84.
13. Schroeder C S, Gordon B N. A assessment and treatment of childhood problem. New York: Guilford Press; 2002.
14. Coy K, Speltz M. Deklen M. Social ° Cognitive Processes in Preschool Boys with and without Oppositional Defiant Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2001; 29(2): 107-17.
15. Ohan J L, Johnston C. Gender appropriateness of symptom criteria for attention deficit hyperactivity disorder,oppositional defiant disorder,and conduct disorder.*Child Psychiatry and Human Development* 2005;35:359° 81.
16. Hommersen P, Murray C, Ohan J, Johnston C. Oppositional Defiant Disorder Rating Scale: Preliminary Evidence of Reliability and Validity. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 2006; 14(2): 118-25.
17. Semrud° Clikeman M. Neuropsychological. Aspects for Evaluating Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*; 2005; 38: 563-8.
18. Fletcher J M, Lyon G R, Fuchs L S, Barnes M A. Learning disabilities: From identiication to intervention. New York: Guilford Press; 2007.
19. McCloskey G, Perkins L, Divner B. Assessment and Intervention for Executive Function Difficulties. New York: Routledge Press; 2009.
20. Meltzer L, Editor. Executive function in education: From theory to practice. New York: Guilford Press; 2007
21. Steele R, Elkin T, Roberts M. Handbook of Evidence-Based. Therapies for Children and Adolescents .USA: Springer Press; 2008
22. Dowker A. Eerly Identification and Intervention for Students With Mathematics Difficulties. *Journal of Learning Disabilities* 2005; 38: 324-32.
23. Gersten R, Jordan N, Flojo J R. Early Identification and Interventions for students with Mathematics Difficulties.*Journal of Learning Disabilities* 2005; 38:293-304.
24. Schwebel D B, Speltz M L, Jones K, Bardina P. Unintentional injury in preschool boys with and without early onset of disruptive behavior. *Journal of pediatric psychology* 2002; 27: 727-37.
25. Das Banerjee T D, Middleton F, Faraone S V. Environmental risk factors for attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatrica* 2007; 96: 1269-74
26. Danforth J.S. The outcome of parent training using the Behavior Management Flow Chart with mothers and their children with oppositional defiant disorder and attention-deficit hyperactivity disorder. *Behavior Modification* 1998; 22: 443° 73.
27. Kazdin A E, Wassell G. Therapeutic changes in children ,parents,and families resulting from treatment of children with conduct disorders. *Journal ofthe American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000; 39: 414° 20.
28. Gullotta T, Adams G, Ramos J. Handbook of Adolescent Behavioral Problems Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment. London: Springer Press; 2005
29. Kazdin A E. Whitley M K. Comorbidity, casecomplexity, and effects of evidence-based treatment for children referred for disruptive behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006;74: 455° 67.
30. Webster ° Stratton C, Hammond M. Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997; 65: 93° 109.
31. Greene R W, Ablon J S, Goring J C, Fazio V, Morse L R. Treatment of oppositional defiant disorder in children and adolescents. In Barrett P. M., Ollendick T. H. Editors. *Handbook of Interventions That Work with Children and Adolescents*. New York: Wiley. 2004: 369° 93.
32. Skoulos V, Tryon G S. Social Skills of Adolescents in Special Education who Display Symptoms of Oppositional Defiant Disorder. *American secondary Education* 2007; 35(2): 103-14.
33. Barlow J D, Stewart-Brown S. Behaviour problems and group-based parent education programs. *Journal of Developmental Behavioral Paediatrics* 2000; 21: 356° 70.
34. Gambert A. The Effect of Comorbid Anxiety and Comorbid Oppositional Defiant Disorder on Behavioral Group Training Outcomes for Children with ADHD. [PhD Thesis]. United States; Farleigh Dichinson University: 2007
35. Ogden T, Hage A. Treatment Effectiveness of parent Management Training in Norway: A Randomized Controlled Trial of Children with Problems. *The Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008; 76(4): 607-21.
36. Petty C, Mick E. Parsing the Familiality of Oppositional Defiant Disorder from that of Conduct Disorder: A Familial risk Analysis. *Journal of Psychiatric research* 2008; 43(4): 345-52.

37. Scott S. Parenting programs for Attachment and Conduct Problems. Approaches to treatment. Journal of Abnormal Child Psychology 2008; 46(4): 65-80.
38. Reid M J, Webster-Stratton C, Hammond M. Follow-up of children who received the Incredible Years intervention for oppositional defiant disorder: Maintenance and prediction of 2-year outcome. Behavior Therapy 2003; 34: 471-91.
39. Rutter M, Bishop D, Pine D, Thapar Arutter s Child and Adolescent, Psychiatry. 5th ed. London; ; Blackwell Press: 2008.
40. Montoya A, Colom F, Ferrin M. Is psychoeducational for parents and teachers of children and adolescent with ADHD efficacious ? Asystematic literature review :European psychiatry 2011; 26(3): 166-75.
41. Toplak Maggie E, Laura Connors, Jill Shuster, BojanaKnezevic, sandy parks ,(2008).Review of cognitive ,cognitive Behavioral ,and neural °based interventions for Attention °Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD).Clinical psychology Review 2008;28: 801-23.
42. Coleman M R, Buysse V, Neitzel J. Recognition and response: An early intervetion system for young children at-risk for learning disabilities. Fullreport. Chapel Hill: The University of North Carolina, Frank Porter Graham Child Development Institute; 2006
43. Rappaport G C, Ornoy A, Tenenbaum A. Is early intervention effectiveness in preventing ADHD?Isr Psychiatry relate SCI 1998;35(4): 271-90.
44. Tamm L, Swanson J M, Lerner M A, Childress C, Patterson B, Lakes K, et al. Intervention for preschoolers at risk for Attention Deficit /Hyperactivity Disorder (ADHD).Service before diagnosis.Clinical Neuroscience Research 2005; 5: 247-53.
45. Shahayean A, Shahim S, Bashash L, Yosefy F. Standardization, factor analysis and reliability of the special short-form Connors parent rating scale for children 6 to 11years old in the shiraz city. Psychologicalstudies 2006; 3(3): 97-120.[In Persian].
46. Barkley R A. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. Psychological Bulletin 1997; 121: 65-94.
47. Korkman M, Kirk U, Kemp S. NEPSY: A developmental neuropsychological assessment. San Antonio, TX: The psychological Corporation; 1998.
48. Marsh,S. (). A Ccomparison of Boys and Girl Diagnostic with Oppositional Defiant Disorder in a Public schools Counseling Program. [PhD Dessertion]. Mass Chusetts, University of Mass Chusetts; 2005.
49. Thorell L B, Lindqvist S, Nutley S B, Bohlin G, Klingberg T. Training andtransfer effects of executive functions in preschool children. Journalof developmentalscienc 2009; 12(1); 106-113.
50. Behan J, Carr A. Oppositional defiant disorder. In: Carr A, editor. What works for children and adolescents? A critical review of psychological, interventions with children, adolescents and their families. London: Routledge; 2006.
51. Drugli M B, Larsson B. Children aged 4-8 years Treated with Parent Training and Child Therapy Because of Conduct Problems:generalization effects to day-care and school settings. European Child & Adolescent Psychiatry 2006; 15(7): 392-9.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

Comparison the efficiency of educational- psychological interventions (parent based, child based and combination) on reduction Attention Deficit –Hyperactivity signs

Mozhgan Shooshtari¹, Ahmad Abedi², Mohammad Khaledian³,
Zahra Karami Baghteyfuni⁴

Original Article

Abstract

Aim and Background: The aim of the current research was to investigate and compare the efficiency of educational- psychological interventions namely parent based, child based and combination on reduction of Attention Deficit-Hyperactivity signs.

Methods and Materials: Statistical population was second grade primary school students in Isfahan city during 2012-2013. The sample consist of 60 primary school students with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder that was selected randomly by multistage cluster sampling method and assigned randomly to experimental and control group. There exist four (15 person) groups in this study, which consist of three experimental group namely parent based, child based and combination of them, the last group was used for control. Instruments were parent Conner's questionnaire and Clinical Interview.

Findings: Obtained data was analyzed via analysis of Covariance with repeated measure and indicate that there are significant differences between groups in educational- psychological interventions ($p < 0.001$). Post-hoc scheffe test show that Attention Deficit/Hyperactivity Disorder signs was redacted significantly in three experimental groups (parent based, child based and combination) relative to control group.

Conclusions: The result of this research emphasis on the use of psychological combination intervention on reduce of symptoms of ADHD.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Parent- Based Educational- Psychological Intervention, Child- Based Educational- Psychology Intervention, Combined Intervention

Citation Shooshtari M, Abedi A, Khaledian M, Karami Baghteyfuni Z. **Comparison the efficiency of educational- psychological interventions (parent based, child based and combination) on reduction Attention Deficit –Hyperactivity signs.** J Res Behave Sci 2014; 12(3): 380-390

Received: 22.04.2013

Accepted: 08.10.2014

- 1- PhD Student, Department of Psychology and Education Children with Special Needs, Isfahan University, Isfahan, Iran. Corresponding Author: Email: mojangshooshtari@yahoo.com
- 2- Assisntant Professor, Department of Psychology and Education Children with Special Needs, Isfahan University, Isfahan, Iran
- 3- Lecturer, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran
- 4- Assisntant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran