

# آموزش والدین برای خانواده‌های دارای دختر با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

## (تحلیل سه مورد)

نویسندگان: مایکل اسمیت و مارنابارت  
مترجم: منصوره قربانی روجی / کارشناس ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی

### چکیده

اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با تعدادی از مشکلات ثانویه و اساسی همراه می‌باشد. نشانه‌های اساسی مواردی مانند بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری هستند که اغلب با داروهای محرک مانند ریتالین درمان می‌شوند. نشانه‌های ثانویه مشکلاتی را در سلوک، ارتباطات و مهارت‌های مقابله‌ای منعکس می‌نمایند و اغلب با آموزش والدین و موارد دیگر روان‌درمانی، درمان می‌شود. در این تحقیق، تاثیر آموزش والدین در کاهش نشانه‌های ثانویه به ویژه در مورد تاثیرهای آن در خانه فراگیر و کامل بوده است. علاوه بر این، تعداد کمی از دختران به عنوان شرکت‌کننده در تحقیق به کار گرفته شده‌اند.

هدف این تحقیق، بررسی رفتار در خانه و ادراک‌های مادران دختران با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی قبل، هنگام و بعد از مداخله آموزش والدین می‌باشد. سه خانواده که دارای یک دختر (۱۰ تا ۱۱ سال) با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بودند، این تحقیق را کامل کرده‌اند. ارزیابی‌های وضعیت رفتاری و هیجانی والدین جمع‌آوری، و رفتارهای والدین و کودک در خانه مشاهده شد. داده‌های پرسشنامه‌ای و مشاهده‌ای هر دو نشان می‌دهند که پذیرش کودک در دو تا از سه خانواده بهتر شده بود. همچنین نتایج نشان می‌دهد که میزان ارزیابی والدین از رفتار کودک موافق با رفتارهای مشاهده شده در خانه است. همچنین، نتایج بیان می‌کند که والدین در این تحقیق، تغییرهای رفتارهای کودک را به درستی گزارش کرده و بهبودهای رفتاری و هیجانی ایجاد شده در کودکان هر دو نتیجه مداخله آموزش والدین بوده است.

مجله استثنایی  
شماره ۴۵ صفحه ۲۲

### مقدمه

موارد ثانویه توصیه شده است (آناستوپولوس<sup>۱</sup>، دی پال و بارکلی، ۱۹۹۱). آموزش والدین یک رویکرد روانی-آموزشی است که به والدین و دیگر مراقبان تکنیک‌های اجرایی رفتاری شناختی را آموزش می‌دهد که می‌تواند در خانه پیاده و در برخورد با مشکلات رفتاری کودک استفاده شود.

گرچه از مداخله‌های آموزشی والدین برای گروه‌های (AD/HD) فراوان استفاده می‌شود اما در تحقیقات محدودی به آنها توجه شده است. فقط حدود ۲۰ مورد از چنین تحقیقاتی منتشر شده و در تعداد کمی از آنها از دختران به عنوان شرکت‌کننده در تحقیق

اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (AD/HD) یک اختلال شایع تشخیصی می‌باشد (آگوست، ریلمو، مکدونالد، ناگنت و کراسبی<sup>۲</sup>) که با توجه مختل شده، بیش‌فعالی و تکانشگری (در اصطلاح نشانه‌های اصلی) و همچنین مشکلات ثانویه مانند عدم پذیرش، مشکلات تحصیلی و اجتماعی (بارکلی، ۱۹۹۶) همراه است. داروهای محرک در درمان مشکلات اصلی (AD/HD) موثر است، اما در ارتباط با اثرات رفتاری و هیجانی ثانویه (AD/HD) مفید نبوده است (دی پال و بارکلی<sup>۳</sup>، ۱۹۹۰). در عوض، مداخله‌های روان‌شناختی مانند آموزش والدین در درمان این

استفاده شده است (آرنولد، ۱۹۹۶). در این مطالعه، بررسی داده‌های گزارش والدین از خود نشان می‌دهد که آموزش والدین یک درمان موثر در کاهش نشانه‌های ثانویه است (نیوبای، فیشر و رمن<sup>۲</sup>، ۱۹۹۱). والدین بهبودهایی را در کارکردهای هیجانی و رفتاری کودکانشان با به کارگیری مداخله‌های آموزشی والدین گزارش می‌دهند (ساترفیلد و کنتول<sup>۳</sup>، ۱۹۸۱). با وجود این، تحقیقات با استفاده از بررسی‌های جمع‌آوری شده از منابعی غیر از والدین مانند مشاهدات آزمایشگاهی و ارزیابی معلم از رفتار، یافته‌های متناقضی را نشان می‌دهند. برخی تحقیقات بهبود در پذیرش و یا کارکرد هیجانی را با به کارگیری آموزش والدین (مانند پیسترمن، فایرستون، مک گراث<sup>۴</sup>، گودمن، ویستر، مالوری و گافین<sup>۵</sup>، ۱۹۹۲؛ شرایدان، دی مرگان، مک کرمیک و واکر<sup>۶</sup>، ۱۹۹۶) هنگامی که دیگر منابع در دسترس نیستند، نشان می‌دهند (مانند لونگو، هرن، پاسکو، گرینبرگ، پیکارد، لویز، واگنر، پاتلر<sup>۷</sup>، ۱۹۹۳). ویژگی‌های لازم (بارکلی، گاورمونت<sup>۸</sup>، آناستوپولوس و فلچر<sup>۹</sup>)، روش‌های ضعیف بررسی (دیوبی، الری و کافمن<sup>۱۰</sup>، ۱۹۸۳) و ریزش بالای شرکت‌کنندگان (کازینس و ویس<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۳) به عنوان دلایل این اختلافات مطرح شده‌اند. تعدادی از محققان (مثل بارکلی و همکاران، ۱۹۹۲) نظریه‌ای دارند مبنی بر این که بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و ادراکات خود-احساسی ممکن است به والدین کمک کند که در مورد خود و فرزندانشان احساس بهتری داشته باشند و در نتیجه ایجاد احساس بهبود رفتاری کودک که ممکن است درست باشد یا نباشد.

مشاهده والدین و کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی شان در خانه می‌تواند اختلافات بین گزارش‌های والدین از خود و دیگر روش‌های تحقیق را به وجود بیاورد. صحت گزارش والدین، مستقیماً با مقایسه چنین اندازه‌هایی با داده‌های مشاهده‌ای جمع‌آوری شده در خانه، محیطی که به طور صوری دیدگاه‌های والدین در مورد رفتار کودک در آن شکل می‌گیرد، می‌تواند ارزیابی شود. با آوردن یک ناظر سوم به خانه، گزارش‌های والدین از رفتار کودک به طور مستقل می‌تواند تایید شود. با این وجود، هدف تحقیق حاضر، مشاهده والدین و کودکان دارای (AD/HD) شان قبل، هنگام و بعد از مداخله آموزش والدین و مقایسه این اندازه‌ها با گزارشات والدین از رفتار کودک در خانه می‌باشد.

## روش

تحقیق در بخش روان‌شناسی دانشگاه ایندیانا، پینسیلوانیا انجام شد. شرکت‌کنندگان، نیروهای تازه استخدام

از مرکز سلامت روان انجمن محلی بودند که به ارباب رجوع‌های روستایی و دارای وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین خدمات می‌دادند. خانواده‌های شرکت‌کننده یک فرزند (۹ تا ۱۱ ساله) با تشخیص (AD/HD) داشتند. هفت خانواده در یک گروه ۲۶ نفری بودند. با وجود این، ۴۳ درصد خانواده‌ها تحقیق را انجام دادند. چهار خانواده قبل از اولین جلسه گروهی، پروژه را ترک کردند. تمام خانواده‌هایی که تحقیق را به پایان رساندند یک دختر دارای (AD/HD) داشتند. یک چنین ریزش بالا هنگام انجام تحقیق با خانواده‌هایی که به ویژه از سطوح اقتصادی اجتماعی پایین هستند، غیر طبیعی نبود (فایرستون و ویت<sup>۱۲</sup>، ۱۹۸۲).

خانواده اول: شامل تنها یک مادر و دو دخترش (۱۰ و ۱۶ ساله) بود. دختری که تشخیص (AD/HD) داده شده بود، دختر جوانتر بود. مادر، کار را به عنوان یک برنامه ریز کامپیوتر شروع کرده و پایان و تکمیل درجه دانشگاهی او نزدیک بود. به عنوان آخرین والد به خدمت گرفته شده، این مادر، تأمین بودجه را یک مورد استرس زای قابل ملاحظه گزارش کرد. چندین سال قبل او از پدر دختر جدا شده بود. دختر با تشخیص (AD/HD)، در پنج کلاس آموزش عادی در یک مدرسه ابتدایی محلی حضور داشت. برای او ریتالین (۲۰ میلی‌گرم در روز) البته فقط هنگام تحصیل در مدرسه، تجویز شده بود. مادرش بیان کرده بود که او به طور دایم در پیروی از دستورها، ادامه و انجام جدول زمان‌بندی و تکمیل کارهای روزمره در خانه مشکل دارد.

خانواده دوم: دختر خانواده دوم، ۱۱ ساله و کلاس ششم بود. او در زمان تحقیق به عنوان فرزند خوانده با خانواده دیگری بیشتر از یکسال زندگی کرده بود. او تقریباً حدود ۳ سال جدا از خانواده‌ای بود که در آن متولد شده بود. با پیگیری سوء استفاده‌های جسمانی و جنسی احتمالی، جایدهی فرزندخواندگی او شروع شد. او دو سال به خاطر موضوع سوء استفاده جنسی تحت درمان بود. کار پدرش ایراتوری ماشین سنگین بود. مادر رضاعی وی به علت مراقبت از سه کودک اصلی خود و دخترخوانده‌اش در خانه می‌ماند. او گزارش می‌کرد که دختر با تشخیص (AD/HD) با بچه‌های دیگر به طور دایم درگیری‌های لفظی و فیزیکی پیدا کرده و در مدرسه حالت تدافعی و مقابله‌ای و مشکلات رفتاری و تحصیلی دارد. برای این دختر ریتالین (۱۵ میلی‌گرم) و کلونیدین (۱۵ گرم در روز) تجویز شده بود.

خانواده سوم: دختر خانواده سوم حدود ۲ سال قبل با خانواده شرکت‌کننده در تحقیق سازگار شده بود. این سازگاری به دنبال

یک جایدهی فرزند خواندگی چند ساله به وجود آمده بود. او ۱۰ و ۱۱ سال و در کلاس ششم عادی حضور داشت. پدر توافقی وی دبیرستان را تمام کرده بود و زمان تحقیق در معدن زغال کار می کرد. مادر که تا کلاس نهم درس خوانده بود، به علت مراقبت از ۴ فرزندش (یک توافقی، ۲ اصلی و یک فرزند خوانده) در خانه مانده بود. مادر توافقی اش گزارش می کرد که دختر دارای (AD/HD) اش رفتارهای تدافعی و مقابله ای کمی از خود نشان می دهد، اما در پیگیری جدول زمانبندی: سازمان یافته ماندن و به خاطر سپردن انجام تکلیف ها مشکل دارد. مدرسه از نظر تحصیلی و آموزشی برای او مشکل بود و اغلب در تکمیل تکلیف های خانه اش دعواداشت. برای این دختر ریتالین (۱۰ میلی گرم) البته فقط هنگام تحصیل در مدرسه تجویز شده بود. در این تحقیق از برنامه کودکان تدافعی بارکلی (۱۹۸۷) برای مداخله آموزش والدین استفاده شد. این برنامه یک درمان ۱۰ هفته ای نظام بندی شده با یک جلسه آخر که جلسه تقویت کننده مهارت و یک ماه بعد از جلسه نهم بود، می باشد. این برنامه به والدین روش های شناختی رفتاری برای برخورد با کودکانی که دارای مشکلاتی مانند افرادی که (AD/HD) دارند را آموزش می دهد. برنامه با یک چارچوب گروهی توسط هماهنگ کننده تحقیق، مایکل اسمیت که با روش بارکلی آموزش دیده بود و چند سال در کار کلینیکی تجربه داشت انجام می شد.

قبل از جلسه اول و بعد از جلسه پنجم و نهم، هر مادری فهرست و ارسی رفتاری کودک آخن باخ (۱۹۹۱) یک اندازه گیری گزارش والدین را تکمیل می کند که ۸ مقیاس مشکل را که در دو معیار خلاصه شده گروه بندی شده اند به وجود می آورد: درونی سازی (مشکلات هیجانی) و برونی سازی (مشکلاتی در پذیرش، پرخاشگری و رفتارهای ضد اجتماعی). یک فهرست کلی از مشکلات بالینی، نمره آکل حاصله و فهرست رفتارهای سازشی نیز می تواند محاسبه شود.

مشاهدات به صورت نوار ویدیویی از تعامل بین مادر و دختران در خانه هایشان انجام شده است. مانند جمع آوری اطلاعات فهرست و ارسی رفتاری کودک، مشاهدات در سه مرحله قبل از جلسه اول و بعد از جلسه پنجم و نهم انجام شد. یک زوج کمک کننده در ضبط ویدیویی (که داوطلب و دانشجوی دوره لیسانس روان شناسی بودند) به خانه ها می رفتند و دستورهای استاندارد شده را برای خانواده ها آماده می کردند و مراحل و فعالیت ها را در تمام زمان مشاهده طراحی می کردند. هر مشاهده شامل ۲ بخش ۲۰ دقیقه ای با ۱۰ دقیقه استراحت بین آنها بود. یک بخش شامل تعامل خانوادگی غیر

ساختاری بود که به خانواده گفته می شد فعالیتی را که دوست دارند انجام دهند، انتخاب کنند. در بخش دیگر خانواده یک تکلیف ساختاری ویژه را که توسط محقق طراحی شده بود (مانند کشیدن یک تصویر با هم) تکمیل می کرد. دستور بخش ساختاری در مقابل بخش غیر ساختاری در میان خانواده ها و به صورت تصادفی بین آنها در مقابل هم متعادل و میزان می شد و بنابراین طی هر سه زمان مشاهده، هیچ خانواده ای نمی دانست که کدام دستور بخش ها باید انجام شود و یا اتفاق بیفتد. مشاهدات توسط دستیاران آموزش دیده دانشجوی لیسانس داوطلب تحقیق برای تعیین سه متغیری والدین یا دو متغیری کودک کدبندی می شد. ناظران برای استفاده از ترکیب مواد آموزشی و موارد مربوطه، آموزش دیده بودند. ۴ جلسه آموزشی هر ۲ هفته یکبار انجام می شد. این جلسات شامل آموزش انفرادی توسط هماهنگ کننده تحقیق با هر کدام از دستیاران کدگذاری بود.

### بررسی داده های گزارش والدین از خود نشان می دهد که آموزش والدین یک درمان موثر در کاهش نشانه های ثانویه است

دستیاران کدگذاری حداقل ۹۰ درصد با هماهنگ کننده تحقیق در تعیین میزان موارد عملی که در این زمان انجام می شد توافق داشتند. متغیرهای کدبندی شده خاص والدین شامل: ۱. دستورها و سوال های داده شده والدین به کودکان دارای (AD/HD)، ۲. رفتار و یا رابطه مثبت والدین با کودک و ۳. رفتار و یا رابطه منفی والدین با کودک بود. دو متغیر کدبندی شده کودک شامل: ۱. قبول دستورها و سوال ها و ۲. نپذیرفتن و رد کردن بود. این ۵ متغیر برای تعیین اینکه آیا برنامه آموزش والدین متمرکز شده روی رفتار، تغییراتی را در رفتار والدین و کودک در خانه ایجاد می کند مشخص شده بود. با کدگذاری این رفتارها، مقایسه داده های گزارش والدین از خود از فهرست و ارسی رفتاری کودک به ویژه مقیاس خلاصه شده برای رفتارهای برونی سازی مانند عدم پذیرش می توانست انجام شود.

صحت کدگذاری با مقایسه درجه میزان های به دست آمده توسط کدگذارنده که با اندازه های به دست آمده هماهنگ کننده و تحقیق همخوان شده بود، مشخص می شد (تینسلی<sup>۱۰</sup> و ویس را ببینید). تینسلی و ویس (۱۹۷۵) پیشنهاد می کنند که روش محاسبه و موافقت برای تعیین ارتباط بین ناظران هنگامی که ارزش های متغیرهای تحقیق به طور ذهنی مشخص می شود

و هیجانی را که در فهرست و ارسی رفتاری کودک اندازه گیری شده بود داشت.

جدول ۱:

پذیرش کودک در رابطه با جهت گیری / سوال های مادر

	جلسه اول	جلسه پنجم	جلسه نهم
خانواده اول پذیرش کودک جهت گیری مادر درصد پذیرش	۱۴ ۳۳ ۴۲ درصد	۱۲ ۲۴ ۳۵ درصد	۲۲ ۴۲ ۵۲ درصد
خانواده دوم پذیرش کودک جهت گیری مادر درصد پذیرش	۱۷ ۵۴ ۱/۱۰۰ درصد	۱۲ ۱۹ ۶۳ درصد	۲۳ ۵۶ ۷۷ درصد
خانواده سوم پذیرش کودک جهت گیری مادر درصد پذیرش	۶ ۱۶ ۴۳ درصد	۲۸ ۱۶ ۱/۱۰۰ درصد	۱۷ ۲۶ ۶۵ درصد

تغییر های میانگین در متغیرهای تقویت کننده والدین - کودک (ارتباط مثبت و منفی) یا در رد و عدم پذیرش برای هیچکدام از خانواده ها مشخص نشد. فقط نوسانات اندکی در این متغیرها هنگام زمان های مشاهده اتفاق افتاد. با وجود تغییر کم در کل زمان، سطح تقویت مثبت مشاهده شده از طرف والدین به طور معنی داری با نمره های فهرست و ارسی رفتاری کودک هماهنگ بود و سازگاری بهتر کار کرد مدرسه را نشان می داد ( $p = 0.05, r = 0.68$ ).

گزارشات خلاصه شده والدین از پذیرش کودک در مقیاس برونی سازی فهرست و ارسی کودک که شامل تنوعی از اندازه های رفتارهای مربوطه از جمله پیروی دستورها، اطاعت از قوانین، انجام کارهای روزمره، پرخاشگری، رفتارهای ضد اجتماعی و مقابله ای می باشد. جدول شماره ۲ نمره های به دست آمده از اندازه های والدین از میزان برونی سازی را نشان می دهد. همان طور که ملاحظه می کنید، برای هر سه خانواده بهبود نسبی حدود ۵ درصد انحراف معیار بود که نشان دهنده کاهش مشکلات رفتاری در کل برنامه دوره آموزش والدین را نشان داد. پیشرفت در نشانه های برونی سازی برای خانواده های اول و سوم یک جابجایی و تغییر را از مشکلات رفتاری بالینی خط مرزی به یک محدوده غیر مشکل دار در تمام زمان مداخله پیشنهاد می کند. همان طور که در جدول ۲ می بینید، دختر خانواده اول یک کاهش انحراف معیار ۱/۱ از مشکلات رفتاری گزارش شده را نشان داد و دختر خانواده دوم یک کاهش انحراف معیار ۷/۵ را نشان داد و یک افت ۱۲ درصدی در گزارش

بیشتر از اعتبار، ترجیح داده می شود. توافق بین میزان های کدگذار و آنهایی که هماهنگ کننده تحقیق به دست آورده به صورت درصد محاسبه و سپس از میزان های به دست آمده میانگین توافق برای کدگذاری متغیرهای رفتاری میانگین گرفته شد.

### نتایج

تحلیل اولیه، توافق خوبی را بین ناظران در تمام متغیرهای کدبندی شده به جز رفتارهای منفی والدین نشان داد. میانگین این توافق برای دو متغیر رفتاری کودک ۹۷ درصد، برای پذیرش و ۱۰۰ درصد برای عدم پذیرش بود. کدگذاری برای رفتارهای مربوط به والدین تغییرهای بیشتری را نشان داد. میانگین توافق در جهت گیری سوال های مادر ۸۰ درصد و برای ارتباط مثبت والدین ۱۰۰ درصد بود، در حالی که توافق ارتباطات منفی والدین فقط ۵۰ درصد بود. بنابراین در نظر دادن در مورد نتایج در رابطه با رفتارهای منفی والدین باید با احتیاط عمل کرد.

برای تعیین اینکه آیا ترتیب یا نوع تکلیف بر یافته ها تاثیر دارد یا خیر، روش تحلیل "آنوا" در داده های مشاوره ای برای نوع و ترتیب تکلیف انجام شد. این تحلیل ها در نشان دادن اثرات معنی دار در هر ۵ متغیر کدبندی شده برای نوع تکلیف آموزشی داده شده طی یک بخش مشاهده ساختاری در مقابل غیر ساختاری یا در ترتیبی که تکلیف ها اتفاق می افتد، موفق نبود. بنابراین، تمام تحلیل های بعدی با ترتیب و نوع دستورهای داده شده هنگام زمان های مشاهده انجام شد. جدول ۱ فراوانی های پذیرش کودک در خانواده را نشان می دهد. همان طور که ملاحظه می کنید در پذیرش کودک در ۲ تا ۳ خانواده پیشرفت هایی مشاهده شده است. دختر در خانواده اول ۱۰ درصد افزایش در پذیرش مشاهده شده از جلسات اول تا نهم و دختر خانواده سوم ۲۲ درصد افزایش را نشان دادند.

جهت گیری ها و سوال های مادران در پایان آموزش والدین بسیار بیشتر از شروع آن بود و یک میانگین افزایش ۴۸ درصد میان خانواده ها را (یک افزایش ۲۲ درصدی در خانواده اول، ۷۵ درصد در خانواده دوم و ۴۷ درصد در خانواده سوم) نشان می داد. بنابراین، افزایش در پذیرش کودک نه تنها فراوانی پذیرش را افزایش می دهد، بلکه نسبت بزرگتری از رفتارهای پذیرش در ارتباط با تقاضاهای والدین را نیز نشان می دهد. در خانواده ای که هیچ پذیرشی مشاهده نشد، سطوح پذیرش اولیه در بیش از نیمی بالا بود (۱۰۰ درصد) و در سطح بالاتری از دو خانواده دیگر حتی در پایان تحقیق بود (در پایان ۷۷ درصد). این دختر همچنین به طور کلی سطوح بالاتری از مشکلات رفتاری

همچنین از موارد جالب، ادراک‌های مادر از نشانه‌های ثانویه که با مشکلات دختران با (AD/HD) شان بودند بیشتر رابطه داشت. مادران در تحقیق ارتباط نشانه‌های ADHD با نشانه‌های اصلی هیجانی درونی سازی ( $r=0.70$ ،  $p < 0.05$ ) علاوه بر مشخص کردن مشکلات رفتاری، برونی سازی در فهرست واریسی رفتاری کودک بودند. نشانه‌های (AD/HD) با تمامی سطوح کارکردی بالینی کودک در ارتباط بودند ( $r=0.85$ ،  $p < 0.05$ )، بنابراین، مادران با احتمال بیشتری دخترانشان را به عنوان داشتن مشکلات هیجانی هنگامی که نشانه‌های (AD/HD) معتبرتر از داشتن یک تمرکز منحصر بر مشکلات رفتاری موجود است، اندازه می‌گیرند. این ادراک بر خلاف مادرانی است که اندازه‌های مشکلات رفتاری در مقیاس برونی سازی را در حالی که به نسبت شدیدتر با یک (میانگین بیش از در مان نمره ۶۷، T بود که در محدوده بالینی خط مرزی می‌باشد) از نشانه‌های هیجانی گزارش شده در مقیاس درونی سازی (میانگین بیش از در مان نمره ۶۲، T بود که در محدوده غیر بالینی است) می‌باشد. بیشتر دختران در این تحقیق، یافته‌هایی را در کارکردهای هیجانی ثابت کردند که خارج از محدوده یافته‌های رفتاری بود. همان طور که در جدول ۴ می‌بینید، پیشرفت در مقیاس درونی سازی فهرست واریسی رفتاری کودک (نشانه‌های اضطراب و افسردگی را منعکس می‌کند) برای هر سه دختر با نشانه‌های اساسی هیجانی با کاهش انحراف معیار ۱/۳ اتفاق افتاد. دختر خانواده دوم از خط مرزی بالینی به یک محدوده غیر بالینی حرکت کرد و دو دختر دیگر عادی سازی بیشتری از وضعیت هیجانی خود نشان دادند.

جدول ۴:

نمرات درونی سازی فهرست واریسی رفتاری کودک و مقیاس‌های خلاصه شده T کل.

	جلسه اول	جلسه پنجم	جلسه نهم
خانواده اول			
پادبیش کودک جهت کبری مادر درصد پادبیش	۶۶	۶۲	۵۵
خانواده دوم			
پادبیش کودک جهت کبری مادر درصد پادبیش	۷۳ × ×	۶۹ ×	۷۱ ×
خانواده سوم			
پادبیش کودک جهت کبری مادر درصد پادبیش	۷۳ × ×	۵۶	۶۳
× محدوده بالینی خط مرزی (۶۹-۶۵-۶۱). ×× محدوده بالینی (۷۰-۷۰+)			

نشانه‌های برونی سازی برای این دو دختر را ارایه می‌کند. دختر خانواده دوم هیچ تغییری در مقیاس برونی سازی فهرست واریسی رفتاری کودک از جلسه اول تا نهم نشان نداد. علاوه بر نتایج رفتاری حاصله، هر سه خانواده پیشرفت کمی را در نشانه‌های اصلی (AD/HD) گزارش کردند. همان طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، برای هر سه خانواده در مشکلات توجه (مقیاس ۶ از فهرست واریسی رفتاری کودک) با میانگین ۱۰ درصدی پیشرفت در نمره‌های T، کاهش وجود داشت. والدین خانواده سوم یک کاهش معنا دار در نشانه‌های بالینی (AD/HD) گزارش کردند. در حالی که والدین دو خانواده دیگر پیشرفت‌های اندکی را گزارش دادند. دختر خانواده سوم نقطه کاهش ۱۸ در نمره T در نشانه‌های (AD/HD) گزارش شده (یک افت ۱۹ درصدی) را نشان داد. در حالی که دختر خانواده اول نقطه کاهش ۳ و دختر خانواده دوم نقطه کاهش ۴ در نمره T را نشان داد.

جدول ۳:

نمره‌های مقیاس برونی سازی فهرست واریسی رفتاری کودک

	جلسه اول	جلسه پنجم	جلسه نهم
خانواده اول	۶۵ ×	۵۹	۵۴
خانواده دوم	۷۱ × ×	۷۳ × ×	۷۱ × ×
خانواده سوم	۶۵ ×	۵۳	۶۰
× محدوده بالینی خط مرزی (۶۹-۶۵-۶۱)، ×× محدوده بالینی (۷۰-۷۰+)			

جدول ۳:

اندازه‌های والدین در زیر مقیاس مشکلات توجه فهرست واریسی رفتاری کودک

	جلسه اول	جلسه پنجم	جلسه نهم
خانواده اول	۷۵	۷۰	۷۳
خانواده دوم	۸۶	۷۷	۸۲
خانواده سوم	۹۳	۷۰	۷۵
× تمام نمرات در محدوده بالینی هستند. (۷۰-۷۰+)			

مجله استنباطی شماره ۴۵ صفحه ۲۶

با وجود این، پیشرفت در نشانه‌های ADHD در وسط درمان به بالاترین حد رسیده بود. هر سه خانواده پیشرفت‌های اساسی را در نمرات دخترانشان در مقیاس ششم یا میانگین کاهش ۱۵ درصد از خط پایه گزارش کردند. گزارش‌های مشکلات توجه فزاینده بین هفته‌های پنجم و نهم برای تمام دختران، گزارش‌های والدین از بی‌توجهی بیشتر، بیش‌فعالی و رفتارهای انجام ندادن تکلیف‌ها نسبت به هفته پنجم را منعکس می‌کند.

یافته‌ها به طور قابل توجهی در درونی سازی بیشتر از مقیاس برون‌ی سازی برای دو تا از سه خانواده بود، هر چند تمرکز برنامه آموزش والدین بر افزایش پذیرش بود.

## بحث

یکی از سوال‌های عمده مورد توجه در این تحقیق این بود که آیا والدین به درستی و صادقانه رفتار در خانه فرزندان با (AD/HD) شان را گزارش می‌کنند، در دو خانواده‌ای که والدین یک کاهش در مشکلات رفتاری برون‌ی سازی را گزارش کردند، ناظران به طور مجزا نیز پیشرفت پذیرش را مشاهده کردند. از طرف دیگر، هنگامی که ناظران موفق به نشان دادن پیشرفت پذیرش نشدند، مادران نیز هیچ تغییری را در مسایل رفتاری گزارش نکردند. بنابراین، نتایج پیشنهاد می‌کند که والدین تغییرهای رفتار فرزندان را با توجه به موارد پذیرش دنبال می‌کنند و به نظر می‌رسد که گزارشات پیشرفت رفتار کودک، درست باشد.

اگر والدین گزارش دهندگان صادقی باشند، بعید است که آنها به سادگی به ویژگی‌های لازم موقعیت آزمایشی یا به علت آرزو داشتن پیشرفت نتایج سرمایه‌گذاری شخصی در آموزش والدین یا پیشرفت توانایی‌های مقابله‌ای پاسخ بدهند. علاوه بر این، با وجود اینکه نتیجه اندازه‌گیری یا موارد طراحی شده یکی است، ممکن است در منبع آموزش والدین کودکان با (AD/HD) ناهماهنگی به وجود بیاید (دیوبی؛ الری و کافمن، ۱۹۸۳؛ والن و هنکر<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۱). همچنین، چنین یافته‌هایی ممکن است این نظریه کلی را تایید کند که آموزش والدین یک راه موثر برای برخورد با چنین نشانه‌های ثانویه (AD/HD) مانند عدم پذیرش می‌باشد، نتیجه‌ای که مورد ناتوانی تطبیق گزارشات والدین از خود با انواع دیگر داده‌ها شک وجود دارد. این سوال در طرفداری از درستی گزارش والدین باید برطرف شود و بعد یافته‌ها برای مفید بودن آموزش والدین، قوی‌تر می‌گردد.

بدون در نظر گرفتن ادراک‌های والدین، نتایج نشان می‌دهد که خانواده‌ها در این تحقیق از مداخله آموزش والدین سود برده‌اند. دو تا از سه خانواده پیشرفت پذیرش از فرزند (AD/HD) را تجربه کردند و هر سه خانواده کاهش مشکلات هیجانی مانند اضطراب، افسردگی، نگرانی‌های جسمی و گوشه‌گیری را گزارش دادند. پیشرفت در زمینه‌های هیجانی و رفتاری اغلب به این معناست که یک کودک که قبل از آموزش والدین در محدوده بالینی نمره آورده، بیشتر از آن نمره را بعد از آموزش نگیرد. بنابراین، در حالی که آموزش والدین به طور سنتی با فراهم کردن روش کنترل رفتار موثرتر برای والدین به سمت پیشرفت پذیرش کودک می‌رود، تحقیق جاری نشان می‌دهد که آموزش

والدین همچنین پیشرفت‌های بالینی معناداری در کارکرد هیجانی فرزندان به وجود می‌آورد.

این یافته‌ها همچنین در تحقیقات دیگر آموزش والدین (AD/HD) (مثل کازینس و ویس) گزارش شده است. یافته‌های هیجانی از آموزش والدین به طور خاص ممکن است برای کودکان با (AD/HD) یک گروه در خطر معنادار برای بهبود تعدادی از مشکلات هیجانی (آناستویولوس، دی‌پال و بارکلی، ۱۹۹۱) مهم باشد. مادران در تحقیق حاضر نشانه‌های (AD/HD) را به مشکلات هیجانی در دختران نشان ارتباط می‌دهند، پیشنهاد می‌شود که والدین در تاثیرات هیجانی مقابله‌ای با (AD/HD) حساس هستند. آنها مشکلات درونی سازی را در حضور مشکلات رفتاری فراموش نمی‌کنند و در این تحقیق در گزارش دادن درست به نسبت جدی نشان داده‌اند.

تعیین مشکلات هیجانی به عنوان نشانه‌های ثانویه مهم (AD/HD) همچنین ممکن است به بعضی از تفاوت‌های جنسیتی احتمالی در ادراک نگرانی‌های مربوط به (AD/HD) اشاره کند. برای مثال، همبستگی مشکلات برون‌ی سازی با (AD/HD) در تحقیق انجام شده با پسران مشخص‌تر می‌باشد. حقیقت این است که مادران مشکلات هیجانی را با (AD/HD) ارتباط می‌دهند در حالی که آنها همچنین نگرانی‌های رفتاری را تعیین می‌کنند که ممکن است هوشیاری بیشتری از نشانه‌های اضطراب، افسردگی در دختران را منعکس کند. این امر همچنین این احتمال را که چنین نشانه‌هایی احتمالاً در بسیاری از پسران اتفاق می‌افتد و به علت عوامل فرهنگی یا تمایل به تمرکز روی مشکلات رفتاری، هیجانی ممکن است تشخیص داده نشود، بالا می‌برد.

دختران در این تحقیق همچنین کاهش‌هایی را در نشانه‌های اصلی (AD/HD) نشان دادند که در ارتباط با مداخله‌های آموزشی والدین در تحقیق قبلی نبود و بیشتر آنها در مورد پسران انجام شده بود. همان‌طور که قبلاً ذکر شد، تحقیق آموزش والدین با (AD/HD)، کاهش نشانه‌های برون‌ی سازی مانند عدم پذیرش و پرخاشگری، تغییر کم یا عدم تغییر در بیش‌فعالی، تکانشگری و بی‌توجهی را نشان داده است. با وجود این، آرنولد (۱۹۹۶) بحث می‌کند که دختران و پسران با (AD/HD) ممکن است پاسخ‌های درمانی متفاوت با بعضی از پیشنهادها در تحقیق داشته باشند و ممکن است تفاوت‌های معناداری را در بیان اختلال‌های بین جنسیت حتی در نمودار نشانه اصلی داشته باشند (سیدمن، بیدرمن، فارون، وبر، مینن و جونز<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۷).

توانایی تحقیق حاضر برای نتیجه‌گیری در مورد خانواده‌هایی که دختران با (AD/HD) دارند به علت ریزش شرکت

کنندگان محدود می‌باشد. این مساله احتمال منحصر به فرد بودن روش‌های مشاهده شده برای این سه خانواده و عدم قابلیت تعمیم آنها به یک جمعیت بزرگتر را بالا می‌برد. کمبود گروه کنترل همچنین توانایی تعمیم نتایج را محدود می‌نماید. علاوه بر این، ۲ تا از بچه‌ها با خانواده اصلی خود زندگی نمی‌کردند. این مساله ممکن است عوامل پویا یا تاریخی تحقیق و در نتیجه تغییر یافته‌ها را معرفی کند. آخرین محدودیت تحقیق، کمبود اطلاعات، پیگیری از خانواده‌ها بعد از اندازه‌های پس‌آزمون جمع‌آوری شده می‌باشد. جمع‌آوری اطلاعات پیگیری در ورای حوزه این پروژه بوده است. با وجود این، عدم حضور چنین داده‌هایی هر بحثی از نتایج درازمدت مداخله آموزش والدین یا ثبات تغییرهای مشاهده و گزارش شده را محدود می‌کند.

با ارایه این ملاحظات و یافته‌های ما، کار بیشتری برای درک بهتر مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان با (AD/HD) لازم است. باید تحقیق با مقیاس بزرگتری یافته‌هایی را که والدین به درستی تغییر رفتار را گزارش می‌دهند حمایت کند. همچنین نشان داده شده که فواید پذیرش ممکن است در کنار فواید کارکردی هیجانی فرزندان اتفاق بیفتد. در هر مورد، تحقیق آینده نیاز دارد که به طور نزدیکتری صحت گزارش والدین را بیازماید، چون وسایل به کار گرفته شده و گسترده‌ای از اطلاعات جمع‌آوری شده هم در تحقیق و هم در تمرین بالینی موجود می‌باشد. از نظر بسیاری از تحقیقاتی که تکیه بر گزارش والدین از خود دارند روش‌های ارزیابی کارکرد کودک به اندازه توجه ارایه شده به رفتار کودک توسط متخصصان است و این اطمینان را دوباره می‌دهد که گزارش والدین از خود در تحقیق به طور خیلی نزدیکی با مشاهده نفر سوم تایید می‌شود.

همچنین این تحقیق، موضوع تفاوت‌های جنسیتی و شیوه‌های مقابله‌ای (مثل یک پاسخ درونی سازی در مقابل برونی سازی برای استرس و فشار آوردن) در کودکانی که تشخیص (AD/HD) داده شده اند را بالا می‌برد. علاوه بر تعیین مشکلات رفتاری، برابر با آن مادران مشکلات هیجانی مربوط به (AD/HD) را تعیین می‌کنند. آنها همچنین تغییرهای مثبتی را در نشانه‌های اصلی (AD/HD) برای دخترانشان بیشتر از دوره آموزش والدین با بیشترین تغییر اتفاق افتاده تا هفته پنجم و کاهش پیشرفت در هفته نهم گزارش کردند. بدون توجه به این یافته‌های محدود، تحقیق بیشتر با دختران برای کشف بیشتر همبستگی میان (AD/HD) و پاسخ‌های دختران به درمان لازم است. به علاوه، این نتایج، سرنخ‌های مهمی در مورد تأثیرهای

آموزش والدین در فرزندان و توانایی والدین برای گزارشات درست کارکرد رفتاری در فرزندانشان را پیشنهاد می‌کند که می‌تواند منجر به درک پیچیده‌تر (AD/HD) و پیامدهای ثانویه هیجانی و رفتاری آن گردد.

#### توجه

دو خانواده چون پدران دوست نداشتند همسرانشان بعد از موافقت اولیه برای تحقیق شرکت کنند، تحقیق را رها کردند. یک خانواده بعد از اینکه هر دو والد نظرشان را به دنبال جلسه اول ضبط نوار ویدیویی از خانه برای داده‌های خط پایه تغییر دادند، شرکتشان را ادامه ندادند. مادر این خانواده گزارش کرد که او و همسرش بعد از پیش‌بینی ضبط ویدیویی در خانه‌شان، احساس راحتی نمی‌کردند. هیچ دلیلی برای ترک تحقیق از ۴ خانواده به دست نیامد. آنها اجازه ندادند که دستیاران ضبط ویدیویی برای جمع‌آوری داده‌های خط پایه به خانه‌شان بروند و تلفن یا نامه هماهنگ کننده تحقیق را پاسخ ندادند.

#### زیر نویس‌ها:

1. August, Rcalmuto , Mac Donald , Nugent & Crosby
2. Dupaul & Barkley
3. Anastopoulos
4. Newby , Fischer & Roman
5. Satterfield & Cantwell
6. Pisterman , Firestone , Mc Grath
7. Goodman , Webster , Mallory & Goffin
8. Sheridan, Dee, Morgan, McCormick & Walker
9. Ialkongo , Horn, Pascoe , Greenberg , Packrd , Lopez ,  
Wagnere, Puttler
10. Guevremont, Fletcher
11. Dubey, O.learly & Kaufman
12. Cousins & weiss
13. Witt
14. Whalen , Henker
15. SEIDMAN , Faraone , Weber , Menin &  
Jones

#### منبع:

Smith , M. & Barrett Marna S. (2000). child and family behavior therapy, vol. 22 (4). The Haworth press.