

بررسی نقش نظارت بر کاهش مشکلات رفتاری دختران ۱۲-۶ ساله
مبتلا به ADHD: مقایسه خودنظارتی و نظارت مادر

The Role of Monitoring in Reducing Behavioral Problems in 6-12
Years Old Girls with ADHD: A Comparison Between Maternal
Monitoring and Self Monitoring

L. Gheragh Molaii

Z. Khosravi, Ph.D.

Sh. S. Bani Jamali, Ph.D.

لیلا چراغ ملایی

دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی دانشگاه خوارزمی

دکتر زهره خسروی

دانشیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه الزهرا (س)

دکتر شکوه‌السادات بنی‌جمالی

دانشیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه الزهرا (س)

دریافت مقاله: ۹۱/۶/۲۵

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۲/۹/۸

پذیرش مقاله: ۹۲/۱۱/۱

Abstract

The present study examined the role of monitoring in reducing behavioral problems in 6-12 years old girls with ADHD.

Among the various factors of monitoring, self monitoring (internal monitoring) and maternal monitoring (an external monitoring) were selected and their effectiveness was compared.

چکیده

پژوهش حاضر، به بررسی نقش عامل نظارت بر کاهش مشکلات رفتاری دختران مبتلا به ADHD پرداخته است. از میان عوامل مختلف نظارتی، خودنظارتی (نظارت درونی) و نظارت مادر (نمونه‌ای از نظارت بیرونی) انتخاب گشته و اثربخشی آن‌ها مورد مقایسه قرار گرفته است. برای تعیین تأثیر این نظارت‌ها بر کاهش علائم مرضی ADHD، از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد.

✉Corresponding author: Ph.D student in educational psychology from Kharazmi University
Tel: +9809355346904
Email: Leila.ehm@gmail.com

✉نویسنده مسئول: خیابان مفتح، خیابان سمیه، دانشگاه خوارزمی
تلفن: ۰۹۳۵۵۳۴۶۹۰۴

پست الکترونیکی: Leila.ehm@gmail.com

Therefore, a pretest- posttest with control group design was used. In order to analyze the data, one-way ANOVA was used. The results indicated that according to mothers' reports, the group that was monitored by mothers compared to control group, showed significant reduction in ADHD symptoms. So, we can conclude that behavior monitoring skills training for mothers can be an useful intervention to reduce ADHD symptoms in children.

Keywords: ADHD, Behavior Monitoring Skills Training, Self Monitoring.

پس از انتخاب دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کم‌توجهی، این دانش‌آموزان به صورت تصادفی در سه گروه آموزش مهارت‌های نظارت بر رفتار به مادران، آموزش راهبرد خودنظارتی و گروه کنترل جایگزین شدند. دو گروه آزمایشی تحت کاربندی متغیرهای مستقل (آموزش مهارت‌های نظارت بر رفتار به مادران و آموزش راهبرد خودنظارتی به کودکان) قرار گرفتند و گروه کنترل تحت کاربندی خاصی قرار نگرفت. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون آماری تحلیل واریانس یک‌طرفه و آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. یافته‌ها بیانگر این بود که طبق گزارش مادران، گروه آزمایشی که از آموزش مهارت‌های نظارت بر رفتار به مادران سود برده بودند، نسبت به گروه کنترل، کاهش در علائم مرضی ADHD را نشان دادند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مهارت‌های نظارت بر رفتار به مادران می‌تواند به عنوان مداخله سودمندی در جهت کاهش علائم مرضی ADHD در کودکان مطرح باشد.

کلیدواژه‌ها: آموزش مهارت‌های نظارت بر رفتار، راهبرد خودنظارتی، اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی.

مقدمه

اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی^۱ شاید شایع‌ترین اختلال روانی دوران کودکی باشد که حدود ۳ تا ۷٪ کودکان دبستانی را تحت تأثیر قرار داده است (برکلی^۲، ۱۹۹۸). این اختلال با بیش‌فعالی، تکانش‌گری و عدم توجه مشخص می‌گردد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴)؛ علائمی که اثرات جبران‌ناپذیری بر مدرسه، اجتماع و محیط خانه کودک بر جای گذاشته و مشکلاتی را در زمینه تحصیلات رسمی، ارتباط با همسالان و رابطه با والدین کودک ایجاد می‌نماید (چای، ۲۰۰۲). اغلب اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی در سنین مدرسه همراه با سایر اختلالات رفتاری مطالعه می‌شود، ولی به سه دلیل عمده، جدا کردن اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی از سایر اختلالات

رفتاری در کودکان زیر سن مدرسه مهم است: اولاً محققانی که مشکلات رفتاری کودکان را مطالعه و پیگیری می‌کردند دریافتند که اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی یک پیش‌بینی‌کننده مطمئن برای پیامدهای نامطلوب در آینده کودک است. دوم این‌که جست‌وجوی سریع این اختلال به منظور شناسایی نقش آن در تشدید و تداوم مشکلات رفتاری کودک مهم است و سوم این‌که امکان دارد بین اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی و سایر اختلالات رفتاری کودکان ارتباط‌های مختلفی وجود داشته باشد که درک این روابط، در هنگام مطالعه بالینی کمک خواهد کرد (مرادی و همکاران، ۱۳۸۴). با این وجود مطالعه کمی در زمینه شیوع این اختلال در کودکان پیش‌دبستانی و نحوه کار با آن‌ها انجام شده است (قومن و قومن، ۲۰۱۴).

اختلال بیش‌فعالی همراه با کمبود توجه، با توجه کوتاه‌مدت که از نظر رشد با ویژگی‌های سنی متناسب نیست و با بیش‌فعالی یا رفتار تکانشی و یا هر دو همراه است. هنوز تست استاندارد برای تشخیص ADHD وجود ندارد و تشخیص این اختلال بر پایه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳ صورت می‌گیرد (ولر^۴، ۲۰۰۴). برای انطباق با ملاک‌های تشخیصی، این اختلال باید حداقل ۶ ماه دوام داشته، در عملکرد اجتماعی و تحصیلی اختلال ایجاد نموده و پیش از ۷ سالگی روی دهد. بر پایه چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) وجود نشانه‌های گوناگون بی‌توجهی یا بیش‌فعالی - تکانش‌گری یا هر دو برای عنوان کردن تشخیص ضروری است. این اختلال یک مشکل پایدار است که ممکن است نشانه‌های آن با افزایش سن از دوران پیش از مدرسه به دوره بلوغ و پس از آن گسترش یابد.

این بیماری روند طبیعی و رشد دوران کودکی را با مشکل روبه‌رو می‌کند که اگر درمان نشود، آمادگی کودک برای پذیرش آسیب‌های روانی و اجتماعی در بزرگسالی افزایش خواهد یافت اما اگر به‌موقع تشخیص داده شود، به‌خوبی درمان شدنی است (علاقبندراد و مومنی، ۱۳۷۹). تشخیص زودهنگام و درمان مناسب ADHD، بخش مهمی از مدیریت ADHD به شمار می‌رود. مدیریت ADHD به جبران ناتوانی‌ها و ایجاد مهارت‌های تأثیرگذار در کودکان ADHD منجر می‌گردد (ولر، ۲۰۰۴).

اهمیت اختلال ADHD به دلیل شیوع بالای آن است. ۵۰٪ کودکان مبتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی دچار این اختلال هستند و آمار نشان می‌دهد که ۳ تا ۷٪ کودکان در سن مدرسه مبتلا به ADHD می‌باشند (علاقبندراد و همکاران، ۱۳۸۲). شیوع این اختلال در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران ۳ تا ۶٪ گزارش شده است که با مطالعات خارجی هم‌خوانی دارد (خوشابی و همکاران، ۱۳۸۵).

در بروز این اختلال تفاوت جنسی مشهود می‌باشد، نسبت پسر به دختر در نمونه‌های جامعه چهار به یک و در نمونه‌های ارجاعی به کلینیک نه به یک می‌باشد (فارون و همکاران، ۲۰۰۱) و در

پژوهش دیگری ۳ به ۱ عنوان شده است (گرلی و پیر، ۲۰۰۵). اگرچه ADHD در پسرها شایع‌تر از دخترها می‌باشد، بدون تردید یک علت مهم ناتوانی روان‌پزشکی در دختران محسوب می‌شود. در حالی که شیوع واقعی این اختلال در دخترها دقیق نیست ولی احتمالاً اندک نیز نمی‌باشد (برد^۵ و همکاران، ۱۹۸۸؛ شافر^۶ و همکاران، ۱۹۹۶؛ بهدانی و همکاران، ۱۳۸۴). مقایسه دخترها و پسرهای مبتلا به ADHD نشان‌دهنده میزان بالاتر اختلال در بهره هوشی، سطوح پایین‌تر بیش‌فعالی و میزان بالاتر اختلالات خلقی و اضطرابی در جنس مونث می‌باشد. سطوح پایین‌تر پرخاشگری و انحرافات رفتاری در دخترها می‌تواند منجر به عدم ارجاع و در نتیجه تفاوت جنسی مشخص شده در نمونه‌های بالینی کودکان ADHD شود (آرنولد^۷، ۱۹۹۵؛ گاب و کارلسون^۸، ۱۹۹۷). درمان‌های مؤثر برای ADHD در پژوهش‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته‌اند، اگرچه دیده شده است هنگامی که درمان بین والدین و کودکان تقسیم می‌گردد، از اثربخشی بیشتری برخوردار می‌شود (هوزا^۹ و دیگران، ۲۰۰۶). درمان اصلی برای این اختلال دارودرمانی ذکر شده است، اگرچه بررسی‌های انجام شده تأثیر سودمند داروهای محرک را بر عملکرد مدرسه، تعاملات اجتماعی و علائم رفتاری نشان داده‌اند، ولی نگرانی والدین و پزشکان به علت عوارض جانبی داروها از یک سو و در دست نبودن یافته‌های پژوهشی که نشان‌دهنده تأثیر بلندمدت داروها می‌باشد، از سوی دیگر، مشکلاتی را در هنگام تجویز این داروها پدید می‌آورد (سونوگا^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۱، به نقل از حاجبی و همکاران، ۱۳۸۲). افزون بر آن اگرچه درمان دارویی به بهبود عملکرد روزانه کودکان ADHD کمک می‌کند، ولی اگر به تنهایی به کار رود، در بهبود درازمدت بیماران اثر کمی دارد (ناتان^{۱۱}، ۱۹۹۲، به نقل از حاجبی و همکاران، ۱۳۸۲). بنابراین روش‌های درمانی دیگری از جمله آموزش والدین، درمان‌های شناختی - رفتاری و روش‌های تعدیل رفتار مورد توجه قرار گرفته است (ناتان، ۱۹۹۲؛ به نقل از حاجبی و همکاران، ۱۳۸۲). در کشور ما داروی در دسترس برای درمان ADHD ریتالین می‌باشد که تجویز آن بر پایه معیارهای FDA در کودکان زیر شش سال ممنوع است. علاوه بر آن والدین به دلیل ترس از عوارض جانبی مصرف طولانی‌مدت این دارو، از دارو استفاده نمی‌کنند و یا دوره درمان را نیمه‌کاره رها می‌کنند.

علاوه بر آن پژوهش‌ها نشان داده است که هنگامی که دارودرمانی به والدین توصیه می‌گردد، والدین ADHD را به علل فیزیکی نسبت می‌دهند و کمتر این اختلال را تحت کنترل خود دانسته و کمتر برای رفع آن تلاش می‌کنند (مک منامی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۵). به همین جهت نیاز به بررسی میزان اثربخشی درمان‌های غیردارویی که هم مشکلات کودکان را کاهش دهد و هم احساس کنترل را در کودکان ADHD و والدین‌شان بالا ببرد، بیشتر نمایان می‌گردد.

نکته‌ای که در اغلب روش‌های درمانی مورد استفاده برای درمان ADHD به چشم می‌خورد، تأکید این روش‌ها بر موضوع نظارت و کنترل رفتار است. روش‌های مختلف درمانی به شیوه‌های

مختلف به دنبال افزایش نظارت و کنترل رفتاری در این کودکان می‌باشند. نظارت از نظر لغتی از ماده نظر است و به معنی نگریستن در چیزی با تأمل می‌باشد. در معرفی مفهوم نظارت ویژگی‌های زیر را در همه اقسام کاربرد این اصطلاح و واژه می‌توان یافت که جهت آموزش نظارت بر رفتار توجه به این ویژگی‌ها و آموزش آن‌ها حائز اهمیت است و در این پژوهش چارچوب این مسئله نیز مورد توجه قرار گرفته است.

۱. در هر نظارتی چهار رکن وجود دارد: ناظر و عامل (نظارت‌شونده)، که البته ناظر و عامل می‌توانند در یک مصداق جمع شده و به نوعی خودنظارتی برسیم، فرآیند تحقق نظارت (مشاهده و کنترل آگاهانه رفتار) و نهایتاً ابزارها و شیوه‌های نظارت

۲. نظارت با عقلانیت در ارتباط است؛ چون به مشاهده، تجزیه و تحلیل و تشخیص رفتار درست از نادرست نیاز دارد.

۳. نظارت کنشی عامدانه و عالمانه است؛ از این رو هر نگاه تصادفی و از روی چهل را نظارت نمی‌نامند و از همین جاست که نظارت در علوم انسانی و روان‌شناسی، تخصصی است که افراد دارای استعداد مناسب باید این توانایی‌ها و قابلیت‌ها را طی دوره‌هایی کسب نموده و آموزش ببینند و در آن مسیر تربیت شوند تا از عهده مسؤولیتی که برعهده آنها نهاده می‌شود، برآیند.

۴. در آموزش نظارت، فرض بر این است که عامل برحسب برنامه‌ای عمل کند و از این رو بر او نظارت می‌شود تا رفتار درست و نادرست او ثبت و درج شود.

۵. نظارت در جاهایی مطرح است که حرکتی علمی یا عملی، کمی یا کیفی، گسترده یا محدود، مخفی و یا آشکار متناسب با اهداف مقرر، در جریان باشد. از آن‌جا که حین عمل احتمال خطا و یا انحراف از مسیر می‌رود، از این رو فرد مورد کنترل و نظارت قرار می‌گیرد.

به‌کارگیری روش‌های کنترل و نظارت بر رفتار با در نظر گرفتن ویژگی‌های مذکور، باعث می‌شود که والدین و کودک بیشتر اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی را تحت کنترل خود دانسته و بیشتر برای رفع آن تلاش کنند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این تلاش و تغییر نگرش خود منجر به کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی می‌شود (فابیانو^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۲؛ زای^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۳). برخی از این پژوهش‌ها به شیوه‌های مختلف آموزشی، درمان‌های رفتاری و شناختی - رفتاری و استفاده از ابزارهای الکترونیکی به دنبال این مسئله هستند که اطرافیان کودک (مربیان، معلمین و والدین) قادر شوند بر رفتار کودک کنترل و نظارت داشته باشند و بدین وسیله به کاهش مشکلات رفتاری کودکان بپردازند و برخی از آن‌ها به وسیله روش‌های مختلف به دنبال این مسئله هستند که خود کودک قادر باشد بر رفتار خود کنترل و نظارت داشته باشد. در هر دو مورد (نظارت والدین و خودنظارتی) نیز پژوهش‌های زیادی انجام گرفته است و نتایج اغلب پژوهش‌ها حاکی از این است که هر دو روش آموزش مهارت به والدین جهت کنترل رفتار

کودکان ADHD (ایبرگ و رابینسون، ۱۹۸۲؛ فورهند، ولز و گریست، ۱۹۸۰؛ فورهند و مک ماهون، ۱۹۸۱؛ ولز و فورهند، ۱۹۸۵؛ پیسترمن، مک گراث و فایرستون، ۱۹۸۹؛ زارین و همکاران، ۲۰۰۱؛ فبیانو و همکاران، ۲۰۱۲؛ زای و همکاران، ۲۰۱۳) و آموزش روش‌های خودکنترلی به کودکان ADHD جهت کنترل مشکلات رفتاری مؤثر بوده‌اند (پاولی کی^{۱۵}، ۱۹۷۶؛ برادلی و گاد^{۱۶}، ۱۹۷۷؛ وود و فلین^{۱۷}، ۱۹۷۸؛ ورکمن و کاتز^{۱۸}، ۱۹۹۵). هم‌چنین نتایج نشان داده‌اند که مزایای حاصل از به‌کارگیری این روش‌های درمانی، نه تنها در دوران دبستان بلکه در دوران بزرگسالی نیز ادامه دارد (جونز^{۱۹} و همکاران، ۲۰۱۲). در ایران نیز هم‌سو با یافته‌های پژوهش‌های خارجی، پژوهشگران به این نتیجه دست یافته‌اند که نظارت بر رفتار می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در کاهش مشکلات رفتاری کودکان دبستانی مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی داشته باشد (فتحی، ۱۳۷۴؛ علاقبندراد، ۱۳۷۹؛ حاجبی، حکیم شوشتری، خواجه‌الدین، ۱۳۸۲ و قنبری، ۱۳۸۵).

آن‌چه در این پژوهش مد نظر و متفاوت با پژوهش‌های پیشین است، کشف این مسئله است که به طور کلی آیا آموزش نظارت با توجه به ویژگی‌های ذکر شده برای نظارت بر رفتار، بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به ADHD تأثیرگذار است و از بین این دو نوع نظارت بر رفتار (نظارت والدین و نظارت خود کودکان) کدام یک اثربخش‌تر می‌باشد. از بین انواع روش‌های کنترلی که به والدین آموزش داده می‌شود، مهارت‌های فرزندپروری با تأکید بر ویژگی‌های نظارت، جهت کنترل رفتار کودکان و از میان روش‌های خودکنترلی که به کودکان آموزش داده می‌شود، آموزش مهارت خودنظارتی مدنظر می‌باشد و فرضیه اصلی این پژوهش عبارت است از: آموزش نظارت بر رفتار (به مادران و دانش‌آموزان) علائم مرضی دختران دبستانی مبتلا به ADHD را کاهش می‌دهد.

به عبارت دیگر علائم مرضی ADHD دختران دبستانی مبتلا به این اختلال که مادران‌شان تحت آموزش نظارت بر رفتار کودک قرار گرفته‌اند و یا خودشان تحت آموزش راهبرد خودنظارتی قرار گرفتند، نسبت به دختران دبستانی مبتلا به ADHD که مادران‌شان و یا خودشان تحت آموزشی قرار نگرفته‌اند، کاهش می‌یابد و این کاهش مشکلات رفتاری در مدرسه و خانه مشهود خواهد بود، به عبارت دیگر: طبق گزارش مادران، آموزش نظارت بر رفتار (به مادران و دانش‌آموزان) علائم مرضی دختران دبستانی مبتلا به ADHD را کاهش می‌دهد. طبق گزارش معلمین، آموزش نظارت بر رفتار (به مادران و دانش‌آموزان) علائم مرضی دختران دبستانی مبتلا به ADHD را کاهش می‌دهد.

روش

پژوهش حاضر در مقوله طرح‌های نیمه‌آزمایشی قرار دارد که در آن برای بررسی مقایسه‌ای اثربخشی دو روش آموزش نظارت بر رفتار به مادران و آموزش راهبرد خودنظارتی به کودکان

ADHD در کاهش علائم مرضی ADHD، از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده گردیده است. در این پژوهش از سه گروه آزمودنی استفاده گردیده است و هر سه گروه، ۴ بار مورد ارزیابی قرار گرفتند. اولین ارزیابی با اجرای یک پیش‌آزمون و تکمیل فرم معلم پرسش‌نامه ۴-CSI توسط معلمان این کودکان، دومین ارزیابی با اجرای پیش‌آزمون و تکمیل فرم والد پرسش‌نامه ۴-CSI توسط مادران این کودکان، سومین ارزیابی با اجرای پس‌آزمون و تکمیل فرم معلم پرسش‌نامه مذکور توسط معلمان بعد از برگزاری دوره‌های آموزشی مورد نظر و چهارمین ارزیابی با اجرای پس‌آزمون و تکمیل فرم والد پرسش‌نامه مذکور توسط مادران پس از برگزاری دوره‌های آموزشی صورت گرفت.

به منظور تشکیل گروه‌ها، با استفاده از همتاسازی (براساس ویژگی‌هایی نظیر سن، سطح تحصیلات مادر، نمره کودک در پیش‌تست)، آزمودنی‌ها به طور تصادفی در سه گروه جای‌گذاری گشتند. گروه اول که شامل ۱۱ نفر بود، تحت کاربندی متغیر مستقل اول، آموزش نظارت بر رفتار به مادران‌شان قرار گرفتند؛ گروه دوم که شامل ۱۲ نفر بود، تحت کاربندی متغیر مستقل دوم، آموزش راهبرد خودنظارتی به کودکان قرار گرفتند، در حالی که گروه سوم که شامل ۱۱ نفر بود، به عنوان گروه کنترل تحت کاربندی خاصی قرار نگرفتند، ارائه کاربندی به گروه‌ها به طور تصادفی صورت گرفت، پس از اتمام دوره آموزشی پس‌آزمون به عمل آمد و نتایج حاصل مورد بررسی و تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه دختران ۶ تا ۱۲ ساله‌ای می‌باشد که در مدارس ابتدایی شهر تهران به تحصیل مشغول بودند.

برای انتخاب نمونه مناسب برای پژوهش از روش نمونه انباشته (در دسترس) استفاده شد. نمونه انباشته گزینش بخشی از جامعه است که برای مطالعه سهل‌الوصول تر و نزدیک تر باشد (هومن، ۱۳۷۶). بدین منظور، ابتدا تعداد ۳۲۶ دانش‌آموز دختر یک مدرسه ابتدایی واقع در منطقه ۱۵ شهر تهران در نظر گرفته شدند و فرم معلم پرسش‌نامه ۴-CSI توسط معلمان آن‌ها برای کلیه دانش‌آموزان تکمیل گشت، بر مبنای توزیع نمرات آزمودنی‌ها در قسمت ADHD این پرسش‌نامه، ۳۸ دانش‌آموز مذکور که بر اساس روش نمره برش غربال‌کننده به عنوان کودک مبتلا به ADHD تشخیص داده شده بودند؛ یعنی نمره آن‌ها بیشتر از ۹ بود (محمداسماعیل، ۱۳۸۲)؛ انتخاب گشتند، پرونده‌های آنان مطالعه و ویژگی‌های خانوادگی‌شان استخراج گردید. از مادران این دانش‌آموزان خواسته شد تا به فرم والد پرسش‌نامه ۴-CSI پاسخ دهند، علاوه بر دو ملاک بالا از مصاحبه با

اولیای مدرسه (مدیر و معاون) و مشاهده مستقیم کودکان (توسط پژوهشگر و با استفاده از چک‌لیست علائم مرضی مبتنی بر DSM IV) نیز جهت تشخیص استفاده شد (نمره بالای ۹). حجم نمونه در ابتدا شامل ۳۸ کودک بود (۳ کودک پیش‌دبستانی، ۲ کودک اول ابتدایی، ۱۳ کودک دوم ابتدایی، ۶ کودک سوم ابتدایی، ۱ کودک چهارم ابتدایی و ۱۳ کودک پنجم ابتدایی). اما پس از برگزاری دوره‌های آموزشی ۲ کودک به علت عدم حضور منظم مادران‌شان در جلسات آموزشی و ۱ کودک به علت عدم حضور مادر در تکمیل پرسش‌نامه‌های مورد نیاز و ۱ کودک به دلیل تغییر مدرسه، از پژوهش کنار گذاشته شدند و نمونه شامل ۳۴ کودک گشت. هیچ یک از کودکان قبل از شروع مطالعه، دارویی در زمینه اختلال ADHD دریافت نکرده بودند.

محتوای برنامه‌های آموزشی

آموزش نظارت بر رفتار به مادران: برنامه آموزش نظارت بر رفتار که در این پژوهش اجرا شده است شامل ۹ جلسه آموزش گروهی با مادران کودکان مبتلا به ADHD است که مدت‌زمان هر جلسه ۱،۵-۱ ساعت است. عناوین و خلاصه‌ای از محتوای جلسات به شرح زیر می‌باشد:

جلسه اول: توجه به رفتارهای کودک و مفهوم نظارت: توضیح در زمینه ADHD، علائم اصلی و مشکلات مرتبط آن، اشاره به سبب‌شناسی، نقص کارکردهای اجرایی در کودکان ADHD، شناسایی رفتارهای نامناسب کودکان، آموزش مادران برای این که مشاهده‌کنندگان خوبی برای خود و فرزندان‌شان باشند، آشنایی با مفاهیم پیشایندها و پی‌آیندهای رفتاری، آشنایی با مفهوم نظارت و ویژگی‌های آن.

هدف اصلی این جلسه، تغییر نگرش والدین نسبت به مشکلات کودک و جلب کردن توجه والدین به رفتارهای کودکشان می‌باشد.

تکلیف ارائه شده: پر کردن برگه مشاهده کودک و ثبت شمارش رفتار کودک.

جلسه دوم: برقراری رابطه بهتر با فرزند: آموزش در زمینه نحوه صحبت کردن با کودک (گوش کردن فعال، موانع ارتباطی، روشنی و صراحت، فوریت، عدم قضاوت، هم‌خوانی)، نشان دادن احساسات خود به کودک، بازنمایی، گذراندن اوقات خوب با فرزند.

هدف این جلسه، صمیمی‌تر شدن رابطه کودک با مادر می‌باشد.

تکلیف ارائه شده: اختصاص دادن ۱۰ دقیقه در هر روز به بازی با کودک و ثبت آن در برگه مربوطه.

جلسه سوم: آموزش مهارت‌های تشویق کردن: صحبت در زمینه لزوم تقویت، تشخیص نوع وسایل و اشیائی که موجب تقویت کودک می‌شوند، مشخص کردن رفتار مطلوب، تقویت رفتار خاص. در این جلسه به ویژگی‌های تشویق‌های مؤثر در کودکان ADHD اشاره می‌شود که شامل آن است که

تشویق، هر دفعه و بلافاصله پس از وقوع رفتار هدف باشد. انتخاب رفتار هدف از رفتارهای ساده‌تر یا با تکرار بیشتر به سمت رفتارهای مشکل‌تر و با تکرار کمتر پیش می‌رود.

تکلیف ارائه شده: تکمیل فرم تقویت رفتار مربوط به رفتار انجام دادن تکالیف مدرسه.

جلسه چهارم: آموزش رفتار و مهارت‌های جدید: در این جلسه در زمینه آموزش رفتارها و مهارت‌های جدید توضیحاتی ارائه می‌شود که شامل مراحل زیر می‌باشد: انتخاب رفتار یا مهارت مورد نظر، شناسایی موقعیت‌های محرک رفتار که به آن مهارت‌ها نیاز است، ارزیابی مهارت فعلی در کودک، آموزش با ساده‌ترین مهارت یا موقعیت محرک، الگودهی، ایجاد فرصت برای تمرین، پسخوراند مناسب پس از تمرین و تکرار این مراحل تا زمانی که رفتار مورد نظر به طور صحیح انجام پذیرد.

جلسه پنجم: برخورد با رفتار نامطلوب کودک: در این جلسه در زمینه تقویت‌کننده‌های رفتارهای نامطلوب (به دست آوردن آن چه کودک می‌خواهد و جلب توجه) توضیحاتی ارائه گشته، روش‌های خاموش‌سازی رفتار، استفاده از روش‌های محروم کردن انحصاری و غیرانحصاری، تقویت رفتارهای مقابل و روش‌های جریمه کردن ارائه شده و نکاتی در جهت مؤثرتر شدن روش‌های تنبیهی نیز ارائه می‌گردد. مثال‌هایی مطرح شد و تمرین‌هایی در زمینه محروم کردن و جریمه کردن انجام پذیرفت. تکلیف ارائه شده: بستن قرارداد نظارت با کودک.

جلسه ششم: مدیریت رفتار نامطلوب کودک در خارج از خانه: رفتار کودک ADHD معمولاً خارج از منزل به دلیل عدم وجود ساختار و تنوع محرک‌ها بدتر می‌گردد. والدین پیش از خروج از منزل در مورد مکان مورد نظر و انتظاراتی که از رفتار کودک در آن مکان دارند، برای کودک توضیح می‌دهند. برای تبعیت کودک از رفتارهای هدف، تشویق فوری و برای عدم تبعیت او تنبیه فوری اعمال می‌شود. از والدین خواسته می‌شود برای موقعیت‌هایی که کودک سرگرمی ندارد، فعالیت‌ها و وسایل سرگرم‌کننده را فراهم کنند.

جلسه هفتم: تسلط بیشتر بر اوضاع: در این جلسه موقعیت‌های دشوار پیش‌آمده برای مادران مورد مرور قرار گرفته، مهارت‌های آموخته شده تمرین گشته، توانایی‌ها و ضعف‌های مادران بررسی و توصیه‌هایی ارائه می‌گردد. همچنین مشکلات احتمالی آینده مطرح می‌شوند تا مادران آمادگی مواجهه را داشته باشند.

جلسه هشتم: داشتن روحیه بهتر: این جلسه اختصاص به خود مادران و بهبود روحیه آن‌ها به علت فشاری که به دلیل داشتن کودک مبتلا به ADHD روی آن‌ها می‌باشد، دارد. در این جلسه به مادران در زمینه شناسایی افکار منفی، روش‌های دور کردن افکار منفی، استفاده از عبارات مثبت، به کار بردن روش‌های آرام‌سازی خود، برنامه‌ریزی و آمادگی برای روبه‌رویی با مشکلات، آموزش‌هایی ارائه می‌گردد.

جلسه نهم: تقسیم مسئولیت: در این جلسه به مادران آموزش داده می‌شود که مسئولیت‌ها را در خانه تقسیم کنند و در تربیت فرزند و سایر موارد از همسرشان نیز یاری بگیرند و همچنین با سپردن مسئولیت به کودک و سایر اعضای خانواده به شکل‌دهی بهتر در انسجام خانواده و تقویت روحیه جمع‌گرایی در خانواده بپردازند.

آموزش راهبرد خودنظارتی به کودکان: برنامه آموزش راهبرد خودنظارتی که در این پژوهش اجرا شده است، شامل ۶ جلسه آموزش گروهی با دختران مبتلا به ADHD است که مدت زمان هر جلسه ۱ ساعت است.

در این دوره به دانش‌آموزان آموزش داده می‌شود که به طور نظام‌مند رفتارشان را مورد بررسی قرار دهند و تعیین کنند که آیا رفتار خاصی یا طبقه‌ای از رفتارها (رفتار تمرکز روی تکالیف مدرسه، تمرکز سر جلسه امتحان، بدرفتاری کردن با دیگران) انجام شده است یا خیر. به منظور اجرای این تکنیک باید از مراحل زیر در هر جلسه پیروی گردد:

۱. رفتاری که قرار است اصلاح شود به دقت مشخص گردد.
 ۲. قراردادی توافقی بین دانش‌آموز و آزمونگر امضا شود که مبتنی بر ادامه همکاری و شرایط کسب پاداش تا پایان کار است.
 ۳. برگه ثبتي مورد استفاده، طراحی و تکثیر شود.
 ۴. برگه‌ها در اختیار دانش‌آموز قرار می‌گیرد.
 ۵. دقیقاً به دانش‌آموز گفته می‌شود که چه رفتاری را باید ثبت کند.
 ۶. از او خواسته می‌شود شروع به ثبت و ترسیم نموداری برای رفتار مورد نظر خود نماید.
 ۷. در جلسات بعدی ابتدا برگه‌های ثبت بررسی شده، اشکالات احتمالی رفع گشته و دوباره مراحل تمرین می‌گردد تا اطمینان حاصل شود که کودک به طور کامل و صحیح قادر به ثبت رفتارهای مورد نظر می‌باشد.
- برگه‌های ثبت به گونه‌ای طراحی شده بودند که کودکان پیش‌دبستانی نیز قادر بودند با توجه به عکس‌ها و با مقداری کمک گرفتن از والدین به ثبت رفتارهای مورد نظرشان بپردازند.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه دموگرافیک: شامل برخی مشخصه‌های فردی مادران و کودکان مانند سن، جنس، تحصیلات و وضعیت اقتصادی بود که توسط پژوهشگران تدوین شد.

پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان (CSL-۴): در این پژوهش به منظور تشخیص ADHD و سنجش مشکلات رفتاری کودکان از قسمت مربوط به اختلال نقص توجه همراه با بیش‌فعالی، فرم والد و معلم پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان (CSL-۴) استفاده می‌گردد.

این پرسش‌نامه که نسخه اولیه آن توسط اسپیرافکین، لانی و گادو^{۲۰} (۱۹۹۴) طراحی شده است، یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که شامل دو فرم والد و معلم می‌باشد و ۹ گروه عمده از اختلالات رفتاری را در بر می‌گیرد و شامل اختلال نقص توجه به همراه بیش‌فعالی، اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای، اختلال سلوک، اختلال اضطرابی، اختلالات تیک، اختلال وسواس فکری - عملی، اختلالات روان‌پریشی، اختلالات خلقی، اختلالات فراگیر رشد و اختلالات دفع است (محمداسماعیل، ۱۳۸۰).

در مطالعه‌ای که توسط گادو و اسپیرافکین انجام گرفت، اعتبار پرسش‌نامه علائم مرضی کودک (۴ CSL) به روش اجرای مجدد تست و با فاصله زمانی ۶ هفته روی ۷۵ پسر سنین ۶ و ۱۰ سال مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها و همبستگی‌های به دست آمده از دو بار اجرای پرسش‌نامه CSL۴ هم در مورد نمره‌های شدت و هم غربال‌کننده برای اختلال ADHD پرسش‌نامه CSL۴ به ترتیب به شکل زیر گزارش شد: نوع عدم توجه ADHD ($r=0.77, r=0.76$)، نوع تکانشی - بیش‌فعالی ADHD ($r=0.82, r=0.72$)، نوع مرکب ADHD ($r=0.78, r=0.66$).

در ایران نیز مطالعه‌ای توسط توکل‌زاده (۱۳۷۵) با هدف کلی تعیین میزان شیوع اختلال‌های رفتار ایدایی و کاستی توجه روی ۴۰۰ دانش‌آموز دبستانی شهر گناباد (۲۲۰ پسر و ۱۲۸ دختر) انجام گرفت که علاوه بر شیوع، اعتبار و حساسیت و ویژگی اختلال‌های مذکور نیز روی ۱۰۰ نفر از دانش‌آموزان جمعیت نمونه محاسبه گردید. به نحوی که حساسیت پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان بر اساس بهترین نمره برش ۷ برای اختلال بیش‌فعالی - کاستی توجه، ۰/۷۵ و ویژگی آن ۰/۹۲ به دست آمد. علاوه بر این، اعتبار پرسش‌نامه نیز برای هر دو فرم والد و معلم به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۳ برآورد شد.

هم‌چنین در مطالعه‌ای که توسط محمد اسماعیل (۱۳۸۰) روی دانش‌آموزان ۶ تا ۱۴ ساله شهر تهران انجام پذیرفت، در اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی، نمره ۹ با حساسیت ۰/۹۱ و ویژگی ۰/۹۷ و در اختلال کاستی توجه همراه با نوع بی‌توجهی غالب، نمره ۹ با ویژگی ۰/۹۷ و حساسیت ۰/۸۸ و برای اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی نوع بیش‌فعالی غالب، نمره ۸ با همان ویژگی و حساسیت به عنوان نمره برش تشخیص ADHD به دست آمد (محمد اسماعیل، ۱۳۸۳).

روش تحلیل داده‌ها: داده‌های این پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در سطح توصیفی اطلاعات حاصل با استفاده از جداول توصیفی خلاصه گشتند. برای داده‌های کمی پژوهش، جداول توزیع فراوانی رسم گشته، میانگین، واریانس و انحراف معیار نیز محاسبه گشته و مقایسه‌ای در سطح توصیفی صورت گرفته است.

در سطح استنباطی از روش تحلیل واریانس استفاده شده و در صورت معنی‌دار شدن تفاوت بین میانگین‌ها برای مشخص کردن این‌که دقیقاً کدام گروه‌ها با هم تفاوت دارند و با توجه به این‌که حجم نمونه‌های مورد بررسی نابرابرند، از آزمون شفه استفاده شده است.

یافته‌ها

بررسی تأثیر روش درمانی مورد استفاده بر کاهش علائم مرضی ADHD براساس گزارش معلمین. در جدول ۱ داده‌های توصیفی مربوط به تأثیر روش درمانی مورد استفاده بر کاهش علائم مرضی دختران دبستانی مبتلا به ADHD بر اساس گزارش معلمین آورده شده است.

جدول ۱: داده‌های توصیفی مربوط به تأثیر روش درمانی مورد استفاده بر کاهش

علائم مرضی ADHD بر اساس گزارش معلمین

نوع گروه	تعداد	میانگین کاهش علائم	انحراف معیار	Min	Max
آموزش نظارت بر رفتار	۱۱	۱۴/۹۱	۱۳/۱۹۴	-۱۰	۳۰
آموزش خودنظارتی	۱۲	۱۵/۴۲	۱۶/۳۴۰	-۶	۳۹
گروه کنترل	۱۱	۱۴/۸۲	۱۰/۱۳۷	۰	۳۰
کل	۳۴	۱۵/۰۶	۱۳/۱۵۲	-۱۰	۳۹

همان‌گونه که در جدول ۱ نیز مشاهده می‌کنیم، مشخص است که بر اساس گزارش معلمین، میانگین کاهش علائم مرضی ADHD در گروهی که مورد آموزش راهبرد خودنظارتی قرار گرفته‌اند بیش از دو گروه دیگر می‌باشد اما تفاوت میانگین گروه آموزش نظارت بر رفتار و گروه کنترل مشهود نیست. برای ارزیابی معناداری این تفاوت از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شده است که نتایج حاصل در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲: بررسی معناداری تفاوت حاصل از تأثیر روش درمانی مورد استفاده بر

کاهش علائم مرضی ADHD بر اساس گزارش معلمین

منبع تغییرات	مجموع تغییرات	df	میانگین تغییرات	F	P
بین گروه‌ها	۲/۴۲۰	۲	۱/۲۱۰	۰/۰۰۷	۰/۹۹۳
درون گروه‌ها	۵۷۰۵/۴۶۲	۳۱	۱۸۴/۰۴۷		
جمع	۵۷۰۷/۸۸۲	۳۳			

با توجه به نتیجه آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه که در جدول ۲ آورده شده است، مشخص می‌شود که این تفاوت از نظر آماری معنادار نمی‌باشد ($F_{0.007}$ و $P_{0.993}$). در نتیجه طبق گزارش معلمین، آموزش نظارت بر رفتار به مادران و آموزش راهبرد خودنظارتی به دختران ADHD باعث کاهش علائم مرضی دختران دبستانی مبتلا به ADHD نگردیده است. بررسی تأثیر روش درمانی مورد استفاده بر کاهش علائم مرضی ADHD بر اساس گزارش مادران. در جدول ۳ داده‌های توصیفی مربوط به تأثیر روش درمانی مورد استفاده بر کاهش علائم مرضی دختران دبستانی مبتلا به ADHD بر اساس گزارش مادران آورده شده است.

جدول ۳: داده‌های توصیفی مربوط به تأثیر روش درمانی مورد استفاده بر

بر اساس گزارش مادران ADHD کاهش علائم مرضی

نوع گروه	تعداد	میانگین کاهش علائم	انحراف معیار	Min	Max
آموزش نظارت بر رفتار	۱۱	۶/۹۱	۷/۴۰۹	-۹	۱۸
آموزش خودنظارتی	۱۲	۴/۹۲	۸/۹۵۹	-۱۱	۲۱
گروه کنترل	۱۱	-۲/۶۴	۴/۱۷۸	-۸	۴
کل	۳۴	۳/۱۲	۸/۱۰۴	-۱۱	۲۱

همان‌گونه که در جدول ۳ نیز مشاهده می‌کنیم، مشخص است که بر اساس گزارش مادران، میانگین کاهش علائم مرضی ADHD در گروهی که مورد آموزش نظارت بر رفتار به مادران قرار گرفته‌اند بیش از دو گروه دیگر و میانگین کاهش علائم مرضی ADHD در گروهی که مورد آموزش راهبرد خودنظارتی به کودکان قرار گرفته‌اند بیش از گروه کنترل می‌باشد. برای ارزیابی معناداری این تفاوت از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شده است که نتایج حاصل در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴: بررسی معناداری تفاوت حاصل از تأثیر روش درمانی مورد استفاده بر

کاهش علائم مرضی ADHD بر اساس گزارش مادران

منبع تغییرات	مجموع تغییرات	df	میانگین تغییرات	F	P
بین گروه‌ها	۵۶۱/۱۵۸	۲	۲۸۰/۵۷۹	۵/۴۱۵	۰/۰۱۰
درون گروه‌ها	۱۶۰۶/۳۷۱	۳۱	۵۱/۸۱۸		
جمع	۲۱۶۷/۵۲۹	۳۳			

با توجه به نتیجه آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه که در جدول ۴ آورده شده است، مشخص می‌شود که این تفاوت از نظر آماری معنادار می‌باشد ($F_{(۲,۳۱)} = ۵,۴۱۵$ و $P < ۰,۰۱۰$). در نتیجه طبق گزارش مادران، آموزش نظارت بر رفتار به مادران و آموزش راهبرد خودنظارتی به دختران ADHD باعث کاهش علائم مرضی دختران دبستانی مبتلا به ADHD می‌گردد.

اما به منظور تعیین این‌که تفاوت مشاهده شده بین کدام گروه‌ها معنی‌دار می‌باشد از آزمون شفه استفاده شده است که نتایج حاصل از آن در جدول ۵ آورده شده است.

همان‌گونه که از جدول ۵ مشخص است، در این آزمون گروه‌های مورد پژوهش دو به دو با یکدیگر مقایسه شده‌اند و در این میان تنها تفاوت ملاحظه شده بین دو گروه آموزش نظارت بر رفتار به مادران و گروه کنترل معنی‌دار بوده است ($P < ۰/۰۵$).

جدول ۵: نتایج آزمون شفه برای تعیین تفاوت بین کاهش علائم مرضی ADHD با توجه به روش‌های درمانی مورد استفاده بر اساس گزارش مادران

گروه (i)	گروه (j)	تفاوت میانگین‌ها (i-j)	خطای استاندارد	P	
				حد پایین	حد بالا
آموزش نظارت بر رفتار	آموزش خودنظارتی	۱/۹۹۲	۳/۰۰۵	۰/۸۰۴	-۵/۷۳
	گروه کنترل	۹/۵۴۵*	۳/۰۶۹	۰/۰۱۵	۱/۶۵
آموزش خودنظارتی	آموزش نظارت بر رفتار	-۱/۹۹۲	۳/۰۰۵	۰/۸۰۴	-۹/۷۲
	گروه کنترل	۷/۵۵۳	۳/۰۰۵	۰/۰۵۶	-۰/۱۷
گروه کنترل	آموزش نظارت بر رفتار	-۹/۵۴۵*	۳/۰۶۹	۰/۰۱۵	-۱۷/۴۴
	آموزش خودنظارتی	-۷/۵۵۳	۳/۰۰۵	۰/۰۵۶	-۱۵/۲۸

* $P < 0.05$

البته همان‌گونه که مشاهده می‌شود، تفاوت ملاحظه شده بین دو گروه آموزش راهبرد خودنظارتی به کودکان و گروه کنترل نیز نزدیک به معناداری می‌باشد ($P = 0.056$). اما به هر حال این تفاوت مشاهده شده از نظر آماری معنادار نمی‌باشد. بنابراین بر اساس گزارش مادران علائم مرضی ADHD در دخترانی که مادران‌شان تحت آموزش نظارت بر رفتار قرار گرفته‌اند، در مقایسه با سایر گروه‌های پژوهش، کاهش یافته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف کلی این پژوهش بررسی نقش عامل نظارت بر کاهش مشکلات رفتاری دختران مبتلا به ADHD است. از میان عوامل مختلف نظارتی، خودنظارتی (نظارت درونی) و نظارت مادر (نمونه‌ای از نظارت بیرونی) انتخاب گشته و اثربخشی آن‌ها مورد مقایسه قرار گرفته است. فرضیه اصلی این پژوهش این است که عامل نظارت بدون استفاده از دارو باعث کاهش علائم مرضی دختران دبستانی مبتلا به ADHD می‌گردد. به عبارت دیگر علائم مرضی ADHD دختران دبستانی مبتلا به این اختلال که مادران‌شان تحت آموزش مهارت‌های فرزندپروری قرار گرفته‌اند و یا خودشان تحت آموزش راهبرد خودنظارتی قرار گرفتند، نسبت به دختران دبستانی مبتلا به ADHD که مادران‌شان و یا خودشان تحت آموزشی قرار نگرفته‌اند، کاهش می‌یابد. به منظور بررسی دقیق‌تر، این فرضیه به دو فرضیه کوچک‌تر تقسیم شده است که در هر یک به بررسی فرضیه اصلی بر اساس گزارش معلمین یا بر اساس گزارش مادران پرداخته می‌شود. و هر دو فرضیه بر این نکته تأکید داشتند که

بر اساس گزارش معلمین و مادران علائم مرضی ADHD دختران دبستانی مبتلا به این اختلال که مادران‌شان تحت آموزش نظارت بر رفتار قرار گرفته‌اند و یا خودشان تحت آموزش راهبرد خودنظارتی قرار گرفته‌اند نسبت به دختران دبستانی مبتلا به ADHD که مادران‌شان و یا خودشان تحت آموزشی قرار نگرفته‌اند، کاهش می‌یابد. جهت ارزیابی فرضیه‌ها از طرح نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد و نتایج حاصل مورد بررسی و تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. در بررسی اثربخشی آموزش نظارت بر رفتار به مادران و آموزش راهبرد خودنظارتی به کودکان درباره کاهش علائم مرضی کودکان بر اساس گزارش معلمین مشخص شد که طبق گزارش معلمین، آموزش نظارت بر رفتار به مادران و آموزش راهبرد خودنظارتی به دختران ADHD باعث کاهش علائم مرضی دختران دبستانی مبتلا به ADHD نمی‌گردد و تفاوت مشاهده شده، از نظر آماری معنادار نمی‌باشد. در حالی که در بررسی اثربخشی آموزش نظارت بر رفتار به مادران و آموزش راهبرد خودنظارتی به کودکان در کاهش علائم مرضی کودکان بر اساس گزارش مادران مشخص شد که طبق گزارش مادران، آموزش نظارت بر رفتار به مادران و آموزش راهبرد خودنظارتی به دختران ADHD باعث کاهش علائم مرضی دختران دبستانی مبتلا به ADHD می‌گردد ولی بررسی معناداری این تفاوت‌های مشاهده‌شده نشان داد که تنها تفاوت ملاحظه شده بین دو گروه آموزش نظارت بر رفتار به مادران و گروه کنترل معنی‌دار بوده است ($P < 0.05$).

اگرچه تفاوت ملاحظه شده بین دو گروه آموزش راهبرد خودنظارتی به کودکان و گروه کنترل نیز نزدیک به معناداری بود ($P = 0.056$)، اما به هر حال تفاوت مشاهده شده از نظر آماری معنادار نمی‌باشد. بنابراین بر اساس گزارش مادران علائم مرضی ADHD در دخترانی که مادران‌شان تحت آموزش نظارت بر رفتار قرار گرفته‌اند، در مقایسه با سایر گروه‌های پژوهش، کاهش یافته است.

بحث در پرتو یافته‌های پیشین

همان‌گونه که پیش‌تر گفته شد، یافته‌ها نشان داد که بر اساس گزارش مادران استفاده از روش آموزش نظارت بر رفتار به مادران در کاهش علائم مرضی ADHD مؤثر بوده است در حالی که گزارش معلمین حاکی از این اثربخشی نبود. مؤثر بودن استفاده از این روش در کاهش علائم مرضی ADHD با یافته‌های پژوهش‌های خارجی که توسط بارکلی (۱۹۹۰، ۱۹۸۳، ۱۹۸۱)، فورهند و همکاران (۱۹۷۹)، پید، روبرتز، فورهند (۱۹۸۴)، کونینگ هام (۱۹۹۳، ۱۹۹۰)، آناستاپولوس و همکاران (۱۹۹۳، ۱۹۹۲)، کانت ول (۱۹۹۶)، چرونیس، جنس و راگی (۲۰۰۶)، فورهند و کینگ (۱۹۹۷)، پید و همکاران (۱۹۹۷)، دانفورز، هاروی، یولاسزگ و مک کی (۲۰۰۶) انجام پذیرفته است، هم‌سو بوده و همچنین با یافته‌های پژوهش‌های داخلی که توسط فتحی (۱۳۷۴)، علاقبندراد (۱۳۷۹)، حاجبی، حکیم شوشتری، خواجه‌الدین (۱۳۸۲) و قنبری (۱۳۸۵) صورت پذیرفته است، هم‌سو

می‌باشد. اما نکته قابل توجه این است که این روش تنها بر اساس گزارش مادران مؤثر بوده است و بر اساس گزارش معلمین مؤثر نبوده است. در این زمینه ذکر چند نکته می‌تواند راهگشا باشد.

اولین نکته این است که در زمینه حساس بودن به نشانه‌های مرضی کودکان، مشخص شده است که کلاً فرم والد پرسش‌نامه ۴-CSI در مقایسه با فرم معلم این پرسش‌نامه از اعتبار بالاتر و نقاط برش مناسب‌تری برای شناسایی و غربال کودکان مشکل‌دار از کودکان عادی برخوردار است. چنین به نظر می‌رسد که اکثریت معلمان در مورد اختلال‌های رفتاری و هیجانی کودکان و نشانه‌های مربوط به آن‌ها آگاهی و اطلاعات کمی داشته و توجه کافی نیز به وضعیت رفتاری و روانی کودکان نشان نمی‌دهند. چنانچه اظهارنظرهای آنان در زمینه مطابقت وضعیت رفتاری کودک با ملاک‌های تشخیصی یک اختلال خاص اغلب با گزارش‌های ارائه شده از طرف والدین و هم‌چنین تشخیص روان‌پزشک تفاوت دارد. گرچه والدین نیز آگاهی کافی در زمینه اختلالات رفتاری رایج کودکان نظیر ADHD ندارند، اما نتایج به دست آمده در زمینه اعتبار فرم‌های والد و معلم پرسش‌نامه ۴-CSI نشان می‌دهد که توجه و دقت والدین در مورد نشانه‌های رفتاری یا تغییرات رفتاری فرزندان‌شان بالاتر از معلمان بوده و هماهنگی بیشتری با نظر روان‌پزشکان دارد (محمد اسماعیل، ۱۳۸۰). شاید این مسئله منجر به این شده است که اجرای روش آموزش نظارت بر رفتار به مادران در کاهش علائم مرضی ADHD از نظر مادران مؤثر تلقی شده اما از نظر معلمین مؤثر تلقی نشده است.

دومین نکته این‌که هماهنگی با پژوهشی که توسط موناسترا و همکاران (۲۰۰۲) انجام پذیرفته است مشخص شده است که آموزش نظارت بر رفتار به والدین اثرات معناداری بر کاهش مشکلات رفتاری کودک در منزل و نه در مدرسه بر جای می‌گذارد.

اما یافته دیگر این پژوهش حاکی از این است که بر اساس گزارش مادران و معلمین استفاده از روش آموزش راهبرد خودنظارتی در کاهش علائم مرضی ADHD مؤثر نبوده است. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های خارجی که توسط پاولی کی (۱۹۷۶)، زیکولا، سودارگاس و واهلر (۱۹۸۱)، وود و فلین (۱۹۷۸)، ورکمن و کاتز (۱۹۹۵)، مولتزکی (۱۹۷۴) و با یافته‌های پژوهش‌های داخلی که توسط اشتری‌زاده و علی‌پور (۱۳۸۲) و به‌پژوه و همکاران (۱۳۸۳) انجام پذیرفت، ناهم‌سو است. البته با توجه به این‌که نتایج حاصل از تفاوت ملاحظه شده بین دو گروه آموزش راهبرد خودنظارتی به کودکان و گروه کنترل نیز نزدیک به معناداری بود ($P=0,056$) شاید این اختلاف کم تا سطح معناداری را بتوان ناشی از خطاهای اندازه‌گیری و یا گزارش‌های مادران به حساب آورد.

اما در هر حال بر اساس این پژوهش مشخص شده است که بر پایه گزارش مادران، استفاده از روش آموزش نظارت بر رفتار به مادران در کاهش علائم مرضی ADHD کودکان مؤثر بوده است، در حالی که استفاده از روش آموزش راهبرد خودنظارتی این اثربخشی را نداشته است. اما علت تأثیر آموزش نظارت بر رفتار به والدین در کاهش علائم مرضی ADHD چیست؟ عده‌ای از پژوهشگران

معتقدند که آموزش مهارت‌های فرزندپروری و نظارت به مادران به کاهش استرس آن‌ها (دانفورز، هاروی، یولاسزگ و مک کی، ۲۰۰۶؛ فرزادفر، ۱۳۸۵؛ سلیمی، ۱۳۸۶؛ روشن‌بین و همکاران، ۱۳۸۶) و افزایش دانش آن‌ها (وینبرگ، ۱۹۹۹)، بهبود مهارت‌های رفتاری آن‌ها (کونینگ هام و همکاران، ۱۹۹۳؛ آناستاپولوس و همکاران ۱۹۹۲ و ۱۹۹۳؛ دانفورز، هاروی، یولاسزگ و مک کی، ۲۰۰۶؛ بل، ۱۹۶۸)، افزایش سلامت روانی، اعتماد به نفس و احساس صلاحیت آن‌ها (کانت ول، ۱۹۹۶) منجر می‌گردد و کاهش استرس مادران به کاهش تعارض‌های خانوادگی منجر شده و همچنین منجر به کاهش علائم مرضی ADHD در کودکان‌شان می‌گردد.

هم‌چنین در مورد این قضیه که چرا آموزش نظارت بر رفتار به والدین مؤثر بوده اما آموزش راهبرد خودنظارتی به همان نسبت مؤثر نبوده است، این مسئله مطرح می‌شود که شاید پایین بودن سن کودکانی که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته‌اند در اثربخشی درمان مؤثر بوده است. هماهنگ با تحقیق دلی و همکاران (۲۰۰۷) مشاهده شده که کودکان با سن پایین‌تر، برای ارضای نیازهای اساسی بیشتر به والدین وابسته هستند و در نتیجه ممکن است همین وابستگی منجر به اثربخشی بیشتر روش آموزش نظارت بر رفتار گشته باشد. بنابراین به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مهارت‌های نظارت بر رفتار به مادران می‌تواند به عنوان مداخله سودمندی در جهت کاهش علائم مرضی ADHD در کودکان باشد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز همراه بود که عبارتند از:

- انجام نگرفتن مطالعات پیگیری جهت سنجش پایداری اثرات حاصل از به‌کارگیری روش آموزشی بر علائم مرضی ADHD
- کوتاه و فشرده بودن زمان دوره‌های آموزشی برگزار شده (۱ ماهه به صورت هفته‌ای ۲،۳ جلسه).

- عدم استفاده از روان‌پزشک در تشخیص کودکان مبتلا به ADHD که اگر مورد استفاده قرار می‌گرفت، تشخیص این کودکان با اعتبار بیشتری همراه بود.

با توجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش و با توجه به شیوع قابل توجه اختلال ADHD در کودکان دبستانی، پیشنهاد می‌شود، با هدف آگاه‌سازی و بالا بردن مهارت‌های رفتاری والدین و کودکان به منظور پیشگیری و درمان اختلالات رفتاری به ویژه اختلال ADHD در کودکان، جزوات و کارگاه‌های آموزشی نظارت بر رفتار هم برای والدین و هم برای خود کودکان در سطح ملی طراحی و اجرا گردند. هم‌چنین با توجه به مهم بودن نقش معلم در تشخیص و هم‌چنین رفتار با کودکان دبستانی، پیشنهاد می‌شود دوره‌هایی جهت آموزش معلمان در زمینه این اختلال و نحوه رفتار با کودکان مبتلا به ADHD در سطح کلان اجرا شود.

پی‌نوشت‌ها

- | | |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder | 11. Natan |
| 2. Berkley | 12. Mcmenamy |
| 3. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders | 13. Fabiano |
| 4. Voeller | 14. Xie |
| 5. Board | 15. Pauly key |
| 6. Shaffer | 16. Bradly& Godd |
| 7. Arnold | 17. Wood&Flynn |
| 8. Gob & Carlson | 18. Workman & Kuts |
| 9. Hoza | 19. Jones & etal |
| 10. Sonoga | 20. Sprafkin, Loney & Gadow |

منابع

- اشتری‌زاده، ل. علی‌پور، ا. (۱۳۸۱)؛ بررسی تأثیر آموزش خودکنترلی (خودنظارتی) در کودکان دارای اختلال نقص توجه؛ پژوهشکده کودکان استثنایی، سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور.
- بختیاری اسفندقه، ف. مولوی، ح. ملک‌پور، م. تأثیر شیوه آموزش به خود دستور دادن بر عملکرد حل مسئله ریاضی و میزان توجه دانش‌آموزان دختر تکانشی؛ *مجله تازه‌های علوم شناختی*، سال ۴، شماره ۱، ۱۳۸۱.
- به‌پژوه، ا. غباری بناب، ب. علی‌زاده، ح. همتی علم دارلو، ق. (۱۳۸۳)؛ تأثیر آموزش فنون کنترل خود بر بهبود مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی؛ *مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، شماره ۷ (پیاپی ۲۳)، بهار ۱۳۸۶، صص ۱۸-۱.
- بهدانی، ف. حبرانی، پ. (۱۳۸۴)؛ مقایسه اختلالات همراه در دختران و پسران مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی (ADHD)؛ *مجله افق دانش*، دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی گناباد، دوره ۱۱، شماره ۴، سال ۱۳۸۴.
- جمشیدی عینی، ش. (۱۳۷۵)؛ بررسی رابطه شیوه‌های نگرش فرزندپروری و خلاقیت؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- خوشایی، ک. (۱۳۸۵)؛ بررسی تأثیر برنامه آموزش گروهی مدیریت والدین متناسب با فرهنگ ایرانی در کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی و مقایسه آن با دارودرمانی؛ www.rehabiran.net.
- روشن‌بین، م. پوراعتماد، ح. خوشایی، ک. (۱۳۸۶)، تأثیر آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر استرس والدگری مادران کودکان ۴ تا ۱۰ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه؛ *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، سال سوم، شماره ۱۰، تابستان ۱۳۸۶.
- زرگری‌نژاد، غ. یکه‌یزدان‌دوست، ر. (۱۳۸۵)؛ اثربخشی آموزش والدین بر مشکلات رفتاری کودکان ADHD (مطالعه تک‌موردی)؛ *مجله مطالعات روانشناختی*، دوره ۳، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۶، صص ۴۸-۲۹.
- شهیم، س. مهرانگیز، ل. یوسفی، ف. (۱۳۸۶)؛ شیوع اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی در کودکان دبستانی؛ *مجله بیماری‌های کودکان ایران*، دوره ۱۷ (ویژه‌نامه ۲)، پاییز ۱۳۸۶، صص ۲۱۶-۲۱۱.
- علیزاده، ح. (۱۳۸۴)؛ تبیین نظری اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی: الگوی بازداری رفتاری و ماهیت خودکنترلی؛ *مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، سال پنجم، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۴، ۳۴۸-۳۲۳.

قشنگ، ن. (۱۳۸۲)؛ تأثیر آموزش مادران بر کاهش تنیدگی رابطه مادر- کودک؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه شهید بهشتی.

فطین‌حور، ش. (۱۳۷۵)؛ بررسی رابطه اختلالات رفتاری با شیوه‌های فرزندپروری مادران بین دانش‌آموزان پسر کلاس‌های چهارم و پنجم ابتدایی شهر اردبیل در سال تحصیلی ۷۵-۷۴؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد؛ دانشگاه تربیت معلم.

قنبری، س. (۱۳۸۵)؛ بررسی اثربخشی آموزش رفتاری والدین در کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودکان ۷ تا ۹ سال؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی؛ دانشگاه شهید بهشتی

محمداسماعیل، ا. (۱۳۸۰)؛ بررسی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش اختلال‌های پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان (۴-CSI) روی دانش‌آموزان ۶ تا ۱۴ ساله مدارس ابتدایی و راهنمایی شهر تهران، پژوهشکده کودکان استثنایی، سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور.

هادیانفرد، ح. نجاریان، ب. شکرکن، ح. مهرابی‌زاده هنرمند، م. (۱۳۷۹)؛ مقایسه اثربخشی سه روش روان‌درمانی در کاهش اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی کودکان پسر دبستانی پایه‌های سوم و چهارم شهر شیراز؛ مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره سوم، سال هفتم، شماره‌های ۱ و ۲، صص ۵۴-۲۹.

هاشمی نصرت‌آباد، ت. مرادی، ع. فرزاد، و. کاویانی، ح. (۱۳۸۶)؛ تأثیر آموزش خودگردانی رفتارهای توجهی، خودگردانی رفتارهای انگیزشی و خودآموزی کلامی بر کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی؛ مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۷، تابستان ۱۳۸۶، صص ۱۵۴-۱۲۹.

Alizade. H; (2002); Interaction of parenting styles and attention deficit hyperactivity disorder in Iranian parents; *Journal Child&Family Behavior Therapy*;2002.

Anastopoulos. A; (1993); Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning; www.sciencedirect.com

Augusto Rohde. L, Szobet C, Polanczyk G, Schmits.M, Martins.S, Tramontina.S; Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a Divers Culture; *BIOL;Society of Biological Psychiatry*; 2005; 1436-1441 ;www.sciencedirect.com

Barkley. R. A; (1997); Advancing age Declining ADHD; *American Journal Of Psychiatry*, 154, 1323-1324.

Biederman. J, Spencer. T; (1999); Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder(ADHD) as a Noradrenergic Disorder; *Biol Psychiatry* 1999; 46: 1234-1242; www.sciencedirect.com.

Bradley. J. D. D, Golden. C. J; (2001); Biological Contributions to the presentation and understanding of attention-deficit/hyperactivity disorder: a review; *Journal of Clinical psychology Review* , vol 21 . No.6, pp 907-929.

Chi. Terry C; (2002); Mother-Child Relationship Of Children With ADHD; *Journal of Abnormal Child Psychology*; Agust2002.

Chronis. M. A, Jones. H. A, Raggi. V. L; (2006); Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention - deficit/hyperactivity disorder; www.sciencedirect.com.

Clarke. A. R, Barry. R. J, McCarthy. R, Selikowitz. M, Clarke. D. C, Croft. R. J; (2003); EEG activity in girls with attention-defficit/hyperactivity disorder; *journal Clinical Neurophysiology*, 114(2003). 319-328.

Corkum. P, Humphries. K, Mullane. J. C, Theriault. F; (2008); Private speech in children with ADHD and their typically developing peers during problem-solving and inhibition tasks; *Journal of Contemporary Educational Psychology* 33.97-115.

- Daly. B. P, Creed. T, Xanthopoulos. S. M, Ronald. T; (2007); Psychosocial treatments for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychol Review*, vol.17, pp73-79.
- Fabiano. G. A and etal; (2012); A Waitlist-Controlled Trial of Behavioral Parent Training for Fathers of Children with ADHD; *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* Volume 41, Issue 3, 2012.
- Ghuman. J. K, Ghuman. H. S; (2014); ADHD in preschool children(assessment and treatment); Oxford university press.
- Graham. J, Seth. S, Coghill. D; What's new in ADHD; www.sciencedirect.com
- Hoza. Betsy, Johnson. Charlotte, Pillow. David R, Ascough. James C; (2006); Predicting Treatment response for childhood attention-deficit/hyperactivity disorder: Introduction of a heuristic model to guide research; *Applied and preventive psychology*, 11(2006),215-229.
- Hoza, B.; Mrug, S.; Gerdes, A. C.; Hinshaw, S. P.; Bukowski, W. M.; Gold, J. A.; Kraemer, H. C.; Pelham, W. E.; Wigal, T. & Arnold, L. E.; (2005); What aspects of peer relationships are impaired in children with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder?; *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (3), 411-423.
- Jones. H. A, Rabinovitch. A. E, Hubbard. R. R; (2012); ADHD symptoms and Academic adjustment to college: the role of parenting style; *Journal of attention disorders*;18(2); february 2012.
- Kutcher. Stan, Aman. Michael, Brooks. Sarah J, Buitelaar. Jan, Van Doalen. Emma, Findling. Robert L, Fisman. Sandra, Greenhill. Laurence. L, Huss. Michael, Kusumakar. Vivek, Pine. Daniel, Taylor. Eric, Tyano. Sam; (2004); International Consensus Statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behavior disorders (DBDS): Clinical implications and treatment practice suggestions; *Journal European Neuropsychopharmacology* 14(2004),11-28.
- McMenamy.Jannette M, Perrin. Ellen C, Wisner. Marianne; (2005); Age-related Differences how children with ADHD understand their condition: Biological or psychological causality? ; *Applied Developmental psychology*, 26(2005),111-131.
- Ralston. S, Zuddas. A, Nuijten. M; (2007); There are significant barriers to the diagnosis and treatment of ADHD in Europe; *MEDTAP International Inc*, The netherlands..
- So.Cheryl Y. C, Leung. Patrick. W. L, Hung. Se-Fong; (2008); Treatment Effectiveness Of Combined Medication/Behavioral Treatment With Chinese ADHD Children In Routine Practice; *Journal Behaviour Research and Therapy* 2008;doi :10.1016.
- Voeller. Kytjak. S; (2005); Attention-Deficit Hyperactivity Disorder(ADHD); *Journal Child Neurology*; 19:798-814.
- Waschbusch. D. A, Kipp. H. L, Pelham. W. E; (1998); Generalization of behavioral and psychostimulant treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): discussion and examples; *Journal of Behavioral Research and Therapy* 36(1998) 675-694.
- Workman A. Edward, Katz. Alan. M; (1995); *Teaching behavioral self control to students; Second edition*; by PRO-ED , Inc.
- Xie, J. Faye Dixon, Ong Min Yee, Junshun Zhang, Y. Ann Chen, Sascha DeAngelo, Peter Yellowlees, Robert Hendren, and Julie B. Schweitzer;(2013); *A Study on the Effectiveness of Videoconferencing on Teaching Parent Training Skills to Parents of Children with ADHD*; *Telemedicine and e-Health*. March 2013, 19(3): 192-199.