

اثربخشی آموزش مهارتهای مدیریت کودک به مادران در کاهش علایم بیش فعالی - کمبود توجه

هادی پردل^۱، دکتر مجید محمود علیلو^۲، آذر تاجور^۳

و مریم حجازی پور^۴

دریافت مقاله Nov 22, 2013
پدیرش مقاله March 08, 2013

اختلال نقص توجه و بیش فعالی، اختلالی است که در دوره ی کودکی ظاهر می شود و مشکلات متعددی را برای خانواده ها به همراه می آورد. هدف پژوهش حاضر، اثربخشی آموزش های مدیریت کودک به مادران در کاهش علایم اختلال نقص توجه و بیش فعالی کودکان آنها بود. بدین منظور، طی یک پژوهش نیمه پژوهشی با پیش آزمون و پس آزمون و گمارش تصادفی، ۲۴ نفر از مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش کاربندی شدند. مادران گروه آزمایش، ۹ جلسه ی آموزش مهارت های مدیریت کودک را دریافت کردند. قبل و بعد از اجرای مداخله، هر دو گروه با استفاده از مصاحبه ی بالینی و مقیاس سنجش اختلال نقص توجه و بیش فعالی کودکان، در مورد فرزندانشان مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که آموزش مهارت های مدیریت کودک موجب کاهش نشانه های بیش فعالی و تکانش گری شده اما روی نقص توجه تاثیری نداشته است. با توجه به مشخص شدن اثر بخشی این برنامه ی آموزشی می توان آن را در سطح جامعه در جهت رفع ضعف مهارت های مادران در برخورد با کودکانشان و در راستای برنامه های پیشگیرانه به کار برد.

واژه های کلیدی: اختلال نقص توجه و بیش فعالی، مهارت های مدیریت کودک، والدین

مقدمه

اختلال نقص توجه و بیش فعالی^۵ (ADHD) اختلالی است که در دوره ی کودکی ظاهر و احتمالاً تا بزرگسالی ادامه می یابد. نشانه های اصلی این اختلال، کمبود توجه، بیش فعالی و تکانش گری

۱. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران (نویسنده ی مسول) h.pordel2@yahoo.com

۲. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۳. کارشناس ارشد مدیریت آموزش

۴. دبیر آموزش و پرورش

است (شایوتیز و شایوتیز، ۱۹۹۲؛ از ارتیتر، ۱۹۹۸). شاید بتوان گفت که در تاریخچه ی روان شناسی بالینی، هیچ اختلالی به اندازه ی اختلال نقص توجه و بیش فعالی، بحث انگیز و موجد بحث عمومی نبوده است. این اختلال، به عنوان یک الگوی پایدار از بی توجهی یا بیش فعالی و تکانش گری تعریف شده است که به طور مکرر نمایش داده می شود و شدت این رفتارها به مراتب نسبت به گروه همسالان آنها بیشتر است (انجمن روان پزشکی امریکا، ۲۰۰۰) و حدود ۳ تا ۵ درصد کودکان، قبل از ۷ سالگی تحت تاثیر علائم آن قرار می گیرند (نیر، ایهمیر، بتامن، نیر، لاین، ۲۰۰۶). اختلال نقص توجه و بیش فعالی، یک اختلال مزمن رایج در کودکان است (ون کلیو، لسل، ۲۰۰۸) که ۳۰ تا ۵۰ درصد موارد تا بزرگسالی نیز ادامه می یابد (بالینت، کذبور، مسزاروس، سیمون، بیتر، ۲۰۰۸). برآورد شده است که ۴/۷ درصد از بزرگسالان آمریکایی به اختلال نقص توجه و بیش فعالی مبتلا هستند (بارکلی، راسل، ۲۰۰۷).

نوجوانان و بزرگسالانی که مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی هستند از مکانیسم های مقابله ای خاصی برای جبران بعضی یا همه ی علائم اختلال خود استفاده می کنند (جتیل، جولیه، ۲۰۰۴). انجام بسیاری از مسایل زندگی که اغلب مردم عادی آنها را به سادگی انجام می دهند، در واقع، برای افراد مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی، انجام همان کارها به دشواری صورت می گیرد (بارکلی و راسل، ۲۰۰۷). در پسران نیز اختلال نقص توجه و بیش فعالی ۲ تا ۴ برابر بیشتر از دختران تشخیص داده می شود (دالکن، ۱۹۹۸؛ سینگ، ۲۰۰۸)، اگر چه بعضی از بررسی ها نشان می دهد که این تفاوت به احتمال زیاد ناشی از سوگیری ذهنی معلمان باشد اما طیف گسترده ای از پژوهش های روان شناختی و روان پزشکی به بررسی این اختلال از زاویه ی اثر بخشی مداخلات درمانگری اختصاص یافته است. اختلال نقص توجه- بیش فعالی و تشخیص و درمان های مرتبط با آن، از دهه ی ۱۹۷۰ بسیار بحث انگیز بوده است (پاریلو، وینکنت، ۲۰۰۸).

تاکنون، روش های مختلفی برای مداخله در وضعیت این کودکان و خانواده های آنها صورت گرفته است و آموزش مدیریت کودک به والدین و به ویژه مادران، به دلیل ویژگی های منحصر به فرد خود، توجه زیادی را برانگیخته است. در این نوع درمان، برنامه ی اصلاح رفتار کودک در محیط طبیعی منزل توسط والدین و به ویژه مادران که بیشترین تماس را با او دارند، اجرا می شود. مزیت دیگر این رویکرد بر سایر روش ها آن است که جنبه های مختلفی از عملکرد والدینی و خانوادگی را تحت تاثیر قرار می دهد. در آموزش مدیریت کودک، بر کل واحد خانواده و تاثیر

آن بر کودک تاکید می شود. در این روش، نگرانی هایی که والدین راجع به علل، درمان و پیش آگهی اختلال فرزندشان داشته اند، در جلسات آموزشی مورد بحث قرار می گیرد و اطلاعات و حمایت لازم برای والدین فراهم می آید. به دلیل تنوع مشکلات مربوط به اختلال نقص توجه و بیش فعالی، مسلماً امکان آنکه یک نوع درمان به تنهایی بتواند تمام الزامات درمانی این اختلال را پوشش دهد وجود ندارد و به همین دلیل متخصصان بالینی اغلب راهبردهای درمانی متعددی در ترکیب با هم اتخاذ می کنند تا هر یک جنبه ی متفاوتی از مشکلات روانی-اجتماعی کودک را مدنظر قرار دهند. هیچ یک از مداخلات درمانی، نباید به عنوان تنها شفا دهنده ی اختلال نقص توجه و بیش فعالی در نظر گرفته شود و رمز اثربخشی هر مداخله در تداوم آن در مدت زمان طولانی است.

از میان مداخلات مختلف که درباره ی اختلال نقص توجه و بیش فعالی مطرح شده است، آموزش مدیریت کودک به دلیل آنکه والدین را به مهارت هایی در کنترل رفتار کودک مسلط می سازد امکان تداوم بیش تری دارد؛ مانند دیگر اشکال آسیب شناسی کودک، یکی از مهمترین عناصر در درمان بیش فعالی کودک مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی، مشاوره و آموزش مدیریت کودک به والدین در مورد خاصیت، علل، سیر، پیش آگهی و درمان این اختلال است. در آموزش مدیریت کودک، والدین و به ویژه مادران، می آموزند که چگونه رفتار کودک را اداره کنند و بر آن تاثیر بگذارند. در این روش، تمام اصول رفتاری، مورد استفاده قرار می گیرد و بر برخی مولفه های آموزشی مانند یادگیری درباره ی اختلال نقص توجه و بیش فعالی، تاکید بر رابطه ی والد-کودک، افزایش مهارت های ارتباطی و درک اصول اداره ی رفتار (افزایش مهارت های توجه کردن، تقویت رفتاری، استفاده از تقویت کننده ها، محروم سازی) تاکید می شود. پلهام و کارلسون، سامز، والانو، دیکسون و همکاران (۱۹۹۸) در ارزیابی مقایسه ی روش های روانی-اجتماعی برای کودکان دارای این اختلال، دریافتند که آموزش والدین و به ویژه مادران، می تواند مفیدتر از روش های شناختی باشد و بر آموزش والدین و به ویژه مادران کودکان دچار اختلال نقص توجه بیش فعالی هم به صورت گروهی (پیسترمن، ۱۹۸۹) و هم به صورت انفرادی (سونگبارک، دالی، تامپسون، لاور-برادبری و ویکز، ۲۰۰۱؛ از جمالی، ۲۰۰۶) تاکید شده است. آموزش تعامل سالم والدین-فرزند، می تواند نشانه های درون نمود را در کودکان پیش دبستانی کاهش دهد و گزارش شده است که این تعامل، مهمترین متغیر در پیش بینی درمان موفق برای

کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی با اختلال نافرمانی مقابله ای و اختلال سلوک است (گریزنکو، ۱۹۹۷) به طور کلی، کودکان با اختلال بیش فعالی، اثری بسیار قوی بر والدین خود می گذارند ولی با این حال، تاکید شده است که این تاثیر را نباید بیش از اندازه تلقی کرد و والدین نیز می توانند در زمینه های متفاوت به فرزندشان کمک کنند (بارکلی، ۱۹۸۲). با توجه به موارد ذکرشده ی بالا، پرسش اصلی پژوهش حاضر این بود که آموزش مدیریت کودک به مادران تا چه اندازه بر کاهش مشکلات بی توجهی، بیش فعالی و تکانش گری کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی می تواند موثر باشد.

روش

پژوهش حاضر، یک مطالعه ی نیمه آزمایش بود که بر اساس طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل صورت گرفته است. جامعه ی این پژوهش، والدین کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی در استان همدان بود. از این جامعه، ۲۴ نفر از مادران کودکان ۷-۱۲ ساله ی مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی که به کلینیک های اختلالات رفتاری کودکان و مرکز مشاوره ی فرهنگیان مراجعه کرده و ملاک های ورود به طرح را نیز داشتند، به شیوه ی نمونه گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه کاربندی شدند. ملاک های ورود به طرح، داشتن کودک ۷-۱۲ ساله ی مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی، براساس معیارهای DSM-IV-TR با تشخیص متخصص روانپزشک و روان شناس بالینی که حداقل ۶ ماه تحت درمان دارویی با ریتالین باشد، پایه ی تحصیلی حداقل دیپلم برای مادران، سطح اقتصادی- اجتماعی حداقل متوسط، عدم همبودی اختلالات روانپزشکی دیگر در حال حاضر، شرکت دوطلبانه ی مادران در تحقیق و تعهد برای به پایان رساندن تمام جلسات آموزشی بود. گروه آزمایش، در معرض متغیر آزمایش و برنامه ی آموزش مهارت های مدیریت کودک قرار گرفت و گروه کنترل در معرض متغیر آزمایش واقع نشد و برنامه همیشگی و قبلی خود را ادامه داد. هر دو گروه قبل از شروع مداخله و بعد از اتمام آن با مقیاس سنجش اختلال نقص توجه و بیش فعالی (فرم والدین) مورد اندازه گیری قرار گرفت.

مقیاس سنجش اختلال نقص توجه و بیش فعالی، ابزاری ارزشمند است که ارزیابی علایم تشخیصی را استاندارد کرده و متشکل از لیستی از علایم اختلال نقص توجه و بیش فعالی بنا به

معیارهای DSM IV-TR است. این مقیاس، از ۱۴ بند تشکیل شده و بر حسب ۴ درجه از هرگز تا خیلی زیاد، نمره بندی می شود و بنا به ارزیابی والدین، تواتر وقوع علائم را ارزیابی می کند. در این مقیاس، علائمی که به عنوان کمی، زیاد و خیلی زیاد سنجیده شده، تشخیصی است و در مرحله ی بعدی، جهت رسیدن به تشخیص، حضور و فقدان علائم، با معیارهای DSM-IV-TR مقایسه می شود (کرونبرگر و می ی، ۱۹۹۶). ثبات درونی این مقیاس ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی با ۴ هفته فاصله ۰/۸۵ است.

شیوه ی اجرا

بعد از تشخیص روانپزشک و روان شناس بالینی و همچنین لحاظ کردن ملاک های ورود و تقسیم تصادفی در گروه ۱۲ نفره ی آزمایش و کنترل و کسب رضایت نامه ی کتبی از مادران برای شرکت در جلسات آموزشی، این جلسات با شرکت اعضای گروه آزمایش برگزار شد و مباحث گوناگون مربوط به هر جلسه به مادران آموزش داده شد که هر جلسه، حدود ۲ ساعت به طول می انجامید. در آغاز جلسات، تکالیف هفته ی قبل مرور می شد سپس با ارایه ی محتوای اصلی جلسات ادامه می یافت و در پایان نیز متناسب با جلسه ی مربوط، تکالیف خانگی برای طول هفته ی آینده به مادران ارایه می شد. روند برگزاری جلسات در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: طرح مداخله ی آموزشی

جلسه ی اول	آشنایی با اختلال نقص توجه و بیش فعالی و مشکلات مرتبط با آن
جلسه ی دوم	مدیریت استرس در والدین و اصلاح افکار والدین
جلسه ی سوم	افزایش مشارکت والدین، تعامل و تقویت مثبت
جلسه ی چهارم	بهبود مهارت های تعاملی مثبت در منزل
جلسه ی پنجم	تسهیل یادگیری فرمانبری و ایجاد فرهنگ پیروی از قوانین در کودکان
جلسه ی ششم	بالا بردن مهارت های رفتاری - اجتماعی و مساله گشایی عمومی در کودکان
جلسه ی هفتم	بالا بردن توانایی کودکان در مقابله با خشم و بهبود مهارت های تحصیلی خود فرمان
جلسه ی هشتم	بالا بردن توانایی مثبت اندیشی و عزت نفس در کودکان
جلسه ی نهم	جمع آوری آموخته ها و انجام پس آزمونها

برای بررسی تاثیر آموزش مهارت های مدیریت کودک به والدین کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی در کاهش مشکلات بی توجهی، بیش فعالی و تکانشگری این کودکان از

تحلیل واریانس چند متغیره ی نمرات افتراقی استفاده کردیم و داده ها با ویرایش ۱۸ نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

میانگین و انحراف معیار تفاوت نمرات علایم اختلال نقص توجه و بیش فعالی گروهها در پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۲ ارایه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار تفاوت نمرات علایم اختلال نقص توجه و بیش فعالی گروهها در پیش آزمون و پس آزمون

انحراف استاندارد	میانگین	تعداد		
۱/۷۶	۱/۲۵	۱۲	گروه آزمایش	نقص توجه
۳/۱۰	۱/۲۵	۱۲	گروه کنترل	
۲/۴۷	۱/۲۵	۲۴	کل	
۲/۰۰	۳/۰۰	۱۲	گروه آزمایش	بیش فعالی
۱/۰۵	۰/۷۵	۱۲	گروه کنترل	
۱/۹۴	۱/۸۷	۲۴	کل	
۱/۳۸	۳/۵۰	۱۲	گروه آزمایش	تکانشگری
۱/۵۲	۰/۱۶۶	۱۲	گروه کنترل	
۲/۲۱	۱/۸۳	۲۴	کل	

آزمون باکس برای برابری ماتریس کواریانس ها، نشان داد که F محاسبه شده برابر ۱/۵۰ است که در سطح $P \geq 0/05$ معنادار نیست، این موضوع نشان می دهد که ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته بین گروهها یکسان است. همچنین F به دست آمده برای آزمون ویلکس لامبدا (۱۲/۳۸) نیز در سطح $P \geq 0/001$ معنادار است. از آنجایی که یکی از پیش فرضهای آزمون تحلیل واریانس چند متغیره، برابری واریانسهاست، از آزمون لون برای برابری واریانسها استفاده کردیم. نتایج این تحلیل نشان می دهد که F به دست آمده برای نقص توجه و بیش فعالی بزرگتر از ۰/۰۵ است؛ یعنی داده ها عدم یکسانی واریانس های نمرات را زیر سوال نبرده اند. در جدول ۳، خلاصه ی تحلیل واریانس چند متغیره برای نشانه های نقص توجه، بیش فعالی و تکانشگری درج شده است.

با توجه به مندرجات این جدول، F به دست آمده برای نقص توجه برابر $0/001$ است که در سطح $P \geq 0/05$ معنادار نیست، بدین معنا که بین نمرات افتراقی گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود ندارد در حالی که F به دست آمده برای بیش فعالی برابر $11/88$ است که در سطح $P \geq 0/05$ معنادار است و F به دست آمده برای تکانشگری برابر $31/42$ است که در سطح $P \geq 0/001$ معنادار است. این یافته، حاکی از آن است که بین گروه آزمایش و کنترل در نمرات افتراقی پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معنادار وجود دارد

جدول ۳: خلاصه ی تحلیل واریانس چند متغیره ی نشانه های

اختلال نقص توجه و بیش فعالی					
p	F	MS	df	SS	منبع تغییرات
0/87	1/24	0/28	1	0/28	نقص توجه گروه
0/002	11/88	30/37	1	30/37	بیش فعالی
0/001	31/42	66/66	1	66/66	تکانشگری
		6/38	22	140/50	خطا
		2/55	22	56/25	بیش فعالی
		2/21	22	46/66	تکانشگری

همانگونه که مشاهده می شود (جدول ۳)، بین نمرات افتراقی پیش آزمون و پس آزمون بیش فعالی، در سطح $P \geq 0/05$ تفاوت معنادار وجود دارد و با توجه به تفاوت میانگین ها، این تفاوت به نفع گروه آزمایش است. همچنین، بین نمرات افتراقی پیش آزمون و پس آزمون تکانشگری در سطح $P \geq 0/001$ تفاوت معنادار وجود دارد و با توجه به میانگین گروه ها، این معناداری به نفع گروه آزمایش است. این یافته، حاکی از آن است که آموزش مهارت های مدیریت کودک به والدین، بر کاهش نشانه های بیش فعالی و تکانشگری موثر است.

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی تاثیر نقش آموزش مهارت های مدیریت کودک به مادران بر کاهش علائم اختلال نقص توجه و بیش فعالی کودکان آنها بود. نتایج، نشان داد که آموزش مهارت های مدیریت کودک به مادران این کودکان، موجب کاهش مشکلات بیش فعالی و

تکانشگری کودکان آنها می شود اما تاثیری بر مشکلات بی توجهی کودکان آنها ندارد. پژوهش های مختلف کارآیی آموزش مدیریت کودک را روی کودکان و والدین نشان داده است (لاندا، ریسر و لاجوی، ۲۰۰۶). همچنین، پژوهش های مختلف نشان داده است، کودکانی که مشکلات رفتاری دارند یا مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی هستند، الگوهای تعامل والدینشان با آنها مبتنی بر مهار بیش از حد، پرخاشگری، استفاده ی نامناسب از تشویق و تنبیه شیوه های فرزندپروری استبدادی و توام با تنبیه، طرد و بدبینی است. چنانچه اسمارت (۲۰۰۱) نیز معتقد است که چگونگی تعامل والد- کودک را می توان به عنوان پیش بینی کننده ی مشکلات رفتاری کودکان مورد استفاده قرار داد. این یافته، همسو با یافته های هونل و همکاران (۲۰۰۳)، سالباخ، لنز، هالس، ووگل، فلیسنگ و همکاران (۲۰۰۵)، جوزفسون (۲۰۰۵) و دنفورث، هاروی، وندی، آلزاک و مکی (۲۰۰۶) و آناستاپولوس (۱۹۹۳؛ از ولز، ۲۰۰۲) است که نشان داده اند آموزش مدیریت کودک بر برخی از نشانه های اختلال نقص توجه/ بیش فعالی موثر است.

هونل و همکاران (۲۰۰۳)، در پی آموزش رفتاری ۱۴ نفر از مادران کودکان ۳ تا ۶ ساله ی مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی، شاهد بهبود چشمگیر علایم اختلال نقص توجه و بیش فعالی بودند؛ علاوه بر این، آنها گزارش کردند که با پیشرفت آموزش، از شدت علایم و مشکلات رفتاری در منزل هم، به طور چشمگیری کاسته شد. همچنین، سالباخ و همکاران (۲۰۰۵) در پی آموزش مادران ۱۶ کودک مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی، در مقایسه با گروه کنترل، به کاهش چشمگیر نشانه های اصلی اختلال نقص توجه و بیش فعالی دست یافتند. آنها گزارش کردند که تفاوت بین دو گروه، به ویژه در شاخص بیش فعالی مشاهده شد. جوزفسون و همکاران (۲۰۰۵) در مطالعه ی خود به این نتیجه دست یافتند که آموزش مادران این کودکان، تاثیری بر نقص توجه نداشته است. دنفورث و همکاران نیز (۲۰۰۶) در مطالعه ای، والدین ۴۵ کودک مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی را تحت آموزش قراردادند که نتایج، حاکی از کاهش رفتارهای بیش فعالی، مخالفت جویی و پرخاشگری در کودکان بود.

همچنین، مطالعه ی آناستاپولوس و همکاران (۱۹۹۳) نشان داد که در اثر آموزش والدین، تغییرات قابل ملاحظه ای در کاهش علایم اختلال نقص توجه و بیش فعالی کودکان مورد مطالعه در مقایسه با گروه کنترل ایجاد شده است و آناستاپولوس و رابرتز (۲۰۰۰) اظهار کرده اند که آموزش والدین منجر به اثرات درمانی قابل توجهی در اختلال نقص توجه و بیش فعالی می شود.

چنانچه پژوهش حاضر و برخی از دیگر پژوهش های ذکر شده نیز نشان داده است، بیشتر این تأثیرات بر نشانه های بیش فعالی - تکانشگری بوده است و تأثیر مثبتی بر نشانه های نقص توجه نشان نداده است.

در تبیین این یافته، می توان اظهار کرد که در واقع در آموزش مدیریت کودک، از نظر رفتاری به مادران آموزش داده می شود تا بتوانند رفتار کودک خود را کنترل کنند و به نحو موثری با او ارتباط برقرار کنند. از طرف دیگر، چون بیش فعالی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی پاسخی به مشکلات توجه ی آنهاست، بنابراین ممکن است کنترل بیرونی رفتار کودک توسط والدین به افزایش مشکلات توجه در آنان منجر شده باشد. همانطور که در بخش نتایج نیز مشاهده شد، نمرات زیر مقیاس بیش فعالی / تکانش گری از نظر آماری معنادار ولی نمرات زیر مقیاس نقص توجه، از نظر آماری معنادار نبود؛ علاوه بر این، مشکل توجه ی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی بیشتر با عوامل زیستی و عصب شناختی در ارتباط است و در مقابل، درمان های غیردارویی تا حدودی مقاوم است که مجموعه این عوامل باعث شده است نمرات مربوط به زیر مقیاس نقص توجه به سمت عدم معناداری برود. در واقع، یادگیری شیوه های برخورد و تعامل با کودک، باعث شده است که مادران بتوانند از نظر رفتاری، کودک را کنترل کنند. مادران در جریان آموزش یاد می گیرند که از تشویق و تنبیه به نحو موثری استفاده کنند که این امر منجر به کنترل بیشتر کودک و در نتیجه کاهش بیش فعالی و تکانش گری کودک می شود.

با توجه به نتایج به دست آمده در این پژوهش می توان آموزش مهارتهای مدیریت کودک به والدین، به ویژه به مادران را به عنوان یک روش درمانی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی مورد استفاده قرار داد یا حداقل به عنوان روش مکمل و نیز ترکیب با دیگر روش های موجود در درمان کودکان یاد شده به کار گرفت. به نظر می رسد که شرکت مادران این کودکان در جلسات آموزش مهارت های مدیریت کودک موجب ارتقا مهارت های فرزند پروری آنها می شود که این امر نیز موجب کاهش مشکلات رفتاری کودکان آنها می شود.

References

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*: DSMIV-TR. 4th, text revision.ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bálint, S., Czobor, P., Mészáros, A., Simon, V., & Bitter, I. (2008). Neuropsychological impairments in adult attention deficit hyperactivity disorder: a literature review. *Psychiatr Hung*, 23(5). (Hungarian)

- Dulcan, M. (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36 (10 Suppl), 85-121.
- Ertittir, A. E. (1998). Genetic influences on attention deficit hyperactivity disorder . *Current Psychiatry reports*, 2, 143-146.
- Gentile, J. (2004). Adult ADHD: Diagnosis, Differential Diagnosis and Medication Management. *Psychiatry*, 3(8), 24-30.
- Grizenko, N. (1997). Outcome of multimodal day treatment for children with severe behavior problems: A five-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 989-997.
- Harvey, E., Danforth, J., Wendy, R., Ulazec, T., & Mckee, T. E. (2003). The outcome of parent training for families of children with attention deficit hyperactivity disorder and defiant / aggressive behavior . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37(3), 188-205.
- Honell, M., Stadler, C., Leins, U., Strehl, U., Birbaumer, N., Poustka, F., & Swanson, J. (2003). Neurofeedback for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in childhood and adolescence. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 32 (3): 187-200. (German).
- Josephson, A. (2005). Child and adolescent health. *Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry*, 49(2), 122-131.
- Kronenberger, F. X. (1996). Toward a pathophysiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Pediatrics*, 36, 381-393.
- Lundahl, B., Risser, H. J., & Loveljoy, M. C. (2005). A meta analysis of parent training. Moderators and flow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 86-104.
- Nair, J., Ehimare, U., Beitman, B.D., Nair, S. S., & Lavin, A. (2006). Clinical review: evidence-based diagnosis and treatment of ADHD in children. *Mo Med*, 103(6): 617-21.
- Parrillo, V. (2008). *Encyclopedia of Social Problems*. SAGE.
- Pelham, J., Carlson, C., Sams, S. E., Vallano, G., Dixon, M. J., Hoza, B., Swanson, J. M., (1998). Separate and combined effects of methylphenidate and behavior modification on boys with attention deficit-hyperactivity disorder in the classroom. *American Psychologist*, 61, 506-515.
- Phares, V. (2003). Where's Poppa? The relative lack of attention to the role of fathers in child and adolescent psychopathology. *American Psychologist*, 47, 656-66
- Salbach, H., Lenz, K. Huss, M., Vogel, R. Felsing, D., & Lehmkuhl, V. (2005). Treatment effects of parent management treating for ADHD. *Z Kinder Jugend Psychiatry*, 33(1), 59-69.
- Singh, I. (2008). Beyond polemics: science and ethics of ADHD. *Nat. Rev. Neurosci*, 9 (12), 957-64.
- Smart, J. (2001). Childhood predictors of adolescent substance use in the longitudinal study of children with ADHD . *Journal of abnormal psychology*, 112, 497-507.
- Van Cleave, J., & Leslie, L. K. (2008). Approaching ADHD as a chronic condition: implications for long-term adherence. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 46 (8), 28-37.
- Wolz, A.D., & Wekerle, C. (2002). Treatment strategies for child physical abuse and neglect : a critical program report. *Child psychology review*, 13, 473-500.