

## اثربخشی درمان شناختی- رفتاری والد محور در نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی کودکان پسر

امیرعباس بوستانی کاشانی<sup>۱</sup>، عبدالله شفیع آبادی<sup>۲</sup>، محمدرضا خبازی راوندی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت:

تاریخ پذیرش:

### چکیده

اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی برای بسیاری از کودکان مشکلات زیادی ایجاد می‌کند و بر عملکرد شناختی، اجتماعی، هیجانی، خانوادگی و سپس در بزرگسالی بر عملکرد شغلی و زناشویی آن‌ها تاثیر سوء می‌گذارد. جامعه آماری شامل همه مادران دارای کودک پسر مبتلا به این اختلال در دوره مدارس ابتدائی شهر کاشان بود. روش نمونه‌گیری، داوطلبانه و جایگزینی اعضای نمونه تصادفی بود. ۳۶ نفر از ۸۰ مادر مراجعه‌کننده به مراکز که بر پایه ملاک‌های تشخیص راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی- نسخه چهارم و مقیاس کانرز والدین، دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی بودند؛ به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش (۱۸ نفر) و گروه کنترل (۱۸ نفر) جایگزین شدند. در مرحله پیش‌آزمون، مقیاس کانرز والدین برای کل مادران اجرا شد. گروه آزمایش طی هشت جلسه تحت درمان شناختی- رفتاری قرار گرفت. پس از پایان جلسات دوباره مقیاس کانرز والدین برای هر دو گروه اجرا شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که نشانه‌های نارسایی توجه- بیش‌فعالی در کودکانی که مادران‌شان در گروه آزمایش قرار داشتند نسبت به گروه کنترل کاهش پیدا کرد.

---

<sup>۱</sup>- کارشناس ارشد مشاوره دانشگاه آزاد اهواز، واحد علوم و تحقیقات و مدرس دانشگاه پیام نور کاشان،

boostany\_amir@yahoo.com

<sup>۲</sup>- دکترای مشاوره و استاد دانشگاه علامه طباطبائی، ashafiabady@yahoo.com

<sup>۳</sup>- دانشجوی دکترای مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی و مدرس دانشگاه فرهنگیان کاشان، نویسنده مسئول،

reza.khabbazi2008@gmail.com

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی- رفتاری والد محور در کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی کودکان موثر است.

واژگان کلیدی: اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی، رویکرد شناختی - رفتاری.

### مقدمه

اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی<sup>۱</sup> یکی از رایج‌ترین اختلال‌های عصبی- رفتاری دوران کودکی است (ویلنز، فاراتونه، بیدرمن و گاناوادن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). شواهد متقنی وجود دارد که اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی نوعی اختلال عصبی- زیستی است و عوامل وراثتی پیچیده‌ای در سبب‌شناسی آن دخالت دارند. میلیچ، لونی و لوند<sup>۳</sup> (۱۹۸۲) شاخصه‌های کودکان با اختلال بیش‌فعالی را این‌طور تعریف کرده‌اند: " این کودکان به عنوان کودکان همواره در حال جنب‌وجوش و ناراحت که قادر به نشستن در یک جا نیستند، توصیف می‌شوند. آن‌ها همواره در حال جنب‌وجوش هستند و قادر به بازی آرام نیستند و در تغییر فعالیت‌ها از فعالیت‌های آزاد به فعالیت‌های سازماندهی شده ناتوانند."

تظاهرات اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی در کودکان خردسال اغلب به صورت رفتارهای قابل مشاهده بروز می‌کند (مریدیت<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). همچنین سوء مصرف مواد، به عنوان پیامد اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی بیان شده است (وینر و دالکان<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴). املائی ضعیف یکی از علل ضعف و حتی شکست تحصیلی این کودکان به شمار می‌رود (توکا و لانگک<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱). برای تشخیص‌گذاری، نشانه‌ها باید دست‌کم ۶ ماه دوام داشته باشد (کاپلان و سادوک<sup>۷</sup>، ۱۹۸۹). نارسایی توجه جدیدترین و بیش‌فعالی و تکانش‌گری آشکارترین جنبه‌های این اختلال به‌شمار

1. Attention Deficit Hyperactive Disorder (ADHD)
2. Wilens, Faraone, Biederman & Ganawaden
3. Milich, R; Loney, J. & Loandau, S.
4. Merydith
5. Wiener, J.M. & Dulcan, M.K.
6. Tucha & Lange
7. Kaplan & Sadock

می آیند؛ همچنین، بیش فعالی نخستین نشانه‌ای است که از بین می‌رود و حواس‌پرتی آخرین نشانه‌ای است که بهبود می‌یابد (اسماعیلی، بحرینیان و هاشمیان، ۱۳۸۴). بی‌توجهی، به ناتوانی ذهنی در دریافت محرک مربوط، متأثر شدن از محرک‌های نامربوط و کوتاه بودن زمان توجه گفته می‌شود (گلاس و هالیاک<sup>۱</sup>، ۱۹۸۶؛ به نقل از هادیان‌فر، نجاریان و شکرکن، ۱۳۷۹). بین ۳۰ تا ۷۰ درصد کودکان با اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی در نوجوانی و بزرگسالی هم معیارهای تشخیص را بر مبنای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی دارند (بویک و استاب<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). این اختلال بر حسب این که کدام الگوی رفتاری بی‌توجهی و یا بیش فعالی- تکانش‌گری در فرد غالب باشد دارای انواع فرعی اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی نوع، اغلب بی‌توجه؛ اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی نوع اغلب بیش‌فعال/ تکانش‌گر؛ اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی نوع ترکیبی است.

کودکان با اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی احتیاج به شیوه‌های درمانی مراقبتی دارند ولی مراکز محدودی این‌گونه خدمات را در اختیار کودکان قرار می‌دهند. در بیشتر مراکز درمانی فقط از شیوه دارودرمانی استفاده می‌کنند (سونوگا، بارک، دالی و تامپسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱؛ به نقل از حاجبی، حکیم شوشتری و خواجه‌الدین، ۱۳۸۲). به علت نگرانی والدین و پزشکان از عوارض جانبی داروها (سونوگا و همکاران، ۲۰۰۱؛ به نقل از حاجبی و همکاران ۱۳۸۲) روش‌های درمانی دیگر از جمله آموزش مادران، درمان‌های شناختی- رفتاری و روش‌های تعدیل رفتار مورد توجه قرار گرفته است. بر اساس پژوهش‌های انجام گرفته، تغییر تعامل‌های رفتاری مادران در بهبود نشانه‌های کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی موثر است (شیرازی و علاقبندراد، ۱۳۷۹). در همین راستا اییکوف و رایته (۱۹۹۶؛ به نقل از هین شاو و

- 
1. Glass & Holyok
  2. Bewick & Stubbe
  3. Sounga, Bark , Daley & Tompson

ارهارت<sup>۱</sup>، (۱۹۹۱) روش حل مسئله را به پسرهای مبتلا به اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی آموزش دادند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که آموزش حل مسئله در کاهش نشانه‌های بی‌توجهی و در نتیجه بهبود عملکرد تحصیلی (نمره‌های خواندن ریاضی) این کودکان مؤثر بود.

سالباخ، لنز، هوسن، و وگل، فلیسینگ و لمکوهل<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) در پی آموزش والدین کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی در مقایسه با گروه کنترل به کاهش چشمگیر نشانه‌های پایه اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی و مشکلات کودک در زمینه انجام تکالیف درسی و سرانجام کاهش رفتارهای مشکل آفرین در این گروه دست یافتند.

بر اساس پژوهش فرولیش، دافنر، برنر و لمکوهل<sup>۳</sup> (۲۰۰۲) برنامه آموزش والدین به دلیل سودمندی آن در موقعیت‌هایی که کودک هنوز از نظر راهبردی مشکل دارد، می‌تواند درمان کمکی سودمندی برای درمان رفتار درمانی- شناختی کودک باشد. چنانچه اجرای ۶ هفته آموزش مدیریت والدین<sup>۴</sup> به والدین ۱۸ کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای<sup>۵</sup> باعث کاهش نشانه‌های پایه اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی و اختلال سلوک چه در خانه و چه در مدرسه و نیز مشکلات کودک در زمینه انجام تکالیف درسی بود. ادmond<sup>۶</sup> (۲۰۰۳؛ به نقل از رجب‌لو، ۱۳۸۵) معتقد است جلسه‌های آموزش خانواده تاثیر معناداری بر نشانه‌های اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی و سلامت روانی مادران دارد. در پژوهش آبرامو و تینر<sup>۷</sup> (۲۰۰۱؛ به نقل از رجب‌لو، ۱۳۸۵) روش آموزش مادران تاثیر معناداری در نشانه‌های نارسایی توجه- بیش فعالی و بهداشت روانی مادران داشته است.

1. Hinshaw, S.P.; Erhart, D.

2. Salbach, H.; Lenz, K.; Hussen, M.; Vogel, R.; Flesing, D. & Lehmkuhl, V.

3. Frolich, J.; Dopfner, M.; Berner, W; & Lehmkuhl, G.

4. Parental management training (PMT)

5. Oppositional Defiant Disorder (ODD)

6. Edmond

7. Abramo & Teener

لیس و رنان<sup>۱</sup> (۲۰۰۴؛ به نقل از رجب‌لو، ۱۳۸۵) در پژوهش خود به بررسی تاثیر آموزش مدیریت به مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی پرداخته‌اند که نتایج به دست‌آمده تغییرات معنی‌داری را در گروه آزمایش در زمینه افزایش کارآمدی خانواده، کاهش ترس و افسردگی مادران شرکت‌کننده و بهبود روابط والد-کودک نشان داده است.

هوانگ و چاوویانگ<sup>۲</sup> (۲۰۰۳؛ به نقل از شریفی، آزاد، احدی و میرزاییان، ۱۳۸۵) در تایوان بر روی ۲۳ کودک پیش‌دبستانی ۳ تا ۶ ساله، اثربخشی برنامه آموزشی مهارت مراقبت کودک به مادران را بر روی نشانه‌های نارسایی توجه- بیش‌فعالی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و مشکلات رفتاری در منزل بررسی کردند. مادران به مدت ۱۰ جلسه آموزش دیدند و در جلسه‌های نخست، چهارم، ششم، هفتم و دهم ارزیابی شدند. نتایج پژوهش نشان‌داد که هم نشانه‌های اختلال‌های نافرمانی مقابله‌ای، نارسایی توجه- بیش‌فعالی و هم رفتارهای مربوط به منزل، کودکان پس از آموزش مادران بهبود یافته است.

دیویسون (۲۰۰۴؛ به نقل از ناصری‌زاده، ۱۳۸۵) بر اساس پژوهش خود نشان‌داد که ۶۴٪ از کودکانی که مادران‌شان تحت آموزش قرار گرفته‌اند، تغییرات عمده‌ای در نشانه‌های اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی بطور عینی نشان‌دادند، در حالی که گروهی که در لیست انتظار بودند ۲۷٪ تغییر را گزارش دادند. آناستاپولس<sup>۳</sup> (۱۹۹۳؛ به نقل از رجب‌لو، ۱۳۸۵) در پژوهشی که برای کودکان دارای اختلال رفتارهای همراه با بیش‌فعالی طرح‌ریزی شده بود، تغییرات رفتاری مادران این کودکان را بعد از شرکت در جلسه‌های آموزش مادران مورد آزمایش قرار داد. به این مادران طی ۹ جلسه روش‌هایی را جهت کاهش نشانه‌های اختلال آموزش دادند که در مقایسه با گروه کنترل بهبود معناداری را نشان دادند و این بهبودی تا ۲ ماه پس از پایان درمان نیز قابل مشاهده بود. در جریان این پژوهش میزان اعتماد به نفس مادران شرکت‌کننده به

1. Liss & Renan

2. Hovang & Chavoyang

3. Anastapouls

طور قابل ملاحظه‌ای افزایش یافت و استرس حاصل از اداره این کودکان در آن‌ها کاهش چشم‌گیری پیدا کرد.

پژوهش بارتا و ایندیک<sup>۱</sup> (۲۰۰۴؛ به نقل از ناصری‌زاده، ۱۳۸۵) نشان داد که روش آموزش مادران منجر به بهبود مهارت‌های مادران و در نتیجه مدیریت بهتر کودک می‌شود که سرانجام منجر به کاهش نشانه‌ها و بهبود اختلال کودکان می‌شود.

مایکن‌بام و گودمن<sup>۲</sup> (۱۹۹۸؛ به نقل از کلانتری، نشاطدوست و زارعی، ۱۳۸۰) یک برنامه آموزش خودنظارتی و حل‌مسأله را که شامل روش گام‌به‌گام حل‌مسأله بود، به کودکان تکانشی کلاس دوم ابتدایی آموزش دادند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که گروه آموزش حل‌مسأله در مقایسه با گروه گواه به طور معناداری بهبود نشان داد. کندال و برازول<sup>۳</sup> (۲۰۰۱؛ به نقل از کلانتری، نشاطدوست و زارعی، ۱۳۸۰) با بررسی پژوهش‌های پانزده ساله روی آموزش خوداظهاری برای کودکان تکانشی و بیش‌فعال دریافتند که شیوه آموزشی موثرتر و جدیدتر برای درمان این کودکان برنامه خودتعلیمی است که دربرگیرنده آموزش‌های حل‌مسأله نیز می‌باشد. در پژوهش گرجی<sup>۴</sup> (۱۳۸۴) اثربخشی کاربرد روش‌های تغییر رفتار در مادران، معلمان و ترکیبی از آن‌ها در کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی بررسی شد. بدین منظور ۴۰ دانش‌آموز دارای نارسایی توجه- بیش‌فعالی را به صورت تصادفی در ۴ گروه، آموزش مادران، آموزش معلمان، آموزش معلمان و مادران همزمان و گروه گواه جای‌دهی کردند. داده‌های به دست آمده با روش تحلیل واریانس یکطرفه تحلیل شد و مشخص شد که آموزش روش‌های اصلاح رفتاری به مادران، معلمان، مادران و معلمان به طور همزمان کاهش معناداری در نشانه‌های اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی دانش‌آموزان ایجاد کرده است.

- 
1. Barta & Indic
  2. Meichenbaum & Goodman
  3. Kendall & Brasweel

شیرازی و علاقبندراد(۱۳۷۹) نمونه‌ای از روش‌ها در برنامه‌های مدون توسط بخش روان‌پزشکی کودک و نوجوان بیمارستان روزبه تهیه کردند. در این برنامه درمانی مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی طی یک یا چند جلسه، روش شناختی-رفتاری آموزش داده می‌شوند و نتایج کاربرد آن در ابتدای جلسه بعد، ارزیابی می‌شود. در آغاز و پایان هر دوره آموزش، پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون ارزشیابی نحوه اجرای دوره صورت می‌گیرد. نتایج این آزمایش نشان داد که آموزش به والدین بر درمان اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی کودکان بسیار موثر است. سعیدی (۱۳۸۰؛ به نقل از نصری‌زاده، ۱۳۸۵) در پژوهش خود که با عنوان بررسی و آموزش مادران دارای فرزندان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی و میزان رضایت زناشویی به این نتیجه رسید که آموزش مادران باعث افزایش رضایت زناشویی و افزایش کارکردهای مربوطه به خانواده می‌شود.

منعمی مطلق(۱۳۸۶؛ به نقل از روحانی، ۱۳۸۶) در پژوهش برای ۲۱ خانواده دارای کودک و نوجوان با اختلال‌های رفتاری، فرایند حل‌مساله را آموزش داده و پس از آموزش و اجرا در این خانواده‌ها نتیجه مثبت و ارتقاء سطح بهداشت روانی خانواده‌ها پیش‌بینی شده است. شبان(۱۳۸۶) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که آموزش مادران با رویکرد آدلری بر عملکرد خانواده‌های دارای فرزندان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی موثر است و بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش آموزش مادران بر کاهش نشانه‌های اختلال موثر نمی‌باشد و تنها نگرش مادران پس از آموزش نسبت به نشانه‌ها و رفتارهای کودک تعدیل می‌شود. این آموزش‌ها باعث افزایش و بهبود عملکرد در زمینه‌های مختلف در خانواده می‌شود و اثربخشی روش‌های آموزش مادران تاکیدی برنتایج مثبت این درمان حمایتی می‌باشد. در پژوهش علی‌زاده و آندریس<sup>۱</sup>(۲۰۰۲) روابط چندگانه بین سبک فرزندپروری و اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی بررسی شد. نمونه پژوهش آن‌ها ۱۳۰ مادر دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی

---

1. Alizadeh,H.& Andries,C.

توجه- بیش فعالی و ۱۳۰ مادر دارای کودک بدون اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که رابطه قوی‌ای بین اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی و سبک فرزندپروری والدین وجود دارد، بدین معنی که رابطه منفی بین داشتن کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی و سبک‌های فرزندپروری خودکامه وجود دارد و همچنین هیچ رابطه‌ای بین داشتن کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی و سبک فرزندپروری سهل‌گیر یافت نشد.

بسیاری از کودکان با اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی نشانه‌های اختلال را تا نوجوانی و بزرگسالی به همراه خواهند داشت (آدلر و کوهن، ۲۰۰۴؛ بویک و استاب، ۲۰۰۰؛ ویس و هچتمن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۳؛ به نقل از علی‌زاده، ۱۳۸۶). بنابراین با توجه به تداوم علائم و مشکلات همراه با این اختلال نیاز به درمان‌های چندجانبه حس می‌شود. با توجه به این که شیوع اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی در کودکان دوره ابتدایی پنج درصد است (هادیان‌فر و همکاران، ۱۳۷۹) و با توجه به نبود امکانات کافی برای درمان همه آن‌ها در مؤسسه‌های درمانی؛ یافته‌های این پژوهش می‌تواند اطلاعات وسیعی را در جهت مقابله با این اختلال در اختیار خانواده‌ها قرار دهد و به امر پیشگیری از آسیب‌های روانی- اجتماعی در جامعه کمک کند. نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند به ارتقای سطح بهداشت جسمی، روانی و اجتماعی نهادهای جامعه منجر شود؛ به ویژه، برای تعالی نظام تعلیم و تربیت کشور، افزایش میزان سلامت روانی و خود اتکائی در خانواده‌ها مؤثر خواهد بود. هدف اصلی این پژوهش تعیین اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری والد محور در نشانه‌های اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی کودکان پسر می‌باشد تا اثرات درمانی آن در کنار درمان‌های تکمیلی دیگر برای پژوهش‌گران و درمان‌گران مشخص شود. بنابراین فرضیه‌های اصلی پژوهش عبارت بودند از:

۱- درمان شناختی- رفتاری والد محور در نشانه‌های بیش فعالی کودکان پسر موثر است.

---

1. Weiss & Hechtman



۲- درمان شناختی - رفتاری والد محور در نشانه های نارسایی توجه کودکان پسر موثر است.

### روش پژوهش

**الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان:** روش پژوهش حاضر آزمایشی با طرح نیمه آزمایشی پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل همه مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی دوره ابتدایی شهر کاشان بود. با روش نمونه گیری در دسترس ۳۶ نفر از مادران انتخاب و ۱۸ نفر در گروه آزمایش و ۱۸ نفر در گروه کنترل جای دهی شدند.

**ب) ابزار:** در پژوهش حاضر از مقیاس درجه بندی کانرز استفاده شد. این مقیاس دارای ۴۸ پرسش است که می توان به وسیله آن، ۵ گروه از اختلال های کودکان را که شامل: ناتوانی های یادگیری، اختلال های سلوک، بیش فعالی - تکانش گری، مشکلات روان تنی و اضطراب است را ارزیابی کرد. این مقیاس برای محدوده سنی ۳ تا ۱۷ سالگی ساخته شده است. نمره های خام هر خرده مقیاس با استفاده از جدول هنجاری مناسب به نمره های تی تبدیل می شود (نمره های تی در این مقیاس دارای میانگین ۵۰ و انحراف استاندارد ۱۰ می باشند) نمره های تی بالاتر از ۶۵، به لحاظ بالینی معنادار هستند. داشتن نمره بالاتر از ۶۵ در مقیاس کانرز مادران به معنی نمره بالاتر از نمره برش در نظر گرفته شد و نمره های تی بالاتر از ۸۰ افزون بر آن که شدت مشکلات و آسیب شناسی آن حوزه را نشان می دهند، احتمال بدنمایی یا اغراق در آسیب شناسی آن حوزه را نشان می دهند. ۱۰ سوال برای اختلال بیش فعالی است، به دست آوردن میانگین ۱/۵ یا بالاتر بر وجود اختلال بیش فعالی دلالت دارد. سؤال های پرسش نامه به صورت مقیاس چهار گزینه ای به صورت «هیچ وقت»، «فقط کمی»، «زیاد» و «خیلی زیاد» از صفر تا ۳ نمره گذاری می شود. سوال ۴۷ در نمره گذاری برعکس سایر سؤال ها است.

مقیاس کانرز، به تغییرات درونی حساس است و اعتبار و پایایی آن را شریفی تایید کرده است. تکرار این آزمون برای کارآیی آزمودنی اثر ندارد. از سوی دیگر چون مادران آن را تکمیل می کنند پژوهش گر نمی تواند موجب سوگیری نتایج آن گردد (کانرز و همکاران، ۱۹۹۰، به نقل از شیرازی و علاقبندراد، ۱۳۷۹). کوتاه بودن مدت پژوهش از ریزش چشم گیر آزمودنی ها پیشگیری می کند. از سوی دیگر در مدت کوتاه، احتمال بروز تغییرات مهم فردی کاهش می یابد، این نکات روایی درونی پژوهش را بالا می برد. روایی آزمون کانرز با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمده است. اعتبار این آزمون علاوه بر اعتبار محتوا از طریق مقایسه با سایر آزمون های روان پزشکی کودکان در دفترچه راهنمای آزمون، مناسب گزارش شده است. هادیان فر و همکاران (۱۳۷۹) براساس پژوهش هایی که در این زمینه انجام شده است از مناسب بودن این وسیله به عنوان یک وسیله غربالگری صحبت می کنند. پایایی این آزمون با بازآزمایی به فاصله دو هفته برابر ۰/۶۱ می باشد!

**ج) شیوه اجرا و گردآوری داده ها:** روش گردآوری اطلاعات و اجرای پژوهش به این صورت بود که فهرست اسامی مادرانی که طی سال ۱۳۸۶ تا مهر ماه ۱۳۸۷، به مراکز مشاوره شهر کاشان مراجعه کرده بودند، و توسط روان پزشکان متخصص کودکان و بر اساس ملاک های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی - نسخه چهارم تشخیص داده شده بود که کودکان شان مبتلا به نارسایی توجه - بیش فعالی هستند؛ استخراج شد. این تعداد ۸۰ نفر بودند که جامعه آماری پژوهش را تشکیل می دادند. روش نمونه گیری به صورت تصادفی در دسترس انجام شد. بدین صورت که پیش از شروع درمان به همه مراکز مشاوره شهر کاشان مراجعه شد و فهرست اسامی مادرانی که دارای پسر دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی بودند و طی دوره یاد شده به این مراکز مراجعه کرده بودند، استخراج شد. سپس با هر یک از مادران تماس گرفته شد و هدف و روند اجرای پژوهش برای آنها توضیح داده شد.

---


$$1. r = 0.61$$

سرانجام ۴۳ نفر از مادران برای شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کردند. از این تعداد ۲۲ نفر در گروه کنترل و ۲۱ نفر در گروه آزمایش به صورت تصادفی جایگزین شدند. در مدت اجرای پژوهش ۴ نفر از مادران گروه کنترل و ۳ نفر از گروه آزمایش از ادامه کار منصرف شدند. سرانجام ۳۶ نفر از مادران (۱۸ نفر از گروه آزمایش و ۱۸ نفر از گروه کنترل) جلسه‌های مشاوره را به صورت کامل ادامه دادند. پس از موافقت و کسب اجازه از مسئولین بیمارستان تخصصی روان پزشکی اخوان کاشان جلسه‌های درمانی در این بیمارستان در اتاق ویژه‌ای توسط پژوهشگر هدایت شد. پیش از شروع جلسه‌های درمانی از هر دو گروه با آزمون کانرز پیش‌آزمون گرفته شد. روند کار در جلسه‌های درمانی به سبک جلسه‌های مشاوره گروهی بود، به این صورت که آموزش به شیوه رفتاردرمانی شناختی به مدت ۸ جلسه هر هفته یک روز، به مدت یک ساعت و نیم به مادران گروه آزمایش ارائه شد و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات هر دو گروه آزمایش و کنترل دوباره با مقیاس کانرز آزمون شدند. مجموعه آموزش‌های ارائه شده که شامل ۸ جلسه آموزش ۲ ساعته بر اساس رویکرد شناختی - رفتاری بود؛ بسته مداخله‌ای بود که پژوهش‌گران بر اساس کتاب "درسنامه درمان رفتاری- شناختی کودکان مبتلا به نارسایی توجه- بیش‌فعالی" تألیف الهه محمد اسماعیل تهیه کردند. خلاصه‌ای از محتوای جلسه‌ها در پیوست پایان مقاله ارائه شده است.

### نتایج

برای مشاهده نتایج پژوهش توصیف آماری داده‌های متغیر وابسته در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. شاخص های آماری متغیرهای وابسته در پیش آزمون و پس آزمون گروه های آزمایش و کنترل

ردیف	متغیرها	گروه کنترل		گروه آزمایش	
		پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون
۱	بیش فعالی	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین
		استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد
۲	نارسایی توجه	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین
		استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد
		۴/۰۸۹	۱۶/۳۸۸	۵/۳۵۹	۱۶/۶۱۱
		۳/۲۲۰	۱۱/۳۸۸	۴/۲۸۷	۱۱/۵
		۵/۱۰۱	۱۲/۵	۴/۱۶۶	۱۷/۷۷
		۳/۷۰۱	۷/۹۴۴	۳/۱۱۶	۱۱/۷۷

همانطور که در جدول ۱ ملاحظه می شود بین میانگین های پس آزمون گروه کنترل و آزمایش تفاوت هایی دیده می شود.

به منظور تعیین تاثیر متغیر مستقل در گروه آزمایش و کنترل و حذف اثر پیش آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده شد. پیش فرض این تحلیل، تساوی واریانس های گروه هاست. به همین دلیل برای تعیین برابری واریانس ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس ها

معنی داری	Df2	Df1	F	متغیر وابسته
۰/۷۰۸	۳۴	۱	۰/۱۴۳	بیش فعالی

با توجه به جدول ۲ پیش فرض تساوی واریانس های دو گروه آزمایش و کنترل تایید شده است ( $p=0/708$ ). بنابراین با رعایت این پیش فرض تحلیل کواریانس انجام شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل کواریانس مربوط به تأثیر درمان شناختی - رفتاری والد محور در نشانه های اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی در گروه های آزمایش و کنترل

منابع	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح	میزان	توان
	مجذورات	آزادی	مجذورات		معنی داری	تأثیر	آماري
پیش آزمون	۱۴۰/۶۴۹	۱	۱۴۰/۶۴۹	۶/۲۳۹	۰/۰۱۸	۰/۱۵۹	۰/۶۷۹
گروه	۲۱۲/۱۴۲	۱	۲۱۲/۱۴۲	۹/۴۱۱	۰/۰۰۴	۰/۲۲۲	۰/۸۴۶

همان طور که جدول ۳ نشان می دهد، تفاوت بین گروه آزمایش و گروه گواه از نظر اختلال بیش فعالی معنی دار است ( $p=0/004$ ) و این نتیجه، به این معنی است که تفاوت مشاهده شده بین میانگین های اختلال بیش فعالی در گروه آزمایش و گروه گواه معنی دار است. پس می توان نتیجه گرفت که درمان شناختی - رفتاری والد محور در کاهش نشانه های بیش فعالی موثر بوده است. میزان این تأثیر ۰/۲۲ است. توان آماری ۰/۸۴ به دست آمده است و با توجه به این که بالاتر از ۰/۸ بوده است می توان نتیجه گرفت که در صورت تکرار آزمایش، امکان تایید فرض صفر به اشتباه، صفر است؛ یعنی دقت آزمون در کشف تفاوت ها بالا می باشد. بنابراین فرضیه نخست پژوهش مبنی بر این که درمان شناختی - رفتاری والد محور در درمان نشانه های بیش فعالی کودکان تأثیر دارد، مورد تایید قرار می گیرد.

برای بررسی فرض دوم از تحلیل کوواریانس استفاده شد. پیش فرض این تحلیل تساوی واریانس‌های گروه‌هاست، که با استفاده از آزمون لوین بررسی شد. نتایج آن در جدول ۴ آمده است:

جدول ۴. نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌ها

متغیر وابسته	F	Df1	Df2	معنی‌داری
نارسایی توجه	۰/۶۸۰	۱	۳۴	۰/۴۱۵

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود پیش فرض تساوی واریانس‌های نمره‌های در دو گروه آزمایش و کنترل تایید شده است ( $p=0/415$ ). بنابراین با رعایت این پیش فرض، تحلیل کوواریانس انجام شد که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر درمان شناختی - رفتاری والد محور در کاهش نشانه‌های بر نشانه‌های نارسایی توجه کودکان با اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معنی داری	میزان تأثیر آماری	توان آماری
پیش‌آزمون	۸۰/۹۸۷	۱	۸۰/۹۸۷	۵/۳۰۵	۰/۰۲۸	۰/۱۳۹	۰/۶۰۹
گروه	۱۵۳/۴۹۵	۱	۱۵۳/۴۹۵	۱۰/۰۵۶	۰/۰۰۳	۰/۲۳۴	۰/۸۶۸

همان‌طور که جدول ۵ نشان می‌دهد، تفاوت بین گروه آزمایش و گروه گواه از نظر نارسایی توجه معنی‌دار است ( $p=0/003$ ) و این نتیجه، به این معنی است که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نشانه‌های نارسایی توجه در گروه آزمایش و گروه گواه معنی‌دار است. پس می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی - رفتاری والد محور در درمان نشانه‌های نارسایی توجه موثر بوده است. میزان این تأثیر ۰/۲۳ است. توان آماری ۰/۸۶ به دست آمده است و با توجه به این که بالاتر از ۰/۸ بوده است می‌توان نتیجه گرفت که در صورت تکرار آزمایش، امکان تایید

فرض صفر به اشتباه، صفر است؛ یعنی دقت آزمون در کشف تفاوتها بالا می باشد. بنابراین فرضیه دوم پژوهش مبنی بر این که درمان شناختی - رفتاری والد محور در درمان نشانه های نارسایی توجه تاثیر دارد، مورد تایید قرار می گیرد.

### بحث

یافته های پژوهش نشان داد که نشانه های بیش فعالی - تکانش گری کودکان با اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی که مادران شان تحت آموزش قرار گرفته اند از کودکان با اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی که مادران شان آموزش دریافت نکرده اند، کمتر است. نتایج حاصل، با یافته های پژوهش های برازول و بلومکوئیست (۱۹۹۱)؛ فرولیش، دافتر، برنر و لمکوهل (۲۰۰۲)؛ ورلیچ و همکاران (۲۰۰۵)؛ بویک و استاب (۲۰۰۰)؛ علی زاده و آندریس (۲۰۰۲)؛ واینر و دالکان (۲۰۰۴)؛ سالباخ، لنز، هوسن، ووگل، فلسینگ و لمکوهل (۲۰۰۵)؛ ناظر (۱۳۷۲)؛ احسان منش (۱۳۷۲)؛ فتحی (۱۳۷۴)؛ کاراحمدی (۱۳۷۴)؛ ایمان زاده (۱۳۷۷)؛ شیرازی و علاقبندراد (۱۳۷۹)؛ کلانتری و همکاران (۱۳۸۰)؛ گرجی (۱۳۸۴) و شبان (۱۳۸۶) همسوئی دارد. در تبیین این یافته می توان بیان کرد که آموزش روش های شناختی - رفتاری بر اساس اصول رویکرد رفتار درمانی شناختی می باشد و در زمینه اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی تاکید بر آموزش کنترل رفتار به صورت آموزش مهارت های خودکنترلی می باشد. همچنین سعی می شود از روش های شرطی سازی کلاسیک و شرطی سازی کنش گر نیز استفاده شود و به مادران آموزش داده می شود تا رفتار اشتباه و نامطلوب کودک خویش را تشخیص دهند و سپس رفتار مثبت و مطلوب را از طریق دادن پاداش و توجه افزایش دهند. شرکت مادران در این برنامه های آموزشی باعث بالا رفتن سطح آگاهی مادران نسبت به ویژگی های رفتاری کودک شان می شود و در این برنامه نیز به مادران آموزش داده می شود تا رفتار مشکل زای کودک شان را گزینش و از یک تقویت کننده مثبت استفاده کنند. این رفتار از طریق تقویت رفتار مقابلش از بین می رود و از آنجائی که در این برنامه ها ارجحیت بر تشویق

است تا تنبیه، و تاکید بر ثبات پاسخها می‌باشد؛ در کاهش نشانه‌های رفتاری این کودکان موثر است. این روش‌ها می‌تواند از آثار سوء تجربه‌های تلخ پیشین مانند شکست‌ها، طردشدگی‌ها و تنبیه‌ها بکاهد و جایگزین آن‌ها گردد (روحانی، ۱۳۸۶). این کودکان با وجود بعضی ناتوانی‌ها، در برخی از جنبه‌ها بسیار توانا هستند. با اجرای روش‌های شناختی رفتاری می‌توان هر فعالیتی را به صحنه‌ای برای آشکار کردن توانایی‌های آن‌ها تبدیل کرد. مادران یاد می‌گیرند تا رفتارهای کودک خود را پیش‌گیری کنند و شرایط ایجادکننده رفتار ددرساز را از بین ببرند و در نتیجه آن‌ها را کاهش دهند. همچنین در چنین برنامه‌هایی به مادران آموزش داده می‌شوند تا قوانینی را برای کودک وضع کنند و براساس آن قوانین رفتار کنند. برای آموزش قوانین به مبتلایان لازم است آن‌ها را روشن‌تر، در فواصل کمتر و با تکرار بیشتر گوشزد کرد و در مقابل رعایت و عدم رعایت قوانین تشویق‌ها و تنبیه‌های لازم را ارایه دهند که همه این عوامل موجب کاهش رفتار نامطلوب که همان نشانه‌های بیش‌فعالی است، می‌شود. سرانجام مادران می‌توانند کنترل بیشتری بر رفتار کودک‌شان داشته باشند و کودک نیز به خود کنترلی بیشتری دست خواهد یافت. در ضمن در طول جلسات آموزشی، مادران درباره سبب‌شناسی نارسایی توجه - بیش‌فعالی اطلاعات ارزشمندی کسب می‌کنند. این اطلاعات منجر به تغییر نگرش نادرست برخی والدین در مورد علت مشکلات رفتاری کودکان می‌شود. بررسی‌ها نشان داده است بسیاری از مادران خود را مسئول اصلی مشکلات بدرفتاری کودکان می‌دانند که این موضوع باعث احساس گناه و سرزنش خود و اضطراب و افسردگی می‌شود (محمد اسماعیل، ۱۳۸۶).

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که نشانه‌های نارسایی توجه کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی که مادران آن‌ها تحت آموزش قرار گرفته‌اند، از کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی که مادران‌شان تحت آموزش قرار نگرفته‌اند، کمتر است. نتایج حاصل، با یافته‌های پژوهش‌های برازول و بلومکوئیست (۱۹۹۱)؛ فرولیش، دافتر، برنر و



لمکوهل، (۲۰۰۲)؛ بویک و استاب (۲۰۰۰)؛ علی زاده و آندریس (۲۰۰۲)؛ واینر و دالکان (۲۰۰۴)؛ سالباخ، لنز، هوسن، ووگل، فلسینگ و لمکوهل (۲۰۰۵)؛ ورلیچ و همکاران (۲۰۰۵)؛ ناظر (۱۳۷۲)؛ احسان منش (۱۳۷۲)؛ فتحی (۱۳۷۴)؛ کاراحمدی (۱۳۷۴)؛ ایمان زاده (۱۳۷۷)؛ شیرازی و علاقبندراد (۱۳۷۹)؛ کلاتری و همکاران (۱۳۸۰)؛ گرجی (۱۳۸۴) و شبان (۱۳۸۶) همسوئی دارد.

تیین این یافته‌ها بر اساس اصول رویکرد رفتار درمانی شناختی می‌باشد که بر آموزش مهارت‌های توجه و تمرکز تاکید دارد. مهارت‌های مهم توجه که مادران می‌آموزند عبارتند از گوش دادن، ارایه توجه مثبت و نادیده گرفتن رفتارهای بی‌ضرر. در چنین برنامه‌ها فرض‌هایی برای یادگیری اکتشافی به وجود می‌آید و برنامه‌ریزی آموزشی برای این کودکان با توجه به ویژگی‌های رفتاری و شناختی که دارند طراحی می‌شود، به صورتی که با استفاده از فنون حل مسأله از جمله آموزش پاسخ تاخیری تعلیم به‌خود (خودآموزی) و تقویت و آموزش شناخت احساسات، سعی بر بهبود توجه و تمرکز و خودکنترلی کودک می‌شود. بر اساس یافته‌های پژوهش‌گران عدم توجه و دقت در کودک به عوامل و موضوعات و موارد یاد شده موجب اضطراب وی می‌شود. مادران باید چگونگی استفاده از فنون مثبت و تقویتی را در آغاز درمان از طریق شناختی- رفتاری بیاموزند، چون مهارت‌های توجه در شکل دادن رفتار کودکان بسیار مهم است. در طی درمان از مادران خواسته شد تا وقتی کودک فعالیت می‌کند به او توجه کنند. این کار فرصتی برای مادران فراهم می‌کند تا یاد بگیرند که چگونه بدون دخالت و پرسیدن سوال به کودکان‌شان توجه کنند و چگونه به صورت نه منفی اظهار نظر کنند. آموزش توجه مثبت به مادران کمک می‌کند تا به رفتارهای مطلوبی که می‌خواهند کودک‌شان آن‌ها را افزایش یا ادامه دهد، توجه کنند. لازم است رفتارهای مطلوب کودک بیشتر از رفتارهای نامطلوب او مورد توجه قرار گیرد. بنابراین در روش آموزش شناختی- رفتاری سعی شده تا مادران را نسبت به ظرفیت توجه و تمرکز کودک‌شان آگاه سازیم و به آن‌ها آموزش داده شد

که در روش تعلیم و تربیت خویش تجدیدنظر کنند و باتوجه به میزان توجه، تمرکز و انگیزه کودکشان؛ نوع آموزش تکالیف، حجم تکالیف و میزان عملکرد فرد در انجام تکالیف و مسئولیت‌هایش را در نظر بگیرند و در نتیجه، عمل کردن مادران به این آموزش‌ها منجر به بهبود نشانه‌های نارسایی توجه کودکشان شده است.

باتوجه به پژوهش انجام شده در رابطه با استفاده از راه کارهای انجام گرفته و وجود فرضیه‌های متفاوت در ارتباط با آسیب‌شناسی اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی و روی کردهای مختلف درمان‌گران برای این بیماران، شیوه‌های درمانی گوناگونی تاکنون برای این اختلال مطرح شده است. با توجه به ماهیت چند وجهی اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی و مزیت و محدودیت‌های مداخله‌های دارویی، رفتاری و شناختی- رفتاری، روشن است که هیچ یک از مداخله‌ها، برای برخورد با نیازهای بیشتر کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی، کافی نیست. اگرچه اثرات مثبت و معتبر روش‌های دارویی آشکار است اما روش ایده‌آل برای درمان می‌تواند شامل اجرای اولیه روش‌های آموزش رفتاری در محیط‌های منزل و آموزشگاه شود و همچنین استفاده از روش‌های رفتاری شناختی که با آموزش به والدین و معلمان همراه است، نتایج ثمربخشی را به دنبال خواهد داشت.

با توجه به این که هیچ گونه جلسه پیگیری با اعضای گروه آزمایش برگزار نشد نسبت به مدت زمان ماندگاری درمان شناختی- رفتاری والد محور در کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی کودکان آگاه نبودیم. توصیه می‌شود پژوهشی بر روی نمونه غیر کلینیکی که تحت درمان نباشد، انجام گیرد. همچنین کلاس‌های آموزش خانواده با رویکرد شناختی- رفتاری برای پیشگیری و کاهش اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی مورد استفاده قرار گیرد.

## منابع

- احسان منش، م. (۱۳۷۲). کارورزی والدین مبتلا به اختلالات سلوکی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده انستیتو روان پزشکی تهران، ص ۶۵-۶۰.
- اسماعیلی، ت؛ بحرینیان، ع و هاشمیان، پ. (۱۳۸۴). بررسی اثر درمانی متیل فنیدیت با یا بدون رفتار درمانی در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و بی توجهی. مجله پژوهش دانشکده پزشکی شهید بهشتی، ۲۹(۲)، ۱۳۵-۱۴۰.
- ایمان زاده، ح. (۱۳۷۷). مقایسه ویژگی های شخصیتی مادران پسران بیش فعال و مادران پسران عادی مقطع ابتدایی شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی کودکان استثنایی، دانشگاه علامه طباطبائی تهران، ص ۲۵.
- شریفی، ح. پ؛ آزاد، ح؛ احدی، ح و میرزائیان، ب. (۱۳۸۵). تاثیر آموزش مهارت های کنترل کودک به مادران بر کاهش علائم اختلال نقص توجه- بیش فعالی کودکان و افسردگی مادران. مجله دانش پژوهش در روان شناسی، ۲۹، ۸۱-۱۰۲.
- حاجبی، ا؛ حکیم شوشتری، م و خواجه الدین، ن. (۱۳۸۲). تاثیر آموزش مدیریت رفتاری به والدین کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال بیش فعالی با کمبود توجه. فصل نامه اندیشه و رفتار، ۷(۴)، ۴۳۵-۴۴۰.
- رجب لو، م. (۱۳۸۵). میزان اثربخشی مدیریت به مادران بر کاهش نشانه های ADHD پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره. دانشگاه علامه طباطبائی تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- روحانی، ف. (۱۳۸۶). اثر بخشی آموزش الگوهای فکری و رفتاری با رویکرد شناختی - رفتاری بر سلامت عمومی مادران کودکان مبتلا به ADHD مقطع ابتدایی شهر بجنورد. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.

شبان، س. (۱۳۸۶). اثربخشی آموزش مادران با رویکرد آدلری بر عملکرد خانواده‌های دارای کودکان ADHD. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره مدرسه. دانشگاه علامه طباطبائی تهران.

شیرازی، ا و علاقیندراد، ج. (۱۳۷۹). درمان ADHD با رویکرد شناختی- رفتاری. مجله تازه‌های علوم شناختی، ۲(۳ و ۴)، ۲۹-۳۴.

علی‌زاده، حمید. (۱۳۸۶). اختلال نارسایی توجه- فزون جنبشی. تهران: انتشارات رشد.

فتحی، ن. (۱۳۷۴). تاثیر برنامه آموزش مدیریت والدین در کاهش علائم بیش‌فعالی و نقص توجه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ص ۴۰-۴۶.

کاراحمدی، م؛ طباطبایان، س. ر و افخمی، م. (۱۳۸۶). مقایسه الگوهای تعاملی مادران در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه با گروه کنترل. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید صدوقی یزد، ۱۵(۱)، ۴۴-۴۸.

کلانتری، م؛ نشاطدوست، ح و زارعی، م. ب. (۱۳۸۰). تاثیر آموزش رفتاری مادران و دارودرمان‌گری بر میزان علائم فزون‌کنشی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی. مجله روان‌شناسی، ۱۸، ۱۱۸-۱۳۵.

گرگی، ی. (۱۳۸۴). بررسی و مقایسه اثربخشی کاربرد روش‌های اصلاح رفتار توسط مادران، معلمان و ترکیب هر دو در کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی- نقص توجه دانش‌آموزان دوره ابتدایی. رساله دکتری، دانشگاه علامه طباطبائی.

محمد اسماعیل، ا. (۱۳۸۶). درس‌نامه درمان رفتاری- شناختی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی- نارسایی توجه. تهران: دانش‌پژوه.

ناصری‌زاده، س. (۱۳۸۵). آموزش روش‌های شناختی درمانی به مادران دارای کودک ADHD و تاثیر آن بر کاهش اختلال و بهبود تعامل والد و کودک. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی تهران، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.

ناظر، م. (۱۳۷۲). کاربرد سه روش درمانی آموزش مهارت های اجتماعی، آموزش کنترل خود و اداره مشروط به مادران در کاهش رفتار پرخاش گرانه کودکان پرخاش گر. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

هادیان فر، ح؛ نجاریان، ب و شکرکن، ح. (۱۳۷۹). مقایسه اثربخشی سه روش درمانی در کاهش اختلال نقص توجه- بیش فعالی کودکان پسر دبستانی پایه های سوم و چهارم شهر شیراز. مجله علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه چمران، ۳، ۴ و ۳، ۲۹-۵۴.

- Adler, L. & Chone, J. (2004). Diagnosis and evolution of adult with attention deficit hyperactivity disorder. *psychiatric clinics of north America*, 27, 187-201.
- Alizadeh, H. & Andries, C. (2002). Interaction of parenting styles and attention deficit hyperactivity disorder in Iranian parents. *Child & Family Behavior Therapy*, 24(3), 37-52.
- Bewick, C. & Stubbe, D. E. (2000). Child and adolescent psychiatric clinic of North America. *WB Sanders Company*, 9, 511-523.
- Brasweell, L & Bloomquist, M.L. (1991). *Cognitive - Behavioral therapy with ADHD children: child, family, and school intervention*. New York: Guilford.
- Conners, C. K.; Epstein, J. N.; March, J. S.; Angold, A.; Wells, K. C.; Klaric, J., ... & Wigal, T. (2001). Multimodal treatment of ADHD in the MTA: an alternative outcome analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(2), 159-167.
- Frolich, J.; Dopfner, M.; Berner, W. & Lehmkuhl, G. (2002). Combined cognitive behavioral treatment with parent management training in ADHD. *Praxis der kinderpsychologie und kinderpsychiatrie*, 51(6), 476-493.
- Hinshaw, S. P. & Erhardt, D. (1991). *Attention-deficit hyperactivity disorder in Child and adolescent therapy: cognitive-behavioral procedures* (P.C. Kendall. Ed.). New York: Guilford.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1989). *Comprehensive textbook of psychiatry*. 4th ed, Baltimore: Williams & Wilkins, C.
- Merydith, S. P. (2001). Temporal stability and convergent validity of the behavior assessment system for children. *Journal of School Psychology*, 39(3), 253-265.

- Milich, R.; Loney, I. & Landau, S. (1982). The independent dimensions of hyperactivity and aggression: A validation with playroom observation data. *Journal of Abnormal Psychology*, 91(3), 183-198.
- Salbach, H.; Lenz, K.; Huss, M.; Vogel, R.; Felsing, D. & Lehmkuhl, U. (2005). [Treatment effects of parent management training for ADHD]. *Zeitschrift fur Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 33(1), 59-68.
- Sandberg, S. (1986). Overactivity: Behaviour or syndrome. *The overactive child*, 41-72.
- Tucha, O., & Lange, K. W. (2001). Effects of methylphenidate on kinematic aspects of handwriting in hyperactive boys. *Journal of abnormal child psychology*, 29(4), 351-356.
- Weiss, M.; Murray, C. & Weiss, G. (2002). Adult with attention – deficit/hyperactivity disorder: current concepts. *Journal of psychiatric practice*, 8(2), 99-111.
- Wiener, J. M. & Dulcan, M. K. (2004). *Text book of child and adolescent psychiatry*. Washington, DC: American psychiatric.
- Wilens, T. E., Faraone, S. V., Biederman, J., & Gunawardene, S. (2003). Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*, 111(1), 179-185.
- Wolraich, M. L.; Wibbelsman, C. J.; Brown, T. E.; Evans, S. W.; Gotlieb, E. M.; Knight, J. R., ... & Wilens, T. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents: a review of the diagnosis, treatment, and clinical implications. *Pediatrics*, 115(6), 1734-1746.

پیوست ۱: خلاصه محتوای آموزش‌های ارائه شده به شرکت کنندگان پژوهش

<p>آشنایی مادران با اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی (علل اختلال- همه گیر شناسی- نشانه ها- مشکلات- مسیر تحولی و درمان). آشنایی با رویکرد شناختی - رفتاری: شامل شناخت رویکرد و بررسی اثر رویکرد در درمان نارسایی توجه- بیش فعالی - تکمیل فرم «خودارزیابی افکار بزرگسالان» و بررسی افکار ناسازگارانه مادران و آشنایی با افکار درست در رابطه با کودکان.</p>	جلسه نخست
<p>بررسی تعاملات رفتار کودک - والد: شامل تکمیل فرم «خودارزیابی بزرگسالان از رفتار» و توجه به رفتارهای نادرست مادران و آشنایی آن ها با رفتارهای درست. آشنایی مادران بانقاط ضعف و قوت کودکان: تکمیل آزمون نقاط ضعف و قوت کودک و صحبت درباره نحوه برخورد با نقاط ضعف و قوت کودک.</p>	جلسه دوم
<p>آشنایی با مهارت های حل مسأله (شامل شناسایی مسأله- پیدا کردن راه حل ها - انتخاب بهترین راه حل و ارزشیابی راه حلها) و آشنایی با مهارت های ارتباطی (شامل بیان عبارات کوتاه، مناسب، موقر، مستقیم و بدون ابهام، هم خوانی کلام و احساس، گوش دادن فعال و آرایه بازخورد).</p>	جلسه سوم
<p>آشنایی با ۷ برنامه مداخله ای برای مادران، تا کودکان شان بهتر کارها را انجام دهند که عبارتند از: توجه مثبت مقتدرانه، آموزش نحوه انجام فعالیت، صدور دستورهای موثر، عدم مداخله و قطع فعالیت های مادران، سیستم اقتصاد ژتونی<sup>۱</sup>، تنبیه کودک، محروم سازی<sup>۲</sup>.</p>	جلسه چهارم
<p>شناخت اصول کلی در درمان و تغییر رفتار کودک شامل انتخاب رفتار</p>	جلسه پنجم

<sup>1</sup> Token economy

<sup>2</sup> Time out

مشخص، کنترل پاسخها و پیامدهای رفتار، برجسته نمودن پاسخها، ارجحیت تشویق بر تنبیه، ثبات زمانی و مکانی، توانایی پیش‌بینی مشکلات، سپردن بخشی از ارزیابی به خود کودک- روش تعلیم جذاب و انعطاف پذیر، مشخص نمودن قوانین برای کودکان، عفو و بخشش نسبت به خود، کودک و دیگران.

آشنایی با جدول تقویت کننده‌ها. مادران ضمن آشنایی با جدول برای کودکان خود تقویت کننده‌های مناسبی را انتخاب و جدول تهیه می‌نمایند. آشنایی با نمودار «توقف کن، فکر کن و طرحی را به کار ببر» برای حل مشکل کودک توسط خودش و ارائه جایزه از جدول تقویت کننده‌ها.

جلسه ششم

آشنایی با روش‌های درمان رفتاری- شناختی مبتنی بر همکاری کودک و کودک محور در منزل و شناسایی مشکلات و ارائه راه‌حل (اجرای نمودار «توقف کن، فکر کن، طرحی را به کار ببر» براساس همکاری تمام اعضای خانواده در طرح).

جلسه هفتم

آشنایی با راهبردهای کنترل رفتار کودک (محروم‌سازی) که شامل نادیده گرفتن، طرد کردن، خارج کردن از طریق بی‌توجهی، ترغیب کودک به گوش دادن و اطاعت کردن، هشدار دادن، بردن کودک به اتاق محرومیت و ... می‌باشد. مرور کلی بر آنچه در جلسه‌های قبل آموزش داده شده است.

جلسه هشتم