

بررسی و مقایسه تأثیر روش‌های آموزش دل‌گرم‌سازی، روش رفتاری و دارو درمانی بر مهارت‌های خودکنترلی در کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی

محمود برجعلی^۱ حمید علی‌زاده^۲، حسن احدی^۳، نورعلی فرخی^۴، فرامرز سهرابی^۵،
محمد رضا محمدی^۶

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۰۲/۰۵

تاریخ بررسی مقاله: ۱۳۹۰/۰۲/۰۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۰۳/۰۷

چکیده

هدف این مطالعه، بررسی و مقایسه‌ی اثر روش‌های آموزش دل‌گرم‌سازی مبتنی بر نظریه‌ی آدلر، آموزش رفتاری مبتنی بر نظریه‌ی بارکلی و دارو درمانی بر مهارت‌های خودکنترلی در کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی است. این طرح آزمایشی به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون چندگروهی برای گروه‌های آزمایشی که تشکیل یافته بودند از ۴۰ نفر والدین (پدران و مادران) دانش‌آموزان دبستانی مراجعه‌کننده به درمانگاه کودک و نوجوان بیمارستان روان‌پزشکی روز به شهر تهران که فرزندان آنها بر اساس تشخیص روان‌پزشک و بر اساس پرسش‌نامه تشخیصی علائم اختلال

۱- استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، ایمیل: m_borjali501@yahoo.com

۲- دانشیار، دانشگاه علامه طباطبائی

۳- استاد، دانشگاه علامه طباطبائی

۴- دانشیار، دانشگاه علامه طباطبائی

۵- دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی

۶- استاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران

نارسایی توجه/ بیش‌فعالی کانرز این اختلال را دارا بودند، اجرا شد. نتایج تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از تحلیل کو واریانس و نمرات F نشان داد که به طور کلی بین اثربخشی سه روش مورد مطالعه در افزایش مهارت خودکنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی تفاوت معنادار وجود دارد، $F=10/09$. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که روش‌های آموزش دل‌گرم‌سازی والدین بر اساس نظریات آلفرد آدلر و روش آموزش رفتاری والدین بر اساس نظریات راسل بارکلی بر افزایش مهارت خودکنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی تأثیر دارد.

واژه های کلیدی

اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، دل‌گرم‌سازی، آموزش رفتاری، خودکنترلی، دارودرمانی



مقدمه

از میان انواع اختلال‌های دوره‌ی کودکی، اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، شایع‌ترین اختلال عصبی- رفتاری است که در دوره‌ی کودکی قبل از ۷ سالگی تشخیص داده می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی یکی از شایع‌ترین اختلالات رشدی است، که معمولاً نشانه‌های آن در اوایل زندگی کودک و سنین پیش از دبستان ظاهر می‌شوند و اغلب نشانه‌های آن تا پایان کودکی و نوجوانی و در هفتاد درصد از موارد تا بزرگسالی ادامه می‌یابد (مونته‌گمری و مونسن، ۲۰۰۲).

اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی اختلالی با سه زیر نوع اختلال نارسایی توجه، بیش‌فعالی- تکانشگری و زیر نوع مرکب مشخص می‌شود. هر یک از دو زیر نوع این اختلال بر حسب چند ملاک رفتاری تعیین می‌شود، نارسایی توجه با رفتارهایی همچون بی‌دقتی، فراموش‌کاری در فعالیت‌های روزمره و سایر مشکلات مربوط به توجه مشخص می‌شود (هالچین، ویتبورن، ۲۰۰۳^۲). کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، معمولاً اموال و اشیاء خود را گم می‌کنند، به راحتی دچار حواس‌پرتی می‌شوند، اغلب از عهده‌ی توجه دقیق به جزئیات برنمی‌آیند، نمی‌توانند دستورالعمل‌ها را دنبال کنند و در سازمان دادن تکالیف خود مشکل دارند. همچنین، اغلب بر اثر محرک‌های نامربوط به آسانی دچار حواس‌پرتی می‌شوند و در فعالیت‌های روزانه فراموش‌کار هستند. تکانشگری در افرادی مشاهده می‌شود که پاسخ‌ها را بدون فکر مطرح می‌کنند، نمی‌توانند منتظر نوبت بمانند و برای دیگران مزاحمت ایجاد می‌کنند (بارکلی، ۲۰۰۳^۳). بررسی‌های انجام شده در خصوص علت‌های به وجودآورنده این

1- Montgomery & Mounsen
2- Halgin a Whitbourne
3- Barkley

اختلال نشان می‌دهد که یکی از علت‌های تشکیل‌دهنده و به وجودآورنده‌ی این اختلال، آسیب‌دیدگی یا بدکارکردی مغزی و آسیب در قطعه‌های پیشانی مغز است (دانهام و دانهام،^۱ ۱۹۷۸) که برای درمان آن از دارو درمانی استفاده می‌گردد.

در حال حاضر والدین و پزشکان به عوارض داروها و تأثیر بلندمدت آن خوش‌بین نیستند و از این رو به تجویز تنهایی داروها در بهبود نشانه‌های این اختلال اعتقاد کمی وجود دارد (سونوگا و همکاران^۲، ۲۰۰۴). علاوه براین، اگر چه درمان‌های دارویی به بهبود عملکرد روزانه‌ی کودکان نارسایی توجه/بیش‌فعالی کمک می‌کند ولی اگر به تنهایی به کار رود، در بهبود درازمدت بیماران اثر کمی دارد و به تنهایی در درمان مشکلات مرتبط با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی کافی نیست (ناتان،^۳ ۱۹۹۹). دارودرمانی رفتار مثبت اجتماعی را در کودکان افزایش نمی‌دهد، بدین معنا که حتی هنگامی که کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به‌طور موفقیت‌آمیزی به وسیله‌ی دارو درمان شده است، معلوم نیست که در رابطه با کودکان دیگر رفتار مثبت سازنده‌تری در پیش گیرد (فریدمن و دویال،^۴ ۲۰۰۳). بارکلی^۵، که تحقیقات زیادی راجع به اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی انجام داده است، دریافت که ۸۱ درصد نمونه‌های کودکان بیش‌فعال، مشکلاتی با همسالان خود داشتند و در روابط اجتماعی دچار مشکلات زیادی هستند. لذا امروزه درمان‌های روان‌شناختی که بر روی اصلاح و تقویت مهارت‌های والدین و کودکان در زمینه‌ی مدیریت رفتار و آموزش تأکید می‌کند در درمان این اختلال، غالباً در اولویت کاری و مفید می‌باشد (علی‌زاده، ۱۳۸۷). بررسی و مطالعه‌ی تعاملات درون‌خانوادگی بچه‌های دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعال، نشان می‌دهد که گاهی در خانواده‌های این کودکان، در روابط اعضا

1- Dunham & Dunham

2- Sonuga et al

3- Nathan

4- Fridman & Doyal

5- Barkley

با هم‌دیگر مشکل وجود دارد (مش و جانسون،^۱ ۱۹۹۰). این کودکان معمولاً در خانواده‌های غیرعادی متولد می‌شوند و مشکل روان‌شناختی و ارتباطی بسیاری در این خانواده‌ها گزارش شده است (کرگون و باندی،^۲ ۱۹۹۶). در مطالعه‌ی تعامل والدین و فرزند در بین خانواده‌های کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در ایران، نشان داده است که این والدین بیشتر از والدین فرزندان عادی، از شیوه‌های فرزندپروری، خودکامه و استبدادی استفاده می‌کنند. (علی‌زاده و آندریس،^۳ ۲۰۰۲) دارای اعتماد به نفس کمتری هستند، از شیوه‌های تنبیهی بیش‌تری استفاده می‌کنند و روابط گرم کم‌تری با فرزندانشان دارند (علی‌زاده، اپلکوسیت و کولیدج،^۴ ۲۰۰۳).

هم‌چنین مطالعه‌ی تعامل کودکان دارای اختلال شخصیت نارسایی توجه/ بیش‌فعالی با والدینشان نشان می‌دهد که در روابط آن‌ها، فشار روانی، (برین و بارکلی،^۵ ۱۹۸۸) روابط تحمیلی و استبدادی، (بورمیستر،^۶ ۱۹۹۲) افسردگی، محدودیت، ناکامی بالا و توانایی کم‌تر (بک،^۷ ۱۹۹۰) وجود دارد. تحقیقات و پژوهش‌ها نشان می‌دهد که از آسیب‌های مهم وجدی که در بین رابطه والدین و کودکان داری اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی دیده می‌شود اشکالات رفتاری و ارتباطی در بین والدین و همچنین کودکان دارای اختلال میباشد، بنابراین، امروزه باتوجه به تحقیقات جدید و راهکارهای درمانی اثربخش، مخصوصاً تبیین سبب‌شناسی اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در سطح رفتار والدین مشخص شده است که تعامل بین کودکان دارای این اختلال با والدینشان، موضوع بسیار مهمی است که نباید مورد غفلت پژوهشگران و درمانگران قرار بگیرد. به طور کلی، برنامه‌های آموزش والدین عمدتاً بر درمان

-
- 1- Mash & Johnston
 - 2- Grokun & Bandy
 - 3- Alizadeh & Andries
 - 4- Alizadeh- Appiequisite & Coolidge
 - 5- Breen & Barkley
 - 6- Bormister
 - 7- Beck

رفتار ناسازگارانه‌ی خردسالان متمرکز است. در این برنامه، والدین هستند که باید برنامه‌ی خواب یا برنامه‌ی معکوس کردن عادت را اجرا کنند یا رفتار خود و محیط را تغییر بدهند تا فرزندشان مهارت‌های جدید را بهتر یاد بگیرد و رفتار منفی خود را کاهش بدهند (شولتز و واگن، ۱۹۹۹). اسمیت (۱۹۹۶)، انواع برنامه‌های آموزشی والدین را در دو طبقه کلی قرار می‌دهد که عبارتند از: آموزش‌های رفتاری والدین و آموزش‌های ارتباطی والدین. آموزش‌های رفتاری، مداخله‌های با رویکرد رفتاری و یادگیری اجتماعی را در بر می‌گیرد. از سوی دیگر، آموزش‌های ارتباطی در برگیرنده مداخله‌های با سه رویکرد آدلری، انسان‌گرایانه و روان‌پویایی است. در این پژوهش سعی شده است برای افزایش مهارت خود کنترلی در کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه، برنامه آموزش والدین با دو رویکرد مستقل دل‌گرم‌سازی مبتنی بر رویکرد آدلر-درایکورس و آموزش رفتاری بر اساس مدل راسل بارکلی تدوین و اجرا گردد. در آموزش رفتاری والدین فرض بر این است که رفتار کودک (اعم از رفتار بهنجار، انحرافی یا تأخیردار) با تعاملات قبلی و فعلی کودک با اطرافیانش، به ویژه با والدینش، رابطه دارد و اگر می‌خواهیم رفتار کودک عوض شود باید رفتار اطرافیان کودک را تغییر دهیم (بیجو، ۱۹۸۴). راهبردهای مورد استفاده در این برنامه عبارتند از: تعریف دقیق اهداف درمان، تعلیم اصول یادگیری اجتماعی به والدین، استفاده از فنون رفتاری برای شکل دادن رفتار کودک، بازبینی روند پیشرفت به کمک مستندات منظم و تغییر دادن تعلیمات متناسب با این مستندات و اصلاح شرایط محیطی جهت تداوم و تعمیم تغییرات ایجاد شده (بیجو، ۱۹۸۴).

روش آموزش والدین به منظور کنترل کودک بر اساس مدل رفتاری به این منظور طراحی شده که مشکلات مربوط به نافرمانی کودک (بارکلی، ۱۹۸۷، فوری هندو مک

1- Scultz and Vaken

2- Bijou

ماهان^۱، ۱۹۸۱) و روش‌های قهرآمیز خانواده را نشان دهیم (پترسون^۲، ۱۹۸۹). این مشکلات شامل تقویت منفی، میزان کم تقویت مثبت، ابهام و دستورهای بیش از حد والدین و نظارت ضعیف بر رفتار کودک در خارج از منزل است. در آموزش کنترل کودک بر اساس مدل رفتاری، والدین مرکز مداخله هستند و کودکان فقط در موقعیت کار با والدین دیده می‌شوند. والدین یاد می‌گیرند راهبردهای کنترل رفتاری کودک را که مبتنی بر اصول رفتاری عامل هستند، اجرا کنند. در این برنامه‌ی آموزش والدین مهارت‌هایی را یاد می‌گیرند تا دستورها را بهبود بخشند، رفتارهای جامعه‌پسندانه و مناسب خاص را تقویت کنند، رفتارهای نامناسب را نادیده بگیرند و پیامدهایی را برای رفتارهای ضداجتماعی یا نامناسب در نظر بگیرند (محمداسماعیل، ۱۳۸۵).

در رویکرد آدلر-درایکورس چنین فرض می‌شود که منظومه‌ی خانواده از بسیاری جهات، مدل کوچکی از جامعه است. در رویکرد آدلر-درایکورس، منظومه‌ی خانواده، اولین محیط اجتماعی را تشکیل می‌دهد. هر کودکی می‌کوشد تا در این منظومه، با رقابت و رزی، مورد توجه و اهمیت قرار گیرد، و موقعیتی برای خود پیدا کند (شولمن و موزاک^۳، ۱۹۹۷، به نقل از علی‌زاده، ۱۳۸۳). هم‌چنین در این رویکرد گفته می‌شود که قسمت اعظم بدر رفتاری کودکان و نوجوانان، از محیط خانه و خانواده آغاز شده و به وسیله آن محیط تداوم پیدا می‌کند، بدین ترتیب این نتیجه به دست می‌آید که مداخله در این بافت، روش مناسب و مؤثری برای پیش‌گیری و نیز درمان خواهد بود. گسترش روزافزون خانه‌های تک‌والدی، خانواده‌های مخلوط^۴ و خانواده‌های دو شغله، وظیفه ایجاد یک محیط خانوادگی استوار و تربیت کودکان بهره‌مند از بهداشت روانی

1- Barkley, Forehand and Mackmahan

2- Peterson

3- Sholmen & Mouzak

4- Blended Families

را بسیار دشوار می‌سازد. درایکورس^۱ معتقد است، ناسازگاری کودک به چهار دلیل اصلی مربوط می‌شود، که عبارتند از: کسب توجه، دستیابی به قدرت (قدرت‌طلبی)، انتقام‌جویی و ابراز بی‌کفایتی (ولفگانگ، ۲۰۰۰).

از نمونه روش‌های مداخله‌ای و درمانی بر اساس رویکرد آدلر- درایکورس که برای آموزش نظام فرزندپروری کارآمد می‌توان از آن استفاده نمود، نظریات دینک‌مایر و مک‌کی^۲ (۱۹۶۷) می‌باشد، که برخی از اصولی که برای در مان اختلال‌های رفتاری مطرح می‌کنند عبارتند از: اجتناب از تنبیه، توجه به نتایج منطقی و طبیعی رفتار، تمایز بین انضباط و تنبیه، انتخاب روش‌های فرزندپروری ساده برای کودکان و کاربرد دل‌گرمی. موزاک و مانیاکسی (۱۹۹۸)، ناسازگاری و رفتار آسیب‌زا را به عنوان عکس‌العمل دلسردیکه منجر به کمبود اطمینان به خود می‌شود، تلقی می‌کنند. عدم اطمینان به خود باعث می‌شود که افراد به نگرش‌های کهنه و بی‌فایده در رفتارهایی که باعث حس عدم امنیت می‌شود، چسبیده و برای خود مشکلات زیادی به وجود بیاورند (تامسون و رادولف،^۳ ۲۰۰۰).

آدلرگرایان معتقدند که فرد مبتلا به آسیب روانی بیش‌تر دلسرد است تا آن که بیمار باشد، به همین خاطر تکنیک‌های درمانی در همین محور قرار می‌گیرد. نشان دادن ایمان در بیمار، محکوم نکردن او و اجتناب از متوقع بودن می‌تواند در او ایجاد انگیزه کند. احساس درک شدن موجب امیدواری در کودک می‌گردد (علی‌زاده، ۱۳۸۳). ایجاد دل‌گرمی^۴ کلید شکستن دور معیوب دل‌سردی است. دل‌سردی باعث می‌شود که مراجع به نگرش‌های بی‌فایده و رفتارهایی که باعث دل‌سردی بیش‌تر می‌شود پرداخته و رفتارهای ناسازگارانه‌ی دیگری در پیش بگیرد. دل‌گرم‌سازی، کلید رشد انتظارات

1- Dreikurs

2- Discouragement

3- Thomson & Radloph

4- Encouragement

مثبت در کسانی است که برای مشاوره مراجعه می کنند و به مراجعان کمک می کند که خود را با رفتارهای سازگار متنوع تر و گسترده تر و فشار روانی و ناراحتی کم تر مشغول کنند (تامسون و رادولف، ۲۰۰۰). درایکورس و سولتز^۱ (۱۹۶۴) بیان کرده اند که دل گرم سازی، گویای این باور است که باید برای کودکان احترام قایل بود، نباید آن ها را با استانداردهای بالا و بلندپروازی ها دچار دل سردی کرد. رفتار سوء کودکان، فقط زمانی است که آن ها بی انگیزه می شوند و باور دارند که با روش های دیگر نمی توانند موفق شوند. کودکان نیاز به دل گرمی دارند، همان گونه که گیاهان به آب و آفتاب، نیاز دارند. بازگویی این نکته به کودکان که می توانند بهتر باشند در واقع به این معنی است که به اندازه کافی خوب نبوده اند، البته بدون احساس دل سردی در آن ها (تامسون و رادولف، ۲۰۰۰^۲).

دل گرمی بازخورد مثبتی است که اصولاً به جای نتیجه بر تلاش یا بهبود و پیشرفت متمرکز است. دل گرمی شناخت، پذیرش و انتقال ایمان به کودک برای این حقیقت محض است که او وجود ارزش مند و مؤثری دارد. کودک برای این که انسانی کامل باشد مجبور نیست بهترین باشد، با دل گرمی، کودک فارغ از نتایجی که به دست می آورد احساس ارزش مندی می کند. دل گرمی فرایند توسعه ی منابع درونی کودک و مهیا کردن جرأت برای انتخاب های مثبت است (اوانز،^۳ ۱۹۹۹ به نقل از نصیری فرد، ۱۳۸۸).

تحقیقات و پژوهش ها نشان می دهد که آسیب های مهم جدی و اشکالات رفتاری و ارتباطی در بین والدین و کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی دیده می شود که برای درمان این آسیب ها و نارسایی های ارتباطی درمان ها و آموزش های

1- Dreikurs & siltz

2- Thomson and Radloph

3- Evans

مختلفی از سوی متخصصین و پژوهش‌گران انجام گرفته است که برای نمونه از ارتباط معیوب و مختل اعضای خانواده‌های که دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی می‌باشند به پژوهشی که توسط فیونا‌هایس و ساندرز در سال (۲۰۰۲) انجام شد، و در آن تأثیر آموزش برنامه تربیت‌سازنده بر روی ۲۰ خانواده با کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در سنین ۹-۵ سال بررسی گردید اشاره می‌گردد. در این پژوهش خانواده‌ها در دو گروه کنترل و آموزش قرار گرفتند، پس از اتمام برنامه، والدین گروه آموزشی کاهش مشخصی در شدت رفتارهای مخرب و مقابله‌جویانه کودکان و تکانشگری و پرفعالیتی آنها گزارش نمودند. در مطالعه محرری و همکاران (۱۳۸۶) در مورد تأثیر آموزش برنامه تربیت‌سازنده به مادران دارای کودکان دارای نارسایی توجه / بیش‌فعالی برای بهبود مشکلات رفتاری این کودکان در سنین ۱۲-۶ سال انجام دادند مشخص گردید، کاربرد برنامه تربیت‌سازنده در والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در کاهش مشکلات رفتاری و افزایش توانایی‌های این کودکان مؤثر می‌باشد. و بالأخره در مطالعه کجباف - عظیمی (۱۳۸۷) با موضوع مقایسه‌ی شیوه‌های فرزند‌پروری والدین دارای کودکان با و بدون نارسایی توجه / بیش‌فعالی در بین ۱۲۰ خانواده، معلوم گردید که خانواده‌های دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی نسبت به خانواده‌های بدون اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی بیش‌تر از سبک فرزند‌پروری استبدادی و اقتداری استفاده می‌کنند. و از طرفی برای تبیین اثر داشتن موقعیت و رفتار اطرافیان از جمله والدین با این کودکان طبق مطالعه علیزاده (۱۳۸۷) در ارتباط با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی و الگوی بازداری رفتاری و ماهیت خود‌کنترلی که این مطالعه مرور الگوی بازداری رفتاری بارکلی (۱۹۹۷) در مورد خود‌کنترلی و کارکرد‌های اجرایی و کاربرد آن در تبیین اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی است، در این الگو گفته می‌شود که

اختلال مذکور در اثر نارسایی در بازداری رفتاری ایجاد می‌شود. این الگوی نظری، بازداری را با چهار کارکرد عصب روان‌شناختی اجرایی مرتبط می‌داند.

این چهار کارکرد عبارتند از:

الف) حافظه‌کاری (ب) خود تنظیمی (ج) درونی‌سازی گفتار (د) بازسازی.

الگوی بازداری رفتاری بیان می‌کند که اختلال مذکور پیامد ثانویه نارسایی در چهار کارکرد یاد شده و کنترل حرکتی است.

در دو مطالعه، ارهات و بیکر^۱ (۱۹۹۰) بر روی کودکان پیش دبستانی مبتلا به نارسایی توجه / بیش‌فعالی معلوم گردید والدینی که در برنامه مداخله رفتاری قرار گرفته بودند، دوره آموزشی باعث افزایش اعتماد به نفس والدین در توانایی مدیریت کودکان، آگاهی از اصول رفتاری، بهبود بعضی از مشکلات رفتاری کودک و در نهایت بهبود روابط والد - کودک می‌شود.

هم‌چنین طبق تحقیق حاجبی و همکاران (۱۳۸۲) مشخص گردید که آموزش مدیریت رفتاری والدین می‌تواند در بهبود علایم کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی مؤثر باشد.

در تحقیق زارعی که روی ۶۷ دانش آموز بیش‌فعال انجام گرفت، معلوم گردید دانش آموزانی که والدینشان آموزش رفتاری داشتند از نظر بهبود علایم تفاوت معنا داری با گروه‌های که فقط دارو مصرف کرده بودند داشتند.

شواهد پژوهشی فوق مؤید این نکته می‌باشد که شیوه‌های برقراری ارتباط و کمیت و کیفیت تعامل اعضای خانواده دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در بروز و شدت یافتن علایم اختلال در کودکان مهم و مؤثر می‌باشد.

تشخیص و درمان مشکلات رفتاری کودکان از جنبه‌های مختلف دارای اهمیت

1- Erhardt and Baker

است. ضمن این که میزان شیوع بالای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی و روند شدت یافتن آن در طول زمان هزینه‌های زیادی که بر خود کودک، خانواده و اطرافیان وارد می‌نماید بررسی شیوه‌های مختلف و مؤثر بر کاهش شدت علایم این اختلال ضرورت می‌یابد (ریچارسون و جاگین، ۲۰۰۲، مزیک، ۱۹۹۸، ترجمه علاقبندراد و سلطانی‌فر، ۱۳۸۳). پژوهش‌های متعددی نشان می‌دهد که اگر اختلالات رفتاری در سطح کودکان مورد درمان قرار نگیرد، تبدیل به مشکلات شدید تر در بزرگسالی می‌شود که از آن جمله می‌توان به منجر شدن به اختلال سلوکی در نوجوانی و اختلال شخصیت ضداجتماعی در بزرگسالی اشاره نمود. ضمن اینکه این اختلال می‌تواند در سایر حوزه‌های زندگی و یادگیری کودک اختلال ناراحتی ایجاد نماید مثلاً دیده شده است که در بسیاری از اوقات یک کودک با مشکل نارسایی توجه / بیش‌فعالی از نظر تحصیلی هم دچار افت می‌شود هر چند از نظر هوشی مشکل خاصی نداشته باشد. از سوی دیگر با افزایش سن و پیشرفت اختلال، اختلال‌های همراه مانند اختلال یادگیری، اختلال نافرمانی تقابلی و اختلال اضطرابی افزایش می‌یابد (هاوز، ۲۰۰۷). از این رو، هر چند فرایند تشخیص و درمان این اختلال و یا اختلالات مشابه با تاخیر صورت گیرد، اثر بخشی درمان نیز کمتر خواهد بود. امروزه در حوزه درمان این اختلال، درمان رایج و غالب درمان‌های دارویی می‌باشد و از آنجا که در ایران خانواده‌های که دارای کودکان نارسایی توجه / بیش‌فعال می‌باشند، اصرار زیادی بر کاهش فوری علایم اختلال را دارند ضمن اینکه به مصرف دارو در دراز مدت بخاطر عوارض جانبی داروها اعتقاد ندارند و همین عامل باعث می‌شود که خانواده‌ها بصورت خود سر و دلبخواهی مصرف دارو را متوقف نمایند که این مسئله باعث عدم درمان کامل کودک و هم چنین کم توجهی به سایر علت‌های احتمالی بروز اختلال مخصوصاً در زمینه‌های ارتباطی و روانشناختی در سطح تعاملات خانوادگی می‌گردد.

بنابراین باتوجه به عوارض جانبی داروهای محرک و علاوه براین شکایت های خانواده های کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی / نارسایی توجه استفاده از روش های درمانی غیردارویی نیز حائز اهمیت است بنابراین با توجه به یافته های فوق، پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه تأثیر روش های آموزش دلگرم سازی آدلری، روش آموزش رفتاری بارکلی و دارو درمانی بر مهارت های خود کتتری در کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی انجام شده است. در راستای دستیابی به این هدف، پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سوال است که آیا تدوین برنامه های آموزشی به والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی از جمله روش دلگرم سازی آدلری و آموزش رفتاری بارکلی در مقایسه با روش دارودرمانی می تواند شیوه ی جدیدی را به حوزه ی علمی-حرفه ای مربوط به این کودکان ارائه نماید تا به همراه دارودرمانی به عنوان تدبیر درمانی جدید مورد استفاده ی روانشناسان و مشاوران قرار گیرد؟

اهداف پژوهش

اهداف پژوهش این تحقیق، عبارتند از تدوین برنامه ی درمانی دلگرم سازی خانواده با رویکرد آدلری جهت افزایش مهارت های خودکترلی کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی همچنین تدوین برنامه ی درمانی آموزش رفتاری خانواده با رویکرد بارکلی جهت افزایش مهارت های خودکترلی کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی از طرفی تعیین اثربخشی برنامه ی درمانی دلگرم سازی خانواده و برنامه ی آموزش رفتاری خانواده بر تعامل والدین و کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی و در نهایت بصورت مقایسه ای تاثیر سه روش مورد مطالعه که عبارتند از برنامه ی درمانی دلگرم سازی خانواده، برنامه ی آموزش رفتاری خانواده و روش

دارو درمانی بر افزایش مهارت خود کنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت.

▀ فرضیه‌های پژوهش

۱. بین اثربخشی سه روش مورد مطالعه (آموزش دل‌گرم‌سازی والدین، آموزش رفتاری والدین و دارودرمانی تنها) در افزایش مهارت خود کنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تفاوت وجود دارد.
۲. روش آموزش دل‌گرم‌سازی والدین در افزایش مهارت خودکنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مؤثر است.
۳. روش آموزش رفتاری والدین در افزایش مهارت خود کنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مؤثر است.
۴. بین اثربخشی روش آموزش دل‌گرم‌سازی والدین و روش رفتاری والدین دارای کودکان نارسایی توجه/بیش‌فعالی در افزایش مهارت خود کنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تفاوت وجود دارد.
۵. میزان اثربخشی روش‌های آموزشی (دل‌گرم‌سازی و روش رفتاری) در افزایش مهارت خودکنترلی دختران و پسران دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی متفاوت است.
۶. بین میزان تحصیلات پدران شرکت‌کننده در آموزش‌های دل‌گرم‌سازی و آموزش رفتاری کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در افزایش مهارت خودکنترلی تفاوت وجود دارد.
۷. بین میزان تحصیلات مادران شرکت‌کننده در آموزش‌های دل‌گرم‌سازی و آموزش رفتاری کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در افزایش مهارت خودکنترلی تفاوت وجود دارد.

روش پژوهش

طرح پژوهش

با توجه به اینکه انتخاب افراد سه گروه نمونه در تحقیق مورد نظر به صورت نمونه گیری در دسترس بود، روش این پژوهش از نوع شبه آزمایشی است.

آزمودنی‌ها

جامعه آماری این پژوهش در برگزیده والدین دانش آموزان مقطع ابتدایی مراجعه‌کننده به درمانگاه کودک ونوجوان بیمارستان روان پزشکی روزبه استان تهران است که فرزندان آنها بر اساس تشخیص روان پزشک و بر اساس پرسشنامه تشخیصی علائم اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی کانرز در سال تحصیلی ۱۳۸۸-۱۳۸۹ دارای این اختلال تشخیص داده شده‌اند و در بیمارستان روان پزشکی و کلینیک خصوصی دارای پرونده درمانی و بالینی بر اساس همین تشخیص می‌باشند، که از این جامعه، تعداد ۴۵ نفر از والدین (شامل پدر، مادر یا هر دو) دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی بصورت تصادفی به ترتیب در سه گروه ۱۵ نفری ویژه آموزش دل‌گرم سازی خانواده بر اساس روش آدلر، آموزش رفتاری خانواده بر اساس روش بارکلی و گروه گواه جایگزین شده‌اند.

ابزار پژوهش

در این پژوهش از پرسشنامه اندازه‌گیری خودکنترلی کندال و ویلکاکس برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده گردید. این مقیاس در سال ۱۹۷۹ توسط کندال و ویلکاکس در دانشگاه مینه‌سوتا ساخته شده است و شامل ۳۳ سوال می‌باشد که ۱۰ سوال آن مربوط به خودکنترلی، ۱۳ سوال آن مربوط به تکانش‌گری و ۱۰ سوال آن

نیز مربوط به هر دو (تکانش‌گری - خودکنترلی) می‌باشد.

اعتبار و روایی

ضریب پایایی این آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰.۹۸ و با استفاده از روش باز آزمایی ۰.۸۴ محاسبه گردیده است، که در حد قابل قبولی است (کندال و ویلکاکس، ۱۹۷۹^۱). همچنین پایایی آزمون توسط لورا کای موری مورد تایید قرار گرفته است (موری، ۲۰۰۲). در ایران چون این آزمون برای اولین بار مورد استفاده قرار می‌گیرد، پس از ترجمه توسط همتی، توسط دکتر احمد به پژوه، دکتر باقر غباری، دکتر حمید علیزاده، غلامرضا دهشیری (کارشناس ارشد روان‌سنجی) و عادل عظمی ویرایش و روایی محتوایی آن مورد تایید قرار گرفت. همچنین پایایی آزمون توسط همتی با استفاده از روش آلفا بر روی یک نمونه صد نفری از دانش‌آموزان شهر تهران ۰/۹۸ محاسبه گردید.

روش اجرای پژوهش

برای کنترل و اندازه‌گیری کمیت و کیفیت مباحث نظری و عملی مطرح شده در جلسات آموزشی پرسشنامه خودکنترلی کندال و ویلکاکس قبل از شروع جلسات آموزشی توسط معلمان دانش‌آموزان تحت عنوان مرحله پیش‌آزمون اجرا گردید در ادامه جلسات آموزشی طی ۲/۵ ماه و در ۱۰ جلسه ۱/۵ ساعته برای گروه آموزشی دل‌گرم‌سازی خانواده (آدلری) و ۱۰ جلسه ۱/۵ ساعته برای گروه آموزش رفتاری خانواده (بارکلی) انجام شد. بعد از اتمام دوره آموزشی مجدداً پرسشنامه خودکنترلی توسط معلمان تحت عنوان پس‌آزمون برای کودکان در مدارس اجرا گردید. در ضمن

1- Kendal and Wilcox

حدوداً بعد از ۲ ماه از اتمام جلسات آموزشی مرحله پی گیری برای اندازه گیری و ماندگاری اثر آموزش های داده شده با تکمیل پرسشنامه ها توسط معلمان در مدارس برای هر دو گروه از کودکان والدین شرکت کننده در دوره آموزشی انجام پذیرفت. در پایان با توجه به افت آزمودنی ها (والدین) در جلسات آموزشی، اطلاعات مربوط به ۱۳ نفر در گروه آدلری، ۱۲ نفر در گروه رفتاری و ۱۵ نفر در گروه گواه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون آماری تحلیل کو واریانس و نمرات f استفاده گردید.

یافته‌ها

در جدول ۱ و ۲ ویژگی های جمعیت شناختی مربوط به والدین شرکت کننده در گروه های مورد مطالعه آورده شده است.

جدول شماره ۱- تعداد حجم نمونه، جنسیت و میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه های آزمایشی

ردیف	گروه ها	تعداد نمونه (خانواده)	تعداد نمونه (کودک)	تعداد مادران	تعداد پدران	میانگین سن مادران	میانگین سن پدران	توضیح
۱	آموزش دل‌گرم سازی	۲۶	۱۳	۱۳	۱۲	۳۶	۴۱	پدر یکی از کودکان مرحوم شده بودند
۲	آموزش رفتاری	۲۴	۱۲	۱۲	۱۲	۳۵	۴۰	
۳	کنترل	۳۰	۱۵	۱۵	۱۵	۳۴	۴۲	

جدول شماره ۲- فراوانی میزان تحصیلات شرکت‌کنندگان در گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل

ردیف	گروه	کمتر از دیپلم مادران	کمتر از دیپلم پدران	دیپلم و فوق دیپلم مادران	دیپلم و فوق دیپلم پدران	لیسانس مادران	لیسانس پدران	بالاتر از لیسانس مادران	بالاتر از لیسانس پدران	جمع کل
۱	آموزش دل‌گرم‌سازی	۵	۱۱	۸	۲	-	-	-	-	۲۶
۲	آموزش رفتاری	۸	۷	۴	۴	-	-	-	۱	۲۴
۳	کنترل	۹	۱۰	۶	۵	-	-	-	-	۳۰

به منظور مقایسه اثر بخشی سه روش مورد مطالعه که عبارتند از روش آموزش دل‌گرم‌سازی والدین، روش آموزش رفتاری والدین و روش دارو درمانی در افزایش مهارت خود کنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی از آزمون تحلیل کو واریانس و نمرات f استفاده شد، که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است. چنانچه از جدول ۳ مشاهده می‌شود، بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون مقدار f محاسبه شده ($f = 0.9/10$) در درجات آزادی ۲ و ۳۶ از مقدار جدول ($F = 5/25$) بزرگتر است بنابراین فرض صفر رد می‌شود و با اطمینان ۹۵٪ نتیجه می‌گیریم که بین نمرات میانگین‌های مهارت خودکنترلی سه گروه آزمایشی فوق‌الذکر تفاوت معنا داری وجود دارد.

به منظور سنجش دقیق‌تر تفاوت بین دو به دو گروه‌ها از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد، و نتایج بدست آمده بیانگر آن است که بین میانگین‌های نمرات خود کنترلی گروه آموزش دل‌گرم‌سازی آدلر و میانگین نمرات گروه کنترل و همچنین میانگین نمرات خود کنترلی گروه رفتاری بارکلی با گروه کنترل تفاوت معنا دار بوده

است، اما بین خود گروه های آزمایشی (گروه آموزش والدین بر اساس نظرات آدلر و گروه آموزش والدین بر اساس نظرات بارکلی) تفاوت معنا دار مشاهده نگردید، به عبارت دیگر بین اثر بخشی روش های آموزش والدین که عبارتند از آموزش والدین بر اساس نظریات دل گرم سازی آدلر و روش آموزش رفتاری بر اساس نظریات بارکلی و نتایج بدست آمده از گروه کنترل در جهت افزایش مهارت خود کتتری کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی تفاوت وجود دارد. در جدول ۴ به ترتیب میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آموزشی دل گرم سازی و گروه آموزشی رفتاری به همراه نمرات گروه کنترل آورده شده است، همانطور که در جدول فوق مشاهده می گردد میانگین نمرات آزمون خودکترتی در مرحله پیش آزمون در گروه آموزش دل گرم سازی ۱۱۶ بوده است و در مرحله پس آزمون میانگین آزمون خود کتتری در همان گروه ۱۰۷ شده است که این نمره نشانگر این است که آموزش دل گرم سازی والدین در افزایش مهارت خود کتتری کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی تأثیر داشته است.

جدول شماره ۴ مقایسه نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه های آزمایشی و گروه کنترل

انحراف استاندارد پس آزمون	انحراف استاندارد پیش آزمون	تعداد	میانگین پس آزمون	میانگین پیش آزمون	گروه ها
۳۵/۸۱۵	۳۳ /۴۸۱	۱۳	۱۰۷ /۶۹۲	۱۱۶ /۰۰۰	آموزش دل گرم سازی
۲/۵۰۳	۳۸/۶۵۰	۱۲	۱۱۰/۶۶۶	۱۳۳/۷۵۰	آموزش رفتاری بارکلی
۲۷/۹۸۸	۳۷ /۸۸۷	۱۵	۱۶۴ /۷۳۳	۱۵۷ /۷۳۳	کنترل
۰۵۲/۴۰	۳۹ /۹۶۴	۴۰	۹۷۵/۱۲۹	۱۳۶ /۹۷۵	جمع

همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌گردد میانگین نمرات پیش آزمون در گروه آموزش رفتاری والدین ۱۳۳/۷۵۰ بوده است که این عدد بعد از انجام دوره آموزشی و اجرای پس آزمون تبدیل به عدد ۱۱۰/۶۶۶ می‌گردد، بنا بر این شواهد فوق حاکی از این است که آموزش رفتاری والدین بر افزایش مهارت خود کنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی مؤثر بوده است. در جدول ۵ و ۶ اطلاعات مربوط به مرحله پیگیری به منظور بررسی و ماندگاری اثر آموزش‌های ارائه شده به ترتیب در گروه‌های آزمایشی دل‌گرم‌سازی و آموزش رفتاری آورده شده است، چنانچه از جدول ۵ مشاهده می‌شود بر اساس نتایج مندرج در جدول فوق چون مقدار t محاسبه شده ($t = /۲۶$) در درجات آزادی ۱۲ ($df = ۱۲$) از مقدار t جدول (۲/۱۷۹) کوچکتر است، بنابر این با اطمینان ۹۵ / بین میانگین‌های نمرات خود کنترلی مرحله پس آزمون و مرحله پیگیری گروه آموزش دل‌گرم‌سازی والدین تفاوت معناداری وجود ندارد. بعبارت دیگر در طرح پژوهشی مورد نظر به این نتیجه دست می‌یابیم که اثر آموزش‌های ارائه شده، در مرحله پیگیری بعد از گذشت دو ماه هنوز باقی مانده است.

جدول شماره ۵ آزمون T وابسته بین آزمون مرحله پیگیری عامل خود کنترلی در گروه آموزش دل‌گرم‌سازی

مراحل	میانگین	تعداد	انحراف استاندارد	خطای استاندارد
پس آزمون	۱۰۷/۶۹	۱۳	۳۵/۸۱	۹/۹۳
پیگیری	۱۰۶/۲۳	۱۳	۳۴/۹۰	۹/۶۸

$$t = /۲۶ \quad df = ۱۲ \quad P > /۷۹$$

جدول شماره ۶ آزمون T وابسته بین آزمون مرحله پیگیری عامل خود کنترلی در گروه آموزش رفتاری والدین

مراحل	میانگین	تعداد	انحراف استاندارد	خطای استاندارد
پس آزمون	۱۱۰/۶۷	۱۲	۲۵/۵۰	۷/۳۶
پیگیری	۱۱۹/۹۱	۱۲	۳۸/۰۳	۱۰/۹۷

$$t = ۲/۲۰۱ \quad df = ۱۱ \quad P > /۴۰$$

در جدول شماره ۶ نتایج آزمون t وابسته بین میانگین های نمرات خود کنترلی پس آزمون و نمرات مرحله پیگیری گروه آموزشی رفتاری والدین آورده شده است، بر اساس نتایج مندرج در جدول فوق چون مقدار t محاسبه شده ($df = ۱۱$) از مقدار t جدول (۲/۲۰۱) کوچکتر است بنابراین با اطمینان ۹۵٪ بین میانگین های نمرات خود کنترلی مرحله پس آزمون و مرحله پیگیری گروه آموزش رفتاری والدین تفاوت معنا داری وجود ندارد. بعبارت دیگر در بررسی مورد نظر به این نتیجه دست می یابیم که اثر آموزش در مرحله پیگیری بعد از گذشت دو ماه هنوز باقی مانده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه ای روش های آموزش دل گرم سازی والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی بر اساس نظریات آلفرد آدلر و روش آموزش رفتاری والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی بر اساس نظریات راسل بارکلی و روش درمانی مداخله دارویی بر افزایش مهارت خود کنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی انجام شد. یافته های پژوهش نشان دادند که آموزش های دل گرم سازی والدین و آموزش های رفتاری

والدین نسبت به روش دارو درمانی تنها، در افزایش مهارت خود کتتری کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی مؤثر بوده است. به عبارت دیگر والدینی که دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی بوده اند و این آموزش‌ها را دریافت کرده بودند نسبت به گروه کنترل که هیچگونه آموزشی دریافت نکرده بود باعث شده بودند که نمرات پرسشنامه خود کتتری کودکان آنها در ارزیابی معلمین آنها در مدرسه افزایش پیدا نماید. این یافته نشانگر اثر بخش بودن مداخله‌های غیر دارویی در افزایش مهارت خود کتتری کودکان دارای اختلال می باشد. یافته‌های فوق با یافته‌های سایر پژوهشگران مبنی بر اثر بخش بودن آموزش‌های روان‌شناختی و اصلاح ارتباطی بین والدین و کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در بهبود نشانه‌های این اختلال همسو می باشد. بنابراین می توان گفت که آموزش‌های دل‌گرم‌سازی والدین بر اساس نظریات آلفرد آدلر و آموزش‌های رفتاری والدین بر اساس نظریات راسل بارکلی در افزایش مهارت خود کتتری کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی نقش دارد. در پژوهش‌های اخیر مشکل خود گردانی و بازداری رفتاری به عنوان توجیه نظری و الگوی پژوهشی برای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی توجه زیادی را به خود جلب کرده است. برخی از پژوهشگران اظهار کرده اند که این مشکلات کلید بسیار مهمی در فهم این اختلال است، مباحث مربوط به این مشکلات شامل اصطلاحاتی نظیر بازداری رفتاری و کارکرد‌های اجرایی و نیز کنترل تکانش و خود مدیریتی می باشد (علیزاده و آندریس ۲۰۰۲). در تمام این عناوین مشکلات مورد مواجهه فرد کاملاً مشابه هستند یعنی مشکل قابل ملاحظه کودک در فکر کردن هنگام انجام عمل و فهم اینکه عواقب برخی رفتارها چیست؟ بسیاری از والدین، معلمان و اطرافیان این گونه کودکان را به صورت افرادی توصیف می کنند که دائماً حرف می زنند، وول می خورند، مدام می دوند، می پرند و از در

آموزشی به والدین آموزش داده شد در گروه اول که در گروه آموزش دل‌گرم‌سازی ادلر بودند، آموزش سبک‌های ارتباطی نا کارآمد و آموزش سبک ارتباطی اثر بخش، راه کارهای مفید در شکل‌گیری انضباط، آموزش شیوه‌های حل مسئله، سبک‌های فرزند پروری مؤثر، آموزش راه کارهای دل‌گرم‌سازی و جلوگیری از دل‌سرد شدن کودکان بین والدین و کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی آموزش داده شد تا والدین روش‌های ناکارآمد ارتباطی خود با فرزندان را با مهارت‌های ارتباطی مؤثر و کارآمد جایگزین نمایند. همچنین در گروه دوم پژوهشی که در قالب گروه آموزش رفتاری والدین به روش بارکلی قرار داشتند موضوعات زیر به آنها در جلسات آموزشی، آموزش داده شد، آشنایی والدین با جریان شکل‌گیری رفتار کودکان در بستر خانواده و اجتماع، بررسی علل رفتار ناسازگار در کودکان، آشنایی با اصول جلب توجه و خودکنترلی، آشنایی با روش آموزشی تقویت پت‌ای در شکل‌گیری رفتار.

بنابر این در حیطه بالینی، همانطور که در داده‌های پژوهشی به دست آمد اثر بخشی آموزش‌های دل‌گرم‌سازی و آموزش رفتاری والدین بر افزایش مهارت خودکنترلی بدست آمد، لذا می‌توانیم نتیجه بگیریم که برای کنترل و درمان کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در کنار دارو درمانی که از درمان‌های اولیه و لازم برای کنترل و کاهش علائم اختلال می‌باشد بایستی از درمان‌های تکمیلی مخصوصاً در حوزه افزایش و بهبود سبک‌های ارتباطی بین والدین و کودکان دارای اختلال و همچنین اصلاح شیوه‌های رفتاری بین کودکان و والدین اقدام شایسته تحقیق پیدا نماید.

از جمله محدودیت‌های این طرح پژوهشی می‌توان به، تصادفی انتخاب نشدن والدین جهت حضور در گروه آموزشی، عدم همکاری کامل شرکت‌کنندگان در طرح، زیاد بودن سوالات والدین از اختلال کودکان خود، کم‌ترکردن پدران در دوره آموزشی، هماهنگ نمودن سخت والدین جهت حضور در جلسات آموزشی و حضور

نداشتن معلمین کودکان دارای اختلال در دوره آموزشی اشاره نمود، از این رو پیشنهاد می گردد. برای تعمیم پذیری بیشتر نتایج تحقیق در پژوهش های بعدی از والدینی استفاده شود که کاملاً داوطلب حضور در دوره آموزشی باشند و بتوان با استفاده از ابزارهای تشویقی بیشتر حضور والدین در دوره ها را پررنگ تر برگزار کرد. در نهایت امید است تا نتایج حاضر بتواند در مراکز مشاوره و کلینیک های راهنمایی کودکان و آموزش های والدین مورد استفاده قرار گیرد.



Archive of SID

منابع

- ۱- انجمن روان پزشکی امریکا، (۱۹۹۴). راهنمای اماری و تشخیصی اختلال‌های روانی، ترجمه محمد رضا ناینیان و همکاران، ۱۳۷۴، جلد اول تهران دانشگاه شاهد.
- ۲- ابنیکی، ا. (۱۳۸۵). بررسی رابطه بین سبک های یادگیری و خود کارآمدی با شیوه های مقابله با فشار روانی در دانشجویان، پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
- ۳- برجعلی، ا. (۱۳۸۰). تحول شخصیت در نوجوان، چاپ اول. آموزش و پرورش.
- ۴- پروچاسکا - جی. او نورکراس (۱۳۸۱) نظریه های روان درمانی، ترجمه یحیی سید محمدی، تهران رشد.
- ۵- حاجبی، ا. (۱۳۸۳). بررسی تأثیر درمانی آموزش مدیریت رفتاری به والدین در کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی، بیمارستان روان پزشکی ایران. تهران.
- ۶- خدایاری فرد، م. (۱۳۸۵). روان شناسی مرضی کودک و نوجوان، چاپ اول، تهران، دانشگاه تهران.
- ۷- دادستان. پری رخ. روانشناسی تحولی (۱۳۸۵) تهران. سمت.
- ۸- دینک-مایر دان سی -گری مکی (۱۳۸۷). راهنمای تربیت اثر بخش، ترجمه مهرداد فیروز بخت، چاپ اول، تهران دانزه.
- ۹- دینک -مایر دان سی -گری مکی (۱۳۸۳). پدر مادر نوجوان- آموزش قدم قدم برای تربیت اثر بخش، ترجمه قراچه داغی، تهران پیک بهار.
- ۱۰- دینک مایر-دان سی-دی مگی گاری (۱۳۸۵). والدین مؤثر فرزندان مسئول، ترجمه مجید رئیس دانا -چاپ چهارم تهران رشد.

- ۱۱- دلاور، ع. (۱۳۷۹). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران رشد.
- ۱۲- درایکورس. آر.، کاسل، پی. (۱۹۷۴). انضباط بدون اشک. ترجمه واثقی زاده و داداشزاده. ۱۳۷۸ تهران. رشد.
- ۱۳- روشن بین. م. (۱۳۸۵). بررسی اثر بخشی برنامه گروهی فرزند پروری مثبت بر استرس والد گری مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی.
- ۱۴- شرودر. کارولین اس. گوردون. بتی ان. (۲۰۰۲). سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی. ترجمه فیروز بخت، ۱۳۸۵، تهران، دانزه.
- ۱۵- صالحی. س. (۱۳۸۳). اثر بخشی آموزش والدین با رویکرد ادلری بر سبک های مقابله ای مادران کودکان دارای اختلال سلوک. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.
- ۱۶- علیزاده. ح. (۱۳۸۳). آدلر گستره نظریه شخصیت و روان درمانی چاپ اول تهران. دانزه.
- ۱۷- علیزاده. ح. (۱۳۸۳). اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی. ویژگی ها ارزیابی و درمان. تهران رشد.
- ۱۸- فریک. پی. جی. (۱۳۸۲). اختلال سلوک و رفتار های ضد اجتماعی شدید، ترجمه جواد علاقه بند راد و سلطانی فر. تهران سنا.
- ۱۹- کندال. اف. سی (۱۳۸۴). روان شناسی مرضی کودک. ترجمه نجاریان. و داوودی. تهران رشد.
- ۲۰- کاکاوند، ع. ر. (۱۳۸۵) روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی. روان.
- ۲۱- محمد اسماعیل، ا. (۱۳۸۵). درسنامه درمان رفتاری شناختی کودکان مبتلا به

اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی. تهران دانه.

۲۲- مارنات. گ. گ. (۱۳۸۷). راهنمای سنجش روانی. ترجمه پاشا شریفی و نیکخو. چاپ سوم رشد.

۲۳- محمد خانی، پ. (۱۳۸۵). سودمندی درمان ترکیبی برنامه گروهی فرزندان پروری مثبت و دارو درمانی بر علائم و شیوه‌های ۲۴- تربیتی کودکان ۱۲-۳ ساله مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در مقایسه با هر یک از این درمان‌ها به تنهایی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.

25- Adler, A. (1956). The individual psychology of Alfred adler, H. L. ansbacher and R. R Ansbacher (eds). new yourk: Harper torch books.

26- Alizadeh, H, &Andries, C. (2002). Interaction of parenting styles and attention deficit hyperactivity disorder in Iranian parents. child& family behavior thrapy ,24,37.

27- Barkley, R. A. (1995). Attention deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment. NY: Guilford.

28- Befera, M. S. , Barkley, R. A. (1989). Hyperactive and normal girls and boys. Mother-child interaction: Parent psychiatric status and child psychopathology. Child Psychotherapy. 26, 439-452.

29- Cantwell, D. P. (1999). ADHD treatment with nonstimulant pediatric psychopharmacology presented at mid year institute of the AACAP. Washington D. C. AACAP Press.

30- Kendall. P. C. & Wilcox. L. E. (1979). Self-control in children; development of a rating scale. Journal of consulting and cliical

psychology. 47. 1020-1029.

31- Dupaul, G. Y., Stoner, G. (2003). ADHD in the schools assessment & intervention strategies. New York: Guilford Press.

32- Dinkmeyer, D. & Dreikurs, R. (2000). Encouraging children to learn. Brunner-Routledge.

33- Evans, T. D (2005). The tools of encouragement. the international child and youth care network. Issue.

34- Erhardt, D. , Baker, B. (1999). The effects of behavioral parent training on families with young hyperactive children. Journal of Behavioral the exp psychiatry, 21, 121-132.

35- Edmund J. S. , Sonuga, B, Margaret, T. , David D. & Cathy Laver – B. (2004). Parent training for attention deficit / hyperactivity disorder. Is it as effective when delivered as routine rather than as specialist care ? British journal of clinical psychology.

36- Goldstein. S. , & Goldstein. M. (1999). Managing ADHD in children. NY.

37- Nathan, W. A. (2002). Integrated multimodal therapy of children with ADHD. Bullmeninger Clinical, 66, 283-312.

38- MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinic trial of treatment strategies for ADHD. Archives of General Psychiatry, 55, 1073- 86. 1

39- Mosak. H. , Maniaci. M. (1999). ‘Aprimer of adlerion psychology. ‘Brunnermuzel publishing.

40- Harway. M. (2005). Handbook of couples therapy'. John wiley 8sons. inc.

41- Sanders M. R. (1999). Triple p. positive parenting program; Towards an empirically validated multi level parenting and family support sterategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. clin child.

42- Fional. Sanders H. , Sanders M. R. A. (2002). lity study of enhanced group triple p –positive parenting program for parents of children with ADHD. Journal of behavior chang of Queens land university, Australia.

43- Taylor. JF. (1990). Helping your hyperactive child from effective treatments and developing discipline and self –esteem to helping your family adjustment. NY.

44- Weiss. M. Weiss. G(2002). Attention. deficit hyperactivity disorder. In M. Lewis. 2002. child 8 Adolescent psychiatry. USA.

45- Sanders. M. R. (2005). Prevention of child behavioral problems through universal implementation of a group behavioral family intervention, prev.

46- Wattes. R. & Pietrzak. D. (2000). Adlerian ‘encouragement ‘and the therapeutic process of solutin brief therapy. Journal of counseling and development. vol. 11. no. 2 pp. 139- 147.

47- Teeter. PA (1999). Interventions for ADHD. NY. Guilford press.

