

تأثیر آموزش رفتاری والدین و دارو درمانگری بر میزان علایم فزون‌کنشی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی

دکتر مهرداد کلانتری،* دکتر حمید نشاط دوست،* محمدباقر زارعی**

چکیده:

هدف از این تحقیق، بررسی تأثیر آموزش رفتاری والدین و دارودرمانگری بر میزان علایم فزون‌کنشی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بود. بدین منظور، از بین نواحی چهارگانه آموزش و پرورش شهر شیراز ۸ مدرسه ابتدایی پسرانه انتخاب شدند و باتوجه به ارزیابی معلمان و والدین، برای ۶۷ دانش‌آموز، تشخیص اولیه فزون‌کنشی داده شد. این دانش‌آموزان، برای تشخیص قطعی به روانپزشک، ارجاع داده شدند. از بین این ۶۷ نفر، فقط ۳۰ نفر به روانپزشک مراجعه کردند که ۲۶ نفر از آنها تشخیص قطعی فزون‌کنشی گرفتند. این ۲۶ نفر به اضافه ۷ نفر که قبلاً تشخیص فزون‌کنشی گرفته بودند، اما به روانپزشک مراجعه نکرده بودند، به طور تصادفی به سه گروه ۱۱ نفری آموزش رفتاری والدین، دارودرمانگری و گواه تقسیم شدند. آزمودنی‌های گروه دارودرمانگری که در نهایت به ۸ نفر تقلیل پیدا کرده بودند، به مدت ۳۵ روز داروی متیل فنیدیت (ریتالین) مصرف کردند. والدین گروه آموزش، در ۶ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای آموزش تغییر و

* استادیار دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان

** کارشناس ارشد روانشناسی عمومی

ایجاد رفتار در کودکان شرکت کردند، اما گروه گواه هیچ نوع درمانی دریافت نکردند. نتایج تحقیق نشان داد که آموزش رفتاری والدین، براساس ارزیابی والدین در مرحله بعد از درمان و پیگیری، بطور معنی داری میزان علائم فزون کنشی کودکان مورد مطالعه را کاهش داده است ($p < 0/05$)، اما براساس ارزیابی معلمان، تفاوت معنی داری بین میانگین های میزان علائم فزون کنشی گروه آموزش رفتاری والدین و گروه گواه در مرحله بعد از درمان و پیگیری وجود نداشت. از طرف دیگر، نتایج تحقیق نشان داد که دارودرمانی، در مرحله بعد از درمان، به طور معنی داری تأثیر چشمگیری بر کاهش میزان علائم فزون کنشی کودکان مورد مطالعه داشته است ($p < 0/05$).

کلید واژه ها: نارسایی توجه، فزون کنشی، دارودرمانگری، والدین، کودک

○ ○ ○

مقدمه

یکی از رایج ترین اختلالات دوران کودکی که توجه روانشناسان و روانپزشکان را به خود جلب کرده، اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی^۱ است.

مشخصه اصلی اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی، الگوی پایدار فقدان توجه و فزون کنشی - زودانگیختگی^۲ است که در کودکان مبتلا نسبت به همسالان آنها از شدت و فراوانی بیشتری برخوردار است. بعضی از نشانه های فزون کنشی - زودانگیختگی یا فقدان توجه که موجب اختلال می شوند باید قبل از ۷ سالگی ظاهر شوند. بعضی از علائم اختلال باید حداقل در دو محیط وجود داشته باشند (مثل خانه و مدرسه). در مورد مداخله این اختلال در کارکرد اجتماعی، تحصیلی متناسب با رشد، شواهد روشنی موجود است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ترجمه نیکخو و همکاران، ۱۳۷۴). اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی سه نوع فرعی را شامل می شود: ۱- نوع عمدتاً بی توجه ۲- نوع عمدتاً فزون کنش / زودانگیخته^۳ - نوع ترکیبی که با بی توجهی و فزون کنشی / زودانگیختگی توأم مشخص می شود (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۸).

کودکان فزون کنش، آرام و قرار ندارند و دائم به این طرف و آن طرف می دونند و به اصطلاح از در و دیوار بالا می روند. آنها نه فقط در بیداری پرتحرکند، بلکه در خواب نیز ممکن است ناآرام باشند. کودکان فزون کنش رفتارهای زودانگیخته دارند، یعنی قبل از تفکر اقدام به عمل می کنند (نجاریان و بساک نژاد، ۱۳۷۳). این کودکان، ممکن است به علت مسایلی چون برخورد با اشیاء یا تنه زدن به افراد، در دست گرفتن ظروف داغ، بدون توجه به ماشین ها به وسط خیابان

دویدن، پریدن از مکان‌های بلند و بازی با کبریت و آتش افروزی، خطر آفرین شوند (لطفی کاشانی و وزیری، ۱۳۷۶).

گزارش‌ها در مورد میزان شیوع اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی در ایالات متحده، از ۲ تا ۲۰ درصد کودکان دبستانی متغیر است. یک عدد محتاطانه، میزان شیوع را حدود ۳ تا ۵ درصد کودکان دبستانی قبل از بلوغ می‌داند. در بریتانیا میزان شیوع در مقایسه با ایالات متحده، کمتر است، یعنی کمتر از ۱ درصد. این اختلال در بین پسرها شایع‌تر است. نسبت پسر به دختر در این اختلال ۳ به ۱ و حداکثر ۵ به ۱ است. این اختلال در بین پسرهای اول خانواده، بیشتر دیده می‌شود (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۸). در مورد میزان شیوع این اختلال در ایران، آماری در سطح کشوری وجود ندارد و آمارهای موجود صرفاً به شهرها محدود می‌شود. به عنوان نمونه، نشاط دوست (۱۳۷۴)، میزان شیوع این اختلال را ۳/۷۷ درصد کودکان اول و دوم دبستانی شهر اصفهان برآورد کرده است. سلیمان نژاد (۱۳۷۶)، در تحقیقی دیگر میزان شیوع این اختلال را ۴ درصد کودکان دبستانی شهر ایلام برآورد کرده است.

اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی، اغلب با مشکلات تحصیلی نیز همراه است. در بعضی موارد، افت تحصیلی آنان بسیار چشمگیر بوده است. بررسی‌های علمی، نشان می‌دهد که ۵۰ تا ۶۰ درصد دانش‌آموزان فزون‌کنش تا رسیدن به سنین نوجوانی، لااقل یک بار (و تعداد کمتری از آنها بیش از چندبار) در کلاس‌های درس خود مردود شده‌اند. بسیاری از کارشناسان تعلیم و تربیت معتقدند که این قبیل کودکان علیرغم داشتن هوشی در حد متوسط، در امر یادگیری، ضعیف هستند و نمی‌توانند از استعدادهای خود به خوبی استفاده کنند (نجاریان و بساک‌نژاد، ۱۳۷۳).

مشکلات بی‌توجهی، پرتحرکی، زودانگیختگی و پرخاشگری که در کودکان فزون‌کنش وجود دارد، برقراری ارتباط با دیگران و حفظ دوستی‌ها را با مشکل مواجه می‌کند. حرمت خود پایین و احساس طرد شدن، از جمله علایمی است که معمولاً در این کودکان وجود دارد (بارلو و دوراند، ۱۹۹۵).

در نوجوانان فزون‌کنش، رفتارهای ضداجتماعی بیشتر است و وقتی اختلال رفتار ارتباطی^۴ با اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی، همراه می‌شود با جدول بالینی وخیم‌تری مواجه می‌شویم (هین شو^۵ و همکاران، ۱۹۹۲). برای مثال، نتایج یک تحقیق طولی ۸ ساله درباره کودکان فزون‌کنش، نشان داده است که مصرف سیگار، الکل، مواد مخدر و نظایر آن، در نوجوانان مبتلا اختلال رفتار به

فزون‌کنشی و ارتباطی، به مراتب بیش از کسانی است که به رغم ابتلاء به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، فاقد اختلال رفتار ارتباطی بوده‌اند. براساس یک تحقیق پس‌رویدادی دیگر، موریس^۶ (۱۹۷۹)، به این نتیجه دست یافت که اختلال‌های شخصیتی، روان‌گسستگی^۷، روان‌دردمندی^۸، اعتیاد به الکل و مواد مخدر در بیمارانی که پیشتر به عنوان فزون‌کنش مشخص شده بودند، بیشتر است. بالاخره، تحقیقات اخیر نشان می‌دهد که همزمانی اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی با اختلال رفتار ارتباطی، خطر ترک تحصیل را به گونه قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌دهد و دیگر اینکه فراوانی اختلال‌هایی مانند اضطراب و افسردگی نیز در نوجوانان مبتلا به فزون‌کنشی، در حال افزایش است (به نقل از دادستان، ۱۳۷۸).

علایم اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، ممکن است تا بزرگسالی نیز ادامه پیدا کند. افراد مبتلا به این اختلال، در بزرگسالی، علایم پر تحرکی نشان نمی‌دهند بلکه بیشتر بیقراری دارند، تکانه‌ای عمل می‌کنند و دارای اختلال توجه و تمرکز هستند که در اجتماع آنان را با مشکل مواجه می‌کند (خوشابی، ۱۳۷۷). مندلسن^۹ و همکاران (۱۹۷۱)، براساس پیگیری تحول این اختلال در نوجوانان به مدت ۲ تا ۵ سال، نشان دادند که نیمی از آزمودنی‌ها به بهبود نسبی و $\frac{1}{4}$ آنها به بهبود کامل دست یافتند، در حالیکه در $\frac{1}{4}$ دیگر هیچ تغییری حاصل نشد (به نقل از دادستان، ۱۳۷۸). البته بهبودی قبل از ۱۲ سالگی، بسیار نادر است و معمولاً اگر دیده شود در بین ۱۲ تا ۲۰ سالگی رخ می‌دهد (لطفی کاشانی و وزیری، ۱۳۷۶).

عوامل متعددی ممکن است به طور مجزا و یا در ترکیب با یکدیگر باعث شروع نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی شوند. عوامل ژنتیکی، آسیب‌های مغزی، عوامل عصبی - فیزیولوژیکی^{۱۰}، عوامل عصبی - شیمیایی^{۱۱}، عوامل محیطی (مثل مسمومیت با سرب، تشعشع، حساسیت غذایی و...) و عوامل خانوادگی به عنوان علل اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی ذکر شده است (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۸).

بنابر آنچه گفته شد، گوناگونی، تعدد، فراگیری و مزمن بودن مشکلات رفتاری مرتبط با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، عرضه خدمات درونی گوناگون در موقعیتهای درمانی متفاوت را توسط متخصصان بالینی ایجاب می‌کند (کراتوچویل^{۱۲} و موریس^{۱۳}، ترجمه نائینیان و همکاران، ۱۳۷۸).

استفاده از دارودرمانگری در مورد فزون‌کنشی معمولاً به سال ۱۹۳۷ باز می‌گردد که یک پزشک متخصص اطفال به نام برادلی^{۱۴} برای اختلالات رفتاری از آمفامین‌ها^{۱۵} (بنزدرین^{۱۶}) بهره

گرفت (ویکس - نلسن^{۱۸}، ایزرائل^{۱۹}، ترجمه منشی طوسی، ۱۳۷۲). این مطلب به تأیید رسیده که داروهای محرکی نظیر متیل فنیدیت^{۲۰} (ریتالین^{۲۱})، دکستروآمفتامین^{۲۲} (دکسدترین^{۲۳}) و پمولین^{۲۴} (سایلرت)^{۲۵}، برای تقریباً ۷۵ درصد از کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی، مفید است و حداقل به طور موقت، فزون‌کنشی و رفتارهای زودانگیخته را کاهش و تمرکز بر تکالیف را افزایش می‌دهد (سوانسن^{۲۶} و دیگران، ۱۹۹۳. به نقل از بارلو و دوراند، ۱۹۹۵). به طور کلی، به نظر می‌رسد که این داروها میزان متابعت این کودکان را افزایش و رفتارهای منفی را در بسیاری از آنها کاهش دهند. اما به نظر نمی‌رسد که داروهای محرک، بهبود قابل توجهی را در یادگیری و عملکرد تحصیلی به وجود آورند.

یکی از مهمترین عناصر در درمان فزون‌کنشی کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی، آموزش و مشاوره والدین در مورد ماهیت، علل، سیر^{۲۷}، پیش‌آگهی و درمان این اختلال است (کراتوچویل و موریس، ترجمه نائینیان و همکاران، ۱۳۷۸).

اهداف کلی آموزش والدین، عبارتند از ۱- بهبود مهارت‌های کنترلی والدین و افزایش توانایی‌های آنها در مواجه شدن با مشکلات رفتاری کودکان، به ویژه نافرمانی آنها، ۲- افزایش آگاهی والدین در مورد علل بدرفتاری کودکان و اصول و مفاهیم زیربنایی یادگیری اجتماعی چنین رفتاری، ۳- اصلاح متابعت کودک در تبعیت از دستورات و مقررات ارائه شده از سوی والدین، و ۴- بهبود روابط بین والدین و کودک (کوایسی و همکاران، ۱۹۹۶).

پیسترن و همکاران (۱۹۸۹)، در تحقیقی، ۴۳ خانواده دارای کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی را به دو گروه آزمایشی و گواه تقسیم کردند. مادران گروه آزمایشی، در یک برنامه آموزشی با هدف تغییر رفتار نافرمانی کودک شرکت کردند، اما گروه گواه هیچ نوع آموزشی دریافت نکردند. نتایج درمانی، از طریق مقایسه گروه‌ها قبل و بعد از درمان و سه ماه پیگیری، بیانگر تأثیر مثبت آموزش والدین بر متابعت کودک، اصلاح شیوه تعامل والد - کودک و افزایش مهارت‌های کنترلی مادر بود.

ارهارت و ویکر (۱۹۹۰)، از طریق دو مورد پژوهی^{۲۸}، نقاط قوت و ضعف یک برنامه مداخله‌ای را برای خانواده‌های دارای کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به نارسایی کمبود توجه / فزون‌کنشی، بررسی کردند. خانواده این کودکان به مدت ده هفته در یک برنامه آموزش کنترل رفتار کودک و چند جلسه پیگیری، شرکت کردند. نتایج تحقیق نشان داد که اعتماد به نفس والدین در نظارت بر کودکانشان و نیز آگاهی‌های آنها نسبت به اصول رفتاری، افزایش یافته است. علاوه بر این،

مشخص شد که مشکلات رفتاری معین کودک، ارزیابی والدین از میزان فزون‌کنشی کودک و ارتباط بین والدین و کودک نیز بهبود یافته است. دانفورت (۱۹۹۸)، در تحقیقی، تأثیر آموزش والدین را بر رفتار مادران و کنترل رفتار ایدائی^{۲۹} (مخرب) ۸ کودک مبتلا به اختلال نارسائی توجه / فزون‌کنشی که همزمان اختلال نافرمانی^{۳۰} مقابل‌ه‌ای نیز داشتند، مورد بررسی قرار داد. در این تحقیق از الگوی هانس^{۳۱} برای آموزش والدین استفاده شد. نتایج نشان داد که برنامه آموزشی، در اصلاح رفتار والدین به منظور نظارت بر رفتار کودک، مؤثر بوده است و از طرف دیگر، تنیدگی^{۳۲} مادر و رفتار مقابل‌ه‌ای کودک را کاهش داده است. یک پیگیری شش ماهه نشان داد که تغییرات در رفتار مادر و کودک ثابت باقی مانده است. نتایج این تحقیق با تحقیقات قبلی در مورد آموزش والدین برای خانواده‌هایی که کودکان دارای رفتار مقابل‌ه‌ای و رفتار فزون‌کنشی داشتند، قابل مقایسه است.

در تحقیقی دیگر، اثر بخشی آموزش گروهی والدین در بهبود متابعت و توجه کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی، بررسی شد. نتایج مثبتی براساس اندازه‌گیری متابعت کودکان حاصل شد، اما میزان توجه کودکان تغییری نکرد. مهارت‌های کنترلی والدین و شیوه کلی تعامل نیز بهبود یافت (بیسترمن و همکاران، ۱۹۹۲). به طور کلی، نتایج تحقیقات قبلی نشان داده است که آموزش رفتاری والدین یکی از روش‌های مؤثر در کاهش میزان علائم فزون‌کنشی می‌باشد. علاوه بر این، پرخاشگری، نافرمانی و کاهش احترام به خود به عنوان علائم ثانویه‌ای که ممکن است با فزون‌کنشی توأم باشند نیز از طریق آموزش والدین کاهش می‌یابند. هدف از تحقیق حاضر نیز بررسی این موضوع بود که آیا آموزش رفتاری والدین و دارودرمانگری به عنوان دو روش رایج، می‌توانند میزان علائم فزون‌کنشی را کاهش دهند؟ دیگر این که کدام یک از این دو روش بر دیگری ارجحیت دارد؟

روش

نمونه مورد مطالعه

در این تحقیق از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای استفاده شد. ۸ مدرسه ابتدایی پسرانه، از بین نواحی چهارگانه آموزش و پرورش شهر شیراز، به صورت تصادفی انتخاب شدند. از بین

دانش آموزان این مدارس، برای ۶۷ نفر تشخیص اولیه فزون کنشی گذاشته شد. از بین این ۶۷ نفر، تنها ۳۰ نفر به روانپزشک، مراجعه کردند که ۲۶ نفر از آنها فزون کنش تشخیص داده شدند. این ۲۶ نفر به اضافه ۷ نفر دیگر که قبلاً با احتمال زیاد تشخیص فزون کنشی برای آنها گذاشته شده بود اما به روانپزشک جهت تشخیص مراجعه نکرده بودند به آزمودنی‌ها اضافه شدند و به طور تصادفی به سه گروه ۱۱ نفری آموزش رفتاری والدین، دارودرمانگری و گواه تقسیم شدند. گروه دارو درمانگری در نهایت به ۸ نفر تقلیل پیدا کرد. شایان ذکر است که در این تحقیق، تنها کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی نوع عمدتاً فزون کنش، به عنوان نمونه انتخاب شدند.

ابراز تحقیق

ابراز تحقیق در این پژوهش عبارت بود از پرسش‌های گروه A پرسشنامه علایم مرضی کودکان^{۳۳}، که دارای دو فرم مخصوص معلمان و والدین می‌باشد. پرسش‌های گروه A پرسشنامه معلمان و والدین دارای ۱۸ عبارت مشابه می‌باشد که برای هر عبارت، یک مقیاس چهار درجه‌ای «هیچگاه»، «بندرت»، «گاهی اوقات»، و «بیشتر اوقات» در نظر گرفته شده است. پرسشنامه علایم مرضی کودکان، در سال ۱۹۹۴ توسط گادو^{۳۴} و اسپرافکین^{۳۵} مورد تجدید نظر قرار گرفت و با ملاک‌های چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^{۳۶}، منطبق شد. این پرسشنامه توسط مهربار ترجمه شده است. گادو و اسپرافکین، اعتبار^{۳۷} فرم اولیه چک لیست را از طریق روش باز آزمایی، ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ تعیین کردند (سلیمان نژاد، ۱۳۷۶). در زمینه روایی^{۳۸} پرسشنامه نیز باید گفت که عبارات این پرسشنامه، براساس ملاک‌های چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تهیه شده است که روایی این ملاک‌ها نیز توسط متخصصان انجمن روانپزشکی آمریکا تعیین شده است. در این تحقیق، به منظور تعیین اعتبار پرسش‌های گروه A پرسشنامه علایم مرضی کودکان، از روش تنصیف اسپیرمن - براون^{۳۹} استفاده شد و اعتبار پرسشنامه مخصوص معلمان و والدین به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۵، به دست آمد.

شیوه اجراء

بعد از این که آزمودنی‌های فزون کنش به سه گروه ۱۱ نفری آموزش رفتاری والدین،

دارودرمانگری و گواه تقسیم شدند، گروه دارودرمانگری که در نهایت به ۸ نفر تقلیل پیدا کردند، به مدت ۳۵ روز داروی متیل فنیدیت (ریتالین) مصرف کردند. والدین گروه آموزش در ۶ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای آموزش ایجاد و تغییر رفتار در کودکان شرکت کردند، اما کودکان گروه گواه، هیچ نوع درمانگری دریافت نکردند.

برای تشخیص اختلال فزون کنشی، براساس ملاک‌های چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی عمل شد. بدین صورت که در هر عبارت پرسشنامه علایم مرضی کودکان، درجه بندی «بیشتر اوقات» مد نظر قرار می‌گرفت. بنابراین، اگر کودکی، حداقل ۶ علامت از ۹ علامت عبارات ۱۰ تا ۱۸ را بیشتر اوقات از خود بروز می‌داد، بدون این که حداکثر ۶ علامت از علایم عبارات ۱ تا ۹ را - که برای تشخیص اختلال نارسایی توجه لازم است - بیشتر اوقات داشته باشد، به عنوان یک کودک عمدتاً فزون کنش تشخیص داده می‌شد. در پرسشنامه علایم مرضی کودکان، مقیاس‌های درجه بندی، «هیچگاه»، «بندرت»، «گاهی اوقات» و «بیشتر اوقات» به ترتیب با (۰)، (۱)، (۲)، (۳) نمره گذاری می‌شود. تأثیر روش درمان در مرحله بعد از درمان و پیگیری براساس تغییرات در گزینه‌های درجه بندی شده عبارات اندازه گیری می‌شد.

اطلاعات به دست آمده از ارزیابی معلمان و والدین در سه مرحله قبل از درمان، بعد از درمان و پیگیری از طریق سه تحلیل واریانس یک راهه^{۴۰} و آزمون توکی^{۴۱} (آزمون تفاوت معنی دار واقعی)^{۴۲} مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

جدول ۱، میانگین‌های نمرات علایم فزون کنشی آزمودنی‌های سه گروه را در پرسشنامه علایم مرضی کودکان، براساس ارزیابی معلمان و والدین، در سه مرحله قبل از درمان، بعد از درمان و پیگیری، نشان می‌دهد.

جدول ۱- میانگین‌های نمرات علایم فزون کنشی آزمودنی‌های سه گروه در مراحل مختلف براساس ارزیابی معلمان و والدین

گواه	دارودرمانی	آموزش رفتاری والدین	گروهها	
			شاخها	ارزیابی گروهها
میانگین	میانگین	میانگین		
۲۰/۸۲	۲۲/۱۲	۲۱/۳۶	قبل از درمان	معلمان
			بعد از درمان	
			پی گیری	
۱۹/۱۰	۱۸/۱۸	۱۸/۱۸	قبل از درمان	والدین
			بعد از درمان	
			پی گیری	
۲۰/۲۷	۱۹/۱۳	۱۸/۸۱		
۱۸/۵۴	۱۳/۶۲	۱۶/۱۰		
۱۸/۱۰	۱۵/۶۲	۱۵/۳۶		

به منظور بررسی معنی‌داری تفاوت بین میانگین‌های نمرات علایم فزون‌کنشی آزمودنی‌های سه گروه (آموزش رفتاری والدین، دارودرمانی و گواه) در مرحله قبل از درمان (خط پایه)، مقایسه‌ای از طریق تحلیل واریانس به عمل آمد. نتایج این مقایسه، به تفکیک اطلاعات حاصل از ارزیابی معلمان و والدین، در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲- خلاصه اطلاعات نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه میانگین‌های سه گروه در مرحله قبل از درمان به تفکیک

ارزیابی معلمان و والدین

نسبت F	میانگین مجذورات	درجات آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات	ارزیابی
۰/۹۶	۳/۹۵	۲	۷/۹۱	بین‌گروهها	معلمان
	۴/۱۱	۲۷	۱۱۱/۱۰	درون‌گروهها	
		۲۹	۱۱۸/۹۷	کل	
۰/۳۹	۲/۴۴	۲	۴/۸۸	بین‌گروهها	والدین
	۶/۲۷	۲۷	۱۶۹/۴۲	درون‌گروهها	
		۲۹	۱۷۴/۳۰	کل	

همانطور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، بین میانگین‌های نمرات علایم فزون‌کنشی آزمودنی‌های سه گروه آموزش رفتاری والدین، دارودرمانگری و گواه، براساس ارزیابی معلمان و والدین، در مرحله قبل از درمان (خط پایه)، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. جدول ۳، نتایج مقایسه میانگین‌های نمرات علایم فزون‌کنشی سه گروه آموزش رفتاری والدین، دارودرمانگری و گواه را براساس معلمان و والدین، در مرحله بعد از درمان، نشان می‌دهد.

جدول ۳- خلاصه اطلاعات نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه میانگین‌های سه گروه در مرحله بعد از درمان به

تفکیک ارزیابی معلمان و والدین

F	میانگین مجذورات MS	درجات آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات SV	ارزیابی
۸/۳۱*	۳۶/۴۸	۲	۷۲/۹۵	بین‌گروهها	معلمان
	۴/۳۹	۲۷	۱۱۸/۵۱	درون‌گروهها	
		۲۹	۱۹۱/۴۷	کل	
۱۲/۱۷*	۵۶/۵۸	۲	۱۱۳/۱۶	بین‌گروهها	والدین
	۴/۶۵	۲۷	۱۲۵/۵۱	درون‌گروهها	
		۲۹	۲۳۸/۶۷	کل	

* $p < 0/01$

همانطور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، بین میانگین‌های نمرات علایم فزون‌کنشی

آزمودنی‌های سه گروه آموزش رفتاری والدین، دارودرمانگری و گواه، براساس ارزیابی معلمان و والدین، در مرحله بعد از درمان، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/01$) این نتیجه‌گیری بدین معنی است که روش درمانگری، در مرحله بعد از درمان، مؤثر بوده است. به منظور تعیین این که کدام روش درمانگری بر متغیر وابسته (میزان علایم فزون کنشی) مؤثر بوده است از آزمون توکی که یکی از روش‌های مقایسه پس از تجربه است، استفاده شده است.

جدول‌های ۴ و ۵، نتایج آزمون توکی برای مقایسه‌های جفتی (دوتایی) میانگین‌های سه گروه آزمایشی را در مرحله بعد از درمان، با توجه به ارزیابی معلمان و والدین، نشان می‌دهد. جدول ۴- نتایج آزمون توکی (HSD) برای مقایسه‌های جفتی (دوتایی) میانگین‌های سه گروه آزمایشی، در

مرحله بعد از درمان با توجه به ارزیابی معلمان

گروه	میانگین	دارودرمانگری	آموزش رفتاری والدین	گواه
دارودرمانگری	۱۶/۱۲	۰	۱۸/۵۴	۲۰/۱۰
آموزش رفتاری والدین	۱۸/۵۴	-	۰	۱/۵۶
گواه	۲۰/۱۰	-	-	۰

HSD = ۳/۰۳ : $p < 0/01$ ** HSD = ۲/۳۶ : $p < 0/05$ *

همان‌طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، تفاوت ۱/۵۶ بین میانگین‌های گروه آموزش رفتاری والدین و گروه گواه، از $HSD = ۲/۳۶$ بحرانی (مبین) در سطح $a = 0/05$ کوچکتر است. بنابراین، نتیجه‌گیری می‌شود که بین این دو میانگین در مرحله بعد از درمان، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

تفاوت ۳/۹۸ بین میانگین‌های گروه دارودرمانگری و گروه گواه، از $HSD = ۳/۰۳$ بحرانی (مبین) در سطح $a = 0/01$ بزرگتر است. بنابراین، نتیجه‌گیری می‌شود که بین این دو میانگین در مرحله بعد از درمان، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/01$).

تفاوت ۲/۴۲ بین میانگین‌های نمرات گروه دارودرمانی و گروه آموزش رفتاری والدین، از $HSD = ۲/۳۶$ بحرانی (مبین) در سطح $a = 0/05$ بزرگتر است. بنابراین، نتیجه‌گیری می‌شود که بین این دو میانگین در مرحله بعد از درمان، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/05$).

جدول ۵- نتایج آزمون توکی (HSD) برای مقایسه‌های جفتی (دوتایی) میانگین‌های سه گروه آزمایشی، در مرحله بعد از

درمان با توجه به ارزیابی والدین

گروه	میانگین	دارودرمانگری	آموزش رفتاری والدین	گواه
دارودرمانگری	۱۳/۶۲	۰	۱۶/۱۰	۱۸/۵۴
آموزش رفتاری والدین	۱۶/۱۰	-	۲/۴۸*	۴/۹۲
گواه	۱۸/۵۴	-	-	۲/۴۴*

* $p < 0/05$: HSD = ۲/۴۳ ** $p < 0/01$: HSD = ۳/۱۲

همانطور که نتایج جدول ۵، نشان می‌دهد تفاوت ۲/۴۴ بین میانگین‌های گروه آموزش رفتاری والدین و گروه گواه، از $HSD = ۲/۴۳$ بحرانی (مبین) در سطح $\alpha = 0/05$ بزرگتر است. بنابراین، نتیجه‌گیری می‌شود که بین این دو میانگین، در مرحله بعد از درمان، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/05$).

تفاوت ۴/۹۲ بین میانگین‌های گروه دارودرمانی و گروه گواه، از $HSD = ۳/۱۲$ بحرانی (مبین) در سطح $\alpha = 0/01$ بزرگتر است. بنابراین، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که تفاوت معنی‌داری بین این دو میانگین در مرحله بعد از درمان وجود دارد ($p < 0/01$).

تفاوت ۲/۴۸ بین میانگین‌های گروه آموزشی رفتاری والدین و گروه دارودرمانگری، از $HSD = ۲/۴۳$ بحرانی (مبین) در سطح $\alpha = 0/05$ بزرگتر است. بنابراین، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که تفاوت معنی‌داری بین این دو میانگین در مرحله بعد از درمان وجود دارد ($p < 0/05$). در این تحقیق به منظور تعیین قدرت ارتباط بین متغیر مستقل (روش درمانگری) و متغیر وابسته (میزان علایم فزون‌کنشی) در مرحله بعد از درمان از مجذور امگا (ω^2) استفاده شد. مجذور امگا با توجه به ارزیابی معلمان، برابر $\omega^2 = 0/33$ و با توجه به ارزیابی والدین، برابر $\omega^2 = 0/43$ محاسبه شد. این نتایج نشان می‌دهد که با توجه به ارزیابی معلمان ۳۳ درصد و با توجه به ارزیابی والدین ۴۳ درصد تغییرات در متغیر وابسته (میزان علایم فزون‌کنشی) در مرحله بعد از درمان بر اثر متغیر مستقل (روش درمانگری) قابل تبیین است.

جدول ۶ نتایج مقایسه میانگین‌های نمرات علایم فزون‌کنشی آزمودنی‌های سه گروه آموزش رفتاری والدین، دارودرمانگری و گواه را براساس ارزیابی معلمان و والدین، در مرحله پیگیری، نشان می‌دهد.

جدول ۶- خلاصه اطلاعات نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه میانگین‌های سه گروه در مرحله پیگیری، به تفکیک ارزیابی

معلمان و والدین

F	میانگین مجذورات	درجات آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات SV	ارزیابی
۱/۱۴	۶/۳۴	۲	۱۲/۶۸	بین گروهها	معلمان
	۵/۵۸	۲۷	۱۵۰/۷۹	درون گروهها	
		۲۹	۱۶۳/۴۷	کل	
۵/۳۴*	۲۴/۰۲	۲	۴۸/۰۳	بین گروهها	والدین
	۴/۴۹	۲۷	۱۲۱/۳۴	درون گروهها	
		۲۹	۱۶۹/۳۷	کل	

* $p < 0/05$

همانطور که جدول ۶ نشان می‌دهد، بین میانگین‌های نمرات علائم فزون کنشی آزمودنی‌های سه گروه آموزش رفتاری والدین، دارودرمانگری و گواه، براساس ارزیابی معلمان در مرحله پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در حالی که تفاوت بین این میانگین‌ها براساس ارزیابی والدین، معنی‌دار است ($p < 0/05$).

به منظور تعیین این که کدام روش درمانگری بر متغیر وابسته (میزان علائم فزون کنشی) مؤثر بوده است از آزمون توکی استفاده شد. جدول ۷ نتایج آزمون توکی برای مقایسه‌های جفتی (دوتایی) میانگین‌های سه گروه آموزش رفتاری والدین، دارودرمانگری و گواه را براساس ارزیابی والدین در مرحله پیگیری، نشان می‌دهد.

جدول ۷- نتایج آزمون توکی (HSD) برای مقایسه‌های جفتی (دوتایی) میانگین‌های سه گروه آزمایشی،

در مرحله بعد از درمان با توجه به ارزیابی والدین

گروه	میانگین	دارودرمانگری	آموزش رفتاری والدین	گواه
آموزش رفتاری والدین	۱۵/۳۶	۱۵/۳۶	۱۵/۶۲	۱۸/۱۰
دارودرمانگری	۱۵/۶۲	-	۰/۲۶	۲/۷۴*
گواه	۱۸/۱۰	-	-	۲/۴۸*

HSD $0/01 = 3/10$ HSD: $p < 0/05 = 2/39$ *

همانطور که جدول ۷ نشان می‌دهد، تفاوت ۲/۷۴ بین میانگین‌های گروه آموزش رفتاری والدین و گروه گواه، از $HSD = 2/39$ بحرانی (مبین) در سطح $a = 0/05$ بزرگتر است. بنابراین، نتیجه گیری می‌شود که این دو میانگین، در مرحله پیگیری، تفاوت معنی‌داری با هم

دارند ($p < 0/05$).

تفاوت ۲/۴۸ بین میانگین‌های گروه دارودرمانگری و گروه گواه، از $HSD = 2/39$ بحرانی (میان) در سطح $\alpha = 0/05$ بزرگتر است. بنابراین، نتیجه‌گیری می‌شود که این دو میانگین در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌داری با هم دارند ($p < 0/05$).

تفاوت ۰/۲۶ بین میانگین‌های گروه آموزش رفتاری والدین و گروه دارودرمانگری، از $HSD = 2/39$ بحرانی (میان) در سطح $\alpha = 0/05$ کوچکتر است. بنابراین، نتیجه‌گیری می‌شود که این دو میانگین در مرحله پیگیری، تفاوت معنی‌داری با هم ندارند.

به منظور تعیین قدرت ارتباط بین متغیر مستقل (روش درمانگری) و متغیر وابسته (میزان علائم فزون‌کنشی) در مرحله پیگیری، از مجذور امگا (ω^2) استفاده شد. مجذور امگا با توجه به ارزیابی والدین، برابر $\omega^2 = 0/22$ محاسبه شد. که نشان می‌دهد ۲۲ درصد تغییرات در متغیر وابسته، در مرحله پیگیری، بر اثر متغیر مستقل قابل تبیین است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این تحقیق نشان داد که معلمان و والدین در مورد تأثیر آموزش رفتاری والدین بر کاهش میزان علائم فزون‌کنشی آزمودنی‌ها اتفاق نظر نداشته‌اند. با توجه به ارزیابی والدین، آموزش رفتاری، در مرحله بعد از درمان و پیگیری، میزان علائم فزون‌کنشی کودکان را کاهش داده بود، اما معلمان چنین نظری نداشتند. شاید بتوان این عدم اتفاق نظر را چنین توجیه کرد که آموزش رفتاری والدین، میزان علائم فزون‌کنشی کودکان مورد مطالعه را کاهش داده است، اما به دلیل این که معلمان، آموزش مشابهی را دریافت نکرده بودند، تغییرات ناشی از آموزش رفتاری والدین، به محیط مدرسه تعمیم پیدا نکرده است. این توجیه با نتیجه تحقیق جانسن (۱۹۹۴) هماهنگ است. جانسن در تحقیق خود به این نتیجه رسید که شرکت والدین کودکان فزون‌کنش در جلسات آموزشی موجب تغییرات رفتاری مثبت در فرزندانشان شده بود، اما نتایج مثبت آموزش رفتاری والدین به محیط مدرسه تعمیم پیدا نکرده بود. برعکس در گروههایی که معلمان به همراه والدین در جلسات آموزشی مشترک شرکت کرده بودند، تغییرات رفتاری به محیط مدرسه نیز تعمیم پیدا کرده بود.

از جمله نتایج دیگر این تحقیق، تأثیر چشمگیر دارودرمانگری بر کاهش میزان علائم

فزون‌کنشی کودکان، در مرحله بعد از درمان بود. نتایج نشان داد که هم معلمان و هم والدین در مورد تأثیر بیشتر دارودرمانگری بر کاهش میزان علایم فزون‌کنشی کودکان مورد مطالعه در مرحله بعد از درمان، اتفاق نظر داشته‌اند.

در مرحله پیگیری، یعنی زمانی که مصرف دارو قطع شده بود، معلمان و والدین در مورد تأثیر دارودرمانگری بر میزان علایم فزون‌کنشی، اتفاق نظر نداشتند. ارزیابی معلمان نشان داد که تأثیرات دارو در مرحله پیگیری، تداوم نداشته است. این یافته‌ها با نتایج تحقیق والن و هنکر (۱۹۹۱) و آیلون و همکاران (۱۹۷۵)، به نقل از راس، ترجمه مهریار، (۱۳۷۰)، همسو و هماهنگ است. این محققان در تحقیقات خود به این نتیجه رسیده‌اند که داروهای محرک، همانند یک مسکن عمل می‌کنند و بازگشت علایم اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی کمی بعد از این که کودک، مصرف دارو را متوقف کرد، واقع می‌شود. اما برعکس معلمان، ارزیابی والدین، بیانگر تأثیر دارو در مرحله پیگیری بود. این نتیجه با نتایج تحقیقات و تجارب قبلی، متناقض است. در توجیه این تناقض شاید بتوان گفت که والدین به دلیل این که فرزندانشان در مرحله بعد از درمان، نتایج مثبتی از مصرف دارو کسب کرده بودند، در نتیجه در مرحله پیگیری، یعنی زمانی که دارو قطع شده بود نیز تمایل سوگیرانه‌ای^{۴۳} نسبت به تأثیرات مثبت دارو پیدا کرده بودند. به عبارت دیگر، والدین به دلیل تأثیرات قبلی دارو در بهبود فرزندانشان، در مرحله پیگیری در مورد تأثیرات دارو دچار خطای هاله‌ای^{۴۴} شده بودند، اما همان طور که گفته شد، نتایج تجارب و مطالعات قبلی، نشان داده است که وقتی داروهای محرک، مورد استفاده قرار می‌گیرند، تغییرات رفتاری، فقط تا زمانی که دارو تجویز می‌شود، ادامه دارد ولی پس از آن که تأثیر مقدار معینی از دارو (دوز^{۴۵}) از بین برود، رفتار کودک به صورت قبل از تجویز دارو باز می‌گردد (آزاد، ۱۳۶۸). پاترسن^{۱۷}، معتقد است که گزارش‌های والدین درباره نتایج درمانگری، شدیداً سوگیرانه است و از این رو استفاده از روش مشاهده مستقیم را توصیه می‌کند. به نظر پاترسن، مقیاس‌های مادر، پیشرفت درمانگری را بیش از اندازه نشان می‌دهد (به نقل از کلانتری و همکاران، ۱۳۷۵).

به طور کلی، آنچه از نتیجه این تحقیق و تحقیقات قبلی (از جمله دانفوس، ۱۹۹۸، پیسترن و همکاران، ۱۹۹۲، ارهارت و بیکر، ۱۹۹۰، پیسترن و همکاران، ۱۹۸۹) استنباط می‌شود، این است که آموزش رفتاری والدین به عنوان یکی از مداخله‌های رفتاری، در کاهش علایم فزون‌کنشی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی، مؤثر است. در مجموع باید گفت

که آموزش والدین، رویکرد مهمی از دیدگاه بهداشت روانی است و یکی از مناسب‌ترین روش‌های پیشگیری از اختلالات روانی کودکان و نوجوانان می‌باشد و سرمایه‌گذاری در آن از جنبه‌های گوناگون، مقرون به صرفه است، زیرا آنچه را که جامعه و دولت برای بزهکاری، اعتیاد، افت تحصیلی، افسردگی، خودکشی و نظایر آن می‌پردازد، بسیار سنگین است. در صورتی که آموزش والدین براساس اصول علمی، برنامه‌ریزی شود، قطعاً تأثیر چشمگیری در پیشگیری از این گونه مشکلات خواهد داشت (به نقل از کلانتری و عابدی، ۱۳۷۷).

این تحقیق همچنین نشان داد که دارودرمانگری در کاهش میزان علائم فزون‌کنشی کودکان، به عنوان یکی از روش‌های مؤثر و سریع در کنترل اختلال محسوب می‌شود. داروهای تجویزی که عمدتاً از محرک‌ها تشکیل شده‌اند، پرتحرکی و رفتارهای زودانگیخته کودکان مبتلا را کاهش و میزان توجه آنها را افزایش می‌دهند.

با وجود تأثیرات مثبت و مهم داروها در کنترل علائم اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی، باید گفت که بخشی از کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی، به این داروها واکنش مثبتی نشان نمی‌دهند و یا حتی در واکنش به آن بدتر می‌شوند. اکثر کودکانی هم که به این داروها واکنش نشان می‌دهند، در زمینه‌های مهمی چون عملکرد تحصیلی و مهارت‌های اجتماعی، پیشرفتی از خود نشان نمی‌دهند (واشباش و همکاران، ۱۹۹۸؛ بارلو و دوراند، ۱۹۹۵). از طرف دیگر، علائم اختلال، اغلب کمی بعد از این که مصرف دارو قطع شد، باز می‌گردد (نوید و همکاران، ۱۹۹۷).

در بسیاری از موارد، ترکیبی از مداخله‌های رفتاری و دارویی، احتمالاً مؤثرترین نوع درمان برای مقابله با مشکلاتی است که کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی با آن مواجه هستند. اما تحقیقات این عقیده را نیز مورد تأیید قرار داده‌اند که تفاوت‌های فردی وسیع در هر نوع اثر بخشی درمانگری (خواه رفتاری، خواه دارویی و یا ترکیبی از این دو) نقش دارند (واشباش و همکاران، ۱۹۹۸).



یادداشت‌ها

- | | |
|--|------------------------------|
| 1- Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) | 2- Hyperactivity-impulsivity |
| 3- Impulsive | 4- Communication disorder |

- | | |
|---|---|
| 5- Hinshaw, S. P. | 6- Morrison, G. R. |
| 7- Psychosis | 8- Psychopathy |
| 9- Mendelson, W. | 10- Neurophysiological |
| 11- Neurochemical | 12- Kratochwill, T. R. |
| 13- Morris, R. J. | 14- Bradly, C. |
| 15- Amphetamine | 16- Benzedrine |
| 17- Patterson, G. R. | 18- Wicks Nelson, R. |
| 19- Israel, A. C. | 20- Methylphenidate |
| 21- Ritalin | 22- Dextroamphetamin |
| 23- Dexedrine | 24- Pemolin |
| 25- Cylert | 26- Swanson, J. |
| 27- Course | 28- Case study |
| 29- Disruptive | 30- Oppositional deviant disorder |
| 31- Hans, C. | 32- Stress |
| 33- Child Symptoms Inventory (CSI-4) | 34- Gadow, K. D. |
| 35- Sprafkin, J. | 36- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV) |
| 37- Reliability | 39- Spearman-Brown split-half method |
| 38- Validity | 41- Tukey test |
| 40- One Way Analysis of Variance (ANOVA) | 43- Biased |
| 42- Honestly Significant Difference (HSD) | 45- Dose |
| 44- Halo effect | |

منابع:

- آزاد، حسین. (۱۳۶۸). روانشناسی مرضی کودک. تهران: پازیک.
- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۱۳۷۴). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ترجمه نیکخو و همکاران، تهران: سخن.
- خوشای، کتایون. (۱۳۷۷). اختلال بیش فعالی / کمبود توجه و تمرکز. فصلنامه بهداشت جهان، ۲، ۱۲، ۵۳۰، ۲۸.
- دادستان، پریخ. (۱۳۷۸). روانشناسی مرضی تحولی: از کودکی تا بزرگسالی. تهران: سمت.
- راس. آ. آلن. (۱۳۷۰). اختلالات روانی کودکان: رویکردهای رفتاری به نظریه‌ها، پژوهش و درمان ترجمه امیر هوشنگ مهریار. تهران:

رشد.

- سلیمان نژاد، حمیرا. (۱۳۷۶). همه‌گیری‌شناسی اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی در دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شهر ایلام. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان (اصفهان).
- کراتوچویل، توماس. آر، موریس. ریچارد، جی. (۱۳۷۸). روانشناسی بالینی کودک (ترجمه محمد رضا نائینیان و همکاران). تهران: رشد.
- کلاتری، مهرداد؛ محمدرضا عابدی. (۱۳۷۷). بررسی میزان تأثیر آموزش رفتاری مادر بر کاهش اختلالات رفتاری بیرونی در کودکان پیش‌دبستانی. مجله پژوهشی دانشگاه اصفهان (علوم انسانی)، ۱ و ۲، ۷۴ و ۵۹.
- کلاتری، مهرداد؛ محمدرضا عابدی و حسین مولوی. (۱۳۷۵). بررسی میزان تأثیر آموزش رفتاری والدین در کاهش مشکلات رفتاری بیرونی کودکان پیش‌دبستانی. طرح پژوهشی، دانشگاه اصفهان.
- لطفی کاشانی، فرح و شهرام وزیری. (۱۳۷۶). روانشناسی مرضی کودک. تهران: ارسباران.
- نجاریان، بهمن و سودابه بساک نژاد. (۱۳۷۳). کودکان بیش‌فعال. فصلنامه بهداشت جهان، ۱، ۹، ۴۰، ۳۶.
- نشاط دوست، منصوره. (۱۳۷۴). بررسی شیوع اختلال نقص توجه / فزون‌کنشی در دانش‌آموزان پایه اول و دوم مدارس ابتدایی شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان (اصفهان).
- ویکس - نلسن، ریتا؛ ایزرائل، آلن. سی. (۱۳۷۲). اختلال‌های رفتاری کودکان ترجمه م. تقی، منشی طوسی. مشهد: آستان قدس رضوی.

- Barlow, D. H. & Durand, V. M. (1995). *Abnormal psychology: an integrative approach*. New York: Brooks/ Cole.
- Danforth, J. S. (1998). The outcome of parent training using the behavior management flow chart with mothers and their children with oppositional deviant disorder and attention deficit/hyperactivity disorder. *Behavior Modification*, 22(4), 443-473.
- Erhardt, D. & Baker, B. L. (1990). The effects of behavioural parent training on families with young hyperactive children. *Journal of Behavioural Therapy & Experimental Psychiatry*, 2(2), 121-123.
- Johnson, T. L. (1994). *Using conjoint behavioral consultation to enhance the generalization of behavioral parent training effects to school settings for children with ADHD*. Paper presented at the Annual Convention of the National Association of School Psychologists (Atlanta, GA, March 12-16).

- Kaplan; H. I. & Sadock, B. J. (1998). *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences/ clinical psychiatry*: (eighth edition). U. S. A: Williams & Wilkins.
- Nevid, J. S. , Rathus. S. A. & Green, B. (1997). *Abnormal psychology in a changing World*. U. S. A. NJ: Prentice Hall.
- Pisterman, S. , Firestone, P. , McGrath, P. , Goodman, J. T. , Webster, I. , Mallory, R. & Goffin, B. (1992). The role of parent training in treatment of preschoolers with ADHD. *American Journal of Orthopsychiatry*. 65(3). 397-408.
- Pisterman, S. , McGrath, P. , Firestone, P. , Goodman, J. T. , Webster, I. & Mallory, R. (1989). Outcome of parent-mediated treatment of preschoolers with attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57 (5). 628-635.
- Quici, F. L. (1996). *Does training parents with defiant children really work?* seven years of data. paper at the Annual Meeting of the National Association of School Psychologists (Atlanta. GA. March 12-16).
- Waschbusch, D. A. , Kipp, H. L. & Pelham, W. E. (1998). Generalization of behavioral and psychostimulant treatment of attention deficit/ hyperactivity disorder (ADHD): discussion and examples. *Behaviour Research and Therapy*. 36. 675-694.
- Whalen, C. K. & Henker, B. (1991). Therapies for hyperactive children: comparisons, Combinations, and compromises. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 59(1). 126-137.

