

Psychological Studies

Faculty of Education and Psychology, Al-Zahra University

Vol.3, No.2, Summer 2007

pp. 29 – 48

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۰۲/۰۵

تاریخ بررسی مقاله: ۱۳۸۵/۰۳/۲۱

مطالعات روان‌شناختی

دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا

دوره‌ی ۳، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۶

صص. ۲۹ – ۴۸

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۰۳/۰۸

Efficacy of parent's training on problem behaviors in ADHD children

Ghazaleh zargari nejad  
M.A in clinical psychology

Rokhsareh, yekkeh yazdandoost, Ph.D.  
Ph.D in clinical psychology, Iran university of  
Medical Sciences and Health Services

yazdandoostr@yahoo.com

اثربخشی آموزش والدین بر مشکلات رفتاری کودکان ADHD (مطالعه‌ی تک موردی)

غزاله زرگری‌نژاد  
کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

دکتر رخساره یکه یزدان دوست  
دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و  
خدمات بهداشتی درمانی ایران

Abstract

**Objective:** This research design which is a single case study, aimed to examine the efficiency of parent's training on reducing problem behaviors of AHDS children.

**Method:** Subjects were four mothers that had ADHD children. In order to control the impact of drug, children were selected among those who were treated under atleast 6 months of pharmacotherapy with Ratalin. All the four subjects were trained under 8 sessions of behavioral change for their ADHD children. These trainings were individually based on weekly session.

Subjects were evaluated before intervention, after intervention & one month later in the follow up stage, using "Connors Parent Rating Scale – Revised: Short Form" & "ADHD Rating Scale: Home Version".

**Findings:** The findings indicated that parent's training could reduce problem behaviors in 3 children. But could not effect on core symptoms of ADHD.

**Results:** Overall, parent's training was efficacious in reducing problem behaviors of ADHD children, but had no effect on hyperactivity, impulsivity & inattention of these children.

**Key words:** ADHD, parent's training, problem behaviors

چکیده:

طرح پژوهشی حاضر یک مطالعه تک موردی بود، که با هدف بررسی اثربخشی آموزش والدین بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان ADHD اجرا شد.

آزمودنی‌های این طرح، چهار مادر دارای کودک مبتلا به ADHD بوده‌اند. به منظور کنترل تأثیر دارو، کودکان از میان کودکان ADHD که حداقل به مدت ۶ ماه تحت درمان دارویی با ریتالین قرار داشتند، مورد انتخاب قرار گرفتند. سپس همهٔ آزمودنی‌ها به مدت ۸ جلسه تحت آموزش اصلاح رفتار کودکان ADHD قرار گرفتند. این جلسات به صورت انفرادی و هفتگی برگزار می‌شد.

آزمودنی‌ها در سه مرحلهٔ پیش از آغاز مداخله، پس از اتمام مداخله و با فاصله یک ماه از اتمام جلسات آموزش به عنوان پیگیری با استفاده از « فرم کوتاه و تجدیدنظر شدهٔ مقیاس درجه‌بندی کانرز والدین »، « مقیاس درجه‌بندی ADHD: نسخه‌ی منزل » مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها به کمک رسم نمودار ارایه گردید.

نتایج نشان داد که آموزش والدین قادر به کاهش مشکلات رفتاری سه آزمودنی در این پژوهش بود، اما بر علائم اصلی کودکان ADHD تأثیر قابل ملاحظه‌ای نداشت.

به طور کلی آموزش والدین در کاهش مشکلات رفتاری کودکان ADHD مؤثر واقع شد اما بر بیش‌فعالی، تکانشگری و بی‌توجهی این کودکان بی‌تأثیر بوده است.

**کلید واژه‌ها:** اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه؛ آموزش والدین؛ مشکلات رفتاری

## مقدمه

اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی<sup>۱</sup> (ADHD) از مهم‌ترین اختلالات روان‌پزشکی اطفال است که با شیوع ۵ - ۳ درصد در کودکان مدارس ابتدایی در مرحله‌ی پیش از بلوغ گزارش شده است (پورافکاری، ۱۳۷۹). این اختلال، علاقه‌ی محققین و متخصصین بالینی را به مدت ۴ دهه به خود معطوف داشته است. کودکان مبتلا به این اختلال، علاوه بر مشکلات اصلی توجه<sup>۲</sup>، تکانش‌گری<sup>۳</sup> و بیش‌فعالی<sup>۴</sup>، به مشکلات وابسته‌ی قابل توجهی در حوزه‌های مختلف اجتماعی<sup>۵</sup>، تحصیلی<sup>۶</sup>، رفتاری<sup>۷</sup>، شناختی<sup>۸</sup> و هیجانی<sup>۹</sup> دچار می‌شوند.

اگر چه، سابقاً تصور بر آن بود که این اختلال، وضعیتی خاص در دوران کودکی است، اما تحقیقات اخیر حاکی از پایداری آن در سراسر زندگی می‌باشد (لویس<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۶). مقوله‌ی بزرگسال ADHD<sup>۱۱</sup>، اخیراً توجه محققین و متخصصین بالینی را به خود جلب نموده است و ابزارهای مختلفی مانند پرسش‌نامه‌ی کانرز بزرگسالان (CAARS)<sup>۱۲</sup> برای ارزیابی و تشخیص آن طراحی شده است. (کانرز، ۲۰۰۱)

به دلیل مزمن بودن این اختلال، مبتلایان به آن، نیز در معرض اختلالات روان‌پزشکی دیگری در بزرگسالی، از جمله اختلال شخصیت ضداجتماعی<sup>۱۳</sup>، الکلیسم، اعتیاد و مشکلات میان فردی و روان‌شناختی قرار می‌گیرند (ویس<sup>۱۴</sup> و ویس، ۲۰۰۲).

به دلیل تعداد و تنوع مشکلات این کودکان در حوزه‌های مختلف، رویکردهای درمانی متفاوتی ارائه شده‌اند که در میان آنها، آموزش والدین<sup>۱۵</sup>، به دلیل ویژگی‌های منحصر به فرد خود، بر سایر روش‌ها برتری دارد. در این نوع درمان، برنامه‌ی اصلاح رفتار کودک در محیط طبیعی منزل و توسط والدین که بیشترین تعامل را با او دارند، اجرا می‌گردد.

مزیت دیگر رویکرد آموزش والدین بر سایر روش‌ها آن است که جنبه‌های مختلفی از عملکرد والدینی و خانوادگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. تحقیقات، اظهار می‌دارند که این نوع

1- Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder

2- Attention

3- Impulsivity

4- Hyperactivity

5- Social

6- Academic

7- Behavioral

8- Cognitive

9- Emotional

10- Lewis

11- Adult ADHD

12- Conners Adult ADHD Reating Scales

13- Antisocial personality disorder

14- Weiss

15- Parent training

درمان، استرس والدین<sup>۱</sup> این کودکان را کاهش می‌دهد و اعتماد به نفس آنها را افزایش می‌دهد (پیسترمان<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۸۹؛ آناستوپولوس<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۳، به نقل از آناستاپولوس و شافر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱).

در آموزش والدین، بر کل واحد خانواده و تأثیر آن بر کودک تأکید می‌شود. نگرانی‌هایی که والدین راجع به علل، درمان و پیش‌آگهی اختلال فرزندشان داشته‌اند، در جلسات آموزش والدین مورد بحث قرار می‌گیرد و اطلاعات و حمایت لازم برای والدین فراهم می‌آید. در پرتو اطلاعات جدید، والدین فهم بهتری نسبت به مشکلات کودک پیدا می‌کنند و آموزش مهارت‌های کنترل رفتار کودک، احساس کارآمدی والدین را افزایش می‌دهد.

به دلیل تنوع مشکلات مربوط به ADHD، مسلماً امکان آن که یک نوع درمان، به تنهایی بتواند تمام الزامات درمانی این اختلال را پوشش دهد، وجود ندارد. به همین دلیل، متخصصین بالینی اغلب راهبردهای درمانی متعددی را در ترکیب با هم اتخاذ می‌کنند تا هر یک جنبه‌ی متفاوتی از مشکلات روانی - اجتماعی کودک را مورد نظر قرار دهد. هیچ یک از مداخلات درمانی نباید به عنوان شفا دهنده‌ی ADHD در نظر گرفته شوند، بلکه ارزش آنها در کاهش سطح علائم اختلال و مشکلات رفتاری یا هیجانی مرتبط با آن است. وقتی هر یک از این درمان‌ها متوقف شوند، اغلب، علائم اختلال به سطح پیش از درمان بر می‌گردند. بنابراین رمز اثربخشی هر مداخله‌ای، در تداوم آن در مدت زمانی طولانی است. از میان مداخلات مختلف که درباره‌ی ADHD مطرح شده‌اند، آموزش والدین به دلیل آن که والدین را به مهارت‌هایی در کنترل رفتار کودک، مسلط می‌سازد، امکان تداوم بیشتری دارد.

در تحقیق حاضر نیز به دلیل مزایایی که برای آموزش والدین بر شمردیم، این رویکرد با هدف کاهش مشکلات رفتاری کودکان ADHD مورد استفاده قرار گرفت. از آن جا که نواقص مغزی این کودکان از جمله نقص کارکردهای اجرایی<sup>۵</sup> لوب فرونتال<sup>۶</sup> (داوسون<sup>۷</sup> و گار<sup>۸</sup>، ۲۰۰۴؛ وست‌بای<sup>۹</sup> و واتسون<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۴) موجب شده است که درمان دارویی به عنوان جزء اصلی درمان این کودکان مطرح باشد و به دلیل آن که استفاده از هر رویکرد درمانی بدون ترکیب با دارودرمانی بی‌ثمر خواهد بود، در این تحقیق آزمودنی‌ها پیش از به کارگیری آموزش والدین،

- 
- 1- Parent stress
  - 2- Pisterman
  - 3- Anastopoulos
  - 4- Shaffer
  - 5- Executive functions
  - 6- Frontal lobe
  - 7- Dawson
  - 8- Guare
  - 9- Westby
  - 10- Watson

به مدت کافی تحت درمان دارویی با ریتالین<sup>۱</sup> قرار گرفته بودند. بنابراین خط پایه‌ی مشکلات رفتاری کودک پس از تأثیر دارو به دست آمده است.

آموزش والدین در درمان نافرمانی کودکان مورد حمایت تجربی کافی قرار گرفته است (گرین هیل<sup>۲</sup> و اوسمان<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰) اما مطالعات بسیار کمی، به طور اختصاصی اثربخشی این رویکرد را در کودکان ADHD مورد بررسی قرار داده‌اند.

## آموزش والدین

بیشتر والدین کودکان ADHD می‌دانند که روش کنونی آنها در کنترل فرزندشان مؤثر نیست و بنابراین مشتاق یادگیری مهارت‌های جدید هستند. در این نوع درمان راهبردهای مدیریت رفتار کودک به والدین آموزش داده می‌شود. جلسات آموزش، می‌تواند به صورت گروهی یا فردی برگزار گردد. گروه‌های والدین، پذیرش و حمایت گروهی را فراهم می‌آورد، اما برای آن که روش‌های آموخته شده به طور مناسب به کار روند، ممکن است نیاز به جلسات انفرادی اضافی وجود داشته باشد. گروه‌ها معمولاً با ۸ نفر به طور هفتگی از ۸ تا ۲۰ جلسه برگزار می‌گردند. هر چه شرکت والدین در گروه فعال‌تر باشد، نتایج بهتری به دست می‌آید. (فلیک<sup>۴</sup>، ۱۹۹۸) برای برخی از والدین، خصوصاً آنها که خود مبتلا به ADHD هستند، تکنیک‌های آموزشی، کمتر مفید واقع می‌شوند. مشکلات این والدین در پیگیری آموخته‌ها، مهارت‌های سازمان‌دهی و توجه ضعیف به جزئیات، انجام برنامه‌های رفتاری را دشوار می‌سازد، مگر آن که والدین آنها نیز تحت درمان قرار گیرند (ویس و ویس، ۲۰۰۲).

در جلسات آموزشی، والدین می‌آموزند که تقویت<sup>۵</sup> رفتار مطلوب و عدم توجه یا ارائه‌ی پی‌آمد منفی<sup>۶</sup> برای رفتار نامطلوب کودک می‌تواند رفتارهای او را تغییر دهد. پاداش‌ها و پی‌آمدهای رفتار برای این کودکان، باید بلافاصله و به طور روزمره و مکرر ارائه شود. تقویت مثبت، مثلاً به صورت ژتون‌هایی که تعداد خاصی از آنها به جایزه تبدیل می‌شود می‌تواند به تنهایی یا همراه با پی‌آمدهای منفی به کار رود (جونز<sup>۷</sup>، ۱۹۹۸) به والدین آموزش داده می‌شود که به دنبال هر فرصتی برای تشویق کودک باشند و بدانند که پی‌آمدهای منفی، چنانچه به طور ناپایدار به کار روند، رفتار وی را تقویت می‌کنند (کازدین، ۲۰۰۲)

1- Ritalin

2- Greanhill

3- Osman

4- Flick

5- Reinforcement

6- Negative consequence

7- Jones

پاداش‌ها و پی آمدهای منفی هر دو به دقت توسط خود کودک به عنوان یک همراه فعال انتخاب می‌شوند. مثلاً یک پاداش مؤثر برای بسیاری از کودکان مدت زمانی است که در آن با یکی از والدین تنها باشند و فعالیتی را به دلخواه و به طور مشترک انجام دهند. اجازه‌ی انجام فعالیت‌های دلخواه کودک به او، مثل بازی با کامپیوتر نیز اخیراً به عنوان پاداش مطلوبی در نظر گرفته می‌شود (فیلیک، ۱۹۹۸).

بارکلی (۱۹۹۷)، برنامه‌ی آموزش والدین فورهند<sup>۱</sup> و مک ماهون<sup>۲</sup> (۱۹۹۸) را بدین صورت تعدیل کرد که مشکلات اصلی مربوط به ADHD را به طور اختصاصی مورد نظر قرار دهد (به نقل از جونز، ۱۹۹۸) این برنامه، معمولاً در طول یک دوره‌ی ۹ جلسه‌ای هفتگی اجرا می‌شود. مباحث جلسات عبارتند از: علت‌های رفتارهای مخرب کودک، راهبردهایی برای توجه به رفتار کودک، روش‌های افزایش همکاری و بازی مستقل، ایجاد یک برنامه‌ی تقویت ژتونی، استفاده از جریمه<sup>۳</sup> و محروم کردن<sup>۴</sup>، مدیریت رفتار کودک در مکان‌های عمومی، استفاده از برنامه‌ی ارتباط خانه - مدرسه و چگونگی کنترل مشکلات رفتاری آینده.

در این برنامه، پس از اتمام دوره‌ی آموزش، جلسات پیگیری برای حفظ مهارت‌های کسب شده، هر چند ماه یک بار برگزار می‌شود. برنامه‌ی کنترل رفتار کودک ADHD که بارکلی توصیف کرده است، مبتنی بر نقص‌های این کودکان در بازداری رفتار<sup>۵</sup> است. نظریه‌ی او درباره‌ی ADHD نوع مرکب (۱۹۹۹) اظهار می‌دارد که نقص در پاسخ درنگیده<sup>۶</sup> و بازداری رفتار منجر به سایر مشکلات مربوط به ADHD می‌شود. این نقص زیربنایی، مشکلات حافظه کاری، خودتنظیمی عوامل<sup>۷</sup>، انگیزه<sup>۸</sup>، برانگیختگی<sup>۹</sup> و درونی کردن گفتار<sup>۱۰</sup> (و به نوبه‌ی خود، ظرفیت رفتار مبتنی بر قانون<sup>۱۱</sup>، استدلال اخلاقی<sup>۱۲</sup> و تفکر) را موجب می‌شود (ویس و ویس، ۲۰۰۲).

- 
- 1- Forehand
  - 2- McMahon
  - 3- Response cost
  - 4- Time out
  - 5- Behavioral inhibition
  - 6- Delayed responding
  - 7- Self- regulation of affects
  - 8- Motivation
  - 9- Arousal
  - 10- Internalization of speech
  - 11- Rule governed behavior
  - 12- Moral responding

## اهداف پژوهش

هدف اصلی این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش والدین بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به ADHD است.

اهداف فرعی این پژوهش عبارتند از:

- تعیین اثر بخشی آموزش روش‌های اصلاح رفتار کودک به والدین جهت کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به ADHD .

- تهیه‌ی یک برنامه‌ی اختصاصی جهت آموزش والدین در اختلال ADHD.

## روش اجرای پژوهش

در پژوهش حاضر پس از ارجاع آزمودنی‌ها از سوی متخصص روان‌پزشک اطفال، ۴ نفر بر اساس معیارهایی که در قسمت « روش انتخاب مادران آزمودنی‌ها » توضیح داده خواهد شد، انتخاب شدند و به ترتیب در طرح پژوهشی وارد گردیدند. در جلسه‌ی اول، ابزارهای پژوهش شامل « فرم کوتاه و تجدید نظر شده‌ی مقیاس درجه‌بندی کانرز والدین<sup>۱</sup> » و « مقیاس درجه‌بندی ADHD نسخه‌ی منزل<sup>۲</sup> » به مادران ارائه شد و خط پایه‌ی این آزمون‌ها به عنوان پیش‌آزمون به دست آمد. سپس مادران به مدت ۸ جلسه تحت مداخله‌ی آموزشی قرار گرفتند. پس از پایان جلسات، مجدداً ابزارهای پژوهش ارائه شد و به عنوان پس‌آزمون اجرا گردید. پس از گذشت یک ماه از اتمام جلسات آموزش، پیگیری با اجرای مجدد ابزارهای پژوهش انجام گرفت.

## معرفی برنامه‌ی آموزش والدین

برنامه‌ی آموزش والدین که در این پژوهش اجرا شده است، شامل ۸ جلسه‌ی آموزش انفرادی با مادر کودک مبتلا به ADHD است که مدت زمان هر جلسه یک ساعت است. عناوین و خلاصه‌ای از محتوای جلسات به شرح زیر می‌باشد:

**جلسه‌ی اول:** آشنایی با ADHD و مشکلات مرتبط: توضیح ADHD، علائم اصلی و مشکلات مرتبط با آن؛ اشاره به سبب شناسی؛ نقص کارکردهای اجرایی در کودکان ADHD و اختلالات همراه با آن. هدف اصلی این جلسه، تغییر نگرش والدین به مشکلات کودک است تا او را به جای کودک نافرمان، دچار نقایص ناشی از ADHD در نظر بگیرند که نیازمند کمک دیگران برای تغییر است.

1- Conners' Parent Rating Scale-Revised: Short Version

2- ADHD Rating Scale: Home Version

**جلسه‌ی دوم:** چگونه کودک را تشویق کنیم: توضیح اصول تقویت مثبت برای مادر و استفاده از آن برای افزایش رفتارهای مثبت کودک. در این جلسه به ویژگی‌های تشویق‌های مؤثر در کودکان ADHD اشاره می‌شود که شامل آن است که تشویق، هر دفعه و بلافاصله پس از وقوع رفتار هدف باشد؛ برجسته و متنوع باشد؛ متناسب با رفتار هدف باشد و کودک از قبل، از آن مطلع باشد. انواع تشویق‌ها (کلامی، مادی، اجتماعی و ژتونی<sup>۱</sup>) توضیح داده می‌شود. انتخاب رفتار هدف از رفتارهای ساده‌تر یا با تکرار بیشتر به سمت رفتارهای سخت‌تر و تکرار کمتر پیش می‌رود.

**جلسه‌ی سوم:** چگونه به کودک ADHD دستور دهیم: به دلیل بی‌توجهی و عدم تمرکز، کودکان ADHD بیش از کودکان عادی ممکن است دستورات دیگران را متوجه نشوند و لذا پیگیری نکنند. به والدین آموزش داده می‌شود تا از طریق درگیر کردن حواس کودک، از جمله تماس چشمی و لمس کودک پیش از ارائه‌ی دستور، توجه او را جلب نمایند و سپس دستور دهند. ارائه‌ی دستور باید به طور عملیاتی، به زبان ساده، تک تک و کوتاه باشد. پس از ارائه‌ی دستور، کودک باید آن را تکرار کند تا مادر مطمئن شود که آن را درک کرده است.

**جلسه‌ی چهارم:** استفاده از تنبیه: هدف از این جلسه همراه کردن اصول تنبیه با روش‌های تقویت مثبت است. انواع روش‌های تنبیه شامل بی‌توجهی به رفتار هدف، جریمه (حذف ژتون‌ها و امتیازات) و جبران رفتار منفی، آموزش داده می‌شود. قوانین تنبیه شامل آن است که نسبت استفاده از تنبیه در مقابل تشویق، یک به سه است؛ تنبیه، باید متناسب با رفتار هدف باید باشد و تنبیه مورد استفاده باثبات به کار گرفته شود.

**جلسه‌ی پنجم:** استفاده از محروم کردن برای رفتارهای پرخاشگرانه: محروم کردن، فقط برای رفتارهای پرخاشگرانه‌ی کودکان ADHD استفاده می‌شود. زیرا به کارگیری آن، نسبتاً سخت‌تر از سایر تنبیه‌هاست و به دلیل تکرار رفتارهای منفی در کودکان ADHD، اگر این روش برای تمام رفتارهای منفی در نظر گرفته شود، عملاً باید به دفعات زیاد در طول روز استفاده شود که غیرممکن است. در این روش کودک پس از انجام رفتار هدف به مکانی دور از سایر افراد برده می‌شود و به مدت کوتاهی (یک دقیقه به ازای هر سال زندگی) در آن جا می‌ماند.

**جلسه‌ی ششم:** کنترل رفتارهای کودک در محیط‌های خارج از منزل: رفتار کودک ADHD، معمولاً خارج از منزل به دلیل عدم وجود ساختار و تنوع محرک‌ها بدتر می‌شود. والدین پیش از خروج از منزل در مورد مکان مورد نظر و ۲ یا ۳ انتظاری که از رفتار کودک در

آن جا دارند، برای کودک توضیح می‌دهند. برای تبعیت کودک از رفتارهای هدف، تشویق فوری و برای عدم تبعیت او تنبیه فوری اعمال می‌شود.

**جلسه‌ی هفتم:** انجام تکالیف درسی: انجام تکالیف از انجام مشکلات جدی والدین با کودکان ADHD است. در این جلسه تهیه‌ی جدولی روزانه از تکالیف کودک به والدین آموزش داده می‌شود. والدین باید فراخوانی توجه<sup>۱</sup> کودک را در هر درس تعیین کرده و سپس بر اساس آن، کودک باید تکالیف آن درس را انجام دهد. پس از گذشت زمان مورد نظر، کودک از سر تکلیف بلند می‌شود، آن را به مادر نشان می‌دهد تا در جدول علامت بزند. این وقفه‌ها برای تقسیم زمان حل تکلیف به مراحل عینی و همچنین امکان استراحت‌های کوتاه و مکرر برای کودک دچار نقص توجه، مفید است. والدین باید به تدریج از نظارت خود کاسته و برنامه‌ریزی را به کودک محول نمایند.

**جلسه‌ی هشتم:** جمع‌بندی آموخته‌ها: در این جلسه، مهارت‌هایی که والدین در جلسات قبل آموخته‌اند توسط آنها مرور می‌شود و مشکلاتی که آنها با آن مواجه شده‌اند به همراه درمانگر حل و فصل می‌شود. همچنین مشکلات احتمالی در آینده طرح می‌شود تا والدین آمادگی مواجهه را داشته باشند.

### آزمودنی‌ها:

شرکت‌کنندگان در این پژوهش، ۴ مادر دارای کودکان مبتلا به ADHD بودند. همگی مادران دارای حداقل تحصیلات دیپلم، انگیزه‌ی شرکت در جلسات و همکاری با درمانگر بودند. مشخصات فرزندان آنها در جدول زیر آمده است:

جدول ۱- مشخصات جمعیت‌شناختی مادران

کودک	سن	جنس	تحصیلات	سطح اقتصادی - اجتماعی
اول	۹ ساله	مذکر	محصل سوم ابتدایی	متوسط
دوم	۹ ساله	مذکر	محصل سوم ابتدایی	متوسط
سوم	۸ ساله	مؤنث	محصل دوم ابتدایی	متوسط
چهارم	۹ ساله	مذکر	محصل سوم ابتدایی	متوسط

### روش انتخاب مادران آزمودنی‌ها

در این پژوهش از روش نمونه‌گیری « نمونه‌های در دسترس » برای گزینش مادران کودکان مبتلا به ADHD استفاده شده است. از بین مادرانی که بنا بر تشخیص متخصص روان‌پزشک

1- Attention span



اطفال، کودکان آنها مبتلا به ADHD بودند، بر اساس معیارهای زیر ۴ مورد انتخاب شدند و مورد هم‌تاسازی قرار گرفتند. این معیارها عبارت بودند از:

- پایه‌ی تحصیل حداقل دیپلم برای مادر و پدر
- سطح اقتصادی - اجتماعی حداقل متوسط
- انگیزه‌ی همکاری و مشارکت در درمان در مادران
- درمان دارویی با ریتالین حداقل به مدت ۶ ماه برای کودک
- کودکان سنین ۱۱ - ۷ سال
- کودکان مقطع تحصیلی ابتدایی
- وجود تشخیص ADHD نوع مرکب در کودکان
- عدم همبودی اختلالات روان‌پزشکی دیگر در زمان حاضر

### ابزارهای پژوهش

#### ۱- فرم کوتاه و تجدید نظر شده‌ی مقیاس درجه‌بندی کانرز والدین (CPRS-R: S)

این پرسش‌نامه دارای ۲۷ سؤال می‌باشد که توسط مادران تکمیل شده است و دارای ۴ زیر مقیاس مخالفت‌جویی<sup>۱</sup>، مشکلات شناختی/بی‌توجهی<sup>۲</sup>، بیش‌فعالی و شاخص ADHD<sup>۳</sup> می‌باشد. نمره‌ی خام آزمودنی در هر زیر مقیاس از مجموع درجه‌بندی‌های والدین (از ۳ تا ۰) در عبارات مربوط به آن زیر مقیاس محاسبه می‌شود و سپس بر اساس سن و جنس او به نمرات معیار t تبدیل می‌شود. نمره‌ی معیار مساوی یا بیشتر از ۶۵ معمولاً نشانگر مشکلات قابل توجهی بالینی در آن زیر مقیاس است.

محدوده‌ی سنی مورد استفاده در مقیاس‌های کانرز، ۱۷ - ۳ سال است که هنجارهای سنی جداگانه‌ای با فواصل ۳ سال برای دختران و پسران تهیه شده است. تکمیل این پرسش‌نامه، ۱۰ - ۵ دقیقه طول می‌کشد.

ضرایب پایایی درونی با دامنه‌ای از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰ و ضریب پایایی بازآزمایی با ۸ هفته فاصله، ۰/۶۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. اعتبار سازه‌ی فرم‌های کانرز با استفاده از روش‌های تحلیل عوامل، به دست آمده است و اعتبار افتراقی آنها با بررسی آماری توانایی پرسش‌نامه در تمایز افراد مبتلا به ADHD از عادی و دیگر گروه‌های بالینی، قویاً تأیید شده است. در پژوهش حاضر از نسخه‌ی ترجمه‌ی تهرانی دوست و زرگری‌نژاد (۱۳۸۲) استفاده شده است.

1- Oppositionality

2- Cognitive Problems/ inattention

3- ADHD index

## ۲- مقیاس درجه‌بندی ADHD: نسخه‌ی منزل

مقیاس درجه‌بندی ADHD دارای دو فرم والدین و معلم است و هدف از تهیه‌ی آن، فراهم نمودن روشی برای به دست آوردن درجه‌بندی‌های معلم و والدین برای متخصصین بالینی، با توجه به فراوانی هر یک از علائم ADHD بر اساس معیارهای DSM-IV بوده است.

این مقیاس دارای ۱۸ عبارت در دو قلمرو بی‌توجهی و بیش‌فعالی / تکانش‌گری است. هجده عبارت مقیاس به گونه‌ای نوشته شده است که در عین اختصار تا جایی که ممکن است بیانگر معیارهای DSM-IV باشند.

پاسخ‌دهنده، باید فراوانی هر عبارت یا علامت را در مقیاس لیکرتی ۴ درجه‌ای (از ۰ تا ۳) مشخص نماید. علائم بی‌توجهی، شامل عبارات فرد و علائم پرتحرکی / تکانش‌گری شامل عبارات زوج است. این کار برای کاهش سوگیری در پاسخ انجام شده است. از نتایج این مقیاس، سه نمره (بی‌توجهی، پرتحرکی / تکانش‌گری و کل) به دست می‌آید که نمره‌ی خام بی‌توجهی با جمع کردن نمرات عبارات فرد، نمره‌ی خام پرتحرکی / تکانش‌گری با جمع کردن نمرات عبارات زوج، محاسبه می‌گردد. نمره‌ی خام کل مقیاس نیز با جمع بستن نمرات خام دو زیر مقیاس آن به دست می‌آید.

نمرات خام با استفاده از جدول هنجاری مقیاس بر اساس سن و جنس کودک به نمرات درصدی<sup>۱</sup> تبدیل می‌شود. ثبات درونی این مقیاس ۹۲٪ و پایایی بازآزمایی با ۴ هفته فاصله ۸۵٪ می‌باشد. در پژوهش حاضر، فرم ترجمه‌ی تهرانی دوست و زرگری نژاد، (۱۳۸۲) استفاده شده است.

## یافته‌ها

در جدول زیر نمرات خام و استاندارد آزمودنی‌ها در فرم کوتاه و تجدیدنظر شده‌ی مقیاس درجه‌بندی کانرز والدین (CPRS-R: S) طی مراحل مختلف ارزیابی یعنی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و همچنین در زیر مقیاس‌های آن (مخالفت‌جویی، مشکلات شناختی / بی‌توجهی، بیش‌فعالی و شاخص ADHD کانرز) ارائه گردیده است.

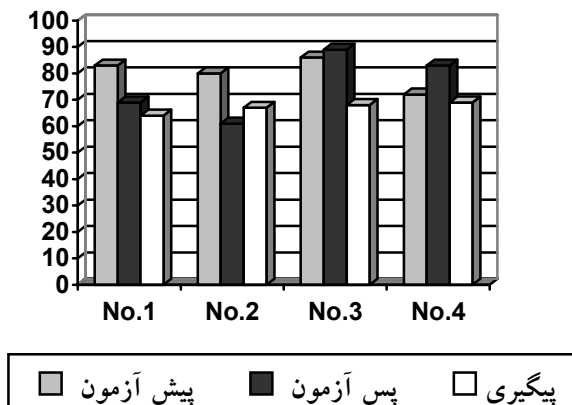
1- Percentiles

جدول ۲- نمرات خام و استاندارد آزمودنی‌ها در CPRS-R:S به تفکیک مراحل ارزیابی و زیر مقیاس‌ها

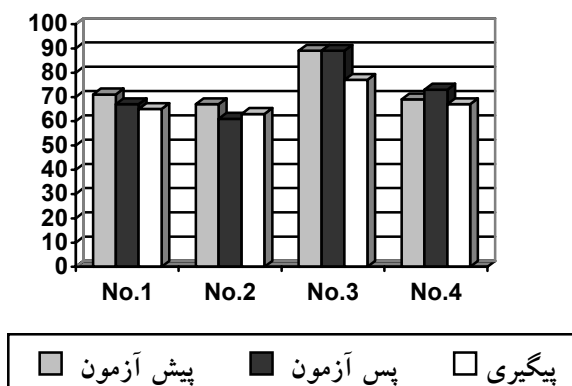
پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		زیر مقیاس‌ها	آزمودنی‌ها
نمره خام	نمره T	نمره خام	نمره T	نمره خام	نمره T		
۶۴	۹	۶۹	۱۱	۸۳	۱۶	مخالفت‌جویی	آزمودنی اول
۶۵	۱۱	۶۷	۱۲	۷۱	۱۴	مشکلات شناختی / بی‌توجهی	
۸۸	۱۵	۸۸	۱۵	۸۸	۱۶	بیش‌فعالی	
۷۲	۲۸	۷۲	۲۸	۷۲	۲۸	شاخص ADHD کانرز	
۶۷	۱۰	۶۱	۸	۸۰	۱۵	مخالفت‌جویی	آزمودنی دوم
۶۳	۱۰	۶۱	۹	۶۷	۱۲	مشکلات شناختی / بی‌توجهی	
۷۰	۹	۷۰	۹	۷۳	۱۰	بیش‌فعالی	
۶۳	۲۰	۶۵	۲۲	۶۹	۲۵	شاخص ADHD کانرز	
۶۸	۹	۸۹	۱۶	۸۶	۱۵	مخالفت‌جویی	آزمودنی سوم
۷۷	۱۱	۸۹	۱۷	۸۹	۱۶	مشکلات شناختی / بی‌توجهی	
۹۰	۱۵	۹۰	۱۷	۹۰	۱۶	بیش‌فعالی	
۷۳	۲۱	۸۶	۳۰	۸۶	۳۱	شاخص ADHD کانرز	
۶۹	۱۱	۸۳	۱۶	۷۲	۱۲	مخالفت‌جویی	آزمودنی چهارم
۶۷	۱۲	۷۳	۱۵	۶۹	۱۳	مشکلات شناختی / بی‌توجهی	
۷۶	۱۱	۸۲	۱۳	۷۰	۹	بیش‌فعالی	
۶۵	۲۲	۷۳	۲۹	۷۰	۲۶	شاخص ADHD کانرز	

در این قسمت داده‌های مربوط به CPRS-R:S به تفکیک زیر مقیاس‌ها برای آزمودنی‌ها ارائه می‌گردد.

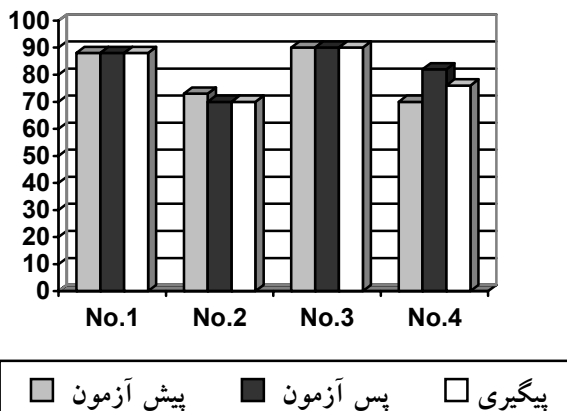
نمودار ۱- نمودار نمرات استاندارد آزمودنی‌ها در زیر مقیاس مخالفت‌جویی از آزمون CPRS-R: S در مراحل مختلف ارزیابی



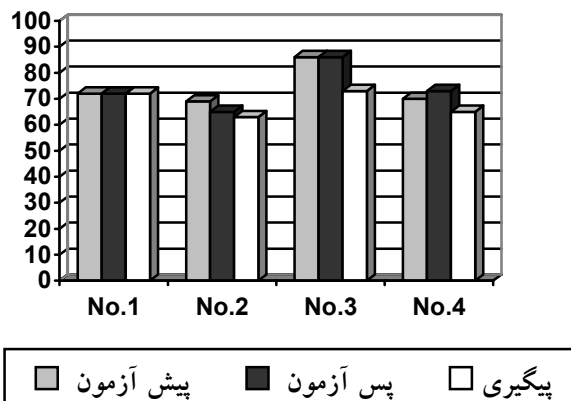
نمودار ۲- نمودار نمرات استاندارد آزمودنی‌ها در زیر مقیاس مشکلات شناختی / بی‌توجهی از CPRS-R:S در مراحل مختلف ارزیابی



نمودار ۳- نمودار نمرات استاندارد آزمودنی‌ها در زیر مقیاس بیش‌فعالی از CPRS-R: S در مراحل مختلف ارزیابی



نمودار ۴- نمودار نمرات استاندارد آزمودنی‌ها در زیر مقیاس شاخص ADHD کانرز از CPRS-R: S در مراحل مختلف ارزیابی



در جدول ۳ نمرات خام و رتبه‌های درصدی آزمودنی‌ها در مقیاس درجه‌بندی ADHD، طی مراحل مختلف ارزیابی یعنی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و همچنین در زیر مقیاس‌های آن (بی‌توجهی و پرتحرکی / تکانش‌گری) ارائه گردیده است.

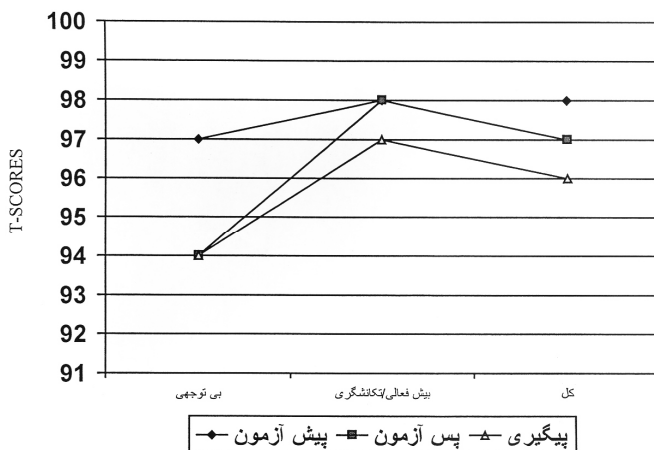
جدول ۳- نمرات خام و رتبه‌های درصدی آزمودنی‌ها در مقیاس درجه‌بندی ADHD، به تفکیک مراحل مختلف ارزیابی و زیر مقیاس‌ها

پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		آزمودنی‌ها	
رتبه‌ی درصدی	نمره‌ی خام	رتبه‌ی درصدی	نمره‌ی خام	رتبه‌ی درصدی	نمره‌ی خام		
۹۸	۲۲	۹۸	۱۸	۹۴	۱۶	آزمودنی اول	بی‌توجهی
۹۸	۲۲	۹۸	۲۱	۹۸	۲۱		پرتحرکی / تکانش‌گری
۹۸	۴۴	۹۷	۳۹	۹۷	۳۷		کل
۹۷	۲۰	۹۷	۱۶	۹۴	۱۶	آزمودنی دوم	بی‌توجهی
۹۸	۲۱	۹۸	۲۰	۹۸	۱۸		پرتحرکی / تکانش‌گری
۹۸	۴۱	۹۷	۳۶	۹۷	۳۴		کل
۹۸/۵	۱۸	۹۸	۱۶	۹۹	۱۳	آزمودنی سوم	بی‌توجهی
۹۹	۱۸	۹۹	۲۰	۹۹	۱۹		پرتحرکی / تکانش‌گری
۹۹	۳۶	۹۹	۳۶	۹۸	۳۲		کل
۹۷	۲۰	۹۷	۲۴	۹۹	۱۹	آزمودنی چهارم	بی‌توجهی
۹۷	۱۹	۹۸	۲۲	۹۸	۲۰		پرتحرکی / تکانش‌گری
۹۷	۳۹	۹۷	۴۶	۹۸/۵	۳۹		کل

نمودار ۵- نیم‌رخ آزمودنی اول در مقیاس درجه‌بندی ADHD: نسخه‌ی منزل



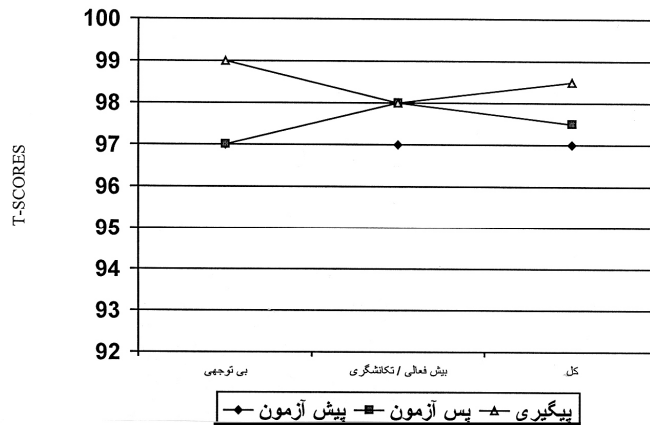
نمودار ۶ - نیمرخ آزمودنی‌های دوم در مقیاس درجه‌بندی ADHD: نسخه‌ی منزل



نمودار ۷ - نیمرخ آزمودنی‌های سوم در مقیاس درجه‌بندی ADHD: نسخه‌ی منزل



### نمودار ۸ - نیمرخ آزمودنی چهارم در مقیاس درجه‌بندی ADHD: نسخه‌ی منزل



### بحث و نتیجه‌گیری

با بررسی نتایج حاصل از CPRS-R: S و نمودارهای آن در مورد کودکان ملاحظه می‌شود که در مرحله‌ی خط پایه‌ی نمرات آنها در تمام زیر مقیاس‌ها در حد بسیار بالایی است که ضرورت درمان و مداخله‌ی بالینی را مطرح می‌نماید. بررسی نمرات و نیمرخ کودک اول پس از خاتمه‌ی جلسات آموزش، نشان می‌دهد که مداخلات آموزشی منجر به کاهش نمرات وی در زیرمقیاس‌های مخالف‌جویی و مشکلات شناختی / بی‌توجهی شده است که علاوه بر مرحله‌ی پس‌آزمون تا مرحله‌ی پی‌گیری نیز ادامه داشته است. اما نمرات دو زیر مقیاس دیگر (بیش‌فعالی و شاخص ADHD) تغییری نکرده است. قابل توجه است که مادر کودک اول در اعمال روش‌های آموخته شده در جلسات آموزش، پیگیری خاصی نشان می‌داد و پدر خانواده نیز با او همکاری می‌کرد. نمرات مرحله‌ی پی‌گیری نشان می‌دهد که والدین در یادگیری و اجرای آموخته‌ها موفق بوده‌اند، زیرا حتی پس از قطع جلسات آموزشی، اثربخشی آن ادامه داشته است. تحقیقات، به همکاری پدر به عنوان عامل مؤثری در موفقیت جلسات آموزش والدین اشاره کرده‌اند (مک ماهون و همکاران، ۱۹۸۱؛ به نقل از گرین هیل، ۲۰۰۰).

در مورد کودک دوم، کاهش نمرات وی در زیر مقیاس‌های مخالفت‌جویی و مشکلات شناختی / بی‌توجهی در پس‌آزمون، نشانگر تأثیر آموزش والدین است. آنچه ممکن است افزایش نمرات مخالفت‌جویی و مشکلات شناختی / بی‌توجهی را در مرحله‌ی پی‌گیری توجیه نماید، آن است که در مورد والدین این کودک حضور درمانگر برای اجرای آموخته‌ها عامل



تعیین کننده‌ای بوده است و به همین علت با قطع درمان، پیگیری آنها در اجرای اصول رفتاری کاهش یافته است.

در مورد کودک سوم، اثربخشی آموزش والدین در مرحله‌ی پیگیری مشخص می‌شود که کاهش قابل توجه مشکلات وی را در زمینه‌ی مخالفت‌جویی و مشکلات شناختی/بی‌توجهی نشان می‌دهد. مادر این کودک در طول درمان نیازمند راهنمایی و توضیحات بیشتری از سوی درمانگر بود و در اجرای اصول رفتاری، خطاهای بیشتری داشت که هر جلسه با توضیحات درمانگر برطرف می‌شد. احتمالاً به همین دلیل، تسلط وی بر اصول آموخته شده و کسب مهارت‌ها کندتر ایجاد شده است و تأثیر آموزش والدین، یک ماه پس از آموزش محتوای تمام جلسات (مرحله‌ی پیگیری) به ثمر نرسیده است. قابل ذکر است که مادر این کودک در کودکی دارای علائم ADHD بوده است و همچنان نیز مشکلات وی در برخی زمینه‌ها ادامه داشت. برخی تحقیقات عنوان کرده‌اند که وجود علائم ADHD در والدین می‌تواند اثربخشی آموزش والدین را با مشکلاتی مواجه نماید (سونوگا - بارک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲).

بررسی نتایج کودک چهارم حاکی از آن است که پس از اتمام جلسات، نمرات وی در تمام زیر مقیاس‌ها افزایش یافته است و آموزش والدین نمرات وی را کاهش نداده است. کاهش نمرات مرحله‌ی پیگیری نیز چندان قابل اعتنا نیست. زیرا تغییر محسوسی را در نیمرخ روانی وی اثبات نمی‌کند. قابل ذکر است که والدین این آزمودنی انگیزه و تلاش کمتری در اجرای اصول آموخته شده در جلسات نشان می‌دادند. ویس و ویس (۲۰۰۲) نیز اشاره کرده‌اند که شرکت فعال والدین در جلسات و انگیزه‌ی آنها، در نتایج درمان تأثیر تعیین کننده‌ای دارد.

از نتایج تمام آزمودنی‌ها به طور کلی می‌توان چنین استنباط کرد که آموزش والدین قادر به کاهش قابل ملاحظه نمرات حداقل ۳ نفر از آزمودنی‌ها در زیر مقیاس‌های مخالفت‌جویی و مشکلات شناختی/بی‌توجهی بوده است. تحقیقات دیگری نیز بهبود عملکرد والدینی و مشکلات رفتاری کودک را پس از ۹ جلسه آموزش والدین و بعد از ۲ ماه پیگیری گزارش کرده‌اند (آناستوپولوس و همکاران، ۱۹۹۳) وینبرگ<sup>۲</sup> (۱۹۹۹) در تحقیقی دانش والدین کودکان ADHD را درباره‌ی اختلال فرزند خود پیش از جلسات آموزش والدین ارزیابی نمود. نتایج نشان داد که پس از اتمام جلسات دانش آنها از اختلال ADHD به طور معناداری افزایش یافته است. می‌توان نتیجه گرفت که درک والدین این کودکان از اختلال فرزند خود منجر به تغییر نگرش آنها می‌گردد تا به جای آن که رفتارهای وی را عمدی بدانند، آنها را ناشی از نقص‌های مربوط به ADHD در نظر گیرند. این مسئله، احتمال همکاری و پشتکار آنان را در

1- Sonuga-Barke

2- Weinberg

اجرای اصول رفتاری که در جلسات می‌آموزند، افزایش می‌دهد. کنت ول (۱۹۹۶) نیز گزارش می‌کند که آموزش اصول رفتاری به والدین در کاهش رفتارهای ایدایی کودکان ADHD مؤثر بوده است و منجر به افزایش اعتماد به نفس، احساس صلاحیت و کاهش استرس والدین می‌شود. همچنین فورهند و کینگ<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) موفقیت آموزش والدین را در کاهش مشکلات رفتاری کودکان بیش‌دبستانی گزارش می‌کنند. نتایج پید<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۷) نیز نشان می‌دهد که این نوع درمان در کودکان سنین مدرسه مؤثر است. کونینگ‌هام<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۹۳) در تحقیق دیگری اظهار می‌دارند که آموزش والدین منجر به بهبود مهارت‌های رفتاری آنها و همکاری کودک می‌شود که تأثیرات آن پس از ۶ ماه پیگیری ادامه داشته است (به نقل از گرین هیل، ۲۰۰۰).

ملاحظه‌ی نیمرخ کودکان در مقیاس درجه‌بندی ADHD، نشان می‌دهد که نمره‌ی زیر مقیاس بی‌توجهی در آزمودنی‌های اول، دوم و سوم، کاهش یافته است، اگر چه کمکان در حد بالایی قرار دارد. به نظر می‌رسد آموزش‌های مربوط به جلسه‌ی سوم و هفتم در کاهش مشکلات مربوط به نقص توجه در سه کودک این مطالعه مؤثر واقع شده باشد، اما به دلیل آن که نقص توجه همچون دو علامت اصلی دیگر ADHD (بیش‌فعالی و تکانش‌گری) دارای پایه‌ی زیستی قوی‌تری در مقایسه با مشکلات رفتاری (مخالفت‌جویی و نافرمانی) است، نسبت به تغییر، مقاوم‌تر بوده است.

در مورد نمره‌ی زیر مقیاس بیش‌فعالی در مقیاس درجه‌بندی ADHD، نمرات کودکان در نتیجه‌ی مداخله تغییراتی را نشان نمی‌دهد. قابل توجه است که نتایج زیر مقیاس بیش‌فعالی از CPRS-R: S نیز حاکی از عدم تغییر نمرات آن در نتیجه‌ی مداخلات آموزشی است. ویس و ویس (۲۰۰۲) نیز اظهار می‌دارند که آموزش والدین بر علائم اصلی ADHD مؤثر واقع نمی‌شود و به همین دلیل لزوم ترکیب دارو درمانی را با درمان‌های روان‌شناختی مطرح کرده‌اند.

گرین هیل (۲۰۰۰) تحقیقات دیگری را ذکر می‌نماید که به نتایج مشابهی رسیده‌اند. این تحقیقات عنوان کرده‌اند که تأثیرات آموزش والدین به مشکلاتی که اختصاصاً در جلسات آموزش، مدنظر قرار نگرفته باشند، تعمیم نمی‌یابد (فورهند و آتکسون<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷؛ ولز<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۸۰). نتایج پیسترمان و همکاران (۱۹۹۲) نیز تأیید می‌کند که آموزش والدین، بر نقص‌های اصلی ADHD تأثیر بسیار کمی دارد. در تحقیق حاضر نیز همان‌طور که گفته شد،

1- King  
2- Peed  
3- Cunningham  
4- Atkeson  
5- Wells

آموزش والدین نتوانست تغییری در علائم بیش‌فعالی ایجاد کند. اگر چه مشکلات رفتاری در سه نفر از کودکان به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش یافت، این کودکان در زیرمقیاس شاخص ADHD کانرز تغییری در نتیجه مداخله نشان ندادند و همچنان بنابر تشخیص روان‌پزشک واجد معیارهای تشخیصی ADHD بودند.

### پیشنهادها

در پایان، جهت کاربرد نتایج این پژوهش، پیشنهادهای زیر ارائه می‌گردد:

- ارائه‌ی اطلاعات درباره علائم ADHD در مدارس یا مهدکودک‌ها به والدین و معلمان، تا با تشخیص زودهنگام، بتوان مداخلات آموزشی را هر چه سریع‌تر آغاز نمود.
- ارائه‌ی جلسات آموزشی اصلاح رفتار به معلمان همزمان با مداخلات آموزشی برای والدین می‌تواند اثربخشی آنها را افزایش دهد.

## منابع

کاپلان، ه. و سادوک، ب. (۱۳۷۹). خلاصه‌ی روان‌پزشکی علوم رفتاری - روان‌پزشکی بالینی. ترجمه نصرت ا... پورافکاری. تهران: شهرآب.

- Anastopoulos, A. D., Shaffer, S. D. (2001). *Attention deficit/Hyperactivity disorder*. In C. Eugend walker & Michael C. Roberts (2001). *Handbook of clinical child psychiatry*. Canada: John Wiley & Sons.
- Anastopoulos, A. D., Shelton, T. L., Dupaul, G. L., Guevremont, D. C. (1993). Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: its impact on parent functioning. *Abnormal Child Psychology*. Oct, 21 (5): 581-96.
- Conners, C. K. (2001). *Conners' rating scales-revised: technical manual*. USA: Multi-Health systems Inc.
- Cantwell, D. P. (1996), attention defecit disorder: a review of the past 10 years. *Child and adolescent psychiatry*. Aug; 35(8): 988-986.
- Dawson, P., Guare, P. (2004). *Executive skills in children & dolescents: A practical guide to assessment & Intervention*. Canada: The Guilford Press..
- Flick, G.L. (1998). *ADD/ ADHD behavior- change resource kit*. New York: center for applied research in education.
- Greenhill, L. L., Osman, B. B. (2000). *Ritalin: Theory & Practice*. USA: Mary Ann Libert.
- Jonse, C. B. (1998). *Sourcebook for children with attention deficit disorder*. USA: communication sill Builders.
- Kazdin, A. E. (2002). *Psychotherapy for children & adolescents*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Kendall, P. C. (2000). *Child hood Disorders*. UK: Psychology Press Ltd.
- Lewis, M. (1996). *Child & Adolescent Psychiatry: A comprehensive textbook*. USA: Williams & Wilkins..
- Sonuga-Barke, E. J., Daley, D., Thompson, M. (2002). Does maternal ADHD reduce the effectiveness of parent training for preschool children's ADHD? *Academy of child & Adolescent psychiatry*. Jun, 41 (6): 696-702.
- Weinberg, H. A. (1999) parent training for attention- deficit hyperactivity disorder. *Clinical psychology*. Jul, 55 (7): 907-13.
- Weiss, M., Weiss, G. (2002). Attention deficit hyperactivity disorder. In M. Lewis (2002). *Child & Adolescent Psychiatry*. USA: Lippincott Willams & Wilkins.
- Westby, C., Watson, S. (2004). Perspectives on attention deficit hyperactivity disorder: exective functions, working memory & language disabilities. *Semin Speech Language*. Aug; 25 (3): 241-54.