

## اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر بهبود نشانگان اختلال نارسایی توجه-فزون کنشی در کودکان

### The Effectiveness of Parents Management Training on Improvement of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Syndrome in Children

**Zeinab Khanjani, PhD**  
Tabriz University

**Saideh Amini**  
MA in Psychology

**سعیده امینی**  
کارشناس ارشد روان شناسی

**زینب خانجانی**  
استاد دانشگاه تبریز

**Ayyoub Malek, MD**  
Tabriz University

**Touraj Hashemi, PhD**  
Tabriz University

**تورج هاشمی**  
دانشیار دانشگاه تبریز

**ایوب مالک**  
استاد دانشگاه علوم پزشکی تبریز

**Shahrokh Amiri, MD**  
Tabriz University

**شاهرخ امیری**  
دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز

#### چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر بهبود نشانگان اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی کودکان انجام شد. براساس یک طرح شبه تجربی، ۵۶ کودک (۴۲ پسر، ۱۴ دختر) ۵ تا ۱۳ ساله از کلینیک‌های فوق تخصصی روان پزشکی کودک و نوجوان در شهر تبریز انتخاب شدند و به روش جایگزینی تصادفی پس از هم‌تاسازی از لحاظ جنس، سن و میزان تحصیلات مادر، در دو گروه آزمایشی و کنترل جای گرفتند. در حالی که هر دو گروه تحت درمان قرص ریتالین قرار داشتند، گروه آزمایشی (مادران کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی) طی هفت جلسه به مدت یک ماه و سه هفته در بیمارستان روان پزشکی رازی تبریز تحت آموزش مدیریت والدین (بارکلی، ۱۹۸۱) قرار گرفتند اما گروه کنترل این آموزش را دریافت نکردند. نتایج حاصل از روش تحلیل کوواریانس یک‌طرفه نشان دادند اثر آموزش مدیریت والدین بر نشانگان اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی معنادار بود. به عبارت دیگر، این برنامه آموزشی باعث کاهش قابل توجه نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی در گروه آزمایش شد، در حالی که در گروه کنترل بهبودی مشاهده نشد. افزون بر این، تفاوت دو گروه دختر و پسر معنادار بود به طوری که تأثیر آموزش مدیریت والدین در دختران بیش از پسران بود و سطح بهبودی در آنان بالاتر بود.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی، آموزش مدیریت والدین

#### Abstract

The present study aimed to investigate the efficacy of Parents Management Training (PMT) on improvement of symptoms in girls and boys with attention deficit hyperactivity disorder based on a semi-experimental design, 56 children (42 boys, 14 girls) between the ages of 5 and 13 years were selected from specialized psychiatric clinics of children and adolescents in the city of Tabriz. The participants were assigned into either experimental or control groups using randomized replacement method after being matched for gender, age, and education of mother. While both groups were treated using medication (i.e., Ritalin), the experimental group (mothers of ADHD children) received seven sessions of the PMT (Barkley, 1981) for seven weeks in Razi Psychiatric Hospital in Tabriz. The results of one-directional analysis of covariance (ANCOVA) indicated that the effect of the PMT on ADHD syndrome was statistically significant. The training program significantly improved the symptoms of ADHD in the experimental group, but there was no change in the control group. The differences between boys and girls were also significant. Girls were affected by PMT method more than boys, and the level of improvement was also higher in girls.

**Key Words:** attention deficit/hyperactivity disorder, parent management training

received: 19 January 2011

accepted: 5 May 2013

دریافت: ۹۰/۱۰/۲۹

پذیرش: ۹۲/۲/۱۵

Contact information: zeynabkhanjani@yahoo.com

مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی است.

## مقدمه

این برنامه که بر الگوهای نظری و عملی موجود در مورد اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی مبتنی است، با آموزش مهار رفتار کودک به والدین از طریق روش‌های تقویت، خاموشی و تنبیه، فنون مواجهه منحصر به فردی را در اختیار والدین قرار می‌دهد. فرض اساسی در آموزش مدیریت والدین بارکلی این بود که این اختلال تا حد زیادی یک سبک مزاجی با منشاء زیست‌شناختی است که کودک را مستعد نارسایی توجه، برانگیختگی، بیقراری و ناتوانی در تبعیت از قوانین می‌سازد (بارکلی، ۱۹۸۹ نقل از هورن، یالوگو و پاسکو، ۲۰۱۰). هدف این برنامه ایجاد مهارت‌های تخصصی مقابله با این نارسایی‌ها، به‌کارگیری فوری پیامدهای رفتار و شیوه‌های بهبودیافته‌تر تقویت کودکان، ثبات در به‌کارگیری پیامدها در دوره درمانگری توسط مراقبان و استفاده مؤثر از روش‌های تقویت انگیزه، تشویق و فنون تنبیه است. آنچه در این روش بارز است ایجاد فضای درمانگری در خانه است. به عبارت دیگر، والدین آموزش می‌بینند تا با یک اختلال مزمن کنار آیند تا به دنبال درمان آن باشند (کراتوچویل و موریس، ۱۳۸۴/۱۹۹۱).

در همین راستا، در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی آموزش مدیریت والدین در تعامل‌های آزردهنده کودک-والد<sup>۱</sup> در کودکان مبتلا به نارسایی توجه‌فزون کنشی، نشان داده شد افزایش آگاهی مادران از طریق آموزش فنون رفتاری موجب کاهش تعامل آزردهنده با کودکان می‌شود (ناظمی، محمدخانی و خوشابی، ۲۰۱۰). هورن و دیگران (۲۰۱۰) با استفاده از طرح دوسویه بن‌بست<sup>۲</sup> تأثیر مقادیر بالا و پایین مصرف دارو، به همراه آموزش فنون رفتاری به والدین (به ویژه مادران) را در نمونه‌ای متشکل از ۹۶ کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه‌فزون کنشی مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج به دست آمده مؤید آن بود که مصرف کم دارو به همراه مداخله رفتاری، همان تأثیر مصرف بیشتر دارو را دارد، که البته به عوارض روانی جانبی مصرف مقدار بیشتر دارو نیز باید توجه داشت. در یک مطالعه با هدف بررسی اثربخشی برنامه آموزش مدیریت والدین بر روی کودکان مبتلا به اختلال سلوک<sup>۳</sup> نشان داده شد کاهش انضباط خشن و متناقض و افزایش تقویت مثبت در

اختلال نارسایی توجه‌فزون کنشی<sup>۱</sup> به دسته‌ای از نشانگان اطلاق می‌شود که با کم شدن دامنه توجه، ضعف در تمرکز و مهار برانگیختگی، حواس‌پرتی، تغییر سریع خلق و در برخی موارد فزون کنشی همراه است. این اختلال از شایع‌ترین اختلال‌های رفتاری-هیجانی دوران کودکی به شمار می‌رود و به سه دسته اختلال نارسایی توجه<sup>۲</sup>، فزون کنشی-برانگیختگی<sup>۳</sup> و ترکیبی تقسیم می‌شود. میزان شیوع این اختلال در پسرها بیش از چهار برابر شیوع آن در جمعیت کل (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) و برای اختلال‌های نارسایی توجه، فزون کنشی-برانگیختگی ترکیبی به ترتیب ۹/۹ درصد، ۲/۴ درصد و ۳/۶ درصد گزارش شده است (نولان، گادو و اسپرافکین، ۲۰۰۱). کودکان دارای اختلال نارسایی توجه‌فزون کنشی با مشکلات تحصیلی و ارتباطی زیادی مواجه‌اند و بیشتر در معرض سوءمصرف مواد، بروز رفتارهای ضداجتماعی، تصادفات رانندگی و ارتباطات پرخطر هستند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۹). در مورد تبیین علل چندگانه<sup>۴</sup> زیستی، عصبی، محیطی و روان‌شناختی اختلال نارسایی توجه‌فزون کنشی، دیدگاه‌های نظری بسیاری ارائه و پژوهش‌های بی‌شماری انجام شده‌اند. در این میان، مدل راپورت (۲۰۰۱) از اهمیت بسزایی برخوردار است. این مدل با اتخاذ روی‌آوردی علت‌شناختی و تمرکز بر آسیب‌شناسی روانی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه‌فزون کنشی به بررسی این اختلال پرداخته و بر انتخاب روش درمانگری مؤثر تأکید می‌ورزد.

در حال حاضر مداخله‌های دارویی، مشاوره، آموزش والدین در زمینه مهارت‌های مهار کودک و فنون اصلاح رفتار در کلاس درس بیشترین تأثیر را در مهار اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی داشته‌اند (کراتوچویل<sup>۴</sup> و موریس<sup>۵</sup>، ۱۳۸۴/۱۹۹۱). آموزش مدیریت والدین<sup>۶</sup> (PMT) با هدف مهار رفتار کودک یک راهبرد اساسی در درمانگری اختلال نارسایی توجه‌فزون کنشی است. در ابتدا بارکلی (۱۹۸۱) برنامه‌ای خاص آموزش والدین ارائه داد که به رغم مشابهت با دیگر برنامه‌های آموزش والدین، دارای پیامدی منحصر به فرد بود، زیرا نیازهای خاص کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه‌فزون کنشی و خانواده‌های آنان را مد نظر قرار می‌داد.

1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)  
2. deficient attention  
3. hyperactive- impulsive

4. Kratochwill, T. R.  
5. Maurice, J.  
6. Parent Management Training (PMT)

7. abusing interaction of child-parent  
8. double blind  
9. Conduct Disorder (CD)

دادند کودکان مادران گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، مشکلات رفتاری کمتری را بروز دادند. نتایج پژوهش بار، سندرز و مارکی-دادز (۲۰۰۲) نیز حاکی از آن است که مداخله رفتاری در خانواده می‌تواند رفتارهای مخرب کودکان مبتلا به این اختلال را کاهش دهد.

با توجه به مبانی نظری و شواهد پژوهشی مبنی بر اثربخشی آموزش‌های شناختی-رفتاری والدین در کاهش اختلال‌های رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نارسای توجهِ‌فزون‌کنشی، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش مدیریت والدین بر کاهش نشانه‌های این اختلال در کودکان طراحی شد. همچنین، با در نظر گرفتن این نکته که متغیر جنس می‌تواند اثر مداخله‌های روان‌شناختی را تعدیل کند، تفاوت اثربخشی این برنامه در دختران و پسران نیز مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش برای کنترل متغیر سبک تربیتی فقط جامعه آذری بررسی شد و با توجه به آنچه پیشتر بیان شد، فرضیه زیر تدوین شد:

آموزش مدیریت والدین در بهبود کودکان مبتلا به اختلال نارسای توجهِ‌فزون‌کنشی مؤثر است.

#### روش

جامعه مورد پژوهش عبارت بود از کلیه کودکان ۵ تا ۱۳ ساله با اختلال نارسای توجهِ‌فزون‌کنشی شهر تبریز و مادران آنان. از جامعه آماری مورد نظر تعداد ۵۶ کودک (۴۲ پسر و ۱۴ دختر) مبتلا به اختلال نارسای توجهِ‌فزون‌کنشی به صورت تصادفی از چهار کلینیک فوق تخصصی روان‌پزشکی کودک و نوجوان شهر تبریز انتخاب و از لحاظ جنس، سن و میزان تحصیلات مادر همتاسازی شدند، به طوری که در هر دو گروه به تعداد برابر دختر و پسر و به تعداد برابر از مادران دارای مدرک دیپلم و لیسانس قرار گرفت. ملاک‌های ورود کودکان در این پژوهش، دامنه سنی ۵ تا ۱۳ سال، بهره هوشی طبیعی و در مادران داشتن مدرک دیپلم یا لیسانس و ملاک‌های خروج کودکان، ابتلا به اختلال‌های یادگیری، اضطرابی، رفتاری و نافرمانی مقابله‌ای و در مادران نیز نداشتن دیپلم و لیسانس بود. در مرحله بعد، ۵۶ نفر به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۱ پسر و هفت دختر) و کنترل (۲۱ پسر و

رفتار والدین گروه آزمایش پس از دریافت برنامه آموزشی موجب کاهش مشکلات سلوک در کودکان این گروه نسبت به کودکان گروه واقع در لیست انتظار درمانگری شده است (اینبرینک، هوستروم و فارسر، ۲۰۱۲). همچنین نتایج پژوهش صادقی، شهیدی و خوشابی (۱۳۹۰) با هدف بررسی تأثیر آموزش مدیریت والدین بر کارکرد خانواده‌های کودکان ۴ الی ۱۲ سال مبتلا به اختلال نارسای توجهِ‌فزون‌کنشی نشان داد آموزش مدیریت والدین منجر به بهبود کارکرد خانواده، مشتمل بر افزایش پاسخگویی عاطفی بهبود ارتباط اعضای خانواده و کنترل رفتار در کودکان مبتلا به اختلال نارسای توجهِ‌فزون‌کنشی می‌شود. در پژوهش ون‌دن‌هوف‌داکر، ناتا، ون دن وین-مالدرز و سیتما (۲۰۱۰) والدین ۹۴ کودک ۴ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال نارسای توجهِ‌فزون‌کنشی را که از طریق دارودرمانگری و بدون دارودرمانگری تحت درمان قرار داشتند به مدت پنج ماه تحت آموزش رفتاری قرار دادند. نتایج نشان دادند برنامه آموزشی، میزان تجویز دارو را کاهش داده، اما در نشانگان کودکانی که دارو دریافت نمی‌کردند، تأثیر معناداری نداشت. اوگدن و هاگن (۲۰۰۸) در یک آزمایش کنترل‌شده تأثیر آموزش مدیریت والدین را در ۱۱۲ کودک با اختلال رفتاری و مادران آنها مورد بررسی قرار دادند. نتایج به دست‌آمده از یک‌سو به کاهش مشکلات کودکان در گزارش‌های به دست آمده از والدین و از سوی دیگر به بهبود کفایت اجتماعی کودکان در گزارش‌های معلمان اشاره داشت. پژوهش سندرز و مک‌فارلند (۲۰۰۶) نیز نشان داد تنظیم رفتار والدین به ویژه مادران در مواجهه با کودکان مبتلا به اختلال نارسای توجهِ‌فزون‌کنشی، به بهبود نشانه‌های این اختلال منجر می‌شود. دانفورت (۲۰۰۶) با بررسی تأثیر آموزش مدیریت والدین به ویژه مادران، بر رفتار ۴۵ کودک مبتلا به نارسای توجهِ‌فزون‌کنشی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای<sup>۱</sup>، به این نتیجه دست یافت این مداخله آموزشی با کاهش نشانگان نارسای توجهِ‌فزون‌کنشی، رفتارهای پرخاشگرانه کودکان و تنیدگی والدین، رفتار کودکان را بهبود بخشید. فرزادفرد و هومن (۱۳۸۶) نیز در پژوهشی با بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های فرزندپروری بر مشکلات رفتاری کودکان نشان

۱) مصاحبه مقدماتی ساختارنیافته<sup>۴</sup>، ۲) مصاحبه غربالی تشخیصی<sup>۵</sup>؛ ۳) فهرست وارسی تکمیل ضمایم<sup>۶</sup>، ۴) ضمایم تشخیصی<sup>۷</sup>، ۵) فهرست خلاصه وارسی تشخیص در طول عمر<sup>۸</sup> و ۶) مقیاس ارزیابی کلی کودکان<sup>۹</sup>. ماده‌های این برنامه از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود. نمره صفر بیانگر آن است که اطلاعات کافی نیست؛ نمره یک نشان می‌دهد نشانه‌ای وجود ندارند؛ نمره دو معرف سطوح زیرآستانه‌ای<sup>۱۰</sup> نشانه است و نمره سه نشان‌دهنده معیار آستانه‌ای<sup>۱۱</sup> است (غنی‌زاده، محمدی و یزدان‌شناس، ۲۰۰۶).

این برنامه توسط شهرپور، کوشابی، معلمی و تهرانی‌دوست (۲۰۰۹) در ایران اعتباریابی شد و قدرت تشخیص آن بیش از ۰/۸۱ و حساسیت<sup>۱۲</sup> آن بین ۰/۷۵ و ۱ و اعتبار آن با روش بازآزمایی بین ۰/۳۸ و ۰/۸۷ برآورد شد.

**مقیاس درجه‌بندی اختلال نارسایی توجه‌فزون کنشی**  
(دوپل<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۱ نقل از فاریز، یلسین، هاردو و هلیگیشیتین، ۲۰۰۱). در تهیه این مقیاس از اطلاعات مربوط به ۴۰۰۹ کودک و نوجوان ۴ تا ۱۹ ساله استفاده شده است. این مقیاس از طریق مصاحبه با والدین و کودکان تکمیل می‌شود و اطلاعات مربوط به والدین، کودک و مدرسه استخراج می‌شود. در این مقیاس ۱۸ نشانه از نشانگان اختلال نارسایی توجه‌فزون کنشی که به طور مستقیم از راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی اقتباس شده‌اند، به کار رفته است. پرسش‌ها بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. در این مقیاس نمره بیشتر نشان‌دهنده شدت بیشتر اختلال است. اعتبار مقیاس درجه‌بندی اختلال نارسایی توجه‌فزون کنشی با روش بازآزمایی بین ۰/۷۳ و ۰/۸۲ و آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۸۶ محاسبه شده است.

**برنامه آموزش مدیریت والدین (برمکی، ۱۹۸۱).** برای گروه آزمایش در جلسه دو ساعته اجرا شد. نخست جلسه مقدماتی با حضور خود کودک برگزار و طی آن به کودک گفته شد که سعی بر آن است، مشکلات رفتاری او و عواقب ناخوشایند آنها برطرف

۷ دختر) قرار داده شدند. گروه آزمایش در معرض آموزش مدیریت والدین قرار گرفت و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. با توجه به سن و وزن کودک و شدت نشانه‌های بالینی، برای هر دو گروه توسط روان‌پزشک کودک ریتالین تجویز شد. در نهایت نشانگان اختلال نارسایی توجه‌فزون کنشی در هر دو گروه به وسیله مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساخت‌دار اختلال‌های عاطفی و روان‌گسیختگی برای کودکان و مقیاس درجه‌بندی اختلال نارسایی توجه‌فزون کنشی اندازه‌گیری شد.

### برنامه آموزش مدیریت والدین (PMT؛ بارکلی، ۱۹۸۱).

این برنامه که بر مبنای نظریه بارکلی در مورد عدم بازداری پاسخ در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه‌فزون کنشی تدوین شده، شامل یک پروتکل هفت جلسه‌ای است. این برنامه توسط یک کارشناس ارشد روان‌شناسی در محل بیمارستان روان‌پزشکی رازی تبریز به صورت هفتگی اجرا شد. دو گروه آزمایشی ۱۳ و ۱۵ نفری که متشکل از مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه‌فزون کنشی بودند، تشکیل شد. گروه آزمایش برنامه آموزش مدیریت والدین را دریافت کردند، در حالی که مادران گروه کنترل این برنامه آموزشی را دریافت نکردند و کودکان آنها تنها تحت دارودرمانگری قرار داشتند. برای تشخیص بالینی اولیه، مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساخت‌دار انجام شد. پس از آن، از طریق برنامه مدون تشخیصی نیمه‌ساخت‌دار اختلال‌های عاطفی و روان‌گسیختگی برای کودکان<sup>۱</sup> (K-SADS) و مقیاس درجه‌بندی اختلال نارسایی توجه‌فزون کنشی<sup>۲</sup> تشخیص صورت گرفت.

### برنامه مدون تشخیصی نیمه‌ساخت‌دار اختلال‌های

**عاطفی و روان‌گسیختگی کودکان (K-SADS):** این برنامه نخستین بار توسط کافمن و دیگران (۱۹۹۷) برای بررسی وجود اختلال (فعلی و قبلی) در کودکان و نوجوانان بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی-بازنگری چهارم<sup>۳</sup>، طراحی شد. اجرای این برنامه مستلزم انجام موارد زیر است:

1. Schedule for Affective Disorders and Kiddie Schizophrenia
2. ADHD Rating Scale
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
4. primary unstructured interview
5. screening diagnostic interview
6. appendices completion checklist
7. diagnostic appendices

8. summarized checklist in diagnosis of lifetime
9. Children's Global Assessment Scale (CGAS)
10. sub-threshold
11. threshold standard
12. sensitivity
13. Dupaul, G. J.

شوند. پنج جلسه اصلی درمانگری برای مادران برگزار شد که مراحل آن در جدول ۱ منعکس شده است.

| جلسه  | محتوا   |
|-------|---|
| اول   | توضیح درباره نشانه‌های اصلی و ملاک‌های تشخیص و انجام فعالیت‌هایی در خانه برای ایجاد فضای درمانگری با تأکید بر مهار اختلال به جای درمانگری   |
| دوم   | درک ارتباط کودک-والد و آموزش اصول مهار رفتار و توجیه آموزش والدین، برای مثال، ارائه توضیح در مورد لزوم اصلاح رفتار در پاسخ به رفتار کودکان خود  |
| سوم   | ایجاد و افزایش توجه به رفتار کودک، به عبارت دیگر، ایجاد توجه مثبت به جای الگوهای تعاملی اصلاحی، دستوری و تحکمی والدین   |
| چهارم | استفاده از مهارت‌های توجه مثبت در مواجهه با پیروی کودک از دستورات، بروز رفتار جامعه‌پسندانه، رعایت مقررات خانه و آموزش برقراری نظام زتونی در خانه   |
| پنجم  | اختصاص به فرامین صادرشده از سوی والدین و پذیرش این فرامین از سوی کودک، شامل توضیح در مورد انواع فرامین، زمان صادر کردن آنها و فرامین افزایش‌دهنده یا کاهش‌دهنده پیروی در کودکان و همچنین بیان مطالب در مورد استفاده از جریمه و محروم کردن |

عوارض احتمالی روش‌های درمانگری و محرمانه ماندن اطلاعات آنها و فرزندان‌شان، توضیحاتی ارائه شد. در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس و آزمون t مستقل استفاده شد.

### یافته‌ها

جدول ۲ شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشانگان اختلال نارسایی توجه‌فزون‌کنشی را در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک جنس نشان می‌دهد. چنان که مشاهده می‌شود در پیش‌آزمون بیشترین میانگین مربوط به گروه کنترل پسران و بیشترین انحراف استاندارد مربوط به گروه کنترل دختران و در پس‌آزمون کمترین میانگین مربوط به گروه آزمایش پسران و کمترین انحراف استاندارد مربوط به گروه آزمایش دختران است.

برای بهره‌گیری از روش تحلیل کوواریانس با طرح یک‌طرفه ابتدا مفروضه همگنی رگرسیون آماری و برابری واریانس خطای گروه‌ها مورد بررسی قرار گرفت. برای این امر از نمودارها و نیز بررسی وجود رابطه خطی بین متغیرهای تصادفی کمکی و وابسته استفاده شد و نیز مفروضه برابری واریانس خطای گروه‌ها از طریق آزمون لوین مقدور شد.

در راستای بررسی پیش‌فرض اول (فرض همگنی شیب رگرسیون متغیر تصادفی کمکی و متغیر آزمایشی) تعامل

یک جلسه تکمیلی نیز به منظور ارائه راهکار برای مشکلات خاص مادران کودکان ADHD تشکیل شد. این جلسه بر مزمین بودن برخی اختلال‌ها در کودکان و لزوم تداوم برنامه برای استقرار رفتار مناسب در کودکان تأکید داشت.

موضوع‌هایی که در این جلسه‌ها مد نظر قرار داده می‌شد، عبارت بودند از: بازسازی شناختی باورها و گمان‌های نادرست که مانع از موفقیت والدین در اجرای مهارت‌های آموزش داده‌شده تعامل با فرزند می‌شد.

چهارچوب و ماده‌های جلسه‌های مداخله تقریباً مشابه بود. مرور آموزش‌های مربوط به هفته قبل، ارزیابی و بررسی اجمالی رویدادهای مهمی که از هفته قبل تاکنون اتفاق افتاده بود و مرور تکالیفی که از هفته قبل تعیین شده بود، ماده‌های جلسه‌های آموزشی را تشکیل می‌دادند. درمانگر آموزش‌هایی را در خصوص روش‌های ویژه‌ای که مادران باید برای جلسه بعد به کار می‌گرفتند، در اختیار آنها قرار می‌داد. در پایان جلسه به مادران پس‌خوراند<sup>۱</sup> و تکالیف هفته آینده داده می‌شد. همچنین دستورالعمل‌هایی که دربرگیرنده شرح تفصیلی فنون و مطالب آموزشی هر جلسه بود، برای مطالعه مادران توزیع می‌شد.

پیش از شرکت در پژوهش به آزمودنی‌ها توضیحات مبسوط و دقیقی در مورد هدف و چگونگی انجام تحقیق داده شد تا در مورد همکاری در این تحقیق تصمیم بگیرند. به آنها همچنین در مورد علت انتخاب، مزایای شرکت در پژوهش، بی‌خطر بودن و

پیش‌آزمون و عمل آزمایشی معنادار بود ( $P < 0/001$ )، بنابراین، همگنی شیب رگرسیون متغیر تصادفی کمکی و متغیر آزمایشی محقق شد. علاوه بر این برای بررسی پیش‌فرض دوم (وجود رابطه خطی بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته) از نمودار خط رگرسیون استفاده شد. شیب‌های خطوط رگرسیون گروه‌های مورد مطالعه (دختران و پسران) تقریباً موازی بود و از این رو مفروضه مربوطه مورد تأیید قرار گرفت. در راستای بررسی پیش‌فرض سوم (همگنی واریانس خطای گروه‌ها) از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان دادند  $F$  محاسبه شده (۳/۳۵) در سطح  $P < 0/001$  معنادار است، بنابراین گروه‌ها، دارای واریانس خطای همگن در متغیر وابسته بودند. از آنجا که پیش‌فرض‌های مربوط به تحلیل کوواریانس تحقق یافته بود، لذا پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون به بررسی نتایج پس‌آزمون گروه‌ها پرداختیم که نتایج این تحلیل در

جدول ۳ درج شده است.

مندرجات جدول ۳ حاکی از آن است که اثرات متغیر مستقل (آموزش مدیریت والدین) پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون، معنادار است ( $P < 0/01$  و  $F_{(1,325)} = 83/55$ ). بنابراین اثر آموزش مدیریت والدین بر نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-فزون کنشی از نظر آماری معنادار بوده است. در راستای تعیین اثربخشی آموزش مدیریت والدین در گروه‌های مورد مطالعه (دختران و پسران) از آزمون  $t$  مستقل استفاده شد. این نتایج نشان دادند تفاوت دو گروه دختر و پسر معنادار است و این معناداری با توجه به میانگین دو گروه (مندرجات جدول ۲) به نفع دختران است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت اثربخشی آموزش مدیریت والدین در دختران مبتلا به اختلال نارسایی توجه-فزون کنشی بیش از پسران مبتلا به این اختلال است.

جدول ۲

شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشانگان اختلال نارسایی توجه-فزون کنشی در دو گروه آزمایش و کنترل

| گروه      | آزمایش |       |      |       | کنترل |       |      |       |
|-----------|--------|-------|------|-------|-------|-------|------|-------|
|           | پسر    |       | دختر |       | پسر   |       | دختر |       |
|           | SD     | M     | SD   | M     | SD    | M     | SD   | M     |
| پیش‌آزمون | ۸/۴۲   | ۳۲/۴۲ | ۵/۳۴ | ۳۶/۰۹ | ۶/۸۸  | ۳۳/۱۴ | ۹/۱۹ | ۳۳/۱۴ |
| پس‌آزمون  | ۹/۷۹   | ۲۵/۵۲ | ۶/۴۱ | ۲۸/۵۲ | ۸/۱۶  | ۲۶/۸۵ | ۶/۵۶ | ۲۶/۸۵ |

جدول ۳

تحلیل کوواریانس اثرات آموزش مدیریت والدین بر اختلال نارسایی توجه-فزون کنشی در گروه‌های مورد مطالعه

| منبع      | مجموع مجنورها | df | F       | مجنور اتا |
|-----------|---------------|----|---------|-----------|
| پیش‌آزمون | ۹۰۸/۳۱        | ۱  | ۱۴۷/۱۱* | ۰/۸۵      |
| گروه      | ۵۱۵/۸۹        | ۱  | ۸۳/۵۵** | ۰/۷۷      |
| خطا       | ۱۵۴/۳۵        | ۲۵ |         |           |

\* $P < 0/05$  \*\* $P < 0/01$

## بحث

بررسی اثربخشی برنامه آموزش مدیریت والدین بر اختلال نارسایی توجه-فزون کنشی نشان داد آموزش مدیریت والدین موجب کاهش نشانه‌های مرضی کودکان مبتلا به اختلال فوق می‌شود. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های سندرز و مک‌فارلند (۲۰۰۶)، بار و دیگران (۲۰۰۲)، ویلکوکس (۲۰۰۷)، و فارس (۲۰۰۲) همسویی دارد.

همچنین همسو با مطالعه دانفورت (۲۰۰۶)، سندرز (۲۰۰۵) و ویلکوکس (۲۰۰۷) پژوهش حاضر مشخص ساخت آموزش مدیریت والدگری و مهار و مدیریت پیش‌آیندها به دلیل استفاده از درمانگری‌های خودنظم‌دهی<sup>۱</sup> بر روی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه-فزون کنشی بیش از سایر روش‌ها از جمله دارودرمانگری مؤثر است؛ آموزش مدیریت والدین در مهار خشم والدین و کاهش پرخاشگری و مشکلات رفتاری

رفتار کودک تغییر می‌یابد بلکه رفتار اطرافیان او به ویژه والدین نیز تغییر می‌یابد. در این برنامه فرض بر این است که رفتار کودک با تعاملات قبلی و فعلی کودک با اطرافیان خود رابطه دارد. همچنین در خلال آموزش مدیریت والدین سیستم تقویت‌کننده‌های والدین نیز تغییر یافته، عملکرد کودک را بهبود می‌بخشد، چرا که در تاریخچه کودک مبتلا به نارسایی توجه‌فزون کنشی نسبت تنبیه‌ها در برابر پاداش‌ها به طرز نامعمولی بیشتر است، نیاز به توجه و موفقیت به قدری در این کودکان شدید است که کودکان مدام دنبال جلب توجه دیگران هستند حتی اگر از سوی آنها تنبیه شوند، طرد شدن توسط همسالان به دلیل رفتارهای نامناسب به وفور تجربه می‌شود و پدران و مادران به کارایی خود به عنوان والدین بی‌اعتماد می‌شوند به طوری که آنها احساس می‌کنند قادر به مهار فرزندشان نیستند و او آنها را به بازی گرفته تا جایی که والدین، احساس ناامیدی می‌کنند. در ضمن به دلیل طرد کردن فرزند و خشونت‌ها که در مورد او به کار می‌برند احساس گناه می‌کنند. ناامیدی و عدم دریافت پاداش در تربیت این کودکان موجب می‌شود والدین از وجود فرزند خود لذت نبرند و حتی احساس رنج کنند. در حالی که برنامه آموزش مدیریت والدین پنج مؤلفه مهم مهارتی را در تعدیل این وضعیت اعمال می‌کند که عبارتند از: افزایش تعامل‌های مثبت بین کودک و والدین، افزایش رفتارهای مثبت خاص کودک از طریق به کار بستن شیوه‌های تقویتی از سوی والدین، کاهش رفتارهای نافرمانی منفی خفیف با استفاده از شیوه اغماض والدین، ارائه فرمان‌های روشن و هماهنگ از طرف والدین به کودکان و استفاده از پیامدها برای کاهش رفتار نافرمانی و نامناسب کودک از سوی والدین (گرد و بری، ۱۹۸۶).

یکی دیگر از نتایج پژوهش نشان داد تأثیر آموزش مدیریت والدین بر دختران مبتلا به اختلال نارسایی توجه‌فزون کنشی بیش از پسران مبتلا به این اختلال است. در تبیین اثربخشی بیشتر این روش بر گروه دختران مبتلا به اختلال نارسایی توجه‌فزون کنشی ابتدا باید به ویژگی‌های این اختلال در پسران و دختران اشاره کرد. برای مثال، اختلال در پسران بیشتر با رفتارهای آزاردهنده و اختلال در دختران بیشتر با مشکلات شناختی و تحصیلی همراه است و

کودکان تأثیر قابل ملاحظه‌ای دارد و دخالت‌های به کاررفته یعنی مدل‌های روان‌شناختی-انگیزشی بر روی درک والدین از مشکلات کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه‌فزون کنشی تأثیرگذار است.

یکی از تبیین‌های احتمالی در مورد یافته پژوهش حاضر مبتنی بر ویژگی‌های این روش آموزشی است. آموزش مدیریت والدین به روش‌هایی اشاره دارد که به اولیا آموزش داده می‌شود تا با کودکان خود به طور صحیح رفتار کنند. در این روش، ابتدا والدین با نوع اختلال کودکان خود آشنا می‌شوند و سپس والدین در مورد شیوع و سبب‌شناسی آن آگاهی می‌یابند. چنین اطلاعاتی کمک می‌کند نگرانی‌های والدین درباره مشکلات کودکشان کاهش یابد. در مرحله بعد والدین با برنامه آموزش مدیریت والدین آشنا می‌شوند. سپس والدین به اهمیت ارتباط کودک‌والد و اصول مهار رفتار و نقش عوامل تنیدگی‌زای خانوادگی در تداوم مشکلات کودک آگاهی می‌یابند. والدین روش گرایش کودکان به رفتارهای مثبت را از طریق توجه مثبت به اعمال مثبت آنها و افزایش تقویت‌کننده‌ها به جای تنبیه رفتارهای نامناسب فرامی‌گیرند.

فرضیه بارز در برنامه آموزش داده شده آن است که اختلال نارسایی توجه‌فزون کنشی به طور قابل ملاحظه‌ای یک سبک مزاجی با ریشه زیست‌شناختی است که کودک را مستعد بی‌توجهی، برانگیختگی و بی‌قراری و ناتوانی در تبعیت از قوانین می‌کند. در این برنامه به انواع مهارت‌های تخصصی والدین برای مقابله با این کمبودها و به ویژه بر ضرورت پیامدهای فوری و برنامه‌های کارآمد<sup>۱</sup> تقویت برای کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه‌فزون کنشی و نیز ثبات ارائه پیامدها در خلال درمانگری توسط مراقبان مختلف، تأکید می‌شود. آنچه در این روش‌ها آشکار است این فرض است که در خانه باید فضای درمانگری ایجاد شود. آشکارتر آنکه والدین باید بیاموزند با آنچه احتمالاً یک مشکل مزمن است کنار آیند نه اینکه آن را درمان کنند (بارکلی، ۱۹۸۹ نقل از کراتوچویل و موریس، ۱۳۸۴/۱۹۹۱). تبیین احتمالی دیگر به تغییرات ایجادشده در افرادی که اطرافیان کودک محسوب می‌شوند، مرتبط است. در واقع در اثر آموزش مدیریت والدین نه تنها

ایجاد می‌کند، روش مؤثری در کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه‌فزون‌کنشی است، همچنین مشخص شد به دلیل تفاوت‌های جنسی، این روش در مورد دختران بیشتر تأثیرگذار است.

نتایج تحقیق حاضر را می‌توان در حوزه‌های روان‌شناسی، مشاوره و تعلیم و تربیت به کار بست چرا که نتایج پژوهش حاصل حاکی از کارآمدی آموزش مدیریت والدین به عنوان یک روش آموزشی-درمانگری است.

وجود تعداد اندک دختران نسبت به پسران، همزمانی اختلال نارسایی توجه‌فزون‌کنشی با سایر اختلال‌های رفتاری-هیجانی، سطح تحصیلات نسبتاً پایین مادران، پرجمعیت بودن برخی خانواده‌ها، کاهش تعداد آزمودنی‌ها و استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی، تعمیم نتایج را با محدودیت‌هایی مواجه می‌سازد. بنابراین پیشنهاد می‌شود بررسی‌های دیگری با تعداد مساوی دختر و پسر مبتلا به اختلال نارسایی توجه‌فزون‌کنشی و کودکانی که صرفاً اختلال نارسایی توجه‌فزون‌کنشی دارند انجام شود و ارتباط بین فزون‌کنشی و اختلال‌های برون‌سازشی مانند اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال رفتاری نیز مورد بررسی قرار گیرد.

## منابع

- صادقی، ا.، شهیدی، ش. و خوشایبی، ک. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر کارکرد خانواده کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه‌فزون‌کنشی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۲۶، ۱۷۵-۱۸۵.
- فرزادفرد، ز. و هومن، ح. ع. (۱۳۸۶). نقش آموزش مهارت‌های فرزندپروری بر کاهش تنیدگی مادران و مشکلات رفتاری کودکان. *فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*، ۱۵، ۲۹۲-۲۷۷.
- کراتوچویل، ت. ر. و موریس، ر. ج. (۱۳۸۴). *روان‌شناسی بالینی کودک (روش‌های درمانگری)*. ترجمه م. ر. نائینیان. تهران: انتشارات رشد (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۱۹۹۱).

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (TR-4th ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Association Press.

1. assertiveness

به طور کلی پسران مبتلا به اختلال نارسایی توجه‌فزون‌کنشی، مشکلات ویژه این اختلال را بیشتر نشان می‌دهند؛ در واقع به این دلیل که آموزش، رفتارهای مادران را تحت تأثیر قرار می‌دهد و تأثیرپذیری و همانندسازی دختران با مادران بیشتر است. مادران دختران مبتلا به این اختلال بهتر می‌توانند تکنیک‌های مربوط به آموزش مدیریت والدین را روی کودک خود اعمال کنند و این تأثیرپذیری و همانندسازی از طرف فرزند دختر بیشتر صورت می‌گیرد. به طور کلی مطالعات مختلف نشان داده‌اند اختلال‌های برون‌سازشی از جمله پرخاشگری، فزون‌کنشی و رفتارهای ضد اجتماعی در پسران نسبت به دختران بیشتر است.

البته این نتایج قابل انتظار است زیرا شیوع اختلال‌های برون‌سازشی شده در پسران بیشتر از دختران است. مطالعات کوهن و دیگران (۱۹۹۳) و ترنر (۱۹۹۱) نشان دادند در پسران نسبت به دختران اختلال‌های برون‌سازشی شده از جمله فزون‌کنشی بیشتر است، در حالی که در دختران اختلال‌ها بیشتر از نوع وابستگی زیاد و جرأت‌مندی<sup>۱</sup> کمتر است. برخی از مطالعات دیگر (داون‌کن، ۱۹۹۴ و زاسلو، ۱۹۸۹) نیز نشان داده‌اند نقش جنس در آسیب‌پذیری به فزون‌کنشی در تعامل با سایر عوامل مداخله‌گر مانند زندگی در محیط‌های در معرض خطر همراه با فقر، راهبردهای مدیریتی منفی والدین مانند اعمال خشونت و تنبیه بیشتر پسران در مقایسه با دختران، به همراه شیوع بالاتر این مشکلات در پسران، تعدیل می‌شود.

از سوی دیگر، این احتمال مطرح است که در فرهنگ ما، والدین شیوه‌های تربیتی و رفتاری متفاوتی نسبت به فرزندان دختر و پسر خود اتخاذ می‌کنند. برای مثال، به مشکلات رفتاری دختران با دیده اغماض می‌نگرند و در صورت وجود مشکلات رفتاری در آنها از شیوه‌های تربیتی کمتر خشن استفاده می‌شود. در حالی که از پسران انتظار می‌رود مهارت بیشتری بر رفتار خود داشته باشند و چنانچه قوانین را رعایت نکنند، احتمال خشونت رفتاری با پسران بیش از دختران است. در مجموع می‌توان نتیجه‌گیری کرد روش آموزش مدیریت والدین به دلیل اصلاحات اساسی که در سبک والدگری و تغییرات اساسی که در بازخورد والدین نسبت به صلاحیت خود



- Ghanizadeh, A., Mohammadi, M. R., & Yazdanasheenas, A. (2006).** Psychometric properties of the Persian translation of the kids schedule for affective disorders and schizophrenia-present and lifetime version. *BMC Psychiatry, 15*, 6-10.
- Horn, W. F., Ialogo, N. S., & Pascoe, J. M. (2010).** Additive effects of psycho-stimulants, parent training, and self-control therapy with ADHD children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 30*, 233-240
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D., & Ryan, N. (1997).** Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of Academy Child Adolescence Psychiatry, 36* (7), 980-988.
- Nazemi, F., Mohammadkhani, P., & Khoshabi, K. (2010).** Parent management training used in abusive parent-child interaction in children with ADHD. *Prosedia-Social and Behavioral Sciences, 5*, 244-249.
- Nolan, E. F., Gadow, K. D., & Sprafkin, J. (2001).** Teacher reports of DSM-IV ADHD, ODD, and CD symptoms in school children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 241-249.
- Ogden, T., & Hagen, K. (2008).** Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 607-621.
- Phares, V. (2002).** Where's pappa? The relative lack of attention: The role of fathers. *American Psychologist, 5*, 656-664.
- Barkley, R. A. (1981).** *Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment*. London: Cambridge University Press.
- Bor, W., Sanders, M. R., & Markie-Dadds, C. (2002).** The effectiveness of the triple positive parenting program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactivity difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30* (6), 572-587.
- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., & Struning, E. L. (1993).** An epidemiological study of disorder in late child. *Psychology and Psychiatry, 34*, 851-867.
- Danforth, J. S. (2006).** The outcome of group parent training for families of children with attention-deficit hyperactivity disorder and defiant/aggressive behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 37*, 188-205
- Duncan, S. W. (1994).** Economic impact of divorce on children's development: Current findings and policy implications. *Journal of Clinical Child Psychology, 23*, 444-457.
- Enebrink, P., Hogstrom, J., & Forster, M. (2012).** Internet-based parent management training: A randomized controlled study. *Journal of Behavior Research and Therapy, 50*, 240-249.
- Faries, D. E., Yalcin, L., Harder, D., & Heiligenstein, J. (2001).** Validation of the ADHD rating scales: A clinician administered and scored instrument. *Journal of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, 5*, 90-107.
- Gard, G. C., & Berry, K. K. (1986).** Oppositional Children: Training tyrants. *Journal of Clinical Child Psychology, 15*, 148-158.

- 2014 from: <http://www.Published online.com>.
- Turner, S. M. (1991).** Social Phobias: Axis I and Axis II correlats. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 32, 381-390
- Van Den Hoofdakker, B. J., Nauta, M. H., Van Den Veen-Mulders, L., & Sytema, S. (2010).** Behavioral parent training as an adjunct to routine care in children with attention-deficit/ hyperactivity disorder: Moderators of treatment response. *Journal of Pediatric Psychology*, 35, 17-26.
- Wilcox, C. (2007).** Seeking help for attention deficit hyperactivity disorder in developing countries: A study of parental explanatory models in Goa, India. *Journal of Social Science & Medicine*, 64, 1600-1610.
- Zaslow, M. (1989).** Sex differences in children's response to parental divorce: Samples, variables, ages, and sources. *American Journal of Ortho-Psychiatry*, 59, 118-141.
- Rappoport, M. D. (2001).** A conceptual model of child psychopathology: Implications for understanding Attention Deficit Hyperactivity Disorder and treatment efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 1, 48-58.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2009).** *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. New York: Lippincott Williams.
- Sanders, M. K. (2005).** *Triple P: A multi-level system of parenting intervention: Workshop participant notes*. Australia: The University of Queensland, Brisbane.
- Sanders, M. R., & McFarland, M. (2006).** Treatment of depressed mothers with disorder children: A controlled elevation of Cognitive Behavior Therapy, 31, 89-112.
- Shahrivar, Z., Koushabi, M., Moallemi, SH., & Tehranidoost, M. (2009).** *The reliability and validity of the Persian version of child and adolescent mental health program*. Retrieved February 5,