

تأثیر آموزش گروهی والدین کودکان ۴ تا ۱۰ ساله مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی بر اختلالات رفتاری فرزندانشان

*پارسا هوش ور^۱، فاطمه بهنیا^۲، کتایون خوشابی^۲، هوشنگ میرزایی^۲، مهدی رهگذر^۳

چکیده:

هدف: اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی شایعترین اختلال عصبی رفتاری دوران کودکی می‌باشد که برای بهبود تعاملات اجتماعی و عاطفی ایشان به مداخلات روانی اجتماعی نیاز است و یکی از تأثیرگذارترین این برنامه‌ها آموزش گروهی والدین می‌باشد. هدف این مطالعه بررسی تأثیر برنامه آموزش گروهی والدین بر میزان اختلالات رفتاری کودکان دچار نقص توجه - بیش‌فعالی می‌باشد. روش بررسی: در این مطالعه شبه تجربی ۵۴ کودک ۴ تا ۱۰ ساله مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی، از بین مراجعه‌کنندگان به ۷ مرکز کاردرمانی سطح شهر تهران به‌روش ساده و در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی تعادلی به دو گروه شاهد و مداخله اختصاص یافتند. علاوه بر برنامه‌های کاردرمانی و دارودرمانی مشترک در هر دو گروه، به مادران کودکان گروه مداخله، به مدت ۸ جلسه دو ساعته و به‌صورت هفتگی برنامه آموزش گروهی والدین طبق دستورالعمل فرزندپروری مثبت ساندرز (۲۰۰۵) ارائه شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه ۴۸ سئوالی مقیاس رده‌بندی والدین کانرز بود. داده‌های حاصل به وسیله آزمون‌های آماری مجذور خی، تی زوجی، تی مستقل و آنالیز کوواریانس تحلیل شد.

یافته‌ها: علی‌رغم بهبود معنادار هر دو گروه در ارزیابی درون‌گروهی قبل و بعد، میزان کاهش نمرات خرده مقیاس‌های رفتاری سلوک ($P < 0/001$)، اضطراب ($P < 0/001$)، شاخص بیش‌فعالی ($P = 0/016$) و نمره کل پرسشنامه ($P < 0/001$) در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد معنادار بود. در حالی که در خرده مقیاس‌های یادگیری ($P = 0/052$)، تکانشی بیش‌فعالی ($P = 0/267$) و مشکلات روان‌تنی ($P = 0/526$) تغییر معناداری ایجاد نشد.

نتیجه‌گیری: آموزش گروهی والدین کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی در کاهش میزان اختلالات رفتاری و اضطرابی ایشان تأثیرگذار است و این مداخله می‌تواند در کنار برنامه‌های دارودرمانی و کاردرمانی سودمند واقع شود.

کلیدواژه‌ها: اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی / اختلال رفتاری / آموزش گروهی فرزند پروری مثبت / مقیاس رده‌بندی والدین کانرز

- ۱- کارشناس ارشد کاردرمانی روان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۲- کارشناس ارشد کاردرمانی روان، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۳- فلوشیپ روانپزشکی کودک و نوجوان، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۴- کارشناس ارشد کاردرمانی روان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۵- دکترای آمار زیستی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

تاریخ دریافت مقاله: ۸۷/۱۰/۲۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۸/۴/۱۴

* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، اوین، بلوار دانشجو، بن‌بست کودکان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه کاردرمانی

تلفن: ۲۲۱۸۰۰۳۷

*E-mail: houshvar.otr@gmail.com



کما این که با آموزش نحوه رفتار صحیح و مؤثر والدگری، علامتهای اختلالات رفتاری ضد اجتماعی و رفتارهای لجبازی مقابله ای (۱۳) در کودکان به طرز معناداری کاهش می یابد. همچنین از آنجا که والدگری ضعیف یکی از مهمترین عوامل کاهش بازده تکنیکهای درمانی، رفتاردرمانی و کاردرمانی بر روی کودکان ADHD بوده و از طرفی دیگر می تواند به طور مستقیم سبب افزایش رفتارهای منفی و لجبازانه کودکان ADHD و حتی همراهی آن با اختلالات رفتاری ایذایی شود، اصلاح رفتارهای والدگری حائز اهمیت فراوانی می باشد (۱۴).

زرگری نژاد و یکه یزدان دوست طی مطالعه ای، که با هدف بررسی اثربخشی آموزش والدین بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان ADHD اجرا شد، نتیجه گرفتند که آموزش والدین قادر به کاهش مشکلات رفتاری کودکان ADHD می باشد (۱۵).

فاندن هوف داکر و همکاران در تحقیقی به منظور بررسی تأثیر فزونی آموزش مدیریت رفتار به والدین نشان دادند که درمان ترکیبی (دارودرمانی به همراه آموزش گروهی والدین) در مقایسه با دارودرمانی به تنهایی در کاهش مشکلات رفتاری و مشکلات درونگرایانه به نحو بسیار معناداری کارآمدتر بوده است (۱۶).

هدف مطالعه حاضر بررسی تأثیر افزوده برنامه آموزش گروهی والدین دارای کودکان ADHD ۴ تا ۱۰ ساله بر میزان اختلالات رفتاری فرزندانشان بوده است.

از جمله تفاوت های مطالعه حاضر با مطالعات پیشین می توان به انتخاب جامعه مورد بررسی از مراکز کاردرمانی اشاره کرد. به این معنی که تمامی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش فعالی در هر دو گروه کنترل و مداخله از خدمات توانبخشی کاردرمانی بهره مند می شدند. همچنین اضافه کردن مواد تکمیلی و ملحقات پیرامون خصوصیات حسی و برخی مباحث کاربردی پیرامون یکپارچگی حسی به دستورالعمل پی سه گانه^۲ در هنگام اجرای جلسات آموزشی از دیگر تفاوت های این مطالعه است. شایان ذکر است که مبحث یکپارچگی حسی و وضعیت حسی از جمله روش های مؤثر درمان و باز توانی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش فعالی رایج در کاردرمانی می باشد. در نتیجه انتقال برخی مفاهیم کاربردی و ساده در این خصوص به والدین در کنار استفاده از بسته آموزشی متداول دستورالعمل پی سه گانه تحت عنوان ملحقات و مواد تکمیلی از دیگر تفاوت های این مطالعه با سایر مطالعات پیشین می باشد.

اختلال نقص توجه - بیش فعالی^۱ (ADHD) شایع ترین اختلال عصبی رفتاری دوران کودکی است (۱). شیوع این اختلال در کودکان ایرانی ۷ تا ۱۲ ساله در دامنه ای بین ۳ تا ۶ درصد گزارش شده است (۲) و ۳۳ درصد از مراجعان به مراکز کاردرمانی ذهنی در ایران را به خود اختصاص می دهند (۳). این اختلال را به سه فرم اصلی دسته بندی می کنند که شامل نوع بیش فعالی تکانشی بدون کم توجهی، نوع کم توجهی بدون بیش فعالی و نوع ترکیبی می باشد (۴).

با توجه به این که خانواده، یک نظام اجتماعی است که اختلال در هر یک از اعضاء آن، کل نظام را مختل می کند و این نظام مختل شده به نوبه خود اختلالات مربوط به اعضا را تشدید کرده و مشکلات جدیدی ایجاد می کند (۵)، به راحتی می توان تصور کرد که وجوه رفتاری متعدد اختلالی پایدار چون ADHD، می تواند به افسردگی مادران (۶)، اضطراب و احساس محدود شدن نقش والدینی، حساس عدم لیاقت در امر تربیت فرزند، وابستگی ضعیف عاطفی بین کودک و والد، روابط منفی تر این کودکان با خواهران و برادرانشان، بالا رفتن سطح تنش در خانواده (۷)، بالاتر بودن میزان طلاق و از هم گسیختگی روابط خانوادگی در خانواده های کودکان ADHD (۸) منجر شود.

رایج ترین درمان پیشنهادی برای کودکان ADHD، دارودرمانی است، به طوری که حدود ۷۵ درصد از ایشان، تحت درمان با داروهای محرک قرار می گیرند (۹).

در بین مداخلات غیر دارویی، می توان به خدمات و مداخلات کاردرمانی مخصوص این کودکان اشاره کرد که محور تمرکزشان بر تعادل، توجه و تمرکز، هماهنگی، ادراک دیداری، شنیداری و حرکتی، افزایش تحمل محرومیت و کاهش رفتارهای تکانشی با توسل به رویکردهای عصبی (۱۰) و رفتاری - شناختی می باشد (۱۱).

یکی از مداخلات روانی اجتماعی و غیر دارویی که به طور اثبات شده و مستند حائز بالاترین سهم تأثیرگذاری در کاهش اختلالات رفتاری و ارتباطی کودکان ADHD می باشد، آموزش والدین و از جمله آموزش رفتارهای والدگری است (۱۲).

در واقع با وجودی که دارو در کاهش علامتهای ADHD مؤثر واقع می شود، در چارچوب و حیطه رفتارها و تعاملات اجتماعی تنها درمان ترکیبی (دارو + رفتاردرمانی و آموزش والدین) سبب ارتقاء مهارتهای اجتماعی و بهبود روابط فرزند - والد می شود (۱۳).

به این ترتیب می توان ادعان داشت که ارتباطی حیاتی و مهم بین اعمال ناکارآمد والدگری و نتایج رفتاری ضد اجتماعی کودکان وجود دارد.

1- Attention Deficit Hyperactivity Disorder

2- Triple P



روش بررسی

تحقیق حاضر یک مطالعه شبه تجربی است که برای انتخاب نمونه از جامعه در دسترس بهره گرفته شده است. به مادران ۹۰ کودک مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی، ۴ تا ۱۰ ساله مراجعه‌کننده به ۲ مرکز دولتی کاردرمانی صبا و رفیده و ۵ مرکز خصوصی کاردرمانی میلاد موعود (میرداماد)، پرورش فرزندان، توانا حرکت، رسول و پویا که همگی در سطح شهر تهران قرار داشتند، یک فرم پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و یک فرم پرسشنامه ۴۸ سئوالی کانرز مقیاس والدین ارائه شد.

سن بین ۴ تا ۱۰ سال، احراز تشخیص اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی توسط روانپزشک کودک، نمره پرسشنامه ۴۸ سئوالی مقیاس رتبه‌بندی والدین کانرز بالاتر از نقطه برش (۶۰)، حداقل مدرک تحصیلی دیپلم برای مادران و استفاده از برنامه کاردرمانی هفته‌ای دو روز از جمله ملاکهای ورود به آزمون بوده و کودکانی که دارای هرگونه اختلالات بارز جسمی، حسی یا حرکتی، سابقه تشنج و یا علائم روانپریشی و یا ابتلا به بیماری‌های مزمن یا عقب ماندگی ذهنی و استفاده از دارودرمانی مرتبط و یا عدم موافقت والدین برای شرکت در مطالعه بودند، از آزمون کنار گذاشته شدند. پس از آن از جمع ۹۰ نفری اولیه، ۵۴ مادر و کودک برای اجرای تحقیق انتخاب شده و به طور تصادفی به دو گروه مساوی ۲۷ نفره کنترل و مداخله تقسیم شدند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این تحقیق، فرم پرسشنامه ۴۸ سئوالی مقیاس رتبه‌بندی والدین کانرز^۱ (CPRS-۴۸) بود. اعتبار تست در این پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ: $\alpha = 0.93$ است که این مقیاس دارای میانگینی معادل ۲۱/۴۲ و انحراف استاندارد معادل ۱۶/۳۸ می‌باشد (۲) و بر حسب ۴ درجه (از اصلاً تا بسیار زیاد) به بررسی رفتار کودک در ۶ قلمرو «مشکلات سلوک»، «مشکلات روان‌تنی»، «مشکلات یادگیری»، «مشکلات تکانشگری - بیش‌فعالی»، «مشکلات اضطرابی» و «شاخص بیش‌فعالی» می‌پردازد.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها، پس از هماهنگی و کسب اجازه از مسئولین مراکز کاردرمانی، اخذ رضایت کتبی و آگاهانه از آزمودنی‌ها اجرای طرح آغاز شد و از مادران تمامی ۵۴ کودک هر دو گروه کنترل و مداخله با استفاده از پرسشنامه کانرز مقیاس والدین پیش‌آزمون گرفته شد. پس از اجرای مداخله و در حالی که ۷ نفر از آزمودنی‌های گروه مداخله و ۲ نفر از آزمودنی‌های گروه کنترل از حضور در ادامه جلسات منصرف شدند، مجدداً پرسشنامه CPRS تکمیل و اطلاعات جمع‌آوری شد. این داده‌ها در نرم‌افزار اس.پی.اس.اس. نسخه ۱۱/۵ وارد شده و آزمونهای مجذور خی، تی مستقل و تی زوجی جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد.

مداخله این تحقیق به صورت اجرا و آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت برای گروه مداخله و به مدت ۸ جلسه رایگان دو ساعته از قرار هر هفته یک جلسه در دستور کار قرار گرفت که مجموعاً ۸ هفته به طول انجامید.

برای اجرای این قسمت از برنامه از یک روانشناس معرب در زمینه تدریس و برگزاری جلسات آموزشی فرزندپروری مثبت به عنوان همکار طرح استفاده شد.

جلسات ۸ گانه گروهی حاوی مباحث زیر بودند:

جلسه اول: شناختن ADHD، شناختن عوامل مؤثر بر رفتار کودکان و آشنایی والدین با روشهای مثبت رفتار. جلسه دوم: روشهای بهبود و ارتقاء رابطه والد - کودک با توجه به اختصاص وقت و کیفیت، ابراز محبت کلامی و غیر کلامی، ارائه توصیه و تقویت خودپنداره مثبت و نیز فنون آموزش مهارتهای جدید به کودک. جلسه سوم: شناساندن انواع تقویت‌کننده‌ها، روشهای افزایش توجه و رفتارهای مطلوب از طریق فنون ارائه توجه، تحسین کلامی، امتیاز، فعالیت‌های جذاب و پاداشهای عینی و استفاده از سیستم اقتصاد ژتونی و چارت رفتاری.

جلسه چهارم: شناساندن اثرات ناخواسته تنبیه، نکات لازم برای استفاده مؤثر از تنبیه، روشهای وضع قوانین و نیز مداخلات مربوط به کاهش رفتارهای نامطلوب و اصلاح رفتار به والدین. جلسه پنجم:

شناساندن موقعیت‌های پر دردسر و روشهای برنامه ریزی و آمادگی برای مقابله مؤثر با آنها به والدین. جلسه ششم: شناساندن موانع تغییر و روشهای مقابله با آنها و آموزش تمرین عملی در مورد مشکلات شایع به والدین. جلسات هفتم و هشتم: تعریف و توضیح رفتارهای هنجار و ناهنجار، تأثیرات سیستم حس بر ادراک، تأثیرات ادراک بر حرکات، تأثیرات سیستم حسی بر ارتباطات و نوع بازی‌ها، تعریف وضعیت حسی، ارائه طبقه‌بندی خصوصیات حسی، تعریف مفاهیم تدافع حسی، حسی طلبی، وضعیت هیجانی و عاطفی، ذکر مثالهای رفتاری ناشی از مشکلات و اختلالات سیستم حسی، ارائه بعضی از بازی‌های سودمند برای پیشگیری یا رفع مشکلات حسی خفیف.

برای تمامی والدین، مشروح مجموعه جلسات به صورت مکتوب و جزوه تهیه شده و به صورت رایگان در بین ایشان توزیع شد. در انتها، پس از اجرای ۸ هفته‌ای مجموعه آموزش‌های گروهی، برای آن دسته از والدین که متقاضی برگزاری جلسات انفرادی آموزش والدین برای برطرف کردن ابهامات و سئوالات و همچنین مطرح کردن سئوالات شخصی و خصوصی شان بودند، تاسقف دو جلسه یک ساعته تلفنی، آموزش و مشاوره انفرادی ارائه شد.



اختلاف مشاهده شده معنادار نمی باشد (جدول ۴).

جدول ۳ - مقایسه میانگین خرده مقیاس های رفتاری کودکان ADHD ۴ تا ۱۰ ساله قبل و بعد در گروه مداخله

| متغیر | قبل | | بعد | | مقدار احتمال |
|-------------------------|---------|--------------|---------|--------------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | |
| مشکلات سلوک | ۲۶/۲۵ | ۳/۰۴۱ | ۷/۳۵ | ۲/۳۲۳ | <۰/۰۰۱ |
| مشکلات یادگیری | ۲۰/۱۵ | ۳/۳۴۵ | ۱۶/۶۵ | ۲/۸۸۹ | <۰/۰۰۱ |
| مشکلات روان تنی | ۳/۴۰ | ۲/۷۰۳ | ۲/۵۵ | ۱/۹۸۶ | ۰/۰۱۱ |
| مشکلات تکانشی بیش فعالی | ۱۰/۴۵ | ۲/۵۴۴ | ۶/۷۰ | ۲/۶۹۷ | <۰/۰۰۱ |
| مشکلات اضطرابی | ۸/۵۵ | ۲/۹۶۴ | ۴/۸۵ | ۲/۱۱۰ | <۰/۰۰۱ |
| شاخص بیش فعالی | ۲۸/۷۰ | ۴/۹۰۰ | ۱۹/۵۵ | ۴/۲۴۹ | <۰/۰۰۱ |
| نمره کل | ۶۹/۲۵ | ۶/۴۰۶ | ۴۴/۵۵ | ۷/۰۱۵ | <۰/۰۰۱ |

جدول ۴ - مقایسه میانگین تفاضل نمرات پیش آزمون - پس آزمون در خرده مقیاس های رفتاری کودکان ADHD ۴ تا ۱۰ ساله در دو گروه کنترل و مداخله

| متغیر | قبل | | بعد | | مقدار احتمال |
|-------------------------|---------|--------------|---------|--------------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | |
| مشکلات سلوک | ۴/۹۲ | ۲/۴۱۴ | ۸/۹۰ | ۲/۳۸۲ | <۰/۰۰۱ |
| مشکلات یادگیری | ۲/۱۲ | ۲/۳۶۹ | ۳/۵۰ | ۲/۲۱۲ | ۰/۰۵۲ |
| مشکلات روان تنی | ۱/۱۲ | ۱/۴۵۳ | ۰/۸۵ | ۱/۳۴۸ | ۰/۵۲۶ |
| مشکلات تکانشی بیش فعالی | ۳/۰۴ | ۲/۱۱۱ | ۳/۷۵ | ۲/۰۹۹ | ۰/۲۶۷ |
| مشکلات اضطرابی | ۱/۱۲ | ۱/۸۱۰ | ۳/۷۰ | ۱/۶۵۸ | <۰/۰۰۱ |
| شاخص بیش فعالی | ۷/۰۴ | ۲/۸۵۰ | ۹/۱۵ | ۲/۷۷۷ | ۰/۰۱۶ |
| نمره کل | ۱۱/۵۲ | ۴/۶۴۷ | ۲۴/۷۰ | ۳/۸۱۳ | <۰/۰۰۱ |

همچنین برای تعدیل اثر نمرات پیش آزمون خرده مقیاس ها بر نمرات پس آزمون در هر دو گروه کنترل و مداخله، داده ها مورد تحلیل مقایسه میانگین (آنالیز کوواریانس) قرار گرفتند که تمامی موارد حاکی از معنادار نبودن تأثیر پیش آزمون خرده مقیاس ها بر نمرات پس آزمون خرده مقیاس ها بود.

بحث

نتایج کسب شده حاکی از این است که گرچه هر دو گروه کنترل و مداخله طی مدت ۳ ماه فاصله اخذ پیش آزمون و پس آزمون در تمامی خرده مقیاس ها بهبود معناداری را گزارش کرده اند، با این وجود میزان بهبود گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل در خرده مقیاس های مشکلات سلوک، مشکلات اضطرابی، شاخص بیش فعالی و همچنین نمره کل پرسشنامه کانرز مقیاس والدین معنادار بوده است. در حالی که در مورد خرده مقیاس های یادگیری، روان تنی و تکانشی

یافته ها

بین دو گروه مداخله و کنترل از حیث سن، جنس، سطح تحصیلات مادران و استفاده از برنامه دارودرمانی اختلاف معناداری وجود نداشته و از نظر این موارد همسان می باشند (جدول ۱).

جدول ۱ - ارزیابی همسانی سن، جنس، استفاده از دارو و وضعیت تحصیلی مادران در کودکان ADHD در دو گروه کنترل و مداخله

| متغیر | گروه کنترل | | گروه مداخله | | مقدار احتمال | | |
|---------------|-----------------|------|-------------|------|--------------|-------|-------|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد | | | |
| سن | ۴-۵ | ۳ | ۳ | ۱۵ | ۰/۷۸۷ | | |
| | ۵-۶ | ۳ | ۵ | ۲۵ | | | |
| | ۶-۷ | ۴ | ۲ | ۱۰ | | | |
| | ۷-۸ | ۵ | ۵ | ۲۵ | | | |
| | ۸-۹ | ۵ | ۲ | ۱۰ | | | |
| | ۹-۱۰ | ۵ | ۳ | ۱۵ | | | |
| | پسر | ۲۱ | ۸۴ | ۱۶ | | ۸۰ | ۰/۷۷۵ |
| | دختر | ۴ | ۱۶ | ۴ | | ۲۰ | |
| | استفاده از دارو | بله | ۱۸ | ۷۲ | | ۱۰ | ۰/۱۳۰ |
| | | خیر | ۷ | ۲۸ | | ۱۰ | |
| دیپلم | | ۱۴ | ۵۶ | ۸ | ۴۰ | | |
| فوق دیپلم | | ۳ | ۱۲ | ۳ | ۱۵ | | |
| کارشناسی | | ۷ | ۲۸ | ۶ | ۳۰ | ۰/۵۲۶ | |
| کارشناسی ارشد | ۰ | ۰ | ۲ | ۱۰ | | | |
| دکتر | ۱ | ۴ | ۱ | ۵ | | | |

در گروه کنترل، میانگین تمامی خرده مقیاس ها در پس آزمون، کاهش معناداری نسبت به پیش آزمون داشت (جدول ۲).

جدول ۲ - مقایسه میانگین خرده مقیاس های رفتاری کودکان ADHD ۴ تا ۱۰ ساله قبل و بعد در گروه کنترل

| متغیر | قبل | | بعد | | مقدار احتمال |
|-------------------------|---------|--------------|---------|--------------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | |
| مشکلات سلوک | ۱۶/۵۲ | ۳/۲۲۹ | ۱۱/۶ | ۲/۱۷۹ | <۰/۰۰۱ |
| مشکلات یادگیری | ۱۸/۳۲ | ۴/۰۶۹ | ۱۶/۲۰ | ۴/۳۲۰ | <۰/۰۰۱ |
| مشکلات روان تنی | ۳/۷۶ | ۲/۴۵۴ | ۲/۶۴ | ۱/۸۰۰ | <۰/۰۰۱ |
| مشکلات تکانشی بیش فعالی | ۱۰/۹۶ | ۲/۲۸۲ | ۷/۹۲ | ۲/۱۰۰ | <۰/۰۰۱ |
| مشکلات اضطرابی | ۷/۶۸ | ۲/۲۹۸ | ۶/۵۶ | ۲/۶۴۷ | ۰/۰۰۵ |
| شاخص بیش فعالی | ۲۷/۲۴ | ۳/۶۰۹ | ۲۰/۲۰ | ۳/۴۸۸ | <۰/۰۰۱ |
| نمره کل | ۶۶/۲۰ | ۸/۰۹۳ | ۵۴/۶۸ | ۹/۸۰۵ | <۰/۰۰۱ |

در گروه مداخله نیز کاهش میانگین قبل و بعد تمامی خرده آزمون ها معنادار بود (جدول ۳).

مقایسه میانگین تفاضل نمرات پیش آزمون - پس آزمون بین دو گروه در خرده مقیاس های مشکلات سلوک ($P < ۰/۰۰۱$)، مشکلات اضطرابی ($P < ۰/۰۰۱$)، شاخص بیش فعالی ($P = ۰/۰۱۶$) و نمره کل پرسشنامه ($P < ۰/۰۰۱$) نشان دهنده تفاوتی معنادار است. در حالی که در باقی متغیرها از جمله مشکلات یادگیری ($P = ۰/۰۵۲$)، مشکلات تکانشی بیش فعالی ($P = ۰/۲۶۷$) و مشکلات روان تنی ($P = ۰/۵۲۶$)



بیش فعالی، این میزان تفاوت بهبود در دو گروه، به سطح معناداری نرسیده است. این یافته‌ها از همخوانی بالایی با مطالعات پیشین برخوردار است. به عنوان نمونه نتایج مطالعه زرگری نژاد و یکه یزدان دوست حاکی از آن بوده که آموزش والدین در کاهش مشکلات رفتاری کودکان ADHD مؤثر واقع می‌شود، اما بر بیش فعالی، تکانشگری و خرده مقیاس یادگیری این کودکان بی تأثیر است (۱۵).

همچنین یافته‌های مطالعاتی سالباخ و همکاران نشان داد که آموزش به طور معناداری نشانه‌های اصلی ADHD را کاهش داده است و تفاوت معناداری را بین دو گروه کنترل و مداخله روی عامل شاخص بیش فعالی به دست آورده است (۱۹).

فانندن هوف داکر و همکاران پیشنهاد کردند که آموزش مدیریت رفتار به والدین در کاهش مشکلات رفتاری کودکان ADHD و همچنین کاهش مشکلات درون‌گرایانه (شامل اضطراب و افسردگی...) ایشان می‌تواند در کنار درمان‌های رایج بالینی نقش بسیار تأثیر گذاری را ایفا کند، اما در کاهش علائم بیش فعالی و همچنین اضطراب والدین تأثیری فزونی در مقایسه با دارودرمانی از خود نشان نمی‌دهد (۱۶). با این وجود یافته‌های برخی مطالعات نیز نتایج مطالعه حاضر را تأیید نمی‌کند.

به عنوان نمونه هورن و همکاران، مادران ۹۶ کودک را به ۴ گروه تقسیم کردند. این ۴ گروه شامل گروه انتظار (که تحت نظر بوده و بر روی ایشان هیچ مداخله درمانی صورت نمی‌پذیرفت)، گروه درمان دارویی، گروه آموزش والدین و گروه درمان ترکیبی (آموزش و دارودرمانی) بود. در انتهای دوره پیگیری ۹ ماهه، نتیجه حاکی از این بود که میزان بهبود یا کاهش مشکلات رفتاری در گروه انتظار، گروه دارودرمانی، گروه آموزش و گروه درمان ترکیبی تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند (۲۰).

همچنین بارکلی و همکاران، مادران ۱۵۸ کودک ADHD را به چهار گروه آموزش والدین، اجرای مداخلات در مدرسه، گروه ترکیبی (شامل آموزش والدین و مداخلات مدرسه) و گروه انتظار تقسیم کردند. نتایج حاکی از این بود که پس از طی دو سال دوره پیگیری، تفاوت معناداری بین میزان مشکلات رفتاری کودکان گروه آموزش و گروه کنترل وجود نداشت. گرچه گروه درمان ترکیبی برتری معناداری از حیث میزان بهبودی مشکلات رفتاری نسبت به سایر گروه‌ها از خود نشان داد (۲۱).

در نهایت می‌توان ساز و کار اثر برنامه آموزش گروهی والدین در این مطالعه بر کاهش معنادار میزان مشکلات سلوک، اضطرابی، شاخص بیش فعالی و نمره کل پرسشنامه را این گونه توجیه کرد:

از آنجا که تکمیل کنندگان تمامی پرسشنامه‌ها مادران بوده‌اند، نگرش ایشان در مورد رفتار، ارتباط و مشکلات سلوک فرزندانشان در تکمیل پرسشنامه تأثیر گذار می‌باشد. از سوی دیگر یکی از مهمترین فواید تشکیل جلسات گروهی آموزش والدین نیز همین تغییر نگرش است. به این ترتیب که مادران در خلال جلسات آموزش گروهی از طریق به بحث نشستن در خصوص مشکلات رفتاری فرزندانشان در می‌یابند که بسیاری از این مشکلات رفتاری در بین تمامی خانواده‌های حاضر مشترک و مشابه می‌باشد. در نتیجه از میزان احساس عدم صلاحیت و عدم کفایت در نقش والدگری آنها کاسته شده و با اعتماد به نفس بیشتری مسئولیت‌های نقش والدی خود را در قبال فرزندانشان از سر می‌گیرند (۱۸).

همچنین بسیاری از مشکلات رفتاری کودکان ADHD از وضعیت و خصوصیات حسی متفاوت ایشان ناشی می‌شود. از سوی دیگر اکثر مادران این کودکان درک کافی و صحیحی از خصوصیات و نیازهای حسی ویژه کودکان خود ندارند و بسیاری از رفتارهای مرتبط کودکان از جمله رفتارهای حس طلبانه، ثبت حسی پایین، تدافع حسی و یا اجتنابی ایشان به غلط تعبیر به لجبازی و منفی کاری و سایر مشکلات ارتباطی نظیر پرخاشگری یا کم رویی و... می‌شود. از آنجا که ۲ جلسه از مجموع ۸ جلسه آموزش گروهی، به ارائه اطلاعات و راهکارهایی در این زمینه به مادران اختصاص داده شد، افزایش درک مادران از نیازهای حسی ویژه کودکانشان نیز می‌تواند عاملی دیگر در بهبود ارتباط ایشان با یکدیگر، افزایش پذیرش متقابل و کاهش معنادارتر مشکلات رفتاری و اضطرابی در ایشان به حساب آید. شایان ذکر است که در دستورالعمل اصلی ساندرز و همکاران در سال ۲۰۰۵، سخنی در خصوص ویژگی‌های حسی کودکان ADHD به میان نیامده است و محقق با تجربیات و اطلاعاتی که در خصوص این مشکلات داشته است، اقدام به افزودن این مباحث به صورت ملحقات این مداخله کرده است. همچنین این نکته را نباید از نظر دور داشت که افزودن ملحقات و مواد تکمیلی به مداخله و دستورالعمل آموزشی امری رایج و توصیه شده است، تا آنجا که کرونیس و همکاران در سال ۲۰۰۴، در مقاله ای مروری به روشهای افزایش کیفیت برنامه‌های آموزش گروهی والدین از طریق اضافه کردن موادی آموزشی چون فوتبال بازی کردن پدران در کنار برنامه آموزشی برای مادران، آموزش مهارت‌های حل مشکل به والدین، جلسات تخلیه هیجان و عاطفه برای مادران در قالب گروه درمانی، برنامه‌های درمان شناختی رفتاری، برنامه آموزشی از طریق فیلم ویدئویی و ایفای نقش، آموزش مهارت‌های اجتماعی و... پرداخته است. البته مزیت خاص تحقیق حاضر این



می‌باشند که بیش از آن که به کیفیت و کمیت ارتباط با والد مرتبط باشد، به توانایی فرد در کنترل هیجان، کارکردهای اجرایی مهاری، عملکرد صحیح نظام میانجی‌های عصبی و... بستگی دارد (۲۲). همچنین با توجه به این که این مشکل در سراسر طول عمر فرد، یکی از وخیم‌ترین علامتهای ADHD است و علاوه بر ایجاد اختلال در کارکرد، از صعب‌العلاج‌ترین وجوه اختلال نیز می‌باشد (۱۷). چندان عجیب نمی‌نماید که برنامه ۸ جلسه‌ای و کوتاه مدت آموزش والدین در مقایسه با برنامه ۲ ماهه دارودرمانی و ۱۶ جلسه‌ای مداخلات کاردرمانی گروه‌کنترل تأثیر افزوده معناداری نشان ندهد.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی این مطالعه نشان داد که برنامه آموزش گروهی والدین، در کنار برنامه‌های دارودرمانی و کاردرمانی، می‌تواند نقش تأثیرگذاری در کاهش مشکلات رفتاری ایذایی، مشکلات اضطرابی و نمره شاخص بیش‌فعالی برجای بگذارد. همچنین با توجه به اطلاعات کاربردی جامعه کاردرمانگران در خصوص مشکلات کودکان ADHD، اجرای برنامه‌های گروهی و یا انفرادی آموزش والدین توسط کاردرمانگران می‌تواند در افزایش بازده درمانی نتایج جلسات کاردرمانی نیز سودمند باشد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به عدم تمایل پدران برای شرکت در جلسات، ریزش ۷ نفر از ۲۷ نفر آزمودنی گروه مداخله و درصد بالاتر استفاده‌کنندگان از دارو در گروه کنترل علی‌رغم همسانی آماری اشاره کرد.

کوچک کردن بازه سنی آزمودنی‌ها، استفاده از سایر تست‌های معتبر، افزایش تعداد جلسات و تبدیل آن به جلسات گروه درمانی و شناخت درمانی و اجرای برنامه دوره پیگیری در فواصل زمانی پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از مدیریت محترم موسسه فرهنگی هنری پرورش فرزندان، مجتمع توانبخشی میرداماد، سرکار خانم میر فخرایی روانشناس و همکار اجرایی جلسات آموزشی که در تهیه و تدوین این مطالعه نهایت همکاری را با محقق داشتند قدردانی می‌شود.

منابع:

1- Wilens TE, Biederman BS, Monuteaux M, Prince J, Spencer T.J. Patterns of psychopathology and dysfunction in clinically referred preschoolers. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 2002; 23:531-537.

است که افزودن برنامه آموزشی ۲ جلسه‌ای حول محور آشناسازی والدین با اصول اولیه یکپارچه‌سازی حسی و خصوصیات حسی برای اولین بار در یک مطالعه صورت گرفته است.

علاوه بر موارد فوق، اشاره به این نکته نیز ضروری می‌نماید که بر مبنای نظریه یادگیری اجتماعی، کودکان از نحوه تعاملات قهرآمیزی که در حین برخورد والدین با مشکلات رفتاری خود می‌بینند، شیوه رفتار قهرآمیز و برخوردهای چکشی و سرکوبگرانه را می‌آموزند. مسائل خانوادگی در مقایسه با علائم خاص ADHD، نقش سبب‌شناسانه مهمتری را در پرخاشگری و اختلالات سلوک ایفا می‌کنند (۱۵). در حقیقت با توجه به خصیصه بارزی همچون اختلالات رفتاری تکانشگری در کودکان بیش‌فعال، مشاهده رفتارهای مهارگسیخته و پرخاشگرانه‌ای که والدینشان به هنگام اعمال یک نظام ناکارآمد تنبیه و تهدید و ارباب در خانه به کار می‌برند، زمینه ساز الگو برداری و یادگیری مشکلات سلوک در این کودکان می‌گردد. با ارائه برنامه گروهی آموزش والدین در کنار سایر مداخلات، والدین به راهکارهای صحیح‌تری در مواجهه با مشکلات رفتاری کودک دست پیدا می‌کنند و با تدبیری از پیش اندیشیده شده سعی در کنترل رفتارهای ناگهانی و کنترل گریانه و مستبدانه خود در هنگام عصبانیت و ناکامی کرده و از این طریق کنترل هیجانات منفی را نیز به طور عملی و بر مبنای همان نظریه یادگیری اجتماعی به کودک خود انتقال می‌دهند و به این ترتیب از افزایش بروز مشکلات سلوک جلوگیری می‌کنند.

چنانچه اشاره شد، در این مطالعه، برنامه آموزش گروهی والدین توانایی ایجاد تأثیر معنادار بر خرده‌مقیاس‌های یادگیری، روان‌تنی و تکانشگری بیش‌فعالی نداشت. در توجیه این مسئله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

الف) در مورد خرده‌مقیاس یادگیری می‌توان به این نکته اشاره کرد که این خرده‌مقیاس در پرسشنامه کانرز به مواردی می‌پردازد که ارتباطی مستقیم و مشهود با مشکلات توجهی، انگیزشی و همچنین تحمل آزمودنی دارد. با توجه به این که مشکلات یادگیری مشهود در کودکان با اختلال نقصان توجه - بیش‌فعالی در زمره مشکلات چند عاملی بوده و عواملی همچون وضعیت یکپارچگی حسی و وضعیت درکی حرکتی، شناخت، توجه و تمرکز، انگیزش و عوامل آموزشی و فرهنگی در آن دخیل می‌باشند (۱۶، ۹)، تأثیر گذار نبودن جلسات آموزش والدین بر نمرات خرده‌مقیاس یادگیری در مقایسه با گروه کنترل چندان خلاف انتظار نیست.

ب) مشکل تکانشگری بیش‌فعالی، همچون مشکل روان - تنی در زمره خصوصیات فیزیولوژیک، کارکردی و زیستی اختلال ADHD



- 2- Khoushabi K, Pour etemad H, Mohammadi M, Houman A, Biglarian A, Towfigh N. [Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and other co existing disorder among school students in Tehran (Persian)]. Investigation (2002); university of social welfare and rehabilitation sciences.
- 3- Behnia F. [Qualitative evaluation on behavioral disorders among student with learning disabilities referred Occupational therapy centers (Persian)]. Quarterly Journal of Thought and Behavior 2002
- 4- Sadock BJ, Sadock V.A. Comprehensive textbook of psychiatry, 8th ed. Lippincott William & Wilkins; 2005, pp: 453-86.
- 5- Rowshanbin M. [Effectiveness of group positive parenting program on parenting stress among mothers of 4 to 10 year ADHD children (Persian)]. Thesis for basic of science of psychology. Psychology and behavioral faculty of Shahid beheshti University ;2006, pp:25-34.
- 6- Befera MS, Barkley R.A. Hyperactive and normal girls and boys: Mother-child interaction, parent psychiatric status and child psychopathology. Journal of Child Psychology and Psychiatry 1985; 26:439-452.
- 7- Sheeber LB, Johnson J.H. Child temperament, maternal adjustment and changes in family life style. American Journal of Ortho psychiatry 1992; 62: 178-185.
- 8- Johnston C. Parent characteristics and parent-child interactions in families of non problem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. Journal of Abnormal Child Psychology 1996; 24:85-104.
- 9- Rowland AS, Umbach DM, Stallone L, Naftel J, Bohlig EM, Sandler D.P. Prevalence of medication treatment for attention deficit-hyperactivity disorder among elementary school children in Johnston County, North Carolina. American Journal of Public Health 2002; 92:231-234.
- 10- Momeni F, Bahrami H. [Effectiveness of delacato neuropsychologic method in treatment of ADHD children (Persian)]. Quarterly Journal of Thought and Behavior 2002; 7 (4):73-84.
- 11- Javedan M. [Occupational therapy in ADHD (Persian)]. Thesis for basic of science of occupational therapy, University of social welfare and rehabilitation science; 2005, pp:9 - 25.
- 12- Pelham WE, Hoza B. Intensive treatment: A summer treatment program for children with ADHD. In: Hibbs E, Jensen P. (Eds.), psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice; 1996, pp: 311-340.
- 13- Chronis AM, Chacko A, Fabiano GM, Wymbs BT, Pelham W.E. Enhancement to the behavioral parent training , Paradigm for families of children with ADHD : Review and future directions" Clinical child and family psychology review. 2004; 7(1):1-27.
- 14- Patterson GR, Chamberlain P. A functional analysis of resistance during parent training therapy. Clinical Psychology Science and Practice 1994, 1: 53-70.
- 15- Zargarinejad Gh. [Effectiveness of parent management training on reducing behavioral problems of ADHD children (Persian)]. Thesis for master of science in Psychology, Tehran psychiatry institute; 2004, pp: 85-100.
- 16- Van den Hoofdakker B J, Van der Veen-Mulders L, Sytema S, Emmelkamp P M, Minderaa R B, Nauta M.H. Effectiveness of behavioral parent training for children with ADHD in routine clinical practice: a randomized controlled study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46 (10): 1263-71.
- 17- Farmand A. [Effectiveness of combined medication treatment & group positive parenting program on parenting style & symptoms of 3 - 12 years old children with ADHD, Compared with either one alone (Persian)]. Thesis for residency of Psychiatry. University of social welfare and rehabilitation science, 2006; pp: 150-155.
- 18- Sanders MR, Prinz R.J. The triple P system. The Register Report; 2005; pp: 42-46.
- 19- Salbach H, Lenz K, Huss M, Vogel R, Felsing D, Lehmkuhl U. Treatment effects of parent management training for ADHD.(2005). Abstract. Medline.
- 20- Horn WF, Ialongo NS, Pascoe J M, Greenberg G, Packard T, Lopez M, et al. Additive effects of psychostimulants, parent training, and self-control therapy with ADHD children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1991; 30: 233-240.
- 21- Barkley R A, Shelton T L, Crosswait C, Moorehouse M, Fletcher K, Barrett S, et al. Multi-method psycho educational intervention for preschool children with disruptive behavior: Preliminary results at post treatment. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines 2000; 41: 319-332.
- 22- Fuggeta G.P. Impairment of Executive Functions In Boys with Attention Deficit /Hyperactivity Disorder. Child Neuropsychology 2006; 12: 1-21.