# تعیین میزان اثر بخشی درمان ترکیبی دارو درمانی با متیل فنیدات و آموزش مدیریت روانی والدین چند وجهی برعملکرد تحصیلی، مخالفت جویی و علائم رفتاری کودکان دبستانی مبتلا به اختلال بیش فعالی/ کمبود توجهی

* **نسرین صراف**: استادیار گروه روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران (*نویسنده مسئول).dr.n.sarraf@gmail.com
**خدیجه یوسفی**: کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. kh_usefi@yahoo.com
**فرشته مجلسی**: استاد گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. Dr_f_majlessi@yahoo.com
**کرامت الله نوری**: دانشیار گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. nourik@tums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۴/۳/۲۵ تاریخ پذیرش: ۹۴/۷/۵

**چکیده**

**زمینه و هدف:** کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی کم توجهی اغلب مشکلات زیادی در زمینه تحصیلی دارند. داروهای محرک اثر محدودی در افزایش توانایی شناختی و پیشرفت تحصیلی این کودکان داشته است. بنابراین کودکان نیاز ضروری به مداخلات آموزشی در این زمینه دارند. ضعف برنامه‌ریزی آموزشی و مشکلات رفتاری این کودکان فشار روانی زیادی به والدین آن‌ها وارد می‌کند. در زمینه تأثیر درمان ترکیبی با متیل فنیدات و برنامه چندوجهی مدیریت روانی والدین (آموزش برنامه‌ریزی تحصیلی و مدیریت روانی والدین) داده‌های کمی وجود دارد. این مطالعه به منظور شناسایی تأثیر ترکیب درمانی متیل فنیدات و برنامه مدیریت روانی چندوجهی والدین بر عملکرد تحصیلی کودکان مبتلا به بیش فعالی کم توجهی انجام شد.

**روش کار:** جامعه مورد مطالعه شامل ۶۲ نفر از والدین کودکان ۱۲-۶ ساله مبتلا به ADHD(Attention deficit hyperactivity disorder) که به‌صورت کاملاً تصادفی در دو گروه مداخله (۳۱ نفر از والدین که در ۶ جلسه ۲ ساعته آموزش گروهی شرکت کردند) و گروه کنترل (۳۱ نفر از والدین) قرار گرفتند. کودکان هر دو گروه پس از تشخیص به مدت سه ماه تحت درمان با داروی متیل فنیدات قرار گرفتند آزمودنی‌های گروه مداخله و کنترل در ۴ مرحله، پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری یک‌ماهه و سه‌ماهه با استفاده از «فرم کوتاه و تجدیدنظر شده مقیاس درجه‌بندی کانرز والدین» و سؤالات عملکرد تحصیلی اضافه شده به آن ارزیابی شدند. همچنین در مورد تأثیر بر عملکرد تحصیلی نمرات کلی این کودکان بر اساس کارنامه‌های یک‌ماهه و سه‌ماهه این دانش آموزان که توسط معلمین آن‌ها تکمیل شده بود مورد مقایسه و ارزیابی قرار گرفت. پس آزمون پس از جلسه ۶ در گروه مداخله و ۱ ماه و سه ماه بعد در هر دو گروه انجام شد. سپس داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS۱۶ و با روش آماری تحلیل کوواریانس با طرح اندازه‌گیری‌های مکرر ،میانگین نمرات پرسشنامه در هر دو گروه تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** مقایسه نتایج تفاوت معناداری در پیش‌آزمون قبل از مداخله در دو گروه مشاهده نشد. بعد از مداخله میانگین نمره پرسشنامه کانرز والدین و سؤالات عملکرد تحصیلی در هر دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت. که در مورد عملکرد تحصیلی کلی ($p \geq ۰/۰۰۱$) ، مخالفت جویی ($p \geq ۰/۰۰۱$) و در مورد پرتحرکی ($p \geq ۰/۰۰۴$) و در مورد تکانش گری ($p \geq ۰/۰۰۱$) در دو گروه یک‌ماهه و سه‌ماهه پس از مداخله را نشان داد.

**نتیجه‌گیری:** به منظور افزایش عملکرد تحصیلی و کاهش علائم رفتاری (مقابله جویی، پرتحرکی، تکانش گری و بی‌توجهی) درمان ترکیبی دارویی و مدیریت روانی چندوجهی والدین به این قبیل والدین توصیه می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال بیش فعالی/کم توجهی، مدیریت روانی چندوجهی والدین، مقیاس اندازه‌گیری کانرز والدین

## مقدمه

اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (Attention deficit hyperactivity disorder) یکی از شایع‌ترین اختلالات دوران کودکی است (۱). این اختلال پیچیده که سبب‌شناسی آن بر پایه عوامل زیستی قرار گرفته است هم بر کارکرد فرد در جنبه‌های مختلف و هم بر خانواده و اعضای آن اثرگذار می‌باشد (۲) که با سه نشانه‌ی اصلی نقص توجه، بیش‌فعالی و تکانش گری توصیف می‌شود، به‌طور اساسی قبل از ۷ سالگی قابل‌تشخیص است (۳). شیوع تخمینی ADHD در کودکان سن مدرسه در ایالات‌متحده ۱۰-۸٪ است و شیوع آن در پسران ۲ تا ۳ برابر بیشتر از دختران می‌باشد (۴). همچنین شیوع اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در بسیاری از کشورهای جهان ۸ تا ۱۲ درصد (۵) و در سطح بین‌المللی بین ۲ تا ۲۹ درصد گزارش شده است (۶). اگرچه سابقاً تصور بر آن بود که این اختلال وضعیتی خاص در

[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29 ]

دوران کودکی است، اما تحقیقات اخیر حاکی از پایداری آن در سراسر زندگی می‌باشد (۷)، بنابراین این اختلال در بیشتر موارد با افزایش سن برطرف نمی‌شود و علائم آن در ۶۰ تا ۸۰٪ از بیماران تا دوران نوجوانی پایدار می‌ماند. (۸).

علاوه بر مشکلات اساسی مانند بی‌توجهی، تکانش گری و بیش‌فعالی، مطالعات نشان می‌دهند که کودکان ADHD به‌احتمال بیشتری به مشکلات عاطفی، اجتماعی و رفتاری دچار می‌شوند و نسبت به کودکان فاقد این اختلال مشکلات تحصیلی بیشتری دارند (۹). رفتار این کودکان بر عملکرد آن‌ها در خانواده، مدرسه و اجتماع تأثیر منفی می‌گذارد و واکنش منفی اطرافیان را برمی‌انگیزد (۱۰) بنابراین خانواده‌های این کودکان بیش از خانواده‌های کودکان عادی، نیازمند آموزش و افزایش مهارت‌گری و تغییر نگرش هستند (۱۱). تحقیقات در مورد آموزش به معلمین کودکان بیش‌فعال نشان داده که جلسات آموزش حضوری در تغییر نگرش ،عملکرد و افزایش انگیزه آن‌ها در رابطه با کار با این کودکان تأثیر داشته است (۱۲).

معمولاً کودکان با تشخیص اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه مشکلات وسیعی در زمینه تحصیلی و یادگیری دارند. در حقیقت تخمین زده می‌شود که حدود ۸۰٪ از کودکان با ADHD عدم پیشرفت تحصیلی دارند و حدود ۱/۳ از کودکان ADHD ناتوانایی‌های یادگیری دارند (۱۳). مشکلات تحصیلی کودکان ADHD با اهمیت است و معمولاً شامل عدم موفقیت در تکمیل تکالیف، فهم ضعیف مطالب، مهارت‌های مطالعه‌ای ضعیف، نمره کم در امتحان، تمرکز ضعیف در کلاس، رفتار مخرب، کشمکش با همسالان و کشمکش با معلمان می‌باشد (۱۴).

معمول‌ترین درمان برای ADHD داروهای محرک است، خصوصاً متیل فنیدیت که در حدود ۲/۸٪ از جمعیت سنین مدرسه به کار می‌رود (۱۵). اخیراً کارآمدترین درمان برایADHD برنامه‌ای چندوجهی شناخته شده است (۱۶) که این برنامه‌ها شامل درمان دارویی با متیل فنیدیت (Methylphenidate)، همراه با خانواده‌درمانی یا آموزش والدین، آموزش برنامه‌های رفتاری در مدرسه و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به کودکان است (۱۷). اغلب دارودرمانی با درمان‌های روان‌شناختی ترکیب می‌شود تا عوارض درازمدت اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه کودکان کاهش یابد (۱۸). در میان رویکردهای درمانی مختلف، مهم‌ترین روش درمانی برای کودکان در کنار دارودرمانی، آموزش مدیریت والدین (PMT) (Parental management training) است (۱۹). آموزش مدیریت والدین که بر اساس الگوهای یادگیری اجتماعی طراحی شده است راهکاری مؤثر و قابل استفاده در درمان کودکان با رفتارهای ناسازگارانه می‌باشد (۲۰). مطالعات متعددی نتایج مثبت آموزش مدیریت والدین (PMT) را در درمان ADHD به‌خصوص در سنین دبستانی نشان داده‌اند (۲۱). همچنین آموزش والدین به دلیل ویژگی‌های منحصربه‌فرد 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 می‌شود (۲۲). بر این اساس PMT به والدین آموزش می‌دهد تا تعاملات مثبت خود را با کودکانشان افزایش و همزمان تعاملات استبدادی و متناقض را کاهش دهند (۲۳). آموزش PMT به والدین دانش آموزان دبستانی مبتلا به ADHD نیز با کاهش مشخص در شدت رفتارهای ناسازگارانه، کاهش روش‌های نامناسب فرزند پروری، بهبود میزان خودباوری والدین و بهبود مدیریت رفتارهای کودک همراه بوده است (۲۴،۲۵). کاربرد PMT باعث می‌شود رفتارهای پرخاشگرانه، مقابله‌جویانه و پرفعالیتی کودک کاهش یابد و رفتارهای والدین بهبود یافته و فشاری که تحمل می‌کنند کمتر شود (۲۵). کودکان ADHD نیاز به برنامه‌ریزی و مدیریت زمان در کارهای خود دارند که معمولاً خودشان قادر نیستند این برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی را انجام دهند و به کمک والدین نیاز دارند. زمان‌بندی‌ها باید دقیق و درعین‌حال انعطاف‌پذیر باشند. زمان‌بندی مکتوب به معطوف کردن توجه کودک کمک می‌کند. در طراحی برنامه باید مسئله تکانشی بودن و ناتوانی کودک



[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29 ]

در سازمان‌دهی کارها توجه شود. برنامه باید به شکلی باشد که کودک خسته نشود و احساس یأس و ناامیدی و شکست نکند (۲۶). دنفورث و همکاران (۲۷) پژوهشی با موضوع نتیجه آموزش گروهی والدین برای خانواده‌هایی با کودک اختلال بیش‌فعال کمبود توجه و رفتارهای مقاوم و پرخاشگرانه انجام دادند. این پژوهش روی رفتار والدین و رفتار ۴۵ کودک با اختلال بیش‌فعال کمبود توجه و رفتارهای ستیزه جویانه و پرخاشگرانه با طراحی قبل و بعد مورد ارزیابی قرار گرفت. نتیجه داده‌های به‌دست‌آمده نشان داد که آموزش والدین بیش‌فعالی، رفتار پرخاشگرانه و ستیزه جویانه کودکان را کاهش داد و رفتار والدین را بهبود بخشید و همچنین استرس والدین را کاهش داد. مطالعه اسپیکرز و همکاران (۲۸) اثربخشی برنامه فرزند پروری را در ارتقاء رضایت و کارآمدی و حس کلی صلاحیت والدین و کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان نشان داد. همچنین کوروم، مک نینون و مولان (۲۹) در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که برنامه‌ی آموزش والدین در زمینه‌های گوناگون مانند کاهش رفتارهای بیش‌فعالی و رفتارهای پرخاشگرانه و آزارش کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مفید است. نتایج پژوهش غنی زاده و همکارانش (۳۰) نشان داد که مشکلات هدایتی، مشکلات یادگیری و مشکلات بیش فعالی کودکان بیش‌فعال/ نقض توجه در همه زمینه‌ها کاهش یافته بود. در بررسی که توسط احمد حاجبی و همکاران (۳۱) با موضوع تأثیر آموزش مدیریت رفتاری به والدین کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه انجام شد. نتیجه نشان داد که آموزش مدیریت رفتاری والدین می‌تواند در بهبود علائم کودکان پیش دبستانی مبتلا به ADHD مؤثر باشد. یافته‌های مطالعه بهناز سادات جعفری و همکاران (۳۲) که اثربخشی آموزش گروهی برنامه فرزند پروری مثبت به مادران بر کاهش نشانه‌های مرضی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه را مورد بررسی قرار داده بود نشان دادکه اجرای برنامه گروهی فرزند پروری مثبت منجربه کاهش معنی‌دار نشانه‌های اصلی ADHD درکودکان در مقایسه باگروه کنترل شده است. در سال های اخیر در مورد پیش‌آگهی اختلال بیش‌فعالی نگرانی‌های زیادی وجود داشته است و با تو جه به ریسک بالای این کودکان برای پیشرفت به سمت رفتارهای ضد اجتماعی تحقیقات زیادی در مورد راهکارهای کاهش رفتارهای مخالفت جویانه به‌عنوان پیشگیری از این رفتارهای ضداجتماعی انجام شده است و یکی از این راهکارها آموزش والدین بوده است که تأثیر ماندگاری پس از پیگیری یک ساله و پنج ماهه داشته است. (۳۳، ۳۴).

در سال‌های گذشته در زمینه راهکارهای مداخله‌ای برای درمان مشکلات تحصیلی کودکان بیش‌فعال و بی‌توجه تلاش‌های زیادی صورت گرفته از جمله این مداخلات می‌توان به مداخله همزمان معطوف به خانه و مدرسه (دینا و همکاران ۲۰۰۱ و کورکوم و همکاران ۲۰۱۰) و شناخت درمانی و مداخله همزمان در مدرسه ورونیکا و همکاران ۲۰۰۹ و مطالعه چندوجهی شامل مداخلات تحصیلی و روان‌درمانی (هچمن و همکاران ۲۰۰۴) همزمان با مصرف داروی متیل فنیدات اشاره کرد (۳۵، ۳۶) ولی در ایران در این زمینه مطالعات کمتری صورت گرفته است. مطالعه‌ای که توسط عباس قلتاش و همکارانش با موضوع تأثیر آموزش راهبردهای فراشناختی بر عملکرد تحصیلی و خلاقیت دانش آموزان پسر پایه پنجم ابتدایی انجام شده است نتایج پژوهش حاکی از آن است که آموزش راهبردهای فراشناخت ۵۷٪ بر عملکرد تحصیلی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل و ۲۷٪ بر خلاقیت گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تأثیر داشته است (۳۷)؛ بنابراین با تو جه اینکه مداخله ترکیبی دارودرمانی با متیل فنیدات و PMT در کاهش علائم رفتاری کودکان بیش‌فعال و کم‌توجهی تأثیر بارزی داشته و در زمینه تأثیر درمان ترکیبی با متیل فنیدات و برنامه چندوجهی مدیریت روانی والدین (آموزش برنامه‌ریزی تحصیلی و مدیریت روانی والدین) داده‌های کمی وجود دارد بر آن شدیم که مداخله ترکیبی دارودرمانی و جلسات آموزش تحصیلی و



[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29 ]

PMT را با دارودرمانی تنها بر علائم رفتاری و عملکرد تحصیلی این کودکان بررسی نماییم بنابراین، این پژوهش در پی آن است که تأثیر آموزش ترکیبی دارودرمانی و مدیریت والدین و آموزش برنامه‌ریزی تحصیلی را بر علائم رفتاری و عملکرد تحصیلی کودکان بیش‌فعال و کم‌توجه بررسی نماید.

## روش کار

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه تجربی می‌باشد. در این پژوهش ۶۲ نفر از والدین کودکان مبتلا به ADHD در سنین ۱۲-۶ سال مراجعه‌کننده به درمانگاه روان‌پزشکی کودک و نوجوان مرکز آموزشی و درمانی ۲۲ بهمن وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قزوین در سال ۱۳۹۲ که به مدت سه ماه تحت درمان با داروی استاندارد ریتالین خوراکی به مقدار ۱۰-۲۰ میلی‌گرم دو بار در روز بودند؛ انتخاب شدند که پس از مصاحبه بالینی توسط فوق تخصص روان‌پزشکی اطفال و نیز پس از کسب رضایت‌نامه کتبی والدین نمونه فوق وارد مطالعه شدند. سپس به‌صورت تخصیص تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. کودکان این والدین بر پایه معیارهای DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) و تشخیص بالینی روان‌پزشک کودک و نوجوان تشخیص ADHD گرفته بودند. سپس پیش‌آزمون جهت سنجش آگاهی والدین و علائم رفتاری و مشکلات تحصیلی کودکان ADHD در دو گروه آزمون و کنترل انجام گردید. معیارهای ورود، همکاری و شرکت والدین در تمام کلاس‌های آموزشی، داشتن سواد خواندن و نوشتن به منظور درک مطالب آموزشی و پرسشنامه، به عهده داشتن مسئولیت مراقبت از بیمار و موافقت کتبی برای شرکت در کلاس‌ها بود. غیبت بیش از یک جلسه در کلاس‌های برنامه آموزشی، وجود علائم روان‌پریشی در والد و کودک، سابقه سوءمصرف مواد مخدر والد، نداشتن اختلال همراه با بیش‌فعالی در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی کم‌توجهی معیارهای خروج از مطالعه را تشکیل می‌دادند. به والدین هر دو گروه داوطلب جزئیات برنامه و نحوه پر کردن پرسشنامه‌ها آموزش داده شد، ابزار گردآوری داده‌ها، مقیاس اندازه‌گیری کانرز والدین بود. همچنین در مورد تأثیر بر عملکرد تحصیلی نمرات کلی این کودکان بر اساس کارنامه‌های توصیفی خیلی خوب، خوب، قابل‌قبول و نیاز به تلاش در سه زمینه خواندن، نوشتن و ریاضی، در دوره یک‌ماهه و سه‌ماهه این دانش آموزان که معلمین آن‌ها تکمیل کرده بودند توسط والدین مورد مقایسه و ارزیابی قرار گرفت. سپس پرسشنامه کانرز در دو گروه مداخله و شاهد قبل از شروع جلسات آموزشی تکمیل گردید. پر کردن پرسشنامه مذکور در پایان جلسه ششم در هر دو گروه مداخله و شاهد تکرار گردید. در این فاصله هیچ مداخله‌ای برای گروه شاهد انجام نگرفت. یک و سه ماه پس از مداخله نیز پرسشنامه‌ی مذکور توسط هر دو گروه تکمیل گردید.

این برنامه‌ی آموزشی به‌صورت ۶ جلسه هفتگی به مدت ۱۲۰ دقیقه‌ای برگزار گردید. در انتهای جلسه اول پمفلت آموزشی در مورد اهمیت و شناخت نشانه‌های ADHD در اختیار والدین قرار داده شد. در پایان هر جلسه، تکلیف خانگی متناسب با محتوای آموزشی هر جلسه، در طول هفته بعد در نظر گرفته می‌شد. قبل ازهر جلسه ۱۵-۱۰ دقیقه وقت جهت پاسخ به سؤالات موضوع جلسه قبل و تکالیف مربوطه در نظر گرفته شد. همچنین در جلسات آموزشی از بحث گروهی، پرسش و پاسخ و نمایش عملی نیز استفاده شد. در جلسه‌ی آخر نیز بوکلت آموزشی از خلاصه‌ی آموزش‌های داده شده در طول جلسات در اختیار والدین گذاشته شد. پس از گذشت یک و سه ماه از اتمام جلسات آموزش، پیگیری با اجرای مجدد ابزارهای پژوهش انجام گرفت.

برنامه فرزند پروری مثبت یکی از انواع برنامه‌های آموزش مدیریت والدین می‌باشد که بر اساس مدل یادگیری اجتماعی پاترسون (۱۹۸۲) و توسط ساندرز و همکاران (۱۹۹۹) در دانشگاه کوییزلند ایجاد شده است. این برنامه یک برنامه ۸ جلسه‌ای در گروه‌های ۱۲-۱۰ نفره از والدین است. برنامه از ۴ جلسه گروهی ۲ ساعته و ۳ یا ۴ جلسه‌ی تلفنی



[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29 ]

پیگیری ۱۵ تا ۳۰ دقیقه‌ای تشکیل شده است. جلسه آخر می‌تواند جلسه تلفنی فردی یا جلسه گروهی باشد (۳۸).

محتوای جلسه قبل از شروع آموزش شامل معرفی اعضا؛ اهداف جلسات؛ و نحوه پر کردن پرسشنامه بود. همچنین محتوای جلسات یکم تا ششم شامل موارد ذیل بود:

جلسه اول: آشنایی با اختلال بیش‌فعالی کم‌توجهی، علل و عوامل ایجادکننده اختلال؛ سیر و پیش‌آگهی و مشکلات مرتبط در آینده بیمار و انواع روش‌های درمانی موجود

جلسه دوم: علل مشکلات رفتاری کودکان؛ نحوه دستور دادن به کودکان؛ شناخت فن‌های کنترل رفتاری

جلسه سوم: تعریف پاداش و تشویق؛ انواع پاداش و تشویق و نحوه بکار گیری به‌موقع و مناسب این روش‌ها

جلسه چهارم: شناخت روش‌های تنبیهی موجود شامل نادیده گرفتن؛ محرومیت و زمان و اتاق خلوت و نحوه مناسب به‌کارگیری آن‌ها. چگونگی کنترل رفتارهای کودک در محیط‌های خارج از منزل و دیدگاه‌های آینده

جلسه پنجم: آموزش برنامه‌ریزی تحصیلی، نحوه آموزش مطالب درسی

جلسه ششم: راهکارهای کنترل پرتحرکی و کم‌توجهی این کودکان در هنگام انجام تکالیف و نحوه ارتباط مناسب با معلمین و کادر مدرسه

*ابزار پژوهش*

به منظور جمع‌آوری اطلاعات از دو پرسشنامه استفاده شد:

۱- پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک: دربرگیرنده سؤالاتی در مورد خصوصیات کلی کودک و مادر نظیر سن، جنس کودک، رتبه تولد، شغل والدین، تحصیلات والدین بود.

۲- مقیاس درجه‌بندی کانرز، فرم والدین: این مقیاس برای غربالگری و ارزیابی درمانی به کار می‌رود و یک ابزار کمکی برای تشخیص بوده که حاصل ۳۰ سال تحقیق درباره آسیب‌شناسی روانی و مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان است. این پرسشنامه از ۲۷ سؤال تشکیل شده که توسط والدین تکمیل می‌شود؛ و دارای چهار زیر مقیاس مخالفت جویی، مشکلات شناختی و بی‌توجهی، و تکانش گری است. نمره خام آزمودنی در هر زیر مقیاس از مجموعه درجه‌بندی والدین (۰ تا ۳) در عبارات مربوط به آن زیر مقیاس محاسبه و سپس بر اساس سن و جنس به نمره معیار T تبدیل می‌شود. نمره معیار مساوی ۶۵ یا بیشتر از آن، نشانگر مشکلات قابل‌توجه بالینی در آن زیر مقیاس است. زرگری نژاد ضرایب پایایی درونی را از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰ و ضریب باز آزمایی با ۸ هفته فاصله را بین ۰/۶۰ تا ۰/۹۰ گزارش کرده است. (۳۹). اعتبار سازه فرم کانرز با استفاده از روش‌های تحلیل عاملی به‌دست‌آمده است و اعتبار افتراقی این پرسشنامه در تمایز افراد مبتلا به بیش‌فعالی/نارسایی توجه از افراد عادی و دیگر گروه‌های بالینی قویاً تأیید شده است (۴۰). در این پژوهش از مقیاس کانرز والدین که در ایران توسط زرگری نژاد و تهرانی دوست ترجمه و نرم شده است استفاده شد. (۳۹) به منظور بررسی پیشرفت تحصیلی در این کودکان به مقیاس درجه‌بندی کانرز، ۴ سؤال مربوط به پیشرفت تحصیلی اضافه شد. برای تعیین اعتبار محتوی پرسشنامه در اختیار ۸ روان‌پزشک و روانشناس قرار گرفت و نظرات اصلاحی آن‌ها اخذ و در پرسشنامه لحاظ گردید. برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش محاسبه آلفا کرونباخ استفاده شد. به این منظور پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از والدین واجد شرایط شرکت در کلاس‌های آموزشی قرار داده شد و بر اساس آنالیز داده‌های حاصل، ضریب آلفا برای پیشرفت تحصیلی ۰/۷۰ به دست آمد.

**روش آماری:** اطلاعات به‌دست‌آمده از پرسشنامه و مقیاس‌های ارزیابی در جلسات اول و ششم و پیگیری یک و سه‌ماهه با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS۱۶ با استفاده از روش آماری تکرار اندازه‌گیری تحلیل کوواریانس با طرح اندازه‌گیری‌های مکرر تجزیه و تحلیل آماری گردید.



[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29 ]

**یافته‌ها**

ویژگی‌های جمعیتی شرکت‌کنندگان شامل ۳۱ نفر والد در گروه مداخله و ۳۱ نفر والد در گروه کنترل بود. میانگین. میانگین سنی فرزندان گروه مداخله سال ۱/۲۶±۹/۲۳ بود و میانگین سنی فرزندان گروه کنترل سال ۱/۳۲±۸/۸ که نتیجتاً تفاوت سنی دو گروه از نظر آماری معنی‌دار نبود (p>۰/۰۵۱). میانگین سنی پدران گروه مداخله سال ۳/۵۴±۳۸/۸ بود و میانگین سنی پدران گروه کنترل سال ۳/۵۹±۳۷/۹ و بنابراین تفاوت سنی دو گروه از نظر آماری معنی‌دار نبود (p>۰/۰۵). میانگین سنی مادران گروه مداخله سال ۴/۹±۳۴/۲۹ و میانگین سنی مادران گروه کنترل سال ۴/۲۶±۳۲/۶۵ که تفاوت سنی در هیچ‌یک از گروه‌ها نظر آماری معنی‌دار نبود (P>۰/۰۵۱). همه‌ی کودکان در مطالعه، بر اساس مقیاس نمره‌گذاری ADHD، مبتلا به ADHD نوع ترکیبی بودند. یافته‌های جمعیت‌شناسی شامل جنس کودک، رتبه تولد، میزان تحصیلات و شغل والدین در دو گروه مداخله و کنترل در جدول (۱) ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود دو گروه از نظر سن، جنس و رتبه تولد و سن، تحصیلات و شغل والدین از نظر آماری تفاوت معنی‌داری ندارند.

جدول (۲) تغییرات علائم ADHD کودکان (شاخص‌های بیش‌فعالی، کم‌توجهی، تکانش گری، مخالفت جویی و عملکرد تحصیلی) بر اساس پرسشنامه‌ی کانرز و سؤالات اضافه شده به پرسشنامه کانرز در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل را نشان می‌دهد.

جدول۳ با توجه به یافته‌های جدول ۳-۴ پس از کنترل اثر تفاوت‌ها بین گروه‌ها در مرحله پیش‌آزمون، این دو گروه در مراحل پیگیری یک‌ماهه و سه‌ماهه از هم تفاوت دارند.

محاسبات آزمون کوواریانس در جدول ۵-۶ نشان می‌دهد که بین دو گروه بلافاصله و یک ماه بعد از آموزش اختلاف معنی‌داری وجود ندارد اما سه ماه بعد از آموزش بین دو گروه اختلاف معنی‌دار وجود دارد.

یافته‌های جدول ۶ نشان می‌دهد پس از کنترل اثر تفاوت‌های بین گروه‌ها در مرحله پیش‌آزمون، در این دو گروه در مراحل بلافاصله بعد از مداخله و پیگیری یک‌ماهه تفاوت دیده نمی‌شود اما این دو گروه در مرحله سه‌ماهه از هم تفاوت دارند.

یافته‌های جدول (۲) نشان می‌دهد پس از کنترل اثر تفاوت‌های بین گروه‌ها قبل از مداخله، این دو گروه در مراحل بعد از مداخله و پیگیری‌های یک و سه‌ماهه از هم تفاوت دارند این تفاوت در هر چهار خرده مقیاس (بیش‌فعالی، کم‌توجهی، تکانش گری و مخالفت جویی) فهرست نشانگان کودکان قابل مشاهده است. با توجه به این اینکه هر دو گروه مداخله و کنترل تحت درمان با دارو هستند طبق جدول (۲) هم در گروه

جدول ۱- مقایسه میانگین انحراف معیارشاخص های جمعیت شناختی والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ کم توجهی در دوگروه مداخله و کنترل

| | گروه مداخله | | گروه کنترل | | p | | گروه مداخله | | گروه کنترل | | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد | | | تعداد | درصد | تعداد | درصد | |
| جنس | | | | | | رتبه تولد | | | | | |
| تعداد پسر | ۲۳ | ۷۴/۲ | ۲۶ | ۸۳/۹ | | رتبه اول | ۲۱ | ۶۷/۷ | ۲۶ | ۸۳/۹ | |
| تعداد دختر | ۸ | ۲۵/۸ | ۵ | ۱۶/۱ | ۰/۳۰ | رتبه دوم | ۱۰ | ۳۲/۳ | ۵ | ۱۶/۱ | ۰/۱۴ |
| تحصیلات پدر | | | | | | تحصیلات مادر | | | | | |
| زیر دیپلم | ۸ | ۲۵/۸ | ۵ | ۱۶/۱ | | زیر دیپلم | ۱۰ | ۳۲/۳ | ۹ | ۲۹ | |
| دیپلم | ۱۳ | ۴۱/۹ | ۱۹ | ۶۱/۳ | ۰/۳۱ | دیپلم | ۱۲ | ۳۸/۷ | ۱۳ | ۴۱/۹ | ۰/۹۵ |
| دانشگاهی | ۱۰ | ۳۲/۳ | ۷ | ۲۲/۶ | | دانشگاهی | ۹ | ۲۹ | ۹ | ۲۹ | |
| شغل پدر | | | | | | شغل مادر | | | | | |
| آزاد | ۱۵ | ۴۸/۴ | ۱۷ | ۵۴/۸ | | خانه دار | ۲۴ | ۷۷/۴ | ۲۶ | ۸۳/۹ | |
| کارمند | ۱۶ | ۵۱/۶ | ۱۴ | ۴۵/۲ | | شاغل | ۷ | ۲۲/۶ | ۵ | ۱۶/۱ | ۰/۵۲ |



[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29 ]

جدول۲- مقایسه ی میانگین و انحراف معیار شاخص های پرسش نامه‌ی کانرز والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ کم توجهی و پیشرفت تحصیلی قبل و بعد از مداخله و یک ماه و سه ماه بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

| | | قبل ازمداخله | بلافاصله بعد از مداخله | یک ماه بعد از مداخله | سه ماه بعد از مداخله | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| خرده مقیاس ها | گروه ها | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | |
| بیش فعالی | مداخله | ۱۸/۱۰ (۳/۹۴) | ۱۷/۹۷ (۳/۸۶) | ۱۶/۷۷ (۲/۵۶) | ۱۵/۳۲ (۲/۵۳) | |
| | کنترل | ۱۹/۵۵ (۳/۴۵) | ۱۹/۴۵ (۳/۳۷) | ۱۸/۴۵ (۲/۸۹) | ۱۶/۸۴ (۱/۹۲) | |
| | مقدار احتمال | (۰/۱۲) | ۰/۴۶ | ۰/۰۲۶ | ۰/۰۴ | p |
| کم توجهی | مداخله | ۲۵/۹۷ (۴/۸۵) | ۲۵/۹۴ (۴/۸۳) | ۲۳/۱۹ (۳/۲۰) | ۲۱/۷۴ (۲/۹۰) | |
| | کنترل | ۲۶/۸۱ (۴/۲۱) | ۲۱/۶۱ (۴/۰۳) | ۲۵/۳۹ (۳/۵۳) | ۲۳/۶۵ (۲/۵۱) | |
| | مقدار احتمال | (۰/۴۷) | ۰/۳۱ | ۰/۰۱ | ۰/۰۰۸ | p |
| تکانشگری | مداخله | ۶/۵۸ (۱/۶۵) | ۶/۴۸ (۱/۵۵) | ۵/۵۸ (۱/۲۰) | ۳/۵۸ (۶۷/۰) | |
| | کنترل | ۶/۱۰ (۱/۳۵) | ۶/۰۶ (۱/۳۱) | ۵/۸۱ (۱/۱۰) | ۵/۵۸ (۰/۸۴) | |
| | مقدار احتمال | (۰/۲۱) | ۰/۷۴ | ۰/۰۱ | <۰/۰۰۱ | p |
| مخالفت جویی | مداخله | ۵/۸۴ (۱/۵) | ۵/۷۱ (۱/۴۴) | ۵/۳۵ (۰/۸۷) | ۳/۵۸ (۰/۷۲) | |
| | کنترل | ۶/۳۹ (۱/۴۸) | ۶/۳۵ (۱/۴۷) | ۶/۰۶ (۱/۳۶) | ۵/۸۱ (۱/۰۷) | |
| | مقدار احتمال | (۰/۱۵) | ۰/۹ | ۰/۰۳ | <۰/۰۰۱ | p |
| عملکرد تحصیلی | مداخله | ۷ (۱/۵۵) | ۷/۱۳ (۱/۵) | ۶/۳۹ (۱/۰۸) | ۵/۹۷ (۰/۹۵) | |
| | کنترل | ۷/۳۹ (۱/۹۴) | ۷/۴۸ (۱/۹) | ۶/۹ (۱/۴۵) | ۶/۸۱ (۱/۲۵) | |
| | مقدار احتمال | (۰/۴) | ۰/۸۵ | ۰/۱۵ | <۰/۰۰۱ | p |

مداخله و هم‌گروه کنترل کاهش نمرات میانگین در هر چهار خرده مقیاس (بیش‌فعالی، کم‌توجهی، تکانش گری و مخالفت جویی) مشاهده می‌شود. بااین‌وجود بر اساس یافته‌های این پژوهش (جدول ۲) می‌توان بیان نمود آموزش مدیریت والدین بر خرده مقیاس بیش‌فعالی کودکان ADHD در گروه مداخله در مقایسه با کودکان گروه کنترل سه ماه پس از مداخله تأثیر معنی‌داری در سطح ۰/۰۴ = p، بر خرده مقیاس کم‌توجهی کودکان ADHD در گروه مداخله در مقایسه با کودکان گروه کنترل سه ماه پس از مداخله تأثیر معنی‌داری در سطح ۰/۰۰۸ = p، بر خرده مقیاس تکانش گری کودکان ADHD در گروه مداخله در مقایسه با کودکان گروه کنترل سه ماه پس از مداخله تأثیر معنی‌داری در سطح ۰/۰۰۱> p همچنین بر خرده مقیاس مخالفت جویی کودکان ADHD در گروه مداخله در مقایسه با کودکان گروه کنترل سه ماه پس از مداخله تأثیر معنی‌داری در سطح ۰/۰۰۱>p و نیز بر عملکرد تحصیلی در گروه مداخله در مقایسه با کودکان گروه کنترل سه ماه پس از مداخله تأثیر معنی‌داری در سطح ۰/۰۰۱>p دارد.

همچنین جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین نمره مخالفت جویی در مراحل قبل از مداخله، بلافاصله بعد از مداخله، یک ماه بعد و سه ماه بعد از مداخله‌ی آموزشی در گروه مداخله سیر کاهشی



[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29 ]

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار مخالفت جویی در میان کودکان مورد مطالعه بلافاصله، یکماه و سه ماه بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل

| زمان | تعداد | گروه مداخله<br>میانگین±انحراف معیار) | گروه مقایسه<br>میانگین±انحراف معیار | نتیجه آزمون Covariance<br>مقدار احتمال |
|---|---|---|---|---|
| بعد از مداخله | ۳۱ | ۵/۷۱±۱/۴۴۰ | ۶/۳۵±۱/۴۷۱ | ۰/۰۹۳ |
| یک ماه بعد از مداخله | ۳۱ | ۵/۳۵±۰/۳۸۷ | 0۶/۰۶±۱/۳۶ | ۰/۰۲۷ |
| سه ماه بعد از مداخله | ۳۱ | ۳/۵۸±۰/۵۷۲ | ۵/۸۱±۱/۰۷۱ | ۰/۰۰۱P < |

جدول ۴- خلاصه یافته های تحلیل کواریانس خرده مقیاس مخالفت جویی گروههای مداخله وکنترل درمرحله بلافاصله بعدازمداخله،یکماه وسه ماه بعدازمداخله ی آموزشی

| متغییر | مرحله | نوع سوم مجموع مجذورات | درجات آزادی | نسبت F | سطح معناداری |
|---|---|---|---|---|---|
| مخالفت جویی | بعد از مداخله | ۰/۲۱۲ | ۱ | ۲/۹۲۰ | p=۰/۰۹ |
| | یک ماه بعد از مداخله | ۱/۸۲۳ | ۱ | ۵/۱۱۰ | p=۰/۰۳ |
| | سه ماه بعد از مداخله | ۱۸/۱۵۱ | ۱ | ۳۳/۲۱۰ | p<۰/۰۰۱ |

جدول ۵- میانگین وانحراف معیارعملکرد تحصیلی درمیان کودکان موردمطالعه بلافاصله،یکماه وسه ماه بعدازمداخله درگروه مداخله وکنترل

| زمان | تعداد | گروه مداخله<br>میانگین± انحراف معیار | گروه مقایسه<br>میانگین± انحراف معیار | نتیجه آزمون Covariance |
|---|---|---|---|---|
| بعد از مداخله | ۳۱ | ۷/۱۳±۱/۵۰ | ۷/۴۸±۱/۹۰ | ۰/۸۵ |
| یک ماه بعد از مداخله | ۳۱ | ۶/۳۹±۱/۰۸ | ۶/۹±۱/۴۵ | ۰/۱۵ |
| سه ماه بعد از مداخله | ۳۱ | ۵/۹۷±۰/۹۵ | ۶/۸۱±۱/۲۵ | ۰/۰۰۱p< |

جدول۶- خلاصه یافته های تحلیل کواریانس عملکرد تحصیلی گروههای مداخله ومقایسه درمرحله بلافاصله بعدازمداخله،یک ماه وسه ماه بعدازمداخله آموزشی

| متغیر | مرحله | نوع سوم مجموع مجذورات | درجات آزادی | نسبت F | سطح معناداری |
|---|---|---|---|---|---|
| عملکرد تحصیلی | بعد از مداخله | ۰/۰۰۴ | ۱ | ۰/۰۳۶ | p=۰/۸۵ |
| | یک ماه بعد از مداخله | ۱/۳۰۰ | ۱ | ۲/۱۴۰ | p=۰/۱۵ |
| | سه ماه بعد از مداخله | ۶/۳۵۰ | ۱ | ۱۲/۹۹۰ | p<۰/۰۰۱ |

داشت. این روند کاهشی در گروه مداخله به ترتیب عبارت از ۱/۵±۴۴/۸۴، ۱/۵±۸۷/۷۱، ۰/۵±۵/۳۵ و ۰/۷۲±۳/۵۸ بود و اختلاف میانگین این نمرات از نظر آماری معنی‌دار بود (p<۰/۰۰۱). در گروه کنترل، میانگین نمرات در هر سه مرحله کاهش اندکی در میانگین نمرات نشان داد که طبق نتایج آزمون کوواریانس این کاهش نمره میانگین در گروه مداخله در مقایسه با گروه مقایسه بیشتر بود (p<۰/۰۰۱).

میانگین نمره عملکرد تحصیلی در طول مراحل پیگیری مطالعه نشان داد بین دو گروه مداخله و مقایسه تفاوت معنی‌دار وجود دارد (p<۰/۰۰۱). میانگین نمره عملکرد تحصیلی در مراحل قبل از مداخله، بلافاصله بعد از مداخله، یک ماه و سه ماه بعد از مداخله‌ی آموزشی در گروه مداخله سیر کاهشی داشت (جداول ۲) که این روند به ترتیب عبارت از ۱/۵۵±۷، ۱/۵±۷/۱۳، ۱/۰۸±۶/۳۹ و ۰/۹۵±۵/۹۷ بود و اختلاف این میانگین‌ها از نظر آماری معنی‌دار بود (p<۰/۰۰۱). در گروه کنترل نیز میانگین نمره پیشرفت تحصیلی در قبل از مداخله و هر سه مرحله‌ی پیگیری، سیر کاهشی داشت که با توجه به نتایج آزمون کوواریانس، کاهش میانگین در گروه مداخله بیشتر بود (p<۰/۰۰۱).

## بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر، پس از خاتمه‌ی جلسات آموزشی؛ کاهش معنی‌داری در حوزه‌های بیش‌فعالی، کم‌توجهی، تکانش گری و مخالفت جویی در کودکان گروه مداخله نسبت به ابتدای مطالعه در مقایسه با گروه کنترل مشاهده می‌شود که علاوه بر مرحله‌ی بعد از مداخله تا مرحله پیگیری سه‌ماهه نیز ادامه داشته است. نمرات مراحل پیگیری نشان می‌دهد که والدین در



[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29 ]

یادگیری و اجرای آموخته‌ها موفق بوده‌اند، زیرا پس از اتمام جلسات آموزشی، اثربخشی آن ادامه داشته است. همچنین با توجه به جدول ۲ نتیجه می‌گیریم بین میزان عملکرد تحصیلی گروه مداخله و شاهد سه ماه بعد از مداخله تفاوت معنادار وجود دارد و نشان می‌دهد میزان عملکرد تحصیلی دانش‌آموزانی که به والدین آن‌ها آموزش داده شده، از میزان عملکرد تحصیلی دانش‌آموزانی که به والدین آن‌ها آموزش داده نشده، بیشتر است.

با توجه به تغییر معنی‌دار کودکان در حوزه‌های مذکور، می‌توان به تأثیر آموزش‌ها بر روی بهبود تعاملات والدین کودک، تغییر نگرش والدین نسبت به رفتارهای کودک و شناخت مشکلات آنان، مدیریت صحیح‌تر والدین در زمینه‌ی اداره بیش‌فعالی فرزندان، نحوه‌ی آموزش به کودک برای مهار رفتارهای تکانشگرانه و به‌موقع و مناسب بودن تذکرات، پاداش‌ها و تنبیهات نسبت داد. همچنین افزایش آگاهی والدین در زمینه‌ی ویژگی‌های اختلال، برخورد مناسب با این کودکان منجر به تغییر در شناخت والدین از رفتار کودک شده که همین می‌تواند باعث کاهش درگیری بین والد و کودک و مدیریت بهتر کودک شود.

از دیگر دلایل احتمالی کاهش نشانه‌ها در کودکان، می‌توان همراهی آموزش والدین با دارودرمانی را ذکر کرد. چنانچه بسیاری از مطالعات مؤید اثر افزوده درمان ترکیبی مشتمل بر دارودرمانی و مداخلات روانی- اجتماعی، در مقایسه با کاربرد هر یک از این درمان‌ها به‌تنهایی در زمینه کنترل علائم ADHD هستند (۱۶، ۱۷).

در مورد عملکرد تحصیلی همچنان که مطالعات ورونیکا و هچمن نشان می‌دهد مداخلات معطوف به عملکرد تحصیلی به‌صورت جند وجهی در همراهی با دارودرمانی در بهبود عملکرد تحصیلی دانش آموزان مبتلا به بیش‌فعالی مؤثر بوده است (۳۶) و با توجه به اینکه PMT در ترکیب با دارودرمانی طبق مطالعات قبلی بر کاهش علائم رفتاری این کودکان مؤثر بوده ترکیب جلسات آموزش تحصیلی بر PMT و دارودرمانی در پیشرفت تحصیلی این قبیل کودکان با مشکلات درسی می‌تواند مؤثر واقع شود.

شرکت فعال والدین در جلسات آموزشی و انگیزه‌ی آن‌ها در نتایج درمان را می‌توان از دلایل دیگر کاهش نشانه‌ها دانست. چنانچه ویس و ویس (۴۲) نیز اشاره کرده‌اند که شرکت فعال والدین در جلسات و انگیزه‌ی آن‌ها در نتایج درمان تأثیر تعیین‌کننده‌ای دارد. در زمینه مخالفت جویی، اشاره به این نکته ضروری است که با ارائه‌ی برنامه گروهی والدین در کنار سایر مداخلات، والدین به راهکارهای صحیح‌تری در برخورد با مشکلات رفتاری کودکان دست می‌یابند و با تدبیری از پیش اندیشیده، سعی می‌کنند رفتارهای ناگهانی خود را در هنگام عصبانیت و ناکامی مدیریت کنند و از این طریق کنترل هیجانات منفی را به‌طور عملی و بر مبنای همان نظریه یادگیری اجتماعی به کودک خود انتقال نمی‌دهند و به‌این‌ترتیب از افزایش بروز مشکلات رفتاری همچون مخالفت جویی کودک جلوگیری می‌کنند (۴۲).

در پژوهش حاضر، والدین از نحوه‌ی آموزش‌های ارائه شده رضایت قابل‌توجه داشتند و باانگیزه و اشتیاق بیشتری در جلسات شرکت می‌کردند که بعد از اتمام جلسات خواهان ادامه‌ی جلسات بودند.

نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج مطالعات دانفورث و همکاران (۲۷) اسپیکرز و همکاران (۲۸) کوروم و همکاران (۲۹) غنی زاده (۳۰) حاجبی و همکاران (۳۱) جعفری و همکاران (۳۲) ودوری جانی و همکاران (۳۳) همخوانی دارد.

نتایج حاصل از این پژوهش با پژوهش‌های بارلو و کورن (۴۴)، مونتایل ناوا و همکاران (۴۵)، ولز و همکاران (۴۶) و زرگری نژاد (۳۹)، خوشابی و همکاران (۴۷) همخوانی ندارد. در این پژوهش‌ها این نتیجه به‌دست‌آمده که آموزش والدین تأثیر چندانی در کاهش علائم و بهبودی اختلال ADHD نداشته است. این تناقض در یافته‌ها به دلایل مختلفی بستگی دارد. برخی پژوهش‌ها، وجود علائم بیش‌فعالی/ نارسایی توجه در والدین را علت عدم اثربخشی آموزش والدین در نظر گرفته‌اند. همچنین نداشتن انگیزه و عدم تلاش کافی در اجرای اصول آموخته شده توسط والدین از دلایل دیگر عدم اثربخشی آموزش والدین می‌تواند باشد. از دیگر مواردی که می‌توان به‌عنوان



[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29 ]

دلایل عدم اثربخشی این پژوهش‌ها بیان کرد اینکه همیشه افزایش آگاهی منجر به تغییر رفتار نمی‌شود، ممکن است والدین در این پژوهش‌ها افزایش آگاهی داشته‌اند اما نتوانسته‌اند به اجرا درآورند و در عمل مشکل داشته‌اند.

این نکته نیز قابل‌ذکر است که اداره‌ی رفتارهای کودکان بیش‌فعال /کم‌توجه بسیار مشکل‌تر از کودکان غیر مبتلا به این اختلال می‌باشد و به حوصله، مهارت و توانایی‌های کافی در زمینه‌ی فرزند پروری نیاز دارد؛ بنابراین اگر خانواده‌ها آموزش‌های لازم را دریافت کنند و از مهارت‌های بیشتری در زمینه‌ی فرزند پروری برخوردار شوند توانایی‌شان در اداره‌ی رفتارهای کودکانشان افزایش می‌یابد.

به‌طورکلی می‌توان نتیجه‌گیری کرد که ترکیب دارودرمانی و آموزش برنامه‌ریزی تحصیلی و مدیریت والدین می‌تواند در بهبود عملکرد تحصیلی و مخالفت جویی و علائم کودکان دبستانی مبتلا به ADHD مؤثر باشد.

از محدودیت‌های موجود در این پژوهش می‌توان به مشکل هماهنگی با خانواده‌ها جهت شرکت در جلسات و در پیگیری‌های بعدازآن و محدود بودن نمونه‌های مورد مطالعه و مدت‌زمان کوتاه یک‌ماهه و سه‌ماهه برای تغییر رفتار این کودکان را اشاره کرد. همچنین انجام بررسی گسترده‌تر با نمونه‌های بیشتر و با توجه به اهمیت نقش معلمان در این گره سنی جهت آگاهی معلمان در مورد علائم بیش‌فعالی، جلب مشارکت و همکاری معلمان در مدارس برای افزایش اثربخشی مداخلات و ارائه‌ی جلسات آموزش رفتاری به معلمان همزمان همراه با آموزش والدین پیشنهاد می‌شود. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش، برای بهبودی و درمان این کودکان می‌توان، بهره‌گیری بیشتری از این روش در مراکز مشاوره و ارائه خدمات روان‌شناختی پیشنهاد کرد.

## تقدیر و تشکر

این پژوهش توسط مرکز بین‌المللی کار آزمایی بالینی ایران (IRCT) شماره ۲۰۱۴۰۶۲۱۱۸۱۸ و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد پذیرش قرار گرفته است. داده‌های این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد. بدین‌وسیله از زحمات همکاران و کارکنان درمانگاه روان‌پزشکی کودک و نوجوان مرکز آموزشی و درمانی ۲۲ بهمن وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قزوین و والدین شرکت‌کننده در برنامه آموزش گروهی که در برگزاری کلاس‌های آموزشی و مراحل پیگیری همکاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

## منابع

1. Doepfner M. Hyperkinetische Störungen. In: Esser G, Banaschewski T. Lehrbuchderklinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes-und Jugendalters: Thieme; 2002.
2. Alizadeh H. Attention deficit hyperactivity disorder (characteristics, assessment and treatment). Tehran, Iran: Roshd Press; 2006. [In Persian].
3. Flaherty AW, Rost NS. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
4. Nelson. Essentials of padiatrics. Robert M. Kliegman, Karen J. Marcdante, Hal B. Jenson, Richard E. Behrman. Fifth Edition. 2010.
5. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. Lancet, 366, 237-248. Attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive anxiety and other disorders. American Journal of psychiatry. 2005; 148: 564-577.
6. Barkley RA. Comparison of the DSM-IV Combined and inattentive typed of ADHD in a school-based sample of Latino/ Hispanic children. Journal of Child Psychology & Psychiatry. 2005, 46(2), 166-179.
7. Lewis,M,Child & Adolescent psychiatry: A comprehensive textbook.USA: Williams& Wilkins.1996
8. Yan W. An investigation of adult outcome of hyperactive children in Shanghai.Chinese medical Journal. 1996;109(11):877-80.
9. Barkely RA, Dupaul GJ, Mcmurray MB. Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. Journal of consulting and clinical psychology. 1990; 58: 775-789.
10. Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences Clinical Psychiatry.



[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29 ]

10th edition. USA: Williams & Wilkins. 2007; 956-1058.

11. Anastopoulos AD, Shaffer SD. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. In Walker CE, Roberts MC. (Eds). Handbook of clinical child psychology.3rd edition. Wiley, John Sons. Simultaneously in Canada. 2001; 689-712.

12. Sarraf N, Karahmadi.M, Marasy MR, Azhar SMM. A comparative study of the effectiveness of nonattendance and workshop education of primary school teachers on their knowledge, attitude and function towards ADHD students in Isfahan in 2010. JRMS(2011)16-213-214.

13. DuPaul GJ, Volpe RJ. ADHD and Learning Disabilities: Research Findings and Clinical Implications. Current Attention Disorders Reports. 2009;1:152–155.

14. Raggi VL, Chronis AM. Interventions to Address the Academic Impairment of Children and Adolescents with ADHD. Clinical Child and Family Psychology Review. June 2006: 9(2):85-111.

15 Corkum P, Mc Gonnell MM, Schachar R. Factors affecting academic achievement in children with ADHD. Journal of Applied Research on Learning. 2010: 3:1-14.

16. Nolan M, Carr A. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Carr A, editor. What works with children and adolescents? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families. London: Rout ledge; 2000.

17. MTA Cooperative Group. A 14 month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry. 1999;56:1073- 86.

18. Rowland AS, Umbach DM, Stallone L, Naftel J, Bonlig EM, Sandler DP. Prevalence of medication treatment for attention deficit-hyperactive disorder among elementary school children in Johnston country, North Carolina. AM J public health. 2002; 92: 231-234.

19. Dulcan MK. Dulcan's Child and Adolescent psychiatry.American psychiatric publishing, Inc; 2010.

20. McKee TE, Harvey E, Danforth JS, Ulaszek WR, Friedman JL. The relation between parental coping styles and parent-child interactions before and after treatment for children with ADHD and oppositional behavior. J Child Adolescent Psychology. 2004;33(1): 158-68.

21. Pisterman S, Firestone P, McGrath P, Goodman JT, Webster I, Mallory R, et al. The role of parent training in treatment of preschoolers with ADHD. Am J Orthopsychiatry. 1992; 62397 -408.

22. Barlow J, Parsons J. Group based parent-training programs for improving emotional and behavioral adjustment in 0-3 year old children (Cochrane Review). The Cochrane Library (Issue 2). Oxford: Update Software. 2002.

23. Anastopoulos AD, Guevermont DC, Shelton TL, Dapaul GJ. Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. J Abnormal Children Psychology 1992; 20(5): 503-20.

24. Weinberg HA. Parent training for attention deficit hyperactivity disorder: Parental and child outcomes. J Clinical Psychology. 1999; 55: 907-13.

25. Pisterman S, Firestone P, McGrath P, Goodman JT, Webster I, Mallory R, et al. The role of parent training in treatment of preschoolers with ADHD. Am J Orthopsychiatry. 1992; 62: 397-408.

26. Davari, R. Attention deficit hyperactivity disorder: The Effect of Parent Management Training on children with attention deficit hyperactivity disorder.2010. From The web http://nashreghatreh. com

27. Danforth JS, Harvey E, Ulaszeck WR, McKee ET. The outcome of group parent training for families of children with attention-deficit hyperactivity disorder and defiant/aggressive behavior. J BEHAV THER EXP PSY. 2006;37: 188-205.

28. Spijkers, W. Effectiveness of a parenting programme in a public health setting. Department of health sciences. University of Groningen, Netherlands.2010. From the web: http:// www. biomedcentral. Com.

29. Corkum PV, McKinnon MM, Mullane JC. The effect of involving classroom teachers in a parent training program for families of children with ADHD, Child & Family Behavior Therapy. 2005; 27(4), 29-49.

30. Ghanizadeh A, Shahrivar FZ. The Effect of Parent Management Training on children with attention deficit hyperactivity disorder. Journal of Child & Adolescent Mental Health. 2005;17(1): 31-34.

31. Hajebi A, Hakim-Shoshtari M, KHajedin N. The effect of behavioral management training to parents of preschool children with Thought and Behavior J in Clinical psychology. 2005;4;435-440

32. Jafari BS, Fathi Ashtiani A, Tahmsbiyan K. Effect of the positive parenting program on parents of children with attention deficit hyperactivity disorder. Journal of psychotherapy and consulting culture. 2011; 2(7).

33. Costin J, Chamber SM. PMT as a treatment for children with oppositional defiant Dis. Refferd to a mental health clinic, Clinical child psychology and psychiatry. 2007;12: 511-524.

34. Hautman C, Hoijtink H, Eichelberger I, Hanisch S, Plück J. One-Year Follow-up of a Parent Management Training for Children with Externalizing Behavior Problems in the Real World, Behavioral and cognitive psychotherapy. 2009;37: 379-396.

35. Habboushe DF, Habboushe Sh, Crotty DSh, Karustis JL, Leff SS, Costigan TE, et al. A family-



[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29 ]

school homework intervention program for children with attention-deficit/hyperactivity disorder, Cognitive and Behavioral Practice. Spring 2001; 8(2):123–136.

36. Hechtman L, Abikoff H, Klein RG, Weiss G, Respitz C, Kouri J, et al. Academic Achievement and Emotional Status of Children With ADHD Treated With Long-Term Methylphenidate and Multimodal Psychosocial Treatment, Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry. 2004;43: (7):812-9.

37. Gholtash A, Oujinezhad AR, Barzegar MM. An Investigation of the Impact of Meta Cognitive Training on the Educational Performance and Creativity of the Fifth- Grade Primary School Students. Journal of Educational Psychology. Winter 2011;4:119-135.

38. Turner K, Mrike-Dadds C, Sanders MR. Facilitator s manual Group Triple P. (ed.II Revised). Milton: Triple P International. Ltd. (1996). 2002.

39. Zargarinejad G. [The effectiveness of parent's training on reducing problem behaviors in ADHD children (Persian)]. Thesis for Master of Science in clinical psychology.

40. AbediShapourabadi S, Pourmohamadreza Tajrishi M, Mohamadkhani P. The Effectiveness of Group Training Positive Parenting Program (Triple-P)on Symptoms of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Special Issue "Pediatric Neurorehabilitation". 2013;13"55

41. Weiss M, Weiss G. Attention deficient hyperactivity disorder. In W. (2002) Child & Adolescent psychiatry. USA: Lippincott Willams & Wilkins. 2002

42. Houshvar P. The effect of parents group training on their 8-10 years old children with attention deficit/ hyperactivity disorder (Persian).Journal of Rehabilitation. 2009:3(10): 24-31.

43. DoriJani M, ArjomandNia AA, Safdari S, Ebrahimi N. The effectiveness of parent management training by role-playing on reducing aggressive externalized behavior in students (6 to 12 years) with behavioral problems. Journal of Social Issues & Humanities. 2014;2:6.

44. Barlow J, Coren E. Parent-training programs for improving maternal psychosocial health. Cochrane Database System Review. 2004; 2:CD002020.

45. Montiel-Nava C, Peña JA, Espina MG, Ferrer-Hernandez ME, López RA, Puertas-Sánchez S, et al. A pilot study of methylphenidate and parent training in the treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder. Review Neurology. 2002;35: 201-5.

46. Wells KC, Epstein JN, Hinshaw SP, Conners C, Klaric J, Abikoff HB, et al. Parenting and family stress treatment outcomes in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): an empirical analysis in the MTA study. Journal of Abnormal Child Psychology. 2000; 28:543-53.

47. Khoushabi K, Pouretemad 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)]. Research Project.University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. 2002; 55-6.

[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29 ]

*Original Article* http://rjms.iums.ac.ir

# Determining effectiveness of multimodal parent management training combined with methylphenidate on academic achievement, oppositional and behavioral symptoms of school aged children with attention deficit hyperactivity disorder

***Nasrin Sarraf**, Assistant Professor of Child and Adolescent Psychiatry, Department of Child and Adolescent Psychiatry, School of Medicine, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran (*Corresponding author). dr.n.sarraf@gmail.
**Khadije Yousefi**, MSc in Health Education, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. kh_usefi@yahoo.comm
**Fereshte Majlesi**, Professor, Department of Health Education, School of Health Education, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Dr_f_majlessi@yahoo.com
**Keramatollah Noori**, Associate of Professor of Epidemiology and Biostatic, School of Health Education, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. nourik@tums.ac.ir

## Abstract

**Background**: Children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) often experience academic difficulties. Stimulants have limited effect on cognitive abilities important to academic progress and that academic interventions are indicated in children with ADHD.Poor academic programs and other aspects of ADHD occur conflict with parents and there is little information on the efficacy of multimodal parental management training that includes academic assistance and PMT combined with methylphenidate. The current study evaluates the adjunctive efficacy multimodal parental management training in children with ADHD treated with methylphenidate.

**Methods**: Participants were 62 parents of children with a principal diagnosis of ADHD, being treated by child and adolescent psychiatrist.The children were aged between 6 to 12 years. Parents were randomly divided 2 groups: the intervention group (who participated in 6 sessions for 2 hours multimodal PMT, (N=31) and a control group (N=31). Individuals were included only if their children were taking Ritalin for at least 3 month and they should not be absent more than 1 session in a program then participants in 2 groups filled demographic data questionnaires and were given a pretest that was Conners' Parent Rating Scale-Revised (CPRS-R) plus academic questions. Postest was given after 6 educational sessions education in sample group and after 1 and3 month in both groups. Finally, the mean pretest and post test scores were analyzed with SPSS16 software.

**Results**: There were no significant differences in pre intervention measures between the two group. After intervention, the mean scores CPRS-R between the two groups was significantly different the two groups for academic achievement ($p \leq 0.001$), hyperactivity ($p \leq 0.004$), inattention ($p \leq 0.008$), impulsivity ($p \leq 0.001$) and oppositional behaviors ($p \leq 0.001$).

**Conclusion**: Multimodal PMT combined with methylphenidate can be recommended for parents of children with ADHD to enhance the academic achievement and reduce problem behaviors of School aged children (hyperactivity, inattention, impulsivity, oppositional).

**Keywords**: Attention Deficit Hyperactivity Disord, Multimodal Parental Management Training MPMT, Conners' Parent Rating Scale-Revised (CPRS-R)

[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29 ]