

اثربخشی برنامه آموزش مدیریت والدین در بهبود نشانگان اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی کودکان مبتلا به صرع: مطالعه موردی

منصور بیرامی: استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. dr.bayrami@yahoo.com
*الناز عبدالهی: کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران (*نویسنده مسئول). abdollahi_e93@ms.tabrizu.ac.ir
تورج هاشمی نصرت‌آباد: استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. torajhashemi@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۹۶/۳/۲۳

تاریخ دریافت: ۹۶/۱/۲۸

چکیده

زمینه و هدف: شیوع مشکلات رفتاری در کودکان مبتلا به صرع بیشتر از کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمنی است که سیستم عصبی مرکزی را درگیر نمی‌کند. همبودی بیماری صرع و اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی (Attention Deficit Hyperactivity Disorder-ADHD) در کودکان دارای اختلال تشنج شایع است. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی برنامه آموزش مدیریت والدین به عنوان رویکردی برای درمان مشکلات رفتاری کودک، بر بهبود نشانگان ADHD در کودکان مصروع است.

روش کار: این پژوهش در چارچوب طرح تجربی تک آزمودنی و با استفاده از طرح خط پایه چندگانه اجرا شد. والدین دو کودک مصروع با اختلال ADHD انتخاب و آموزش‌های لازم طی ۹ جلسه ارائه گردید. تشخیص و میزان تأثیر برنامه آموزش مدیریت والدین بر روی اختلال ADHD کودکان با پرسش‌نامه CSI-4 ارزیابی شد.

یافته‌ها: باتوجه به تجزیه و تحلیل بصری نتایج پرسش‌نامه مذکور، اثربخشی برنامه آموزش مدیریت والدین در بهبود نشانگان اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی هرآزمودنی به صورت بالینی نمایان بود.

نتیجه‌گیری: نتایج بررسی، تأثیر مثبت برنامه آموزش مدیریت والدین در رفتار کودک دارای اختلال مذکور را نشان می‌دهد. براین اساس، افزایش مهارت‌های کنترلی والدین و بهبود شیوه کلی تعامل والد-کودک منجر به مهارت‌آموزی از سوی والدین و کاهش چشمگیر در پرخاشگری و مشکلات رفتاری کودک می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی، برنامه آموزش مدیریت والدین، مشکلات رفتاری، صرع

مقدمه

تشنج (Seizure) یک پدیده حمله‌ای است که از تخلیه غیرطبیعی فراوان و هم‌زمان مجموعه‌ای از نورون‌های سیستم عصبی مرکزی ناشی می‌شود (۱). صرع (Epilepsy) الگوی تشنج تکرار شده و یک اختلال در سیستم عصبی مرکزی است که در آن فعالیت سلول‌های عصبی در مغز مختل شده و باعث تشنج یا دوره‌هایی از رفتارهای غیرمعمول و گاهی اوقات از دست دادن هوشیاری می‌باشد.

صرع یک اختلال ساده از وقوع تشنج نبوده بلکه مجموعه‌ای پیچیده از شرایط عصبی رفتاری می‌باشد که به‌نوبه خود دارای پیامدهای اجتماعی

ناگواری است (۲) و با پیامدهای عصبی، زیستی، شناختی و روانی نیز همراه است.

عوارض صرع، روش درمان و عوارض جانبی داروها، آسیب مغزی یا اختلال در کارکرد سیستم مرکزی عصبی و واکنش اطرافیان نسبت به کودک مصروع همبودی نمایان و مشخصی را بین صرع و ایجاد بافت اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی (Attention Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD) نشان داده است (۳ و ۴).

با این حال، مکانیسم زیربنایی که منجر به ایجاد بیش‌فعالی در بافت بیماری صرع می‌شود تا حدود زیادی ناشناخته است (۳). همچنین، اختلال بیش‌فعالی نیز باعث افزایش صرع و آسیب‌پذیری

پچییده، ۲/۱٪ با دیابت نوع دو و ۲/۲٪ در گروه شاهد، نمایان شده است. اختلال ADHD در کودکان مبتلا به صرع ساده، کمتر مشاهده می‌شود (۸).

کودکان مصروع نسبت به کودکان بدون تشنج بیشتر در معرض ابتلا به اختلال ADHD هستند (۱۱). بیش‌فعالی شایع‌ترین تشخیص همبودی در کلینیک‌های صرع است. با توجه به اینکه صرع شایع‌ترین بیماری عصبی در کودکان بوده و بیش‌فعالی شایع‌ترین اختلال رفتاری در کودکان محسوب می‌شود، نرخ بالای همبودی در این میان جای تعجب نیست. کودکان مصروع سه تا پنج برابر بیشتر از کودکان بدون تشنج دارای معیارهای بیش‌فعالی هستند (۱۲).

بر اساس گزارش محققان در ۱۲٪ از نمونه‌های کودکان مصروع معیارهای بیش‌فعالی وجود دارد (۱۳). در نمونه‌ای از ۱۷۵ کودک مصروع نرخ شیوع بیش‌فعالی برابر با ۳۸٪ بود (۱۴). نتایج پژوهش‌ها، حاکی از آنست که صرع و بیش‌فعالی پیامدهای منفی مهمی در رفتارهای کودک، یادگیری و رشد اجتماعی دارد. هر دو مورد شرایط همبودی دارند و مطالعات پیمایشی نشان می‌دهد که شیوع ADHD در صرع کودکی بین ۱۲ تا ۱۷٪ است (۱۵).

به نظر می‌رسد در بیماری صرع همبودی عصبی-رفتاری به یک قانون تبدیل شده است تا اینکه یک استثنا باشد، به طوری که چالش‌های بسیار زیادی در حیطه عاطفی، شناختی و کارکردهای اجتماعی در این بیماران صورت می‌گیرد (۱۶). در طی یک مطالعه مقطعی با شرکت ۳۰ کودک مبتلا به صرع با علت ناشناخته به وجود اختلال ADHD در ۵۳٪ از نمونه‌ها پی بردند. نوع ترکیبی بیش‌فعالی ۴۳٪ و بیش‌فعالی تکانشی ۳۷/۵٪ و نوع بی‌توجهی ۱۸/۷٪ بود (۱۷).

بدون شک درمان قطعی برای ADHD وجود ندارد. حتی موثرترین درمان‌های موجود نوعاً کوتاه‌مدت بوده و بر نشانه‌شناسی موضعی تاکید دارند. شناخت مربوط به سبب‌شناسی اختلال که اندک نیز هست کمک‌ناچیزی در انتخاب درمان دارد. در حالی که قراین جدید حاکی از این است

کودک می‌شود (۴).

طبق تعریف بارکلی: ADHD یک اختلال رشد فراخنای توجه، تکانشگری-بیش‌فعالی و نیز رفتارهای قاعده‌مند است که کمبودهای مذکور به طور قابل ملاحظه‌ای نامتناسب با سن عقلی کودک است. شروع آن در دوران کودکی بوده و نشانه‌ها به‌طور قابل ملاحظه‌ای نافذ و موقعیتی هستند. معمولاً در طول زمان مزمن یا پایدارند و نتیجه‌ی مستقیم تاخیر رشد زبانی، ناشنوایی، نابینایی و اوتیسم یا روان‌پریشی دوران کودکی نیستند (۵). ADHD با توجه به الگوی رفتاری حاضر در موقعیت‌های مختلف همچون خانه و مدرسه و در مسائل مربوط به عملکرد در موقعیت‌های اجتماعی، آموزشی و کاری، مشخص می‌شود. همان‌طور که در DSM-5 اشاره شده است، علائم به دو دسته بی‌توجهی و بیش‌فعالی-تکانشگری تقسیم شده است که شامل رفتارهایی مانند عدم توجه به جزئیات، مشکل در سازماندهی وظایف و فعالیت‌ها، صحبت کردن بیش از حد و بی‌قراری می‌باشد. لازم است حداقل شش نشانه از ضوابط و معیارهای دوگروه بی‌توجهی و بیش‌فعالی-تکانشگری فوق حداقل به مدت شش ماه در کودک مشاهده شود تا تشخیص اختلال ADHD در کودک عنوان گردد.

برخی از داروهای ضدصرع، در میزان اختلال‌های نقص توجه، تکانشگری و بیش‌فعالی تاثیرگذار است. بنزودیازپین‌ها موجب بی‌توجهی و عدم بازداری گردیده و فنوباریتال باعث بی‌توجهی و تکانشگری می‌شود (۶ و ۷).

پرتحرکی و بی‌توجهی که از علائم اختلال ADHD می‌باشد، دو علامت رفتاری شایع است که در کودکان مصروع دیده می‌شود (۸). در بررسی کودکان مصروع مشخص شد که بیش‌فعالی شایع‌ترین اختلال در دوران قبل از دبستان و بعد از آن در کودکان مصروع می‌باشد که ۱۳/۷٪ آنان ملاک‌های بیش‌فعالی را دارا هستند (۹).

بر اساس گزارش والدین در یک مطالعه از سراسر کشور انگلستان، ۳۹٪ تکانشگری در مقابل ۱۱٪ از گروه شاهد در کودکان مصروع مشاهده گردید (۱۰). اختلال ADHD در ۱۲٪ از کودکان با صرع

استفاده از چه روش‌هایی بتوانند نوع تعامل با کودک خود را تغییر داده، رفتار اجتماعی را ترویج و رفتار انحرافی را کاهش دهند (۲۴). برنامه‌های بسیاری در زمینه آموزش مدیریت والدین وجود دارند که هر یک از نظر فلسفه، روش و اثربخشی با بقیه متفاوت است. در ابتدا بارکلی برنامه آموزش مدیریت والدین را برای استفاده خاص با کودکان ADHD عرضه کرد، اگر چه این برنامه مشابه دیگر برنامه‌های آموزش مدیریت والدین است، اما دارای پیامدهای منحصر بفردی است که به نیازهای ویژه کودکان دارای ADHD و خانواده‌های آنان توجه دارد. این برنامه بر کنترل رفتار از طریق پیامدهای آن، به ویژه به مولفه‌های تقویت، خاموشی و تنبیه تاکید دارد. فرضیه بارز در برنامه فوق این است که ADHD به مقدار زیادی یک سبک مزاجی دارای ریشه زیست‌شناختی است که فرد را مستعد بی‌توجهی، تکانشگری و بی‌قراری و نیز ناتوانی در تبعیت از قوانین می‌کند (۲۵). آنچه در این روش‌ها آشکار است، این فرض است که در خانه فضای درمانی ایجاد شود و آشکارتر آنکه، لازم است والدین با آنچه که احتمالاً یک مشکل مزمن است کنار آیند، نه اینکه آن را درمان کنند (۲۶).

روش کار

با لحاظ مبانی نظری و پیشینه پژوهش ذکر شده در این پژوهش اثر بخشی برنامه آموزش مدیریت والدین بر بهبود نشانگان ADHD کودکان مصروع مطالعه شد.

این مطالعه از نوع تک‌آزمودنی بود و با توجه به فرضیه‌های مورد نظر، آزمودنی‌های این طرح والدین دو کودک مصروع بودند. هر دو کودک تحت درمان با داروهای ضد صرع بودند. والدین به مشکلات رفتاری کودکان اشاره داشتند.

نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف و در دسترس صورتگرفت. ملاک‌های انتخاب شرکت‌کنندگان در این بررسی به شرح زیر است:

- ابتلا به بیماری صرع بنا به گزارش کتبی از سوی پزشک
- داشتن حداقل ۶ سال و حداکثر ۸ سال
- رضایت نامه کتبی والدین برای شرکت در

که درمان‌های طولانی مدت چند مدلی خطر ابتلا را در نوجوانان و بزرگسالان کاهش می‌دهد.

مطالعات منتشر شده در باب درمان بیش‌فعالی بیشتر در استفاده از داروشناسی روانی و بخصوص متیل فنیدیت متمرکز است (۱۸ و ۱۹). اگر چه این دارو بنظر اثربخش است، اما راه‌حل‌های سالم و مداخلات موثر و مفید در جمعیت کودکان مصروع مورد نیاز است.

مداخله‌هایی که بیشترین تاثیر را روی ADHD کودکان داشته‌اند شامل دارودرمانی، مشاوره و آموزش مدیریت والدین در زمینه مهارت‌های کنترل کودک و روش‌های اصلاح رفتار کودک در خانه و مدرسه است. در موارد حاد، استفاده ترکیبی از رویکردهای درمانی فوق ضروری است.

پژوهش‌های موجود نشان می‌دهد که بین رفتارهای نامناسب والد-فرزند و اختلال ADHD رابطه‌ی معناداری وجود دارد (۲۰). پژوهشی که بارکلی در سال ۲۰۰۰ به منظور بررسی تاثیر مهارت‌های فرزند پروری بر ADHD انجام داده بیانگر این است که اگرچه رفتارهای منفی ما نسبت به کودک مبتلا به این اختلال، علائم و نشانه‌های این اختلال را تشدید می‌کند، ولی صرفاً دلیل ایجاد آن نمی‌باشد و می‌توان نتیجه گرفت که روابط نامناسب بین والدین و کودک بیش فعال به صورت یک دور باطل رخ می‌دهد (۲۱).

تنظیم رفتار والدین به ویژه مادران در مواجهه با کودکان مبتلا به ADHD، به بهبود نشانه‌های این اختلال منجر می‌شود (۲۲). در یک مطالعه با بررسی تاثیر برنامه آموزش مدیریت والدین به ویژه مادران، بر رفتار ۳۵ کودک مبتلا به ADHD و اختلال نافرمانی مقابله‌ای، پژوهشگر به این نتیجه دست یافت که مداخله آموزشی با کاهش نشانگان ADHD، رفتارهای پر خاشگرانه کودکان و تنیدگی والدین، رفتار کودک را بهبود می‌بخشد (۲۳).

برنامه آموزش مدیریت والدین به عنوان رویکردی برای درمان مشکلات رفتاری کودک تعریف شده است که در آن تکنیک‌های تغییر رفتار به والدین آموزش داده می‌شود تا رفتار کودکان خود را در خانه تغییر دهند. والدین با یک درمانگر یا مربی ملاقات می‌کنند تا به آن‌ها بیاموزد با

یافته‌ها

در این قسمت به تحلیل آماری داده‌های پژوهش پرداخته شده است و این کار به ترتیب سوال‌های پژوهش انجام شده است.

سوال اول پژوهش اثر بخشی برنامه آموزش مدیریت رفتار والدین بر بهبود نشانگان نقص توجه کودکان مصروع را بررسی می‌کند (جدول ۱).

بر اساس سوال اول پژوهش در ارتباط با نمرات نقص توجه، یافته‌های پژوهش حاکی از بهبود ۳۲/۵ درصدی در آزمودنی اول و ۱۷/۵ درصدی در آزمودنی دوم است. همانگونه که در نمودار ۱ مشخص است در جلسه پایانی مداخله، اختلال آزمودنی‌ها در زیرمقیاس نقص توجه آزمودنی‌ها به لحاظ بالینی کاهش داشته و اگر چه هر دو آزمودنی پس از پایان برنامه آموزش مدیریت والدین همچنان سطحی از نقص توجه را تجربه می‌کنند اما با توجه به اندازه‌گیری‌های خط پایه در میزان اختلال کاهش مشاهده می‌شود. همچنین میزان بهبودی در دوره پیگیری نیز نه تنها حفظ شده است، بلکه بهتر از خط پایان مداخله شده است. به طور کلی می‌توان گفت که این نوع از مداخله منجر به کاهش نمره‌های آزمودنی‌ها در مقیاس CSI-4 شده است؛ بنابراین برنامه آموزش مدیریت والدین در بهبود نشانگان اختلال

جدول ۱- مقایسه نمرات آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه CSI-4 زیرمقیاس اختلال نقص توجه

اندازه اثر	درصد بهبودی		آزمودنی‌ها
	کل	پیگیری	
آزمودنی اول	۳۲/۵٪	۴۰٪	۲۵٪
آزمودنی دوم	۱۷/۵٪	۲۵٪	۱۰٪



نمودار ۱- روند تغییرات دو آزمودنی در زیرمقیاس نقص توجه CSI-4

پژوهش

• دارا بودن نشانه‌های اختلال ADHD بر اساس مصاحبه تشخیصی و به دست آوردن نمره بالاتر از ۶ در پرسش‌نامه ارزیابی سلامت روان کودکان ۶ تا ۱۴ سال (CSI-4)

• عدم مصرف محرک‌های دارویی برای درمان ADHD

باتوجه به طرح پژوهش آزمودنی‌ها در سه مرحله مورد سنجش قرار گرفتند. پرسش‌نامه (CSI-4) گروه (A)، از سوی والدین در سه مرحله‌ی، پیش از مداخله به منظور دست‌یابی سطح پایه رفتار آزمودنی‌ها، در طول مداخله در جلسات دوم، سوم، چهارم، ششم، هشتم و دهم و یک ماه پس از اتمام جلسات مداخله به عنوان پیگیری، تکمیل گردید. پرسش‌نامه مذکور در پژوهش‌های متعددی مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار آن برای فرم والدین ۰/۸۵ و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شده است.

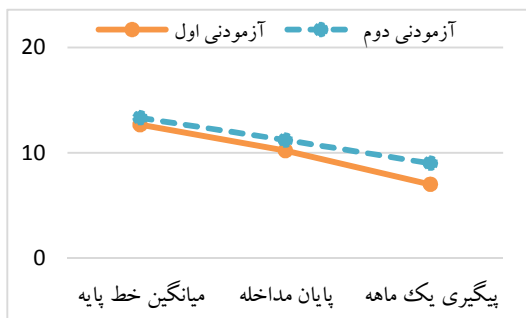
چارچوب و مفاد جلسه‌های مداخله تقریباً مشابه می‌باشند. ارزیابی و بررسی اجمالی رویدادهای مهمی که از هفته قبل تا کنون اتفاق افتاده بود و مرور تکالیفی که از هفته قبل تعیین شده بود، مفاد جلسه‌های آموزشی را تشکیل می‌دادند. درمانگر آموزش‌هایی را در خصوص روش‌های ویژه‌ای که لازم بود والدین برای جلسه بعد به کار گیرند، ارائه می‌داد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها توصیفی است. همچنین برای تحلیل نتایج، فرمول درصد بهبودی و اندازه اثر به کار گرفته شده است. در مطالعات مختلف برای تفسیر مقیاس d کوهن، مقدار ۰/۴۱ به عنوان حداقل میزان اندازه اثر، ۱/۱۵ به عنوان اندازه اثر متوسط و ۲/۷۰ به عنوان اندازه اثر بزرگ پیشنهاد شده است (۲۷).

در طرح‌های پژوهشی تک آزمودنی، روش تحلیل آماری به کار برده نمی‌شود. اغلب پژوهش‌گران حوزه اصلاح رفتار و رفتار درمانی، در چنین شرایطی از تحلیل بصری داده‌ها استفاده می‌کنند و نیازی به استفاده از روش‌های آماری نیست (۲۸).

جدول ۳- مقایسه نمرات آزمودنی‌ها در پرسش نامه CSI-4 زیرمقیاس اختلال بیش‌فعالی مرکب

اندازه اثر	درصد بهبودی			آزمودنی‌ها
	مداخله	پیگیری	کلی	
آزمودنی اول	۳۶/۵٪	۴۴/۵٪	۴۰/۵٪	۲/۲۶
آزمودنی دوم	۲۵٪	۳۲/۵٪	۲۸/۵٪	۲/۳۹



نمودار ۳- روند تغییرات دو آزمودنی در مقیاس مرکب ADHDCSI-4

به ترتیب آزمودنی اول و دوم به ۴۴/۵٪ و ۳۲/۵٪ رسیده است. همچنین اندازه اثر در هر دو آزمودنی بالاتر از سطح متوسط است؛ بنابراین می‌توان گفت برنامه آموزشی در تغییر نمره‌ی آزمودنی‌ها در مقیاس CSI-4 اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی مرکب موثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

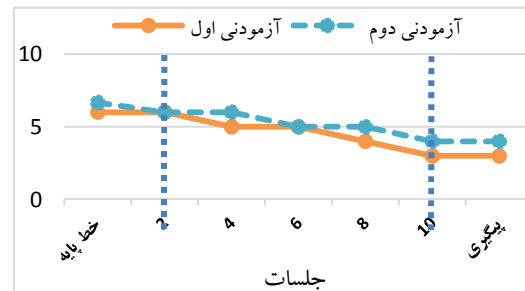
پژوهش حاضر، با هدف اثربخشی برنامه آموزش مدیریت والدین بر بهبود نشانگان ADHD کودکان مصروع صورت گرفت. در این راستا، نتایج نشان داد که برنامه آموزشی والدین در بهبود نشانگان ADHD کودکان مصروع مؤثر بوده است.

نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های ساندرز و مک فارلند (۲۲) و همچنین یافته‌های دانفورث (۲۳) و یافته‌های پیسترمن و همکاران (۲۹) و نتایج پژوهش‌های ساندرز، ترنر (۳۰) همراستا می‌باشد. شایان ذکر است برخلاف این پژوهش که شامل ADHD کودکان مصروع تحت درمان با دارو است، این طیف از کودکان در پژوهش‌های مذکور و دیگر پژوهش‌های همسو بررسی نشده است.

پژوهش حاضر مشخص ساخت، برنامه آموزش مدیریت والدین در اصلاح رفتار والدین به منظور نظارت بر رفتار کودک مؤثر بوده است. اگر چه میزان توجه کودکان خیلی تغییر نداشته است، اما

جدول ۲- مقایسه نمرات آزمودنی‌ها در پرسش نامه CSI-4 زیرمقیاس اختلال تکانشگری-بیش‌فعالی

اندازه اثر	درصد بهبودی			آزمودنی‌ها
	مداخله	پیگیری	کلی	
آزمودنی اول	۵۰٪	۵۰٪	۵۰٪	۱/۹۴
آزمودنی دوم	۴۰٪	۴۰٪	۴۰٪	۲/۳۴



نمودار ۲- روند تغییرات دو آزمودنی در زیرمقیاس تکانشگری-بیش‌فعالی CSI-4

نقص توجه اثربخش بوده است.

سوال دوم پژوهش اثر بخشی برنامه آموزش مدیریت والدین بر بهبود نشانگان تکانشگری-بیش‌فعالی در کودکان مصروع را بررسی می‌کند (جدول ۲).

داده‌ها و نمرات آزمودنی‌ها در نمودار ۲ نشان می‌دهند که آزمودنی‌ها به بهبود ۵۰ درصدی رسیده‌اند. همچنین مداخله در بهبود نشانگان تکانشگری-بیش‌فعالی آزمودنی دوم اثر بخش‌تر بوده است، چرا که درصد بهبودی در دوره پیگیری نیز افزایش داشته است. به طور کلی با توجه به میزان درصد بهبودی (۵۰٪ و ۴۰٪) و میزان اندازه‌های اثر به دست آمده (۱/۹۴ و ۲/۳۴)، برنامه آموزش مدیریت والدین در بهبود نشانگان تکانشگری-بیش‌فعالی در کودکان مصروع اثر بخش بوده است.

سوال سوم پژوهش درصدد بررسی اثر بخشی برنامه آموزش مدیریت والدین بر بهبود نشانگان ADHD مرکب در کودکان مصروع بود (جدول ۳).

با توجه به نمودار ۳، برنامه آموزش مدیریت والدین موجب کاهش نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس CSI-4 شده است. آزمودنی اول به میزان ۳۶/۵٪ و آزمودنی دوم به میزان ۲۵٪ بهبودی دست یافته است. همچنین درصد بهبودی هر دو آزمودنی در دوره پیگیری نیز افزایش داشته است و میزان آن

وضعیت اعمال می‌کند که عبارتند از: افزایش تعامل مثبت بین کودک-والد، افزایش رفتارهای مثبت خاص کودک از طریق به‌کار بستن شیوه‌های تقویتی از سوی والدین، کاهش رفتار نافرمانی خفیف با استفاده از شیوه اغماض والدین، ارائه فرمان‌های روشن و هماهنگ و استفاده از پیامدها از سوی والدین برای کاهش رفتار نافرمانی و نامناسب کودک (۳۱).

در مجموع می‌توان نتیجه‌گیری کرد روش برنامه آموزشی والدین به دلیل اصلاحات اساسی که در بازخورد والدین نسبت به صلاحیت خود ایجاد می‌کند، روش مؤثری در کاهش نشانگان ADHD است. همچنین آموزش مدیریت والدین، رویکرد مهمی از دیدگاه بهداشت روانی محسوب می‌شود و یکی از مناسب‌ترین روش‌های پیشگیری از اختلالات روانی کودکان و نوجوانان می‌باشد و سرمایه‌گذاری در آن از جنبه‌های گوناگون، مقرون به صرفه است، زیرا آنچه را که جامعه و دولت برای بزهکاری، اعتیاد، افت تحصیلی، افسردگی، خودکشی و نظایر آن می‌پردازد، بسیار سنگین‌تر است. در صورتی که آموزش مدیریت والدین بر اساس اصول علمی برنامه‌ریزی شود، تاثیر چشمگیری در پیشگیری از این‌گونه مشکلات خواهد داشت (۳۲).

نتایج این پژوهش نشان داد که با توجه به ارزیابی والدین، آموزش مدیریت والدین در مرحله بعد از مداخله و پیگیری، میزان علائم تکانشگری-بیش‌فعالی و نقص توجه را کاهش داده است. با توجه به اینکه کودکان در حین مداخله تحت درمان دارویی برای بیماری صرع بودند و عوارض دارویی همچنان با آن‌ها همراه بوده است، همین مقدار بهبود در این کودکان بسیار رضایت بخش است. اثربخشی این رویکرد در پژوهش‌های مختلف به اثبات رسیده است. این پژوهش نیز همسو با سایر پژوهش‌ها اثربخشی برنامه آموزش مدیریت والدین را مورد تایید قرار داد.

کودکان مصروع در معرض خطر جدی این اختلال می‌باشند. این امر مستلزم تحقیقات و مطالعات بیشتر در این زمینه و تمرکز بر انجام مداخلات درمانی خاص است، اگر چه در بسیاری

مهارت‌های کنترلی والدین و شیوه کلی تعامل بهبود یافته است.

خانواده برای تمام کودکان، خواه بیمار خواه سالم، مهم‌ترین محیط اجتماعی و کانون عمده‌ی تجربه است. بر خلاف دیگر بیماری‌های مزمن، کودکان مصروع بیشترین درمان‌شان را در جامعه از خانواده به عنوان مراقبت‌کننده اصلی دریافت می‌دارند. تاثیر بیماری مزمن بر خانواده از طریق رویکرد سیستمی-رشدی، بهتر قابل درک است. خانواده نهادی نیمه بسته در نظر گرفته می‌شود که تمام اعضای آن تعامل متقابل دارند و رویدادی که بر یک عضو اثر گذارد بر دیگر اعضا در درون نهاد نیز تاثیر خواهد گذاشت؛ بنابراین یک عارضه پزشکی مزمن نه تنها زندگی کودک مبتلا، والدین و خواهرها و برادرها را تغییر می‌دهد، بلکه روند روابط خارج از خانواده را نیز مختل می‌کند. شروع یک عارضه مزمن ممکن است به وجود آورنده یک بحران برای خانواده باشد و ثبات نظام خانواده را مختل نماید (۲۶).

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان عنوان کرد که والدین به عنوان نزدیک‌ترین افراد به کودک بیشترین سهم را در تغییرات رفتاری او ایفا می‌کنند. آموزش مدیریت والدین با کاهش فشار و تنش موجود و بهبود روابط والد-کودک این امکان را به والدین می‌دهد که نیازهای کودک خود را بهتر درک کنند. یکی از تبیین‌های احتمالی در مورد یافته‌های پژوهش حاضر، مبتنی بر ویژگی‌های ذاتی این روش آموزشی است. برنامه آموزشی 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 در مورد شیوع و سبب‌شناسی اختلال کودک خود آگاهی می‌یابند. چنین اطلاعاتی کمک می‌کند تا نگرانی‌های والدین درباره مشکلات کودک‌شان کاهش یابد. در مرحله بعد، والدین با برنامه آموزش مدیریت والدین آشنا می‌شوند. سپس والدین به اهمیت ارتباط والد-فرزند و اصول مهار رفتار و نقش عوامل تنیدگی‌زای خانواده در تداوم مشکلات کودک آگاهی می‌یابند. برنامه آموزش مدیریت والدین پنج مؤلفه مهم مهارتی را در تعدیل این

Vitamin deficiency and excess. In: Harrison's Principles of Internal Medicine. New York: McGraw-Hill. 1998. p.480-7.

2. Russ SA, Larson K, Halfon N. A national profile of childhood epilepsy and seizure disorder. *Pediatrics* 2012;129(2):256-64.

3. Sherman EMS, Slick DJ, Connolly MB, Eylr KL. ADHD-Neurological correlates and health-related quality of life in severe pediatric epilepsy. *Epilepsia* 2007; 48(6):1083-91.

4. Aldenkamp AP, Baker G, Mulder OG, Chadwick D, Cooper P, Doelman J, et al. Multicenter, randomized clinical study to evaluate the effect on cognitive function of Topiramate compared with valproate as add-on therapy to Carbamazepine in patients with partial-onset seizures. *Epilepsia* 2000; 41(9):1167-78.

5. Millichap JG. Attention Deficit Hyperactivity Disorder Handbook a Physician's Guide to ADHD. 2nd Ed. New York, NY: Springer Science; 2010, Retrieved 2014.P.1-109

6. Schmitz B. Effects of antiepileptic drugs on mood and behavior. *Epilepsia* 2006; 47(2):28-33.

7. Thigpen J, Miller SE, Pond BB. Behavioral side effects of antiepileptic drugs. *US Pharm* 2013;38(11): 15-20.

8. Davies S, Heyman I, Goodman RA. Population survey of mental health problems in children with epilepsy. *Dev. Med. Child Neurol.* 2003; 45(5):292-5.

9. Hesdorffer DC, Ludvigsson P, Olafsson E, Gudmundsson G, Kjartansson O, Hauser WA. ADHD as a risk factor for incident unprovoked seizures and epilepsy in children. *Arch. Gen. Psychiatry* 2004; 61(7):731-6.

10. Carlton-Ford S, Miller R, Brown M, Nealeigh N, Jennings P. Epilepsy and children's social and psychological adjustment. *J. Health Soc. Behav* 1995 Sep 1:285-301.

11. Aldenkamp AP, Arzimanoglou A, Reijs R, Mil SV. Optimizing therapy of seizures in children and adolescents with ADHD. *Neurology* 2006; 67(12 suppl 4):S49-S51.

12. Schubert R. Attention deficit disorder and epilepsy. *Pediatr. Neurol.* 2005;32(1):1-10.

13. Rutter M, Graham P, Yule W. A neuropsychiatric study in childhood. London: SIMP William Heinmann Educational Books; 1970.

14. Dunn DW, Austin JK, Harezlak J, Ambrosius WT. ADHD and epilepsy in childhood. *Dev Med. Child Neurol.* 2003;45:50-4.

15. Reilly CJ. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in childhood epilepsy. *Res. Dev. Disabil.* 2011;32(3):883-93.

16. Conner KR, Bohnert AS, McCarthy JF, Valenstein M, Bossarte R, Ignacio R, et al. Mental disorder comorbidity and suicide among 2.96 million men receiving care in the veteran's health administration health system. *J. Abnorm. Psychol.*

از موارد دارودرمانی مثبت و مفید واقع می‌شود، اما در کودکان مصروع در برخی از انواع صرع به دلیل افزایش فراوانی تشنج و تداخل دارویی نمی‌توان محرک دارویی تجویز نمود؛ بنابراین لازم است، روشی وجود داشته باشد که بتواند تمرکز و ظرفیت حافظه کوتاه مدت را در این کودکان افزایش داده و راه‌حلی برای تکانشگری این کودکان با بهره‌گیری از تکنیک‌های مختلف باشد؛ بنابراین این شیوه درمان از سوی والدین بیشتر مورد استقبال قرار می‌گیرد. نظر به عوارض جانبی احتمالی داروها و پیامدهای روانی منفی استفاده از دارو در معالجه این کودکان، روش‌های درمان رفتاری بدون دارو شایسته تامل و توجه بسیار جدی می‌باشد.

در کودکان مبتلا به ADHD در نواحی پیشانی مغز کاهش عملکرد مشاهده می‌شود. این مرکز در بازداری رفتار، مقاومت در برابر پاسخ دهی، کنترل سطح فعالیت فرد و مقاومت در برابر حواس‌پرتی دخیل است (۲۱)؛ بنابراین در درمان ترکیبی همزمان آموزش مدیریت والدین و کودک، می‌توان این نقص بنیادین را در کودک مورد توجه قرار داد تا روند مداخله مفیدتر واقع شود. لذا، لازم است آینده پژوهش صرع دوران کودکی شامل بررسی همزمان عوامل خانوادگی و آسیب‌شناسی روانی کودک در یک چارچوب وسیع و با در نظر گرفتن عوامل عصبی و درمانی باشد.

پیگیری نتایج مداخله در بازه زمانی کوتاه و نبود اطلاعاتی در مورد تداوم روند بهبودی آزمودنی‌ها، استفاده از ابزارهای خودگزارشی مربوط به مداخله، استفاده از پرسش‌نامه جهت جمع‌آوری داده‌ها تعمیم نتایج را با محدودیت‌هایی مواجه می‌سازد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در نمونه‌های دیگری از بیماری‌های مزمن و نیز با به کارگیری روش‌های دیگر یا با گروه کنترل و با استفاده از روش مشاهده مستقیم توسط فرد ثالث برنامه مذکور اجرا شود.

منابع

1. Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher, KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, Longo DL.

15(2):148-58.

32. Bayrami, M. (Tasire amuzeshe maharat hae farzandparvari be madarase pesarane dabestani mobtala be ekhtelalate borounisazi-shode bar behdashte ravani va shivehaye tarbiyati anha). Osule behdashte ravani 2009; 11(2):105-14. (Persian)

2013; 122(1):256-63.

17. Loutfi KS, Carvalho AM. Possible interfaces between attention deficit hyperactivity disorder and epilepsy. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2010;59(2):146-55.

18. Gucuyener K, Erdemoglu AK, Senol S, Serdaroglu A, Soysal S, Kockar I. Use of methylphenidate for attention-deficit hyperactivity disorder in patients with epilepsy or electroencephalographic abnormalities. *J. Child Neurol.* 2003;18(2):109-12.

19. Tan M, Appleton R. Attention deficit and hyperactivity disorder, methylphenidate and epilepsy. *Arch. Dis. Child* 2005;90:57-9.

20. McBurnett k, Pfiffner L. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Concepts, controversies, new directions. New York: Informal Health Care 2008:191-8.

21. Barkley RA, Shelton TL, 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. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2000; 41(03):319-32.

22. Sanders MR, McFarland M. Treatment of depressed mothers with disruptive children: A controlled evaluation of cognitive behavioral family intervention. *Behavior Therapy* 2001; 31(1):89-112.

23. Danforth JS. Parent training for families of children with comorbid ADHD and ODD. *Int. J. Behav. Consult Ther.* 2006; 2(1):45-64.

24. Kazdin AE. Parent Management Training, Treatment for Oppositional, Aggressive, and Antisocial Behavior in Children and Adolescents. New York: Oxford University Press. 2005

25. Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment; (2nd Ed). New York: Guilford Press; 1998.

26. Kratochvil TR, Moriss RJ. (Translated by Naeniyani MR.) (Ravanshenasi balini kudak va ravesh hae darmangai); Tehran: Roshd Press; 2005. (Persian)

27. Ferguson CJ. An effect size primer: A guide for clinicians and researchers. *Professional Psychology: Research and Practice.* 2009 Oct; 40(5):532.

28. Seyf A. (Taghyir raftar va raftar-darmani). Tehran. Dana press; 2008. (Persian)

29. Pisterman S, McGrath P, Firestone P, Goodman JT, Webster I, Mallory R. Outcome of parent-mediated treatment of preschoolers with attention deficit disorder with hyperactivity. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1989;57(5):628-35.

30. Sanders MR, Turner KM, Markie-Dadds C. The development and dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program: A multilevel, evidence-based system of parenting and family support. *Prev. Sci.* 2002;3(3):173-89.

31. Gard GC, Berry KK. Oppositional children. Taming tyrants. *J. Clin. Child Psychol.* 1986;

The effectiveness of parent management training on improvement of attention deficit hyperactivity disorder in children with epilepsy: Single subject study

Mansor Bayrami, PhD/MD, Professor, School of Psychiatry, University of Tabriz, Tabriz, Iran. dr.bayrami@yahoo.com

***Elnaz Abdollahi**, MSc in Educational Psychiatry, University of Tabriz, Tabriz, Iran (*Corresponding author). abdollahi_e93@ms.tabrizu.ac.ir

Toraj Hashemi Nosratabadi, PhD/MD, Professor, School of Psychiatry, University of Tabriz, Tabriz, Iran. torajhashemi@yahoo.com

Abstract

Background: The prevalence of behavioral problems is significantly high in children with epilepsy compared to children with other chronic illnesses which do not affect the central nervous system. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a common comorbid disorder with epilepsy. Thus, children with epileptic seizure are in increased risk of cognitive disorders particularly attention problems. Parent Management Training (PMT) can be defined as an approach for the treatment of child behavioral problems in which parents are trained to alter their child's behavior. Therefore, the main purpose of this study was to investigate the efficacy of PMT on improvement of symptoms of ADHD in a child with epilepsy.

Methods: The study design was single-subject using multiple baseline design. The samples were parents of two children with epilepsy and comorbid ADHD who completed Child Symptom Inventory (CSI-4) part A. Participants received 9 sessions of PMT (1-1.5 hour for each session per week). They completed CSI-4 part A in pretest, during the treatment and one month follow-up. Data were analyzed by visual analysis.

Results: Results indicated the effect of PMT on ADHD symptoms was clinically significant. Findings showed positive effect of PMT on monitoring the child's behavior.

Conclusion: Hence, the enhancement of parents' control skills and the improvement of parent-child interaction could result in parents' anger management and considerable reduction in child behavioral problems and aggression.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Parent Management Training (PMT), Behavioral problems, Epilepsy