

مقایسه اثربخشی سه روش روان درمانی در کاهش اختلال نقص توجه - بیش فعالی کودکان پسر دبستانی پایه‌های سوم و چهارم شهر شیراز

دکتر حبیب هادیانفرد*

دکتر بهمن نجاریان**

دکتر حسین شکرکن**

دکتر مهناز مهربابی زاده هنرمند**

چکیده

این پژوهش به منظور مقایسه اثربخشی سه روش روان درمانی تعلیم خودآموزی کلامی به کودکان، تعلیم رفتار درمانی و خودآموزی کلامی به مادران کودکان، در کاهش بی‌توجهی و تکانشوری کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش فعالی انجام شده است. جامعه آماری مورد مطالعه، مشتمل بر دانش‌آموزان پسر کلاس سوم و چهارم ابتدایی مدارس دولتی شهرستانهای شیراز بوده است. از جامعه موردنظر به شیوه تصادفی چند مرحله‌ای ۲۸۶۳ دانش‌آموز جهت تشخیص ADHD مورد غربالگری قرار گرفتند. بدین ترتیب، مجموعاً ۱۶۰ آزمودنی ADHD در چهار گروه ۴۰ نفری به طور تصادفی گمارده شدند. از همان کلاسها، ۴۰ کودک بهنجار به طور تصادفی جهت گروه گواه بهنجار انتخاب شد. پژوهش به شیوه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون با پنج گروه انجام شد. چهار گروه متعلق به کودکان ADHD است و یک گروه مربوط به کودکان طبیعی است. نوع مداخله در گروههای ADHD به روش تصادفی تعیین شد. متغیرهای وابسته (بی‌توجهی و تکانشوری) با فرم فارسی آزمون عملکرد پیوسته ارزیابی شد. نتایج نشان داد، گروه تعلیم خودآموزی کلامی به کودک بیشترین را بهبودی را در عملکرد نشان می‌دهد. تحلیل واریانس چند متغیری و تحلیل واریانس یک راهه، و روش پیگیری توکی، تفاوت‌های معنی‌داری بین گروههای تعلیم خودآموزی کلامی به مادر و کودک از یک سو و گروههای گواه از سوی دیگر در پاسخهای صحیح و حذف نشان داد گروه تعلیم رفتار درمانی به مادر با هیچ کدام از گروههای گواه تفاوت معنی‌داری نشان نداد.

کلید واژگان: اثربخشی، روان‌درمانی، اختلال نقص توجه - بیش فعالی

* عضو هیأت علمی دانشگاه شیراز

** عضو هیأت علمی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

مقدمه

ملاکهای تشخیص معتبر در سنین دبستان شیوع این بیماری در پسران ۹٪ و در دختران ۲٪ باشد (هین شاو^۶، ۱۹۹۴ و کندال^۷، ۲۰۰۰). با توجه به شیوع بالای این بیماری، پژوهش در ارتباط با روشهای مختلف روان درمانی برای مقابله با مشکلات این کودکان ضرورت اساسی دارد. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثر بخشی سه روش رفتار درمانی و خودآموزی کلامی به مادران کودکان، و تعلیم خودآموزی کلامی به خود کودکان ایرانی است. روش خودآموزی کلامی با شیوه آموزش خانواده کمتر در غرب مورد استفاده قرار گرفته است.

بازنگری پیشینه

الف) پیشینه درمانهای رفتاری کودکان ADHD حاکی از مؤثر بودن آنها است (واکر^۸، ۱۹۹۲). کافمن و هالاها^۹ (۱۹۷۳) در پژوهشی که با استفاده از مدیریت مشروط^{۱۰}، بر

کودکان مبتلا به نقص توجه - بیش فعالی^۱ از قرنهای پیش شناخته شده بودند. ولی تا سال ۱۹۶۸ که در دومین چناب دفترچه آماری تشخیصی بیماریهای روانی انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، این بیماری در زیر گروه اختلالات کودکان با اصطلاح واکنش بیش جنبی^۳ به عنوان یک طبقه تشخیصی مطرح شد تحقیقات کمی در ارتباط با آن صورت گرفت. تحقیقات ویرجینیا داگلاس^۴ (۱۹۷۹) در کانادا این عقیده را به وجود آورد که هسته اصلی مشکل این کودکان، نقص در نگهداری توجه، کنترل تکانه‌ها و نوسان برانگیختگی است تا فعالیت بیش از حد. این پژوهشها باعث شد که در چاپ سوم دفترچه آماری تشخیصی بیماریهای روانی، نام این بیماری به اختلال نقص توجه تغییر یابد. در چاپ چهارم دفترچه آماری تشخیصی بیماریهای روانی دو الگوی علامتی در زیر عنوان این اختلال ارائه شده است. یکی مربوط به نقص توجه و دیگری مربوط به بیش فعالی است. اختلال نقص توجه - بیش فعالی در میان اختلالات کودکان، از جایگاه مهمی برخوردار است. میزان شیوع این بیماری با توجه به وسیله سنجش و رویکرد پژوهشگر، گاه از یک تا بیست درصد گزارش شده است (مورفی و استوارت^۵، ۱۹۹۱). ولی به نظر می‌رسد با

- 1- attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)
- 2- diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM)
- 3- hyperkinetic reaction
- 4- Virginia Douglas
- 5- Murphy & Stewart
- 6- Hinshaw 7- Kendall
- 8- Walker
- 9- Kauffman & Hallahan
- 10- contingency management

بارکلی بر مؤثر بودن این شیوه درمانی اشاره دارد. مطالعات پی‌گیری نیز نشان می‌دهند که اثر نتایج این نوع درمان حتی ۴ تا ۵ سال بعد از آموزش باقی مانده است. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهند که تعمیم آموزش به موقعیتهای دیگر نیز رضایت بخش است (وبستر^۳، ۱۹۸۴). در تحقیقی که اسکات^۴ (۱۹۸۷) انجام داد، به والدین کودکان، طی ۶ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای اصول رفتار درمانی را آموزش داد. نتایج نشان می‌دهند که رفتار کودکانی که والدین آنها در جلسات آموزشی شرکت کردند؛ به طور معنی‌داری نسبت به گروه گواه بهبود یافت. این بهبودی در پی‌گیری سه ماهه و شش ماهه نیز ماندگار بود. این محقق معتقد است؛ آموزش هم به صورت گروهی و هم به صورت انفرادی می‌تواند کاربرد داشته باشد. پیفینر و مک بورنت^۵ (۱۹۹۷) در یک تحقیق آزمایشی کودکان ADHD را با شیوه گمارش تصادفی به سه گروه تقسیم کردند. در گروه اول، کودکان به طور مستقیم مهارتهای اجتماعی را فراگرفتند. در گروه دوم، والدین مهارتهای اجتماعی را فراگرفتند تا در منزل با کودکان خود کار کنند.

روی تعدادی پسر بیش فعال انجام دادند؛ موفق شدند طی شش روز بروز رفتار هدف را از میانگین روزانه ۵۰ بار به کمتر از ده بار در روز کاهش دهند. در پژوهشی دیگر، کریستن سن و اسپراگ^۱ (۱۹۷۳) دو گروه هم‌تا از کودکان بیش فعال انتخاب کردند. به گروه اول داروی متیل فنیدیت و به گروه دوم قرصهای دارونمائی که از نظر ظاهر کاملاً شبیه داروی اصلی بود دادند. هر دو گروه هم‌زمان و به طور یکسان مورد مدیریت مشروط نیز قرار گرفتند نتایج پس از ۱۳ جلسه درمانی نشان داد؛ سطح فعالیت دو گروه کاهش یافته و تفاوت معنی‌داری بین آنها وجود ندارد. محققین از این پژوهش نتیجه می‌گیرند، تأثیر رفتار درمانی (مدیریت مشروط) از ترکیب درمانهای دارویی و رفتاری کمتر نیست. از سوی دیگر، آموزش رفتار درمانی به والدین و به کارگیری مدیریت مشروط توسط آنها، در درمان اختلالات کودکان سابقه فراوانی دارد. بارکلی^۲ (۱۹۸۱) یکی از اولین کسانی است که به ضرورت آموزش مدیریت رفتار به والدین در درمان کودکان ADHD اشاره می‌کند. شیوه‌ای که او در درمان این کودکان به کار می‌گیرد از نظر کلی مشابه شیوه‌ای است که برای سایر اختلالات کودکان به کار می‌رود. با این تفاوت که مشکلات خاص کودکان بیش فعال در این شیوه آموزشی لحاظ می‌شود. تحقیقات متعدد

1- Christensen & Sprague

2- Barkley

3- Webster

4- Scott

5- Piffner & Mcburnett

گروه سوم، هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. آموزش در گروه‌های اول و دوم، به صورت گروهی توسط یک کارشناس روان‌شناسی در ۸ جلسه انجام شد. نتایج بهبود معنی‌داری در گروه‌های آزمایشی نسبت به گروه گواه نشان دادند. این نتایج در یک پیگیری ۴ ماهه نیز باقی مانده بودند. کازدین^۱ (۱۹۸۵) با بازنگری پیشینه پژوهشی متذکر می‌شود؛ آموزش رفتار درمانی به والدین در مقایسه با دارونما و عدم مداخله در اکثر پژوهش‌ها تأثیر معنی‌داری داشته است. عموماً در مطالعات پی‌گیری نیز اثرهای این نوع مداخله رضایت بخش بوده است و اگر والدین بتوانند این شیوه را به خوبی پیاده کنند؛ تأثیر درمان از خانه و خانواده تجاوز می‌کند و حتی به محیط مدرسه و خارج از مدرسه نیز تعمیم می‌یابد. از سوی دیگر، تأثیر درمان در خانواده علاوه بر کودک مورد نظر، بر رفتار خواهران و برادران آنها نیز تأثیر می‌گذارد. حتی مشاهدات نشان می‌دهد این نوع درمان بر رفتار والدین نیز تأثیر می‌گذارد و آنها حتی با دیگران در خارج از خانواده بهتر رفتار می‌کنند (بل^۲، ۱۹۶۸). در ایران فتحی (۱۳۷۴) در یک پژوهش که با طرح آزمایشی بر روی ۳۱ کودک انجام گرفت تأثیر آموزش مدیریت رفتار به والدین را در بهبود علائم ADHD مورد

بررسی قرار داد. مادران کودکان گروه آزمایشی در طی ۱۰ جلسه فنون اصلاح رفتار را فراگرفتند. نتایج تفاوت معنی‌داری بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایشی نشان دادند، همچنین تفاوت معنی‌داری بین پس‌آزمون گروه آزمایشی و گواه مشاهده شد. کلاتری (۱۳۷۹) در پژوهشی به ۳۰ مادر که دارای کودکانی با مشکلات رفتاری در دوره پیش‌دبستانی بودند؛ طی ۶ جلسه آموزشی، ۵ گام در ارتباط با مدیریت رفتار کودکان آموزش داد. سپس رفتار آزمودنی‌های گروه آزمایشی با ۳۰ نفر از کودکانی که مادرانشان در برنامه آموزشی شرکت نداشتند مقایسه شد. نتایج، تأثیر این نوع آموزش را بر روی رفتار کودکان گروه آزمایشی نشان دادند.

ب) پیشینه درمان‌های شناختی کودکان ADHD: هدف اصلی درمان‌های شناختی، ایجاد مهارت‌های لازم جهت خودکنترلی و تعمق در حل مسأله است. روش تعلیم خودآموزی کلامی^۳ در حقیقت شیوه‌ای از مسأله‌گشایی است که کودک با استفاده از کلام درونی به خود نظم بخشی می‌پردازد. یافته‌های پژوهشی زیادی بر اثربخشی روش خودآموزی

1- Kazdin

2- Bell

3- verbal self-instruction training (SIT)

کلامی یا شیوه‌های مشابه آن در درمان کودکان ADHD تأکید دارند. بائرو نیتزل^۱ (۱۹۹۱) با فراتحلیل^۲ نتایج تأثیر درمانهای شناختی بر روی کودکان ADHD، نتیجه می‌گیرد که درمانهای شناختی در مقایسه با گروه گواه، تقریباً یک سوم تا سه چهارم انحراف معیار باعث بهبودی بیماران شده‌اند. کاگان^۳ و همکاران (۱۹۶۶) در یک کوشش اولیه برای تغییر رفتار تکانشوری کودکان، تأثیر آموزش تأخیر پاسخ را بر روی ۴۰ کودک تکانشور و ۲۰ آزمودنی همتا انجام دادند. این آزمودنیها، نمرهٔ نهفتگی پاسخ زیرمیان و نمره اشتباه بالاتر از میانه در آزمون همتاسازی تصاویر آشنا به دست آورده بودند. به گروه آزمایشی، آموزش داده شد بعد از ارائه هر محرک حدود ۱۰ تا ۱۵ ثانیه در ارائه پاسخ تأخیر کنند و در این زمان در ارتباط با پاسخ درست تفکر نمایند. بعد از پایان تأخیر با علامت درمانگر، آزمودنی پاسخ خود را ارائه می‌داد. همزمان گروه گواه نیز در انجام تکالیف مشارکت داشت ولی هیچ نوع آموزشی دریافت نمی‌کرد. نتایج نشان داد تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در پاسخگویی به فرم موازی آزمون به وجود آمد. در پژوهشی دیگر پالکس، استیوارت و کاهانا^۴ (۱۹۶۸) اثرهای گفته‌های کلامی خودآموزانه

را بر روی عملکرد ۲۰ پسر بین ۸ تا ۱۰ سال در مازپروتئوس مورد بررسی قرار دادند. یک گروه همتا نیز به عنوان گروه گواه در آزمایش شرکت داشت. کودکان گروه درمان و گواه، در دو روز متوالی در یک جلسه فردی به مدت یک ساعت شرکت کردند. در طی این جلسات به تکالیفی شبیه آزمون همتاسازی تصاویر آشنا و مازهای پروتئوس پاسخ دادند. به افراد گروه درمانی آموزش داده شد که قبل از پاسخگویی به تکالیف از گفته‌های کلامی خود آموزانه استفاده نمایند. این گفته‌ها شامل جملاتی از قبیل: "من باید به دستورالعملها توجه کنم، من باید ابتدا خوب نگاه کنم، فکر کنم و بعد پاسخ دهم و..." می‌شد. این گفته‌ها بر روی کارت نیز تایپ شدند و در طی آموزش در معرض دید آزمودنیها قرار گرفتند. اما گروه گواه در حل تکالیف بدون هیچ گونه آموزشی شرکت داشت. سپس هر دو گروه با یک فرم موازی از مازهای پروتئوس مورد پس آزمون قرار گرفتند. اگر چه دو گروه از نظر هوش کلی با یکدیگر تفاوت نداشتند؛ تحلیل پیش آزمون- پس آزمون نشان دهندهٔ بهبودی معنی‌داری در

1- Baer & Nietzel 2- meta-analysis

3- Kagan

4- Paikes, Stewart & Kahana

گروه درمانی بود.

طی دو مطالعه‌ای که توسط مایکن بام و گودمن^۱ (۱۹۷۱) انجام شد، به شکل منظم‌تری تأثیر خودآموزی کلامی بر روی رفتار تکانشوری نشان داده شد. در مطالعه اول ۱۵ دانش‌آموز پایه دوم دبستان بین ۷ تا ۹ سال با تشخیص تکانشوری انتخاب شدند و به طور تصادفی در سه گروه پنج نفری تقسیم شدند. گروه درمانی مورد آموزش خودآموزی کلامی قرار گرفت و دو گروه گواه، یکی طی دوره آزمایش به فعالیت‌های عادی پرداخت که جنبه درمانی نداشت و دیگری فقط مورد پیش‌آزمون - پس‌آزمون قرار گرفت. گروه خودآموزی کلامی چهار جلسه آموزشی طی دو هفته دریافت کرد. طی این جلسات درمانگر به عنوان یک مدل، در هنگام انجام تکالیف مراحل آن را با صدای بلند بیان می‌کرد. سپس کودک همان تکلیف را در حالی که درمانگر مراحل انجام آن را بیان می‌کرد، انجام می‌داد. در مرحله سوم کودک در حالی که خود مراحل انجام تکلیف را با صدای بلند بیان می‌کرد، انجام می‌داد و در مرحله چهارم کودک همان تکلیف را در حالی که مراحل آن را نجوا می‌کرد، انجام می‌داد. افراد گروه دوم به تعداد گروه آزمایشی جلسه داشتند؛ ولی طی این

جلسات هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند و فقط در معرض اشیاء شناخته شده قرار گرفتند. برای گروه سوم هیچ‌گونه جلسه‌ای در نظر گرفته نشد. نتایج نشان دادند که گروه آزمایشی نسبت به دو گروه گواه، در مقیاسهای تنظیم تصاویر و نمادهای عددی و نمره نهفتگی آزمون همتاسازی تصاویر آشنا و نمره خطای آزمون مازهای پروتئوس، به طور معنی‌داری بهبودی نشان داد. در مطالعه دوم همین شیوه پژوهش بر روی ۱۵ کودک تکانشور کودکانی و سال اول دبستان انجام شد. ارزیابی متغیر وابسته از طریق آزمون هم‌تاسازی تصاویر آشنا انجام شد. آزمودنیها به طور تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. گروه اول، آموزش خودآموزی کلامی به همراه الگوسازی؛ گروه دوم، آموزش تنها از طریق الگوسازی و گروه سوم، گروه گواه بود. نتایج نشان دادند که گروه آموزش خودآموزی کلامی به همراه الگوسازی در آزمون همتاسازی تصاویر آشنا به طور معنی‌داری بهبودی نشان داد. کار کام و شیگل^۲ (۱۹۹۳) در یک بازنگری بر پیشینه، با استفاده از روش فواتحلیل، نتایج ۴۸ مطالعه را که با روش

1- Meichenbaum & Goodman

2- Corkum & Siegel

- خودآموزی کلامی بر روی کودکان بیش فعال انجام شده بود، مورد بررسی قرار دادند. در تمام این مطالعات خودآموزی کلامی با یک یا چند گروه گواه مقایسه شده بود. در تمام پژوهشها نتایج نشان دادند که تأثیر خودآموزی کلامی بیشتر از دارو و عدم مداخله است. بائر و نیتزل (۱۹۹۱) در یک پژوهش مشابه با استفاده از فراتحلیل، نتایج ۳۶ مطالعه را که در آنها از روش خودآموزی کلامی در درمان کودکان بیش فعال استفاده شده بود، بررسی کردند و نتیجه گرفتند این شیوه درمانی تأثیر مثبت معنی داری بر روی آزمودنیها دارد. همچنین این مؤلفین هیچ تفاوت معنی داری برای برتری آموزش فردی یا گروهی خودآموزی کلامی نیافتند. در ایران قمری گیوی (۱۳۷۰) در یک پژوهش که به صورت مورد پژوهشی انجام داد، چهار پسر مبتلا به ADHD در دامنه سنی ۷ تا ۹ سال را با شیوه خودآموزی کلامی مورد درمان قرار داد. نتایج نشان دادند که خودآموزی کلامی، بی توجهی و تکانشوری را کاهش می دهد؛ و باعث بهبود عملکرد کودک در آزمونهای فراختای توجه و همتاسازی تصاویر مشابه می شود. همچنین نشان داد که ترکیب خودآموزی کلامی با متیل فنیدیت اثر درمانی بیشتری دارد.
- فرضیه ها**
- در پژوهش حاضر، چهار فرضیه اصلی وجود دارد:
۱. سه روش درمانی، تعلیم خودآموزی کلامی به کودکان، تعلیم رفتار درمانی و خودآموزی کلامی به مادران، در کاهش بی توجهی تأثیر دارند.
 ۲. سه روش درمانی، تعلیم خودآموزی کلامی به کودکان، تعلیم رفتار درمانی و خودآموزی کلامی به مادران، در کاهش تکانشوری تأثیر دارند.
 ۳. سه روش درمانی، تعلیم خودآموزی کلامی به کودکان، تعلیم رفتار درمانی و خودآموزی کلامی به مادران، از نظر تأثیر بر کاهش بی توجهی کودکان بیش فعال با یکدیگر متفاوتند.
 ۴. سه روش درمانی، تعلیم خودآموزی کلامی به کودکان، تعلیم رفتار درمانی و خودآموزی کلامی به مادران، از نظر تأثیر بر کاهش تکانشوری کودکان بیش فعال با یکدیگر متفاوتند.
- تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها**
- الف. اختلال کمبود توجه / بیش فعالی: یک اختلال روانپزشکی دوران کودکی است که بر اساس ملاکهای DSM-IV خصوصیت اصلی

آن بی توجهی / تکانشوری است. در پژوهش حاضر ADHD به کودکی اطلاق می‌شود که در پرسشنامه استونی بروک فهرست علامتگذاری معلمین در ۹ سوال اول یا دوم حداقل ۶ نمره دریافت دارد.

ب. بی توجهی: توجه به آماده بودن ذهن نسبت به دریافت محرکی خاص و متأثر نشدن به وسیله محرکهای نامربوط اطلاق می‌شود که می‌بایست حداقل برای مدتی از زمان حفظ گردد. بی توجهی به ناتوانی ذهن در دریافت محرک مربوط، متأثر شدن توسط محرکهای نامربوط و کوتاه بودن فراختای زمانی توجه اطلاق می‌شود (گلاس و هالیاک^۱، ۱۹۸۶). در پژوهش حاضر نمره خطای حذف^۲ در آزمون عملکرد پیوسته به عنوان بی توجهی در نظر گرفته شده است.

ج. تکانشوری^۳: تکانه، هر عملی است که به وسیله یک محرک تحریک شود و بدون تأخیر و تأمل هوشیارانه، به جوانب آن توسط فرد صادر شود. در حقیقت، می‌توان آن را عملی آنی و بدون اندیشه نامید. تکانشوری نوعی سبک شخصیت است که در متون روانشناسی، در مقابل تعمق^۴ قرار دارد (کایرنز و کاموک^۵، ۱۹۷۸؛ جیرد^۶ و همکاران، ۱۹۸۵ و گلدستاین و گلدستاین، ۱۹۹۸). در پژوهش حاضر،

خطای ارائه پاسخ^۷ در آزمون عملکرد پیوسته به عنوان شاخص تکانشوری به کار رفته است.

روش پژوهش

الف. طرح پژوهش: پژوهش به شیوه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون انجام شد. آزمودنیهای پژوهش شامل پنج گروه می‌باشند. چهار گروه متعلق به کودکان ADHD است و یک گروه متشکل از کودکان طبیعی است. آزمودنیهای ADHD به صورت تصادفی در چهار گروه گمارده شدند. اعمال مداخله آزمایشی به صورت تصادفی برای هر گروه انتخاب شد. سه گروه در معرض سه نوع مداخله آزمایشی (سه نوع درمان قرار گرفتند و یک گروه به عنوان گواه در آزمایش وارد شد. گروه پنجم که شامل آزمودنیهای طبیعی است به عنوان گروه گواه طبیعی در آزمایش استفاده شد.

متغیرها: در این پژوهش شیوه‌های متفاوت درمانی، به عنوان متغیر مستقل در گروهها اعمال شد و تکانشوری و بی توجهی به عنوان

-
- | | |
|---------------------|----------------|
| 1- Glass & Holyoak | |
| 2- omission | 3- impulsivity |
| 4- reflectivity | |
| 5- Cairns & Cammock | |
| 6- Gierde | 7- commission |

متغیر وابسته در پیش آزمون و پس آزمون، مورد ارزیابی قرار گرفت. پیش آزمون قبل از اعمال مداخله و پس آزمون حدوداً دو هفته بعد از اعمال مداخله انجام گردید.

شیوه‌های مداخله: سه گروه کودکان ADHD در این پژوهش مورد سه نوع مداخله درمانی متفاوت قرار گرفتند. گروه اول: کودکان این گروه، طی فرایند درمان با روش تعلیم خودآموزی کلامی، به صورت انفرادی توسط یک روانشناس بالینی، که برای این منظور آموزش دیده بود؛ در محل مدرسه مورد درمان قرار گرفتند. طی دوره آموزش، کودکان هشت گام این شیوه درمانی را به ترتیب زیر تکمیل کردند: ۱. انتخاب تکلیف، ۲. الگوسازی شناختی، ۳. راهنمایی آشکار بیرونی، ۴. خودراهنمایی آشکار، ۵. الگوسازی کمرنگ شده خودراهنمایی آشکار، ۶. تمرین کودک با خود راهنمایی آشکار کمرنگ شده، ۷. الگوسازی با خودآموزی پنهان، ۸. تمرین کودک با خودآموزی پنهان (هادیانفرد و نجاریان، ۱۳۸۰). تکمیل این گامها به طرز متوسط در پنج جلسه درمانی به مدت حدوداً ۵۰ دقیقه انجام شد.

گروه دوم: در گروه دوم به جای آموزش کودکان، از مادران آنها دعوت گردید تا در

کلاسهای آموزشی شرکت نمایند، تا آموخته‌های خود را بر روی کودکان اجرا کنند. این کلاسهای آموزشی نیز توسط یک روانشناس بالینی آموزش دیده، برگزار گردید. پس از آشنائی کلی مادران با اختلال ADHD، گامهای مختلف خودآموزی کلامی به آنها آموزش داده شد و تکالیفی مشابه با تکالیف گروه اول به والدین ارائه گردید، تا با کودکانشان در منزل کار کنند. تکمیل این آموزش به طور متوسط در پنج جلسه به مدت حداقل ۱/۵ تا دو ساعت انجام گرفت.

گروه سوم: در این گروه همانند گروه دوم از مادران کودکان دعوت شد تا در کلاسهای آموزشی شرکت کنند و از آموخته‌های خود، جهت کنترل رفتار کودکانشان استفاده نمایند. کلاسهای آموزشی توسط یک روانشناس بالینی آموزش دیده برگزار شد. در این نشستهای آموزشی پس از آشنائی کلی مادران با اختلال ADHD، گامهای مختلف مدیریت مشروط رفتار، به ترتیب زیر، آموزش داده شد. ۱. شناسائی رفتار هدف ۲. شناسائی و درجه‌بندی تقویتها ۳. آموزش مهارتهای اجتماعی ۴. کاهش رفتار نامناسب از طریق خاموشی و شرطی سازی متقابل ۵. استفاده از جریمه، تکمیل این آموزش به طور متوسط در

دانش آموز مورد بررسی قرار گرفت. از این میان ۱۹۶ دانش آموز به عنوان ADHD تشخیص داده شدند. پس از انتخاب کودکان ADHD جهت تشکیل گروه عادی، از همان کلاسهای که کودکان دارای اختلال تعیین شده بودند، ۸۰ کودک عادی (از هر کلاس یک نفر) به صورت تصادفی انتخاب شد. کودکان ADHD با روش قرعه کشی در ۴ گروه تقسیم شدند. سپس نوع مداخله در هر گروه نیز بر اساس قرعه کشی تعیین شد. به خاطر عدم شرکت بعضی از مادران در کلاسهای آموزشی، در گروههای تعلیم رفتار درمانی به مادران و تعلیم خودآموزی کلامی به مادران، آفت آزمودنی در این گروهها به وجود آمد و باعث عدم تساوی گروهها شد. جهت مساوی سازی آزمودنیها در گروهها، تعدادی از افراد گروههایی که آفت کمتری داشتند به طور تصادفی حذف شدند. به این ترتیب مجموعاً ۱۶۰ آزمودنی در چهار گروه ۴۰ نفری به عنوان آزمودنیهای ADHD در آزمایش باقی ماندند. از میان ۸۰ آزمودنی بهنجار نیز ۴۰ آزمودنی به طور تصادفی و با شیوه قرعه کشی جهت گروه گواه عادی انتخاب شد. دامنه سنی آزمودنیها بین ۸ تا ۱۲ سال قرار دارد. بررسی

پنج جلسه آموزشی به مدت حداقل ۱/۵ تا ۲ ساعت انجام گرفت.

گروههای چهارم و پنجم، هیچ گونه مداخله آزمایشی دریافت نکردند و به عنوان گروههای گواه در آزمونها شرکت داشتند.

ب. آزمودنیها:

جمعیت آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان پسر پایه های سوم و چهارم مدارس دولتی شهرستان شیراز است که در سال تحصیلی ۷۸-۷۹ دچار ADHD بودند. جهت انتخاب نمونه، از نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای استفاده شد. در ابتدا با مراجعه به نواحی چهارگانه آموزش و پرورش شهر شیراز، فهرست دبستانهای دولتی پسرانه در هر ناحیه تهیه شد. سپس با روش قرعه کشی از فهرست مدارس به طور تصادفی ۵ مدرسه از هر ناحیه (جمعاً ۲۰ مدرسه در چهار ناحیه) انتخاب شد. در مرحله بعد به تمامی آموزگاران پایه های سوم و چهارم این مدارس، فهرست علامتگذاری معلمین استونی بروک ارائه شد. از آنها خواسته شد این چک فهرست را برای کلیه کودکانی که در کلاس درس علائم بی توجهی یا بی قراری را نشان می دهند؛ تکمیل نمایند. ۸۰ کلاس درسی شامل ۲۸۶۳

تحصیلات مادر آزمودنیها نشان می‌دهد ۵۰ درصد آنها بی‌سواد یا دارای حداقل تحصیلات می‌باشند ۱۶/۵ درصد دارای تحصیلات راهنمایی و ۲۶/۵ درصد دارای تحصیلات متوسطه هستند.

ابزارهای پژوهش

الف. پرسشنامه علائم کودکان استونی بروک^۱: اولین فرم این آزمون، در سال ۱۹۸۲ توسط اسپرافکین^۲ و همکاران منتشر شد. همگام با تجدیدنظر در DSM این آزمون سرانجام با نام CSI-4 در سال ۱۹۹۴ بر اساس DSM تهیه و منتشر گردید. این پرسشنامه دارای دو فرم، فهرست علامتگذاری معلمین و فهرست علامتگذاری والدین است و اختلالات مختلف دوران کودکی از جمله ADHD را می‌سنجد؛ فهرست علامتگذاری شامل ۱۱۲ ماده است که ۱۸ ماده اول آن مربوط به ADHD است. مؤلفین و پژوهشگران مختلف از این وسیله، به عنوان یک وسیله مناسب در شناسایی کودکان ADHD یاد می‌کنند (گلدستاین^۳ و گلدستاین، ۱۹۹۸). مؤلفین پایانی این آزمون را بعد از ۶ هفته از طریق بازآزمایی محاسبه و در دامنه بین ۰/۷ تا ۰/۸۹

گزارش می‌کنند. اعتبار این آزمون علاوه بر اعتبار محتوا از طریق مقایسه با سایر آزمونهای روانپزشکی کودکان در دفترچه راهنمای آزمون مناسب گزارش شده است. بنابراین مؤلفین بر اساس پژوهشهایی که در این زمینه انجام شده است از مناسب بودن این وسیله به عنوان یک وسیله غربالگری صحبت می‌کنند (اسپرافکین و همکاران، ۱۹۹۴). پایانی ماده‌های مربوط به ADHD فرم ایرانی فهرست علامتگذاری معلمین از طریق بازآزمایی ۰/۸۴ گزارش شده است. همچنین همبستگی منفی و معنی‌داری بین نمره‌های فرم ایرانی فهرست علامتگذاری معلمین با نمره‌های مقیاسهای فراخنای اعداد، حساب و نمادهای عددی، مقیاس تجدیدنظر شده هوشی و کسلر برای کودکان WISC-R گزارش شده است (هادیانفرد، ۱۳۷۹).

ب. آزمون عملکرد پیوسته^۴: این آزمون در سال ۱۹۵۶ توسط رازولد^۵ و همکاران تهیه شد و به سرعت مقبولیت عام یافت. امروزه این آزمون به عنوان مهمترین و متداولترین وسیله آزمایشگاهی در سنجش ADHD

- 1- Stony Brook child symptom inventory (CSI-4)
- 2- Sprafkin
- 3- Goldestein
- 4- continuous performance test (CPT)
- 5- Rosvoid

این آزمون ۵۰۰ میلی ثانیه و زمان ارائه هر محرک ۱۵۰ میلی ثانیه است. ۴. در این آزمون دو خطای حذف (پاسخ ندادن به محرک هدف) و ارائه پاسخ (پاسخ دادن به محرک غیرهدف)، توسط رایانه نمره گذاری می شود. علاوه بر آن رایانه تعداد پاسخهای صحیح آزمودنی [پاسخهای صحیح = تعداد محرکها - (خطای حذف + خطای ارائه)] را نیز گزارش می دهد. پایائی آزمون از طریق بازآزمائی در دامنه بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. اعتبار آزمون از طریق مقایسه عملکرد کودکان بهنجار و ADHD نتایج قابل قبولی نشان می دهد. (هادیانفرد و همکاران، ۱۳۷۹).

یافته ها

جدول ۱. میانگین نتایج آزمون عملکرد پیوسته را در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و تفاضل پس آزمون- پیش آزمون را به تفکیک گروهها نشان می دهد. گروه گواه بهنجار در مراحل پیش آزمون، پس آزمون در پاسخ صحیح بالاترین نمره را به خود اختصاص داده است. آزمودنیهای این گروه مرتکب کمترین خطای حذف و ارائه نیز شده اند. میانگین

شسناخته می شود. پیشینه ۳۰ ساله نشان می دهد، این آزمون وسیله مناسبی برای اندازه گیری ترصد، نگهداری توجه و تعمق است. کارکام و شیگل^۲ (۱۹۹۳) در یک بازنگری از پژوهشهایی که با آزمون CPT انجام گرفته است نقل می کنند که ضریب پایائی آزمون از طریق بازآزمائی بالا گزارش شده است. در اکثر پژوهشهای مورد بررسی آنها، این آزمون با استفاده از خطاهای حذف و ارائه قادر به تمایز کودکان ADHD از بهنجار بوده است. علاوه بر آن، می توان شدت بی توجهی و تکانشوری کودکان را نیز مشخص کرد. آنها نتیجه می گیرند، این آزمون می تواند به عنوان یک ابزار مناسب در کارهای پژوهشی و بالینی به کار رود. در پژوهش حاضر، فرم فارسی آزمون عملکرد پیوسته که توسط هادیانفرد و همکاران (۱۳۷۹) تهیه شده است مورد استفاده قرار گرفت. این آزمون دارای مشخصات زیر است. ۱. با استفاده از یک نرم افزار به وسیله رایانه اجرا می گردد. اجرای آزمون نیازمند حداقل اطلاعات رایانه ای است. ۲. آزمون دارای ۱۵۰ محرک (عدد فارسی) است. از این تعداد ۳۰ محرک شامل محرک هدف است. ۳. فاصله بین ارائه دو محرک در

جدول ۱. میانگین نتایج آزمون عملکرد پیوسته در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و تفاضل پس آزمون- پیش آزمون به تفکیک گروهها

گروهها	نمره‌های پیش آزمون			نمره‌های پس آزمون			تفاضل پس آزمون و پیش آزمون		
	صحیح	حذف	ارائه	صحیح	حذف	ارائه	صحیح	حذف	ارائه
آموزش رفتار درمانی به مادر	۱۲۷/۷۵	۸/۶۵	۱۳/۶۰	۱۳۲/۲۵	۷/۳۳	۱۰/۴۳	۴/۵۰	-۱/۳۲	-۳/۱۸
آموزش خودآموزی به مادر	۱۲۷/۵	۸/۸۷	۱۳/۶۳	۱۳۸/۳۷	۴/۹۴	۶/۹۳	۱۰/۸۷	-۳/۹۳	-۶/۷۰
آموزش خودآموزی به کودک	۱۲۷/۴۵	۸/۷۸	۱۳/۵۳	۱۳۹/۴۸	۴/۴۸	۷/۰۷	۱۲/۰۳	-۴/۳۰	-۶/۴۵
گواه ADHD	۱۳۲/۰۲	۸/۳۸	۹/۶۰	۱۳۳/۸۰	۶/۸۳	۹/۳۸	۱/۷۸	-۱/۵۵	-۰/۲۲
گواه بهنجار	۱۳۹/۷۸	۴/۴۰	۵/۸۳	۱۴۱/۱۳	۴/۲۵	۴/۶۰	۱/۳۵	-۰/۱۵	-۱/۲۳

پاسخ صحیح در گروههای ADHD در مرحله پیش آزمون در دامنه‌ای بین ۱۳۲ تا ۱۳۲/۴۵ قرار دارد. این میانگینها از لحاظ آماری با یکدیگر تفاوت معنی داری ندارند. متوسط میانگین پاسخ صحیح در این چهارگروه در مرحله پیش آزمون ۱۲۸/۶۷ است که حدود ۱۱ نمره پایین تر از میانگین پاسخ صحیح در گواه بهنجار است. میانگین هر دو خطای حذف و ارائه در مرحله پس آزمون در تمامی گروهها کاهش یافته است. از طرف دیگر، میانگین پاسخ صحیح در تمامی گروهها افزایش یافته است. نتایج تفاضل پس آزمون- پیش آزمون نشان می دهد که آزمودنیهای گروه

تعلیم خودآموزی کلامی به کودک بالاترین تفاضل پاسخ صحیح را به خود اختصاص داده‌اند. به بیان دیگر، آزمودنیهای این گروه بیشترین بهبودی در عملکرد را نشان می دهند. آنها همچنین بیشترین کاهش در خطای حذف و ارائه را دارند. رتبه‌های دوم و سوم به ترتیب مربوط به گروههای تعلیم خودآموزی کلامی به مادر و تعلیم رفتار درمانی به مادر است. کمترین تفاضلهای مربوط به گروههای گواه بهنجار و ADHD است.

برای بررسی معنی داری تفاوت بین گروهها در ابتدا به طور همزمان نمره‌های تفاضل پس آزمون- پیش آزمون سه متغیر وابسته آزمون

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) سه متغیر وابسته آزمون

بین گروههای مختلف شهر شیراز

نام آزمون	مقدار	F	Df فرضیه	df اشتباه	سطح معنی داری
Pillais	۰/۲۱۰	۷۴/۵	۸	۳۹۰	۰/۰۰۱
Hotelling	۰/۲۶۴	۶/۳۷	۸	۳۸۶	۰/۰۰۱
Wilks	۰/۷۹۰	۶/۰۶	۸	۳۸۸	۰/۰۰۱

(نمره‌های صحیح، حذف و ارائه) در گروههای مختلف مورد تحلیل واریانس چندمتغیری قرار گرفت. جدول شماره ۲ نتایج این تحلیل را نشان می‌دهد. همان‌طور که از جدول ۲ می‌توان استنباط کرد؛ گروههای دخیل در آزمون در سطح $P=0/001$ تفاوت معنی داری در آزمونهای مختلف با یکدیگر نشان می‌دهند. بدین معنا که حداقل دو گروه در یک متغیر وابسته با یکدیگر تفاوت معنی داری دارند. برای یافتن معنی داری که در تحلیل واریانس چندمتغیری مشاهده شد، تفاضل نمره‌های پس آزمون-پیش آزمون در گروهها مختلف با روش تحلیل واریانس یک راهه مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج این تحلیلها که به طور مجزا برای نمره‌های صحیح، خطای حذف و خطای ارائه در کل آزمون انجام گرفت؛ به قرار زیر می‌باشند.

جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس یک راهه تفاضل نمره‌های صحیح پس آزمون - پیش آزمون را نشان می‌دهد. با توجه به داده‌های جدول تفاوت بین گروهها در سطح $P=0/001$ معنی دار است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس یک راهه (ANOVA) مربوط به تفاضل

پس آزمون- پیش آزمون؛ پاسخهای صحیح

منبع واریانس	SS	Df	MS	F
بین گروهها	۴۰۶۹/۳۷۰	۴	۱۰۱۷/۳۴	۸/۳۸۵***
دورن گروهها	۲۳۶۵۷/۴۲	۱۹۵	۱۲۱/۳۲	

*** $P < 0/001$

جدول ۴. مقایسه میانگین نمره‌های صحیح آزمودنیهای گروههای مختلف شهر شیراز با آزمون توکی

میانگین	گروهها	۱	۲	۳	۴	۵
۴/۵۰	۱. گروه آموزش رفتار درمانی به مادر					
۱۰/۸۷	۲. گروه آموزش خودآموزی کلامی به مادر			*	*	*
۱۲/۰۲	۳. گروه آموزش خودآموزی کلامی به کودک	*			*	*
۱/۷۷	۴. گروه گواه ADHD					
۱/۳۵	۵. گروه گواه بهنجار					

آزمون توکی نیز پنج تفاوت معنی‌دار به قرار زیر بین میانگین گروهها نشان می‌دهد: ۱. گروه آموزش خودآموزی کلامی به مادر با گروه گواه بهنجار ۲. گروه آموزش خودآموزی کلامی به مادر با گروه گواه ADHD ۳. گروه آموزش خودآموزی به کودک با گروه گواه ADHD ۴. گروه آموزش خودآموزی کلامی به کودک با گروه آموزش خودآموزی کلامی به مادر، هیچ تفاوت معنی‌داری با گروههای گواه نشان نداد.

این نتایج نشان می‌دهند که چنانچه میزان بهبودی را با نمره کل بسنجیم و هر دو نوع خطای حذف و ارائه را صرفاً به عنوان خطا در نظر بگیریم خودآموزی کلامی به طور معنی‌داری قادر است؛ میزان خطای کودکان را کاهش دهد. این بهبودی در مقایسه با گروههای گواه در سطح قابل قبولی معنی‌دار است. گروه آموزش رفتار درمانی به مادر، هیچ تفاوت معنی‌داری با گروههای گواه نشان نداد.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس یک راهه ANOVA مربوط به تفاضل پس آزمون - پیش آزمون، در پاسخ حذف بین گروههای مختلف.

منبع واریانس	SS	Df	MS	F
بین گروهها	۵۱۰/۵۵۰	۴	۱۲۷/۶۳	
دورن گروهها	۵۲۱۸/۹۵۰	۱۹۵	۲۶/۷۶۳	۴/۷۶۹ ***

*** $P < 0.001$

جدول ۶. مقایسه میانگین نمره‌های حذف آزمودنی‌های گروه‌های مختلف با آزمون توکی

میانگین	گروه‌ها	۱	۲	۳	۴	۵
-۱/۳۲	۱. گروه آموزش رفتار درمانی به مادر					
-۳/۹۲	۲. گروه آموزش خودآموزی کلامی به مادر					*
-۴/۳۰	۳. گروه آموزش خودآموزی کلامی به کودک					*
-۱/۵۵	۴. گروه گواه ADHD					
-۰/۱۵	۵. گروه گواه بهنجار					

در جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس یک راهه تفاضل نمره‌های حذف پس آزمون-پیش آزمون را نشان می‌دهد. چنانچه میزان بهبودی را تنها بر اساس خطای حذف تحلیل کنیم، همان‌طور که از این جدول استنباط می‌شود؛ گروه‌ها در سطح $P=0/001$ با یکدیگر تفاوت دارند. آزمون توکی دو تفاوت معنی‌دار بین میانگینها به قرار زیر نشان می‌دهد: ۱. گروه

تعلیم خودآموزی کلامی به کودک با گروه گواه بهنجار ۲. گروه تعلیم خودآموزی کلامی به مادر با گروه گواه بهنجار.

در جدول ۷ نتایج تحلیل واریانس یک راهه تفاضل نمره‌های ارائه پس آزمون-پیش آزمون را نشان می‌دهد. وقتی میزان بهبودی بر اساس خطای ارائه در کل آزمون تحلیل شود؛ نتایج هیچ‌گونه تفاوت معنی‌داری را بین گروه‌ها نشان نمی‌دهند.

جدول ۷. نتایج تحلیل واریانس یک راهه ANOVA تفاضل پس آزمون - پیش آزمون، پاسخ ارائه،

بین گروه‌های مختلف.

منبع واریانس	SS	DF	MS	F
بین گروه‌ها	۱۳۹۷/۳۷	۲	۳۴۹/۳۲	
درون گروه‌ها	۲۹۷۶۰/۳۹	۱۹۵	۱۵۲/۶۱	۲/۲۸NS

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش در ارتباط با فرضیه‌ها

نتیجه فرضیه شماره ۱. دوش درمانی، تعلیم خودآموزی کلامی به کودکان و تعلیم خودآموزی کلامی به مادران، در کاهش بی‌توجهی مؤثر است. تعلیم روش رفتار درمانی به مادران کودکان بیش‌فعال جهت به‌کارگیری آن در مدیریت رفتار کودکانشان، در کاهش بی‌توجهی فرزندان آنها تأثیر نداشت.

نتیجه فرضیه شماره ۲. تعلیم رفتار درمانی به مادران، جهت به‌کارگیری آن در مدیریت رفتار کودکانشان، تعلیم خودآموزی کلامی به کودکان و تعلیم خودآموزی کلامی به مادران در کاهش تکانشوری تأثیر نداشت.

نتیجه فرضیه شماره ۳. روشهای درمانی، تعلیم خودآموزی کلامی به کودکان و تعلیم خودآموزی کلامی به مادران با تعلیم رفتار درمانی به مادران، جهت به‌کارگیری آن در مدیریت رفتار کودکانشان، از نظر تأثیر بر کاهش بی‌توجهی کودکان بیش‌فعال متفاوتند. گروه تعلیم رفتار درمانی اصولاً تفاوت معنی‌داری با گروههای گواه نشان نداد؛ در حالی که گروههای تعلیم خودآموزی کلامی به کودک و مادر تفاوت معنی‌داری با گروه گواه بهنجار نشان دادند.

نتیجه فرضیه شماره ۴. روشهای درمانی تعلیم خودآموزی کلامی به کودکان، تعلیم

خودآموزی کلامی به مادران و تعلیم رفتار درمانی به مادران، جهت به‌کارگیری آن در مدیریت رفتار کودکانشان، از نظر تأثیر بر کاهش تکانشوری کودکان بیش‌فعال با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نشان ندادند.

تبیین یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد، اگر میزان بهبودی، با نمره کل سنجیده شود؛ یعنی وقتی که هر دو نوع خطای حذف و ارائه رویهم به عنوان اشتباه آزمودنی در نظر گرفته شود، گروهها از نظر آماری تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نشان می‌دهند. این تفاوت، بین گروههای تعلیم خودآموزی کلامی به مادر و تعلیم خودآموزی کلامی به کودک با دو گروه گواه مشاهده می‌شود. در حالی که گروه تعلیم رفتار درمانی به مادر با هیچ کدام از گروههای گواه تفاوت معنی‌داری نشان نمی‌دهد. این یافته بیانگر این موضوع است که درمان خودآموزی کلامی چه به صورت درمان مستقیم و چه به صورت آموزش به مادر می‌تواند در بهبود علائم ADHD مؤثر باشد. در حالی که تعلیم رفتار درمانی به والدین در پژوهش حاضر فاقد کارایی است. تعلیم خودآموزی کلامی قادر است به‌طور معنی‌داری میزان خطای کودکان را کاهش دهد. این بهبودی در مقایسه با گروههای گواه در

کاهش اختلالات کودکان از جمله ADHD مؤثر است. حتی در کشور خودمان نیز در پژوهش فتاحی (۱۳۷۴) این روش به طور معنی داری باعث بهبود آزمودنیهای ADHD گردیده بود. همچنین کلاتری (۱۳۷۶) بر اثر بخشی این درمان در ایران اشاره می کند. شاید چند دلیل عمده باعث عدم کارایی آموزش رفتار درمانی به مادران در پژوهش حاضر شد. اول اینکه، آموزش رفتار درمانی به والدین وقتی می تواند مفید واقع گردد که در والدین انگیزه کافی وجود داشته باشد تا برخلاف عادهای متعارف خود رفتار نمایند. در حقیقت این شیوه درمانی تا حد زیادی علت نابسامانیهای رفتاری در کودک را مشکلات والدین می داند. یک رفتار درمانگر معتقد است، رفتار نابهنجار کودک و نحوه پاسخگویی او به محیط، تا حد زیادی وابسته به الگوی رفتاری والدین است. به طور ساده می توان گفت کودک به شکلی رفتار می کند که توسط والدین بار آمده است.

اسکات (۱۹۸۹) معتقد است سیستم تقویتی یا تنبیهی که والدین در خانواده مستقر می کنند تا حد زیادی وابسته به آستانه تحمل آنها است. والدینی که آستانه تحمل بالاتری دارند ممکن است، رفتار کودک را بدون توجه،

سطح قابل قبولی معنی دار است و در هر دو شیوه تعلیم خودآموزی کلامی مشاهده شده است. اگر چه میانگین بهبودی در گروه تعلیم خودآموزی کلامی به کودک، بالاتر از میانگین در گروه تعلیم خودآموزی کلامی به مادر است ولی تفاوت معنی داری بین این دو شیوه در پژوهش حاضر یافت نشد.

وقتی میزان بهبودی بر حسب خطاهای حذف و ارائه به طور مجزا سنجیده شد، میزان اثربخشی درمان کاهش یافت. در خطای حذف، گروههای تعلیم خودآموزی کلامی تفاوت معنی داری حداقل با یکی از گروههای گواه نشان دادند. ولی در ارتباط با خطای ارائه، اگر چه در گروههای تعلیم خودآموزی خطا در مرحله پس آزمون کاهش یافت ولی هیچ گروهی با گروههای گواه تفاوت معنی داری نشان نداد. به طور کلی یافتههای پژوهش حاضر در هیچ کدام از تحلیلها تفاوت معنی داری به نفع گروه تعلیم رفتار درمانی نشان نداد. این در حالی است که پیشینه قوی این نوع درمان تأثیر مثبت آن را در کاهش تکانشوری و افزایش توجه به کرات نشان داده است. بارکلی (۱۹۸۱)، کازدین (۱۹۸۵)، ماسترز^۱ و همکاران (۱۹۸۷)، کراتوچویل^۲، (۱۹۹۱) و پلهام^۳ و همکاران (۱۹۹۸)، معتقدند آموزش رفتار درمانی به والدین چه به صورت گروهی و چه به صورت فردی در

1- Masters

2- Kratochwill

3- Pelham

آموزش رفتار درمانی به والدین، در طبقات اجتماعی بالا، در خانواده‌های باهوش، دارای تحصیلات بالا و خانواده‌هایی که خود از نظر سلامت در وضعیت مناسبتری هستند تأثیر بهتری به جا می‌گذارد.

به نظر می‌رسد عوامل فوق الذکر، یکی از علل ناکارآمدی رفتار درمانی به والدین در پژوهش حاضر بوده باشد. اولاً، اکثر مادران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر از سطح تحصیلات بالائی برخوردار نیستند. حدود پنجاه درصد آنها بی‌سواد یا دارای تحصیلات دبستانی هستند. این موضوع درباره تحصیلات پدر نیز صادق است. متجاوز از یک سوم آنها بی‌سواد یا دارای تحصیلات دبستانی هستند. ثانیاً حدود دو سوم پدران در مشاغل فعالیت می‌کنند که مستلزم صرف زمان بیشتری در محیط کار است. بنابراین می‌توان تصور کرد، اکثر آنها در تربیت کودکان خود، نقش کمی به عهده دارند و عموماً به خاطر حجم زیاد کار، برداشتهای فرهنگی و سطح تحصیلات در درمان مشارکت ندارند. مادر تنها فرد محیط اجتماعی کودک است که در رابطه با اعمال مدیریت رفتار، آموزش دیده و احتمالاً باید فعالیت کند. البته مادران هم به خاطر وجود فرزندان متعدد (حدود نیمی از

به نوعی پرخاشگری، بی ادبی و گستاخی بکشانند. بر خلاف آن ممکن است، والدینی که آستانه تحمل پایین‌تری دارند، رفتار کودک را به گوشه‌گیری و خجالتی بودن بکشانند. بنابراین قبل از هرگونه تغییر رفتار در کودک می‌بایست نوعی تغییر رفتار در والدین به وجود آوریم. در حقیقت در این شیوه درمانی هدف اصلی درمان، تغییر رفتار والدین است. کازدین (۱۹۹۰) بیان می‌کند که عجیب نیست که تصور کنیم آموزش رفتار درمانی به والدین تحمیل وظیفه سنگینی برای آنهاست. والدین برای اعمال مدیریت رفتار می‌بایست، برخلاف عادهای متعارف خود رفتار نمایند. عجیب نیست که آنها از انجام وظایف محوله، زود خسته شوند و یا حتی آن را نادیده بگیرند. اعمال این نوع درمان توسط والدین عموماً مستلزم نوعی سخت‌کوشی، دقت و صرف وقت و انرژی زیاد است. از طرف دیگر، پائیدن رفتار کودک، دقت، حوصله و زمان زیادی از والدین را به خود اختصاص خواهد داد. همچنین، وقتی آموزش رفتار درمانی می‌تواند یک تغییر متناسب در رفتار کودک به وجود آورد که تمام اعضاء خانواده هم از شیوه اعمال رفتار درمانی آگاهی داشته باشند و هم انگیزه کافی برای انجام آن داشته باشند، یعنی رفتار درمانی احتیاج به مشارکت تمام اعضای خانواده دارد. اسکات (۱۹۸۹) متذکر می‌شود

آنها دارای ۳ یا بیشتر از ۳ فرزند می‌باشند). برداشتهای فرهنگی و سطح تحصیلات پائین احتمالاً انگیزه کافی برای اعمال این روش را نداشتند. علت دیگری که احتمالاً باعث شد تعلیم رفتار درمانی به مادر تفاوت معنی‌داری با گروههای گواه نشان ندهد شیوه اندازه‌گیری متغیر وابسته است. در اکثر پژوهشهایی که تعلیم رفتار درمانی نسبت به گروه گواه تفاوت معنی‌داری نشان داده شده است متغیر وابسته با سنجشهای رفتاری ارزیابی شده است (کازدین، ۱۹۹۰). در ارزیابیهای رفتاری، عموماً فراوانی رخداد یک رفتار یا شدت و مدت آن به طور مستقیم یا غیر مستقیم ارزیابی می‌گردد. در ارزیابیهای مستقیم، مشاهده‌گر با مشاهده رفتار در طی مقاطع زمانی که به طور تصادفی انتخاب می‌شود فراوانی، شدت و یا مدت رفتار را ثبت می‌کند. در ارزیابیهای غیرمستقیم، فراوانی، شدت و یا مدت رفتار توسط پرسشنامه‌هایی که والدین، معلمین یا همکلاسان تکمیل می‌کنند اندازه‌گیری می‌شود در پژوهش حاضر، طی مرحله آموزش مدیریت رفتار به مادران، از آنها خواسته شد، با گواه پیامدهای رفتار، تغییراتی در نرخ، شدت و یا مدت رفتار کودکان به وجود آورند. ولی در پایان متغیر وابسته با آزمون عملکرد پیوسته، که بیشتر یک آزمون شناختی است تا رفتاری، اندازه‌گیری شد.

مارنات^۱ (۲۰۰۰) معتقد است، موفقیت در آزمونهای نگهداری توجه مستلزم مؤلفه‌های شناختی متعددی است که احتمالاً با آموزشهای رفتاری بهبود نمی‌یابد. شاید این دوگانگی در آموزش و سنجش باعث شده نتایج گروه رفتار درمانی کم‌رنگ‌تر ثبت شود و تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردد. اگر چه ممکن است در رفتار این کودکان نیز تغییراتی به وجود آمده باشد. از طرف دیگر، در گروههای تعلیم خودآموزی کلامی، جلسات آموزشی بیشتر بر تصحیح شناختی تأکید داشت. بنابراین نوع آموزش با ارزیابی متغیر وابسته سنخیت بیشتری پیدا می‌کند و در نتیجه پیامد مداخلات درمانی به طور روشنتری در ارزیابی متغیر وابسته منعکس شد.

همان طور که در فصل نتایج ذکر شد گروههای تعلیم خودآموزی کلامی در پاسخهای صحیح و حذف تفاوت معنی‌داری با گروههای گواه نشان دادند. یعنی درمان، به طور کلی و به طور اخص در کاهش بی‌توجهی تأثیر داشته است. نتایج پژوهشهای زیادی از جمله کاگان و همکاران (۱۹۶۶) پالکس، استیوارت و کاهانا (۱۹۶۸)، مایکن بام و گودمن (۱۹۷۱)، مورفی و استوارت (۱۹۹۱)

1- Marnat

اختلال نقص توجه - بیش فعالی در مقطع دبستان کاربرد این روش توسط روانشناسان مدارس، مراکز مشاوره آموزش و پرورش و مدرسین آموزش خانواده می تواند به حل مشکلات این قبیل کودکان کمک نماید. آموزش این شیوه درمانی، توسط مدرسین آموزش خانواده به والدین، علاوه بر حل مشکلات این قبیل کودکان می تواند به تعمیم تأثیرات درمانی در خانواده نیز منجر شود. بسیاری از والدین ممکن است از این آموزشها در تعلیم سایر فرزندان استفاده نمایند. حتی مشاهدات نشان می دهد؛ آموزش والدین به منظور تصحیح رفتار کودک، بر رفتار خود آنها تأثیر می گذارد (بل، ۱۹۶۸؛ بارکلی، ۱۹۹۷). بر خلاف رفتار درمانی، اعمال این نوع درمان توسط والدین عموماً مستلزم سخت کوشی، دقت و صرف وقت و انرژی زیاد نیست. این شیوه درمانی، زمان زیادی از والدین را به خود اختصاص نمی دهد. از سوی دیگر، برای انجام آن مشارکت تمام اعضای خانواده در آموزش لازم نیست. همان طور که در قسمت یافته ها مطرح شد، گرچه تعلیم خودآموزی کلامی در کاهش بی توجهی تأثیرات درمانی خوبی نشان داد ولی در کاهش تکانشوری تأثیرات آن کم رنگ و حتی معنی دار نبود.

نتایج پژوهشهای زیادی از جمله کاگان و همکاران (۱۹۶۶) و مایکن بام و گودمن

و بائر و نیتزل (۱۹۹۱) با نتایج پژوهش حاضر همسو هستند. همین طور، نتایج پژوهش حاضر با یافته های پژوهشی قمری گیوی (۱۳۷۰) که بر روی کودکان ایرانی انجام شده است همسو هستند. تمام این پژوهشها همانند پژوهش حاضر نشان می دهند تعلیم خودآموزی کلامی در کاهش مشکلات کودکان ADHD یک شیوه درمانی مؤثر است.

تعلیم خودآموزی کلامی به دو شیوه در پژوهش حاضر انجام شد. یک گروه گامهای مختلف این شیوه درمانی را به صورت انفرادی فراگرفتند. در گروه دیگر به جای آموزش مستقیم کودکان، از مادران آنها دعوت گردید تا در کلاسهای آموزشی که به صورت گروهی برگزار می شد شرکت نمایند. هر دو شیوه درمانی از لحاظ اجرا ساده، از لحاظ زمان کوتاه مدت و از لحاظ محیط فیزیکی به محیط مدرسه محدود بود. از طرف دیگر، آموزش توسط یک کارشناس روانشناسی، که برای این منظور در دوره های کوتاه مدت آموزش دیده بود اجرا شد. بنابراین برای تکمیل فرایند درمان، احتیاج به درمانگری با تخصص بالا ندارد. این خصوصیات، تعلیم خودآموزی کلامی را به عنوان شیوه درمانی کارآمد و در عین حال سهل الوصول که با شرایط کنونی دبستانهای کشورمان کاملاً سازگاری دارد، معرفی می کند. با توجه به شیوع نسبتاً بالای

محرك هدف در این گونه تکالیف مهمتر از پاسخ ندادن به محرکهای نامربوط است. همین الگوی شناختی ممکن است؛ باعث شود در آزمون نیز بیشتر به محرکهای هدف توجه نمایند و احتمالاً برای اینکه محرك هدف را از دست ندهند در دامن خطای ارائه بیفتند. دوم اینکه آموزش تأخیر پاسخ به عنوان یک گام مستقل و پررنگ در گامهای مطرح شده توسط کایربای (۱۹۸۶) که تعلیم خودآموزی کلامی در پژوهش حاضر از آن الگو برداری شده است وجود ندارد. بنابراین، طی آموزش نیز تأخیر پاسخ به عنوان یک گام مستقل و پررنگ به آزمودنیها آموزش داده نشد. سوم اینکه ساختار آزمون عملکرد پیوسته برخلاف آزمون همتاسازی تصاویر آشنا، ساختاری سریع و پرشتاب است و آزمودنی میبایست با سرعت زیاد به محرك توجه کند، آن را درک نماید و به آن پاسخ مناسب دهد. بنابراین او فرصت ندارد، بعد از ارائه هر محرك، حدود ۱۰ تا ۱۵ ثانیه در ارائه پاسخ تأخیر کند و در این زمان در ارتباط با پاسخ درست تفکر نماید. بدین ترتیب، احتمال پاسخهای تکانشوری در این آزمون بیش از آزمون همتاسازی تصاویر آشنا است.

(۱۹۷۱) تأثیر تعلیم خودآموزی کلامی را در کاهش تکانشوری نشان می دهد. در این گونه پژوهشها، پژوهشگران عموماً در مرحله آموزش تأکید فزوانی بر آموزش تأخیر پاسخ دارند. به عنوان مثال، کاگان و همکاران (۱۹۶۶) در یک کوشش برای تغییر رفتار تکانشوری کودکان، از آنها خواستند بعد از ارائه هر محرك، حدود ۱۰ تا ۱۵ ثانیه در ارائه پاسخ تأخیر کنند و در این زمان در ارتباط با پاسخ درست تفکر نمایند. بعد از پایان تأخیر با علامت درمانگر، آزمودنی پاسخ خود را ارائه می کرد. عموماً در این گونه پژوهشها متغیر وابسته نیز با آزمون همتاسازی تصاویر آشنا اندازه گیری می شود. برای تبیین تفاوت یافته های پژوهش حاضر با پژوهشهای فوق الذکر و پژوهشهای مشابه دیگر می توان چند علت را مطرح کرد. اول اینکه تکالیفی که جهت آموزش خودآموزی کلامی در گروهها ارائه شد، اکثراً تکالیفی است که "توجه" جنبه غالب آنها است. هر چند در طی آموزش به این کودکان و یا مادران آنها آموخته شد؛ علاوه بر توجه کودک باید از ارائه پاسخهای اضافی نیز در هنگام اجرای تکالیف جلوگیری کند؛ ولی به نظر می رسد در نظر کودکان، پیدا کردن

منابع

فارسی

- فتحی، نادر (۱۳۷۴). تأثیر برنامه آموزش مدیریت به والدین در کاهش اختلال نقص توجه- بیش فعالی. پایان نامه کارشناسی ارشد انستیتو روانپزشکی تهران.
- قمری گیوی، حسین (۱۳۷۰). کاربرد گفتار درونی در درمان اختلال نقص توجه بیش فعالی. پایان نامه کارشناسی ارشد انستیتو روانپزشکی تهران.
- کلاتری، مهرداد (۱۳۷۶). بررسی میزان تأثیر آموزش رفتاری والدین در کاهش مشکلات رفتاری بیرونی کودکان پیش دبستانی. مجله پژوهشی دانشگاه اصفهان جلد هشتم شماره ۱ و ۲.
- هادیانفرد، حبیب (۱۳۷۹). مقایسه اثربخشی سه روش درمانی، تعلیم خودآموزی کلامی به کودکان، تعلیم رفتار درمانی و خودآموزی کلامی به مادران کودکان پسر دبستانی مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی در کاهش بی توجهی و تکانشوری این کودکان. پایان نامه دکتری دانشگاه شهید چمران اهواز.
- هادیانفرد، حبیب و نجاریان، بهمن (۱۳۸۰). درمان شناختی تعلیم خودآموزی کلامی. فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی، شماره ۱۹، ۶۷-۷۹.
- هادیانفرد، حبیب؛ نجاریان، بهمن؛ شکرکن، حسین و مهربانی زاده، مهناز (۱۳۷۹). تهیه و ساخت فرم فارسی آزمون عملکرد پیوسته. مجله روانشناسی شماره ۱۶، ۳۸۸-۴۰۴.

انگلیسی

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3rd ed.) Washington, D c: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3rd ed., rev.) Washington, D c: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed.) Washington, D c: Author.
- Baer, R.A. & Nietzel, M.T. (1991). "Cognitive and behavioral treatment of impulsivity in children". *Journal of Child Clinical Psychology*, 20, 400-412.

- Barkley, R.A. (1997). *A Clinician's Manual for Assessment and Parent Training*. New York: Guilford Press.
- Bell, R.Q. (1968). "A reinterpretation of the direction of effects in studies for socialization". *Psychological Review*, 2, 81-95.
- Burns, H. (1972). "The effect of self directed verbal commands on arithmetic performance and activity level". *Dissertation Abstracts international*, 33, and 1782.
- Cairns, E. & Cammock, T. (1978). "Development of more reliable version of the matching familiar figures test". *Developmental Psychology*, 14, 555-560.
- Christensen, D.F. & Sprague, R.I. (1973). "Reduction of hyperactive behavior by conditioning procedures". *Behavioral Research and Therapy*, 13, 321-331.
- Corkum, P.V., Siegel, L.S. (1993). "Is the continuous performance task a valuable research tool for use with children with AD/HD". *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 34, 1217-1238.
- Douglas, V.I. & Peters, K.G. (1979). *Toward a Clearer Definition of the Attention Deficit Hyperactive Children*. New York: Plenum publishing.
- Glass, A.L. & Holyoak, K.J. (1989). *Cognition*. USA: MC Graw-Hill.
- Gjerde, P.F., Block, J., Block, J.H. (1985). "Longitudinal consistency of matching familiar figures test". *Developmental Psychology*, 21(2). 262-271.
- Goldstein, S. & Goldstein, M. (1998). *Managing Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children*. New York: John Wiley & sons.
- Hinshaw, S.P. (1994). *Attention deficits and hyperactivity in children*. USA: Sage publication.
- Kagan, J. (1966). "Reflection-impulsivity". *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 17-24.
- Kauffman, J.M. & Hallahan, D.P. (1973). "Control of rough physical behavior using novel contingencies and directive teaching". *Perceptual and Motor Skills*, 36, 1225-1226.

- Kazdin, A.E. (1990). "psychotherapy for children and adolescents". *Journal of Adolescent Psychotherapy*, 41, 21-54.
- Kazdin, A.E. (1985). *Treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. Homewood: Dorsey press.
- Kendall, P.C. (2000). *Childhood Disorders*. UK: psychology press.
- Kirby, E.A. (1986). *Understanding and treating attention Deficit Disorder*. New York: Pergamon press.
- Kratochwill, T.R., Morris, R.J. (1991). *The Practice of Child Therapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Masters, J.C. & et al. (1987). *Neuropsychological Assessment in Clinical Practice*. New York: John Wiley & Sons.
- Masters, J.C. & et al. (1987). *Behavior Therapy*. USA: Harcourt Brace Jovan Vich, Publishers.
- Meichenbaum, D.H. & Goodman, J. (1971). "Training impulsive children to talk to themselves". *Journal of Abnormal Psychology*, 77(2), 115-126.
- Murphy, V. & Stewart, K. H. (1991). "Learning disabilities and attention deficit-hyperactivity disorders". *Journal of Learning Disabilities*, 27(7), 386-389.
- Paikes, H., Stewart, M. & Kahana, B. (1968). "Porteus maze performance of hyperactive boys after training in self direction Verbal commands". *Child Development*, 39, 817-826.
- Pelham, W.E. & et. al. (1998). "Empirically supported psychosocial treatment for AD/HD". *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 190-205.
- Pfiffner, L. J. & Mcburnett, K. (1997). "Social skills training with parent generalization: treatment effect for children with A.D.D." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 5, 749-757.
- Rosvold, H.E., Mirsky, A.F., Sarason, I., Bransome, E.D., & Beck, L.H. (1965). "A continuous performance test of brain damage". *Journal of Consulting Psychology*, 20, 343-350.

- Scott, M.J. (1987). The evaluation of a group parent training program. *Behavioral Psychotherapy*, 15, 224-239.0.
- Scott, M.J. (1989). *A Cognitive Behavioral Approach to Clients Problems*. New York: Routledge.
- Sprafkin, J., Gadow, K.D. (1994). *Child Symptom inventories manual*. Stony Brook: Checkmate plus. Walker, Coe., Roberts, M.C. (1992). *Handbook of Child Psychology*. New York: John Wiley & Sons.
- Webster, S.C. (1984). "Randomized trial of two parent-training Programs for families with conduct disordered children". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 25, 666-678.

دریافت مقاله: ۸۰/۴/۲۴

دریافت مقاله تجدیدنظر شده: ۸۰/۸/۲۸

پذیرش مقاله: ۸۰/۱۲/۱۳