

## The Effectiveness of Parents' Behavior Modification on the Degree of Hyperactive Children's Unpleasant Behavior

Reza Pasha. Ph.D.

Department of psychology, Ahvaz branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

### Abstract

The aim of this quasi experimental study was to investigate the effectiveness of mother's behavior modification on the degree of unpleasant behavior of children who suffer from hyperactive disorder and deficit attention. The population comprised all referring mothers to Sina Health Center with children from 6 to 12 suffering from hyperactive disorder in Dezful. The sample consisted of 24 mothers who were selected by access sampling method. Participants were randomly divided and grouped in control and experimental groups (12 each). The instrument was the revised version of Conner's test. At first, a pre-test was administrated to both groups and then the experimental group received 10 training sessions. After receiving treatment both groups received a post-test. Research outcomes were analyzed by using Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) and Analysis of Covariance (ANCOVA). The results showed that conduct disorder and also children's hyperactivity were significantly improved ( $P < 0.05$ ), but in sub-scales of attention reduction and cognitive/ attentive problems, there were not significant changes.

**Keywords:** behavior modification training, hyper activity, cognitive/ attentive problems, deficit attention disorder.

## اثربخشی آموزشی اصلاح رفتار مادران بر میزان رفتارهای نامطلوب کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه

رضا پاشا\*

گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

### چکیده

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش اصلاح رفتار مادران بر میزان رفتارهای نامطلوب کودکان مبتلا به بیش‌فعالی / نقص توجه بود. پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری همه مادرانی بودند که دارای فرزند ۶ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه بودند و به مرکز درمانی سینا در شهر دزفول مراجعه کرده بودند. نمونه ۲۴ نفر از مادران این جامعه بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گواه (۱۲ نفر) قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری شامل ۵ مقیاس درجه‌بندی اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی از نگاه والدین کانرز (۱۹۹۰) بود. ابتدا برای هر دو گروه پیش‌آزمون برگزار شد. سپس گروه آزمایش در ۱۰ جلسه و هر جلسه یک ساعت آموزش دیدند، آنگاه پس‌آزمون به عمل آمد. در تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) و تحلیل کوواریانس یک متغیره (آنکوا) استفاده شد. نتایج نشان داد مشکلات رفتار مخالفت‌جو یا نه و همچنین بیش‌فعالی کودکان کاهش یافته است ( $P < 0.05$ )، اما در خرده‌مقیاس‌های کاستی توجه و مشکلات شناختی/ توجهی، تغییر معناداری ایجاد نشده است.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه، آموزش اصلاح رفتار والدین، مخالفت‌جویی.

## مقدمه

رفتاری به والدین بر کاهش علائم کودکان مبتلا به این اختلال پرداخته شده است، پژوهشگران به این نتایج دست یافتند که درمان رفتاری از مداخله‌های تأثیرگذار در مورد کاهش علائم این اختلال است (دالی، زانتاپولوس و براون، ۲۰۰۷). برای درمان اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی درمان‌های متنوعی مورد آزمون قرار گرفته و همچنان از آنها استفاده می‌شود. با وجود این فقط مداخلاتی که در آنها از داروهای محرک، فنون اصلاح رفتار یا ترکیبی از این دو استفاده شده است، به‌عنوان درمان‌های کوتاه مدت مؤثر یاد می‌شود (مک‌گینس، ۲۰۰۸). در پژوهشی که دانفورد و همکاران، (۲۰۰۶) بر روی ۴۵ مادر دارای کودک مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی با استفاده از آموزش والدین انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که ارائه آموزش‌هایی در مورد علل، خصیصه‌ها و همچنین فنون مدیریت رفتار کودکان به مادران باعث کاهش بیش‌فعالی، رفتارهای تخریبی و پرخاشگری کودکان شده بود، همچنین این آموزش باعث بهبود عملکرد رفتاری والدین و کاهش تنیدگی آنها شده بود. نتایج پژوهشی با عنوان «اثر بخشی برنامه درمانی اصلاح رابطه والد-کودک بر روی کاهش علائم اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی کودکان ۴ تا ۶ ساله» نشان داد که مشکلات رفتاری، بیش‌فعالی و رفتارهای مخالف‌جویانه این کودکان کاهش یافته بود. (ماتوس، بایرمیستر و برنال، ۲۰۰۹). بر اساس پژوهش‌هایی که در زمینه کار با کودکان نافرمان (لاندهال، ۲۰۰۶)، کودکان مبتلا به اختلال سلوک (نیکسون، ۲۰۰۲)، به دست آمده است، می‌توان گفت آموزش به والدین برای نیل به این هدف مناسب است. در پژوهشی دیگر نشان داده شد که درمانگران باید اغلب چندین راهبرد درمانی که هر کدام از آنها جنبه‌ی متفاوتی از مشکلات روانی - اجتماعی کودک را بررسی می‌کند در ترکیب با یکدیگر به کار گیرند (سانتوش<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). از سوی دیگر نشان داده شده است رفتار درمانی بالینی به شکل آموزش والدین و مداخله‌های کلاسی به بهبود موارد متعددی در خانه و مدرسه منجر می‌شود (فابیانو<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین در پژوهش دیگری لندال، رایزر و لاجوی<sup>۱۴</sup> (۲۰۰۶) نشان دادند آموزش والدین در درمان

اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی<sup>۱</sup> یک اختلال روانپزشکی است که در دوره کودکی ظاهر می‌شود. شیوع این اختلالات به ۵/۹ تا ۱۹/۴ درصد می‌رسد (برد، ۱۹۹۶). کلانتری، نشاطدوست و زارعی (۱۳۸۰) میزان شیوع این اختلال را در کودکان اول و دوم دبستان شهر اصفهان ۳/۷۷ در صد برآورد کرده‌اند. همچنین براساس آخرین مطالعه همه‌گیرشناسی، نیز شیوع این اختلال در ۲۶۶۷ دختر و پسر، ۷ تا ۱۲ ساله در دامنه بین ۳ تا ۶ درصد در شهر تهران بیان شده است (خوشابی و پوراعتماد، ۱۳۸۹). کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی اغلب گوش نمی‌دهند، تکالیف معین شده را به اتمام نمی‌رسانند، به خیالپردازی می‌پردازند، وسایل خود را گم می‌کنند، بدون تمام کردن یک فعالیت به فعالیت دیگری می‌پردازند (کین، ۲۰۰۵). موردی که در تمام نگرانی‌های مربوط به ارجاع این کودکان وجود دارد، کاستی توانایی کودک برای گوش به‌زنگ بودن یا به‌عبارت دیگر نگهداری توجه در انجام تکالیف است. این مشکلات ممکن است در موقعیت‌های بازی آزادانه رخ نمایند، اما آنها اغلب در موقعیت‌هایی ظاهر می‌شوند که مستلزم حفظ توجه کودک به تکالیف کسل‌کننده و تکراری هستند (لری و سیلور<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). از این‌رو شناسایی و انجام مداخلات درمانی برای کودکانی که در معرض مشکلات رفتاری هستند، امری لازم و ضروری است. این امر باعث کمک هرچه بیشتر به والدین برای کنار آمدن با فشار روانی حاصل از داشتن فرزندی با اختلال و مشکل خواهد انجام شد (دانفورد، هاروی و اولاسزک<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶). همچنین این‌گونه والدین با فشارهای بسیار جدی در زمینه تلاش برای مدیریت و سر و سامان دادن به فعالیت‌ها و کارهای روزانه کودکشان روبه‌رو می‌شوند (هوانگ، چائو و یانگ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳). به همین دلیل بیشتر اوقات این والدین برای اداره کردن کودک به روش‌هایی متوسل می‌شوند که وضعیت کودک را بدتر می‌کند و از طریق اعمال نظارت شدید بر کودک، وضعیتی را به‌وجود می‌آورند که پیامد آن تعارض جدی والد با کودک و شدیدتر شدن علائم در کودک است (نیکسون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲؛ و اسائو<sup>۷</sup>، ۲۰۰۶). در پژوهش‌هایی که بر اثر بخشی آموزش فنون درمان

1. attention deficit hyperactivity disorder  
3. Larry & Silver  
5. Huang, Chao, Yong  
7. Essau  
9. McGuiness  
11. Nixon  
13. Fabiano

2. Bird  
4. Danforth, Harvey, Ulaszek  
6. Nixon  
8. Daly, xanthopoulos, Brown  
10. Landhal  
12. Santosh  
14. Risser & Lovejoy

و دارودرمانی با گروه گواه بر روی ۳۰ کودک بیش‌فعال پرداختند و نشان دادند که براساس ارزیابی والدین، آموزش رفتاری والدین در مرحله بعد از درمان و پیگیری به‌طور معناداری علائم بیش‌فعالی را کاهش داده است. اما براساس ارزیابی معلمان تفاوت معناداری بین میزان علائم بیش‌فعالی در گروه آموزش رفتاری والدین و نظارت بعد از درمان و پیگیری وجود ندارد.

بنابراین سؤال اصلی پژوهش این است که: آیا آموزش روش‌های اصلاح رفتار به مادران دارای کودک با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی در کاهش نشانه‌های اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی، (رفتار مخالف‌جویانه، اختلال کاستی توجه و مشکلات شناختی - بی‌توجهی) فرزندان نشان مؤثر است؟

### فرضیه‌های پژوهش

۱- آموزش روش‌های اصلاح رفتار به مادران دارای کودک با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی موجب کاهش رفتار بیش‌فعالی فرزندان نشان می‌شود.

۲- آموزش روش‌های اصلاح رفتار به مادران دارای کودک با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی موجب کاهش رفتار مخالف‌جویانه فرزندان نشان می‌شود.

۳- آموزش روش‌های اصلاح رفتار به مادران دارای کودک با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی موجب کاهش اختلال کاستی توجه فرزندان نشان می‌شود.

۴- آموزش روش‌های اصلاح رفتار به مادران دارای کودک با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی موجب کاهش مشکلات شناختی - بی‌توجهی فرزندان نشان می‌شود.

### روش

#### روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه

طرح این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی و پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری حدود ۳۰ مادر دارای کودک ۶ تا ۱۲ ساله دارای اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی در شهرستان دزفول در سال ۱۳۹۳ بودند. کودکان این مادران در مرکز مشاوره سینا با تشخیص این اختلال از فروردین ۱۳۹۱ تا اسفند ۱۳۹۳ در حال درمان بودند و یا پرونده داشتند. نمونه ۲۴ نفر از این مادران بودند که به‌صورت در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گواه (۱۲ نفر) تقسیم شدند.

نافرمانی کودکان مؤثر است. در پژوهشی که وینبرگ<sup>۱</sup> (۱۹۹۹) بر روی ۳۴ نفر از والدین دارای کودک مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی انجام داد، به این نتایج دست یافت که ارائه برنامه آموزش والدین به‌صورت کلی باعث افزایش اطلاعات والدین در مورد این اختلال و کاهش تنیدگی آنان شده است، ولی در مورد کاهش علائم و مشکلات رفتاری کودکان نشان نتایج نشان داد که اجرای برنامه بی‌تأثیر بوده است. در مطالعه دیگری که هوانگ<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۳) بر روی ۲۳ والد دارای کودک مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی و نافرمانی مقابله‌ای انجام دادند به این نتایج دست یافتند که بعد از ۱۰ جلسه آموزش والدین علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی در ۱۴ کودک کاهش یافته بود و علائم رفتاری بقیه کودکان هیچ تغییری را نشان نداد. در پژوهشی دیگر که دانفورد (۱۹۹۸) بر روی ۴۵ مادر دارای کودک مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی با استفاده از آموزش والدین رفتاری انجام دادند به این نتایج دست یافته‌اند که ارائه آموزش‌هایی در مورد علل، خصیصه‌ها و همچنین فنون مدیریت رفتار کودکان به مادران باعث کاهش بیش‌فعالی، رفتارهای تخریبی و پرخاشگری کودکان شده بود. علاوه بر این در سایر پژوهش‌ها که بر اثربخشی آموزش فنون درمان رفتاری به والدین بر کاهش علائم کودکان مبتلا به این اختلال پرداخته شده است، پژوهشگران به این نتایج دست یافتند که درمان رفتاری از مداخله‌های تأثیرگذار در مورد کاهش علائم این اختلال است (دالی و همکاران، ۲۰۰۷). نتایج پژوهشی که بر روی ۷۱۸ نفر از والدین کودکان پیش‌دبستانی انجام شد و تا دو سال نیز مورد پیگیری قرار گرفت، نشان داد تغییرات بسیاری در اختلالات رفتاری کودکان نسبت به گروه گواه به وجود آمده بود (زوبریک<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱؛ نقل از ساندرز<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵).

در ایران نیز پژوهش‌هایی در این ارتباط صورت گرفته است، مثلاً در پژوهشی گرجی (۱۳۸۴) اثربخشی کاربرد روش‌های تغییر رفتار در والدین، معلمان و ترکیبی از آنان در کاهش نشانه‌های اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی را بررسی کرد. نتایج نشان داد، آموزش روش‌های اصلاح رفتار به والدین و معلمان به‌طور همزمان کاهش معناداری در نشانه‌های اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی دانش‌آموزان ایجاد نکرده است. همچنین در پژوهشی زارعی و همکاران (۱۳۸۰)، به نقل از میرزاییان و همکاران (۱۳۸۵)، به مقایسه روش آموزش والدین

## ابزار پژوهش

مقیاس درجه بندی اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی از نگاه والدین کانرز (۱۹۹۰): ابزار اندازه‌گیری شامل مقیاس درجه بندی اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی از نگاه والدین کانرز (۱۹۹۰) بود. این مقیاس متداول‌ترین مقیاس درجه بندی اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی از نگاه والدین است (گلدشتاین<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸). این پرسشنامه ۲۷ سؤال دارد که مادران تکمیل می‌کنند و دارای ۴ زیرمقیاس مخالفت‌جویی، مشکلات شناختی/بی‌توجهی، بیش‌فعالی و شاخص اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی است. نمونه‌ای از سؤالات به این شکل است: «بی‌توجه است و حواسش به راحتی پرت می‌شود». که باید یکی از گزینه‌های «هرگز»، «گاهگاهی»، «اغلب» و «خیلی زیاد» انتخاب شود. نمره خام آزمودنی در هر زیرمقیاس از مجموع درجه بندی‌های والدین از (۰ تا ۳) در عبارات مربوط به آن زیرمقیاس محاسبه می‌شود و سپس براساس سن و جنس او به نمرات معیار t تبدیل می‌شود. نمره معیار مساوی یا بیشتر از ۶۵ معمولاً نشان‌دهنده مشکلات زیاد بالینی در آن زیرمقیاس است. ضریب پایایی درونی با دامنه‌ای از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. همچنین روایی سازه پرسشنامه‌های کانرز با استفاده از روش‌های تحلیل عوامل، به دست آمده است (زرگری‌نژاد و

یزدان‌دوست، ۱۳۸۶). توانایی این پرسشنامه در تمایز افراد مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی از عادی و دیگر گروه‌های بالینی، به شدت تأیید شده است. زرگری‌نژاد و یزدان‌دوست (۱۳۸۶) نشان دادند که: ضریب همبستگی سؤال‌های پرسشنامه با نمره کل آن بین ۰/۳۸ تا ۰/۶۳ بود. ضریب پایایی کل ۰/۸۹، خرده‌مقیاس نقص توجه ۰/۸۳، بیش‌فعالی/تکانشگری ۰/۸۲ و نافرمانی مقابله‌ای ۰/۸۰ است. در این پژوهش برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای پرسشنامه آزمون کانرز برابر ۰/۷۸ بود.

## روش اجرا و تحلیل داده‌ها

برنامه آموزش اصلاح رفتار به مادران شامل ۱۰ جلسه یک ساعته بود که هر هفته انجام می‌شد. گفتنی است که متن جلسات آموزشی مورد استفاده در این پژوهش با توجه به منابع مورد استفاده در این زمینه شامل ساندرز (۲۰۰۵)؛ برنامه فرزندپروری مثبت (۲۰۰۳)؛ پاور و کاراس تیس و هابوش<sup>۲</sup> (۲۰۰۱)؛ بود و عنوان این جلسات آموزشی در جدول زیر ارائه شده است. داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری و با استفاده نرم‌افزار SPSS22 تحلیل شدند.

## جدول خلاصه جلسات آموزشی

آموزش شامل ده جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به ترتیب زیر بود

آشنایی با علل اختلالات رفتاری در کودکان و اهمیت شرکت در جلسات و آموزش مهارت ثبات والدین در نظر گرفتن مشکل کودک هنگام رفتار نامناسب برای پیشگیری از تنش در منزل و اصول برقراری رابطه انسانی با کودک.

ایجاد آگاهی برای در نظر گرفتن نیازهای خاص کودک برای تغییر محیط

آشنایی با اصول اصلاح رفتار و آموزش مهارت توجه و تحسین به موقع به کودک

آموزش مهارت پاداش و امتیاز

آموزش مهارت تحسین اشاره کننده به انجام ندادن رفتار نامطلوب

آموزش مهارت نادیده گرفتن

آموزش مهارت محروم‌سازی

آموزش مهارت جریمه و بازگیری پاداش

آموزش شیوه‌های کنار آمدن با رفتارهای نامطلوب در درازمدت

**یافته‌ها**

میانگین نمرات رفتار مخالفت‌جویانه فرزندان در دو گروه گواه و آزمایش در پیش‌آزمون به ترتیب ۱۶/۰۰ و ۱۵/۸۳ بود. ولی میانگین نمرات رفتار مخالفت‌جویانه فرزندان در دو گروه گواه و آزمایش در پس‌آزمون ۱۵/۲۵ و ۱۲/۶۶ بود. میانگین نمرات مشکلات شناختی - بی‌توجهی فرزندان در دو گروه گواه و آزمایش در پیش‌آزمون ۱۷/۷۵ و ۱۹/۲۵ بود. همچنین میانگین نمرات مشکلات شناختی - بی‌توجهی فرزندان در دو گروه گواه و آزمایش در پس‌آزمون نیز ۱۷/۸۳ و ۱۸/۶۶ بود. قبل از بررسی فرضیه‌ها، برای رعایت پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در متغیر پژوهش از آزمون لوبین استفاده شده است. نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نمرات در زیرمقیاس‌های دو گروه گواه و آزمایش در جدول ۱ ارائه شده است. همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین نمرات بیش‌فعالی فرزندان در گروه گواه ۱۷ و گروه آزمایش ۱۸/۵۸ در پیش‌آزمون است. و میانگین نمرات بیش‌فعالی فرزندان در گروه گواه ۱۶/۲۵ و گروه آزمایش ۱۴/۰۸ در پس‌آزمون است. همچنین میانگین نمرات اختلال کاستی توجه فرزندان در دو گروه گواه و آزمایش در پیش‌آزمون ۱۴/۵۸ و ۱۴/۵۸ است و میانگین نمرات اختلال کاستی توجه فرزندان در دو گروه گواه و آزمایش در پس‌آزمون نیز ۱۴/۵۸ و ۱۴/۵۰ است.

**جدول ۱- شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نمرات در زیرمقیاس‌های دو گروه گواه و آزمایش**

گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بیش‌فعالی فرزندان	گروه گواه	۱۷/۰۰	۱/۷	۱۶/۲۵	۲/۰۰
	گروه آزمایش	۱۸/۵۸	۲/۰۶	۱۴/۰۸	۲/۸
اختلال کاستی توجه فرزندان	گروه گواه	۱۴/۵۸	۱/۳	۱۴/۵۸	۱/۵
	گروه آزمایش	۱۴/۵۸	۱/۳	۱۴/۵۰	۱/۳
رفتار مخالفت‌جویانه فرزندان	گروه گواه	۱۶/۰۰	۰/۸۵	۱۵/۲۵	۱/۴
	گروه آزمایش	۱۵/۸۳	۱/۳	۱۲/۶۶	۲/۶
مشکلات شناختی - بی‌توجهی فرزندان	گروه گواه	۱۷/۷۵	۱/۳	۱۷/۸۳	۱/۴
	گروه آزمایش	۱۹/۲۵	۱/۲	۱۸/۶۶	۱/۳

**جدول ۲- نتایج آزمون لوبین برای پیش‌فرض تساوی واریانس نمره‌های پیش‌آزمون دو گروه گواه و آزمایش**

متغیر	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی‌داری
پیش‌فعالی	۰/۹۸۱	۱	۲۲	۰/۳۳
اختلال کاستی توجه	۱/۲۵	۱	۲۲	۰/۲۷
رفتار مخالفت‌جویانه	۲/۲۲	۱	۲۲	۰/۱۵
مشکلات شناختی - بی‌توجهی	۰/۱۳۵	۱	۲۲	۰/۷۱

آزمایش) و فرزندان که مادران آنها آموزش اصلاح رفتار ندیده‌اند (گروه گواه) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/05$ ) و نشان می‌دهد فرضیه دوم هم تأیید شده است. یافته‌ها همچنین نشان داد بین نمرات اختلال کاستی توجه فرزندان بیش‌فعالی که مادران آنها آموزش اصلاح رفتار دیده‌اند (گروه آزمایش) و فرزندان که مادران آنها آموزش اصلاح رفتار ندیده‌اند (گروه گواه) تفاوت جزئی وجود دارد، اما از نظر آماری معنادار نیست و نشان می‌دهد فرضیه سوم تأیید نشد. همچنین بین نمرات مشکلات شناختی/بی‌توجهی فرزندان بیش‌فعالی که مادران آنها آموزش اصلاح رفتار دیده‌اند (گروه آزمایش) و فرزندان که مادران آنها آموزش اصلاح رفتار ندیده‌اند (گروه گواه) تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. بنابراین فرضیه چهارم نیز تأیید نشد.

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد تفاوت معنی‌داری بین واریانس‌های دو گروه گواه و آزمایش در پیش‌آزمون دیده نمی‌شود. بنابراین پیش‌فرض یکسانی تساوی واریانس‌های نمره‌های دو گروه گواه و آزمایش در متغیر پژوهش رد نمی‌شود، به این ترتیب می‌توان تحلیل کواریانس چندمتغیری را اجرا کرد.

جدول ۳ نشان می‌دهد بین نمرات بیش‌فعالی فرزندان که مادران آنها آموزش اصلاح رفتار دیده‌اند (گروه آزمایش) و فرزندان که مادران آنها آموزش اصلاح رفتار ندیده‌اند (گروه گواه) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. ( $P < 0/0001$ ) بنابراین فرضیه اول تأیید می‌شود. همچنین بین نمرات مخالف‌جویانه فرزندان بیش‌فعالی که مادران آنها آموزش اصلاح رفتار دیده‌اند (گروه

جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس یک‌راهه در متن مانکوا روی میانگین نمرات پس‌آزمون متغیرها

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آزمون F	سطح معناداری	مجذورات
بیش‌فعالی	پیش‌آزمون	۵۲/۸۸۶	۱	۵۲/۸۸۶	۱۳/۴۹۸	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹۱
	گروه	۶۰/۱۰۶	۱	۶۰/۱۰۶	۱۵/۳۴۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲۲
رفتار مخالف‌جویانه	پیش‌آزمون	۴/۶۴۳	۱	۴/۶۴۳	۱/۰۵۷	۰/۳۱۶	۰/۰۰۴۸
	گروه	۳۷/۷۲۶	۱	۳۷/۷۲۶	۸/۵۸۶	۰/۰۰۰۸	۰/۰۲۹۰
اختلال کاستی توجه	پیش‌آزمون	۳۲/۷۷۹	۱	۳۲/۷۷۹	۵۲/۳۹۸	۰/۰۰۰۱	۰/۰۷۱۴
	گروه	۰/۰۴۲	۱	۰/۰۴۲	۰/۰۰۶۷	۰/۷۹۹	۰/۰۰۰۳
مشکلات شناختی - بی‌توجهی	پیش‌آزمون	۱۲/۶۶۴	۱	۱۲/۶۶۴	۸/۳۹۸	۰/۰۰۰۹	۰/۲۸۶
	گروه	۰/۰۱۱	۱	۰/۰۱۱	۰/۰۰۷	۰/۹۳۳	۰۰۰

## بحث و نتیجه‌گیری

همکاران، ۲۰۰۹؛ دالی و همکاران، ۲۰۰۷؛ فابیانو و همکاران، ۲۰۰۸؛ لاندال، ۲۰۰۶؛ هوانگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ فتحی، ۱۳۸۳، شعبانی، ۱۳۸۴) هماهنگ و هم‌سو است. در تبیین این نتیجه باید گفت که یکی از مهمترین عوامل تأثیرگذار بر اختلال‌های دوران کودکی، چگونگی رفتار والدین با کودکان است، تا جایی که نتایج حاصل از پژوهش‌ها بیان می‌کند که اگر والدین چگونگی رفتار با کودک مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی خود را ندانند و از شیوه‌های

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش روش‌های اصلاح رفتار به مادران کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی بود. همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد یکی از یافته‌های پژوهش این بود که آموزش اصلاح رفتار به مادران موجب کاهش بیش‌فعالی فرزندان آنها می‌شود ( $P < 0/001$ ). این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های بسیاری از پژوهشگران (لافوره، مورای و کالینس، ۲۰۰۸؛ سینگ<sup>۲</sup> و

می‌گیرند، که این امر با ارائه آموزش‌های لازم مورد بازبینی و تصحیح قرار می‌گیرد. پژوهش‌های جانستون و جاسی (۲۰۰۷) در مورد رابطه بین رفتارهای والدین و مشکلات رفتاری و مخالفت‌جویی‌های کودکان نشان داده‌اند، رفتارهای مخالفت‌جویانه این کودکان بستگی بسیار زیادی با نوع رفتار والدین آنها داشته است. از دیگر یافته‌های پژوهش این بود که آموزش اصلاح رفتار به مادران موجب کاهش اختلال کاستی توجه و کاهش مشکلات شناختی بی‌توجهی فرزندان بیش‌فعال آنها نمی‌شود ( $P < 0/001$ ). این یافته با تعدادی از پژوهش‌ها از جمله (وینبرگ<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹؛ زرگری‌نژاد و یزدان‌دوست، ۱۳۸۶؛ گرجی، ۱۳۸۳ و اسفند یاری، ۱۳۷۴) بر بی‌تأثیر بودن روش آموزش رفتاری والدین بر بی‌توجهی کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی تأکید کرده‌اند همسو است. به نظر می‌رسد بی‌توجهی به دلیل اینکه پایه زیستی قوی‌تری در مقایسه با سایر مشکلات رفتاری کودکان دارد، نسبت به تغییر مقاوم‌تر بوده است. از طرف دیگر مطالعات در مورد دوقلوها نشان می‌دهد عوامل ژنتیکی نقش مهمی در سبب‌شناسی این اختلال (بی‌توجهی) و تغییرات آن داشته باشد. علاوه بر این بنا به نظر پژوهشگران، بسیاری از مشکلات شناختی‌یی که این کودکان با آن روبرو هستند، نتیجه کارکرد پایین قشر پیش‌پیشانی است، زیرا داروهای محرک از قبیل متیل‌گندیت در درمان این اختلال مفید است، کارکرد قشر پیش‌پیشانی را بهبود می‌بخشند و باعث افزایش کارایی قدرت توجه، دقت و حافظه فعال این کودکان می‌شوند (دراستون و کونارد، ۲۰۰۷). همچنین نتایج این یافته، با پژوهش‌های معدودی از قبیل (هوانگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ علی‌زاده، ۱۳۸۳ و نیکزاد، ۱۳۸۵) همخوانی ندارد.

این نتایج متناقض ممکن است به دلایل انگیزه والدین شرکت‌کننده، سطح تحصیلات و سلامت روانی آنان باشد که بر نتایج پژوهش تأثیر می‌گذارند. به نظر می‌رسد اجرای برنامه آموزش اصلاح رفتار به والدین شناسایی شده در مدارس والدینی که خود به مرکز مشاوره می‌آیند، نتایج را متفاوت می‌کند. وجود اختلال‌های همبود در کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی، نظیر افسردگی، اضطراب و سلوک و... فرایند درمان را کند می‌کند و بهبود نشانه‌ها را به تعویق می‌اندازد. تا آنجا که عواملی مانند وابستگی‌های اولیه اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی به موقعیت و احتمال وجود عارضه‌های همایند که فرایند ارزیابی را دشوار می‌سازند بر فرایند درمان نیز چنین تأثیراتی دارند (فایانو و همکاران، ۲۰۰۸).

فرزندپروری بهتری استفاده نکنند، احتمال اینکه کودکان آنها به سمت اختلال سلوک و مشکلات نافرمانی کشیده شوند بیشتر است (جانستون و جاسی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). به‌خصوص اینکه در مقایسه با والدین کودکان عادی والدین کودکان مبتلا به این اختلال در زمینه توانایی‌های لازم در کمک به فرزند خود برای انجام کارهای روزانه دارای خودکارآمدی بسیار پایینی بوده، وقت کمتری را صرف کمک به فرزند خود به‌منظور انجام کارهایش کرده و روش‌های والدگری سختگیرانه‌تری را در قبال آنان اعمال می‌کنند، به صورتی که روابط منفی والد - کودک به‌عنوان یک عامل خطر‌ساز در مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی همواره مطرح بوده است. با توجه به اهمیت این موضوع مداخله‌های زود هنگام برای خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اختلال رفتاری بر روی این دسته از عوامل، یعنی آموزش والدین در زمینه مدیریت رفتار فرزندان متمرکز بوده تا با تأکید بیشتر در این زمینه از حادث شدن مشکلات چنین خانواده‌هایی جلوگیری به عمل آید (شرودر و گوردون، ۲۰۰۲). آموزش اصلاح رفتار به والدین یکی از مؤثرترین راه‌ها برای آموزش رفتار درست و سازنده به کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی است. آموزش اصلاح رفتار والدین به دلیل کارایی بالا، ارزان بودن و استقبال خانواده‌ها از آن راهبرد مؤثری برای کمک به والدینی است که با چنین مشکلاتی روبرو هستند. این راهبرد با تمرکز بر اصول رفتاری یادگیری و شکل‌دهی رفتار بر آن است تا از طریق اعمال نظام معینی از پاداش و تنبیه، رفتارهای مناسب کودکان را افزایش و رفتارهای نامناسب آنها را کاهش دهد.

همچنین جدول ۴ نشان می‌دهد که آموزش اصلاح رفتار به مادران موجب کاهش رفتار مخالفت‌جویانه فرزندان بیش‌فعال آنها می‌شود ( $P < 0/001$ ). که همسو با پژوهش‌های دانفورد و همکاران (۲۰۰۶)؛ لافوره، مورای و کالینس (۲۰۰۸)؛ سینگ و همکاران (۲۰۰۹)؛ ماتوس و همکاران (۲۰۰۹)؛ دالی و همکاران (۲۰۰۷)؛ فایانو و همکاران (۲۰۰۸)؛ لاندال (۲۰۰۶) است بر اثربخشی این روش در بهبود رفتار مخالفت‌جویانه کودکان تأکید کرده‌اند. همچنین پژوهش‌های دیگر (بارکلی، ۱۹۹۸؛ میرزائیان و همکاران، ۱۳۸۵) نیز نشان داده‌اند والدین کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی غالباً در کنترل رفتار مخالفت‌جویانه کودک خود با مشکل روبرو هستند و اغلب از لحاظ سبک‌های تربیتی خود بیش از حد دستوری و منفی عمل می‌کنند که همین امر باعث ناکارایی روش‌هایی می‌شود که آنها برای کنترل رفتار کودک خود به کار

- Danforth, J.S. (1998). The behavior management flow chart: A component of behavior management strategies. *Clinical Psychology Review, 18*, 229-257.
- Danforth, J.S. Harvey, E., Ulaszek, W.R. & Mckee, T.E. (2006). The outcome of group parent training for families of children with attention deficit hyperactivity disorder and defiant aggression behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 37*, 188-205.
- Essau, C.A. (2006). *Child and Adolescent Psychopathology*. New York: Routledge Taylor & Francis group.
- Fabiano, G.A., Pelham, W.E., Coles, E.K., Gnagy, E.M., Chornis-Tuscano, A., Connor, B. (2008). A meta-analysis of behavior treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review, 52*, 1-12.
- Huang H. Chao, C, Tu, C.C. & Yang, P.C. (2003). Behavior Parent training for Taiwanese parent of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry & Clinical Neurosciences, 57*, 275-281.
- Johnston, C., & Jassy, J.S. (2007). Attention deficit hyperactivity disorder and oppositional / conduct problem: Link to parent – child interaction. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 16*, 74-79.
- Laforet, D.R., Murray, D.W., & Collins, S.H. (2008). Psychosocial treatments for preschool-aged children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Developmental Disabilities Research Review, 14*, 300-310.
- Lundahl, B., Risser, H.J., & Lovejoy, M. (2006). A Meta analysis of parent training: moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review, 26*, 86-104.
- Matos, M., Bauermeister, J.J., & Bernal, G. (2009). Parent-child interaction therapy for Puerto Rican preschool children with ADHD and behavior problems: A pilot efficacy study. *Family Process, 48*, 232-252.
- McGuinness, T.M. (2008). Helping Parents Decide on ADHD Treatment for Their Children. *Journal of Psychological Nursing, 46*, 23-27.
- Nixon, R.D.V. (2002). Treatment of behavior problems in preschoolers: A review of parent training program. *Clinical Psychology Review, 22*, 525-546.
- Power, T.J., Karustis, J.L. & Habboushe, D.F. (2001). *Homework success for Children for ADHD*. The Guilford press.
- Sanders, M.R. (2005). Triple P: A Multi Level System of Parenting intervention. The university of Queensland.

در جلسات آموزش فقط مادران حضور داشتند و گاهی غیبت بعضی از آنها باعث تکرار جلسات می شد. یکی دیگر از محدودیت ها اجرای پیش آزمون و پس آزمون فقط با یک پرسشنامه بود. پیشنهاد می شود بعد از شش ماه دوباره آزمون پیگیری به عمل آید.

## منابع

- اسفندیاری، غ. (۱۳۷۴). بررسی و مقایسه شیوه های فرزندپروری مادران مبتلا به اختلال رفتاری و مادران کودکان بهنجار و تأثیر آموزش مادران بر اختلال های رفتاری فرزندان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- زرگری نژاد، غ و یکه یزدان دوست، ر. (۱۳۸۶). اثر آموزش والدین بر مشکلات رفتاری کودکان ADHD (مطالعه تک موردی). *فصلنامه مطالعات روان شناختی دانشگاه الزهراء، ۳*(۲)، ۲۹-۴۸.
- شرودر، ک. و گردون، ب. (۲۰۰۲). سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی، ترجمه مهرداد فیروزبخت، (۱۳۸۵). تهران: نشر دانژه.
- فتحی، ن. (۱۳۷۴). تأثیر آموزش مدیریت والدین در کاهش علائم اختلال بیش فعالی و نقص توجه. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- کلانتری، م؛ نشاط دوست، ح. و زارعی، م. (۱۳۸۰). تأثیر آموزش رفتار والدین و دارو درمانگری بر میزان علائم فزون کنشی کودکان مبتلا به اختلال نارسانی توجه / فزون کنشی، *مجله روان شناسی، ۲*(۲)، ۱۱۸-۱۳۴.
- گرچی، ی. (۱۳۸۴). بررسی و مقایسه اثربخشی کاربرد روش های اصلاح رفتار توسط والدین، معلمان و ترکیب هر دو در کاهش نشانه های اختلال بیش فعالی و نقص توجه دانش آموزان دوره ابتدایی. رساله دکتری دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- Barkley, R.A. (1998). *Attention Deficit Hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2nd Ed.). New York: Guilford Press.
- Bird, H.R. (1996). Epidemiology of childhood disorder cross cultural context. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37*, 35-49.
- Carr, A. (2008). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology a Contextual Approach* (2nd Ed). New York: Routledge Taylor & Francis group.
- Conners, C.K., (1990). *Manual for Conners' Rating Scales*. Canada. Multi health system, Inc.
- Daly, B.P., Creed, T., Xanthopoulos, M., Brown, R.T. (2007). Psychosocial treatments for children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology Review, 17*, 37-89.



- Santosh, P.J., Taylor, E., Swanson, J., Wigal, T., Chuang, S., Davis, M., Greenhill, L., Newcorn, J., Arnold, L.E., Jensen, P., Vitiello, B., Elliott, G., Hinshaw, S., Hechtman, L., Abikoff, H., Pelham, W., Hoza, B., Molina, B., Wells, K., Epstein, J., & Posner, M. (2005). Refining the diagnosis of inattention and over activity. *Clinical Neuroscience Research*, 5, 307-314.
- Singh, N.N. a, Singh, A.N.b, Lancioni, G.E.C, Singh, J.A, Winton. S.W.D, & Adkins, A.D. (2009). Mindfulness Training for Parents and Their children With ADHD Increases the Children's Compliance. *Journal Child and Family Studies. Article in Press. 1-10.*
- Weinberg. A.W. (1999). Parent training for Attention-deficit hyperactivity disorder: Parent and child outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 55(2), 907 913.