

تأثیر آموزش «برنامه‌ی تربیت سازنده» به مادران بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی کم‌توجهی

*دکتر فاطمه محوری^۱، دکتر زهرا شهریور^۲، دکتر مهدی تهرانی دوست^۳

خلاصه

مقدمه: آموزش برنامه‌ی تربیت سازنده به مادران در کاهش مشکلات رفتاری کودکان در مطالعات متعددی مورد تأکید قرار گرفته است. این مهم، در مورد اختلال بیش‌فعالی کم‌توجهی (ADHD) در ایران بررسی نشده است، لذا در این پژوهش با توجه به شیوع مسئله به آن پرداختیم.

روش کار: این کار آزمایی بالینی بر روی ۶۰ مادر مراجعه‌کننده (۳۰ نفر مورد و ۳۰ نفر شاهد) به درمانگاه کودک و نوجوان بیمارستان روزبه تهران که دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی کم‌توجهی در سنین ۶-۱۲ سال بودند، انجام شد. مادران هر دو گروه که از نظر برخی عوامل دموگرافیک همگن شده بودند، پرسش‌نامه‌های پژوهش را قبل از شروع جلسات و در پایان جلسه‌ی هشتم تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و با روش آماری تحلیل واریانس با طرح اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها: کاهش قابل توجه در علائم ADHD (بر اساس پرسش‌نامه‌ی کانرز و مقیاس نمره‌گذاری ADHD) در گروه مورد، نسبت به گروه شاهد مشاهده شد ($P < 0/001$). تغییر کلی میانگین متغیرهای مربوط به مقیاس‌های فرزندپروری و نیز تفاوت در شاخص‌های افسردگی، اضطراب و فشار روانی در گروه مورد نسبت به گروه شاهد معنی‌دار بود ($P < 0/001$). نتایج مربوط به مقیاس توانایی‌ها و مشکلات (SDQ) در تمام شاخص‌ها به جز مشکلات سلوک در گروه مورد نسبت به گروه شاهد به صورت معنی‌دار بهبودی نشان داد ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: کاربرد "برنامه‌ی تربیت سازنده" در والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی کم‌توجهی در کاهش مشکلات رفتاری و افزایش توانایی‌های این کودکان موثر می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: اختلال بیش‌فعالی کم‌توجهی، تربیت سازنده، مشکلات رفتاری کودکان، والد بودن

مقدمه

عدم اطاعت‌پذیری^۳ را در بسیاری از موقعیت‌های ارتباطی میان کودک و والد نشان می‌دهند (۵). تأثیر ADHD بر روی خانواده‌ها نیز کاملاً بارز و مشخص است. والدین کودکان مبتلا به ADHD سطوح بالاتری از فشارهای روانی مربوط به فرزندپروری^۴ را تجربه می‌کنند و احساس عدم کفایت دارند (۶). در این افراد تعارضات زناشویی افزایش یافته و سطوح افسردگی در مادران بالا است (۷). تعاملات کودک والد به خصوص در دوران نوجوانی در این خانواده‌ها به طور مشخص منفی‌تر و خصمانه‌تر از سایر خانواده‌ها می‌باشد (۸)، مادران کودکان مبتلا به ADHD کمتر به سؤالات آنان پاسخ می‌گویند و پاداش‌هایی نیز که به رفتارهای قابل قبول و مطلوب کودک می‌دهند کم است (۹).

اختلال بیش‌فعالی کم‌توجهی (ADHD)، به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان شناخته شده است (۱) و ۵-۱۲٪ کودکان را مبتلا می‌سازد (۲). مبتلایان به این اختلال از مشکلات نافذ، طولانی‌مدت و شدیدی در سه حوزه‌ی توجه، فعالیت و تکانه رنج می‌برند (۳) و بسیاری از این کودکان به اختلالات همراه رفتاری، هیجانی و یادگیری نیز مبتلا هستند (۴). به عنوان مثال داپال^۲ مشاهده نمود که کودکان ADHD در سنین پیش‌دبستانی سطوح بالاتری از

*مؤلف مسئول: ایران، مشهد، میدان بوعلی، بلوار عامل، بیمارستان ابن سینا

تلفن تماس: ۰۵۱۱-۷۱۱۲۷۲۲ Mohararifl@mums.ac.ir

تاریخ وصول: ۸۷/۶/۱۰ تاریخ تأیید: ۸۷/۱۱/۲۰

^۱استادیار روان‌پزشکی کودک و نوجوان، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

^۲استادیار روان‌پزشکی کودک و نوجوان، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۳دانشیار روان‌پزشکی کودک و نوجوان، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۱Attention Deficit Hyperactivity Disorder

^۲Dapaul

^۳Non Compliance

^۴Parenting

هم‌ابتلائی اختلال نافرمانی مقابله‌جویی^۱ (ODD) با ADHD، خطر تعاملات منفی میان مادر و کودک را افزایش می‌دهد (۶). خواهران و برادران این کودکان نیز سطوح بالاتری از تعارضات را در مقایسه با همسالان خود نشان می‌دهند (۱۰).

برخی عوامل مانند سطوح بالای افسردگی مادر، تعارضات زناشویی و افزایش الگوهای نامناسب فرزندپروری، تداوم اختلالات رفتاری را در کودکان پیش دبستانی پیشگویی می‌کنند. مطالعه‌ی جانستون^۲ در ارزیابی مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به ADHD نشان‌دهنده‌ی آن بود که صرف نظر از شدت اختلال نافرمانی مقابله‌جویی در کودکان مبتلا به ADHD، والدین این کودکان در مقایسه با گروه کنترل، بیشتر از راهکارهای فرزندپروری منفی استفاده می‌کنند (۱۱).

توجه به متغیرهای مرتبط با خانواده و فرزندپروری در رشد و تکامل کودکان مبتلا به ADHD، مداخلات فرزندپروری را به‌عنوان یک برنامه‌ی مداخله‌ای اولیه برای این کودکان مطرح می‌سازد. آموزش مدیریت والد (PMT)^۳ که بر اساس الگوهای یادگیری اجتماعی طراحی شده است راهکاری موثر و قابل استفاده در درمان کودکان دچار رفتارهای ناسازگارانه می‌باشد (۱۲). در PMT به والدین آموزش داده می‌شود که چگونه تعاملات مثبت با کودکان‌شان را افزایش و از تعارضات بکاهند و از روش‌های نامناسب فرزندپروری پرهیزند. مطالعات متعددی نتایج مثبت PMT را در درمان ADHD به خصوص در سنین پیش دبستانی نشان داده‌اند (۱۳). والدینی که آموزش‌های PMT را دریافت می‌کنند خود کفایی بیشتری احساس نموده، به روش مناسب‌تری دستور می‌دهند و توانایی اطاعت‌پذیری کودک را به صورت پایدار تقویت می‌کنند. کاربرد PMT باعث می‌شود رفتارهای پر خاشخگرانه، مقابله‌جویانه و پرفعالیتی کودک کاهش یابد و رفتارهای والدین بهبود یافته و فشاری که تحمل می‌کنند کمتر شود (۱۳).

سونوگا-بارک^۴ و همکاران دریافتند که مداخلات فرزندپروری مشخصاً از مشاوره‌های حمایتی موثرتر و آموزش

راهکارهای رفتاری خاص، عنصری کلیدی در مداخلات موثر روانی اجتماعی می‌باشد (۱۴). از سوی دیگر خودباوری و احساس کفایت والدین در مدیریت رفتارهای کودکان در پژوهش‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. بر اساس تعداد قابل توجهی از مطالعات، خودباوری والدین کیفیت مراقبت از کودک را تحت تاثیر قرار می‌دهد و بهبود این خودباوری تحت تاثیر بهبود کیفیت تعامل مادر و کودک نوبا است.

سطح بالای خودباوری در مادر تحت تاثیر حساس بودن، گرمی عاطفی و مسئولیت‌پذیری وی است. این ویژگی به مثابه‌ی عاملی حمایتی در برابر مشکلات رفتاری کودک باعث افزایش اعتماد به نفس، بهبود عملکرد اجتماعی و تحصیلی و نیز کاهش افسردگی و اضطراب می‌گردد. در عوض، خودباوری اندک والدین باعث می‌شود که آنان در تربیت فرزندان به روش‌های سخت‌گیرانه، قهرآمیز و آزاردهنده متوسل شوند که این خود به تداوم مشکل رفتاری کودک منجر می‌گردد (۱۵).

آموزش PMT به والدین دانش آموزان دبستانی مبتلا به ADHD نیز با کاهش مشخص در شدت رفتارهای ناسازگارانه، کاهش روش‌های نامناسب فرزندپروری، بهبود میزان خودباوری والدین و بهبود مدیریت رفتارهای کودک همراه بوده است (۱۶، ۶). مطالعات متعددی روش‌های مختلف فرزندپروری را بررسی و اثرات مثبت آن را گزارش کرده‌اند، اگرچه این مداخلات برای تمام افراد جامعه در دسترس نبوده و تمرکز محدودی داشته‌اند.

برنامه‌ی تربیت سازنده^۵ (Triple-P) شکلی از مداخلات رفتاری خانواده است که بر اساس اصول یادگیری اجتماعی طراحی شده است و به عنوان یکی از قدرتمندترین انواع مداخلات در یاری رساندن به کودکان دچار مشکلات رفتاری و سلوک شناخته می‌شود (۱۷).

هدف این برنامه، استفاده‌ی مناسب از افراد متخصص برای افزایش کفایت والدین و گسترش این آموزش‌ها در سطح وسیعی از جامعه است. این برنامه بر اساس میزان نقص در عملکرد کودک و خانواده و نیازهای متفاوت آنان در ۵ سطح

^۱Oppositional Defiant Disorder

^۲Johnstone

^۳Parent Management Training

^۴Sonuga-Barke

^۵Positive Parenting Program

همسان شدند. کودکان دو گروه، درمان‌های دارویی لازم را طبق نظر پزشک معالج خود دریافت می‌داشتند و هنگام اجرای طرح، مداخله‌ای در روند درمان دارویی آنان صورت نگرفت. انواع داروی مورد استفاده در گروه مورد و شاهد ثبت نگردیده و این مسئله در قسمت بحث به عنوان یکی از محدودیت‌های مطالعه ذکر شده است.

برای مادران داوطلب که معیارهای ورود را داشتند جزئیات برنامه تشریح و رضایت آگاهانه اخذ شد. سپس پرسش‌نامه‌های مخصوص توسط ایشان تکمیل گردید. این کار در پایان جلسه‌ی هشتم نیز تکرار شد. برای گروه شاهد نیز پرسش‌نامه‌ها در ابتدای طرح و پایان جلسه‌ی هشتم تکمیل شد و در این فاصله هیچ مداخله‌ای برای گروه شاهد انجام نگرفت.

این برنامه‌ی آموزشی به صورت ۸ جلسه‌ی هفتگی ۲ ساعته برگزار گردید که در طی ۴ جلسه‌ی اول، مطالب مورد نظر توسط متخصصین آموزش‌دیده با استفاده از مواد آموزشی مخصوص برای مادران ارائه می‌شد. مطالب مورد بحث در این جلسات عبارت بود از: علل بد رفتاری در کودکان، شیوه‌های آموزش مهارت‌های حل مسئله، برقراری ارتباط، شیوه‌های آموزش رفتارهای مطلوب به کودکان، شیوه‌های سازنده‌ی تشویق و تنبیه، چگونگی کنترل رفتارهای نامطلوب کودکان در منزل و موقعیت‌های دشوار.

در جلسات بعد برای هر یک از شرکت‌کنندگان ۱۵ تا ۲۰ دقیقه وقت در نظر گرفته و در مورد کاربرد اصول و مهارت‌های آموخته شده در زندگی روزمره و مشکلات اجرای برنامه بحث می‌گردید. این برنامه‌ی آموزشی شامل یک کتاب راهنما برای والدین، یک فیلم آموزشی و ترانس پرانت‌های آموزشی برای استفاده در جلسات می‌باشد. در کارگاه آموزشی سه روزه که در سال ۱۳۸۲ توسط پژوهشکده‌ی علوم شناختی برگزار گردید، پزشکان فوق تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان توسط دکتر آلن رالف از استرالیا آموزش‌های لازم را دریافت نمودند و بعد از گذشت ۳ ماه در یک کارگاه دو روزه این افراد مورد ارزیابی توسط نماینده‌ی دانشگاه کوئینزلند قرار گرفتند و موفق به دریافت گواهینامه‌ی مخصوص گردیدند. مواد آموزشی این برنامه

مختلف ارایه می‌شود. روش‌های مورد استفاده در Triple-P در جمعیت‌های مختلف با کاهش رفتارهای ناهنجار همراه بوده‌اند. مطالعاتی نیز در ارزیابی تاثیر این شیوه‌ی آموزشی به صورت گروهی انجام گرفته که باعث کاهش قابل توجه مشکلات رفتاری کودکان شده است (۱۸).

این مطالعه اثربخشی مجموعه‌ی آموزشی تربیت سازنده را در بهبود مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به ADHD و افزایش مهارت‌های اجتماعی آنان و بهبود روابط بین فردی‌شان بررسی می‌کند.

روش کار

مطالعه‌ی حاضر که از نوع مطالعات کارآزمایی بالینی شاهددار می‌باشد، در بیمارستان روان‌پزشکی روزبه وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۶ انجام گردید. شرکت‌کنندگان از میان والدینی انتخاب شدند که یک کودک مبتلا به اختلال ADHD در سنین ۶-۱۲ سال داشتند و به درمانگاه کودک و نوجوان بیمارستان روزبه مراجعه کرده بودند. معیارهای ورود به مطالعه برای این گروه موافقت کتبی والدین کودک برای شرکت آگاهانه و متعهدانه در مطالعه، شکایت ایشان از مشکلات رفتاری کودک و عدم شرکت ایشان در برنامه‌های مشابه بود (شرکت یکی از والدین در کلاس کفایت می‌نمود). ابتلا به هر نوع اختلال عصبی عمده، بیماری‌های شناخته شده‌ی طبی، پر خاشگیری شدید، سایکوز، عقب‌ماندگی ذهنی، اختلال دوقطبی نوع یک و شرکت در کمتر از ۵ جلسه از جلسات برنامه، معیارهای خروج از مطالعه را تشکیل می‌دادند. تشخیص ADHD نوع ترکیبی در کودکان بر اساس معیارهای DSM-IV-TR توسط دو روان‌پزشک فوق تخصص کودک و نوجوان مشخص می‌شد و جهت تایید تشخیص، مقیاس نمره گذاری ADHD نیز توسط دستیار فوق تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان تکمیل می‌گردید.

با نمونه‌گیری متوالی از میان مراجعین فوق تعداد ۶۰ کودک به طرح وارد و در دو گروه ۳۰ نفره‌ی مورد و شاهد به طور تصادفی تقسیم شدند. دو گروه از نظر سن و جنس کودک و سن والدین

توسط روان‌پزشکان کودک و نوجوان در پژوهش‌شده‌ی علوم‌شناختی ترجمه و به‌طور آزمایشی در حداقل ۵۰ خانواده اجرا و سپس متناسب با نگرش‌های اجتماعی و فرهنگی تغییراتی در آن صورت گرفته است.

ابزارهای پژوهش

۱- پرسش‌نامه‌ی وضعیت خانوادگی^۱: شامل اطلاعاتی در مورد کودک (نام، سن، جنس و تاریخ تولد)، وضعیت زناشویی والدین، ارتباط والدین با کودک، وضعیت تحصیلی و شغلی والدین، وضعیت سلامت جسمی و روانی والدین و سایر هم‌شیرها بود.

۲- مقیاس نمره‌گذاری ADHD: این مقیاس که شامل فهرستی از علائم ADHD بنا بر معیارهای DSM-IV-TR می‌باشد از ۱۴ بند تشکیل شده است و نمره‌بندی آن برای هر مورد از هر گز تا خیلی زیاد (۳-۰) تعیین می‌گردد و بنا بر ارزیابی والدین تواتر وقوع علائم را بررسی می‌کند. نمرات این مقیاس با ارزیابی‌های والدین از مشکلات بیش‌فعالی و تکانشگری در تست کانتورز در ارتباط بوده و از اعتبار و روایی لازم برخوردار است (۵).

۳- مقیاس درجه‌بندی کانرز، فرم والدین^۲: این مقیاس برای غربالگری و ارزیابی نتایج درمانی به کار می‌رود و یک ابزار کمکی برای تشخیص می‌باشد. این آزمون ۲۷ سئوالی شکل بازبینی شده و کوتاه‌تری از پرسش‌نامه‌ی بلند ۹۳ سئوالی است که بر حسب ۴ درجه از اصلاً تا بسیار زیاد و با نمره‌بندی (۳-۰) در مورد هر آزمودنی قبل و بعد از اجرای برنامه توسط والدین تکمیل می‌شود. این مقیاس برای کودکان ۱۷-۳ ساله قابل استفاده می‌باشد و روایی و پایایی تشخیصی آن با DSM-IV مطابقت داشته و اختلالات همراه مانند اختلال دفاعی مقابله‌جویانه و اختلال سلوک را نیز تشخیص می‌دهد (۱۹).

۴- پرسش‌نامه‌ی توانایی‌ها و مشکلات^۳: این یک پرسش‌نامه‌ی ۲۵ موردی است که مشکلات رفتاری و هیجانی فرزندان را از نظر والدین ارزیابی می‌کند.

نمره‌بندی در یک ترتیب صعودی از صفر تا ۲ قرار گرفته است و به ترتیب هر نمره معادل درست نیست، تا حدی درست است و کاملاً درست است می‌باشد. نمره‌ی کل بین صفر تا ۴۰ قرار می‌گیرد. این پرسش‌نامه حاوی ۵ شاخص شامل شاخص‌های پرفعالیتی، مشکلات هیجانی، مشکلات سلوک، مشکل در ارتباط با هم‌تاها و رفتارهای مطلوب اجتماعی می‌باشد (۲۰). تمامی ابزارهای مذکور به زبان فارسی ترجمه شده و توسط پژوهش‌شده‌ی علوم‌شناختی برای جمعیت ایرانی قابل استفاده گردیده است.

روش آماری

اطلاعات به دست آمده از پرسش‌نامه‌ها و مقیاس‌های ارزیابی در جلسه‌ی اول و آخر با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۱/۵ با استفاده از روش آماری تکرار اندازه‌گیری تحلیل واریانس با طرح اندازه‌گیری‌های مکرر تجزیه و تحلیل آماری گردید.

نتایج

ویژگی‌های جمعیتی شرکت‌کنندگان: تعداد ۳۰ والد در گروه شاهد و ۳۰ والد در گروه مورد قرار گرفتند. با توجه به این که در این مطالعه ریزش وجود نداشت تمام ۶۰ والد در پایان مطالعه‌ی ۸ هفته‌ای در تحلیل آماری قرار گرفتند. یافته‌های دموگرافیک شامل جنس کودک، میزان تحصیلات و شغل والدین در دو گروه مورد و شاهد در جدول (۱) ارائه شده است.

سن فرزندان: میانگین سنی گروه شاهد $106 \pm 24/17$ ماه بود. میانگین سنی گروه مورد $106 \pm 28/186$ ماه و تفاوت سنی دو گروه از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P=0/21$).

سن مادران: میانگین سنی مادران در گروه شاهد $34 \pm 93/5/76$ سال و در گروه مورد $36 \pm 14/5/22$ سال بود. تفاوت سنی مادران دو گروه از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P=0/52$).

سن پدران: میانگین سنی پدران در گروه شاهد $39 \pm 14/5/97$ سال و در گروه مورد $38 \pm 24/5/02$ سال بود. تفاوت سنی پدران دو گروه از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P=0/98$).

¹Family Background Questionnaire

²Conners Rating Scale - Parent Version

³Strengths and Difficulties Questionnaire

امتیاز کلی در مقیاس نمره‌گذاری ADHD در گروه مورد در مقایسه با گروه شاهد به دست آمد.

جدول (۲) تغییرات رفتاری کودکان بر اساس پرسش‌نامه‌ی توانایی‌ها و مشکلات SDQ را نشان می‌دهد. به این صورت که تمام شاخص‌ها به جز مشکلات سلوک در گروه مورد نسبت به گروه شاهد به صورت معنی‌دار بهبودی نشان می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

کارآزمایی‌های بالینی کنترل شده متعدد شواهد فراوانی به نفع اثربخشی مداخلات رفتاری خانواده برای جلوگیری و درمان طیف وسیعی از مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان به دست داده‌اند. این مطالعات به ویژه در مورد کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه و اختلال سلوک با شواهد چشمگیر همراه بوده‌اند اما پژوهش‌هایی که تاثیر PMT را در والدین کودکان بیش‌فعال سنجیده‌اند نتایج متفاوتی را گزارش کرده‌اند.

در این راستا مطالعه‌ی MTA^۱ جامع‌ترین مطالعه‌ی درمانی طولانی مدت در کودکان مبتلا به ADHD است (۲۱) که بر روی ۵۷۹ دختر و پسر ۷-۹ ساله مبتلا به ADHD نوع ترکیبی انجام شده است. کودکان در این مطالعه در ۴ گروه درمانی: الف) دارویی، ب) مداخلات روانی اجتماعی، ج) ترکیب دارو و مداخلات روانی اجتماعی و د) مراقبت‌های معمول جامعه قرار گرفتند.

ارزیابی ۱۴ ماهه‌ی این کودکان نشان داد که تاثیر بالینی درمان ترکیبی بنا بر گزارش والدین در حوزه‌های رفتار ایذایی، نقص توجه، علایم درون‌گرایانه و اضطراب چشمگیر بوده است. از میان این کودکان ۳۴٪ دچار همبودی اختلالات اضطرابی، ۴۰٪ همبودی اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌جویانه و ۱۴٪ همبودی اختلال سلوک داشتند و تنها ۲۰٪ دختر بودند. تحلیل اطلاعات حاصل از این مطالعه بیانگر پاسخ درمانی بهتر به درمان ترکیبی (۶۸٪) به ویژه

همه‌ی شرکت‌کنندگان در مطالعه (کودکان) بر اساس مقیاس نمره‌گذاری ADHD مبتلا به ADHD نوع ترکیبی بودند. در بررسی پایه (قبل از مداخله)، میانگین نمره‌ی کلی در گروه شاهد در پرسش‌نامه‌ی کانرز و مقیاس نمره‌گذاری ADHD و نیز مقیاس توانایی‌ها و مشکلات (SDQ) از نظر آماری تفاوت معنی‌داری با گروه مورد نداشت.

جدول ۱- متغیرهای جمعیت‌شناختی در والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی کم‌توجهی در دو گروه مورد و شاهد

متغیر	گروه مورد		گروه شاهد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنس				
تعداد پسر	۲۴	۸۰	۲۴	۸۰
تعداد دختر	۶	۲۰	۶	۲۰
وضعیت خانوادگی				
خانواده‌ی اصلی	۲۹	۹۶/۵	۳۰	۱۰۰
خانواده‌ی سببی	۰	۰	۰	۰
خانواده‌ی تک‌والدی	۱	۳/۳	۰	۰
موارد دیگر	۰	۰	۰	۰
سطح تحصیلات مادر				
دوره‌ی راهنمایی	۱۰	۳۳/۳	۱۱	۳۶/۶
دیپلم	۱۶	۵۳/۳	۱۵	۵۰
لیسانس	۲	۶/۶	۳	۱۰
بالای لیسانس	۲	۶/۶	۱	۳/۳
سطح تحصیلات پدر				
دوره‌ی راهنمایی	۱۱	۳۶/۶	۱۳	۴۳/۳
دیپلم	۱۵	۵۰	۱۳	۴۳/۳
لیسانس	۳	۱۰	۲	۶/۶
بالای لیسانس	۱	۳/۳	۲	۶/۶
وضعیت شغل مادران				
خانه‌دار	۲۴	۸۰	۲۳	۷۶/۶
کارمند	۶	۲۰	۷	۲۳/۳
وضعیت شغلی پدران				
شاغل	۲۶	۸۶/۶	۲۷	۹۰
بی‌کار	۴	۱۳/۳	۳	۱۰

مشکلات رفتاری کودکان: همان‌طور که در جدول (۲) آمده است، کاهش قابل توجه در علایم ADHD بر اساس شاخص ADHD در پرسش‌نامه‌ی کانرز و هم‌چنین شاخص

^۱Multi Modal Treatment Study of Children with ADHD

در بعضی بیماران، در مقایسه با دارو درمانی به تنهایی (۵۶٪) بود (۲۲). این مطالعه از نظر کاهش علائم مرکزی ADHD تفاوتی بین درمان ترکیبی و دارودرمانی قایل نیست، اما پیشنهاد می‌کند که دارودرمانی می‌تواند به قدر کفایت علائم را کاهش دهد اما ممکن است درمان ترکیبی جهت بهبود ADHD چشمگیر سایر حوزه‌های عملکردی ضروری باشد (۲۱).

جدول ۲- مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار شاخص‌های پرسش‌نامه‌ی کانرز والدین، مقیاس نمره‌گذاری ADHD، پرسش‌نامه‌ی توانایی‌ها و مشکلات، کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی کم‌توجهی قبل و بعد از مداخله

شاخص	نمره‌ی میانگین گروه مورد (n=30)		P	نمره‌ی میانگین گروه شاهد (n=30)		P
	قبل از مداخله	بعد از مداخله		قبل از مداخله	بعد از مداخله	
نافرمانی	۱۲/۱۳±۴/۷۲	۷/۸±۳/۷۶	۰/۰۰۱	۱۱/۷±۳/۲۵	۹/۷۷±۲/۶۲	۰/۰۰۵
شاخص‌های پرسش‌نامه‌ی کم‌توجهی	۱۱/۵۰±۴/۹۴	۷/۹۳±۴/۳۳	۰/۰۰۱	۱۲/۸۳±۳/۳۰	۱۰/۳۷±۲/۳۴	۰/۰۰۵
کانرز والدین	۱۰/۴۳±۴/۶۲	۶/۸۷±۳/۱۰	۰/۰۰۱	۱۱/۶۷±۳/۲۶	۱۰/۰۷±۲/۵۷	۰/۰۰۵
ADHD	۲۳/۳۷±۷/۷۱	۱۵/۸۷±۷/۱۹	۰/۰۰۱	۲۴/۸۷±۵/۰۳	۲۱/۴۰±۴/۰۸	۰/۰۰۵
شاخص‌های مقیاس نمره‌گذاری ADHD	۱۵/۲۷±۶/۴۴	۱۰/۴۳±۵/۰۵	۰/۰۰۱	۱۷/۴۸±۴/۰۱	۱۵/۳۱±۳/۳۳	۰/۰۰۵
کم‌توجهی	۱۵/۶۰±۶/۸۰	۹/۷۰±۳/۵۵	۰/۰۰۱	۱۸/۱۷±۴/۳۵	۱۶/۲۷±۳/۴۷	۰/۰۰۵
پرفعالیتی	۳۰/۸۷±۱۱/۶۵	۲۰/۱۳±۷/۹۸	۰/۰۰۱	۳۶±۷/۹۲	۳۳/۰۳±۶/۲۸	۰/۰۰۵
نمره‌ی کل	۳/۷۲±۱/۹۹	۳/۳۴±۲/۲۴	۰/۰۰۱	۲/۸۰±۲/۰۱	۲/۴۳±۱/۸۸	۰/۰۰۵
مشکلات هیجانی	۴/۰۰±۱/۹۴	۳/۷۹±۱/۷۳	۰/۰۰۵	۴/۶۷±۱/۴۴	۴/۷۰±۱/۴۱	۰/۰۰۵
مشکلات سلوک	۶/۶۶±۲/۲۲	۶/۰۳±۱/۴۵	۰/۰۰۱	۸±۱/۳۳	۸/۱۶±۱/۲۳	۰/۰۰۵
شاخص‌های پرسش‌نامه‌ی توانایی‌ها و مشکلات	۳/۷۹±۲/۰۴	۲/۷۲±۱/۸۴	۰/۰۰۱	۴±۱/۴۸	۴/۱۶±۱/۱۷	۰/۰۰۵
مشکل با همتاها	۶/۶۲±۲/۲۴	۶/۸۶±۲/۱۹	۰/۰۰۱	۵/۳۷±۱/۶۵	۵/۳۰±۱/۴۱	۰/۰۰۵
رفتارهای مطلوب*	۱۸/۱۷±۵/۳۱	۱۶/۸۹±۴/۴۷	۰/۰۰۱	۱۹/۴۷±۴/۴	۱۹/۴۶±۳/۷۹	۰/۰۰۵
نمره‌ی کل						

مثلا کودکان مبتلا به ADHD همراه با اختلالات اضطرابی و هم‌چنین خانواده‌های تک والدی، به‌خصوص از بخش رفتاری درمان ترکیبی سود می‌برند (۲۲). در مطالعه‌ای که توسط فیوناهایس و ساندرز در سال ۲۰۰۲ انجام شد تاثیر آموزش برنامه‌ی تربیت سازنده بر روی ۲۰ خانواده با کودکان مبتلا به اختلال ADHD در سنین ۵-۹ سال بررسی گردید. خانواده‌ها در دو گروه شاهد و تحت آموزش قرار گرفتند. پس از اتمام برنامه، والدین گروه آموزش کاهش مشخصی در شدت رفتارهای مخرب و مقابله‌جویانه کودکان و تکانشگری و پرفعالیتی آن‌ها گزارش نمودند. در این والدین در زمینه‌ی توانایی‌های فرزندپروری، افزایش خودباوری و اعتماد به نفس و کاهش تعارضات بین زوجین و میزان رضایتمندی از زندگی در مقایسه با گروه شاهد تفاوت معنی‌دار به دست آمد (۲۳). مطالعه‌ی حاضر نیز نشان داد که مادران آموزش‌دیده کاهش مشخص و معنی‌داری را در حوزه‌های پرفعالیتی، کم‌توجهی، تکانشگری و نافرمانی در کودکان خود نسبت به ابتدای مطالعه در مقایسه با گروه شاهد گزارش نمودند. بر اساس شواهد علمی موجود دارو در مقایسه با مداخلات روان‌شناختی بر روی علائم مرکزی و اصلی ADHD که شامل بیش‌فعالی، کم‌توجهی و تکانشگری می‌باشد تاثیر مشخص و بهتری دارد. در مطالعه‌ی حاضر تغییر مشخص و معنی‌دار کودکان را در حوزه‌های مذکور می‌توان به تاثیر آموزش‌ها بر روی بهبود تعاملات مادر کودک، تغییر نگرش والدین نسبت به رفتارهای کودک و شناخت مشکلات آنان، مدیریت

صحیح‌تر والدین در زمینه‌ی اداره‌ی بیش‌فعالی فرزندان، نحوه‌ی آموزش به کودک برای مهار رفتارهای تکانشگرانه و به موقع و مناسب بودن تذکرات، پاداش‌ها و تنبیهات نسبت داد. بهبود معنی‌دار در مشکلات ناشی از کم‌توجهی کودک می‌تواند مرهون افزایش توانایی مادر در زمینه‌ی ایجاد انگیزه‌ی بیشتر در کودک برای انجام تکالیف درسی و دادن پاداش‌های به‌جا و متناسب به او برای انجام فعالیت‌های همراه با توجه کافی باشد. روند بهبودی (غیرمعنی‌دار) علایم بیماران در گروه شاهد می‌تواند این نکته را مطرح کند که مصرف دارو به تنهایی تغییرات قابل توجهی را بر روی علایم اصلی این اختلال ایجاد کرده است. شایان ذکر است که در این مطالعه درمان دارویی قبل از مداخله‌ی رفتاری برای کودکان شروع شده بود و پاسخ درمانی به اثرات دارو به سطحی از پایداری نسبی رسیده بود. (لازم به ذکر است که این مطالعه برای اولین بار سطح چهارم برنامه‌ی تربیت سازنده را برای آموزش مادران کودکان مبتلا به ADHD به کار برد).

با توجه به نتایج مثبت قابل توجه این مطالعه شاید بتوان از برنامه‌ی تربیت سازنده همگام با برنامه‌ی PMT ویژه‌ی آموزش والدین کودکان مبتلا به ADHD بهره جست. در برنامه‌ی تربیت سازنده اشاره‌ی خاصی به اختلال ADHD و نحوه‌ی درمان آن نمی‌شود و آموزش بر اساس روند مشخص برنامه‌ی تربیت سازنده صورت می‌گیرد. در برنامه‌ی PMT برای والدین کودکان ADHD که بر اساس الگوی معرفی شده توسط بارکلی صورت می‌گیرد طی ۸ جلسه‌ی ۲ ساعته، ابتدا آموزش کافی در مورد اختلال بیش‌فعالی کم‌توجهی، علایم، انواع، شیوع، سبب‌شناسی، سیر، درمان و عوارض آن به خانواده‌ها ارائه می‌گردد. سپس جلسات بعدی در زمینه‌ی اصول اصلاح رفتار کودک، روش‌های صحیح دستور دادن، تشویق و اصول آن، اصول تنبیه، عواقب رفتار (طبیعی، قراردادی)، پیش‌بینی شرایط آینده، برنامه‌ریزی برای کمک به کودکان جهت انجام تکالیف درسی و ... آموزش صورت می‌گیرد.

پیش از مطالعه‌ی اخیر در مطالعه‌ی تهرانی دومت، شهریور، محمودی و علاقه‌بن‌راد تاثیر آموزش تربیت

سازنده به والدین در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مورد ارزیابی قرار گرفته بود که اختلال روان‌پزشکی خاصی نداشتند. این مطالعه بر روی ۱۲۰ نفر از مادران داوطلب شاغل در واحدهای مختلف دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. آموزش روش‌های تربیت سازنده در طی ۸ جلسه ۲ ساعته ارائه شد و پس از ۸ جلسه مداخله‌ی درمانی، تحلیل نتایج مربوط به مقیاس توانایی‌ها و مشکلات (SDQ) در کودکان نشان داد که تغییر میانگین نمره‌ی کلی SDQ در پایان مداخله از نظر آماری معنی‌دار است. بر اساس نتایج فوق تغییر کلی میانگین متغیرهای مربوط به مقیاس‌های فرزندپروری، مقیاس والد بودن، مشکلات والدین و عدم توافق بین والدین به لحاظ آماری معنی‌دار بودند. تفاوت در شاخص‌های افسردگی، اضطراب و فشار روانی نیز معنی‌دار بود. مولفین نتیجه گرفتند که برنامه‌ی تربیت سازنده می‌تواند در زمینه‌های مختلف در بهبود عملکرد والدین موثر باشد (۲۴).

در مطالعه‌ی دیگری، ۷۱۸ خانواده با کودکان پیش‌دستانی را که تحت آموزش مهارت‌های فرزندپروری قرار گرفته بودند با ۸۰۶ خانواده شاهد مورد مقایسه قرار دادند و بعد از پی‌گیری ۲ ساله نشان داده شد که در خانواده‌های شرکت‌کننده در برنامه‌ی آموزشی، مشکلات رفتاری کودکان کاهش و روش‌های فرزندپروری بهبود یافت. در این والدین افسردگی و اضطراب به‌طور مشخص بهبود یافت و روابط والدین اصلاح گردید. تعارض در شیوه‌های تربیتی بین زوجین کاهش و ارتباط مثبت بین والدین افزایش قابل ملاحظه‌ای پیدا کرد (۲۵). بنا بر نتایج پرسش‌نامه‌ی SDQ در مطالعه‌ی اخیر به صورت معنی‌داری در کودکان گروه مورد رفتارهای مطلوب اجتماعی افزایش یافت و آن‌ها توانایی بیشتری برای اداره‌ی هیجانات و احساسات خود به دست آوردند. این مسئله در کودکان گروه شاهد بارز نبود. به نظر می‌رسد مداخلات روان‌شناختی تاثیر به‌سزایی در افزایش مهارت‌های اجتماعی و بهبود روابط بین‌فردی کودکان داشته باشد، دستاوردی که با تجویز دارو به تنهایی کمتر محتمل است.

کودکان تحت‌نظر پزشک متخصص دارو دریافت می‌کردند و مداخله‌ای در روند درمان دارویی آن‌ها صورت نگرفت ولی لازم به ذکر است که برای همه‌ی کودکان دارو را با دوز درمانی و مدت کافی قبل از شروع مداخله آغاز شده بود. با این حال نوع، مقدار و مدت دریافت دارو در این مطالعه ثبت و بررسی نشد.

پی‌گیری نتایج این مطالعه در درازمدت انجام نشد گرچه مطالعات مشابه در فواصل ۳ و ۱۲ ماهه نشان داده‌اند که میزان بهبود و پیشرفت حاصل شده به قوت خود باقی می‌ماند (۲۵).

آموزش برنامه‌ی تربیت سازنده در والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی کم‌توجهی، باعث بهبود مهارت‌های فرزندپروری، کاهش مشکلات مربوط به تربیت فرزند، کاهش افسردگی، اضطراب و فشار روانی والدین می‌شود. این روش‌ها در کاهش مشکلات رفتاری و افزایش توانایی‌های این کودکان نیز موثر می‌باشند.

تشکر و قدردانی

مطالعه‌ی حاضر تحت حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گردید. از همکاری سرکار خانم غزاله زرگری نژاد و جناب آقای نوید منصوری پژوه نهایت تشکر را داریم. به این وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از تمامی حامیان مالی و علمی مطالعه اعلام می‌داریم.

از زحمات همکاران و کارکنان محترم درمانگاه کودکان و نوجوانان و واحد سمعی و بصری بیمارستان روزبه که در فراهم کردن تسهیلات لازم جهت برگزاری کلاس‌ها تلاش‌های زیادی نمودند سپاسگزاری می‌شود. شایان ذکر است که این مطالعه با منافع شخصی نویسندگان ارتباطی نداشته است.

✽ -

اگرچه در کودکان گروه نمونه، تغییرات معنی‌داری در حوزه‌ی پرفعالیتی نسبت به گروه شاهد مشاهده شد، این تفاوت در نمره‌ی مشکلات سلوک گزارش نگردید. شاید ۸ هفته مداخله برای ایجاد تغییرات معنی‌دار در زمینه‌ی رفتارهای ضداجتماعی کافی نیست و لازم است مداخله تداوم بیشتری داشته باشد تا نتایج مطلوب‌تری به دست آید. با وجودی که بسیاری از مادران در ابتدای مطالعه نگرانی خود را از عدم شرکت و حضور پدران در برنامه‌ی آموزشی اظهار می‌کنند و بر این باورند که بدون شرکت پدران شاید نتوانند به نتایج مورد انتظار دست یابند ولی در این مطالعه مادران از نحوه‌ی آموزش‌های ارائه شده رضایت قابل توجه داشته و شاخص‌های برنامه بر اساس نظر مادران بهبود مشخص و معنی‌دار نشان داد. نکته‌ای که هنوز هم در مورد خانواده‌ی کودکان مبتلا به ADHD مطرح می‌باشد این است که آیا مشکلات رفتاری کودکان بیش‌فعال، چنان شدید و متعدد است که والدین نمی‌توانند به خوبی آن‌ها را اداره کنند یا ضعف روش‌های فرزندپروری خود والد، باعث تشدید و تداوم مشکلات کودکان ایشان در حوزه‌های مختلف پرفعالیتی، تکانشگری، نافرمانی و... می‌گردد. به هر حال اداره‌ی رفتارهای کودکان بیش‌فعال کم‌توجه بسیار سخت‌تر از کودکان غیرمبتلا به این اختلال می‌باشد و به حوصله، مهارت و توانایی‌های کافی در زمینه‌ی فرزندپروری نیاز دارد. هر چقدر خانواده‌ها از مهارت‌های بیشتری در زمینه‌ی فرزندپروری برخوردار شوند و آموزش‌های لازم را دریافت کنند توانایی‌شان در اداره‌ی رفتارهای کودکان‌شان افزایش می‌یابد.

از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر یکی این نکته بود که در فاصله‌ی زمانی ابتدای خرداد تا پایان مرداد ۱۳۸۶ انجام شد و مصادف بود این دوره با تعطیلی مدارس مانع ارزیابی عملکرد این کودکان در مدرسه شد. دیگر این که

References

1. Lewis A. Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2002: 645-70.
2. Lewis A. Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007: 430-54.
3. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry and behavioral sciences. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005: 3183-98.
4. Biederman J, Newcom J, Sprich S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depression, anxiety and other disorders. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 564.
5. Dapaul GJ. Parent and teacher rating of ADHD system psychometric properties in a community based sample child psychopharmacology. *J Clin Psychol* 1991; 20: 245-53.
6. Anastopoulos AD, Guevermont DC, Shelton TL, Dapaul GJ. Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Abnorm Children Psychol* 1992; 20(5): 503-20.
7. Fischer M, Barkley R, Fletcher K, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria II: Academic, attention, and neuropsychological status. *J Consult Clin Psychol* 1990; 58: 580-8.
8. Dapaul GJ, McGoey KE, Eckert TL, Van Brakle J. Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impairments in behavioral, social and school functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 508-15.
9. Danforth JS, Barkley RA, Stokes TF. Observation of parent-child interactions with hyperactive children: Research and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 1991; 11: 703-27.
10. Mash EJ, Johnston C. Sibling interactions of hyperactive and normal children and their relationship to reports of maternal stress and self-esteem. *J Clin Psychol* 1983; 12: 91-9.
11. Johnstone C. Parents' characteristics and parent-child interaction in families of non problem children and ADHD children with higher and lower oppositional deficit. *Behav J Abnorm Psychol* 1996; 24(1): 85-104.
12. McKee TE, Harvey E, Danforth JS, Ulaszek WR, Friedman JL. The relation between parental coping styles and parent-child interactions before and after treatment for children with ADHD and oppositional behavior. *J Child Adolesc Psychol* 2004; 33(1): 158-68.
13. Pisterman S, Firestone P, McGrath P, Goodman JT, Webster I, Mallory R, et al. The role of parent training in treatment of preschoolers with ADHD. *Am J Orthopsychiatry* 1992; 62: 397-408.
14. Sonuga-Barke EJ, Daley D, Thompson M, Laver-Bradbury C, Weeks A. Parent-based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized, controlled trial with a community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 402-8.
15. Sanders MR, Woolly ML. The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: Implications for parent training. *Child Care Health Dev* 2005; 31(1): 65-73.
16. Weinberg HA. Parent training for attention deficit hyperactivity disorder: Parental and child outcomes. *J Clin Psychol* 1999; 55: 907-13.
17. Sanders MR. Triple p- positive parenting program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clin Child Fam Psychol Rev* 1999; 2: 71-90.
18. Turner KM, Sanders MR. Help when it's needed first: A controlled evaluation of brief, preventive behavioral family intervention in a primary care setting. *Behav Ther* 2006; 37: 131-42.
19. Conner CO. Conner's rating scale revised technical manual. New York: Multi health systems incorporated; 1997: 57.
20. Goodman R. The extended version of the strengths and difficulties questionnaire as a guide to child psychiatric cases and consequent burden. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40(5): 791-9.
21. MTA cooperative group. A 14 month randomized clinic trial of treatment strategies for ADHD. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56(1): 1073-86.
22. Zubrick SR. Prevention of child behavior problems through universal implementation of a group behavioral family Intervention. *Prev Sci* 2005; 14: 1-18.

23. Fiona E, Sanders H, Sanders MR. A feasibility study of enhanced group triple p- positive parenting program for parents of children with ADHD. Journal of behavior change of Queensland University, Australia 2002; 19(4): 191-206.
24. Tehranidoost M, Shahrivar Z, Mahmoodi J, Alagheband rad J. [Effect of triple p-positive parenting program for parents of children with behavioral problem]. Iranian journal of psychiatry and Clinical psychology; 14 (4): 371-9. (Persian)
25. Swanson JM, Kramer HC, Hinshaw SP. Clinical relevance of the primary finding of MTA: Success rate based on ADHD and Odd symptom at the end of treatment. J Abnorm Child Psychol 2001; 40: 168-79.