

مقایسه اثربخشی آموزش رفتاری والدین و دارودرمانی بر شدت نشانه‌های
دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی مبتلا به اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی (AD/HD) و
استرس فرزندپروری در مادران آنها

A Comparative study on Effectiveness of Behavior Parent Training (BPT) and
Pharmacotherapy on Intensity of symptoms in Male Primary School Students with
Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD) and Parental Stress in their Mothers

Soheila Khodaverdian

Fatemeh Golshani

Sousan Emamipour

Adis Kraskian

سهیلا خداوردیان*

فاطمه گلشانی**

سوزان امامی پور**

آدیس کراسکیان***

Abstract

Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD) is one of the most common neurodevelopmental disorders in childhood which involves behavioral and learning disturbances in children. In addition, the disorder usually causes some problems in a child's interaction with the peer group and family members. The present research addresses the comparative effectiveness of Behavior Parent Training (BPT) based on Barkley's approach and pharmacotherapy with Methylphenidate (MPH, Ritalin) on the intensity of symptoms in male primary school students with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD) and parental stress in their mothers. The research instruments consisted of the first subscale of Children's Symptoms Inventory, 4th Edition (CSI-4) developed by Gadow and Sprafkin (1994) and Parental Stress Scale (Berry & Jones, 1995). Results revealed positive outcomes of both intervention methods; however, the effectiveness of MPH significantly surpassed that of BPT on both of the dependent variables.

Keywords: Behavior Parent Training, Pharmacotherapy, Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, parental stress

چکیده

اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی (AD/HD) یکی از رایج‌ترین اختلالات عصبی-تحویلی رایج دوران کودکی است. این اختلال علاوه بر ایجاد مشکلات رفتاری و یادگیری در کودک، معمولاً تعامل کودک مبتلا را با خانواده و نیز همسالان، با مشکل مواجه می‌کند. هدف پژوهش حاضر، بررسی و مقایسه اثربخشی آموزش رفتاری والدین (BPT) مبتنی بر رویکرد بارکلی و دارو درمانی با متیل فنیدیت (MPH، ریتالین) در کاهش شدت نشانه‌های دانش‌آموزان پسر مبتلا به اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی و میزان استرس فرزندپروری در مادران آنها بود. ابزارهای پژوهش شامل نخستین خرده‌مقیاس ویرایش چهارم پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4)، تدوین شده توسط گادو و اسپرافکین (۱۹۹۴) و مقیاس استرس فرزندپروری بری و جونز (۱۹۹۵) بود. نتایج نشان داد که هر دو روش در کاهش شدت نشانه‌ها در کودکان مبتلا به ADHD و استرس فرزندپروری مادران موثر بودند، اما اثربخشی دارودرمانی بر هر دو متغیر وابسته، به نحوی معنادار بیش از اثربخشی BPT بود.

واژه‌های کلیدی: آموزش رفتاری والد، دارودرمانی، اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی، استرس فرزندپروری

email: k_soheila@yahoo.co.uk

* دانشجوی دکتری دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز
** عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز
*** عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

Received: 6 Dec 2016 Accepted: 12 Jun 2017

دریافت: ۹۵/۹/۱۶ پذیرش: ۹۵/۱۰/۲۳

مقدمه

اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی (AD/HD) برچسب تشخیصی رایج برای بسیاری از کودکان و نیز بزرگسالانی است که دشواری‌های آشکاری در توجه دارند و معمولاً دچار تکانشگری و فعالیت حرکتی مفرط هستند. این افراد جمعیتی ناهمگون را تشکیل می‌دهند که تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای در میزان نشانه‌های اعضاء، سن شروع، نفوذ بین موقعیتی نشانه‌های مزبور و میزان اختلالاتی که با AD/HD هم‌ایند می‌شوند، به نمایش می‌گذارند. این اختلال که در زمره اختلالات عصبی-رشدی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی قرار گرفته، یکی از شایع‌ترین عللی است که به سبب آن، کودکان دارای مشکلات رفتاری به پزشکان و متخصصین سلامت روان ارجاع می‌شوند و در ایالات متحده آمریکا، یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی کودکان است (بارکلی، ۲۰۱۵). اختلال مزبور در DSM-5 به عنوان مجموعه‌ای فراگیر از رفتارهای توأم با بی‌توجهی و یا بیش‌فعالی تعریف شده است که باعث مختل شدن عملکرد اجتماعی، تحصیلی و شغلی می‌شود. معیارهای A1 بیانگر رفتارهای توأم با فقدان توجه و معیارهای A2 حاکی از تکانشگری در رفتار کودک هستند، در حالی که موارد A1 و A2 دو سنخ فرعی این اختلال را تشکیل می‌دهند، سنخ سوم یا اختلال کاستی توجه همراه با بیش‌فعالی، ترکیبی از نشانه‌های دو سنخ اول را شامل می‌شود که بنا به DSM-5، کودک می‌باید حداقل شش مورد از نشانه‌های A1 و A2 را قبل از سن ۱۲ سالگی آشکار سازد تا تشخیص اختلال مزبور صورت گیرد (آدام و یانگ-واکر، ۲۰۱۵). این که باید AD/HD را به‌راستی یک اختلال پنداشت یا نه، همواره مناقشات بسیاری را برانگیخته است. از دیدگاه زیستی-پزشکی، این اختلال دارای مبانی زیستی است؛ گونه‌ای از کژکاری عصبی که بازداری رفتاری و توجه را دچار نقصان می‌سازد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این اختلال، توأم با نابهنجاری‌های ساختاری و کارکردی گسترده در مغز است. تصویربرداری‌های ساختاری، حاکی از کاهش حجم در قطعه‌ی پیشانی راست، در قشر آهیانه‌ای راست، هسته‌ی دم‌دار (caudate nucleus)، نیمکره‌های مخچه، و بخش‌های خلفی-تحتانی کرمینه‌ی مخچه (vermis) و نیز کم‌کاری مدارهای کته کولامینرژیک است، به ویژه مدارهایی که استتاله‌هایی را به قشر پیش‌پیشانی می‌فرستند. گزارش شده که حداقل ۱۸ ژن با این اختلال مرتبط هستند؛ از جمله ال‌مکرر CRD4-7 روی کروموزوم ۱۱ که با نازک شدن قشر پیش‌پیشانی و قشر آهیانه‌ای خلفی همراه است. عوامل تکوینی در خلال دوره‌های بحرانی رشد پیش از تولد و پس از تولد، ممکن است با این تعیین‌کننده‌های موروثی ارتباط داشته باشند. متوسط توارث پذیری AD/HD، ۷۷ درصد برآورد شده است (کوراتولو و دیگران، ۲۰۰۸). برخی تحقیقات دیگر نشان داده‌اند تفاوت کارکردهای اجرایی و عوامل انگیزشی در کودکان مبتلا به AD/HD، با مکانیسم‌های تقویتی متفاوت در این

کودکان ارتباط دارد که نحوه‌ی پاسخدهی آنان به تقویت را تحت تاثیر قرار می‌دهد. این کودکان تاخیر در تقویت را پذیرا نمی‌شوند، که به طور خاص می‌تواند تحت تاثیر سیستم دوپامینرژیک و عملکرد آن در سطح سلولی و سیستمی باشد. دوپامین، عامل انتقال اثر تقویت‌کنندگی رویدادها، هنگامی که پیش‌بینی می‌شود تقویتی روی دهد، است و افراد مبتلا به ADHD به سبب نقص سیستم دوپامینی، قادر به این انتقال نیستند. ریتالین (متیل فنیدیت) قادر به جبران این نقص انتقال دوپامینی است (تریپ و ویکنز، ۲۰۰۹). از منظر جامعه‌شناختی، AD/HD یک اختلال عینی واقعی نیست، بلکه یک سازه‌ی اجتماعی-فرهنگی یا اختلال روانی-اجتماعی است که با ویژگی‌هایی چون گوش به زنگ بودن مفرط، فعالیت زیاد و آمادگی برای پاسخدهی قابل توصیف است. از دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی، در تبیین AD/HD باید هر سه دسته عوامل زیستی، شناختی و هیجانی و شیوه‌های فرزندپروری والدین و شیوه‌های کنترل در کلاس را مد نظر قرار داد (ویلر، ۲۰۱۰). اطلاعات پژوهشی فراوانی آشکارا بر آثار و پیامدهای بلندمدت و غالباً نامطلوب اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی بر عملکرد افراد مبتلا، از کودکی تا بزرگسالی صحنه می‌گذارند. نکته‌ی شایان توجه این که افرادی که پیشینه‌ی این اختلال را دارند، اما معیارهای تشخیصی آن را در نوجوانی/جوانی برآورده نمی‌کنند، بیش از همتایان خود که فاقد این پیشینه هستند، نقائص عملکردی نشان می‌دهند. از این رو، به نظر می‌رسد که AD/HD و پیامدهای مرتبط با آن، تاثیراتی منفی بر اکثریت قریب به اتفاق کودکان در سراسر عمر آنان باقی می‌گذارد (چاکو و دیگران، ۲۰۱۵). در خلال کودکی و نوجوانی، اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی غالباً با رفتارهای مقابله جویانه و پرخاشگرانه و نیز اضطراب، عزت نفس پایین و ناتوانی‌های یادگیری توأم است. نشانه‌ها آنگاه به لحاظ بالینی معنی‌دار هستند که سبب نقص در کارکرد، از جمله در کارکرد تحصیلی و رفتاری در مدرسه شوند. کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی به طور عمده در سراسر جهان در مقطع ابتدایی مورد شناسایی و درمان قرار می‌گیرند. تعداد پسرانی که تشخیص AD/HD را دریافت می‌کنند، تقریباً دو برابر تعداد دخترهاست؛ همچنین کودکان تقریباً دو برابر نوجوانان مبتلا به این اختلال تشخیص داده می‌شوند. نشانه‌های AD/HD را می‌توان بر روی پیوستاری در جمعیت عادی مشاهده کرد و بنا به عواملی از قبیل منبع شناسایی (برای مثال، والد یا معلم)، میزان اختلال در عملکرد، معیارهای تشخیص و آستانه‌های تعریف شده برای "مورد مبتلا"، می‌توانند به میزان کمتر یا بیشتری اختلال‌آمیز انگاشته شوند. سطوح مفرط کم توجهی، پرفعالیتی و تکانشوری را که با سطح رشدی فرد تناسب ندارند، می‌توان از همان اوان کودکی مشاهده کرد. با این وجود، کودکان پیش‌دبستانی دارای نشانه‌های اولیه‌ی این اختلال، ممکن است رفتارهای توأم با نافرمانی و مقابله جویی، قشقرق و پرخاشگری را نیز از خود ظاهر سازند که

نشانه‌های کاستی توجه و بیش‌فعالی را تحت الشعاع قرار می‌دهد و تشخیص اختلال رفتار ایدایی (DBD) را محتمل می‌سازد، که اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه^۲ (ODD) و اختلال سلوک^۳ (CD) را علاوه بر AD/HD شامل می‌شود (چارچ و دیگران، ۲۰۱۱).

تاکید زیاد بر نشانه‌های قابل مشاهده و آشکارا قابل اندازه‌گیری AD/HD، اگرچه مبنای تشخیص این اختلال محسوب می‌شود، به نادیده گرفتن یکی از مشخصه‌های اختلال مزبور می‌انجامد که برای درک آن اهمیت بسیاری دارد و در عین حال، کمی سازی آن دشوار است. این ویژگی، تکانشگری هیجانی^۴ نامیده می‌شود و دو پیامد را با خود دارد: کاستی در بازداری‌های (شناختی یا اجرایی) عمدی، همچنین در خویشتنداری هیجانی به طور اعم، به ویژه در آن موقعیت‌هایی که با ناکامی و خشم همراهند و بردباری را ایجاب می‌کنند. این خود-تنظیمی هیجانی ناقص بنا به دیدگاه گاتمن و کتز^۵ (۱۹۸۹) مشکلات زیر را به دنبال دارد: ناتوانی در بازداری رفتارهای نامناسب برخاسته از هیجانان مثبت یا منفی، ناتوانی در مهار برانگیختگی فیزیولوژیک برخاسته از عواطف، ناتوانی در تمرکز توجه و نیز دشواری در سازماندهی اعمال هماهنگ، در راستای دستیابی به اهداف بیرونی. این چهار مورد با یکدیگر نارسایی در خودتنظیمی هیجانی^۶ (DESR) را تشکیل می‌دهند که بر غالب جنبه‌های زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی و تحصیلی کودک تاثیر می‌گذارد (بارکلی، ۲۰۱۵). علی‌رغم تشخیص این نکته که وراثت و ویژگی‌های زیستی از جمله ساختار و کارکرد مغز، علل اصلی بروز اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی محسوب می‌شوند، برخی پژوهش‌ها (فاراتون، ۲۰۰۵؛ نیگ، هینشاو و هوانگ-پولوک، ۲۰۰۶) قاطعانه حاکی از آن است که شیوه‌های فرزندپروری و آسیب‌های روانی والدین، نقشی تعیین‌کننده را در روند تکوین این اختلال و اختلالات همبود ایفا می‌کنند (جانستون و کرونیس-توسکانو، ۲۰۱۵).

چندین دلیل برجسته برای کار مستقیم با والدین برای مدیریت رفتار کودکان در این اختلال وجود دارد. نخست این که، کودکان مبتلا به کاستی توجه/بیش‌فعالی تاثیرات چشمگیری بر والدین، هم‌شیرها و زندگی خانوادگی به طور کلی باقی می‌گذارند (جانستون و مش، ۲۰۰۱). والدین این کودکان استرس بیشتری دارند، تعارض بیشتری در روابط هم‌شیرها مشاهده می‌شود و به طور کلی، نسبت تعارض والد-کودک در این خانواده‌ها بیشتر است. به علاوه، والدین مزبور به احتمال

^۱ Disruptive Behavior Disorder

^۲ Oppositional Defiant Disorder

^۳ Conduct Disorder

^۴ Emotional Impulsivity

^۵ Gottman & Katz

^۶ Deficient Emotional Self- Regulation

بیشتری، شیوه‌های ناکارآمد فرزندپروری (بی‌ثباتی، خشونت، سهل‌انگاری، بیش از حد، واکنشی بودن و پاسخگویی اندک)، کاهش شایستگی در فرزندپروری، سطوح بالایی از شیوه‌های مدیریت جبرآمیز^۱ و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه را آشکار می‌سازند و اسنادها و ادراکات منفی تری در ارتباط با فرزند خویش دارند. افزایش دشواری‌های کودک و والدین می‌تواند ماهیتی دوجانبه داشته باشد. هنگامی که راهبردهای انضباطی غیرتنبیهی و ملایم (محرومیت از امتیازات، محرومیت از تقویت مثبت) مفید به نظر نمی‌رسند، والدین در تلاش برای مدیریت رفتار کودک، از شیوه‌های خشن و تنبیهی (فریاد زدن، تهدید و تنبیه جسمانی) بهره می‌جویند. تخصص والد و کودک می‌تواند در این فرایند قهرآمیز بالا گیرد و به افزایش رفتار مقابله‌جویانه در کودک و رفتار خشونت‌آمیز، تهاجمی و تنبیه‌گرایانه در والد بیانجامد. به مرور زمان، کارآمدی و راهبردهای مقابله‌ای والدین، به سبب چالش‌هایی که در پرورش فرزند مبتلا به AD/HD خود در پیش رو دارند، تنزل می‌یابد و ممکن است به سهل‌انگاری و بی‌ثباتی در رفتار فرزندپروری ختم شود. امری که به نوبه‌ی خود، وخامت مشکلات کودک و خانواده را به همراه خواهد داشت (چاکو و دیگران، ۲۰۱۵).

با توجه به ماهیت مزمن AD/HD، مشارکت فعال والدین کودکان مبتلا، برای هدایت موفقیت‌آمیز زندگی کودکان در حیطه‌های کارکردی گوناگون ضرورت دارد. برخلاف دیگر افراد، والدین نقشی پایدار و اساسی را در تصمیم‌گیری در مورد جریان ارزیابی AD/HD، کاربرد درمان‌های مختلف در موقعیت‌های متعددی که کودک در طول زمان در آن‌ها قرار می‌گیرد و حمایت از فرزندشان، در میان بسیاری از دیگر امور و عواملی که بخشی از فرزندپروری محسوب می‌شوند، بر عهده دارند. بر همین اساس است که حمایت موثر از والدین کودکان مبتلا به AD/HD، برای این که بتوانند چالش‌های پیش روی فرزند خود را در روند رشد مدیریت کنند، یکی از نقش‌های اصلی و سرنوشت‌ساز متخصصین مختلف در این حوزه است. از این رو، اتخاذ دیدگاه‌های جدیدتر و مبتنی بر شواهد علمی نسبت به AD/HD و تدوین و به روزرسانی شیوه‌هایی کارآمدتر برای مدیریت رفتار کودکان مبتلا به این اختلال، ضرورتی بنیادی دارد و می‌تواند از هزینه‌های روانی و اقتصادی که اختلال مزبور بر فرد، خانواده و اجتماع تحمیل می‌کند، به نحو چشمگیری بکاهد. در پژوهش حاضر از برنامه آموزش رفتاری والدین^۲ (BPT) که در آغاز توسط بارکلی (۱۹۸۷) توسعه یافت و بعدها مورد جرح و تعدیل‌هایی قرار گرفت (آناستوپولوس و بارکلی، ۱۹۹۰؛ بارکلی، ۱۹۹۷)، استفاده شده است. BPT مشتمل بر ۱۰ گام است، که اگرچه خطوط کلی برنامه‌ی مزبور و اهداف

^۱ . coercive management

^۲ . Behavior Parent Training (BPT)

هر مرحله توسط نویسنده مشخص شده است، اما اجرای هر گام مستلزم تهیه جزوه‌ای آموزشی برای والدین است که می‌باید با توجه به مقتضیات، توسط پژوهشگر تهیه و تنظیم شود. جلسات آموزشی می‌توانند به اشکال گوناگونی، از جمله گروهی در مقابل انفرادی، یا والد به تنهایی در مقابل والد و کودک به طور همزمان، اجرا شوند.

بارکلی برای تبیین AD/HD، از دو سیستم بازداری رفتاری^۱ و فعال سازی رفتاری^۲ که به ترتیب در قشر پیش پیشانی راست و چپ قرار دارند، بهره می‌گیرد و ناتوانی افراد مبتلا را در بازداری رفتاری، به عنوان مانعی بر سر راه سرکوبی پاسخ‌های نامرتب و مقاومت در برابر عوامل مزاحم ذکر می‌کند. به علاوه، وی اعتقاد دارد که ضعف سیستم بازداری رفتار، بر روی چهار عملکرد عصب-روان شناختی نقش غیرقابل انکاری دارد: حافظه فعال غیرکلامی، حافظه فعال کلامی (درونی سازی گفتار)، خودگردانی هیجانی و بازسازی. همچنین طبق این الگو، بازداری رفتاری مستقیماً روی سیستم حرکتی و کنترل حرکتی تأثیر می‌گذارد. بارکلی طی آخرین تحقیقات خویش اظهار داشت که ضعف کارکردهای اجرایی^۳ عامل اصلی این اختلال است. کارکردهای اجرایی آن دسته از اعمال ذهنی هستند که امکان بروز رفتارهای ارادی و هدفمند را فراهم می‌آورند، به فرد کمک می‌کنند تا متوجه پی‌آمدهای کوتاه مدت و درازمدت اعمالش باشد، فرد را قادر می‌سازند برای رسیدن به نتیجه موردنظر برنامه‌ریزی کند و به وی امکان می‌دهند همزمان با انجام عمل به ارزیابی آن بپردازد تا در صورتی که عمل با نتیجه موردنظر همراه نبود، به موقع آن را تعدیل و تنظیم کند (بارکلی، ۲۰۱۵). او اعتقاد داشت که آموزش رفتاری والدین در راستای به کارگیری شیوه‌های کارآمد فرزندپروری، می‌تواند کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی را در ارتقاء کارآمدی کارکردهای اجرایی یاری کند. ده مرحله آموزش رفتاری والدین (BPT) بر اساس رویکرد بارکلی، به اختصار در جدول ۱ آمده است. پژوهش‌های متعددی با استفاده از رویکرد آموزش والدین صورت گرفته است که نتایج یکسانی را به همراه نداشته‌اند. نتایج پژوهشی که توسط کرونیس و دیگران (۲۰۰۶) در مورد تأثیر درمان‌های روانی- اجتماعی مبتنی بر شواهد، از جمله آموزش والدین و مداخلات مدرسه‌ای بر اختلال AD/HD در نوجوانان انجام شد، حاکی از اثربخشی معنی‌دار این شیوه‌ها بر کاهش نشانه‌های اختلال در آزمودنی‌ها بود. به علاوه نتایج مزبور نشان دادند که آموزش مهارت‌های اجتماعی، مشتمل بر مولفه‌های تعمیم‌دهی (رفتار مطلوب)،

^۱ . Behavior Inhibition System

^۲ . Behavior Activation System

^۳ . Executive Functions

مقایسه اثربخشی آموزش رفتاری والدین و دارودرمانی بر شدت نشانه‌های ...

برنامه‌های فشرده‌ی آموزش تابستانی و مداخلات پرورشی، افق نویدبخشی را در درمان اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی پدید می‌آورند.

پیکرو و دیگران (۲۰۰۷) طی مطالعه‌ای فراتحلیلی بر روی ۵۵ پژوهش در زمینه اثربخشی آموزش والدین و خانواده‌ها بر کنترل رفتار مشکل‌زای کودکان، که رفتارهای بزهکارانه را نیز شامل می‌شد، به نتایجی دست یافتند که از کارآمدی این شیوه‌های مداخله‌ای در کاهش مشکلات رفتاری کودکان کوچک‌تر حکایت داشت. شایان ذکر است که اندازه‌ی اثر وزن دهی شده در گروه کنترل برابر با ۰/۳۵ و متناظر با ۵۰ درصد بازگشت مشکلات رفتاری در این گروه بود؛ در حالی که در گروه آزمایشی ۳۳ درصد بازگشت مشکلات رفتاری مشاهده شد. در پژوهشی که توسط رقیبی و دیگران (۲۰۱۳) بر ۶۱ کودک ۶-۱۴ ساله در شهر زاهدان انجام شد، از برنامه‌ی آموزش والدین و رفتار درمانی برای کنترل نشانه‌های AD/HD استفاده شد. برنامه آموزش والدین شامل ۸ جلسه آموزشی بود که به والدین اطلاعات و راهبردهایی را جهت مدیریت رفتار فرزند مبتلا به اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی آنان ارائه می‌کرد. به علاوه، پژوهشگران به تدوین برنامه مداخله‌ی رفتاری جهت کاهش واکنش‌سازی، کاهش فشار گفتار، افزایش توجه و کاهش حواس‌پرتی در کودکان مبتلا و اجرای آن با کمک والدین دست زدند. نتایج نشان دادند که اجرای توأم برنامه آموزش والدین و رفتاردرمانی، تغییرات معناداری را در نشانه‌های اختلال در کودکان ایجاد کرد.

اگرچه پژوهش‌های متعددی بر اثربخشی برنامه‌های گوناگون آموزش والدین بر بهبود نشانه‌های AD/HD در کودکان صحنه گذاشته‌اند، واقعیتی که تحقیقات بیشتری در این زمینه را ایجاب می‌کند، وجود پژوهش‌های متعدد دیگری است که کارآیی این برنامه‌ها و نظام‌های آموزشی را مورد شک و تردید قرار می‌دهند. تحقیقات مزبور گاه حاکی از این امر بوده‌اند که اثربخشی دارودرمانی در رفع مشکلات رفتاری کودکان، بیش از برنامه‌های آموزش خانواده بوده است. از سوی دیگر، چون هر پژوهش مقتضیات زمانی و مکانی متفاوتی دارد و نیز متغیرهای گوناگونی را اعمال می‌کند یا می‌سجد، اجرای هر پژوهش در این زمینه، تلویحات جدیدی را برای کاربرد پروتکل‌های آموزش والدین برای مدیریت نشانه‌های AD/HD در بر دارد. در زیر به برخی از تحقیقاتی که برتری دارودرمانی را نشان می‌دهند، اشاره می‌شود.

شهربانیان، صالحی و عزیزی (۲۰۱۳)، تحقیقی درباره اثربخشی آموزش رفتاری والدین و دارودرمانی با ریتالین، بر میزان علائم AD/HD در پسران دانش‌آموز پایه سوم، چهارم و پنجم انجام دادند. بدین منظور آنان از طریق نمونه‌گیری تصادفی، سه گروه، هر یک متشکل از ۱۵ دانش‌آموز را به عنوان گروه‌های آزمایشی و کنترل انتخاب کردند. این پژوهشگران دریافتند که آموزش رفتاری والدین و ریتالین هر دو در کاهش شدت علائم این اختلال به نحو معناداری موثر هستند، هر چند

که مقایسه‌ی میانگین‌ها در پژوهش آنان آشکار ساخت که ریتالین بیشتر موجب کاهش نشانه‌ها می‌شود، تا آموزش رفتاری والدین.

دانفورت (۲۰۰۶) طی مقاله‌ای، برنامه آموزش والدین را جهت کمک به خانواده‌هایی که کودکان مبتلا به AD/HD و ODD همزمان دارند، معرفی کرد. وی با ذکر پژوهش‌هایی مبنی بر این که همبودی این دو اختلال در کودکان، الگویی از رفتارهای اختلال آمیز را پدید می‌آورد که با الگوهای رفتاری AD/HD و ODD به تنهایی متفاوت است (برای مثال، بارکلی و هینشاو، ۱۹۹۴؛ لینام، ۱۹۹۶)، شیوه‌ی برتر برای مدیریت رفتار این کودکان را، درمانی مرکب از محرک‌های اعصاب و رفتاردرمانی می‌داند. وی ذکر می‌کند که مناقشات موجود بر سر استفاده‌ی مفرط از داروهای محرک اعصاب (له فیور، آرکونا و آنتونوسیو، ۲۰۰۳)، در کنار عوارض جانبی منفی بالقوه‌ی این داروها، فقدان پژوهش‌هایی که تداوم تغییرات رفتاری را پس از قطع دارو نشان دهند، همچنین این واقعیت که ۲۰-۳۰ درصد کودکان مبتلا به AD/HD، پاسخ مطلوبی به داروهای محرک اعصاب نمی‌دهند (کانر، ۲۰۰۶)، نشان دهنده ضرورت برنامه‌ی کارآمد آموزش والدین است. از این رو، حتی والدینی که فرزندان‌شان از برنامه منظم دارویی تبعیت می‌کنند، از برنامه آموزش والدین بهره خواهند برد. با این وصف، دانفورت ذکر می‌کند که همه پژوهش‌ها، حاکی از اثربخشی کاربرد همزمان دارودرمانی و برنامه آموزش والدین برای تعدیل رفتار کودکان مبتلا به AD/HD و ODD همزمان و والدین آن‌ها نیستند (برای مثال، گرازیانو و دیامنت، ۱۹۹۲؛ پلهام و هینشاو، ۱۹۹۲، به نقل از دانفورت، ۲۰۰۶). هدف پژوهش حاضر، تعیین و مقایسه اثربخشی آموزش رفتاری والدین (BPT) بر اساس مدل بارکلی و دارودرمانی با متیل فنیدیت^۱ (MPH) بر استرس فرزندی‌پروری مادران و شدت نشانه‌های اختلال در کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی است.

روش

جامعه آماری و نمونه: نمونه پژوهش حاضر، مشتمل بر ۴۵ دانش‌آموز پسر دوره اول و دوم دبستان (کلاس‌های اول تا پنجم) بودند که به طور داوطلبانه و غیرتصادفی، از میان مراجعان مرکز مشاوره پارسیان و نیز دانش‌آموزان مدارس استقلال ۱ و ۲ ناحیه ۱۱ آموزش و پرورش انتخاب و در سه گروه آموزش رفتاری والدین (BPT)، دارودرمانی (MPH) و گروه کنترل قرار گرفتند. از آنجاکه، مادران این کودکان، شرکت کنندگان در تدبیر آزمایشی "آموزش رفتاری والدین"

^۱ Methylphenidate(Ritalin)

(BPT) محسوب می‌شدند، میزان تحصیلات مادران در زمره متغیرهای کنترل و بیش از دبیرستان تعیین شد. در گروه BPT، ۸ مادر تحصیلات دبیرستانی و ۷ نفر مدرک دیپلم و بالاتر داشتند. این ارقام در مورد گروه دارودرمانی با متیل فنیدیت (MPH) به ترتیب برابر با ۹ و ۶ و در گروه کنترل، ۱۰ و ۵ بودند. سایر متغیرهای جمعیت شناختی در جداول ۳ و ۴ آمده است. کودکان با استفاده از فرم «الف» ویرایش چهارم پرسشنامه علائم مرضی کودکان^۱ (مقیاس ویژه والدین)، که توسط خود مادران تکمیل شد، غربالگری شده و در فرم مزبور، نمره بالاتر از ۹ گرفته بودند. همچنین نمونه مزبور بر اساس فرم‌های «ب» و «پ» پرسشنامه مزبور که آن‌ها نیز توسط مادران تکمیل شدند، به اختلال لجبازی مقابله جویانه (ODD) و اختلال سلوک (CD) مبتلا نبودند.

ابزار

پرسشنامه علایم مرضی کودکان (۴-C SI) که توسط گادو و اسپرافکین^۲ در سال ۱۹۸۴ تدوین شد و در سال ۱۹۹۴ همزمان با نشر چاپ چهارم DSM-4 مورد تجدیدنظر قرار گرفت، برای سنجش شدت نشانه‌ها استفاده شد. این پرسشنامه دارای دو فرم والدین و معلم است. فرم والدین دارای ۹۷ سوال است که ۱۵ اختلال روانی و هیجانی را می‌سنجد و ۱۸ گویه اول آن (فرم الف) برای سنجش شدت نشانه‌های AD/HD به کار می‌رود. این پرسشنامه دارای دو شیوه نمره‌گذاری است: شیوه نمره برش غربال کننده و شیوه نمره‌گذاری برحسب شدت نشانه‌های مرضی در یک مقیاس ۴ امتیازی که با جمع نمرات، نمره شدت را فراهم می‌سازد. توکلی زاده (۱۳۷۶) اعتبار پرسشنامه را برای فرم والد ۰/۹۰ گزارش کرد (به نقل از محمدی و موسوی، ۱۳۹۴). در تحقیق کلانتری و همکاران (۱۳۸۰) اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش تصویف برای فرم معلمان ۰/۹۱ و برای فرم والدین ۰/۸۵ به دست آمد (به نقل از سهرابی، اسدزاده و کوپانی، ۱۳۹۳). بنا به پژوهش انجام شده توسط محمد اسماعیل (۱۳۸۳)، در مقیاس مربوط به والدین، نمره برش ۹ با حساسیت ۰/۹۱ و ویژگی ۰/۹۷، قادر به غربالگری موارد مثبت و منفی است. همچنین نمره‌های شدت نشانه‌های مرضی این مقیاس در مورد AD/HD، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله جویانه، می‌تواند نمره‌های چک لیست رفتاری کودکان (CBCL) را در حوزه‌های ذکر شده پیش-بینی کند. فرزاد، امامی پور و وکیل قاهانی (۱۳۹۰) ضریب اعتبار پرسشنامه را به روش همابستگی درونی برای فرم والد ۰/۹۴ برآورد کردند. در پژوهشی که گریسون و کارلسون (۱۹۹۱) بر روی CSI-3R انجام دادند، حساسیت آن برای اختلال نافرمانی مقابله جویانه، اختلال سلوک و

^۱ . Children's Symptoms Inventory, 4th Edition (CSI-4)

^۲ . Gadow & Sprafkin

اختلال کاستی توجه/ بیش‌فعالی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۳ و ۰/۷۷ گزارش شد. گادو و اسپرافکین (۱۹۹۴) همبستگی بین چک لیست CSI-3R را در سه اختلال ذکر شده به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۵۸ و ۰/۷۲ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش، از فرم والدین مقیاس مزبور استفاده شد. انتخاب نمونه بر حسب نمره برش و سنجش شدت نشانه‌ها، بر حسب نمره‌گذاری مبتنی بر شدت انجام شد. همچنین فرم‌های «ب» و «پ» پرسشنامه CSI، نسخه والدین، برای حذف مواردی که به اختلال لجبازی مقابله جویانه (ODD) و یا اختلال سلوک (CD) همبود مبتلا بودند، به کار رفت. نقطه برش ODD بر طبق پژوهش محمداسماعیل (۱۳۸۳) با حساسیت ۰/۹۴ و ویژگی ۰/۹۸، برابر با ۵ است. همچنین به موجب تحقیق مورد اشاره، نقطه برش ۵ با حساسیت ۰/۸۴ و ویژگی ۰/۹۹، قادر به تفکیک کودکان مبتلا به CD است.

مقیاس استرس فرزندپروری^۱ بری و جونز^۲ (۱۹۹۵) برای سنجش استرس والدین استفاده شد. این مقیاس که توسط والدین تکمیل می‌شود، ۱۸ گویه دارد. گویه‌ها خوشایندبودن و جنبه مثبت وظایف والدینی و نیز جنبه‌های منفی آن را مورد توجه قرار می‌دهند. والدین باید موافقت یا عدم موافقت خود را با هر گویه، بر اساس رابطه‌ای که به طور معمول با فرزند خود دارند، در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای مشخص کنند. هشت گویه، یعنی گویه‌های شماره ۱، ۲، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۷ و ۱۸ به طور معکوس و سایر گویه‌ها به طور مستقیم نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره در این مقیاس ۱۸ و حداکثر آن ۹۰ است و هر چه نمره آزمودنی در این مقیاس بالاتر باشد، نشان استرس بیشتر است. بری و جونز (۱۹۹۵) اعتبار درونی و اعتبار آزمون- بازآزمون این مقیاس را به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۰ گزارش کردند. در بررسی مقدماتی که به منظور تعیین اعتبار مقیاس ترجمه شده به زبان فارسی، روی ۲۳ مادر انجام شد، اعتبار آزمون-بازآزمون با فاصله زمانی یک هفته، ۷۸ درصد به دست آمد. مزیت نسبی این مقیاس در مقایسه با سایر ابزارهای مشابه، کمتر بودن تعداد گویه‌های آن است که آن را برای استفاده والدین، مطلوب‌تر می‌کند (حسن زاده، ۱۳۹۱).

برنامه مداخله‌ای آموزش رفتاری والدین

برنامه آموزش رفتاری والدین به تفکیک مراحل، در جدول ۱ آمده است:

^۱ . Parental Stress Scale

^۲ . Berry & Jones

مقایسه اثربخشی آموزش رفتاری والدین و دارودرمانی بر شدت نشانه‌های ...

جدول ۱. مراحل آموزش رفتاری والدین بر اساس رویکرد بارکلی

جلسات	محتوای جلسات
اول	آشناکردن والدین با اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی، نشانه‌ها و سبب شناسی اختلال، ویژگی‌ها و رفتارهای کودکان مبتلا
دوم	آموزش شیوه‌های برقراری ارتباط مناسب با کودک، شیوه‌های مدیریت رفتارهای نامطلوب و چگونگی افزایش تعامل مثبت با وی
سوم	آموزش مهارت‌های ابراز توجه مثبت به کودک
چهارم	گسترش مهارت‌های توجه مثبت و بهبود همکاری و فرمانبرداری کودک
پنجم	تدوین سیستم ژتونی/امتیازی در منزل برای تشویق کودک به تبعیت از مقررات و فرمان‌ها
ششم	آموزش شیوه استفاده از جریمه برای اصلاح رفتار کودک
هفتم	آموزش استفاده از محروم سازی برای اصلاح رفتار کودک
هشتم	مدیریت رفتار کودک در مکان‌های عمومی
نهم	مدیریت رفتار کودک در مدرسه
دهم	جمع‌بندی و خاتمه برنامه

اجرا

نتایج پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) که در آغاز به شیوه نمره برش غربال کننده نمره‌گذاری شده بود، در این مرحله با استفاده از شیوه نمره‌گذاری بر حسب شدت نشانه‌ها، نمره-گذاری شد و به عنوان نمرات پیش‌آزمون به کار رفت. مقیاس استرس والدینی بری و جونز نیز توسط مادران تکمیل شد. سپس کودکان گروه آزمایشی دارو درمانی (MPH)، مصرف دارو را طبق برنامه‌ای که قبلاً توسط روان‌پزشک تعیین شده بود، آغاز کردند. والدین در گروه آموزش رفتاری والدین (BPT) نیز طی نه هفته متوالی تحت آموزش رفتاری با استفاده از روش بارکلی قرار گرفتند (جلسات نهم و دهم در یک نوبت اجرا شدند، زیرا جلسه دهم به مرور آموزش‌های قبلی و پرسش و پاسخ اختصاص دارد). پس از گذشت سه ماه، پس‌آزمون‌ها اجرا و نتایج استخراج شدند.

یافته‌ها

جدول ۲ اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش را نشان می‌دهد. برای بررسی همگن بودن سه گروه پژوهشی از نظر متغیرهای جمعیت شناختی؛ میزان تحصیلات والدین، پایه تحصیلی، رتبه تولد و تعداد فرزندان خانواده؛ از آزمون مجذور خی دو متغیری استفاده شده است. نتایج آزمون‌های فوق نیز در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. مقایسه متغیرهای جمعیت شناختی در سه گروه پژوهشی

متغیر	طبقات ^۱	گروه پژوهشی			df	χ^2	سطح معناداری
		control	MPH	BPT			
میزان تحصیلات مادر	کمتر از دیپلم	۸	۹	۱۰	۲	۰/۵۵۶	۰/۷۵۷
	دیپلم و بالاتر	۷	۶	۵			
میزان تحصیلات پدر	کمتر از دیپلم	۵	۷	۹	۲	۲/۱۴۳	۰/۳۴۳
	دیپلم و بالاتر	۱۰	۸	۶			
پایه تحصیلی	اول - دوم - سوم	۸	۸	۷	۲	۰/۱۷۸	۰/۹۱۵
	چهارم - پنجم	۷	۷	۸			
رتبه تولد	فرزند نخست	۶	۶	۷	۲	۰/۱۸۲	۰/۹۱۳
	فرزند دوم و بالاتر	۹	۹	۸			
تعداد فرزندان خانواده	تک فرزند	۵	۴	۵	۲	۰/۱۸۲	۰/۹۱۳
	بیش از یک فرزند	۱۰	۱۱	۱۰			

با توجه به اینکه شاخص‌های مجذور خی مشاهده شده [برای تمام متغیرهای جمعیت شناختی] کوچکتر از شاخص مجذور خی بحرانی با در نظر گرفتن ۵ درصد خطا و برای درجه آزادی ۲، (۵/۹۹۱) است، بنابراین با اطمینان ۰/۹۵، فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت فراوانی‌های مشاهده شده و مورد انتظار تأیید می‌شود. بنابراین، سه گروه پژوهشی از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی همگن هستند. جدول ۳ شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون سه گروه را نشان می‌دهد:

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد داده‌های پژوهش

control	بدون تدبیر آزمایشی	MPH	درمان با داروهای محرک اعصاب	BPT	آموزش رفتاری والدین	نوبت اجرا	متغیر
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	نوبت اجرا	استرس فرزندپروری (والدینی)
۴/۳۷	۶۱/۹۳	۱۳/۵۸	۵۹/۷۳	۷/۶۳	۶۳/۳۳	پیش‌آزمون	شدت علائم ADHD
۴/۲۳	۵۸/۲۰	۷/۴۰	۳۳/۴۷	۴/۴۰	۴۳/۲۰	پس‌آزمون	
۴/۳۷	۳۰/۹۳	۳/۹۴	۳۲/۴۷	۴/۹۶	۳۹/۲۰	پیش‌آزمون	شدت علائم ADHD
۳/۷۰	۲۹/۸۷	۲/۵۰	۱۶/۸۷	۲/۶۰	۱۸/۹۳	پس‌آزمون	

۱. برای رعایت شدن پیش‌فرض آزمون مجذور خی؛ حداقل فراوانی مورد انتظار ۵ در حداقل ۸۰ درصد از خانه‌های جدول؛ طبقات با یکدیگر ادغام شده است.

مقایسه اثربخشی آموزش رفتاری والدین و دارودرمانی بر شدت نشانه‌های ...

به منظور تعیین اثربخشی و مقایسه اثربخشی مداخله‌های پژوهش در کاهش استرس فرزندپروری و شدت نشانه‌های اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی، از طرح پژوهشی "پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه گسترش یافته" با استفاده از تحلیل واریانس یک راهه برای نمره‌های افتراقی^۱ (تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون) استفاده شد. جداول ۴ و ۵ بیانگر شاخص‌های آماری تحلیل واریانس یک راهه با استفاده از نمرات افتراقی، جهت بررسی اثربخشی و مقایسه دو روش مداخله‌ای در کاهش شدت نشانه‌ها هستند.

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های افتراقی شدت علائم AD/HD

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
آموزش رفتاری والدین	۱۵	۱۰/۲۷	۳/۰۶
درمان با متیل فنیدیت	۱۵	۱۵/۶۰	۱/۹۹
گواه	۱۵	۱/۰۷	-/۸۸

همان‌گونه که اطلاعات جدول نشان می‌دهد، میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون در گروه دارودرمانی بیشتر از گروه آموزش رفتاری والدین است، که از برتری ظاهری دارودرمانی در کاهش شدت نشانه‌ها حکایت دارد.

جدول ۵. خلاصه تجزیه و تحلیل واریانس یک راهه تک متغیری برای مقایسه نمره‌های افتراقی شدت علائم AD/HD

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	اندازه اثر (مجزور اتا جزئی)
بین گروهی	۱۶۲۱/۵۱۱	۲	۸۱۰/۷۵۶	۱۷۲/۴۴۳**	-/۸۹۱
درون گروهی	۱۹۷/۴۶۷	۴۲	۴/۷۰۲		
کل	۱۸۱۸/۹۷۸	۴۴			

** P < .۰۱

با توجه به اینکه شاخص F محاسبه شده (۱۷۲/۴۴۳) بزرگتر از $F_{.۰۱}$ با درجه‌های آزادی ۲ و ۴۲ (۵/۱۵) است، بنابراین فرض صفر مبنی بر برابری میانگین‌ها با اطمینان ۹۹ درصد رد می‌شود. با

۱. با توجه به عدم برقراری پیش‌فرض یکسانی شیب رگرسیون‌ها برای تحلیل کوواریانس در مورد نمرات هر دو روش، به جای تحلیل کوواریانس از تحلیل نمره‌های افتراقی استفاده شده است.

توجه به این که $\eta^2 = 0/891$ ، می‌توان گفت که حدود ۸۹ درصد از تغییرات شدت علائم AD/HD تحت تاثیر عامل نوع آموزش/درمان قرار می‌گیرد و توسط آن تبیین می‌شود. آزمون تعقیبی شفه برای مقایسه دو شیوه مداخله نشان داد که تفاوت بین میانگین نمرات افتراقی آموزش رفتاری والدین (۱۰/۲۷) و دارودرمانی (۱۵/۶۰) معنی‌دار است. بنابراین، بر اساس نتایج حاصل، اثربخشی دارودرمانی (MPH) در کاهش شدت نشانه‌ها، بیش از اثربخشی آموزش رفتاری والدین (BPT) است.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی شفه برای نمره‌های افتراقی شدت علائم ADHD

خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها (الف-ب)	گروه ب	گروه الف
۰/۷۹۲	**۹/۲۰	گواه	آموزش رفتاری والد
۰/۷۹۲	**۱۴/۵۳	گواه	درمان بامتیل فنیدیت
۰/۷۹۲	**۵/۳۳	درمان با متیل فنیدیت	آموزش رفتاری والد

** $P < 0/01$

بر اساس نتایج آزمون تعقیبی، زیرگروه‌های همگن استخراج و در جدول ۷ نشان داده شده است.

جدول ۷. زیرگروه‌های همگن برای نمره‌های افتراقی شدت علائم ADHD

تعداد	۱	۲	۳
۱۵	۱۰/۲۷		
۱۵		۱۵/۶۰	
۱۵			۱/۰۷

اطلاعات مربوط به شاخص‌های آماری و خلاصه تجزیه و تحلیل واریانس با استفاده از نمرات افتراقی^۱، جهت بررسی اثربخشی روش‌های مداخله‌ای آموزش رفتاری والدین و دارودرمانی در کاهش استرس فرزندپروری، در جدول‌های ۸ و ۹ آمده است:

^۱. با توجه به عدم برقراری پیش‌فرض یکسانی شیب رگرسیون‌ها در تحلیل کوواریانس ($F=4/835, P<0/05$) به جای تحلیل کوواریانس از تحلیل نمره‌های افتراقی استفاده شده است.

مقایسه اثربخشی آموزش رفتاری والدین و دارودرمانی بر شدت نشانه‌های ...

جدول ۸. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های افتراقی استرس فرزندپروری

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
آموزش رفتاری والد	۱۵	۲۰/۱۳	۵/۹۸
درمان متیل فنیدیت	۱۵	۲۶/۲۷	۶/۸۱
گواه	۱۵	۳/۷۳	۱/۴۴

همان‌گونه که اطلاعات مندرج در جدول ۸ نشان می‌دهند، میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون در گروه دارودرمانی بیش از تفاضل این نمرات در گروه آموزش رفتاری والدین است، که برتری ظاهری دارودرمانی را در کاهش استرس فرزندپروری نشان می‌دهد.

جدول ۹. خلاصه تجزیه و تحلیل واریانس یک راهه تک متغیری برای مقایسه نمره‌های افتراقی استرس فرزندپروری

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	اندازه اثر (مجزور اتا جزئی)
بین گروهی	۴۰۷۱/۶۴۴	۲	۲۰۳۵/۸۲۲	**۷۲/۶۰۹	۰/۷۷۶
درون گروهی	۱۱۷۷/۶۰۰	۴۲	۲۸/۰۳۸		
کل	۵۲۴۹/۲۴۴	۴۴			

** $P < .01$

با توجه به اینکه شاخص F محاسبه شده (۷۲/۶۰۹) بزرگتر از $F_{.01}$ با درجه‌های آزادی ۲ و ۴۲ (۵/۱۵) است، بنابراین فرض صفر مبنی بر برابری میانگین‌ها با اطمینان ۹۹ درصد رد می‌شود. از آنجاکه $\eta^2 = 0.776$ ، می‌توان نتیجه گرفت که حدود ۷۸ درصد از تغییرات استرس فرزندپروری توسط عامل نوع آموزش/درمان تبیین می‌شود. همچنین نتایج آزمون تعقیبی شفه (جدول ۱۰ و ۱۱) نشان داد که تفاوت بین میانگین نمرات افتراقی آموزش رفتاری والدین (۲۰/۱۳) و دارودرمانی با متیل فنیدیت (۲۶/۲۷) معنادار است و به بیان دیگر، بر اساس نتایج حاصل، اثربخشی دارودرمانی (MPH) بیش از آموزش رفتاری والدین (BPT) است.

جدول ۱۰. نتایج آزمون تعقیبی شفه برای نمره‌های افتراقی استرس فرزندپروری (والدینی)

گروه الف	گروه ب	تفاوت میانگین‌ها (الف-ب)	خطای استاندارد
آموزش رفتاری والد	گواه	**۱۶/۴۰	۱/۹۳۳
درمان بامتیل فنیدیت	گواه	**۲۲/۵۳	۱/۹۳۳
آموزش رفتاری والد	درمان با متیل فنیدیت	**۶/۱۳	۱/۹۳۳

** $P < .01$

بر اساس نتایج آزمون تعقیبی، زیرگروه‌های همگن استخراج و در جدول ۱۷-۴ نشان داده شده است.

جدول ۱۱. زیرگروه‌های همگن برای نمره‌های افتراقی استرس فرزندپروری (والدینی)

تعداد	۱	۲	۳
۱۵	۲۰/۱۳		
۱۵		۲۶/۲۷	
۱۵			۳/۷۳

بحث

شیوه‌های درمانی گوناگونی جهت مدیریت اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی به کار می‌روند. این شیوه‌ها غالباً بر مدیریت نشانه‌های اختلال مزبور و پیامدهای حاصل از آن تأکید دارند. پرورش کودک مبتلا به اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی، نگرانی و استرس زیادی را به والدین تحمیل می‌کند. این استرس، برخاسته از ناتوانی کودک در مدیریت رفتار خویش به نحوی متناسب با مکان، مقتضیات و رویدادهاست. فقدان برخورداری والدین از دانش و اطلاعات در خصوص علت این نابهنجاری‌های رفتاری و انتساب آن‌ها به قصدمندی و تعمد کودکان مبتلا، این استرس را دوچندان می‌کند. آموزش والدین و دارودرمانی کودکان، دو شیوه رایج در میان دیگر شیوه‌ها برای مدیریت شدت نشانه‌های کودکان مبتلا و استرس والدین آن‌هاست. در پژوهش حاضر، از آموزش رفتاری والدین (BPT) بر اساس رویکرد بارکلی و دارودرمانی با متیل فنیدیت (MPH) برای کاهش مدیریت شدت نشانه‌ها استفاده شد. مقایسه نتایج پیش‌آزمون-پس‌آزمون با استفاده از تحلیل واریانس یک راهه برای نمرات افتراقی، اثربخشی هر دو روش را در کاهش استرس فرزندپروری در والدین آشکار ساخت، اگرچه میانگین نمرات پس‌آزمون در گروه MPH تفاوتی معنادار با نمرات پس‌آزمون گروه BPT داشت و به بیان دیگر، میزان استرس فرزندپروری در والدینی که فرزندانشان به مدت ۳ ماه ریتالین مصرف کرده بودند، آشکارا کمتر از استرس والدین در گروه آموزش رفتاری والدین بود. تحلیل آماری تفاوت شدت نشانه‌ها نیز، نتایج مشابهی را آشکار ساخت. هر دو روش در کاهش شدت نشانه‌های ADHD در کودکان مبتلا موثر بودند، اما اثربخشی دارودرمانی در کاهش شدت علائم به نحوی معنادار بیش از اثربخشی BPT بود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های شهربانیان، صالحی و عزیزی (۲۰۱۳) و نیز پژوهش رقیبی و دیگران (۲۰۱۳) همسو بود. در بحث پیرامون نتایج فوق، شایان ذکر است که تکانشگری و پرفعالیتی کودکان مبتلا به AD/HD

موجب می‌شود والدین پیوسته از محیط‌های گوناگونی که کودک در آن‌ها قرار می‌گیرد (مدرسه و کلاس، محیط‌های بازی و جمع‌های خانوادگی و فامیلی)، بازخوردهای منفی دریافت کنند. آنگاه که علل کاستی توجه، پرفعالیتی و تکانشگری کودک بر افراد آشکار نیست، واکنش‌های هیجانی و رفتاری ناسازگارانه کودک به مشکلات تربیتی و شیوه‌های فرزندپروری نابسند و گاه نامناسب والدین منتسب می‌شود، امری که می‌تواند به استرس آنان دامن بزند. مصرف متیل فنیدیت (ریتالین) پرتنشی، تکانشی بودن و پرفعالیتی کودک را به سرعت کاهش می‌دهد و او را بیشتر قابل کنترل می‌سازد. از این رو، این تغییر ناگهانی در رفتار کودک، میزان دریافت بازخوردهای منفی توسط والدین را کاهش می‌دهد و نگرش مثبت‌تر اطرافیان را نسبت به والدین و کودک به همراه دارد. با این وصف، از آنجا که حدود ۳۰-۲۰ درصد کودکان از مصرف ریتالین (MPH) بهره نمی‌برند (کانر، ۲۰۰۶، به نقل از دانفورت، ۲۰۰۶)، اتخاذ برنامه‌ای مناسب جهت آموزش والدین کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی ضرورت تام دارد.

آموزش رفتاری والدین، در درجه نخست، نگرش خود والدین نسبت به کودک و نابسامانی‌های رفتاری و هیجانی وی و سپس شیوه‌های فرزندپروری آنان را هدف قرار می‌دهد. آگاهی از این که نابهنجاری‌های رفتاری کودک از ناتوانی وی در مدیریت رفتار خویش ناشی می‌شود و نه از تعمد وی برای آزار دیگران، از میزان استرس والدین می‌کاهد و آنان می‌آموزند که رفتار کودک را با اغماض و بردباری بیشتری تحمل کنند. این آگاهی، به آنان این امکان را می‌دهد که از شیوه‌های کارآمدتری برای مدیریت رفتار فرزند خویش استفاده کنند و به مقابله جویی متوسل نشوند. عدم استفاده والدین از شیوه‌های جبرآمیز نیز به کاهش درگیری‌ها منجر می‌شود که خود کاهش استرس را به دنبال خواهد داشت. استفاده از فنون تغییر رفتار توسط والدین، موجب می‌شود که کودکان بیاموزند که پیامدهای رفتار خویش را پیش‌بینی کنند. دریافت بازخوردهای مثبت از سوی والدین، خانواده گسترده و گروه همسالان، منجر به ایجاد نوعی حس خودکارآمدی در کودک می‌شود که موجب می‌شود آنان تلاش کنند که "خود، بچه‌ی خوبی باشند".

از آنجا که، یکی از نکات مهم در مطالعه اثربخشی مداخلات درمانی، ماندگاری اثر پس از اختتام مداخله است، پیشنهاد می‌شود که طی پژوهش‌های بعدی در این خصوص، میزان تداوم اثر مداخله مورد توجه قرار گیرد. مطالعات برخوردار از پیگیری، این منظور را برآورده می‌سازند؛ که محدودیت پژوهش حاضر محسوب می‌شود.

با توجه به این که طی دهه‌های اخیر، سن آغاز آموزش رسمی برای کودکان کاهش یافته است، شناسایی و غربالگری کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی می‌تواند با سهولت بیشتری انجام شود. اتخاذ اقدامات مناسب در جهت مدیریت این اختلال در کودکان، می‌تواند از

پیامدهای نامطلوب و بهای سنگینی که نادیده گرفتن آن می‌تواند برای کودک، خانواده و اجتماع به همراه داشته باشد، بکاهد. اقدامات مزبور می‌توانند در درجه نخست آموزش والدین و خانواده‌ها سپس درمان‌های رفتاری، پزشکی و دیگر اقدامات توان بخشی جهت بهبود مهارت‌های اجتماعی در این کودکان را شامل شوند. برخورداری کودکان مبتلا از بیمه درمانی می‌تواند آزادی عمل بیشتر والدین را برای انتخاب شیوه درمانی مناسب با کمک متخصصین، موجب شود.

References

- Adam, B., Young-walker, L. (2014). *The Evolution of the ADHD Diagnosis and its Implications for DSM-5*. Journal of Pediatrics and Congenital Disorders. Mini Review, 1-2
- Barkley, R. A., (2015). *History of ADHD*. In Russel A. Barkley (Ed.), Attention Deficit Hyperactivity Disorder, A Handbook for Diagnosis and Treatment. 4th.edition. NY: Guilford Press, 16-20
- Barkley, R. A., (2015). *Is Emotional Dysregulation a Core Component of ADHD*. In Russel A. Barkley (Ed.), Attention Deficit Hyperactivity Disorder, A Handbook for Diagnosis and Treatment. 4th. edition. NY: Guilford Press, 117-120
- Barkley, R. A., (2015). *Executive Functioning and Self-Regulation Viewed as an Extended Phenotype: Implications of the Theory for ADHD and Its Treatment*. Attention Deficit Hyperactivity Disorder, A Handbook for Diagnosis and Treatment. 4th. edition. NY: Guilford Press, 521-525
- Chako, A., Allan, C., Uderman, J., cornwell, M. , Anderson, M. & Chimiklis, A. (2015). *Training Parents of Youth with ADHD*. In Russel A. Barkley (Ed.), Attention Deficit Hyperactivity Disorder, A Handbook for Diagnosis and Treatment. 4th. edition. NY: Guilford Press. 658-661
- Charach, A. et al. (2011). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effectiveness of Treatment in At-Risk Preschoolers; Long Term Effectiveness in All ages, and Variability in Prevalence, Diagnosis and Treatment*. Comparative Effectiveness Review No: 44. Agency for Healthcare Resarch and Quality. Rockville, USA. 13-14
- Chronis, A. M., Jones, H. A. & Raggi, V. L. (2006). *Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents with ADHD*. Chronical Psychological Review. 26(2006).484-502
- Curatolo, P., Paloscia, C., D'Agati, E., Moavero, R. & Pasini, A. (2008). *The Neurobiology of ADHD*. European Journal of Pediatric Neurology. 13(2009). 299-304
- Danforth, J. S. (2006). *Parent Training for Families of Children with Comorbid ADHD and ODD*. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy. 2(1). 45-48
- Farzad, V., Emamipour, s., Vakilghahani, F. (2011). *Investigation of Reliability, Validity and Normalization of Children's Symptoms Inventory in Labor Children*. Psychological Research Quarterly. 3(11), 47-57 (in Persian)

- Hassanzadeh, S. (2012). *Parenting Stress in Mothers with Deaf Children*. *Journal of Psychology and Education*, 42, 15-68 (in Persian)
- Johnston, C. & Chronis-Tuscano, A. (2015). *Families with ADHD*. In Russel A. Barkley (Ed.), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder, A Handbook for Diagnosis and Treatment*. 4th. edition. NY: Guilford Press. 256-258
- Mohammadesmaeil, E. & Alipour, A. (2002). *A Preliminary Study on Reliability, Validity and Determining Cutoff Points of CSI-4 Disorders*. *Research on Exceptional Children*. 3(2), 239-254 (in Persian)
- Mohammadi, H. & Mousavi, V. (2015). *Camparison of Emotional Regulation and Self-control in Children with and without Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*. *Child Psychological Development Quarterly*. 1(2), 29-42 (in Persian)
- Pianta, R. C.(?). *STRS (Student- Teacher Relationship Manual)*. Psychological Assessment Resources, Inc. 1-11
- Piquero, A. R., Farrington, D. P., Welsh, B. C., Trembly, R. & Jennings, W. G. (2007). *Effects of Early Family/ Parent Training on Antisocial Behavior & Delinquency*. Retrieved December 6, 2015 from: Meta_Analysis_CAMPBELL_REVIEW_FINAL_ACCEPTED 080308.doc. 3-8
- Raghibi, M., Fouladi, S. & Bakhshani N.M. (2014). *Parent Training and Behavior Therapy on Behaviors of Children With Attention Deficit-Hyperactivity Disorder*. *Health Scope*. 3(2), January 2014. 1-4
- Shahrbanian, M., Salehi, S. & Azizi, A. (2013). *The comparison of the Effectiveness of Parents Behavioral Training and Medication with Ritalin on the Rate of the Signs of ADHD*. *Journal of Community Health Research*. 2(2). 50-58
- Sohrabi, F., Assadzadeh, H., & Arabzadeh Koopani, Z. (2014). *Effectiveness of Barkley's parental education program on reducing the symptoms of oppositional defiant disorder in preschool children*. *Journal of School Psychology*. 3(2). 82-103
- Tripp, G. & Wickens J. R. (2009). *Neurobiology of ADHD*. *Neuropharmacology*. 57. 579-589
- Wheeler, L. (2010). *Critique of the article by Visser and Jehan (2009). ADHD: A scientific factor or a factual opinion? Emotional and behavioral Difficulties*. 15(3). 257-267