مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره 22، شماره 3، پاییز 91، صفحات 216 تا 220

Original Article

تاثیر آموزش خانواده درکاهش مشکلات رفتاری‌کودکان مبتلا به اختلال‌کمبود توجه و بیش فعالی (ADHD)

مهناز کنگرلو[1]، فرح لطفی‌کاشانی[2]، شهرام وزیری[3]

[1] کارشناس ارشد، دانشکده روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن
[2] استادیار، دکترای روانشناسی دانشکده روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، هیئت علمی مرکز تحقیقات سرطان، دانشکده پزشکی، دانشگاه عوم پزشکی شهید بهشتی
[3] استاد، دکترای روانشناسی گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن

چکیده

سابقه و هدف: *اختلال بیش فعالی و کمبود توجه (ADHD) از شایع‌ترین اختلال‌های رفتاری در دوران کودکی است. به دلیل تنوع مشکلات کودکان بیش فعال، شیوه‌های درمانی متفاوتی نظیر دارودرمانی و رفتاردرمانی برای درمان این کودکان به کار رفته است. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر آموزش والدین در کاهش مشکلات کودکان مبتلا به این نوع اختلال می‌باشد.*

روش بررسی: *تحقیق حاضر با استفاده از روش آزمایشی (طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون) و روش نمونه‌گیری دردسترس صورت پذیرفت. 32 نفر از والدین دانش‌آموزان پسر مبتلا به بیش‌فعالی در چهار دبستان پسرانهٔ منطقهٔ چهار دراین تحقیق شرکت کردند که 18 نفر از والدین به طور تصادفی در گروه آزمایش قرار گرفتند و در ده جلسه دو ساعته آموزشی حضور یافتند و 14 نفر دیگر در گروه کنترل قرار گرفتند که جلسات آموزشی برای آنان برگزار نشد. آزمون با استفاده از پرسشنامه راتر (1967) در پیش و پس ازپایان جلسات در هر دوگروه انجام شد. سپس داده‌ها به کمک آماره‌های توصیفی و با استفاده از تحلیل کوواریانس تحلیل شدند.*

یافته‌ها: *میانگین پرخاشگری در کودکان قبل از آموزش والدین 7/61 و پس از آموزش به 6/32 رسید، ولی در کودکانی که والدین آنان آموزشی دریافت نکردند کاهش مشکلات رفتاری دیده نشد. به عبارتی، در گروه آزمایشی کاهش قابل توجهی در خصوص مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به بیش‌فعالی، نسبت به گروه کنترل، دیده شد (P<0/001).*

نتیجه‌گیری: *این مطالعه نشان داد که آموزش اصول رفتاری به والدین، در کاهش رفتارهای ایذایی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی می‌تواند مؤثر واقع شود.*

واژگان کلیدی: *آموزش والدین، مشکلات رفتاری، اختلال کمبود توجه، بیش‌فعالی.*

مقدمه

اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی (ADHD) از شایع‌ترین اختلال‌های رفتاری است، که در دوران کودکی شناخته شده است. این اختلال بیش از حد فراگیر و پایدار است و با ویژگی‌های بی‌توجهی، بیش‌فعالی، تکانشگری، توصیف شده است (1)، و در واقع نوعی اختلال مزمن شدید در تحول روانی است که برای تشخیص آن حداقل باید 6 مورد از 9 معیار در بی‌توجهی و یا بیش‌فعالی/ تکانشگری در دو موقعیت جداگانه (مثلاً خانه و مدرسه) مشاهده شود. این علایم باید 6 ماه به طول انجامد و با سطح تحولی کودک تطابق نداشته و پس از 7 سالگی ظاهر شده باشد (2). اختلال ADHD با شیوع 3 تا 5 درصد در کودکان مدارس ابتدایی در مرحله بیش از بلوغ

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، دکتر مهناز کنگرلو
(**email**: Mahnaz_kangarlou@yahoo.com)
تاریخ دریافت مقاله: 1390/3/17
تاریخ پذیرش مقاله: 1390/6/24

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-02]

گزارش شده است و برخی از پژوهشگران شیوع این اختلال را در میان کودکان دبستانی 3 تا 6 درصد تخمین زده‌اند (3). فراوانی این اختلال در پسرها 3 تا 9 برابر بیشتر از دخترها است (4). هر چند تشخیص ADHD در کودکی در پسران بیشتر است، اما میزان تشخیص در بزرگسالی در زنان و مردان مساوی است (5). درمورد سبب‌شناسی این اختلال، شواهد علمی قویاً بر وجود زیربنایی زیست‌شناختی اشاره می‌کند. گستره علل، در برگیرنده انتقال ژنتیکی، شخصیت و مزاج، عوامل پیش و پس از تولد و تفاوت در ساختارهای مغزی و احتمالاً تفاوت در وضعیت شیمیایی مغز است،که با عوامل محیطی در تعامل هستند (6). به طور معمول والدین و معلمان، این کودکان را بیش از حد، کنجکاو، پر جنب و جوش، توصیف می‌کنند و عقیده دارند که گویی یک موتور آنها را به حرکت در می‌آورد (7). این کودکان بیشترحرف می‌زنند، پرتوقع و نافرمان هستند و برای مدت طولانی قادر به انجام بازی نبوده (1)، خیالباف هستند و پیوسته در کلاس درس حرکت می‌کنند و مکرراً همکلاسی‌های خود را آزار می‌دهند (8) برای مبتلایان به اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی فعالیت‌های چون درس خواندن که نیازمند تلاش بیشتر ذهنی است از دشوارترین فعالیت‌ها است. کودکان مبتلا به این اختلال همچنین با کمبود اعتماد به نفس، اضطراب، افسردگی و مسایل مربوط به ارتباط با همسالان مواجه هستند (9). به دلیل تعداد و تنوع مشکلات کودکان با اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی شیوه‌های درمانی متفاوتی برای درمان آن مورد استفاده قرار گرفته است. در بین شیوه‌های درمانی که برای بهبود این اختلال بکار گرفته شده دارو درمانی، رفتار درمانی و اصلاح رفتاری و در نهایت شیوه‌های ترکیبی از سودمندی بیشتری برخوردار بوده است (10). گر چه درمان دارویی یکی از موثرترین و منحصر به فردترین درمان‌ها برای این اختلال شناخته شده است (11)، اما عوارض جانبی داروها متخصصان را با شک و تردید مواجه کرده است. لذا، در میان روش‌هایی که بر طیف وسیع‌تری از رفتار آماج تاکید دارد، آموزش والدین مورد تاکید قرار می‌گیرد (1). آموزش والدین یک وجه مکمل از مداخله‌های روانی درمانی است (12)، که در آن به والدین و دیگر مراقبان، فنون مقابله با مشکلات رفتاری کودکان را در خانه آموزش می‌دهند (13). در برنامه‌های آموزشی به والدین اطلاعات و شناخت کافی از اختلال ارائه می‌شود و این اطلاعات سبب می‌شود تا والدین متقاعد شوند که رفتارهای نامعقولی که گاهی اوقات از فرزندشان سر می‌زند ارادی و عمدی نیست (14). بخش عمده آموزش والدین مبنی بر کمک آنان در یافتن مداخله‌های رفتاری قابل استفاده با تقویت مثبت است که باعث بهبود رفتارهای اجتماعی و تحصیلی کودکان دارای اختلال ADHD می‌شود. با توجه به آنچه بیان شد هدف این پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش والدین بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان ADHD است.

مواد و روشها

با توجه به ماهیت کاربردی پژوهش، در این تحقیق از روش آزمایشی (طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل) استفاده شد. لازم به ذکر است در این پژوهش، متغیر مستقل، برنامه آموزش والدین، متغیر وابسته، میزان کاهش مشکلات رفتاری و متغیر کنترل، گروه سنی کودکان 11-7 سال پسر است.

جامعه آماری این پژوهش شامل والدین دانش آموزان با اختلال کمبود توجه و بیش‌فعال که حداقل 6 ماه دارو مصرف کرده بودند، و در چهار مدرسه در دو شیفت روزانه و بعدازظهر پایه تحصیلی اول تا پنجم مدرسه ابتدایی منطقه 4 در ناحیه 4 و 7 شهرداری تهران در سال 1390 - 1389 تحصیل می‌کردند، بود. لازم به ذکر است که جهت کم نمودن تاثیر متغیرهای مزاحم در حد امکان از روش همتا نمودن استفاده شد. بدین منظور جنسیت، سن، موقعیت جغرافیای مدارس از جمله متغیرهای بودند که در انتخاب آزمودنی‌ها در دو ناحیه مورد نظر رعایت شدند.

به منظور نمونه‌گیری از جامعه پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده گردید. بدین صورت که ابتدا از میان مناطق آموزش و پرورش شهر تهران، منطقه 4 و از بین 9 ناحیه در منطقه چهار، ناحیه4 و 7، با توجه به اینکه بافت فرهنگی و اقتصادی نسبتا" یکسانی دارند چهار مدرسه پسرانه در دو شیفت صبح و بعدازظهر به طور تصادفی انتخاب گردیدند. پس از غربال‌گیری بر اساس نظر پزشک در پرونده بهداشت دانش آموز، و مصرف حداقل 6 ماه دارو (ریتالین)، 32 نفر والد دانش آموز مبتلا به ADHD انتخاب شدند و به طور تصادفی 18 نفر در گروه آزمایش و 14 نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. داده‌ها به کمک روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، واریانس) و با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تحلیل شدند. جهت داده‌ها از نرم افزار SPSS استفاده شد.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-02]

جدول 1- میانگین زیر مقیاس مشکلات رفتاری

شاخص	پیش آزمون گروه آزمایش		پس آزمون گروه آزمایش		پیش آزمون گروه کنترل		پس آزمون گروه کنترل	
زیر مقیاس	نمره خام	میانگین	نمره خام	میانگین	نمره خام	میانگین	نمره خام	میانگین
پرخاشگری و بیش فعالی	137	7/61	114	6/32	114	8/14	118	8/42
افسردگی و اضطراب	95	5/27	94	5/22	69	4/92	69	4/92
نابهنجاری اجتماعی	102	5/66	69	3/83	9	6/5	92	6/57
رفتارهای ضد اجتماعی	36	2	27	1/5	36	2/5	36	2/57
کمبود توجه	137	7/61	105	5/83	103	7/25	108	7/71

در این پژوهش به منظور تاثیر برنامه آموزشی والدین بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان ADHD از پرسشنامه رفتاری راتر، فرم معلم استفاده گردید. پرسشنامه توسط مایکل راتر، 1967 در دانشگاه ایالتی پنسلوانیا به منظور تهیه یک ابزار معتبر جهت بررسی مشکلات رفتاری کودکان در مدرسه ساخته شده است. پرسشنامه راتر در دو فرم A مربوط به والد و فرم B مربوط به معلم تهیه شده است.

فرم B دارای یک پرسشنامه 30 ماده‌ای است که دامنه نمرات بین 0 تا 60 خواهد بود و دارای 3 گزینه، کاملاً صدق می‌کند، تا حدودی صدق می‌کند، کاملاً صدق نمی‌کند می‌باشد. نمرات ۰،۱،۲ به ترتیب به هر ردیف اختصاص داده شده است که مجموع نمرات به دست آمده نشان از اختلال رفتاری می‌باشد.

راتر و همکاران (1964) مطالعه وسیعی در مورد کودکان 10 و11 ساله انجام دادند. در این مطالعه تعداد 1536 کودک با پرسشنامه راتر مورد ارزیابی قرار گرفتند و پایایی این پرسشنامه نیز سنجیده شد. راتر پایایی بازآزمایی و پایایی درونی پرسشنامه را در یک مطالعه پیش آزمون و پس آزمون با فاصله 2ماه 0/74 گزارش نمود. همچنین همبستگی بین پاسخ‌های پدران و مادران 0/64 بود (15).

قبل از آموزش به والدین گروه آزمایش، از هردو گروه معلمین (بدون آموزش) صرفاجهت تکمیل فرم راتر دعوت به عمل آمد. سپس به والدین گروه آزمایش ده جلسه دو ساعته برنامه آموزشی بر اساس نظریه بارکلی، اتکینسون و کویا ارایه گردید (16) که در این روش به ایجاد شناخت صحیح اختلال کمبود توجه و بیش فعالی و روش های درمانی و تکنیک های رفتاری جهت کاهش مشکلات رفتاری، شناخت استرس والدین و عوارض ناشی از آن و راههای مقابله با استرس و افزایش مهارت‌های سازشی پرداخته شد. در مورد گروه کنترل آموزشی داده نشد تا تاثیر آموزش والدین بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان ADHD سنجیده شود، و در پایان جلسات آموزشی از معلمین هر دو گروه دعوت به عمل آمد دوباره جهت ارزیابی رفتاری کودکان مورد نظر فرم راتر را تکمیل نمایند. جهت ثبات، پیشرفت و یا کاهش نتایج به دست آمده در گروه آزمایش و کنترل یک ماه و نیم بعد از معلمین خواسته شد که فرم راتر را تکمیل نمایند.

یافته‌ها

جهت ارزیابی کاهش مشکلات رفتاری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری از پرسشنامه راتر فرم معلم استفاده شد. این مقیاس از 5 زیر مقیاس تشکیل شده است که از حاصل جمع نمرات خام آنها نمره خام شاخص کلی مشکلات رفتاری کودک به دست آمده است.

جدول 1 حاکی از آن است میانگین بیش فعالی در کودکان گروه آزمایش قبل از آموزش 7/61 و پس از آموزش والدین آنان به 6/32 و کمبود توجه در گروه آزمایش از 7/61 به 5/83 رسیده است ولی در گروه کنترل که والدین آنان آموزشی دریافت نکردند کاهش مشکلات رفتاری (کمبود توجه و بیش فعالی) صورت نگرفت.

در جدول 2 و 3 میانگین کل زیر مقیاس‌ها در پیش آزمون گروه آزمایش 29/5 و پس آزمون به 22/11 و 1/5 ماه بعد جهت پیگیری مشکلات رفتاری به 20/6 رسیده است. در گروه کنترل که هیچ آموزشی به والدین آنان داده نشد،کاهش مشکلات رفتاری در کودکانشان دیده نشد.

همان طور که در جداول 1، 2 و 3 مشاهده می‌شود میانگین و پراکندگی مشکلات رفتاری کودکان ADHD در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در پس آزمون کاهش صورت پذیرفت که نشان از تاثیر آموزش والدین در کاهش مشکلات رفتاری کودکان ADHD می‌باشد.

با توجه به تحلیل کوواریانس، همانطور که در جدول 4 ملاحظه می‌شود احتمال پذیرش فرض صفر برای مقایسه عملکرد گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون متغیر مشکلات رفتاری از 0/05 کوچک‌تر است (P<0/001).

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-02]

جدول 2- شاخص گرایش مرکزی و پراکندگی مشکلات رفتاری کودکان گروه آزمایش

گروه	نمره خام	میانگین	انحراف معیار	واریانس
پیش‌آزمون	507	28/61	6/13	37/66
پس‌آزمون	409	22/11	4/78	22/92
پیگیری	390	20/6	4/72	22/35

جدول 3- شاخص گرایش مرکزی و پراکندگی مشکلات رفتاری کودکان گروه کنترل

گروه	نمره خام	میانگین	انحراف معیار	واریانس
پیش‌آزمون	331	29/5	8/44	71/34
پس‌آزمون	423	30/93	7/69	59/14
پیگیری	460	30/64	7/79	60/76

جدول 4- نتایج آزمون‌های اثرهای بین آزمودنی‌ها (متغیر وابسته: مشکلات رفتاری)*

منابع تغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجذور اتا
پیش آزمون	22594/565	1	22594/565	125/565	0/772
گروه ها	6657/108	1	6657/108	26/578	0/418
خطا	78/658	37	179/941		

* نتایج آزمون‌های اثرهای بین آزمودنی‌ها معنی‌دار بود ($p<0/0001$)

بحث

یافته‌های کنت ول (1996) نیز موید این فرضیه پژوهش است و وی گزارش می‌کند که آموزش اصول رفتاری به والدین در کاهش رفتارهای ایذایی کودکان ADHD موثر بوده است (17). همچنین کینگ و فورهند (1997) موفقیت آموزش والدین را در کاهش مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی گزارش می‌کند (17).

وینبرگ (1999) دانش والدین کودکان ADHD را درباره اختلال فرزند خود و مشکلات رفتاری کودک در پیش از جلسات آموزشی ارزیابی کرد .نتایج نشان داد که پس از اتمام جلسات آموزشی دانش آنها از اختلال ADHD به طور معنی‌داری افزایش یافته است که این امر نشان می دهد که درک والدین منجر به تغییر نگرش آنها می گردد تا به جای آنکه رفتارهای کودک خود را عمدی بدانند آنها را ناشی از نقص های مربوط به ADHD در نظر بگیرند (18). این مسئله احتمال همکاری و پشتکار آنها را در اجرای اصول رفتاری که در جلسات می‌آموزند را افزایش می‌دهد که در نتیجه باعث کاهش مشکلات رفتاری کودک نیز می‌گردد (18).

آناستوپولس و همکاران (1992) بهبود عملکرد والدین و مشکلات رفتاری کودک ADHD را پس از 9 جلسه آموزش والدین و بعد از 2 ماه پیگیری گزارش کرده‌اند (19). بنابراین می‌توان به والدین جهت درمان کودکان مبتلا به ADHD پیشنهاد نمود که در کنار دارو درمانی از روش آموزش والدین جهت تسریع در کاهش مشکلات رفتاری کودک خود استفاده نمایند.

تشکر و قدردانی

از استاد گرامی سرکار خانم دکتر فرح لطفی کاشانی و جناب آقای دکتر شهرام وزیری که در طول تحصیل و در به پایان رساندن این مقاله بهترین راهنما و مشاور من بودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

REFERENCES

1. Hoath FE, Sanders MK. A feasibility study of enhanced group tripie positive parenting program for parent of children with attention deficit hyperactivity disorder behavior change. Behaviour Change 2006; 2: 19-191.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Pub; 2000. p.312-25.
3. Matthew J, Miller RB, Polson DM. Toward a standard of care child ADHD. Journal of Abnormal Child 2005; 2: 9-11.
4. Zemetkin AJ, Editor. The neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. 2nd ed. New York: Raven press; 1989.
5. Young S, Gudjonsson GH. Neuropsychological correlstes of the YAQ-S and YAQ-I self-and informant. ADHD symptomatology emotional and social Problems and delinquent behavior. Br J Clin Psychol 2005; 44: 47-57.
6. Keith Conner CL. Get J, Editors. A guidebook on diagnosis and treatment of attention deficit and hyperactivity disorder in children and adolescents. Mirnasab M, Translator. 1st ed. Tehran: Arjomand Publications; 2007. [In Persian]
7. Dadsetan P, Editors. Evolutionary morbid psychology. 1st ed. Tehran: Samt Publications; 1999. [In Persian]

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-02]

8. Vanderpol H, Editor. Restless adolescents are those restless children. Parniani M, Translator. 1st ed. Tehran: Yasaman Publications; 2003. [In Persian]

9. Anastopoulos AD, Shaffer SD, Editor. Attention deficit/ hyperactivity disorder in C.E. 1st ed. Canada: Guilford; 2001.

10. Alizadeh H, Editor. Attention deficit and hyperactivity disorders. 1st ed. Tehran: Roshed Publications; 2004. [In Persian]

11. Less DG, Ronan KR. Parent management training for solo mothers of children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. An effectiveness and multiple baseline evaluation. Massey University Journal of Attention Disorder 2007; 51: 25-32.

12. Suddok BJ, Editors. A summary of psychiatry. 1st ed. Poorafkary N, Translator. Tabriz: Shahrab Publications; 2003. [In Persian]

13. Ghorbani R. Attention and hyperactivity. Exceptional Education Magazine 2005; 05: 09 [In Persian]

14. Gorji Y. Investigating and comparing the efficacy of corrective methods application by teacher and parent in reduction of the symptoms of attention deficit and hyperactivity disorder [Dissertation]. Tehran, Iran: Allameh University; 2003. [In Persian]

15. Rutter M. A children behavior questionnaire for completion by tewcher. Journal of Child Psychology and Psychiatry 1967; 31: 12-16.

16. Burkly RY. Treatment for attention deficit- hyperactivity disorder in children. Journal of Clinical Psychiatry 2002; 63: 36-43.

17. Avadiance H, Editor. Diagnosis and statistics manual of mental disorders of American psychiatric association. Nikkhoo MR, Translator. Tehran: Sokhan Publications; 2005. [In Persian]

18. Kaplen HI, Sadock BG. Comprehensive text book of psychiatry. 2nd ed. U.S.A: Willians and Wilkins Pub; 2003.

19. Anastopoulos AD, Guevremont DC, Shelton TL, DuPaul GJ. Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. J Abnorm Child Psychol 1992; 20: 503-20.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-02]