اثر بخشی آموزش رفتاری والدین بر بیش‌فعالی/تکانشگری و رفتارهای قانون‌شکنانه در کودکان با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی (نوع عمدتاً بیش‌فعال/تکانشگر)

Effectiveness of Parent Behavioral Training on Hyperactivity/ Impulsivity and Rule-Breaking Behaviors in Children with ADHD (Hyperactivity-Impulsivity Domain Type)

محسن امیری[۱]

Mohsen Amiri

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۱/۲۶ پذیرش اولیه: ۹۵/۲/۱۰ پذیرش نهایی: ۹۵/۳/۳۰

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر آموزش رفتاری والدین به مادران کودکان ۹ تا ۱۱ ساله مبتلا به اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی نوع عمدتاً بیش‌فعال/تکانشگر در کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی و رفتارهای قانون‌شکنانه این کودکان بود. روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. تعداد ۳۰ نفر از مادرانی که فرزندان‌شان دارای این اختلال (نوع عمدتا بیش‌فعال/تکانشگر) تشخیص داده شده بودند به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل همتا سازی شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های فهرست رفتاری کودک، پرسشنامه مرضی کودکان و مقیاس درجه‌بندی کانرز والدین بودند. آموزش رفتاری والدین در قالب نه جلسه نود دقیقه‌ای در گروه آزمایشی اجرا شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج بیانگر تاثیر کاربندی آزمایشی بر کاهش نمره‌های بیش‌فعالی/ تکانشگری گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل بود. آموزش رفتاری والدین موجب کاهش رفتارهای قانون‌شکنانه در گروه آزمایش شد. به طور کلی یافته‌ها نشان می‌دهند که آموزش رفتاری به مادران موجب کاهش مشکلات رفتاری و علائم اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی می‌شود؛ بنابراین با آموزش والدین می‌توان نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی را مدیریت کرد.

کلیدواژه‌ها: اختلال نارسایی‌توجه/بیش فعالی، آموزش رفتاری والدین، رفتارهای قانون‌شکنانه.

Abstract

The present study aimed to investigating the effect of using parental behavioral training for mothers on reducing hyperactivity symptoms and rule-breaking behaviors of their 9-11 year old children with attention deficit hyperactivity disorder. The research design was quasi-experimental with pre-test and post-test and control groups. To do so, 30 mothers of children with ADHD (hyperactivity-impulsivity domain type) were selected through convenience sampling method, and then they were put into two experimental and control groups after being matched. The research tools of the study included children behavior checklist, CSI-4 and Conners parent rating scale. The parent behavioral training was performed in nine sessions in the experimental group. Data were analyzed using analysis of covariance. The results indicated the effectiveness of experimental treatment on the reduced scores of hyperactivity/impulsivity in the children of the mothers in the experimental group compared with the children of the mothers in the control group. The results also showed the reduction of rule-breaking behaviors in children of the experimental group mothers. Generally speaking, the findings demonstrated that parental behavioral training reduced behavioral problems and symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. So, through parent behavioral training, symptoms can be managed.

Keywords: ADHD, Parent behavioral training, Rule breaking behaviors.

۱. (نویسنده مسئول) استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران. amiri_tmu@yahoo.com

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.1.5]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.90]

مقدمه

اختلال نارسایی توجه /بیش‌فعالی[1] یکی از اختلال‌های عصبی رشدی است که از سال‌های اولیه رشد ظاهر شده و چند ویژگی اصلی دارد. این ویژگی‌ها عبارت‌اند از نارسایی توجه، بیش‌فعالی و تکانش گری (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[2]، ۲۰۱۳، ویلکات[3]، ۲۰۱۲ و کاپلان و سادوک[4]، ۲۰۱۵). کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی جمعیت ناهمگونی را تشکیل می‌دهند و از لحاظ میزان نشانه‌های موجود، فراگیر بودن آن نشانه‌ها در موقعیت‌های مختلف و میزان همبودی[5] اختلال‌های دیگر همچون مشکلات رفتاری برونی سازی شده[6] و رفتارهای قانون‌شکنانه[7] تفاوت‌های قابل‌ملاحظه‌ای را نشان می‌دهند (جانستون[8]، ۲۰۱۲، بوسینگ، زیما، ماسون و میر[9]، ۲۰۱۲ و بارکلی[10]، ۲۰۰۶). برآوردهای مربوط به شیوع اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بسته به ملاک‌های تشخیصی به‌کار رفته بین ۵/۹ تا ۷/۱ درصد متفاوت است (ویلکات، ۲۰۱۲). نارسایی در بازداری رفتاری و اختلال در کارکردهای اجرایی مشکل اساسی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است. این کودکان مهارت کافی و لازم برای نظارت بر رفتار خود را ندارند و نمی‌توانند رفتار خود را برای زمانی طولانی تنظیم کنند (بوسینگ، زیما، ماسون و میر، ۲۰۱۲، فینزی دوتان[11]، ۲۰۱۱ و آناستاپولوس و شافر[12]، ۲۰۰۱ و بارکلی، ۲۰۰۶).

نظریه‌های متفاوتی در مورد اینکه چرا کودکان نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را نشان می‌دهند وجود دارد. یکی از عواملی که در اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نقش دارد، عوامل ژنتیکی است. پژوهش‌های انجام شده روی دوقلوها و خانواده‌های آن‌ها بیانگر این است که ژن‌ها به نحوی در این اختلال دخیل هستند (دراستون و کونارد[13]، ۲۰۰۷). در مقابل نظریه‌های دیگری بر نقش عوامل محیطی در علت شناسی این اختلال تأکید دارند (فینزی دوتان، ۲۰۱۱ و آناستاپولوس و شافر، ۲۰۰۱).

صاحب‌نظران اعتقاد دارد که علائم بیش‌فعالی وقتی گسترش پیدا می‌کند که عوامل زمینه‌ساز اختلال با یک شیوه مستبدانه و ناکارآمد فرزند پروری همراه می‌شوند. در این وضعیت کودک، قادر نیست از فرامین والدین پیروی کند و والدین مستبدانه‌تر و سختگیرتر می‌شوند تا فرزندانشان را مهار کنند و این چرخه بارها و بارها تکرار می‌شود تا کودک را به سوی مشکلات رفتاری و عدم تبعیت از دستورات والدین و قوانین محیط خانوادگی سوق دهد (دیویسون، بلکاشتاین و نیل[14]، ۲۰۰۵ و دیویسون و نیل، ۱۹۹۴). از سوی دیگر نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بر تعامل کودکان با والدین‌شان و نیز شیوه پاسخ‌دهی والدین به این کودکان تأثیر می‌گذارد، زیرا این کودکان بسیار پرحرف، منفی‌گرا و بی‌اعتنا هستند و کمتر مشارکت و همکاری می‌کنند، همچنین این کودکان ممکن است از اجرای قواعد و قوانین سرباز زنند، رفتارهای برونی‌سازی شده همچون پرخاشگری و قانون‌شکنی از خود نشان دهند، در انجام کارهای محوله اهمال‌کار بوده و همچنین در انجام فعالیت‌های خواسته شده و نظم در امور زندگی روزمره نیز با مشکل مواجه می‌باشند (بوسینگ، زیما، ماسون و میر، ۲۰۱۲ و بارکلی، ۲۰۰۶).

یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که وجود اختلال‌های رفتاری همچون پرخاشگری و عدم تبعیت از قواعد و قوانین در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و بالأخص نوع عمدتاً بیش‌فعال/تکانش گر، بر تعامل والدین-فرزند و سایر اعضای خانواده تأثیر منفی می‌گذارد. اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی عملکرد خانواده را دچار اختلال می‌کند، زیرا والدین از مشکلات

1. Attention deficit hyperactivity disorder
2. American psychiatric association
3. Willcut
4. Sadock, kaplan
5. Comorbidity
6. Externalizing behaviors
7. Rule breaking behaviors
8. Jhonston
9. Bussing, Zima, Mason, Meyer
10. Barkley
11. Finzi dottan
12. Anastopoulos & Shaffer
13. Durston & Konard
14. Davison, Blankstein and Neale

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.1.5]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.90]

روان‌شناختی بیشتری برخوردار گشته و در مهارت‌های فرزند پروری دچار احساس بی‌کفایتی می‌شوند (اسچلینگ[1]، ۲۰۱۲، جانستون، ۲۰۱۲ و اوگ[2]، ۲۰۰۵)، به همین دلیل بیشتر اوقات والدین این کودکان برای کنترل کودک و رفتار با آن به روش‌هایی متوسل می‌شوند که وضعیت علائم اختلال در کودک را بدتر کرده و از طریق اعمال کنترل شدید بر کودک، وضعیتی را به وجود می-آورند که پیامد آن تعارض جدی والد با کودک و شدیدتر شدن نشانه‌های اختلال همچون بیش‌فعالی و تکانشگری و مشکلات رفتاری برون‌ریزانه در کودک با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است (نیکسون[3]،۲۰۰۲؛ فابیانو، پلهام، کولز و گناکی[4]، ۲۰۰۸ و اسائو[5]،۲۰۰۶).

اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در طبقه‌بندی اختلال‌های دوران کودکی در بخش اختلال‌های برون‌سو[6] قرار می‌گیرد (بارکلی، ۲۰۰۰) و همانطور که در ادبیات پژوهشی به دفعات از آن صحبت شده است، از مهم‌ترین مشکلات رفتاری مربوط به طبقه‌بندی رفتارهای برونی‌سازی شده همچون اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی رفتارهای قانون‌شکنانه است که در زمره شایع‌ترین علل ارجاع کودکان و نوجوان به کلینیک‌های بهداشت روانی هستند (کاتچر و همکاران، ۲۰۰۴؛ وبستر استراتون[7]، ۲۰۰۱). بسیاری از پژوهش‌ها بر این نکته تاکید دارند که رفتارهای قانون‌شکنانه و مشکلات رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌تواند به رفتارهای ضد اجتماعی و قانون‌شکنانه آتی منجر گردد که در اغلب موارد هم توجه درمانی ویژه‌ای برای کاهش این رفتارها وجود ندارد (استوارت، دنیشون وواترسون[8]،۲۰۰۲). در واقع کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی که معمولاً نافرمان و قانون‌شکن نیز هستند و در ارتباط با همسالان رفتارهای جامعه پسندکمتری از خود نشان می دهند و از دیگر سو این ویژگی‌ها مانع برقراری رابطه با همسالان می‌شود و کودک را در یادگیری ناتوان می‌سازند (کاول و الدج[9]، ۲۰۰۷). از این رو شناسایی و انجام مداخلات درمانی برای کودکانی که مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی که دارای رفتارهای قانون شکنانه نیز هستند امری لازم و ضروری است (دانفورت[10] و همکاران، ۲۰۰۶)، زیرا والدین این کودکان با مشکلات رفتاری با فشارهای بسیار جدی در زمینه تلاش برای مدیریت و سروسامان دادن به فعالیت‌ها و کارهای روزانه کودکشان روبرو می‌شوند(هوانگ[11]، ۲۰۰۳)، به همین دلیل بیشتر اوقات والدین این کودکان برای کنترل کودک و رفتار با آن به روش‌هایی متوسل می‌شوند که وضعیت کودک را بدتر کرده و از طریق اعمال کنترل شدید بر کودک، وضعیتی را بوجود می آورند که پیامد آن تعارض جدی والد با کودک و شدیدتر شدن نشانه‌های مشکلات رفتاری و قانون‌شکنی کودک است (نیکسون[12]،۲۰۰۲؛ فابیانو[13] و همکاران، ۲۰۰۸ و اسائو[14]،۲۰۰۶).

لازم به ذکر است که اگرچه، اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی دارای علت های زیستی و ژنتیکی است که با مداخلات دارویی تا حدی کنترل می‌شود، اما نتایج تحقیقات متعددی بیانگر این امر هستند که علائم این اختلال بصورت کامل نمی‌تواند به وسیله این قبیل درمان‌ها بهبود یابند (بوسینگ، زیما، ماسون و میر، ۲۰۱۲ و سافرن[15]، ۲۰۰۶). با توجه به این مسائل و مشکلاتی که خانوادها و بالأخص والدین کودکان خانواده های کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نوع عمدتاً بیش‌فعال/تکانش گر با آن مواجه‌اند، یکی از روش‌های درمانی که برای درمان و پیشگیری رفتارهای قانون‌شکنانه در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌توان استفاده کرد،

1. Schilling
2. Ogg
3. Nixon
4. Fabiano, Pelham, Coles, Gnagy
5. Essau
6. Externalizing disorder
7. Webster- Stratton
8. Stwart, Dennison & Waterson
9. Cavell, Elledage
10. Danforth
11. Huang
12. Nixon
13. Fabiano
14. Essau
15. Safren

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.1.5]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.90]

آموزش رفتاری والدین است (گرین هیل[1] و همکاران،۲۰۰۰ و لاندهال[2]، ۲۰۰۶)، آموزش رفتاری والدین که بر اصول یادگیری اجتماعی مبتنی است به والدین می‌آموزد که با شناخت پیش‌آمدها و پیامدهای رفتارهای نامناسب فرزندان خود، مشخص کردن آن‌ها، شیوه نظارت بر این رفتارها، نادیده انگاشتن عمدی و برنامه‌ریزی‌شده، محرومیت موقت و دیگر فنون غیر جسمانی و بدون تنبیه بدنی رفتارهای فرزندان خودرا تغییر دهند، رفتارهای مناسب را به وسیله توجه کردن، تشویق کلامی و جایزه تقویت کنند تا به رفتارهای دلخواه دست یابند (کرمیس، چاکو، فابیانو و پلهام[3]، ۲۰۰۴).

آموزش والدین در درمان نافرمانی کودکان مؤثر است و شواهد پژوهشی از آن حمایت می‌کنند (بارکلی، ۲۰۰۶)، اما مطالعات بسیار کمی به صورت اختصاصی اثربخشی این رویکرد را در درمان همه جانبه مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نوع عمدتاً بیش‌فعال/تکانش گر را مورد بررسی قرار داده‌اند. به عنوان مثال در پژوهشی که بر روی ۴۵ مادر دارای کودک مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با استفاده از آموزش والدین رفتاری انجام دادند به این نتایج دست یافته‌اند که ارائه آموزش‌هایی در مورد علل، خصیصه ها و همچنین فنون مدیریت رفتار کودکان به مادران باعث کاهش پرخاشگری کودکان و کاهش تنش در والدین شده بود (زرگری نژاد و یکه یزدان دوست، ۱۳۸۶). شرکت در برنامه آموزش رفتاری والدین برای مادران کودکان بیش‌فعال مزیت های زیادی دارد ولی تاثیرات کمتری بر پدران دارد و سبب کاهش معناداری در استرس مادران و ارتقای شیوه‌های فرزند پروری آن‌ها می‌شود (تریسی، تریپ و برد، ۲۰۰۵). الیس و نیگ[4] (۲۰۰۹) نیز در پژوهش خود به این نتایج دست یافتند که قوانین بی‌ثبات و تعامل پایین والدین، با نشانه‌های بی‌توجهی در کودکان رابطه دارد. همچنین طرد کودکان از جانب والدین با شدت یافتن نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در کودکان ارتباط دارد (چانگ، چیو و شورفن گاو[5]، ۲۰۱۲ و لیفورد، هارولد و تاپار[6]، ۲۰۰۸). دیگر شواهد پژوهشی چنین بیان میکنند که کنترل بیش از حد کودکان توسط والدین می‌تواند بر رشد و تحول کفایت اجتماعی کودکان تأثیر گذاشته و فرصت کودکان را برای رشد خود تنظیمی و مهارت‌های سازگاری، در برخورد با محیط اجتماعی با محدودیت مواجه سازد (کاواباتا و همکاران، ۲۰۱۱ و نلسون، هارد، وو، یانگ، روپر و جین[7]، ۲۰۰۶). والدینی که از شیوه های تربیتی اقتداری همراه با مهر ورزی و گرمی در روابط خود با کودکانشان استفاده می‌کنند دارای کودکانی با مشکلات رفتاری کمتر و صلاحیت اجتماعی بالاتر هستند (هینشاو، زوپان، سیمل و نیگ[8]، ۱۹۹۷).

با توجه به مطالب گفته شده رویکرد رفتاری در مواجه با مشکلات تعاملی والد-کودک و مشکلات رفتاری فرزندان بر اهمیت فنون مواجهه قاطع و آنی، گفتگو متقابل با کودکان جهت پیشگیری از مشکلات رفتاری و پیشگیری از توجه بیش از حد والدین نسبت به مشکلات رفتاری کودکان‌شان تاکید بسیار زیادی می‌کند، از دیگر سو با توجه به پژوهش‌های انجام شده در این حوزه به نظر میرسد که کوشش‌های پژوهشی کمتر به مسئله رفتارهای قانون شکنانه در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بالأخص نوع عمدتاً بیش‌فعال/تکانش گر پرداخته باشند. همچنین در کشور پژوهش‌های اندکی توجه خود را صرفاً بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان بیش‌فعال/تکانش گر که مشکلات رفتاری آن‌ها دارای نمود بیشتری در مقایسه با سایر نوع‌های اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی معطوف کرده‌اند از این رو این سؤال به وجود می‌آید که آیا ارائه آموزش‌هایی در این راستا برای مادران می‌تواند پاره‌ای از مشکلات رفتاری

[16]. Greenhill
[1]. Lundahl
[2].Chronis, Chacho, Fabiano, Pelham
[3]. Ellis, Nigg
[4]. Chang, Chiu & Shurfen Gau
[5]. Lifford, Harold, Thapar
[6]. Nelson, Hart, Wu, Yang, Roper & Jin
[7]. Hinshaw, Zupan, Simmel, Nigg

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.1.5]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.90]

کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نوع عمدتاً بیش‌فعال/تکانش گر را کاهش دهد. از این رو هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه آموزش رفتاری مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نوع عمدتاً بیش‌فعال/تکانش گر در کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی/تکانشگری و بهبود رفتارهای قانون‌شکنانه این کودکان بود.

روش

طرح پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش، مادران دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی دوره ابتدایی بود. برای گزینش گروه نمونه نخست از بین مادران ۶۰ نفر از دانش آموزان پسر ۹ تا ۱۱ ساله که با معرفی معلمان‌شان و بنا بر مصاحبه تشخیصی پژوهشگر با مادران این کودکان، بر حسب نشانه‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، دارای نشانه‌های این اختلال بودند انتخاب شدند. برای تشخیص دقیق‌تر اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نوع عمدتاً بیش‌فعال/تکانش گر در کودکان پرسش‌نامه کانرز[1] فرم والدین (گلدشتاین، ۱۹۹۸)، بر روی مادران آن‌ها اجرا شد و مصاحبه تشخیصی بر حسب تکنیک وارسی علائم بر حسب علائم راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی نیز انجام شد. باید یاد آوری کرد که در انتخاب نمونه مناسب برای پژوهش، از میان مادران، دانش آموزانی که با اختلال تشخیص داده شدند، پس از همگن‌سازی آن‌ها از نظر متغیرهایی همچون میزان تحصیلات دانش‌آموزان، جنس، شدت علائم اختلال، سن و میزان تحصیلات مادران و پس از اعلام رضایت مادران برای شرکت در مطالعه، ۳۰ نفر از آن‌ها که در مجموع دارای نشانه‌های بیشتری بودند، انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. لازم به ذکر است که گروه ها با ریزش مواجه شدند و نتایج حاصل از ۲۸ نفر از شرکت کنندگان تحلیل گشت. معیار های ورودی برای شرکت کنندگان در پژوهش حاضر به شرح زیر در نظر گرفته شدند: نوع اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی یکی از ملاک های وردی در پژوهش حاضر بود که در این پژوهش همه کودکان مبتلا به این اختلال همگی مبتلا به نوع عمدتاً بیش‌فعال/تکانش گر بودند، یکی دیگر از ملاک‌های ورودی میزان سن مادران بود که همگی آن‌ها بین ۳۳ تا ۳۷ سال سن داشتند، تک‌والدی بودن یا دو والدی بودن خانواده نیز در نظر گرفته شد که در این پژوهش همگی خانواده‌ها دو والدی بودند. تعداد فرزندان مبتلا به اختلال نامبرده شده نیز مد نظر قرار گرفت که همگی خانواده‌ها دارای یک کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نوع عمدتاً بیش‌فعال بودند، میزان سن کودکان نیز به عنوان ملاک ورودی بعدی نیز در نظر گرفته شد که همگی بین ۹ تا یازده سال سن داشتند. تحصیلات مادران نیز در این زمینه در نظر گرفته شد که همگی مادران نمونه پزوهشی حاضر دارای دیپلم بودند. ملاک خروجی پژوهش حاضر عدم شرکت در بیش از دو جلسه از جلسات آموزش رفتاری در نظر گرفته شد. در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شده است.

ابزار

۱- *پرسش‌نامه مرضی کودکان(CSI4)*: یک مقیاس درجه بندی رفتار است که به منظور غربال کردن ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان ۵ تا ۱۲ ساله طراحی شده است. فرم والد این مقیاس دارای ۱۱۲ سؤال است که برای ۱۱ گروه عمده و یک گروه اضافی از اختلال‌های رفتاری تنظیم شده است. این اختلال‌ها مشتمل است بر اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، اختلال نافرمانی، اختلال سلوک، اختلال اضطراب فراگیر، هراس اجتماعی، اختلال اضطراب جدایی، اختلال وسواس فکری و عملی، هراس خاص، اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسرده‌خویی، اسکیزوفرنی، اختلال رشدی فراگیر، اختلال آسپرگر، تیک‌های صوتی و حرکتی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلال‌های دفع (محمد اسماعیل و علی پور، ۱۳۸۱). در یکی از پژوهش‌هایی که توسط گادو و اسپرافکین (۱۹۹۷)

[1]. Conners

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.1.5]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.90]

انجام گرفت، اعتبار بازآزمایی پرسشنامه مرضی کودک مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها و همبستگی‌های به دست آمده از دو بار اجرای پرسش‌نامه مرضی کودکان نشان داد که اعتبار بازآزمایی برای همه طبقه های پرسش‌نامه مرضی کودکان در سطح P<۰/۰۱ معنادار بود. محمد اسماعیل و علی پور (۱۳۸۱) همبستگی فرم والدین را برای نوع بی توجه ۰/۵۳، نوع تکانشی بیش‌فعال ۰/۶۰ و نوع مرکب ۰/۶۹ و نقاط برش پرسشنامه فرم اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی برای والد و معلم، نوع بی توجه ۴ و نوع تکانشی بیش‌فعال ۶ گزارش کرده اند.

۲- *مقیاس درجه بندی کانرز والدین* (فرم تجدید نظر شده): این مقیاس متداول‌ترین مقیاس درجه بندی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از نگاه والدین است (گلدشتین،۱۹۹۸). این پرسشنامه دارای ۲۷ سؤال می باشد و دارای یک طیف لیکرت چهار درجه‌ای از هرگز تا خیلی زیاد است که توسط مادران تکمیل می‌شود ودارای ۴ زیر مقیاس مخالفت جویی، مشکلات شناختی-بی توجهی، بیش‌فعالی و شاخص اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی است. این مقیاس استانداردسازی شده با چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی هماهنگ است و روایی محتوایی این مقیاس مورد تأیید قرار گرفته است (گلدشتین، ۱۹۹۸). ضریب پایایی درونی با دامنه ای از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. اعتبار سازه فرم های کانرز با استفاده از روش‌های تحلیل عوامل، به دست آمده است و اعتبار افتراقی توانایی این پرسشنامه در تمایز افراد مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی از عادی و دیگر گروه های بالینی، قویاً تأیید شده است (زرگری نژاد و یزدان دوست، ۱۳۸۶).

۳- *فهرست رفتاری کودک (CBCL[1])*: این پرسشنامه شامل ۱۱۲ ماده درباره مشکلات خاص کودکان است و والدین باید وضعیت فرزند خود را در هر ماده با انتخاب یکی از سه گزینه " نادرست =۰"، " تا حدی درست = ۱" و "کاملا درست = ۲" مشخص کنند (آخنباخ، ۱۹۹۱). در این فهرست از مجموع نمره‌های دو عامل "قانون‌شکنی" و "رفتار پرخاشگرانه " عامل "مشکلات برونی‌سازی‌شده " به وجود آمد. که در این پژوهش فقط از نمرات مربوط به زیر مقیاس رفتار قانون‌شکنانه استفاده شد. ضرایب آلفای مقیاسها و زیرمقیاسهای CBCL بین ۰/۸۷(برای مقیاس برونی‌سازی‌شده) و ۰/۷۳ (برای مشکلات اجتماعی) قرار دارد. اعتبار آزمون-بازآزمایی (در فاصله بین ۵ تا ۸ هفته) نیز نشان داد، همه ضرایب همبستگی در سطح P<۰/۰۵ معنادارند و بین دامنه ۰/۹۷ (برای مقیاس برونی‌سازی‌شده) و ۰/۳۸ (برای مقیاس مشکلات تفکر) قرار دارند (مینایی، ۱۳۸۵).

روش اجرای پژوهش: دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از طریق، مصاحبه تشخیصی روان‌پزشک و روانشناس و پرسشنامه کانرز شناسایی شده بودند. در هر دو گروه، پیش‌آزمونی برای تعیین شیوه‌های والدگری و علائم اختلال کودکان اجرا و سپس گروه آزمایشی طی نه جلسه نود دقیقه‌ای آموزش داده شد. محتوای برنامه از برنامه آموزش والدین بارکلی (۱۹۹۷)، اقتباس شده بود. این برنامه شامل دو قسمت است که در آن روش‌های مؤثرتری جهت رفتار با کودک به والدین آموزش داده می‌شود. در قسمت اول والدین یک روش مؤثر برای توجه مثبت به رفتارهای مناسب کودک را می‌آموزند و در قسمت دوم استفاده از روش‌های تنبیهی را والدین یاد می‌گیرند، تحقیقات متعددی اثربخشی این برنامه را نشان داده است و علاوه بر آن باعث افزایش مهارت والدین در توجه انتخابی به رفتارهای کودک، بیان دستورات صحیح و واضح و به‌کارگیری تمرینات انضباطی مؤثر شده است. تعمیم اثرات آموزش از شرایط کلینیکی به خارج از کلینیک نیز گزارش شده است (کرمیس و همکاران،۲۰۰۴ و وینبرگ[2]، ۱۹۹۹). بسته آموزش والدین بارکلی در بسیاری از پژوهش‌ها مورد استفاده قرار گرفته (بارکلی و شلتون، ۲۰۰۰؛ فابیانو و پلهام، ۲۰۰۸، هوانگ، ۲۰۰۳) و کارایی آن به عنوان یک بسته آموزشی در

[1]. Child behavioural checklist

[2]. Weinberg

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.1.5]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.90]

حیطه رفتاردرمانی مورد تأیید قرار گرفته است (فابیانو و پلهام، ۲۰۰۸، بارکلی، ۲۰۰۶). لازم به ذکر است که محتوای این برنامه آموزشی در اختیار چهار نفر از متخصصانی که در حیطه آموزش والدین به فعالیت مشغول هستند گذاشته شد و از آن‌ها خواسته شد که مشخص کنند که آیا این پروتکل درمانی با نظرات بارکلی در رفتاردرمانی مشکلات دوران کودکی منطبق می‌باشد. در این بررسی کلیت این برنامه موردپذیرش این متخصصان قرار گرفته و میزان انطباق کامل را در مورد تطبیق این برنامه با برنامه اصلی ذکر کرده بودند. لازم به ذکر است که پس از پایان آموزش، مجدداً متغیرهای مذکور اندازه‌گیری شدند.

یافته‌ها

جهت بررسی اثر آموزش روش‌های مدیریت رفتار بر کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی و رفتارهای قانون‌شکنانه در کودکان، در پژوهش حاضر از

جدول ۱. محتوای برنامه آموزش رفتاری والدین

جلسه اول: در این جلسه به ارائه اطلاعات مفید و ضروری را در مورد ماهیت، شیوع، سیر، پیش‌آگهی، سبب شناسی و درمان کارآمد اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی به والدین پرداخته شد و همچنین به جای تأکید بر درمان قطعی، بر ضرورت کنار آمدن با مشکلات و ساختن محیط مناسب خانه و خانواده برای کودک تأکید شد. در این جلسه به رفع برخی سوء تفاهم‌ها در مورد مشکلات برونی‌سازی شده اشاره شد و در انتهای جلسه، مطالب و مواد آموزشی مناسب برای ارتقاء سطح دانش والدین در اختیار آنان قرار گرفت.
جلسه دوم:در این جلسه زمینه لازم برای توضیح در مورد اصول شکل گیری رفتار و ضرورت رعایت اصول مدیریت رفتار فراهم شد. سپس اصول کلی مدیریت رفتار همچون تقویت مثبت، تقویت تفکیکی و برخی موارد دیگر مورد توضیح قرار گرفت جلسه سوم: در این جلسه بر نقش و اهمیت توجه والدین بر رفتارهای کودک تأکید شد و علاوه بر آن روش های کارآمدتر توجه به رفتارهای کودکان به والدین، تکنیک های کلامی و استفاده از جمله‌های مثبت و اصول توجه به رفتار مثبت و همچنین نادیده انگاری رفتارهای نامناسب آموزش داده شد. همچنین به والدین این امر که «وقت ویژه»ای را برای افزایش کمیت و کیفیت ارتباط با فرزندانشان اختصاص دهند مورد تاکید قرار گرفت. جلسه چهارم:در این جلسه به بسط آموزش‌های جلسه سوم پرداخته شد و ذکر گردید که رفتارهایی که در «وقت ویژه» تقویت می شوند در وقت‌های دیگر نیز باید مورد توجه قرار بگیرند. در این جلسه، توجه مثبت به فرمان برداری از دستور والدین و نیز پیروی از مقررات خانواده مورد بحث قرار گرفت و برای رسیدن به این هدف، روش‌های دستوردهی مناسب از قبیل کاهش «سؤال ـ جواب» کردن کودک و افزایش جمله های امری و حذف موقعیت هایی که در انجام تکلیف اخلال ایجاد می کنند، آموزش داده شد. جلسه چهارم: به بسط آموزش‌های جلسه سوم پرداخته شد و ذکر گردید که رفتارهایی که در «وقت ویژه» تقویت می شوند در وقت های دیگر نیز باید مورد توجه قرار بگیرند. در این جلسه، توجه مثبت به فرمان برداری از دستور والدین و نیز پیروی از مقررات خانواده مورد تبین قرار گرفت. برای رسیدن به این هدف، روش‌های دستوردهی مناسب از قبیل کاهش «سؤال ـ جواب» کردن کودک و افزایش جمله های امری و حذف موقعیت هایی که در انجام تکلیف اخلال ایجاد می کنند، آموزش داده شد. جلسه پنجم: به آموزش روش اقتصاد پته‌ای پرداخته شدزیرا از آنجا که کودکان دارای این مشکلاتبرای حفظ رفتار های مناسب و فرمان برداری به پیامدهای مکرر، فوری و چشمگیرتر احتیاج دارند، استفاده از سیستم اقتصاد پته‌ای بسیار مفید است. برای تدوین این برنامه والدین باید فهرستی از مسؤلیت‌ها و تکالیف کودک را تهیه می کردند و برای هر یک از آنها ارزش و امتیاز تعیین می شد. جلسه ششم: استفاده از روش جریمه و روش محروم سازی آموزش داده شد. جلسه هفتم: مدیریت رفتار در موقعیت‌های عمومی آموزش داده شد. از آنجا که بیشتر کودکان با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی و مشکلات رفتاری در کنترل و مدیریت رفتارهایشان در موقعیت‌های عمومی همچون فروشگاه، رستوران، بازارچه، مسجد یا خانه دیگران مشکل دارد، والدین آنها باید بدانند مهارت‌هایی را که در خانه خود آموخته‌اند در موقعیت‌های دیگر نیز به کار بگیرند. ضمن بحث در مورد ناکارآمد بودن برخی از تکنیک‌هایی که والدین در گذشته آموخته‌اند بر چند نکته تأکید می‌شود : نخست، موقعیت‌هایی که والدین پیش بینی می‌کنند که مشکل به وجود می‌آید. سپس از والدین خواسته می‌شود تا برای این گونه موقعیت‌ها، «برنامه عمل» داشته باشند. این برنامه عمل با شیوه ی «بلند فکر کن قبلاً فکر کن» پیش می‌رود. در این برنامه والدین باید (۱) انتظار خود را از رفتار مناسب کودک در آن موقعیت مرور کنند، (۲) باید برای برانگیختن حس همکاری و فرمان برداری، مشوق‌هایی در نظر بگیرند، (۳) تصمیم بگیرند که اگر این مشوق‌ها کارساز نبود چه تنبیهی باید به کار ببرند. بهتر است که والدین قبلاً از بیرون رفتن از خانه این موارد را به اطلاع کودک برسانند تا و همه چیز را برای او روشن کنند. نکاتی در مورد احساس شرمندگی والدین در جمع و تکنیک‌های سودمند برای کنترل رفتار به والدین آموزش داده شد. جلسه هشتم: این جلسه با آموزش ثبت رفتار های مثبت کودک در منزل آغاز و با روش های امتیاز دهی به این رفتار ها خاتمه پذیرفت. جلسه نهم: در این جلسه نیز مروری کوتاه بر آموخته‌های آنها از کل برنامه شد و سپس نظر آنها را در مورد مشکلات اجتماع در آینده و چگونگی مقابله با این مشکلات را مورد بحث قرار گرفت. در این جلسه توضیح داده شد که برخی از والدین ممکن است کمی از پروتکل برنامه فاصله بگیرند یا آن را رعایت نکنند، اگرچه گاهی چنین مواردی طبیعی و حتی لازم است ولی دور شدن از آن می تواند به بروز مشکلات رفتاری بیشتری در کودک منجر شود. از این رو، والدین باید یاد بگیرند که چگونه برخورد نظارت داشته باشند.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.1.5]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.90]

تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج هر یک به صورت جداگانه در جداول زیر آمده است. این نوع تحلیل دارای مفروضه‌هایی است که از جمله مفروضه‌های تحلیل کوواریانس همگنی شیب‌های رگرسیونی میان متغیر تصادفی (پیش‌آزمون) و متغیرهای وابسته است که در این پژوهش شیب‌های خط رگرسیون در تمامی متغیرهای مورد مطالعه موازی بودند. در این مطالعه تعامل گروه و پیش‌آزمون برای متغیرهای بیش‌فعالی (p>۰/۰۵ و F=۰/۶۸۳) و رفتارهای قانون‌شکنانه (p>۰/۰۵ و F=۰/۶۴۶)، معنادار نیست، از این‌رو، می‌توان گفت که این پیش‌فرض رعایت شده است. از دیگر مفروضه‌های این آزمون همگنی واریانس‌هاست که برای بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، از آزمون همگنی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد هیچ‌یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری معنی‌دار نبود، (پس‌آزمون‌ها؛ بیش‌فعالی p>۰/۰۵ و F=۰/۳۷۰ و رفتارهای قانون‌شکنانه p>۰/۰۵ و F=۰/۴۴۲)، بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز تأیید شد از این‌رو با توجه به برقراری مفروضه‌های اصلی این آزمون، مجاز به استفاده از این آزمون آماری هستیم. در جدول ۱ شاخص‌های آماری نمرات دو گروه در مقیاس بیش‌فعالی/تکانشگری و در زیرمقیاس رفتارهای قانون‌شکنانه ارائه شده است.

در جدول ۲ نمرات میانگین و انحراف استاندارد گروهای آزمایشی و کنترل به ترتیب نشان داده شده است که گروه آزمایشی در مقیاس بیش‌فعالی/تکانشگری و رفتارهای قانون‌شکنانه در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش نشان می‌دهد.

با توجه به جدول ۳، اثر پیش‌آزمون از لحاظ آماری معنادار بوده است (p< ۰/۰۰۱ و ۱۴۷/۸۸ = F(۱ و ۲۵)). به بیان دیگر نمره‌های پس‌آزمون تحت تأثیر نمره‌های پیش‌آزمون بوده است. برای آزمودن اثر گروه یا مداخله (برنامه آموزش رفتاری) بر متغیر وابسته (بیش‌فعالی/تکانشگری) باید اثر پیش‌آزمون به عنوان عامل همپراش زدوده شود. نتایج نشان داد اثر گروه یا مداخله با حذف یا زدودن متغیر همپراش نیز از لحاظ آماری معنادار بوده است (p <۰/۰۰۱ و ۱۹/۲۲= F(۱ و ۲۵))؛

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهشی بین دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	موقعیت	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بیش‌فعالی/تکانشگری	پیش آزمون	۲۰/۱۴	۴/۱۲	۱۹/۶۴	۴/۷۱
	پس آزمون	۱۷/۲۱	۳/۱۹	۲۰/۲۲	۵/۲۸
رفتارهای قانون‌شکنانه	پیش آزمون	۱۰/۳۰	۱/۷۰	۱۰/۴۶	۱/۷۲
	پس آزمون	۷/۰۷	۱/۷۷	۱۰/۰۰	۱/۵۷

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به متغیر بیش‌فعالی/تکانشگری دو گروه آزمایشی و کنترل

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
	پیش آزمون	۴۳۶/۰۶	۱	۴۳۶/۰۶	۱۴۷/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۸۵
بیش فعالی/	گروه	۵۶/۶۸	۱	۵۶/۶۸	۱۹/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۴۳
تکانشگری	خطا	۷۳/۷۱	۲۵	۲/۹۴	–	–	–
	کل	۱۰۵۰۱	۲۸	–	–	–	–

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به متغیر رفتارهای قانون‌شکنانه دو گروه آزمایشی و کنترل

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
	پیش آزمون	۳۵/۲۱۰	۱	۳۵/۲۱۰	۴/۸۹	۰/۰۳	۰/۱۶
رفتارهای قانون	گروه	۵۰/۵۴۴	۱	۵۰/۵۴۴	۷/۰۳	۰/۰۱	۰/۲۲
شکنانه	خطا	۱۷۹/۷۱	۲۵	۷/۱۸	–	–	–
	کل	۲۳۶۶	۲۸	–	–	–	–

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.1.5]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.90]

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت برنامه آموزش برنامه آموزش والدین رفتاری باعث تغییر در گروه‌ها شده است. علاوه بر این میزان اندازه اثر ۰/۴۳ یا به عبارت دیگر ۴۳ درصد از تغییرات بیش‌فعالی/ تکانشگری مربوط به عضویت گروهی است.

با توجه به جدول ۴، اثر پیش‌آزمون از لحاظ آماری معنادار بوده است (p<۰/۰۵ و ۴/۸۹ = (۲۵ و F(۱). به بیان دیگر نمره‌های پس‌آزمون تحت تأثیر نمره‌های پیش‌آزمون بوده است. برای آزمودن اثر گروه یا مداخله (برنامه آموزش رفتاری) بر متغیر وابسته (رفتارهای قانون‌شکنانه) باید اثر پیش‌آزمون به عنوان عامل همپراش زدوده شود. نتایج نشان داد اثر گروه یا مداخله با حذف یا زدودن متغیر همپراش نیز از لحاظ آماری معنادار بوده است (p <۰/۰۵ و ۷/۰۳= (۲۵ و F(۱)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت برنامه آموزش برنامه آموزش والدین رفتاری باعث تغییر در گروه‌ها شده است. علاوه بر این میزان اندازه اثر ۰/۲۲ یا به عبارت دیگر ۲۲ درصد از تغییرات متغیر رفتارهای قانون‌شکنانه مربوط به عضویت گروهی است.

بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل نتایج نشان داد که آموزش رفتاری به مادران در کاهش بیش فعالی و تکانشگری کودکان مؤثر بوده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های بسیاری از پژوهشگران (لافوره، مورای و کالینس[1]، ۲۰۰۸؛ ماتوس و همکاران، ۲۰۰۹؛ هاوت چارلیر و کلمنت[2]، ۲۰۰۹؛ فابیانو و همکاران، ۲۰۰۸) که بر اثربخشی این روش در کاهش علائم اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی به صورت کلی و چه در نوع فرعی این اختلال یعنی بیش‌فعالی/تکانشگری مؤثر تأکید کرده‌اند همخوان است.

پژوهش‌های پیشین (هاوت چارلیر و کلمنت، ۲۰۰۹؛ فابیانو و همکاران، ۲۰۰۸) رابطه بین رفتارهای والدین کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی با مشکلات رفتاری کودکان را به اثبات رسانده‌اند و چنین بیان داشته‌اند که مشکلات رفتاری کودکان بستگی بسیار زیادی با رفتار والدین داشته است و چنین بیان شده است که سبک‌های انضباطی نامنظم والدین، مشکلات رفتاری، رفتارهای آزارشی و مشکلات کنترل خشم و پرخاشگری را کودکانشان پیش‌بینی می‌کرده است. از دیگر سو پژوهش‌ها نشان داده‌اند که چگونگی رفتار والدین به عنوان یک پیش‌بینی کننده بسیار مهم برای رفتارهای تکانشی در کودکان محسوب می‌شود (استورات و همکاران، ۲۰۰۲). تحقیقات دیگر نیز نشان دادند که والدین کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به صورت اخص (بارکلی، ۲۰۰۰) و والدین کودکان مبتلا به مشکلات برون‌ریزانه و بیش‌فعال به صورت کلی غالباً در کنترل رفتار کودک با مشکل مواجه هستند و اغلب از لحاظ سبک‌های تربیتی خود بیش از حد دستوری و منفی عمل می‌کنند که همین امر باعث عدم کارایی روش‌هایی می‌شود که آن‌ها برای کنترل رفتار کودک خود به کار می‌گیرند که این امر می‌تواند با ارائه آموزش‌های لازم مورد بازبینی و تصحیح قرار گیرد (فابیانو، ۲۰۰۸).

اثربخشی روش آموزش رفتاری والدین و کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی/تکانشگری را می‌توان به دلایل منطقی زیر نسبت داد: بسیاری از مشکلات رفتاری در محیط طبیعی خانواده فرا گرفته می‌شوند و عوامل نگهدارنده آن‌ها نیز در همین محیط واقع شده‌اند. بنابراین آموزش کسانی که بیشترین زمان را با کودک می‌گذرانند و بیشترین تأثیر را بر او دارند، احتمال کاهش رفتارهای نامناسب را در آن‌ها افزایش داده است. بسیاری از مادرانی که در گروه آموزشی شرکت می‌کنند، خود را به خاطر مشکلات کودکان‌شان مقصر می‌دانند و یا برعکس، اعتقاد دارند که کودکان آن‌ها به صورت ارادی راهی را برای اذیت و آزار آن‌ها انتخاب کرده‌اند. توضیح در مورد ماهیت و علت اختلال‌های برونی‌سازی شده (مثل غیرعادی بودن حرکات مفرط کودکان اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی و ناتوانی غیرارادی آن‌ها در تمرکز بر تکالیف خود) توانسته است شناخت‌های نادرست والدین را چه در مورد خودش و چه در مورد کودکانشان اصلاح کند و احساس گناه، به خاطر مقصر بودن و احساس خشم، به دلیل مقصر دانستن کودکان را کاهش دهد. بدین

[1]. LaForett, Murray, & Kollins
[2]. Hauth-Charlier & Clement

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.1.5]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.90]

ترتیب کاهش احساسات منفی در والدین بـه ایجـاد روابط بهتر با کودکان کمـک کـرده اسـت (قنبـری، ۱۳۸۵).

از آنجایی که رفتارهای نامناسب کودکان مبتلا به اخـتلال نارسـایی توجـه/ بـیش‌فعـالی فـراوان رخ می‌دهند، اغلب والدین نگاهی تـوأم بـا بـدبینی بـه کودکان خود دارند و آن‌ها را طرد می‌کنند و چـون رفتارهای مناسـب بسـیار انـدک رخ مـی‌دهنـد، در چنین فضایی نادیده انگاشته می‌شوند. برای والـدین در جلسات آموزشی توضـیح داده شـد کـه یکـی از علت‌هـای رو آوردن بـه سـوی رفتارهـای نامناسـب جلب توجه والدین است، زیرا در بسـیاری از مواقـع والدین وقتی کودک رفتار مناسبی انجام می‌دهد، به او توجه نمی‌کنند و او پـاداش دریافـت نمـی‌نمایـد. والـدین در ایـن جلسـات آموختنـد کـه چگونـه می‌توانند بـا نادیـده انگاشـتن رفتارهـای نامناسـب خفیـف، آن‌هـا را کـاهش دهنـد و از پـاداش دادن تصـادفی بـه آن‌هـا جلـوگیری کننـد و بجـای آن رفتارهای مناسب کودک خود را تقویت نمایند.

نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش رفتاری به والدین توانسته است که میزان رفتارهای قانون‌شکنانه کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را کاهش دهد. نتایج این پژوهش با پژوهش، وبستراستراتون (۲۰۰۱) مبنی بر اثربخش بودن آموزش والدینی بر کاهش رفتارهای قانون‌شکنانه و منحرفانه در کودکان، همسو است. این پژوهش با پژوهش مک کات و پریستر[1] (۲۰۰۶) که نیز بر اثربخشی آموزش والدین را بر رفتارهای ضداجتماعی در کودکان نشان داده‌اند همسو است، زیرا پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سبک‌های تربیتی و طرز برخورد والدین با کودکانشان به عنوان یک پیش‌بینی کننده بسیار مهمی برای رفتارهای قانون‌شکنانه در کودکان محسوب می‌شود (استورات و همکاران، ۲۰۰۲).

از آنجا که بسیاری از مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به مشکلات برونی‌سازی شده در ارتباط با والدین و بخصوص مادر به وجود می‌آید و ادامه پیدا می‌کند. بنابراین آموزش روش‌های درست رفتار به مادران این‌چنین کودکانی که بیشترین زمان را با آن‌ها می‌گذرانند و آموزش رویکردهای منظم تقویتی و تنبیهی به آنان، احتمال کاهش رفتارهای نامناسب را در این کودکان افزایش می‌دهد. همچنین بیشتر این مادران در تلاش برای اداره رفتار ناکام‌کننده این اختلال سبک‌های والدینی خشن و منفی را اتخاذ می‌کنند و چون مهارت‌های توجه در شکل دادن رفتار کودکان حایز اهمیت هستند، این حوزه از آموزش اداره رفتار، شامل تغییر دادن شیوه‌ای که بر اساس آن مادران به کودکانشان توجه می‌کنند نیز می‌شود. مهارت‌های توجه مهم از قبیل گوش دادن و ارائه توجه مثبت، در طی درمان ممکن است برای والدین فرصتی فراهم آورده باشد تا یاد گرفته باشند که چگونه بدون دخالت کردن و پرسیدن سؤال، به کودکشان توجه کنند و چگونه به صورت مثبت با اظهارنظرهای خود رفتارهای مطلوبی را که می‌خواهند کودکشان آن‌ها را افزایش یا ادامه دهند به وجود آورند.

بسیاری از مادرانی که در گروه آموزشی این‌چنینی شرکت می‌کنند، خود را به خاطر مشکلات رفتاری کودکانشان مقصر می‌دانند و یا برعکس، اعتقاد دارند که کودکان آن‌ها به صورت ارادی راهی را برای اذیت و آزار آن‌ها انتخاب کرده‌اند. توضیح درباره‌ی ماهیت و علت مشکلات رفتاری برون‌ریزانه می‌تواند شناخت‌های نادرست والدین را چه در مورد خودش و چه در مورد کودکانشان اصلاح کند و احساس گناه، به خاطر مقصر بودن و احساس خشم، به دلیل مقصر دانستن کودکان را کاهش دهد. بدین ترتیب کاهش احساسات منفی در والدین به ایجاد روابط بهتر با کودکان و کاهش مشکلات رفتاری این کودکان منجر خواهد شد. در این پژوهش بر مادران کودکانی که مبتلا به نوع عمدتاً بیش‌فعال/تکانش گر اختلال بودند تمرکز شد زیرا طبق شواهد پژوهشی به نظر می‌رسد که در نوع مرکب و نوع عمدتاً بیش‌فعال اجرای دستورات از جانب والدین و مشکلات و مسائل رفتاری تحت تأثیر علائم نارسایی توجه کودک قرار گرفته و روند بهبود مشکلات رفتاری بعدی را با مشکل مواجه می‌کنند (دانفورد و

[1]. Mccut &Priester

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.1.5]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.90]

همکاران، ۲۰۰۶ و دراستون و کونارد، ۲۰۰۷).

اولین محدودیت این پژوهش نداشتن دوره پیگیری است. این پژوهش به دلیل محدودیت زمانی و همچنین مشکل در دسترسی دوباره به شرکت‌کنندگان از پیگیری نتایج به دست آمده صرف‌نظر شد. پژوهش‌هایی که قادر باشند پس از پایان دوره آموزشی، شدت مشکلات را با فواصل زمانی متفاوت ارزیابی کنند، می‌توانند اثربخشی این روش را در طول زمان مشخص سازند. از آنجا که طرح این نوع مطالعه از نوع طرح‌های شبه آزمایشی است و امکان واگذاری تصادفی آن‌گونه که در مطالعات تجربی حقیقی امکان دارد وجود نداشته است، نمی‌توان با قاطعیت در مورد مسئله علیت حکم کرد. این پژوهش اثربخشی آموزش رفتاری مادران را بر پسران بررسی کرده است. پژوهش‌هایی که در آینده این روش را در نمونه‌ای از دختران و پسران به صورت مجزا مورد بررسی قرار دهند و تفاوت‌های جنسی را در اثربخشی این روش روشن سازند می‌توانند مثمر ثمر باشند. در دوره آموزشی این پژوهش، تنها مادران حضور داشتند. برگزاری جلساتی با حضور افراد دیگری که ارتباط نزدیک با کودک دارند، مانند پدران و معلمان بهتر می‌تواند مشکلات این کودکان مشخص سازد و در بهبود هر چه بیشتر این کودکان سهم داشته باشد.

منابع

American psychiatric association. (2013). Diagnostic and statiscal manual of mental disorder: DSM-5. — 5th ed. Arlington, VA, American Psychiatric Association. Washington, DC: Author.

Anastopoulos, A., D., & Shaffer, S., D. (2001). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Inc New york. John Wiley & sons.

BakhshiPor, B. (2009). The effectiveness of solution-centered therapy on decreasing children and adolescent behavior problems in sari school. [MA Thesis], Tehran: Allameh Tabatabaie university. [Persian]

Barkley, R. (2000). Taking Charge of ADHD: The Complete, Authoritative Guide for Parents(Rev.ed.). New York: Guilford Press.

Barkley, R. A., Shelton, T. L., Crosswait, C., Moorehouse M.,Fletcher, K., Barrett, S., et al. (2000). Multi-method psychoeducational intervention for preschool children with disruptive behavior: Preliminary results at posttreatment. Journal ofChild Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 41,319–332.

Barkley, R.A. (1997). Defiant Children: A Clinician's Manual for Assessment and Parent Training, 2nd ed. Guilford, New York.

Barkley, R.A. (2006). Attention deficit hyperactivity disorder- A handbook for diagnosis and treatment (3rd.ed). New York: Guilford Press.

Bussing, R. Gary, F.A., Mills.T.L., & Garvan.C.W. (2007). Cultural variations in parental health beliefs, knowledge, and information sources related to attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of Family Issues, 28, 291-318.

Bussing, R., Zima, B., Mason, D., Meyer, J. (2012). ADHD Knowledge, Perceptions, and Information Sources: Perspectives From a Community Sample of Adolescents and Their Parents. Journal of Adolescent Health, 222 - 230.

Butter, M., Aman, M., Arnold, L., &el all. (2007). Parent training for children with pervasive developmental disorders: a multi-site feasibility trial. Behavioral intervention, 22, 3, 179- 199 .

Cavell, T.A., & Elledge, L.C. (2007). Working with parents of aggressive, high-risk children. In J. Briesmeister & C. Schaefer . Handbook of Parent Training. (3rd ed). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Chang, LR, Chiu, YN, Wu, YY, Shur-Fen Gau, S. (2012). Father's parenting and father–child relationship among children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. Comprehensive Psychiatry, 22, 326–334.

Chronis, A. H., Chacho, A., Fabiano, G. A., & Pelham, W. E. (2004). Enhancement to the Behavioral Parent Training Paradigm for Families of children with ADHD: Review and future direction. Clinical Child and Family Psychology Review, 7(2), 1-27.

Crisante, L. (2003). Implementation and process issues in using Group Triple P with Chinese parents: Preliminary findings. Advances in Mental Health, 2, 226-235.

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 hyper activity disorder and defiant aggression behavior. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 37,188-205.

Davison, C.G., Blankstein, K.R., Neale, J.M. (2005). Abnormal Psychology, 5th Canadian Edition. New York : John Wiley &Sons.

Davison, G.C., & Neale, J.M. (1994). Abnormal Psychology. 6th Ed. New York: Wiley.

Durston, S., & Konard, K. (2007). Integrating genetic, psychopharmacological and neuroimaging studies: a converging methods approach to understanding the neurobiology of ADHD. Developmental Review, 27, 374-395.

Ellis, B., Nigg, J. (2009). Parenting practices and

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.1.5]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.90]

D., Taylor, E., & Tyano, S.(2004). International consensus on attention-deficit / hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behavior disorder (DBDs): Clinical impilication and treatment practice suggestion. European Neuropsychophamacology, 14, 11-28.

LaForett, D.R., Murray, D.W., & Kollins, S.H. (2008). Psychosocial treatments for preschool-aged children with attention-deficit hyperactivity disorder. Developmental Disabilities Research Review, 14, 300-310.

Lifford, K.J, Harold, G.T., Thapar, A. (2008). Parent–child relationships and ADHD symptoms: a longitudinal analysis. Journal Abnormal Child Psychology, 36, 285-96.

Lundahl, B., Risser. H.J., & Lovejoy, M. (2006).A Meta analysis of parent training: moderators and follow-up effects. Cilinical 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.

Mccart, M., Priester, P. (2006). Diffrential Effectivness of behavioral parent training ad cognitive behavior, behavior therapy For Antisocial youth. Journal of Abnormal child psychology, 34(4), 525- 537.

Minaee, E. (2009). Normalization of measurement systems based on experience Eschenbach. Tehran: Execptional children organization publication. [Persian]

Mohamad esmaeel, E. (2002). A preliminary study on reliability, validity and determine cut-off points disorder Child Symptom Inventory CSI-4. Research on Exceptional Children. [Persian].

Mohamad esmaeel, E. (2005). A course of cognitive behavioral therapy, children with ADHD / attention deficit. Tehran: Danzhh. [Persian].

Nelson, L.J., Hart, C.H., Wu, B., Yang, C., Roper, S.O., & Jin, S. (2006). Relations between Chinese mothers' parenting practices and social withdrawal in early childhood. International Journal of Behavioral Development, 30, 261–271.

Nixon, R.D.V.(2002). Treatment of behavior problems in preschoolers: A review of parent training program. Clinical Psychology Review, 22, 525-546.

Ogg, J. A. & Carlson. J. S.(Appril, 2005). The effectiveness of parent training for disruptive behavior associate with ADHD. Presented at the annual meeting of the national association of school psychologist. Atlanta, GA.

Pelham, J.R., & Gnagy. E.M. (1999).Psychosocial and combined Treatments for ADHD. Mental Retardation and Developmental Disabilities, Research Review, 5,225-236.

Sadock, BN. J., Sadock. V. A., & Kaplan. (2015). attention-deficit/hyperactivity disorder: new findings suggest partial specificity of effects. Journal American Acaemy Child Adolescents Psychiatry, 48, 146-54.

Essau, C.A. (2006). Child and adolescent psychopathology. London: Brunner-Routledge.

Fabiano, G.A., Pelham, W.E., Coles, E.K., Gnagy, E.M., Chornis-Tuscano, A., OConnor, B. (2008). A meta-analysis of behavior treatment for attention-deficit /hyperactivity disorder. Cilinical Psychology Review, 52, 1-12.

Finzi-Dottan, R. (2011). Predictors of stress-related growth in parents of children with ADHD. Research in Developmental Disabilities, 510-519.

Gadow, K.D., & Sprafkin, J. (1997). Quick guide to using the youth's inventory-4 screening kit. Stony Brook, Ny: Checkmate Plus.

Ghanbari, S. (2006). Investigation the Effectiveness behavior parent behavior training on decreasing children externalized problems. [MA Thesis], Tehran, Shahid beheshti university [Persian]

Gimpel, G.A., Holland, M.L. (2002). Emotional and Behavioral Problems of Young Children: Effective Interventions in the Preschool and Kindergarten Years, New York: Guilford press.

Goldstein, S., & Goldstein, M. (1998). Managing attention deficit hyperactivity disorder in children: A guide for Practioner (2nd ed). New York: Wiley.

Greenhill, L.L., & Osman.B.B. (2000). Ritalin: Theory & practice. USA: Mary Ann Libert.

Hauth-Charlier, S., & Clement, C. (2009). Behavioral Parent Training Programs for Parents of Children with ADHD: Practical Consideration and cilinical impilication. Practiques Psychologiques, 15(4), 457-472.

Hinshaw, S.P., Zupan, B.A., Simmel, C., Nigg, J.T., & Melnick, S. (1997). Peer status in boys with and without attention-deficit hyperactivity disorder: Predictions from overt and covert antisocial behavior, social isolation, and authoritative parenting beliefs. Child Development, 68, 880–896.

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. (2012). Parenting in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Clinical Psychology Review, 32, 215–228.

Kawabata, Y., Tseng, W.L., & Shur-Fen Gau, S. (2012). Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Social and School Adjustment: The Moderating Roles of Age and Parenting. Journal Abnormal Child Psychology, 40, 177–188.

Kutcher, S,. Aman, M,. Brooks, S.J., Buitelaar, J., Van Dallen, E., Fegert, J., Findling, R.L., Fisman, S., Greenhill, L.L., Huss, M., Kusumakar, V., Pine,

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.1.5]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.90]

synopsis of psychiatry (ninth ed). Philadelphia: Lippincott the William and willkins.

Safren, S.A., Perlman, C.A., Sprich, S., & Otto, M.W. (2005). Mastering Your Adult ADHD: A Cognitive Behavioral Treatment Program .New York, oxford university Press.

Schilling, C. (2011). ADHD and criminality: A primer on the genetic, eurobiological, volutionary, and treatment literature for criminologists. Journal of Criminal Justice, 39, 3–11

Stewart, A., Dennison, S., Waterson, E. (2002). Pathways form child Maltreatment to juvenile offending. School of criminology and criminal justices. Grtifft university.

Tahmasebiyan, K. (1996). Investigating effectiveness of mother's education on decreasing children behavioral problems [. MA thesis in Clinical Psychology], Tehran institute of psychiatry. Unpublished. [Persian]

Tehrani dost, M., Shahrivar, Z., Mahmoodi, J., alaghebande rad, J. (2008). Positive Parenting training effect in children with behavior problems. Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 4, 371-379. [Persian]

Treacy L, Tripp G, Baird A. (2005). Parent Stress Management Training for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Behavioral Therapy, 36, 223-233.

Webster-Stratton, C., Reid, J., Hammond, M. (2001). Preventing Conduct Problems, Promoting Social Competence: A Parent and Teacher Training Partnership in Head Start. Journal of Clinical Child Psychology, 30(3), 283–302.

Weinberg, A.W. (1999). Parent training for Attention-deficit hyperactivity disorder: Parent and child outcome. Journal of Clinical Psychology, 55(2), 907-913.

Willcut, E. (2012) The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. Neurotherapeutics , 9, 490–499

Zargarinejad, G., and Yazdan doost, Y. (2008). Effectiveness of parent training on behavioral problem children with ADHD(single subject study). Journal of Psychological studies, 2,.29-48. [Persian]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.1.5]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.90]