



دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

گروه روانشناسی

پایان نامه

جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی کودک و نوجوان

عنوان:

مقایسه‌ی میزان اثربخشی آموزش مدیریت والدین و آموزش خودتعلیمی کلامی بر کاهش

نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه (ADHD)

استاد راهنما

دکتر مجید محمودعلیلو

استاد مشاور

دکتر تورج هاشمی

پژوهشگر

محمد خسروجردی

خرداد ۱۳۹۱

از استاد راهنمای عزیز و بزرگوارم جناب آقای دکتر محمد محمود علیلو که دلی به وسعت دریا، محبتی به شکوه عشق و روحی به عظمت افلاک دارد و من افتخار ساگردی ایشان را داشته‌ام و در طول این دوره از راهنمایی‌ها و مساعدت‌های بی‌دریغ و ارزنده ایشان بهره‌برده‌ام، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌کنم. با سپاس از اخلاق و رفتار متواضعانه و بزرگ‌نشانه ایشان که الگویی برای من بودند.

با تشکر از مشاور ارجمندم جناب آقای دکتر توج‌هاشمی نصرت‌آباد که فراتر از مشاوره این پایان‌نامه و با حوصله و صبر فراوان مرا یاری نمودند، بی‌نهایت سپاسگزارم.

نام خانوادگی: خسرو جردی	نام: محمد
عنوان پایان نامه: مقایسه‌ی میزان اثربخشی آموزش مدیریت والدین و آموزش خودتعلیمی کلامی بر کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه (ADHD)	
استاد راهنما: دکتر مجید محمودعلیلو	استاد مشاور: دکتر تورج هاشمی
مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد	رشته: روان‌شناسی
دانشگاه: تبریز	گرایش: بالینی کودک و نوجوان
دانشکده: علوم تربیتی و روان‌شناسی	تاریخ فارغ‌التحصیلی: ۹۱/۰۴/۱۳
تعداد صفحات: ۱۱۵	
کلید واژه‌ها: اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه، آموزش مدیریت والدین، آموزش خودتعلیمی کلامی	
<p>هدف: هدف از انجام این پژوهش مقایسه‌ی اثربخشی آموزش مدیریت والدین و آموزش خودتعلیمی کلامی بر روی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه بود. بدین منظور ۶ دانش‌آموز پسر مقطع دوم ابتدایی مبتلا به اختلال ADHD به صورت نمونه‌گیری در دسترس از یکی از مدارس مقطع ابتدایی ناحیه‌ی ۲ شهرستان سبزوار انتخاب شدند؛ و به صورت تصادفی به سه گروه ۲ نفری تقسیم شدند. والدین دو آزمودنی اول تحت آموزش مدیریت والدین قرار گرفتند، دو آزمودنی دوم تحت آموزش خودتعلیمی کلامی و دو آزمودنی سوم هم تحت آموزش خودتعلیمی قرار گرفتند و والدین آن‌ها نیز در جلسات آموزش مدیریت والدین شرکت کردند (آموزش ترکیبی). پژوهش حاضر در چارچوب طرح تجربی تک موردی با استفاده از طرح خطوط پایه منفرد به انجام رسید. در راستای آن ۸ جلسه برای آموزش مدیریت والدین و ۷ جلسه برای آموزش خودتعلیمی کلامی با پیگیری ۲ ماهه اجرا شد. به منظور ارزیابی پیشرفت این کودکان از آزمون CSI-4 فرم معلم استفاده شد. داده‌های به دست آمده با استفاده از فرمول درصد بهبودی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.</p> <p>یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد همه‌ی آزمودنی‌ها پیشرفت قابل ملاحظه‌ای در کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه داشتند و این پیشرفت در پیگیری ۲ ماهه در روش آموزش مدیریت والدین و آموزش ترکیبی پایدار بود ولی در روش آموزش خودتعلیمی کلامی پایدار نبود. آموزش به صورت ترکیبی بهترین نتیجه را در کاهش نشانه‌های اختلال ADHD داشت، و آزمودنی‌های تحت آموزش مدیریت والدین موقعیت بهتری نسبت به آزمودنی‌هایی داشتند که تحت آموزش خودتعلیمی کلامی قرار گرفتند.</p>	



فهرست مطالب

فصل اول: کلیات پژوهش

- ۱-۱-۱- مقدمه..... ۱
- ۱-۲-۱- بیان مسأله..... ۱
- ۱-۳-۱- ضرورت انجام پژوهش..... ۳
- ۱-۴-۱- اهداف..... ۴
- ۱-۵-۱- فرضیه‌ها..... ۵
- ۱-۶-۱- سؤال..... ۵
- ۱-۷-۱- متغیرها..... ۵
- ۱-۸-۱- تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها..... ۵
- ۱-۸-۱-۱- اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه (ADHD)..... ۵
- ۱-۸-۱-۲- آموزش مدیریت والدین (PMT)..... ۶
- ۱-۸-۱-۳- آموزش خودتعلیمی کلامی (VSIT)..... ۷
- ۱-۸-۱-۴- آموزش ترکیبی..... ۷

فصل دوم: ادبیات پژوهشی

- ۲-۱-۱- مقدمه..... ۸
- ۲-۲-۱- پیشینه‌ی تاریخی اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه..... ۸
- ۲-۳-۱- تعریف اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه..... ۹
- ۲-۴-۱- ملاک‌های تشخیصی اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه..... ۱۲
- ۲-۴-۱-۱- ملاحظات در خصوص تشخیص اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه..... ۱۲
- ۲-۴-۱-۲- ملاک‌های تشخیصی اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه..... ۱۲
- ۲-۴-۱-۳- اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه از نوع عمدتاً بی‌توجهی (ADD)..... ۱۴
- ۲-۴-۱-۴- اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه از نوع عمدتاً بیش‌فعال - تکانشگر..... ۱۴
- ۲-۴-۱-۵- اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه از نوع مرکب..... ۱۴
- ۲-۵-۱- مسائل و مشکلات کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه..... ۱۵
- ۲-۵-۱-۱- مشکلات اجتماعی..... ۱۵

- ۱۸ ۲-۵-۲- مشکلات شناختی و هوشی
- ۲۰ ۳-۵-۲- مشکلات تحصیلی
- ۲۳ ۴-۵-۲- مشکلات هیجانی و عاطفی
- ۲۶ ۶-۲- سیر تحولی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه
- ۲۹ ۷-۲- سیر و پیش‌آگهی
- ۳۰ ۸-۲- اختلال‌های همراه با اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه
- ۳۰ ۱-۸-۲- اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD)
- ۳۱ ۲-۸-۲- اختلال سلوک (CD)
- ۳۲ ۳-۸-۲- اختلالات یادگیری (LD)
- ۳۳ ۴-۸-۲- مصرف مواد
- ۳۴ ۵-۸-۲- بیماری صرع و تشنج
- ۳۵ ۹-۲- شیوع
- ۳۶ ۱۰-۲- تشخیص افتراقی
- ۳۷ ۱۱-۲- سبب‌شناسی
- ۳۷ ۱-۱۱-۲- نظریه‌های زیست‌شناختی (بیولوژیک)
- ۳۷ ۱-۱-۱۱-۲- فرضیه‌های ژنتیکی
- ۳۸ ۲-۱-۱۱-۲- نظریه نقص جسمانی
- ۳۹ ۳-۱-۱۱-۲- فرضیه اختلال در ترشح انتقال‌دهنده‌های عصبی
- ۳۹ ۴-۱-۱۱-۲- فرضیه آلرژیک
- ۴۰ ۵-۱-۱۱-۲- فرضیه تحت‌آستانه‌ای
- ۴۰ ۲-۱۱-۲- نظریه‌های درون‌روانی
- ۴۱ ۳-۱۱-۲- نظریه سیستم‌ها
- ۴۱ ۴-۱۱-۲- الگوهای تبیین‌کننده‌ی اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه
- ۴۱ ۱-۴-۱۱-۲- نظریه‌ی ساز و کار برانگیختگی
- ۴۳ ۲-۴-۱۱-۲- الگوی کارکردهای هماهنگ‌ساز
- ۴۳ ۱-۲-۴-۱۱-۲- بازدارنده‌ی رفتاری

- ۲-۱۱-۴-۲- کنترل، روانی و ساخت حرکتی..... ۴۶
- ۲-۱۲-۲- مروری بر روش‌های درمانی اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه..... ۴۸
- ۲-۱۲-۱- دارودرمانی..... ۴۹
- ۲-۱۲-۲- تکنیک‌ها و فنون مدیریت رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه..... ۴۹
- ۲-۱۲-۲-۱- تکنیک‌های افزایش رفتارهای مطلوب یا ایجاد رفتارهای جدید در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه..... ۵۰
- ۲-۱۲-۲-۱-۴- تکنیک کنترل محرک..... ۶۰
- ۲-۱۲-۲-۱-۳- تکنیک شکل‌دهی رفتار..... ۵۹
- ۲-۱۲-۲-۱-۲- تکنیک اقتصاد ژتونی..... ۵۶
- ۲-۱۲-۲-۱-۱- تکنیک قرارداد رفتاری یا قرارداد وابستگی..... ۵۴
- ۲-۱۲-۲-۲- تکنیک‌های کاهش یا حذف رفتارهای نامطلوب در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه..... ۶۱
- ۲-۱۲-۲-۲-۵- تکنیک جریمه کردن..... ۶۶
- ۲-۱۲-۲-۲-۴- تکنیک جبران اضافی..... ۶۵
- ۲-۱۲-۲-۲-۳- تکنیک محروم کردن..... ۶۳
- ۲-۱۲-۲-۲-۲- تکنیک خاموش‌سازی..... ۶۲
- ۲-۱۲-۲-۲-۱- تکنیک پاداش دادن به رفتار مطلوب ناهم‌ساز..... ۶۲
- ۲-۱۲-۳- تکنیک‌های شناختی رفتاری..... ۶۷
- ۲-۱۲-۳-۱- آموزش خودتعلیمی..... ۶۷
- ۲-۱۲-۳-۲- آموزش مدیریت والدین (PMT) دارای کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه..... ۷۱
- ۲-۱۳-۲- مروری بر پیشینه پژوهشی..... ۷۴
- ۲-۱۳-۱- تحقیقات انجام شده در زمینه‌ی آموزش مدیریت والدین..... ۷۴
- ۲-۱۳-۲- تحقیقات انجام شده در زمینه‌ی آموزش خودتعلیمی کلامی..... ۷۸
- فصل سوم: روش پژوهش**
- ۳-۱- مقدمه..... ۸۱
- ۳-۲- طرح پژوهش..... ۸۱
- ۳-۳- شرکت کنندگان (شرح حال مراجعین و روش نمونه‌گیری)..... ۸۱

۸۱	۳-۳-۱- شرح حال مراجعین.....
۸۱	۳-۳-۱-۱- آموزش مدیریت والدین.....
۸۲	۳-۳-۱-۲- آموزش خودتعلیمی کلامی.....
۸۲	۳-۳-۱-۳- آموزش ترکیبی.....
۸۳	۳-۳-۲- روش نمونه‌گیری.....
۸۴	۳-۴- ابزار پژوهش.....
۸۴	پرسشنامه‌ی علائم مرضی کودکان (CSI-4).....
۸۵	۳-۵- پکیج درمانی آموزش مدیریت والدین.....
۸۶	۳-۶- پکیج درمانی آموزش خودتعلیمی کلامی.....
۸۷	۳-۷- ملاک‌های شمول و حذف.....
۸۷	۳-۸- روش اجرای پژوهش.....
۸۹	۳-۹- روش آماری تجزیه و تحلیل داده‌ها.....

فصل چهارم: نتایج پژوهش

۸۹	۴-۱- مقدمه.....
۸۹	۴-۲- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها.....
۹۰	۴-۳- یافته‌ها.....

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۱۰۱	۵-۱- مقدمه.....
۱۰۲	۵-۲- بحث و نتیجه‌گیری.....
۱۰۷	۵-۳- نتیجه‌گیری کلی.....
۱۰۷	۵-۴- محدودیت‌های پژوهش.....
۱۰۷	۵-۵- پیشنهادات.....
۱۰۹	منابع.....
۱۱۵	پیوست.....

فهرست جداول

- جدول ۱-۲: مشکلات همراه با اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه ۱۱
- جدول ۲-۲: تاریخچه‌ی تحول اصطلاح شناسی اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه ۱۴
- جدول ۳-۲: نمونه‌ای از یک قرارداد وابستگی برای کودک مبتلا به اختلال
بیش‌فعالی / نارسایی توجه ۵۴
- جدول ۱-۳: خلاصه‌ی روش درمانی آموزش مدیریت والدین ۸۵
- جدول ۲-۳: خلاصه‌ی روش درمانی آموزش خودتعلیمی کلامی ۸۶
- جدول ۱-۴: ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها ۸۹
- جدول ۲-۴: نمرات و شاخص درصدبهبودی در گروه آموزش مدیریت والدین ۹۰
- جدول ۳-۴: نمرات و شاخص درصدبهبودی در گروه آموزش خودتعلیمی کلامی ۹۱
- جدول ۴-۴: نمرات و شاخص درصدبهبودی در گروه ترکیبی ۹۲
- جدول ۵-۴: مقایسه‌ی نمرات و شاخص درصد بهبودی در گروه آموزش مدیریت والدین
و آموزش ترکیبی ۹۳
- جدول ۶-۴: مقایسه‌ی نمرات و شاخص درصد بهبودی در گروه آموزش خودتعلیمی کلامی
و آموزش ترکیبی ۹۵
- جدول ۷-۴: مقایسه‌ی نمرات و شاخص درصد بهبودی در گروه آموزش مدیریت والدین
و آموزش خودتعلیمی کلامی ۹۶
- جدول ۸-۴: مقایسه‌ی نمرات و شاخص درصد بهبودی در گروه‌های آموزش مدیریت والدین،
آموزش خودتعلیمی کلامی و آموزش ترکیبی ۹۸

فهرست نمودارها

- نمودار ۱-۲: دور باطل شکل‌گیری مشکلات اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال
بیش‌فعالی / نارسایی توجه ۱۶
- نمودار ۲-۲: دور باطل شکل‌گیری مشکلات تحصیلی کودکان مبتلا به اختلال
بیش‌فعالی / نارسایی توجه ۲۱
- نمودار ۳-۲: طرح کلی بازداري رفتاری با کارکردهای هماهنگ ساز ۴۷
- نمودار ۴-۲: نمونه‌ای از اقتصاد ژتونی ۵۷
- نمودار ۱-۳: فرایند پژوهش ۸۸

- نمودار ۴-۱: فرایند تغییر نمرات پرسشنامه‌ی CSI-4 در گروه آموزش مدیریت والدین..... ۹۱
- نمودار ۴-۲: فرایند تغییر نمرات پرسشنامه‌ی CSI-4 در گروه آموزش خودتعلیمی کلامی..... ۹۲
- نمودار ۴-۳: فرایند تغییر نمرات پرسشنامه‌ی CSI-4 در گروه آموزش ترکیبی..... ۹۳
- نمودار ۴-۴: مقایسه‌ی فرایند تغییر نمرات پرسشنامه‌ی CSI-4 در گروه آموزش مدیریت والدین و آموزش ترکیبی..... ۹۴
- نمودار ۴-۵: مقایسه‌ی فرایند تغییر نمرات پرسشنامه‌ی CSI-4 در گروه آموزش خودتعلیمی کلامی و آموزش ترکیبی..... ۹۶
- نمودار ۴-۶: مقایسه‌ی فرایند تغییر نمرات پرسشنامه‌ی CSI-4 در گروه آموزش مدیریت والدین و آموزش خودتعلیمی کلامی..... ۹۷
- نمودار ۴-۷: مقایسه‌ی فرایند تغییر نمرات پرسشنامه‌ی CSI-4 در سه گروه آموزش مدیریت والدین، آموزش خودتعلیمی کلامی و آموزش ترکیبی..... ۹۹

فصل اول
کلیات پژوهش

۱-۱- مقدمه

کودکی را دوره‌ای از زندگی دانسته‌اند که تأثیر آن در تمام عمر، به خوبی مشهود است. بسیاری از صفات و ویژگی‌هایی که در کودکی شکل می‌گیرند، اغلب در طول عمر پایدار باقی می‌مانند و یا این که می‌توان تأثیر آن‌ها را در سنین بعدی یا بزرگسالی مشخص کرد. در واقع مشکلات دوره‌ی کودکی علاوه بر مختل کردن عملکرد توانایی‌های کودک، او را برای مشکلات دیگری در آینده مستعد می‌سازد (به نقل از اقبالی، ۱۳۸۷).

اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه (ADHD)^۱ یک اختلال دوران کودکی و نوجوانی است که با علائم پایدار افزایش فعالیت و رفتارهای تکانه‌ای مشخص می‌شود. این کودکان بیش از سایر همسالان خود مشکلات تحصیلی دارند، از اجتماع طرد می‌شوند و یا دچار رفتارهای ضداجتماعی در طی سال‌های مدرسه شده، با مشکلات زیادی در سال‌های پس از آن روبرو می‌شوند (بارک^۲ و تامپسون^۳، ۲۰۰۱؛ به نقل از اقبالی، ۱۳۸۷).

نظریه‌های شناختی فرض می‌کنند که کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه مشکلاتی در کارکردهای اجرایی یا خودتنظیمی دارند که به نظر می‌رسد با شبکه‌های عصبی در ارتباط است. روی هم رفته، این کودکان از رشد مناسب برخوردار نیستند و با مشکلاتی مانند نقص توجه، ناتوانی در نظم‌دهی کارهای مربوط به مدرسه، ضعف در حل مسأله و عدم انجام تکالیف مواجه هستند (دالی^۴ و همکاران، ۲۰۰۷).

از طرفی خانواده شبکه‌ای از ارتباطات است که در آن والدین و کودکان در فرایندی دوسویه با یکدیگر تعامل دارند. در این مجموعه طرفین قادرند تأثیرات شگرفی بر یکدیگر بگذارند، در دهه‌های اخیر روان‌شناسان تأکید بسیاری بر روابط کودک با مراقبین داشته‌اند، آن‌ها واکنش‌های متقابل را، اساس رشد شناختی- عاطفی کودک ذکر کرده‌اند و باور دارند که صمیمیت والدین خطر ابتلای کودک به اختلالات روانی را کاهش می‌دهد (فورهند^۵، ۲۰۰۶).

۱-۲- بیان مسأله

اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه از مهم‌ترین اختلالات روان‌پزشکی اطفال است که حدود ۳ الی ۵ درصد کودکان مدرسه‌رو به این اختلال مبتلا می‌شوند. شیوع آن در پسران حدود ۴ برابر دختران است. این اختلال علاقه‌ی محققین و متخصصین بالینی را به مدت ۴ دهه به خود معطوف داشته است. کودکان مبتلا به این اختلال علاوه بر مشکل اصلی توجه، تکانشگری، و فزون‌کنشی به مشکلات قابل ملاحظه‌ای در

۱- Attention deficit hyper activity disorder

۲- Barke

۳- Tampo

۴- Dally

۵- Forehand

حوزه‌های مختلف اجتماعی، تحصیلی، رفتاری، شناختی و هیجانی دچار می‌شوند (کاپلان- سادوک^۱، ترجمه ی پورافکاری، ۱۳۷۹).

نشانه‌های اصلی این اختلال، پرتحرکی، کمبود توجه و رفتار تکانشی است، این اختلال سه الگوی بالینی دارد؛ در نوع اول کودک علائم مربوط به پرتحرکی و علائم تکانشگرانه نشان می‌دهد، نوع دوم مربوط به کمبود توجه و تمرکز است و در نوع سوم که شایع‌ترین است ترکیبی از علائم پرتحرکی، عملکرد تکانه‌ای و کمبود تمرکز توجه وجود دارد (نوع مختلط) (همان منبع).

به دلیل شیوع چشمگیر این اختلال در کودکان و احتمال تداوم آن در دوره‌ی نوجوانی و بزرگسالی توجهات نظری و پژوهشی دامنه‌داری در جهت سبب‌شناسی و درمان آن در طی چند دهه‌ی گذشته به عمل آمده‌است (فیشر^۲، ۱۹۹۷). علاوه بر این در چشم اندازه‌های نظری و پژوهشی، بر نقش چندگانه‌ی علل زیستی، عصبی و محیطی و روان‌شناختی توجه ویژه شده است، به نحوی که این اختلال، از جمله اختلالاتی است که دیدگاه‌های نظری متنوعی را به خود اختصاص داده است (بارکلی^۳، ۱۹۹۷).

هرچند که در طی سه دهه‌ی اخیر روش‌های درمانی متنوعی برای رویارویی با نشانه‌های این اختلال پیشنهاد شده است، اما تا به حال روش درمانی منحصر به فردی برای مواجهه با این اختلال ابداع نشده است. به سخن دیگر، امروزه برای درمان این اختلال، یک رویکرد یک بعدی و یک جانبه‌نگر سازگار نمی‌باشد چرا که در شکل‌گیری، تداوم، تشدید و تخفیف نشانه‌های آن عوامل چندگانه دخیل‌اند (کراتوچویل موریس^۴، ترجمه‌ی محمدرضا نائینیان، ۱۳۸۱).

در میان عوامل تداوم بخش نشانه‌های این اختلال، بر نقش عوامل محیطی، به ویژه محیط خانواده تأکید زیادی شده‌است. به این معنی که شیوه‌ی مدیریت خانواده و سبکی که والدین در تنظیم امور خانواده و کودکان به کار می‌بندند، نقش اساسی در تداوم نشانه‌های این اختلال دارد (کندال^۵، ۱۳۸۴). در این راستا پژوهش فورهند (۲۰۰۶) نشان می‌دهد که تنظیم رفتار والدین در مواجهه با کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه، می‌تواند در بهبود نشانه‌های این اختلال اثرگذار باشد.

از سویی دیگر برنامه‌های شناختی-رفتاری از جمله آموزش خودتعلیمی کلامی^۱ (VSIT) در درمان کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه رویکردی امید بخش به نظر می‌رسند. تأکید آن‌ها بر زمینه‌های فردی مربوط به شکل‌گیری اختلالات ایذایی و کمک به کودکان، برای مهار پاسخ‌های تکانش‌گر و غلبه بر نقایص شناخت اجتماعی است. روش تعلیم خودتعلیمی کلامی در حقیقت شیوه‌ای از مسئله‌گشایی است که کودک با استفاده از کلام درونی به خود نظم بخشی می‌پردازد کلام درونی به جنبه‌هایی از

¹-Kaplan &Sadock

²- Fisher

³- Barkley

⁴-kratochwill

⁵-kendall

⁶- Verbal self-instruction training

گفتار دلالت می‌کند که کودک برای هدایت، سازماندهی و طرح‌ریزی رفتار خود، مورد استفاده قرار می‌دهد. یافته‌های به دست آمده اثربخشی این روش درمان را تأیید می‌کنند. بائر و نیتزل (۱۹۹۱) در یک پژوهش با استفاده از فراتحلیل، نتایج ۳۶ مطالعه را که در آن‌ها از روش خودآموزی کلامی در درمان کودکان بیش‌فعال استفاده شده بود، بررسی کردند و نتیجه گرفتند این شیوه‌ی درمانی تأثیر مثبت معنی‌داری بر روی آزمودنی‌ها دارد (پریس و هینشو، ۲۰۰۰).

از سالیان پیش، آموزش‌های متمرکز بر خودتعلیمی کلامی و آموزش مدیریت والدین^۱ (PMT) به نتایج مثبتی در برخی اختلالات دوره‌ی کودکی منتهی شده‌است. از این رو، انتظار براین است که آموزه‌های این روش‌ها، برای مداخلات درمانی در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه نیز قابل تسری است.

با توجه به این موارد برای محقق این سؤال پیش آمده‌است که از بین دوروش آموزش مدیریت والدین و آموزش خودتعلیمی کلامی، کدامیک در بهبود نشانه‌های مرضی اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه مؤثرتر هستند؟ این احتمال وجود دارد که اصولاً ترکیب این دو روش، مؤثرتر از استفاده‌ی تک‌تک آن‌ها در بهبود نشانه‌های مرضی اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه باشد. بنابراین هدف این تحقیق بررسی و مقایسه‌ی اثربخشی دو روش آموزشی مدیریت والدین و خودتعلیمی کلامی و ترکیبی از این دو می‌باشد.

۱-۳- ضرورت انجام پژوهش

نگاهی به گذشته و بررسی مطالعات انجام شده در جهت شناسایی و درمان مشکلات کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه حاکی از آنست که این تلاش‌ها هنوز نتوانسته‌اند اطمینان قابل اتکا در خصوص امکان رفع مشکلات این کودکان بوجود آورند. باتوجه به بروز و شیوع بالای این اختلال (۳ تا ۵ درصد) در بین کودکان، همچنین گروه مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی، مسائل و مشکلات جانبی حاصل از این اختلال از قبیل افت تحصیلی، اشکال در سازگاری با خانواده، همسالان و... و پیامدهای رفتاری و واکنش نامناسب اطرافیان به علت عدم آگاهی که خود زمینه‌ساز بروز مسائل جدی‌تر دیگر می‌شود، لذا بررسی و یافتن راهکارهای مناسب در خصوص کمک‌رسانی به آنها امری ضروری و مهم قلمداد می‌شود. و همچنین روش‌های درمانی و آموزشی ارائه شده، هر کدام برای بخشی از طیف رفتارهای کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه، مفید واقع شده‌اند. بنابراین راه برای مطالعات جدید باز است (تیزدست و همکاران، ۱۳۸۵).

پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهند که بیشترین میزان بهبود، معمولاً در درمان کودکان کم‌سن‌تر از زیر ۸ سال، با مشکلات اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه خفیف دیده می‌شود (کازدین^۲، ۱۹۹۵). از این رو

^۱ - Parent Management Training

^۲ -Kazdin

باید برای کودکان بزرگتر و نوجوانان با مشکلات اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه شدیدتر، درمان‌های مؤثرتری بوجود آید. بررسی‌های انجام شده تأثیر سودمند داروهای محرک را بر عملکرد مدرسه، تعاملات اجتماعی و علائم رفتاری نشان داده‌اند ولی نگرانی والدین و پزشکان به علت عوارض جانبی داروها از یک سوء و در دست نبودن یافته‌های پژوهشی که نشان دهنده‌ی تأثیر بلند مدت داروها باشد از سویی دیگر، مشکلاتی را در هنگام تجویز این داروها پدید می‌آورد. افزون بر آن اگرچه درمان دارویی به بهبود عملکرد روزانه‌ی کودکان اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه کمک می‌کند ولی اگر به تنهایی به کار رود در بهبود درازمدت بیماری اثر کمی دارد. بنابراین روش‌های درمانی دیگری از جمله آموزش والدین، درمان‌های شناختی- رفتاری و روش‌های تعدیل رفتار مورد توجه قرار گرفته‌است (کاپلان- سادوک، ۲۰۰۳).

کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه به لحاظ داشتن مشکلات متنوع در حیطه‌های شناختی- رفتاری مانند نقص در توجه و کنترل ضعیف حرکات تکانشی، در بهره‌گیری از تلاش‌های آموزشی و تربیتی به‌عمل آمده در مدارس و محیط‌های خانوادگی با مشکل روبرو هستند. به این دلیل جهت‌گیری رویکردهای شناختی- رفتاری، تمرکز بر آموزش مهارت‌های شناختی و به کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های بین فردی است (فریک^۱، ۱۳۸۲؛ به نقل از امینی). از این رو برای اعتباریابی ادعاهای درمانی رویکرد شناختی- رفتاری، انجام چنین پژوهش‌هایی ضروری به نظر می‌رسد.

از سوی دیگر، بررسی‌های انجام شده در کشور، در رابطه با درمان‌های شناختی و رفتاری از جمله آموزش مدیریت والدین و آموزش خودتعلیمی کلامی محدود بوده است. از این رو مسیر برای اجرای پژوهش‌هایی گسترده درباره‌ی اثر بخشی این درمان‌ها بر بهبود نشانه‌های مرضی اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه باز است.

انجام این پژوهش به واسطه‌ی تأکید آن بر روش‌های آموزشی و درمانی کارآمد و قابل استفاده، برای نظام‌های آموزشی و خانواده مفید است. چراکه این امر می‌تواند در تهیه و تدارک رهنمودهای لازم به هسته‌های اصلی پرورش کودکان یعنی خانواده و مدرسه مفید باشد.

۱-۴- اهداف

هدف کلی

مقایسه‌ی میزان اثر بخشی آموزش مدیریت والدین و آموزش خودتعلیمی کلامی بر کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه

اهداف جزئی

۱- تعیین میزان اثر بخشی آموزش مدیریت والدین در کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه در کودکان مبتلا به این اختلال

¹ - Frick

۲- تعیین میزان اثربخشی آموزش خودتعلیمی کلامی در کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه در کودکان مبتلا به این اختلال

۳- تعیین میزان اثربخشی روش ترکیبی (آموزش مدیریت والدین و آموزش خودتعلیمی کلامی) در مقایسه با آموزش مدیریت والدین در کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه در کودکان مبتلا به این اختلال

۴- تعیین میزان اثربخشی روش ترکیبی (آموزش مدیریت والدین و آموزش خودتعلیمی کلامی) در مقایسه با آموزش خودتعلیمی کلامی در کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه در کودکان مبتلا به این اختلال

۵- تعیین میزان اثربخشی آموزش مدیریت والدین در مقایسه با آموزش خودتعلیمی کلامی در کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه در کودکان مبتلا به این اختلال

۱-۵- فرضیه‌ها

۱- روش آموزش مدیریت والدین موجب کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه در کودکان مبتلا به این اختلال می‌شود.

۲- روش آموزش خودتعلیمی کلامی موجب کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه در کودکان مبتلا به این اختلال می‌شود.

۳- روش ترکیبی (آموزش مدیریت والدین و آموزش خودتعلیمی کلامی) اثربخشی بیشتری نسبت به روش آموزش مدیریت والدین در کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه در کودکان مبتلا به این اختلال دارد.

۴- روش ترکیبی (آموزش مدیریت والدین و آموزش خودتعلیمی کلامی) اثربخشی بیشتری نسبت به روش آموزش خودتعلیمی کلامی در کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه در کودکان مبتلا به این اختلال دارد.

۱-۶- سؤال

۵- کدام یک از دو روش درمانی آموزش مدیریت والدین و آموزش خودتعلیمی کلامی بیشترین تأثیر را در کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه در کودکان مبتلا به این اختلال دارد؟

۱-۷- متغیرها

متغیر مستقل

۱- آموزش مدیریت والدین ۲- آموزش خودتعلیمی کلامی

متغیر وابسته

تغییرات درمانی حاصل از کاربرد این روش‌ها بر روی اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه

۸-۱- تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

۸-۱-۱- اختلال بیش‌فعالی/ نارسایی توجه (ADHD)

تعریف مفهومی

یک اختلال ترکیبی و ناهمگون است، افراد مبتلا به این اختلال ویژگی‌هایی دارند که عبارت است از شروع زودرس، ترکیب رفتار حرکتی زیاد همراه با توجه کم و فقدان پایداری یا ثبات در انجام کارهای محوله. معمولاً افرادی که دارای این اختلال هستند توان تمرکز بر یک تکلیف یا کار را ندارند و مرتباً توجه‌اشان جابه‌جا می‌شود. به نظر می‌رسد انرژی زیادی دارند و به طور جهشی رفتاری را شروع کرده و انجام می‌دهند. به طور کلی افرادی که مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ نارسایی توجه هستند اغلب رفتارشان تکانشی است، بدون این‌که فکر کنند رفتار می‌کنند (کاپلان - سادوک، ۲۰۰۳).

تعریف عملیاتی

در این پژوهش کودکانی مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ نارسایی توجه به شمار می‌آیند که در پرسشنامه‌ی علائم مرضی کودکان (CSI-4)^۱؛ فرم ویژه‌ی معلم، نمره‌ای بالاتر از نمره‌ی برش به دست می‌آورند (محمد اسماعیل، ۱۳۸۳).

۸-۱-۲- آموزش مدیریت والدین (PMT)

تعریف مفهومی

آموزش مدیریت والدین به روش‌هایی اشاره دارد که توسط آن‌ها به اولیاء آموزش داده می‌شود تا چگونه با کودکان خود به طور صحیح رفتار کنند. به عبارتی دیگر به والدین آموزش داده می‌شود تا رفتار کودک خود را از طریق پیامدهای آن به‌ویژه، مؤلفه‌های تقویت، خاموشی و تنبیه کنترل کنند (بارکلی^۲، ۱۹۸۱).

تعریف عملیاتی

برنامه‌ی آموزش مدیریت والدین کلاً شامل ۸ جلسه‌ی درمانی اصلی برای والدین است که پس از آن- که این جلسات به طور متوالی انجام شد می‌توان برای پوشش دادن دیگر مشکلات کودکان جلسات را ادامه داد. این جلسات به صورت گروهی برگزار می‌گردد. مدت هر جلسه بین ۴۵ دقیقه تا یک ساعت است. هر جلسه دارای رویدادهای مشابهی است که شامل: مرور اطلاعات مربوط به هفته‌ی قبل، ارزیابی و بررسی اجمالی رویدادهای مهمی که از هفته‌ی قبل تا کنون اتفاق افتاده‌اند و مرور تکالیفی که برای هفته‌ی قبل طرح‌ریزی شده بودند. سپس درمان‌گر اطلاعات تازه‌ای را با توجه به روش‌های ویژه‌ای که قرار است والدین برای هفته‌ی آینده به کار گیرند ارائه می‌کند. سپس جلسه با دادن بازخورد به والدین و تکالیف برای هفته‌ی

^۱-Children Sympton Inventory

^۲- Barkley

آینده به پایان می‌رسد (کراتوچویل موریس ، ۱۹۹۸). پکیج کامل آموزشی در قسمت پیوست آورده شده- است.

۱-۸-۳- آموزش خودتعلیمی کلامی (VSIT)

تعریف مفهومی

آموزش خودتعلیمی کلامی ناظر بر فرایندی است که در آن کودکان آموزش داده می‌شوند که برای کمک به حل مسئله‌ی اجتماعی یا تحصیلی از گفتار خودراهگشا استفاده نمایند. خودتعلیمی اغلب شامل عناصر مربوط به آموزش حل مسئله مثل یادگیری تشخیص وجود مشکل، ایجاد راه‌حل برای مسائل مختلف، ارزشیابی پیامدهای راه‌حل‌های مختلف می‌شود. در این روش فرد با درونی کردن گفتار و استفاده از خودفرمانی‌های کلامی به هدایت رفتار خویش اقدام می‌کند و در طی این فرایند از خودتقویتی‌های کلامی استفاده می‌کند (کنالد و براسول، ۱۹۸۵؛ به نقل از محمد اسماعیل، ۱۳۸۵).

تعریف عملیاتی

در این پژوهش آموزش خودتعلیمی کلامی در قالب یک برنامه‌ی آموزشی در طی ۷ جلسه به آزمودنی‌ها ارائه می‌شود. در این برنامه مسائل و مشکلات خاص کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ نارسایی توجه در قالب ۵ مرحله‌ی آموزشی به آزمودنی‌ها ارائه می‌شود (کراتوچویل موریس، ۱۹۹۸). پکیج کامل آموزشی در قسمت پیوست آورده شده‌است.

۱-۸-۴- آموزش ترکیبی

در درمان با روش ترکیبی، والدین در جلسه‌های آموزش مدیریت والدین و کودکان آن‌ها در جلسه‌های آموزش خودتعلیمی کلامی شرکت می‌کردند.

فصل دوم

ادبیات و پیشینه‌ی

تحقیقاتی

سالیان متمادی است که آسیب‌شناسی روانی به عنوان شاخه‌ای در روان‌شناسی در پی سبب‌شناسی و تبیین علل و دلایل بروز اختلالات روانی راه پرفراز و نشیبی را طی کرده‌است. در این راستا پژوهشگران عرصه‌ی روان‌شناسی و روان‌پزشکی توفیقات و ناکامی‌های گسترده‌ای را تجربه کرده‌اند. با این حال این راه چالش‌برانگیز متخصصان این عرصه را به کوشش‌های نوین دامنه‌دار وادار کرده‌است. این تلاش دامنه‌دار در همه‌ی عرصه‌های آسیب‌شناسی به نتایج امیدوارکننده‌ای منتهی گردیده‌است و موجب گسترش دانش و آگاهی آدمی به بنیان‌های اختلالات روانی شده‌است. از این‌رو نتایج حاصله در ساختار علم روان‌شناسی به مدل‌ها و نظریه‌های روشن‌تر زیادی منجر شده تا به متخصصان در رسیدن به رازهای نهفته در پس اختلالات روانی یاری کند. در این میان فرایند بررسی اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه، بی‌تشابه به رخدادهای سایر اختلال‌های روانی نیست. چرا که در طول ده‌های متمادی، چهره‌ی سبب‌شناسی این اختلال تبیین‌های متنوعی به خود گرفته‌است و راه را برای نیل به تفسیرهای جدید و روشن‌تر باز کرده‌است.

۲-۲- پیشینه‌ی تاریخی اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه

قدیمی‌ترین توصیفی که از فزون‌کنشی وجود دارد از پزشک آلمانی به نام هانیریش هافمن^۱ در میانه‌ی سال‌های ۱۸۰۰ است. ویلیام جیمز^۲ (۱۸۹۰) در کتاب اصول روان‌شناسی به ویژگی‌هایی اشاره کرده‌است که خود آن را «اراده‌ی انفجاری»^۳ می‌نامد و این ویژگی‌ها بسیار شبیه فزون‌جنبشی هستند. پس از جنگ جهانی اول و همه‌گیری آنسفالیت، هافمن (۱۹۹۲) ویژگی‌هایی را توصیف کرد که این ویژگی‌ها در کودکان با اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه نیز مشاهده می‌شوند. یکی از این ویژگی‌ها، بی‌ثباتی رفتار بود که مؤلفان مذکور آن را اختلال پس از آنسفالیت نامیدند. این نشانه‌ها در کودکانی که در گذشته رفتارهای عادی داشتند نیز به سرعت مشاهده می‌شد، ناهنجاری‌های حرکتی، بی‌مسئولیتی، بی‌قراری، فزون‌جنبشی و حرکت‌های رقص‌گونه. با وجود آن‌که فزون‌جنبشی از دهه‌ی ۱۹۲۰ تقریباً در تمام کشورهای دنیا شناسایی شده بود. اما از دهه‌ی ۱۹۶۰ بطور جدی مورد توجه و علاقه دانشمندان قرار گرفت (علیزاده، ۱۳۸۳).

در سال ۱۹۵۷، لوفر و دنهوف^۴ نشانگان رفتار فزون‌جنبشی را توصیف کردند که نشانه‌های اصلی آن، فزون‌جنبشی، ضعف در تمرکز حواس، کم‌توجهی، ضعف در انجام تکالیف مدرسه، تکانشگری، زودرنجی

^۱ - Henrich Hoffman

^۲ - William James

^۳ - Explosive Will

^۴ - Lufer & Denhof