

علمی- پژوهشی پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری

سال پنجم، شماره اول، پیاپی (۸)، بهار و تابستان ۱۳۹۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۶/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۲/۲

صص: ۹۵-۱۰۶

اثربخشی آموزش الگوی ارتباطی زوجین بر میزان علائم نقص توجه و بیش‌فعالی دانش‌آموزان سنین ۹-۴ سال

مختار ملک‌پور^۱، ارغوان شریعت^{۲*}، امیر قمرانی^۳

۱- استاد روان‌شناسی آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

mokhtarmalekpour@ymail.com

۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

ashariat2013@gmail.com

۳- استادیار روان‌شناسی آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

aghamarani@yahoo.com

چکیده

کمبود توجه و تمرکز/ اختلال بیش‌فعالی (ADHD) یکی از رایج‌ترین اختلالات شناخته شده عصب روان‌شناختی دوران کودکی است که برای کودک، خانواده و جامعه مشکلاتی را به وجود می‌آورد. بنابراین، هدف این تحقیق بررسی اثربخشی آموزش الگوی ارتباطی زوجین بر میزان علائم نقص توجه و بیش‌فعالی دانش‌آموزان سنین ۹-۴ بود. ۶۰ دانش‌آموز با علائم اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی - تکانشگری، به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه کنترل (۳۰ نفر) و آزمایش (۳۰ نفر) قرار گرفتند. داده‌های حاصل با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شد. پژوهش حاضر نشان داد آموزش الگوی ارتباطی زوجین به والدین، میزان علائم ADHD کودکان را به صورت معنی‌داری کاهش می‌دهد (بی‌توجهی $P=0/041$ ، تکانشگری $P=0/005$ و بیش‌فعالی $P=0/011$). نتایج تحقیق نشان داد که از این روش می‌توان به عنوان یک روش غیردارویی در کاهش علائم ADHD در کودکان مبتلا، استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: الگوی ارتباطی زوجین، اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی، دانش‌آموزان سنین ۹-۴ سال.

مقدمه

شیدایی - افسردگی هم مرتبط است (بولارت، ۲۰۰۶). ربکا و همکاران^۸ (۲۰۰۲) معتقدند: تعداد کودکانی که به اختلال بیش‌فعالی و عدم تمرکز مبتلا می‌شوند (ADHD) پیوسته در حال افزایش است. هم اکنون این اختلال به‌عنوان رایج‌ترین سندرم بیماری عصبی در کودکان سنین مدرسه‌ای در آمریکا شناخته شده است که ۳ تا ۵ درصد کودکان آمریکایی (۲ میلیون کودک) را شامل می‌شود. پالویلیز و همکاران^۹ (۲۰۰۷)، بیان می‌کنند که طبق گزارش‌های آموزش و پرورش کشور آمریکا ۳ تا ۵ درصد کودکان مدرسه‌ای (حدوداً ۲ میلیون نفر) به اختلال ADHD مبتلا هستند و این در حالی است که ویاندت و همکاران^{۱۰} (۲۰۰۹) اظهار می‌دارند که انجمن روان‌پزشکی آمریکا^{۱۱} (۲۰۰۰) و بارکلی^{۱۲} (۲۰۰۶) و بارکلی و همکاران (۲۰۰۲) معتقدند که هم اکنون حدود ۳ تا ۷ درصد از جمعیت کودکان سن مدرسه رو به این اختلال مبتلا هستند. از جمله علائم ADHD می‌توان به توجه بیشتر از حد این کودکان به محرکات نامربوط و فقدان توجه به محرکات مربوط اشاره کرد.

بی‌توجهی ممکن است موجب شود که این کودکان از توانایی توجه دقیق به جزئیات مربوط باز داشته شوند و یا در انجام تکالیف مربوط به مدرسه، کار و یا سایر فعالیت‌ها از روی بی‌توجهی مرتکب خطاهایی گردند. در مورد ویژگی پرتحرکی می‌توان گفت که این کودکان پیوسته در حال حرکت و جنب و جوش هستند و بیش از حد سخن می‌گویند. همچنین، در مورد ویژگی تکانشگری در

اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه (ADHD)^۱ که گاهی اوقات به آن اختلال عدم تمرکز (ADD)^۲ یا اختلال فعالیت بیش از حد (HKD)^۳ هم گفته می‌شود، یک اختلال عصبی و یا به عبارت دقیق‌تر زیستی - روان‌شناختی و اجتماعی است. ADHD یکی از رایج‌ترین اختلال‌ها در دوران کودکی و نوجوانی است که علائم آن بیقراری، فعالیت بیش از حد و عدم تمرکز است. این علائم در افراد مختلف متفاوت است (آندرا^۴، ۲۰۱۲).

بولارت^۵ (۲۰۰۶) بیان کرد ADHD یک اختلال عصب روان‌شناختی با خطر ژنتیکی ۷۰ تا ۸۰٪ است و تحت تأثیر عوامل محیطی نیز قرار می‌گیرد. تمایلات ژنتیکی برای ADHD با محیط به طرق پیچیده‌ای در ارتباط است. فارائونه و همکاران^۶ (۲۰۰۰) و بروکیس و همکاران^۷ (۲۰۰۶) نشان دادند: این اختلال از دوران کودکی آغاز می‌شود و با سطوح نامناسب قابل گسترشی از بالا بودن فعالیت به صورت غیرطبیعی، بی‌اختیاری در حرکات و رفتارهای بی‌توجهی، همراه با اختلالات روانی قابل تشخیص است. عامل اصلی ایجاد ADHD یک ناهماهنگی شیمیایی در مغز است که به دقت ناکافی، فعالیت بیش از حد و شتاب‌زدگی منجر می‌شود. این علائم قبل از سن ۷ سالگی خود را نشان می‌دهند. تشخیص ADHD، آسان نیست، زیرا به شرایط دیگری همچون: ناتوانی یادگیری، اختلال‌های رفتاری، اختلال‌های دو قطبی و بیماری

¹ Attention Deficit Hyperactivity Disorder

² Attention Deficit Disorder

³ Hyper Kinetic Disorder

⁴ Andrea

⁵ Bollaret

⁶ Faraone etal

⁷ Brookes etal

⁸ Rebecca etal

⁹ Paloyelis etal

¹⁰ Weyandt etal

¹¹ American Psychiatric Association

¹² Barkley

دلار مبلغ دربردارد. ADHD مشکلاتی را با خود به همراه دارد که از جمله مشکل جسمانی ثانویه، اقتصادی، عاطفی و اجتماعی در کودکان مبتلاست. اگرچه کمی بیش از نیمی از افراد مبتلا به ADHD تحت درمان هستند، داده‌های مربوط به تعداد دقیق افراد مبتلا به ADHD و درمان صورت گرفته در محیط‌های اولیه مشخص نیست ولی باید گفت که این تعداد زیاد است (BMC، ۲۰۱۰)^۱.

ریکا و همکاران (۲۰۰۲) معتقدند، علائم اولیه و تعداد کودکانی که به اختلال بیش‌فعالی و عدم تمرکز مبتلا می‌شوند (ADHD) روز به روز در حال افزایش است. متأسفانه، برنامه‌های کمی وجود دارد که بتواند به اعضای خانواده‌ها در شناسایی علائم رفتاری این سندرم کمک کند.

تحقیقات نشان داده است خانواده‌هایی که فرزندان مبتلا به ADHD دارند، بیشتر به سردرگمی خانوادگی، اختلالات زناشویی و حتی طلاق دچار می‌شوند (آندرا، ۲۰۱۲). لذا با توجه به تأثیر این اختلال بر عملکرد خانواده آموزش برنامه‌های مؤثر در زمینه این اختلال به والدین ضروری به نظر می‌رسد.

ضرورت این تحقیق از آنجاست که مشکل ADHD یکی از معضلات مهم است که گریبان‌گیر بسیاری از کودکان است این مشکل می‌تواند جنبه‌های مختلف زندگی کودک، از جمله عاطفی، رفتاری، اجتماعی، تحصیلی و ... را تحت تأثیر قرار داده و از این رو برای کودک، خانواده و جامعه مشکلاتی را به وجود آورد. بنابراین، ضرورت این تحقیق در این است که با توجه به مطالب فوق، چنانچه آموزش الگوی ارتباطی زوجین بتواند در

این کودکان می‌توان به بی‌صبری، اشکال در به تأخیر انداختن پاسخ‌ها، جواب دادن قبل از اتمام پرسش، دشواری در انتظار نوبت ماندن و به کرات قطع کردن و یا ایجاد اختلال در فعالیت‌های دیگران تا آن‌جا که در شرایط اجتماعی، تحصیلی یا شغلی مشکل ایجاد کند، اشاره کرد. در سبب‌شناسی ADHD عوامل متعددی دخالت دارند. قبل از هر چیز باید به یک سری عوامل بیولوژیک اکتسابی، از جمله: عوامل مربوط به زندگی رحمی، قرار گرفتن در معرض الکل، نیکوتین، وزن کم در هنگام تولد و عفونت‌های مغزی که موجب آنسفالیتی یا تورم مغزی می‌شود، اشاره کرد. همچنین، می‌بایست متذکر شد که عوامل روان‌شناختی‌ای مانند عدم ثبات خانوادگی، مشکلات سلامت روانی والدین، مهارت کم در فرزندداری و وضعیت بد اقتصادی - اجتماعی، گرچه عوامل اصلی ایجادکننده ADHD نیستند، لکن نقش مهمی در بروز علائم داشته، و باعث وخیم‌تر شدن نشانه‌های این بیماری می‌شوند. از آنجا که علائم ADHD برای زندگی تحصیلی و اجتماعی کودک مشکلاتی را فراهم می‌سازد و از طرفی برای خانواده و جامعه نیز می‌تواند مشکل‌آفرین باشد، لذا چاره‌اندیشی برای درمان آن از اهمیت خاصی برخوردار است. در خصوص اهمیت و ارزش انجام این پژوهش می‌توان بیان کرد: اختلال فعالیت بیش از حد و عدم تمرکز (ADHD) یک بیماری رفتاری گسترده در آمریکاست. این بیماری در ۷ تا ۹ درصد جمعیت ۴ تا ۱۷ ساله آمریکا وجود دارد. این بیماری سالانه هزینه‌ای بالغ بر ۳۶ میلیون دلار تا ۵۲ میلیون دلار را به اقتصاد آمریکا تحمیل می‌کند، یا تقریباً برای هر شخص سالانه چیزی در حدود ۱۲/۰۰۰ تا ۱۷/۰۰۰

^۱ Bio Med Central

دانش‌آموزان بیش‌فعال سنین ۹-۴ سال شهرستان اصفهان در سال ۱۳۹۲ بود که به شیوه‌ای چند مرحله‌ای خوشه‌ای تصادفی بر اساس پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل به نسبت برابر (۳۰ نفر آزمایش و ۳۰ نفر کنترل) قرار گرفتند. این پژوهش زیر نظر دانشکده روان‌شناسی دانشگاه اصفهان انجام شد و قبل از شروع مطالعه، کلیه شرکت‌کنندگان در جریان این تحقیق و اهداف آن قرار گرفتند.

متغیر مستقل، آموزش الگوی ارتباطی زوجین بود که به والدین دانش‌آموزان سنین ۹-۴ سال ارائه شد و سپس تأثیرات آن بر نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش بررسی و با گروه گواه مقایسه گردید.

همچنین، در این پژوهش، به‌منظور بررسی اثر بخشی آموزش الگوی ارتباطی زوجین بر میزان علائم ADHD دانش‌آموزان سنین ۹-۴ سال، ابتدا نواحی نواحی پنچگانه آموزش و پرورش برگزیده شدند و به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای تعداد دو ناحیه به صورت تصادفی انتخاب گردیدند و در نهایت، تعداد ۶۰ کودک که علائم اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی - تکانشگری را دارا بودند، انتخاب شدند.

آموزش الگوی ارتباطی زوجین پس از پرکردن پرسشنامه توسط والدین بر روی ۳۰ نفر از آن‌ها (گروه آزمایش) طی ۷ جلسه، بسته به میزان مشارکت والدین انجام شد. ۳۰ نفر از آزمودنی‌ها، در گروه کنترل قرار داشتند و هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر رعایت گردید؛ بدین صورت که شرکت و

کاهش علائم این اختلال مؤثر باشد، لذا بسیاری از مشکلات فوق برطرف خواهد شد. بنابراین، اهمیت و ارزش تحقیق حاضر در این است که از طریق آموزش الگوی ارتباطی زوجین به آن‌ها، بتوان عملکرد خانواده را بهبود بخشید و همچنین میزان علائم ADHD را در کودکان سنین ۹-۴ سال کاهش داد. در واقع، نتایج این تحقیق نشان دهد که می‌توان با استفاده از آموزش الگوی ارتباطی به خانواده عملکرد آن‌ها را بهبود بخشید، می‌توان از این روش‌ها در کاهش میزان علائم ADHD کودکان بهره جست. با توجه به موارد فوق‌الذکر، این تحقیق بر آن است تا اثربخشی آموزش الگوی ارتباطی زوجین بر میزان علائم دانش‌آموزان ADHD سنین ۹-۴ بررسی کند.

نتایج حاصل از این تحقیق به ترتیب فرضیه‌های مورد نظر به شرح زیر هستند:

فرضیه اول: آموزش الگوی ارتباطی زوجین به والدین، میزان بی‌توجهی دانش‌آموزان ADHD سنین ۹-۴ سال را کاهش می‌دهد.

فرضیه دوم: آموزش الگوی ارتباطی زوجین به والدین، میزان بیش‌فعالی دانش‌آموزان سنین ۹-۴ سال را کاهش می‌دهد.

فرضیه سوم: آموزش الگوی ارتباطی زوجین به والدین توانسته است میزان تکانشگری دانش‌آموزان ADHD سنین ۹-۴ را کاهش دهد.

روش پژوهش

روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر از نوع خوشه‌ای چند مرحله‌ای بوده است؛ لذا طرح پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی است. جامعه آماری تحقیق حاضر شامل تعداد ۶۰ نفر از والدین

- انصراف از پژوهش برای شرکت‌کنندگان کاملاً به صورت اختیاری بود.
- علاوه بر این، اجرای مداخلات برای شرکت‌کنندگان به صورت رایگان صورت پذیرفت. همچنین، اهداف پژوهش و تعداد جلسات مداخله قبل از انجام پژوهش به صورت کامل برای شرکت‌کنندگان تشریح گردید (جبروتی و همکاران، ۲۰۱۳).
- ملاک‌های ورود در این پژوهش عبارت بودند از:
- ۱- دارا بودن فرزند بیش‌فعال بین سنین ۴ تا ۹ سال؛
 - ۲- عدم طلاق در خانواده‌های کودکان بیش‌فعال؛
 - ۳- عدم اختلالات روانی در والدین.
- همچنین، ملاک‌های خروج در این پژوهش که موجب حذف برخی از آزمودنی‌ها شد عبارت بود از:
- ۱- دانش‌آموزانی که دارای اختلالات دیگری، همچون: اختلال یادگیری، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، صرع کودکان، کودکان مرزی و همچنین، کودکانی که درگیر جو نا به سامان منزل مانند طلاق و جدایی والدین بودند.
 - ۲- والدینی که به دلایلی خواستار شرکت در این پژوهش نبودند.
- محتوای جلسات آموزش الگوی ارتباطی زوجین در جدول (۱) ارائه گردیده است.

جدول ۱. جلسات آموزش الگوی ارتباطی زوجین

| جلسه | عنوان |
|------------|--|
| جلسه اول | مصاحبه فردی با یکی از زوجین (اصولاً زن) |
| جلسه دوم | مصاحبه فردی با زوج دیگری (اصولاً مرد) |
| جلسه سوم | آموزش چرخه آگاهی و اهمیت آن در مسائل ارتباطی، مصاحبه مشترک |
| جلسه چهارم | آموزش مهارت گفتن آنچه می‌خواهید بر زبان بیاورید، درباره خواستن حرف بزنند نه نخواستن، برجسب زدن بر احساسات، خود افشایی، رعایت حریم طرف مقابل در صحبت کردن، بیان غیرکلامی به قصد آگاهی گوش بدهید، تمرین گوش دادن دو جانبه، مهارت‌های تنظیم صدا، تصدیق کردن، بازگو کردن راهبردی، خلاصه‌کردن احساسات خالی از خطر |
| جلسه ششم | آموزش موانع الگوهای ارتباطی و تجزیه و تحلیل تکالیف رفتاری |
| جلسه هفتم | تحلیل سبک‌های ارتباطی |
| جلسه هشتم | انتخاب سبک‌های ارتباطی مبتنی بر گفت و شنود و ارزیابی تغییرات |

بررسی جنبه‌هایی از مشکل، ارزیابی میزان آشفتگی، خلاصه کردن نگرانی، توصیف ویژگی‌های مردان

بررسی و ارزیابی میزان مشکل، خلاصه کردن نگرانی، توصیف ویژگی‌های زنان، آمادگی برای آموزش مهارت‌های ارتباطی

جمع‌آوری اطلاعات بیشتر در مورد مشکلات زوجین، بررسی میزان علاقه‌مندی زوجین، آشنایی با اجزا چرخه آگاهی، باورها، انتظارات، بحث و تجزیه و تحلیل و ادراکات در زنان و مردان، خطاهای شناختی، اسنادهای زوجین

آنچه می‌خواهید بر زبان بیاورید، درباره خواستن حرف بزنند نه نخواستن، برجسب زدن بر احساسات، خود افشایی، رعایت حریم طرف مقابل در صحبت کردن، بیان غیرکلامی به قصد آگاهی گوش بدهید، تمرین گوش دادن دو جانبه، مهارت‌های تنظیم صدا، تصدیق کردن، بازگو کردن راهبردی، خلاصه‌کردن احساسات خالی از خطر

قضاوت کردن، مقایسه کردن، خصمانه حرف زدن، ترک کردن و کناره‌گیری، حرف زدن مغرضانه، کمبود فعالیت‌های مشترک، دریافت بازخورد، رفع کاستی‌ها، تغییر در زمان، مکان و نحوه عقاید، افکار و خواسته‌ها، شنونده - گوینده بودن، انتقاد نکردن، تنها بودن با هم، عدم حواس‌پرتی

حرف معمولی درباره زندگی روزمره، گوش دادن رسمی، سبک حرف زدن کناره‌گیر و خصمانه، حرف زدن جستجوگرانه، گوش دادن اکتشافی، حرف زدن صریح، گوش دادن توجه‌آمیز

تمرین اجازه صحبت کردن، تمایل، توجه، پذیرش، توجه به تفاوت‌های جنسیتی، آشنایی به سه جزء قدردانی، تفاوت قدردانی ساختگی و قدردانی درونی، بررسی تغییرات رفتاری، اجرای آزمون، بررسی گزارش زوجین، تحلیل خواسته و نقطه نظرهای زوجین.

ابزار استفاده شده در پژوهش

پرسشنامه علائم مرضی کودکان (SCI-4) از ابزارهای غربالگری رایج برای اختلال‌های روان‌پزشکی است که براساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ساخته شده است. نسخه اولیه پرسشنامه با نام فهرست اسپرافکین و همکاران^۱ (SIUG) را اسپرافکین و همکاران در سال ۱۹۸۴ براساس طبقه‌بندی سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی در سال ۱۹۸۷ نسخه (CSI-3-R) آن نیز ساختند، تا این‌که (CSI-4) در سال ۱۹۹۴ با انتشار چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، با تغییرات اندکی نسبت به نسخه‌های قبلی از سوی گادو و اسپرافکین تجدیدنظر شد. آخرین ویرایش پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) همانند دو نسخه‌ی قبلی دارای دو فرم والد و معلم است. در پژوهش حاضر از چک لیست والدین استفاده شد. فرم والدین دارای ۱۱۲ سؤال است که ۱۸ عبارت آن، گروه A مربوط به اختلال بیش‌فعالی و کاستی توجه است.

هر یک از عبارات مذکور، در یک مقیاس چهار درجه‌ای = هرگز، گاهی، اغلب اوقات و بیشتر اوقات پاسخ داده می‌شود. پرسشنامه‌ای که استفاده خواهد شد، در پژوهش حاضر گروه A و پرسشنامه اصلی و دارای ۱۸ سؤال است که سه نوع اختلال مجزای کاستی توجه و بیش‌فعالی شامل زیر نوع (نارسایی بی‌توجهی، زیر نوع بیش‌فعالی - تکانشگری غالب و زیر نوع ترکیبی) را می‌سنجد، که زیر نوع بی‌توجهی غالب (سؤال‌های ۱-۹)، زیر نوع بیش‌فعالی تکانشگری غالب (سؤال‌های ۱۰-۱۸) زیر

نوع ترکیبی (سؤال‌های ۱۸-۱) است. شیوه نمره‌گذاری برای پرسشنامه علائم مرضی کودکان طراحی شده است. شیوه نمره برش غربال‌کننده و شیوه نمره برحسب شدت نشانه‌های مرضی و پرسشنامه علائم مرضی کودکان در پژوهش متعددی بررسی و اعتبار، پایایی، حساسیت و ویژگی آن، محاسبه شده است. در پژوهشی که توسط گراسیون و کارلسون^۲ (۱۹۹۱) بر روی (CSI-3R) انجام گرفت، حساسیت آن برای اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی ۰/۷۷ گزارش شده است. در تحقیق نشاط دوست و همکاران (۱۳۷۶) پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش تصنیف برای فرم والدین ۰/۸۷ (زیر نوع بی‌توجهی غالب ۰/۹۰، زیر نوع بیش‌فعالی تکانشگری غالب ۰/۸۴ و بیش‌فعالی زیر نوع ترکیبی ۰/۸۷) به‌دست آمد. روایی محتوای پرسشنامه (CSI-4) در پژوهش محمداسماعیل (۱۳۸۰) مورد تأیید ۹ نفر از روان‌پزشکان قرار گرفته است. طبق پژوهش توکلی‌زاده و همکاران (۱۳۷۶) پایایی چک لیست والدین از طریق بازآزمایی ۰/۹۰ تعیین شده است.

یافته‌ها

نتایج جدول (۲) نشان می‌دهد میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش در زیر نوع بی‌توجهی غالب، زیر نوع بیش‌فعالی تکانشگری غالب و بیش‌فعالی زیر نوع ترکیبی از گروه کنترل کمتر است. در نتیجه، یافته‌های تحقیق فوق نشان‌دهنده آن است که آموزش الگوی ارتباطی زوجین توانسته است میزان علائم ADHD کودکان سنین ۹-۴ سال را در ابعاد بی‌توجهی غالب، تکانشگری و زیر نوع ترکیبی بیش‌فعالی کاهش دهد ($P < 0/05$).

² Grayson & Carlson¹ Sprafkin et al

لذا فرضیه‌های اول، دوم و سوم که بر اثر بخشی آموزش الگوی ارتباطی زوجین به والدین دارای دانش‌آموزان بیش‌فعال بر علائم بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری کودکان آنان دلالت داشت، تأیید گردید.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره‌های بیش‌فعالی و خرده مقیاس‌های آن در گروه آزمایش و کنترل در مرحله

پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| کنترل | | آزمایش | | مرحله | شاخص‌های آماری | متغیرها |
|--------------|---------|--------------|---------|-----------|---------------------------------|---------|
| انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | | | |
| ۵/۸۸ | ۲۲/۸۶ | ۷/۲۶ | ۲۲/۸۳ | پیش‌آزمون | زیر نوع بی‌توجهی غالب | |
| ۶/۰۱ | ۲۲/۶۶ | ۵/۶۵ | ۲۰/۳۰ | پس‌آزمون | | |
| ۶/۰۶ | ۲۲/۸۶ | ۷/۱۰ | ۲۳/۶۰ | پیش‌آزمون | زیر نوع بیش‌فعالی تکانشگری غالب | |
| ۶/۷۱ | ۲۲/۲۰ | ۵/۳۶ | ۲۱/۵۰ | پس‌آزمون | | |
| ۱۰/۳۸ | ۴۵/۷۳ | ۱۳/۱۴ | ۴۶/۴۳ | پیش‌آزمون | بیش‌فعالی زیر نوع ترکیبی | |
| ۱۱/۴۸ | ۴۴/۸۶ | ۹/۳۲ | ۳۹/۸۰ | پس‌آزمون | | |

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس برای مقایسه میانگین نمره‌های بیش‌فعالی و خرده مقیاس‌های آن در دو گروه کنترل و آزمایش

پس از مداخله

| توان آماری | مقدار اتا | سطح معنی‌داری | F | مجدور میانگین | درجه آزادی | مجموع مجدورات | منبع |
|------------|-----------|---------------|--------|---------------|------------|---------------|--------------------------|
| ۰/۹۸۶ | ۰/۴۱۲ | ۰/۱۲۱ | ۱۷/۳۶۷ | ۴۱۵/۴۸۰ | ۱ | ۴۱۵/۴۸۰ | پیش‌آزمون |
| ۰/۸۱۳ | ۰/۱۷۱ | ۰/۰۴۱ | ۴/۷۳۲ | ۱۸/۰۶۷ | ۱ | ۱۸/۰۶۷ | گروه (زیر نوع بی‌توجهی) |
| ۱/۰۰۰ | ۰/۴۴۰ | ۰/۱۲۱ | ۴۴/۰۲۲ | ۸۱۷/۷۷۳ | ۱ | ۸۱۷/۷۷۳ | پیش‌آزمون |
| ۰/۸۱۱ | ۰/۱۳۰ | ۰/۰۰۵ | ۸/۳۶۷ | ۱۵۵/۴۳۷ | ۱ | ۱۵۵/۴۳۷ | گروه (زیر نوع تکانشگری) |
| ۱/۰۰۰ | ۰/۴۲۲ | ۰/۱۲۱ | ۴۱/۶۹۵ | ۲۶۸۱/۸۹۷ | ۱ | ۲۶۸۱/۸۹۷ | پیش‌آزمون |
| ۰/۷۳۷ | ۰/۱۰۹ | ۰/۰۱۱ | ۶/۹۶۸ | ۴۴۸/۱۶۸ | ۱ | ۴۴۸/۱۶۸ | گروه (زیر نوع بیش‌فعالی) |

یافته‌های حاصل از جداول (۲) و (۳) به شرح زیر است:

۱- آموزش الگوی ارتباطی زوجین به والدین توانسته است میزان بی‌توجهی دانش‌آموزان ADHD سنین ۹-۴ سال را کاهش می‌دهد؛ لذا فرضیه سوم تأیید شد ($p < ۰/۰۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش، بررسی این نکته بود که آموزش الگوی ارتباطی زوجین به والدین دارای کودکان بیش‌فعال سنین ۹-۴ سال توانسته است علائم کودکان آنان شامل زیر نوع بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانش‌وری ($p < ۰/۰۰۵$) را کاهش دهد.

۲- آموزش الگوی ارتباطی زوجین به والدین توانسته است میزان بیش‌فعالی دانش‌آموزان ADHD سنین ۹-۴ سال را کاهش می‌دهد؛ لذا فرضیه اول تأیید شد ($p < ۰/۰۴۱$).

۳- آموزش الگوی ارتباطی زوجین به والدین توانسته است میزان بیش‌فعالی دانش‌آموزان ADHD سنین ۹-۴ سال را کاهش دهد؛ لذا فرضیه دوم تأیید شد ($p < ۰/۰۱۱$).

یافته‌های تحقیق حاضر با نتایج تحقیق‌های زیر همخوانی دارد:

سادوک و کاپلان^۱ (۲۰۰۳) در تحقیق خود نشان دادند که پس از اتمام جلسات آموزش خانواده، دانش آن‌ها از اختلال ADHD به‌طور معنی‌داری افزایش یافته است که این امر نشان می‌دهد که درک والدین به تغییر نگرش آن‌ها منجر می‌گردد تا بتوانند رفتارهای کودک خود را ناشی از نقص‌های مربوط به ADHD در نظر بگیرند که این مساله باعث افزایش میزان همکاری آنان در خصوص اجرای اصول رفتاری که در جلسات آموزش می‌بینند، خواهد گردید و همچنین، با این افزایش آگاهی میزان مشکلات رفتاری کودک آن‌ها کاهش می‌یابد. پاور و همکاران^۲ (۲۰۰۲) با انجام تحقیقات در این زمینه به این نتیجه رسیده‌اند که آموزش والدین کودکان بیش‌فعال در کاهش میزان علائم اختلال ADHD کودکان آنان، از جمله بی‌توجهی و همچنین، تضادهای والد - فرزندی مؤثر است.

فتحی در پژوهشی (۱۳۷۳) ۳۱ نفر از مادران کودکان مبتلا به نقص توجه/ بیش‌فعالی را به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم کرده است که در این پژوهش، گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه در برنامه آموزش والدین شرکت کردند. محتوای مطالب آموزشی شامل شیوه‌های تفسیر رفتار کودکان بود. با مقایسه نتایج پس‌آزمون هر دو گروه، معلوم شد که برنامه آموزشی والدین در کاهش علائم و بهبود نسبی اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی مؤثر بوده است. و نیز کجباف (۱۳۸۷) در تحقیق خود نشان داد که والدین این کودکان در مقایسه با والدین

کودکان سالم دارای تنش زیاد و توانایی سازگاری کمتر بوده و مستعد احتمال بروز رفتار منفی در برخورد با فرزندشان هستند.

به نظر می‌رسد که رابطه متقابل و تاثیرگذاری بین والدین، محیط خانه و نارسایی توجه و بیش‌فعالی وجود دارد. طبق مطالعات صورت گرفته بین بروز علائم ADHD و عواملی مثل وجود مشکل در انسجام خانواده، ناسازگاری خانوادگی، جدایی والدین و اختلالات روان‌پزشکی خانواده ارتباط وجود دارد (پلهام و همکاران^۳، ۱۹۹۹).

گرچی (۱۳۸۳) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که آموزش رفتاری والدین باعث کاهش معنادار نشانه‌های نقص توجه/ بیش‌فعالی کودکان شده است.

کلانتری و همکاران (۱۳۸۰)، در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که ترکیب آموزش رفتار والدین و دارو - درمانگری از میزان علائم فزون‌کنشی کودکان مبتلا به ADHD می‌کاهد. آناستوپولس و همکاران (۱۹۹۳) بهبود عملکرد والدین و مشکلات رفتاری کودک ADHD را پس از ۹ جلسه آموزش و پس از ۲ ماه پیگیری گزارش کرده‌اند. بنابراین، می‌توان به والدین برای درمان کودکان مبتلا به ADHD پیشنهاد نمود که در کنار دارودرمانی از روش آموزش والدین برای تسریع در کاهش مشکلات رفتاری کودک خود استفاده نمایند. مطالعه محرری و همکاران (۱۳۸۸) که تأثیر آموزش فرزندپروری مثبت به مادران بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه را بررسی کرده بود، نشان داد که مادران آموزش دیده کاهش مشخص و معناداری را در حوزه تکانشگری

¹ Sadock etal

² Pavuluri etal

³ Pelham etal

راهبرد کنترل شدید و یا غیرکارآمد استفاده می‌کنند و نیز این‌که روابط ضعیف والدین و فرزندان یکی از علل این اختلال است. لسلی و همکاران^۴ (۲۰۰۶) در پژوهش خود در مورد آموزش مدیریت والدین به مادرانی که دارای کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بودند، عملکرد و کارایی خانواده را در محیط بالینی و گروهی ارزیابی کرد.

به‌طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که بهبود در گزارش‌های والد و معلم در ارتباط با رفتار کودک مشاهده شده و از سوی دیگر، مشکلات کارکرد خانواده و استرس آن‌ها بهبود یافته است.

کانینگهام و همکاران^۵ (۱۹۹۳) بیان کردند برنامه‌های آموزش والدین براساس تئوری‌های آموزش اجتماعی قرار دارد. در این برنامه‌ها از دستورالعمل‌های مستقیم، مدل‌سازی و ایفای نقش برای آموزش دادن والدین به منظور تقویت رفتارهای مثبت، کاهش استفاده از راهبرد تبیین و نیز مدیریت رفتارهای نامناسب استفاده می‌شود. کرونیس و همکاران^۶ (۲۰۰۴) مطابق نتایج پژوهش خود، بیان کرده‌اند که آموزش والدین باعث کاهش مشکلات رفتاری در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی و همچنین، بهبود رفتارهای خانواده آنان گردیده است.

محدودیت تحقیق

محدودیت‌های اجتناب‌ناپذیر

۱- بعضی از سؤال‌ها فاقد پیشینه نظری بود و به همین دلیل در قسمت بحث مربوط به آن سؤال در مورد این‌که آیا نتیجه به‌دست آمده در مورد آن

و نافرمانی در کودکان خود نسبت به ابتدای مطالعه در مقایسه با گروه شاهد گزارش نمودند.

خوشابی و همکاران (۱۳۸۵)، در تحقیق خود نشان دادند که در دهه‌های اخیر توجه روزافزونی به گنجانیدن آموزش مدیریت والدین در طرح درمانی اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی (ADHD) شده است. کرونیس و همکاران^۱ در سال (۲۰۰۴) پژوهشی را با عنوان «بهبود الگوی آموزشی رفتار والدین برای خانواده‌هایی که فرزندان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی دارند» انجام دادند. آموزش رفتار والدین، یکی از درمان‌های روانی - اجتماعی است که به‌طور تجربی برای درمان این اختلال به‌کار گرفته می‌شود. بر اساس مطالعات صورت گرفته، این الگوی درمانی موجب شده است تا هم رفتار کودک بیش‌فعال و هم عدم انعطاف‌پذیری والدین بهبود یابد. تحقیقات هاک و اشنايدر^۲ (۲۰۱۰) حاکی از آنند که مداخلات روانی - اجتماعی، نظیر آموزش‌های رفتاری والدین موجب می‌شود که آنان کارایی بیشتری برای کنترل استرس خود به دست آورند و همچنین، نشانه‌های اختلال ADHD نیز کاهش یابد. پوراعتقاد و همکاران (۲۰۰۹) در بررسی اثربخشی روش والدگری مثبت بر علائم اختلال ADHD و کاهش تنیدگی مادران، دریافتند که آموزش مادران می‌تواند نقش مهمی در کاهش تنیدگی مادران و کاهش نشانه‌های اختلال ADHD داشته باشد.

تحقیق تیلر و همکاران^۳ (۱۹۹۶)، نشان دادند آموزش والدین به این دلیل توصیه می‌شود که والدین کودکان مبتلا به اختلال ADHD معمولاً از

⁴ Leslie et al

⁵ Cunningham et al

⁶ Chronis et al

¹ Chronis et al

² Hack & Schneider

³ Taylor et al

محدودیت‌های تحقیق

۱- این پژوهش در سازمان و نواحی ۳ و ۲ آموزش و پرورش اصفهان در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت؛ لذا تعمیم نتایج به سازمان‌ها و نواحی دیگر و نیز در زمان‌های دیگر در سازمان و نواحی مذکور بایستی با احتیاط صورت گیرد.

۲- این پژوهش صرفاً بر روی کودکان سنین ۹-۴ سال صورت گرفت، لذا در تعمیم نتایج به سایر مقاطع سنی و پایه‌های تحصیلی باید احتیاط لازم صورت پذیرد.

۳- در این پژوهش، از آزمون پیگیری استفاده نشده است. اصولاً برای ارزیابی اثر طولانی مدت مداخلات، وجود آزمون‌های پیگیری ضروری به نظر می‌رسد، زیرا دوره‌های پیگیری، شاخص دقیق‌تری از وضعیت بهبود افراد در جهت تثبیت و تداوم بهبود، به دست می‌دهد.

۴- پژوهش حاضر محدود به دوره ابتدایی است و در تعمیم نتایج آن به دیگر مقاطع باید دقت بیشتری کرد. محل اجرای این پژوهش شهر اصفهان بوده و ممکن است در تعمیم نتایج تفاوت‌های فرهنگی نقش داشته باشند.

پیشنهادها

پیشنهاد به مسئولان

۱- مدیران سازمان آموزش و پرورش نواحی پنجگانه استان اصفهان، توجه بیشتری به علائم ADHD و همچنین میزان آن در بین دانش‌آموزان مدارس داشته باشند. با توجه به این‌که اختلال بیش‌فعالی قابل کنترل است و در صورت عدم تشخیص به‌موقع و مقابله با آن، می‌تواند باعث ایجاد تأثیراتی بر روی عملکرد خانواده شود؛ لذا به مدیران آموزش و پرورش توصیه می‌شود که در

سؤال با تحقیقات قبلی همخوانی دارد یا خیر، امکان‌پذیر نبود.

۲- اطلاع نداشتن مدیران و معلمان مدارس از این‌که کودک بیش‌فعال کیست؟

۳- پنداشتن بیش‌فعالی به‌عنوان یک بیماری از جانب کادر مدرسه. به گونه‌ای که باعث آزردن والدین این کودکان و همچنین، ایجاد یک دید منفی در دیگر همکلاسی‌ها نسبت به این کودکان می‌شد.

۴- به دلیل پایین بودن سطح سواد علمی جامعه نسبت به این اختلال، برگزاری تعداد جلسات بیشتری برای درک موضوع و بالا رفتن معلومات ضروری بود.

۵- در ابتدا موارد دیگری، همچون: تنبیه فیزیکی، کلامی و یا جر و بحث‌های والدین به شدت با اختلال توأم بود که پس از برگزاری جلسات میزان آن بسیار کاهش یافت.

۶- در این تحقیق، عوامل همزمان، رشد و رگرسیون از طریق گروه کنترل و گمارش تصادفی کنترل شدند. با تهیه محتوا و دستورالعمل مشخص برای جلسات از تأثیرات سوگیری پژوهش جلوگیری شد. شایان ذکر است کنترل همه عوامل مؤثر بر اعتبار تحقیق غیرممکن است. عوامل چند

بعدی بر اعتبار بیرونی و تعمیم‌پذیری تحقیق حاضر مؤثر بوده است. اثر هائورن و یا اثر شرکت در شرایط آزمایشی ممکن است بر اعتبار بیرونی اثر بگذارد. به بیان دیگر، دانش‌آموزان ممکن است تحت تأثیر شرایط جدید آزمایشی قرار گرفته باشند.

این تحقیق در فاصله زمانی کوتاه مدت اجرا شده و پیگیری نداشته است که این امر می‌تواند در تعمیم نتایج در شرایط زمانی بلند مدت تأثیر بگذارد.

مسائل و مشکلات آنان نیز می‌تواند مسائل کودکان بیش‌فعال را افزایش دهد.

۲- پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده تشخیص افتراقی اختلال بیش‌فعالی از اختلال یادگیری مد نظر قرار گیرد، زیرا که اشتباه گرفتن این دو اختلال با یکدیگر می‌تواند خود به عاملی زیانبار در شناخت و یا حتی درمان این کودکان تبدیل شود.

۳- تعداد جلسات آموزشی بیش از ۱۰ جلسه باشد؛ زیرا برخی از والدین خواهان معلومات جانبی در خصوص شیوه‌های رفتار با فرزندانشان هستند.

۴- این‌که تأثیرات دراز مدت آموزش الگوی ارتباطی زوجین بر میزان علائم کودکان دارای اختلال ADHD بررسی و بدین ترتیب جلسات درمان اضافه شود.

پیشنهاد‌های کاربردی

می‌توان از نتایج این پژوهش در کلینیک‌های مشاوره و روان‌شناسی و همچنین، در مدارس کودکان استثنایی، سازمان آموزش و پرورش کودکان استثنایی، به‌منظور استفاده والدین برای برقراری ارتباط با کودک خود، تمامی مهدکودک‌ها و مدارس کودکان عادی برای تشخیص افتراقی کودکان عادی از کودکان بیش‌فعال و همچنین، تشخیص افتراقی اختلال یادگیری از اختلال بیش‌فعالی و جلوگیری از زدن برچسب بیش‌فعالی به جای لفظ (شیطنت) کودکان استفاده نمود.

تشکر و قدردانی

در پایان جا دارد از دانشگاه اصفهان، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، جناب آقای دکتر اردلان شریعت و کلیه عزیزانی که در این مسیر ما را همراهی نمودند، تشکر و قدردانی فراوان نمایم.

برنامه‌های آموزشی خود به معلمان مدارس چگونگی تشخیص و شناسایی علائم ADHD و همچنین، تأثیرات آن بر عملکرد خانواده آن دانش‌آموزان را آموزش دهند.

۲- به مدیران سازمان و نواحی پنجگانه آموزش و پرورش اصفهان توصیه می‌شود با توجه به ارتباط اختلال بیش‌فعالی در محیط مدرسه و منزل با عملکرد خانواده آن دانش‌آموزان، مقدماتی فراهم کنند تا والدین این دانش‌آموزان مورد آموزش خانواده قرار گیرند، تا ضمن کسب اطلاع در مورد اختلال ADHD و تشخیص علائم آن، راهکارهای مقابله با این اختلال را فرا گیرند.

۳- با توجه به تأثیر آموزش الگوی ارتباط زوجین بر افزایش عملکرد خانواده و همچنین، کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی به کلیه مشاوران و روان‌شناسان پیشنهاد می‌شود که با آموزش این مهارت‌ها به زوجین از مشکلات آنان بکاهند.

۴- می‌توان از آموزش الگوی ارتباط زوجین در سطوح بالاتر از سوم دبستان استفاده کرد تا کودکان با مهارت‌های کافی وارد مدرسه شوند.

۵- با توجه به این‌که آموزش الگوی ارتباطی زوجین در سنین اولیه تأثیر بیشتر و پایدارتری بر کودکان دارد می‌توان با مطالعه و پژوهش‌های بیشتر در زمینه شناسایی هر چه زودتر کودکان آموزش خانواده را شروع و از مشکلات اجتماعی و تحصیلی آنان پیشگیری نمود.

پیشنهاد‌هایی به پژوهشگران

۱- پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده به غیر از والدین، خواهرها و برادرها هم در حیطه آموزش و جلسات آن دخیل باشند؛ چرا که گاهی اوقات

منابع

- Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(4), 669–673.
- Jabarouti, R., Shariat, A., & Shariat, A. (2013). Effect of Persian classic poetry on the level of stress hormone in retired academicians. *Journal of Poetry Therapy*, 27(1), 1–9.
- Kalantari, M., Neshatdoust, H and Zarei, M. (2001). Impact of Acquisition of Parents Behavior and Medicine Therapy on Symptoms of Hyperactivity of Children Suffers from Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychology Magazine*, 5 (2), 118-134.
- Mohammad Esmail, E. (2001). Study Validity, Authenticity of Children Disorders Cut-Off Points in inventory (CSI-4). Exceptional Children Research Center, 5, 239-254.
- Neshatdoust, M., Kalantari, M., Yousefi, A. (1997). Study ADHD Disorder Outbreak in Students of First and Second Grades of Elementary Schools of Esfahan City. University of Isfahan: Educational and Psychological Researches, 1(1), 37-52.
- Paloyelis, Y., Mehta, M. A., Kuntsi, J., and Asherson, P. (2007). Functional MRI in ADHD: a Systematic Literature Review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 7(10), 1337–1356.
- Pavuluri, M. N., Luk, S.-L., and McGee, R. (1999). Parent Reported Preschool Attention Deficit Hyperactivity: Measurement and Validity. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8 (2), 126–133.
- Rebecca R, and Deutscher, B. (2002). Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Very Young Children: Early Signs and Interventions. *Infants and Young Children*, 14(3), 24-32.
- Sadock, B. J., and Kaplan, S. V. (2003). *Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences*, 16(4), 43-49.
- Shariat, A., Shariat, A., Abedi, A., & Bahri, S. T. M. (2014). Physical activity as a prescription for the children with cerebral palsy. *Russian Open Medical Journal*, 3, 0108.
- Tavakolizadeh, J., Bolhori, J., Mehryar, A., and Dejkam, M. (1997). Epidemiology of Molestation Conduct Disorder and Attention-Deficit in Students of Elementary School in Gonabad, Andisheh and Raftar. *Quarterly Periodical*, 10(1), 40-51.
- Weyandt, L. L., Fulton, K. M., Schepman, S. B., Verdi, G. R., and Wilson, K. G. (2009). Assessment of Teacher and School Psychologist Knowledge of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology in the Schools*, 46 (10), 951-961.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV*. American Psychiatric Pub, 124-132.
- Anastopoulos, A. D., Shelton, T. L., DuPaul, G. J., and Guevremont, D. C. (1993). Parent Training for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: It's Impact on Parent Functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21(5), 581–596.
- Andrea, B. (2012). ADHD: Paying Enough Attention. The National Attention Deficit Disorder Information and Support Service. UK. Associated with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Interacting with Maternal Use of Alcohol During Pregnancy. *Archives of General Psychiatry*, 63 (2), 68-74.
- Barkley, R. A., and Murphy, K. R. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A clinical Workbook*. Guilford Press, 27-34.
- Barkley, R. A., Cook, E. H., Dulcan, M., Campbell, S., Prior, M., Atkins, M, and Milich, R. (2002). Consensus Statement on ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 61 (4), 54-62.
- Bollaret, R. (2006). ADHD Europe Contribution to the green paper on Improving the Mental Health of the Population. *Center Zitstil VZW Heistraat*, 3(2), 26-34.
- Brookes, K.-J., Mill, J., Guindalini, C., Curran, S., Xu, X., Knight, J, Taylor, E. (2006). A Common Haplotype of the dopamine Transporter gene. *Archives of General Psychiatry*, 63(1), 74-81
- Faraone, S. V., Biederman, J., Feighner, J. A., and Monuteaux, M. C. (2000). Assessing Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adults: which is More Valid?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 830-841.
- Gorji, Y. (2004). Study the Comparison of Effectiveness of Behavior Modification Methods Application by Parents, Teachers and Both of Them on Symptoms Reduction (ADHD in Students of Elementary School), Doctorate Thesis, Alameh Tabatabaei University, 75-80.
- Grayson, P., and Carlson, G. (1991). The Utility of a DSM-III-R-Based Checklist in Screening Child Psychiatric Patients.

The Effectiveness of Couples' Communication Model Training on Children with ADHD Symptoms

* **M. Malekpour**

Professor of Children with Special Needs, University of Isfahan, Isfahan, Iran

A. SHareat

Master of Children with Special Needs, University of Isfahan, Isfahan, Iran

A. GHamarani

Assistant Professor of Children with Special Needs, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Abstract:

ADHD is one of the most common neuro psychological disorders in childhood that causes many problems for the child, family and the society. Therefore, the aim of present research is to investigate the effectiveness of couples communication model training on symptoms of ADHD children age 4- 9 years old. 60 children with symptoms of ADHD were selected through cluster sampling method and were randomly assigned into two experiment (30 subjects) and control group (30 subjects). The data were analyzed by using the inferential statistics method (covariance). Findings showed that, parents training could significantly decrease the symptoms of ADHD in children ($P < 0.05$). It is suggested that this model could be used as a non-pharmacological method in decreasing ADHD symptoms in children.

Keywords: Couples' Communication Model, hyperactivity and attention deficit disorder, student rate 4-9 years.