پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال هجدهم، شماره ۵، پی در پی ۹۵، صفحات ۲۱۳ تا ۲۲۱
آذر و دی ۱۳۹۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۱۲
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۲۵

بررسی اثربخشی برنامه‌ی اصلاح الگوهای تعامل والد-کودک بر بهبود نشانگان کودکان مبتلا به بیش‌فعالی- نقص توجه

دکتر فرزانه میکائیلی منیع[1]، راشا حقی[2]*

۱. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه
۲. کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه

چکیده

سابقه و هدف: اختلال نقص توجه/ بیش فعالی (ADHD) از اختلالات شایع دوران کودکی محسوب شده و روابط والد- فرزندی و تعاملات بین مادر و کودک، از عوامل نگهدارنده و تشدید کننده‌ی علایم آن به شمار می‌رود. از این رو، هدف مطالعه‌ی حاضر، بررسی اثربخشی برنامه‌ی اصلاح الگوهای تعامل والد-کودک بر بهبود کودکان مبتلا به ADHD می‌باشد.

مواد و روشها: طرح پژوهشی تجربی با بکارگیری گروه گواه و پیش‌آزمون- پس‌آزمون، انجام گرفت. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه‌ی مادران پسران ۸ تا ۱۰ ساله مبتلا به ADHD شهر ارومیه بود که به مراکز درمانی مراجعه کرده و تشخیص ADHD در آنها تأیید می‌شد. از بین ۷۰ کودک مبتلا به ADHD، ۳۰ نفر به صورت تصادفی به عنوان نمونه‌ی آماری انتخاب و ۱۵ نفر در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر در گروه گواه گمارده شدند. مادران هر دو گروه آزمون، مقیاس سنجش نشانه‌های اختلال ADHD - فرم والدین (SNAP-IV) را پیش و پس از اجرای کاربندی، تکمیل کردند. برنامه‌ی اصلاح الگوهای تعامل والد-کودک، در ۱۰ جلسه طراحی و به صورت گروهی روی گروه آزمایش اجرا گردید.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که برنامه‌ی اصلاح الگوهای تعامل والد-کودک بر بهبود و کاهش نشانگان بیش فعالی- تکانشگری ($p<۰/۰۱$) و نقص توجه ($p<۰/۰۱$) در کودکان مبتلا به ADHD مؤثر است.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد، بکارگیری شیوه‌های آموزشی کارآمد با محوریت اصلاح روابط و تعاملات مادر-کودک در خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به ADHD می‌تواند به شکل قابل توجهی مشکلات آنها را بهبود بخشد.

واژگان کلیدی: اختلال نقص توجه/ بیش فعالی، برنامه‌ی اصلاح الگوهای تعامل والد-کودک، مادران

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:
Michaeli Manee F, Haghi R. The study of parent-child interaction therapy effectiveness on children ADHD symptoms. Pejouhandeh 2013;18(5):213-221.

مقدمه

اختلال نقص توجه/ بیش فعالی (ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder) یک اختلال عصبی-رشدی است که به وسیله‌ی نشانه‌هایی از قبیل بی‌توجهی، بیش فعالی و تکانشگری شناسایی و مشخص می‌شود (۱). این اختلال، یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی دوران کودکی است و تخمین زده می‌شود که بر ۳ تا ۵ درصد از کودکان مدرسه رو، اثر می‌گذارد (۲ و ۳).

افراد مبتلا به ADHD دارای سه مشکل اساسی شامل نقص توجه، بیش فعالی و کنترل ضعیف یا تکانشی می‌باشند. نقص توجه، با مشکل در نگهداری و حفظ توجه برای مدت طولانی به ویژه در رابطه با تکالیف خسته کننده، کسل کننده یا تکراری، آشفتگی در تمرکز و حواسپرتی، فراخنای توجه کوتاه و عدم توجه به جزئیات، مشخص می‌شود. بیش فعالی، جزء دیگر این اختلال، با بی قراری و ناآرامی، صحبت کردن افراطی و بی‌تابی و تلاطم تشخیص داده می‌شود. بیش فعالی ممکن است به صورت بی‌قراری یا وول خوردن در وضعیت نشسته باشد. دویدن و بالا و پایین شدن مفرط در موقعیت‌های نامناسب، ویژگی بارز این کودکان است. در نهایت، کودکان مبتلا به ADHD دارای کنترل ضعیف بوده یا تکانشی هستند.

*نویسنده مسؤول مکاتبات: دکتر فرزانه میکائیلی منیع؛ ارومیه، خیابان والفجر، روبروی صدا و سیما، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، تلفن همراه: ۰۹۱۲۲۰۶۳۵۲۹، فکس: ۰۴۴۱-۳۳۶۹۷۱۶؛ پست الکترونیک: f.michaeli.manee@gmail.com

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

تکانش، عبارت از طیف گسترده‌ای از رفتارها و پاسخ‌هایی است که عمدتاً غیر مؤثر، نابهنگام و نامناسب بوده و تداوم و تکرار آن، نتایج ناخواسته و پیامدهای زیانباری را برای عملکرد روزانه‌ی فرد به ارمغان می‌آورد (۴).

ADHD، یک اختلال چند عاملی با سبب شناسی پیچیده می‌باشد (۵). در این بین، رابطه‌ی والد- فرزندی و عوامل خانوادگی، از مهمترین عللی است که پژوهشگران به آن توجه داشته‌اند. نظریه‌های روانی- اجتماعی به طور گسترده بر نقش خانواده یا بافت اجتماعی وسیع‌تر، در سبب شناسی و تداوم ADHD تأکید دارند. ADHD با احتمال بیشتری در خانواده‌هایی با ساختار آشفته، ارتباط گیج کننده و نزاع زناشویی دیده می‌شود و در خانواده‌هایی که پدر نقش پیرامونی را بازی می‌کند، دوام می‌یابد. همچنین، دانش ناکافی والدین درباره شرایط کودک می‌تواند موجب شود در تعامل‌هایی که به دوام مشکل کودک کمک می‌کند، درگیر شوند (۶).

تعاملات والد-کودک به خصوص در دوران نوجوانی در این خانواده‌ها به طور مشخص منفی‌تر و خصمانه‌تر از سایر خانواده‌ها می‌باشد (۷ و ۸). مادران کودکان مبتلا به ADHD کمتر به سؤالات آنان پاسخ می‌گویند و پاداش‌هایی نیز که به رفتارهای قابل قبول و مطلوب کودک می‌دهند، کم است (۹ و ۱۰). مطالعات موردی، همواره خانواده‌های این کودکان را پرخاشگر، آشفته، بی‌نظم، تحت فشار اقتصادی، طرد کننده، دارای اصول انضباطی انعطاف ناپذیر با تعاملاتی مختل توصیف کرده‌اند که به واسطه‌ی طلاق یا جدایی متلاشی شده‌اند یا دارای مشکلات عدیده‌ای هستند (۱۱). مادران کودکان دچار ADHD دارای استرس بیشتر و انزوای اجتماعی بوده و سطوح بالاتری از استرس و فشار را در نقش خود به عنوان والدین، تجربه می‌کنند. این والدین، ارزیابی‌های منفی بیشتری از رفتارهای کودکشان دارند و شیوه‌ی عملکردشان بیش از حد دستوری بوده و دیدگاهشان نسبت به شیوه‌های فرزندپروری، کمتر با درایت و هوشمندی همراه است (۱۲). در پژوهشی که کیفیت تعاملات والدین-کودک روی ۶۷ پسر پیش دبستانی مبتلا به ADHD مورد مطالعه قرار گرفت، تفاوت‌های آشکاری در نحوه‌ی تعاملات والد-کودک در گروه کودکان بیش فعال در مقایسه با کودکان عادی وجود داشت. تعاملات مادران کودکانADHD با فرزندانشان، منفی و آمرانه‌تر بوده و نسبت به دیگران کمتر در برابر نیازهای این کودکان حساس بودند (۱۳). در همین راستا، کاراحمدی و همکاران در بررسی الگوهای تعامل والدین و کودکان مبتلا به ADHD دریافتند هر اندازه اولیا فرزند مبتلای خود را بپذیرند، از کنترل مثبت استفاده کرده و از آنها حمایت عاطفی به عمل آورند، شدت علایم کمتر خواهد بود (۱۴).

بر این اساس به نظر می‌رسد برنامه‌های آموزشی-درمانی متمرکز بر راهبردها، برای بهبود کودکان کم سن مبتلا به ADHD مؤثر باشد، زیرا این درمان می‌تواند تعاملات اجباری والد-کودک را که اغلب منبع تشدید و تداوم رفتارهای مشکل‌ساز است، بهبود بخشد (۱۵). یکی از روش‌های مبتنی بر اصلاح روابط و نظام تعاملات خانوادگی که در درمان ADHD بکار می‌رود، روش اصلاح تعامل والد-کودک یا PCIT (Parent-Child Interaction Therapy) می‌باشد. این روش، یک رویکرد خانواده محور داشته و برای درمان مشکلات رفتاری جدی در کودکان سنین ۱۲-۲ ساله به ویژه کودکان واجد مشکلات رفتاری آشکار و آسیب رساننده از جمله اختلالات سلوک، بی اعتنایی مقابله‌ای و ADHD، طراحی شده است. روش PCIT نشان می‌دهد که الگوهای تعامل منفی والد-کودک ممکن است در رفتارهای آسیب‌رسان کودکان، نقش به سزایی داشته باشد. درمانگران، والدین را در حالی که با فرزندشان در تعامل هستند، در طول درمان هدایت کرده و به والدین راهبردهایی را آموزش می‌دهند که رفتارهای مثبت فرزندشان را تقویت کنند. در نتیجه‌ی این روش، والدین شیوه‌های مؤثر بیشتری را در راستای کاهش مشکلات رفتاری فرزندشان فرا می‌گیرند و کیفیت روابط والد-کودک بهبود می‌یابد (۱۶).

در این روش، به والدین زمانی اختصاص داده می‌شود تا مهارت‌های مدیریت رفتار و ارتباطات ویژه را تمرین کنند. تحقیقات مربوطه نشان می‌دهند که آموزش والدین با این روش در درمان کودکان مبتلا به ADHD مؤثر است (۱۷). برنامه‌ی آموزشی PCIT در دو مرحله انجام می‌شود: فاز اول، مرحله‌ی تعامل کودک محور (CDI: Child-directed interaction) و فاز دوم، مرحله‌ی تعامل والد محور (PDI: Parent-directed interaction) می‌باشد (۱۸). هدف اصلی از اجرای فاز نخست، که همانند بازی درمانی سنتی است، تحکیم و تقویت پیوند والد-کودک، افزایش و ارتقای والدگری مثبت و بهبود مهارت‌های اجتماعی کودک می‌باشد. در فاز دوم، که یادآور رفتاردرمانی بالینی است، بر اصلاح توانایی والدین در تعیین محدودیت‌ها و قواعد باثبات و کاهش رفتارهای منفی کودک تمرکز می‌شود. روش PCIT به واسطه‌ی تأکید بر پاسخگویی و مسؤولیت والدین و رابطه‌ی والد-کودک، از سایر برنامه‌های مشابه متمایز می‌گردد (۱۹).

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

استخوان‌بندی و چهارچوب مفاهیم روش PCIT برگرفته از چند تئوری یادگیری و رشد کودک شامل دلبستگی، نظریه‌ی رشد بامریند (Baumrind)، روش‌های والدگری و یادگیری اجتماعی می‌باشد. این درمان به دو بخش اصلی تقسیم می‌شود. در این شیوه، به والدین روش‌های جدید تعامل با فرزندشان آموزش داده می‌شود تا بتوانند آنها را در موقعیت‌های طبیعی زندگی به کار گیرند. والدین توسط مربیان و درمانگران آموزش دیده، هدایت می‌شوند تا روش‌ها و فنون نوینی را برای صحبت کردن با کودک و برقراری انضباط فرا بگیرند و بازخورد مثبت تسلط‌شان در مهارت‌های PCIT و پیشرفت و ترقی‌شان را در برنامه‌ی موفقیت آمیز دو مرحله‌ای این روش دریافت کنند (۲۰).

مطالعاتی وجود دارند که نشان می‌دهند روش PCIT در کاهش انواع مشکلات رفتاری کودکان مانند اختلالات اضطرابی (۲۱) و اضطراب جدایی (۲۲)، روش کارآمدی بوده و تأثیرات مثبت آن تا ۶ سال بعد از درمان حفظ می‌شوند. اثرات درمانی این روش همچنین به محیط مدرسه و روابط خواهر و برادران قابل تعمیم است (۱۷ و ۲۳). با توجه به شیوع ADHD و اثر ناتوان‌کننده‌ی آن بر فرد مبتلا و خانواده، بررسی اثربخشی مداخلات والد محور بر کاهش نشانگان ADHD به دلیل تأثیر بر والد و کودک، ارزشمند به نظر می‌رسد. از این رو، هدف پژوهش حاضر بررسی کارآمدی روش PCIT به مادران بر بهبود این کودکان است.

مواد و روشها

این تحقیق، به روش کارآزمایی بالینی انجام گرفت. جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی مادران دارای فرزند پسر با محدوده سنی ۸ تا ۱۰ سال مبتلا به ADHD در شهر ارومیه بود که به مراکز مشاوره و درمانی این شهر مراجعه و تشخیص ADHD دریافت کرده بودند. این تشخیص توسط یک روانپزشک و یک روانشناس بالینی بر اساس معیارهای DSM-IV-TR مجدداً تأیید گردید. تمامی افراد نمونه (۸۷ نفر) تشخیص ADHD دریافت کرده بودند. کودکان مبتلا به صرع، درخودماندگی (Autism)، کم توان ذهنی، پرخاشگری شدید، سایکوز و اختلال هیجانی، به دلیل احتمال اثرات مداخله‌گر، از بررسی کنار گذاشته شدند. همچنین در بین نمونه‌ها، تعدادی دختر مبتلا به ADHD بوده و تعدادی از والدین نیز حاضر به همکاری و شرکت در پژوهش نبودند. از مقیاس درجه بندی کانرز نیز به عنوان ابزاری برای تشخیص ADHD با مشکلات دیگری که با این اختلال همراه می‌شوند، استفاده شد. در نهایت، ۳۰ نفر به عنوان نمونه‌ی آماری انتخاب و گروه‌ها از لحاظ سن کودک و هوش (۱۰-۸ سال) همتا شدند. میانگین سنی گروه آزمایش ۹ سال و ۲ ماه (انحراف معیار ۱/۳) و میانگین سنی گروه گواه ۹ سال و یک ماه (انحراف معیار ۱/۲) بود. میانگین هوشی هر دو گروه ۱۰۲ بدست آمد. ۱۵ نفر به طور تصادفی در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر در گروه گواه گمارده شدند.

جهت بررسی مشکلات کودکان و جداسازی اختلالات مشابه، از مقیاس درجه‌بندی کانرز (Conners) استفاده شد. این مقیاس در زمره‌ی پرسشنامه‌های معتبر مورد استفاده جهت سنجش مشکلات رفتاری کودکان قرار داشته و دارای فرم معلم و والد است. در این مطالعه از فرم معلم استفاده شد. فرم بلند مقیاس کانرز ویژه معلم که دارای ۳۹ گویه می‌باشد در سه حیطه‌ی رفتار کلاسی، شرکت در گروه و نگرش به مراجع، قدرت را می‌سنجد. مشکلات توجه، اختلال سلوک، سهل‌انگاری- هیجانی، اضطراب- انفعال، رفتارهای ضد اجتماعی و رویا پردازی- مشکلات توجه، توسط این مقیاس سنجیده می‌شود. معلمان گویه‌ها را بر اساس یک مقیاس ۴ درجه‌ای از نوع لیکرت نمره‌گذاری می‌کنند، به نحوی که دامنه‌ی نمره‌ها از صفر (اصلاً صحیح نیست، یا هرگز و به ندرت) تا ۳ (کاملاً صحیح است، یا اغلب اوقات و تقریباً همیشه) متغیر است. کانرز، پایایی بازآزمایی فرم معلم این مقیاس را در طول یک ماه تا یک سال، از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ و پایایی بین نمره‌گذاری معلمان را ۷۰٪ گزارش کرده است. ضرایب آلفای کرونباخ در ایران برای این مقیاس، بین ۰/۶۱ تا ۰/۹۵ گزارش شده است (۲۴).

برای سنجش پیش و پس آزمون نشانه‌های ADHD، مقیاس سنجش نشانه‌های اختلال ADHD فرم والدین (SNAP-IV) به کار رفت. این پرسشنامه توسط سوانسون (Swanson) با هدف ارزیابی نشانه‌های این اختلال تدوین شده و دارای ۱۸ عبارت است که بر اساس ملاک‌های DSM-IV تنظیم شده‌اند. سؤالات این مقیاس، دقیقاً منطبق بر نشانه‌هایی است که در DSM-IV برای ADHD ذکر شده و مشتمل بر علایم نُه‌گانه بی‌توجهی در عبارت‌های ۱ تا ۹ و علایم نُه‌گانه بیش فعالی و تکانشگری در عبارت‌های ۱۰ تا ۱۸ می‌باشد. والد در یک مقیاس ۴ درجه‌ای از هرگز تا خیلی زیاد (صفر تا ۳) کودک را ارزیابی می‌کند (۲۵). پایایی این مقیاس در ایران توسط گرجی با استفاده از روش دو نیمه کردن، سنجیده شد که ضریب بدست آمده برابر ۰/۹۳ بود که مقداری قابل قبول به شمار می‌رود (۲۶). محققان معتقدند ابزار اخیر

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

جهت شناسایی افراد مبتلا به ADHD و بررسی و پیگیری اثرات درمان و مداخلات، مناسب است (۲۷).

روش PCIT در شکل اصلی خود نیازمند استفاده از اتاق‌های بازی با آینه‌های یک طرفه و گوشی‌های بی‌سیم است که از طریق آنها هدایت تعامل والد-کودک توسط درمانگر صورت پذیرد و بازخوردهای مستمر به والدین در حین رفتار با کودک دریافت شود. اما به علت محدودیت‌های ابزاری و ساختاری روش PCIT در ایران و در دسترس نبودن ابزار فوق، از طریق ارتباط اینترنتی با اریکا پرل (Erica Pearl) که یکی از درمانگران شناخته شده‌ی این روش است، تغییراتی در تعداد جلسات، شیوه‌ی اجرا و مکان آموزشی ایجاد شد. جلسات در ۱۰ جلسه طراحی و برای گروهی ۱۵ نفره از مادران کودکان ADHD اجرا شد. جلسات یک تا ۵ به صورت گروهی (در گروه‌های ۵ نفره) و جلسات ۶ تا ۱۰ به صورت جلسات انفرادی با حضور مادر، کودک و دو نفر مشاور انجام گرفت. وظیفه‌ی یکی از مشاوران ثبت تعاملات مادر و کودک بود. برای هر گروه یک جلسه در هفته برگزار گردید که هر جلسه یک ساعت و نیم طول می‌کشید. در آغاز هر جلسه، فعالیت‌های جلسات پیشین مرور شده و در صورت نیاز، به سؤال‌ها و مشکلات پاسخ داده می‌شد. در پایان جلسات نیز تکالیفی برای اجرا در خانه متناسب با محتوای آموزش‌های ارایه شده در هر جلسه ارایه می‌گردید. فعالیت‌های اصلی هر یک از جلسات در جدول شماره ۱ خلاصه شده است.

به منظور رعایت اصول اخلاقی، پس از اتمام مداخله‌ی گروه آزمایش، برنامه‌ی اصلاح تعامل والد-کودک برای گروه گواه نیز اجرا گردید. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و روش‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس انجام گرفت.

یافته‌ها

نتایج توصیفی مربوط به پیش آزمون و پس آزمون نشانگان نقص توجهی و بیش فعالی- تکانشگری، در جدول ۲ ارایه شده است. همچنین، نتایج مربوطه به تحلیل کوواریانس ارایه شده‌اند (جدول ۳). یافته‌های حاصل نشان می‌دهند F بدست آمده از گروه‌ها برای متغیر نقص توجه و بیش فعالی- تکانشگری در سطح P<۰/۰۱ معنی‌دار بوده و بنابراین می‌توان نتیجه گرفت بین میانگین گروه آزمایش و گواه در هر دو گروه نشانه، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، بکارگیری آموزش PCIT موجب بهبود نشانگان نقص توجه و بیش‌فعالی- تکانشگری شده است. بر اساس یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت بین میانگین اصلاح شده‌ی گروه‌های آزمایشی و کنترل برای متغیر نقص توجه و بیش فعالی- تکانشگری با سطح اطمینان ۰/۹۹ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. مجذور اتا حاکی از آن است که ۶۱ درصد تغییرات موجود در نمرات پس آزمون بیش فعالی-تکانشگری و ۳۶ درصد تغییرات نمرات پس آزمون بیش فعالی-تکانشگری با استفاده از متغیر کمکی پیش آزمون به واسطه‌ی تغییرات عضویت گروهی (گروه کنترل یا آزمایش) قابل تبیین است. در حقیقت، حضور در گروه آزمایشی و دریافت کاربندی آزمایشی، موجب بهبود نشانگان در گروه اخیر گردیده است.

بحث

نتایج تحقیق نشان دادند که برنامه‌ی فوق بر بهبود و کاهش نشانگان بیش فعالی- تکانشگری کودکان مبتلا به ADHD مؤثر است. این یافته‌ها با تحقیقات متعددی همسوست که نشان داده‌اند اصلاح روش‌های تعاملی و ارتباطی مادر-کودک می‌تواند موجب تغییر و بهبود رفتارهای کودک گردد (۱۶، ۱۸، ۲۸، ۲۹ و ۳۰). در همین راستا، نتایج گالاگر (Gallagher) که از فراتحلیل مطالعات انجام یافته درباره‌ی اثربخشی PCIT به دست آمده نشان داد متداول‌ترین پیامدها و نتایج رفتاری حاصل از این روش عبارتند از: ۱- کاهش بسامد مشکلات رفتاری کودک در روابط با والدین و معلم (۹۴٪ مطالعات)؛ ۲- افزایش میزان احساس رضایتمندی از نقش والدینی (۵۳٪ مطالعات)؛ ۳- مشاهده‌ی کاهش میزان بی‌توجهی و بیش‌فعالی کودک در کلاس توسط معلم و در خانه توسط والدین (۲۹٪ مطالعات)؛ ۴- کاهش رفتارهای منفی کودک در مشاهدات کلینیکی (۲۴٪ مطالعات) و ۵- کاهش کیفی نشانه‌ها برای کودکانی که در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، در طبقه‌ی کودکان با اختلالات رفتاری ایذایی شناسایی شده‌اند (۲۴٪ مطالعات). بهبود سطح معناداری آماری و بالینی نشانه‌ها در این مطالعات، حاکی از اثر بخشی PCIT در درمان کودکان با معیارهای تشخیصی اختلالات رفتاری ایذایی مانندODD، CD و ADHD می‌باشد (۳۱). در تبیین اثربخشی آموزش اصلاح تعامل والد-کودک به مادران کودکان مبتلا به ADHD بر کاهش نشانگان بیش فعالی فرزندان آنها، می‌توان به اهمیت نحوه‌ی تعامل کودکان مبتلا به ADHD با والدین‌شان، به ویژه مادران، اشاره نمود.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

جدول ۱. پروتکل درمانی

جلسه	فعالیت های انجام یافته
اول	- آشناسازی مادران با اختلال نقص توجه-بیش فعالی - جلب اعتماد مادر و کودک - توضیح کلیات برنامه برای مادران - ترسیم اهداف برنامه
دوم	- سنجش و ثبت تعاملات مادر-کودک - آموزش درباره تقویت مثبت و منفی، پاداش و تنبیه و اثرات هر یک - ارائه مثال و نمونه های رفتاری از موارد فوق
سوم	- آموزش برقراری گفتگو و تعامل مثبت بین والد-کودک - آموزش استفاده از کلمات مثبت و خوشایند - آموزش بهره گیری از تشویق و ستایش کلامی برای رفتارهای مثبت
چهارم	- آموزش کلامی سازی ارتباط و بیان احساسات مثبت و منفی در مقابل رفتارهای کودک - آموزش شناسایی و توجه به رفتارهای مطلوب کودک - آموزش کنترل و مدیریت مثبت کودک
پنجم	- آموزش کنترل خود به مادران از طریق: - نادیده گرفتن رفتارهای منفی کودک - توجه روشن و مشخص به رفتارهای مثبت - تغییر واکنش ها و الگوهای خصمانه و پرخاشگرانه(از طریق شناسایی موقعیت های نامطلوب) - استفاده از سبک های مقابله ای مناسب
ششم	- اجرای یک بازی دو نفره بین مادر-کودک با هدف بررسی تعامل - آموزش کلامی سازی فرایند بازی - تشویق کلامی سازی مثبت کودک در جریان تعامل - عدم انتقاد، سوال و پیشنهاد و اجازه دادن به استمرار جریان طبیعی بازی
هفتم	- آموزش مهارت های برقراری انضباط از طریق: • طراحی بازی های نظام دار و نیازمند پیروی از دستور العمل خاص • استفاده از دستورات و توصیه های روشن و بدون ابهام(محترمانه و قاطع) • بیان کارهایی که لازم است انجام شود(دستورات مثبت) • تشویق کودک و اجازه دادن به ادامه بازی در صورت رعایت دستورات • استفاده از تقویت منفی در صورت عدم رعایت مقررات
هشتم	- طراحی بازی جدید و اجرای آن توسط مادر-کودک: • محول کردن تدریجی مسئولیت رعایت دستورالعمل بازی به کودک ارائه دستور در فواصل کوتاه(با هدف آموزش خودکنترلی به کودکان) • ارائه دستورات هر ۵ دقیقه یکبار • افزایش فاصله دستور دهی • تشویق به حدس زدن مرحله بعدی بازی • حذف دستورات • استفاده مستمر از تقویت مثبت و تقدیر
نهم	- ترکیب بازی درمانی و مهارت های برقراری انضباط از طریق: • شروع مجدد بازی پیشین بدون ارائه دستور • ارائه کل مسئولیت رعایت مقررات و دستورالعمل بازی به کودک • تشویق و ترغیب کلامی
دهم	- تمرین مهارت های آموزش داده شده - سنجش پایانی

والدین کودکان مبتلا به ADHD، سطوح بالاتری از فشارهای روانی مربوط به فرزندپروری را تجربه می‌کنند. در این افراد، تعارضات زناشویی افزایش یافته و سطوح افسردگی در مادران بالا می‌رود. به همین سبب، نوعی تعامل بیمار بین والد و کودک ایجاد می شود، به نحوی که رفتار ناکارآمد فرزند، واکنش نامناسب مادر را به همراه آورده و رفتار مادر نیز موجب تشدید علایم، به ویژه تکانشگری و پرخاشگری خواهد شد (۳۲). علاوه بر این، بر اساس نظریه‌ی پاترسون (Patterson)، اصل کلیدی درباره‌ی رشد رفتارهای ضد اجتماعی و تکانش‌گرانه این است که رفتار اخیر در محیط

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

جدول ۲. وضعیت ADHD به تفکیک گروه‌های مطالعه.

گروه	کنترل		آزمایش	
شاخص آماری	میانگین پیش آزمون	میانگین پس آزمون	میانگین پیش آزمون	میانگین پس آزمون
نقص توجه	۲۳/۵۳±۲/۲۶	۲۲/۶۰±۱/۸۸	۲۳/۲۶±۲/۵۴	۱۶±۲/۲۹
بیش فعالی-تکانشگری	۲۴±۲/۹۲	۲۳/۹۳±۱/۵۸	۲۳/۸۶±۳/۶۹	۱۶±۳/۲۹

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به اثربخشی PCIT بر کاهش نشانگان نقص توجه و تکانشگری- بیش فعالی.

نشانگان	منابع	شاخص آماری					
		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجدور اتا	توان آماری
نقص توجه	پیش آزمون	۹۵/۶۴	۱	۹۵/۶۴	۱۶/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۱۶	۰/۸۷۸
	گروه	۱۲۰۶/۲۹	۱	۱۲۰۶/۲۹	۲۰/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۳۶	-
	خطا	۱۵۷۳/۲۶	۲۷	۵۸/۲۶	-	-		
بیش فعالی-تکانشگری	پیش آزمون	۱۸۲/۵۱	۱	۱۸۲/۵۱	۳۹/۳۵	۰/۰۰۰	۰/۲۸	۰/۹۲۵
	گروه	۲۸۲/۰۱	۱	۲۸۲/۰۱	۹۶/۲۵	۰/۰۰۰	۰/۶۱	-
	خطا	۷۹/۰۷	۲۷	۲/۹۳	-	-		

خانه در طی سال‌های نوباوگی و پیش دبستانی آغاز می‌شود. به ویژه، کودکان یاد می‌گیرند که رفتار انزجاری آنها باعث خاموش شدن رفتار انزجاری والدین (دستورات) می‌شود. در طی زمان و با تکرار این رفتارها، تعاملات اجباری به کودکان می‌آموزد تا از رفتارهای انزجاری به عنوان شیوه‌ای برای کنترل موقعیت‌های ناخوشایند و آشفته، استفاده کنند. همگام با رشد کودک، فراوانی و شدت این تبادلات اجباری به رفتار انزجاری می‌انجامد و به موقعیت‌های دیگر نیز تعمیم می‌یابد. این نوع تعاملات اجباری، در طول زمان ثابت مانده و در نهایت به طرد کودک از سوی والدین می‌انجامد. متغیر زیربنای عمده‌ی این فرآیند اجباری، بی‌مهارتی والدین در برقراری محدودیت و نظارت بر رفتار کودک است، که در نهایت به تشدید و تمدید علایم می‌انجامد (۳۳). از این رو، بکارگیری PCIT با کاهش تنیدگی و اضطراب ناشی از مشکلات رفتاری کودک و افزایش مهارت والدینی، به مادران کمک می‌کند تا روش‌های تربیتی و شیوه‌های کنترلی مناسب‌تری اتخاذ کنند (۲۹).

نشانگان ADHD به طور معنی‌داری با تجارب مدیریت آشفته‌ی خانواده همراه بوده و می‌تواند احتمال تعاملات اجباری والد-کودک را افزایش دهد (۳۴). محور و هدف اصلی PCIT، اصلاح تعاملات بین والد و فرزند و فراهم آوردن خزانه‌ی شناختی و رفتاری مناسب برای والدین است تا بتوانند آن را جایگزین سبک‌های ناکارآمد فرزندپروری و شیوه‌های اعمال انضباطی موجود نمایند (۱۹). بر همین اساس، استفاده از روش PCIT با تأثیر بر اعمال و شیوه‌های تفکر والدینی می‌تواند به تغییر و اصلاح قوانین انضباطی والدین انجامیده و باعث کاهش فراوانی تبادلات اجباری و با اکراه (Coercive exchanges) و تعاملات نابسنده بین والدین و کودک گردد و در نهایت علایم این اختلال را کاهش دهد (۱۵).

سایر نتایج حاصل، نشان دادند بکارگیری روش PCIT قادر است نشانگان بی‌توجهی درکودکان مبتلا به ADHD را به شکل معنی‌داری کاهش دهد (۱۷و ۱۸). مطالعات مربوط به تعیین اثربخشی روش اخیر حاکی از آن است که PCIT از طریق تأثیرگذاری بر قدرت خودکنترلی و افزایش آن، موجب بهبود توانایی فرد در تنظیم توجه و حفظ آن می‌شود. علاوه بر این، اعمال انضباط مثبت بر کودک موجب می‌شود رعایت نظم و انضباط به عنوان کاری مطلوب و پذیرفته از طرف مادر و سایرین، به تدریج برای کودک ارزشمند شده و بتواند از طریق آن کنترل بیشتری بر توجه خویش اعمال نماید (۱۹).

علاوه بر این، توجه مثبت والد به کودک و واکنش کارآمد در

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

برابر رفتارها، الگوی مناسبی برای تمرکز و توجه فرد پدید آورده و در نهایت می‌تواند به او در کنترل علایم نقص توجه یاری رساند. در این راستا، کالزادا (Calzada) و همکاران معتقدند والدین، به ویژه مادران کودکان مبتلا به ADHD، اغلب نشانه‌های روشنی از حواس‌پرتی و کم‌توجهی در رفتارها و اعمال روزمره‌ی خود نشان داده و همانند الگویی برای کودکان عمل می‌کنند. آنها عموماً بی‌توجه، بی‌نظم و فاقد سازماندهی و برنامه‌ریزی در کار خود بوده و در اِعمال رفتارهای والدینی، بی‌ثبات و متناقض عمل می‌کنند. همین امر باعث ایجاد رفتارهای بی‌توجهی در کودکانشان می‌شود. از این رو، آموزش روش‌های مؤثر برقراری نظم و انضباط به مادران با اصلاح رفتارهای مادران، راهبردهای بسنده‌ای جهت کنترل مؤثر توجه و بهبود علایم در اختیار وی قرار می‌دهد (۳۵).

مقایسه‌ی ضرایب اتا در دو گروه نشانه بیش‌فعالی-تکانشگری و نقص توجه، حاکی از اثربخشی بیشتر PCIT روی نشانه‌های گروه نخست بود. در تبیین این موضوع، می‌توان به نتایج مطالعاتی اشاره کرد که نشان داده‌اند اصلاح الگوهای تعامل والد-کودک، روش مؤثری برای کنترل اختلالات رفتاری برون‌سازی شده، تکانشگری و رفتارهای ضد اجتماعی کودکان می‌باشد (۲۹). زیرا الگوهای تعامل منفی والد-کودک احتمالاً در بروز رفتارهای آسیب رسان کودکان، نقش به سزایی داشته و بنابراین PCIT با آموزش روش‌های والدگری مؤثر، شیوه‌های کاهش مشکلات رفتاری را به آنها آموزش داده و کیفیت روابط والد-کودک را بهبود می‌بخشد (۱۶).

علاوه بر این، هنگامی که سازگاری رفتاری کودک از طریق بروز نشانه‌های اخلال‌های رفتاری مختل می‌شود، به شدت تحت تأثیر فشارهای محیطی در خانواده قرار می‌گیرد. این فشار روانی، به طور عمده از طریق ایجاد تغییر در مقوله‌های اولیه، یعنی متأثر ساختن روابط والد-کودک، بر رفتار کودک اثر می‌گذارد. نمود فوری این موارد، افزایش رفتارهای آشکار نامطلوب مانند تکانشگری و فعالیت بیش از اندازه است که بیش از مشکلات توجه، خانواده و فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به تبع این موضوع، بکارگیری روش‌های آموزشی-درمانی با محوریت روابط مادر-کودک، بیش از هر چیز بر نشانگان بارز بیش فعالی و تکانشگری تأثیر می‌گذارد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج حاصل می‌توان گفت که بکارگیری شیوه‌های آموزشی کارآمد با محوریت اصلاح روابط و تعاملات مادر-کودک در خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به ADHD می‌تواند تا حدود قابل قبولی، مشکلات آنها را تخفیف دهد. آموزش شیوه‌های جدید و بسنده‌ی گفتگو، رفتار و پاسخگویی به مادران می‌تواند دور باطل تعامل ناکارآمد- استمرار یا تشدید نشانگان را از بین برده و به دنبال خود، موجب بهبود و کاهش نشانه‌های اختلال گردد. در حقیقت، با هدف قرار دادن اصلاح رفتار و تغییر شناخت، رفتار و نگرش والدگری و سبک و نحوه‌ی تعامل مادران این کودکان، می‌توان گام بزرگی در کاهش و بهبود علایم اصلی این اختلال برداشت.

بنابراین، پیشنهاد می‌شود آموزش مادران کودکان مبتلا به ADHD به عنوان یکی از برنامه‌های درمانی- اصلاحی این گروه، مد نظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همکاری مادران و کودکان مراجعه کننده به مراکز آموزشی-درمانی شهر ارومیه، مرکز مشاوره روانشناختی دانش آموزان سازمان آموزش و پرورش، مسؤولان محترم این مراکز و سرکار خانم دکتر سپهریان، سپاسگزاری به عمل می‌آید.

REFERENCES

1. Carmona S, Proal E, Hoekzema EA, Gispert JD, Picado M, Moreno I, et al. Ventro-striatal reductions underpin symptoms of hyperactivity and impulsivity in attention-deficit/hyperactivity disorder. Biol Psychiatry 2009;66:972–7.

2. Popper C. Pharmacologic alternatives to psychostimulants for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. Child Adolesc Psychiatric Clin North America 2000;9(3):605–46.

3. Kutcher S, Aman M, Brooks SJ. International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): Clinical implications and treatment practice suggestions. Eur Neuropsychopharmacol 2004;14:11–28.

4. Diagnostics and Statistics Manual of Mental Disorders. 4th ed, Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

5. Faraone SV, Biederman J, Monuteaux M, Spencer T. Long-term effects of extended-release mixed amphetamine salts treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder on growth. J Child Adolesc Psychopharmacol 2005;15:191–202.

6. Kakavand AR. ADHD: Theory and Therapy. Tehran: Sarafraz Pub; 2006. (Full Text in Persian)

7. DuPaul GJ, McGoey KE, Eckert TL, Van Brakle JV. Preschool children with ADHD: Impairments in behavioral, social and school functioning. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40:508–15.

8. Gail T, Elizabeth AS, Robyn L, Kelly M. Family interactions in children with and without ADHD. J Child Family Stud 2007;16:385–400.

9. Danforth JS, Barkley RA, Stokes TF. Observations of interactions between parents and their hyperactive children: research and clinical implications. Clin Psychol Rev 1991;11:703–27.

10. Auerbach JG, Landau R, Berger A, Arbelle S, Faroy M, Karplus M. Neonatal behavior of infants at familial risk for ADHD. Infant Behav Dev 2005;28:220–4.

11. Kazdin AE. Psychotherapy for Children and Adolescents: Directions for Research and Practice. New York: Oxford University Press; 2000. p. 23–24.

12. Mash EJ, Johnston C. Determinants of parenting stress: illustrations from families of hyperactive children and families of physically abused children. J Clin Child Psychol 1990;19:313–28.

13. Keown LJ, Woodward LJ. Early parent-child relations and family functioning of preschool boys with pervasive hyperactivity. J Abnormal Child Psychol 2002;30(6):541–53.

14. Karahmadi M. Parental interaction patterns in children with attention deficit hyperactive disorder and control group. J Res Med Sci 2007;12(3):143–6. (Full Text in Persian)

15. Berkovitz MD, O'Brien KA, Carter CG, Eyberg SM. Early identification and intervention for behavior problems in primary care: A comparison of two abbreviated versions of parent-child interaction therapy. Behav Ther 2010;41:375–87.

16. Chaffin M, Silovsky JF, Funderburk B, Valle L, Brestan EV, Balachova T, et al. Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: efficacy for reducing future abuse reports. J Consult Clin Psychol 2004;72(3):500–10.

17. Wagner SM, McNeil CB. Parent-child interaction therapy for ADHD: A conceptual overview and critical literature review. Child Family Behav Ther 2008;30:2311–56.

18. Herschell AD, McNeil CB. Theoretical and empirical underpinnings of parent-child interaction therapy with child physical abuse populations. Educ Treat Children 2005;28(2):142–62.

19. Bell S, Eyberg SM. Parent-child interaction therapy. In: VandeCreek L, Knapp S, Jackson TL, editors. Innovations in clinical practice: A Source Book (Vol. 20). Sarasota FL: Professional Resource Press; 2002. p. 57–74.

20. Lyon A, Budd KS. Parent-child interaction therapy: A new program at the depaul community mental health center. Lllinos Assoc Infant Mental Health News 2005;41(18):7–11.

21. Pincus DB, Eyberg SM, Choate ML. Adapting parent-child interaction therapy for young children with separation anxiety disorder. Educ Treat Children 2005;28(2):163–82.

22. Abbasi M, Neshat Dost HT, Agha Mohamadian Sher-baf HR. Effectiveness of parent-child interaction therapy on reduction of symptoms in separation anxiety disorder. J Clin Psychol 2010;2(2):47–57. (Full Text in Persian)

23. Timmer SG, Urquiza AJ, Zebell NM, Mcgrath JM. Parent-child interaction therapy: Application to maltreating parent-child dyads. Child Abuse Neglect 2005;29:825–42.

24. Shahim S, Yousefi F, Shahaeian A. Standardization and psychometric characteristics of the Conner's teacher rating scale. J Educ Psychol (Ahvaz Shahid Chamran University, College of Education and Psychology) 2007;1,2:1–26. (Full Text in Persian)

25. Swanson JM. SNAP-IV Scale. Irvine: University of California; Child Development Center. 1995.

26. Ghorji Y, Seif AA, Delavar A, Karimi Y. Comparision of effectiveness teacher and parent behavior improvement methods on ADHD symptoms reduction in primary school students. Knowledge Res Appl Psychol 2005;7(23):1–22. (Full Text in Persian)

27. Bussing R, Fernandez M, Harwood M, Hou W, Garvan C, Eyberg SM, et al. Parent and teacher SNAP-IV ratings of attention deficit hyperactivity disorder symptoms: psychometric properties and normative ratings from a school district sample. Assessment 2008;15:317–28.

28. Eyberg SM, McDiarmid MD. Parent-child interaction therapy. In: Gross AM, Drabman RS, editors. Encyclopedia of behavior modification and cognitive-behavior therapy. (Vol. 2), Thousand Oaks, CA: Sage. 2005:940–4.

29. Thomas L, Zimmer-Gembeck M. Behavioral outcomes of parent-child interaction therapy and triple P-positive parenting program: A review and meta-analysis. J Abnormal Child Psychol 2007;35:475–95.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

30. Matos M, Bauermeister JJ, Bernal G. Parent-child interaction therapy for Puerto Rican preschool children with ADHD and behavior problems: A pilot efficacy study. Family Process 2000;48:232–52.

31. Gallagher N. Effects of parent-child hnteraction therapy on young children with disruptive behavior disorders. Bridges Practice-Based Res Synth 2003;1(4):1–17.

32. Fisher PK, Kane C. Coercion theory: Application to the inpatient treatment of conduct disordered children. J Child Adolesc Psychiatric Nurs 1998; 11(4): 129-134.

33. Patterson GR, Reid JB, Dishion TJ. Antisocial boys. Eugene, OR: Castalia; 1992. p. 100–1.

34. Dishion TJ, Patterson GR. The timing and severity of antisocial behavior: Three hypotheses within an ecological framework. In: Stoff D, Brieling J, Maser J, editors. Handbook of Antisocial Behavior. New York: Wiley; 1997. p. 205–17.

35. Calzada E, Amiry A, Eyberg SM. Principles of psychotherapy with behavior problem children. In: Koocher GP, Norcross JC, Hill SS, editors. Psychologist's Desk Reference. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2005. p. 61–97.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]