

تأثیر همزمان راهبردهای مداخله‌ای در کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی از نوع تکانش‌گری (مطالعه تک - موردی)

حمید اسدی* / دکترای روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان
مهرداد کلانتری / دانشیار گروه روان‌شناسی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان
آرش هیربد / دکترای روان‌پزشکی، وزارت بهداشت و آموزش پزشکی
ثریا حسینی رضی / کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، آموزش و پرورش استثنایی تهران
سیده اقدس موسوی / کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، آموزش و پرورش استثنایی تهران

چکیده

زمینه: اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، اثرات جبران‌ناپذیری در زمینه تحصیلات، ارتباط با همسالان، والدین و معلمان ایجاد می‌کند. هدف پژوهش حاضر تأثیر همزمان راهبردهای مداخله‌ای در کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی از نوع تکانش‌گری بود. روش: طرح پژوهش به روش تجربی تک‌آزمودنی از نوع چند خط پایه بود که به مدت ۶۱ جلسه هفتگی در یک دانش‌آموز پسر دوره متوسطه کم‌توان‌ذهنی اجرا گردید. داده‌ها با استفاده از مصاحبه بالینی، مقیاس سنجش اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، مقیاس درجه بندی کانرز فرم معلم (۹۶۹۱) و فرم والد (۹۹۹۱) جمع‌آوری و بر اساس آزمون شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد تأثیر همزمان راهبردهای مداخله‌ای در کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی از نوع تکانش‌گری از نظر بالینی معنی‌دار می‌باشد. نتیجه‌گیری: راهبردهای مداخله‌ای همزمان در کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی از نوع تکانش‌گری موثر هستند. واژه‌های کلیدی: راهبردهای مداخله‌ای، اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، تکانش‌گری

آنچه که موجب این اختلال می‌شود به دست نیامده است. جلوه بالینی ناهمگنی در هر دو عوامل محیطی و ژنتیکی در علت اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی اثر دارند. چالش‌ها در افشای ژن مستعد به این اختلال در پژوهش‌های آینده بررسی خواهد شد (گلووسیا و همکاران^۴، ۲۰۱۳). بیشتر پژوهش‌های انجام شده روی سیر اختلال یاد شده بیانگر آن است که با افزایش سن به تدریج و به طور آشکار نشانه‌های بیش‌فعالی و تکانش‌گری بهبود می‌یابد، اما مشکلات توجه و تمرکز باقی می‌ماند (لوئیس^۵، ۲۰۰۲).

از آنجا که معلمان، در مواجهه مستقیم با مسائل تحصیلی کودکان بیش‌فعال هستند و نقش کلیدی در شناسایی، ارجاع و حتی روند درمان این کودکان دارند، لازم است راهکارهای لازم در تعامل با کودکان بیش‌فعال را بدانند بتوانند عملکرد صحیحی

اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی در بر گیرنده نشانه‌های تحولی نامناسب از جمله بیش‌فعالی، بی‌توجهی و تکانش‌گری است (سادوک و سادوک^۱، ۲۰۰۵). این نشانه‌ها اثرات جبران‌ناپذیری در مدرسه، اجتماع و محیط خانه کودک بر جای گذاشته و مشکلاتی را در زمینه تحصیلات رسمی، ارتباط با همسالان و رابطه با والدین کودک ایجاد می‌کند (چای^۲، ۲۰۰۲). معیارهای تشخیصی بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی روی دو نکته تأکید دارد: وجود نارسایی‌های مرتبط با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی تا پیش از ۱۲ سالگی و وجود این اختلال در دست کم دو محیط مختلف، در خانه و مدرسه، خانه و محل کار، خانه و مدرسه و محل کار (جنیفر و همکاران^۳، ۲۰۱۴). تاکنون فهم دقیقی از

1. Sadock & Sadock

2. Chi

3. Jennifer & et al

* hamid_asadi35@ymail.com

4. Glauca et al

5. Lewis

آموزش مدیریت والدین یکی از روش‌هایی است که بر سایر روش‌های درمانی برتری دارد (فابیو، پلهام، کولس، جی ناگی، چرونیس، توسانو، اوکونر^۹، ۲۰۰۹). کرتوچویل، واگن، بارکر، کور، ولر، مادن^{۱۰}، ۲۰۰۹). آموزش والدین یک وجه مکمل از مداخله‌های روان‌درمانی است (سادوک^{۱۱}، ۲۰۰۳). در برنامه‌های آموزشی به والدین اطلاعات و شناخت کافی از اختلال ارایه می‌شود و این اطلاعات سبب می‌شود تا والدین متقاعد شوند رفتارهای نامعقولی که گاهی اوقات از فرزندشان سر می‌زند، ارادی و عمدی نیست (گرچی^{۱۲}، ۲۰۰۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که به‌کارگیری روش‌های کنترل و نظارت بر رفتار کودک باعث تغییر نگرش والدین و آن منجر به کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی می‌شود (فابیانو و همکاران^{۱۳}، ۲۰۱۲؛ زای و همکاران^{۱۴}، ۲۰۱۳).

پژوهش‌های موردی نشان می‌دهد که آموزش‌های اصلاح رفتار، کاهش معنی‌داری را در نشانه‌های این اختلال ایجاد کرده است؛ ولی مقایسه گروهی آن‌ها این تأثیرات را کمتر نشان می‌دهد (گرچی، سیف، دلاور و کریمی، ۱۳۸۴). در ایران پژوهش‌های اندکی در مورد تأثیر کاربرد همزمان راهبردهای مداخله‌ای به صورت تک‌آزمودنی انجام شده است. نقش معلمان، والدین و رفتار درمان‌گر در رفع مشکلات این کودکان بسیار مهم است. از این رو این پژوهش برای پاسخ‌گویی به سؤال زیر اجرا شد:

آیا کاربرد همزمان راهبردهای مداخله‌ای در کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی از نوع تکانش‌گری از کارایی برخوردار است؟

روش

روش پژوهش حاضر آزمایشی تک‌آزمودنی از نوع چند خط پایه بود که به مدت ۱۶ جلسه هفتگی یک ساعته برای یک دانش‌آموز پسر دوره متوسطه کم‌توان ذهنی اجرا شد.

در تعامل با آن داشته باشند (گرینهیل و هیچت من^۱، ۲۰۰۹). شواهد نشانگر آن است که فنون شرطی‌سازی عاملی، وابستگی مبتنی بر تقویت و ترکیب آن‌ها با آموزش مهارت‌های اجتماعی و فنون مدیریت رفتاری به بهبود توجه و تنظیم تکانه کودکان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی منجر می‌شود (بارکلی، ۱۹۹۰؛ دوپل و استونر، ۱۹۹۴ هر دو به نقل از پوساواک و شریدان و پوساواک^۲، ۱۹۹۹). همچنین اورگان^۳ (۲۰۰۵) معتقد است که مداخله‌های رفتاری در کلاس درس به همراه آموزش کنترل تکانه به کاهش رفتارهای تکانشی و نیز افزایش توجه در کودکان مبتلا منجر می‌شود. در راهبردهای شناختی-رفتاری نارسایی راهبردهای حل مسئله علت اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی فرض می‌شود. آن‌ها از مداخله‌هایی که منجر به رشد و ایجاد خودآموزی‌ها می‌شود، حمایت می‌کنند (ارکو، کوهن، جدس^۴، ۲۰۰۴). در پژوهشی راهنمایی‌های ساده به مدارس برای مدیریت بیش‌فعالی مفید گزارش شده است (تیمز و مرل^۵، ۲۰۰۵). پژوهش هوبارت^۶ (۱۹۹۳) در مورد تأثیر آموزش معلمان و مداخله‌های کلاسی نشان داد که ارایه آموزش به معلمان، در زمینه نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی راهبرد آموزشی مناسب، علل این اختلال و مشکلات خانوادگی همراه با آن و کارایی دارودرمانی و عوارض جانبی، امیدوارکننده است. ارایه آموزش به معلمان و والدین به طور همزمان در پژوهش‌های موردی سودمند گزارش شده است؛ از جمله فرستادن یادداشت‌های روزانه از مدرسه به منزل توانست مشکلات بی‌توجهی، مخرب بودن و میزان فعالیت اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی را کاهش دهد. در این روش، معلم هر روز رفتارهای کودک را ارزیابی کرده و به والدین گزارش می‌داد و آن‌ها نیز با پیامدهای مثبت و منفی، رفتار کودک را تقویت یا تنبیه می‌کردند (مک کاین و کلی^۷، ۱۹۹۳؛ نقل از مور^۸، ۲۰۰۱).

1. Greenhill & Hechtman

2. Posavac, Sheridan, & Posavac

3. O'ragan

4. Arco, Cohen, Geddes

5. Tymms & Merrell

6. Hobart

7. Maccaine & Kelly

8. Moore

9. Fabio, Pelham, Coles, Gnagy, Chronis, Tuscano, O'Connor

10. Kratochvil, Vaughan, Barker, Corr, Wheeler, Madaan

11. Suddok

12. Gorji

13. Fabiano and et al

14. Xie and et al

ابزار

۱. مقیاس سنجش اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی: این پرسش نامه بر اساس ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی تهیه شده است. از این رو روایی آن مورد تأیید روان پزشکان و روان شناسان است. با این وجود ضوابط تشخیصی پرسش نامه اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی که بر اساس راهنمای مذکور تهیه شده توسط برخی از پژوهشگران در ایران مورد بررسی قرار گرفته است. پایایی این پرسش نامه در ایران از طریق آلفای کرونباخ توسط سهرابی (۱۳۷۹) محاسبه شده که ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۳ به دست آمده است (کلانتری، نشاط دوست، زارعی، ۱۳۸۰). این پرسش نامه شامل ۱۸ سؤال می باشد و نشانه ها را در سه زیر گروه بی توجهی، بیش فعالی و تکانش گری بررسی می کند. به هر زیر گروه ۹ سؤال تعلق می گیرد و به هر سؤال نمرات بین صفر (هیچ وقت) تا ۳ (همیشه) داده می شود. دانش آموزانی که دست کم ۶ نشانه از هر یک از زیر گروه های بی توجهی، بیش فعالی یا تکانش گری با مقیاس شدت ۳ (همیشه) داشتند، به عنوان نوع بی توجه یا بیش فعال- تکانش گر در نظر گرفته می شوند.

۲. مقیاس های درجه بندی کانرز (فرم معلم و والدین): این مقیاس ها ابزارهایی هستند که کاربرد وسیعی در زمینه های بالینی و پژوهشی کودکان دارند. این مقیاس ها در سال ۱۹۶۹ به منظور کمک به شناسایی کودکان بیش فعال طراحی شد؛ اما پژوهش ها در دهه های اخیر نشان داده اند که این مقیاس ها برای مشخص ساختن مشکلات رفتاری دیگر نیز مفید هستند. در طی صدها پژوهش و چند دهه کاربرد بالینی، روشن شد که مقیاس درجه بندی کانرز در کاربردهای غربالگری کلی برای اختلال ها و مشکلات کودکی مفید هستند و در صورت ترکیب اطلاعات حاصل از معلم و والدین برای دستیابی به ارزیابی تشخیصی کامل، می توانند سودمند باشند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). پژوهش ها نشان می دهد که معلمان می توانند با استفاده از مقیاس درجه بندی کانرز فرم معلم به ارزیابی تشخیصی پردازد. این فرم دارای ۲۸ سؤال است و ۷ سؤال آن برای تشخیص بیش فعالی می باشد که در این پژوهش نیز از آن استفاده شده است. بدین منظور کسب میانگین ۱/۵ یا بالاتر در این سؤال ها نشانه

بیش فعالی است (علیزاده، ۱۳۸۶). اعتبار این مقیاس در پژوهش های مختلف از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است (نقل از اسماعیلی، ۱۳۸۶). پرسش نامه کانرز والدین در سال ۱۹۹۹ از سوی کانرز و همکاران استاندارد شده است. فرم والدین مقیاس کانرز دارای ۴۸ سؤال است که والدین کودک آن را تکمیل می کنند. کانرز و همکاران پایایی این مقیاس را ۰/۹۰ گزارش نموده اند. اعتبار این پرسش نامه از سوی موسسه علوم شناختی ۰/۸۵ گزارش شده است (علیزاده، ۱۳۸۴). به دست آوردن میانگین ۱/۵ یا بالاتر بر وجود اختلال بیش فعالی دلالت دارد که در این پژوهش از آن استفاده شده است. برای هر عبارت مقیاس یاد شده چهار درجه از نظر شدت و وضعیت مشکل رفتاری در نظر گرفته شده است. از پاسخ دهنده خواسته می شود که اگر مشکل رفتاری در کودک مورد نظر وجود ندارد، گزینه اصلا، اگر مشکل دارای مقدار کمی است، گزینه دوم (فقط کمی)، اگر شدت مشکل در حد متوسط است، گزینه سوم (زیاد) و اگر مشکل بسیار زیاد است، گزینه چهارم (بسیار زیاد) را علامت بزند.

۳. مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته: مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته توسط مایکل و همکاران به منظور ابزاری جهت تشخیص گذاری بر اساس معیارهای چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی می باشد. از مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته بیش از هر مصاحبه تشخیصی استاندارد دیگری در پژوهش های روان پزشکی استفاده می شود، زیرا پژوهش های مختلف حاکی از روایی و پایایی مطلوب آن است. پایایی تشخیص گذاری مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته با روش آزمون - باز آزمون به طور تقریبی تمام تشخیص هایی که بررسی آماری آن ها امکان پذیر بود پایایی بالاتر از ۰/۴ (پایایی قابل قبول) داشته اند (شریفی و همکاران، ۱۳۸۳). برای بررسی روایی از شاخص های کاپا، درصد توافق تشخیصی، حساسیت و ویژگی استفاده شده است. برای همه تشخیص ها به جز اختلال های اضطرابی کاپا بالاتر از ۰/۴ بود. در بیشتر تشخیص ها، ویژگی بالاتر از ۰/۸۵ و در نیمی از این تعداد بالای ۰/۹ بوده است که نشان دهنده ویژگی مطلوب است. شاخص حساسیت تا حدودی پایین تر بوده است (امینی و همکاران، ۱۳۸۶).

شیوه اجرا

جلسه سوم: بررسی تکالیف خانگی انجام شده و...
جلسه چهارم: وصل کردن نقاط، آموزش سرمشق دهی کلامی با صدای بلند، بازی نقش و...
جلسه پنجم: بررسی تکالیف خانگی انجام شده جلسه قبل، یادآوری مراحل خودآموزی کلامی و...
جلسه ششم: بررسی تکالیف خانگی انجام شده و...
جلسه هفتم: توضیح مرحله سوم خودآموزی کلامی و...
جلسه هشتم: بررسی تکالیف خانگی انجام شده و...
جلسه نهم: توضیح مرحله چهارم خودآموزی کلامی، دانش آموز با صدای آرام به خودشان دستور می‌دهد و آن را اجرا می‌کند و...
جلسه دهم: بررسی تکالیف خانگی انجام شده و...
جلسه یازدهم: توضیح مرحله پنجم و نجوا کردن دستورات به وسیله دانش آموز و...
جلسه دوازدهم: بررسی تکالیف خانگی انجام شده و...
جلسه سیزده تا شانزده: مرور مرحله پنجم و تمرکز آن بر تکالیف درسی و...

خلاصه‌ای از فرآیند راهبردهای اصلاح رفتار

این روش توسط معلمان با سابقه آموزشگاه استثنایی پیروزی شهر تهران انجام شد. این راهبرد در چهار حیطه زیر که هر یک از حیطه‌ها به مدت ۴ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بود به اجرا در آمد.

الف) آموزش تغییر رفتار مبتنی بر شرطی‌سازی عاملی:

۱. شناخت رفتار آماج.
۲. تقویت‌کننده‌ی مثبتی را انتخاب کنید برای مثال برچسب، خوراکی، تحسین، وقت آزاد برای انجام کار دلخواه.
۳. اجرای منظم قواعد در کلاس برای دانش آموز توضیح داده شود.
۴. ارتباط بین قواعد و نحوه‌ی استفاده از تقویت‌کننده‌ها برای دانش آموز توضیح داده شود که چه موقع از آن‌ها استفاده خواهد شد.
۵. برای دانش آموز توضیح داده شود که در صورت انجام مکرر رفتار مناسب در آینده چه اتفاقی خواهد افتاد.

ب) آموزش تأخیر - پاسخ:

در این روش به دانش آموز آموزش داده می‌شود

این پژوهش در سه مرحله اجرا شد: در مرحله نخست با نشست‌های پی در پی با معلمان، والدین و متخصصان روان‌شناسی و روان‌پزشکی، انجام طرح مقدماتی جهت اصلاح وضع موجود بررسی شد و همچنین از مشاهده رفتار دانش آموز و ابزارهای سنجش جهت تشخیص و تعیین خط پایه (پیش‌آزمون) استفاده شد. در مرحله دوم، برای دستیابی به هدف پژوهش و با توجه به چند علیتی بودن اختلال یاد شده (هوش بهر پایین‌تر از متوسط (IQ: ۷۴)، سابقه اختلال رفتاری، ناکارآمدی خانواده و عدم برخورداری از آموزش شیوه مقابله‌ای، کمبود نیازهای آموزشی معلمان)، سلسله فرآیندهای مورد نیاز با کمک متخصصان روان‌شناسی و روان‌پزشکی و معلمان طراحی شد و با تعیین رفتار آماج در دانش آموز (بی‌نظمی، بی‌قراری، ضعف خودکنترلی و نارسیایی توجه) راهبردهای مداخله‌ای مبتنی بر خودآموزش دهی کلامی، راهبرد اصلاح رفتار و آموزش والدگری مثبت پیشنهاد گردید. در مرحله سوم، با هماهنگی‌های انجام شده میان معلمان، والدین و روان‌شناس و مشاوره خانواده اقدامات زیر به مدت ۱۶ جلسه هفتگی به مدت ۶۰ دقیقه به‌طور همزمان به اجرا در آمد و در ۳ مرحله در پس‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفت.

خلاصه‌ای از خودآموزی کلامی (مایکن بام)

این روش توسط روان‌شناس انجام گرفت.

جلسه نخست: خوش آمدگویی، بیان اجرای جلسه، چگونگی مقررات جلسات و علت مشکلات رفتاری به زبان ساده

جلسه دوم: آموزش خودآموزی کلامی و مراحل آن:

- الف) تعریف مسئله (چه کار باید کنم؟)؛
 ب) روش حل مسئله (قرار است من تا آخر راه را طی کنم)؛
 ج) جمله‌ها هنگام روبه‌رو شدن (آها این کار درست نیست. بیا آن را پاک کنم و با دقت بیشتر آن را دنبال کنم)؛
 د) خود تقویت دهی (تمام شد، حالا می‌توانم بگویم که کارم را درست انجام داده‌ام)
 - انجام تکلیف در خانه و ارایه آن در جلسه بعدی.

عینی، استفاده از سیستم اقتصاد ژتونی و نمودار رفتاری؛
جلسه پنجم: ارایه تکالیف خانگی همراه با راهنمایی لازم.
جلسه ششم: شناساندن آثار ناخواسته تنبیه، نکات لازم برای استفاده مؤثر از تنبیه، روش‌های وضع قوانین و نیز مداخله‌های مربوط به کاهش رفتارهای نامطلوب و اصلاح رفتار به مادران؛

جلسه هفتم: ارایه تکالیف خانگی همراه با راهنمایی لازم.
جلسه هشتم: شناساندن موقعیت‌های پر دردسر و آموزش روش‌های برنامه‌ریزی و آمادگی به مادران برای مقابله مؤثر با آن؛
جلسه نهم: ارایه تکالیف خانگی همراه با راهنمایی لازم.

جلسه دهم: شناساندن موانع تغییر و روش‌های مقابله با آن‌ها و آموزش تمرین عملی در مورد مشکلات شایع
جلسه یازدهم: ارایه تکالیف خانگی همراه با راهنمایی لازم.

جلسات دوازدهم تا شانزدهم: محتوای این جلسات در چارچوب اصلی این برنامه در مورد نحوه کاربرد مهارت‌های آموخته شده بود.

در این پژوهش از شاخص تغییر پایا^۲ برای معنی‌داری آماری و از درصد بهبودی برای معنی‌داری بالینی استفاده شد. شاخص تغییر پایا برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تجربی تک آزمودنی است. در این طرح‌ها خود آزمودنی گروه کنترل خودش می‌باشد.
 شاخص تغییر پایا از فرمول (نمره پیش‌آزمون - نمره پس‌آزمون / خطای معیار تفاوت) بدست می‌آید. برای آنکه این شاخص از لحاظ آماری معنی‌داری باشد، باید نتیجه آن مساوی یا بیشتر از $(RCI \leq 1/96)$ باشد (جاکوبسون و تراکس^۳، ۱۹۹۱).

برای به دست آوردن معنی‌داری بالینی از فرمول درصد بهبودی (نمره پیش‌آزمون - نمره پس‌آزمون / نمره پیش‌آزمون) و عدد به دست آمده ضرب در صد می‌شود. اگر درصد بهبودی دست کم ۵۰ درصد باشد، می‌توان نتایج را از نظر بالینی معنی‌دار قلمداد کرد. امروزه در پرتو روش‌های درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا، این انتقاد که طرح‌های تجربی تک آزمودنی روش آماری ندارند، وارد نیست (او گلز، لونر، بونستیل^۴، ۲۰۰۱).

که قبل از عمل درک کند، فکر کند و در انجام فعالیت‌هایی که نیاز به تمرکز و فکر دارد این جمله‌ها را با خود تکرار کند: گوش کن، ببین، تأمل کن، پاسخ بده.

ج) اجرای نقش مثبت از طریق بازی نقش: معلم می‌تواند نقش خود را با دانش‌آموز عوض کند. این کار به دانش‌آموز کمک می‌کند تا به درک درست‌تری نسبت به نحوه‌ی قضاوت سایرین نسبت به خویش نائل شود. همچنین از این طریق می‌توان ویژگی‌های افراد دوست‌داشتنی را که عبارت‌اند از: قابل اعتماد، بادقت، باادب، راستگو، متفکر، مسئول، با ملاحظه، درستکار، وقت‌شناس و غیره به دانش‌آموز آموزش داد.

د) روش محروم کردن: روش محروم کردن به دنبال بی‌انضباطی یا بدرفتاری دانش‌آموز انجام می‌گیرد به این قصد که او را چند دقیقه‌ای منزوی کند که نتایج شگرفی نیز به دنبال دارد (باربارا، ۲۰۰۶).

خلاصه‌ای از آموزش والدگری مثبت (ترنر و همکاران، ۲۰۰۰)

این روش توسط مشاوره خانواده انجام گرفت.
جلسه نخست: معرفی برنامه و ساختار جلسات، ارایه اطلاعات در مورد اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی، انواع و میزان شیوع آن، نشانه‌ها، علل احتمالی، روش‌های درمانی موجود، عوامل مؤثر در مشکلات رفتاری کودکان، آموزش نحوه مشاهده و ثبت رفتار و ...

جلسه دوم: معرفی روش‌های تقویت و بهبود رابطه مادر-کودک با توجه به اختصاص وقت، ابراز محبت کلامی و غیرکلامی؛ آموزش مهارت‌های جدید از جمله: لباس پوشیدن، مرتب کردن وسایل پس از خاتمه بازی با ارایه مثال، به کارگیری آموزش پپرس، بگو، انجام بده.

جلسه سوم: ارایه تکالیف خانگی همراه با راهنمایی لازم.

جلسه چهارم: شناسایی انواع تقویت‌کننده‌ها، روش‌های افزایش توجه و رفتارهای مطلوب از طریق ارایه توجه، تحسین کلامی، امتیاز، فعالیت‌های جذاب و بازخوردهای

2. Reliable Change Index
 3. Jacobson & Truax
 4. Ogles, Lunner, Bonesteel

1. Turner & et al

نتایج

در این پژوهش تأثیر راهبردهای مداخله از طریق مقیاس کانرز (فرم معلم و فرم والد) و مقیاس سنجش اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی با ارایه خط پایه (پیش‌آزمون) آغاز شد و تداوم پاسخ‌ها در سه مرحله پس‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفت که نتایج آن‌ها در جدول ۱ و نمودارهای ۱ و ۲ نشان داده شده است.

جدول ۱. نتایج مقایسه نمرات مقیاس کانرز فرم معلم و فرم والد و مقیاس سنجش اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی

نمره‌ها	پیش‌آزمون (خط پایه)	پس‌آزمون		
		ارزیابی ۱ (جلسه ۶)	ارزیابی ۲ (جلسه ۱۱)	ارزیابی ۳ (جلسه ۱۶)
کانرز فرم معلم	۲۱	۱۹	۱۱	۹
کانرز فرم والد	۲۸	۲۱	۱۵	۱۰
سنجش اختلال	۲۴	۱۷	۱۳	۸
جمع کل	۷۳	۵۷	۳۹	۲۷
خطای معیار تفاوت	-	۱/۶۶	۰/۸۸	۱/۷۶
محاسبه تغییر پایا	-	۹/۶	۳۸/۶	۲۶/۱
محاسبه درصد بهبودی	-	%۲۲	%۴۶/۵	%۶۳

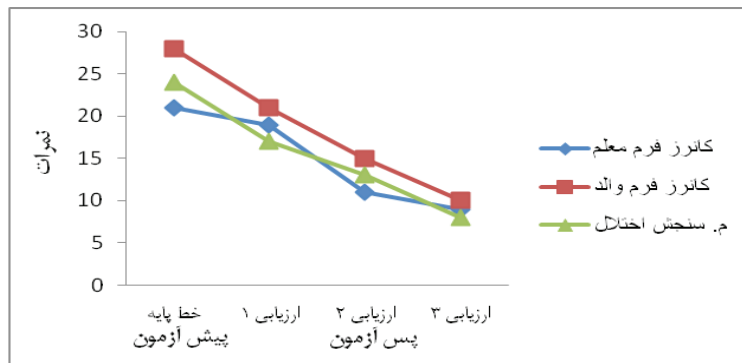
از مقدار برش ۵۰٪ بیشتر است، بنابراین میزان بهبودی از لحاظ بالینی معنی‌دار می‌باشد. شاخص میزان تغییر پایا در پس‌آزمون ۲، ۱ و ۳ به ترتیب برابر با (۹/۶، ۳۸/۶ و ۲۶/۱) بود که از مقدار $(RCI \leq 1/96)$ بیشتر می‌باشد، بنابراین میزان تغییر پایا از لحاظ آماری نیز معنی‌دار است. بیشترین میزان شاخص تغییر پایا در پس‌آزمون ۲ (۳۸/۶) گزارش شده است.

جدول ۱ و نمودارهای ۱ و ۲ نشان می‌دهد که دانش‌آموز با اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی از نوع تکانش‌گری در پس‌آزمون ۱ (ارزیابی ۱، جلسه ششم) میزان بهبودی (۲۲٪) در پس‌آزمون ۲ (ارزیابی ۲، جلسه یازدهم) میزان بهبودی (۴۶/۵٪) و در پس‌آزمون ۳ (ارزیابی ۳، جلسه شانزدهم) میزان بهبودی (۶۳٪) کاهش قابل ملاحظه‌ای در شدت نشانه‌های تکانش‌گری به همراه داشته است. این کاهش نشانه‌ها در پس‌آزمون ۳ (۶۳٪)

نمودار ۱. روند درصد بهبودی نمرات مقیاس کانرز فرم معلم، فرم والد و مقیاس سنجش اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی



نمودار ۲. سیر نزولی نمرات در مقیاس کانرز فرم معلم، فرم والد و مقیاس سنجش اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی



بحث

توجه- بیش فعالی از نوع تکانش گری در دانش آموز کم توان ذهنی کاسته شده است. همچنین راهبردهای مداخله‌ای به طور همزمان توانسته است نشانه‌ها را تعدیل و اصلاح نماید. بنابراین با راهبردهای مداخله‌ای همزمان می‌توان رفتار دانش آموز کم توان ذهنی مبتلا به اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی از نوع تکانش گری را بهبود بخشید. پایداری و ثبات در کاهش نشانه‌ها نیاز به آزمون پیگیری دارد.

معنی‌داری بالینی در مقایسه با معنی‌داری آماری به تغییرات قابل ملاحظه در نشانه‌ها می‌پردازد و همچنین دیدگاه واقع‌بینانه‌تری در اثربخشی‌های مداخله‌ای در طرح‌های تجربی تک آزمون‌ی ارائه می‌دهد. با وجود این، معنی‌داری بالینی دارای محدودیت‌هایی است از جمله اینکه، امکان تعمیم آن به جامعه مورد نظر و یا جامعه بالینی را ندارد. این پژوهش نیاز به تکرار دارد تا بتوان به نتایج آن اعتماد بیشتری نمود. در این راستا، بررسی روان‌سنجی ابزارهای سنجش از نظر میزان حساسیت و دقت، ضروری است. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از سنجش‌هایی که می‌توانند سطح اختصاصی و سطح عملکردی آزمودنی را اندازه‌گیری کنند، استفاده شود. همچنین با پژوهش در راهبرد پکیج درمان^۱ می‌توان فعالیت‌های مختلف بالینی در اختلال یاد شده را غنی‌تر کرد.

پیشنهاد می‌شود با توجه به پیچیدگی ویژه اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی، برنامه‌های آموزشی برای معلمان شامل دوره‌های عملی در دانشکده‌ها و همچنین دوره‌های آموزشی ضمن خدمت به صورت کارگاه تخصصی با در نظر گرفتن وجوه عملی و کاربردی اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی و سایر اختلال‌های شایع تدوین شوند.

پژوهش‌های بسیاری نشان می‌دهد که اغلب ویژگی‌های رفتاری دانش آموز با اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی مانند عملکرد تحصیلی ضعیف، حواس پرتی، درگیری با همکلاسی‌ها، بی‌توجهی به تکالیف، قواعد مدرسه و صحبت‌های معلم در مدرسه بروز پیدا می‌کند و آن زمینه آشفستگی در روابط بین فردی را فراهم نموده و واکنش منفی اولیا مدرسه را تشدید می‌کند و باعث نگرش منفی و طرد شدن از سوی همسالان و بزرگسالان شده و منجر به ایجاد درگیری و نابسامانی در محیط مدرسه و خانواده می‌شود. بنابراین آگاهی‌های علمی در مورد این اختلال می‌تواند بر نحوه تفسیر والدین و معلمان تأثیر بگذارد.

نتایج این پژوهش نشان داد که شاخص میزان تغییر پایا در پس آزمون مرحله ۲، ۳ و ۴ به ترتیب برابر با (۹/۶، ۳۸/۶ و ۲۶/۱۳) است که از مقدار (۱/۹۶) \leq RCI بیشتر می‌باشد؛ این میزان تغییر از لحاظ آماری معنی‌دار است. به بیان دیگر راهبردهای مداخله‌ای به طور همزمان در کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی از نوع تکانش گری از لحاظ آماری معنی‌دار است. این نتایج با یافته‌های گرجی و همکاران (۱۳۸۴)، بارکلی (۱۹۹۰)، دوپل، استونر (۱۹۹۴)، کاین و کلی (۱۹۹۳)، اسکاچر و همکاران (۲۰۰۲)، اورگا (۲۰۰۵)، فایانو و همکاران (۲۰۱۲)، زای و همکاران (۲۰۱۳) همخوان است. بنابراین تغییرات ایجاد شده نتیجه همزمان راهبردهای مداخله‌ای می‌باشد و به لحاظ آماری به کاهش نمرات در پایان راهبردها می‌توان اعتماد نمود. همچنین نتایج نشان می‌دهد میزان بهبودی در پس آزمون ۳، (۶۳٪) می‌باشد. به سخن دیگر حدود ۶۳ درصد از شدت نشانه‌های اختلال نارسایی

منابع

- اسماعیلی، آ. (۱۳۸۶). میزان شیوع و ویژگی‌های جمعیت شناختی دانش‌آموزان ابتدایی با اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی در جمعیت روستایی بیرجند. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی بیرجند.
- امینی، ه؛ شریفی، و؛ اسعدی، س؛ و کاویانی، ح. (۱۳۸۶). روایی نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای (SCID DSM-IV) فصلنامه پایش. ۷(۱): ۴۹-۵۷.
- شریفی، و؛ اسعدی، س؛ محمدی، م؛ امینی، ه؛ کاویانی، ح؛ سمنانی، ی؛ و شعبانی. (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای (SCID) DSM-IV. تازه‌های علوم شناختی. ۶(۲۰۱): ۱۰-۲۲.
- علیزاده، ح. (۱۳۸۴). تبیین نظری اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی: الگوی بازداری رفتاری و ماهیت خودکنترلی، پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۵(۳): ۳۲۳-۳۲۴.
- علیزاده، ح. (۱۳۸۶). اختلال نارسایی توجه- فزون‌جنبشی. ویژگی‌ها ارزیابی درمان، تهران: رشد.
- کلانتری، م؛ نشاط دوست، ح؛ و زارعی، م. (۱۳۸۰). تأثیر آموزش رفتاری والدین و دارو درمانگری بر میزان علایم فزون‌کنشی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی، مجله روان‌شناسی، ۱۸(۵): ۱۱۸-۱۳۵.
- کواترچویل، ت؛ و موریس، ر. (۲۰۰۲). روان‌شناسی بالینی کودک (روش‌های درمانگری)، ترجمه نائینام، م، رهنما، بیابانگرد، ا.، روشنی، ر، ضیاعی، ز.، سراج‌ن و آزاد، ا. (۱۳۸۱). تهران: رشد.
- گرچی، ی؛ سیف، ع؛ دلاور، ع؛ و کریمی، ی. (۱۳۸۴). مقایسه اثر بخشی کاربرد روش‌های اصلاح رفتار والدین و معلمان و ترکیب هر دو در کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه دانش‌آموزان دوره ابتدایی دانش و پژوهش در روان‌شناسی (۲۳): ۱-۲۲.
- مایکل، ام؛ کلفورد جی، د؛ و وینستون، ا. (۲۰۱۰). روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی. ترجمه علیزاده، ح، گنجی، ک، یوسفی، ل، مجید یادگاری، ف. (۱۳۸۸). انتشارات دانژه.
- Arco, L., Cohen, L., & Geddes, K. (2004). Verbal selfregulation of impulsive behavior of persons with frontal lobe brain injury. *Behavior Therapy*; 35 (3) , 19-605.
- Chi, T. C. (2002). Mother-Child Relationship Of Children With ADHD: *Journal of Abnormal Child Psychology*.
- Conner's, C. K., Wells, K. C., Parker, J. D., Sitarenios, G., Diamond, J. M., G., Diamond, J. M., & Powell, J. WA. (1997). new self-report scale for assessment of adolescent psychopathology: Factor structure, reliability, validity, and diagnostic sensitivity, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 487
- Fabio, G. A., Pelham, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A., & O'Connor, B. C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatment for attentiondeficit/ hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 29 (2) , 129-40.
- Fabiano, G. A. (2012). A Waitlist-Controlled Trial of Behavioral Parent Training for Fathers of Children with ADHD: *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41, (3).
- Gorji, Y. (2003). Investigating and comparing the efficacy of corrective methods application by teacher and parent in reduction of the symptoms of attention deficit and hyperactivity disorder [Dissertation]. Tehran, Iran: Allameh University.
- Glauca, C. Akutagava, M. A., Salatino, O. C., Costa, K., Luis, A., & Mara, H. H. (2013). Genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: current findings and future directions, doi: 10.1586/ern. 13 (4): 435-445.
- Greenhill, L. L., Hechtman, L. I. (2009). Attention Deficit Disorders. In: Sadock, B. J., Sadock, V. A, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia; Lippincott Williams and Wilkins. 3560-3579.
- Kratochvil, C. J., Vaughan, B. C., Barker, A., Corr, L., Wheeler, A., & Madaan, V. (2009). Review of pediatric attention-deficit/hyperactivity disorder for the general psychiatrist. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North American*, 32 (1) , 39-56.
- Lewis, M. (2002). Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook. Philadelphia: Williams & Wilkins, (645-665).
- Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal Abnormal psychology*, 59, 12- 19
- Jennifer, L. Vande, V., Nicole., D. & Jameson, R. (2014) Impact of the DSM-5 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Age of Onset Criterion in the U.S. Adolescent Population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, (10.1016/j. jaac..03.005).
- Meichenbaum, D. H., & Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: A means for developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115-125.
- Moore, D. T. (2001). Behavioral interventions For children with ADHD, New York: The Guilford Press.
- Ogles, B.M., Lunner, K.M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application and current practice. *Clinical Review*, 21, 421-446.
- O'rgan, F. J. (2005). ADHA. Continuum international publishing group.
- Polanczyk, G.I., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. 164 (6): 942-8.
- Posavac, H. D.; Sheridan, M. & Posavac, S. (1999). A cueing procedure to control impulsivity in children with Attention Hyperactivity Disorder. *Journal Behavior Modification*, 23, 234-253.
- Sadock, B.J., & Sadock, VA. (2005). Synopsis of psychiatry and behavioral Sciences. (8th Ed.) Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 3181-3195.
- Sadock, B.J., & Virginia, M. D. (2003). Synopsis of psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. (Translated book by Hasan Rafie and Khosro Sobhanian). Tehran: Arjmand press;: 342-68.
- Turner, KMT., Dadds, CM., & Sanders, MR. (2000). Facilitator's Manual for Group Triple P (2nd ed). Milton. Queensland. Australia: Triple P International.
- Tymms, P., & Merrell, C. (2005). Screening and interventions for inattentive, hyperactive and impulsive young children. Research report to the Economic and Social Research Council (ESRC).
- Xie, J., Faye, D., Ong, M. Y., Junshun, Z. Y., & Julie B. S. (2013). A Study on the Effectiveness of Videoconferencing on Teaching Parent Training Skills to Parents of Children with ADHD; *Telemedicine and e-Health*. March, 19 (3) , 192-199.