

Research Paper

Designing a Family- Centered Behavioral Management Program (FBMP) and
Assessing its Effectiveness in Reducing Symptoms of Attention Deficit and
Hyperactivity Disorder



Aliakbar Torabi¹, Gholamali Afrooz^{*2}, Fariba Hsani³, Fateme Golshani³

1. Ph.D. Student of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Iran

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Citation: Torabi A, Afrooz G, Hsani F, Golshani F. Designing a family- centered behavioral management program (fbmp) and assessing its effectiveness in reducing symptoms of attention deficit and hyperactivity disorder. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2020; 7(1): 257-269.

 <http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.7.1.22>

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Family-centered
behavioral management
program (FBMP),
ADHD,
primary school children

Background and Purpose: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) is one the most prevalent disorders in childhood and adolescence. Children with ADHD have usually different problems in controlling their behaviors. Their families are confronted with many doubts and conflicts in managing the behaviors of these children. This study aimed to design a *family-centered behavioral management program* (FBMP) and assess its effectiveness in reducing the symptoms of ADHD in the primary school students.

Method: This study was an applied research with quasi-experimental pretest-posttest control group design and follow-up stage. The statistical population included the parents of all primary school children with ADHD in Tehran city in the academic year 2018-2019. 64 parents out of this population were selected by convenience sampling and then randomly assigned to either the experimental or control group. The experimental group received ten 90-min sessions of FBMP, while the control group was put on a waiting list to receive it. Data were collected by Conner's Teacher and Parent Rating Scale (1999). Repeated Measures ANOVA was used to analyze the data.

Results: Data analysis by repeated measures ANOVA revealed that FBMP was significantly effective in reducing the symptoms of ADHD in the primary school children. Findings showed that there was a significant difference between the groups in the posttest (55.13) and follow-up stage (46.75) ($P \leq 0.05$). Therefore, results showed that the program was significantly effective in reducing the symptoms of ADHD and this efficacy was stable during the 2-month follow-up period.

Conclusion: Based on the results of this study, it can be concluded that FBMP makes a better transaction between the children with ADHD and their parents and shapes a better understanding between them, which ultimately leads to improvement of child's behavior.

Received: 18 Sep 2019

Accepted: 14 Mar 2020

Available: 20 Jun 2020

* **Corresponding author:** Gholamali Afrooz Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Iran.

E-mail addresses: Afrooz@ut.ac.ir

2476-5740/ © 2019 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).

مقاله پژوهشی

طراحی برنامه مدیریت رفتاری خانواده‌محور و اثربخشی آن بر کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه - فزون‌کنشی

علی اکبر ترابی^۱، غلامعلی افروز^{۲*}، فریبا حسنی^۳، فاطمه گلشنی^۳

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. استاد ممتاز گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

برنامه مدیریت رفتاری

خانواده‌محور،

اختلال نارسایی توجه و فزون-

کنشی،

کودکان دبستانی

زمینه و هدف: اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی یکی از رایج‌ترین اختلالات دوران کودکی و نوجوانی است که کودکان مبتلا به آن، معمولاً در مهارت‌های خود، مشکلات زیادی دارند و خانواده‌های آنان نیز در مدیریت رفتار این کودکان، با تردیدها و تعارض‌های زیادی مواجه می‌شوند. هدف پژوهش حاضر طراحی برنامه مدیریت رفتاری خانواده‌محور و ارزیابی اثربخشی آن بر کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی کودکان دبستانی، است.

روش: این مطالعه یک پژوهش کاربردی از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و جلسه پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی والدین دارای کودک دبستانی با اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی شهر تهران در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل می‌داد. با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۶۴ نفر از این والدین، انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. گروه آزمایش یک دوره آموزش ۹۰ دقیقه‌ای برنامه مدیریت رفتاری خانواده‌محور را در طی ۱۰ جلسه دریافت کرد، ولی گروه گواه بدون آموزش در نوبت انتظار قرار گرفت. ابزار غربالگری و جمع‌آوری داده‌ها، مقیاس کانرز ۱۹۹۹ (فرم معلم و والدین) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از مدل آماری تحلیل واریانس با تکرار سنجش (درون بین آزمودنی) استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های حاصل از روش تحلیل واریانس با تکرار سنجش نشان داد که به طور کلی برنامه مدیریت رفتاری خانواده‌محور بر کاهش میزان نشانه‌های نارسایی توجه/فزون‌کنشی، تأثیر معناداری داشته است. همچنین یافته‌های این مطالعه نشان داد که تفاوت بین گروهی در مرحله پس‌آزمون (۵۵/۱۳) و پیگیری (۴۶/۷۵)، معنادار بوده است ($P < 0/05$). در نتیجه می‌توان گفت برنامه مذکور بر کاهش میزان اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی اثربخشی معناداری داشته و این نتایج در دوره پیگیری دوماه نیز پایدار بوده است.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که برنامه مدیریت رفتاری خانواده‌محور باعث می‌شود که والدین ارتباط بهتری را با کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی خود برقرار کنند و در نتیجه درک عمیق‌تری بین والدین و کودک شکل می‌گیرد که در نهایت باعث بهبود وضعیت رفتاری کودک می‌شود.

دریافت شده: ۹۸/۰۶/۲۷

پذیرفته شده: ۹۸/۱۲/۲۴

منتشر شده: ۹۹/۰۳/۳۱

* نویسنده مسئول: غلامعلی افروز، استاد ممتاز گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران.

رایانامه: Afrooz@ut.ac.ir

تلفن: ۶۱۱۱۱-۰۲۱

مقدمه

کودکان با اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی^۱، معمولاً در مهار رفتارهای خود موانعی دارند؛ گرچه به نظر می‌رسد این موانع از نظر بدنی به نقص کارکرد لوب پیشانی آنها مربوط است (۱)، اما عوامل اجتماعی و تربیتی نیز در بروز، شدت، و ضعف آن نقش مهمی دارند (۲). موضوع مهم این است که عدم توانایی این دسته از کودکان در مهار به موقع رفتارهای زائد خود، باعث ایجاد مشکلات تعاملی فراوانی در خانواده می‌شود که می‌تواند بر عملکرد خانواده به عنوان یک سامانه منسجم تأثیر گذاشته و کارکردهای متداول در میان اعضای خانواده را دچار نقص کند (۳). ارتباط این دسته از کودکان در درجه اول با خود و میزان آگاهی آنها از خودشان تا حدود زیادی دارای آسیب است و از سوی دیگر راه‌های ارتباطی آنها با والدین و دیگر اعضای خانواده نیز مشکلات فراوانی دارد. نتایج مطالعه‌ای که تأثیر مداخله گروهی را بر ذهن آگاهی، حرمت خود^۲، و مشکلات اجتماعی دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی بررسی کرده است، نشان داد که تمرین‌های ذهن آگاهی با تشویق، نگرش پذیراتر و غیرقضاوت‌گرانه نسبت به خود، و دیگران و همچنین با پرورش نگرش‌های مشفقانه نسبت به خود، توانسته است تغییرات مطلوبی در نگرش این دانش‌آموزان نسبت به خود و سبک ارتباطی آنها با خود پدید آورد (۴). خانواده‌های این کودکان در سنین مدرسه ممکن است دچار سرخوردگی، ناامیدی، و حتی مشکلات روانی شوند؛ ضمن اینکه این کودکان مشکلات مالی و اقتصادی فراوانی را به علت هزینه‌های بالای درمانی، به خانواده خود تحمیل می‌کنند (۵).

اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی یکی از اختلالات عصب‌روان‌شناختی دوران کودکی است که معمولاً تا بزرگسالی تداوم می‌یابد (۶). این اختلال با الگوی مداوم نارسایی در توجه و تکانشگری مشخص می‌شود که در سنین کودکی بروز پیدا می‌کند. در این اختلال بر خودنظم‌دهی ضعیف و مشکل در مهار رفتار به عنوان نقیصه اصلی آن، تأکید زیادی شده است. از آنجایی که سبک والدگری بر بسیاری از جوانب زندگی فرزندان تأثیر عمده‌ای دارد، در پژوهشی که با هدف

بررسی تأثیر آموزش والدگری مثبت مبتنی بر روی آورد ساندروز بر افزایش شادزیستی و کاهش تعارض والد-فرزندی^۳ دانش‌آموزان انجام شد، سودمندی آموزش والدگری مثبت را مورد تأیید قرار داد (۷). در بیشتر فرهنگ‌ها و جوامع، نرخ شیوع اختلال مذکور در کودکان ۵ درصد و در بزرگسالان ۲/۵ درصد اعلام شده است. میزان شیوع این اختلال در مردان فراوان‌تر از زنان است، به طوری که نسبت کودکان پسر به دختر ۲ به ۱ و ۱/۶ به ۱ در مردان نسبت به زنان است (۸). برخی صاحب‌نظران بر این باورند که نشانه‌های نارسایی توجه و فزون‌کنشی وقتی گسترش پیدا می‌کند که عوامل زمینه‌ساز اختلال با یک شیوه مستبدانه و ناکارآمد والدگری همراه شوند. در این وضعیت، کودکان قادر نیستند از فرامین والدین پیروی کنند و والدین مستبدانه‌تر و سختگیرتر می‌شوند تا فرزندان‌شان را مهار کنند، و این چرخه بارها و بارها تکرار می‌شود و کودک را به سوی مشکلات رفتاری و عدم تبعیت از دستورات والدین و قوانین محیط خانوادگی سوق می‌دهد (۹ و ۱۰). از سوی دیگر این اختلال بر تعامل کودکان با والدینشان و نیز شیوه پاسخدهی والدین به این کودکان تأثیر می‌گذارد، زیرا این کودکان بسیار پرحرف، منفی‌گرا، و بی‌اعتنا هستند و کمتر مشارکت و همکاری می‌کنند. آنها همچنین ممکن است از اجرای قواعد و قوانین سرباز زنند؛ مشکلات رفتاری برون‌نمود^۴ مانند پرخاشگری و قانون‌شکنی از خود نشان دهند؛ در انجام کارهای محوله اهمال کار باشند؛ و در انجام فعالیت‌های خواسته شده و نظم در امور زندگی روزمره، نیز با مشکل مواجه شوند (۱۱ و ۱۲).

برنامه‌های خانواده‌محور آموزش والدین^۵ باعث تغییر نگرش اعضاء خانواده نسبت به کودک دارای اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی می‌شود؛ بنابراین پذیرش و نگرش مثبت خانواده‌ها نسبت به این کودکان، شرایط لازم را برای برقراری تعامل مثبت در اعضاء خانواده فراهم کرده و مهارت‌های والدگری والدین را بهبود می‌دهند (۳). روش‌های خانواده‌محور در حوزه‌های مداخلات آموزشی-روانی و درمانی می‌توانند به جای فرد، خانواده را محور توجه قرار داده و به دنبال تغییر

4. Outward behaviors
5. Family-centered parent training programs

1. Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD)
2. Mindfulness and self-respect
3. Happiness and reduction of parent-child conflict

الگوهای ارتباطی اعضا با یکدیگر باشند (۱۳). پژوهشی که به منظور بررسی تأثیر مهارت‌های والدگری بر بهبود اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی انجام شده نشان داد که اگرچه رفتارهای منفی والدین نسبت به کودک، علائم و نشانه‌های این اختلال را تشدید می‌کند؛ ولی رفتارهای والدین صرفاً دلیل ایجاد این اختلال نیست و می‌توان نتیجه گرفت که روابط نامناسب بین والدین و کودک به صورت یک دور باطل رخ می‌دهد (۱۴). بررسی‌ها نشان داده‌اند که تنظیم رفتار والدین به ویژه مادران در مواجهه با این کودکان به بهبود نشانه‌های این اختلال منجر می‌شود (۱۵). در یک مطالعه با بررسی تأثیر برنامه آموزش مدیریت والدین به ویژه مادران باردار، نشان داد که مداخله آموزشی با کاهش علائم اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی، رفتارهای پرخاشگرانه کودکان، و تنش والدین را بهبود می‌بخشد (۱۶-۱۸). بیماری‌های مزمن و ناتوانی‌های کودک، اثرات قابل توجهی در کارکرد خانواده دارد و خانواده را درگیر وظایف زیاد، مسئولیت‌ها و نگرانی‌ها در ارتباط با نیازهای مراقبتی، خدمات آموزشی، پزشکی، تحمل هزینه از نظر خدمات، آینده مبهم، انزوای اجتماعی و از دست دادن فرصت‌های اجتماعی، غیبت زیاد از کار، مشکلات مالی، جسمی، و عاطفی می‌کند (۱۹). مدیریت والدین به ویژه مادران بر کاهش علائم رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی از طریق اصلاح شیوه‌های تعاملی خانواده با کودک، مؤثر بوده و مشکلات هیجانی این دسته از کودکان را بهبود می‌بخشد (۲۰). هر قدر نظام خانواده از استحکام بیشتری برخوردار باشد و روابط میان اعضای آن عاطفی‌تر و عقلانی‌تر باشد، فرزندان نیز از تربیت مطلوب‌تری بهره‌مند خواهند شد. تربیت اخلاقی و فکری انسان در طفولیت و کودکی، پایه‌گذار شخصیت او در میان‌سالی و کهن‌سالی بوده و تعادل در تربیت مستلزم همزمانی تحول جسمانی، عاطفی، و ذهنی است. این فضای تحول‌آفرین همان نهاد خانواده است که پایه‌های اساسی آن را زوجین تشکیل می‌دهند و در ادامه، فرزندان در آن ایفای نقش می‌کنند (۲۱).

از آنجا که هدف اصلی در پژوهش حاضر طراحی برنامه مدیریت رفتاری خانواده‌محور و ارزیابی اثربخشی آن بر میزان اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی کودکان دبستانی بود، از این‌رو مسئله مورد نظر این بود که چه برنامه‌ای می‌تواند ساختار معیوب روابط خانوادگی (والد-

والد و والد-کودک) را ترمیم و اصلاح کند و اثربخشی مناسبی بر کاهش میزان اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی داشته باشد. با وجودی که پژوهش‌های متعددی در این زمینه در داخل و خارج از ایران انجام شده است، اما تاکنون دانش و روش قابل اتکایی در زمینه مدیریت رفتاری اعضای خانواده که اثربخشی قابل قبولی بر نشانه‌های اختلال داشته باشد، ایجاد نشده است. با توجه به این باور که خانواده تنها نهاد فطری، طبیعی، بی‌بدیل، و جاودانه انسان است (۱۶) و نظر به اینکه به طور معمول خانواده‌ها شیوه‌های مختلف درمانی متفاوتی از قبیل دارودرمانی، روان‌درمانی، و درمان‌های سنتی را برای کودکانشان تجربه کرده‌اند، اما در بیشتر موارد نتایج مورد انتظار نصیبشان نشده است و گاهی فکر می‌کنند زندگی آنها با آرامش، فاصله زیادی دارد و احساس رضایت مطلوبی از زوجیت خود ندارند. این موضوع ضرورت پرداختن به روش‌های خانواده‌محور مدیریت رفتاری در زمینه این گروه از کودکان را افزایش داده است (۱۶). همچنین اهمیت این پژوهش در این است که در طراحی برنامه مدیریت رفتاری خانواده‌محور در مطالعه حاضر از برنامه آموزش رفتاری-ارتباطی بارکلی (۳) که اثربخشی آن در ایران نیز بررسی و تأیید شد (۲۲) و مبانی نظری روان‌شناسی انسان‌گرا و مثبت‌گرای برنامه رضایتمندی زوجیت افروز (۲۳) نیز استفاده شده است؛ نتیجه اینکه مطالعه حاضر با هدف طراحی برنامه مدیریت رفتاری خانواده‌محور و ارزیابی اثربخشی آن بر میزان بهبود اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی کودکان دبستانی انجام شد.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر از جمله پژوهش‌های کاربردی و از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و جلسه پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی والدین (مادران و پدران) دارای فرزند دبستانی (دختر یا پسر) مبتلا به اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی شهر تهران در سال تحصیلی ۹۸-۹۷ بود. با توجه به نرخ شیوع ۵ تا ۸ درصد اختلال (۲۴) و پراکندگی این کودکان در مدارس که استفاده از روش تصادفی را امکان‌پذیر نداشت، به روش نمونه‌گیری در دسترس، یکی از پرجمعیت‌ترین مدارس ابتدایی شهر تهران (هر دو نوبت پسرانه و دخترانه)

چه امتیاز فرد بالاتر رود، میزان اختلال کودک بیشتر خواهد بود و برعکس. اعتبار به دست آمده در این پرسشنامه برای کل مقیاس $0/76$ ، ضریب آلفای کرونباخ برای کل آن معادل $0/86$ ، و روایی کلی آن $0/82$ گزارش شده است. همچنین این ضرایب برای زیر مقیاس‌ها از $0/74$ برای فزون‌کنشی تا $0/89$ برای بی‌توجهی-رؤیاءپردازی، گزارش شده است (۲۵).

۲. فرم والدین: در این مطالعه از این فرم برای ارزیابی دیدگاه شرکت‌کنندگان درباره رفتار فرزندشان استفاده شد. اعتبار این فرم از سوی مؤسسه علوم شناختی $0/85$ گزارش شد و روایی این ابزار در تمام گویه‌های آن، بالای $0/76$ و روایی همزمان با استفاده از پرسشنامه نقاط قوت و دشواری^۱، $0/70$ و در زمینه تعیین ارزش تشخیصی والدین $0/69$ تا $0/77$ گزارش شده است. ضمناً اعتبار درونی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس نارسایی توجه $0/88$ و پایایی آن با روش بازآزمایی، معادل $0/83$ به دست آمده است. به طور کلی می‌توان گفت، نتایج حاصل از فرایند این مطالعه و دیگر بررسی‌های ذکر شده، به روشنی نشانگر روایی و اعتبار مطلوب نسخه فارسی پرسشنامه کانرز (فرم والدین) است (۲۶).

ج) معرفی برنامه مداخله‌ای: برنامه مدیریت رفتاری خانواده‌محور با هدف جبران کاستی‌های ارتباطی موجود والد-والد و والد-فرزند در خانواده‌های دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی با روی‌آورد آموزشی-روانی متمرکز بر خانواده، با بهره‌گیری از رهنمودهای استادان متخصص توسط پژوهشگر طراحی شد. در این برنامه نظر به ضرورت محوریت خانواده از حیث احتمال اثربخشی آن بر میزان اختلال مذکور و با توجه به اینکه هدف اصلی این گونه برنامه‌ها، ارتقاء نگرش و تغییر رفتار اعضاء خانواده به ویژه همسران است (۲۷)، پروتکل این برنامه با بهره‌مندی از مبانی علمی و پشتوانه نظری مدل آموزش رفتاری-ارتباطی بارکلی (۳) و مدل روان‌شناسی انسان‌گرا و مثبت‌گرای برنامه رضایت زوجیت افروز، تلفیق و تنظیم شد (۲۳). در این برنامه ضریب همبستگی (اظهار نظر استادان) محتوای آن $0/89$ و ضریب پایایی آن به میزان $0/88$ به دست آمد و اثربخشی آزمایشی آن که بر روی یک گروه ۳۰ نفره از والدین دارای کودک دبستانی با

انتخاب شد. ابتدا اسامی ۱۲۰ دانش‌آموز که بر اساس فرم معلم کانرز (۱۹۹۹) دارای نشانه‌های اختلال بودند (با رعایت اصول اخلاقی مبنی بر محرمانه بودن اسامی از آگاهی دانش‌آموزان)، توسط معلمان استخراج شد. ۸۰ نفر از والدین ضمن اعلام رضایت، نشانه‌های رفتاری کودکانشان را از دیدگاه خود در قالب تکمیل فرم والدین کانرز (۱۹۹۹) گزارش کردند و سپس با توجه به ضعف پدران در رضایت داوطلبانه برای شرکت در برنامه‌های مدرسه، در نهایت ۶۴ نفر (۵۰ نفر مادر و ۱۴ نفر پدر) والدین که ۸ مادر تک‌والد هم جزء آنها بود، به عنوان گروه نمونه انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه ۳۲ نفره (۲۵ نفر مادر و ۷ نفر پدر) هر گروه) بر اساس ۴ ملاک تک‌والدی بودن، جنسیت، رده سنی، و سطح تحصیلات، مطابق اطلاعات مندرج در بخش اول فرم‌های تکمیل شده، هم‌تاسازی و جابدهی شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه آموزش ۹۰ دقیقه‌ای برنامه مدیریت رفتاری خانواده‌محور را دریافت کرد، ولی گروه گواه بدون آموزش در نوبت انتظار قرار گرفت. ملاک ورود به نمونه، وجود کودک دبستانی دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بر اساس فرم والدین مقیاس کانرز (۲۵) و رضایت کتبی والدین بود. شرکت همزمان در جلسات مشابه آموزش والدین، جزء ملاک خروج در نظر گرفته شده بود.

ب) ابزار: در پژوهش حاضر با توجه به هدف اصلی پژوهش حاضر مبنی بر اعتباریابی و ارزیابی اثربخشی برنامه خانواده‌محور بر میزان اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی کودکان دبستانی از دو فرم معلم و والدین مقیاس درجه‌بندی کانرز (۱۹۹۹) به عنوان ابزار پژوهش استفاده شد:

۱. فرم معلم: در این مطالعه به منظور غربالگری کودکان دبستانی دارای علائم و نشانه‌های اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی در مدرسه، از فرم معلم کانرز (۱۹۹۹)، استفاده شد. این فرم که با راهنمایی پژوهشگر توسط معلمان برای دانش‌آموزان دارای نشانه‌های اختلال تکمیل می‌شد، سه حیطه رفتار کلاسی، شرکت در گروه، و نگرش به مراجع قدرت را می‌سنجد و دارای ۳۸ گویه و ۶ خرده‌مقیاس: فزون‌کنشی، مشکلات رفتار هنجاری، سهل‌انگاری-هیجانی، اضطراب-انفعال، ضد اجتماعی، و رؤیاءپردازی-مشکلات توجه است. نمره کل آزمون دامنه‌ای از ۰ تا ۱۱۴ دارد. اگر نمره کودک بالاتر از ۵۷ به دست آید، بیانگر اختلال بوده و هر

اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی (مراجعه کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش) انجام گرفت، تفاوت معناداری را به میزان $\pm 0/51$ در سطح ($\alpha=0/05$) نشان داد.

قابل ذکر است که اثربخشی برنامه بارکلی، طی مطالعه‌ای در سال ۱۳۹۲، به میزان $\pm 18/66$ (اختلاف معنادار در میانگین‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون) و $\pm 18/08$ (میانگین‌های پیش‌آزمون-پیگیری)، و در سطح معناداری ($\alpha=0/001$) گزارش شده است. اثربخشی برنامه خانواده‌محور افروز نیز در پژوهشی در سال ۱۳۹۵، به میزان $25/005$ - (اختلاف معنادار در میانگین‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون) و $10/9$ - (میانگین‌های پیش‌آزمون-پیگیری)، در سطح معناداری ($\alpha=0/001$) گزارش شده است (۲۲ و ۲۳).

برنامه مدیریت رفتاری خانواده‌محور که اعتبار و اثربخشی آن بر اساس فرایند ذکر شده در یک مطالعه مقدماتی تأیید شد متشکل از یک پروتکل آموزشی ده جلسه‌ای بود که برای هریک از جلسات، عنوان مشخصی داشته و محتوای مرتبطی را در ارتباط با اهداف هر یک از جلسات، مورد توجه قرار می‌داد. در پایان هر جلسه به منظور بالا بردن میزان آگاهی و مهارت آزمودنی‌ها، تکلیفی از سوی آزمایشگر به

آزمودنی‌ها تجویز می‌شد و برای برخی تکالیف از آنها خواسته می‌شد که به عنوان یک موضوع مهم در منزل درباره آن بحث و بررسی کنند و گزارش آن را برای جلسه بعد با خود به همراه بیاورند. در جلسه بعد تعدادی از گزارش آزمودنی‌ها به شکل مختصر بررسی می‌شد. برای مثال، در جلسه اول با هدف برنامه-آگاهی، سعی شد تا آشنایی شرکت‌کنندگان نسبت به برنامه آموزشی-مداخله‌ای حاضر تا حد لازم ارتقاء یابد. در پایان جلسه، فکر کردن درباره وضعیت زندگی زوجیت خود و مشکلات فردی و خانوادگی در ارتباط با کودکان، به عنوان تکلیف ارائه شد و از آزمودنی‌ها خواسته شد تا گزارش آن را در جلسه بعد همراه داشته باشند. لازم به ذکر است که این برنامه پس از مشخص شدن گروه نمونه، روی ۳۲ نفر از والدین (گروه آزمایش) در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا و اثربخشی آن مورد بررسی قرار گرفت. به منظور ارزیابی ماندگاری اثربخشی مداخله آموزشی-روانی انجام شده بر آزمودنی‌ها، پس از گذشت دو ماه از اجرای پس‌آزمون، آزمون پیگیری با استفاده از ابزار پژوهش بر روی گروه آزمایش و گواه، اجرا و اطلاعات آن جهت تجزیه و تحلیل و تفسیر آماری، ثبت شد. تعداد جلسات، محتوای آموزش داده شده، اهداف آموزشی مورد نظر در هر جلسه، و تکالیف ارائه شده در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱: برنامه مدیریت رفتاری خانواده‌محور

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف
۱	آشنایی شرکت‌کنندگان با اهداف برنامه-آگاهی از مشکلات خانواده	تبیین اهداف برنامه - بررسی کیفیت زندگی و مشکلات خانواده‌های دارای کودک با اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی	فکر کردن درباره زندگی زوجیت خود و مشخص کردن مشکلات کودک دارای اختلال
۲	احیای اهداف و آرمان‌های ازدواج - ارتقاء صمیمیت	صداقت، باور به هدف آرامش در سایه ازدواج، تعهدات اخلاقی، خوش‌بینی، گشاده‌رویی، ارتباط عمیق با همسر	تعیین و به کارگیری جملات مثبت - تمرین خودآگاهی هیجانی
۳	اهمیت احساس همسر درباره کودک، ارتقاء تعهد مشترک نسبت به کودک	آراستگی ظاهری و کلامی - کاربرد مهارت، حس دوست داشتن، تحلیل تنش‌های کودک دارای اختلال - کنترل حسادت، اعتراض و نق‌زدن، حساب‌کشی و انتقاد منفی،	تحلیل نگرانی‌های همسر درباره زندگی مشترک و کودک دارای اختلال
۴	بهبودبخشی رابطه تعاملی والدین با کودک دارای اختلال و با همدیگر شناخت بیشتر اختلال	مرور احساسات هر دو والد نسبت به شرایط پس از ازدواج و فرزندآوری - تنش والدینی و مرتبط با اختلال و تکنیک‌های مدیریت آن - آشنایی والدین با نشانه‌ها و ویژگی‌های کودکان مبتلا	تمرین رابطه مثبت با کودک دارای اختلال با صبر و حوصله و درک کودک
۵	تحکیم باورهای خوشایند نسبت به همدیگر حتی با داشتن فرزند دارای اختلال تاب‌آوری متناسب با کودک	حل مسئله مشترک والدینی از طریق پذیرش واقعیت فرزند دارای اختلال و سازگاری با آن ضمن حفظ باور خوشایند در کنار همسر - رضایت از ارتباط زناشویی و پذیرش متقابل با وجود فرزند دارای اختلال، تحمل متقابل و تاب‌آوری	تمرین هماهنگی تربیتی (به کارگیری سبک منطقی و متعادل) - تمرین تاب‌آوری مشترک
۶	ارتقای مدیریت کودک - تحکیم الگوهای صحیح رضایت زوجیت و فرزند	مرور جلسات گذشته، نتیجه‌گیری و ارزیابی عملی از مهارت‌های کسب شده، رفع اشکالات و ارائه الگوهای درست در اصلاح آنها	استفاده از روش ایفای نقش در کلاس - مشاوره گروهی کوتاه در کلاس

۷	بهبود رابطه والد-والد و والد-کودک و قاطعیت	اصول بهبودبخشی رابطه تعاملی والدین با کودک، توانایی ایجاد ارتباط عاطفی عمیق با فرزند (همراه با قاطعیت منطقی)	تمرین قاطعیت در تشویق و تنبیه- خودداری از امر و نهی افراطی
۸	در نظر گرفتن رفتار کودک دارای اختلال - کمک به ارتقاء رضامندی زوجیت	توجه به همسر در موقعیت اجتماعی و احترام به همسر، با محبت صدا زدن همسر، عصبانیت کم و برخورد محبت‌آمیز، الگوی مطلوب بودن برای فرزند، حل‌صبرانه مسأله فرزند	تمرین راه کارهای متناسب با مسئله و خودمهاگری در هیجانات، تلاش برای حس آرامش
۹	تنظیم انتظارات با توانایی‌های کودک - کاربرد تشویق و تنبیه مناسب - توانمندسازی در مدیریت رفتار کودک- پی‌ریزی تعامل مؤثر والدین با مدرسه	اصول کلی مدیریت، والدگری مثبت و منسجم-، وحدت رویه در رویکرد تربیتی و سبک‌های تربیتی، برابری در احساس مسئولیت نسبت به فرزند دارای اختلال، عدم احساس برتری- نظام تشویق و تنبیه: آموزش روش اقتصاد پتای تهیه فهرستی از مسؤولیت‌ها و تکالیف کودک	استفاده از روش ایفای نقش در مدیریت رفتاری کودک- تمرین برای همسرپروری و توجه به نیازهای همسر- تمرین وحدت بخشی به سبک تشویق و تنبیه کودک دارای اختلال
۱۰	ارتقاء اعتماد به خود همسر، تنظیم مخارج کودک از درآمد خانوار- پس‌آزمون	انگیزه‌بخشی به همسر در حیطه شغل و فعالیت اقتصادی، تنظیم درآمد با مخارج، توجه به مخارج همسر- توجه به مخارج فرزند با اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی	تمرین و توجه به نیازهای مالی و اقدامات درمانی کودک - تکمیل کردن فرم آزمون کانرز

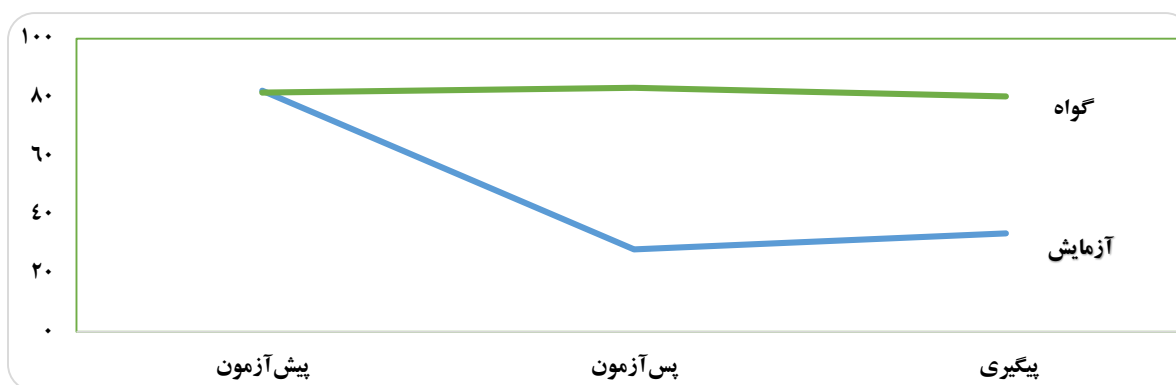
(د) روش اجرا: با توجه به نرخ شیوع ۵ تا ۸ درصد اختلال نارسایی

توجه/فزون‌کنشی (۲۴) و پراکندگی این کودکان در مدارس، از طریق مشورت با پژوهشگران و متخصصان و با نمونه‌گیری در دسترس، یکی از مدارس پرجمعیت منطقه ۴ شهر تهران انتخاب شد. ابتدا معرفی‌نامه پژوهشگر با ذکر عنوان پژوهش از سوی دانشگاه صادر و بر اساس آن، اداره کل آموزش و پرورش شهر تهران پس از بررسی‌های حرفه‌ای و هماهنگی‌های درون‌سازمانی، مجوز لازم را صادر کرد. با مراجعه به مدرسه مورد نظر، مدیر مدرسه هماهنگی‌های لازم جهت حضور پژوهشگر را ایجاد و از طریق هماهنگی‌های انجام شده و همکاری مؤثر معلمان طی یک جلسه توجیهی بر اساس فرم معلم مقیاس درجه‌بندی کانرز (۱۹۹۹)، درباره علائم رفتاری اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی، آموزش لازم به معلمان ارائه شد. فرم معلم مقیاس درجه‌بندی کانرز، برای تعداد ۱۲۰ نفر دختر و پسر در همه پایه‌ها از سوی آموزگاران تکمیل شد. پس از بررسی و تحلیل پرسشنامه‌ها، افراد نمونه ضمن رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای مبنی بر پیشگیری از برچسب‌گذاری و محرمانه بودن از

آگاهی دانش‌آموزان، انتخاب شدند. گروه آزمایش تعداد ۱۰ جلسه مداخله آموزشی - روانی را به میزان ۹۰ دقیقه در قالب برنامه مدیریت رفتاری خانواده‌محور به مدت یک ماه دریافت کردند. در طول این مدت گروه گواه، آموزشی را دریافت نکرده و در نوبت انتظار قرار گرفتند. روش تحلیل داده‌ها در مطالعه حاضر، تحلیل واریانس با تکرار سنجش (اسپانوا)^(۱) بود.

یافته‌ها

در شکل ۱، میانگین گروه‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری از طریق نمودار نشان داده شده است و در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش، شامل میانگین و انحراف استاندارد برای گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده‌اند، همچنین در این جدول نتیجه آزمون کالموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها ارائه شده‌اند.



شکل ۱: نمودار میانگین‌های گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیر پژوهش برای گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	آماره ZK-S	سطح معناداری
سطح اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی	پیش‌آزمون	آزمایش	۸۲/۲۸	۱۷/۴۳	۰/۲۰	۰/۰۶
		گواه	۸۱/۶۲	۲۲/۶۶	۰/۱۸	۰/۲۰
	پس‌آزمون	آزمایش	۲۸/۱۵	۶/۶۹	۰/۱۴	۰/۱۸
		گواه	۸۳/۲۸	۹/۵۱	۰/۲۰	۰/۱۱
	پیگیری	آزمایش	۲۳/۵۶	۱۵/۶۴	۰/۱۹	۰/۱۴
		گواه	۸۰/۳۱	۹/۷۷	۰/۱۰	۰/۲۰

با توجه به شکل ۱، در متغیر میزان اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی میانگین گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به صورت معناداری به دلیل کاهش میزان اختلال، کم‌تر از مرحله پیش‌آزمون است اما در گروه گواه به دلیل عدم کاهش اختلال، در میانگین مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری با مرحله پیش‌آزمون، مشاهده نشد. همچنین با توجه به جدول ۲، آماره Z آزمون کالموگروف اسمیرنف برای متغیر یاد شده در هیچ کدام از گروه‌ها معنادار نیست؛ بنابراین توزیع تمامی متغیرها نرمال است. همچنین یافته‌های جدول نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و از مرحله پس‌آزمون تا مرحله پیگیری، کاهش داشته است؛ اما میانگین گروه گواه در طی این مراحل تغییرات محسوسی نداشته است.

برای بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل واریانس با تکرار سنجش (اسپانوا) استفاده شده است. در این پژوهش یک عامل درون‌آزمودنی وجود داشت که زمان اندازه‌گیری متغیر پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری بود و یک عامل بین‌آزمودنی وجود داشت که آن عضویت گروه بود؛ لذا طرح مورد استفاده طرح درون-بین‌آزمودنی^۱ است. در این بخش نتایج آزمون تحلیل واریانس با تکرار سنجش برای گروه‌ها ارائه می‌شود، سپس در بخش بعدی، مقایسه‌های زوجی گروه‌ها ارائه می‌شود. در جدول ۳ نتایج آزمون موجلی به منظور بررسی کرویت متغیر پژوهش گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون موجلی جهت بررسی کرویت

متغیر	W موجلی	مجدور خی	درجه آزادی	سطح معناداری	اپسیلون گرین هاوس گیس	اپسیلون هاین فلت
سطح اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی	۰/۸۱۷	۱۲/۲۹	۲	۰/۰۰۲	۰/۸۴۶	۰/۶۴۲

1 - Within- Between Subject Analyze of Variance

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که آماره W موجلی برای متغیر میزان اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی (۰/۸۱۷) در سطح ۰/۰۰۲ معنادار است. این یافته حاکی از آن است که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته به صورت معناداری متفاوت است؛ بنابراین پیش‌فرض کرویت رعایت نمی‌شود. تخطی از پیش‌فرض کرویت باعث می‌شود آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F، درجه آزادی را با استفاده از دو روش گرین‌هاوس-گیسر^۱ و هاین-فلت^۲ تصحیح می‌کنند. اینکه از کدام روش تصحیح استفاده کنیم بنا بر پیشنهاد استیونس^۳ (۱۹۹۶)، اگر مقدار اپسیلون بزرگتر از ۰/۷۵ باشد از تصحیح هاین-فلت، و اگر اپسیلون کوچکتر از ۰/۷۵ باشد، و یا هیچ اطلاعاتی از کرویت وجود نداشته باشد از تصحیح گرین‌هاوس-گیسر استفاده می‌شود. با توجه به جدول ۴، مقدار اپسیلون شاخص گرین‌هاوس-گیسر بیشتر از ۰/۷۵ بزرگتر است و بنابراین از اپسیلون هاین-

فلت برای تصحیح درجه آزادی استفاده شد. با در نظر گرفتن تصحیح هاین-فلت در جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس با تکرار سنجش برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری گزارش شده است. لازم به ذکر است که سطح $P < ۰/۰۵$ برای رد فرض صفر در نظر گرفته شد. برای بررسی اندازه اثر نیز از مجذور اتای جزئی^۴ استفاده شد. مقدار مجذور اتای جزئی (۰/۰۱) و کمتر نشانگر اثر کم، (۰/۰۴) تا (۰/۰۹) اثر متوسط، و (۰/۱۰) و بیشتر نشانگر اثر زیاد است. مایلز و بانیار (۲۰۰۷) پیشنهاد می‌کنند در صورتی که تعداد نمونه‌ها در گروه‌ها برابر باشند، واریانس متغیر وابسته در این گروه‌ها برابر در نظر گرفته می‌شود و نیازی به اجرای آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌ها نیست. در نتیجه استفاده از آزمون تحلیل واریانس با تکرار سنجش (اسپانوا) به منظور ارزیابی اثربخشی متغیر مستقل بر متغیر وابسته بلا مانع است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری

متغیر	منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	آماره f	سطح معناداری	مجذور اتا
سطح اختلال	گروه‌ها	۲۱۵/۸۸	۱	۲۱۵/۸۸	۱۹/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۵۱
نارسایی توجه	مراحل	۱۲۴/۳۶	۱/۲۷	۱۱۷/۲۷	۵۹/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۵۲
و فزون‌کنشی	تعامل مراحل با گروه	۸۸/۰۱	۲/۰۳	۵۵/۰۵	۱۳/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۴۸

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، میزان F اثر تعامل مراحل و گروه‌ها برای متغیر میزان اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی (۱۳/۱۷) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ متغیر پژوهش (میزان اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. همچنین مجذور اتا برای

تمامی متغیرها بیشتر از ۰/۱۰ است که نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها بزرگ و قابل توجه است.

به منظور بررسی تفاوت گروه تحت آموزش برنامه مدیریت رفتاری خانواده‌محور (آزمایش) با گروه گواه در متغیر پژوهش در جدول ۶ نتایج مقایسه میانگین گروه‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری گزارش شده است.

جدول ۵: نتایج مقایسه میانگین گروه‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری در متغیر پژوهش

متغیر	مرحله	میانگین آزمایش	میانگین کنترل	تفاوت میانگین	خطای استاندارد برآورد	سطح معناداری
سطح اختلال	پیش‌آزمون	۸۲/۲۸	۸۱/۶۲	-۰/۶۶	۰/۵۱	۰/۰۰۰
نارسایی توجه	پس‌آزمون	۲۸/۱۵	۸۳/۲۸	۵۵/۱۳	۱/۰۲	۰/۰۰۰
و فزون‌کنشی	پیگیری	۲۳/۵۶	۸۰/۳۱	۴۶/۷۵	۰/۹۵	۰/۰۰۰

1. Greenhouse-Geisser
2. Huynh-Feldt

3. Stevens
4. Partial eta squared

رفتاری مرتبط با اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی مانند بی‌توجهی، عصبانیت، نقص در انجام تکالیف، حرکات و تکان‌های بیش از حد، تحریک‌پذیری، بی‌قراری، و آزار دیگران را تا حدود زیادی کاهش داده و همچنین باعث بهبود برخی مشکلات رفتاری از قبیل مهارپذیری در فروشگاه‌ها و مهمانی‌ها، نظم‌پذیری، تمرکز، خودمدیریتی، و خودنظارتی شد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های قبلی (۳، ۴، ۱۳، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۵ و ۲۶)، همسو است.

به طور کلی گرچه هر کدام از این پژوهش‌ها مؤلفه‌های مختلفی را مورد توجه داده‌اند، اما نتایج آنها بیانگر این است که برنامه‌های آموزشی-مداخله‌ای خانواده‌محور می‌توانند منجر به کاهش میزان اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی شوند. از آن جایی که خانواده‌ها به طور معمول شیوه‌های مختلف درمانی از قبیل دارودرمانی، روان‌درمانی، خانواده‌درمانی، و درمان‌های سنتی را برای این کودکان تجربه کرده‌اند و در بیشتر موارد نتایج مورد انتظارف نصیبشان نشده است؛ در نتیجه گاهی فکر می‌کنند زندگی آنها با آرامش، فاصله زیادی دارد و احساس رضایت مطلوبی از زوجیت خود ندارند، این موضوع ضرورت پرداختن به روش‌های خانواده‌محور مدیریت رفتاری در زمینه کودکان دارای اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی را دوچندان می‌کند (۱۴ و ۲۷).

رفتارهای ناشی از اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی اغلب منجر به آسیب در روابط خانواده و والد - کودک و افزایش تنش در میان اعضاء خانواده به ویژه والدین می‌شود. در نتیجه، یک بخش درمان این اختلال، کارکردن مستقیم با والدین به منظور اصلاح رفتارهای والدگری و نیز روابط بین فردی اعضاء خانواده جهت افزایش پیامدهای مثبت برای این دسته از کودکان است (۱۹). در نتیجه روش‌های خانواده‌محور در حوزه‌های مداخلات آموزشی-روانی و درمانی می‌تواند به جای فرد، خانواده را کانون توجه قرار داده و به دنبال تغییر الگوهای ارتباطی اعضاء با یکدیگر باشند (۱۷). همچنین می‌توان این نکته را استنباط کرد که برنامه مدیریت رفتاری خانواده‌محور می‌تواند کاهش میزان اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی را در کودکان در پی داشته باشند که در نتیجه والدین ارتباط بهتری را با این گونه کودکان برقرار خواهد کرد و متقابلاً در سایه این ارتباط بهتر، درک عمیق‌تری بین والدین و کودک شکل می‌گیرد. به عبارت دیگر بهبود ارتباط والد-

با توجه به جدول ۵، در متغیر میزان اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی تفاوت میانگین گروه آزمایش با گواه در مرحله پیش‌آزمون (۶۶/-)، در پس‌آزمون (۵۵/۱۳)، و در مرحله پیگیری (۴۶/۷۵) است ($p < 0/05$). این یافته نشان می‌دهد تفاوت میانگین گروه آزمایش با گروه گواه (۶۶/-) معنادار نیست و در نتیجه بین میانگین‌های گروه آزمایش و گواه در این مرحله تفاوت معناداری وجود ندارد. تفاوت میانگین گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون (۵۵/۱۳) و در مرحله پیگیری (۴۶/۷۵) معنی‌دار است ($p < 0/05$)؛ در نتیجه میانگین گروه آزمایش در این دو مرحله به طور معناداری کمتر از میانگین گروه گواه است. در نتیجه این یافته نشان می‌دهد که بین میانگین‌های گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین با توجه به یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت که برنامه مدیریت رفتاری خانواده‌محور بر کاهش میزان اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی کودکان دبستانی، اثربخشی مثبت و معناداری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این مطالعه طراحی برنامه مدیریت رفتاری خانواده‌محور و ارزیابی اثربخشی آن بر میزان اختلال نارسایی توجه - فزون‌کنشی در کودکان دبستانی بود. فرضیه پژوهش این بود که برنامه مدیریت رفتاری خانواده‌محور بر کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی کودکان دبستانی اثربخش است. ارزیابی ورودی و خروجی برای بررسی این اثربخشی با استفاده از فرم والدین مقیاس درجه‌بندی کانرز به عنوان ابزار پژوهش در این مطالعه، انجام شد. والدین دارای کودک با اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی بیشترین مشکل را در مدیریت رفتاری و مهار رفتار این دسته از کودکان دارند (۳). نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که برنامه خانواده‌محور طراحی شده که مبتنی بر دو حیطه روان‌شناختی مدیریت رفتاری و مؤلفه‌های رضایت زوجیت والدین و شامل ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش بر اساس پروتکل مربوط بود، توانسته است از طریق بهبود سبک مدیریت رفتاری والدین در برخورد با کودکانشان و بهبود رضایت زوجیت آنان، بر کاهش میزان اختلال این دسته از کودکان، اثربخشی مثبت و مستقیمی داشته است. یافته‌های این مطالعه نشان داد که آموزش ارائه شده از دیدگاه والدین، مشکلات

والد، باعث بهبود رابطه والد- کودک و در نهایت کودک- والد خواهد شد و در نتیجه عملکرد کودکان، مثبت‌تر شده و یک فرایند چرخشی سالم‌تری را رقم می‌زند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبرو بوده است که بیان آنها در نتیجه‌گیری از یافته‌ها مفید خواهد بود. با توجه به اینکه در این پژوهش فقط گمارش و اختصاص آزمودنی‌ها در گروه‌ها تصادفی بوده است، بازگشت آماری و رخدادهای همزمان با انجام پژوهش ممکن است اعتبار درونی پژوهش را محدود کند. عدم امکان کنترل دیگر متغیرهای تأثیرگذار بر نتایج و عدم انتخاب تصادفی شرکت‌کنندگان که منجر به استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس شد، ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش را محدود کند. یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه، دوره زمانی کوتاه مرحله پیگیری بود. از آن جایی که بهترین حالت آن یک فاصله زمانی شش ماهه است، در نتیجه دوره زمانی دو ماهه که به دلیل محدودیت زمانی اجرای پژوهش در نظر گرفته شد ممکن است استنباط درباره ماندگاری نتایج را با تردید مواجه کند. همچنین اثر تعاملی زمان و دفعات اندازه‌گیری متغیر وابسته نیز اعتبار بیرونی پژوهش را با محدودیت مواجه کرده است. بر اساس محدودیت‌های مطرح شده و نتایج این پژوهش، توصیه می‌شود برنامه مدیریت رفتاری خانواده‌محور

برای گروه‌های مختلف با فرهنگ‌های متفاوت و اقلیم‌های گوناگون، تدوین و مطالعه شود. علاوه بر آن طراحی و ارزیابی اثربخشی برنامه مدیریت رفتاری با هدف اختصاصی کاهش تنش والدین به طور مجزا، و نیز همراه با طراحی برنامه مدرسه‌محور با هدف کاهش میزان اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی در محیط‌های خانه و مدرسه، پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی: این پژوهش برگرفته از رساله دکترای آقای علی اکبر ترابی در رشته روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی با راهنمایی دکتر غلامعلی افروز و مشاورت دکتر فریبا حسینی و دکتر فاطمه گلشنی با کد ۱۰۱۲۰۷۰۵۹۷۲۰۱۹ است. همچنین مجوز اجرای آن بر روی افراد نمونه از سوی اداره کل آموزش و پرورش شهر تهران به شماره ۶۶۱۶۹/۶۴ مورخ ۹۸/۲/۲۴ برای مدارس منطقه ۴ صادر شده است. بدین وسیله از مسئولان اداره کل آموزش و پرورش شهر تهران و مدیریت آموزش و پرورش منطقه ۴، مخصوصاً کارشناسان مشاوره و آموزش ابتدایی که هماهنگی با مدارس جهت آموزش و پژوهش را انجام دادند، و همچنین از مدیر محترم مدرسه حمایتی شهید مهندس منصورنفر، معلمان فرهیخته و اولیای محترم که با شرکت در این پژوهش به ما کمک کردند، کمال تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تضاد منافع به دنبال نداشته است.

References

1. Yasumura A, Omori M, Fukuda A, Takahashi J, Yasumura Y, Nakagawa E, et al. Age-related differences in frontal lobe function in children with ADHD. *Brain Dev.* 2019; 41(7): 577–586. [Link]
2. Fischer BA. A review of American psychiatry through its diagnoses: The history and development of the diagnostic and statistical manual of mental disorders. *J Nerv Ment Dis.* 2012; 200(12): 1022–1030. [Link]
3. Weyandt L. Book review: Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York: Guilford. *J Atten Disord.* 2007; 11(2): 179–180. [Link]
4. Naseh A. The effect of mindfulness-based group intervention on self-esteem and social problems in students with symptoms of attention deficit / hyperactivity disorder. *Quarterly Journal of Child Mental Health.* 2019; 6(3): 256–268. [Persian]. [Link]
5. Zhao X, Page TF, Altszuler AR, Pelham WE, Kipp H, Gnagy EM, et al. Family burden of raising a child with ADHD. *J Abnorm Child Psychol.* 2019; 47(8): 1327–1338. [Link]
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub; 2013, pp: 59–66. [Link]
7. Farshad MR, Najarpourian S, Shanbedi F. The effectiveness of the positive parenting education based on sanders' approach on happiness and parent-child conflict of students. *Quarterly Journal of Child Mental Health.* 2018; 5(1): 59–67. [Persian]. [Link]
8. Bell CC. *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. *JAMA.* 1994; 272(10): 828–829. [Link]
9. Davison GC, Blankstein KR, Flett GL, Neale JM. *Abnormal psychology*. 5 edition. Wiley; 2013, pp: e221–223. [Link]
10. Davison GC, Neale JM. *Abnormal psychology*. 6th ed. New York: John Wiley; 1994, pp: e316–318. [Link]
11. Bussing R, Mason DM, Bell L, Porter P, Garvan C. Adolescent outcomes of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2010; 49(6): 595–605. [Link]
12. Guze SB. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. (DSM-IV). *Am J Psychiatry.* 1995; 152(8): 1228–1228. [Link]
13. Williford AP, Shelton TL. Behavior management for preschool-aged children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2014; 23(4): 717–730. [Link]
14. Donsky A. *Taking charge of ADHD: The complete authoritative guide for parents*. Revised edition. *Can Child Adolesc Psychiatr Rev.* 2003; 12(4): 124. [Link]
15. Baucom DH, Epstein N, Sayers S, Sher TG. The role of cognitions in marital relationships: definitional, methodological, and conceptual issues. *J Consult Clin Psychol.* 1989; 57(1): 31–38. [Link]
16. Zainali N, Afrooz G, Gholamali Lavasani M, Ghasemzadeh S. The effectiveness of family-based psychology program on marital satisfaction and their children's affiliation to computer games. *Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association.* 2018; 12(2): 100–113. [Persian]. [Link]
17. Danforth JS. A flow chart of behavior management strategies for families of children with co-occurring attention-deficit hyperactivity disorder and conduct problem behavior. *Behav Anal Pract.* 2016; 9(1): 64–76. [Link]
18. Bayrami M, Abdollahi E, Hashemi nosrat abad T. The effectiveness of parent management training on improvement of attention deficit hyperactivity disorder in children with epilepsy: Single subject study. *Razi Journal of Medical Sciences.* 2017; 24(157): 90–98. [Persian]. [Link]
19. Zubrick SR, Ward KA, Silburn SR, Lawrence D, Williams AA, Blair E, et al. Prevention of child behavior problems through universal implementation of a group behavioral family intervention. *Prev Sci.* 2005; 6(4): 287–304. [Link]
20. Ghasemi N, Nori L, Abdi Zarrin S. The effect of parent management training (PMT) on the reduction of behavioral symptoms in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Quarterly Journal of Child Mental Health.* 2019; 6(2): 1–12. [Persian]. [Link]
21. Charmforoush Jalali L, Hasanzadeh S, Davaei M, Afrooz G. Development and assessment of effects of de-stress training program on stress of mothers with mentally disabled children. *Iranian Rehabilitation Journal.* 2016; 14(4): 223–228. [Link]
22. Haji Seyed Javadi T, Borjali M, Borjali A. Effectiveness of Barkley's behavioral parent training in reducing symptoms of children with attention deficit hyperactivity disorder. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences.* 2014; 17(6): 47–52. [Persian]. [Link]

23. Ravaei F, Afrooz G, Hosseinian S, KhodayariFard M, Farzad V. Effectiveness of family- based Islamic – Iranian oriented psychological program in marital satisfaction. *Journal of Family Psychology*. 2016; 3(1): 17–30. [Persian]. [\[Link\]](#)
24. Shahim S, Mehrangiz L, Yousefi F. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in a group of elementary school children. *Iran J Pediatr*. 2007; 17(2): 211-216. [Persian]. [\[Link\]](#)
25. Shahim S, Yousefi F, Shahaeian A. Standardization and psychometric characteristics of the Conners' teacher rating scale. *Journal of Psychology and Education*. 2007; 14(1-2): 1–26. [Persian]. [\[Link\]](#)
26. Alizadeh H, Andries C. Interaction of parenting styles and attention deficit hyperactivity disorder in Iranian parents. *Child Fam Behav Ther*. 2002; 24(3): 37–52. [\[Link\]](#)
27. Afrooz, Gh. A. (2017). Review on practicality reliability, validity and normalization of couple's satisfaction scale among married women teachers in Tehran city. *Journal of applied psychological research*. Volume 7, Issue 4. pp: 163-179. [Persian]. [\[Link\]](#)