مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
تابستان ۱۳۹۱؛۴(۲):۲۵۱- ۲۴۵

*Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*
*Summer 2012;4(1):245-251*

**مقاله پژوهشی**

# بررسی روش های مختلف درمان کودکان دارای اختلال نقص توجه – بیش فعالی بر سلامت روان مادران

*سید داود مفتاق[۱] ، نورالله محمدی[۲]، آرش نجیمی[۳*]*

[۱]کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
[۲] دانشیار روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
[۳] کارشناس ارشد آموزش بهداشت. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
[*]**نویسنده مسئول:** دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
پست الکترونیک: najimiarash@yahoo.com

**وصول: ۱۳۹۰/۴/۲۵ اصلاح: ۱۳۹۰/۱۰/۱۱ پذیرش:۱۳۹۱/۳/۱۸**

**چکیده**

***زمینه و هدف:*** *مطالعه حاضر با هدف بررسی روش های مختلف درمان اختلال نقص توجه – بیش فعالی (آموزش رفتاری مادر، خودآموزی کلامی به کودک و دارو درمانی) بر تغیرات سلامت روان مادران انجام پذیرفت.*

***مواد و روش کار:*** *در این مطالعه نیمه تجربی ۹۵ نفر از مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه – بیش فعالی به دو روش نمونه گیری چند مرحله ای و نمونه گیری تصادفی در دسترس انتخاب و در چهار گروه آموزش رفتاری مادران، خود آموزی کلامی به کودکان، دارو درمانی و گروه کنترل قرار گرفتند. از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) به منظور بررسی اثر مداخلات انجام گرفته استفاده گردید. همه گروه های مورد مطالعه پس از مداخله و ۲ ماه پس از آن در مرحله پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. نرم افزار SPSS 15 و آزمون اندازه های تکراری و آزمون تعقیبی بونفرونی جهت تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد.*

***یافته ها:*** *نتایج کاهش معناداری را در گروه های آموزش رفتاری مادران و دارو درمانی در مرحله ی پس آزمون (به ترتیب $P=۰/۰۴$، $P=۰/۰۰۷$) و پیگیری ($P=۰/۰۰۲$) نسبت به مرحله ی پیش آزمون نشان می دهد. نمرات شاخص سلامت روان در گروه دریافت کننده خود آموزی کلامی و گروه کنترل به کودکان حاکی از آن است که بین هیچ یک از مراحل سه گانه ارزیابی تفاوت معناداری وجود ندارد.*

***نتیجه گیری:*** *روش های آموزش رفتاری مادران و دارو درمانی، بکار گرفته شده در درمان اختلال نقص توجه- بیش فعالی کودکان سبب بهبود سلامت مادران می شود.*

***واژه های کلیدی:*** *اختلال نقص توجه-بیش فعالی، علائم مرضی کودک، سلامت روان، مادران*

**مقدمه**

اختلال نقص توجه – بیش فعالی[۱] (ADHD) یک اختلال روانی شایع و مزمن در دوران کودکی می باشد که توانایی های کودک در حفظ توجه و بازداری های متناسب با سن وی را در موقعیت های شناختی، رفتاری مختل می کند [۳-۱]. در این اختلال تعاملات کودک - والد به طور وسیعی تحت تأثیر نشانگان کودک مبتلا به ADHD می باشد. این کودکان اغلب در برابر درخواست های والدین نافرمان تر هستند و در شروع کردن و دنبال کردن فعالیت ها شکست می خورند و زود دست می کشند و نسبت به کودکان غیر بیمار بیشتر از آنها تقاضا می شود تا توجه کنند. چنین رفتارهایی برای والدین و مراقبان استرس واقعی ایجاد می کند[۴]. در شرایطی که والدین کودکان ADHD باید تکالیف تعیین شده ای را به کار می برند، کودکان آنها فرمانبرداری کمتری نشان داده و در حفظ و

1 -Attention Deficit-Hyperactivity Disorder

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-20 ]

تداوم فرمانبرداری نیز مشکل داشته و نسبت به کودکان غیر بیمار لجبازی بیشتری داشتند. این در حالی است که والدین کودکان ADHD رهنمودها و در خواست های بیشتری ارائه می دادند و در بیشتر موارد این درخواست ها منفی تر بوده و کمتر به تعاملات مثبتی که بوسیله فرزندشان آغاز شده بود پاسخ می دادند [۶،۵]. در مطالعه بیفرا[1] و همکاران مادران کودکان نقص توجه (ADD[2]) درخواست کننده تر بوده و کشمکش ها و نزاع های زیادی با فرزندانشان داشتند. این مادران با عاطفه منفی بیشتر و در خواست های منفی بیشتری به کودکانشان پاسخ می دادند[۷]. والدین کودکان دارای اختلال ADHD غالباً در معرض تمسخر و انتقاد افراد فاقد آگاهی نیز می باشند که همین امر بیش از پیش سلامت روان آنان را در خطر قرار می دهد[۸]. موریسون (۱۹۷۱) به نقل از لهنر[3]- دوآ[4] (۲۰۰۱) در بررسی میزان شیوع آسیب شناسی روانی در بین خویشاوندان کودکان بیش فعال گزارش می نماید که یک سوم والدین کودکان بیش فعال یک تشخیص روانپزشکی دریافت کرده بودند و بسیاری از والدین کودکان بیش فعال ملاک های تشخیصی لازم برای الکلیسم، انحراف اجتماعی و هیستریا را داشتند. نشانگان هیستری در میان مادران شایع تر بود، در حالی که شاخص های الکلیسم و رفتار ضد اجتماعی در پدرها شایع تر بوده است[۵]. کانینگهام[5] و همکاران دریافتند که والدین کودکان ADHD، سطح بالاتری از افسردگی را نسبت به گروه کنترل نشان می دهند، این والدین مصرف بیشتر الکل را نسبت به والدین گروه نرمال گزارش کردند[۹]. مروری بر روش های مورد استفاده در درمان اختلال نقص توجه – بیش فعالی نشان می دهد که از دهه ۱۹۶۰ با شروع درمان بوسیله داروهای محرک بررسی ها درباره اثر بخشی روش های درمانی اهمیت بیشتری یافته است. اگرچه برخی محققین هم اکنون معتقدند که دارو درمانی موفق ترین درمان این اختلال است [۵] و از متیل فندیت (ریتالین) به عنوان داروی محرکی که بر ۸۰٪ کودکان ADHD مؤثر بوده است نام می برند، محدودیت های دارو درمانی از جمله عوارض جانبی منفی نهفته در دارو درمانی، عدم پایداری تغییرات درمان پس از قطع دارو درمانی و عدم پاسخ ۲۰٪تا ۳۰٪کودکان ADHD به دارو درمانی با محرک ها [۱۰،۵]، سبب شده است تعداد قابل توجهی از پژوهش ها به درمانگری های روانشناختی در مورد این کودکان اختصاص یابد[۱۱،۱۲]. شواهدی بسیاری نشان می دهد که تعاملات والد و کودک و به سبب آن سلامت روان والدین و به خصوص مادران وقتی که کودک دارای ADHD تحت روش های مختلف درمان قرار می گیرد بهبود می یابد. دانفورث[6] و همکاران نشان دادند روش های مختلف درمانی ADHD از جمله دارو درمانی و آموزش والدین چون از طریق کاهش میزان پایه رفتارهای آزارنده منجر به قطع تعاملات قهری می شود، می توانند بر بهبود سلامت روان مادران مؤثر باشند[۱۰]. سه نوع مداخله درمانی آموزش رفتاری مادران، خود آموزی کلامی به کودکان و دارو درمانی اگر چه تاکنون در درمان کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه – بیش فعالی مورد استفاده قرار گرفته است اما به تأثیر هر کدام از روش های فوق الذکر در سلامت روان مادران این کودکان کمتر توجه شده است بر این اساس مطالعه حاضر با هدف بررسی تغیرات سلامت روان مادران دارای کودکان اختلال نقص توجه – بیش فعالی در سه روش درمان، آموزش رفتاری مادر، خودآموزی کلامی به کودک و دارو درمانی انجام پذیرفت. که تعاملات والد و کودک و به سبب آن سلامت روان والدین و به خصوص مادران وقتی که کودک دارای ADHD تحت روش های مختلف درمان قرار می گیرد بهبود می یابد. دانفورث[7] و همکاران نشان دادند روش های مختلف درمانی ADHD از جمله دارو درمانی و آموزش والدین چون از طریق کاهش میزان پایه رفتارهای آزارنده منجر به قطع تعاملات قهری می شود، می توانند بر بهبود سلامت روان مادران مؤثر باشند[۱۰]. سه نوع مداخله درمانی آموزش رفتاری مادران، خود آموزی کلامی به کودکان و دارو درمانی اگر چه تاکنون در درمان کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه – بیش فعالی مورد استفاده قرار گرفته است اما به تأثیر هر کدام از روش های فوق الذکر در سلامت روان مادران این کودکان کمتر توجه شده است بر این اساس مطالعه حاضر با هدف بررسی تغیرات سلامت روان مادران دارای کودکان اختلال نقص توجه – بیش

1 - Befera
2 - Attention Deficit Disorder
3- Lehner
4 -Dua
5 - Cunninghan
6 - Danforth
7 - Danforth

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-20 ]

فعالی در سه روش درمان، آموزش رفتاری مادر، خودآموزی کلامی به کودک و دارو درمانی انجام پذیرفت.

**روش کار**

در این مطالعه نیمه تجربی ۷۳ نفر از مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه – بیش فعالی مورد بررسی قرار گرفتند. از دو روش نمونه گیری چند مرحله ای و نمونه گیری تصادفی در دسترس به منظور انتخاب افراد مورد مطالعه استفاده شد بدین صورت که از بین چهار ناحیه آموزش و پرورش شهر شیراز، دو ناحیه (نواحی ۲ و ۴) به تصادف انتخاب گردید، سپس از بین مدارس پسرانه این دو ناحیه ۱۵ دبستان به صورت تصادفی انتخاب و ۱۷۶۰ دانش آموزان مشغول به تحصیل در مقاطع سوم و چهارم توسط پرسشنامه نشانه شناسی اختلال نقص توجه – بیش فعالی (علائم مرضی کودک، فرم معلم)، مورد سنجش قرار گرفتند. سپس مادران ۱۳۴ دانش آموز مشکوک به اختلال در مرحله قبل، فرم والد پرسشنامه را تکمیل نمودند. در نهایت بر اساس هر دو فرم والد و معلم پرسشنامه نشانه شناسی اختلال نقص توجه – بیش فعالی و همچنین مصاحبه بالینی از ۱۰۸ دانش آموزی که به عنوان افراد دارای اختلال ADHD شناسایی شدند به صورت تصادفی ۵۱ نفر در سه گروه آموزش رفتاری مادران، خود آموزی کلامی به کودکان و گروه کنترل قرار داده شدند. به منظور رعایت مسائل اخلاقی پژوهش (با توجه به عوارض جانبی دارو درمانی و عدم پذیرش این روش درمانی از طرف خانواده کودکان)، به صورت نمونه گیری در دسترس و از بین۷۰ دانش آموز پایه سوم و چهارم ابتدایی (همسان شده با سایر گروه های مورد مطالعه) مراجعه کننده به بیمارستان حافظ و درمانگاه شهید مطهری شهر شیراز، که به تشخیص روانپزشک و بررسی های انجام گرفته دارای اختلال نقص توجه – بیش فعالی بودند و همچنین تمایل به استفاده از دارو داشتند ۲۲ نفر از آنها به صورت تصادفی ساده انتخاب و در گروه دارو درمانی قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات در مطالعه حاضر علاوه بر فرم معلم و فرم والد پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) که به منظور انتخاب افراد مورد مطالعه و همچنین بررسی عدم تفاوت در شدت علائم اختلال ADHD در بین گروه های مورد مطالعه استفاده شد. این ابزار در داخل کشور، به کرات توسط پژوهشگران مختلف مورد استفاده قرار گرفته و دارای اعتبار ثابت شده و حساسیت آن برای اختلال نقص توجه - بیش فعالی ۰/۷۷ و ثبات داخلی آن بوسیله آلفا کرونباخ ۹۲٪ گزارش شده است [۱۳،۱۴].

از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) نیز به منظور بررسی اثر مداخلات انجام گرفته استفاده گردید. این ابزار آزمونی است با ماهیت چندگانه و خود - اجرا که به منظور بررسی اختلالات غیر روان -گسسته که در وضعیت های مختلف جامعه یافت می شود طراحی شده است. این پرسشنامه از چهار مقیاس تشکیل شده و هر کدام از آنها دارای ۷ سؤال می باشد. سؤال های هر مقیاس به ترتیب پشت سر هم آمده اند به گونه ای که از سؤال ۱ تا ۷ مربوط به مقیاس نشانه های جسمانی، از سؤال ۸ تا ۱۴ مربوط به مقیاس اضطراب، از سؤال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی و از سؤال ۲۲ تا ۲۸ مربوط به مقیاس افسردگی می باشد. روایی و پایایی آن توسط تقوی [۱۵] مورد بررسی قرار گرفته است. وی در نمونه ای از دانشجویان دانشگاه شیراز، پایایی پرسشنامه را با استفاده از روش های بازآزمایی، تنصیف، آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۷۰، ۰/۹۷ و ۰/۹۰ و روایی آن را در همین نمونه در حد مطلوب گزارش کرده است. نمره گذاری پرسشنامه به صورت لیکرت (۰.۱.۲.۳) می‌باشد. نمره کل پرسشنامه بعد از جمع نمرات تمام گزینه ها بدست می‌آید. هر چقدر نمره فرد در این آزمون کمتر باشد نشانه سلامت فرد می‌باشد. این مطالعه در نیمه دوم سال ۱۳۸۹ انجام شد. قبل از انجام مداخله ضمن ارائه اهداف پژوهش فرم رضایت آگاهانه در اختیار تمامی افراد مورد مطالعه قرار گرفت و به این ترتیب کلیه آزمودنی ها از طرح پژوهشی آگاه شده و رضایت آنان جلب گردید. تمام مادران در گروه های آموزش رفتاری مادران، خود آموزی کلامی به کودکان، دارو درمانی و گروه کنترل قبل از مداخله توسط پرسشنامه مورد سنجش و ارزیابی قرار گرفتند. سپس مداخله درمانی در سه گروه آموزش رفتاری مادران، خود آموزی کلامی به کودکان، دارو درمانی به صورت زیر انجام گردید. ضمن آنکه در پایان مطالعه آموزش های انجام شده و همچنین مشاوره های لازم در اختیار والدین گروه کنترل قرار داده شد. در طراحی برنامه آموزش رفتاری مادران از برنامه آموزش رفتاری والدین بارکلی استفاده شد[۱۳]. گام‌های درمانی این بسته آموزشی عبارتند از: تشریح ADHD، شکل دهی رفتارهای مثبت از طریق تقویت، عدم تقویت رفتارهای نامطلوب، آموزش یک نظام رسمی از امتیازها و ژتون ها به منظور شرطی کردن

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-20 ]

اطاعت کودک، آموزش والدین در به کارگیری روش محروم سازی، آموزش روش اجرای کارت گزارش رفتار کودک در مدرسه، پیش بینی بد رفتاری کودکان در اماکن عمومی. مداخله آموزشی در این گروه در مدت ۱۰ هفته به صورت گروهی، و در قالب ۱۰ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه ای انجام پذیرفت. برنامه آموزش خود آموزی کلامی به کودکان براساس برنامه درمانی هادیان فرد [۱۷] و همچنین برنامه آشر (بر گرفته شده از میشن بام و گودمن) طراحی گردید [۱۸] عناصر موجود در این مداخله شامل خودآموزی کلامی کشف هدایت شده، خودآموزی کلامی آموزشی، خودآموزی کلامی تمرین کمرنگ شده می باشد. مداخله آموزشی در این گروه در مدت ۱۰ هفته به صورت گروهی، و در قالب ۱۰ جلسه آموزشی ۶۰ دقیقه ای انجام پذیرفت. کودکان ADHD در گروه دارو درمانی سابقه مصرف دارو را پیش از انجام مطالعه نداشته اند. در این گروه داروی متیل فندیت با دوز ۲۰-۳۰ میلی گرم در روز براساس وزن (۲۰ میلی گرم برای وزن زیر ۳۰ کیلوگرم و مقدار ۳۰ میلی گرم در روز برای وزن بالای ۳۰ کیلوگرم) دریافت کردند. دارو معمولاً به صورت دو دوز صبح و ظهر مصرف گردید. دارو درمانی در هیچ یک از مراحل پس آزمون و پیگیری قطع نگردید.

همه ی مادران در گروه های آموزش رفتاری مادران، خود آموزی کلامی به کودکان، دارو درمانی و کنترل بعد از مداخله (۲ ماه پس از پیش آزمون) و ۲ ماه پس از آن در مرحله پیگیری (۴ ماه پس از پیش آزمون) توسط پرسشنامه سلامت عمومی مورد سنجش و ارزیابی قرار گرفتند. به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار SPSS 15، آمار توصیفی، آنالیز واریانس جهت بررسی میانگین نمرات سلامت روان در گروه های مورد مطالعه و از آزمون اندازه های تکراری جهت بررسی تغیرات میانگین نمرات سلامت روان مادران در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری استفاده شد. برای همه آزمون ها سطح معناداری $\alpha$ =۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

**یافته ها**

از مجموع ۷۳ شرکت کننده در مطالعه ۶۲ نفر از آنان (۱۵ نفر در هر کدام از گروه های آموزش رفتاری مادران، خود آموزی کلامی و کنترل و ۱۷ نفر در گروه دارو درمانی) مطالعه را به پایان رساندند. میانگین سنی کودکان و مادران شرکت کننده در مطالعه به ترتیب ۰/۷۷±۸/۹۸ و ۳/۶±۳۵/۸۱ سال می باشد نتایج نشان می دهد که اختلاف معناداری بین گروه های مورد مطالعه از نظر سن، بعد خانوار، تحصیلات والدین و همچنین شدت اختلال ADHD وجود نداشت. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت روان مادران در گروه های چهارگانه را نشان

می دهد بر اساس آزمون آنالیز واریانس اختلاف معناداری بین گروه های مورد مطالعه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دیده نشد. این در حالی است که آزمون اندازه های تکراری تغیرات میانگین نمرات سلامت روان مادران در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را در گروه های آموزش رفتاری مادران (P=۰/۰۰۴) و دارو درمانی (P<۰/۰۰۱) معنادار نشان داد. آزمون تعقیبی نشان داد که میانگین نمره سلامت روان مادران کودکان دارای اختلال نقص توجه – بیش فعالی در گروه آموزش رفتاری مادران در مرحله ی پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله ی پیش آزمون کاهش معناداری یافته است ( به ترتیب ۰/۰۴۱ = P و ۰/۰۰۲ = P) کاهش نمرات در این گروه در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس آزمون نیز به لحاظ آماری معنادار است (۰/۰۳ = P). اما نمرات شاخص سلامت روان در گروه دریافت کننده خود آموزی کلامی به کودکان حاکی از آن است که بین هیچ یک از مراحل سه گانه ارزیابی تفاوت معناداری وجود ندارد (جدول ۲). در گروه دریافت کننده دارو درمانی نیز داده های جدول ۲ نشان می دهد که میانگین نمره سلامت روان مادران کودکان دارای اختلال در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش معناداری را نشان می دهد (به ترتیب ۰/۰۰۷ = P و ۰/۰۰۲ = P). اما کاهش نمرات آنها در مرحله ی پیگیری نسبت به مرحله‌ی پس آزمون به لحاظ آماری معنادار نمی باشد (P=۰/۰۷). در گروه کنترل نیز میانگین نمرات سلامت مادران در طول مراحل ارزیابی تفاوت معناداری را نشان نمی دهد.

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-20 ]

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت روان مادران کودکان دارای اختلال نقص توجه – بیش فعالی

| شاخص | مرحله | پیش آزمون | | پس آزمون | | پیگیری | | P- value‡ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| گروه | تعداد | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | |
| آموزش رفتاری مادران | ۱۵ | ۲۹/۶۰ | ۱۱/۹ | ۲۳/۸۷ | ۱۱/۱۶ | ۱۹/۵۳ | ۷/۱ | ۰/۰۰۴ |
| خود آموزی کلامی | ۱۵ | ۱۹/۷۳ | ۸/۴ | ۱۸/۰۰ | ۷/۲۶ | ۱۹/۶۷ | ۹/۷ | ۰/۳۱ |
| دارو درمانی | ۱۷ | ۳۰/۴۷ | ۱۱/۷ | ۲۳/۳۵ | ۱۱/۷۰ | ۲۱/۹۴ | ۸/۲ | <۰/۰۰۱ |
| گروه کنترل | ۱۵ | ۲۶/۴۰ | ۱۵/۵ | ۲۸/۸۷ | ۱۲/۹۰ | ۲۷/۶۷ | ۱۲/۲ | ۰/۴۳ |
| P- value† | | ۰/۰۶ | | ۰/۱۲ | | ۰/۴۶ | | |

† نتایج آزمون تحلیل واریانس یکطرفه

‡ آنتایج آزمون اندازه های تکراری

جدول ۲: مقایسه های جفتی با تصحیح بونفرونی جهت بررسی تأثیر عامل زمان بر میزان سلامت روان مادران کودکان دارای اختلال نقص توجه – بیش فعالی

| گروه | مرحله مبنا | مرحله مورد مقایسه | تفاوت میانگین ها | خطای استاندارد | معناداری |
|---|---|---|---|---|---|
| آموزش رفتاری مادران | پس آزمون | پیش آزمون | -۵/۷۳ | ۲/۰۳ | ۰/۰۴ |
| | پیگیری | پس آزمون | -۴/۳۳ | ۱/۴۹ | ۰/۰۳ |
| | پیگیری | پیش آزمون | -۱۰/۰۶ | ۲/۳۴ | ۰/۰۰۲ |
| خود آموزی کلامی کودکان | پس آزمون | پیش آزمون | -۱/۷۳ | ۱/۵۰ | ۰/۷۱ |
| | پیگیری | پس آزمون | ۱/۶۶ | ۱/۳۰ | ۰/۶۶ |
| | پیگیری | پیش آزمون | -۰/۰۶ | ۲/۱۰ | ۰/۸۲ |
| دارو درمانی | پس آزمون | پیش آزمون | -۷/۱۱ | ۱/۹۷ | ۰/۰۰۷ |
| | پیگیری | پس آزمون | -۱/۴۱ | ۱/۶۹ | ۰/۰۷ |
| | پیگیری | پیش آزمون | -۸/۵۲ | ۲/۰۷ | ۰/۰۰۲ |
| کنترل | پس آزمون | پیش آزمون | ۲/۴۶ | ۱/۱۷ | ۰/۱۶ |
| | پیگیری | پس آزمون | -۱/۲۰ | ۰/۷۱ | ۰/۳۴ |
| | پیگیری | پیش آزمون | ۱/۲۶ | ۱/۳۲ | ۰/۲۸ |

## بحث

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-20 ]

نتایج اختلاف معناداری را در بین مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه های درمانی آموزش رفتاری مادران و دارو درمانی نشان می دهد. اثرات درمانی دو روش آموزش رفتاری مادران و دارو درمانی سریعاً در مرحله ی پس آزمون آشکار گردیده و تا مرحله ی پیگیری این اثرات پایدار باقی مانده است و حتی روش آموزش رفتاری مؤثرتر از دارو درمانی در مرحله ی پیگیری است، اما خود آموزی کلامی و گروه کنترل هیچ تفاوت معناداری را در مراحل سه گانه ی ارزیابی نشان نمی دهند.

این در حالی است که نتایج تفاوت معناداری بین اثربخشی گروههای چهارگانه پژوهش بر میزان سلامت روان مادران نشان نمی دهد. علت این امر را می توان به فاصله ابتدایی میانگین نمرات سلامت روان مادران در گروه های مورد مطالعه نسبت داد. علاوه بر آن با توجه به روند بهبود نمره سلامت روان مادران در مراحل پس آزمون و پیگیری در گروه های دارو درمانی و آموزش رفتاری مادران، می توان بیان نمود طول مدت ۲ ماه پیگیری به منظور اثر بخشی گروه های مورد مطالعه بر سلامت روان مادران محدود و ناکافی بوده است. شواهدی وجود دارد که نشان می دهد خانواده به عنوان شاخصی از نتیجه درمان موفق کودکی که بیش فعال است شناسایی شده است [۱۹،۵] در این میان گروهی از محققان دریافته اند که آموزش والدین به همراه دارو درمانی کودکان منجر به بهبود سلامت روان والدین نیز می شود[۲۲-۲۰]. شاخار[1] و همکاران بیان می نمایند که وقتی کودک ADHD تحت درمان با داروهای روانی قرار می گیرند، تعاملات والد – کودک نیز تغییر می یابد و بهبود و پیشرفت معناداری در روابط والد – کودک ایجاد می گردد[۲۳]. غنی زاده و شهریور نیز بابررسی اثرات آموزش مدیریت والدین کودکان ADHD گزارش می کنند که میانگین نمرات پرسشنامه سلامت عمومی مادران آزمودنی ها بعد از مداخله در مقایسه با قبل از مداخله کاهش معناداری یافته است[۱۹] . یافته مطالعه حاضر نشان می دهداگرچه در دو روش دارو درمانی و آموزش رفتاری مادران روند بهبود سلامت مادران دیده می شود اما گروه آموزش رفتاری مادران درمرحله ی پیگیری موثرتر از دارو درمانی بوده است. باید بیان نمود که مادران شرکت کننده درگروه آموزش رفتاری مادران به نوعی با پویایی های خاص گروه درمانی مواجه شده اند به طوری که به نوعی احساس همدلی و عمومیت مشکل کرده و با تکرار و تمرین تکنیک های رفتاری به صورت هدفمند و فعال در جهت برطرف کردن مشکلات خودگام برداشته و احتمالاً این پویایی ها منجر به احساس شایستگی بیشتر درآنها و افزایش اعتماد به نفس و انگیزه در آنها شده است. فیشر نیز یکی از مشکلات عمده والدین دارای کودکان ADHD را استرس، احساس عدم شایستگی و کفایت والدین درتجربه با کودک ذکر می نماید[۲۴]. این عوامل به همراه این احساس والدین که مجهز به یک سیستم انظباطی ورفتاری خاص برای کنترل مشکلات فرزند خود هستند می تواند در اثرگذاری سریع این روش بر میزان سلامت روان مادران این گروه و پایداری اثرات آن تا مرحله پیگیری مؤثر واقع شده باشد. همچنین در گروه دارودرمانی این احساس که والدین نقش والد بودن خود را به خوبی به انجام رسانده اند وکودک را به منظور دریافت خدمات پزشکی به مراکز درمانی هدایت کرده اند و این اعتقاد که بهترین درمان را برای فرزند خود جستجو و انتخاب کرده اند می تواند در سرعت وتداوم بهبودی سلامت روان مادران نقش داشته باشد. این درحالی است که این پویایی ها درگروه خودآموزی کلامی به کودکان برای والدین آنها با این قوت رخ نمی دهد. بکارگیری روش تحقیق نیمه تجربی و انتخاب اعضای گروه دارو درمانی به شیوه تصادفی در دسترس به منظور جلوگیری از به وجود آمدن مشکلات اخلاقی، کاهش تعداد افراد مورد مطالعه به سبب عدم همکاری برخی از والدین و یا عدم حضور و شرکت آنها درجلسات درمانی و همچنین روش خود گزارش دهی درجمع آوری اطلاعات از محدودیت های مطالعه می باشد که سبب می شود نتیجه گیری از نتایج مطالعه حاضر با دقت انجام گیرد.

**نتیجه گیری**

بر اساس نتایج مطالعه حاضر روش های درمانی آموزش رفتاری مادران و دارو درمانی از طریق بهبود سلامت روان مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش فعالی، می توانند سبب بهبود تعاملات و روابط والد – کودک شوند و به صورت مستقیم و غیر مستقیم بهبود علائم اختلال کودک را تحت تأثیر قرار دهند.

1- Schachar

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-20 ]

**References**


1. Shiels K, Hawk LW. Self-regulation in ADHD: The role of error processing. Clin Psychol Rev 2010; 30: 951–961.
2. Ohnishi M, Okada R, Tani L, Nakajima S, Tsujii M. Japanese version of school form of the ADHD-RS: An evaluation of its reliability and validity. Res Dev Disabil 2010; 31: 1305–1312.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual for mental disorders. 4th ed. Washington DC. American Psychiatric Association;2000.
4. Barkley RA, Dupaul G, Mc Murray MB. A Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. J Consult *Clin Psychol* 1990; 58: 775-789.
5. Lehner- Dua L. The effectiveness of Russell A. Barkley's parent training program on parents with school-aged children who have ADHD on their perceived severity of AHD, Stress, an sense of competence. Dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of psychology Hofstra university,2001.
6. Barkley RA. Best practices in school – based assessment and treatment of ADHD. Communique 1993; 22(4): 12-13.
7. Befera MS, Barkley RA. Hyperactive and normal girls and boys: Mother – child interaction, parent Psychiatric status, and child Psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 1985; 26: 439- 452.
8. Kaduson HG, Schaefer CE. Short– term play Therapy for children. New York: Guilford press, 2006.
9. Cunninghan CE, Benness BB, Siegel LS. Family functioning, time allocation, and parental depression in the families of normal and ADHD children. J clin child Psychol 1988; 17(2): 169–177.
10. Danforth JS, Harvey E, Uleszek WR, Mc Kee TE. The outcome of group parent training for families of children with attention deficit / hyperactivity disorder and defiant / aggressive behavior. J Behav Ther Exp Psychiatry 2006; 37(3): 188-205.
11. Froehlich TE, Lanphear BP, Epstein JN. Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children. Pediatr Adolesc Med. 2007;161:857-864.
12. Johnstone C, Hommersen P, Seipp C. Acceptability of behavioral and pharmacological treatments for attention deficit/hyperactivity disorder: Relation to child and parent characteristics. Behavior Therapy. 2008;39(1):22-32.
13. Sprafkin J, Gadow KD, Salisbury H, Schneider J, Loney J: Further evidence of reliability and validity of the child symptom inventory-4: Parent checklist in clinically referred boys. J Clin Child Adolesc Psychol 2002; 31: 513-24.
14. Meftagh D, Mohammadi N, Ghanizadeh A, Rahimi Ch, Najimi A. Comparison of the effectiveness of different treatment methods in children's Attention Deficit-Hyperactivity Disorders. Journal of Isfahan Medical School 2011; 29(148): 965-976.
15. Tagavi MR. Reliability and validity of general health questionnaire on a group of students at Shiraz University. Journal of Psychology 2001; 5(4): 381-398.[persian]
16. Barkley RA. Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training. 2nd ed. New York: Guilford press;1997.
17. Hadianfard H, Najarian B. Introduction to Cognitive therapy, verbal self- instruction training. Journal of News Psychotherapy 1380; 19: 67-79.[Persian]
18. Asher MJ. Self-Instructional Training for teachers and other professional working with Attention Deficit Hyperactivity Disorder children. Submitted in partial fulfillment of the requirement for the degree of Doctor of Philosophy in psychology in the Graduate school of the Illinois Institute of Technology ;1989.
19. Ghanizadeh A, Shahrivar FZ. The effect of parent management training on children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Child Adolesc* Ment Health 2005; 17: 31-34.
20. Anastopoulos AD, Shelton TL, Dupaul GL, Guevremont DC. Parents training for attention deficit - hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. J Abnorm Child Psychol 1993; 21(5): 581-596.
21. Pisterman S, Firestone P, Mc Grath P, Goodman JT, Webster I, malloy R, et al. The effects of parent training on parenting stress and sense of competence. Can J Behav Sci 1992; 24(1): 41-58.
22. Danforth JS, Barkley RA, Stokes TF. Observations of parent – child interactions with hyperactive children: Research and clinical implications. Clin Psychol Rev 1991; 11(6): 703-727.
23. Schachar R, Taylor E, Weiselberg M, Thorley G, Rutter M. Changes in family function and relationships in children who respond to methylphenidate. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1987; 26: 728-732.
24. Fischer M. Parenting stress and the child with attention deficit hyperactivity disorder. J clin child Psychol 1990; 19(4): 337-34


[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-20 ]

***Original Article***

# The Effectiveness of different Treating Methods for children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder on maternal mental health

*Meftagh SD[1], Mohammadi N[2], Najimi A[3*]*

[1]M.Sc of Clinical Psychology, Department Clinical Psychology, School of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.
[2]Associate Professor of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, School of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.
[3]M.Sc of Health education, Department of Health promotion and Health education, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

***Corresponding Author:***
*Department of health education & health promotion, School of health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran*
*Email: najimiarash@yahoo.com*

***Abstract***

***Background & Objective:*** *The purpose of the present study was to examine the effects of three treating methods (behavioral mother training, Verbal self-instruction to the children, and pharmacotherapy) in children with attention deficit-hyperactivity disorder on maternal mental health changes.*

***Material & Method:*** *In this semi-experimental study, 95 of mothers with ADHD children were selected by multi-stage sampling and accessible sampling and divided to four groups; Mother Behavioral training group, Verbal Self-instruction, pharmacotherapy and Control group. Data collection tool was General Health Questionnaire (GHQ). All of the groups were evaluated after the intervention in post-test and also 2 months later in follow up. Finally, data were analyzed using SPSS (ver15) and General linear models and Bonferroni post hoc test.*

***Result:*** *Significant declines were observed in behavioral mother training group and pharmacotherapy in post test (respectively P=0.04, P=0.007), and follow up (P=0.002). In the verbal self-instruction and control groups, there were no significant differences in scores of maternal mental health among the pre test, post test and follow up.*

***Conclusion:*** *The behavioral mother training and pharmacotherapy treatment for ADHD* can improve *the maternal mental health.*

***Keywords:*** *Attention deficit-hyperactivity disorder, mothers, mental health, CSI-4*

***Submitted:*** *2011 Jul 16*
***Revised:*** *2012 Jan 1*
***Accepted:*** *2012 Jun*

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-20 ]

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-20 ]