

تحقیقی

مقایسه اثر رفتاردرمانی، دارودرمانی و روش توأم رفتار و دارودرمانی

بر کاهش علائم اختلال نقص توجه / بیش فعالی کودکان

دکتر منصور حکیم جوادی*^۱، دکتر مسعود غلامعلی لواسانی^۲، دکتر حمیدرضا شکوری^۳، عباس عبدالهی فر^۴، فاطمه مومنی^۴

۱- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه گیلان. ۲- دانشیار، گروه روانشناسی تربیتی و مشاوره، دانشگاه تهران.

۳- متخصص روانپزشکی، مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر، دانشگاه علوم پزشکی گلستان. ۴- کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه گیلان.

چکیده

زمینه و هدف: نقص توجه / بیش فعالی اختلالی شایع در دوران کودکی با شیوع ۳-۵ درصد است. این مطالعه به منظور مقایسه اثر رفتاردرمانی، دارودرمانی و روش توأم رفتار و دارودرمانی بر کاهش علائم اختلال نقص توجه / بیش فعالی کودکان انجام گردید. **روش بررسی:** این مطالعه شبه تجربی روی ۴۰ دانش آموز پسر دوره ابتدایی شهر گرگان در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ انجام شد. کودکان به طور غیرتصادفی در چهار گروه کنترل، رفتاردرمانی، دارودرمانی (ریتالین، ۱۰ میلی گرم سه بار در روز) و روش توأم رفتار و دارودرمانی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از مقیاس درجه بندی کانرز فرم والدین (منزل) و فرم معلم (مدرسه) جمع‌آوری شد. اثربخشی مداخله در پیش‌آزمون و پس‌آزمون طی هشت هفته مورد مقایسه قرار گرفت. **یافته‌ها:** علائم اختلال نقص توجه / بیش فعالی به طور معنی‌داری در هر سه گروه رفتاردرمانی، دارودرمانی و روش توأم رفتار و دارودرمانی کاهش یافت ($P < 0/05$)؛ اما این کاهش علائم در گروه دارودرمانی و روش توأم رفتار و دارودرمانی بیش از گروه رفتاردرمانی بود.

نتیجه‌گیری: دارودرمانی و ترکیب رفتار و دارودرمانی اثر مشابهی در کاهش علائم اختلال نقص توجه / بیش فعالی کودکان دارند.

کلید واژه‌ها: اختلال نقص توجه / بیش فعالی، رفتاردرمانی، ریتالین

* نویسنده مسؤول: دکتر منصور حکیم جوادی، پست الکترونیکی hakimjavadi@yahoo.com

نشانی: رشت، پردیس دانشگاه گیلان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی، تلفن ۰۱۳۱-۶۶۹۰۲۷۴-۶۶۹۰۲۸۰، نامبر ۶۶۹۰۲۸۰

وصول مقاله: ۹۱/۱/۱۹، اصلاح نهایی: ۹۳/۸/۲۵، پذیرش مقاله: ۹۳/۸/۲۵

مقدمه

همکاران نشان داد افسردگی در افراد مبتلا به ADHD بزرگسالی و یا وجود سابقه ابتلا در کودکی، شایع است (۵). اختلال ADHD و افسردگی از نظر اتیولوژی مستقل بوده و به طور وابسته به یکدیگر منتقل می‌شوند (۶). تعداد کودکان مبتلا به این اختلال، به طور مداوم در طول ۲۰ سال گذشته افزایش یافته (۷) و در مطالعه Bloom و Cohen گزارش شده هشت میلیون کودک امریکایی تحت درمان دارویی قرار گرفته‌اند (۷).

دانشمندان توافق دارند ADHD یک اختلال در کارکرد مغز مخصوصاً لب پیشانی و نواحی از مغز است که درگیر فعالیت‌های اجرایی است (۸). وراثت از شایع‌ترین علت ADHD است (۹). عوامل خطرزای دیگر برای ADHD مواردی همچون در معرض مواد سمی قرار گرفتن در دوران جنینی و ضربه و صدمه به مغز است که بر تحول و کارکرد مغز اثر می‌گذارند (۱۰).

به رغم شواهد فراوان از تاثیر دارودرمانی و رفتاردرمانی در کوتاه مدت (۱۴-۱۱)، هنگامی که بحث از آثار دیرپای درمان

اختلال نقص توجه / بیش فعالی (ADHD) (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) شایع‌ترین اختلال رفتاری دوران کودکی است. شیوع این اختلال بین ۳ تا ۵ درصد در میان کودکان است. گرچه در مطالعه انجام شده در نیشابور میزان شیوع این اختلال در کودکان دبستانی ۱۲/۵ درصد تعیین شد (۱). علائم این بیماری شامل ناتوانی در توجه، تمرکز، فعالیت، حواسپرتی و تکانشگری است. این کودکان قادر به کنترل فعالیت‌های خود نیستند و بیش از حد جنب و جوش دارند. به طوری که آرام و قرار نداشته و دایم در حال حرکت بوده و نمی‌توانند آرام بازی کنند و اغلب در دست‌ها و پاها حالت بی‌قراری دارند. علاوه بر این ADHD می‌تواند بر کارکردهای کودک در زمینه‌های تحصیلی، ارتباط با همسالان در مدرسه و رشد اثرگذار باشد (۲). همچنین ADHD در کودکان باعث کاهش عملکرد اجرایی و حافظه کاری (۳) و مشکلات خواب (۴) می‌گردد. مطالعه پرورش و

توجه / بیش فعالی کودکان انجام گردید.

روش بررسی

این مطالعه شبه تجربی روی ۴۰ دانش آموز پسر دوره ابتدایی مدارس دولتی شهر گرگان در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ انجام شد. تعداد کل دانش آموزان ۱۱۷۸ نفر بود که به شکل خوشه‌ای و تصادفی از چهار دبستان نواحی چهارگانه انتخاب شدند. از والدین کودکان شرکت کننده در مطالعه رضایت نامه کتبی آگاهانه شرکت در مطالعه اخذ شد.

با استفاده از مقیاس درجه بندی کانرز فرم والدین (منزل) و فرم معلم (مدرسه) به منظور شناسایی کودکان مبتلا به ADHD، از والدین و معلمان پرسش گردید. تعداد ۵۹ دانش آموز به عنوان کودکان مبتلا به ADHD تشخیص داده شدند. سپس این کودکان بر اساس معیارهای راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا و توسط همکار روانپزشک مورد تشخیص و شناسایی نهایی قرار گرفتند. از میان این کودکان ۴۸ کودک به طور غیر تصادفی در چهار گروه ۱۲ نفری کنترل، رفتاردرمانی، دارودرمانی و روش توأم رفتار و دارودرمانی طی هشت هفته قرار گرفتند.

در مورد علائم اختلال ADHD براساس فرم کانرز (۳۰) مواردی چون عدم توانایی در انجام تکلیف، ناتوانی در توجه به موضوعات، ناتوانی در گوش دادن به درس، حواس پرتی، گم کردن وسایل آموزشی (مداد، کتاب و دفتر)، ناتوانی در دوست یابی، بی نظمی در مدرسه و خانه مورد سنجش قرار گرفت.

مقیاس درجه بندی کانرز شامل ۱۴ ماده است و برحسب مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از هرگز (امتیاز صفر) تا خیلی زیاد (امتیاز ۳) نمره گذاری می گردد و بنابر ارزیابی والدین، میزان وقوع علائم را می سنجد. نمرات این مقیاس با ارزیابی‌های والدین از مشکلات سلوک و بیش فعالی - تکانشگری در مقیاس درجه بندی والدین کانرز نیز ارتباط دارد. در این مقیاس علائمی که به عنوان کمی زیاد و خیلی زیاد سنجیده شده‌اند؛ ارزش تشخیص دارند و در مرحله بعدی، برای رسیدن به تشخیص حضور و فقدان علائم با معیارهای راهنمایی تشخیص و آماری اختلالات روانی مقایسه می گردند (۳۰). در این مطالعه روایی همگرا (همبستگی با مقیاس درجه بندی والدین کانرز) و پایایی بازآزمایی این آزمون به ترتیب ۰/۶۲ و ۰/۵۲ به دست آمد که هر دو در سطح آماری کمتر از ۰/۰۱ معنی دار است و نشان می دهد که مقیاس مورد نظر از روایی و پایایی بازآزمایی برخوردار است.

فرم کانرز معلم شامل ۱۵ پرسش است که در مقیاس لیکرت از صفر تا ۳ درجه بندی شده و مواردی چون بی قراری سر کلاس، بی توجهی به درس و عدم امکان تمرکز آزمودنی را از سوی معلم

کودکان مبتلا به ADHD است؛ بهترین مداخله، درمان‌های ترکیبی است که در آن ترکیبی از مداخله‌های آموزشی، رفتاردرمانی، دارودرمانی، آموزش والدین، معلمان و حمایت از سوی مدرسه انجام می گیرد (۱۶ و ۱۵). والدین و معلمان به دلیل نفوذ و تماس بیشتر با کودکان و دانش آموزان می توانند در اجرای مداخلات رفتاری در محیط طبیعی زندگی کودک (خانه و مدرسه) نقش به سزایی داشته باشند (۲۰-۱۷). به همین دلیل در سال‌های اخیر توجه روزافزونی به گنجانیدن آموزش مدیریت رفتار در طرح درمان ADHD شده است (۲۴-۲۱). رابطه والد - کودک نقش مهمی در آسیب پذیر شدن و یا منعطف شدن کودکان دارد. این رابطه در نگاهی وسیع تر تحت تاثیر خصوصیت کودکان (مثلاً جنس، خلق و خو، وضعیت زیست شناختی کودک) قرار می گیرد و در کنار خصوصیات والدین، خانواده‌ها و محیط، سیر رشد کودک را پیش بینی می کند (۲۵). ADHD از جمله اختلالاتی است که ساختار خانواده را مختل کرده و موجب بروز تنش‌هایی در وظایف والدگری می شود. از طرفی دارودرمانی به تنهایی بر عملکرد آشفته خانواده و مشکلات رفتاری کودک موثر نیست و جوابگوی نگرانی‌های والدین نخواهد بود. هیچ دارویی نمی تواند به کودک آموزش دهد که چگونه پرخاشگری و قانون شکنی خود را جبران کند (۲۶). همچنین اختلاف نظر در مورد استفاده از داروهای محرک در درمان ADHD، عدم موفقیت در سنجش و آشکار نمودن تغییرات سازگاری پس از قطع دارو و این حقیقت که ۲۰ الی ۳۰ درصد کودکان دچار این اختلال واکنش مثبتی نسبت به داروهای محرک ندارند؛ ضرورت توجه به برنامه‌های آموزشی در کنار دارودرمانی را ایجاب می کند (۲۷).

ترکیب دارودرمانی با مداخله‌هایی از قبیل مداخله‌های خانواده و آموزش والدین و معلمان که رفتارهای اجتماعی و فعالیت‌های علمی را تقویت می کنند؛ رویکرد درمانی بسیار موثر محسوب می شوند (۲۸). از میان برنامه‌های مدیریت رفتار و آموزش والدین، برنامه‌ای که توسط Barkley برای کودکان ADHD توصیف شده بر کنترل رفتار از طریق پیامدهای آن و به ویژه مولفه‌های تقویت، خاموشی و تنبیه تاکید دارد (۲۹). تاکید برنامه بر تطبیق روش‌های برخورد والدین با عقاید نظری و عملی موجود مربوط به ADHD منحصر به فرد است. هدف این برنامه پیشگیری از مشکلات شدید رشدی، عاطفی و رفتاری در کودکان از طریق افزایش دانش، توانایی، مهارت‌ها و اعتماد و تدبیر والدین و معلمان این کودکان است. با توجه به این که اکثر شکایات والدین و معلمان کودکان بیش فعال از رفتارهای پرخاشگرانه و قانون شکنی آنها در مدرسه و خانه است؛ این مطالعه به منظور مقایسه اثر رفتاردرمانی، دارودرمانی و روش توأم رفتار و دارودرمانی بر کاهش علائم اختلال نقص

مورد سنجش قرار می دهد (۳۰).

در روش رفتاردرمانی (۱۶ جلسه طی ۸ هفته) با ترتیب دادن بازی های گروهی نظام دار به مدیریت رفتار پرداخته شد. جلسات به مدت ۹۰ دقیقه دوبر در هر هفته برگزار گردید. تحریک پذیری، کنترل تکانه، توجه و دقت به عنوان اساس نظری جلسات در نظر گرفته شد. در روش دارودرمانی از ریتالین با دوز ۱۰ میلی گرم سه نوبت در روز طی ۸ هفته استفاده گردید.

در روش توأم رفتار و دارودرمانی طی هشت هفته، ریتالین با دوز ۱۰ میلی گرم سه نوبت در روز به کودکان داده شد. همچنین ۱۶ جلسه رفتاردرمانی اجرا گردید. گروه کنترل بدون هیچ مداخله ای با استفاده از تست کانرز والدین / معلم در ابتدا و انتهای مطالعه ارزیابی شدند.

۲ نفر از افراد گروه رفتاردرمانی به علت عدم شرکت در جلسات، ۲ نفر از گروه توأم رفتار و دارودرمانی به علت غیبت بیش از دو جلسه و یک نفر از گروه دارودرمانی به علت مخالفت پدر برای مصرف دارو از مطالعه خارج شدند. بدین ترتیب تعداد افراد گروه ها به ده نفر کاهش یافت.

داده ها با استفاده از نرم افزار آماري SPSS-19 و آزمون تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین نمره پیش آزمون کودکان در مشکلات رفتاری (علایم

اختلال ADHD) در گروه روش توأم رفتار و دارودرمانی از ۱۹/۱±۳/۱۸ به ۱۰/۶±۱/۱۷ در پس آزمون کاهش یافت (P<۰/۰۱). این میزان در پیش آزمون کودکان گروه رفتاردرمانی از ۱۹/۷±۳/۰۹ به ۱۷/۴±۳/۴ در پس آزمون کاهش یافت (P<۰/۰۵). در گروه دارودرمانی میانگین نمرات پیش آزمون از ۲۰/۶±۳/۳ به ۱۰/۶±۱/۵ پس از مداخله کاهش یافت (P<۰/۰۱). در مقادیر میانگین نمرات پیش آزمون (۱۸/۲۰±۲/۳) نسبت به پس آزمون (۱۸±۱/۰۹) گروه کنترل تغییری مشاهده نشد (جدول یک).

میانگین نمره پیش آزمون کودکان در مشکلات رفتاری (علایم اختلال ADHD) بر اساس فرم والدین در گروه روش توأم رفتار و دارودرمانی ۲۰/۳±۳/۶ تعیین شد. در کودکان گروه رفتاردرمانی، میانگین نمرات در پیش آزمون از ۱۸/۸±۳/۸ با اندکی کاهش در پس آزمون به ۱۶/۲±۳/۷ رسید (P<۰/۰۵). در گروه دارودرمانی میانگین نمرات از ۲۰/۵±۳/۸ پس از اجرای آموزش به ۹/۸±۱/۵ کاهش یافت (P<۰/۰۱). در مقادیر میانگین نمرات پیش آزمون (۱۶/۷±۱/۲۵) نسبت به پس آزمون (۱۶/۸±۱/۵) در گروه کنترل تغییری مشاهده نشد. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر گروه ها با توجه به فرم معلم در جدول ۲ آمده است. در این تست پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش در نظر گرفته شد (جدول یک).

F محاسبه شده برای اثر پیش آزمون (P<۰/۰۰۱، ۶۸/۸۴) از لحاظ آماری معنی دار بود. به بیان دیگر نمره های پس آزمون تحت تاثیر نمره های پیش آزمون قرار گرفته است و اثرهای درمانی و

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون کانرز در گروه ها برحسب فرم معلم و فرم والدین

گروه ها	میانگین و انحراف معیار		
	پیش آزمون	پس آزمون	
فرم معلم	مدیریت توأم رفتار و دارودرمانی	۱۹/۱±۳/۱۸	۱۰/۶±۱/۱۷ *
	مدیریت رفتاردرمانی	۱۹/۷±۳/۰۹	۱۷/۴±۳/۴ **
	مدیریت دارودرمانی	۲۰/۶±۳/۳	۱۰/۶±۱/۵ *
	کنترل	۱۸/۲۰±۲/۳	۱۸±۱/۰۹
فرم والدین	مدیریت توأم رفتار و دارودرمانی	۲۰/۳±۳/۶	۹/۷±۱/۵ *
	مدیریت رفتاردرمانی	۱۸/۸±۳/۸	۱۶/۲±۳/۷ **
	مدیریت دارودرمانی	۲۰/۵±۳/۸	۹/۸±۱/۵ *
	کنترل	۱۶/۷±۱/۲۵	۱۶/۸±۱/۵

* P<۰/۰۱، ** P<۰/۰۰۵ در مقایسه با پیش آزمون

جدول ۲: تحلیل کوواریانس تک متغیری نمره های پس آزمون کانرز فرم معلم و فرم والدین با متغیرهای مستقل با نمره های همپراش پیش آزمون

منبع	df	SS	MS	F	η ²
فرم معلم	پیش آزمون	۱۱۲/۷۳	۱۱۲/۷۳	۶۸/۸۴ *	۰/۶۶
	اثر گروه ها	۵۷۲/۳	۱۹۰/۷۶	۱۱۷/۰۸ *	۰/۹۰
	خطا	۵۷/۲	۱/۶۳		
فرم والدین	پیش آزمون	۱۰۶/۸۶	۱۰۶/۸۶	۴۹/۱۷ *	۰/۵۸
	اثر گروه ها	۵۶۳/۶	۱۸۷/۹	۸۶/۴۷ *	۰/۹۰
	خطا	۷۶/۰۴	۲/۱۷		

* P<۰/۰۰۱

گفت همان‌طور که Barkley عقیده داشت ADHD اختلال در بازداری پاسخ است (۲۹). یعنی کودک مبتلا به این اختلال نمی‌تواند پاسخ‌های خود را نسبت به محرک‌ها به تأخیر اندازد. اهمیت برنامه آموزش روش رفتاردرمانی والدین در کنار دارودرمانی در آن است که با استفاده از شیوه‌هایی از قبیل در نظر گرفتن پیامدهای نامطلوب برای رفتارهای تکانشی از قبیل پرخاشگری و نافرمانی، در نظر گرفتن پیامدهای مطلوب از جمله تحسین، توجه مثبت، پاداش و تقویت مثبت برای رفتارهای درست، اهمیت تأخیر در تصمیم‌گیری را که برای انجام کارکردهای اجرایی حل مسأله از قبیل توجه، تفکر و نظم‌دهی به هیجانات در مقابل دیگران لازم است را مورد تأکید قرار می‌دهد. با استفاده از مهارت‌هایی که در این برنامه آموزشی به معلمان و والدین داده می‌شود؛ معلمان و والدین می‌توانند به کودکان و دانش‌آموزان خود بازداری پاسخ را همان‌طور که برای رفتارهای فرمانبری آنها، پیامدهای مثبت تعیین می‌کنند از طریق تعیین پیامدهای سازگار و قابل پیش‌بینی برای رفتار تکانشی کودک به او بیاموزند. اهمیت مدیریت رفتار در همین نکته نهفته است که با درک مشکل ناتوانی کودک در بازداری بتوان این اختلال را پس از یک دوره دارودرمانی و ایجاد آرامش در خانه و مدرسه برای سال‌های پیش روی کودکی و نوجوانی بدون اتکا به دارو و در یک فرایند درک متقابل به پیش برد. بهبود نسبی ارتباط کودک با والد و معلم تأثیر مطلوبی در روند درمان گذاشته و سبب کاهش مشکلات نافرمانی و قانون شکنی می‌شود. به این ترتیب چرخه معیوب تنبیه که در آن نافرمانی منجر به تنبیه می‌شود و تنبیه نافرمانی جدیدتر و بدتر را در پی دارد شکسته می‌شود (۲۳ و ۲۴).

محدودیت‌های این مطالعه شامل همکاری والدین، آموزگاران و دانش‌آموزان طی جلسات درمانی بود. واقعیت این است که اعتماد و اعتقاد والدین و آموزگاران به اثربخشی درمان بایستی ایجاد شود تا طی جلسات درمان حضور یابند و از ریزش نمونه‌ها جلوگیری شود. تشویق دانش‌آموزان مبتلا به اختلال ADHD نیز برای ادامه کار از محدودیت‌های این مطالعه بود که در چند مورد به ریزش انجامید. با توجه به تاثیر دارودرمانی در فرایند درمان، پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی برای درمان‌های ترکیبی روش توأم رفتار و دارودرمانی از دوزهای متفاوت داروی ریتالین استفاده شود.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که روش مدیریت اختلال ADHD تنها با استفاده از دارو و شانه خالی کردن والدین و معلمان میسر نیست. بسیار دیده شده است که عوارض اختلال پس از یک دوره درمانی و قطع دارو دوباره بارز می‌شوند. از این رو اگر تلاش در جهت تحول بهنجار کودک مبتلا باشد؛ صرف انرژی و تلاش یکپارچه خانه و مدرسه ضروری است.

آموزشی ($F=190/76$, $P<0/001$) پس از تعدیل میانگین‌های دو گروه بر اساس نمره پیش‌آزمون، از لحاظ آماری معنی‌دار بود (جدول ۲). ملاحظه میانگین‌های دو گروه در جدول یک نشان داد که نمره آزمودنی‌های گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است. در جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر گروه‌ها با توجه به فرم والدین آمده است. در این تست پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش در نظر گرفته شد.

اثر پیش‌آزمون از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P<0/001$ ، $F=49/17$) (جدول ۲). به بیان دیگر نمره‌های پس‌آزمون تحت تاثیر نمره‌های پیش‌آزمون قرار گرفته است. اثرات آموزشی و درمانی پس از تعدیل میانگین‌های دو گروه بر اساس نمره پیش‌آزمون نیز از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($F=86/47$, $P<0/001$). میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش یافت (جدول یک).

بحث

با توجه نتایج این مطالعه علایم اختلال ADHD به صورت معنی‌داری در اثر آموزش توأم رفتار و دارودرمانی کاهش یافت. میانگین نمرات پرسشنامه کانرز در هر دو فرم معلم و والدین در سه گروه آزمایشی رفتاردرمانی، دارودرمانی و روش توأم رفتار و دارودرمانی نشان داد که گروه‌های توأم رفتار و دارودرمانی بیشترین اختلاف میانگین را نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل ایجاد کرده‌اند. از طرفی در نتایج این مطالعه تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه روش توأم رفتار و دارودرمانی و گروه دارودرمانی مشاهده نشد (اثری مشابه در پس‌آزمون برای هر دو گروه). با توجه به مباحث نظری که در آن وجود مشکل در کارکرد مغز پایه اختلال ADHD در نظر گرفته می‌شود؛ قاعدتاً انجام دارودرمانی مناسب است که نتایج نیز نشان از این تاثیر دارد. نتایج دیگر مطالعات نیز مویده این نتیجه است (۸-۱۰).

اثربخشی روش رفتاردرمانی در این مطالعه به تنهایی تفاوت کمی را نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون ایجاد نمود. اگرچه این اختلاف معنی‌دار بود؛ ولی در مقایسه با گروه روش توأم رفتار و دارودرمانی و گروه دارودرمانی میزان آن پایین بود.

آموزش رفتاردرمانی به مادران کودکان مبتلا به اختلال ADHD سبب کاهش مشکلات رفتاری این کودکان شده است (۱۱ و ۱۲ و ۱۹). در مطالعاتی داخل کشور نیز نتایج مشابهی حاصل شده است (۱۳ و ۱۴ و ۲۲-۲۰).

شاید با مدیریت رفتار منسجم‌تر و پیگیری در طول زمان نتایج مدیریت رفتار این مطالعه نیز کارآیی بیشتری نشان می‌داد؛ اما پرسشی که در اینجا مطرح می‌شود این است که اگر دارودرمانی به تنهایی اثری مشابه روش توأم رفتار و دارودرمانی دارد؛ چه نیازی به ترکیب روش رفتار با دارودرمانی است؟ در تبیین این نتیجه می‌توان

علوم انسانی دانشگاه گیلان بود. بدین وسیله از همه والدین و معلمانی که در اجرای این مطالعه ما را یاری دادند؛ تشکر می‌نمایم.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه آقای عباس عبدالمهی فر برای اخذ درجه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی از دانشکده ادبیات و

References

- Moradi A, Khabazkhoob M, Agah T, Javaherforoushzadeh A, Rezvan B, Haeri Kermani Z, et al. [The prevalence of attention deficit hyperactivity disorder (adhd) among school children of Nishaboor – Iran during 2006]. J Gorgan Uni Med Sci. 2008; 10(2):37-42. [Article in Persian]
- Pundir M, Nagarkar AN, Panda NK. Intervention strategies in children with cochlear implants having attention deficit hyperactivity disorder. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2007 Jun; 71(6):985-8.
- Nejati V, Bahrami H, Abravan M, Robenzade Sh, Motiei H. [Executive function and working memory in attention deficit / hyperactivity disorder and healthy children]. J Gorgan Uni Med Sci. 2013;15(3):69-76. [Article in Persian]
- Derakhshanpour F, Vakili MA, Nomali M, Hosseini F. [Sleep problems in children with attention deficit and hyperactivity disorder]. J Gorgan Uni Med Sci. 2014;16(4):52-57. [Article in Persian]
- Parvaresh N, Ziaadini H, Erfani R, Shokoohi M. [Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and its relation with depression]. J Gorgan Uni Med Sci. 2014; 16(1): 94-99. [Article in Persian]
- Hebranei P, Behdanei F, Alaghbandrad J. [Evidence of familial association between attention deficit hyperactive disorder and major depressive disorder in probands of adhd (September 2003-march 2004)]. J Gorgan Uni Med Sci. 2005;7(2):31-36. [Article in Persian]
- Bloom B, Cohen RA. Summary health statistics for U.S. children: National Health Interview Survey, 2009. Vital Health Stat. 2010;10(234).
- Barkley RA. ADHD and the nature of self-control. 1st. New York: Guilford Press. 1997; pp: 108-25.
- Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Knee D, Tsuang MT. Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1990 Jul; 29(4):526-33.
- Teeter PA. Interventions for ADHD: Treatment in developmental context. 2nd. New York: Guilford Press. 2005; pp: 212-30.
- Bodenmann G, Cina A, Ledermann T, Sanders MR. The efficacy of the Triple P-Positive Parenting Program in improving parenting and child behavior: a comparison with two other treatment conditions. Behav Res Ther. 2008 Apr;46(4):411-27.
- Bor W, Sanders MR, Markie-Dadds C. The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. J Abnorm Child Psychol. 2002 Dec;30(6):571-87.
- Farmand A. [Combinational treatment: study of behavioral management and drug therapy on 3-12 old children]. MA Dissertation. Tehran University. 2009. [Persian]
- Zargharinejad Gh. [Impact of parents education on H/A disorder reduction]. MA Dissertation. Tehran University. 2008. [Persian]
- Pelham WE, Hoza B. Comprehensive treatment for ADHD: A proposal for intensive summer treatment programs and outpatient follow-up. In: Hibbs E, Jensen P (eds). Psychosocial Treatments for Children and Adolescents: Empirically Supported Approaches. 1st. New York: APA Press. 2006; pp:311-40.
- Hechtman L, Abikoff H. Multimodal treatment plus stimulants vs stimulant treatment in ADHD children: Results from a two year comparative treatment study. Proceedings of the Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, October 17-22. New Orleans, LA. 2005; p:63.
- Pisterman S, Firestone P, McGrath P, Goodman JT, Webster I, Mallory R, et al. The role of parent training in treatment of preschoolers with ADDH. Am J Orthopsychiatry. 1992 Jul; 62(3):397-408.
- Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1990 Jul;29(4):546-57.
- Ho TP, Chow V, Fung C, Leung K, Chiu KY, Yu G, et al. Parent management training in a Chinese population: application and outcome. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1999 Sep; 38(9):1165-72.
- Khushabi K, Mirabzadeh A, Moradi Sh, Gilani Pour M. [The review of constitutional and other risk factors in attention deficit and hyperactivity disorder children]. Sci J Hamdan Univ Med Sci. 2007;14(2):11-15. [Article in Persian]
- Fathi N. [Study of parents' education on H/A disorder reduction]. MA Dissertation. Psychiatry Institute. 1995. [Persian]
- Ghanbari S. [Study of parents education impact on reduction of comorbidity problems of H/A disorder]. MA Dissertation. Shahid Beheshti University. 2006. [Persian]
- Hoshvar AR. [Study of parents group therapy on reduction of H/A disorder -4, 10 years old children]. MA Dissertation. Olom Behzisti University. 2008. [Persian]
- Peterson L, Saldana L. Accelerating children's risk for injury: mothers' decisions regarding common safety rules. J Behav Med. 1996 Aug;19(4):317-31.
- Pelham WE, Foster EM, Robb JA. The economic impact of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Ambul Pediatr. 2007 Jan-Feb;7(1 Suppl):121-31.
- Danforth JS, Barkley RA, Stokes TF. Observations of parent-child interactions with hyperactive children: Research and clinical implications. Clin Psychol Rev. 1991;11(6):703-27.
- Pelham WE Jr, Wheeler T, Chronis A. Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. J Clin Child Psychol. 1998 Jun;27(2):190-205.
- Fischer M. Parenting stress and child with attention deficit hyperactivity disorder. J Clin Child Psychol. 1990; 19(4): 337-46.
- Alizadeh H. [Hyperactivity / attention deficient disorder]. 1st. Tehran: Roshd Press. 2004; pp: 42-56. [Persian]
- Conners CK. Development of the CRS-R. In: Conners CK, ed. Conners' Rating Scales-Revised North Tonawanda. New York: Multi-Health Systems. 2001; pp: 83-98.

Original Paper

Comparison of the efficacy of behavioral, medicinal and combination of behavioral and medicinal therapy on reduction of hyperactivity / attention deficit disorder symptoms in children

Hakimjavadi M (Ph.D)*¹, Gholamali Lavasani M (Ph.D)², Shakouri HR (Ph.D)³
Abdolahifar A (M.A)⁴, Momeni F (M.A)⁴

¹Associate Professor, Psychology Department, Guilan University, Rasht, Iran. ²Associate Professor, Educational Psychology Department, Tehran University, Tehran, Iran. ³Psychologist, 5 Azar Hospital, Golestan University of Medical Science, Gorgan, Iran. ⁴Psychology Department, Guilan University, Rasht, Iran.

Abstract

Background and Objective: Hyperactivity / attention deficit disorder (ADHD) with 3-5% is the most common disorder in children. This study was done to compare the efficacy of behavioral, medicinal and combination of behavioral and medicinal therapy on reduction of ADHD symptoms in children.

Methods: This quasi-experimental study was carried out on 40 male elementary students with ADHD in Gorgan, Northern Iran during 2011-12. Subjects were divided into the four groups including control, behavioral, medicinal (Ritalin 10 mg three times per day) and combination of behavioral and medicinal therapy. Conner's Rating Scale for parents (home) and teachers (school) were used in pretest-posttest spot after 8 weeks therapy.

Results: After intervention ADHD symptoms significantly reduced in behavioral, medicinal and combination of behavioral and medicinal therapy in compared to controls ($P < 0.05$), but this reduction was more in medicinal and combination of behavioral and medicinal therapy groups than behavioral group.

Conclusion: Medicinal and combination of behavioral and medicinal therapy has the same efficacy in reducing ADHD symptoms in children.

Keywords: Hyperactivity / attention deficit disorder, Behavior therapy, Ritalin

* Corresponding Author: Hakimjavadi M (Ph.D), E-mail: hakimjavadi@yahoo.com

Received 7 Apr 2012

Revised 16 Nov 2014

Accepted 16 Nov 2014