اثربخشی دارمانگری رفتاری و شناختی بر کاهش نشانه‌های بالینی اختلال نارسایی توجه/ فرزند کنشی کودکان

دکتر می‌محمد میرسئی۱، دکتر محمود منصوری۲، دکتر غلامعلی افروز۳
دکتر باقر غباری‌نژاد۴، دکتر احمد به پژوه۵

تاریخ دریافت: ۸۸/۱/۳۱ نجد نظر: ۸۸/۷/۱۹ پذیرش نهایی: ۸۸/۸/۱۹

چکیده
هدف: پژوهش حاضر، با هدف بررسی اثربخشی دارمانگری رفتاری و شناختی بر کاهش نشانه‌های بالینی اختلال نارسایی توجه/ فرزند کنشی کودکان در طول زمان در خلال موفقیت‌های اصلی نظری‌های اجامع گرفته، روش در فاریینگ روش شناختی، تعداد هشت آزمونی از دو موفقیت آزموزش و نیز انطباق شدن با استفاده از طرح تک آزمونی با آزمون‌های مختلف، نخست داههای حاشیه از مشاهده رفتاری مکرر از آزمونی در مرحله حداکثری گرو دو گرو دو سیسم در مرحله دارمانگری تعادل چهار آزمونی تحت دارمانگری رفتاری و چهار آزمونی در اجرای موفقیت دارمانگری شناختی/ رفتاری قرار گرفتند. رفتار آزمونی بعد از مداخله دارمانگری در جلسه‌های مرحله پیکر شهر مورد مشاهده دفیق قرار گرفت. یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل نقاط داده‌ها در مرحله‌های آزمایشی کاهش نشانه‌های رفتاری تکثیف گریز اختلال نارسایی توجه/ فرزند کنشی را در سه آزمونی درمانگری رفتاری و چهار آزمونی درمانگری شناختی- رفتاری در مرحله مداخله درمانگری نسبت به خط خاکی نشان داد. اما تأثیر ریشی در طول زمان مرحله پیکر ملاحظه نشد. نتیجه‌گیری: پایدا نشانه‌ای این مطالعه، زما‌هایی را در اثر بررسی ریشی در مرحله دارمانگری‌های رفتاری و شناختی- رفتاری بر کاهش نشانه‌های بالینی اصلی اختلال نارسایی توجه/ فرزند کنشی و تعمیم آنها از موفقیت مدرس مدور به موقعیت خانه‌دار.

رازنده‌های کلیدی: اختلال نارسایی توجه/ فرزند کنشی، دارمانگری رفتاری، دارمانگری شناختی- رفتاری

مقدمه
اختلال نارسایی توجه/ فرزند کنشی (ADHD) یکی از اختلال‌های روان‌شناسی و روانپزشکی است که در دوره کودکی ظاهر می‌شود. این اختلال، شایع‌ترین اختلال عصبی رفتاری دوره کودکی شناخته شده است (سیامپتیکوشناتوریا ۱۹۹۹، به نقل از تيرگر، ۱۹۹۸؛ والری، ۲۰۰۳). شاید بتوان گفت در تاریخچه روان‌شناسی بالینی، هیچ اختلالی به این‌نژاد اختلال نارسایی توجه/ فرزند کنشی نبوده است.

(Email: mirnasab2006@gmail.com)

1- دانشگاه تهران، دانشکده روانپزشکی و علوم تربیتی
2- استاد دانشگاه تهران، دانشکده روانپزشکی و علوم تربیتی
3- دانشیار دانشگاه تهران، دانشکده روانپزشکی و علوم تربیتی

[Downloaded from joec.ir on 2021-12-06]
محمود ميرسيد و همكاران: اثریخشی درمانگری رفتاری ره...

خصوص مثل فیلاد، بر نشانه‌های فرعی اختلال... مانند عامل‌های متعدد و فلوکل استفاده از... اما علاوه بر تأثیرات متعدد و مطلوب استفاده از... داروهای محکم که بیشترین اثر بر آن می‌تواند این اثرات... از جمله می‌توان به عدم اثری‌گیری برای... همکاریان (بله‌ها، پیشرفت جدی‌تری 1998)، کرتوژول و مورسیز (بی‌نتی) ترجمه محمدضا... نویسنده (1378) نداشته‌اند درمانگری و می... هیچ، 1993، به نقل از، (بله و همکاران، 2000)، و... وجود اثرات جانبی معنادار (فو و نیا، 2005، 2010) و... گیوشی، 2002) اشاره کرد.

پژوهش‌های نشان داده که استفاده از داروهای... محکم با روش تیک نیز رابطه دارد. پژوهش، آزمایش... درصدی تیکها را در افراد متین به تیک که داروی... محکم استفاده می‌کنند، نشان داده است، وقتی که... مصرف داروی طرفد شد، کمتر از یک درصد افرادی که... داروی محکم مصرف می‌کردند. اختلال یک مزمن... نشان دادند (فان دیک، "و دوگین"، 1998، به نقل... از هال و گیوشی، 2002).

اثار جذابی داروهای محکم در زمینه سوء... مصرف داروی نیز امروز کننده است. این داروها... به صورت داروی تغییر، خیابانی و با داروی... کننده رژیم غذایی مورد سوء مصرف قرار... گرفتند.

به دلیل محصول‌های ناشی از داروهای محکم و... داروهای متداول دیگر، طیف گسترده‌ای از روی... اوردهای درمانگری روان‌شناختی برای این اختلال... بی‌توجهی، فوکاکشن و برانگیختگی (دکستران، 1987). در چهارمین رسیدگی تجدید نظر شده... راهنمای تخصصی و آموزشی اختلالات رویای نیز این... سه نشانه اصلی: 1. کانوئی میانگین قرار گرفته‌اند... انجمن روانپزشکی آمریکا (2007).

امروزه، اختلال نارسایی توجه/ فوکاکشن یکی از محورهای اصلی فعالیت‌های پژوهش روان شناختی و یکی از محورهای اصلی در پژوهش‌ها و آزمایش‌ها با روایتی بررسی این اختلال از زاویه اثری‌گیری مداخلات درمانگری اختصاصی پیدا کرده است. انتخاب گوناگونانه درمانگری با روش روش‌های درمانگری برای این اختلال مانند آزمون‌های ارائه فشار به والدین، آموزش‌های نهایی‌کننده اختلالات، بازی درمانگری کنترل نشان دادند. ولی بر اساس... پژوهش‌های نشان داده که از حمایت تجربی برخوردار بوده‌اند: داروی درمانگری رفتاری، درمانگری تربیتی (دارو درمانگری همراه با درمانگری‌های روان شناختی) اثری‌گیری این مداخلات درمانگری در کوتاه‌مدت نشان داده شدند. ولی تدارک تأثیرات ...درمانگری گواهش نشده است.

داروی درمانگری شایع ترین شکل مداخله درمانگری برای اختلال نارسایی توجه/ فوکاکشن است (بوردا، هانی و کارول، 2002). از بین انواع داروهای مصرف می‌کنند، داروهای محکم.$$\text{دیگر این" (برایائلین)، پیشترین مصرف را داشتند.}

پژوهش‌های انجام گرفته تأثیر داروهای محکم بر... کاهش نشانه‌های اصلی اختلال (پرسون و همکاران، 2004؛ بونو و همکاران، 2005؛ آرون و همکاران، 2003) را به تائید رسانده‌اند. تأثیر این داروها (به 70
که صرفًا استفاده از تحسین برای افزایش بهره‌وری سطوح به‌همراه ضریب تکلیف کافی نیست (دبانی و اکرت، 1997). فیتفئر، و اولری (1987) اظهار می‌دارند که به‌کار گرفته شده و در، رفتارهای اختلال نارسایی توجه، فروش کننده، کلیه اینها می‌کند و لازم است تنبیه در شکل هریسه‌ی پاسخ به برنامه‌ای اضافه شود (بارکلی، 2002).

فروش رفتاری در درمانگری متفاوت از موقف‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته‌اند. افزایش‌های اجسام به‌زیست در موقف‌های پروشری و باریک انجام‌شده‌اند. اما، یکی از جنبه‌های مربوط به خانه، آموزش فنون رفتار درمانگری برای والدین است. بارکلی (2002) برای کمک به اعضای و رهایی از طریق راهکارهای است. این بررسی‌های ده ماهی‌ای مطالعه نشان می‌دهد که بر اساس آن وجود ارتباط بین درمانگری و شایعه‌های رفتار

درمانگری در دانشگاه برای خانواده مورد استفاده قرار می‌گیرد. 

تحقیقات گسترده‌ای در جهت بررسی مناسبی درمانگری شناختی - رفتاری برای کودکان (گراو و بیلیست؛ سانتام، گراو و کنندال، 2000) و پژوهش‌هایی برای اعضا اختلالاتی ریشه‌ی آن برای انواع اختلالات دوره کودک صورت گرفته است (هنین، وارمن و کنندال، 2002؛ کنندال و بانی چلی - میدلدل، 1995).

بر اساس نتایج پژوهش‌های انجام شده، معلوم که امتیاز که درمانگری شناختی- رفتاری برای درمانگری اختلال‌های درون تعیین یافته دقت مانند اضطراب و افسردگی در مقایسه با اختلال‌های افرادی نموده شده و اختلال نارسایی توجهی - فروش کننده و اختلال رفتار مهار به فنون ارتباطی پیشرفتی دارد (سانتام، گراو و کنندال، 2000) گراو و بیلیست، 2004). نتایج پژوهش‌ها در زمینه ارتباطی درمانگری شناختی- رفتاری برای انواع اختلال‌های درون تعیین، مورد استفاده قرار گرفته‌اند. این روش‌ها از انتخاب به‌همراه با شایعه‌های مثبت دیده می‌شود (بارکلی، 2002).

درمانگری غالباً به صورت درمانگری نارسایی بار می‌آید و درمانگری (در جهت افزایش سواد آنها و تأثیر کاهش مقدار صرف دارو) و گاهی به تنهایی (به مثابه خط نشست درمانگری) مورد استفاده قرار گرفته‌اند. از این آنها، درمانگری رفتاری و شناختی - رفتاری با همکاری نظریه‌دان‌ها بوده است.

رفتاری برخی از شیوه‌های درمانگری و اجرای حمایت برای درمان اختلال نارسایی توجه، فروش کننده است (بلهون و همکاران، 2000) ویگو و لاپنتسی (2003). در این شیوه، برآمیت، پیامدهای رفتاری در کنترل توجه، ارتباطاتی پیپرتو و نقاعد، کوشش تغییری و تعلیمات اجتماعی تأکید می‌شود (نلسن و ایزراویل، 2003).


مان، کلیسی (2000).

درخواست از پژوهش‌ها (برای مثال کورکوم، اسکاچار و سیگل، 1996) نشان داده‌اند که کاربر مشروط

تقویت کننده‌ها برای سطح غلطی‌پذیری با برای افتراقی توجهی - فروش کننده را کاهش دهد. 

این برنامه‌ها شامل استفاده از اقتصاد پنهان می‌شوند (بارکلی، 2002). درخواست از پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند

71
چندان رضایت بخش نیوداده‌اند. بر اساس پژوهش‌های مختلف، ارثی‌خیمی‌ای روی برای یکی از نشانه‌های اصلی اختلال (بارانگیختگی) تأثیر یافته است، ولی نتایج پژوهش‌ها به‌حدود در رفتار و عملکرد تحصیلی کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فرونکتی را را تحت تأثیر این روي آورد درمانگری نشان دهند (هینان، کلانی و آیکوف، 1998، پهلوه و همکاران، 1998، به نقل از نلسون و ایرانلی، 2003).

به طور خلاصه، می‌توان گفت هنگام درمانگری شناختی- رفتاری برای به‌حدود برخی از رفتارها و نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/ فرونکتی موجب جلوگیری کمک می‌کند ولی نتایج پژوهش‌های انجام شده در این حیطه، مانند نتایج درمانگری رفتاری آشکار و استوار نیوداده‌اند؛ به‌عبارت بی‌مهر، بر اساس پژوهش‌هایی که تاکنون انجام گرفته‌اند، این روي آورد درمانگری مورد حمایت تحیری کافی قرار نگرفته است (ویت و لاسنتن، 2010).

به منظور افزایش ارثی‌خیمی و تداوم آثار مداخله درمانگری، برخی از پژوهشگران به استفاده از روش درمانگری نوین روي آوردیان در که پیشینه پژوهش‌های بصر (درمانگری تکیه‌ای)، با روي آورد درمانگری، همکاری و مطالعات عمده‌ای در مورد ارثی‌خیمی و سطح کارایی درمانگری بهتر (به طور افتراقی اختلال نارسایی توجه/ فرونکتی و سطح کارایی درمانگری بهتر (به طور افتراقی اختلال نارسایی توجه/ فرونکتی) در کاهش نشانه‌های اصلی اختلال نارسایی توجه/ فرونکتی و بارانگیختگی) و متاسفانه درمانگری است؛ در صورت اثر بخشی این روي آوردی‌ها، می‌توان استفاده از آنها را به روان شناسان توصیه کرد و به معلمان
در این مطالعه، از روش مشاهده مستقیم رفتارهای آماده در موقعیت کلاس به عنوان روش اصلی استفاده شد. با توجه به اینکه در موقعیت کلاسی وجود رفتارهای تکیف گری با تکیف محور ۱۴ مشاهده شد، نهنشان‌های مجزای اختلال نارسایی توجه/ فزر کنتش (شاپیرو و کارتوچویل ۲۰۰۰) همین رفتارهای برای نشان‌های اصلی اختلال (بی نوجوان، فزر کنتش و برانچیگتکی) مورد کلاس درس در دوره مدرسه و نوزاد بود. درمانگری هر آزمونی را در طول هر هفته دو بار و هر بار به مدت ۳۰ دقیقه مورد مشاهده دیپ قرار می‌داد (زان مشاهده هم آزمون‌نامه قیل از ظاهر بود). در خلاصه هر جلسه مشاهده، با استفاده از روش ثبت «طور مدت رفتار»، مدت زمان و موقعیت هر واقعه رفتاری با کانون‌گیر و ثبت می‌شد. سپس درصد رفتارهای تکیف گری اختلال نارسایی توجه/ فزر کنتش محاسبه می‌شد. درجه توانایی میان مشاهده‌گر به عنوان برآوردی از «میان میان مشاهده‌گران» مربوط به اقدام کننده، رفتار و آزمون (از نظر والدین و معلم) نیز تحقیق صورت گرفت. استفاده از مقیاس‌های درجه‌بندی تجربی نظیر شدید و فهرست‌رتبه‌ی کودک نیز صحبت این شناخت گذاریها را قوت بخشید.

اطلاعات کلیر مربوط به این دانش آموزان در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- آزمونهای پژوهشی به تکیفی رفتار اختلال و نوع مداخله درمانگری

<table>
<thead>
<tr>
<th>آزمونی</th>
<th>رفتاری</th>
<th>رفتاری</th>
<th>رفتاری</th>
<th>رفتاری</th>
<th>رفتاری</th>
<th>رفتاری</th>
<th>رفتاری</th>
<th>رفتاری</th>
<th>رفتاری</th>
<th>رفتاری</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>آزمونی</td>
<td>۸</td>
<td>۸</td>
<td>۸</td>
<td>۸</td>
<td>۸</td>
<td>۸</td>
<td>۸</td>
<td>۸</td>
<td>۸</td>
<td>۸</td>
</tr>
<tr>
<td>آزمونی</td>
<td>۱۳</td>
<td>۱۳</td>
<td>۱۳</td>
<td>۱۳</td>
<td>۱۳</td>
<td>۱۳</td>
<td>۱۳</td>
<td>۱۳</td>
<td>۱۳</td>
<td>۱۳</td>
</tr>
<tr>
<td>آزمونی</td>
<td>۱۱</td>
<td>۱۱</td>
<td>۱۱</td>
<td>۱۱</td>
<td>۱۱</td>
<td>۱۱</td>
<td>۱۱</td>
<td>۱۱</td>
<td>۱۱</td>
<td>۱۱</td>
</tr>
<tr>
<td>آزمونی</td>
<td>۸</td>
<td>۸</td>
<td>۸</td>
<td>۸</td>
<td>۸</td>
<td>۸</td>
<td>۸</td>
<td>۸</td>
<td>۸</td>
<td>۸</td>
</tr>
<tr>
<td>آزمونی</td>
<td>۹</td>
<td>۹</td>
<td>۹</td>
<td>۹</td>
<td>۹</td>
<td>۹</td>
<td>۹</td>
<td>۹</td>
<td>۹</td>
<td>۹</td>
</tr>
<tr>
<td>آزمونی</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
</tr>
<tr>
<td>آزمونی</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>

۷۳
وضعیت تنها و نهایی از آزمون‌های مختلف مورد بررسی واقع شدند؛ بنابراین از تغییرات خطی پایه افراد مطالعه، روش آزمون‌های خود بازی و رفتار، برای آزمون‌های اول اجرا شد، سپس در مرحله بعد یک روش برای آزمون‌های دوم، سوم، و در نهایت آزمون‌های جهانی اعمال شد. سپس مداخله درمانی کنار گذاشته شد و رفتار فرد در شرایط طبیعی مورد مشاهده قرار گرفت (ارائه پیگیری).

نحوه سازمان‌دهی و صورت پذیر اجرای مداخلات درمانی رفتاری و شناختی-رفتاری

در سطح درمانی رفتاری از روش انتخاباتی افتراقی رفتارهای ناهماهنگ 70 استفاده شد؛ پس از تغییرات رفتارهای املاح نامطلوب (شناسه‌های اصلی اختلال نارسایی توجه؛ فوزون کنکسیه هدف تغییر و اصلاح قرار گرفتن و رفتارهای ناهماهنگ و مغایر مطلوب (رفتارهای که تقویت شده است) استفاده از انتخاب به 17 همراه با هزینه پاسخ 17 مالحظان داشتن روش‌های کاریست مؤثر آنها (کوپن، هورن و هوارد، 1947) آغاز شد (جدول 3). سازمان‌دهی برنامه‌های انتخاب به‌پایه بر اساس جدول 1 / صورت گرفت.

در مورد جلسات درمانی رفتاری، نسبت معاوضه به تدریج از 5 پته (کارت صدا کردن) به 7 و بیشتر افزایش یافت. علاوه بر آن، زمان لازم برای دریافت پته‌ها در طی جلسات از 5 دقیقه به 10 و 12 و...
در نمودار ۳ برای آزمودنی سوم، کاهش آشکار نشان‌ها در مرحله دخالت درمانگری نسبت به مرحله خط پایه ملاحظه می‌شود. اما روند مرحله پیگیری بیانگر افزایش مجدد بروز نشان‌های و افزایش آنها به شرایط خط پایه است.

بر اساس نمودار ۲ برای آزمودنی چهارم، نمی‌توان کاهش چشمه‌گیری در نشان‌های اختلال از مرحله خط پایه به مرحله دخالت درمانگری را گزارش کرد. در مرحله پیگیری نیز گروه حامل تقرباً به شرایط خط پایه نزدیک است.

به طور کلی، بر اساس نتایج حاصل از مشاهده، رفتار برای آزمودنی‌ها که تحت برنامه مداخله درمانگری رفتاری قرار گرفته‌اند، نشانه‌های مصرف در دوره آزمودنی اول کاهش آشکار درصد نشان‌ها از مرحله خط پایه به مرحله دخالت درمانگری ملاحظه می‌شود (در نمودار، بیک در اثر است) اما نتایج نشان می‌دهد که در مرحله پیگیری دیده نمی‌شود. اما در دوره آزمودنی چهارم، اگر کاهش قابل توجهی ملاحظه شود.

نمودارهای ۵ تا ۸ نتایج به دست آمده از روش مشاهده مستقیم رفتاری را برای آزمودنی‌های پزوهش که تحت مداخله درمانگری شناخته شده و رفتارها در شرایط بدون مداخله مورد مشاهده قرار گرفته‌اند، بازگشت مجدد نشان‌های تکلیف گیری (نشان‌های اختلال نارسایی توجه/ فزر کنشی) در حذف برود آنها در مرحله خط پایه ملاحظه می‌شود (نمودار ۱).

در دوره آزمودنی دوم (نمودار ۴) نیز تغییر (کاهش) نشان‌های اختلالی از مرحله خط پایه به مرحله درمانگری مشاهده شد. همچنین همانند آزمودنی اول در مرحله پیگیری شاهد افزایش بروز نشان‌ها (در مقایسه با مرحله مداخله درمانگری) هستند. با این تفاوت که کگشته نشان‌ها تا حدودی با پایینتر از خط پایه قرار گرفته است که نتایج متوانده می‌باشد.
نمودارهای ۱ تا ۴: نتایج مشاهده مستقیم رفتاری در شرایط آزمایشی مداخله درمانگری رفتاری برای یک آزمودنی به پزشک
نمودارهای 5 تا 8- نتایج مشاهده مستقیم رفتاری در شرایط آزمایشی مداخله درمانگری شناختی- رفتاری برای تک آزمون‌های پژوهش
پیگیری افزایش یافته است. به طور خلاصه، بر اساس نتایج حاصل برای آزمودنی‌ها که تحت مداخله درمانگری شناختی-رفتاری قرار گرفته‌اند، می‌توان گفت درمانگری شناختی-رفتاری موجب کاهش چشمگیر در تظاهر نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/ فوزونکشی شده است. ولی آثار مداخله درمانگری در طول زمان (مرحله پیگیری) دیده نمی‌شود.

بحث و توصیه‌گیری
هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی اثراتی که روان‌شناسی در دوره آموزشی درمانگری شناختی-رفتاری بر کاهش نشانه‌های بالینی اختلال نارسایی توجه/ فوزونکشی و پگاه‌کنشی که کودکان، نتایج حاصل از پژوهش، اثراتی روش تقویت افتراقی رفتارهای ناهماشز را به صورت تکنیک درمانگری رفتاری و روش خودبیانینی رفتاری را به صورت تکنیک درمانگری شناختی-رفتاری بر کاهش رفتارهای تکلیف گزاری اختلال نارسایی توجه/ فوزونکشی نشان داد. مشاهده مستقیم رفتارهای نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/ فوزونکشی در موقعیت آموزش ویژه‌ای حاکی از آن بود که این رفتارها در مرحله مداخله از یک طرف تک آزمودنی چند‌پایهای کاهش می‌یابند و این کاهش چشمگیر در نشانه‌های اصلی برای اثراتی چاپ در روش درمانگری مشاهده می‌شود. با وجود این، تداوم آثار درمانگری برای آزمودنی‌های درمانگری رفتاری ملاحظه نشد؛ ولی تأثیرات پایدار درمانگری شناختی رفتاری نیز تا حدودی برای آزمودنی‌های پژوهش

در عین حال، در مورد این آزمودنی‌ها می‌توان گفت الگوی ظاهر نشانه‌ها در هر سه مرحله، در حد پایین‌تر (در مقایسه با سایر آزمودنی‌های پژوهش) قرار می‌گیرند (نشانه‌های شدید بروز نمی‌یابند).

در نمودار 6 می‌توان شاهد کاهش بارز نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/ فوزونکشی (به عنوان رفتارهای تکلیف گزاری) در مرحله مداخله درمانگری شناختی-رفتاری بوده به عبارت دیگر درمانگری شناختی-رفتاری نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/ فوزونکشی را در این آزمودنی کاهش داده است، اما الگوی مرحله پیگیری، گویای تداوم کمتر اثر بخشی درمانگری شناختی-رفتاری است. در نمودار 7 برای آزمودنی هفتم پژوهش کاهش رفتارهای تکلیف گزاری یا نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/ فوزونکشی از مرحله خط پایه به مرحله مداخله درمانگری شناختی-رفتاری ملاحظه می‌شود. اما همانند الگوی بهدست آمده برای آزمودنی ششم در مرحله پیگیری، تداوم آثار مداخله درمانگری (برای کل این مرحله) ملاحظه نمی‌شود؛ ولی طی جلسات مشاهده در مرحله پیگیری، پروز نشانه‌های اختلال به تدریج افزایش می‌یابد.

نمودار 8 برای آزمودنی هشتم، میزان اثراتی که درمانگری شناختی-رفتاری کاهش مشهور نشانه‌ها در مرحله مداخله درمانگری نسبت به شرایط خط پایه دیده می‌شود. افزون بر آن، در مرحله پیگیری چاپ الگوی بروز نشانه‌های اختلال (رفتارهای تکلیف گزاری اختلال نارسایی توجه/ فوزونکشی) به الگوی حاص در مرحله مداخله درمانگری تبدیل است؛ ولی عبارت بهتر نا حددی می‌توان شاهد تداوم اثرات درمانگری شناختی-رفتاری برای این آزمودنی بود، اما بروز نشانه‌ها در جلسات نهایی

78
لا ملاحظه شد.

یافته‌های حاصل در خصوص اربیخشی درمانگری رفتاری بر یافته‌های قبلی پژوهشگران در زمینه اربیخشی پامدهای رفتاری و آثار ویژگی‌ها بر کنترل رفتار کودکان و ایجاد اختلال نارسایی توجه/فوکشن کشته هم‌اکنون است (فابیانو و همکاران، 2003؛ کارلیون و تام، 2000). ملاحظه شده است که کاریست مشروط تقویت کننده‌ها باری رسیدن به سطح فعالیت پایین و افزایش توجه در کاهش نشان‌های اصلی اختلال نارسایی توجه/فوکشن کشته نشان و مؤثری دارد و استفاده از یادگیری همراه با هزینه پاسخ (به عنوان شکلی از تنیبین)، در افزایش توجه و بهبود عملکرد دانش‌آموزان مؤثر است (کارلیون و تام، 2000؛ فابیانو و پیلهام، 2003). یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که وقتی از برنامه مداخله رفتاری برای کاهش نشان‌های اختلال می‌شود، رفتارهای تکلیف‌گریز دانش‌آموزان در کوتاه مدت کاهش می‌یابند.

استفاده از دو تن در این تحقیق عدم بروز نشان‌های اختلال نارسایی توجه/فوکشن کشته موجب افزایش توجه و زمان باید دانستن من اثر مداخله رفتاری تکلیف‌گریز می‌شود.


با شیوه‌های مهارگری رفتار در والدین و معلم‌اند، را در عدم تعیین اربیاش درمانگریها دخیل دانست. به‌نظر مرسد که اگر بتوان آموزش والدین را در قابل برنامه‌برداری (1987) یا برنامه‌برداری فورهن و مک‌ماهان (1981) یا برنامه‌های مناسب دیگر، به درمانگری رفتاری و شناختی - رفتاری اضافه کرد، می‌تواند با نتایج امیدوارکننده‌ای در خصوص تعیین تأثیرات درمانگری دست یافته.

مطالعه حاضر محدودیتهایی را نیز داشته است.

با توجه به اتخاذ طرح پژوهش تک آزمونی و انتخاب تعداد کمی از آزمودنی‌ها (البته ماهیت این طرح‌ها آن را ایجاد می‌کند) انتخاب پژوهشی به‌صورتی که بر این کلیه امکان‌ها محدود بوده است. افزون بر آن کلیه امکان‌ها پژوهش، پس از واجد اختلاف نارسایی توجه/ فرونز کشی بودن که از موقعیت آموزش ویژه انتخاب شده، تعیین یافته‌ها پژوهش برای این آزمودنی‌ها و موقعیت‌ها صورت می‌گیرد.

محدودیت دیگر پژوهش، این بود که چون در استفاده از تکنیک مشاهده مستقیم رفتاری، سنگین نشان‌های بخصوص اختلال در موقعیت کلاس دختران، نشان‌های رفتار تکیفگری اختلال نارسایی توجه/ فرونز، کشی به طور کلی مورد مشاهده قرار گرفته. بررسی اربیاش درمانگری‌ها بر هر یک از نشان‌های اصلی اختلال نارسایی توجه/ فرونز کشی در کودکان به نحو مجزا مستند انجام پژوهش‌های دیگری در آینده است.

پایه‌های مطالعه حاضر در سطح بکاری‌شده، می‌تواند حائز اهمیت باشد. با اکتا به نتایج این مطالعه، استفاده از تکنیک‌های درمانگری رفتاری و شناختی رفتاری در موقعیت‌های آموزش ویژه توصیه شود.
1 Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)
2 Shaywitz, S.E.
3 Anastoupolos, A.D.
4 Milich, R.
5 Balentine, A.C.
6 Lynam, D.R.
7 Barkley, R.A.
Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43,830-839.


