

*Meta-analysis Effectiveness of
Psychological Intervention on Rate of
ADHD Symptoms*

Somaye jamali paghale,¹ M.A., Ahmad Abedi²,
Ph.D., Elham Aghaie³, M.A

Received: 18.10.10 Revised: 15.2.11 Accepted: 1.10.11

Abstract

Objective: This study aims to integrate the results of different psychological treatments studies for Attention-Deficit/ Hyperactivity disorder (ADHD), and to determine the effect size. **Method:** Seventeen studies with appropriate methodology were selected and meta-analysis was done on it. The research tool was meta-analysis checklist. **Results:** Data analysis showed that rate of effect size of psychological intervention on reducing ADHD symptoms were 0/54.($P \leq 0/001$). **Conclusion:** This rate of effective size according to Cohen table was higher than average.

Keywords *Meta-analysis, Attention-Deficit/ Hyperactivity disorder, Psychological intervention.*

1. Corresponding Author M.A in psychology of Exceptional Children Isfahan-University (Email: Jamali_somaye88@yahoo.com)
2. Assestant Professor Isfahan-University
3. M.A. in Clinical psychology Isfahan-University

فرا تحلیل اثربخشی مداخلات روان شناختی
بر میزان نشانه‌های اختلال نارسایی توجه /
بیش‌فعالی

سمیه جمالی پاقله^۱، دکتر احمد عابدی^۲، الهام آقایی^۳

تاریخ دریافت: ۸۹/۷/۲۶ تجدیدنظر: ۸۹/۱۱/۲۶ پذیرش نهایی: ۹۰/۷/۹

چکیده

هدف: با توجه به اهمیت مداخلات مورد استفاده در درمان اختلال ADHD هدف پژوهش حاضر عبارت از فراتحلیل تحقیقات انجام شده پیرامون مداخلات روان‌شناختی در زمینه اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی است. **روش:** این پژوهش با استفاده از تکنیک فراتحلیل با یکپارچه کردن نتایج حاصل از انجام تحقیقات مختلف، میزان اندازه اثر درمانهای روان‌شناختی را مشخص می‌کند. بدین منظور ۱۷ پژوهش که از لحاظ روش‌شناختی مورد قبول بود، انتخاب و فراتحلیل بر روی آنها انجام گرفت. ابزار پژوهش چک لیست فراتحلیل بود. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد میزان اندازه اثر مداخلات روان‌شناختی بر کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی ۰/۵۴ است ($P \leq 0/001$). **نتیجه‌گیری:** نتیجه فراتحلیل نشان داد که میزان اندازه اثر مطابق جدول کوهن در حد بالاتر از متوسط قرار دارد.

واژه‌های کلیدی: فراتحلیل، اختلال بیش‌فعالی-نارسایی توجه، مداخلات روان‌شناختی

۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان
۲. عضو هیئت علمی دانشگاه اصفهان
۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه اصفهان

مقدمه

یکی از رایج‌ترین اختلالات دوران کودکی که توجه روان‌شناسان و روان‌پزشکان را به خود جلب کرده، اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است (بوسینگ، ماسن، بل، پورتر، گارون، ۲۰۱۰). این اختلال را نخستین بار در سال ۱۸۴۵ پزشکی آلمانی به نام هنری هوفمن شناسایی کرد (پلیزکا، گرینهل، کریزن، ۲۰۰۰). نارسایی توجه/بیش‌فعالی، اختلالی عصبی - رشدی است که با سه ویژگی اصلی یعنی نارسایی توجه / بیش‌فعالی و تکانشگری توصیف می‌شود. این اختلال از شایع‌ترین اختلالات دوران کودکی است و بخش قابل توجهی از جمعیت جهان را مبتلا کرده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). افراد مبتلا به این اختلال، ممکن است توانایی توجه دقیق به جزئیات را نداشته باشند یا در انجام تکالیف مدرسه، کار یا سایر فعالیتها، از روی بی‌احتیاطی مرتکب اشتباه شوند. اغلب، در انجام فعالیت‌هایشان بی‌نظمی وجود دارد و وظایف محوله را با دقت پایین و تأمل ناکافی انجام می‌دهند. حفظ توجه در بازی و تکالیف برای این افراد، غالباً دشوار است و به سختی می‌توانند برای به پایان رساندن تکالیف توجه خود را متمرکز کنند (ابیکاف و همکاران، ۲۰۰۹).

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - ویراست چهارم متن تجدیدنظر شده (DSM-IV-TR) برای این اختلال، سه زیرگروه مطرح می‌کند: عمدتاً بی‌توجه، عمدتاً بیش‌فعال و مرکب (ترکیبی از دو زیرگروه بیش‌فعال و نارسایی توجه). برای گذاشتن تشخیص اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، نشانه‌ها باید مزمین و قبل از هفت سالگی و حداقل در دو موقعیت متفاوت، مشاهده شده باشند. اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی ۳ تا ۷ درصد دانش‌آموزان را در برمی‌گیرد این میزان در پسران، سه برابر بیشتر از دختران است، در ۵۰ تا ۸۰ درصد کودکان، تا دوره

نوجوانی و در ۳۰ تا ۵۰ درصد آنها تا دوره بزرگسالی ادامه می‌یابد.

تاکنون هیچ عاملی به تنهایی به عنوان علت اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه شناخته نشده است، تصور می‌شود که این اختلال در نتیجه تعاملات پیچیده بین ژنتیک، محیط و عوامل زیستی است (کالینگ، جانکلس، تانوک، کاستلانوس، ۲۰۰۸). به‌طور خاص به نظر می‌رسد که ژنتیک و عوامل محیطی، از عللی هستند که منجر به تفاوت‌های زیستی - عصبی می‌شود و به نوبه خود نشانه‌های بیش‌فعالی/نقص توجه را آشکار می‌سازند. با وجود این، موارد نادری از اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه می‌تواند بدون زمینه ژنتیکی به‌وجود آید. درحالی‌که به نظر نمی‌رسد عوامل روانی اجتماعی تنها علت این اختلال باشد، لذا نقش بالقوه‌ای در بروز نشانه‌ها دارند (بارکلی، ۲۰۰۶). در این راستا، تلاش‌های تبیینی در خصوص اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بر عللی مانند آسیب‌های مغزی، بیماری‌های عصبی، حساسیت به مواد غذایی و مواد افزودنی به غذا، عدم تعادل زیست‌شیمیایی مغز، متغیرهای محیطی مانند سرب، محدودیتها و تنیدگی‌های محیطی تأکید داشته‌اند (اشمیتز و همکاران، ۲۰۰۶).

بر همین اساس، این اختلال برای روان‌شناسان و روان‌پزشکان، والدین و معلمان به صورت معضلی حل‌نشده درآمده است. ویژگی‌های اصلی آن یعنی ناتوانی در مهار رفتار نارسایی توجه، ناتوانی یادگیری، پرخاشگری، مشکلات تحصیلی، بی‌قراری حرکتی و برانگیختگی برای والدین، معلمان و همسالان، تحمل‌ناپذیر بود (دینن و فیزرالد، ۲۰۱۰). از سوی دیگر این اختلال به فرایند تحول استعداد‌های ذهنی و مهارت‌های اجتماعی-عاطفی کودکان مبتلا آسیب می‌رساند، به گونه‌ای که ضعیف تحصیلی با پایین بودن سطح حرمت خود، بزهکاری، افسردگی (رتز و همکاران، ۲۰۰۸)، اختلال‌های شخصیت، اعتیاد به الکل

(کنی، ۲۰۰۷)، سوء مصرف مواد و روان‌گسستگی را به همراه دارد.

تلاشهای فعلی در درمان این اختلال بیش از پیش، بر تغییر و تعدیل همبسته‌های عصبی، زیست‌شیمیایی و روانی اجتماعی معطوف شده‌اند (دل آنجلو و همکاران، ۲۰۰۹). با این حال، درمانهای ناظر بر دستکاری عصب زیست-شیمیایی، با انتقادهای زیادی مواجه شده‌اند، زیرا کودک و نوجوان از نظر عصب زیست-شیمیایی، تحت تأثیر سازمان یافتگی از پیش تعیین شده ژنتیک، در حال تحول است و به کارگیری داروهای شیمیایی از یک سو، با دخالت در فرایند طبیعی تحول نظام عصب شناختی، مسیر طبیعی تحول آن را منحرف می‌کند و از سوی دیگر، آسیبهای رفتاری-شناختی به دنبال خواهد داشت. با توجه به عدم وجود شواهد تجربی کافی مبنی بر تأیید علل عصب زیست-شیمیایی در اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی و فقدان تأثیر پایدار دارو درمانگری و عوارض جانبی داروهای محرک دستگاه اعصاب مرکزی، در طول دهه اخیر، تعداد چشمگیری از پژوهشها به مداخلات روان‌شناختی در مورد این کودکان اختصاص یافته‌اند (پلهام و هوزا، ۱۹۹۶). راه‌حلهایی که امروزه برای مقابله با این مشکل ارائه شده عبارت‌اند از: دارو درمانی، مداخلات روان‌شناختی از جمله آموزش مهارتهای اجتماعی به کودکان از طریق آموزش به والدین و کودکان که خود شامل آموزش مبتنی بر رویکرد شناختی، آموزش مبتنی بر رویکرد رفتاری و آموزش مبتنی بر رویکرد هیجانی است و درمان چند وجهی که ترکیبی از مداخلات روان‌شناختی و دارو درمانی است. مداخلات روان‌شناختی یا به‌مثابه جایگزینی برای درمان دارویی و یا به صورت روشی برای ادامه آثار درمان دارویی به کار می‌رود. آموزش رفتاری والدین نوعی مداخله روان‌درمانی است که هدف آن تغییر تعامل ناسازگارانه والد-کودک با آموزش به والدین است، تا از تکنیکهای رفتاری برای کاهش رفتارهای ناسازگارانه فرزندانشان

و افزایش رفتارهای مناسب اجتماعی آنان استفاده کنند (مارتینز و لاچمن، ۲۰۱۰). در این روش والدین به صورت فردی یا گروهی برای تغییر رفتار فرزندانشان با استفاده از تکنیکهای یادگیری اجتماعی آموزش می‌بینند. این روش مبتنی بر شرطی‌سازی کنشگر در نظریه یادگیری اجتماعی است که طبق آن رفتارها رشد می‌یابند و می‌توانند با تمرکز بر آن یا پیامدهایش تغییر کنند (کازدین، ۲۰۰۵). درمان شناختی رفتاری مبتنی بر این فرضیه است که افکار، احساسات و رفتار، متقابلاً با هم در ارتباطند و اینکه تغییرات یکی از آنها، لزوماً منجر به تغییر در دیگری خواهد شد (مارتینز و لاچمن، ۲۰۱۰). این روابط متقابل بین افکار، احساسات و رفتارها به مثابه اصل اساسی همه درمانهای شناختی-رفتاری به کار می‌رود. در رویکرد شناختی-رفتاری شناختها، احساسات، ادراک و شیوه پردازش اطلاعات، نقش محوری را در پیشرفت و بازسازی رفتاری و مشکلات سازگاری بازی می‌کند. در مقایسه با درمانهای صرفاً شناختی، مهارتهای شناختی-رفتاری شامل تکنیکهای مبتنی بر اصول تغییر رفتار هستند. (مارتینز و لاچمن، ۲۰۱۰). رویکرد شناختی رفتاری شامل انواع راهبردهای ویژه، جهت درمان مشکلات رفتاری است. حل مسئله، آموزش خودآموزی، بازسازی اسناد و آموزش آرام‌سازی، همگی به‌طور مؤثری بر بهبود رفتار مورد استفاده قرار می‌گیرند. مداخلات به‌طور معمول، شامل آموزش کودکان برای شناسایی عوامل بیرونی و درونی است که نشان‌دهنده رفتار آنهاست و برای محرکهای داخلی از قبیل خود اظهاری، حل مسئله و تصور کردن برای کنترل رفتارهایشان، مورد استفاده قرار می‌گیرد.

از جمله پژوهشهایی که در کشور صورت گرفته می‌توان به پژوهشهای زارعی (۱۳۷۹)، هاشمی نصرت‌آباد (۱۳۸۵)، ناصری‌زاده (۱۳۸۵)، آزرمی (۱۳۸۷)، قصابی (۱۳۸۷)، صاحبان (۱۳۸۸) و علیزاده (۱۳۸۸) اشاره کرد. این پژوهشگران اثربخشی

نشانه‌های ADHD در کشور چقدر است با توجه به اینکه بخش چشمگیری از مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های روان‌شناختی و مشاوره کودکان ADHD هستند و همچنین هزینه‌های درمانی که برای والدین در بردارد، ضرورت انجام این تحقیق بیش از پیش روشن می‌شود.

فراتحلیل تکنیکی آماری است که به جای فرضیه پژوهشی خاصی، به ترکیب اندازه اثرهای حاصل از انجام پژوهش‌های مختلف می‌پردازد. این روش به پژوهشگر امکان آزمایش فرضیه‌ای را می‌دهد که در پژوهش‌های مختلف مطرح شده و مورد آزمایش قرار گرفته، اما نتایج مختلف و متضادی را به دست داده است (هویت و کرامر، به نقل از پاشا شریفی و همکاران، ۱۳۸۸). با توجه به مطالب فوق، پژوهش حاضر نیز بر آن است تا با استفاده از فراتحلیل، میزان اثرگذاری الگوی مداخلات روان‌شناختی را در کاهش نشانه‌های ADHD (نقص توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری) مورد بررسی قرار دهد.

روش

در این تحقیق با توجه به هدف پژوهش، از روش فراتحلیل استفاده شده است. در فراتحلیل، اصل اساسی عبارت از محاسبه اندازه اثر برای تحقیقات مجزا و برگرداندن آنها به مقیاس مشترک (عمومی) و آنگاه ترکیب آنها برای دستیابی به میانگین تاثیر (فراهانی و عریضی، ۱۳۸۴). فراتحلیل حاضر بر آن است که با بررسی نتایج حاصل از اجرای پژوهش‌های مختلف، در کنار هم، به نتیجه‌ای کلی در زمینه میزان اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی بر علائم اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، برسد. به‌طور کلی دو رویکرد برای ترکیب و تحلیل نتایج در فراتحلیل وجود دارد: ۱- مدل اثرهای ثابت و ۲- مدل اثرهای تصادفی. هُدجسن و وورا (۱۹۹۸) اظهار کرده‌اند که انتخاب مدل به میزان فراوانی و به نوع استنباط‌های پژوهشگر، بستگی دارد. مدل اثرهای ثابت صرفاً برای استنباط‌های شرطی نامعلوم مناسب است؛ یعنی

مداخلات روان‌شناختی را در کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، رضایت‌بخش گزارش کرده‌اند. پاشاسلطانی (۱۳۸۱)، تیزدست (۱۳۸۵) و جنتیان (۱۳۸۷) اندازه اثر مداخلات روان‌شناختی بر کاهش نشانه‌های این اختلال را متوسط گزارش کرده‌اند.

بائر و نبتزال (۱۹۹۱) با فراتحلیل خود، تأثیر درمان‌های شناختی را بر روی اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، بالای متوسط گزارش کردند. کارکرم و شینگل (۱۹۹۳) در فراتحلیل خود، تأثیر درمان‌های شناختی را بیشتر از سایر مداخلات گزارش کرده‌اند.

وندرآورد، پرینز، استرلان، ملکاپ (۲۰۰۸) در فراتحلیل خود درمان‌های روانی اجتماعی، دارویی و ترکیبی را مقایسه کردند و اندازه اثر درمان‌های روانی اجتماعی را $d = 0.83$ بیان کردند که با توجه به جدول کوهن اثر زیادی داشته است و اندازه اثر درمان دارویی را نیز متوسط به بالا گزارش کردند.

مزاروس و همکاران (۲۰۰۸) نیز در فراتحلیلی تأثیر درمان دارویی بر بزرگسالان دارای ADHD را بررسی کردند و اندازه اثر $d = 0.65$ را ذکر کرده و معتقدند که درمان دارویی تنها، برای درمان کافی نیست.

گریگوری و همکاران (۲۰۰۹) تأثیر درمان‌های رفتاری بر اختلال ADHD بررسی کردند و اندازه اثر بین گروهی را $d = 0.83$ و اندازه اثر مطالعات قبل و بعد را $d = 0.70$ گزارش کردند.

با توجه به ناهمخوانی‌هایی که در نتایج تحقیقات مربوط به اثربخشی مداخلات روان‌شناختی در کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی وجود دارد، به نظر می‌رسد که انجام فراتحلیل به روشن ساختن مقدار واقعی تأثیر مداخلات روان‌شناختی بر کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، کمک خواهد کرد. در واقع این تحقیق با استفاده از روش فراتحلیل در پی پاسخ‌گویی به این سؤال است که اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر کاهش

۱۳۸۴). این اطلاعات به صورت جداگانه در جدول ۱ کدگذاری شده‌اند و بدین طریق می‌توان اندازه اثر را در انواع مختلف مطالعه بررسی کرد (جیزکنز، کرشینا، استنکامپ و کانها، ۲۰۰۹).

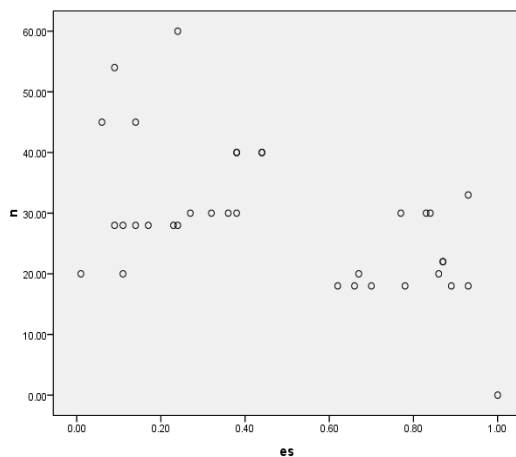
در این فراتحلیل تمام پژوهشهایی که از لحاظ روش‌شناختی شرایط لازم را احراز کرده‌اند، به کار گرفته شده‌اند؛ یعنی از همه طرحهای پژوهشی، پایان‌نامه‌ها و مقاله‌هایی که ملاکهای ورود داشته‌اند، استفاده شده است که تعداد این تحقیقات ۱۷ عدد بوده است. معیارهای "ورود" این پژوهش عبارت بودند از: ۱- موضوع پژوهش مداخلات روان‌شناختی اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی باشد. ۲- بررسی در قالب پژوهش گروهی صورت گرفته باشد ۳- تحقیقات به صورت آزمایشی و نیمه‌آزمایشی انجام شده باشند. ۴- از ابزارهای معتبر و مقیاسهای دقیق، که دارای اعتبار و روایی کافی بوده‌اند، استفاده شده باشد. و ملاکهای خروج پژوهشهایی بودند که: ۱- موضوع پژوهش مسئله‌ای غیر از مداخلات روان‌شناختی باشد. ۲- پژوهشهایی که صرفاً به گزارش میزان شیوع در گروههای کاری مختلف اقدام کرده‌اند. ۳- تحقیقات به صورت موردی، مروری، رابطه‌ای و توصیفی انجام شده‌اند.

ابزار پژوهش؛ چک لیست تحلیل محتوا (از لحاظ روش‌شناختی): از این چک‌لیست برای انتخاب پایان‌نامه‌ها، طرحهای تحقیقاتی و مقاله‌های پژوهشی دارای ملاکهای "ورود" و استخراج اطلاعات لازم برای انجام فراتحلیل از محتوای آنها استفاده شد و چک‌لیست مذکور، شامل مؤلفه‌های زیر بود: عنوان پژوهشهای انجام شده درباره اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، مشخصات کامل مجریان، سال و محل اجرا سوالها، فرضیه‌های پژوهش، ابزارها روایی و اعتبار ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات، جامعه آماری، حجم نمونه و سطح معناداری آزمونهای به کار گرفته شده در این تحقیق، صرفاً پژوهشهایی برای فراتحلیل انتخاب شدند که روایی و اعتبار آنها محرز شده بود؛ روش

استنباط‌هایی که تنها می‌خواهند مطالعات موجود در فراتحلیل را وسعت دهند؛ در حالی که مدل اثرهای تصادفی خواستار تسهیل استنباط‌های غیرشرطی، یعنی استنباط‌هایی که ورای فراتحلیل تعمیم داده شده‌اند (عابدی و همکاران، ۱۳۸۵). برای داده‌های جهان واقعی در علوم انسانی، پژوهشگران تمایل به استنباط‌های غیرشرطی دارند و بنابراین، مدل‌های اثر تصادفی، اغلب مناسب‌تر هستند؛ بنابراین در این پژوهش، از مدل اثرهای تصادفی استفاده شد. این مدل تغییرات بین مطالعه‌ها و تغییرات درون مطالعه‌ها را بررسی می‌کند. پیش فرض این مدل آن است که این مطالعات نمونه‌ای تصادفی است که از جامعه همه مطالعات ممکن، انتخاب شده است. در فراتحلیل با در دست داشتن آماره‌هایی مانند x, F, t می‌توان شاخص اندازه اثر مربوط به t را برآورد کرد. براساس نظر کوهن (۱۹۸۸)، برای شاخص t اندازه‌های اثر ۰/۱، ۰/۳، ۰/۵ به ترتیب کوچک، متوسط و بزرگ قلمداد می‌شود (روزنتال و دمتیو، ۲۰۰۱، فراهانی و عریضی، ۱۳۸۴).

"جامعه آماری" پژوهش، پایان‌نامه‌های کارشناسی ارشد و دکترا (مراجعه پژوهشگر به کتابخانه دانشگاه)، مجلات علمی-پژوهشی در حوزه روان‌شناسی و علوم تربیتی، بانک منابع اطلاعاتی جهاد دانشگاهی، مرکز اسناد ایران بود. جهت جستجوی پژوهشهای ایرانی، منابع فارسی، و تحقیقات چاپ شده در مجلات علمی-پژوهشی بودند که در طی ده سال گذشته (۱۳۸۰-۱۳۹۰) در زمینه مداخلات روان‌شناختی بر نشانه‌های ADHD انجام شده‌اند و ضمن داشتن حجم نمونه مناسب، از لحاظ روایی و پایایی ابزار اندازه‌گیری و روش نمونه‌گیری، شرایط لازم را نیز داشته‌اند مورد بررسی قرار گرفتند. در واقع در این تحقیق پژوهشهایی که از نظر علمی و روش‌شناختی مورد تأیید قرار گرفته‌اند، جامعه آماری پژوهش را تشکیل داده‌اند. بخش مهم دیگری از روند فراتحلیل رمزگذاری متغیرهای تعدیل‌کننده است که به‌طور طبیعی با اثرهای مورد بررسی گره خورده‌اند (فراهانی و عریضی،

فونل مربوط به مطالعات به کار رفته در فراتحلیل در شکل شماره ۱ آمده است. همان طور که ملاحظه می شود، نقاط این نمودار تقریباً به صورت متقارن پراکنده شده اند و غیر از دو نقطه پرت بقیه نقاط در داخل یک شکل دودکش مانند قرار می گیرند؛ بنابراین نمودار فونل بر عدم وجود تورش انتشار دلالت دارد. (دوال و تئیدی، ۲۰۰۰؛ عریضی و فراهانی، ۱۳۸۷).



شکل ۱. نمودار فونل مربوط به پژوهشها

احراز به این صورت بود که پژوهشهایی که روایی و اعتبار ابزار آنها ضعیف برآورد شده بود، در فراتحلیل وارد نشدند. البته در تمام پژوهشهای مورد استفاده، صرفاً یک نوع درمان مورد بررسی قرار نگرفته است. در این شرایط تنها نمرات مربوط به گروهی که در معرض درمانهای روان شناختی بودند، مورد استفاده قرار گرفت. روش برآورد اندازه اثر: فراتحلیل گران با داشتن مقادیر میانگین، واریانس و انحراف معیار گروهها قادر به محاسبه اندازه اثر هستند، اما رایج ترین شاخصها، r و d هستند که اغلب برای تفاوت های گروهی و r را برای مطالعات همبستگی به کار می برند (دلاور، ۱۳۸۸؛ فراهانی و عریضی، ۱۳۸۴). بنابراین با توجه به لیست تحقیقات در زمینه مورد نظر و مراجعه به آنها، و با در نظر گرفتن معیارهای ذکر شده، پانزده پژوهش مورد تأیید قرار گرفتند، که لیست تفضیلی آنها، همراه با اطلاعات توصیفی در جدول ۲ آمده است. برای به دست آوردن میزان اندازه اثر از نرم افزاری استفاده نشده و محاسبات به صورت دستی انجام شد. نمودار

جدول ۱ - داده های مطالعات مختلف در مورد تأثیر مداخلات روان شناختی در کاهش نشانه های ADHD

مطالعه	نوع مداخله	سن آزمودنی	طول درمان	پیگیری	جنسیت
۱	آموزشی روان شناختی	۶-۱۱	۱۴ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه ای	خیر	دختر و پسر
۲	روان شناختی آموزشی	۸-۱۲	۶ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه ای	بلی	پسر
۳	روان شناختی	۹-۱۱	۱۰ جلسه هفتگی ۴۰ دقیقه ای	بلی	پسر
۴	روان شناختی آموزشی	۷-۱۱	۱۰ جلسه هفتگی ۴۰ دقیقه ای	بلی	پسر
۵	روان شناختی		۱۰ جلسه هفتگی ۴۰ دقیقه ای	بلی	پسر
۶	روان شناختی	۹-۱۲	۱۰ جلسه هفتگی ۴۵ دقیقه ای	خیر	پسر
۷	روان شناختی	۸-۱۰	گزارش نشده	خیر	پسر
۸	روان شناختی	۴-۱۰	۸ جلسه هفتگی	خیر	پسر و دختر
۹	روان شناختی	۷-۱۱	عدم دسترسی پژوهشگر	خیر	پسر
۱۰	روان شناختی	۷-۱۱	۸ جلسه هفتگی ۱ ساعته	خیر	پسر
۱۱	آموزشی	۸-۱۰	۱۰ جلسه هفتگی ۴۵ دقیقه ای	خیر	پسر
۱۲	آموزشی-روان شناختی	۹-۱۱	۸ جلسه هفتگی ۴۵ دقیقه ای	بلی	پسر
۱۳	آموزشی-روان شناختی	۸-۱۱	۹ جلسه هفتگی ۴۵ دقیقه ای	بلی	پسر
۱۴	آموزشی-روان شناختی	۶-۷	۷ جلسه هفتگی ۲ ساعته	بلی	پسر
۱۵	آموزشی	۵-۹	طی یک دوره سه ماهه	خیر	دختر و پسر
۱۶	آموزشی-روان شناختی	۵-۷	۸ جلسه هفتگی یک ساعته	خیر	دختر و پسر
۱۷	آموزشی-روان شناختی	۶-۷	۱۰ جلسه هفتگی ۴۰ دقیقه ای	خیر	دختر و پسر

جدول ۲- مشخصات تحقیقاتی که در فراتحلیل مورد بررسی قرار گرفته‌اند

ردیف	عنوان تحقیق	منبع	پژوهشگر	الگوی درمانی	سال اجرا	حجم نمونه	ابزار	آماره مورد استفاده	میزان آماره	سطح معناداری	اندازه اثر
۱	مقایسه اثر بخشی مداخلات والدین محور، کودک محور و ترکیبی در کاهش ADHD کودکان پسر دبستانی سوم و چهارم شهر اصفهان	پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهان	سمیرا هادی	رفتاری و شناختی رفتاری	۱۳۹۰	۶۰	پرسشنامه کانرز	F	۸/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۶ ترکیبی ۰/۷۸ بیش فعال ۰/۲۸ توجه
۲	تأثیر آموزش رفتاری والدین و دارو درمانگری بر میزان علائم فزون کنشی کودکان ADHD	پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهان	محمد زارعی	رفتاری	۱۳۷۹	۳۳	پرسشنامه علائم مرضی کودکان	F	۱۲/۱۷	P<۰/۰۱	۴/۹۴ بیش فعالی
۳	بررسی اثر بخشی آموزش حل مسئله در کاهش علائم ADHD کودکان پایه پنجم شهرستان ایلام	پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهان	علی پاشا سلطانی	شناختی	۱۳۸۱	۲۸	پرسشنامه علائم مرضی (CSI-IV)	F	۴۹/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۶۵
۴	بررسی تأثیر بازبهای آموزشی تمرکز فکر بر کاهش علائم اختلال ADHD در کودکان دبستانی مبتلا به اختلال شهر اصفهان	پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهان	مریم السادات رضا زاده	شناختی	۱۳۸۳	۲۸	پرسشنامه علائم مرضی (CSI-IV)	F	۴/۷۱	۰/۰۴	۰/۱۷ نارسایی توجه ۰/۲۱ بیش فعال تکانشی ۰/۰۱ بیش فعالی
۵	بررسی مقایسه ای اثر بخشی آموزش راهبردهای خود تنظیمی رفتارهای انگیزشی، خود تعلیمی کلامی بر نشانه‌های نقص توجه و بیش فعالی دانش آموزان پسر پایه سوم تبریز	پژوهشگاه اطلاعات و مدارک علمی ایران	تورج هاشمی نصر ت آباد	شناختی	۱۳۸۵	۴۰	پرسشنامه علائم مرضی (CSI-IV) مصاحبه تشخیصی براساس DSM	t	۵۲/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۹۸ نارسایی توجه ۰/۹۸ بیش فعالی
۶	بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های کنترل کودک به مادران بر کاهش علائم ADHD و افسردگی مادران	مگپیران	بهرام میرزائیان	رفتاری	۱۳۸۵	۲۲	پرسشنامه عملکرد رفتار کودک (Skamp)، مقیاس درجه بندی snap فرم والد	F	۶۰/۲۶	۰/۰۰۱	۳/۴۷
۷	مقایسه اثر بخشی درمان رفتاری- شناختی، دارویی و ترکیبی در درمان ADHD	پایان نامه دکتری دانشگاه علوم تحقیقات تهران	طاہر تیز دست	رفتاری و شناختی رفتاری	۱۳۸۵	۷۵	مصاحبه تشخیصی براساس DSM، پرسشنامه علائم مرضی کودکان	F	۰/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۹
۸	بررسی تأثیر آموزش گروهی والدین دارای کودکان ADHD چهار تا ده ساله بر میزان اختلالات رفتاری کودکانشان	پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم بهزیستی	پارشا هوش‌ور	رفتاری	۱۳۸۶	۵۴	چک لیست رفتاری کودک (CBCL)، پرسشنامه رفتار کودک (CBQ)، مقیاس درجه بندی ابعاد رفتاری (BDRS)	F	۰/۳۹	۰/۵۳	۰/۱۷
۹	بررسی تأثیر بازی پینت بال بر کاهش نشانه‌های ADHD	پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه	هاله آزرمی	شناختی- رفتاری	۱۳۸۷	۱۸	پرسشنامه محقق ساخته، مقیاس درجه بندی والدین کانرز	t	۴/۹۵	۰/۰۲	۲/۴۷ نارسایی توجه

قرار گرفت. جدول ۵ و ۶ میانگین اندازه اثر مطالعات را نشان می دهد.

براساس اطلاعات موجود در مطالعات انجام شده، هر کدام از الگوهای درمانی متفاوتی را به عنوان متغیر مستقل، و مفهومی جداگانه را به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته اند. به منظور مشخص شدن متغیرهای مورد استفاده در هر یک از پژوهشها، جدول شماره ۲ به بررسی تفکیکی متغیرهای مورد نظر پرداخته است.

براساس DSM و مقیاس درجه بندی کانرز کودکان. مراحل اجرای این فراتحلیل براساس مراحل فراتحلیل هویت و کرامر (به نقل از پاشا شریفی و همکاران، ۱۳۸۸) انجام گرفته و به شرح زیر است: ۱. تعریف متغیرهای پژوهش ۲. جست و جوی پایگاههای اطلاعاتی ۳. بررسی پژوهشها ۴. محاسبه اندازه اثر برای هر مطالعه ۵. ترکیب اندازه اثر مطالعات ۶. معناداری مطالعات ترکیب یافته ۷. مقایسه اندازه های تأثیر از مطالعات با ویژگیهای مختلف با توجه به تحقیقات انجام شده میزان تأثیر مداخلات مورد بررسی

جدول ۳- متغیرهای مستقل و وابسته در هر یک از پژوهشها

متغیر وابسته ۲	متغیر وابسته ۱	متغیر مستقل ۳	متغیر مستقل ۲	متغیر مستقل ۱	پژوهش
	کاهش علائم ADHD	ترکیبی	مداخلات والد محور	مداخلات کودک محور	۱
	علائم فزون کنشی ADHD		دارو درمانی	آموزش رفتاری والدین	۲
	کاهش علائم ADHD			آموزش حل مسئله	۳
	کاهش علائم ADHD			بازیهای آموزشی تمرکز فکر	۴
	کاهش علائم ADHD	خود تعلیمی کلامی	رفتارهای انگیزشی	آموزش راهبردهای خود تنظیمی رفتارهای	۵
کاهش افسردگی مادر	کاهش علائم ADHD			مهارتهای کنترل کودک	۶
	کاهش علائم ADHD	دارویی و ترکیبی	رفتاری-شناختی	درمان رفتاری	۷
	اختلالات رفتاری			آموزش گروهی والدین	۸
	کاهش علائم ADHD			بازی پینت بال	۹
	کاهش نشانه های برانگیختگی ADHD			آموزش خود آموزی کلامی	۱۰
	کاهش علائم ADHD			آموزش کارکردهای اجرایی	۱۱
	کاهش علائم ADHD			بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری	۱۲
رضایت زناشویی	مشکلات رفتاری			تأثیر آموزش مهارتهای زندگی	۱۳
	کاهش علائم ADHD		برنامه ترکیبی	برنامه آموزش توجه	۱۴
	کاهش علائم ADHD			تمرین تمرکز و تعقیب چشمی	۱۵
	کاهش علائم ADHD			آموزش مدیریت رفتاری والدین	۱۶
	کاهش علائم ADHD			مداخلات روان شناختی آموزشی	۱۷

توجه به اینکه در بعضی از پژوهشها تنها به تأثیر مداخلات بر علائم کلی اختلال و در بعضی دیگر میزان تأثیر بر علائم کلی، نارسایی توجه و بیش فعالی به صورت جداگانه اشاره شده است، لذا جدول ۳ میانگین اندازه اثر مطالعات ترکیبی و جدول ۴ میانگین اندازه اثر مطالعات را بر نشانه های نارسایی توجه و بیش فعالی نشان می دهد. براساس اطلاعات جدول ۳ تأثیر متغیر مستقل (مداخلات روان شناختی) بر متغیر وابسته (نشانه های اختلال نارسایی توجه

یافته ها

در این بخش براساس داده های ارائه شده در گزارش هر یک از پژوهشهای مورد نظر، به محاسبه اندازه اثر اعمال الگوی درمانی می پردازد. به همین منظور، اندازه اثر طبق مراحل فراتحلیل هویت و کرامر (۱۳۸۸)، ترجمه پاشا شریفی و همکاران، محاسبه شد. با توجه به تحقیقات انجام شده میزان تأثیر درمانهای روان شناختی بر کاهش نشانه های اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی مورد بررسی قرار گرفت. با

نارسایی توجه کودکان ADHD تأثیر داشته است. و بهترین برآورد از تأثیر متغیر مستقل (درمانهای روان شناختی) بر متغیر وابسته (بیش فعالی) برابر با ۰/۵۹ است که براساس جدول تفسیر اندازه اثر کوهن، زیاد ارزیابی می شود؛ بنابراین می توان گفت براساس نتایج این فراتحلیل درمانهای روان شناختی بر بیش فعالی کودکان ADHD تأثیری زیاد داشته است؛ همچنین سطح معناداری ترکیبی ۰/۰۰۱ به دست آمده است.

بیش فعالی - به صورت کلی) برابر با ۰/۵۴ است که براساس جدول تفسیر اندازه اثر کوهن، زیاد ارزیابی می شود؛ بنابراین می توان گفت براساس نتایج این فراتحلیل درمانهای روان شناختی بر اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی تأثیر زیادی داشته است. در جدول ۴، بهترین برآورد از تأثیر متغیر مستقل (درمانهای روان شناختی) بر متغیر وابسته (نارسایی توجه) برابر با ۰/۴۸ است که براساس جدول تفسیر اندازه اثر کوهن، متوسط ارزیابی می شود؛ بنابراین می توان گفت براساس نتایج این فراتحلیل درمانهای روان شناختی بر

جدول ۴- نتایج فراتحلیل اثربخشی مداخلات روان شناختی بر کاهش علائم نارسایی توجه /بیش فعالی

پژوهش	میزان تأثیر بر علائم کلی	تبدیل d کوهن به r	تبدیل I به Z (ZI)	تبدیل ZI به I	سطح معناداری مطالعات	تبدیل سطح معناداری به Z	تبدیل Z به سطح معناداری ترکیبی
۱	۰/۶۰	۰/۳۴	۰/۳۴۳	۰/۵۴	۰/۰۰۱	۳/۰۹۰	۰/۰۰۰۰۱
۳	۰/۴۹	۰/۲۴	۰/۲۴۵		۰/۰۰۰۱	۴/۲۶۵	
۴	۰/۳۴	۰/۱۷	۰/۱۷۲		۰/۰۱	۲/۳۲۶	
۶	۳/۴۷	۰/۸۷	۱/۰۴۵		۰/۰۰۱	۴/۲۶۵	
۷	۰/۴۹	۰/۲۴	۰/۲۴۵		۰/۰۰۱	۴/۲۶۵	
۹	۰/۱۷	۰/۰۹	۰/۰۹		۰/۵۳	-۰/۰۷	
۱۱	۰/۸۲	۰/۳۸	۰/۴۰۰		۰/۰۱	۲/۳۲۶	
۱۲	۰/۸۲	۰/۳۸	۰/۴		۰/۰۰۱	۳/۰۹۰	
۱۳	۳/۰۳	۰/۸۳	۱/۱۸		۰/۰۰۱	۳/۰۹۰	
۱۴	۰/۳۷	۰/۱۴	۰/۱۴۱		۰/۰۰	۴/۲۶۵	
۱۶	۴/۹۳	۰/۹۳	۱/۶۶۶		۰/۰۷	۱/۴۷۶	
۱۷	۰/۷۶	۰/۳۶	۰/۳۷۷		۰/۰۰۱	۴/۲۶۵	
						۱۱/۴۶	

۰/۶۰۷ میانگین اندازه اثر

جدول ۵- نتایج فراتحلیل اثربخشی درمانهای روان شناختی بر کاهش علائم نارسایی توجه /بیش فعالی

ردیف	میزان تأثیر بر علائم نارسایی توجه	میزان تأثیر بر علائم بیش فعالی	تبدیل d کوهن به I	تبدیل I به Z	تبدیل ZI به I	سطح معناداری مطالعات	تبدیل سطح معناداری به Z	تبدیل Z به سطح معناداری ترکیبی
۱	۰/۲۸		۰/۱۴	۰/۱۴۱		۰/۰۰۱	۳/۰۹۰	
۱		۰/۷۸	۰/۳۵	۰/۳۵۵		۰/۰۰۱	۳/۰۹۰	
۲		۴/۹۴	۰/۹۳	۱/۶۵		۰/۰۱	۱/۵۵۵	۰/۰۰۱
۳		۰/۴۸	۰/۲۳	۰/۲۳۴		۰/۰۰۳	۱/۱۲۶	
۳	۰/۲۸		۰/۱۴	۰/۱۴۱		۰/۰۰۱	۳/۰۹۰	
۴		۰/۲۱	۰/۱۱	۰/۱۱		۰/۰۱	۱/۶۴۵	
۴	۰/۱۷		۰/۰۹	۰/۰۹		۰/۰۴	۱/۶۴۵	
۵		۰/۹۸	۰/۴۴	۰/۴۷۲	بیش فعال ۰/۵۹	۰/۰۰۱	۱/۶۴۵	
۵	۰/۹۸		۰/۴۴	۰/۴۷۲		۰/۰۰۱	۲/۳۲۶	
۸	۱/۷۹		۰/۶۷	۰/۸۱۱		۰/۰۵	۲/۳۲۶	
۸		۳/۳۳	۰/۸۶	۱/۳۰۹		۰/۰۱	۱/۷۵۱	
۱۰	۲/۴۷		۰/۷۸	۱/۰۴		۰/۰۲	۴/۲۶۵	

۴/۲۶۵	۰/۰۰۱	۰/۷۹۳	۰/۶۶	۱/۷۸	۱۰
۲/۳۲۶	۰/۰۱	۰/۴۲	۰/۴۰	۰/۸۸	۱۲
۴/۲۶۵	۰/۰۰۰۰۱	۰/۴۰	۰/۳۸	۰/۸۲	۱۲
۱/۶۴۵	۰/۰۰۴	۱/۰۲	۰/۷۷	۲/۳۵	۱۳
۳/۷۱۹	۰/۰۰۰۱	۱/۲۲	۰/۸۴	۳/۱۵	۱۳
۳/۷۱۹	۰/۰۰۰۱	۰/۰۶۰	۰/۰۶	۰/۱۱	۱۴
۴/۲۶۵	۰/۰۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۱۵
۱/۷۵۱	۰/۰۱	۰/۱۱	۰/۱۱	۰/۲۲	۱۵
۲/۳۲۶	۰/۰۹	۰/۸۶۷	۰/۷۰	۱/۹۴	۱۶
۱/۷۵۱	۰/۰۱	۰/۷۲۵	۰/۶۲	۱/۶۰	۱۶
۴/۲۶۵	۰/۰۰۱	۱/۴۳۲	۰/۸۹	۳/۹۸	۱۷
۷۰/۲۲۵		نارسایی توجه	بیش فعال		
		۰/۵۲	۰/۶۷۷		

بحث و نتیجه گیری

فرا تحلیل با یکپارچه کردن نتایج حاصل از پژوهشهای مختلف که روی نمونه‌های متعددی اجرا شده‌اند، دیدگاه جامع‌تری از اثر متغیرهای مختلف به دست می‌دهد. در واقع با در کنار هم قرار دادن نتایج حاصل از انجام یک پژوهش، روی نمونه‌ای از یک جامعه، افراد مختلف مورد بررسی قرار می‌گیرند. چنین یافته‌هایی در جوامعی چون جامعه ما که گوناگونی بیشتری دارد، مهم‌تر است، چرا که این گوناگونی، تفاوت‌های بیشتری را به همراه دارد. به ناچار باید اطلاعات متعددی را از نمونه‌های مختلف این جامعه، در دست داشت تا با یکپارچه کردن این اطلاعات، شباهت‌ها را به دست آورد و با تفاوتها به طرز مناسبی برخورد کرد. همچنین یک راه ارزشمند برای در کنار هم قرار دادن نتایج متفرقه از تحقیقات مختلف، استفاده از فراتحلیل است که رویکردی آماری برای یکپارچه کردن نتایج مستقل است که منجر به نتیجه‌گیری‌هایی می‌شود که دقیق‌تر و معتبرتر از نتایجی است که از تحقیق اولیه به دست می‌آید (مارتینز و همکاران، ۲۰۱۰).

یافته‌های حاصل از این فراتحلیل نشان داد که مداخلات روان‌شناختی آموزشی بر کاهش نشانه‌های کلی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تأثیر متوسط به بالایی (۰/۵۴) دارد. یافته‌های این فراتحلیل تأییدی بر برخی پژوهشهای قبلی از جمله پژوهشهای بائر و

نبتزال (۱۹۹۱) است که اندازه اثر متوسط به بالا را گزارش کردند ولی با تحقیقات گریگوری و همکارانش (۲۰۰۹) و وندراورد و همکارانش (۲۰۰۸) که اندازه اثر زیاد را گزارش داده‌اند، همخوان است.

در تبیین نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت با توجه به میزان اندازه اثر (۰/۵۴)، مداخلات روان‌شناختی می‌تواند در کنار سایر درمانها از جمله درمان دارویی، کمکی در کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه /بیش‌فعالی باشد. یافته‌های حاصل از این فراتحلیل نشان داد که مداخلات روان‌شناختی بر نشانه‌های نارسایی توجه کودکان ADHD تأثیر زیادی دارد؛ همچنین بر نشانه‌های بیش‌فعالی کودکان ADHD نیز تأثیر متوسط به بالایی داشت. توجه به زمینه‌های فرهنگی در جوامع مختلف، می‌تواند در اثربخشی رویکردهای گوناگون درمانی مؤثر باشد. یکی از ویژگیهای بارز فراتحلیل این است که امکان مقایسه کارآیی الگوهای درمانی مختلف را در بافتهای فرهنگی مختلف فراهم می‌کند.

به‌هرحال، به کارگیری رویکردهای درمانی مختلف در درمان مشکلات ADHD امری بدیهی است. اما آنچه بهتر است مورد توجه قرار گیرد، میزان موفقیت اعمال الگوی مورد نظر در رفع مشکل مطرح شده است. در این فراتحلیل سعی شد تا با یکپارچه کردن درمانهای روان‌شناختی، میزان موفقیت این الگو مورد بررسی قرار گیرد. اما تنها بررسی یک الگوی

بوستانی‌پور، ع. ثنائی‌ذاکر، ب. کیامنش، ع. (۱۳۸۶). فراتحلیل اثر بخشی الگوهای شناختی-رفتاری در درمان مشکلات زناشویی. تازه‌ها و پژوهشهای مشاوره، ۶ (۲۲)، ۷-۲۵.

پاشا سلطانی، ع. (۱۳۸۱). بررسی اثر بخشی آموزش حل مسئله در کاهش علائم ADHD کودکان پایه پنجم شهرستان ایلام. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان.

تیز دست، ط. (۱۳۸۵). مقایسه اثر بخشی درمان رفتاری، رفتاری-شناختی، دارویی و ترکیبی در درمان ADHD. پایان‌نامه دکتری. دانشگاه علوم تحقیقات تهران.

جنتیان، س. (۱۳۸۷). اثر بخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر شدت علائم ADHD در دانش‌آموزان پسر ۹-۱۱ ساله مبتلا به ADHD. پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی.

جوکار، س. (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی برنامه آموزش توجه و برنامه ترکیبی آموزش توجه/آموزش والدین بر کاهش علائم نارسایی توجه و بیش‌فعالی در کودکان پیش دبستانی در معرض خطر ADHD شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان.

حاجبی، ا. حکیم شوشتری، م.، خواجه‌الدین، ن. (۱۳۸۳). تأثیر آموزش مدیریت رفتاری به والدین کودکان پیش دبستانی مبتلا به ADHD. فصلنامه روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، شماره ۴۳.

دلور، ع. (۱۳۸۸). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: رشد.

رضازاده، م. (۱۳۸۳). بررسی تأثیر بازیهای آموزشی تمرکز فکر بر کاهش علائم اختلال ADHD در کودکان دبستانی مبتلا به اختلال شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان.

زارعی، م. (۱۳۷۹). تأثیر آموزش رفتاری والدین و دارو درمانگری بر میزان علائم فزون‌کنشی کودکان ADHD. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان.

شوشتری، م. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی مداخلات زود هنگام روان‌شناختی-آموزشی بر میزان نشانگان ADHD در کودکان پیش‌دبستانی شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان.

صاحبان، ف. (۱۳۸۹). بررسی اثر کوتاه مدت آموزش کارکردهای اجرایی، بر کاهش نشانه‌های نارسایی توجه

درمانی و مقایسه آن با عدم درمان، کافی نمی‌نماید و بهتر است که با انجام مطالعه در زمینه سایر الگوهای درمانی مقایسه‌هایی بین رویکردهای مختلف صورت گیرد تا میزان تأثیر و موفقیت هر یک از این الگوها نسبت به عدم درمان، و نسبت به یکدیگر، بیشتر مشخص شود. براساس این یافته‌هاست که درمانگران می‌توانند با توجه به حیطه تخصصی خود، الگوهای درمانی متناسب با مشکلات مورد مواجهه را، علمی‌تر انتخاب و اجرا کنند و به نتایج بهتر و مطمئن‌تری دست یابند. در نهایت، باید در نظر داشت که لازمه انجام فراتحلیلهای بیشتر در زمینه‌های درمانی مختلف، ضروری است. از امتیازات دیگر چنین فراتحلیلهایی این است که چون شکافهای موجود بین پیشینه موضوعات پژوهشی را بیان می‌کند، محقق را متوجه زمینه پژوهشهای بعدی بهتر می‌کند. در نهایت، باید در نظر داشت که لازمه انجام فراتحلیل‌های بیشتر در زمینه‌های درمانی مختلف، ضروری است. از محدودیتهای انجام چنین فراتحلیل‌هایی، دسترسی به منابع و پژوهشهایی است که در حیطه مشخصی انجام و منتشر شده‌اند. لذا مناسب است تا از تکرار موضوعات مختلف استقبال شود تا نمونه‌های بیشتر از جامعه مورد نظر بررسی شوند؛ همچنین به ندرت پیش می‌آید که یک مطالعاتی که در فراتحلیل وارد و تلفیق می‌شوند، همه شاخصهای لازم برای تحلیلها را گزارش کرده باشند و این جزء محدودیتهای اساسی در انجام فراتحلیل است. امید می‌رود با تأکیدها مبنی بر لزوم گزارش کامل آماره‌های پاره‌ای، گزارش نسبتاً دقیق سطح معناداری و نیز برآورد اندازه اثر و همچنین با رواج روزافزون رویکرد فراتحلیلی، حساسیت در چاپ کامل و دقیق یافته‌ها افزایش یابد.

منابع

آزرمی، ه. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر بازی پینت بال بر کاهش نشانهای ADHD در نوجوانان مبتلا به ADHD. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت مدرس تهران.

هویت، دینس، کرامر، دانکن (۱۳۸۸). روشهای آماری در روانشناسی و سایر علوم رفتاری (ترجمه: پاشا شریفی، حسن، نجفی‌زاده، جعفر، میرهاشمی، مالک، معنوی‌پور، داوود، شریفی، نسترن). تهران: سخن.

Abikoff.H, Nissley-Tsiopinis. J, Gallagher.R, Zambenedetti. M, Sevfert. M, Boorady. R, McCarthy. J,(2009).Effects of MPH-OROS on the Organizational, Time Management, and Planning Behaviors children with ADHD. *Jornal of the American Academy of Child& Adolescent Psychiatry*, 48(2), 166-175.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed, Text revision) (DSM- IV - TR)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Baer , R. A. Nietzel , M. T.(1991). Cognitive and behavioral treatment of impulsivity in children: *Jornal of Child Clinical Psychology*, 20 ,400-412.

Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit/ hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd ed.)*. New York: Guilford Press.

Bussing.R, Mason D.M, Bell. L, Porter.PH,Garvan. C,(2010). Adolescent Outcomes of Childhood Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder in a Diverse Community Sample. *Jornal of American Academy of Child and Adolscent Psychiatry*, 49(6), 565-605.

Corkum , P.V. Siegel , I. s.(1993). Is the continuous performance task a valuable research tool for use with children with ADHD. *Jornal of Child Psychology and Psychiatry*, 34 , 1217-1238.

Dell Angello.G ,Maschietto. D, Bravaccio.C, Calamoneri.F, Masi.G ,Curatolo.P, Besana. D, Mancini. F, Rossi. A, Poole. L, Escobar. R, Zuddas.A,(2009). Atomoxetine hydrochloride in the treatment and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid oppositional defiant disorder:A placebo-controlled Italian study.(2009). *Jornal of European Neuropsychopharmacology*, 19(11), 822-834.

Dineen.P, Fitzgerald. M,(2010). P01-192 Executive function in routine childhood ADHD assessment,(2010). *Journal of European Psychiatry*, 25(1), 402.

Duval S, Tweedie R, A simple Funnel-plot-based method of testing and adjusting for publication bias in metaanalysis.*Biometrics* 2000;56:455-63.

Geyskens .I, Krishnan. R, Steenkamp. J, Cunha. P.V,(2009).A Review and Evaluation of Meta-

و بیش‌فعالی در دانش‌آموزان پسر ابتدایی شهر اصفهان. پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی.

عابدی، الف.(۱۳۸۸). روانشناسی کودکان با نقص توجه/بیش‌فعالی. اصفهان : انتشارات نشر نوشته عریضی، ح. فراهانی، ح(۱۳۸۷). روشهای کاربردی پژوهش در روانشناسی بالینی و مشاوره. تهران: نشر دانژه. عزیزاده، ح. (۱۳۸۴). اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی. تهران: انتشارات رشد.

عزیزاده، ز.(۱۳۸۸). بررسی تأثیر آموزش مهارتهای زندگی بر رضایت زناشویی مادران و مشکلات رفتاری دانش‌آموزان ADHD. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان.

فراهانی، ح، عریضی، ح، (۱۳۸۴). روشهای پیشرفته در علوم انسانی. اصفهان: جهاد دانشگاهی واحد اصفهان.

قصابی، ص.(۱۳۸۷). تأثیر آموزش خود آموزی کلامی بر کاهش نشانه‌های برانگیختگی در کودکان ADHD. پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی.

ناصری‌زاده، س.(۱۳۸۵). آموزش روشهای شناختی-رفتاری به مادران دارای کودکان ADHD و تأثیر آن بر کاهش اختلال و بهبود تعامل والد-کودک. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

هاشمی نصرت‌آباد، تورج.(۱۳۸۵). بررسی مقایسه ای اثر بخشی آموزش راهبردهای خودتنظیمی رفتارهای توجهی، رفتارهای انگیزشی، خودتعلیمی کلامی بر نشانه‌های نارسایی توجه و بیش‌فعالی دانش‌آموزان پسر پایه سوم تبریز. پژوهشگاه اطلاعات و مدارک علمی ایران.

هادی، س(۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی مداخلات خانواده محور، کودک محور و ترکیبی بر کاهش نشانه‌های اختلال ADHD. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان.

هوش‌ور، پارسا.(۱۳۸۶). بررسی تأثیر آموزش گروهی والدین دارای کودکان ADHD چهار تا ده ساله بر میزان اختلالات رفتاری کودکان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی تهران.

Analysis Practices in Management Research. *Journal of Management*, 35 (2), 393-419.

Gregory A. Fabiano ,William E. Pelham Jr , Erika K. Coles ,Elizabet beth M. Gnagy, Andrea C, Briannon C. Oconner.(2009). A meta-analysis

- of behavioral treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review* 29 ,129-140.
- Kazdin, A. E. (2005). Parent management training. Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents. New York: Oxford University. nie
- Kenny, P.J. (2007). Brain reward systems and compulsive drug use. *Trends in Pharmacological Sciences*, 28(3), 135- 141.
- Kieling, C., Goncalves, R. R. F., Tannock, R., & Castellanos, F. X. (2008). Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17, 285-307.
- Martins, A. Ramalho. N., Morin, E (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between Emotional Intelligence and health. *Journal of Personality and Individual Differences* 49 , 554-564.
- Matthys. W., & Lochman. J. E, (2010). *Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in Childhood*. John Wiley & Sons, Ltd, Publication.
- Meszaros. A, Czobor. P , Komlosi. S , Komlosi. S , Simon. V, Bitter. I. (2009). Pharmacotherapy of adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a meta analysis. *The International Journal of Neuropsychopharmacology* 12:1137-114.
- Pliszka SR, Greenhill LL, Crismon ML (2000) The Texas Children's Medication Algorithm Project: Report of the Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of childhood ADHD. *J Am Acad Child Adol Psychiatr* ,39: 908-19.
- Retz. W, Freitag. C.M, Retz-Junginger. P, Wenzler. D, Schneider. M, Kissling. C, Thome. J, Rosler. M, (2008). A Functional Serotonin Transporter Promoter Gene polymorphism Increases ADHD Symptoms in Delinquents: Interaction with diverse childhood environment. *Psychiatry Research*, 158(2), 123-131.
- Rosenthal, R. DiMatteo, M. R. (2001) META-ANALYSIS: Recent Developments in Quantitative Methods for Literature Reviews. *Annual Reviews of Psychology*. 52:59-82
- Schmitz. M, Denardin. D, Laufer silva. T, Pianca. T, Hutz. M, Faraone. S, Rohde. L, (2006). Smoking During Pregnancy and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Predominantly Inattentive Type: A Case-control Study, *Journal of American Academy*, 45(11), 1338-1345.
- Stephen E. Brock · Shane R. Jimerson Robin L. Hansen. (2009). *Identifying, Assessing, and Treating ADHD at School*. New York: Springer.
- Vander Oord. S, Prins. P.J.M , Oosterlaan. J, Emmelkamp. P.M.G. (2008). Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28 , 783-800.