فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی/ سال یازدهم، شماره ۴، ۱۳۹۰ /۳۳۴-۳۲۱
Iranian Journal of Exceptional Children, 2012, Vol.11, No. 4, 321-334

فراتحلیل اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر میزان نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی

سمیه جمالی پاقلعه[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 ۱۷پژوهش 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-بیش فعالی ۰/۵۴ است ($p \leq$ ۰/۰۰۱). **نتیجه‌گیری:** نتیجهٔ فراتحلیل نشان داد که میزان اندازه اثر مطابق جدول کوهن در حد بالاتر از متوسط قرار دارد.

واژه‌های کلیدی : *فرا تحلیل، اختلال بیش فعالی-نارسایی توجه، مداخلات روان شناختی*

۱.نویسنده مسئول: کارشناسی ارشدروان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان
۲. عضو هئیت علمی دانشگاه اصفهان
۳. کارشناسی ارشدروان‌شناسی بالینی دانشگاه اصفهان

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

Somaye jamali paghale,[1] M.A., Ahmad Abedi[2], Ph.D., Elham Aghaie[3], 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≤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

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16826612.1390.11.4.2.6]

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، گرینهیل، کریزمن، 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 روان پزشکی امریکا، 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 نارسایی‌توجه). برای گذاشتن تشخیص اختلال نارسایی توجه /بیش‌فعالی، نشانه‌ها باید مزمن 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-بیش فعالی بر عللی مانند آسیبهای مغزی، بیماریهای عصبی، حساسیت به مواد غذایی و مواد افزودنی به غذا، عدم تعادل زیست شیمیایی 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 حل نشدنی 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

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1390.11.4.2.6]

(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، زیست شیمیایی و روانی اجتماعی معطوف شده‌اند (دل آنجلو و همکاران، ۲۰۰۹). با این‌حال، 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). راه حلهایی 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 برآن یا پیامدهایش تغییر کنند (کازدین،۲۰۰۵). درمان شناختی رفتاری مبتنی بر این فرضیه است که افکار، احساسات و رفتار، متقابلاً با هم در ارتباط‌اند و اینکه تغییرات یکی از آنها، لزوماً منجر به تغییر در دیگری خواهد شد (مارتیز 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. (مارتیز ولاچمن، 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

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1390.11.4.2.6]

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-بیش فعالی، بالای متوسط گزارش کردند. کارکرم وشیگل (۱۹۹۳) در فراتحلیل خود، تأثیر درمانهای شناختی را بیشتر از سایر مداخلات گزارش کرده‌اند.

وندراورد، پرینز، استرلان، ملکاپ (۲۰۰۸) در فراتحلیل خود درمانهای روانی اجتماعی، دارویی و ترکیبی را مقایسه کردند و اندازه اثر درمانهای روانی اجتماعی را d= ۰/۸۳ 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=۰/۶۵ 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=۰/۸۳ و اندازه اثر مطالعات قبل و بعد را d=۰/۷۰ 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 نشانه‌های ADHD در کشور چقدر است با توجه به اینکه بخش چشمگیری از مراجعه کنندگان به کلینیکهای روان‌شناختی و مشاوره کودکانADHD 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 روان شناختی 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. هدجسن و وورا (۱۹۹۸) اظهارکرده‌اند که انتخاب مدل به میزان فراوانی و به نوع استنباط‌های پژوهشگر، بستگی دارد. مدل اثرهای ثابت صرفاً برای استنباط‌های شرطی نامعلوم مناسب است؛ یعنی

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1390.11.4.2.6]

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 استنباط های 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 آماره هایی مانند x,F,t می‌توان شاخص اندازه اثر مربوط به r را برآورد کرد. براساس نظر کوهن (۱۹۸۸)، برای شاخص r 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 روش شناختی 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، 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، به‌کار 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 باشد۳-تحقیقات به‌صورت 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 به‌صورت موردی، مروری، رابطه‌ای و توصیفی انجام شده‌اند.

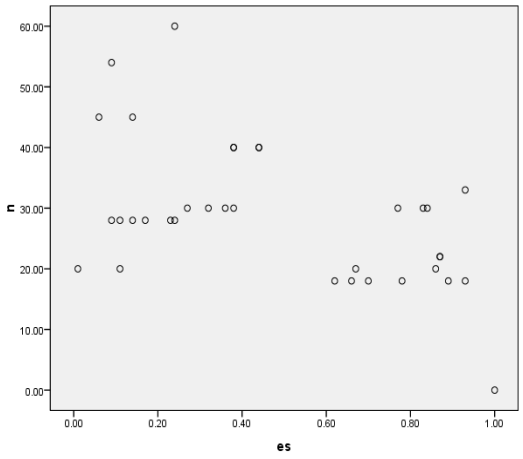
ابزار پژوهش؛ چک لیست تحلیل محتوا (از لحاظ روش‌شناختی): از این چک‌لیست برای انتخاب پایان‌نامه‌ها، طرحهای تحقیقاتی و مقاله‌های پژوهشی دارای ملاکهای "ورود" و استخراج اطلاعات لازم برای انجام فراتحلیل از محتوای آنها استفاده شد و چک‌لیست مذکور، شامل مؤلفه‌های زیر بود: عنوان پژوهشهای انجام شده درباره اختلال نارسائی‌توجه-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 به‌کار گرفته‌شده در این تحقیق، صرفا پژوهشهایی برای فراتحلیل انتخاب شدند که روایی و اعتبار آنها محرز شده بود؛ روش

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1390.11.4.2.6]

احراز به این صورت بود کـه پژوهشـهایی کـه روایـی و اعتبار ابزار آنها ضعیف برآورد شده بـود، در فراتحلیـل وارد نشدند. البته در تمام پژوهشـهای مـورد اسـتفاده، صرفاً یک نوع درمان مورد بررسی قرار نگرفته است. در این شرایط تنها نمرات مربوط به گروهی که در معرض درمانهایروان‌شناختی بودند، مورد استفاده قرار گرفت.

روش برآورد اندازه اثر: فراتحلیل‌گران با داشتن مقادیر میانگین، واریانس و انحراف معیار گروهها قادر به محاسبه اندازه اثر هستند، اما رایج‌ترین شاخصها، r و d هستند که اغلب d برای تفاوتهای گروهی و r را برای مطالعات همبستگی به کار می‌برند (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 به‌دست آوردن میزان اندازه اثر از نرم‌افزاری استفاده نشده و محاسبات به‌صورت دستی انجام شد. نمودار فونل مربوط به مطالعات به‌کار رفته در فراتحلیل در شکل شماره ۱ آمده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، نقاط این نمودار تقریباً به‌صورت متقارن پراکنده شده‌اند و غیر از دو نقطه پرت بقیه نقاط در داخل یک شکل دودکش‌مانند قرار می‌گیرند؛ بنابراین نمودار فونل بر عدم وجود تورش انتشار دلالت دارد. (دوال و توئیدی،۲۰۰۰؛ عریضی و فراهانی،۱۳۸۷).



شکل۱.نمودار فونل مربوط به پژوهشها

جدول۱ - داده های مطالعات مختلف در مورد تأثیر مداخلات روان‌شناختی در کاهش نشانه های ADHD

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

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1390.11.4.2.6]

جدول۲- 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	پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهان	سمیرا هادی	رفتاری و شناختی رفتاری	۱۳۹۰	۶۰	پرسشنامه کانرز	F	۸/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۶ ترکیبی ۰/۷۸ بیش‌فعال ۰/۲۸توجه
۲	تأثیر آموزش رفتاری والدین و دارو درمانگری بر میزان علائم فزون کنشی کودکان ADHD	پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهان	محمد زارعی	رفتاری	۱۳۷۹	۳۳	پرسشنامه علائم مرضی کودکان	F	۱۲/۱۷ بیش فعالی	P<۰/۰۱	۴/۹۴ بیش‌فعالی
۳	بررسی اثر بخشی آموزش حل مسئله در کاهش علائم ADHD کودکان پایه پنجم شهرستان ایلام	پایان‌نامه 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 بازیهای آموزشی تمرکز فکر بر کاهش علائم اختلال ADHD در کودکان دبستانی مبتلا به اختلال شهر اصفهان	پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهان	مریم السادات رضا زاده	شناختی	۱۳۸۳	۲۸	پرسشنامه علائم مرضی (CSI-IV)	F	۴/۷۱ نارسایی توجه ۶/۴۶ بیش فعالی	۰/۰۴ نارسایی توجه ۰/۰۱ بیش فعالی	۰/۱۷ نارسایی توجه۰/۲۱ بیش فعال تکانشی
۵	بررسی مقایسه ای اثر بخشی آموزش راهبردهای خود تنظیمی رفتارهای توجهی، رفتارهای انگیزشی،خود تعلیمی‌کلامی بر نشانه‌های نقص‌توجه و بیش‌فعالی دانش آموزان پسر پایه سوم تبریز	پژوهشگاه اطلاعات و مدارک علمی‌ایران	تورج هاشمی‌نصر ت آباد	شناختی	۱۳۸۵	۴۰	پرسشنامه علائم مرضی (CSI-IV) مصاحبه تشخیصی براساس DSM	t	۵۲/۵۴ نارسایی توجه ۵۷/۹۴ بیش فعالی	۰/۰۰۱	۰/۹۸ نارسایی توجه ۰/۹۸ بیش فعالی
۶	بررسی تأثیر آموزش مهارتهای کنترل کودک به مادران بر کاهش علائم کودکانADHD و افسردگی مادران	مگیران	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، رفتاری- شناختی،دارویی و ترکیبی در درمان ADHD	پایان‌نامه دکتری دانشگاه علوم تحقیقات تهران	طاهر تیزدست	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 کودکانADHD چهار تا ده ساله بر میزان اختلالات رفتاری کودکانشان	پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم بهزیستی	پارشا هوشور	رفتاری	۱۳۸۶	۵۴	چک لیست رفتاری کودک(CBCL) پرسشنامه رفتار کودک(CBQ)، مقیاس درجه‌بندی ابعاد رفتاری (BDRS)	F	۰/۳۹	۰/۵۳	۰/۱۷
۹	بررسی تأثیر بازی پینت بال بر کاهش نشانه‌های ADHD	پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه	هاله آزرمی	شناختی- رفتاری	۱۳۸۷	۱۸	پرسشنامه محقق ساخته، مقیاس درجه بندی والدین کانرز	t	۴/۹۵ نارسایی توجه	۰/۰۲ نارسایی توجه	۲/۴۷ نارسایی توجه

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1390.11.4.2.6]

	در نوجوانان مبتلا به ADHD	تربیت مدرس							۳/۵۷ بیش‌فعالی	۰/۰۰ بیش‌فعالی	۱/۷۸ بیش‌فعالی
۱۰	تأثیر آموزش خود آموزی کلامی‌بر کاهش نشانه‌های برانگیختگی‌در کودکان ADHD	پایگاه اطلاعات علمی‌جهاد دانشگاهی	صمد قصابی	شناختی-رفتاری	۱۳۸۷	۳۰	پرسشنامه علائم مرضی (CSI-IV) مصاحبه تشخیصی براساس DSM	F	۱۲۴/۸۵	P<۰/۰۱	۰/۸۲
۱۱	بررسی اثر کوتاه مدت آموزش کارکردهای اجرایی، بر کاهش نشانه های نارسایی توجه وبیش‌فعالی در دانش‌آموزان پسر ابتدایی شهر اصفهان	پایگاه اطلاعات علمی‌جهاد دانشگاهی	فاطمه صاحبان	شناختی-رفتاری	۱۳۸۷	۴۰	مصاحبه بالینی، پرسشنامه تشخیص نشانه های ADHD براساس DSM	F	۱۰۳/۱۸ نارسایی توجه ۱۵۶/۶۰ بیش فعالی	۰/۰۰۱ ۰/۰۰۱	۰/۸۹ نارسایی توجه ۰/۹۲ بیش فعالی
۱۲	اثر بخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر شدت علائم ADHD در دانش‌آموزان پسر۹-۱۱ ساله مبتلا به ADHD	پایگاه اطلاعات علمی‌جهاد دانشگاهی	سیما جنتیان	شناختی-رفتاری	۱۳۸۷	۳۰	پرسشنامه علائم-مرضی (CSI-IV)، آزمون همتایابی اشکال آشنا	F	۳۷/۵۵ نارسایی توجه ۴۱/۷۶ بیش فعالی	۰/۰۰۱ ۰/۰۰۱	۰/۵۸ نارسایی توجه ۰/۶۰ بیش فعالی
۱۳	بررسی تأثیر آموزش مهارتهای زندگی بر رضایت زناشویی مادران و مشکلات رفتاری دانش‌آموزان ADHD	پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهان	زهرا علیزاده	شناختی-رفتاری	۱۳۸۸	۴۵	پرسشنامه تواناییهاو مشکلات SDQ، رضایت زناشویی انریچ	F	۹۵/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۸۳
۱۴	مقایسه اثربخشی برنامه آموزش توجه و برنامه ترکیبی آموزش توجه/آموزش والدین بر کاهش علائم نارسایی توجه وبیش‌فعالی در کودکان پیش دبستانی درمعرض‌خطر ADHD شهر اصفهان	پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهان	ساناز جوکار		۱۳۸۸	۲۰	پرسشنامه علائم مرضی کودکان، پرسشنامه سلامت کودک انتاریو	F	۰/۱۰ نارسایی توجه ۲/۹۰ بیش‌فعالی	۰/۹ نارسایی توجه ۰/۰۷ بیش‌فعالی	۰/۰۱ نارسایی توجه ۰/۲۲ بیش‌فعالی
۱۵	تاثیر تمرین تمرکز و تعثیب چشمی بر میزان توجه و تکانشگری کودکان ADHD	magiran	نوشاد قاسمی	بازی درمانی، آموزشی و شناختی رفتاری	۱۳۸۸	۱۷	پرسشنامه تشخیصی وندربیت فرم والد و معلم	t	۳/۸۹ نارسایی توجه ۳/۲۱ بیش‌فعال	۰/۰۰۱ ۰/۰۰۱	۱/۹۴ کم‌توجهی ۱/۶۰ بیش‌فعالی
۱۶	تاثیر آموزش مدیریت رفتاری والدین کودکان بیش فعای	magiran	احمد حاجبی و همکاران	رفتاری	۱۳۸۸	۱۸	پرسشنامه کانرز و مقیاس رابطه والد-کودک	t	۷/۹۶ بیش‌فعال ۹/۸۶ ترکیبی	۰/۰۰۱ ۰/۰۰۱	۴/۹۳ بیش‌فعال ۳/۹۸ ترکیبی
۱۷	بررسی اثربخشی مداخلات روانشناختی آموزشی بر میزان نشانگان ADHD در کودکان پیش دبستانی شهر اصفهان	پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهانی	مژگان شوشتری	روانشناختی آموزشی	۱۳۹۰	۳۰	پرسشنامه کانرز	F		۰/۰۰۱ ۰/۰۰۱ ۰/۰۰۱	۰/۷۶ ترکیبی ۰/۶۹ بی‌توجهی ۰/۶۵ بیش‌فعال

در ابتدا پژوهشهای واجد شرایط انتخاب و براساس تقدم زمانی کدگذاری شدند، تا فرایند انجام فراتحلیل تسهیل شود. ابزارهای مورد استفاده در تحقیقات نیز به عنوان یکی از معیارهای انتخاب، مورد نظر بوده است. عمده ابزارهای مورد استفاده عبارت بودند از: پرسشنامه علائم مرضی (CSI-IV)، مصاحبه تشخیصی

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1390.11.4.2.6]

براساس DSM و مقیاس درجه‌بندی 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. جست‌وجوی پایگاههای اطلاعاتی ۳. بررسی پژوهشها ۴. محاسبه اندازه اثر برای هر مطالعه ۵. ترکیب اندازه اثر مطالعات ۶. معناداری مطالعات ترکیب‌یافته ۷. مقایسه اندازه‌های تأثیر از مطالعات با ویژگیهای مختلف با توجه به تحقیقات انجام‌شده میزان تأثیر مداخلات مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۵ و۶ میانگین اندازه اثر مطالعات را نشان می دهد.

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

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

پژوهش	متغیر مستقل۱	متغیرمستقل۲	متغیرمستقل۳	متغیر وابسته ۱	متغیر وابسته۲
۱	مداخلات کودک محور	مداخلات والد محور	ترکیبی	کاهش علائم ADHD	
۲	آموزش رفتاری والدین	دارو درمانی		علائم فزون کنشی ADHD	
۳	آموزش حل مسئله			کاهش علائم ADHD	
۴	بازیهای آموزشی تمرکز فکر			کاهش علائم ADHD	
۵	آموزش راهبردهای خود تنظیمی‌رفتارهای توجهی	رفتارهای انگیزشی	خود تعلیمی‌کلامی	کاهش علائم ADHD	
۶	مهارتهای کنترل کوک			کاهش علائم ADHD	کاهش افسردگی مادر
۷	درمان رفتاری	رفتاری-شناختی	دارویی و ترکیبی	کاهش علائم ADHD	
۸	آموزش گروهی والدین			اختلالات رفتاری	
۹	بازی پینت بال			کاهش علائم ADHD	
۱۰	آموزش خود آموزی کلامی			کاهش نشانه های برانگیختگی	
۱۱	آموزش کارکردهای اجرایی			کاهش علائم ADHD	
۱۲	بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری			کاهش علائم ADHD	
۱۳	تأثیر آموزش مهارتهای زندگی			مشکلات رفتاری	رضایت زناشویی
۱۴	برنامه آموزش توجه	برنامه ترکیبی		کاهش علائم ADHD	
۱۵	تمرین تمرکز و تعقیب چشمی			کاهش علائم ADHD	
۱۶	آموزش مدیریت رفتاری والدین			کاهش علائم ADHD	
۱۷	مداخلات روان‌شناختی آموزشی			کاهش علائم ADHD	

یافته‌ها

در این بخش براساس داده‌های ارائه شده در گزارش هر یک از پژوهشهای مورد نظر، به محاسبه اندازه اثر اعمال الگوی درمانی می‌پردازد. به همین منظور، اندازه اثر طبق مراحل فراتحلیل هویت و کرامر (۱۳۸۸، ترجمه پاشا شریفی وهمکاران،) محاسبه شد.

با توجه به تحقیقات انجام‌شده میزان تأثیر درمانهای روان‌شناختی بر کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی مورد بررسی قرار گرفت. با 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 بیش‌فعالی به‌صورت جداگانه اشاره شده است، لذا جدول ۳ میانگین اندازه اثر مطالعات ترکیبی و جدول ۴ میانگین اندازه اثر مطالعات را بر نشانه‌های نارسایی توجه و بیش‌فعالی نشان می‌دهد. براساس اطلاعات جدول ۳ تأثیر متغیر مستقل (مداخلات روان‌شناختی) بر متغیر وابسته (نشانه‌های اختلال نارسایی توجه

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16826612.1390.11.4.2.6]

بیش‌فعالی- به‌صورت کلی) برابر با ۰/۵۴است که براساس جدول تفسیر اندازه اثر کوهن، زیاد ارزیابی می‌شود؛ بنابراین می‌توان گفت براساس نتایج این فراتحلیل درمانهای روان‌شناختی بر اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی تأثیر زیادی داشته است. درجدول۴، بهترین برآورد از تأثیر متغیر مستقل (درمانهای روان‌شناختی) بر متغیر وابسته (نارسایی توجه) برابر با ۰/۴۸ است که براساس جدول تفسیر اندازه اثر کوهن، متوسط ارزیابی می‌شود؛ بنابراین می‌توان گفت براساس نتایج این فراتحلیل درمانهای روان‌شناختی بر نارسایی توجه کودکان ADHD تأثیر داشته است. و بهترین برآورد از تأثیر متغیر مستقل(درمانهای روان‌شناختی) بر متغیر وابسته (بیش‌فعالی) برابر با ۰/۵۹ است که براساس جدول تفسیر اندازه اثر کوهن، زیاد ارزیابی می‌شود؛ بنابراین می‌توان گفت براساس نتایج این فراتحلیل درمانهای روان‌شناختی بر بیش‌فعالی کودکان ADHD تأثیری زیاد داشته است؛همچنین سطح معناداری ترکیبی ۰/۰۰۱ به‌دست آمده است.

جدول۴- نتایج فراتحلیل اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر کاهش علائم نارسایی توجه/بیش‌فعالی

پژوهش	میزان تأثیر بر علائم کلی	تبدیل dکوهن به r	تبدیل r به z (zr)	تبدیل zr به r	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	۰/۲۷	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	
			۰/۶۰۷میانگین اندازه اثر			۱۱/۴۶	

جدول ۵- نتایج فراتحلیل اثربخشی درمانهای روان‌شناختی بر کاهش علائم نارسایی توجه/بیش‌فعالی

ردیف	میزان تأثیر بر علائم نارسایی توجه	میزان تأثیر بر علائم بیش فعالی	تبدیل dکوهن به r	تبدیل r به z	تبدیل zrبه r	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	

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1390.11.4.2.6]

۱۰		۱/۷۸	۰/۶۶	۰/۷۹۳		۰/۰۰۱	۴/۲۶۵
۱۲	۰/۸۸		۰/۴۰	۰/۴۲		۰/۰۱	۲/۳۲۶
۱۲		۰/۸۲	۰/۳۸	۰/۴۰	نارسایی توجه ۰/۴۸	۰/۰۰۰۰۱	۴/۲۶۵
۱۳	۲/۳۵		۰/۷۷	۱/۰۲		۰/۰۰۴	۱/۶۴۵
۱۳		۳/۱۵	۰/۸۴	۱/۲۲		۰/۰۰۰۱	۳/۷۱۹
۱۴		۰/۱۱	۰/۰۶	۰/۰۶۰		۰/۰۰۰۱	۳/۷۱۹
۱۵	۰/۰۱		۰/۰۱	۰/۰۱		۰/۰۰۱	۴/۲۶۵
۱۵		۰/۲۲	۰/۱۱	۰/۱۱		۰/۰۱	۱/۷۵۱
۱۶	۱/۹۴		۰/۷۰	۰/۸۶۷		۰/۰۹	۲/۳۲۶
۱۶		۱/۶۰	۰/۶۲	۰/۷۲۵		۰/۰۱	۱/۷۵۱
۱۷		۳/۹۸	۰/۸۹	۱/۴۳۲		۰/۰۰۱	۴/۲۶۵
				بیش‌فعال ۰/۶۷۷	نارسایی توجه ۰/۵۲		۷۰/۲۲۵

بحث و نتیجه‌گیری

فراتحلیل 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 می شود که دقیق تر 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/بیش فعالی تأثیر متوسط به بالایی(۰/۵۴) دارد. یافته های 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 بیش فعالی 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 مشکلاتADHD 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

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1390.11.4.2.6]

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 می رود 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. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت مدرس تهران.

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

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

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

جنتیان، س.(۱۳۸۷). اثر بخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر شدت علائم ADHD در دانش‌آموزان پسر۹-۱۱ 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 بیش فعالی در کودکان پیش دبستانی در معرض خطر ADHD شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان.

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

دلاور، 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. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان.

زارعی، م.(۱۳۷۹). تأثیر آموزش رفتاری والدین و دارو درمانگری بر میزان علائم فزون کنشی کودکان ADHD. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان.

شوشتری،م(۱۳۹۰). بررسی اثربخشی مداخلات زودهنگام روان شناختی- 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 نشانه های نارسایی توجه

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1390.11.4.2.6]

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

عابدی، الف.(۱۳۸۸). روانشناسی کودکان با نقص توجه/بیش فعالی. اصفهان : انتشارات نشر نوشته

عریضی، ح. فراهانی، ح(۱۳۸۷). روشهای کاربردی پژوهش در روانشناسی بالینی و مشاوره. تهران: نشر دانژه.

علیزاده، ح .(۱۳۸۴) .اختلال نارسایی توجه بیش فعالی. تهران :انتشارات رشد.

علیزاده، 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 نشانه های برانگیختگی در کودکان .ADHD پایگاه اطلاعات علمی‌جهاد دانشگاهی.

ناصری‌زاده، س.(۱۳۸۵). آموزش روشهای شناختی-رفتاری به مادران دارای کودکانADHD و تأثیر آن برکاهش 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 بیش فعالی 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 کودکانADHD چهار تا ده ساله بر میزان اختلالات رفتاری کودکان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی 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, Sevffert. 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 , l. 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 Europen 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-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

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1390.11.4.2.6]

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 druguse.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.Jornal 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). Pharacotherapy of adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a meta analysis. The International Journal of Neuropsychopharmacolog 12:1137-114.

Pliszka SR, Greenhill LL, CrismonML(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 Delinguents: 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 Yourk: 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.

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1390.11.4.2.6]