

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

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 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 کوئن در حد بالاتر از متوسط قرار دارد.

واژه‌های کلیدی : فراتحلیل، اختلال بیش‌فعالی-narسایی 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

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

تاکنون هیچ عاملی به تنها یابی 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). به طور خاص به نظر می‌رسد که ژنتیک و عوامل محیطی، از علی 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 به وجود آید. در حالی که 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 علی 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 تنبیگیهای محیطی تأکید داشته‌اند (اشمیت 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، تحمل ناپذیر بود (دینن و فیزراالد، 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

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 هوفرمن شناسایی کرد (پلیزکا، گرینهیل، کریزم، 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 (انجمان روان‌پزشکی 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 مرتكب 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 متتمرکز 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 /بیشفعال، 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

و افزایش رفتارهای مناسب اجتماعی آنان استفاده کنند (مارتینز و لاصمن، 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 مرکز 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 (مارتینز و لاصمن، 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 لاصمن، 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 محركهای 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)، آزمی (۱۳۸۷)، قصای (۱۳۸۷)، صاحبان (۱۳۸۸) و علیزاده (۱۳۸۸) اشاره کرد. این پژوهش‌گران اثربخشی

(کنی، ۲۰۰۷)، سوء مصرف مواد و روان‌گستاخی 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 یافته‌گی 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 هوza، 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 به مثابه 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

نشانه‌های ADHD در کشور چقدر است با توجه به اینکه بخش چشمگیری از مراجعه کنندگان 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 علاّئم اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، برسد. به طور 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) 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 کرده‌اند. کارکم وشیگل (۱۹۹۳) در فراتحلیل خود، تأثیر درمانهای شناختی را بیشتر از سایر مداخلات گزارش کرده‌اند. وندراورد، پرینز، استران، ملکاپ (۲۰۰۸) در فراتحلیل خود درمانهای روانی اجتماعی، دارویی و ترکیبی را مقایسه کرده‌اند و اندازه اثر درمانهای روانی اجتماعی را $0.83 = d$ بیان کرده‌اند که با توجه به جدول کوهن اثر زیادی داشته است و اندازه اثر درمان دارویی را نیز متوسط به بالا گزارش کرده‌اند.

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

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

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 روش 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

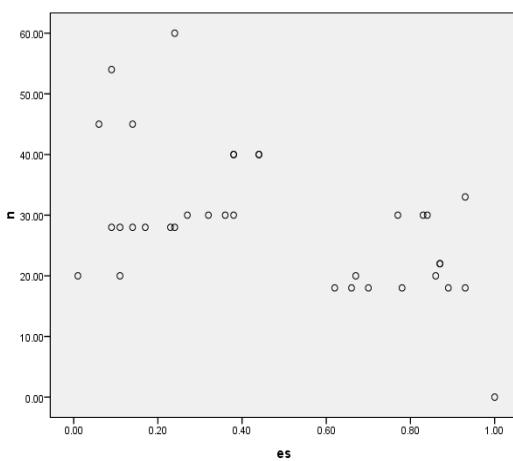
۱۳۸۴). این اطلاعات به صورت جداگانه در جدول ۱ کدگذاری شده‌اند و بدین طریق می‌توان اندازه اثر را در انواع مختلف مطالعه بررسی کرد (جیزکنر، کرشینا، استنکامپ و کانهای، ۲۰۰۹).

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 باشد ۳- 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 موردي، مروری، رابطه‌ای و توصیفی انجام شده‌اند.

ابزار پژوهش؛ چک لیست تحلیل محتوا (از لحاظ روش‌شناختی): از این چک لیست برای انتخاب پایان‌نامه‌ها، طرح‌های تحقیقاتی و مقاله‌های پژوهشی دارای ملاک‌های "ورود" و استخراج اطلاعات لازم برای انجام فراتحلیل از محتوای آنها استفاده شد و چک لیست مذکور، شامل مؤلفه‌های زیر بود: عنوان پژوهش‌های انجام شده درباره اختلال نارسائی توجه-بیش‌فعالی، مشخصات کامل مجریان، سال و محل اجرا سوالهای، فرضیه‌های پژوهش، ابزارها روایی و اعتبار ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات، جامعه آماری، حجم نمونه و سطح معناداری آزمونهای به‌کار گرفته‌شده 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 (عبدی 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 t , F , x , t , F , t , F می‌توان شاخص اندازه اثر مربوط به r را برآورد کرد. براساس نظر کوهن (۱۹۸۸)، برای شاخص r اندازه‌های اثر $0/1$, $0/3$, $0/5$ به ترتیب کوچک، متوسط و بزرگ قلمداد می‌شود (روزنال 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 استناد 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،

فونل مربوط به مطالعات به کار رفته در فراتحلیل در شکل شماره ۱ آمده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، نقاط این نمودار تقریباً به صورت 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. (دول و تؤیدی، 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 روان‌شناختی 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 رایج‌ترین شاخصها، r و d هستند که اغلب d برای تفاوت‌های گروهی و r را برای مطالعات همبستگی به کار می‌برند (دلور، 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 به صورت دستی انجام شد. نمودار

جدول ۱ - داده‌های مطالعات مختلف در مورد تأثیر مداخلات روان‌شناختی در کاهش نشانه‌های ADHD

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

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

ردیف	عنوان تحقیق	منبع	پژوهشگر	الگوی درمانی	سال نمونه	حجم اجرا	ابزار	آماره موردنی استفاده	میزان آماره معدناری	سطح اندازه اثر
۱	مقایسه اثر بخشی مداخلات والدین محور، کودک محور و ترکیبی در کاهش ADHD پسر دبستانی سوم و چهارم شهر اصفهان	پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهان	سمیرا هادی	رفتاری و شناختی رفتاری	۱۳۹۰	۶۰	پرسشنامه کانز	F	۰/۰۰۱	۸/۳۸
۲	تأثیر آموزش رفتاری والدین و دارو درمانگری بر میزان علائم فزون کنشی ADHD کودکان	پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهان	محمد زارعی	رفتاری	۱۳۷۹	۳۳	پرسشنامه عالم مرضی کودکان	F	۰/۰۰۱	۱۲/۱۷
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 عالم مرضی (CSI-IV)	F	۰/۰۰۱	۴۹/۴۶
۴	بررسی تأثیر بازیهای آموزشی تمرکز فکر بر کاهش علائم اختلال ADHD کودکان دبستانی مبتلا به اختلال شهر اصفهان	پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهان	مریم السادات رضا زاده	شناختی	۱۳۸۳	۲۸	پرسشنامه عالم مرضی (CSI-IV)	F	۰/۰۴	۴/۷۱
۵	بررسی مقایسه ای اثر بخشی آموزش اطلاعات و راهبردهای خود علمی ایران توجیهی، خود تعاییمی کلامی بر نشانه‌های نقص توجه و بیش‌فعالی دانش آموزان پسر پایه سوم تبریز	پژوهشگاه هاشمی نصر	تورج ت آبد	شناختی	۱۳۸۵	۴۰	پرسشنامه عالم مرضی (CSI-IV) مصاحبه تشخیصی براساس DSM	t	۰/۰۰۱	۵۲/۵۴
۶	بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های کنترل کودک به مادران بر کاهش علائم ADHD و افسردگی مادران	مگیران بهرام میرزاچیان	رفتاری	رفتاری	۱۳۸۵	۲۲	پرسشنامه عملکرد رفتار کودک (Skamp)، مقیاس درجه بندی فرم والد snap	F	۰/۰۰۱	۶۰/۲۶
۷	مقایسه اثر بخشی درمان رفتاری، رفتاری- شناختی، دارویی و ترکیبی در درمان ADHD	پایان نامه دکتری دانشگاه علوم تهران	ظاهر تیزدست	رفتاری و شناختی رفتاری	۱۳۸۵	۷۵	مصاحبه تشخیصی براساس DSM پرسشنامه عالمی مرضی کودکان	F	۰/۰۰۱	۰/۴۹
۸	بررسی تأثیر آموزش گروهی والدین دارای ADHD چهار تا ده ساله بر میزان علوم بهزیستی اختلالات رفتاری کودکانشان	پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم بهزیستی	پارشا هوش ور	رفتاری	۱۳۸۶	۵۴	چک لیست رفتاری کودک (CBCL)، پرسشنامه رفتار کودک (CBQ)، مقیاس درجه بندی ابعاد رفتاری (BDRS)	F	۰/۰۳۹	۰/۵۳
۹	بررسی تأثیر بازی پیش‌تال بر کاهش ADHD نشانه‌های	پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه	هاله آزرمی	شناختی - رفتاری	۱۳۸۷	۱۸	پرسشنامه محقق ساخته، مقیاس درجه بندی والدین کانز	t	۰/۰۲	۴/۹۵

سمیه جمالی و همکاران: فراتحلیل اثربخشی مداخلات روان شناختی بر...

رد نوچوانان مبتلا به ADHD	تریبیت مدرس	پایگاه اطلاعات	صمد قصای	شناختی - رفتاری	۳۰	۱۳۸۷	F	پرسشنامه علائم مرضی (CSI-IV)، مصاحبه تشخیصی براساس DSM	بیش فعالی	۳/۵۷	۰/۰۰	۱/۷۸	دریافتگری در کودکان ADHD
۱۰	تأثیر آموزش خود علمی جهاد دانشگاهی کاهش نشانه‌های برانگیختگی در	پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی	صمد قصای	شناختی - رفتاری	۳۰	۱۳۸۷			P<0.01	۱۲۴/۸۵	۰/۰۰	۰/۰۰	بررسی آموزش کلامی بر کاهش نشانه‌های برانگیختگی در
۱۱	بررسی اثر کوتاه مدت آموزش کارکدهای اجرایی، بر کاهش نشانه‌های نارسایی توجه و بیش فعالی در داش آموزان پسر ابتدای شهر اصفهان	پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی	صمد قصای	شناختی - رفتاری	۴۰	۱۳۸۷	F	پرسشنامه بالینی، پرسشنامه تشخیص نشانه‌های ADHD براساس DSM	نارسایی توجه بیش فعالی	۱۰۳/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۰۹	بررسی اثر کوتاه مدت آموزش کارکدهای اجرایی، بر کاهش نشانه‌های نارسایی توجه و بیش فعالی در داش آموزان پسر ابتدای شهر اصفهان
۱۲	اثر بخشی بازی درمانی مبتتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری بر شدت علائم ADHD در داش آموزان پسر -۹ ساله مبتلا به ADHD	پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی	صمد قصای	شناختی - رفتاری	۳۰	۱۳۸۷	F	پرسشنامه علائم مرضی (CSI-IV)، آزمون همنایابی شکال آشنا	نارسایی توجه بیش فعالی	۳۷/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۰۸	بررسی اثر بخشی بازی درمانی مبتتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری بر شدت علائم ADHD در داش آموزان پسر -۹ ساله مبتلا به ADHD
۱۳	بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر رضابت زناشویی ارشد دانشگاه اصفهان و مشکلات رفتاری داش آموزان	پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاه اصفهان	صمد قصای	شناختی - رفتاری	۴۵	۱۳۸۸	F	پرسشنامه تواناییها و مشکلات SDQ، رضابت زناشویی انتریج	نارسایی توجه بیش فعالی	۹۵/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۰۸۳	بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر رضابت زناشویی ارشد دانشگاه اصفهان و مشکلات رفتاری داش آموزان
۱۴	مقایسه اثربخشی برنامه آموزش توجه و برنامه ترکیبی ارشد دانشگاه اصفهان درمعرض خطر شهر اصفهان	پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاه اصفهان	صمد قصای	شناختی - رفتاری	۲۰	۱۳۸۸	F	پرسشنامه علائم مرضی کودکان، پرسشنامه سلامت کودک انتاریو	نارسایی توجه بیش فعالی	۰/۱۰	۰/۰۹	۰/۰۱	مقایسه اثربخشی برنامه آموزش توجه و برنامه ترکیبی ارشد دانشگاه اصفهان درمعرض خطر شهر اصفهان
۱۵	تأثیر تمرين تمرکز و تعیيب چشمی بر میزان توجه و تکائشگری کودکان ADHD	نوساد قاسمی magiran	نمودار	بازی درمانی، آموزشی و شناختی رفتاری	۱۷	۱۳۸۸	t	پرسشنامه تشخیصی وندربیت فرم والد و معلم	نارسایی توجه بیش فعال	۳/۸۹	۰/۰۰۱	۱/۹۴	تأثیر تمرين تمرکز و تعیيب چشمی بر میزان توجه و تکائشگری کودکان ADHD
۱۶	تأثیر آموزش مدیریت رفتاری والدین کودکان بیش فعالی	احمد magiran	نمودار	راجی و همکاران رفتاری	۱۸	۱۳۸۸	t	پرسشنامه کائز و مقیاس رابطه والد - کودک	بیش فعال ۹/۸۶	۷/۹۶	۰/۰۰۱	۴/۹۳	تأثیر آموزش مدیریت رفتاری والدین کودکان بیش فعالی
۱۷	بررسی اثربخشی مداخلات روانشناختی آموزشی بر میزان نشانگان در کودکان ADHD پیش دستانی شهر اصفهان	مژگان شوشتري	نمودار	روانشناختی	۳۰	۱۳۹۰	F	پرسشنامه کائز	بیش فعال ۳/۲۱	۳/۸۹	۰/۰۰۱	۱/۶۰	بررسی اثربخشی مداخلات روانشناختی آموزشی بر میزان نشانگان در کودکان ADHD پیش دستانی شهر اصفهان

به عنوان یکی از معیارهای انتخاب، مورد نظر بوده است. عده ابزارهای مورد استفاده عبارت بودند از: پرسشنامه علائم مرضی (CSI-IV)، مصاحبه تشخیصی

در ابتدای پژوهش‌های واجد شرایط انتخاب و براساس تقدم زمانی کدگذاری شدند، تا فرایند انجام فراتحلیل تسهیل شود. ابزارهای مورد استفاده در تحقیقات نیز

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 کانز 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. جستجوی 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 ویژگی های مختلف با توجه به تحقیقات انجام شده میزان تأثیر مداخلات مورد بررسی

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

پژوهش	متغیر مستقل ۱	متغیر مستقل ۲	متغیر مستقل ۳	متغیر وابسته ۱	متغیر وابسته ۲	متغیر وابسته ۳
۱	مداخلات کودک محور	مداخلات والد محور	ترکیبی	کاهش علائم ADHD		
۲	آموزش رفتاری والدین	دارو درمانی		علائم فرون کنشی ADHD		
۳	آموزش حل مسئله			کاهش علائم ADHD		
۴	بازیهای آموزشی تمرکز فکر			کاهش علائم ADHD		
۵	آموزش راهبردهای خود تطبیقی رفتارهای رفتارهای انگیزشی		خود تعلیمی کلامی	کاهش علائم ADHD		
۶	مهارت‌های کنترل کوک			کاهش افسردگی مادر	کاهش علائم ADHD	
۷	درمان رفتاری			کاهش علائم ADHD	کاهش علائم ADHD	
۸	آموزش گروهی والدین			اختلالات رفتاری		
۹	بازی پیونت 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 مبارتهاهای زندگی			رضایت زناشویی	مشکلات رفتاری	
۱۴	برنامه آموزش توجه			کاهش علائم ADHD		
۱۵	تمرین تمرکز و تعقب چشمی			کاهش علائم ADHD		
۱۶	آموزش مدیریت رفتاری والدین			کاهش علائم ADHD		
۱۷	مداخلات روان‌شناختی آموزشی			کاهش علائم ADHD		

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 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 بیشفعالی نشان می دهد. براساس اطلاعات جدول ۳ تأثیر متغیر مستقل (مداخلات روان‌شناختی) بر متغیر وابسته (نشانه های اختلال نارسایی توجه

یافته ها

در این بخش براساس داده های ارائه شده در گزارش هر یک از پژوهش های 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 درمانه های روان‌شناختی بر کاهش نشانه های اختلال نارسایی توجه- بیشفعالی 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 (بیشفعالی) 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 اختلال نارسایی توجه- بیشفعالی 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

بیشفعالی- 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- بیشفعالی 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/بیشفعالی

پژوهش	میزان تأثیر بر علائم کلی	تبدیل $d_{کوهن}$ به Γ	تبدیل Γ به Z	تبدیل Z به مطالعات	تبدیل Z به معناداری Γ	تبدیل سطح معناداری به Z	تبدیل Z به سطح معناداری ترکیبی
۱	۰/۶۰	۰/۳۴	۰/۳۴۳	۰/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰۱
۲	۰/۴۹	۰/۲۴	۰/۲۴۵	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰۵
۴	۰/۳۴	۰/۱۷	۰/۱۷۲	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۲۶	۰/۰۳۲۶
۶	۰/۴۷	۰/۰۸۷	۰/۰۴۵	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۲۶۵
۷	۰/۴۹	۰/۰۲۴	۰/۰۲۴۵	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۲۶۵
۹	۰/۱۷	۰/۰۹	۰/۰۹	۰/۰۷	۰/۰۵۳	۰/۰۷	-۰/۰۷
۱۱	۰/۰۸۲	۰/۰۳۸	۰/۰۴۰	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۲۶	۰/۰۳۲۶
۱۲	۰/۰۸۲	۰/۰۳۸	۰/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۹۰	۰/۰۹۰
۱۳	۰/۰۰۳	۰/۰۸۳	۰/۱۱۸	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۹۰	۰/۰۹۰
۱۴	۰/۰۲۷	۰/۰۱۴	۰/۱۴۱	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۶۵	۰/۰۶۵
۱۶	۰/۰۹۳	۰/۰۹۳	۰/۶۶۶	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۴۷۶	۰/۴۷۶
۱۷	۰/۰۷۶	۰/۰۳۶	۰/۳۷۷	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۶۵	۰/۰۶۵
۱۱/۴۶ ۰/۶۰۷ میانگین اندازه اثر							

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

ردیف	میزان تأثیر بر علائم نارسایی	میزان تأثیر بر علائم بیشفعالی	میزان تأثیر بر علائم کلی	تبدیل $d_{کوهن}$ به Γ	تبدیل Γ به Z	تبدیل Z به معناداری Γ	تبدیل سطح معناداری به Z	تبدیل سطح معناداری ترکیبی
۱	۰/۲۸	۰/۱۴	۰/۱۴	۰/۱۴۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۹۰	۰/۰۹۰
۲	۰/۷۸	۰/۳۵	۰/۳۵	۰/۳۵۵	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۹۰	۰/۰۹۰
۳	۰/۹۴	۰/۹۳	۰/۹۳	۰/۱۶۵	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۵۵۵	۰/۰۰۱
۴	۰/۴۸	۰/۲۳	۰/۲۳	۰/۲۲۴	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۱۲۶	۰/۰۰۱
۳	۰/۲۸	۰/۱۴	۰/۱۴	۰/۱۴۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۹۰	۰/۰۹۰
۴	۰/۲۱	۰/۱۱	۰/۱۱	۰/۱۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۶۴۵	۰/۰۰۱
۴	۰/۱۷	۰/۰۹	۰/۰۹	۰/۰۹	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۶۴۵	۰/۰۰۱
۵	۰/۹۸	۰/۴۴	۰/۹۸	۰/۴۷۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۴۵	۰/۰۰۱
۵	۰/۹۸	۰/۴۴	۰/۹۸	۰/۴۷۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۳۲۶	۰/۰۰۱
۸	۰/۷۹	۰/۶۷	۰/۶۷	۰/۸۱۱	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۳۲۶	۰/۰۰۱
۸	۰/۳۳	۰/۸۶	۰/۸۶	۰/۳۰۹	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۷۵۱	۰/۰۰۱
۱۰	۰/۴۷	۰/۷۸	۰/۷۸	۰/۷۸	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۶۴۵	۰/۰۰۱

۴/۲۶۵	۰/۰۰۱	۰/۷۹۳	۰/۶۶	۱/۷۸	۱۰
۲/۳۲۶	۰/۰۱	۰/۴۲	۰/۴۰	۰/۸۸	۱۲
۴/۲۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰	۰/۳۸	۰/۸۲	۱۲
	۰/۴۸				
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			

نتزال (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 (۰/۰۵۴)، 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.

به هر حال، 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

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 نتیجه‌گیریهای می‌شود که دقیق‌تر و معنبرتر 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 (۰/۰۵۴) دارد. یافته‌های این فراتحلیل تأییدی بر برخی پژوهش‌های قبلی از جمله پژوهش‌های بائر و

- بوستانی پور، ع. ثنائی ذاکر، ب. کیامنش، ع.(۱۳۸۶). فراتحلیل اثر بخشی الگوهای شناختی-رفتاری در درمان مشکلات زناشویی. تازه ها 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. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان.
- تیز دست، ط.(۱۳۸۵). مقایسه اثر بخشی درمان رفتاری، رفتاری-شناختی، دارویی و ترکیبی در درمان ADHD. پایان نامه دکتری. دانشگاه علوم تحقیقات تهران.
- جنتیان، س.(۱۳۸۷). اثر بخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر شدت علائم ADHD در دانش‌آموzan پس از ۱۱-۹ 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 شوستری، 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 فرون کنشی کودکان ADHD. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان.
- شوستری، م.(۱۳۹۰). بررسی اثربخشی مداخلات زودهنگام روان شناختی-آموزشی بر میزان نشانگان ADHD در کودکان پیش‌دبستانی شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان.
- صاحبان، ف.(۱۳۸۹). بررسی اثر کوتاه مدت آموزش کارکردهای اجرایی، بر کاهش نشانه های 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 یافته‌های است 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

- آزمی، آ.(۱۳۸۷). بررسی تأثیر بازی پینت بال بر کاهش نشانه‌ای ADHD در نوجوانان مبتلا به ADHD. پایان نامه 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, Sevffert. M, Boorady. R, McCarthy. J,(2009).Effects of MPH-OROS on the Organizational, Time Management, and Planning Behaviors children with ADHD. Jurnal 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: Jurnal 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. Jurnal 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. Jurnal of Child Psychology and Psychiatry, 34 , 1217-1238.

Dell'Angelillo.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). Jurnal 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 بیش فعالی در دانشآموزان پسر ابتدایی شهر اصفهان. پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی. عابدی، الف.(۱۳۸۸). روانشناسی کودکان با نقص توجه/بیش فعالی. اصفهان : انتشارات نشر نوشه عریضی، ح. فراهانی، ح(۱۳۸۷). روش‌های کاربردی پژوهش در روانشناسی بالینی و مشاوره. تهران: نشر دانزه. 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 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 توجیهی، رفتارهای انگیزشی، خودتعلیمی کلامی بر نشانه های 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 نشانه های 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 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 Neuropsychopharmacology* 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 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 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.