مجله انفورماتیک سلامت و زیست پزشکی
مرکز تحقیقات انفورماتیک پزشکی
دوره ششم شماره سوم. ص ۲۱۷-۲۰۷، ۱۳۹۸

مقاله پژوهشی

تأثیر آموزش پیمایش مدیریت رفتار از طریق سلامت همراه به مادران بر کاهش نشانگان ضدیت و بیش جنبشی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای: یک مطالعه آزمایشی تک نمونه

زهرا جمالی[۱]، آناهیتا خدابخشی کولایی[۲]*

• **دریافت مقاله:** ۱۳۹۸/۱/۱۸ • **پذیرش مقاله:** ۱۳۹۸/۳/۱۹

مقدمه: ضدیت و بیش جنبشی از جمله رفتارهای کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌باشند. با توجه به تغییرات زندگی، مسافت و مشغله زیاد والدین فرصت مراجعه حضوری به درمانگر وجود ندارد؛ لذا این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی آموزش پیمایش مدیریت رفتار از طریق سلامت همراه به مادران بر کاهش نشانه‌های ضدیت و بیش جنبشی کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شد.

روش: روش پژوهش از نوع طرح‌های تک آزمودنی AB است. این پژوهش در شهر تهران و در سال ۱۳۹۷ اجرا شد. در این پژوهش، ۴ مادر که نمرات بالایی به رفتار ضدیت و بیش جنبشی فرزندشان داده بودند، برای آموزش انتخاب شدند. مادران، برنامه آموزشی مدیریت رفتار را در ۸ جلسه به صورت ۶ جلسه مجازی و از طریق تلفن همراه و ۲ جلسه حضوری توجیهی دریافت کردند. داده‌های پژوهش با استفاده از جداول، درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا اندازه‌گیری شدند.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که درصد بهبودی کل برای هر سه کودک در متغیر اول ضدیت ۶۱/۴۳ و در متغیر دوم بیش جنبشی ۶۹/۷۴ به دست آمد. بعد از پیگیری یک‌ماهه، درصد بهبودی کل در هر دو متغیر افزایش پیدا کرد (۷۵/۷۷ و ۷۹/۴۷). بعد از پیگیری یک‌ماهه اثرات درمان همچنان ادامه داشت. در نتیجه هر دو فرضیه از نظر بالینی معنادار است.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که این آموزش کم هزینه، در دسترس و می‌تواند مکملی برای ارائه خدمات بهداشت روان حضوری به مادران با فرزند مشکل‌دار باشد.

کلیدواژه‌ها: مدیریت رفتار، سلامت همراه، مادر، کودک، اختلال نافرمانی مقابله‌ای

• **ارجاع:** جمالی زهرا، خدابخشی کولایی آناهیتا. تأثیر آموزش پیمایش مدیریت رفتار از طریق سلامت همراه به مادران بر کاهش نشانگان ضدیت و بیش جنبشی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای: یک مطالعه آزمایشی تک نمونه. مجله انفورماتیک سلامت و زیست پزشکی ۱۳۹۸؛ ۶(۳): ۲۰۷-۱۷.

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران
۲. دکترای مشاوره، استادیار، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران
* **نویسنده مسئول:** تهران، میدان ونک، خیابان ملاصدرا، خیابان میرزای شمالی، کوچه حکیم اعظم، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی
• **شماره تماس:** ۰۲۱-۸۹۱۷۴۱۱۹ • **Email:** a.khodabakhshid@khatam.ac.ir

[Downloaded from jhbmi.com on 2024-10-12]

مقدمه

کودکی یکی از مراحل مهم زندگی است که در آن شخصیت فرد شکل می‌گیرد. بیشتر تناقض‌ها و اختلالات رفتاری در دوران بلوغ و بزرگ‌سالی، از سهل‌انگاری در رابطه با مشکلات عاطفی و رفتاری کودکی مثل فقدان راهنمایی مناسب در فرآیند رشد و تحول نشأت می‌گیرد [۱]. مشکلات رفتاری معمولاً در سال‌های نخستین دوره کودکی مشاهده می‌شوند و بین سنین ۸ تا ۱۵ سالگی به اوج خود می‌رسند [۲]. اختلال نافرمانی مقابله‌ای، یکی از اختلال‌های رفتاری است که در دسته اختلالات رفتارهای مخرب و آسیب‌زا قرار می‌گیرد. کودکانی که این اختلال را دارند تمایل به تخریب وسایل و لجبازی با فرامین والدین و اولیای مدرسه را دارند. میزان شیوع جهانی این اختلال بین ۱ تا ۱۶ درصد در کودکان و نوجوانان می‌باشد [۳]. اختلال نافرمانی مقابله‌ای (Oppositional Defiant Disorder) با الگوی پایدار و تکراری خلق عصبی، تحریک‌پذیری بالا، رفتار لجبازی و بحث زیاد و کینه‌جویی دائمی که ممکن است به طور مشخص عملکردهای اجتماعی را تحریف کند شناخته می‌شود. این نشانگان رفتاری عمدتاً شش ماه ادامه دارد [۴]. در ۴۰ الی ۷۰ درصد موارد، این اختلال با اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی همبودی دارد [۳]. سیر این اختلال مزمن است. کودکان مبتلا به این اختلال در سال‌های فراروی خود در دوران نوجوانی و جوانی در معرض خطر بروز مشکلات رفتاری دیگری همچون، اختلالات خلقی و اضطرابی، اختلال سلوک، مصرف مواد و الکل و نیز اختلال شخصیت ضداجتماعی و رفتارهای بزهکارانه و مجرمانه هستند [۵].

دلایل بروز این اختلال چندعاملی است؛ اما نتایج نشان می‌دهد که یکی از مهم‌ترین عوامل در بروز این اختلال، رفتار والدین با کودک است. همه کودکان ممکن است برخی از مشکلات رفتاری در اوایل کودکی داشته باشند؛ اما با آموزش و هدایت مناسب در طی گذر زمان رفتارهایشان تغییر یافته و رشد یافته‌تر می‌شوند؛ اما در سال‌های پیش از مدرسه، مهارت‌های فرزندپروری و نحوه مدیریت صحیح این رفتار از سوی والدین بسیار اثرگذار است [۶،۷]. شیوه‌های والدگری و تربیتی بیش‌ازحد سخت‌گیرانه و تنبیهی از سوی والدین و به ویژه مادر به دلیل این که وقت بیشتری را با کودک در محیط خانه سپری می‌کند، بسیار مهم است [۷]. هر چقدر والدین از شیوه‌های تنبیهی و نامناسب رفتاری به دلیل عدم آگاهی از مدیریت رفتار کودک به کار بگیرند بر وخیم شدن این اختلال می‌انجامد [۸].

از این رو، Danforth در سال ۱۹۹۸، سیستم مدیریت رفتار کودک را که نمودار پیمایشی مدیریت رفتار (Behavioral Management flow chart) نامیده می‌شود، طراحی کرد[۷،۸]. نمودار پیمایش مدیریت رفتار، نموداری بر طبق تحلیل وظایف مدیریت رفتار کودک است که به والدین به ویژه مادر آموزش داده می‌شود [۹]. از طریق آموزش برنامه پیمایش مدیریت رفتار اصول رفتار با کودک به صوت بصری برای بحث و راهنمایی والدین در خانه ارائه می‌شود [۷]. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که برنامه آموزش والدین، مهارت‌های مدیریت رفتار والدگری و روابط آن‌ها را با فرزندشان تقویت می‌کند و باعث کاهش استرس مادر و فرزند می‌شود. همچنین شدت رفتارهای لجبازی کودک، عصبانیت، تکانش گری و بیش جنبشی او را کاهش می‌دهد [۸،۹]. از آنجایی که، زندگی در این قرن متفاوت شده است و با توجه به مواردی مانند دوری مسافت، گرانی هزینه‌های مشاوره، وجود فرزند دیگر در خانه، والدین و یا به طور خاص مادران که قادر به شروع و یا پیگیری درمان کودکان خود نمی‌باشند. همچنین، با توجه به سرعت روزافزون زندگی مدرن و کمی دقت در انجام فعالیت‌های عادی و ضروری زندگی روزمره، نیاز به یافتن راه‌هایی جهت تسریع فعالیت‌های گوناگون زندگی به شدت احساس می‌شود. خوشبختانه دستیابی به فناوری اطلاعات و ارتباطات و امکان استفاده از دنیای مجازی در انجام این مهم نقش بسزایی داشته است و با حذف ضرورت ایاب و ذهاب اضافی و صرفه‌جویی در وقت و انرژی کمک شایانی به بشر امروز نموده است [۱۲-۱۰]. استفاده از فناوری ارتباطی و تلفن هوشمند و دسترسی به تلفن همراه برای بیش از ۹۰ درصد از جمعیت جهان امکان‌پذیر شده و به کمک اینترنت، اکنون استفاده از تلفن همراه هوشمند نسبت به گذشته بسیار افزایش یافته است. این ابزارها با ارائه خدمات چندمنظوره از نظر میزان به کارگیری نسبت به دیگر رسانه‌ها، پیشی گرفته‌اند [۱۲]. انیستیتوی درمان و داوری آمریکا در سال ۲۰۱۲، سلامت از راه دور یا (tele-health) را برای فراهم کردن رفتارهای مراقبتی و سلامت روانی با استفاده از فناوری سلامت همراه و سایر وسایل الکترونیکی و ارتباطاتی معرفی کرد. این روش فرصتی را برای دریافت درمان‌های عملی، مفید، مناسب و علمی برای مراجعان، خانواده‌های آن‌ها و بقیه متقاضیان دریافت کننده خدمات سلامت روان فراهم می‌کند. دو الگوی سلامت از راه دور شامل کلینیک به کلینیک

[Downloaded from jhbmi.com on 2024-10-12]

و کلینیک به خانه است که در این تحقیق، الگوی کلینیک به خانه مدنظر است [۱۱].

نظر به این که، استفاده از تلفن همراه و فناوری همراه سلامت به آموزش و درمان بیماران علیرغم مسافت زیاد متخصص و بیمار یا مراجع می‌پردازد و توسعه این فناوری در سایر نقاط دنیا و حتی در کشورهای درحال‌توسعه نیز ضروری به نظر می‌رسد [۱۱،۱۲]. همچنین گسترش به کارگیری سلامت همراه به دلیل رشد نرم‌افزارهای سلامت در حال گسترش می‌باشد و کاربران استقبال بسیاری از این نرم‌افزارها به دلیل در دسترس بودن آسان‌تر و بعضاً رایگان بودن آن‌ها داشته‌اند از یک سو و از سوی دیگر، با توجه به شیوع این اختلال در سنین مدرسه؛ این پژوهش درصدد پاسخگویی به این پرسش اساسی است که آیا آموزش پیمایش مدیریت رفتار از سلامت همراه به مادران می‌تواند به کاهش علائم ضدیت و بیش جنبشی در کودکان با اختلال نافرمانی- مقابله‌ای منجر شود؟

روش

این مطالعه از نوع طرح‌های آزمایشی تک آزمودنی الگوی AB است. این طرح‌ها به طور سنتی طرح‌های آزمودنی منفرد نامیده می‌شدند؛ اما اینک برای این طرح‌ها اصطلاح تک آزمودنی و تک شرکت کننده به کار می‌رود. نیت به کارگیری این روش‌های بررسی مشکلات رفتاری کودکان است [۱۳] جامعه آماری پژوهش، کودکان ۶ تا ۱۲ ساله شهر تهران بودند که به مرکز رویش طلایی کوچولوها در سال ۱۳۹۷ مراجعه کرده بودند و توسط روان‌پزشک مرکز تشخیص اختلال نافرمانی را دریافت کرده بودند. نخست ۱۰ مادر که کودکان ۶ تا ۱۲ ساله داشتند با نمونه‌گیری در دسترس و با پرسشنامه سنجش علائم کودکی Child Symptoms Inventory-4 بررسی شدند. سپس، از میان ۱۰ مادر در نهایت، ۴ مادر که نمرات آن‌ها در توصیف فرزندشان به نمرات تشخیصی اختلال نافرمانی مقابله‌ای نزدیک بود، برای آموزش انتخاب شدند. ۳ مادر این کودکان برای اجرای مداخله آموزشی و برای آزمایش انتخاب شدند و یک کودک برای کنترل برگزیده گردید. مادران، برنامه آموزشی پیمایش مدیریت رفتار را در ۸ جلسه درمانی به صورت ۶ جلسه به صورت مجازی و ۲ جلسه حضوری و برای توجیه مداخله دریافت کردند.

پرسشنامه سنجش علائم کودکی که در این تحقیق توسط مادران تکمیل شد، نخستین بار در سال ۱۹۸۴ توسط Gadow و Sprafkin و بر اساس راهنمای آماری و تشخیصی روان‌پزشکی آمریکا ویراست سوم و به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان ۵ تا ۱۲ سال طراحی شد. در سال ۱۹۹۴ با توجه به ویراست چهارم راهنمای آماری و تشخیصی روان‌پزشکی آمریکا و با اندکی تغییرات مورد تجدیدنظر قرار گرفت و با نام اختصاری CSI-4 فرم والدین منتشر شد و اعتبار این پرسشنامه از طریق بازآزمایی روی ۷۵ پسر سنین ۶ و ۱۰ سال بررسی شد. نتایج حاصل از دو بار اجرای این پرسشنامه در مورد نمره‌های شدت و غربال کننده برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای به ترتیب (r=۰/۷۵،r=۰/۷۰) بود [۱۴]. این پرسشنامه توسط محمداسماعیل و همکاران به فارسی ترجمه شد و مقدار ضریب اعتبار به روش هماهنگی درونی برای فرم والد ۰/۹۴ به دست آمده است [۱۵].

در این تحقیق، درمانگر و مراجعان با برنامه سلامت همراه از طریق نرم‌افزارهای پیام‌رسان و شبکه‌های اجتماعی با یکدیگر ارتباط برقرار کردند و در هر جلسه راهکارهای تمرینی و سؤالات والدین ارائه و پاسخ داده شدند. این جلسات به شکل گروهی برای پرسش و پاسخ بود و همچنین امکان پرسش و پاسخ فردی نیز وجود داشت. اولین قدم در اجرای این روش، دسترسی مادران به لوازم مورد نیاز مانند اینترنت پرسرعت، تلفن همراه هوشمند و نرم‌افزارهای ارتباط جمعی (تلگرام، واتس آپ) بود. اگر مادر این وسایل را در اختیار نداشته باشد، به صورت رایگان در اختیارشان به صورت امانت گذاشته شد و در انتهای پژوهش پس گرفته شد.

همچنین، برای طراحی نرم‌افزار آموزشی و انتقال آن به مادران از گروه مهندسی کامپیوتر کمک گرفته شد. همچنین برخی از محتواهای آموزشی نیز از طریق یوتیوب، فیلم‌های آموزشی و سایر مواد آموزشی هم از طریق اینترنت آماده شدند. تمامی فیلم‌ها به فارسی ترجمه شدند و در اختیار مادران قرار گرفت. سپس، محتوای جلسات برای استانداردسازی در اختیار سه تن از اساتید روان‌پزشکی، روان‌شناسی و مشاوره قرار گرفتند. معیارهای سنجش کودکان در این برنامه، شامل: استانداردسازی مقیاس اندازه‌گیری رفتار کودک و خودگزارش‌دهی، مصاحبه‌های تلفن خانگی، مشاهده مستقیم تعامل مادر – کودک و یا صداهای ضبط شده در خانه می‌شود [۷،۸،۱۱].

سپس با استفاده از تلفن همراه (به صورت تماس تلفنی یا نرم‌افزارهای ارتباط جمعی)، هماهنگی‌های اولیه با مادران جهت حضور در اولین جلسه برای معارفه و اجرای پرسشنامه انجام

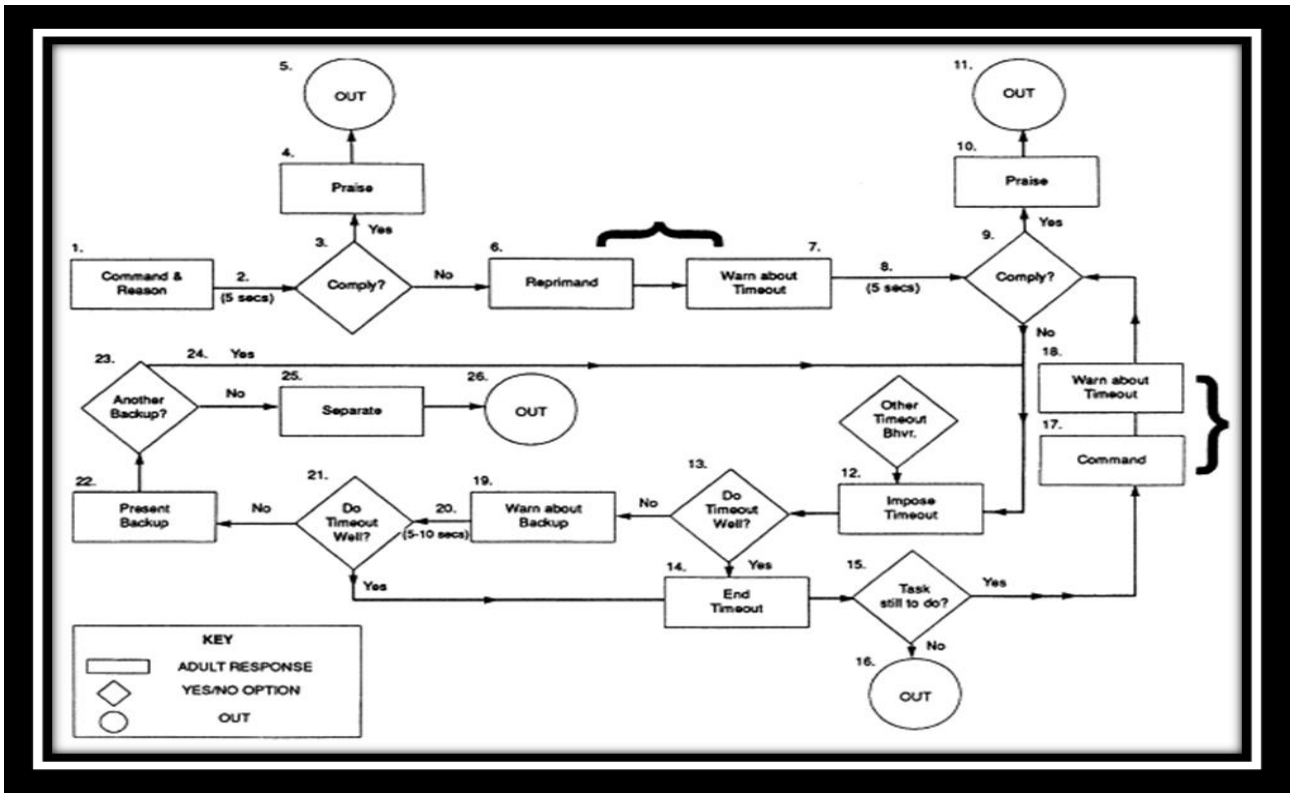
[Downloaded from jhbmi.com on 2024-10-12]

شد. درمان در ۸ جلسه و هر کدام از جلسات بـه طـور هفتگـی برگزار شد. محتوای جلسه با استفاده از برنامه پیمایش مـدیریت رفتار Danforth و کتاب آموزش والدین خدابخشی کولایی و همکـاران اسـتخراج گردیـد [۷،۸]. (جـدول ۱) و (تصـویر ۱) . مادران گروه آزمایش در جلسه اول که ۲ سـاعت و بـه صـورت حضوری بود در سالن همـایش مؤسسـه حضـور یافتنـد. طبـق برنامـه درمـان، اهـداف کلـی و مراحـل اولیـه (۱تـا ۶) توسـط پژوهشگر و با نظارت استاد راهنما توضـیح داده شـد. در پایـان جلسات گروه آزمایش، تمام محتواهای آموزشی بـه همـراه دو جلسه حضوری برای مادر کـودک کنتـرل نیـز برگـزار شـد. در نهایت داده‌ها با استفاده از روش تفسیر نمودار، درصد بهبودی و شاخص تغییـر پایـا (RCI) از طریـق نرم‌افـزار SPSS نسـخه ۱۸مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. از فرمول درصـد بهبـودی به منظور تبدیل نمرات به صورت درصدی و بررسـی معنـاداری بالینی و از فرمول شاخص تغییـر پایـا بـرای معنـاداری آمـاری داده‌ها استفاده گردید.

جدول ۱: محتوای برنامه آموزشی پیمایش مدیریت رفتار به مادران

جلسات	هدف	محتوا(تکلیف/کاربرد)	تمرین
۱	۱- معارفه(آشنایی با والدین ۲- توضیح کلی درمان و اهداف پژوهش ۳- تأیید تشخیص ODD	۱- صحبت با مادران به طور خصوصی و سپس گروهی (اطلاع از محیط زندگی و شرایط کودک) ۲- بیان اهداف پژوهش و شیوه اجرای آن ۳- ارائه جزوه آموزشی ODD (توضیح همراه با پاورپوینت. مراحل ۱ تا۶) ۴-توضیح اختلالات ODD، ADHD و اجبار. تشابه، تفاوت و هم ابتلایی	تمرین مراحل ۱ تا ۶ شیوه ارائه فرمان به کودک، تمرین لحن، تحسین و سرزنش (کوتاه، به موقع، همراه با عطوفت) * جلسه حضوری: تمرین مراحل ۱ تا ۶ اطمینان از داشتن اینترنت و نرم‌افزار ارتباط جمعی (در صورت نداشتن، رایگان در اختیارشان قرار می‌گیرد)
۲	فرمان دادن به کودک	۱- ارائه فرمان خاص ۲- ذکر دلیل انجام کار ۳- اجرای گام ۱ ۴- با خبر کردن درمانگر	تمرین فرمان دادن (ساده، روشن، کوتاه) از طریق تلفن هوشمند(با استفاده از تماس تلفنی و یا در قالب نرم‌افزار تلگرام)
۳	اجابت یا عدم اجابت فرمان	۱- اجرای گام ۱ تا ۶ ۲- ۵ ثانیه سکوت قبول توسط کودک: تحسین رد توسط کودک: سرزنش	تمرین سرزنش و تحسین در رابطه با رفتار هدف از طریق تلفن هوشمند (با استفاده از تماس تلفنی و یا در قالب نرم‌افزار تلگرام)
۴	ارزیابی مجدد کودک و تعیین اثر درمان محروم‌سازی	۱- آموزش اختصاصی مراحل محروم‌سازی (مرحله ۷ تا ۲۶) ۲- ارائه کپی‌های کوچک از نحوه رفتار مادران	تمرین هشدارهای محروم‌سازی، بحث انتخاب مکان مناسب محروم‌سازی، پیامدهای عدم انجام محروم‌سازی توسط کودک اجرای محروم‌سازی * جلسه حضوری: تمرین مراحل ۷ تا ۲۶
۵	انجام پروسه درمان از ابتدا	اجرای مراحل ۱ تا ۲۶	تمرین مراحل و پیگیری، از طریق تلفن هوشمند (با استفاده از تماس تلفنی و یا در قالب نرم‌افزار تلگرام)
۶	انجام پروسه درمان از ابتدا	اجرای مراحل ۱ تا ۲۶	تمرین مراحل و پیگیری، از طریق تلفن هوشمند (با استفاده از تماس تلفنی و یا در قالب نرم‌افزار تلگرام)
۷	انجام پروسه درمان از ابتدا	اجرای مراحل ۱ تا ۲۶	تمرین مراحل و پیگیری از طریق تلفن هوشمند (با استفاده از تماس تلفنی و یا در قالب نرم‌افزار تلگرام)
۸	ارزیابی نهایی کودک با آزمون csi-4	انجام آزمون csi-4	پاسخ به سؤالات مادران * جلسه حضوری

[Downloaded from jhbmi.com on 2024-10-12]



تصویر ۱: مراحل اجرایی برنامه آموزشی پیمایش مدیریت رفتار به مادران

نتایج

شرکت‌کنندگان ۴ کودک بودند که ۳ نفر در گروه آزمایشی و یک نفر در گروه کنترل قرار داشتند و تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای را دریافت کردند.

کودک الف

این کودک ۷ سال سن دارد و فرزند دوم خانواده ۴ نفره است. او در کلاس اول ابتدایی تحصیل می‌کند. لحظه‌ای آرام و قرار ندارد و مدام راه می‌رود. مادر نیز تذکراتی مبنی بر نشستن و ساکت ماندن به او می‌دهد؛ اما مورد توجه کودک قرار نمی‌گیرد. به گفته مادر در مدرسه دچار مشکلاتی همانند بی‌دقتی در انجام تکالیف و راه رفتن مدام در کلاس است. همچنین به هیچ عنوان طاقت باخت و هر چیز دیگری که بر خلاف میلش باشد را ندارد. در صورت مواجهه با چنین شرایطی، جیغ می‌زند، گریه می‌کند و به عبارتی قشقرق راه می‌اندازد. با پدر و خواهرش جر و بحث می‌کند و اگر از کاری منع شود علاقه زیادی به انجام آن کار نشان می‌دهد. هنگامی که دوستانش به خانه می‌آیند و با یکدیگر بازی می‌کنند، به مرتب کردن اتاق مشغول نمی‌شود و این را وظیفه مادر و خواهر می‌داند.

مادر این کودک ۳۴ سال سن دارد، تحصیلاتش سیکل و دارای ۲ فرزند است. فرزند بزرگ‌تر دختر ۱۱ ساله‌ای است که دچار اختلال یادگیری است. ۱۲ سال است که ازدواج کرده ، خانه‌دار است، با همسر و فرزندانش زندگی می‌کند و وضع مالی متوسط رو به پایین دارد. مادر بسیار حساس و ناامید است. علاوه بر مشکلات فرزند اول، مسائل فرزند دوم نیز اضافه شده است. صحبت‌های اطرافیان درباره شیطنت‌های فرزندش بیش از هر چیز او را آزار می‌دهد. مواردی مانند فوتبال بازی کردن در خانه باعث شکایت همسایگان به دفعات متعدد و اجبار وی به تعویض خانه شده است. بازی بی‌رویه فرزندش با تلفن همراه و استفاده از اینترنت برای بارگذاری بازی‌ها باعث افزایش قبض تلفن همراه و قطعی آن شده بود. به‌طورکلی علائمی از افسردگی در مادر دیده می‌شود.

کودک ب

۷ سال سن دارد و کلاس اول است. ابتدای ورود آرام بود و به اطراف نگاه می‌کرد. ترجیح می‌داد کنار مادرش بماند. هنگام بازی اگر وسیله‌ای به او داده نمی‌شد داد می‌زد و بعضاً دستش را به نشانه مشت زدن و تهدید بالا می‌برد. اگر شخصی بزرگ‌تر سعی در آرام کردن او و یا جلوگیری از دعوا داشته باشد، او نیز مورد اصابت ضربه و پرخاشگری قرار خواهد گرفت. مادر بیان می‌کرد که در خانه پس از خوردن خوراکی، آشغال‌ها را جمع

[Downloaded from jhbmi.com on 2024-10-12]

نمی‌کند و روی زمین می‌اندازد. تذکرات نیز فایده‌ای ندارد و توجهی نمی‌شود. همچنین به قانون‌ها توجهی نمی‌کند. به عنوان مثال، در زمان‌های دلخواه و به مقدار زیاد تلویزیون تماشا می‌کند و به دیگران اجازه دیدن تلویزیون را نمی‌دهد.

مادر این کودک ۳۷ سال دارد. تحصیلاتش لیسانس است، معلم است و ۲ فرزند دارد. فرزند بزرگ‌تر نیز پسر ۱۲ ساله‌ای است که اختلال کمبود توجه بیش فعالی دارد. همسرش نیز شغل آزاد دارد و ۱۴ سال است که ازدواج کرده‌اند. مادر علاقه شدیدی به بحث نشان می‌دهد و در گفتگوها شرکت می‌کند. خودش دلیل رفتارهای فرزندش را ژنتیک می‌داند. در مقابل رفتارها و صحبت‌های اطرافیان درباره فرزندش مقداری صبور است و سعی می‌کند با چشم‌پوشی و آرام کردن جو کودک را به کار دیگری مشغول کند. علائم خاصی در او دیده نمی‌شود.

کودک ج

کودک ۸ ساله است و در کلاس دوم درس می‌خواند. مقداری تنش دارد و دوست دارد زودتر برود. از جایی به جایی می‌پرد. هنگام بازی فوتبال در حیاط، با یکی از کودکان دعوایش می‌شود و سیلی به صورتش می‌زند. تنبیه‌ها و صحبت‌های دیگران برایش اهمیتی ندارد و اولویتش انجام کارهای خودش است. مورد خاصی که مادر از آن بسیار ناراحت است، فحاشی کودک در جمع است که بسیار خانواده را دچار تنش کرده است. همچنین مادر بیان می‌کند که کودک پرخاشگری زیاد دارد و قادر به کنترل هیجاناتش نیست.

مادر کودک ۳۳ سال سن دارد و تنها یک فرزند دارد. تحصیلات وی لیسانس و خانه‌دار است. ۱۰ سال است که ازدواج کرده و شغل همسرش کارمند می‌باشد. کمی استرس دارد و بیشتر نگران جو خانواده و برخورد جدی همسرش با کودک (به دلیل فحاشی) است. علائم استرس و نگرانی به وضوح مشاهده می‌شود.

کودک کنترل

دختر ۷ ساله است و مشغول تحصیل در پیش‌دبستانی است. فرزند اول است و ۲ برادر و خواهر نیز دارد. در ابتدا آرام است و شیطنت نمی‌کند. با گذشت چند دقیقه بلند می‌شود و به سمت دیگر بچه‌ها می‌رود. حس مدیریت دارد و ترجیح می‌دهد امور را به دست بگیرد. مشکلاتی مانند خودرأیی، گوش ندادن به حرف مربی و مقداری بیش جنبشی از طرف مربی گزارش شده است.

مادر این کودک بسیار آرام است. مقداری شل صحبت می‌کند و علائمی از افسردگی در او مشاهده می‌شود.

در این مطالعه داده‌های به دست آمده از سه مرحله پژوهش (خط پایه، درمان و پیگیری) در جدول ۲ و ۳ و تصویر ۱ و ۲ ارائه شده و تحلیل داده‌ها با فرمول درصدی و شاخص تغییر پایا به دست آمد.

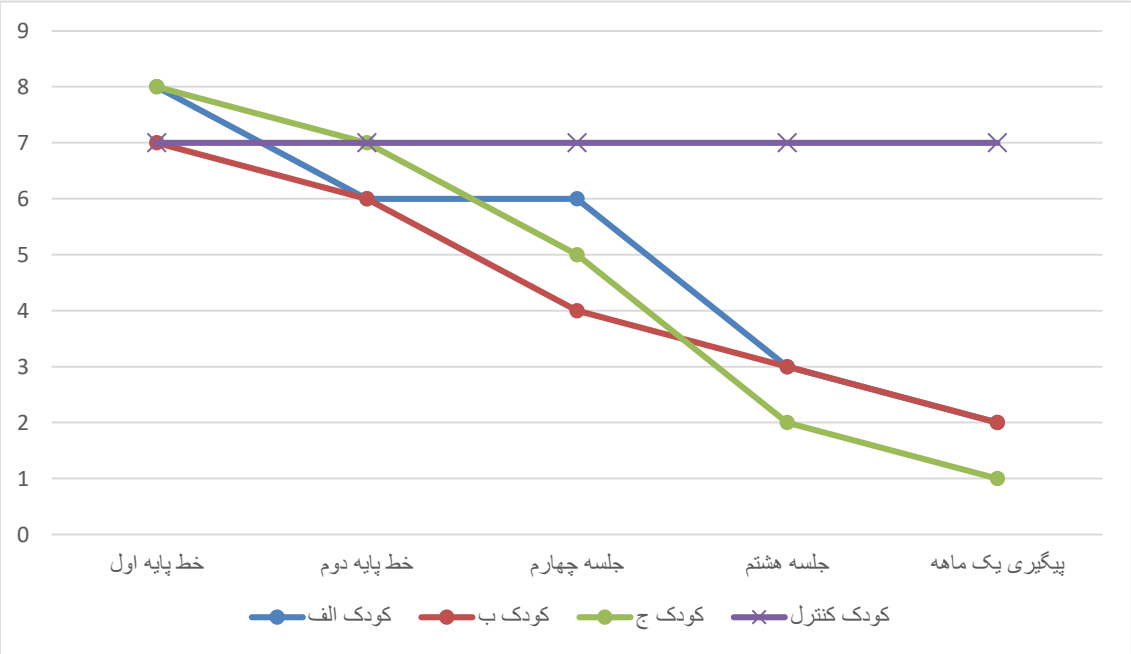
جدول ۲: نمرات سه شرکت کننده به همراه درصد بهبودی در متغیر ضدیت

	کودک الف	کودک ب	کودک ج	کودک کنترل
خط پایه اول	۸	۷	۸	۷
خط پایه دوم	۶	۶	۷	۷
میانگین خط پایه	۷	۶/۵	۷/۵	۷
جلسه چهارم	۶	۴	۵	۷
جلسه هشتم	۳	۳	۲	۷
میانگین جلسات	۵/۳۳	۴/۵	۴/۸۳	۷
درصد بهبودی	۵۷/۱	۵۳/۸۴	۷۳/۳۳	–
درصد بهبودی کل		۶۱/۴۳		
شاخص تغییر پایا	۶/۲۵	۷	۶/۸	۰
پیگیری	۲	۲	۱	۷
درصد بهبودی نهایی	۷۱/۴۲	۶۹/۲۳	۸۶/۶۶	–
درصد بهبودی کل		۷۵/۷۷		
شاخص تغییر پایا	۶/۷۵	۷/۵	۷/۱۴	۰

تصویر ۲ تغییرات نمرات سه کودک الف، ب، ج را در مقایسه با گروه کنترل در مقیاس ضدیت پرسشنامه CSI4 اندازه گرفت. سپس، پیگیری پس از اتمام جلسات هشت‌گانه و گذشت یک ماه انجام شد. نتایج نشان داد که هر سه شرکت کننده در این مقیاس کاهش قابل‌ملاحظه‌ای داشته‌اند. همچنین شاخص

[Downloaded from jhbmi.com on 2024-10-12]

درصد بهبودی برای کودک الـف ۵۷/۱، ب ۵۳/۸۴ و ج ۷۳/۳۳ بود.



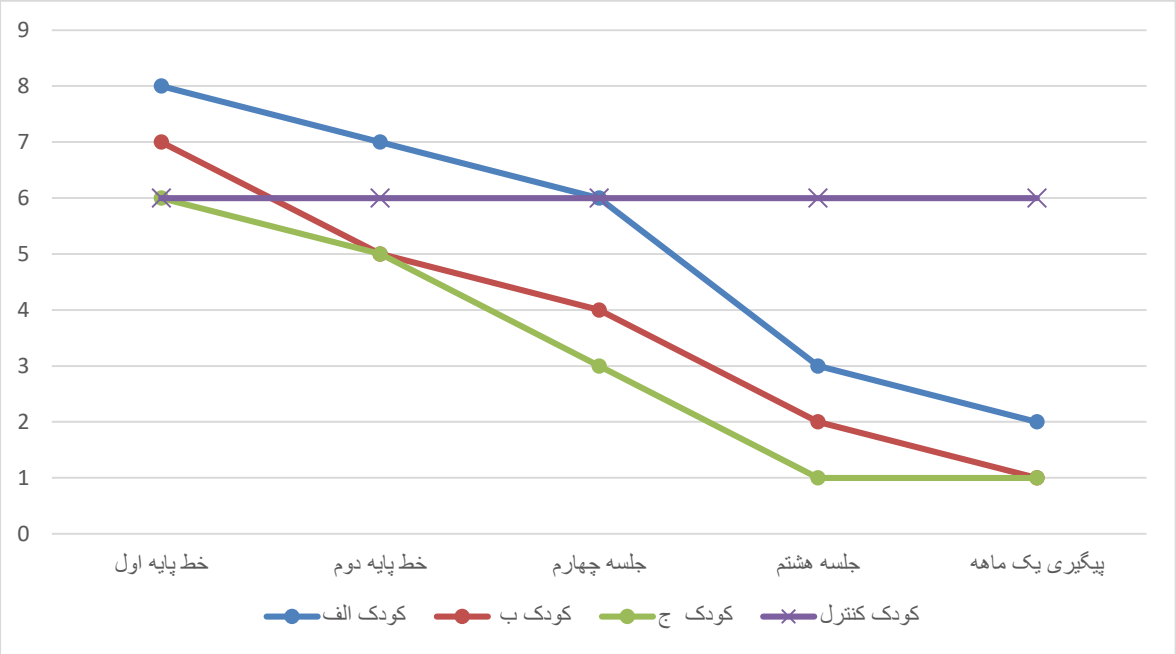
تصویر ۲: نمرات سه کودک در مقایسه با کنترل در نمرات ضدیت

جدول ۳: نمرات سه شرکت کننده به همراه درصد بهبودی در متغیر بیش جنبشی

	کودک الف	کودک ب	کودک ج	کودک کنترل
خط پایه اول	۸	۷	۶	۶
خط پایه دوم	۷	۵	۵	۶
میانگین خط پایه	۷/۵	۶	۵/۵	۶
جلسه چهارم	۶	۴	۳	۶
جلسه هشتم	۳	۲	۱	۶
میانگین جلسات	۸/۲۵	۴		۶
درصد بهبودی	۶۰	۶۶/۶	۸۱/۸۱	–
درصد بهبودی کل		۶۹/۷۴		
شاخص تغییر پایا	۳/۷۵	۶/۸۹	۶/۸	۰
پیگیری	۲	۱	۱	۶
درصد بهبودی نهایی	۷۳/۳۳	۸۳/۳۳	۸۱/۸۱	–
درصد بهبودی کل		۷۹/۴۷		
شاخص تغییر پایا	۹	۳/۵۷	۶/۸	۰

تصویر ۳ نشان دهنده تغییرات نمرات سه کودک در مقایسه با گروه کنترل در نمره بیش جنبشی پرسشنامه CSI-4 بود. پس از پیگیری یک ماهه هر سه کودک به جزء کودک ج کاهش میزان رفتارهای بیش جنبشی را گزارش کردند. در حالی که کودک گروه کنترل ثابت ماند. درصد بهبودی برای کودک الف ۶۰، کودک ب ۶۶/۶ و کودک ج ۸۱/۸۱ به دست آمد.

[Downloaded from jhbmi.com on 2024-10-12]



تصویر ۳: مقایسه نمرات سه کودک با کنترل در نمرات بیش جنبشی

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش برنامه پیمایش مدیریت رفتار به مادران به کاهش رفتارهای ضدیت و بیش جنبشی در هر سه کودک و با پیگیری یک ماهه منجر شد. این نتیجه با نتایج پژوهش Danforth همسو بود[۱۶]. آن‌ها نشان دادند برنامه به مادران برای کنترل رفتارهای ضدیت و بیش جنبشی کودکان بیش‌فعال و با اختلال سلوک کمک شایانی می‌کند [۱۶]. همچنین، نتایج پژوهش Sulik و همکاران آشکار ساخت که هر چقدر مداخله‌های آموزشی و والدگری به هنگام و در سنین نخستین کودکی آغاز شود، کودکان منظم‌تر، ساختارمندتر و از مشکلات رفتاری آن‌ها پیشگیری می‌شود [۱۷].

سایر پژوهش‌ها آشکار ساختند که آموزش و پیشگیری از طریق تلفن همراه و سلامت همراه می‌تواند، سریع‌تر، آسان‌تر، بدون دغدغه و باصرفه باشد. به عنوان مثال، وحیدی و محمودفخه در پژوهشی دو روش سخنرانی و آموزش از طریق تلفن همراه را بر کاهش اضطراب بیماران قلبی بررسی کردند و به این نتیجه دست یافتند که آموزش از طریق تلفن همراه می‌تواند آسان‌تر و در دسترس باشد [۱۸]. همچنین، ارشادی سرابی و همکاران در مقاله مروری به ارزش و کاربرد بهینه همراه سلامت در پیشگیری و ارائه راهکارهای پیشگیرانه و درمانی بدون حضور بیمار اشاره کردند [۱۹]. آنچه آشکار است این است که هر چقدر نرم‌افزارها و دنیای فن‌آورانه رشد می‌کند، کاربرد بهداشتی و درمانی همراه سلامت هم آشکار می‌شود به عنوان مثال، می‌توان از فن‌آوری برای درمان مشکلات پوستی و آگاهی‌سازی در این زمینه هم اقدام کرد [۲۰،۲۱].

همان‌طور که، نتایج سایر پژوهش‌ها اثربخشی و سرعت به کارگیری سلامت همراه را بر سایر گروه‌های بالینی آشکار ساخته است؛ لذا می‌توان از این روش برای آگاهی و یاری به والدین و درمان کودکان با اختلالات رفتاری هم استفاده کرد. در پژوهش Xie و همکاران از فن‌آوری و روش ویدیو کنفرانس برای آموزش مداخله‌های مدیریت رفتار و درمان مشکلات رفتاری کودکان بیش فعال استفاده شد و نتایج نشان داد که از طریق ویدیو کنفرانس شرکت‌کنندگان در پژوهش اطلاعات زنده و کامل‌تری را به دست آوردند و همانند کلاس آموزشی محتوای آموزشی توانست مطالب بیشتری را در اختیار والدین قرار دهد [۲۳]. بسیاری از مادران به دلایلی چون دوری مسافت، هزینه‌های زیاد حق‌الزحمه مشاوره، داشتن فرزندان دیگر در خانه، شاغل بودن، عدم حمایت بیمه‌ای از خدمات مشاوره و روان‌درمانی در کشور و عدم آگاهی قادر به مراجعه حضوری به کلینیک‌ها و مراکز مشاوره نمی‌باشند. در نتیجه، مشکلات رفتاری کودک در خانه و مدرسه و عدم مدیریت

[Downloaded from jhbmi.com on 2024-10-12]

صحیح آن باعث تثبیت و تشدید وضعیت آشفته زندگی خانوادگی و کاهش کیفیت زندگی خانواده می‌شود [۸،۱۱،۱۶،۲۴].

از جمله مشکلات این پژوهش می‌توان به، قطعی اینترنت، سرعت پایین دانلود و به کارگیری فیلم‌های آموزشی، بسته شدن و فیلترشدن شبکه اجتماعی تلگرام در نیمه پژوهش و مجدداً تغییر شبکه به واتس آپ، هدر رفتن زمان برای هماهنگی دوباره و انتقال به نرم‌افزار دیگر اشاره کرد. همچنین، به دلیل این که فرصت کافی برای بررسی مطالعه اثر پیگیری سه و شش‌ماهه نبود برای همین از پیگیری یک ماهه استفاده شد. از آنجایی که، تلاش نظام خدمات سلامت کشور بر پایه ارائه اطلاعات صحیح، کارشناسانه، دقیق و آگاهی افزایی سواد سلامت عام مردم است، پیشنهاد می‌شود که از برنامه‌های سلامت همراه برای کاهش مشکلات سلامت روان می‌توان استفاده کرد. با این‌حال، کاربرد این فن‌آوری نیازمند زیرساخت‌های فن‌آوری و در اختیار بودن سرعت مناسب اینترنت است. همچنین، می‌توان در پژوهش‌های آتی، برنامه آموزش والدین دیگری را با این فن‌آوری برای درمان اختلالات رفتاری کودکان استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه نویسنده اول در مقطع کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمومی می‌باشد. بدین‌وسیله از مدیریت محترم مؤسسه رویش طلایی کوچولوها و مادران گرامی که با صبر و حوصله فراوان ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی توسط نویسندگان بیان نشده است.

References

1. Morshed N, Davoodi I, Babamiri M. Effectiveness of group play therapy on symptoms of oppositional defiant among children. J Educ Community Health 2015;2(3):12-8. doi: 10.20286/jech-02032

2. Shafipour SZ, Sheikhi A, Mirzaei M, KazemnezhadLeili E. Parenting styles and its relation with children behavioral problems. J Holist Nurs Midwifery 2015;25(2):49-56. [In Persian]

3. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. ODD: A Guide for Families by the American Academy of Child and Adolescent American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; 2009 [cited 2019 Dec 3]. Available from: https://www.aacap.org/App_Themes/AACAP/docs/resource_centers/odd/odd_resource_center_odd_guide.pdf

4. Substance A, Mental Health Services A. CBHSQ Methodology Report. DSM-5 Changes: Implications for Child Serious Emotional Disturbance. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2016.

5. The American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5). American Psychiatric Association; 2013.

6. Hojati Abed E, Mirzaie H, Aahmadi A. Cognitive Behavioral Stress Management Program and Mothers of Children with Oppositional Defiant Disorder. Iranian Rehabilitation Journal 2014;12(3):43-7. [In Persian]

7. Khodabakhshi Koolaee A. Patterns of Family Therapy and Parent Education. 3rd ed. Tehran: Jangal; 2019. [In Persian]

8. Danforth JS. Parent training for families of children with comorbid ADHD and ODD. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy 2006; 2(1):45-64.

9. Khodabakhshi Koolaee A, Shahi A, Navidian A, Mosalanejad L. The effect of positive parenting program training in mothers of children with attention deficit hyperactivity on reducing children's externalizing behavior problems. Journal of Fundamentals of Mental Health 2015; 17(3): 135-41.

10. Fox S, Duggan M. Mobile Health 2010. Washington, DC: Pew Internet & American Life Project; 2010 Oct 19. USA.

11. Singh NN. Handbook of Evidence-Based Practices in Intellectual and Developmental Disabilities. USA: Springer; 2016.

12. Maadanipour H, Aslizadeh A. Firmware development work on expanding the use of smart phone applications. Media Studies 2017;11(2):49-64. [In Persian]

13. Rezaee Khoshkozari g, Khodabakhshi Koolaee a. The Effectiveness of Floor time Play on Anxiety in children with Asperger disorder and burden among their mothers (a single case study). Iranian Journal of Pediatric Nursing 2018;4(4):50-9. [In Persian]

14. Gadow KD, Sprafkin J. Child Symptom Inventory. CSI: Checkmate Plus; 1997.

15. Mohamadesmaiel E, Alipour A. A preliminary study on the reliability, validity and cut off points of the Disorders of Children Symptom Inventory-4 (CSI-4). Journal of Exceptional Children 2002;2(3):239-54. [In Persian]

16. Danforth JS. A flow chart of behavior management strategies for families of children with co-occurring attention-deficit hyperactivity disorder and conduct problem behavior. Behav Anal Pract 2016;9(1):64-76. doi: 10.1007/s40617-016-0103-6.

[Downloaded from jhbmi.com on 2024-10-12]

17. Sulik MJ, Blair C, Mills-Koonce R, Berry D, Greenberg M. Early parenting and the development of externalizing behavior problems: longitudinal mediation through children's executive function. Child Dev 2015;86(5):1588-603. doi: 10.1111/cdev.12386.
18. Vahidi A, Mahmodfekheh H. Comparison of the effectiveness of two Methods of mobile education and speech therapy on anxiety in cardiac surgery patients. Journal of Health Literacy 2018; 3(3): 53-62. [In Persian]
19. Ershad Sarabi R, Sadoughi F, Jamshidi Orak R, Bahaadinbeigy K. Role of mobile technology in Iran healthcare system: a review study. Journal of Health and Biomedical Informatics 2018;4(4):313-26. [In Persian]
20. Moghaddasi H, Mehdizadeh H. Mobile health for diagnosis and management of skin lesions. Journal of Health and Biomedical Informatics 2016;3(2):155-65. [In Persian]
21. Mehdipour Y, Khammarnia M, Karimi A, Alipour J, Seyedzaei F, Ebrahimi S. Effective factors in acceptance of mobile health from physicians point of view. Journal of Modern Medical Information Sciences 2017;3(1):30-7. [In Persian]
22. Ebrahimi F, Aghamolaei T, Abedini S, Rafati S. Effect of educational intervention using mobile on life style of women who referred to health centers in Bandar Abbas. Iran J Health Educ Health Promot 2017;5(2):81-9. [In Persian]
23. Xie Y, Dixon JF, Yee OM, Zhang J, Chen YA, Deangelo S, et al. A study on the effectiveness of videoconferencing on teaching parent training skills to parents of children with ADHD. Telemed J E Health 2013;19(3):192-9. doi: 10.1089/tmj.2012.0108.
24. Babinski DE, Mills SL, Bansal PS. The effects of behavioral parent training with adjunctive social skills training for a preadolescent girl with ADHD and borderline personality features. Clinical Case Studies 2018; 17(1):21-37. doi.org/10.1177/1534650117741707

[Downloaded from jhbmi.com on 2024-10-12]

Original Article

Journal of Health and Biomedical Informatics
Medical Informatics Research Center
2019; 6(3): 207-217

The Effect of Training Flow Chart Behavioral Management Program by Mobile to Mothers of Children with Oppositional Defiant Disorder for Reducing Oppositional and Hyperactivity Symptoms: one-single sample experimental study

Jamali Zahra[1], Khodabakhshi-Koolaee Anahita[2]*

• **Received:** 7 Apr, 2019 • **Accepted:** 9 Jun, 2019

Introduction: Opposition and hyperactivity are among behaviors of children with Oppositional Defiant Disorder (ODD). Nowadays, due to the changes in life style and busy life, direct referring to health provider is difficult. Therefore, the present study was done to examine the effectiveness of training behavior management flowchart by mobile to mothers for reducing oppositional and hyperactivity symptoms in children with oppositional defiant disorder.
Method: This research was done in Tehran/ Iran in 2018 and through single case experiment by A-B model. Four mothers whose children had gained high scores of ODD were selected for training in eighth sessions of 60-90 minutes. Mothers received the training program of behavior management for six virtual sessions through mobile phone and two in person sessions. Data were analyzed using chart, improve percent and RCI.
Results: The overall improvement was 61.43% for defiant and 69.74% for hyperactivity. In one-month follow up, both mentioned variables improved (75.77% and 79.47% respectively). According to the results, the two hypotheses were clinically significant.
Conclusion: The mobile health technology is a low cost, available, and suitable method for mental health services and can be used as a complementary health service for mothers who have a child with oppositional defiant disorder.

Keywords: Behavioral management, Mobile health, Mother, Child, Oppositional Defiant Disorder (ODD)

• **Citation:** Jamali Z, Khodabakhshi-Koolaee A. The Effect of training Flow chart behavioral management program by mobile health to mothers for reduces oppositinal and hper activity symptoms in children with oppositional defiant disorder (ODD): the single experimental study. Journal of Health and Biomedical Informatics 2019; 6(3): 207-17. [In Persian]

1. M.S.c Psychology, Psychology and Educational Sciences Dept., Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran
2. Ph.D. of Counseling, Assistant Professor, Psychology and Educational Sciences Dept., Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran

***Correspondence**: Psychology and Educational Sciences Dept., Faculty of Humanities, Khatam University, Hakim Azam St., North Shiraz St., Mollasadra Ave., Tehran, Iran.
• **Tel:** 09821891741 • **Email:** a.khodabakhshid@khatam.ac.ir

[Downloaded from jhbmi.com on 2024-10-12]