

## اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی بر کاهش نشانه‌های ADHD

تکتم قاسم زاه<sup>۱</sup>، سپیده سلطانزاده<sup>۲</sup>

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تربت جام، ایران

ghasemzadeh2012@gmail.com

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تربت جام، ایران

soltanzadeh90@gmail.com (نویسنده مسئول)

### چکیده

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش شناختی رفتاری به والدین دارای کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در کاهش نشانه‌های رفتاری کودکان ADHD بود. طرح پژوهش شبه آزمایشی و با روش پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری در این پژوهش کلیه دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی پسر مقطع ابتدایی به تعداد ۵۷ نفر بودند که در نواحی ۲، ۳ و ۴ تحصیل می‌کردند. روش نمونه‌گیری به صورت جامعه در دسترس بود که از بین دانش‌آموزان دارای اختلال ADHD که به مراکز مشاوره آموزش و پرورش مراجعه کرده بودند، تعداد ۳۰ نفر که بیشترین نمره را در مقیاس SNAP IV فرم والدین کسب کرده بودند، انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. سپس والدین گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزشی شرکت کردند در حالیکه والدین گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. پس از پایان جلسات آموزشی، والدین هر دو گروه مجدداً فرم SNAP-IV را تکمیل کردند که داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر دو گروه با استفاده از روش تجزیه و تحلیل کوواریانس بررسی شد و نتایج به دست آمده نشان داد که: آموزش شناختی رفتاری به والدین در کاهش نشانه‌های ADHD کودکان تاثیر دارد ( $P<0/01$ ).

**واژه‌های کلیدی:** آموزش راهبردهای رفتاری-شناختی، نارسایی توجه، بیش‌فعالی

## مقدمه:

اختلال بیش فعالی - نارسایی توجه (ADHD)؛ از جمله شایع ترین اختلالات دوران کودکی است که علاوه بر محدودیتهایی که برای کودک مبتلا در زمینه های تحصیلی و اجتماعی به وجود می آورد، در صورتی که مورد درمان واقع نشود فرد مبتلا را در سراسر زندگی محدود می کند و می تواند زمینه ساز ناهنجاریها و اختلالات دیگر شود. ADHD اختلال رشدی فراخنای توجه، تکانشگری و یا بیش فعالی و نیز رفتارهای قاعده مند است که در آن این کمبودها به طور قابل ملاحظه ای نافذ و موقعیتی هستند. معمولاً در طول زمان مزمن یا پایدارند و نتیجه مستقیم تاخیر رشد زبان، ناشنوایی، نابینایی، و اوتیسم یا روان پریشی دوران کودکی نیستند (بارکلی، ۱۹۸۸: ۲۳۲). کودکان ADHD در تمرکز کردن مشکل بزرگی دارند. این گونه کودکان به نظر می رسد که بی توجه اند و مشکلات ویژه ای در کنترل فعالیت هایشان دارند. آنها بی نظم، غیر قابل پیش بینی و بی ملاحظه هستند. هم چنین فعالیتها و حرکات آنها به نظر اتفاقی است. خیلی سریع کفش ها و لباسهایشان را فرسوده می کنند، اسباب بازیهای خود را می شکنند و بسیار زود خانواده معلمان و دوستان را خسته می کنند و شرایط دشواری را برای والدین و اعضای خانواده خود ایجاد می کنند. عدم توانایی در تمرکز و حفظ توجه بر پیشرفت تحصیلی اثر بسیار مخربی دارد. این کودکان در پیگیری آموزش و به پایان رساندن تکالیف مشکلات عمده ای دارند. آنها اغلب نمی توانند حتی به یاد آورند که باید چه کار کنند که این ناتوانی در مدرسه و منزل، مسایل زیادی را به دنبال دارد (دیوسن، ۱۹۹۶؛ به نقل از کاکاوند، ۱۳۸۶). این کودکان از نظر سازگاری اجتماعی نیز مشکل دارند، به طوری که از بازیهای متناسب با سن امتناع می کنند، در بازیهای گروهی اختلال ایجاد کرده، قشقرق به راه می اندازند و باعث نزاع می شوند و معمولاً بازی را به هم می زنند و به همین علت اغلب از سوی دوستان طرد می شوند و دوست صمیمی ندارند. از برجسته ترین ویژگی های این اختلال بی قراری افراطی و فراخنای توجه بسیار ضعیف است که به رفتار تکانشی و فاقد سازمان منجر می شود. این گونه معلولیتها تقریباً تمام حوزه های کارکردی کودک را تحت تاثیر قرار می دهند.

بیشتر کودکان از نظر جسمانی فعال تر از بزرگسالان هستند اما چنین عملی غیرممکن است. پس عامل ممیزه رفتار حرکتی کودک ADHD کیفیت اتفاقی آن است نه افراطی بودن آن (دیوسن، ۱۹۹۶؛ به نقل از کاکاوند، ۱۳۸۶). در بیشتر موارد علیرغم درمان دارویی، نشانه های ADHD باقی می ماند و در نوجوانی و بزرگسالی نیز فرد مبتلا را آزار می دهد. کودکان مبتلا به ADHD نشانه های کمبود توجه، بیش فعالی و تکانشگری را از خود نشان می دهد. این نشانه ها غالباً در بسیاری از حوزه های زندگی فرد مانند عملکرد تحصیلی، روابط اجتماعی با همسالان و بزرگسالان اختلال ایجاد می کند. چنین کودکانی در نوجوانی و بزرگسالی در معرض خطر ابتلا به رفتارهای ضد اجتماعی، سوء مصرف مواد و الکل قرار دارند (بخشایش،

1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder
2. Davison

۱۳۸۹: ۵۶). اختلال بیش فعالی نارسایی توجه به سه زیر بخش تقسیم می شود: اختلال زیر نوع بی توجهی غالب، اختلال زیر نوع تکانشگری بیش فعالی غالب، و زیر نوع مرکب. تخمین زده می شود ۳ تا ۵ درصد کودکان مدرسه ای دارای این اختلال باشند. این اختلال بیشتر در پسرهای پیش نوجوان روی می دهد و شش تا نه برابر شایع تر از دختر هاست. ADHD قبل از ۸ سالگی فراوانی بیشتری دارد و پس از این سن فراوانی آن کمتر و دوره های آن کوتاه تر است. این اختلال غالباً هم زمان با سایر مشکلات رفتاری از قبیل ناتوانی های یادگیری، اختلال های هیجانی (رفتار پر خاشگرانه و برون ریزی یا رفتارهای انزوایی همراه با اضطراب و افسردگی) و سوء مصرف مواد رخ می دهد (هالاها و کافمن؟ ترجمه علیزاده و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۰۵).

توافق عمومی وجود دارد که بی توجهی همچنین بیش فعالی و تکانشگری، نتیجه بازدارداری رفتاری است. این امر می تواند در توانایی فرد برای منتظر نوبت ماندن، ممانعت از قطع و مزاحمت هنگام حرف زدن، مقاومت در برابر حواس پرتی های بالقوه در حین کار یا به تاخیر انداختن خشنودی فوری به منظور کار برای پادشاهای بزرگتر و دیرآیند منعکس می شود (تریپ و السوپ؟ ۲۰۰۱؛ به نقل از هالاها و کافمن، ۱۳۸۸). در الگوی بارکلی افراد دارای اختلال کمبود توجه همراه با بیش فعالی در کارکردهای اجرایی مشکلاتی نشان می دهند، نارسایی در حافظه کاری منجر به فراموشی، فقدان ادراک، دوراندیشی و مشکلاتی در مدیریت زمان می شود. گفتار درونی تاخیر یافته که مشکلاتی در هدایت رفتار در موقعیتهایی که مستلزم توانایی پیروی از قواعد یا راهنمایی هاست ایجاد می کند، در مقابل تجربه های منفی و مثبت واکنش بالایی نشان می دهند و در تحلیل مشکلات و راه حل های ارتباطی با دیگران مشکل دارند که منجر به صدور پاسخ تکانشی در هنگام مواجهه با مشکلات می شود (هالاها و کافمن، ترجمه علیزاده و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۲۶). بیش فعالی - نارسایی توجه یک نشانه یا دسته ای از نشانگان است که شامل کوتاهی دامنه توجه، مشکل در تمرکز، کنترل ضعیف تکانه، حواس پرتی، تغییر سریع خلیقات و در برخی موارد بیش فعالی است. کنترل و آموزش کودکانی که بیش فعال، حواس پرت یا تکانشی هستند در مقایسه با همسالان کم تحرکشان مشکل تر است (محمد اسماعیل، ۱۳۸۵: ۹۵). در کودکان مبتلا به نوع عمدتاً بی توجه نشانه های آشکار بی توجهی دیده می شود، اما نشانه های بیش فعالی - تکانشگری آنها زیر آستانه است. نتایج تحقیقات نشان می دهد میزان شیوع نوع بی توجه در جامعه بیشتر است اما به علت این که فقط نشانه های بی توجهی نمود بیرونی دارد، ارجاع کودک به کلینیک های روانی کمتر صورت می گیرد. تحقیقات جدید نشان می دهد که گروهی از این کودکان آنهایی هستند که نشانه های بی توجهی آشکار و نشانه های بیش فعالی - تکانشگری زیر آستانه یا متوسط دارند. والدین و معلمان این کودکان را حواس پرت و فراموشکار معرفی می کنند و می گویند در سازماندهی و برنامه ریزی فعالیتهای ناتوان هستند. گروه

1. Hallahan & Kafman
2. Tripp & Alsop

دوم کودکانی هستند که نشانه های بی توجهی آشکار دارند اما نشانه های تکانشگری ندارند. بنابر توصیف والدین و معلمان، این کودکان آهنگ شناختی کند دارند. اغلب خیالبافی می کنند، به نظر می رسد خسته، بی حوصله و غیر فعال هستند. در مدرسه طوری رفتار می کنند که گویی ذهنشان از یک موضوع به موضوع دیگر می پرد. در فعالیتهای آموزش سر در گم و آشفته هستند و زمانی که از آنها سوالی پرسیده می شود دیر پاسخ می دهند. این کودکان در دوست یابی و تعامل با گروه همسالان با مشکل جدی روبرو می شوند (ویس<sup>۲</sup>؛ ترجمه بابازاده و همکاران، ۱۳۸۹: ۸۹). منظور از عدم توجه، ادامه ندادن توجه و انجام غیر مستمر تکالیف به ویژه تکالیف خسته کننده، یکنواخت و طولانی است. معیارمقایسه، میزان توجه و پاسخدهی کودکان همسن است (شرودر<sup>۳</sup> و گوردون<sup>۴</sup>؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۳۸۴: ۲۲۷). بی توجهی به شریطی اطلاق می شود که گویی کودک گوش نمی دهد و نمی تواند تکالیف را به پایان ببرد. دامنه ی توجه ای محدود بوده، طوریکه کودک فعالیت آموزشی را تعقیب نمی کند (کندال<sup>۵</sup>؛ ۱۳۸۴: ۵۸). به عقیده آلסندری<sup>۶</sup> (۱۹۹۲)؛ به نقل از محمد اسماعیل، ۱۳۸۵) بی توجهی در رفتارهایی مثل گوش ندادن و عدم تکمیل تکالیف دیده می شود. به طور که دامنه توجه موجب تغییر سریع از یک فعالیت به فعالیت دیگر قبل از انجام کامل آن می شود. والدین و معلمان شکایت دارند که کودک گوش نمی کند، تمرکز حواس ندارد، کارها را ناتمام رها می کند و به راحتی حواسش پرت می شود (بارکلی و همکاران، ۲۰۰۶: ۱۳۳). کال<sup>۵</sup> (۱۹۸۵)؛ به نقل از هربرت، ۱۳۸۴)

در مورد میزان تمرکز حواس مناسب برای فعالیتی مثل تلویزیون، در مقاطع مختلف رشد این تخمین ها را بیان کرده است: ۲ سالگی ۷ دقیقه؛ ۳ سالگی ۹ دقیقه؛ ۴ سالگی ۱۳ دقیقه؛ ۵ سالگی ۱۵ دقیقه و ۶ تا ۷ سالگی ۶۰ دقیقه. البته این اعداد و ارقام نمی توانند تخمین کلی بزنند ولی کودکان ADHD نمی توانند حواسشان را برای مدت اشاره شده، بر روی یک تکلیف ساخت دار متمرکز کنند. کیولی<sup>۱</sup> (۱۹۹۸)؛ به نقل از علیزاده، ۱۳۸۳) عقیده دارد این کودکان مشکل هایی در توجه انتخابی دارند و و از آنجا که قادر به کنترل توجه خود نیستند، در حین انجام کار به رویا فرو می روند. برخی پژوهشگران علت های زیستی مانند وراثت ژنتیکی را پیش درآمدهای مهم ایجاد ADHD می دانند. اتفاق نظر عمومی این است که فرایندهای عمل کننده ای در مغز وجود دارد که رفتار کودک را مهار نمی کنند و الگوهای کارکردی مغزی متفاوتی در این کودکان مشاهده می شود. برخی تحقیقات بیان کردند که آسیب خانوادگی، مخصوصا مشکلات شخصیت والدین به بیش فعالی در کودکان منجر می شود. در حال حاضر تصور می شود بیش فعالی علت های چندگانه دارد (محمد اسماعیل، ۱۳۸۵: ۷۸). بارکلی<sup>۶</sup> (۱۹۸۸: ۱۳۲) تاکید

1. Sheroder
2. Gordon
3. Kendal
4. Alessandri
5. Call
6. Kewley

می‌کند که قطعه پیش‌پیشانی<sup>۱</sup> نقش بسیار مهمی در کنترل توجه پایدار، بازداری، برنامه ریزی، سازمان دهی، و بخش بندی رفتار دارد و افرادی که مغز آنها در این منطقه آسیب دیده باشد ویژگی‌های نوعی و مشخص این اختلال را نشان می‌دهند. فین گلد<sup>۲</sup> (۱۹۷۶؛ به نقل از علیزاده، ۱۳۸۳) معتقد بود که بعضی غذاها اثر سوئی دارند برای مثال رنگ‌های مصنوعی غذاها، افزودنی‌ها و سالیسیلات‌های طبیعی که در بعضی خوراکیها مثل گوجه فرنگی و پرتقال وجود دارد. بررسی تعاملات کودکان بیش فعال نارسی توجه با والدینشان نشان داده که آنها بیشتر از کودکان بدون مشکل از طرف والدین دستورهایی دریافت می‌کردند و سرزنش و توبیخ می‌شدند (بارکلی و همکاران، ۱۹۹۱؛ به نقل از محمد اسماعیل، ۱۳۸۵). **ADHD** استرس قابل ملاحظه‌ای در والدین ایجاد می‌کند و این والدین به پیامدهای مثبت و مطلوب برای رفتار کودکان توجه نمی‌کنند (کانرز و جت<sup>۳</sup> ترجمه میرنسب، ۱۳۸۶: ۱۱۲). آموزش والدین در جهت شیوه کنار آمدن با مشکلاتی که کودک **ADHD** با آن روبروست اقدام درمانی مهمی است که علاوه بر آرامش دادن به والدین از طریق شناخت درمانی آنان، به والدین می‌آموزد چگونه با شیوه‌های رفتاری به کودک رفتارهای مثبت را بیاموزند تا مشکلاتی را که هم اکنون با آن درگیرند و در آینده نیز با آن روبرو خواهند شد را حل کنند. روش‌های رایج در درمان بیش‌فعالی - نارسی توجه شامل دارو درمانی، رفتار درمانی و مداخله‌های شناختی - رفتاری می‌شود. درمان شناختی - رفتاری (**CBT**)<sup>۴</sup> برای کودکان و خانواده‌ها نیازمند سازگاری اصول اولیه شناختی - رفتاری با نیازها و قابلیت‌های تکاملی و احساس کودکان است. **CBT** ریشه در تئوری دارد و هدف آن ارائه ابزاری موثر برای رسیدن به اهداف اصلی درمان کودک است.

کاهش رفتارهایی که بیش از حد مشاهده می‌شود (پرخاشگری، بیش‌فعالی - تکانشگری) و افزایش رفتارهایی که به ندرت واقع می‌شوند (مهارت‌های اجتماعی، ارزیابی خویش) اجتناب از اختلالات ناشی از اضطراب و تسهیل فرایندهای تکاملی مانند جرات آموزی (گراهان<sup>۵</sup> ترجمه احدی و هاشمی کهن‌زاد، ۱۳۸۱: ۱۰۲). این شیوه درمانی بر این فرض استوار است که عاطفه و رفتار، عموماً بر اساس شیوه‌ای که فرد دنیا را برای خود می‌سازد، مشخص می‌شود. هورت و مورگان<sup>۶</sup> (۱۹۹۳؛ به نقل از گراهان) بیان می‌کنند که **CBT** بر کمک به مراجعه کننده برای بازبینی شناخت (افکار منفی)، تشخیص ارتباط بین شناختها، عواطف و رفتارها، آزمایش دلایل مخالف و موافق افکار خودکار منحرف، جایگزین کردن تفاسیر مبتنی بر واقعیت بجای شناختهای تحریف شده، آموزش نحوه تغییر عقاید مختل شده متمرکز می‌باشد. اگرچه **CBT** شامل راهکارها و شیوه‌های درمانی متعددی است با این وجود همگی در این اصل اولیه مشترک

1. Prefrontal lobe
2. Feingold
3. Kaners & Jet
4. Cognitive Behavioral Therapy
5. Grahah
6. Hurt & Mourgan

هستند که آموزش نقش اساسی در حفظ رفتار به شیوه ای است که در آن فرد، اطلاعات را بر پایه شناخت طبقه بندی می کند. بررسی جنتیان و همکاران (۱۳۸۷) در زمینه اثربخشی بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر شدت علائم بیش فعالی در دانش آموزان پسر ۹-۱۱ ساله نشان داد که بازی درمانی در مرحله پس آزمون باعث کاهش معنی دار شدت علائم بیش فعالی همراه با کمبود توجه، بیش فعالی، کمبود توجه، خطاهای پاسخ دهی و افزایش معنی دار زمان پاسخ دهی شد. یافته های زهره تقوی (۱۳۹۰) نیز نشان دهنده کاهش علائم و افزایش خودکنترلی کودکان دچار نارسایی توجه/بیش فعالی بود که تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفته بودند. همچنین مطالعات زارع و احمدی (۱۳۸۶) بیانگر اثربخشی بازی درمانی به شیوه شناختی رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری این کودکان بود. شافر (۱۹۸۳)، پدرو و ردی (۲۰۰۵)؛ ایوانزن، مولت و فرانز (۲۰۰۵) نیز اثربخشی مداخله شناختی رفتاری را در درمان مشکلات رفتاری کودکانی که مشکلات آنها سبب محرکهای تنش زای زندگی خانوادگی می شد را نشان داده اند. با توجه به اینکه مشکلات سازگاری و ارتباطات خانوادگی منفی این کودکان موجب تشدید علائم ADHD می شود، محقق در پی آن است که دریابد آیا آموزش مهارتهای شناختی- رفتاری به والدین کودکان ADHD، در کاهش نشانه های بیش فعالی/ نارسایی توجه و مشکلات رفتاری این کودکان تاثیر دارد؟

### فرضیه های تحقیق:

- آموزش مهارت های شناختی رفتاری والدین کودکان ADHD سبب کاهش نشانه های نارسایی توجه در این کودکان می شود.
- آموزش مهارت های شناختی رفتاری والدین کودکان ADHD سبب کاهش بیش فعالی در این کودکان می شود.
- آموزش مهارت های شناختی رفتاری والدین کودکان ADHD سبب کاهش مشکلات رفتاری در این کودکان می شود.

### روش تحقیق

این تحقیق از نوع پژوهش های شبه آزمایشی است. در پژوهش شبه آزمایشی، گزینش آزمودنیها تصادفی نیست اما افراد با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار می گیرند. شیوه پژوهش از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری در این تحقیق کلیه دانش آموزان پسر مقطع ابتدایی دارای اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی نواحی ۲، ۳ و ۴ می باشند. روش نمونه گیری به صورت نمونه گیری در دسترس می باشد. نمونه مورد نظر از بین ۵۷ نفر از دانش آموزان پسر مقطع ابتدایی که دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی بودند و به مراکز مشاوره نواحی ۲، ۳ و ۴ مشهد مراجعه کرده بودند، انتخاب شد. در ابتدا آزمون SNAP-IV (فرم والدین) از والدین گرفته شد، سپس تعداد ۳۰ نفر از

دانش آموزانی که بالاترین نمره را در آزمون کسب کرده بودند، انتخاب شدند و والدین به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند. والدین گروه آزمایش در ۸ جلسه آموزشی که در مرکز مشاوره برگزار گردید، شرکت کردند. ابزار اندازه گیری در این تحقیق پرسشنامه SNAP-IV می باشد که در سال ۱۹۸۰ توسط سوانسون، نولان و پلهام تالیف شده است و با حرف اول نام سازندگان آن به نام SNAP شناخته شد. این آزمون یک مقیاس درجه بندی در امر تشخیص ADHD است که دارای یک فرم واحد جهت پاسخگویی والدین و معلمان است. روایی ملاکی آزمون ۰/۴۸ و روایی محتوایی نیز مورد تایید متخصصان می باشد. ضریب پایایی بازآزمون برابر با ۰/۸۲، آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و ضریب دو نیمه کردن ۰/۷۶ می باشد. این پرسشنامه دارای ۱۸ سوال است که ۹ سوال اول آن مربوط به تشخیص اختلال کمبود توجه (ADD) و ۹ سوال دوم آن مربوط به تشخیص بیش فعالی (HD) است. طیف پاسخدهی بر مبنای مقیاس لیکرت از ۰ تا ۳ صورت می گیرد. نحوه نمره فرد بدین صورت است که جمع نمره فرد در کل پرسشنامه به عدد ۱۸ و در هر کدام از خرده مقیاسها به عدد ۹ تقسیم می شود. نقطه برش در کل مقیاس و در هر کدام از خرده مقیاسها برابر به ۱/۵۷، ۱/۴۵ و ۱/۹ است (صدر السادات و همکاران، ۱۳۸۹: ۹۸). طرح آموزش شناختی - رفتاری که برای والدین تهیه شده است و والدین گروه آزمایش در آن شرکت کردند به این صورت می باشد؛

**جلسه اول:** اصلاح افکار و نگرشهای والدین و کاهش اسنادها و باورهای مشکل زایی است که آنها در مورد کودکشان دارند.

**جلسه دوم:** افزایش تعامل مثبت بین والد و کودک و تغییر رفتار والدین در تعامل با کودک.

**جلسه سوم:** آموزش به والدین برای استفاده از راهبرهای تقویتی به منظور جایگزین کردن رفتارهای مناسب در کودکان.

**جلسه چهارم:** آموزش مهارت ارائه دستورهای روشن و موثر والدین به کودک.

**جلسه پنجم:** آموزش مهارت محروم سازی که برای کنترل رفتاری مؤثر است.

**جلسه ششم:** کاهش بی توجهی کودک.

**جلسه هفتم:** آموزش استفاده از قرارداد رفتار روزانه ژتونی.

**جلسه هشتم:** آموزش مهارتهای کنترل خشم و شیوه برقراری ارتباط موثر جهت بهبود عملکرد سازگاران خانواده.

از دو گروه آزمایش و کنترل پس از اتمام جلسات پس آزمون گرفته شد. برای تجزیه تحلیل اطلاعات از تحلیل کوواریانس (برای به حداقل رساندن خطا) استفاده شد.

### یافته‌ها

در جدول ۱ توزیع فراوانی تحصیلات مادر به تفکیک در گروه آزمایش و کنترل نشان داده شده است. تحصیلات زیر دیپلم بیشترین فراوانی و بعد از آن دیپلم و تحصیلات بالاتر از دیپلم کمترین فراوانی را دارد.

جدول ۱: توزیع فراوانی تحصیلات مادر به تفکیک در گروه آزمایش و کنترل

| تحصیلات      | گروه آزمایش |      | گروه کنترل |      |
|--------------|-------------|------|------------|------|
|              | فراوانی     | درصد | فراوانی    | درصد |
| زیر دیپلم    | ۷           | ۷.۴۶ | ۷          | ۷.۴۶ |
| دیپلم        | ۵           | ۳.۳۳ | ۶          | ۴۰   |
| بالاتر دیپلم | ۳           | ۲۰   | ۲          | ۳.۱۳ |
| جمع          | ۱۵          | ۱۰۰  | ۱۵         | ۱۰۰  |

جدول ۲: شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نارسایی توجه در گروه آزمایش و کنترل

| گروه   | زمان      | شاخص‌های مرکزی |       |     |       |                  | شاخص‌های پراکندگی |        |
|--------|-----------|----------------|-------|-----|-------|------------------|-------------------|--------|
|        |           | میانگین        | میانه | نما | دامنه | انحراف استاندارد | حداقل             | حداکثر |
| آزمایش | پیش آزمون | ۴.۱۶           | ۱۶    | ۱۵  | ۵     | ۹۶.۱             | ۱۴                | ۱۶     |
|        | پس آزمون  | ۴۷.۱۰          | ۹     | ۹   | ۷     | ۳۹.۲             | ۸                 | ۱۵     |
| کنترل  | پیش آزمون | ۱۷             | ۱۶    | ۱۴  | ۱۰    | ۱۲.۳             | ۱۳                | ۲۳     |
|        | پس آزمون  | ۲.۱۷           | ۱۷    | ۱۴  | ۹     | ۰۸.۳             | ۱۴                | ۲۳     |

جدول ۳: شاخص‌های مرکزی و پراکندگی بیش‌فعالی در گروه آزمایش و کنترل

| گروه   | زمان      | شاخص‌های مرکزی |       |     |       |                  | شاخص‌های پراکندگی |        |
|--------|-----------|----------------|-------|-----|-------|------------------|-------------------|--------|
|        |           | میانگین        | میانه | نما | دامنه | انحراف استاندارد | حداقل             | حداکثر |
| آزمایش | پیش آزمون | ۶.۲۰           | ۲۰    | ۱۸  | ۱۱    | ۳۱.۳             | ۱۵                | ۲۶     |
|        | پس آزمون  | ۳.۱۳           | ۱۲    | ۱۱  | ۱۲    | ۴۶.۳             | ۱                 | ۲۱     |
| کنترل  | پیش آزمون | ۵.۱۹           | ۲۰    | ۲۱  | ۱۰    | ۸۳.۲             | ۱۴                | ۲۴     |
|        | پس آزمون  | ۵.۲۰           | ۲۰    | ۲۴  | ۸     | ۸۳.۲             | ۱۶                | ۲۴     |



جدول ۴: شاخص های مرکزی و پراکندگی نشانه های رفتاری در گروه آزمایش و کنترل

| گروه   | زمان      | شاخص های مرکزی |       |     |       |        |       | شاخص های پراکندگی |           |
|--------|-----------|----------------|-------|-----|-------|--------|-------|-------------------|-----------|
|        |           | میانگین        | میانه | نما | دامنه | انحراف | حداقل | حداکثر            | استاندارد |
| آزمایش | پیش آزمون | ۳۷             | ۳۷    | ۳۶  | ۱۱    | ۰۹.۳   | ۳۲    | ۴۳                |           |
|        | پس آزمون  | ۸.۲۳           | ۲۳    | ۲۰  | ۱۲    | ۷۱.۳   | ۱۸    | ۳۰                |           |
| کنترل  | پیش آزمون | ۵.۳۶           | ۳۷    | ۳۷  | ۱۷    | ۱۳.۵   | ۲۹    | ۴۶                |           |
|        | پس آزمون  | ۷.۳۷           | ۳۸    | ۴۰  | ۱۶    | ۱۶.۵   | ۳۱    | ۴۷                |           |

برای بررسی فرضیه های پژوهش مبنی بر این که آموزش شناختی رفتاری به والدین دارای کودکان ADHD سبب کاهش نشانه های نارسایی توجه/بیش فعالی و مشکلات رفتاری این کودکان می شود، پیش آزمون نارسایی توجه/بیش فعالی و مشکلات رفتاری گروه های آزمایش و کنترل به عنوان متغیر کمکی در نظر گرفته شد و بعد از اینکه نمرات پس آزمون بر اساس متغیر کمکی اصلاح شد، تحلیل کواریانس روی نمرات اصلاح شده انجام شد. یعنی نمرات اصلاح شده نارسایی توجه، بیش فعالی و مشکلات رفتاری دو گروه آزمایش و کنترل با هم مقایسه شدند. نتایج در جدول های زیر آمده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس مربوط به فرضیه اول

| منابع تغییر             | SS     | df | MS    | مقدار F | سطح معنی داری |
|-------------------------|--------|----|-------|---------|---------------|
| بین گروه های اصلاح شده  | ۳.۵۰۱  | ۲  | ۹۶.۲۵ | ۸۷.۱۳۴  | P<0.01        |
| درون گروه های اصلاح شده | ۲۴.۵۰  | ۲۷ | ۸۶.۱  |         |               |
| کل اصلاح شده            | ۱۷.۵۵۲ | ۲۹ |       |         |               |

در جدول شماره ۵، مقدار F برابر ۸۷.۱۳۴ و سطح معنی داری از ۰.۰۱ کمتر است، لذا می توان با احتمال ۱٪ خطا بر اساس نتایج این پژوهش گفت که: آموزش شناختی رفتاری به والدین دارای کودکان مبتلا به اختلال ADHD در کاهش نشانه های نارسایی توجه این کودکان تأثیر دارد.

جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس مربوط به فرضیه دوم

| منابع تغییر             | SS     | df | MS     | مقدار F | سطح معنی داری |
|-------------------------|--------|----|--------|---------|---------------|
| بین گروه‌های اصلاح شده  | ۶۷.۵۷۶ | ۲  | ۳۴.۲۸۸ | ۳۶.۸۵   | P<0.01        |
| درون گروه‌های اصلاح شده | ۲.۹۱   | ۲۷ | ۳۸.۳   |         |               |
| کل اصلاح شده            | ۸۷.۶۶۷ | ۲۹ |        |         |               |

در جدول شماره ۶، مقدار  $F$  برابر ۳۶.۸۵ و سطح معنی داری از ۰.۰۱ کمتر است، لذا می‌توان با احتمال ۱٪ خطا بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که: آموزش شناختی رفتاری به والدین دارای کودکان مبتلا به اختلال ADHD در کاهش نشانه‌های بیش فعالی این کودکان تأثیر دارد.

جدول ۷: نتایج تحلیل کواریانس مربوط به فرضیه سوم

| منابع تغییر             | SS      | df | MS     | مقدار F | سطح معنی داری |
|-------------------------|---------|----|--------|---------|---------------|
| بین گروه‌های اصلاح شده  | ۴۲.۱۸۴۳ | ۲  | ۷۱.۹۲۱ | ۸۵.۱۳۹  | P<0.01        |
| درون گروه‌های اصلاح شده | ۹۵.۱۷۷  | ۲۷ | ۵۹.۶   |         |               |
| کل اصلاح شده            | ۳۷.۲۰۲۱ | ۲۹ |        |         |               |

در جدول شماره ۷، مقدار  $F$  برابر ۸۵.۱۳۹ و سطح معنی داری از ۰.۰۱ کمتر است، لذا می‌توان با احتمال ۱٪ خطا بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که: آموزش شناختی رفتاری به والدین دارای کودکان مبتلا به اختلال ADHD در کاهش مشکلات رفتاری این کودکان تأثیر دارد.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج تحقیق بیانگر این بود که آموزش شناختی رفتاری به والدین دارای کودکان مبتلا به اختلال ADHD در کاهش نشانه‌های بیش فعالی / نارسایی توجه و مشکلات رفتاری این کودکان تأثیر داشته و سبب کاهش علائم آنها می‌شود. نتیجه حاصله از این تحقیق با نتایج به دست آمده توسط پژوهشگران دیگر نیز همسو می‌باشد. اسمیت و بارت (۲۰۰۰) به نقل از قربانی (۱۳۸۵) تحقیقی با عنوان آموزش والدین برای خانواده‌های دارای دختر با اختلال بیش فعالی نارسایی انجام دادند. در این تحقیق آنها از ۳ خانواده که هر کدام دارای یک دختر ۱۰ تا ۱۱ ساله مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی داشتند، استفاده کردند. پس از آموزش والدین و بررسی نتایج دریافتند که مداخله آموزش والدین سبب بهبودهای رفتاری و هیجانی در خانواده‌ها شده است که در نتیجه آموزش به والدین بوده است. والدز، کارلسون و دینورا (۲۰۰۵) در پژوهشی که با عنوان شواهد مبتنی بر آموزش والدین و مداخلات خانواده برای تغییر رفتار در مدرسه انجام دادند به این نتیجه رسیدند که به علت برقراری ارتباط بین اولیاء و مدرسه، آموزش پدر و مادر

در تغییر رفتار کودکان موثر است. دانفورت، هاروی، وندی و مک کی (۲۰۰۶) پژوهشی در مورد آموزش والدین برای خانواده های کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی نارسایی توجه و رفتار نافرمانی مقابله ای انجام دادند. نتیجه تحقیق آنها نشان داد که آموزش پدر و مادر در مورد ویژگی‌ها و علل بیش فعالی با نقص توجه و ارتباط آن با رفتار نافرمانی مقابله ای در بهبود رفتار و کاهش استرس پدر و مادر موثر بوده است.

هاف داکر و همکاران (۲۰۰۷) در تحقیقی درباره اثربخشی آموزش رفتاری والدین در کاهش نشانه‌های بیش فعالی نارسایی توجه متوجه شدند که (BPT) کاهش مشکلات رفتاری و درونی کودکان موثر بوده اما در کاهش نشانه‌ها و استرس والدین تاثیر ندارد. حاجبی، شوشتری و خواجه الدین (۱۳۸۲) در تحقیقی با عنوان تاثیر آموزش مدیریت رفتاری به والدین کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال بیش فعالی کمبود توجه نتیجه گرفتند که آموزش مدیریت رفتاری والدین در بهبود علائم کودکان موثر است. تیزدست، آزاد، احدی و دلاور (۱۳۸۵) در تحقیقی با عنوان مقایسه اثر بخشی درمان رفتاری، رفتاری شناختی، دارویی و ترکیبی در درمان اختلال بیش فعالی - کاستی توجه به این نتایج رسیدند: بین اثربخشی روش درمان رفتاری و رفتاری شناختی در کاهش میزان اختلال بیش فعالی - کاستی توجه تفاوت معناداری وجود ندارد، درمان ترکیبی در مقایسه با روش درمان رفتاری شناختی موثرتر بوده است. روش درمان دارویی نسبت به درمان رفتاری موثرتر بوده اما تاثیر دارو کوتاه مدت و زود گذر است. تاثیر روش درمان رفتاری شناختی و دارویی یکسان بوده اما استفاده از روش ترکیبی، رفتاری، رفتاری شناختی و دارویی در درمان نسبت به کسانی که هیچ روش درمانی را به کار نبرده اند در درمان اختلال موثر بوده است. سلیمی، پورابراهیم و ادیب راد (۱۳۸۶) در تحقیقی با عنوان اثربخشی مشورت گروهی با مادران دارای کودک با اختلال بیش فعالی کمبود توجه بر کاهش نشانه‌های این اختلال و کاهش استرس مادران دریافتند مشورت گروهی با مادران دارای کودک ADHD به طور معنی داری سبب کاهش ناسازگاری اجتماعی و استرس مادران شده است. خسروان مهر (۱۳۸۸) در پژوهشی با عنوان مقایسه اثر ترکیبی دارو درمانی و آموزش مدیریت والدین و دارو درمانی به تنهایی در اصلاح باورهای درمانی مادران کودکان مبتلا به بیش فعالی / نقص توجه و کاهش نشانه‌های کودکان مبتلا در یافت که درمان ترکیبی نسبت به درمان دارویی موجب تغییر معناداری در باورهای درمانی والدین و نشانه‌های بیش فعالی / نقص توجه کودکان می شود. ناظمی، محمد خانی و خوشابی (۲۰۱۰) در تحقیقی با عنوان آموزش مدیریت والدین استفاده شده در تعامل بد والدین و کودک داری بیش فعالی نارسایی توجه نتیجه گرفتند که میزان رفتار نامناسب کاهش یافته بود و پیگیری بعد از یک ماه اثر پایدار آموزشها نشان داد که در نتیجه استفاده از این آموزشها مادران در حل مشکلات خود با فرزندانشان به طور قابل قبولی عمل کردند. با توجه به نتایج این تحقیق یکی از بهترین روشهای اصلاح رفتار در کودکان ADHD آموزش شناختی رفتاری به والدین آنها است

## 1. Behavior Parent training

که والدین علاوه بر این که خود نحوه تعامل مناسب و موثر با کودکان را می آموزند، می توانند رفتار فرزندشان را در خانه، در برخورد با افراد دیگر و در تعامل با همسالان تا حد قابل قبولی کنترل کنند. بعضی اوقات مادران تجربه کافی، آموزش نظری و مهارت‌های عملی لازم در برخورد با مسائل فرزندشان را ندارند تا عملکرد موثری به عنوان مراقبت کننده از فرزند ایفا کنند. مداخله در سطح خانواده به دلیل مشکلات متعدد این کودکان بسیار حساس است. برنامه های آموزشی والدین به آنها می آموزد چگونه به تعامل مثبت با فرزندشان دست یابند یا چطور رفتارهای مثبت آنان را افزایش دهند. چه موقع به تنبیه متوسل شوند و چگونه رفتارهای آنان را در خارج از چارچوب خانواده اداره کنند. چمبرلین و پاترسون (۱۹۹۵)؛ به نقل از سلیمی، پورابراهیم و ادیب راد، (۱۳۸۶) بیان می کنند که تغییر دادن شیوه های والدگری ضعیف دارای حداکثر اهمیت می باشد. چرونیس و همکاران (۲۰۰۴)؛ به نقل از سلیمی، پورابراهیم و ادیب) نیز عقیده دارند آموزش رفتاری، والدین را در به کارگیری تکنیک های تغییر رفتار که بر اساس اصول یادگیری اجتماعی است آماده می کند. والدین در جلسات آموزشی رفتاری درباره پیش آینده ها و پی آینده های رفتار کودک، رفتار آماج، رفتار در خور پاداش از طریق جایزه، توجه مثبت و پاداش های ملموس و غیره اطلاعاتی را یاد می گیرند. آموزش والدین موجب تقویت توانایی های تربیتی والدین می شود و آنها به فرایندهای تقویت و تقویت کننده آگاه می شوند و برخی از فرایندها را در خانه تغییر دهند. این مساله بدین معنی است که رفتارهای مناسب بایستی از طریق توجه و تحسین های کلامی مورد تقویت قرار گیرد و رفتارهای نامناسب با قواعد و برعکس با بی توجهی یا پی آمدهای منطقی دیگری کاهش یابند (بخشایش، ۱۳۸۹: ۷۸).

## فهرست منابع و مآخذ

- اسمیت و بارت، (۱۳۸۵)، آموزش والدین برای خانواده های دارای دختر با اختلال بیش فعالی نارسایی توجه، ترجمه معصومه قربانی، نشریه تعلیم و تربیت استثنایی. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۰).
- بخشایش، علیرضا، (۱۳۸۹)، تشخیص و درمان اختلال بیش فعالی و کمبود توجه. انتشارات دانشگاه یزد.
- تیز دست، طاهر، احدی، حسن، آزاد، حسین، و دلاور، علی، (۱۳۸۵)، مقایسه اثر بخشی درمان رفتاری، رفتاری شناختی، دارویی و ترکیبی در درمان اختلال بیش فعالی - کاستی توجه، دانش و پژوهش در روانشناسی، شماره ۲۷، دوره ۲۸، ۲۰-۱.
- تقوی، زهرا، (۱۳۹۰)، اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش علایم و افزایش خودکنترلی کودکان دارای اختلال بیش فعالی/نارسایی توجه، مجله اولین همایش یافته های علوم شناختی در تعلیم و تربیت، ۲۰۶-۲۱۸.
- جنتیان، سیما، و نوری، ابوالقاسم، و شفتی، عباس، و مولوی، حسین، و سماواتیان، حسین، (۱۳۸۷)، اثربخشی بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر شدت علایم بیش فعالی/کاهش توجه در دانش آموزان پسر ۱۱ ساله مبتلا به ADHD، مجله تحقیقات علوم رفتاری، شماره ۲، دوره ۶، ۳۶-۲۴.
- حاجبی، احمد، حکیم شوشتری، میترا، و خواجه الدین، نیلوفر، (۱۳۸۲)، تاثیر آموزش مدیریت رفتاری به والدین کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال بیش فعالی با کمبود توجه، نشریه روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، شماره ۶۳، ۶-۱.
- خسروان مهر، نجمه، (۱۳۸۸)، مقایسه اثر ترکیبی دارو درمانی و آموزش مدیریت والدین و دارو درمانی به تنهایی در اصلاح باورهای درمانی مادران کودکان مبتلا به بیش فعالی / نقص توجه و کاهش نشانه های کودکان مبتلا. پایان نامه کارشناسی، دانشگاه الزهراء.
- زارع، مهدی، و احمدی، سونیا، (۱۳۸۶)، اثربخشی بازی درمانی به شیوه رفتاری شناختی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان، مجله روانشناسی کاربردی، شماره ۳، دوره ۱، ۱۸-۲۸.
- سلیمی، جمال، پور ابراهیم، تقی، و ادیب راد، نسترن، (۱۳۸۶)، اثربخشی مشورت گروهی با مادران دارای کودک با اختلال بیش فعالی کمبود توجه بر کاهش نشانه های این اختلال و کاهش استرس مادران. تازه ها و پژوهشهای مشاوره، شماره ۳۰، ۱۷-۱.
- شرودر، کارولین اس، گوردون، بتی ان، (۱۳۸۴)، سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی: راهنمای روانشناسان بالینی و روانپزشکان، ترجمه مهرداد فیروز بخت، تهران، دانژه. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ندارد).
- صدر السادات، سید جلال، هوشیاری، زهرا، زمانی، رضا، و صدر السادات، زهرا، (۱۳۸۶)، تعیین مشخصات روانسنجی مقیاس درجه بندی SNAP-IV اجرای والدین. مجله توانبخشی، شماره ۲، ۶۵-۵۹.
- علیزاده، حمید، (۱۳۸۳)، اختلال نارسایی توجه / فزون جنبشی. ویژگیها، ارزیابی و درمان، تهران، رشد.

- کاکاوند، علیرضا، (۱۳۸۵)، روانشناسی مرضی کودک، تهران، ویرایش.
- کانرز، کیت، و جولیت، ال جی، (۱۳۸۶)، راهنمای تشخیص و درمان اختلال کم توجهی بیش فعالی در کودکان و بزرگسالان، ترجمه محمود میرنسب، تهران، ارجمند.
- گراهان، فیلیپ، (۱۳۸۱)، درمان شناختی رفتاری برای کودکان و خانواده ها، ترجمه محمد رضا احمدی و هوشمند هاشمی کهن زاد، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- محمد اسماعیل، الهه، (۱۳۸۵)، درسنامه درمان رفتاری شناختی کودکان مبتلا به بیش فعالی / نارسایی توجه. تهران، دانژه.
- ویس، رویرت، (۱۳۸۹)، روانشناسی مرضی کودک و نوجوان، ترجمه مسعود بابازاده، مهدی گنجی، مهدی محی الدین بناب، حسین ابراهیمی مقدم، حمید محمدی فرود، و مریم مرادی، تهران، ساوالان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ندارد).
- هالاهان، دانیل، و کافمن، جیمز، (۱۳۸۸)، دانش آموزان استثنایی (مقدمه ای بر آموزش ویژه)، ترجمه حمید علیزاده، هاییده صابری، ژانت هاشمی و مهدی محی الدین، تهران، ویرایش. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۳).
- هربرت، مارتین، (۱۳۸۴)، روانشناسی بالینی کودک، ترجمه مهرداد فیروز بخت، تهران، رسا. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ندارد).
- Barkley, R., (1998), Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, (2<sup>nd</sup>) Edition. A Handbook for Diagnosis and Treatment. New york. Guilford press.
- Barkley ,R, (2006), Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Third Edition: A Handbook for Diagnosis and Treatment.
- Danforth, J. , Harvey ,L. , Ulaszek, W. R & McKee ,E, (2006), The outcome of group Parent Training for families of Children with attention-deficit hyperactivity disorder and defiant/aggressive behavior, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Volume 37, Issue 3, Pages 188-205.
- Evans, S. W. , Mullett, E. , Weist, M. D. , & Franz K, (2005), Feasibility of the mind matters' school mental health promotion program in American schools. Journal of youth and Adolescence, Volume 34, 51-58.
- Journal of the American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry, Volume 46, Issue 10, Pages 1263-1271.
- Nazemi, F. , Mohammadkhani, P & Khoshabi. K, (2010), Parent management training used in abusive Parent child interaction in Children with ADHD, Procedia - Social and Behavioral Sciences, Volume 5, Pages 244-249.
- Pedro-Carroll, J. , Reddy, L, (2005), A preventive play intervention to foster children resilience in the after of divorce, Empirically based play

interventions for children, Washington, Dc: American psychological association. Pages 51- 75.

\_\_\_ Schaefer, C. E, (1993), The therapeutic power of play northvale, NJ: Jason arenson, Inc.

\_\_\_ Valdez ,R. C. , Carlson,C&ZangerD, (2005), Evidence-Based Parent Training and Family Interventions for School Behavior Change, Original Research Article School Psychology Quarterly, Volume 20, Issue 4, Pages 403-433.