

فصلنامه تحقیقات جدید در علوم انسانی

Human Sciences Research Journal

دوره جدید، شماره ۲۸، تابستان ۱۳۹۹، صص ۳۳۷-۳۵۱

شماره شاپا (۲۴۷۶-۷۰۱۸)

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

تکتم قاسم زاده<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 / بیش فعالی در کاهش نشانه‌های رفتاری کودکان ADHD بود. طرح پژوهش شبه آزمایشی و با روش پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری در این پژوهش کلیه دانش آموزان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی پسر مقطع ابتدایی به تعداد ۵۷ نفر بودند که در نواحی ۲، ۳ و ۴ تحصیل می‌کردند. روش نمونه گیری به صورت جامعه در دسترس بود که از بین دانش آموزان دارای اختلال ADHD که به مرکز 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 مجددا فرم SNAP-IV را تکمیل کردند که داده‌های پیش آزمون و پس آزمون 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، بیش فعالی

#### مقدمه:

اختلال بیش فعالی- نارسایی توجه (ADHD)، از جمله شایع ترین اختلالهای 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 اختلالهای دیگر شود. ADHD اختلال رشدی فراخنای توجه، تکاشگری 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، نایابی، 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 کفشهای 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 اخلال ایجاد کرده، قشرق ره 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 بر جسته 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 قتل از کاکاوند، ۱۳۸۶). دربیشتر 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 تکاشگری 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 می‌شود: اختلال زیر نوع بی توجهی غالب، اختلال زیر نوع تکاوشگری بیش فعالی غالب، و زیر نوع مرکب. تخمین زده می‌شود ۳ تا ۵ درصد کودکان مدرسه‌ای دارای این اختلال باشند. این اختلال بیشتر در پسرهای بیش نوجوان روی می‌دهد 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 دوره‌های آن کوتاه تر است. این اختلال غالباً هم زمان با سایر مشکلات رفتاری از قبیل ناتوانی‌های یادگیری، اختلال‌های هیجانی (رفتار پرخاشگرانه و بروز ریزی یا رفتارهای انزوازی همراه با اضطراب و افسردگی) و سوء مصرف مواد رخ می‌دهد (هالاها و کافمن؛ ترجمه علیزاده و همکاران، ۱۰۵: ۱۳۸۸).

توافق عمومی وجود دارد که بی توجهی همچنین بیش فعالی و تکاوشگری، نتیجه بازداری رفتاری است. این امر می‌تواند در توانایی فرد برای منظر نوبت ماندن، ممانعت از قطع و مزاحمت هنگام حرف زدن، مقاومت در برابر حواس پرتهای بالقوه در حین کار یا به تاخیر انداختن خشنودی فوری به منظور کار برای پادشاهی بزرگتر و دیرآیند منعکس می‌شود (تربیت و السوب، 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 می‌دهند، نارسایی در حافظه کاری منجر به فراموشی، فقدان ادراک، دوراندیشی و مشکلاتی در مدیریت زمان می‌شود. گفتار درونی تاخیر یافته که مشکلاتی در هدایت رفتار در موقعیتهاي که مستلزم توانایی پیروی از قواعد یا راهنمایی هاست ایجاد می‌کند، در مقابل تجربه‌های منفی و مثبت واکنش بالای نشان می‌دهند و در تحلیل مشکلات و راه حل‌های ارتباطی با دیگران مشکل دارند که منجر به صدور پاسخ تکاوشی در هنگام مواجهه با مشکلات می‌شود (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 خلقیات و در برخی موارد بیش فعالی است. کنترل و آموزش کودکانی که بیش فعال، حواس پرت یا تکاوشی هستند در مقایسه با همسالان کم تحرک‌شان مشکل تر است (محمد اسماعیل، ۱۳۸۵: ۹۵). در کودکان مبتلا به نوع عمدتاً بی توجه نشانه‌های آشکار بی توجهی دیده می‌شود، اما نشانه‌های بیش فعالی - تکاوشگری آنها زیر آستانه است. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد میزان شیوع نوع بی توجه در جامعه بیشتر است اما به علت این که فقط نشانه‌های بی توجهی نمود بیرونی دارد، ارجاع کودک به کلینیکهای روانی کمتر صورت می‌گیرد. تحقیقات جدید نشان می‌دهد که گروهی از این کودکان آنها بی توجهی هستند که نشانه‌های بی توجهی آشکار و نشانه‌های بیش فعالی - تکاوشگری زیر آستانه یا متوسط دارند. والدین و معلمان این کودکان را حواس پرت و فراموشکار معرفی می‌کنند و می‌گویند در سازماندهی و برنامه ریزی فعالیتها ناتوان هستند. گروه

دوم کودکانی هستند که نشانه‌های بی‌توجهی آشکار دارند اما نشانه‌های تکاشهگری ندارند. بنابر توصیف والدین و معلمان، این کودکان آهنگ شناختی کند دارند. اغلب خیالبافی می‌کنند، به نظر می‌رسد خسته، بی‌حصوله و غیر فعال هستند. در مدرسه طوری رفتار می‌کنند که گویی ذهنشان از یک موضوع به موضوع دیگر می‌پرد. در فعالیتهای آموزش سر در گم و آشفته هستند و زمانی که از آنها سوالی پرسیده می‌شود دیر پاسخ می‌دهند. این کودکان در دوست یابی و تعامل با گروه همسالان با مشکل جدی روبرو می‌شوند (ویس<sup>۳</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. معیار مقایسه، میزان توجه و پاسخ‌دهی کودکان همسن است (شروع<sup>۵</sup> و گوردون<sup>۶</sup>؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۳۸۴: ۲۲۷). بی‌توجهی به شرایطی اطلاق می‌شود که گویی کودک گوش نمی‌دهد و نمی‌تواند تکالیف را به پایان ببرد. دامنه‌ی توجه ای محدود بوده، طوریکه کودک فعالیت آموزشی را تعقیب نمی‌کند (کندال<sup>۷</sup>، ۱۳۸۴: ۵۸). به عقیده آلسندری<sup>۸</sup> (۱۹۹۲؛ به نقل از محمد اسماعیل، ۱۳۸۵) بی‌توجهی در رفتارهایی مثل گوش ندادن و عدم تکمیل تکالیف دیده می‌شود. به طور که دامنه توجه موجب تغییر سریع از یک فعالیت به فعالیت دیگر قبل از انجام کامل آن می‌شود. والدین و معلمان شکایت دارند که کودک گوش نمی‌کند، تمرکز حواس ندارد، کارها را ناتمام رها می‌کند و به راحتی حواسش پرت می‌شود (بارکلی و همکاران، ۱۳۳: ۲۰۰۶). کال<sup>۹</sup> (۱۹۸۵؛ به نقل از هربرت، ۱۳۸۴)

در مورد میزان تمرکز حواس مناسب برای فعالیتی مثل تلویزیون، در مقاطع مختلف رشد این تخمين‌ها 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 نمی‌توانند تخمین کلی بزنند ولی کودکان **ADHD** نمی‌توانند حواسشان را برای مدت اشاره شده، بر روی یک تکلیف ساخت دار متمرکز کنند. کیولی<sup>۱۰</sup> (۱۹۹۸؛ به نقل از علیزاده، ۱۳۸۳) عقیده دارد این کودکان مشکل‌هایی در توجه انتخابی دارند و از آنجا که قادر به کنترل توجه خود نیستند، در حین انجام کار به رویا فرو می‌روند. برخی پژوهشگران علت‌های زیستی مانند وراثت ژنتیکی را پیش درآمدهای مهم ایجاد **ADHD** می‌دانند. اتفاق نظر عمومی این است که فرایندهای عمل کننده ای در مغز وجود دارد که رفتار کودک را مهار نمی‌کنند و الگوهای کارکردنی مغزی متفاوتی در این کودکان مشاهده می‌شود. برخی تحقیقات بیان کرده‌اند که آسیب خانوادگی، مخصوصاً مشکلات شخصیت والدین به بیش فعالی در کودکان منجر می‌شود. در حال حاضر تصور می‌شود بیش فعالی علت‌های چندگانه دارد (محمد اسماعیل، ۱۳۸۵: ۷۸). بارکلی (۱۹۸۸) تأکید

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

می کند که قطعه پیش پیشانی<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 می دهند. فین گلد<sup>۲</sup>؛ به نقل از علیزاده، (۱۳۸۳) معتقد بود که بعضی غذاها اثر سویی دارند برای مثال رنگ های مصنوعی غذاها، افزودنی ها و سالیسیلاتهای طبیعی که در بعضی خوراکیها مثل گوجه فرنگی و پرتقال وجود دارد. بررسی تعاملات کودکان بیش فعال نارسایی توجه با والدینشان نشان داده که آنها بیشتر از کودکان بدون مشکل از طرف والدین دستورهایی دریافت می کردند و سرزنش و توبیخ می شدند (بارکلی و همکاران، ۱۹۹۱؛ به نقل از محمد اسماعیل، ۱۳۸۵). ADHD استرس قابل ملاحظه ای در والدین ایجاد می کند و این والدین به پامدهای مثبت و مطلوب برای رفتار کودکشان توجه نمی کنند (کانزروجت<sup>۳</sup>؛ ترجمه میرنسب، ۱۳۸۶: ۱۱۲). آموزش والدین در جهت شیوه کنار آمدن با مشکلاتی که کودک<sup>۴</sup> ADHD با آن روپرتوست اقدام درمانی مهمی است که علاوه بر آرامش دادن به والدین از طریق شناخت درمانی آنان، به والدین می آموزد چگونه با شیوه های رفتاری به کودک رفتارهای مثبت را بیاموزند تا مشکلاتی را که هم اکنون با آن درگیرند و در آینده نیز با آن روپرتو خواهند شد را حل کنند. روش های رایج در درمان بیش فعالی – نارسایی توجه شامل دارو درمانی، رفتار درمانی و مداخله های شناختی – رفتاری می شود. درمان شناختی – رفتاری (CBT)<sup>۵</sup> برای کودکان و خانواده ها 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 می شود (برخاشگری، بیش فعالی- تکانشگری) و افزایش رفتارهایی که به ندرت واقع می شوند(مهارتهای اجتماعی، ارزیابی خوبیش) اجتناب از اختلالات ناشی از اضطراب و تسهیل فرایندهای تکاملی مانند جرات آموزی (گراهان<sup>۶</sup>؛ ترجمه احمدی و هاشمی کهن زاد، ۱۳۸۱: ۱۰۲). این شیوه درمانی بر این فرض استوار است که عاطفه و رفتار، عموماً بر اساس شیوه های که فرد دنیا را برای خود می سازد، مشخص می شود. هورت و مورگان<sup>۷</sup>؛ به نقل از گراهان) بیان می کنند 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 خود کار منحرف، جایگزین کردن تفاسیر مبتنی بر واقعیت بجای شناختهای تحریف شده، آموزش نحوه تغییر عقاید مختل شده متصرکز می باشد. اگرچه CBT شامل راهکارها و شیوه های 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. Grahame
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 بنده می کند. بررسی جنتیان و همکاران (۱۳۸۷) در زمینه اثربخشی بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر شدت علایم بیش فعالی در دانش آموزان پسر ۱۱-۹ ساله نشان داد که بازی درمانی در مرحله پس آزمون باعث کاهش معنی دار شدت علایم بیش فعالی همراه با کمبود توجه، بیش فعالی، کمبود توجه، خطاهای پاسخ دهنی و افزایش معنی دار زمان پاسخ دهنی شد. یافته های زهره تقوی (۱۳۹۰) نیز نشان دهنده کاهش علائم و افزایش خودکتری 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)، پدر و ردی (۲۰۰۵)؛ ایوانزن، مولت و فرانز (۲۰۰۵) نیز اثربخشی مداخله شناختی رفتاری را در درمان مشکلات رفتاری کودکانی که مشکلات آنها سبب محركهای تنش زای زندگی خانوادگی می شد را نشان داده اند. با توجه به اینکه مشکلات سازگاری و ارتباطات خانوادگی منفی این کودکان موجب تشدید علایم **ADHD** می شود، محقق در پی آن است که در باید آیا آموزش مهارت های 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 می‌باشد که در سال ۱۹۸۰ توسط سوانسون، نولان و پلهام تالیف شده است و با حرف اول نام سازنده‌گان 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 می‌باشد. ضریب پایایی بازآزمون برابر با ۰/۸۲، آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و ضریب دو نیمه کردن ۰/۷۶ می‌باشد. 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 می‌گیرد. 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 می‌شود. 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، ۹۸: ۱۳۸۹). طرح آموزش شناختی - رفتاری که برای والدین تهیه شده است و والدین گروه آزمایش در آن شرکت کردن به این صورت می‌باشد؛

**جلسه اول:** اصلاح افکار و نگرشهای والدین و کاهش استنادها 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:** آمورش مهارت محروم سازی که برای کنترل رفتاری مؤثر است.

**جلسه ششم:** کاهش بی توجیهی کودک.

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

**جلسه هشتم:** آموزش مهارتهای کنترل خشم و شیوه برقراری ارتباط موثر جهت بهبود عملکرد سازگارانه 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 خطای) 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		فراروانی	
						درصد	فراروانی
	زیر دیپلم		۷	۷	۷.۴۶	۷	۷.۴۶
	دیپلم		۵	۳.۳۳	۶	۴۰	۳.۱۳
	بالاتر دیپلم		۳	۲۰	۲	۱۵	۳.۱۳
	جمع		۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۰۰

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

گروه		زمان		شاخص‌های مرکزی		شاخص‌های پراکندگی		زمان		شاخص‌های مرکزی		شاخص‌های پراکندگی	
آزمایش	پیش آزمون	۴.۱۶	۱۶	۱۵	۵	۹۶.۱	۱۴	۱۶	۱۵	۱۲	۳۹.۲	۸	۳۹.۲
پس آزمون	۴۷.۱۰	۹	۹	۹	۷	۱۲.۳	۱۳	۱۶	۱۴	۱۰	۱۲.۳	۱۳	۱۲.۳
کنترل	پیش آزمون	۱۷	۱۶	۱۶	۱۵	۰.۸۳	۱۴	۱۷	۱۴	۹	۰.۸۳	۱۴	۰.۸۳
پس آزمون	۲.۱۷	۱۷	۱۷	۱۷	۱۴	۹	۱۴	۱۷	۱۴	۱۱	۳۱.۳	۱۵	۳۱.۳

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

گروه		زمان		شاخص‌های مرکزی		شاخص‌های پراکندگی		زمان		شاخص‌های مرکزی		شاخص‌های پراکندگی	
آزمایش	پیش آزمون	۶.۲۰	۲۰	۱۸	۱۱	۳۱.۳	۱۵	۱۵	۱۱	۴۶.۳	۱	۴۶.۳	۲۱
پس آزمون	۳.۱۳	۱۲	۱۲	۱۱	۱۲	۱۲.۳	۱۴	۲۱	۲۰	۵.۱۹	۲۰	۸۳.۲	۲۴
کنترل	پیش آزمون	۵.۲۰	۲۰	۲۰	۲۴	۰.۸۳	۱۶	۲۰	۲۰	۵.۱۹	۲۰	۸۳.۲	۲۴
پس آزمون	۵.۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۴	۰.۸۳	۱۶	۲۰	۲۰	۴۶.۳	۱	۴۶.۳	۲۱

جدول ۴؛ شاخص های مرکزی و پراکنده ای نشانه های رفتاری در گروه آزمایش و کنترل

گروه	زمان	شاخص های مرکزی	شاخص های پراکنده					
			میانگین			میانه		
			استاندارد	حداکثر	حداقل	انحراف	دامنه	نما
آزمایش	پیش آزمون	۳۷	۳۶	۱۱	۰.۹.۳	۳۲	۴۳	۰.۹.۳
	پس آزمون	۸.۲۳	۲۳	۱۲	۷۱.۳	۱۸	۳۰	۷۱.۳
کنترل	پیش آزمون	۵.۳۶	۳۷	۱۷	۱۳.۵	۲۹	۴۶	۱۳.۵
	پس آزمون	۷.۳۷	۳۸	۴۰	۱۶.۵	۳۱	۴۷	۱۶.۵

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 گروه های آزمایش و کنترل به عنوان متغیر 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	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٪ خطاب 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
	۲.۹۱	۲۷	۳۸.۳		
	۸۷.۶۶۷	۲۹			
کل اصلاح شده					

در جدول شماره ۶، مقدار F برابر ۳۶.۸۵ و سطح معنی داری از ۰.۰۱ کمتر است، لذا می توان با احتمال ۱٪ خطاب بر اساس نتایج این پژوهش می توان نتیجه گرفت که: آموزش شناختی رفتاری به والدین دارای کودکان مبتلا به اختلال ADHD در کاهش نشانه های 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
	۹۵.۱۷۷	۲۷	۵۹.۶		
	۳۷.۲۰۲۱	۲۹			
کل اصلاح شده					

در جدول شماره ۷، مقدار F برابر ۸۵.۱۳۹ و سطح معنی داری از ۰.۰۱ کمتر است، لذا می توان با احتمال ۱٪ خطاب بر اساس نتایج این پژوهش می توان 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 نشانه های بیش فعالی / نارسایی توجه و مشکلات رفتاری این کودکان تأثیر داشته و سبب کاهش علائم آنها می شود. نتیجه حاصله از این تحقیق با نتایج به دست آمده توسط پژوهشگران دیگر نیز همسو می باشد. اسمیت و بارت (۲۰۰۰) به نقل از قربانی (۱۳۸۵) تحقیقی با عنوان آموزش والدین برای خانواده های دارای دختر با اختلال بیش فعالی نارسایی انجام دادند. در این تحقیق آنها از ۳ خانواده که هر کدام داری 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 خانواده ها 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 ویژگی ها 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 نشانه های بیش فعالی نارسایی توجه متوجه شدند که (BPT)<sup>۱</sup> کاهش مشکلات رفتاری و درونی کودکان موثر بوده اما در کاهش نشانه ها و استرس والدین تاثیر ندارد. حاجبی، شوستری و خواجه الدین (۱۳۸۲) در تحقیقی با عنوان تاثیر آموزش مدیریت رفتاری به والدین کودکان پیش دستانی مبتلا به اختلال بیش فعالی کمبود توجه نتیجه گرفتند که آموزش مدیریت رفتاری والدین در بهبود علائم کودکان موثر است. تیزدست، آزاد، احدي و دلار (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 ادبی راد (۱۳۸۶) در تحقیقی با عنوان اثربخشی مشورت گروهی با مادران دارای کودک با اختلال بیش فعالی کمبود توجه بر کاهش نشانه های 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 نشانه های کودکان مبتلا در یافت که درمان ترکیبی نسبت به درمان دارویی موجب تغییر معناداری در باورهای درمانی والدین و نشانه های 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 آموزش ها مادران در حل مشکلات خود با فرزاندانشان به طور قابل قبولی عمل کردند. با توجه به نتایج این تحقیق یکی از بهترین روش های اصلاح رفتار در کودکان ADHD آموزش شناختی رفتاری به والدین آنها است

که والدین علاوه بر این که خود نحوه تعامل مناسب و موثر با کودکشان را می آموزنند، 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 متول شوند و چگونه رفتارهای آنان را در خارج از چارچوب خانواده اداره کنند. چمبرلین و پاترسون<sup>۱۹۹۵</sup>؛ به نقل از سلیمی، پورابراهیم و ادب راد، (۱۳۸۶) بیان می کنند که تغییر دادن شیوه‌های والدگری ضعیف دارای حداکثر اهمیت می باشد. چرونیس و همکاران (۲۰۰۴)؛ به نقل از سلیمی، پورابراهیم و ادب، نیز عقیده دارند آموزش رفتاری، والدین را در به کارگیری تکنیک‌های تغییر رفتار که بر اساس اصول یادگیری اجتماعی است آماده می کند. والدین در جلسات آموزشی رفتاری درباره پیش آیندها و پی آیندهای رفتار کودک، رفتار آماج، رفتار در خور پاداش از طریق جایزه، توجه مثبت و پاداش‌های ملموس و غیره اطلاعاتی را یاد می گیرند. آموزش والدین موجب تقویت تواناییهای 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 تحسین‌های کلامی مورد تقویت قرار گیرد و رفتارهای نامناسب با قواعد و بر عکس با بی توجهی یا پی آمد های منطقی دیگری کاهش یابند (بخشایش، ۱۳۸۹: ۷۸).

## فهرست منابع و مأخذ

- اسمیت و بارت، (۱۳۸۵)، آموزش والدین برای خانواده‌های 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، احمدی، 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، ۱-۲۰.
- تقوی، زهرا، (۱۳۹۰)، اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش علایم و افزایش خودکنترلی کودکان دارای اختلال بیش فعالی/narсайی توجه، مجله اولین همایش یافته‌های علوم شناختی در تعلیم و تربیت، ۲۱۸-۲۰۶.
- جنتیان، سیما، و نوری، ابوالقاسم، و شفته، 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 ۹ تا ۱۱ ساله مبتلا به ADHD، مجله تحقیقات علوم رفتاری، شماره ۲، دوره ۶، ۳۶-۲۴.
- حاجبی، احمد، حکیم شوستری، میراء، و خواجه‌الدین، نیلوفر، (۱۳۸۲)، تاثیر آموزش مدیریت رفتاری به والدین کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال بیش فعالی با کمبود توجه، نشریه روانپژوهشکی و روانشناسی پالینی ایران (اندیشه و رفقار)، شماره ۶۳، ۶-۱.
- خسروان مهر، نجمه، (۱۳۸۸)، مقایسه اثر ترکیبی دارو درمانی و آموزش مدیریت والدین و دارو درمانی به تنها در اصلاح باورهای درمانی کودکان مبتلا به بیش فعالی/نقص توجه و کاهش نشانه‌های 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 ادبی راد، نسترن، (۱۳۸۶)، اثربخشی مشورت گروهی با مادران دارای کودک با اختلال بیش فعالی کمبود توجه بر کاهش نشانه‌های این اختلال و کاهش استرس مادران. تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، شماره ۳۰، ۳۰-۱۷.
- شرودر، کارولین اس، گوردون، بتی ان، (۱۳۸۴)، سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی: راهنمای روانشناسان پالینی و روانپژوهان، ترجمه مهرداد فیروز بخت، تهران، دانڑه. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ندارد).
- صدر السادات، سید جلال، هوشیاری، زهرا، زمانی، رضا، و صدر السادات، زهرا، (۱۳۸۶)، تعیین مشخصات روانسنجی مقیاس درجه بنده 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.
- کائزز، کیت، و جولیت، ال جی، (۱۳۸۶)، راهنمای تشخیص و درمان اختلال کم توجهی بیش فعالی در کودکان و بزرگسالان، ترجمه محمود میر نسب، تهران، ارجمند.
- گراهان، فیلیپ، (۱۳۸۱)، درمان شناختی رفتاری برای کودکان و خانواده‌ها، 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 / نارسانی توجه. تهران، دانش.
- ویس، روبرت، (۱۳۸۹)، روانشناسی مرضی کودک و نوجوان، ترجمه مسعود بابازاده، مهدی گنجی، مهدی محی الدین بناب، حسین ابراهیمی مقدم، حمید محمدی فروض، و مریم مرادی، تهران، ساوالان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ندارد).
- هالahan، دانیل، و کافمن، جیمز، (۱۳۸۸)، دانش آموزان استثنایی (مقدمه ای بر آموزش ویژه)، ترجمه حمید علیزاده، هایده 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: Amrican 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.