خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره ویژه نوجوانان، تابستان ۱۴۰۱، پیاپی (الف)۳۴ ص ۶۵-۴۰

Family and health Quarterly, vol12, Issue A, Summer 2022, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir,

تدوین برنامه درمانی شناختی رفتاری ویژه نوجوانان مبتلا به اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی؛ اثربخشی آن برنشانگان اختلال، تعامل با والدین، همسالان و معلمان

گوهریسنا اَنزانی[۱]، سعید حسن زاده*[۲]، علی اکبر ارجمند نیا[۳]

چکیده

مقدمه: پژوهش ها حاکی از آن است که رفتار افراد مبتلا به کاستی توجه/ بیش فعالی بر عملکردشان در خانواده، مدرسه و اجتماع اثر سوء می گذارد و واکنش منفی اطرافیان را بر می انگیزد، بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تدوین برنامه درمانی شناختی رفتاری: ویژه نوجوانان مبتلا به کاستی توجه/ بیش فعالی و بررسی اثربخشی این برنامه بر تعامل آنها با والدین، معلمان و همسالانشان انجام شد.

روش پژوهش: این پژوهش از نظر هدف از نوع تحقیقات کاربردی و از نظر نوع روش در دسته تحقیقات ترکیبی اکتشافی به شمار می رود که ماهیت کمی و کیفی (آمیخته) دارد. که در ابتدا در قسمت کیفی با استفاده از شناسایی محتوای اصلی برنامه درمانی شناختی رفتاری ویژه نوجوانان با روش تحلیل محتوا اقدام شد. سپس بخش دوم پژوهش در چهارچوب کار آزمایی بالینی پیش‌آزمون، پس‌آزمون با آزمون پیگیری سه ماهه اجراشده است. از میان کلیه نوجوانان ۱۲-۱۸ ساله که در سال ۹۸ تشخیص اختلال کاستی توجه / بیش فعالی گرفته بودند و به کلینیک «تنفس دوباره» در شهر تهران ارجاع داده شده بودند. با کمک معلمان ، والدین و استفاده از مصاحبه تشخیصی بر مبنای ویراست پنجم دستنامه تشخیصی انجمن روانپزشکی آمریکا، ۳۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه گواه و گواه جای گذاری شدند، گروه گواه در جلسات درمانی شناختی رفتاری تدوین شده شرکت داشتند در حالی که اعضای گروه گواه مداخله ای دریافت نکردند. ابزارهای این پژوهش شامل: سیاهه رفتاری کوک، سیاهه رفتاری والدین، پرسشنامه ارزیابی رابطه والد – فرزند مارک و همکاران، پرسشنامه کیفیت روابط معلم – دانش آموز موروری و زویچ (۲۰۱۰) و شاخص روابط با همسالان هادسون بود. جهت تجزیه و تحلیل یافته های پژوهش از نرم افزار برنامه SPSS۲۶ و همچنین روش آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرراستفاده شد.

---

[۱] – دانشجوی دکتری، روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه ازاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

Yasna_amo@yahoo.com, ORCID: 192170143

[۲] – دانشیار گروه روانشناسی و علوم تربیتی ، دانشگاه تهران، تهران، ایران. shasanz@ut.ac.ir

[۳] – دانشیار گروه روانشناسی و علوم تربیتی،دانشگاه تهران، تهران، ایران. arjmandnia@ut.ac.ir.

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کریتیو کامنز http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

یافته ها: یافته های این پژوهش نشان داد که مداخله تدوین شده بر مشکلات رفتاری و نشانگان اختلال در نوجوانان و همچنین مشکلات تعامل با همسالان اثر داشته است به این معنا که بعد از دریافت درمان نشانگان اختلال و مشکلات رفتاری نوجوانان و همچنین مشکلات ارتباط با همسالان کاهش یافته و در مرحله پیگیری نیز این کاهش ادامه داشته است. از سوی دیگر این مداخله توانسته است در بهبود تعاملات نوجوان و والدین و معلمان در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری موثر عمل کند.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های تحقیق می توان گفت که برنامه شناختی رفتاری تدوین شده ویژه نوجوانان که در این رساله به تدوین آن مبادرت شد از قابلیت و اثربخشی بالایی برای کاهش مشکلات رفتاری ، نشانگان اختلال و تعامل با همسالان نوجوانان دارای اختلال کاستی توجه – بیش فعال دارد همچنین برای بهبود تعامل با والدین و معلمان از سودمندی بالینی قابل توجهی برخودار است بر همین مبنا به درمانگران توصیه می شود در کار با نوجوانان دارای کاستی توجه – بیش فعالی از این مداخله بهره جویند.

کلمات کلیدی: اختلال کاستی توجه بیش فعالی، درمان شناختی رفتاری، مشکلات رفتاری، والدین، همسالان.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۲/۳۰ **تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۴/۲۰**

استناد: ا گ، حسن زاده س، ارجمند نیا ع. تدوین برنامه درمانی شناختی رفتاری ویژه نوجوانان مبتلا به اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی؛ اثربخشی آن برنشانگان اختلال، تعامل با والدین، همسالان و معلمان، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۱؛ ۱۲(الف): ۶۵-۴۰

مقدمه:

اختلال بیش فعالی/ کاستی توجه تقریباً بین ۸ تا ۱۲ درصد از کودکان در سراسر جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد که معمولاً در بزرگسالی نیز ادامه می‌یابد (۱). علت و درمان این اختلال هنوز به طور کامل مشخص نشده است؛ اما ژنتیک، محیط و عوامل زیستی مانند آسیب‌های مغزی و متغیرهای محیطی مانند کندی فعالیت در سیستم بازدارنده مغز، عوامل خانوادگی، روانی- اجتماعی، تغذیه‌ای، مصرف مواد مخدر توسط مادر و فشار روانی مادر در زمان بارداری نقش مهمی در ایجاد این اختلال دارند (۲). مساله از این جهت پیچیده تر می شود که توصیف دقیق آسیب‌شناسی عصبی این اختلال به دلیل ناهمگنی عصب روانشناختی و همپوشانی با سایر اختلالات و ویژگی‌های مراحل رشدی کودکان در حال رشد دشوار است (۳).

افرادی که دچار این اختلال هستند طیف گسترده ای از مشکلات را تجربه می کنند از جمله کاستی در مهارت های خود تنظیمی، مشکلات رفتاری و اجتماعی، نشانه هایی انگیزشی از قبیل سطح بالای پرخاشگری، نقص در حفظ توجه مستمر، کمبود انعطاف پذیری شناختی، حافظه کاری ضعیف تر و مشکلاتی در مهار پاسخ و پردازش هیجانی (۴) از جمله پیامدهای بین فردی و اجتماعی این اختلال نیز می توان به نتایج آموزشی و اجتماعی منفی، روابط ضعیف تر والدین و کودک، هزینه‌های خدمات بهداشتی درمانی بالاتر اشاره کرد (۳). در این راستا لیندا[1](۵) در یک مطالعه ی فراتحلیل نشان داد که دانش‌آموزان مبتلا به اختلال کاستی توجه و

[1] Linda Plantin Ewe

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره ویژه نوجوانان، تابستان ۱۴۰۱، پیاپی (الف)۳۴ ص ۶۵-۴۰

Family and health Quarterly, vol12, Issue A, Summer 2022, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir,

بیش فعال معمولاً در مقایسه با همسالان غیربیش‌فعال خود، با معلمانشان احساس نزدیکی کمتری می‌کنند، از سوی دیگر معلمان نیز در مقایسه با سایر دانش آموزان نزدیکی عاطفی کمتر و تعارضات بیشتری را در روابط خود با دانش آموزان مبتلا به اختلال کاستی توجه/ بیش فعال گزارش می کنند.این مساله از این جهت می تواند مشکل ساز باشد که طرد دانش آموزان با اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی توسط معلمان یک عامل خطر برای شکست در مدرسه است؛ از سوی دیگر طرد توسط همسالان نیز در این افراد شایع است و به عزت نفس پایین تر و احساس تنهایی بیشتر در آنها دامن می زند (۵).لذا مداخلات موثر در درمان این اختلال باید کانون اصلی مداخلات خود را بر بهبود این نقص ها متمرکز کنند، در این رابطه مداخلات متعددی موثر گزارش شده است؛ از جمله داروهای محرک، رفتار درمانی، آموزش روانی اجتماعی والدین و آموزش مهارت های شناختی اجتماعی (۴).

یکی از درمان های موثر در این زمینه درمان شناختی-رفتاری[1] است. این درمان به عنوان مجموعه منسجمی از فنون و راهبردهای موثر در مداخله های روان شناختی در حیطه کودکان و نوجوانان کاربردهای گسترده ای یافته است (۶). مداخله های مبتنی بر رفتار درمانی شناختی تأثیر معناداری بر کاهش نشانه های اختلالات رفتاری و پیشرفت در مهارتهای اجتماعی داشته است (۷). پان و همکاران[2] (۸) در یک مطالعه کنترل شده آزمایشی نشان دادند که درمان شناختی رفتاری بر بهبود نشانگان بزرگسالان دارای اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی موثر است. گولد و همکاران[3] (۹) نیز در مطالعه ای اثربخشی قابل توجه درمان شناختی رفتاری را بر کاهش مشکلات رفتاری و نشانگان کودکان مبتلا به کاستی توجه/ بیش فعالی نشان دادند اما این اثربخشی برای اضطراب کودکان متوسط بود.

اما در پیشینه پژوهش چند شکاف عمده وجود داد که نیاز به بررسی دارد، ابتدا اینکه بیشتر این مطالعات صرفاً بر روی نشانگان رفتاری اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی متمرکز شده اند و کمتر به جنبه های بین فردی و اجتماعی این اختلال و تخریب های ناشی از آن ها پرداخته اند، این در حالی است که مشکلات بین فردی و اجتماعی با همسالان، معلمان و خانواده می تواند انزوا و مشکلات رفتاری این افراد را بازتولید کند و آنان را در یک چرخه ی بیمارگون قرار دهد (۵) به همین دلیل هم در مرحله ی تدوین پروتکل های درمانی و هم در مرحله ی اجرا بهتر است به این مولفه ها به شکل همزمان توجه داشت و این امری است که در پژوهش های پیشین چه در مطالعات داخلی و چه در مطالعات خارجی چندان مورد توجه قرار نگرفته است. یکی دیگر از مشکلاتی که در پژوهش های پیشین قابل توجه است این است که اثربخشی مداخلات در مرحله پیگیری چندان مود توجه قرار نگرفته است تا بدانیم که آیا اثرات درمانی این مداخله بعد از پایان جلسات همچنان پابرجاست یا خیر؟ به ویژه اینکه مداخله خاص بودگی خود را به شکل همزمان برای نشانگان اختلال و مشکلات تعامل با همسالان، معلمان و خانواده حفظ کرده باشد.بر همین مبنا رساله ی حاضر ضمن تدوین یک پروتکل اختصاصی برای نوجوانان دارای کاستی توجه/ پیش فعالی به بررسی این موضوع می پردازد که آیا درمان شناختی رفتاری ویژه نوجوانان مبتلا به کاستی توجه/ بیش فعالی برنشانگان این اختلال، تعامل با والدین، همسالان و معلمان موثر است یا خیر؟ و آیا این تاثیر در مرحله ی پیگیری نیز همچنان پایدار است یا خیر؟

---

[1] Cognitive behaviour therapy
[2] Pan, M. R., et al.
[3] Gould, K. L., et al.

روش پژوهش:

پژوهش حاضر ازنظر هدف کاربردی و از نظر شیوه گردآوری اطلاعات در دسته تحقیقات آمیخته اکتشافی به شمار می رود که ماهیت کمی و کیفی (آمیخته) دارد. دربخش کیفی این پژوهش ابتدا به روش کتابخانه ای ضمن مرور مهمترین پروتکل های درمان شناختی رفتاری در کودکان و نوجوانان دارای مشکلات رفتاری یک پروتکل اولیه آماده شد و در اختیار چند نفر از اساتید و متخصصان این حوزه و همچنین اساتید محترم راهنما و مشاور قرار گرفت تا روایی آن را بر اساس شاخص نسبت اعتبار محتوایی (CVR) بر اساس روش لاوشه محاسبه نمایند. سپس در بخش کمی یک مداخله نیمه آزمایشی صورت بندی شد تا متوجه شویم که آیا الگوی مطرح شده با استفاده از روش تطبیق الگو از روایی نظری برخوردار است یا خیر. در این بخش از روش نیمه آزمایشی و از طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری دو ماهه استفاده شد که شامل یک گروه گواه و یک گروه کنترل می باشد. گروه گواه با استفاده از بسته و جلسات تدوین شده مورد آموزش قرار گرفت و گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. در این پژوهش قبل و بعد از اعمال متغیر مستقل (برنامه درمانی شناختی رفتاری ویژه نوجوانان)، متغیرهای وابسته (اختلال و تعامل) در شرکت کنندگان اندازه گیری شدند و پیگیری دوم برای سنجش میزان تثبیت نتیجه مداخلات دو ماه بعد از پس آزمون انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه نوجوانان ۱۲-۱۸ ساله بود که در سال ۹۸ با تشخیص اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی به کلینیک تنفس دوباره ارجاع داده شده بودند. روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که از این میان مراجعان به کلینیک به صورت هدفمند و با استفاده از کمک والدین نوجوانان با علایم اختلال کاستی توجه / بیش فعالی انتخاب شده و با استفاده از مصاحبه ساختاریافته بالینی که ابتدا با والدین سپس با خود نوجوانان مشکوک برای تشخیص دقیق بیماری، توسط پژوهشگر مورد بررسی قرار گرفتند. در این میان،۳۰ نفر از کسانی که نمره بالاتر از برش در آزمون CBCL را گرفته بودند انتخاب شدند که به صورت تصادفی به ۲ گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند در مرحله بعد بر اساس معیارهای خروج از پژوهش ۲۷ نفر باقی ماندند (تجربی ۱۴ نفر و کنترل ۱۳ نفر). در بخش کیفی نیز از کتب و مقالات مرتبط و نظر متخصصان و صاحبنظران حوزه روانشناسی بالینی که در حیطه درمانی شناختی رفتاری و افراد مبتلا به اختلال کاستی توجه بیش فعالی دارای تخصص و تجربه بودند استفاده شد.معیارهای ورود به پژوهش آزمودنی ها عبارتند از:

واجد اختلال کاستی توجه و بیش فعالی از نوع مرکب بر اساس معیارهای ویراست پنجم آماری و اختلالات روانی انجمن روان پزشکی آمریکا، فاصله ی سنی ۱۲-۱۸ سال، تمایل به شرکت در تمامی جلسات، تکمیل فرم رضایت شرکت در جلسات توسط والدین و نوجوان. معیارهای خروج از پژوهش آزمودنی ها: ابتلا به اختلال های جسمانی و روانشناختی دیگر و غیبت بیش از دو جلسه، دریافت درمان روانشناختی به طور همزمان، مصرف داروهای محرک و یا غیر محرک، عدم پیروی از تکالیف درمانی بیش از سه جلسه، وجود مشکلات رشدی و تاخیرهای هوشی، وجود مشکلات بد سرپرستی و چالش های حمایت اجتماعی شدید، وجود یک سوگ اخیر، ابتلای همزمان به اپیزودهای اختلال مانیک.

برنامه درمانی برگرفته و اقتباسی از تحقیقات یونگ و برامهام، سوزان و همکاران، هاوتون و همکاران، بود و محتوای آن به شکل خلاصه به شرح زیر است:

جلسه اول: باتوجه به موضوع تحقیق که درمان شناختی –رفتاری گروهی می باشد هدف اصلی تعامل بین افراد و بازخورد میباشد بنابراین مباحث مطرح درجلسه اول عبارت بودند از: معرفی اعضا، معرفی درمانگر، معرفی درمان شناختی-رفتاری؛ توضیح در مورد

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره ویژه نوجوانان، تابستان ۱۴۰۱، پیاپی (الف)۳۴ ص ۶۵-۴۰

Family and health Quarterly, vol12, Issue A, Summer 2022, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir,

نظریه های شناختی، آموزش روند درمان ویژگی های درمان، سطح انتظارات از درمان و انواع تکنیک هایی که در درمان از آنها استفاده می گردد.در پایان نیز اطلاعات پایه ای در مورد روان درمانی، ارائه ی پروفایل علائم فردی به هر کدام از اعضای گروه انجام شد. همچنین در این جلسه توضیحاتی کلی در مورد دلایل و نشانه های شکل گیری اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی داده شد و ضمن مرور مداخلات درمانی مسلط در این حوزه به فلسفه ی درمانی و اهداف جلسات مداخله ای شناختی رفتاری پرداخته شد. همچنین بحث در مورد رابطه ی بین افکارمنفی و افکار خودایند وتحریف های شناختی با هیجانات ؛ آموزش چگونگی شناسایی افکار خودآیند، نسبت آن با بدکارکردی هیجانات منفی از جمله خشم و تاثیر آن بر مهارت های ارتباطی و بین فردی انجام شد. ضمن ارایه مثال هایی از با بحث گروهی خود اعضا این نسبت به شکل عملیاتی تری مرور شد و اعضا تجربیات خود را در این خصوص در اختیار بقیه ی اعضای گروه قرار دادند. در تمامی این مراحل درمانگر توضیح می داد که چگونه تحریف های شناختی به صورت اتوماتیک می تواند به بدتنظیمی هیجانی و مشکلات رفتاری بیانجامد .همچنین مزایای این درمان برای بهبود اختلال کاستی توجه/بیش فعالی مرور شد و در پایان تکلیف برای اعضا برای جلسه دوم تعیین شد (به افراد یاد داده شد چگونه افکار خود آیند خودشان را شناسایی کنند و انها را یادداشت کنند و در جلسات آنها را به چالش بکشند).

جلسه دوم: طرح ریزی درمان، با هدف ایجاد پرونده شناختی برای هر بیمار به صورت جداگانه که درآن مطالب ذیل طبقه بندی می شوند: انواع علایمی که یک بیمار تجربه، می کند ، شدت علایم، راه اندازهایی که علایم به ویژه علایم برون ریزی را تشدید می کنند نیز مرور شد.همچنین از اعضا خواسته شد تا ضمن بحث گروهی تجربیات خود را از باخوردهایی که از اطرافیان می گیرند و احساسی که به این بازخوردها دارند را مطرح نمایند، به عبارتی بین نحوه ی بروز علایم و تاثیرات بین فردی آن مرور شد تا اعضا به شکل صریح تری با این واقعیت رو به رو شوند که این مشکلات که حاصل از نشانگان اختلال است چگونه توانسته است زندگی و روابط بین فردی آنان را تحت تاثیر قرار دهد.همچنین لیست مشکلات اعضا در زمینه حافظه و تمرکز و توجه مورد بررسی قرار گرفت تا اعضا به شکل صریح تری بدانند در چه حوزه های شناختی دچار مشکل هستند و در چه مواقعی کمتر چنین مشکلاتی را تجربه می کنند و راه کارهای مقابله ای زندگی شخصی خود آنان مرور شد تا مشخص شود مکانیسم های مقابله ای آنان چقدر کارساز است و محدودیت های اصلی آن ها چیست.همچنین انواع شناخت های ناکارآمد اعضا به شکل موردی بررسی می شد (مانندافکار ناکارآمد و شناخت واژه هایی که به خشم و کینه توزی مرتبط می شود)، دلیل نسبی گرایی و تمییز بین شناخت های تحریف شده و سالم به اعضا توضیح داده می شد و تکنیک های رفتاری و شناختی که برای درمان انتخاب شده بودند نیز مرور شد. از اعضا خواسته شد تا در مورد باورهای شناختی سایر اعضا فعالانه نظر بدهند و بر اساس معیارهایی که در این جلسه مرور شده مشخص کنند که چه مقدار از این افکار واجد مشکلات جدی شناختی است و شناخت های بدیل آن ها چه می تواند باشد؟همچنین ارائه راهکارهای درونی و بیرونی برای بهبود توجه و حافظه و بحث درباره ی تنظیم پاداش های کوچک و بزرگ برای دست یابی به اهداف و نهایتاً توزیع کاربرگ های ثبت پاسخ و عملکرد روزانه در دستور کار این جلسه قرار داشت.

جلسه سوم و چهارم: بررسی پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه و ارایه بازخود به اعضای گروه در مورد رفع مشکلات انجام تکالیف خانگی.بحث درباره ی تله های هدر دادن زمان و از دست دادن فرصت ها و مرتبط بودن آن به نشانگان کاستی توجه / بیش فعالی انجام شد، همچنین تصریح شد که چگونه از دست دادن زمان می تواند به عنوان یک استرسور عمده چالش های تمرکز، حافظه

و شناختی بیشتری ایجاد کند و به عبارتی افراد را در یک سیکل معیوب درگیر نماید.توضیح درباره ی شش قدم ضروری جهت مدیریت زمان (تنظیم اهداف، تهیه لیست اولویت بندی فعالیت ها، تخمین زمان لازم برای تکمیل هر فعالیت، برنامه ریزی و تنظیم سیستم پاداش) انجام شد و از اعضا خواسته شد تا به عنوان یک تمرین درون جلسه ای و یک تکلیف خانگی این قدم ها را در مورد زندگیشان پیاده کنند و ضمن مرور این موضوع بازخوردهای متناسب به اعضا داده شد. همچنین بحث درباره ی قدم های مدیریت زمان انجام شد.بحث گروهی درباره ی راهبرد های فردی هر یک از اعضای گروه برای مقابله با مشکلات (درست یا نادرست بودن این راهبردها).توضیح درباره ی مراحل پنج گانه ی حل مساله (شناسایی و تعریف مشکل معین، پیشنهاد راه حل های متفاوت برای مشکل، ارزیابی هر راه حل، کاربرد راه حل انتخاب شده و ارزیابی موفقیت) ارایه شد و با استفاده از چندین مثال عملی در زندگی روزمره ی مراجعان این مراحل و ملزومات هر یک از آن ها آموزش داده شد.بحث درباره ی مراحل پنج گانه ی حل مساله به شکل گروهی و انجام تکالیف درون جلسه ای و برون جلسه برای ترسیم و پیشبرد مراحل پنج گانه ی حل مساله صورت گرفت. همچنین با استفاده از تکنیک ایفای نقش و تصویر سازی برای تمرین راه حل های انتخاب شده و اجرا در گروه برای آشنایی بیشتر اعضا با این تکنیک ها مرور و بررسی می شد.هم چنین در این جلسات به چالش کشیدن خطاهای شناختی یا موانع استفاده از مراحل پنج گانه ی حل مساله نیز مرور شد. تکلیف خانگی برای به کار بردن مراحل پنج گانه ی حل مساله و ارائه ی گزارش آن.و نهایتاً توزیع کاربرگ برنامه ریزی فعالیت های روزانه از دیگر موضوعات مورد بررسی در این جلسات بود.

جلسه پنجم و ششم: آموزش و اجرای تکنیک های رفتاری برای کاهش مشکلات تکانشگرانه؛ هدف عمده از آموزش واجرای تکنیک های رفتاری توانمند نمودن بیمار برای آگاهی از نقش افکار منفی ناکارآمد در آغاز و تداوم علایم تکانش گری و بیش فعالی است. و در بخش درمانی نیز انجام رل پلی گروهی برای انجام تکنیک ها با همکاری تمامی اعضا انجام گرفت به شکل جزیی تر در این جلسه اقدامات زیر انجام شد:انجام رل پلی درخصوص استفاده از تکنیک های مختلف رفتاری مانند توجه برگردانی؛انحراف توجه، تمرکز بر شی، آگاهی حسی، تمرین های ذهنی،خیالپردازی های خوشایند، فعالیت های جالب و شمارش افکار توسط تمامی اعضا برای روبه روشدن سالم تر با هیجانات منفی مانند خشم، نفرت و احساس طرد و اصلاح واکنش های رفتاری غلطی چون کینه جویی، رفتارهای تلافی جویانه و جر و بحث بی پایان با مراجع قدرت.توضیح روش[1] برای شناسایی و نظارت بر رفتار تکانه ای.بحث درباره ی روش. توزیع کاربرگ روش و جدول برنامه ریزی فعالیت های روزانه؛توضیح تکنیک ارزیابی مجدد برای مقابله با رفتارهای تکانه ای.بحث گروهی درباره ی تکنیک ارزیابی مجدد.تمرین راهبردهای ارائه شده در خانه و ارائه ی گزارش آن

جلسه هفتم و هشتم: آموزش مبحث افکار اتوماتیک و نقش آن در تخریب روابط بین فردی در بخش آموزشی؛ ودر بخش درمانی شناسایی افکاراتوماتیک با هدف شناخت ریشه های اصلی هیجانات و حضور ذهن و نقش همجوشی شناختی در برجسته سازی خشم و نفرت (تکنیک های پیشنهادی گارنفسکی و کرایج،۲۰۰۷).توضیح نحوه شناسایی و دادن تکالیف خانگیA-B-C با تاکید بر افکار راه انداز خشم و مخالفت ورزی در زندگی روزانه فرد و ارتباط با والدین، معلمان و همسالان و کمک به اعضا برای تهیه ی چک لیست هفتگی ثبت ABC و شناسایی دقیق تر راه اندازهایی محیطی و واسطه های شناختی شکل گیری هیجانات و رفتارهای ناخوشایند.بحث درباره ی مشکلات روابط اجتماعی هریک از اعضای گروه و ارتباط بین نشانگان رفتاری افراد و شکل گیری و تداوم این مشکلات.توضیح مهارت های خوب صحبت کردن (شامل سرعت، روشنی، زیر و بمی، سلاست، بلندی و مقدار). توضیح مهارت

[1] - IMPULSE

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره ویژه نوجوانان، تابستان ۱۴۰۱، پیاپی (الف)۳۴ ص ۶۵-۴۰

Family and health Quarterly, vol12, Issue A, Summer 2022, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir,

های گوش دادن (توجه کردن، تصدیق کردن، پاسخ گو بودن، خودافشایی و بازتاب).توضیح درباره ی مهارت های غیر کلامی (تماس چشمی، نزدیکی فیزیکی و حرکات بدن).بازشناسی هیجانات (از روی بیانات چهره ای، وضعیت ایستادن، وضعیت بدن و کیفیت صدا) و توضیح درباره ی فن تماشای تلویزیون با صدای خاموش؛ توضیح درباره ی تکنیک های رد کردن درخواست های غیر منطقی و جرات آموزی و انجام رل پلی بین اعضا در این مورد. توضیح درباره ی عذرخواهی و اعتراف به اشتباهات به عنوان یک ساز و کار اصلاحی و پیشبرد روابط بین فردی.

جلسه نهم: آموزش شناسایی افکار اتوماتیک منفی با هدف شناخت خطاهای شناختی شایع در اختلال بیش فعالی/ کاستی توجه (دیگران مرا تحقیر می کنند، اگر خشمگین نشوم و داد نزنم حقم را می خورند، هیچکس حق ندارد از من چیزی بخواهد) به شکل موردی برای هر مراجع تغییر افکار اتوماتیک منفی با هدف کاهش فشار فکری و هیجانی انجام شد (تکنیک های پیشنهادی گارنفسکی و کرایج،۲۰۰۷).شناخت خطاهای شناختی من و بررسی میزان اثرگذاری آن بر هیجانات و رفتارهای روزمره من؛بررسی این که چه نگرش های دیگری وجود دارد و محاسن و معایب این نگرش و شیوه تفکر و اثرات آن بر روابط بین فردی افراد. پیداکردن شواهدی در تأیید یا رد برداشت های ذهنی در فرآیند اجرای تکالیف در فاصله ی بین جلسات.بررسی پیشرفت و مشکلات مربوط به تکالیف خانه. توضیح درباره ی عناصر احساسی، شناختی و رفتاری خشم. توضیح زنجیره ی علت، رفتار و پیامد خشم. معرفی چهار تکنیک صحبت با خود، حواس پرتی، آرامش عضلانی و بازسازی موقعیت.

جلسه دهم: تشخیص و تغییر افکار بنیادی ناکارآمد درمورد باید و نباید های ارتباط با والدین در جلسه به تفصیل صورت پذیرفت و در این رابطه تمامی اعضا به بحث گروهی در این باره پرداختند. همچنین فرض های ناکارآمد و نقش آن در تخریب ارتباطات بین فردی با والدین ، معلمان و همسالان مرور شد.آموزش تحمل ابهام و آشفتگی و گذر از و مکانیسم سرزنش خود و والدین در این جلسه به شکل گروهی مورد بحث و گفت و گو قرار گرفت. توضیح افکار بنیادی و نقش آن ازروی افکار اتوماتیک با استفاده ار مشخصه های اصلی آن جایگزینی باورهای سالم و کارآمد و تمرین آنها در فاصله ی بین جلسات توسط هر مراجع با استفاده از الگوی درمانی آرون تی بک و چالش سقراطی نیز مرور شد و در طول این جلسه از اعضا خواسته شد تا در پایان جلسه ی مداخله ای هر کدام به شکل کوتاه تجربیات، دستاوردها و دیدگاهشان به جلسات و نحوه ی اثر گذاری آن بر بهبود روابط بین فردیشان را برای مابقی اعضای گروه شرح دهند.

جلسه یازدهم: .بررسی پیشرفت و مشکلات مربوط به تکالیف خانه. بحث درباره ی مشکلات خواب هر یک از اعضای گروه. توضیح درباره ی چرخه ی طبیعی و مراحل خواب. توضیح درباره ی عوامل احتمالی مشکلات خواب. ارائه ی راهبردهای رفتاری برای رفع مشکلات خواب.توزیع کاربرگ کنترل خواب. جلسه دوازدهم: پیشگیری از عودبررسی پیشرفت و مشکلات مربوط به تکالیف خانه. . برنامه ریزی برای پیشگیری از عود.تنظیم سیستم پاداش برای دستیابی به اهداف. ارزیابی پیشرفت کار و تحسین دستاوردهای حاصله از جلسات. تاکید بر تمرین مهارت های آموخته شده.

جلسه دوازدهم: پیشگیری از عود؛جمع بندی و تنظیم سیستم پاداش برای دستیابی به اهداف؛پاسخ دهی به سوالات مراجعان؛ آموزش اهمیت تکرار تمارین بعد از پایان جلسات و نحوه ی تعمیم یافته ها به بعد از جلسات درمانی؛

ابزار پژوهش عبارتند از:

سیاهه رفتاری کودک (۶ تا ۱۸ سال): سیاهه رفتاری کودک از مجموعه فرم های موازی آخنباخ[1] بوده و مشکلات کودکان و نوجوانان را در ۸ عامل اضطراب افسردگی، انزوا افسردگی، شکایت های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه ارزیابی می کند. دو عامل نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه عامل مرتبه دوم مشکلات برون سازی شده را تشکیل می دهند. این پرسشنامه مشکلات عاطفی - رفتاری و همچنین توانمندیها و شایستگی های تحصیلی و اجتماعی کودکان ۱۸-۶ سال را از دیدگاه والدین مورد سنجش قرار می دهد و نوعا در ۲۰ الی ۲۵ دقیقه تکمیل می شود. این ابزار برای اولین بار در ایران توسط تهرانی دوست و همکاران ترجمه و هنجاریابی شده است. در پژوهش مینایی دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از۱۳/۰ تا ۹۵/۰گزارش شده است. ثبات زمانی مقیاس ها با استفاده از روش آزمون - بازآزمون با یک فاصله زمانی ۸-۵ هفته بررسی شده که دامنه ضرایب ثبات زمانی از۳۲/۰ تا ۹۷/ به دست آمده است. همچنین توافق بین پاسخ دهندگان نیز مورد بررسی قرار گرفته است که دامنه این ضرایب از۰۹/۰ تا۹۷/۰ نوسان داشته است.به طور کلی در تحقیق مینایی (۱۳۸۵) این نتیجه حاصل شده است که این پرسشنامه از اعتبار و روایی مطلوب و بالایی برخوردار است و با اطمینان می توان از آن برای سنجش اختلالات عاطفی - رفتاری کودکان و نوجوانان ۱۸-۹ ساله استفاده کرد. یزد خواستی و عریضی (۱۳۹۰) ضریب اعتبار آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه در سه فرم والدین، معلم و کودک به ترتیب ۰/۹۳ ۰/۹۰ ، ۸۲/۰ به دست آوردند و در مورد اعتبار سازه همبستگی خرده مقیاس های بخش مشکلات رفتاری - هیجانی با نمره کلی این بخش در سه نسخه والدین، معلم و کودک به ترتیب۸۸/۰- ۱۲/۹۱ ، ۰/۰- ۶۶/۰ و۸۵/۰- ، ۵۱/۰، و همبستگی خرده مقیاس های بخش مهارتها با نمره کلی این بخش در سه نسخه والدین، معلم و کودک به ترتیب۸۲/۰- ۲۶/۹۳، ۰/۰-۷۷/۰ و ۸۷/۰- ۹۶/۰ گزارش کرده اند.

پرسشنامه ارزیابی رابطه والد - فرزند فاین و همکاران (PCRS): پرسشنامه ارزیابی رابطه والد - فرزند[2] توسط مارک آ. فاین، جی. آر. مورلند و اندرو اسچو وبل ساخته شده است که از ۲۶ گویه تشکیل شده است که به منظور سنجش کیفیت ارتباط والدین و فرزندان بکار می رود. PCRS دو فرم دارد که یکی برای سنجش رابطه فرزند با مادر و دیگری برای سنجش رابطه فرزند با پدر است. هر دو فرم برای پدر و مادر یکسان است، به جز کلمات «پدر» و «مادر» که قابل تغییر است؛ بنابراین فقط یک فرم در اینجا آورده شده است؛ اما در فرم های پدر و مادر عامل های مختلفی وجود دارد. تعریف: حفظ ارتباط مثبت بین والدین و نوجوان، می تواند یادگیری نوجوان را درباره مسائل مرتبط با شایستگی های اجتماعی تسهیل کند؛ زیرا روابط متقابل با خانواده، نوجوان را به سوی اجتماعی شدن سوق می دهد. مقیاس رابطه والد - فرزندی با ضرایب آلفای۸۹/۰ تا ۹۶/. برای خرده مقیاس های مربوط به پدر و نیز آلفای کلی۹۹/۰ و ضرایب آلفای ۹۱/ (همانندسازی) تا ۹۶/ . برای خرده مقیاس های مربوط به مادر نیز آلفای کلی ۹۹/۰ همسانی درونی عالی دارد، این ضرایب آلفا را سازندگان مقیاس با اجرای پرسش نامه بر ۲۶۱ دانشجو به دست آورده اند. در پژوهشی که پرهیزگار انجام داده است ضرایب پایانی محاسبه شده برای پرسشنامه فرم پدر برابر با۹۳/۰ و برای فرم مادر ۹۲/۰ بوده است که نشان دهنده ی همسانی درونی خوبی است (عراقی، ۱۳۸۷) با تمایز بین کودکان خانواده های طلاق و کودکان خانواده های سالم، روایی گروه های شناخته شده و روایی پیش بین خوبی دارد.

---

[1] - ASEBA
[2] - PCRS

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره ویژه نوجوانان، تابستان ۱۴۰۱، پیاپی (الف)۳۴ ص ۶۵-۴۰

Family and health Quarterly, vol12, Issue A, Summer 2022, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir,

شاخص روابط با همسالان هادسون (IPR): این مقیاس توسط پیانتا برای اولین بار در سال ۱۹۹۶ ساخته شد و شامل ۳۳ سؤال است که ادراک والدین شاخص روابط با همسالان توسط والتر دبیلو. هادسون در سال ۱۹۹۲ ساخته شده است که از ۲۵ گویه تشکیل شده است که به منظور سنجش روابط و مشکلات با همسالان بکار می رود. نمره گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۷ نقطه ای می باشد که برای گزینه های «هرگز»، «خیلی به ندرت»، «کمی»، «گاهی اوقات»، «اغلب اوقات»، «تقریبا اکثر اوقات» و «همیشه» به ترتیب امتیازات ۵،۶،۱،۲،۳،۴ و ۷ در نظر گرفته می شود.در پژوهش هادسون ۱۹۹۲ این مقیاس دارای آلفای ۹۴/. است که نشان دهنده ثبات درونی عالی و خطای استاندارد عالی (پایین) ۴۴/. است. این مقیاس روایی عالی از طریق مقایسه با گروههای شناخته شده دارد، به این صورت که می تواند از نظر آماری تفاوت معناداری را بین مددجویانی که طبق اظهار خودشان و درمانگر شان مشکلات ارتباطی با همسالان دارند و گروهی که مشکلات ارتباطی با همسالان ندارند، نشان دهد.

پرسش نامه کیفیت روابط معلم – دانش آموز: این پرسش نامه توسط موروری و زوبچ برای استفاده در جو ارتباطی معلم - دانش آموز ساخته شده است، این پرسش نامه شامل ۱۷ گونه است و دارای سه عامل ارتباط (۸ گویه)، اعتماد (۵ گویه) و بیگانگی (۴ گویه) است. نمره گذاری آزمون بر اساس طیف چهار گزینه ای لیکرت است. نمرهی کلی آزمودنی برابر با مجموع نمرات سه خرده مقیاس خواهد بود و نمرات بالاتر نشان دهنده ی کیفیت ارتباطی بهتر است. بیرامی و همکاران(۱۰) روایی کیفیت روابط معلم - دانش آموز را ۰/۸۲ ذکر کرده اند که نشان دهنده بالا و قابل قبول بودن روایی پرسشنامه است. به منظور پایایی در پژوهش موری و زوواک (۲۰۱۱) ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس کیفیت روابط معلم - دانش آموز ۸۹/۰ به دست آمده است که نشان دهنده همسانی درونی خوب آن است. در ایران بیرامی و همکاران (۱۰) ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس کیفیت روابط معلم - دانش آموز را ۸۶/۰ محاسبه کرده اند .

لازم به ذکر است که مصاحبه تشخیصی توسط پژوهشگر و بر اساس راهنمای استاندارد مصاحبه تشخیصی اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا(۲۰۱۳) صورت گرفت. اطلاعات گردآوری شده حاصل از پژوهش با استفاده از نرم‌افزار spss 26 مورد پردازش قرار گرفتند. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها به این صورت بود که با توجه به سطوح تحقیق حاضر، ابتدا متغیرها در قالب جداول توزیع فراوانی (آمار توصیفی) و مقایسه گروه ها ارائه خواهد شد و سپس جهت آزمون فرضیات (آمار تحلیلی) از آزمون های متناسب استفاده شد.

یافته ها:

جدول ۱ مشخصات جمعیت‌شناختی جامعه پژوهش دو گروه درمان شناختی رفتاری و گواه را نشان می‌دهد. در این پژوهش ۲۶ نفر از نوجوانان مبتلا به ADHD در دو گروه ۱۳ نفری شامل، درمان شناختی رفتاری و گواه مورد بررسی قرار گرفت. میانگین سن آزمودنی‌ها گروه درمان شناختی رفتاری ۱/۸۰ ±۱۴/۷۸ سال و گروه گواه ۱/۹۲ ±۱۵/۷۶ سال بود. سطح تحصیلات بیشتر مادران آزمودنی‌ها در گروه درمان شناختی رفتاری و گروه گواه دیپلم و فوق دیپلم بود (۳۸/۵ درصد). سطح تحصیلات بیشتر پدران آزمودنی‌ها در گروه درمان شناختی رفتاری (۴۶/۲ درصد) و گروه گواه (۳۸/۵ درصد) کارشناسی بود. شغل بیشتر مادران آزمودنی‌ها در گروه

درمان شناختی رفتاری خانه‌دار (۵۳/۸ درصد) و در گروه گواه شاغل (۵۳/۸ درصد) بود. شغل بیشتر پدران آزمودنی‌ها در گروه درمان شناختی رفتاری (۶۱/۵ درصد) و در گروه گواه (۵۳/۸ درصد) کارمند بود.

جدول۱: مشخصات جمعیت‌شناختی دو گروه آموزشی و گروه گواه نوجوانان مبتلا به ADHD (تعداد: ۲۶)

متغیر جمعیت‌شناختی	گروه: درمان شناختی رفتاری (تعداد:۱۳) تعداد(درصد)	گروه: گواه(تعداد:۱۳) تعداد(درصد)	نتیجه آزمون
سطح تحصیلات مادر*			
دیپلم و فوق دیپلم	۵(۳۸/۵)	۵(۳۸/۵)	χ^2(۲)= ۱
کارشناسی	۵(۳۸/۵)	۳(۲۳)	P= ۰/۶۰۷
کارشناسی ارشد و بالاتر	۳(۲۳)	۵(۳۸/۵)	
سطح تحصیلات پدر*			
دیپلم و فوق دیپلم	۴(۳۰/۸)	۳(۲۳)	χ^2(۲)= ۰/۷۳۴
کارشناسی	۶(۴۶/۲)	۵(۳۸/۵)	P= ۰/۶۹۳
کارشناسی ارشد و بالاتر	۳(۲۳)	۵(۳۸/۵)	
شغل مادر*			χ^2(۱)= ۰/۱۵۴
شاغل	۶(۴۶/۲)	۷(۵۳/۸)	P= ۰/۶۹۵
خانه دار	۷(۵۳/۸)	۶(۴۶/۲)	
شغل پدر*			χ^2(۱)= ۰/۱۵۸
کارمند	۸(۶۱/۵)	۷(۵۳/۸)	P= ۰/۶۹۱
آزاد	۵(۳۸/۵)	۶(۴۶/۲)	
سن آزمودنی(سال)؛ (انحراف معیار)میانگین	۱۴/۷۸(۱/۸۰)	۱۵/۷۶(۱/۹۲)	t(۲۶)= -۱/۴۴ ،P=۰/۱۶۰
سن پدر(سال)؛ (انحراف معیار)میانگین	۴۴/۷۱(۴/۴۲)	۴۶/۲۳(۵/۷۳)	t(۲۶)= -۰/۸۱ ،P=۰/۴۲۲
سن مادر(سال)؛ (انحراف معیار)میانگین	۴۱/۲۸(۴/۱۷)	۴۲/۳۸(۳/۷۵)	t(۲۶)= -۰/۷۵ ،P=۰/۴۵۳

χ: آزمون کای اسکوئر، t: آزمون t مستقل

بین دو گروه از نظر مشخصات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها و والدین تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد و دو گروه از لحاظ این متغیرهای جمعیت‌شناختی همگن بودند (P>۰/۰۵). جدول -۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای نشانگان اختلال، تعامل والدین، همسالان و معلمان با نوجوانان مبتلا به ADHD برحسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی نشان داده شده است.

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره ویژه نوجوانان، تابستان ۱۴۰۱، پیاپی (الف)۳۴ ص ۶۵-۴۰

Family and health Quarterly, vol12, Issue A, Summer 2022, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir,

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای نشانگان اختلال، تعامل والدین، همسالان و معلمان به تفکیک گروه‌های درمان شناختی رفتاری و گواه (تعداد: ۲۶)

متغیر	گروه	شاخص توصیفی	مرحله		
			پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده	شناختی رفتاری	انحراف معیار ± میانگین	۳۹/۶۶ ± ۴/۸۶	۳۲/۹۳ ± ۴/۹۹	۳۱/۸۰ ± ۵/۱۴
		آماره SW (سطح معناداری)	۰/۹۵۳(۰/۵۷۳)	۰/۹۳۶(۰/۳۳۸)	۰/۸۹۹(۰/۰۹۳)
	گواه	انحراف معیار ± میانگین	۳۹/۰۱ ± ۳/۷۷	۳۸/۰۶ ± ۳/۶۱	۳۸/۳۳ ± ۳/۸۲
		آماره SW (سطح معناداری)	۰/۹۶۱(۰/۷۰۲)	۰/۹۴۱(۰/۳۹۸)	۰/۹۱۹(۰/۱۸۴)
مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده	شناختی رفتاری	انحراف معیار ± میانگین	۴۵/۶۰ ± ۶/۰۸	۳۸/۴۶ ± ۵/۹۶	۳۷/۵۳ ± ۶/۲۲
		آماره SW (سطح معناداری)	۰/۹۶۰(۰/۶۹۷)	۰/۹۴۶(۰/۴۵۸)	۰/۹۵۸(۰/۶۵۲)
	گواه	انحراف معیار ± میانگین	۴۵/۹۳ ± ۵/۴۵	۴۴/۴۰ ± ۵/۲۰	۴۴/۸۶ ± ۵/۳۱
		آماره SW (سطح معناداری)	۰/۹۵۱(۰/۵۴۱)	۰/۹۴۴(۰/۴۳۷)	۰/۹۴۲(۰/۴۰۶)
مشکلات رفتاری کل	شناختی رفتاری	انحراف معیار ± میانگین	۱۳۵/۱۳ ± ۷/۱۲	۱۲۴/۴۰ ± ۷/۲۷	۱۲۴/۲۶ ± ۷/۱۳
		آماره SW (سطح معناداری)	۰/۹۸۱(۰/۹۷۶)	۰/۹۹۰(۰/۹۹۹)	۰/۹۸۷(۰/۹۹۷)
	گواه	انحراف معیار ± میانگین	۱۳۴/۴۶ ± ۷/۴۰	۱۳۳/۱۳ ± ۷/۱۸	۱۳۳/۴۶ ± ۷/۴۰
		آماره SW (سطح معناداری)	۰/۹۵۹(۰/۶۸۳)	۰/۹۶۲(۰/۷۲۹)	۰/۹۵۹(۰/۶۸۳)
تعامل مادر- فرزند	شناختی رفتاری	انحراف معیار ± میانگین	۹۰/۰۱ ± ۴/۷۳	۹۷/۳۳ ± ۴/۶۲	۹۸/۵۳ ± ۴/۲۹
		آماره SW (سطح معناداری)	۰/۹۳۷(۰/۳۴۳)	۰/۹۵۸(۰/۶۵۶)	۰/۹۶۰(۰/۶۹۳)
	گواه	انحراف معیار ± میانگین	۹۰/۴۶ ± ۳/۸۵	۹۱/۰۶ ± ۳/۶۵	۹۱/۴۰ ± ۳/۷۳
		آماره SW (سطح معناداری)	۰/۸۹۰(۰/۰۶۸)	۰/۹۳۷(۰/۳۴۴)	۰/۹۱۶(۰/۱۶۸)
تعامل پدر- فرزند	شناختی رفتاری	انحراف معیار ± میانگین	۸۰/۵۳ ± ۶/۱۷	۸۹/۵۳ ± ۵/۷۵	۸۹/۸۰ ± ۵/۸۳
		آماره SW (سطح معناداری)	۰/۹۵۳(۰/۵۷۷)	۰/۹۳۲(۰/۲۹۶)	۰/۹۴۱(۰/۴۰۰)
	گواه	انحراف معیار ± میانگین	۸۱/۰۱ ± ۵/۸۵	۸۱/۷۳ ± ۵/۸۹	۸۱/۶۰ ± ۵/۸۴
		آماره SW (سطح معناداری)	۰/۹۴۶(۰/۴۶۱)	۰/۹۵۳(۰/۵۷۳)	۰/۹۵۲(۰/۵۵۱)
	شناختی رفتاری	انحراف معیار ± میانگین	۱۳۳/۱۳ ± ۶/۷۱	۱۲۵/۴۰ ± ۶/۴۵	۱۲۵/۲۰ ± ۶/۲۷

		آماره SW (سطح معناداری)	۰/۹۶۳(۰/۷۳۸)	۰/۹۷۲(۰/۸۹۲)	۰/۹۵۶(۰/۶۲۷)
تعامل با همسالان	گواه	انحراف معیار ± میانگین	۶/۶۸ ± ۱۳۳/۶۰	۱۳۲/۷۳ ± ۶/۸۷	۱۳۳/۰۱ ± ۶/۶۵
		آماره SW (سطح معناداری)	۰/۹۵۱(۰/۵۳۸)	۰/۹۴۱(۰/۳۹۰)	۰/۹۵۶(۰/۶۱۷)
تعامل معلم و نوجوان	شناختی رفتاری	انحراف معیار ± میانگین	۴۰/۲۰ ± ۵/۶۹	۴۷/۶۶ ± ۵/۴۸	۴۸/۷۳ ± ۵/۱۸
		آماره SW (سطح معناداری)	۰/۹۶۸(۰/۸۲۶)	۰/۹۵۳(۰/۵۷۰)	۰/۹۴۳(۰/۴۱۶)
	گواه	انحراف معیار ± میانگین	۴۱/۰۱ ± ۴/۸۴	۴۱/۹۳ ± ۴/۸۰	۴۲/۰۱ ± ۴/۷۳
		آماره SW (سطح معناداری)	۰/۸۹۶(۰/۰۸۲)	۰/۹۰۰(۰/۰۹۵)	۰/۹۱۱(۰/۱۳۸)

آماره SW: آزمون شاپیرو-ویلک

با توجه به جدول ۲، میانگین نمرات متغیرهای نشانگان اختلال، تعامل والدین، همسالان و معلمان در گروه درمان شناختی رفتاری در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون تغییراتی داشته است. این تغییرات مؤید آن است که در گروه درمان، نمرات پس‌آزمون شرکت کنندگان در متغیر نشانگان اختلال و تعامل با همسالان کاهش و در متغیر تعامل والد-فرزند و تعامل معلم و نوجوانان مبتلا به ADHD افزایش داشته است. هم‌چنین در دوره پیگیری نتایج نشان داد، نمرات متغیرها نسبت به مرحله پس آزمون تغییرات زیادی نداشته‌اند. لازم بذکر است در این آزمون کسب نمرات بالاتر در تعامل والد-فرزند و تعامل معلم و نوجوان نشان دهنده بهبود تعامل والد-فرزند و تعامل معلم و نوجوانان مبتلا به ADHD است. هم‌چنین در این آزمون کسب نمرات پایین‌تر در نشانگان اختلال و تعامل با همسالان نشان دهنده بهبود نشانه‌های اختلال و تعامل همسالان نوجوانان مبتلا به ADHD است.

جهت بررسی تفاوت گروه درمانی شناختی رفتاری با گروه گواه در نشانگان اختلال (مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده، مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده و مشکلات رفتاری کل) در جدول ۴-۵ نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

جدول۳. نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری) و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در نشانگان اختلال

متغیر	مرحله	تفاوت میانگین گروه آزمایش با گواه	خطای استاندارد	P
مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده	پیش‌آزمون	۰/۶۶۷	۱/۵۹۱	۰/۶۷۸
	پس‌آزمون	-۵/۱۳۳	۱/۵۹۱	۰/۰۰۳
	پیگیری	-۶/۵۳۳	۱/۶۵۶	<۰/۰۰۱
مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده	پیش‌آزمون	-۰/۳۳۳	۲/۱۱۰	۰/۸۷۶
	پس‌آزمون	-۵/۹۳۳	۲/۰۴۴	۰/۰۰۷
	پیگیری	-۷/۷۳۳	۲/۱۱۳	۰/۰۰۲

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره ویژه نوجوانان، تابستان ۱۴۰۱، پیاپی (الف)۳۴ ص ۶۵-۴۰

Family and health Quarterly, vol12, Issue A, Summer 2022, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir,

مشکلات رفتاری کل	پیش‌آزمون	۰/۶۶۷	۲/۶۵۲	۰/۸۰۳
	پس‌آزمون	-۸/۷۳۳	۲/۶۴۰	۰/۰۰۳
	پیگیری	-۹/۲۰۰	۲/۶۵۵	۰/۰۰۲

با توجه به جدول ۳ تفاوت میانگین گروه درمانی شناختی رفتاری با گواه در مرحله پیش‌آزمون در مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده (۰/۶۶۷)، مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده (-۰/۳۳۳) و مشکلات رفتاری کل (۰/۶۶۷) معنی‌دار نیست (P>۰/۰۵). این یافته نشان می‌دهد که بین دو گروه درمانی شناختی رفتاری و گواه در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و گروه‌ها همگن هستند.تفاوت میانگین گروه درمانی شناختی رفتاری با گواه در مرحله پس‌آزمون در مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده (-۵/۱۳۳)، مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده (-۵/۹۳۳) و مشکلات رفتاری کل (-۸/۷۳۳) در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد در نشانگان اختلال، میانگین گروه درمان شناختی رفتاری در مرحله پس‌آزمون به صورت معنی‌داری کمتر از میانگین گروه گواه است.

تفاوت میانگین گروه درمانی شناختی رفتاری با گواه در مرحله پیگیری در مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده (-۶/۵۳۳)، مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده (-۷/۷۳۳) و مشکلات رفتاری کل (-۹/۲۰۰) در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد در نشانگان اختلال، میانگین گروه درمان شناختی رفتاری در مرحله پیگیری به صورت معنی‌داری کمتر از میانگین گروه گواه است. با توجه به این یافته، فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود و می‌توان گفت که تفاوت معناداری بین بهبود نشانگان اختلال نوجوانان مبتلا به ADHD در دو گروه آزمایش و گواه، بعد از درمان شناختی رفتاری وجود دارد و درمان شناختی رفتاری بر بهبود نشانگان اختلال نوجوانان مبتلا به ADHD اثربخش است.

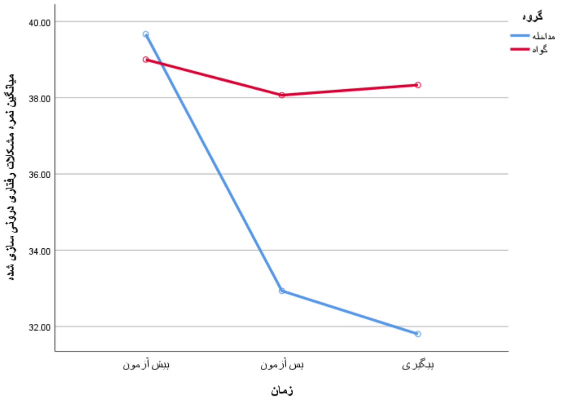
جهت بررسی پایداری اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نشانگان اختلال از آزمون مقایسات زوجی با تعدیل بونفرونی در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون مقایسات زوجی براساس تعدیل بونفرونی در نشانگان اختلال در سه مرحله به تفکیک گروه-های مورد مطالعه

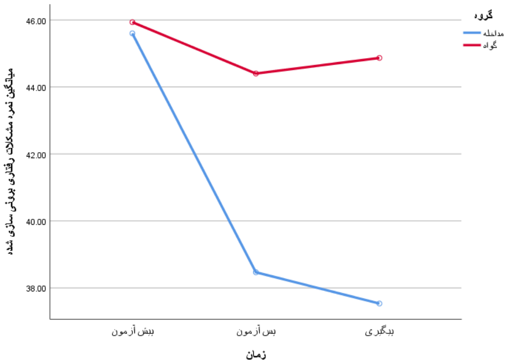
متغیر	مراحل		شناختی رفتاری		گواه	
			اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری
مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده	پیش-آزمون	پس‌آزمون	۶/۷۳۳	<۰/۰۰۱	-۰/۹۳۳	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۷/۸۶۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۶۷	۰/۰۳۳
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۱۳۳	<۰/۰۰۱	-۰/۲۶۷	۰/۵۷۴

مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده	پیش-آزمون	پس‌آزمون	۷/۱۳۳	<۰/۰۰۱	۱/۵۳۳	<۰/۰۰۱
	پیش-آزمون	پیگیری	۸/۰۶۷	<۰/۰۰۱	۱/۰۶۷	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۹۳۳	<۰/۰۰۱	-۰/۴۶۷	۰/۰۲۰
مشکلات رفتاری کل	پیش-آزمون	پس‌آزمون	۱۰/۷۳۳	<۰/۰۰۱	۱/۳۳۳	۰/۰۵۴
	پیش-آزمون	پیگیری	۱۰/۸۶۷	<۰/۰۰۱	۱	۰/۰۷۷
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۳۳	۱	-۰/۳۳۳	۰/۵۵۰

نتایج آزمون تعدیل بونفرونی نشان داد، در گروه درمان شناختی رفتاری تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در نشانگان اختلال نوجوانان مبتلا به ADHD وجود دارد؛ به‌طوری‌که میانگین نمرات نشانگان اختلال در مرحله پس‌آزمون در هم‌سنجی با پیش‌آزمون کاهش معنادار و این کاهش تا در مرحله پیگیری تداوم داشته است و در نمودار ۱، ۲ و ۳ مشاهده می‌شود؛ بعد از درمان شناختی رفتاری نشانگان اختلال نوجوانان کاهش یافته و در مرحله پیگیری نیز این کاهش ادامه داشته است.



نمودار۱: روند تغییر نمره مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده نوجوانان مبتلا به ADHD در گروه‌های مورد مطالعه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری



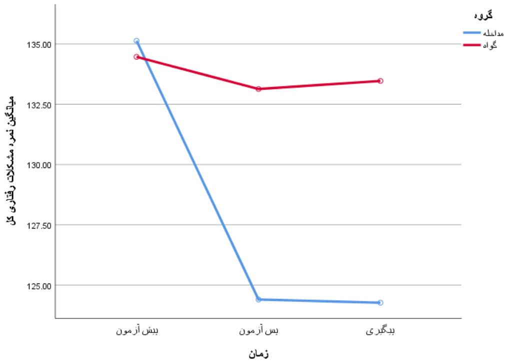
نمودار۲: روند تغییر نمره مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده نوجوانان مبتلا به ADHD در گروه‌های مورد مطالعه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره ویژه نوجوانان، تابستان ۱۴۰۱، پیاپی (الف)۳۴ ص ۶۵-۴۰

Family and health Quarterly, vol12, Issue A, Summer 2022, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir,



نمودار۳: روند تغییر نمره مشکلات رفتاری کل نوجوانان مبتلا به ADHD در گروه‌های مورد مطالعه در مراحل پیش-آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

جهت بررسی تفاوت گروه درمانی شناختی رفتاری با گروه گواه در تعامل والدین و نوجوانان (تعامل مادر-فرزند و تعامل پدر-فرزند) در جدول ۵نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

جدول۵. نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری) و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در تعامل والدین و نوجوانان

متغیر	مرحله	تفاوت میانگین گروه آزمایش با گواه	خطای استاندارد	P
تعامل مادر-فرزند	پیش‌آزمون	-۰/۴۶۷	۱/۵۷۶	۰/۷۶۹
	پس‌آزمون	۶/۶۶۷	۱/۵۲۱	<۰/۰۰۱
	پیگیری	۷/۱۳۳	۱/۴۶۹	<۰/۰۰۱
تعامل پدر-فرزند	پیش‌آزمون	-۰/۴۶۷	۲/۱۹۷	۰/۸۳۳
	پس‌آزمون	۷/۸۰۰	۲/۱۲۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	۸/۲۰۰	۲/۱۳۱	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۵ تفاوت میانگین گروه درمانی شناختی رفتاری با گواه در مرحله پیش‌آزمون در تعامل مادر-فرزند (۰/۴۶۷-) و تعامل پدر-فرزند (۰/۴۶۷-) معنی‌دار نیست (P>۰/۰۵). این یافته نشان می‌دهد که بین دو گروه درمانی شناختی رفتاری و گواه در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و گروه‌ها همگن هستند.تفاوت میانگین گروه درمانی شناختی رفتاری با گواه در مرحله پس‌آزمون در تعامل مادر-فرزند (۶/۶۶۷) و تعامل پدر-فرزند (۷/۸۰۰) در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد در تعامل والدین و نوجوانان، میانگین گروه درمان شناختی رفتاری در مرحله پس‌آزمون به صورت معنی‌داری بالاتر از میانگین گروه گواه است. تفاوت میانگین گروه درمانی شناختی رفتاری با گواه در مرحله پیگیری در تعامل مادر-فرزند (۷/۱۳۳) و تعامل پدر-فرزند (۸/۲۰۰) در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد در تعامل والدین و نوجوانان، میانگین گروه درمان شناختی

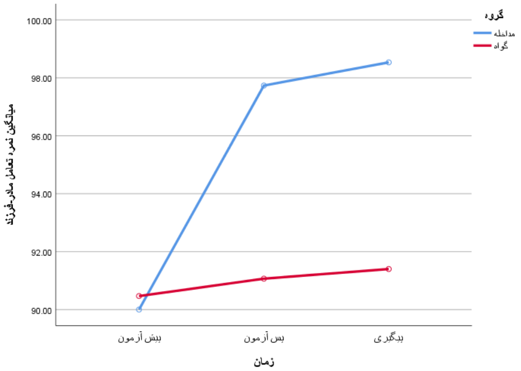
رفتاری در مرحله پیگیری به صورت معنی‌داری بالاتر از میانگین گروه گواه است. با توجه به این یافته، فرضیه دوم پژوهش تأیید می‌شود و می‌توان گفت که تفاوت معناداری بین بهبود تعامل والدین و نوجوانان مبتلا به ADHD در دو گروه آزمایش و گواه، بعد از درمان شناختی رفتاری وجود دارد و درمان شناختی رفتاری بر بهبود تعامل والدین و نوجوانان مبتلا به ADHD اثربخش است.

جهت بررسی پایداری اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تعامل والدین و نوجوانان از آزمون مقایسات زوجی با تعدیل بونفرونی در جدول ۶ نشان داده شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون مقایسات زوجی براساس تعدیل بونفرونی در تعامل والدین و نوجوانان در سه مرحله به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه

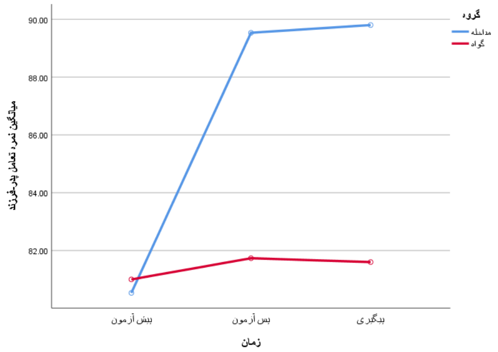
متغیر	مراحل		شناختی رفتاری		گواه	
			اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری
تعامل مادر-فرزند	پیش-آزمون	پس‌آزمون	-۷/۷۳۳	<۰/۰۰۱	-۰/۶۰۰	۰/۰۳۴
		پیگیری	-۸/۵۳۳	<۰/۰۰۱	-۰/۹۳۳	۰/۰۰۳
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۸۰۰	۰/۰۰۱	-۰/۳۳۳	۰/۲۸۸
تعامل پدر-فرزند	پیش-آزمون	پس‌آزمون	-۹	<۰/۰۰۱	-۰/۷۳۳	۰/۰۱۲
		پیگیری	-۹/۲۶۷	<۰/۰۰۱	-۰/۶۰۰	۰/۱۷۳
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۲۶۷	۰/۴۰۸	۰/۱۳۳	۱

نتایج آزمون تعدیل بونفرونی نشان داد، در گروه درمان شناختی رفتاری تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در تعامل والدین و نوجوانان مبتلا به ADHD وجود دارد؛ به‌طوری‌که میانگین نمرات تعامل والدین و نوجوانان در مرحله پس‌آزمون در هم‌سنجی با پیش‌آزمون افزایش معنادار و این افزایش تا در مرحله پیگیری تداوم داشته است و در نمودار ۴ و ۵ مشاهده می‌شود؛ بعد از درمان شناختی رفتاری تعامل والدین و نوجوانان افزایش یافته و در مرحله پیگیری نیز این افزایش ادامه داشته است.



نمودار۴: روند تغییر نمره تعامل مادر-فرزند نوجوانان مبتلا به ADHD در گروه‌های مورد مطالعه در مراحل پیش-آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره ویژه نوجوانان، تابستان ۱۴۰۱، پیاپی (الف)۳۴ ص ۶۵-۴۰
Family and health Quarterly, vol12, Issue A, Summer 2022, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir,



نمودار۵: روند تغییر نمره تعامل پدر-فرزند نوجوانان مبتلا به ADHD در گروه‌های مورد مطالعه در مراحل پیش-آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

جهت بررسی تفاوت گروه درمانی شناختی رفتاری با گروه گواه در تعامل با همسالان در جدول ۷ نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

جدول۷. نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری) و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در تعامل با همسالان

متغیر	مرحله	تفاوت میانگین گروه آزمایش با گواه	خطای استاندارد	P
	پیش‌آزمون	-۰/۴۶۷	۲/۴۴۷	۰/۸۵۰
تعامل با همسالان	پس‌آزمون	-۷/۳۳۳	۲/۴۳۴	۰/۰۰۵
	پیگیری	-۷/۸۰۰	۲/۳۶۱	۰/۰۰۳

با توجه به جدول ۷ تفاوت میانگین گروه درمانی شناختی رفتاری با گواه در مرحله پیش‌آزمون در تعامل با همسالان (-۰/۴۶۷) معنی‌دار نیست (P>۰/۰۵). این یافته نشان می‌دهد که بین دو گروه درمانی شناختی رفتاری و گواه در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و گروه‌ها همگن هستند.

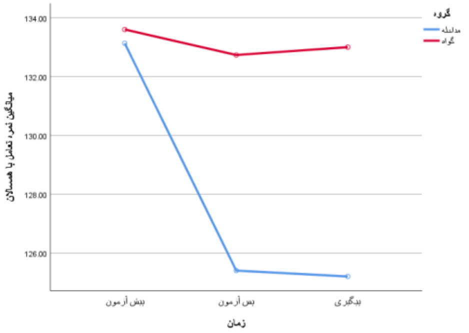
تفاوت میانگین گروه درمانی شناختی رفتاری با گواه در مرحله پس‌آزمون در تعامل با همسالان (-۷/۳۳۳) در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد در تعامل با همسالان، میانگین گروه درمان شناختی رفتاری در مرحله پس‌آزمون به صورت معنی‌داری کمتر از میانگین گروه گواه است. تفاوت میانگین گروه درمانی شناختی رفتاری با گواه در مرحله پیگیری در تعامل با همسالان (-۷/۸۰۰) در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد در تعامل با همسالان، میانگین گروه درمان شناختی رفتاری در مرحله پیگیری به صورت معنی‌داری کمتر از میانگین گروه گواه است. با توجه به این یافته، فرضیه سوم پژوهش تأیید می‌شود و می‌توان گفت که تفاوت معناداری بین بهبود تعامل با همسالان نوجوانان مبتلا به ADHD در دو گروه آزمایش و گواه،

بعد از درمان شناختی رفتاری وجود دارد و درمان شناختی رفتاری بر بهبود تعامل با همسالان در نوجوانان مبتلا به ADHD اثربخش است. جهت بررسی پایداری اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تعامل با همسالان از آزمون مقایسات زوجی با تعدیل بونفرونی در جدول ۸ نشان داده شده است.

جدول ۸. نتایج آزمون مقایسات زوجی براساس تعدیل بونفرونی در تعامل با همسالان در سه مرحله به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	مراحل		شناختی رفتاری		گواه	
			اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری
	پیش-آزمون	پس‌آزمون	۷/۷۳۳	<۰/۰۰۱	۰/۸۶۷	۰/۰۰۳
تعامل با همسالان		پیگیری	۷/۹۳۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۰۰	۰/۱۲۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۰۰	۰/۸۱۴	-۰/۲۶۷	۰/۴۳۷

نتایج آزمون تعدیل بونفرونی نشان داد، در گروه درمان شناختی رفتاری تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در تعامل با همسالان در نوجوانان مبتلا به ADHD وجود دارد؛ به‌طوری‌که میانگین نمرات تعامل با همسالان در مرحله پس‌آزمون در هم‌سنجی با پیش‌آزمون کاهش معنادار و این کاهش تا در مرحله پیگیری تداوم داشته است و در نمودار ۶ مشاهده می‌شود؛ بعد از درمان شناختی رفتاری تعامل با همسالان نوجوانان کاهش یافته و در مرحله پیگیری نیز این کاهش ادامه داشته است.



نمودار۶: روند تغییر نمره تعامل با همسالان در نوجوانان مبتلا به ADHD در گروه‌های مورد مطالعه در مراحل پیش-آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

جهت بررسی تفاوت گروه درمانی شناختی رفتاری با گروه گواه در تعامل معلم و نوجوان در جدول ۹ نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

جدول۹. نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری) و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در تعامل معلم و نوجوان

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره ویژه نوجوانان، تابستان ۱۴۰۱، پیاپی (الف)۳۴ ص ۶۵-۴۰

Family and health Quarterly, vol12, Issue A, Summer 2022, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir,

متغیر	مرحله	تفاوت میانگین گروه آزمایش با گواه	خطای استاندارد	P
	پیش‌آزمون	-۰/۸۰۰	۱/۹۳۰	۰/۶۸۲
تعامل معلم و نوجوان	پس‌آزمون	۵/۷۳۳	۱/۸۸۳	۰/۰۰۵
	پیگیری	۶/۷۳۳	۱/۸۱۴	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۹ تفاوت میانگین گروه درمانی شناختی رفتاری با گواه در مرحله پیش‌آزمون در تعامل معلم و نوجوان (۰/۸۰۰) معنی‌دار نیست (P>۰/۰۵). این یافته نشان می‌دهد که بین دو گروه درمانی شناختی رفتاری و گواه در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و گروه‌ها همگن هستند.تفاوت میانگین گروه درمانی شناختی رفتاری با گواه در مرحله پس‌آزمون در تعامل معلم و نوجوان (۵/۷۳۳) در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد در تعامل معلم و نوجوان، میانگین گروه درمان شناختی رفتاری در مرحله پس‌آزمون به صورت معنی‌داری بالاتر از میانگین گروه گواه است.

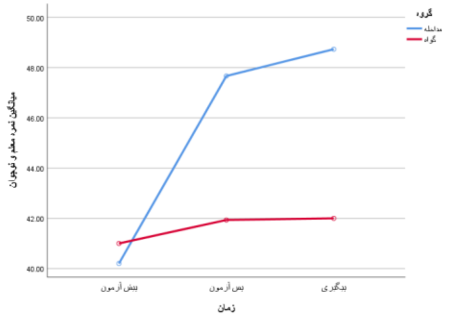
تفاوت میانگین گروه درمانی شناختی رفتاری با گواه در مرحله پیگیری در تعامل معلم و نوجوان (۶/۷۳۳) در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد در تعامل معلم و نوجوان، میانگین گروه درمان شناختی رفتاری در مرحله پیگیری به صورت معنی‌داری بالاتر از میانگین گروه گواه است. با توجه به این یافته، فرضیه چهارم پژوهش تأیید می‌شود و می‌توان گفت که تفاوت معناداری بین بهبود تعامل معلم و نوجوانان مبتلا به ADHD در دو گروه آزمایش و گواه، بعد از درمان شناختی رفتاری وجود دارد و درمان شناختی رفتاری بر بهبود تعامل معلم و نوجوانان مبتلا به ADHD اثربخش است.جهت بررسی پایداری اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تعامل معلم و نوجوان از آزمون مقایسات زوجی با تعدیل بونفرونی در جدول ۱۰ نشان داده شده است.

جدول ۱۰. نتایج آزمون مقایسات زوجی براساس تعدیل بونفرونی در تعامل معلم و نوجوان در سه مرحله به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	مراحل		شناختی رفتاری		گواه	
			اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری
	پیش-آزمون	پس‌آزمون	-۷/۴۶۷	<۰/۰۰۱	-۰/۹۳۳	۰/۰۰۱
تعامل معلم و نوجوان		پیگیری	-۸/۵۳۳	<۰/۰۰۱	-۱	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۱/۰۶۷	<۰/۰۰۱	-۰/۰۶۷	۱

نتایج آزمون تعدیل بونفرونی نشان داد، در گروه درمان شناختی رفتاری تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در تعامل معلم و نوجوانان مبتلا به ADHD وجود دارد؛ به‌طوری‌که میانگین نمرات تعامل معلم و نوجوان در مرحله پس‌آزمون در

هم‌سنجی با پیش‌آزمون افزایش معنادار و این افزایش تا در مرحله پیگیری تداوم داشته است و در نمودار ۷ مشاهده می‌شود؛ بعد از درمان شناختی رفتاری تعامل معلم و نوجوان افزایش یافته و در مرحله پیگیری نیز این افزایش ادامه داشته است.



نمودار۷: روند تغییر نمره تعامل معلم و نوجوانان مبتلا به ADHD در گروه‌های مورد مطالعه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

بحث و نتیجه گیری:

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه درمانی شناختی رفتاری ویژه نوجوانان مبتلا به ADHD بر تعامل آنها با والدینشان، معلمان و همسالان بود. یافته های این پژوهش نشان داد که مداخله تدوین شده بر مشکلات رفتاری و نشانگان اختلال در نوجوانان و همچنین مشکلات تعامل با همسالان اثر داشته است به این معنا که بعد از دریافت درمان نشانگان اختلال و مشکلات رفتاری نوجوانان و همچنین مشکلات ارتباط با همسالان کاهش یافته و در مرحله پیگیری نیز این کاهش ادامه داشته است. از سوی دیگر این مداخله توانسته است در بهبود تعاملات نوجوان و والدین و معلمان در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری موثر عمل کند.

فرضیه اول: برنامه درمانی شناختی رفتاری ویژه نوجوانان مبتلا به*ADHD* بر نشانگان اختلال مؤثر است. آزمون این فرضیه مورد تایید قرار گرفت و فرض صفر رد شد به همین دلیل می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری بر بهبود نشانگان اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی اثر بخش است. یافته های این فرضیه از منظر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود نشانگان اختلال کاستی توجه بیش فعالی با یافته های سافرن و همکاران، آنشل و همکاران، کوئیلهو و همکاران (۱۱)، چان و همکاران و اسپریچ و همکاران (۱۲) همسوست. همچنین به شکل ضمنی و از منظر اثربخشی بر بهبود مشکلات بیرونی ساز رفتاری در نوجوانان با یافته های سام مهر و همکاران (۶)، دارلا و همکاران (۲۰۱۹) و براینک و همکاران (۲۰۱۸) همسوست.به شکل کلی در مورد مکانیسم اثربخشی درمان شناختی رفتاری در بهبود نشانگان اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی می توان گفت که درمان شناختی رفتاری با تمرکزی که بر بازارزیابی شناخت ها و پذیرش جنبه های مختلف هیجانی دارد توانسته به این نوجوانان کمک کند تا در موقعیت های چالش زا بدون دست زدن به واکنش بیرونی ساز و پرخاشگرانه با موقعیت رو به رو شده و تغییرهای شناختی سازگارانه ایجاد کنند. به عبارتی در درمان شناختی و رفتاری تغییر شناختی اغلب به منظور کاهش پاسخ‌های هیجانی ناسازگارانه استفاده می‌شود. با این حال، همچنین ممکن است برای بزرگ کردن پاسخ هیجانی و حتی برای تغییر خود هیجان مورد استفاده قرار گیرد برای مثال تبدیل خشم در یک نوجوان ناسازگار به ترحم. از آنجا که معنای شخصی‌ای که به یک موقعیت داده می‌شود تعیین‌کننده است به افراد یاد داده می شود تا از خطاهای شناختی اجتناب کنند چون تاثیر قویی بر گرایش پاسخ تجربی، رفتاری و فیزیولوژیکی

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره ویژه نوجوانان، تابستان ۱۴۰۱، پیاپی (الف)۳۴ ص ۶۵-۴۰
Family and health Quarterly, vol12, Issue A, Summer 2022, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir,

که در آن موقعیت خاص ایجاد می‌شود خواهد داشت (۴). تکنیک تغییر شناختی و خطاهای شناختی که تکنیک اصلی درمان شناختی رفتاری است معمولا بر کاهش دامنه‌ای از هیجانات شامل نفرت و خشم و برون ریزی موثر است (۶).به عبارتی همسو با جی تاجیک و همکاران[1] (۱۳) می توان گفت که درمان شناختی و رفتاری به کودکان و نوجوانان دارای مشکلات رفتاری ساز کمک می کند تا از طریق مواجهه ی تدریجی با شرایط چالش برانگیز استراتژی های تطبیقی تنظیم هیجان را به کار بگیرند تا بتوانند واکنش های عاطفی و هیجانی منفی مانند خشم و تحریک پذیری را تعدیل کنند. به عبارتی هدف نهایی این است که به این کودکان آموزش داده شود تا در موقعیت های چالش زا به شکل موفقیت آمیزی هیجاناتشان را تجربه و با آن سازگاری پیدا کنند.

فرضیه دوم: برنامه درمانی شناختی رفتاری ویژه نوجوانان مبتلا به *ADHD* بر تعامل والدین و نوجوانان اثر دارد. آزمون این فرضیه مورد تایید قرار گرفت و فرض صفر رد شد به همین دلیل می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری بر بهبود تعامل والدین و نوجوانان اثرگذار است و این اثر در مرحله ی پیگیری نیز برقرار بوده است.یافته های این فرضیه ار منظر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود تعامل های اجتماعی افراد با اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی با یافته های کوئیلهو و همکاران (۱۱)، سادهیر، طاهر، ابوالقاسمی، حاجلو، نریمانی (۱۴) و حمیدی و محمدی (۱۵) همسوست. یافته های این فرضیه به شکل ضمنی با یافته سادهیر همسوست. او نشان داد که درمان شناختی رفتاری در زمینه کار با نوجوانان و درمان مشکلات هیجانی و رفتاری آنان مداخله ای موثر و کارآمد است و سبب تقویت مهارت های سازگاری در آنان می گردد و به آنان کمک می کند در کنار آمدن با موقعیت های پر چالش زای ارتباطی و همچنین مواجهه با تعارض های والد فرزند موثرتر عمل کنند.در تبیین این یافته ها می توان گفت که رفتارهای کودکان و نوجوانان مبتلا به *ADHD* با افزایش استرس در والدین آنها همراه است که بر کیفیت تعاملات والدین کودک تأثیر منفی دارند (۱۶). عملکرد خانواده و روابط والدین با فرزندان اغلب در خانواده های کودکان مبتلا به *ADHD* با مشکل روبرو می شود: در این خانواده ها شیوه های فرزندپروری ضعیف تری وجود دارد و محیطهای خانوادگی پرتنش و پرتلاطم می باشند (۱۵). درگیری بین والدین و کودک و رفتار مرتبط با تعارض به خوبی در کودکان مبتلا به *ADHD* اثبات شده است (۱۷). این مطالعات رفتارهای پرخاشگرانه و غیر سازگار، رفتار منفی و کنترل رفتاری کمتر در تعامل بین کودکان مبتلا به *ADHD* و والدین آنها را در مقایسه با کودکان در حال رشد (*TD*) و معمولی نشان می دهد (۱۷). جوانی به طور کلی یک دوره رشد است که با نیاز فزاینده به استقلال و استقلال از والدین مشخص می شود، که در بسیاری از خانواده ها باعث افزایش درگیری والدین و نوجوانان می شود (۱۶).

فرضیه سوم: برنامه درمانی شناختی رفتاری ویژه نوجوانان مبتلا به *ADHD* بر تعامل همسالان و نوجوانان اثر دارد.

آزمون این فرضیه مورد تایید قرار گرفت و فرض صفر رد شد به همین دلیل می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری بر بهبود تعامل با همسالان اثرگذار است و این اثر در مرحله ی پیگیری نیز برقرار بوده است.یافته های این فرضیه با یافته های هسلینگر و همکاران (۲۰۰۲)، هیرویکوسکی و همکاران (۲۰۱۱)، استونسون و همکاران (۲۰۰۲)، ویگینز و همکاران (۱۹۹۹) و رامسی و راستین (۱۸) همسو است.در خصوص تبیین این یافته همسو با لاچمن و همکاران[2] (۱۸) می توان گفت که درمان شناختی رفتاری

---

[1] Tajik-Parvinchi DJ et al.
[2] Lochman et al.,

از طریق تمرکزی که بر تکنیک های تغییر شناخت و بهبود هیجانات دارد به افراد کمک می کند تا استراتژی هایی مانند آگاهی هیجانی، اتخاذ چشم انداز[1]، مدیریت خشم و حل مساله را در فضای روابط بین فردیشان رشد دهند و از طریق تکالیف خانگی به مراجعان کمک می کنند تا به شکل انگیزه مندتری این مهارت ها را در فضای روابط بین فردی و زندگی روزمره شان به کار بگیرند، پر واضح است که بالارفتن این توانایی ها به افراد کمک می کند تا مدیریت بهتری بر روابطشان اعمال کنند و از مشکلات و چالش های ارتباطی بین فردی به ویژه در ارتباط با همسالان بکاهند. به همین دلیل است که مطالعات متعدد (۱۸) از اثربخشی درمان شناختی رفتاری برکاهش مشکلات بیرونی ساز در میان کودکان و نوجوانان با مشکلات ارتباطی حمایت کرده اند چرا که هر چه مهارت های ارتباطی در این کودکان و نوجوانان ارتقا یابد نیاز به بیرونی سازی ناسازگارانه هیجانات و تقابل در روابط کمتر شده و افراد با مهارت مندی بیشتری در روابط بین فردی عمل می کنند.

فرضیه چهارم: برنامه درمانی شناختی رفتاری ویژه نوجوانان مبتلا به *ADHD* بر تعامل معلمان و نوجوانان اثر دارد.

آزمون این فرضیه مورد تایید قرار گرفت و فرض صفر رد شد به همین دلیل می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری بر بهبود تعامل با معلمان و نوجوانان اثرگذار است و این اثر در مرحله ی پیگیری نیز برقرار بوده است.یافته های این فرضیه با یافته های هسلینگر و همکاران (۲۰۰۲)، هیرویکوسکی و همکاران (۲۰۱۱)، استونسون و همکاران (۲۰۰۲)، ویگینز و همکاران (۱۹۹۹) و رامسی و راستین (۱۷) همسو است.افزایش قابل توجه تعداد کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - نقص توجه در چند سال گذشته تأثیرات مهمی بر روی سیستم آموزشی داشته است. در واقع، در ایالات متحده، هزینه های اضافی توسط مدارس دولتی به نمایندگی از دانش آموزان مبتلا به *ADHD* در سال ۱۹۹۵ بیش از میلیارد دلار بوده است (۱۶). در نتیجه، علاوه بر تبدیل شدن به یک مسئله بهداشت عمومی، *ADHD* نیز به یک موضوع آموزشی مرتبط تبدیل شده است. بعلاوه، پس از دهه ها تحقیق، شکی نیست که *ADHD* ماهیتی مزمن دارد. این بیماری در اوایل کودکی نشان داده می شود و در طول کودکی و نوجوانی و تا بزرگسالی به یک درجه دردسر ساز ادامه می دهد. علائم این اختلال باعث تغییراتی در عملکرد مدرسه و خانواده و روابط با همکلاسی ها می شود و آنها یک تنظیم روانپزشکی، اجتماعی و آکادمیک طولانی مدت را با خود ندارند (۱۹) در دوره نوجوانی، کنترل و کمک والدین و معلمان در مقایسه با کودکی کاهش می یابد، در حالی که انتقال به مدرسه متوسطه نیاز به عملکرد اجرایی و به ویژه مهارت های برنامه ریزی را افزایش می دهد (۱۸). هنگامی که نوجوانان مبتلا به بیش فعالی دارای مشکلات برنامه ریزی هستند، این امر می تواند در مدرسه، خانواده و عملکرد اجتماعی اختلال ایجاد کند (۲۰). به همین دلیل هر مداخله ای که بتواند کارکردهای اجرایی دانش آموزان و به تبع آن عملکرد تحصیلی دانش آموزان را بهبود ببخشد می تواند بر تعامل دانش آموز و معلم نیز اثر بخش باشد و این همان مکانیسم اثری است که این درمان را اثربخش می کند؛ در همین راستا نتیجه ی مطالعه ی داوری نشان داد که این برنامه درمانی به صورت معنی دار بر نشانه های بالینی و کارکردهای اجرایی کودکان مبتلا مؤثر بوده است. این پژوهش به طور کلی تأیید کننده تأثیر برنامه یکپارچه درمانی شناختی - رفتاری و حرکتی خانواده محور در بهبود کاستی توجه/ بیش فعالی و کارکردهای اجرایی برای کودکان مبتلا است.

---

[1] perspective taking

خانواده و بهداشت
فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره ویژه نوجوانان، تابستان ۱۴۰۱، پیاپی (الف)۳۴ ص ۶۵-۴۰
Family and health Quarterly, vol12, Issue A, Summer 2022, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir,

ملاحضات اخلاقی:

قبل از برگزاری آزمون به والدین گفته شد که تصمیم داریم پژوهشی انجام دهیم تا درآن اثربخشی برنامه درمانی شناختی رفتاری ویژه نوجوانان مبتلا به *ADHD* بر تعامل آن ها با معلمان را بررسی کنیم. و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات نوشته شده شما، کاملاًً محرمانه بوده و در اختیار هیچ کس قرار نخواهد گرفت و به دلیل وسواس والدین تصمیم گرفتیم فقط از نام کودکان و سن آنان در پرسشنامه استفاده شود و درصورتی که نام کودکان مشابه بود با علامت اختصاری مشخص شود.

محدودیت‌های پژوهش:

کودکان دارای اختلال *ADHD* در برخی روزها به دلایل گوناگون دچار به‌هم‌ریختگی و بدرفتاری‌های شدید می‌گردند، این مسئله در طول اجرای روش مداخله‌ای حاضر همواره، مشکل‌ساز بوده و ادامه کار را با سختی همراه می‌کرد؛ همچنین این پژوهش، در محدوده سنی ۱۲ تا ۱۸ سال لحاظ شده است و کودکان دوره ابتدایی را شامل می‌شود و قابل‌تعمیم به‌تمامی سنین نیست.

کاربرد پژوهش:

در نهایت با توجه به نتایج پژوهش و تأثیر به سزای برنامه درمانی شناختی رفتاری ویژه نوجوانان مبتلا به *ADHD* بر تعامل آن ها با معلمان، پیشنهاد می‌گردد که از این برنامه تدوین شده در جهت بالا بردن تعامل معلمان و نوجوانان استفاده گردد.

تضاد منافع:

هیچ‌گونه تضاد منافعی بین نویسندگان وجود ندارد.

References

1. Lambez B., Harwood-Gross A., Golumbic E., Rassovsky Y.. Non-pharmacological interventions for cognitive difficulties in ADHD: A systematic review and meta-analysis. J psychiatric research, 2020; 120: 40-55.

2. Amouzadeh F., Gharayagh Zandi H., Moradi Sabzevar M., Rostami R., Moghadam Zadeh A.. Impact of video game Minecraft on the cognitive flexibility of ADHD athletes student, shenakht J Psychology and Psychiatry, 2021; 8(2): 24-38.

3.Zayats T, Neale B. Recent advances in understanding of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): how genetics are shaping our conceptualization of this disorder. F1000Research, 8; 2019.

4.O’Brien JW, Dowell LR, Mostofsky SH, Denckla MB, Mahone EM. Neuropsychological profile of executive function in girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. Arch Clin Neuropsychol , 2010; 25(7):656–70.

5.Linda Plantin Ewe. ADHD symptoms and the teacher–student relationship: a systematic literature review, Emotional and Behavioural Difficulties, 2019; 24:2, 136-155, DOI: 10.1080/13632752.2019.1597562

6. Sammehr V., Farshbaf Manisefat F., Khademi A., Shabani R.. A comparative analysis of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and hypnotherapy on improving emotional regulation and communication skills of adolescents with oppositional defiant disorder, shenakht J Psychology and Psychiatry, 2022; 9(1): 57-72.

7.Weersing V.R., Jeffreys M., Do M.C.T., Schwartz K.T., Bolano C.. Evidence base update of psychosocial treatments for child and adolescent depression. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 2017: 46(1): 11-43.

8. Pan M.R., Huang F., Zhao M.J., Wang Y.F., Wang Y.F., Qian Q.J.. A comparison of efficacy between cognitive behavioral therapy (CBT) and CBT combined with medication in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Psychiatry research, 2019; 279: 23–33. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.06.040

9.Gould K.L., Porter M., Lyneham H.J., Hudson J.L. Cognitive-Behavioral Therapy for Children With Anxiety and Comorbid Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. J the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2018; 57(7): 481–490.e2. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.03.021

10.Beyrami M., Hashemi T., Fathiazar E., Alaie P.. Effectiveness of Shame Management Training Based on PEGS Program in Reducing Female Adolescents' Bullying. J Modern Psychological Researches, 2015; 10(39): 1-23.

11.Coelho L.F., Barbosa D.L.F., Rizzutti S., Bueno O.F.A., Miranda M.C. Group cognitive behavioral therapy for children and adolescents with ADHD. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2017: 30.

12.Sprich S.E., Safren S.A., Finkelstein D., Remmert J. E., Hammerness P.. A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for ADHD in medication-treated adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2016:57(11): 1218-1226.

13.Tajik-Parvinchi D.J., Farmus L., Cribbie R., Albaum C., Weiss J.A.. Clinical and parental predictors of emotion regulation following cognitive behaviour therapy in children with autism. Autism. 2020; 24(4):851-866. doi:10.1177/1362361320909178

14.Taher M., Abolghasemi A., Hajloo N., Narimani M.. The Comparison of Efficacy of Empathy and Anger Management Trainings on Social Cognition and Symptoms of Students with Oppositional Defiant Disorder. J Child Ment Health 2016; 2 (4) :59-74 URL: http://childmentalhealth.ir/article-1-83-fa.html

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره ویژه نوجوانان، تابستان ۱۴۰۱، پیاپی (الف)۳۴ ص ۶۵-۴۰

Family and health Quarterly, vol12, Issue A, Summer 2022, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir,

15.Hamidi F., mohamadi khorsandi F.. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Counseling of Parents on the Behavioral Disorders of their ADHD Children. Empowering Exceptional Children, 2017; 8(2): 50-60.

16 Lochman J.E., Powell N.P., Boxmeyer C.L., Jimenez-Camargo L.. Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders in children and adolescents. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 2001; 20(2): 305e318

17. Sanatgar R., Esmaeili M.. The effectiveness of group play therapy on social acceptance and hope in children with cancer, J Applied Family Therapy, 2020; 1(2): 125-140.

18. Luo Y., Weibman D., Halperin J., Li X.. A review of heterogeneity in attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Frontiers in human neuroscience, 2019;13: 42.

19. Biederman J., DiSalvo M., Woodworth K.Y., Fried R., Uchida M., Biederman I., Faraone S. V.. Toward operationalizing deficient emotional self-regulation in newly referred adults with ADHD: A receiver operator characteristic curve analysis. European Psychiatry, 2020; 63(1).

20.Steiner H., Remsing L.. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007; 46(1): 126-141. http://dx.doi.org/10.1097/01.chi.0000246060.62706.af.