

## اثر آموزش گروهی مهارت‌های شناختی- رفتاری براضطراب آشکار کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی

دکتر چنگیز رحیمی\*\*\*

دکتر نوراله محمدی\*\*

مرجان آل بهبهانی\*

دانشگاه شیراز

### چکیده

هدف این پژوهش، بررسی آموزش گروهی مهارت‌های شناختی- رفتاری متمرکز بر کودک و مادر+ کودک براضطراب آشکار کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی (ADHD) است. به این منظور، ابتدا جامعه‌ی آماری دانش آموزان پسر پایه‌ی پنجم دبستان شیراز که به ADHD مبتلا بودند، بر اساس نتایج فرم معلمان پرسشنامه‌ی ADHD و مصاحبه‌ی تشخیصی، مشخص شد. سپس یک گروه نمونه‌ی ۵۷ نفری از این جامعه به طور تصادفی انتخاب گردید. این گروه نمونه با حجم مساوی دردو گروه آزمایشی (آموزش متمرکز بر کودک و آموزش متمرکز بر مادر+ کودک) و یک گروه کنترل جایگزین شدند. در این تحقیق، آزمودنی‌ها به مقیاس اضطراب آشکار دردو موقعیت پیش آزمون و پس آزمون، همزمان پاسخ داده و معلمان آنها نیز پرسشنامه‌ی ADHD را کامل کردند. تحلیل داده‌ها نشان داد که: ۱) آموزش مهارت‌های شناختی- رفتاری متمرکز بر کودک و متمرکز بر مادر + کودک در مقایسه با گروه کنترل، به کاهش معناداری درعلایم فیزیولوژیکی اضطراب کودکان ADHD منتهی شد ( $p < 0/01$ ). ۲) آموزش متمرکز بر مادر + کودک در مقایسه با گروه آزمایشی کودک و گروه کنترل درکاهش نگرانی و حساسیت مفرط کودکان، تاثیر معناداری داشت ( $p < 0/01$ ). ۳) آموزش متمرکز بر

دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۸/۲۵

ارسال جهت اصلاحات: ۱۳۸۹/۳/۲۲

دریافت اصلاحات: ۱۳۸۹/۴/۱۶

اصلاحات مجدد: ۱۳۸۹/۷/۵

پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۸/۱۱

\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

\*\* دانشیار بخش روانشناسی بالینی

\*\*\* استادیار بخش روانشناسی بالینی

مادر + کودک در مقایسه با گروه آزمایشی کودک و گروه کنترل درکاهش اضطراب آشکارکودکان، تاثیر معناداری داشت ( $p < 0/01$ ).

**واژه‌های کلیدی:** اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی، اضطراب آشکار کودک، آموزش گروهی مهارت‌های شناختی- رفتاری.

### ۱. مقدمه

اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی<sup>۱</sup> یک اختلال ناهمگون و چند علتی است. نارسایی توجه، فزون کنشی و تکانشگری از نشانه‌های اصلی این اختلال محسوب می‌شوند. به طور کلی، این گونه نشانه‌ها قابل تشخیص بوده و در طول دوره‌ی رشد پایدار خواهند بود. البته کودکان مبتلا به این اختلال، اغلب از اختلال‌های دیگری؛ مانند اختلال رفتار هنجاری<sup>۲</sup> و افسردگی نیز رنج برده و در ویژگی‌هایی؛ مانند مهارت‌های اجتماعی<sup>۳</sup> و حرمت خود<sup>۴</sup> نارسایی دارند (بارکلی، ۲۰۰۰).

در چهارمین مجموعه‌ی تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۵</sup> (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴)، اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی در سه نوع متفاوت متمایز شده است: (۱) نوع مختلط که در آن نشانه‌های نارسایی توجه، فزون کنشی و تکانشگری<sup>۶</sup> همزمان مشاهده می‌شوند. (۲) نوع بی توجهی که با حضور نشانه‌های نارسایی توجه و فقدان نشانه‌های فزون کنشی و تکانشگری مشخص می‌شود و (۳) نوع فزون کنشی/ تکانشگری که بر اساس وجود نشانه‌های فزون کنشی/ تکانشگری و فقدان نشانه‌های نارسایی توجه متمایز می‌گردد.

فراوانی اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی در حدود ۵-۳ درصد کل کودکان است. در سن دبستان، این فراوانی به ۲۰-۱۰ درصد می‌رسد. میزان شیوع این اختلال در پسرها بیش از دخترها به نسبت ۹-۴ به ۱ گزارش شده است. اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی بیشتر در دوره‌ی کودکی و نوجوانی تشخیص داده شده است، که در ۳۰ تا ۷۰ درصد موارد، این اختلال تا دوره‌ی بزرگسالی نیز ادامه دارد (بارکلی، ۲۰۰۰؛ جوهانسن، آسه، مه‌یر و ساجوالدن، ۲۰۰۲؛ هندرسون، ۲۰۰۳ و بیدرمن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵).

در تحقیق‌های دیگر، نشانه‌های همبود<sup>۷</sup> دیگری؛ مانند عدم رضایت مندی، نارسایی در تشخیص و بیان هیجان‌ها، عدم وجود خود مهارگری<sup>۸</sup>، ناتوانی یادگیری، نارسایی شناختی و حرکتی، خلق پایین، اضطراب و مشکلات اجتماعی، توام با اختلال نارسایی توجه/ فزون

کنشی گزارش شده است (سولانتو، ۱۹۹۰؛ گلدشتاین و گلدشتاین، ۱۹۹۸؛ کاتاریا، هال، ونگ و کیس، ۱۹۹۸؛ برگمن، ۱۹۹۱؛ کالف، دسونویل، هارکز، هندریکن، کروز، فزون، استیرت، ونزین، ولز و جولز، ۲۰۰۳؛ بیدرمن، ۲۰۰۵، نیکسون، ۲۰۰۱ و باکر و کنت ول، ۱۹۹۲).

اختلال های اضطرابی با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی، همبودی قابل توجهی دارد. بیش از ۲۵ درصد از کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی، واجد ملاک های تشخیصی حداقل یکی از اختلال های اضطرابی نیز هستند (آنگولد، کاستلو و ارکانلی، ۱۹۹۹؛ جنسون، مارتین و کانت ول، ۱۹۹۷ و بیدرمن، ۲۰۰۵). نتایج تحقیق های متعدد (گلدشتاین و گلدشتاین، ۱۹۹۸ و بیدرمن، فاراتون، کینان، استینگارو و تسوانگ، ۱۹۹۱) نشان داد، احتمال ابتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی در فرزندان والدینی که از اختلال های اضطرابی رنج می برند، بیشتر است.

تاریخچه ی زندگی کودکانی که همزمان از اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی و اختلال اضطرابی رنج می برند نشان می دهد، که این گونه کودکان در مقایسه با کودکانی که به طور صرف به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی مبتلا بوده، رویدادهای استرس آمیز بیشتری؛ مانند طلاق و جدایی والدین و تعارض های خانوادگی را تجربه کرده اند (تانوک، پورویز و اسکچر، ۱۹۹۳).

نتایج تعدادی از تحقیق ها (فهلینگ، روبرتز، هامفریز و داو، ۱۹۹۱؛ میچین بام و گودمن، ۱۹۷۱؛ برکلی، ادواردز، لانری، فلنچر و میتوا، ۲۰۰۱) نشان دادند، که مداخله ی روانی - آموزشی<sup>۹</sup>، تاثیر قابل ملاحظه ای بر نشانه های اصلی (مشکلات بی توجهی<sup>۱۰</sup>، فزون کنشی و تکانشگری) اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی دارد. این گونه روش های درمانی می توانند، نشانه های همبسته و اختلال های همبود با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی؛ مانند اختلال اضطرابی را نیز بهبود بخشند. نتایج تحقیق دیگری (سافرن، اسپریچ، کالویک و اوتو، ۲۰۰۴) نشان داد، که مداخله ی روانی - تربیتی می تواند بطور معناداری اثر درمان دارویی را نیز تثبیت کند. نتایج پاره ای دیگر از تحقیق ها، به تاثیر مؤثر درمان ترکیبی (دارودرمانی + درمان های روانشناختی) اشاره کردند (آنستاپولوس، دوپائول و بارکلی، ۱۹۹۱).

در مجموع ضروری است، در برنامه ریزی طرح های درمانی برای مهار اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی، از تکنیک هایی استفاده شود که به کاهش نشانه های همبسته<sup>۱۱</sup> و اختلال های همبود با این اختلال نیز منجر گردد. چرا که تمرکز صرف روی نشانه های

اصلی اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی (مشکلات بی توجهی، فزون کنشی و تکانشگری) به تنهایی نمی تواند به تثبیت و پایداری اثر درمانی منتهی گردد. همچنین، نشانه‌های همبسته و اختلال همبود، به خصوص اضطراب، می‌توانند عوامل و شرایط بروز مجدد یا وخیم تر شدن اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی را فراهم آورند.

هدف این پژوهش، بررسی اثر آموزش گروهی مهارت‌های شناختی- رفتاری به کودک و کودک + مادر، بر اضطراب آشکار<sup>۱۲</sup> در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی است. براین اساس، این تحقیق در پی آزمون این فرضیه بود، که آموزش مهارت‌های شناختی- رفتاری به کودک و به کودک + مادر، بر اضطراب آشکار (نشانه‌های فیزیولوژیکی اضطراب<sup>۱۳</sup>، نگرانی و حساسیت مفرط<sup>۱۴</sup> و ترس/ تمرکز<sup>۱۵</sup>) کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی، تاثیر معناداری دارد.

## ۲. روش

### ۲-۱. آزمودنی‌ها

این پژوهش در چارچوب یک طرح آزمایش دوگروهی با گروه کنترل و پیش آزمون و آزمون نهایی انجام گردید. در این پژوهش، جامعه‌ی آماری شامل ۱۳۰ دانش آموزان پسر، سن ۱۰ تا ۱۲، پایه‌ی پنجم مدارس ابتدایی ناحیه‌ی دو و سه آموزش و پرورش شهر شیراز در سال تحصیلی ۸۴-۸۳ بود، که بر اساس ضوابط و ملاک‌های چهارمین مجموعه‌ی تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۱۶</sup>، ۱۹۹۴)، سیاهه‌ی نشانه شناسی اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی<sup>۱۷</sup> و مصاحبه‌ی تشخیصی<sup>۱۸</sup>، به عنوان کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی شناخته شدند. از این دانش آموزان، یک گروه نمونه با حجم ۵۷ نفر، به روش تصادفی ساده انتخاب گردید و به تعداد مساوی در دو گروه آزمایشی، گروه آموزشی کودک (n= ۱۹) و گروه آموزشی کودک + مادر (n= ۱۹) و یک گروه کنترل (n= ۱۹) جایگزین شدند. در نهایت، با توجه به افت آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایشی در پایان دوره‌ی درمان، حجم کل نمونه به ۵۲ نفر رسید که حجم نمونه در دو گروه آزمایشی، آموزش متمرکز بر کودک به ۱۶ کودک و گروه آموزش کودک+مادر به ۱۷ نفر کاهش یافت.

### ۲-۲. ابزار سنجش

برای تشخیص افراد مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی از پرسشنامه‌ی نشانه شناسی اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی (فرم معلمان) استفاده شد. این پرسشنامه، بر

اساس ضوابط تشخیصی چهارمین مجموعه‌ی تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) تدوین شده است. در پژوهشی، توکلی زاده (۱۳۷۵) حساسیت این آزمون را ۰/۷۵ و ویژگی آن را ۰/۹۲ گزارش کرده است. شریعت زاده (۱۳۷۷) نیز اعتبار این آزمون از طریق آلفای کرونباخ را ۰/۹۲، حساسیت را ۰/۹۴ و ویژگی آن را ۰/۶۷ برآورد کرده است.

برای گردآوری داده‌ها، از مقیاس تجدید نظر شده‌ی اضطراب آشکار کودکان<sup>۱۹</sup> استفاده شد. این مقیاس، سه عامل مختلف علائم فیزیولوژیکی اضطراب، نگرانی و حساسیت مغرط و ترس / تمرکز را مورد سنجش قرار می‌دهد. درایران نتایج تحقیق تقوی و علیشاهی (۱۳۸۲) نشان داد، که این ابزار واجد اعتبار و روایی است. اعتبار این مقیاس از طریق بازآزمایی آزمون مجدد ۰/۶۷ محاسبه شده و روایی آن نیز با مقایسه‌ی تفکیکی بین دو گروه بیماران اضطرابی و افراد بهنجار به دست آمد ( $p < ۰/۰۰۱$ ).

### ۳-۲. روش مداخله

آموزش متمرکز بر کودک و آموزش متمرکز بر کودک + مادر را دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی انجام داد. کل فرآیند آموزش در مرکز مشاوره‌ی دانشگاه شیراز انجام گرفت. هر جلسه با بررسی تکلیف خانگی آغاز شد و با آموزش مهارت هدف ادامه یافت و در نهایت، جلسه با تمرین و ایفای نقش مهارت اکتسابی و تعیین تکلیف خانگی برای جلسه‌ی بعد به پایان می‌رسید. این ساختار، در گروه آموزشی کودک و گروه آموزشی مادر یکسان بود. درگروه متمرکز بر کودک، به طور صرف کودکان مبتلا به نارسایی توجه / فزون کنشی حضور داشتند. در گروه متمرکز بر کودک + مادر، نیز علاوه بر کودکانی که به طور مستقل، آموزش مهارت شناختی- رفتاری دریافت کردند، مادران آنها نیز درگروه‌های مستقل مهارت‌های شناختی- رفتاری را کسب کردند.

آموزش متمرکز بر کودک به مدت نه هفته، هر هفته یک جلسه‌ی ۴۵ دقیقه‌ای انجام شد. این برنامه به استناد برنامه‌های آموزشی و درمانی گلدشتاین و گلدشتاین (۱۹۹۸)، رینکز (۱۹۹۹) و بارکلی (۲۰۰۰) تنظیم گردید. اهداف درمانی در برنامه‌ی متمرکز بر کودک عبارت بود از: ۱) شناخت و متمایز سازی هیجان‌های مختلف؛ مانند، حسادت، شادی، غم، ... و بررسی این تجربه‌های هیجانی در داستان‌ها و اشعار (۲) طبقه بندی هیجان‌ها در طبقات هم خانواده در قالب کلمات مثبت و منفی (۳) شناسایی احساس خشم و روش مهار آن در موقعیت‌های منزل و مدرسه (۴) آموزش گام به گام مهارت حل مساله و تمرین این مهارت در موقعیت‌های فرضی و واقعی برای رسیدن به راه حل مؤثرتر (۵) آموزش شناخت تنش

عضلانی، آرام سازی و تنفس صحیح ۶) تمرکز بر پایداری توجه روی محرک‌های خاص (۷) آموزش مهارت تماس چشمی، رعایت نوبت حرف زدن و پرسیدن سؤال و (۸) آموزش مهارت عذرخواهی (نه گفتن) و ابراز احساس‌ها بر حسب موقعیت، زمان و مکان مناسب. آموزش مهارت‌های شناختی-رفتاری متمرکز بر مادر نیز براساس برنامه‌ی آموزشی و درمانی بارکلی (۲۰۰۰) تدوین شد. اهداف این برنامه عبارت بود از: (۱) اطلاع رسانی به مادران در مورد نشانه‌ها و علل اختلال (۲) آشنایی مادران نسبت به مشکلات کودک در حوزه‌ی روابط بین فردی در موقعیت‌های خانواده و مدرسه (۳) آموزش انواع تقویت‌ها و استفاده از سیستم ژتونی برای ایجاد مهارت‌های جدید (۴) استفاده از روش‌های خاموش سازی و محرومیت برای حذف رفتارهای نامطلوب (۴) آموزش مراحل حل مساله و به کارگیری آن در موقعیت‌های فرضی و واقعی (۵) تشخیص باورهای غیر منطقی و افراطی مادران نسبت به مشکلات موجود و جستجوی افکار مثبت جانشین و (۶) شناخت تنش عضلانی و آرام سازی و تنفس صحیح. در مجموع، آموزش شناختی-رفتاری به مادران تقریباً دو ماه طول کشید، که مدت زمان هر جلسه ۱۰۵ دقیقه بود.

### ۳. یافته‌ها

جدول‌های شماره ۱ و ۲، شاخص‌های توصیفی متغیرها را در گروه‌های آزمایشی کودک، مادر+ کودک و کنترل در موقعیت‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهند.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نشانه‌های فیزیولوژیک اضطراب و حساسیت مفرط در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر		نشانه‌های فیزیولوژیک اضطراب				نگرانی و حساسیت مفرط	
زمان	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	
شاخص گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
کودک	۱۵/۴۱	۲/۲۶	۲۸/۷۲	۲/۷۶	۱۵/۸۷	۲/۳۰	
مادر+کودک	۱۵/۲۶	۱/۸۸	۲۹/۴۱	۲/۷۸	۱۵/۴۲	۲/۳۰	
کنترل	۱۵/۴۲	۲/۳۲	۲۶	۴/۹۸	۱۵/۲۹	۱/۸۶	

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار ترس / تمرکز و اضطراب آشکار در موقعیت های پیش آزمون و پس آزمون

متغیر		ترس و تمرکز				اضطراب آشکار	
شاخص گروه	زمان	پیش آزمون		پس آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کودک	۱۴/۰۶	۱/۶۰	۱۳/۸۱	۱/۶۱۱	۴۵/۰۹	۱/۸۶	۶۸/۲۹
مادر+کودک	۱۳/۳۵	۱/۱۱۴	۱۲/۳۵	۱/۵۷	۴۴/۱۹	۱/۱۱۴	۶۸/۰۸
کنترل	۱۳/۵۷	۱/۵۸	۱۳/۷۳	۱/۹۱	۴۴/۲۸	۱/۵۸	۶۶/۱۴

به منظور بررسی اثر درمانی برنامه‌ی آموزشی بر هر یک از علایم فیزیولوژیکی، نگرانی و حساسیت مفرط، ترس / تمرکز و اضطراب کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی، از تجزیه و تحلیل واریانس یک راه استفاده گردید.

برای بررسی اثر آموزش گروهی مهارت های شناختی - رفتاری بر علایم فیزیولوژیکی اضطراب، تفاوت نمره های پیش آزمون و پس آزمون مورد تحلیل قرار گرفت که با توجه به میزان  $F=3/72$  و درجه های آزادی ۲ و ۴۹ می توان گفت، که بین میانگین های تفاوت در سه گروه آزمایشی کودک، کودک+مادر و کنترل از لحاظ علایم فیزیولوژیکی اضطراب، تفاوت معناداری وجود دارد ( $P<0/03$ ). نتایج تفاوت بین این سه گروه نیز در جدول شماره ۳ نشان داده شده اند.

جدول ۳: نتایج آزمون شفه برای مقایسه ی میانگین ها در سه گروه: (۱) کنترل، (۲) آزمایشی کودک و (۳) آزمایشی مادر+کودک در متغیر علایم فیزیولوژیکی اضطراب

گروه ها	تفاوت میانگین ها	p
۱	۲	۰/۰۴
۳	۳/۵۳	۰/۰۰۲
۱	۲/۷۲	۰/۰۴
۳	۰/۵۸	۰/۳۷

جدول شماره ۳ نشان می دهد، که میانگین متغیر علایم فیزیولوژیکی اضطراب گروه

آزمایشی مادر + کودک (گروه ۳) و آزمایشی کودک (گروه ۲) با گروه کنترل (گروه ۱) متفاوت اند. در حالی که بین گروه آزمایشی کودک و گروه مادر + کودک تفاوت معناداری وجود ندارد.

به منظور بررسی اثر آموزش گروهی مهارت‌های شناختی- رفتاری بر متغیر نگرانی و حساسیت مفرط، تفاوت نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون مورد تحلیل قرار گرفت. با توجه به میزان  $F=3/61$  و درجه‌های آزادی ۲ و ۴۹ باید گفت، که بین میانگین‌های تفاوت در سه گروه آزمایشی کودک، کودک+مادر و کنترل از لحاظ متغیر نگرانی و حساسیت مفرط، تفاوت معناداری وجود دارد ( $P<0/03$ ). نتایج آزمون شفه درمورد تفاوت‌های موجود در جدول زیر نشان داده شده اند.

جدول ۴: نتایج آزمون شفه برای مقایسه‌ی میانگین‌ها در سه گروه: (۱) کنترل، (۲) آزمایشی کودک و (۳) آزمایشی مادر+کودک در متغیر نگرانی و حساسیت مفرط

p	تفاوت میانگین‌ها	گروه‌ها	
۰/۶۲۲	۱/۱۹۰	۲	۱
۰/۰۳۶	۳/۱۹	۳	۱
۰/۶۲۲	۱/۱۹۰	۱	۲
۰/۲۸۴	۲/۰۰۷	۳	۲

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد، که بین گروه آزمایشی مادر+ کودک (گروه ۳) و کنترل (گروه ۱) تفاوت معنادار وجود دارد، اما تفاوت بین گروه‌های آزمایشی کودک و کنترل از لحاظ نگرانی و حساسیت مفرط، معنادار نیست.

به منظور بررسی اثر آموزش گروهی مهارت‌های شناختی- رفتاری بر متغیر جهت متغیر ترس و تمرکز، تفاوت نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون مورد تحلیل قرار گرفت. با توجه به میزان  $F=2/88$  می‌توان گفت، که بین میانگین‌های تفاوت در سه گروه آزمایشی کودک، کودک+مادر و کنترل از لحاظ متغیر جهت متغیر ترس و تمرکز، تفاوت معناداری وجود ندارد. اما، اثر آموزش گروهی مهارت‌های شناختی- رفتاری بر متغیر جهت متغیر اضطراب آشکار، معنادار بود ( $P<0/03$ ). این تفاوت‌ها از طریق آزمون شفه، مشخص و در جدول ۵ نشان داده شدند.



جدول ۹: نتایج آزمون شفه برای مقایسه‌ی میانگین‌ها در سه گروه: (۱) کنترل، (۲) آزمایشی کودک و (۳) آزمایشی مادر+کودک در متغیر اضطراب آشکار

p	تفاوت میانگین‌ها	گروه‌ها	
		۲	۱
۰/۵۹	۲/۰۱	۲	۱
۰/۰۳۶	۳/۱۹	۳	
۰/۵۹	۲/۰۱	۱	۲
۰/۷۴	۱/۱۸	۳	

نتایج مقایسه‌ی میانگین‌ها در جدول نشان می‌دهد، که میانگین متغیر اضطراب آشکار گروه آزمایشی مادر + کودک (گروه ۳) در مقایسه با میانگین همان متغیر در گروه آزمایشی کودک (گروه ۲) و کنترل (گروه ۱) متفاوت است ( $P < 0/05$ ).

#### ۴. بحث و نتیجه‌گیری

مهمترین یافته‌ی این تحقیق نشانگر این است، که بین سه گروه آزمایشی و کنترل از لحاظ اضطراب آشکار، تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، تاثیر درمانی برنامه‌ی آموزشی در گروه مادر+کودک در مقایسه با گروه کودک و کنترل، به طور معناداری بیشتر بود. نتایج پاره‌ای از تحقیق‌ها (روه‌د، کلارک، مک جورج‌سنن و سیلی، ۲۰۰۴؛ رهد، کلارک، لوین سوهن، سیلی و کافمن، ۲۰۰۱ و رسلو و برنال، ۱۹۹۹) نشان داد، که مداخله‌های شناختی- رفتاری بر نارسایی توجه/فزون کنشی تاثیر دارد. نتایج تحقیق‌های دیگری نیز تاثیر مؤثر درمان‌های ترکیبی (روانشناختی + دارویی) را تایید کردند (واندر اورد، و پرینز، اوسترلان ایمل کامپ، ۲۰۰۷؛ جنسن، آرنولد، ساوانسون، ویتیلو، آیکوف، گرین هیل و همکاران، ۲۰۰۷؛ جنسن، هینشاو، کرایمر، لنورا؛ نیوکورن،، آبی کف و همکاران، ۲۰۰۱؛ کلکو، باکستین و بارون، ۱۹۹۹ و کلین و آبی کف، ۱۹۹۷).

یافته‌ی دیگر این تحقیق حاکی از این است، که بین سه گروه آزمایشی کودک، کودک+مادر و گروه کنترل از لحاظ نشانه‌های جسمانی اضطراب، تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، نشانه‌های جسمانی اضطراب پس از مداخله، گروه مادر+کودک و گروه کودک به طور معناداری بیش از گروه کنترل کاهش یافت. اما اثر درمانی برنامه‌ی آموزشی در گروه آزمایشی کودک و گروه ترکیبی مادر+کودک، متفاوت نبود. علاوه بر این،

اثر درمانی برنامه‌ی آموزشی در گروه ترکیبی مادر+کودک از لحاظ نگرانی و حساسیت مفرط، به طور معناداری بیش از گروه کنترل بود. اما بین گروه آزمایشی کودک و کنترل از لحاظ نگرانی و حساسیت مفرط، تفاوت معنادار مشاهده نشد. در نهایت، پس از اجرای برنامه‌ی آموزشی، تاثیر معناداری بر میزان ترس/ تمرکز در گروه‌های آزمایشی مشاهده نشد. نتایج تحقیق‌های متعدد (فهلینگ، روبرتر، هامفریز و داو، ۱۹۹۱؛ میچین بام و گودمن، ۱۹۷۱؛ برکلی، ادواردز، لانری، فلتچر و میتوا، ۲۰۰۱) نشان دادند، که درمان روانی-آموزشی، تاثیر قابل ملاحظه‌ای بر نشانه‌های اصلی (مشکلات بی توجهی، فزون کنشی و تکانشگری) اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی دارد. علاوه بر این، این گونه روش‌های درمانی، تاثیر قابل توجهی بر اختلال اضطرابی همبود با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی داشتند.

در مجموع، کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی با اختلال اضطرابی همبود در مقایسه با کودکان با نارسایی توجه/ فزون کنشی بدون اختلال اضطرابی همبود، نسبت به درمان مقاوم تر هستند (هین شاو، ۲۰۰۷). بنابراین، رویکرد آموزشی و درمانی متمرکز بر مهارت‌های شناختی - رفتاری می‌توانند نگرش والدین را نسبت به مشکلات کودک در حوزه‌ی روابط بین فردی و خطاهای شناختی تغییر داده و آنها را در ترمیم و درمان این گونه پدیده‌ها به کودک خود یاری رسانند. با به کارگیری صحیح انواع تقویت‌ها، سیستم ژتونی جهت احیا و ایجاد رفتارهای جدید از یک سو و استفاده از روش‌های خاموش سازی رفتار نامطلوب از سوی دیگر، والدین می‌توانند به خوبی رفتار خود، کودک و خانواده را کارگردانی کنند. در این صورت، سطح نگرانی و اضطراب اعضای خانواده و کودک مبتلا به نارسایی توجه/ فزون کنشی تقلیل می‌یابد. علاوه بر این، یادگیری سبک‌های حل مساله در هنگام مواجهه با موقعیت‌های مساله دار، تشخیص صحیح و سریع افکار غیر منطقی و جایگزین سازی افکار مثبت، زمینه ساز شکل گیری یک احساس خوب در والدین و کودکان بیمار آنها خواهد بود. نتیجه‌ی نهایی این که برنامه‌ی آموزشی متمرکز بر کودک + خانواده، در مقایسه با تمرکز درمانی صرف بر کودک، به تغییر رفتاری بیشتری در کودک منتهی می‌گردد.

عدم وجود مرحله‌ی پیگیری از محدودیت‌های این تحقیق بود. با این وجود، پیشنهاد می‌گردد که در تحقیق‌های بعدی اثر برنامه‌های آموزشی مهارت‌های شناختی- رفتاری در مرحله‌ی پیگیری نیز مورد سنجش قرار گیرد. نتیجه‌ی نهایی این که، اختلال‌های

اثر آموزش گروهی مهارت های شناختی- رفتاری بر اضطراب آشکار کودکان با ... ۱۱

همبود با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی، مقاومت را نسبت به درمان افزایش می دهند. بنابراین برنامه های آموزشی چند بعدی که بتواند علاوه بر مراجع، اعضای خانواده به ویژه والدین را نیز در برگیرد، در مهار مشکلات افراد با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی مؤثرترند.

### یادداشت ها

1. Attention deficit/ hyperactivity disorder (ADHD)
2. Conduct disorder
3. Social skills
4. Self-esteem
5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition (DSM-IV)
6. Impulsiveness
7. comorbidity
8. Self-control
9. Psycho-educational intervention
10. Inattention
11. Correlation
12. Manifest anxiety
13. Physiological signs of anxiety
14. Worry and oversensitivity
15. Fear/ Concentration
16. American Psychiatric Association (APA)
17. ADHD- Symptoms Inventories
18. Diagnostic interview
19. Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS)

### منابع

#### الف. فارسی

- تقوی، محمد رضا و علیشاهی، محمدجواد. (۱۳۸۲). بررسی اعتبار و روایی مقیاس اضطراب آشکار کودکان، مجله‌ی روانشناسی. ۳ (۷): ۳۴۲-۳۵۵.
- توکلی زاده، جهانشیر. (۱۳۷۵). همه گیر شناسی اختلال های رفتار ایدایی و کمبود توجه در دانش آموزان مقطع ابتدایی شهر گناباد، پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه علامه طباطبایی،
- شریعت زاده، زهرا. (۱۳۷۷). هنجاریابی و بررسی اعتبار و پایایی پرسشنامه‌ی علایم مرضی کودک فرم CS14 در دانش آموزان ابتدایی شهر اسلام آباد غرب، پایان

ب. انگلیسی

- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4 rd.). Washington, DC: Author.
- Angold, A. , Costello, E.J. & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Applied Disciplines*, 40: 57-87.
- Anastopoulos, A. D. Dupaul, G. J. & Barkley, R. A. (1991). Stimulant medication and parent training therapies for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Learning Disabilities*. 24: 210-218.
- Barker, I. & Cantwell, D. P. (1992). Attention deficit disorder and speech/ language disorders. *Comprehensive Mental Health Care*, 2: 3-16.
- Barkley, R. A. (2000). Taking charge of ADHD. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. Edwards, G. Laneri, M. Fletcher, K. & Meteavia, L. (2001). The efficacy of problem solving communication training alone, and their combination for parent- adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 69: 926-941.
- Biederman, J. (2005). Attention deficit/hyperactivity disorder: A selective overview. *Biological Psychiatry*, 57: 1215-1220.
- Biederman, J. Faraone, S.V. Keenan, K. Steingaro, R. & Tsuang, M T. (1991). Familial association between attention deficit disorder and anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 148: 251- 256.
- Bregman, J. D. (1991). Current developments in the understanding of mental retardation: Part II psychopathology. *Journal of the American academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30: 861-872.
- Fehlings, D. L. Roberts, W. Humphries, T. & Davwe, G. (1991). Attention deficit hyperactivity disorder: Dose cognitive behavioral therapy improve home behavior? *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics*.12: 223-228.
- Goldstein, S. & Goldstein, M. (1998). Managing attention deficit hyperactivity disorder in children: A guide for practitioners (2.ed). New York: willey.
- Henderson, K. (2003). Identifying and treating attention deficit

- hyperactivity disorder: a resource for school and home. U. S. Department of Education Office of Special Education and Rehabilitative Services, Washington, D. C.
- Hinshaw, S. P.(2007). Moderators and mediators of treatment outcome for youth with ADHD: Understanding for whom and how interventions works. *Journal of Psychology*. 32: 664-675.
- Johansen, E. B. Aase, H. Meyer, A. & Sagvolden. (2002). ADHD behavior explained by dysfunctioning reinforcement and extinction processes, *Behavioral Brain Research*, 130: 37- 45.
- Jensen, P. S. et al. (2007). 3-years follow up of the NIMH MTA study. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*. 46: 989-1002.
- Jensen, P. S. et al .(2001). Comorbidity finding from MAT study: Comparing comorbid subgroups. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 40: 147-158.
- Jensen, P. S. Martin. D. & Cantwell, D. P. (1997). Comorbidity in ADHD: Implications for research, practice and DSM-IV. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*. 36: 1065-1079.
- Kalff, A. C. Desonneville, L. M. Harks, P.P. M. Hendriksen, J.G. M. Kroes, M. Feron, F. J. M. Steyaert, J. Van Zeben, M. C. B. Vles, J. S. H. & Jolles,J. (2003). Low and high level controlled processing in executive motor control asks in 5- 6 year- old children at risk of ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44: 1049-1057.
- Kataria, s. Hall, C.W. Wong, M. M. & Keys, G. F. (1992). Learning styles of LD and Non- LD ADHD children. *Journal of Children Psychiatry*. 48: 371- 378.
- Klein, R. G. Abikoff, H. (1997). Behavior therapy and methylphenidate in the treatment of children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 2: 89-114.
- Kolko, D. J. Bukstein, O, G. & Barron, J. (1999). Methylphenidate and behavior modification children with ADHD and comorbid ODD or CD: Main and incremental effects across setting. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 38: 578-586.
- Meichenbum, D. H. & Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: A mean of developing self- control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77: 115-126.
- Nixon, E. (2001). The social competence of children with attention deficit hyperactivity disorder: A review of the literature. *Child*

- Psychology and Psychiatry Review*, 6: 172- 179.
- Renicks, L. (1999). Achieving social competence in first graders through a conflict resolution and anger management program. Master of science Practicum final report, Nova Southeastern University.
- Rohde, P. Clarke, G. N. Lewinsohn, P. M. Seeley, J. R. & Kaufman, N. K.(2001). Impact of comorbidity on a cognitive-behavioral group treatment for adolescent depression. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 40: 795-802.
- Rohde, P., Clarke, G. N., Mace, D. E., Jorgensen., J. S. & Seeley, J. R. (2004). An efficacy/effectiveness study of cognitive-behavioral treatment with adolescent with comorbid major depression and conduct disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 43: 660-668.
- Rossello, J. & Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive-behavioral treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67: 734-745.
- Safren, S. A., Sprich, S., Chulvick, S. & Otto, M. W. (2004). Psychosocial treatment for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 27: 349-360.
- Solanto, M. V. (1990). Increasing difficulties with age and ADHD children: commentary. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 11: 27- 32.
- Tannock, R. Purvis, K. L. & Schachar, R. J. (1993). Narrative abilities in children with attention deficit hyperactivity disorder and normal peers. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 21, 103- 117.
- Vander Oord, S. Prins, P. J. Oosterlaan, J. & Emmelkamp, P. M. (2007). Dose brief clinically based intensive multimodal behavior therapy enhance the effect of methylphenidate in children with ADHD? *European Journal of Child and Adolescent psychiatry*, 16: 48-57.