

تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر ادراک خود کودکان با اختلال کاستی توجه - بیش فعالی

دکتر مهدیه صالحی*

دکتر کامبیز پوشنه**

فرزانه ناظمی***

چکیده

هدف: در پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری بر ادراک خود تحصیلی و رفتاری کودکان با اختلال کاستی توجه - بیش فعالی از میان کودکان دارای اختلال کاستی توجه - بیش فعالی، روش تصادفی چند مرحله‌ای ۴۰ نفر (۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل) انتخاب شدند. گروه آزمایش تحت تأثیر درمان شناختی - رفتاری به مدت ۱۹ جلسه و گروه کنترل در معرض برنامه آزاد نقاشی قرار داده شدند. به منظور بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری از پرسشنامه خود ادراکی هارتر (۱۹۸۵) به صورت پیش و پس از آزمون استفاده به عمل آمد. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نتایج نشان می‌دهد پس از استفاده از برنامه درمانی شناختی - رفتاری بر خود ادراکی تحصیلی و رفتاری تأثیر دارد به این صورت که منجر به کاهش خود ادراکی کاذب آنها شده است.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی - رفتاری، خود ادراکی تحصیلی و رفتاری، نشانه‌های کاستی توجه/ بیش فعالی.

E-mail: m-salehi@iauctb.ac.ir

E-mail: poushaneh@hotmail.com

E-mail: farzaneh.nazmi@gmail.com

* استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی

** استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی

*** کارشناس ارشد روانشناسی کودکان استثنایی



اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی (ADHD)¹ الگوی ثابت بی‌توجهی و بیش‌فعالی است، خصوصیتی که بیش از همه در این کودکان مشاهده می‌گردد، به ترتیب شیوع مشتمل بر، بیش‌فعالی، اختلال حرکتی - ادراکی، بی‌ثباتی هیجانی، کمبود هماهنگی کلی، اختلال توجه (محدودیت میدان توجه، حواس‌پرتی، ناتوانی در تکمیل کارها، بی‌توجهی، ضعف تمرکز)، رفتار خلق‌الساعه (اقدام قبل از اندیشیدن، تغییرات ناگهانی فعالیت، بیقراری و از جا پریدن در کلاس درس)، اختلالات حافظه و تفکر، ناتوانی‌های خاص یادگیری، اختلال تکلم و شنوایی و نشانه‌های عصبی است (کاپلان سادوک، ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۶).

مطالعات اخیر نشان می‌دهد کودکان دارای اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی با مشکلاتی چون دشواری‌های تحصیلی (استونر، ۲۰۰۳)، برخوردهای اجتماعی (هوزا و دیگران، ۲۰۰۵) و رفتار ظاهری مواجه هستند (فورنس و دیگران، ۱۹۹۸). این مشکلات شدید و مزمن بوده و غالباً تا زمان جوانی و بلوغ باقی می‌مانند (مایک، ۲۰۰۶). بنابراین، انتظار می‌رود که ادراک خود تحصیلی و رفتاری کودکان با اختلال کاستی توجه بیش‌فعالی به شکل منفی تحت تأثیر قرار گیرد، با این حال پژوهش‌ها نشان می‌دهند علاوه بر مشکلات فوق شایستگی و توانایی این کودکان بیش از حد واقعی بر آورد می‌شود (اونز^۲ و دیگران، ۲۰۰۷). یکی از مشکلاتی که کودکان با اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی با آن مواجه هستند، داشتن نواقص ادراکی و تصورات خیالی و مثبت کاذب در مورد صلاحیتهای خودشان است. مفهوم سوگیری فریبنده مثبت^۳ (PIB) با اختلاف میان گزارش شخصی از شایستگی و شایستگی واقعی مشخص می‌گردد، به صورتی که شایستگی گزارش شده شخصی به شکلی معنادار بیشتر از شایستگی واقعی است (اونز و هوزا، ۲۰۰۳). سوگیری فریبنده مثبت منحصر به کودکان دارای اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی نیست، در حقیقت این تصورات مثبت در جمعیت عمومی هم یافت شده ویژگی متداول ادراک انسانی است (تیلور و براون^۴، ۱۹۸۸) به عنوان مثال، گوووران^۵ و دیگران (۲۰۰۵) اثر «بهرتر از میانگین» را که در آن افراد بالغ خودسنجی‌های مطلوب بالاتری از صلاحیت خود را در مقایسه با یک «میانگین فرضی» ارائه می‌دهند، مورد بررسی قرار داده و نشان دادند این افراد در خودسنجی‌ها خود را ماهرتر از میانگین فرضی نشان می‌دهند. پژوهش‌های دیگر نشان می‌دهد، کودکان دارای اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی به بزرگ‌نمایی شایستگی خود در زمینه‌های متعدد (تحصیلی، اجتماعی و رفتاری) متناسب با شاخص‌های بیرونی مانند گزارش یک بزرگسال یا عملکرد واقعی تمایل دارند. دلیل این بزرگ‌نمایی، که به عنوان سوگیری فریبنده مثبت نامیده می‌شود، ناشناخته است. سوگیری فریبنده مثبت در نتیجه نواقص ادراکی، به ویژه در زمینه‌های مرتبط با عملکرد اجرایی است. این سوگیری فریبنده مثبت در کودکان دارای اختلال کاستی توجه بیش‌فعالی از شناسایی و یا ادراک آنها در زمینه‌های کاستی‌هایشان جلوگیری می‌کند (اونز و دیگران، ۲۰۰۷). این دشواری‌ها جدی و مزمن بوده و غالباً تا زمان جوانی و بلوغ پا بر جا می‌مانند

1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)
2. Owens
3. Positive Illusory Bias (PIB)
4. Brown
5. Govorun

(مایک، ۲۰۰۶). پژوهش‌ها نشان می‌دهند آنها واقعاً شایستگی و توانایی خود را بیش از اندازه واقعی برآورد می‌کنند (آونز و اونجلیستا^۱ و دیگران، ۲۰۰۷). هوزا و دیگران (۲۰۰۴) بر این باورند که کودکان با اختلال کاستی توجه بیش‌فعالی علی‌رغم کمبودها و مشکلاتشان در ادراک‌های شخصی خود در بالاترین حد مبالغه می‌کنند. کفایت‌های واقعی کودکان با اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی غالباً به گونه معنادار چندین برابر کمتر از کودکان بدون اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی است، در حالی که کودکان بدون اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی در واقع صلاحیت خودشان را کمتر از میزان واقعی نشان می‌دهند. کودکان با اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی به دلیل معایب آشکارشان به ویژه در زمینه تحصیلی، ادراک‌های شخصی مغرورانه‌تری را نسبت به کفایت‌های خود نشان می‌دهند. با این حال کودکان بدون اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی غالباً صلاحیت خود را دست کم می‌گیرند (اونجلیستا و دیگران، ۲۰۰۸). از طرفی، هر چند کودکان با اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی به مبالغه در شایستگی خود می‌پردازند، از توانایی لازم برای ارزیابی کفایت‌های خود برخوردار هستند. یافته‌ها نشان می‌دهند ادراک‌های نادرست کودکان با اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی به ادراک‌های آنها از خودشان و نه تصورات کلی آنان مربوط می‌شوند (اونجلیستا و دیگران، ۲۰۰۸). سوگیری فریبنده مثبت با اختلاف میان گزارش شخصی از صلاحیت و شایستگی واقعی مشخص می‌گردد (هوزا، پلهام و دیگران، ۲۰۰۲). الگوی سوگیری فریبنده مثبت در کودکان با اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی با نظریه‌های ادراک‌های شخصی کودکان همسو نیست، برای نمونه، مدل انگیزشی هارتر (۱۹۸۵) بیان می‌کند ادراک‌های شخصی کودکان از کنترل و صلاحیت، برانگیزه آنها تأثیر می‌گذارد. کودکانی که به ویژه موفقیت را تجربه می‌کنند به احساسی از صلاحیت و شایستگی دست می‌یابند که انگیزه آنها را برای شرکت در فعالیت‌های جدید و چالش‌آور بعدی افزایش می‌دهد. همچنین، کودکان با تجربه شکست، احساسی از عدم صلاحیت داشته و انگیزه آنها برای شرکت در کارهای چالش‌آور و جدید بعدی کاهش می‌یابد، زیرا ثابت شده که بسیاری از کودکان با اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی به شیوه پیوسته بازخوردهای منفی به چالش‌های پایدار را تجربه می‌کنند. (بندر^۲ و پلهام، ۱۹۹۷). مدل هارتر پیشنهاد می‌کند کودکان دارای اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی در معرض افزایش باورهای کمبود شایستگی خود هستند که ظاهراً به کاهش انگیزه برای کارهای جدید و چالش‌انگیز بعدی منجر خواهد شد.

یکی از شیوه‌های مداخله بهبود ادراک خود کودکان آموزش خودکنترلی رفتار^۳ است. اصطلاح آموزش خودکنترلی رفتار به اجرای روش خود نظارتی^۴، خود ارزیابی^۵ و خود تقویتی^۶ اشاره دارد. خود نظارتی به حفظ یک توجه فعال به رخداد افکار و رفتارهای هدفمند خاص اشاره دارد. خود ارزیابی مربوط به قضاوت در مورد میزان یا کیفیت رفتار می‌شود که در مقابل برخی از ملاکها یا استانداردهای موجود تغییر می‌کند، و خود تقویتی به اجرای تقویت توسط خود فرد در صورتی که یک معیار خاص برای رفتار در دست باشد، اشاره دارد. به طور کلی خود

1. Evangelista
2. Bender
3. Behavioral self-control training
4. Self-monitoring
5. Self-evaluation
6. Self-reinforcement

نظارتی به تنهایی ضعیف عمل می‌کند و بهبودها تا حد زیادی ناپایدارند و به این خاطر باید با خود تقویتی ترکیب شوند تا تغییر رفتار مثبت حاصل پایا باشد.

یافته‌ها حاکی از این است که روشهای خودکنترلی رفتار می‌تواند در بهبود میزان توجه به تکلیف، پیشرفت تحصیلی و حتی در رفتار اجتماعی کودکان بیش فعال مؤثر باشد. مزیت این روشها این است که کودک به طور فعال در فرآیند ارزیابی رفتارش شرکت می‌نماید (محمد اسماعیل، ۱۳۸۵). از جمله اقداماتی که در جهت کاهش مشکلات کودکان با اختلال کاستی توجه بیش‌فعالی مورد استفاده قرار گرفته، آموزش فنون کنترل خود به این دانش‌آموزان است. ورکمن و هکتور (۱۹۷۸)، خاطر نشان ساخته‌اند که شیوه‌های خود کنترلی رفتاری می‌تواند برای بهبود سه نوع از رفتارهای مورد نظر توجه والدین و مربیان به کار رود. این رفتارها شامل عملکرد تحصیلی^۱، رفتار مناسب با انجام تکالیف و رفتار مخل^۲ می‌شوند.

ورکمن و هکتور (۱۹۷۸) و کراتوچویل (۱۹۷۹) شواهد قانع کننده‌ای ارائه داده‌اند که خود کنترلی رفتاری تأثیر به‌سزایی در افزایش دستاوردهای تحصیلی^۳ دانش‌آموز دارند. به عبارت دیگر، خود کنترلی رفتاری در افزایش پیشرفت دانش‌آموز مؤثر است. ورکمن و هکتور (۱۹۷۸) نشان داده‌اند خود کنترلی رفتاری در افزایش بروز رفتارهای مربوط به تکلیف مفید و مؤثر است. پژوهشها نشان داده است شیوه‌های خود کنترلی رفتاری می‌تواند برای کاهش رخداد رفتارهای مخل، و در نتیجه بهبود عملکرد آموزشی^۴، مورد استفاده قرار می‌گیرد. در اکثر موارد، خود کنترلی برای افزایش رفتارهایی که با رفتار مخل ناسازگارند، به کار می‌رود.

هریس^۵، سدلر^۶، گراهام، (۲۰۰۵) مطالعاتی را در زمینه خودنظارتی توجه در مقابل خودنظارتی عملکرد تحصیلی انجام دادند. هر دو مورد خود نظارتی توجه و خود نظارتی عملکرد، اثرات مثبتی بر روی تکالیف دانش‌آموزان و رفتارهای هجایی داشتند. بنابر این، این پژوهش به دنبال پاسخ گویی به این پرسش اساسی است که آیا برنامه درمان شناختی رفتاری بر ادراک خود تحصیلی و رفتاری کودکان دارای اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی تأثیر دارد؟

روش

جامعه آماری این پژوهش شامل دانش‌آموزان دارای اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی است که در پایه‌های سوم تا پنجم مدارس ابتدایی منطقه ۵ و ۲ شهر تهران در سال تحصیلی (۱۳۸۹-۱۳۹۰) مشغول به تحصیل بوده‌اند. با توجه به ماهیت و نوع روش پژوهشی به منظور نمونه‌گیری از جامعه از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای استفاده به عمل آمد. به طوری که ابتدا از میان مناطق آموزش و پرورش شهر تهران دو منطقه (منطقه ۵ و ۲) و از بین مدارس موجود در آن منطقه ۴ مدرسه دخترانه به صورت تصادفی انتخاب شدند. در نهایت پس از ارزیابی‌های تشخیصی ۴۰ دانش‌آموز از پایه‌های سوم تا پنجم ابتدایی در دوره سنی ۹-۱۱ سال انتخاب و دانش‌آموزان به عنوان

1. academic Performance
2. disruptive
3. academic Product
4. School Performance
5. Harris
6. Saddler

نمونه پژوهش انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. سپس در هر مدرسه کودکانی که نمره آنها در پرسشنامه CSI-4 بالاتر از میانگین بودند و دارای نشانه‌های اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی بودند پروفایل ادراک خود را تکمیل کردند. نمرات به دست آمده از آزمون به عنوان نمرات پیش آزمون در نظر گرفته شد. جلسات درمان گروه آزمایش در ۱۹ جلسه و هر روز به مدت ۴۵ دقیقه به اجرا در آمد. همچنین، کودکان گروه کنترل مشابه با شرایط گروه آزمایش به همان تعداد جلسه تحت تأثیر یک برنامه آزاد نقاشی قرار گرفتند. شیوه برگزاری جلسات به صورت (گروهی) بود یعنی ارائه مطالب آموزشی و بیان مثالهای واقعی توسط پژوهشگر صورت پذیرفت و بچه‌ها در بحث‌ها به طور فعال شرکت داشتند. پس از حدود یک ماه از تاریخ شروع جلسات جهت ارزیابی آزمودنی، مجدداً پرسشنامه ادراک خود از دانش‌آموزان اخذ و مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۱ به خلاصه جلسات و موضوعات آن اشاره دارد.

جدول ۱: اجرای برنامه خود نظارتی و خود تقویتی

جلسه	برنامه
جلسه ۱	اجرای برنامه خود نظارتی در ارتباط صحیح با کودکان با اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی
جلسه ۲	اجرای برنامه خود نظارتی در افزایش تمرکز و دقت بر تکالیف درسی
جلسه ۳	اجرای برنامه خود نظارتی در کاهش رفتارهای تکانشی (بدون اجازه صحبت کردن)
جلسه ۴	اجرای برنامه خود نظارتی در بالا بردن توجه به جزئیات
جلسه ۵	اجرای برنامه خود نظارتی در پیروی کردن از دستورالعمل‌ها
جلسه ۶	اجرای برنامه خود نظارتی در افزایش سازماندهی و تفکر
جلسه ۷	اجرای برنامه خود نظارتی در کاهش رفتارهای تکانشی (عمل بدون فکر)
جلسه ۸	اجرای برنامه خود نظارتی در بالا بردن تمرکز در تکالیف غیر درسی
جلسه ۹	اجرای برنامه خود نظارتی در کاهش رفتارهای مخمل (خارج شدن از میز و بی‌مورد صحبت کردن)
جلسه ۱۰	اجرای برنامه خود نظارتی در بالا بردن سازماندهی و تفکر در آگاهی از خود
جلسه ۱۱	آشنایی کودکان با برنامه خود تقویتی
جلسه ۱۲	اجرای برنامه خود تقویتی در افزایش میزان دقت
جلسه ۱۳	اجرای برنامه خود تقویتی در کاهش رفتارهای مخمل (ساکت نشستن در جای خود و انجام دادن تکالیف)
جلسه ۱۴	اجرای برنامه خود تقویتی در کاهش علائم بیش‌فعالی (وول خوردن)
جلسه ۱۵	اجرای برنامه خود تقویتی در کاهش حواسپرتی
جلسه ۱۶	اجرای برنامه خود تقویتی در افزایش نظم دهی به تکالیف درسی
جلسه ۱۷	اجرای برنامه خود تقویتی در کاهش رفتار تکانشی (قطع کردن حرف دیگران)
جلسه ۱۸	اجرای برنامه خود تقویتی در بالا بردن سطح توجه
جلسه ۱۹	پیگیری

منبع: ورکمن، ادوارد، ترجمه محمد اسماعیل (۱۳۸۳)

به منظور جمع آوری اطلاعات لازم در زمینه تشخیص اختلال بیش فعالی بی توجهی از پرسشنامه نشانه شناسی مرضی کودکان و برای اندازه گیری ادراک خود از پرسشنامه خود ادراکی هارتر (۱۹۸۵) استفاده به عمل آمد. این پرسشنامه برای تشخیص اولیه استفاده شده و ۹۷ سوال دارد که به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی تنظیم شده که جهت غربال ۱۳ اختلال رفتاری و هیجانی طراحی شده است. هماهنگی درونی از طریق آلفای کرونباخ برآورده شد. دامنه ضریب آلفا از صفر تا یک است و میزان ۰/۷۰ معمولاً اعتبار قابل قبولی است و میزان ضریب آلفا به میانگین همبستگی بیان گویه‌ها و تعداد گویه‌ها مربوط می‌شود. روایی سیاهه علائم مرضی، در اکثر اختلالاتها، بالاتر از ۰/۹۰ و حساسیتها بالای ۰/۸۰ است، اما در فرم معلم این سیاهه، حساسیت و ویژگی همه اختلالاتها سیاهه به استثنای اختلال تیک پایین‌تر از فرم والد بود.

پرسشنامه خود ادراکی هارتر^۱ (هارتر، ۱۹۸۵)، در مورد ادراک خود به ما اطلاعات می‌دهد. پروفایل ادراک خود در ابتدا و انتهای درمان به منظور تشخیص نهایی و تعیین میزان تاثیر برنامه درمان شناختی رفتاری استفاده شده است. این پرسشنامه به منظور بررسی ادراکات و قضاوت‌های کودکان نسبت به قابلیت‌های خود و به طور کلی برای عزت نفس و ارزش خود طراحی شده است. این پرسشنامه ۶ حیطه را شامل می‌گردد که شامل کفایت‌های تحصیلی، پذیرش اجتماعی، رفتاری، ظاهر جسمانی، قابلیت‌های ورزشی و یک نمره کلی برای عزت نفس خود ارزشی پذیرش می‌گردد. هر ۶ آیتم از مقیاس ۴ نمره‌ای تشکیل شده است، از کودکان درخواست می‌شود (پرسیده می‌شود) تا که کدامیک از (۲ عبارت خوانده شده) شبیه به او است و سپس خواسته می‌شود که پس از مشخص کردن جهت اثر نسبت به یکی از دو عبارت شدت آن را که تا اندازه ای یا واقعاً بر او شباهت دارد را روشن بگوید. سپس متوسط نمرات بدست آمده برای هر حوزه (۱ تا ۶) محاسبه می‌شود. هر آیتم از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. نمره ۱ بیان کننده کفایت درک شده پایین و ۴ نشانه کفایت ادراک شده بالا است (هارتر، ۱۹۸۵).

ضریب آلفای کرونباخ برای هریک از خرده مقیاس‌های خود ادراکی رفتاری و تحصیلی و نیز خود ادراکی کلی نشانگر هماهنگی درونی نسبتاً خوب آزمون خود ادراکی و خرده مقیاس‌های رفتاری و تحصیلی آن است. ضریب آلفای کرونباخ خود ادراکی تحصیلی ۰/۵۹۵، خود ادراکی رفتاری ۰/۵۵۷ و برای خود ادراکی کلی ۰/۶۹۲ محاسبه شد. به منظور تحلیل داده‌های بدست آمده در این پژوهش از روش تحلیل کوواریانس استفاده به عمل آمد.

یافته‌ها

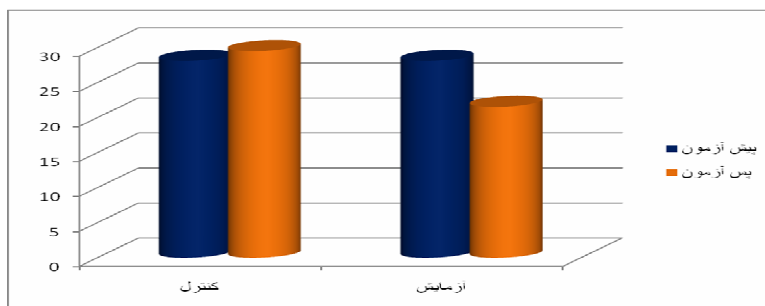
جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات پرسشنامه خود ادراکی دو گروه کنترل و آزمایش در پیش آزمون و پس آزمون

نمرات خود ادراکی	گروه کنترل		گروه آزمایش	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون	۲۸,۱۰	۴,۵۸	۲۸,۱۰	۵,۷۹
پس آزمون	۲۹,۵۰	۶,۶۱	۲۱,۷۵	۳,۵۱

1. The harter perceived competence scale



نتایج جدول ۲ نشانگر آن است که در مرحله پیش آزمون تفاوت چندانی بین میانگین نمرات خود ادراکی دو گروه آزمایش و کنترل وجود ندارد اما در مرحله پس آزمون میانگین نمرات خود ادراکی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است. تفاوت بین میانگین های نمرات خود ادراکی در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در نمودار ۱ نمایش داده شده است.

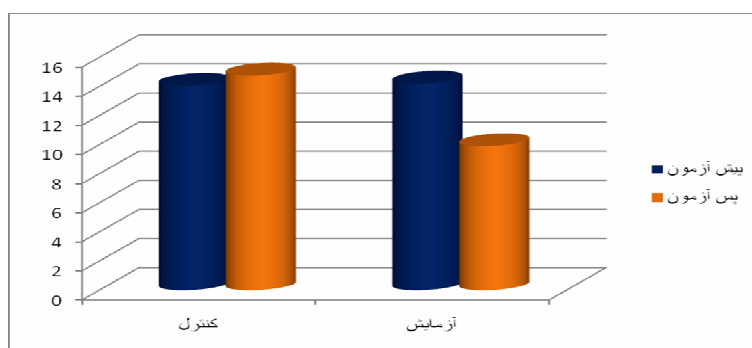


شکل ۱: نمودار میانگین نمرات خود ادراکی دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون

جدول ۳: شاخص های توصیفی نمرات پرسشنامه خود ادراکی تحصیلی در دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

خود ادراکی تحصیلی	گروه کنترل		گروه آزمایش	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون	۱۴,۰۵	۲,۵۴	۱۴,۲۰	۳,۳۸
پس آزمون	۱۴,۸۰	۳,۷۷	۱۰,۵	۱,۵۷

نتایج جدول ۳ نشانگر آن است که در مرحله پیش آزمون تفاوت چندانی بین میانگین نمرات خود ادراکی تحصیلی دو گروه آزمایش و کنترل وجود ندارد اما در مرحله پس آزمون میانگین نمرات خود ادراکی تحصیلی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است. تفاوت بین میانگین های نمرات خود ادراکی تحصیلی در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در نمودار ۲ نمایش داده شده است.

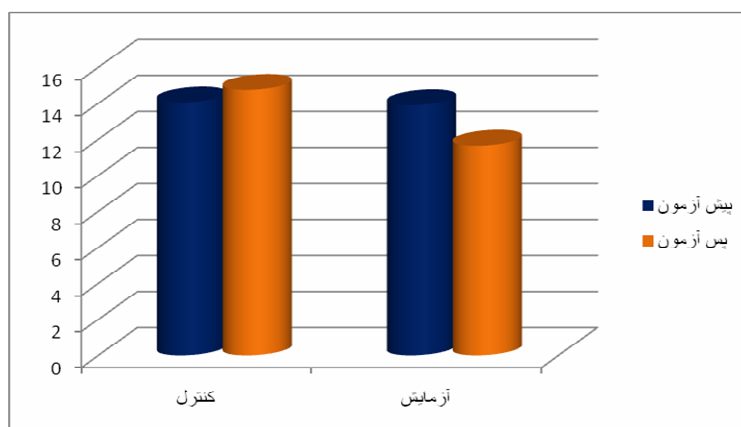


شکل ۲: نمودار میانگین نمرات خود ادراکی تحصیلی در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

جدول ۴: شاخص‌های توصیفی نمرات پرسشنامه خود ادراکی رفتاری در دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

خود ادراکی رفتاری	گروه کنترل		گروه آزمایش	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون	۱۴,۰۵	۲,۹۳	۱۳,۹۰	۳,۳۲
پس آزمون	۱۴,۷۰	۳,۰۶	۱۱,۷۰	۲,۲۳

نتایج جدول ۴ نشانگر آن است که در مرحله پیش آزمون تفاوت چندانی بین میانگین نمرات خود ادراکی رفتاری دو گروه آزمایش و کنترل وجود ندارد اما در مرحله پس آزمون میانگین نمرات خود ادراکی رفتاری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است. تفاوت بین میانگین‌های نمرات خود ادراکی رفتاری در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در نمودار ۳ نمایش داده شده است.



شکل ۳: نمودار میانگین نمرات خود ادراکی رفتاری در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس برای نمرات خود ادراکی در دو گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنا داری
پیش آزمون	۷۱۵,۰۰۶	۱	۷۱۵,۰۰۶	۷۵,۶۴۲	۰,۰۰۱
گروه	۶۰۰,۶۲۵	۱	۶۰۰,۶۲۵	۶۳,۵۴۱	۰,۰۰۱
خطا	۳۴۹,۷۴۴	۳۷	۹,۴۵۳		
کل	۱۶۶۵,۳۷۵	۳۹			

(F (۱ / ۳۷) ۴۱=۶۳/۵ P <.۰/۰۱)

با توجه به نتایج جدول ۵ مقدار F محاسبه شده برای نمرات خود ادراکی در دو گروه آزمایش و کنترل بعد از ثابت نگه داشتن اثر پیش آزمون معنا دار است. در نتیجه بین میانگین نمرات پس آزمون خود ادراکی در گروه آزمایش و کنترل با ثابت نگه داشتن اثر پیش آزمون تفاوت معنادار وجود دارد. مقایسه میانگین های تعدیل شده دو گروه نشان می دهد که میانگین ادراک خود در گروه آزمایش ($M=21/75$) پایین تر از گروه کنترل ($M=29/50$) است. بنابراین برنامه درمان شناختی و رفتاری بر ادراک خود کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه - بیش فعالی گروه آزمایش که این برنامه را دریافت کرده اند در مقایسه با کودکان گروه کنترل تاثیر داشته است بطوری که موجب کاهش ادراک خود کودکان گروه آزمایش شده است

جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس برای نمرات خود ادراکی تحصیلی در دو گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنا داری
پیش آزمون	۱۳۷,۱۶۳	۱	۱۳۷,۱۶۳	۲۸,۰۴۱	۰,۰۰۱
گروه	۲۳۴,۶۰۹	۱	۲۳۴,۶۰۹	۴۷,۹۶۲	۰,۰۰۱
خطا	۱۸۰,۹۸۷	۳۷	۴,۸۹۲		
کل	۵۴۳,۷۷۵	۳۹			

$$(F (1 / 37) = 47 / 962 P < ,0/01)$$

با توجه به نتایج جدول ۶ مقدار F محاسبه شده برای نمرات خود ادراکی تحصیلی در دو گروه آزمایش و کنترل بعد از ثابت نگه داشتن اثر پیش آزمون معنا دار است. در نتیجه بین میانگین نمرات پس آزمون خود ادراکی تحصیلی در گروه آزمایش و کنترل با ثابت نگه داشتن اثر پیش آزمون تفاوت معنادار وجود دارد. مقایسه میانگین های تعدیل شده دو گروه نشان می دهد که میانگین ادراک خود تحصیلی در گروه آزمایش ($M=10/02$) پایین تر از گروه کنترل ($M=14/84$) است. بنابراین، برنامه درمان شناختی و رفتاری بر ادراک خود تحصیلی کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه - بیش فعالی گروه آزمایش که این برنامه را دریافت کرده اند در مقایسه با کودکان گروه کنترل تاثیر داشته است، بطوری که موجب کاهش ادراک خود تحصیلی کودکان گروه آزمایش شده است.

جدول ۷: نتایج تحلیل کواریانس برای نمرات خود ادراکی رفتاری در دو گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنا داری
پیش آزمون	۱۲۳,۶۶۵	۱	۱۲۳,۶۶۵	۳۰,۷۶۳	۰,۰۰۱
گروه	۸۴,۸۴۰	۱	۸۴,۸۴۰	۲۱,۱۰۵	۰,۰۰۱
خطا	۱۴۸,۷۳۵	۳۷	۴,۰۲۰		
کل	۳۶۲,۴۰۰	۳۹			

$$(F (1 / 37) = 21 / 105 P < ,0/01)$$

مقدار F محاسبه شده برای نمرات خود ادراکی رفتاری در دو گروه آزمایش و کنترل بعد از ثابت نگه داشتن اثر پیش آزمون معنا دار است. در نتیجه بین میانگین نمرات پس آزمون خود ادراکی رفتاری در گروه آزمایش و کنترل با ثابت نگه داشتن اثر پیش آزمون تفاوت معنا دار وجود دارد. مقایسه میانگین های تعدیل شده دو گروه نشان می دهد که میانگین ادراک خود رفتاری در گروه آزمایش ($M=11/74$) پایین تر از گروه کنترل ($M=14/66$) است. بنابراین برنامه درمان شناختی و رفتاری بر ادراک خود رفتاری کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه - بیش فعالی گروه آزمایش که این برنامه را دریافت کرده اند در مقایسه با کودکان گروه کنترل تاثیر داشته است بطوری که موجب کاهش ادراک خود رفتاری کودکان گروه آزمایش شده است.

بحث

این مطالعه بر اساس مطالعاتی که توسط اونجلیستا (۲۰۰۸)، اونز (۲۰۰۳)، هوزا (۲۰۰۹)، گلدن (۲۰۰۹) نیکل، اونجلیستا (۲۰۰۹) و پلهام (۲۰۰۲) در زمینه وجود خود ادراکی مثبت کاذب در کودکان با اختلال کاستی توجه - بیش فعالی انجام داده اند و همگی حاکی از این است که این کودکان صلاحیت خود را در زمینه تحصیلی و رفتاری و ارزش شخصی به شکل اغراق آمیزی بالا برده، به صورتی که صلاحیت و شایستگی های خود را به شکلی معنادار بیشتر از صلاحیت واقعی خود گزارش می دهند، صورت گرفته است. بر عکس، کودکان بدون کاستی توجه - بیش فعالی که صلاحیت خود از توانایی شان را دست پایین می گیرند. در همین زمینه می توان ادعا کرد که از آنجایی که تدابیر درمان شناختی - رفتاری به آموزش مهارت های ضروری مانند توجه کردن، کنترل رفتار، بالا بردن دقت و تمرکز و کنترل خود و کاهش تنظیم بهتر فعالیت حرکتی مفرط در این کودکان تأکید دارند، بیش از هر چیز و برخلاف شیوه های درمانی دیگر مانند دارو درمانی بر درمان خود ادراکی تکیه می کنند. بنا بر ماهیت درمان شناختی - رفتاری، همان گونه که هوزا و پلهام (۱۹۹۵) می گویند به طور اخص کودکانی که از نواقص خود اطلاع دارند، احتمالاً برای کار سخت تر در جهت بهبود، در مقایسه با کودکان ناآگاه از معلولیت های خود مشتاق تر هستند. تکنیک های درمان شناختی - رفتاری مانند بازسازی ادراکی برای کمک به بازسازی اعتقادات کودکان به صورتی واقع گرایانه تر توصیه می شوند. درمان شناختی رفتاری بیش از هر چیز بر درمان ادراک خود به طور واقع گرایانه تأکید دارد که کودکان درک درستی از توانایی ها و صلاحیت های خود داشته باشند (زمینه های تحصیلی و رفتاری) و در کنار آن کودک را در جهت افزایش مهارت های خود کنترلی یاری می کند.

در پاسخ به این پرسش که آیا درمان های شناختی - رفتاری بر تغییر ادراک خود تحصیلی و رفتاری کودکان با اختلال کاستی توجه - بیش فعالی تأثیر دارد؟ یافته های بدست آمده در این پژوهش نشان می دهد برنامه درمانی شناختی - رفتاری بر ادراک خود تحصیلی و رفتاری کودکان با اختلال کاستی توجه - بیش فعالی گروه آزمایش که این برنامه را دریافت کردند در مقایسه با کودکان گروه کنترل که این برنامه درمانی را دریافت نکرده اند تأثیر داشته است به طوری که موجب کاهش ادراک خود تحصیلی و رفتاری کودکان گروه آزمایش شده است. اما تأثیر آن بر کاهش ادراک خود تحصیلی بیشتر از ادراک خود رفتاری بوده است. به گونه ای که با اجرای برنامه درمانی خودکنترلی (خودنظارتی، خودتقویتی) که یکی از تکنیک های شناختی رفتاری می باشد، در خود ادراکی (تحصیلی،

رفتاری) کودکان با کاستی توجه - بیش‌فعالی تغییر محسوسی به وجود آمده است، به خصوص در زمینه ادراک تحصیلی این تغییر مشخص تر است که موجب کاهش خود ادراکی کاذب در زمینه تحصیلی و رفتاری شده است. و این بدین معنی است که کودکان با اختلال کاستی توجه بیش‌فعالی ادراک صحیح‌تری از تواناییها و صلاحیت‌های خود پیدا کرده‌اند و همچنین توانسته‌اند ارزیابی درستی از خود داشته باشند. همانطور که قبلاً عنوان شده بود کودکان با اختلال کاستی توجه بیش‌فعالی خود ادراکی مثبت کاذبی از تواناییها و صلاحیت‌های خود داشتند به صورتی که صلاحیت و شایستگی های خود را به شکلی معنادار بیشتر از صلاحیت‌های واقعی خود گزارش می‌دادند پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی به منظور بررسی میزان تاثیر برنامه درمانی از طرح اندازه‌های مکرر استفاده شود و از طریق پیگیری‌های صورت گرفته به بررسی پایداری اثرات برنامه پرداخته شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود با استفاده از طرح‌های آزمایشی پیشرفته، برنامه درمان در کنار و ترکیب سایر شیوه‌های درمانی مورد مطالعه قرار گیرد تا میزان اثر بخشی این برنامه در حالات مختلف مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

- کاپلان، سادوک (۱۳۸۶). خلاصه روانپزشکی، علوم رفتاری - روانپزشکی، ترجمه نصرت الله پورافکاری. تهران: انتشارات شهر آب
- محمد اسماعیل، الهه (۱۳۸۵). درسنامه درمان رفتاری - شناختی کودکان مبتلا به بیش فعالی - کمبود توجه. تهران: انتشارات دانژه
- ورکمن، ادوارد، ا. کانز، آلن ام (۱۳۸۳). آموزش خود کنترلی رفتار به دانش آموزان (چاپ اول) ترجمه الهه محمد اسماعیل. تهران: انتشارات دانژه

- **Bender, M. E. & Pelham, W. E. (1997).** Peer relationships in hyperactive children: Description and treatment. In K. D. Gadow & I. Bialer (Eds), *Advances in learning and behavioral disabilities* (Vol. 1, pp. 365-436). Greenwich, CT: JAI.
- **Evangelista, N. M., Owens, J. S., Golden, C. M., & Pelham, W. E. (2008).** The positive illusory bias in children with ADHD: Do positive illusory perceptions generalize to perceptions of others? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 779 – 791.
- **Forness, S. R., Gresham, F. M., Macmillan, D. L., Bocian, K. M., Ward, S. L., (1998).** Co morbidity of hyperactivity-impulsivity-inattention and conduct problems: Risk factors in social, affective, and academic domains. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 393-406
- **Golden. (2007).** the positive illusory bias in children with ADHD: an Examination of the Executive Functioning Hypothesis.95
- **Govorun, & Alicke, M.D., O. (2005).** The better- than- average effect. In M.D. Alicke, D.A. Dunning & J.I. Krueger (Eds), *the self in social judgment* (pp.85-106). New York: psychology Press.
- **Govorun, & Alicke, M.D., O. (2005).** The better - than - average effect. In M.D. Alicke, D.A. Dunning & J. I. Krueger (Eds), *the self in social judgment* (pp. 85-106).New York: Psychology Press.
- **Harter, S. (1985).** *Manual for the self-Perception Profile for Children.* Denver: University of Denver Department of Developmental; Psychology
- **Harris, R., Saddler, B., Graham, S. (2005).** Self-Monitoring of attention versus Self monitoring of Academic performance. Effects Among students with ADHD in the General Education classroom.
- **Hoza, B., Pelham, W., Milich, R., Pillow. (2005).** the self – perceptions and attributions of attention deficit hyperactivity disorder and no referred boys. *Journal of abnormal child psychology*, 21(3), 271-286
- **Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Pelham, W. E., Molina, B. S., Abikoff, H. B., Epstein, J. N., Greenhill, L., Hechtman L., Odbert, C., Swanson, J., & Wigal, T. (2004).** Self-perceptions of competence in children with ADHD and comparison children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72. 382-391.

- **Hoza B., Pelham W.E., Dobbs J., Owens J.S. & Pillow D. R. (2002).** Do boys with attention- deficit/hyperactivity disorder have positive illusory self- concepts? *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 268- 278
- **Hoza, B. (2009).** Time-dependent changes in positive illusory self-perceptions of children with ADHD: a developmental psychopathology perspective. Manuscript under review
- **Mick, E., Faraone, S., Biederman, J. (2006).** The age-dependent decline of attention deficit disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36, 159-165.
- **Nicole, M., Evangelista. (2009).** An Examination of the self- protective Hypothesis in children with ADHD: The role Achievement.
- **Owens, J. S. & Hoza, B. (2003).** The role of inattention and hyperactivity/impulsivity in the positive illusory bias. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 680-691.
- **Owens, J. S., Gold fine, M. E., Evangelista, N. M., Hoza, B., & Kaiser, N. M. (2007).** A Critical review of self-perceptions and the positive illusory bias in children with ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10, 335-351.
- **Pelham, W. E. (2002).** Do boys with attention – deficit / hyperactivity disorder have positive illusory self-concepts? *Journal of abnormal psychology* 268-278
- **Stoner, G. D., & DePaul, G. J. (2003).** ADHD in schools: Assessment and intervention strategies (2nd Ed). New York: Guilford Publications, Inc.
- **Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988).** Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.