



اثربخشی برنامه درمانی شناختی رفتاری ویژه نوجوانان مبتلا به نقص توجه بیش فعالی بر تعامل آنها با والدینشان

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۶/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۰/۱۷

خلاصه

مقدمه

تحقیقات نشان داده است که رفتار مبتلایان به نقص توجه بیش فعالی (ADHD) بر عملکرد آنان در خانواده، مدرسه و اجتماع اثر سوء می گذارد و واکنش منفی اطرافیان را به دنبال دارد؛ بنابراین، هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه درمانی شناختی رفتاری ویژه نوجوانان مبتلا به ADHD بر تعامل آنها با والدینشان بود.

روش کار

روش پژوهش نیمه تجربی و طرح پژوهش پیش آزمون و پس آزمون، پیگیری با گروه‌های گواه و تجربی بود. جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان ۱۲-۱۸ ساله بود که در سال ۹۸ به علت مشکوک بودن به ADHD به کلینیک تنفسی دوباره ارجاع داده شدند. ۳۰ نفر از کسانی که نمره بالاتر از برش در آزمون CBCL را گرفته بودند به صورت در دسترس و هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل سیاهه رفتاری کودک (CBCL)، پرسشنامه ارزیابی رابطه والد - فرزند فاین و همکاران (PCRS)، بود. یافته‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ و تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

نتایج

یافته‌های پژوهش نشان داد اختلاف بین پیش آزمون و پس آزمون در هر دو گروه تجربی والد معنادار است ($p < 0/001$). با توجه به اختلاف میانگین‌ها، نمرات از پیش آزمون تا پس آزمون کاهش یافته است. اختلاف بین پیش آزمون و پیگیری هم معنادار است ($p < 0/001$). ولی بین میانگین پس آزمون و پیگیری دو گروه تجربی تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/001$).

نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های تحقیق می‌توان گفت که برنامه شناختی رفتاری ویژه نوجوانان اثر مفیدی بر تعامل آنها با والدینشان دارد.

کلمات کلیدی

درمان شناختی رفتاری، ADHD، نوجوانان، والدین

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

گوهریسننا انزانی^۱

سعید حسن زاده^{۲*}

علی اکبر ارجمندنی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم انسانی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول) دانشیار، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران

۳. دانشیار، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران

Email: shasanz@ut.ac.ir

مقدمه

است یکی از مداخله‌ها درمان شناختی رفتاری است که به اختصار توضیح داده می‌شود.

مداخله‌های شناختی - رفتاری بر چگونگی تفکر افراد درباره خود، دنیای پیرامون و سایر افراد و چگونگی تاثیر پذیری رفتار از تفکرات و احساسات تاکید دارد. تکنیک‌های شناختی - رفتاری می‌توان چگونگی تفکر (شناختی) و عملکرد (رفتاری) خود را تغییر داد. این تغییرات به ما کمک می‌کنند تا احساس بهتری داشته باشیم (۸). در این رویکرد درمانگر فعال است. درمان‌های شناختی- رفتاری از مدل‌های های روانشناسی شناختی و روان شناسی رفتاری شکل گرفته‌اند. رویکردهای شناختی- رفتاری برای بزرگسالان بر دو نوع مداخله تاکید دارند: بازسازی شناختی و آموزش مهارت‌های رفتاری مقابله‌ای. درمانگر شناختی - رفتاری بر عواطف، شناخت‌ها و رفتار متمرکز می‌شود. او هم چنین بر ماهیت خزانه رفتاری مراجعان (مانند کفایت‌ها و کاستی‌ها) و فرایندهای شناختی همراه آنها تاکید می‌کند و دریافت‌های شناختی مراجعان، بخشی از خزانه پیچیده مهارت‌ها در نظر گرفته می‌شود؛ خزانه‌ای که توانایی حل مسأله و دیگر مهارت‌های مقابله‌ای را شامل می‌شود.

درمان شناختی - رفتاری به مجموعه منسجمی از فنون و راهبردهای موثر در مداخله‌های روانشناختی در حیطه کودکان و نوجوانان کاربردهای گسترده‌ای یافته است (۹). این درمان بر کاهش اضطراب اجتماعی کودکان (۱۰) تاثیر معناداری داشته است و هنگامی که متمرکز بر خانواده بوده در مقایسه با شناخت رفتار درمانی کلاسیک، تاثیر بیشتری داشته است (۱۱). در واقع هر دو شیوه درمانگری مفید بوده اما درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر خانواده فراتر از درمان از درمان‌های مبتنی بر کودک تاثیر داشته است و بر کارکردهای خانواده در کاهش نشانه‌های وسواس فکری عملی نوجوانان (۱۲) کاهش افکار و اقدام به خودکشی در نوجوانان (۱۳) و افزایش عزت نفس (۱۴) نیز قرار گرفته است. بنابراین محقق درصدد است که به بررسی اثربخشی برنامه درمانی شناختی رفتاری ویژه نوجوانان مبتلا به ADHD بر تعامل آنها با والدینشان، بپردازد.

اختلال کاستی توجه / بیش فعالی، اختلالی عصبی رشدی است که با سه ویژگی اصلی یعنی کاستی توجه / بیش فعالی و تکانشگری توصیف می‌شود و بر ۳ تا ۷٪ از کودکان اثر می‌گذارد (۱). در یک مطالعه مروری که با استفاده از ۱۹ مطالعه صورت گرفته است اشاره شده که ۵ تا ۱۰٪ کودکان دبستانی مبتلا به نقص توجه / بیش فعالی هستند و شیوع آن در مردان ۳ برابر بیشتر از زنان است (۲). علت اصلی اختلال نقص توجه / بیش فعالی ناشناخته است؛ اگرچه عوامل ژنتیکی، اجتماعی، جسمانی و محیطی در علت شناسی بیماری سهم هستند. اختلال نقص توجه / بیش فعالی با احتمال بالایی وراثتی است و ۷۵٪ موارد با ژنتیک در ارتباط است (۳). در یک فراتحلیل انجام شده از سوی پولانزیک و همکاران (۴) میانگین شیوع جهانی این اختلال ۵/۲۹٪ گزارش شده است. طبق این فراتحلیل، تفاوت زیادی بین نرخ شیوع گزارش شده در مناطق مختلف دنیا وجود دارد. بر طبق DSM5 شیوع این اختلال در غالب فرهنگ‌ها، در کودکان حدود ۵٪ و در بزرگسالان ۲/۵٪ برآورد می‌شود. نسبت ابتلا به ADHD در پسرها، نسبت به دختر بچه‌ها ۲ به ۱ است. در بزرگسالان این نسبت ۱/۶ به ۱ می‌باشد دخترهای مبتلا نسبت به پسرها، بیشتر علائم بی توجهی را نشان می‌دهند (۱).

چند دهه است که صاحب نظران تلاش کردند تا برای تبیین سبب شناسی اختلال کاستی توجه / بیش فعالی تکانشگری نظریه یا دست کم الگویی ارائه کنند. برخی از تلاش‌های انجام شده عبارتند از: ۱- نظریه سازو کار برانگیختگی (۵) ۲- الگوی تعاملی شناختی، تیر (۶) ۳- الگوی بازداری رفتاری (۷).

بنابراین مداخله‌های فراوانی به منظور درمان ADHD وجود دارد که در این مطالعه بیشتر تأکید به مداخله‌های روانشناختی

2- Polanczyk et al

2-Cognitive interaction²

3-Teeter

4-Neuropsychological inhibition

9-Behavioral Inhibition

روش کار

روش پژوهش نیمه تجربی می‌باشد و از نظر هدف کاربردی محسوب می‌شود. طرح پژوهش به صورت پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد و پیگیری برای سنجش میزان تثبیت نتیجه مداخلات دو ماه بعد از پس‌آزمون اول انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان ۱۲-۱۸ ساله بود که در سال ۹۸ به علت مشکوک بودن به ADHD به کلینیک تنفسی دوباره ارجاع داده شده بودند. به منظور غربالگری آزمون (CBCL) بر روی افراد ارجاع داده شده انجام شد و ۳۰ نفر از کسانی که نمره بالاتر از برش در آزمون را گرفته بودند انتخاب شدند سپس توسط یک کارشناس ارشد روانشناسی بالینی جهت تایید ابتلا به ADHD مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند. نمونه آماری پژوهش براساس معیارهای ورود به پژوهش ۳۰ نفر بودند که به صورت تصادفی به ۲ گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند و در مرحله بعد براساس معیارهای خروج از پژوهش ۲۷ نفر باقی ماندند (تجربی ۱۴ نفر و کنترل ۱۳ نفر). معیارهای ورود به پژوهش شامل دامنه سنی ۱۲ تا ۱۸ سال، جنسیت پسر، مصرف نکردن هیچ قرص محرک یا غیر محرک برای اختلال، نداشتن هیچ اختلال همبود دیگر بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل داشتن سابقه بیماری‌های روانی و بستری شدن روان‌پزشکی، استفاده از روش درمانی دیگری به‌غیر از مداخله‌های پژوهش، غیبت بیش از یک جلسه از حضور در جلسات مداخله پژوهش و عدم تمایل به همکاری با پژوهشگر بود. نحوه گزینش آزمودنی‌ها بدین صورت بود که ابتدا نوجوانان ۱۲-۱۸ ساله که در سال ۹۸ به علت مشکوک بودن به ADHD به کلینیک تنفسی دوباره ارجاع داده شده بودند با آزمون CBCL تحت غربالگری قرار گرفتند و ۳۰ نفر از کسانی که نمره بالاتر از برش در آزمون را گرفته بودند انتخاب شدند سپس توسط یک کارشناس ارشد روانشناسی بالینی جهت تایید داشتن ADHD مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند. جدای از مصاحبه گزینش آزمودنی‌ها بدین صورت انجام شد که یک پرسشنامه (پژوهشگر ساخته) حاوی اطلاعات مربوط به نام، سن، سابقه بیماری‌ها و نوع داروهای مصرفی و یا داروهای روان‌پزشکی، تهیه و جهت

تکمیل در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت. ۱۵ نفر به عنوان گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه به طور تصادفی ساده انتخاب شدند. در مرحله نهائی نمونه گیری تحقیق ۲ نفر از گروه کنترل به علت عدم حضور در پس‌آزمون و پیگیری حذف و نمونه نهائی این گروه ۱۳ نفر باقی ماندند. همچنین در گروه تجربی ۱ نفر به علت غیبت در برنامه درمانی شناختی-رفتاری حذف و نمونه نهائی این گروه ۱۱ نفر باقی ماندند و در نهایت جمع دو گروه تجربی و کنترل ۲۷ نفر به عنوان نمونه نهائی تحقیق براساس معیارهای ورود و خروج به تحقیق تعیین شدند. پرسشنامه‌های سیاهه رفتاری کودک، پرسشنامه ارزیابی رابطه والد - فرزند فاین و همکاران (PCRS) در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت. مداخله شامل ۱۲ جلسه برنامه درمانی درمان شناختی-رفتاری انفرادی تدوین و در جلسات ۴۵ دقیقه ارائه شد. در این تحقیق که از دو گروه آزمودنی تشکیل شده بود، هر دو گروه سه بار اندازه گیری شدند؛ یک بار در پیش‌آزمون یعنی قبل از اعمال متغیر مستقل و یک بار در پس‌آزمون یعنی پس از اعمال متغیر مستقل و یک بار سه ماه پس از اتمام پژوهش جهت پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند.

پروتکل درمانی شناختی-رفتاری

دوره درمان شناختی-رفتاری انفرادی و گروهی ۴ هفته بود. هر هفته ۳ جلسه انجام شد و مدت زمان جلسه اول ۲ ساعت بود، بقیه جلسات ۴۵ دقیقه اجرا شد. برنامه درمانی برگرفته از تحقیقات سارفن و همکاران، ۲۰۱۷؛ سارفن و همکاران، ۲۰۰۵؛ اسپریچ و همکاران، ۲۰۱۰، سوزان و همکاران، ۲۰۱۵ بود. در ابتدای جلسه مهارت‌های سازماندهی و برنامه‌ریزی در این برنامه تدوین شده معرفی می‌شوند، اما در تمام مراحل درمانی در هر جلسه بر آنها تاکید می‌شود. در طول دوره درمان، مهارت‌ها و مطالب آموخته شده به صورت تجمعی است بدین معنی که درمانگران به مرور کلیه مطالب قبلی در هر جلسه ادامه می‌دهند. اولین برنامه درمانی برای معرفی نوجوانان به یک مدل CBT درمانی بود که اعتبار رویکرد و انگیزه و ارائه آموزش‌های روان شناختی در مورد ADHD و همچنین آموزش برنامه ریزی بود. این فرایند شامل کمک به نوجوان برای ایجاد یک روند پیگیری

سیاهه رفتاری کودک

سیاهه رفتاری کودک (CBCL) از مجموعه فرم‌های موازی آخنباخ ASEBA بوده و مشکلات کودکان و نوجوانان را در ۸ عامل اضطراب/ افسردگی، انزوا/ افسردگی، شکایت‌های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه ارزیابی می‌کند. دو عامل نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه عامل مرتبه دوم مشکلات برون سازی شده را تشکیل می‌دهند. 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 می‌دهد و نوعاً در ۲۰ الی ۲۵ دقیقه تکمیل می‌شود (مینائی، ۱۳۸۴).

این پرسشنامه ۱۱۳ سوال در رابطه با انواع حالات رفتاری کودکان تشکیل شده است. پاسخ به سوالات این پرسشنامه به صورت لیکرت ۳ گزینه‌ای از ۰ تا ۲ می‌باشد. بدین ترتیب که نمره "۰" به مواردی تعلق می‌گیرد که هرگز در رفتار کودک وجود ندارد؛ نمره "۱" به حالات و رفتارهایی داده می‌شود که گاهی اوقات در کودک مشاهده می‌شود و نمره "۲" نیز به مواردی داده می‌شود که بیشتر مواقع یا همیشه در رفتار کودک وجود دارد.

ضرایب کلی اعتبار فرم‌های CBCL با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و با استفاده از اعتبار باز آزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است. روایی محتوایی (انتخاب منطبق سؤالات و استفاده از تحلیل کلاس یک سؤالات)، روایی ملاکی (با استفاده از مصاحبه روان پزشکی با کودک و نیز همبستگی با مقیاس CSI-4) و روایی سازه (روابط درونی مقیاس‌ها و تمایز گذاری گروهی) این فرم‌ها مطلوب گزارش شده است (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۷).

در پژوهش مینایی (۱۳۸۵) دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس- ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. ثبات زمانی مقیاس‌ها با استفاده از روش آزمون- باز آزمون با یک فاصله زمانی ۸-۵ هفته بررسی شده که دامنه ضرایب ثبات زمانی از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به دست آمده است.

و حفظ قرارها، مسئولیت‌ها و به همان میزان لیست کارهای روزانه بود. در این برنامه که هم می‌توان از سیستم یادداشت برداری کاغذی استفاده نمود و هم استفاده از تلفن همراه، که در اینجا با توجه به پیگیری درمانگر در ارتباط با انجام برنامه‌ها توسط آزمودنی و هم سیستم گزارش دهی سریع از طرف آزمودنی، از تلفن همراه استفاده گردید. با توجه به اینکه در طول ۱۲ جلسه این برنامه پیگیری می‌شود احتمال تبدیل رفتارهای آنها به عادت‌های شخصی بیشتر است

برنامه ریزی و سازماندهی (۴ جلسه). اولین مهارت حل مسئله شامل آموزش دادن به شرکت کننده برای شکستن کارهای ظاهراً طاقت فرسا و غیرقابل کنترل، با هدف کاهش پیشگیری شناختی است. دومین مهارت حل مسئله شامل یادگیری لیست مختلف راه حل‌های مختلف برای یک مسئله و انتخاب بهترین راه حل ممکن است

حواس پرتی (۲ جلسه). پروتکل حواس پرتی شامل مهارت‌های آموخته شده در جلسات قبل در زمینه سازماندهی و برنامه ریزی و ساخت این مهارت‌ها است.

تفکر انطباقی (۲ جلسه). در برنامه سوم درمان، مهارت‌های بازسازی شناختی به منظور به حداکثر رساندن تفکر انطباقی در زمان استرس و استفاده از مهارت‌های تفکر انطباقی برای مشکلات مرتبط با ADHD اعمال می‌شود.

مشارکت والدین (۲ جلسه).

والدین به طور کامل در دو جلسه درمانی همراه با نوجوان شرکت می‌کنند. والدین در پایان جلسات دیگر نیز مشورت می‌کنند تا در مورد محتوای جلسات و همچنین تکالیف در منزل به طور مختصر بحث کنند. جلسات والدین شامل آموزش روانشناختی در مورد ADHD و همچنین محتوای درمان است.

تثبیت و پیشگیری از برگشت (۲ جلسه). برنامه نهایی پیشگیری از برگشت است. اگرچه مرور مهارت‌های قبلاً آموخته شده در هر جلسه انجام می‌شود، اما در این جلسه از آزمودنی خواسته می‌شود که هر یک از مهارت‌های مورد بررسی را مرور کند و میزان سودمندی هر مهارت را ارزیابی کند.

پرسشنامه ارزیابی رابطه والد - فرزند فاین و همکاران (PCRS)

پرسشنامه ارزیابی رابطه والد - فرزند (PCRS) توسط مارک آ. فاین، جی. آر. مورلند، و اندرو اسپوویل (۱۹۸۳) ساخته شده است که از ۲۴ گویه تشکیل شده است که به منظور سنجش کیفیت ارتباط والدین و فرزندان بکار می‌رود.

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 فرم‌های پدر و مادر عامل‌های مختلفی وجود دارد. نمره گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۷ نقطه ای می‌باشد. گویه‌های شماره ۹، ۱۳ و ۱۴ بصورت معکوس نمره گذاری می‌شوند و سپس نمرات گزینه‌ها جمع می‌شوند و بر تعداد گزینه‌های هر عامل تقسیم می‌شود (میانگین هر خرده مقیاس). نمره کل، مجموع میانگین خرده مقیاس‌ها است.

مقیاس رابطه والد - فرزندی با ضرایب آلفای ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ برای خرده مقیاس‌های مربوط به پدر و نیز آلفای کلی ۰/۹۶ و ضرایب آلفای ۰/۶۱ (همانندسازی) تا ۰/۹۴ برای خرده مقیاس‌های مربوط به مادر نیز آلفای کلی ۰/۹۶ همسانی درونی

عالی دارد، این ضرایب آلفا را سازندگان مقیاس با اجرای پرسشنامه بر ۲۴۱ دانشجو به دست آورده‌اند.

در این پژوهش از آمار توصیفی جهت تعیین میانگین، میان، انحراف معیار، رسم جداول و نمودارها استفاده شد. قبل از آزمون و تحلیل آماری با آزمون شاپیروویلک نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته بررسی شد. سپس برای تحلیل آماری و آزمون فرضیه‌های کمی و نورمال تحقیق از تحلیل واریانس آنوا و اندازه گیری مکرر استفاده شد. کلیه محاسبات با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد. در این بررسی فرض صفر با احتمال خطای $P \leq 0/05$ در نظر گرفته شد.

نتایج

نتایج نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌های گروه تجربی $14/1 \pm 78/80$ ، میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌های گروه کنترل $15/1 \pm 76/92$ می‌باشد. همچنین میانگین و انحراف استاندارد سن مادر آزمودنی‌های گروه تجربی $41/4 \pm 28/17$ ، میانگین و انحراف استاندارد سن مادر آزمودنی‌های گروه کنترل $42/3 \pm 38/75$ می‌باشد. همچنین میانگین و انحراف استاندارد سن پدر آزمودنی‌های گروه تجربی $44/71 \pm 4/42$ ، میانگین و انحراف استاندارد سن پدر آزمودنی‌های گروه کنترل $46/5 \pm 23/73$ می‌باشد.

جدول ۴-۱۶) نتایج آزمون تحلیل واریانس باندازه گیری مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی تعامل با والدین

گروه	منابع تغییرات	میانگین مجذورات	F	درجات آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
تعامل با والد پدر	اثر زمان	۲۰۸/۱۵۰	۹۸/۳۵۶	۱	۰/۰۰۱	۰/۷۹۷	۱/۰۰
تعامل زمان* گروه	تعامل	۱۳۶/۴۲۷	۶۴/۴۶۵	۱	۰/۰۰۱	۰/۷۲۱	۱/۰۰
تعامل با والد مادر	اثر زمان	۸۷/۷۷۳	۳۸/۴۷۹	۱	۰/۰۰۱	۰/۶۰۶	۱/۰۰
تعامل زمان* گروه	تعامل	۱۰۸/۷۷۲	۶۸/۸۱۲	۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳۴	۱/۰۰

همچنین تعامل زمان و گروه نیز معنادار است ($p=0/001$). اثر زمان نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری وجود دارد. اندازه اثر در متغیر زمان نشان

جدول ۴-۱۶ نتایج آزمون تحلیل واریانس باندازه گیری مکرر را برای متغیر تعامل با والدین نشان می‌دهد. از محتوای جدول مشخص است که اثرات اصلی زمان معنادار است ($p<0/001$).

و ۷۳٪ تغییرات واریانس تعامل با والدین ناشی از تغییرات زمانی در حداقل یکی از دو گروه است. برای بررسی دو به دو تفاوت میانگین استرس در سه مرحله ارزیابی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که در جدول ۴-۱۷ نشان داده شده است.

می‌دهد که ۷۹٪ تغییرات متغیر تعامل با والد پدر و ۶۰٪ تغییرات متغیر تعامل با والد مادر ناشی از تغییرات زمانی است. همچنین اندازه اثر تعامل زمان و گروه در تعامل والد پدر ۰/۷۲ و تعامل والد مادر ۰/۷۳ است که نشان می‌دهد تقریباً به ترتیب ۷۲

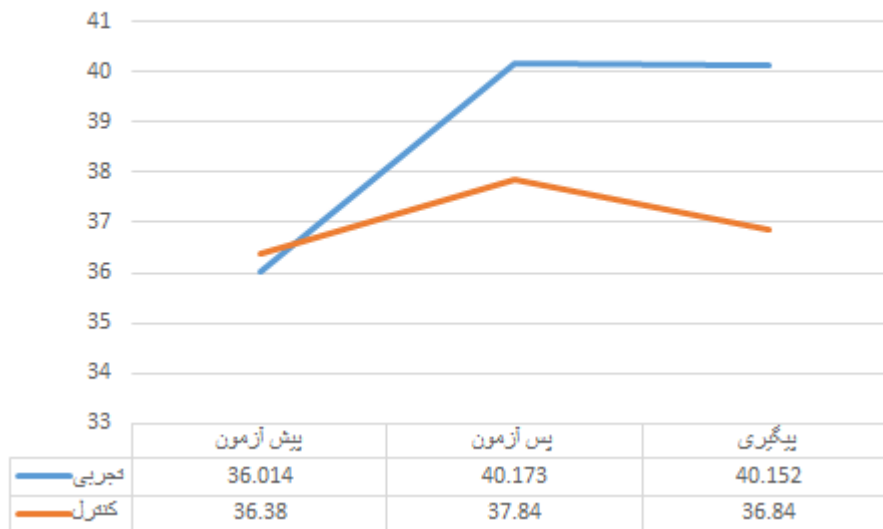
جدول ۴-۱۷) نتایج آزمون بونفرونی برای متغیر تعامل با والدین

گروه	مرحل مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
تعامل با والد	پیش	آزمون	۴/۱۵۹-	۰/۳۸۳	<۰/۰۰۱
	پس	آزمون	۴/۱۷۳	۰/۳۸۳	<۰/۰۰۱
پدر	پیش	پیگیری (۳۶/۰۱۴)	۴/۳۳۸-	۰/۴۰۳	<۰/۰۰۱
	پس	آزمون (۴۰/۱۷۳)	۰/۱۷۹-	۰/۲۴۱	۱/۰
کنترل	پیش	آزمون (۳۷/۸۴)	۱/۴۶۲-	۰/۶۲۷	<۰/۰۰۱
	پس	آزمون (۳۶/۸۴)	۰/۴۶۲-	۰/۶۲۷	۱/۰
تعامل با والد	پیش	آزمون	۲/۵۶۹-	۰/۳۷۶	<۰/۰۰۱
	پس	آزمون	۴۲/۹۷۸	۰/۳۷۶	<۰/۰۰۱
مادر	پیش	پیگیری (۴۳/۰۴۱)	۲/۶۳۲-	۰/۴۱۲	<۰/۰۰۱
	پس	آزمون (۴۲/۹۷۸)	۰/۰۶۳-	۰/۲۰۲	۱/۰
کنترل	پیش	آزمون (۴۰/۳۸)	۰/۷۷	۰/۵۲۵	۱/۰
	پس	آزمون (۴۰/۴۶)	۱/۳۰۸	۰/۴۸۵	۰/۰۵۹
تعامل با والد	پیش	پیگیری (۳۹/۸۱۵۴)	۱/۲۳۱	۰/۳۲۳	۰/۰۰۷
	پس	آزمون (۴۰/۹۳۸)	۱/۲۳۱	۰/۳۲۳	۰/۰۰۷

همانطور که در جدول ۴-۱۷ نشان داده شده است، اختلاف بین پیش آزمون و پس آزمون در هر دو گروه تجربی والد معنادار است ($p < 0/001$). با توجه به اختلاف میانگین‌ها، نمرات از پیش آزمون تا پس آزمون کاهش یافته است. اختلاف بین پیش آزمون و پیگیری هم معنادار است ($p < 0/001$). ولی بین میانگین پس آزمون و پیگیری دو گروه تجربی تفاوت معناداری وجود ندارد ($p = 1/0$). بین میانگین پیش آزمون و پس آزمون گروه‌های کنترل نیز تفاوت معنی داری وجود ندارد. بین میانگین

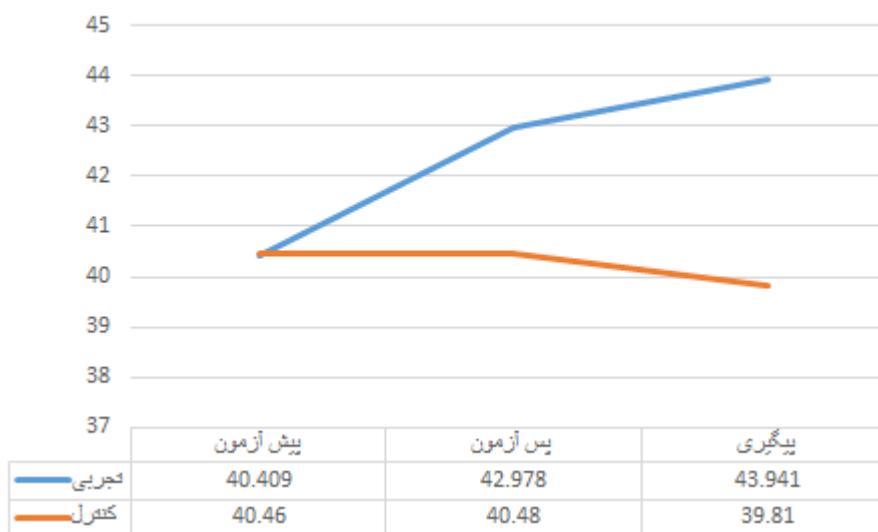
پس آزمون و پیگیری گروه‌های کنترل تفاوت معنی دار است. لازم به توضیح است که معنی داری در این بخش به معنی برتر شدن نمرات می‌باشد. با این حال، برای دقت بیشتر در نتایج و اطمینان بیشتر، با توجه به اینکه آزمون بونفرونی جمع میانگین دو گروه را مورد محاسبه قرار می‌دهد، باید به نمودار اثرات اصلی گروه و زمان توجه کرد. نمودار ۱ و ۲ اثرات اصلی گروه و زمان را به شکل هندسی نشان می‌دهد.

تعامل والد پدر با نوجوان



نمودار ۱. نمودار تغییرات تعامل والدین پدر در طول زمان به تفکیک گروه‌ها

تعامل والد مادر با نوجوان



نمودار ۲. نمودار تغییرات تعامل والدین مادر در طول زمان به تفکیک گروه‌ها

بحث و نتیجه گیری

مسئله بهداشت عمومی، ADHD نیز به یک موضوع آموزشی مرتبط تبدیل شده است. بعلاوه، پس از دهه‌ها تحقیق، شکی نیست که ADHD ماهیتی مزمن دارد. این بیماری در اوایل کودکی نشان داده می‌شود و در طول کودکی و نوجوانی و تا بزرگسالی به یک درجه دردسرساز ادامه می‌دهد. علائم این اختلال باعث تغییراتی در عملکرد مدرسه و خانواده و روابط با

افزایش قابل توجه تعداد کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - نقص توجه (ADHD) در چند سال گذشته تأثیرات مهمی بر روی سیستم آموزشی داشته است. در واقع، در ایالات متحده، هزینه‌های اضافی توسط مدارس دولتی به نمایندگی از دانش آموزان مبتلا به ADHD در سال ۱۹۹۵ بیش از ۳٫۲ میلیارد دلار بوده است (۱۵). در نتیجه، علاوه بر تبدیل شدن به یک

برخی جنبه‌های رفتار سود می‌برند، اما در برخی دیگر خیر. همچنین همانطور که پلهام (۲۱) تأکید کردند، "به سادگی با پزشک کردن کودکان، بدون آموزش مهارت‌های لازم برای بهبود رفتار و عملکرد آنها، پیش بینی دراز مدت کودکان را تأیید نمی‌کند".

رفتارهای کودکان و نوجوانان مبتلا به ADHD با افزایش استرس در والدین آنها همراه است که بر کیفیت تعاملات والدین-کودک تأثیر منفی دارند، در ارتباط است (۲۲). عملکرد خانواده و روابط والدین با فرزندان اغلب در خانواده‌های کودکان مبتلا به ADHD با مشکل روبرو می‌شود: در این خانواده‌ها شیوه‌های فرزندپروری ضعیف تری وجود دارد و محیط‌های خانوادگی پرتنش و پرتلاطم می‌باشند (جانستون و ماش، ۲۰۰۱). درگیری بین والدین و کودک و رفتار مرتبط با تعارض به خوبی در کودکان مبتلا به ADHD اثبات شده است (بتل و لیسلی ۱۹۷۲؛ کانینگام و بارکلی ۱۹۷۹؛ شرودر و کلی، ۲۰۰۹). این مطالعات رفتارهای پرخاشگرانه و غیرسازگار، 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 می‌دهد (۲۳، ۲۴). جوانی به طور کلی یک دوره رشد است که با نیاز فزاینده به استقلال و استقلال از والدین مشخص می‌شود، که در بسیاری از خانواده‌ها باعث افزایش درگیری والدین و نوجوانان می‌شود (۲۵). در حال حاضر طیف وسیعی از استراتژی‌های روانشناختی برای درمان اختلالات استفاده می‌شود. درمان‌های چندمنظوره و گسترده توصیه می‌شود، از جمله درمان شناختی رفتاری، روان درمانی فردی و خانوادگی توصیه می‌شود (۲۶-۲۸). استراتژی‌های شناختی و عاطفی مانند آگاهی از احساسات، تغییر زاویه دید، مدیریت خشم و حل مسئله که معمولاً استفاده می‌شود و تکالیف برای تقویت انگیزه و تعمیم مهارت‌ها به زندگی روزمره استفاده می‌شود (۲۷). با توجه نتایج تحقیق که نشان داد برنامه درمانی شناختی رفتاری ویژه نوجوانان مبتلا به ADHD بر تعامل والدین و نوجوانان اثر دارد پیشنهاد می‌گردد که از این برنامه تدوین شده در جهت بالا بردن تعامل والدین و نوجوانان استفاده

همکلاسی‌ها می‌شود و آنها یک تنظیم روانپزشکی، اجتماعی و آکادمیک طولانی مدت را با خود ندارند (۱۶). در دوره نوجوانی، کنترل و کمک والدین و معلمان در مقایسه با کودکی کاهش می‌یابد، در حالی که انتقال به مدرسه متوسطه نیاز به عملکرد اجرایی و به ویژه مهارت‌های برنامه ریزی را افزایش می‌دهد (۱۷). هنگامی که نوجوانان مبتلا به بیش فعالی دارای مشکلات برنامه ریزی هستند، این امر می‌تواند در مدرسه، خانواده و عملکرد اجتماعی اختلال ایجاد کند (۱۸). از آنجا که درمان‌های غیر دارویی مبتنی بر شواهد برای نوجوانان مبتلا به ADHD فاقد آن است (۱۹). در یک بررسی اخیر توسط ایوانز و همکاران (۱۹) نشان داده شد که مداخلات مدیریت رفتار، که آموزش رفتار والدین، مدیریت کلاس رفتاری و مداخلات رفتاری همسالان رفتاری را مد نظر قرار می‌دهد ملاک معیارها و درمان‌های ثابت است. یک درمان رفتاری شناختی (CBT) ایجاد شده که بر مهارت‌های برنامه ریزی در زندگی متمرکز باشد و هر جلسه لیستی برای انجام یک کار ثابت در اختیار نوجوان مبتلا به ADHD قرار دهد می‌تواند مورد بحث و آموزش قرار گیرد (۲۰). در ارتباط با مداخلات دارویی و شناختی رفتاری تحقیقات به برتری درمان‌های شناختی رفتاری در صورت ادامه و اجرای آن توسط آزمودنی‌های بزرگسال اشاره دارد. صدها مطالعه اثرات مفید روانگردان‌ها را بر عملکرد شناختی و رفتاری افراد مبتلا به ADHD نشان داده‌اند. اما مداخلات دارویی از یک سری محدودیتهای دارند (۲۱). در وهله اول، علی‌رغم مزایای آشکار آنها در عملکرد روزانه کلاس، اثبات نشده است که محرک‌ها تغییرات طولانی مدت در عملکردهای کودکان مبتلا به ADHD یا در حوزه‌های ویژه ای ایجاد می‌کنند. در امتداد همین موارد، اگرچه محرک‌ها رفتار مخمل را کاهش می‌دهند، اما هیچ شواهدی مبنی بر ایجاد تغییراتی در روابط بین فردی که معمولاً در بزرگسالان و بزرگسالان مبتلا به ADHD تغییر می‌کند، وجود ندارد. بعلاوه، فقط بین ۷۰٪ و ۸۰٪ کودکان مبتلا به بیش فعالی پاسخ مثبت به محرک‌های روانپزشکی را نشان داده‌اند، با تفاوت‌های مهم فردی در اندازه و توپوگرافی پاسخ، به طوری که داروهای پیشگیرانه دارو از

تشکر و قدردانی

نویسندگان بدین وسیله از تمامی شرکت کنندگان و سازمان‌های مربوطه که در اجرای این طرح همکاری داشته‌اند قدردانی و کمال تشکر را به عمل می‌آورند.

گردد. از محدودیت‌های تحقیق می‌توان به تعداد کم و در دسترس نوجوان بیش فعال و عدم همکاری کامل والدین در تکمیل پرسشنامه‌ها اشاره نمود که باعث ریزش و خروج از تحقیق شد. به محققان پیشنهاد می‌گردد که در جهت بالا بردن اعتبار بیرونی برنامه شناختی رفتاری تدوین شده ویژه نوجوانان مبتلا به ADHD، مجدداً تحقیق بر روی نوجوانان پسر انجام گیرد.

References

۱. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
۲. Scahill L, Schwab-Stone M. Epidemiology of ADHD in school-age children. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2000;9:۵۰-۵۴۱:(۳)
۳. Arnsten AF. Stimulants: therapeutic actions in ADHD. *Neuropsychopharmacology*. 2006;31(11):2376-83.
۴. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International journal of epidemiology*. 2014;43(2):434-42.
۵. King R, Noshpitz JD. *Pathways of Growth: Essentials of Child Psychiatry, Volume 2: Psychopathology*: John Wiley & Sons New York; 1991.
۶. Teeter PA. *Interventions for ADHD: Treatment in developmental context*: Guilford Press; 2000.
۷. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological bulletin*. 1997;121(1):65.
۸. Timms P. Royal College of Psychiatrists. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) Recuperado de <http://www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVOCONDUCTUAL.pdf>. 2007.
۹. Reinecke MA, Dattilio FM, Freeman AE. *Cognitive therapy with children and adolescents: A casebook for clinical practice*: The Guilford Press; 2003.
۱۰. van der Sluis CM, van der Bruggen CO, Brechman-Toussaint ML, Thissen MA, Bögels SM. Parent-directed cognitive behavioral therapy for young anxious children: A pilot study. *Behavior therapy*. 2012;43(3):583-92.
۱۱. Wood JJ, Piacentini JC, Southam-Gerow M, Chu BC, Sigman M. Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2006;45(3):314-21.
۱۲. Piacentini J, Bergman RL, Chang S, Langley A, Peris T, Wood JJ, et al. Controlled comparison of family cognitive behavioral therapy and psychoeducation/relaxation training for child obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2011;50(11):۱۱۴۹-۱۱۶۱.
۱۳. Wells KC, Heilbron N. Family-based cognitive-behavioral treatments for suicidal adolescents and their integration with individual treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2012;19(2):301-14.
۱۴. Danielsen YS, Nordhus IH, Júlíusson PB, Mæhle M, Pallesen S. Effect of a family-based cognitive behavioural intervention on body mass index, self-esteem and symptoms of depression in children with obesity (aged 7–13): A randomised waiting list controlled trial. *Obesity research & clinical practice*:(۲)۷;۲۰۱۳.e116-e28.
۱۵. Forness SR, editor *The impact of attention deficit hyperactivity disorder on school systems*. National Institute of Mental Health, National Institute on Drug Abuse, Office of Medical Applications of Research (Eds), *Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder: Program and abstracts: NIH consensus development conference*; 1998.
۱۶. Biederman J, Monuteaux MC, Doyle AE, Seidman LJ, Wilens TE, Ferrero F, et al. Impact of executive function deficits and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on academic outcomes in children. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2004;72(5):757.
۱۷. Boyer B, Kuin M, Van der Oord S. *Zelf Oplossingen Bedenken [Solution Focused Treatment]*. Uitgeverij Lannoo-Campus, Houten. 2014.
۱۸. Abikoff H, Gallagher R, Wells KC, Murray DW, Huang L, Lu F, et al. Remediating organizational functioning in children with ADHD: immediate and long-term effects from a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2013;81(1):113.
۱۹. Evans SW, Owens JS, Bunford N. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2014;43(4):527-51.
۲۰. Kuin M, Boyer B, Van der Oord S. *Zelf Plannen [Plan My Life]*. Uitgeverij Lannoo-Campus, Houten. 2013.

- .۲۱ Pelham Jr WE, Wheeler T, Chronis A. Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of clinical child psychology*. 1998;27(2):190-205.
- .۲۲ Greene RW, Beszterczey SK, Katzenstein T, Park K, Goring J. Are students with ADHD more stressful to teach? Patterns of teacher stress in an elementary school sample. *Journal of emotional and behavioral disorders*. 2002;10(2):۷۹-۸۹.
- .۲۳ Battle ES, Lacey B. A context for hyperactivity in children, over time. *Child development*. 1972:757-73.
- .۲۴ Schroeder VM, Kelley ML. Associations between family environment, parenting practices, and executive functioning of children with and without ADHD. *Journal of child and family studies*. 2009;18(2):227-35.
- .۲۵ Christie D, Viner R. Adolescent development. *Bmj*. 2005;330(7486):301-4.
- .۲۶ Steiner H, Rensing L. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2007;46(1):126-41.
- .۲۷ Lochman JE, Powell NP, Boxmeyer CL, Jimenez-Camargo L. Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2011;20(2):305-18.
- .۲۸ Masi G, Milone A, Paciello M, Lenzi F, Muratori P, Manfredi A, et al. Efficacy of a multimodal treatment for disruptive behavior disorders in children and adolescents: Focus on internalizing problems. *Psychiatry research*. 2014;219(3):617-24.

*Original Article***The effectiveness of cognitive-behavioral therapy program for adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder on their interaction with their parents**

Received: 12/09/2020 - Accepted: 06/01/2021

Goharyasna Anzani¹
 Saeed Hasanzadeh^{2*}
 Arjmandnia Ali Akbar³

1. PhD Student of Psychology and the education of exceptional children, Faculty of Humanities, Research Science Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. (Corresponding Author) Associate Professor, Faculty of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

3. Associate Professor, Faculty of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

Email: shasanz@ut.ac.ir

Abstract

Introduction: Research has shown that the behavior of patients with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) affects their performance in the family, school and community and leads to a negative reaction from others; Therefore, the aim of this study was to evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy program for adolescents with ADHD on their interaction with their parents.

Methods: The method of quasi-experimental research and pre-test and post-test research design was follow-up with control and experimental groups. The statistical population included all adolescents aged 18-12 years who were referred to a respiratory clinic in 1998 due to suspected ADHD. Thirty people who scored higher than cut in the CBCL test were selected in an accessible and targeted manner. Research tools included Child Behavior Inventory (CBCL), Fine et al. Parent-Child Relationship Assessment Questionnaire (PCRS). Findings were analyzed using SPSS software version 25 and analysis of covariance and Bonferroni post hoc test at a significance level of 0.05.

Results: The findings showed that the difference between pre-test and post-test in both parent experimental groups was significant ($p < 0.001$). Due to the difference in means, the scores from pre-test to post-test have decreased. The difference between pre-test and follow-up is also significant ($p < 0.001$). But there is no significant difference between the mean of post-test and follow-up of the two experimental groups ($p > 0.001$).

Conclusion: According to the research findings, it can be said that the special cognitive-behavioral program of adolescents has a beneficial effect on their interaction with their parents.

Key words: Cognitive Behavioral Therapy, ADHD, Adolescents, Parents

Acknowledgement: There is no conflict of interest.