

بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر خودپنداره کودکان بیش فعال/نارسایی توجه

سلماز سهندی فرا^{۱*}، راضیه حسینی^۲، شهره حسینی^۳، فاطمه نعمتی نیا^۴ و فرامرز فرضی^۵

۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی solmazsahandifar@gmail.com

۲ کارشناسی ارشد مدیریت آموزشی raziyehosseini17@yahoo.com

۳ دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی shohre.hoseini3@gmail.com

۴ فوق لیسانس روانشناسی عمومی Meterling99@yahoo.com

۵ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی fz.farzi@chmail.ir

*نویسنده مسئول

چکیده

هدف این تحقیق بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر خودپنداره کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش فعال است. روش این پژوهش کاربردی می باشد. این تحقیق با روش مداخله ای و درمان و گردآوری و تحلیل پرسشنامه ها در جامعه آماری به دست آمده و سپس با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. ابتدا توسط معیار تشخیصی IIV DSM یک تشخیص اولیه صورت گرفته سپس توسط یک مصاحبه با خود کودک و مشاهده رفتار وی توسط پژوهشگر و نیز مصاحبه با والدین آنها کار غربالگری را به اتمام رسید، در نهایت یک گروه ۲۰ نفره از کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی انتخاب گردید، سپس به طور تصادفی این ۲۰ نفر در دو گروه ۱۰ نفری (گروه گواه و گروه آزمایش) قرار گرفتند، سپس از دو گروه گواه و آزمایش آزمون خودپنداره پیرز- هاریس گرفته شد و ۱۰ جلسه درمان رفتاری- شناختی را هر هفته یک جلسه و هر جلسه به مدت یک ساعت و نیم با گروه آزمایش برگزار شد و در آخر بر روی هر دو گروه مجدداً آزمون خودپنداره اجرا شد و نهایتاً توسط آزمون های آماری تأثیر درمان شناختی رفتاری بر خودپنداره کودکان کمبود توجه/بیش فعال سنجدیده شد. نتایج حاصل از این مطالعه نشان می دهد که درمان رفتاری /شناختی بر افزایش خودپنداره کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی مؤثر است.

واژه های کلیدی: درمان شناختی - رفتاری ، خودپنداره، بیش فعالی

۱- مقدمه

افراد در ادراک و کسب دانش متفاوتند، ایده ها را به گونه ای متفاوت شکل می دهند و به صورت متفاوت به تفکر می پردازند و عمل می کنند (کلب، ۲۰۰۴). افراد دارای تفاوت های فردی مهمی در زمینه مسائل شناختی هستند که در حل مشکلات و تصمیم گیری به آنها اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی یکی از شایع ترین اختلالات رشدی است، که معمولاً نشانه های آن در اوایل زندگی کودک و سنین پیش از دبستان ظاهر می شوند و اغلب نشانه های آن تا پایان کودکی و نوجوانی و در هفتاد درصد از موارد تا بزرگسالی ادامه می یابد (برجلی، ۱۳۸۹). شیوع اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در سنین مدرسه بین ۳ تا ۷ درصد است که در آن نسبت پسرها به دخترها ۳ تا ۶ برابر است و یکی از رایج ترین اختلال های روان شناختی کودکان است که در ۳۰ تا ۴۰ درصد مراجعان به مراکز مشاوره ای کودک گزارش شده است. افزون بر این اختلال برای درصد قابل ملاحظه ای از مراجعان به مراکز درمانی بزرگسالان نیز گزارش شده است (کانرز^۱، ۱۹۹۹، ترجمه علیزاده و همکاران، ۱۳۸۷). کودکان بیش فعال / نارسایی توجه به دلیل مشکلات و رفتارهای خاصی که دارند، باعث می شوند که برخورد های اطرافیان با این کودکان و تذکراتی در پی بزرگسالان، عزت نفس آنان را تحت تاثیر قرار دهد و شاید خشمی نهفته درون آنها به وجود آورد (بارکلی، ۲۰۰۳). مطالعات طولی نشان می دهد که حدود ۶۰ تا ۸۰ درصد از کودکان مبتلا به این اختلال، علائم اختلال را تا نوجوانی به همراه دارند، و این اختلال در نوجوانی با میزان بالایی از رفتار مجرمانه، در ۲۵ تا ۵۰ درصد اعتماد به نفس پایین، سطح تحصیلات پایین، اختلالات سلوک و سوء مصرف مواد مخدر را نشان می دهد (تقوی، ۱۳۹۰). افراد با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی اغلب علایمی دارند که به قدر کافی شدید است و همچنین به نحوی است که با عملکرد و فعالیت های زندگی فرد تداخل می کند. کودکان دارای این اختلال اغلب در مدرسه با مشکلات قابل توجهی رو به رو هستند و هم به لحاظ آموزش و هم از نظر اداره کلاس همواره چالش قابل ملاحظه ای را در مقابل معلمان قرار می دهند. چنین کودکانی ممکن است داخل یا بیرون از صندلی شان باشند، ممکن است دیگران را اذیت کنند یا حتی رفتارهای پر خاشگرانه ای نظیر زدن یا کشیدن مو انجام دهند (هاردمن^۲، ۲۰۰۲). بطور کلی محیط مدرسه برای این کودکان شرایطی فراهم می آورد که بیشترین کمبودها را در زمینه حفظ توجه، کنترل تکانه و فرمانبرداری بروز می دهند (محمد اسماعیل، ۱۳۸۵). این کاملاً عادی است که کودکان جنب و جوش کنند و تحرک داشته باشند و از بازی کردن لذت ببرند ولی کودکانی هستند که بسیار بی قرار، زیاد فعال، حواس پرت، بی ثبات و تکانشی هستند. بیان شده است که این اختلال شایع ترین دلیلی است که کودکان را به خاطر آن به درمانگاه های بهداشت و روان می آورند (علیزاده، ۱۳۸۴). اگر چه درمان های مختلفی برای اختلال کمبود توجه / بیش فعال ابداع شده است ولی تعداد کمی از آنها به قدر کافی یا در حد مقدماتی پشتوانه تجربی دارند. این درمان ها عبارتند از: دارو درمانی، آموزش بالینی / مشاوره با والدین، مدیریت وابستگی ویژه والدین و کلاس درس، درمان شناختی - رفتاری (برجلی، ۱۳۸۹). بکارگیری ترکیبی از روش های درمانی توسط والدین، معلمان و متخصصان بطور هماهنگ و پذیرش کودک از طرف آنها به عنوان فردی که نیازمند کمک است، باعث پیشرفت های قابل ملاحظه در رفتار کودکی می شود (محمد اسماعیل، ۱۳۸۵). درمان رفتاری شناختی که به فنون مورد استفاده برای تغییر رفتار کودکان به چگونگی فکر کردن آنها تمرکز دارد اطلاق می شود و روانشناسان از اصطلاح شناختی برای اشاره به تفکر استفاده می نمایند. رفتار درمانگران شناختی چندین فرض درباره تفکر و رفتار مطرح می کنند که شیوه تفکر به صورت طبیعی بر شیوه رفتار تاثیر می گذارند و رفتار ما نیز به نوبه خود بر رفتار دیگران موثر است و این چرخه ادامه می یابد و ما اینگونه محیط اجتماعی خود را بوجود می آوریم (رونالد، همکاران، ۲۰۰۰، ترجمه صدرالسادات، ۱۳۸۱). درمان شناختی - رفتاری، موضوع را بر این قرار می دهد که آسیب شناسی روانی نتیجه نابهنجاری در فرایند شناختی است، به ویژه فرض بر این است که مشکلات افراد مربوط به تحریف ها و نقص های شناختی هستند (استالارد^۳، ۲۰۰۵؛ ترجمه علیزاده و همکاران، ۱۳۸۹). ویژگی های رویکردهای شناختی - رفتاری نظیر ارتباط کاری تجربی و اشتراکی، فعال بودن، هدفدار بودن، متمرکز بودن بر مشکل، آموزش مهارت های مقابله و تاکید بر باز خورد به ویژه برای درمان مراجعان نوجوان بسیار متناسب است (عطایی، ۱۳۹۰). کارآمدترین و موثرترین رویکردها برای نوجوانان،

1-conners

2-Hardman

3- Stawlard

رویکردهایی است که از آغاز عمل گریند و با آنچه نوجوان به عنوان مشکل ادراک می کند و مستلزم تغییر است، تناسب دارند (وندر^۴، ۱۹۹۰؛ ترجمه خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۶). آناستوپولوس^۵ و شامز^۶ (۲۰۰۱) معتقدند که هیچ یک از این رویکردهای درمانی اثربخش و علاج قطعی نیستند. این درمانها فقط نشانه های اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی را کم می کنند و مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان مبتلا به این اختلال را بهبود می بخشد (برجلی، ۱۳۸۹). تشخیص و درمان مشکلات رفتاری این کودکان از جنبه های مختلف دارای اهمیت است، ضمن اینکه این اختلال می تواند در حوزه های دیگر زندگی این کودک و یادگیری وی اختلال ایجاد نماید (۱۳۸۹). بنابراین مسئله اصلی که در این پژوهش مورد بررسی قرار می گیرد این است که آیا درمان به شیوه رفتاری- شناختی در خود پنداره کودکان بیش فعال / نارسایی توجه شهرستان اسکو تاثیر دارد؟

روش تحقیق:

پژوهش حاضر با توجه به اهداف و ماهیت آن، یک تحقیق نیمه آزمایشی با گروه کنترل به شیوه ی مداخله ای می باشد.

جامعه ، نمونه و روش نمونه گیری:

جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش آموزان ابتدایی پسر مبتلا به اختلال بیش فعالی / اختلال توجه که در مدارس دولتی دوره ابتدایی شهرستان اردبیل در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ مشغول به تحصیل بودند تشکیل می دهد. در این تحقیق از روش نمونه گیری تصادفی استفاده شده است. ابتدا از بین ۳ مدرسه دولتی پسرانه یک مدرسه بصورت تصادفی انتخاب شد سپس در مدرسه مورد نظر که شامل ۲۶۰ دانش آموز پسر است ابتدا جلسه ای با معلمین گذاشته شد و پس از توجیه آنان نسبت به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی و توضیح افتراقی این اختلال با سایر اختلالات به توزیع معیار تشخیص DSM VII در بین معلمان اقدام گردید. سپس کودکانی که بر اساس این معیار تشخیص داده شدند توسط یک مصاحبه با خود کودک و مشاهده رفتار وی توسط پژوهشگر و نیز مصاحبه با والدین آنها کار غربالگری انجام شد. یک گروه ۲۰ نفره از این کودکان که والدین آنها هم تمایل به همکاری دارند انتخاب شد، سپس به طور تصادفی این ۲۰ نفر در دو گروه ۱۰ نفری (یک گروه بنام گروه گواه و گروه دیگر گروه آزمایش) قرار گرفتند.

روش های گردآوری داده ها

پرسشنامه خودپنداره پیرز - هاریس کودکان

این مقیاس شامل ۸۰ سوال است که سوالات پرسشنامه به صورت گزارش شخص درباره اینکه کودکان و نوجوانان درباره خودشان چه احساسی دارند، طرح ریزی شده است. این مقیاس را می توان به صورت گروهی یا فردی اجرا کرد. هر عبارت پرسشنامه به صورت دو بخشی "بلی" یا "خیر" طرح ریزی شده است و دارای شش مقیاس زیر است:

- ۱- رفتار
- ۲- وضعیت مدرسه و وضعیت شناختی و ذهنی
- ۳- ظاهر و ویژگی فیزیکی
- ۴- اضطراب
- ۵- جامعه پسندی (محبوبیت)
- ۶- شادی و رضایتمندی

تمام مقیاسها در جهت خود پنداره مثبت نمره گذاری می شوند به طوری که نمره بالا نشان دهنده سطح بالای خودپنداره است (ساعتچی و همکاران، ۱۳۹۰).

⁴- wender

⁵-Anastopoulos

⁶-Shumz

روایی (اعتبار) پرسشنامه

مفهوم روایی به این سؤال پاسخ می دهد که ابزار اندازه گیری تا چه حد خصیصه مورد نظر را می سنجد. بدون آگاهی از اعتبار اندازه گیری نمی توان به دقت داده های حاصل از آن اطمینان داشت (سرمد و دیگران، ۱۳۸۲). این مقیاس خودپنداره در رابطه با یک نمونه تصادفی (شامل ۱۰۶۰ نفر)، اجرا شده است. میانگین سن این نمونه، ۱۴/۵ سال بوده و از روش آزمون- بازآزمون و دو نیمه کردن نیز به عنوان شاخص محاسبه اعتبار، استفاده شده است. ضرایب همبستگی گزارش شده در جدول فوق، در سطح ۰/۰۱ معتبر می باشند و معنای این سطح نیز حاکی از آن است که این مقیاس از ضرایب اعتبار مطلوبی برخوردار می باشد (شارما، ۱۹۸۴، ترجمه ساعتچی، ۱۳۷۶). این آزمون در کشور ایران بین دانش آموزان دوره راهنمایی در شهرهای مشهد هنجاریابی شده است و ضرایب اعتبار آن ۰/۹۱-۰/۹۴ و ۰/۹۲-۰/۸۸ و ۰/۹۳-۰/۹۰. در بین دانش آموزان دختر و پسر سالهای اول، دوم و سوم راهنمایی شهر مشهد گزارش شده است که بیانگر اعتبار بالای این آزمون است (احمدی حکمتی کار، ۱۳۷۲).

- مقیاس درجه بندی کانرز برای معلمین و والدین

- معیار تشخیص DSM IIV

از این معیار در کنار سایر ابزارهای تشخیص برای تشخیص کودکان بیش فعال از سایر کودکان استفاده مینماییم (علیزاده، ۱۳۸۳). توضیح این معیار به طور مبسوط در فصل دو آمده است.

- مشاهده و مصاحبه

مشاهده و مصاحبه از ابزار مهم در تشخیص و گردآوری اطلاعات در این پژوهش است. استفاده از این دو روش در فصل دو توضیح داده شده است.

یافته ها:

جدول ۱: آماره های توصیفی پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش

نام متغیرها	زمان آزمون	خودپنداره
میانگین	پیش آزمون	۲۰/۰۶۶۷
	پس آزمون	۴۰/۰۶۶۷
انحراف معیار	پیش آزمون	۳/۵۱۵
	پس آزمون	۵/۲۵۷
واریانس	پیش آزمون	۱۲/۳۵۲
	پس آزمون	۲۷/۶۳۸
حداقل	پیش آزمون	۲۵
	پس آزمون	۳۹
حداکثر	پیش آزمون	۳۶
	پس آزمون	۵۴

جدول ۲: آماره‌های توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل

نام متغیرها	زمان آزمون	خودپنداره
میانگین	پیش آزمون	۲۸/۸۶۶۷
	پس آزمون	۲۹/۲۶۶۷
انحراف معیار	پیش آزمون	۲/۸۹۹
	پس آزمون	۲/۷۶۴
واریانس	پیش آزمون	۸/۴۱۰
	پس آزمون	۷/۶۳۸
حداقل	پیش آزمون	۲۵
	پس آزمون	۲۶
حداکثر	پیش آزمون	۳۴
	پس آزمون	۳۴

فرضیه: روش درمان شناختی رفتاری بر خودپنداره کودکان بیش فعال / نارسایی توجه تاثیر می‌گذارد.

برای تجزیه و تحلیل این فرضیه از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد و نتایج آن در جدول زیر مشاهده می‌شود.

جدول شماره ۳: آزمون تحلیل کوواریانس

	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	Sig.
بین گروه‌ها	۲۴۳/۰۰۰	۱	۲۴۳/۰۰۰	۱۲۱/۵۲۹	۰/۰۰۰
درون گروه‌ها	۵۵۹/۸۶۷	۲۸	۱۹/۹۹۵		
کل	۲۹۸۹/۸۶۷	۲۹			

بین میانگین خودپنداره کودکان در دو گروه کنترل و آزمایش در پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود. با بررسی میانگینهای جدول

شماره ۲ مشاهده می‌شود که نمره خودپنداره در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل می‌باشد.

نتیجه گیری:

باتوجه به نتایج به دست آمده میتوان گفت نتایج این پژوهش با پژوهش مارکوس لوییز^۷ و همکاران (۲۰۰۵) اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر عزت نفس کودکان را بارها مورد بررسی قرار داده اند و تأثیربخشی درمان شناختی - رفتاری به اثبات رسیده است همسو است. در تحقیق فایده (۱۳۸۹) اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد تصمیم گیری مجدد بر افزایش خودپنداره دانش آموزان سال سوم

⁷-Marcus Lewis

دبیرستان تأثیر معنی داری داشته است. سالیوان (۱۹۸۱) تأثیر درمان شناختی - رفتاری و دارودرمانی و ترکیب آنها را در کودکان بیش فعال کودکان مورد ارزیابی قرار داده است و تعداد اندکی از کودکان از درمان شناختی - رفتاری بهره مند گشتند.

منابع:

- برجعلی، محمود. (۱۳۸۹). بررسی و مقایسه تأثیر روشهای آموزش دلگرم سازی، روش رفتاری والدین و دارودرمانی بر مهارت های خود کنترلی در کودکان ADHD. پایان نامه دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی.
- چکیده DSMIV.TR خلاصه متن تجدید نظر شده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۰۰). ترجمه محمدرضا نیکخو، تهران: سخن. ۱۳۸۳.
- کانرز، س. کیت. ال. بت. جولیت. (بی تا). اختلال نارسایی توجه بیش فعالی در کودکان و بزرگسالان - راهبردهای نوین در ارزیابی و درمان. ترجمه حمید علیزاده، قربان همتی علمدارلو، صدیقه رضایی. انتشارات دانژه، ۱۳۸۷.
- محمد اسماعیل، الهه. (۱۳۸۵). درسنامه درمان رفتاری - شناختی کودکان مبتلا به بیش فعالی/ نارسایی توجه. انتشارات دانژه.