مقایسه اثربخشی آموزش گروهی ذهن‌آگاهی، آموزش شناختی-رفتاری و آموزش ترکیبی به مادران بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی

□ **مسعود برشان**، دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران
□ **مریم چرامی***، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران
□ **رضا احمدی**، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران
□ **احمد غضنفری**، دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

نوع مقاله: پژوهشی ● صفحات ۳۱ - ۴۰

چکیده

هدف: پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش گروهی ذهن‌آگاهی، آموزش شناختی-رفتاری و آموزش ترکیبی به مادران بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی شهر کرمان بود.

روش: پژوهش نیمه‌تجربی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با سه گروه آزمایشی و کنترل بود. جامعه آماری کلیه کودکان پسر پایه‌های اول تا سوم دوره اول ابتدایی دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی شهر کرمان بود. حجم نمونه شامل ۶۰ نفر (۱۵ نفر در گروه آموزش ذهن‌آگاهی، ۱۵ نفر در گروه آموزش شناختی-رفتاری، ۱۵ نفر در گروه آموزش ترکیبی و ۱۵ نفر در گروه کنترل) که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و مادران آنها تحت آموزش قرار گرفتند. ابزارهای اندازه‌گیری شامل پرسشنامه‌ی۲۰ سؤالی تنظیم هیجانی هافمن و همکاران (۲۰۱۶) و پرسشنامه‌ی۶۳ سؤالی کارکردهای اجرایی جیو (۲۰۰۰) بود. جهت تجزیه‌و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره و تحلیل کواریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد.

نتایج: نشان داد تفاوت معناداری بین میانگین نمره‌های۳ مرحله‌ی پیش‌آزمون-پس‌آزمون و آزمون پیگیری متغیرهای کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی فرزندان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی وجود داشت. بر اساس نتایج آزمون تعقیبی روش آموزش ترکیبی به‌طور معناداری نسبت به دو روش آموزشی ذهن‌آگاهی و شناختی رفتاری بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی، تأثیر بیشتری داشت.

واژه‌های کلیدی: آموزش ترکیبی، آموزش شناختی-رفتاری، اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، تنظیم هیجانی، ذهن‌آگاهی، کارکردهای اجرایی

* Email: Choramimaryam@gmail.com

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2024-10-12]

مقدمه

اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی[1] در میان انواع مختلف اختلالات رفتاری، بیشترین پایداری را دارد. این اختلال یکی از شایع‌ترین اختلالات عصبی-رفتاری در کودکان مدرسه‌ای است و کودکان بسیاری را در جهان تحت تأثیر قرار داده است (۱). این اختلال با اسامی متفاوتی چون بدکارکردی جزئی مغز، آسیب خفیف مغزی، کنش بیش‌فعالی دوران کودکی و نشانگان بیش‌فعالی معرفی شده است. اما در آخرین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی این اختلال را اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نام‌گذاری کرده‌اند. این اختلال که در طبقه‌بندی پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی به صورت الگویی از نارسایی توجه/ بیش‌فعالی شدید یا بی‌توجهی مداوم با تکرار شوندگی بیشتر نسبت به کودکان همان سطح رشدی تعریف شده است و به صورت الگوی پایدار نارسایی توجه یا رفتارهای فعال و تکانه‌ای توصیف می‌شود، نوعی اختلال چندعاملی بوده و سبب‌شناسی دقیق آن ناشناخته است. اختلال بیش‌فعالی[2] اختلالی عصبی-تحولی با نشانه‌های بیش‌فعالی/تکانشگری[3] و نارسایی توجه[4] است (۲). تکانشگری یکی از نشانه‌های مرکزی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است (۳).

علاوه بر رفتارهای تکانشگری، کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مشکلات اساسی در کارکردهای اجرایی[5] و تنظیم هیجانی[6] دارند و به همین علت ناکامی بیشتری را تجربه می‌کنند. کارکردهای اجرایی مجموعه‌ای از فرآیندهای شناختی سطح بالا هستند که به کودکان کمك می‌کنند تا فعالیت‌های خود را برنامه‌ریزی کرده و آنها را سازمان دهند، احساسهایشان را مدیریت کنند، بر افکارشان نظارت داشته باشند و رفتارهایشان را در بهترین حالت تنظیم کنند (۴). بر این اساس، کارکردهای اجرایی با ظرفیت‌هایی که دارند در فرآیند یادگیری و در زندگی روزانه و فرآیند تحصیلی کودك از اهمیت خاصی برخوردارند (۵). به‌عبارت‌دیگر، کارکردهای اجرایی مجموعه‌ای از توانایی‌های عالی، شامل خودگردانی[7]، خودآغازگری[8]، برنامه‌ریزی[9]، انعطاف‌پذیری شناختی[10]، حافظه کاری[11]، سازماندهی[12]، ادراک پویا از زمان، پیش‌بینی آینده و حل مسأله است که در فعالیت‌های روزانه و تکالیف روزانه یادگیری به کودکان کمک می‌کنند (۶).

بر این اساس، نقص در کارکردهای اجرایی موجب ناتوانی در سازماندهی و تنظیم هیجانی کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی شده است. این موضوع در پژوهش‌های رامسی و راستین[13] (۲۰۱۹) و سمپل[14] (۲۰۱۹) نیز گزارش داده شده است. مهارت تنظیم هیجان، به معنی توانایی فرد در شناخت و تشخیص هیجانات خود و دیگران، مکانیسم تأثیر آنها بر رفتار و واکنش متناسب به هیجانات مختلف است (۷، ۸). مدیریت تنظیم هیجان نقشی اصلی در تحول بهنجار داشته و ضعف در آن، عاملی مهم در ایجاد آسیب‌های روانی به‌شمار می‌رود. بر همین اساس، مدیریت هیجان، یک اصل اساسی در سازماندهی و انجام رفتارهای سازگارانه و پیشگیری از هیجانات منفی و رفتارهای ناسازگارانه محسوب می‌شود و چون کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در کارکردهای اجرایی با مشکل مواجهند، بنابراین در تنظیم هیجانی نیز سازماندهی خوبی ندارند.

با توجه به اینکه، تکانه‌ای بودن، جدی‌ترین جنبه اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در طول زندگی کودک است که موجب اختلال در عملکرد وی در حال و آینده می‌شود (۹)، نیاز است تا مداخله‌های روان‌شناختی برای کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی هر چه سریع‌تر و در سنین پایین اجرا شود. خیرجو و همکاران (۱۳۹۷)، عبداللهی بقرآبادی و قدرتی میرکوهی (۱۳۹۶)، جها و همکاران (۲۰۱۸) و رامسی و راستین (۲۰۱۹) برای بهبود نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در کودکان در پژوهش‌های خود از دو روش درمان شناختی-رفتاری[15] و درمان ذهن‌آگاهی[16] استفاده کردند و نتایج درخشانی را نیز به دست آوردند (۷، ۱۰-۱۲). با توجه به روش‌های درمانی در پژوهش‌های مذکور و تأثیرگذاری این دو روش بر نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی کودکان، در پژوهش حاضر از دو روش درمان شناختی- رفتاری و درمان

1. Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (AD/HD)
2. Hyperactivity Disorder
3. Hyperactivity / Impulsivity
4. Attention Deficit
5. Executive Functions
6. Emotion regulation
7. Self Regulation
8. Self Initiation
9. Planing
10. Cognitive Flexibility
11. Working Memory
12. Organization
13. Ramsay & Rostain
14. Semple
15. cognitive of behavioral therapy
16. Mindfulness-based cognitive therapy

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2024-10-12]

ذهن‌آگاهی و همچنین ترکیبی از آنها برای کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی استفاده شد.

درمان ذهن‌آگاهی اولین بار توسط جان کبات زین[1] معرفی شد و تلاش نمود با حضور ذهن و بالا بردن سطح آگاهی مراجع، رفتار، هیجانات، عواطف و احساسات او را تحت مدیریت و کنترل خودش درآورد (۱۳). لینهان[2] (۱۹۸۲) معتقد است درمان ذهن‌آگاهی، فرد را متوجه لحظه حال می‌کند، توانایی فرد را در پردازش جنبه‌های مختلف کسب تجربه‌ها افزایش می‌دهد و مهارت خودداری از قضاوت را بهبود می‌بخشد. کینگ و همکاران (۲۰۱۱) معتقدند درمان ذهن‌آگاهی موجب می‌شود تا فرد توانایی لازم را در کنترل و مدیریت رفتار، هیجانات، عواطف و احساسات آگاهانه و غیرقضاوتی به دست آورد (۱۴). در پژوهش‌های هیرن و همکاران (۲۰۱۹)، سمپل (۲۰۱۹)، عبداللهی بقرآبادی و قدرتی میرکوهی (۱۳۹۶) و قربانی و خلیلیان (۱۳۹۵) تأثیر درمان ذهن‌آگاهی بر بهبود و درمان نشانه‌های کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مورد تأئید قرار گرفت (۱۱, ۱۵, ۱۶).

روش درمانی دیگر که در این پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرد، درمان شناختی-رفتاری است. درمان شناختی رفتاری بر اهمیت باورها و افکار فرد در تصمیم‌گیری و تعیین مدیریت و کنترل رفتار، هیجانات، عواطف و احساسات تأکید دارد (۸). کانون توجه در درمان شناختی رفتاری، درک باورهای غلط و تحریف شده و استفاده از فنون لازم جهت تغییر افکار ناکارآمد است که با احساسات و افکار فرد درهم آمیخته شده و مانعی برای بروز افکار منطقی وی می‌گردد. در فرآیند درمان، افکار فرد که احتمالاً از آن آگاه نیست و نظام باورهای وی را به عنوان «طرح شناختی» تشکیل داده، مدنظر درمانگر قرار می‌گیرد و تلاش می‌شود خطاهای غیرمنطقی طرح شناختی برطرف شود (۱۷).

سومین روش درمانی مورد استفاده، درمان ترکیبی است. این درمان برگرفته از دو روش درمان شناختی-رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی است. بر همین اساس، پژوهشگر با استفاده از فنون دو روش درمانی مذکور درصدد است تا افکار ناکارآمد و غیرمنطقی کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی را برطرف نماید و با آگاهی دادن به آنها مهارت کنترل و مدیریت رفتار، هیجانات، عواطف و احساسات را در آنها تقویت کند.

متأسفانه در آموزش و پرورش شهر کرمان تاکنون پژوهشی مداخله‌ای در مورد کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی انجام نشده تا مشکلات آنها حل شود و از این نظر یک خلأ پژوهشی قابل لمس است و نیاز است پژوهش‌های بیشتری در آموزش و پرورش شهر کرمان انجام شود تا خلأ پژوهشی در مورد آموزش کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به جهت حل مشکلات آنها برطرف شود. با توجه به خلأ پژوهشی مطرح شده، این سؤال پیش می‌آید که آیا درمان ذهن‌آگاهی به همراه درمان شناختی- رفتاری و درمان ترکیبی از این دو روش، می‌توانند بر بهبود کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی در بین کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تأثیرگذار باشد؟ آیا بین میزان تأثیرگذاری سه روش مذکور بر بهبود کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی در بین کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تفاوت معناداری وجود دارد؟ بر همین اساس، پژوهش حاضر به مقایسه‌ی اثربخشی آموزش گروهی ذهن‌آگاهی، درمان شناختی- رفتاری و ترکیبی از آنها به مادران بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی شهر کرمان می‌پردازد.

روش

روش پژوهش نیمه‌تجربی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با سه گروه آزمایشی و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه‌ی دانش‌آموزان پسر پایه‌های اول تا سوم دوره ابتدایی شهر کرمان که در مرکز مشاوره آموزش و پرورش دارای پرونده بودند و تشخیص اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی برای آنها داده شده بود، تشکیل داد. در این پژوهش نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد. بدین‌صورت که پژوهشگر با اخذ مجوز از مدیران اداره آموزش و پرورش شهر کرمان از بین دانش‌آموزان پسر پایه‌های اول تا سوم دوره ابتدایی که با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بوده و در مرکز مشاوره آموزش و پرورش شهر کرمان پرونده داشتند، ۶۰ نفر را انتخاب و از مادران آنها تقاضا کرد تا در جلسات آموزشی شرکت کنند و به صورت تصادفی و به‌طور مساوی در ۴ گروه قرار داد. (ملاک‌های ورود: داشتن پرونده تشخیص اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در مرکز مشاوره آموزش و پرورش، رضایت کامل جهت شرکت در جلسات

1. Jon kabat zinn
2. Lenhan

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2024-10-12]

درمانی). در این پژوهش از دو ابزار اندازه‌گیری استفاده شد که اولین آنها پرسشنامه‌ی ۲۰ سؤالی تنظیم هیجانی[1] هافمن[2] و همکاران (۲۰۱۶) که سؤال‌های آن به صورت بسته‌پاسخ با طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت (همیشه ۵ نمره، اغلب نمره ۴، مرتباً نمره ۳، گاهی نمره ۲، هرگز نمره ۱) می‌باشد. حداقل نمره ۲۰ و حداکثر نمره ۱۰۰ است. این پرسشنامه دارای ۴ خرده‌مقیاس عاطفه‌ی مثبت (سؤال‌های ۱ تا ۵)، دیدگاه‌گیری (سؤال‌های۶ تا ۱۰)، آرام‌بخشی (سؤال‌های ۱۱ تا ۱۵)، نقش اجتماعی (سؤال‌های۱۶ تا ۲۰) است روایی و پایایی پرسشنامه توسط هافمن و همکاران (۲۰۱۶) به ترتیب ۰/۶۲ و ۰/۸۷ گزارش شده است. هافمن و همکاران (۲۰۱۶) پایایی حیطه عاطفه‌ی مثبت ۰/۸۸، دیدگاه‌گیری ۰/۸۴، آرام‌بخشی ۰/۸۶ و نقش اجتماعی ۰/۸۱ را گزارش نموده‌اند. دومین ابزار، پرسشنامه‌ی۶۳ سؤالی کارکردهای اجرایی BRIEF-P[3] جیو (۲۰۰۰) بود. این پرسشنامه شامل۲ نسخه‌ی یکسان والدین و معلم است که شامل۶۳ ماده است و از والدین یا معلم می‌خواهد که پاسخ خود به سؤال چقدر کودک دچار این مشکل است را بر روی یک مقیاس۳ درجه‌ای (هرگز نمره صفر، گاهی نمره ۱، همیشه نمره ۲) علامت بزنند. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۱۲۶ است. مقیاس شامل یک شاخص کلی کارکرد اجرایی و ۳ شاخص تنظیم رفتاری، فراشناخت (۲۱ سؤال) و مهارت‌های اجرایی فردی (۲۱ سؤال) است. روایی هم‌زمان و پایایی پرسشنامه توسط جیو (۲۰۰۰) به ترتیب ۰/۵۴ و ۰/۸۳ گزارش شده است. ابراهیمی (۱۳۹۳) ضریب پایایی این مقیاس را ۰/۸۳ گزارش داده است.

سه گروه آزمایشی (آموزش گروهی ذهن‌آگاهی، آموزش شناختی-رفتاری، آموزش ترکیبی) هر کدام به صورت جداگانه در ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای شرکت کردند.

مراحل اجرای جلسات درمان شناختی - رفتاری (محتوای جلسات آموزشی برگرفته از درمان شناختی-رفتاری یانگ[4] و همکاران، ۲۰۰۸)

□ **جلسه اول:** در جلسه اول، به آموزش روانی در مورد اختلال و تأثیر آن بر کارکردهای زندگی اختصاص داده می‌شود. به مراجعان در مورد اساس عصبی اختلال آموزش داده می‌شود. این آموزش از این‌رو اهمیت دارد که مراجعان عزت نفس خود را می‌توانند بهبود ببخشند و برچسب‌هایی نظیر «تنبل بودن، کودن بودن، دیوانه بودن» مواردی هستند که معمولاً افراد با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی با آن دست بگریبانند، به همین جهت در این جلسه در مورد نادرست بودن این برچسب‌ها بحث‌های گروهی صورت می‌گیرد و مراجعان طرح‌واره‌های اشتباهی یکدیگر در مورد این برچسب‌ها را به چالش می‌کشند. به عبارت دیگر، در این جلسه در مورد اختلال به مراجعان بینش داده می‌شود و علت اختلال به طور واقع‌بینانه با همکاری درمانگر مورد بحث قرار می‌گیرد.

□ **جلسه دوم:** به رفتارهای تکانشگری و تحمل ناکافی مراجعان پرداخته می‌شود. به مراجعان در مورد دلیل رفتارهای تکانشگری و تحمل ناکامی پایین آنها که منجر به مشکلات شدید در روابط و زندگیشان می‌شود بینش داده می‌شود. از مراجعان خواسته می‌شود تا یاد بگیرند که سرنخ‌های درونی برای رفتارهای تکانشگری خود را مشخص سازند و به آنها در مورد سبک‌های مواجهه‌ی کارآمد، به‌هنگام برخورد با موقعیت‌های تنش‌زا آموزش داده می‌شود. در این جلسه مراجعان با همکاری درمانگر از سبک‌های مواجهه‌ی کارآمد برای برخورد با موقعیت‌های ناکام‌ساز به بحث می‌پردازند.

□ **جلسه سوم:** در مورد کارکردهای اجرایی تنظیم رفتاری، فراشناخت و مهارت‌های اجرایی فردی مراجعان بحث می‌شود. آموزش مدیریت و تنظیم رفتاری در مورد موقعیت‌های مختلف افراد با این اختلال مورد بررسی قرار می‌گیرد. در این جلسه، کشف مهارت‌های فراشناخت و مهارت‌های اجرایی بحث می‌شود و از مراجعان خواسته می‌شود تا به بازبینی این چرخه به منظور بهبود کارکردهای اجرایی خود بپردازند

□ **جلسه چهارم:** این جلسه معطوف به ناتوانی در مهارت‌های ارتباطی که به مشکل توجه، کنترل تکانه، تفکر همه یا هیچ که در کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی موجب نقصان در مسائل اجتماعی می‌شود، پرداخته می‌شود.

□ **جلسه پنجم:** در این جلسه درباره مهارت‌های بین فردی و اجتماعی لازم برای ارتباطات اجتماعی بحث می‌شود و همچنین آموزش‌های رفتاری لازم برای افراد با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی داده می‌شود و فنون مهارت‌های ارتباط کلامی توسط افراد به اجرا گذاشته می‌شود.

1. emotion regulation
2. Hafman
3. Behavior Rating Inventory of Executive Functions (BRIEF)
4. Young

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2024-10-12]

□ **جلسه ششم:** در این جلسه به نقش مهارت تنظیم هیجانی در زندگی شخصی و اجتماعی این کودکان پرداخته می‌شود و با استفاده از نظرهای آزمودنی‌ها این بحث در جهت انتخاب بهترین راهکار جهت مهارت تنظیم هیجانی هدایت می‌شود.

□ **جلسه هفتم:** این جلسه به مهارت‌های سازماندهی و برنامه‌ریزی و کاربرد منظم تقویم کاری و سیستم فهرست تکالیف برای قرارها، برنامه‌ها و کارهایی که باید انجام داده شود، می‌پردازد.

□ **جلسه هشتم:** بحث در مورد واکنش عاطفی-هیجانی و آگاهی از علائم روانی تکانشگری و شناخت علائم بدنی تکانشگری و طرح نادیده گرفتن بعضی از موانع و مشکلات (واکنش به طرح) جهت رسیدن به آرامش و کاهش رفتارهای تکانشگری و بهبود تنظیم هیجانی می‌پردازد.

مراحل اجرای جلسات درمان ذهن‌آگاهی (محتوای جلسات آموزشی برگرفته از درمان ذهن آگاهی مُدل وندی ویجر-برگسما[1]، ۲۰۱۲)

□ **جلسه اول:** آشنایی کلی با علائم آن و برنامه‌ریزی، بازی کردن با توجه دیداری و غیر دیداری، آگاه شدن از حواس پنج‌گانه و توجه آگاهانه

□ **جلسه دوم:** توضیح در مورد اهمیت تنفس با ذهن‌آگاهی، توجه به تنفس در سوراخ‌های بینی، سینه و شکم و تنفس با ذهن‌آگاهی

□ **جلسه سوم:** گوش دادن به موسیقی، ذهن‌آگاهی صدا، تنفس و بدن و تمرین ایست

□ **جلسه چهارم:** کاوش بدن، حرکت با ذهن‌آگاهی، راه رفتن آگاهانه و اداره کردن بی‌قراری

□ **جلسه پنجم:** توضیح در مورد ارتباط دوطرفه‌ی ذهن-بدن، تمرین کاوش بدن

□ **جلسه ششم:** ثبت رویدادهای روزانه

□ **جلسه هفتم:** توقف در جریان صحبت کردن، گوش دادن و صحبت کردن آگاهانه و حضور آگاهانه

□ **جلسه هشتم:** استفاده از تمرین ایست هنگام انجام کارها، مراقبه کوه، تمرین تصویرسازی برای احساس آمادگی جهت انجام یک کار، مرور و بررسی مهارت‌های آموخته شده به وسیله افراد با کمک درمانگر

جلسه‌های درمان ترکیبی (درمان ذهن‌آگاهی و درمان شناختی-رفتاری)

جلسه‌های درمان ترکیبی (درمان ذهن‌آگاهی و درمان شناختی-رفتاری) برگرفته از دو روش ذکر شده می‌باشد و در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش داده شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها تحلیل واریانس چندمتغیره (مانکوا) و تحلیل کواریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر، به شرکت‌کنندگان (مادران) توضیح داده شد که آنها در یك پژوهش روان‌شناختی شرکت می‌کنند. به آنها این اطمینان داده شد که اطلاعات مرتبط با ایشان به صورت محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج به صورت گروهی بررسی می‌شود و هر زمان که بخواهند می‌توانند از ادامه‌ی کار انصراف بدهند.

یافته‌ها

جدول ۱) نتایج آزمون شاپیرویلک فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ی آماری براساس مقیاس کارکردهای اجرایی، تنظیم هیجانی

متغیر وابسته	شاپیرویلک	سطح معنی‌داری
کارکردهای اجرایی	۰/۹۰	۰/۲۰
تنظیم هیجانی	۰/۷۷	۰/۳۸

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، با توجه به اینکه آماره‌ی آزمون شاپیرویلک در نمره‌های کارکردهای اجرایی، تنظیم هیجانی معنادار نبوده، بنابراین با ضریب ۰/۹۵ اطمینان می‌توان فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ی آماری را پذیرفت.

فرضیه پژوهش: بین اثربخشی آموزش گروهی ذهن‌آگاهی، الگوهای شناختی-رفتاری و ترکیبی به مادران بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی فرزندان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد.

1. Vande Weijer-Bergsma Model

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2024-10-12]

جدول ۲) نتایج آزمون لوین فرض همگنی واریانس نمرات کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی

متغیر	مقدار F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
کارکردهای اجرایی	۰/۱۹	۳	۵۵	۰/۹۰
تنظیم هیجانی	۰/۷۴	۳	۵۵	۰/۴۸

F مشاهده شده برای آزمون لوین در سطح α = ۰/۰۵ تفاوت معناداری را بین واریانس نمرات کارکردهای اجرایی، تنظیم هیجانی فرزندان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی نشان نمی‌دهد. بنابراین فرض صفر یعنی فرض همگنی واریانس‌ها پذیرفته می‌شود.

جدول ۳) نتایج آزمون کرویت موچلی مفروضه کرویت در اندازه‌گیری‌های مکرر

متغیر وابسته	آماره موچلی	df	سطح معنی‌داری
کارکردهای اجرایی	۰/۳۱	۲	۰/۱۲
تنظیم هیجانی	۰/۴۵	۲	۰/۳۶

طبق نتایج به دست آمده، آماره‌ی موچلی در سطح α = ۰/۰۵ معنادار نیست. بنابراین، با مقایسه‌های درون آزمودنی برای اثرهای تعاملی، همسانی ماتریس کوواریانس خطا در داده‌ها مورد پذیرش قرار می‌گیرد و نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره قابل تفسیر است.

جدول ۴) نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری مکرر برای اثرهای تعامل درون‌گروهی (لامبدای ویلکز)

آزمون	عامل	ارزش	F	df خطا	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
کارکردهای اجرایی	زمان	۰/۵۷	۲۱/۲۸	۵۶	۰/۰۰۱	۰/۴۳
	تعامل گروه و زمان	۰/۸۴	۵/۱۸	۵۶	۰/۰۰۹	۰/۱۶
تنظیم هیجانی	زمان	۰/۳۳	۱۳/۵۲	۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۳
	تعامل گروه و زمان	۰/۱۲	۳/۷۴	۵۶	۰/۰۳	۰/۱۲

نتایج جدول ۴، F مشاهده شده در سطح α = ۰/۰۵ رابطه میان ترکیب خطی متغیر وابسته (کارکردهای اجرایی، تنظیم هیجانی) با متغیرهای مستقل (آموزش گروهی ذهن‌آگاهی، آموزش شناختی-رفتاری، آموزش ترکیبی) معنادار است. یعنی حداقل بین میزان تأثیرگذاری یکی از متغیرهای مستقل (آموزش گروهی ذهن‌آگاهی، آموزش شناختی-رفتاری، آموزش ترکیبی) بر متغیرهای وابسته (کارکردهای اجرایی، تنظیم هیجانی) تفاوت معناداری وجود داشت.

جدول ۵) نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، مقایسه‌ی اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی، آموزش شناختی-رفتاری و آموزش ترکیبی بر کارکردهای اجرایی، تنظیم هیجانی فرزندان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
کارکردهای اجرایی	زمان	۱۷۶۴/۹۱	۲	۸۸۲/۴۵	۲۷/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۳۳
	تعامل گروه و زمان	۲۶۸/۵۷	۲	۱۳۴/۲۸	۴/۲۱	۰/۰۲	۰/۱۶
تنظیم هیجانی	زمان	۱۶۲۳/۴۴	۲	۸۱۱/۷۲	۲۵/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۳۱
	تعامل گروه و زمان	۲۹۱/۹۶	۲	۱۴۵/۹۷	۴/۶۳	۰/۰۲	۰/۱۴

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2024-10-12]

نتایج جدول ۵، F مشاهده شده در سطح α= ۰/۰۵ تفاوت معناداری را بین میانگین نمرات پس‌آزمون و آزمون پیگیری متغیرهای کارکردهای اجرایی، تنظیم هیجانی و تکانشگری فرزندان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی نشان می‌دهد. بنابراین می‌توان گفت، بین ۳ روش آموزش ذهن‌آگاهی، آموزش شناختی-رفتاری و آموزش ترکیبی بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی فرزندان تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج جدول (۶) تفاوت بین میزان اثربخشی ۳ روش آموزشی اجرا شده را نشان می‌دهد.

جدول ۶) نتایج آزمون تعقیبی LSD مقایسه‌ی میانگین میزان اثربخشی ۳ روش آموزش ذهن‌آگاهی، آموزش شناختی-رفتاری و آموزش ترکیبی بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی

متغیر	گروه‌ها	اختلاف میانگین	سطح معنی‌داری
کارکردهای اجرایی	آموزش ترکیبی - آموزش ذهن‌آگاهی	۱۲/۳۹	۰/۰۰۱
	آموزش ترکیبی - آموزش شناختی- رفتاری	۸/۵۴	۰/۰۰۱
تنظیم هیجانی	آموزش ترکیبی - آموزش ذهن‌آگاهی	۹/۲۵	۰/۰۰۱
	آموزش ترکیبی - آموزش شناختی- رفتاری	۵/۸۱	۰/۰۰۱

طبق نتایج به دست آمده از آزمون تعقیبی LSD مشخص شد که روش آموزش ترکیبی به طور معناداری نسبت به ۲ روش آموزشی ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی، به طور معناداری نسبت به روش آموزش ذهن‌آگاهی تأثیر بیشتری دارد.

جدول ۷) نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) اثربخشی روش آموزش ذهن‌آگاهی، آموزش شناختی-رفتاری و آموزش ترکیبی بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر (ضریب اتا)	توان آماری
گروه	کارکردهای اجرایی	۹۱/۴۲	۱	۹۱/۴۲	۲۷/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱
	تنظیم هیجانی	۶۶/۱۲	۱	۶۶/۱۲	۲۰/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱

نتایج جدول ۷، F مشاهده شده در سطح α= ۰/۰۵ تفاوت معناداری را بین میانگین نمرات پس‌آزمون کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی گروه آزمایشی و گواه نشان می‌دهد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، آموزش ذهن‌آگاهی بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی تأثیر معناداری داشته است.

جدول ۸) نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) اثربخشی روش آموزش ذهن‌آگاهی، آموزش شناختی-رفتاری و آموزش ترکیبی بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر (ضریب اتا)	توان آماری
گروه	کارکردهای اجرایی	۷۶/۳۳	۱	۷۶/۳۳	۲۳/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱
	تنظیم هیجانی	۸۷/۵۰	۱	۸۷/۵۰	۲۵/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2024-10-12]

نتایج جدول ۸، F مشاهده شده در سطح α = ۰/۰۵ تفاوت معناداری را بین میانگین نمرات پس‌آزمون کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی گروه آزمایشی و گواه نشان می‌دهد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، آموزش شناختی-رفتاری بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی تأثیر معناداری داشته است.

جدول ۹) نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) اثربخشی آموزش ترکیبی بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر (ضریب اتا)	توان آماری
گروه	کارکردهای اجرایی	۱۰۱/۳۹	۱	۱۰۱/۳۹	۳۱/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱
	تنظیم هیجانی	۱۱۲/۸۸	۱	۱۱۲/۸۰	۳۵/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱

نتایج جدول ۹، F مشاهده شده در سطح α = ۰/۰۵ تفاوت معناداری را بین میانگین نمرات پس‌آزمون کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی گروه آزمایشی و گواه نشان می‌دهد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، آموزش ترکیبی بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی تأثیر معناداری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه‌ی اثربخشی ۳ روش آموزش گروهی ذهن‌آگاهی، الگوهای شناختی-رفتاری و ترکیبی به مادران بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی فرزندان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بود که نتایج نشان داد، تفاوت معناداری بین میانگین نمرات ۳ مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری متغیرهای کارکردهای اجرایی، تنظیم هیجانی فرزندان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی وجود داشت. بنابراین می‌توان گفت، بین ۳ روش آموزش ذهن‌آگاهی، آموزش شناختی-رفتاری و آموزش ترکیبی بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی فرزندان تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی مشخص نمود که روش آموزش ترکیبی به طور معناداری نسبت به ۲ روش دیگر بر کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی، به طور معناداری تأثیر بیشتری دارد.

یافته‌های پژوهش حاضر در مورد اثربخشی روش‌های آموزش ذهن‌آگاهی و رفتاری-شناختی در راستای یافته‌های پژوهش محبی (۱۳۹۸)، عبداللهی بقرآبادی و قدرتی میرکوهی (۱۳۹۶)، شوشتری و همکاران (۱۳۹۵)، نریمانی و سلیمانی (۱۳۹۲)، حسن‌آبادی و همکاران (۱۳۹۱)، عابدی و ملک پور (۱۳۸۹)، رامسی و راستین (۲۰۱۹)، هیرن، وان بورک و فیلیپوت[1] (۲۰۱۹)، سمپل (۲۰۱۹)، اسمالی[2] و همکاران (۲۰۱۸)، جها و همکاران[3] (۲۰۱۸)، هربرت، رینگگولد و گولدستین[4] (۲۰۱۸)، مورفی[5] (۲۰۱۷)، دوکر[6] (۲۰۱۶) و ویلنت[7] (۲۰۱۶)، قرار دارد (۷، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۸-۲۶).

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت، از آنجایی که کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در برخی موارد ذهنی، فاقد قابلیت‌ها و توانایی‌های خاص می‌باشند، لذا در این پژوهش، پژوهشگر با استفاده از آموزش ذهن‌آگاهی مواردی همچون تمرکز، توجه و دقت در این کودکان را تقویت نمود و فرصت به دست آوردن موفقیت‌های بیشتر را در زندگی برای آنان فراهم کرد. تا بدین ترتیب از رفتارهای تکانشگری آنها کاسته و قدرت توجه و تمرکزشان افزایش یابد. از طرفی دیگر، با آموزش شناختی- رفتاری، کودکان با احساس امنیت بیشتری در بیان احساسات و افکار خود عمل نمودند و فرصتی برای آنان مهیا شد تا به‌راحتی و با آزادی کامل به تخلیه‌ی هیجانی خود بپردازند و تجربیات و خاطرات و احساسات خود را بیان کنند و با راهنمایی والدین (با توجه به آموزش‌های داده شده به آنها) به طور شفاهی ارتباط زبانی مشترک و صمیمی‌تری بین خود و والدین بوجود بیاورند که در نتیجه باعث تسهیل روابط بین آنها شده و از این طریق کنترل و مدیریت بهتری بر رفتارهای

1. Heeren, Van Broeck & Philippot
2. Smalley
3. Jha, Stanley, Kiyonaga, Wong& Gelfand
4. Herbert, Rheingold, & Goldstein
5. Murphy
6. Dowker
7. Vaillant

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2024-10-12]

تکانشگری خود داشته باشند. بدین ترتیب، اگرچه درمان‌های روان‌شناختی می‌توانند به‌قدر کفایت علائم اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را کاهش دهند اما طبق نتایج پژوهش حاضر، درمان ترکیبی جهت بهبود چشمگیر سایر حوزه‌های عملکردی ضروری می‌باشد و تأثیر بیشتری بر عملکرد این کودکان دارد، زیرا به تناسب افزایش آگاهی و شناخت کامل مادران و انتقال آن به فرزندان، آنها به درک بهتری از رفتار خود نیز دست می‌یابند و این افزایش آگاهی طبعاً موجب می‌شود که میزان وقوع رفتار در صورت مناسب بودن، افزایش و در صورت نامناسب بودن کاهش یابد.

در تبیینی دیگر، وجود نقص‌هایی در تنظیم هیجانات و کنترل شناختی در کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی موجب می‌شود که این کودکان در بازداری از هیجانات مخصوصاً هیجانات مربوط به ناکامی، عدم صبر و حوصله و رفتار تکانشگری، کمتر موفق شوند و پیآمد نقص در بازداری، موجب تقویت رفتارهای تکانشگری آنان شده که پژوهشگر با آموزش روش ترکیبی (آموزش شناختی- رفتاری و ذهن‌آگاهی) به مادران و انتقال این آموزش‌ها از طریق آنها به فرزندان، بسترهای مداخله‌ای ذهنی-بدنی برای کودکان را فراهم کرد تا موجب فعال شدن قسمت‌های پایینی مغز آنها شده که به نوبه خود در مؤثرتر کردن عملکرد قسمت‌های بالاتر مغز نقش داشته و با ایجاد تعاملات پیچیده بین قسمت‌های مختلف مغز، پاسخ جدیدی به موقعیت‌ها بدهند و بر روی تغییرهای هیجانی و رفتاری خود بیشتر تلاش کنند. همچنین در یک تبیین دیگر، آموزش روش ترکیبی (آموزش شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی) با هماهنگ کردن قسمت‌های مختلف مغز بر سیستم عملکرد اجرایی کودکان و همچنین سیستم بازداری تأثیر گذاشته و موجب می‌شود که کودک بهتر بتواند تکانه‌های خود را کنترل کند و به شکلی مؤثر به موقعیت‌ها پاسخ بدهد و رفتار تکانشگرانه کمتری داشته باشد و در جلساتی که برنامه‌ها نیازمند کنترل رفتاری بیشتری بودند، به مرور عملکرد بهتری از خود نشان دهند. آموزش روش ترکیبی (آموزش شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی) با کمک به ابراز هیجانات می‌تواند در تنظیم هیجانی مؤثر بوده و هر چه میزان تنظیم هیجانی در کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بیشتر شود، تکانشگری آنها کاهش می‌یابد.

از مهمترین محدودیت‌های پژوهش می‌توان به محدود بودن قدرت تعمیم‌دهی نتایج پژوهش به کودکان پسر با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی شهرهای دیگر و همچنین محدودیت‌های ناشی از شیوع بیماری کرونا اشاره کرد. پیشنهاد اساسی با توجه به نتایج پژوهش این است که برای کاهش رفتارهای تکانشگری در دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی به آنها «مهارت‌های شناسایی و تشخیص خطاهای شناختی» داده شود. در وجه تمایز پژوهش حاضر با سایر پژوهش‌ها، می‌توان به استفاده از روش آموزش ترکیبی در بهبود تنظیم هیجان و کارکردهای اجرایی در کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی اشاره نمود.

References

1. Yoshimasu K, Yamashita H, Kiyohara C, Miyashita K. Epidemiology, treatment and prevention of attention deficit/hyperactivity disorder a review Nippon Koshu Eisei Zasshi. Japanese journal of public health. 2019 May13;5(6):398-410.
2. Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. ADHD in adults: What the science says: Guilford press; 2010.
3. Arfee A. Introduction of Psychology and education of exceptional children: Neujerse University; 2019 may 2.
4. Cubukcu F. Metacogntion in the classroom. Journal of procedia social and Behavioral sciences. 2015 Apr 1:559- 63.
5. Hain LA. Exploration of specific learning disability subtypes differentiated across cognitive, achievement, and emotional/behavioral variables. 2009.
6. Desoete A, Roeyers H, Buysse A. Metacognition and mathematical problem solving in grade 3. Journal of learning disabilities. 2001;34(5):435-47.
7. Serine AD, Rosenfield B, DiTomasso RA, Collins JM, Rostain AL, Ramsay JR. The Relationship Between Cognitive Distortions and Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder After Accounting for Comorbidities and Personality Traits. Cognitive Therapy and Research. 2020;44:967-76.
8. Hansen GR. Management of chronic pain in the acute care setting. Emergency Medicine Clinics. 2005;23(2):307-38.
9. Weinberger DA, Schwartz GE. Distress and restraint as superordinate dimensions of self-reported

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2024-10-12]

adjustment: A typological perspective. Journal of personality. 1990;58(2):381-417.

10. Keirjoo E, Ghareh Daghi A, Jafari Roshan F, Herfeh Doost M. The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on improving the symptoms of ADHD in adults and its accompanying depression, anxiety and self-esteem2018. [Persian].
11. Abdollahi Boghrabadi G, Ghodrati Mirkoohi M. The effectiveness of mindfulness training on reducing clinical symptoms of male adolescents with ADHD. Journal of Psychological Studies. 2017. [Persian].
12. Jha AP, Stanley EA, Kiyonaga A, Wong L, Gelfand L. Examining the protective effects of mindfulness training on working memory capacity and affective experience. Emotion. 2010;10(1):54.
13. Praissman S. Mindfulness based stress reduction: A literature review and clinician's guide. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 2008;20(4):212-6.
14. Keng S-L, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. Clinical psychology review. 2011;31(6):1041-56.
15. Heeren A, Van Broeck N, Philippot P. The effects of mindfulness on executive processes and autobiographical memory specificity. Behaviour research and therapy. 2009;47(5):403-9.
16. Ghorbani M, Khalilian R. Effects of Mindfulness Training on Working Memory and Behavioral Inhibition for Adults with Attention Deficit/ Hyperactivity. Advances in Cognitive Science. 2016;18(3):90-100. [Persian].
17. Car J, Sheikh A. Telephone consultations. BMJ open. 2003 May 3;326(7396):966-9.
18. Borhani H. Investigation of the effect of group cognitive-behavioral therapy on impulsivity and executive functions of children with ADHD in Ramsar city: Lorestan University. [Persian].
19. Mohebi S. Investigation of the effectiveness of mindfulness therapy on impulsivity and executive functions in children with hyperactivity disorder: Lorestan University; 2019. [Persian].
20. Molaei Z. Investigation of the effectiveness of educational interventions based on cognitive-behavioral approach on improving executive functions and the level of attention in children with learning disability in reading and math: Ferdowsi University of Mashhad; 2018. [Persian].
21. Shooshtari M, Malek Poor M, Abedi A. Ghomrani. Investigation of the effectiveness of Sternberg's successful intelligence program on active memory and executive functions of pre-school prodigy children. Journal of Exceptional Children. 2016 Dec 10;16(3):5-14. [Persian].
22. Narimani M, Soleymani E. The effectiveness of cognitive rehabilitation on executive functions (working memory and attention) and academic achievement in students with math learning disorder. 2013. [Persian].
23. Hasan Abadi S, Mohammadi M, Ghodsi A. Investigation of the effect of cognitive-behavioral therapy and pharmacotherapy and comparison of their effect on reducing the symtoms of children with ADHD. Journal of Disability Studies. 2019. [Persian].
24. Abedi A, Malek Poor M. The effectiveness of early educational-psychological interventions on improving executive functions and attention in children with neuro-psychological learning disabilities. New educational approaches. 2010. [Persian].
25. Herbert J, Rheingold A, SG Goldstein B. Mindfulness-based cognitive therapy for social anxiety disorder and Impulsivity. Cognitive and Behavioral Practice. 2018 9(1):1-8.
26. Dowker A. The Spectrum Project for Students With Mathematics Difficulties. Journal of Learning Disabilities. 2016 may 6:328-31.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2024-10-12]