

مقاله اصلی

اثر درمان شناختی رفتاری بر استرس مادران کودکان ADHD و علائم بیش فعالی کودکان ADHD

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۱۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۲۷

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر درمان شناختی رفتاری بر استرس مادران کودکان ADHD و علائم بیش فعالی کودکان ADHD انجام شد.

روش کار: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش متشکل از مادران کودکان ADHD شهر سمنان در ۴ ماهه اول سال ۱۴۰۳ بود. نمونه آماری با توجه به طرح پژوهشی (نیمه آزمایشی) بصورت در دسترس و از بین داوطلبان و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج نمونه انتخاب و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شد. ابزار پژوهش شامل مقیاس استرس توسط کوهن، کامارک و مرملستین (۱۹۸۳) و فرم والد پرسشنامه کانرز (۱۹۹۸) برای بررسی علائم بیش فعالی کودکان ADHD بود. پروتکل درمان شناختی رفتاری استفاده شده در این تحقیق با اقتباس از وایت (۲۰۰۱) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیری و توسط نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۵ انجام شد.

نتایج: نتایج نشان داد درمان شناختی رفتاری بر استرس و علائم بیش فعالی کودکان ADHD اثربخش است ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری با عث کاهش استرس والدین و علائم بیش فعالی کودکان ADHD می‌شود. پیشنهاد می‌گردد در جهت بالا رفتن اعتبار بیرونی تحقیق تحقیقات بیشتری در این راستا صورت بگیرد.

کلمات کلیدی: درمان شناختی رفتاری، استرس، ADHD، علائم بیش فعالی کودکان

حکیمه آقائی*

۱ استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران (نویسنده مسئول)

Email: haaghae@gmail.com

مقدمه

اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه^۱، بر مبنای تعریف راهنمای تشخیص آماری اختلال روانی^۲ (DSM-IV) الگوی پایدار عدم توجه و تکانشگری و یا نوعی اختلال مزمن شدید در تحول روانی است که برای تشخیص آن حداقل ۶ مورد از ۹ مورد معیار بی‌توجهی و با بیش‌فعالی - تکانشگری بایستی در دو موقعیت جداگانه مورد بررسی قرار گیرد. نسبت ابتلای پسر به دختر در این اختلال ۳ به ۱ و حداکثر ۵ به ۱ است. این اختلال در بین پسرهای اول خانواده بیشتر دیده می‌شود. الگوهای متفاوت برای تشخیص در کودکی بر اساس صحبت‌های دیگران است اما در بزرگسالی بر اساس صحبت‌های خود فرد صورت می‌گیرد (۱). کودکان مبتلا به ADHD اغلب با عنوان تحریک پذیر، مداخله جو، پر جنب و جوش، نامرتب، پرخاشگر، پرتنش و هیجانی مشخص می‌شوند و در احتمال بیشتری به مشکلات عاطفی اجتماعی و رفتاری دچار می‌شوند. این کودکان همچنین با کمبود اعتماد به نفس، اضطراب، افسردگی و مسائل مربوط به ارتباط با همسالان مواجه هستند (۲). به دلیل فراوانی مشکلات رفتاری در ارتباط با کودکان مبتلا به ADHD، والدین این کودکان استرس بیشتری را نسبت به والدین کودکان عادی تجربه می‌کنند. استرس^۳، احساسات یا افکاری است که فرد در مورد میزان تنیدگی‌های خود در یک مقطع زمانی خاص یا طی یک دوره زمانی خاص دارد (۳).

مراقبت از کودک مبتلا به اختلال کم توجهی بیش‌فعالی (ADHD) می‌تواند چالش برانگیز و استرس‌زا باشد. یک مت‌آنالیز اخیر به این نتیجه رسید که والدین کودکان ۱۲ ساله یا کمتر مبتلا به ADHD استرس بیشتری نسبت به والدین کودکان در حال رشد تجربه کردند (۴). نگاهی دقیق‌تر به

منابع استرس والدین کودکان مبتلا به ADHD نشان داد که هر دو علائم بیش‌فعالی - تکانشی و بی‌توجهی پیش‌بینی‌کننده استرس والدین هستند (۵). به طور خاص، استرس والدین با داشتن یک کودک مبتلا به ADHD که عدم انطباق را نشان می‌داد، تقاضاهای سنگینی بر والدین داشت و در سازگاری با تغییرات مشکل داشت، مرتبط بود (۶). استرس زیاد والدینی ممکن است بر روابط والدین - کودک (به عنوان مثال افزایش تعارضات والدین - کودک)، رویه‌ها و عملکرد خانواده (۷) و همچنین سلامت روانی و کارآمدی والدین تأثیر منفی بگذارد (۸). نشان داده شده است که والدین کودکان مبتلا به ADHD روابط رضایت‌بخش کمتری با همسالان و خانواده خود دارند، در نقش فرزندپروری خود احساس محدودیت می‌کنند (۹)، کارآمدی فرزندپروری پایین‌تری دارند (۸) و کیفیت زندگی بدتری (QoL) نسبت به والدین کودکان در حال رشد معمولی (۱۰) دارند. والدین چینی با فرزند مبتلا به بیش‌فعالی دارای پیامدهای روانی نامطلوب مشابهی هستند (۱۱). مادران چینی تایوانی کودکان مبتلا به ADHD استرس والدین بیشتر، علائم اضطراب و اضطراب بیشتری را گزارش کردند (۱۲).

استرس بدون شک نه تنها به عنوان شایع‌ترین مشکلات موجود در زندگی محسوب می‌شود، بلکه عامل مهمی برای عملکرد کم، کیفیت و کارآیی کمتر افراد است. در زندگی موفقیت و غلبه بر این موانع بسیار مهم است و تلاش هریک از اعضای خانواده در فراهم کردن محیطی بدون استرس برای دیگری است تا میزان نارضایتی از روابط، استرس‌ها و تنش‌ها کاهش می‌یابد (۱۳). از این رو، قرار گرفتن والدین دارای فرزند ADHD در شرایطی که با روحيات، انتظارات و نیازها همخوانی نداشته باشد باعث تنیدگی شده و می‌تواند بر

³ perceived stress

¹ Attention Deficit Hyperactivity Disorder

² American psychiatric association

توجه به خلاء موجود پژوهش حاضر به دنبال پاسخ این سوال است که آیا مداخله درمان شناختی رفتاری بر استرس مادران کودکان **ADHD** و علائم بیش فعالی کودکان **ADHD** اثربخش است یا خیر؟

روش کار

روش این پژوهش نیمه آزمایشی (پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل) است.

جامعه آماری این پژوهش متشکل از مادران کودکان **ADHD** شهر سمنان در ۴ ماهه اول سال ۱۴۰۳ بود. نمونه آماری با توجه به طرح پژوهشی (نیمه آزمایشی) بصورت در دسترس و از بین داوطلبان و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج نمونه انتخاب و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شد.

شرایط شرکت در پژوهش عبارت بود از حداقل تحصیلات دیپلم، نداشتن سابقه تشخیص اختلال روانی یا بستری در بیمارستان اعصاب و روان و استفاده نکردن از داروهای روانپزشکی، رعایت ملاک سنی (۲۰ الی ۴۵) سال و اعلام رضایت از شرکت در پژوهش بود شرایط خروج در پژوهش عبارت بود از نقص در پرسشنامه‌های پیش آزمون و غیبت بیش از ۲ جلسه در کلاس‌های مداخله

جهت گردآوری اطلاعات در پژوهش حاضر از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

استرس

مقیاس استرس توسط کوهن، کامارک و مرملستین (۱۹۸۳) تهیه شده و دارای ۱۴ سوال است و برای سنجش فشار روانی عمومی ادراک شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود و افکار و احساسات درباره حوادث فشارزا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس‌های تجربه شده را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه در یک طیف ۵ درجه ای لیکرت از

ویژگی‌های مختلف زندگی نیز تاثیرگذار باشد (۱۴). این استرس‌ها می‌تواند برخاسته از مشکلات ناسازگاری و رفتارهای ضداجتماعی، خودآسیب‌رسانی، حرکات کلیشه‌ای و یا فشارهای روانی ناشی از دشواری در برقراری ارتباط اجتماعی و مشکلات مربوط به حضور در اماکن عمومی به تنهایی باشد (۱۵). تحقیقات نشان داده‌اند که وضعیت سلامت جسمی و روانی والدین، وضعیت اقتصادی، تعداد فرزندان خانواده، اشتغال والدین، ثبات و کیفیت زناشویی، وجود حمایت خانوادگی و باورهای ذهنی والدین می‌تواند نقش مهمی در ایجاد تنش داشته باشد و همچنین این استرس‌ها و آشفتگی‌های رفتاری می‌تواند با شدت **ADHD** کودکان در ارتباط دارد (۱۶).

ارزیابی اثرات **CBT** بر شناخت و عواطف والدین بسیار اندک است. یک متاآنالیز استفاده از **CBT** برای استرس والدینی در والدین کودکان دارای ناتوانی‌های رشدی (۱۷) اثرات سودمند نسبتاً کوچک اما ثابتی را بر استرس والدینی، طرحواره‌های شناختی و سبک اسنادی نشان داد. در زمینه **ADHD** نشان داده شد که **CBT** اثرات مفیدی بر انتظارات مادر، بهزیستی روانشناختی و اسناد رفتار مخرب کودکان دارد (۱۸).

مطالعات آسیایی بسیار کمی از **CBT** برای کاهش استرس والدین و اصلاح شناخت‌ها و احساسات والدین استفاده می‌کنند. ها و آه (۱۹) گزارش کردند که والدین کره جنوبی که درمان گروهی **CBT** را دریافت کرده بودند علائم افسردگی کمتر، مشکلات کمتری در تعاملات والدین-کودک و افکار خودکار منفی کمتری نسبت به گروه کنترل لیست انتظار در پس از درمان و پیگیری ۳ ماهه داشتند. تاثیر درمان شناختی رفتاری بر استرس والدگری و علائم بیش فعالی در کودکان با توجه به بررسی‌های انجام شده توسط پژوهشگر تا کنون به طور همزمان انجام نشده است. لذا، با

در مطالعه ای که در ایران توسط خوشایبی و همکارانش (۱۳۸۱)؛ به نقل از بخشی، نجاتی، رضایی و حکمتی (۱۳۹۰) بر روی ۲۶۶۷ کودک دختر و پسر ۷ تا ۱۲ ساله انجام شد، با استفاده از دو روش همبستگی پیرسون و آلفای کرونباخ، همبستگی هر سؤال با کل تست و نیز اعتبار تست ۰٫۹۳، زیادی شد؛ بنابراین اعتبار بالای پرسشنامه می تواند بیانگر این باشد که این ابزار، خصیصه های اختلال بیش فعالی / نقص توجه را با دقت بالا اندازه گیری می کند.

مداخله درمان شناختی رفتاری

درمان شناختی رفتاری: بسته جلسات درمانی در این پژوهش شامل هشت جلسه نود دقیقه ای بود که طبق پروتکل درمان شناختی رفتاری برای بیماریهای مزمن پزشکی ارائه شده توسط وایت (۲۰) در سال ۲۰۰۱ اجرا شد وایت این بسته آموزشی را طراحی کرد و تأیید کرد و از روایی صوری و محتوای مناسبی برخوردار است (۲۱).

همیشه تا هزگر تکمیل می شود. بر این اساس گزینه به کاملاً مخالفم نمره ۱، گزینه مخالفم نمره ۲، گزینه نظری ندارم نمره ۳، گزینه موافقم نمره ۴ و گزینه کاملاً موافقم نمره ۵ دریافت می کند. اما عبارات ۴- ۵- ۶- ۷- ۹- ۱۰ و ۱۳ به طور معکوس نمره گذاری می شوند. در ایران این پرسشنامه توسط شکوهی امیرآبادی، خلعتبری و رضابخش (۱۳۸۹) با ضریب پایایی ۰/۸۱ مورد تأیید قرار گرفت.

علائم بیش فعالی کودکان ADHD

فرم والد پرسشنامه کانرز (۱۹۹۸) برای بررسی علائم بیش فعالی کودکان ADHD ساخته شده است. فرم والد این پرسشنامه ۴۸ گویه دارد. این پرسشنامه در اغلب نقاط دنیا به عنوان رایجترین ابزار غربالگری و تشخیص اختلال نقص توجه/ بیش فعالی مورد استفاده قرار گرفته است و همچنین ابزار مناسبی برای سنجش شدت نشانه های آن به شمار می رود. این پرسشنامه به صورت چهار گزینه ای لیکرت نمره گذاری می شود. نمره صفر برای هرگز، ۱ برای فقط کمی، ۲ برای زیاد و ۳ بر ای خیلی زیاد مورد استفاده قرار می گیرد.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان گروهی شناختی رفتاری

جلسه	هدف- تکالیف
اول	برقراری ارتباط و آشنایی اولیه، توصیف قوانین گروه، ارائه توضیحات مقدماتی درباره ADHD و ماهیت آن، معرفی درمان شناختی رفتاری
دوم	طبقه بندی مشکلات و هدف گزینی، آموزش تکنیک اندازه گیری خلق، شناسایی هیجان منفی و فکر همراه آن
سوم	آموزش الگوی شناختی رفتاری، آموزش خطاهای شناختی، آموزش چالش با فکر منفی و جایگزینی افکار کارآمد
چهارم	ارائه برگه ثبت افکار ناکارآمد و فرم ثبت فعالیتهای هفتگی و ارائه توضیح مختصری در این رابطه، شناسایی افکار برانگیزاننده و احساسات ناخوشایند، آموزش نحوه ارزیابی افکار (چالش کلامی و آزمایش رفتاری)
پنجم	استفاده از روش هایی مانند فلش های رو به پایین، تحلیل مزایا و معایب و پرسشگری سقراطی در جهت تغییر و اصلاح افکار خود آیند، تهیه لیست فعالیتهای لذت بخش، جدول برنامه ریزی فعالیت، بررسی اهداف کوتاه مدت و بلندمدت
ششم	آموزش تن آرامی و تنش زدایی پیشرونده عضلانی، توقف فکر، تشخیص خطاهای شناختی و تمرین مهارتهای حل مسئله
هفتم	جلب توجه افراد به باورها و پیش فرضه ای زیربنایی، تقویت مهارتهای اجتماعی و مهارت جرئت مندی، استفاده از تکنیک رویارویی
هشتم	تجسمی خالصه و جمع بندی مطالب جلسات گذشته، معرفی کتاب، خاتمه جلسات و برگزاری پس آزمون

نتایج

نتایج نشان داد که در آزمون کلموگروه-اسمیرنوف سطح معنی‌داری مقادیر Z بدست آمده برای متغیرهای تحقیق به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل و آزمایش بالاتر از $0/05$ است ($p > 0/05$)، که این امر بیانگر آن است که نمرات این متغیرها، دارای توزیعی نرمال است. همچنین در آزمون شاپیرو ویلکز سطح معناداری آماره MV بالاتر از مقدار مفروض $0/05$ است ($p > 0/05$)، بنابراین توزیع چندمتغیری براساس نرمال بودن چند متغیری شاپیرو ویلکز تایید می‌شود. اما برای متغیرهایی که در آزمون کلموگروه-اسمیرنوف و شاپیرو ویلکز توزیع نرمالی ندارند؛ با توجه به آن که شاخص‌های مربوط به چولگی و کشیدگی محاسبه شده هیچ کدام از متغیرهای پژوهش خارج از محدود $2 \pm$ نیست. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع آنها نرمال است.

با توجه به نتایج حاصل از تحلیل آزمون لون واریانس‌ها نشان می‌دهد سطح معنی‌داری مقدار F بدست آمده برای مولفه‌ها بالاتر از $0/05$ است ($P > 0/05$). بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها پذیرفته شد و می‌توان تحلیل کواریانس تک متغیری را انجام داد که ادامه به آن پرداخته شده است.

در این مطالعه گروه آزمایش تحت مداخله ذهن آگاهی قرار گرفت و گروه دیگر به عنوان گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. قبل از اجرای طرح از هر دو گروه آزمون استرس و علائم بیش فعالی اخذ شد (پیش آزمون) گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مورد مداخله شناختی رفتاری گروهی قرار گرفتند و در پایان طرح پس آزمون به عمل آمد و نتایج با استفاده از روش آماری کواریانس و توسط نرم‌افزار آماری SPSS مورد مقایسه قرار گرفت.

روش آماری

در این پژوهش داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به طوری که در بخش توصیفی، فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار یافته‌ها نمایش داده شد و در سطح استنباطی، ابتدا جهت بررسی پیش فرض نرمال بودن متغیرهای پژوهشی از آزمون کلموگرف-اسمیرنوف استفاده گردید، سپس فرضیه‌های پژوهش با استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس چندمتغیری و تحلیل کواریانس تک متغیری در متن تحلیل کواریانس چندمتغیری و توسط نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۵ تحلیل شد.

جدول ۲. نتایج تحلیل آنکوا برای بررسی تفاوت نمرات استرس

منبع متغیر	SS	df	M \bar{S}	F	Si g	ضریب اتا
استرس گروه	۳۴۲/۷۰۱	۱	۳۴۲/۷۰۱	۲۲/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶۷
خطا	۴۲۲/۸۲۷	۲۷	۱۵/۱۵۴	-	-	-
کل اصلاح شده	۱۳۵۷/۵۵۷	۲۹	-	-	-	-

کمتر است؛ بنابراین مداخله درمان شناختی رفتاری گروهی بر استرس مادران کودکان ADHD به میزان $0/46$ واحد تاثیر دارد ($p < 0/01$, $\eta^2 = 0/46$, $F(1, 27) = 22/65$). برای بررسی میزان در هر دو

نتایج تحلیل در جدول بالا نشان می‌دهد، مقدار F بدست آمده برای تفاوت میانگین استرس برابر با $22/65$ محاسبه شده است. همچنین سطح معناداری برای این متغیر برابر با $0/001$ است. همچنین سطح معناداری برای این سطح از مقدار مفروض $0/01$ ($\alpha = 0/001$) آمده است و این سطح از مقدار مفروض $0/01$

گروه کنترل و آزمایش، میانگین‌های تعدیل شده در جدول ۴-۸ ارائه می شود.

جدول ۳. میانگین تعدیل شده نمرات استرس

متغیر	گروه	استرس
میانگین	کنترل	۴۳/۰۹
	آزمایش	۳۶/۱۲
انحراف معیار	کنترل	۱/۰۱۳
	آزمایش	۱/۰۱۷

با توجه به اطلاعات جدول فوق، میانگین تعدیل شده نمرات استرس در گروه آزمایش کمتر از کنترل است، در نتیجه مداخله درمان شناختی رفتاری گروهی بر کاهش استرس مادران کودکان ADHD موثر است.

جدول ۴. نتایج تحلیل آنکوا برای بررسی تفاوت نمرات علائم بیش فعالی

منبع متغیر	SS	df	MS	F	Si g	ضریب اتا
علائم بیش گروه	۲۹۲/۵۱۳	۱	۲۹۲/۵۱۳	۴/۶۲	۰/۰۲۴	۰/۱۵۳
خطای فعالی	۱۵۹۲/۷۱۵	۲۷	۶۳/۲۸۹	-	-	-
کل اصلاح شده	۷۶۳۲/۸۷۴	۲۹	-	-	-	-

۰/۱۵ واحد تاثیر دارد ($p < ۰/۰۵$), $\eta^2 = ۰/۱۵$, $F(۱, ۲۹) = ۴/۶۲$. برای بررسی میزان در هر دو گروه کنترل و آزمایش، میانگین‌های تعدیل شده در جدول ۴-۱۶ ارائه می شود.

نتایج تحلیل در جدول بالا نشان می دهد، مقدار F بدست آمده برای تفاوت میانگین علائم بیش فعالی برابر با $F(۱, ۲۹) = ۴/۶۲$ ($F(۱, ۲۹) = ۴/۵۲$) محاسبه شده است. همچنین سطح معناداری برای این متغیر برابر با $۰/۰۲۴$ ($\alpha = ۰/۰۲۴$) آمده است و این سطح از مقدار مفروض $۰/۰۵$ کمتر است؛ بنابراین مداخله ذهن-آگاهی بر علائم بیش فعالی مادران کودکان ADHD به میزان

جدول ۵. میانگین تعدیل شده نمرات علائم بیش فعالی

متغیر	گروه	علائم بیش فعالی
میانگین	کنترل	۵۸/۱۸
	آزمایش	۵۱/۶۳
انحراف معیار	کنترل	۲/۸۵
	آزمایش	۲/۶۷

مدیریت رفتار، مسائل مدرسه و مشکلات اجتماعی، تمرکز دارد. بهبود ارتباطات و روابط در آموزش مهارت های فرزندپروری اتفاق می افتد: CBT می تواند شامل آموزش مهارت های فرزندپروری، تمرکز بر ارتباطات واضح، تقویت مثبت و تعیین مرزهای مناسب باشد. بهبود روابط خانوادگی نیز از تکنیک‌هایی است که شامل بهبود ارتباطات و حل تعارضات درون خانواده، تقویت پیوند والدین و فرزند، و ایجاد یک محیط خانواده حمایت‌کننده‌تر باشد. همچنین مادران یاد می‌گیرند که فعالیت های خودمراقبتی مانند ورزش، تغذیه سالم، خواب کافی و ارتباطات اجتماعی را برای کاهش استرس و بهبود رفاه کلی در اولویت قرار دهند. مداخله درمان شناختی رفتاری بر علائم بیش فعالی کودکان ADHD اثربخش است.

نتایج یگر تحقیق نشان‌داد که درمان شناختی رفتاری ر علائم بیش فعالی مادران کودکان ADHD تاثیر دارد و این یافته با نتایج بررسی‌های آمل و همکاران (۲۴) و گولد و همکاران (۲۵) همسو است.

درارتباط با تبیین دیگر این یافته می‌توان گفت که شناسایی و اصلاح افکار اولین راهکار این مداخله برای کودکان است تا افکار منفی یا خودشکوفایی مرتبط با بیش فعالی خود را شناسایی کرده و به چالش بکشند. برای مثال، به جای اینکه فکر کنند «نمی‌توانم آرام بنشینم، همیشه در مشکل هستم»، یاد می‌گیرند که فکر کنند «اگر از این استراتژی‌ها استفاده کنم، می‌توانم انرژی خود را بهتر مدیریت کنم».

توسعه مهارت های خودتنظیمی باعث می شود که با نظارت بر خود یاد بگیرند که رفتار خود را مشاهده و پیگیری کنند و موقعیت ها و محرک هایی را که بیش فعالی را افزایش می دهند شناسایی کنند. تکنیک‌های مختلف خودکنترلی نیز مانند تمرین‌های تنفس عمیق، تکنیک‌های تمدد اعصاب و تمرکز حواس را به کودکان آموزش می‌دهد تا خود را آرام کنند و تمایلات تکانشی را مدیریت کنند.

با توجه به اطلاعات جدول فوق، میانگین تعدیل شده نمرات علائم بیش فعالی در گروه آزمایش کمتر از کنترل است، در نتیجه مداخله ذهن‌آگاهی بر کاهش استرس مادران کودکان ADHD موثر است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این تحقیق بررسی اثر درمان شناختی رفتاری بر استرس مادران کودکان ADHD و علائم بیش فعالی کودکان ADHD بود.

نتایج تحقیق نشان‌داد که مداخله درمان شناختی رفتاری بر استرس مادران کودکان ADHD تاثیر دارد این یافته با نتایج مطالعات وونگ و همکاران (۲۲)، پرند و همکاران (۲۳) و کرونیس و همکاران (۱۸) همسو است.

درارتباط با تبیین این یافته می‌توان گفت که شناسایی و به چالش کشیدن افکار منفی یکی از موارد اثرگذار این مداخله می باشد که با بازسازی شناختی همراه می باشد و مادران یاد می‌گیرند که افکار منفی ("من مادر بدی هستم"، "فرزندم هرگز موفق نمی‌شود") را که به استرس کمک می‌کنند، شناسایی کرده و به چالش بکشند. چارچوب‌بندی مجدد نیز باعث می‌شود که تا افکار منفی را به افکار واقعی‌تر و مثبت‌تر تبدیل کنیم ("فرزند من چالش‌های منحصر به فردی دارد و ما با هم برای یافتن راه‌حل‌ها کار می‌کنیم"، "من به عنوان والدین بهترین کاری را که می‌توانم انجام می‌دهم").

از راهکارهای دیگر این مداخله توسعه مهارت های مقابله ای می باشد که با تکنیک های مدیریت استرس رفع می شود: مادران تکنیک های آرام سازی مانند تنفس عمیق، تمرکز حواس و آرام سازی پیشرونده عضلانی را برای مدیریت استرس در لحظه یاد می‌گیرند. مهارت‌های حل مسئله نیز یکی از نقاط قوت این مداخله می باشد: که بر توسعه راهبردهای عملی حل مسئله برای چالش‌های رایجی که والدین کودکان مبتلا به ADHD با آن‌ها مواجه هستند، مانند

محدود بودن ابزار جمع آوری اطلاعات به پرسشنامه و عدم استفاده از سایر ابزارها مانند مشاهده و مصاحبه از محدودیت های تحقیق بود. از آنجایی که در پژوهش حال حاضر دوره پیگیری انجام نشده است، توصیه می شود که در تحقیقات آینده، انجام دوره های پیگیری جهت ارزیابی پایداری و ثبات روش مداخله در طول زمان مدنظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

نویسنده از تمامی کسانی که در این راستا با محقق همکاری نمودند کمال تشکر را دارد.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

از استراتژی های رفتاری مهارت های حل مسئله می باشد و کودکان یاد می گیرند مشکلات را شناسایی کنند، راه حل ها را طوفان فکری کنند و برنامه های عملی برای مقابله با چالش های مربوط به بیش فعالی، مانند تکالیف، انتظار در صف، یا متمرکز ماندن در طول فعالیت ها ایجاد کنند. فعال سازی رفتاری می تواند کودکان را تشویق کند تا در فعالیت های مفیدتری شرکت کنند و مشارکت آنها را در فعالیت های لذت بخش افزایش دهد، که می تواند به کاهش بیش فعالی و بهبود رفاه کلی کمک کند.

بهبود مهارت های اجتماعی می تواند به کودکان کمک کند تا مهارت های اجتماعی مانند ارتباط، قاطعیت و حل تعارض را توسعه و بهبود بخشند، که می تواند مشکلات اجتماعی را که ممکن است به دلیل بیش فعالی ایجاد شود کاهش دهد.

References

1. Retz, W. (2021). *Attention deficit hyperactivity disorder and psychopathy in adults*. In A. R. Felthous & H. Saß (Eds.), *The Wiley international handbook on psychopathic disorders and the law: Diagnosis and treatment* (pp. 533–544). Wiley Blackwell
2. Anastopoulos, A. D., & Beal, K. K. (2020). *Assessment and diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder*. In M. M. Martel (Ed.), *The clinical guide to assessment and treatment of childhood learning and attention problems* (pp. 33–53). Elsevier Academic Press.
3. Uvais, N.A., Aziz, F., & Hafeeq, B. (2020). COVID-19-related stigma and perceived stress among dialysis staff. *Journal Nephrol*, 2 (6), 11-25.
4. Theule, J., Wiener, J., Rogers, M. A., & Marton, I. (2011). Predicting parenting stress in families of children with ADHD: Parent and contextual factors. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 640–647.
5. Theule, J., Wiener, J., Rannock, R., & Jenkins, J. M. (2013). Parenting stress in families of children with ADHD: a meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21, 3–17.
6. Harold, G. T., Leve, L. D., Barrett, D., Elam, K., Neiderhiser, J. M., Natsuaki, M. N., ... & Thapar, A. (2013). Biological and rearing mother influences on child ADHD symptoms: revisiting the developmental interface between nature and nurture. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(10), 1038-1046.
7. Whalen, C. K., Jamner, L. D., Henker, B., Delfino, R. J., & Lozano, J. M. (2002). The ADHD spectrum and everyday life: Experience sampling of adolescent moods, activities, smoking, and drinking. *Child development*, 73(1), 209-227.
8. Primack, B. A., Hendricks, K. M., Longacre, M. R., Adachi-Mejia, A. M., Weiss, J. E., Titus, L. J., ... & Dalton, M. A. (2012). Parental efficacy and child behavior in a community sample of children with and without attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 4, 189-197.
9. Wiener, J., Biondic, D., Grimbos, T., & Herbert, M. (2016). Parenting stress of parents of adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 44, 561-574.
10. Lee, L. C., Harrington, R. A., Louie, B. B., & Newschaffer, C. J. (2008). Children with autism: Quality of life and parental concerns. *Journal of autism and developmental disorders*, 38, 1147-1160.
11. Lam AK, Ho TP. Early adolescent outcome of attention-deficit hyperactivity disorder in a Chinese population: 5-year follow-up study. *Hong Kong Medical Journal*. 2010 Aug 1;16(4):257.
12. Shur-Fen Gau, S. (2007). Parental and family factors for attention-deficit hyperactivity disorder in Taiwanese children. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(8), 688-696
13. Moseley, R. L., Turner-Cobb, J. M., Spahr, C. M., Shields, G. S., & Slavich, G. M. (2021). Lifetime and perceived stress, social support, loneliness, and health in autistic adults. *Health Psychology*, 40 (8), 556–568.
14. Sheppard-Jones, K., Ayers, K., Kleinert, H., Li, J., Moseley, E., & Adams, C. (2022). Perceived stress of individuals with disabilities in the United States during COVID-19. *Rehabilitation Psychology*, 67 (4), 526–534
15. Yang, X., Xiong, Z., Li, Z., Li, X., Xiang, W., Yuan, Y., & Li, Z. (2020). Perceived psychological stress and associated factors in the early stages of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) epidemic: Evidence from the general Chinese population. *PLoS ONE*, 15 (12), Article e0243605.
16. Leader, G., Dooley, E., Whelan, S., Gilroy, S. P., Chen, J. L., Farren Barton, A., Coyne, R., & Mannion, A. (2022). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms, gastrointestinal symptoms, sleep problems, challenging behavior, adaptive behavior, and quality of life in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Developmental Neurorehabilitation*, 25 (4), 217–228.
17. Singer, G. H., Ethridge, B. L., & Aldana, S. I. (2007). Primary and secondary effects of parenting and stress management interventions for parents of children with developmental disabilities: A meta-analysis. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 13(4), 357-369.

18. Chronis, A. M., Gamble, S. A., Roberts, J. E., & Pelham Jr, W. E. (2006). Cognitive-behavioral depression treatment for mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavior therapy*, 37(2), 143-158.
19. Ha, E. H., & Oh, K. J. (2006). Effects of cognitive-behavioral group therapy for depressive mothers of children with behavior problems. *Child & family behavior therapy*, 28(2), 1-13.
20. White CA. Cognitive behaviour therapy for chronic medical problems: a guide to assessment and treatment in practice. Chichester, New York: John Wiley; 2001.
21. Farahzadi M, Madahi ME, Khalatbari J. Comparison the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment and cognitive-behavioral group therapy on the body image dissatisfaction and interpersonal sensitivity in women with the body image dissatisfaction. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2017;7(2):69–89. [Persian]
22. Wong DF, Ng TK, Ip PS, Chung ML, Choi J. Evaluating the effectiveness of a group CBT for parents of ADHD children. *Journal of Child and Family Studies*. 2018 Jan;27:227-39.
23. Parand A, Afrooz G, Mansoor M, Yekta MS, Besharat M, Khooshabi K. Developing stress management program for mothers of children with ADHD and its effectiveness on their mental health. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010 Jan 1;5:1135-9.
24. Amel AK, Amel SK, Erfan A. Effectiveness of parents-focused cognitive-behavioral therapy on attention deficit hyperactivity disorder symptoms, obesity and self-esteem of overweight children with attention deficient hyperactivity disorder. *Advanced biomedical research*. 2018 Jan 1;7(1):73.
25. Gould KL, Porter M, Lyneham HJ, Hudson JL. Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety and comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2018 Jul 1;57(7):481-90.

Original Article

The effect of cognitive behavioral therapy on stress in mothers of ADHD children and hyperactivity symptoms in children with ADHD

Received: 30/01/2024 - Accepted: 17/03/2024

Hakimeh Aghai^{1*}

1 Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran. (Corresponding Author)

Email: haaghae@gmail.com

Abstract

Introduction: The present study was conducted to investigate the effect of cognitive behavioral therapy on stress in mothers of ADHD children and hyperactivity symptoms in children with ADHD.

Methods: The research method was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of this study consisted of mothers of ADHD children in Semnan in the first 4 months of 1403. According to the research design (quasi-experimental), the statistical sample was selected from among volunteers and according to the inclusion and exclusion criteria and was randomly assigned to two experimental groups (15 people) and control groups (15 people). The research tools included the stress scale by Cohen, Kamaric, and Mermelstein (1983) and the parent form of the Connors Questionnaire (1998) to investigate the hyperactivity symptoms in children with ADHD. The cognitive behavioral therapy protocol used in this study was adapted from White (2001). Data analysis was performed using multivariate analysis of covariance using SPSS version 25 software.

Results: The results showed that cognitive behavioral therapy is effective on stress and hyperactivity symptoms in ADHD children ($p < 0.05$).

Conclusion: According to the results of the study, it can be said that cognitive behavioral therapy is effective in reducing parental stress and hyperactivity symptoms in ADHD children. It is suggested that more research be conducted in this direction to increase the external validity of the study.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Stress, ADHD, Hyperactivity Symptoms In Children