

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی
گروه روانشناسی

بررسی اثربخشی آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) در
کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه همراه با بیش‌فعالی (ADHD) و
بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان

اساتید راهنما:

دکتر محمد نریمانی

دکتر بتول احدی

استاد مشاور:

دکتر عباس ابوالقاسمی

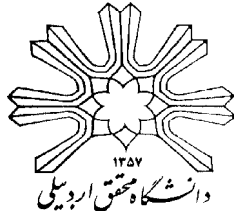
توسط:

محمد جواد بگیان کوله‌مرز

دانشگاه محقق اردبیلی

بهار

۹۲



بررسی اثربخشی آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) در
کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه همراه با بیش‌فعالی (ADHD) و
بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان

توسط:

محمد جواد بگیان کوله‌مرز

پایان نامه برای اخذ درجه کارشناسی ارشد

در رشته روانشناسی بالینی

از

دانشگاه محقق اردبیلی

اردبیل - ایران

ارزیابی و تصویب شده توسط کمیته پایان نامه با درجه:.....

دکتر محمد نریمانی و بتول احدی (اساتید راهنما و رئیس کمیته)..... استاد

دکتر نیلوفر میکائیلی (داور داخلی)..... استادیار

دکتر عباس ابوالقاسمی (استاد مشاور)..... دانشیار

تیر ۹۲

تقدیم به پدر و مادر عزیزم

خدای را بسی شاکرم که از روی کرم پدر و مادری فداکار نصیبم ساخته تا در سایه
درخت پر بار وجودشان بیاسایم و از ریشه آنها شاخ و برگ گیرم و از سایه وجودشان
در راه کسب علم و دانش تلاش نمایم.

والدینی که بودنشان تاج افتخاری است بر سرم و نامشان دلیلی است بر بودنم چرا
که این دو وجود پس از پروردگار مایه هستی ام بوده اند دستم را گرفتند و راه رفتن
را در این وادی زندگی پر از فراز و نشیب آموختند.

آموزگارانی که برایم زندگی؛ بودن و انسان بودن را معنا کردند
حال این برگ سبزی است تحفه درویش تقدیم آنان....

من لم يشكر المخلوق لم يشكر الخالق

سپاس خداوندی را سزااست که علم را به معرفت زیور داد. و اینگونه انسان را اشرف مخلوقات قرار داد. بعد از سپاس از خالق بی همتا بر خود لازم می دانم که مراتب تشکر و قدردانی خویش را از اساتید محترم ابراز دارم، کسانی که شاید بدون آنها راه به جایی نمی بردم.

در ابتدا وظیفه خود می دانم که از راهنمایی ها و روشنگری های استاد راهنمای بزرگوارم، جناب آقای دکتر محمد نریمانی و خانم دکتر بتول احدی مراتب تشکر و قدردانی را به عمل آورم.

و همچنین از استاد فرهیخته جناب آقای دکتر عباس ابوالقاسمی که مرا از کمک ها و رهنمودهای خویش بی نصیب نگذاشت تشکر و قدردانی می کنم.

نام خانوادگی دانشجو: بگیان کوله مرز	نام: محمد جواد
عنوان پایان نامه: بررسی اثربخشی آموزش گروهی رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) در کاهش نشانه‌های ADHD و بهبود کیفیت زندگی دانش آموزان	
اساتید راهنما: دکتر محمد نریمانی و بتول احدی استاد مشاور: دکتر عباس ابوالقاسمی	
مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد رشته: روانشناسی گرایش: بالینی دانشگاه: محقق اردبیلی	
دانشکده: علوم انسانی تاریخ فارغ التحصیلی: ۹۲/۴/۱	تعداد صفحه: ۱۵۲
کلید واژه: آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی، کیفیت زندگی، ADHD	
<p>چکیده</p> <p>هدف پژوهش بررسی اثربخشی آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) در کاهش نشانه‌های ADHD و بهبود کیفیت زندگی دانش آموزان بود. این پژوهش از نوع آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش‌آموزان پسر سال‌های اول، دوم و سوم دبیرستانی شهرستان نورآباد (دلفان) در سال تحصیلی ۹۲-۹۱ تشکیل می‌دهند. نمونه پژوهش ۴۰ دانش‌آموز پسر دارای ADHD بود که از میان ۲۳۰۰ دانش‌آموز شناسایی و به طور تصادفی در گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. گروه آزمایش آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی در ۱۲ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه بالینی ساختاریافته، مقیاس تشخیصی کوتاه اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی بزرگسالان و پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-۳۶) استفاده گردید. نتایج داده‌های پژوهش با روش تحلیل واریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) نشان داد که آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش نشانه‌های ADHD و کیفیت زندگی مؤثر است ($P < 0/001$). این نتایج حاکی است که آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند نشانه‌های نقص-توجه، بیش‌فعالی و تکانشوری دانش‌آموزان را تعدیل نماید. در واقع این آموزش در درمان ADHD از طریق آموزش مهارت‌های ضروری مانند ذهن آگاهی، تنظیم هیجان و مهارت‌های بین فردی تأکید دارد. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهند آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی در مدارس، به ویژه در سنین نوجوانی، با فراهم کردن توانایی درک دیگران می‌تواند به کاهش رفتارهای تکانشی و بهبود تصور از خود دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه همراه با بیش‌فعالی منجر شود. همچنین مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی و به طور کلی بهبود یافتن توجه و کنترل رفتار در طول جلسات کلاس درس و ترکیب آنها با مهارت‌های شناختی-رفتاری و آموزش همدلی مراجع محور می‌تواند در بهبود نشانه‌ها ADHD و افزایش کیفیت زندگی نوجوانان مؤثر باشد.</p>	

صفحه	عنوان
	فصل اول: کلیات تحقیق
۱	.....مقدمه
۴	.....۱-۱- بیان مسئله
۸	.....۲-۱- ضرورت و اهمیت تحقیق
۹	.....۳-۱- اهداف پژوهش
۱۰	.....۴-۱- تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها
	فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه تحقیق
۱۲	.....۱-۲- پیشینه تاریخی اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی
۱۲	.....۲-۲- مختصری از تاریخچه طبقه‌بندی علمی ADHD
۱۶	.....۳-۲- نقص توجه/بیش‌فعالی در بزرگسالان
۱۷	.....۴-۲- علایم و نشانه‌ها
۲۳	.....۵-۲- شیوع
۲۶	.....۶-۲- سبب شناسی
۲۹	.....۷-۲- تشخیص
۳۲	.....۸-۲- خصوصیات بالینی
۳۴	.....۹-۲- تشخیص افتراقی
۳۵	.....۱۰-۲- سیر و پیش‌آگهی
۳۶	.....۱۱-۲- نشانگان و حالت‌های مرتبط با نقص توجه/ بیش‌فعالی
۴۲	.....۱۲-۲- بیماری‌ها و مشکلات همراه با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی
۴۴	.....۱۳-۲- درمان اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی
۴۴	.....۱-۱۳-۲- دارو درمانی
۴۶	.....۲-۱۳-۲- مداخلات روانی اجتماعی
۴۷	.....۱-۲-۱۳-۲- آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی
۴۸	.....۲-۲-۱۳-۲- نظریه‌ی بیوسوشیال لینهان
۵۱	.....۳-۲-۱۳-۲- مفهوم دیالکتیک
۵۴	.....۴-۲-۱۳-۲- اهداف درمانی
۵۸	.....۵-۲-۱۳-۲- راهبردهای درمان
۶۴	.....۶-۲-۱۳-۲- تحلیل راه‌حل و روش‌های تغییر
۷۰	.....۷-۲-۱۳-۲- راهبردهای دیالکتیکی: تعادل بخشی به راهبردهای درمان

۷۱	..... ۸-۲-۱۳-۲ راهبردهای سبک شناختی
۷۲	..... ۹-۲-۱۳-۲ راهبردهای مدیریت مورد
۷۴	..... ۱۰-۲-۱۳-۲ مداخله‌های محیطی
۷۵	..... ۱۱-۲-۱۳-۲ جلسات تیم مشاوره
۷۵	..... ۱۲-۲-۱۳-۲ آموزش مهارت‌ها در دیالکتیک درمانی
۸۱	..... ۱۳-۲-۱۳-۲ جمع بندی
۸۲	..... ۱۴-۲ کیفیت زندگی
۸۲	..... ۱-۱۴-۲ تعریف کیفیت زندگی
۸۴	..... ۲-۱۴-۲ تعریف روان‌شناسی مثبت‌نگر بر اساس کیفیت زندگی
۸۴	..... ۳-۱۴-۲ نظریه کیفیت زندگی
۸۶	..... ۴-۱۴-۲ الگوی پنج‌گانه رضایتمندی از زندگی
۸۷	..... ۵-۱۴-۲ عناصر پنج‌گانه نظریه کیفیت زندگی
۷۷	..... ۱۵-۲ پیشینه پژوهشی
	فصل سوم: روش تحقیق
۹۸	..... ۱-۳ نوع پژوهش
۹۸	..... ۲-۳ جامعه پژوهش
۹۸	..... ۳-۳ نمونه و روش نمونه‌گیری
۹۹	..... ۴-۳ ابزار اندازه‌گیری
۱۰۰	..... ۵-۳ روش مداخله‌ای
۱۰۰	..... ۱-۵-۳ آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی
۱۰۴	..... ۶-۳ روش اجرا
۱۰۴	..... ۷-۳ روش تجزیه تحلیل اطلاعات
	فصل چهارم: یافته‌های تحقیق
۱۰۶	..... مقدمه
۱۰۶	..... ۱-۴ یافته‌های جمعیت شناختی
۱۰۹	..... ۲-۴ یافته‌های توصیفی
۱۱۲	..... ۳-۴ یافته‌های استنباطی
	فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری
۱۲۰	..... مقدمه
۱۲۸	..... ۱-۵ محدودیت‌ها
۱۲۹	..... ۲-۵ پیشنهادات نظری
۱۲۹	..... ۳-۵ پیشنهادات کاربردی
۱۳۱	..... ۴-۵ پیوست

فهرست جدول‌ها

صفحه	عنوان جدول
۱۲	جدول ۱-۲: تاریخچه تحول اصطلاح اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی.....
۳۰	جدول ۲-۲: ملاک‌های تشخیصی سندرم‌های بیش‌فعالی و نقص توجه در DSM-IV ؛ ICD-10 و نظام چک لیست رفتاری کودک ایکنباخ.....
۳۳	جدول ۲-۳: ویژگی‌های کلیدی بالینی ADHD.....
۱۰۶	جدول ۴-۱: توزیع فراوانی سطح تحصیلات دانش‌آموزان گروه‌های آزمایش و کنترل.....
۱۰۶	جدول ۴-۲: توزیع فراوانی وضعیت شغلی پدران دانش‌آموزان گروه‌های آزمایش و کنترل.....
۱۰۷	جدول ۴-۳: توزیع فراوانی سطح تحصیلی پدران گروه‌های آزمایش و کنترل.....
۱۰۷	جدول ۴-۴: توزیع فراوانی وضعیت شغلی مادران گروه‌های آزمایش و کنترل.....
۱۰۸	جدول ۴-۵: توزیع فراوانی سطح تحصیلی مادران گروه‌های آزمایش و کنترل.....
۱۰۸	جدول ۴-۶: توزیع فراوانی ترتیب تولد گروه‌های آزمایش و کنترل.....
۱۰۹	جدول ۴-۷: میانگین و انحراف معیار سن و عملکرد تحصیلی گروه‌های آزمایش و کنترل.....
۱۱۰	جدول ۴-۸: میانگین و انحراف مؤلفه‌های ADHD در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل.....
۱۱۰	جدول ۴-۹: میانگین و انحراف مؤلفه‌های کیفیت زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل.....
۱۱۱	جدول ۴-۱۰: نتایج آزمون باکس در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در نمرات کلی متغیرهای ADHD و کیفیت زندگی.....
۱۱۲	جدول ۴-۱۱: نتایج آزمون لون در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در نمرات کلی متغیرهای ADHD و کیفیت زندگی.....
۱۱۲	جدول ۴-۱۲: نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری بر روی نمرات کلی متغیرهای ADHD و کیفیت زندگی در دو گروه رفتار درمانی دیالکتیکی و گواه.....
۱۱۳	جدول ۴-۱۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) برای مقایسه تفاضل پیش‌آزمون- پس‌آزمون نمرات کلی متغیرهای ADHD و کیفیت زندگی در دو گروه رفتار درمانی دیالکتیکی و گواه.....
۱۱۳	جدول ۴-۱۴: نتایج آزمون باکس در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در مؤلفه‌های ADHD.....
۱۱۴	جدول ۴-۱۵: نتایج آزمون لون در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در مؤلفه‌های ADHD.....

۱۱۴	ADHD.....
	جدول ۴-۱۶: نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری بر روی مؤلفه‌های ADHD در دو
۱۱۵	گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گواه.....
	جدول ۴-۱۷: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) برای مقایسه تفاضل پیش‌آزمون- پس
۱۱۵	آزمون نمرات مؤلفه‌های ADHD در دو گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گواه.....
	جدول ۴-۱۸: نتایج آزمون باکس در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در مؤلفه‌های کیفیت
۱۱۶	زندگی.....
	جدول ۴-۱۹: نتایج آزمون لون در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در مؤلفه‌های کیفیت
۱۱۷	زندگی.....
	جدول ۴-۲۰: نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری بر روی مؤلفه‌های کیفیت زندگی در دو
۱۱۷	گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گواه.....
	جدول ۴-۲۱: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) برای مقایسه تفاضل پیش‌آزمون- پس
۱۱۸	آزمون نمرات مؤلفه‌های کیفیت زندگی در دو گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گواه.....

فهرست شکل‌ها

صفحه	عنوان
۴۳	شکل ۱-۲: اختلالات و مشکلات همراه با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی.....
۸۶	شکل ۲-۲: پنج راه یا مدل پنج عاملی رضایتمندی از زندگی، شادکامی یا روان‌شناسی مثبت‌نگر.....
۱۰۹	نمودار ۴-۱: میانگین سن و عملکرد تحصیلی در گروه‌های آزمایش و کنترل.....
۱۱۰	نمودار ۴-۲: میانگین ADHD در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل.....
۱۱۲	نمودار ۴-۳: میانگین کیفیت زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل.....

مقدمه

اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی^۱ (ADHD) که بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری مشخصه اصلی آن به شمار می‌آید، یکی از بحث‌انگیزترین اختلال‌های روانی دوران کودکی و نوجوانی است که در چند دهه اخیر مطالعات متعددی را به خود اختصاص داده است. در اوایل دهه ۱۹۰۰، کودکان تکانشگر مهار گیسخته و بیش‌فعال که بسیاری از آنان دچار آسیب‌های عصبی ناشی از آنسفالیت^۲ بودند زیر عنوان «نشانگان بیش‌فعالی»^۳ طبقه‌بندی می‌شدند (کاپلان^۴، ۲۰۰۵؛ ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۰). قبل از دهه ۱۹۰۰ نخستین بار در سال ۱۸۰۰ پزشکی آلمانی به نام هافمن^۵ بیش‌فعالی را به عنوان یک کنش غیر طبیعی مدنظر قرار داد و توصیف نمود (علیزاده، ۱۳۸۶) و پزشک آلمانی به نام اباف^۶، نخستین فردی بود که اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی را به عنوان مشکلی تلقی کرد که نیاز به همکاری و دخالت متخصصین حرفه‌ای دارد (تیلور^۷، ۱۹۹۰). از سال ۱۹۴۰ تاکنون، اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی به عنوان اختلال عصب شناختی مورد مطالعه قرار گرفت و نتیجه پژوهش‌ها نشان داده‌اند که قسمت‌های مختلف مغز این کودکان و نوجوانان دارای نابهنجاری‌هایی است (هایند، اسمرود-کلیکمن، لوریس، نوی، الیپولاس و لیترنن^۸، ۱۹۹۱؛ کینومورا، لارسن، گولیا و رولند^۹، ۱۹۹۶؛ سرجنت، گرتس، هایجبرگ، اسپرس و اوسترلان^{۱۰}، ۲۰۰۳).

اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی شایعترین اختلال رفتاری است که کودکان و نوجوانان را مبتلا می‌کند و راهنمای تشخیصی آماری اختلال روانی^{۱۱} (DSM-IV) آن را به عنوان الگوی پایدار عدم توجه و تکانشگری شرح می‌دهد و در واقع نوعی اختلال مزمن شدید در تحول روانی است و برای تشخیص آن حداقل ۶ مورد از ۹ معیار بی‌توجهی و یا بیش‌فعالی / تکانشگری بایستی در دو موقعیت جداگانه (مثلاً

-
1. Attention deficit /Hyperactivity disorder
 2. Anencephalia
 3. Hyperactive Syndrom
 4. Kaplan
 5. Hoffman
 6. Ebaif
 7. Teylor
 8. Hynd, Smrud-Clikman, Loryds, Novey, Eliopulos & Lyytrnen
 9. Kinomura, Larsson, Guly?s & Roland
 10. Sergeant, Geurts, Huijbregts, Scheres & Oosterlaan
 11. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

خانه و مدرسه) مشاهده شوند(۹ مشخصه رفتاری برای نوع بی‌توجهی و ۹ مشخصه رفتاری نوع بیش-فعالی / تکانشگری فهرست شده است). این علائم بایستی ۶ ماه به طول انجامد و با سطح تحولی کودک تطابق نداشته و پس از ۷ سالگی ظاهر شده باشند(انجمن روان‌شناسی آمریکا^۱، ۲۰۰۰). نسبت ابتلای پسر به دختر در این اختلال ۳ به ۱ و حداکثر ۵ به ۱ است. گزارش‌ها در مورد میزان شیوع اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در ایالات متحده آمریکا از ۲ تا ۲۰ درصد در کودکان دبستانی متغیر است و به طور محتاطانه این میزان را حدود ۳ تا ۵ درصد کودکان قبل از سن بلوغ می‌دانند(سادوک و سادوک^۲، ۲۰۰۷).

۵ درصد از کودکان دارای این اختلال این نشانه‌ها را در بزرگسالی ادامه می‌دهند به گونه‌ای که بین علائم دوره کودکی و بزرگسالی شباهت زیادی وجود دارد (ویرسما، واندر، آنتروپ و رویرز^۳، ۲۰۰۶). خوشابی، پور اعتماد، محمدی، هومن، بیگلریان و توفیق(۱۳۸۱) شیوع این اختلال را بین ۳ تا ۶ درصد را در کودکان ۷ تا ۱۲ ساله شهر تهران گزارش کردند.

کودکان و نوجوانان مبتلا به ADHD اغلب به عنوان تحریک‌پذیر، مداخله‌جو، پرجنب و جوش، نامرتب، پرخاشگر، پرتنش و هیجانی مشخص می‌شوند و به احتمال بیشتری به مشکلات عاطفی، اجتماعی، تحصیلی و رفتاری دچار می‌شوند(بارکلی، فیشر، ادلبورک و اسمالیش^۴، ۱۹۹۰) و عدم تشخیص و درمان به موقع ADHD در کودکی و یا نوجوانی باعث ایجاد اختلال در کارکردهای تحصیلی، اجتماعی، هیجانی و رفتاری در دوره بزرگسالی می‌شود(سیلور^۵، ۲۰۰۰). به همین دلیل درمان و کاهش علائم این بیماری ضروری و حیاتی است(لویس^۶، ۲۰۰۷). در حال حاضر مداخله‌های دارو درمانی، مشاوره و آموزش والدین در زمینه مهارت‌های کنترل کودک و تکنیک‌های اصلاح رفتار کودک در کلاس درس، بیشترین تأثیر را در میان کودکان مبتلا به ADHD داشته‌اند(کراتوچویل و موریس^۷، ترجمه محمدرضا نائینیان و همکاران، ۱۳۸۱). در این میان از داروهای محرک بیش از سایر درمان‌ها استفاده شده است، اما عوارض ناشی از داروهای محرکی که برای درمان ADHD تجویز می‌شوند و اثرات کوتاه مدت آن‌ها سبب شده است به سایر شیوه‌های درمانی توجه بیشتری شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که هنگامی که دارو درمانی به والدین توصیه می‌شود، والدین ADHD را به علل فیزیکی نسبت می‌دهند

-
1. American Psychiatric Association
 2. Sadock & Sadock
 3. Wiersma, Vander, Antorop & Roeyers
 4. Barkley, Fischer, Edelbrock & Smallish
 5. Silver
 6. Lewis
 7. Kratochwill & Morris

و کمتر این اختلال را تحت کنترل خود دانسته و کمتر برای رفع آن تلاش می‌کنند (براون و همکاران، ۱۹۹۱؛ به نقل از مک‌منامی، الن و وایزر^۱، ۲۰۰۵).

تدابیر درمانی روانی- اجتماعی از جمله روش‌های درمانی است که برای این اختلال از آن استفاده می‌شود. در این نوع تدابیر برای درمان ADHD بر آموزش مهارت‌های ضروری مانند توجه کردن، کنترل خود و کاهش یا تنظیم بهتر فعالیت حرکتی مفرط به کودکان تأکید دارند. درمان‌های روانی اجتماعی، نوعاً مدیریت رفتاری را آموزش می‌دهند و ممکن است آموزش والدین، برنامه‌های کلاسی سازمان‌یافته و آموزش مهارت‌های شناختی و اجتماعی نقشی مهم در آنها داشته باشند (کندال^۲، ترجمه نجاریان و داوودی، ۱۳۸۴). هدف برنامه‌های درمانی ایجاد تغییراتی است که در موقعیت‌های مختلف تداوم داشته و پایدار باشند، اما این وضعیت همیشه روی نمی‌دهد. برای غلبه بر این نقص و نارسایی، شکل‌دهی و تشویق کودک و نوجوان به درونی کردن و به کارگیری مهارت‌های آموخته شده طی برنامه‌های مدیریت رفتار در موقعیت‌های دیگر، از اهداف درمان‌های شناختی- رفتاری شده است؛ از این رو، درمان‌های شناختی- رفتاری، مدیریت رفتاری را با تلاش مستقیم برای آموزش مهارت‌های کنترل خود، مانند ارزیابی خویش و خود پاداش‌دهی و مهارت‌های تمرکز توجه ترکیب می‌کنند (کندال، ترجمه نجاریان و داوودی، ۱۳۸۴). نتایج پژوهشی حاکی است که مداخله‌های شناختی- رفتاری در بهبود کمبود توجه و کنترل تکانه کودکان و نوجوانان مؤثر می‌باشد (بارکلی، ۱۹۹۷؛ پساواس، شریدان و پساواس^۳، ۱۹۹۹). هسلینجر، تی بارتز، نی برگ، ریچتر و برنیر همکاران^۴ (۲۰۰۲) در پژوهشی دریافتند که دانش‌آموزان دارای نشانه‌های ADHD که در طول برنامه درمانی رفتاردرمانی دیالکتیکی شرکت کرده بودند در مقایسه با هم‌تایان خود از تکانشوری و بیش‌فعالی پایین‌تری برخوردارند. لذا هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) در کاهش نشانه‌های ADHD و بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان بود.

1 . McMenemy, Ellen & Wiser

2. Kendall

3. Posavac, Sheridan & Posavac

4 . Hesslinger, Tebartz van Elst, Nyberg, Dykierrek, Richter & Berner et al

فصل اول

کلیات تحقیق

۱-۱- بیان مسئله

اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی، اختلال ناشی از ضعف در بازداری رفتاری است و سه مشکل بنیادین در این کودکان عبارت است از «بی‌توجهی»، «بیش‌فعالی» و «تکانشگری». نارسایی توجه بزرگترین مشکل این کودکان است (سیفر و الن^۱، ۱۹۷۶؛ به نقل از علیزاده، ۱۳۸۳). بی‌توجهی در موقعیت‌های تحصیلی یا اجتماعی ظاهر می‌شود و به دلیل عدم توجه به جزئیات این افراد در انجام تکالیف مدرسه با مشکل مواجه هستند. اغلب کارهای آنها با بی‌دقتی و بی‌فکری انجام می‌شود، در حفظ توجه به بازی‌ها و تکالیف مشکل دارند و به پایان رساندن کار برای آنها دشوار است و اغلب فکرشان جای دیگر است و از فعالیتی به سوی فعالیت دیگر می‌روند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). بیش‌فعالی ممکن است به صورت بی‌قراری، پیچ و تاب خوردن، فاقد آرامش بودن، پرحرفی، بروز کند و ظاهراً این افراد گویی توسط موتوری به حرکت در می‌آیند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). تکانشگری، رفتاری بدون تفکر نامیده شده است (گلدستین^۲، ۱۹۹۸؛ به نقل از علیزاده، ۱۳۸۳) که به صورت بی‌صبری، ناتوانی در به تأخیر انداختن پاسخ، جواب‌گویی قبل از اتمام شدن سؤال، مشکل در منتظر نوبت ماندن و ایجاد مزاحمت برای دیگران به حدی که در موقعیت‌های اجتماعی، تحصیلی، حرفه‌ای ایجاد مشکل کند، ظاهر می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

ADHD با شیوع ۳ تا ۵ درصد شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی در دوران کودکی است (گلدمن و گنل^۳، ۱۹۹۸؛ هچتمن^۴، ۲۰۰۰) و شیوع این اختلال در بزرگسالان ۲ تا ۶ درصد برآورد شده است (وندر^۵، ۱۹۹۵؛ ترجمه صرامی فروشانی، ۱۳۸۷). تا چند سال پیش، بسیاری از صاحب‌نظران بر این باور بودند که اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی در سال‌های پیش از نوجوانی از بین می‌رود. نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که آثار این اختلال در عملکرد تحصیلی، توجه، و عدم بازداری رفتار، تا اواخر سال‌های نوجوانی باقی می‌ماند (فیشر و همکاران، ۱۹۹۰؛ به نقل از علیزاده، ۱۳۸۶). امروزه مشخص شده است که ۳۰ تا ۷۰ درصد افراد با اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی، ویژگی‌های بالینی این اختلال را همچنان تا سال‌های بزرگسالی نشان می‌دهند (گزارش مرکز مطالعه اختلال نارسایی توجه در کودکان و بزرگسالان، ۱۹۹۵؛ به

-
1. Sifer & Alen
 2. Goldstein
 3. Goldman & Genel
 4. Hechtman
 5. Wender

نقل از علیزاده، ۱۳۸۶). گزارش‌ها نشان می‌دهند که ۳۵ درصد نوجوانان دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، دست کم یک بار از مدرسه اخراج شده‌اند و این درصدها در نوجوانان عادی، ۸ تا ۱۰ درصد بوده است. گزارش شده است که ۸۰ درصد کودکان با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، دست کم ۱ سال عقب ماندگی تحصیلی دارند (گلداستین و گلداستین، ۱۹۹۸؛ به نقل از علیزاده، ۱۳۸۶).

اختلال ADHD برای بسیاری از دانش‌آموزان مشکلات قابل توجهی ایجاد می‌کند و بر عملکرد شناختی، اجتماعی، هیجانی، خانوادگی آنان و سپس در بزرگسالی، بر عملکرد شغلی و زناشویی آنها تأثیر می‌گذارد. سبب شناسی و درمان این اختلال هنوز به طور کامل مشخص نشده است و به نظر می‌رسد شناخت بهتر اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، به شناخت بهتر بسیاری از اختلال‌های همبود، همچون اختلال سلوک، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و ناتوانی یادگیری کمک می‌کند، چرا که این افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد، رفتارهای ضد اجتماعی و سایر اختلالات روانپزشکی هستند (گیلبرگ^۱، ۲۰۰۳؛ به نقل از علیزاده، ۱۳۸۳).

ADHD به صورت جدی کیفیت زندگی^۲ و تحصیلی نوجوانان مبتلا را تحت تأثیر قرار می‌دهد و از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، مفهوم کیفیت زندگی یک مفهوم فراگیر است که از سلامت فیزیکی، رشد شخصی، حالات روانشناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و روابط با نهادهای برجسته محیط تأثیر می‌پذیرد و بر ادراک فرد مبتنی است. کیفیت زندگی، دامنه‌ای از نیازهای عینی هر انسانی است که مرتبط با درک شخصی وی از احساس خوب بودن به دست می‌آید. کیفیت مطلوب زندگی به معنای فقدان بیماری نیست، بلکه به معنای احساس خوب بودن در زمینه‌های متعدد روانی، اجتماعی، عملکردی و روحی می‌باشد (زانک، واینی ویسکی و باور^۳، ۲۰۰۶). همچنین در تعریفی دیگر سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را این گونه تعریف می‌کند: درک افراد از موقعیت خود در زندگی در ساختار فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و موارد قابل اهمیت برای آنها (سازمان بهداشت جهانی^۴، ۱۹۹۵). در واقع کیفیت زندگی گستره‌ای است در برگیرنده ابعاد عینی و ذهنی که در تعامل با یکدیگر قرار دارند (غفاری و امیدی، ۱۳۸۸). ADHD می‌تواند بر روابط صمیمی و عاطفی فرد در حیطه ازدواج، خانواده تأثیر سوء بگذارد و به ثبات کمتر و طلاق بیشتر منجر شود (لوئیس، ۲۰۰۲).

تدابیر درمانی روانی- اجتماعی برای درمان ADHD بر آموزش مهارت‌های ضروری مانند توجه کردن، کنترل خود و کاهش یا تنظیم بهتر فعالیت حرکتی مفرط به کودکان تأکید دارد. پس از اظهار نظر

1. Geilberge
2. Quality of life
3. Zhang, Wisniewski & Bauer
4. World Health Organization

اولیری^۱ در سال ۱۹۸۰ مبنی بر اینکه کودکان بیش فعال «به مهارت نیاز دارند نه صرفاً دارو»، هدف این شیوه‌ها اصلاح محیط و فراهم ساختن فرصت‌های سازمان‌دار برای کودکان است تا مهارت‌های کنترل خود را که می‌توانند در موقعیت‌های جدید به کار گیرند، بیاموزند. درمان‌های روانی-اجتماعی، نوعاً مدیریت رفتاری را آموزش می‌دهند و ممکن است آموزش والدین، برنامه‌های کلاسی سازمان یافته و آموزش مهارت‌های شناختی و اجتماعی نقشی مهم در آنها داشته باشند(کندال، ترجمه نجاریان و داودی، ۱۳۸۴). هرچند فواید کوتاه مدت دارو اثبات شده‌اند، اما مطالعات پیگیری اشاره می‌کنند که فواید دراز مدت داروهای محرک بر پیشرفت تحصیلی، روابط با همسالان، مشکلات رفتاری در نوجوانی و سازگاری در بزرگسالی محدود است(برهمند و محمودی، ۱۳۸۸). در حقیقت هدف برنامه‌های درمانی ایجاد تغییراتی است که در موقعیت‌های مختلف تداوم داشته و پایدار باشند، اما این وضعیت همیشه روی نمی‌دهد. برای غلبه بر این نقص و نارسایی، شکل‌دهی و تشویق کودک و نوجوان به درونی کردن و به کارگیری مهارت‌های آموخته شده طی برنامه‌های مدیریت رفتار در موقعیت‌های دیگر، از اهداف درمان‌های شناختی- رفتاری شده است؛ از این رو، درمان‌های شناختی- رفتاری، مدیریت رفتاری را با تلاش مستقیم برای آموزش مهارت‌های کنترل خود، مانند ارزیابی خویش و خود پاداش‌دهی، و مهارت‌های تمرکز توجه ترکیب می‌کنند. این شیوه درمانی می‌کوشد کودک و نوجوان را به تدریج با مهارت‌های حل مسئله که می‌تواند در کلاس درس و در برابر والدین و همسالان به کار رود، آشنا سازد (کندال، ترجمه نجاریان و داودی، ۱۳۸۴).

رویکردهای درمانی مختلفی به طور گسترده در زمینه درمان و بهبود بخشیدن به سلامت روانی افراد به کار رفته‌اند، یکی از این رویکردها، رفتار درمانی دیالکتیکی^۲ است. این رویکرد یک روشی التقاطی است و در آن از روش‌های درمانی حمایتی شناختی و رفتاری استفاده می‌شود برخی از اجزای این رویکرد از دیدگاه فرانتس الکساندر^۳ گرفته شده، که درمان را تجربه هیجانی اصلاحی^۴ می‌دانست. برخی دیگر از عناصر رفتار درمانی دیالکتیک (DBT) ریشه در برخی مکاتب فلسفی شرق(مانند: اعمال ذن^۵)، علوم رفتاری و فلسفه‌ی دیالکتیکی دارد(لینهان و دکسترا- مازا^۶، ۲۰۰۸). بیماران هفته‌ای یک بار ملاقات می‌شوند و هدف از جلسات درمانی، بهبود مهارت‌های بین فردی و کاهش رفتارهای خود تخریبی است که به کمک فنونی نظیر توصیه، استفاده از استعاره، قصه‌گویی و مواجهه اهداف فوق محقق می‌شود.

-
1. Oliry
 2. Dialectical Behaviour Therapy
 3. Frants Alexander
 4. Corrective Emotional Response
 5. Zen practice
 6. Dexter-Mazza

در DBT همچون سایر رویکردهای رفتاری فرض بر این است که تمام رفتارها (و از جمله افکار و احساسات) آموخته می‌شود و بیماران مرزی طوری رفتار می‌کنند که صرف نظر از میزان غیر انطباقی بودن آن سبب تقویت یا حتی پاداش‌دهی رفتارشان می‌شود (باهس، هاف، سیمس، لیمبرجر، اشمل، انکل و همکاران^۱، ۲۰۰۴؛ سولر، پاسکال، تینا و همکاران^۲، ۲۰۰۹).

کارکردهای DBT طبق تعریف مبدع آن شامل ۵ مورد اساسی است: ۱- تقویت و گسترش ذخیره الگوهای رفتاری ماهرانه ۲- افزایش انگیزه بیمار برای تغییر از طریق کاهش تقویت رفتار غیر انطباقی از جمله هیجان و شناخت معیوب ۳- اطمینان از تعمیم الگوهای جدید رفتاری از محیط درمانی به محیط واقعی ۴- ساختاردهی محیط به گونه‌ای که رفتارهای موثر به جای رفتارهای معیوب تقویت شوند ۵- تقویت انگیزه و قابلیت درمانگر به گونه‌ای که درمان مؤثری اعمال شود (لینهان و همکاران^۳، ۲۰۰۳) درمان به صورت جلسات آموزش مهارت‌های رفتاری در قالب گروهی یا انفرادی انجام می‌شود. تکالیف خانگی و آموزش بیمار از طریق تلفن بخشی از درمان محسوب می‌شود. ساختاردهی محیط ممکن است از راه‌های زیر انجام شود: واداشتن اعضای خانواده بیمار به حضور در جلسات همراه با بیمار، تغییر محیط برای حمایت و تقویت پیشرفت‌های درمانی آموزش بیمار برای نحوه مداخله در محیط پیرامون خود سرانجام با هدف ارتقای مهارت‌ها و انگیزه درمان و کاهش فرسودگی کاری، طی جلسات گروهی هفتگی به انگیزه و قابلیت‌های درمانگر پرداخته می‌شود.

محققین بسیاری (پاکسلاhti^۴، ۲۰۰۰؛ گرانت، الیوت، گیگر و بارتلوتی^۵، ۲۰۰۱؛ نگلاسی و راتمن^۶، راتمن^۶، ۲۰۰۱؛ هاروی، فلچر و فرنچ^۷، ۲۰۰۱) دریافتند که الگوهای نادرست در پردازش اطلاعات اجتماعی، راهبردهای حل مسئله اجتماعی و استدلال اجتماعی در شکل‌گیری سازش نیافتگی، نقش عمده‌ای ایفا می‌کنند. مطالعات صورت گرفته، هم بیانگر رابطه و هم عدم رابطه بین اختلال نقص توجه و کنترل تکانه بوده است. برای مثال باراباز و باراباز^۸ (۱۹۹۶) معتقدند که بین دامنه اختلال ADHD و کنترل تکانه ارتباط و رابطه قوی وجود ندارد. گلداستین و گلداستین (۱۹۹۸) بر این باورند که بی‌ثبات بودن مکرر توجه، نتیجه و نشأت گرفته از رفتار کنترل تکانه‌ای ضعیف است. بارکلی (۱۹۹۴، ۱۹۹۸،

-
1. Bohus, Haaf, Simms, Limberger, Schmahl, Unckel and et al
 2. Soler, Pascual, Tiana and et al
 3. Linehan and et al
 4. Pakaslahti
 5. Grant, Elliot, Giger & Bartolucci
 6. Teglassi & Rottman
 7. Harvey, Fletcher & French
 8. Brabaz & Brabaz

۱۹۹۹؛ به نقل از راپسون^۱، ۲۰۰۳) بیان می‌کند که کودکان مبتلا به اختلال ADHD از ناتوانی عمده رنج می‌برند.

با توجه به موارد گفته شده پژوهش حاضر درصدد آن است که به این سؤال اساسی پاسخ دهد که آیا روش آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) می‌تواند در کاهش نشانه‌های ADHD و افزایش کیفیت زندگی دانش‌آموزان مبتلا به این اختلال مؤثر باشد؟

۱-۲- ضرورت و اهمیت پژوهش

تأثیر منفی این اختلال بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد اعم از وضعیت تحصیلی، شغلی، زندگی اجتماعی، روابط بین فردی و مهارت حل مسئله می‌باشد (پاری، لویس، ماتوسچکا، رودزینسکی، سافی و لپمن^۲، ۲۰۰۲). با توجه به هزینه‌های بالای این اختلال و پیامدهای فردی، اجتماعی و تحصیلی آن انجام این پژوهش ضروری می‌باشد. تقریباً هیچ اختلال دیگری در دوران کودکی به اندازه ADHD توجه متخصصان، معلمان و والدین را به خود جلب نکرده است. ADHD یکی از اختلالات دوران کودکی است که طی دهه گذشته به وفور مشاهده، توصیف، بررسی، مباحثه و درمان شده است، اما با این حال هنوز هم این اختلال یکی از متداولترین اختلال‌های دوران کودکی است که میزان مراجعه به مراکزهای درمانی به علت آن، از تمامی اختلال‌های دیگر بیشتر است. اعتقاد بر این است که این اختلال در بیشتر موارد با افزایش سن برطرف نمی‌شود و علائم در ۸۵ درصد افراد مبتلا تا نوجوانی و در ۵۰ تا ۷۰ درصد موارد تا بزرگسالی هم ادامه می‌یابند (یان^۳، ۱۹۹۶؛ هچمن، ۲۰۰۰). لذا احتمالاً شایعترین اختلال روانپزشکی مزمن که در بالغین تشخیص داده نمی‌شود، ADHD می‌باشد (وندر، ۱۹۹۸). شیوع این اختلال در بزرگسالی و نوجوانی ۲ تا ۶ درصد گزارش شده است (وندر، ۱۹۹۵؛ ترجمه صرامی فروشانی، ۱۳۸۷).

این اختلال به دلایل گوناگونی مورد توجه دانشمندان و پژوهشگران قرار گرفته است. نخست آنکه این اختلال که اولین یا دومین اختلال فراوان در دوران کودکی و نوجوانی است، برای بسیاری از دانش‌آموزان مشکل‌های قابل توجهی ایجاد می‌کند و بر عملکرد شناختی، اجتماعی، هیجانی، خانوادگی آنان و سپس در بزرگسالی، بر عملکرد شغلی و زناشویی آنها تأثیر می‌گذارد و در نهایت به طور کلی باعث افت سطح کیفیت زندگی آنها می‌شود. دوم، سبب شناسی و درمان این اختلال هنوز به طور کامل مشخص نشده است. سوم، به نظر می‌رسد شناخت بهتر اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، به شناخت بهتر بسیاری دیگر از اختلال‌های همبود، همچون اختلال سلوک^۴، اختلال مخالفت‌روزی مقابله-

-
1. Rapson
 2. Pary, Lewis, Matuschka, Rudzinskiy, Safi & Lippmann
 2. Yan
 3. Conduct Disorder

جویانه (ODD)^۱ و ناتوانی یادگیری کمک می‌کند (گیلبرگ، ۲۰۰۳؛ به نقل از علیزاده، ۱۳۸۶). همچنین مطالعات نشان داده‌اند به دلیل مزمن بودن این اختلال، مبتلایان به آن، نیز در معرض اختلالات روانپزشکی دیگری در بزرگسالی، از جمله اختلال شخصیت ضد اجتماعی، الکلیسم، اعتیاد و مشکلات میان فردی و روان‌شناختی قرار می‌گیرند (ویس و ویس، ۲، ۲۰۰۲). و به طور کلی ADHD باعث می‌شود که موقعیت اجتماعی فرد مبتلا بسیار آسیب ببیند (ایستون و هاول^۳، ۱۹۹۴).

در مجموع بحث ADHD در بالغین نیازمند مطالعات بیشتری می‌باشد، مخصوصاً در ایران اطلاعات ما پیرامون شیوع این اختلال و نقش آن در مسائل مختلف بسیار اندک است. ضروری است که از طریق مطالعات بلند مدت، بچه‌های بیش فعال را پیگیری نمود تا بتوانیم اطلاعاتی از تأثیر این اختلال در سرنوشت نهایی افراد مطابق با جامعه ایران کسب نماییم. همچنین با توجه به شیوع بالا و عوارض زیاد ADHD در نوجوانان لازم است که توجه ویژه‌ای به ADHD در این زمینه شود. اگر ADHD در کودکی یا نوجوانی و در سال‌های مدرسه تشخیص و درمان شود، در دوره بزرگسالی مشکلات فرد بسیار کمتر خواهد بود؛ در غیر این صورت، ممکن است فرد مبتلا به ADHD در بزرگسالی در مسائل احساسی، رفتاری و اجتماعی دچار مشکلات زیادی شود (سیلور، ۲۰۰۰). همچنین انجام تحقیقات محدود در زمینه ADHD نوجوانان و بزرگسالان و فقدان پژوهش در مورد اثر بخشی این روش بر کیفیت زندگی این دانش آموزان، استفاده از نتایج این پژوهش در محیط‌های درمانی و مشاوره‌ای و فراهم سازی زمینه‌ای برای تحقیقات بعدی از دلایل انجام این پژوهش می‌باشد.

۱-۳- اهداف پژوهش

هدف کلی

بررسی اثربخشی آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) در کاهش نشانه‌های ADHD و بهبود کیفیت زندگی دانش آموزان.

اهداف اختصاصی

۱- آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش بی‌توجهی دانش‌آموزان دارای نشانه‌های ADHD مؤثر است.

۲- آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش تکانشوری دانش‌آموزان دارای نشانه‌های ADHD مؤثر است.

4. Oppositional Defiant Disorder

1. Weiss & Weiss

2. Eyestone & Howell