

اثربخشی توانبخشی روانی دوساهو بر بهبود مشکلات خواب کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی

سارا نجاتی فر*

مهدیه باباربیع**

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی توانبخشی روانی دوساهو بر بهبود مشکلات خواب کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی بود. این مطالعه، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل تمامی کودکان پسر ۸-۱۲ سال با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی در شهر اصفهان در سال ۹۹-۱۳۹۸ است که تعداد آنان ۳۵۰ نفر بود. آزمودنی‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمایش به مدت دو ماه در ۸ جلسه یک ساعته توانبخشی روانی دوساهو شرکت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای مورد استفاده، پرسشنامه کاترز فرم والدین و پرسشنامه کیفیت خواب پیترزبورگ (PSQI) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری، در نرم‌افزار SPSS-۲۴ تحلیل شد. نتایج کلی تحلیل کوواریانس چندمتغیری روی میانگین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد توانبخشی روانی دوساهو بر بهبود کیفیت کلی خواب و ابعاد کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به‌خواب رفتن، اختلال‌های خواب و اختلال‌های عملکرد روزانه اثر معناداری داشت. در نهایت، می‌توان مطرح کرد که توانبخشی روانی دوساهو به‌طور معناداری کیفیت خواب را در کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی بهبود بخشید و این نوع از توانبخشی می‌تواند به‌عنوان یک رویکرد مکمل در جهت بهبود مشکلات خواب کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی:

اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی، توانبخشی روانی دوساهو، کودکان، مشکلات خواب

* نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

Email: saranjt1373@gmail.com

** کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

مقدمه

نشان می‌دهند (کریگ، ویسی، هودک و گبینز^{۱۱}، ۲۰۲۰)، معمولاً عملکرد عصب‌شناختی ضعیف، مشکلات عاطفی و رفتاری مانند اختلال نافرمانی مقابله‌ای^{۱۲} و افسردگی را نیز نشان می‌دهند (رویز-هررا، گیلن-ریکلمه، دیاز-رومان، سلینی و بوئلا-کازال^{۱۳}، ۲۰۲۰). مشکلات خواب در کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی عبارتند از: مقاومت در برابر زمان خواب، مشکلات شروع خواب، بیدار شدن مکرر شبانه، سحرخیزی، اختلال‌های تنفسی خواب و احساس خواب‌آلودگی در طول روز (کورتزو لسندروس^{۱۴}، ۲۰۱۷).

ارتباط بین خواب و اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی یک ارتباط پیچیده و دوطرفه است. از یک طرف رفتارهای مربوط به بیش‌فعالی ممکن است بر روی خواب تأثیر بگذارد از طرف دیگر اختلال‌های خواب ممکن است منجر به نشانه‌هایی از رفتارهای تکانشی مانند رفتارهایی که در اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی وجود دارد، شود (اونز^{۱۵}، ۲۰۰۸). خواب فرایندی فعال است که به واسطه سیستم عصبی مرکزی، عوامل عصبی- غدد درون‌ریز و رفتاری تنظیم می‌شود. خواب و استراحت نقش ترمیمی و حفاظتی داشته و در بازسازی قوای جسمی و هیجانی سهیم هستند. اغلب افراد تا زمانی که به مشکلات ناشی از خواب دچار نشوند، به فواید خواب توجه ندارند (استفانی، کریگ-مارگارت، ویس کریس تن و هودک کریس توپر^{۱۶}، ۲۰۱۷). مشکلات خواب در کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی، مکرر و مستند است و بر عملکرد اجتماعی، عاطفی و درسی آنان تأثیر می‌گذارد (رینولدز، پاتریکین، آلفانو، لاوند و پیرسون^{۱۷}، ۲۰۱۷).

اگرچه مشکلات خواب را در کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی می‌توان با دارو تا حدودی کنترل کرد اما با توجه به مشکلات و عوارض ناشی از دارودرمانی، استفاده از روش‌های غیردارویی که بتواند مشکلات خواب را در کودکان کاهش دهد منطقی به نظر می‌رسد (مان^{۱۸} و همکاران، ۲۰۲۰). درمان‌های غیردارویی و مکمل به علت ایجاد تعادل و افزایش انرژی در بدن و همچنین افزایش سلامت و آسایش فرد روش مناسبی برای درمان مشکلات

اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی^۱ یکی از شایع‌ترین اختلال‌های رفتاری برون‌نمود^۲ در کودکان است که توجه پژوهش‌های بسیاری را به خود جلب کرده است. این اختلال پیچیده که سبب‌شناسی آن بر پایه عوامل زیستی قرار گرفته است بر عملکرد فرد در جنبه‌های مختلف تأثیرگذار است. میزان شیوع این اختلال در کودکان بین ۳ تا ۷ درصد و در بزرگسالان در حدود ۲/۵ درصد برآورد شده است (تاندون و پرچیکا^۳، ۲۰۱۷). در حدود ۸۵-۶۰ درصد از افرادی که در کودکی این تشخیص را دریافت می‌کنند، نشانه‌های اختلال تا بزرگسالی در آن‌ها باقی خواهد ماند (سادوک، سادوک و روئیز^۴، ۲۰۱۵). این اختلال شایع با سه نشانه اصلی نقص توجه (فراخوانی توجه کوتاه، به طور تقریبی معادل یک سوم همسالان)، بیش‌فعالی (بی‌قراری، آرام نگرفتن و مشکل در یک‌جا نشستن) که آشکارترین ویژگی رفتاری این کودکان است و تکانشگری (عمل قبل از تفکر، ضعف در برنامه‌ریزی و پایین بودن تحمل ناکامی) توصیف می‌شود که به طور اساسی قبل از ۷ سالگی قابل تشخیص است (فلاهرتی و روست^۵، ۲۰۱۱).

برای قطعی شدن تشخیص، این اختلال باید حداقل ۶ ماه دوام داشته باشد و در دو محیط خانه و مدرسه بروز یابد و در عملکرد اجتماعی و تحصیلی کودک مشکل ایجاد نماید. از لحاظ میزان ابتلا، تعداد پسران مبتلا سه برابر دختران برآورد شده است و این اختلال در ۵۰ تا ۸۰ درصد مبتلایان تا دوره نوجوانی و در ۳۰ تا ۵۰ درصد از آن‌ها تا بزرگسالی ادامه خواهد یافت (انجمن روان‌پزشکان آمریکا^۶، ۲۰۰۰).

کودکان مبتلا به این اختلال علاوه بر نارسایی‌های شناختی، میزان بالایی از مشکلات خواب^۷ را نیز تجربه می‌کنند (بکر^۸، ۲۰۲۰). هنوز مشخص نیست که چگونه مشکلات خواب و اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی این‌قدر به هم نزدیک هستند (کوگان، بیرد، اگنر و تام^۹، ۲۰۱۶) و این موضوع به‌عنوان یکی از موضوعات بحث‌برانگیز در ادبیات خواب باقی‌مانده است (سدکی، بنت و کاروالهو^{۱۰}، ۲۰۱۴). کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی که نسبت به سایر کودکان به‌نحار میزان بالاتری از مشکلات خواب را

11. Craig, Weiss, Hudec & Gibbins
12. oppositional defiant disorder
13. Ruiz-Herrera, Guillén-Riquelme, Díaz-Román, Cellini & Buéla-Casal
14. Cortzo Lesandro
15. Owens
16. Stephanie, Craig Margaret, Weiss Kristen & Hudec Christopher
17. Reynolds, Patriquin, Alfano, Loveland & Pearson
18. Mann

1. attention deficit/ hyperactivity disorder
2. externalizing
3. Tondon & Perjika
4. Sadock, Sadock & Ruiz
5. Flaherty & Rost
6. American Psychiatric Association
7. sleep problems
8. Becker
9. Coogan, Baird, Popa- Wagner & Thom
10. Sedky, Bennet & Caarvalho

دوساهو بر بهبود مهارت‌های اجتماعی و رفتارهای کلیشه‌ای کودکان مؤثر است. یافته‌های حاصل از پژوهش یزدخواستی و شهبازی (۱۳۹۱) حاکی از تأثیر معنادار توانبخشی روانی دوساهو بر تعاملات اجتماعی و علائم بیش‌فعالی در کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی بود. یافته‌های پژوهش پیوسته‌گر، بنی‌جمالی، دادخواه و محمدخانی (۱۳۹۳) بیانگر آن بود که توانبخشی روانی دوساهو می‌تواند در بهبود مهارت‌های ارتباطی و کاهش رفتارهای کلیشه‌ای کودکان اوتیستیک مؤثر باشد.

با توجه به شیوع زیاد اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی و گستره تأثیرگذاری آن بر جنبه‌های مختلف عملکردی و زندگی کودک ضرورت دارد تا به این اختلال و مشکلات ناشی از آن توجه شود. همچنین، با در نظر داشتن انتظار اثربخشی روش دوساهو به‌عنوان یک رویکرد جدید در حوزه توانبخشی بر کاهش مشکلات ناشی از اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی، پژوهشی در خصوص تأثیر روش دوساهو بر کیفیت خواب کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی در ایران صورت نگرفته است، بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی توانبخشی روانی دوساهو بر بهبود مشکلات خواب کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی انجام گرفت.

روش

با توجه به اینکه هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی توانبخشی روانی دوساهو بر بهبود مشکلات خواب کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی بود، طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش تمام کودکان پسر ۸ تا ۱۲ سال که براساس معیارهای DSM-IV تشخیص اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی دریافت کرده بودند و در نیمه دوم سال ۱۳۹۹ به مراکز خدمات روان‌شناختی و مشاوره نواحی ۸، ۹ و ۱۰ شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. برای انتخاب آزمودنی‌ها از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. ابتدا پژوهشگران به مراکز خدمات روان‌شناختی و مشاوره ناحیه ۸، ۹ و ۱۰ شهر اصفهان مراجعه کردند و پس از ارائه معرفی‌نامه، از مدیران این مراکز خواسته شد تا کودکانی را که تشخیص رسمی اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی دریافت کرده‌اند را معرفی کنند؛ در مرحله بعد جهت حصول اطمینان از تشخیص اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی، مصاحبه بالینی توسط پژوهشگران انجام شد و پرسشنامه کانرز (فرم والدین)

خواب هستند (تسای، رونگ و لین^۱، ۲۰۰۳). یوگا، ماساژ، ورزش، طب فشاری، آرمیدگی و توانبخشی روانی دوساهو^۲ از جمله رویکردهای درمانی مکمل هستند. معمولاً این روش‌ها سبب ایجاد تعادل انرژی در بدن و افزایش سلامتی و آسایش در فرد می‌گردند؛ اگرچه برخی از آنان هنوز در مرحله تجربه هستند و نیاز به مطالعات بیشتری دارند (استوفر، شرک و پولومانو^۳، ۲۰۰۷). در این میان، دوساهو یک روش توانبخشی روانی ژاپنی و فرایندی کلی‌نگر است که شامل فعالیت‌های روانی - داخلی حرکات بدنی است. این روش جهت بهبود مشکلات حرکتی کودکان دچار فلج مغزی توسط پروفیسور گوساکو ناروسه^۴ در دانشگاه کیوشو ژاپن در سال ۱۹۹۶ مطرح شد و بعداً برای کلیه اختلالات روان‌تنی به کار گرفته شد. به طور کلی فرایند روش دوساهو را می‌توان به دو بخش روان‌شناختی (شامل اراده و تلاش) و فیزیولوژیکی (شامل وضعیت بدنی و حرکتی) تقسیم نمود. این فرایند به‌عنوان فرایند اراده، تلاش و حرکت طرح‌ریزی شده است. آنچه در برنامه توانبخشی روانی مطرح می‌شود در واقع تعریفی جدید از بدن، مغز و حرکت است که خود به خود باعث می‌شود چهارچوب تکنیک‌های درمانی مطرح شده در دیدگاه توانبخشی روانی معرفی گردد (دادخواه، ۱۳۸۶).

پژوهش‌های مختلف از اثربخشی روش دوساهو در حیطه‌های مختلف حکایت دارد برای مثال توشیرو^۵ (۲۰۰۱) در پژوهشی به بررسی تأثیر روش دوساهو بر علائم بیماران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی پرداخت و نشان داد احتمال حملات وحشت‌زدگی کاهش می‌یابد و در نتیجه آگاهی جسمی افزایش می‌یابد. ریکا^۶ (۲۰۰۳) در پژوهشی نشان داد که استفاده از روش دوساهو در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی می‌تواند در کنترل نگرش منفی مؤثر باشد و در نتیجه کیفیت زندگی و روابط متقابل بهبود می‌یابد. فوجینو^۷ (۲۰۱۷) در ارائه نتایج پژوهش خود، بهبود در سطوح سازگاری، رفتارهای ناسازگار و مشکلات درونی‌سازی را با به‌کارگیری روش دوساهو در جوانان مبتلا به سندروم دان گزارش نموده است. در ایران نیز پژوهش‌هایی به منظور ارزیابی این روش صورت گرفته است. از جمله پژوهش رئوفی (۱۳۸۰) که به بررسی تأثیر توانبخشی روانی دوساهو بر افسردگی اساسی پرداخت و نتایج حاکی از تأثیر معنادار در کاهش افسردگی اساسی بود. محمدخانی (۱۳۸۹) در پژوهشی نشان داد روش

این پژوهش عبارتند از: تشخیص هم‌زمان اختلال خواب و اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی، عدم مصرف دارو حداقل به مدت یک ماه و دامنه سنی ۸ تا ۱۲ سال. معیار عدم ورود به مطالعه شامل کودکان با بیماری مزمن همراه، کم‌توانی ذهنی، معلولیت جسمی، مصرف داروهای خواب‌آور و قرار داشتن تحت سایر درمان‌های خاص بود.

و پرسشنامه کیفیت خواب (PSQI) به‌وسیله ۷۰ نفر از والدین این کودکان تکمیل گردید. به این ترتیب، ۳۰ کودک به‌طور هم‌زمان مبتلا به مشکلات خواب و اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی تشخیص داده شدند و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم گردیدند. به دلیل استفاده از روش پژوهش نیمه‌آزمایشی، حجم مطلوب برای هر یک از گروه‌ها ۱۵ نفر است. ملاک‌های ورود به

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات مداخله دوساهو (ناروسه، ۱۹۶۷)

ردیف	نوع تکنیک	روش	هدف
۱	کوکانونهینری	در حالت درازکش رو به پهلو، به ترتیب هر شانه را نزدیک به زمین کرده و تنفس عمیق انجام می‌گیرد.	نرم کردن بدن، ریلکسیشن بدن و تعامل راحت با مراجع
۲	کوکانونهینری، کاناآگه	-کاناآگه: حرکت شانه‌ها به حالت نیم‌دایره به سمت عقب همراه با تنفس عمیق، سپس حرکت هر دو شانه و در نهایت شانه چپ و راست به طور جداگانه به سمت بالا تا رسیدن به گوش -هر دو تکنیک اجرا می‌شود و سپس بازخورد گرفته می‌شود.	روانی و سیالی ذهنی و جسمی، آرمیدگی و افزایش آگاهی نسبت به خود و وضعیت بدن
۳	کوکانونهینری، سه سورا سه	سه سورا سه: باز شدن قفسه سینه با حرکت شانه هر سمت به طرف عقب، با تمرکز بر شانه‌ای که پا پشت آن قفل شده است. سپس حرکت نیم‌دایره‌ای هم‌زمان هر دو شانه به عقب به همراه تنفس عمیق. - هر دو تکنیک اجرا می‌شود و سپس بازخورد گرفته می‌شود.	تقویت اراده فرد که منجر به تلاش و حرکت طبق فرایند (تلاش، اراده و حرکت) می‌باشد.
۴	کوکانونهینری، سه سورا سه، کاناآگه	هر سه تکنیک اجرا شده و سپس بازخورد گرفته می‌شود.	آرمیدگی و افزایش توجه و تمرکز و افزایش تعادل، تقویت اراده و سازماندهی
۵	کوکانونهینری، سه سورا سه، زای	زای: بالا بردن و جلو کشیدن دست‌ها، جلوگیری از قوز کردن و کمک گرفتن از ناحیه کمر برای برخاستن، استفاده از ناحیه کمر به جای کتف‌ها برای بالا و پایین بردن کمر و حرکت ناحیه لگن، جلو کشیدن مجدد دست‌ها و سپس انعطاف به سمت چپ و راست در حد کشیده شدن ناحیه پهلو. -هر سه تکنیک در این جلسه اجرا شده و سپس بازخورد گرفته می‌شود.	آرمیدگی و افزایش توجه و تمرکز و افزایش تعادل، تقویت اراده و سازماندهی
۶	کوکانونهینری، سه سورا سه، هیزاتاچی	هیزاتاچی: ایستادن در حالت دو زانو، تصحیح حالت بدن هنگام نشستن و بلند شدن و تقسیم نیروی وزن بدن بر هر پا -این تکنیک و سه تکنیک دیگر در این جلسه اجرا می‌شود و بازخورد گرفته می‌شود.	تبادل، تقویت اراده و آگاهی فرد نسبت به وضعیت بالا و پایین بدن
۷	کوکانونهینری، سه سورا سه، زای، ریتسوی، هوکو، ریلکسیشن	ریتسوی: تصحیح حرکات بدن و لگن هنگام انتقال وزن بدن از سمت چپ به وسط بدن و از وسط به سمت راست و بالعکس. هوکو: راه رفتن بر روی یک خط فرضی مستقیم و تصحیح راه رفتن و حرکات لگن ریلکسیشن: انتقال وزن تمام بدن به ترتیب روی پنجه، پاشنه، قسمت‌های داخلی و قسمت‌های خارجی پا و در نهایت پخش شدن وزن بدن بر روی تمام سطوح کف پا	آرمیدگی و افزایش توجه و تمرکز و افزایش تعادل، تقویت اراده و آگاهی فرد نسبت به وضعیت بالا و پایین بدن
۸	کوکانونهینری، کاناآگه، سه سورا سه، زای، ریتسوی، هوکو، ریلکسیشن	همه تکنیک‌ها اجرا شده و سپس بازخورد گرفته می‌شود.	آرمیدگی و رها شدن و افزایش توجه و تمرکز، افزایش تعادل و تقویت اراده و سازماندهی و آگاهی فرد نسبت به وضعیت بالا و پایین بدن

ابزار سنجش

است (بایسه و همکاران، ۱۹۸۹). بایسه و همکاران (۱۹۸۹) پایایی و روایی پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ را به ترتیب ۸۹/۶ و ۸۶/۵ گزارش کرده‌اند و در ایران نیز زرگر، رحیمی پردنجانی، محمدزاده ابراهیمی و نوروزی (۱۳۹۲) اعتبار این پرسشنامه از طریق همبسته کردن نمره کل پرسشنامه با یک سوال کلی که دربرگیرنده محتوای این پرسشنامه بود ۰/۶۸ ($P < ۰/۰۰۱$) محاسبه شد. همچنین، آن‌ها پایایی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ محاسبه کردند.

شیوه اجرای پژوهش

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، به والدین آزمودنی‌های شرکت‌کننده در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات به‌دست آمده از پژوهش به صورت محرمانه و بی‌نام مورد استفاده قرار می‌گیرد. همچنین، آزمودنی‌ها برای مشارکت در جلسه‌های آموزشی آزاد بودند و پژوهش هیچ‌گونه ضرر و زیان جانی و مالی برای آن‌ها نداشت. ابتدا تمامی والدین این کودکان پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ را تکمیل کردند و نمرات آن به‌عنوان پیش‌آزمون در نظر گرفته شد. نسخه اصلی مداخله دوساهو توسط ناروسه در سال ۱۹۶۷ ابداع شده است. در این پژوهش از پروتکل درمانی دوساهو که توسط پورکمالی، یزدخواستی، عریضی و چیت‌ساز (۱۳۹۶) از نسخه اصلی اقتباس شده است و دارای اعتبار کافی است، استفاده گردید و گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه (هر جلسه یک ساعت) در طول دو ماه، مداخله را دریافت کردند که محتوای آن در جدول ۱ آمده است و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات آموزشی، مجدداً همه آزمودنی‌ها با استفاده از پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ ارزیابی شدند و نمرات آن‌ها به‌عنوان پس‌آزمون در نظر گرفته شد. برای تحلیل توصیفی داده‌های پژوهش، از شاخص‌های آماری میانگین و انحراف معیار و برای تحلیل استنباطی، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) استفاده شد. تمام تحلیل‌ها با استفاده از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS انجام شد.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌ها به ترتیب در گروه آزمایش $۱۰/۰۵ \pm ۱/۴۵$ و کنترل $۱۰/۰۲ \pm ۱/۵۵$ بود. شاخص‌های توصیفی مربوط به کیفیت خواب و مؤلفه‌های آن در

۱. پرسشنامه کانرز والدین^۱ (CPQ): این پرسشنامه دارای ۲۶ سوال است که در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود و دارای ۵ زیرمقیاس است (کانرز^۲ و همکاران، ۱۹۹۹؛ به‌نقل از عرب‌گل، حیاتی و حدید، ۱۳۸۳). زیرمقیاس‌ها عبارتند از: کم‌توجهی/مشکل حافظه، بی‌قراری/بیش‌فعالی، تکانشگری، مشکلات با تصور کلی از خود و بیش‌فعالی/کم‌توجهی. هر یک از چهار مقیاس اول شامل پنج گویه هستند و شاخص کم‌توجهی بیش‌فعالی مربوط به کل گویه‌ها می‌شود. در پژوهشی ضریب آلفا برای هر یک از مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۴، ۰/۸۱، ۰/۸۹ و ۰/۸۵ و به‌دست آمد (چارلز، استفان، جفری، اندرورد و نیکول^۳، ۲۰۰۶؛ به‌نقل از علیزاده گوردال، بیرامی، هاشمی و نصرت‌آباد، ۱۳۹۳). نمره کل آزمون دامنه‌ای از ۲۶ تا ۱۰۴ است. برای ارزشیابی در این آزمون میانگین نمره ۱/۵ یا بالاتر و به‌عبارت دیگر نمره بالاتر از ۳۴ نشان‌دهنده اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی است. کانرز و همکاران (۱۹۹۹) پایایی این مقیاس را ۹۰ درصد گزارش کرده‌اند. اعتبار این پرسشنامه از سوی موسسه علوم شناختی ۰/۸۵ گزارش شده است (علیزاده، ۱۳۸۴).

۲. شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ^۴ (PSQI): این پرسشنامه توسط بایسه، رینولدز، مونک، برمن و کوفر^۵ (۱۹۸۹) ساخته شده است و نگرش افراد را پیرامون کیفیت خواب در یک ماه گذشته بررسی می‌کند. این ابزار دارای ۷ خرده‌مقیاس است که هفت نمره برای مقیاس‌های توصیف کلی فرد از کیفیت خواب، تأخیر در به‌خواب‌رفتن، طول مدت خواب مفید، کفایت خواب (براساس نسبت طول مدت خواب مفید از کل زمان سپری شده در رختخواب محاسبه می‌شود)، اختلال‌های خواب (به‌صورت بیدار شدن شبانه فرد تعریف می‌شود)، میزان داروی خواب‌آور مصرفی و عملکرد روزانه (به‌صورت مشکلات تجربه شده به‌وسیله فرد در طول روز ناشی از بدخوابی تعریف می‌شود) است. نمره‌دهی هریک از مقیاس‌های پرسشنامه بین صفر تا ۳ صورت می‌گیرد. به این ترتیب که مورد «اصلاً تجربه نکرده‌ام» معادل صفر، «کمتر از یک‌بار در هفته» معادل ۱، «یک یا دو بار در هفته» معادل ۲ و در نهایت، «سه بار یا بیشتر در هفته تجربه کرده‌ام» معادل ۳ نمره می‌گیرد. حاصل جمع نمره‌های مقیاس‌های هفت‌گانه، نمره کلی را تشکیل می‌دهد که بین صفر تا ۲۱ است. نمره کلی بالاتر از ۵ به‌معنی کیفیت خواب نامطلوب

5. Buysse, Reynolds, Monk, Berman & Kupfer

1. Connors Parent Questionnaire

2. Connors

3. Chares, Stephen, Jeffery, Andrew & Nicole

4. pittsburgh sleep quality index

آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد کیفیت خواب در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	نرمالیتی	میانگین	انحراف استاندارد	نرمالیتی
کیفیت کلی خواب	پیش آزمون	۱۳/۲۰	۲/۲۶	-/۲۱	۱۴/۲۰	-/۶۷۶	-/۵۰
	پس آزمون	۷/۸۶	۲/۰۴	-/۱۱	۱۳/۲۰	-/۹۴۱	-/۱۷
کیفیت ذهنی خواب	پیش آزمون	۲/۳۳	-/۵۱۶	-/۴۳	۲/۷۳	-/۴۵۷	-/۴۱
	پس آزمون	-/۸۶۶	-/۵۱۶	-/۵۰	۲/۶۶	-/۴۸۷	-/۲۴
تاخیر در به خواب‌رفتن	پیش آزمون	۲/۸۰	-/۵۶۰	-/۲۳	۳/۰۰	-/۲۷۰	-/۱۱
	پس آزمون	۱/۸۶	-/۸۳۳	-/۲۵	۲/۹۳	-/۲۵۶	-/۳۴
مدت زمان خواب	پیش آزمون	۲/۲۶	-/۷۹۸	-/۳۴	۲/۸۰	-/۴۱۴	-/۲۲
	پس آزمون	۲/۰۰	-/۹۱۰	-/۴۲	۱/۴۰	-/۶۵۴	-/۱۷
میزان بازدهی خواب	پیش آزمون	۱/۱۳	-/۷۴۳	-/۱۱	-/۶۶۶	-/۶۱۷	-/۱۹
	پس آزمون	-/۶۶۶	-/۶۱۷	-/۱۵	-/۶۰۰	-/۶۲۳	-/۴۵
اختلال‌های خواب	پیش آزمون	۱/۹۳	-/۴۵۷	-/۲۴	۲/۰۰	-/۰۰۱	-/۳۲
	پس آزمون	۱/۲۰	-/۵۶۰	-/۳۶	۲/۰۰	-/۰۰۱	-/۲۲۲
داروهای خواب‌آور	پیش آزمون	-/۲۶۶	-/۷۹۸	-/۳۵	-/۰۰۱	-/۰۰۱	-/۲۱
	پس آزمون	-/۲۰۰	-/۵۶۰	-/۲۷	-/۰۰۱	-/۰۰۱	-/۴۵
اختلال در عملکرد روزانه	پیش آزمون	۲/۶۶	-/۴۸۶	-/۱۸	۳/۰۰	-/۰۰۱	-/۵۶
	پس آزمون	۱/۶۶	-/۷۲۲	-/۴۶	۳/۰۰	-/۰۰۱	-/۲۲

گروه آزمایش و کنترل تفاوت آماری معناداری وجود ندارد. برای بررسی مفروضه همگنی واریانس متغیرها در پس‌آزمون، از آزمون همگنی واریانس‌های لوین استفاده شد و نتایج نشان داد سطح معناداری به‌دست آمده از آزمون لوین در کیفیت خواب و خرده‌مقیاس‌های آن در گروه‌ها بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بوده و معنادار نیست و فرض همگنی واریانس‌ها محقق شده است. سرانجام، مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون با محاسبه مقدار آزمون F حاصل از تعامل بین متغیر همپراش و متغیر مستقل محاسبه شد که نتایج نشان داد سطوح معناداری به‌دست آمده از همه آثار تعاملی متغیرها در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست و بنابراین مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز رعایت شده است. پس از اطمینان از برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس به تجزیه و تحلیل پرداخته شد که نتایج مربوط به آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

قبل از انجام تحلیل اصلی، مفروضه‌های تحلیل کوواریانس شامل نرمال بودن، خطی بودن، همگنی واریانس، همگونی شیب‌های رگرسیون و مستقل بودن متغیر همپراش بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آماره Z کلموگروف اسمیرنوف^۱ استفاده شد که نتایج نشان داد سطح معناداری به‌دست آمده در این آزمون در گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون همه متغیرها، بیشتر از ۰/۰۵ است، بنابراین، مفروضه نرمال بودن محقق شده است. برای بررسی خطی بودن رابطه بین متغیرهای وابسته، نمودار پراکندگی متغیرهای وابسته ترسیم شد که در هیچ‌یک از متغیرها، موردی از غیرخطی بودن مشاهده نشد. مفروضه مستقل بودن متغیرهای همپراش (پیش‌آزمون) با استفاده از آزمون t برای برابری میانگین و آزمون F لوین (Levene) برای برابری واریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت که سطوح معناداری به دست آمده نشان داد بین نمره‌های پیش‌آزمون متغیر کیفیت خواب و خرده‌مقیاس‌های آن در

1. Kolmogorov-Smirnov Z

جدول ۳. آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری
برای بررسی تأثیر توانبخشی روانی دوساهو بر مشکلات خواب

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	میزان تأثیر (مجذور اتا)	توان آزمون
کیفیت کلی خواب	پیش آزمون	۳/۹۰۶	۱	۳/۹۰۶	۰/۸۱۰	۰/۳۷۶	۰/۰۲۹	۱
	عضویت گروهی	۲۱۲/۰۹۱	۱	۲۱۲/۰۹۱	۴۳/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۶۲۰	۰/۶۷
کیفیت ذهنی خواب	پیش آزمون	۰/۵۶۱	۱	۰/۵۶۱	۲/۳۲	۰/۰۴۳	۰/۰۷۹	۱
	عضویت گروهی	۱۴/۱۱۳	۱	۱۴/۱۱۳	۵۸/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۶۸۴	۱
تاخیر در به خواب رفتن	پیش آزمون	۱/۳۰۹	۱	۱/۳۰۹	۳/۷۷	۰/۰۶	-۰/۱۲۳	۱
	عضویت گروهی	۹/۷۰۹	۱	۹/۷۰۹	۲۸/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۵۰۹	۰/۹۱
مدت زمان خواب	پیش آزمون	۰/۱۷۳	۱	۰/۱۷۳	۰/۲۶۸	۰/۶۰۹	۰/۰۱۰	۰/۹۷
	عضویت گروهی	۱/۸۰۱	۱	۱/۸۰۱	۲/۷۹۰	۰/۱۰۶	۰/۰۹۴	۰/۸۸
میزان بازدهی خواب	پیش آزمون	۰/۵۴۴	۱	۰/۵۴۴	۱/۴۱۴	۰/۴۵	۰/۰۵۰	۰/۲۰
	عضویت گروهی	۰/۰۰۵	۱	۰/۰۰۵	۰/۰۱۴	۰/۹۰۴	۰/۰۰۱	۰/۲۳
اختلال‌های خواب	پیش آزمون	۰/۲۱۸	۱	۰/۲۱۸	۱/۴۰	۰/۲۴۶	۰/۰۵۰	۱
	عضویت گروهی	۴/۹۶	۱	۴/۹۶	۳۲/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۴۳	۰/۶۳
داروهای خواب‌آور	پیش آزمون	۰/۰۷۲	۱	۰/۰۷۲	۰/۴۴۷	۰/۵۰۹	۰/۰۱۶	۰/۹۰
	عضویت گروهی	۰/۳۵۵	۱	۰/۳۵۵	۲/۲۱۳	۰/۱۴۸	۰/۰۷۸	۰/۵۴
اختلال عملکرد روزانه	پیش آزمون	۰/۱۳۳	۱	۰/۱۳۳	۰/۵۰۰	۰/۴۸۶	۰/۰۱۸	۰/۹۵
	عضویت گروهی	۱۱/۷۶۰	۱	۱۱/۷۶۰	۴۴/۱۲۴	۰/۰۰۱	۰/۶۲۰	۰/۹۰

دارویی و رفتاردرمانی، بیشتر از هر درمان دیگری توسط درمانگران برای درمان اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی استفاده می‌شود، اما رویکردهای رفتاری یا دارویی، مستقیماً مشکلات خواب همراه با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی را مورد هدف قرار نمی‌دهند و دارای عوارضی نیز هستند. خواب برای یادگیری، فرآیندهای مربوط به حافظه و عملکرد تحصیلی در کودکان از مهم‌ترین عوامل زیستی عصبی می‌باشد و با افزایش مشکلات خواب، عملکرد اجتماعی کودک کاهش و مشکلات رفتاری افزایش می‌یابد. بنابراین، با توجه به نیاز به درمان مشکلات خواب این کودکان، پژوهش حاضر با هدف سنجش اثربخشی توانبخشی روانی دوساهو بر بهبود مشکلات خواب کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل داده‌های آماری نشان داد، توانبخشی روانی دوساهو بر بهبود کیفیت کلی خواب و مؤلفه‌های کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، اختلال‌های خواب و اختلال‌های عملکرد روزانه کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی مؤثر است. از آن جایی که در پیشینه پژوهشی، هیچ پژوهشی یافت نشد که به تأثیر روش دوساهو بر مشکلات خواب پرداخته باشد، می‌توان گفت به طور ضمنی یافته‌های پژوهش حاضر در راستای پژوهش‌هایی است که اثربخشی توانبخشی روانی دوساهو را تأیید نموده‌اند و با پژوهش توشیرو (۲۰۰۱)، ریکا (۲۰۰۳)، فوجینو (۲۰۱۷)، رئوفی (۱۳۸۰)، محمدخانی

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود با کنترل پیش‌آزمون بین‌گروه آزمایش و کنترل از لحاظ کیفیت کلی خواب ($F=۴۳/۹۷$ ، $P<۰/۰۵$)، کیفیت ذهنی خواب ($F=۵۸/۵۷$ ، $P<۰/۰۵$)، تأخیر در به خواب رفتن ($F=۳۲/۰۵$ ، $P<۰/۰۵$)، اختلال‌های خواب ($F=۲۸/۰۸$ ، $P<۰/۰۵$)، اختلال‌های عملکرد روزانه ($F=۴۴/۱۲$ ، $P<۰/۰۵$) تفاوت معنادار مشاهده می‌شود. اما از لحاظ مدت زمان خواب ($F=۲/۷۹$ ، $P>۰/۰۵$)، میزان بازدهی خواب ($F=۰/۹۰۴$ ، $P>۰/۰۵$) و استفاده از داروهای خواب‌آور ($F=۲/۲۱$ ، $P>۰/۰۵$) بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری مشاهده نشد. این یافته‌ها نشان می‌دهد توانبخشی روانی دوساهو بر بهبود کیفیت کلی خواب و مولفه‌های کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، اختلال‌های خواب و اختلال عملکرد روزانه تأثیر دارد. این یافته‌ها به این معناست که توانبخشی روانی دوساهو کیفیت خواب و ابعاد نامبرده در بالا را در کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی افزایش می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی به دلیل تأثیرات گسترده بر حوزه‌های عملکردی و زندگی کودک بسیار حائز اهمیت است. کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی علاوه بر مشکلات رفتاری، در سایر حوزه‌های عملکردی نظیر کیفیت خواب، با مشکل مواجه هستند. در حال حاضر مداخلات

آرامش باشد که این یافته با نتایج پژوهش فوجینو (۲۰۱۷) مبنی بر کاهش رفتارهای ناسازگارانه و بهبود رفتارهای سازگارانه در خصوص اثربخشی روش دوساهو، همسو می‌باشد. در روش دوساهو، افراد در فرآیند درمانی، نقش فعال دارند که به تبع آن خودکنترلی و خودکارآمدی کودک تقویت می‌شود، پس از آن هیجان‌ات مثبتی برای فرد به وجود می‌آید و این امر آرامش جسمانی و روانی کودک را تقویت می‌نماید. علاوه بر آن، در فرآیند درمانی روش دوساهو، میزان خون‌رسانی به سیستم عصبی مرکزی افزایش می‌یابد (توشیرو، ۲۰۰۱) که موجب کاهش استرس و افزایش آرامش کودک می‌شود.

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان اظهار داشت مشکلات خواب می‌تواند سبب خواب‌آلودگی و کاهش عملکرد روزانه و تشدید علائم کم‌توجهی بیش‌فعالی کودکان گردد. با توجه به این‌که کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی در زمینه‌های عملکردی دارای مشکلاتی هستند، میزان عملکرد فرد با مشکلات خواب در ارتباط است و بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند؛ لذا بر اساس عملکرد کودک می‌توان مشکلات خواب را پیش‌بینی کرد. در تبیین یافته‌های به‌دست آمده می‌توان بیان کرد، با توجه به این‌که مشکلات خواب در کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی جنبه روان‌شناختی دارد، می‌توان چنین استدلال کرد که با کنترل مشکلات حرکتی این کودکان می‌توان از بروز مشکلات روان‌شناختی آنان جلوگیری کرد. مداخله دوساهو با تمرکز بر کاهش تکانشگری و بیش‌فعالی به افزایش آرامش روانی- جسمانی کودکان کمک می‌کند. هنگامی که فرد بتواند جسم خود را در حالت آرمیدگی هر چه تمام‌تر قرار دهد، ویژگی‌های روانی مثبت و سازگارانه نیز بستر مناسب‌تری برای بروز پیدا خواهند کرد (موران^۵ و همکاران، ۲۰۱۴). تکنیک‌های دوساهو به کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی کمک کرد تا تنش‌هایی که در قسمت‌های مختلف بدن به‌وجود آمده است، شناسایی کنند و سپس با انجام آرام‌سازی و حرکات بدنی با عمده‌ترین تنش‌های بدن خود مقابله کنند. در واقع، کودکان با انجام این تکنیک‌ها می‌آموزند که چگونه تنش‌های بدن خود را که پیش‌تر آن‌ها را غیرقابل کنترل می‌دانستند، به شیوه مسئله‌مداری کنترل کنند (ریکا، ۲۰۰۳). بیان این نکته حائز اهمیت است که در مداخله دوساهو که بر مؤلفه‌های روان‌شناختی به‌طور اساسی تأکید می‌شود، کودک نقش فعالی دارد و همین امر، احساس خودکارآمدی و تسلط کودک را در جهت کنترل تنش‌های

(۱۳۸۹)، یزدخواستی و شهبازی (۱۳۹۱) و پیوسته‌گر و همکاران (۱۳۹۳) همسو است.

در خصوص اثربخشی روش دوساهو می‌توان گفت، این روش به تقویت توانایی کودک در انتقال توجه و به‌طور کلی افزایش آگاهی وی نسبت به فعالیت‌های حرکتی و بدنی منجر می‌شود. ناروسه (۱۹۹۷) معتقد است که دوساهو با آرام‌سازی و تعدیل عضلات، آگاهی افراد را نسبت به خود و دیگران افزایش می‌دهد. توانایی کودک در تغییر توجه یکی از ضروریات انجام رفتارهای مناسب حرکتی و بازداری از رفتارهای تکانشگرانه است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد در جریان فرآیند درمانی روش دوساهو، با انجام تمرین‌های آرام‌سازی و تعدیل عضلات، آگاهی کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی نسبت به علائم ناشی از اختلال و به‌ویژه رفتارهای تکانشگرانه افزایش یافت و تأثیر آن بر کاهش مشکلات خواب مشاهده گردید. به عبارت دیگر، روش دوساهو به کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی کمک کرد تا نسبت به تنش‌هایی که در قسمت‌های مختلف بدن به وجود آمده است، آگاهی یابند و سپس با انجام آرام‌سازی و حرکات بدنی با عمده‌ترین تنش‌های بدن خود مقابله کنند. این یافته با نتایج پژوهش توشیرو (۲۰۰۱) مبنی بر افزایش آگاهی جسمی بیماران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی نسبت به علائم خود و نتایج پژوهش یزدخواستی و شهبازی (۱۳۹۱) مبنی بر کاهش علائم بیش‌فعالی همخوانی دارد. همان‌طور که در پیشینه پژوهشی ذکر شد، نتایج پژوهش ریکا (۲۰۰۳) اثربخشی روش دوساهو را بر نگرش منفی نشان داده است و ترودو و شفارد^۱ (۲۰۰۸)، المبرگ و سنت‌لوئیس- دسنس^۲ (۲۰۱۰) و راتی و لوهر^۳ (۲۰۱۱) نیز معتقد هستند که روش‌های حرکتی و فعالیت‌های بدنی بر جنبه‌های مختلف عوامل شناختی و ذهنی مانند انعطاف‌پذیری ذهنی و نظریه ذهن اثربخش می‌باشد. در این پژوهش نیز اثربخشی روش دوساهو بر مؤلفه‌های کیفیت ذهنی خواب تأیید شد و کودکان آموختند که چگونه تنش‌های بدن خود را به شیوه مسئله‌مدار (شناختی) کنترل کنند و نگرش آن‌ها نسبت به غیرقابل کنترل بودن تنش‌های بدنی و مشکلات خواب تغییر کرد. موندی و گومز^۴ (۱۹۹۸) معتقد هستند مهمترین کاربرد روش دوساهو رسیدن به آرامش و خودکنترلی است؛ بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت بهبود کیفیت خواب کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی می‌تواند ناشی از کاهش رفتارهای تکانشگرانه، افزایش خودکنترلی و

4. Mundy & Gomes
5. Moran

1. Trudeau & Shephard
2. Ellemberg & St-Louis-Deschenes
3. Rately & Loehr

کمک شود کیفیت زندگی خود را بالا برند و با ناملایمات ناشی از این اختلال با توان بیشتری کنار بیایند.

منابع

- پورکمالی، ط.، یزدخواستی، ف.، عریضی، ح.، و چیت‌ساز، ا. (۱۳۹۶). مقایسه‌ی اثربخشی روش دوساهو و ماساژ درمانی در افزایش شادی، سازگاری اجتماعی، امید، کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران مبتلا به پارکینسون. *روان‌شناسی سلامت*، ۶ (۲)، ۱۶۲-۱۴۵.
- پیوسته‌گر، م.، بنی‌جمالی، ش.، دادخواه، ا.، و محمدخانی، آ. (۱۳۹۳). اثربخشی روش توانبخشی روانی دوسا بر رفتارهای کلیشه‌ای کودکان مبتلا به اوتیسم. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۱۰ (۲)، ۲۶-۷.
- دادخواه، ا. (۱۳۸۶). سنجش میزان اثربخشی توانبخشی روانی بر کودکان دارای معلولیت جسمی و ذهنی. *فصلنامه علمی پژوهشی توانبخشی*، ۸ (۲)، ۶۲-۵۸.
- رئوفی، م. (۱۳۸۰). *بررسی کارایی روش توانبخشی روانی دوساهو بر کاهش افسردگی گروهی از مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم تربیتی و مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- زرگر، ی.، رحیمی‌پردنجانی، ط.، محمدزاده ابراهیمی، ع.، و نوروزی، ز. (۱۳۹۲). بررسی رابطه ساده و چندگانه بامدادگرایی و کیفیت خواب با آمادگی به اعتیاد در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز. *مجله علمی پزشکی جندی شاپور*، ۱۲ (۴)، ۳۸۳-۳۷۵.
- سادوک، ب.، سادوک، و.، و روئیز، پ. (۲۰۱۵). خلاصه *روانپزشکی: علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی*. مترجم فرزین رضاعی (۱۳۹۵)، تهران: ارجمند.
- عرب‌گل، ف.، حیاتی، م.، و حدید، م. (۱۳۸۳). شیوع اختلال بیش‌فعالی / کم‌توجهی در گروهی از دانشجویان. *تازه‌های علوم شناختی*، ۶ (۱ و ۲)، ۷۷-۷۳.
- علیزاده‌گوردال، ج.، بیرامی، م.، و هاشمی‌نصرت‌آباد، ت. (۱۳۹۲). پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد براساس نشانه‌های نقص توجه / بیش‌فعالی در بزرگسالان. *فصلنامه اعتیاد پژوهشی سوء مصرف مواد*، ۷ (۲۷)، ۱۰۶-۹۳.
- علیزاده، ح. (۱۳۸۴). تبیین نظری اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی: الگوی بازداری رفتاری و ماهیت خودکنترلی. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۵ (۳)، ۳۸۴-۳۲۳.
- محمدخانی، آ. (۱۳۹۰). بهبود مهارت‌های اجتماعی و رفتارهای کلیشه‌ای کودکان مبتلا به اوتیسم با عملکرد بالا. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم تربیتی و مشاوره، دانشگاه الزهرا.

بدنی افزایش می‌دهد. به تبع افزایش خودکارآمدی و اراده کودک در کنترل تکانشگری و سلامت حرکتی، هیجانانگ مثبت افزایش می‌یابد و آرامش جسمانی - روان‌شناختی برای کودک حاصل می‌گردد (هیرونوبه و شینجی، ۱۹۹۵). با افزایش آرامش جسمانی و روان‌شناختی، مشکلات خواب کودک بهبود خواهد یافت و عملکرد کودک در حوزه یادگیری و اجتماعی نیز پیشرفت می‌کند.

همچنین، در این مداخله، جریان خون‌رسانی به مغز افزایش پیدا می‌کند و با این کار از میزان تنش کاسته می‌شود (توشیرو، ۲۰۰۱). دوساهو به‌عنوان یک تکنیک توانبخشی، نقش مؤثری را در زندگی افراد بازی می‌کند. ناروسه معتقد است که دوساهو با آرام‌سازی و تعدیل عضلات، آگاهی افراد را نسبت به خود و دیگران افزایش داده و منجر به بهبود ارتباطات انسانی و رضایت از زندگی می‌شود (ناروسه، ۱۹۹۷).

از آنجایی که یافته‌های این پژوهش نشان داد توانبخشی روانی دوساهو موجب بهبود مشکلات خواب کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی می‌گردد می‌توان گفت این رویکرد درمانی می‌تواند به‌عنوان یک رویکرد مکمل در کنار سایر روش‌های درمانی مورد استفاده قرار گیرد. این پژوهش فقط در میان پسران ۱۲-۸ سال مبتلا به اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی شهر اصفهان انجام شد و لذا تعمیم نتایج آن به سایر جمعیت‌ها نیازمند انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه است. از جمله دیگر محدودیت‌های این پژوهش عدم تفکیک شرکت‌کنندگان قبل از شروع مداخله از لحاظ نوع مشکلات خواب احتمالی است. این احتمال وجود دارد که جامعه آماری از لحاظ نوع مشکلات خواب همسان نباشند. همچنین، در این پژوهش ساعات و عادات خواب خانواده که از عوامل مؤثر بر بهداشت خواب کودکان است؛ پرسیده نشد. نبود مرحله پیگیری برای اطمینان از پایداری نتایج از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر است. پیشنهاد می‌گردد، این پژوهش در گروه‌های سنی دیگر مانند گروه نوجوانان و دانش‌آموزان دختر با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی صورت گیرد. همچنین، در پژوهش‌های آتی می‌توان به مقایسه اثربخشی توانبخشی روانی دوساهو با سایر مداخلات روان‌شناختی بر مشکلات خواب کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی نیز پرداخت. در مجموع یافته‌های این پژوهش را می‌توان در تدوین برنامه‌هایی برای افزایش عملکرد والدین دارای فرزند دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی به کار برد تا به این کودکان و خانواده‌های آن‌ها

- Konno, Y. (1983). On the comparison of Training Processes in Volitional Arm Movement Control Training Among Autistic Children: Hyperactive Children and Learning Disabled Children. *Annual Report of the Faculty of Education, Bonkyo University*, 17, 38-50.
- Mann, B., Sciberras, E., He, J., Youssef, G., Anderson, V., & Silk, T. J. (2020). The Role of Sleep in the Relationship Between ADHD Symptoms and Stop Signal Task Performance. *Journal of Attention Disorders*, 25(13), 1881-1894.
- Moran, G., Mashiach-Eizenberg, M., Berman, Y., Kaplan, Z., Epstein, PG., & Shalev, A. (2014). Investigating the anatomy of the helping relationship in the context of psychiatric rehabilitation: The relation between working alliance, providers recovery competencies and personal recovery. *Psychiatry Research*, 220, 592- 597.
- Mundy, P., & Gomes, A. (1998). Individual Differences in joint attention Skill development in the second year. *Journal of Infant Behavior and Development*, 21, 469- 482.
- Naruse, G. (1997). The clinical Dohsa-hou as psycho-therapy. *Clinical Dohsalog*, 3, 1-10.
- Owens J. A. (2008). Sleep disturbances and attention deficit/ hyperactivity disorder. *Sleep Medicine Clinical*, 3,456-478.
- Ratey, J.J., & Loehr, J.E. (2011). The positive impact of physical activity on cognition during adulthood: a review of underlying mechanisms, evidence and recommendations. *Reviews in the Neurosciences*, 22(2), 171-185.
- Reynolds, K., Patriquin, M., Alfano, C., Loveland, K., & Pearson, D. (2017). Parent-reported problematic sleep behaviors in children with comorbid autism spectrum disorder and attention deficit/hyperactivity disorder. *Research in Autism Spectrum Disorder*, 39, 20-32.
- Rika, M. (2003). The application of Dohsa-Hou to junior college student with Bulimia Nervosa, *Journal of Rehabilitation Psychology*, 31(1), 47-57.
- Ruiz-Herrera, N., Guillén-Riquelme, A., Díaz-Román, A., Cellini, N., & Buela-Casal, G. (2020). Sleep among presentations of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Analysis of objective and subjective measures. *International journal of clinical and health*
- یزدخواستی، ف.، و شهپازی، م. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر دوساهو در کاهش علائم بیش‌فعالی، نقص توجه و افزایش مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان مبتلا به بیش‌فعالی و نقص توجه ۶ تا ۱۱ سال. *پژوهش در علوم توانبخشی*، ۸(۵)، ۸۷۷-۸۸۷.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Becker, S. P. (2020). ADHD and sleep: recent advances and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 34, 50-56.
- Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R. & Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193- 213.
- Coogan, A. N., Baird, A. L., Papa-Wagner, A., & Thome, J. (2016). Circadian rhythms, and ADHD. The what, the when and the why. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 67, 8-74.
- Craig, S. G., Weiss, M. D., Hudec, K. L., & Gibbins, C. (2020). The Functional Impact of Sleep Disorders in Children With ADHD. *Journal of Impact of Sleep Disorders in Children with ADHD*, 24(4), 499-508.
- Dadkhah, A., Harizuka, S., & Mandal, M. K. (1998). Pattern of social interaction in societies of Asia-Pacific Region. *Journal of Social Psychology*, 139(6), 730-735.
- Ellemborg, D., & St-Louis-Deschênes, M. (2010). The effect of acute physical exercise on cognitive function during development. *Psychology of Sport and Exercise*, 11, 122-126.
- Flaherty, AW., & Rost, NS. Kaplan & Sadock's (2011). *synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Fujino, H. (2017). Psychological Support for young adults with Down Syndrome: Dohsa- Hou Program for maladaptive behaviors and internalizing problems; *Front. Psychol*. 01 September 2017/http://doi. Org/10.3389/fpsyg. 2017.01504.
- Hironobu, O., & Shinji, T. (1995). Using the Dohsa method to establish an attitude toward learning activities in children with mental retardation who have autistic tendencies. *Japanese Journal of Specific Educational*. 32(3), 13-21.

psychology: IJCHP, 20(1), 54–61.
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.08.001>

- Sedky, K., Bennett, D. S., & Carvalho, K. S. (2014). Attention deficit hyperactivity disorder and sleep disorder breathing in pediatric populations: a meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews, 18*, 349-356.
- Stephanie, G., Craig Margaret, D., Weiss Kristen, L., & Hudec Christopher, G. (2017). The functional impact of sleep disorder in children with ADHD. *Journal of Attention Disorder, 24(4)*, 499-508.
- Stouffer, J.W., Shirk, B.J., & Polomano, R.C. (2007). Practice guidelines for music interventions with hospitalized pediatric patients. *Journal of Pediatric Nursing, 22(6)*, 448-456.
- Tondon, M., & Perjika, D. (2017). Attention deficit hyperactivity disorder in preschool- age children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 26(3)*, 523-538.
- Toshiro, I. (2001). On the application of the Dohsa-hou (motor action therapy) for patients with Panic Attack disorder. *Journal of Rehabilitation Psychology, 29*, 1-10.
- Trudeau, F., & Shephard, R.J. (2008). Physical education, school physical activity, school sports and academic performance. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 5(10)*.
- Tsay, SL., Rong, JR., & Lin, PF. (2003). This article has been retracted Acupoints message in improving the quality of sleep and quality of life in patients with end-stage renal disease. *Journal of Advanced Nursing, 42(4)*, 134-142.

The Effectiveness of psycho-rehabilitation dohsa-hou on improving sleep problems in children with attention deficit/hyperactivity disorder

Sara Nejatifar *

Mahdiyeh Babarabi**

Abstract

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of psycho-rehabilitation Dohsa-hou on improving sleep problems in children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. This study was a quasi-experimental research with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population of this study included all boys aged 8-12 years with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Isfahan in 2019-2020 (N=350). Subjects were selected by available sampling method and randomly divided into experimental (n = 15) and control (n = 15) groups. The experimental group participated in Dosaho for 8 months during 8 one-hour psycho- rehabilitation sessions and the control group did not receive any intervention. The instruments used were the Connors Parent Questionnaire and the Petersburg Sleep Quality Questionnaire (PSQI). Data were analyzed using multivariate analysis of covariance in SPSS-24 software. The general results of multivariate analysis of covariance on the mean scores of pre-test and post-test showed that psycho-rehabilitation Dohsa-hou improves the overall quality of sleep and dimensions of mental sleep quality, sleep delay, sleep disorders and disorders. Daily performance had a significant effect. Overall, Psycho-Rehabilitation Dohsa-hou significantly improved sleep quality in children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and this type of rehabilitation can be used as a complementary approach to improve sleep problems in children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder To be placed.

Keywords: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, Psycho-rehabilitation Dohsa-hou, Children, Sleep problems

***Corresponding Author:** PhD Student in Psychology and Education of Children with Special Needs, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. **Email:** Saranjt1373@gmail.com

** MA. of Rehabilitation Counseling, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Rehabilitation Sciences and Social Health, Tehran, Iran

Submission: 17 July 2021 Revisen: 1 August 2021 Acceptance: 12 September 2021