

اثربخشی مشاوره گروهی شناختی رفتاری والدین کودکان بیش فعال بر اختلالات رفتاری فرزندان

فریده حمیدی^۱

فرنگیس محمدی خراسانی^۲

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مشاوره گروهی شناختی رفتاری والدین کودکان بیش فعال بر اختلالات رفتاری کودکان انجام شد. **روش:** این پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه پژوهش را والدین کودکان بیش فعال تشکیل دادند. ۶۰ نفر از این والدین به روش هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. در گروه آزمایش ۹ جلسه مشاوره گروهی شناختی رفتاری اجرا شد، اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت ننمود. قبل و بعد از اتمام جلسات، اختلالات رفتاری فرزندان هر دو گروه با پرسشنامه والدین کانرز ارزیابی شدند. داده‌های حاصل با روش تجزیه و تحلیل کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین گروه آزمایش و گواه پس از انجام مداخله آزمایشی در متغیر بیش‌فعالی و مؤلفه‌های آن تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$). **نتیجه‌گیری:** مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری با والدین کودکان بیش فعال باعث تسهیل رویارویی آنان در مشکلات و موقعیت‌های مختلف زندگی و به‌ویژه در ارتباط با کودکان بیش فعال خود می‌شود و به تبع آن، سطح سلامت روانی افراد خانواده افزایش خواهد یافت.

کلیدواژه‌ها: اختلالات رفتاری، کودکان بیش فعال، مشاوره گروهی شناختی رفتاری

مقدمه

بزرگ‌سالی بر عملکرد شغلی و زناشویی آنان تأثیر می‌گذارد. از سوی دیگر، والدین کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی، فشار روانی بیش‌ازحدی را تجربه می‌کنند و افسردگی، احساس محدودیت، ناکامی بالا، توانایی و اعتماد به نفس پایین و نیز اختلاف زناشویی در بین آن‌ها مشاهده می‌شود (دنفورث^۳، هارو، وندی، اولازک و مک کی، ۲۰۰۶). از سوی دیگر این اختلال به فرآیند تحول استعداد های ذهنی و مهارت‌های اجتماعی - عاطفی کودکان مبتلا آسیب می‌رساند، به گونه‌ای که نتایج ضعیف تحصیلی همراه پایین بودن سطح حرمت خود، بزهکاری، افسردگی (رتز، فریتگ، رتز، ونزله، اشنایدر، کسلینگ و رویبیرن^۴، ۲۰۰۸) اختلال‌های شخصیت، اعتیاد به الکل (کنی^۵، ۲۰۰۷)، سوء مصرف مواد، روان گسستگی و مشکلات شغلی در این افراد به‌طور معناداری از جمعیت عادی بیشتر بود (فیوملر،

اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی^۳ (ADHD) یکی از متداول‌ترین اختلال‌های دوران کودکی است (لیس و رنان^۴، ۲۰۰۵). ویژگی‌های اصلی اختلال بیش‌فعالی، ناتوانی در مهار رفتار نارسایی توجه، ناتوانی یادگیری، پرخاشگری، مشکلات تحصیلی، بی‌قراری حرکتی و برانگیختگی برای والدین، معلمان و همسالان تحمل‌ناپذیر است (دینن و فیتز جرالده^۵، ۲۰۱۰). بر اساس پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۶ بیش‌فعالی و نقص توجه شرایط رفتاری و شناختی عصبی می‌باشد که با پرتحرکی حرکتی، بی‌توجهی و تکانش‌گری که از نظر تکاملی در سطح نامناسب یا مختل می‌باشد مشخص می‌شود. این اختلال برای بسیاری از دانش آموزان مشکلات زیادی ایجاد می‌کند و بر عملکرد شناختی، اجتماعی، هیجانی و خانوادگی و سپس در

^۱ دانشیار روانشناسی، دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی، (نویسنده مسئول Email: fhamidi@srutu.edu)

^۲ کارشناس ارشد مشاوره، گروه علوم تربیتی دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی

تاریخ ارسال مقاله: ۱۳۹۶/۵/۲۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۶/۱۸

^۳ Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

^۴ Lees & Ronan

^۵ Dineen & Fitzgerald

^۶ diagnostic and statistical manual of mental disorders/ fifth edition

^۷ Danforth, Harve, Wendy, Ulaszek & McKee

^۸ Retz., Freitag, Retz, Wenzler, Schneider, Kissling, & Robiner

^۹ Kenny

کودک تخفیف نمی‌یابد، بلکه لجبازی و نافرمانی او نیز شروع می‌شود (وینر و داکلان،^۸ ۲۰۰۴).

روش‌های درمانی متنوعی برای مواجهه با مشکلات رفتاری، شناختی و هیجانی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی به کار گرفته شده است. در این زمینه، بخشی از درمان‌ها بر مداخلات فردی و بخشی دیگر بر مداخلات خانوادگی، متمرکز شده‌اند؛ به نحوی که برنامه‌های آموزش والدین برای کمک به مدیریت رفتار فرزندشان، روان‌درمانی فردی برای مدیریت خشم، خانواده‌درمانی برای بهبود ارتباط، آموزش مهارت‌های اجتماعی برای افزایش انعطاف‌پذیری و تحمل ناکامی در بین همسالان و درمان شناختی-رفتاری برای آموزش حل مسئله و کاهش منفی‌گرایی بوده است. این درمان‌ها آگاهی کودکان از الگوهای تفکر را که محرک و هدایت‌کننده رفتار آن‌هاست، افزایش می‌دهد و روش‌هایی را برای مقابله به آن‌ها یاد می‌دهند.

در آموزش والدین بر کل خانواده و تأثیر آن بر کودک تأکید می‌شود. از فواید این برنامه کاهش رفتارهای مخرب کودکان و بهبود بخشیدن روابط والدین با کودکان و سایر اعضای خانواده است (داگلاس،^۹ ۲۰۰۵). درمان‌های شناختی-رفتاری که اصول روش‌های شناختی و رفتاری را در روش درمان کوتاه‌مدت ترکیب می‌کنند، بیش از هر مدل روان‌درمانی دیگر تحقیق تجربی تولید کرده‌اند. تمام رویکردهای شناختی رفتاری ویژگی‌ها و فرض‌های مشترکی دارند: ۱- رابطه بین درمان‌جو و درمانگر، ۲- این اصل که ناراحتی روان‌شناختی عمدتاً حاصل اختلال‌هایی در فرآیندهای شناختی است، ۳- تمرکز بر تغییر دادن شناخت درمانی برای ایجاد تغییرات مطلوب در عاطفه و رفتار، ۴- تمرکز بر زمان حال و کوتاه‌مدت بودن، ۵- موضع فعال و رهنمودی درمانگر، ۶- درمان آموزشی که بر مشکلات خاص و سازمان‌یافته تمرکز دارد (بک و ویشار،^{۱۰} ۲۰۱۴). با توجه به شیوع نسبتاً زیاد این اختلال و همراه بودن آن با مشکلاتی برای والدین، کودکان، مدرسه و جامعه استفاده از این روش در درمان مشکلات رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی از اهمیت ویژه برخوردار است.

تقوی (۱۳۹۰)، پژوهشی را با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در کاهش علائم و افزایش خودکنترلی کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه ۷ تا ۱۲ ساله در شهر تهران انجام داد و دریافت که در گروه آموزشی شناختی رفتاری کودک محور نسبت به گروه کنترل علائم بیش‌فعالی-کمبود

کولین و مک‌کلرتون،^۱ ۲۰۰۷). در واقع به علت تکانش‌گری و نداشتن توجه به پیامدهای اعمال خود، رابطه این کودکان با والدین تیره شده و تضاد میان کودک و مادر در سنین پیش‌دبستانی بیشتر می‌شود و تا دوران نوجوانی ادامه می‌یابد (کرونیس، چاکو، فابیانو، ویمیز و پلهام،^۲ ۲۰۰۴).

والدین به دلیل نفوذ و تماس بیشتر با کودکان می‌توانند در اجرای مداخلات رفتاری در محیط طبیعی زندگی کودک نقش به‌سزایی داشته باشند. به همین دلیل در دهه‌های اخیر توجه روزافزونی به گنجانیدن آموزش مدیریت والدین در طرح‌های درمانی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی شده است (پترسون، مک‌فورد و استوارت‌براون،^۳ ۲۰۰۵). خانواده شبکه‌ای از ارتباطات است که در آن والدین و کودکان در فرایندی دوسویه باهم تعامل دارند. در این مجموعه طرفین قادرند تأثیرات بس شگرفی بر یکدیگر داشته باشند. با تأمل در کیفیت روابط والدین و کودک و موشکافی در آن می‌توان به نقش حساس آن‌ها در ارتباط با کودک پی برد (گیل، هاید، شاو، دیشون و ویلسون،^۴ ۲۰۰۹). در همین راستا است که توجه به خانواده به‌ویژه در درمان اختلالات کودکان اهمیت ویژه می‌یابد. اکثر آن‌ها وقتی به دوره نوجوانی می‌رسند از مشکلات خود رهایی پیدا نکرده و گاهی نیز مشکلات جدی‌تری پیش روی آن‌ها قرار می‌گیرد. اگرچه رفتارهای بیش‌فعالی و تکانش‌گری تا حدی در دوره نوجوانی کاهش می‌یابد، اما این رفتارها در مقایسه با ۹۵ درصد همسالان در سطح بالاتری رخ می‌دهد (ماش و بارکلی،^۵ ۲۰۰۳). بارکلی، ادوارز، لنرز، فلچر و متیوا،^۶ ۲۰۰۴) در بررسی تعاملات کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی با والدینشان دریافتند که آن‌ها بیش از کودکان بدون مشکل از سوی والدین دستور دریافت می‌کنند و همچنین سرزنش و توبیخ می‌شوند. این شیوه رفتار نامناسب را تقویت می‌کند. متوقف کردن این چرخه در مورد کودکان با این اختلال اهمیت دارد

به دلیل اینکه کودکان بیش‌فعال، هم دارای مشکلات تحرکی، بی‌توجهی و تحصیلی هستند برخورد والدین با آن‌ها خشن است، حتی گاه آن‌ها را کتک زده و به شدت تحقیر می‌کنند (النگار، ابوالمجد و احمد،^۷ ۲۰۱۷). اطرافیان با تنبیه کودک تلاش می‌کنند تا توجه و رفتار او را کنترل کنند و روی یک موضوع خاص متمرکز سازند، اما این امر نه تنها مؤثر واقع نمی‌شود بلکه کودک را پر از اضطراب و نگران می‌سازد و او را برای مقابله با خواسته‌های اطرافیان بیش‌ازپیش تحریک می‌کند؛ بنابراین نه فقط اختلال

⁶.Barkely, Edwards, Laneri, Fletcher & Metevia

⁷.El-Nagger, Abo-Elmagd & Ahmed

⁸.Wiener & Duclan

⁹.Douglas

¹⁰.Weishaar

¹.Fuemmeler, Kollins & McClernon

². Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs, & Pelham

³.Patterson J., Mockford C & Stewart-Brown

⁴ Gill., Hyde, Shaw, Dishion, & Wilson

⁵.Mash. & Barkley

معمول کلینیکی است و به‌طور چشمگیری عملکرد تحصیلی کودکان را بهبود می‌دهد.

همان‌گونه که ملاحظه شد، تاکنون روش‌های درمانی متنوعی برای مواجهه با اختلالات رفتاری کودکان بیش‌فعال به کار گرفته شده است. در این زمینه، بخشی از درمان‌ها بر مداخلات فردی و بخشی دیگر بر مداخلات خانوادگی، متمرکز شده‌اند؛ به‌نحوی که برنامه‌های آموزش والدین برای کمک به مدیریت رفتار فرزندشان، روان‌درمانی فردی برای مدیریت خشم، خانواده‌درمانی برای بهبود ارتباط، آموزش مهارت‌های اجتماعی برای افزایش انعطاف‌پذیری و تحمل ناکامی در بین همسالان و درمان شناختی-رفتاری برای آموزش حل مسئله و کاهش منفی‌گرایی بوده است. این درمان‌ها آگاهی کودکان از الگوهای تفکر را که محرک و هدایت‌کننده رفتار آن‌هاست، افزایش می‌دهد و روش‌هایی را برای مقابله به آن‌ها یاد می‌دهند. با توجه به شیوع نسبتاً زیاد این اختلال و همراه بودن آن با مشکلاتی برای والدین، کودکان، مدرسه و جامعه استفاده از این روش در درمان مشکلات رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی از اهمیت ویژه برخوردار است. از این‌رو این پژوهش با هدف تعیین میزان اثربخشی مشاوره گروهی شناختی رفتاری والدین بر کاهش علائم اختلال‌های رفتاری کودکان دچار نقص توجه/بیش‌فعالی انجام شد.

روش

این پژوهش شبه آزمایشی از نوع طرح‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه کودکان ۷ تا ۱۳ ساله مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره اداره آموزش و پرورش در شهرستان رامهرمز بودند. ابتدا پرسشنامه‌ها بین والدینی که فرزندانشان توسط مدارس به مرکز مشاوره ارجاع داده شده بودند و مشکوک به بیش‌فعالی بودند، توزیع شد و از بین ۱۲۵ پرسشنامه، دانش‌آموزانی که نمراتی با یک انحراف معیار بالاتر از میانگین را در پرسشنامه بیش‌فعالی کسب کرده بودند انتخاب شدند. حجم نمونه ۶۰ نفر بود که به روش تصادفی و هدفمند و بر اساس معیارهای ورود پژوهش که شامل همکاری و شرکت والدین در جلسات مشاوره و همچنین کنار گذاشتن سایر والدین دارای کودکان مبتلا به صرع، درخودماندگی، کم‌توان ذهنی و ... بود. سپس به‌صورت تصادفی، به دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند.

ابزار پژوهش

مقیاس درجه‌بندی والدین کانرز^۵

توجه کاهش و مهارت خودکنترلی در کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه افزایش یافت.

تقوایی، خیر و شکفتی (۱۳۹۱)، درمان شناختی- رفتاری و دارودرمانی بر کاهش علائم همراه اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی کودکان موردبررسی قرار دادند. آن‌ها نشان دادند که درمان گروهی شناختی- رفتاری مؤثرتر از دارودرمانی است. کردستانی، رادمنش، سالاری، امیری و فرهودی (۱۳۹۲)، تأثیر آموزش اصلاح رفتار به مادران بر کاهش استرس والدگری و افزایش عملکرد رفتاری و تحصیلی فرزندان دارای اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه را موردبررسی قرار دادند و دریافتند که آموزش روش‌های اصلاح رفتار به مادران مشکلات رفتاری و تحصیلی فرزندان را کاهش داده و از به وجود آمدن تنیدگی در روابط والد- فرزند پیگیری می‌نماید.

توماس، سندرز، دوست، بلر و گلاسیو^۱ (۲۰۱۵)، در پژوهشی درمان‌های روانی - اجتماعی با مداخله والدین را بر کاهش علائم اضطراب و بهبود عملکرد تحصیلی کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی مؤثر دانست. همچنین یانگ، مقدم و تیکل^۲ (۲۰۱۶) ترکیبی از درمان شناختی- رفتاری را همراه با آموزش والدین در جهت کاهش مشکلات تحصیلی و رفتارهای پرخطرانه را در ۱۸ کودک مبتلا به اختلال نقص توجه، بیش‌فعالی بررسی کرد و دریافت که درمان شناختی- رفتاری نشانه‌های بیش‌فعالی را کاهش می‌دهد.

استریگ و ریدل^۳ (۲۰۱۲)، در یک مطالعه‌ی ویژه بر روی ترکیب برنامه‌ی آموزشی مدیریت والدین و معلمان کودکان بیش‌فعال، دریافتند این برنامه‌ی ترکیبی موجب کاهش علائم بیش‌فعالی در کودکان می‌شود و طی یک مطالعه‌ی بعدی نشان دادند این تغییرات مثبت پایداری خوبی نیز دارند. کیرنکراس و میلر^۴ (۲۰۱۶) پژوهشی را با هدف بررسی میزان اثربخشی مداخله‌ی آموزش بر مبنای ذهن آگاهی والدین کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه انجام دادند، نتایج ناشی از این پژوهش نشان داد که آموزش والدین، باعث کاهش همه علائم مربوط به بیش‌فعالی/ کمبود توجه شده و همچنین استرس والدین کاهش یافته است.

اندرسون^۵ (۲۰۱۶) نیز در پژوهشی به مقایسه‌ی اثربخشی برنامه‌ی آموزش والدین و درمان‌های معمول کلینیکی در کاهش علائم اضطراب کودکان بیش‌فعال و بهبود عملکرد تحصیلی پرداختند، آن‌ها به این نتیجه رسیدند که برنامه‌ی آموزش والدین در کاهش علائم اضطراب کودکان بیش‌فعال مؤثرتر از درمان‌های

⁵ Anderson

⁶ The revised canners' parent rating scale

¹ Thomas, Sanders, Doust, Beller, & Glasziou

² Young, Moghaddam & Tickle

³ Ostberg, Rydell

⁴ Cairncross & Miller

جهت بررسی روایی، تحلیل عوامل با مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس به‌منظور پی بردن به ساختارهای زیربنایی آزمون انجام شد و ۴ عامل مشکلات سلوک^۱، مشکلات یادگیری^۲، اضطراب - انفعال^۳ و روان - تنی^۴ به دست آمد. به‌منظور محاسبه پایایی از روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ و پایایی بین نمره گذاران استفاده شد. ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۵۸، برای نمره کل و از ۰/۴۱ برای زیر مقیاس مشکلات یادگیری تا ۰/۷۶ برای زیر مقیاس مشکلات سلوک متغیر بود. ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل، معادل ۰/۷۳ و از ۰/۵۷ (زیر مقیاس مشکلات یادگیری) تا ۰/۸۶ (زیر مقیاس اضطراب - انفعال) برای زیر مقیاس‌ها متغیر بود. ضریب پایایی، بین نمره‌گذاری پدر و مادر ۰/۷۰ برای نمره کل و از ۰/۴۶ برای زیر مقیاس اضطراب - انفعال تا ۰/۷۱ برای زیر مقیاس مشکلات اجتماعی می‌باشد. (شه‌پایان و همکاران، ۱۳۸۶).

روش اجرا

ابتدا والدین فرم‌های رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش را تکمیل کردند، سپس پیش‌آزمون برای دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. گروه آزمایش در طی ۹ جلسه مشاوره گروهی شناختی رفتاری (هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) شرکت کردند. پس از اتمام جلسات والدین کودکان هر دو گروه آزمایش و کنترل مجدداً مقیاس درجه‌بندی والدین کانرز را تکمیل نمودند.

جدول ذیل به‌اجمال هدف و محتوای جلسات مشاوره گروهی والدین را که از چهارچوب کلی کتاب «رفتار درمان شناختی» برانج (۱۳۹۳) اقتباس شده است، نشان می‌دهد.

جدول ۱. خلاصه‌ای از نمونه جلسات مشاوره گروهی شناختی - رفتاری

جلسات	هدف	محتوا
جلسه اول	معرفی خود و ایجاد ارتباط مؤثر و جلب اعتماد اعضا	طلب کردن مشارکت اعضا برای تعیین اهداف کلی جلسات بر اساس خواسته‌ها و نیازهای آن‌ها بیان قوانین گروه با همفکری اعضا
جلسه دوم	آموزش مدل ABC رفتاردرمانی شناختی	بررسی قدرت معانی درک این مطلب که چگونه افکار شما احساسات و اندیشه‌های شما را سبب می‌شود
جلسه سوم	شناسایی خطاهای فکری	فاجعه‌آمیز دیدن امور، تفکر هیچ یا همه‌چیز، پیشگویی، ذهن خوانی، استدلال احساسی، تعمیم مبالغه‌آمیز، برچسب زدن، توقعات، انتقادات، فیلتر ذهنی، تحمل نکردن ناراحتی و دلسردی، شخصی‌سازی
جلسه چهارم	برخورد با خطاهای شناختی	هدف برخورد با خطاهای شناختی با درج احساسات، عمل و رفتار و کشف عامل ایجاد احساس و اندیشه‌ها، نگرش‌ها و بررسی اشتباهات فکری احتمالی

به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات موردنیاز از پرسشنامه مقیاس درجه‌بندی والدین کانرز استفاده شد که از این مقیاس نیز دو فرم موجود است که از فرم کوتاه شامل ۴۸ سؤال استفاده شده است. این فرم درجه‌بندی توسط والدین کودک پر می‌شود. نمره هر ماده از پرسشنامه به‌عنوان نشانه‌هایی از بیش‌فعالی در نظر گرفته می‌شود؛ بنابراین نمره بالا در مقیاس فرعی و مقیاس کلی به‌عنوان بیش‌فعالی به‌شمار می‌آید. پرسشنامه اولیه ۹۳ سؤال بوده است که پس از بررسی‌های مختلف به ۴۸ سؤال کاهش یافته است. پرسشنامه به‌صورت دستی قابل نمره‌گذاری است. پاسخ به سؤالات به‌صورت چهارگزینه‌ای است که شامل گزینه‌های به‌هیچ‌وجه، فقط کمی، تقریباً زیاد و بسیار زیاد، درجه‌بندی شده و به‌صورت ۰ و ۱ و ۲ و ۳ کدگذاری می‌شود. در هر خرده مقیاس و همچنین در بیش‌فعالی کلی، داشتن نمره میانگین ۱/۵ و بالاتر نشانگر وجود بیش‌فعالی است و داشتن میانگینی کمتر از ۱/۵ نشانگر نبود بیش‌فعالی است. کانرز و اولریچ، ۱۹۸۷ ضریب پایایی پرسشنامه را با استفاده از روش دونیمه کردن به طریق زوج و فرد محاسبه کردند که برابر با ۰/۷۱ است و روایی محتوایی آن نیز توسط متخصصین اعصاب و روان خارج از کشور احراز شده است (شه‌پایان، شه‌پیم، بشاش و یوسفی، ۱۳۸۶). همبستگی درونی این پرسشنامه را بین ۰/۴۱ تا ۰/۵۷ گزارش کرده‌اند. روایی و پایایی این پرسشنامه در داخل توسط شه‌پایان و همکاران (۱۳۸۶) احراز گردیده است.

³ Anxious passive

⁴ Psychosomatic

¹ Conduct problems

² Learning problems

جلسه پنجم	بررسی احساسات و عواطف	شناسایی احساسات سالم و ناسالم. درک کردن ارکان و اجزاء اندیشه، رفتار و توجه به احساسات. مشخص کردن مسائل احساسی و عاطفی که قصد حل کردن آن را دارید.
جلسه ششم	با کودکان بیش‌فعال و ویژگی‌های آن‌ها	به چالش کشیدن احساسات و اندیشه‌های مراجعین نسبت به کودکانشان طبق مدل ABC. استفاده از تشویق و تحسین، اقتصاد پته‌ای، استفاده از تابلویی بزرگ برای انجام فعالیت‌های روزانه با ساختار تعیین شده، بیان جملات به صورت دستوری و واضح و روشن برای کودکان بیش‌فعال و ذکر نتایج منفی تنبیه بر کودکان بیش‌فعال.
جلسه هفتم	طراحی و اجرای تجربه‌های رفتاری	آزمون کردن اعتیاد اندیشه یا باوری که نسبت به خود، دیگران و جهان دارید. آزمون کردن اعتیاد اندیشه‌ها و باورهای جایگزین. پی بردن به اثرات فعالیت‌های ذهنی و رفتاری روی مشکلاتی که دارید. جمع‌آوری مدارک و شواهد به منظور روشن کردن ماهیت مسئله.
جلسه هشتم	تعیین هدف‌ها در زمینه‌ی تغییرات احساسی و رفتاری	انگیزه دادن به خود ثبت کردن پیشرفت‌ها
جلسه نهم	تقویت باورها و نگرش والدین	تقویت باور و نگرش‌های جدید و نحوه برخورد با تردیدها درباره‌ی طرز فکر جدید، امتحان کردن طرز فکر جدید در موقعیت‌های مختلف و آمادگی برای بازگشت عادت‌های قدیم و شیوه مقابله با آن‌ها

میانگین، واریانس و انحراف استاندارد استفاده شده است و همچنین در بخش آمار استنباطی از روش تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

برای اجرای پژوهش، پس از اخذ مجوزهای موردنیاز برای انجام پژوهش و هماهنگی با مسئولان، رضایت‌نامه آگاهانه کتبی و شفاهی از خانواده‌های شرکت‌کننده در این پژوهش دریافت و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه بوده و انجام پژوهش هیچ‌گونه ضرر و زیان را متوجه خانواده و یا فرزند آن‌ها نخواهد کرد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی از

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی خرده مقیاس‌های اضطرابی و یادگیری بیش‌فعالی به تفکیک گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مؤلفه‌های بیش‌فعالی	گروه‌ها	مرحله	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
تکانشی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۹/۱۳	۱/۸۷	۱۷	۲۵
	کنترل	پس‌آزمون	۱۱/۰۳	۱/۷۹	۸	۱۵
	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۹/۸۳	۲/۰۲	۱۷	۲۵
	کنترل	پس‌آزمون	۱۹/۶۷	۱/۶۶	۱۶	۲۴
سلوکی	آزمایش	پیش‌آزمون	۴۹/۱۳	۴/۹۸	۴۲	۶۱
	کنترل	پس‌آزمون	۳۱/۷۰	۵/۰۳	۴۴	۶۲
	آزمایش	پیش‌آزمون	۴۹/۰۶	۴/۳۵	۴۴	۶۲
	کنترل	پس‌آزمون	۵۰/۲۶	۴/۰۷	۴۵	۶۲
اضطرابی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۷/۱۶	۲/۱۱	۱۵	۲۳
	کنترل	پس‌آزمون	۹/۵۳	۱/۵۲	۷	۱۲
	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۷/۴۰	۲/۲۹	۱۳	۲۳

۲۲	۱۵	۱/۵۲	۱۵/۳۳	پس آزمون	
۳۱	۲۰	۲/۴۷	۲۲/۵۶	پیش آزمون	آزمایش
۱۹	۱۰	۲/۱۱	۱۴/۲۶	پس آزمون	روان تنی
۲۹	۱۹	۲/۱۶	۲۲/۰۶	پیش آزمون	کنترل
۳۰	۲۰	۲/۷۰	۲۲/۳۰	پس آزمون	
۳۱	۲۳	۲/۴۵	۲۵/۱۶	پیش آزمون	آزمایش
۲۱	۱۱	۲/۴۸	۱۶/۱۶	پس آزمون	یادگیری
۳۳	۲۲	۲/۲۵	۲۴/۴۰	پیش آزمون	کنترل
۳۲	۲۰	۲/۴۷	۲۴/۶۰	پس آزمون	

یافته‌ها

با توجه به جدول ۲، در خرده مقیاس‌های بیش‌فعالی، بین نمرات میانگین گروه کنترل و آزمایش در هر دو مرحله پیش‌آزمایش و پس‌آزمایش تفاوت وجود دارد. به‌منظور انجام آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره، در ابتدا به بررسی مفروضات (نرمال بودن متغیرها، همگنی واریانس و همگنی شیب‌خط رگرسیون) این آزمون پرداخته شد و در ادامه از آزمون باکس برای بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس و نیز آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) استفاده شد که به دلیل برقراری مفروضه‌ها از این روش برای بررسی فرضیه اصلی و در پایان از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی هریک از فرضیه‌های پژوهش استفاده شد. نتایج نشان داد فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرهای تحقیق تأیید می‌گردد. یعنی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش‌آزمون در هر دو گروه آزمایش و کنترل تأیید می‌شود. همچنین فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمره‌های دو گروه در تمامی متغیرهای تحقیق تأیید می‌گردد.

یعنی پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل تأیید گردید. فرض همگنی رگرسیون یک موضوع کلیدی در کوواریانس است. لازم به توضیح است که در این پژوهش پس‌آزمون‌های علائم تکانش‌وری، مشکلات سلوکی، علائم اضطرابی، علائم روان‌تنی و مشکلات یادگیری به‌عنوان متغیرهای وابسته و پیش‌آزمون‌های آن‌ها به‌عنوان متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها) تلقی شدند. زمانی فرض همگنی شیب‌ها برقرار خواهد بود که میان متغیرهای کمکی (در این پژوهش پیش‌آزمون‌ها) و متغیرهای وابسته (پس‌آزمون‌ها) در همه سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گواه) برابری حاکم باشد. آنچه موردنظر خواهد بود تعاملی غیر معنی‌دار بین متغیرهای وابسته و کمکی (کوواریت‌ها) است. مقادیر آزمون $M\ box$ و آماره F برای مؤلفه‌های بیش‌فعالی، در سطح $0/8$ ، معنی‌دار است و چون بیشتر از سطح $(0/05)$ آلفای تحقیق است نتیجه می‌گیریم پیش‌فرض برابری ماتریس‌های واریانس-کوواریانس برای تحلیل چند متغیره نیز برقرار می‌باشد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های

بیش‌فعالی گروه‌های آزمایش و کنترل، با کنترل پیش‌آزمون

متغیرها	آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	sig
اثر پیلائی	۰/۹۴۷	۱۹۴/۷۸	۵	۵۴	۰/۰۰۱	
بیش‌فعالی	لامبدای ویلکز	۰/۰۵۳	۱۹۴/۷۸	۵	۰/۰۰۱	
	اثر هتلینگ	۱۸/۰۳	۱۹۴/۷۸	۵	۰/۰۰۱	
	بزرگترین ریشه روی	۱۸/۰۳	۱۹۴/۷۸	۵	۰/۰۰۱	

وابسته (علائم تکانش‌وری، مشکلات سلوکی، علائم اضطرابی، علائم روان‌تنی و مشکلات یادگیری) تفاوت معنی‌داری مشاهده

همان‌طوری که در جدول ۳ ارائه شده است با کنترل پیش‌آزمون سطوح معنی‌داری تمام مؤلفه‌های بیش‌فعالی، بیانگر آن است که بین گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای

فرضیه ۱: مشاوره گروهی شناختی-رفتاری والدین کودکان مبتلابه اختلال نقصان توجه-بیش‌فعالی موجب کاهش علائم اختلالات رفتاری فرزندشان می‌شود.

می‌شود. لذا برای پی بردن به تفاوت، نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا، در جداول بعدی آمده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین علائم اختلالات رفتاری دو گروه با کنترل اثر

منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	Sig
پیش‌آزمون	۲۸/۷۶	۱	۲۸/۷۶	۰/۵۹۷	۰/۴۴۳
اثر اصلی (درمان)	۳۴۲۱۹/۶۷	۱	۳۴۲۱۹/۶۷	۷۰۹/۵۶	۰/۰۰۱
خطای باقیمانده	۲۷۴۸/۸۹	۵۷	۴۸/۲۲		

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ علائم اختلالات رفتاری تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ($p < 0/001$ و $F=709/56$). به عبارت دیگر، مشاوره گروهی شناختی-رفتاری با توجه به میانگین علائم اختلالات رفتاری گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش علائم

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ علائم اختلالات رفتاری تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ($p < 0/001$ و $F=709/56$). به عبارت دیگر، مشاوره گروهی شناختی-رفتاری با توجه به میانگین علائم اختلالات رفتاری گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش علائم

اختلالات رفتاری کودکان مبتلابه اختلال بیش‌فعالی-نقصان توجه شده است؛ بنابراین فرضیه صفر رد می‌شود و می‌توان با اطمینان ۹۹ درصد نتیجه گرفت که مشاوره گروهی در کاهش علائم اختلال رفتاری مؤثر است.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین مشکلات یادگیری دو گروه با کنترل اثر

منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	Sig
پیش‌آزمون	۸/۷۳۰	۱	۸/۷۳۰	۱/۴۵۲	۰/۲۳۳
اثر اصلی (درمان)	۱۰۶۹/۶۷۹	۱	۱۰۶۹/۶۷۹	۱۷۷/۹۴۸	۰/۰۰۱
خطای باقیمانده	۳۴۲/۶۳	۵۷	۶/۰۱۱		

فرضیه ۲: مشاوره گروهی شناختی-رفتاری والدین کودکان مبتلابه اختلال نقصان توجه-بیش‌فعالی موجب کاهش مشکلات یادگیری فرزندشان می‌شود.

همان‌طور که در جدول ۵ نشان داده شده است با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ مشکلات یادگیری تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ($p < 0/001$ و $F=177/94$). به عبارت دیگر، مشاوره گروهی شناختی-رفتاری با توجه به میانگین مشکلات یادگیری گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش مشکلات یادگیری

فرضیه ۳: مشاوره گروهی شناختی-رفتاری والدین کودکان مبتلابه اختلال نقصان توجه-بیش‌فعالی موجب کاهش علائم اضطراب فرزندشان می‌شود.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین علائم اضطراب دو گروه با کنترل اثر

منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	Sig
پیش‌آزمون	۰/۰۰۸	۱	۰/۰۰۸	۰/۰۰۳	۰/۹۶۰
اثر اصلی (درمان)	۹۲۵/۳۰۲	۱	۹۲۵/۳۰۲	۲۷۹/۵۶۲	۰/۰۰۱
خطای باقیمانده	۱۸۸/۶۵۸	۵۷	۳/۳۱۰		

کودکان مبتلابه اختلال بیش‌فعالی - نقصان توجه شده است؛ بنابراین فرضیه صفر رد می‌شود و می‌توان با اطمینان ۹۹ درصد نتیجه گرفت که مشاوره گروهی در کاهش علائم اضطراب مؤثر است.

فرضیه ۴. مشاوره گروهی شناختی-رفتاری والدین کودکان مبتلابه اختلال نقصان توجه - بیش‌فعالی موجب کاهش علائم تکانش‌وری فرزندشان می‌شود.

جدول ۷. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین علائم تکانش‌وری دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون

منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	Sig
پیش‌آزمون	۰/۰۰۰	۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۹۹
اثر اصلی (درمان)	۱۰۸۱/۹۷۲	۱	۱۰۸۱/۹۷۲	۳۵۵/۱۸۸	۰/۰۰۱
خطای باقیمانده	۱۷۳/۶۳۳	۵۷	۶/۸۵۶		

همان‌طور که در جدول ۶ نشان داده شده است با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمايش و کنترل از لحاظ علائم اضطراب تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ($p < 0/001$) و $F=279/56$ ، به عبارت دیگر، مشاوره گروهی شناختی-رفتاری با توجه به میانگین علائم اضطراب گروه آزمايش در پس‌آزمون نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش علائم اضطراب

تکانش‌وری کودکان مبتلابه اختلال بیش‌فعالی - نقصان توجه شده است؛ بنابراین فرضیه صفر رد می‌شود و می‌توان با اطمینان ۹۹ درصد نتیجه گرفت که مشاوره گروهی در کاهش علائم تکانش‌وری مؤثر است.

فرضیه ۵. مشاوره گروهی شناختی-رفتاری والدین کودکان مبتلابه اختلال نقصان توجه - بیش‌فعالی موجب کاهش علائم اضطراب فرزندشان می‌شود.

همان‌طور که در جدول ۷ نشان داده شده است با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمايش و کنترل از لحاظ علائم تکانش‌وری تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ($p < 0/001$) و $F=355/18$ ، به عبارت دیگر، مشاوره گروهی شناختی-رفتاری با توجه به میانگین علائم تکانش‌وری گروه آزمايش در پس‌آزمون نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش علائم

جدول ۸. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین علائم روان‌تنی دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون

منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	Sig
پیش‌آزمون	۰/۰۴۱	۱	۰/۰۴۱	۰/۰۰۶	۰/۹۳۸
اثر اصلی (درمان)	۱۷۱۶/۴۱۲	۱	۱۷۱۶/۴۱۲	۲۵۰/۳۵۲	۰/۰۰۱
خطای باقیمانده	۳۹۰/۷۹۲	۵۷	۶/۸۵۶		

نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش علائم روان‌تنی کودکان مبتلابه اختلال بیش‌فعالی - نقصان توجه شده است؛ بنابراین فرضیه صفر رد می‌شود و می‌توان با اطمینان ۹۹ درصد نتیجه گرفت که مشاوره گروهی در کاهش علائم روان‌تنی مؤثر است.

نتایج این پژوهش با یافته‌های تحقیقات پژوهشی استبرگ و ریدل (۲۰۱۲)، تقوایی و همکاران (۱۳۹۱)، کردستانی و همکاران (۱۳۹۲) و تقوی (۱۳۹۰) همسو است. به عبارت دیگر آموزش والدین موجب افزایش شناخت آن‌ها از ماهیت اختلال شده و اعتمادبه‌نفسشان را در مقابله با مشکلات رفتاری فرزندانشان افزایش می‌دهد و به آن‌ها کمک می‌کند تا رفتارهای نامناسب

همان‌طور که در جدول ۸ نشان داده شده است با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمايش و کنترل از لحاظ علائم روان‌تنی تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ($p < 0/001$) و $F=250/35$ ، به عبارت دیگر، مشاوره گروهی شناختی-رفتاری با توجه به میانگین علائم روان‌تنی گروه آزمايش در پس‌آزمون

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی مشاوره گروهی شناختی رفتاری والدین کودکان بیش‌فعال بر اختلالات رفتاری کودکانشان بود. نتایج نشان داد مشاوره گروهی شناختی رفتاری با والدین دارای کودک بیش‌فعال، اختلالات رفتاری فرزندانشان را هم در عملکرد کلی و هم در مؤلفه‌های رفتاری کاهش می‌دهد.

پذیرش متقابل و کاهش معنادارتر مشکلات رفتاری و اضطرابی در ایشان به حساب آید.

برخی صاحب نظران (بارکلی و همکاران، ۲۰۰۴) بر این نظرند که اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی در بافت‌های اجتماعی متجلی می‌شود و نخستین محیط اجتماعی کودک، خانواده است. این اختلال در بافت سیستمی معنا می‌یابد و فقط در چنین بافتی می‌توان در مورد علت، پیش‌آگهی، سیر و پیامدهای آن قضاوت کرد. بدون در نظر گرفتن تعامل کودک با محیط انجام هرگونه اقدامی برای این کودکان غیرممکن یا غیر سودمند خواهد بود. در این میان تأثیر والدین بر کودک و تأثیر کودک بر والدین و چگونگی مدیریت کودک توسط والدین، به شناخت بهتر کودک و فرآیند شروع، سیر و پیامدهای اختلال، کمک بسیار مهمی می‌کند. هدف برنامه مشاوره والدین، رشد مهارت‌های خاصی در والدین است که معمولاً به وسیله به کار بردن این مهارت‌ها برای رفتارهای نامطلوب ساده‌ای انجام می‌گیرد که به آسانی مشاهده می‌شوند. به ترتیبی که والدین در این مهارت‌ها ماهرتر می‌شوند و تمرکز بر رفتارهای مشکل‌آفرین بیشتر شده و حیطه‌های دیگری را در برمی‌گیرد. البته این پژوهش برای تعیین اثربخشی مشاوره والدین را بر علائم بیش فعالی کودکان در مقطع ابتدایی، انجام گرفت و از آنجا که ویژگی‌های افراد در دوره‌های سنی مختلف، متفاوت است لذا قابل تعمیم به دانش آموزان سایر مقاطع نیست. از آنجایی که در این پژوهش پیگیری از مراجعان صورت نگرفت لذا عدم پیگیری را می‌توان یکی از محدودیت‌های دیگر این پژوهش عنوان کرد. بروشورهای آموزشی از محتوای روش شناختی- رفتاری تهیه شود و در اختیار علاقه‌مندان به این روش درمانی، قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود این روش کاربردی در چارچوب برنامه‌های آموزشی انجمن اولیا و مربیان مدارس، نحوه برخورد با تفکرات غیرمعقول به والدین دانش آموزان آموزش داده شود.

منابع:

تقوایی، محبوبه و خیر، محمد و شکفتی، نادره. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان بیش فعال. *مطالعات ناتوانی*. دوره اول. شماره ۲. صص ۸۷-۹۲.

تقوی، زهره. (۱۳۹۰). *اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در کاهش علائم و افزایش خودکنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبائی.

کردستانی، داوود؛ و رادمنش، حمیده و سالاری، سید مصطفی و امیری، محسن و فرهودی، فرزاد. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر آموزش روش‌های اصلاح رفتار به مادران کودکان مبتلابه اختلال

فرزند خود را کنترل کرده و کاهش دهند و در تربیت آن‌ها احساس موفقیت بیشتری داشته باشند. تأثیر این روش در خرده مقیاس‌های مشکلات یادگیری، علائم تکانشی نیز ارتباطی مستقیم و مشهود با مشکلات توجهی، انگیزشی و همچنین تحمل کودکان دارد.

در مشاوره‌های شناختی رفتاری والدین درمی‌یابند که کنش‌های رفتاری آنان بر کل عملکرد اعضای خانواده و بالأخص فرزندشان تأثیر می‌گذارد و مدیریت هیجان می‌تواند از عوارض منفی آن بکاهد. از این رو از فواید این برنامه کاهش رفتارهای مخرب کودکان و بهبود بخشیدن روابط والدین با کودکان و سایر اعضای خانواده است (داگلاس، ۲۰۰۵). همچنین درمان شناختی رفتاری به این دلیل برای گروه‌درمانی مناسب است که اعضا یاد می‌گیرند اصول آن را در موقعیت گروهی در مورد یکدیگر به کار برند. این رویکرد علاوه بر تغییر دادن عقاید، به اعضای گروه کمک می‌کند تا بفهمند چگونه عقایدشان بر آنچه احساس می‌کنند و انجام می‌دهند، تأثیر می‌گذارد. در این مدل با ایجاد تغییر عمیق در باورها، هیجانات منفی را به حداقل می‌رسانند. کار گروهی برای توافق کردن در مورد تکالیف خانگی، انجام دادن مهارت‌های جسارت، انجام دادن رفتارهای متفاوت، مبارزه کردن با تفکر محکوم به شکست، درس گرفتن از تجربیات دیگران و تعامل کردن به صورت درمانی و اجتماعی با یکدیگر در جلسات بعد از گروه، فرصت‌های متعددی را تأمین می‌کند. (الیس و برنارد، ۲۰۰۶).

از دیگر نتایج این پژوهش، تأثیر مشاوره گروهی شناختی رفتاری والدین کودکان بیش فعال بر کاهش اختلالات رفتاری فرزندانشان در مؤلفه علائم اضطرابی است. نتایج در این پژوهش با پژوهش‌های پیشین از جمله پژوهش‌های تقوایی و همکاران (۱۳۹۱)؛ کردستانی و همکاران (۱۳۹۲)؛ توماس و همکاران (۲۰۱۵)؛ یانگ و همکاران^۱ (۲۰۱۶)؛ کیرنکراس و میلر (۲۰۱۶)؛ اندرسون^۲ (۲۰۱۶) نیز همخوانی دارد. بسیاری از مشکلات رفتاری کودکان بیش فعال از وضعیت و خصوصیات حسی متفاوت ایشان ناشی می‌شود. از سوی دیگر اکثر والدین این کودکان درک کافی و صحیحی از خصوصیات و نیازهای حسی ویژه کودکان خود ندارند و بسیاری از رفتارهای مرتبط کودکان از جمله رفتارهای ثبت حسی پایین، تدافع حسی و یا اجتنابی ایشان به غلط تعبیر به لجبازی و منفی کاری و سایر مشکلات ارتباطی نظیر پرخاشگری یا کمرویی ... می‌شود. از آنجا که در جلسات مشاوره گروهی، اطلاعات و راهکارهایی در این زمینه با والدین اختصاص داده شده است، افزایش درک والدین از نیازهای حسی ویژه کودکانشان نیز می‌تواند عاملی دیگر در بهبود ارتباط آن‌ها با یکدیگر، افزایش

² Anderson

¹ Young

- disorders: Theory, practice and research*. NY: Springer.
- H. (2017). Effect of applying play therapy on children with attention deficit hyperactivity disorder, *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(5), 104-119
- Fuemmeler, B., Kollins, S., & McClernon, F. (2007). Attention deficit hyperactivity disorder symptoms predict nicotine dependence and progression to regular smoking from adolescence to young adulthood. *Journal of pediatric psychology*, 32, 1203-1213.
- Gill A.M., Hyde L., Shaw D.S., Dishion, T.J & Wilson, M.W. (2009). *Clinical child adolescent's psychology, the family checkup in early childhood: A case study of intervention process*, Psychological University of Virginia. [http:// ndltd.com](http://ndltd.com).
- Kenny, P. J. (2007). Brain reward systems and compulsive drug use. *Trends in pharmacological sciences*, 28(3), 135-141.
- Lees, D., & Ronan, K. (2004). *Parent training for solo mothers of children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder: effectiveness and multiple baseline evaluation*. Massey University.
- Mash. E., & Barkley, R. (2003). *Child psychopathology (2nd end)*. New York: Guildford.
- Cairncross, M. & Miller, C.J. (2016). The Effectiveness of Mindfulness-Based Therapies for ADHD: A Meta-Analytic Review. *Journal of Attention Disorders*. 1087054715625301.
- Patterson J., Mockford C & Stewart-Brown S. (2005). Parents perceptions of the value of the Webster-Straton parenting program: A qualitative Study of a general practice based initiative child, care, health & development. *Journal of Child Psychology*; 31: 53-64.
- Retz, W., Freitag, C., Retz, J.P., Wenzler, D., Schneider, M., Kissling, C., & Robiner, D. (2008). *Behavioral of Treatment for ADHD: Mental Health touches*.
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., and Paul Glasziou, P. (2015). *Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis*. American Academy of Pediatrics.
- Wiener, J.M., Duclan, M.K. (2004). *Textbook of Child & Adolescent psychiatry*. Third Edition. American Psychiatric Publishing. www.arencenter.ir/index.ph
- نارسایی توجه- بیش‌فعالی بر کاهش استرس عملکرد رفتاری فرزندان نشان. *مجله علوم رفتاری*، دوره ۷، شماره ۳، ص ۲۶۹-۲۶۳.
- شهبان، آمنه و شهیم، سیما و بشاش، لعیا و یوسفی، فریده (۱۳۸۶). هنجاریابی تحلیل عاملی و پایایی فرم کوتاه ویژه والدین، مقیاس درجه‌بندی کانرز برای کودکان ۶ تا ۱۱ ساله در شهر شیراز. *مطالعات روان‌شناختی*، (۳)، ۳، ۹۷-۱۲۰.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. pp. 5-25. ISBN 978-0-89042-555-8.
- Anderson, V. (2016). Association between Parenting Style and Socio-Emotional and Academic Functioning in Children With and Without ADHD: A Community-Based Study. *National Health Statistics Report*, 81, 1-7.
- Barkely, R. A., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K., & Metevia, L. (200۴). The efficacy of problem solving communication training alone, behavior management training alone and their combination for parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 926-41.
- Beck, A., Weishaar, M.E. (2014). *Cognitive Therapy*. In D Weding & R.J. Corsini(Eds), *Current psychotherapies*, 10thed, pp 2419-264, Belmont. CA: Brooks/Cole.
- Chronis, A., Chacko, A., Fabiano, G., Wymbs, B., & Pelham, W. (2004). Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(1), pp 1-27.
- Danforth J., Harvey, E., Wendy R., Ulaszek T & McKee T.E. (2006). The outcome of group parent training for families of children with attention-deficit hyperactivity disorder and defiant/aggressive behavior. (2006). *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(3):188-205
- Dineen, P., & Fitzgerald, M. (2010). P01-192 Executive functions in routine childhood ADHD assessment. *Journal of European Psychiatry*, 25(1), 402-418
- Douglas, V. I. (2005). Cognitive deficits in children with attention deficit hyperactivity disorder: A long-term follow-up. *Canadian Psychology*, 46(1), 23-31.
- Ellis, A., & Bernard, M. (2006). *Rational emotive behavioral approaches to childhood*

Young, Z., Moghaddam, N., Tickle, A. (2016).
The Efficacy of Cognitive Behavioral
Therapy for Adults with ADHD: A
Systematic Review and Meta-Analysis of
Randomized Controlled Trials. *Journal of
Attention Disorders*. 1087054716664413.
Journal of Research in Personality, 40,
1202-1208.

5

The Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Counseling of Parents on the Behavioral Disorders of their ADHD Children

Farideh Hamidi¹

Farangis Mohammadi Khorasani²

Abstract

Aim: The purpose of this study was to determine the effectiveness of cognitive-behavioral group counseling of parents on hyperactive children. This was a quasi-experimental pretest-posttest design with control group. **Method:** The participants were parents of ADHD children. 60 of these parents were selected and randomly assigned to two experimental and control groups. In the experimental group, 9 sessions of cognitive behavioral group counseling were conducted, but the control group received no intervention. Before and after the sessions, the children's hyperactivity of both groups was evaluated by the Conner's Parent Questionnaire. Data were analyzed using multiple analysis of covariance; MANCOVA. **Results:** The results showed that there was a significant difference between the experimental group and the control group after the intervention in hyperactivity and its components ($p < 0.001$). **Conclusion:** Group counseling based on cognitive-behavioral approach with parents of overactive children facilitates their confrontation in various life situations, especially in relation to their ADHD children, and consequently, the level of mental health of the family will increase.

Keywords: Cognitive-Behavioral Group Counseling, ADHD, Children's Disorder

¹ Associate Professor of Psychology, Department of Educational Sciences, Shahid Rajaei Teacher Training University, Tehran, Iran (Corresponding Author: Email: fhamidi@srttu.edu)

² Master of School Counseling, Department of Educational Sciences, Shahid Rajaei Teacher Training University, Tehran, Iran