

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سرسختی روانشناختی دانش آموزان مبتلا به اختلال بیش فعال

سمیرا اولادیان

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد ولی آباد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سرسختی روانشناختی دانش آموزان مبتلا به اختلال بیش فعالی انجام شد. روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح مورد استفاده از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل دانش آموزان مبتلا به اختلال بیش فعال در شهر تنکابن در سال ۱۴۰۰ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری دسترس ۳۰ نفر از دانش آموزان مبتلا به اختلال بیش فعالی به طور تصادفی در دو گروه آزمایش ۱۵ نفر و کنترل ۱۵ نفر قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی اهواز استفاده گردید. آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی به مدت ۹ جلسه و هفته‌ای یک بار و هر جلسه‌ای به مدت ۹۰ دقیقه تحت آموزش شناختی رفتاری ویلدر موت (۲۰۰۸) قرار گرفتند در حالیکه گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. یافته‌ها نشان داد که میانگین نمرات سرسختی روانشناختی دانش آموزان در گروه درمان شناختی رفتاری در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون و گروه کنترل معنی‌داری بوده است. بنابراین درمان شناختی رفتاری بر سرسختی روانشناختی دانش آموزان مبتلا به اختلال بیش فعالی تاثیر دارد.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی رفتاری، سرسختی روانشناختی، دانش آموزان، اختلال بیش فعال

مقدمه

اختلال نارسائی توجه/بیش‌فعالی^۱ شایع‌ترین اختلال رشدی-عصب شناختی در کودکان است که برآورد می‌شود ۳ تا ۷ درصد از کودکان مبتلا به آن هستند. ویژگی‌های اولیه‌ی این اختلال از سال‌های اولیه رشد یعنی قبل از ورود به مدرسه شروع می‌شود اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی اختلالی است که در آن پر تحرکی، بی‌توجهی و رفتارهای ناگهانی بیشتر و شدیدتر از کودکان دیگر وجود دارد و در پسرها شایع‌تر است. ممکن است در بعضی بیشتر علائم پرتحرکی و رفتارهای ناگهانی و در گروهی علائم بی‌توجهی بیشتر دیده شود. علائم این بیماری قبل از ۷ سالگی شروع می‌شود ولی اغلب در دوران مدرسه مشکلات جدی ایجاد می‌گردد (بارکلی^۲، ۲۰۰۶).

اصطلاح سخت‌رویی روانشناختی در مورد افرادی به کار برده می‌شود که در برابر فشار روانی مقاوم‌تر هستند و نسبت به بیشتر افراد کمتر مستعد بیماری بوده و معمولاً بر زندگی خود کنترل بیشتری احساس می‌کنند و در قبال عقاید و تغییرات جدید پذیرا هستند. به عبارتی افراد سخت‌رو، توانایی سازگاری و کنترل بیشتری نسبت به شرایط محیطی دارند و در برابر تغییرات، توان تاب‌آوری^۳ بیشتری داشته و به راحتی با تغییرات کنار می‌آیند (میردریگون و همکاران، ۱۳۹۴).

کوباسا (۱۹۷۹) سخت‌رویی را ترکیبی از باورها در مورد خویشتن و جهان می‌داند که فرد را در برابر فشارهای درونی و بیرونی مصون می‌سازد. به اعتقاد او سخت‌رویی شامل سه ویژگی است: ۱) تعهد، داشتن هدف و مشارکت در رخدادهای و فعالیت‌ها و ارتباط برقرار کردن با مردم، ۲- کنترل، اعتقاد به اینکه فرد می‌تواند بر رخدادهای زندگی‌اش اثر بگذارد، ۳- چالش، تمایل به تلقی کردن تغییرات به عنوان محرک‌ها و موقعیت‌هایی برای رشد، به جای تصور کردن آن‌ها به صورت تهدیدی برای امنیت (پاینده و همکاران، ۱۳۹۱).

افراد دارای سرسختی قادر به حل کارآمد چالش‌ها و استرس‌های بین‌فردی هستند و در مواجهه با حوادث از آن به عنوان منبع مقاومت مانند سپری محافظ استفاده می‌کنند. همچنین این افراد به آنچه انجام می‌دهند متعهدترند، وقت خود را صرف هدف می‌کنند، احساس تسلط بر اوضاع دارند و خودشان را عامل مهمی در ایجاد تغییرات زندگی می‌دانند (دلاهایج، گیلارد و وندام^۴، ۲۰۱۰).

درمان شناختی رفتاری گروهی یک رویکرد روان‌درمانی است که احساسات ناکارآمد و رفتارها، فرایندها و مضامین شناختی ناسازگارانه را از طریق شماری از روش‌های سیستماتیک، صریح و هدف‌مدار نشانه می‌گیرد (رجبی و همکاران، ۱۳۹۷). نام این روش اشاره به رفتار درمانی شناخت درمانی، و به ترکیبی درمانی از این دو بر اساس اصول پایه و پژوهش‌های رفتاری و شناختی دارد. بسیاری از این درمانگران با مشکلاتی از قبیل اضطراب و افسردگی بر اساس مجموعه‌ای از روش‌های شناختی و رفتاری مقابله می‌کنند. این روش اذعان دارد که ممکن است رفتارهایی باشند که از طریق تفکر عقلانی قابل کنترل نباشند. رفتار شناختی درمانی با تمرکز بر حل مساله به عهده دار حل مشکلات به خصوصی می‌شود، و در این رویکرد درمانگر با اعمال گزایی تلاش می‌کند با کمک به مراجع در انتخاب استراتژی خاصی برای مواجهه با مشکل به او کمک کند (بورکوویس و همکاران، ۲۰۱۳).

در این راستا پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال می‌باشد که آیا درمان شناختی رفتاری بر سرسختی روانشناختی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی تأثیر دارد؟

1- attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)

2 -Barkley

3. Resiliency

4 . Delahaj A, Gaillard C, Van Dam

روش پژوهش

روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح مورد استفاده از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل دانش آموزان مبتلا به اختلال بیش فعال در شهر تنکابن در سال ۱۴۰۰ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری دسترس ۳۰ نفر از دانش آموزان مبتلا به اختلال بیش فعالی به طور تصادفی در دو گروه آزمایش ۱۵ نفر و کنترل ۱۵ نفر قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی اهواز استفاده گردید. آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی به مدت ۹ جلسه و هفته‌ای یک بار و هر جلسه‌ای به مدت ۹۰ دقیقه تحت آموزش شناختی رفتاری ویلدر موت (۲۰۰۸) قرار گرفت در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی

مقیاس سرسختی روان‌شناختی اهواز (AHI) - فرم ۲۰ سوالی (کیامرثی و همکاران، ۱۳۷۷) با هدف تهیه مقیاسی برای سنجش «سرسختی روان‌شناختی» با تحلیل عوامل بر روی نمونه‌ای به حجم ۵۲۳ دانشجوی دختر و پسر در دانشگاه شهید چمران اهواز ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۲۰ پرسش چهار گزینه‌ای: «هرگز: ۰»، «به ندرت: ۱»، «گاهی اوقات: ۲» و «اغلب اوقات: ۳» است. حداقل امتیاز ممکن ۰ و حداکثر ۶۰ بود. نمره بین ۰ تا ۱۵: میزان سرسختی روان‌شناختی پایین است، نمره بین ۱۵ تا ۳۰: میزان سرسختی روان‌شناختی بالا است. برای سنجش همسانی درونی «پرسش نامه سرسختی اهواز» ضریب آلفای کرونباخ به کار برده شد و بر پایه یافته‌های حاصل ضرایب آلفا برای کل نمونه، آزمودنی‌های پسر و آزمودنی‌های دختر به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۴ و ۰/۷۴ به دست آمد. برای سنجش پایایی «مقیاس سرسختی اهواز»، این آزمون دوباره پس از شش هفته به ۱۱۹ دانشجو (۵۳ پسر و ۶۶ دختر) ارایه شد. ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در دو نوبت یعنی پیش‌آزمون و پس‌آزمون دوباره برای کل آزمودنی‌ها $r=0/84$ ، آزمودنی‌های پسر $r=0/84$ و آزمودنی‌های دختر $r=0/85$ به دست آمد. برای بررسی روایی پرسشنامه سرسختی اهواز، این مقیاس به طور همزمان با چهار پرسشنامه ملاک مقیاس خودشکوفایی مزلو، مقیاس اعتبارسازهای سرسختی، مقیاس افسردگی اهواز و پرسشنامه اضطراب به گروه‌هایی از دانشجویان داده شد. ضرایب همبستگی بین نمره‌های کل آزمودنی‌ها در مقیاس سرسختی و اضطراب برای کل نمونه، آزمودنی‌های دختر و پسر به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۷۰ و ۰/۴۴ - به دست آمد. این ضرایب بیانگر همبستگی منفی معنی‌دار بین سرسختی و اضطراب هستند. ضرایب همبستگی بین نمره‌های کل آزمودنی‌ها در مقیاس سرسختی و افسردگی برای کل نمونه، آزمودنی‌های دختر و پسر به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۷۱، ۰/۵۷ - بود. ضرایب همبستگی بین نمره‌های کل آزمودنی‌ها، آزمودنی‌های دختر و پسر در مقیاس خودشکوفایی با مقیاس سرسختی اهواز به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۶۵ و ۰/۴۵ بود. نتایج آزمون‌های همبستگی پیرسون بین نمره‌های آزمودنی‌ها در مقیاس اعتبارسازهای سرسختی و مقیاس سرسختی و مقیاس سرسختی اهواز نشان داد که ضرایب همبستگی از نظر آماری معنی‌دار هستند و این ضرایب‌ها به ترتیب برای کل آزمودنی‌ها، آزمودنی‌های دختر و پسر ۰/۵۱، ۰/۶۱ و ۰/۴۶ بودند. پایایی در پرسشنامه حاضر ۰/۷۸ با آلفای کرونباخ بدست آمد.

یافته ها

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیر در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

| متغیر | مرحله آزمون | درمان پذیرش و تعهد | | گروه کنترل | |
|-------------------|-------------|--------------------|--------------|------------|--------------|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| سرسختی روانشناختی | پیش‌آزمون | ۳۱/۸۶ | ۴/۱۴ | ۳۲/۶۸ | ۴/۷۸ |
| | پس‌آزمون | ۴۲/۳۵ | ۶/۵۳ | ۳۳/۶۸ | ۴/۲۳ |

در ادامه به گزارش پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب رگرسیون در گروه‌های پژوهش پرداخته شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش

| متغیر | مرحله آزمون | آموزش شناختی رفتاری | | گروه کنترل | |
|-------------------|-------------|---------------------|----------|-------------|----------|
| | | مقدار آماره | معناداری | مقدار آماره | معناداری |
| سرسختی روانشناختی | پیش‌آزمون | ۰/۲۱ | ۰/۸۷ | ۱/۶۱ | ۰/۱۳ |
| | پس‌آزمون | ۰/۶۵ | ۰/۵۷ | ۰/۶۵ | ۰/۵۳ |

اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهد توزیع داده‌ها در هر دو گروه پژوهش و در هر دو حالت یعنی پیش‌آزمون و پس‌آزمون نرمال بوده است ($P > 0.05$). لذا می‌توان از آزمون‌های پارامتریک جهت آزمون فرضیه‌های پژوهش استفاده کرد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت نمرات بین دو گروه در سرسختی روان شناختی

| متغیر | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معناداری | ضریب اتا |
|--------------------|--------------|---------------|------------|-----------------|-------|----------|----------|
| سرسختی روان شناختی | پیش‌آزمون | ۱۱۶۸/۶۵ | ۱ | ۱۱۶۸/۶۵ | ۹/۸۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۴ |
| | گروه | ۱۲۶۵/۱۲ | ۱ | ۱۲۶۵/۱۲ | ۱۸/۷۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۱ |
| | خطا | ۱۱۶۸/۶۸ | ۲۷ | ۴۳/۲۸ | | | |
| | کل | ۳۱۵۸/۵۵ | ۲۹ | | | | |

نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۳ نشان دهنده آن است که با کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون سرسختی روان شناختی معنادار است. به طوری که بعد از درمان پذیرش و تعهد، نمرات سرسختی روان شناختی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش معنادار داشته است.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه: درمان شناختی رفتاری بر سرسختی روانشناختی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بیش فعالی تاثیر دارد.

یافته‌ها نشان داد که میانگین نمرات سرسختی روانشناختی دانش‌آموزان در گروه درمان شناختی رفتاری در مرحله پس از آزمون نسبت به پیش‌آزمون و گروه کنترل معنی‌داری بوده است. بنابراین درمان شناختی رفتاری بر سرسختی روانشناختی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی تاثیر دارد.

تکنیک‌های شناختی به مراجعان یاد می‌دهد که افکار تکرایی و اضطرابی خود را شناسایی کنند و آنها را به طور عینی مورد آزمون قرار دهند. درمانگر سعی می‌کند که افراد را با اطلاعات جدیدی روبرو کند، که قبلاً آنها را نادیده گرفته است. این تکنیک‌ها به مراجعان کمک می‌کند که تفسیرها و برداشت‌های نادرست خود از رویدادهای محیطی را تعدیل و تصحیح کنند و دیدگاه‌های جدیدی را ایجاد کنند. مراجعان یاد می‌گیرند که پیچیدگی و ابهام ویژگی اکثر موقعیت‌های زندگی است، و بنابراین یاد می‌گیرند که این ابهام و عدم قطعیت را تحمل کنند و از لحاظ شناختی انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند. در نهایت مراجعان این دیدگاه‌های شناختی جدید را به عنوان پاسخ مقابله‌ای متفاوتی در برابر رویدادهای اضطراب‌زا بکار می‌برند. به عقیده نارایانان (۲۰۰۸) سخت‌رویی می‌تواند با افزایش مهارت‌های اجتماعی در فرد تقویت شود؛ مهارت‌هایی از قبیل برقراری ارتباط، مهارت رهبری، حل مسئله، مدیریت منابع، توانایی رفع موانعی که بر سر راه قرار دارند و توانایی برنامه‌ریزی می‌توانند میزان سخت‌رویی را در افراد افزایش دهند.

منابع

۱. پاینده، سیده فضیلت؛ اعتمادی، احمد؛ کرمی، ابوالفضل. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش سخت‌رویی بر سازگاری نوجوانان. مجله پژوهش‌های روان‌شناسی، ۱۲ (۴۵): ۱۱۵-۱۳۰.
۲. رجیبی، غلامرضا؛ شمعونی اهوازی، شهلا؛ امان الهی، عباس (۱۳۹۷). تاثیر درمان شناختی-رفتاری گروهی بر کاهش نشانه های افسردگی در دختران نوجوان، مطالعات روانشناسی تربیتی، ۱۵ (۲۹)، ۱۴۸-۱۲۵.
۳. عین‌آبادی، فرشته؛ احمدبرآبادی، حسین؛ حیدرنیا، احمد (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر بهزیستی روانشناختی دختران نوجوان بی سرپرست، هجدهمین همایش انجمن مشاوره ایران با عنوان مشاوره و حوزه سلامت.
۴. کویین، پاتریشیا و واسترن، جودیت ام (۱۹۹۵). بیش‌فعالی: کمک به کودکان و نوجوانان حواس پرت و بی‌قرار. ترجمه حمیدعلیزاده، (۱۳۸۵). تهران: انتشارات جوانه رشد.
۵. محمد اسماعیل، الهه (۱۳۸۴). درس‌نامه درمان شناختی- رفتاری کودکان مبتلا به نارسایی توجه / بیش‌فعالی. تهران: انتشارات دانژه.
۶. میردریکوند، فصل‌الله؛ رحیمی پور، طاهره؛ سلیمی، حسین. (۱۳۹۴). تأثیر رویکرد گروه درمانی معنوی بر میزان سخت‌رویی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر تهران. مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۶ (۱): ۹۷-۱۰۷.
7. Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65- 94.
8. Barkley, R.A. (2006). *Attention deficit /hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment (3rdEd).*New York : Gilford Press.
9. Bartone PT, Homish GG. Influence of hardiness, avoidance coping, and combat exposure on depression in returning war veterans: A moderated-mediatio study. *J Affect Disord.* 2020; 265: 511-8.
10. Borkovec, TD., Newman, MG., Castonguay, LG. (2013). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrations from interpersonal and experiential therapies. *CNS Spectr.* (8),382-389
11. Warda G, Bryant RA. (1998) Cognitive bias in acute stress disorder. *Behavior Research and Therapy*;36:1177-83.