

## اثربخشی آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان

تاریخ دریافت: ۹۲/۶/۵

تاریخ پذیرش: ۹۳/۲/۲

محمد نریمانی\*، محمد جواد بگیان کوله مرز\*\*، بتول احدی\*\*\*، عباس ابوالقاسمی\*\*\*\*

### چکیده

**مقدمه:** اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی با مشکلات زیادی همراه بوده و روش‌های درمانی متعددی برای درمان کودکان مبتلا به این اختلال ارائه شده است. بنابراین هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش گروهی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان بود.

**روش:** این پژوهش از نوع آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه شهرستان نورآباد (دلفان) در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ تشکیل می‌دهند. نمونه این پژوهش شامل ۴۰ نفر از دانش‌آموزان پسر دارای نشانه‌های نقص توجه/بیش‌فعالی بود که به وسیله مقیاس تشخیصی کوتاه اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی بزرگسالان کانرز و مصاحبه بالینی ساختاریافته از میان دانش‌آموزان به انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. گروه آزمایش، آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی را در ۱۲ جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه بالینی ساختاریافته، مقیاس تشخیصی کوتاه اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی بزرگسالان کانرز و مقیاس کیفیت زندگی استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها نیز از روش تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که آموزش گروهی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و بهبود کیفیت زندگی مؤثر است. تحلیل داده‌ها نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل، در نشانه‌های اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و کیفیت زندگی تفاوت معنادار وجود دارد.

**نتیجه‌گیری:** بنابر یافته‌های این مطالعه، آموزش مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیکی را می‌توان در کنار سایر روش‌های درمانی به عنوان روشی اثربخش برای کاهش نشانه‌های رفتاری اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و کیفیت زندگی در کودکان مبتلا به این اختلال به کار برد.

**واژه‌های کلیدی:** آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی، اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، کیفیت زندگی، دانش‌آموزان

پژوهش حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه محقق اردبیلی می‌باشد.

m\_narimani@uma.ac.ir

\* استاد، گروه روانشناسی عمومی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

javadbagiyan@yahoo.com

\*\* نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

b\_ahadi@uma.ac.ir

\*\*\* دانشیار، گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

abolghasemi1344@uma.ac.ir

\*\*\*\* استاد، گروه روانشناسی عمومی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

## مقدمه

اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی<sup>۱</sup> (ADHD) یکی از شایع‌ترین مشکلات کودکان و نوجوانان و علت مراجعه به روانپزشک و روانشناس است [۱]. و یک الگوی رفتاری است که علاوه بر دوره کودکی، در بزرگسالی هم ظاهر می‌شود و از نظر تکاملی با میزان نامتناسبی از عدم توجه، تکانشگری و پرتحرکی بروز می‌کند [۲]. تحقیقات در مورد شیوع اختلال ADHD نشان داده‌اند که این اختلال در ۴ تا ۱۰ درصد جمعیت کودکان شایع است [۳]. این اختلال می‌تواند از کودکی تا بزرگسالی تداوم داشته باشد و علائم و نقص‌های متعددی در حوزه‌های توجه، فعالیت و تکانشگری از خود به جا بگذارد [۴]. این اختلال با مشکلاتی در زمینه‌های مختلف آموزشی از جمله عملکرد تحصیلی، روابط خانوادگی و دوستانه ضعیف، سلامت روان پایین و سوء مصرف مواد مخدر در سنین پایین همراه است [۴]. پاری، لویس، ماتوسکا، رادزینسکی، سافی و لیپمن<sup>۲</sup> [۵] در پژوهش‌های جداگانه نشان داده‌اند که اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی بر موفقیت اجتماعی، تحصیلی و رشد عاطفی تأثیر منفی می‌گذارد. فارن و بیدرمن<sup>۳</sup> [۶] در پژوهشی سابقه‌ی شکست تحصیلی و مشکلات هیجانی از قبیل اضطراب و افسردگی را در نوجوانان دارای نشانه‌های نقص توجه/ بیش‌فعالی گزارش کردند. شواهد پژوهشی نیز حاکی از آن است که میزان افسردگی، اضطراب و روابط بین شخصی محدود از ویژگی دانش‌آموزان بیش‌فعال است [۸،۷].

از جمله متغیرهای که می‌تواند بر جنبه‌های گوناگون زندگی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی تأثیر گذار باشد، کیفیت زندگی<sup>۴</sup> 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 [۹]. با توجه به این که کیفیت

زندگی بحثی کمی نیست و می‌تواند برای افراد گوناگون تعاریف و تعابیر مختلفی داشته باشد، سازمان جهانی بهداشت<sup>۵</sup>، کیفیت زندگی را مفهومی چند بعدی می‌داند و آن را درک هر فرد از زندگی، ارزش‌ها، اهداف، استانداردها و علائق فردی تعریف کرده است. احساس امنیت، تعارض‌های هیجانی، عقاید شخصی، اهداف و میزان تحمل ناکامی‌ها، همگی در تعیین نوع درک فرد از خود (احساس خوب بودن یا احساس ناخوشی) تأثیر دارند [۱۰].

یکی از رایج‌ترین روشهای درمانی که می‌تواند در حوزه اختلالات رفتاری کودکان دارای کاربردهای وسیعی باشد و تا کنون مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است، رفتاردرمانی دیالکتیکی<sup>۶</sup> (DBT) است. رفتاردرمانی دیالکتیکی رویکردی شناختی- رفتاری است که ابتدا برای درمان اختلال شخصیت مرزی<sup>۷</sup> (BPD) ابداع شد. این رویکرد، مداخلات مربوط به درمانهای شناختی، رفتاری و حمایتی را که مبتنی بر اصل تغییر می‌باشد با آموزه‌ها و فنون فلسفه‌ی شرقی ذن که مبتنی بر اصل پذیرش می‌باشند درآمیخته و بر این اساس چهار مؤلفه‌ی مداخله‌ای را در شیوه‌ی درمان گروهی خود مطرح می‌کند [۱۱]. در این درمان هوشیاری فراگیر بنیادین و تحمل رنج و پریشانی به عنوان مؤلفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی به عنوان مؤلفه‌های تغییر در رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌باشند، لینهان<sup>۸</sup> چهار حوزه‌ی یاد شده را حوزه‌های ناکارآمدی در اختلال شخصیت مرزی می‌داند [۱۲]. از این رو لینهان، بر این باور استوار است که ارائه‌ی یک برنامه‌ی درمانی که ناکارآمدی را در این حوزه‌ها هدف قرار دهد، منجر به بهبودی نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی می‌گردد [۱۳]. در واقع جهت‌گیری نظری رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیکی، آمیزه‌ای از این سه دیدگاه نظری، علوم رفتاری، فلسفه‌ی دیالکتیکی، و تمرین ذن<sup>۹</sup> است [۱۱]. رفتاردرمانی دیالکتیکی رویکردی است که پذیرش و همدلی مراجع محور را با حل مسأله‌ی شناختی- رفتاری و آموزش مهارت‌های اجتماعی ترکیب می‌کند [۱۴]. از سوی دیگر،

5 - World Health Organization (WHO)

6 - Dialectical Behavior Therapy

7 - Borderline Personality Disorder

8 - Linehan

9 - Zen practice

1 - attention deficit / hyperactivity disorder

2 - Pary, Lewis, Matuschka, Rudzinskiy, Safi &amp; Lippmann

3 - Faraone &amp; Biederman

4 - Quality of Life

شناخت اجتماعی و بهبود روابط با همسالان مؤثر است. سولر، پاسکال، براچینا، آوارز و پرز<sup>۵</sup> نیز [۲۱،۲۰] در پژوهشهای جداگانه‌ای نشان داده‌اند که رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش رفتارهای تکانه‌ای و بهبود کیفیت زندگی مؤثر است. بن پوراث<sup>۶</sup> در مطالعه‌ای به این نتیجه رسید که استفاده از مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی برای دانش آموزان دارای بدتنظیمی عاطفی، منجر به افزایش مدیریت هیجانات منفی آنها می‌شود [۲۲]. همچنین نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر اختلال روان تنی مانند اختلالات درد<sup>۷</sup> [۲۳]، شراخواری [۲۴]، پراشتهایی و بی‌اشتهایی عصبی<sup>۸</sup> [۲۵]، اختلالات خلقی<sup>۹</sup> [۲۶]، وسواس کندن مو<sup>۱۰</sup> [۲۷]، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)<sup>۱۱</sup> و دانش آموزان آزار دیده مؤثر می‌باشد [۲۸].

در مجموع نتایج پژوهشها حاکی از اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و مهارت آموزی گروهی آن در کاهش تکانشگری، خودآسیبی، تنظیم هیجان و بهبود بخشیدن به تعدادی از مسائل خلقی و هیجانی، نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بی‌ثباتی عاطفی، کیفیت زندگی و تحریک پذیری است [۳۰،۲۹،۱۳]. بنابراین با توجه به تأثیر منفی این اختلال بر کیفیت زندگی [۳۱] و روابط بین فردی و هیجانی افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی [۳۲]، آگاهی از ویژگی این تغییرات رفتاری و بهره‌گیری از مداخلات روانشناختی مناسب، می‌تواند از بروز رفتارهای بدون برنامه و تکانشی افراد مبتلا به این اختلال جلوگیری کرد؛ کیفیت زندگی آنها را بهبود بخشید. و تغییرات قابل ملاحظه‌ای در شیوه توان‌بخشی این افراد ایجاد کرد. همچنین وجود شواهد قوی از اثربخشی این مداخله روانشناختی، پیشنهاد مطالعات قبلی به انجام بررسی بیشتر و معضلات روان‌درمانی‌های موجود در درمان اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی بر ضرورت این مطالعه می‌افزاید. از سوی دیگر عدم بررسی این مدل درمانی در افراد مبتلا به

دو مسأله باعث شده که در سال‌های اخیر، رفتاردرمانی دیالکتیکی علاوه بر اختلال شخصیت مرزی، در دامنه‌ی نسبتاً متنوعی از سایر اختلالات نیز مورد کاربرد قرار گیرد [۱۵]. نخست اینکه پیچیدگی و تنوع مشکلات در میان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، باعث می‌شود که دیالکتیک درمانی به عنوان درمانی مؤثر برای این جمعیت، دارای راهبردهایی برای ارزیابی و درمان شمار زیادی از مشکلات، به شیوه نظام‌مند باشد [۱۵]. و دیگر این که برنامه‌ی درمانی دیالکتیکی به صورت یک برنامه‌ی درمانی کاملاً ساختار یافته ارائه شده که کاربرد آن را برای درمانگران ساده‌تر می‌سازد [۱۵]. هر چند مطالعاتی که به طور مستقیم در مورد اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی (ADHD) پرداخته‌اند، کم است ولی هسلینجر، تی بارتز، نی برگ، ریچتر، برنیر و همکاران<sup>۱</sup> [۱۶] در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی که در دوره آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی شرکت کرده بودند، نسبت به همسالان خود در گروه کنترل، بعد از دریافت آموزش از بیش‌فعالی، تکانشوری و نقص توجه پایین‌تری برخوردار بودند. نلسون-گری، کین، هارست، میچل، چوک و همکاران<sup>۲</sup> [۱۷] در پژوهشی با اجرای برنامه ۱۶ هفته‌ای رفتاردرمانی دیالکتیکی بر روی نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله-ای، به این نتیجه رسیدند که این درمان نه تنها در کاهش رفتارهای منفی، بلکه در افزایش رفتارهای مثبت، مؤثر بوده است. ساخودوسکی، سولومن و پرین<sup>۳</sup> [۱۸] در پژوهشی نشان دادند که آموزش راهبردهای شناختی-رفتاری موجب کاهش پرخاشگری، رفتار ایذایی و کنترل خشم پسران مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی می‌شود. یافته‌های پژوهشی دال نیک، اسمیت، برانک و پنفلد<sup>۴</sup> [۱۹] نیز نشان دهنده این است که به کارگیری راهبردهای رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش بیش‌فعالی، تکانشگری، پرخاشگری/ آشوب و نیرومند ساختن رفتارهای اجتماع پسند و افزایش

5 - Soler, Pascuala, Barrachina, Alvarez &amp; Perez

6 - Ben-Porath

7 - pain disorder

8 - bulimia nervosa &amp; anorexia nervosa

9 - mood disorders

10 - trichotillomania

11 - Posttraumatic Stress disorder

1 - Hesslinger, Tebartz van Elst, Nyberg, Dykierik, Richter &amp; Berner et al

2 - Nelson-Gray, Keane, Hurest, Mitchell,

Warburton &amp; Chok

3 - Sukhodolsky, Solomon &amp; Perine

4 - Dallnic, Smith, Brank &amp; Penfield

۸۵؛ عدم دریافت دارو در زمان تشخیص و در طول دوره‌ی پژوهش؛ ب- ملاکهای خروج مشتمل بر داشتن اختلالات همراه شدید، همچون اختلال نافرمانی مقابله‌ای<sup>۳</sup> (ODD)، اختلال سلوک<sup>۴</sup>، اختلالات یادگیری<sup>۵</sup> و افسردگی؛ داشتن بهره هوشی پایین‌تر از ۸۵؛ داشتن نوعی بیماری پزشکی که فرد را وادار به جستجوی فوری درمان سازد.

### ابزار

۱- مصاحبه بالینی ساختار یافته: نوعی مصاحبه تشخیصی که در آن درمانگر سؤالاتی را طراحی می‌کند تا او را به هدف درمانی نزدیک کند. در این نوع مصاحبه برخلاف مصاحبه غیر ساختاری، موضوعات مورد بحث طبق برنامه از پیش تنظیم شده‌ای ارائه می‌شود و مصاحبه‌کننده به چگونگی بحث جهت می‌دهد [۳۴]. در این پژوهش به منظور تشخیص وجود نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی/کم-توجهی، مصاحبه تشخیصی ساختاریافته براساس معیارهای DSM-IV-TR به دست پژوهشگران از دانش‌آموزان انجام شد.

۲- مقیاس تشخیصی کوتاه اختلال بیش‌فعالی/کم توجهی بزرگسالان کانرز (CAARSS:S): این مقیاس به صورت خودگزارشی است که توسط کانرز، ارهاد و اسپارو<sup>۶</sup> [۳۵] ساخته شده است. این مقیاس ۲۶ ماده صفر تا ۳ امتیازی دارد. نمرات خام این مقیاس با استفاده از جدول هنجاری مناسب، به نمرات T تبدیل می‌شود (نمرات T در این مقیاس دارای میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰ می‌باشد). نمرات T بالای ۶۵ به لحاظ بالینی معنی‌دار هستند و نمرات T بالای ۸۰ علاوه بر آنکه شدت مشکلات و آسیب شناسی آن حوزه را نشان می‌دهند، احتمال بدنمایی یا اغراق در علائم را نیز مطرح می‌کنند [۳۵]. این پرسشنامه هنوز در ایران هنجاریابی نشده است. اما صادقی موحد، مولوی، صمدزاده، شهبازادگان و عسگری مقدم [۳۶] در بررسی مقدماتی روی ۵۸۲ نفر، پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ به دست آورده‌اند و روایی محتوایی آن را سه نفر فوق تخصص کودکان تأیید کرده‌اند. سازندگان پرسشنامه، پایایی آن را از ۰/۸۵ تا ۰/۹۵ و اعتبار آن را

اختلالات رفتاری از جمله اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در ایران، خلاء دیگری است که با این مطالعه پر خواهد شد و نتیجه چنین مطالعه‌ای به عنوان مبنایی مقدماتی برای بررسی‌های بیشتر و نیز طراحی مداخلات متناسب جهت بهبود کیفیت زندگی این افراد خواهد بود. بنابراین هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان بود.

### روش

**طرح پژوهش:** این پژوهش به شیوه‌ی نیمه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. اثربخشی یک متغیر مستقل یعنی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر متغیرهای وابسته یعنی نقص توجه، بیش‌فعالی، تکانشگری، تصور از خود و کیفیت زندگی (مؤلفه سلامت جسمی و روانی اجتماعی) مورد بررسی قرار گرفته است.

**آزمودنی‌ها:** جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه شهرستان نورآباد (دلفان) در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ تشکیل می‌دهند. نمونه‌ی پژوهش ۴۰ نفر از دانش‌آموز پسر دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بود که از میان دانش‌آموزانی که نمره‌ی بالا در مقیاس درجه بندی اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی بزرگسالان کانرز (CAARSS:S)<sup>۱</sup> گرفته بودند و همچنین با استفاده از مصاحبه بالینی ساختار یافته انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند در مورد انتخاب نمونه باید اشاره کرد که در روش آزمایشی باید هر زیر گروه حداقل ۱۵ نفر باشد و برای اینکه نمونه انتخاب شده نماینده واقعی جامعه باشد و پژوهش اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد، تعداد نمونه ۴۰ نفر (۲۰ نفر برای هر گروه) در نظر گرفته شد [۳۳]. همچنین با به کارگیری ملاکهای ورود و خروج زیر، معیار<sup>۲</sup> همگونی آزمودنی‌ها رعایت گردید: الف- ملاکهای ورود، مشتمل بر دریافت تشخیص اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی براساس مصاحبه بالینی و مقیاس درجه بندی اختلال بیش‌فعالی/کم توجهی؛ داشتن سن بین ۱۵ تا ۱۹ سال؛ داشتن بهره هوشی بالاتر از

3 - Oppositional defiant disorder

4 - conduct disorder

5 - learning disability

6 - Erhardt & Sparrow

1 - Conner's Adult ADHD Rating Scale- Self report form & Subscale

2 - benchmark

در گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. ضمن توجه به آزمودنی‌ها و بیان اهداف پژوهش، از دانش‌آموزان درخواست شد تا در طول دوره‌ی درمان این اختلال شرکت کنند. قبل از شروع روش آموزشی، هر دو گروه مورد مطالعه تحت پیش‌آزمون قرار گرفتند و از آنها درخواست شد تا پرسشنامه‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود تکمیل نمایند و تا حد امکان سؤالی را بدون جواب نگذارند. گروه آزمایش به دو گروه ۱۰ نفری تقسیم شدند تا امکان کنترل آنها در جلسات آموزشی مهیا شود. علاوه بر این برای کنترل بهتر این کودکان از دو نفر دستیار استفاده شد؛ سپس هر یک از این دو گروه آزمایش تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی قرار گرفتند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند (گروه گواه در طول مدت اجرای مداخله‌ی درمانی صرفاً آموزش معمول کلاسی را دریافت کردند). مدت جلسات درمانی شامل ۱۲ جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ای بود و به صورت گروهی و در هفته یکبار در محلی که آموزش و پرورش تعیین کرده بود، اجرا می‌گردید. در طی این جلسات و دو هفته بعد از اتمام آموزش از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و سپس داده‌های جمع‌آوری شده با آزمون تحلیل واریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در ضمن اطمینان دهی در مورد محرمانه‌ماندن اطلاعات و آماده ساختن دانش‌آموزان از لحاظ روحی و روانی برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی رعایت شده این پژوهش بود.

برنامه‌ی رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) در جلسه‌های گروهی: رفتاردرمانی دیالکتیکی عمدتاً روانی-آموزشی است و بر اکتساب مهارت‌های رفتاری تأکید دارد. راهبردهای دیالکتیکی در کل درمان جاری است. سه نوع راهبرد دیالکتیکی وجود دارد. اولین در مورد این است که درمانگر چگونه تعاملات درون روابط درمان را پی‌ریزی می‌کند؛ دومی شامل این است که چگونه درمانگر رفتارهای ماهرانه را معین می‌کند و سومی شامل راهبردهای معینی است که در طول درمان استفاده می‌شود.

۰/۳۷ گزارش کرده‌اند [۳۵]. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۱ به دست آمد. ۳- مقیاس کیفیت زندگی (SF-36):<sup>۱</sup> این پرسشنامه برای ادراک افراد از سلامتی خود ابزاری مناسب است. این پرسشنامه ۳۶ سؤال را شامل می‌شود، که هشت خرده‌مقیاس مرتبط با سلامت را می‌سنجد: عملکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، نقش هیجانی، سلامت عمومی، سرزندگی و سلامت روان. گذشته از این، SF-۳۶ دو سنجش کلی را نیز از کارکرد فراهم می‌آورد: نمره کلی مؤلفه سلامت فیزیکی<sup>۲</sup> (PCS) که آن نیز بعد فیزیکی سلامت را مورد سنجش قرار می‌دهد و نمره کلی مؤلفه روانی-اجتماعی<sup>۳</sup> (MCS) که این مورد هم بعد روانی اجتماعی سلامت را ارزشیابی می‌نماید. نمره آزمودنی در هر یک از این قلمروها بین صفر تا ۱۰۰ متغیر است و نمره بالاتر به منزله کیفیت زندگی بهتر است. پژوهش‌ها درباره کیفیت زندگی نشان می‌دهد که این پرسشنامه روایی و اعتبار بالایی دارد [۳۸، ۳۷]. روایی و اعتبار پرسشنامه (SF-۳۶) را برای اولین بار در ایران منتظری و همکاران [۳۹] در ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا ارزیابی کردند، که بیشتر آنها متأهل بودند. ضریب پایایی در هشت بعد از ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ (به غیر از ۰/۶۵ برای بعد سرزندگی) بود. در مجموع یافته‌ها نشان داد که نسخه ایرانی این پرسشنامه، با روایی و اعتبار بالا برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بین جمعیت عمومی، ابزاری مناسب است [۳۹].

**روند اجرای پژوهش:** بعد از هماهنگی و کسب مجوز از آموزش و پرورش شهرستان نورآباد (دلفان)، با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش، با آگاه‌سازی والدین و مربیان و کسب اجازه از آنها، رضایت دانش‌آموزان برای شرکت در این پژوهش جلب شد. سپس دانش‌آموزان، مقیاس کوتاه اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی بزرگسالان کانرز را تکمیل کردند و آزمودنی‌های دارای نمره‌ی بالا (دو انحراف معیار بالاتر از میانگین) در این پرسشنامه شناسایی و مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند. سپس دانش‌آموزان دارای نشانه‌های نقص توجه/ بیش‌فعالی به صورت تصادفی

1 - The Short Form Health Survey (SF-36)

2 - Physical health

3 - Psychosocial

## جدول (۱) محتوای جلسات گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی متناسب با دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی

جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی	محتوای جلسات
جلسه اول	توضیحات مقدماتی، مفهوم سازی مشکل، آماده سازی دانش‌آموزان و اجرای پیش‌آزمون و آموزش مهارت‌های پرت کردن حواس، بستن قرارداد برای کاهش رفتارهای خود تخریبی و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی.
جلسه دوم و سوم	آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به دانش‌آموزان در مورد این که چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند و چطور کار می‌کنند.
جلسه چهارم	بررسی افکار و احساسات و توضیح و شناساندن پاسخهای مقابله‌ای که درونی و یا بیرونی هستند؛ با همکاری دانش‌آموزان افکار و احساساتی که منجر به خود تخریبی یا رفتارهای تکانشی ناسازگار می‌شود، بررسی می‌شود؛ در تکالیف خانگی از دانش‌آموزان خواسته می‌شود که تمام افکار و احساساتی که منجر به ناسازگاری در آنها می‌شوند را یادداشت کنند.
جلسه پنجم	آموزش تحمل پریشانی (مهارت‌های پایداری در بحران‌ها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده از حواس شش گانه و تمرین ذهن آگاهی).
جلسه ششم	به دانش‌آموزان کمک می‌شود تا کنترل رفتارهای تکانه‌ای خود را تمرین کنند و بازخوردهایی را تهیه کنند تا به یک سطح منطقی از تسلط و کنترل بر خود برسند؛ مثلاً به دانش‌آموزان یاد داده می‌شود پاسخ‌های درونی، افکاری هستند که با تکانه‌ها ناسازگارند. برای مثال گفتن این جمله با خود که: این واقعاً مسخره است، من به جای خشمگین شدن لبخند خواهم زد. (تمرین و بازخورد).
جلسه هفتم	کاهش آسیب پذیری بدنی پر خوری و کم خوری، مواد مخدر، الکل، ورزش، بیماری و درد بدنی، بهداشت خواب، تنش و فشار بدنی، شناسایی رفتارهای خودتخریبی، نظارت بر خود بدون قضاوت، کاهش آسیب پذیری شناختی و افزایش هیجان‌های مثبت.
جلسه هشتم و نهم	آموزش تنظیم هیجان (اهداف آموزش تنظیم هیجان، دانستن اینکه چرا هیجان‌ها مهم هستند، تشخیص هیجان، کاهش آسیب پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجان مثبت)، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه اخیر.
جلسه دهم و یازدهم	افزایش کارآمدی بین فردی (حفظ و تداوم سلامت روابط خویشاوندی، علاقمندی و غیره)؛ آموزش مهارت‌های فردی مهم (توصیف و بیان کردن، ابراز وجود و جرأت داشتن، اعتماد آشکار، مذاکره کردن و عزت نفس).
جلسه دوازدهم	جمع‌بندی، تمرین و مرور جلسات قبلی و سپس اجرای پس‌آزمون.

## یافته‌ها

بر اساس جدول ۲ میانگین (و انحراف) معیار سنی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی در دو گروه آزمایش و کنترل به ترتیب برابر با ۱۶ (و ۱/۳۳) و ۱۶/۴۴ (و ۱/۵۲) بود. در گروه آزمایش ۲۵ درصد (۵ نفر) فرزند اول، ۴۰ درصد (۸ نفر) فرزند دوم، ۲۰ درصد (۴ نفر) فرزند سوم و ۱۵ درصد (۳ نفر) فرزند چهارم و بالاتر بودند. همچنین در گروه کنترل ۳۰ درصد (۶ نفر) فرزند اول، ۳۵ درصد (۷ نفر) فرزند دوم، ۲۵ درصد (۵ نفر) فرزند سوم و ۱۰ درصد (۲ نفر) فرزند چهارم و بالاتر بودند.

موقعیت درمان دیالکتیکی تلفیق دائمی پذیرش با تغییر، انعطاف‌پذیری با پایداری، تربیت (پرورش) با به چالش طلبیدن و تمرکز روی ظرفیت‌ها با نقایص می‌باشد. رفتاردرمانی دیالکتیکی بر مبنای کار لینهان و دیمف<sup>۱</sup> [۱۱] و توسط سالباچ-آندره و همکاران<sup>۲</sup> [۴۰] برای یک دوره ۳ ماهه (۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) برنامه ریزی شده بود. دانش‌آموزان هفته‌ای یک بار به صورت گروهی برنامه رفتاردرمانی دیالکتیکی را طبق محتوای جدول ۱ دریافت می‌کردند.

1 - Linehan &amp; Deimof

2 - Salbach-Andrae, Bohnkamp, Pfeiffer &amp; Lehmkuhl

جدول ۲) آماره‌های توصیفی ترتیب تولد در گروه‌های

نمونه

موقعیت	آزمایش				کنترل	
	ترتیب تولد					
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
فرزند اول	۵	۲۵	۶	۳۰		
دوم	۸	۴۰	۷	۳۵		
سوم	۴	۲۰	۵	۲۵		
چهارم و بالاتر	۳	۱۵	۲	۱۰		
کل	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰		

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود در گروه آزمایش ۴۰ درصد (۸ نفر) پدران دارای تحصیلات سیکل، ۲۵ درصد (۵ نفر) دارای تحصیلات دیپلم، ۲۰ درصد (۴ نفر) دارای تحصیلات فوق دیپلم و ۱۵ درصد (۳ نفر) از پدران نیز دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر بودند. همچنین در گروه آزمایش ۵۰ درصد (۱۰ نفر) از مادران دارای تحصیلات سیکل، ۳۵ درصد (۷ نفر) دارای تحصیلات دیپلم، ۱۵ درصد (۳ نفر) دارای تحصیلات فوق دیپلم بودند. همچنین در گروه کنترل ۴۵ درصد (۹ نفر) از پدران دارای تحصیلات سیکل، ۴۰ درصد (۸ نفر) دارای تحصیلات دیپلم، ۱۰ درصد (۲ نفر) دارای تحصیلات فوق دیپلم و ۵ درصد (۱ نفر) از پدران گروه کنترل دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر بودند. از بین مادران گروه کنترل ۶۰ درصد (۱۲ نفر)

دارای تحصیلات سیکل، ۳۰ درصد (۶ نفر) دارای تحصیلات دیپلم و ۱۰ درصد (۲ نفر) از مادران نیز دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر بودند.

همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پیش‌آزمون نقص توجه/ بیش-فعالی در دانش‌آموزان گروه آزمایش ۷۵/۶۸ (و ۳/۲۸) و گروه کنترل ۷۶/۱۶ (و ۲/۴۷) می‌باشد. همچنین میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پس‌آزمون نقص توجه/ بیش‌فعالی در دانش‌آموزان گروه آزمایش ۴۵/۲۶ (و ۱/۹۱) و گروه کنترل ۷۳/۵ (و ۴/۴۴) می‌باشد. همچنین میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پیش‌آزمون بعد سلامت فیزیکی در دانش‌آموزان گروه آزمایش ۴۲/۰۸ (و ۸/۳۳) و گروه کنترل ۳۸/۱۵ (و ۷/۰۱) می‌باشد. و نمره کلی پس‌آزمون دانش‌آموزان گروه آزمایش در بعد سلامت فیزیکی ۵۹/۱۹ (و ۷/۶۳) و نمره دانش‌آموزان گروه کنترل ۳۹/۳۷ (و ۷/۱۲) می‌باشد. همچنین میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پیش‌آزمون بعد روانی اجتماعی در دانش‌آموزان گروه آزمایش ۴۵/۸۷ (و ۹/۴۰) و گروه کنترل ۳۷/۴۵ (و ۸/۰۳) و نمره کلی پس‌آزمون دانش‌آموزان گروه آزمایش در بعد روانی اجتماعی ۷۰/۰۲ (و ۸/۵۶) و دانش‌آموزان گروه کنترل ۳۸/۵۵ (و ۶/۱۵) می‌باشد.

جدول ۳) آماره‌های توصیفی سطح تحصیلات والدین در گروه‌های مورد مطالعه

موقعیت	سطح تحصیلات والدین دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی (ADHD)							
	آزمایش				کنترل			
	پدران		مادران		پدران		مادران	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سیکل	۸	۴۰	۱۰	۵۰	۹	۴۵	۱۲	۶۰
دیپلم	۵	۲۵	۷	۳۵	۸	۴۰	۶	۳۰
فوق دیپلم	۴	۲۰	۳	۱۵	۲	۱۰	-	-
لیسانس و بالاتر	۳	۱۵	-	-	۱	۵	۲	۱۰
کل	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰

جدول ۴) میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های ADHD و کیفیت زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	مؤلفه	آزمایش				کنترل			
		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
نقص توجه/ بیش-ADHD فعالی	کم توجهی	۰/۸۸۵	۱۸/۳۱	۱/۰۶۵	۱۲/۶۳	۱/۲۸	۱۷/۶۱	۲/۰۵	۱۶/۷۲
	بیش‌فعال	۰/۸۰۵	۱۹/۲۶	۱/۴۹	۱۳/۶۸	۰/۷۰۷	۱۹/۵	۴/۱۶	۱۸/۷۷
	تکانشوری	۱/۸۶	۱۷/۳۶	۱/۴۹	۱۰/۳۱	۱/۶۱	۱۷/۵	۱/۷۷	۱۶/۷۷
	تصور از خود	۲/۲۶	۱۴/۳۱	۱/۲۶	۱۸/۵۷	۱/۸۵	۱۳/۱۶	۱/۵۷	۱۲/۶۱
	کل	۳/۲۸	۷۵/۶۸	۱/۹۱	۴۵/۲۶	۲/۴۷	۷۶/۱۶	۴/۴۴	۷۳/۵
بعد سلامت فیزیکی (PCS)	عملکرد جسمانی	۳/۵۴	۱۲/۷۳	۳/۱۷	۲۰/۷۳	۲/۸۹	۱۴/۶۶	۲/۵۴	۱۷
	کارکردن نقش جسمی	۱/۹۴	۷/۳۱	۱/۶۴	۱۲/۴۷	۱/۸۰	۸/۲۲	۱/۶۸	۶/۵۵
	درد بدنی	۱/۵۵	۷/۷۳	۱/۸۸	۳/۸۹	۱/۶۷	۵/۱۱	۱/۴۹	۵/۷۲
	سلامت عمومی	۳/۸۱	۱۴/۳۱	۲/۸۵	۲۲/۱۰	۲/۹۵	۱۰/۱۶	۲/۵۳	۱۰/۱
	کل	۸/۳۳	۴۲/۰۸	۷/۶۳	۵۹/۱۹	۷/۰۱	۳۸/۱۵	۷/۱۲	۳۹/۳۷
بعد روانی اجتماعی (MCS)	سرزندگی	۳/۳۳	۱۳/۱۰	۲/۷۹	۱۸/۵۲	۲/۷۲	۱۱/۵۲	۲/۹۶	۹/۷۲
	عملکرد اجتماعی	۱/۴۴	۱۰/۷۳	۱/۳۸	۱۵/۵۳	۱/۳۰	۸/۰۵	۱/۲۹	۹/۵۵
	نقش هیجانی	۲/۰۵	۹/۸۹	۱۶/۸۴	۲/۴۰	۲/۱۰	۷/۷۲	۱/۳۸	۸/۱۷
	سلامت روان	۳/۷۶	۱۲/۱۵	۱۹/۱۳	۳/۵۰	۳/۷۴	۱۱/۱۶	۲/۸۴	۱۱/۱۱
	کل	۹/۴۰	۴۵/۸۷	۷/۰۲	۳۷/۴۵	۸/۰۳۳	۳۷/۴۵	۶/۱۵	۳۸/۵۵

جدول ۵) نتایج آزمون باکس و لون در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در نمرات مؤلفه‌های نقص توجه/

## بیش‌فعال و کیفیت زندگی در گروه‌های مورد مطالعه

P	F	DF2	DF1	Box's M
۰/۱۱۸	۱/۲۶۷	۳/۸۱۴	۹۱	۷/۱۲۴
لون				
P	F	DF2	DF1	Levene's
۰/۲۱۴	۰/۹۶۹	۳۵	۱	کم توجهی
۰/۴۵۶	۰/۶۱۹	۳۵	۱	بیش‌فعال
۰/۳۸۷	۰/۷۶۹	۳۵	۱	تکانشوری
۰/۴۸۷	۰/۴۹۳	۳۵	۱	تصور از خود
۰/۷۳۳	۰/۱۱۸	۳۵	۱	نقص توجه/ بیش‌فعال کل
۰/۶۳۱	۰/۱۴۵	۳۵	۱	عملکرد جسمانی
۰/۷۹۵	۰/۰۶۹	۳۵	۱	کارکردن نقش جسمی
۰/۲۱۳	۰/۴۸۹	۳۵	۱	درد بدنی
۰/۴۰۵	۰/۷۱۱	۳۵	۱	سلامت عمومی
۰/۳۱۹	۰/۹۱۸	۳۵	۱	سرزندگی
۰/۲۱۶	۱/۱۰۳	۳۵	۱	عملکرد اجتماعی
۰/۴۸۶	۰/۷۴۲	۳۵	۱	نقش هیجانی
۰/۱۲۹	۰/۳۶۱	۳۵	۱	سلامت روانی

لوین استفاده شد. براساس آزمون باکس که برای هیچ یک از متغیرها معنی دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیری جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمونهای باکس و



واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است ( $P=0/118$ )، معنی‌داری آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است.

جدول ۶) اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA)

موقعیت	آزمون	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	P	ES
مدل	اثر پیلایی	۰/۹۸۸	۱/۴۳۲	۱۳/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	$P \leq 0/001$	۰/۹۸۸
	لامبدای ویکلز	۰/۰۱۲	۱/۴۳۲	۱۳/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	$P \leq 0/001$	۰/۹۸۸
	اثر هوتلینگ	۸۰/۹۵۱	۱/۴۳۲	۱۳/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	$P \leq 0/001$	۰/۹۸۸
	بزرگترین ریشه روی	۸۰/۹۵۱	۱/۴۳۲	۱۳/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	$P \leq 0/001$	۰/۹۸۸
گروه	اثر پیلایی	۰/۹۶۴	۴۷/۲۵۷	۱۳/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	$P \leq 0/001$	۰/۹۶۴
	لامبدای ویکلز	۰/۰۳۶	۴۷/۲۵۷	۱۳/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	$P \leq 0/001$	۰/۹۶۴
	اثر هوتلینگ	۲۶/۷۱۰	۴۷/۲۵۷	۱۳/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	$P \leq 0/001$	۰/۹۶۴
	بزرگترین ریشه روی	۲۶/۷۱۰	۴۷/۲۵۷	۱۳/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	$P \leq 0/001$	۰/۹۶۴

تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر این فرضیه که آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان می‌شود در سطح معنی‌داری  $P < 0/001$  تأیید می‌شود.

نتایج آزمون لامبدای ویکلز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب مؤلفه‌های نقص توجه/بیش‌فعالی کیفیت زندگی معنی‌دار می‌باشد ( $P \leq 0/001$ ،  $F(13, 23) = 47/257$ , Wilks). آزمون فوق قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری (مانووا) را مجاز شمرد. نتایج نشان داد که حداقل بین یکی از متغیرهای مورد بررسی در بین دو گروه مورد بررسی

جدول ۷) نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) برای مقایسه تفاضل پیش‌آزمون - پس‌آزمون نمرات مؤلفه‌های ADHD و کیفیت زندگی در دو گروه آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه گواه

متغیر	مؤلفه	SS	dF			P	ES
			گروه	خطا	کل		
ADHD	کم توجهی	۷۱۵/۰۳۶	۱	۳۵	۳۷	$P \leq 0/001$	۰/۸۳۸
	بیش‌فعالی	۳۱۷/۰۵۵	۱	۳۵	۳۷	$P \leq 0/001$	۰/۵۲۶
	تکانشوری	۳۷۰/۴۱۴	۱	۳۵	۳۷	$P \leq 0/001$	۰/۶۴۹
	تصور از خود	۴۷۶/۶۸۲	۱	۳۵	۳۷	$P \leq 0/001$	۰/۶۸۴
	نقص توجه/بیش‌فعالی کل	۱۳۱۷۵/۲۶۰	۱	۳۵	۳۷	$P \leq 0/001$	۰/۸۹۵
کیفیت زندگی	عملکرد جسمانی	۶۵/۷۳۰	۱	۳۵	۳۷	$P \leq 0/001$	۰/۱۲۹۱
	کارکرد نقش جسمی	۷۳/۷۴۴	۱	۳۵	۳۷	$P \leq 0/001$	۰/۴۴۴
	درد بدنی	۴۶/۰۰۷	۱	۳۵	۳۷	$P \leq 0/001$	۰/۵۶۹
	سلامت عمومی	۱۴۰/۶۳۲	۱	۳۵	۳۷	$P \leq 0/001$	۰/۲۷۱
	سرزندگی	۲۴۹/۸۲۵	۱	۳۵	۳۷	$P \leq 0/001$	۰/۶۹۱
	عملکرد اجتماعی	۴۸/۴۵۰	۱	۳۵	۳۷	$P \leq 0/001$	۰/۳۸۴
	نقش هیجانی	۱۱۳/۴۱۹	۱	۳۵	۳۷	$P \leq 0/001$	۰/۵۳۸
	سلامت روانی	۴۴۶/۵۰۹	۱	۳۵	۳۷	$P \leq 0/001$	۰/۵۲۰

با  $(F(1, 35) = 38/768, P < 0/001)$ ، تکانشوری

با  $(F(1, 35) = 64/642, P < 0/001)$ ، تصور از خود

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد بین میانگین نمرات کم‌توجهی

با  $(F(1, 35) = 181/504, P < 0/001)$ ، بیش‌فعالی

زبانی، افسردگی، و پردازش اطلاعات اجتماعی دیده می‌شود؛ برای مثال حدود ۵۵ درصد از کودکان مبتلا به اختلالات نقص توجه / بیش‌فعالی، ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های سلوک، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و ناتوانی‌های یادگیری را نیز دارند. یعنی اگر یک کودک مهارت‌های زبانی، شناختی و ارتباطی لازم برای نامگذاری و مقوله بندی هیجانها و یا ارتباط با دیگران را نداشته باشد، با مشکلاتی در تحمل ناکامی و مهارت‌های حل مسأله، مواجه خواهد شد [۴۲]. بنابراین فقدان این توانمندی‌ها، به سبک شناختی سوگیرانه منتهی می‌شود و به نوبه‌ی خود رفتار سوء و غیرمسئولانه را گسترش می‌دهد. از سوی دیگر رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی با آموزش مهارت‌های چون تحمل ناکامی، مهارت‌های بین فردی و تنظیم هیجانی و تلفیق این سه رویکرد با همدلی مراجع محور و حل مسأله شناختی- رفتاری سبب افزایش انعطاف پذیری و ارائه‌ی راه حل‌های جدید و تعدیل آثار شرایط ناراحت کننده به فرد در کنار آمدن بهتر با وقایع دردناک، می‌تواند به این کودکان کمک کننده باشد. همچنین با استفاده از مهارت‌های تنظیم هیجان به درمانجویان کمک می‌کند تا احساس خود را دقیق‌تر تشخیص دهند و سپس هر هیجانی را بدون ناتوان شدن در برابر آن بررسی کنند. بنابراین هدف آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، تعدیل احساسات بدون رفتاری واکنشی، پرخاشگرانه و مخرب است [۴۳]. از سوی دیگر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی را نیز این گونه می‌توان تبیین کرد که، یکی از عوامل تشدید رفتارهای تکانشی و ایذایی در این کودکان کمبود حمایت‌های عاطفی و اجتماعی، عزت نفس پایین، مشکلات مدرسه، رفتارهای پرخطر و اختلالات خلقی است [۴۳]. بنابراین رفتاردرمانی دیالکتیکی به عنوان یک درمان حمایت‌گرانه ارائه می‌شود و مستلزم یک ارتباط مشترک و قوی میان درمانجو و درمانگر است و درمانگر فعالانه رفتارهای سازگارانه را به درمانجو آموزش می‌دهد و تقویت می‌کند؛ بنابراین، درمان مذکور می‌تواند در کاهش رفتارهای خودتخریبی مؤثر باشد [۱۴]. در واقع این روش درمانی با آموزش مهارت‌های میان فردی، ابزار جدیدی برای بیان نظرات و نیازها، تعیین محدودیت‌ها و بحث درباره‌ی راه حل مسأله در اختیار درمانجویان قرار می‌دهد. لذا

( $P < .001$ )،  $F(35, 791) = 75$  و نقص توجه بیش- فعالی کل با ( $P < .001$ )،  $F(35, 769) = 297$  بین گروه‌های آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنی که آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث کاهش تکانشوری، بیش‌فعالی و کمبود توجه و بهبود تصور از خود در دانش- آموزان گروه آزمایش نسبت به گواه شده است. همچنین بین میانگین عملکرد جسمانی با ( $P < .001$ )،  $F(35, 387) = 14$  و ( $P < .001$ )،  $F(35, 895) = 27$  کارکرد نقش جسمی با ( $P < .001$ )،  $F(35, 266) = 46$  درد بدنی با ( $P < .001$ )،  $F(35, 989) = 12$  سلامت عمومی با ( $P < .001$ )،  $F(35, 250) = 78$  سرزندگی با ( $P < .001$ )،  $F(35, 836) = 21$  عملکرد اجتماعی با ( $P < .001$ )،  $F(35, 760) = 40$  نقش هیجانی با ( $P < .001$ )،  $F(35, 864) = 37$  سلامت روانی با ( $P < .001$ )،  $F(35, 864) = 37$  بین گروه‌های آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، این یافته‌ها بیانگر بهبود کیفیت زندگی در دانش‌آموزان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

### بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی و بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان بود. نتایج پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی، موجب کاهش نشانه‌های نقص توجه، بیش‌فعالی و تکانشوری دانش‌آموزان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های دیگر [۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۲] مبنی بر اینکه رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی می‌تواند رفتارهای تکانشی، ایذایی، بدتنظیمی عاطفی و پرخاشگری دانش‌آموزان مبتلا به اختلالات رفتاری را کاهش دهد، همخوانی دارد. در تبیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی، باید به چند ویژگی اساسی این کودکان اشاره کرد. پژوهش‌هایی، که در سال‌های اخیر درباره این کودکان انجام شده، وجود نقص‌های را در مهارت‌های شناختی این کودکان نشان داده‌اند [۴۱]. نقص‌های شناختی اغلب در حوزه کارکردهای اجرایی، تنظیم هیجان، پردازش

تکانشی کمک کننده باشد [۴۱]. در واقع درمان دیالکتیکی از طریق ترکیب نمودن تمرینات ذهن آگاهی و تنظیم هیجان با اصول رفتار درمانی به دانش آموزان یاد می دهد تا با حالتی بدون قضاوت به مشاهده پیامدهای فیزیولوژیکی، ذهنی و رفتاری خود پردازند. و علاوه بر آن سعی در پذیرش بدون قید و شرط این رفتارها داشته باشند که تحمل و قبول تغییر باعث تجربه هیجان مثبت آنها می شود. از سوی دیگر، دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی با تمرین این مؤلفه ها می توانند در زندگی روزمره و در مقابله با موقعیت هایی که از لحاظ هیجانی و علائم بیماری دچار مشکل می شده اند، مهارت های کنار آمدن و حل مسأله را فرا گیرند که نوعی ترکیب درمان رفتاری و حمایتی با حل مسأله شناختی است [۱۱]. در مجموع کاهش رفتارهای پرخطر و محل کیفیت زندگی، توانایی در حل تعارضات بین فردی و بهبود روابط بین شخصی افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی در تعامل با همسالان و والدین، افزایش اعتماد به نفس، و کاهش تجربه های ناخوشایند روزانه، بی ثباتی عاطفی، توانایی تنظیم و تعدیل هیجان منفی و تنش و عصبانیت همراه آن با آموزش این مهارت ها، باعث می شود که دانش آموزان مبتلا به این اختلال از کیفیت زندگی مطلوب تری برخوردار شوند [۱۴].

نتایج تحقیق حاضر از چندین زاویه و در عرصه های گوناگون می تواند به کار گرفته شود؛ این یافته ها را می توان در حوزه های روان درمانی، مشاوره و تعلیم و تربیت به کار بست؛ چرا که نتایج حاصل از کارآمدی مؤثر رفتاردرمانی دیالکتیکی به صورت ترکیب یک روش درمانی - آموزشی و حمایتی، منجر به کاهش نقص توجه، بیش فعالی و تکانشوری و بهبود کیفیت زندگی دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی شده است. در هر پژوهش، پژوهشگر با محدودیت هایی مواجه است؛ از جمله محدودیت های مطالعه حاضر، مشکلات مربوط به مختص بودن جامعه به شهرستان نورآباد (دلفان)، مکان آموزش برنامه و عدم استانداردهای لازم برای آن، عدم قابلیت تعمیم نتایج این پژوهش به جامعه دختران، مشتبه شدن نتایج به واسطه همبودی این اختلال در نمونه مورد بررسی با سایر اختلالات رفتاری دوره کودکی و نداشتن

این درمان با آموزش این مهارت ها می تواند ضمن حمایت از روابط این دانش آموزان با دیگران، به آنها کمک کند که به صورت محترمانه این روابط را در طول زمان ادامه دهند [۴۳].

همچنین نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی، موجب بهبود کیفیت زندگی دانش آموزان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. این یافته ها با نتایج پژوهش های دیگر [۲۰، ۲۱، ۲۹]، مبنی بر اینکه رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش رفتارهای تکانه ای و محل کیفیت زندگی، از جمله اختلالات خلقی و هیجانی، خشم و بی ثباتی عاطفی مؤثر است، همخوانی دارد. در تبیین این نتایج می توان گفت که روابط بین والدین و فرزندان به طور خاص، تأثیر عمیقی بر سلامت روانی، فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی کودک دارد [۴۲]. در واقع تعاملات خانوادگی ضعیف، شامل فرزند پروری بی ثبات و مبتنی بر تنبیه، نگرش والدی طرد کننده یا سرد، قوانین انضباطی سخت و ناپایدار، دلبستگی ناایمن، نظارت یا کنترل ناکافی والدی و اختصاص زمان اندک به کودک و فقدان ارتباط مثبت و بیان همدلی [۴۳]. به عنوان عوامل خطر و پیش بینی کننده در نظر گرفته می شوند که به طور کلی این کودکان را در معرض خطر بروز رفتارهای پرخاشگرانه قرار می دهند [۴۴]. از سوی دیگر چون این دانش آموزان از رفتارهای ایذایی، تکانشی و پرخاشگرانه بیشتری نسبت به همسالان عادی خود برخوردارند، هم توسط والدین و هم توسط همسالان، خوب پذیرش و درک نمی شوند که این امر منجر به طرد شدگی، احساس تنهایی، عزت نفس پایین، گوشه گیری و در نتیجه کیفیت زندگی پایین در آنها می شود. در واقع این افراد برای رهایی لحظه ای از این گوشه گیری، اعتماد به نفس پایین، طرد و انزوای اجتماعی، به رفتارهای پرخطر، بدون برنامه و تکانشی روی می آورند که این امر، تنها مشکلات بین فردی را در این دانش آموزان تشدید می کند [۴۵]. بنابراین رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمانی است که ساختار روشنی دارد و از تکنیک های رفتاری استفاده می کند و شامل اصول و تکنیک های دیالکتیک (مانند خود مشاهده گری، مراقبه، مواجهه و قرارداد وابستگی) است. آموزش این تکنیک ها (رفتاری) می تواند در کاهش ثبات رفتارهای مخرب و

10- WHOQoL Group. Measuring Quality of Life: the development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQoL). Geneva; World Health Organization. 2007; 35(6):401-411.

11- Linehan M, Dexter-Mazze E. Dialectical Behavior Therapy For Borderline Personality Disorder. Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual. 2008; 136(2):365-462.

12- Linehan MM. Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline Personality disorder: a Controlled trial. J Res Behav Sci. 2003; 42(2):487-499.

13- Miller AM, Rathus JH, Linehan MM. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. New York: Guilford. 2007; 89(2):38-95.

14- Kimberly E, DiGiorgio, Carol R, Glass, Diane B, Arnkoff B. Therapists' Use of DBT: A Survey Study of Clinical Practice. Cogn & Beha Prac. 2010; 17(2):213-221

15- Wagner A, Rizvi SL, Harned MS. Application of dialectical behavior therapy to the treatment of complex trauma-related problems: When one case formulation not fit all. J Trauma Stress. 2007; 20(4):391-400.

16- Hesslinger B, Tebartz van Elst L, Nyberg E, Dykierk P, Richter H, Berner M. Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults: A pilot study using a structured skills training program. Eur Arch Psychol Clin. 2002; 252(3): 177-84.

17- Nelson- Gray RO, Keane S P, Hurst RM, Mitchell. JT, Warburton JB, Chok JT, Cobb A. modified DBT skills training program for Oppositional Defiant adolescents: promising preliminary findings. J Res Behav Sci. 2006; 44(4): 1811-1820.

18- Sukhodolsky DG, Solomon RM, & Perine j. "Cognitive- Behavioral, Anger control. Intervention for Elementary School Children: A Treatment outcome study". J Am Acad Child Adolesc psychiatry. 2008; 10(2):159-170.

19- Dallnic A, Smith SW, Brank EM, & Penfield RD. "Classroom- based Dialectical Behavior Therapy intervention to prevent aggression : Efficiency and Social Validity." J Sci Psychology. 2012; 44(1):123-139.

20- Soler J, Pascuala JC, Barrachina J, Alvarez E, and Perez V. Double blind placebo controlled study of dialectical behavior therapy plus Olanzapin for borderline personality disorder. Am J psychiatry. 2013; 162 (7):1221-1224.

21- Mcquillan A, Nicastro R, Guenot F, Girard M, Lissner C, and Ferrero F. Intensive dialectical behavior therapy for outpatient with borderline personality disorder. J psychiatric Ser. 2012; 56(1):193-197.

پيگيري برای بررسی ثبات مداخله، محدودیت‌های هستند که در این پژوهش برجسته‌اند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، این موارد مورد توجه قرار گیرد تا به تعمیم پذیری نتایج کمک کند. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از این روش درمانی هم در مراکز کلینیکی و هم برای اختلالات دیگر از جمله اختلالات درد، سردردهای میگرنی، وسواس‌کنند مو، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال استرس پس از سانحه، زنان و کودکان مورد آزار جسمی و هیجانی و اسکیزوفرنی استفاده شود.

### تشکر و قدردانی

از مسئولان آموزش و پرورش، دبیران و دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهرستان نورآباد (دلفان) که پژوهشگران را در انجام این پژوهش با شکیبایی همراهی کردند، صمیمانه سپاسگزاریم.

### منابع

- 1- Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. Lancet. 2005; 36(12):237-480.
- 2- Gupta R, Kar BR. Development of attentional processes in ADHD and normal children. Prog in Brain Res. 2009; 41(17):259-276.
- 3- Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of ADHD worldwide. Eur. J. Paediatr. 2007; 166(8):117-123.
- 4- Davids E, Gastpar M. Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. Prog Neuro psychopharmacol Biol Psychiatry. 2005; 29(2): 865-877.
- 5- Pary R, Lewis S, Matuschka PR, Rudzinskiy P, Safi M, Lippmann S. Attention deficit disorder in adults. An Clin Psychiatry. 2002; 14(3):105-111.
- 6- Faraone SV, Biederman J. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: an overview. Biol Psychiatry. 2005; 48(1):9-20.
- 7- Bird HR, Canino G, Rubio- Stipec M, Gould MS, Ribera J, Sesman M, et al. Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. The use of combined measures. Arch Gen Psychiatry. 1988; 45(12):11-19.
- 8- Bennett D S, Sullivan, MW, Lewis M. Neglected Children, Shame- Proneness, and Depressive Symptoms. Child Maltrea treatment. 2010; 15(1):305-314.
- 9- Zhang H, Wisniewski SR, Bauer MS. Comparison of perceived quality of life across clinical states in bipolar disorder: Data from first 2006 Systematic Treatment Enhancement Program For bipolar Disorder (STEP-BD) participants. Compr Psychiatry. 2006; 47(3):161-8.

- Mohammadi M, & Ghanizadeh A. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. *Clin Prac Epi Mn Hlth*. 2005; 1(1):16-29 [Persian].
- 35- Connerss CK, Erhardt D, Sparrow E. Connerss Adult ADHD Rating Scales (CAARS) Tech Nical Manual. N Tonawanda, ny: Multi Health Systems. 1999; 131(2):431-437.
- 36- Sadeghi Movahed F, Molavi P, Samadzadeh M, Shahbazzadegan B, Askari Moghadam R. Prevalence of ADHD among the Students Residing in Dormitory of Ardabil University of Medical Sciences. *J Ardabil Univ Med Sci*. 2012; 12(5):87-94. [Persian].
- 37- Mac Horney C A, Ware J E, (Jr) & Raczek A E. The MOS 36-Item short form health survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs, *Med Care*. 1993; 31(3):247-263.
- 38- Garratt A, M & et al. SF-36 health survey questionnaire: an outcome measuring suitable for routine use within the NHS, *J Med Brit*. 1997; 4(1): 25-35.
- 39- Montazeri, A & etal. The short form of health survey (SF36): Translation and validation study of Iranian version. *Qual Li Res*. 2005; 14(5): 875-882.
- 40- Salbach-Andrae H, Bohnkamp I, Pfeiffer E, Lehmkuhl U. Dialectical Behavior Therapy of Anorexia and Bulimia Nervosa Among Adolescents: A Case Series. *Cogn & Behav Pract*. 2008; 189(5):415-425.
- 41- Joaquim Soler, Ana Valdepérez, Albert Feliu-Soler, Juan C, Pascual Maria J. Portella Ana Martín-Blanco, Enrique Alvarez, Víctor Pérez. Effects of the dialectical behavioral therapy-mindfulness module on attention in patients with borderline personality disorder. *Behav Res Therapy*. 2012; 50(6):150-157.
- 42- Kazdin AE, Whitley MK. Treatment of parental stress to enhance therapeutic change among children referred for aggressive and antisocial behavior. New York: Guilford Press; 2009. p. 504-525.
- 43- Lengua LJ, Honorado E, Bush NR. Contextual risk and parenting as predictors of effortful control and social competence in preschool children. Elsevier. *J Appl Devel Psychol*. 2007; 114(4):40-55.
- 44- Webster-Stratton C. Aggression in young children: Services proven to be effective in reducing aggression. Rev ed. Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds *Encyclopedia on Early Childhood Development*. Am Second Educ. 2005; 14(2):108-118.
- 45- Denise D, Ben-Porath P. Dialectical Behavior Therapy Applied to Parent Skills Training: Adjunctive Treatment for Parents With Difficulties in Affect Regulation. *Cogn & Behav Pract*. 2010; 17(4):458-46.
- 22- Ben-Porath D. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *Am J Geriatr Psychiatr*. 2011; 11(1):33-45.
- 23- Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J. Consult Clin Psychol*. 2001; 69(6):1061-5.
- 24- Safer D L, Robinson AH, Jo b. Outcome from a Randomized Controlled Trail Of Group Therapy for Binge Eating Disorder: Comparing Dialectical Behavior Therapy Adapted for Binge Eating to and Active Comparison Group Therapy. *J Abnorm Psychol*. 2010; 41(2):106-120.
- 25- Safer DL, James L. Dialectical Behavior Therapy Modified for Adolescent Binge Eating Disorder: A Case Report. *Cogn & Beha Prac*. 2007; (14):157-167.
- 26- VanDijk S, Jeffrey J, Katz MR. A randomized ,controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder, *J Emo Behav Disorder*. 2013; 21(5):277-285.
- 27- Stacy S, Welch & Junny Kim. DBT-Enhanced Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Trichotillomania: An Adolescent Case Study, *Cogn & Beha Prac*. 2012; 19(3):483-493.
- 28- Steil R, Dyer A, Priebe K, Kleindienst N, & Bohus R. Dialectical Behavior Therapy For Posttraumatic Stress Disorder Related Chillhood Sexual Abuse: A Pilot S tudy of an Intensive Residential Treatment Program, *J Trauma Stress*. 2011; 24(1):102-106.
- 29- Vanden Bosch LMC, Verhuel R, Schippers GM, & Brink W. Dialectical Behavior therapy of borderline patient with and without substance use problems Implementation and long-term effects. *J Addive Behav*. 2002; 27(6):911-923.
- 30- Kroger C, Schweiger US, Valerija A, Ruediger K, Rudolf S, Reinecker H. Effectiveness of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behav Res therapy*. 2006; 44(8):1211-1217.
- 31- Lara C, Fayyad J, Graaf R, Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Angermeyer M, et al. Childhood Predictors of Adult Attention- Defict/Hyperactivity Disorder: Results from the World Health Organization World, Mental Health Survey Initiative, *Bio Psychiatry*. 2009; 65(5):46-54.
- 32- Gilmore I, Cuskelly M, & Hayes A. Self-regulatory behaviors in children with Down syndrome and typically developing children measured using the Goodman Lock Box. *Res Dev Dacia*. 2003; 24 (3): 95-108.
- 33- Delavar A. [The method research of psychology and educational]. Tehran: Virayesh Publisher 2001. p. 99-117. [Persian].
- 34- Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi H R, Pouretamad HR, Bagheri Yazdi SA, Rahgozar M, Alaghebandrad J, Amini H, Razzaghi EM, Mesgarpour B, Soori H,

## The Study of Effectiveness of Group Training of Dialectical Behavioral Therapy (DBT) on Reducing of Symptoms of Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD) and Promoting Quality of Life of Students

Narimani, M. Ph.D., Bagiyani-Kulemarez, M.J. \*M.A., Ahadi, B. Ph.D., Abolghasemi, A. Ph.D.

### Abstract

**Introduction:** Attention deficit/hyperactivity disorder has been accompanied with so many problems and numerous therapy methods have been introduced to cure children with this disorder. Thus, the aim of this research was to study of effectiveness of group training of Dialectical Behavioral Therapy (DBT) on reducing symptoms of Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD) and promoting quality of life of students.

**Method:** This research was an experimental research, and conducted with pre-test post-test design with control group. The statistical population of the study consisted of all male high school students in Nourabad city (Delfan) in the academic year 1391-92 (A.H.) .the sample of this research were 40 male students with Attention Deficit / Hyperactivity that after recognition by Conner's adult ADHD diagnosis scale brief form and constructed clinical interview and selected in multiphasic cluster and randomly assigned in experimental and control group . The experimental groups received the training of Dialectical Behavioral Therapy for 12 sessions that each session lasted constructed clinical interview and quality of life scale (Sf-36) were used for gathering data. Multivariate analysis of variance was used to analyzing the data.

**Results:** The results of multivariate analysis of variance (MANOVA) showed that group training of Dialectical Behavioral Therapy was effective on reducing of symptoms of Attention Deficit / Hyperactivity and promoting life quality. The analysis of data indicated that there is a meaningful difference between the two groups of control and experimental in symptoms of Attention Deficit / Hyperactivity and quality of life.

**Conclusion:** according to Results of this study, the training of Dialectical Behavioral Therapy could be applied alongside other therapy methods as an effective method for reducing of behavioral symptoms of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in children.

**Keywords:** Dialectical Behavioral Training, Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD), Quality of Life, Students

---

\*Correspondence E-mail:  
javadbagiyani@yahoo.com