

بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تحریف شناختی کودکان دارای اختلال بیش فعالی

مریم شریعتی^۱، احمدعلی جدیدیان^{۲*}

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، واحد صحنه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران (نویسنده مسئول).

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره هفتم، شماره بیست و ششم، تابستان ۱۴۰۴، صفحات ۷۵-۸۲

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تحریف شناختی کودکان دارای اختلال بیش فعالی (ADHD) می‌باشد. روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش‌آموزان مبتلا به اختلال کمبود توجه-بیش‌فعالی شهرستان صحنه در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بودند. نمونه مورد نظر در پژوهش حاضر از نوع در دسترس است که از بین دانش‌آموزانی که تشخیص بیش‌فعالی در آنان به قطعیت رسید، تعداد ۳۰ نفر به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شد که به‌صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش کوواریانس با استفاده از spss-26 استفاده شد. نتایج نشان داد درمان شناختی رفتاری (با کنترل اثر پیش‌آزمون به‌عنوان عامل هم‌پراش روی پس‌آزمون) بر تحریف شناختی تأثیر معناداری داشته است؛ بنابراین نتایج پژوهش حاضر می‌تواند مورد توجه مراکز روان‌شناختی، والدین و روانشناسان قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی رفتاری، تحریف شناختی، کودکان دارای اختلال بیش فعالی.

مقدمه

اختلال کمبود توجه/بیش فعالی (ADHD) شایع‌ترین اختلال عصبی رشدی است که حدود ۵ درصد از کودکان در سن مدرسه (سانگ^۱ و همکاران، ۲۰۲۱) و حداقل ۲٫۵ درصد از بزرگسالان (کورتس^۲ و همکاران، ۲۰۲۳) را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار می‌دهد. ADHD با یک الگوی مداوم از اختلالات و علائم نامناسب رشدی بی‌توجهی و/یا بیش‌فعالی/تکانش‌گری تعریف می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۳، ۲۰۲۲؛ سازمان بهداشت جهانی^۴، ۲۰۲۱؛ فرانس^۵ و همکاران، ۲۰۲۴). در صورت عدم درمان، ADHD خطر یک سری پیامدهای منفی، از جمله اختلال در مدرسه، عملکرد عاطفی و اجتماعی، کیفیت پایین زندگی، و همچنین افزایش خطر صدمات تصادفی، سوءمصرف مواد، اعمال مجرمانه، مرگ زودرس و خودکشی را افزایش می‌دهد (کورتس^۶ و همکاران، ۲۰۲۴).

شیوع این اختلال در دوران کودکی و در سنین مدرسه بین ۳ تا ۵ درصد می‌باشد (پون و هوو^۷، ۲۰۱۶؛ هدایتی شالکوهی، ۱۴۰۱). این اختلال یک الگوی پایدار عدم توجه یا بیش‌فعالی یا ترکیب آن دو می‌باشد که میزان آن‌ها از کودکان با سطح رشد مشابه شدیدتر و شایع‌تر است. همچنین این اختلال حداقل باید ۶ ماه دوام داشته و سبب اشکال در عملکرد اجتماعی گردد (آمسترانگ و مانوز^۸، ۲۰۰۳؛ به نقل از عارفی و رفعت، ۱۴۰۱). علائم بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانش‌گری از دوران کودکی آغاز می‌شود و تا بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند و پیامدهای جبران‌ناپذیری مثل اضطراب، بزهکاری، زندانی شدن، مشکلات خانوادگی، طلاق و غیره به بار می‌آورد (خلیفه، کانتوما، گلور، تامبلین، لایتین و همکاران^۹، ۲۰۱۴). شیوع این اختلال در طی سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۶، حدود ۹ تا ۱۵ درصد برآورد شده است. برای این اختلال سه‌طبقه در نظر گرفته‌شده که شامل نوع عمدتاً بی‌توجهی، نوع عمدتاً تکانش‌گر و نوع مرکب است (یادگاری و همکاران، ۲۰۱۸). پژوهشگران ژن‌هایی را کشف کرده‌اند که در ابتلای بیش‌فعالی و نقص توجه دخالت دارند. این ژن‌ها به رمزگشایی پروتئین‌هایی که در ایجاد این اختلال در سیستم عصبی دخالت دارند کمک می‌کنند. محققان ژنوم خانواده‌های متعددی را که در آن‌ها کودکان مبتلا به نقص توجه / بیش‌فعالی وجود داشت را بررسی کردند. دانشمندان عنوان می‌دارند ابتلا به بیش‌فعالی به سبب تغییراتی در ساختمان ژن‌های رمز گشاینده پروتئین‌هایی ایجاد می‌شود که در انتقال پیام‌های عصبی در دستگاه عصبی دخیل هستند (طالبی، ۱۳۹۹). تاکنون علت‌های مختلفی برای تبیین اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی مطرح شده است که دامنه گسترده‌ای از شواهد ژنتیکی و عصب‌شناختی تا نارسایی در کنترل شناختی و رفتاری را در برمی‌گیرند.

1 - Cortese

2 - American Psychiatric Association

3 - American Psychiatric Association

4 - World Health Organization (WHO)

5 - Faraone

6 - Cortese

7 - Poon, Ho

8 - Armstrong, Munoz

9 - Khalife, Kantomaa, Glover, Tammelin, Laitinen & et al

یکی از متغیرهایی که در کودکان دارای اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی نیازمند بررسی است، مفهوم تحریف شناختی است. با توجه به رویکرد شناختی رفتاری، افکاری که به‌عنوان باورهای غیرمنطقی یا تحریف‌های شناختی در نظر گرفته می‌شوند به‌عنوان عوامل مهمی برای ظهور و تداوم رفتارهای ناکارآمد و اختلالات روانی به‌حساب می‌آیند. سازه تحریف شناختی، توسط آرون. تی. بک و آلبرت آلیس معرفی شده است و به‌طور کلی به‌عنوان استدلال‌های غلطی تعریف می‌شوند که نقش مهمی را در بروز بسیاری از اختلالات روانی ایفا می‌کنند، به‌طوری‌که بیشتر مواقع ما فکر می‌کنیم که قربانی محیط پیرامونمان هستیم و حوادث بیرونی باعث ناراحتی، افسردگی و مشکلات بین فردی ما می‌شود و راه‌حل‌هایی از این روان رنجوری‌ها، حل‌وفصل و تغییر این وقایع است، ولی شناخت درمانگران، معتقدند نوع تعبیر و تفسیر غلط افراد از این اتفاقات بیرونی باعث هیجانات منفی آن‌ها می‌شود. این تعبیر و تفسیر غلط خودکار و تحت عنوان "تحریف‌ها یا خطاهای شناختی" به ذهن ما خطور می‌کنند. تحریف شناختی بین فردی به‌عنوان باورهای بسیار اغراق‌آمیز، سفت‌وسخت، غیرمنطقی و مطلق در مورد ماهیت روابط و رابطه افراد با دیگران تعریف شده است. از سویی احساسات و رفتارهای آشفته‌ای که در روابط به وجود می‌آیند، صرفاً معلول رفتار غلط یکی از طرفین یا یک عامل آسیب‌زای دیگر نیست، به‌طوری‌که تا حدود زیادی این خود افراد هستند که به دنبال تحریکاتی مثل رفتار غلط، باعث شکل گرفتن اختلال ارتباطی می‌شوند. در این رابطه نظریه منطقی هیجانی بیان می‌دارد که آشفتگی یک ارتباط، به‌طور مستقیم به اعمال طرف دیگر یا شکست‌های سخت زندگی مربوط نمی‌شود، بلکه بیشتر به دلیل باور و عقیده‌ای است که این افراد در مورد چنین اعمال و شکست‌هایی دارند؛ بنابراین رویکرد منطقی هیجانی در قلمروی ارتباط به افراد می‌پردازد، یعنی این رویکرد به‌جای این‌که فقط تعامل‌ها یا صرفاً سیستمی را که افراد در آن قرار دارند، موردنظر قرار دهد، افراد را موضوع اصلی اختلال می‌داند (شریف زادی، ۱۴۰۰).

در زمینه روان‌درمانی کودکان و نوجوانان همواره تأکید مضاعفی بر استفاده از روش‌های روان‌درمانی شده است. از روش‌های رایج، رفتاردرمانی شناختی^۱ است که متمرکز بر تغییرات تفکر و خاموش کردن رفتارهای ناسازگارانه است؛ بنابراین یکی از مهم‌ترین درمان‌های روان‌شناختی که برای افراد مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی مورد استفاده قرار گرفته است، درمان شناختی رفتاری است. البته بررسی‌ها نشان داده که این درمان برای کودکان و بزرگسالان تفاوت قابل‌ملاحظه‌ای دارد. از نوع ساختار درمانی و افرادی که وارد مداخله درمانی در این اختلال می‌شوند، نیز الگوهای درمان فردی و گروه و همچنین آموزش برای خانواده وجود دارد که همواره میزان اثربخشی این روش‌ها در مقایسه با یکدیگر مورد بحث و چالش بوده است. با این وجود نتایج دیگر بررسی‌ها نشان‌دهنده مؤثر بودن درمان‌های روان‌شناختی برای کودکان دارای اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی بوده است. (فیض الهی و همکاران، ۱۳۹۸). درمان شناختی-رفتاری نوعی روان‌درمانی است که به بیماران کمک می‌کند تا به درک افکار و احساساتی که بر روی رفتارشان تأثیر می‌گذارد، نائل گردند (شهاب تبار، ۱۴۰۱). درمان شناختی رفتاری عموماً کوتاه‌مدت است و بر کمک به بیماران در پرداختن به یک مشکل خاص تمرکز دارد. در خلال دوره درمان، فرد یاد می‌گیرد که چگونه به کمک روانشناسان و تمرین‌های خاص الگوهای فکری مخرب یا مزاحمی را که دارای تأثیرات منفی بر روی رفتارشان هستند شناسایی کرده و تغییر

¹ - Cognitive - Behavioral therapy

دهد (میشل^۱، ۲۰۱۷). در درمان شناختی _ رفتاری به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تحریف‌شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد و برای اینکه بتواند این افکار تحریف‌شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تغییر دهد از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان‌یافته‌ای استفاده می‌شود، در جنبه‌هایی از درمان تأکید عمدتاً رفتاری و در جنبه‌های دیگر شناختی است. در این روش هدف عمده عبارت است از کمک به بیمار به نحوی که بتواند تغییراتی مطلوب در زندگی خود پدید آورد؛ بنابراین تأکید در درمان، متوجه فراهم آوردن فرصتی برای یادگیری‌های انطباقی جدید و نیز تغییراتی در فضای بیرون از حیطه بالینی است. درمان شناختی-رفتاری می‌تواند به بهبود احساسات منفی بیمار تا حد زیادی کمک کند و بر کیفیت خواب و سلامت عمومی وی تأثیرگذار باشد (هور^۲ و همکاران، ۲۰۱۱؛ مارتینز-دوسا^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). این روش‌ها در درمان طیف گسترده‌ای از اختلالات مربوط به استرس (بوهلمیجر، پرنگر، تال و سوبچپرس^۴، ۲۰۱۰؛ چیس و سرتی^۵، ۲۰۰۹) اختلالات اضطرابی و خلقی (هوفمن، ساویر، ویت و او^۶، ۲۰۱۰) و یا درد مزمن (ونگ، چان، ونگ، چو، لام^۷ و همکاران، ۲۰۱۱؛ مورن، جرکو و وینر^۸، ۲۰۰۸) اثربخش بوده‌اند. با توجه به مطالب فوق هدف از انجام پژوهش حاضر پاسخگویی به این سؤال است که آیا درمان شناختی رفتاری بر تحریف شناختی کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی (ADHD) تأثیر معناداری دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی است که در آن اثربخشی یک متغیر مستقل درمان شناختی رفتاری بر متغیر وابسته تحریف‌های شناختی مورد بررسی قرار گرفت و از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش‌آموزان مبتلا به اختلال کمبود توجه-بیش‌فعالی شهرستان صحنه در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بودند. نمونه مورد نظر در پژوهش حاضر از نوع در دسترس است که از بین دانش‌آموزانی که تشخیص بیش‌فعالی در آنان به قطعیت رسید، تعداد ۳۰ نفر به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شد که به‌صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند.

ابزار پژوهش

مصاحبه بالینی: از آزمودنی‌های شرکت‌کننده در این مطالعه بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-5 برای اختلال ADHD مصاحبه به عمل خواهد آمد.

پرسشنامه کانرز معلمان: پرسشنامه کانرز معلمان برای تشخیص کودکان مبتلا به اختلال ADHD تهیه گردید. این پرسشنامه شامل ۳۸ سوال است و در مورد هر آزمودنی قبل و بعد از اجرای برنامه، توسط معلمان تکمیل می‌گردد. نمره‌دهی سؤالات با استفاده از مقیاس چهار نمره‌ای لیکرت (اصلاً، تا حدودی، زیاد و خیلی زیاد: نمره ۱ تا ۴) انجام می‌پذیرد. حداقل نمره کل پرسشنامه ۲۶ و

¹ - Mitchell

² - Hoare

³ - Martinez-Devesa

⁴ - Bohlmeijer, Prenger, Taal & Cuijpers

⁵ - Chiesa & Serretti

⁶ - Hofmann, Sawyer, Witt & Oh

⁷ - Wong, Chan, Wong, Chu & Lam

⁸ - Morone, Greco & Weiner

حداکثر نمره ۱۰۴ است. در پژوهش سهیم، مهرانگیز و یوسفی (۱۳۸۶) ضریب پایایی بازآزمایی برای نمره کل ۰/۸۵ و ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۷۶ به دست آمد.

پرسشنامه تحریف‌های شناختی: پرسشنامه تحریف‌های شناختی توسط عبدالله زاده و سالار در سال ۱۳۸۹، براساس نظریه آلبرت آلیس تهیه و تنظیم شده است. این پرسشنامه دارای ۲۰ سوال می‌باشد و براساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم می‌باشد. عبدالله زاده و سالار (۱۳۸۹) پایایی پرسشنامه سنجش تحريفات شناختی را از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آورده‌اند که نشان‌دهنده پایایی مطلوب آن می‌باشد. همچنین روایی این پرسشنامه نیز توسط عبدالله زاده و سالار تأیید شده است. همچنین در پژوهش عبدی (۱۳۹۶) نیز پایایی پرسشنامه به‌وسیله ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و برابر با ۰/۸۵ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب پرسشنامه بود.

یافته‌ها

جدول ۱. آزمون شاپرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها

متغیر وابسته	آماره F	درجه آزادی	سطح معناداری
افسردگی	۰/۵۸۱	۳۰	۰/۲۵۳
تحریف شناختی	۰/۸۳۲	۳۰	۰/۱۱۸

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا)

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	سطح معناداری	ضریب تأثیر	توان آماری
اثر بینایی	۰/۹۳۴	۱۷۷/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۹۳۴	۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۶۶	۱۷۷/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۹۳۴	۱
اثر هتلیگ	۱۴/۱۸۸	۱۷۷/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۹۳۴	۱
بزرگترین ریشه روی	۱۴/۱۸۸	۱۷۷/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۹۳۴	۱

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راه جهت مقایسه نمرات متغیر تحریف شناختی در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
تحریف شناختی	اثر ثابت	۲/۹۴۲	۱	۲/۹۴۲	۱/۱۳۱	۰/۲۹۷	۰/۰۴۰	۰/۱۷۷
	اثر پیش‌آزمون	۹۷/۲۲۵	۱	۹۷/۲۲۵	۳۷/۳۹۰	۰/۰۰۱	۰/۵۸۱	۱
	اثر گروه	۲۶۸/۹۶	۱	۲۶۸/۹۶	۱۰۳/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۷۹۳	۱
	خطا	۷۰/۲۲۲	۲۷	۲/۶۰۱				
	کل	۴۳۱	۳۰					

جدول ۴. نتایج آزمون‌های چندمتغیره پس‌آزمون مؤلفه‌های افسردگی

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	سطح معناداری	ضریب تأثیر	توان آماری
اثر بینایی	۰/۹۳۵	۵۴/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۹۳۵	۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۶۵	۵۴/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۹۳۵	۱
اثر هتلیگ	۱۴/۳۶	۵۴/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۹۳۵	۱
بزرگترین ریشه روی	۱۴/۳۶	۵۴/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۹۳۵	۱

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تحریف شناختی کودکان دارای اختلال بیش فعالی انجام گرفت. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری در کاهش تحریف شناختی در گروه آزمایش تأثیر داشته است که همسو با نتایج پژوهش‌های غفرانی (۱۴۰۲)، حسینی فندخت (۱۴۰۱)، صادقی وادقانی (۱۴۰۱)، گودرزی (۱۴۰۰)، بصیری و همکاران (۱۴۰۰) و شریفی نژاد رودانی، شهبازی (۱۳۹۷) بود. در تبیین این نتایج می‌توان گفت اختلال بیش فعالی-نقص توجه یک اختلال رشد عصبی در دوران کودکی است. این اختلال در بیشتر موارد به بزرگسالی ادامه می‌یابد و به‌طور قابل توجهی بر عملکرد بیمار تأثیر می‌گذارد (نوذری، ۱۴۰۰). اختلال بیش فعالی-نقص توجه یک وضعیت سلامت روان است که می‌تواند باعث سطوح غیرعادی بیش فعالی و رفتارهای تکانشی شود. افراد مبتلا به اختلال بیش فعالی کمبود توجه همچنین ممکن است در تمرکز حواس خود بر روی یک کار واحد یا بی‌حرکت نشستن برای مدت طولانی مشکل داشته باشند. بسیاری از افراد مبتلا به اختلال بیش فعالی-نقص توجه بی‌توجهی و تغییرات در سطح انرژی را تجربه می‌کنند. برای یک فرد مبتلا به اختلال بیش فعالی-نقص توجه این در مقایسه با افرادی که این بیماری را ندارند بیشتر و به میزان بیشتری اتفاق می‌افتد. می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر تحصیل، کار و زندگی روزمره آن‌ها داشته باشد (نورمن و همکاران، ۲۰۱۸). همان‌طور که گفته شد یکی از کارکردهایی که در افراد مبتلا به اختلال بیش فعالی-نقص توجه دچار نقص است پردازش پاداش و تکالیف شناختی مرتبط با آن مانند به ترجیح پاداش‌های آنی (تأخیر گریزی) و تصمیم‌گیری پرخطر می‌باشد. قشر پیش پیشانی شکمی و قشر پیش پیشانی پشتی جانبی در پردازش پاداش نقش دارند (بامیستر و همکاران، ۲۰۱۹).

در تبیین دیگر این نتایج می‌توان گفت درمان شناختی رفتاری قادر است درصد قابل توجهی از تغییرات عملکرد شناختی و مؤلفه‌های آن را تعیین کنند. با مروری بر آنچه گذشت، ملاحظه می‌شود که درمان شناختی رفتاری می‌تواند به‌عنوان یک روش مناسب برای بهبود عملکرد شناختی در افراد مبتلا به اختلال کمبود توجه-بیش فعالی به کار رود. درمان شناختی رفتاری بر این فرض استوار است که افراد مضطرب الگوهای ناسازگارانه درک و پاسخ‌دهی به محیط را یاد گرفته‌اند و همچنین فاقد راهبردهای مقابله‌ای مؤثر هستند. از این دیدگاه فرد مبتلا به اختلال کمبود توجه-بیش فعالی، که نشانه‌های اضطراب را از خود نشان می‌دهد، به خاطر اینکه به جای رفتار سازنده، مستعد درک تهدید، پاسخ‌دهی اجتنابی و ناتوانی است، از نگرانی و اضطراب مفرط رنج می‌برد. بعد از سال‌ها شناسایی تهدیدهای بالقوه و پاسخ‌دهی به‌صورت اضطراب، نگرانی و اجتناب، این مراجعان الگوهای پاسخ‌دهی خودکار و مداوم را پیدا می‌کنند. افکار، احساسات و رفتارهای اضطرابی مداوم و تکرارشونده هستند، بنابراین درنهایت این زنجیره کاملاً خارج از آگاهی قرار می‌گیرد. با استفاده از درمان شناختی-رفتاری، سبک پردازش آن‌ها تغییر پیدا می‌کند و درنتیجه راهبردهای جدیدی برای حل مسائل این کودکان مطرح می‌شود و از اضطراب این کودکان کاسته می‌شود. از طرفی درمان شناختی رفتاری منجر به بازسازی شناخت‌ها و باورهای فرد و درنتیجه کاهش میزان استرس را به همراه خواهد داشت که این موضوع می‌تواند موجب کاهش افسردگی ناشی از تلقی بیش فعالی به‌عنوان یک بیماری ناتوان‌کننده، شود. استفاده از فنونی مانند آرام سازی، تصویرسازی، آموزش احساسات و حالت‌های هیجانی مختلف، درجه‌بندی کردن آن‌ها، آموزش این مسئله که افکار

چگونه بر احساسات اثر می‌گذارند و به چالش کشیدن افکار و نگرانی‌های مرتبط به بیماری و حتی سایر مسائل روزمره، آموزش مهارت‌های کنترل خشم، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای سازگار سبب بهبود عملکرد شناختی و روان‌شناختی مبتلایان اختلال کمبود توجه-بیش‌فعالی می‌شود.

در تبیین دیگر این یافته می‌توان گفت که تحقیقات وسیع روانشناسان نشان داده که تجارب تلخ می‌توانند افراد را دچار تحریفات شناختی یا خطاهای فکری کنند. بیشتر مواقع فکر می‌کنیم که ما قربانی محیط پیرامونمان هستیم و حوادث بیرونی باعث ناراحتی و افسردگی ما می‌شود و راه‌حل‌هایی از این روان رنجوری‌ها، حل‌وفصل و تغییر این وقایع است ولی شناخت درمانگران معتقدند نوع تعبیر و تفسیر غلط ما از این اتفاقات بیرونی باعث هیجانات منفی ما می‌شود. این تعبیر و تفسیر غلط به اتوماتیک وار و تحت عنوان "تحریف‌ها یا خطاهای شناختی" به ذهن ما خطور می‌کنند؛ بنابراین اگر بخواهیم با شادمانی زندگی کنیم، در مرحله اول لازم است به فراخوانی و پیدا کردن این خطاها پردازیم و در مرحله دوم به شیوه‌های مختلف علمی آن‌ها را زیر سؤال ببریم. شناخت درست و مطابق با واقعیت عامل مهمی برای یافتن حقیقت و آگاه شدن از زوایای مثبت یک زندگی است. ناآگاهی و آگاهی نادرست و ناصواب، انسان را در تحلیل آنچه پیرامونش اتفاق می‌افتد؛ دچار لغزش و اشتباه می‌کند. این امر در سازگاری و ناسازگاری افراد در جامعه تأثیر فراوانی دارد و می‌تواند همه زندگی را تحت‌الشعاع قرار دهد. ما برای داشتن یک زندگی مطلوب باید از تحریف اطلاعات جلوگیری کنیم. هر طور که فکر می‌کنید، احساس می‌کنید. مجموعه‌ای از حوادث به وجود می‌آید و ما براساس ذهن خود آن‌ها را تجزیه و تحلیل کرده و روحیه و احساسمان شکل می‌گیرد. تحریف‌های شناختی از جمله تفکرات و عواملی است که در نتیجه‌گیری‌های ذهنی ما تأثیر دارد و تفکراتی هستند که در شناخت و نتیجه‌گیری ما تحریف به وجود می‌آورند این یافته با پژوهش‌های میلیگان (۲۰۱۳)، احمدی و باقری (۲۰۱۴)، روزنفلد و جوزی (۲۰۰۴) تهرانی (۲۰۱۳) هماهنگ می‌باشد.

با توجه به اینکه این پژوهش بر روی دانش آموزان مبتلا به اختلال کمبود توجه-بیش‌فعالی شهرستان صحنه انجام گرفته است و چنانچه می‌دانیم زمینه‌ی فرهنگی و اجتماعی مؤثر است، لذا پیشنهاد می‌شود که در سایر شهرها و جوامع دیگر نیز این موضوع موردبررسی و مقایسه قرار گیرد و در نمونه و جامعه‌های مختلف و بافرهنگ و طبقات اجتماعی-اقتصادی متفاوت اجرا و نتایج مقایسه گردد. به معلمان این دانش آموزان و والدین توصیه می‌شود با آشنایی با درمان شناختی رفتاری و کاربرد آن، زمینه کاهش افسردگی را در این کودکان فراهم آورند.

منابع

- دهشیری؛ غلامرضا، (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اضطراب و نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، مجله روان‌شناسی بالینی، سال چهارم، شماره ۲ (پیاپی ۱۴).
- شریف زادی، حدیث (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر تحریف شناختی و افسردگی کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه بوشهر.
- طالبی، محمدعلی (۱۳۹۹). بیش‌فعالی، علل و راه‌های درمان آن. تهران: زرین اندیشمند. چاپ اول.

- عارفی، مختار و رفعت، حسنا (۱۴۰۱). اثربخشی تلفیقی آموزش ذهن آگاهی و نوروفیدبک بر بهبود اضطراب کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی-کمبود توجه (ADHD) در دوران بحران کووید-۱۹. فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۱۷(۶۶)، ۱۵۱-۱۵۸
- فیض‌اللهی، جلال؛ صادقی، مسعود؛ رضایی، فاطمه. (۱۳۹۸). تأثیر بازی‌درمانی شناختی رفتاری و تلفیق آن با آموزش مدیریت والدین بر علائم نارسایی توجه/ بیش فعالی کودکان بیش فعال ۷-۱۱ ساله: یک مطالعه نیمه آزمایشی. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۹(۱)، ۱۷۲-۱۵۵
- هدایتی شالکوهی، فاطمه (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی دارودرمانی و نوروفیدبک بر بهبود کارکردهای اجرایی و مشکلات رفتاری برون‌نمود کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت.
- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5-TR. Washington (DC): American Psychiatric Association.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 539-54
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15, 593-600.
- Cortese, S., Fusetto Veronesi, G., Gabellone, A., Margari, A., Marzulli, L., Matera, E., Margari, L. (2024). The management of sleep disturbances in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): an update of the literature. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 24(6), 585-596.
- Cortese, S., Song, M., Farhat, L.C., et al. (2023). Incidence, prevalence, and global burden of ADHD from 1990 to 2019 across 204 countries: data, with critical re-analysis, from the global burden of disease study. *Mol Psychiatry*, 28(11), 4823-4830.
- Faraone, S.V., Bellgrove, M.A., Brikell, I., et al. (2024). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers*, 10(1), 11.
- Martinez-Devesa, P., Perera, R., Theodoulou, M., & Waddell, A. (2020). Cognitive behavioural therapy for tinnitus. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, The Cochrane Library Published Online, 8 Sep 2010.
- Mitchell, A. E. P. (2017). The effect of a short course in cognitive and behavioral therapy (CBT) on knowledge acquisition in non-specialist CBT practitioners. *Advances in Psychology Research*, 120(1), 103-118.
- Song, P., Zha, M., Yang, Q., et al. (2021). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: a global systematic review and meta-analysis. *J Glob Health*, 11, 04009.
- Wong, S. Y., Chan, F. W., Wong, R. L., Chu, M. C., Lam, Y. Y., Mercer, S. W., & Ma, S. H. (2011). Comparing the effectiveness of mindfulness-based stress reduction and multidisciplinary intervention programs for chronic pain: a randomized comparative trial. *The Clinical Journal of Pain*, 27, 724-734.
- World Health Organization (WHO). (2021). International statistical classification of diseases and related health problems. 11th ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Yadegari, N., Sayehmiri, K., Azodi, M.Z., Sayehmiri, F., Modara, F. (2018). The Prevalence of attention deficient hyperactivity disorder among Iranian children: a meta-analysis. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 12(4), 10-18.