

تاثیر آموزش مبتنی بر شفقت (به مادران) بر کاهش علایم بیش‌فعالی - نقص توجه کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه

سیده رویا درخشنده^۱

فهیمة نامدارپور^۲

محمد رضا عابدی^۳

چکیده

هدف این مطالعه تعیین اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت (به مادران) در کاهش علایم بیش‌فعالی - نقص توجه بر کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه بود. شرکت کنندگان این پژوهش دو زن ۳۵ ساله و یک زن ۳۳ ساله و متاهل بودند که با استفاده از مصاحبه بالینی و معرفی کودکان شان از طرف روانپزشک برای درمان مبتنی بر شفقت در نظر گرفته شدند. برای سنجش علایم بیش‌فعالی - نقص توجه از پرسشنامه SNAP-IV استفاده شد. در این پژوهش از روش پژوهشی مورد منفرد با طرح A_B استفاده شد. در این روش پژوهشی، پس از سه جلسه خط پایه، مداخله از طریق ۱۵ جلسه یک ساعته درمان مبتنی بر شفقت برای دو آزمودنی (مادر) اول و ۱۵ ساعت (۷ جلسه دوساعته و یک جلسه یک ساعته) برای آزمودنی (مادر) سه اجرا شد. دو هفته و یک ماه پس از پایان مداخله، آزمودنی‌ها تحت آزمون پیگیری قرار گرفتند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که طی تحلیل دیداری نمودار داده‌ها براساس شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل دیداری، در مرحله پیگیری نسبت به خط پایه، مداخله در نافرمانی مقابله‌ای و نقص توجه و تا حدودی بیش‌فعالی - تکانشگری تاثیرگذار بوده است. با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان گفت آموزش شفقت به مادران بر کاهش نافرمانی مقابله‌ای کودکان و نقص توجه و بیش‌فعالی - تکانشگری آنان موثر است.

واژه‌گان کلیدی: درمان مبتنی بر شفقت، اختلال نقص توجه، بیش‌فعالی.

۱- کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر

۲- استادیار روانشناسی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر ایران (نویسنده مسئول)

۳- استاد دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان

مقدمه

اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی (ADHD)^۱ یک اختلال رشدی-عصبی است که ویژگی‌های آن با سطوح نامناسبی از بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳). این افراد پرحرف، بسیار بی‌توجه بوده بطوری که در کارها مشارکت و همکار کمی داشته و قادر نیستند کارها را به تنهایی و بدون مشارکت مادر یا اطرافیان‌شان انجام دهند (فابیانو^۳ و همکاران، ۲۰۰۹). این افراد در کلاس، تمایل کمی برای تمرکز بر تکالیف تکراری و راکد دارند (هاگز^۴، کوپر^۵، ۲۰۰۷).

در رابطه با شیوع این اختلال، ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۶ (DSM5) بیان می‌کند ۵ درصد کودکان و ۵/۲ درصد بزرگسالان مبتلا به ADHD می‌باشند که نسبت جنسیتی آن طوری است که در دوره‌ی کودکی، پسران ۲ برابر دختران و در بزرگسالی مردان ۱/۶ برابر زنان به این اختلال مبتلا می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). بارکلی^۷ (۲۰۱۵) نشان داده که ADHD در بزرگسالی به حوزه‌های مختلفی از جمله تحصیلی، شغلی، خانوادگی، سلامت جسمانی، اقتصادی، ازدواج و زناشویی آسیب می‌رساند پژوهش‌های مبتنی بر پیگیری نشان داده‌اند که ۱۵ درصد کودکان مبتلا به ADHD در ۲۵ سالگی نیز تمام ملاک‌های این اختلال را برای تشخیص دارا می‌باشند. همچنین نشان داده شده است که بالغ بر ۵۰ درصد این کودکان چندین نشانه از این اختلال را که مشکلات مهمی ایجاد می‌کنند در بزرگسالی دارا هستند (اشرسون^۸ و همکاران، ۲۰۱۴).

¹ Attention-Deficit Hyperactivity Disorder

² American Psychiatric Association

³ Fabiano

⁴ Hughes

⁵ Cooper

⁶ Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition

⁷ Barkley

⁸ Asherson

سطوح پایدار و رو به رشد بی‌توجهی، تکانشگری و بیش‌فعالی در کودکان مبتلا به ADHD، آنها را در معرض شکست‌های تحصیلی، مشکلات تعامل اجتماعی و مشکلات رفتاری معنی‌داری قرار می‌دهد (بارکلی، مورفی^۱، ۲۰۰۶). این اختلال با علائمی مانند نداشتن مقاومت در برابر ناکامی، کج‌خلقی، بی‌ثباتی خلقی، طرد شدن از سوی همسالان و واکنش شدید اطرافیان همراه است (دبو و پرینز^۲، ۲۰۰۷)، و این کودکان به طور معمول کمتر مطیع و بیشتر لجوج هستند، دارای طغیانگری و تحمل کمتر در مقابل ناکامی می‌باشند و نسبت به همسالان خود کمتر قادر هستند راهنمایی‌های والدین را دنبال کرده و به قوانین خانواده وفادار باشند (والن^۳ و همکاران، ۲۰۰۶).

محیطی که کودک بیش‌فعال در آن آموزش می‌بیند و والدینی که کودک با آنها زندگی می‌کند و حتی خود کودکان نیز دارای تنش فراوانی هستند و توانایی سازگاری کمی را از خود نشان می‌دهند (صادقی، شهیدی، خوشابی، ۱۳۹۰)، به همین دلیل از خانواده انتظار می‌رود تا نه تنها نیازهای تغذیه‌ای و رشدی اعضا را فراهم نماید، بلکه ارزش‌ها، باورهای سنتی و داستان‌های گذشته خانوادگی خود را نیز به فرزندان منتقل سازند. مهمتر آن که با ایجاد محیطی امن و مطمئن، احساسی از هویت شخصی، حمایت و راهنمایی، توأم با عشق و محبت غیرمشروط برای فرزندان فراهم نمایند. اما والدین این کودکان به دلیل فراوانی مشکلات رفتاری در ارتباط با این کودکان، مشکلات بیشتری نسبت به والدین کودکان عادی دارند. بسیاری از مطالعات، استرس‌های والدینی را توضیح داده‌اند که کودکان این تشخیص را دریافت کرده است (فینزی^۴ و همکاران، ۲۰۱۱).

حضور کودک مبتلا به اختلالات خلقی و اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی در خانواده درخواست‌های مضاعفی را بر والدین و بال‌اخص مادران این کودکان تحمیل می‌کند و باعث افزایش، فشار روانی و انواع مشکلات روانشناختی از قبیل افسردگی و خلق منفی در

¹ Murphy & Barkley

² - Deboo & Prinz

³ - Whalen

⁴ Finzi

این والدین می‌شود (بوسینگ^۱ و همکاران، ۲۰۰۷). در نتیجه والدین این کودکان بیش از پیش با چالش‌های منحصر به فردی مواجه هستند (براون و وایتساید^۲، ۲۰۰۷). به همین دلیل روش‌های درمانی مختلفی اعم از دارو درمانی، رفتار درمانی و مشاوره (فابیو و همکاران، ۲۰۰۹).

شفقت ورزی به معنای تجربی و تحت تاثیر قرار گرفتن از رنج دیگران، به گونه‌ای که فرد مشکلات و رنج‌های خود را قابل تحمل تر نماید تعریف شده است. همچنین این مفهوم به معنای صبور و مهربان بودن نسبت به دیگران و داشتن درک غیر قضاوت گرانه در رابطه با آنها است. علاوه بر این، دانستن این امر که تجارب و مشکلات زندگی فرد جزیی از مسایلی است که سایر افراد نیز آن را تجربه می‌کنند (نف، ۲۰۱۱). (خود) شفقت ورزی با احساس دوست داشتن خود و نگرانی و مراقبت در مورد دیگران مرتبط است، اما به معنای خود محوری یا ترجیح نیازهای خود به دیگران نیست (نی اسپکا، کارلسون^۳، ۲۰۱۰). داشتن نگرش مشفقانه نسبت به خود و دیگران که باعث متعادل شدن دیدگاه ذهنی فرد می‌گردد، ذهن آگاهی خوانده می‌شود. (جرمر^۴، ۲۰۰۹)، ذهن آگاهی به معنای داشتن نگرش غیر قضاوت گرانه و پذیرنده نسبت به خود و دیگران است، به گونه‌ای که فرد افکار و احساسات خود را به گونه‌ای مشاهده می‌کند که نیازی به تغییر یا کنار گذاشتن آنها نباشد. برای اینکه افراد کاملاً (خود) شفقت ورزی را تجربه کنند، لازم است دیدگاه ذهن آگاهانه اتخاذ نمایند. به عبارتی، آنها بایستی از تجربه احساسات دردناک اجتناب نکنند. زیرا این امر برای شناخت احساسات خود به منظور داشتن احساس شفقت ورزی لازم است (پاولی^۵، ۲۰۱۰).

¹ Bussing

² Brown & Whiteside

³ Speca, Carlson

⁴ Germer

⁵ Pauley

شفقت ورزشی در بردارنده سه جز اساسی است: ۱) داشتن مهربانی و درک صحیح نسبت به خود و دیگران بدون داشتن دیدگاه قضاوتی و خود انتقادگر (۲) داشتن این دیدگاه که تجارب فرد جزیی از تجارب همه انسان‌ها است. به عبارتی دیگر، سایرین نیز چنین تجاربی را در زندگی خود دارند، بدون داشتن احساس دور بودن و متمایز بودن از دیگران. ۳) تجارب و احساسات خود را بگونه‌ای متعادل نگریسته، بدون اینکه آنها را بزرگنمایی کند. این حیطه‌های شفقت ورزشی با یکدیگر متفاوت بوده و به طور متفاوتی تجربه می‌شوند. اما به نظر می‌رسد که به گونه‌ای مکمل و دربرگیرنده یکدیگر نیز هستند. برای مثال حالت پذیرا و باز بودن باعث کاهش قضاوت در مورد خود و دیگران می‌شود (نی اسپیکا، کارلسون، ۲۰۱۰).

با وجود این که داشتن احساس شفقت ورزشی، با این امر که فرد به طور خشن و قضاوتی با خود رفتار کند در تناقض است، اما جزء ذهن آگاهانه این مولفه شامل این است که فرد به جای نادیده انگاشتن نواقص خود، آنها را به وضوح باور کند (نف، ۲۰۰۹). علاوه بر این، فردی که به درستی به خود و دیگران شفقت بورزد از سلامتی و بهزیستی روانی بیشتری برخوردار است. این امر به این معنا است که فرد ملایمت خود را برای تغییرات زندگی ترغیب نموده و الگوهای رفتاری مضر و نامطلوب خود را اصلاح می‌کند. بنابراین، شفقت ورزشی می‌تواند از راه‌های مختلف به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان در نظر گرفته شود که در آن از تجربه هیجان‌های آزاردهنده و نامطلوب جلوگیری نمی‌شود، بلکه تلاش می‌شود تا احساسات به صورتی مهربانانه مورد پذیرش واقع شوند. بنابراین احساسات منفی به احساسات مثبت تغییر می‌کنند و فرد راه‌های جدیدی برای مقابله پیدا می‌کند. بر این اساس شفقت ورزشی یکی از جنبه‌های هوش هیجانی است که دربردارنده توانایی برای ثبت هیجان‌ها و استفاده از اطلاعات برای هدایت افکار و اعمال است (لوتس^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). شفقت به خود به طور معناداری با داشتن شفقت نسبت به دیگران همراه است (نف

¹ Lutz

و پومیر^۱، ۲۰۱۲). و افراد با شفقت بر خود بالا تعارضات بین فردی خود را با در نظر گرفتن نیازهای خود و دیگران حل می‌کنند. (یارنل و نف^۲، ۲۰۱۲). از طرف دیگر سرخوردگی‌ها و شکست‌ها بخش مهمی از طیف گسترده‌ی تجربیات روزمره‌ی بشری هستند (باقری، ۱۳۸۸، به نقل از سعیدی، قربانی، سرافراز، شریفیان، ۱۳۹۲). مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود، اشتراک‌های انسانی در مقابل انزوا، و بهوشیاری در مقابل همسان‌سازی افراطی. امروزه ترکیب این سه مولفه مرتبط، مشخصه فردی است که نسبت به خود شفقت دارد (نوربالا، برجعلی، نوربالا، ۱۳۹۲).

همه موارد بالا این مفهوم را می‌رساند که خود شفقتی و شفقت به دیگران باعث حل تعارضات بین فردی، سرخوردگی‌ها، ارتقاء سلامت روان و و بسیاری از مشکلات روانشناختی افراد می‌شود. ولی آیا این رویکرد می‌تواند در کاهش علایم اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه که سرمنشاء فیزیولوژیک دارد موثر باشد؟

نمونه و روش اجرای طرح

طرح پژوهش: روش پژوهش از نوع پژوهش‌های مورد منفرد است و از طرح A-B استفاده شده است. به طور کلی موقعیت اول (A) خط پایه است. در موقعیت دوم (B) یک مداخله درمانی اجرا می‌شود. و سپس متغیر وابسته مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. شرکت‌کنندگان این پژوهش سه مادر دارای پسر مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش، تشخیص اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه و در مرحله بعد مراجعات مکرر به روانپزشک و مراکز خدمات روانشناختی و مشاوره برای حل مشکل بود. در این پژوهش ابتدا یک جلسه مصاحبه بالینی بر اساس DSM-5 برای سنجش میزان سلامت روان برای هر شرکت‌کننده اجرا شد و هدف و مراحل تحقیق برای آنها روشن شد. پیش از آغاز مداخله هر سه شرکت‌کننده به مدت سه جلسه پی‌در پی

¹ Neff&Pommer

² Yarnel&Neff

فقط پرسشنامه SNAP-IV، را کامل کرده و هیچ مداخله‌ای در این سه جلسه صورت نگرفته است. پس از سه جلسه خط پایه، مداخله (آموزش شفقت درمانی) برای هر شرکت کننده اجرا شد.

مداخله شامل ۱۵ جلسه (هفته‌ای دو جلسه) که طی آن در هر جلسه شرکت کننده به صورت انفرادی حدود یک ساعت تحت درمان قرار گرفت. در پایان هر سه جلسه هر یک پرسشنامه SNAP-IV، را دریافت می‌کردند که موظف به تکمیل آن بودند. البته یکی از مراجعان به خاطر مشغله زیاد به جای دو جلسه یک ساعته در هفته، یک جلسه دوساعته در هفته تحت درمان بود و انتهای هر جلسه موظف به پر کردن پرسشنامه بود. و پژوهشگر از این فرصت استفاده کرده و به مقایسه دو حالت آموزش (دو جلسه یک ساعته در هفته با یک جلسه دو ساعته در هفته) و مقایسه تعداد آزمون‌ها (پر کردن پرسشنامه انتهای هر سه جلسه آموزش با پر کردن پرسشنامه در انتهای هر جلسه آموزش) و پس از پایان جلسات دو جلسه پیگیری هر کدام به فاصله دو هفته و یک ماه از آخرین جلسه درمان اجرا شد که از این دو جلسه به عنوان جلسات پیگیری نام می‌بریم.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه مادران دارای پسر دبستانی مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه در شهر اصفهان است. آزمودنی‌ها در این پژوهش ۳ مادر دارای فرزند مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه مراجعه کننده به کلینیک‌ها و مراکز روانشناختی شهر اصفهان بودند که به تشخیص روان‌شناس، روانپزشک‌های مختلف، اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه کودک کاملاً محرز بود. ویژگی‌های این سه مورد به شرح زیر است:

ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان

مراجع	سن	سن کودک	تحصیلات	شغل	تشخیص همراه
اول	۳۵	۱۱	دیپلم	خانه دار	افسردگی

دوم	۳۳	۱۰	دیپلم	خانه دار	وسواس
سوم	۳۵	۱۱	دانشجوی کارشناسی ارشد	دانشجو	-

ابزار:

۱- ابزار تشخیصی:

مصاحبه بالینی بر اساس DSM-5

۲- ابزار تغییر علایم

سوانسون و همکاران (۲۰۰۱) مقیاس درجه بندی اسنپ چهار (SNAP_IV) (فرم معلم و والدین) را هنجاریابی کرده اند. تحلیل عاملی نشان داده است که این مقیاس از سه عامل اشباع شده است. که عبارتند از: نقص توجه، بیش‌فعالی - تکانشگری و اختلال نافرمانی مقابله‌ای. در ایران نیز هوشیاری (۱۳۸۴) و محمدی (۱۳۸۹) مقیاس درجه بندی SNAP-IV را بر روی کودکان هنجاریابی نمودند.

شیوه نمره گذاری بدین صورت است که بعد از تبدیل مجموعه نمرات به لیکرت، اگر نمره اکتسابی تقسیم بر ۳۰ (تعداد سوالات) شود و نمره حاصل بزرگتر یا مساوی ۱ شود، فرد مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه می باشد.

هوشیاری و همکاران (۱۳۸۴) این مقیاس را بر روی کودکان ۷ تا ۱۲ سال شهر تهران برای تشخیص اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی هنجاریابی نمودند. در این پژوهش تنها فرم والدین و ۱۸ سوال تشخیص اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی هنجاریابی شده است. یافته‌های این پژوهش نشان داد که روایی ملاکی آزمون ۰/۴۸ است. و ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و دو نیمه کردن ۰/۷۶ است.

محمدی (۱۳۸۹) نیز مقیاس درجه بندی SNAP_IV (فرم والدین) را برای کودکان ۶-۱۰ ساله شهر اصفهان برای تشخیص اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و نافرمانی مقابله‌ای،

هنجاریابی نموده است. این پژوهش مشتمل بر ۳۰ سوال بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد که روایی ملاکی آزمون ۰/۵۶ است و ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و دونیمه کردن ۰/۸۱ است.

روند اجرای پژوهش:

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل نموداری نمودارها با شاخص‌های روند، ثبات، درصد داده‌های غیر همپوش و درصد داده‌های همپوش استفاده شده است. رئوس مطالب عنوان شده طی ۱۵ جلسه ی آموزش انفرادی درمان مبتنی بر شفقت (ایزدی، ۱۳۹۵)

تعداد جلسات	محتوی هر جلسه
جلسه اول	برقراری ارتباط، تعریف "مهربانی"، "نامهربانی"، "فرد مهربان". بررسی مشکلاتی که فرزند با خانواده دارد. تکلیف جلسه آینده: لیست رنج‌های خود و فرزند.
جلسه دوم	بررسی واکنش به جلسه قبل، بررسی تکلیف جلسه گذشته، بررسی و تعریف و تفسیر "ذهن آگاهی". تکلیف جلسه آینده: انجام تکالیف مختلف ذهن آگاهی.
جلسه سوم	بررسی واکنش اعضا به جلسه قبل، بررسی تکلیف جلسه گذشته، معرفی مولفه "حساسیت"، همراه با تمثیل. تکلیف جلسه آینده: بررسی موارد عینی مولفه حساسیت در زندگی روزمره.
جلسه چهارم	بررسی واکنش اعضا به جلسه قبل، بررسی تکلیف جلسه گذشته، معرفی مولفه "مراقبت از بهزیستی"، همراه با تمثیل. تکلیف جلسه آینده: بررسی موارد عینی مولفه مراقبت از بهزیستی در زندگی روزمره.
جلسه پنجم	بررسی واکنش اعضا به جلسه قبل، بررسی تکلیف جلسه گذشته، معرفی "سه سیستم دفاع، انگیزش، امنیت" همراه با تمثیل. تکلیف جلسه آینده: بررسی موارد عینی سه سیستم در زندگی روزمره.

<p>جلسه ششم</p> <p>بررسی واکنش اعضاء به جلسه قبل ، بررسی تکلیف جلسه گذشته، معرفی مولفه " تحمل پریشانی " ، همراه با تمثیل . تکلیف جلسه آینده: بررسی موارد عینی مولفه تحمل پریشانی در زندگی روزمره.</p>	
<p>جلسه هفتم</p> <p>بررسی واکنش اعضاء به جلسه قبل ، بررسی تکلیف جلسه گذشته، معرفی مولفه " دید غیر قضاوتی " ، همراه با تمثیل. تکلیف جلسه آینده: بررسی موارد عینی مولفه دید غیر قضاوتی در زندگی روزمره.</p>	
<p>جلسه هشتم</p> <p>بررسی واکنش اعضاء به جلسه قبل ، بررسی تکلیف جلسه گذشته، معرفی " همدلی " و " همدردی " و تفاوت آنها با یکدیگر " ، همراه با تمثیل . تکلیف جلسه آینده: بررسی موارد عینی مولفه های همدلی و همدردی در زندگی روزمره.</p>	
<p>جلسه نهم</p> <p>بررسی واکنش اعضاء به جلسه قبل ، بررسی تکلیف جلسه گذشته، معرفی "سه مغز قدیم ، جدید(تحلیلی)، آگاه" ، همراه با تمثیل. تکلیف جلسه آینده: تحلیل واکنش های مختلف در زندگی روزمره بر اساس این سه مغز.</p>	
<p>جلسه دهم</p> <p>بررسی واکنش اعضاء به جلسه قبل ، بررسی تکلیف جلسه گذشته، معرفی مولفه " استدلال مهربانانه " . همراه با تمثیل تکلیف جلسه آینده: ارتباط با انواع خود و یا تمرین دو صندلی.</p>	
<p>جلسه یازدهم</p> <p>بررسی واکنش اعضاء به جلسه قبل ، بررسی تکلیف جلسه گذشته، معرفی مولفه " توجه مهربانانه " ، همراه با تمثیل . تکلیف جلسه آینده: تمرین خود مشاهده گر.</p>	
<p>جلسه دوازدهم</p> <p>بررسی واکنش اعضاء به جلسه قبل ، بررسی تکلیف جلسه گذشته، معرفی مولفه " رفتار مهربانانه " ، همراه با تمثیل . تکلیف جلسه آینده: بررسی رفتارهایی در راستای ارزش ها در زندگی روزمره.</p>	
<p>جلسه سیزدهم</p> <p>بررسی واکنش اعضاء به جلسه قبل، بررسی تکلیف جلسه گذشته، معرفی مولفه " تصویر مهربانانه " و " تجربه حسی " ، همراه با تمثیل . تکلیف برای جلسه آینده: بررسی موارد عینی مولفه های تصویر مهربانانه و تجربه حسی در زندگی روزمره.</p>	
<p>جلسه چهاردهم</p> <p>بررسی واکنش اعضاء به جلسه قبل ، بررسی تکلیف جلسه گذشته، معرفی مولفه " احساس مهربانانه " ، همراه با تمثیل .</p>	

تکلیف جلسه آینده: بررسی موارد عینی مولفه احساس مهربانانه در زندگی روزمره.	
جلسه پنزدهم	بررسی کلی جلسات گذشته، بررسی تکالیف جلسات قبل، مرور کلی همه مولفه ها و رفع ابهام و اشکال مراجع.

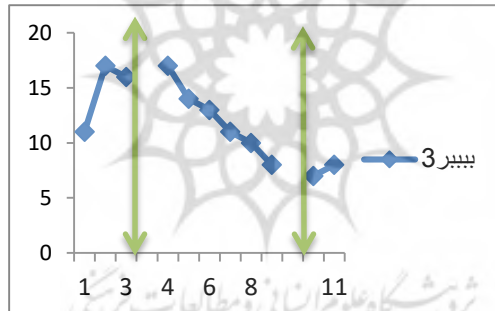
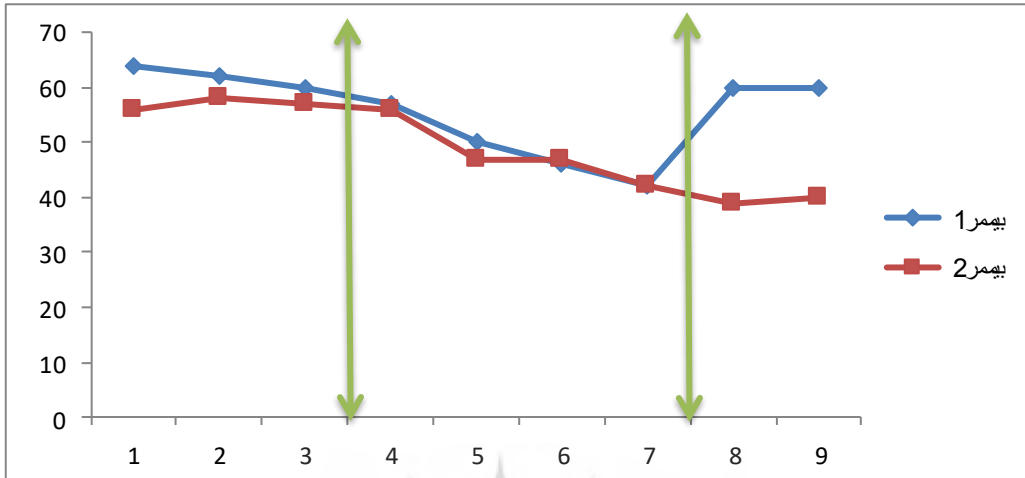
یافته‌ها

نمرات خام اندازه گیری‌های مکرر طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری در جدول ۱ و ۲ آمده است.

جدول ۱) نمرات علایم بیش فعالی - نقص توجه در موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری برای سه آزمودنی

جلسات	آزمودنی ۱	آزمودنی ۲	آزمودنی ۳
خط پایه ۱	۶۴	۵۶	۲۹
خط پایه ۲	۶۲	۵۸	۳۱
خط پایه ۳	۶۰	۵۷	۲۷
جلسه ی چهارم	۵۷	۵۶	-
<u>جلسه ی اول</u>	-	-	۲۵
جلسه ی هشتم	۵۰	۴۷	-
<u>جلسه ی دوم</u>	-	-	۳۰
جلسه ی یازدهم	۴۶	۴۷	-
<u>جلسه ی سوم</u>	-	-	۳۴
جلسه ی پانزدهم	۴۲	۴۲	-
<u>جلسه ی چهارم</u>	-	-	۲۴
<u>جلسه ی پنجم</u>	-	-	۳۱
<u>جلسه ی ششم</u>	-	-	۳۳
<u>جلسه ی هفتم</u>	-	-	۳۳
پیگیری	۶۰	۳۹	۲۴
پیگیری	۶۰	۴۰	۲۴

یافته‌های جدول ۱ به صورت دو نمودار زیر است.



نمودار ۲) نمرات علایم بیش‌فعالی - نقص توجه آزمودنی‌های او۲و۳
 برای تحلیل دیداری نمودار داده‌ها، پس از رسم نمودار برای هر آزمودنی، در مرحله ی اول با استفاده از میانه ی داده‌های موقعیت خط پایه و مداخله، خط میانه ی داده‌ها موازی با محور X کشیده شد و یک محفظه ی ثبات^۱ روی خط میانه قرار گرفت (نمودار شماره ۳). محفظه ی ثبات یعنی دو خط موازی که یکی پایین و یکی بالای خط میانه رسم

^۱. Stability Envelope

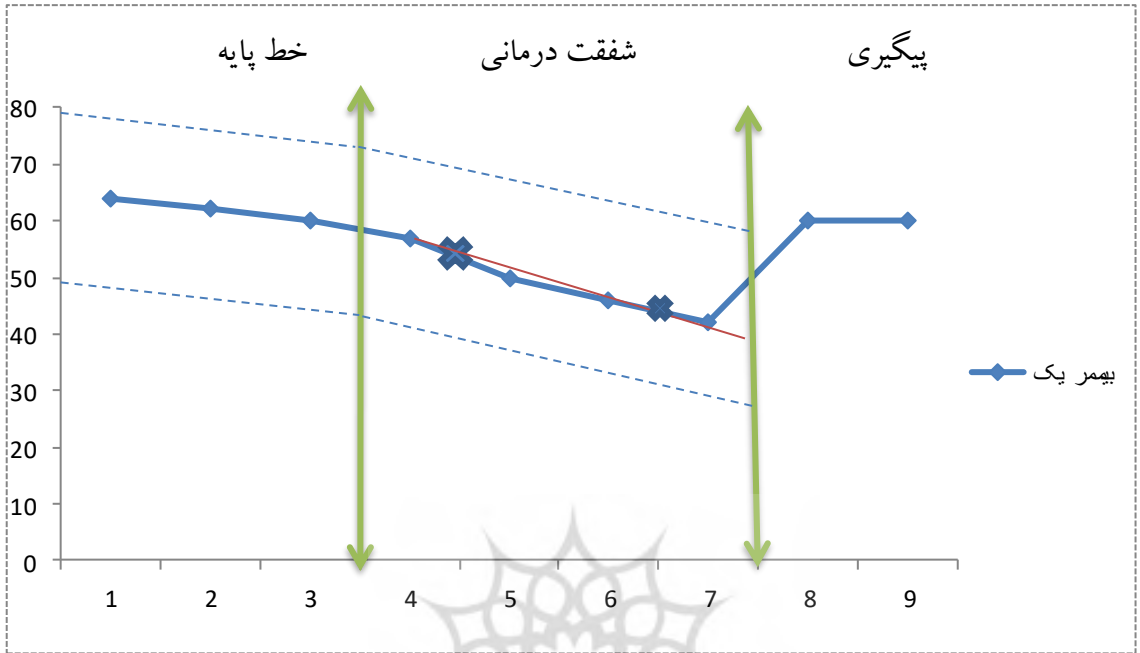
شود فاصله و دامنه ی بین دو خط، میزان بیرون افتادگی یا تغییر پذیری سری داده‌ها را نشان می‌دهد. با استفاده از معیار ۲۰-۸۰ درصدی، اگر ۸۰٪ نقاط داده‌ها زیر یا درون ۲۰٪ مقدار میانه (محفظه ثبات) قرار گیرند، گفته می‌شود داده‌ها ثبات دارد (۱۵) پس از آن برای بررسی روند داده‌ها از روش دونیم کردن^۱ استفاده شد و محفظه ی ثبات خط روند بر اساس معیار ۸۰-۲۰ درصدی رسم شد (نمودار شماره ۴). پس از رسم خط میانه میانه و خط روند و محفظه ی ثبات آن‌ها، شاخص‌های آماری توصیفی مانند میانه و میانگین و شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی مانند تغییر سطح و روند و PND محاسبه شد. PND نشان دهنده ی درصد غیرهمپوشی نقاط دو موقعیت آزمایشی (خط پایه و مداخله) است. میزان کنترل آزمایشی در پژوهش مورد منفرد، به تغییر سطح از یک موقعیت به موقعیت دیگر و درصد داده‌های غیر همپوش (PND) بستگی دارد. همچنین هر چه PND بین دو موقعیت مجاور بالاتر باشد، با اطمینان بیشتری می‌توان مداخله را اثر بخش دانست (۲۱).

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

¹. Split-middle



نمودار ۳) ترسیم خط میانه و محفظه‌ی ثبات آزمودنی ۱

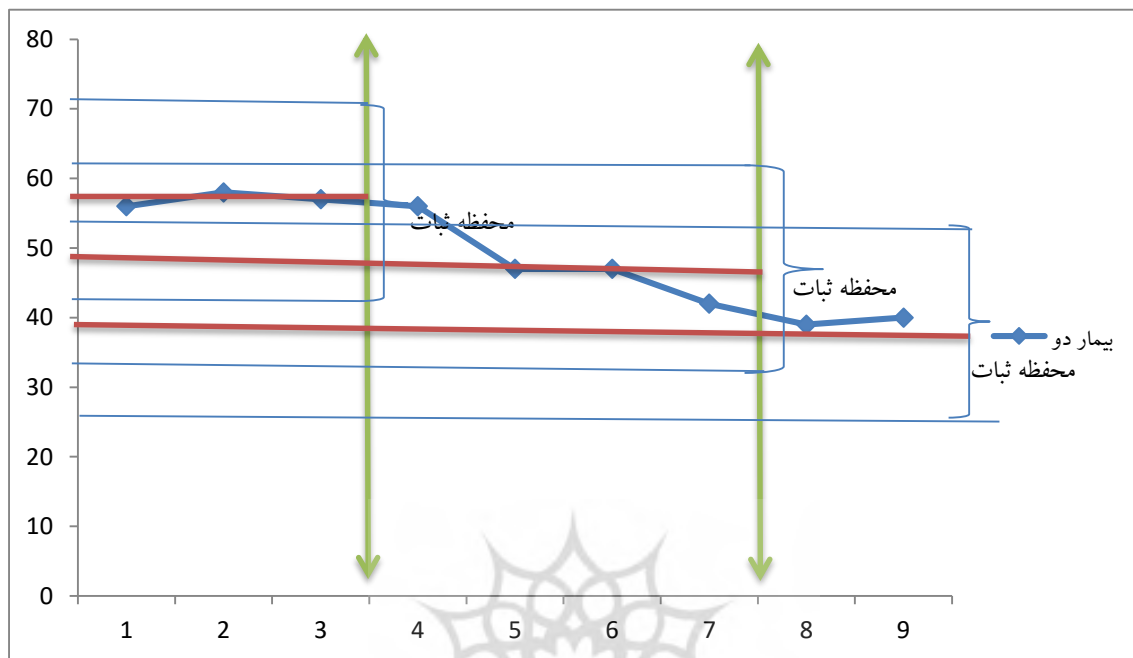


نمودار (۴) ترسیم خط روند و محفظه ثبات آزمودنی ۱

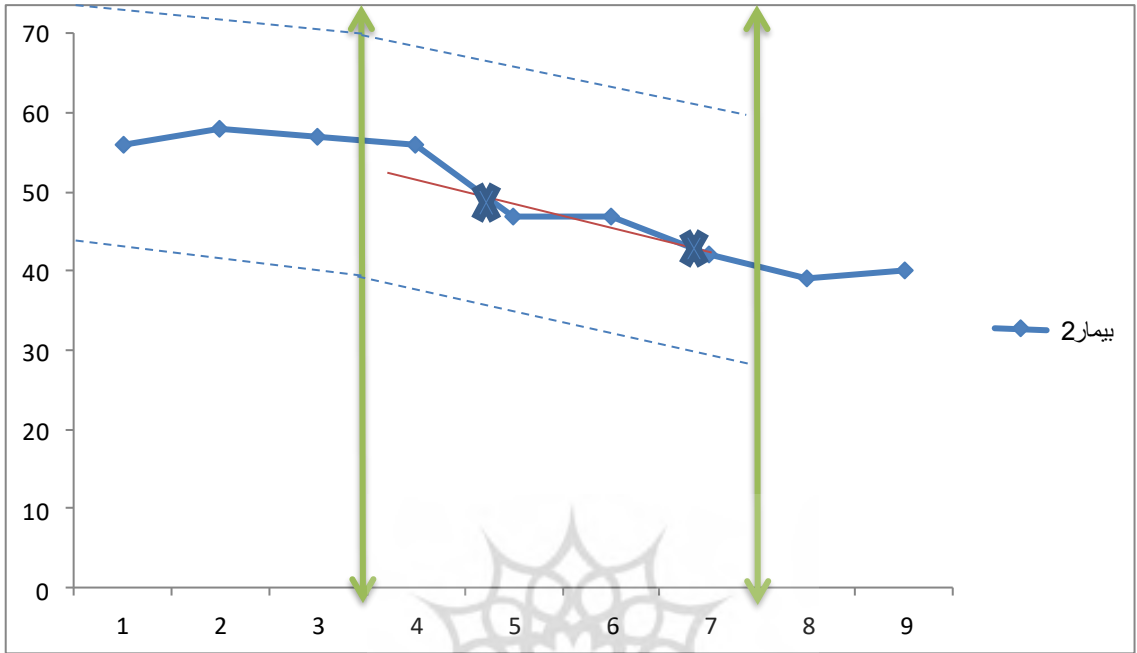
جدول ۲- متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای علایم بیش فعالی - نقص توجه آزمودنی یک

درون موقعیت	بین موقعیت		
۱- توالی موقعیت‌ها	A	B	۱- مقایسه موقعیت
۲- طول موقعیت	۳	۴	۲- تغییرات روند
۳- سطح	۱,۲	۲	۱,۲- تغییر جهت
۳,۱- میانه	۶۲	۴۸	۲,۲- اثر وابسته به هدف
۳,۲- میانگین	۶۲	۴۸/۷۵	۳,۲- تغییر ثبات

	۳- تغییر در سطح	۴۲-۵۷	۶۰-۶۴	۳,۳- دامنه ی تغییرات
$\frac{53}{61}$	۱,۳- تغییر نسبی	۶۳/۵-	۷۷/۵-	۴,۳- دامنه ی تغییرات محفظه ثبات
		۳۲/۵	۴۹/۵	۲۰٪ از میانه ی هر موقعیت
$\frac{60}{57}$	۲,۳- تغییر مطلق			۴- تغییر سطح
$\frac{48}{62}$	۳,۳- تغییر میانه	۵۳/۵-۴۴	۶۳-۶۱	۱,۴- تغییر نسبی
$\frac{48}{62}$	۴,۳- تغییر میانگین	۵۷-۴۲	۶۴-۶۰	۲,۴- تغییر مطلق
	۴- همپوشی داده‌ها			۵- روند
٪۱۰۰	PND-۱,۴	نزولی	نزولی	۱,۵- جهت
		با ثبات	با ثبات	۲,۵- ثبات
٪۰	POD-۲,۴	خیر	خیر	۳,۵- مسیرهای چندگانه



نمودار ۵) خط میانه و محفظه ی ثبات آن ها برای آزمودنی ۲.

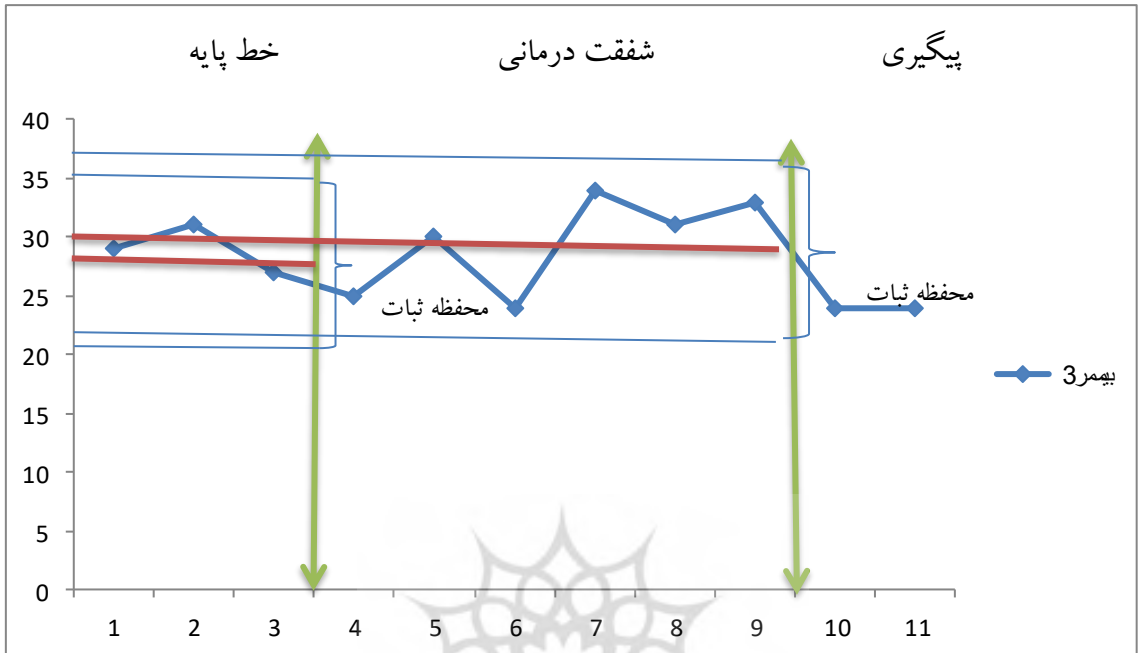


نمودار ۲) خط روند و محفظه ی ثبات آنها برای آزمودنی ۲.

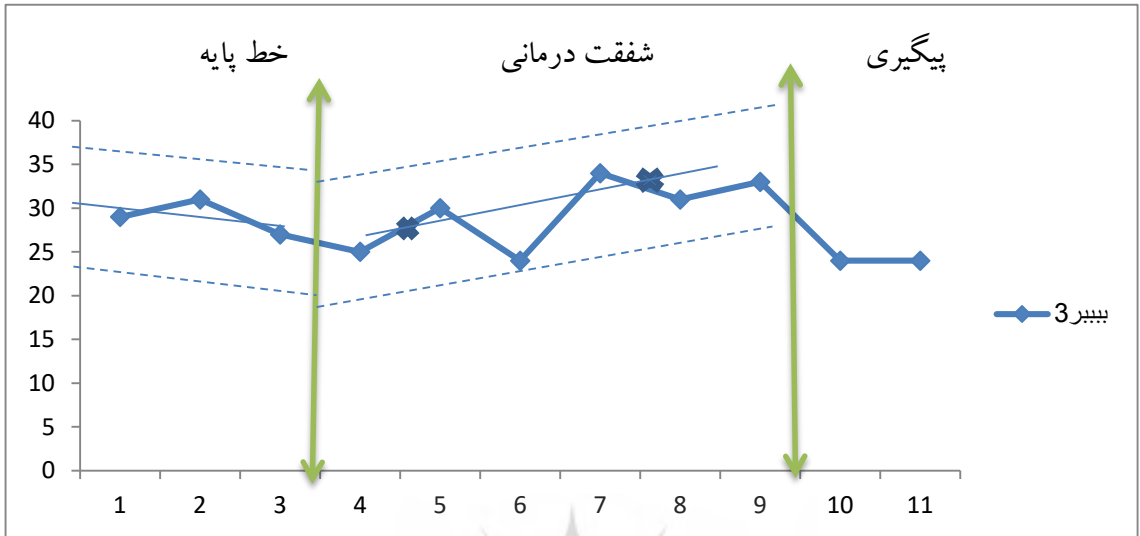
جدول ۳) متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای کاهش
علایم بیش فعالی-نقص توجه آزمودنی دو

		درون موقعیت	
$\frac{B}{A}$	۱- مقایسه موقعیت	A	B
	۲- تغییرات روند	۳	۴
$\frac{نزولی}{نزولی}$	۲،۱- تغییر جهت		
	۲،۲- اثر وابسته به هدف	۴۷	۵۷
مثبت			۳،۱- میانه

۳,۲- میانگین	۵۷	۴۸	۳,۲- تغییر ثبات	با ثبات
۳,۳- دامنه ی تغییرات	۵۶-۵۸	۴۲-۵۶	۳- تغییر در سطح	با ثبات
۴,۳- دامنه ی تغییرات محفظه ثبات	۴۳-۷۱	۳۳-۶۳	۱,۳- تغییر نسبی	$\frac{51/5}{57/5}$
۲۰٪ از میانه ی هر موقعیت				
۴- تغییر سطح			۲,۳- تغییر مطلق	$\frac{57}{56}$
۱,۴- تغییر نسبی	۵۷-۵۷/۵	-۵۱/۵	۳,۳- تغییر میانه	$\frac{47}{57}$
۲,۴- تغییر مطلق	۵۶-۵۷	۵۶-۴۲	۴,۳- تغییر میانگین	$\frac{48}{57}$
۵- روند			۴- همپوشی داده ها	
۱,۵- جهت	نزولی	نزولی	۱,۴- PND	٪۷۵
۲,۵- ثبات	با ثبات	با ثبات	۲,۴- POD	٪۲۵
۳,۵- مسیرهای چندگانه	خیر	خیر		



نمودار (۲) خط میانه و محفظه ی ثبات آن‌ها برای آزمودنی ۳



نمودار ۸) خط روند و محفظه ی ثبات برای آزمودنی ۳

جدول ۴- متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای کاهش علایم بیش فعالی کودک بیمار سه

بین موقعیت		درون موقعیت	
$\frac{B}{A}$	۶- مقایسه موقعیت	B	A
	۷- تغییرات روند	۴	۳
$\frac{\text{صعودی}}{\text{نزولی}}$	۱،۲- تغییر جهت		
	۲،۲- اثر وابسته به هدف	۳۰/۵	۲۹
با ثبات	۳،۲- تغییر ثبات	۲۹/۵	۲۹
با ثبات	۳- تغییر در سطح	۲۴-۳۴	۲۷-۳۱
			۳،۳- دامنه ی تغییرات

$\frac{30}{29}$	۱,۳- تغییر نسبی	-۳۷/۵ ۲۳/۵	۲۲-۳۶	۴,۳- دامنه ی تغییرات محفظه ثبات ۲۰٪ از میانه ی هر موقعیت
$\frac{27}{25}$	۲,۳- تغییر مطلق			۹- تغییر سطح
$\frac{30/5}{29}$	۳,۳- تغییر میانه	۲۵-۳۳	۳۰-۲۹	۱,۴- تغییر نسبی
$\frac{29/5}{29}$	۴,۳- تغییر میانگین	۲۵-۳۳	۲۹-۲۷	۲,۴- تغییر مطلق
	۴-همپوشی داده‌ها			۱۰- روند
٪۶۶/۶۶	PND-۱,۴	صعودی	نزولی	۱,۵- جهت
		با ثبات	با ثبات	۲,۵- ثبات
٪۳۳/۳۳	POD-۲,۴	خیر	خیر	۳,۵- مسیرهای چندگانه

بحث: نتایج جداول بالا برای بیماران یک ، دو و سه نشان می دهد که شفقت درمانی مادر بر نقص توجه موثر بوده است. PND مطابق جداول ۲,۳ و ۴ برای درون موقعیت درمان و خط پایه برای بیماریک ۷۵٪ ، بیمار دو ۱۰۰٪ و بیمار سه ۱۶/۶۶٪ و برای بین موقعیت درمان و موقعیت پیگیری برای بیمار یک و دو ۵۰٪ و بیمار سه ۰٪ می باشد. PND گزارش شده در جداول بالا بین موقعیت پیگیری و درمان هر سه بیمار حاکی از کاهش اثربخشی درمان بوده که این امر را می توان احتمالاً ناشی از تعداد جلسات کم درمان در مرحله پیگیری دانست. بدین ترتیب نتایج حاصل از ناهمپوشی داده‌ها بین داده‌های دو موقعیت مجاور (PND) نشان می دهد که شفقت درمانی مادر بر نقص توجه کودک موثر است.

عابدی شاپورآبادی، پورمحمدرضای تجریشی، محمدخانی، فرضی (۱۳۹۱) تحت عنوان اثربخشی برنامه گروهی والدگری مثبت بر رابطه مادر- کودک در کودکان با اختلال بیش

فعالی-نارسایی توجه دریافتند که اجرای برنامه گروهی والدگری مثبت به مادران کودکان دارای اختلال بیش فعالی- نارسایی توجه منجر به کاهش معنادار تعارض و وابستگی و افزایش نزدیکی و به طور کلی موجب بهبود رابطه مادر- کودک شده است.

یافته‌های پژوهش سمندری و فرهادیان (۱۳۹۴) نشان می‌دهد که آموزش نظریه ذهن بر تکانشگری، توجه پایدار کودکان بیش فعال تأثیر گذاشت و این تأثیر در سطح بالا معنادار می‌باشد و بر گوش‌بزرگی تأثیر معناداری نداشته است. پس می‌توان گفت: برنامه آموزش نظریه ذهن، بر میزان توجه کودکان بیش فعال تأثیر دارد؛ بنابراین این برنامه آموزش نظریه ذهن می‌تواند رویکردی مؤثر بر درمان توجه و تمرکز کودکان بیش فعال باشد.

ناظر، میرزایی و مختاری (۱۳۹۲) طی تحقیقات انجام شده پی بردند که بازی درمانی به عنوان یک روش درمانی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی-نقص توجه در کنار سایر روش‌های درمانی مانند دارو درمانی یا روش‌های نوین مانند نوروفیدبک می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. واژه بازی یا ورزش برای کودکان لذت بخش بوده و شرکت در جلسات ورزش درمانی احساس مطلوبی را در این کودکان ایجاد نماید و آن‌ها را ترغیب نماید تا در سایر فعالیت‌های اجتماعی نیز به همین شادابی و دقت، عمل نمایند. همچنین افزایش سوخت و ساز در طی این جلسات نیز، خودبه‌کاهش تکانشگری و فعالیت زیاد کودکان کمک می‌کند که در نهایت همان نتیجه مورد نظر درمانگر به دست می‌آید.

بیمار ۱: کودک بیمار یک، در مولفه اول کاهش علایم بیش فعالی - نقص توجه (نقص توجه) در موقعیت خط پایه به درمان دارای PND ۷۵٪، و در موقعیت درمان به پیگیری ۵۰٪ می‌باشد و همچنین میانه از ۲۰ به ۱۸ کاهش یافته است. مادر (بجای واکنش به بی‌دقتی یا سربه‌هوایی کودک) با توجه مهربانانه به رنج کودک که عدم تمرکز (یک مشکل فیزیولوژیک) است حساسیت نشان داد. چون رنج کودک را دید، بهتر توانست با او همدلی و همدردی کند. با جمله‌هایی مثل اینکه خیلی سخت است که تمرکز کنی. می

دائم که اذیت می شوی. همچنین با استدلال مهربانانه ای، شرایط فیزیولوژیک فرزند(عدم تمرکز) را کاملاً آگاهانه پذیرفت.

کودک بیمار یک، در مولفه دو کاهش علایم (بیش فعالی-تکانشگری)، در موقعیت خط پایه به درمان دارای PND ۵۰٪ می باشد و همچنین میانه از ۲۰ به ۱۸/۵ کاهش یافته است. روند درمان دارای سیر نزولی بوده و نیز این روند با ثبات بوده است. مادر با توجه به ویژگی مراقبت از بهزیستی، کودک را ترغیب به کمک کردن به خود و پدرش کرده و در ازای این کار پاداش به کودک می داد. همچنین یکی از این پاداش ها تهیه دوچرخه بود که مسیر منزل تا محل کار پدر را طی کند و یا آموزش دوچرخه سواری به مادر شب ها در پارک بسیار در بهبودی مولفه بیش فعالی موثر بود. مادر نیز (با توجه مهربانانه و استدلال مهربانانه به کودک)، معلمان مدرسه را ترغیب به دادن تشویقی در مقابل خود کنترلی کودک کرده بود. البته گاهی رفتارهای تکانشگری از کودک دیده می شد که تحمل پریشانی و عدم قضاوت با ذهن آگاهی مادر مشکل را حل می کرد. مادر از خود کنترلی و پذیرش بالای خود بسیار خرسند بود و مانند گذشته دیگر قضاوت نمی کرد که فرزندم دارد با من لجبازی می کند.. با استدلال مهربانه ی "فرزندم مشکل فیزیولوژیک دارد" تحمل پریشانی می کرد. کاری که قبل از آموزش شفقت درمانی قادر به انجام آن نبود.

بیمار یک، در مولفه سه کاهش علایم(نافرمانی مقابله ای)، در موقعیت خط پایه به درمان دارای PND ۷۵٪، و در موقعیت درمان به پیگیری ۱۰۰٪ می باشد و همچنین میانه از ۲۰ به ۱۷/۵ کاهش یافته است. مادر با یادگیری ویژگی حساسیت به رنج کودک و عدم قضاوت در مورد او، توانست با مغز آگاه با کودک ارتباط برقرار کند و علایم بیش فعالی را با لجبازی عمدی کودک(مثل نخوردن قرص، درس خواندن، کمک به پدر و مادر و غیره) از هم متمایز کند. بیش فعالی سیستم دفاع را متعادل و به تقویت سیستم امنیت کودک پردازد. مثلاً به جای اینکه هر آنچه مادرمی گفت کودک گارد می گرفت، با امنیت

گرفتن از جانب مادر، کودک خود داوطلبانه به سمت مادر جهت گرفتن محبت و یا کمک کردن می‌رفت. نهایتاً مجموعه این عوامل باعث کاهش نافرمانی مقابله‌ای شد. در کل مادر با یادگیری شفقت به کودک، نه تنها نتوانست ارتباط خود را با کودک بهتر کند، بلکه نتوانست با کسب مهارت‌های شفقت، حتی علایم مختلف بیش‌فعالی را که یک مشکل فیزیولوژیک بود کاهش دهد. در پیکسب چنین موفقیتی مادر حس بهتری نسبت به خود و کودک داشت و با انگیزه‌ترین رابطه موثر را بهبود بخشید علی‌رغم صحبت‌هایی که از افراد مختلف غیرمتخصص شنیده بود که با کودک مبتلا به بیش‌فعالی باید سوخت و ساخت. مادر با عاملیت کامله این نتیجه رسیده بود که با کار کردن ویژگی‌های شفقت روی خود و فرزندش و بکارگیری مهارت‌های شفقت می‌تواند این مشکل فیزیولوژیک را توانبخشی کنند.

بیمار ۲: کودک بیمار دو، در مولفه اول کاهش علایم (نقص توجه) در موقعیت خط پایه به درمان دارای PND ۱۰۰٪، و در موقعیت درمان به پیگیری ۵۰٪ می‌باشد و همچنین میانه از ۱۹ به ۱۷/۵ کاهش یافته است. مادر با آموزش مولفه‌های حساسیت به رنج کودک، همدلی و همدردی با او از طریق مهارت‌هایی مانند توجه مهربانانه (نشستن در کنار او برای درس خواندن و همراهی با او بجای سرزنش کردن)، با فعال کردن مغز آگاه خود، استدلال مهربانانه‌ایی مثل (درک شرایط خاص فیزیولوژیک کودک و پذیرفتن کودک با این نقص نتوانست ارتباط موثرتری با کودک برقرار کند. همچنین، براساس ویژگی‌های مراقبت از بهزیستی، بازی‌های ساختاریافته‌ای را جهت بالا بردن توجه کودک با او انجام می‌داد.

کودک بیمار دو، در مولفه دوم کاهش علایم (بیش‌فعالی-تکانشگری)، در موقعیت خط پایه به درمان دارای PND ۷۵٪ می‌باشد و همچنین میانه از ۱۹ به ۱۷/۵ کاهش یافته است. روند درمان دارای سیر نزولی بوده و نیز این روند با ثبات بوده است. مادر با آموزش مراقبت از بهزیستی کودک، با فعالیت‌هایی مانند پارک بردن هر روزه کودک، انجام

بازی‌های بی ساختار در منزل با او و غیره از طریق توجه و رفتار مهربانانه توانست، باعث کاهش علایم این مولفه شود.

بیمار دو، در مولفه سه کاهش علایم (نافرمانی مقابله ای) در موقعیت خط پایه به درمان دارای PND ۷۵٪ می‌باشد، همچنین میانه از ۱۹ به ۱۲/۵ کاهش یافته است. مادر با یادگیری ویژگی حساسیت به رنج کودک و عدم قضاوت در مورد او، توانست با مغز آگاه با کودک ارتباط برقرار کند و علایم بیش فعالی را با لجبازی عمدی کودک از هم متمایز کند. بیش فعالی سیستم دفاع را متعادل و به تقویت سیستم امنیت کودک پردازد. مثلاً قبل از درخواست کودک برای توجه گرفتن و همراهی کردن، خود مادر پیشقدم می‌شد و این عامل حس امنیت را به کودک منتقل می‌کرد. کاهش امر ونهی‌های والدگرانه در کاهش نافرمانی مقابله‌ای نیز موثر بود. مجموع همه این عوامل منجر به کاهش نافرمانی مقابله‌ای در کودک شد.

میانه نمرات علایم بیش فعالی-نقص توجه از ۵۷ در خط پایه به ۴۷ در مداخله رسیده است. که نشان دهنده ی کاهش علایم بیش فعالی-نقص توجه در بیمار بوده است. همچنین شاخص درصد داده‌های غیرهمپوش نشان می‌دهد که همپوشی بین نقاط خط پایه و مداخله ۲۵٪ بوده و مداخله با ۷۵٪ اطمینان موثر بوده است. اما در طی دو هفته و یک ماه پس از آخرین جلسه درمان، درصد داده‌های غیرهمپوش ۱۰۰٪ بوده است. می‌توان گفت تداوم تاثیر درمان بر روی این بیمار بیشتر بوده و احتیاج به جلسات درمان بیشتر و پس از آن جلسات پیگیری بیشتری ندارد. در موقعیت پیگیری، روند تغییر تا حدودی رو به برگشت علایم را نشان می‌دهد بخاطر تصادف مادر، کل خانواده درگیر و در پی آن مادر، آن گونه که بایسته بوده نتوانسته روند درمان را ادامه دهد. مادر بخاطر ضعف جسمانی نتوانسته بود توجه مهربانانه کافی و حساسیت لازم را در مورد رنج کودک داشته باشد و این خود تا حدودی روند کاهش علایم بیش فعالی را با مشکل مواجه کرده بود. مادر جهت مراقبت از بهزیستی کودک هر روز عصر کودک به پارک برده و یا زمانی را جهت بازی با

کودک می‌گذراند اما بعد از تصادف بخاطر مشکلات جسمانی، تا مدت‌ها خانه نشین شده بود.

این کودک فرد بسیار حساس و زودرنج بود مادر با یادگیری مهارت‌های شفقت بسیار عالی توانست امنیت را جایگزین حساسیت بیش از حد کودک کند. به طوری که بعد از اینکه مادر یاد گرفت که مادر خردمند و مهربانی باشد و به کودک امنیت بدهد، با تذکرات رفتاری و اخلاقی از جانب مادر کودک یا گارد می‌گرفت یا بی‌توجهی می‌کرد، اما پس از آن به گفته خود مادر با یک تذکر کوچک وی، کودک خیلی راحت خواسته مادر را اجرا می‌کرد.

بیمار ۳: کودک بیمار سه، در مولفه کاهش علایم (نقص توجه) در موقعیت خط پایه به درمان دارای PND ۱۶/۶۶٪، و همچنین میانه از ۱۱ به ۱۰ کاهش یافته است. روند درمان دارای شیب صفر می‌باشد، هرچند که این روند باثبات است. شفقت درمانی، تاثیری بر مولفه نقص توجه نداشت. بخاطر همزمانی امتحانات پایان سال با زمان درمان، کودک مشغول مصرف دارو بود. دارو نقص توجه کودک را درمان کرده و متعاقباً نشانه‌ای از نقص توجه دیده نشده که مادر در جهت اصلاح مشکل برآید.

کودک بیمار سه، در مولفه دو کاهش علایم (بیش‌فعالی-تکانشگری)، در موقعیت خط پایه به درمان دارای PND ۱۶/۶۶٪ می‌باشد و همچنین میانه از ۹ به ۱۰/۵ افزایش یافته است. روند درمان دارای سیر نزولی بوده و نیز این روند بی‌ثبات بوده است. بر اساس اظهارات مادر، در یک سال آخر دبستان، علایم بیش‌فعالی و تکانشگری کودک بسیار کاهش یافته و بیشترین مشکل او نقص توجه بوده است. شاید دلیل این که شفقت درمانی تاثیر چندانی بر تکانشگری کودک نداشته، این بوده که علاوه بر این با در نظر گرفتن مصرف دارو، این علایم هم، چندان محرز نبوده است.

بیمار سه، در مولفه سه کاهش علایم (نافرمانی مقابله ای) در موقعیت خط پایه به درمان دارای PND ۸۳/۳۳٪ می‌باشد، و همچنین میانه از ۸ به ۱۹/۵ افزایش یافته است. جهت روند درمان صعودی و بی ثبات بوده. علیرغم نمره بالای PND در کل، نمی‌توان این مولفه فرضیه را در مورد این بیمار تایید کرد. مادر، بسیار در برخورد با کودک معقولانه رفتار می‌کرد. با آموزش همدلی و همدردی و حساسیت به رنج کودک، بر تلاش او صحنه ای دیگر گذاشته شد. و شفقت درمانی، فقط در حد تایید رفتار مادر موثر واقع شد.

میانه نمرات کاهش علایم بیش فعالی-نقص توجه از ۲۹ در خط پایه به ۳۰/۵ در مداخله رسیده است. که نشان دهنده ی عدم کاهش علایم بیش فعالی-نقص توجه در بیمار بوده است. اما شاخص درصد داده های غیرهمپوش نشان می دهد که همپوشی بین نقاط خط پایه و مداخله ۳۳/۳۳٪ بوده و مداخله با ۶۶/۶۶٪ اطمینان موثر بوده است. البته لازم به ذکر است کودک این بیمار، بیشتر بخاطر علایم نقص توجه تحت نظر روانپزشک بوده، و علایم بیش فعالی با افزایش سن کودک رو به کاهش رفته است. این کودک که در انتهای دوره کودکی و اوایل نوجوانی بود، بخاطر بح و جدل های بسیار زیاد با والدین پیرامون درس خواندن و... ترجیح می داد بیشتر وقت خود را با دوستان، باشگاه یا گیم نت بگذراند. مادر با توجه مهربانانه و بکارگیری مغز سوم توانست این میل کودک به بیرون رفتن کاهش یابد و ارتباطش نه تنها با والدین بخصوص مادر بلکه با دوبرادر دیگرش هم بهتر شد.

نتیجه گیری

درمان مبتنی بر شفقت به ترتیب بیشتر روی مولفه نافرمانی مقابله ای، نقص توجه و در نهایت بیش فعالی-تکانشگری تاثیرگذار است.

لازم به ذکر است، پژوهشگر علاوه بر فرضیه های اصلی و فرعی، تمایل به بررسی مقایسه طول مدت زمان و تعداد جلسات درمان در طول هفته، همچنین، تعداد دفعات گرفتن تست در طول درمان داشت. بدین منظور دو بیمار اول، دو جلسه یک ساعته در

هفته و بیمار سوم، یک جلسه دوساعته در طول هفته شرکت می‌کردند. دو بیمار اول هر سه جلسه یک بار، تست SNAP-IV را انجام می‌دادند و بیمار سوم هر جلسه. پژوهشگر به این نتیجه رسید که تعداد جلسات و مدت زمان آن در طول هفته، روند متفاوتی از هم نداشتند، اما اجرای تست در انتهای هر جلسه، مباحث تست را لوث می‌کند و بیمار بدون توجه به شرایط فعلی خود، (فقط بخاطر این که تست برایش تکراری شده) بدون فکر گزینه‌ها را تکراری علامت می‌زند. این عامل را به سایر عوامل ذکر شده در بالا می‌توان اضافه کرد که تکراری شدن سوالات تست‌ها، در انتهای هر جلسه هفتگی، می‌تواند روند درمان را مختل کند و پژوهشگر نتواند به نتایج مورد نظر برسد. این امر را می‌توان از نمرات خام بیمار سه نتیجه گرفت که در جلسات پشت سرهم، نمرات یکسانی گرفته است. در این پژوهش دوره پیگیری تا یک ماه پس از درمان ادامه یافت، که کوتاه بودن این دوره پیگیری یکی از محدودیت‌های پژوهش است. یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش یکی بودن درمانگر و پژوهشگر بود. به دلیل این که این مطالعه از نوع مورد منفرد بود و تعداد شرکت‌کننده‌ها سه نفر بودند، در تعمیم یافته‌ها باید دقت زیادی به عمل آید. علاوه بر این، طولانی کردن دوره پیگیری و افزایش تعداد دفعات سنجش در مطالعه آینده پیشنهاد می‌شود. از طرفی پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از دو پژوهشگر (یکی به عنوان درمانگر و دیگری ارزیاب) به منظور کاستن سوگیری‌های احتمالی و اعتماد بیشتر به نتایج درمان استفاده شود. همچنین انجام مطالعات آزمایشی با تعداد شرکت‌کنندگان بیشتر برای تعمیم بیشتر نتایج پیشنهاد می‌شود.

نتایج این مطالعه نشان داد که شفقت درمانی در کاهش علائم بیش‌فعالی موثر بود. لذا از این رویکرد در کنار نوروفیدبک یا بازی درمانی در محیط‌های بالینی خصوصاً برای کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه و اختلال یادگیری و حتی اختلال طیف اتیسم استفاده کرد.

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که شفقت درمانی در کاهش تکانشگری موثر بود. لذا می‌توان از این رویکرد در فرزندپروری، روانشناسی فردی و زوج درمانی در محیط‌های بالینی استفاده کرد. نتایج مطالعه شفقت درمانی نشان داد که در درمان نافرمانی مقابله‌ای موثر بود. لذا می‌توان از این رویکرد در فرزندپروری در محیط‌های بالینی استفاده کرد. طی این پژوهش شفقت درمانی در درمان اختلال در کارکرد اجتماعی موثر بود. لذا می‌توان از این رویکرد در فرزندپروری، روانشناسی فردی و حتی زوج درمانی در محیط‌های بالینی استفاده کرد.



منابع

- ۱) انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳). **راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی**، ترجمه سید محمدی، یحیی (۱۳۹۳). انتشارات نشر روان.
- ۲) صادقی، اکبر؛ شهیدی، شهریار؛ خوشابی، شهیدی (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر کارکرد خانواده کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی. **خانواده پژوهشی**، سال هفتم، شماره ۲۶.
- ۳) فراهانی، حجت اله؛ عابدی، احمد؛ آقامحمدی، سمیه؛ کاظمی، زینب (۱۳۹۲)، **مبانی کاربردی طرح های مورد منفرد در پژوهش های علوم رفتاری و پزشکی**، تهران: انتشارات روانشناسی و هنر.
- ۴) عابدی شاپورآبادی، ثریا؛ پورمحمدرضای تجریشی، معصومه؛ محمدخانی، پروانه؛ فرضی، مرجان (۱۳۹۱) اثربخشی برنامه گروهی والدگری مثبت بر رابطه مادر- کودک در کودکان با اختلال بیش فعالی - نقص توجه، **پایگاه مجلات تخصصی نور**.
- ۵) سمندری، سونیا؛ فرهادیان، مختار (۱۳۹۴)، بررسی اثربخشی آموزش نظریه ذهن بر میزان توجه کودکان بیش فعال - نقص توجه، **مجله سیویلیکا، کنفرانس سالانه رویکردهای نوین پژوهش در علوم انسانی**.
- ۶) ناظر، محمد؛ میرزایی راد، رضا؛ مختاری، محمدرضا (۱۳۹۲)، تاثیر ورزش درمانی بر علایم اختلال بیش فعالی، **نقص توجه دانش آموزان دوره ابتدایی رفسنجان، مقاله پژوهشی سلامت جامعه**، دوره هفتم، شماره ۱.
- ۷) نوربالا، فاطمه؛ برجلی، احمد؛ نوربالا، احمدعلی (۱۳۹۲). اثر تعاملی «شفقت به خود» و نشخوار فکری بیماران افسرده در "درمان مبتنی بر شفقت"، **دانشور**، ۲۰(۱۰۴)، ۸۴-۷۷.
- 8) Barkley RA, Murphy KR (2006). "**Attention-Deficit Hyperactivity Disorder**": A Clinical Workbook. 3rd ed. New York, NY: Guilford Press.
- 9) De Boo, G. M., & Prins, P. J. M. (2007). "**Social incompetence in children with ADHD: Possible moderators and mediators in social-skills training**". Clinical Psychology
- 10) Whalen, C, Henker, B, Ishikawa, Sh, Floro, J, Emmerson, N, Johnston, J, Swindle, R, (2006). "**ADHD and Snger Contexts: Electronic Diary Mood Reports**". 26

- 11) Finzi-Dottan R, Triwitz YS, Golubchik P (2011). "**Predictors of stress-related growth in parents of children with ADHD**". *Res Dev Disabil*; 32(2): 510-9.
- 12) Bussing R, Gary F, Mills T, Garvan C." **Cultural variations in parental health beliefs, knowledge, and information sources related to attention-deficit/hyperactivity disorder**". *J Fam Issues*. 2007; 28:291-318.
- 13) Brown, A., & Whiteside, S. (2007). "**Relations among perceived parental rearing behaviors, attachment style, and worry in anxious children**". *Journal of anxiety*", 26, 340-348.
- 14) Barkley.R(2015), "**Behavioral and Emotional Disorders in Adolescents**",
- 15) Fabio, G. A., Pelham, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A., & O'Connor, B. C. (2009). "**A meta-analysis of behavioral treatment for attentiondeficit/ hyperactivity disorder**". *Clinical Psychology Review*.29 (2), 129-40. Feldman C, Kuyken W. "**Compassion in the landscape of suffering**". *Contem Buddh* 2011; 12: 143–155. 16. Gilbert,
- 16) Neff,(2003)."**The Development and Validation of ascale to measure self-compassion**", 2:223-250.Psychology Press
- 17) Neff.K(2011), "The proven power of being kind to yourself(Self-Compassion)"
- 18) Neff,K.D., Pommier, E. (2012). "**The relationship between self-compassion and other focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators.**" *Self and Identity*. DoI:10.1080/15298868.2011.649546.
- 19) Nie, K.,Specia. M.,&. Carlson, L. E. (2010). **Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based Stress Reduction (MBSR)**. *Stress and Health*. 1,1-11.
- 20) Germer, C. K. (2009). **The mindful path to self-compassion**. New York: Guilford Press.
- 21) Pauly G,*McPherson S*. "**The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression and anxiety**". *Psychology & Psychotherapy*. 2010; {Pub.Med}
- 22) Neff.K(2009), "**The role of self-Compassion in Development**": *A Healthier Way to Relate to Oneself*.KARGER Press.Vol:52(4).
- 23) Lutz.A, Slagter.A, Dunne.J, R. Davidson(2009), "**Attention regulation and monitoring in meditation**".Published online(HHS Public Access)

- 24) Hughes, L and Cooper, P (2007) **Understanding and Supporting Children with ADHD: Strategies for teachers, parents and other professionals**. London: Sage Publications.
- 25) Yarnell, L.M., Neff, K.D. (2012). "**Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being**". *Self and Identity*. DOI:10.1080/15298868.2011.649546.
- 26) Bergin, A.E. (1999). Psychotherapy and Religious values. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 48(1) 95-105.

