

اثربخشی قصه درمانی مبتنی بر کنش‌های اجرایی روزمره بر بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی

زهره درویش دماوندی^۱، فریبرز درتاج^۲، بهرام‌علی قنبری هاشم‌آبادی^۳، علی دلاور^۴

The effectiveness of narrative therapy based on daily executive functioning and on improve the cognitive emotion regulation in children with attention deficit / hyperactivity disorder

Zahra Darvish Damavandi¹, Fariborz Dortaj², Bahram Ali Ghanbari Hashem Abadi³, Ali Delavar⁴

چکیده

زمینه: مطالعات متعددی به اثربخشی قصه درمانی مبتنی بر کنش‌های اجرایی روزمره و بررسی بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان پرداخته‌اند. اما پژوهشی که به بررسی اثربخشی قصه درمانی مبتنی بر کنش‌های اجرایی روزمره بر بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی پرداخته باشد مغفول مانده است. **هدف:** تعیین اثربخشی قصه درمانی مبتنی بر کنش‌های اجرایی روزمره بر بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی بود. **روش:** پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کودکان ۹-۱۱ ساله مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی تحت حمایت درمانگاه شبانه‌روزی حضرت علی اصغر (ع) شهر ری در سال ۱۳۹۷ بود، تعداد ۳۰ نفر به‌شیوه نمونه‌گیری دردسترس به عنوان نمونه انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند. ابزار گردآوری داده‌های پژوهش عبارتند از: مقیاس مشکلات رفتاری کودکان کانرز - فرم والد (گویت، کانرز و آلریچ، ۱۹۷۳)، مصاحبه بالینی ساختاریافته (محقق ساخته، ۱۳۹۷)، پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان - فرم کودکان (گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۷)) و جلسات مداخله قصه درمانی مرادیان و همکاران (۱۳۹۳). داده‌ها با استفاده از آزمون لوین و تحلیل کواریانس تحلیل شدند. **یافته‌ها:** قصه درمانی مبتنی بر کنش‌های اجرایی روزمره بر بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی تأثیر معنادار داشت ($p < 0/01$). **نتیجه‌گیری:** کودکان بیش‌فعالی که در جلسات قصه درمانی شرکت کردند راهبردهای ناسازگارانه کمتر و راهبردهای سازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجانی بیشتر کسب کردند. **واژه کلیدیها:** قصه درمانی مبتنی بر کنش‌های اجرایی روزمره، نظم‌جویی شناختی هیجان، اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی

Background: Numerous studies have examined the effectiveness of storytelling based on daily executive actions and the study of cognitive emotion regulation. However, research that has examined the effectiveness of storytelling based on daily executive actions on improving cognitive emotional regulation in children with attention deficit / hyperactivity disorder has been neglected. **Aims:** To determine the effectiveness of storytelling therapy based on daily executive actions on improving cognitive emotion regulation in children with attention deficit / hyperactivity disorder. **Method:** The research was semi-experimental with pre-test-post-test design and control group. The statistical population included 11-9 year old children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder with the support of Hazrat Ali Asghar (AS) Day Clinic in Rey in 2018. Were appointed. Research data collection tools include: Connors-Children's Parental Behavioral Problem Scale (Gwyneth, Connors and Allerich, 1973), Structured Clinical Interview (Researcher Made, 2018), Children's Cognitive-Form of Cognitive Formulation Questionnaire (Garnefsky et al. (2007) and Interventions of Moradian et al.'s story therapy intervention (2014). Data were analyzed using Levine test and analysis of covariance. **Results:** Storytelling based on daily executive actions on improving cognitive emotion regulation in children with attention deficit disorder / Hyperactivity had a significant effect ($p < 0/01$). Hbrdhay less maladaptive and adaptive cognitive emotion regulation strategies gained more. **Conclusions:** Children with ADHD who participated in story therapy sessions had fewer maladaptive strategies and more adaptive emotional cognitive regulatory strategies. **Key Word:** Narrative therapy based on routine administrative actions, cognitive emotion regulation, attention deficit / hyperactivity

Corresponding Author: dortajf@gmail.com

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

^۱ Ph.D Student, Department of Consulting, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

^۲ استاد، گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ Professor, Department of Educational Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran (Corresponding Author)

^۳ استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران

^۳ Professor, Department of Psychology, Ferdowsi University, Mashhad, Iran

^۴ استاد، گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

^۴ Professor, Department of Educational Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

پذیرش نهایی: ۹۸/۱۰/۲۲

دریافت: ۹۸/۰۸/۱۸

مقدمه

با وجود پژوهش‌های بسیاری که در چند دهه گذشته در حوزه سبب‌شناسی و تبیین پدیدآیی اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی شده، تاکنون الگویی قوی و جامع که بتواند مشکلات متعدد کودکان مبتلا به این اختلال را تبیین کند به دست نیامده، اگرچه در سال‌های اخیر توجهات به سوی این نکته که کودکان و نوجوان مبتلا به اختلال‌های برون‌ریزی شده و رفتارهای مخرب همچون پرخاشگری و بیش‌فعالی بیشتر از راهبردهای تنظیم هیجانی^۶ سازش‌نا یافته استفاده می‌کنند و در سازماندهی تجربه‌های هیجانی، ارزیابی هیجان‌های خود و دیگران و ابراز هیجانی به شکل مناسب در روپرو شدن با موقعیت‌های مختلف مشکل دارند و از مهارت‌های مثبت راهبردهای تنظیم هیجانی همچون برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد و پذیرش کمتر استفاده می‌کنند (اسپنسر و همکاران، ۲۰۱۱، قاسم‌پور و رضانی، ۱۳۹۴) و در بکارگیری راهبردهای تنظیم هیجانی سازش‌یافته دچار نارسایی هستند (بارکلی و فیشر، ۲۰۱۰، قاسم‌پور و رضانی، ۱۳۹۴). براین‌اساس، از عوامل تأثیرگذار در اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی - هیجان^۷ ناسازگارانه است (قاسم‌پور و رضانی، ۱۳۹۴). نظم جویی هیجانی به عنوان یک فرآیند مهم در پژوهش، درمان و آسیب‌شناسی روانی و برخی حالت‌های پاتولوژیک جسمانی نی‌باشد و به اعمالی اطلاق می‌شود که به منظور تعدیل تجربه هیجانی و شدت یا نوع تجارب هیجانی به کار می‌رود (یوسفی، اصغری و طغیانی، ۱۳۹۵؛ به نقل از میری، حاجلو، بشر پور و نریمانی، ۱۳۹۸). تنظیم شناختی هیجان به‌عنوان راهبردهای شناختی برای پاسخ به رویدادهای تنیدگی‌زا و مدیریت اطلاعات برانگیزاننده هیجانی تعریف شده است و بخشی از مقابله شناختی محسوب می‌شود (رحمتی و صابر، ۱۳۹۶). افراد در مواجهه با شرایط تنیدگی‌زا از راهبردهای تنظیم هیجانی متنوعی استفاده می‌کنند. از جمله این راهبردها می‌توان به راهبردهای منفی شامل نشخوار فکری، سرزنش خود، سرزنش دیگران، تلقی فاجعه‌آمیز و راهبردهای مثبت شامل تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مثبت مجدد، پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، توسعه دیدگاه اشاره کرد (کمالی‌ایگلی و ابوالمعالی‌الحسینی، ۱۳۹۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند راهبردهای

اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی^۱، از شایع‌ترین اختلالات عصب - تحولی^۲ دوران کودکی است که ناشی از ضعف در بازداری رفتاری است و با سه مشخصه نارسایی توجه^۳، فزون‌کنشی^۴ و تکانشگری^۵ شناخته می‌شود (چنگک، هونگک، هوانگک، هاتفیلد و هونگک، ۲۰۱۴، آمبوابونوس، اوفووی و ایبادین، ۲۰۱۱). نارسایی توجه بزرگترین مشکل این کودکان است (آشرسون، ۲۰۱۷). نقص توجه با ناتوانی در تداوم انجام تکلیف، دشوار بودن حفظ توجه مداوم و بی‌نظمی خود را نشان می‌دهد (فرانل، ۲۰۰۵؛ به نقل از خراسانی زاده گرکی، بهرامی و احدی، ۱۳۹۹). بی‌توجهی در موقعیت‌های تحصیلی و اجتماعی ظاهر می‌شود و به دلیل عدم توجه به جزئیات، این افراد در انجام تکالیف مدرسه با مشکل مواجه هستند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). فزون‌کنشی ممکن است به‌صورت بی‌قراری، پیچ و تاب خوردن، فاقد آرامش بودن و پرحرفی بروز کند. تکانشگری، رفتاری بدون تفکر نامیده شده است که به‌صورت بی‌صبری، ناتوانی در به تأخیر انداختن پاسخ، جواب‌گویی قبل از اتمام شده سؤال، مشکل در منتظر نوبت ماندن و ایجاد مزاحمت برای دیگران ظاهر می‌شود (کورنی و کیتاشیما، ۲۰۱۶). این اختلال یکی از شایع‌ترین اختلالات مزمن رشدی است، که حدود هفت درصد از کودکان مدرسه و پنج درصد از نوجوانان و بزرگسالان را شامل می‌شود، اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی با ناکارآمدی عملکردهای اجرایی از جمله حافظه کاری همراه است (تراویس، گراسوالد و استیگرادا، ۲۰۱۱؛ به نقل از صفائیا، علیزاده و فرخی، ۱۳۹۶). پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی شیوع این اختلال را در کودکی ۵ درصد و در بزرگسالی ۲/۵ درصد برآورد کرده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). برای تشخیص این اختلال نشانه‌ها باید برای حداقل شش ماه و حداقل در دو زمینه متفاوت مانند منزل و مدرسه و قبل از هفت سالگی مشاهده شود و به آسیب جدی در حوزه‌های مهم زندگی کودک مانند تعاملات اجتماعی و عملکرد تحصیلی منجر شود (سیدلاوسکیت، سونوگا - بارک، رویز و ویرسما، ۲۰۱۶).

4. hyperactivity

5. impulsiveness

6. emotion regulation strategies

7. emotion cognitive regulation

1. attention deficit/hyperactivity disorder

2. neurodevelopmental disorder

3. Attention deficit

روزمره، سبب بهبود کنش‌وری اجرایی در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی می‌شود. از آن جایی که کودکان در مورد مشکلات خویش بینش چندانی نداشته و توانایی ابراز خود را ندارند، قادر به بیان مشکل اصلی خود نیستند و آموزش‌های مستقیم و روان‌درمانی‌های معمول در مورد آنان کارایی کمتری دارد، برای رفع این مشکل عده‌ای از درمانگران از قصه درمانی استفاده می‌کنند (مرادیان، مشهدی، آقامحمدیان‌شعرباف و اصغری‌نکاح، ۱۳۹۳). قصه یا داستان متنی ادبی است که دارای کاربردهای ثانویه آموزشی، تربیتی و درمانی است (اصغری‌نکاح، ۱۳۸۲). بررسی نظریه‌ها، پژوهش‌ها و تجربه‌های بالینی، کاربردهای ویژه‌ی قصه در درمان را نیز تأیید می‌کند (مرادیان و همکاران، ۱۳۹۳). یافته‌های بالینی متعددی گویای این امر است که قصه درمانی می‌تواند به مانند درمان‌های شناختی - رفتاری کودکان و در کنار آنها مورد استفاده قرار گرفته و مفید واقع شود. قصه‌ها در قصه درمانی با فراهم کردن فرصت‌ها، ایجاد بستری برای تخلیه هیجانی و همانندسازی و بالا بردن درک کودک می‌تواند منبع مهمی در تغییر و بهبود در مشکلات و اختلال‌های کودکان محسوب شوند (فریدبرگ و ویلت، ۲۰۱۰). امروزه از رویکرد قصه درمانی برای درمان کودکان دارای نیازهای ویژه، از جمله کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی نیز استفاده می‌شود و نتایج پژوهش‌ها نیز حاکی از سودمندی این رویکرد می‌باشد (مرادیان و همکاران، ۱۳۹۳). هایدن، لورچ، الماسی و میلیچ (۲۰۱۷)، مرادیان و همکاران (۱۳۹۳) و لم (۲۰۰۹) در پژوهش‌های خود به تأثیرات مثبت قصه‌گویی برای کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی اشاره نموده‌اند. بنابراین با توجه به اینکه کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در کنش‌های اجرایی خود دچار نارساکنش‌وری می‌باشند و امروزه قصه درمانی نیز به عنوان رویکردی درمانی در درمان اختلال‌های رفتاری - هیجانی کودکان مورد استفاده قرار می‌گیرد، بررسی اثربخشی قصه درمانی مبتنی بر کنش‌های اجرایی و گره زدن آن به زندگی روزمره در بهبود نشانه‌ها و عوامل مرتبط با این اختلال ضروری می‌باشد.

در کشور ما اغلب از درمان‌های دارویی برای کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی استفاده می‌شود. این در حالی است که تعداد رو به ازدیاد اختلالات روانی این کودکان که گاه با سهل انگاری نیز با آن برخورد می‌شود، بررسی و اثربخشی مداخلات

ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان مانند سرزنش خود، فاجعه‌سازی، سرزنش دیگران و سرکوب فکر تأثیر مخربی بر سلامت روان و کیفیت زندگی نوجوان‌ها و بزرگسال‌های جوان دارد. تعدادی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که رابطه نیرومندی بین استفاده از راهبردهای شناختی ویژه و آسیب‌شناسی روانی وجود دارد (ایزدپناه، اسچوماچر، آرنس، استوپساک، آلریچ، هنسین و همکاران، ۲۰۱۶، پاتھوف، گارنفسکی، میکوسسی، دامینگور - سانچز، مارتینز و همکاران، ۲۰۱۶). در همین راستا شواهد جدید در خصوص اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی نشان می‌دهد که اشکال در نظم‌جویی شناختی - هیجان، ممکن است عامل مهمی در ایجاد و تداوم این اختلال باشد (بیدرمن، اسپنسر، لومدیکو، دی، پتی و فاراون، ۲۰۱۲). به گونه‌ای که نتایج پژوهش‌های مختلف حاکی از این می‌باشد که کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی نسبت به همسالان عادی خود بیشتر از راهبردهای تنظیم شناختی - هیجانی ناسازگارانه استفاده می‌کنند و در تنظیم عواطف و پردازش هیجان‌ات دچار مشکلات اساسی هستند (قاسم‌پور و رضانی، ۱۳۹۴، محمدی و موسوی، ۱۳۹۴، فورسلند، بروکی، بوهلین، گرنکویتس و اینجر، ۲۰۱۶، بیدرمن و همکاران، ۲۰۱۲، موسر، بکس، اسچمیت، آبلو و میسل، ۲۰۱۲؛ بروتمن، ریچ، گویر، لانسفورد، هورسی، ریسینگ و همکاران، ۲۰۱۱، اسپنسر، فاراون، سورمن، پتی، کلارک، بتچلدر و همکاران، ۲۰۱۱).

از یافته‌های پژوهش‌های گوناگون می‌توان نتیجه گرفت که استفاده از راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان ناسازگارانه از نظریه‌های مهم در پدیدارشناسی اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی است که با نقص نشانه‌دار در رفتار سازشی مشخص می‌شود، از این رو در چند دهه گذشته در حوزه برنامه‌های آموزشی و درمانی این اختلال به نارسایی در نظم‌جویی شناختی هیجان در جهت کاهش نشانه‌های رفتاری این کودکان توجه ویژه‌ای شده است. از میان برنامه‌های آموزشی که در این زمینه به کار رفته می‌توان به آموزش کنش‌های اجرایی اشاره نمود. هانس‌دوتیر، اینکوارس‌دوتیر و بچورسون (۲۰۱۷) نشان دادند که استفاده از فنون شناختی - رفتاری با تمرکز بر آموزش کنش‌های اجرایی منجر به بهبود در نشانه‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی، تنظیم هیجان‌ات و مهارت‌های اجتماعی - هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی می‌شود. نورانی‌جورجاده، مشهدی، طیبی و خیرخواه (۱۳۹۵) نیز نشان دادند که آموزش کنش‌های اجرایی مبتنی بر زندگی

از هدف تحقیق و مراحل اجرای آن مطلع شدند و رضایت آگاهانه را امضا کردند. آنها همچنین از محرمانه بودن اطلاعات خود اطمینان حاصل کردند. علاوه بر این، به آنها اجازه داده شد که هر زمان که بخواهند مطالعه را ترک کنند و در صورت تمایل، نتایج تحقیقات در دسترس آنها خواهد بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون لوین و تحلیل کواریانس در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد.

پس از مراجعه به درمانگاه شبانه روزی حضرت علی اصغر (ع) و انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولان مرکز و کسب اجازه برای انجام پژوهش با همکاری مدیر اجرایی مرکز لیست کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی مراجعه‌کننده به آن مرکز تهیه شد. سپس، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس با مراجعه به لیست تهیه شده نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر که واجد شرایط لازم برای ورود به پژوهش بودند، انتخاب شد؛ به این صورت که ابتدا فهرست اسامی کلیه کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی مراجعه‌کننده به مراکز گرفته شد، سپس از این فهرست، نمونه مورد نظر انتخاب گردید، با والدین آنان تماس گرفته شد و پس از توضیح اهداف پژوهش و جلب رضایت کتبی آنان برای شرکت کودکان‌شان در پژوهش، کودکانی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شده و برای شرکت در پژوهش از آنها دعوت به عمل آمد. در مرحله بعدی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی انتخاب شده به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند. سپس پرسشنامه‌های مد نظر بر روی آنان اجرا شد و کودکان گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای مداخله قصه درمانی مبتنی بر کنش‌های اجرایی روزمره که از پژوهش‌های مرادیان و همکاران (۱۳۹۳) اقتباس شده بود را دریافت نمودند. محورهای اصلی فعالیت در ۸ جلسه گروهی شامل: برقراری ارتباط مناسب میان درمانگر و کودکان، افزایش دقت و توجه، ایجاد درنگ و بازداری پاسخ‌های غیر انطباقی، به تأخیر انداختن دریافت پاداش‌های فوری و اجتناب از پاسخ‌های بی‌درنگ و فوری، کنترل ذهنی و توقف ناگهانی یک فکر و یا عمل، شناسایی مشکل و شناسایی مراحل برنامه‌ریزی برای رفع مشکل، شناسایی مشکل و مراحل برنامه‌ریزی، برنامه‌ریزی هدفمند، برنامه‌ریزی ذهنی و ارائه طرح در ذهن، ارزیابی طرح‌های برنامه‌ریزی شده و قابلیت اجرای آنها در ذهن بود. بعد از اتمام جلسات درمان مجدداً پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان جهت بررسی پس‌آزمون به روی آنان اجرا شد و نتایج مورد بررسی قرار گرفتند. جدول ۱

روانشناختی را نیز می‌طلبید (مفتاق، محمدی، غنی‌زاده، رحیمی و نجیمی، ۱۳۹۰). با این وجود محدودیت‌های پژوهشی در این زمینه هنوز چشمگیر است. با توجه به مبانی نظری و پژوهشی بیان شده قصه درمانی می‌تواند برای این کودکان سودمند باشند و پژوهش حاضر با رویکرد جدیدی به بررسی اثربخشی این روش درمانی با تأکید بر کنش‌های اجرایی و گره زدن آن به زندگی روزمره پرداخت؛ مسئله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا قصه درمانی مبتنی بر کنش‌های اجرایی روزمره بر بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی اثربخش است و می‌تواند نقشی در این کارکردها در کودکان مبتلا ایفا کند؟

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی طرح آن پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه کودکان ۹-۱۱ ساله مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی تحت حمایت درمانگاه شبانه روزی حضرت علی اصغر (ع) شهر ری در نیمه اول سال ۱۳۹۷ تشکیل داد. از میان جامعه آماری فوق براساس روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) با رعایت ملاک‌های ورود به پژوهش و با جایگزینی تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل انتخاب شدند. بدین صورت که از بین کودکان ۹-۱۱ ساله مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی تحت حمایت درمانگاه شبانه روزی حضرت علی اصغر (ع) شهر ری به صورت در دسترس تعداد ۳۰ نفر که واجد شرایط لازم برای ورود به پژوهش هستند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: ۱. سن ۹-۱۱ سال، ۲. تشخیص اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی با استفاده از مقیاس مشکلات رفتاری کودکان کانرز - فرم والد و مصاحبه براساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۳. ضریب هوشی بالاتر از ۹۰ در آزمون ریون کودکان، ۴. باسواد بودن حداقل یکی از والدین در حد خواندن و نوشتن و ۵. مصرف قرص ریتالین حداقل به مدت ۲ ماه به‌عنوان درمان دارویی به منظور کنترل تأثیر دارو بود. ملاک خروج از پژوهش نیز شامل: داشتن اختلالات همایند همچون اختلال سلوک و اختلال بی‌نظمی خلقی ایذایی بود. به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش برای گروه گواه بعد از پژوهش جلسات درمانگری گذاشته شد. در این مقاله کلیه اصول اخلاقی مورد بررسی قرار گرفت. شرکت‌کنندگان

گزیده‌ای از فعالیت‌های انجام شده در طی جلسات آموزشی را نشان می‌دهد.

جدول ۱. اهداف و محتوای قصه درمانی مبتنی بر کنش های اجرایی روزمره		
جلسات	اهداف و فعالیت‌ها	قصه‌ای که ارائه می‌شود
-	معرفه، برقراری رابطه حسنه و بیان قوانین گروه. اجرای پیش‌آزمون در هر دو گروه. ابتدا هدف از اجرای پژوهش بیان شد و توضیحاتی درباره نقش قصه درمانی بر رفتارهای سازشی، نظم‌جویی شناختی هیجان و کنش‌وری داده شد تا در طول جلسات درمانی با همکاری مؤثر والدین و درمانگر از وقت نهایت استفاده برده شود. تلاش شد تا با جمع‌آوری داده‌ها به ارزیابی دقیق وضعیت کودک و کشف علایق او پرداخته شود. بعد با کمک مربی پیش‌آزمون بر روی گروه آزمایش و گواه اجرا شد.	-
اول	تقویت مهارت‌های ارتباطی و سالم	طرح یک داستان تصویری زنجیره‌ای محقق ساخته و از کارت علامت‌دار برای مقایسه با یکی از چهار کارت زنجیره‌ای برای بیان اختلاف و شباهت‌ها و مفاهیم؛ برای افزایش مهارت‌های کلامی که لازم برقراری ارتباط می‌باشد، استفاده شد.
دوم	تنظیم شناختی هیجان، آشنایی با احساسات خود و نامگذاری آنها	داستان شیر و موش، استفاده از کتاب قصه احساس‌های تو
سوم	اذیت کردن دیگران، توانایی همدلی، بیان رفتارهایی که منجر به ناراحتی دیگران می‌شود و شناخت پیامدهای آن، آشنایی با نتایج منفی رفتارهای ناسازگارانه و آسیب‌شناسی آن	قصه حسن کچل و پسر مردم آزار، داستان پسته دهان بسته
چهارم	از کوره در رفتن، مدیریت هیجان و احساس، آشنایی کودک با رفتارهای تکانه‌ی و پیامدهای عدم صبر و تأمل در دادن پاسخ و انجام رفتار با دیگران	قصه موش کوچولو و مار زورگو
پنجم	آموزش مهارت روابط بین فردی، آموزش مهارت‌های اجتماعی و پیروی از قوانین همکاری و تقسیم کار تقویت مهارت‌های ارتباطی و تعامل اجتماعی کودکان (شامل مهارت‌های شنیداری و گفتاری، آموزش حضور در جمع و همکاری با دیگران)	قصه مجسمه دوستی، داستان چتر آفتاب‌گیر
ششم	یادگیری مهارت‌های جدید توسط کودک با محور حل مسئله و مدیریت خشم	داستان جغد و دارکوب
هفتم	فعالیت‌های کاغذ قلمی مانند جنگ کاغذی، بازی نمایش خلاق و ایفای نقش با محوریت شناسایی مشکل و شناسایی	-
هشتم	جمع‌بندی و مرور بر جلسات و گرفتن پس‌آزمون	-

ابزار

گزارش نموده است. در پژوهش ویسانی، شهنی ییلاق، عالی پور و مهربانی زاده هنرمند (۱۳۹۴)، برای تعیین ضریب پایایی مقیاس مشکلات رفتاری کودکان کانرز - فرم والد، از یک نمونه ۳۶۰ نفری از دانش‌آموزان پسر پایه‌های اول، دوم، سوم و چهارم دوره ابتدایی شهر سنندج استفاده شد. با استفاده از روش آلفای کرونباخ، تصنیف اسپیرمن - براون و گاتمن ضرایب پایایی کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۰ و ۰/۹۰، ضرایب پایایی زیرمقیاس فقدان توجه به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۶ و ۰/۷۵، ضریب پایایی زیرمقیاس بیش‌فعالی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۴ و ۰/۸۳ به دست آمد. همچنین در پژوهش ویسانی و همکاران (۱۳۹۴) برای بررسی روایی مقیاس مشکلات رفتاری کودکان کانرز - فرم والد، از روش تحلیل عامل تأییدی استفاده شد که نتایج نشان دهنده برازش مناسب و روایی قابل قبول ابزار مذکور هستند.

مقیاس مشکلات رفتاری کودکان کانرز - فرم والد^۱: مقیاس مشکلات رفتاری کودکان کانرز - فرم والد، توسط گویت، کانرز و آلریچ (۱۹۷۳) ساخته شده است و توسط ریتمن و همکاران (۱۹۹۸) تجدید نظر و نسخه جدید آن چاپ شده است. گویه‌های این مقیاس روی یک طیف ۴ درجه‌ای لیکرت از صفر (هرگز) تا ۳ (خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شوند. از بین ۴۸ گویه، ۲۶ گویه آن مربوط به اختلال کاستی توجه بیش‌فعالی است که شامل دو زیرمقیاس بیش‌فعالی (۱۶ گویه) و فقدان توجه (۱۰ گویه) می‌شود. دامنه نمره‌های ۲۶ گویه مربوط به اختلال کاستی توجه / بیش‌فعالی، بین ۰ تا ۷۸ قرار دارد. نمره‌گذاری توسط ارزیابان مختلف و در نظر گرفتن دیدگاه‌های والدین و معلمان. ریلی (۲۰۱۱) در پژوهش خود، ضریب پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹

۱. Conners Parent Rating of Childhood Behavior Problems

۶۸ درصد واریانس را تبیین می‌کرد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز حاکی از برازش مطلوب و قابل قبول ماده‌ها بود. به علاوه، الگوی ضرایب همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها و روایی ملاکی هم‌زمان پرسشنامه، با مقیاس اضطراب چندبعدی کودکان و مقیاس افسردگی کودکان، بیانگر روایی خوب این مقیاس بود (مشهدی و همکاران، ۱۳۹۱).

یافته‌ها

میانگین سنی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در گروه آزمایش ۱۰ سال و ۶ ماه و در گروه گواه ۱۰ سال و ۸ ماه بود و در هر دو گروه آزمایش و گواه درصد بیشتری ۱۰ سال داشتند. همچنین، اکثریت کودکان هر دو در خانواده‌های دو فرزند زندگی می‌کنند که اکثراً آنان، فرزند اول خانواده نیز بودند. تحصیلات مادر اکثریت کودکان دو گروه آزمایش و گواه دیپلم بود و مادرهای اکثریت کودکان دو گروه خانه‌دار بودند. تحصیلات پدر اکثریت کودکان گروه آزمایش زیردیپلم و دیپلم بود، در حالی که در گروه گواه پدرهای اکثریت دانش‌آموزان فوق‌دیپلم بودند و پدرهای اکثریت کودکان دو گروه شاغل بودند. در نهایت، در هر دو گروه وضعیت اقتصادی خانواده اکثریت کودکان در حد متوسط بود.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در مرحله پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان کودکان گروه آزمایش $57/73 \pm 3/49$ و کودکان گروه گواه $57/47 \pm 2/85$ می‌باشد؛ ولی در مرحله پس‌آزمون، میانگین و انحراف معیار این راهبردها در کودکان گروه آزمایش $47/47 \pm 3/79$ و در کودکان گروه گواه $58 \pm 3/09$ به دست آمد. در مقابل، برای راهبردهای سازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان در مرحله پیش‌آزمون، میانگین و انحراف معیار کودکان گروه آزمایش $51/20 \pm 3/38$ و کودکان گروه گواه $51/13 \pm 5/08$ می‌باشد؛ ولی در مرحله پس‌آزمون، میانگین و انحراف معیار این راهبردها در کودکان گروه آزمایش $60/07 \pm 4/42$ و در کودکان گروه گواه $51/93 \pm 5/08$ به دست آمد.

مصاحبه بالینی ساختاریافته: مصاحبه بالینی ساختاریافته نوعی مصاحبه تشخیصی است که در آن مصاحبه‌کننده پرسش‌هایی را طراحی می‌کند تا او را به هدف درمانی نزدیک کند. در این نوع مصاحبه برخلاف مصاحبه ساختاریافته، موضوعات مورد بحث طبق برنامه از پیش تعیین شده‌ای ارائه می‌شود و مصاحبه‌کننده به چگونگی بحث جهت می‌دهد (حسین‌خانزاده، ۱۳۹۶). در این پژوهش به منظور تشخیص وجود نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای، براساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، مصاحبه تشخیصی ساختاریافته توسط روان‌پزشک یا روانشناس متخصص کودک و نوجوان از یکی از والدین کودک به عمل آمد.

پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان - فرم کودکان: این نسخه توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۷) از روی نسخه اصلی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان به منظور استفاده در جامعه کودکان تدوین شده است. نسخه کودکان این پرسشنامه از نظر شیوه نمره‌گذاری، تعداد سئوال و خرده‌مقیاس، شبیه نسخه اصلی است ولی محتوای سئوال‌ها به گونه‌ای طراحی شده‌اند که برای کودکان قابل درک باشند (گارنفسکی، کرایچ و اسپه‌وون، ۲۰۰۱؛ ۲۰۰۲). این پرسشنامه دارای پایه تجربی و نظری محکمی بوده و از ۹ خرده‌مقیاس تشکیل شده است. خرده‌مقیاس‌های مذکور ۹ راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کنند. دامنه نمرات مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) می‌باشد. هر خرده‌مقیاس شامل ۴ ماده است. نمره کل هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از طریق جمع نمره ماده‌ها به دست می‌آید؛ بنابراین دامنه نمرات هر خرده‌مقیاس بین ۴ تا ۲۰ خواهد بود. نمرات بالا در هر خرده‌مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع تنش‌زا و منفی می‌باشد (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۷). مشهدی، حسنی و میردورقی (۱۳۹۱) ضرایب آلفای کرونباخ برای تمام خرده‌مقیاس‌ها و کل مقیاس در هر دو جنس و کل شرکت‌کنندگان از نظر روان‌سنجی، مطلوب گزارش کردند و دامنه اکثر همبستگی‌های مجموعه ماده بیشتر از ۰/۴ بود. بررسی ساختار عاملی این پرسش‌نامه با استفاده از روش تحلیل عامل اکتشافی از الگوی ۹ عاملی اصلی حمایت کرد که

1. cognitive emotion regulation questionnaire-Kids-Persian

جدول ۲. آمار توصیفی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان گروه‌های آزمایش و گواه در دو مرحله اندازه‌گیری

گروه مطالعه				مرحله اندازه‌گیری	متغیر
گروه گواه		گروه آزمایش			
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۲/۸۵	۵۷/۴۷	۳/۴۹	۵۷/۷۳	پیش‌آزمون	راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان
۳/۰۹	۵۸	۳/۷۹	۴۷/۴۷	پس‌آزمون	
۵/۰۸	۵۱/۱۳	۳/۳۸	۵۱/۲۰	پیش‌آزمون	
۵/۰۸	۵۱/۹۳	۴/۴۲	۶۰/۰۷	پس‌آزمون	

بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس، استفاده شد که نتایج این آزمون‌ها معنی‌دار نبود ($p \geq 0/005$)، همچنین بررسی همگنی شیب خط رگرسیون نیز از معنی‌دار نبودن تعامل شرایط و پیش‌آزمون حمایت نمود ($p \geq 0/005$)، در نهایت معنی‌دار شدن آزمون کرویت بارتلت حاکی از عدم وجود هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای همپراش (پیش‌آزمون) و در نتیجه وجود همبستگی متعارف همپراش‌ها (پیش‌آزمون‌ها) بود ($p < 0/05$)؛ بنابراین مفروضه‌ها رعایت شده و استفاده از کوواریانس بلامانع بود. جدول ۳ نتایج آزمون‌های چندمتغیری برای مقایسه گروه آزمایش و گواه در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان را نشان می‌دهد.

در ادامه به منظور تحلیل استنباطی یافته‌های پژوهش از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده گردید. تجزیه و تحلیل کوواریانس یک روش آماری است که به منظور تعدیل تفاوت‌های اولیه آزمودنی‌ها به کار می‌رود، بدین صورت که از پیش‌آزمون به عنوان متغیر کنترل‌گر استفاده می‌شود. قبل از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس باید برخی از پیش‌فرض‌های مهم این آزمون آماری مورد بررسی قرار بگیرد، چرا که عدم رعایت این مفروضه‌ها ممکن است نتایج تحقیق را با سوگیری همراه سازد. برای این منظور از آزمون کالموگراف اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌های دو گروه در متغیرهای پژوهش، از آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش در جامعه و از آزمون باکس جهت

جدول ۳. نتایج آزمون‌های چندمتغیری روی میانگین پس‌آزمون راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان گروه آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	p	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۸۶	۲	۲۵	۷۸/۹۱	۰/۰۰۰	۰/۸۶	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۴	۲	۲۵	۷۸/۹۱	۰/۰۰۰	۰/۸۶	۱
آزمون اثر هتلینگ	۶/۳۱	۲	۲۵	۷۸/۹۱	۰/۰۰۰	۰/۸۶	۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۶/۳۱	۲	۲۵	۷۸/۹۱	۰/۰۰۰	۰/۸۶	۱

همانطوری که در جدول ۳ مشخص است، با کنترل پیش‌آزمون سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین گروه آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان و راهبردهای سازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/01$).

همانطوری که در جدول ۳ مشخص است، با کنترل پیش‌آزمون سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین گروه آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان و راهبردهای سازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/01$).

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس روی میانگین پس‌آزمون راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان گروه آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	Eta (اندازه اثر)	توان آماری
راهبردهای نظم‌جویی	۸۵۶/۱۴۲	۱	۸۵۶/۱۴۲	۹۵/۹۶ ^{***}	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱
شناختی هیجان	۴۸۶/۷۴	۱	۴۸۶/۷۴	۵۸/۱۴ ^{***}	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱

داستان برای بهبود کنش اجرایی بازداری مورد توجه قرار گیرد، در گام بعد، این موقعیت به موقعیت‌های (توجه در هنگام صحبت کردن درمانگر و سایر کودکان) مشابه تعمیم یافت. به این ترتیب کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی توانستند به مرور در طی جلسات مدت زمان بیشتری را سر جای خود نشسته و با دقت بیشتری داستان را دنبال کنند، بدین وسیله قادر به مهار حرکت‌های اضافی و غیر هدفمند در خود شدند. با طرح سؤالاتی در مورد فرآیند قصه و نحوه عملکرد شخصیت‌های قصه، کودکان می‌بایست کمتر با یکدیگر صحبت نموده و به خوبی به قصه گوش فرا دهند، در نتیجه سطح توجه کودکان افزایش یافته و از این طریق آن‌ها قادر شدند به افزایش سطح توجه و تمرکز دست یافته و محرک‌های مزاحم در فرآیند قصه را نادیده بگیرند. در طی دوره درمانی کودکان تمرین می‌نمودند نوبت را رعایت کرده و می‌توانستند خود را کنترل نموده تا بدون اجازه پاسخ ندهند و این نیز یکی دیگر از مؤلفه‌های بازداری بود که با تمرین و تکرار این عوامل، کودکان قادر به مهار تکانه‌ها و بهبود کنش اجرایی بازداری خود شدند. همچنین در قصه‌ها به صورت ضمنی و غیر مستقیم به بازداری قهرمان قصه و نیز صبر و تحمل او در رسیدن به موفقیت‌ها و گذشتن از پاداش‌های فوری و آنی در جهت دستیابی به پاداش‌های بهتر و بلند مدت پرداخته شد. در پایان جلسات درمانی با تکرار و تمرین و نیز الگو برداری‌هایی که کودکان از شخصیت‌های محبوب خود در قصه‌ها داشتند، توانستند در فعال نمودن مؤلفه‌های کنش اجرایی بهبود قابل ملاحظه‌ای نسبت به دوره قبل از درمان داشته باشند که این امر در نهایت با بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان این کودکان همراه بود (مرادیان و همکاران، ۱۳۹۳).

در این پژوهش تلاش شد مراحل و مؤلفه‌های برنامه‌ریزی در بستر قصه به کودکان آموخته شود. در پایان داستان‌ها از کودکان خواسته می‌شد تا راهکارهای موجود در داستان را مورد ارزیابی قرار داده و به نتایج احتمالی هر کدام فکر کنند و برای سایر اعضای گروه بگویند. به این ترتیب گام به گام به آموزش مهارت حل مسئله به کودکان پرداخته شد. آزمودنی‌ها در داستان به راه‌حل‌هایی جدید و مفید برای مشکلات مشابه در زندگی دست می‌یافتند، پروراندن ایده‌های مختلف و افزایش انگیزش برای حل مشکلات در آنها ایجاد می‌شد، همچنین تثبیت کردن رهنمودهای مفید قصه در کودک اتفاق افتاد. آزمودنی‌ها یاد گرفتند چهارچوب و سازماندهی مجددی برای

همان طوری که در جدول ۴ مشخص است، با کنترل پیش‌آزمون بین گروه آزمایش و گواه از لحاظ راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان (راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان و راهبردهای سازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/01$). به عبارت دیگر، قصه درمانی مبتنی بر کنش‌های اجرایی روزمره با توجه به میانگین راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان و افزایش راهبردهای سازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان در گروه آزمایش شده است (مرادیان، مشهدی، آقا محمدیان شهرباف و اصغری نکاح، ۱۳۹۳).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی قصه درمانی مبتنی بر کنش‌های اجرایی روزمره بر بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی بود. نتایج تحلیل کوواریانس حاکی از اثربخشی قصه درمانی مبتنی بر کاهش راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان و افزایش راهبردهای سازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی بود. این یافته به‌طور کلی با نتایج اصغری نکاح و عابدی (۱۳۹۳)، نورانی جورجاده، مشهدی، طبیبی و خیرخواه (۱۳۹۵)، هایدن، لورچ، الماسی و میلیچ (۲۰۱۷)، مرادیان، مشهدی، آقامحمدیان شهرباف و اصغری نکاح (۱۳۹۳)، لم (۲۰۰۹)، هانس دوتیر، اینکوارس دوتیر و بجورنسون (۲۰۱۷) همسو است.

در تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت که کنش اجرایی بازداری فرد را قادر می‌سازد از ایجاد پاسخ‌های فوری خصوصاً آن‌هایی که باعث کام‌رواسازی یا ارضای فوری ارگانیسم می‌شود، ممانعت به عمل آورده و به کودک اجازه می‌دهد که برای تصمیم‌گیری فرصت بیشتری داشته باشد و با اجتناب از پاسخ‌های نامناسب و غیر انطباقی بتواند در پاسخ‌های انطباقی و مناسب داشته باشد. نارساکنش‌وری در کنش اجرایی بازداری در آزمودنی‌های این پژوهش و سایر کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی امری واضح و روشن است؛ لذا در طی این پژوهش در گام اول تلاش شد تا با بهره‌گیری از ظرفیت‌های قصه درمانی، روند جذاب قصه‌ها و نیز فنون و مهارت‌های قصه‌گویی و برقراری ارتباط با کودکان افزایش توجه پایدار و نیز صبر در انجام تکلیف گوش سپاری به

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که یافته‌ها فقط قابل به تعمیم به کودکانی است که ملاک‌های ورود به این پژوهش را دارا بوده‌اند و برای افرادی که از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی و ملاک‌های شمول، متفاوت از آزمودنی‌های پژوهش حاضر هستند، قابلیت تعمیم ندارد؛ بنابراین برای تحقیقات آتی توصیه می‌شود که قصه درمانی مبتنی بر کنش‌های اجرایی روزمره را در جمعیت‌های مختلف با حجم نمونه‌های بالاتری و در مدت زمان طولانی‌تری آزموده شود تا تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد. همچنین، به دلیل محدودیت زمانی، فرصت برگزاری آزمون پیگیری و سنجش ثبات مداخله در فواصل زمانی زیاد فراهم نشد؛ لذا پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات آتی برای بررسی پایداری تأثیرات جلسات آموزشی دوره‌های پیگیری و به فواصل مختلف برای ارزیابی مجدد اثربخشی قصه درمانی مبتنی بر کنش‌های اجرایی روزمره صورت پذیرد. در نهایت، در نظر نگرفتن تأثیرات عوامل فرهنگی و قومی؛ به بیان دیگر کیفیت و چگونگی تأثیر عوامل فرهنگی و قومی که قطعاً در بروز مشکلات و نارسایی‌ها اگر نگویم دخیل حداقل بسترساز می‌باشند لحاظ نگردیده است حال آنکه توجه به این مهم شاید جهت تحقیق را به نوبه خود متحول می‌ساخت.

با توجه به اثربخش بودن قصه درمانی مبتنی بر کنش‌های اجرایی روزمره در بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی به مشاوران و معلمان کودکان استثنایی و روانشناسان و روان‌پزشکان مراکز و کلینیک‌های روان‌درمانی پیشنهاد می‌شود که این روش درمانی را در برنامه‌های مداخله‌ای برای کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی گنجانده و از این روش‌های در مراکز و کلینیک‌های مشاوره تخصصی کودک و نوجوان به‌ویژه برای کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی استفاده شود.

منابع

اصغری‌نکاح، سیدمحسن و عابدی، زهره (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر کارکردهای اجرایی بر بهبود بازدارنده پاسخ، برنامه‌ریزی و حافظه‌ی کاری کودکان دارای اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی. *فصلنامه روانشناسی شناختی*، ۲(۱)، ۴۱-۵۳.

خراسانی زاده کزگی، عارفه؛ بهرامی، هادی و احدی، حسن (۱۳۹۹). اثر بخشی آموزش حافظه کاری بر افزایش توجه کودکان مبتلا به

مشکلات ایجاد کرده و از منظری جدید به آنها نگاه کنند، منظری که در آن کودک به مانند شخصیت‌های داستان قادر به حل مشکل است، همچنین کودکان به منابعی که در اختیار دارند به دید جدید نگاه کردند که مطابق این دیدگاه تمامی این امکانات و توانایی‌ها در جهت حل مشکلات می‌توانند به کار بیایند. در نتیجه تمامی این موارد کودک مهارت‌های حل مسئله را که جزئی از کنش اجرایی برنامه‌ریزی - سازماندهی محسوب می‌شود را فرا گرفته و قادر خواهد شدند در کارهای روزانه خود کنش‌وری بهتری در کنش اجرایی برنامه‌ریزی - سازماندهی از خود نشان دهند که این بهبود در کنش‌های اجرایی باعث شد کودکان از راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان سازگارانه بیشتر استفاده کنند و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان سازگارانه در آنان کاهش یافت که این امر می‌تواند در کاهش علائم اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی مؤثر باشد.

به علاوه، در قصه درمانی به‌نوعی برون‌ریزی افکار و اندیشه‌ها صورت می‌گیرد، در واقع، با این عمل آگاهی کودکان بالا رفته که این خود باعث بهبود کیفیت و کمیت ارتباطات مؤثر آنها می‌شود و چون در قصه، بچه‌ها مجبور به فکر کردن در مورد شخصیت‌ها و اتفاقات داستان می‌شوند، به‌نوعی آنها آمادگی بیشتری را برای تفکر کسب می‌کنند و با توجه به اینکه در طی قصه درمانی کودکان باید بعد از شنیدن داستان، سؤالات مربوط به آن را جواب دهند یاد می‌گیرند که باید توجه کافی بر روی کار داشته باشند و در ابتدا برای رسیدن به پاداش (تشویق کلامی و خوراکی) این کار را انجام می‌دهند، اما بعد از مدتی یاد می‌گیرند این عمل در واقع جدای از تشویق و پاداش مستقیم به سازگاری آنها و حضور مثبت در محیط، کمک‌کننده بوده که این خود نتایج خوشایندی را برای خود آنها دربردارد و آن را به‌صورت رفتار باثباتی درمی‌آورد. در واقع، در فرآیند قصه درمانی شرکت‌کنندگان به عنوان افرادی که توانایی لازم را دارند تا مشکلاتشان را ببینند، حل کنند، راه‌حل‌ها را مشخص کنند و برای خودمدیریتی مسئولیت داشته باشند، در نظر گرفته می‌شوند. آنها وسیعاً در شناسایی و تعریف مشکلات براساس تجاربشان درگیر می‌شوند و به این آگاهی می‌رسند که بین مشکلات، راه‌حل‌ها و پیامدهایی که درک می‌کنند ارتباط وجود دارد و راه‌حلی را که قادر به اجرای آن هستند را ارزیابی و انتخاب می‌کنند. این روش توانایی شناختی محدود کودکان را جبران می‌کند (یدی، کیامنش و بهرامی، ۲۰۲۰).

- اختلال نقص توجه / بیش فعالی. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹(۸۸)، ۵۰۷-۵۰۱.
- رحمتی، فاطمه و صابر، سوسن (۱۳۹۶). مقایسه تنظیم شناختی هیجان و تاب آوری در دانش آموزان معتاد به اینترنت و دانش آموزان عادی. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی کاربردی*، نسخه پیش از انتشار. صفائیان، الهه؛ عزیزاده، حمید و فرخی، نورعلی (۱۳۹۶). پیش بینی کنش اجرایی برنامه ریزی و خود مهارگری در کودکان دارای اختلال کمبود توجه / فزون کنشی بر اساس سبک های والدگری. *مجله علوم روانشناختی*، ۳۸۵-۳۷۰.
- قاسم پور، عبدالله و رضانی، ولی اله (۱۳۹۴). مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و تکانشگری در نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه / بیش فعالی و بهنجار. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۲(۱۳۷)، ۱۸-۹. کمالی ایگلی، سمیه و ابوالمعالی الحسینی، خدیجه (۱۳۹۵). تبیین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر اساس فرآیندهای ارتباطی خانواده و کمال گرایی در نوجوانان دختر. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی کاربردی*، ۱۰(۳۹)، ۳۱۰-۲۹۱.
- محمدی، حاتم و موسوی، سید ولی الله (۱۳۹۴). مقایسه تنظیم هیجان و خودمهارگری در کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه - فزون کنشی. *فصلنامه تحول روانشناختی کودک*، ۲(۲)، ۳۴-۲۱.
- مرادیان، زهرا؛ مشهدی، علی؛ آقامحمدیان شریاف، حمیدرضا و اصغری نکاح، سیدمحسن (۱۳۹۳). اثربخشی قصه درمانی مبتنی بر کنش های اجرایی بر بهبود بازداری و برنامه ریزی / سازماندهی دانش آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی. *مجله روانشناسی مدرسه*، ۳(۲)، ۱۸۶-۲۰۴.
- مشهدی، علی؛ حسینی، جعفر و میردورقی، فاطمه (۱۳۹۱). بررسی ساختار عاملی، اعتبار و روایی نسخه ی فارسی پرسشنامه ی نظم جویی شناختی هیجان - فرم کودکان. *مجله ی اصول بهداشت روانی*، ۳(۳)، ۲۵۹-۲۴۶.
- مفتاق، سید داوود؛ محمدی، نواله؛ غنی زاده، احمد؛ رحیمی، چنگیز و نجیمی، آرش (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی روش های مختلف درمان در اختلال نقص توجه - بیش فعالی کودکان. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۲۹(۱۴۸)، ۹۷۶-۹۶۵.
- میری، میرنادر؛ حاجلو، نادر؛ بشرپور، سجاد و نریمانی، محمد (۱۳۹۸). نقش میانجی هیجان خواهی در رابطه بین خود نظم جویی هیجانی و هویت سردرگم با اعتیاد به بازی های ویدئویی - رایانه ای. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸(۸۳)، ۲۱۷۳-۲۱۶۳.
- نورانی جورجاده، سیده رقیه؛ مشهدی، علی؛ طبیبی، زهرا و خیرخواه، فرزانه (۱۳۹۵). اثر آموزش کارکردهای اجرایی مبتنی بر زندگی روزمره،
- بر کارکردهای اجرایی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی. *تازه های علوم شناختی*، ۵(۱۸)، ۶۸-۷۸.
- ویسانی، مختار؛ شهنی ییلاق، منیجه؛ عالی پور، سیروس و مهرابی زاده هنرمند، مهناز (۱۳۹۴). اثربخشی روش ارتباط کودک - والد بر شدت نشانگان اختلال کاستی توجه / بیش فعالی. *روانشناسی خانواده*، ۲(۱)، ۳۸-۲۹.
- Ambuabunos, E.A., Ofovw, E.G., Ibadin, M.O. (2011). Community survey of attention-deficit/hyperactivity disorder among primary school pupils in Benin City, Nigeria. *Annals of African Medicine*, 10(2), 91-96.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fifth Edition) (DSM-5). Washington, DC: APA.
- Asherson, P. (2017). ADHD across the lifespan. *Medicine*, 44 (11), 683-686.
- Barkley, R. A., & Fischer, M. (2010). The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(5), 503-513.
- Biederman, J., Spencer, T., Lomedico, A., Day, H., Petty, C.R., Faraone, S.V. (2012). Longitudinal course of deficient emotional self-regulation CBCL profile in youth with ADHD: prospective controlled study. *Neuropsych Disease Treat*, 8, 267-76.
- Brotman, A., Rich, A., Guyer, E., Lunsford, R., Horsey, E., Reising, M., et al. (2011). Amygdala Activation During Emotion Processing of Neutral Faces in Children With Severe Mood Dysregulation Versus ADHD or Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry*, 167(1), 61-9.
- Chang, Y.K., Hung, C.L., Huang, C.J., Hatfield, B.D., Hung, T.M. (2014). Effects of an aquatic exercise program on inhibitory control in children with ADHD: A preliminary study. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 29(3), 217-23.
- Chorniy, A., Kitashima, L. (2016). Sex, drugs, and ADHD: The effects of ADHD pharmacological treatment on teens' risky behaviors. *Labour Economics*, 43, 87-105.
- Forslund, T., Brocki, K., Bohlin, J., Granqvist, P., Eninger, L. (2016). The heterogeneity of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and conduct problems: Cognitive inhibition, emotion regulation, emotionality, and disorganized attachment. *British Journal of Developmental Psychology*, 34(3), 371-87.
- Friedberg, R. D. & Wilt, L. H. (2010). Metaphors and Stories in Cognitive Behavioral Therapy with Children. *Journal Rat-Emo Cognitive-Behavior Therapy*, 28, 100-113.
- Garnefski, N., Kraaij, V., Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Pers Individ Dif*, 30, 1311-27.

- Garnefski, N., Kraaij, V., Spinhoven, P. (2002). *CERQ: Manual for the use of cognitive emotion regulation questionnaire*. Leiderdorp, Netherlands: DATEC.
- Garnefski, N., Rieffe, C., Jellesma, F., Terwogt, M.M., Kraaij, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11-year-old children: The development of an instrument. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 16, 1-9.
- Hannesdottir, D.K., Ingvarsdottir, E., Bjornsson, A. (2017). The OutSMARTers Program for Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 21(4), 353-364.
- Hayden, A., Lorch, E.P., Almasi, J., Milich, R. (2017). Lessons Learned from the Development of a Narrative Comprehension Intervention for Third-Graders at Risk for ADHD. *The ADHD Report*, 25(6), 1-6.
- Izadpanah, S., Schumacher, M., Arens, E. A., Stopsack, M., Ulrich, I., Hansenne, M., Grabe, H. G., Barnow, S. (2016). Adolescent harm avoidance as a longitudinal predictor of maladaptive cognitive emotion regulation in adulthood: The mediating role of inhibitory control. *Journal of Adolescence*, 52(2), 49-59.
- Lam, D. (2009). *The usefulness of storytelling for ADHD children and associated research*. www.adasa.com.au/wordpress.
- Musser, E., Backs, W., Schmitt, F., Ablow, J., Measelle, R., Nigg, J. (2012). Emotion Regulation via the Autonomic Nervous System in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *J Abnorm Child Psychol*, 39(6), 841-852.
- Potthoff, S., Garnefski, N., Miklósi, M., Ubbiali, A., Domínguez-Sánchez, F. J., Martins, E. C., Witthöft, M., Kraai, V. (2016). Cognitive emotion regulation and psychopathology across cultures: A comparison between six European countries. *Personality and Individual Differences*, 98(1), 218-224.
- Sidlauskaite, J., Sonuga-Barke, E., Roeyers, H., Wiersma, J.R. (2016). Default mode network abnormalities during state switching in attention deficit hyperactivity disorder. *Psychological Medicine*, 46(3), 519-28.
- Spencer, T., Faraone, S.V., Surman, C., Petty, C., Clarke, A., Batchelder, H., et al. (2011). Towards defining deficient emotional self-regulation in youth with attention deficit hyperactivity disorder using the child behavior check list: A controlled study. *Postgrad Med*, 123(5), 50-9.
- Yadi, F., Kiamanesh, A., & Bahrami, H. (2020). Comparison of the Effectiveness of Narrative Therapy and Play Therapy Training on the Level of Compatibility, Attention and Concentration of Female Students Suffering from ODD. *Revista TURISMO: Estudos e Práticas*, (1).