www.edcbmj.ir e-ISSN: 2345-5284

Education Strategies in Medical Sciences (ESMS)

Journal homepage: www.edcbmj.ir/en e-ISSN: 2345-5284

Baqiyatallah University of Medical Sciences

Comparison of the Effectiveness of Gross Model Emotion Regulation with Cognitive Rehabilitation on Unhealthy Eating Behaviors and Attitudes in Adolescents Students with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder

Peyman Hatamian[1]*, Kazem Rassol Zadeh Tabatabaei[1]

[1] *Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran*

**Corresponding author: Peyman Hatamian, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.*
P.hatamian@modares.ac.ir

Article Info

Keywords: *Emotion regulation, Cognitive rehabilitation, unhealthy eating behaviors and attitudes, hyperactivity, students*

Abstract

Introduction: Since individuals with hyperactivity disorder are more likely to perform some unhealthy behaviors than normal people, the aim of this study was to compare the effectiveness of Gross Model emotion regulation with cognitive rehabilitation on reducing unhealthy eating behaviors and attitudes in adolescent students with attention deficit/hyperactivity disorder.

Methods: The designed research was semi-experimental with pre-test and post-test. The study population consisted of adolescent students 14 to 18 years old diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder by Kermanshah education counseling experts. That 36 people were selected by Available sampling method and were randomly divided into three groups: Gross emotion regulation therapy, cognitive rehabilitation therapy and control group. One experimental group received emotion regulation therapy for 8 sessions (90 minute session a week) and the other node received 12 sessions of cognitive rehabilitation therapy (60 minute two sessions a week) and the control group not received treatment. Williamson Eating Scale was used to measure the level of unhealthy eating behaviors and attitudes in two pre-test and post-test stages. Finally, the data were analyzed by SPSS-23 using one way ANOVA and LSD test.

Results: The results showed that both post-test treatments compared to the control group had a significant effect on decreasing unhealthy eating behaviors and attitudes in adolescents students with attention deficit / hyperactivity disorder ($P < 0.001$). Interestingly, there was no significant difference between the efficacies of the two treatments.

Conclusion: These findings indicate the effectiveness of Gross Emotion Regulation Therapy and Cognitive Rehabilitation on the reduction of unhealthy eating behaviors and attitudes in adolescent students with attention deficit/hyperactivity disorder. These findings, while helping to explain the etiology of the syndrome of unhealthy eating behaviors in adolescents with ADHD, can be promising in the design of preventive interventions, although more controlled studies are needed in this area.

Copyright © 2020, Education Strategies in Medical Sciences (ESMS). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله راهبردهای آموزش در علوم پزشکی
دوره ۱۴، شماره ۶، ۱۴۰۰
صفحات: ۳۵۱-۳۴۴

مقایسه اثربخشی تنظیم هیجان مدل گروس با توانبخشی شناختی بر رفتارها و نگرش‌های خوردن ناسالم در دانش آموزان نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی

پیمان حاتمیان[1]، کاظم رسول زاده طباطبایی[1]

[1]گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

*نویسنده مسوول: پیمان حاتمیان، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. P.hatamian@modares.ac.ir

چکیده

مقدمه: از آنجایی که در افراد مبتلا به اختلال بیش فعالی انجام برخی رفتارهای ناسالم بیشتر از افراد عادی است، از این رو پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی مدل تنظیم هیجان گروس با توانبخشی شناختی بر کاهش رفتارها و نگرش‌های خوردن ناسالم در دانش آموزان نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی انجام شد.

روش‌ها: طرح پژوهشی از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه پژوهش شامل دانش آموزان نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ ساله که توسط کارشناسان مرکز مشاوره آموزش و پرورش شهر کرمانشاه مبتلا به اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی تشخیص داده شده بودند که به روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۳۶ نفر از آنها انتخاب شد و به طور تصادفی در سه گروه درمان تنظیم هیجان گروس، درمان توانبخشی شناختی و گروه کنترل قرار گرفتند. به یک گروه آزمایش درمان تنظیم هیجان به مدت ۸ جلسه (هفته ای یک جلسه ۹۰ دقیقه ای) و دیگر گره آزمایش درمان توانبخشی شناختی به مدت ۱۲ جلسه (هفته ای دو جلسه ۶۰ دقیقه ای) و گروه کنترل هیچ کدام از دو درمان را دریافت نکردند. برای سنجش سطح رفتارها و نگرش‌های خوردن ناسالم در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون از مقیاس بازخورد خوردن ویلیامسون استفاده شد. نهایتا داده‌های حاصل با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و به کمک تحلیل واریانس یک راهه و آزمون تعقیبی LSD تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد هر دو درمان در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل اثر بخشی معناداری بر کاهش رفتارها و نگرش‌های خوردن ناسالم در دانش آموزان نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی داشتند($P< 0/001$) . جالب اینکه بین اثربخشی دو درمان مذکور تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: یافته های مذکور نشانگر سودمندی درمان‌های تنظیم هیجان گروس و توانبخشی شناختی بر کاهش رفتارها و نگرش‌های خوردن ناسالم در دانش آموزان نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی است. این یافته‌ها ضمن یاری‌رساندن در تبیین سبب‌شناسی نشانگان رفتارهای خوردن ناسالم در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی، می‌تواند در طرح‌ریزی مداخلات پیشگیرانه امید بخش باشد، هر چند مطالعات کنترل‌شده بیشتری در این زمینه نیاز است.

واژگان کلیدی: تنظیم هیجان، توانبخشی شناختی، رفتارها و نگرش‌های خوردن ناسالم، بیش فعالی، دانش آموزان

مقدمه

اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی (ADHD) یک اختلال روان‌پزشکی است که درصد قابل توجهی از کودکان پیش‌دبستانی، دبستانی، نوجوانان و بزرگسالان سراسر جهان را مبتلا کرده و مشخصه‌ی آن الگوی کاهش پایدار توجه و افزایش تکانشگری و بیش‌فعالی است[۱]. با وجود اینکه چندین ناحیه‌ی مغز و ناقل های عصبی در بروز علائم ADHD دخیل دانسته شده‌اند اما همچنان ترشح بالای دوپامین در قشر جلو پیشانی کانون توجه پژوهش‌های مرتبط با اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی است[۲]. نقص توجه/ بیش‌فعالی در حدود ۵ درصد کودکان دبستانی گزارش شده است و ۸۵-۶۰٪ افرادی که در کودکی این تشخیص را دریافت می‌کنند در نوجوانی واجد ملاک‌های اختلال باقی می مانند[۳]. با توجه به اینکه نوجوانان دچار اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی اغلب رفتار تکانشی دارند یعنی بدون فکر و ناگهانی دست به کاری می‌زنند، بی قرار و دائم در حال جنب و جوش هستند و نیز رعایت و پیروی از دستورالعمل برای آنها دشوار است[۴]، بنابراین این امکان وجود دارد که رفتارها و نگرش های مرتبط با خوردن ناسالم در بین آنها افزایش یابد[۵]. در واقع رفتارها و نگرش های مرتبط با خوردن ناسالم در بین نوجوانان از جمله عواملی محسوب می شوند که بهزیستی آنها را تحت تاثیر قرار داده است و جزء شایع تری‌ن، شدی‌دتری‌ن و ناتوان کننده تری‌ن نشانگان سلامت روان بشمار می آید[۶]. این رفتارها شامل اعمال نابهنجاری هستند که با اختلالات خوردن پیوند دارد[۷]. از طرفی نگرش‌های خوردن شامل باورها، افکار، احساس‌ها، رفتارها و عوامل مرتبط با تغذیه هستند که معمولا برای توصیف رفتارها و عقیده های ناسالم در خوردن کاربرد دارد و طیفی از عادت های سخت در خورد و خوراک را شامل می شود[۸]. لیوین و راوانا (۲۰۱۶) نیز در پژوهشی دیگر که به بررسی ادبیات مرتبط با نحوه‌ی ارتباط اختلال کمبود توجه / بیش فعالی و اختلالات خوردن در طول زندگی پرداختند به این مهم دست یافتند که هم ارتباط تجربی و هم ارتباط نظری بین نقص توجه و بیش فعالی و اختلالات خوردن وجود دارد، یافته های مروری سیستماتیک آنها نشان داد که کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی بیش فعالی در معرض خطر اختلال در خوردن هستند و در مقایسه کودکان با نوجوانان و بزرگسالان احتمال این خطر در نوجوانان و بزرگسالان بیشتر است[۹].

یکی از مهمترین موضوعات که طی دو دهه‌ی گذشته، هم از لحاظ تجربی و هم نظری توجه زیادی را به سمت خود جلب نموده است، موضوع و مبحث چگونگی تنظیم و تعدیل هیجان‌ها است[۱۰]. از دلایل این علاقه نقش پراهمیتی است که هیجان‌ات در رفتارهای بیرونی فرد ایفاء می نماید[۱۱]. نظریه‌های هیجانی بر اهمیت هیجانات در بروز پاسخ های حرکتی، فیزیولوژیکی و رفتاری، تسهیل سازی فرآیند تصمیم گیری، تقویت حافظه و تعاملات بین فردی تأکید دارند[۱۲]. منظور گروس از تنظیم هیجان (Emotion Regulation)، ایجاد فرآیندهایی است که هیجانات با استفاده از آنها خود را تنظیم می کنند. با این وجود تنظیم هیجانی به فرآیندهای اشاره دارد که بر هیجانی که ما تجربه میکنیم، زمان و نوع تجربه و نحو بروز آن اثر می گذارد[۱۳]. گروس بر این باور است که تنظیم هیجان نقش محوری در تحول بهنجار و سلامت افراد داشته و ضعف در آن، عاملی مهم در ایجاد اختلال های روانی به شمار می‌رود[۱۴]. در واقع، تنظیم هیجانی به عنوان فرآیند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرایندهای اجتماعی- روانی- فیزیکی در به انجام رساندن اهداف فرد تعریف می شود، همچنین تنظیم هیجان در مدیریت هیجان ها نقش اساسی ایفاء می کند[۱۵]. میکائیل و کریک (۲۰۱۹) در مطالعه ای که به بررسی نحوه‌ی استفاده از استراتژی تنظیم هیجان بر کاهش علائم اختلال در خوردن در زندگی روزمره پرداختند، بدین نتیجه دست یافتند که به کارگیری استراتژی های تنظیم هیجان در کاهش علائم اختلال در خوردن نقش مثبتی ایفا می کند[۱۶]. بنابراین می توان چنین برداشت کرد که تنظیم هیجان در کاهش رفتارها و نگرش های خوردن ناسالم می تواند موثر باشد.

از جمله مباحث مهم دیگر در حوزه‌های مختلف روانشناختی از جمله روانشناسی سلامت و روانشناسی شناختی، بحث توانبخشی شناختی است. در دهه‌های اخیر، علاقه‌ی روزافزونی به استفاده از برنامه‌های توانبخشی در زمینه مشکلات شناختی مشاهده می‌شود که این امر موجب گسترش برنامه‌های آموزشی شناختی شده است، به طوری که این برنامه ها قابلیت تنظیم سطح دشواری تکلیف از ساده به مشکل را بر اساس تفاوت های فردی دارند و چالش‌های شناختی مداومی را برای بیماران ایجاد می‌کنند[۱۷]. در واقع توانبخشی شناختی، به آموزش‌هایی اطلاق می‌شوند که مبتنی بر یافته‌های علوم شناختی سعی می‌کنند عملکردهای شناختی (دقت، توجه، ادراک دیداری- فضایی، تمیز شنیداری، انواع حافظه مخصوصا حافظه‌ی کاری و سایر کارکردهای اجرایی) را بهبود بخشیده یا ارتقا دهند که همه‌ی این موارد بر اصل نوروپلاستیسیتی یا همان انعطاف‌پذیری مغز اشاره دارد[۱۸]. توانبخشی شناختی را روشی می‌دانند که از ادغام علوم اعصاب شناختی با فناوری‌های اطلاعات به وجود آمده و برای ارتقای توانمندی‌های مغز در زمینه‌ی کارکردهای شناختی از جمله ادراک، توجه، هوشیاری، حافظه و ... استفاده می-

شود[۱۹]. توانبخشی شناختی روشی جهت بازگرداندن ظرفیت های شناختی از دست رفته است که توسط تمرینات و ارائه محرک های هدفمند صورت می پذیرد و هدف آن بهبود عملکرد فرد در اجرای فعالیت ها از طریق بهبود ادراک، توجه، حافظه، حل مساله، هوشیاری و مفهوم سازی است[۲۰]. در این روش درمانگر اطلاعات حاصل از ارزیابی جلسات را در نظر گرفته و بر اساس آن تکالیفی برای تقویت کارکردهای شناختی مغز طراحی می کند[۲۱]. در پژوهش میری و همکاران (۲۰۱۹) که به بررسی اثر بخشی درمان شناختی در کاهش اضافه وزن و چاقی نوجوانان پرداختند نتایج حاصل نشان داد که درمان مدنظر تاثیر مثبتی بر کاهش اضافه وزن نوجوانان داشت[۲۲].

افراد مبتلا به اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی رفتارهای پرخطر زیادی دارند از جمله این اعمال آسیب زا، نگرش‌ها و رفتارهای مرتبط با خوردن ناسالم است، همانطور که راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM5) اشاره دارد افراد مبتلا به اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی اغلب رفتار تکانشی دارند یعنی بدون فکر و ناگهانی دست به کاری می زنند، بنابراین احتمال انجام رفتارهای و اعمال ناسالم مرتبط با خوردن در آنها بیشتر از افراد عادی است. چنین مسئله ای حاکی از آن است که با دقت، توجه و ضرورت بیشتری به این گروه از افراد پرداخته شود. از سوی دیگر، تاکنون پژوهش‌های خیلی کمی که مرتبط با این مسئله باشد در بین نوجوانان مبتلا به اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی انجام شده است و حتی پژوهش هایی که انجام گرفته بیشتر بر روی کودکان با اختلال کمبود نوجه و بیش فعالی است. بنابراین با توجه به نبود پژوهشی جامع و آزمایشی بر روی نوجوانان با اختلال کمبود توجه و بیش فعالی، مطالعه حاضر به منظور مقایسه اثربخشی مدل تنظیم هیجان گروس و توانبخشی شناختی بر کاهش رفتارها و نگرش-های خوردن ناسالم در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی انجام گرفت.

روش ها

طرح پژوهشی از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه پژوهش شامل نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ ساله که در سال ۱۳۹۸ توسط کارشناسان مرکز مشاوره آموزش و پرورش شهر کرمانشاه مبتلا به اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی تشخیص داده شده بودند با کسب اجازه از معلمان مدارس این نوجوانان و نیز با رضایت والدین آنها و همچنین رضایت خود افراد به روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۳۶ نفر از آنها انتخاب شد و به طور تصادفی در سه گروه درمان تنظیم هیجان گروس، درمان توانبخشی شناختی و گروه کنترل قرار گرفتند. به یک گروه آزمایش درمان تنظیم هیجان به مدت ۸ جلسه (هفته ای یک جلسه ۹۰ دقیقه ای) و دیگر گره آزمایش درمان توانبخشی شناختی به مدت ۱۲ جلسه (هفته ای دو جلسه ۶۰ دقیقه ای) و گروه کنترل هیچ کدام از دو درمان را دریافت نکردند. برای سنجش سطح رفتارها و نگرش-های خوردن ناسالم در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون از مقیاس بازخورد خوردن ویلیامسون استفاده شد. معیار ورود به نمونه داشتن عمدتا اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی و معیارهای خروج از نمونه داشتن عقب ماندگی ذهنی، اختلال نافرمانی مقابله ای و اختلال یادگیری بود. نهایتا داده‌های حاصل با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و به کمک آزمون‌های آماری تحلیل واریانس یک راهه و آزمون تعقیبی LSD تجزیه و تحلیل شد.

ابزار

مقیاس بازخورد خوردن ویلیامسون: آزمون بازخورد خوردن به عنوان یک ابزار برای بازخوردها و رفتارهای بیمارگونه خوردن به کار می‌رود که توسط Williamsonدر سال ۱۹۹۰ ساخته شده است[۲۳]. این مقیاس دو فرم ۴۱ ماده ای و ۲۱ ماده ای دارد. همبستگی فرم ۲۱ گویه ای با فرم ۴۱ گویه ای ۰/۹۸ گزارش شده است. فرم ۲۱ مادهای دارای سه خرده مقیاس می باشد که شامل خرده مقیاس "رژیم لاغری"، خرده مقیاس "پرخوری و اشتغال ذهنی به غذا "و خرده مقیاس "مهار دهانی". نمره گذاری این آزمون به صورت مقیاس لیکرت درجه بندی می شود، برای هر عبارت پاسخ "همیشه" ۳ نمره، "بیشتر اوقات"۲ نمره، "خیلی اوقات"۱ نمره و سه گزینه باقی مانده شامل "گاهی اوقات"،"به ندرت "و "هرگز" نمره صفر میگیرند. مواد مربوط به خرده مقیاس رژیم لاغری ۱، ۶، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵ و مواد مربوط به مقیاس پرخوری ۳، ۴، ۹، ۱۸، ۲۱، ۲۶ و نهایتا گویه های دهانی مهار شامل ۲، ۵، ۸، ۱۳، ، ۱۵، ۱۹، ۲۰ می باشد. کسب نمره ۲۰ و بالاتر برای فرم ۲۶ گویه ای احتمال اختلال خوردن را نشان می دهد. توسط سازنده آن اعتبار ضریب آلفا ۰/۹۴و روایی ۰/۶۷ گزارش شده است[۲۳]. در پژوهش حاتمیان و مرادی (۱۳۹۶) روایی پرسشنامه بررسی شد و آلفای کرونباخ آن ۰/۷۷ گزارش شد[۲۴].

در زیر خلاصه محتوای جلسات آموزشی تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس و محتوای جلسات آموزشی توانبخشی شناختی آمده است.

جدول۱. خلاصه محتوای جلسات آموزشی تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس

جلسات	محتوای جلسات
جلسه۱	الف) آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و شروع رابطه متقابل رهبر گروه (مشاور) و اعضاء، ب) بیان اهداف اصلی و فرعی گروه و گفتگوی اعضا راجع به اهداف شخصی و جمعی ج) بیان منطق و مراحل مداخله د) بیان چارچوب و قواعد شرکت در گروه
جلسه۲	انتخاب موقعیت، هدف: ارائه آموزش هیجانی؛ دستور جلسه: شناخت هیجان و موقعیت های برانگیزاننده از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان ها، اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه مدت و درازمدت هیجان ها
جلسه۳	انتخاب موقعیت، هدف: ارزیابی میزان آسیب پذیری و مهارت های هیجانی اعضا، دستور جلسه :راجع به عملکرد هیجان ها در فرایند سازگاری انسان و فواید آنها، نقش هیجان ها در برقرار کردن ارتباط با دیگران و تاثیرگذاری روی آنها و همچنین سازماندهی و برانگیزاندن رفتار انسان بین اعضا گفتگویی صورت گرفت و مثالهایی از تجربه های واقعی آنها مطرح شد
جلسه۴	اصلاح موقعیت، هدف: ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده ی هیجان؛ دستور جلسه: الف) جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب ب) آموزش راهبرد حل مسئله ج) آموزش مهارت های بین فردی د)گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض
جلسه۵	گسترش توجه، هدف: تغییر توجه؛ دستور جلسه: الف) متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی ب) آموزش توجه
جلسه۶	ارزیابی شناختی، هدف: تغییر ارزیابیهای شناختی؛ دستور جلسه: الف) شناسایی ارزیابی های غلط و اثرات آنها روی حالتهای هیجانی ب) آموزش راهبرد باز-ارزیابی
جلسه۷	تعدیل پاسخ هدف: تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان، دستور جلسه: الف) شناسایی میزان و نحوه ی استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، ب) مواجهه ج) آموزش ابراز هیجان د) صلاح رفتار از طریق تغییر تقویت کننده های محیطی، ه) آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس
جلسه۸	ارزیابی و کاربرد هدف: ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربرد؛ دستور جلسه: الف) ارزیابی میزان نیل به اهداف فردی و گروهی ب) کاربرد مهارت های آموخته شده در محیط های طبیعی خارج از جلسه ج) بررسی و رفع موانع انجام تکالیف

جدول۲. خلاصه محتوای جلسات آموزشی توانبخشی شناختی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه۱	آشنایی و برقراری اتحاد درمانی، بیماران با روش ها و تمرین های شناختی آشنا و خط پاسه کارکردهای شناختی آنان اندازه گیری شد
جلسه۲	به تمرین های توجهی شامل گوش به زنگی با محرک های شنیداری (اعداد، کلمات، جملات و غیره) و بررسی و تهیه رویدادهای استرس زای زندگی اختصاص یافت
جلسه۳	کاربرگ مرتبط با توضیحات توانبخشی ارائه و افزایش مهارت عناصر توجهی و تمرین های توجهی شامل حفظ توجه آموزش داده شد
جلسه۴	به تمرین های توجهی دیداری و شنیداری و تمرین های حافظه اختصاص یافت
جلسه۵	تمرین های مربوط به تغییر توجه، درک مطلب و بسط شناختی آموزش داده شد
جلسه۶	تمرین های رعایت نظم نزولی و صعودی جهت حفظ توجه و خواندن برای درک مطلب و جستجوی همزمان حروف و کلمات از قبل تعیین شده انجام شد
جلسه۷	حافظه منطقی، دیداری و شنیداری به کمک اعداد، حروف، اشکال کلمات و جملات آموزش داده شد
جلسه۸	به بهبود حافظه کلامی و تصویری، سازماندهی کلامی و ساخت تداعی های زوجی اختصاص داده شد
جلسه۹	تمرین های عملکرد اجرای شامل بیان طرح مربوط به یک تکلیف ساده، طبقه بندی، تمایز قائل شدن، حل مساله و خود دستوردهی آموزش داده شد
جلسه۱۰	به تمرین های حافظه به ویژه حافظه حرکتی، تمرین های شناختی توجه و جمع بندی
جلسه۱۱	تمرین تکالیف مربوط به توجه مستمر
جلسه۱۲	تمرین تکالیف مربوط به توجه متمرکز و پراکنده

یافته ها

شرکت کنندگان پژوهش حاضر شامل ۳۶ نوجوان مبتلا به اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی بودند (۲۰ نفر آقا و ۱۶ نفر خانم) که در دامنه سنی ۱۴ تا ۱۸ سال قرار داشتند. میانگین سنی گروه گواه ۱۶/۵ و میانگین سنی گروهای آزمایش نیز به ترتیب ۱۶/۸ و ۱۶/۱ بود. بنابراین گروها از نظر توزیع سنی به نسبت در یک محدوده بودند.

جدول۳. شاخص توصیفی متغیرها در پیش آزمون و پس آزمون در گروه گنترل و گروهای آزمایش

گروها	مراحل آزمایش	رفتارها و نگرش‌های خوردن ناسالم					
		رژیم لاغری		پرخوری و اشتغال ذهنی		مهار دهانی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گروه‌آزمایش‌تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۷/۲۳	۲/۹۶	۲/۵۱	۱/۵۹	۲/۳۳	۱/۵۲
	پس‌آزمون	۵/۶۷	۲/۲۴	۲/۰۱	۱/۴۰	۱/۳۶	۱/۲۴
گروه‌آزمایش‌توانبخشی شناختی	پیش‌آزمون	۷/۱۱	۲/۶۰	۲/۲۳	۱/۵۰	۲/۶۹	۱/۶۴
	پس‌آزمون	۶/۰۳	۲/۴۵	۱/۶۶	۱/۲۳	۱/۹۴	۱/۳۹
گروه کنترل	پیش‌آزمون	۶/۸۳	۲/۵۵	۲/۴۲	۱/۵۵	۲/۲۹	۱/۳۳
	پس‌آزمون	۶/۹۱	۲/۶۱	۲/۲۶	۱/۴۹	۲/۳۳	۱/۵۰

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود بعد از آموزش درمان های تنظیم هیجان گروس و توانبخشی شناختی میانگین نمرات پس آزمون مولفه های رفتارها و نگرش های خوردن ناسالم به نسبت پیش آزمون کاهش یافته است. از آنجایی که طرح پژوهش حاضر از نوع پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل می باشد، آنچه در این طرح ها از اهمیت برخوردار است کنترل متغیرهای همزمان با متغیر مستقل می باشد که ممکن است روی متغیر وابسته تأثیر گذار باشند. بنابراین بهترین روش برای کنترل متغیرهای همزمان (اثرات پیش آزمون) استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس می باشد. ولی از آنجایی که در این پژوهش سه گروه از لحاظ نمرات پیش آزمون تفاوت معناداری با هم نداشتند نیازی به کنترل اثر پیش آزمون بر روی نمرات متغیر های وابسته نبود به همین دلیل از آزمون تحلیل واریانس تک متغیره جهت مقایسه میانگین نمرات سه گروه با یکدیگر و برای مقایسه دو به دو گروه ها از آزمون تعقیبی LSD استفاده گردید. نتایج آزمون لوین جهت سنجش پیش فرض برابری واریانس های هر سه گروه در متغیر رفتارها و نگرش خوردن ناسالم در جدول ۴ آمده است.

همانطور که در جدول فوق ملاحضه می شود بین واریانس گروه ها در متغیر رفتارها و نگرش خوردن ناسالم تفاوت معناداری وجود ندارد و واریانس گروه ها با هم برابر می باشد. بنابراین پیش فرض تساوی واریانس ها برای کلیه متغیرها رعایت شده و می توان از آزمون های پارامتریک جهت تجزیه و تحلیل داده ها استفاده کرد.

همانطور که نتایج جدول بالا نشان میدهد بین میانگین نمرات سه گروه در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. جهت مشخص کردن دقیق تر تفاوت جفتی گروه ها از آزمون تعقیبی LSD استفاده گردید که نتایج در جدول ۷ آمده است

همانطور که در جدول ۷ آمده است نتایج از آزمون تعقیبیLSD حاکی از این است که بین میانگین نمرات گروه درمان تنظیم هیجان و توانبخشی شناختی تفاوت معناداری دیده نمی شود. اما میانگین نمرات هر دو گروه آزمایش با کنترل تفاوت معناداری دارد ($P< 0/001$).

جدول۵. آزمون لوین جهت سنجش فرض برابری واریانس ها برای کلیه متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	آماره لوین	درجه آزادی	معناداری
رفتارها و نگرش خوردن ناسالم	۰/۶۱	۲	۰/۵۱

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه تفاضل گروه ها از لحاظ متغیر های وابسته

منبع	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	F	معناداری
بین گروهی	۴۵۲/۲۲	۲	۲۲۶/۱۱	۹/۸۸	۰/۰۰۱
درون گروهی	۷۵۴/۸۹	۳۳	۲۲/۸۷		
کل	۱۲۰۷/۱۱	۳۵			

جدول ۷. مقایسه‌میانگین نمرات گروه‌ها در متغیر رفتارها و نگرش خوردن ناسالم در پس آزمون با استفاده از آزمون تعقیبیLSD

گروه ها		تفاوت میانگین ها	معناداری
تنظیم هیجان	توانبخشی شناختی	۲/۵۶	۰/۴
	کنترل	-۳/۲۱	۰/۰۰۱
توانبخشی شناختی	تنظیم هیجان	-۲/۵۶	۰/۴
	کنترل	۴/۲۵	۰/۰۰۱
کنترل	تنظیم هیجان	۴/۲۵	۰/۰۰۱
	توانبخشی شناختی	-۳/۲۱	۰/۰۰۱

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی مدل تنظیم هیجان گروس و توانبخشی شناختی بر کاهش رفتارها و نگرش‌های خوردن ناسالم در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی انجام شد. نتایج حاصل از یافته ها نشان داد که آموزش تنظیم هیجان گروس و آموزش توانبخشی شناختی هر دو بر کاهش رفتارها و نگرش های خوردن ناسالم در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی موثر بود. هر چند که نتایج تفاوت معناداری بین دو درمان را نشان نداد ولی تاثیر دو روش آموزش (تنظیم هیجان گروس و توانبخشی شناختی) به نسبت گروه کنترل کاملا مشخص و روشن بود. نتایج مطالعه حاضر تا حدودی همسو با نتایج یافته های پیشین از جمله پژوهش میکائیل و کریک (۲۰۱۹) ؛ میری و همکاران (۲۰۱۹) و گوسینس و همکاران (۲۰۱۶)،[۲۵] بود. در یک پژوهش همسو دیگر کینی، سینگلتون و کارتر (۲۰۱۷) که به پیش بینی های آزمایش مدل هیجانی از اختلال پر خوری پرداخت بدین نتیجه دست یافت که اختلال خوردن و رفتارهای مرتبط با پرخوری تحت تاثیر رفتارها ی هیجانی افراد

هستند[۲۶]. همچنین ساگر و گاپتا (۲۰۱۸) در پژوهشی که بررسی جنبه های روانشناختی چاقی در کودکان و نوجوانان پرداختند دریافتند که شناخت آنها از خود و کمک به کودکان و نوجوانان برای درک شناختی خودشان تاثیر مثبتی در کاهش چاقی و کنترل وزن دارد[۲۷].

در تبیین نتایج حاضر می توان گفت که با توجه اینکه نوجوانان دچار اختلال کم توجهی/بیش فعالی اغلب رفتارهای تکانشی و بی پروا انجام می دهند، بنابراین در موقع خوردن نیز مسلما به دلیل اعمال خاصی که از آنها سر می زند بی پروا رفتارها ی ناسالم خوردن بیشتری را به نسبت هم سالان عادی خود تجربه می کنند، همین موضوع موجب می گردد که این افراد رفتارها و نگرش های خاص مرتبط به خوردن داشته باشند. در تایید تبیین حاضر می توان به نتایج مطالعه دیکرسون و زیکگرف (۲۰۱۹) اشاره کرد که در پژوهشی که با هدف بررسی رفتارهای غذایی ناسالم در کودکان و نوجوانان مبتلا به اوتیسم، ADHD و سایر اختلالات رشدی انجام دادند بدین نتیجه دست یافتند که رفتارهای خوردن ناسالم به ترتیب در افراد مبتلا به اتیسم و ADHD بیشتر از سایر اختلالات است[۵]. بنابراین با توجه به اینکه این افراد رفتارها و نگرش های خوردن ناسالم دارند مسلما با آموزش های درمانی همچون توانبخشی شناختی و تنظیم هیجان که اثر بخشی آنها بر روی اختلال های مشابه ثابت شده است در این افراد نیز بکار گرفته شوند تا از میزان رفتارها و نگرشهای ناسالم خوردن در آنها کاسته شود.

نتیجه گیری

در آخر با توجه به نتایج حاصل از پژوهش می‌توان چنین نتیجه گرفت که آموزش درمان تنظیم هیجانی مبتنی بر مدل گروس و نیز درمان توانبخشی شناختی هر دو می توانند رفتارها و نگرش های خوردن ناسالم را در بین نوجوانان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی کاهش دهند. پژوهش حاضر نیز همچون هر پژوهشی دارای یک سری از محدودیت ها بود، از جمله محدودیت های پژوهش حاضر نبود زمان کافی برای دوره پیگیری بود. البته محدودیت های دیگری وجود داشت که قابل رفع توسط پژوهشگران نبود و از دسترس محققین خارج بود همچون شرایط خاصی که هریک از شرکت کنندگان داشتند که مسلما قابل کنترل نبود. پیشنهاد می شود که در مطالعات آتی برای سنجش اثر بخشی هر چه بیشتر چنین پژوهش هایی دوره پیگیری در نظر گرفته شود. و نیز پیشنهاد می شود که در پژوهش های آتی پژوهشگران حتما حجم نمونه بیشتری را جهت تعمیم پذیری هر چه بهتر انتخاب کنند. یکی دیگر از پیشنهاداتی که می تواند جنبه ی کاربردی داشته باشد، این است که درمانگران و متخصصان حوزه سلامت و مخصوصا متخصصانی که با نوجوانان و کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی در ارتباط هستند بر برنامه های درمانی فراتشخیصی توجه بیشتری داشته باشند.

سپاسگزاری

از تمامی کسانی که ما را در انجام پژوهش حاضر یاری رساندن صمیمانه سپاسگزاریم.

ملاحظات اخلاقی

پرسشنامه این پژوهش با هماهنگی مسئولین آموزش و پرورش شهر کرمانشاه توزیع و اجرا گردید. این پرسشنامه‌ها بدون نام بوده و در تکمیل آن هیچ اجباری در میان نبوده است. در ضمن پژوهش حاضر توسط هسته سلامت روانی خانواده (هسته مسئله محور) با شماره ۱۳۹۸ –۰۱–ق۳۷ مورد تایید قرار گرفت.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارض منافعی وجود ندارد

منابع مالی

منابع مالی این پژوهش تماماً توسط محققین این پژوهش تهیه شده است.

منابع

1. Cortese S, Lecendreux M. Sleep Disturbances in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Principles and practice of sleep medicine (six edition) ***2017***; 390-1397.
2. Macek J, Battelino T, Bizjak M, Zupanc C, KovacBograf[c] A, Vesnic S, Klemencic S, Volk E, Bratina N. Impact of attention deficit hyperactivity disorder on metabolic control in adolescents with type1 diabetes, Journal of Psychosomatic Research ***2019***; 126(1), 109816.
3. Kosse RC, Bouvy M L et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Medication Use inAdolescents: The Patient's Perspective, Journal of Adolescent Health ***2017***; 61(5), 619-625.
4. Kwong KL, Lam D, Tsui S, Ngan M, Tsang B, Lam S. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in AdolescentsWith Epilepsy, Pediatric Neurology ***2016***; 57(3),56-63.
5. DickersonMayes S, Zickgraf H. Atypical eating behaviors in children and adolescents with autism, ADHD, other disorders, and typical development, Research in Autism Spectrum Disorders ***2019***; 64(3), 76-83
6. Chithambo T P, and Stanley J, Huey Jr. Internet-delivered eating disorder prevention: A randomized controlled trial of dissonance-based and cognitive-

behavioral interventions. International Journal of Eating Disorders ***2017***; 50(9), 995–1118.
7. Roustaee R, Hajifaraji M, Dezhkam M, Houshiar-rad A, Mehrabi Y, Zowghi T. Prevalence of eating disorders and some of the factors related to them among high school female students in the City of Tehran, Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology, ***2013***, 8,1, 135-144.
8. Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Development and validity of the disordered eating attitude scale (DEAS). Percept Mot Skills, ***2010***,110:379–95.
9. Levin R L, Rawana J S. Attention-deficit/hyperactivity disorder and eating disorders across the lifespan: A systematic review of the literature, Clinical Psychology Review ***2016***; 50(6), 22-36.
10. Vafapoor H, Zakiei A, Hatamian P, Bagheri A. Correlation of Sleep Quality with Emotional Regulation and Repetitive Negative Thoughts: A Casual Model in Pregnant Women, J Kermanshah Univ Med Sci. **2018**; 22(3): e81747. doi: 10.5812/jkums.81747.[Persian]
11. Karami J, Momeni KM, Hatamian P. The relationship between emotion dysregulation with psychoactive substance abuse in nurses working at hospitals of Kermanshah Iran 2016. Bali Medical Journal, **2017**; 6(3): 502-506. DOI:10.15562/bmj.v6i3.640.
12. Engen H, Anderson M. Memory Control: A Fundamental Mechanism of Emotion Regulation, trends in cognation sciences, **2018**;22,(11), 982-995.
13. Gross JJ, Barrett LF. Emotion generation and emotion regulation: one or two depends on your point of view. Emot. Rev. **2011**, 3, 8–16.
14. Kring AM, Slovan DM. Emotion Regulation and Psychopathology. A New .York Division of Guilford Publications **2011**. pp. 94-100.
15. Naragon-Gainey K. The structure of common emotion regulation strategies: a meta-analytic examination. Psychol. Bull **2017**, 143, 384–427.
16. Mikhail M, Kring A. Emotion regulation strategy use and eating disorder symptoms in daily life, Eating Behaviors ***2019***; 34(1), 101315.
17. Sahraian AM, Etesam F. Cognitive impairment in Multiple Sclerosis. Zahedan University of Medical Sciences ***2014***; 16(1): 1-7.[Persian]
18. Cattelani R, Zettin M, Zoccolotti P. Rehabilitation treatments for adults with behavioral and psychosocial disorders following acquired brain injury. a systematic review. Neuropsychol Rev ***2010***; 20: 52-85.
19. Mattioli F, Stampatori C, Zanotti D, Parrinello G, Capra R. Efficacy and speci-ficity of intensive cognitive rehabilitation of attention and executive functionss in Multiple Sclerosis. J Neurol Sci ***2010***; 288(1-2): 1015.
20. Mattioli F,Stampatori C, Scarpazza C, Parrinello G, Capra R. Persistence of the effects of attention and executive functionss intensive rehabilitation in relapsing remitting Multiple Sclerosis. Mult Scler Relat Disord ***2012***; 1(4): 168-73.
21. Khalili L, Dovlatshahi B, Farhodi M, Niknam Z, Poorshabaz A. The effectiveness of attention rehabilitation in decreasing focused attention and working memory deficits on Multiple Sclerosis patients. The Journal of Urmia University of Medical Sciences ***2014***; 25(5): 382-96. .[Persian]
22. Miri S F, Javadi M, Lin C Y,Griffiths M, Björk M. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on nutrition improvement and weight of overweight and obese adolescents: A randomized controlled trial, Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews, **2019**; 13(3), 2190-2197.[Persian]
23. Williamson D. Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia and bulimia nervosa. New York: Pergamum; 1990.
24. Hatamian P, Moradi A. Comparing Unhealthy Eating Behaviors and Attitudes and Negative Repeating Thoughts in Night Shift and Day Shift Nurses. IJPN. **2018**; 5 (6) :31-36.[Persian]
25. Goossens, L., Malderen, E. V., Durme, K. V., & Braet, C. Loss of control eating inadolescents: Associations with adaptive and maladaptive emotion regulation strate-gies.Eating Behaviors, 2016, 22, 156–163
26. Kenny,T. E., Singleton, C., & Carter, J. C. Testing predictions of the emotionregulation model of binge-eating disorder.International Journal of Eating Disorders,2017:50(11),1297–1305.https://doi.org/10.1002/eat.22787.
27. Sagar, R., Gupta, T. Psychological Aspects of Obesity in Children and Adolescents, Indian Journal of Pediatrics, 2018, 85(7),554-559