اثربخشی درمان شناختی– رفتاری (CBT) متمرکز بر والدین، بر اضافه وزن و عزت نفس کودکان چاق ۶ تا ۱۱ ساله مبتلا به اختلال کمبود توجه– بیش‌فعالی (ADHD) شهر اصفهان

افسانه کرباسی عامل[۱]، سعید کرباسی عامل[۲]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی (Attention-deficit/hyperactivity disorder یا ADHD)، از شایع‌ترین مشکلات رفتاری است که باعث پرتحرکی، نقص توجه، افت تحصیلی و مشکلات هیجانی و رفتاری در کودکان پیش‌دبستانی و دبستانی می‌شود. هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری (Cognitive behavioral therapy یا CBT) متمرکز بر والدین، بر اضافه وزن و عزت نفس کودکان چاق ۶ تا ۱۱ ساله مبتلا به ADHD شهر اصفهان بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به صورت نیمه تجربی انجام شد. جامعه آماری مطالعه را ۴۰ کودک ۶ تا ۱۱ ساله مبتلا به ADHD دارای اضافه وزن یا چاق (بالاتر از صدک ۸۵ در نمودار وزن برای سن، قد و جنسیت) و والدینشان که در طی سال ۱۳۹۴ به کلینیک روان‌پزشکی کودک و نوجوان بیمارستان علی‌اصغر (ع) اصفهان مراجعه کرده بودند، تشکیل داد. ۲۰ نفر از نمونه‌ها فقط تحت درمان ADHD قرار گرفتند و هیچ مداخله دیگری دریافت نکردند و ۲۰ نفر دیگر نیز به عنوان گروه آزمایش در جلسات CBT شرکت نمودند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه عزت نفس Coopersmith (Coopersmith Self-Esteem Inventory یا CSEI) و شاخص توده بدنی (Body mass index یا BMI) بود. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: رویکرد CBT به روش آموزش والدین، تأثیر معنی‌داری را بر اضافه وزن و عزت نفس کودکان چاق مبتلا به ADHD در پس‌آزمون و مرحله پیگیری نشان داد. همچنین، رویکرد CBT متمرکز بر والدین، بر اضافه وزن و عزت نفس کودکان چاق و مبتلا به ADHD تأثیر معنی‌داری داشت ($P < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: رویکرد CBT متمرکز بر والدین، می‌تواند به عنوان یک درمان انتخابی مکمل جهت کاهش علایم روان‌شناختی، BMI و افزایش عزت نفس کودکان چاق مبتلا به ADHD به کار گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی- رفتاری (CBT)، اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی (ADHD)، اضافه وزن، عزت نفس

ارجاع: کرباسی عامل افسانه، کرباسی عامل سعید. **اثربخشی درمان شناختی- رفتاری (CBT) متمرکز بر والدین، بر اضافه وزن و عزت نفس کودکان چاق ٦ تا ١١ ساله مبتلا به اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی (ADHD) شهر اصفهان.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۶؛ ۱۵ (۲): ۱۵۸-۱۵۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱/۹ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۳/۱۳

مقدمه

یکی از شایع‌ترین مشکلات روان‌شناختی کودکان، اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی (Attention-deficit/hyperactivity disorder یا ADHD) می‌باشد (۱). این اختلال نوعی اختلال رشد عصبی است که بر جنبه‌های مختلف زندگی تأثیر می‌گذارد (۲). طبق آمار اخیر، شیوع ADHD در ۵ درصد کودکان و ۴ درصد بزرگسالان رایج است (۳).این اختلال یکی از مهم‌ترین علل ارجاع کودکان به متخصصان بهداشت روان است؛ به طوری که علت ۵۰ درصد مراجعات به کلینیک‌های روان‌پزشکی اطفال می‌باشد (۴) و در میان کودکان پیش‌دبستانی و دبستانی، چالش مهمی تلقی می‌شود و سبب بروز مشکلات و آشفتگی‌های هیجانی شدید برای کودکان و خانواده آن‌ها می‌گردد (۵). از جمله این آشفتگی‌ها می‌توان به اخراج از کودکستان یا دبستان، نیاز بیشتر به وقت و مراقبت، محرومیت از رخدادهای خانوادگی و آسیب‌پذیری نسبت به سانحه و سایر نگرانی‌ها در مورد سلامت آن‌ها اشاره نمود (۶).

به نظر می‌رسد که ADHD مشکل پایداری می‌باشد که ممکن است نشانه‌های آن با افزایش سن از دوران پیش از مدرسه به دوره بلوغ و پس از آن گسترش یابد. اگر این کودکان درمان مناسبی را دریافت نکنند، مشکلات سازگاری و هیجانی را تجربه خواهند کرد. در مطالعات بالینی، بسیاری از کودکان مبتلا به ADHD، اضافه وزن داشتند و چند مطالعه اخیر نشان داده است که کودکان با تشخیص بالینی ADHD، در واقع سنگین‌تر از وزن میانگین کودکان هم‌سن و هم‌جنس خود بودند (۸، ۷). همچنین، بر اساس نتایج برخی پژوهش‌های دیگر، اضافه وزن در کودکان مبتلا به ADHD حدود دو برابر هم‌سالانشان مشاهده شده است. در مقابل، در کودکان دارای اضافه وزن،

۱- استادیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- کارشناس ارشد، گروه آموزش و روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان (اصفهان)، اصفهان، ایران
نویسنده مسؤول: سعید کرباسی عامل
Email: saeedkarbasei@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.3.4]

احتمال افزایش علایم ADHD نسبت به همتایان خود با وزن طبیعی، دو برابر می‌باشد (۱۱-۹).

کودکان سنگین وزن از نظر روانی و اجتماعی، پریشانی قابل توجهی دارند که شامل افسردگی و عزت نفس پایین است (۱۲). از طرف دیگر، اعتماد به نفس پایین در اختلالات افسردگی آشکار می‌باشد و با ADHD، اختلال نافرمانی، ترس‌های گوناگون (Phobia) و اختلالات تغذیه ارتباط دارد (۱۳). بیشتر کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری، بازتاب های منفی رفتاری بیشتری نسبت به بازتاب‌های مثبت از دنیای پیرامونشان دریافت می‌کنند که این مسأله به مرور زمان باعث کاهش عزت نفس در آنان می‌شود (۱۴). نتایج مطالعات در این راستا نیز حاکی از آن است که ADHD تأثیر منفی بر عزت نفس می‌گذارد. همچنین، برخی پژوهش‌ها به این نتیجه دست یافتند که این مشکلات حرکتی و عملکردی، بر روی تن‌انگاره آن‌ها تأثیر منفی دارد و باعث پایین آمدن اعتماد به نفس آن‌ها می‌شود (۱۶، ۱۵). بنابراین، با توجه به این که کودکان چاق با مشکل عزت نفس دست و پنجه نرم می‌کنند، مشکل پایین پنداشتن عزت نفس کودکان چاق مبتلا به ADHD دو چندان ظهور می‌کند (۱۷).

نتایج برخی تحقیقات نشان داده است که آن دسته از کودکان مبتلا به اختلالات فزون‌کنشی/ نارسایی توجه که میزان اضطراب و افسردگی بالاتری دارند، بهره کمتری از درمان‌های رایج در این اختلال می‌برند (۱۸). در واقع، هدف نهایی درمان ADHD، توانا ساختن کودکان است که بتوانند بر مشکلاتی که در طول زندگی با آن‌ها مواجه می‌شوند، فایق آیند. این هدف را نمی‌توان با دارو درمانی یا وادار کردن کودکان به رعایت قواعد به دست آورد، بلکه تنها راه به انجام رساندن آن، آموزش راهکارهای شناختی- رفتاری به کودک و یا والدین آنان می‌باشد (۱۹).

در رویکرد درمان شناختی- رفتاری (Cognitive behavioral therapy یا CBT)، تأکید زیادی بر آموزش مفاهیم به طور عملیاتی می شود و اعتباریابی درمان به طور تجربی صورت می‌گیرد. بنابراین، تأکید در درمان، متوجه فراهم آوردن فرصتی برای یادگیری‌های انطباقی جدید و همچنین، ایجاد تغییراتی در فضای بیرون از حیطه بالینی (درمانگاه یا مطب) می‌باشد؛ چرا که مهم‌ترین شیوه تثبیت شده درمان ADHD، ایجاد و حفظ یک محیط مناسب CBT و دارو درمانی است (۲۰).

از سوی دیگر، دخیل کردن والدین در این نوع درمان را شاید بتوان ناشی از آن دانست که والدین زمان قابل توجهی را صرف نظارت بر فعالیت های کودکانشان می‌کنند و در این زمان‌ها ممکن است فشار بیشتری بر والدین به خصوص مادران وارد شود و در معرض افسردگی قرار گیرند و یا عکس‌العمل مناسبی را در مقابل کودک خود نداشته باشند (۲۱). در همین راستا، بسیاری از تحقیقات گذشته نشان داده‌اند که ارتباط مادران کودکان مبتلا به ADHD با فرزندانشان، منفی‌تر از مادران دیگر است. همچنین، از آن‌جا که موروثی بودن ADHD با توجه به نتایج بیشتر پژوهش‌ها مورد تأیید قرار گرفته است، والدین این کودکان نیز ممکن است دچار نارسایی‌ها و نشانه‌های مرضی فرزندانشان باشند (۲۲، ۲۱). از این‌رو، انجام پژوهش‌هایی جهت بررسی راهبردهای مداخله‌ای، ضروری به نظر می‌رسد تا خانواده‌ها را درگیر مسایل کودکان نماید و آن‌ها را به اتخاذ رفتار مناسبی در برخورد با کودکان تشویق و راهنمایی نماید (۹). مطالعات صورت گرفته در این حیطه، به مسایلی مانند انواع درمان‌های مبتنی بر رویکرد CBT (بازی درمانی) (۲۳)، تأثیر اثربخشی CBT متمرکز بر کودک در جهت کاهش اختلالات ADHD (۲۴) و یا مشکلات چاقی (۲۵) و عزت نفس (۲۶) پرداخته‌اند و کمتر پژوهشی توجه بر رویکرد CBT متمرکز بر والدین داشته است (۲۷، ۲۲، ۲۱). بنابراین، با توجه به کمبود تحقیقات در این زمینه، به مطالعه در راستای ارزیابی اثربخشی رویکرد CBT متمرکز بر والدین نیاز است.

با توجه به رشد روزافزون ابتلا به ADHD و کمبود مطالعه در این راستا، نیاز به پژوهش‌های علمی در زمینه ارزیابی اثربخشی رویکرد CBT متمرکز بر والدین بر اضافه وزن و عزت نفس کودکان مبتلا به ADHD احساس می‌گردد و از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. به همین منظور، پژوهش حاضر با هدف اثربخشی یکی از مداخلات CBT به روش آموزش والدین و خانواده، بر کاهش اضافه وزن و افزایش عزت نفس کودکان چاق ۶ تا ۱۱ ساله مبتلا به ADHD در شهر اصفهان انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع مداخله‌ای نیمه تجربی همراه با گروه‌های آزمایش و شاهد و مراحل پیش‌آزمون- پس‌آزمون و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری مطالعه را ۴۰ نفر از دختران و پسران چاق ۶ تا ۱۱ ساله مبتلا به ADHD و والدینشان تشکیل داد که طی سال ۱۳۹۴ به کلینیک روان‌پزشکی کودک و نوجوان بیمارستان علی‌اصغر (ع) شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. معیارهای ورود شامل سن ۶ تا ۱۱ سال، تشخیص‌گذاری ابتلا به ADHD توسط روان‌پزشک بر اساس Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition-Text Revision (DSM-IV-TR) و مصاحبه تشخیصی، اضافه وزن بالاتر از صدک ۸۵ در نمودار وزن برای سن، قد و جنسیت، علاقه به همکاری و اعلام رضایت خانواده‌ها برای شرکت در جلسات CBT بر اساس منشور اخلاقی Helsinki، انجام پیش‌آزمون، پس‌آزمون، آزمون پیگیری و توانایی انجام تکالیف توسط آن‌ها، سطح سواد والدین دیپلم و بالاتر و سکونت در شهر اصفهان جهت پیگیری بهتر جلسات درمانی بود.

عدم علاقه به ادامه همکاری در طول درمان، وجود اختلال روانی عمده در والدین طبق ملاک‌های DSM-IV-TR توسط روان‌پزشک، وجود دیگر اختلالات روان‌پزشکی در کودکان، غیبت بیشتر از دو جلسه در جلسات آموزشی، تغییرات دارویی و ابتلا به سایر بیماری‌های زمینه‌ای به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. نمونه‌گیری به روش در دسترس بود؛ به این صورت که نمونه‌ای مشتمل بر ۴۰ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره قرار گرفتند. از این ۴۰ نفر دعوت شد تا در جلسه توجیهی شرکت نمایند. شرکت کنندگان در یکی از دو گروه آزمایش یا شاهد دسته‌بندی شدند.

ابتدا وزن و شاخص توده بدنی (Body mass index یا BMI) کودکان تعیین و ثبت گردید و پرسش‌نامه عزت نفس Coopersmith (Coopersmith Self-Esteem Inventory یا CSEI) از آزمودنی‌های هر دو گروه به عمل آمد. سپس والدین گروه آزمایش در جلسات روان درمانی CBT که طی شش جلسه، هفته‌ای یک بار و هر جلسه ۱/۵ ساعت بود، شرکت کردند.

در پایان جلسات روان درمانی CBT، دوباره وزن و BMI کودکان ثبت گردید و سپس پس‌آزمون CSEI از هر دو گروه گرفته شد. دو ماه بعد و پس از اتمام جلسات روان‌درمانی، از هر دو گروه دعوت کتبی به عمل آمد و برای بار سوم، وزن و BMI کودکان ثبت و پرسش‌نامه مذکور تکمیل گردید. بازبینی تکالیف آموزشی، آموزش با تمرین، واگذاری تکالیف برای جلسه بعد، پاسخ به سؤالات، ارایه کاربرگ‌های مربوط

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.3.4]

به هر جلسه و سنجش وزن در هر جلسه صورت گرفت.

پرسش‌نامه CSEI: از این پرسش‌نامه جهت محاسبه عزت نفس کودک استفاده شد. پرسش‌نامه CSEI شامل ۵۸ گویه می‌باشد که ۸ گویه آن دروغ‌سنج است و در مجموع، ۵۰ ماده آن به چهار مقیاس «عزت نفس کلی، عزت نفس اجتماعی (همسالان)، عزت نفس خانوادگی (والدین) و عزت نفس تحصیلی» تقسیم می‌شود. نمره‌گذاری مقیاس مذکور به صورت صفر و ۱ در نظر گرفته شده است (۱ = خیر و صفر = بلی) و کسب نمره بالاتر در آن، نشان دهنده سطح عزت نفس بالاتر می‌باشد. ماده‌های مقیاس CSEI از نظر لغوی برای کودکان ۶ تا ۱۰ ساله نوشته شده است که می‌توان با دوباره‌نویسی و تغییرات لغوی، آن را برای سنین مختلف مورد استفاده قرار داد. مطالعات در داخل و خارج از کشور در این زمینه بیانگر آن است که این آزمون از اعتبار و روایی قابل قبولی برخوردار می‌باشد؛ به طوری که ضرایب روایی و پایایی آن در خارج از کشور به ترتیب ۰/۵۸ و ۰/۸۴ (۲۸) و در داخل کشور ۰/۶۰ و ۰/۹۲ (۲۳) گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز با توجه به استاندارد بودن پرسش‌نامه، به روایی آن اطمینان شد و پایایی آن با استفاده از ضریب Cronbach's alpha، ۰/۸۳ به دست آمد که حاکی از انسجام مناسب و پایایی پرسش‌نامه بود.

وزن تمام کودکان با لباس نازک و بدون کفش با استفاده از ترازوی Seca (آلمان) انجام گرفت و هر جلسه با یک وزنه شاهد ۵ کیلویی کنترل می‌شد. قد نمونه‌ها با استفاده از متر نواری اندازه‌گیری گردید. بدین ترتیب، از آزمودنی‌ها درخواست گردید بدون کفش و با پاهای به هم چسبیده و در حالی که پاشنه‌ها، زانوها، لگن، شانه‌ها و سر در یک امتداد قرار دارد، پشت خود را به متر بچسبانند و پس از مماس کردن یک مقوا با فرق سر، قد آن‌ها بر حسب متر ثبت شد. میزان BMI شرکت کنندگان نیز با استفاده از وزن و قد آزمودنی‌ها، به صورت تقسیم وزن بر مجذور قد محاسبه گردید.

در سطح آمار توصیفی از شاخص‌هایی مانند میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی با توجه به نتیجه حاصل از آزمون Kolmogorov-Smirnov مبنی بر نرمال بودن توزیع متغیرها، جهت تعیین تأثیر رویکرد CBT بر هر یک از متغیرهای عزت نفس و BMI کودکان تا دو ماه بعد از مداخله، از آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در هر یک از دو گروه مورد بررسی؛ برای مقایسه میانگین عزت نفس و BMI کودکان در دو به دوی بازه‌های زمانی از آزمون Independent t در هر یک از دو گروه و برای مقایسه میانگین این متغیرها در بین دو گروه در هر یک از زمان‌های مورد مطالعه (قبل، بعد و دو ماه بعد از مداخله) از آزمون Independent t استفاده شد. در نهایت، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ (version 22, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < ۰/۰۵$ به عنوان سطح معنی‌داری داده‌ها در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

شکل ۱ مراحل انجام مطالعه را نشان می‌دهد. از ۴۸ بیمار بررسی شده بر اساس معیارهای ورود، ۵ بیمار واجد شرایط نبودند و ۳ بیمار نیز با رد رضایت‌نامه آگاهانه، به مطالعه وارد نشدند. ۴۰ بیمار به صورت تصادفی به دو گروه اختصاص یافتند و به مدت شش هفته تحت مداخله یا عدم مداخله قرار گرفتند. سپس شرکت کنندگان به مدت دو ماه پیگیری شدند و در پایان هر دو گروه مورد آنالیز قرار گرفتند.



شکل ۱. مراحل انجام مطالعه

CBT: Cognitive behavioral therapy; ADHD: Attention-deficit/hyperactivity disorder

میانگین سنی نمونه‌ها، ۱/۸ ± ۸/۴ سال بود. ۶۷/۵ درصد از مشارکت کنندگان را پسران و ۳۲/۵ درصد آنان را دختران تشکیل دادند. میانگین سنی گروه آزمایش و شاهد به ترتیب ۱/۸ ± ۸/۲ و ۱/۷ ± ۸/۶ سال بود (P = ۰/۴۳۰). همچنین، ترکیب جنسیت در گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری نداشت. در گروه آزمایش، (۶۵ درصد) ۱۳ پسر و (۳۵ درصد) ۷ دختر و در گروه شاهد (۷۰ درصد)، ۱۴ پسر و (۳۰ درصد) ۶ دختر بودند (P = ۰/۷۴۰) (جدول ۱).

جدول ۱. بررسی مقایسه‌ای میانگین سن و توزیع فراوانی جنسیت کودکان در دو گروه مورد بررسی

فاکتورهای جمعیت‌شناختی	گروه	کل (۴۰ نفر)	آزمایش (۲۰ نفر)	شاهد (۲۰ نفر)	مقدار P
سن (سال) (میانگین ± انحراف معیار)		۱/۸ ± ۸/۴	۱/۸ ± ۸/۲	۱/۷ ± ۸/۶	۰/۴۳۰
جنسیت [تعداد (درصد)]	پسر	۲۷ (۶۷/۵)	۱۳ (۶۵/۰)	۱۴ (۷۰/۰)	۰/۷۴۰
	دختر	۱۳ (۳۲/۵)	۷ (۳۵/۰)	۶ (۳۰/۰)	

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.3.4]

جدول ۲. مقایسه میانگین BMI (Body mass index) و عزت نفس کودکان مبتلا به ADHD (Attention-deficit/hyperactivity disorder) در زمان‌های مختلف مورد مطالعه

متغیرها	گروه‌ها	قبل از مداخله (میانگین ± انحراف معیار)	بعد از مداخله (میانگین ± انحراف معیار)	مقدار P**	مقدار P***	دو ماه بعد از مداخله (میانگین ± انحراف معیار)	مقدار P#
BMI	آزمایش	۱۸/۸ ± ۱/۳	۱۸/۶ ± ۱/۳	< ۰/۰۰۱	۰/۱۱۰	۱۸/۷ ± ۱/۳	۰/۰۱۰
	شاهد	۱۹/۳ ± ۱/۳	۱۹/۴ ± ۱/۳	۰/۱۰۰		۱۹/۵ ± ۱/۴	۰/۰۲۰
مقدار P*		۰/۲۳۸	۰/۰۴۴	–	–	۰/۰۵۱	–
عزت نفس	آزمایش	۹۱/۳ ± ۳/۲	۹۵/۷ ± ۲/۴	۰/۸۶۰	< ۰/۰۰۱	۹۸/۷ ± ۲/۶	۰/۹۱۰
	شاهد	۹۰/۸ ± ۳/۲	۹۰/۹ ± ۲/۶	۰/۶۱۰		۹۳/۸ ± ۱/۶	۰/۳۱۰
مقدار P*		۰/۶۶۰	< ۰/۰۰۱	–	–	< ۰/۰۰۱	–

BMI: Body mass index

*سطح معنی‌داری حاصل از آزمون Independent t جهت مقایسه میانگین متغیرها بین دو گروه در هر یک از زمان‌های قبل، بلافاصله بعد و دو ماه بعد از مداخله؛ **سطح معنی‌داری حاصل از آزمون Paired t جهت مقایسه میانگین متغیرها قبل و بعد از مداخله در هر یک از دو گروه؛ ***سطح معنی‌داری حاصل از آزمون Paired t جهت مقایسه میانگین متغیرها قبل و دو ماه بعد از مداخله در هر یک از دو گروه؛ #سطح معنی‌داری حاصل از آزمون آنالیز واریانس در تکرار مشاهدات مستقل جهت مقایسه میانگین متغیرها قبل و بعد از مداخله در هر یک از دو گروه

نتایج مقایسه متغیرهای مورد بررسی در گروه‌های آزمایش و شاهد در جدول ۲ ارایه شده است. مقدار BMI در گروه آزمایش بعد از انجام مداخله (P = ۰/۰۰۱) و دو ماه پس از آن (P = ۰/۰۱۰) به طور معنی‌داری نسبت به ابتدای مطالعه کاهش یافت، اما در گروه شاهد دو ماه پس از مطالعه نسبت به ابتدای آن به طور معنی‌داری افزایش داشت (P = ۰/۰۲۰). در مقایسه بین دو گروه می‌توان گفت که BMI در پایان شش هفته مداخله، در گروه شاهد به طور معنی‌داری بیشتر از گروه مداخله بود، اما دو ماه پس از مطالعه، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نگردید.

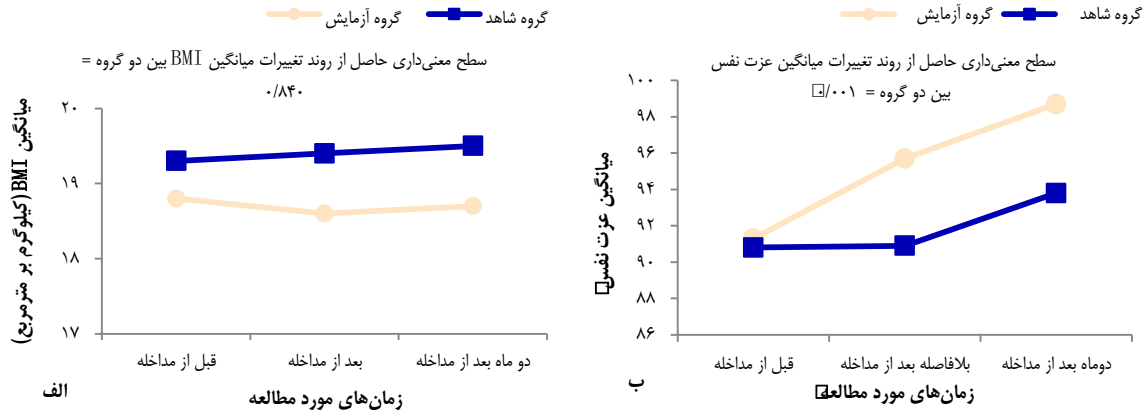
روند تغییرات BMI در زمان‌های مورد مطالعه با استفاده از آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر بررسی و در شکل ۲ ارایه شد. بر اساس نتایج، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمایش و شاهد در زمینه روند تغییرات BMI مشاهده نشد (P = ۰/۸۴۰).

میانگین نمره پرسش‌نامه CSEI پس از شش هفته درمان و دو ماه پس از انجام مداخله، در گروه آزمایش به طور معنی‌داری بیشتر از گروه شاهد بود (P = ۰/۰۰۱). میانگین این نمره در پایان دوره درمانی در هر دو گروه آزمایش و شاهد نسبت به ابتدای مطالعه، تفاوت معنی‌داری نداشت. همچنین، دو ماه پس از انجام مداخله نیز در هر دو گروه تفاوت معنی‌داری نسبت به ابتدای مطالعه مشاهده نشد. با مقایسه روند تغییرات میانگین نمره پرسش‌نامه CSEI در پایان دوره درمانی نسبت به ابتدای مطالعه، بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت (P = ۰/۰۰۱). روند تغییرات نمره پرسش‌نامه CSEI از ابتدای مطالعه تا دو ماه پس از انجام مداخله، تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه نشان داد (P = ۰/۰۰۱).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی رویکرد CBT متمرکز بر والدین، بر اضافه وزن و عزت نفس کودکان ۶ تا ۱۱ ساله دارای اضافه وزن و چاق مبتلا به ADHD مراجعه کننده به کلینیک روان‌پزشکان کودک و نوجوان شهر اصفهان بود.

نتایج حاصل از ارزیابی اضافه وزن کودکان حاکی از آن بود که میانگین BMI کودکان گروه آزمایش بلافاصله و دو ماه بعد از مداخله، در مقایسه با شروع مطالعه کاهش معنی‌داری داشت (P < ۰/۰۵۰)، اما BMI گروه شاهد با گذشت زمان تا پیگیری دو ماهه، همچنان افزایش داشت.



شکل ۲. میانگین BMI (Body mass index) (الف) و عزت نفس (ب) کودکان مبتلا به ADHD (Attention-deficit/hyperactivity disorder) در زمان‌های مختلف در هر یک از دو گروه

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.3.4]

به بیان دیگر، می‌توان گفت که با توجه به میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری BMI در گروه‌های آزمایش و شاهد، اثربخشی رویکرد CBT متمرکز بر والدین در کاهش BMI تأیید گردید. نتایج بسیاری از مطالعات نشان می‌دهد که برنامه‌های مبتنی بر خانواده، برای درمان اضافه وزن فرزندان مناسب است و نقش مؤثری بر کنترل و کاهش اضافه وزن دارد (۳۲-۲۹) که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی داشت. همچنین، نتایج پژوهش‌های بیات و همکاران (۳۳) و صادقی و همکاران (۳۴) با یافته‌های تحقیق حاضر مبنی بر اثربخشی رویکرد CBT مبتنی بر خانواده در کاهش وزن کودکان مبتلا به چاقی همسو بود. در مقابل، مطالعات Cortese و همکاران (۶) و Schaeffer (۱۵) گزارش کردند که رویکرد CBT تغییرات معنی‌داری در کاهش وزن بدن نداشت که با نتایج بررسی حاضر مطابق نبود.

بنابراین، می‌توان گفت که با وجود درمان‌های متعدد برای چاقی، یکی از دلایل مهم کاربرد الگوی رویکرد CBT، تأثیر شناخته شده طولانی مدت آن و یا توانایی آن در جلوگیری از برگشت مجدد چاقی می‌باشد (۱۰). در واقع، شاید یکی از چشمگیرترین یافته‌های حاصل از تحقیق بر روی رویکرد CBT انواع اختلالات، این است که این درمان آثار پایداری دارد که حتی پس از پایان درمان نیز پا بر جا خواهد ماند.

از سوی دیگر، عزت نفس کودکان مطالعه حاضر با اجرای الگوی CBT بلافاصله بعد از مداخله و پیگیری دو ماهه، افزایش ناچیز و غیر معنی‌داری را نشان داد ($P > ۰/۰۵۰$). در گروه شاهد نیز عزت نفس کودکان تغییر چندانی نداشت ($P > ۰/۰۵۰$). همچنین، مقایسه بین گروه‌ها حاکی از آن بود، با وجود این که دو گروه در شروع مطالعه از سطح عزت نفس یکسانی برخوردار بودند ($P > ۰/۰۵۰$)، اما با اجرای مداخله و بررسی در زمان‌های بلافاصله و پیگیری دو ماهه، میانگین عزت نفس گروه آزمایش به طور معنی‌داری بیشتر از گروه شاهد بود ($P < ۰/۰۰۱$). بنابراین، هرچند رویکرد CBT در پژوهش حاضر موفق به افزایش مقدار قابل توجه و معنی‌داری از سطح عزت نفس کودک نشد، اما به هر حال افزایش عزت نفس در گروه آزمایش به مراتب بیشتر از گروه شاهد بود و این یافته نشان دهنده تأثیر روش مذکور می‌باشد. شاید اگر مطالعه در بازه زمانی طولانی‌تری انجام گیرد، این افزایش سطح عزت نفس بیشتر و معنی‌دار شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که به نظر می‌رسد علاوه بر فواید درمانی و تأثیر چشمگیر مؤلفه‌های شناختی در روند شکل‌گیری اعتماد به نفس، مهیا بودن عواملی همچون نحوه رفتار و برخورد مناسب والدین و خانواده، میزان درک و آگاهی و تلاش افراد نیز در رسیدن به این نتیجه مؤثر بوده است.

کرمی و همکاران نیز در تحقیق خود، به پایداری اثر آموزه‌های رویکرد CBT اشاره نمودند (۳۵) که با نتایج بررسی حاضر همخوانی داشت. همچنین، نتایج پژوهش Herz و Gullone مبنی بر این که رویکرد CBT بر عزت نفس کودکان مبتلا به ADHD مؤثر است (۲۸)، با یافته‌های مطالعه حاضر همسو بود.

نتایج پژوهش Anastopoulos در زمینه آموزش والدین دارای کودکان مبتلا به ADHD نشان داد که این روش‌های آموزشی منجر به کاهش بی‌توجهی و بیش‌فعالی کودکان می‌شود و نافرمانی کودک و مشکلات سلوکی و پرخاشگری او را تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث افزایش عزت نفس کودک می‌گردد. علاوه بر این، مشاهده شد که روش‌های آموزش والدین، تنیدگی والدین را کاهش و عزت نفس آنان را نیز افزایش می‌دهد (۳۶). به دلیل این که عزت نفس کودک زمینه و اساس ادراک وی از تجارب زندگی را فراهم می‌سازد، ارزش ویژه‌ای دارد. شایستگی عاطفی- اجتماعی که از خودارزیابی مثبت منتج می‌شود، می‌تواند به عنوان سپر یا نیرویی در مقابل مشکلات خطیر آینده به کودک کمک نماید. کودکی که احساس خوبی در مورد خودش دارد، بهتر می‌تواند با مشکلات کنار بیاید و ممکن است به گونه‌ای با آن‌ها مواجه شود که گویی هرگز مشکل عمده‌ای برایش به وجود نیامده است. از این‌رو، رویکرد CBT باعث بهبود ارزیابی‌های بیش از حد فرد از بدن، کاهش باورهای ناکارامد و افزایش عزت نفس می‌گردد (۳۷).

در کل می‌توان بیان داشت، از آن‌جا که کودکان مبتلا به ADHD به ویژه اگر دارای مشکلات ارتباط اجتماعی باشند، در معرض خطر اضافه وزن قرار دارند و اضافه وزن عامل مؤثری بر عزت نفس به عنوان یکی از شاخص‌های سلامت روان می‌باشد؛ بنابراین، زمان آن رسیده است که درمان‌های جدیدی را به جای درمان‌های رایج چاقی در کودکان مبتلا به این اختلال به کار برد و به جای نگرانی در مورد وزن پایین در این گروه از کودکان، متخصصان باید در مورد خطرات اضافه وزن آگاه باشند و به طور کلی توجه بیشتری به ورزش و تناسب اندام در آنان صورت گیرد تا به صورت غیر مستقیم از عواقب ناشی از اضافه وزن که منجر به خودانگاری منفی فرد نسبت به خودش و کاهش اعتماد به نفس وی می‌گردد، جلوگیری شود.

با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر و تحقیقات اشاره شده، می‌توان نتیجه گرفت که رویکرد CBT می‌تواند به عنوان یک راهکار ساده و ارزان در جهت کاهش (و یا کنترل) وزن کودک و بهبود اعتماد به نفس قابل استفاده باشد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به انجام مطالعه در یک رده سنی، کوچک بودن حجم نمونه و گروه مداخله، کوتاه بودن فاصله زمانی بین پایان مطالعه و پیگیری آن و عدم بررسی کلی وضعیت روانی مادران اشاره کرد. بنابراین، بهتر است مطالعات بیشتر با حجم نمونه گسترده‌تر در سایر رده‌های سنی و طی بازه زمانی طولانی‌تری انجام شود تا بتوان با دقت و اطمینان بیشتری در خصوص تعمیم نتایج و تأثیر آن بر اضافه وزن و عزت نفس کودکان مبتلا به ADHD بحث نمود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رویکرد CBT متمرکز بر والدین، در کاهش اضافه وزن و افزایش عزت نفس کودکان چاق ۶ تا ۱۱ ساله مبتلا به ADHD مؤثر و کارامد می‌باشد. بنابراین، اگر بتوان از طریق آموزش والدین، به ایجاد و هرچه بهتر کردن محیط و بسترسازی خانواده اقدام نمود، به رشد و بهبود توجه این کودکان نیز کمک خواهد شد.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد به شماره ۲۳۸۲۰۷۰۱۹۳۲۰۶۱ می‌باشد که در دانشکده روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان) به تصویب رسید. بدین وسیله از کارکنان کلینیک روان‌پزشکی کودک و نوجوان شهر اصفهان، مسؤولان پژوهشی دانشکده روان‌شناسی و شرکت کنندگانی که در انجام و ارتقای کیفی این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل آید.

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.3.4]

References

1. Dubnov-Raz G, Perry A, Berger I. Body mass index of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Child Neurol 2011; 26(3): 302-8.
2. Lufi D, Parish-Plass P. Sport-based group therapy program for boys with ADHD or with other behavioral disorders. Child Fam Behav Ther 2011; 33(3): 217-30.
3. Ramtekkar UP, Reiersen AM, Todorov AA, Todd RD. Sex and age differences in attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and diagnoses: Implications for DSM-V and ICD-11. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2010; 49(3): 217-28.
4. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
5. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
6. Cortese S, Angriman M, Maffeis C, Isnard P, Konofal E, Lecendreux M, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and obesity: A systematic review of the literature. Crit Rev Food Sci Nutr 2008; 48(6): 524-37.
7. Lahey BB, Pelham WE, Loney J, Kipp H, Ehrhardt A, Lee SS, et al. Three-year predictive validity of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in children diagnosed at 4-6 years of age. Am J Psychiatry 2004; 161(11): 2014-20.
8. Ptacek R, Kuzelova H, Paclt I, Zukov I, Fischer S. ADHD and growth: Anthropometric changes in medicated and non-medicated ADHD boys. Med Sci Monit 2009; 15(12): CR595-CR599.
9. Kim J, Mutyala B, Agiovlasitis S, Fernhall B. Health behaviors and obesity among US children with attention deficit hyperactivity disorder by gender and medication use. Prev Med 2011; 52(3-4): 218-22.
10. Erhart M, Herpertz-Dahlmann B, Wille N, Sawitzky-Rose B, Holling H, Ravens-Sieberer U. Examining the relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder and overweight in children and adolescents. Eur Child Adolesc Psychiatry 2012; 21(1): 39-49.
11. Suddok BJ, Kaplan K. A summary of psychiatry. Trans. Poorafkary N. Tabriz, Iran: Shahrab Publications; 2003. [In Persian].
12. Hussin H, Othman MH, Razak NA, Alias S. The effects of cognitive behavioural therapy group intervention on self esteem among drug users based on age. Journal of Asian Scientific Research 2014; 4(11): 618-30.
13. Drewes AA. Blending play therapy with cognitive behavioral therapy: Evidence-based and other effective treatments and techniques. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2009.
14. Bloomquist ML. Skills training for children with behavior disorders: A parent and therapist guidebook. New York, NY: Guilford Press; 1996.
15. Schaeffer C. A study of the influences of nutrition, physical activity, income and family lifestyle: Choices on the overweight of elementary-age children [Thesis]. Milwaukee, WI: Cardinal Stritch University; 2007.
16. Wigal T, Greenhill L, Chuang S, McGough J, Vitiello B, Skrobala A, et al. Safety and tolerability of methylphenidate in preschool children with ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2006; 45(11): 1294-303.
17. Frame K, Kelly L, Bayley E. Increasing perceptions of self-worth in preadolescents diagnosed with ADHD. J Nurs Scholarsh 2003; 35(3): 225-9.
18. Hinshaw SP. Moderators and mediators of treatment outcome for youth with ADHD: understanding for whom and how interventions work. Ambul Pediatr 2007; 7(1 Suppl): 91-100.
19. Graham P, Graham PJ. Cognitive-behaviour therapy for children and families. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1998. p. 74, 5.
20. Howton K, Salkvous Case C. Cognitive behavioral therapy. Trans. Ghasem Zadeh H. Tehran, Iran: Arjmand Publications; 2001. p. 10-38. [In Persian].
21. Vos RC, Wit JM, Pijl H, Kruyff CC, Houdijk EC. The effect of family-based multidisciplinary cognitive behavioral treatment in children with obesity: Study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2011; 12: 110.
22. Ward DS, Vaughn AE, Bangdiwala KI, Campbell M, Jones DJ, Panter AT, et al. Integrating a family-focused approach into child obesity prevention: Rationale and design for the My Parenting SOS study randomized control trial. BMC Public Health 2011; 11: 431.
23. Hassani R, Mirzaeeian B, Khalilian AR. Effectiveness of cognitive behavior-based play therapy on anxiety and self-steem of children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) children. Journal of Psychology 2013; 8(29): 163-80.
24. Hasan Abadi S, Mohammadi MR, Ahghar G. The comparison of cognitive behavioral therapy (CBT) vs drug therapy effect in reducing symptoms of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Middle Eastern Journal of Disability Studies 2012; 2(2): 19-30.
25. Foladvand M, Farahani H, Bagheri F, Fouladvand M. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy in the treatment of the girls afflicted with obesity. Journal of Research in Psychological Health 2012; 6(2): 10-22.
26. Mohammadzadeh H, Mohtashami J, Bahreinian A, Shakeri N, Jamshidikhezli T. The effectiveness of group cognitive therapy on self-esteem of high school female students. Iranian Journal of Psychiatric Nursing 2016; 4(1): 18-27.
27. Sohrabi F, Asadzadeh H, Arabzadeh Z. Effectiveness of Barkley's parental education program in reducing the symptoms of oppositional defiant disorder on preschool children. Journal of School Psychology 2014; 3(2): 82-103. [In Persian].
28. Herz L, Gullone E. The relationship between self-esteem and parenting style a cross-cultural comparison of Australian and Vietnamese Australian adolescents. J Cross Cult Psychol 1999; 30(6): 742-61.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.3.4]

29. Moore KG, Bailey JH. Parental perspectives of a childhood obesity intervention in Mississippi: A phenomenological study. Qual Rep 2013; 18(48): 1-22.
30. Kitzman-Ulrich H, Wilson DK, St George SM, Lawman H, Segal M, Fairchild A. The integration of a family systems approach for understanding youth obesity, physical activity, and dietary programs. Clin Child Fam Psychol Rev 2010; 13(3): 231-53.
31. Bussing R, Mason DM, Bell L, Porter P, Garvan C. Adolescent outcomes of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse community sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2010; 49(6): 595-605.
32. Pimenta F, Leal I, Maroco J, Ramos C. Brief cognitive-behavioral therapy for weight loss in midlife women: A controlled study with follow-up. Int J Womens Health 2012; 4: 559-67.
33. Bayat E, Rahimian Boogar I, Talepasand S, Yousefichaijan P, Hamidi Z. Effect of family-based cognitive behavioral therapy in modification of self-image associated with obesity among children. J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26(137): 115-27. [In Persian].
34. Sadeghi K, Gharraee B, Fata L, Mazhari SZ. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in treating patients with obesity. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2010; 16(2): 107-17.
35. Karami J, Mirjafari SA, Bakhtiar Poor S. Effectivenes of cognitive group counseling on responsibility of pre-university female students in Gotvand city. Knowledge & Research in Applied Psychology 2014; 15(3): 101-7.
36. Anastopoulos AD. A training program for parents of children with attention deficit/ hyperactivity disorder. In: Briesmeister JM, Schaefer CE, Editors. Handbook of parent training: parents as co-therapists for children's behavior problems. 2nd ed. New York, NY: Wiley; 1998.
37. Beck AT. The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. Arch Gen Psychiatry 2005; 62(9): 953-9.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.3.4]

Effectiveness of Parent-Based Cognitive-Behavioral Therapy on Overweight and Self-Esteem in 6- to 11-Year-Old Obese Children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder in Isfahan City, Iran

Afsaneh Karbasi-Amel[1], Saeed Karbasi-Amel[2]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) is the most common behavioral problem that causes hyperactivity, attention deficits, academic failure, and emotional and behavioral problems in preschool and elementary school. The aim of this study was to determine the effectiveness of parent-based cognitive-behavioral therapy (CBT) on overweight and self-esteem in 6- to 11-year-old obese children with attention deficit-hyperactivity disorder in Isfahan City, Iran.

Methods and Materials: This quasi-experimental study was done on 40 children aged 6 to 11 years with attention deficit-hyperactivity disorder and overweight or obesity (above the 85th percentile in weight for age, height, and sex diagram) referred to Isfahan child and adolescent psychiatric clinic of Ali Asghar hospital in 2015. For 20 subjects only attention deficit-hyperactivity disorder treatment was applied and they received no other intervention; but the others in experimental group participated in cognitive behavioral therapy sessions. Analysis tools were Coppersmith Self-Esteem Scale and the body mass index. Data were analyzed using analysis of variance with repeated measures.

Findings: Cognitive-behavioral therapy by teaching parents had a significant effect on overweight in obese children with attention deficit-hyperactivity disorder at post-test and follow-up. It had a significant effect on self-esteem among the obese children with attention deficit hyperactivity disorder at post-test, too ($P < 0.001$).

Conclusions: Parents-focused cognitive-behavioral therapy can be considered as a complementary treatment for reducing psychological symptoms and body mass index and also increasing self-esteem in obese children with attention deficit-hyperactivity disorder.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, Attention deficit-hyperactivity disorder, Overweight, Self-esteem

Citation: Karbasi-Amel A, Karbasi-Amel S. **Effectiveness of Parent-Based Cognitive-Behavioral Therapy on Overweight and Self-Esteem in 6- to 11-Year-Old Obese Children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder in Isfahan City, Iran.** J Res Behav Sci 2017; 15(2): 151-8.

Received: 29.03.2017 Accepted: 03.06.2017

1- Assistant Professor, Behavioral Sciences Research Center AND Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2- Department of Education and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
Corresponding Author: Saeed Karbasi-Amel, Email: saeedkarbasei@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.3.4]