

## اثر بخشی افزایش علاقه اجتماعی در کاهش علائم کودکان ۸ تا ۱۱ ساله مبتلا به اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی شهر ارومیه

علی اسماعیلی<sup>۱</sup>، مسعود قربانعلی پور<sup>۲</sup>

تاریخ وصول: ۱۳۹۱/۲/۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۵/۱۴

### چکیده:

هدف از انجام گرفتن این پژوهش، تعیین اثر بخشی مداخله مبتنی بر افزایش گرایش اجتماعی بر کاهش مشکلات کودکان مبتلا به نارسایی توجه - بیش فعالی بود. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش آزمون پس آزمون و پی گیری با گروه کنترل بود. بدین منظور با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس از افراد مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر ارومیه ۳۱ نفر با تشخیص این اختلال انتخاب و به صورت تصادفی در گروه های آزمایش و کنترل قرار گرفتند و مقیاس کانرز به عنوان پیش آزمون در مورد هر دو گروه اجرا شد. گروه آزمایشی ۱۵ جلسه آموزشهای لازم در خصوص گسترش تعلق و گرایش اجتماعی را دریافت نمودند در حالی که در مورد گروه کنترل مداخله ای صورت نگرفت. سپس همان مقیاس به عنوان پس آزمون و در پی گیری سه ماهه بر روی هر دو گروه اجرا شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد.

نتیجه گیری و پیشنهاد: نتایج نشان داد که مداخله مبتنی بر افزایش گرایش اجتماعی منجر به کاهش معناداری در مشکلات کودکان مبتلا به نارسایی توجه - بیش فعالی می گردد. با وجود این، یافته های حاصل از این پژوهش، بر تحول حس تعلق و گرایش اجتماعی بعنوان بخشی اساسی از هر درمان یا برنامه راهنمایی برای کودکان مبتلا به نارسایی توجه - بیش فعالی تأکید می کند.

**کلید واژه:** علاقه اجتماعی، بیش فعالی - نارسایی توجه.

---

۱. دکتری تخصصی روان شناسی دانشگاه علامه طباطبائی

۲. عضو هیات هلمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوی

## مقدمه:

اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی<sup>۱</sup> یک نقص جدی و یکی از اختلالات شایع دوران کودکی تلقی می‌گردد که با علائمی مانند نارسایی توجه، بیش‌فعالی توأم با تکانشگری مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). کودکان ADHD در تکالیفی که نیازمند تلاش مداوم ذهنی هستند با مشکلاتی مواجه هستند (سرگنت<sup>۲</sup> و دیگران، ۱۹۹۹، به نقل از اسماعیلی و سهرابی، ۱۳۸۹). در نتیجه مشکلات فراوانی در خانه و مدرسه برای این کودکان ایجاد می‌کند. بیش‌فعالی و تکانشگری نیز سبب بی‌قراری، ناتوانی در بازداری رفتارها، به تأخیر انداختن ارضا و میزان جنب و جوش فراتر از حد بهنجار می‌گردند (دی بو و پرینس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷).

علاوه بر علائم و نشانه‌های مرکزی، کودکان مبتلا به این اختلال در زمینه مهارتهای اجتماعی<sup>۴</sup> نیز مشکلاتی اساسی دارند. برای مثال پژوهش‌ها حاکی از آن هستند که کودکان مبتلا به این اختلال در همان دقایق اولیه ارتباط از جانب همسالان به عنوان افرادی نامحبوب ارزیابی می‌شوند و این مسأله زمینه را برای طرد آنها از گروه همسالان فراهم می‌سازد (فارون و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰). این کودکان علاوه بر مشکلات ارتباطی با همسالان، با آموزگاران خود نیز به دلیل رفتارهای تخریبی در کلاس درس، روابط مطلوبی ندارند. غالباً به علت رفتارهایی مانند تکانشگری، بیش‌فعالی، برانگیختگی و حواس پرتی، از جانب آموزگار با تنبیه و طرد مواجه می‌شوند و در نتیجه احساس تعلق این کودکان به کلاس و آموزگار از بین می‌رود و به سمت انزوا سوق داده می‌شوند (اینگرسول و گلدستین<sup>۶</sup>، ۱۹۹۳). این مطالب آنگاه اهمیت افزونتری می‌یابند که بدانیم در ادبیات اختلال

- 
1. Attention Deficit Hypeactivity Disorder
  2. Sergeant & et al
  3. De Boo & Prins
  4. Social Skills
  5. Faraone et al
  6. Ingersoll & Goldstein

نارسایی توجه - بیش‌فعالی به وضوح مشخص شده که داشتن حس تعلق، بخش مهمی از سلامت عمومی و روانشناختی و بهترین پیش‌بینی‌کننده مشکلات روان‌شناختی در نوجوانی می‌باشد (بارکلی، ۲۰۰۶).

همچنین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی ممکن است دارای قابلیت‌های شناختی - اجتماعی ناکارآمد باشند. از لحاظ نظری نیز این اختلال به کودکان در درک صحیح از موقعیت‌های اجتماعی آسیب می‌رساند. داج و همکاران بر این باورند که توجه به نشانه‌های اجتماعی اولین گام ارزیابی یک موقعیت اجتماعی با توجه به عدم توانایی توجه این کودکان به نشانه‌های اجتماعی است.

( داج<sup>۱</sup> و دیگران، ۱۹۹۴؛ کریک<sup>۲</sup> و داج؛ ۱۹۸۶؛ به نقل از اسماعیلی، سهرابی، ۱۳۸۹).

جهت‌گیری‌های نظری متفاوت عمدتاً بر این مطلب اشاره کرده‌اند که خانواده در تحول و تداوم این اختلال نقش زیادی دارد. اول اینکه، شواهد قابل توجهی وجود دارد که نشان می‌دهد کودکان ADHD تمایل چندانی به رفت و آمد در کنار خانواده ندارند. دوم اینکه، علائمی مانند بی‌قراری، تحمل کم در برابر ناکامی، فعالیت حرکتی بالا، ایجاد مزاحمت که همگی با نارسایی توجه - بیش‌فعالی مرتبطند به احتمال بالایی باعث ایجاد رفتارهای منفی در والدین می‌شوند. در واقع پژوهش‌های تجربی نشان می‌دهند که رفتارهای این کودکان خلق و رفتار منفی را بر می‌انگیزاند (پلهام و لانگ<sup>۳</sup>، ۱۹۹۳؛ پلهام و دیگران، ۱۹۹۷؛ همان منبع).

در عین حال مشخص شده که اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی اولاً همبندی<sup>۴</sup> بالایی بالایی با دیگر اختلالات دوران کودکی مانند اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه و اختلال سلوک دارد و ثانیاً اینکه بروز این اختلال در کودکان زمینه را برای رفتارهای ضد

- 
1. Dodge
  2. Crick
  3. Pelham & Lang
  4. comorbidity

اجتماعی در بزرگسالی فراهم می‌کند. به همین دلیل بسیاری بیش فعالی و تکانشگری را بهترین پیش بینی کننده رفتارهای بزهکارانه تلقی می‌نمایند (هستینگز و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴).

با توجه به نارسایی جدی این کودکان در زمینه روابط اجتماعی، نیاز به مداخلات و درمانهای مؤثر جهت بهبود تعاملات و مهارتهای اجتماعی و کاهش علائم اختلال و پیشگیری از مزمن شدن و تبدیل احتمالی آن به انواع اختلالات ذکر شده آشکار می‌گردد. در این راستا رویکردهای متعددی جهت درمان این اختلال بوجود آمده که برخی از پرکاربردترین این درمانها عبارتند از: دارو درمانی (داروهای محرک<sup>۲</sup>)، رفتار درمانی و رفتار درمانی شناختی (پلهام، ۲۰۰۸).

در این میان یکی از رویکردهایی که بر اهمیت تعاملات اجتماعی در سلامت روان تأکید دارد، رویکرد آدلر<sup>۳</sup> است. وی معتقد بود انسان اساساً موجودی اجتماعی است و بنیادی ترین مفهوم او تحت عنوان علاقه اجتماعی<sup>۴</sup> نیز بر این امر تأکید دارد. از نظر آدلر علاقه اجتماعی سنگ بنای سلامت روانی است. وی علاقه اجتماعی را به معنی ایجاد رابطه نزدیک با دیگر انسانها می‌داند و این رابطه را در مطلوبترین وجه به صورت عشق برادرانه توصیف می‌کرد (کینگ و شلی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸). آدلر معتقد بود علاقه نسبت به همسالان و نگرش مثبت نسبت به همکاری با دیگران در دوران کودکی زمینه سلامت روانی را در بزرگسالی فراهم می‌آورد و با توجه به اینکه وی خانواده را به عنوان اولین دنیای اجتماعی و مدرسه را به عنوان جامعه ای که ابتدایی ترین عقاید کودک در آن شکل می‌گیرد، در نظر می‌گرفت، تأکید عمده ای بر ایجاد حس تعلق<sup>۶</sup> در محیط خانه و مدرسه داشت (فرگوسن<sup>۷</sup>، ۱۹۹۲). او اصرار اصرار داشت که افزایش علاقه اجتماعی و همکاری در خانه و کلاس درس باید یکی از

- 
1. Hastings & etal
  2. stimulant medications
  - 3 . Adler
  4. social interest
  5. King & Shelley
  6. Belongness
  7. Ferguson

اهداف اساسی خانواده و معلمان باشد. از همین رو رویکرد اخیر در درمان کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی نیز بر افزایش حس تعلق و علاقه اجتماعی تأکید دارد (اسلاویک و کینگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷).

در این راستا کینگ و شلی (۲۰۰۸) موقعیتهای گروهی را مناسب‌ترین محل در جهت افزایش گرایش اجتماعی و حس تعلق در کودکان مبتلا به نارسایی توجه - بیش‌فعالی می‌دانند. این کودکان در داخل گروه، خود را عضوی از اعضای گروه احساس می‌کنند که همین عامل باعث تسهیل پرورش حس تعلق در این کودکان می‌گردد. گروه می‌تواند موقعیتی را فراهم آورد که این کودکان در آن احساس همکاری را تجربه کنند و از طرفی فرصت لازم را برای کودکان جهت تمرین مهارتها با دوستان فراهم می‌آورد. این فرصت بویژه برای کودکان کوچکتر از اهمیت بیشتری برخوردار است، زیرا این کودکان با انجام دادن بهتر یاد می‌گیرند.

تا آنجا که محققین بررسی کرده‌اند، پژوهشی به طور مستقیم اثربخشی افزایش گرایش اجتماعی و حس تعلق را در درمان کودکان مبتلا به نارسایی توجه - بیش‌فعالی مورد بررسی قرار نداده است اما پژوهشهای صورت گرفته در جهت افزایش مهارتهای اجتماعی اگرچه حاکی از اثربخشی این شیوه درمانی در بهبود اختلال سلوک می‌باشند اما پژوهشهای صورت گرفته حاکی از آن هستند که این شیوه درمانی در درمان اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی اثربخشی کمتری داشته و نتایج متناقضی را در بر داشته است. در همین راستا دی‌بو و پرینس (۲۰۰۷) در پژوهشی گزارش کردند که شواهد کافی برای تعمیم مهارتهای یاد گرفته شده در موقعیتهای درمانی به خانه و کلاس درس وجود ندارد. از طرفی یافته‌های مختلف حاکی از ارتباط افزایش گرایش اجتماعی با جنبه‌های مختلف سلامت روانی می‌باشد. برای مثال لیک و لیک (۲۰۰۶) در پژوهشی گسترده نشان دادند که گرایش اجتماعی با رضایت از زندگی، صمیمیت، خلاقیت، خودشکوفایی، اعتماد به نفس، دلبذیر بودن و ارزشهای سازگار رابطه مثبت و معنادار و با بیگانگی، عواطف منفی و

پیشانی روانشناختی رابطه منفی و معناداری دارد. میراندا و فیورلو<sup>۱</sup> (۲۰۰۲) در پژوهشی نشان دادند که گرایش اجتماعی با سوء استفاده جنسی کمتر از دیگران مرتبط می باشد. قربانعلی پور و همکاران (۱۳۸۷) نیز در پژوهشی دریافتند که بین گرایش اجتماعی و منبع کنترل درونی رابطه مثبتی وجود دارد. همچنین قربانعلی پور و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهشی دیگر دریافتند که افزایش گرایش اجتماعی زمینه ساز افزایش رضایت زناشویی نیز می گردد.

حال با توجه به اینکه در پژوهشهای مختلف مشخص گردیده که از طرفی نتایج حاصل از افزایش مهارتهای اجتماعی در کودکان مبتلا به نارسایی توجه و فزون کنشی ضد و نقیض بوده و از طرف دیگر افزایش گرایش اجتماعی با سلامت روانی توأم است، این پژوهش درصدد است تا اثربخشی افزایش گرایش اجتماعی را در کاهش مشکلات این کودکان مورد بررسی قرار دهد.

#### اهداف کلی پژوهش

هدف کلی و اصلی این پژوهش، تعیین اثر بخشی مداخله مبتنی بر افزایش گرایش اجتماعی بر کاهش مشکلات کودکان مبتلا به نارسایی توجه - بیش فعالی بود از هدف های دیگر این پژوهش معرفی و پیشنهاد یک راهکار کمکی بر اساس ادبیات تحقیقی مربوط به بهبود مهارتهای اجتماعی، برای کمک به کودکان مبتلا به نارسایی توجه - بیش فعالی است.

#### روش پژوهش

این مطالعه یک پژوهش نیمه آزمایشی با استفاده از طرح پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری با گروه کنترل می باشد.

جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه گیری:

جامعه آماری پژوهش حاضر را کودکان ۸ تا ۱۱ ساله مبتلا به اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی که به مراکز مشاوره دانش آموزی ارجاع داده شده بودند، تشکیل می داد. از این جامعه در طی ۴ ماه نمونه ای مرکب از ۳۱ کودک که توسط روانپزشک و مصاحبه ساختاریافته، دارای این اختلال شناخته شده بودند انتخاب و پس از آن که مسئولین مدرسه و معلمان برای شرکت در طرح پژوهش اعلام همکاری کردند.

#### روش اجرا و گردآوری داده ها

آزمودنیها به طور تصادفی و از طریق قرعه به دو گروه تقسیم و مقیاس کانرز فرم والدین به عنوان پیش آزمون اجرا شد، سپس گروه آزمایش به شرح زیر تحت مداخله قرار گرفتند. در جهت اجرای گام اول این پژوهش، والدین کودکان گروه آزمایش، طی سه جلسه تحت آموزش در خصوص این اختلال و چگونگی تسهیل گرایش اجتماعی قرار گرفتند و گام اول تحت رهبری والدین و با نظارت پژوهشگران به مدت یک ماه صورت پذیرفت و سپس گام دوم و سوم که عمدتاً شامل آموزش مهارتهای ارتباطی، اجتماعی و حل مسأله بود، طی ۱۵ جلسه تحت رهبری پژوهشگران و با همکاری والدین به صورت گروهی آموزش داده شدند و دانش آموزان این مهارتها را در کلاس درس تحت راهنمایی معلم تمرین می کردند. گروه کنترل طی این مدت هیچ مداخله ای دریافت نکرد و در پایان مقیاس کانرز به عنوان پس آزمون و پس از گذشت سه ماه بعنوان پیگیری در مورد هر دو گروه اجرا شد. از این نمونه مجموعاً سه مورد افت آزمودنی وجود داشت که عمدتاً دلایلی شخصی داشت. مداخله مبتنی بر افزایش گرایش اجتماعی در کاهش مشکلات کودکان مبتلا به نارسایی توجه - بیش فعالی بر سه جنبه حس تعلق یعنی رابطه<sup>۱</sup>، احساس توانایی<sup>۲</sup> و کمک به دیگران<sup>۳</sup> تأکید می کند. افزایش حس تعلق و گرایش

1. Relationship
2. Ability Sense
3. Help to Others

اجتماعی در سه گام صورت می پذیرد. گام اول ایجاد رابطه و کمک به دیگران. در این گام کودکان در فعالیتهایی که عمدتاً در جهت ارائه خدمات به دیگر دوستان می باشد، شرکت می کنند. در واقع این مرحله دارای دو هدف عمده است. هدف اول اینکه این کودکان با گام برداشتن در جهت رفاه دیگران زمینه را برای پذیرش خود در داخل گروه فراهم آورند و هدف دوم اینکه احساس کارایی، لیاقت و اعتماد به نفس این کودکان در نتیجه حرکت در جهت رفاه دیگران تقویت شود. گام دوم آموزش مهارتهای ارتباطی و اجتماعی است. آموزش مهارتهای ارتباطی بخش اساسی کار با کودکان است که تکانشگری، بی توجهی و پرخاشگری دارند. آموزش گوش کردن، همدلی، کنترل خشم و جرات ورزی از جمله آموزشهایی است که در این مرحله ارائه می گردد. این آموزشها عمدتاً در خلال بازیها و از طریق ایفای نقش صورت می پذیرند. برای مثال در خصوص رفتار جرأت‌مندان، ایفای نقش فرصتی بسیار مناسب برای این کودکان در جهت تمرین رفتار جرات‌مندان فراهم آورده و جرأت ورزی به این کودکان ابزار اثربخشی می دهد که الگوهای ارتباطی پرخاشگرانه خود را بهبود بخشند. در نهایت گام سوم آموزش مهارت حل مسأله است. این کودکان معمولاً قبل از فکر کردن وارد عمل می شوند، بنابراین آموزش حل مسأله از جایگاه خاصی در درمان این کودکان برخوردار است. این گام نیز عمدتاً از طریق ایفای نقش آموزش داده می شود.



خلاصه جلسات برنامه آموزشی ارائه شده

محتوای دوره	جلسات	گام های برنامه آموزشی
آموزش به والدین با فرزند ADHD درباره ماهیت اختلال و تسهیل گرایش اجتماعی	جلسات ۱ تا ۳ ( ویژه والدین )	گام اول
آموزش راهکارهای ایجاد رابطه با دیگران، افزایش حس تعلق و گرایش اجتماعی با هدف کمک به دیگران و احساس کارایی، لیاقت و اعتماد بنفس	جلسات ۱ تا ۷ ( ویژه کودکان ADHD )	گام دوم
آموزش مهارت های ارتباطی و اجتماعی شامل: گوش دادن، همدلی، کنترل خشم و جرات ورزی از طریق ایفای نقش آموزش روش های حل مسأله از طریق ایفای نقش	جلسات ۸ تا ۱۵ ( ویژه کودکان ADHD )	گام سوم

ابزار پژوهش :

مقیاس درجه بندی کانرز: مقیاس درجه بندی کانرز<sup>۱</sup> در دو فرم والدین و معلم ابتدا در سال ۱۹۶۹ به منظور کمک به شناسایی کودکان فزون کنش طراحی شد. فرم کوتاه والدین مرکب از ۴۸ پرسش می باشد، بر اساس تحلیل عاملی که توسط گویتی، کانرز و الریچ<sup>۲</sup> (۱۹۷۸، به نقل از خوشابی، ۱۳۸۵) انجام شد، دارای ۵ عامل می باشد که عبارتند از: مشکلات سلوکی، مشکلات یادگیری، مشکلات روان تنی، تکانشگری - بیش فعالی و

1. Conners

2. Goyette, Conners & Ulrich

اضطراب. این مقیاس دارای گزینه های اصلا، فقط کمی، زیاد و خیلی زیاد است که به صورت صفر، ۱، ۲، ۳ نمره گذاری می شود و بر اساس جدول تفسیر تست پس از جمع آوری نمرات خام به نمرات T تبدیل می شوند. در سنجش ثبات درونی که توسط گویتی، کانرز و الریچ (۱۹۷۸)، به نقل از خوشابی، (۱۳۸۵) انجام گرفت، همبستگی های هر یک از سؤالات با کل آزمون در گستره ای از ۰/۱۳ تا ۰/۶۵ قرار داشت. ضرایب پایایی باز آزمایی این مقیاس با فاصله ۲ هفته توسط قدیری (۱۳۷۷) برای مشکلات سلوکی ۰/۵۴، مشکلات یادگیری ۰/۷۸، روان تنی ۰/۸۳، تکانشگری - بیش فعالی ۰/۳۶، اضطراب ۰/۷۰، شاخص بیش فعالی ۰/۳۵ و ضریب پایایی نمره کل ۰/۳۶ گزارش شده است.

#### یافته ها :

در این قسمت به تحلیل و آزمون داده های پژوهش پرداخته شده است. ابتدا آماره های توصیفی مربوط به متغیر وابسته قبل از کنترل آماری متغیرهای مداخله گر ارائه شده و نتایج آزمون لوین مبنی بر تساوی واریانسها در مورد متغیر وابسته آمده است و آنگاه نتایج تحلیل کوواریانس در مورد متغیر وابسته در دو گروه آزمایش و کنترل پس از کنترل متغیرهای مداخله گر ارائه گردیده است. در این تحلیل ها پیش آزمون و جنسیت به عنوان متغیر کنترل در نظر گرفته شده است. در انتها آماره های توصیفی مربوط به متغیر وابسته پس از کنترل آماری متغیرهای مداخله گر ارائه گردیده است.

در جدول ۱ توزیع فراوانی آزمودنی های پژوهش به تفکیک جنسیت و گروه آزمایشی ارائه شده است.

جدول ۱ فراوانی و درصد فراوانی جنسیت آزمودنی ها

کل		جنسیت				گروه
		پسر		دختر		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۱۰۰	۱۳	۵۳/۸۵	۷	۴۶/۱۵	۶	گروه آزمایشی
۱۰۰	۱۵	۶۰	۹	۴۰	۶	کنترل
۱۰۰	۲۸	۴۷/۱۵	۱۶	۴۲/۸۵	۱۲	کل

چنانچه از جدول مشاهده می شود ۴۲/۸۵ درصد از آزمودنی‌ها دختر و ۴۷/۱۵ درصد از آنها پسر می‌باشند.

از آنجا که هر گروه سه بار در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری مورد سنجش قرار گرفته است، ابتدا میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در هر سه گروه نشان داده شده و در ادامه آمار استنباطی مربوط به این فرضیه‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری

مراحل	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
پیش‌آزمون	آزمایش	۷۶/۷۵	۸/۱۵	۱۳
	کنترل	۷۷/۳۰	۸/۸۲	۱۵
	کل	۷۶/۱۱	۸/۶۲	۲۸
پس‌آزمون	آزمایش	۶۵/۵	۶/۵۱	۱۳
	کنترل	۷۸/۷	۸/۲۱	۱۵
	کل	۷۰/۴۶	۷/۴۱	۲۸
پی‌گیری	آزمایش	۶۶/۸۸	۷/۳۵	۱۳
	کنترل	۷۷/۸۰	۷/۹۳	۱۵
	کل	۷۰/۰۷	۷/۵۸	۲۸

به منظور مقایسه میانگین نمرات گروه‌ها در پس‌آزمون از آزمون ANCOVA استفاده شد. به این صورت که نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش کنترل شد و سپس نمرات پس‌آزمون مورد مقایسه قرار گرفت. به منظور مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳ نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات پس آزمون گروهها

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذورات	توان آزمون
پیش آزمون	۱۲۳۹/۷۵	۱	۱۲۳۹/۷۵	۳۲/۱۷	۴۳/۳۸	۰/۵۶	۱/۰۰۰
گروه	۳۳۲۱/۹۳	۱	۱۶۵۵/۹۶	۴۱/۴۷	۴۵/۴۰	۰/۷۵	۱/۰۰۰
خطا	۱۱۲۴/۰۴	۲۶	۴۱/۳۶				
کل	۱۸۷۳۵۸	۲۷					

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود تأثیر نمرات پیش آزمون بر نمرات پس آزمون معنی دار است [F (۱، ۲۶) = ۳۲/۱۷، P < ۰/۰۰۰۱]. همچنین اثر گروه بر نمرات پس آزمون معنی دار است [F (۱، ۲۶) = ۴۱/۴۷، P < ۰/۰۰۰۱]. به این صورت که بین میانگین نمرات پی گیری گروهها تفاوت معنی داری وجود دارد. بدین معنی که، ۷۵ درصد واریانس پس آزمون (کاهش علائم اختلال نارسائی توجه و بیش فعالی) مربوط به افزایش علاقه اجتماعی بوده است. به عبارت دیگر، ۷۵ درصد اختلاف بین گروه آزمایش و گروه کنترل در پس آزمون ناشی از اعمال متغیر مستقل بوده است. توان آزمون ۱ می باشد که حاکی از کفایت حجم نمونه است.

به منظور مقایسه میانگین نمرات گروهها در پی گیری از آزمون ANCOVA استفاده شد. به این صورت که نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش کنترل شد و سپس نمرات پی-

گیری مورد مقایسه قرار گرفت. به منظور مقایسه میانگین نمرات پی گیری بعد از کنترل اثر پیش آزمون از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات پی گیری در گروهها

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذورات اتا	توان آزمون
پیش آزمون	۱۰۴۳/۵۱	۱	۱۰۴۳/۵۱	۳۳/۴۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷	۱/۰۰۰
گروه	۳۳۲۱/۱۷	۱	۱۵۷۵/۵۸	۵۲/۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹	۱/۰۰۰
خطا (درون گروهی)	۷۵۴/۹۸	۲۶	۲۹/۷۰				
کل	۱۸۶۷۰۴	۲۸					

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می شود تأثیر نمرات پیش آزمون بر نمرات پی گیری معنی دار است [F(۱، ۲۶) = ۳۳/۴۱ ، P < ۰/۰۰۰۱]. همچنین اثر گروه بر نمرات پی گیری معنی دار است [F(۱، ۲۶) = ۵۲/۴۸ ، P < ۰/۰۰۰۱]. به این صورت که بین میانگین نمرات پی گیری گروهها تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارتی می توان بیان کرد که مداخله

مبتنی بر افزایش علاقه اجتماعی به طور معنی داری موجب کاهش علائم اختلال بیش فعالی و فزون کنشی در مرحله پیگیری شده است.

#### بحث و نتیجه گیری:

هدف از انجام گرفتن این پژوهش تعیین اثربخشی مداخله مبتنی بر مدرسه به سبک آدلر در کاهش مشکلات کودکان مبتلا به نارسایی توجه - بیش فعالی بود. در این راستا مشخص شد که این نوع مداخله منجر به کاهش معناداری در مشکلات این کودکان می گردد. نتایج نیز از اعتبار نسبی برخوردار بودند به گونه ای که ۴۳ درصد از تفاوت بین گروهها در پس آزمون ناشی از این رویکرد درمانی محسوب شد. یافته های پژوهش حاضر نیز با نتایج پژوهش های گذشته همخوانی نسبتاً کاملی دارد. برای مثال نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش دی پائول و اکرت (۱۹۹۷) که نشان دادند مداخله مبتنی بر مدرسه در کاهش مشکلات این کودکان اثربخش است، همخوان می باشد. از طرفی یافته های این پژوهش با نتایج پژوهشهایی که همگی بر ارتباط گرایش اجتماعی با جنبه های مختلف سلامت روانی تأکید دارند، نیز همخوانی نسبتاً کاملی دارد. برای مثال نتایج این پژوهش با نتایج پژوهشهای زارسکی و همکاران (۱۹۸۶) که نشان دادند گرایش اجتماعی با سطح سلامت عمومی رابطه مثبت و معنی داری دارد، همسو و هماهنگ است. همچنین نتایج این پژوهش با یافته های پژوهش لیک و ویلیامز (۱۹۸۹) که دریافتند گرایش اجتماعی باعث ایجاد گرایش در جهت حل مسائل روزانه می شود هماهنگ است. نهایتاً اینکه نتایج این پژوهش با یافته های پژوهش کرنندال و پونتام (۱۹۸۰) که دریافتند گرایش اجتماعی با روابط بین فردی مطلوب، رابطه مثبت و معنی داری دارد همخوان می باشد. حال با توجه به یافته های به دست آمده و در تبیین اثربخشی افزایش گرایش اجتماعی در کاهش مشکلات این کودکان می توان بر چند نکته اشاره کرد. اول اینکه افزایش گرایش اجتماعی باعث افزایش مهارتهای اجتماعی این کودکان می گردد، مخصوصاً اینکه در خصوص افزایش مهارتهای اجتماعی آموزشهای ویژه ای نیز به این کودکان داده می شود.

دوم اینکه افزایش گرایش اجتماعی باعث تسهیل در حل مسائل اجتماعی می شود، همانطور که در تعریف گرایش اجتماعی گفته شد، این مفهوم به معنی دیدن با چشمهای دیگران و شنیدن با گوشهای دیگران است. حال با افزایش گرایش اجتماعی، درک دنیای دیگران تسهیل شده و همین عامل زمینه را برای حل مسائل اجتماعی به شیوه مطلوبتری فراهم می آورد. سوم اینکه افزایش گرایش اجتماعی با کاهش رفتارهای مخرب توأم می باشد. در واقع افزایش احساس تعلق به گروه باعث افت معنادار تمایل در آسیب رساندن به گروه و دیگران می گردد، مخصوصاً اینکه آموزش جرأت ورزی ابزار مناسبی جهت اعتراض در اختیار این کودکان قرار می دهد و چهارم اینکه افزایش گرایش اجتماعی باعث توسعه روابط صمیمانه این کودکان با دیگران می گردد. در واقع با افزایش مهارتهای اجتماعی و کاهش رفتارهای مخرب دیگر این کودکان به راحتی از جانب دوستان و همکلاسی ها طرد نمی شوند و مهارتهای به دست آمده زمینه دوستی های بیشتری را برای این کودکان فراهم می آورد. با توجه به یافته های پژوهش حاضر و تبیین های آن پیشنهاد می شود افزایش حس تعلق و گرایش اجتماعی بعنوان بخشی اساسی در درمان ها و برنامه های مشاوره ای کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی مد نظر قرار گیرد. همچنین با توجه به اهمیت موضوع مهارت های ارتباطی در درمان کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی پیشنهاد می شود، آموزش هایی در راستای شیوه های افزایش حس تعلق و علاقه اجتماعی این کودکان به والدین شان، جهت تسهیل در فرایند درمان صورت گیرد.

با این حال این پژوهش دارای محدودیتهایی نیز می باشد. از محدودیت های عمده این پژوهش ، عدم مقایسه این روش با سایر روشهای موجود در کاهش مشکلات این کودکان، برای معرفی بهترین رویکرد درمانی می باشد. همچنین کلیه مراحل اجرای پژوهش بر عهده پژوهش مبتلا به نارسایی توجه - بیش فعالی گران بود، بر این اساس، این احتمال وجود دارد که در پاسخ والدین به پرسشنامه، در مرحله پس آزمون سوگیری هایی وجود داشته باشد. در این راستا پیشنهاد می شود مقایسه بین تکنیک های مختلف و تکنیک



---

حاضر با افزایش حجم نمونه مخصوصاً در گروه آزمایشی اجرا و پژوهش با حضور درمانگران و آزمون گران غیر همسان صورت پذیرد.

## منابع:

ایساو، سیلسیلیا. ای (۱۳۸۹) ترجمه علی اسماعیلی، فرامرز سهرابی. تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی، صص ۷۵ - ۶۵.

خوشابی، کتایون، قدیری، فاطمه، جزایری، علیرضا (۱۳۸۵). بررسی تأثیر برنامه آموزش گروهی مدیریت والدین متناسب با فرهنگ ایرانی در کاهش نشانه های اختلال نقص توجه / بیش فعالی و مقایسه آن با دارو درمانی، فصلنامه پژوهشی خانواده پژوهی، شماره ۷ صص ۲۶۹-۲۸۳.

قدیری، فاطمه (۱۳۷۷). بررسی تأثیر به کارگیری بازی بی رهنمود در کاهش اختلالات رفتاری و پرخاشگری کودکان ناسازگار و دارای عملکرد هوشی مرزی. پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی تهران.

قربانعی پور، مسعود، فراهانی، حجت الله، عریضی، حمید رضا (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین گرایش اجتماعی و منبع کنترل، مجله پژوهشی علوم انسانی دانشگاه اصفهان، شماره ۱ صص ۷۹-۸۶.

قربانعی پور، مسعود، فراهانی، حجت الله، برجعلی، احمد و مقدس لیلا (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش تغییر سبک زندگی بر رضایت زناشویی، فصلنامه مطالعات روان شناختی، دوره ۴ شماره ۳ صص ۵۷ تا ۷۰.

Barkley, R. A. (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd ed.). New York: Guilford Press.

Crandall, J. E., & Putnam, E. (1980). Social interest and psychological well-being. *Individual Psychology*, 36, 156-168.

De Boo, G., & Prins, P. (2007). Social incompetene in children with ADHD: Possible moderators and mediators in social- skill training. *Clinical Psychology Review*, 27, 78-97.

DuPaul, G.J., & Eckert, T.L. (1997). The effect of school- based intervention for attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. *School Psychology Review*, 26, 5-27.

Faraone, S.V., Biederman, J., Feighner, J.A., & Monuteaux, M.C. (2004). Assessing symptom of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in

- children and adults: which is more valid? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 830- 842.
- Ferguson, E.D. (1992). *Adlerian theory: An introduction*. Vancouver, BC: Adlerian Psychology Association of British Columbia.
- Hastings, P. R., Beck, D.D., & Hill, C. (2004). Symptom of ADHD and their correlates in children with intellectual disabilities. *Journal of Research in Developmental Disabilities*, 26, 456- 468.
- Ingersoll, S., & Goldstein, S. (1993). *Attention deficit disorder and learning disabilities: Realities, myths and controversial treatments*. New York: Doubleday.
- King, R. & Shelley, C. (2008). Community Feeling and Social Interest: Adlerian Parallels, Synergy, and Differences with the Field of Community Psychology. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 18, 96-107.
- Leak, E. K. & Leak, G. K. (2006). Adlerian social Interest and positive psychology. *Journal of Individual Psychology*, 62, 207, 223.
- Leak, G., & Williams, D. (1989). Relationship between social interest and perceived family environment. *Individual Psychology*, 47, 159-165.
- Miranda, A. O., & Fiorello, K. J. (2002). The connection between social interest and the characteristics of sexual abuse perpetuated by male pedophiles. *The Journal of Individual Psychology*, 58, 62-75.
- Pelham, W.E. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol*; 37:184–214.
- Slavik, S. & King, R. (2007). Adlerian therapeutic strategy. *The Canadian Journal of Adlerian Psychology*, 37(1), 3-16.
- Zarski, J., Bubbenzer, D., & West, J. (1986). Social interest, stress, and the of health status. *Journal of counselling and Development*, 64-386-389.