

## مقایسه مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی و دانش‌آموزان بدون این اختلال در مقطع دبستان

لیلا کوثری \*

دکتر حمید علیزاده \*\*

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی با دانش‌آموزان بدون این اختلال در مقطع دبستان بود. جامعه آماری این تحقیق کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر با و بدون اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در مقطع دبستان در شهر تهران بود که در سال تحصیلی ۸۶-۱۳۸۵ مشغول به تحصیل بودند. به این منظور با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای چهار مدرسه از بین مدارس شهر تهران انتخاب شد و تمامی دانش‌آموزان این مدارس براساس نشانه‌های ارائه شده در چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی آزمون شدند. ۱۶۶ دانش‌آموز در بین ۱۷۵۵ دانش‌آموز دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی تشخیص داده شدند که نشان دهنده شیوع ۹ درصد در بین این مدارس بود. از این دانش‌آموزان به طور تصادفی ۱۱۰ دانش‌آموز به عنوان گروه دارای اختلال انتخاب شد. ۱۱۰ دانش‌آموز بدون این اختلال که از نظر جنسیت و پایه تحصیلی مانند نمونه دارای اختلال بودند نیز به طور تصادفی انتخاب شدند. مقیاس درجه بندی مهارت‌های اجتماعی (فرم معلم) برای هر دو گروه اجرا شد. فرضیه‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه و طرح عاملی بررسی شد. یافته‌ها نشان داد دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در هر سه خرده مقیاس مهارت‌های اجتماعی (همکاری، جرأت‌ورزی، خودکنترلی) از دانش‌آموزان بدون این اختلال به طور معناداری پایین‌تر بودند ( $p < 0/01$ ). مقایسه زیر نوع‌ها نیز انجام شد. زیر نوع‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی (بی توجه غالب، بیش‌فعال غالب و مرکب) نیز در مهارت‌های اجتماعی تفاوت معناداری با یکدیگر نشان دادند ( $p < 0/01$ ). این پژوهش برای زیر نوع‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی

به تفکیک جنسیت انجام شد و تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۵ نشان داد. بر اساس این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان بدون اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی با دانش‌آموزان دارای این اختلال متفاوت است، این موضوع در خصوص زیر نوع‌ها نیز مشاهده شد. از یافته‌های این تحقیق می‌توان در درمان و آموزش استفاده کرد.

#### کلید واژه‌ها:

اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی، زیر نوع‌ها، مهارت‌های اجتماعی

#### مقدمه

اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی یکی از اختلال‌های متداول دوران کودکی است که میزان مراجعه به مراکز درمانی به علت آن، از تمامی اختلال‌های دیگر بیشتر است (علیزاده، ۱۳۸۳). شیوع این اختلال در ایالات متحده حدود ۷ درصد و در سطح بین‌المللی بین ۲ تا ۲۹ درصد گزارش شده است (بارکلی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). بیش‌فعالی / نارسایی توجه، مجموعه‌ای از نشانگان است که کوتاهی دامنه توجه، مشکل در تمرکز، کنترل ضعیف تکانه و بیش‌فعالی را شامل است (محمد اسماعیل، ۱۳۸۵). مطابق DSM-IV سه نوع فرعی اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی وجود دارد: نوع بی توجه، نوع بیش‌فعال - تکانشگر و نوع مرکب (کاپلان و سادوک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی معمولاً کودکانی ناراحت، پرسروصدا و زورگو هستند، دوستان کمی دارند و دیگران نظری منفی درباره آنها دارند (علیزاده، ۱۳۸۳). این کودکان اغلب در تعاملات اجتماعی با همسالان مشکل دارند. این امر طرد آنها از گروه همسال و نهایتاً انزوای اجتماعی آنها را باعث می‌شود. (گرلی و پیر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). این طرد در سنین جوانی و بالاتر نیز ادامه می‌یابد، هر چند که تحقیقات کمی در رابطه با مهارت‌های اجتماعی این افراد در جوانی و بزرگسالی انجام شده است (میکامی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰). بیش از ۶۰٪ کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی به داشتن مسائلی در زندگی اجتماعی ادامه می‌دهند. ویژگی‌های این بزرگسالان عبارت است از: مشکل در تمرکز، حافظه ضعیف به خصوص حافظه کوتاه مدت ضعیف، فقدان سازمان دهی، مشکل در خود نظم دهی،

- 
1. Barkley
  2. Kaplan & Sadock
  3. Gerly & Pier
  4. Mikami

تکانشگری، اعتماد به نفس پایین، بی‌قراری ذهنی، ناکامی‌های اجتماعی و کمبودهایی در مهارت‌های اجتماعی. بنابراین، ضروری است که هرچه زودتر به نقص‌های مهارت‌های اجتماعی این کودکان توجه شود (والدیزان و ایزاگوری<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹).

درمتون روان‌شناسی، مفهوم مهارت‌های اجتماعی به شیوه‌های مختلف تعریف شده است. بندورا در نظریه شناختی - اجتماعی خود می‌گوید تمامی رفتارها بجز بازتاب‌های اولیه (مانند پلک زدن) آموختنی هستند. این یادگیری اجتماعی از طریق مدل‌سازی و تقلید رفتارهای بزرگسالانی چون والدین، معلمان، همشیران یا همسالان انجام می‌شود. عنصر اصلی دیگر نظریه بندورا، تقویت‌هایی است که دیگران در قبال رفتارهای خود فرد بروز می‌دهند. در نظریه‌ی‌های رشد (تئوری فروید، اریکسون، پیاژه)، که شاخص‌های کلی رشد اجتماعی هستند، رفتار همواره بر اساس مراحل رشد می‌کند. هارجی (۱۹۸۶)، به نقل از هارجی، (۱۹۹۴) با مرور تعاریف رفتار ماهرانه به شش جنبه مهارت‌های اجتماعی اشاره می‌کند. او می‌گوید مهارت‌های اجتماعی عبارت است از: «مجموعه‌ای از رفتارهای هدفمند، به هم مرتبط و متناسب با وضعیت که آموختنی بوده و تحت کنترل فردی هستند».

با توجه به این تعریف می‌توان گفت که مهارت‌های اجتماعی رفتارهایی است که رشد آنها می‌تواند به عملکرد مؤثر و مفید در اجتماع کمک کند. در میان کودکان و نوجوانان گروهی هستند که به رغم بهره‌مندی از هوش طبیعی در برقراری روابط با دیگران مشکل دارند. کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی درحالی که ممکن است از نظر جسمی سالم باشند اغلب به علت ندیدن یا نشنیدن چیزهایی که در محیط آنهاست فرصتهایی یادگیری را از دست می‌دهند.

نتایج تحقیقات بوسینگ<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد که در میان پسران دارای این اختلال، نافرمانی مقابله‌ای بالا است و فرد مراقبت‌کننده کودک فشار زیادی را تجربه می‌کند. این کودکان به علت تکانشی بودن نمی‌توانند رفتارهای خود را تنظیم کنند و از بازخوردهای موجود بهره‌مند شوند. نشانه‌های این اختلال اغلب تا سه سالگی بروز می‌کند، اما به طور کلی تا کودک در محیط آموزشی پیش دبستانی یا دبستان قرار نگرفته، تشخیص داده نمی‌شود.

1. Valdizan & Izaguerri

2. Bussing

(کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳).

فعالیت، بی‌توجهی و تکانشگری بیش از حد این کودکان باعث می‌شود که خود را درمقایسه با همتایان برای سازش مؤفقیت‌آمیز با پیشرفت‌های رشدی کلی برای خود نظارتی، سازمان‌دهی و آماده شدن برای آینده چندان توانمند نیابند. این کودکان معمولاً به علت باورهای اجتماعی که آنها تنبل، بی‌انگیزه، خودخواه، بی‌فکر، ناپخته و بی‌مسئولیت هستند انواع مجازات‌های شدید، تنبیه، تحقیر اخلاقی و انزوای اجتماعی را تجربه می‌کنند (بارکلی، ۲۰۰۵ به نقل از کاکاوند، ۱۳۸۵).

این گونه به نظر می‌رسد که نقص در بازداری رفتاری در کودکان دارای نارسایی توجه / بیش‌فعالی در کمبود مهارت‌های اجتماعی آنها نقشی مهم داشته باشد. در الگوی بارکلی اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در اثر اختلال در چهار کارکرد اجرایی یعنی حافظه کاری، خودگردانی هیجان / انگیزش / برانگیختگی، بازسازی، گفتار درونی به وجود می‌آید که این امر در اثر نقص در کارکرد بازداری است. در این الگو گفته نمی‌شود که بازداری رفتاری به صورت مستقیم چهار کارکرد اجرایی مورد نظر را موجب می‌شود، در واقع می‌توان گفت که بازداری به کارکردهای اجرایی امکان عمل می‌دهد و از آنها حمایت و محافظت می‌کند.

در این الگو مهمترین عامل در بین کارکردهای اجرایی نارسایی در احساس زمان است. این نارسایی بر تعامل‌های اجتماعی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی تأثیر می‌گذارد. رفتار اجتماعی مناسب بر اساس احساس آینده انجام می‌شود. همکاری، شریک شدن، احترام به دیگران به عنوان مهارت‌های اجتماعی همگی بر اساس ارزشی انجام می‌شود که فرد به پیامدهای شخصی و اجتماعی در آینده می‌دهد. موضوع مهم در این جا «دانش این مهارت‌های اجتماعی و سازشی» نیست، بلکه مشکل این کودکان به «کاربرد» این دانش در زندگی روزمره مربوط می‌شود زیرا کاربرد مستلزم «درنگ» است که احساس آینده را ایجاد می‌کند (رجوع کنید به بارکلی، ۱۹۹۷ و علیزاده، ۱۳۸۴).

این اختلال به طور ملاحظه‌پذیری عملکرد خانواده را مختل می‌کند. به خصوص اگر خانواده فاقد حمایت اجتماعی و مهارت‌های مقابله‌ای بوده و اختلال کودک نیز شدید باشد (موزر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). شدت این نشانه‌ها بر کارکرد فرد در منزل، مدرسه و محیط کار تأثیر گذار

است (موناسترا<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی استرس بالایی را تجربه می‌کنند. این کودکان رفتارهای نامناسب زیادی را در موقعیت‌های متمرکز بر تکلیف از خود نشان می‌دهند (دوپال<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۱).

جتس شل و مک لوفین<sup>۳</sup> (۲۰۰۰) از اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به عنوان یک ناتوانی اجتماعی یاد کرده‌اند. این محققان بیان می‌کنند که نتایج کلی بررسی تاریخچه نشان می‌دهد که کودکان با این اختلال و ناتوانی اجتماعی الگوهای رفتاری مشابهی (مانند اختلال سلوک، مشکلات توجه، مشکلات عملکردی در خانواده) را نشان می‌دهند. مشکلات دیگری که در این کودکان دیده می‌شود عبارت است از: اعتماد به نفس پایین، شهرت بد میان همسالان، تعارض‌ها و زدوخوردهایی با دوستان، مشکلاتی در غلبه کردن بر خودمحوری در موقعیت‌های اجتماعی. آنها معتقد هستند که تشخیص زود هنگام ناتوانی‌های اجتماعی می‌تواند استفاده از خدمات پیشگیری کننده مانند: استفاده از شیوه‌های مربی‌گری، آگاه کردن والدین، به حداکثر رساندن تجارب مثبت در مدرسه و فعالیت‌های فوق برنامه را باعث شود.

یانگ و امارسینگ<sup>۴</sup> (۲۰۱۰) بیان می‌کنند که ADHD یک اختلال مزمن و فراگیرنده رشدی است که به سالهای کودکی محدود نمی‌شود. بنابراین، ضروری است که با توجه کردن به مشکلات اجتماعی این کودکان مشخص شود که کودکان دارای این اختلال در کدام مهارت‌های اجتماعی مشکلات بیشتری دارند.

لندا و ملیچ<sup>۵</sup> (۱۹۸۲، به نقل از لندا و مور، ۱۹۹۱) با مرور تحقیقات انجام شده پیرامون تعاملات کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی به این نتیجه رسیدند که پژوهشگران به این موضوع مهم به اندازه کافی توجه نکرده‌اند. این یافته به ویژه با توجه به تأثیر همسالان بر روابط و مهارت‌های اجتماعی اهمیت خاصی دارد؛ برای مثال طرد از جانب همسالان می‌تواند کاهش اعتماد به نفس در کودکان را موجب شود (کانرز و جت<sup>۶</sup>، ۱۹۹۹).

- 
1. Monastra
  2. Dupaul
  3. Gentschel & McLaughlin
  4. Young & Amarasinghe
  5. Landau & Milich
  6. Connors & Jett

## اهداف پژوهش

هدف از این پژوهش توصیفی مقایسه مهارت‌های اجتماعی کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی با کودکان بدون این اختلال و همچنین مقایسه مهارت‌های اجتماعی هر یک از زیر‌نوع‌های اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی با یکدیگر است.

## فرضیه‌های پژوهش

۱. کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در خرده‌مقیاس‌های مهارت‌های اجتماعی با یکدیگر تفاوت دارند.
۲. مهارت‌های اجتماعی در زیر‌نوع‌های اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی با یکدیگر متفاوت است.
۳. مهارت‌های اجتماعی زیر‌نوع‌های اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در دانش‌آموزان دختر و پسر متفاوت است.

## روش نمونه‌گیری

در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای استفاده شده است. به طوری که از بین مناطق مختلف آموزش و پرورش یک منطقه (منطقه ۳) به طور تصادفی انتخاب شد و از بین مدارس مختلف این منطقه آموزش و پرورش چهار مدرسه به طور تصادفی انتخاب شد. پس از اخذ مجوز حضور در مدرسه از آموزش و پرورش و رفتن به این مدارس نخست توضیح کوتاهی درباره ویژگی‌های کلی اختلال مورد نظر به معلمان داده شد و سپس پرسشنامه‌ای را که شامل نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بر اساس ملاک‌های چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) بود در میان معلمان توزیع شد و از آن‌ها خواسته شد که دانش‌آموزانی را معرفی کنند که این نشانه‌ها را نسبت به دانش‌آموزان دیگر شدیدتر دارند. معلمان حدود ۴۹۵ دانش‌آموز را در این چهار مدرسه (کل جمعیت ۱۷۵۵ نفر بود) معرفی کردند.

سپس پرسشنامه تشخیصی اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی را همه دانش‌آموزان معرفی

شده از طرف معلمان تکمیل کردند. وضعیت ۱۶۶ نفر از این دانش‌آموزان با معیارهای تشخیصی اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، در چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، منطبق بود (۹ درصد). از میان این ۱۶۶ نفر دانش‌آموز دارای اختلال ۱۱۰ نفر به طور تصادفی انتخاب شدند (بنا به درخواست مدیران، مبنی بر کاهش تعداد دانش‌آموزان به منظور همکاری بهتر معلمان).

در ضمن از معلمان خواسته شد نام تعدادی از دانش‌آموزان بدون اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی را ذکر کنند. از میان این دانش‌آموزان ۱۱۰ دانش‌آموز انتخاب شد که از نظر پایه تحصیلی و سن و جنسیت با گروه قبلی هم‌تا بودند و برای این گروه نیز مقیاس درجه بندی مهارت‌های اجتماعی توسط معلمان تکمیل شد.

## ابزارهای پژوهش

### ۱. پرسشنامه تشخیصی اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی

این پرسشنامه براساس اطلاعات ارائه شده در چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) ساخته شده است. هدف از اجرای این آزمون گزینش افراد با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی است. این آزمون هیجده سؤال دارد که براساس یک مقیاس دو گزینه‌ای (بلی - خیر) درجه بندی می‌شود. این پرسشنامه هر سه مقوله (بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری) را می‌سنجد، در واقع این آزمون می‌تواند به تعیین زیر نوع‌ها کمک کند.

### اعتبار و روایی

این پرسشنامه براساس ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) تهیه شده است، به این دلیل اعتمادپذیر است و روایی آن را روان‌پزشکان و روان‌شناسان تأیید کرده‌اند. در ایران پایایی این آزمون ۰/۸۲ گزارش شده است (کاشانی موحد، ۱۳۸۴).

### شیوه نمره گذاری

در این پرسشنامه به گزینه (بله) نمره (۱) و به گزینه (خیر) نمره (۰) داده شد. بنابراین،

حداکثر نمره در این آزمون هیجده و حداقل نمره صفر خواهد بود. براساس ملاک‌های مندرج در نسخه چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، زمانی کودک دارای این اختلال است که شش ملاک از نه ملاک تعریف شده برای اختلال بی توجهی یا شش ملاک از نه ملاک تعریف شده برای بیش‌فعالی - تکانشگری را برای مدت شش ماه دارا باشد. همچنین ممکن است کودک شش ملاک از ملاک‌های اختلال بی توجهی را همراه با شش ملاک از ملاک‌های بیش‌فعالی - تکانشگری را دارا باشد. دانش‌آموزانی که وضعیت نمره آنها با این ملاک‌ها منطبق بودند به عنوان دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی تعیین شدند.

## ۲. مقیاس درجه بندی مهارت‌های اجتماعی

این مقیاس را در سال ۱۹۹۰، گرشام و الیوت ساخته‌اند. مقیاس درجه بندی مهارت‌های اجتماعی سه نسخه ویژه والدین، معلمان و دانش‌آموزان دارد و برای سه مقطع سنی پیش‌دستانی، دبستانی و راهنمایی - دبیرستان تهیه شده است. در این پژوهش از نسخه معلمان ویژه کودکان دبستانی استفاده شد. این مقیاس ۳۰ سؤال دارد و با مقیاس لیکرت سه درجه‌ای (گزینه‌های هرگز، بعضی اوقات و اغلب اوقات) تنظیم شده است.

نسخه معلمان، ویژه کودکان دبستانی شامل خرده مقیاس‌هایی به قرار زیر است:  
الف) همکاری: این خرده آزمون رفتارهایی نظیر اشتراک وسایل، پیروی از دستورالعمل‌ها و راهنمایی‌ها است.

ب) جرأت ورزی: این خرده آزمون مشتمل بر رفتارهای آغازگر نظیر کسب اطلاع از دیگران، معرفی خود به دیگران و پاسخ مناسب به رفتار دیگران است.

ج) خودکنترلی: این زیر آزمون در برگرفته رفتارهایی است که در موقعیت‌های دشوار (نظیر استهزا شدن) مستلزم رفتار معقول از سوی دانش‌آموز است و همچنین دربرگیرنده رفتارهایی است که در موقعیت‌های غیر دشوار، نظیر رعایت نوبت و مصالحه در مجادله ضروری به نظر می‌رسد.

## اعتبار و روایی

پایایی این مقیاس با استفاده از روش‌های باز آزمایی و آلفای کرونباخ در پرسشنامه گرشام



و الیوت (۱۹۹۰) ۰/۹۴ گزارش شده است. در ایران پایایی این مقیاس با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش شده و این نشانه پایایی بسیار مطلوب پرسشنامه است و با ضرایب پایایی در نظام اصلی مقایسه پذیر است (شهیم، ۱۳۸۲).

#### شیوه نمره گذاری

در این پرسشنامه به گزینه هرگز نمره (۰)، به گزینه بعضی اوقات نمره (۱) و به گزینه اغلب اوقات نمره (۲) داده شد. بنابراین، حداکثر نمره در این آزمون شصت و حداقل نمره صفر خواهد بود. هر چه نمره بالاتر باشد کودک مهارت اجتماعی بالاتر و هر چه نمره پایین‌تر باشد، کودک مهارت کمتری دارد. جمع نمره‌های مربوط به هر عامل (خرده مقیاس) نمره آزمودنی را در آن عامل نشان می‌دهد. حداکثر نمره در خرده آزمون همکاری بیست و دو و حداقل آن صفر است. همچنین حداکثر نمره در خرده مقیاس جرأت ورزی بیست و حداقل آن صفر است. در خرده آزمون خودکنترلی حداکثر هیجده و حداقل صفر است.

#### یافته‌ها

در تحقیق حاضر آزمودنی‌ها در دامنه سنی ۱۱-۷ سال قرار داشتند. همان طور که ذکر شد اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی شامل سه زیر نوع است. بیشترین فراوانی مربوط به دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی از نوع مرکب بود (از میان ۱۱۰ دانش‌آموز: نوع مرکب=۴۸، نوع بی‌توجه=۴۲، بیش‌فعال=۲۰).

#### فرضیه اول پژوهش

«کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در خرده مقیاسهای مهارت‌های اجتماعی با یکدیگر تفاوت دارند.» همان گونه که ذکر شد مقیاس مهارت‌های اجتماعی سه خرده مقیاس همکاری، جرأت ورزی و خودکنترلی را شامل است. جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های خرده مقیاس‌ها را در هر دو گروه نشان می‌دهد. در این جدول مشاهده می‌شود که کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در هر سه خرده مقیاس میانگینی پایین‌تر از کودکان بدون این اختلال دارند.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد خرده مقیاس‌های مهارت‌های اجتماعی در دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی و دانش‌آموزان بدون این اختلال

آزمودنی	تعداد	همکاری		جرأت ورزی		خودکنترلی	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
بدون اختلال	۱۱۰	۱۵/۰۴	۳/۳۸	۱۳/۷۷	۲/۹۶	۱۲/۵۴	۲/۸۱
ADHD	۱۱۰	۹/۵۸	۴/۳۷	۹/۹۰	۳/۸۷	۸/۳۷	۳/۳۸

برای تعیین معناداری این تفاوت‌ها در جدول ۲ از آزمون تحلیل واریانس یک راهه استفاده شده است.

جدول ۲: تحلیل واریانس یک راهه (ANOVA) به منظور مقایسه خرده مقیاس‌های مهارت‌های اجتماعی در دانش‌آموزان با و بدون اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی

خرده مقیاس	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F
همکاری	بین گروه	۱۶۴۱/۸۲	۱	۱۶۴۱/۸۲	**۱۰۷/۶۲
	درون گروه	۳۳۲۵/۵۳	۲۱۸	۱۵/۲۵	
	کل	۴۹۶۷/۳۵	۲۱۹		
جرأت ورزی	بین گروه	۸۲۱/۰۲	۱	۸۲۱/۰۲	**۶۹/۰۴
	درون گروه	۲۵۹۲/۴۰	۲۱۸	۱۱/۸۹	
	کل	۳۴۱۳/۴۳	۲۱۹		
خودکنترلی	بین گروه	۹۵۷/۶۴	۱	۹۵۷/۶۴	**۹۸/۷۰
	درون گروه	۲۱۱۴/۹۹	۲۱۸	۹/۷۰	
	کل	۳۰۷۲/۶۳	۲۱۹		

\*\* P < ۰/۰۱

همان‌گونه که در جدول بالا مشاهده می‌شود مهارت‌های اجتماعی کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در هر سه خرده مقیاس تفاوت معناداری در سطح آلفای کمتر از ۰/۰۱ دارند ( $p < ۰/۰۱$ ). بنابراین، با توجه به جدول با ۹۹٪ اطمینان می‌توان بیان کرد که همکاری، جرأت‌ورزی و خودکنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی از کودکان بدون این اختلال پایین‌تر است. بنابراین، فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود.

### فرضیه دوم پژوهش

«مهارت‌های اجتماعی در زیر نوع‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی با یکدیگر متفاوت است». در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد مهارت‌های اجتماعی هر یک از زیر نوع‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی ارائه شده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد مهارت‌های اجتماعی زیرنوع‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی

انحراف استاندارد	تعداد	میانگین	آزمودنی
۸/۸۷	۴۲	۲۶/۳۳	بی توجه غالب
۱۰/۵۰	۲۰	۳۴/۴۰	بیش فعال غالب
۸/۶۴	۴۸	۲۶/۴۷	مرکب

در جدول ۳ ملاحظه می‌شود که میانگین مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی نوع بیش فعال غالب بیشتر از دو گروه دیگر است. با استفاده از تحلیل واریانس یک راهه معناداری یا فقدان معناداری تفاوت‌ها را بررسی کردیم.

جدول ۴: مقایسه مهارت‌های اجتماعی زیرنوع‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی با استفاده از تحلیل واریانس یک طرفه

F	میانگین مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منابع تغییرات گروه‌ها
	۵۲۲/۴۲	۲	۱۰۴۴/۸۴	بین گروه
**۶/۳۲	۸۲/۵۸	۱۰۷	۸۸۳۶/۱۱	درون گروه
		۱۰۹	۹۸۸۰/۹۵	کل

\*\* P < ۰/۰۱

با توجه به جدول ۴ و معنا دار شدن تفاوت‌ها، می‌توان بیان کرد که مهارت‌های اجتماعی زیر نوع‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی با یکدیگر متفاوت است. برای تعیین تفاوت مهارت‌های اجتماعی در زیر نوع‌ها از آزمون تعقیبی شفه استفاده شده است (جدول ۵).

جدول ۵: مقایسه مهارت‌های اجتماعی زیرنوع‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی با یکدیگر و با دانش‌آموزان بدون ADHD با استفاده از آزمون شفه

سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها	گروه‌ها	
۰/۰۱	۱۵/۰۳	نوع بی‌توجه غالب	بدون اختلال
۰/۰۵	۶/۹۶	نوع بیش‌فعال غالب	
۰/۰۱	۱۴/۸۸	نوع مرکب	
۰/۰۱	۸/۰۶	نوع بیش‌فعال	نوع بی‌توجه
-	۰/۱۴	نوع مرکب	
۰/۰۱	۷/۹۲	نوع مرکب	نوع بیش‌فعال

چنانچه در جدول ۵ مشاهده می‌شود مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان بدون اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی با هر سه زیرنوع اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی تفاوت معنا داری دارد. با دو زیرنوع بی‌توجه و مرکب تفاوت بیشتر و در سطح آلفای کمتر از ۰/۰۱ است، ولی با نوع بیش‌فعال تفاوتی در سطح ۰/۰۵ دارد. نوع بی‌توجه با نوع مرکب از نظر کمیت مهارت‌های اجتماعی تفاوت معناداری ندارد در حالی که با نوع بیش‌فعال تفاوت در سطح ۰/۰۱ است ( $p < 0/01$ ). نوع مرکب و بیش‌فعال نیز از نظر مهارت‌های اجتماعی با یکدیگر متفاوت هستند. به منظور بررسی تفاوت زیرنوع‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در خرده مقیاس‌های مهارت‌های اجتماعی خرده مقیاس‌ها در این سه زیرنوع مقایسه شده‌اند. جدول ۶ میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های خرده مقیاس‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۶: میانگین و انحراف استاندارد خرده مقیاس‌های مهارت‌های اجتماعی در زیرنوع‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی

زیرنوع	تعداد	همکاری		جرأت ورزی		خودکنترلی	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
بی‌توجه	۴۲	۸/۹۷	۴/۰۰	۸/۲۱	۳/۶۳	۹/۱۴	۳/۵۲
بیش‌فعال	۲۰	۱۳/۱۰	۴/۵۶	۱۲/۲۵	۳/۶۲	۹/۰۵	۳/۴۵
مرکب	۴۸	۸/۶۴	۳/۹۳	۱۰/۴۱	۳/۵۷	۷/۴۱	۳/۰۵

نتایج حاصل از جدول ۷ نشان می‌دهد که زیر نوع‌های اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی (بی‌توجه، بیش‌فعالی، مرکب) در خرده مقیاس‌های مهارت‌های اجتماعی با یکدیگر تفاوت معناداری دارند.

جدول ۷: تحلیل واریانس یک راهه (ANOVA) به منظور مقایسه خرده مقیاس‌های مهارت‌های اجتماعی در زیر نوع‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی

خرده مقیاس	منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجزورات	F
همکاری	بین گروه	۳۳۷/۴۵	۲	۱۶۸/۷۲	*۱۰/۲۵
	درون گروه	۱۷۴۴/۵۸	۱۰۶	۱۶/۴۵	
	کل	۲۰۸۲/۰۳	۱۰۸		
جرات و رزی	بین گروه	۲۴۷/۹۲	۲	۱۲۳/۹۶	*۹/۴۷
	درون گروه	۱۳۸۷/۱۵	۱۰۶	۱۳/۰۸	
	کل	۱۶۳۵/۰۸	۱۰۸		
خودکنترلی	بین گروه	۷۶/۲۳	۲	۳۸/۱۱	**۳/۴۴
	درون گروه	۱۱۷۲/۸۱	۱۰۶	۱۱/۰۶	
	کل	۱۲۴۹/۰۴	۱۰۸		

\*  $P < 0/05$

\*\*  $P < 0/01$

برای بررسی این نکته که هر یک از زیر نوع‌ها در کدام خرده مقیاس‌های مهارت‌های اجتماعی با یکدیگر و با دانش‌آموزان بدون اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی تفاوت دارند از آزمون تعقیبی شفه استفاده شده که نتایج آن در جدول ۸ درج شده است.

جدول ۸: مقایسه خرده مقیاس‌های مهارت‌های اجتماعی زیر نوع‌های اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی با یکدیگر و با دانش‌آموزان بدون ADHD با استفاده از آزمون تعقیبی شفه

خرده مقیاس	گروه‌ها	تفاوت میانگین	سطح معناداری
همکاری	بی توجه	۶/۵۶	۰/۰۱
	بیش فعال	۱/۹۴	-
	مرکب	۶/۳۹	۰/۰۱
بی توجه	بیش فعال	۴/۱۲	۰/۰۱
	مرکب	۵/۳۳	-
	بیش فعال	۴/۴۵	۰/۰۱
عادی	بی توجه	۵/۵۵	۰/۰۱
	بیش فعال	۱/۵۲	-
	مرکب	۳/۳۵	۰/۰۱
جرأت ورزی	بیش فعال	۴/۵۳	۰/۰۱
	مرکب	۲/۲۵	۰/۰۵
	مرکب	۱/۸۳	-
عادی	بی توجه	۳/۴۵	۰/۰۱
	بیش فعال	۳/۴۹	۰/۰۱
	مرکب	۵/۱۲	۰/۰۱
خودکنترلی	بیش فعال	۹/۲۸	-
	مرکب	۱/۷۲	-
	بیش فعال	۱/۶۳	-

قبلاً در جدول ۲ مشاهده شد که کودکان بدون اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی با کودکان دارای این اختلال در هر سه خرده مقیاس مهارت‌های اجتماعی تفاوت معناداری دارند. در جدول ۸ مقایسه در سطح زیرنوع‌ها انجام شده است و همان گونه که مشاهده می‌شود کودکان عادی با زیر نوع‌های بی توجه و مرکب از نظر همکاری متفاوت هستند، در حالی که

با کودکان بیش فعال تفاوتی نشان ندادند ( $p > 0/05$ ).

این امر درباره‌ی خرده مقیاس جرأت ورزی نیز صادق است یعنی کودکان بی توجه و مرکب در جرأت ورزی عملکردی متفاوت با کودکان بدون این اختلال داشتند. در حالی که کودکان بیش فعال تفاوتی با کودکان عادی نشان ندادند. در خرده مقیاس خودکنترلی هر سه زیر نوع با کودکان بدون این اختلال متفاوت بودند ( $p < 0/01$ ).

در جدول ۸ مشاهده می‌شود که زیر نوع بی توجه در همکاری و جرأت ورزی با زیر نوع بیش فعال تفاوت معناداری در سطح آلفای کمتر از ( $p < 0/01$ ) دارد. در حالی که این زیر نوع در خرده مقیاس همکاری با نوع مرکب تفاوتی نشان نداد و در جرأت ورزی نیز تفاوت در سطح ( $p < 0/05$ ) بود. همچنان که در جدول ۸ ملاحظه می‌شود نوع مرکب با بیش فعال از نظر همکاری با یکدیگر متفاوت هستند در حالی که این دو زیر نوع در جرأت ورزی با یکدیگر تفاوتی نداشتند نکته جالب توجه دیگر این است که هیچ یک از این زیر نوع‌ها در خود کنترلی با دیگری تفاوتی نشان نداد.

#### فرضیه سوم پژوهش

«مهارت‌های اجتماعی زیر نوع‌های اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در دانش‌آموزان دختر و پسر متفاوت است.» در جدول (۹) میانگین و انحراف استاندارد مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان دختر و پسر دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی آورده شده همان طور که در این جدول ملاحظه می‌شود میانگین نمره‌های مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان دختر دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی از دانش‌آموزان پسر دارای این اختلال بیشتر است.

جدول ۹: میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان دختر و پسر دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی

جنسیت	میانگین	تعداد	انحراف استاندارد
پسر	۲۶/۰۰	۵۵	۹/۸۹
دختر	۲۹/۷۲	۵۵	۸/۸۳
کل	۲۷/۸۶	۱۱۰	۹/۵۲

برای بررسی تأثیر جنسیت بر مهارت‌های اجتماعی زیر نوع‌های اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی از تحلیل واریانس عاملی استفاده کرده ایم.

جدول ۱۰: تحلیل واریانس عاملی برای بررسی اثر متقابل جنسیت و اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بر مهارت‌های اجتماعی

منابع تغییرات گروه‌ها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجزورات	F	سطح معناداری
زیر نوع‌ها ADHD	۱۰۴۴/۸۴	۲	۵۲۲/۴۲	۶/۸۲	۰/۰۱
جنسیت	۵۳۳/۰۸	۱	۵۳۳/۰۸	۶/۹۶	۰/۰۱
تعامل جنسیت ADHD	۴۸۸/۶۹	۲	۲۴۴/۳۵	۳/۰۹	۰/۰۵
خطا	۷۹/۶۵	۱۰۴	۷۶/۵۹		
کل	۹۸۸۰/۹۵	۱۰۹			

در رابطه با تأثیر جنسیت بر مهارت‌های اجتماعی F محاسبه شده  $F=۶/۹۶$  می‌باشد و در مقایسه آن با F به دست آمده از جدول در سطح  $۰/۰۱$  و با درجات آزادی ۱ و ۱۰۴ یعنی  $۶/۹۰$  بزرگتر است. بنابراین، فرض صفر رد می‌شود. با عنایت به معنا دار شدن نسبت F با  $۹۹/۹۹$  اطمینان بیان می‌کنیم که مهارت‌های اجتماعی در زیر نوع‌های اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در دخترها و پسرها متفاوت است. با در نظر گرفتن بیشتر بودن میانگین نمره‌های دخترها نسبت به پسرها می‌توان گفت که مهارت‌های اجتماعی آنها با  $۹۹/۹۹$  اطمینان نسبت به پسرها بیشتر است، اما در رابطه با تأثیر متقابل زیر نوع‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی و جنسیت بر مهارت‌های اجتماعی F محاسبه شده برابر با  $۳/۱۹$  می‌باشد که در مقایسه با F بدست آمده از جدول در سطح  $۰/۰۵$  و  $\frac{\alpha}{۲}$  و با درجات آزادی ۲ و ۱۰۴ یعنی  $۳/۰۹$  بزرگتر است. بنابراین، فرض صفر رد می‌شود و فرضیه سوم پژوهش نیز تأیید می‌شود. پس می‌توان با  $۹۵/۹۵$  اطمینان بیان کرد که مهارت‌های اجتماعی زیر نوع‌های اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در دخترها و پسرها متفاوت است. نتایج آزمون توکی (جدول ۱۱) نشان می‌دهد که زیرنوع بی توجه با زیر نوع مرکب در مهارت‌های اجتماعی تفاوت معناداری ندارد، در حالی که نوع بیش فعال با هر دو زیرنوع دیگر متفاوت است.



جدول ۱۱: مقایسه مهارت‌های اجتماعی زیرنوع‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در دانش‌آموزان دختر و پسر با استفاده از آزمون توکی

گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
نوع بی‌توجه	۸/۴۵	۰/۰۱
نوع بیش‌فعال	۰/۱۴	-
نوع مرکب	۸/۳۱	۰/۰۱

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر رابطه اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی با مهارت‌های اجتماعی را بررسی کرده است. همان‌طور که مشاهده شد فرضیه اول این تحقیق مبنی بر تفاوت داشتن کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در خرده‌مقیاس‌های مهارت‌های اجتماعی تأیید شد و این یافته با یافته‌های استر<sup>۱</sup> (۱۹۹۲)؛ بانکز<sup>۲</sup> (۲۰۰۴)؛ فاسل<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۵)؛ و ندرارد<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۵)؛ اسپیرا و فیشل<sup>۵</sup> (۲۰۰۵)؛ دوپوآل و همکاران (۲۰۰۱)؛ جنسس شل و مک لوفین (۲۰۰۰) و موزر (۲۰۰۶) هماهنگ است.

نتایج تحقیقات استر (۱۹۹۲) نشان داد که کودکان دارای این اختلال به طور معناداری مهارت‌های اجتماعی کمتری در حوزه‌های همکاری، جرأت‌ورزی و خودکنترلی داشتند. به ویژه نقص عملکردی آن‌ها در حوزه خودکنترلی بسیار شدید بود. کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی که از نظر اجتماعی عملکرد شدیداً پایینی داشتند و یک چهارم تا نصف نمونه با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی را شامل می‌شدند، یک گروه ناتوان از نظر اجتماعی را تشکیل می‌دادند. این گروه هم‌نشانه‌های اولیه (بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری) و هم‌نشانه‌های ثانویه (پرخاشگری و نافرمانی مقابله‌ای) را به طور شدید داشتند. این متغیرها احتمالاً، عواملی است که طرد گروه همسال در این جمعیت را باعث می‌شوند.

1. Istre
2. Banks
3. Fussell
4. Van der Oord
5. Spira & Fischel

بانکز (۲۰۰۴) دانش و عملکرد مهارت‌های اجتماعی را، در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، مبتنی بر سیستم طبقه‌بندی مهارت‌های اجتماعی گرشام بررسی کرد. او از مقیاس مهارت‌های اجتماعی (SSRS فرم والدین) و مقیاس سنجش خود‌کنترلی و چک لیست رفتار کودک، برای سنجش مهارت عملی استفاده کرد. نتیجه این پژوهش نشان داد که این کودکان ضعف‌های متعددی در هر دو حوزه (دانش و عملکرد) دارند.

نتایج پژوهش فاسل و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی یک عامل مهم برای مهارت‌های اجتماعی ضعیف و مشکلات رفتاری است و داشتن یا نداشتن خواهر و برادر یا ترتیب تولد در مهارت‌های اجتماعی کودکان با این اختلال تأثیری ندارد.

اهان و جانستون<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) با یک ارزیابی چندگانه تعاملات اجتماعی دختران دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را بررسی کردند. نتایج تحقیقات آن‌ها نشان داد که این دختران درگیر رفتارهای نامناسب و زیان‌بخش اجتماعی درحوزه‌های مختلف هستند.

لی<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۸) در طی ۷ مرحله در مدت ۸ سال ۹۶ کودک ۴-۶ (در ابتدای پژوهش) دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را از نظر مهارت‌های اجتماعی بررسی کردند. نتایج تحقیقات آن‌ها نشان داد که تعداد خیلی کمی از این کودکان در طی مراحل رشد با زندگی اجتماعی سازگار می‌شوند، هرچند که ممکن است علائم این اختلال در آن‌ها بهبود یافته باشد.

مارلا<sup>۳</sup> (۲۰۰۸) رفتار ورود به گروه همسال را در پسران با و بدون اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مقایسه کرد. پسران دارای این اختلال شایستگی کمتری را در رفتارهای ورودی نشان دادند. مشاهدات نشان داد که این کودکان کمتر قادر بودند چارچوب توصیه شده گروه را رعایت کنند، پاسخ‌های مطلوب کمتری را از پسران میزبان دریافت کردند و پسران میزبان آن‌ها را کمتر دوست داشتند. نکته جالب توجه این است که پسران با و بدون اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در فراوانی رفتارهای ورودی مناسب با یکدیگر تفاوتی نداشتند.

در پژوهش حاضر مشاهده شد که همکاری، جرأت‌ورزی و خودکنترلی دانش‌آموزان با

- 
1. Ohan & Johnston
  2. Lee
  3. Marla

اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی و دانش‌آموزان بدون این اختلال با یکدیگر متفاوت است. کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در هر سه خرده‌مقیاس با کودکان بدون این اختلال تفاوت داشتند. احتمالاً می‌توان گفت که این عوامل از جمله ساز و کارهای مؤثر در طرد این کودکان است. این گونه به نظر می‌رسد که نقص بازداری رفتاری در کودکان دارای نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در کمبود مهارت‌های اجتماعی آنها نقشی مهم داشته باشد.

افراد دارای اختلال بیش‌فعالی ممکن است بدانند که چگونه در موقعیت‌های اجتماعی به طور شایسته رفتار کنند، اما بسیاری از اوقات در رفتار کردن به طور مناسب شکست می‌خورند. نیکسون<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) بیان می‌کند که مشکلات اجتماعی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی با توجه به وظایف میان‌فردی از نقص در تولید ناشی می‌شود. به نظر می‌رسد اگر پاسخ‌های جایگزین ارائه شود آنها پاسخ صحیح را می‌دانند، اما مشکل وقتی خود را نشان می‌دهد که از آنها انتظار می‌رود که پاسخ خود را به پدیده‌های اجتماعی بازسازی کنند.

کنزگلد و همکاران (۲۰۰۷) معتقد هستند که توضیحات متفاوتی مانند نارسایی‌های شناختی، کمبود خودنظم‌دهی که تاکنون پیشنهاد شده به طور کامل قادر نیست جنبه‌های متنوع مهارت‌های اجتماعی را در نظر بگیرد. به اعتقاد این محققان مکانیزم‌های دیگری زیر بنای این اختلال است. آنها نقش مهارت‌های تشخیص هیجان ساده در مهارت‌های اجتماعی پسران دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی را بررسی کردند. آنها با تحلیل چندگانه گروه‌ها الگوی ساختاری را شرح دادند که بر اساس آن فقدان تشخیص هیجان نقش معناداری را در عملکرد اجتماعی این کودکان بازی می‌کند.

فرضیه دوم این پژوهش نیز، مبنی بر متفاوت بودن مهارت‌های اجتماعی زیر نوع‌های اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی با یکدیگر، تأیید شد. این یافته با نتایج پژوهشی سولانتو<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۹)؛ میکامی<sup>۳</sup> و همکاران، (۲۰۰۷)؛ بویرمایستر<sup>۴</sup> و همکاران، (۲۰۰۵)؛ کندی<sup>۵</sup> (۱۹۹۹) و ویلر و کارلسون<sup>۶</sup> (۱۹۹۴) هماهنگ است.

- 
1. Nixon
  2. Solanto
  3. Mikami
  4. Bauermeister
  5. Kennedy
  6. Wheeler & Carlson

سولانتو و همکاران (۲۰۰۹) عملکرد اجتماعی زیر نوع‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی را با یکدیگر و با گروه کنترل مقایسه کردند تا مشخص کنند که آیا درمان مهارت‌های اجتماعی این زیر نوع‌ها باید همگام باشد؟ آن‌ها با استفاده از مقیاس مهارت‌های اجتماعی (SSRS) این گروه‌ها را ارزیابی چند بعدی کردند. در این پژوهش دیده شد که آسیب اجتماعی این کودکان، در هر سه حوزه، اساسی و جدی بود. به علاوه وقتی که معلمان آن‌ها را ارزیابی کردند، ماهیت کمبودها در زیر نوع‌ها متفاوت بود. این یافته‌ها نشان می‌دهد که این زیر نوع‌ها در ماهیت آسیب اجتماعی آن‌ها تا حدودی مستقل از یکدیگر و نیاز آن‌ها برای مداخله متفاوت است.

تحقیق میکامی و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که پاسخ‌های زیر نوع بیش‌فعال پرخاشگرانه‌تر از نوع بی‌توجه است و نوع بی‌توجه در حافظه کلامی برای ادامه ارتباط مشکلات بیشتری دارد. ویلر و کارلسون (۱۹۹۴) زیر نوع‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی را از نظر مهارت‌های اجتماعی بررسی کردند آن‌ها این کودکان را در دو گروه اختلال نارسایی توجه با بیش‌فعالی و اختلال نارسایی توجه بدون بیش‌فعالی ارزیابی کردند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که این کودکان هم از نظر کیفی و هم کمی در مهارت‌های اجتماعی با هم تفاوت دارند. کودکان دارای اختلال نارسایی توجه با بیش‌فعالی بیشتر در عملکرد مشکل دارند و از نظر علم به مهارت‌های اجتماعی مشکلات کمتری دارند، ولی کودکان با اختلال نارسایی توجه بدون بیش‌فعالی نسبت به گروه قبلی بیشتر در حیطه دانش مهارت‌های اجتماعی مشکل دارند.

کندی (۱۹۹۹) با استفاده از مصاحبه تشخیصی و فرم والدین، کودکان و نوجوانان پایه ۱ تا ۶ مدارس عمومی را در سه گروه قرار داد. گروه اول معیارهای تشخیصی اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی نوع مرکب و گروه دوم نوع بی‌توجه غالب را داشتند. گروه سوم یعنی گروه کنترل معیارهای تشخیصی این اختلال را نداشتند. مقایسه‌ها هیچ تفاوت معناداری را بین نمره‌های مهارت اجتماعی دو زیر نوع مرکب و بی‌توجه نشان نداد. نتیجه مقایسه نمره همکاری هر دو زیر نوع مشخص کرد که هر دو زیر نوع رفتارهای همکاری کمتری نسبت به گروه کنترل داشتند.

یافته‌های تحقیق حاضر با نتایج پژوهش رایلی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۸) مغایر است. آن‌ها به منظور بررسی این که آیا نوع مرکب با نوع بیش فعال غالب اختلال عملکردی متفاوت است، ۱۰۲ کودک بین ۳-۵ ساله را که ویژگی‌های اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی داشتند در چهار حوزه عملکردی با یکدیگر مقایسه کردند. یکی از این چهار حوزه مهارت‌های اجتماعی بود. نتایج تحقیق آن‌ها نشان داد که نوع بیش فعال غالب و آنهایی که اختلال نوع مرکب دارند سطوح مشابهی را در هر چهار حوزه عملکردی از خود نشان دادند.

این محققان بیان کردند که این تحقیق مؤلف مطالعات طولی است که نشان می‌دهد؛ اغلب کودکان پیش دبستانی با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی نوع بیش فعال غالب در آینده تشخیص نوع مرکب داده می‌شوند. این پژوهشگران اشاره می‌کنند که نوع بیش فعال غالب در این سنین در واقع شکل اولیه نوع مرکب است و در این جا با یک زیر نوع متمایز، متفاوت است. بنابراین، علت اصلی تفاوت نتایج پژوهش حاضر با پژوهش ذکر شده می‌تواند اختلاف دامنه سنی این کودکان باشد (دامنه سنی کودکان در تحقیق حاضر ۷-۱۱ سال است).

در این پژوهش مشاهده شد که مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی نوع بی توجه تفاوت معناداری با نوع بیش فعال دارد. نوع مرکب تفاوت معناداری در مهارت‌های اجتماعی با نوع بی توجه نشان نداد در حالی که با نوع بیش فعال در مهارت‌های اجتماعی تفاوت داشت. این گونه به نظر می‌رسد که اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی نوع مرکب، نزدیکی و قرابت بیشتری با نوع بی توجه غالب داشته باشد تا نوع بیش فعال غالب.

نوع بیش فعال تفاوت معناداری در همکاری با هر دو زیر نوع بی توجه و مرکب نشان داد، ولی نوع بی توجه و مرکب در همکاری با یکدیگر تفاوتی نداشتند. زیر نوع بی توجه در جرأت‌ورزی با هر دو زیر نوع مرکب و بیش فعال غالب تفاوت نشان داد. این یافته‌ها با نتایج تحقیق بویرمایستر و همکاران (۲۰۰۵) موافق است. نوع بیش فعال غالب با نوع مرکب در جرأت‌ورزی تفاوتی نشان نداد. هیچ یک از زیر نوع‌های اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی تفاوت معناداری در خودکنترلی با دیگری نداشتند. به نظر می‌رسد این وجه اشتراک مهمترین عاملی باشد که این سه زیر نوع را تحت عنوان یک اختلال گرد هم آورده است.

همان طور که مشاهده شد فرضیه سوم پژوهش، مبنی بر اینکه «مهارت‌های اجتماعی زیر نوع‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در دانش‌آموزان دختر و پسر متفاوت است»، تأیید شد. این یافته با نتایج تحقیقات هارتونگ<sup>۱</sup> و همکاران، (۲۰۰۲)؛ دوپوآل<sup>۲</sup> و همکاران، (۲۰۰۶)؛ تاپر و سولومانندو<sup>۳</sup> (۲۰۰۸) و هینشو<sup>۴</sup> و همکاران، (۲۰۰۶) همسو است. گرشام والیوت (۱۹۹۰) بیان می‌دارند که بخش وسیعی از تحقیقات مهارت‌های اجتماعی دختران و پسران عادی را مقایسه کرده‌اند و اغلب دختران را دارای مهارت‌های اجتماعی بیشتری نسبت به پسران دانسته‌اند.

هارتونگ و همکاران، (۲۰۰۲) تفاوت‌های جنسیتی را در کودکان کم سنی بررسی کرد که اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی دارند. هم دختران و هم پسرانی که معیارهای تشخیصی ADHD را داشتند، مهارت‌های اجتماعی آنها بیشتر از هم‌جنس‌های خود در گروه کنترل آسیب دیده بود. معلمان گزارش کردند که پسران دارای اختلال ADHD بیشتر از دختران دارای این اختلال معیارهای بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری رانشان دادند و مهارت‌های اجتماعی پایین‌تری داشتند.

دوپوآل و همکاران (۲۰۰۶) بیان می‌دارند که تعداد کمی مطالعات به طور جامع، تفاوت‌های جنسیتی را در عملکرد مدرسه کودکان ADHD ارزیابی کرده است. آن‌ها به منظور بررسی تفاوت در عملکرد تحصیلی، اجتماعی، هیجانی و رفتاری تحقیقی را اجرا کردند. نتایج تحقیقات آنها نشان داد که شرکت‌کننده‌ها به رغم جنسیت اختلال‌هایی را در همه حوزه‌ها نشان دادند. البته، تفاوت‌های جنسیتی در حوزه‌های عملکردی و وابسته به آن نیز معنادار بود.

تعداد زیادی از دخترانی که به علت کمبودهای اجتماعی به کلینیک‌ها ارجاع داده می‌شوند معیارهای تشخیصی ADHD را دارند (کوپ<sup>۵</sup> و همکاران، (۲۰۱۰). تاپر و سولومانندو (۲۰۰۸) بیان می‌کنند که این اختلال مشترک بین دو جنس (ADHD) مشکلات اجتماعی بیشتری را برای پسران به همراه دارد. هینشو و همکاران (۲۰۰۶) به دنبال مطالعات طولی در میان دختران

- 
1. Hartung
  2. Dupaul
  3. Thapar & Solomando
  4. Hinshaw
  5. Kopp

ADHD و گروه نرمال به این نتیجه رسیدند که نه تنها دختران دارای این اختلال نسبت به دختران عادی در کودکی مشکلات بیشتری را در عملکرد اجتماعی نشان می‌دهند، بلکه در بزرگسالی نیز این مشکلات همچنان ادامه دارد. نکته شایان ذکر این است که تعداد پژوهش‌هایی که مهارت‌های اجتماعی زیر نوع‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی را در دختران سنجیده یا با پسران مقایسه کرده باشد، بسیار اندک است.

پژوهش حاضر مانند اکثر پژوهش‌های انجام شده محدودیت‌هایی دارد. یکی از این محدودیت‌ها این است که برای سنجش مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان صرفاً از گزارش معلم استفاده شد؛ در حالی که بسیاری از رفتارها تابع موقعیت خاص است و گاه کودک رفتاری را در یک موقعیت به اجرا در می‌آورد، ولی در وضعیت دیگر آن را انجام نمی‌دهد.

در این پژوهش مهارت‌های اجتماعی کودکان دبستانی بررسی شد. توصیه می‌شود که در پژوهش‌های آتی مهارت‌های اجتماعی زیر نوع‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در نوجوانان و بزرگسالان در هر دو جنس بررسی شود.

## منابع

- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۷۴). *راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی*، ترجمه محمد رضا نائینیان، محمد ابراهیم مداحی و اسماعیل بیابانگرد، جلد (۱)، تهران، دانشگاه شاهد.
- شهیم، سیما، (۱۳۸۲). بررسی مهارت‌های اجتماعی در گروهی از دانش‌آموزان نابینا از نظر معلمان، *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*، سال سی و دوم، شماره ۱.
- علیزاده، حمید، (۱۳۸۳). *اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی: ویژگیها، ارزیابی، درمان*، تهران، رشد.
- علیزاده، حمید، (۱۳۸۴). تبیین نظری اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی: الگوی بازداری رفتاری و ماهیت خودکنترلی، *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، سال پنجم، شماره ۳.
- کاشانی موحد، آمنه، (۱۳۸۴). *رابطه حافظه فعال و پایداری هیجانی دانش‌آموزان با وبدون اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی*، تهران، دانشگاه علامه طباطبایی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.
- کاکاوند، علیرضا، (۱۳۸۵). *اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی (نظریه و درمان)*، سرافراز.
- محمد اسماعیل، الهه، (۱۳۸۵). *درسنامه درمان رفتاری-شناختی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی/نارسایی توجه*، دانه.
- هارجی، اون، ساندرز، کریستین و دیکسون، دیوید، (۱۳۸۴). *مهارت‌های اجتماعی در ارتباطات میان فردی*، ترجمه خشایار بیگی و مهرداد فیروز بخت، تهران، رشد.
- Banks, T, (2004).** Social skills knowledge and performance in children with ADHD: An examination of interfering responses, *University of Calgary (Canada), Dissertation, AAT NQ97735.*
- Barkley R. A, (1997).** Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD, *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.
- Barkley R. A, (2005).** *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3<sup>rd</sup> Ed.)*, New York, Guilford press.
- Bauermeister, J, Matos, M, Reina, G, Salas, C, Martinez, J, Cumba, E & Barkley, R, (2005).** Comparison of the DSM-IV combined and inattentive types of ADHD in a school-based sample of Latino/Hispanic children, *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 46(2):166-179.
- Bussing, R, Gary F, Mason, D & Leon, C, (2003).** Child temperament, ADHD, and caregiver strain: exploring relationships in an epidemiological sample, *Journal of American Academy. Child Adolescence Psychiatry*, 42,184-192.
- Conners, C. K & Jett, J, (1999).** *Attention deficit hyperactivity disorder (In Adults and Children)*, Kansas City, Compact Clinicals.



- DuPaul, G, Jitendra, A & Tresco K, (2006).** Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Are There Gender Differences in School Functioning?, *School Psychology Review*, 35(2), 292-308.
- Dupaul, G, Mcgoey, K, Eckert, T & Vanbrakle, J, (2001).** Preschool Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Impairments in Behavioral, Social, and School Functioning, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(5):508-515.
- Fussell, J, Macias, M & Saylor, C, (2005).** Social Skills and Behavior Problems in Children with Disabilities with and without Siblings, *Child Psychiatry & Human Development*, 36(2):227-241.
- Gentschel, D & McLaughlin, T, (2000).** Attention Deficit Hyperactivity Disorder as a Social Disability: Characteristics and Suggested Methods of Treatment, *Journal of Developmental & Physical Disabilities*, 12(4):333-347.
- Gerly, M & Pier, J.M, (2007).** Social Incompetence in Children with ADHD: Possible Moderators and Mediators in Social-Skills Training, *Clinical Psychology Review*, 27(1): 78-97.
- Gresham, F & Elliott, S, (1990).** *Social Skills Rating System Manual*, Circle pine, Mn, American Guidance Service.
- Hartung, Cynthia M, Willcutt, Erik G & Lahey, Benjamin B, (2002).** Sex Differences in Young Children Who Meet Criteria for Attention Deficit Hyperactivity Disorder, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 31(4), 453 - 464.
- Hinshaw, S Owens, E Sami, N & Fargeon, S, (2006).** Prospective Follow-Up of Girls With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Into Adolescence: Evidence for Continuing Cross-Domain Impairment, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3) 489-499.
- Istre, susan M, (1992).** Social Skills of preadolescent boys with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, *Oklahoma state university, AAT 9236744*.
- Kaplan, H. I & Sadock, B. J, (2003).** *Synopsis of Psychiatry: behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (9<sup>th</sup>ed.) New York, William & Wilkins.
- Kats-Gold, I, Besser, A & Priel, B, (2007).** The Role of Simple Emotion Recognition Skills among School Aged Boys at Risk of ADHD, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35 (3): 363-379.
- Kennedy, M, (1999).** A comparative analysis of the social skills of children with attention deficit/hyperactivity disorder, *City University of New York, Dissertation, AAT 9924821*.
- Kopp S, Kelly KB & Gillberg C, (2010).** Girls with social and/or attention deficits: a descriptive study of 100 clinic attenders, *Journal of Attention Disorders*, 14(2):167-81.
- Landau, S & Moore, L, (1991).** Social skills deficits in children with attention-deficit hyperactivity disorder, *School Psychology Review*, 20, 235- 251.
- Lee, S, Lahey, B. B, Owens, E. B & Hinshaw, S P, (2008).** Few Preschool Boys and Girls with ADHD are Well-Adjusted during Adolescence, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(3): 373-384.
- Marla, R, (2008).** Peer entry behavior of boys with and without ADHD. *Illinois State University, Dissertation, AAT 3272945*.

- Mikami, AY, (2010).** The importance of friendship for youth with attention-deficit/hyperactivity disorder, *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(2):181-98
- Mikami, A, Huang-Pollock, C. L, Pfiffner, L.G, McBurnett, K & Hangai, D, (2007).** Social Skills Differences among Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Types in a Chat Room Assessment Task, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35 (4): 509-522.
- Monastra, V. J, Lynn, S, Linden, M, Lubar, J.F, Gruzeliier, J & Avaqe, T. J, (2005).** Electroencephalographic biofeedback in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder, *Applied Psychophysiology of Biofeedback*, 30(2): 95-114.
- Moser, M, (2006).** Parents' stress and coping with their children's attention deficit hyperactivity disorder, *University of Maryland, College Park, Dissertation*, AAT 3222447.
- Nixon, E, (2001).** The social competence of children with attention deficit hyperactivity disorder: A review of the literature, *Child & Adolescent Mental Health*, 6, 172- 181.
- Ohan, J & Johnston, C, (2007).** What is the Social Impact of ADHD in Girls? A Multi-Method Assessment, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(2):239-250.
- Riley, C, DuPaul, G, Pipan, M, Kern, L, Brakle, J & Blum, N, (2008).** Combined Type versus ADHD Predominantly Hyperactive-Impulsive Type: Is there a difference in functional impairment?, *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*.
- Solanto, Mary V & Pope-Boyd, Sabrina A, (2009).** Social Functioning in Predominantly Inattentive and Combined Subtypes of Children With ADHD, *Journal of Attention Disorders*, 13(1), 27-35.
- Spira, E & Fischel, J, (2005).** The impact of preschool inattention, hyperactivity, and impulsivity on social and academic development: a review, *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 46(7): 755-773.
- Thapar, A & Solomando, A, (2008).** Attention deficit hyperactivity disorder, *Child psychiatry*, 7(8), 340-344.
- Valdizan, JR & Izaguerri, Gracia, AC, (2009).** Attention deficit hyperactivity disorder in adults, *Review of Neurology*, 48 95-99.
- Van der Oord, S, Van der Meulen, E. M, Prins, P.J.M, Oosterlaan, J, Buitelaar, J.K & Emmelkamp, P.M.G, (2005).** A psychometric evaluation of the social skills rating system in children with attention deficit hyperactivity disorder, *Behaviour Research and Therapy*, 43(6): 733-746.
- Wheeler, J & Carlson, C, L, (1994).** The social functioning of children with ADD with hyperactivity and ADD without hyperactivity: A comparison of their peer relations and social deficits, *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 2, 2-11.
- Young S & Amarasinghe, JM, (2010).** Practitioner review: Non-pharmacological treatments for ADHD: a lifespan approach, *J Child Psychol Psychiatry*, 51(2):116-33.