

مقایسه مهارت‌های اجتماعی، بی‌حوصلگی و مشکلات خواب در دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و دانش‌آموزان عادی

داود اکبرزاده*^۱، فرناز هویدا^۲، نصراله قلعه‌گیر و آسان^۳، جواد مصرآبادی^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۳/۰۸/۰۸ تاریخ پذیرش ۱۳۹۳/۱۱/۰۱

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: مشکلات و ناسازگاری‌های کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه-بیش‌فعالی لزوم توجه بیشتر به این اختلال را روشن‌تر می‌سازد. هدف پژوهش حاضر، مقایسه مهارت‌های اجتماعی، بی‌حوصلگی و کیفیت خواب در دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و دانش‌آموزان عادی بود. **مواد و روش کار:** پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری دانش‌آموزان مقطع پنجم ابتدایی در مدارس شهر تبریز بودند که از میان تعداد ۳۰ دانش‌آموز (۱۵ پسر و ۱۵ دختر) دارای نقص توجه/بیش‌فعالی و ۳۰ دانش‌آموز (۱۵ پسر و ۱۵ دختر) عادی با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه کانرز فرم والدین، آزمون هوشی ریون، پرسشنامه‌های مهارت اجتماعی ماتسون، بی‌حوصلگی فارمر و ساندبرگ و سنجش عادات خواب کودکان اونز و همکاران استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در مهارت‌های اجتماعی، بی‌حوصلگی و کیفیت خواب بین دانش‌آموزان دارای نقص توجه/بیش‌فعالی و دانش‌آموزان عادی تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی/کاستی توجه، مهارت‌های اجتماعی ضعیف‌تر و بی‌حوصلگی و مشکلات خواب بیشتری دارند؛ بنابراین توجه به برنامه‌های آموزشی و درمانی مؤثر بر مهارت‌های اجتماعی و افزایش حوصلگی و خواب در این دانش‌آموزان اهمیت ویژه‌ای دارد. **واژگان کلیدی:** مهارت اجتماعی، بی‌حوصلگی، مشکلات خواب، نارسایی توجه/بیش‌فعالی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و پنجم، شماره دوازدهم، ص ۱۰۷۵-۱۰۶۷، اسفند ۱۳۹۳

آدرس مکاتبه: تبریز، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تلفن: ۰۹۱۴۵۸۶۵۰۰۴

Email: Davoud.akbarzadeh@gmail.com

مقدمه

پرتنش و هیجانی مشخص می‌شوند و دارای انواع مشکلات ثانویه دیگر می‌باشند. مهم‌ترین این مشکلات عبارتند از: سطح پایین کارآمدی تحصیلی، سطح پایین حرمت خود، تضادورزی، رفتارهای ضداجتماعی، طردشدگی از سوی همسالان، اختلال‌های روابط خانوادگی، نارسایی‌های خاص شناختی و فراشناختی، نارسایی‌های خاص حسی-حرکتی و مشکلات خواب (۴).

از بین انواع اختلالات دوران کودکی، اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی^۵، شایع‌ترین اختلال عصبی-رفتاری است (۱) که در سال‌های اخیر کانون توجه عمومی، علمی و بالینی بوده است (۲). کودکان مبتلا به این اختلال علاوه بر سه نشانه اساسی بی‌توجهی، فزون‌کنشی و برانگیختگی (۳)، اغلب به‌عنوان تحریک‌پذیر، مداخله‌جو، پرجنب و جوش، نامرتب، پرخاشگر،

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز

^۳ کارشناسی ارشد مدیریت آموزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز

^۴ استادیار و عضو هیئت علمی گروه روانشناسی دانشگاه شهید مدنی آذربایجان

^۵ Attention Deficit Hyperactivity Disorder

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. لی^۳ و همکاران (۱۶) در پژوهشی نشان دادند که تعداد خیلی کمی از کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در طی مراحل رشد با زندگی اجتماعی سازگار می‌شوند.

یکی دیگر از عواملی که با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی مرتبط است، آمادگی برای بی‌حوصلگی، کم‌توجهی و نقص انگیزندگی است. بعضی محققان، بی‌حوصلگی^۴ را به‌عنوان حالتی از برانگیختگی نسبتاً پایین و احساس ناراضی که به یک موقعیت تحریکی نامناسب نسبت داده می‌شود، تعریف می‌کنند (۱۷). تادمن در تعریف بی‌حوصلگی بیان می‌دارد که یک حالت ناراضی است که به محیطی که به‌طور نامناسبی چالش برانگیز و بی‌جذب است، نسبت داده می‌شود و معمولاً با یک محدودیت توجه همراه است (۱۸). همچنین بی‌حوصلگی که در طیفی از متوسط تا شدید قرار می‌گیرد، به‌عنوان یک احساس ملالت، بی‌معنایی، پوچی، کسالت و فقدان تمایل به ارتباط با محیط فعلی توصیف می‌شود. رفتارهایی که اغلب با حالت بی‌حوصلگی همراه است شامل خمیازه کشیدن، نشانه‌های بی‌توجهی و بی‌قراری است (۱۹).

نتایج تعدادی مطالعات نشان داده‌اند که نمرات بالای آمادگی برای بی‌حوصلگی با انواع تمایلات و حالات رفتاری مرتبط هستند، برای مثال آمادگی برای بی‌حوصلگی به‌طور معناداری با تکانشی بودن و کنترل ضعیف تکانه وابسته است (۲۰). مطالعه والاس^۵ (۲۱) نشان داد که بین نمرات بالای آمادگی برای بی‌حوصلگی با نمرات بالای ناتوانی شناختی که تمایل به ایجاد اشتباهات در انجام تکالیف را اندازه می‌گیرد، رابطه دارد. گوردن^۶ (۲۲) در پژوهشی نشان داده است که نمرات بالای آمادگی برای بی‌حوصلگی با توجه پایین ارتباط دارد.

از سویی خواب فرایندی فعال است که به واسطه سیستم عصبی مرکزی، عوامل عصبی-غدد درون‌ریز و رفتاری تنظیم می‌شود. خواب و استراحت نقش ترمیمی و حفاظتی داشته و در بازسازی قوای جسمی و هیجانی سهیم هستند. اغلب افراد تا زمانی که به مشکلات ناشی از خواب دچار نشوند، به فواید خواب توجه ندارند (۲۳). رابطه میان خواب و اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی رابطه پیچیده‌ای است و می‌تواند یک چرخه معیوب داشته باشد. بیش‌فعالی می‌تواند منجر به مشکلات خواب شود و کم

در DSM-IV-TR، اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی به‌عنوان الگوی پایدار عدم توجه و تکانش‌گری تعریف شده است و در واقع نوعی اختلال مزمن شدید در تحول روانی می‌باشد و بر اساس آن متخصصان بهداشت روان باید حداقل ۶ رفتار از ۹ رفتار مشکل‌ساز را در کودک تأیید کنند تا تشخیص اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی داده شود، نشانه‌ها باید استمرار داشته باشند (۶ ماه) و نخستین بار بعد از ۳ سالگی و قبل از ۷ سالگی شروع شوند (۵). آمارها نشان می‌دهد که به‌طور تقریبی ۳ تا ۵ درصد از کودکان سن مدرسه را در برمی‌گیرد؛ به‌طوری‌که در ۵۰ درصد از کودکان مراجعه‌کننده به مراکز روان‌پزشکی اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی مشهود است (۶). همچنین میزان بروز در پسرها بیشتر از دخترها و با نسبتی بین ۲ بر ۱ می‌باشد (۵).

عوامل سببی بسیار متنوعی برای اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی مطرح شده است. باوجوداین، هیچ متغیری را به‌تنهایی نمی‌توان عامل تکوین و پیدایش آن دانست. به‌طور کلی متغیرهای عمده سببی شناسایی شده‌اند که می‌توان تحت عنوان عوامل عصبی، واکنش‌های سمی، عوامل زیستی و محیطی مقوله‌بندی کرد (۷).

مهارت اجتماعی مجموعه رفتارهای آموخته شده‌ای است که فرد را قادر می‌سازد با دیگران رابطه اثربخش داشته باشد و از واکنش‌های غیر منطقی اجتماعی خودداری کند (۸). همکاری، مشارکت با دیگران، کمک کردن، آغازگر رابطه بودن، تقاضای کمک کردن، تعریف و تمجید از دیگران و قدردانی کردن، مثال‌هایی از این نوع رفتار است. یادگیری رفتارهای فوق و ایجاد رابطه اثر بخش با دیگران یکی از مهم‌ترین دستاوردهای دوران کودکی است. متأسفانه همه کودکان موفق به فراگیری این مهارت‌ها نمی‌شوند. به همین دلیل، اغلب این کودکان با عکس العمل‌های منفی از سوی بزرگسالان و کودکان دیگر رو به رو می‌شوند. کودکانی که مهارت اجتماعی کافی کسب کرده‌اند در ایجاد رابطه با همسالان (۹) و یادگیری در محیط آموزشی (۱۰) موفق‌تر از کودکانی هستند که فاقد این مهارت‌ها هستند.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کودکان مبتلا به نارسایی توجه- بیش‌فعالی در مقایسه با همسالان بدون این اختلال، مشکلات بیشتری را در روابط اجتماعی با همسالان و والدین (۱۱)، برادر و خواهر (۱۲) و معلم (۱۳) تجربه می‌کنند. در پژوهشی دیگر توسط یانگ و امارسینگ^۱ (۱۴) مشخص گردید که کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در مهارت‌های اجتماعی مشکلات بیشتری را دارند. نتایج پژوهش فاسل^۲ و همکاران (۱۵)

³. Lee

⁴. boredom

⁵. Wallace

⁶. Gordon

¹. Young & Amarasinghe

². Fussell & et al

دانش‌آموز عادی (۱۵ پسر و ۱۵ دختر) نیز بعد از همتاسازی بر اساس جنس، سن و پایه تحصیلی و بهره هوشی به‌عنوان گروه مقایسه انتخاب شدند. در خصوص ملاحظات اخلاقی پس از کسب رضایت‌نامه و دادن آگاهی‌های لازم به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت شده فقط در پژوهش حاضر استفاده خواهد شد و از هر گونه سوء استفاده محفوظ خواهد ماند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد: مقیاس درجه‌بندی کانرز (فرم والدین) دارای ۲۷ سؤال می‌باشد که توسط مادران تکمیل شده است و دارای ۴ زیر مقیاس مخالفت‌جویی، مشکلات شناختی/ بی توجهی، بیش‌فعالی و شاخص ADHD می‌باشد. نمره خام آزمودنی در هر زیر مقیاس از مجموع درجه‌بندی والدین از (۳ تا ۰) در عبارات مربوط به آن زیر مقیاس محاسبه می‌شود و سپس بر اساس سن و جنس او به نمرات معیار t تبدیل می‌شود. نمره معیار مساوی یا بیشتر از ۶۵ معمولاً نشانگر مشکلات قابل توجهی در آن زیر مقیاس است. ضریب پایایی درونی با دامنه‌ای از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰ گزارش شده است (۲۷). همچنین از آزمون هوشی ریون که برای اندازه‌گیری هوش در گروه سنی ۹ تا ۱۸ سال توسط ریون ساخته شده است، استفاده گردید که دارای ۶۰ آیت می‌باشد. ضریب همسانی درونی این آزمون با میانگین ۰/۹۰ و ضریب پایایی بازآزمایی با میانگین ۰/۸۲ گزارش شده است (۲۸). از پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی برای سنجش مهارت‌های اجتماعی کودکان و نوجوانان تهیه گردیده است. این پرسشنامه توسط ماستن ساخته شده و ۵۶ آیت دارد و مهارت‌های اجتماعی مناسب، رفتارهای غیر اجتماعی، پرخاشگری، برتری طلبی و حسادت/ گوشه‌گیری را اندازه‌گیری می‌کند. آزمودنی بر اساس یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) به هر آیت پاسخ می‌دهد. دامنه نمرات این مقیاس از صفر تا ۲۲۴ می‌باشد (۲۹). یوسفی و خیر (۳۰) ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. همچنین اعتبار همزمان این پرسشنامه با آزمون مهارت‌های اجتماعی بیابانگرد ۰/۸۳ می‌باشد. برای سنجش بی‌حوصلگی از مقیاس آمادگی برای بی‌حوصلگی که توسط فارمر و ساندبرگ^۳ ساخته شده است، استفاده گردید. پاسخ‌دهی به این پرسشنامه بر اساس یک طیف ۷ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم انجام می‌شود. حداکثر نمره برابر با ۱۹۶ و حداقل نمره برابر با ۲۸ است. ضریب پایایی این مقیاس از طریق ضریب بازآزمایی در فاصله زمانی ۱ تا ۳ هفته بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ و همچنین میزان همسانی درونی این مقیاس برابر با ۰/۷۹ گزارش شده است (۳۱). همچنین از

خوابی نیز می‌تواند علائم بیش‌فعالی را تشدید کند. کورکام^۱ و همکاران (۲۴) گزارش کردند که بالای ۵۰ درصد از کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعال دارای مشکلات خواب هستند. همچنین بر اساس پژوهش‌های والبی^۲ و همکاران (۲۵)، ۲۵ تا ۵۰ درصد کودکان و بیشتر از ۵۰ درصد بزرگسالان دارای اختلال بیش‌فعالی از مشکلات خواب رنج می‌برند؛ در حالی که برخی مطالعات نیز نشان داده‌اند که در خواب این کودکان هیچ‌گونه وضعیت غیر عادی وجود ندارد (۲۶).

در مجموع با توجه به شیوع بالای اختلال‌های یادگیری و کاستی توجه/ بیش‌فعالی و زیان‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، خانوادگی و فردی حاصل از این اختلال‌ها، اهمیت مهارت‌های اجتماعی، بی‌حوصلگی و مشکلات خواب به‌عنوان عوامل مؤثر در موفقیت، پیشرفت، سلامت و کاهش مشکلات روان‌شناختی این دانش‌آموزان و شناسایی عوامل تشدیدکننده و پیشگیری از پیامدهای آن ضروری به نظر می‌رسد. همچنین خلأهای پژوهشی، ناهمسو بودن برخی از مطالعات، از اهمیت دیگر این تحقیق می‌باشد؛ بنابراین بر اساس مباحث نظری و تجربی، هدف پژوهش حاضر مقایسه مهارت‌های اجتماعی، بی‌حوصلگی و مشکلات خواب در دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی و دانش‌آموزان عادی است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان پسر و دختر دارای اختلال کاستی توجه/ بیش‌فعالی و دانش‌آموزان عادی پایه پنجم ابتدایی بودند که در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ در مدارس ابتدایی شهر تبریز مشغول به تحصیل بودند. با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای، ابتدا به صورت تصادفی ۴ مدرسه دخترانه و ۴ مدرسه پسرانه و از هر کدام از این مدارس ۳ کلاس به صورت تصادفی انتخاب شد. از میان کلاس‌های مذکور با توضیح علائم اختلال بیش‌فعالی/ کاستی توجه به معلمان و نظر آنان دانش‌آموزان مشکوک به بیش‌فعالی/ کاستی توجه انتخاب شدند. کودکان مبتلا به کاستی توجه/ بیش‌فعالی بر پایه معیارهای تشخیصی DSM-IV و مقیاس کانرز فرم والدین تشخیص داده شدند. میانگین هوشبهر آزمودنی‌های پژوهش بر اساس تست ریون بین ۹۴-۱۱۵ بود. در نهایت به منظور تشخیص افتراقی و عدم همپوشی اختلال‌ها در افراد نمونه ۳۰ دانش‌آموز دارای اختلال کاستی توجه/ بیش‌فعالی (۱۵ پسر و ۱۵ دختر) انتخاب شدند. ۳۰

¹. Corkum

². Hvolby

³. Farmer & Sundberg

کرونباخ پرسشنامه در پژوهش اونز و همکاران ۰/۷۹ گزارش شده است (۳۲).

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-16 و آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) تجزیه تحلیل شدند. سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

جدول ۱ یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. همانطور که ملاحظه می‌شود افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی نمرات بالاتری را در مقیاس مهارت‌های اجتماعی، بی‌حوصلگی و مشکلات خواب نسبت به افراد عادی به دست آورده‌اند.

پرسشنامه سنجش عادات خواب کودکان که توسط اونز و همکاران ساخته شده است، استفاده گردید. این پرسشنامه مشتمل بر ۳۳ قسمت می‌باشد که از آن برای غربال‌گری اختلالات خواب در کودکان ۳ تا ۱۲ ساله استفاده می‌شود. سؤالات به صورت چند گزینه‌ای بوده و از آن‌ها خواسته می‌شود در صورت تکرار رفتار به صورت ۵-۷ روز در هفته گزینه معمولاً (امتیاز ۳)، ۴-۲ بار در هفته گزینه گاهی اوقات (امتیاز ۲)، ۱-۰ بار در هفته گزینه ندرتاً (امتیاز ۱) را علامت‌گذاری نمایند. روایی ابزار با استفاده از روش اعتبار محتوا ارزیابی شد و پایایی آن با روش آزمون مجدد بر روی ۱۰ کودک ۱۱ تا ۶ به میزان ۰/۹۷ گزارش گردید. هر چه امتیاز بیشتر باشد، اختلال خواب شدیدتر خواهد بود. ضریب آلفای

جدول (۱): میانگین و انحراف معیار متغیرهای مهارت‌های اجتماعی، بی‌حوصلگی و مشکلات خواب به تفکیک گروه‌های پژوهشی

متغیرها	اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی		عادی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مهارت اجتماعی مناسب	۲۸/۸۰	۷/۵۰	۳۸/۱۰	۳/۳۸
مهارت‌های غیراجتماعی	۴۰/۵۰	۵/۲۱	۳۱/۵۰	۸/۰۴
پرخاشگری	۳۶/۸۰	۴/۰۴	۲۷/۲۲	۷/۳۱
برتری‌طلبی	۳۷/۶۰	۳/۵۰	۲۸/۴۰	۷/۶۳
حسادت/ گوشه‌گیری	۳۷/۱۰	۴/۵۸	۲۸/۹۰	۷/۱۸
مهارت‌های اجتماعی کل	۱۸۰/۸۰	۱۹/۳۶	۱۵۴/۱۰	۳۰/۰۶
بی‌حوصلگی	۱۲۰/۵۰	۲۶/۵۴	۷۶/۵۴	۱۹/۲۸
مشکلات خواب	۷۸/۸۵	۶/۲۹	۶۵/۳۴	۱۰/۸۰

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیره جهت رعایت پیش‌فرض‌های آن از آزمون باکس و لوین استفاده شد. بر اساس آزمون باکس که برای هیچ یک از متغیرها معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس به درستی رعایت شده است ($P=۰/۵۹$). همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود بر اساس آزمون لوین و عدم معناداری آن برای همه متغیرها شرط همسانی واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است؛ بنابراین آزمون تحلیل واریانس چند متغیره قابل اجرا است.

جدول (۲): نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در متغیرهای پژوهش

متغیرها	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	P
مهارت اجتماعی مناسب	۲/۸۱	۱	۵۸	۰/۰۹
مهارت‌های غیراجتماعی	۰/۰۴	۱	۵۸	۰/۸۳
پرخاشگری	۰/۰۴	۱	۵۸	۰/۹۳
برتری‌طلبی	۰/۷۰	۱	۵۸	۰/۴۰
حسادت/ گوشه‌گیری	۰/۵۹	۱	۵۸	۰/۴۴
مهارت‌های اجتماعی کل	۳/۸۲	۱	۵۸	۰/۱۲
بی‌حوصلگی	۱/۶۱	۱	۵۸	۰/۲۰
مشکلات خواب	۵/۷۰	۱	۵۸	۰/۱۱

مانوا) را مجاز شمرد. نتایج نشان داد که حداقل بین یکی از متغیرهای مورد بررسی در بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج مشخصه آماری لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب مهارت‌های اجتماعی، بی‌حوصلگی و مشکلات خواب معنی‌دار می‌باشد ($P < 0.001$, $F=9/54$, $F=0/66$ لامبدای ویلکز)؛ بنابراین آزمون فوق قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره

جدول (۳): نتایج آزمون‌های معناداری مانوا بر اثر اصلی متغیر گروه بر متغیرهای وابسته

متغیرها	آزمون	ارزش	F	P
گروه	پیلای-بارتل	۰/۳۳	۹/۵۴	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۶۶	۹/۵۴	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۰/۵۰	۹/۵۴	۰/۰۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه خطا	۰/۵۰	۹/۵۴	۰/۰۰۱

جدول (۴): آزمون مانوا برای تعیین تفاوت بین گروهی در متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	SS	df	MS	F	P
مهارت اجتماعی مناسب	۷۲/۹۰	۱	۷۲/۹۰	۹/۶۰	۰/۰۰۲
مهارت‌های غیر اجتماعی	۵۸/۸۰	۱	۵۸/۸۰	۱۲/۱۲	۰/۰۰۱
پرخاشگری	۲۸/۹۰	۱	۲۸/۹۰	۸/۴۰	۰/۰۰۴
برتری طلبی	۲۴۷/۵۰	۱	۲۴۷/۵۰	۲۳/۹۰	۰/۰۰۰
حسادت/ گوشه‌گیری	۶۵/۰۲	۱	۶۵/۰۲	۸/۹۳	۰/۰۰۳
مهارت‌های اجتماعی کل	۲۰/۳۰	۱	۲۰/۳۰	۵/۲۱	۰/۰۲۴
بی‌حوصلگی	۲۸۰/۹۰	۱	۲۸۰/۹۰	۴/۴۴	۰/۰۳۷
مشکلات خواب	۷۴/۲۵	۱	۷۴/۲۵	۱۱/۱۶	۰/۰۰۱

است بدانند که در موقعیت‌های اجتماعی به‌طور شایسته رفتار کنند، اما بسیاری از اوقات در رفتار کردن به‌طور مناسب شکست می‌خورند. نیکسون^۱ (۳۳) بیان می‌کند که مشکلات اجتماعی کودکان دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی با توجه به وظایف میان فردی 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 پاسخ‌های خود را به پدیده‌های اجتماعی بازسازی کنند. در تبیین این یافته پژوهش می‌توان گفت مشکلاتی که دانش‌آموزان دارای نقص توجه/ بیش‌فعال در تعاملات اجتماعی از خود نشان می‌دهند، معمولاً به فقدان مهارت‌های لازم در زمینه پیش‌قدم بودن و نگهداشتن ارتباطات اجتماعی مثبت بر می‌گردد (۳۴). همچنین آگالیوتیس و کالوا^۲ (۳۵) نشان دادند که بسیاری از کودکان نقص توجه/ بیش‌فعال در تعاملات غیرکلامی‌شان با مشکلاتی روبرو هستند، در حالیکه توانایی‌های غیرکلامی از جمله

نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که میانگین نمرات اجتماعی کل ($F=5/21$)، بی‌حوصلگی ($F=4/44$)، مشکلات خواب ($F=11/16$) است؛ یعنی به‌طور معناداری میانگین مهارت‌های اجتماعی، بی‌حوصلگی و مشکلات خواب در دانش‌آموزان نارسایب توجه/ بیش‌فعال نسبت به دانش‌آموزان عادی بیشتر است.

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه مهارت‌های اجتماعی، بی‌حوصلگی و مشکلات خواب در دانش‌آموزان نقص توجه/ بیش‌فعالی و عادی بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین دو گروه از دانش‌آموزان نقص توجه/ بیش‌فعالی و عادی در مهارت‌های اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنا که دانش‌آموزان نقص توجه/ بیش‌فعالی در مقایسه با دانش‌آموزان عادی از مهارت‌های اجتماعی پایین‌تری برخوردارند. این یافته با نتایج پژوهش‌های یانگ و امارسینگ (۱۴)، فاسل و همکاران (۱۵) و لی و همکاران (۱۶) همسو است. افراد دارای اختلال بیش‌فعالی ممکن

¹. Nixon

². Agaliotis & Goudiras

مؤلفه‌های مهم در مهارت‌های اجتماعی می‌باشد. از سوی دیگر می‌توان گفت دانش‌آموزان نقص توجه/بیش فعال شاید به دلیل بکارگیری الگوی پرخاشگرانه و الگوی کناره‌گیری و همچنین به دلیل فقدان توانایی رمزگشایی علایم غیرکلامی در تعاملات اجتماعی در مقایسه با دانش‌آموزان بهنجار از کمترین امتیاز مثبت در زمینه برقراری روابط اجتماعی برخوردار هستند. یافته دیگر پژوهش نشان داد که بین دو گروه از دانش‌آموزان نقص توجه/بیش فعالی و عادی در متغیر بی‌حوصلگی تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنا که دانش‌آموزان نقص توجه/بیش فعالی در مقایسه با دانش‌آموزان عادی دارای نمره بی‌حوصلگی پایین‌تری هستند. این یافته با نتایج پژوهش‌های مطالعه والاس (۲۱) و گوردن (۲۲) همسو است. برخی محققین آمادگی برای بی‌حوصلگی را به‌عنوان نتیجه سرگردانی در توجه می‌دانند؛ همچنین بی‌حوصلگی را به‌عنوان یک ناراضی‌تی، حالت عاطفی زودگذر که افراد احساس فراگیر فقدان علاقه و دشواری در تمرکز بر فعالیت فعلی دارند، تعریف می‌کند. همچنین برخی مطالعات نشان داده‌اند که بی‌حوصلگی در کودکان ناشی از نقص در ناحیه‌ای است که کنترل برخی از کنش‌ها را بر عهده دارد. این بچه‌ها ممکن است یک نقص در لوب پیشانی داشته باشند. لوب پیشانی کنترل برخی از کنش‌ها؛ مثل استدلال کردن، حل مسأله، حافظه کاری، توجه و انعطاف در تفکر را بر عهده دارد؛ بنابراین اختلال در این توانایی‌ها باعث بی‌حوصلگی می‌شود (۳۶). در یک مطالعه جیانگ^۱ و همکاران (۳۷) پاسخ‌های مغز به تجربه تکراری بینایی را در افراد مستعد بی‌حوصلگی بررسی کردند؛ نتایج نشان داد که مؤلفه‌های کند مثبت در لوب فرونتال با آمادگی برای بی‌حوصلگی وابسته است.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که بین دو گروه از دانش‌آموزان نقص توجه/بیش فعالی و عادی در متغیر بی‌حوصلگی تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنا که دانش‌آموزان نقص توجه/بیش فعالی در مقایسه با دانش‌آموزان عادی دارای مشکلات خواب بیشتری هستند. این یافته نیز با نتایج پژوهش‌های کورکام و همکاران (۲۴)، والبی و همکاران (۲۵) همسو بوده و با مطالعه یون^۲ و همکاران (۲۶) که معتقد بودند در خواب این کودکان هیچ گونه وضعیت غیر عادی وجود ندارد، ناهمسو است. باتوجه به این که دانش‌آموزان دارای نقص توجه/بیش فعال مشکلات هیجانی و

اجتماعی قابل ملاحظه‌ای دارند و نسبت به هم‌تایان عادی خود در معرض خطر بیش‌تری برای ابتلا به انواع مشکلات هیجانی و اجتماعی قرار دارند، این امر احتمالاً آن‌ها را بیش‌تر مستعد مشکلات خواب می‌کند؛ چرا که الگوهای خواب آشفته می‌تواند انعکاس دهنده اضطراب یا نگرانی‌های هیجانی اساسی درباره شایستگی هوشی و تحصیلی باشد (۲۵). از دلایل احتمالی دیگر برای شیوع بالای مشکلات خواب در بین کودکان می‌توان به تأخیر در بلوغ، الگوهای فرزندپروری به وسیله والدین دلوپسی که مشکلات خواب کودکان را به صورت غیرعمدی تشویق و حمایت می‌کنند، اشاره کرد (۳۸). ارتباط بین بیش‌فعالی/کاستی توجه و مشکلات خواب مبهم و نامشخص است. بیماران دارای اختلال‌های خواب می‌توانند همان نشانه‌های بیش‌فعالی/کاستی توجه را نشان دهند و بیماران کاستی توجه/بیش‌فعال می‌توانند از ویژگی‌های اختلال‌های خواب رنج ببرند. برخی پژوهشگران عقیده دارند که مشکلات خواب جز خصوصیات اصلی کاستی توجه/بیش‌فعالی نیست و تنها در حضور هم‌ایندی با اختلال‌ها و مشکلات خلقی مانند افسردگی و اضطراب که زیر بنایی برای اختلال‌های خواب هستند یا در اثر استفاده از محرک‌های پزشکی، اتفاق می‌افتد (۲۶).

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند در خدمت والدین، متصدیان امور تربیتی، متخصصان بالینی و پژوهشگران علاقمند به این زمینه‌ها قرار گیرد و گامی هر چند کوچک، اما مفید در تعیین و تغییر راهبردهای پرورشی و درمانی باشد. پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در گروه‌های سنی دیگر و در رابطه با سایر اختلالات دوران کودکی و نوجوانی صورت گیرد. همچنین با توجه به روش پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود که این موضوع به شکل اثربخشی مورد استفاده و در برنامه‌ها و اهداف دست‌اندرکاران تربیتی و درمانی مورد توجه قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله نویسندگان بر خود لازم می‌دانند تا از تمام افرادی که در جمع‌آوری داده‌ها نقش داشته‌اند و همچنین از استادان گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز تقدیر و تشکر نمایند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که بین دو گروه از دانش‌آموزان نقص توجه/بیش فعالی و عادی در متغیر مشکلات خواب تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنا که دانش‌آموزان نقص توجه/بیش فعالی در مقایسه با دانش‌آموزان عادی دارای مشکلات خواب بیشتری هستند. این یافته نیز با نتایج پژوهش‌های کورکام و همکاران (۲۴)، والبی و همکاران (۲۵) همسو بوده و با مطالعه یون^۲ و همکاران (۲۶) که معتقد بودند در خواب این کودکان هیچ گونه وضعیت غیر عادی وجود ندارد، ناهمسو است. باتوجه به این که دانش‌آموزان دارای نقص توجه/بیش فعال مشکلات هیجانی و

1. Jiang

2. Yoon

References:

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. New York: American Psychiatric Association; 2000.P. 312-25.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Attention deficit/hyperactivity disorder. In: Greenhill LL, Hechtman LI, editors. Comprehensive textbook of psychiatry. 9th ed. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins; 2009.P. 356-9.
- Faraone SV, Biederman J. What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. *J Atten Disord* 2005; 9(2): 384-91.
- Dadsetan P. Developmental psychopathology: From infancy through adulthood. Tehran, Iran: Samt Publication; 2010. p. 221-37. (Persian)
- Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 122-331.
- Touzand jani H, Tavakkoli zadeh J, Kamalpour N. Child Psychopathology. Mashhad, Iran: Publication Marandiz; 2007. (Persian)
- Anastopoulos AD, Barkley RA. Biological factors in attention deficit hyperactivity disorder. *The Behavior Therapist* 1988; 11: 47-53.
- Davoudi I, Mazarei Kasani R, Mehrabizadeh Honarmand M. Social skill, life satisfaction and locus of control in normal-hearing and hearing-impaired students. *Audio* 2014; 23(2):66-73. (Persian)
- Asher S, Taylor A. The social outcomes of mainstreaming: sociometric assessment and beyond. *Exceptional children quarterly* 2001; 12: 12-39.
- Walker D, Hopes j. Matson evaluation of social skills with youngsters. McGraw- Hill; 2003.
- Peris TS, Hinshaw SP. Family dynamics and preadolescent girls with ADHD: The relationship between expressed emotion, ADHD symptomatology, and comorbid disruptive behavior. *J Child Psychology & Psychiatry* 2003; 44: 1177-90.
- Mikami AY, Huang-Pollock CL, Pfiffner LJ, McBurnett K, Hangai D. Social skills differences among Attention deficit/hyperactivity disorder subtypes in a chat room assessment task. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2007; 35: 509-21.
- Stormont M. Social outcomes of children with AD/HD: Contributing factors and implications for practice. *Psychology in the Schools* 2001; 38: 521-31.
- Young S, Amarasinghe JM. Practitioner review: Non-pharmacological treatments for ADHD: a lifespan approach. *J Child Psycho Psychiatry* 2010; 51(2):116-33.
- Fussell J, Macias M, Saylor C. Social Skills and Behavior Problems in Children with Disabilities with and without Siblings. *Child Psychiatry & Human Develop* 2005; 36(2):227-41.
- Lee S, Lahey BB, Owens EB, Hinshaw SP. Few Preschool Boys and Girls with ADHD are Well-Adjusted during Adolescence. *J Abnormal Child Psychology* 2008; 36(3): 373-84.
- Mikulas WL, Vodanovich SJ. The essence of boredom. *Psycho Record* 1993; 43: 3-12.
- Todman M. Boredom and psychotic disorders: Cognitive and motivational issues. *Psychiatry* 2003; 66(2): 146-67.
- Sundberg ND, Laktin CA, Farmer R, Soud J. Boredom in young adult: Gender and culture comparisons. *Proceeding of the 46th Annual International Council of Psychologist* 1998; 21-25: 1988: 1-25.
- Watt DJ, Vodanovich SJ. Boredom proneness and psychological development. *J Psycho* 1999; 133(3): 303-14.
- Wallace J. Predicting cognitive failure from boredom proneness and daytime sleeping score: An investigation within military and

- undergraduate sample. *Personality and Individual Difference* 2003; 34(5): 635-44.
22. Gordon A. The psychometric properties of the Boredom Proneness Scale: An examination of its validity. *Psychological Studies* 1997; 42(5): 85-97.
23. Asadnia S, Sepehrianazar F, Mosarrezaii Aghdam A, Saadatmand S. Comparison of sleep quality and migraine headaches in people with proper and improper and poor sleep. *Urmia Med J* 2013; 23(7): 799-806. (Persian)
24. Corkum P, Tannock R, Moldofsky H. Sleep disturbance in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J American Academy Child Adolescent Psychiatry* 1998; 37: 637-46.
25. Hvolby A, Jorgensen J, Bilenberg N. Parental rating of sleep in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2009; 18(7): 429-38.
26. Yoon SYR, Jain U, Shapiro C. Sleep in attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adults .past, present and future. *Sleep Med Rev* 2012; 16(4): 371-88.
27. Conners CK. Manual for Conners' rating scales: Conners' teacher rating scales: Conners' parent rating scales. Toronto, CA: Multi-Health Systems; 1990.
28. Shahim S, Yosefi F, Shahaiean A. Standardization and psychometric properties of rating scale Conner – Teacher Form. *J Educ Sci Psychol* 2008; 3(14): 1-26.
29. Matson JL, Rotatori AF, Helsel WJ. Development of a rating scale to measure social skills in children: The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY). *Behav Rese Thera* 1983; 21 (4): 335-34.
30. Yosefi F, Khair M. The reliability and validity of a scale to measure social skills Matson and compare the performance of boys and girls high on this scale. *J Soc Sci Hum Shiraz Univ* 2002; 18(2): 147-58. (Persian)
31. Farmer RF, Sundberg ND. Boredom proneness- the development and correlates of a new scale. *J Personality Assessment* 1986; 50(5): 4-17.
32. Owens JA, Spirito A, McGuinn M, Nobile CH. Sleep habits and sleep disturbance in elementary school-aged children. *J Develop Behav Pediatr* 2000; 21 (1): 27-36.
33. Nixon E. The social competence of children with attention deficit hyperactivity disorder: A review of the literature, *Child & Adolescent Mental Health* 2001; 6: 172-81.
34. Bauminger N, Kimhi-Kind I. Social information processing, security of attachment, and emotion regulation in children with learning disabilities. *J Learning Disabilities* 2008; 41: 315-32.
35. Agaliotis I, Goudiras D. A profile of interpersonal conflict resolution of children with learning disabilities. *Learning Disabilities. Contemporary J* 2004; 2: 15-29.
36. Farhadi A, Pouretamad HR, Asgari A, Khoshabi K. Predictors of boredom in adolescents. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2011; 13(1): 94-104.
37. Jiang Y, Haxby JV, Martin A, Ungerleider LG, Parasuraman R. Complementary neural mechanisms for tracking items in human working memory. *Science* 2000; 287(20): 643-6.
38. Fakier N, Wild LG. Associations among sleep problems, learning difficulties and substance use in adolescence. *J Adoles* 2011; 34: 717-26.

COMPARISON OF SOCIAL SKILL, IMPATIENCE AND SLEEP PROBLEMS AMONG NORMAL STUDENTS AND STUDENTS WITH ATTENTION DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER

Davoud Akbarzadeh^{1}, Farnaz Hovida², Nasrolah Galegiroasan³, Javad Mesrabadi⁴*

Received: 30 Oct , 2014; Accepted: 21 Jan , 2015

Abstract

Background & Aims: Various problems and maladjustments of children suffering from attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) necessitate paying more attention to the disorder. The aim of the present study was to compare the social skill, impatience and sleep problems among students with attention deficit/hyperactivity disorder and normal students.

Materials & Methods: This causal-comparative study was conducted on all students of 5th grade of normal schools in 2013 in Tabriz city. About 30 students with ADHD (15 boys and 15 girls) and 30 normal students (15 boys and 15 girls) were selected by multi-stage cluster sampling method. Data were collected through Conners's questionnaire, Raven IQ test, social skills Matson, Impatience Farmer & Sundberg and Child Sleep Habits Questionnaire. The data were analyzed through the multiple analyses of variance (MANOVA).

Results: The results of multivariate analysis of variance showed statistically meaningful difference in social skills, impatience, and sleep problems among students with attention deficit/hyperactivity disorder and normal students.

Conclusion: Given that the children with hyperactivity disorder /attention deficits, poor social skills and more irritability have more sleep problems; therefore, effective educational programs on social skills and increased irritability and sleep is important on these students.

Keywords: Social skill, Impatience, Sleep problems, Attention deficit/hyperactivity

Address: Faculty of Humanities and Education, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

Tel: +98 09145865004

Email: Davoud.akbarzadeh@gmail.com

SOURCE: URMIA MED J 2015; 25(12): 1076 ISSN: 1027-3727

¹ Master in Educational Psychology, Faculty of Humanities and Education, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran (Corresponding Author)

² Master in Educational Psychology, Faculty of Humanities and Education, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

³ Master in Education Management, Faculty of Humanities and Education, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

⁴ Associate Professor, Educational Psychology Department, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran