

مقایسه منزلت اجتماعی کودکان پسر مبتلا به اختلالات رفتاری ایدائی و بهنجار در مقطع ابتدائی

A Comparison of the Social Status of young Children with Disruptive Behavior Disorder and Normal Children in the school stage

نسیم استکی آزاد^۱

شعله امیری^۲

حسین مولوی^۳

چکیده

Nasim Steki Azad

Sholeh Amiri

Hossein Molavi

مقدمه: پژوهش با هدف بررسی و مقایسه منزلت اجتماعی کودکان پسر مبتلا به اختلالات رفتاری ایدائی و بهنجار ۹-۱۱ ساله در مقطع ابتدائی (مقاطع سوم، چهارم، و پنجم ابتدائی) شهر اصفهان صورت پذیرفته است. روش: آزمودنی‌های این پژوهش ۱۳۲ کودک بودند که ۴۲ نفر از کودکان پسر مبتلا به اختلالات رفتاری ایدائی، (از هر کدام از اختلالات کمبود توجه/فزون کنشی ۲۱، اختلال سلوک ۱۲ و اختلال نافرمانی مقابله‌ای ۹ کودک) و ۹۰ نفر از کودکان پسر بهنجار انتخاب شدند. طرح پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است. ابزار مورد استفاده مقیاس سنجش روابط همگنان برای تعیین منزلت اجتماعی و آزمون تشخیصی علائم مرضی کودکان فرم والدین (ویرایش چهارم) بود که پس از انتخاب آزمودنی‌ها، آزمون بصورت فردی اجرا شد. داده‌های پژوهش با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا)، مورد تحلیل قرار گرفته‌اند. یافته‌ها: نتایج به دست آمده نشان داد که بین میانگین نمرات زیرمقیاس زورگویی ($P \leq 0/001$)، قربانی ($P \leq 0/001$)، و رفتار پسندیده اجتماعی ($P \leq 0/006$)، در چهار گروه کودکان پسر بهنجار و مبتلا به اختلال رفتاری ایدائی (اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای) تفاوت معناداری وجود داشت. نتیجه‌گیری: در نتیجه اختلالات رفتاری می‌تواند منزلت اجتماعی کودک در گروه همگنان را متأثر کند و بهداشت روانی فرد را در آینده پیش‌بینی نماید.

Abstract

Introduction: The present study is an attempt to compare the social status of school children with disruptive behavior disorder with normal school children. **Method:** The study was based on causative-comparative design. A sample of forty-two boys aged 9-11 years with disruptive behavior disorder and ninety boys aged 9-11 years old without disruptive behavior disorder from Isfahan participated in the study. The participants answered Peer Relationship Quality (PRQ) test, and CSI-4 for school children. **Results:** Data was analyzed using MANCOVA. Results showed that there was a significant difference between social status aspects of boys with disruptive behavior disorder and boys without such disorder regarding bullying, victimizing, and prosocial behavior. **Conclusions:** Disruptive behavior disorders have impact on social status of young boys and can predict their mental health in the future.

Keywords: Social status, Disruptive behavior disorder, Attention deficit hyperactivity disorder, Conduct disorder, Oppositional defiant disorder & Peer relationships.

کلیدواژه‌ها: منزلت اجتماعی، اختلالات رفتاری ایدائی، اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی، اختلال سلوک، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و روابط همگنان

^۱ کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیاز خاص دانشگاه اصفهان.

azad.psy@gmail.com

^۲ دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان.

^۳ اسناد گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان.

تاریخ دریافت مقاله: اسفند ۱۳۸۹، تاریخ پذیرش مقاله: خرداد ۱۳۹۰

مقدمه

منزلت اجتماعی^۱ و جایگاهی که فرد در بین همگنان^۲ دارد، از چند بُعد واجد اهمیت است. نخست باید اشاره شود که به تدریج که کودکان به دنیای اجتماعی وارد می‌شوند و با دیگران ارتباط برقرار می‌کنند، نقشی که دیگران در تحول آنان ایفا خواهند کرد اهمیت می‌یابد. "دیگران" در ابتدا همگنانی هستند که به شکل همبازی یا همکلاسی رفتار او را تحت تأثیر قرار خواهند داد (امیری، ۱۳۸۲). روابط همگنان یکی از مهمترین جنبه‌های رشد اجتماعی کودکان است (رایس،^۳ ترجمه فروغان، ۱۳۸۷) و منزلت اجتماعی کودک را رقم می‌زند. از جمله جنبه‌های واضح و مشخص روابط همگنان، دوستی، ویژگی‌ها و خصوصیات دوستان، پذیرش همگنان یعنی میزان دوست داشتن کودک در بین گروه همگنان و طرد یا عدم پذیرش یعنی عدم دوست داشتن کودک در بین همگنان می‌باشد (هارتاپ،^۴ ۱۹۹۶؛ به نقل از بگول، مولینا، پلهام و هوزا،^۵ ۲۰۰۱). ویژگی‌های جهانی مانند مهربانی و اجتماعی بودن و برخی رفتارهای بخصوص مانند توجه کردن و تأیید کردن کار دیگران، تن دادن به خواسته‌های افراد دیگر و بخشش همواره با پذیرفته شدن از طرف دوستان و همگنان پیوند داشته است. کودکانی که محبوبیت کمتری دارند بیشتر وقت خود را با اوهاام و رویا سپری می‌کنند یا این که از دیگران روی بر می‌تابند (پارکر، روبین، ایراس و بوسکیرک،^۶ ۲۰۰۵). روابط همگنان، مانند روابط با والدین، خواهر، برادر و سایر اعضای خانواده، نقش قاطعی در رشد کودکان خردسال ایفا می‌کند (شانتز،^۷ ۱۹۸۷).

کودکان از تبادل اجتماعی در گروه همگنان، مهارت‌هایی مانند رعایت نوبت، سهمیم شدن (همکاری و مشارکت)، کنترل پرخاشگری، همدلی، کمک کردن، یادگیری نقش جنسی، راهبردهای حل مسئله و استدلال اخلاقی و ... را فرا می‌گیرند؛ بدین ترتیب مهارت‌های اجتماعی که در جریان اولین رابطه‌های همگنان آموخته می‌شوند، مکمل مهارت‌های آموخته شده از بزرگسالان قلمداد می‌شوند (کمبل،^۸ ترجمه صیادللو، ۱۳۸۷) و برای کسب منزلت اجتماعی ضروری هستند. نقص در مهارت‌های اجتماعی و منزلت اجتماعی پایین (طردشدگی) در دوران کودکی و نوجوانی مسلماً پیش بینی کننده مهم سازگاری اجتماعی ضعیف و مشکلات سلامت ذهنی در زندگی بعدی خواهد بود (گوورمنت و داماس،^۹ ۱۹۹۴) و بر سازمان یافتگی و بهداشت روانی تأثیرگذار است.

1-Social Status

2-Peers

3-Rice

4-Hartup

5-Bagwell, Molina, Pelham & Hoza

6-Parker, Erath & Buskrik

7-Shantz

8-Campbell

9-Guevremont & Dumas

منزلت اجتماعی ضعیف در بسیاری از اختلالات دوران کودکی مطرح می‌باشد که یکی از رایج‌ترین آنها، اختلالات رفتار ایدایی^۱ است که شامل اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی^۲ می‌باشد که ویژگی آن نشانه‌های بارز فقدان توجه و یا فزون‌کنشی، تکانشگری است. همچنین اختلال سلوک^۳ با ویژگی نادیده گرفتن حقوق دیگران یا تخلف از هنجارها یا قواعد اجتماعی متناسب با سن شخص همراه است و اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۴ عبارت است از رفتارهای منفی‌گرایانه، خصمانه و خودسرانه (انجمن روان‌پزشکی کودکان، ترجمه نیکخو و یانس، ۱۳۸۴).

این اختلالات موجب اختلال در کارکرد اجتماعی و آموزشی می‌گردد و از شایع‌ترین اختلالات روانی است که در دوران کودکی تشخیص داده می‌شود و توجه متخصصین را به خود جلب کرده است (لمنز، والکنبرگ و پیتر،^۵ ۲۰۱۱). سافر و آلن^۶ (۱۹۷۶)، به نقل از نلسون و ایزرائیل^۷، ترجمه منشی طوسی، (۱۳۸۰) بر این باورند که بیش از ۸۰٪ کودکان با اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی، بدخلاقند، والدین و معلمان آنها شکایت دارند که آنان کودکانی ستیزه‌جو، دعواگر، نافرمان و متخاصم‌اند و نیز تحقیقات کینگ و پانگ^۸ (۱۹۸۱) نشان می‌دهد که کودکان فزون‌کنش، پرخاشگر هستند و همگان‌شان نظر مساعدی نسبت به آنها ندارند و شرایط پرورش خود را تجربه می‌کنند. روابط نامطلوب همگان تجربه استرس‌زایی برای تمامی کودکان به شمار می‌آید. از یک سو، خود این تجربه کودک را تحت فشار قرار می‌دهد و از سوی دیگر فقدان حمایت اجتماعی همراه آن، کودکان را در برابر سایر استرس‌های زندگی آسیب پذیرتر می‌کند. درواقع، پرورش خود از سوی همگان را یکی از استرس‌های عمده شناسایی می‌کنند و استرس ناشی از هرگونه تغییر در پذیرش خود توسط همگان را معادل رویدادهایی نظیر مردود شدن در سال تحصیلی، مرگ یکی از دوستان نزدیک، بستری شدن یکی از والدین در بیمارستان یا ابتلا به یک بیماری وخیم، استرس‌زا می‌دانند (دروزیه، کوپرسمیت و پاترسون،^۹ ۱۹۹۴؛ به نقل از رایس، ترجمه فروغان، ۱۳۸۷).

بروز رفتارهای نامطلوب، شرایط پرورش خود (منزلت اجتماعی پایین) فرد از سوی همگان و جامعه را فراهم می‌کند و با وحدت یافتن این احساس پرورش خود و دیگر نشانه‌های اختلال، می‌توان وضعیت روانی وخیمی را برای فرد پیش بینی کرد. ضعف در رفتارهای اجتماعی از یکسو، عدم استقراء، سازمان یافتگی در روابط بین فردی و بروز رفتارهای اغتشاشی و مخرب را تشدید می‌کند و از سوی دیگر باعث تنزل فرد از منزلت اجتماعی خود می‌گردد (چیتی، ۱۳۸۶). همچنین منجر به خلق افسرده خواهد شد و کودک را در معرض خطر بیشتر مبتلا شدن به اختلالات رفتارهای ضد اجتماعی در سال‌های نوجوانی قرار می‌دهد

¹-Disruptive behavior disorder

²-Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)

³-Conduct disorder (CD)

⁴-Oppositional defiant disorder (ODD)

⁵-Lemmens, Valkenburg & Peter

⁶-Safer & Allen

⁷-Nelson & Israel

⁸-King & Young

⁹-De Rosier, Kupersmidt & Patterson

(گوورمنت و داماس، ۱۹۹۴). بنابراین، روابط همگنان نقش مهمی در بهداشت روانی و رشد خودپنداره کودکان و نوجوانان دارد و تحول هویت و ارزش‌های متأثر از گروه همگنان به عنوان یک عامل اجتماعی شدن است (اسمان، کیمبرلا و شیرو،^۱ ۲۰۰۶؛ امیری، ۱۳۸۲).

تبلور منزلت اجتماعی پایین را می‌توان در نقش‌هایی جستجو کرد که کودکان با توجه به موقعیت و مسائل شخصی خود برمی‌گزینند. برخی از کودکان در پی غلبه بر دوستانشان به زورگویی آشکار یا زیرکانه می‌پردازند. زورگویی یکی از این نقش‌هاست که به تمایل آگاهانه برای کسب امتیازهای روان‌شناختی و یا اجتماعی و مادی از دیگران اطلاق می‌شود و از طریق آزار، تهدید، استهزا و ترساندن صورت می‌گیرد (فونتانا،^۲ ترجمه ابراهیمی قوام، ۱۳۸۱). آنان قربانیان را از فعالیت‌های گروهی محروم کرده و به طور کلی طرد می‌کنند و منزوی می‌سازند (براین، سیلسن و ویسینک،^۳ ۲۰۱۰). نتایج پژوهش‌های بین‌المللی در بین تمام کشورها نشان می‌دهد که بین ۴ تا ۴۵ درصد کودکان، زورگو و یا قربانی زورگویان هستند (ایفل‌مینگ و جاکسون،^۴ ۲۰۰۹). مطابق با نتایج مطالعات گذشته، زورگویی همراه با تجارب زیادی از ناهنجاری‌های روانی و مشکلات هیجانی و اجتماعی است (رینان، برادشاو و ساویر،^۵ ۲۰۰۹). زورگویان اغلب، سطوح بالاتری از مشکلات سلوک را از خود نشان می‌دهند و نزد هم‌کلاسی‌هایشان، منزلت اجتماعی پایینی دارند و نظردهی نسبت به آنان منفی است (کف‌فین،^۶ ۲۰۰۸). دی‌هان^۷ (۲۰۰۵) در پژوهشی دریافت که کودکان زورگو در پیدا کردن دوست دچار مشکلاتی هستند و اغلب به علت رفتارهای منفی‌شان، دارای منزلت اجتماعی بسیار پایینی نزد همگنانشان هستند (کوک پارک،^۸ ۲۰۱۰). تاتوم و هربرت^۹ (۱۹۹۲) اظهار می‌کنند که قربانیان کودکانی هستند که مضطرب‌تر، ناامن‌تر، محتاط‌تر، حساس‌تر و آرام‌تر از حد معمول هستند؛ همچنین، آنان پیوندهای نزدیکتری با والدینشان دارند و شاید تحت مراقبت بیش از حد نیز قرار دارند. زورگویی موجب می‌شود تا آنان احساس تنهایی^{۱۰} بیشتری کنند و ممکن است شروع این احساس موجب شود که آنان خود را مستحق آزار دیدن و مسخره شدن بدانند، که این امر موجب خودپنداره ضعیفی در آنان می‌شود (فونتانا، ترجمه ابراهیمی قوام، ۱۳۸۱). از لحاظ جسمانی اکثر قربانیان کوچکتر از زورگوها هستند و معمولاً توانایی کمتری در مراقبت جسمانی و کلامی از خود دارند (تورنر، فینکلهر و امرو،^{۱۱} ۲۰۱۰) و رفتار پسندیده اجتماعی که تبلور منزلت اجتماعی بالا است به رفتارهای انطباقی مثبت و تجاری نظیر شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، تعامل اجتماعی و برقراری دوستی اطلاق می‌شود (کراتوچویل و موریس،^۱

¹-Osman, Kimberlea & Schiro

²-Funtana

³-Bruyn, Cillessen & Wissink

⁴-Fleming & Jakobsen

⁵-Brennan, Bradshaw & Sawyer

⁶-Keffe Finn

⁷-DeHann

⁸-Kuk Park

⁹-Tatum & Herbert

¹⁰-Over protected

¹¹-Turner, Finkelhor & Ormrod

موريس،^۱ ترجمه نائینیان و همکاران، ۱۳۷۸). در قالب این نقش عمل کردن، غالباً باعث می‌شود که کودک بتواند خود را کنترل کند، زیرا مستلزم آن است که او به خاطر منافع دیگران از منافع شخصی چشم‌پوشی کند (ماسن، کیگان، هوستون و وی کانجر،^۲ ترجمه یاسایی، ۱۳۶۸).

پژوهش‌هایی انجام شده‌اند که بیان می‌کنند کودکان با اختلالات رفتار ایدئاتی دارای مشکلاتی در زمینه روابط همگنان هستند و منزلت اجتماعی پایین را تجربه می‌کنند. از جمله سامارا، ولک، وایلن، گودمن، فورد و بوریج^۳ (۲۰۰۶) در پژوهشی تحت‌عنوان کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی و کودکان مبتلا به اختلال سلوک در نمونه‌ای از یک جامعه بریتانیایی، به این نتیجه رسیدند که کودکان واجد اختلالات کمبود توجه/فزون‌کنشی، سلوک و نافرمانی/مقابله‌ای بیشتر اوقات درگیر نقش‌های زورگوئی، قربانی زورگوئی و قربانی می‌شوند. هولمبرگ و جرن^۴ (۲۰۰۸) دو مقوله زورگوئی و اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی را در ۵۷۷ کودک ۱۰ ساله سودانی مورد بررسی قرار دادند و رابطه مثبت معناداری را میان این دو، بین گروه‌های همگن در مدارس یافتند و توصیه داشتند که برای ارزیابی دقیق و درمان اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی و مشکلات رفتاری نباید از تأثیر زورگوئی در منزلت اجتماعی و مهار آن غافل ماند. هزا، موروگ، بوکویسکی، کرامر، ویگال و هینشاو و همکاران^۵ (۲۰۰۵) در پژوهشی به دنبال جنبه‌هایی از روابط همگنان بودند که در کودکانی که به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی مبتلا هستند، آسیب دیده‌اند. هماهنگ با پیش‌بینی‌ها، بر عکس کودکان گروه مقایسه، کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی در منزلت اجتماعی پایین‌تر بودند، خسارت اجتماعی بیشتری وارد می‌کردند، کمتر مورد علاقه بودند و بیشتر اوقات در نقش منزلت اجتماعی طرد شدگی قرار می‌گرفتند. آنان همچنین دوستی‌های دونفره کمتری داشتند. وقتی نسبت دوست داشتن به دوست داشته شدن این کودکان بررسی شد، نتایج نشان داد که کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی نسبت به گروه مقایسه، دارای تعادل کمتر و عدم تعادل بیشتری بودند. همچنین، تحلیل ریخت‌های همگنایی که افراد مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی را به عنوان دوستان یا غیردوستان بر می‌گزینند آشکار ساخت که کودکان با منزلت اجتماعی بالاتر و کسانی که مورد علاقه دیگران بودند، افراد اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی را در شمار دوستان خود قرار نمی‌دادند. هومفری، استورچ و جف کن^۶ (۲۰۰۷) در پژوهشی دیگر تحت عنوان قربانی شدن همگنان در میان کودکان با اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی، به بررسی ارتباط بین قربانی شدن توسط همگنان و سازگاری روانی اجتماعی در کودکان با اختلال مذکور، دریافتند که ارتباط مثبت معناداری میان قربانی شدن توسط همگنان و گزارش‌های والدین آنها از اضطراب، افسردگی، مشکلات اجتماعی، رفتارهای پرخاشگرانه و آزار دهنده ایشان برقرار است.

¹ -Kratochwill & Muris

² -Mussen, Kagan, Hoston & Wi Kanjer

³ -Samara, Wolke, Waylen, Goodman, Ford & Beveridge

⁴ -Holmberg & Hjern

⁵ -Hoza, Mrug, Gerdes, Bukowski, Kreamer, Wigal & Hinshaw

⁶ -Humphrey, Storch & Geffken

از میان پژوهش‌های داخلی نیز می‌توان به پژوهش امیری (۱۳۸۲) اشاره کرد که نشان داد منزلت اجتماعی فرد در گروه همگنان را می‌توان از روی متغیرهای رفتار سازشی، مهارت‌های اجتماعی و اختلالات رفتاری وی پیش‌بینی نمود. در پژوهشی دیگر نیز امیری (۱۳۸۳) به بررسی تحولی اختلال نافرمانی مقابله‌ای در گروه‌های مختلف منزلت اجتماعی پرداخت و نشان داد که کودکان واجد منزلت اجتماعی پایین در بین همگنان، بالاخص زمانی که طردشدگی آنان با اختلال‌های رفتاری توأم شده است، می‌توانند به عنوان کودکان در معرض خطر در نظر گرفته شوند. همچنین، امیری (۱۳۸۴) در پژوهشی عنوان نمود که بیشترین پیشرفت تحصیلی در گروه پذیرفته شده (دارای منزلت اجتماعی بالا) و کمترین آن در گروه طردشده (دارای منزلت اجتماعی پایین) مشاهده شد. امیری (۱۳۸۶) در پژوهشی دیگر به بررسی مهارت اجتماعی در چهار گروه منزلت اجتماعی پرداخت و دریافت که کودکان با منزلت اجتماعی بالا واجد مهارت‌های اجتماعی مثبت هستند و کودکان طردشده از مهارت‌های اجتماعی منفی برخوردارند. طبائیان (۱۳۸۶) در پژوهشی به بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی از طریق آموزش مستقیم به کودکان با اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی و آموزش از طریق والدین در جهت افزایش مهارت‌های اجتماعی و بهبود منزلت اجتماعی پرداخته است و نتایج حاکی از آن بوده که آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان باعث افزایش مهارت‌های اجتماعی و بهبود روابط همگنان و منزلت اجتماعی در گروه‌های آزمایشی گردیده است.

در این پژوهش با توجه به تحقیقات اندک و ابهاماتی که راجع به انواع مشکلات در حیطه منزلت اجتماعی و روابط همگنان در کودکان با اختلالات رفتار ایدائی مشاهده شده است، ضرورت داشت که جنبه رفتاری در گروه‌های سه گانه مورد بررسی قرار گردد. بنابراین، هدف از این پژوهش بررسی وضعیت منزلت اجتماعی در کودکان پسر مبتلا به اختلالات رفتار ایدائی و بهنجار مقطع ابتدائی بود.

روش

این پژوهش برحسب هدف، در دسته پژوهش‌های بنیادی قرار می‌گیرد. به‌علاوه، برحسب طرح تحقیق از جمله طرح‌های علی-مقایسه‌ای است. همچنین دو جامعه آماری در پژوهش مورد نظر بود. جامعه اول شامل کلیه کودکان پسر بهنجار مقطع ابتدائی شهر اصفهان و جامعه آماری دوم مشتمل بر کلیه کودکان پسر مبتلا به اختلالات رفتار ایدائی بودند که به کلینیک‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی شهر اصفهان در سال ۱۳۸۶-۸۷ مراجعه نمودند. به منظور اجرای طرح، ۹۰ کودک پسر بهنجار (از مقاطع سوم، چهارم، و پنجم ابتدائی از هر مقطع ۳۰ کودک) و ۴۲ کودک پسر مبتلا به اختلالات رفتار ایدائی (از هر کدام از اختلالات کمبود توجه/ فزون‌کنشی ۲۱، اختلال سلوک ۱۲ و اختلال نافرمانی مقابله‌ای ۹ کودک) انتخاب شدند. شیوه نمونه‌گیری این پژوهش تصادفی خوشه‌ای است که در طی سه مرحله صورت گرفته است. ابتدا از نواحی پنج‌گانه آموزش و پرورش شهر اصفهان سه ناحیه ۱، ۲ و ۵ به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس از هر ناحیه ۱ مدرسه ابتدائی پسرانه نیز به صورت تصادفی و نهایتاً از هر مدرسه ۳۰ کودک پسر انتخاب شد؛

بدین ترتیب که از لیست دانش آموزان هر کدام از مقاطع تحصیلی سوم، چهارم و پنجم ابتدائی، ۱۰ کودک به صورت تصادفی انتخاب و در نمونه گیری شرکت داده شدند. توضیحات لازم جهت تکمیل پرسشنامه نیز به صورت گروهی ارائه گردید. جهت انتخاب آزمودنی‌های مبتلا به اختلالات رفتار ایذائی نیز از بین کلینیک‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی شهر اصفهان دو کلینیک به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس ۴۲ کودک پسر مقاطع سوم، چهارم و پنجم ابتدائی که به تشخیص روان‌پزشک فوق تخصص کودکان، تشخیص اختلال رفتار ایذائی داده شده بودند به سئوالات آزمون تشخیصی علائم مرضی کودکان فرم مخصوص والدین به منظور تأیید تشخیص روان‌پزشک پاسخ دادند. به افراد توضیحات لازم به صورت فردی جهت تکمیل آزمون داده شد. جدول ۱، توزیع نمونه در جامعه را با توجه به مقطع تحصیلی نشان می‌دهد. شایان ذکر است که دلیل پایین بودن حجم نمونه اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای نسبت به اختلال کمبودتوجه/فزون‌کنشی، کمتر بودن شیوع این اختلالات بود.

جدول ۱- توزیع نمونه در جامعه

مقطع تحصیلی	گروه	اختلالات رفتار ایذائی		
		کمبود توجه/فزون‌کنشی (۲)	سلوک (۳)	نافرمانی مقابله‌ای (۴)
سوم ابتدائی	۳۰	۱۲	۳	۲
چهارم ابتدائی	۳۰	۶	۶	۳
پنجم ابتدائی	۳۰	۳	۳	۴
کل	۹۰	۲۱	۱۲	۹

به منظور بررسی اطلاعات مورد نیاز از دو پرسشنامه سنجش روابط همگان کودکان و آزمون تشخیصی علائم مرضی کودکان ویرایش چهارم (CSI-4) استفاده شده است.

ابزار اندازه‌گیری منزلت اجتماعی کودک: پرسشنامه سنجش روابط همگان کودکان بود که در سال ۱۹۹۳ توسط ریجبی و اسلی^۱ به منظور بررسی روابط همگان کودکان مقطع ابتدایی تهیه و تنظیم شده است. یک پرسشنامه خودگزارش‌دهی است که توسط کودک تکمیل می‌گردد، این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ سؤال است و در یک مقیاس لیکرتی از ۱ به ۵ نمره گذاری می‌شود. این مقیاس برای نخستین بار توسط طبائیان، امیری و مولوی (۱۳۸۷)، ترجمه و هنجاریابی شده است. برای این مقیاس سه زیرمقیاس منظور گردیده که عبارتند از: زیرمقیاس زورگوئی (با ضریب آلفای ۰/۷۳)، زیرمقیاس قربانی (با ضریب آلفای ۰/۷۰)، (که در این پژوهش تعیین کننده منزلت اجتماعی پایین در نظر گرفته شده‌اند) و زیرمقیاس رفتار پسندیده اجتماعی (با ضریب آلفای ۰/۵۳) (که منزلت اجتماعی بالا را نشان می‌دهد).

¹ -Rigby, K. & Slee, P.T.

ابزار تعیین و تشخیص اختلالات رفتار ایدائی کودک: آزمون تشخیصی علائم مرضی کودکان ویرایش چهارم (CSI-4) بود که مقیاس درجه‌بندی رفتار است که اسپرافکین و گادو^۱ به منظور غربال اختلال‌های رفتاری و هیجانی برای کودکان ۵ تا ۱۲ سال طراحی کرده‌اند (محمد اسماعیل، ۱۳۸۶). یکی از ابزارهای رایج تشخیص اختلالات روان‌پزشکی در بین کودکان و نوجوانان می‌باشد که دارای دو فهرست والدین و معلمان است. این آزمون، علائم مرضی ۲۱ اختلال رفتاری و هیجانی از جمله اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای را در بر می‌گیرد. آزمون تشخیصی علائم مرضی کودکان در سال ۱۹۹۴ توسط گادو و اسپرافکین مورد تجدیدنظر قرار گرفت و با ملاک‌های DSM-IV منطبق شد. این آزمون ۱۱۲ عبارت دارد. از بین این ۱۱۲ عبارت، ۱۸ عبارت گروه A که مربوط به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی، ۷ عبارت گروه B که مربوط به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و ۱۵ عبارت گروه D که مربوط به اختلال سلوک، انتخاب و برای هر عبارت، یک مقیاس ۴ درجه‌ای «هیچگاه»، «بندرت»، «گاهی اوقات» و «بیشتر اوقات» در نظر گرفته شده است. در زمینه سنجش پایائی، گادو و اسپرافکین (۱۹۹۴)، ۳۶ نفر را به روش بازآزمایی، مورد بررسی قرار دادند و پایائی فرم اول چک لیست را ۰/۷ تا ۰/۸۹ تعیین کردند؛ نتایج تحقیقات مختلف بیانگر این است که آزمون تشخیصی علائم مرضی کودکان (CSI-4)، به عنوان یک ابزار غربالگری در تشخیص اختلالاتی نظیر اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال اضطراب مفرط، اختلال اضطراب جدائی، افسردگی، اوتیسم و اسکیزوفرنیا سودمند است (محمد اسماعیل، ۱۳۸۶). زارعی (۱۳۷۹) نیز در تحقیقی، به منظور تعیین پایائی آزمون تشخیصی علائم مرضی کودکان (CSI-4)، از روش تنصیف یا دو نیمه کردن اسپیرمن- براون^۲ استفاده کرد و پایائی آزمون مخصوص والدین را ۰/۸۵ به دست آورد. مصاحبه تشخیصی روان‌پزشک کودکان به منظور تعیین تشخیص اختلال‌های کودکان، به مثابه ملاکی برای رسیدن به هدف استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات منزلت اجتماعی کودکان پسر مبتلا به اختلالات رفتار ایدائی (شامل سه گروه اختلال کمبود توجه/ فزون‌کنشی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای) و کودکان بهنجار مقطع ابتدائی را در مقایسه‌های زوجی نشان می‌دهد.

¹-Sprafkin & Gadow

²-Spearman - Brown split - half method

جدول ۲- مقایسه‌های زوجی میانگین و انحراف معیار نمرات زیرمقیاس‌ها

زیرمقیاس	گروه ۱	میانگین	انحراف معیار	گروه ۲	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
زورگویی	بهنجار	۱۰/۲	۳/۱۳۰	کمبود توجه/فزون‌کنشی	۱۴/۲۳	۵/۳۳۷	۰/۰۰۱
	بهنجار	۱۰/۲	۳/۱۳۰	سلوک	۱۷/۳۳	۷/۳۲۷	۰/۰۰۱
	بهنجار	۱۰/۲	۳/۱۳۰	نافرمانی مقابله‌ای	۱۴/۵۵	۴/۸۷۶	۰/۰۰۳
	کمبود توجه/فزون‌کنشی	۱۴/۲۳	۵/۳۳۷	نافرمانی مقابله‌ای	۱۴/۵۵	۴/۸۷۶	*۰/۸۴۹
	نافرمانی مقابله‌ای	۱۴/۵۵	۴/۸۷۶	سلوک	۱۷/۳۳	۷/۳۲۷	*۰/۱۳۳
	کمبود توجه/فزون‌کنشی	۱۴/۲۳	۵/۳۳۷	سلوک	۱۷/۳۳	۷/۳۲۷	۰/۰۴۲
قربانی	بهنجار	۱۰/۷۳	۳/۳۰۰	کمبود توجه/فزون‌کنشی	۱۳/۷۱	۴/۵۴۰	۰/۰۰۲
	بهنجار	۱۰/۷۳	۳/۳۰۰	سلوک	۱۵/۸۳	۶/۳۶۵	۰/۰۰۱
	بهنجار	۱۰/۷۳	۳/۳۰۰	نافرمانی مقابله‌ای	-۳/۲۷	۴/۳۳۰	-۰/۰۱۹
	کمبود توجه/فزون‌کنشی	۱۳/۷۱	۴/۵۴۰	نافرمانی مقابله‌ای	-۳/۲۷	۴/۳۳۰	*۰/۸۵
	نافرمانی مقابله‌ای	-۳/۲۷	۴/۳۳۰	سلوک	۱۵/۸۳	۶/۳۶۵	*۰/۱۳
	کمبود توجه/فزون‌کنشی	۱۳/۷۱	۴/۵۴۰	سلوک	۱۵/۸۳	۶/۳۶۵	*۰/۲۹
رفتار پسندیده اجتماعی	بهنجار	۲۱/۸۵	۱/۷۶۴	کمبود توجه/فزون‌کنشی	۲۰/۸۵	۳/۳۹۵	*۰/۸۰
	بهنجار	۲۱/۸۵	۱/۷۶۴	سلوک	۱۹/۸۵	۳/۲۸۷	۰/۰۰۲
	بهنجار	۲۱/۸۵	۱/۷۶۴	نافرمانی مقابله‌ای	۲۰/۴۴	۲/۹۶۲	*۰/۰۸۶
	کمبود توجه/فزون‌کنشی	۲۰/۸۵	۳/۳۹۵	نافرمانی مقابله‌ای	۲۰/۴۴	۲/۹۶۲	*۰/۶۵
	نافرمانی مقابله‌ای	۲۰/۴۴	۲/۹۶۲	سلوک	۱۹/۸۵	۳/۲۸۷	*۰/۴۰
	کمبود توجه/فزون‌کنشی	۲۰/۸۵	۳/۳۹۵	سلوک	۱۹/۸۵	۳/۲۸۷	*۰/۱۳

چنانچه درجدول ۲ مشاهده می‌شود، در دو زیر مقیاس مربوط به منزلت اجتماعی پایین (زورگویی و قربانی) هر سه گروه اختلالات رفتار ایدائی (گروه مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنش، گروه مبتلا به اختلال سلوک و گروه مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای) با کودکان در گروه بهنجار در سطح ($P \leq 0/05$) تفاوت معناداری دارند. در زیرمقیاس رفتار پسندیده اجتماعی تنها بین میانگین‌نمرات کودکان مبتلا به اختلال سلوک و کودکان بهنجار تفاوت معنادار است که ممکن است به دلیل شدت بیشتر رفتارهای ایدائی این کودکان باشد. همچنین در مقایسه‌های زوجی میان سه گروه کودکان مبتلا به اختلالات رفتار ایدائی، هر سه در مقایسه با یکدیگر تفاوت معناداری در هر سه زیرمقیاس ندارند ($P \geq 0/05$). جز یک مورد که نشان می‌دهد کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی با کودکان مبتلا به اختلال سلوک در زیرمقیاس

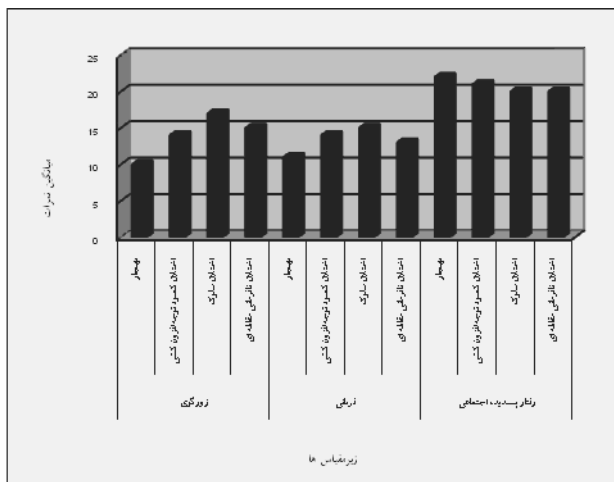
زورگویی تفاوت معناداری دارند (سطح معناداری آن دسته از مقایسه‌های زوجی که تفاوت معناداری را نشان نمی‌دهند، در جدول مربوطه با علامت * مشخص شده است).

در جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره مقایسه تأثیر زیرمقیاس‌های روابط همگان در میانگین‌نمرات منزلت اجتماعی گروه‌ها ارائه شده است.

جدول ۳- نتایج تحلیل چندمتغیره (مانوا) مقایسه میانگین‌نمرات زیرمقیاس‌های روابط همگان گروه‌ها

متغیر	F	درجه آزادی	اندازه اثر	توان آماری	سطح معناداری
زورگویی	۱۴/۹۷۰	۳	۰/۲۶	۱	۰/۰۰۱
قربانی	۸/۵۷۷	۳	۰/۱۶	۰/۹۹	۰/۰۰۱
رفتار پسندیده اجتماعی	۴/۳۴۸	۳	۰/۹	۰/۸۶	۰/۰۰۶

نتایج جدول فوق حاکی از آن است که تفاوت مجموع چهار گروه در زیرمقیاس‌ها (۳ متغیر وابسته) معنادار است ($P \leq 0/05$). میزان تأثیر در زیرمقیاس زورگویی ۲۶ درصد بوده است و این بدان معناست که ۲۶ درصد واریانس نمرات زیرمقیاس زورگویی مربوط به عضویت گروهی بوده است. همچنین میزان تأثیر در زیرمقیاس‌های قربانی و رفتار پسندیده اجتماعی به ترتیب ۱۶ و ۹ درصد به دست آمد. توان آماری ۱ و بالاتر از ۰/۸، سطح احتمال نزدیک به صفر، دلالت بر کفایت حجم نمونه دارد.



نمودار: میانگین نمرات زیرمقیاس‌های گروه‌ها

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل مانوا حاکی از آن بود که بین میانگین نمرات زیرمقیاس زورگوئی در چهار گروه کودکان بهنجار و مبتلا به اختلالات رفتار ایدائی (اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای) تفاوت معناداری وجود داشت. این نتایج با نتایج حاصل از پژوهش هلمبرگ و جرن (۲۰۰۸)، دیبو و پرینز (۲۰۰۶)، سامارا و همکاران (۲۰۰۶)، امیری (۱۳۸۲)، امیری (۱۳۸۳) و امیری (۱۳۸۶) هماهنگ است. همچنین بین میانگین نمرات زیرمقیاس قربانی، در چهار گروه کودکان بهنجار و مبتلا به اختلالات رفتار ایدائی، تفاوت معناداری وجود داشت. این نتایج با نتایج حاصل از پژوهش‌های سامارا و همکاران (۲۰۰۶)، هوزا و همکاران (۲۰۰۵)، هومفری و همکاران (۲۰۰۷) و امیری (۱۳۸۲، ۱۳۸۳ و ۱۳۸۶) مطابقت دارد و نیز بین میانگین نمرات زیرمقیاس رفتار پسندیده اجتماعی در چهار گروه کودکان بهنجار و مبتلا به اختلالات رفتار ایدائی (اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای) تفاوت معناداری وجود داشت. این نتایج نیز با نتایج حاصل از پژوهش پلهام و بندر^۱ (۱۹۸۲)، امیری (۱۳۸۱) و طبائیان (۱۳۸۶) هماهنگ است. نتایج پژوهش حاضر با نتایج مطالعه امیری (۱۳۸۱) که بیانگر این بود که کودکان مبتلا به اختلالات رفتار ایدائی در مقایسه با نوجوانان بهنجار از لحاظ منزلت اجتماعی، از رشدیافتگی کمتری برخوردارند، همخوانی داشت.

با توجه به تحقیقات و یافته‌های ذکر شده، به طور کلی کودکان با اختلالات رفتار ایدائی از لحاظ اجتماعی در تعاملاتشان با دیگران، منزلت اجتماعی لازم را ندارند؛ به خصوص، جوانان مبتلا به اختلالات رفتار ضد اجتماعی کمتر احتمال دارد به نمادهای قدرت در بین بزرگسالان احترام بگذارند، مؤدبانه عمل کنند و به طریقی پاسخ بدهند که تعاملات مثبت آنها ارتقاء یابد (کونور و دورفلر،^۲ ۲۰۰۸). پلهام و بندر (۱۹۸۲)، به نقل از بارکلی،^۳ (۱۹۹۸)، تخمین می‌زنند که بیش از ۵۰ درصد از کودکان با اختلالات رفتار ایدائی مشکلات جدی در روابط اجتماعی با کودکان دیگر دارند. گروه همگنان، کودکان فزون‌کنش را بیشتر پرخاشگر، مخل، سلطه‌گر و مزاحم می‌یابند؛ از این‌رو در روابط اجتماعی، آنها را نسبت به کودکان بهنجار طرد می‌کنند به خصوص اگر آنها کودکان پسر فزون‌کنش و به طور خاص از نوع تکانشگر باشند. افراد مبتلا به این اختلال‌ها عموماً طوری رفتار می‌کنند که به قدری ایدائی و ناراحت‌کننده است که مراقبان و همگنان با خشم و ناشکیبائی، تنبیه یا دوری‌گزینی واکنش نشان می‌دهند (هالچین و ویتبورن،^۴ ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۵). پذیرفته نشدن توسط عده‌ی زیادی در کلاس منجر به احساس قوی انزوای اجتماعی و بیگانگی می‌گردد و این امر شرایط قربانی بودن توسط همگنان را برای کودکان طردشده بیش از پیش فراهم می‌آورد.

^۱-Pelham & Bender

^۲-Connor & Doerfler

^۳-Barkley

^۴-Halgin & Whitbourne

تنهایی‌گرایی می‌تواند منزلت آنها را در بین همگنان خدشه دار سازد و منجر به طردشدگی توسط همگنان گردد و در نهایت کودکان طردشده درماندگی آموخته شده را از طریق الگوهایی که سازش نایافتگی اجتماعی را تسهیل می‌کند، تصدیق می‌نمایند (امیری، ۱۳۸۲). همچنین، تبیین دیگر در ارتباط با پژوهش حاضر می‌توان به آن اشاره نمود، رابطه دلبستگی با مهارت‌های اجتماعی است. بر اساس نظر بالبی تجربه‌های اولیه طردشدگی از سوی مراقب، در شکل‌گیری الگوهای ارتباطات اجتماعی دخالت دارد و بر کیفیت بعدی رابطه‌های اجتماعی تأثیرگذار است. کودکانی که مبتلا به اختلالات رفتار ایدائی هستند ممکن است در سال‌های اولیه زندگی، دلبستگی ایمنی را با مراقبشان تجربه نکرده باشند.

حدود نیمی از کودکان با اختلالات رفتار ایدائی قطعاً مشکلاتی در رابطه با همگانیشان دارند که این مشکلات اجتماعی این گروه از کودکان، نشأت گرفته از رفتارهای ایدائی با فراوانی بالا (نظیر: زیاد صحبت کردن، رفتار پرخاشگرانه، تحرک زیاد و رفتارهای پر سر و صدا و ناراحت کننده و منفی غیر کلامی)، نقص در امکان برقراری رابطه و فضای گفتگو با دیگران (سازماندهی ضعیف گفتار)، ضعف در مهارت‌های شناختی/ اجتماعی (مانند شناخت ضعیف از همگنان و چگونگی رفتار با آنها، عدم شناخت از مهارت‌های حل مسئله و تصمیم‌گیری و اشکال در انجام وظایف) و خودتنظیمی هیجانی ضعیف می‌باشد. دیبو و پرینز^۱ (۲۰۰۶) در پژوهشی دریافتند که کودکان با اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی همراه با اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک گرایش داشتند که پاسخ‌های پرخاشگرانه و زورگویانه بیشتری را در ارتباط با همگنان خود در مقایسه با کودکان بهنجار نشان‌دهند (طبائیان، امیری و کلاتری، ۱۳۸۹). طبیعت اغتشاشگرانه اختلالات رفتاری مانع ایجاد روابط بهنجار با دیگران و طردشدگی کودک از طرف همگنان می‌شود. طردشدگی، فرد را مستعد اختلالات رفتاری می‌کند و باعث استقرار طرد در آنان می‌شود. نتیجه اینکه رشد دوستی با همگنان یکی از مهمترین جنبه‌های رشد اجتماعی کودکان است. در مقابل نیز روابط ناپسندیده با همگنان تجربه استرس‌زایی برای کودکان به شمار می‌آید. از یک سو، خود این تجربه کودک را تحت فشار قرار می‌دهد و از سوی دیگر فقدان حمایت و منزلت اجتماعی همراه آن، کودکان را در برابر سایر فشارهای روانی زندگی آسیب‌پذیرتر می‌کند. کودکانی که منزلت اجتماعی پایین در بین همگنان بدست می‌آورند، می‌توانند به عنوان کودکان در معرض خطر در نظر گرفته شوند (امیری، ۱۳۸۳) و آموزش مهارت‌های اجتماعی می‌تواند در موفقیت آنان در رابطه با همگانیشان سودمند باشد.

محدودیتی که در ساختار روش از جمله تعداد نمونه، منحصر شدن نمونه‌گیری به پسران و شهر اصفهان و ابزار پژوهش وجود دارد تعمیم‌پذیری نتایج را منحصر به ساختار روش مورد استفاده می‌کند. در صورتی که پژوهش‌های بعدی بتوانند این محدودیت‌ها را مرتفع سازند نتایج بهتری را شاهد خواهیم بود. آموزش برنامه‌های درمانی و اقداماتی در جهت بهبود کیفیت روابط همگنان و ارتقاء سطح منزلت اجتماعی

^۱ -Deboo & Prins

کودکان مبتلا به اختلالات رفتار ایدائی به مشاوران و روان‌شناسان بالینی جهت استفاده از آن در کلینیک نیز توصیه می‌گردد. موضوع مورد پژوهش حاضر، در میان کشورهای خارجی بارها انجام شده است و اکنون نیز، موضوع مورد علاقه بسیاری از متخصصین و مربیان و روان‌شناسان می‌باشد. اما متأسفانه در کشورمان، به این موضوع به صورت آکادمیک و علمی، بسیار کم بها داده شده و علائم رفتاری و روابط همگنان کودکان با اختلالات رفتار ایدائی مورد غفلت واقع شده است که این مسئله خود بر نوآوری موضوع پژوهش حاضر در داخل کشور می‌افزاید.

منابع

- امیری، شعله. (۱۳۸۲). بررسی تحولی رابطه‌ی منزلت اجتماعی با رفتار سازشی، مهارت اجتماعی و اختلال رفتار مهارتیافته. *مجله علوم روانشناختی*. شماره ۶، ۱۵۹-۱۹۳.
- امیری، شعله. (۱۳۸۳). بررسی تحولی اختلال تضادورزی در گروه‌های مختلف منزلت اجتماعی. *فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*. سال اول، شماره ۱، ۴۵-۵۲.
- امیری، شعله. (۱۳۸۴). بررسی پیشرفت تحصیلی در گروه‌های جامعه سنجی. *فصلنامه روان‌شناسی*. سال نهم، شماره ۲، ۱۳۹-۱۵۰.
- امیری، شعله. (۱۳۸۶). بررسی مهارت اجتماعی در چهار گروه منزلت اجتماعی. *مجله علوم انسانی دانشگاه اصفهان*. جلد ۲۵، شماره ۴، ۱۰۳-۱۲۰.
- امیری، عبدالحسن. (۱۳۸۱). *بررسی مقایسه‌ای خصوصیات شناختی، اجتماعی و حرمت خود نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک و کودکان عادی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت مدرس.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۲۰۰۰). *DSM - IV - TR*: متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی. ترجمه محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادایس یانس. (۱۳۸۴). تهران: انتشارات سخن.
- پورافکاری، نصرت ... (۱۳۸۴). فرهنگ جامع روان‌شناسی و روان‌پزشکی. تهران: وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- چیتی، پریسا. (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش علائم اختلال سلوک دانش‌آموزان پسر راهنمایی شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان.
- رایس، فیلیپ. (۲۰۰۱). *رشد انسان (روان‌شناسی رشد از تولد تا مرگ)*، ویراست چهارم. ترجمه مهشید فروغان. تهران: انتشارات ارجمند. (۱۳۸۷).
- زارعی، محمداقبر. (۱۳۷۹). *بررسی تأثیر آموزش رفتاری والدین و دارو درمانی بر میزان علائم بیش‌فعالی کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان.
- طباطبائی، سیده راضیه؛ امیری، شعله و کلاتری، مهرداد. (۱۳۸۹). *اختلال کمبود توجه فزون‌کنشی*. اصفهان: انتشارات مهر قائم.

طباطبایان، سیده راضیه؛ امیری، شعله؛ کلانتری، مهرداد؛ نشاط دوست، حمید طاهر و کاراحمدی، مژگان. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر افزایش مهارت‌های اجتماعی و بهبود روابط با همگنان در کودکان پسر مبتلا به اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی مقطع ابتدایی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان.

طباطبایان، سیده راضیه؛ امیری، شعله و مولوی، حسین. (۱۳۸۷). بررسی ساختار عاملی، اعتبار تشخیصی؛ قابلیت اعتماد و هنجاریابی مقیاس سنجش روابط همگنان (PRQ) در کودکان بهنجار و مبتلا به اختلال رفتار اغتشاشی مقطع ابتدایی. چاپ نشده.

فونتانو، دیوید. ۱۹۹۵. روان‌شناسی در خدمت معلمان: تعاملات اجتماعی (جلد سوم). ترجمه صغری ابراهیمی قوام. (۱۳۸۵). تهران: انتشارات نوبهار.

کراتوچویل، آر و موریس، جی. (۱۹۴۹). روان‌شناسی بالینی کودک (روش‌های درمان‌گری). ترجمه نائینیان و همکاران. (۱۳۷۸). تهران: انتشارات رشد.

کمبل، سوزان. (۲۰۰۰). مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی (مسائل بالینی و رشدی). ترجمه سعید صیادللو. (۱۳۸۷). تهران: انتشارات دانژه.

ماسن، پاول هنری؛ کیگان، جروم؛ هوستون، آناکارول و وی کانجر، جان جین. (۱۳۶۸). رشد و شخصیت کودک. ترجمه مهشید یاسایی. تهران: انتشارات مرکز.

محمد اسماعیل، الهه. (۱۳۸۶). انطباق و هنجاریابی سیاهه نشانه‌های مرضی کودک ویرایش چهارم (CSI-4). فصلنامه پژوهش در حیطه‌ی کودکان استثنائی. سال هفتم، شماره ۱، ۷۹-۹۶.

نلسون، ریتا. ویکس و ایزرائیل، آلن. سی. (۱۹۹۳). اختلال‌های رفتاری کودکان. ترجمه محمدتقی منشی طوسی. (۱۳۸۰). مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.

هالچین، ریچارد. پی و ویتبورن، سوزان. کراس. (۲۰۰۳). آسیب‌شناسی روانی: دیدگاه‌های بالینی درباره‌ی اختلال‌های روانی بر اساس DSM-IV-TR (جلد دوم). ترجمه یحیی سید محمدی. (۱۳۸۵). تهران: انتشارات روان.

Bagwell, C. L., Molina, B., Pelham, W. E. & Hoza, B. (2001). Attention deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: Prediction from childhood to adolescent. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 40, 1285-1292.

Barkley, R. A. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder*. 2E. New York: Guilford Press.

Brennan, M. L. Bradshaw, C. P. & Sawyer, A. L. (2009). Examining developmental differences in the social-emotional problems among frequent bullies, victims, and bully/victims. *Journal of Psychology in the Schools*, 46(2), 100-115.

Bruyn, E. H., Cillessen, A. H. & Wissink, I. B. (2010). Associations of peer acceptance and perceived popularity with bullying and victimization in early adolescence. *Journal of early adolescence*. 30(4), 543-566.

- Connor, D. F. & Doerfler, L. A. (2008). ADHD with comorbid oppositional defiant disorder or conduct disorder. Discrete or nondistinct disruptive behavior disorder. *Journal of Attention Disorders*. 12(2), 126-134.
- Fleming, L. C. & Jakobsen, K. H. (2009). Bullying and symptoms of depression in Chilean middle school students. *Journal of School Health*. 79(3), 130-137.
- Guevremont, D. C. & Dumas, M. C. (1994). Peer relationship problems and disruptive behavior disorders. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*. 2(3), 164-173.
- Holmbreg, K. & Hjern, A. (2008). Bullying and attention-deficit hyperactivity disorder in 10-year-olds in a Swedish community. *Journal of Developmental Medicine and Child Neurology*. 50(2), 134-138.
- Hoza, B., Mrug, S., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. M., Gold, J. A., Kraemer, H. C., Pelham, W. E., Wigal, T. & Arnold, L. E. (2005). What aspects of peer relationships are impaired in children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 411-423.
- Humphrey, J., Storch, E. & Geffken, G. (2007). Peer victimization in children with deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Health Care*. 11(3), 248-260.
- Keffe, F. K. (2008). *An evaluation of the olweus bullying prevention program*. Hofstra University: Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Psychology.
- Kuk, P. N. (2010). *Understanding school bullying: A general theory of crime and empirical findings*. University of Texas at San Antonio: Thesis for the Degree of Doctor for the Degree of Doctor.
- Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M. & Peter, Goodman, R., Ford, T. & Beveridge, M. (2006). *ADHD and conduct disorders and involvement in different bullying roles in a British community sample*. University of Bristol: Avon Longitudinal Study of Parents and Children. Department of Social Medicine.
- Osman, Kimberlea & Ann-Schiro. (2006). *Interpersonal significance of friendship and parent-child relations for the development of the adolescent self-portrait and the implications for psychological adjustment*. United States: Duke University. Dizertation, 204 Pages.
- Parker, J. G., Rubin, K. H., Erath, S. A., Wojslawowicz, J. C. & Buskrik, A. A. (2005). *Peer Relationships, Child Development, and Adjustment: A Developmental Psychopathology Perspective*. New York: Guilford Press.
- Shantz, C. U. (1987). Conflicts between children. *Journal of Child Development*. 58, 282-305.
- Turner, H. A., Finkelhor, D. & Ormrod, R. (2010). Child mental health problems as risk factors for victimization. *Journal of Child maltreatment*. 15(2), 132-143.