

مقایسه احساس تنهایی در نوجوانان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی و نوجوانان عادی

فرزانه مرادی امین^{۱*}

حمید علیزاده^۲

سمیرا احدی^۳

الهام حکیمی راد^۴

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه میزان احساس تنهایی در نوجوانان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی و نوجوانان عادی انجام شده است. **روش:** جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان پایه هشتم در مدارس دولتی شهر همدان در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ است. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش شامل ۱۳۰ دانش‌آموز است که ۶۵ نفر آن را دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی و ۶۵ نفر دیگر را دانش‌آموزان بدون اختلال تشکیل می‌دادند و از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار پژوهش را پرسشنامه تشخیصی اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی تهیه شده توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۹۹۳) و پرسشنامه احساس تنهایی آشر (۱۹۸۴) تشکیل داده است. برای تحلیل داده‌ها از روش آماری مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل (t مستقل) استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج این پژوهش نشان داد که میزان احساس تنهایی در نوجوانانی که دچار اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی هستند بیشتر از نوجوانان عادی است. **نتیجه‌گیری:** بنابراین استفاده از مداخلات روان‌شناختی به منظور کاهش احساس تنهایی از همان دوران کودکی و قبل از رسیدن آنان به سن نوجوانی توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: احساس تنهایی، اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی، نوجوان.

مقدمه

ادیه^۶ و همکارانش (۲۰۰۳)، اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی را نوعی اختلال آزارشی^{۱۰} معرفی کرده‌اند که با سطوحی از بی‌توجهی (مثل مشکل در تمرکز بر روی تکالیف مدرسه)، تکانش‌گری^{۱۱} مثل قطع کردن مکالمه یا فعالیت‌ها و بیش فعالی (مانند مشکل در نشستن جایی که لازم است این کار را انجام دهد)، مشخص می‌شود. تنهایی به‌عنوان نوعی احساس تکاملی سازگارانه که فرد را به سمت تعاملات اجتماعی سوق می‌دهد تعریف می‌شود (کاسیوپو و هاوکی، ۲۰۰۹). تنهایی تجربه‌ای ذهنی است و ممکن است شخص با وجود در اطراف دیگران بودن احساس تنهایی کند یا برعکس زمانی که تنها است احساس تنهایی نکند

اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی^۵، نوعی اختلال عصب-شناختی-رشدی پیچیده و یکی از متداول‌ترین اختلال‌های دوران کودکی است که میزان مراجعه به مراکزهای درمانی به علت آن، از تمامی اختلال‌های دیگر بیشتر است (علیزاده، ۱۳۸۳). شیوع اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی دامنه‌ای از ۳ تا ۵ درصد دارد (بنر، قهتانی، عبدالل^۴، ۲۰۰۶). استین‌هاوزن^۲ (۲۰۰۰)، نسبت پسران به دختران را ۹ به ۱ گزارش کرده است. طبق گزارش بارکلی^۸ (۲۰۰۴)، حدود ۷۰ درصد کودکان دچار اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی در بزرگسالی نیز این اختلال را دارند.

^۱*(نویسنده مسئول) کارشناس ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی، موسسه آموزش عالی بهزیستی و تامین اجتماعی کشور (استان همدان).

^۲ - استناد دانشگاه علامه طباطبائی، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی

^۳ - کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه تهران

^۴ - استادیار دانشگاه شهید بهشتی، گروه روان‌شناسی

تاریخ ارسال مقاله: ۱۳۹۵/۰۷/۱۰ تاریخ پذیرش مقاله ۱۳۹۵/۰۸/۱۲

5. Attention deficit/hyperactivity disorder
6. Bener, Qahtani, Abdelaal
3. Steinhausen
4. Barkley
5. Ogdie
6. Disruptive
7. Impulsiveness

توجه/بیش‌فعالی در روابط خود با همسالان نشان دچار مشکلاتی هستند (هوزا^۱، ۲۰۰۷). این مشکلات اصولاً فراگیر هستند، چراکه این کودکان اغلب در اولین دقایق مواجهه با همسالان نشان کمتر موردپذیرش آن‌ها واقع می‌شوند (هین شاو و ملنیک^۲، ۱۹۹۵). طرد شدن در دوران کودکی به مشکلات بادوامی در بزرگسالی، ازجمله خطر بالاتر تنهایی، افسردگی و روابط مختل منجر می‌شود (آشر و کوئی^۳، ۱۹۹۹). کودکان طردشده برخلاف کودکان مورد غفلت واقع شده‌ای که بی‌توجهی ادامه‌دار را تجربه نمی‌کنند خصوصیات را از خود بروز می‌دهند که همیشه تجربه طرد را برای آن‌ها ماندگار می‌کند.

موانع دوست‌یابی در کودکان دچار اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و در نتیجه تجربه بالای احساس تنهایی در این آن‌ها را می‌توان به ضعف در این موارد نسبت داد: آگاهی اجتماعی، خواندن علامت‌های اجتماعی و خودکنترلی. کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی زمانی که در تعاملات اجتماعی درگیر می‌شوند هم در شناخت و هم در عملکرد کاستی‌هایی را نشان می‌دهند (گاورمونت و دوماس^۴، ۱۹۹۴). همچنین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در مقایسه با همسالان نشان به احتمال بیشتری در پاسخ به تحریک پاسخ‌های پرخاشگرانه نشان می‌دهند (مورفی و همکاران، ۱۹۹۲). رفتارهایی مانند تکانش‌گری، عدم تنظیم توجه، مشکل در سازگاری، عدم دنبال کردن قوانین، شکایت کردن، نالیدن، اذیت کردن دیگران و عدم توجه در خلال فعالیت‌ها که در کودکان دچار این اختلال دیده می‌شود طرد شدن از جانب همسالان را توجیه می‌کند (مراگ و همکاران^۵، ۲۰۰۷). عدم حساسیت به نشانه‌های بازخورد، ارتباط، مهارت‌های گوش کردن و همدلی ضعیف سبب می‌شود که پسرهای دچار این اختلال در مقایسه با پسرهای فاقد این اختلال پاسخ‌های همدلانه کمتری را نشان دهند (برااتن و روزن^۶، ۲۰۰۰).

ماش و ولف^۷ (۲۰۰۷) در تحقیقات خود نشان داده‌اند که مهارت اجتماعی این کودکان آسیب‌دیده است. بدین معنی که آن‌ها در برخی مهارت‌های ارتباطی دچار مشکل‌اند. این کودکان و نوجوانان در عملکرد اجتماعی و زندگی خانوادگی، روابط با همسالان، مدرسه و فعالیت‌های اوقات فراغت دچار مشکل هستند. آن‌ها نمی‌توانند در بازی‌ها از قوانین پیروی کنند و از اشتباه‌های خود درس بگیرند. رفتارهای این کودکان منبع ناراحتی معلمان، والدین، خواهر و برادرها و همسالان نشان است. نوجوانان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

(سوناری، ۲۰۱۰). دو بعد اجتماعی و هیجانی می‌تواند در توصیف ماهیت تنهایی بکار رود. تنهایی هیجانی از نبود روابط نزدیک و صمیمانه ناشی می‌شود در صورتی که تنهایی اجتماعی به دلیل فقدان دیگر شبکه‌های اجتماعی است (گالاناکي، وسیلوپاولو، ۲۰۰۷؛ جانتیلا، وارس، ۲۰۰۹)؛ بنابراین نوجوانی که فاقد دوست صمیمی است ممکن است از تنهایی هیجانی رنج ببرد در صورتی که نوجوان دیگری که فاقد گروه همسال یا همراهی افراد دیگر نظیر خانواده است، ممکن است تنهایی اجتماعی را تجربه کند (جانتیلا و وارس، ۲۰۰۹). علاوه بر این، تنهایی می‌تواند همچنین یک تجربه وابسته به فرهنگ و تحت تأثیر محیط زندگی شخص باشد (روکاچ و نتو، ۲۰۰۵).

بر اساس مطالعات پیشین، تجربه احساس تنهایی به‌ویژه در بین نوجوانان رایج است و ۲۰ تا ۵۰ درصد تمام نوجوانان تاندازه‌ای تنهایی را تجربه می‌کنند (لاین، ۱۹۹۰؛ ایندربیتزن-پیساروک، کلارک، سولانو، ۱۹۹۲؛ کاسیوپو، پاتریک، ۲۰۰۸). تنهایی می‌تواند پیامدهای منفی جدی بر سلامت و بهزیستی جسمی و روانی داشته باشد (هینریچ و گولن، ۲۰۰۶). تجربه تنهایی در نوجوانی با مشکلات هیجانی نظیر ترحم به خود (لاین، ۱۹۹۰)، اضطراب اجتماعی بالا، افسردگی (هینریچ و گولن، ۲۰۰۶) و عزت‌نفس پایین (مک‌وایت و همکاران، ۲۰۰۲) همراه است. مشکلات اجتماعی مرتبط با تنهایی شامل این موارد است: محرومیت و قربانی کردن، فقدان دوستی (هوکی، ۲۰۰۲؛ استورک، مازیا-وارنو، ۲۰۰۴)، مهارت‌های اجتماعی ضعیف (ایندربیتزن-پیساروک و همکاران، ۱۹۹۲) و تنهایی مرتبط با خانواده (یوروک، دمیر، ۲۰۰۳) که از روابط خانوادگی بی‌ثبات ناشی می‌شود.

افزون بر این، احساس مداوم تنهایی در نوجوانی با مشکلات خوردن (پریتچارد، یالچ، ۲۰۰۹) و خواب، فشارخون بالا و تغییر در عملکرد قلبی عروقی (کاسیوپو و همکاران، ۲۰۰۲) ارتباط دارد. علاوه بر مسائل مطرح‌شده، تنهایی با کمتر برآورد کردن سلامتی خود در نوجوانی همراه است (پاگ، سوان تیرانگکل، ۲۰۰۹). احساس تنهایی به پایین ارزیابی کردن نیز کیفیت زندگی منجر می‌شود (برامستون، پرتی، چیپوار، ۲۰۰۲) و همچنین با خود آسیب‌رسانی عمدی و نیز فکر و قصد خودکشی در دوره نوجوانی مرتبط است (لاسگارد و همکاران، ۲۰۱۱).

تحقیقات درباره اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نشان می‌دهد که دست‌کم ۵۰ درصد کودکان دارای اختلال نارسایی

⁵ Mrug

⁶ Braaten & Rosen

⁷ Mash & Wolf

1-Hoza

2. Hinshaw & Melnick

3. Asher. & Coie

4. Guevremont and Dumas

ابزار

۱. پرسشنامه تشخیصی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی: این پرسشنامه توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۰۰) در ۱۸ سؤال تهیه شده است و اختلال مذکور را در سه زیر نوع ارزیابی می‌کند و به صورت بله/ نه درجه‌بندی می‌شود. افراد زمانی دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی هستند که ۶ ملاک از ۹ ملاک تعریف شده برای نارسایی توجه یا بیش‌فعالی/تکانش‌گری را داشته باشند. اعتبار این آزمون در ایران با محاسبه آلفای کرونباخ ۹۰ درصد گزارش شده است (کاشانی موحّد، ۱۳۸۴).

۲. پرسشنامه احساس تنهایی آشر: این مقیاس احساس کودک از تنهایی و نارضایتی وی را ارزیابی می‌کند. شامل ۲۴ ماده است. ۸ ماده آن (عبارت است از ۲ و ۴ و ۵ و ۱۱ و ۱۳ و ۱۵ و ۱۹ و ۲۳) مربوط به سرگرمی‌ها و علاقه‌های کودک است و نمره‌ای به آن تعلق نمی‌گیرد و برای این منظور که کودک در انجام آزمون احساس راحتی و آرامش و آزادی بیشتر کند، آورده شده است به ۱۶ ماده دیگر آن نمره تعلق می‌گیرد و دامنه آن بین ۱۶ تا ۸۰ است. بر اساس رتبه‌بندی لیکرت نمره‌گذاری شده است و هر عبارت بین ۱ تا ۵ نمره می‌گیرد (۱. اصلاً در مورد من درست نیست، ۲. کمی در مورد من درست است، ۳. گاهی در مورد من درست است، ۴. غالباً در مورد من درست است و ۵. کاملاً در مورد من درست است). پژوهشی که به وسیله تهیه‌کننده‌های مقیاس بر روی ۵۲۲ نفر بهنجار ۱۸ ساله انجام گرفت نشان داد که نمره‌های این مقیاس، همبستگی معنی‌داری با نمره‌های ارزیابی همسالان شخص نسبت به وی و سایر روش‌های گروه‌سنجی داشت (آشر، ۱۹۸۴). در محاسبات مربوط به پایایی مقیاس احساس تنهایی الهگن^۳ (۲۰۰۴) ضریب آلفای کرونباخ را برابر با ۸۱ درصد و نیز همسانی درونی آن با توجه به همبستگی ۶۶ درصد که این مقدار، پس از اصلاح، به روش اسپیرمن، براون برای محاسبه ضریب پایایی کل ۷۹ درصد به‌دست آمده است. داور پناه در زمینه‌های محاسباتی مقیاس احساس تنهایی، پژوهشی انجام داد و ضریب آلفای ۸۵ درصد را گزارش کرد. معدنی پور (۱۳۹۰) ضریب پایایی به‌دست آمده توسط داورپناه را با روش باز آزمایی با فاصله زمانی ۲۵ روز، بر روی ۴۱ دانش‌آموز یک مدرسه دبیرستان دخترانه ۹۴ درصد گزارش کرده‌اند.

شیوه اجرای پژوهش

در هر مدرسه، به تعداد دانش‌آموزان به معلمان هر کلاس نسخه‌ای از معیارهای تشخیصی انجمن روان‌پزشکی آمریکا

به واسطه ماهیت اختلال خود از تنهایی مصون نیستند و بیشتر احتمال دارد افسرده باشند، دچار مشکلات اجتماعی، اعتمادبه‌نفس پایین و داشتن احساس درماندگی شوند و همچنین احتمال استفاده از مواد مخدر در آن‌ها بالاست (استیون و همکاران^۱، ۲۰۱۳). شاید یکی از علت‌های اینکه کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعال دارای احساس تنهایی شدید هستند نداشتن دوست در این کودکان باشد (جف^۲، ۲۰۱۳). بر اساس آنچه بیان شد هدف پژوهش حاضر مقایسه میزان احساس تنهایی در دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و دانش‌آموزان عادی پایه هشتم است. در واقع این پژوهش در صدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا تفاوتی بین میزان احساس تنهایی در دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و عادی وجود دارد یا خیر؟

روش

طرح پژوهش از نوع پس-رویدادی یا علی-مقایسه‌ای است. تحقیق پس‌رویدادی معمولاً به تحقیقاتی اطلاق می‌شود که در آن پژوهشگر با توجه به متغیر وابسته به بررسی علل احتمالی وقوع آن می‌پردازد. تحقیق پس‌رویدادی گذشته‌نگر بوده و سعی بر آن دارد که از معلول به علت احتمالی پی‌برد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام دانش‌آموزان با و بدون اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است که در پایه هشتم مدارس دولتی شهر همدان در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۹۲ مشغول به تحصیل بودند. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش شامل ۱۳۰ دانش‌آموز است که ۶۵ نفر آن را دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و ۶۵ نفر دیگر را دانش‌آموزان بدون اختلال تشکیل داده‌اند. میانگین سن دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این آزمون برابر ۱۳/۳۵ و انحراف استاندارد سن نیز برابر ۱/۲۹ است.

روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای به این شکل انجام شد: نخست، از بین مناطق ۲ گانه آموزش و پرورش شهر همدان ۱ منطقه انتخاب شد. سپس، از بین مدارس واقع در منطقه ۱، ۴ مدرسه پسرانه به تصادف انتخاب شدند. در مرحله بعد از هر مدرسه، چند کلاس به گونه تصادفی در مقطع دوم راهنمایی انتخاب شد.

3. Elhageen

1. Steven

2. Jeff

شناسایی و سپس پرسش‌نامه احساس تنهایی آشر بر روی این دانش‌آموزان و ۶۵ دانش‌آموز عادی، اجرا شد. از معلمان خواسته شد که درس ساعت آخر را مقداری زودتر تمام کنند تا دانش‌آموزان بتوانند در آن ساعت به پرسش‌نامه جواب بدهند. به دانش‌آموزان گفته شد اگر سؤالی را متوجه نشدند حتماً بپرسند و با ابهام به سؤال‌ها جواب ندهند.

یافته‌ها

یافته‌های مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات احساس تنهایی در دانش‌آموزان عادی و دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در جدول ۱ نشان داده شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تی برای دو گروه مستقل استفاده شد.

(۲۰۰۰) داده شد. سپس بر اساس این معیارهای تشخیصی و پرونده دانش‌آموزان، دانش‌آموزان دارای اختلال انتخاب شدند. همچنین ضمن جلب همکاری آزمودنی‌ها به آن‌ها اطمینان داده شد که این آزمون‌ها و نتایج به دست آمده از آن‌ها صرفاً جنبه پژوهشی دارد و مربوط به مدرسه یا سازمان خاصی نیست. برای اطمینان بخشی بیشتر و جلب همکاری آزمودنی‌ها در پاسخ‌گویی صحیح و دقیق به آن‌ها تذکر داده شد که ضرورتی برای نوشتن مشخصات شخصی (نام، نام خانوادگی) وجود ندارد. آموزش‌های لازم در مورد ویژگی اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی به معلمان داده شد تا بتوانند بر اساس پیشینه رفتاری دانش‌آموزان در کلاس درس به گزاره‌های پرسش‌نامه تشخیصی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در مورد دانش‌آموزان پاسخ دهند. در این مرحله معلمان تعداد ۶۵ دانش‌آموز دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی را

جدول ۱- نمرات احساس تنهایی در دو گروه

متغیر	وضعیت	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	t	Sig
احساس تنهایی	عادی	۵۶/۴۳	۱۱/۳۰	۱۲۸	-۵/۵۵	۰/۰۰۰
	اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی	۶۸/۲۹	۹/۰۹			

داشتن نیاز قوی دارند و این حس ذاتاً مسبب رفتارهای ما می‌شود، افکار ما را شکل می‌دهد و بر هیجانات ما تأثیرگذار است (با میسترو لری، ۱۹۹۵). زمانی که فرد روابط اجتماعی محدود می‌شود یا کمتر از حد مطلوب برایش ارضاکنده است تنهایی را تجربه می‌کند. بر این اساس، تنهایی ناشی از ناهمخوانی بین روابط مورد آرزوی یک شخص و روابط تجربه شده است (کاسیویو و همکاران، ۲۰۰۲).

در این پژوهش میزان احساس تنهایی در نوجوانان عادی و نوجوانان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بررسی شد و نتایج زیر به دست آمد. با توجه به معنادار بودن محاسبات آماری در خصوص فرضیه پژوهش می‌توان نتیجه گرفت احساس تنهایی دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بیشتر از دانش‌آموزان عادی است. به این ترتیب یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعه آرتسن و جیلها (۲۰۱۱) که به رابطه احساس تنهایی در کودکان و بزرگسالان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی پرداخته‌اند، همخوانی دارد. علاوه بر آن با مطالعات جف (۲۰۱۳) و ویس (۲۰۰۲) که نشان دادند

نتیجه تحلیل داده‌ها نشان داد که میانگین نمره احساس تنهایی دانش‌آموزان بدون اختلال برابر ۵۶/۴۳ و انحراف استاندارد آن نیز برابر ۱۱/۳۰ و میانگین نمره دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه /بیش‌فعالی برابر ۶۸/۲۹ و انحراف استاندارد آن نیز برابر ۹/۰۹ است. بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت میانگین دو گروه با درجه آزادی ۱۲۸ در سطح $P < 0/05$ معنادار است و احساس تنهایی دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بیشتر از دانش‌آموزان عادی است.

بحث و نتیجه‌گیری

کودکان و نوجوانان دچار اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در پذیرفته شدن از جانب همسالان و تعاملات اجتماعی مشکلات بسیاری را تجربه می‌کنند (بگ ول، مولینا، پلهم و هوزا، ۲۰۰۱) و در مقایسه با سایر همسالان خود که این اختلال را ندارند تنهایی بیشتری را تجربه می‌کنند. انسان‌ها به تعلق

نتایج را افزایش داد و در نهایت با کنترل متغیرهای اثرگذار دیگر بر تجربه احساس تنهایی، از نقش علی متغیر اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی بر داشتن احساس تنهایی بالا، در نوجوانان دچار این اختلال اطمینان بیشتری به دست آورد.

منابع

علیزاده، ح (۱۳۸۳). *اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی: ویژگی‌ها، ارزیابی و درمان*. تهران: رشد.
کاشانی موحد. آ. (۱۳۸۴). *رابطه حافظه فعال و پایداری هیجانی دانش‌آموزان با و بدون اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
معدنی‌پور، ک و حق رنجبر، ف و کاکوند، ع و ثنایی ذاکر، ب. (۱۳۹۰). *بررسی رابطه سبک دل‌بستگی با خوش‌بینی و احساس تنهایی در دانش‌آموزان ۹-۱۲ سال شهر کرج*.

Aartsen M, Jylha M. Onset of loneliness in older adults with attention deficit/ hyperactivity disorder: Results of a 28 year prospective study. *European J Ageing*. 2011; 8(1): 31-38.
American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed.-Revised)*, Washington, DC: Author Anastopoulos AD, Shelto TL, DuPaul G J, Guevremont DC. (1993). Parent training for attention-deficit hyperactivity disorders: It's impact on parent functioning. *J Abnormal Child Psychol*. 2000; 21: 581-596.
Asher SR, Coie JD. *Peer rejection in childhood*. Cambridge [England]; New York: Cambridge University Press; 1999.
Asher S, Hymel S, Renshaw P. Loneliness in children. *Child Dev*. 1984; 55: 1456-1464.
Barkley, RA. Adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview of empirically based treatments. *J Psychiatr Pract*. 2004; 10(1): 39-56.
Bagwell CL, Molina BSG, Pelham WE, Hoza B. Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: Predictions from childhood to adolescence. *J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry*. 2001; 40: 1285-1292.
Baumeister RF, Leary MR. The need to belong: Desire for interpersonal attachment as a fundamental human motivation. *Psychol Bull*. 1995; 117(3): 497-529.
Bener A, Qahtani RA, Abdelaal I. The prevalence of ADHD among primary school children in an Arabian society. *J Atten Disord*. 2006; 10(1):77-82.
Bramston P, Pretty G, Chipuer H. Unravelling subjective quality of life: An investigation of

احساس تنهایی در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی بیشتر از کودکان عادی است نیز همخوانی دارد.
اکثریت دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی در موقعیت‌های مختلف دارای مشکلاتی هستند که عبارت‌اند از: قبول مسئولیت - درک قوانین - تعارض با خانواده - عزت‌نفس پایین - ارتباط ضعیف با همسالان - شکست در پایان تحصیلات متوسط و در نهایت احساس تنهایی. بنابراین در خصوص احساس تنهایی دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی احتمالاً اختلال اصلی دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی نقص در مهارت‌های اجتماعی است و همچنین در بیشتر آن‌ها نقص در مهارت‌های ارتباطی با ضعف سبک‌های شناختی ارتباط دارد (آرتسن، ۲۰۱۱).
نکته‌ای که باید مدنظر باشد آن است که چون معلمان تنها بعد از اتمام آموزش کامل درس خود و در دقایق پایانی ساعت تدریس خود، به پژوهشگران اجازه ورود به کلاس و توزیع پرسش‌نامه احساس تنهایی به دانش‌آموزان را داده بودند، این امر باعث شد که دانش‌آموزان باعجله اقدام به پاسخ‌گویی به سؤالات پرسش‌نامه کنند و ممکن است به‌این‌علت، از دقت نتایج کاسته شده باشد. علاوه بر این، تشخیص دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی در این پژوهش با استفاده از پرسشنامه تشخیصی اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی انجمن روان‌پزشکی آمریکا صورت گرفته بود. اگر علاوه بر این پرسش‌نامه، برای تشخیص دانش‌آموزان دارای این اختلال، مقیاس درجه‌بندی کانرز (فرم معلمان) در اختیار معلمان قرار می‌گرفت و تکمیل می‌شد، تشخیص گروه نوجوانان دچار این اختلال با دقت بیشتر صورت می‌گرفت و این امر اعتبار نتایج را بالاتر می‌برد. همچنین عوامل اثرگذار دیگر در تجربه احساس تنهایی از جمله تعداد ساعات تعامل بین والدین و فرزندان، کیفیت ارتباط بین اعضای خانواده و تک‌فرزندی در این پژوهش کنترل نشد، درحالی‌که ممکن است کاستی در این عوامل علاوه بر وجود اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی، در تجربه احساس تنهایی بیشتر در نوجوانان دچار این اختلال، نقش داشته باشد.

بر این اساس پیشنهاد می‌شود برای به دست آوردن نتایج بهتر و دقیق‌تر در پژوهش‌های بعدی، علاوه بر پرسشنامه تشخیصی اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی از مقیاس درجه‌بندی کانرز فرم معلمان نیز، برای تمایز قائل شدن بین نوجوانان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی و عادی استفاده شود. همچنین می‌توان از دانش‌آموزان خواست که پرسش‌نامه احساس تنهایی آشر را به منزل ببرند تا با تأمل و با دقت کافی آن را تکمیل کنند. علاوه بر موارد مذکور، با افزایش حجم نمونه مورد مطالعه در پژوهش‌های بعدی، می‌توان اعتبار

- Junttila N, Vauras M. Loneliness among school-aged children and their parents. *Scand J Psychol.* 2009; 50 (3): 211-219.
- Laine K. Yksinäisyyden kokeminen peruskoulun yläasteella ja lukiossa [Loneliness experiences in high school and upper secondary school]. Turku: University of Turku; 1990.
- Lasgaard ML, Goossens RH, Bramsen T, Trillingsgaard R, Elklit A. Different sources of loneliness are associated with different forms of psychopathology in adolescence. *J Res Personality.* 2011; 45 (2): 233-237.
- Mash EJ, Wolf DA. *Abnormal child psychology.* Worth publishing company; 2002.
- McWhirter BT, Besett-Alesch TM, Horibata J, Gat I. Loneliness in High Risk Adolescents: The role of coping, self-esteem, and empathy. *J Youth Stud.* 2002; 5 (1):69.
- Murphy DA, Pelham WE, Lang AR. Aggression in boys with attention deficit-hyperactivity disorder: Methylphenidate effects on naturalistically observed aggression, response to provocation, and social information processing. *J Abnormal Child Psychol.* 1992; 20(5): 451-466.
- Mrug S, Hoza B, Pelham WE, Gnay, EM, Greiner, AR. Behavior and peer status in children with ADHD: Continuity and change. *J Atten Disord.* 2007; 10(4): 359-371.
- Ogdie M, Macphine L, Minassian S, Yang M, Fisher S. A genome wide scan for attention – deficit / hyperactivity disorder in an extended: Suggestive linkage on 17 p 11. *Am J Hum Genet.* 2003; 72: 1268-1279.
- Page RM, Suwanteerangkul J. Self-rated health, psychosocial functioning, and health-related behavior among Thai adolescents. *Pediatr Int.* 2009; 51 (1): 120-125.
- Pritchard ME, Yalch KL. Relationships among loneliness, interpersonal dependency, and disordered eating in young adults. *Personality and Individual Differences.* 2009; 46 (3):341-346.
- Rokach A, Neto F. Age, Culture and the Antecedents of Loneliness. *Social Behavior and Personality: An Int j.* 2005; 33 (5): 477-494.
- Steinhausen HC. Dashy Perkinetische syndrom: Klinische Befunde und ualidatat der Diagnose. In H. C. Steinhausen (Eds.), *Das Konzentrations Gestorte und Hyperaktive Kind.* Stuttgart; 2000.
- [Steven A.](#), [Safren L.](#), [Knouse E.](#), [Ivori Z.](#) Depression in Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): The individual and community determinants. *Soc Indicators Res.* 2002; 59(3): 261-274.
- Braaten E, Rosen L. Self-Regulation of Affect in attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) and non-ADHD boys: Differences in Empathic Responding. *J Consulting and Clin Psychol.* 2000; 68(2): 313-321.
- Cacioppo JT, Hawkey LC. Perceived social isolation and cognition. *Trends in Cogn Sci.* 2009; 13(10): 447-454.
- Cacioppo JT, Hawkey LC, Crawford LE, Ernst JM, Burleson MH, Kowalewski RB, et al. Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Med.* 2002; 64(3); 407-417.
- Cacioppo JT, Patrick W. *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection.* New York and London: W.W. Norton & Company; 2008.
- Elhageen, AAM. Effect of interaction between parental treatment styles and peer relations in classroom on the feelings of loneliness among deaf children in Egyptian Schools. Unpublished MD. Dissertation Eberhard-Karls-University; 2004.
- Galanaki EP, Vassilopoulou HD. Teachers and Children's Loneliness: A review of the literature and educational implications. *European J Psychol of Educ.* 2007; (4): 455-475.
- Guevremont DC, Dumas MC. Peer relationship problems and disruptive behavior disorders. *J Emotional and Beh Disord.* 1994; 2: 164-173.
- Heinrich LM, Gullone E. The Clinical Significance of Loneliness: A Literature Review. *Clin Psychol Rev.* 2006; 26 (6): 695-718.
- Hoza B. Peer functioning in children with ADHD. *J Pediatr Psychol.* 2007; 32(6): 719-727.
- Hinshaw SP, Melnick SM. Peer relationships in children with attention-deficit hyperactivity disorder with and without comorbid aggression. *Dev Psychopathology.* 1995; 7(4): 627-647.
- Huuki, T. Popularity, Real Lads and violence on the social field of school. In: Sunnari, V, Kangasvuo, J & Heikkinen, M. (eds.) *Gendered and Sexualized Violence in Educational Environments.* Oulu. Oulu University Press; 2002.
- Inderbitzen-Pisaruk H, Clark ML, Solano CH. Correlates of Loneliness in Midadolescence. *J Youth and Adolesc.* 1992; 21 (2): 151-167.
- Jeef D. Reflections on the Present State of Loneliness Research. with ADHD children. In *Loneliness. Theory, Research and Applications,* 20-36. California, London, and New Delhi: Sage; 2013.

Uruk AC, Demir A. The role of peers and families in predicting the loneliness level of adolescence. *The J Psychol.* 2003; 137 (2): 179-193.

Weiss R. Reflections on the Present State of Loneliness Research. with ADHD children. In *Loneliness. Theory, Research and Applications*, 1-16. California, London, and New Delhi: Sage; 2002.

mediating role of cognitive-behavioral factors. [Cogn Ther and Res.](#) 2013; 37: 1220-1232.

Storch EA, Masia-Warner C. The relationship of peer victimization to social anxiety and loneliness in adolescent females. *J Adolesc.* 2004; 27 (3); 351-362

Sunnari V. "I cannot speak about it" Physical Sexual harassment as experienced by children at school in Northern Finland and Northwest Russia. VDM Verlag; 2010.

1

Comparison of Loneliness in Adolescents with and without Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

Farzaneh Moradamin*¹

Hamid Alizadeh²

Samira Ahadi³

Elham Hakimirad⁴

Abstract

Aim: This study compares loneliness among adolescents with and without attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). **Method:** Hundred-thirty subjects in the present study are all students of second class of middle school in the state schools of Hamedan, in the academic year 2012-2013. Sixty-five students with and 65 without ADHD were sampled. The subjects were selected through a cluster sampling. The instruments used in the study were Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Inventory and Asher Loneliness Scale. We used independent *t*-test to analyze the data. **Results:** The results of this study showed that adolescents with ADHD experienced bigger amount of loneliness. **Conclusion:** Accordingly, we conclude that teens who feel lonely in attention deficit disorder/ hyperactivity are more common in adolescents. Therefore, taking advantage of psychological services to help these children is approved.

Keywords: loneliness, Attention deficit/hyperactivity disorder, adolescent.

¹* M. A in Psychology of Exceptional Children, Hamedan, Iran. Email:Moradamin2@yahoo.com

2- Professor, Department of Psychology of Exceptional Children. Allameh Tabataba'i University.(Corresponding Author)

3- M.A in General Psychology, University of Tehran

4- Assistant Professor, Department of Psychology, Shahid Beheshti University.