

تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر شایستگی اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی*

Effectiveness of Social Skills Training on Social Competence on Primary School Children with ADHD*

Seyyede Razieh Tabaeian, ✉ M.Sc.

Mehrdad Kalantari, Ph.D.

Sholeh Amiri, Ph.D.

Hamid Taher Neshatdoost, Ph.D.

Hossein Molavi, Ph.D.

سیده راضیه طبائیان**

دکتر مهرداد کلانتری**

دکتر شعله امیری***

دکتر حمید طاهر نشاط دوست**

دکتر حسین مولوی**

Abstract

The aim of the present study was to investigate the effectiveness of social skills training (through direct training and parental training) on social competence in primary school children with attention deficit hyperactivity disorder. To achieve this, 45 boys with attention deficit hyperactivity disorder were selected among those referred to the Isfahan University of Medical Sciences Special Clinic for Children and Adolescents, and the Psychology and Counseling Clinic affiliated to the Isfahan branch of Ministry of Education. The subjects were randomly assigned to three (two experimental and one control) groups. The first experimental group received direct training whereas the second experimental group received a combination

چکیده

هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی (از طریق آموزش مستقیم به کودکان و آموزش از طریق والدین) بر بهبود شایستگی اجتماعی در کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی بود. بدین منظور از بین مراجعه‌کنندگان به دو کلینیک روانشناسی و روانپزشکی شهر اصفهان، ۴۵ کودک پسر مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی که از طریق مقیاس کانرز تشخیص داده شدند و از بین آنها به شیوه مصاحبه آن دسته که دارای نقص در مهارت‌های اجتماعی بودند؛ به صورت تصادفی انتخاب شدند و به طریق واگذاری تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) قرار گرفتند. برای سنجش مهارت‌های اجتماعی در سه سطح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از سنجش مهارت‌های اجتماعی کودکان استفاده شد. گروه آزمایشی اول آموزش مهارت‌های اجتماعی را به صورت آموزش مستقیم و گروه آزمایشی دوم به صورت تلفیقی آموزش مهارت‌های اجتماعی را از طریق آموزش مستقیم به کودکان و آموزش از طریق والدین دریافت نمودند و گروه کنترل هیچ نوع آموزشی دریافت ننمود. نتایج به دست آمده با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار

* Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, I.R. Iran. ✉ r.tabaeian@yahoo.com
Tel: +98 913 304 53 45

* دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۶/۱۱، تصویب نهایی: ۱۳۸۷/۲/۵
** دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان

of direct and parental trainings (ten weeks). The controlled group received no intervention. To compare the three groups, a pre-test, post-test, and a follow up using the Social Skills Evaluation Inventory were used. The data were analyzed by multi-variant co-variance and U-Man-Vitny tests. The results showed significant differences among the three groups in the post-test and the follow-up. phases.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), social competence, social skill training (SST)

گرفت. نتایج بیانگر وجود تفاوت معنادار (گروه آزمایشی ۱ و ۲) و گروه کنترل در چهار زیر مقیاس (تکانشگری، رفتار پسندیده اجتماعی، روابط با همگان، مهارت‌های ارتباطی) در دو سطح پس آزمون و پیگیری بود. همچنین مقایسه‌های زوجی بین گروه آزمایشی (۱)، گروه آزمایشی (۲) و گروه کنترل نشان دهنده وجود تفاوت معنادار (گروه آزمایشی ۱ و ۲) و گروه کنترل در چهار زیر مقیاس (تکانشگری، رفتار پسندیده اجتماعی، روابط با همگان، مهارت‌های ارتباطی) در دو سطح پس آزمون و پیگیری بود.

کلید واژه‌ها: اختلال کمبود توجه | بیش فعالی، شایستگی اجتماعی، آموزش مهارت‌های اجتماعی.



● مقدمه

«اختلال کمبود توجه | بیش فعالی» الگوی پایدار فقدان توجه و یا بیش فعالی - تکانشگری است که در مقایسه با افرادی که در همان سطح از رشد قرار دارند؛ فراوان تر و شدیدتر است. میزان شیوع این اختلال در کودکان دبستانی ۳ تا ۵ درصد برآورد شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۸۴). این اختلال می‌بایست در دو زمینه وجود داشته باشد و بایستی عملکرد فرد بسته به میزان تحول؛ در زمینه‌های اجتماعی، تحصیلی یا شغلی مختل باشد (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲).

از آنجا که فقدان عملکرد مطلوب اجتماعی با اختلال کمبود توجه / بیش فعالی در ارتباط است، به نظر می‌رسد مشکلات و رفتارهای نامناسب اجتماعی در حل کردن مسایل اجتماعی، با ویژگی‌های هسته‌ای این اختلال در ارتباط مستقیم باشد (گرین و همکاران، ۱۹۹۷؛ به نقل از وندرورد و همکاران ۲۰۰۵). ویلر^۲ و کارلسون^۳ (۱۹۹۴)، به نقل از دیو و پریز، ۲۰۰۶) اشاره می‌کند در کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش فعالی نه تنها فقدان دانش اجتماعی و مهارت‌های حل مسئله باعث مشکلات اجتماعی آنها می‌شود بلکه در بسیاری موارد شکست در آن دسته از مهارت‌های اجتماعی که می‌بایست در موقعیتی خاص انجام دهند باعث ایجاد

مشکل در رفتار اجتماعی خواهد شد. کودکان بیش فعال حتی از طرف بزرگسالان و همگنان خود نیز طرد می‌شوند و با رفتار منفی آنها مواجه می‌شوند. والدین این کودکان اغلب دچار تنیدگی شدید و مشکلات مدیریتی در اداره و مهار رفتار فرزندان خود می‌باشند و حتی ممکن است موجب افزایش گوشه‌گیری اجتماعی و ناسازگاری زناشویی شود (بارکلی، کارلسون و پولارد، ۱۹۸۱). آنچه باعث عملکرد مناسب اجتماعی کودک خواهد شد مهارت‌های اجتماعی کودک می‌باشد. بسیاری از مفاهیم ارائه شده توسط محققان و پژوهشگران در مورد مهارت‌های اجتماعی به یک کیفیت همگن اشاره دارد (مک فال^۴، ۱۹۸۲؛ به نقل از دانیلسون، ۲۰۰۳).

مهارت‌های اجتماعی در بسیاری از زمینه‌های عملکردی در زندگی یک کودک نقش دارد مانند رفتار مناسب، حرمت خود بالا و میزان و کیفیت شاد بودن و رضایت از زندگی. کمبودها و نقص‌ها در رشد مناسب مهارت‌های اجتماعی نیز به طور مشابه اثرات نامطلوبی بر سطح عملکرد کنونی و آتی کودک به جا می‌گذارد. مورگان^۵ (۱۹۸۰)، به نقل از کارتلج^۶ و میلبرن^۷ (۱۳۷۲) به این نکته اشاره دارد که مهارت‌های اجتماعی نه تنها امکان شروع و تداوم روابط متقابل و مثبت را با دیگران فراهم می‌آورد بلکه توانایی نیل به اهداف ارتباط با دیگران را در شخص ایجاد می‌کند. مشکلات اجتماعی را می‌توان نتیجه عملکرد ناکافی رفتارهای اجتماعی همانند تعامل با گروه همگنان در نظر گرفت. از این عملکرد ناکافی می‌توان به عنوان «عدم شایستگی اجتماعی»^۸ نام برد (داج، ۱۹۸۵ و گرشام، ۱۹۸۶؛ به نقل از دیبو و پرینز، ۲۰۰۶).

بر طبق الگوی نقص مهارت‌های اجتماعی کودکی که دارای عدم شایستگی اجتماعی می‌باشد، فاقد مهارت‌های مناسب برای اجرای اعمال مناسب در یک فعالیت اجتماعی است. نقص‌های اجتماعی شامل «نقص‌های اکتسابی» و «نقص‌های عملکردی» می‌شود. کودکان با نقص‌های اکتسابی فاقد مهارت‌های خاص در مجموعه رفتاری خود می‌باشند. ولی کودکان با نقص عملکردی دارای مهارت‌های کافی می‌باشند اما نمی‌توانند از آن مهارت‌ها در شرایط خاص استفاده کنند. الگوی نقص مهارت‌های اجتماعی قسمت رفتاری نارسایی اجتماعی را پوشش می‌دهد؛ هر چند عوامل شناختی عاطفی بسیاری نیز وجود دارد که موجب تعیین پاسخ اجتماعی می‌شود (اسپنس، ۲۰۰۳). از نقطه نظر درمانی این امر بدان معناست که کودکی که دارای نقص اجتماعی است؛ نیازمند آموزش مهارت‌های اجتماعی می‌باشد (گرشام،

گرشام (۱۹۸۸)، به نقل از ندرورد و همکاران، ۲۰۰۵) مهارت‌های اجتماعی را شامل همکاری با همگنان، رفتارهای آغازگرانه، مشارکت، تعامل مؤثر با دیگران و اجتناب و ورزیدن از پاسخ‌های نپذیرفتنی اجتماعی می‌داند. همچنین اغلب اختلالات، ناهنجاری‌ها و مشکلات بالینی نیز با کمبودها و نقص‌ها در مهارت‌های اجتماعی و طرد شدن از جانب همگنان، چه در دوران کودکی و چه در اوایل بزرگسالی مرتبط می‌باشد (کون و همکاران، ۱۹۷۳، لوبر^۱، ۱۹۸۵، و پارکر و آشر، ۱۹۸۷؛ به نقل از دانیلسون، ۲۰۰۳). رشد مهارت‌های اجتماعی در طول دوران خردسالی و کودکی پیامدهای مهم و گسترده‌ای دارد (مریل، ۱۹۹۳، به نقل از دانیلسون، ۲۰۰۳). به طور کلی اختلال در روابط اجتماعی پیش‌بینی‌کننده مهمی از پیامدهای طولانی مدت مضر در نوجوانی می‌باشد. بنابراین نقص اجتماعی به عنوان ضعف جدی محسوب می‌شود (گرین و همکاران، ۱۹۹۹، به نقل از دیبو و پرینز، ۲۰۰۶).

میراندا و پرزنداکیون (۲۰۰۰) در پژوهشی به منظور بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی در کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی، ۳۲ کودک شامل ۲۵ پسر و ۷ دختر مورد بررسی قرار گرفتند. کودکان طی ۱۸ جلسه تحت مداخله آموزشی مهارت‌های اجتماعی و درمان شناختی-رفتاری قرار گرفتند. نتایج حاکی از آن است که آموزش مهارت‌های اجتماعی به تنهایی یا همراه با درمان شناختی-رفتاری مؤثر می‌باشد ولی بر روی کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی که به صورت توأم اختلال نافرمانی مقابله‌ای داشتند، مداخله ترکیبی مؤثرتر بود. کرونیس و همکاران (۲۰۰۶) معتقدند که آن دسته از راهبردهای آموزش مهارت‌های اجتماعی که به همراه آموزش روانشناختی والدین ارائه شده به مراتب مؤثرتر بوده است. آنتشل و ریمر (۲۰۰۳) در پژوهشی به منظور بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی در کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی، ۱۲۰ کودک مبتلا را که شامل ۳۰ کودک دختر و ۹۰ کودک پسر بودند، مورد مطالعه قرار دادند. جلسات آموزش والدین به گونه‌ای ترتیب داده شده بود که در هر کدام از جلسات به والدین اطلاعاتی در مورد مهارت‌های اجتماعی فرزندانشان داده می‌شود و والدین در مورد هدایت تکمیل کار در خانه در مورد فرزندانشان آموزش می‌دیدند. نتایج حاکی از آن بود که کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی نوع عمدتاً بی‌توجه بیشتر از آموزش مهارت‌های اجتماعی سود می‌برند و این به خاطر آن است که آنها کمتر تحت تأثیر رفتار مقابله‌ای، مشکلات تنظیم احساسات و نقص‌های اجرایی قرار دارند و در تحقیقات پیگیری (حدوداً سه ماه پس از مداخله) غالباً رشد بیشتری را نسبت به نوع مرکب نشان

می‌دهند. همچنین نتایج در مورد کودکان نوع توأم با اختلال نافرمانی مقابله‌ای کمتر از دو نوع دیگر که فاقد اختلال همراه بودند؛ مثبت بود. آیکف، و همکاران (۲۰۰۴) در پژوهشی به منظور بررسی اثربخشی درمان دارویی و آموزش مهارت‌های اجتماعی در طی درمان چند وجهی؛ ۱۰۳ کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی را مورد بررسی قرار دادند. در سه گروه برحسب نوع درمان یا آموزش دریافتی قرار داده شدند. ۳۴ کودک تحت درمان دارویی «متیل فنیدیت»، ۳۴ کودک تحت درمان دارویی متیل فنیدیت و درمان چند وجهی که عمدتاً شامل آموزش مهارت‌های اجتماعی می‌شد و ۳۵ کودک تحت درمان دارویی به همراه فعالیت با گروه همگنان قرار گرفتند. علاوه بر آن هر سه گروه تحت جلسات آموزش از طریق والدین قرار گرفتند که محتوای جلسات شامل راهبردهایی تقویت می‌شد. نتایج حاکی از افزایش عملکرد در هر سه گروه بود.

این پژوهش در نظر دارد که «تأثیر شیوه آموزش مهارت‌های اجتماعی از طریق آموزش مستقیم به کودکان و آموزش از طریق والدین را بر بهبود شایستگی اجتماعی در کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه با بیش‌فعالی نسبت به آموزش مهارت‌های اجتماعی که صرفاً از طریق آموزش مستقیم به کودکان ارائه می‌شود»، را بررسی کند.

● روش

○ این پژوهش برحسب هدف، در دسته پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد. به علاوه، برحسب طرح تحقیق از جمله طرح‌های آزمایشی است (سه گروه شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل). انتساب گروه‌ها تصادفی و طرح پژوهش شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با آزمون پیگیری است. در این پژوهش، هر سه گروه (اعم از دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) تحت درمان دارویی «متیل فنیدیت» قرار داشتند. گروه‌های آزمایش به ترتیب اولین گروه فقط تحت آموزش مهارت‌های اجتماعی از طریق آموزش مستقیم به کودکان و دومین گروه به صورت تلفیقی تحت آموزش مهارت‌های اجتماعی از طریق آموزش مستقیم به کودکان و آموزش از طریق والدین قرار گرفت. هیچ مداخله آموزشی در مورد گروه کنترل اعمال نشد. متغیرهای مستقل، وابسته و کنترل به شرح ذیل می‌باشند:

متغیر مستقل: آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان بود که از دو طریق (آموزش مستقیم به

کودکان و آموزش از طریق والدین) در سطح گروه‌های آزمایش اعمال شد.

متغیر وابسته: شایستگی اجتماعی بود؛ که در پس آزمون و آزمون پیگیری با استفاده از «سیاههٔ سنجش مهارت‌های اجتماعی»، بررسی شدند. جامعه آماری در این پژوهش مشتمل بر کلیه کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی بودند که به کلینیک‌های روانشناسی و روانپزشکی شهر اصفهان در سال ۸۶-۱۳۸۵ مراجعه نمودند. به منظور اجرای طرح پژوهشی، در ابتدا از میان فهرست کلینیک‌های روانشناسی و روانپزشکی شهر اصفهان، دو کلینیک به طور تصادفی انتخاب شدند. پس از جلب همکاری این مراکز کلینیک مشاوره کودکان و نوجوان وابسته به دانشکده پزشکی اصفهان و کلینیک مشاوره آموزش و پرورش) - از لیست کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی مراجعه‌کننده به این مراکز، ۴۵ کودک انتخاب شدند که شرایط انتخاب آنها به شرح زیر بود: ۱- کودکان از حیث جنس، مذکر بودند، ۲- کودکان در مقطع سوم و چهارم ابتدایی بودند، ۳- کودکان در مهارت‌های اجتماعی با مشکل مواجه بودند، ۴- هوش کودکان در حد طبیعی و یا بالاتر از طبیعی بود و ۵- کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی و فاقد هرگونه اختلال همراهی بودند.

○ به منظور بررسی اطلاعات مورد نیاز از شیوه مصاحبه و همچنین از دو پرسشنامه استفاده شده است، که در بخش ذیل به شیوه مصاحبه و معرفی پرسشنامه‌ها پرداخته شده است:

۱. مصاحبه: محقق از میان فهرست کودکان مبتلا به «اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی» بدست آمده، کودکان پسر مبتلا به اختلال مذکور را مورد مصاحبه بالینی قرار داد و کودکانی را که با توجه به گزارش‌های مدرسه و اظهارات والدین دچار نقص در مهارت‌های اجتماعی بودند، را مشخص نمود. در ضمن کودکان انتخاب شده به استناد نوع مدرسه (مدارس عادی) دارای هوش طبیعی و یا بالاتر از طبیعی بودند.

۲. «مقیاس کانرز»^{۱۲} فرم والدین): صرفاً به منظور تشخیص اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی از مقیاس کانرز (فرم والدین) استفاده شد. این مقیاس در سال ۱۹۹۱ به منظور تشخیص اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی توسط دکتر کانرز تهیه و تنظیم شد و در سال ۲۰۰۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این ابزار دارای دو فرم مخصوص «والدین» و مخصوص «معلمین» می‌باشد. فرم مخصوص والدین که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت مشتمل بر ۲۷ سؤال بوده که در یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود. این ابزار مشتمل بر ۴ زیر مقیاس می‌باشد: ۱. «نافرمانی مقابله‌ای»^{۱۳}، ۲. «مشکلات شناختی اَبی‌توجهی»^{۱۴}، ۳. «بیش‌فعالی»^{۱۵} و ۴. شاخص اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی.

۳. «سنجش مهارت‌های اجتماعی کودکان»^{۱۶}: در این پژوهش، به منظور سنجش سطح اولیه مهارت‌های اجتماعی در کودکان پیش از مداخله برنامه آموزشی و بعد از پایان یافتن برنامه مداخله آموزشی از «سنجش مهارت‌های اجتماعی کودکان» استفاده گردید. این پرسشنامه که یک پرسشنامه خودگزارشی است توسط کودکان تکمیل می‌گردد، در سال ۲۰۰۳ توسط دانلسون و فلپس به منظور بررسی مهارت‌های اجتماعی کودکان مقطع ابتدایی تهیه و تنظیم شده است. این مشتمل بر ۲۱ ماده می‌باشد و در یک مقیاس لیکرتی از ۱ به ۵ نمره‌گذاری می‌شود. دانلسون و فیلیپس (۲۰۰۳) با استفاده از روش آزمون-بازآزمایی ضریب همبستگی پیرسون را 0.74 برآورد کردند که در سطح 0.01 معنادار می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ 0.9 گزارش شده است که در حد مطلوب می‌باشد. امیری، طبائیان و مولوی (۱۳۸۶) با استفاده از روش آزمون-بازآزمایی ضریب همبستگی پیرسون را 0.84 برآورد کردند که در سطح 0.01 معنادار می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ را نیز 0.74 گزارش نمودند که در حد مطلوب می‌باشد و در نتایج حاصل از تحلیل عاملی، ۴ زیر مقیاس (تکانشگری، رفتار پسنديده اجتماعی، روابط با همگنان، مهارت‌های ارتباطی) مشخص گردید.

○ در اجرا: جلسات بر حسب گروه‌های آزمایشی متفاوت بود. گروه آزمایشی ۱ آموزش مهارت‌های اجتماعی را که از طریق آموزش مستقیم به کودکان در طول مدت ۱۰ جلسه دریافت نمود و همزمان گروه آزمایشی ۲ به صورت تلفیقی آموزش مهارت‌های اجتماعی را از طریق آموزش مستقیم به کودکان به مدت ۱۰ جلسه و آموزش از طریق والدین را نیز به مدت ۱۰ جلسه دریافت نمودند. در گروه آزمایشی ۲، جلسات مخصوص کودکان و مخصوص والدین در یک روز و به دنبال یکدیگر انجام می‌گرفت (البته جلسه اول والدین یک هفته زودتر از جلسه اول کودکان انجام گرفت). جلسات آموزشی مهارت‌های اجتماعی (جدداً از طریق آموزش مستقیم به کودکان و چه از طریق آموزش به والدین)، به مدت ۹۰ دقیقه انجام می‌گرفت. و به علت جلوگیری از خستگی و یکنواختی، بعد از حدوداً ۴۰ دقیقه از شروع جلسات، به مدت ۱۵ دقیقه استراحت و پذیرایی اعلام می‌شد. هیچ گونه افت یا ریزش نمونه دیده نشد. در پایان مداخله آموزشی پس از آزمون به شیوه پیش از آزمون انجام گرفت. با فاصله حدوداً یک ماه از پایان مداخله آموزشی (پایان خردادماه ۱۳۸۶)، آزمون پیگیری در مورد کودکان به وسیله پرسشنامه «سنجش مهارت‌های اجتماعی کودکان» انجام گرفت که نحوه اجرای آن همانند مرحله پیش از آزمون و پس از آزمون بود؛ در ذیل به اختصار به اهداف جلسات آموزشی پرداخته شده است:

الف) اهداف جلسات آموزش مهارت‌های اجتماعی از طریق آموزش مستقیم به کودکان

جلسه ۱	عنوان جلسه: مهارت‌های ارتباطی ۱: اجرای پیش‌آزمون آشنائی روانشناس و کودکان با یکدیگر، آشنائی با اهداف برگزاری جلسات آموزشی و آموزش مهارت خوب گوش دادن.
جلسه ۲	عنوان جلسه: مهارت‌های ارتباطی ۲: آموزش مهارت برقراری تماس چشمی.
جلسه ۳	عنوان جلسه: مهارت‌های گفتگویی: آموزش مهارت ارتباط کلامی.
جلسه ۴	عنوان جلسه: هیجانات ۱: آشنائی با هیجانات (شادی و غمگینی)، آشنائی با تظاهر هیجانات (شادی و غمگینی) در چهره.
جلسه ۵	عنوان جلسه: هیجانات ۲: آشنائی با علل بروز هیجانات (شادی و غمگینی)، آشنائی با تأثیر هیجانات (شادی و غمگینی) بر رفتار
جلسه ۶	عنوان جلسه: احساسات ۳: آشنائی با هیجان خشم و حالت‌های مختلف: آشنائی با تأثیر خشم بر رفتار و راه‌های مهار آن
جلسه ۷	عنوان جلسه: تنظیم هیجانات: آشنائی با ابراز صحیح عصبانیت، آشنائی با راه‌های مقابله با عصبانیت دیگران.
جلسه ۸	عنوان جلسه: مهارت حل مسئله ۱: آشنائی با تعریف دقیق واژه مشکل، آشنائی با راه‌های حل مشکل.
جلسه ۹	عنوان جلسه: مهارت حل مسئله ۲: آشنائی با شیوه مقایسه راه حل‌های مختلف، آشنائی با شیوه انتخاب بهترین راه حل
جلسه ۱۰	عنوان جلسه: جمع‌بندی آموزش مهارت‌های اجتماعی در جهت افزایش شایستگی اجتماعی، اجرای پس‌آزمون

ب) اهداف جلسات آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان از طریق آموزش به والدین

جلسه ۱	عنوان جلسه: بیان اهداف و محدودیت‌های برنامه آموزشی
جلسه ۲	عنوان جلسه: ارائه اطلاعات لازم در خصوص اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی، تعریف اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی، سبب‌شناسی اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی، معرفی ویژگی‌های رفتاری اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی.
جلسه ۳	عنوان جلسه: آموزش خوب گوش کردن به کودکان، آموزش والدین در جهت خوب گوش کردن به کودک، آموزش والدین در جهت کمک به پرورش مهارت خوب گوش کردن در کودک، کمک والدین به کودک در جهت خوب گوش کردن در تعامل با همگنان.
جلسه ۴	عنوان جلسه: برقراری تماس چشمی با کودکان، آموزش والدین در جهت برقراری تماس چشمی با کودک، آموزش والدین در جهت کمک به پرورش مهارت برقراری تماس چشمی در کودکان، کمک والدین به کودک در جهت برقراری تماس چشمی در تعامل با همگنان.
جلسه ۵	عنوان جلسه: داشتن گفتگو با کودک، آموزش والدین در جهت داشتن گفتگو با کودک، آموزش والدین در جهت پرورش مهارت‌های گفتگویی در کودک، کمک والدین به کودک در جهت برقراری گفتگو با گروه همگنان.
جلسه ۶	عنوان جلسه: تعامل والدین با کودکان همراه با ابراز صحیح هیجانات، آموزش والدین در جهت تعامل مؤثر توأم با ابراز صحیح هیجانات با کودک، آموزش والدین در جهت پرورش مهارت ابراز صحیح هیجانات در کودک، کمک والدین به کودک در جهت ابراز صحیح هیجانات در تعامل با گروه همگنان.
جلسه ۷	عنوان جلسه: آشنائی با الگوهای تعاملی در خانواده، تعریف الگوهای تعاملی، تأثیر الگوهای تعاملی والدین بر رفتار کودکان، شیوه ابراز صحیح هیجانهای منفی نظیر خشم و عصبانیت.
جلسه ۸	عنوان جلسه: تعامل والدین با کودکان همراه با ابراز صحیح عصبانیت، آموزش والدین در جهت تعامل مؤثر توأم با ابراز صحیح عصبانیت با کودک، آموزش والدین در جهت پرورش مهارت ابراز صحیح عصبانیت در کودک، کمک والدین به کودک در جهت ابراز صحیح عصبانیت در تعامل با همگنان.
جلسه ۹	عنوان جلسه: تلفیق آموزش مهارت‌های اجتماعی.
جلسه ۱۰	جمع‌بندی

● نتایج

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره در مورد چهار زیر مقیاس در سه سطح پیش آزمون پس آزمون به شرح زیر بدست آمد:

جدول ۱- نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه میانگین‌های نمرات پس آزمون پس از کنترل پیش آزمون

متغیر	اماره	سطح آزمون	اماره F	درجه آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
زیر مقیاس تکانشگری	پیش آزمون	۹۰/۵۸۶	۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۸	۱	
	پس آزمون	۳۴/۸۱۵	۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳	۱	
زیر مقیاس رفتار پسنديده اجتماعي	پیش آزمون	۲۱/۹۱۶	۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵	۱	
	پس آزمون	۲۱/۰۳۸	۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰۶	۱	
زیر مقیاس روابط با همگنان	پیش آزمون	۲۴/۹۰۸	۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸	۱	
	پس آزمون	۴۰۱/۰۶۶	۲	۰/۰۰۰۱	۰/۹۵۱	۱	
زیر مقیاس مهارت‌های ارتباطی	پیش آزمون	۱/۹۷۲	۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱	
	پس آزمون	۲۶۴/۹۰۸	۲	۰/۰۰۰۱	۰/۹۳	۱	

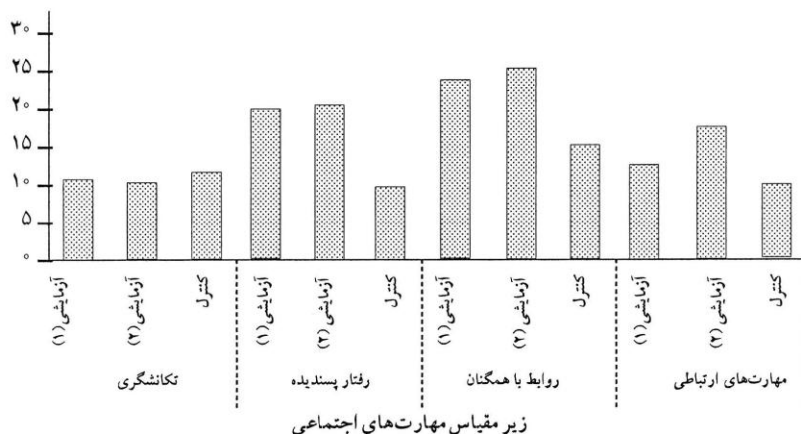
نتایج جدول ۱ حاکی از آن است که در مورد زیر مقیاس «تکانشگری» میزان تأثیر آموزش ۶۳٪ بوده است و این بدان معناست که ۶۳ درصد واریانس نمرات زیر مقیاس تکانشگری مربوط به عضویت گروهی بوده است، در مورد زیر مقیاس مقیاس «رفتار پسنديده اجتماعي»، میزان تأثیر آموزش ۹۵٪ بوده است و این بدان معناست که ۹۵ درصد واریانس نمرات زیر مقیاس رفتار پسنديده اجتماعي مربوط به عضویت گروهی بوده است، در مورد زیر مقیاس «روابط با همگنان»، میزان تأثیر آموزش ۹۳٪ بوده است و این بدان معناست که ۹۳ درصد واریانس نمرات زیر مقیاس روابط با همگنان مربوط به عضویت گروهی بوده است، در مورد

جدول ۲- میانگین نمرات پس آزمون زیر مقیاس‌ها در گروه‌های زوجی در سطح پس آزمون

زیر مقیاسها	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین دو گروه (I-II)	سطح معناداری
زیر مقیاس تکانشگری	آزمایشی (۱)	آزمایشی (۲)	۱۱/۸۶۱-۹/۷۴۲=۲/۱۱۸	۰/۰۰۰۱
	گواه	گواه	۱۱/۸۶۱-۱۲/۵۳۰=۰/۶۷۰	۰/۰۰۰۶
زیر مقیاس رفتار پسنديده اجتماعي	آزمایشی (۱)	آزمایشی (۲)	۹/۷۴۲-۱۲/۵۳۰=۲/۷۸۸	۰/۰۰۰۱
	گواه	گواه	۱۹/۱۴۱-۲۰/۸۰۹=۱/۶۶۷	۰/۰۰۰۱
زیر مقیاس روابط با همگنان	آزمایشی (۱)	آزمایشی (۲)	۱۹/۱۴۱-۱۰/۳۸۳=۸/۷۵۸	۰/۰۰۰۱
	گواه	گواه	۲۰/۸۰۹-۱۰/۳۸۳=۱۰/۴۲۵	۰/۰۰۰۱
زیر مقیاس مهارت‌های ارتباطی	آزمایشی (۱)	آزمایشی (۲)	۲۳/۴۶۴-۲۵/۳۶۸=۱/۹۰۴	۰/۰۰۰۹
	گواه	گواه	۲۳/۴۶۴-۱۰/۷۰۱=۱۲/۷۶۲	۰/۰۰۰۱
	آزمایشی (۱)	آزمایشی (۲)	۲۵/۳۶۸-۱۰/۷۰۱=۱۴/۶۶۷	۰/۰۰۰۱
	گواه	گواه	۱۵/۰۴۵-۱۶/۳۲۴=۱/۲۷۹	۰/۰۰۰۱
	آزمایشی (۱)	آزمایشی (۲)	۱۵/۰۴۵-۱۰/۲۹۸=۴/۷۴۷	۰/۰۰۰۱
	گواه	گواه	۱۶/۳۲۴-۱۰/۲۹۸=۶/۰۲۶	۰/۰۰۰۱

زیر مقیاس «مهارت‌های ارتباطی»، میزان تأثیر آموزش ۰/۸۸ بوده است و این بدان معناست که ۸۸ درصد واریانس نمرات زیر مقیاس مهارت‌های ارتباطی مربوط به عضویت گروهی بوده است. در مورد هر چهار زیر مقیاس در سطح پس آزمون، توان آماری ۱ و سطح احتمال نزدیک به صفر، دلالت بر کفایت حجم نمونه بوده است.

میانگین نمرات زیر مقیاس‌های گروه‌های زوجی در سطح پس آزمون در جدول ۲ نشان داده شده است: چنانچه در این جدول مشاهده می‌شود؛ با توجه به سطوح معناداری تفاوت بین کلیه زوج‌های میانگین‌ها معنادار است ($p < 0/0001$). همانطور که در نمودار ۱ نیز مشخص است، بیشترین میزان میانگین مربوط به زیر مقیاس روابط با همگنان در گروه آزمایشی (۲) است.



نمودار ۱- میانگین نمرات پس آزمون زیر مقیاس‌ها در گروه‌های زوجی در سطح پس آزمون

○ نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره در مورد چهار زیر مقیاس در سه سطح پیش آزمون و پیگیری به شرح زیر بدست آمد:

نتایج جدول ۳ حاکی از آن است که در مورد زیر مقیاس «تکناننشگری»، میزان تأثیر آموزش ۰/۶۰۶ بوده است و این بدان معناست که ۶۶ درصد واریانس نمرات زیر مقیاس تکناننشگری مربوط به عضویت گروهی بوده است، در مورد زیر مقیاس رفتار پسندیده اجتماعی، میزان تأثیر آموزش ۰/۹۵۱ بوده است و این بدان معناست که ۹۵ درصد واریانس نمرات زیر مقیاس رفتار پسندیده اجتماعی مربوط به عضویت گروهی بوده است، در مورد زیر مقیاس روابط با همگنان میزان تأثیر آموزش ۰/۹۴۴ بوده است و این بدان معناست که ۹۴ درصد

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه میانگین‌های نمرات پیگیری پس از کنترل پیش‌آزمون

متغیر	اماره	سطح آزمون	آماره F	درجه آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
زیرمقیاس تکانشگری		پیش آزمون	۲۱/۹۱۶	۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵	۱
		پیگیری	۲۱/۰۳۸	۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰۶	۱
زیرمقیاس رفتار پسندیده اجتماعی		پیش آزمون	۲۴/۹۰۸	۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵	۱
		پیگیری	۴۰/۱۰۶۶	۲	۰/۰۰۰۱	۰/۹۵۱	۱
زیرمقیاس روابط با همگنان		پیش آزمون	۱/۹۷۲	۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱
		پیگیری	۳۴۳/۵۸۲	۲	۰/۰۰۰۱	۰/۹۴۴	۱
زیرمقیاس مهارت‌های ارتباطی		پیش آزمون	۹/۴۶۲	۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵	۰/۸۵۲
		پیگیری	۲۶۷/۳۰۱	۲	۰/۰۰۰۱	۰/۹۳	۱

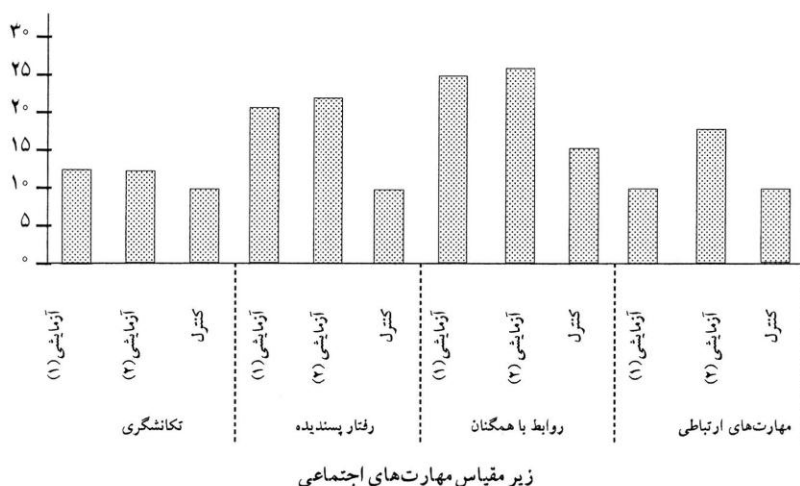
واریانس نمرات زیرمقیاس روابط با همگنان مربوط به عضویت گروهی بوده است، در مورد زیرمقیاس مهارت‌های ارتباطی، میزان تأثیر آموزش ۰/۹۳ بوده است و این بدان معناست که ۹۳ درصد واریانس نمرات زیرمقیاس مهارت‌های ارتباطی مربوط به عضویت گروهی بوده است. در مورد هر چهار زیرمقیاس در سطح پیگیری، توان آماری ۱ و سطح احتمال نزدیک به صفر دلالت بر کفایت حجم نمونه می‌باشد.

میانگین نمرات زیرمقیاس‌های گروه‌های زوجی در سطح پیگیری در جدول ۴ نشان داده شده است: چنانچه در این جدول مشاهده می‌شود؛ با توجه به سطوح معناداری، تفاوت بین کلیه زوج‌های میانگین‌ها (به جز زوج میانگین گروه آزمایشی ۱ و گروه کنترل) معنادار است

جدول ۴- میانگین نمرات پس از آزمون زیرمقیاس‌ها در گروه‌های زوجی در سطح پیگیری

زیرمقیاسها	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین دو گروه (I-II)	سطح معناداری
زیرمقیاس تکانشگری	آزمایشی (۱)	آزمایشی (۲)	۱۲/۳۱۲-۱۲/۶۸۰=۲/۷۷۱	۰/۰۰۰۱
		کنترل	۱۲/۳۱۲-۱۲/۶۸۰=۰/۳۶۹	۰/۴۸۶
زیرمقیاس رفتار پسندیده اجتماعی	آزمایشی (۲)	کنترل	۱۲/۶۸۰-۹/۵۴۱=۳/۱۳۹	۰/۰۰۰۱
	آزمایشی (۱)	آزمایشی (۲)	۲۰/۷۲۳-۲۱/۸۸۴=۱/۱۶۱	۰/۰۴۴
		کنترل	۲۰/۷۲۳-۱۰/۳۹۴=۱۰/۳۲۹	۰/۰۰۰۱
	آزمایشی (۲)	کنترل	۲۱/۸۸۴-۱۰/۳۹۴=۱۱/۴۹۰	۰/۰۰۰۱
زیرمقیاس روابط با همگنان	آزمایشی (۱)	آزمایشی (۲)	۲۴/۵۴۷-۲۶/۴۹۳=۱/۹۴۷	۰/۰۰۰۶
		کنترل	۲۴/۵۴۷-۱۰/۵۶۰=۱۳/۹۸۷	۰/۰۰۰۱
	آزمایشی (۲)	کنترل	۲۶/۴۹۳-۱۰/۵۶۰=۱۵/۹۳۳	۰/۰۰۰۱
	آزمایشی (۱)	آزمایشی (۲)	۱۶/۶۵۷-۱۷/۸۶۱=۱/۲۰۵	۰/۰۰۰۳
زیرمقیاس مهارت‌های ارتباطی		کنترل	۱۶/۶۵۷-۹/۷۴۹=۶/۹۰۸	۰/۰۰۰۱
	آزمایشی (۲)	کنترل	۱۷/۸۶۱-۹/۷۴۹=۸/۱۱۳	۰/۰۰۰۱

($p < 0.001$). نتایج حاصل از آزمون مان-ویتنی یو معنادار بودن تفاوت بین دوزوج میانگین گروه آزمایشی (۱) و گروه کنترل را تأیید کرد. همانطور که در نمودار ۲ نیز مشخص است، بیشترین میزان میانگین مربوط به زیر مقیاس روابط با همگنان در گروه آزمایشی (۲) است.



نمودار ۲- میانگین نمرات پس آزمون زیر مقیاسها در گروههای زوجی در سطح بگیری

● بحث و نتیجه گیری

در کل نتایج حاصل از ارائه «آموزش مهارت‌های اجتماعی» به تفکیک گروه‌های آزمایشی حاکی از آن بود که آموزش مهارت‌های اجتماعی باعث افزایش سطح مهارت‌های اجتماعی (کاهش نمرات حاصل از زیر مقیاس تکناشگری و افزایش نمرات در زیر مقیاس‌های رفتار پسندیده اجتماعی، روابط با همگنان و مهارت‌های ارتباطی) در کودکان مبتلا به «اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی» گردید. نتایج بدست آمده بر پژوهش‌های آیکف و همکارانش (۲۰۰۴) مبتنی بر اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر افزایش مهارت‌های اجتماعی بنیادی و مهارت‌های گفتگویی و یا پژوهش آنتشل و دیمر (۲۰۰۳) که افزایش مهارت‌های اجتماعی از طریق آموزش مهارت‌های مشارکت و یا جرأت‌آموزی صورت گرفت و همچنین پژوهش میراندا و پرزنداکیون (۲۰۰۰) که عمدتاً بر آموزش مهارت‌های حل مسئله تأکید می‌نمودند؛ صحت گذاشت و این از آن رو صورت گرفت که همانطور که دیویو و پریز (۲۰۰۶) نیز اشاره می‌کنند؛ در واقع منطق آموزش مهارت‌های اجتماعی آن است که توانش اجتماعی رشد یافته در نتیجه دانستن رفتارهای مناسب اجتماعی بیشتر می‌شود.

○ ارائه آموزش‌ها در سه سطح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان دهنده آن بود که علی‌رغم معنادار بودن تفاوت میانگین‌ها چه در سطح پس‌آزمون و چه در سطح پیگیری نسبت به سطح پیش‌آزمون ولیکن تفاوت میانگین‌ها در هر سه زیرمقیاس در مرحله پیگیری با پیش‌آزمون نسبت به مرحله پس‌آزمون بیشتر بود و این نشان دهنده لزوم گذشت زمان به منظور تغییر در نگرش کودکان در روابط با همگنان آنها است که نتایج حاصل از آن در سنجش به شیوه گروه سنجی منعکس می‌شود. چرا که کودکان با افزایش دانش اجتماعی در جهت رفتار مطلوب اجتماعی و نهایتاً شایستگی اجتماعی گام برمی‌دارند و این به خودی خود موجب مواجه شدن آنها با تقویت و یا به عبارتی پذیرش از ناحیه همگنان و همچنین بزرگسالان می‌باشد.

○ در این میان نتایج گروه آزمایشی (۲) که به صورت تلفیقی آموزش مهارت‌های اجتماعی را از طریق آموزش مستقیم به کودک و آموزش از طریق والدین دریافت می‌کردند؛ به مراتب مثبت‌تر از نتایج گروه آزمایشی (۱) بود. این امر بیانگر آن خواهد بود که آموزش مهارت‌های اجتماعی به اضافه واسطه‌گری آموزش از طریق والدین در افزایش مهارت‌های اجتماعی و افزایش عملکرد مطلوب کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی نتیجه‌ای مثبت داشته است. و این به آن خاطر است که همانطور که دیبو و پرینز (۲۰۰۶) اشاره می‌کنند؛ یکی از واسطه‌های بالقوه در آموزش مهارت‌های اجتماعی روشی است که والدین در تربیت کردن کودکان خود استفاده می‌کنند. در واقع کیفیت رابطه فرزند - والدین به نوبه خود زمینه را برای رابطه اجتماعی کودک با همگنان خود فراهم می‌آورد. به اعتقاد بارکلی (۱۹۸۱) برنامه‌های آموزش والدین موجب بهبود مهارت‌های مدیریتی فرزندان، افزایش اعتماد به نفس آنها، کاهش استرس خانوادگی و تعدیل رفتارهای منفی می‌گردد و به این سبب است که آن دسته از راهبردهای آموزش مهارت‌های اجتماعی که به همراه آموزش روانشناختی به والدین ارائه شده باعث تکمیل روند بهبودی در طول مرحله پیگیری بوده‌اند.

○ ○ ○

یادداشت‌ها

- 1- American Asychiatrich Association
- 3- Wheeler
- 5- Margan
- 7- Milbern
- 9- Cowen

- 2- Greene
- 4- McFall
- 6- Cartledge
- 8- social incompetent
- 10- Loeber

- | | |
|---------------------|---|
| 11- methylphenidate | 12- Conners Rating Scale Q-Revised |
| 13- oppositionality | 14- cognitive/inattention problem |
| 15- hyperactivity | 16- Assessment of Children's Social Skill |

منابع

- انجمن روانپزشکی امریکا (۱۳۴۸). متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. ترجمه محمد رضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس. تهران: انتشارات سخن.
- سادوک، بنیامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت. (۱۳۸۲). خلاصه روانپزشکی، ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان. تهران: انتشارات ارجمند.
- کارتلج، جی و میلبرن، جی، اف. (۱۳۷۲). آموزش مهارت های اجتماعی به کودکان. ترجمه محمد حسین نظری نژاد. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.

- Abdikof, H.; Hechman, L.; Klein, R. G.; Gallagher, R.; Fleiss, K.; Etcovitch, J.; & et al. (2004). Social functioning in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 820-829.
- Antshel, K. M.; & Remer, R. (2003). Social skills training in children with attention deficit hyperactivity disorder: A randomized-controlled clinical trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32*, 153-165.
- Barkley, R. A.; Karlson, J.; & Pollard, S. (1981). Effects of age on the mother-child interactions of ADHD and normal boys. *Journal of Abnormal Child Psychology, 13*, 631-637.
- Chronis, A. M.; Jones, H. A.; & Raggi, V. L. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychology Review, 26*, 486-502.
- Conners, C. K. (2001). *Conners Rating Scale revised: The manual*. USA: Multi-Health System Inc.
- Danielson, C. K.; & Phelps, C. R. (2003). The Assessment of Children's Social Skills through self-report: A potential screening instrument for classroom use. *Journal of Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 35*, 218-228.
- Deboo, G. M.; & Prins, J. M. (2006). Social incompetence in children with ADHD: Possible moderators and mediators in social-skills training. *Journal of Clinical Psychology Review, 27(1)*, 78-97.
- Frankel, F.; Myatt, K.; Cantwell, D. P.; & Feinberg, D. T. (1997). Parent-assisted Transfer of Children's Social Skills Training: Effect on children with and without with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,*

40, 704-710.

- Gresham, F. M. (1997). Social competence and students with behavior disorder: Where we've been, where we are, and where we should go. *Journal of Education and Treatment of Children, 20*, 233-249.
- Miranda, A.; & Presentacion, M. J. (2000). Efficacy of cognitive-behavioral therapy in the treatment of children with ADHD, with and without aggressiveness. *Journal of Psychology in the Schools, 37*, 169-182.
- Pfiffner, L. J.; & McBernet, K. (1982). Social skills training with parent generalization: Treatment effects for children with attention deficit disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 749-757.
- Spence, S. H. (2003). Social skills training with children and young people: Theory, evidence and practice. *Journal of Child and Adolescent Mental Health, 8*, 84-96.
- Tutty, S.; Gefart, H.; & Wurzbacher, K. (2003). Enhancing behavioral and social skill functioning in children newly diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder in pediatric setting. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatric, 24*, 51-57.
- Vanderoord, S.; Vandermeulen, E. M.; Prins, P. J. M.; Oosterlaan, J.; Buitelaar, J. K.; & Emelkamp, P. M. G. (2005). A psychometric evaluation of social skills rating system in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Behavior Research and Therapy, 43*, 733-746.

