

Research Paper

The Comparison of Self -management Strategies, Responsibility and Rejection by Peers in Children with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder and Normal Children

Maryam Movahedifar^{*1}, Mahboobe Taher²

1. Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Shahrood branch, Shahrood, Semnan,
faryadmovahedifar@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Shahrood branch, Shahrood, Iran,
mahboobe.taher@yahoo.com

Citation

Movahedifar M. The Comparison of Self -management Strategies, Responsibility and Rejection by Peers in Children with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder and Normal Children. ijndd 2022; 1 (2) : 4

URL: <http://jnnd.ir/article-1-25-fa.html>



ARTICLE INFO

Keywords:

attention
deficit/hyperactivity
disorder,
self-management,
responsibility,
rejection by peer

ABSTRACT

Background and purpose: It is important to compare normal children and children with attention deficit/hyperactivity disorder due to the identification of the factors affecting the development and continuation of this disorder in children. Therefore, the aim of the present study is to compare the strategies of self-management, responsibility and rejection by peers in children with attention deficit/hyperactivity disorder and normal children.

Method: The descriptive research design is causal-comparative. The statistical population included all normal and ADHD-affected elementary school girls in Damghan city in the academic year 2016-2017, from which a sample of 100 people (each group included 50 people) was selected using the available sampling method. The research tools included Humphrey's (1982) self-management questionnaires, Hudson's peer relationships (1992), Kurdolo's student responsibility questionnaire (2013) and Kanzer's short attention deficit/hyperactivity disorder diagnostic scale (1999) and the data were analyzed using multivariate analysis of variance. and was analyzed.

Findings: The results showed that children with attention deficit/hyperactivity disorder show less self-management and less responsibility compared to normal people ($P < 0.05$). No significant difference was observed between attention deficit/hyperactivity disorder and normal ($P < 0.05$).

Conclusion: According to the results of the research, it can be concluded that there was a significant difference in self-management and responsibility between two groups of people with attention deficit/hyperactivity disorder and normal. Therefore, it is very important to pay attention to these variables in the occurrence and persistence of attention deficit/hyperactivity disorder.

Received: 13Apr 2022

Accepted: 6 May 2022

Available: 22 Jun 2022

***Corresponding author:** Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Shahrood branch, Shahrood, Semnan,

E-mail: faryadmovahedifar@gmail.com

Tel: 09128316744

مقاله پژوهشی

مقایسه راهبردهای خودمدیریتی، مسئولیت‌پذیری و طرد شدن توسط همسالان در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیشفعالی و کودکان بهنگار

مریم موحدی‌فر^{۱*}، محبوبه طاهر^۲

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهروд، شاهرود، سمنان، faryadmovahedifar@gmail.com
۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، شاهرود، ایران، mahboobe.taher@yahoo.com

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها

اختلال نقص توجه/بیشفعالی، خودمدیریتی، مسئولیت‌پذیری، طرد شدن توسط همسالان

زمینه و هدف: مقایسه کودکان بهنگار و مبتلا به اختلال نقص توجه/بیشفعالی به دلیل شناسایی عوامل مؤثر بر ایجاد و تداوم این اختلال در کودکان حائز اهمیت است. براین اساس هدف پژوهش حاضر مقایسه راهبردهای خودمدیریتی، مسئولیت‌پذیری و طرد شدن توسط همسالان در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیشفعالی و کودکان بهنگار است.

روش: طرح پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری شامل تمامی کودکان دختر دبستانی بهنگار و مبتلا به اختلال نقص توجه/بیشفعال شهرستان دامغان در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۹۷ بود که از بین آن‌ها نمونه‌ای به حجم ۱۰۰ نفر (هر گروه شامل ۵۰ نفر) با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های خودمدیریتی هامفری (۱۹۸۲)، روابط با همسالان هادسون (۱۹۹۲)، پرسشنامه مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان کردو (۱۳۹۳) و مقیاس تشخیصی کوتاه اختلال نقص توجه/بیشفعالی کانزر (۱۹۹۹) بود و داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیشفعالی در مقایسه با افراد بهنگار، خودمدیریتی کمتر و مسئولیت‌پذیری کمتری نشان می‌دهند ($P < 0.05$). در متغیر طرد شدن از سوی همسالان بین دو گروه افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/بیشفعال و بهنگار تفاوت معنادار مشاهده نشد ($P > 0.05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که بین دو گروه افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/بیشفعال و بهنگار در خودمدیریتی و مسئولیت‌پذیری تفاوت معنادار بود. بنابراین توجه به این متغیرها در بروز و تداوم اختلال نقص توجه/بیشفعال بسیار مهم است.

دریافت شده: ۱۴۰۱/۰۱/۲۴

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۰۲/۱۶

منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۴/۰۱

* نویسنده مسئول: مریم موحدی‌فر، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، شاهرود، ایران

رایانامه: faryadmovahedifar@gmail.com

تلفن: ۰۹۱۲۸۳۱۶۷۴۴

مقدمه

اختلال نقص توجه/ بیش فعالی^۱ یک اختلال عصبی- تحولی^۲ است که بر روی کودکان و بزرگسالان تأثیر می‌گذارد^(۱). علائم اصلی آن بیش فعالی، تکانشگری و بی‌تجهی است که منجر به اختلالات عملکردی شده و بر زندگی روزمره شخص و اطرافیانش تأثیر منفی می‌گذارد، نشانه‌های اصلی این اختلال در پنجمین و پراست راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روانپژوهی آمریکا^۳ وجود شش نشانه مرتبط با تکانشگری، نقص توجه یا فرونشی از ۱۸ علائم کلاسیک آن است که شامل ۹ مورد نقص توجه و ۹ مورد فرونشی و تکانشگری است که باید قبل از سن ۱۲ سالگی شروع شود و حداقل در دو موقعیت متفاوت مانند مدرسه و کودکستان، خانه و یا هنگام ارزیابی دیده شود^(۲). همچنین این اختلال را می‌توان به عنوان خفیف، متوسط و شدید دسته‌بندی کرد^(۳). میزان شیوع این اختلال در کودکان سنین مدرسه در سراسر جهان ۵٪ است اما این مقدار در ایالات متحده ۱۵/۵٪ گزارش شده است^(۴). این کودکان فاقد مهارت‌های بازداری و آگاهی از اعمال خود هستند که با بیشتر اختلالات شناختی، تحصیلی، عاطفی و اجتماعی ارتباط دارد^(۵). بنابراین مهارت‌های خودمدیریتی^۶ می‌تواند از جمله متغیرهای زمینه‌ساز و تداوم بخش این اختلال در کودکان باشد^(۶). خودمدیریتی به فعالیت‌های طراحی شده، برای ارزیابی از رفتار خود در جهت تغییر یا نگهداری آن رفتارها اشاره دارد، که افراد جهت مدیریت منابع، برای حفظ سلامتی شان به آنها نیاز دارند^(۷). خودمدیریتی، می‌تواند تغییر در رفتار یا سبک زندگی را در کودکان ایجاد کند^(۸) و شامل توانایی ناظر بر وضعیت فرد و تأثیر پاسخ‌های شناختی، عاطفی و رفتاری برای حفظ کیفیت رضایت‌بخش از زندگی است^(۹). بنابراین خودمدیریتی براساس فرایند خودتنظیمی بنا شده است^(۱۰). بروز مشکلات در خودتنظیمی و خودمدیریتی با انواع اختلال‌های روانی و خلقی و مشکلات تحصیلی مرتب است^(۱۱). به طوری که باسینگ^{۱۱} و همکاران^(۱۲) در پژوهشی به این نتیجه دست یافته‌اند که نوجوانانی که احتمال بیشتری در ابتلاء به اختلال نقص توجه/ بیش فعال داشتند نسبت به همه مداخلات خودمدیریتی اشتیاق کمتری از خود نشان دادند. همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مسئولیت‌پذیری^{۱۲} نیز در ایجاد و تداوم این اختلال نقش مهمی ایفا می‌کند که با عواملی از قبیل عملکرد تحصیلی، سلامت روان، موقوفیت شغلی و کیفیت روابط دوستانه نزدیک برنامه‌ریزی مستقیمی دارد^(۱۳). مسئولیت‌پذیری یک ویژگی شخصی است که از مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری تشکیل شده است. مؤلفه شناختی شامل برنامه‌ریزی برای یک فعالیت، تحقق نیاز به پاسخ، تحقق امتناع از انتخاب یک کار و پیش‌بینی نتایج اقدامات خود است^(۱۴). مؤلفه هیجانی نیز شامل تمایل به غلبه بر مشکلات، تجربه احساسی مرتب با نتیجه، نگرش مثبت به مسئولیت و احساس همدردی نسبت به دیگران است. همچنین مؤلفه رفتاری نیز شامل استقلال، کنترل خود، نظام و انضباط، اجرای وظایف به صورت منظم، داوطلبانه، مدیریت زمان فعالیت، کیفیت کار و تکمیل کار انجام شده است^(۱۴). لذا عدم مسئولیت‌پذیری و همچنین کاستی‌هایی که در مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به این اختلال وجود دارد موجب شده است که آن‌ها شیوه‌های مناسب برخورد در اجتماع را یا ندانند و یا انجام ندهند^(۱۵). مطالعات نشان‌دهنده کاهش مشکلات رفتاری نوجوانان با افزایش مسئولیت‌پذیری فردی بوده^(۱۵) و این می‌تواند بر روابط با همسالان و والدین و معلمان نقش مثبتی داشته باشد^(۱۳). با توجه به علائم و پیچیدگی این اختلال، تعدادی از مشکلات مهم عملکرد تحصیلی پایین، ضعف در کارکردهای اجرایی، عزت نفس پایین، روابط اجتماعی ضعیف با اعضای خانواده و مشکلات اجتماعی و عدم تعامل با همسالان است که در درازمدت نیز وجود داشته و بر کیفیت زندگی آنها اثر سوء می‌گذارد^(۱۶). کودکان با اختلال نقص توجه/ بیش فعالی در عملکردهای اجتماعی با چالش‌های قابل توجهی مواجه هستند. آن‌ها به راحتی از طرف همسالان خود طرد می‌شوند. به طور خاص حدود ۸۰ درصد از کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی، حتی پس از ملاقات‌های سیار کوتاه که نوعاً در حال گسترش دوستی با همسالان است میزان بالایی از طرد شدن توسط همتایان را تجربه می‌کنند و کمتر محتمل است که به عنوان یک دوست صمیمی انتخاب شوند^(۱۷). اسکیفر و همکاران^(۱۸)، در به این نتیجه رسیدند که والدین در آموزش خودمدیریتی فرزندان خود به شدت درگیر هستند و انتقال ناگهانی مسئولیت‌ها به فرزندانشان برای آنها سیار دشوار است. آنها پیشنهاد می‌کنند که مریبان یا معلمان می‌توانند مهارت‌های خودمدیریتی مانند مدیریت زمان، مهارت‌های سازمانی و تنظیم اهداف را به منظور بهبود استقلال دانش‌آموزان آموزش دهند. کسانی که این حمایت‌ها را دریافت نکنند بیشتر به نتایج منفی کوتاه‌مدت و بلندمدت از قبیل ضعف در مهارت‌های سازمانی، مهارت‌های تحصیلی و بهره‌وری پایین، عدم احتمال ادامه تحصیل و اشتغال دچار خواهند شد. مکلوگان^(۱۷) در یک بررسی فراتحلیل، نشان دادند که یک رابطه در حد متوسط بین اختلال نقص توجه/ فرونشون کشی و مشکلات عملکرد اجتماعی کودکان در حوزه عملکرد با همسالانشان وجود دارد. پزیبکا^{۱۹} و همکاران^(۱۹)، در پژوهشی با عنوان دانش فراشناختی توجه در کودکان با و بدون علائم اختلال نقص توجه/ فرونشون کشی به این نتیجه رسیدند که کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ فرونشون کشی همانند سایر کودکان دارای آگاهی فراشناختی از توجه هستند اما در کسب موقعیت صحیح دچار تأخیر بوده، از بلوغ کمتر در مدیریت مواد آموزشی برخوردار بوده و در طول زمان بیشتر احساسات منفی خود را بیان می‌کنند. بیشتر مشکلات اجتماعی و عاطفی در کودکان با اختلال نقص توجه/ فرونشون کشی شامل ناتوانی در پاسخ‌های احساسی و واکنش‌های بیش از حد به یک موقعیت عاطفی است که برای سطح تحولی و محیط اجتماعی آنها نامناسب است و این پاسخ‌های نامناسب ممکن است درونی

1. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

2. Neurodevelopmental disorder

3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)

4. self-management

5. Bussing

6. Responsibility

7. Pezzica

(خجالتی یا غمگین) یا بیرونی (فاقد احساس، پرخاشگری، بحث و جدل و حتی فیزیکی) باشد (۲۰). یافته‌های مطالعه بول^۱ و همکاران (۲۱) نشان داد که مداخله جدی بازی مبتنی بر اینترنت برای کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/فزون‌کشی می‌تواند عملکرد این کودکان را در مهارت‌های زندگی روزمره از قبیل مدیریت زمان، مسئولیت‌پذیری و همچنین حافظه کاری بهبود بخشد. در حالی که تاثیری در مهارت‌های برنامه ریزی و سازمان‌دهی نداشته است. با بررسی ساختار مسئولیت‌پذیری کودکان در سنین مدارس ابتدایی و پیش‌دبستانی به این نتیجه رسیدند که این دوران، نقطه عطفی در بخش‌های مختلف زندگی یک کودک است. محیط آموزشی نیازمند تظاهرات خودمدیریتی، توانایی تسليط رفتار فرد به هنجارها و الزامات اجتماعی است (۲۱). نتایج این مطالعه بار دیگر تأیید می‌کند که در طی سال‌های پیش‌دبستانی و دبستانی یک فرآیند فعال در شکل‌گیری مسئولیت‌پذیری کودک اتفاق می‌افتد. تقریباً بیش از نیمی از کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/فزون‌کشی ناپایداری‌های عاطفی و اختلالات عملکردی را نشان می‌دهند (۲۲). پژوهش گروپر و تانوک^۲ (۲۳) در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، حاکی از ضعف حافظه کاری این افراد از عوامل شناختی مانند نارسانی کنش‌های اجرایی (شامل حافظه کاری، برنامه‌ریزی و کنترل تکانه) آسیب دیده‌اند. با توجه به مطالب بیان شده و اهمیت متغیرهای این پژوهش در ایجاد و تداوم مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان و همچنین خلاً پژوهشی مشاهده شده در پژوهش‌های انجام‌شده داخل کشور و از سویی دیگر با عنایت به شیوه این اختلال در بین دانش‌آموزان، پژوهش حاضر در صدد مقایسه راهبردهای خودمدیریتی، مسئولیت‌پذیری و طرد شدن توسط همسالان در در دو گروه کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/فزون‌کشی و کودکان بهنجار است.

روش

(الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر به روشن توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش تمامی کودکان دبستانی دختر بهنجار و مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی شهرستان دامغان در سال تحصیلی ۹۷-۹۶ بود. نمونه آماری شامل ۱۰۰ نفر است که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند (۵۰ نفر دانش‌آموز بهنجار و ۵۰ نفر مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی). دو گروه از نظر سن، جنس و وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانواده همتا شدند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان عبارت از عدم مشکل یا معلولیت جسمانی فرد مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، عدم مصرف دارو توسط فرد و رضایت جهت شرکت در پژوهش بود.

(ب) ابزار

مقیاس تشخیصی کوتاه اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی کانزر^۳: این پرسشنامه به صورت خودگزارشی است که توسط کانزز و همکاران در سال ۱۹۶۰ ساخته شده است (۲۴). این مقیاس شامل ۲۶ گویه صفر تا ۳ امتیازی است و دارای پنج خرده‌مقیاس الف-کم‌توجهی/مشکل حافظه، ب-بی‌قراری/فرون‌کشی، پ-بی‌ثبتی هیجانی/تکانه‌ای بودن، ت-مشکلات با تصور کلی از خود، ث-شاخص فزون‌کشی/کم‌توجهی است. نمرات خام هر خرده‌مقیاس با استفاده از جدول هنجاری مناسب به نمرات T تبدیل می‌شود (نمرات T در این مقیاس دارای میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰ است) نمرات T بالای ۶۵ به لحاظ بالینی معنادار هستند و نمرات T بالای ۸۰ علاوه بر آنکه شدت مشکلات و آسیب‌شناسی آن حوزه را نشان می‌دهند، احتمال بدنمایی یا اغراق در علائم را نیز مطرح می‌کنند. در بررسی مقدماتی روی ۲۰ نفر اجرا و ضریب پایایی همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ($\alpha = .81$) و روابی محتولی آن را از طریق سه نفر فوق تخصص کودکان تأیید کرده‌اند، سازندگان پرسشنامه پایایی آن را از ۰/۸۵ تا ۰/۹۵ و اعتبار آن را از ۰/۳۷ تا ۰/۳۷ گزارش کرده‌اند (۶).

پرسشنامه خودمدیریتی: برای سنجش خودمدیریتی از مقیاس خودمدیریتی ادراک شده کودکان در سال ۲۰۰۰ توسط هامفری برای ارزیابی خودکنترلی کودکان هامفری^۴ تهیه شد. این مقیاس با ۱۱ گویه، خویشن‌داری را از دیدگاه شناختی-رفتاری مورد سنجش قرار می‌دهد. خویشن‌داری مؤلفه‌های تشخیص مسئله، تعهد، خودتنظیمی درازمدت و تشخیص عادت را دربرمی‌گیرد (۲۵). این ابزار دارای خرده‌مقیاس‌هایی است که سه جنبه از خویشن‌داری را اندازه‌گیری می‌کنند: خویشن‌داری بین‌فردى، خویشن‌داری شخصی و ارزیابی خود. پایایی این آزمون با استفاده از روش همبستگی بازآزمایی به فاصله ۲ تا ۳ هفته محاسبه و نمره همبستگی کل ۰/۷۱ و خودکنترلی فردی ۰/۶۳ و خودکنترلی میان فردی ۰/۶۳ و خودسنجدی ۰/۵۶ گزارش شده است (۲۵). هامفری برای سنجش روابی آزمون نمره‌های آن را با دیگر پرسشنامه های سنجش ادراک خود کنترلی مقایسه و ضرایب همبستگی گشتاوری پرسون بین این پرسشنامه و دیگر پرسشنامه‌های مورد نظر را بین ۰/۶۵ تا ۰/۷۱ گزارش کرد. در بررسی پایایی آن را ۰/۷۷ و روابی آزمون را با

1. Bul

2. Gropper & Tannok

3. Kanzer's Short Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Diagnostic Scale

4. Perceived Self-Control Questionnaire Humphrey Children

استفاده از مقایسه نتایج سنجه‌های دیگر خودکنترلی ۰.۷۱ به دست آورد. در این پژوهش میزان ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۳ و نمره کلی خودکنترلی کودک مدنظر بود (۲۵).

پرسشنامه روابط با همسالان هادسون^۱: پرسشنامه روابط با همسالان توسط والتر دبیلو، هادسون در سال ۱۹۹۲ ساخته و دارای ۲۵ ماده است (۲۶) که به منظور سنجش روابط و مشکلات با همسالان به کار می‌رود نمره گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۷ درجه‌ای است که برای گزینه‌های هرگز، خیلی به ندرت، کمی، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه به ترتیب امتیازات ۰/۷، ۰/۶، ۰/۵، ۰/۴، ۰/۳، ۰/۲، ۰/۱ دارد. در پژوهش هادسون این مقیاس دارای آلفای ۰/۹۴ است که نشان‌دهنده ثبات درونی عالی و خطای استاندارد عالی (پایین) ۰/۴۴ است (۲۶). همچنین روایی و پایایی این ابزار در ایران صورت گرفته و میزان آن ۰/۸۶ گزارش شده است (۲۷).

پرسشنامه مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان: این پرسشنامه در سال ۱۳۸۹ توسط کردلو ساخته شده و دارای ۵ خرده‌مقیاس است (۲۸). که به ترتیب در مقیاس اول فعالیت‌های دانش‌آموز در داخل و خارج از مدرسه پرسیده می‌شود. در این سؤال به هر گوییه یک نمره اختصاص یافته است و جمع گزینه‌ها میزان فعالیت‌های دانش‌آموز را نشان می‌دهد. مقیاس دوم مسئولیت‌های دانش‌آموزان را در منزل مورد سؤال قرار می‌دهد. برای هر گزینه یک نمره اختصاص یافته است و جمع گزینه‌ها میزان مسئولیت‌پذیری آزمودنی در منزل را نشان می‌دهد. هدف از مقیاس دوم مقایسه مسئولیت‌پذیری آزمودنی در محیط آموزشی و منزل است. مقیاس سوم میزان غبیت و تأخیر آزمودنی را مورد سؤال قرار می‌دهد. مقیاس چهارم و پنجم پرسشنامه میزان مسئولیت‌پذیری، احساس امنیت، عزت نفس و تعلق را مورد سنجش قرار می‌دهد. این آزمون توسط کردلو (۱۳۹۳) به منظور سنجش میزان مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان در خانه و مدرسه ساخته شده است. این آزمون بر روی جامعه آماری دانش‌آموزان شهر تهران اجرا شده است که در آن تعداد ۴۷۹ دانش‌آموز دختر و پسر شهر تهران مورد آزمون قرار گرفته‌اند. روایی این آزمون از طریق همبسته کردن سؤالات ۰/۸۲ و پایایی آن به استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ است که نمایانگر روایی و اعتبار بالای آزمون است (۲۸).

(ج) روش اجرا

در ارتباط با نحوه اجرای پژوهش، ابتدای هماهنگی‌های لازم با حوزه پژوهش اداره آموزش و پرورش شهرستان دامغان به عمل آمد و پس از کسب مجوزهای لازم، به ۱۵ مدرسه از مدارس ابتدایی این شهرستان مراجعه شد. با حضور در مدارس ابتدایی و پس از هماهنگی با مدیر مدرسه و توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه اعضای نمونه برای شرکت در پژوهش، با استفاده از شیوه نمونه‌گیری در دسترس، اعضای نمونه انتخاب شد و بعد از توضیح اهداف پژوهش و شیوه پاسخ‌دهی به سوالات مربوط به آنها، پرسشنامه‌های مربوط به خودمدیریتی، مسئولیت‌پذیری و طرد شدن توسط همسالان نیز در اختیار آنها قرار گرفت تا تکمیل گردد. و پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ فزون‌کنشی ۵۰ دانش‌آموز بهنگار هم که از نظر سن و وضعیت اقتصادی- اجتماعی با گروه کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ فزون‌کنشی همتا شده بودند انتخاب شدند و به ابزار پژوهش پاسخ دادند.

یافته‌ها

در جدول شماره (۱) شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها شامل میانگین و انحراف استاندارد گزارش شده است. همچنین برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف - اسپیرنف - اسپیرنف استفاده شد. نتایج غیرمعنادار این آزمون نشان‌گر نرمال بودن توزیع متغیرها است. در جدول شماره (۱) نتایج این آزمون گزارش شده است.

جدول شماره (۱): شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و نتایج بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	K-S Z	p
خودمدیریتی میان فردی	مبتلا به اختلال	۵۰	۰/۸۶	۰/۷۶	۰/۵۹	
	بهنجار	۵۰	۱/۰۹	۱/۷۸	۰/۵۷	
خودمدیریتی فردی	مبتلا به اختلال	۵۰	۰/۸۹	۰/۷۹	۰/۵۴	
	بهنجار	۵۰	۱/۰۸	۰/۹۰	۰/۹۹	
خودستجی	مبتلا به اختلال	۵۰	۰/۸۴	۰/۷۲	۰/۶۷	
	بهنجار	۵۰	۱/۲۸	۰/۴۹	۰/۹۶	
خودمدیریتی کل	مبتلا به اختلال	۵۰	۳/۰۸	۱/۱۳	۰/۱۵	
	بهنجار	۵۰	۴/۹۲	۰/۹۸	۰/۳۹	
تعهد درونی	مبتلا به اختلال	۵۰	۲۴/۲۸	۴/۴۳	۰/۵۹	
	بهنجار	۵۰	۲۹/۳۲	۵/۲۵	۰/۲۰	
تعهد بیرونی	مبتلا به اختلال	۵۰	۲۵/۳۸	۴/۷۱	۰/۴۸	
	بهنجار	۵۰	۲۸/۷۶	۵/۵۴	۰/۶۹	
احساس امنیت	مبتلا به اختلال	۵۰	۲۷/۲۲	۶/۷۰	۰/۷۲	
	بهنجار	۵۰	۳۲/۱۲	۶/۸۱	۰/۷۲	
عزت نفس	مبتلا به اختلال	۵۰	۲۶/۵۰	۵/۶۱	۰/۷۵	
	بهنجار	۵۰	۳۰/۰۴	۵/۸۶	۰/۲۷	
احساس تعلق	مبتلا به اختلال	۵۰	۵۳/۰۶	۱۶/۳۲	۰/۴۱	
	بهنجار	۵۰	۶۰/۵۶	۱۶/۶۳	۰/۱۰	
مسئولیت‌پذیری	مبتلا به اختلال	۵۰	۴۹/۶۶	۷/۱۳	۰/۵۰	
	بهنجار	۵۰	۵۸/۰۸	۱۰/۳۲	۰/۳۵	
طرد شدن	مبتلا به اختلال	۵۰	۷۴/۹۶	۱۹/۱۸	۰/۷۹	
	بهنجار	۵۰	۷۸/۱۰	۲۲/۰۴	۰/۹۸	

با توجه به جدول ۱ آماره Z آزمون کالموگروف – اسمرنوف برای تمامی متغیرها معنادار است. این نتیجه نشان می‌دهد توزیع متغیرها نرمال است و می‌توان از آزمون‌های پارامتریک مانند تحلیل واریانس چندمتغیری و آزمون t استفاده نمود. با توجه به نرمال بودن داده‌ها جهت بررسی نتایج پژوهش از آزمون تحلیل واریانس و t مستقل استفاده شد که نتایج آن در شماره (۲)، (۳) و (۴) گزارش شده است.

جدول شماره ۲: نتایج تحلیل واریانس یک راهه تفاوت گروه‌ها در مؤلفه‌های راهبردهای خود مدیریتی

مؤلفه	گروه SS	خطا SS	گروه MS	خطا MS	F	p
خودمدیریتی میان فردی	۱۳/۶۹	۹۵/۲۲	۰/۹۷	۱۴/۰۹	۱۴/۰۹	۰/۰۰۱
خودمدیریتی فردی	۱۲/۹۶	۷۹/۶۸	۰/۸۱	۱۵/۹۴	۱۵/۹۴	۰/۰۰۱
خودستجی	۴/۸۴	۳۰/۸۰	۰/۳۱	۱۵/۴۰	۱۵/۴۰	۰/۰۰۱

با توجه به جدول شماره (۲)، آماره F برای مؤلفه‌های خودمدیریتی میان فردی (۱۴/۰۹)، خودمدیریتی فردی (۱۵/۹۴) و خودستجی (۱۵/۴۰) معنادار است ($p < 0.001$). این یافته نشان می‌دهد بین گروه‌ها در این مؤلفه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول شماره ۳: نتایج تحلیل واریانس یک راهه تفاوت گروه‌ها در مؤلفه‌های مسئولیت‌پذیری

p	F	خطا MS	گروه MS	خطا SS	گروه SS	مؤلفه
.۰/۰۰۱	۲۶/۸۸	۲۳/۶۲	۶۳۵/۰۴	۲۳۱۴/۹۶	۶۳۵/۰۴	تعهد درونی
.۰/۰۰۱	۱۰/۷۷	۲۶/۴۹	۲۸۵/۶۱	۲۵۶/۹۰	۲۸۵/۶۱	تعهد بیرونی
.۰/۰۰۱	۱۳/۱۳	۴۵/۶۹	۶۰۰/۲۵	۴۴۷۷/۸۶	۶۰۰/۲۵	احساس امنیت
.۰/۰۰۳	۹/۵۱	۳۲/۹۴	۳۱۳/۲۹	۳۲۲۸/۴۲	۳۱۳/۲۹	عزت نفس
.۰/۰۲	۵/۱۷	۲۷۱/۶۲	۱۴۰۶/۲۵	۲۶۶۱۹/۱۴	۱۴۰۶/۲۵	احساس تعلق

با توجه به جدول شماره (۳)، آماره F برای مؤلفه‌های تعهد درونی (۲۶/۸۸)، تعهد بیرونی (۱۰/۷۷)، احساس امنیت (۱۳/۱۳)، عزت نفس (۹/۵۱) و احساس تعلق (۵/۱۷) معنادار است ($p < 0.05$). این یافته نشان می‌دهد بین گروه‌ها در این مؤلفه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول شماره ۴: نتایج آزمون t دو نمونه مستقل برای بررسی تفاوت گروه‌ها در طرد شدن

تفاوت میانگین	خطای استاندارد تفاوت	آماره t	درجه آزادی	سطح معناداری
-۳/۱۴	۴/۱۳	۹۸	-۰/۷۶	۰/۴۴

یافته‌های جدول شماره (۴)، نشان می‌دهند که تفاوت میانگین گروه‌ها در طرد شدن (-۳/۱۴) است. آماره t این تفاوت نیز (-۰/۷۶) است که معنادار نیست. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه‌ها در طرد شدن تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که مؤلفه‌های خودمدیریتی میان‌فردي، خودمدیریتی فردی و خودسنجی در کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و کودکان بهنچار معنادار است. به طوری که خودمدیریتی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی کمتر از افراد بهنچار است. همچنین تحلیل واریانس یک‌راهه برای مؤلفه‌های مسئولیت‌پذیری یعنی تعهد درونی، تعهد بیرونی، احساس امنیت، عزت نفس و احساس تعلق معنادار بود به طوری که مسئولیت‌پذیری کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی کمتر از افراد بهنچار است. همچنین با توجه به یافته‌ها بین کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و کودکان بهنچار در میزان طرد شدن تفاوت معناداری مشاهده نشد. در همین زمینه نتایج این پژوهش با یافته‌های دمنتی و گروگوا (۱۴)، آناستوپولوس و همکاران (۲۲)، و همچنین باسینگ و همکاران (۱۲)، که در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که نوجوانانی که احتمال بیشتر در ابتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی داشتند نسبت به همه مداخلات خودمدیریتی اشتیاق کمتری از خود نشان دادند، همسو است. طبق پژوهش گروپر و تانوک (۲۳) در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، ضعف حافظه کاری را می‌توان مشاهده کرد که بر این مبنای احتمالاً این افراد از عوامل شناختی مانند نارسایی کشن‌های اجرایی (شامل حافظه کاری)، برنامه‌ریزی^۱ و کنترل تکانه^۲ که با خودمدیریتی مرتبط است آسیب می‌بینند. شواهد کل نگرانه حاکی از این است که عوامل گوناگونی مانند مسائل مسائل تحولی، خانوادگی، تحصیلی، شغلی، پزشکی و روان‌پزشکی باعث بروز و اشاعه اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در دانش‌آموزان می‌شود اما به گفته استافر و گریدانس^۳ آنچه در مدیریت مشکلات دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی مهم و اساسی است؛ شناسایی برانگیزاننده‌ها و انگیزه‌بخش‌ها و زمینه‌سازهایی است که به عنوان مرحله اول بهبودی دانش‌آموزان معرفی می‌گردد. که در پژوهش حاضر دو متغیر خودمدیریتی و مسئولیت‌پذیری در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی پایین‌تر از کودکان بهنچار بودست آمده که این کودکان هم در این دو متغیر مشکل جدی داشته که در ایجاد اختلال مؤثر بوده و هم اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی آنها می‌تواند در تداوم این دو متغیر نقش مهمی داشته باشد. ماهیت تکانشی رفتارهای این کودکان منجر به عدم استفاده از فنون خودمدیریتی در اعمال آنها می‌شود این امر منجر به این می‌گردد که آنها فاقد مهارت‌های بازداری و آگاهی از اعمال خود باشند در نتیجه قادر به بازیبینی، ثبت، تحلیل و تقویت رفتار خود نباشند^(۶)، به طوری که هرچه در کودکان میزان خودمدیریتی کمتر شود، آن‌ها برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی و خودبازبینی کمتری در انجام تکالیف درسی و فعالیت‌های روزمره خواهد داشت و رفتارهای تکانه‌ای و بدون هدف و جهت خاصی از آنها سر خواهد زد. همچنین دانش‌آموزان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی ممکن است به واسطه خودمدیریتی پایین از راهبردهای ویژه و مؤثر، رفتارهای هدفمند و انعطاف‌پذیری شناختی کمتری برخوردار باشند. از آنجایی که حس مسئولیت‌پذیری در نوجوانان با عزت نفس و هوش هیجانی (۱۳) در ارتباط است با توجه به نتایج بودست آمده این پژوهش می‌توان گفت هوش هیجانی پایین و به طبع آن مسئولیت‌پذیری کمتر در برابر رفتارها و هیجانات خود و تکالیف محوله خود می‌تواند در این اختلال هم

1. Working Memory

2. Planning

3. Impulse Control

4. Staufer & Greydanus

به عنوان زمینه‌ساز و هم نگهدارنده نقش مهمی داشته باشد. از طرفی بروز این اختلال در کودکان با تشديد رفتارهای غیرمسؤلانه و تکانهای می‌تواند همراه باشد (۱۳). رفتارهای فزون کشی و تکانشگری باعث تحریب روابط با همسالان می‌گردد. چنین رفتارهایی باعث می‌شود که فرد در انتظار کشیدن و رعایت نوبت مشکلاتی را تجربه کند. تکانشگری همچنین باعث می‌شود که این کودکان گفتگوهای دیگران را به طور مداوم قطع کنند. این کودکان هنگام بازی، قواعد را به گونه‌ای تغییر می‌دهند تا برندۀ شوند و به هنگام باختن، بحث و جدل کرده و واکنش‌های عصبی از خود بروز می‌دهند که مانع برای برقراری روابط با همسالان می‌گردد (۱۳). بنابراین طرده‌شگری از سوی همسالان به طور معناداری پیش‌بینی کننده مشکلات درونی‌سازی شده و نیز برونوی‌سازی شده در دوران نوجوانی است. با این حال تبیجه پژوهش حاضر از تفاوت معنادار بین دانش‌آموزان مبتلا به اختلال و دانش‌آموزان پنهان‌خوار خبر نداد که این نتایج با یافته‌های پیزکا و همکاران (۱۹)، همخوانی دارد. که می‌توان اذعان داشت که احتمالاً دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیشفعالی به دلیل فراگیر نبودن این اختلال در سبک زندگی شان از راهبردهای مختلفی به صورت مؤثرتر بهره گرفتند. و یا با خاطر قرار گرفتن در بین همسالان این رفتارهای بیشفعالی در بین آنها شرایط لازم برای طرد را با خاطر شرایط سنی شان پیدا نمی‌کنند. در نهایت عدم کنترل برخی از متغیرهای مزاحم مثل شدت و نوع اختلال نقص توجه/بیشفعالی آزمودنی‌ها از جمله محدودیت‌های این پژوهش بوده که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی متغیرهای مزاحم مثل شدت و نوع اختلال نقص توجه/بیشفعالی آزمودنی‌ها کنترل شود.

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: برای اجرای این مطالعه با توجه به این که پژوهشگران روان‌شناس مراکز توانبخشی و استاد دانشگاه هستند و با این کودکان ارتباط مستقیم داشتند داده‌های به دست آمده با حفظ حریم شخصی و محترمانه ماندن اطلاعات صورت گرفت.

حامی مالی: این مطالعه بدون حامی مالی و با هزینه شخصی نویسنده‌گان انجام شده است.

نقش هر یک از نویسنده‌گان: پژوهش حاضر برگرفته از پژوهش گروهی نویسنده اول درمانگر مرکز توانبخشی بوده و با این کودکان ارتباط مستقیم دارد و نویسنده دوم استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهروд است.

تضاد منافع: انجام این پژوهش برای نویسنده‌گان هیچ‌گونه تعارض منافعی را به دنبال نداشته است و نتایج آن کاملاً شفاف و بدون سوگیری گزارش شده است. پژوهشگران اعلام می‌کنند در اجرای این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود نداشته است.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی کودکان دارای اختلال نقص توجه و بیشفعالی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- Leahy LG. Diagnosis and treatment of ADHD in children vs adults: What nurses should know. Archives of Psychiatric Nursing. 2018;32(6):890-5. [\[Link\]](#)
- Nussbaum AM. The Pocket Guide to the DSM-5-TR™ Diagnostic Exam: American Psychiatric Pub; 2022. [\[Link\]](#)
- Hunt AD, Dunn DW, Blake HS, Downs J. Treatment Resistance in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Treatment Resistance in Psychiatry: Springer; 2019. p. 215-35. [\[Link\]](#)
- Pinna M, Visioli C, Rago CM, Manchia M, Tondo L, Baldessarini RJ. Attention deficit-hyperactivity disorder in adult bipolar disorder patients. Journal of affective disorders. 2019;243:391-6. [\[Link\]](#)
- Vance A, Ferrin M, Winther J, Gomez R. Examination of spatial working memory performance in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder, combined type (ADHD-CT) and anxiety. Journal of abnormal child psychology. 2013;41(6):891-900. [\[Link\]](#)
- Hossein Khanzadeh AT, M.; Yaganeh, i. Identification and treatment of attention deficit/hyperactivity disorder in school. Exceptional Education. 2012;6(119):50-39. [\[Link\]](#)
- Miloyan B, Byrne GJ, Pachana NA. Late-life anxiety. 2014. [\[Link\]](#)
- Cramm JM, Hartgerink J, De Vreede P, Bakker T, Steyerberg E, Mackenbach J, et al. The relationship between older adults' self-management abilities, well-being and depression. European Journal of Ageing. 2012;9(4):353-60. [\[Link\]](#)
- Iemmi V, Crepaz-Keay D, Cyhlarova E, Knapp M. Peer-led self-management for people with severe mental disorders: an economic evaluation. The Journal of Mental Health Training, Education and Practice. 2015. [\[Link\]](#)
- Zhang NJ, Wan TT, Rossiter LF, Murawski MM, Patel UB. Evaluation of chronic disease management on outcomes and cost of care for Medicaid beneficiaries. Health Policy. 2008;86(2-3):345-54. [\[Link\]](#)
- Gumora G, Arsenio WF. Emotionality, emotion regulation, and school performance in middle school children. Journal of school psychology. 2002;40(5):395-413. [\[Link\]](#)
- Bussing R, Zima BT, Mason DM, Porter PC, Garvan CW. Receiving treatment for attention-deficit hyperactivity disorder: do the perspectives of adolescents matter? Journal of Adolescent Health. 2011;49(1):7-14. [\[Link\]](#)
- Mergler AG. Personal responsibility: the creation, implementation and evaluation of a school-based program: Queensland University of Technology; 2007. [\[Link\]](#)

14. Dementiy LI, Grogoleva OY. The structure of responsibility of preschool and primary school age children. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2016;233:372-6. [\[Link\]](#)
15. Rapoport EM. ADHD and social skills: A step-by-step guide for teachers and parents: R&L Education; 2009. [\[Link\]](#)
16. Powell L, Parker J, Harpin V. What is the level of evidence for the use of currently available technologies in facilitating the self-management of difficulties associated with ADHD in children and young people? A systematic review. *European child & adolescent psychiatry*. 2018;27(11):1391-412. [\[Link\]](#)
17. McLaughlin KA. Future directions in childhood adversity and youth psychopathology. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2016;45(3):361-82. [\[Link\]](#)
18. Schaefer MR, Wagoner ST, Young ME, Kavookjian J, Shapiro SK, Gray WN. Parent perceptions of their college students' self-management of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Adolescent Health*. 2018;63(5):636-42. [\[Link\]](#)
19. Pezzica S, Vezzani C, Pinto G. Metacognitive knowledge of attention in children with and without ADHD symptoms. *Research in developmental disabilities*. 2018;83:142-52. [\[Link\]](#)
20. van Stralen J. Emotional dysregulation in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2016;8(4):175-87. [\[Link\]](#)
21. Bul KC, Kato PM, Van der Oord S, Danckaerts M, Vreeke LJ, Willems A, et al. Behavioral outcome effects of serious gaming as an adjunct to treatment for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*. 2016;18(2):e5173. [\[Link\]](#)
22. Anastopoulos AD, Smith TF, Garrett ME, Morrissey-Kane E, Schatz NK, Sommer JL, et al. Self-regulation of emotion, functional impairment, and comorbidity among children with AD/HD. *Journal of attention disorders*. 2011;15(7):583-92. [\[Link\]](#)
23. Gropper RJ, Tannock R. A pilot study of working memory and academic achievement in college students with ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 2009;12(6):574-81. [\[Link\]](#)
24. Grabrucker A, Rowan M, C Garner C. Brain-delivery of zinc-ions as potential treatment for neurological diseases: mini review. *Drug delivery letters*. 2011;1(1):13-23. [\[Link\]](#)
25. Bodaghi M, Pirani Z, Taghvaei D. The Effectiveness Floor Time Play Therapy on Emotion Management, Self-Control, and Executive Functions in Students with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2021;19(3):381-91. [\[Link\]](#)
26. Tillfors M, Persson S, Willén M, Burk WJ. Prospective links between social anxiety and adolescent peer relations. *Journal of adolescence*. 2012;35(5):1255-63. [\[Link\]](#)
27. Shakeri M, Jafari A, Kahdooei S. The effectiveness of teaching empathy on aggression and quality of relationships with Peers of male students. *Journal of School Psychology*. 2020;9(3):120-38. [\[Link\]](#)
28. Zare R, Taklavi S, Ghaffari A. The Effectiveness of the Children Philosophy Education on Self-determination and Responsibility of the Elementary Students. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ)*. 2022;10(12):37-48. [\[Link\]](#)
29. Staufer WB, Greydanus DE. Attention-deficit/hyperactivity disorder psychopharmacology for college students. *Pediatric Clinics*. 2005;52(1):71-84. [\[Link\]](#)