

اثربخشی آموزش گروهی همدلی بر بهبود در روابط بین شخصی، پرخاشگری و خودتنظیمی دانش آموزان دارای اختلال کمبود توجه/ بیش فعال

سحر شکیبائی^۱، منصور عبدی^۲، فیروزه زنگنه^۳

نویسنده مسئول:

سحر شکیبائی

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی همدلی بر بهبود در روابط بین شخصی، پرخاشگری و خودتنظیمی دانش آموزان دارای اختلال کمبود توجه/ بیش فعال انجام شد. روش پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه است. این طرح از دو گروه آزمودنی تشکیل شد که هر دو گروه دو بار مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. اندازه‌گیری اول با اجرای یک پیش‌آزمون و اندازه‌گیری دوم با یک پس‌آزمون انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/ بیش فعال شهر اراک در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ می‌باشد که از جامعه آماری ذکر شده تعداد ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه طبقه‌بندی شد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲)، مقیاس راهبردهای خودتنظیمی عاطفی مارس (۱۳۸۸) و نسخه کوتاه مقیاس ۱۲۷ گویه‌ای مشکلات بین شخصی هرویتز و همکاران (۱۹۸۸) بودند و به منظور تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شد. پروتکل آموزشی مهارت همدلی با توجه به برنامه ۸ جلسه‌ای و با تأکید بر بنیان‌های درمان چهار عاملی (وزیری و لطفی کاشانی، ۱۳۹۰) تنظیم شده بود. در نهایت یافته‌ها نشان داد آموزش گروهی همدلی منجر به کاهش مشکلات بین شخصی و پرخاشگری و همچنین افزایش خودتنظیمی دانش آموزان دارای اختلال کمبود توجه/ بیش فعال شده است و به میزان ۷۵ درصد از واریانس آنها را تبیین نموده است.

کلیدواژگان: آموزش گروهی همدلی، روابط بین شخصی، پرخاشگری، خودتنظیمی، اختلال کمبود توجه/ بیش فعال.

مقدمه

اختلال بیش فعالی^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی^۲ با شروع کودکی است. اختلال کمبود توجه/بیش فعال با توجه کوتاه‌مدت که از نظر رشد با ویژگی‌های سنی متناسب نیست و با بیش‌فعالی یا رفتار تکانشی^۳، یا هر دو همراه است (هافمن و کاپلان^۴، ۲۰۱۰). معیارهای DSM-5 برای اختلال کمبود توجه/بیش فعالی نشان می‌دهد که DSM-5 روی دو چیز تأکید دارد: حضور نقص‌های مرتبط با اختلال کمبود توجه/بیش فعال تا قبل از ۱۲ سالگی و حضور این اختلال در حداقل دو محیط یا سستینگ مختلف (معیار C)، مثلاً در خانه و مدرسه، خانه و محل کار، خانه و مدرسه و محل کار (باشمن و اوبرین، ۲۰۱۶). علاوه بر مشکلات اساسی مانند بی‌توجهی، تکانشگری و بیش‌فعالی مطالعات نشان می‌دهند که کودکان دارای اختلال کمبود توجه/بیش فعال به احتمال بیشتری به مشکلات عاطفی^۵، اجتماعی^۶ و رفتاری^۷ دچار می‌شوند و نسبت به کودکان فاقد این اختلال، مشکلات تحصیلی بیشتری دارند (بارکلی^۸، ۲۰۱۱). این اختلال مشکلاتی را برای خود کودکان و مراقبان آنها ایجاد می‌کند و از مشکلاتی است که این اختلال می‌تواند برای اطرافیان بوجود آورد است (ایوا و انا^۹، ۲۰۱۷؛ لورا و بلانکن^{۱۰}، ۲۰۱۷).

لذا در این پژوهش تلاش گردید تا هدفی مبنی بر تعیین اثربخشی آموزش گروهی همدلی بر بهبود روابط بین شخصی، پرخاشگری و خودتنظیمی دانش‌آموزان دارای اختلال کمبود توجه/بیش فعال انجام شود. از بین انواع اختلالات دوره کودکی، اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی^{۱۱} شایع‌ترین اختلال عصبی-رفتاری است که در سال‌های اخیر کانون توجه عمومی، علمی و بالینی بوده است. کودکان مبتلا به این اختلال علاوه بر سه نشانه اساسی بی‌توجهی، فزون‌کنشی و برانگیختگی (فاران و بیدرمن^{۱۲}، ۲۰۰۹)، اغلب با عنوان تحریک پذیر، مداخله جو، پرجنب و جوش، نامرتب، پرخاشگر، پرتنش و هیجانی مشخص می‌شوند و دارای انواع مشکلات ثانوی دیگر می‌باشند. اهم این مشکلات عبارتند از: سطح پایین کارآمدی تحصیلی، سطح پایین حرمت خود، تضادورزی، رفتارهای ضد اجتماعی، طرد شدگی از سوی همسالان، اختلال‌های روابط خانوادگی، نارسائی‌های خاص شناختی و فراشناختی، نارسائی‌های خاص حسی-حرکتی و مشکلات خواب. اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی به عنوان الگوی پایدار عدم توجه و تکانشگری تعریف و در واقع، نوعی اختلال مزمن شدید در تحول روانی است (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۰۰) و بر اساس آن والدین، معلمان یا متخصصان بهداشت روان باید حداقل شش رفتار از نه رفتار مشکل‌ساز را در کودک تأیید کنند تا تشخیص اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی داده شود. نشانه‌ها باید استمرار داشته باشند (۶ ماه) و نخستین بار بعد از ۳ سالگی و قبل از ۷ سالگی شروع شوند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷) و دفعات و فراوانی این نشانه‌ها بیش از دفعات و فراوانی آنها در کودکانی باشد که از لحاظ تقویمی و عقلی همسن کودک محسوب می‌شوند، وانگهی رفتارها باید در تمام موقعیت‌ها رخ بدهند و گویای یک اختلال بالینی قابل توجه باشد (اسپرودر و گاردن^{۱۳}، ۲۰۰۷).

آمارها نشان می‌دهد که تقریباً ۳ تا ۵ درصد از کودکان سن مدرسه را در برمی‌گیرد، به طوری که در ۵۰ درصد از کودکان مراجعه‌کننده به مراکز روانپزشکی اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی مشهود است (بارکلی، ۲۰۱۱). میزان بروز در پسران بیشتر از دختران و با نسبتی بین ۲ بر ۱ تا ۹ بر ۱ می‌باشد. پژوهش‌های دهه‌های اخیر، حاکی از آن است که اغلب نشانه‌ها تا پایان کودکی و نوجوانی و در ۶۰ درصد از موارد به ویژه مشکلات بی‌توجهی، تا بزرگسالی ادامه می‌یابد (والدیزان و گاریسیا^{۱۴}، ۲۰۰۹). شیوع این اختلال در کودکان ایرانی ۷ تا ۱۲ ساله در دامنه‌ای بین ۳ تا ۶ درصد گزارش شده است و ۳۳ درصد از مراجعان به مراکز درمانی روانشناختی در ایران را به خود اختصاص می‌دهند (کرمانی و همکاران، ۱۳۹۴). از جمله متغیرهایی که می‌تواند بر اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی تأثیرگذار باشد، طیف گسترده مشکلات بین شخصی است، مشکلات بین شخصی شامل: مشکلات فرد در زمینه‌های قاطعیت، مردم آمیزی، اطاعت پذیری،

1. ADHD

2. Psychiatric Disorders

3. Impulsive behavior

4. Hofmann, S. G. & Kahdan

5. Emotional

6. social

7. Behavioral

8. Barkley

9. Ewa P, Anna P

10. Laura M.E. Blanken

11. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

12. Faraone SV, Biederman

13. Schroeder CS, Gordon

14. Valdizan JR, Gracia

صمیمیت، مسئولیت پذیری و مهارگری است که سایر توانمندی‌های فرد را در برقراری روابط سالم با دیگران محدود می‌کند. مشکلات بین شخصی مجموعه رفتارهایی است که مانع از برقراری روابط سالم، مشارکت با دیگران، همکاری، تمجید و قدردانی می‌شود و واکنش-های اجتماعی نامعقولی به همراه دارد (هالر و بکیر، ۲۰۰۶). مطالعات مختلف نشان دادند که کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش فعال دارای نقص در پردازش اطلاعات اجتماعی، سطوح بالای طرد اجتماعی و مهارت‌های بین فردی ضعیف، مشکلات سازگاری و تنهایی و اختلال خلق و افسردگی می‌باشند (باشمن و اوبرین، ۲۰۱۶).

از سویی در این کودکان پرخاشگری نیز قابل مشاهده است. پرخاشگری از جمله مشکلات رفتاری است که اگر به صورت افراطی درآید، بسیاری از مشکلات ارتباطی و اختلال‌های شخصیتی را موجب می‌شود. به همین دلیل خشم و پرخاشگری از شایع‌ترین مشکلات کودکان و نوجوانان و از دلایل مهم ارجاع آنها به مراکز روان درمانی و مشاوره است (کارلینگ و داکاس، ۲۰۱۶). پرخاشگری معمولاً به رفتاری اطلاق می‌شود که قصد آن صدمه رساندن (جسمانی یا زبانی) به فرد دیگر یا نابود کردن دارایی افراد است. واژه اصلی در این تعریف قصد است (ابارشی، ۱۳۹۴). بیشتر پرخاشگری‌های کودکان از نوع وسیله‌ای هستند، زیرا اکثراً برای بدست آوردن اسباب بازی یا خوراکی یکدیگر را می‌زنند و هل می‌دهند. این رفتار آنان به ندرت با قصد و هدف آسیب رساندن به کسی صورت می‌گیرد. معمولاً کودکان جلوی پدر و مادر خود و یا اعضاء خانواده و دوستان نزدیکی که به حمایت و توجه آنان نیازمندند، رفتارهای پرخاشگرانه بیشتری از خود بروز می‌دهند. همین‌طور زمانی که احساس خستگی و گرسنگی می‌کنند یا کمترین ناملایمات و نامهربانی، زود عصبانی می‌شوند و شروع به داد و فریاد و پرخاشگری می‌کنند (سادات فر، ۱۳۹۲).

درنهایت، از جمله عواملی که کودکان بیش فعال با آن درگیر هستند و پژوهش‌های کمی در این رابطه صورت گرفته است، خود تنظیمی است. در خود تنظیمی، فرد از رفتار خود، ارزیابی به عمل آورده و چنانچه متناسب با استانداردهایش باشد، رفتار خود را خوب ارزیابی شده و باعث خوشحالی او می‌شود و چنانچه این رفتارها تناسب با استانداردها نباشد، سعی می‌کند با تغییر دادن رفتار به استانداردها دست یابد سپس مجدداً ارزیابی به عمل می‌آورد تا بداند آیا توانسته است فاصله رفتار از استانداردها را کمتر نموده و یا از بین ببرد (راستگو، ۱۳۹۶). نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کودکان دارای نشانه‌های نقص توجه/بیش فعالی مشکلاتی در زمینه خودتنظیمی، روابط با همسالان، خانواده و مدرسه دارند (کوگیل، سوتالو، آبیژون، پریس، لیندبک، سیلوربرگ و بیتولار، ۲۰۰۸). از جمله درمان‌هایی که می‌تواند بر بهبود روابط بین فردی و تنظیم عواطف دانش آموزان بیش فعال تأثیرگذار باشد، همدلی است. همدلی دامنه‌ای از بینش اجتماعی تا توانایی برای فهم، حالات عاطفی و شناختی و تجربه هیجانات مشابه با دیگران را شامل می‌شود. همدلی ظرفیت بنیادین افراد در تنظیم روابط، حمایت از فعالیت‌های مشترک و انسجام گروهی است. این توانایی نقش اساسی در زندگی اجتماعی، نیروی بر انگیزنده رفتارهای اجتماعی و رفتارهایی است که انسجام گروهی را در پی دارد (ریف، کتلا و ویفرینگ، ۲۰۱۰). همدلی عنصری ضروری برای عملکردهای موفقیت آمیز بین شخصی محسوب می‌شود و پاسخ عاطفی فرد به واکنشهای عاطفی دیگران است. همدلی محرک مهمی در پدیدآیی رفتارهای نوع دوستانه به حساب می‌آید. به همین دلیل کودکانی که همدلی بیشتری دارند، نسبت به دیگران مهربانی و رفتارهای مراقبتی بیشتری انجام می‌دهند، حساس و نگران آسیب دیدن دیگرانند، هیجان مثبتی نسبت به دیگران نشان می‌دهند، با دیگران تعامل بدنی و کلامی مثبت دارند و نسبت به تعاملهای غیر کلامی نیز حساساند (بوربا، ۲۰۰۸). شواهد تجربی این نکته را آشکار ساخته‌اند که همدلی در فرایند تحول و بر اساس تجربه‌های کودک آموخته می‌شود و انسان از رفتارها و واکنش‌های دیگران چگونگی انجام آن را می‌آموزد. به گونه‌ای که، اسچرودر و گوردون (۲۰۰۲) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلا به مشکلات خودتنظیمی هیجانی از همدلی پایینی برخوردارند و گرایش به خطر پذیری و انجام رفتارهای پرخطر دارند. براین اساس، سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا آموزش گروهی همدلی بر بهبود در روابط بین شخصی، پرخاشگری و خودتنظیمی دانش آموزان دارای اختلال کمبود توجه/بیش فعالی موثر است؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش فعال شهر اراک در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ می‌باشد که از جامعه آماری ذکرشده تعداد ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه طبقه‌بندی شد. ۱۵ نفر در گروه آزمایش قرار گرفته و مداخله آموزشی به آن‌ها ارائه شد و ۱۵ نفر در گروه گواه قرار گرفته و مداخله به آن‌ها ارائه نشد. در این پژوهش از دو پرسشنامه استفاده شد و داده‌های جمع‌آوری شده بوسیله تحلیل کواریانس مورد تحلیل قرار گرفت.

الف: پرسشنامه پرخاشگری باس و پری: نسخه جدید پرسشنامه پرخاشگری که نسخه قبلی آن تحت عنوان پرسشنامه خصومت بود، توسط باس و پری (۱۹۹۲) مورد بازنگری قرار گرفت. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است که شامل ۲۹ عبارت و چهار زیر مقیاس است، که عبارت است از پرخاشگری بدنی (PA)، پرخاشگری کلامی (VA)، خشم (A)، و خصومت (H)، آزمودنی‌ها به هر یک از

عبارات در یک طیف ۵ درجه‌ای از: کاملاً شبیه من است (۵)، تا حدودی شبیه من است (۴)، نه شبیه من است (۳) نیست (۳)، تا حدودی شبیه من نیست (۲)، تا به شدت شبیه من نیست (۱). پرسشنامه پرخاشگری دارای اعتبار و روایی قابل قبولی است. نتایج ضریب بازآزمایی برای چهار زیرمقیاس (با فاصله ۹ هفته) ۰/۸۰ تا ۰/۷۲ و همبستگی بین چهار زیرمقیاس ۰/۳۸ تا ۰/۴۹ بدست آمده است. جهت سنجش اعتبار درونی مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج نشانگر همسانی درونی زیرمقیاس پرخاشگری بدنی ۰/۸۲، پرخاشگری کلامی ۰/۸۱، خشم ۰/۸۳ و خصومت ۰/۸۰ بود. ب: **مقیاس راهبردهای خود تنظیمی عاطفی مارس**: سؤالات این پرسشنامه عمدتاً از کتاب راهنمایی جامع خود تنظیمی تألیف لارسن و پریز مایک برداشت شده است (به نقل از باقری و یوسفی، ۱۳۸۸). این پرسشنامه دارای ۴۴ سؤال است که ابعاد شناختی، رفتاری، تغییر موقعیت، تغییر عاطفه، کاهش خلق منفی و افزایش خلق مثبت را شامل میشود. صالحي و مورکاني (۱۳۸۵) پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش نیمه کردن ۰/۷۵ و با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش کرده است. همچنین صالحي و مورکاني (۱۳۸۵) اعتبار مقیاس راهبردهای خود تنظیمی را برای هریک از زیر مؤلفه‌ها از ۰/۶۳ تا ۰/۷۰ گزارش کردند که نشان دهنده اعتبار بالای این مقیاس در فرهنگ ایرانی است. پ: **مقیاس مشکلات بین شخصی**: نسخه کوتاه مقیاس ۱۲۷ گویه‌ای مشکلات بین شخصی (هرویتز و همکاران، ۱۹۸۸) ۲۹ گویه دارد و مشکلات بین شخصی را در شش زمینه قاطعیت، مردم آمیزی، اطاعت پذیری، صمیمیت، مسئولیت پذیری و مهارگری در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره صفر تا ۴ (خیلی کم = ۰؛ کم = ۱؛ متوسط = ۲؛ زیاد = ۳ و خیلی زیاد = ۴) میسنجد. در این مقیاس، نمره بیشتر، مشکلات بین شخصی بیشتری را نشان می دهد. علاوه بر شش زمینه فوق، میانگین کل آزمودنی در زمینه مشکلات بین شخصی نیز بر اساس نمره او در مجموعه ۶۰ گویه محاسبه میشود. در اعتباریابی نسخه فارسی بشارت (۱۳۸۸) ضرایب آلفای کرونباخ ماده‌های هر یک از زمینه‌ها از ۰/۸۶ تا ۰/۸۹ به دست آمد که نشانه همسانی درونی بالای این مقیاس در فرهنگ ایرانی است.

پروتکل آموزشی مهارت همدلی: این برنامه برای ۸ جلسه و با تأکید بر بنیان‌های درمان چهار عاملی (وزیری و لطفی کاشانی، ۱۳۹۰) تنظیم شده است. در این برنامه، با تأکید بر پنج فرایند دانش افزایی، کاربستن، ارزشیابی، تحلیل و ترکیب تلاش می شود تا مهارت‌های همدلی بر اساس مدل چهار عاملی با ایجاد رابطه‌ای تخصصی و نیکو، شناخت افزایی، ایجاد امید و انتظار درمان و نظم دهی رفتار، آموزش داده شود. **جلسه اول:** معارفه و تشخیص موقعیت کلی؛ این جلسه با هدف آشنایی دانش آموزان با پژوهشگر و فراهم کردن درک و تفاهم متقابل و بیان انتظارات پژوهشگر از دانش آموزان انجام خواهد شد. آموزش پنج مهارت دانش افزایی، به منظور تعریف بی تفاوتی نسبت به موقعیت‌ها؛ کاربستن، اینکه وقتی بی تفاوت هستیم چه می کنیم؟ دیگران وقتی بی تفاوت هستند چه می کنند؟ ارزشیابی، وقتی بی تفاوت هستیم چه احساسی داریم؟ وقتی دیگران نسبت به ما بی تفاوت هستند چه احساسی پیدا می کنیم؟ تحلیل، آیا لازم است بی تفاوت باشیم؟ و ترکیب، کجا باید بی تفاوت باشیم؟ **جلسه دوم:** در هر یک از جلسات آموزش پنج مهارت دانش افزایی، کاربستن، ارزشیابی، تحلیل و ترکیب در دستور کار است. در این جلسه افراد باید بدانند همدردی چیست؟ وقتی همدردی می کنیم چه می کنیم و اینکه دیگران وقتی همدردی می کنند چه می کنند؟ وقتی همدردی می کنیم چه احساسی داریم؟ وقتی دیگران با ما همدردی می کنند چه احساسی پیدا می کنیم؟ آیا لازم است همدردی کنیم؟ کجا باید همدردی کنیم؟ **جلسه سوم:** همدلی چیست؟ وقتی همدلی می کنیم چه می کنیم؟ دیگران وقتی همدلی می کنند چه می کنند؟ وقتی همدلی می کنیم چه احساسی داریم؟ وقتی دیگران با ما همدلی می کنند چه احساسی پیدا می کنیم؟ آیا لازم است همدلی کنیم؟ کجا باید همدلی کنیم؟ و اینکه فرق بی تفاوتی، همدردی و همدلی کدام است؟ **جلسه چهارم:** در این جلسه یاد می دهیم که موانع همدلی کدام است؟ با گفته‌های دوستانان همدلی کنید؛ همدلی دوستان را ارزشیابی کنید. چه مهارت‌های همدلی کمک می کنند و چه موادی از همدلی جلوگیری می کنند؟ و اینکه برای همدلی چه مهارت‌هایی نیاز داریم؟ **جلسه پنجم:** برای همدلی چه مهارت‌هایی نیاز داریم؟ خطاهای تفسیری یعنی چه و انسانیت زدایی در روابط یعنی چه؟ دو مورد از خطاهای تفسیری و انسانیت زدایی خودتان و دوستانتان را نام ببرید؟ چرا باید همدلی را یاد بگیریم؟ نداشتن مهارت و تفسیرهای ناروا در روابط ما با دیگران چه تأثیری می گذارند؟ برای جلوگیری از تفسیرهای ناروا چه مهارت‌هایی لازم دارید؟ **جلسه ششم:** خطاهای تفسیری کدامند؟ (نامگذاری، برچسب زدن، تشخیص گذاری، انسانیت زدایی و پاسخ رفلکسی) هر یک از خطاهای تفسیری خودتان و دوستانتان را نام ببرید. این خطاها چه نقشی در روابط ما دارند؟ برای جلوگیری از خطاهای تفسیری چکار کنیم؟ و نتیجه خطاهایی تفسیری در روابط ما با دیگران چیست؟ **جلسه هفتم:** همدلی به چه مهارت‌هایی احتیاج دارد؟ فنون گوش دادن، انعکاس، توجه به زبان بدنی، ابراز وجود، پرهیز از نامگذاری، برچسب زدن، تشخیص گذاری، انسانیت زدایی و پاسخ رفلکسی. فنون بالا را در رفتارهای خود و دوستانتان دنبال کنید. نتیجه کاربرد فنون را در رفتارهای خود و دوستانتان نام ببرید و ترکیب فنون در همدلی خود و دوستان چگونه رخ میدهد؟ **جلسه هشتم:** در این جلسه یاد داده میشود همدلی چگونه تقویت میشود؟ به همدلی خودتان و گروه بازخورد دهید. احساس خودتان را درقبال توانایی همدلی خودتان ارزیابی کنید. برای اینکه همدلی خودتان را ادامه دهید باید چگونه عمل کنید همدلی را به عنوان یک مهارت در خودتان توصیف کنید. جمع بندی و تمرین آموزش ها و پس آزمون.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت‌کنندگان در متغیرهای پژوهش در جدول (۱) ارائه شده است. با توجه به جدول میانگین نمرات مشکلات در روابط بین شخصی و پرخاشگری کاهش و نمرات خودتنظیمی دانش‌آموزان دارای اختلال کمبود توجه/ بیش فعال گروه آزمایش در پس‌آزمون افزایش داشته است. این بدین معنی است که آموزش گروهی همدلی منجر به تغییراتی در نمرات بهبود در روابط بین شخصی، پرخاشگری و خودتنظیمی دانش‌آموزان دارای اختلال کمبود توجه/ بیش فعال شده است. نمرات در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول شماره ۱- شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
مشکلات بین فردی	آزمایش	۱۷۶.۰۶	۲۱.۶۳	۱۶۷.۳۳	۱۹.۴۲
	گواه	۱۸۰.۶۰	۱۹.۵۵	۱۸۰.۹۳	۱۹.۸۱
خود تنظیمی	آزمایش	۸۹.۹۳	۱۳.۵۵	۹۴.۴۰	۱۴.۲۸
	گواه	۸۶.۳۳	۱۳.۰۲	۸۵.۷۳	۱۴.۴۸
پرخاشگری	آزمایش	۹۳.۲۶	۱۰.۸۵	۸۵.۸۰	۱۱.۲۵
	گواه	۹۶.۶۰	۸.۱۰	۹۷.۰۰	۸.۴۷

برای آزمون پیش فرض یکسانی ماتریس کوواریانس، از آزمون باکس استفاده شد و نتیجه آزمون باکس نشان داد که فرض یکسانی ماتریس کوواریانس رد نمی‌شود ($12.348 = \chi^2$ ضریب باکس). برای آزمون پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در جامعه، از آزمون لوین استفاده شد که نتایج حاصل شده نشان داد در هیچ متغیری واریانس دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری با هم ندارند (مشکلات بین فردی = 0.342 ، خودتنظیمی = 0.314 و پرخاشگری = 0.097). به منظور بررسی تأثیر آموزش گروهی همدلی بر بهبود در روابط بین شخصی، پرخاشگری و خودتنظیمی دانش‌آموزان دارای اختلال کمبود توجه/ بیش فعال از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد.

جدول (۲) نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری ($n=30$)

آزمون	ارزش	F	DF فرضیه	DF خطا	sig	مجذور اتا	توان آزمون
آزمون اثر پیلایی	۰.۷۴۱	۲۱.۹۰۸	۳	۲۳	۰.۰۰۰۱	۰.۷۴۱	۱.۰۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰.۲۵۹	۲۱.۹۰۸	۳	۲۳	۰.۰۰۰۱	۰.۷۴۱	۱.۰۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۲.۸۵۸	۲۱.۹۰۸	۳	۲۳	۰.۰۰۰۱	۰.۷۴۱	۱.۰۰۰
آزمون بزرگترین ریشه وری	۲.۸۵۸	۲۱.۹۰۸	۳	۲۳	۰.۰۰۰۱	۰.۷۴۱	۱.۰۰۰

همان طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، تفاوت معنی‌داری در ترکیب خطی نمرات مشکلات بین فردی، خودتنظیمی و پرخاشگری با توجه به گروه وجود دارد ($0.0001 = sig$ ، $F = 21.908$ و $0.259 = \lambda$ لامبدای ویلکز). مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که ۷۴ درصد از واریانس متغیر وابسته توسط متغیرهای گروه‌بندی (آزمایش و گواه) تعیین می‌شود. این بدان معنی است که تغییرات در متغیر مستقل حداقل بر یکی از متغیرهای وابسته معنی‌دار بوده است. برای بررسی الگوهای تفاوت در هر کدام از متغیرهای وابسته از تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شد.

جدول شماره ۳- خلاصه تحلیل کوواریانس یک طرفه برای اثرهای مداخله بر مشکلات بین فردی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	ضریب اتا	توان آزمون
روابط بین شخصی	۵۸۰.۴۸۳	۱	۵۸۰.۴۸۳	۳۱.۳۰۶	۰.۰۰۰۱	۰.۵۳۷	۱.۰۰۰
پرخاشگری	۴۶۲.۵۰۶	۱	۴۶۲.۵۰۶	۳۳.۰۰۱	۰.۰۰۰۱	۰.۵۵۰	۱.۰۰۰
خودتنظیمی	۲۰۴.۷۵۰	۱	۲۰۴.۷۵۰	۴.۷۸۰	۰.۰۳۸	۰.۱۵۰	۰.۵۵۹

نتایج آزمون تعقیبی LSD نیز در ادامه ارائه شده است.

جدول (۴) LSD فیشر

متغیر وابسته		گروه (۱)	گروه (۲)	تفاوت میانگین - ها	خطای استاندارد	سطح معنی - داری	ضریب ۰/۹۵ اطمینان	
							پایین ترین	بالا ترین
مشکلات بین فردی	آزمایش	گواه		-۸.۸۳۰*	۱.۵۶۳	۰.۰۰۰۱	-۱۲.۰۵۰	-۵.۶۱۰
	گواه	آزمایش		۸.۸۳۰*	۱.۵۶۳	۰.۰۰۰۱	۵.۶۱۰	۱۲.۰۵۰
خودتنظیمی	آزمایش	گواه		-۴.۸۰۷*	۲.۴۰۹	۰.۰۴۷	-۰.۱۵۴	۹.۷۶۷
	گواه	آزمایش		۴.۸۰۷*	۲.۴۰۹	۰.۰۴۷	۰.۱۵۴	-۹.۷۶۷
پرخاشگری	آزمایش	گواه		-۷.۹۸۸*	۱.۳۳۰	۰.۰۰۰۱	-۱۰.۷۲۸	-۵.۲۴۹
	گواه	آزمایش		۷.۹۸۸*	۱.۳۳۰	۰.۰۰۰۱	۵.۲۴۹	۱۰.۷۲۸

بحث و نتیجه گیری

بر اساس یافته‌ها آموزش گروهی همدلی منجر به کاهش مشکلات بین شخصی و پرخاشگری و همچنین افزایش خودتنظیمی دانش آموزان دارای اختلال ADHD شده است. این یافته با نتایج حاصل از پژوهش‌های براون (۲۰۱۴)، کورتیز و همکاران (۲۰۱۱)، پوردای و همکاران (۲۰۱۰)، لوت و شیفلد (۲۰۰۷)، بیدرمن و همکاران (۲۰۰۶)، اسپرودر و گوردون (۲۰۰۲)، بنی اسدی و همکاران (۱۳۹۴) و طاهر و همکاران (۱۳۹۴) همسوست. در تبیین این یافته می‌توان گفت، همدلی نوع خاصی از توجه داشتن به دیدگاه دیگری است؛ به این معنا که فرد از طریق ادراک واکنش‌های عاطفی دیگران، واکنش‌های عاطفی از خود نشان می‌دهد که به آن همدلی می‌گویند. اجزای شناختی همدلی عبارتند از توانایی در شناسایی و نامگذاری حالات دیگران و توانایی در حدس زدن دیدگاه افراد دیگر و جزء عاطفی آن عبارت است از توانایی در نشان دادن پاسخ عاطفی مناسب. بنابراین، به منظور برقراری روابط همدلانه فرد باید بتواند خود را به جای دیگران بگذارد، امور را از دیدگاه آنان ببیند و از خود بپرسد که اگر من به جای او و شرایط او بودم چه احساسی داشتم؟ شرط لازم برای انجام چنین کاری خودآگاهی است. وقتی افراد ویژگی‌ها، موفقیت‌ها و شکست‌های خود را شناختند، آنها را پذیرفتند و به خود به عنوان یک انسان ارزشمند احترام گذاشتند، آنگاه می‌توانند دیگران را با همان وضعیتی که هستند با تمام نقاط ضعف و قوتشان بپذیرند و به آنها احترام بگذارند. بنابراین می‌توان گفت آموزش گروهی همدلی توانسته است روابط بین شخصی را با استفاده از همدلی و ایجاد رول‌ط مناسب افزایش دهد، پرخاشگری را با بهبود همدلی و ارتباطات مثبت کاهش دهد و خودتنظیمی دانش آموزان را نیز افزایش دهد. لوت و شیفلد نیز در سال (۲۰۰۷) بیان کردند افزایش همدلی می‌تواند به کاهش اختلالات رفتاری و بهبود روابط بین شخصی کمک می‌کند و بیدرمن و همکاران (۲۰۰۶) بیان کردند که درمان مبتنی بر همدلی نقش سازنده‌ای در حل مسئله، تکانشوری، پردازش اطلاعات، فرایند تصمیم‌گیری، نوآوری، خلاقیت و افزایش یادگیری دانش آموزان بیش فعال دارد.

همچنین، از شرایط لازم برای ایجاد همدلی بین افراد، اعتماد متقابل است، به عبارت دیگر اعتماد متقابل هنگامی به وجود می‌آید که طرفین درگیر در ارتباط، نسبت به همدیگر یکدلی، آسایش و امنیت خاطر داشته باشند و این اعتماد حاصل نمی‌شود مگر با شناخت تفاوت‌های فردی و احترام گذاردن به آن. همچنین برای تبیین این یافته می‌توان از نظریه بالبی (۱۹۵۱) استفاده کرد. بالبی (۱۹۵۱) روان‌کاو انگلیسی عقیده دارد که رفتار همدلی از رفتار غریزی دلبستگی ناشی می‌شود. به عبارت دیگر شالوده رفتار همدلی، در دوران نوزادی از طریق فرآیند رابطه‌ی نوزاد و مراقب او (مادر) شکل می‌گیرد. از نظر بالبی رفتار دلبستگی در بروز اختلالات رفتاری و ناسازگاری اجتماعی نقش مهم و قابل توجهی دارد. کیفیت این رفتار در مراحل بعدی زندگی فرد بسیار موثر است. رفتار دلبستگی، در دوران رشد تحول یافته و به صورت همدلی یعنی (فهم و پذیرش احساس‌ها، نیازها و رنج‌های شخص دیگر) بروز می‌کند و بر پایداری افراد نسبت به معیارهای فرهنگی و مسئولیت‌های اجتماعی و سلامت روان و سازگاری اجتماعی آنها تأثیر می‌گذارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش همدلی با توجه به ایجاد احساسات مثبت نسبت به دیگران، ایجاد همدلی و روابط مناسب اجتماعی در افزایش روابط بین فردی مؤثر است و در نهایت می‌توان گفت، آموزش همدلی باعث می‌شود فرد از طریق ادراک واکنش‌های عاطفی دیگران، واکنش‌های عاطفی از خود نشان دهد. همدل بودن باعث پدیدآیی ارتباطاتی صحیح‌تر می‌شود و اولین گام در خلق یک جو مشترک، ظهور تعامل‌های همدلی است. به طور یقین همین امر موجب آغاز تشکیل اعتماد می‌شود. وقتی به دیگران کمک می‌کنید، به رفع تعارض‌های ایشان می‌پردازید. اظهارات مبتنی بر همدلی، راه‌های ارتباطی خاصی را می‌گشایند و مباحث انعطاف‌پذیر ویژه‌ای را هویدا می‌سازند. به علاوه نمایش ظاهری همدلی، مهارتی اساسی محسوب شده که افراد آن را برای تمام افراد درگیر با تعارض مزبور الگو قرار می‌دهد. در همدلی به نوجوانان در جهت ایجاد و حفظ دوستی، رضایت در روابط صمیمی و بهبود کیفیت روابط آموزش‌های زیادی ارائه می‌شود و توقع می‌رود که سطح پرخاشگری در آنان کاهش پیدا کند.

منابع

- ابارشی، ز (۱۳۹۴). تأثیر آموزش برنامه "ارتقاء رشد روانی-اجتماعی کودک از طریق تعامل با مادر" بر رابطه مادر و کودک و خودآزمایی والدگری مادران کودکان زیر سه سال. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید بهشتی، تهران.
- بنی اسدی، ا.، برجعلی، ا.، مفیدی، ف.، بنی اسدی، ف. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش همدلی بر زورگویی کودکان ۴-۶ سال در مراکز پیش از دبستان. فصلنامه مطالعات پیش از دبستان. (۱۱۱).
- راستگو، ف (۱۳۹۶). ارتباط بین خودتنظیمی هیجانی با کیفیت روابط اجتماعی در نوجوانان. کنفرانس بین المللی "روانشناسی، مشاوره، تعلیم و تربیت. مشهد.
- سادات فر، م (۱۳۹۲). مقایسه اثر بخشی مداخلات فلورتایم و آموزش نظریه ذهن در کاهش پرخاشگری، بهبود رابطه مادر-کودک و بهبود نظریه ذهن در کودکان پرخاشگر پیش دبستانی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- صالحی مورکانی، ب (۱۳۸۵). بررسی و مقایسه راهبردهای خودتنظیمی عاطفی در بین دانشجویان مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی با دانشجویان عادی شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء (س).
- طاهر، م. ابوالقاسمی، ع. نریمانی، م (۱۳۹۴). قایسه اثربخشی آموزش های همدلی و مدیریت خشم بر شناخت اجتماعی و علائم اختلال دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای. فصلنامه سلامت روانی کودک، (۴)۲.
- کرمانی، ک. شیرازی، ا. نوحه سرا، م (۱۳۹۴). فراوانی اختلال بیش فعالی در سابقه والدین کودکان مبتلا با این اختلال. فصلنامه روانپزشکی ایران. ۷-۲.
- American psychiatric association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text revision. 4th ed. Washington D. C: American psychiatric association press, 2000. 312-325.
- Bushman, B.J. O'Brien, E.H (2016). Aggression ADHD. Encyclopedia of Human Behavior. 37-43.
- Borba, M. (2008). Building moral intelligence: The seven essential virtues that teach children to do the right thing. USA: Jossey- Bass.
- Biderman, G., Mounetauxm, M & Mick, E. (2006). Young adult outcome of attentiondeficit/ hyperactivity disorder: Finding in non referred subjects. American Journal of Psychiatry, 162, 1083-1089.
- Brown , G.L. (2014). Roles of Familcohesiveness, material adjustment, and child temperament in predicting child behavior with mothers and fathers. Journal of social and Personal Relationships, 31(2), 200—220.
- Barkley, R. A. (2011). Barkley Adult ADHD Rating Scale -IV (BAARS-IV). New York, London: The Guilford Press.
- Coghill, D., Soutullo, C. Aubuisson, C., Preuss, U., Lindback, T., Silverberg, M. & Strongman, K. T. (2006). Applying psychology to Everyday life A Beginners Guide. John Wiley and sons ltd.
- Carling, M. Dukas, D (2016). Life history of aggression: effects of age and sexual experience on male aggression towards males and females. *Animal Behaviour*: (169).
- Cutierrez, S. M., Escarti C. A., & Pascual, C. (2011). Relationships among empathy, prosocial behavior, aggressiveness, self-efficacy and pupils' personal and social responsibility. *Psicothema*, 23 (1), 9-13.
- Coghill, D., Soutullo, C., Aubuisson, C., Preuss, U., Lindback, T., Silverberg, M. & Buitelaar, J. (2008). Impact of Attention-Deficit/hyperactivity Disorder on the Patient and Family: Results from a European Survey, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2:31, doi: 10.1186/1753-2000-2-31.
- Faraone SV, Biederman J (2009). What is the prevalence of adult ADHD Results of a population screen of 966 adults? *Journal of Attention Disorders*, 2009: 9 (2), 384-391.
- Heller, T. L. & Backer B. L. (2006). Maternal Negativity and Children's Externalizing Behavior, *Early Education & Development*, 11(4), 483-498.
- Hofmann, S. G. & Kahdan, T. B. (2010). The Affective Style Questionnaire: Development And Psychometric Properties. *Journal of Psychopathol Behavior Assessment*, 32, 255—263.
- Lovett, B. T., & Sheffield, R. A. (2007). Affective empathy deficits in aggressive children and adolescents: A critical review. *Clinical Psychology Review, Journal of Personality and Social Psychology*, 85(5), 881-893.
- Purdie, N. , Carroll, A. & Roche, L. (2010). Parenting and adolescent self- regulation , *Journal of Adolescence*, 27 (I. 6) , 663-676.
- Rieffe, A., Carolien, Ketelaar, A., & Lizet Wiefferink Carin, H. (2010). Assessing empathy in young children: Construction and validation of an Empathy Questionnaire (EmQue). *Personality and Individual Differences* 49 (2010): 362—367.
- Sadock, B. J., & Kaplan (2003): synapses of psychiatry (ninth edition). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

- Schroeder, C., Gordon, B. N. (2002). Assessment and treatment of childhood problems A clinician's Guide. (2nd ed.). The Guilford press.
- Sadock BJ, SadockVA (2007). Synapsis of psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Willkins. 122-331.
- Valdizan JR, Gracia AC (2009). Attention deficithyperactivity disorder in adults. Rev Neurol; 48(2): S959.
- Ewa P, Anna P (2017). Family functioning, parenting stress and quality of life in mothers and fathers of Polish children with high functioning autism or Asperger syndrome. PLoS One; 12(10).
- Laura M.E.Blanken, E (2017). White matter microstructure in children with autistic traits. Psychiatry Research: Neuroimaging. (263).