

Formulating the Educational-Remedial on Time Interference Program and its Effects on Reduction of Self- Confidence on Attention Deficit/ Hyperactivity Children

*Amiri S¹, Safari Y²

Author Address

1. MA in clinical psychology, Islamic Azad University, Khomeini Shahr, Isfahan, Iran;
2. Assistant Professor in psychology, Islamic Azad University, Khomeini Shahr, Isfahan, Iran.

*Corresponding Author E-mail: sara.amiri691@gmail.com

Received: 2018 April 7; Accepted: 2018 October 27

Abstract

Background and Objective: Attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most common disorders of childhood neurological disorders. This disorder is a psychological diagnosis and is used for people who during their developmental period exhibit inappropriate levels of negligence or a greater degree of impulsive motor activity. The high prevalence of ADHD and its association with symptoms such as mental weakness, peer exclusion, decreased self-esteem and low resilience to failure lead to problems in interpersonal relationships with peers and others, and can respond. It is intense to look for families and teachers so that these children are disillusioned, feel unworthy, and thus become distrustful of themselves. Developing an appropriate educational-training program can help researchers control the severity of the disease in the future and the status of the clients. Timely interventions refer to a wide range of activities designed to increase child's growth and health and, with a comprehensive assessment of the child; the ability of the family to meet the needs of the child begins with the goal of serving. Short-term behavioral interventions reduce the severity of hyperactivity in social samples of children with ADHD, most of whom use stimulant drugs. The purpose of this study was to develop an educational program for timely intervention and its effectiveness on self-confidence in children with ADHD.

Methods: The research design was quasi-experimental with pre-test, post-test, and control group. The statistical population included all students with ADHD, fifth grade in the city of Fouladshahr (Isfahan province, Center of Iran). To select the sample, 30 people were selected by purposeful sampling according to the criteria for inclusion in the study and randomly assigned to two groups of 15 subjects. The experimental group participated in the interventional training sessions for 10 sessions of 90 minutes, but there was no intervention for the control group. The research tools were Conears' overactive children's syndrome questionnaire (1999) and Eysen's self-confidence questionnaire (1976), which have reliable and reliable reliability. Data were analyzed using descriptive statistics and dependent t-test and independent t-test in SPSS-22 software.

Results: Independent T-test showed that the average self-confidence scores of the experimental group in the post-test group were significantly higher than the control group, which was significant ($p < 0.001$). In addition, the results of dependent t-test showed that there was a significant difference between the self-confidence scores of the experimental group in the pre-test stage and post-test ($p = 0.046$).

Conclusion: According to the findings, it seems that the developed educational program of timely interventions has increased self-confidence in children with ADHD.

Keywords: Timely interventional educational program, Self-confidence, Children with attention deficit / hyperactivity disorder, Hyperactivity disorder.

تدوین برنامه آموزشی درمانی مداخلات بهنگام و اثربخشی آن بر اعتماد به خود کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی

* سارا امیری^۱، یدالله صفری^۲

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی‌شهر، اصفهان، ایران.
۲. دکترای کودکان استثنایی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی‌شهر، اصفهان، ایران.
* رایانامه نویسنده مسئول: sara.amiri691@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۸ فروردین ۱۳۹۷؛ تاریخ پذیرش: ۵ آبان ۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی از اختلال‌های بسیار شایع عصبی‌رفتاری دوران کودکی است که پیامدهای ناشی از آن، نه تنها دوران کودکی بلکه سراسر زندگی را متأثر می‌سازد. پژوهش حاضر با هدف تدوین برنامه آموزشی درمانی مداخلات بهنگام و اثربخشی آن بر اعتماد به خود در کودکان مبتلا به فزون‌کنشی صورت گرفت. **روش بررسی:** طرح این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی با پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری را تمامی دانش‌آموزان پسر بیش‌فعال کلاس پنجم دبستان شهرستان فولادشهر تشکیل دادند. جهت انتخاب نمونه ۳۰ نفر براساس ملاک‌های ورود به مطالعه، به‌شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش به‌مدت ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در دوره آموزشی درمانی مداخلات بهنگام شرکت کردند؛ اما برای گروه گواه، مداخله‌ای صورت نگرفت. آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله، پیش‌آزمون و پس‌آزمون از طریق پرسشنامه اعتماد به نفس و پرسشنامه نشانگان کودکان بیش‌فعال ارزیابی شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های نشانگان کودکان بیش‌فعال کانرز (۱۹۹۹) و اعتماد به نفس آیزنگ (۱۹۷۶) بود. داده‌های پژوهش با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و روش تی‌مستقل و تی‌وابسته به‌میزان ۰/۰۵ در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج آزمون تی‌مستقل نشان داد که میانگین نمرات اعتماد به خود کودکان گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با گروه گواه افزایش داشته که این افزایش معنادار بود ($p < 0.001$). همچنین نتایج حاصل از تی‌وابسته مشخص کرد که بین نمرات اعتماد به خود کودکان گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p = 0.046$). **نتیجه‌گیری:** باتوجه به یافته‌ها به‌نظر می‌رسد برنامه تدوین‌شده آموزشی درمانی مداخلات بهنگام سبب افزایش اعتماد به خود در کودکان مبتلا به نارسایی توجه/ فزون‌کنشی می‌شود. **کلیدواژه‌ها:** برنامه آموزشی درمانی مداخلات بهنگام، اعتماد به خود، کودکان مبتلا به نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، بیش‌فعالی.

در دهه‌های اخیر اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی (ADHD)^۱ در ایالات متحده، تشخیص رایج روان‌پزشکی در کودکان و بزرگسالان است؛ اما در سایر نقاط جهان این تشخیص خیلی کمتر معمول یا حتی ناشناخته بوده و در پایان قرن بیستم مشخص کردن کودکان بیش‌فعال و درمان آن به پدیده‌ای جهانی تبدیل شده است. بیش‌فعالی منجر به افزایش هزینه‌های بهداشت و آموزش و پرورش و خانواده می‌شود (۱). اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، تشخیصی روان‌شناختی است و برای افرادی به‌کار می‌رود که در دوره رشدشان سطوح نامناسبی از بی‌توجهی یا مقداری بیشتر فعالیت حرکتی تکانشی از خود نشان می‌دهند (۲). دیدگاه‌های جهانی در زمینه بیش‌فعالی حاکی از نگرانی درباره سلامت افراد در کشورهای مختلف است و حدود ۱۰ درصد کودکان و نوجوانان مدرسه‌ای به بیش‌فعالی مبتلا هستند (۳). نشانه‌های بیش‌فعالی، در کارکرد دانش‌آموزان نقص ایجاد می‌کند و با عملکرد تحصیلی آنان تداخل دارد (۴). بسیاری از کودکان مبتلا به این بیماری دارای نشانه‌های بی‌توجهی و بیش‌فعالی و تکانش‌وری هستند؛ ولی برخی اوقات این علائم در دوران بزرگسالی نیز پایدار می‌ماند؛ بنابراین نشانه‌های بیش‌فعالی، الگویی رفتاری است که علاوه بر دوره کودکی در بزرگسالی هم می‌تواند ظاهر شود و از نظر تکاملی با میزان نامتناسبی از بی‌توجهی و تکانش و پرتحرکی بروز می‌کند (۵).

شیوع فراوان اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و همراه بودن آن با علائمی همچون ضعف روحیه، طرد شدن از سوی همسالان، کاهش اعتماد به نفس^۲ و مقاومت کم در برابر ناکامی موجب اشکال در روابط بین فردی با همسالان و دیگران شده و می‌تواند واکنش بسیار شدید خانواده و معلمان را به دنبال داشته باشد؛ به طوری که این دسته از کودکان دچار سرخوردگی می‌شوند و احساس بی‌ارزشی می‌کنند؛ در نتیجه بی‌اعتمادی به خود در ایشان به وجود می‌آید (۶). اعتماد به نفس عبارت است از احساس ارزشمند بودن. این حس از مجموع افکار و احساس‌ها و عواطف فرد در طول زندگی ناشی می‌شود (۷). اشخاصی که به توانایی‌های خویش تردید دارند، همواره در برخورد با سختی‌ها، شهادت کمتری نشان می‌دهند و از این رو احتمال اینکه از زندگی بهره کافی ببرند، به همان نسبت کمتر است. همچنین احتمال دچار شدن به عوارض ناشی از تنش، از جمله اضطراب و افسردگی و مشکلات متعدد روانی در آن‌ها بیشتر است (۸). مطالعات ویتن و همکاران (۹) بیان می‌کند که اعتماد به نفس ضعیف در کودکان می‌تواند معضله‌های زیادی مانند افت تحصیلی، درگیری‌های اجتماعی، آمادگی برای ابتلا به انواع اختلال‌های روانی به خصوص افسردگی، خودکشی، اضطراب و اعتیاد را به وجود آورد. همچنین، پژوهش کاپالدی و استولمیلر نشان داد که کاهش اعتماد به نفس یکی از دلایل مشکلات سازگاری بوده و این مشکل‌ها در کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی شدیدتر و درمان آن نیازمند مداخله‌ای جامع است (۱۰).

باتوجه به اهمیت اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در کل سطوح

رشدی، کودکان مبتلا به این اختلال، نیازمند تشخیص و مداخله زودهنگام هستند تا بتوانند مهارت‌های پیش‌نیاز را جهت موفقیت در یادگیری تحصیلی در آینده، فرا گیرند (۱۱). مداخلات بهنگام اشاره به فعالیت‌های وسیعی دارد که برای افزایش رشد و سلامتی کودک طراحی شده است و با ارزیابی همه‌جانبه او و توان خانواده و نیازهای ایشان با هدف ارائه خدمت شروع می‌شود. مداخلات رفتاری کوتاه، شدت علائم بیش‌فعالی را در نمونه‌های اجتماعی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی کاهش می‌دهد که بیشتر آن‌ها داروهای محرک مصرف می‌کنند. همچنین مداخله موجب بهبود خواب، رفتار، کیفیت زندگی و عملکرد کودکان شده و بیشتر مزایای آن تا شش ماه بعد از مداخله ادامه می‌یابد. مداخله ممکن است برای استفاده در مراقبت‌های اولیه و ثانویه مناسب باشد (۱۲). هدایت و توسعه برنامه‌های درمانی جهت زیاده‌شدن اعتماد به نفس برای کودکان فزون‌کنشی مفید است. آن‌ها پس از دریافت درمان بهتر می‌توانند احساس‌های خود را تنظیم کنند و دارای اعتماد به نفس بیشتری شوند (۱۳). عبدالهی باقرآبادی (۱۴) در پژوهشی نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی تأثیر معناداری بر بیشتر شدن عزت نفس و مؤلفه‌های آن در کودکان مبتلا به ADHD دارد. حسنی و میرزایی و خلیلیان (۱۵) دریافتند که بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری سبب افزایش معنادار عزت نفس کودکان فزون‌کنش می‌شود. سهندی‌فر و همکاران (۱۶) بیان کرد که درمان رفتاری شناختی بر افزایش خودپنداره کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی مؤثر است. سینگ و سینگ (۱۷) در مطالعه‌ای نشان دادند که درمان متمرکز بر ذهن‌آگاهی می‌تواند به عنوان ابزار درمانی در ارتقای عزت نفس نوجوانان مبتلا به اختلال مذکور مدنظر قرار گیرد. باتوجه به معضله‌های عدیده روانی و ارتباطی که کودکان ADHD با آن روبه‌رو هستند، به نظر می‌رسد انجام مداخلات آموزشی و درمانی بهنگام می‌تواند سهم به‌سزایی در افزایش اعتماد به نفس و خودپنداره آسیب‌دیده کودکان دانش‌آموز مبتلا به این بیماری داشته باشد؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر برنامه آموزشی درمانی مداخلات بهنگام بر اعتماد به نفس کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی دبستانی انجام پذیرفت.

۲ روش بررسی

در این پژوهش از طرح نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد تا کنترل بهتری بر متغیرهای مخدوشگر و هم‌زمان صورت گیرد. جامعه آماری را تمامی دانش‌آموزان پسر مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی در پایه پنجم مقطع دبستان در سال ۱۳۹۶ شهرستان فولادشهر تشکیل دادند. به منظور برآورد حجم نمونه، فرمول پیشنهادی کولز^۳ (۱۹۷۴) به‌کار رفت. کولز توصیه می‌کند که در اغلب پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی مقدماتی ۳۵ آزمودنی استفاده شود؛ همچنین اگر پژوهشگری قصد انجام تحلیل واریانس با چندین سطح از متغیرهای مستقل را دارد، برای هر یک از سطوح پانزده شرکت‌کننده مناسب است (۱۸)؛ بنابراین جهت انتخاب نمونه پژوهش از بین

3. Coles

1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

2. Self-Confidence

هفت مدرسه انتخاب و کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی با توجه به سوابق و پرونده‌ها یا نظر تشخیصی روان‌پزشک یا روان‌شناس در گذشته، توسط مسئولان مدارس معرفی شدند. ضمن تشکیل دو گروه از بین آن‌ها و توجیه آزمودنی‌ها و نیز بیان اهداف پژوهش به مسئولان مراکز، از کودکان گروه آزمایش درخواست شد تا در جلسات بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری شرکت کنند. گروه آزمایش به مدت ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شکل گروهی و سه روز در هفته تحت محتوای برنامه آموزشی درمانی مداخلات بهنگام قرار گرفتند؛ درحالی‌که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. همچنین ملاحظات اخلاقی پژوهش به این ترتیب بود: ۱. شرط رازداری و محرمانه بودن نتایج پرسشنامه‌ها و اطلاعات شخصی هریک از شرکت‌کنندگان به طور کامل رعایت شد؛ ۲. برگزاری جلسات به صورت کاملاً رایگان بود؛ ۳. هیچ اجباری در کار نبوده و موافقت مربیان و والدین برای شرکت در دوره لحاظ شد؛ ۴. همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد. همچنین محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

مجموعه مدارس دبستان، هفت مدرسه در نظر گرفته شد. سپس از میان آن مدارس، ۳۰ نفر به صورت هدفمند و براساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش حاضر عبارت بود از: ۱. معرفی کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی توسط مسئولان مدارس با توجه به سوابق و پرونده‌ها و نظر تشخیصی روان‌پزشک یا روان‌شناس در گذشته؛ ۲. کسب نمره برش (نمره بیشتر از ۳۹) در پرسشنامه نشانه‌های بیش‌فعالی کانرز جهت غربالگری و اطمینان از وجود اختلال؛ ۳. تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهش. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز شامل ابتلا به اختلال‌های حاد روان‌پزشکی به تشخیص روان‌شناس و غیبت بیش از دو جلسه از کل جلسات بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری و تمایل نداشتن به ادامه همکاری بود. داده‌های جمع‌آوری شده از پرسشنامه پژوهش به کمک تحلیل کوواریانس در سطح ۰/۰۵ و با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی^۱ (SPSS) نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شد. جهت اجرای تحقیق، پس از کسب مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه و ارائه معرفی‌نامه به آموزش و پرورش شهرستان فولادشهر،

جدول ۱. چارچوب جلسات آموزشی درمانی برنامه تدوین شده مداخلات زود هنگام

| جلسه | محتوای جلسه |
|------|--|
| ۱ | معرفی برنامه آموزشی درمانی والدین و توضیح اهداف و روش استفاده شده برای ایشان. |
| ۲ | ارائه چهارده اصل برتر مدیریت اختلال بیش‌فعالی به والدین. |
| ۳ | آموزش یکپارچگی حسی شامل انجام فعالیت تاب‌بازی، چرخیدن کودک به دور خود در فضای باز، نشستن کودکان دور هم روی موکت و حرکت، راه رفتن کودک با دست‌های خود روی موکت و زمین، دردست‌گرفتن سمباده و تکه‌ای پارچه پنبه‌ای و بیان تفاوت آن‌ها، دردست‌گرفتن تکه‌ای یخ و استکان چای و بیان تفاوت آن‌ها. |
| ۴ | مرور جلسه قبلی و بازخورد آن جلسه و انجام تمرین‌ها جهت تقویت دقت و توجه و تمرکز. |
| ۵ | مرور جلسات قبلی و تمریناتی به منظور تقویت دقت و توجه و تمرکز. |
| ۶ | مرور جلسه قبلی و ارائه بازخورد و انجام تمرین‌ها جهت تقویت ادراک دیداری شامل طراحی تخته و پونز و قطعات پارکت، طراحی با مکعب‌ها، پیدا کردن شکل‌ها در تصاویر و پازل. ارائه تکالیف خانگی. |
| ۷ | مرور جلسه قبلی، انجام تمرین‌هایی جهت تقویت ادراک دیداری، شامل جور کردن شکل‌های هندسی، بازی‌های دومینو، کارت‌های ورق‌بازی، کارت‌های حروف و اعداد، ادراک دیداری واژه‌ها. ارائه تکالیف خانگی و بازخورد. |
| ۸ | مرور جلسه قبلی، انجام تمریناتی به منظور تقویت ادراک شنیداری شامل اجرای دستورعمل، درک توالی رویدادها، گوش دادن به جزئیات، گرفتن اصل مطلب و نتیجه‌گیری. ارائه بازخورد و تکالیف خانگی. |
| ۹ | مرور جلسات قبل، انجام تمریناتی جهت تقویت ادراک شنیداری شامل تشخیص غیرممکن‌ها، گوش دادن به آگهی‌ها، خطاهایم را تصحیح کن. ارائه بازخورد و تکالیف خانگی. |
| ۱۰ | مرور جلسه قبلی، انجام تمریناتی جهت تقویت کارکردهای اجرایی شامل بازی بشین-پاشو به صورت مستقیم و معکوس و راه رفتن با یک پا (لی‌لی کردن)، ایستادن با یک پا با چشمان بسته و راه رفتن با قاشق در دهان، ساختن برج. |

می‌شود (۱۹). در مطالعه کلاند و همکاران (۲۰) زیرمقیاس‌ها از ضریب همسانی درونی خوبی برخوردار بودند؛ به طوری‌که، ضریب آلفا برای هریک از آن‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۴، ۰/۸۱، ۰/۸۹ و ۰/۸۵ گزارش شد که بیانگر ضریب اعتبار پذیرفتنی است. در تحقیق عرب‌گل و همکاران (۱۹) این پرسشنامه روی بیست نفر اجرا و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که برابر با ۰/۸۱ بود؛ همچنین اعتبار

از ابزار زیر در پژوهش حاضر استفاده شد:

- پرسشنامه نشانه‌های بیش‌فعال کانرز (۱۹۹۹): این مقیاس تشخیصی، ابزاری با اعتبار و روایی مناسب و دارای ۲۶ گویه بوده که به صورت ۳ تا ۰ نمره‌گذاری می‌شود و پنج زیرمقیاس دارد. زیرمقیاس‌ها شامل نارسایی توجه/مشکل حافظه، بی‌قراری/بیش‌فعالی، تکانشگری، مشکلات با تصور کلی از خود و شاخص بیش‌فعالی مزبور به کل گویه‌ها

^۱. Statistical package for social science

پانزده کمتر باشد، عزت نفس ضعیف و نمرات بیشتر از ۱۵، عزت نفس قوی را نشان می‌دهد (۲۲). امید و همکاران (۲۳) روایی محتوایی پرسشنامه را مطلوب گزارش کردند و ضریب آلفای ۰/۶۲ را برای کل مقیاس به دست آوردند. همچنین اعتبار آزمون توسط مستعلمی و همکاران (۲۴) از طریق آلفای کرونباخ ۰/۶۸ تأیید شد.

در پژوهش حاضر به منظور تدوین برنامه آموزشی درمانی مداخلات بهنگام، پژوهش‌ها و برنامه‌های مبتنی بر تکنیک‌های یکپارچگی حسی و تقویت ادراک دیداری/شنیداری و کارکردهای اجرایی و نیز راهبردهای تقویت دقت بررسی شد که برای افراد و گروه‌های هدف مختلفی (کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی، کودکان با اختلال‌های یادگیری) انجام پذیرفتند. مطالعات به‌کاررفته شامل پژوهش‌های قلم‌زن و همکاران (۲۵) و ابراهیمی و همکاران (۲۶) بوده و کتاب روان‌شناسی و آموزش کودکان با نقص توجه/بیش‌فعالی (۲۷) نیز استفاده شد. برنامه تدوین شده به صورت فردی و گروهی اجرایی است و روایی محتوایی آن را سه نفر از استادان و متخصصان تأیید کردند. خلاصه درجه‌بندی استادان در رابطه با میزان تناسب برنامه با اهداف (اصلاً تناسبی وجود ندارد=۱ تا تناسب بسیار زیادی وجود دارد=۵) در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. خلاصه درجه‌بندی‌های مربوط به روایی بسته تدوین شده

| داوران | جلسه ۱ و ۲ | جلسه ۳ و ۴ | جلسه ۵ و ۶ | جلسه ۷ و ۸ | جلسه ۹ و ۱۰ | کلیات جلسات | میانگین داوران |
|--------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|----------------|
| ۱ | ۳ | ۴ | ۵ | ۵ | ۴ | ۴ | ۴/۲ |
| ۲ | ۵ | ۵ | ۴ | ۴ | ۵ | ۵ | ۴/۷ |
| ۳ | ۴ | ۵ | ۴ | ۴ | ۵ | ۵ | ۴/۵ |

روایی محتوایی کامل حاضر دلالت دارد. همچنین برای سنجش تجمع میزان توافق متخصصان از شاخص روایی محتوایی CVI استفاده شد (۲۹).

محتوای آن را سه نفر فوق تخصص روان‌پزشکی کودک سنجیدند و آن را مناسب ارزیابی کردند. شهیم و یوسفی و شهاثیان (۲۱) پایایی مقیاس را با روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۷۶ و با شیوه آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آوردند.

پرسشنامه اعتماد به نفس آیزنگ: این پرسشنامه حاصل کوشش‌های آیزنگ (۱۹۷۶) بوده که سؤال‌های آن ۳۰ گویه دارد و هدف آن سنجش اعتماد به نفس است. در این آزمون پاسخنامه به شکل سه گزینه‌ای تنظیم شده است. گزینه آری و علامت (؟) و خیر. آزمودنی برای هر پرسش آزمون باید تا حد امکان بکوشد با جواب آری یا خیر پاسخ دهد. در صورتی که واقعاً گرایش امکان‌پذیر نباشد گزینه میانه را برمی‌گزیند و علامت سؤال را انتخاب می‌کند. روش نمره‌گذاری آزمون به این ترتیب است که به سؤال‌هایی از پرسشنامه که اعتماد به نفس را در مقابل احساس حقارت سنجیده، یک امتیاز تعلق می‌گیرد؛ بنابراین اگر آزمودنی به این پرسش‌ها پاسخ آری بدهد، یک امتیاز دارد و سؤال‌هایی از پرسشنامه که احساس حقارت را در برابر حس اعتماد به نفس می‌سنجد، در صورت دادن پاسخ خیر یک امتیاز منظور می‌شود. اگر به پرسش مثبت که باید پاسخ آری باشد، پاسخ خیر داده شود یا برعکس، امتیاز تعلق نمی‌گیرد. میانگین نمرات پانزده است. هرچه نمرات از

برای تبدیل قضاوت کیفی متخصصان به کمیت درباره روایی برنامه آموزشی، روش لاوشه به کار رفت. همان‌طور که مشاهده می‌شود مقدار CVR بزرگ‌تر از ۰/۹۹ (مقدار روایی پذیرفته شده) است؛ در نتیجه بر

$$CVR = \frac{n_E - N}{N} = \frac{-3}{1/5} = 1 \quad CVI = \frac{3}{3} = 1$$

معیار نمرات کودکان در متغیر اعتماد به خود به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۳ ارائه شده است؛ همچنین نتایج تی وابسته جهت مقایسه میانگین افراد هر گروه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشاهده می‌شود.

۳ یافته‌ها

در پژوهش حاضر، پس از جمع‌آوری داده‌ها، جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. میانگین و انحراف

جدول ۳. مقایسه میانگین نمرات اعتماد به خود در گروه‌های پژوهش قبل و پس از اجرای مداخله

| مقدار p** | آزمایش | | گواه | | مرحله |
|-----------|--------------|---------|--------------|---------|-----------|
| | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | |
| ۰/۰۹۸ | ۳/۵۶ | ۱۲/۶۶ | ۴/۳۷ | ۱۲/۸۰ | پیش‌آزمون |
| <۰/۰۰۱ | ۶/۱۸ | ۱۹/۵۳ | ۴/۳۷ | ۱۵/۵۳ | پس‌آزمون |
| | ۰/۰۴۶ | | ۰/۸۹۵ | | مقدار p* |

* مقدار احتمال حاصل از مقایسه میانگین‌های زوجی (تی وابسته)

** مقدار احتمال حاصل از مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل (تی مستقل)

همان‌گونه که نتایج آزمون تی وابسته در جدول ۳ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون کودکان گروه گواه تفاوت معناداری وجود ندارد؛ درحالی‌که بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون کودکان گروه آزمایش تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($p < 0/05$). همچنین نتایج حاصل از تی مستقل جهت مقایسه میانگین‌های دو گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشخص کرد که بین دو گروه گواه و آزمایش در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنادار نیست؛ اما بین دو گروه گواه و آزمایش در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$). نتایج به‌دست‌آمده بدین معناست که استفاده از برنامه آموزشی درمانی مداخلات بهنگام تأثیر معناداری بر اعتماد به خود کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی داشته و منجر به افزایش آن شده است.

۴ بحث

پژوهش حاضر به تدوین برنامه آموزشی درمانی مداخله بهنگام و بررسی اثربخشی آن بر اعتماد به خود کودکان فزون‌کنشی پرداخت. نتایج حاصل از آزمون‌های تی وابسته و تی مستقل نشان داد که برنامه آموزشی درمانی مداخلات بهنگام بر اعتماد به خود کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی تأثیر معناداری دارد و سبب افزایش سطح اعتماد به خود کودکان گروه آزمایش می‌شود. نتایج به‌دست‌آمده از آزمون این فرضیه پژوهشی با مطالعات عبدالهی باقرآبادی (۱۴)، حسنی و همکاران (۱۵)، سهندی‌فر (۱۶) و سینگ و سینگ (۱۷) همخوان است.

اعتماد به‌نفس عاملی اکتسابی بوده که از بدو تولد پایه‌های آن در ذهن افراد گذاشته می‌شود و به‌مرور زمان این امر گسترده‌تر و عمیق‌تر خواهد شد. مسلم است که کودکان فزون‌کنش به‌علت کج‌خلقی و ناتوانی در برقراری ارتباط و معضل‌های تحصیلی و بین‌فردی با اعضای خانواده و همسالان وارد حلقه معیوبی از مشکل‌ها با محیط خانواده و مدرسه می‌شوند؛ به‌طوری‌که فرصت اکتساب و تقویت خودپنداره را هیچ‌گاه پیدا نمی‌کنند. به‌نظر می‌رسد که جلسات آموزشی و درمانی مداخله‌ای با مشارکت فعال کودکان در انجام تمرین‌های گروهی به آن‌ها این فرصت را می‌دهد تا ضمن مشارکت فعال در فعالیت‌های آموزشی برای زمان و نوبت دیگران احترام قائل باشند. کودکان می‌آموزند که رفتار در موقعیت‌های مختلف را یاد بگیرند و ضمن افزایش مهارت‌های خودآگاهی (از طریق بحث در زمینه شکست یا موفقیت هریک از اعضا در تمریناتی همچون پازل، ورق‌بازی، دومینو و طراحی با مکعب‌ها) راه‌های برقراری ارتباط صحیح را با دیگران بیاموزند. در این رابطه نتایج پژوهش فلاورز (۲۹) نشان داد که حمایت‌های والدین و مداخلات آموزشی، مهارت‌های اجتماعی را مانند حل مسئله و ابراز وجود و عزت‌نفس کودکان افزایش می‌دهد. همچنین به‌نظر می‌رسد که انجام تمرین‌های حسی مبتنی بر گروه توانسته است در کاهش رفتارهای تکانشی و بیش‌فعالی کودکان مؤثر واقع شود. به‌باور شیمیوز و بوئو و میراندا (۳۰) کودکان با نارسایی توجه/فزون‌کنشی ممکن است اطلاعات حسی را به‌طور صحیح دریافت و پردازش نکنند و در تولید پاسخ‌های تطابقی مناسب در خانه و مدرسه و در موقعیت‌های اجتماعی، دچار سختی‌هایی شوند. معضل‌های ایجادشده در

یکپارچگی حسی مثل وضعیت بدنی نامناسب و پاسخ‌های بینایی ضعیف و قوام عضلانی غیرطبیعی بر طرحواره بدنی اثر می‌گذارد و استفاده دوطرفه و هماهنگ را از اندام‌های بدن تحت تأثیر قرار می‌دهد. این مشکلات، ناشی از ضعف در پردازش و یکپارچگی اطلاعات دریافت‌شده از حس عمقی وستیبولار است (۳۱). ضعف در پردازش اطلاعات می‌تواند بی‌زاری از انجام حرکت یا ترس از آن، کاهش دامنه حرکتی، کم‌شدن دامنه توجه و بی‌ثباتی عاطفی و هیجانی را به‌دنبال داشته باشد. به‌علاوه ممکن است در سیستم لمسی اشخاص نیز ایرادهایی مشاهده شود. نتیجه تمامی این مشکلات، واکنش‌هایی است که در شروع جلسه درمانی با آن‌ها مواجه خواهیم شد: تمرکز کم، تحریک‌پذیری، رفتار بی‌انگیزه و سازمان‌نیافته. به‌نظر می‌رسد که انجام تمرین‌های حسی مانند تاب‌بازی، چرخیدن در فضای باز، نشستن کودکان دور هم روی موکت و حرکت، راه‌رفتن کودک با دست‌های خود روی موکت، دردست‌گرفتن اشیای مختلف و بیان تفاوت آن‌ها، می‌تواند از طریق بهترشدن کارکرد سامانه عصبی مرکزی در پردازش اطلاعات، موجب بهبود علائم این کودکان شود. طی مطالعه‌ای که توسط راتود (۳۲) انجام شد، درمان یکپارچگی حسی و درمان رفتاری‌شناختی به‌صورت مجزا و در تلفیق با یکدیگر استفاده شده و نتایج نشان داد که درمان یکپارچگی حسی به‌تنهایی در ترکیب با درمان رفتاری‌شناختی بر کاهش علائم ADHD براساس مقیاس کانرز تأثیر معناداری داشته است.

درباره محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که این تحقیق صرفاً بر یک‌جنس (مذکر) و مقطع پنجم دبستان انجام شد. بهتر است در تعمیم داده‌ها و نتایج این پژوهش به سایر گروه‌های جنسیتی و سنی و مقاطع تحصیلی جانب احتیاط رعایت شود. در خاتمه پیشنهاد می‌شود که ارزیابی‌های پیگیرانه‌ای در دستورکار قرار گرفته تا مشخص شود تغییرات اثرات برنامه‌های مداخلاتی در طول زمان چگونه است. اجرای آزمون‌های پیگیری به فواصل منطقی پس از اتمام جلسات بازی‌درمانی، نکات قوت و ضعف و میزان ثبات اثرات درمان را در طول زمان مشخص می‌کند. همچنین باتوجه به نقش مداخلات روان‌شناختی در کنار درمان دارویی در کودکان فزون‌کنش، به‌نظر می‌رسد که برنامه آموزشی درمانی تدوین‌شده در افزایش سازگاری و کاهش مشکلات بین‌فردی نقش چشمگیری دارد؛ بنابراین به روان‌شناسان و مشاوران فعال در حیطه نارسایی توجه/فزون‌کنشی و اختلال‌های یادگیری توصیه می‌شود که این برنامه جهت کاهش علائم اختلال و افزایش اعتماد به‌نفس کودکان استفاده شود.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان بیان کرد که مداخلات بهنگام درمانی و آموزشی منجر به افزایش اعتماد به خود در کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی شده است.

۶ تشکر و قدردانی

در پایان از همه کسانی که در انجام پژوهش یاری کردند، سپاسگزاری می‌شود.

واحد خمینی شهر با کد مصوب پروپوزال ۱۸۸۲۰۷۰۱۹۵۲۰۷۸ در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه است. تراحم منافع همچنین هیچ‌گونه تضاد منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی

References

1. Chorooglou M, Smith E, Koerting J, Thompson MJ, Sayal K, Sonuga-Barke J. Preschool hyperactivity is associated with long-term economic burden: Evidence from a longitudinal health economic analysis of costs incurred across childhood, adolescence and young adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015;56(9):966–75. doi:[10.1111/jcpp.12437](https://doi.org/10.1111/jcpp.12437)
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM –5). Fifth edition. Washington DC, USA: American psychiatric Association; 2013, pp: 643-4.
3. Stephen EB, Shane RJ, Robin LH. Identifying, assessing, and treating ADHD at school. Boston, USA: Springer; 2009, pp:53-78. doi:[10.1007/978-1-4419-0501-7](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-0501-7)
4. Davids E, Gastpar M. Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2005;29(6):865-77. doi:[10.1016/j.pnpbp.2005.04.033](https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2005.04.033)
5. Tetter PA. International for ADHD: treatment in developmental context. First edition. New York, USA: Guilford press; 1998, pp:296-319.
6. Mirfallah Nassiri SH. Self-esteem in children with attention deficit hyperactivity disorder and 8-12-year-old healthy children in Imam Hossein hospital in Tehran [Thesis for M.Sc. in Work Therapy]. [Tehran, Iran]: University of Welfare and Rehabilitation Sciences; 2000, pp:3. [Persian]
7. Moradi R, Mohammadi M, Bahman Ziari N, Teymourian N. The relation between self-confidence and risk-taking among female students living in dormitories of Isfahan University of medical sciences. *Iranian Journal of Medical Education*. 2014;14(7):626-32. [Persian] <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-3275-en.html>
8. Khodaei Majd V. Evaluating the psychological methods of teaching self-confidence in stories of Iranian children's stories. *Journal of Educational Sciences*. 2016;9(33):137-58. [Persian]
9. Weiten W, Dunn DS, Hammer EY. Psychology applied to modern life: Adjustment in the 21st century. Cengage Learning; 2014.
10. Capaldi DM, Stoolmiller M. Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: III. Prediction to young-adult adjustment. *Development and psychopathology*. 1999 Mar;11(1):59-84. doi: [10.1017/s0954579499001959](https://doi.org/10.1017/s0954579499001959)
11. Steele M. Making the case for early identification and intervention for young children at risk for learning disabilities. *Early Child Educ J*. 2004;32(2):75-9. doi:[10.1007/s10643-004-1072-x](https://doi.org/10.1007/s10643-004-1072-x)
12. Hiscock H, Sciberras E, Mensah F, Gerner B, Efron D, Khano S, et al. Impact of a behavioral sleep intervention on symptoms and sleep in children with attention deficit hyperactivity disorder, and parental mental health: randomized controlled trial. *BMJ*. 2015;350:h68. doi:[10.1136/bmj.h68](https://doi.org/10.1136/bmj.h68)
13. Lee S-L, Liu H-LA. A pilot study of art therapy for children with special educational needs in Hong Kong. *Arts Psychother*. 2016;51:24-9. doi:[10.1016/j.aip.2016.08.005](https://doi.org/10.1016/j.aip.2016.08.005)
14. Abdollahi Baghrabadi G. The effectiveness of social skills training on self-esteem of children with hyperactivity disorder-attention deficit. In: Third international conference on psychology, education and lifestyle. Torbat Heidarieh, Iran: Civilica; 2015, pp:1-2. [Persian] https://www.civilica.com/Paper-ICPE03-ICPE03_159.html
15. Hassani R, Mirzaeeian B, Khalilian A. Effectiveness of cognitive behavior-based play therapy on anxiety and self-esteem of children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) children. *Journal of Psychology (Tabriz University)*. 2013;8(29):163-80. [Persian]
16. Sahandifar S, Hosseini R, Hosseini S, Nematinia F, Farzi F. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the self-concept of overactive children/attention deficit disorder. *Psychology Studies in Educational Sciences*. 2015; 2 (3): 19 - 24. [Persian]
17. Singh S, Singh S. The effectiveness of mindfulness therapy on self-esteem of adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Indian Journal of Health & Wellbeing*. 2015;6(3):267-72. http://www.iahrw.com/index.php/home/journal_detail/19#list
18. Khaki GR. Research methodology with a dissertation approach. Ninth edition. Tehran, Iran: Baztab Publication; 2012, pp:130-32. [Persian]
19. Arabgol F, Hayati M, Hadid M. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in a group of university students. *Advances in Cognitive Science*. 2004;6(1 and 2):73-87. [Persian] <http://icssjournal.ir/article-1-43-en.html>
20. Cleland C, Magura S, Foote J, Rosenblum A, Kosanke N. Factor structure of the Conners adult ADHD rating scale (CAARS) for substance users. *Addictive Behaviors*. 2006;31(7):1277-82. doi:[10.1016/j.addbeh.2005.08.014](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.08.014)

21. Shahim S, Yousefi F, Shahaeian A. Standardization and psychometric characteristics of the Conners' teacher rating scale. *Journal of Educational Sciences and Psychology*. 2007;14(1-2):1-26. [Persian]
22. Dehbashi M, Aslipour A, Kafi M. The effectiveness of interpersonal relationships training in friendliness and self-esteem in female students. *Journal of Modern Psychological Researches*, 2015;10(39):101-18. [Persian]
23. Omidi A, Akbari H, Jadi Arani TS. Efficacy of educational workshop on self-esteem of students at Kashan University of medical sciences. *Feyz*. 2011;15(2):114-19. [Persian] <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-1161-en.html>
24. Mostalemi F, Hoseinian S, Yazdi SM. The effect of teaching social skills on increasing of self- confidence in blind-girls Narjes high school in Tehran in 2002. *Journal of Exceptional Children*. 2006;5(4):437-50. [Persian] <http://joec.ir/article-1-421-en.html>
25. Ghalamzan S, Malekpour M, Faramarzi S. Effectiveness of attention-oriented games on memory performance and learning of preschool children with learning neuropsychological disabilities. *Clinical Psychology and Personality*. 2015;2(11):3-10. [Persian] <http://cpap.shahed.ac.ir/article-1-613-en.html>
26. Ebrahimi M, Mahvash Wernosfaderani A, Haghgoo HA, Pourmohamad Rezaye Tajrishi M, Danaiefard F. The effectiveness of sensory-motor integration with an emphasis on proprioceptive and vestibular senses on the symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder. *Research in Rehabilitation Sciences*. 2013;9(2):220-31. [Persian] doi:[10.22122/jrrs.v9i2.879](https://doi.org/10.22122/jrrs.v9i2.879)
27. Abedi A. *Psychology and education of children with: hyperactivity attention deficits*. Isfahan, Iran: Nevaeshte Publisher; 2009, pp:42-3. [Persian]
28. Zamanzadeh V, Ghahramanian A, Rassouli M, Abbaszadeh A, Alavi-Majd H, Nikanfar A-R. Design and implementation content validity study: development of an instrument for measuring patient-centered communication. *J Caring Sci*. 2015;4(2):165-78. doi:[10.15171/jcs.2015.017](https://doi.org/10.15171/jcs.2015.017)
29. Flowers JV. A behavioral method of increasing self-confidence in elementary school children: treatment and modeling results. *British Journal of Education Psychology*. 1991;61(1):13-18. doi:[10.1111/j.2044-8279.1991.tb00957.x](https://doi.org/10.1111/j.2044-8279.1991.tb00957.x)
30. Shimizu VT, Bueno OFA, Miranda MC. Sensory processing abilities of children with ADHD. *Braz J Phys Ther*. 2014;18(4):343-52. doi:[10.1590/bjpt-rbf.2014.0043](https://doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0043)
31. Motahari-Muyed M, Asgari M, Gharebaghi S. The effectiveness of group-based sensory integration intervention on attention, hyperactivity and impulsivity of elementary students with ADHD. *Journal of Clinical Psychology*, 2016;7(3):11-20. [Persian]. doi:[10.22075/JCP.2017.2205](https://doi.org/10.22075/JCP.2017.2205)
32. Rathod VJ, Shah V, Alagesan J, Paranthaman P, Soundararajan P. Effect of sensory integration therapy and cognitive behavioral therapy on attention deficit hyperactivity disorder: single blinded study. *International Journal of Physiotherapy and Research*. 2015;3(2):947-54. doi:[10.16965/ijpr.2015.112](https://doi.org/10.16965/ijpr.2015.112)