MEJDS. 2019; 9:48.
Published online 2019 Sep. **Research Article**

Relationships between Anxiety-related Disorders and Impulsivity with the Lack of Positive Interaction with Peers among Hyperactivity-Deficit Disorder's Students

*Somayeh Keshavarz[1], Alireza Kakavand[2], Hanieh Dashtdar[3]

Author Address
1. PhD of Psychology, Assistant Professor in Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran;
2. PhD of Psychology, Associate Professor in Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran;
3. Master of Psychology Personality, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran.
***Corresponding Author's Email:** s.keshavarz@soc.ikiu.ac.ir

Received: 2019 January 13; **Accepted:** 2019 March 13

Abstract

Background & Objective: Children's health and illness is effective in the health and illness of future generations. Therefore, mental health and study on the adaptation of children to their growth and fertility at adulthood, and the lack of attention to the growth conditions of childhood will bring irreparable harm to mental health of the community. Attention deficit hyperactivity disorder is one of the most controversial mental disorders in childhood and has a profound impact on the lives of thousands of children and their families. The purpose of this study was to investigate the relationship between anxiety and impulsivity disorders with interaction with peers in students with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD).

Methods: The research method was descriptive–correlational. The statistical population included all students with aged 8 to 11 years old who was referred to the clinics in Karaj (Alborz province, Iran), among whom 100 subjects were selected as samples of the study. Using available sampling method. The criteria for entry into the study included children aged 8 to 11 years old, the choice of girls and boys in the same way and having no history of physical diseases. Research instruments included Weinberger and Schwartz self–restraint questionnaire (1990), Behmehherr anxiety disorders (1991), and the social skills of Truscat (1989). Self–sufficiency scale has a general scale and 4 sub–scales. Sub–scales of this test, which are similar but distinct structures, are suppressing anger, impulse control, others' attitudes and accountability. On a 5–point Likert scale, the subjects expressed their acceptance or opposition to each of the phrases. In the present study, the subconsciousness of impulse control was used to examine the impulsivity of these children. Low scores in impulse control, indicating high impulsivity and high scores in impulse control indicate low impulsivity. Weinberger has reported a correlation coefficient of this scale 0.91. The retest reliability was also observed at a two–week interval 0.89 and reported 0.76 in a 7–month interval. The content validity and reliability of this questionnaire were 0.82 and its reliability was as high as 0.88. The social skills questionnaire is a 56–item test that consists of three subscales of social inadequacy, social skills, and communication with peers in the child's personality questionnaire (Truskat, 1989). The lowest score is zero and the highest score is 56. In this study, the Cronbach's alpha value was 0.88. Anxiety–related anxiety disorder questionnaire, a self–reporting tool, was developed by Birmahler (1999) to assess the symptoms of anxiety disorders according to DSM–IV criteria in children aged 8 to 17 years and includes a general anxiety scale and five subscales (anxiety Pervasive, separation anxiety, school of panache, social anxiety and panic/physical impairment). The current form of this test, which is mostly used in research, has 41 entries. In the present study, the Cronbach's alpha coefficient for the total anxiety scale was 0.90 and the internal consistency of the sub–scales was in the range from 0.75 to 0.80. The social skills questionnaire is a 56–item test that consists of three subscales of social inadequacy, social skills, and communication with peers in the child's personality questionnaire (Truskat, 1989). The lowest score is zero and the highest score is 56. In this study, the Cronbach's alpha value was 0.88. In this research, descriptive statistics, including mean, standard deviations and inferential statistics including analysis of multi–variable regression analysis were used to describe, categorize and analyze the data obtained from descriptive statistics.

Results: The results showed that interaction with peers was significant only with two components related to anxiety–related disorders, namely: social anxiety ($p=0.031$) and school of fear ($p=0.044$). There was also a negative and significant relationship between interaction with peers and impulsivity ($p<0.001$).

Conclusion: In order to have effective interaction with others, the individual must be taken into consideration and be able to control his impulsive behavior and be responsible for his or her behavior. Regarding the results of generalized anxiety disorder in the first degree and panic disorder, and it is important to predict the lack of positive interaction with peers. Disorders associated with anxiety and impulsivity can be considered as predictors of interaction with peers in children.

Keywords: Disorders associated with anxiety, Impulsivity, Negative interaction with peers, Attention deficit/hyperactivity disorder.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.96.8]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۴۸.

انتشار برخط شهریورماه ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

رابطهٔ بین اختلال‌های مرتبط با اضطراب و تکانشگری با تعامل با همسالان در دانش‌آموزان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی

*سمیه کشاورز[۱]، علیرضا کاکاوند[۲]، هانیه دشت‌دار[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دکترای روان‌شناسی، استادیار دانشگاه بین المللی امام خمینی (ره)، دانشکده علوم اجتماعی، گروه روان‌شناسی، قزوین، ایران؛

۲. دکترای روان‌شناسی، دانشیار دانشگاه بین المللی امام خمینی (ره)، دانشکده علوم اجتماعی، گروه روان‌شناسی، قزوین، ایران؛

۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی شخصیت دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** s.keshavarz@soc.ikiu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۳ دی۱۳۹۷؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۲اسفند۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: نارسایی توجه/فزون‌کنشی در زمرهٔ اختلال‌های روانی بسیار بحث‌انگیز دورهٔ کودکی به‌شمار می‌رود و تأثیر عمیقی بر زندگی هزاران کودک و خانوادهٔ آن‌ها می‌گذارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطهٔ بین اختلال‌های مرتبط با اضطراب و تکانشگری با نبود تعامل مثبت با همسالان در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی صورت گرفت.

روش‌بررسی: روش تحقیق از نوع توصیفی‌همبستگی بود. جامعهٔ آماری را تمامی دانش‌آموزان فزون‌کنش ۸تا۱۱سالهٔ مراجعه‌کننده به کلنیک‌های شهرکرج در سال ۹۷ـ۱۳۹۶ تشکیل دادند که از میان آن‌ها ۵۰ نفر به‌عنوان نمونه به‌شیوهٔ نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های خودبازداری و اختلال‌های مرتبط با اضطراب و مهارت اجتماعی بود. به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها علاوه‌بر آمار توصیفی، در سطح معناداری ۰/۰۵ از همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی به‌روش گام‌به‌گام و نیز نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تعامل با همسالان تنها با دو مولفهٔ مربوط به اختلال‌های مرتبط با اضطراب یعنی مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی (p=۰/۰۳۱) و مدرسه‌هراسی (p=۰/۰۴۴) معنادار است. همچنین بین تعامل با همسالان و تکانشگری رابطهٔ منفی و معناداری وجود دارد (p<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: از بین پنج خرده‌مولفهٔ اختلال‌های مرتبط با اضطراب تنها دو مولفهٔ اضطراب اجتماعی و مدرسه‌هراسی می‌تواند به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین تعامل با همسالان در کودکان مطرح باشد.

کلیدواژه‌ها: اختلال‌های مرتبط با اضطراب، تکانشگری، نبود تعامل مثبت با همسالان، اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.96.8]

۱ مقدمه

سلامتی و بیماری کودکان در سلامتی و بیماری نسل‌های آینده اثرگذار است. بهداشت روانی و مطالعه در نحوهٔ سازگاری کودکان به رشد و باروری آنان در زمان بزرگسالی کمک می‌کند و توجه‌نداشتن به وضعیت رشدی دوران خردسالی صدمات جبران‌ناپذیری بر سلامت روانی جامعه وارد خواهد آورد. کمبود توجه/بیش‌فعالی در زمرهٔ اختلال‌های روانی بسیار بحث‌انگیز دورهٔ کودکی به‌شمار می‌رود و تأثیر عمیقی بر زندگی هزاران کودک و خانوادهٔ آن‌ها می‌گذارد. این اختلال یکی از اختلال‌های عصبی‌رشدی است که از سال‌های اولیهٔ رشد ظاهر شده و چند ویژگی اصلی دارد. این ویژگی‌ها عبارت است از: نارسایی توجه؛ فزون‌کنشی؛ تکانشگری (۳ـ۱). طبق چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، این بیماری به سه نوع فرعی بی‌توجه و فزون‌کنش و تکانشگر یا نوع مرکب آن تقسیم می‌شود. حدود ۳تا۵درصد کودکان سنین مدرسه دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی هستند و در پسرها ۲تا۹ برابر شایع‌تر است (۴).

تکانشگری گونه‌ای عمل بدون تأمل یا رفتاری است که عامل آن از پیامدهایش ارزیابی مناسبی ندارد (۵). به‌عبارت‌دیگر، تکانشگری نوعی گرایش به انجام واکنش سریع و بدون برنامه‌ریزی دربرابر محرک‌های بیرونی و درونی است که به آثار و تبعات فردی و اجتماعی آن توجهی نمی‌شود (۶). کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، سطح کمتری در کنش‌وری اجتماعی نشان می‌دهند و مشکل‌های بیشتری در دوست‌یابی و حفظ آن‌ها دارند. این کودکان، معضل‌های اجتماعی زیادی را در موقعیت‌های مختلف تجربه می‌کنند؛ درحالی‌که مهارت‌های اجتماعی با پیشرفت تحصیلی و سازش‌یافتگی روان‌شناختی و مهارت‌های مقابله‌ای رابطه دارد (۷). میردورقی و همکاران نشان دادند که دانشجویان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی به‌طور معناداری رفتارهای پرخطر فراوان‌تری در رانندگی خطرناک و گرایش به خشونت و خطرپذیری جنسی درمقایسه با دانشجویان غیرمبتلا دارند (۸).

از دیگر متغیرهای این پژوهش اختلال‌های مرتبط با اضطراب بود که جزو اختلال‌های درون‌نمود است. این اختلال‌ها، الگوهای رفتاری سازش‌یافته‌ای بوده که بیش از آنکه اطرافیان را آزار دهد، موجب رنجش خود کودک می‌شود (۹،۱۰). لگرستی و همکاران در پژوهش خود دریافتند که کودکان با اختلال‌های اضطرابی به‌طور معناداری رویدادهای منفی بیشتری را در طول زندگی درمقایسه با کودکان غیرمضطرب تجربه می‌کنند (۱۱). نتایج تحقیق هامفری مشخص کرد که کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی درمقایسه با همسالان بدون این اختلال، در روابط اجتماعی با همسن‌ها مشکل‌های بیشتری دارند (۱۲). نارسایی‌های آنان از نظر کنش‌وری اجتماعی براساس تکنیک‌های مختلف سنجش مانند روش‌های گروه‌سنجی توسط همسالان و مشاهدهٔ رفتاری در زمین بازی با آن‌ها و مشاهدات کنترل‌شده در پژوهش‌های گوناگون تأیید شده است. معمولاً هیچ فردی با این اختلال، توانایی اجتماعی خود را در سطح کمی گزارش نمی‌کند و این سوگیری، مکانیسمی دفاعی درمقابل واقعیت نارسایی او محسوب می‌شود (۱۳).

این کودکان دارای موقعیت‌های تحصیلی کمتر و مشکل‌های ارتباط با همسالان و ضعف در توانایی‌های اجتماعی هستند. غیبت‌های بیش‌ازحد از مدرسه و ارتباط معیوب با همسالان در آینده منجربه سازگاری شغلی ضعیف و معضل‌های مربوط به خودپنداره و نیز اختلال‌های روانی در زندگی می‌شود (۱۴). همچنین آن‌ها درمعرض خطر شدید استفاده از مواد و خودکشی و اختلال‌های روان‌پزشکی در دوران نوجوانی و بزرگسالی قرار دارند (۱۵).

براساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری، اختلال‌های روانی کودکان با یکی از نُه اختلال اضطرابی تشخیص داده می‌شود: اختلال اضطراب جدایی؛ اختلال وحشت‌زدگی؛ هراس از مکان‌های باز؛ اختلال اضطراب منتشر؛ اختلال اضطراب مفرط؛ هراس اجتماعی؛ ترس‌های خاص؛ اختلال فشار پس از ضربه؛ اختلال فشار حاد. گرچه اضطراب ویژگی اصلی تمام این اختلال‌ها است، عوامل زمینه‌ای یا موقعیتی ویژه، میان آن‌ها افتراق می‌گذارد (۱۵)؛ بنابراین، باتوجه به مطالب بیان‌شده، هدف پژوهش حاضر تعیین رابطهٔ بین اختلال‌های مرتبط با اضطراب و تکانشگری بانبود تعامل مثبت با همسالان در دانش‌آموزان نارسایی توجه/فزون‌کنشی بود.

۲ روش‌بررسی

روش تحقیق از نوع توصیفی‌همبستگی بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی دانش‌آموزان فزون‌کنش ۸تا۱۱سالهٔ مراجعه‌کننده به کلنیک‌های شهر کرج تشکیل دادند. به‌منظور تعیین حجم نمونه، تعداد ۱۰۰ نفر از این کودکان به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل کودکان فزون‌کنش ۸تا۱۱ساله و نداشتن سابقهٔ بیماری‌های جسمانی بود.

اصول احترام به شأن و آزادی انسان، وظیفه‌شناسی و مسئولیت‌پذیری، سودمندی و آسیب‌نرساندن، توجه به رفاه دیگران و نیز ارائهٔ اطلاعات کافی دربارهٔ چگونگی پژوهش به تمامی آزمودنی‌های شرکت‌کننده رعایت شد. همچنین کسب رضایتنامهٔ کتبی به‌منظور شرکت در مطالعه صورت گرفت.

برای بررسی میزان تکانشگری، مقیاس خودبازداری به‌کار رفت که ابزار خودگزارشی ۳۰عبارتی است و میزان بازداری هیجانی را ارزیابی می‌کند. این آزمون در سال ۱۹۹۰ توسط وینبرگر و شوارتز تهیه شد (۱۶). مقیاس خودبازداری دارای یک‌مقیاس کلی و چهار زیرمقیاس است. زیرمقیاس‌های این آزمون که سازه‌های مشابه و مجزایی بوده، عبارت است از: فرونشاندن خشم (سؤال‌های ۶، ۱۰، ۲۰، ۲۲، ۲۵، ۲۸ و ۳۰)؛ کنترل تکانه (سؤال‌های ۲، ۳، ۸، ۱۲، ۱۵، ۱۸، ۲۴ و ۲۷)؛ مراعات دیگران (سؤال‌های ۱، ۵، ۷، ۱۱، ۱۶، ۱۹ و ۲۶)؛ مسئولیت‌پذیری (سؤال‌های ۴، ۹، ۱۳، ۱۴، ۲۱، ۲۳ و ۲۹). آزمودنی‌ها در مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای میزان موافقت یا مخالفت خود را با هریک از عبارات بیان می‌کنند. در پژوهش حاضر از زیرمقیاس کنترل تکانه برای بررسی تکانشگری این کودکان استفاده شد. نمرهٔ کم در کنترل تکانه، نشان‌دهندهٔ تکانشگری زیاد و نمرهٔ بیشتر بیانگر تکانشگری ضعیف است. آدامز ضریب همبستگی این مقیاس را در نمونه‌ای ۳۸۶نفری از دانش‌آموزان شهری، ۰/۹۱ گزارش کرد. پایایی بازآزمایی را نیز در فاصله‌ای دوهفته‌ای (n=۴۹)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.96.8]

۰/۸۹ و در فاصلهٔ هفت‌ماهه (n=۳۳۷) ۰/۷۶ به‌دست آورد (۱۶). رستمی روایی محتوایی و وصفی این پرسشنامه را ۰/۸۲ و پایایی آن را به‌روش بازآزمایی در بین ۳۵ نفر ۰/۸۶ محاسبه کرد (۱۷).

پرسشنامهٔ اختلال‌های مرتبط با اضطراب که ابزار خودگزارشی است، توسط بیرماهر به‌منظور ارزیابی علائم اختلال‌های اضطرابی برطبق معیارهای DSM-IV در کودکان ۸تا۱۷ساله ساخته شد. شامل دو نسخهٔ والدین و کودکان بوده و دربردارندهٔ یک‌مقیاس اضطراب کلی و پنج زیرمقیاس (اضطراب فراگیر، اضطراب جدایی، مدرسه‌هراسی، اضطراب اجتماعی، اختلال هراس جسمانی) است (۱۸). نسخهٔ اصلی این پرسشنامه ۳۸ ماده دارد که بیرماهر و همکاران سه ماده به زیرمقیاس اضطراب اجتماعی آن افزودند؛ بنابراین فرم کنونی این آزمون ۴۱ عبارت دارد که بیشتر در پژوهش‌ها به‌کار می‌رود. از این تعداد سیزده ماده مربوط به زیرمقیاس هراس جسمانی، نُه ماده برای زیرمقیاس اضطراب فراگیر، هشت ماده در ارتباط با زیرمقیاس اضطراب جدایی، هفت ماده مربوط به زیرمقیاس اضطراب اجتماعی و چهار ماده برای زیرمقیاس اختلال مدرسه‌هراسی است. در این پرسشنامه از کودکان‌ونوجوانان خواسته می‌شود تا در مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای مشخص سازند که هریک از علائم را به چه میزانی تجربه می‌کنند. در زمینهٔ روایی پرسشنامه، فام بونه در مطالعه‌ای روی ۱۵۵۹ دانش‌آموز در کشور چین گزارش کرد که مقیاس اصلی و زیرمقیاس‌های این پرسشنامه با مقیاس چک‌لیست رفتار کودک همبستگی زیادی دارد. پایایی پرسشنامه نیز به‌روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۰ و برای زیرمقیاس‌ها دردامنه‌ای از ۰/۷۸ (اختلال اضطراب جدایی) تا ۰/۸۷ (اختلال هراس جسمانی) بود (۱۹).

پرسشنامهٔ مهارت‌های اجتماعی، آزمون ۵۶عبارتی بوده که از مجموع سه زیرمقیاس نبود کفایت اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی و ارتباط با همسالان پرسشنامهٔ شخصیت کودکان تشکیل شده است (۲۰). برای به‌دست‌آوردن نمرهٔ کلی باید از کلید آزمون استفاده شود؛ به پاسخ‌های منطبق با کلید، یک‌نمره تعلق می‌گیرد و در غیر این صورت نمره‌ای ندارد. کمترین نمرهٔ آزمون ۰ و بیشترین نمره ۵۶ است که نمرات کمتر بیانگر مهارت‌های اجتماعی زیاد و نمرات بیشتر، نشان‌دهندهٔ ضعف آزمودنی در آن است. در پژوهش حاضر زیرمقیاس ارتباط با همسالان برای بررسی تعامل با همسالان این کودکان به‌کار رفت. سو و همکاران در تحقیق خود ضریب آلفای زیرمقیاس نبود کفایت اجتماعی را در گروه نمونهٔ ۱۲۲۶نفری ۰/۸۹ و ضریب آلفای زیرمقیاس نبود مهارت‌های اجتماعی را در این گروه ۰/۸۱ گزارش کردند. تحلیل محتوای عبارات مربوط به این زیرمقیاس حاکی‌از آن است که مقیاس مذکور موفق‌نبودن در فعالیت‌های اجتماعی و نیز دلایل موفق‌نشدن را تحت ارزیابی قرار می‌دهد. پایایی حاصل از بازآزمایی زیرمقیاس مهارت‌های اجتماعی نیز ۰/۹۱ به‌دست آمد (۲۰). در این پژوهش جهت توصیف و طبقه‌بندی و تجزیه‌وتحلیل داده‌های حاصل از آمار توصیفی شامل شاخص‌های میانگین و انحراف معیار و نیز از آمار استنباطی رگرسیون پیرسون و رگرسیون خطی گام‌به‌گام استفاده شد.

۳ یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی نشان داد که ۳۳درصد از دانش‌آموزان دختر و ۶۷درصد پسر بودند. سن آزمودنی‌ها بین ۸تا۱۱ سال با میانگین ۹/۲۶ سال و انحراف معیار ۰/۸۸ قرار داشت و بیشترین فراوانی سن مربوط به دانش‌آموزان ۹ساله بود.

جدول ۱. مشخصه‌های آماری اضطراب و تکانشگری و تعامل با همسالان کودکان مطالعه‌شده (n=۱۰۰)

متغیر	مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
اضطراب کودکان	هراس جسمانی	۶/۷۲	۲/۵	۱	۱۲
	اضطراب فراگیر	۵/۰۶	۱/۸	۰	۹
	اضطراب جدایی	۴/۱۵	۱/۸	۰	۸
	اضطراب اجتماعی	۳/۶۵	۱/۹	۰	۷
	مدرسه‌هراسی	۲/۱۲	۱/۰۷	۰	۴
	کل	۲۱/۷۰	۷	۴	۳۴
تکانشگری		۲۷/۸۶	۵/۵	۱۵	۳۹
تعامل با همسالان		۷/۷۴	۰/۸	۱	۱۴

جدول ۱ یافته‌های توصیفی مربوط به اضطراب و خرده‌مؤلفه‌های آن و تکانشگری و نیز تعامل با همسالان کودکان مطالعه‌شده را نشان می‌دهد.

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش (n=۱۰۰)

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱. هراس جسمانی	۱						
۲. اضطراب فراگیر	۰/۴۳۶**	۱					
۳. اضطراب جدایی	۰/۲۹۸**	۰/۳۸۱**	۱				
۴. اضطراب اجتماعی	۰/۴۱۶**	۰/۳۳۹**	۰/۴۶۹**	۱			

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.96.8]

۵. مدرسه‌هراسی	۰/۴۳۴**	۰/۴۸۷**	۰/۴۶۹**	۰/۳۱۷**	۱	
۶. تکانشگری	۰/۲۳۲**	۰/۱۵۱	۰/۲۴۲*	۰/۳۱۹**	۰/۰۱	۱
۷. تعامل با همسالان	-۰/۳۲۳**	-۰/۳۲۰**	-۰/۳۵۰**	-۰/۴۵۳**	-۰/۳۳۵**	-۰/۵۰۲** ۱

*p<۰/۰۵ **p<۰/۰۱

جدول ۲ مشخص می‌کند که تعامل با همسالان با همهٔ مؤلفه‌های اضطراب دارای رابطهٔ منفی و معناداری است (p<۰/۰۵)؛ به‌طوری‌که بیشترین رابطه در تعامل با همسالان با مؤلفهٔ اضطراب اجتماعی دیده می‌شود (p<۰/۰۰۱، r=-۰/۴۵۳). همچنین بین تعامل با همسالان و تکانشگری رابطهٔ منفی و معناداری وجود دارد (p<۰/۰۰۱، r=-۰/۵۰۲). همبستگی بزرگ‌تر ۰/۴۶۹ بین متغیرهای پیش‌بین اضطراب جدایی و مدرسه‌هراسی با اضطراب اجتماعی بوده و سایر ضرایب همبستگی به‌طورعمده کم است.

پس از بررسی ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش، مدل تحلیل رگرسیون خطی گام‌به‌گام برای تعامل با همسالان با مؤلفه‌های اضطراب کودکان و تکانشگری انجام پذیرفت؛ اما ابتدا استقلال خطاها با استفاده از آمارهٔ دوربین-واتسون[1] بررسی شد که این مقدار برابر با ۱/۷۷ به‌دست آمد. به‌عنوان قاعده‌ای کلی، اگر مقدار مشاهده‌شدهٔ دوربین-واتسون بین ۱/۵ تا ۲/۵ باشد، مستقل‌بودن یافته‌ها را نشان می‌دهد. همچنین نمودار احتمال نرمال تراکمی معین کرد که مفروضهٔ خطی‌بودن رابطهٔ بین متغیر تعامل با همسالان با ترکیب خطی متغیرهای پیش‌بین، به‌دلیل نداشتن کجی و کشیدگی درخورتوجه، برقرار است. نرمال‌بودن عبارت خطا نیز ازطریق ترسیم نمودار هیستوگرام باقی‌مانده‌ها انجام و تأیید شد؛ به‌طوری‌که مانده‌ای بیشتر از ۳/۳ در داده‌ها وجود نداشت.

جدول ۳. خلاصهٔ نتایج آزمون رگرسیون جهت بررسی رابطهٔ بین اختلال‌های مرتبط با اضطراب و تکانشگری با تعامل با همسالان

گام	متغیر	R	R^2	β	SE	t	p
۱	تکانشگری	۰/۵۰۲	۰/۲۵۲	-۰/۵۰۲	۰/۰۵	-۵/۷	<۰/۰۰۱
۲	تکانشگری	۰/۶۳۹	۰/۴۰۹	-۰/۴۱۲	۰/۰۵	-۴/۷	<۰/۰۰۱
	هراس جسمانی			-۰/۰۰۹	۰/۱۱	۰/۰۹	۰/۹۳۱
	اضطراب فراگیر			-۰/۰۶۸	۰/۱۵	۰/۷۰	۰/۴۹۳
	اضطراب جدایی			-۰/۰۱۹	۰/۱۶	۰/۱۹	۰/۸۵۴
	اضطراب اجتماعی			-۰/۲۱۷	۰/۱۵	-۲/۲	۰/۰۳۱
	مدرسه‌هراسی			-۰/۲۱۵	۰/۲۸	-۲/۰۹	۰/۰۴۴

متغیر ملاک: تعامل با همسالان

در این تحلیل، متغیرها در دو گام وارد معادلهٔ رگرسیون شد: در گام اول تنها متغیر تکانشگری وارد مدل رگرسیونی شده و رابطهٔ بین تکانشگری و تعامل با همسالان برابر با ۰/۵۰۲ به‌دست آمد. به‌عبارت‌دیگر تکانشگری، به‌تنهایی تقریباً ۲۵/۲ درصد از تغییرات مربوط به تعامل با همسالان دانش‌آموزان را بیان کرد (R^2=۰/۲۵۲). بررسی ضریب رگرسیون نیز حاکی‌از نقش معنادار این متغیر در پیش‌بینی تعامل با همسالان در مدل رگرسیون در این مرحله بود؛ یعنی تکانشگری به‌عنوان پیش‌بین انفرادی سهم معناداری در تبیین پراش تعامل با همسالان ایفا می‌کند؛ در گام دوم وقتی مؤلفه‌های اختلال‌های مرتبط با اضطراب به مدل رگرسیونی اضافه شد، مقدار R^2 به ۰/۴۰۹ افزایش یافت؛ یعنی در حدود ۴۰/۹ درصد از واریانس تعامل با همسالان دانش‌آموزان تحت‌تأثیر دو سازهٔ تکانشگری و اختلال‌های مرتبط با اضطراب بود که سهم سازهٔ اختلال‌های مرتبط با اضطراب در حدود ۱۵/۷ درصد برآورد شد. ضرایب بتا نیز در گام دوم نشان داد که با واردشدن مؤلفه‌های مربوط به اختلال‌های مرتبط با اضطراب، هنوز متغیر تکانشگری، اهمیت خود را به‌عنوان متغیر پیش‌بینی‌کنندهٔ تعامل با همسالان حفظ می‌کند. همچنین از بین پنج مؤلفهٔ مربوط به اختلال‌های مرتبط با اضطراب، فقط دو مؤلفهٔ اضطراب اجتماعی (p=۰/۰۳۱) و مدرسه‌هراسی (p=۰/۰۴۴) معنادار است؛ یعنی تنها متغیرهای اضطراب اجتماعی و مدرسه‌هراسی توانایی پیش‌بینی تعامل با همسالان آزمودنی‌ها را دارد.

۴ بحث

این پژوهش با هدف بررسی رابطهٔ بین اختلال‌های مرتبط با اضطراب و تکانشگری با تعامل با همسالان در دانش‌آموزان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی انجام شد. نتایج مشخص کرد که بین متغیر تکانشگری و ارتباط با همسالان همبستگی منفی و معناداری وجود دارد. کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، سطح کمتری در کنش‌وری اجتماعی نشان می‌دهند و مشکلات بیشتری در دوست‌یابی و حفظ آن‌ها دارند. این کودکان، معضل‌های اجتماعی زیادی را در موقعیت‌های مختلف تجربه می‌کنند؛ درحالی‌که مهارت های اجتماعی با پیشرفت تحصیلی و سازش یافتگی روان‌شناختی و مهارت‌های مقابله‌ای رابطه دارد (۷). میردورقی و همکاران بیان کردند که دانشجویان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی به‌طور معناداری رفتارهای پرخطر فراوان‌تری در رانندگی خطرناک و گرایش به خشونت و خطرپذیری جنسی درمقایسه با دانشجویان غیرمبتلا دارند (۸). لگرستی و همکاران در پژوهش

[1]. Durbin-Watson

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.96.8]

خود دریافتند که کودکان با اختلال‌های اضطرابی به‌طور معناداری رویدادهای منفی بیشتری را در طول زندگی درمقایسه با کودکان غیرمضطرب تجربه می‌کنند (۱۱).

درواقع، اولین و مهمترین مانع روابط اجتماعی در کودکان مبتلا به نارسایی توجه، فزون‌کنشی و تکانشگری در آنان است. مشکل‌های توجه در این کودکان باعث می‌شود آن‌ها نتوانند در دنبال‌کردن گفت‌وگوها و درک سرنخ های اجتماعی موفق عمل کنند (۱۵). رفتارهای فزون‌کنشی و تکانشگری، تخریب روابط با همسالان را به‌همراه دارد. چنین رفتارهایی موجب شده که فرد در انتظارکشیدن و رعایت نوبت سختی‌هایی ببیند. همچنین تکانشگری سبب می‌شود که کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی گفت‌وگوهای دیگران را به‌طور مداوم قطع کنند (۱۵). این کودکان در موقع بازی، قواعد را به‌گونه‌ای تغییر داده تا برنده شوند و به‌هنگام باختن، بحث و جدل کرده و واکنش‌های عصبی از خود بروز می‌دهند. علاوه‌براین، سوگیری‌های شناختی و هیجانی سازش‌نیافتهٔ کودکان دارای این اختلال، مانع برقراری روابط با همسالان می‌شود. برخی از سوگیری‌های شناختی، شامل خطاهای موجود در پردازش اطلاعات اجتماعی و هدف‌گذاری است. افراد فزون‌کنش با سوگیری در پردازش اطلاعات اجتماعی، رفتارهای مبهم همسالان را به نیت‌های خصمانه ربط داده و راه‌حل‌های ناکارآمدی برای مشکلات اجتماعی در نظر می‌گیرند (۱۵).

همچنین، در تبیین این یافته می‌توان گفت که اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی براساس وجود مشکلاتی در توجه، بازداری، مهار تکانشگری و سطح فعالیت تعریف می‌شود. بودن علائم فزون‌کنشی در کودکان معمولاً سختی‌های تحصیلی را به‌همراه دارد. این افراد به‌طور معمول در انجام دقیق و کامل تکالیف و کنترل هیجان در روابط بین‌فردی با همسالان و حتی معلمان مشکل پیدا می‌کنند (۵). درواقع، کودکان‌ونوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی توسط همسالان خود طرد شده و درمقایسه با سایر بچه‌ها، دوستان کمتری دارند. آن‌ها گاهی حتی بیشتر از کودکان پرخاشگر، با تنفر همسالان مواجه می‌شوند. مشکلات اجتماعی این کودکان در برخی مواقع تا سنین نوجوانی نیز ادامه می‌یابد (۶). حسین‌خانزاده نشان داد که کنش های مهمی مانند حافظهٔ کاری و کنش های اجرایی در موفقیت فرد بسیار اهمیت دارد. این مهارت‌ها به کودک اجازه می‌دهد تا رفتار خود را بازبینی کرده و در صورت نیاز آن را تغییر دهد (۶). کنش اجرایی، سازه‌ای کلی برای توصیف گروهی از رفتارها بوده که مفاهیم برنامه‌ریزی، انعطاف‌پذیری شناختی، بازداری، سازماندهی و حافظهٔ کاری را شامل می‌شود (۱۱). کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی در این مهارت‌ها مشکلات اساسی داشته و نیز دارای معضل‌هایی در سرعت پاسخ‌دهی و انعطاف‌پذیری شناختی یا بازداری هستند. همچنین مشکل‌هایی در برنامه‌ریزی دارند. مجموعهٔ این سختی ها بر کنش‌وری اجتماعی فرد تأثیر منفی می‌گذارد. کودکان مبتلا ممکن است تکانشی عمل کرده و در بازداری دچار مشکل شوند. شاید نیز معضل‌های بیشتری از نظر گوشه‌گیری و حل مسئله دارا باشند. کنش‌وری اجتماعی مؤثر اغلب مستلزم این است که فرد اعمال اجتماعی را فرمول‌بندی کند و در صورت بروز اشکال، در طرح آن تغییراتی به‌وجود آورد (۱۰). کودکان‌ونوجوانان مبتلا به این اختلال، احتمالاً توانایی اصلاح رفتار خود را جهت متناسب سازی با موقعیت ندارند. علاوه‌براین کنش های اجرایی فرد را قادر می‌سازد تا منابع توجه خویش را برای پردازش یک‌موقعیت متمرکز کرده و چنین محدودسازی منابع توجه و تخصیص آن فقط به یک‌وضعیت، به حافظهٔ کاری نیاز دارد. اگر فردی در محدودکردن و تخصیص‌دادن منابع توجه خود به موقعیتی خاص، دچار سختی باشد، در رمزگردانی سریع آن با مشکل مواجه می‌شود؛ درنتیجه شخصی که طی این فرایند مبتلا به حواس‌پرتی شده، در پردازش صحیح وضعیت به مشکل برخورد می‌کند. بدین‌ترتیب توانایی اجتماعی فرد متأثر از معضل‌ها در بخش‌های مختلف کنش‌های اجرایی، آسیب می‌بیند و او ممکن است در طی تحول متناسب با سن خود رفتار نکند (۱۱).

همچنین نتایج نشان داد بین زیرمقیاس های اختلال های مرتبط با اضطراب ازجمله اختلال وحشت‌زدگی، اضطراب فراگیر، اضطراب جدایی، اضطراب اجتماعی و مدرسه‌هراسی با تعامل مثبت با همسالان رابطهٔ منفی و معناداری وجود دارد. اضطراب زیاد باعث درماندگی می‌شود و در امور مدرسه، شغل، روابط با دوستان و نیز خانواده اختلال ایجاد می‌کند (۱۴). کودکان مضطرب بیشتر از کودکان عادی طرد شده یا از طرف همسالانشان نادیده انگاشته می‌شوند؛ به‌ویژه هنگامی‌که رفتارهای کناره‌گیرانه و بازداری‌شده و منفعلانه از کودک سر می‌زند؛ زیرا آن‌ها برای کودکان دیگر به‌عنوان فردی نابهنجار و غیرعادی به‌نظر می‌آیند (۱۴).

یافته‌های به‌دست‌آمده از آزمون رگرسیون مشخص کرد که از میان ابعاد پنج‌گانهٔ اختلال‌های مرتبط با اضطراب، دو اختلال اضطراب فراگیر و وحشت‌زدگی، نبود تعامل مثبت با همسالان را پیش‌بینی می‌کند. این نتایج همسو با تحقیقات پیشین است که نشان می‌دهد برای داشتن تعامل‌های مؤثر با دیگران، فرد باید تحت توجه و پذیرش واقع شود و بتواند رفتارهای تکانشگری خود را کنترل کند. همچنین دربرابر رفتار خویش مسئول باشد. به افراد دچار اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، اغلب به‌دلیل نداشتن یا کمبود کنترل بر رفتارهای خود، توجهی نشده و فراموش می‌شوند. به‌ویژه ازآنجاکه اختلال مذکور، ناتوانی بوده که دیده نمی‌شود و بیشتر مردم نیز با آن آشنا نیستند، با مشاهدهٔ علائم بیماری، رفتار بسیار نامناسبی از خود بروز می‌دهند و افراد دارای اختلال را خودمحور، خشن، وظیفه‌نشناس، تنبل و بی‌ادب می‌خوانند و خصوصیات منفی بسیاری را به آن‌ها مربوط می‌سازند. بدیهی است که ربطدادن این برچسب‌های منفی به افراد دچار اختلال سبب می‌شود آن‌ها مضطرب و از جامعه طرد شوند. در موقعیت‌های اجتماعی، کودکان با اختلال‌های اضطرابی، با خودارزیابی منفی و نقص در مهارت های اجتماعی و حالت‌های فیزیولوژیکی تحریک‌شده پاسخ می‌دهند (۹،۱۵).

مطالعهٔ حاضر مانند بیشتر پژوهش‌های انجام‌شده محدودیت‌هایی داشت؛ ازجمله اینکه برای سنجش مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان فقط از گزارش معلم استفاده شد. بسیاری از رفتارها تابع موقعیت خاص است و گاه کودک رفتاری را در محیطی به‌اجرا در می‌آورد؛ ولی

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.96.8]

در وضعیت دیگر آن را انجام نمی‌دهد. توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی مهارت‌های اجتماعی زیرنوع‌های اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در نوجوانان و بزرگسالان بررسی شود. تحقیقات مشابه در زمینهٔ اختلال‌های مرتبط با اضطراب در کودکان فزون‌کنش و نبود تعامل مثبت با همسالان در کشور و حتی خارج از کشور بسیار محدود بود که مقایسهٔ نتایج این پژوهش را با یافته‌های سایر مطالعات امکان‌پذیر نکرد.

۵ نتیجه‌گیری

از یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که از بین پنج خرده‌مولفهٔ اختلال‌های مرتبط با اضطراب تنها دو مولفهٔ اضطراب اجتماعی و مدرسه‌هراسی می‌تواند به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین تعامل با همسالان در کودکان مطرح باشد.

۶ تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از استادان که فرصت پژوهش را به محقق دادند، سپاسگزاری و تشکر می‌شود. همچنین هیچ‌گونه تضاد منافعی بین نویسندگان وجود ندارد.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.96.8]

References

1. American psychiatric association. Diagnostic and statically manual of mental disorder: (DSM-V. Fifth edition. Washington, DC, USA: American Psychiatry Association; 2013.
2. Willcut E. The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. Neurotherapeutics; 2012;9:490–9. doi:10.1007/s13311-012-0135-8
3. Sadock BN J, Sadock V A, Kaplan Hi. Synopsis of psychiatry. Ninth edition. Philadelphia, USA; Lippincott the William and willkins; 2003.
4. Gaub MJ, Carlson C. Behavioral characteristics of DSM- IV-III-R subtype in a school based population. J Abnorm Child Psychol. 2005;25:103-11. doi:10.1023/A:1025775311259
5. Stanford S, Mathias C, Dougherty D, Lake L, Anderson E, Patton H. Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. Pers Individ Dif. 2009;47:385-9. doi:10.1016/j.paid.2009.04.008
6. Hosseinkhanzadeh AA, Taher M, Yeganeh T. Identification and treatment of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in schools. Exceptional Education. 2013;6(119):39-50. [Persian] http://exceptionaleducation.ir/article-1-67-en.html
7. Hosseinkhanzadeh AA. Specific methods of assessment and teaching social skills in children with attention deficit/hyperactivity disorder. Exceptional Education. 2013;8(121):23-41. [Persian] http://exceptionaleducation.ir/article-1-231-en.html
8. Mirdoraghi F, Mashhadi A, Salehi Fadardi J, Rasoulzadeh Tabatabaei SK. The comparison of high-risk behaviors in sufferers and non- sufferers of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Journal of Health and Care. 2017;19(1):39-49. [Persian] http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-703-en.html
9. Roohi A. Theoretical and applicable approaches in anxiety disorders in children. Exceptional Education. 2014;3(125):47-58. [Persian] http://exceptionaleducation.ir/article-1-57-en.html
10. Dadsetan P, Tehranizadeh M, Rasolzadeh Tabatabaye K, Azadfallah P, Fathi- Ashtiany A. The effectiveness of Kendall's coping cat protocol on coping strategies of Iranian children afflicted with internalized disorders. Journal of Research in Psychological Health. 2011;3(3):59-68. http://rph.khu.ac.ir/article-1-116-fa.html
11. Legerstee JS, Garnefski N, Jellesma FC, Verhulst FC, Utens EM. Cognitive coping and childhood anxiety disorders. European Child and Adolescent Phsychiatry. 2010;19(2):143-50. doi:10.1007/s00787-009-0051-6
12. Humphrey J. Relations between family/friendship satisfaction and anxiety in a sample of children with phobic and anxiety disorders: exploring variability across age and ethnicity [MA Thesis]. [Arizona, USA]: Arizona State University; 2013.
13. Mohammad Khani M. Prediction of tendency to addiction and substance-related disorders based on social anxiety disorder and quality of life among students of Kermanshah University of Payame-Noor, 2016. Journal of Community Health. 2017;11(1):10-19. [Persian] doi:10.22123/chj.2018.85443
14. Rabie M, Zerehpush A, Palahang H, Zarie Mahmood Abadi H. Relationship between components of cognitive emotion regulation and anxiety disorders. Journal of Research in Behavioral Sciences. 2014;11(5):363-74. [Persian]
15. Peris TS, Hinshaw SP. Family dynamics and preadolescent girls with ADHD: The relationship between expressed emotion, ADHD symptomatology, and comorbid disruptive behavior. Journal of Child Psychology& Psychiatry. 2003;44(8):1177-90. doi:10.1111/1469-7610.00199
16. Adams GR. Adolescent development: the essential readings, Blackwell publishers. First edition. New York, USA: John Wiley & Son; 2000.
17. Rostami S. The study of the relationship between self-sufficiency and social anxiety among students of Vali-e-Asr University [MSc dissertation]. Iran: Islamic Azad University, Anar; 2013. [Persian]
18. Birmaher B, Axelson D, Strober M. Clinical course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. Arch Gen Psychiatry. 2006;63(2):175-83. doi:10.1001/archpsyc.63.2.175
19. Fombonne E. The Child Behaviour Checklist and the Rutter Parental Questionnaire: A comparison between two screening instruments. Psychological Medicine. 1989;19(3):777-85. doi:10.1017/S0033291700024387
20. Su L, Wang K, Fan F, Su Y, Gao X. Reliability and validity of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED) in Chinese children. J Anxiety Disord. 2008;22(4):612-21. doi:10.1016/j.janxdis.2007.05.011

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.96.8]