

## اثربخشی آموزش گروهی همدلی بر بهبود روابط بین شخصی و خود تنظیمی عاطفی دانش آموزان دارای نشانه‌های ADHD

محمد جواد بگیان کوله مرز<sup>۱</sup>، شیماپژوهی نیا<sup>۲</sup> و بابک رضازاده<sup>۳</sup>

### چکیده

هدف این مطالعه بررسی اثر بخشی آموزش گروهی همدلی بر بهبود روابط بین شخصی و خود تنظیمی عاطفی دانش آموزان دارای نشانه‌های ADHD بود. این پژوهش به شیوه‌ی آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه‌ی آماری شامل: کلیه‌ی دانش‌آموزان پسر سال‌های اول، دوم و سوم مقطع راهنمایی شهرستان نورآباد(دلفان) در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ بودند. آزمودنی‌های پژوهش شامل: ۴۰ دانش‌آموز پسر دارای ADHD بود که از میان دانش‌آموزان بعد از شناسایی و انجام مصاحبه بالینی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه بالینی ساختار یافته، مقیاس تشخیصی کوتاه اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی بزرگسالان، مقیاس روابط بین شخصی و خود تنظیمی عاطفی استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که آموزش گروهی همدلی بر بهبود روابط بین شخصی و خود تنظیمی عاطفی دانش‌آموزان دارای نشانه‌های ADHD مؤثر بوده است ( $P < 0/001$ ). یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهند آموزش مهارت همدلی در مدارس، به ویژه در سنین نوجوانی، با فراهم کردن توانایی درک دیگران می‌تواند به کاهش رفتارهای تکانشی و بهبود روابط بین شخصی دانش‌آموزان دارای نشانه‌های نقص توجه/بیش‌فعالی منجر شود.

**واژه‌های کلیدی:** همدلی، روابط بین شخصی، خود تنظیمی عاطفی، اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی، دانش‌آموزان

۱. نویسنده‌ی رابط: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، Javadbagiyan@yahoo.com

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا

۳. پزشک، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۲۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۲/۱۸

## مقدمه

اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی<sup>۱</sup> (ADHD) یکی از شایع‌ترین مشکلات کودکان و نوجوانان و علت مراجعه به روان‌پزشک و روان‌شناس است (بیدرمن و فاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵) و یک الگوی رفتاری است که علاوه بر دوره‌ی کودکی، در بزرگسالی هم ظاهر می‌شود و از نظر تکاملی با میزان نامتناسبی از عدم توجه، تکانش و پرتحرکی بروز می‌کند (تیتز<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸). اختلال ADHD شایع‌ترین اختلال عصبی-رفتاری است که در مراجعان به درمانگاه‌های روان‌پزشکی کودک و نوجوان مشاهده شده می‌شود (ویلنز، ۲۰۰۴؛ به نقل از موحدی، عزیزاده و محمودعلیلو، ۱۳۹۲). تحقیقات در مورد شیوع اختلال ADHD نشان داده‌اند که این اختلال در ۴ تا ۱۰ درصد جمعیت کودکان شایع است (اسکونتی، فیلالیتس و گالاناکس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). این اختلال می‌تواند از کودکی تا بزرگسالی تداوم داشته باشد و علائم و نقص‌های متعددی در حوزه‌های توجه، فعالیت و تکانشگری از خود به جا بگذارد. این اختلال با مشکلاتی در زمینه‌های مختلف آموزشی از جمله عملکرد ضعیف تحصیلی، روابط خانوادگی و دوستانه ضعیف، سلامت روان پایین و سوء مصرف مواد مخدر در سنین پایین همراه است (دیویدس و گاستپر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). پاری، لوییس، ماتوسکا، رادزینسکی، سافی و لپمن<sup>۶</sup> (۲۰۰۲) در پژوهش‌های جداگانه نشان داده‌اند که ADHD بر موفقیت اجتماعی، تحصیلی و رشد عاطفی تأثیر منفی می‌گذارد. فارن و بیدرمن (۲۰۰۰) در پژوهشی سابقه‌ی شکست تحصیلی و مشکلات هیجانی از قبیل اضطراب و افسردگی را در نوجوانان ADHD گزارش کردند.

---

1 . attention deficit / hyperactivity disorder

2 . Biederman & Faraone

3 . Teeter

4 . Skounti, Philalithis & Galanakis

5 . Davids & Gastpar

6 . Pary, Lewis, Matuschka, Rudzinskiy, Safi & Lippmann

از جمله عواملی که کودکان بیش فعال با آن درگیر هستند و تاکنون مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است، خود تنظیمی عاطفی است. در خود تنظیمی عاطفی، فرد از رفتار خود، ارزیابی به عمل آورده و چنانچه متناسب با استانداردهایش باشد، رفتارش خوب ارزیابی شده و باعث خوشحالی او می شود و چنانچه این رفتارها تناسب با استانداردها نباشد، سعی می کند با تغییر دادن رفتار به استانداردها دست یابد سپس مجدداً ارزیابی به عمل می آورد تا بداند آیا توانسته است فاصله‌ی رفتار از استانداردها را کمتر نموده و یا از بین ببرد (فارنزوی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). استرانگ من<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) پنج نوع فرآیند عاطفی نقل کرده است. از نظر او طی گزینش موقعیت؛ فرد با نزدیک شدن یا دور شدن از افراد، مکان‌ها یا اشیایی که موجب تجارب عاطفی خوش یا ناخوشی می شوند، به تنظیم عواطف خود می پردازد، طی اصلاح موقعیت؛ بر روی آنچه که موجب تجارب عاطفی ناخوشایند است متمرکز می شود و آن را به صورت دلخواه خود تغییر می دهد، با تغییر توجه؛ توجه‌اش را به چیز دیگری جلب می کند و از موقعیت یا محرکی که باعث ایجاد هیجان شده حواس خود را پرت می کند، با تغییر شناختی؛ ارزیابی‌اش را از بعضی چیزها تغییر داده تا تأثیر عاطفی آن را تغییر دهد و با اصلاح پاسخ؛ به تغییر پاسخ هیجانی خود نسبت به موقعیت‌ها یا محرک‌ها اقدام می کند. راهبردهایی که افراد برای تنظیم عواطف خود از آنها استفاده می کنند، می تواند موجب ارتقای سطح سلامت انسان‌ها در ابعاد مختلف زیستی، روانی، اجتماعی و اخلاقی شود و از این طریق سطح کیفیت زندگی، کارآیی و روابط بین فردی را بهبود بخشد (صالحی و مورکانی، ۱۳۸۵). نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کودکان دارای نشانه‌های نقص توجه/بیش‌فعالی مشکلاتی در زمینه خودتنظیمی (هاروی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰) روابط با همسالان، خانواده و مدرسه (کوگیل، سوتالو، آبیژون، پریس، لیندبک، سیلوربرگ و بیتولار<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸) دارند.

1 . Franzoi

2 . Strongman

3 . Harvey

4 . Coghill, Soutullo, Aubuisson, Preuss, Lindback, Silverberg & Buitelaar

از جمله متغیرهایی که می‌تواند بر اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی تأثیرگذار باشد، طیف گسترده مشکلات بین شخصی<sup>۱</sup> است، مشکلات بین شخصی شامل: مشکلات فرد در زمینه‌های قاطعیت، مردم‌آمیزی، اطاعت‌پذیری، صمیمیت، مسئولیت‌پذیری و مهارگری است (هرویتز، روزنبرگ و بارتولومئو<sup>۲</sup>، ۱۹۹۳)؛ که سایر توانمندی‌های فرد را در برقراری روابط سالم با دیگران محدود می‌کند (هرویتز، لوکه، مورس، ویکار، درایر، تارنو و گنام<sup>۳</sup>، ۱۹۹۱). مشکلات بین شخصی مجموعه رفتارهایی است که مانع از برقراری روابط سالم، مشارکت با دیگران، همکاری، تمجید و قدردانی می‌شود و واکنش‌های اجتماعی نامعقولی به همراه دارد (هلر و بکیر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶). مطالعات مختلف نشان دادند که کودکان ADHD دارای نقص در پردازش اطلاعات اجتماعی (هاربورن و والپرت<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸) مهارت‌های بین فردی ضعیف (وینر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴)، سطوح بالای طرد اجتماعی و تنهایی (استیل، جونز، پارل، واناآکر، فارمر و رودکین<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸) مشکلات سازگاری (وینر، ۲۰۰۴) و اختلال خلق و افسردگی (چورنیز-تاسکانو، راکی، کلارک، رونی، دیاز و پاین<sup>۸</sup>، ۲۰۰۸) می‌باشند.

از جمله درمان‌هایی که می‌تواند بر بهبود روابط بین فردی و تنظیم عواطف دانش‌آموزان بیش‌فعال تأثیرگذار باشد، همدلی<sup>۹</sup> است. همدلی دامنه‌ای از بینش اجتماعی تا توانایی برای فهم حالات عاطفی و شناختی و تجربه‌ی هیجانات مشابه با دیگران را شامل می‌شود (ایزنبرگ و میلر<sup>۱۰</sup>، ۱۹۸۷). همدلی ظرفیت بنیادین افراد در تنظیم روابط، حمایت از فعالیت‌های مشترک و انسجام

- 1 . interpersonal problems
- 2 . Horowitz, Rosenberg & Bartholomew
- 3 . Horowitz, Locke, Morse, Waikar, Dryer, Tarnow & Ghannam
- 4 . Heller & Backer
- 5 . Harborne & Wolpertz
- 6 . Wiener
- 7 . Estell, Jones, Pearl, Van Acker, Farmer & Rodkin
- 8 . Chronis-Tuscano, Raggi, Clarke, Rooney, Diaz & Pian
- 9 . empathy
- 10 . Eisenberg & Miller

گروهی است. این توانایی نقش اساسی در زندگی اجتماعی (ریف، کتلا و ویفرینگ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰) و نیروی برانگیزنده رفتارهای اجتماعی و رفتارهایی است که انسجام گروهی را در پی دارد (جولیفی و فارینگتن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴؛ ریف، کتلا و ویفرینگ، ۲۰۱۰). همدلی عنصری ضروری برای عملکردهای موفقیت آمیز بین شخصی محسوب می شود (سوسا، مکدو نالد، راش بی، لی، دیموسکا و جیمز<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰) و پاسخ عاطفی فرد به واکنش‌های عاطفی دیگران است (علی، آموریم و چامورو-پریموزیک<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). همدلی محرک مهمی در پدیدآیی رفتارهای نوع دوستانه به حساب می آید (ایزبرگ و فابس<sup>۵</sup>، ۱۹۹۸). به همین دلیل کودکانی که همدلی بیشتری دارند، نسبت به دیگران مهربانی و رفتارهای مراقبتی بیشتری انجام می دهند، حساس و نگران آسیب دیدن دیگرانند، هیجان مثبتی نسبت به دیگران نشان می دهند، با دیگران تعامل بدنی و کلامی مثبت دارند و نسبت به تعامل‌های غیر کلامی نیز حساس‌اند (بوربا<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸). شواهد تجربی این نکته را آشکار ساخته‌اند که همدلی در فرایند تحول و بر اساس تجربه‌های کودک آموخته می شود و انسان از رفتارها و واکنش‌های دیگران چگونگی انجام آن را می آموزد (فشفاچ و فشفاچ<sup>۷</sup>، ۱۹۶۹).

اسچرودر و گوردون<sup>۸</sup> (۲۰۰۲) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلا به مشکلات خود تنظیمی هیجانی از همدلی پایینی برخوردارند و گرایش به خطر پذیری و انجام رفتارهای پرخطر دارند. بیدرمن، مونتاکسم و میک<sup>۹</sup> (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای دریافتند که درمان مبتنی بر همدلی نقش سازنده‌ای در حل مسئله، تکانشوری، پردازش اطلاعات، فرایند تصمیم‌گیری، نوآوری،

- 1 . Rieffe, Ketelear & Wiefferink
- 2 . Jolliffe & Farrington
- 3 . Sosua, McDonald, Rushby, Li, Dimoska & James
- 4 . Ali, Amorim & Chamorro-Premuzic
- 5 . Eisenberg & Fabes
- 6 . Borba
- 7 . Feshbach & Feshbach
- 8 . Schroder & Gordon
- 9 . Biderman, Moundeauxm & Mick

خلاقیت و افزایش یادگیری دانش‌آموزان بیش فعال دارد. لوت و شیفلد<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) نشان داده‌اند افزایش همدلی به کاهش اختلالات رفتاری و بهبود روابط بین شخصی کمک می‌کند. موریس، سیلک، استینبرگ، مایرس و روبین<sup>۲</sup> (۲۰۰۹) نیز نشان دادند که نگرش و تعامل منفی والدین با اختلالات رفتاری فرزندان، منجر به عملکرد ضعیف اجتماعی، تحصیلی و عاطفی آنها می‌شود. نتایج نشان داد ارتباط میان مشکلات رفتاری و تنبیه‌گری والدین و تعامل‌های آشفته آنها مسبب واکنش‌های معیوب این فرزندان می‌گردد. گلیسون، جنسن-کمبل و ایکز<sup>۳</sup> (۲۰۰۹) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که مبتلایان به اختلال‌های رفتاری، مشکلات متعددی در همدلی دارند. یاب، آلن و شیر<sup>۴</sup> (۲۰۱۰) در پژوهشی دریافتند محیط با محبت و پذیرای خانواده توان یادگیری و راهبردهای مقابله‌ای دانش‌آموزان بیش فعال را افزایش می‌دهد و آنها را در برابر مشکلات آسیب پذیرمقاوم می‌سازد. کورتیز، اسکارتی و پاسکال<sup>۵</sup> (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که بین همدلی، خودکارآمدی، مسئولیت‌پذیری، مردم‌آمیزی و رفتارهای جامعه‌گرا ارتباط مثبت وجود دارد. پوردای، کرال و راج<sup>۶</sup> (۲۰۱۰) نشان دادند که رشد خودتنظیمی عاطفی و رفتاری کودکان وابسته به میزان همدلی و ایجاد ارتباط نزدیک والدین است؛ بدین معنی صمیمیت عاطفی نقش مهمی در بهبود روابط بین شخصی و خودتنظیمی عاطفی دارد. یو، آنک، لوح فو و کار<sup>۷</sup> (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای نشان دادند که رفتارهای والدین و ارتباط آنها با فرزندان در رشد همدلی آنها مؤثر است. کاش و کرینبرگ<sup>۸</sup> (۲۰۱۱) نیز نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های همدلی بر مشکلات بین شخصی و خودتنظیمی عاطفی مؤثر است. نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های همدلی باعث

- 1 . Lovett & Sheffield
- 2 . Morris, Silk, Steinberg, Mayors & Robinson
- 3 . Gleason, Jensen-Campbell & Ickes
- 4 . Yap, Allen & Sheeber
- 5 . Cutierrez, Escarti & Pascual
- 6 . Purdie, Carroll & Roche
- 7 . Yeo, Ang, Loh, Fu & Karre
- 8 . Kusche & Greenberg

افزایش مردم آمیزی، صمیمیت و مسئولیت پذیری می‌شود. شور و گو<sup>۱</sup> (۲۰۱۲) در مطالعه‌ی خود به این نتیجه دست یافتند که مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی آشفته‌گی روان‌شناختی بیشتری گزارش و حمایت کمتری از سوی خانواده ادراک می‌کنند. همچنین این مادران از نظر عاطفی کمتر پاسخ‌دهنده بوده و محافظت و کنترل بیشتری نسبت به کودکانشان اعمال می‌کنند. شواهد پژوهش (پائولکی، شیت، هورناگ و رید<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰؛ بنت، سالیوان و لويس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰) نیز حاکی است که میزان افسردگی، اضطراب و روابط بین شخصی محدود از ویژگی دانش‌آموزان بیش فعال است.

در مجموع با توجه به تأثیر منفی این اختلال بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد، انجام تحقیقات محدود در زمینه‌ی ADHD نوجوانان، فقدان پژوهش در مورد اثربخشی آموزش همدلی بر بهبود روابط بین شخصی و مدیریت عواطف که از جمله متغیرهای تأثیرگذار در زمینه‌های مختلف زندگی انسان، استفاده‌ی از نتایج این پژوهش در محیط‌های درمانی و مشاوره‌ای و فراهم سازی زمینه‌ای برای تحقیقات بعدی، از جمله ضرورت‌های انجام این پژوهش است. لذا هدف پژوهش حاضر اثربخشی آموزش گروهی همدلی بر بهبود روابط بین شخصی و خودتنظیمی عاطفی دانش‌آموزان دارای نشانه‌های ADHD است.

## روش

این پژوهش به شیوه‌ی آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. **جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری:** جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی دانش‌آموزان پسر سال‌های اول، دوم و سوم مقطع راهنمایی شهرستان نورآباد(دلفان) در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ بودند. نمونه‌ی پژوهش ۴۰ دانش‌آموز پسر دارای نشانه‌های ADHD بود که از میان دانش‌آموزانی که

- 
- 1 . Shure & Gaue
  - 2 . Pollack, Cicchetti, Hornung & Reed
  - 3 . Bennett, Sullivan & Lewis

دارای نمره‌ی بالا در مقیاس ADHD بودند از طریق مصاحبه بالینی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. در مورد انتخاب نمونه باید اشاره کرد که در روش آزمایشی باید هر زیر گروه حداقل ۱۵ نفر باشد و برای اینکه نمونه انتخاب شده نماینده‌ی واقعی جامعه باشد و پژوهش از اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد، تعداد نمونه ۴۰ نفر (۲۰ نفر برای هر گروه) در نظر گرفته شد (دلاور، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شده است:

**مصاحبه‌ی بالینی:** نوعی مصاحبه‌ی تشخیصی که در آن درمانگر سئوالاتی را طراحی می‌کند تا او را به هدف درمانی نزدیک کند. در این پژوهش به منظور تشخیص وجود نشانه‌های اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، از معیارهای DSM-IV-TR مصاحبه تشخیصی ساخت توسط پژوهشگر استفاده شده است.

**مقیاس تشخیصی کوتاه اختلال بیش‌فعالی / کم‌توجهی بزرگسالان کانرز<sup>۱</sup> (CAARSS:S):** این مقیاس به صورت خودگزارشی است که توسط کانرز، ارهاد و اسپارو<sup>۲</sup> (۱۹۹۹) ساخته شده است. این مقیاس شامل ۲۶ آیتم ۰ تا ۳ امتیازی دارد. نمرات خام این مقیاس 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 معنی‌دار هستند و نمرات T بالای ۸۰ علاوه بر آنکه شدت مشکلات و آسیب‌شناسی آن حوزه را نشان می‌دهند، احتمال بدنمایی یا اغراق در علایم را نیز مطرح می‌کنند (کانرز و همکاران، ۱۹۹۹). این پرسش‌نامه هنوز در ایران هنجاریابی نشده است. اما عربگل، حیاتی و حدیده (۱۳۸۳) در بررسی مقدماتی روی ۲۰ نفر اجرا و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آورده‌اند و روایی محتوایی آن را سه نفر فوق تخصص کودکان تأیید کرده‌اند. سازندگان پرسش‌نامه پایایی آن را از ۰/۸۵ تا ۰/۹۵ و

1 . Conner's Adult ADHD Rating Scale- Self report form & Subscale

2 . Erhardt & Sparrow



اعتبار آن را از ۰/۳۷ تا ۰/۳۷ گزارش کرده اند (کانرز، ارهاد و اسپارو، ۱۹۹۹).

**مقیاس راهبردهای خود تنظیمی عاطفی مارس:** سؤالات این پرسش نامه عمدتاً از کتاب راهنمایی جامع خود تنظیمی تألیف لارسن و پرینز مایک برداشت شده است (به نقل از باقری و یوسفی، ۱۳۸۸). این پرسش نامه دارای ۴۴ سؤال است که ابعاد شناختی، رفتاری، تغییر موقعیت، تغییر عاطفه، کاهش خلق منفی و افزایش خلق مثبت را شامل می شود. صالحی و مورکانی (۱۳۸۵) پایایی این پرسش نامه با استفاده از روش نیمه کردن ۰/۷۵ و با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش کرده است. همچنین صالحی و مورکانی (۱۳۸۵) اعتبار مقیاس راهبردهای خود تنظیمی عاطفی، را برای هریک از زیر مؤلفه ها از ۰/۶۳ تا ۰/۷۰ گزارش کردند که نشان دهنده اعتبار بالای این مقیاس در فرهنگ ایرانی است.

**مقیاس مشکلات بین شخصی:** نسخه کوتاه مقیاس ۱۲۷ گویه ای مشکلات بین شخصی (هرویتز، روزنبرگ، بایر، اورنو و ویلانسو، ۱۹۸۸)، ۶۰ گویه دارد و مشکلات بین شخصی را در شش زمینه قاطعیت، مردم آمیزی، اطاعت پذیری، صمیمیت، مسئولیت پذیری و مهارگری در طیف ۵ درجه ای لیکرت از نمره ۰ تا ۴ (خیلی کم=۰؛ کم=۱؛ متوسط=۲؛ زیاد=۳؛ خیلی زیاد=۴) می سنجد در این مقیاس، نمره ی بیشتر، مشکلات بین شخصی بیشتری را نشان می دهد. علاوه بر شش زمینه فوق، میانگین کل آزمودنی در زمینه ی مشکلات بین شخصی نیز بر اساس نمره ی او در مجموعه ۶۰ گویه محاسبه می شود. در اعتباریابی نسخه فارسی بشارت (۱۳۸۸) ضرایب آلفای کرونباخ ماده های هر یک از زمینه ها از ۰/۸۶ تا ۰/۸۹ برای قاطعیت، از ۰/۹۰ تا ۰/۹۱ برای مردم آمیزی، از ۰/۸۲ تا ۰/۸۴ برای اطاعت پذیری، از ۰/۸۳ تا ۰/۸۷ برای صمیمیت، از ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ برای مسئولیت پذیری، از ۰/۹۱ تا ۰/۹۲ برای مهارگری و از ۰/۹۳ تا ۰/۹۵ برای نمره کل مشکلات بین شخصی به دست آمد که نشانه ی همسانی درونی بالای این مقیاس در فرهنگ ایرانی است. بشارت (۱۳۸۸)؛ بشارت، محمد مهر، عزیزی و پوربهلول، (۱۳۸۹) اعتبار مقیاس مشکلات بین

شخصی، را برای هریک از زیر مؤلفه‌ها از ۰/۵۹ تا ۰/۶۳ گزارش کردند که نشان دهنده اعتبار بالای این مقیاس در فرهنگ ایرانی است.

**برنامه‌ی آموزشی مهارت همدلی در جلسه‌های گروهی:** این برنامه برای ۸ تا ۱۲ 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 می‌شود 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.

**جلسه‌ی اول:** معارفه و تشخیص موقعیت کلی؛ این جلسه با هدف آشنایی دانش‌آموزان با پژوهشگر و فراهم کردن درک و تفاهم متقابل و بیان انتظارات پژوهشگر از دانش‌آموزان انجام شد. آموزش پنج مهارت دانش افزایی، به منظور تعریف بی تفاوتی نسبت به موقعیت‌ها؛ کاربستن، اینکه وقتی بی تفاوت هستیم چه می‌کنیم؟ دیگران وقتی بی تفاوت هستند چه می‌کنند؟ ارزشیابی، وقتی بی تفاوت هستیم چه احساسی داریم؟ وقتی دیگران نسبت به ما بی تفاوت هستند چه احساسی پیدا می‌کنیم؟ تحلیل، آیا لازم است بی تفاوت باشیم؟ و ترکیب، کجا باید بی تفاوت باشیم؟

**جلسه‌ی دوم:** در هر یک از جلسات آموزش پنج مهارت دانش افزایی، کاربستن، ارزشیابی، تحلیل و ترکیب در دستور کار است. در این جلسه افراد بدانند همدردی چیست؟ وقتی همدردی می‌کنیم چه می‌کنیم و اینکه دیگران وقتی همدردی می‌کنند چه می‌کنند؟ وقتی همدردی می‌کنیم چه احساسی داریم؟ وقتی دیگران با ما همدردی می‌کنند چه احساسی پیدا می‌کنیم؟ آیا لازم است همدردی کنیم؟ کجا باید همدردی کنیم؟

**جلسه‌ی سوم:** همدلی چیست؟ وقتی همدلی می‌کنیم چه می‌کنیم؟ دیگران وقتی همدلی می‌کنند چه می‌کنند؟ وقتی همدلی می‌کنیم چه احساسی داریم؟ وقتی دیگران با ما همدلی می‌کنند چه احساسی پیدا می‌کنیم؟ آیا لازم است همدلی کنیم؟ کجا باید همدلی کنیم؟ و اینکه فرق بی تفاوتی، همدردی و همدلی کدام است؟

**جلسه‌ی چهارم:** در این جلسه یاد می‌دهیم که موانع همدلی کدام است؟ با گفته‌های دوستانتان همدلی کنید؛ همدلی دوستان را ارزشیابی کنید. چه مهارت‌های به همدلی کمک می‌کنند و چه موادی از همدلی جلوگیری می‌کنند؟ و اینکه برای همدلی چه مهارت‌هایی نیاز داریم؟

**جلسه‌ی 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 می‌گذارند؟ برای جلوگیری از تفسیرهای ناروا چه مهارت‌هایی لازم دارید؟

**جلسه‌ی ششم:** خطاهای تفسیری کدامند؟ (نامگذاری، برجسب 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 خطاهای تفسیری در روابط ما با دیگران چیست؟

**جلسه‌ی هفتم:** همدلی به چه مهارت‌هایی احتیاج دارد؟ فنون گوش دادن، انعکاس، توجه به زبان بدنی، ابراز وجود، پرهیز از نامگذاری، برجسب 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؟

**جلسه‌ی 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 آموزش‌ها و پس آزمون.

**روش اجرا:** بعد از هماهنگی و کسب مجوز، با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش، با آگاه سازی والدین و مربیان و کسب اجازه از آنها، رضایت دانش آموزان برای شرکت در این پژوهش جلب شد. سپس دانش آموزان نمونه‌ی تحقیق، آزمون ADHD را تکمیل کردند

و آزمودنی‌های دارای نمره‌ی بالا در پرسش‌نامه ADHD شناسایی و مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند. سپس دانش‌آموزان دارای ADHD به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. ضمن توجه آزمودنی‌ها و بیان اهداف پژوهش، از آزمودنی‌ها درخواست شد تا در دوره‌ی درمان این اختلال شرکت کنند. قبل از شروع روش آموزشی هر دو گروه مورد مطالعه تحت پیش‌آزمون قرار گرفتند و از آنها درخواست شد تا پرسش‌نامه‌های مورد نظر را تکمیل کنند. گروه آزمایش تحت آموزش همدلی قرار گرفت. مدت جلسات درمانی شامل ۸ جلسه‌ی ۲ ساعته بود و به صورت گروهی و در هفته یکبار اجرا می‌گردید. در طی این جلسات به گروه کنترل پس‌آزمون به عمل آمد و سپس داده‌های جمع‌آوری شده با روش آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

## نتایج

میانگین (و انحراف معیار) سنی دانش‌آموزان نقص توجه / بیش فعال در دو گروه آزمایش و کنترل به ترتیب برابر با ۱۳/۸۶ (و ۲/۵۶) و ۱۳/۳۳ (و ۲/۳۴) بود. در نمونه‌ی مورد مطالعه در گروه آزمایشی سطح تحصیلات پدران (و مادران) به ترتیب برابر ۶۵ (و ۵۴) درصد زیر دیپلم، ۳۰ (و ۳۷) درصد دیپلم، ۷ (و ۶) فوق دیپلم و ۲ (و ۳) درصد لیسانس و بالاتر بودند. همچنین در گروه گواه ۵۵ (و ۶۸) درصد زیر دیپلم، ۳۸ (و ۲۳) درصد دیپلم، ۵ (و ۶) درصد فوق دیپلم و ۲ (و ۳) درصد دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر بودند. همچنین وضعیت شغلی پدران گروه آزمایش ۳۳ درصد کارمند و ۶۷ درصد پدران دارای شغل آزاد بودند. در گروه گواه وضعیت شغلی پدران ۳۶ درصد کارمند و ۶۴ درصد پدران دارای شغل آزاد بودند.

اثربخشی آموزش گروهی همدلی بر بهبود روابط بین شخصی و خود تنظیمی عاطفی...

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات مؤلفه‌های ADHD، روابط بین شخصی و خود تنظیمی عاطفی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	مؤلفه	آزمایش				کنترل			
		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
ADHD	کم‌توجهی	۲/۳۲	۱۰/۲۳	۱/۵۶	۹/۸۷	۲/۰۵	۹/۴۳	۱/۸۶	۹/۴۳
	بیش‌فعالی	۲/۰۸	۹/۶۳	۱/۱۷	۱۰/۲۳	۲/۱۷	۱۰/۰۱	۲/۱۳	۱۰/۰۱
	تکانشوری	۲/۱۳	۱۲/۱۸	۱/۲۵	۱۱/۵۴	۱/۹۸	۱۰/۳۹	۲/۴۳	۱۰/۳۹
	کل	۶/۱۴	۶۶/۲۹	۴/۱۸	۶۸/۳۶	۶/۶۹	۶۵/۶۸	۵/۶۳	۶۵/۶۸
	قاطعیت	۴/۰۳	۲۶/۱۳	۲/۸۲	۲۷/۱۷	۴/۰۵	۲۶/۱۹	۳/۶۹	۲۶/۱۹
	مردم‌آمیزی	۳/۸۹	۲۵/۱۸	۳/۰۸	۲۶/۳۲	۳/۹۸	۲۶/۲۹	۳/۱۹	۲۶/۲۹
	اطاعت‌پذیری	۳/۶۸	۲۴/۳۲	۳/۴۸	۲۴/۱۸	۳/۵۶	۲۳/۹۴	۲/۸۶	۲۳/۹۴
	مشکلات بین شخصی	۲/۳۷	۲۳/۲۹	۳/۴۵	۲۴/۱۲	۲/۶۸	۲۴	۲/۵۶	۲۴
	مستولیت‌پذیری	۲/۱۵	۲۲/۳۲	۳/۰۴۲	۲/۷۶	۲/۱۹	۲۲/۴۸	۲/۰۳	۲۲/۴۸
	مهارگری	۱/۸۹	۱۹/۸۳	۳۴/۱۷	۴/۶۵	۲/۰۹	۲۰/۴۸	۲	۲۰/۴۸
خودتنظیمی - عاطفی	کل	۱۷/۴۵	۱۴۷/۱۵	۱۱۸/۱۴	۱۴۵/۱۴	۱۶/۳۶	۱۳۶/۲۵	۱۴/۲۸	۱۳۶/۲۵
	عاطفی	۲۰/۲۵	۱۲۳/۵۲	۱۳۶/۱۳	۱۲۲/۱۶	۱۹/۲۳	۱۱۷/۱۸	۱۷/۶۹	۱۱۷/۱۸

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پیش‌آزمون دانش‌آموزان گروه آزمایش در کم‌توجهی/بیش‌فعالی (۶۶/۲۹ و ۶/۱۴)، مشکلات بین شخصی ۱۴۷/۱۵ (و ۱۷/۴۵) و خودتنظیمی عاطفی ۱۲۳/۵۲ (و ۲۰/۲۵) است و نمره کلی پس‌آزمون دانش‌آموزان گروه آزمایش در کم‌توجهی/بیش‌فعالی (۵۲/۴۷ و ۴/۱۸)، مشکلات بین شخصی ۱۱۸/۱۴ (و ۱۵/۲۳) و خودتنظیمی عاطفی ۱۳۶/۱۳ (و ۲۴/۴۴) است. همچنین میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پیش‌آزمون دانش‌آموزان گروه کنترل در کم‌توجهی/بیش‌فعالی (۶۸/۳۶ و ۶/۶۹)، مشکلات بین شخصی ۱۴۵/۱۴ (و ۱۶/۳۶) و خودتنظیمی عاطفی ۱۲۲/۱۶ (و ۱۹/۲۳) است

و نمره‌ی کلی پس از آزمون دانش‌آموزان گروه کنترل در کم توجهی/بیش‌فعالی (۶۵/۶۸ و ۵/۶۳)، مشکلات بین شخصی (۱۳۶/۶۵ و ۱۴/۲۸) و خودتنظیمی عاطفی (۱۱۷/۱۸ و ۱۷/۶۹) است.

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیری برای رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های باکس و لوین استفاده شد. براساس آزمون باکس که برای هیچ یک از متغیرها معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است ( $F=1/45, P=0/64$  و  $BOX=21/24$ ) بر اساس آزمون لون و عدم معنی‌داری آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است. نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب مؤلفه‌های ADHD، مشکلات بین شخصی و خودتنظیمی عاطفی معنی‌دار است [ $Wilks, F(47,64)=0/182, P<0/001$ ]. آزمون فوق‌قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری (مانووا) را مجاز شمرد. نتایج نشان داد که حداقل بین یکی از متغیرهای مورد بررسی در بین دو گروه مورد بررسی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (مانووا) برای مقایسه تفاضل پیش‌آزمون - پس‌آزمون نمرات مؤلفه‌های ADHD، روابط بین شخصی و خودتنظیمی عاطفی در دو گروه آموزش همدلی و گواه

متغیر	مؤلفه	SS	dF	MS	F	P
ADHD	کم توجهی	۴۵/۳۹	۱	۴۵/۳۹	۱۱/۷۹	۰/۰۰۱
	بیش‌فعالی	۵۷۲۵/۸۲	۱	۵۷۲۵/۸۲	۱۲۰/۳۲	۰/۰۰۱
	تکانشوری	۱۴/۳۲۴	۱	۱۴/۳۲۴	۵/۱۹۸	۰/۰۰۱
	قاطعیت	۲۹۰۴/۱۷۹	۱	۲۹۰۴/۱۷۹	۱۷/۴۹	۰/۰۰۱
روابط بین شخصی	مردم‌آمیزی	۲۳۴/۷۵۹	۱	۲۳۴/۷۵۹	۳۴/۷۴	۰/۰۰۱
	اطاعت‌پذیری	۱۲۸/۳۶	۱	۱۲۸/۳۶	۱۸۶/۱۵	۰/۰۰۱
	صمیمیت	۳۶۴/۹۸	۱	۳۶۴/۹۸	۲۴/۳۶	۰/۰۰۱
	مسئولیت‌پذیری	۲۰۳۱/۱۷۹	۱	۲۰۳۱/۱۷۹	۱۶/۱۸۴	۰/۰۰۱
خودتنظیمی عاطفی	مهارگری	۲۹۷/۱۴۳	۱	۲۹۷/۱۴۳	۷۶/۰۳۶	۰/۰۰۱
	عاطفی	۷۴۵/۵۳۹	۱	۷۴۵/۵۳۹	۲۱/۴۰۶	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد بین میانگین نمرات کم توجهی ( $F=11/79$ )، بیش‌فعالی ( $F=120/32$ )، تکانشوری ( $F=5/198$ )، قاطعیت ( $F=17/49$ )، مردم‌آمیزی ( $F=34/74$ )، اطاعت‌پذیری ( $F=186/15$ )، صمیمیت ( $F=24/36$ )، مسئولیت‌پذیری ( $F=16/184$ )، مهارگری ( $F=76/036$ ) و خودتنظیمی عاطفی ( $F=21/406$ ) بین گروه‌های آموزش گروهی همدلی و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد ( $P<0/001$ ). به عبارت دیگر، این یافته‌ها بیانگر کاهش نشانه‌های ADHD و بهبود روابط بین شخصی و افزایش تنظیم عواطف در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل است.

### بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر اثربخشی آموزش گروهی همدلی بر بهبود روابط بین شخصی و خودتنظیمی عاطفی دانش‌آموزان دارای نشانه‌های ADHD بود. نتایج پژوهش نشان داد که روش آموزش گروهی همدلی در کاهش تکانشوری و رفتارهای خود تخریبی و افزایش تمرکز و توجه دانش‌آموزان دارای نقص توجه/ بیش‌فعالی مؤثر بوده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های دیگر (برای مثال بیدرمن و همکاران، ۲۰۰۶؛ لوت و شیفلد، ۲۰۰۷؛ گلیسون و همکاران، ۲۰۰۹ و کاش و کرینبرگ، ۲۰۱۱) مبنی بر اینکه با آموزش مهارت‌های همدلی می‌تواند رفتارهای تکانشی، بی‌قراری و پرخاشگری افراد مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی را کاهش داد، همخوانی دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان به نقش خانواده اشاره کرد. خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در ابعاد حل مسئله، پاسخ‌دهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتاری، عملکرد بدی نشان می‌دهند (کاشدن و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). در واقع ابتلای کودک به این اختلال، ابعاد خاصی از عملکرد خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به نظر می‌رسد این اختلال بیشتر بر ابعادی که به نوعی با هیجان‌ات ارتباط نزدیکی دارند، بیشترین تأثیر را داشته باشد (آکارد، نئو مارک- سزاتینر و استوری<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). خانواده به عنوان نخستین منبع تأثیرگذار در دوران کودکی و

1 . Kashdan & et al

2 . Ackard, Neumark-Sztainer & Story

نوجوانی، بر تصمیم فرد در انجام رفتارهای مخاطره آمیز و به دنبال آن ایجاد رویدادهای منفی در زندگی از قبیل مشکلات تحصیلی، فردی و اجتماعی اثر تعیین کننده‌ای دارد. از طرف دیگر مهارت‌های اجتماعی پایین، روابط بین شخصی ضعیف، بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی پایین، مشکلات قابل توجه در سازگاری شخصی، هیجانی و تنظیم هیجانات در نوجوانان بیش‌فعال (پولاک، سیکچتی، هورنانگ، رید، ۲۰۰۰)، سبب نبود همدلی در این افراد می‌شود. در تبیین دیگر این یافته باید به نقش خانواده و حمایت‌های والدینی اشاره کرد. شواهد حاکی است که حمایت والدینی، بهترین پیش‌بینی کننده منفی مشکلات عاطفی در نوجوانان و جوانان قلمداد می‌شود (هلسن، وُلبرگ و میوس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). در واقع رفتارهای والدین و ارتباطات آن‌ها با فرزندان به طور مستقیم نیز با رشد همدلی نوجوانان مرتبط است (آماتو و آچیلتری<sup>۲</sup>، ۱۹۸۶). عواطف مثبت، تشویق، تحسین، گرمی و عواطف فیزیکی خانواده با رفتارهای همدلانه در جوانی مرتبط است (ایزنبِرگ، ۱۹۹۸).

نتایج نشان داد آموزش گروهی همدلی، خودتنظیمی عاطفی دانش‌آموزان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی را بهبود بخشیده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های دیگر (برای مثال پائولکی و همکاران، ۲۰۰۰؛ اسپرودو و همکاران، ۲۰۰۲ و بنت و همکاران، ۲۰۱۰)، مبنی بر آموزش مهارت‌های همدلی بر شناخت افزایشی و خودتنظیم عواطف هیجانات مؤثر است، همخوانی دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های همدلی این قابلیت را دارد که با افزایش آگاهی هیجانی، نمادگذاری هیجانی، آگاهی از عاملیت در تجربه و تغییر پردازش‌ها به کودکان و نوجوانان بیش‌فعال کمک کند تا روابط بین فردی خود را که مهم‌ترین آن روابط با همسالان و والدین است تغییر دهد و کنترل بیشتری بر آن داشته باشد. در واقع آموزش همدلی به این دانش‌آموزان این توانایی را می‌دهد که هیجانات منفی از قبیل اضطراب، افسردگی و ناامیدی

1 . Helesen, Volleberrgh & Meeus

2 . Amato & Ochiltree



را کنترل نموده و میزان سازگاری روان‌شناختی خود را بالا ببرند. در روش‌های همدلی تلاش می‌شود تا دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری از افکار و هیجانات منفی را که سبب آشفتگی و اجتناب در حین برقراری روابط با دیگران می‌شود، آگاهی یابند. به آنها به وضوح آموزش داده می‌شود تا خودگویی‌های ناسازگارانه، برچسب زدن و نامگذاری را، که از اطرافیان بازخورد می‌گیرند، برطرف ساخته و خطاهای تفسیری و تفسیرهای ناروا نسبتاً خوش‌بینانه را در خود، به ویژه در هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های مختلف آسیب‌زا، جایگزین سازند. در جریان درمان، مراجعین تشویق می‌شوند تا افکار ناراحت‌کننده‌ی خود را مورد سؤال قرار داده و خودگویی‌های جایگزین برای مقابله با این هیجانات و نشخوارهای فکری را که سبب آشفتگی هم از لحاظ جسمانی و روانی می‌شود، برطرف نمایند (آلدول، نولن و هوکسما، ۲۰۱۰). از طرف دیگر نوجوانانی که احساسات خود را تشخیص می‌دهند و معنی ضمنی آنها را درک می‌کنند، به گونه مؤثرتری تجربه هیجانی خود را تنظیم کرده و در نتیجه در سازگاری با تجربه‌های منفی موفقیت بیشتری دارند تا نوجوانانی که از لحاظ توانش هیجانی ضعیف عمل می‌کنند (مایر و سالوی، ۱۹۹۷).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد آموزش گروهی همدلی در بهبود کیفیت روابط بین شخصی نوجوانان مبتلا به نقص توجه/ بیش‌فعالی مؤثر بوده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های دیگر (برای مثال لوت و شیفلد، ۲۰۰۷؛ موریس و همکاران، ۲۰۰۹؛ پوردلی و همکاران، ۲۰۱۰ و کورتیز و همکاران، ۲۰۱۱)، مبنی بر اینکه آموزش همدلی می‌تواند روابط بین شخصی نوجوانان دارای اختلالات رفتاری را بهبود بخشد، همخوانی دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت: همدلی عنصری ضروری برای عملکردهای موفقیت‌آمیز بین شخصی (سوسا، مک دونالد، راش بای، دایموسکا و جیمز، ۲۰۱۰)، پاسخ‌دهی هیجانی مناسب به احساسات فرد دیگر (دی‌واید،

1 . Aldao, Nolen & Schweizer

2 . Mayer & Salovy

ون بوکستل، زالبرگ، گودنا و متیس<sup>۱</sup>، (۲۰۰۶) و فرایند زیربنایی تغییرات روان‌شناختی واقعی است (راجرز<sup>۲</sup>، ۱۹۵۹). همدلی از طریق توانایی سهم شدن در حالات هیجانی دیگری و آگاهی از احساسات فرد دیگر زمینه بهبود روابط اجتماعی را فراهم می‌سازد و او را با محیط اجتماعی پیوند می‌زند و از وارد کردن آسیب به افراد دیگر جلوگیری می‌کند (بارون و زیگلر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). این ویژگی‌ها به فرد کمک می‌کند تا کیفیت روابط بین شخصی خود را بهتر سازد تا مشکلات مربوط به کیفیت روابط بین شخصی را کاهش دهد. همچنین کودکان و نوجوانان بیش‌فعال نسبت به دیگر کودکان گوشه‌گیرتر، اعتماد به نفس پایین‌تر، احساس ناامیدی بیشتری داشته و نسبت به خود اطمینان کم‌تری دارند. این کودکان انعطاف‌پذیری و کنترل کم‌تری بر روی خود داشته و در ارتباط با دوستان خود مشکلات زیادی دارند (لی‌وایس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲). ابراز مناسب همدلی نیاز به مهارت‌های اجتماعی (چورنیز، لاهی، پلهام، ویلیامز، کیت و همکاران، ۲۰۰۷)، کیفیت روابط بین شخصی و بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی دارد (سگرین و تیلور<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷). به طور خلاصه، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش گروهی همدلی، به منزله‌ی یک خصیصه‌ی شخصیتی می‌تواند بر کیفیت روابط بین شخصی و خودتنظیمی عاطفی تأثیرگذار باشد. بر این اساس، می‌توان به دو دسته پیامد عملی و نظری پژوهش اشاره کرد. در سطح عملی، با تهیه‌ی برنامه‌های آموزشی و مداخله‌ای اصلاح و تغییر ویژگی‌های شخصیتی، می‌تواند مهارت‌ها و راهبردهای مناسب و کارآمد در زمینه بهبود روابط بین شخصی و تنظیم عواطف را به فرد آموزش دهد. در سطح نظری، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند به غنای نظریه‌های فعلی مربوط به شخصیت، روابط بین شخصی و تنظیم عواطف کمک کند. در مجموعه از جمله محدودیت‌های

---

1 . Dewied, Vanboxtel, Zaa;berg, Coudena & Matthys

2 . Rogers

3 . Brown & Zeigler

4 . Lewis

5 . Segrin & Taylor

پژوهش مختص بودن نمونه به شهرستان نورآباد(دلفان) که محدودیت تعمیم پذیری نتایج به شهرهای دیگر را محدود می کند، نمونه‌ی مورد مطالعه فقط شامل: دانش آموزان پسر مقطع راهنمایی بود که این امر میزان تعمیم پذیری نتایج را به دانش آموزان دختر با مشکل مواجه می کند. با توجه به فراوانی این اختلال در دوران کودکی و نوجوانی که میزان مراجعه به مراکزهای درمانی روز به روز به علت این اختلال، بالا می رود. انجام پژوهش های روان شناختی مرتبط با این آسیب اجتماعی می تواند به شناسایی و درمان مشکلات روانی در این افراد کمک های شایان توجهی صورت گیرد. پیشنهاد می شود برنامه های آموزشی همدلی، برای بهبود روابط بین شخصی و شناسایی و ابراز هیجانات، در مدارس و خانواده به دست روان شناسان و مشاورین، برنامه ریزی و مورد توجه قرار گیرد.

### منابع

- باقری، فریبرز و یوسفی، حسینه (۱۳۸۸). سخت رویی، باورهای خودکارآمدی و راهبردهای خودتنظیمی عاطفی در دانش آموزان دختر. فصل نامه اندیشه و رفتار، ۴(۱۴)، ۴۲-۴۰.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۸). بررسی پایایی، روایی و تحلیل عاملی فرم ۶۰ سؤالی مقیاس مشکلات بین شخصی در جمعیت ایرانی. روان شناسی معاصر، ۸(۹)، ۳۶-۲۵.
- بشارت، محمدعلی؛ محمد مهر، رضا؛ عزیزی، لیلا و پوربهلول، سمانه (۱۳۸۹). بررسی ویژگی های روان سنجی فرم ۶۰ سؤالی مقیاس مشکلات بین شخصی. نشریه ی دانشکده پرستاری و مامایی، (زیر چاپ).
- دلاور، علی (۱۳۹۰). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: انتشارات رشد.
- صالحی مورکانی، بتول (۱۳۸۵). بررسی و مقایسه راهبردهای خودتنظیمی عاطفی در بین دانشجویان مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی با دانشجویان عادی شهر اصفهان. پایان نامه ی کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء (س).
- عرب گل، فریبا؛ حیاتی، مرتضی و حدیده، مائده (۱۳۸۳). شیوع اختلال بیش فعالی و کم توجهی در گروهی از دانشجویان، تازه های علوم شناختی، ۶ (۱ و ۲)، ۷۸-۷۳.

موحدی، یزدان؛ عزیزاده گورادل، جابر و محمودعلیلو، مجید (۱۳۹۲). مقایسه‌ی بی‌حوصلگی در افراد مبتلا به اختلال ریاضی، اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و افراد عادی. فصل‌نامه‌ی ناتوانی‌های یادگیری، ۲(۳)، ۷۳-۹۰.

وزیری، شهرام و لطفی کاشانی، فرح (۱۳۹۰). آموزش مهارت‌های کنترل خشم: مهارت‌های بنیادی مدرسه زندگی. فصل‌نامه‌ی تعلیم و تربیت (زیر چاپ).

- Ackard, D. M., Neumark-Sztainer, D. & Story, P. C. (2006). Parent-child Connectedness and Behavioral and Emotional Health among Adolescents, *American Journal of Preventive Medicine*, 30(3), 59-66.
- Aldao, A., Nolen Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotional regulation strategies across Psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 217-237.
- Ali, F., Amorim, I. S., & Chamorro-Premuzic, T. (2009). Empathy deficits and trait emotional intelligence in psychopathy and Machiavellianism Personality and Individual Differences, 47(5), 758-762.
- Amato, P. R. , & Ochiltree, G. (1986). Family resources and child competence. *Journal of Marriage and Family*, 48(3), 47-5.
- Bennett, D. S., Sullivan, M. W., & Lewis, M. (2010). Neglected Children, Shame-Proneness, and Depressive Symptoms. *Child Maltreatment*, 15(1), 305-314.
- Bideman, G., Mouteauxm, M & Mick, E. (2006). Young adult outcome of attentiondeficit/ hyperactivity disorder: Finding in non referred subjects. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1083-1089.
- Biederman, J. & Faraone, S. V. (2005). *Attention-deficit hyperactivity disorder. Lancet*, 366(19), 237-248.
- Borba, M. (2008). Building moral intelligence: The seven essential virtues that teach children to do the right thing. USA: Jossey- Bass.
- Brown, R. P. , & Zeigler-Hill, V. (2004). Narcissism and the non-equivalence of self-esteem measures: A matter of dominance? *Journal of Research in Personality*, 38(3), 585-592.
- Chronis, A. M., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Williams, S.H., Baumann, B.L. & Kipp, H. (2007). Maternal Depression and Early Positive Parenting Predict Future Conduct Problems in Young Children with *Attentiondeficit/ hyperactivity Disorder, Developmental Psychology*, 43(6), 70-82.
- Chronis-Tuscano, A., Raggi, V. L., Clarke, T. L., Rooney, M. E., Diaz, Y. & Pian, J. (2008). Associations between Maternal Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder Symptoms and Parenting, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(5), 1237-1250.
- 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.

- Conners, C. K., Erhardt, D. & Sparrow, E. (1999). Conners Adlt ADHD Rating Scales(CAARS) Tech Nical Manual. N Tonawanda, ny: Multi Health Systems,14(4), 431-437.
- 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.
- Davids, E. & Gastpar, M. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 29(6), 865-877.
- De Wied. M., Van Boxtel, A., Zaalberg, R., Goudena, P. P. & Matthys, W. (2006). Facial EMG responses to dynamic emotional facial expressions in boys with disruptive behavior disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 40(7), 112-121.
- Eisenberg, N & Miller, P. N. (1987). The relation of empathy to pro social and related behaviors, *Psychological Bulletin*, 101, 91-119.
- Eisenberg, N., & Fabes, R. A. (1998). Socialization and mothers' and adolescents' empathy-related characteristics. *Journal of Research on Adolescence*, 3(2), 171-191.
- Estell, D. B., Jones, M. H., Pearl, R. A., Van Acker, R., Farmer, T. W. & Rodkin, P. R. (2008). Relationship of Family Environment and Parental Psychiatric Diagnosis to Impairment in ADHD, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(5), 346-354.
- Faraone, S. V. & Biederman, J. (2000). *Attention deficit hyperactivity disorder in adults: an overview*. *Biol Psychiatry*, 1, 48(1), 9-20.
- Feshbach, N., & Feshbach, S. (1969). The relationship between empathy and aggression in two age groups. *Developmental Psychology*, 1(7), 102-107.
- Franzoi, S. L. (2000). *Social psychology*. Second edition McGraw-hill.
- Gleason K. A, Jensen-Campbell, L. A., & Ickes, W. (2009). The role of empathic accuracy in adolescent, peer relations and adjustment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35 (8), 997-1011.
- Harborne, A. & Wolpertt, M. (2008). Making Sense of ADHD: A Battle for Understanding? Parents' Views of Their Children Being Diagnosed with ADHD, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9 (3): 327-340.
- Harvey, E. A. (2000). Parenting Similarity in Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, *Child and Family Behavior Therapy*, 22(3), 39-54.
- Helesen, M., Vollebergh, W. & Meeus, W. (2003). Social support from parents and friends and emotional problems in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(3), 319-335.
- Heller, T. L. & Backer B. L. (2006). Maternal Negativity and Children's Externalizing Behavior, *Early Education & Development*, 11(4), 483-498.
- Horowitz, L. M., Locke, K. D., Morse, M. B., Waikar, S. V., Dryer, D. C., Tarnow, E., & Ghannam, J. (1991). Self-derogation and the interpersonal theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(3), 68-79.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E. & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(8), 548-560.

- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G. & Villasenor, V. S. (1988). Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(3), 885-892.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2004). Empathy and offending: A systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 9(3), 441-476.
- Kashdan, T.B., Jacob, R., Pelham, W., Lang, A. R., Hoza, B., Blumenthal, J. D. & Gnagy, E. (2004). Depression and Anxiety in Parents of Children with ADHD and Varying Levels of Oppositional Defiant Behaviors: Modeling Relationships with Family Functioning. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 33(8), 169-181.
- Kusche, C. A., & Greenberg, M. T. (2011). PATHS in your classroom: promoting emotional literacy and alleviating emotional distress. In J. Cohen (Ed.), *social-emotional learning and the elementary school child: a guide for educators*. New York: Teacher College Press, 140-161.
- Lewis, M. (2002). *Child and Adolescent Psychiatry: A Compressive Textbook*. Philadelphia, Melvin Lewis Lippincot.
- 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.
- Mayer, J. & Salovey, P. (1997). *What is emotional intelligence?* New York, BasicBooks.
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Mayors, S. & Robinson, L. R. (2009). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Soc Dev.* 16(11), 361-88.
- Pary, R., Lewis, S., Matuschka, P. R., Rudzinskiy, P., Safi, M., Lippmann, S. (2002). Attention deficit disorder in adults. *Annals Clinical Psychiatry*, 14, 105-111.
- Pollack, S. D., Cicchetti, D., Hornung, K. & Reed, A. (2000). Child victimization: Maltreatment, bullying and dating violence. Available at: [www. google. com](http://www.google.com). *Psychology*, 13(3), 127-133.
- Purdie, N. , Carroll, A. & Roche, L. (2010). Parenting and adolescent self- regulation , *Journal of Adolescence*, 27 (I. 6) , 663-676.
- Rieffe, C., Ketelear, L., & Wiefferink, C. H. (2010). Assessing empathy in young children: construction and validation of an empathy questionnaire (em que). *Personality and individual differences*, in press.
- Rogers, C. (1959). Significant learning in therapy and in education. *Educational Leadership*, 16(4), 232-242.
- Schroeder, C., Gordon, B. N. (2002). *Assessment and treatment of childhood problems A clinician's Guide*. (2nd ed.). The Guilford press.
- Segrin, C. & Taylor, M. (2007). Positive interpersonal relationship mediates the association between social- skills and psychological well being. *Personality and Individual Differences*, 43(11), 637-646.
- Shure, S., Gaue, F. (2012). Parental and Family Factors for Attention-deficit Hyperactivity Disorder in Taiwanese Children, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(8), 688-696.

- Skounti, M., Philalithis, A. & Galanakis, E. (2007). Variations in prevalence of ADHD worldwide. *Eur. J. Paediatr*, 166(4), 117-123.
- Sosua, A. D., McDonald, S., Rushby, J., Li, S., Dimoska, A., & James, C. (2010). Understanding deficits in empathy after traumatic brain injury: *The role of affective responsivity*. *Cortex*, in press.
- Strongman, K. T. (2006). *Applying psychology to Everyday life A Beginners Guide*. John Wiley and sons ltd.
- Teeter, P. A. (1998). *Interventions for ADHD: Treatment in Developmental Context*. New York: Guilford Press, 12(3) 276-319.
- Wiener, J. (2004). Childhood Predictors of Adult Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder: Results from the World Health Organization World, Mental Health Survey Initiative. *Biological Psychiatry*, 65, 46-54.
- Yap, M. B. H., Allen, N. B. & Sheeber, L. (2010). Using an emotion regulation framework to understand the role of temperament and family processes in risk for adolescent depressive disorders. *J Clin Child Fam Psychol*. 10(2), 180-96.
- Yeo, L. S., Ang, R. P., Loh, S., Fu, K. J., & Karre, J. K. (2011). Prosocial development. In W. Damon & N. Eisenberg, *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development*. New York: Wiley, 3, 701-778.

## The effectiveness of empathy training program on improving relations between their personal and emotional adjustment of students with symptoms of ADHD

M. J. Baghiyan<sup>1</sup>, Sh. Pazhuhinia<sup>2</sup> & B. Rezazadeh<sup>3</sup>

### Abstract

The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of group education on improving relations between empathy and personal emotional self-regulation of students with symptoms of ADHD. In this way the pre-test, post-test control group experimental design was. The population of students in first, second and third Norabad city schools (Delfan) in the school year 91-90. The subjects were 40 male students with ADHD. After that the students identify for data collection and interview selected, and randomly assigned to experimental and control groups. Structured Clinical Interview, Adult attention deficit hyperactivity disorder diagnostic scale short, emotional self-regulation and interpersonal relations scale was used. The results of multivariate analysis of variance (MANOVA) showed the group education on improving relations between empathy and personal emotional self-regulation of students with symptoms of ADHD ( $P < 0.001$ ). The findings show empathy skills training in schools, especially teens, providing the ability to understand others. To reduce impulsive behavior and improved personal relationships among students with symptoms of attention deficit/ hyperactivity leads.

**Keywords:** empathy, interpersonal relationships, emotional self-regulation, attention deficit hyperactivity disorder, students

---

1 . Corresponding author: M. A. of Clinical psychology, University of Mohaghegh Ardabili

2 . M. A. Student of psychology, Alzahra University

3 . Ardabil University of Medical Sciences