

اثربخشی آموزش خودآموزی کلامی بر سطح تعاملات اجتماعی، اضطراب و خودآنگی کودکان دارای اختلال نقص توجه/ فزون کنشی

عبدالمجید طاهری^۱، امیر قمرانی^{۲*}، پرویز عسگری^۴، سالار فرامرزی^۳، فریبا حافظی^۵

۱. دانشجوی دکتری گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنائی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران و گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنائی، پردیس علوم و تحقیقات خوزستان، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
۲. استادیار مدعو گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
۳. استادیار گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده روانشناسی، دانشگاه اصفهان، ایران
۴. دانشیار گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
۵. استادیار گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۷/۱۵
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۹/۲۸

زمینه و هدف: اختلال نقص توجه/ فزون کنشی متداول ترین اختلال دوران کودکی است که می تواند زندگی اجتماعی و تحصیلی کودک را تحت تأثیر قرار دهد. با توجه به اینکه درمان های متفاوتی برای تخفیف نشانه های این اختلال به کار رفته، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی آموزش خودآموزی کلامی بر تعاملات اجتماعی، اضطراب و خودآنگی این کودکان بوده است.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر نوعی پژوهش نیمه آزمایشی بود و جامعه آماری آن را تمام کودکان دارای اختلال نقص توجه/ فزون کنشی تشکیل می دادند که تعداد ۳۰ نفر آن ها از مراجعان به کلینیک مشاوره و روان شناسی آموزش و پرورش سبزوار انتخاب شدند و به طور کاملاً تصادفی در ۲ گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند. برای جمع آوری داده ها از پرسش نامه های اضطراب اسپنس کودکان، تعاملات اجتماعی گرشام والیوت (۱۹۹۰) و پرسش نامه خودآنگی مایکل کینگ و برای تشخیص نقص توجه/ فزون کنشی از پرسش نامه کاترز (۱۹۶۰) فرم والدین استفاده شد. برای تحلیل داده ها نیز آمار توصیفی، میانگین انحراف استاندارد و آمار استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیره به کار رفت و داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۲۲) تحلیل شد.

یافته ها: براساس یافته ها، تأثیر آموزش خودآموزی کلامی بر تعاملات اجتماعی کودکان دارای اختلال نقص توجه/ فزون کنشی و نیز بر خودآنگی این کودکان مثبت ($p < 0/05$) و معنادار است؛ اما بر سطح اضطراب آن ها معنادار نیست ($p > 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج نشان داد در آمار توصیفی، آموزش خودآموزی کلامی بر سطح تعاملات اجتماعی، اضطراب و خودآنگی کودکان مؤثر بوده و در آمار استنباطی، فقط متغیر اضطراب معنادار نبود. بنابراین استفاده از بسته آموزش خودآموزی کلامی برای درمان کودکان دارای اختلال نقص توجه/ فزون کنشی توصیه می شود.

کلیدواژه ها:

خودآموزی کلامی، تعاملات اجتماعی، اضطراب، خودآنگی، اختلال نقص توجه/ فزون کنشی.

* نویسنده مسئول: امیر قمرانی

نشانی: گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

تلفن: ۰۳۱۳۷۹۳۵۴۰۲ دورنگار: ۰۳۱۳۶۶۸۳۱۰۷

رایانه: a.ghamarani@edu.ui.ac.ir

شناسه ORCID: 0000-0003-4390-0749

شناسه ORCID نویسنده اول: 0000-0002-7102-5366

۱. مقدمه

این تحقیق، آموزش والدین بر کاهش اضطراب این کودکان مؤثر نبوده است [۷].

تحقیقی درباره تأثیر خودانگی (داغ ننگ) بر بیماران روانی نشان داده است که خودانگی احساس بیهودگی، بی‌ارزشی، بی‌کفایتی و وابستگی را تشدید می‌کند [۸].

نتایج پژوهش دیگری حاکی از آن است که آموزش خودآموزی کلامی می‌تواند علائم بیش‌فعالی/ نقص توجه را تخفیف دهد و از میزان تکانشگری کودکان بکاهد و به‌طور معناداری تعاملات اجتماعی آن‌ها را بهبود بخشد [۹].

پژوهشگران دریافتند که بازی‌درمانی به‌روش خودآموزی کلامی می‌تواند متغیرهای ترس، اضطراب، احساسات نامرغوب، تصور دوست نداشته شدن از سوی دیگران، غمگینی و افسردگی را به‌طور معناداری تحت تأثیر قرار دهد [۱۰].

تأثیر آموزش برنامه ذهن‌آگاهی بر کودکان ADHD موضوع یکی دیگر از پژوهش‌هاست. یافته‌های این پژوهش تأثیر این برنامه آموزشی بر نشانه‌های کلی ADHD، نشانه‌های اضطراب، بازداری شناختی و سرعت یادگیری را معنادار اعلام می‌کند [۱۱].

در مقاله‌ای مروری روی یک کودک دارای اختلال ADHD که با مداخله خودآموزی کلامی انجام شده، تأثیر خودآموزی کلامی بر دامنه توجه و رفتارهای تکانشی مثبت و معنادار اعلام شده است [۱۲].

برخی پژوهشگران طی بررسی اجرای برنامه آموزش یوگا روی کودکان دارای اختلال ADHD اثبات کرده‌اند که آموزش هشت‌هفته‌ای یوگا میزان دقت و زمان واکنش در این کودکان را به‌طور معناداری بهبود بخشیده است [۱۳].

براساس برخی تحقیقات، برنامه‌های مداخله احساسی - اجتماعی متغیرهایی چون هیجانات و احساسات اساسی، خودآگاهی، مهارت‌های اجتماعی، کنترل احساسات و هیجانات منفی را به‌طور مثبت و معنادار تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۴].

با توجه به اهمیت اختلال ADHD، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان خودآموزی کلامی بر تعاملات اجتماعی کودک با همسالان، اضطراب و خودانگی این کودکان است. با توجه به این هدف، فرضیه‌های پژوهش به این شرح است: ۱. آموزش خودآموزی کلامی بر سطح تعاملات اجتماعی کودک با همسالان در کودکان دارای اختلال ADHD تأثیر مثبت و معناداری دارد. ۲. آموزش خودآموزی کلامی سطح اضطراب کودکان دارای اختلال ADHD را به‌طور معناداری کاهش

اختلال نقص توجه/ فزون کنشی (ADHD^۱) متداول‌ترین اختلال روانی دوران کودکی است که با نشانه‌های اساسی نقص توجه/ فزون کنشی و برانگیختگی است که کودک در مقایسه با همسالان این رفتارها را معنادارتر نشان می‌دهد. افراد مبتلا به این اختلال از توجه به جزئیات محروم‌اند و در تکالیف تحصیلی و اجتماعی خطاهای زیادی را مرتکب می‌شوند [۱].

بارکلی^۲ (۲۰۰۴) اعلام می‌کند بازداری یک فرایند عصبی - شناختی است که به کودک کمک می‌کند تا بتواند پاسخ‌های خود را به تأخیر بیندازد و این فرایند عصبی - شناختی مهم تحت تأثیر چهار کارکرد اجرایی است: ۱. حافظه فعال (حافظه کاری غیر کلامی)؛ ۲. درونی‌سازی گفتاری (حافظه کاری کلامی)؛ ۳. خودنظم‌جویی؛ ۴. بازسازی [به نقل از ۲].

در اکثر فرهنگ‌ها و جوامع، DSM-5^۳ میزان شیوع ADHD را حدود ۵٪ در کودکان و ۲/۵٪ در بزرگسالان بیان کرده است. این اختلال در مردان فراوان‌تر از زنان و نسبت پسر بچه‌ها به دختران ۲ به ۱، و نسبت مردان به زنان ۱/۶ به ۱ است. احتمال بروز نشانه‌های بی‌توجهی در زنان بیشتر از مردان است [۳].

اولین درمان‌های این اختلال را درمان‌های پزشکی، از جمله جراحی‌های مغز و دارودرمانی، تشکیل داده‌اند. این اختلال برای پزشکان، روان‌پزشکان، معلمان و والدین، و متخصصان امور اجتماعی مشکلی جدی بوده و تاکنون راه‌های مختلف درمان برای این اختلال معرفی شده است [۴].

یکی از روش‌های مبتنی بر درمان‌های شناختی - رفتاری درمان خودآموزی کلامی^۴ است که ناظر بر فرایندی است که فرد در آن، گفتار درون را به‌صورت آشکار و بیرونی می‌آزماید و بعد از تسلط بر این مسئله، به خودهدایتگری کلامی می‌پردازد و از آن برای تداوم فعالیت‌های حل مسئله مدد می‌جوید [۲].

پژوهشگران نشان داده‌اند که بین آموزش خودآموزی کلامی و اثرگذاری آن بر نشانه‌های ADHD تأثیر معناداری وجود دارد و این آموزش می‌تواند تکانشگری، تعاملات اجتماعی و نشانه‌های عمومی اختلال ADHD را کاهش دهد [۵].

در پژوهش دیگری که در زمینه تأثیر خودآموزی کلامی بر بهبود سازگاری کودکان دارای اختلال ADHD صورت گرفته، اظهار شده که میزان سازگاری کودکان با مداخله خودآموزی کلامی به‌طور معناداری بهبود می‌یابد [۶].

در پژوهشی دیگر، تأثیر آموزش رفتاری والدین بر میزان پرخاشگری و اضطراب کودکان ADHD بررسی شده است. در

۳. attention deficit hyperactivity disorder

۴. self instrultion

۱. attention deficit hyperactivity disorder

۲. Barkly

می‌دهد. ۳. آموزش خودآموزی کلامی بر خودانگی کودکان دارای اختلال ADHD اثر معناداری دارد.

۲. مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر نوعی پژوهش نیمه‌آزمایشی بود که با هدف تبیین اثربخشی درمان آموزش خودآموزی کلامی بر میزان تعاملات اجتماعی، اضطراب و خودانگی در کودکان دارای اختلال ADHD انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را همه دانش‌آموزان ۱۰-۱۲ سال دارای اختلال ADHD شهر سبزوار تشکیل دادند. نمونه آماری این تحقیق ۳۰ کودک از بین مراجعان به کلینیک مشاوره و روان‌شناسی آموزشی و پرورشی بود که با آزمون کانرز فرم والدین و مصاحبه بالینی، تشخیص اختلال ADHD داده شده بودند. این ۳۰ کودک به‌طور کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. با استفاده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از ابزارهایی همچون پرسش‌نامه کانرز^۱ (فرم والد و معلم)، پرسش‌نامه مهارت‌های اجتماعی گرشام والیوت^۲ (فرم معلم و والدین)، مقیاس اضطراب کودکان اسپنس (SCAS)، ابزار سنجش خودانگی و بسته آموزش خودآموزی کلامی برای گردآوری داده‌ها استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها نیز آمار توصیفی، میانگین انحراف معیار و آمار استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیره به کار رفت و داده‌ها در نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۲) تحلیل شد.

در ادامه ابزارهای گردآوری داده‌ها تشریح می‌شود:

۱. پرسش‌نامه کانرز (فرم والد و معلم): برای گردآوری داده‌ها، از پرسش‌نامه کانرز فرم والدین و معلم استفاده شد. فرم والدین مقیاس کانرز دارای ۲۷ سؤال است و به‌وسیله والدین کودک تکمیل می‌شود و فرم معلم دارای ۳۸ سؤال است که توسط معلم کودک کامل می‌گردد. نمره‌دهی سؤالات این دو پرسش‌نامه با استفاده از مقیاس چهارنمره‌ای لیکرت (از اصلاً تا بسیار زیاد) انجام می‌شود. این ابزار برای اندازه‌گیری شدت علائم ADHD به کار می‌رود. ساخت مقیاس‌های چندگانه کانرز در سال ۱۹۶۰ توسط کیت کانرز آغاز شد. مقیاس درجه‌بندی کانرز برای اولین بار جهت ارزیابی تأثیر داروهای محرک بر کودکان بیش‌فعال و جهت تمیز دادن کودکان بیش‌فعال از کودکان عادی ساخته شد. این مقیاس در کشورهای مختلفی استفاده شده و روایی و پایایی آن مورد تأیید است. در پژوهش وراثتس [۱۷] که به‌منظور هنجاریابی فرم کوتاه ویژه والدین مقیاس درجه‌بندی کانرز صورت گرفت، ضریب پایایی بازآزمایی برای نمره کل ۰/۵۸ و ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۷۳

به‌دست آمد و روایی آن ۰/۸۴ محاسبه شد.

۲. پرسش‌نامه مهارت‌های اجتماعی گرشام والیوت (فرم معلم و والدین): برای سنجش تعاملات کودک با همسالان مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی گرشام والیوت (۱۹۹۰) به کار رفت. این مقیاس رفتار اجتماعی کودکان را که تأثیر بسزایی بر عملکرد تحصیلی و پذیرش میان همسالان دارد، از دید چند ارزیاب مقایسه می‌کند. این مقیاس یکی از بهترین مقیاس‌های اندازه‌گیری مهارت‌های اجتماعی و رفتارهای مشکل‌دار معرفی شده است. مقیاس مهارت‌های اجتماعی شامل سه فرم ویژه ارزیابی توسط والدین، معلمان و دانش‌آموزان است. برپایه یافته‌های گرشام والیوت (۱۹۹۰)، ضرایب آلفای کرونباخ برای مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری ۰/۹۴ و ۰/۸۸ است.

در ایران نیز اسدی [۱۸] پایایی این مقیاس را طی چند بررسی بر روی گروهی از کودکان ناتوان ذهنی ۰/۷۷ و ۰/۹۹ گزارش کرده؛ ولی در یک گروه از کودکان عادی، این ضرایب از ۰/۴۹ تا ۰/۹۶ برای فرم‌های آموزگاران و والدین متغیر بوده است. تعداد سؤالات فرم معلم ۴۷ سؤال و تعداد سؤالات فرم والدین ۵۸ سؤال بوده است [۱۸].

۳. مقیاس اضطراب کودکان اسپنس (SCAS) (۲۰۰۳): برای سنجش اضطراب کودکان از مقیاس اضطراب کودکان اسپنس استفاده شده است. این مقیاس شامل فرم خودگزارشی و گزارش والدین است. مقیاس اضطراب کودکان اسپنس شامل ۴۵ گویه است که ۳۸ گویه نشانه‌های ویژه اضطراب را منعکس می‌کند و ۶ پرسش مثبت تکمیل‌کننده است. گویه‌ها در یک مقیاس چهارامتیازی با گویه‌های «هرگز»، «بعضی مواقع»، «اغلب» و «همیشه» نمره‌گذاری شده است. پایایی: میزان هم‌بستگی بعد از ۱۲ هفته فاصله زمانی، ۰/۵۶ تا ۰/۶۹ و بعد از ۶ ماه فاصله زمانی، ۰/۴۵ تا ۰/۶۰ بود. محدوده آلفای کرونباخ ۰/۸۰-۰/۷۰ بود. اما برای ترس از آسیب ۰/۶۰ یا پایین‌تر و برای نمره کلی ۰/۹۰ یا بیشتر بود. روایی: هم‌بستگی مقیاس اضطراب کودکان اسپنس با اندازه‌گیری‌های دیگر اضطراب ۰/۸۹-۰/۷۱ و با افسردگی ۰/۴۸ بود.

۴. ابزار سنجش خودانگی: برای سنجش خودانگی دانش‌آموزان مقیاس استیگما به کار رفت که توسط مایکل کینگ و همکاران در سال ۲۰۰۷ ساخته شد. فرم اولیه این مقیاس ۴۲ سؤالی بوده و فرم نهایی آن ۲۸ سؤالی است. این مقیاس اعتبار و روایی مناسب را دارد، در مقیاس لیکرتی پنج‌سطحی - از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم - تنظیم شده است و به‌طور کلی سه جنبه

فارسی ۹۱٪ به دست آمده و برای هریک از سه خرده‌مقیاس افشاگری، تبعیض و جنبه‌های مثبت آلفای کرونباخ به ترتیب ۶۸٪، ۹۰٪ و ۷۱٪ است.

۵. بسته آموزش خودآموزی کلامی:

افشاگری، جنبه‌های مثبت و تبعیض را اندازه می‌گیرد. اعتبار درونی آن در نسخه انگلیسی با ضریب آلفای کرونباخ ۸۸٪ به دست آمده و همین‌طور ضریب آلفای کرونباخ برای هریک از سه خرده‌مقیاس افشاگری ۸۵٪، تبعیض ۸۷٪ و خرده‌مقیاس جنبه‌های مثبت ۶۴٪ است. آلفای کرونباخ در نسخه ترجمه شده

جدول ۱. جلسات آموزش خودآموزی کلامی

شماره جلسه	اهداف	فعالیت‌ها	زمان
جلسه اول	۱. آشنایی والدین با اختلال ADHD. ۲. آشنایی والدین با درمان خودآموزی کلامی و سایر درمان‌ها. ۳. آشنایی والدین با وظایف خود در منزل برای کمک به درمان خودآموزی کلامی. ۴. توضیح تعداد جلسات و زمان برگزاری آن‌ها.	- بیان مشکلات کودکان دارای اختلال ADHD و عوارض این اختلال در صورتی که درمان نشود. - شرح درمان خودآموزی کلامی به‌عنوان درمانی مؤثر و تشریح مراحل آن و اشاره به درمان‌های دیگر و مقایسه آن‌ها و اثربخشی آن‌ها با این نوع درمان. - توضیح اینکه بعد از هر جلسه خودآموزی کلامی، کودک باید تکالیفی را در منزل انجام دهد و اینکه والدین چگونه باید کودک را راهنمایی و بر کارهایش نظارت کنند. - بیان تعداد جلسات که در هر هفته ۲ روز و هر جلسه ۴۵ دقیقه خواهد بود. والدین بعد از اتمام ۴۵ دقیقه (که کودکان آموزش خودآموزی کلامی می‌بینند) به مدت ۱۰ دقیقه با وظایف خود در منزل برای انجام تکالیف کودکان آشنا می‌شوند.	۱ ساعت
جلسه دوم	۱. ایجاد انگیزه در کودکان برای شرکت در جلسات خودآموزی کلامی با تأکید بر تعامل با دیگران. ۲. آشنا شدن کودکان با یکدیگر با شیوه خودآموزی کلامی. ۳. آشنایی کودکان با بازی هر جلسه با ارائه یک تکلیف ساده.	- پذیرایی از کودکان در گروه‌های سه‌نفره با کیک و شیرینی. - مربی یک بار با صدای بلند، یک بار با نجوا و یک بار بدون صدا خود را معرفی می‌کند و از کودکان می‌خواهد به همان شیوه خود را به دیگران معرفی نمایند. - مربی یک موشک اورینگامی با الگوسازی شناختی با صدای بلند گام‌به‌گام برای دانش‌آموزان می‌سازد و از کودکان می‌خواهد مثل او و با صدای بلند آن را بسازند؛ بعد از اتمام کار، به دانش‌آموزان می‌گوید بازی‌های جلسات بعدی مشابه همین است. برای جذاب شدن آموزش، مربی فعالیت‌های خود را در قالب شعر کودکانه ارائه می‌دهد. اجرای پیش‌آزمون.	۴۵ دقیقه
جلسه سوم	۱. الگوسازی شناختی، ارائه تکلیف به‌صورت گام‌به‌گام با صدای بلند به کودکان. ۲. راهنمایی آشکار بیرونی با هدایت مربی انجام تمرین. ۳. اجرای تکلیف خودراهنمایی آشکار برای منزل. ۴. توجیه والدین در تکلیف جلسه سوم که باید در منزل انجام شود.	مهارت: - مربی یک تصویر سفینه فضایی را که باید به‌صورت نقطه و شماره به هم وصل و تکمیل شود، برای تکلیف انتخاب می‌کند. - با صدای بلند و زبان جذاب می‌گوید که می‌خواهد چه بسازد. - با صدای بلند و زبان جذاب بیان می‌کند که با چه وسیله‌ای می‌خواهد نقطه‌ها را به هم وصل کند (وسایل موجود شامل مداد، ماژیک، خودکار و مداد رنگی). چون کار با مداد برای کودکان راحت‌تر است، با صدای بلند مداد را انتخاب می‌کنند. - مربی کار را با صدای بلند شروع می‌کند و گام‌به‌گام جلو می‌رود و با صدای بلند همیشه بیان می‌کند مواظب است که خط‌ها درست باشد. - با صدای بلند هنگام کشیدن خط‌های خوب، خود را تشویق می‌کند و وقتی خط بد شد، می‌گوید باید بیشتر دقت می‌کرد و آن عمل را تکرار می‌کند. تمرین: مربی، به تعداد کودکان، همان تصویری را که ساخته بود، تکثیر می‌کند و به کودکان می‌دهد. به کودکان می‌گوید من	۴۵ دقیقه

<p>دستور می‌دهم شما هم گام به گام بلند بگویید و این تصور را بسازید (در این مرحله تعامل کودک با بزرگسال تقویت می‌شود).</p> <p>تکلیف:</p> <p>- مربی تصویر یک پری دریایی را که باید به صورت نقطه به نقطه ترسیم شود، به کودکان می‌دهد تا در خانه انجام دهند.</p> <p>- مربی به کودکان توضیح می‌دهد همان گونه که در کلاس با صدای بلند و گام به گام کار کردند، در خانه نیز همین کار را انجام دهند.</p> <p>توجیه والدین برای تکلیف کودکان:</p> <p>- مربی در پایان جلسه والدین را درباره تکلیفی که باید کودکان انجام دهند، توجیه می‌کند و از والدین می‌خواهد فقط مراقبت و نظارت کنند و از ایجاد مزاحمت برای کودکان در انجام دادن تکلیف جلوگیری نمایند.</p>	
<p>۴۵ دقیقه</p> <p>- مربی تکالیف جلسه سوم را بررسی می‌کند و در ضمن این ارزیابی، کودکان را برای خوب انجام شدن تکالیف تشویق می‌کند و از کودکان نیز می‌خواهد برای کار خوبشان، خودشان را تشویق کنند.</p> <p>- مربی به هریک از کودکان یک برگه نقاشی می‌دهد که باید با اتصال نقاط تکمیل شود و از آن‌ها می‌خواهد مثل تکلیف منزل در جلسه سوم، گام به گام و با صدای بلند کار کنند (وسایل مورد نیاز مانند مداد، خودکار، ماژیک و غیره را برای انتخاب در اختیار دانش‌آموزان قرار می‌دهد). مربی نظارت می‌کند تا با صدای بلند تکلیف انجام شود.</p> <p>- تصویر نقاشی که دانش‌آموزان در این جلسه کامل کردند، باید در منزل رنگ آمیزی شود.</p> <p>- دستورات راهنمایی آشکار به دانش‌آموزان که باید در منزل با صدای بلند بیان کنند:</p> <p>الف. من چه کاری باید انجام دهم؟ (مسئله)</p> <p>ب. این کار را با چه وسایلی باید انجام دهم؟ (ابزارها)</p> <p>ج. از کجا باید شروع کنم؟ (ترتیب و برنامه‌ریزی)</p> <p>- مربی چگونگی نظارت بر کار کودک را به والدین می‌آموزد.</p>	<p>جلسه چهارم</p> <p>۱. بررسی تکالیف جلسه قبل کودک.</p> <p>۲. تمرین توسط کودک به صورت خودراهنمایی آشکار خود کودک در جلسه آموزش (خودراهنمایی آشکار مستقل).</p> <p>۳. ارائه تکلیف منزل.</p> <p>۴. توجیه والدین در زمینه تکلیف جلسه چهارم.</p>
<p>۴۵ دقیقه</p> <p>- مربی تکالیف منزل کودکان را بررسی می‌کند و آن‌ها را به خاطر طرح‌های زیبایشان تشویق می‌کند (در صورت تشویق مادی، تشویق یکسان صورت گیرد) و از کودکان می‌خواهد تصاویر یکدیگر را بنگرند و همدیگر را تشویق کنند.</p> <p>مهارت:</p> <p>- مربی توضیح می‌دهد که انجام دادن هر کاری در این مرحله همراه با نجواست.</p> <p>بیان مسئله:</p> <p>(مربی با نجوا) من می‌خواهم خانه اوریگامی درست کنم.</p> <p>ابزارها:</p> <p>(مربی با نجوا) چه وسایلی لازم دارم؛ کاغذ، خط‌کش، مداد، مدادرنگی.</p> <p>برنامه‌ریزی مراحل کار:</p> <p>- مربی با نجوا مراحل کار را یک به یک انجام و توضیح می‌دهد.</p> <p>تمرین:</p> <p>- مربی ابزارها را در اختیار کودکان قرار می‌دهد و از آنان می‌خواهد دقیق بعد از دستور او که با نجوا صورت می‌گیرد،</p>	<p>جلسه پنجم</p> <p>۱. بررسی تکالیف جلسه قبل کودک.</p> <p>۲. اجرای الگوسازی کم‌رنگ شده خودراهنمایی آشکار (نجوا) توسط مربی.</p> <p>۳. ارائه تکلیف منزل.</p> <p>۴. توجیه والدین درباره کاری که باید در تکلیف جلسه پنجم انجام دهند.</p>

<p>کودکان نیز مرحله به مرحله با نجوا تمرین را انجام دهند (ساختن خانه اوریگامی).</p> <p>- مربی از کودکان می‌خواهد تمرین جلسه را در خانه به همان ترتیب با نجوا انجام دهند.</p> <p>- مربی تکلیف جلسه پنجم و چگونگی ساخت خانه اوریگامی را به والدین آموزش می‌دهد و از آن‌ها می‌خواهد که در منزل فقط بر کار کودک نظارت کنند که درست و همراه با نجوا انجام شود.</p>	
<p>۴۵ دقیقه</p> <p>- مربی ضمن ارزیابی تکلیف جلسه پنجم کودکان، با نجوا نظم کاری و زیبایی کار کودکان را تشویق می‌کند (صدای مربی بلند نیست) و از کودکان می‌خواهد کارهای همدیگر را بررسی و همدیگر را با نجوا تشویق کنند.</p> <p>مهارت و تمرین:</p> <p>- مربی یک برگه راهنمای گام به گام ساخت یک گریه اوریگامی را به کودکان می‌دهد و از آنان می‌خواهد با نجوا مراحل را بیان و اجرا کنند.</p> <p>می‌خواهم چه بسازم؟ چه ابزارهایی لازم دارم؟ مراحل کار را چگونه و از کجا شروع کنم؟</p> <p>- مربی برای تشویق کودکان یک کتاب اوریگامی به کودکان جایزه می‌دهد و از آن‌ها می‌خواهد هر کدام از اشکال کتاب را که دوست داشتند، مثل تمرین جلسه سوم (گام به گام و با نجوا) در منزل انجام دهند.</p> <p>- مربی مدل کار جلسه ششم را برای والدین تشریح می‌کند و از ایشان می‌خواهد بر تکلیف منزل کودکان که باید با نجوا صورت گیرد، نظارت کنند.</p>	<p>جلسه ششم</p> <p>۱. بررسی تکالیف منزل (تکالیف جلسه پنجم).</p> <p>۲. الگوسازی کم‌رنگ شده خودراهنمایی آشکار (نجوا) به‌طور مستقل توسط کودک.</p> <p>۳. ارائه تکلیف منزل برای خودراهنمایی کم‌رنگ شده</p> <p>۴. توجیه والدین درباره تکلیف جلسه ششم کودک.</p>
<p>۴۵ دقیقه</p> <p>- مربی تکلیف تک تک کودکان را که به احتمال زیاد هر کدام تکلیف اوریگامی متفاوتی است، بررسی کرده، با نجوا تشویق می‌کند و از کودکان می‌خواهد همدیگر را نیز با نجوا تشویق نمایند.</p> <p>مهارت:</p> <p>- مربی به کودکان توضیح می‌دهد که در بازی جدیدی که می‌خواهند انجام دهند، فقط در ذهن به خود دستور می‌دهند (نباید بلند حرف بزنند یا نجوا کنند) و می‌توانند از حرکات بدن برای دستور دادن به خود استفاده کنند؛ همچنین لب‌هایشان می‌تواند به هم بخورد، ولی صدا تولید نشود.</p> <p>می‌خواهم چه کار کنم؟ مربی یک برگه A4 را که کلمات با حروف متقاطع در بالای آن درج شده (مثلاً پ ا پ ی و ن = پاپیون) و تصویر هر کلمه هم زیر آن نمایش داده شده است، در معرض دید کودکان قرار می‌دهد. مربی متفکرانه و بدون کلام به کودکان می‌فهماند که می‌خواهد چه کار کند. حروف کلمات متقاطع را با توجه به اشکال تکمیل می‌کند و بعد آن را در جدول می‌یابد و رنگ می‌کند (مربی باید تلاش کند بازیگر پانتومیم خوبی باشد).</p> <p>در ضمن کار، ابزار را نیز که شامل مداد، خودکار و مدادرنگی است، تعیین می‌کند.</p> <p>تمرین:</p> <p>- مربی تکلیفی شبیه آنچه در همین جلسه انجام داد، به همه</p>	<p>جلسه هفتم</p> <p>۱. بررسی تکالیف جلسه ششم.</p> <p>۲. اجرای الگوسازی با خودآموزی پنهان توسط مربی.</p> <p>۳. تمرین خودآموزی پنهان توسط کودکان در جلسه آموزش.</p> <p>۴. ارائه تکلیف منزل برای خودآموزی پنهان.</p> <p>۵. توجیه والدین درباره تکلیف جلسه هفتم</p>

۱۰ دقیقه	<p>کودکان می‌دهد و بدون کلام و با استفاده از زبان ذهن و بدن، مرحله به مرحله دستور می‌دهد و کودکان نیز در هر مرحله از مربی تقلید می‌کنند و با حرکات لب و زبان ذهن و بدن به خود دستور داده، تکلیف را انجام می‌دهند (مربی موفقیت کودکان در هر مرحله را بدون صدا و با هیجان تشویق می‌کند).</p> <p>- مربی پنج برگه مشابه مهارتی که در جلسه هفتم آموخته شد، به کودکان می‌دهد و از آن‌ها می‌خواهد یک یا هر چندتایی را که دوست داشتند، مثل جلسه هفتم، بدون کلام، با دستورات ذهنی و با زبان بدن مرحله به مرحله انجام دهند و جلسه بعد فقط یک مورد را نمایش دهند.</p> <p>- با توجه به اینکه تکلیف این مرحله از مراحل قبل دشوارتر است، مربی یک نمونه برای والدین اجرا می‌کند و از ایشان می‌خواهد هنگامی که کودکانشان در منزل تکلیف را انجام می‌دهند، به خوبی مراقبت نمایند که بدون کلام باشد.</p>
۴۵ دقیقه	<p>- مربی تکالیف خودآموزی پنهان کودکان را بررسی و مانند جلسات قبل، کودکان را تشویق فردی و جمعی به صورت پنهان می‌کند (بدون صدا) و به کودکان نیز می‌گوید همدیگر را به صورت پنهان تشویق کنند و از همدیگر تشکر نمایند.</p> <p>- مربی از بین پنج برگه تکلیفی که برای جلسه قبل به کودکان برای تکلیف منزل داده بود، یکی را که کودکان انجام ندهاده‌اند، برای تمرین مستقل خودآموزی پنهان کودکان برمی‌گزیند و به آنان توضیح می‌دهد که چگونه با خودآموزی پنهان و بدون راهنمایی مربی آن را انجام دهند.</p> <p>- مربی از کودکان می‌خواهد سه تکلیف مشابه تکلیفی که در کل جلسات انجام شد، انتخاب کنند و یکی را با خودراهنمایی آشکار (صدای بلند)، تکلیف دوم را با خودراهنمایی کم‌رنگ شده (نجوا) و تکلیف سوم را با خودآموزی پنهان (بدون صدا) انجام دهند.</p> <p>- مربی تکلیف کودکان را برای والدین توضیح داده و نظارت والدین را توجیه می‌کند (والدین باید بر هر سه تکلیف نظارت داشته باشند).</p>
۱ ساعت	<p>- مربی تکالیف جلسه قبل کودکان را بررسی می‌کند و به خاطر انجام دقیق تکالیف، آن‌ها را تشویق می‌کند؛ تشویق همگانی، خود موجب تقویت دانش آموزان می‌شود.</p> <p>- مربی برای یادآوری و جمع‌بندی سه مرحله خودآموزی کلامی، یک فعالیت نزدیک به متغیرهای وابسته تحقیق را طراحی می‌کند و این فعالیت را با خودراهنمایی آشکار (صدای بلند)، الگوسازی کم‌رنگ شده خودراهنمایی آشکار (نجوا) و خودآموزی پنهان (بدون صدا) انجام می‌دهد. در اینجا این شعر برای سه مرحله خودآموزی کلامی سروده شده که هدف را تأمین می‌کند:</p> <p>ما بچه‌ها ز رنگیم، همه با هم رفیقیم تو کارای گروهی، منظم و دقیقیم با همکاری می‌تونیم، مشکلا رو حل کنیم ما با انرژی و شاد، درسامونو می‌خونیم ما همیشه خوشحال و آروم و مهربونیم ناراحتی نداریم، مثل گلا خندونیم ما غم و غصه‌ها رو، همیشه دور می‌ریزیم</p>

ما خوب و فهمیده‌ایم پیش همه عزیزیم

درسامونو می‌خونیم، با ادب و تمیزیم

۴۵ دقیقه - بعد از خوانش شعر، مربی پس‌آزمون را اجرا کرده، به کودکان یادآوری می‌کند که جلسه بعد ۲ ماه دیگر است و آن‌ها باید این شعر را یاد بگیرند؛ همچنین از تکالیفی که در جلسات گذشته انجام شد یا تکالیف مشابه هر هفته، یک مورد را بدون صدا انجام دهند و برای جلسه بعد یعنی ۲ ماه آینده تشریف بیاورند.

- مربی با معرفی کتب سرگرمی و بازی مخصوص سن کودکان، از والدین می‌خواهد به کودکان کمک کنند تا گاهی با نظارت آن‌ها تکالیف کتاب یا کتاب‌های درسی و یا فعالیت‌ها و وظایف عمومی خود را با سه مدل کاری که در جلسات آموزش داده شد (سه مرحله خودآموزی کلامی) انجام دهند؛ همچنین تاریخ جلسه بعد را برای والدین مشخص می‌کند و دلیل تشکیل آن جلسه را به ایشان توضیح می‌دهد.

۳. یافته‌های پژوهش

کنترل جای گرفتند، کودکان دارای اختلال ADHD هستند که در رده سنی ۱۰ تا ۱۲ سال قرار داشتند.

در پژوهش حاضر، گروه بررسی شده که در دو گروه آزمایش و

جدول ۲. فراوانی و سن افراد

سن	گروه آزمایش	گروه کنترل
۱۰	۷	۶
۱۱	۶	۶
۱۲	۲	۳
کل	۱۵	۱۵

همان‌طور که قبلاً گفته شد، برای آزمون فرضیه‌های تحقیق از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد که نتایج آن به شرح زیر است:

جدول ۲ نشان می‌دهد که در گروه آزمایش، ۷ کودک ده‌ساله، ۶ کودک یازده‌ساله و ۲ کودک دوازده‌ساله، و در گروه کنترل، ۶ کودک ده‌ساله، ۶ کودک یازده‌ساله و ۳ کودک دوازده‌ساله قرار گرفته‌اند.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیرها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
تعاملات اجتماعی	گروه خودآموزی	۲۸/۴۰۰	۱۴/۵۱۰۱۰	۵۱/۸۰۰	۹/۵۰۳۳۸
	کنترل	۴۵۰۰	۱۱/۹۹۴۹	۴۲/۳۳۳۳	۹/۸۲۴۶۵
اضطراب	گروه خودآموزی	۴۷/۲۶۶۷	۱۵/۱۸۲۰۷	۳۶/۴۰۰	۱۱/۷۴۶۱۲
	کنترل	۴۵/۰۰۰	۱۷/۷۳۲۱۳	۴۲/۲۶۶۷	۱۸/۶۲۹۷۳
خودانگی	گروه خودآموزی	۶۸/۲۰۰	۹/۰۸۰۵۹	۴۹/۱۳۳۳	۹/۴۰۲۶۳
	کنترل	۵۱/۳۳۳۳	۱۲/۴۱۹۲۶	۵۵/۵۳۳۳	۱۰/۳۱۵۵۰

در متغیرهای وابسته تفاوت زیادی با پیش‌آزمون نداشت. در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل نسبتاً نزدیک به هم بودند. باوجود این، در مرحله پس‌آزمون تفاوت میانگین دو گروه محسوس بود. به‌منظور معناداری تفاوت بین میانگین نمرات گروه کنترل

براساس جدول ۳، پس‌آزمون گروه آزمایش که مداخله آموزش خودآموزی کلامی را دریافت کردند، در متغیرهای تعاملات اجتماعی، اضطراب و خودانگی تفاوت زیادی با پیش‌آزمون داشت؛ حال آنکه نمرات پس‌آزمون گروه کنترل که مداخلات مبتنی بر آموزش خودآموزی کلامی را دریافت نکردند،

و آزمایش، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

جدول ۴. آزمون چندمتغیره تحلیل کوواریانس

سطح معناداری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی (فرضیه)	F	مقدار	آزمون‌ها
۰/۰۱۰	۲۳/۰۰۰	۳/۰۰۰	۴/۷۳۷	۰/۳۸۲	اثر پیلایی
۰/۰۱۰	۲۳/۰۰۰	۳/۰۰۰	۴/۷۳۷	۰/۶۱۸	لامبدای ویلکز
۰/۰۱۰	۲۳/۰۰۰	۳/۰۰۰	۴/۷۳۷	۰/۶۱۸	اثر هاتلینگ
۰/۰۱۰	۲۳/۰۰۰	۳/۰۰۰	۴/۷۳۷	۰/۶۱۸	بزرگ‌ترین ریشه‌روی

خودآموزی کلامی بر دو متغیر وابسته تأثیر مثبت دارد. به‌منظور بررسی تأثیر آموزش خودآموزی کلامی بر هریک از متغیرهای پژوهش، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

مطابق جدول ۴، در چهار آزمون چندمتغیره تحلیل کوواریانس، سطح معناداری هر چهار آزمون (۰/۰۱۰) کمتر از ۰/۰۵ بود که تفاوت حداقل بین دو متغیر وابسته گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌داد؛ یعنی حداقل آموزش

جدول ۵. نتایج آزمون m box جهت یکسانی واریانس خطا

۲/۳۴۹	m box
۰/۷۳۸	F
۴۲	درجه آزادی صورت
۴۲۸.۴۹۴۵	درجه آزادی مخرج
۰/۵۲۹	سطح معناداری

است ($p > 0/05$). بنابراین اعتبار و پایایی نتایج بعدی تأیید شد.

نتایج جدول ۵ نشان داد که مفروضه یکسانی واریانس خطا در مرحله پس‌آزمون مربوط به متغیرهای پژوهش مورد تأیید

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره

متغیرها	مجموع مجذورات بین‌گروهی	توجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات ایتنای سهمی
تعاملات اجتماعی	۷۳۰/۳۶۲	۱	۷۳۰/۳۶۲	۸/۱۵۶	۰/۰۰۹	۰/۲۴۶
اضطراب	۱۵۲/۱۹۴	۱	۱۵۲/۱۹۴	۰/۸۵۵	۰/۳۶۴	۰/۰۳۳
خودانگی	۶۳۰/۷۶۹	۱	۶۳۰/۷۶۹	۶/۷۵۵	۰/۰۱۵	۰/۲۱۳

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش خودآموزی کلامی بر متغیرهای تعاملات اجتماعی، اضطراب و خودانگی در کودکان دارای اختلال ADHD انجام شد. نتایج جدول ۳ نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت زیادی داشت که بدان معناست که به‌طور کل آموزش خودآموزی کلامی بر تمام متغیرهای وابسته (تعاملات اجتماعی، اضطراب و خودانگی) مؤثر بوده است.

اما با توجه به یافته‌های جدول ۶، فرضیه اول تحقیق، یعنی تأثیر آموزش خودآموزی کلامی بر سطح تعاملات اجتماعی کودکان دارای اختلال ADHD، با سطح معنادار $p < 0/05$ معنادار است؛ یعنی آموزش خودآموزی کلامی سطح تعاملات اجتماعی کودکان ADHD را بهبود بخشیده است. این یافته با

جدول ۶ نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون، در متغیر اضطراب تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0/05$). از طرف دیگر بین گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای خودانگی و تعاملات اجتماعی تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/05$). براساس این یافته‌ها می‌توان گفت آموزش خودآموزی کلامی در اضطراب کودکان دارای اختلال ADHD تأثیر ندارد؛ اما در خودانگی و تعاملات اجتماعی کودکان دارای اختلال ADHD مؤثر است. با توجه به مجذور ایتنای سهمی، آموزش خودآموزی کلامی ۲۱/۳٪ از واریانس خودانگی، ۳/۳٪ از واریانس اضطراب و ۲۴/۶٪ از واریانس تعاملات اجتماعی کودکان ADHD را تعیین می‌کند.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

کاهش یا افزایش مشکلات این کودکان دارد. اثر داغ (انگ) اختلال مانع تمایل همسالان به کودکان دارای این اختلال می‌گردد. اما با آموزش خودآموزی کلامی، کنترل کودک بر بازداری پاسخ و سازمان‌دهی رفتار بهبود می‌یابد و به دنبال آن موجب برقراری ارتباط دوستانه با کودک می‌شود [۱۶].

بنابراین آموزش خودآموزی کلامی مهارت‌های اجتماعی و جایگاه اجتماعی کودک را تقویت می‌کند و موجب افزایش توفیق زندگی اجتماعی و تحصیلی کودکان ADHD می‌شود. از محدودیت‌های تحقیق می‌توان به مسائل مالی در زمینه تشکیل جلسات آموزشی و عدم همکاری مناسب والدین اشاره کرد.

پیشنهادات و کاربردها

۱. توجه به این نوع آموزش و درمان می‌تواند به تولید ایده‌ها و نظریات جدید در این حوزه منجر شود و این درمان‌ها را کارآمدتر سازد.
۲. این پژوهش و نظایر آن می‌تواند در زمینه تجاری به ساخت وسایل سرگرمی و اسباب‌بازی و تألیف کتب در این زمینه منجر شود.
۳. تبدیل این بسته آموزشی به فیلم یا انیمیشن در رفع مشکلات کودکان ADHD و خانواده‌های آنان مؤثر است.
۴. این پژوهش و تحقیقات مشابه از افت تحصیلی این کودکان پیشگیری می‌کند.

قدردانی و تشکر

از مسئولان کلینیک روان‌شناختی آموزش و پرورش سبزوار که در انجام دادن این پژوهش سعی و تلاش بی‌وقفه داشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

نتایج پژوهش‌های پیشین، تورج هاشمی و همکاران [۶]، زنی سان [۸]، ناهید سعید و همکاران [۹] و ماریا جیون و همکاران [۱۳]، مطابقت داشت.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت مهم‌ترین مانع روابط اجتماعی در کودکان دارای اختلال ADHD ویژگی اصلی نارسایی توجه، فزون‌کنشی و تکانشگری آن‌هاست. مشکلات توجه در این کودکان باعث می‌شود نتوانند در دنبال کردن گفت‌وگوها و درک سرنخ‌های اجتماعی موفق عمل کنند. خودآموزی کلامی توانست با افزایش دامنه توجه و نظم بخشیدن به تفکر و گفتار، این نقص را مرتفع کند [۱۵].

در فرضیه دوم، آموزش خودآموزی کلامی بر متغیر اضطراب تأثیر نداشت ($p>0/05$). این نتیجه با یافته‌های محمدناصر و همکار [۷] تناسب داشت؛ ولی با بیشتر پژوهش‌هایی که با روش‌هایی غیر از درمان‌های شناختی انجام شده بود، مغایرت داشت. علل احتمالی این نتایج متناقض به این شرح است:

۱. تمام گروه آزمایش دانش آموز دوره ابتدایی بودند و بیشتر انگیزه آن‌ها از شرکت در این دوره، آموزش پیشرفت درسی بود که این خود می‌توانست اضطراب آن‌ها را افزایش دهد یا دست‌کم تأثیری بر اضطراب نداشته باشد.
۲. وجود اختلالات همبود در کودکان ADHD فرایند درمان را کند می‌کند و بهبود نشانه‌ها را به تأخیر می‌اندازد.
۳. با توجه به اینکه اضطراب به درمان‌های طولانی مدت نیاز دارد، شاید زمان اجرای مداخله آموزش خودآموزی کلامی برای تأثیر در اضطراب کافی نبوده است.

در فرضیه سوم، آموزش خودآموزی کلامی بر خودانگیزی تأثیر مثبت و معناداری داشت ($p<0/05$). این یافته با نتایج تحقیق کیفی عبداللهی و همکاران [۸] تناسب داشت. یکی از عوامل مهم مشکلات کودکان ADHD اثر آنگ (برچسب) اختلال است. نگرش‌ها، رفتارها و پیش‌داوری‌های همسالان نقش مهمی در

References

- [1]. Rostami G, Hogati H, Atefe. farther up Dsm-5, publications, ghomt. 2016. (Persian)
- [2]. Alizadeh H. Attention deficit/hyperactive disorder, qualities, Assessment and Remedx, publications, Roshd. 2007. (persian)
- [3]. Kangi M, Kangi H. Psychology special children basis Dsm-5, Tehran, publications, savlan. 2017. (persian)
- [4]. Ghasabi S, Tagrishi M. Attention deficit/hyperactive disorder, quarterly periodical psychologists Iranian, number. 2009. (persian)
- [5]. Hadianfar H, Nacharian B. Remedv, verbal self-instruction quarterly periodical, freshes psycho remedy, numbers. 19. 20. 2018. (persian)
- [6]. Hashemi T, Agnbali A, Alilo M. Effect verbal self-instruction in health agreeable society in CD, magazine psychology clinical, number.2. 2009. (persian)
- [7]. Mohammad N, Kobraghamari M. Effect Training parents in dicrase Anxity psychology, Iran. Cod coi246r. (persian)
- [8]. Abdollahi H, Piri A. Stigma and identity society in Rasht, magazine Prablom society Iran. 5. 6. 2011. (persian)
- [9]. Zhenzis, The Effectiveness of verbal SBLF-INS truction program on the symptoms of ADHD: controlled before and after studv' Neuro Quantology'. 2017, 15, 121-26.
- [10]. Nahed saied El-Naggar, Manal Hassan Abo-Elmagd, Hanan Ibrahim Ahmad' Effect of apling play therapy on children with ADHD, journal of nursing Education and practice, 5. 2017.
- [11]. Ahna H, Dolores MR, Josep MH, Jose A. A Apilot study of the Efficacy of a Mindfulness Program for children Newly Diaghosed with Attention-Deficit Hy peractivity Disorder: Im pact on core symptoms and Executive function, Logical. 17. 3. 2017. 305-16.

- [12]. Thygarajan R. A case study using cognitive-Behavioral therapy Management of ADHD, INDIAN psychology, 2016, ISSN 2348-539.
- [13]. Chien/c chung H. Effects of an 8-week voga discrimination function in children with attention deficit hyperactivity disorder, peerj 2883. 10. 12. 2017.
- [14]. Maria J, Cardoso M, Lucia T, Cesar R. Socio-emotional intervention in attention deficit hyperactive disorder, European Journal of Education and psychology. 8. 2015. 53-59.
- [15]. Nixon E. The social competence of children with ADHD, A review of the literature with ADHD, A review of the literature. Child psychology and psychiatry, Review. 6. 172-80.
- [16]. Martin JK, Pescosolido BA. The construction of fear: Americans, preferences for social distance from children and adolescents with mental health problems, Journal of health and social Behavior. 48. 2007. 50-67.
- [17]. Frank C Verhulst-Assement Scales in Child and Adolescent Psychiatry. 1951
- [18]. Asadi R. Assessment Scales in Child. 2008.

The Effectiveness of Verbal self-Instruction on the Level Social in Teraction Anxiety and Self Stigma of Children Wihd Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

Abdolmajed taheri¹, Amir Ghamarani^{*2,3}, Parviz asgary⁴, Salar Faramarzi³, Fariba hafezi⁵

1- PhD Candidate of Psychology and Exceptional Children Education Department, Ahvaz Branch.Islamic Azad University, Ahvaz, Iran .Psychology and Exceptional Children Education Department, Research and Science Campus of Khuzestan, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

2- Visiting Assistant Professor Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

3- Assistant Professor of Psychology and Children Education with Special Needs Department, Psychology College, Isfahan University, Iran.

4- Associate Professor Department of Psychology, Ahvaz branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

5- Assistant professor Department of Psychology , Ahvaz branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Abstract

Introduction: Attention deficit / hyperactivity disorder is the most common childhood that can affect the child's social and educational life. Considering that different therapies have been used to relieve the symptoms of this disorder, the purpose of this study was to investigate the effectiveness of cognitive-educational teaching on verbal self-learning on social interactions, anxiety and autonomy of these children.

Methods: This is a semi-experimental research. The statistical population of this study was all children with attention deficit / hyperactivity disorder, of which 30 were selected from clients referring to Sabzevar Counseling and Psychology Clinic and completely Randomized in both experimental and control groups. Data were collected from the children's spence anxiety questionnaire, Social Interactions, Kearsam and Elliot (1990), and Michael King's Self-Defense Questionnaire and for attention deficit / hyperactivity disorder recognition. The Convergs Questionnaire (1960) was used for parents' form, for data analysis, statistics Descriptive, mean standard deviation and inferential statistics of multivariate covariance analysis were used and data were analyzed using spss22 software.

Results: Findings showed that the effect of verbal self-learning on the social interactions of children with attention deficit / hyperactivity disorder was positive and significant ($p < 0.05$) and their correlation ($P < 0.05$) was positive and significant. But their level of anxiety ($p < 0.05$) is not significant.

Received: 2018/10/20

Accepted: 2018/12/19

Keywords: Self-Instruction, Child Interaction, Anxiety, Self-Stigma, Attention Deficit Hyperactiveity Disorder.