

رابطه نظام های فعال ساز رفتار / بازداری رفتار با مهارت های ارتباطی در دانش آموزان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی ADHD

یگانه مظهری^۱

^۱ دانشجوی لیسانس آموزش کودکان استثنائی دانشگاه فرهنگیان نسیمیه تهران، ایران

چکیده

هدف از پژوهش حاضر رابطه نظام های فعال ساز رفتار / بازداری رفتار با مهارت های ارتباطی در دانش آموزان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی ADHD می باشد. پژوهش حاضر از نظر هدف بنیادی و از نظر شیوه گردآوری اطلاعات تحقیق توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانش آموزان دوره ی متوسطه دوم دارای اختلال نارسایی توجه / بیش مراجعه کننده به مراکز مشاوره تحت نظر آموزش و پرورش شهرستان سمنان می باشند که حجم نمونه با تخصیص مناسب بر اساس جدول مورگان ۱۰۳ نفر برآورد شد. در این پژوهش برای بررسی نظام های بازداری رفتاری، فعال سازی رفتار از پرسشنامه فعال ساز، بازداری رفتاری (کارور و وایت) و پرسشنامه مهارت های ارتباطی کوئین دام CSTR استفاده شده است. در این تحقیق به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آماری ضریب همبستگی اسپیرمن و رگرسیون گام به گام استفاده شد. تحلیل داده ها حاکی از وجود رابطه مثبت و معنادار بین متغیر متغیر بازداری، فعال سازی با مهارت های ارتباطی می باشد. این بدین معنا می باشد که سیستم فعال ساز رفتار مهارت های بالا ارتباطی را تبیین می کند و سیستم بازداری رفتار با مهارت های پایین ارتباطی ارتباط دارد.

واژه های کلیدی: نظام های بازداری رفتاری، فعال سازی رفتاری، مهارت های ارتباطی، اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی

مقدمه

تحقیقات نشان داده است که عمده اختلالات کودکی که باعث ورود متخصصان بهداشت روان به درمان می شود، اختلالات رفتاری است (محمدی زاده و همکاران، ۱۳۹۵) در این میان اختلال کمبود توجه / بیش فعالی به عنوان شایع ترین اختلال کودکی مورد توجه بسیاری از متخصصان، معلمان و والدین قرار گرفته است. اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی شایع ترین اختلال رشدی / عصب شناختی در کودکان است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). انجمن روانشناسی آمریکا (۲۰۱۵) از میان انواع اختلالات نارسایی توجه / بیش فعالی، مهم ترین آن ها را اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی از نوع بیش توجهی قالب و نوع بیش فعالی قالب و نوع ترکیبی می داند. بر آورد شده است که ۳ تا ۷ درصد کودکان دارای این اختلال باشند. این اختلال اشاره به افرادی دارد که سطحی از بی توجهی، بیش فعالی یا تکانشگری را نشان می دهند که مشکلاتی در خانه، مدرسه یا در بعضی از موقعیت های اجتماعی دارند (می کولائزک و لومینت، ۲۰۰۸). اختلال نقص توجه / بیش فعالی به عنوان الگوی تکراری بیش فعالی، تکانشگری و بی توجهی توصیف شده است که غالباً شروع آن قبل از هفت سالگی بوده و شدیدتر از آن است که قابل اسناد به رشد طبیعی باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۷؛ DSM V-TR). مشخصه اصلی کودکان دارای نارسایی توجه / بیش فعالی عدم تمرکز حواس، نقص توجه و حافظه است. تا تاکنون علت رسمی این اختلال مشخص نشده است اما نارسایی در یک یا چند مورد از عملکردهای اجرایی مغز و مهارت های شناختی را می توان نام برد. بررسی های تصویرنگاری های عصبی نشان داده است که کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در مخچه و قطعه ی پیشانی که دارای کارکردهای اساسی در برنامه ریزی، سازمان دهی، تصمیم گیری، ادراک زمان، بازداری و تفکر هستند مشکل دارند. (بارکلی، ۱۹۹۸؛ گیدنز و همکاران، ۱۹۹۴؛ هایند و همکاران، ۱۹۹۱)

بارکلی (۱۹۹۷) معتقد است که پژوهش هایی که تاکنون در مورد اختلال بارکلی نارسایی توجه / بیش فعالی صورت گرفته است بیشتر جنبه ی توصیفی داشته است که در نهایت ویژگی های رفتاری، شناختی و اجتماعی این کودکان را معرفی کرده اند.

به اعتقاد بارکلی (۱۹۹۷) بازداری رفتاری، فرآیندی عصب - شناختی است که به کودکان کمک می کند تا پاسخ «درنگیده» بدهند. بازداری رفتاری سه فرایند به هم پیوسته را دربر دارد: (۱) بازداری پاسخ یا رویداد غالب (۲) توقف پاسخ جاری، ایجاد فرصت درنگ در تصمیم گیری برای پاسخ دادن یا ادامه پاسخ و (۳) حفظ این دوره ی درنگ و پاسخ های خود فرمان که در این دوره اتفاق می افتند (کنترل تداخل). پاسخ غالب، پاسخی است که تقویت آنی به دنبال دارد (مثبت یا منفی) یا این تقویت کننده با آن تداعی شده است. بازداری چنین پاسخی برای کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی کار بسیار دشواری است. دومین شکل بازداری (توقف پاسخ جاری) ممکن است از تعامل حافظه ی کاری با توانایی بازداری پاسخ های غالب ناشی شود. سیستم فعال کننده رفتاری مکانیسمی مغزی است که محرک ها را کنترل می کند. لایه زیر جلدی سیستم فعال کننده رفتاری شامل سیستم های دوپامین به ویژه مسیرهای دوپامین جانبی میانی است. نتیجه پژوهش ها نشان داده است که قسمت های مختلف مغز این کودکان دارای ناهنجاری های است. برای مثال در مغز این کودکان، دستگاه شبکه ای که در عمل کرد توجه و هشیاری نقش دارد به درستی عمل نمی کند (کر، ۲۰۰۲). بررسی های سوخت و ساز بدن نیز نشان داده اند

^۱ Sadock & Sadock

^۲ Mikolajczak & Luminet

^۳ Barkley

^۴ Corr

که این کودکان در شیمی عصبی مغز دارای مشکلاتی هستند. یکی از مهمترین فرضیه های مطرح شده در این زمینه، فرضیه کارکرد دوپامین است. از آنجا که دوپامین نقش مهمی در میزان بر انگیزتگی مغز دارد می توان به نقش داروهای روان محرک و متیل فنی دیت (ریتالین ۱۹) و تأثیر آن ها بر سیناپس های نورایی نفرین و تحریک دوپامین بهتر پی برد. از سوی دیگر، درفرضیه سروتونین گفته می شود که سطح سروتونین در مغز این کودکان پایین است ولی این ادعا مورد تأیید برخی از صاحب نظران قرار نگرفته است (بلانچارد، گریبل و بلانچارد، ۲۰۱۰). از سوی دیگر، مطالعه بر عقده های پایه نشان می دهد که آسیب به این منطقه ممکن است به مشکلاتی از قبیل بیش فعالی منجر شود (چانگ، ۲۰۱۷).^۶

از آنجا که کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش فعالی مشکلاتی در زمینه خود تنظیمی دارد و برای تنظیم رفتارهایشان بیشتر به پسخورندهای محیطی وابسته هستند (بارکلی، ۱۹۹۷؛ به نقل از شریفی و محمدی، ۱۳۹۴). مطالعه مهارت ارتباطی، الگوهای ارتباطی و تعامل آن ها با خانواده و دوستان و ... اهمیت بسزایی دارد. ارتباط میان فردی اساس و شالوده هویت و کمال انسان و مبنای پیوند وی با دیگران است. ارتباطات مؤثر موجب شکوفایی و بهبود کیفیت روابط افراد می شود. این در حالی است که ارتباطات غیر مؤثر مانع شکوفایی انسان شده، روابط را تخریب می کند. مهارت های ارتباطی مجموعه ای از توانایی های بالقوه و بالفعل فرد بوده که با استفاده از آن می توان به رفتاری قابل پذیرش و آگاهی بخش تا رسیدن به سطحی از رابطه عاطفی دست یافت (علوی، هاشمیان و جنتی، ۱۳۹۶) در یک تقسیم بندی مهارت های ارتباطی به سه دسته مهارت های ادراکی، محتوایی و فرآیندی تقسیم شده اند که مهارت های محتوایی و فرآیندی جنبه ی بین فردی دارند و مهارت های فرآیندی، مهارت هایی هستند که در برنامه های آموزشی از آن ها استفاده می شود (سلطانی عربشاهی، عجمی و سابانی، ۲۰۰۴). براساس مدل های ارتباطی، اطلاعاتی که فرد از طریق حواس پنج گانه خود به دست می آورد بر اساس ارزش ها، عقاید و تصمیمات از فیلتر پردازش اطلاعات می گذرند و فرد این داده ها را می تواند تغییر و تعمیم دهد (امس، ۲۰۰۲).^۸

پلهام و بندر (۱۹۸۴، ۱۳۶۳) تخمین زده اند که بیش از ۵۰ درصد از کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش فعالی دارای مشکلات قابل توجهی در برقراری روابط اجتماعی مناسب با کودکان دیگر می باشند. تحقیقات گذشته نشان داده است که بسیاری از کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش فعالی مشکلات شدید اجتماعی را در زمان طرد شدن توسط همسالان در هنگام برقراری ارتباط با آنان از خود بروز می دهند. بنابر این کمبود مهارت های اجتماعی و عدم توانایی لازم در کنترل تکانه ها باعث می شود تا کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش فعالی مشکلاتی را در زمینه سازگاری و پیوند اجتماعی از خود بروز دهند (مشهدی و همکاران، ۱۳۸۸).

سیمون و سیلگمن (۱۹۹۹) نشان داده اند که ضعف در مهارت های اجتماعی منجر به بی کفایتی اجتماعی می گردد. با توجه به این که ضعف در کفایت اجتماعی می تواند باعث آسیب های رفتاری و عاطفی در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش

^۶-Blanchard , Griebel & Blanchard

^۱ Chang

^۲ Barkley

^۳ Ames

^۴ Simon

فعالی گردد، بدین صورت که می‌تواند منجر به عدم برقراری ارتباط سازنده و مطلوب با همسالان، ضعف در مهارت‌های جرات ورزی، گوشه‌گیری و انزوا طلبی، عزت نفس پایین و اضطراب بالا در این کودکان شود. بنابراین اهمیت دارد تا پژوهش‌هایی در این زمینه جهت بهبود کفایت اجتماعی و جلوگیری از پیامدهای منفی ضعف در مهارت‌های ارتباطی صورت پذیرد. گومز، واتسون و اساورلوپوس (۲۰۲۰) در پژوهشی به بررسی ارتباطات سیستم مهار رفتاری با شناخت‌های اجتماعی مغرضانه منفی در دانش‌آموزان دارای اختلال بیش فعال/ فزون کشی پرداختند. یافته‌ها بیانگر تعدیل توسط (سائق) BAS-D را برای پیش‌بینی مقایسه اجتماعی، بی‌حوصلگی اجتماعی، اظهارات خود منفی و تعدیل توسط BAS-RR (پاسخ دهی به پاداش) را برای پیش‌بینی‌های عدم تحقق اجتماعی، اظهارات خود منفی، و ترس از ارزیابی منفی است. برای اثرات تعدیل، اعتدال در سطوح پایین‌تر BAS-D (سائق) و در سطوح بالاتر BAS-RR (پاسخ دهی به پاداش) وجود داشت. فیروزی و احسانی (۱۳۹۹) در پژوهشی به بررسی آموزش خود نظم بخشی رفتاری-هیجانی؛ روشی برای بهبود فعالیت عملکرد اجرایی و علائم بیش کنشی در نوجوانان مبتلا به ADHD پرداختند. نتایج نشان داد در پس آزمون همه متغیرها شامل سازماندهی ذهنی، توانایی هدف‌گذاری، حل مسأله، خود انگیزگی بهبود پیدا کردند و نشانه‌های ADHD کاهش یافته بود. در پیگیری دو ماهه، توانایی حل مسأله به لحاظ آماری معنادار نبود و توانایی در هدف‌گذاری چه در پس آزمون و چه در دوره پیگیری علاوه بر معناداری، به دلیل پایین بودن اثر اندازه، نتوانست با مداخله بهبود پیدا کند. نتایج بیانگر این امر است که درمان خود نظم بخشی رفتاری-هیجانی توانسته اثرات مثبتی بر عملکرد اجرایی و کاهش نشانه‌های ADHD داشته باشد، اما برای اثر بخشی بیشتر به زمان طولانی‌تر مداخله و تمرین بیشتر مهارت‌ها نیاز است.

نوجوانی دوره مهمی از رشد جسمی، اجتماعی، روانی و شناختی است. نوجوانان انتخاب‌های مهمی در مورد سلامتی، رشد نگرش و رفتارهای بهداشتی انجام می‌دهند که بزرگسالی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. نوجوانان و جوانان در هر کشوری به لحاظ تحرک اجتماعی و بالندگی، نقش محوری را در توسعه همه جانبه ایفا می‌کنند. اختلال نقص توجه/بیش فعالی، از شایع‌ترین اختلال‌های روان پزشکی در کودکان و نوجوانان است. مبتلایان در حوزه‌های مختلف مشکل دارند، مانند اختلال در نقص توجه دیداری و شنیداری که نقش مهمی در فعالیت‌های روزمره زندگی دارد. اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی با شروع کودکی است (اسمائی و همکاران ، ۲۰۱۵). اهمیت این اختلال^۱ به دلیل شیوع بالای آن می‌باشد که ۵۰ درصد کودکان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روانپزشکی را تشکیل می‌دهد و آمار نشان می‌دهد که حدود ۳ تا ۵ درصد کودکان در سن مدرسه مبتلا به بیش‌فعالی می‌باشند با توجه به شیوع بالای این اختلال که جمعیت وسیعی از کودکان و نوجوانان را شامل می‌شود یک مسأله مهم بهداشت روانی جامعه تلقی می‌شود. بنابراین لازم است در این زمینه پژوهش‌ها و مطالعات لازم صورت گیرد. خانواده تشکل طبیعی است که الگوهای گوناگون ارتباطی و عملکردی را در گذر زمان به خدمت می‌گیرد و این الگوها ساخت خانواده را شکل می‌دهند و ضمن تعیین نقش اعضای خانواده، حیطه هر یک از اعضا را مشخص و تبادل نظر میان اعضا را تسهیل می‌کنند. برای اینکه وظایف اصلی خانواده بهتر صورت گیرد خانواده باید دارای ساخت عملکردی کارآمد و سالم باشد. اهمیت، توجه و حفظ چنین ساختاری با در نظر گرفتن نقش روحی، روانی، عاطفی و اجتماعی و همچنین رفتاری خانواده و الگوپردازی فرزندان در یک محیط عاطفی انکارناپذیر است (کنتول ، ۲۰۱۶). لذا ضرورت

^۱Sigelman^۱Smalley & Et All^۱Cantwell

دارد تا در این زمینه پژوهش های مختلفی صورت گیرد تا عملکرد خانواده ها به ویژه عملکرد خانواده ی کودکان بیش فعال بهبود یابد.

حال سؤال اساسی این پژوهش این است که چه آیا بین نظام های فعال ساز رفتار/ بازداري رفتار با مهارت های ارتباطی در دانش آموزان دارای اختلال نارسايي توجه/ بیش فعالی رابطه معنی داری وجود دارد؟

روش پژوهش

با توجه به هدف این تحقیق که به دنبال تعیین رابطه نظام های فعال ساز رفتار/ بازداري رفتار با مهارت های ارتباطی در دانش آموزان دارای اختلال نارسايي توجه/ بیش فعالی ADHD می باشد. از این رو روش تحقیق بر اساس هدف بنیادی، بر اساس روش های گردآوری اطلاعات توصیفی و از نوع همبستگی و بر اساس ماهیت داده ها از نوع کمی می باشد می باشد چرا که هدف روش همبستگی، بررسی و اندازه گیری میزان رابطه متغیرها با هم است. جامعه آماری در این تحقیق، کلیه دانش آموزان دوره ی متوسطه دوم دارای اختلال نارسايي توجه/ بیش مراجعه کننده به مراکز مشاوره تحت نظر آموزش و پرورش شهرستان سمنان که تعداد آن ها در این دوره ی ۶ ماه ۱۲۰ نفر و همگی آن ها بر اساس چک لیست نشانه های اختلال نارسايي توجه/ بیش فعالی برای بزرگسالان بر اساس DSm-V و نظرات پزشک بالینی مورد تأیید بود. روش نمونه گیری بصورت در دسترس بود که نمونه ۱۰۳ نفر با توجه به جدول کرچسی مورگان و با تخصیص مناسب برآورد شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و استنباطی بهره گرفته خواهد شد. در بخش استنباطی از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام استفاده شد که تحلیل آن با کمک نرم افزار SPSS-۲۵ صورت گرفت.

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه نظام های فعال ساز، بازداري رفتاری (Behavioral inhibition system/behavioral activation system)

مقیاس سیستم های بازداري / فعال سازی رفتاری توسط کارور و وایت (۱۹۹۴)، ساخته شد. این مقیاس شامل ۲۰ پرسش خود گزارشی و دو زیر مقیاس است: زیر مقیاس سیستم بازداري رفتار و زیر مقیاس سیستم فعال سازی رفتار. زیر مقیاس بازداري رفتار، در این پرسشنامه شامل هفت آیتم است که حساسیت سیستم بازداري رفتاری یا پاسخ دهی به تهدید و احساس اضطراب هنگام رویارویی با نشانه های تهدید را اندازه می گیرد. زیر مقیاس فعال سازی رفتار، نیز سیزده آیتم است، که حساسیت سیستم فعال ساز رفتار را می سنجد، و خود شامل سه زیر مقیاس دیگر است که عبارت اند از: سائق (BAS-DR، چهار آیتم)، پاسخ دهی به پاداش (BAS-RR، پنج آیتم)، و جستجوی سرگرمی (BAS-FS، چهار آیتم). آیتم ها روی یک مقیاس چهار درجه ای توسط آزمودنی رتبه بندی می شود (از ۱- کاملاً مخالف ۴- کاملاً موافق). کارور و وایت (۱۹۹۴)، ثبات درونی زیر مقیاس سیستم بازداري رفتار را ۰/۷۴ و ثبات درونی سیستم فعال سازی رفتار را ۰/۷۱ گزارش کرده اند. خصوصیات روان سنجی نسخه فارسی این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۷)، در دانشجویان دانشگاه شیراز مطلوب گزارش شده است. برای سنجش پایایی ضرایب همسانی درونی برای مقیاس بازداري ۰/۰۶۹، مقیاس کلی فعال سازی ۰/۷۸، زیر مقیاس سائق (BASD) ۰/۸۷، زیر مقیاس پاداش (BASR)، ۰/۷۴ و زیر مقیاس جستجوگری (BASF)، ۰/۶۵ گزارش شده است. به منظور برآورد پایایی

^۱Carver & White

آزمون، مقیاس بازداری فعال سازی رفتار، دو بار بافاصله زمانی دو هفته اجرا گردید و این ضرایب برای مقیاس بازداری و زیر مقیاس های فعال سازی، کشاننده، پاداش، جستجوگری و کل مقیاس فعال سازی به ترتیب برابر با $0/062$ ، $0/073$ ، $0/071$ ، $0/068$ و $0/071$ برآورد گردید که همگی معنادار بوده اند ($p < 0/001$)، محمدی، (۱۳۸۷). به منظور برآورد روایی همگرا و واگرا از روش ضریب همبستگی استفاده شد. ضرایب همبستگی مقیاس بازداری رفتار با افسردگی و اضطراب معنادار و به ترتیب برابر با $0/22$ و $0/31$ بود و نشانگر این است که مقیاس مذکور از روایی همگرا برخوردار است. همچنین مقدار ضریب $KMO = 0/73$ بیانگر کفایت نمونه آزمودنی ها برای انجام تحلیل عامل بود. مقدار شاخص آزمون کرویت بارتلت نیز برابر با $962/805$ بود که در سطح $P < 0/001$ معنادار بود. در پژوهش حاضر ضریب پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس بازداری، $0/43$ بدست آمد. همچنین ضریب پایایی زیر مقیاس های سائق، جستجوی لذت و سرگرمی و پاداش به ترتیب $0/33$ ، $0/33$ و $0/59$ به دست آمد.

۲- پرسشنامه مهارت های ارتباطی کوئین دام (CSTR)^۴

پرسشنامه مهارت های ارتباطی توسط کوئین دام در سال ۲۰۰۴ تهیه شده است. این پرسشنامه برای سنجش مهارت های ارتباطی بزرگسالان ابداع شده است دارای ۳۴ گویه است که مهارت های ارتباطی را توصیف می کند. برای تکمیل آن پاسخگویان باید هرگویه را بخوانند و سپس میزان انطباق وضعیت فعلی خود را با محتوای آن بر روی یک طیف لیکرت پنج درجه ای از هرگز تا همیشه مشخص کنند. مهارت های ارتباطی فرعی که در این مقیاس مورد بررسی قرار می گیرند شامل پنج مهارت گوش دادن، توانایی دریافت و ارسال پیام، بینش نسبت به فرآیند ارتباط، کنترل عاطفی و ارتباط توأم با قاطعیت هستند.

۱. توانایی دریافت و ارسال پیام: (۹ سؤال) (۴-۵-۶-۱۲-۲۱-۲۲-۲۳-۲۴-۲۹)

۲. کنترل عاطفی: (۹ سؤال) (۷-۸-۹-۱۱-۱۳-۱۶-۲۸-۳۰-۳۲)

۳. مهارت گوش دادن: (۶ سؤال) (۳-۲۵-۲۶-۲۷-۳۱-۳۴)

۴. بینش نسبت به فرآیند ارتباط: (۵ سؤال) (۱-۲-۱۷-۱۸-۲۰)

۵. ارتباط توأم با قاطعیت: (۵ سؤال) (۱۰-۱۴-۱۵-۱۹-۳۳)

این آزمون توسط کوئین دام (Queendom) برای سنجش مهارت های ارتباطی در بزرگسالان ابداع شده است دارای ۳۴ عبارت (گویه) است که مهارت های ارتباطی را توصیف می کنند. برای تکمیل آن، پاسخگو باید هر گویه را بخواند و سپس میزان انطباق وضعیت فعلی خود را با محتوای آن بر روی یک طیف لیکرت پنج درجه ای از ۱ (برای هرگز) تا ۵ (برای همیشه) مشخص کند. برای سنجش اعتبار آزمون مهارت های ارتباطی، ابتدا با استفاده از روش آلفای کرونباخ، اعتبار کل آزمون محاسبه شد که مقدار عددی آن برابر بنا $0/69$ و حاکی از همسانی درونی قابل قبول این آزمون بود. این مقدار برای آزمودنی های دانشجو $0/71$ و برای دانش آموزان دبیرستانی برابر با $0/66$ بود. همچنین ضریب اعتبار کل آزمون با استفاده از روش توصیف برابر با $0/71$ به دست آمد.

^۴Queendom

یافته ها

در ابتدای فرایند تحلیل آماری، اطلاعات شاخص های آماری توصیفی ارائه شده است. جداول زیر میانگین و انحراف معیار مربوط به هر متغیر را نشان می دهد.

جدول ۱-۱- شاخص های توصیفی متغیر نظام های فعال ساز رفتار/ بازداري رفتار پاسخ دهندگان

انواع نظام های فعال ساز رفتار/ بازداري رفتار	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
سائق	۱۱/۸۹	۳/۳۴	۵	۲۰
پاسخ دهی به پاداش	۱۵/۰۵	۴/۲۸	۳	۲۵
جستجوی سرگرمی	۱۱/۰۹	۲/۱۲	۳	۲۱
تجربه طلبی	۱۳/۱۲	۳/۹۶	۴	۲۳
ماجراجوئی	۱۲/۴۵	۳/۹۹	۵	۲۲
ملال پذیری	۱۰/۳۹	۳/۲۶	۴	۲۱
گریزاز بازداري	۱۱/۷۷	۴/۸۳	۵	۲۳

طبق جدول فوق، بیشترین میانگین مربوط به سبک پاسخ دهی به پاداش (۱۵/۰۵ درصد) و کمترین میانگین مربوط به سبک ملال پذیری (۱۰/۳۹) می باشد.

جدول ۱-۲- شاخص های توصیفی مهارت های ارتباطی

مهارت های ارتباطی	میانگین	انحراف معیار
توانایی دریافت و ارسال پیام	۲۸/۳۳	۱۱/۲۱
کنترل عاطفی	۲۳/۱۹	۱۰/۵۰
مهارت گوش دادن	۱۷/۱۰	۹/۱۲
بینش نسبت به فرآیند ارتباط	۲۲/۱۰	۱۱/۰۱
ارتباط توأم با قاطعیت	۲۱/۶۵	۱۰/۹۰

مطابق جدول فوق، بیشترین میانگین مربوط به توانایی دریافت و ارسال پیام و کمترین میانگین مربوط به مهارت گوش دادن می باشد.

جدول ۱-۳- آزمون (نرمال بودن داده ها)

نام متغیر	تعداد نمونه	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون	معنی داری
سائق	۱۰۰	۹/۳۹	۵/۶۵	۰/۱۲۴	۰/۰۰۱
پاسخ دهی به پاداش	۱۰۰	۱۱/۷۷	۴/۸۳	۰/۲۰۹	۰/۰۰۱
جستجوی سرگرمی	۱۰۰	۱۱/۸۹	۳/۳۴	۰/۱۹۴	۰/۰۰۱
تجربه طلبی	۱۰۰	۱۵/۰۵	۴/۲۸	۰/۱۵۴	۰/۰۰۱
ماجرایوئی	۱۰۰	۲۲/۸۸	۱۳/۳۹	۰/۱۳۵	۰/۰۰۱
ملال پذیری	۱۰۰	۳۲/۲۶	۶/۶۸	۰/۰۹۵	۰/۰۰۱
گریز از بازداری	۱۰۰	۲۷/۲۵	۵/۲۴	۰/۲۲۸	۰/۰۰۱
توانایی دریافت و ارسال پیام	۱۰۰	۲۹/۴۵	۱۴/۵۸	۰/۱۳۱	۰/۰۰۱
کنترل عاطفی	۱۰۰	۲۹/۵۷	۳/۶	۰/۱۰۳	۰/۰۰۱
مهارت گوش دادن	۱۰۰	۱۰/۷۹	۳/۲	۰/۰۷۸	۰/۰۰۱
بیش نسبت به فرآیند ارتباط	۱۰۰	۱۴/۲۰	۶/۵	۰/۱۲۱	۰/۰۰۱
ارتباط توام با قاطعیت	۱۰۰	۱۵/۵۱	۸/۶	۰/۱۳۹	۰/۰۰۱

در جدول فوق همانگونه که مشخص است تمام اماره آزمون ها سطح معنی داری به دست آمده عددی کوچکتر از ۰/۰۵ را نشان می دهد، که در نتیجه با توجه به سطح اطمینان ۹۵ درصد برای رد آزمون، می توان به این نتیجه رسید که هر نه شاخص تحقیق از پراکندگی نرمالی برخوردار می باشند.

آزمون فرضیات:

بین نظام های فعال ساز رفتار/ بازداری رفتار با مهارت های ارتباطی در دانش آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی ADHD رابطه معنی دار وجود دارد.

برای آزمون این فرضیه از آزمون رگرسیون استفاده شد و نتایج در جدول زیر قابل مشاهده است.

آزمون رگرسیون جهت ایجاد معادله رگرسیونی و ارزیابی تأثیر نظام های بازداری رفتاری/ فعال سازی رفتاری بر مهارت های ارتباطی و آزمون فرضیه اول:

$$Y=C+B*X$$

جدول ۱-۴- خلاصه مدل

خلاصه مدل			
مدل	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	خود همبستگی Durbin-Watson
۱	.۸۴۶	.۷۱۶	۱.۳۳۲

در جدول بالا همبستگی مقدار ۰.۸۴۶ می باشد یعنی همبستگی خوبی وجود دارد.

و ضریب تعیین مقدار ۰.۷۱۶ می باشد به این معنی که متغیر مستقل به میزان ۷۱ درصد توانست واریانس متغیر وابسته را بیان کند

آماره خود همبستگی ۱.۳۳۲ می باشد و به علت اینکه در محدوده عدد ۲ قرار دارد مطلوب می باشد.

جدول ۱-۵- آنالیز واریانس

آنالیز واریانس					
مدل	مجموع مربعات	درجه آزادی	مربع میانگین	آماره از مون	Sig. سطح معناداری
۱	رگرسیون	۲۴۵۶۶,۵۲	۱	۴۴۸,۰۹۸	.b,۰۰۰
	باقیمانده	۹۷۵۸,۶۷	۱۷۸	۵۴,۸۲۴	
	کل	۳۴۳۲۵,۲۰	۱۷۹		

در جدول بالا مقدار آماره اف برابر با ۴۴۸,۰۹۸ و مقدار سطح معناداری برابر با ۰,۰۰۰ می باشد. به علت اینکه سطح معناداری از ۰,۰۵ کمتر است پس می توانیم بگوئیم مدل رگرسیونی معنادار بوده و خوب برازش شده است.

$$Y=C+B*X$$

$$Y=-3.617+0.846*X$$

ضرایب						
مدل		ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد	آماره T	Sig. سطح معناداری
		عرض از مبدا	انحراف خطای استاندارد	ضریب Beta		
	عدد ثابت	-۳,۶۱۷	۳,۶۱۸		۱,۰۰۰ -	۰,۳۱۹
	بازداری/فعال سازی	۱,۱۶۵	۰,۰۵۵	۰,۸۴۶	۲۱,۱۶ ۸	۰,۰۰۰

$$Y = \text{مهارت های ارتباطی}$$

$$X = \text{بازداری/فعال سازی}$$

$$C = \text{عدد ثابت}$$

با توجه به اینکه سطح معناداری متغیر بازداری/فعال سازی کمتر از ۰,۰۵ می باشد بنابراین آماره بتا آن معنا دار می باشد. به این معنا که بازداری/فعال سازی بر مهارت های ارتباطی تأثیرگذار است

بحث نتیجه گیری

در رابطه بین نظام های بازداری رفتاری، فعال سازی رفتاری با مهارت های ارتباطی در دانش آموزان دارای اختلال اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی ADHD، نتایج آزمون رگرسیون نشان داد که که بازداری/ فعال سازی بر مهارت های ارتباطی با ضریب ۰,۸۴۶ تأثیرگذار است.

یافته های این پژوهش با نتایج تحقیقات شریفی و کبیر (۱۳۹۴) همخوانی داشته و همسو می باشد. در بررسی حساسیت سامانه مغزی - رفتاری (BAS - BIS) در پیش مهارت های ارتباطی دانش آموزان ADHD تحقیقات نشان دادند که بین سیستم فعال سازی و بازداری با ADHD رابطه معناداری وجود دارد. (شریفی و کبیر، ۱۳۹۴). مطالعات اخیر در مورد ADHD به طور عمده بر روی سه دسته عوامل مؤثر تأکید دارد که عبارتند از عوامل فردی، عوامل روان شناختی اجتماعی و عوامل محیطی. عوامل فردی مانند خود اتکایی با درجه پایین (سانگ ، ۲۰۱۰)، ویژگی های درونگرایی، رفتارهای غریزی و تمایلات،

^{۱۵} Sang

آنی (یان، ۲۰۱۴) و نقص بازداری های ارتباطی (پارک، ۲۰۱۵)، عوامل اجتماعی مانند حمایت ضعیف، خانواده از اعضای خود عوامل روانشناختی اجتماعی که از ارتباط ضعیف بین اعضای خانواده با یکدیگر سرچشمه می گیرد (آن، ۲۰۱۷) و سرانجام عوامل مربوط به ارتباط مؤثر با دیگران، دوست یابی و تعامل در محیط بیرونی در سیستم فعال سازی و بازداری تأثیر دارند. (لی، ۲۰۱۱). هر انسانی می کوشد تا خود را با محیط فیزیکی و روانی اش سازگار کند، زیرا انطباق با شرایط مختلف، از سلامت روانی آدمی حکایت دارد؛ البته این سازگاری به معنای هم رنگی و پیروی ناهشیار نیست بلکه می تواند دگرگونی را نیز به همراه داشته باشد. گاهی به لحاظ بروز عوامل تنش زا، سازگاری انسان دچار اشکال شده، به بروز رفتارهای ناسازگار منجر می شوند؛ بنابراین سازگاری، مجموعه کنش ها و رفتارهایی است که فرد در موقعیت ها و شرایط جدید به منظور ارائه پاسخ های مناسب به محرک های موجود از خود بروزمی دهد. یکی از مهمترین مسائل و مشکلات اجتماعی امروزه در جوامع گوناگون، نابهنجاری های رفتاری و روانی و روش های مقابله با آنهاست، تردیدی نیست که در مسأله بهداشت روانی، سازگاری روز به روز، بیشتر اهمیت می یابد. در دیدگاه راجرز، شخصیت ناسازگار، همان فردی است که مورد تهدید درونی واقع شده است و برعکس افراد سازگار، شخصیت هایی به نظر می رسند که در وجودشان هیچ نشانی از احساس تهدید نمی توان یافت (آقا محمدیان، ۱۳۹۳). از آنجایی که نداشتن مهارت های ارتباطی مناسب از جمله عوامل آسیب زا می باشد و مهارت های عملی و سازشی برای حل مشکلات زندگی روزمره کافی نیست و نیاز به آموزش مهارت های زندگی به خصوص مهارت های ارتباطی احساس می شود شواهد تحقیق تحقیقات نشان می دهد که در دوران جوانی نوجوانی این مهارت ها با سیستم فرآیند بازداری پاسخ های قالب قطعه پاسخ های جاری و کنترل مداخله در سیستم بازداری ارتباط داد همچنین سیستم فعال سازی رفتار با سطح بالای مهارت های ارتباطی (تجربه احساسات مثبت) از جمله امید خوشبختی و شادی ارتباط دارد.

منابع

الف) فارسی

۱. انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۵). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی، متن تجدید نظر شده چاپ چهارم، ترجمه نیکخو، محمدرضا و آوادیس یانس، هامایاک، چاپ سوم، تهران انتشارات سخن.
۲. شریفی، کبیر، محمدی، فرهاد (۱۳۹۴). حساسیت سامانه های مغزی - رفتاری (BIS BAS) در پیش بینی استعداد اعتیاد دانش آموزان. رویش روانشناسی، ۴ (۱۲)، ۱-۱۹.
۳. علوی، سید سلمان، هاشمیان، کیانوش، جنتی فرد، فرشته (۱۳۹۶). مقایسه هویت و سلامت روان در دانشجویان استفاده کننده از اینترنت و محیط های مجازی دانشگاه تهران. تحقیقات علوم رفتاری (۱) ۲۷، ۶-۳۱.

^{۱۱} Yan

^{۱۲} Park

^{۱۳} Aun

^{۱۴} Lee

۴. محمدی‌زاده، علی، ملک خسروی، غفار، صدرالسادات، سیدجلال الدین، بیرشک، بهروز (۱۳۸۵). بررسی تأثیر موسیقی‌درمانی فعال بر کاهش اختلالات رفتاری و عاطفی کودکان بی‌سرپرست و بد سرپرست. مجله‌ی روانشناسی، شماره ۹۸، سال دهم، شماره ۲، تابستان
۵. مشهدی، علی، رسول زاده طباطبایی، سیدکاظم، آزادفلاح، پرویز، سلطانی فر، عاطفه (۱۳۸۸). مقایسه و کنترل تداخل در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه به لزوم کثی و کودک و هنجار مجله روانشناسی بالینی، سال اول، شماره، ۳۷، ۲-۵۰.

ب) انگلیسی

۱. Ames, C. R. (2002). Designing learning organizations. *Organizational Dynamics*, ۳۲(۱), ۴۶۴-۴۷۱.
۲. Anbari Z, Godarzi D, Siros A, Mahdian F. (2012). [Design , Implementation Evaluation of an Educational Program on Improving the Communication Skills with Patient based on WHO in Interns]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2012;12(5): ۳۰۸-۳۱۶.[چاپ نشده].
۳. Barkley RA. (۱۹۹۷). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. ۳th Ed. New York: Guilford Press.
۴. Blanchard DC, Griebel G, Blanchard RJ. (2010). Mouse defensive behaviors: pharmacological and behavioral assays for anxiety and panic. *Neurosci Biobehav Rev*. ۲۰۰۱ ۳۳(۳): ۲۰۵-۱۸. چاپ نشده
۵. Cantwell. , A (20۱۶). Attention deficit hyperactivity disorder in Colombian children and teenagers. *Rev Neurol*. 2005 ;6-30;40 (12): 716-22.
۶. Carver C. S & White T. L. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: the BIS/BAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 319–333.
۷. Chang M. .(2017).Factor structure for youngs internet addiction test: a confirmatory study,*Computer in human behavior*,23 2616.
۸. Corr, P. J.(2002). J. A. Gray's reinforcement sensitivity theory: tests of the joint subsystem hypothesis of anxiety and Impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 33, 511–532
۹. Mikolajczak, M. , & Luminet, O. (۲۰۱۸). Trait emotional intelligence and the cognitive appraisal of stressful events: An exploratory study, *Personality and Individual Differences*, (۴۴) ۷ ,۱۴۴۵ –۱۴۵۳.
۱۰. Sadock BJ, Sadock VA. (۲۰۰۷). Kaplan & Sadok's Synopsis of psychiatry: Behavioral science/clinical psychiatry. ۱۰th ed. Lippincott: Williams & Wilkins
۱۱. Sigelman,C. K. (1999). Life-Span Human Development. 3rd Edition. Brooks/cole publishing company.
۱۲. Simon, B. (1999). A place in the world: self and social categorization. In: T. Tyler, R. Kramer and O. John (eds). *The psychology of the social self*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
۱۳. Smalley SL, McGough JJ, Del'Homme M, NewDelman J, Gordon E, Kim T, et al. (201۵). Familial clustering of symptoms and disruptive behaviors in multiplex families

with attentiondeficit/ hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry; 39 (9): 1135-43.

۱۴. Soltani Arabshahi K, Ajami A, Siabani S. (2004) [Investigation of Doctor-Patient Communication Skills Teaching: Medical Learners' Perception (Stager-Intern) and Staffs of Iran University of Medical Sciences & Kermanshah University of Medical Sciences]. The Razi Journal of Medical Sciences. 2004; 11(41): 423-432.[Persian]