Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 7/ No. 4/ 2020
Page: 135-146

The effectiveness of psychodrama techniques in improving the moral development of children with attention deficit hyperactivity disorder

Azadeh Haghshenas[1], Hamidreza Rezaei[2]

1-Msc Psychology, Department of Psychology, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran.
2- Msc Psychology, Department of Educational Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran (Corresponding Author). E-mail: hamid_sk2003@yahoo.com

Received: 26/06/2020 **Accepted:** 12/09/2020

Abstract

Introduction: It is believed that the moral development of children with attention deficit hyperactivity disorder is defective. These children are deficient in moral judgment, making it difficult for them to interact with others.

Aim: The aim of this study is to evaluate the effectiveness of psychodrama techniques in improving the moral development of children with attention deficit hyperactivity disorder.

Method: The research method is a quasi-experimental study. The statistical population of this study consist of all children aged 7 to12 years with attention deficit/ hyperactivity disorder who have been referred to Shiraz medical clinics in 2019 for treatment. Thirty children from the aforementioned population whose ADHD diagnosis were confirmed by a psychiatrist were selected as subjects and were randomly assigned to control and experimental groups. Then the subjects were asked to complete the Sinha & Verma's moral judgment test and their scores were considered as pre-test scores. Then the experimental group received an intervention of "psychodrama techniques" for 1.5 hours per week for a duration of 8 weeks; while the control group did not receive any intervention. At the end of the intervention, both groups were asked to complete a post-test and were followed up 2 months after the intervention. The data are analyzed using one-way analysis of covariance in SPSS-22 software.

Results: The findings demonstrate that psychodrama techniques were effective on improving the moral development of children with attention deficit hyperactivity disorder ($P<0.005$).

Conclusion: According to the findings, psychodrama techniques can be used as an effective intervention to improve the moral development of children with attention deficit hyperactivity disorder.

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder, Moral development, Psychodrama, Child

How to cite this article : Haghshenas A, Rezaei H. The effectiveness of psychodrama techniques in improving the moral development of children with attention deficit hyperactivity disorder. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2020; 7 (4): 135-146 .URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-817-en.pdf

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-07]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.4.4.7]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.4.135]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال هفتم، شماره ۴، ۱۳۹۹
صفحات: ۱۴۶-۱۳۵

بررسی اثربخشی روش درمانی روان نمایشگری بر بهبود تحول اخلاقی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نقص توجه

آزاده حق‌شناس[۱]، حمیدرضا رضایی[۲]

۱.کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.
۲. کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران (مولف مسئول). ایمیل: hamid_sk2003@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۴/۰۶ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۹۹/۰۶/۲۲

چکیده

مقدمه: اعتقاد بر این است که قضاوت اخلاقی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نقص توجه دارای نقص است، این کودکان در ظرفیت قضاوت اخلاقی دارای کمبود هستند و این نقص، تعامل را با دیگران دشوار می‌سازد.

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روش درمانی روان نمایشگری بر تحول اخلاقی کودکان دارای اختلال بیش فعالی/ نقص توجه انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه آزمایشی بود. جامعه آماری آن کودکان ۷ تا ۱۲ سال مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نقص توجه که جهت درمان به کلینیک‌های درمانی شهر شیراز در سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند. تعداد ۳۰ نفر از این کودکان که توسط روان‌پزشک بیماری آنان مورد تأیید قرار گرفته بود، به عنوان آزمودنی انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش گمارش شدند. سپس آزمودنی‌ها آزمون قضاوت اخلاقی سینها و ورما را تکمیل کردند و نمرات آن‌ها به عنوان پیش‌آزمون انتخاب شد. گروه آزمایش در ۸ جلسه آموزش گروهی به صورت هفته‌ای ۱/۵ ساعت تحت مداخله‌ی روان نمایشگری قرار گرفتند. افراد گروه کنترل، هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. در پایان مداخله از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. بعد از ۲ ماه هر دو گروه، پیگیری شدند. داده‌ها با آزمون تحلیل کواریانس یک طرفه، با نرم‌افزار SPSS-۲۲ ارزیابی شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که روش درمانی روان نمایشگری بر بهبود تحول اخلاقی در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نقص توجه موثر است ($P<۰/۰۰۵$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها از درمان روان نمایشگری می‌توان به عنوان مداخله‌ای موثر بر بهبود تحول اخلاقی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نقص توجه بهره برد.

کلیدواژه‌ها: اختلال بیش فعالی/ نقص توجه، تحول اخلاقی، روان نمایشگری، کودک

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.4.4.7]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.4.135]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.4.4.7]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.4.135]

مقدمه

اختلال بیش فعالی/ نقص توجه[1] یک اختلال شایع روانی- عصبی- تحولی است (فرایونه[2] و همکاران، ۲۰۱۵) که با نشانه‌های بی‌توجهی[3]، تکانشگری[4] و بیش فعالی[5] مشخص می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[6]، ۲۰۱۳) و شیوعی در حدود ۵ درصد در کودکان دارد (سیمون، سی‌زوبر، باتلینت، مسزاروس و بیتر[7]، ۲۰۰۹) که در ۵۵٪ تا ۷۵٪ موارد در بزرگسالی هنوز این تشخیص را دریافت می‌کنند (اشرسون[8]، ۲۰۰۵؛ هاویک، هالومی، لاندرورد و فاسمر[9]، ۲۰۱۰). تصور می‌شود که این اختلال در نتیجه تعامل پیچیده بین ژنتیک، محیط و عوامل روانی ایجاد می‌شود (کالینگ، جانکلس، تانوک و کاستلانوس[10]، ۲۰۰۸). پژوهش‌های گرومن و بارزمن[11] (۲۰۱۴) نشان داده که قضاوت اخلاقی[12] کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نقص توجه دارای نقص است، این کودکان در ظرفیت قضاوت اخلاقی دارای کمبود هستند و این نقص تعامل را با دیگران دشوار می‌سازد.

اخلاق توانایی ما برای یادگیری درست و غلط و فهم این که چطوری انتخاب‌های درست داشته باشیم است. کلبرگ شش مرحله تحول اخلاقی[13] را مطرح کرده است طبق نظر او تحول اخلاقی جهان شمول و برای همه افراد یکسان است و در ارتباط با ۴ عنصر اساسی است: همدلی، صداقت، خودکنترلی و قضاوت (برودریک و بلویت[14]، ۲۰۰۶). تحول اخلاقی نقش مهمی را در زندگی کودکان بازی می‌کند و زیربنایی برای تعاملات است که به کودکان برای تطابق با استانداردها در محیطشان کمک می‌کند (کوینک، سیچتی و روگوش[15]، ۲۰۰۴). ادراک اخلاقی و استدلال اشاره به انگیزه پنهان رفتار کودکان یا واکنش در پاسخ به یک موقعیت خاص در محیط اجتماعی‌شان دارد (مونس و هاسول[16]، ۱۹۹۸). زمانی که کودک بتواند قضاوت کند که در لحظه و در موقعیت و شرایط چه چیزی عادلانه و مناسب است، ادراک اخلاقی و استنتاج تحول می‌یابد. همانند سایر زمینه‌های تحول این روند یک پیوستگی را در طول پیوستار نشان می‌دهد و مانند تفکر به آرامی در گیر و دار تعارض میان نیازها و استانداردهای اجتماعی تحول می‌یابد (هافمن[17]، ۱۹۷۹). برخی زمینه‌ها نظیر دلبستگی، داشتن تعاملات مثبت، آموزش به کودکان کمک می‌کند تا قوانین اخلاقی سالم را توسعه دهند. بازسازی اطلاعات غیرمعمول که توسط تعامل با محیط فیزیکی و اجتماعی و با مفاهیم موجود به دست می‌آید، درک‌های جدید و روش‌های جدید تفکر را امکان پذیر می‌سازد (زیدلر و کیفر[18]، ۲۰۰۳) در حالی‌که زمینه‌های دیگر نظیر بد رفتاری، اختلال‌های روانی از جمله شخصیت ضد اجتماعی (کرپس و گونزالس[19]، ۲۰۱۰)، اختلال بیش فعالی/ نقص توجه با نقص در قضاوت اخلاقی و در نهایت با تشکیل این قوانین در تقابل هستند.

روان نمایشگری[20] روش درمان گروهی که از تصویرسازی ذهنی، تخیل، اعمال بدنی و پویایی‌های

[1]- Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)
[2]- Faraone
[3]- Inattention
[4]- Impulsivity
[5]- Hyperactivity
[6]- American Psychiatric Association
[7]- Simoon, Zoober, Batlint, Meszaros & Bitter
[8]- Asheson
[9]- Havik, Halomy, Lundervorld & Fasmer
[10]- Kieling, Goncalves, Tannock & Castellanos
[11]- Groman & Barzman
[12]- Moral judgment
[13]- Moral development
[14]- Broderick & Blewitt
[15]- Koenig, Cicchetti & Rogosch
[16]- Mones & Haswell
[17]- Hoffman
[18]- Zeidler & Keefer
[19]- Kreps & Gonzalez
[20]- Psychodrama

گروه استفاده می‌کند. فرض بر این دارد که اغلب مشکلات و آشفتگی‌های هیجانی و از جمله ناتوانی در ابراز گری هیجانی و بازداری، بیشتر ناشی از فقدان خودانگیختگی، خزانه نقش توسعه نیافته و متعاقب آن نقصان مهارت‌های رفتاری مرتبط با نقش‌هاست (مورنو، بلومکویست و راتسل[1]،۲۰۰۰). روان نمایشگری می‌تواند بر هر یک یا همه قلمروهای رفتاری، هیجانی، افکار و روابط بین فردی با توجه به آنچه که درمان جویان نیاز به تجربه کردن دارند، متمرکز شود (بلاتنر[2]، ۲۰۰۴). از روان روان نمایشگری در محیط‌های دارای آسیب روان‌شناختی استفاده شده است (اسموکوزکی و باسالو[3]، ۲۰۰۹؛ لی، ونگ، گو و لی[4]، ۲۰۱۵؛ کرپس و گونزالز، ۲۰۱۰). روان روان نمایشگری اثر مستقیم بر مشکلات زیربنایی که هسته رفتارهای ناسازگار هستند، می‌گذارد. روان نمایشگری ممکن است بر سطوح تکانش گری با واسطه عمل مجدد (نمایش دوباره) در مرحله دوم روان نمایشگری از طریق گسترده ساختن لحظه برای افرادی که به نظر می‌رسد گذشته را فراموش کرده‌اند و آینده را نمی‌پذیرند اثر بگذارد. عمل نمایشی پیشامدها و پیامدها را به یکدیگر متصل می‌سازد (مافیت و بروتو، ۱۹۹۰؛ نقل از کرپس و گونزالز، ۲۰۱۰). سلز و جانسون (۱۹۹۷؛ به نقل از کرپس و گونزالز، ۲۰۱۰) نشان دادند که تکانش گری از طریق آموزش عمل خیال بافی در فنون بازی درمانی و بازی نقش وجود دارد کاهش می‌یابد. بونز-اسکلاسر و اشمیدر دی مونزو[5] (۱۹۸۲) روان نمایشگری را در درمان افراد با آسیب‌های مغزی از جمله اختلال بیش فعالی/ نقص توجه استفاده کردند.

بنابراین با توجه به این که نقص در قضاوت اخلاقی در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نقص توجه مشاهده می‌گردد و با توجه به این‌که در زمینه‌ی اثربخشی روش درمانی روان نمایشگری بر بهبود تحول اخلاقی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نقص توجه، پژوهش‌های اندکی به ویژه در داخل، صورت گرفته است، از این رو عوامل بازدارنده یا مداخله‌گر در بهبود تحول اخلاقی این کودکان یکی از بسترهای مهم پژوهش‌های بالینی و رشدی به شمار می‌رود؛ لذا در این پژوهش، روش درمانی روان نمایشگری به عنوان عامل مداخله‌گر در بهبود تحول اخلاقی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نقص توجه، مد نظر قرار گرفته است؛ بنابراین پژوهش حاضر بر آن است تا اثربخشی روش درمانی روان نمایشگری بر بهبود تحول اخلاقی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نقص توجه را مورد بررسی قرار دهد.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی است که با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون به همراه گروه کنترل انجام شد. جامعه‌ی پژوهش شامل تمامی کودکان ۷ تا ۱۲ سال مراجعه کننده به کلینیک‌های درمانی شهر شیراز در سال ۱۳۹۸ بود که توسط روان‌پزشک برای آنان تشخیص اختلال بیش فعالی/ نقص توجه داده شده بود. جهت انتخاب نمونه‌ها ابتدا به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از بین کودکان جامعه فوق، تعداد ۳۰ کودک انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه کنترل (۱۵ نفر) و گروه آزمایش (۱۵ نفر) قرار داده شدند. سپس آزمودنی‌ها آزمون قضاوت اخلاقی را تکمیل کردند و نمراتشان به عنوان نمره پیش‌آزمون در نظر گرفته شد. گروه مداخله بعد از اجرای پیش‌آزمون، طی ۱۰ جلسه به مدت دو

[1]- Moreno ZT, Blomkuist LD, Rutzel
[2]- Blatner
[3]- Smokowski & Bacallao
[4]- Li, Wang, Guo & Li
[5]- Bunz-Schlosser & Schmieder de Munoz

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.4.4.7]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.4.135]

ساعت با فاصله زمانی دو بار در هفته، تحت مداخله‌ی برنامه گروهی روان نمایشگری، قرار گرفتند که خلاصه جلسات در جدول ۱ ارائه شده است. این در حالی بود که افراد گروه کنترل، هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. در پایان مداخله، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و بعد از ۲ ماه نیز هر دو گروه، پیگیری شدند. لازم به ذکر است که در این پژوهش پاسخگویی به پرسشنامه‌ها بدون نام انجام گرفت و به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که داده‌های به دست آمده از هر نفر، به صورت محرمانه خواهد ماند. همچنین به آزمودنی‌ها گوشزد شد که شرکت در پژوهش کاملاً اختیاری بوده و حق ترک پژوهش را دارند. معیار ورود آزمودنی‌ها به مطالعه به این صورت بود: آزمودنی و والدین او آمادگی خود را جهت شرکت در پژوهش اعلام کرده باشند؛ بر اساس مقیاس درجه‌بندی مشکلات رفتاری کانرز (فرم والدین) تشخیص اختلال بیش فعالی/ نقص توجه، مورد تأیید قرار گیرد. همچنین، آزمودنی‌هایی از گروه مداخله که نمی‌توانستند طبق مقررات برنامه در حداقل ۸ جلسه از جلسات روان نمایشگری شرکت کنند و آزمودنی‌هایی از گروه کنترل و آزمایش که امکان تکمیل پرسشنامه‌ها را در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نداشتند از پژوهش کنار گذاشته شدند. برای تجزیه وتحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس یک طرفه و برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف و آزمون شاپیرو- ویلک و برای بررسی پیش‌فرض تساوی کواریانس‌ها بین متغیرهای وابسته از آزمون لون با نرم‌افزار SPSS-۲۲ ، استفاده شد.

جدول ۱ پروتکل روش درمان روان نمایشگری مورد استفاده در پژوهش حاضر

جلسه	محتوای جلسات آموزشی
جلسه اول	در این جلسه ضمن معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، کسب اطلاعات از والدین و مطرح کردن قوانین گروه، توضیحاتی در مورد روان نمایشگری ارائه شد. برای آشنایی اعضاء با یکدیگر از آن‌ها خواسته شد دو به دو رو به روی هم قرار گیرند و هرکدام خود را در مورد علاقه‌مندی‌ها و خصوصیات به دیگری معرفی کند. سپس هر کدام دوست خود را به گروه معرفی کند به این صورت اعضاء با هم آشنا شدند و حافظه‌ی کوتاه مدت آن‌ها نیز مورد بررسی قرار گرفت.
جلسه دوم	انجام حرکات موزون، تمرین تنفس و تکنیک فروشگاه جادو انجام شد.
جلسه سوم	انجام حرکات موزون، تمرین تنفّس، تمرین بیان احساسات بدون کلام (لال بازی) که از طریق این تکنیک بچه‌ها متوجه شدند که در بسیاری از موارد احساسات طرف مقابل را به خوبی متوجه نمی‌شوند.
جلسه **چهارم**	تمرین تنفّس، انجام تمرین آواز خواندن برای یخ‌شکنی، تمرین بیان احساسات بدون کلام، تکنیک جعبه‌ی راز و تکنیک صندلی خالی انجام شد.
جلسه پنجم	انجام تمرینات بدنی و انجام تکنیک تصویرسازی ذهنی.
جلسه ششم	در این جلسه پس از انجام حرکات ورزشی و تمرین تنفس مجدداً تکنیک جعبه‌ی راز انجام شد.
جلسه هفتم	تمرین تنفس، بازی‌های حافظه و بازی نقش.
جلسه هشتم	انجام حرکات گروهی در این جلسه نسبت به جلسه اول بچه‌ها انسجام بیشتری داشتند، بازی‌های حافظه‌ای انجام شد، انجام بازی مجسمه با ماسک. در این جلسه کودکان با مجسمه مادرشان صحبت کردند به عنوان مثال یکی از آنان با صحبت با مجسمه مادرش از او خواست که ماشینشان را بفروشد و برای دوستش اسب بخرد.
جلسه نهم	انجام حرکات گروهی، بازی حافظه و تکنیک نقاشی مشترک انجام شد.
جلسه دهم	مرور مفاهیم آموخته شده، نکات پیشنهادی و آماده کردن اعضا برای اختتامیه، شناسایی موانع موجود در به کارگیری

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.4.4.7]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.4.135]

روش‌ها، علت‌یابی و رفع آن و در نهایت نتیجه‌گیری.

ابزار

آزمون قضاوت اخلاقی: این آزمون که برای ارزیابی قضاوت اخلاقی کودکان دوره ابتدایی تدوین شده است، به وسیله سینها و ورما[1] (۱۹۶۷-۱۹۷۱) ساخته شد و در سال ۱۹۹۸ نیز مورد تجدید نظر قرار گرفت و توسط کرمی (۱۳۷۹) به فارسی برگردانده شد. آزمون دارای ۵۰ سؤال چندگزینه‌ای است و آزمودنی باید درباره آن‌ها تصمیم اخلاقی بگیرد، زمینه کار اخلاقی را در اظهارنظرها گروه‌بندی کند، میان کلمات و معنای اخلاقی رابطه برقرار نماید، در برابر مشکلات اخلاقی استدلال منطقی کند و تعاریف مناسب ارزش‌های اخلاقی را انتخاب نماید. سؤالات این آزمون به شش گروه تقسیم شده است که در آن برای هر سؤال فقط یک پاسخ درست وجود دارد. برای هر پاسخ درست، یک نمره و برای هر پاسخ غلط صفر منظور می‌گردد. بنابراین و حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۵۰ است. نمره کل، شاخص قضاوت اخلاقی آزمودنی خواهد بود. راهنماهایی که برای اجرای این آزمون تهیه شده است، ساده هستند و به صورت دستورالعمل، قبل از سؤالات هر بخش ارائه شده‌اند. مدت زمان پاسخگویی کودکان به این آزمون برای این سن، بین ۴۰ تا ۴۵ دقیقه است. پایایی این آزمون با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن براون ۰/۹۳ به دست آمده است (سینها و ورما، ۱۹۹۸؛ ترجمهٔ کرمی، ۱۳۷۹). در پژوهش مرعشی و همکاران (۱۳۸۹) ضریب پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف ۰/۶۱ و ۰/۶۲ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضرایب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

مقیاس درجه‌بندی مشکلات رفتاری کانرز (فرم والدین- CPRS): این آزمون که توسط یکی از والدین تکمیل می‌گردد، به منظور ارزیابی مشکلات رفتاری کودکان با گستره‌ی سنی ۳ تا ۱۷ سال تدوین شده است. مشکلات رفتاری که این پرسشنامه مورد ارزیابی قرار می‌دهد شامل مخالفت جویی[2]، مشکلات شناختی/ نقص توجه[3]، فزون کنشی[4] و شاخص اختلال بیش فعالی/ نقص توجه[5] هست هست که در ۴ زیر مقیاس تحت همین عناوین در ۲۷ سؤال گنجانده شده است. هر یک از سؤالات توسط والدین از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری و نمره‌های خام آزمودنی‌ها از مجموع نمرات به دست آمده برای هر زیر مقیاس محاسبه می‌شود و سپس بر اساس سن و جنس وی به نمرات معیار t تبدیل می‌شود. نقطه برش برای زیر مقیاس‌های این آزمون ۶۵ در نظر گرفته شده است به طوری که نمره‌ی معیار مساوی یا بیشتر از ۶۵، به معنی وجود مشکلات قابل توجه بالینی در آن زیرمقیاس است. در این پژوهش برای تأیید اختلال بیش فعالی/ نقص توجه از زیر مقیاس شاخص اختلال بیش فعالی/ نقص توجه استفاده شد. ضرایب پایایی درونی زیرمقیاس‌های این آزمون بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۰ و ضریب پایایی بازآزمایی آن با فاصله زمانی ۸ هفته بین ۰/۶۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است (به نقل از زرگری نژاد و یکه‌یزدان دوست، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر ضرایب همسانی درونی به روش آلفای

[1]- Sinha & Verma

[2]- Oppositionality
[3]- Cognitive problems/inattention
[4]- Hyperactivity
[5]- ADHD index

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.4.4.7]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.4.135]

کرونباخ برای زیرمقیاس شاخص اختلال بیش فعالی/ نقص توجه ۰/۶۹ به دست آمد.

یافته‌ها

بر طبق یافته‌های جمعیت شناختی، تعداد کل آزمودنی‌ها ۳۰ نفر بود که از این تعداد ۱۵ نفر در گروه کنترل و ۱۵ نفر در گروه آزمایش جایگزین شدند؛ که از این تعداد در گروه کنترل ۹ پسر و ۶ دختر و در گروه آزمایش نیز ۸ پسر و ۷ دختر حضور داشتند. میانگین سن افراد شرکت داده شده در پژوهش ۹/۱۳ سال با انحراف معیار ۲/۲۷ بود که در آن کمترین سن ۷ سال و بیشترین سن ۱۲ سال بود. میانگین سنی افراد گروه کنترل ۸/۹۸ سال با انحراف معیار ۳/۳۱ سال و میانگین سنی افراد گروه آزمایش ۹/۴۳ سال با انحراف معیار ۲/۱۴ سال بود. در جدول ۲ شاخص ای توصیفی متغیر وابسته‌ی تحول اخلاقی به تفکیک گروه‌ها و مراحل ارائه شده است.

جدول۲ میانگین و انحراف استاندارد گروه کنترل و آزمایش در نمرات تحول اخلاقی در مراحل مختلف

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تحول اخلاقی	کنترل	۱۸/۷۳	۰/۹۶	۱۸/۲۰	۲/۰۱	۱۹/۰۰	۲/۱۷
	آزمایش	۱۷/۸۷	۱/۴۱	۲۸/۸۷	۱/۷۳	۲۷/۷۷	۱/۷۶

مطابق با یافته‌های جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمرات تحول اخلاقی در مرحله‌ی پیش‌آزمون در گروه کنترل برابر با (۰/۹۶ ± ۱۸/۷۳) و در گروه آزمایش برابر با (۱/۴۱ ± ۱۷/۸۷) و در مرحله‌ی پس‌آزمون در گروه کنترل برابر با (۲/۰۱ ± ۱۸/۲۰) و در گروه آزمایش برابر با (۱/۷۳ ± ۲۸/۸۷) و در نهایت در مرحله‌ی پیگیری در گروه کنترل برابر با (۲/۱۷ ± ۱۹/۰۰) و در گروه آزمایش برابر با (۱/۷۶ ± ۲۷/۷۷) است. همان‌گونه که ملاحظه می‌گردد میانگین نمرات تحول اخلاقی آزمودنی‌های گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش محسوسی داشته است. در این پژوهش برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون شاپیرو- ویلک و آزمون اسمیرنوف- کولموگروف استفاده شد که در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول۳ نتایج آزمون شاپیرو-ویلک و اسمیرنوف-کولموگروف در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات

متغیر	گروه	آزمون شاپیرو- ویلک		آزمون اسمیرنوف- کولموگروف	
		آماره	سطح معناداری	آماره	سطح معناداری
تحول اخلاقی	کنترل	۰/۹۱۵	۰/۲۸۶	۰/۰۹۴	۰/۱۸۳
	آزمایش	۰/۷۹۳	۰/۲۳۸	۰/۱۸۲	۰/۲۱۴

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.4.4.7]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.4.135]

طبق یافته‌های ارائه شده در جدول ۳ سطح معناداری آزمون‌های شاپیرو-ویلک و اسمیرنوف-کولموگروف در مورد متغیر تحلیل شده معنادار نبود؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که توزیع نمرات نرمال هستند. برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌ها بین متغیرهای وابسته از آزمون لون استفاده شد که در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴ نتایج بررسی پیش فرض برابری واریانس‌ها در متغیر وابسته پژوهش با آزمون لون

اثرات درون گروهی	مرحله	F	درجه آزادی۱	درجه آزادی۲	سطح معناداری
تحول اخلاقی	پس‌آزمون	۱/۳۱۳	۱	۵۲	۰/۲۵۷
	پیگیری	۱/۲۵۴	۱	۵۲	۰/۲۶۱

طبق یافته‌های ارائه شده در جدول ۴ آزمون لون در مورد متغیر تحلیل شده معنادار نبود ؛ لذا نتیجه گرفته می‌شود که پیش فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است. برای بررسی پیش فرض همگنی شیب رگرسیون به منظور بررسی فقدان تعامل بین گروه‌ها و نمرات پیش‌آزمون، با استفاده از محاسبه F تعامل بین متغیر همپراش و مستقل انجام شد که در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵ نتایج بررسی پیش فرض همگنی شیب رگرسیون

متغیر	منبع	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	سطح معناداری
تحول اخلاقی	تعامل گروه و پیش آزمون	۱	۳۲/۸۰۵	۲/۴۸۷	۰/۱۱۶

طبق یافته‌های ارائه شده در جدول ۵ و با توجه به عدم معنادار بودن F نتیجه گرفته می‌شود که پیش فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است. جدول ۶ نیز مربوط به آزمون تحلیل کواریانس (ANCOVA) برای مقایسه‌ی دو گروه کنترل و آزمایش در متغیر تحول اخلاقی از لحاظ پس‌آزمون و پیگیری پس از کنترل پیش‌آزمون است.

جدول۶ نتایج تحلیل کوواریانس (ANCOVA) تأثیر عضویت گروهی بر میزان تحول اخلاقی در گروه‌های پژوهش در مراحل مختلف

متغیر وابسته	مراحل	متغیرهای پژوهش	درجه آزادی	F	میانگین مجذورات	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
تحول اخلاقی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱	۰/۳۸۳	۱/۳۷۱	۰/۵۴۱	۰/۰۱۴	۰/۰۹۲
		عضویت گروهی	۱	۲۰۲/۹۴۵	۷۲۷/۳۱۲	۰/۰۰۰۵	۰/۸۸۳	۱
	پیگیری	پیش‌آزمون	۱	۰/۶۱۶	۲/۴۴۳	۰/۴۳۹	۰/۰۲۲	۰/۱۱۸
		عضویت گروهی	۱	۱۲۱/۶۴۷	۴۸۲/۰۴۱	۰/۰۰۰۵	۰/۸۱۸	۱

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.4.4.7]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.4.135]

یافته‌های ارائه شده در جدول ۶ نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمره‌ی تحول اخلاقی بر حسب عضویت گروهی (گروه‌های کنترل و آزمایش) در مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار است (به ترتیب F=۹۴۵/۲۰۲ و p=۰/۰۰۰۵ و F=۱۲۱/۶۴۷ و p=۰/۰۰۰۵). میزان تأثیر این مداخله در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب ۰/۸۸۳ و ۰/۸۱۸ بوده است؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که بین میزان نمره‌ی تحول اخلاقی پس از اجرای پژوهش در گروه‌های کنترل و آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر مداخله‌ی روش درمانی روان نمایشگری بر میزان تحول اخلاقی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نقص توجه در مراحل پس‌آزمون گروه آزمایش اثربخش و این اثربخشی در مرحله‌ی پیگیری پایدار بوده است.

بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی روش درمانی روان نمایشگری بر بهبود تحول اخلاقی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نقص توجه، انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد که درمان روان نمایشگری بر تحول اخلاقی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نقص توجه مؤثر است. این یافته همسو با یافته‌های، سلز و جانسون (۱۹۹۷؛ نقل از کرپس و گونزالز، ۲۰۱۰)، اسکتمان (۲۰۰۲؛ نقل از کرپس و گونزالز، ۲۰۱۰)، مافیت و بروتو (۱۹۹۰؛ نقل از کرپس و گونزالز، ۲۰۱۰)، است.

در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که روان نمایشگری از فنون و روش‌های عملی به جای صحبت کردن استفاده می‌کند. اطلاعاتی که به صورت عملی وارد حافظه می‌شوند، پایداری بیشتری دارند و آموزش‌هایی که از این طریق به افراد داده می‌شود باعث تقویت و نگهداری آموخته‌ها می‌شود (اکبری، ۱۳۹۳). از طرفی گروه فرصت بازخورد دادن به فرد را ایجاد می‌کند و فرد در گروه امکان بودن و تجربه اتفاقات گذشته، آینده و فضای نامعلوم را که در دسترس زمانی و مکانی او نیستند، دارد؛ بنابراین از طریق این تجربه به پالایش هیجانی و رسیدن به شناخت در مورد اتفاقات دست می‌یابد. احساس بی‌کفایتی اجتماعی افراد مبتلا به بیش فعالی/ نقص توجه که منجر به احساس خشم نسبت به دنیا در این افراد می‌شود و عموماً با رفتارهای پرخاشگرانه و نقص‌های شناختی، رفتاری و هیجانی همراه است منجر به مورد طرد واقع شدن می‌گردد و این طرد همسالان منجر به از کشته شدن مسائل رفتاری، عاطفی برای آن‌ها می‌شود، تعاملات اجتماعی منفی باعث می‌شود تا این افراد نتوانند تجارب عاطفی خود را درک کنند و این فقدان ظرفیت پردازش هیجانی مرتبط با گسترش ضعف کفایت اجتماعی است که از طریق نقش گذاری‌های مجدد پالایش می‌شود و با فنون جایگزینی نقش‌ها نقص در درک احساسات دیگران که منجر به عدم شناخت موقعیت احساسی و رفتاری شده است به سمت بهبود رفته و شاهد رفتارهای همدلانه خواهیم بود و به‌تبع آن پذیرش دیگران، رهایی از دست هیجانات منفی و شناخت دنیا به عنوان جایی قابل دوست داشتن و داشته شدن به وجود می‌آید و ظرفیت شناختی فرد گسترش می‌یابد و نقصی که زیربنای قضاوت‌های ناصحیح است مرتفع می‌شود (زیدلر و کیفر، ۲۰۰۳).

در تبیین دیگری از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که این کودکان مشکلات قابل توجهی در عملکردشان نسبت به دیگران دارند، معمولاً بدون فکر

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.4.4.7]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.4.135]

کردن عمل کرده و توانایی انتظارکشیدن را ندارند و بدون توجه به پیامدهای احتمالی دست به کار می‌شوند (ویرسما، ون دمیر و رویرز[1]، ۲۰۰۹)، این گونه رفتارها تعامل اجتماعی آن‌ها را مخدوش می‌سازد. از نظر دیگران کودکان دارای اختلال بیش فعالی/ نقص توجه، افرادی کم‌دقت، متخاصم، بی‌ادب و پرخاشگر جلوه می‌کنند. از آنجا که اخلاق در بطن ارتباط مفهوم نمایان‌تری می‌یابد. رفتارهای خام اجتماعی افراد مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نقص توجه منجر به مورد طرد واقع شدن می‌گردد و این طرد همسالان منجر به کشته شدن مسائل رفتاری، عاطفی برای آن‌ها می‌شود، تعاملات اجتماعی منفی باعث می‌شود تا این افراد نتوانند تجارب عاطفی خود را درک کنند داشتن مهارت‌های بین فردی نظیر، همدلی و گوش دادن فعال زمینه ارتباط مؤثر را فراهم می‌آورد (اسکینر، هاید، مک‌پرسون و سیمپسون[2]، ۲۰۱۶). آموزش افرادی نظیر کودکان دارای اختلال بیش فعالی/ نقص توجه، معمولاً با دشواری‌هایی به دلیل مشکلات نارسایی توجه و فزون کنشی همراه است. رویکرد روان نمایشگری با توسعه خزانه نقش و توسعه مهارت‌های رفتاری (مورنو و همکاران، ۲۰۰۰) و تأثیر بر قلمروهای رفتاری، هیجانی، افکار و روابط بین فردی با توجه به آنچه که درمان جویان نیاز به تجربه کردن و یادگیری دارند، به صورت عملی، از طریق تخیل، تکرار موقعیت و فنون دیگر پردازش‌های ناشی از نقص هیجانی را پالایش می‌سازد (زیدلر و کیفر، ۲۰۰۳). ضمن این‌که در شرایط درمان گروهی، با استفاده از فرصت بازخورد دادن به روشی مثبت و تجربه کردن گذشته که در کودکان دارای اختلال بیش فعالی/ نقص توجه، دسترسی به فضای نامعلوم و آینده که الان در دسترس زمانی و مکانی نیستند، ادراک‌های مخدوش، نارسایی ارتباطی، پاسخ‌های عاطفی نارسا بررسی و تغییر داده می‌شود؛ بنابراین از طریق این تجربه به پالایش هیجانی و رسیدن به شناخت در مورد اتفاقات دست می‌یابد، می‌تواند قضاوت کند در لحظه و در موقعیت و شرایط چه چیزی عادلانه و مناسب است و این‌گونه ادراک اخلاقی و استنتاج تحول می‌یابد.

نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد در کنار درمان‌های دیگر اختلال بیش فعالی/ نقص توجه، از طریق روش درمانی روان نمایشگری می‌توان بهبود تحول اخلاقی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نقص توجه را انتظار داشت. بر طبق نتایج حاصل از پژوهش حاضر، به‌کارگیری این نوع شیوه‌ی مداخله‌ای به طور ویژه مؤثر بوده و به عنوان یک شیوه‌ی مداخله‌ای مؤثر و سهل الوصول، پیشنهاد می‌گردد. این پژوهش با مشکلات و محدودیت‌هایی در هماهنگی با والدین کودکان جهت اجرای پژوهش و اجرای آزمون‌ها در مراحل مختلف مواجه بود. همچنین با وجود تلاش محقق برای رعایت معیارهای ورود افراد به پژوهش، به دلیل عدم وجود کنترل کافی بر این معیارها، نمی‌توان مطمئن بود که افراد هر دو گروه به طور کامل از شرایط برابر برخوردار بودند ؛ لذا تعمیم یافته‌های تحقیق به کل نمونه‌های خارج از این دامنه را محدود می‌سازد. همچنین مرحله پیگیری کوتاه مدت ۱/۵ ماهه از دیگر محدودیت‌های پژوهش است؛ بنابراین پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی ضمن رفع محدودیت‌های ذکر شده پیشنهاد می‌گردد پژوهش در مقاطع دیگر تحصیلی و سنی انجام شود و با توجه به این که گروه تحت درمان یک جمعیت بالینی بود و براساس مشاهدات این پژوهش

[1]- Wiersema, van der Meere & Roeyers
[2]- Skinner, Hyde, McPherson & Simpson

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.4.4.7]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.4.135]

پیشنهاد می‌شود برای دریافت نتیجه بهتر درمان روان نمایشگری با تعداد جلسات بیشتری برگزار گردد. همچنین بر مبنای مشاهدات پیشنهاد می‌شود تعداد افراد در گروه‌ها کمتر باشند.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله بر خود واجب می‌دانند تا از مسئولین کلینیک‌های درمانی شیراز و همچنین آزمودنی‌های پژوهش و والدینشان که در اجرای این تحقیق ما را همراهی کردند، تشکر و قدردانی نمایند.

References

Akbari B. (2014). Study effectiveness of psychodrama on executive functions in newly entered nursing students. Journal of Holistic Nursing and Midwifery, 24(1), 1-8. [Persian]

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Asherson P. (2005). Clinical assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults. Expert Rev Neurother, 5(4), 525-39.

Blantner A. (2004). Foundations of Psychodrama: History, Drama, and Practice. Springer Publishing Company.

Broderick PC, Blewitt P. (2006). The life span: Human Development for helping professionals (2nd ed). Upper saddle River, NJ: Prentic Hall.

Bunz-Schlosser G, de Munoz HS. (1982). Psychodrama as a Method of the Clinical Psychotherapy in Rehabilitation of Adults with Brain Damage. In: Pines M., Rafaelsen L. (eds) The Individual and the Group. Springer, Boston, MA.

Faraone SV, Asherson P, Banaschevesk T, Biderman J, Boitellar JK, Ramos-Quiroja JA, et al. (2015). Attention-deficit hyperactivity. Nat. Rev. Dis. Prim. L, 6, 15020.

Groman CM, Barzman DH. (2014). The impact of ADHD on morality development. Atten Defic Hyperact Disord, 6(2), 67-71.

Havik J, Halomy A, Lundervorld AJ, Fasmer OB. (2010). Clinical assessment and diagnosed of adult with attention-deficit hyperactivity disorder. Expert Rev, 225, 164-168.

Hoffman ML. (1979). Development of moral thought, feeling, and behavior. American Psychologist, 34 (10), 958-966.

Kieling C, Goncalves RR, Tannock R, Castellanos FX. (2008). Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 17(2), 285-307.

Koenig AL, Cicchetti D, Rogosch FA. (2004). Moral development: The association between maltreatment and young children's prosocial behaviors and moral transgression. Social Development, 13(1), 97-106.

Kreps JJ, Gonzalez T. (2010). The Effects of Maltreatment on Children's Moral Development. MA thesis, in Child Development, California Polytechnic State University, San Luis Obispo.

Li J, Wang D, Guo Z, Li K. (2015). Using psychodrama to relieve social barriers in an autistic child: A case study and literature review. International Journal of Nursing Sciences, 2(4), 402-407.

Marashi M, Safaee-Moghaddam M, Khazami P. (2010). A study of the effects of teaching philosophy by using the community of inquiry method on the moral judgment development in fifth grade primary school students of Ahvaz. Tafakor v Kodak, 102, 1-83. [Persian]

Mones AG, Haswell EC. (1998). Morality as a verb: The process of moral development within the ''family culture''. Journal of Social Distress and The Homeless, 7(2), 91-105.

Moreno ZT, Blomkuist LD, Rutzel T. (2000). Psychodrama, Surplus Reality and the Art of Healing. London and Philadelphia: Routledge.

Simoon VC, Zoober P, Batlint S, Meszaros A, Bitter I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. BRJ. psychiatry, 194, 2004-2011.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.4.4.7]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.4.135]

Sinha D, Verma M. (1998). Moral Judgment Test. Translation by Abolfazl Karami. Tehran: Psychometrics. [Persian]

Skinner KL, Hyde SJ, McPherson K, Simpson MD. (2016). Improving Students' Interpersonal Skills through Experiential Small Group Learning. Journal of Learning Design, 9(1), 21-36.

Smokowski PR, Bacallao M. (2009). Entre dos mundus-Between two worlds youth violence prevention—Comparing psychodramatic and support group delivery formats. Small Group Research, 40, 3–27.

Wiersema JR, van der Meere JJ, Roeyers H. (2009). ERP correlates of error monitoring in adult ADHD. Journal of Neural Transmission, 116(3), 371-379.

Zargari-Nejad G, Yekkeh-Yazdandoost R. (2007). Efficacy of parent's training on problem behaviors in ADHD children. Psychological Studies, 3(2), 29-48. [Persian]

Zeidler DL, Keefer M. (2003). The role of moral reasoning and the status of socioscientific issues in science education: Philosophical, psychological and pedagogical considerations. In D. L. Zeidler (Ed.), The role of moral reasoning and discourse on socioscientific issues in science education (pp. 7–38). The Netherlands: Kluwer Academic Press.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-07]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.4.4.7]

[DOI: 10.52547/shenakht.7.4.135]