

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

Azadeh Haghshenas¹, Hamidreza Rezaei²

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 to 12 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>

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 طباطبائی، تهران، ایران.

۲. کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران (مؤلف مسئول). ایمیل: hamid_sk2003@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۶/۲۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۴/۰۶

چکیده

مقدمه: اعتقاد بر این است که قضایت اخلاقی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی / نقص توجه دارای نقص است، این کودکان در ظرفیت قضایت 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 آزمون قضایت اخلاقی سینه‌ها و ورما را تکمیل کردند و نمرات آن‌ها به عنوان پیش آزمون انتخاب شد. گروه آزمایش در ۸ جلسه آموزش گروهی به صورت هفت‌ ساعت تحت مداخله‌ی روان نمایشگری قرار گرفتند. افراد گروه کنترل، هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. در پایان مداخله‌ی از هر دو گروه پس آزمون 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 ($P < 0.005$).

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

مقدمه

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 (کوینیک، سیچتی و روگوش^{۱۵}، ۲۰۰۴). ادراک اخلاقی و استدلال اشاره به انگیزه پنهان رفتار کودکان یا واکنش در پاسخ به یک موقعیت خاص در محیط اجتماعی شان دارد (مونس و هاسول^{۱۶}، 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^{۱۷}، 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، در کهای جدید و روش‌های جدید تفکر را امکان پذیر می‌سازد (زیدلر و کیفر^{۱۸}، ۲۰۰۳) در حالی که زمینه‌های دیگر نظیر بد رفتاری، اختلال‌های روانی از جمله شخصیت ضد اجتماعی (کرپس و گونزالس^{۱۹}، ۲۰۱۰)، اختلال بیش فعالی/ نقص توجه با نقص در قضاوت اخلاقی و در نهایت با تشکیل این قوانین در تقابل هستند.

روان نمایشگری^{۲۰} روش درمان گروهی که از تصویرسازی ذهنی، تخیل، اعمال بدنی و پویایی‌های

اختلال بیش فعالی/ نقص توجه^۱ یک اختلال شایع روانی- عصبی- تحولی است (فرایونه^۲ و همکاران، ۲۰۱۵) که با نشانه‌های بی توجهی^۳، تکانشگری^۴ و بیش فعالی^۵ مشخص می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۶، ۲۰۱۳) و شیوعی در حدود ۵ درصد در کودکان دارد (سیمون، سیزوبر، باتلینت، مسزاروس و بیتر^۷، ۲۰۰۹) که در ۵۵٪ تا ۷۵٪ موارد در بزرگسالی هنوز این تشخیص را دریافت می‌کنند (اشرسون^۸، ۲۰۰۵؛ هاویک، هالومی، لاندرورد و فاسمر^۹، ۲۰۱۰). تصور می‌شود که این اختلال در نتیجه تعامل پیچیده بین ژنتیک، محیط و عوامل روانی ایجاد می‌شود (کالینگ، جانکلس، تانوک و کاستلانوس^{۱۰}، ۲۰۰۸). پژوهش‌های گروم و بارزمون^{۱۱} (۲۰۱۴) نشان داده که قضاوت اخلاقی^{۱۲} 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^{۱۳} 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 بلويت^{۱۴}،

^۱- Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)

^۲- Faraone

^۳- Inattention

^۴- Impulsivity

^۵- Hyperactivity

^۶- American Psychiatric Association

^۷- Simeon, Zoobier, Batlaint, Meszaros & Bitter

^۸- Asheson

^۹- Havik, Halomy, Lundervold & Fasmer

^{۱۰}- Kieling, Goncalves, Tannock & Castellanos

^{۱۱}- Gromman & Barzman

^{۱۲}- Moral judgment

^{۱۳}- Moral development

^{۱۴}- Broderick & Blewitt

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 این که 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 بسترها می‌باشد. روش 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 روانپژوهشک 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

گروه استفاده می‌کند. فرض بر این دارد که اغلب مشکلات و آشنازی‌های 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 نقش‌های (مورنو، بلومکویست و راتسل^۱). 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، متمن کر شود (بلاتنر^۲). از روان روان نمایشگری در محیط‌های دارای آسیب روان‌شناختی استفاده شده است (اسموکوزکی و باسالو^۳؛ لی، ونگ، گو و لی^۴؛ کرپس و گونزالز، ۲۰۱۰). روان نمایشگری اثر مستقیم بر مشکلات زیرینایی 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 گستره 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^۵ (۱۹۸۲) روان نمایشگری را در درمان افراد با آسیب‌های مغزی از جمله اختلال بیش فعالی / نقص توجه استفاده کردند.

¹- Moreno ZT, Blomquist LD, Rutzel

²- Blatner

³- Smokowski & Bacallao

⁴- Li, Wang, Guo & Li

⁵- Bunz-Schlosser & Schmieder de Munoz

درجه‌بندی مشکلات رفتاری کانترز (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 و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس یک طرفه و برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف و آزمون شاپیرو- ولیک و برای بررسی پیش‌فرض تساوی کواریانس‌ها بین متغیرهای وابسته از آزمون لون با نرم‌افزار SPSS-۲۲، استفاده شد.

ساعت با فاصله زمانی دو بار در هفته، تحت مداخله 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 محترمانه 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

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 هر کدام خود را در مورد علاوه‌مندی‌ها و خصوصیات به دیگری معرفی کنند. 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 تنفس، تمرین بیان احساسات بدون کلام (الا 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 تنفس، 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 مجددًا 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 پیشتری 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 مشرک انجام شد.
جلسه دهم	مرور مفاهیم آموخته شده، نکات پیشنهادی و آماده کردن اعضا برای اختتامیه، شناسایی موانع موجود در به کار گیری

روش‌ها، علت‌یابی و رفع آن و در نهایت نتیجه‌گیری.

ضرایب همسانی درونی به روشنای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

مقیاس درجه‌بندی مشکلات رفتاری کانترز (فرم والدین-*CPRS*)^۱: 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^۲، مشکلات شناختی / نقص توجه^۳، فزون کنشی^۴ و شاخص اختلال بیش فعالی / نقص توجه^۵ هست. هست که در ۴ زیر مقیاس تحت همین عنوانی 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 زیر مقیاس 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 زیر مقیاس‌های 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 روشنای آلفای

ابزار

آزمون قضایت اخلاقی: این آزمون که برای ارزیابی قضایت اخلاقی کودکان دوره ابتدایی تدوین شده است، به وسیله سینها و ورما^۱ (۱۹۷۱-۱۹۶۷) 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 حداقل نمره ۵۰ است. نمره کل، شاخص قضایت اخلاقی آزمودنی خواهد بود. راهنمایی 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 برآورده شده است (سینها و ورما، ۱۹۹۸؛ ترجمه کرمی، ۱۳۷۹). در پژوهش مرعشی و همکاران (۱۳۸۹) ضریب پایایی با استفاده از روشنای آلفای کرونباخ و تنصیف ۰/۶۱ و ۰/۶۲ به دست آمد. در پژوهش حاضر

²- Oppositionality

³- Cognitive problems/inattention

⁴- Hyperactivity

⁵- ADHD index

^۱- Sinha & Verma

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 ۹/۳۱ سال و میانگین سنی افراد گروه آزمایش ۹/۴۳ سال با انحراف معیار ۲/۱۴ سال بود. در جدول ۲ شاخص ای توصیفی متغیر وابسته تحول اخلاقی به تفکیک گروه‌ها و مراحل ارائه شده است.

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

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد گروه کنترل و آزمایش در نمرات تحول اخلاقی در مراحل مختلف

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

برابر با $1/76 \pm 27/77$ است. همان‌گونه که ملاحظه می‌گردد میانگین نمرات تحول اخلاقی آزمودنی‌های گروه آزمایش در مراحل پس آزمون و پیگیری افزایش محسوسی داشته است. در این پژوهش برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون شاپیرو-ویلک و آزمون اسپیرنوف-کولموگروف استفاده شد که در جدول ۳ ارائه شده است.

مطابق با یافته‌های جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمرات تحول اخلاقی در مرحله‌ی پیش‌آزمون در گروه کنترل برابر با $(0/96 \pm 18/73)$ و در گروه آزمایش برابر با $(1/41 \pm 17/87)$ و در مرحله‌ی پس‌آزمون در گروه کنترل برابر با $(2/01 \pm 18/20)$ و در گروه آزمایش برابر با $(1/73 \pm 28/87)$ و در نهایت در مرحله‌ی پیگیری در گروه کنترل برابر با $(2/17 \pm 19/00)$ و در گروه آزمایش

جدول ۳ نتایج آزمون شاپیرو-ویلک و اسپیرنوف-کولموگروف در مورد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات آزمون اسپیرنوف-

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

گرفته می شود که توزیع نمرات نرمال هستند. برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس ها بین متغیرهای وابسته از آزمون لون استفاده شد که در جدول ۴ ارائه شده است.

طبق یافته‌های ارائه شده در جدول ۳ سطح معناداری آزمون‌های شاپیرو-ویلک و اسمیرنوف-کولموگروف در مورد متغیر تحلیل شده معنادار نبود؛ بنابراین نتیجه

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

اثرات درون	مرحله	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداري
تحول اخلاقی	پس آزمون	۱/۳۱۳	۱	۵۲	۰/۲۵۷
پیگیری		۱/۲۵۴	۱	۵۲	۰/۲۶۱

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.

طبق یافته های ارائه شده در جدول ۴ آزمون لون در مورد متغیر تحلیل شده معنادار نبود؛ لذا نتیجه گرفته می شود که پیش فرض همگنی واریانس ها رعایت شده است. برای بررسی پیش فرض همگنی شب رگرسیون به منظور

جدول ۵ نتایج بررسی پیش فرض همگنی شیب رگرسیون

متغير	منبع	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	سطح معناداري
تحول اخلاقی	عامل گروه و پیش آزمون	۱	۳۲/۸۰۵	۲/۴۸۷	۰/۱۱۶

مقایسه‌ی دو گروه کنترل و آزمایش در متغیر تحول اخلاقی از لحاظ پس‌آزمون و پیگیری پس از کنترل مشخص آزمون است.

طبق یافته‌های ارائه شده در جدول ۵ و با توجه به عدم معنادار بودن F نتیجه گرفته می‌شود که پیش فرض همگنی شبیه رگرسیون رعایت شده است. جدول ۶ نیز مربوط به آزمون تحلیل کواریانس (ANCOVA) برای

جدول عنتایج تحلیل کوواریانس (ANCOVA) تأثیر ضعیت گروهی بر میزان تحول اخلاقی در گروههای بُوهش در مراحل مختلف

متغیر وابسته	مراحل	متغیرهای پژوهش	درجه آزادی	F	میانگین مجذورات	سطح	اندازه توان	معناداری آماری	اثر آماری
پس آزمون		پیش آزمون	۱	۰/۳۸۳	۱/۳۷۱	۰/۵۴۱	۰/۰۱۴	۰/۰۹۲	
تحول		عضویت گروهی	۱	۲۰۲/۹۴۵	۷۷۷/۳۱۲	۰/۰۰۰۵	۰/۸۸۳	۱	
اخلاقی		پیش آزمون	۱	۰/۶۱۶	۲/۴۴۳	۰/۴۳۹	۰/۰۲۲	۰/۱۱۸	
پیگیری		عضویت گروهی	۱	۱۲۱/۶۴۷	۴۸۲/۰۴۱	۰/۰۰۰۵	۰/۸۱۸	۱	

طريق به افراد داده می شود باعث تقویت و نگهداری آموخته ها می شود (اکبری، ۱۳۹۳). از طرفی گروه فرصت بازخورد دادن به فرد را ایجاد می کند 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 طريق این تجربه به پالایش هیجانی و رسیدن به شناخت در مورد اتفاقات دست می یابد. احساس بی کفایتی اجتماعی افراد مبتلا به بیش فعالی / نقص توجه که منجر به احساس خشم نسبت به دنیا در این افراد می شود و عموماً با رفتارهای پر خاشگرانه و نقص های شناختی، رفتاری و هیجانی همراه است منجر به مورد طرد واقع شدن می گردد و این طرد همسالان منجر به از کشته شدن مسائل رفتاری، عاطفی برای آنها می شود، تعاملات اجتماعی منفی باعث می شود تا این افراد توانند تجارب عاطفی خود را در ک کنند و این فقدان ظرفیت پردازش هیجانی مرتبط با گسترش ضعف کفایت اجتماعی است که از طريق نقش گذاری های مجدد پالایش می شود و با فنون جایگزینی نقش ها نقص در در ک احساسات دیگران که منجر به عدم شناخت موقعیت احساسی و رفتاری شده است به سمت بهبود رفته و شاهد رفتارهای همدانه خواهیم بود و به تبع آن پذیرش دیگران، رهایی از دست هیجانات منفی و شناخت دنیا به عنوان جایی قابل دوست داشتن و داشته شدن به وجود می آید و ظرفیت شناختی فرد گسترش می یابد و نقصی که زیربنای قضاوتهای ناصحیح است مرتفع می شود (زیدلر و کیفر، ۲۰۰۳).

در تبیین دیگری از یافته های پژوهش حاضر می توان گفت که این کودکان مشکلات قابل توجهی در عملکردنشان نسبت به دیگران دارند، معمولاً بدون فکر

یافته های ارائه شده در جدول ۶ نشان می دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین های نمره های تحول اخلاقی بر حسب عضویت گروهی (گروه های کنترل و آزمایش) در مراحل پس آزمون و پیگیری معنی دار است (به ترتیب $F=945/202$ و $p=0.005$ و $F=121/647$ و $p=0.0005$). میزان تأثیر این مداخله در مراحل پس آزمون و پیگیری به ترتیب 0.883 و 0.818 بوده است؛ بنابراین نتیجه گرفته می شود که بین میزان نمره های تحول اخلاقی پس از اجرای پژوهش در گروه های کنترل و آزمایش در مراحل پس آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر مداخله روش درمانی روان نمایشگری بر میزان تحول اخلاقی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی / نقص توجه در مراحل پس آزمون گروه آزمایش اثربخش و این اثربخشی در مرحله هی 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. یافته ها نشان داد که درمان روان نمایشگری بر تحول اخلاقی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی / نقص توجه مؤثر است. این یافته همسو با یافته های سلز و جاسون (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 می توان بیان کرد که روان نمایشگری از فنون و روش های عملی به جای صحبت کردن استفاده می کند. اطلاعاتی که به صورت عملی وارد حافظه می شوند، پایداری بیشتری دارند و آموزش هایی که از این

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 این گونه 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، به کارگیری 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 تعیین 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

کردن عمل کرده و توانایی انتظار کشیدن را ندارند و بدون توجه به پیامدهای احتمالی دست به کار می‌شوند (ویرسما، ون دمیر و رویرز^۱، ۲۰۰۹)، این گونه رفتارها تعامل اجتماعی آن‌ها را مخدوش می‌سازد. از نظر دیگران کودکان دارای اختلال بیش فعالی/ نقص توجه، افرادی کم‌دققت، متخصص، 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 در کنند داشتن مهارت‌های بین فردی نظری، همدلی و گوش دادن فعال زمینه ارتباط مؤثر را فراهم می‌آورد (اسکینر، هاید، مکپرسون و سیمپسون^۲، ۲۰۱۶). آموزش افرادی نظری 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 تخلیل، تکرار موقعیت و فنون دیگر پردازش‌های ناشی از نقص هیجانی را پالایش می‌سازد (زیدلر و کیفر، ۲۰۰۳). ضمن این که 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

^۱- Wiersema, van der Meere & Roeyers

^۲- Skinner, Hyde, McPherson & Simpson

- Groman CM, Barzman DH. (2014). The impact of ADHD on morality development. *Atten Defic Hyperact Disord*, 6(2), 67-71.
- Havik J, Halomy A, Lundervold 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, Blomquist LD, Rutzel T. (2000). *Psychodrama, Surplus Reality and the Art of Healing*. London and Philadelphia: Routledge.
- Simoon VC, Zooben P, Batlant S, Meszaros A, Bitter I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *BRJ. psychiatry*, 194, 2004-2011.

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

سپاسگزاری

نویسندها مقاله بر خود واجب می دانند تا از مسئولین کلینیک های درمانی شیراز و همچنین آزمودنی های 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: Prentice 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, Banascheveski T, Bideman J, Boitellar JK, Ramos-Quiroga JA, et al. (2015). Attention-deficit hyperactivity. *Nat. Rev. Dis. Prim.* L, 6, 15020.

- 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 mundos-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.