تأثیر آموزش ذهن‌خوانی بر کاهش علایم بیش‌فعالی- نارسایی‌توجه و افزایش ذهن‌خوانی کودکان پسر ۱۰ ساله شهر اصفهان

طیبه اسکندری[۱]، دکتر شعله امیری[۲]، دکتر حسینعلی مهرابی[۳]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۹/۱۸ تجدیدنظر: ۱۴۰۰/۱/۲۶
پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۶/۶

چکیده

هدف: هدف از این پژوهش بررسی تأثیر آموزش ذهن‌خوانی بر کاهش علایم نارسایی‌توجه- بیش‌فعالی کودکان ۱۰ ساله شهر اصفهان با طرح پژوهشی نیمه‌تجربی، همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. **روش:** جامعه آماری شامل تمام کودکان پسر مبتلا به اختلال نارسایی‌توجه- بیش‌فعالی در حال تحصیل در مدارس پسرانه ابتدایی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ بود که پس از مصاحبه با معلمان مدارس (تعداد ۵ مدرسه) کودکانی که از نظر معلم مشکلات بیش‌فعالی و نارسایی توجه داشتند، شناسایی شدند که ۱۰۰ دانش‌آموز بودند، سپس با اجرای برگه ارزیابی علایم مرضی کودکان (CSI-4) به‌وسیله معلمان، تعداد ۴۶ دانش‌آموز (از بین ۱۰۰ نفر) انتخاب شدند، پس از آن با استفاده از آزمون تکالیف باور غلط، ۲۰ نفر از دانش‌آموزان که نمره‌ذهن‌خوانی کمتر از متوسط کسب کردند، به‌طور تصادفی در گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. سپس بر گروه آزمایش ۱۰ جلسه۴۰ دقیقه‌ای آموزش ذهن‌خوانی اجرا شد. درنهایت با احتساب ریزش آماری، ۱۴ دانش‌آموز (در هر گروه ۷ نفر) در پژوهش باقی ماندند. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار spss-24 به روش تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شدند. **یافته ها:** نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش ذهن‌خوانی باعث کاهش علایم بیش‌فعالی و نارسایی‌توجه و بهبود ذهن‌خوانی در کودکان دارای اختلال نارسایی‌توجه- بیش‌فعالی شده است (p<۰/۰۵). **نتیجه گیری:** درنتیجه آموزش ذهن‌خوانی به‌عنوان یکی از زیرمجموعه‌های نظریه شناخت اجتماعی در بهبود علایم نارسایی‌توجه، بیش‌فعالی و توانایی ذهن‌خوانی در کودکان کاربرد دارد.

واژه‌های کلیدی: *اختلال نارسایی‌توجه- بیش‌فعالی، ذهن‌خوانی، شناخت اجتماعی.*

۱. **نویسنده مسئول** کارشناس‌ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد واحد علوم تحقیقات تهران (اصفهان)
۲. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۳. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

Effect of Mind Reading Training on Reducing the Symptoms of ADHD and Increasing Mind Reading in 8-9 Year Old Boys in Isfahan

Tayebeh Eskandari[1], M.A., Shole Amiri[2], Ph.D., HosseinAli Mehrabi[3], Ph.D.

Received: 12. 8.2020 Revised: 04.15.2021 Accepted: 08. 28.2021

Abstract

Objective: The aim of this study was to investigate the effect of mind reading training on reducing the symptoms of attention-deficit / hyperactivity disorder (ADHD) in children aged 8-10 years in Isfahan using a quasi-experimental research design with pre-test/post-test with control group. **Method:** The statistical population included all male children with ADHD studying in boys' primary schools in Isfahan in 2019. After interviewing the teachers number of (5 schools), the children having hyperactivity and insufficiency problems from the teachers' point of view were identified as 100 students. Then checklist of children's' symptoms (CSI-4) was performed on 46 students by the teachers. Next, using the misconception test, 20 students who scored below the average reading score were randomly assigned to the experimental and control groups. Then, 10 sessions of 40 minutes of mind reading training were performed on the experimental group. Finally, including the statistical drop, 14 students (7 in each group) remained in the study. The obtained data were analyzed using the SPSS-24 software by analysis of covariance (ANOVA). **Results:** The results of analysis of covariance showed that mind reading training reduced the symptoms of hyperactivity and attention deficit and improved mind reading in children with ADHD ($p < 0.05$). **Conclusion:** As a result, mind reading training is used as one of the subsets of social cognition theory in improving the symptoms of attention deficit, hyperactivity and mind reading ability in children.

Keywords: *Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Mind reading, Social cognition*, Children.

1. **Corresponding Author:** Master of Clinical Psychology, Azad University, Research Sciences Branch, Isfahan, Iran (**Email**: eskandari.tayebeh@gmail.com)
2. Associate Professor, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.3.8.0]

مقدمه

اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی (ADHD)[1] یک اختلال رشد عصبی به‌شدت مختل محسوب می‌شودکه شیوع آن در کودکان و نوجوانان ۵ درصد است. شرایط همراه در ADHD نقش اساسی در پیشرفت علایم، روند اختلال و بهبودی و درمان دارد (آرتیگاس، سانچز-مورا، رویرا، ریچارت، گارسی-مارتینز، پاگرلوس و نیئال، ۲۰۲۰). اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی است که به‌طور عمده با درجه‌های مختلف بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری مشخص می‌شود. این ویژگی‌های مهم اختلال بیشتر با نقایص همزمان دیگر مانند مدیریت احساسی/ انگیزشی پایین‌تر، اختلال در هماهنگی حرکتی خوب مدیریت کم زمان، رفتارهای مختل‌کننده تکراری، عادت‌های ناپایدار خواب، پیشرفت تحصیلی پایین‌تر از توانایی‌های فکری احتمالی آنها و اختلال در کیفیت زندگی همراه است (فنولر-کورتس و فانتس، ۲۰۱۶). این علایم در مراحل اولیه رشد کودکان قبل از ۱۲سالگی ظاهر می‌شوند و ممکن است با گذشت زمان تغییر کنند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[2]، ۲۰۱۳).

با این حال مشخص شده است که این اختلال از کودکی تا بزرگسالی به‌نسبت پایدار و پایدار است و می تواند به یک بیماری مزمن تبدیل شود که به حمایت اجتماعی و مالی نیاز دارد (پلهام، پاگ، آلتزولر، گنیگی، مولینا، ویلیام و همکاران، ۲۰۲۰). بسیاری از مطالعات به‌طور مداوم تأثیر منفی علایم ADHD را بر پیشرفت تحصیلی و رشد عاطفی اجتماعی کودکان گزارش کرده‌اند، برای مثال، کودکان مبتلا به ADHD در به‌دست‌آوردن مهارت‌های ریاضی و زبانی در مقایسه با همسالان خود، مشکلات در روابط بین‌فردی، همدلی و مشکلات در شناخت اجتماعی مشکل دارند (مارتلا و همکاران، ۲۰۲۰؛ مائوز، گیورتز، شیفر و بلاچ، ۲۰۱۹).

نقص در عملکردهای اجرایی، اگرچه جهانی نیست، اما در افراد ADHD بسیار شایع است. این عملکردها ظرفیت‌های ذهنی موردنیاز برای تدوین، برنامه‌ریزی و انجام اقدام‌های لازم برای رسیدن به یک هدف است. نقص در عملکردهای اجرایی و حافظه فعال، نقش برجسته کمبود عصبی شناختی را در کودکان دارای نارسایی توجه- بیش‌فعالی نشان می‌دهد (بیگورا، گارولرا، گوجارو و هرواس، ۲۰۱۶). بنابراین مداخله‌هایی با هدف بهبود توانایی‌های شناختی در درمان ADHD از ارزش قابل توجهی برخوردار خواهد بود. یکی از انواع مداخله‌های روان‌شناختی که در سال‌های گذشته به آن توجه شده است، روش‌های شناختی اجتماعی است و یکی از زیرمجموعه‌های نظریه شناخت اجتماعی، ذهن‌خوانی[3] است.

درک کودکان از ذهن یا آنچه که به‌عنوان تئوری ذهن خوانده می شود در طی دو دهه گذشته پژوهش‌های زیادی را در حیطه روان‌شناسی تحولی به خود اختصاص داده است. در رویکردهای جدید تئوری ذهن، اعتقاد بر این است که کودکان به‌عنوان موجوداتی اجتماعی مجهز به قابلیت خاصی برای درک دیگران می باشند. اعتقاد بر این است که این توانایی ماهیتی اختصاصی دارد. این قابلیت که تئوری ذهن خوانده می شود، اشاره به توانایی انسان‌ها در نسبت‌دادن حالت‌های ذهنی به خود و دیگران دارد. فرد با درک ذهنی‌گرایانه از رفتارها،می‌تواند، رفتارهای دیگران را درک، تبیین و پیش بینی کند (روهل، ۲۰۲۰).

ذهن‌خوانی به‌عنوان توانایی آگاهی از حالت ذهنی دیگران تعریف شده است که شامل آگاهی از افکار، خواسته‌ها و باورهای دیگران است (تاتار و کانزیس، ۲۰۲۰). توانایی درک حالت‌های ذهنی خود، دیگران، ارتباط بین خود و دیگران و ارتباط دیگران با یکدیگر بخشی از شناخت اجتماعی است که موجب تسهیل و یا فهم تعامل‌های اجتماعی می‌شود (ماری، اسلاما،

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.3.8.0]

موستای، ماسات، کاپایو، درابز و پیگنیوکس، ۲۰۱۶). اصطلاح تئوری ذهن[۴] یا ذهن‌خوانی به‌وسیله پریماک و وودروف (۱۹۷۸) معرفی و نقش آن در پیش‌بینی و توضیح رفتار در کودکان به‌وسیله ولمن در سال ۱۹۹۰ شرح داده شده است (ایموتا، هنری، اسلاگتر، سلکوک و راقمن، ۲۰۱۶). همچنین مفهوم تئوری ذهن به توضیح توانایی پیش‌بینی حالت‌های هیجانی از نشانه‌های طبیعی مانند حالت‌های چهره، نگاه، نشانه‌های کلامی و یا حرکات و لحن صدا می‌پردازد (اوکلی، بریور، برید و کاتمور، ۲۰۱۶)؛ به عبارت دیگر تئوری ذهن، حالت‌های ذهنی، اعتقادها، نیت‌ها، آرزوها، ادعاها و دانش نسبت به خود و دیگران است و همچنین فهمیدن این مطلب که دیگران اعتقادها و نیت‌های متفاوت از اعتقادها و نیت‌های ما دارند. داشتن تئوری ذهن به فرد اجازه می‌دهد افکار، آرزوها و نیت‌های را به دیگران نسبت دهد و بتواند اعمال آنها را پیش‌بینی یا توصیف کند و نیت‌های آنها را بفهمد (پریکل، کانسکه و سینگر، ۲۰۱۸).

نظریه ذهن و ذهن‌خوانی، نوعی شناخت اجتماعی و عنصر مهمی از مجموعه توانایی‌هایی است که هوش اجتماعی نامیده می‌شود. ذهن‌خوانی به‌عنوان یکی از توانایی‌های شناخت اجتماعی مغز، قضاوت پیرامون حالت‌های ذهنی خود و دیگران است و شواهد پژوهشی نشان‌دهنده آن است که بهره‌مندی از این توانایی به‌منظور انجام تکالیف رفتاری و اجتماعی روزانه ضروری است (پیندا، آؤسیتیزبال، ایسکودرو-کابرکاس، آکوستا-لوپز و ولز، ۲۰۱۸). بنابراین افراد با نقص در شناخت اجتماعی اغلب مرتکب اشتباه‌هایی در برقراری ارتباط می‌شوند. چنین نقصی در شناخت اجتماعی ممکن است به ارتباط‌ها، روابط اجتماعی و مهارت‌های تحصیلی لطمه بزند؛ کودکان مبتلا به اختلال نارسایی‌توجه- بیش‌فعالی اغلب دوستان کمتری دارند و در روابط با دوستان خود دچار اشکال هستند، علاوه براین، این کودکان در معرض خطر اختلال‌های خلق‌وخو، اضطراب، اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اختلال مصرف مواد می‌باشند، بنابراین آگاهی از مشکلات شناخت اجتماعی می‌تواند سبب بهبود مهارت‌های ارتباطی درون خانواده و مدرسه شود. کسب توانایی کافی برای ارتباط برقرارکردن با دیگران برای رشد کودک ضروری است. بنابراین در درمان اختلال نارسایی‌توجه- بیش‌فعالی باید به نقص شناخت اجتماعی نیز توجه شود (ماری و همکاران، ۲۰۱۶؛ آوزاباران، کایالیونکو و کوسه، ۲۰۲۰؛ پیندا و همکاران، ۲۰۱۸).

همان‌طور که بورا و پانتلیس (۲۰۱۶)، در پژوهشی با عنوان فراتحلیلی بر شناخت اجتماعی در کودکان ADHD به این نتایج رسیدند که کمبودهای شناخت اجتماعی به‌ویژه تئوری ذهن در این کودکان به‌طور قابل توجهی مشهود است. همچنین خوری و میلیگان (۲۰۱۹) در پژوهشی دیگر با عنوان مقایسه عملکرد اجرایی در کودکان و نوجوانان اختلال‌های طیف الکل و نقص توجه- بیش‌فعالی نشان دادند که کودکان ADHD در تصمیم‌گیری و درک احساسات و همدلی و به‌طور کلی نقض شناخت اجتماعی دارند. در مطالعه‌ای دیگر میرندا، برینگوئر، روسلو، بایکسایولی و کولومر (۲۰۱۷) در پژوهشی با عنوان شناخت اجتماعی در کودکانی با اختلال طیف اتیسم با عملکرد بالا و نقص توجه- بیش‌فعالی با ارزیابی عملکرد اجرایی نشان دادند که اختلال طیف اتیسم (ASD) و اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه (ADHD) از اختلال‌های رشد عصبی هستند که با اختلال‌های اجتماعی مشخص می‌شوند و فرایندهای تنظیم رفتار مانند مهار و کنترل عاطفی که بیشتر با شناخت اجتماعی در کودکان مبتلا به ADHD مرتبط است، نقص وجود دارد و به‌طور کلی عملکرد اجرایی و شناخت اجتماعی (تئوری ذهن و تأثیر بر شناخت) با مشکلات این کودکان در ارتباط است.

اگرچه اطلاعات درباره شناخت اجتماعی در اختلال نارسایی‌توجه- بیش‌فعالی هنوز خیلی محدود است، با این حال با توجه به مطالعه‌هایی که ذکر شد،

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.3.8.0]

به نظر می‌رسد تأکید بر شناخت اجتماعی در درمان کودکان مبتلا به نارسایی‌توجه- بیش‌فعالی می‌تواند مؤثر باشد، زیرا اغلب کودکان مبتلا به این اختلال به علت نقص شناختی، وارد یک دوره معیوب می‌شوند که در آن امکان تجربه روابط سازنده اجتماعی و توسعه و درک بینش و هیجان‌های دیگران برای آنها وجود ندارد (باریبئو، دویال-توماس، دوپویس، ایابونی، کروسبی و همکاران، ۲۰۱۵؛ هاچینز، پریلوک، موریس، برنر، لای ویگن و هوزا، ۲۰۱۶).

از آن‌جایی‌که عناصری که در درمان مبتنی بر نظریه ذهن وجود دارد، به افزایش شناخت هیجان‌ها در خود و دیگران، افزایش مهارت پیش‌بینی هیجان‌ها در دیگران و آموزش شناخت و کنترل هیجان‌های منفی در کودک تأکید دارد، می‌توان گفت که درمان مبتنی بر ذهن‌خوانی می‌تواند به کاهش علایم بیش‌فعالی در کودکان کمک کند. همچنین پژوهش‌هایی نشان داده است که می‌توان با استفاده از آموزش‌های ذهن‌خوانی، در کودکان شاهد بهبود نمره‌های آنان در تکالیف باور غلط بود (موری و سیاگالا، ۲۰۱۶؛ توسای، ایستربروکس و لدربرگ، ۲۰۱۶؛ فارانت، ۲۰۱۴). بر این اساس در پژوهش حاضر به بررسی تأثیر آموزش ذهن‌خوانی بر کاهش علایم بیش‌فعالی کودکان پسر ۸-۱۰ ساله شهر اصفهان پرداخته شد. ازاین‌رو فرضیه‌های پژوهش عبارت است از: ۱- آموزش ذهن‌خوانی بر کاهش علایم بیش‌فعالی کودکان ۸-۱۰ ساله شهر اصفهان تأثیر دارد؛ ۲- آموزش ذهن‌خوانی بر افزایش ذهن‌خوانی کودکان ۸-۱۰ ساله شهر اصفهان تأثیر دارد.

روش

طرح پژوهش نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش مشتمل بر تمام کودکان پسر مبتلا به اختلال نارسایی‌توجه- بیش‌فعالی در حال تحصیل در مدارس پسرانه دوره ابتدایی شهر اصفهان بودند. حجم نمونه شامل ۲۰ کودک ۸-۱۰ ساله مبتلا به اختلال نارسایی‌توجه- بیش‌فعالی شهر اصفهان بود که به دو گروه آزمایش و کنترل گذاشته شدند. روش نمونه‌گیری دراین پژوهش به این صورت بوده است که نخست پس از مصاحبه با معلمان مدارس (تعداد ۵ مدرسه) کودکانی که از نظر معلم مشکلات بیش‌فعالی و نارسایی توجه شناسایی شدند که ۱۰۰ دانش‌آموز بودند، سپس با اجرای برگه ارزیابی علایم مرضی کودکان (CSI-4)[5] به‌وسیله معلمان، تعداد ۴۶ دانش‌آموز (از بین ۱۰۰ نفر) انتخاب شدند، سپس با استفاده از آزمون تکالیف باور غلط، ۲۰ نفر از دانش‌آموزان که نمره ذهن‌خوانی کمتر از متوسط کسب کردند، به‌طور تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. گروه آزمایش ده جلسه آموزش ذهن‌خوانی به‌صورت جلسه‌های ۴۰ دقیقه‌ای دریافت کردند، پس از ریزش نهایت ۱۴ دانش‌آموز (۷ نفر در گروه آزمایش و ۷ نفر در گروه کنترل) در پژوهش باقی ماندند. ملاک‌های ورودی شرکت‌کنندگان در گروه‌های آزمایش و کنترل عبارت بود از: ۱- حوزه سنی ۸-۱۰ سال؛ ۲- پایه تحصیلی دوم، سوم و چهارم دبستان؛ ۳- توافق معلم‌ها در مشارکت دانش‌آموزان در درمان؛ ۴- نداشتن بیماری جسمانی شدید؛ ۵-تشخیص‌ندادن سایر اختلال‌ها؛ ۶- مصرف نکردن دارو برای کاهش علایم نارسایی‌توجه- بیش‌فعالی. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان در گروه‌های آزمایش و کنترل عبارت بود از: ۱- سن خارج از ۸-۱۰ سال؛ ۲- پایه تحصیلی خارج از مقاطع دوم، سوم و چهارم دبستان؛ ۳-تمایل‌نداشتن معلم ها در مشارکت دانش آموزان در درمان؛ ۴- داشتن بیماری شدید جسمانی؛ ۵- تشخیص سایر اختلال‌ها؛ ۶- مصرف دارو برای کاهش علایم اختلال نارسایی‌توجه- بیش‌فعالی؛ ۷- داشتن غیبت در جلسه‌های آموزشی.

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.3.8.0]

ابزار

چک‌لیست علایم مرضی کودکان (CSI-4): این پرسشنامه یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که اولین بار در سال ۱۹۸۴ به‌وسیله گادو و اسپیرافکین به منظور غربال اختلال‌های رفتاری و هیجانی کودکان سنین ۵ تا۱۲ سال طراحی و در سال۱۹۹۴ همزمان با چاپ چهارم DSM-IV تجدیدنظر شد. این پرسشنامه دو فرم والد و معلم دارد. فرمول والدین سؤال دارد که ۱۵ اختلال رفتاری و هیجانی و فرم معلم ۷۷ سؤال و ۱۳ اختلال رفتاری و هیجانی را غربال می‌کند. دو شیوهٔ نمره‌گذاری برای آن وجود دارد. شیوهٔ نمرهٔ برش غربال‌کننده در یک مقیاس ۴ امتیازی (هرگز=۰، بعضی اوقات=۰ اغلب=۱ و بیشتر اوقات=۱) نمره‌گذاری می‌شود و شیوهٔ نمره‌گذاری برحسب شدت نشانه‌های مرضی در یک مقیاس ۴ امتیازی (هرگز=۰، بعضی اوقات=۰ اغلب=۱و بیشتر اوقات=۱) نمره‌گذاری می‌شود که از حاصل‌جمع نمره‌ها، نمرهٔ شدت به دست می‌آید. ضریب پایایی این پرسشنامه از راه ضریب آلفای کرونباخ، برای کل پرسشنامه ۰/۹۲ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین۰/۷۲ تا ۰/۹۲ به دست آمده است. در مطالعه‌ای که توسط گریسون و کارلسون (۱۹۹۱) روی این پرسشنامه انجام شد، حساسیت آن برای اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی۰/۷۷ درصد به دست آمده است. اعتبار صوری این پرسشنامه به‌وسیله ۵ روانپزشک در انیستیتو روان‌پزشکی تهران تأیید شده است (به نقل از وطن‌خواه و عامری، ۱۳۹۹).

شناخت اجتماعی : شامل سه تکلیف است:

-تکالیف باور غلط: پژوهشگران معتقدند تکالیف باور صحیح به آزمون مفهوم باور در کودکان می‌پردازد، زیرا کودکان به دلیل خودمیان‌بینی، همان باور خود را درباره دیگران نیز تعمیم می‌دهند؛ یعنی وقتی از تکلیف باور صحیح استفاده می‌شود و پاسخ صحیح کودک به فرد دیگر نیز اسناد داده می‌شود، بیشتر خودمیان‌بینی کودک است که از راه این آزمون آشکار می‌شود. دو روش تقریباً مشابه از سوی روان‌شناسان تحولی در این راستا به کار گرفته می‌شود تا توانایی درک کودکان از افکار و احساسات دیگران سنجیده شود. در روش اول داستانی کوتاه به کودک ارائه می‌شود و از او خواسته می‌شود که پیش‌بینی کند رفتار شخصیت داستان چگونه خواهد بود. طرح داستان و نیز سؤال پیش‌بین به‌گونه‌ای است که توانایی کودک را در درنظرگرفتن دیدگاه دیگران، آنچه در ذهن شخصیت داستان می‌گذرد، آشکار کند. نمونه از این داستان‌ها به همراه سؤال تکلیف: «علی پسر کوچکی است که خیلی شکلات دوست دارد، یک روز صبح شکلات خود را در کابینت آشپزخانه می‌گذارد و به مدرسه می‌رود، مادرش وقتی که مشغول تمیزکردن آشپزخانه بود، شکلات او را بر می‌دارد و توی کشوی آشپزخانه می‌گذارد. علی بعد از مدرسه بر می‌گردد تا شکلات خود را بردارد».

سؤال: حالا به نظر شما علی باید کجا دنبال شکلاتش بگردد؟

در روش دوم کودکان به‌طور مستقیم درگیر تکلیفی می‌شوند که خود یک باور غلط را تجربه کنند (عبداله‌زاده رافی، ادیب سرشکی، حسن زاده اول، پورمحمدرضای تجریشی و یزدانی، ۱۳۹۳).

-تکلیف تغییر مکان دو کوششی: این تکلیف در سال ۱۹۸۵ به‌وسیله بارون وکوهن، لسلای و فریتبه پیروی از نمونه اولیه تکالیف اعتقاد نادرست (تکلیف سالی و آن) ابداع و در پژوهش‌های پترسون و سیگال در سال‌های ۱۹۹۵ و ۱۹۹۸ اصلاح شده است. این تکلیف با تغییراتی بسیار جزئی و با توجه به فرهنگ مانند تغییر در اسامی یا ابزار استفاده‌شده، در پژوهش‌های بسیاری از جمله پترسون و سیگال، برتود و کیلگر، استفاده شده است. روش اجرای این آزمون به این صورت است که یک عروسک پسر و یک عروسک دختر به آزمودنی ارائه می‌شود و دو سؤال کنترل نیز به دنبال این سؤال از کودک پرسش می‌شود:

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.3.8.0]

- اسباب‌بازی دخترک واقعاً کجاست ؟
- دخترک، اسباب بازی خود را کجا پنهان کرد؟

کوشش دوم که بلافاصله بعد از کوشش اول است، به طور دقیق به همان صورت است با این تفاوت که این بار عروسک پسر، اسباب‌بازی را درون جیب آزمونگر مخفی می‌کند و دوباره همان سه سؤال از کودک پرسیده می‌شود. نمره کل آزمودنی در این قسمت از تکلیف شناخت اجتماعی با توجه به پاسخ‌های آزمودنی به سؤال اصلی در دو کوشش از صفر تا ۲ نمره‌گذاری می‌شو؛ یعنی درصورتی‌که آزمودنی با توجه به آنچه که اتفاق افتاده است، در هر دو کوشش پاسخ درست را از منظر عروسک دختر بگوید، نمره ۲ می‌گیرد؛ اگر در یکی از کوشش‌ها موفق شود، نمره ۱ و اگر در هیچ‌یک از دو مورد موفق نشد، نمره صفر به او داده می‌شود (اسعدی، ۱۳۸۸).

-تکلیف تحریف ظاهری اشیا: این تکلیف براساس ظاهر انحرافی اشیا توسط پترسون و سیگل (۲۰۰۲) برای بررسی شناخت اجتماعی تهیه و توسط اسعدی (۱۳۸۴) ترجمه شده است. نخست شیء آشنا مانند یک جعبه کبریت به کودک نشان داده می‌شود و از کودک درباره محتوای درون جعبه سؤال می‌شود. بعد از اینکه کودک به محتوای موردانتظار درون جعبه اشاره کرد برای مثال در اینجا کبریت)، آزمونگر به کودک توضیح می‌دهد که همکلاسی او که قبلاً داخل این جعبه را ندیده است و برای انجام تکلیف به اینجا خواهد آمد و از او می‌پرسیم اگر او بیاید می‌گوید که درون جعبه چیست؟ این سؤال به همراه یک سؤال کنترل مطرح می‌شود که واقعاً درون جعبه چیست؟

دومین تکلیف ظاهر انحرافی اشیا مانند نمونه قبل است، با این تفاوت که شیء استفاده‌شده از لحاظ بصری منحرف‌کننده و فریبنده است (مانند یک پاک‌کن که به شکل یک مداد است). بعد از اینکه آزمودنی فقط با نگاه‌کردن در مورد شیء حدس زد، آزمونگر ماهیت واقعی شیء را به او نشان می‌دهد و همان سؤال‌های قبل، از کودک پرسیده می‌شود؛ یعنی از آزمودنی سؤال می‌شود: وقتی علی برای اولین بار این را می‌بیند، قبل از اینکه من آن را به او نشان بدهم، می‌گوید این چیست؟ پاک‌کن یا مداد؟ نمره بین صفر تا ۲ به هر آزمودنی تعلق می‌گیرد؛ یعنی هر بار که آزمودنی به‌درستی و با توجه به منظر کودک فرضی، به هر دو سؤال در دو تکلیف یادشده پاسخ داد، نمره ۲ و اگر به سؤال یکی از تکالیف پاسخ درست داد، نمره ۱ و در غیر این صورت نمره صفر به او تعلق می‌گیرد. مجموع نمره‌هایی که کودک از این دو تکلیف و تکلیف جابه‌جایی مکان دو کوشش می‌گیرد، روی هم نمره شناخت اجتماعی او را تشکیل می‌دهد که از صفر تا ۴ است (کریمیان، شهبازی راد و حقیقی کرمانشاهی، ۱۳۹۴).

همچنین جلسه‌های آموزش ذهن‌خوانی در ۱۰ جلسه ۴۰ دقیقه‌ای روی کودکان گروه آزمایش به‌صورت گروهی و دو بار در هفته اجرا شد. عنوان‌ها و محتوای مختصر جلسه‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱ شرح جلسه‌های آموزش ذهن‌خوانی

تعداد جلسه ها	موضوع جلسه	شرح مختصر
جلسه اول	آشناکردن کودک با مربی، محتوای آموزشی و نحوه برگزاری جلسه‌های آموزشی	در این جلسه، هدف آشناکردن کودکان با مربی (پژوهشگر) و دادن اطلاعات مختصری به کودکان از زمان و نحوه برگزاری جلسه‌های آموزشی است.
جلسه دوم	آموزش هیجان‌ها	در این جلسه نخست انیمیشن‌هایی برای کودکان پخش می‌شود و از آنها خواسته می‌شود به هیجان‌ها و احساسات شخصیت‌های کارتونی توجه کنند و احساسات و هیجان‌های آنها را شناسایی کنند و آنها را نام ببرند، برای مثال ناراحتی، خوشحالی، خشم، شرمندگیو در پایان با استفاده از نقاشی حالت‌های مختلف هیجانی را به مربی نشان می‌دهد.
جلسه سوم	آموزش هیجان‌ها	در این جلسه با استفاده از کتاب «چه احساسی دارم» به آموزش هیجان‌ها، شناسایی هیجان‌ها و احساسات در خود کودک پرداخته می‌شود.
جلسه چهارم	مرور تکالیف جلسه‌های قبل	در این جلسه به مرور تکالیفی که در جلسه‌های قبل داده شده است، پرداخته می‌شود.
جلسه پنجم	آموزش شناسایی باورها و تمایل‌ها	محتوای آموزشی در این جلسه شناسایی باورها و تمایل‌ها به کودکان از راه نمودارهای

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.3.8.0]

		سنجش باورها و تمایل‌ها است.
جلسه ششم	آموزش تکالیف باور غلط	انجام تکالیفی مشابه با تکالیف باور غلط
جلسه هفتم	مرور جلسه‌های قبل	در این جلسه به مرور تکالیفی که در جلسه‌های قبل داده شده است، پرداخته می‌شود.
جلسه هشتم	آموزش شناسایی خشم در خود و دیگران	در این جلسه به آموزش شناسایی هیجان خشم در خود کودک، دیگران و کنترل خشم پرداخته می‌شود.
جلسه نهم	آموزش کنترل خشم	محتوای این جلسه آموزش کنترل خشم به کودکان از راه بازی است.
جلسه دهم	جمع‌بندی و مرور جلسه‌ها	در این جلسه به جمع‌بندی و مرور مباحث جلسه‌های قبل پرداخته می‌شود.

یافته‌ها

داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از نرم افزار SPSS-24 در دو سطح آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (روش تحلیل کواریانس با رعایت آزمون نرمال‌بودن داده‌ها) تجزیه و تحلیل شد. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش برحسب مرحله ارزیابی و عضویت گروهی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲ شاخص‌های توصیفی نمره‌های متغیرهای پژوهش برحسب مرحله ارزیابی و عضویت گروهی

متغیر	شاخص	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل
بیش‌فعالی	میانگین	۷/۴۲	۷/۷۱	۴/۳۵	۸/۰۶
	انحراف استاندارد	۱/۳	۱/۴	۱/۵	۱/۶
نارسایی‌توجه	میانگین	۶/۷۱	۶/۱۴	۴/۵	۶/۷۷
	انحراف استاندارد	۲/۹	۲/۸	۲/۴	۲/۹
ذهن‌خوانی	میانگین	۲/۶۷	۲/۴۶	۵/۷۱	۲/۷۱
	انحراف استاندارد	۰/۸	۰/۹	۰/۷	۰/۸

براساس مندرجات در جدول ۲ میانگین گروه آزمایش در نمره‌های بیش فعالی و نارسایی‌توجه در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش بیشتر و در ذهن‌خوانی افزایش بیشتر نسبت به گروه کنترل داشته است. استفاده از آزمون‌های پارامتریک مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است که در صورت نامساوی و کمتر از ۴۰ نفربودن حجم گروه‌ها با رعایت پیش‌فرض‌ها و تأیید آنها می‌توان از این آزمون‌ها استفاده کرد. ازاین‌رو در آغاز به بررسی نرمال‌بودن داده‌های پژوهش پرداخته می شود. هدف از بررسی پیش‌فرض نرمالیتی آن است که نرمال‌بودن توزیع نمره‌های همسان با جامعه را بررسی می‌کند. این پیش‌فرض نشان می دهد که تفاوت مشاهده‌شده بین توزیع نمره‌های گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. به این منظور از آزمون کلموگروف- اسمیرنف[۶] استفاده شد. نتایج حاصل از اجرای این پیش‌فرض درباره نمره‌های متغیرهای پژوهش در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳ آزمون کلموگروف- اسمیرنف برای ارزیابی نرمال‌بودن توزیع نمره‌های متغیرهای وابسته پژوهش

متغیر	گروه‌ها	آماره	درجه آزادی	معناداری
بیش‌فعالی	آزمایش	۰/۲۰۳	۷	۰/۲۲۱
	کنترل	۰/۲۵۳	۷	۰/۱۹۷
نارسایی توجه	آزمایش	۰/۲۵۹	۷	۰/۱۷۱
	کنترل	۰/۲۷۰	۷	۰/۱۳۲
ذهن‌خوانی	آزمایش	۰/۴۲۱	۷	۰/۰۰۱
	کنترل	۰/۴۲۳	۷	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، فرض صفر مبنی بر نرمال‌بودن توزیع نمره‌ها در دو متغیر بیش‌فعالی و نارسایی‌توجه در هر دو گروه باقی است؛ یعنی توزیع نمره‌ها نمونه نرمال و همسان با جامعه

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.3.8.0]

است و کجی و کشیدگی حاصل اتفاقی است (همه سطوح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است). اما این پیش‌فرض برای متغیر ذهن‌خوانی تأیید شده است. البته با توجه به تساوی حجم نمونه و گمارش تصادفی آزمودنی‌ها، رعایت‌نکردن این پیش فرض محدودیتی ایجاد نمی‌کند.

هدف از بررسی پیش‌فرض برابری وریانس‌ها، بررسی مساوی‌بودن واریانس‌های گروه هاست. به این منظور از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج این آزمون نشان داد که برای متغیر بیش‌فعالی ($F_{1,12}$=۰/۶۹۲، p=۰/۴۴۲)، نارسایی توجه ($F_{1,12}$=۰/۰۶۴، p=۰/۸۰۴)، ذهن‌خوانی ($F_{1,12}$=۰/۱۹۷، p=۰/۶۶۵)، به دست آمده اشت که نشان می‌دهد این پیش فرض برای هر سه متغیر وابسته تأیید شده است.

نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری کوورایانس‌ها نشان داد که ضریب M باکس برابر با ۲/۵۸۶، $F_{6, 401.3}$=۰/۳۱۲، p=۰/۹۳۱) به دست آمده است که نشان می‌دهد پیش‌فرض تساوی بین کوواریانس‌ها یا روابط بین سه متغیر تأیید می‌شود. با توجه به تأیید بیشتر پیش‌فرض‌های آماری لازم می‌توان از آزمون پارامتری تحلیل مانکوا و تحلیل کوواریانس استفاده کرد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره یا مانکوا مقایسه دو گروه در مجموع متغیرهای پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴ نتایج مقایسه دو گروه درمجموع متغیرهای پژوهش

متغیر	ضریب لامبدا	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
پیش‌آزمون بیش‌فعالی	۰/۶۱۳	۱/۴۷۳	۳	۷	۰/۳۰۲	۰/۳۸۷	۰/۲۴۴
پیش‌آزمون نارسایی‌توجه	۰/۲۶۳	۶/۵۵	۳	۷	۰/۰۱۹	۰/۷۳۷	۰/۸۰۷
پیش‌آزمون ذهن‌خوانی	۰/۷۰۱	۰/۹۹۵	۳	۷	۰/۴۴۹	۰/۲۹۹	۰/۱۷۶
عضویت گروهی	۰/۱۵۹	۱۲/۳۳۵	۳	۷	۰/۰۰۳	۰/۸۴۱	۰/۹۷۶

براساس یافته‌های به‌دست‌آمده در جدول ۴، میانگین نمره‌های هرسه متغیر علایم بیش‌فعالی، نارسایی‌توجه و ذهن‌خوانی در مرحله پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری دارد (P=۰/۰۰۳). نتایج نشان داده است که نزدیک به ۸۴/۱ درصد از تفاوت‌های فردی در سه متغیر به تفاوت بین دو گروه مربوط است. به‌این‌ترتیب فرضیه اصلی پژوهش تأیید شده است. توان آماری نیز برابر با ۱/۰۰۰ است که ضمن آنکه نشانگر دقت عالی آزمون است، بیانگر کفایت حجم نمونه برای بررسی فرضیه بوده است. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش ذهن‌خوانی بر کاهش علایم بیش‌فعالی، نارسایی‌توجه و ذهن‌خوانی کودکان ۸ تا ۱۰ ساله، در جدول ۵ ارائه شده است. در این تحلیل به‌منظور مهار تأثیر اجرای پیش‌آزمون بر نتایج نمره‌های پس‌آزمون، نمره‌های پیش‌آزمون کنترل شده است؛ یعنی اثر آن از روی نمره‌های پس‌آزمون برداشته شده است و سپس دو گروه با توجه به نمره‌های باقیمانده مقایسه شده‌اند.

جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه میانگین‌های نمره‌های بیش‌فعالی، نارسایی‌توجه و ذهن‌خوانی برحسب عضویت گروهی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
بیش‌فعالی	پیش‌آزمون	۶/۱۷۸	۱	۶/۱۷۸	۳/۰۷۴	۰/۱۰۷	۰/۲۱۸	۰/۳۶۰
	عضویت گروهی	۴۷/۳۴۵	۱	۴۷/۳۴۵	۲۳/۵۵۷	۰/۰۰۱	۰/۶۸۲	۰/۹۹۳
	خطا	۲۲/۱۰۸	۱۱	۲/۰۱				
نارسایی توجه	پیش‌آزمون	۵۵/۵	۱	۵۵/۵	۱۹/۲۹۴	۰/۰۰۱	۰/۶۳۷	۰/۹۷۹
	عضویت گروهی	۱۸/۰۸۹	۱	۱۸/۰۸۹	۶/۲۸۸	۰/۰۲۹	۰/۳۶۴	۰/۶۲۸

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.3.8.0]

	خطا	۳۱/۶۴۳	۱۱	۲/۸۷۷			
	پیش‌آزمون	۰/۰۱۱	۱	۰/۰۱۱	۰/۰۱۸	۰/۸۹۷	۰/۰۰۲	۰/۰۵۲
ذهن‌خوانی	عضویت گروهی	۳۱/۵	۱	۳۱/۵	۵۰/۶۱۲	۰/۰۰۱	۰/۸۲۱	۱/۰۰۰
	خطا	۶/۸۴۶	۱۱	۰/۶۲۲			

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، نمره‌های پیش‌آزمون بیش‌فعالی با پس‌آزمون آن و ذهن‌خوانی با پس‌آزمون رابطه معناداری ندارد. اما رابطه بین پیش‌آزمون نارسایی‌توجه و پس‌آزمون آن معنادار است (p=۰/۰۰۱). با کنترل این رابطه، تفاوت بین میانگین‌های تعدیل‌شده نمره‌های بیش‌فعالی، نارسایی‌توجه و ذهن‌خوانی در مرحله پس‌آزمون (بعد از کنترل نمره‌های پیش‌آزمون) در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است p<۰/۰۵. به عبارت دیگر آموزش ذهن‌خوانی، علایم بیش‌فعالی و نارسایی‌توجه در کودکان ۸-۱۰ ساله را در مرحله پس‌آزمون کاهش و نمره‌های ذهن‌خوانی آنها را افزایش داده است. میزان تأثیر این آموزش در بهبود علایم بیش‌فعالی، نارسایی‌توجه و ذهن‌خوانی در مرحله پس‌آزمون به‌ترتیب برابر با ۰/۶۸۲، ۰/۳۶۴ و ۰/۸۲۱ بوده است؛ یعنی در حدود ۶۸/۲ ، ۳۶/۴ و ۸۲/۱ درصد از واریانس بیش‌فعالی، نارسایی‌توجه و ذهن‌خوانی مربوط به عضویت گروهی و یا تأثیر آموزش‌هاست.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف در این پژوهش بررسی تأثیر آموزش ذهن‌خوانی بر کاهش علایم بیش‌فعالی- نارسایی‌توجه و افزایش ذهن‌خوانی کودکان پسر۸ -۱۰ ساله شهر اصفهان بود. نتایج نشان داد که آموزش ذهن‌خوانی باعث کاهش علایم بیش‌فعالی کودکان می‌شود. یافته به‌دست‌آمده با نتایج پژوهش‌های مشابه در این زمینه به‌طور نمونه مطالعات بورا و پانتلیس (۲۰۱۶)، خوری و میلیگان (۲۰۱۶)، میرندا و همکاران (۲۰۱۷)، موری و سیاگالا (۲۰۱۶)، توسای و همکاران (۲۰۱۶)، فارانت و همکاران (۲۰۱۴) همخوانی دارد. به‌طور کلی در این مطالعه‌ها نشان داده شده است که کودکان با اختلال نارسایی‌توجه- بیش‌فعالی نسبت به کودکان سالم، رفتارهای اجتماعی منفی را بیشتر از خود بروز می‌دهند و در روابط اجتماعی با همسالان، شناخت اجتماعی و توانایی حل مسئله نقص دارند.

آموزش ذهن‌خوانی به کودکان، رویکردی است که به‌وسیله آن کودکان با افکار، تمایل‌ها و هیجان‌های دیگران آشنا می‌شوند و می‌آموزند که دیگران در برخی موارد و موقعیت‌ها، به‌گونه‌ای متفاوت از آنها، هیجان‌ها را تجربه می‌کنند. نتایج این فرضیه پژوهشی را می‌توان اینگونه تبیین کرد که از آن‌جایی‌که کودکان مبتلا به اختلال نارسایی‌توجه-بیش‌فعالی فاقد مهارت‌های درک هیجان‌ها و تمایل‌های دیگران در موقعیت‌های متفاوت می‌باشند، نمی‌توانند درک کنند رفتاری که انجام می‌دهند (مانند هل‌دادن دوستان خود، بالا و پایین پریدن) باعث بروز احساسات، هیجان‌ها و حالت‌های ناخوشایندی در اطرافیان (خانواده، معلم، دوستان، همکلاسی‌ها) می‌شود و این موارد نشان‌دهنده نقص در مهارت‌های اجتماعی و هیجانی آنها محسوب می‌شود. درنتیجه با کار روی افزایش مهارت‌هایی مانند شناخت هیجان‌ها، تمایل‌های دیگران، پیش‌بینی هیجان‌ها و خواسته‌های دیگران و شناخت هیجان‌هایی مانند خشم در خود کودک و کنترل آن، می‌توان کاهش معنادار نشانه‌های بیش‌فعالی را در کودکان گروه آزمایش تبیین کرد. همچنین ویژگی خاص برنامه آموزشی حاضر، ازجمله اجرای برنامه در قالب فعالیت‌های متنوع و استفاده از انیمیشن و بازی نقش توسط کودکان و یا تعیین تکالیف خانگی متعدد و مرتبط با مباحث آموزشی می‌تواند موجب بروز تأثیرات درمانی باشد؛ چون کودک را به تحرک و فعالیت وا می‌دارد و این راه از یک‌سو موجب تخلیه انرژی کودک می‌شود و از سوی دیگر انرژی وی در مسیری از پیش تعیین‌شده جهت پیدا می‌کند. درمجموع نتایج به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که آموزش مبتنی بر نظریه ذهن در مرحله

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.3.8.0]

اول برای کاهش علایم بیش‌فعالی مؤثر است و درنتیجه باعث بهبود روابط اجتماعی و روابط با همسالان می‌شود و کاهش منفی‌کاری و فعالیت‌های اضافی در کودکان و به تبع آن آموزش ارائه‌شده باعث افزایش رفتارهای مطلوب اجتماعی، عزت‌نفس و تحمل فشار روانی و عصبانیت و کنترل خشم می‌شود. درواقع کودک با تقویت ذهن‌خوانی بهتر می‌تواند در مسیر زندگی قدم بگذارد و رسیدن به زندگی بهتر و سالم‌تر را از باورهای اصلی خود خواهد پنداشت.

براساس نتایج به‌دست‌آمده آموزش ذهن‌خوانی باعث کاهش علایم نارسایی توجه در کودکان ۱۰ ساله شهر اصفهان شد. هیچ فرضیه یا پژوهشی مشابه که به‌طور مستقیم در زمینه تأثیر آموزش ذهن‌خوانی بر کاهش علایم نارسایی توجه باشد، پیدا نشد. در تبیین یافته به‌دست‌آمده می‌توان بیان کرد، از آن‌جایی‌که تحول شناختی و افزایش ذهن‌خوانی در کودکان باعث می‌شود که بتوانند به‌تدریج به‌طور ذهنی تمرکز خود را افزایش دهند و از تنگناهای خودمیان‌بینی رهایی پیدا کنند. درنتیجه می‌توان نتایج این پژوهش را چنین تبیین کرد که با آموزش ذهن‌خوانی و افزایش شناخت اجتماعی در این کودکان می‌توان تا حدی خودمیان‌بینی کودکان را کاهش داد. خودمیان‌بینی در کودکان باعث می‌شود تا در مراحل اولیه شناخت اجتماعی، بیشتر به وجوه ادراکی محرک‌ها و وقایع توجه داشته باشند و به همین دلیل در روابط خود نیز در مرحله عدم تمایز باشند و نتوانند به دیدگاهی غیر از دیدگاه خود فکر کنند و افکار، احساسات و حالت‌های خود را به دیگران تعمیم دهند. آنها می‌توانند با کاهش خودمیان بینی، افزایش شناخت اجتماعی و بالابردن سطح ذهن‌خوانی علاوه بر توجه به ظاهر افراد، به‌عنوان افرادی که در محیط فیزیکی آنان قرار دارند، توجه، تمرکز خود را افزایش دهند و آنها را افرادی با افکار و دیدگاه‌های متمایز بدانند. با افزایش سطح ذهن‌خوانی کودک قادر می‌شود از تمرکز بر یک بعد بکاهد و همزمان بر بیشتر از یک بعد متمرکز شود.

علاوه بر آن در این پژوهش با درنظرگرفتن برنامه آموزشی متناسب با سن و شرایط کودکان و نیز علاقه‌ها و سلیقه‌های آنها توانستیم تا حدی توجه و تمرکز آنها را افزایش دهیم از جمله با در نظر گرفتن برنامه‌هایی مانند پخش انیمیشن‌های آموزشی که نیازمند دقت و تمرکز کودکان بود و همچنین تعیین تکالیف خانگی که سطح توجه کودکان را بالا می‌برد. با توجه به نتیجه این فرض می‌توان اظهار داشت که با افزایش ذهن‌خوانی و شناخت اجتماعی در کودکان با اختلال نارسایی توجه – بیش‌فعالی می‌توان به عملکرد مؤثر و مفید آنها در جامعه کمک کرد.

یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش ذهن‌خوانی باعث افزایش مهارت ذهن‌خوانی در کودکان می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش نسائیان و همکاران (۲۰۱۰)، مبنی بر تأثیر آموزش مهارت‌های ذهن‌خوانی بر بهبود توانایی ذهن‌خوانی کودکان همخوانی دارد. نتایج این فرضیه پژوهشی را می‌توان اینگونه تبیین کرد که علاوه بر رشد، تجربه و یادگیری نیز در افزایش ذهن‌خوانی کودکان تأثیر دارد. در نتیجه با آموزش مهارت ذهن‌خوانی در کودکان می‌توان به بهبود سطح ذهن‌خوانی در آنها کمک کرد. همچنین با افزایش ذهن‌خوانی می‌توان شاهد افزایش مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی در کودکان بود و به دنبال آن انتظار می‌رود که علایم بیش‌فعالی کودکان نیز تا حدی بهبود پیدا کند. آموزش ذهن‌خوانی به کودک این امکان را می‌دهد که بتواند با محیط اجتماعی به‌صورت قدرتمندتری مواجه شود. همچنین در برخورد با افراد دیگر بتواند به شناسایی هیجان‌های آنها بپردازد و در مواردی که نیاز دارد رفتارهای دیگران را پیش‌بینی کند. درنتیجه به مرور زمان می‌تواند از خودمحوری خود کم کرده و بیشتر محیط اجتماعی را تجربه کند و درنهایت نیز به‌وسیله ادراکی که از محیط کسب می‌کند و دست به

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.3.8.0]

تجربه می‌زند، می‌توان انتظار داشت که بعد از آموزش ذهن خوانی بتواند به آزمون تکالیف باور غلط پاسخ بهتری بدهد.

با افزایش شناخت اجتماعی در کودکان، توانایی درک آنها از افکار، نیت‌ها، احساسات و علت رفتار دیگران افزایش پیدا می‌کند. برای شناخت یک فرد، کودک باید بتواند طرف مقابل را در نظر گرفته، افکار، احساسات، انگیزه‌ها و تمایلات او را درک کند و به‌طور خلاصه عوامل درونی او را بفهمد. ازاین‌رو می‌توان چنین نتیجه گرفت که با آموزش نیز می‌توان این توانایی را در کودکان بالا برد. در بررسی این پژوهش باید توجه داشت که در بین پسران گروه سنی ۸ تا ۱۰ سال انجام‌شده و در تعمیم نتایج آن به سایر گروه‌های سنی و جنسی باید دقت کرد. ازاین‌رو پیشنهاد می شود تا ضمن انجام پژوهش مشابهی در دختران و سایر گروه‌های سنی کودکان، نشانه‌های اختلال نارسایی‌توجه- بیش‌فعالی در مرحله پیگیری و در فاصله‌های زمانی طولانی به‌منظور بررسی تداوم درمان ارزیابی شود؛ والدین دانش‌آموزان در امر آموزش و برگزاری جلسه‌های تکمیلی برای آنها در ارتباط با نحوه برخورد با کودک دارای اختلال نارسایی‌توجه- بیش‌فعالی با توجه به برنامه آموزشی شرکت داده شوند و تعداد جلسه‌های آموزشی به‌منظور نتیجه‌گیری بهتر افزایش پیدا کند.

پی‌نوشت‌ها

1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder
2. American Psychiatric Association
3. Mind reading
4. Theory of Mind
5. Child Symptom Inventory- Fourth Edition (CSI-4)
6. Kolmogorov–Smirnov test

منابع

اسعدی س. (۱۳۸۸) *بررسی تحولی رابطه شناخت اجتماعی با درک مفهوم دروغ در کودکان مقاطع مهدکودکی، پیش دبستانی و کلاس دوم مدارس ابتدایی شهر اصفهان*، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه اصفهان.

عبداله‌زاده رافی م.، ادیب‌سرشکی ن.، حسن‌زاده اول م.، پورمحمدرضای تجریشی م.، یزدانی ع. ع. (۱۳۹۳) «اثر آموزش حالت‌های ذهنی بر نظریه ذهن دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی»، *روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۴(۱۶): ۱۲۳-۱۵۸.

کریمیان ز.، شهبازی راد ا.، حقیقی‌کرمانشاهی م. (۱۳۹۴) «مقایسه شناخت اجتماعی کودکان دختر خانواده‌های تک‌فرزند و چندفرزند ۵ تا ۷ ساله شهر اصفهان»، *دو فصلنامه شناخت اجتماعی*، ۴(۲): ۲۲-۳۵.

وطن‌خواه ف.، عامری ف. (۱۳۹۹) «تأثیر آموزش شناخت احساس‌ها و هیجان‌های چهره‌ای بر تنظیم شناختی هیجان، مهارت‌های اجتماعی و نشانه‌های مرضی در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای»، *نشریه توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۱۱(۲): ۴۹-۶۱.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). Washindton, DC: American Psychiatric Pub.

Artigas, M. S., Sánchez-Mora, C., Rovira, P., Richarte, V., Garcia-Martínez, I., Pagerols, M., ... & Neale, B. M. (2020). Attention-deficit/hyperactivity disorder and lifetime cannabis use: genetic overlap and causality. *Molecular Psychiatry*, 25(10), 2493-2503.

Baribeau, D. A., Doyle-Thomas, K. A., Dupuis, A., Iaboni, A., Crosbie, J., McGinn, H., et al. (2015). Examining and comparing social perception abilities across childhood-onset neurodevelopmental disorders. J. Am. Acad. Child Adolesc. *Psychiatry* 54, 479–486.

Bigorra, A., Garolera, M., Guijarro, S., & Hervás, A. (2016). Impact of working memory training on hot executive functions (decision-making and theory of mind) in children with ADHD: a randomized controlled trial. *Neuropsychiatry*, 6(5), 251-263.

Bora, E., & Pantelis, C. (2016). Meta-analysis of social cognition in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): comparison with healthy controls and autistic spectrum disorder. *Psychological Medicine*, 46(4), 699-716.

Farrant, B. (2014). Cognitive Flexibility, Theory of Mind, and Hyperactivity/Inattention. Hindawi Publishing Corporation. *Child Development Research*, Volume 2014, Article ID 741543, 1-10.

Fenollar-Cortés, J., & Fuentes, L. J. (2016). The ADHD Concomitant Difficulties Scale (ADHD-CDS), a Brief Scale to Measure Comorbidity Associated to ADHD. *Front. Psychol*. 7:871. Doi: 10.3389/fpsyg.2016.00871

Hutchins, T. L., Prelock, P. A., Morris, H., Benner, J., LaVigne, T., and Hoza, B. (2016). Explicit vs applied theory of mind competence: a comparison of typically developing males, males with ASD, and males with ADHD. *Res. Autism Spectr. Disord.* 21, 94–108.

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.3.8.0]

Imuta, K., Henry, J. D., Slaughter, V., Selcuk, B., & Ruffman, T. (2016). Theory of mind and prosocial behavior in childhood: A meta-analytic review. *Developmental Psychology*, 52(8), 1192–1205.

Khoury, JE &, Milligan, K. (2019). Comparing Executive Functioning in Children and Adolescents with Fetal Alcohol Spectrum Disorders and ADHD A Meta-Analysis. *J. Atten. Disord*, 23(14), 1801-1815.

Maoz, H., Gvirts, H. Z., Sheffer, M., & Bloch, Y. (2019). Theory of Mind and empathy in children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *23*(11), 1331-1338.

Martella, D., Aldunate, N., Fuentes, L. J., & Sánchez-Pérez, N. (2020). Arousal and Executive Alterations in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Frontiers in Psychology*, 11, 1991.

Mary, A., Slama, H., Mousty, P., Massat, I., Capiau, T., Drabs, V., & Peigneux, P. (2016). Executive and attentional contributions to Theory of Mind deficit in attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Neuropsychology*, *22*(3), 345-365.

Miranda, A., Berenguer, C., Roselló, B., Baixauli, I., & Colomer, C. (2017). Social cognition in children with high-functioning autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. Associations with executive functions. *Frontiers in Psychology*, 8, 1035.

Mori, A., & Cigala, A.(2016). Perspective Taking: Training Procedures in Developmentally Typical Preschoolers. Different Intervention Methods and Their Effectiveness. *Educational Psychology Review*, 28, 267-294.

Nesaieeyan, A., Abdolahzade rafi, M., Moradi, M., & Kaveh, M. (2010). The impact of Training on responding assignments false theory of mind in children 3 to 6 years. *Contemporary Psychology*, 5(1), 63-70.

Oakley, B. F. M., Brewer, R., Bird, G., & Catmur, C. (2016). Theory of mind is not theory of emotion: A cautionary note on the Reading the Mind in the Eyes Test. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(6), 818-823. http://dx.doi.org/10.1037/abn0000182

Özbaran, B., Kalyoncu, T., & Köse, S. (2018). Theory of mind and emotion regulation difficulties in children with ADHD. *Psychiatry Research*, *270*, 117-122.

Pelham, W., Page, T. F., Altzuler, A. R., Gnagy, E. M., Molina, B. E. M., William, E., et al. (2020). The Long-Term Financial Outcome of Children Diagnosed With ADHD. *J. Consult. Clin. Psychol.* 88, 161–170.

Pineda-Alhucema, W., Aristizabal, E., Escudero-Cabarcas, J., Acosta-López, J. E., & Vélez, J. I. (2018). Executive function and theory of mind in children with ADHD: A systematic review. *Neuropsychology Review*, *28*(3), 341-358.

Preckel, K., Kanske, P., & Singer, T. (2018). On the interaction of social affect and cognition: empathy, compassion and theory of mind. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 19, 1-6.

Ruhl, C. (2020). Theory of Mind, https://www.simplypsychology.org/

Tatar, Z. B., & Cansız, A. (2020). Executive function deficits contribute to poor theory of mind abilities in adults with ADHD. *Applied Neuropsychology: Adult*, 1-8.

Tucci, S., Easterbrooks, S., & Lederberg, A. (2016). The Effects of Theory of Mind Training on the False Belief Understanding of Deaf and Hard-of-Hearing Students in Prekindergarten and Kindergarten. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 21(3), DOI: 10.1093/deafed/enw031.

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.3.8.0]