

Effectiveness of a Conflict Resolution Teaching Program on the Social Competencies of Children with ADHD

Kambiz Poushaneh, Ph.D.¹, Parisa Fathi, M.A.²

Received: 10.22.2016 Revised: 05.29.2017
Accepted: 09.02.2017

Abstract

Objective: The present study examined the effect of a conflict resolution teaching program on the social competencies of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). **Method:** In this controlled quasi-experimental study with a pretest-posttest design and follow up, a sample of 21 students with ADHD was selected from among students of the 5th and 6th grades of elementary schools (11 and 12 years of age) in Tehran, Iran, through multistage random sampling and then randomly assigned to experimental and control groups. Child Symptom Inventory-4 (CSI-4, parent checklist) and Felner's Social Competence Inventory were used for the diagnosis of ADHD and assessment of social competencies, respectively. A conflict resolution program was implemented for the experimental group for 12 sessions (60 minutes each, twice a week). **Results:** Variance Analysis showed a significant difference in social competency and its components (cognitive, behavioral, emotional, and motivational) between the experimental and control groups. **Conclusion:** Research findings showed that the conflict resolution program increases the social competencies of children with ADHD.

Keywords: Conflict resolution, Social competency, ADHD

1. Corresponding Author: Assistant professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran.

2. Ph.D. candidate in Psychology and Education of Exceptional Children, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran.

اثربخشی برنامه آموزش حل تعارض بر بهبود کفایت‌های اجتماعی در کودکان با اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی

دکتر کامبیز پوشنه^۱، پریسا فتحی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۸/۱ تجدیدنظر: ۱۳۹۶/۳/۸
پذیرش نهایی: ۱۳۹۶/۶/۱۱

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به بررسی تأثیر یک برنامه آموزش حل تعارض گروهی بر افزایش کفایت‌های اجتماعی کودکان با اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی پرداخته است. **روش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی (طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری) بوده است. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای و از میان دانش‌آموزان پسر پایه پنجم و ششم ابتدایی (۱۱ و ۱۲ ساله) مدارس ابتدایی شهر تهران، تعداد ۲۱ دانش‌آموز با اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. به منظور تشخیص اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه از پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان (فرم والدین) و جهت بررسی میزان کفایت اجتماعی، از پرسش‌نامه کفایت اجتماعی فلنر استفاده شد. آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه (هر جلسه ۶۰ دقیقه و ۲ بار در هفته) در یک برنامه آموزش حل تعارض به شیوه گروهی شرکت کردند. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین نمرات کلی و زیرمؤلفه‌های کفایت اجتماعی (رفتاری، شناختی، هیجانی و انگیزشی) آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی و کنترل از نظر آماری تفاوتی معنی‌دار وجود داشته است. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش نشان داد که برنامه آموزش حل تعارض منجر به افزایش کفایت اجتماعی در کودکان با اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی شده است.

واژه‌های کلیدی: حل تعارض، کفایت اجتماعی، اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی

۱. نویسنده مسئول: استادیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه

آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران

۲. دانشجوی دکترای روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای ویژه، دانشگاه

آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران

مقدمه

بر پایه تعریف پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (دی‌اس‌ام-۵)^۱، اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی^۲ به شکل‌الگویی از رفتار در چند موقعیت (مانند مدرسه و خانه) مشخص می‌شود که پیامدهای آن می‌تواند بر شیوه عملکرد اجتماعی، تحصیلی و محیط‌های کاری تأثیرگذار باشد. میزان شیوع این اختلال در بزرگسالان حدود ۲/۵٪ و در کودکان حدود ۵٪ تخمین زده می‌شود. (پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۱۳).

پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی نه تنها بر عملکرد شناختی و تحصیلی کودکان، بلکه بر کارکردهای اجتماعی آنها تأثیر نامطلوبی دارد. برای نمونه بیشتر این کودکان فاقد کفایت‌های اجتماعی^۳ کارآمد هستند (داج، پتیت، مک کلاسی، و براون، ۱۹۸۶؛ کریک و داج، ۱۹۹۴) و در مقایسه با همسالان بهنجار خود با مشکلات بیشتری در روابط اجتماعی با همسالان و والدین (پریس و هینشا، ۲۰۰۳؛ شکوهی‌یکتا و پرند، ۱۳۸۹)، برادرها و خواهرها (میکامی و فیفتر، ۲۰۰۷)، و معلمان خود (استورمونت، ۲۰۰۱) مواجه‌اند (به نقل از حسین‌خانزاده، ۱۳۹۲). همچنین احساس خودرضایتی، خودکارآمدی، اثرگذاری، خوداعتمادی و تصمیم‌گیری که حالات روانی و احساسات مربوط به کفایت اجتماعی هستند، (به نقل از موللی، آبکنار، عاشوری، ۱۳۹۲) در این کودکان می‌تواند تحت تأثیر قرار بگیرد.

کاستی‌های موجود در مهارت‌های اجتماعی در کودکان با اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی موجب شده تا آنها از رفتارهای مناسب در موقعیت‌های اجتماعی آگاهی کافی نداشته باشند و یا حتی در صورت آگاهی داشتن، چنین رفتارهایی را از خود نشان ندهند (به نقل از حسین‌خانزاده، ۱۳۹۲). حالاتی چون اخلاص‌گری، سرپیچی از دستورات،

ریاست‌طلبی، مزاحمت، قانون‌شکنی و آزارگری در کودکان با اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی به‌گونه‌ای است که به‌عنوان افرادی بی‌تفاوت نسبت به احساسات و نیازهای دیگران و یا بی‌توجه به نشانه‌ها و بازخوردهای اجتماعی تعریف می‌شوند (بارمستر، والن، هنکر، مک دونالد و هینشا، ۱۹۹۲). چنین شرایطی می‌تواند تا اندازه‌ای شکست آنها را در ایجاد و حفظ روابط اجتماعی و به‌ویژه دوست‌یابی توضیح دهد (هینشا، اونس، سامی و فارگون، ۲۰۰۶).

پلهام و بندر (۱۹۸۲)، تخمین زده‌اند که بیش از ۵۰ درصد کودکان با اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی مشکلات معناداری در روابط اجتماعی با کودکان دیگر دارند. پژوهش‌های بسیاری وجود دارند که سعی می‌کنند رفتار اجتماعی و مشکلات کودکان با این اختلال را بررسی کنند. از آنجا که کودکان دچار نقص توجه - بیش‌فعالی اغلب اخلاص‌گر، سرپیچی‌کننده از دستورات، ریاست‌طلب، مزاحم، قانون‌شکن و پرسر و صدا هستند و کودکان دیگر را آزار می‌دهند، به‌عنوان افرادی بی‌تفاوت نسبت به احساسات و نیازهای دیگران و همچنین بی‌توجه به نشانه‌های اجتماعی و بازخوردها به نظر می‌آیند (بارمستر و دیگران، ۱۹۹۲). پژوهش در حوزه شناخت اجتماعی، شواهد معتبری از نقص‌های کودکان با اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی فراهم نمی‌کند. با این حال برخی یافته‌های خاص از این پژوهش‌ها ممکن است در برنامه‌ریزی مداخلات برای کودکانی که مشکلات اجتماعی دارند، کمک‌کننده باشند. نخست اینکه، کودکان با مشکلات برونی‌سازی، تمایلات خصمانه‌ای نشان می‌دهند (داج و فلدمن، ۱۹۹۰). که همراه با رفتارهای میهم با کودکان دیگر است، یعنی در حالیکه به منظور خصمانه دیگران پی نمی‌برند مسوولیت خود را نیز نسبت به عواقب، دست کم می‌گیرند. پسران پرخاشگر مایلند پرخاشگری خود را دست کم بگیرند و کمتر احتمال دارد که برای کنترل خود تلاش کنند و به احتمال بیشتری، در تعاملات

ابیکوف، هچمن، کلاین، ولز، فلیز، اتکوویچ، کازینز، گرین‌فیلد، مارتین و پولاک، ۲۰۰۴).

مرور اخیر ادبیات نتایج مطالعات پژوهشی آموزش مهارت‌های اجتماعی (گرشام، ۱۹۹۸؛ ۲۰۰۲) شش نتیجه‌گیری کلی را بیان می‌کند، نخست به نظر می‌رسد موثرترین راهبرد آموزش مهارت‌های اجتماعی، شامل ترکیبی از مدل‌سازی، آماده‌سازی و روش‌های تقویت است. دوم شواهد تاثیر روش‌های شناختی- رفتاری، ضعیف است. سوم، بزرگترین ضعف آشکار در ادبیات آموزش مهارت‌های اجتماعی، فقدان ثبات نتایج پایدار در شرایط و محیط‌های گوناگون در طول زمان است. مرور فراتحلیل‌هایی که اندازه اثر را پیدا می‌کنند، نشان می‌دهد آموزش مهارت‌های اجتماعی، راهبرد مداخله‌ای نسبتاً ضعیفی است. چهارم، مداخلات شناختی- رفتاری، گرایش به استفاده از سنجش‌هایی دارند که فاقد اعتبار اجتماعی هستند که وسعت بهبود در این مداخلات را به طوریکه مهارت‌های رفتار اجتماعی به محیط‌های طبیعی قابل انتقال باشد، اندازه‌گیری نمی‌کند. پنجم، به نظر می‌رسد بین آموزش مهارت‌های اجتماعی و اثر بخشی مداخلات رابطه وجود دارد. و ششم، مطالعات آموزش مهارت‌های اجتماعی که با نقص در همان مهارت‌ها، مطابقت داشته باشد، به احتمال بیشتری به تولید نتایج مثبت می‌انجامد.

گرشام (۱۹۹۸) چند پیشنهاد برای بهبود آموزش مهارت‌های اجتماعی پیشنهاد کرد. اول، نیاز است که روش‌های سنجش با در نظر گرفتن اعتبار اجتماعی و میزان حساسیت اندازه‌گیری نتایج، اصلاح شوند. دوم، راهبردهای مداخله‌ای مهارت‌های اجتماعی لازم است با نقص‌های مهارت‌های اجتماعی مشخص، مطابق باشد. و سوم، برنامه‌ریزی عملکردی باید بیش از اینکه به تعمیم مکانی بپردازد، به وسیله پذیرفتن یک رویکرد زمینه‌ای در آموزش رفتار اجتماعی در یک چهارچوب رقابتی رفتارها انجام شود

بعدی خود نیز از واکنش‌های مشابه استفاده می‌کنند (لاچمن و لنهات، ۱۹۹۳).

همچنین کودکانی که دچار مشکلات اجتماعی هستند در ایجاد راه حل‌های رفتاری در تعاملات بین فردی، دشواری دارند (ایوانس و شورت، ۱۹۹۱). اگر چه آنها می‌توانند یک راه حل اولیه مناسب پیدا کنند، اما زمانیکه آن راه حل بی تاثیر باشد، به نظر می‌رسد این کودکان در انتخاب راه حل‌های جایگزین با دشواری رو به رو هستند. فراوانی رفتارهای نامناسب در کودکان با اختلال نقص توجه - بیش فعالی، موجب می‌شود فکر کنیم آنها درست را از غلط تشخیص می‌دهند. اما آیا این کودکان تشخیص می‌دهند رفتارشان نامناسب است؟ نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که آنها می‌توانند تشخیص دهند. کودکان با اختلال نقص توجه- بیش فعالی به اندازه کودکان بدون این اختلال در شناسایی رفتارهای نامناسب، دقیق هستند (والن، هنکر و گرانگر، ۱۹۹۰). برنامه‌های آموزش رفتار اجتماعی، معمولاً در گروه‌ها و بیرون از کلاس درس، و اغلب در کلینیک‌ها اجرا می‌شوند. هر جلسه آموزشی معمولاً شامل آموزش یک مهارت جدید، طرح ریزی مهارت، بازی نقش هدایت شده با بازخورد دادن اجرا، تکلیف خانگی برای به کار بردن مهارت بیرون از محیط گروه، و انواع تقویت‌ها که برای به کار بردن مهارت‌ها ارایه می‌شود، است. مهارت‌های آموزشی معمولاً شامل موضوعاتی از قبیل ارتباط، همکاری و مشارکت است. مطالعات متعددی درباره کاربرد آموزش مهارت‌های اجتماعی در کودکان دچار اختلال نقص توجه- بیش فعالی انجام شده است (فرانکل، میات، کانتول و فینبرگ، ۱۹۹۷). با این حال، مطالعات دیگر یافته‌هایی که آموزش مهارت‌های اجتماعی را بیش از داروهای محرک و به تنهایی در تغییر رفتار اجتماعی، موثر بدانند پیدا نکرده‌اند (پلهام، ویلر، و کرونیس، ۱۹۹۸؛ شریدان، دی، مورگان، مک کورمیک و واکر، ۱۹۹۶؛ و

بهبود میزان همدلی در آنها انجامیده است. بر این اساس، از آنجا که نتایج به‌کارگیری برنامه حل تعارض به اثرات مطلوب قابل توجهی در روابط بین‌فردی و گروهی و حل سازنده تعارض‌ها در خانه و مدرسه منجر می‌شود و نیز مطالعات کافی و مشخصی در زمینه کودکان با اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی صورت نگرفته است، این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این پرسش بوده است که برنامه‌های آموزش حل تعارض تا چه اندازه بر کفایت اجتماعی کودکان با اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی تأثیر دارد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه پسران ۱۱-۱۲ ساله با اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۴ شهر تهران بوده است. با توجه به ماهیت آزمایشی این پژوهش، نمونه‌های شامل ۲۱ دانش‌آموز با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای از بین مدارس ابتدایی پسرانه منطقه ۷ شهر تهران انتخاب شدند. در این پژوهش از روش تحقیق نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری استفاده شده است.

ابزار

الف) پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان (فرم والدین) پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان سی‌اس‌آی-۴^{۵۴} در سال ۱۹۹۴ با انتشار چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی با تغییرات اندکی نسبت به نسخه‌های قبلی توسط گادو و اسپرافکین ۱۹۹۴ به نقل از محمداسماعیل و علی‌پور، تجدیدنظر شد. آخرین ویرایش پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان همانند نسخه‌های قبلی دارای دو فرم والد و معلم است (نجفی، فولادچنگ، علیزاده و محمدی فر، ۱۳۸۸). این ابزار علائم مرضی کودکان از جمله اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی، اختلال نافرمانی، مقابله‌ای، اختلال سلوک، اختلال اضطراب فراگیر،

اخیراً برنامه‌های آموزش حل تعارض^۴ برای افزایش کفایت‌های اجتماعی و عاطفی و نیز کاهش رفتارهای مخرب و تعارض‌آمیز گستره وسیعی از کودکان با مشکلات رفتاری مورد استفاده قرار گرفته است (جونز، ۲۰۰۱). هدف اصلی این برنامه‌های آموزش حل تعارض آن است که از طریق آموزش مستقیم مهارت‌ها، میانجی‌گری همسالان و نیز برنامه درسی پنهان به بهبود برداشت‌های روشن‌بینانه و توانایی‌های حل مسئله، افزایش آگاهی و مدیریت هیجانات و نیز کاهش جهت‌گیری‌های تهاجمی و اسنادهای خصمانه و بهبود مهارت‌ها و کفایت‌های اجتماعی یاری رسانند (جونز، ۲۰۰۱؛ جرارد و لیپسی، ۲۰۰۷). مطالعات انجام شده در زمینه تأثیر برنامه‌های حل تعارض نشان می‌دهد که این‌گونه مداخلات به افزایش کفایت‌های اجتماعی، شناختی و رفتاری و نیز کاهش رفتارهای پرخاشگری؛ میزان ارجاعات انضباطی، اخراج و تعلیق دانش‌آموزان از کلاس و مدرسه، احساس قربانی شدن و رفتار خشونت‌آمیز در دانش‌آموزان منجر می‌شود (جونز، ۲۰۰۱). برای نمونه زاریسکی و استایلز (۲۰۰۲) نشان دادند که برنامه‌های آموزش حل تعارض به افزایش پیشرفت تحصیلی، بهبود نگرش‌های مثبت به مدرسه، افزایش مهارت‌های جرأت‌ورزی و خودکنترلی، بهبود روابط همیارانه میان دانش‌آموزان و نیز روابط بین‌فردی و گروهی سالم در خانه منجر می‌گردد. همچنین کانینگهام، کانینگهام، مارتورلی، ترن، یانگ و زاخاریاس (۱۹۹۸) در بررسی اثربخشی برنامه حل تعارض بر مبنای میانجی‌گری همسالان در مدارس نشان دادند که نزدیک به ۹۰٪ تعارضات بین همسالان و نیز ۵۱ تا ۶۵ درصد خشونت‌های فیزیکی در زمین بازی کاهش می‌یابد که این میزان در پیگیری یک‌ساله پایداری داشته است. ترنوکلو، کاکماز، کارلر، کالدو، زنگین، و سوکین (۲۰۰۹) نیز در بررسی تأثیر آموزش برنامه حل تعارض و میانجی‌گری همسالان بر افزایش مهارت‌های همدلی در کودکان نشان دادند که اجرای این برنامه‌ها به

($r = 0/884$) ضریب همبستگی بر پایه بازآزمایی نیز نشان داده است که پرسش‌نامه پایایی بالایی ($r = 0/899$) دارد. همچنین بررسی روایی محتوایی و سازه مورد نشانگر آن است که با توجه به پشتوانه نظریه فلنر، از دیدگاه متخصصان روان‌شناسی و روان‌سنجی، روایی صوری و منطقی آن مورد تأیید بوده است. از سوی دیگر روایی سازه این پرسش‌نامه از طریق دو روش همبستگی مقیاس با خرده‌مقیاس‌ها و تحلیل عاملی نشان داده است که پرسش‌نامه فلنر از روایی بالایی برخوردار است (پرن‌دین، ۲۰۰۶).

روش

به منظور انتخاب آزمودنی‌های پژوهش از پرسش‌نامه غربالگری اختلالات کودکان استفاده شد و دانش‌آموزانی که از نظر نمره برش در گروه با اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی قرار داشتند، انتخاب و پس از مصاحبه با معلم و نیز والدین و پس از هم‌تاسازی از نظر سن و پایه کلاسی، به شیوه کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. سپس پرسش‌نامه کفایت اجتماعی فلنر در اختیار هر دو گروه قرار گرفت. برای دانش‌آموزان گروه آزمایش یک برنامه آموزش حل تعارض (پوشنه و صدری، ۱۳۹۲) به شیوه گروهی و به مدت ۱۲ جلسه (۶ هفته و هر هفته دو جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) و با استفاده از فنون ایفای نقش، آموزش مستقیم و جلسه بحث گروهی اجرا شد. اهداف و محورهای برنامه در جدول ۱ آمده است. همچنین برای آزمودنی‌های گروه کنترل یک فعالیت بازی گروهی به همان مدت اجرا شد. پس‌ازمون در آخرین جلسه برنامه آموزش و به منظور بررسی پایداری احتمالی اثر کاربندی آموزشی، آزمون پیگیری پس از ۱ ماه از پس‌آزمون اجرا شد.

ترس‌های مرضی خاص، افکار و اعمال وسواسی، اختلال استرس پس از سانحه، تیک‌های حرکتی و صوتی، اسکیزوفرنی، اختلال افسردگی شدید، اختلال خلقی خفیف، اختلال اتیسم و آسپرگر، فوبی اجتماعی، اختلال اضطراب جدایی، شب‌ادراری، و ادرار یا دفع بی‌موقع در حالت بیداری را می‌سنجد. در این پژوهش از سؤالات مربوط به ارزیابی اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی (سؤالات ۱ تا ۱۸) استفاده شده است. و روایی و اعتبار این پرسش‌نامه در بسیاری از پژوهش‌های خارجی و داخلی بسیار مطلوب ارزیابی شده است. روایی محتوایی پرسش‌نامه سی‌اس‌آی-۴ مورد تأیید متخصصان روان‌پزشکی قرار گرفته است (محمد اسماعیل و علی‌پور ۱۳۸۱). در پژوهش نجفی و همکاران (۱۳۸۸)، پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/92$ به‌دست آمد.

ب) پرسش‌نامه کفایت اجتماعی فلنر^۸

این ابزار یک پرسش‌نامه ۴۷ سوالی و بر اساس مقیاس لیکرت ۷ گزینه‌ای است که آزمودنی‌ها آن را بر اساس نزدیک بودن سؤالات به احساسات و انگیزه‌های خود کامل می‌کنند. این پرسش‌نامه، کفایت اجتماعی را بر اساس چهار بعد مهارت و توانایی‌های رفتاری^۹، شناختی^{۱۰}، کفایت‌های هیجانی^{۱۱} و آمایه‌های انگیزشی^{۱۲} و انتظار می‌سنجد. مؤلفه رفتاری کفایت اجتماعی ۳۴ سؤال دارد که شامل سؤالات شماره ۲، ۳، ۵-۸، ۱۰-۱۱، ۱۳، ۱۶-۱۸، ۲۰، ۲۲-۲۵، ۲۷، ۳۰، ۳۲-۳۴ و ۳۶-۴۷؛ مؤلفه شناختی شامل سؤالات ۴، ۱۹ و ۳۱؛ مؤلفه هیجانی شامل سؤالات ۱، ۱۴ و ۳۵؛ و مؤلفه انگیزشی شامل سؤالات ۹، ۱۲، ۱۵، ۲۱، ۲۶، ۲۸ و ۲۹ است. ضریب پایایی مقیاس بر پایه دو روش محاسبه ضرایب آلفای کرونباخ و همبستگی (بازآزمایی) نشان می‌دهد که پرسش‌نامه از ضریب همسانی درونی قابل قبول و مطلوبی برخوردار است.

جدول ۱. برنامه آموزش حل تعارض (پوشنه و صدری ۱۳۹۲)

جلسه اول	آشنایی دانش‌آموزان با یکدیگر و راهبر گروه، معرفی اهداف و محتوای برنامه، تعیین قواعد کار گروهی و لزوم رعایت آنها در حین اجرای برنامه
جلسه دوم	آشنایی با انواع احساسات شخصی و شیوه‌های مناسب بیان آنها، آگاهی از اهمیت احساسات در روابط بین‌فردی و در زندگی روزمره؛ شناخت خشم، عوامل ایجاد آن، اثرات منفی آن بر رابطه با دیگران، شیوه کنترل و مقابله صحیح با آن در موقعیت‌ها

جلسه سوم	آشنایی با تفاوت‌های فردی، درک اهمیت تفاوت‌ها و ضرورت احترام به آنها و رعایت حقوق افراد
جلسه چهارم	آگاهی از مفهوم تعصب و پیش‌داوری و تأثیر آن بر روابط بین افراد و شیوه شناخت و کنترل آن
جلسه پنجم	درک همدلی و هم‌حسی و جایگاه آن در زندگی اجتماعی، شیوه‌های بیان همدلی در موقعیت‌های اجتماعی
جلسه ششم	آشنایی با مفهوم ارزش‌ها و ضدارزش‌ها، تأثیرات آنها در روابط اجتماعی، آگاهی نسبت به نظام ارزشی خود و تشویق به پایش و بازنگری آنها
جلسه هفتم	آگاهی از اثر به‌کارگیری زور و قدرت و تأثیر آن در موقعیت‌های تعارض‌آور
جلسه هشتم	آگاهی از جنسیت، نقش جامعه در ایجاد انتظارات متفاوت از نقش‌های وابسته به جنسیت افراد و توانایی درک و تمایز آنها
جلسه نهم	درک شرایط تعارض‌آفرین، عوامل ایجادکننده آن و سطوح مختلف تعارض
جلسه دهم	آگاهی از مفهوم گفتگو، روش‌ها و فرایندها و شیوه‌های استفاده کارآمد از آن در حل تعارضات بین‌فردی
جلسه یازدهم	آگاهی از مفهوم رابطه و دوستی در روابط بین‌فردی، شناخت عناصر و موانع ارتباط مؤثر و تأثیر این عناصر در ایجاد تعارض‌ها
جلسه دوازدهم	آگاهی از شیوه‌های ارتباطی زبان من و زبان تو، درک تفاوت بین این دو شیوه در زندگی روزمره

یافته‌ها

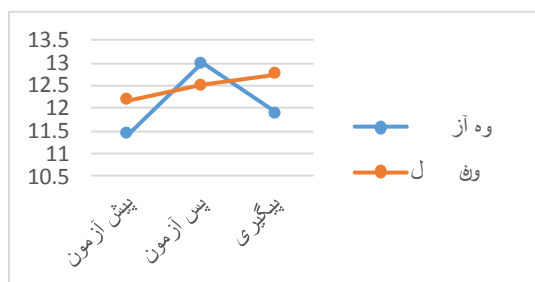
نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است، اگر چه در مورد مؤلفه هیجانی، میانگین گروه کنترل در مراحل مختلف از گروه آزمایش بالاتر است. نمودارهای ۱ تا ۵ نشانگر این یافته‌ها است.

جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات کلی و خرده‌مقیاس‌های کفایت اجتماعی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری

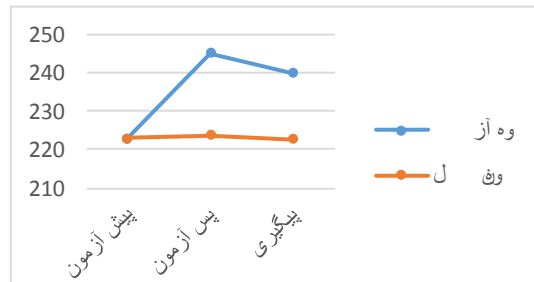
جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات کلی و زیرمؤلفه‌های کفایت اجتماعی در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون،

پس‌آزمون و پیگیری

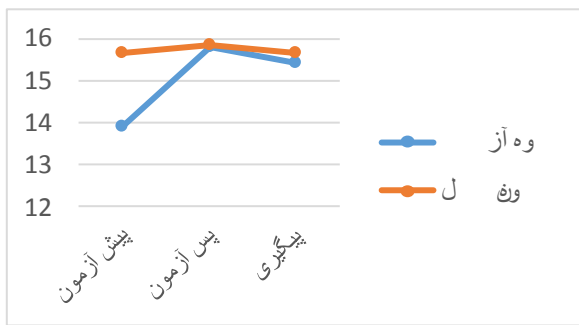
گروه	متغیر	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
گروه آزمایش	مؤلفه شناختی	۹	۱۱/۴۴	۳/۹۷	۱۳/۰۰	۴/۰۶	۳/۸۲
	مؤلفه رفتاری	۹	۱۶۷/۳۳	۲۷/۹۷	۱۸۳/۸۹	۲۸/۱۹	۳۲/۱۲
	مؤلفه هیجانی	۹	۱۳/۸۹	۴/۷۰	۱۵/۷۸	۳/۷۷	۴/۲۸
	مؤلفه انگیزشی	۹	۲۷/۱۱	۵/۰۴	۳۲/۵۶	۷/۵۴	۵/۶۲
گروه کنترل	کفایت اجتماعی	۹	۲۲۳/۱۱	۳۵/۸۳	۲۴۵/۲۲	۳۹/۵۷	۴۱/۲۶
	مؤلفه شناختی	۱۲	۱۲/۱۷	۳/۲۱	۱۲/۵۰	۳/۴۲	۳/۳۳
	مؤلفه رفتاری	۱۲	۱۶۷/۰۰	۲۳/۶۱	۱۶۷/۸۳	۲۳/۹۵	۲۳/۳۴
	مؤلفه هیجانی	۱۲	۱۵/۶۷	۴/۷۹	۱۵/۸۳	۴/۲۸	۴/۶۴
گروه کنترل	مؤلفه انگیزشی	۱۲	۲۸/۱۷	۶/۰۳	۲۷/۵۰	۴/۱۸	۶/۰۰
	کفایت اجتماعی	۱۲	۲۲۳/۰۰	۳۱/۴۷	۲۲۳/۶۷	۳۰/۸۸	۳۱/۸۱



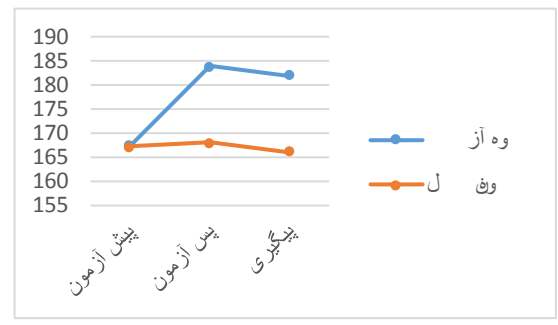
ب) میانگین نمرات مؤلفه شناختی در دو گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری



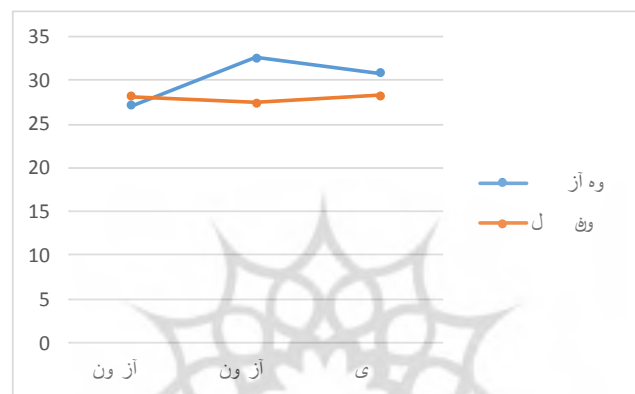
الف) میانگین نمرات کلی کفایت اجتماعی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری



د) میانگین نمرات مؤلفه هیجانی در دو گروه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری



ج) میانگین نمرات مؤلفه رفتاری در دو گروه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری



ه) میانگین نمرات مؤلفه انگیزی در دو گروه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با عوامل درون گروهی و بین گروهی کفایت اجتماعی

عوامل	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
عامل	مراحل درمان	۱۴۳۲/۶۶۹	۱/۵۱۹	۹۴۲/۹۹۰	۲۸/۳۰۰	۰/۰۰۰	۰/۵۹۸
درون گروهی	تعامل مراحل گروه*	۱۳۲۸/۶۰۶	۱/۵۱۹	۷۸۴/۴۹۵	۲۶/۲۴۴	۰/۰۰۰	۰/۵۸۰
	خطا	۹۶۱/۸۷۰	۲۸/۸۶۶	۳۳/۳۲۱			
عامل بین گروهی	گروه	۲۶۱۱/۱۴۴	۱	۲۶۱۱/۱۴۴	۰/۷۳۰	۰/۴۰۴	
	خطا	۶۷۹۷۰/۳۸۰	۱۹	۳۵۷۷/۳۸۸			

آموزش تفاوت معناداری وجود دارد. به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در مراحل درمانی از آزمون تعقیبی بونفرنی استفاده شد. نتایج در جدول ۴ مشاهده می‌شود.

جدول ۳ نشان می‌دهد که در خصوص عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده در سطح ۰/۰۵ معنادار است ($F = 28 / 30, P \leq 0 / 05, P \leq 0 / 05$) در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری کفایت کلی اجتماعی در مراحل سه‌گانه

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی برای کیفیت اجتماعی

مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	Sig.
پیش‌آزمون - پس‌آزمون	* ۱۱/۳۸۹-	۱/۸۸۴	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون - پیگیری	* ۸/۳۷۵-	۱/۶۳۰	۰/۰۰۱
پس‌آزمون - پیگیری	* ۳/۰۱۴	۱/۰۸۵	۰/۰۳۶

$P \leq 0/05$

تعدیل شده نشان می‌دهد که نمرات کیفیت اجتماعی در مرحله پیش‌آزمون پایین‌تر از مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد بین نمرات کیفیت اجتماعی در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون، نمرات پیش‌آزمون با پیگیری و نیز پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. مقایسه میانگین‌های

جدول ۵. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با عوامل درون‌گروهی و بین‌گروهی مؤلفه‌های کیفیت اجتماعی

اندازه اثر	معناداری	F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	منابع تغییر	عوامل	
۰/۴۱۳	۰/۰۰۰	۱۳/۳۸۷	۴/۵۹۹	۲	۹/۱۹۸	مراحل درمان	عامل	
۰/۳۰۶	۰/۰۰۱	۸/۳۹۷	۲/۸۸۵	۲	۵/۷۷۰	تعامل مراحل گروه*	درون‌گروهی	مؤلفه شناختی
			۰/۳۴۴	۳۸	۱۳/۰۵۶	خطا		
	۰/۸۲۱	۰/۰۵۳	۲/۰۱۲	۱	۰/۰۱۲	گروه	عامل	
			۳۸/۲۶۲	۱۹	۷۲۶/۹۷۲	خطا	بین‌گروهی	
۰/۶۰۶	۰/۰۰۱	۲۹/۲۰۲	۴۳/۶۷۶	۲	۳۶۱/۳۵۲	مراحل درمان	عامل	
۰/۵۹۸	۰/۰۰۱	۲۸/۲۸۳	۴۱۷/۱۲۰	۲	۸۳۴/۲۴۱	تعامل مراحل گروه*	درون‌گروهی	مؤلفه رفتاری
			۱۴/۷۴۸	۳۸	۵۶۰/۴۲۶	خطا		
	۰/۳۶۲	۰/۸۷۱	۱۷۷۶/۸۲۷	۱	۱۷۷۶/۸۲۷	گروه	عامل	
			۲۰۳۹/۳۶۵	۱۹	۳۸۷۴۷/۹۳۵	خطا	بین‌گروهی	
۰/۲۹۶	۰/۰۰۱	۷/۹۷۹	۵/۹۱۰	۲	۱۱/۸۲۰	مراحل درمان	عامل درون	
۰/۲۴۸	۰/۰۰۴	۶/۲۶۴	۴/۶۴۰	۲	۹/۲۸۰	تعامل مراحل گروه*	گروهی	مؤلفه هیجانی
			۴۷۱	۳۸	۲۸/۱۴۸	خطا		
	۰/۷۲۷	۰/۱۲۵	۷/۲۴۳	۱	۷/۲۴۳	گروه	عامل	
			۵۷/۸۶۹	۱۹	۱۰۹۹/۵۱۹	خطا	بین‌گروهی	
۰/۳۴۴	۰/۰۰۱	۹/۹۸۲	۴۴/۱۲۸	۱/۴۹۹	۶۶/۱۳۰	مراحل درمان	عامل	
۰/۴۳۶	۰/۰۰۱	۱۴/۷۰۷	۶۵/۰۱۵	۱/۴۹۹	۹۷/۴۳۱	تعامل مراحل گروه*	درون‌گروهی	مؤلفه انگیزشی
			۴/۴۲۱	۲۸/۴۷۳	۱۲۵/۸۷۰	خطا		
	۰/۳۹۳	۰/۷۶۶	۷/۵۵۷	۱	۷۵/۵۵۷	گروه	عامل	
			۹۸/۶۸۷	۱۹	۱۸۷۵/۰۴۶	خطا	بین‌گروهی	

نتایج جدول ۵ مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل آموزشی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) را برای مؤلفه‌های چهارگانه کیفیت اجتماعی (شناختی، رفتاری، هیجانی و انگیزشی) نشان می‌دهد که به ترتیب برای مؤلفه شناختی در سطح ۰/۰۵ معنادار

نتایج جدول ۵ مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل آموزشی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) را برای مؤلفه‌های چهارگانه کیفیت اجتماعی (شناختی، رفتاری، هیجانی و انگیزشی) نشان می‌دهد که به ترتیب برای مؤلفه شناختی در سطح ۰/۰۵ معنادار

مورد هر چهار مؤلفه بیانگر تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است. همچنین نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌های هر کدام از چهار مؤلفه در مراحل آموزشی محاسبه و نتایج آن در جدول ۶ گردآوری شده است.

جدول ۶. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی

Sig.	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	مراحل	
۰/۰۰۱	۰/۱۹۵	-۰/۹۴۴ *	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	
۰/۰۰۷	۰/۱۶۹	-۰/۵۱۴ *	پیش‌آزمون - پیگیری	مؤلفه شناختی
۰/۰۳۰	۰/۱۸۲	۰/۴۳۱ *	پس‌آزمون - پیگیری	
۰/۰۰۱	۱/۱۶۴	-۸/۶۹۴ *	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	
۰/۰۰۱	۱/۴۲۳	-۶/۸۱۹ *	پیش‌آزمون - پیگیری	مؤلفه رفتاری
۰/۰۶۶	۱/۹۶۰	۱/۸۷۵	پس‌آزمون - پیگیری	
۰/۰۰۴	۰/۳۱۴	-۱/۰۲۸ *	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۲۰۴	-۰/۷۷۸ *	پیش‌آزمون - پیگیری	مؤلفه هیجانی
۰/۳۷۶	۰/۲۷۶	۰/۲۵۰	پس‌آزمون - پیگیری	
۰/۰۰۳	۰/۷۱۰	-۲/۳۸۹ *	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۴۴۲	-۱/۹۳۱ *	پیش‌آزمون - پیگیری	مؤلفه انگیزشی
۰/۳۸۹	۰/۵۱۶	۰/۴۵۸	پس‌آزمون - پیگیری	

نتایج جدول ۶ تفاوت بین میانگین‌ها در مراحل آموزشی را در مؤلفه‌های چهارگانه کفایت اجتماعی نشان می‌دهد. نتایج به ترتیب به این شرح است: در مؤلفه شناختی بین نمرات مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون، نمرات پیگیری با پس‌آزمون و پیگیری تفاوتی معنی‌دار وجود دارد، ولی بین نمرات مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان می‌دهد که نمرات مؤلفه هیجانی کفایت اجتماعی در مرحله پیش‌آزمون پایین‌تر از مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری است. در مؤلفه انگیزشی بین نمرات مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون، نمرات پیگیری با پس‌آزمون و پیگیری تفاوتی معنی‌دار وجود دارد، ولی بین نمرات مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان می‌دهد که نمرات مؤلفه انگیزشی کفایت اجتماعی در مرحله پیش‌آزمون پایین‌تر از مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری است.

نتایج جدول ۶ تفاوت بین میانگین‌ها در مراحل آموزشی را در مؤلفه‌های چهارگانه کفایت اجتماعی نشان می‌دهد. نتایج به ترتیب به این شرح است: در مؤلفه شناختی بین نمرات مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون، نمرات پیگیری با پس‌آزمون و پیگیری تفاوتی معنی‌دار وجود دارد. مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان می‌دهد که نمرات مؤلفه شناختی کفایت اجتماعی در مرحله پیش‌آزمون پایین‌تر از مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری است. در مؤلفه رفتاری بین نمرات مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون، نمرات پیگیری با پس‌آزمون و پیگیری تفاوتی معنی‌دار وجود دارد، ولی بین نمرات مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان می‌دهد که نمرات مؤلفه رفتاری کفایت اجتماعی در مرحله

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که برنامه آموزش حل تعارض به افزایش کفایت اجتماعی در کودکان با اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی منجر شده است. این یافته با یافته‌های به‌دست آمده از برخی پژوهش‌ها مانند استراتون، راید، و هاموند (۲۰۰۱)، زاریسکی و استایلز (۲۰۰۲) همسو بوده است.

درحالی‌که نتایج پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه تأثیر برنامه‌های حل تعارض بر کفایت اجتماعی کودکان عادی به‌خوبی پذیرفته شده است، اما تأثیر این برنامه‌ها برای کودکان با اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی چگونه توجیه می‌شود. برک (۲۰۰۱) بر این باور است که کودکان با مشکلات رفتاری دامنه وسیعی از رفتارهای اجتماعی منفی چون تعارض، خشونت و آگاهی‌های اجتماعی کمتر را نشان می‌دهند و به‌دلیل ناتوانی در کنترل هیجانات خود غرق در هیجان‌هایی منفی می‌شوند. این پاسخ به‌دنبال خود در رفتار نوع‌دوستانه و پذیرش همسالان، اختلال ایجاد می‌کند. بیشتر پژوهش‌های انجام گرفته نشان می‌دهد که نقص در روابط اجتماعی کودکان با اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی به نشانه‌های اصلی اختلال (به نقل از حسین‌خانزاده، ۱۳۹۲) و به‌ویژه مشکلات در تنظیم هیجانی نسبت داده شده است. آنها در تفسیر عواطف صورت و قصد و نیت گفتار با مشکلاتی مواجه هستند (به نقل از حسین‌خانزاده، ۱۳۹۲). به نظر می‌رسد برنامه‌های حل تعارض برای کودکان با اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی به آنها کمک می‌کند تا توانایی لازم را برای کنترل و تنظیم هیجانی کسب کنند تا بتوانند نشانه‌های اجتماعی را در موقعیت‌های مختلف پیش‌بینی نمایند و از پیامدهای رفتارهای خود و دیگران آگاهی یابند. اگرچه به هر حال پاسخ به این پرسش که سهم مشخص هر یک از مؤلفه‌ها بر بهبود کفایت اجتماعی به چه میزان است نیاز به بررسی بیشتر دارد. این پژوهش نیز همانند بسیاری از پژوهش‌ها با برخی

محدودیت‌ها از جمله عدم دسترسی پژوهشگران به نمونه‌های با جنسیت دختر و محدودیت‌های اجرایی برنامه در طی سال تحصیلی مواجه بوده است. به پژوهشگران آینده پیشنهاد می‌شود به بررسی تأثیر این برنامه بر نشانه‌های اصلی اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه و زیرمؤلفه‌های کفایت اجتماعی بپردازند تا اثرات تعاملی و مستقل هریک از متغیرها مشخص شود. پاسخگویی به این پرسش می‌تواند تا اندازه‌ای به جدال میان مداخله‌های نشانگان محور در برابر آموزش محور یاری رساند و مسیر آینده برنامه‌های درمانی را بیش از پیش مشخص سازد.

پی‌نوشت‌ها

1. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
2. attention deficit- hyperactivity disorder
3. social competence
4. conflict resolution
5. Child Symptom Inventory-4
6. Felner Social Competence Questionnaire
7. behavioral
8. cognitive
9. emotional
10. motivational sets

منابع

- پرن‌دین، ش. (۲۰۰۶). *آزمون کفایت اجتماعی*. تهران: مرکز روانسنجی. پوشنه، ک. و صدی، ا. (۱۳۹۲). *راهنمای آموزش صلح*. تهران: سیمای فرهنگ.
- حسین‌خانزاده، ع. (۱۳۹۲). آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان مبتلا به اختلال نارسانی توجه - بیش‌فعالی. *نشریه تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۳ (۸)، ۱۲۱-۲۳-۴۱.
- حسین‌خانزاده، ع؛ طاهر، م.، یگانه، ط. (۱۳۹۲). شناسایی و درمان اختلال نارسانی توجه - بیش‌فعالی در مدرسه. *نشریه تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۳ (۶)، ۳۹-۵۲.
- محمداسماعیل، ا.، علی‌پور، ا. (۱۳۸۱). بررسی مقدماتی اعتبار و روایی و تعیین نقاط برش، اختلال‌های پرسش نامه علائم مرضی کودکان. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۵، ۲۳۹-۲۵۴.
- مولی، گ.، جلیل‌آبکنار، س.، و عاشوری، م. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کفایت اجتماعی دانش‌آموزان کم‌شنوا. *دو فصلنامه پژوهش‌های شنوایی، گفتار و زبان*، ۱، ۴۱-۴۸.
- نجفی، م.، فولادچنگ، م.، علیزاده، ح.، و محمدی‌فر، م. (۱۳۸۸). میزان شیوع اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان دبستانی. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۹ (۳)، ۲۳۹-۲۵۴.

- Abikoff, H., Hechtman, L., Klein, R.G., Wells, G., Fleiss, K., Etcovitch, J., Cousins, L., Greenfield, B., Martin, D & Pollack, S.(2004). Symptomatic Improvement in Children with ADHD Treated With Long-Term Methylphenidate and Multimodal Psychosocial Treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 43(7). 811-802.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM – 5) Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Washington, D.C. Available at: <http://dsm5.org>.
- Berk, L.E. (2001). Private Speech and Self-Regulation in Children with Impulse-Control Difficulties: Implications for Research and Practice. *Journal of Cognitive Education and Psychology*. 2(1). 21-1.
- Buhrmester, D., Whalen, C.K., Henker, B., MacDonald, V., & Hinshaw, S.P.(1992). Prosocial behavior in hyperactive boys: Effects of stimulant medication and comparison with normal boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 20(1). 121-103.
- Crick, N. C., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74–101.
- Cunningham, C. E., Cunningham, L., Martorelli, V., Tran, N., Ann, Y. J., & Zacharias R. (1998). The effects of primary division, student – mediated conflict resolution programs on playground aggression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(15), 653– 662.
- Dodge, K. A., & Feldman, E. (1990). Issues in social cognition and sociometric status. In Asher, A. R., & Coie, J. D. (Eds.), *Peer rejection in Childhood* (119-155). *New York: Cambridge University Press*.
- Dodge, K. A., Pettit, G. S., McClaskey, C. L., & Brown, M. M. (1986). Social competence in children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 51(2).
- Evans, S.W., Short, E.J.(1991). A qualitative and serial analysis of social problem solving in aggressive boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 19(3). 340-331.
- Frankel, F., Myatt, R., Cantwell, D.P., Feinberg, D.T.(1997). Parent-Assisted Transfer of Children's Social Skills Training: Effects on Children With and Without Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 36(8). 1064-1056.
- Garrard, W. M; Lipsey, M. W. (2007). Conflict resolution education and antisocial behavior in U.S. schools: A meta-analysis. *Conflict Resolution Quarterly*. 25(1). 38-9.
- Gresham, F. M. (1998). Social skills training: Should we raze, remodel, or rebuild? *Behavioral Disorders*, 24, 19–25. 201.
- Gresham, F.M. (2002). Best Practices in Social Skills Trainings. In A. Thomas & J. Grimes (Eds), *Best Practices in School Psychology IV(1040-1029)*. *Washington, DC: National Association Of School Psychologists*.
- Hinshaw, S.P., Owens, E.B., Sami, N., and Fargeon, S. (2006). Prospective follow – up of girls with attention – deficit / hyperactivity disorder in to adolescence: evidence for continuing cross – domain impairment. *Journal of Consulting and Psychology*, 74, 489 – 499.
- Jones, T.S. (2001). *School Conflict Management: Evaluating Your Conflict Resolution Education Program. A Guide for Educators and Evaluators*. *Temple University*.
- Lochman, J. E., Lenhart, L.A.(1993). Anger coping intervention with aggressive children: Conceptual models and outcome effects. *Clinical Psychology Review*. 13(8). 805- 785.
- Mikami, A. Y., & Pfiffner, L. J. (2007). Sibling relationships among children with Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders*, 11, 1–11.
- Pelham WE., Bender ME.(1982). Peer relationships in hyperactive children: description and treatment. In: Gadow KD, Bailer I, editors. *Advances in learning and behavioral disabilities*. Vol. 1. Greenwich, CT: JAI; 365– 436.
- Pelham, W. E., Wheeler, T., & Chronis, A. (1998). Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 190- 205.
- Sheridan, S.M., Dee, C.C., Morgan, J.C., McCormick, M.E., & Walker, D (1996). A Multimethod Intervention for Social Skills

- Deficits in Children with ADHD and Their Parents. *School Psychology Review*. 25(1). 76-57.
- Stratton, C.W; Reid, J; & Hammond, M.(2001). Social Skills and Problem-solving Training for Children with Early-onset Conduct Problems: Who Benefits? *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 42(7). 952-943.
- Turnuklu, A., Kacmaz, T., Curler, S., Kalendo, A., Zengin, F., & Sevkin, B. (2009). The Effect of Conflict Resolution and Peer Mediation Education on Students Empathy Skills. *Education and Science*, 34(153), 15-24.
- Whalen, C.K., Henker, B., & Granger, D.A. (1990). Social judgment processes in hyperactive boys: Effects of methylphenidate and comparisons with normal peers. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 18(3). 316-297.
- Zariski, A., & Styles, I. (2002). The SCRAM program for conflict resolution education in Western Australia secondary school. Available at: SCRAM website.

