

اثر بخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی با شیوه شناختی - رفتاری بر کاهش نشانه‌های

اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در دانش‌آموزان

* طیه یگانه¹، عباسعلی حسین‌خانزاده²، محمدرضا زربخش³

1. کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی*، 2. استادیار روان‌شناسی دانشگاه گیلان، 3. استادیار روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی

(تاریخ وصول: 92/6/7 - تاریخ پذیرش: 92/9/8)

Effectiveness of Social Skill Training via Cognitive-Behavioral Approach on Reducing Symptoms of ADHD Disorder in Students* Taiebeh Yeganeh¹, Abbas Ali Hosseinkhanzadeh², Mohammad Reza Zarbakhsh³

1. M.A. in Psychology, Islamic Azad University, 2. Assistant Professor of Psychology, University of Guilan, 3. Assistant Professor of Psychology, Islamic Azad University

(Received: Aug. 29, 2013 - Accepted: Nov. 29, 2013)

Abstract**چکیده**

Introduction: As one of the serious problems in students with ADHD disorder is insufficiency in social skills, the current study aimed at studying the Effectiveness of social skill training via cognitive-behavioral approach on Reducing Symptoms of ADHD disorder in students. **Method:** The method was experimental and the research design was pre-test, post-test with control group and two months follow-up. The statistic population included all female elementary students of 5th and 6th grades with ADHD disorder in Langrood city in 2012-13 educational year. The subjects, 30 students, were selected via random multilevel clustering as samples and were divided into two experimental and control groups. Walker Social Skills Curriculum was presented in 17 sessions during two months for members of the experimental group. **Results:** The results of repeated measures Ancova showed that there is a significant difference between the rate of symptoms of ADHD disorder during post-test and follow-up. **Conclusion:** Based on the results of current research and similar ones, it is expected that social skills training programs be considered as a complement aspect to schools curriculums.

Keywords: Social Skills, Cognitive-Behavioral Approach, ADHD Disorder

مقدمه: با توجه به این‌که یکی از مشکلات جدی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، نارسایی در زمینه مهارت‌های اجتماعی است؛ پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی با شیوه شناختی - رفتاری بر کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در دانش‌آموزان انجام شده است. روش: روش پژوهش حاضر آزمایشی و طرح به کار رفته در این پژوهش، طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و همچنین مرحله پیگیری دو ماهه است. جامعه آماری پژوهش را تمامی دانش‌آموزان دختر پایه پنجم و ششم ابتدایی مظنون به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی شهر لنگرود در سال تحصیلی 1391-92 تشکیل می‌دادند که تعداد 30 نفر از آن‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب و سپس به شیوه تصادفی ساده در دو گروه کنترل و آزمایش جای دهی شدند. برنامه آموزش مهارت‌های اجتماعی والکر در طی 17 جلسه به مدت دو ماه برای افراد گروه آزمایش ارائه گردید. یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل کواریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، بین دو گروه آزمایش و کنترل، در میزان نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی تفاوت معنادار وجود دارد. نتیجه‌گیری: انتظار می‌رود براساس نتایج این پژوهش و سایر پژوهش‌های مشابه، آموزش مهارت‌های اجتماعی به‌عنوان یک جنبه مکمل برنامه‌های آموزشی مدارس در نظر گرفته شود. واژگان کلیدی: مهارت‌های اجتماعی، شیوه شناختی - رفتاری، اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی.

مقدمه

آمریکا، 2000؛ آندرسون و مارتین⁸، 2007؛ سادوک و سادوک، 2007؛ فابیانو، پلهم، کلز، ناگی، کرونیس - تاسکنو و اوکتر⁹، 2009).
 نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، اختلالی چندعاملی با سبب‌شناسی پیچیده است (فاراون و بیدرمن، 2005) که با وجود تبیین‌های مختلف در خصوص علل اختلال، هنوز علت‌شناسی این اختلال دقیقاً مشخص نشده و هر یک از فرضیه‌های علی، درباره این اختلال تعدادی شواهد پژوهشی، ولی ناکافی و واجد ایرادهای روان‌شناختی دارند (انجمن روانشناسی آمریکا، 2000؛ سادوک و سادوک، 2007؛ گریدانوس، پرات و پاتل¹⁰، 2007؛ گرین‌هیل و هکتمن¹¹، 2009). بر اساس داده‌های متعدد همه‌گیرشناسی، نارسایی توجه/ فزون‌کنشی به عنوان یک اختلال تحولی (گوپتا و کار¹²، 2009)، از شایع‌ترین اختلال‌های روانی در دوره دبستان است (بیدرمن و فارون، 2005؛ کاپلان¹³ و سادوک، 2003). در سطح بین‌المللی بین 2 تا 29 درصد دانش‌آموزان مقطع ابتدایی مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی گزارش شده‌اند (بارکلی¹⁴، 2005) و در ایران شیوع آن در بین دانش‌آموزان مقطع دبستان طی چند سال اخیر بین 5/8 تا 12/5 گزارش شده است (علیشاهی، ده‌بزرگی و دهقان، 1382؛ مرادی،

اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی¹ یکی از شایع‌ترین اختلال‌های عصب - رفتاری در دوره کودکی است که توجه روان‌پزشکان، روان‌شناسان و متخصصان بالینی را به خود جلب کرده است (باسینگ، ماسون، بل و همکاران²، 2010؛ گرین‌هیل و هکتمن³، 2009).
 علایم این اختلال نخستین بار در سال 1863 توسط هافمن⁴ شناسایی شد (پلشکا، گرین‌هیل، کریسمن و همکاران⁵، 2000). این اختلال، از طریق سه نشانه نارسایی توجه، تکانشگری و فزون‌کنشی مشخص می‌شود (بیدرمن و فاراون⁶، 2005). براساس متن تجدیدنظر شده ویرایش چهارم راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی انجمن روانپزشکی آمریکا، سه ریخت متفاوت برای این اختلال در نظر گرفته شده است که عبارتند از: نوع غلبه بر نارسایی توجه، نوع غلبه بر فزون‌کنشی تکانشگری و نوع ترکیبی (سادوک و سادوک⁷، 2007). در واقع نارسایی توجه/ فزون‌کنشی نوعی اختلال مزمن شدید، در تحول روانی است که برای تشخیص آن حداقل باید 6 مورد از 9 معیار در نارسایی توجه و یا فزون‌کنشی/ تکانشگری در دو موقعیت جداگانه (مانند خانه و مدرسه) مشاهده شود. این علایم باید 6 ماه به‌طول انجامد و با سطح تحولی کودک تطابق نداشته و پس از 7 سالگی ظاهر شده باشد (انجمن روانشناسی

8. Anderson & Martin

9. Fabiano, Pelham, Coles, Gnagy, Chronis-Tuscano & Oconner

10. Greydanus, Pratt & Patel

11. Greenhill & Hechtman

12. Gupta & Kar

13. Kaplen

14. Barkley

1. Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder -ADHD

2. Bussing, Mason, Bell & et al

3. Greenhill & Hechtman

4. Huffman

5. Pliszka, Greenhill, Crismon & et al

6. Biederman & Faraone

7. Sadock

مشکلات ارتباطی با همسالان، با معلمان خود نیز به دلیل رفتارهای تخریبی در کلاس درس، روابط مطلوبی ندارند. غالباً به دلیل رفتارهایی مانند تکانشگری، فزون‌کنشی، برانگیختگی و حواس‌پرتی، از جانب آموزگار با تنبیه و طرد مواجه می‌شوند و در نتیجه احساس تعلق این کودکان به کلاس و معلم از بین می‌رود و به سمت انزوا سوق داده می‌شوند (اینگرسل و گلدستاین⁶، 1993). همچنین دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی ممکن است دارای قابلیت‌های شناختی - اجتماعی ناکارآمد باشند. از لحاظ نظری نیز این اختلال به کودکان در درک صحیح موقعیت‌های اجتماعی آسیب می‌رساند. علاوه بر این، متأسفانه وجود این اختلال در کودکان زمینه را برای بروز رفتارهای ضداجتماعی در بزرگسالی فراهم می‌سازد. به همین دلیل بسیاری اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی را بهترین پیش‌بینی‌کننده بروز رفتارهای بزهکارانه (هاستینگز، بک و هیل، 2004⁷)، اختلال‌های شخصیت، اعتیاد به الکل، سوءمصرف مواد، روان‌گسستگی و مشکلات شغلی تلقی می‌نمایند (فواملر، کولینز و مک کلنون⁸، 2007).

با توجه به این‌که پس از سال‌ها مطالعه و بررسی رویکردهای درمانی متفاوت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی مانند؛ دارو درمانی (داروهای محرک)، رفتاردرمانی، درمان شناختی (پلهم⁹، 2008) و همچنین درمان‌های طولانی

خوب، آگاه، جواهرفروش‌زاده و رضوان، 1387).

نتایج بررسی‌های متعدد نشان داده است که اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی با ایجاد نارسایی در کارکردهای اجرایی و خودنظم‌بخشی، با کاهش شدید کنترل رفتار همراه است (گروئن یوان، لامبرتوز، مولدر و همکاران¹، 2009). اگرچه اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی در سنین پیش دبستانی با ویژگی‌های مانند ناتوانی در مهار رفتار، نارسایی توجه، ناتوانی یادگیری، پرخاشگری، مشکلات تحصیلی، بی‌قراری حرکتی و برانگیختگی آشکار می‌شود (داینین و فیتزجرلد²، 2010)، اما در طی زمان مزمن و پایدار است و یک عامل خطر ساز نیرومند برای مشکلات هیجانی - رفتاری (دالی³، 2006) و تحول استعداد های ذهنی در دوره دبستان است که با نتایج ضعیف تحصیلی، تکرار پایه، پایین بودن سطح حرمت خود و افسردگی (رتز، فری‌تاگ، رتز - جانینگر⁴، 2008) همراه است. همچنین دانش‌آموزان مبتلا به این اختلال در زمینه مهارت‌های اجتماعی مشکلات اساسی دارند؛ چنان‌که دانش‌آموزان مبتلا به این اختلال در همان دقایق اولیه ارتباط، از جانب همسالان به عنوان افرادی نامحبوب ارزیابی می‌شوند و این مسأله زمینه را برای طرد آن‌ها از گروه همسالان فراهم می‌سازد (فاروئن، اسپنسر، آلی‌آردی و همکاران⁵، 2004). این کودکان علاوه بر

6. Ingersoll & Goldstein

7. Hastings, Beck & Hill

8. Fuemmeler, Kollins & McClernon

9. Pelham

1. Groen Yvonne, Lambertus & Mulder

2. Dineen & Fitzgerald

3. Daley

4. Retz, Freitag & Retz-Junginger

5. Spencer & Aleardi

مدت چند وجهی (سادر فیلد، سادر فیلد و شلل¹، 1987) نتایج بدست آمده از این مطالعات بهبودی طولانی مدت قابل ملاحظه‌ای را نشان نداده است؛ بنابراین امروزه به ناچار باید پذیرفت که برای اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی درمان قطعی وجود ندارد. حتی مؤثرترین درمان‌های موجود، کوتاه‌مدت بوده و بر نشانه‌شناسی موضعی تأکید دارند. بنابراین هدف درمان، کنترل اختلال است نه درمان آن و تأکید بر مداخله‌های مقطعی برای راهنمایی کودک در خلال سال‌های طولانی رشد و تحول، به دلیل ارزش آن‌ها در کاهش سطح علائم اختلال و مشکلات هیجانی - رفتاری مرتبط با آن است. چنان‌که آناستوپولوس و شفر² (2001) نشان داده‌اند هیچ یک از رویکردهای درمانی، شفابخش و علاج قطعی نیستند. این درمان‌ها مشکلات هیجانی - رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی را بهبود می‌بخشند و زمانی که قطع می‌شوند مشکلات رفتاری دوباره نمایان خواهد شد (آناستوپولوس و شفر³، 2001).

بدین ترتیب انجمن روان‌شناسی آمریکا پنج روش مداخله برای کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی معرفی کرده است که عبارتند از: دارودرمانی، آموزش مهارت‌های اجتماعی، مداخله‌های رفتاری کلاسی، آموزش رفتاری والدین و برنامه‌های درمانی تابستانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، 2000). اگرچه تاکنون درمان دارویی توجه زیادی را به خود

4. Less & Ronan

5. National Institutes of Health (NIH)

6. Bennett, Brown, Craver & Anderson

7. Sonuga-Barke, Thompson, Daley & Laver-Bradbury

8. Kosters, Weinmann & becker

9. Friedman & Doyal

10. Preece & Mellor

1. Satterfield, Satterfield & Schell

2. Anastopoulos & Shaffer

3. Anastopoulos & Shaffer

مشکلات رفتاری، نشان دادند آموزش برنامه مهارت‌های اجتماعی برای کودکان با اختلال‌های رفتاری مخرب مانند نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، اختلال سلوک و تضادورزی مؤثر است. شورت¹ (2006) نیز در پژوهش خود نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی باعث افزایش شبکه اجتماعی، رفتارهای قاعده‌مند و آغازگری گفتگو در زمان مناسب در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی می‌شود. هرناندز (2006) در پژوهش خود نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی برای هر سه نوع اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی باعث کاهش گزارش‌های معلمان در خصوص انزوای اجتماعی، حواس‌پرتی، بی‌ثباتی هیجانی، بی‌نظمی‌های دانش‌آموزان مبتلا به این اختلال شده و باعث افزایش عملکرد مثبت اجتماعی آنان می‌گردد. آموزش مهارت‌های اجتماعی همچنین باعث کاهش مشکلات رفتاری مانند نارسایی توجه، فزون‌کنشی، ناتوانی در تمرکز بر تکالیف و انجام آن‌ها، کاهش یا تعدیل فعالیت حرکتی مفرط و رفتارهای تخریبی در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی می‌گردد (اوکنر و کرسول²، 2005).

بنابراین با مرور اجمالی بر پژوهش‌های انجام شده، در یک جمع‌بندی کلی به نظر می‌رسد جهت بهبود تعاملات و مهارت‌های اجتماعی، کاهش نشانه‌های اختلال، پیشگیری از مزمن شدن و بروز احتمالی انواع اختلال‌های همبود، آموزش مهارت‌های اجتماعی به دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/

فزون‌کنشی به عنوان یک ضرورت مطرح است. از طرفی با توجه به تعامل عوامل شناختی و رفتاری در ایجاد نشانه‌های اصلی این اختلال، پژوهش حاضر قصد دارد با ترکیب روش مداخله شناختی و رفتاری به‌عنوان یک روش مداخله مؤثر در کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی (آنشل، فاراون و گوردن³، 2010؛ دال‌نیک، اسمیت، برنک و پن‌فیلد⁴، 2006)، به آموزش مهارت‌های اجتماعی بپردازد. نکته دیگر توجه به این مسأله است که نتایج آموزش مهارت‌های اجتماعی بر کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، در طی دوره پیگیری به‌ندرت ارزیابی شده است از این رو این پژوهش با تدوین این فرضیه که: آموزش مهارت‌های اجتماعی با شیوه شناختی - رفتاری بر کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی در دانش‌آموزان مؤثر است، قصد دارد یکی از عمده‌ترین مشکلات دانش‌آموزان مقطع دبستان را در طی دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری مورد بررسی قرار دهد.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه آزمایشی است. طرح به کار رفته در این پژوهش، طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل و همچنین مرحله پیگیری دو ماهه بود. در این پژوهش مهارت‌های اجتماعی به‌عنوان متغیر مستقل و علایم اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده است.

3. Antshel & Gordon

4. Dallnic, Smith, Brank & Penfield

1. Short

2. O'Connor & Creswell

گروه‌ها	انتخاب	پیش‌آزمون	متغیر مستقل	پس‌آزمون	پیگیری
آزمایش	R	T ₁	X	T ₂	T ₃
کنترل	R	T ₁	-	T ₂	T ₃

نمودار 1. طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری

تشخیص اختلال‌های کودکی به‌شمار می‌رود که از روایی و اعتبار قابل قبولی برخوردار است (یانگ‌استرام، یانگ‌استرام و استار²، 2005). در هنجاریابی این آزمون در جمعیت ایرانی، ضریب همسانی درونی آن بین 0/87 و 0/73 گزارش شد. اعتبار آزمون - بازآزمون (در فاصله بین 5 تا 8 هفته) نیز نشان داد که همه ضرایب همبستگی در سطح 0/05 معنادار هستند و بین دامنه 0/97 و 0/38 قرار دارند (مینائی، 1390).

شیوه اجرای پژوهش: پس از انجام هماهنگی و کسب مجوز، با رعایت اصول اخلاق در پژوهش، برنامه آموزش مهارت‌های اجتماعی در طی 17 جلسه به مدت دو ماه در کانون پرورش فکری کودکان و نوجوانان انجام شد. به‌منظور جلوگیری از قطع ناگهانی درمان، جلسه‌ها در سه هفته اول، سه بار در هفته، در سه هفته بعدی دوبار در هفته و در دو هفته پایانی یک جلسه در هفته برگزار شد. برنامه درسی مهارت‌های مؤثر کودکان والکر³ (1983)، که شامل مهارت‌های مربوط به کلاس درس، برقراری تعامل، همراهی کردن با دیگران (سازش با دیگران)، دوست‌یابی و در نهایت مهارت‌های مقابله‌ای است، آموزش داده شد. این برنامه با استفاده از شیوه شناختی - رفتاری (شیوه مربی‌گری) (سپ و فارل، 1994)، در طی سه مرحله آموزش‌های کلامی، تمرین

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری پژوهش را تمامی دانش‌آموزان دختر پایه پنجم و ششم ابتدایی مظنون به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی شهر لنگرود، در سال تحصیلی 92-1391 تشکیل می‌دادند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد. به این صورت که در ابتدا از بین نواحی پنجگانه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز شهر، دو منطقه به تصادف انتخاب شد و سپس از بین مدارس موجود در این مناطق، 6 مدرسه نیز به تصادف برگزیده شد. سیاهه رفتاری کودک در اختیار والدین دانش‌آموزان پایه‌های پنجم و ششم این مدارس (328 نفر) قرار گرفت. در نهایت پس از تکمیل پرسشنامه‌ها و با توجه به نمره برش اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی در سیاهه رفتاری کودک برای دختران (7)، تعداد 63 نفر از دانش‌آموزان در دامنه بالینی قرار گرفتند. سپس در مرحله پایانی تعداد 30 نفر به تصادف انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل جای شدند.

ابزار

سیاهه رفتاری کودک¹: در این پژوهش جهت بررسی اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، از شاخص این اختلال در فرم فهرست رفتاری کودکان، از مجموعه فرم‌های موازی آخنباخ استفاده شد (آخنباخ و رسکورلا، 2001). سیاهه رفتاری کودک یکی از پرکاربردترین و جامع‌ترین ابزارهای سنجش و

2. Youngstrom, Youngstrom & Starr

3. Walker

1. Child Behavior Checklist (CBCL)

قوانین کلاس درس، بحث پیرامون مواردی که منجر به رعایت قوانین می‌گردد و همچنین مواردی که باعث ضعف و اختلال در اجرای قوانین کلاس درس می‌گردد، پرداختن به پسخوراند رعایت و عدم رعایت مقررات کلاس). (60 دقیقه)

جلسه هشتم: جمع‌بندی مهارت‌های مربوط به کلاس درس و آشنایی کلی با مهارت‌های اساسی برقراری تعامل. (زمان: 45 دقیقه)

جلسه نهم: مهارت‌های اساسی برقراری تعامل؛ پرداختن به مهارت ارتباط غیرکلامی (تعریف ارتباط غیرکلامی و کارکردهای آن، پرداختن به مؤلفه‌های ارتباط غیرکلامی، آشنایی با زبان بدن و توانا شدن در تفسیر آن). (60 دقیقه)

جلسه دهم: ادامه مهارت‌های اساسی برقراری تعامل؛ پرداختن به مهارت‌های مکالمه (آشنایی و بحث پیرامون مهارت‌های گوش دادن (مرور اجمالی جلسه چهارم)، مهارت‌های پاسخ دادن، توانایی ادامه مکالمه و رعایت نوبت). (60 دقیقه)

جلسه یازدهم: جمع‌بندی مهارت‌های برقراری تعامل و آشنایی با مهارت‌های اساسی مربوط به همراهی با دیگران. (45 دقیقه)

جلسه دوازدهم: پرداختن به مهارت‌های سازش با دیگران (تعریف مفهوم سازش و کارکردهای آن، تشریح منطق زیربنایی لزوم انتخاب دقیق کلمات و جملات در برقراری یک ارتباط مطلوب، بحث پیرامون دلایل پیروی از مقررات، بحث پیرامون شیوه‌های صحیح لمس کردن (لمس اجتماعی و لمس دوستانه) و پیام‌های آن. (60 دقیقه)

جلسه سیزدهم: جمع‌بندی مهارت‌های همراهی

و تکرار مهارت‌ها و ارائه پسخوراند در زمینه انجام مهارت‌ها آموزش داده شد (الیوت و باس، 1991).

جلسه اول: آشنایی با عناصر برنامه (مربی، شرکت‌کنندگان و چارچوب برنامه). (45 دقیقه)

جلسه دوم: پرداختن به مفهوم ارتباط (تعریف، روش‌های برقراری ارتباط و کارکردهای آن). (60 دقیقه)

جلسه سوم: جمع‌بندی مفهوم ارتباط و سپس آشنایی کلی با مهارت‌های مربوط به کلاس درس. (45 دقیقه)

جلسه چهارم: مهارت‌های مربوط به کلاس درس؛ پرداختن به مهارت گوش دادن (تعریف، تفاوت بین گوش دادن و شنیدن، آشنایی با دو مقوله مهارت‌های توجه و پیگیری به‌عنوان دو قسمت از مهارت‌های گوش دادن فعال). (60 دقیقه)

جلسه پنجم: ادامه مهارت‌های مربوط به کلاس درس؛ پرداختن به مهارت اطاعت از دستورات معلم (تعریف، تشریح منطق زیربنایی ارائه دستور از جانب معلم، بحث پیرامون لزوم پیروی از دستورات شفاهی و کتبی معلم). (60 دقیقه)

جلسه ششم: ادامه مهارت‌های مربوط به کلاس درس؛ پرداختن به مهارت ارائه بهترین کار (تعریف، بحث پیرامون پیروی از دستورالعمل‌های معلم و پاکیزه نوشتن، شناسایی موارد مثبت و منفی مؤثر بر ارائه بهترین کار). (60 دقیقه)

جلسه هفتم: ادامه مهارت مربوط به کلاس درس؛ پرداختن به مهارت پیروی از مقررات کلاس درس (تعریف، شناسایی قوانین کلاس درس، بحث پیرامون منطق زیر بنایی و لزوم اجراء

قرار گرفتند. جهت تحلیل داده‌های بدست آمده در بخش توصیفی از شاخص‌های فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و در بخش استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها

برای بررسی فرضیه پژوهش مبنی بر وجود تفاوت میان گروه‌های دوگانه پژوهش، در زمینه کاهش مشکلات نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، با رعایت مفروضه‌های آماری آزمون تحلیل کوواریانس اندازه‌گیری مکرر، از این آزمون استفاده شد. در این تحلیل، دو گروه شرکت‌کننده در پژوهش (گروه آزمایش و کنترل) به‌عنوان عامل بین آزمودنی و مشکلات نارسایی توجه/ فزون‌کنشی در مرحله پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر همپراش و در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به‌عنوان عوامل درون آزمودنی در نظر گرفته شدند. ابتدا به بررسی شاخص‌های توصیفی نمونه پژوهش در رابطه با این فرضیه در جدول 1 پرداخته شده است.

مشخص کنید اعداد مرتبط با نارسایی توجه را از نمره کلی CBCL به دست آورده اید یا صرفاً شاخص بیش‌فعالی را مد نظر قرار داده‌اید؟

با دیگران و سپس آشنایی کلی با مهارت‌های دوست‌یابی. (45 دقیقه)

جلسه چهاردهم: مهارت‌های دوست‌یابی؛ تعریف مفهوم دوست‌یابی و محاسن آن، تشریح منطق زیربنایی لزوم ظاهر آراسته، لبخند زدن، تعریف و تمجید کردن، پیش‌قدم شدن در دوستی و دعوت کردن. (60 دقیقه)

جلسه پانزدهم: جمع‌بندی مهارت‌های دوست‌یابی و سپس آشنایی کلی با مهارت‌های مقابله‌ای. (45 دقیقه)

جلسه شانزدهم: مهارت‌های مقابله‌ای؛ تعریف و کارکردهای آن، تشریح منطق زیربنایی مهارت‌های مقابله‌ای، جلوگیری از پایمال شدن حقوق خود و بیان آزادانه مواضع خود در روابط بین‌فردی، معرفی روش‌های متفاوت مقابله‌ای. (60 دقیقه)

جلسه هفدهم: جمع‌بندی مهارت‌های مقابله‌ای. (45 دقیقه)

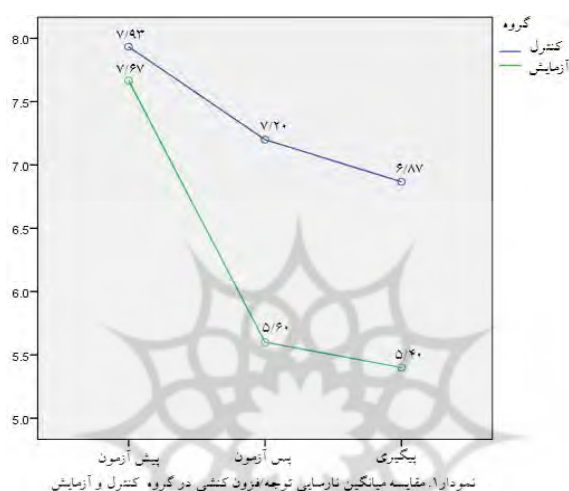
در مجموع دانش‌آموزان هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل سه بار، یک بار به‌عنوان پیش‌آزمون، یک بار به‌عنوان پس‌آزمون و بار آخر نیز پس از گذشت دو ماه به‌عنوان مرحله پیگیری مورد ارزیابی

جدول 1. شاخص‌های توصیفی گروه آزمایش و کنترل در متغیر نارسایی توجه/ فزون‌کنشی

پیگیری		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		مراحل	متغیرها
SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean		
1/72	6/87	1/42	7/20	1/71	7/93	کنترل	نارسایی
1/12	5/40	1/18	5/60	1/29	7/67	آزمایش	توجه/ فزون‌کنشی

مداخله در مرحله پس‌آزمون به 5/60 و در مرحله پیگیری به 5/40 کاهش یافت. در نمودار 1 روند تغییر میانگین مشکلات نارسایی توجه/ فزون‌کنشی گروه آزمایش و کنترل در طی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داده شده است.

نتایج جدول 1 نشان می‌دهد پس از ارائه برنامه مداخله برای گروه آزمایش، تفاوت آشکاری در میانگین مشکلات نارسایی توجه/ فزون‌کنشی در گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد؛ به طوری که میانگین مشکلات نارسایی توجه/ فزون‌کنشی گروه آزمایش پس از دریافت



کوواریانس اندازه‌گیری مکرر، از این آزمون استفاده شد که نتایج آن در جدول 2 گزارش شده است.

جهت بررسی دقیق تفاوت‌های مشاهده شده، با رعایت نمودن مفروضه‌های آماری آزمون تحلیل

جدول 2. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس اندازه‌گیری مکرر برای مشکلات نارسایی توجه/ فزون‌کنشی

اثرات	منابع تغییر	درجه آزادی	نمره F	سطح معناداری
درون‌آزمودنی	نارسایی توجه/ فزون‌کنشی	1	0/858	0/362
	نارسایی توجه/ فزون‌کنشی × گروه	1	0/169	0/684
	خطا	27		
بین‌آزمودنی	گروه	1	13/797	0/001
	خطا	27		

$P < 0/01$

برای مشکلات نارسایی توجه/ فزون‌کنشی (F=13/797, P=0/001) نشان می‌دهد که بین

باتوجه به نتایج گزارش شده در جدول فوق، شاخص F و سطح معناداری مشاهده شده

در جهت تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان به منطق زیربنایی آموزش مهارت‌های اجتماعی اشاره کرد که از این عقیده سرچشمه گرفته است که مسائل رفتاری کودکان، اساساً مسائل میان فردی هستند. آموزش مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های بین‌فردی مختلفی را مانند برقراری ارتباط و روابط با همسالان به وجود می‌آورد که رشد آن‌ها، ضمن فراهم نمودن امکان برقراری روابط مثبت و سازش‌یافته با دیگران (آیدوگان، کلینک و تپت²، 2009) موانع موجود در روابط اجتماعی و عملکرد اجتماعی آموخته شده را برطرف می‌کند و می‌تواند به عملکرد مؤثر و مفید کمک نماید (متسون³، 1990). در این راستا ارزشمندی موقعیت‌های گروهی در جهت افزایش گرایش اجتماعی، پرورش حس تعلق به گروه (کینگ و شلی⁴، 2008)، افزایش خودکارآمدی اجتماعی و کاهش در مشکلات درونی سازی (هارل⁵ و همکاران، 2008) دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی بارز می‌گردد. در واقع پس از دریافت مداخله، با افزایش یافتن مهارت‌های اجتماعی و کاهش رفتارهای مخرب، این دانش‌آموزان از جانب معلم، دوستان و همکلاسی‌ها طرد نمی‌شوند و مهارت‌های به دست آمده به مراتب زمینه دوستی‌های بیشتری را برای این دانش‌آموزان فراهم می‌آورد.

با توجه به این اعتقاد که دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی از لحاظ توانش اجتماعی دچار مشکل هستند و در

گروه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که اثر متغیر زمان معنادار نبوده بلکه مداخله مؤثر بوده است و فرضیه پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی به شیوه شناختی - رفتاری بر کاهش مشکلات نارسایی توجه/ فزون‌کنشی پذیرفته شده است. همچنین یافته‌های فرضیه حاضر نشان داد اثرات ایجاد شده ناشی از مداخله در مراحل پس‌آزمون و پیگیری با گذشت زمان روند ثابتی داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی با شیوه شناختی - رفتاری بر کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی در دانش‌آموزان انجام شد. بررسی نتایج پژوهش حاضر نشان داد آموزش مهارت‌های اجتماعی بر کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی مؤثر است. نتایج پژوهش‌های پریس و ملور (2009)، شورت (2006)، هرماندز (2006) و اوکتر و کروسول (2005) که از اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر کاهش نشانه‌های رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی حمایت نموده‌اند با نتایج پژوهش حاضر همسو است. نتایج مطالعه دباو و پرینس¹ (2007) که نشان دادند شواهد کافی برای تعمیم مهارت‌های یاد گرفته شده در موقعیت‌های درمانی به خانه و کلاس درس وجود ندارد با نتایج پژوهش حاضر همسو نیست.

2. Aydogan, Klinc & Tepeta

3. Matson

4. King & Shelley

5. Harrell

1. De Boo & Prins

بحران، تصمیم‌گیری و فقدان، کارآمد است (هاوتون، سالکویس، کریک و کلارک³، 1989). در تبیین یافته پژوهش حاضر همچنین می‌توان به تعامل عوامل شناختی و رفتاری در ایجاد نشانه‌های اصلی اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی اشاره نمود. بنابراین ترکیب روش مداخله شناختی و رفتاری با تغییر شناخت‌ها و رفتارهای سازش‌نیافته، می‌تواند با کاهش نشانگان اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، به عنوان یک روش مداخله مؤثر عمل نماید. چنان‌که نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد استفاده از رویکرد شناختی - رفتاری در آموزش مهارت‌های اجتماعی موفقیت‌آمیز بوده است. آنتشل، فاراون و گردون (2012) در پژوهشی بر روی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی از اثربخشی رویکرد شناختی رفتاری حمایت نموده‌اند. یافته‌های پژوهشی دال‌نیک (2006) نیز نشان می‌دهد که بکارگیری راهبردهای شناختی رفتاری در کاهش فزون‌کنشی و تکانشگری، نیرومند ساختن رفتارهای اجتماع‌پسند، افزایش شناخت اجتماعی و بهبود روابط با همسالان مؤثر است. در مجموع به‌نظر می‌رسد رویکرد مطلوب در برخورد با دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، طرح‌ریزی کسب مهارت‌ها و حفظ "تناسب" بین ویژگی‌های کودک و خواسته‌های محیط اجتماعی است. شدت مشکلات در نظم‌دهی رفتاری در دانش‌آموزان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی، نتیجه مستقیم ناهمسویی بین ویژگی‌های درون‌فردی و ساختار و انتظارات محیطی است.

ارتباطات فردی و اجتماعی با مشکلات اساسی مواجه‌اند بنابراین با انواع مداخله‌های مبتنی بر توانش اجتماعی مانند آموزش مهارت‌های اجتماعی و حل مسأله اجتماعی می‌توان نسبت به اصلاح الگوی پردازش اطلاعات اجتماعی، راهبردهای حل مسأله اجتماعی و استدلال اجتماعی آن‌ها اقدام نمود. همان‌گونه که نتایج پژوهش حاضر نشان داد آموزش مهارت‌های اجتماعی می‌تواند چارچوبی برای ایجاد راهبردهایی در جهت مدیریت ناکارآمدی‌های مزمن رفتاری دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی فراهم آورد. به‌ویژه آموزش‌های رفتاری کمک می‌کند تا چرخه تعامل ناکارآمد شکسته شود و الگوهای تعاملی مثبت متقابلی به‌وجود آیند که از ارزش‌حمایتی برخوردار هستند. یادگیری مهارت‌های اجتماعی، قدرت حل مسأله دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی را نیز افزایش می‌دهد. حل مسأله، فنی است که به افراد در شناسایی مشکلات و راه‌حل‌های بالقوه کمک می‌کند. راه‌حل‌های ممکن، به دقت مطالعه و مناسب‌ترین آن با شرایط فرد، انتخاب و اجرا می‌شود. حل مسأله از محوری‌ترین فنون رفتار درمانی - شناختی است (راس و فیلینگ¹، 2007) و می‌تواند با کمک سایر مداخله‌ها راهبرد مؤثری باشد یا به‌عنوان تکنیک درمانی، همان‌گونه که مینورز - والیس، کاس و بارکر² (2000) توصیف نموده‌اند، بکار رود. همچنین حل مسأله، در موقعیت‌های مختلفی همچون مشکل‌گشایی، مشکلات ارتباطی، مدیریت

1. Roth & Pilling

2. Mynors-Wallis, Cath, Day & Barker

3. Hawton, Salkovskis, Kirk & Clark

آموزش مهارت‌های اجتماعی به‌عنوان یک جنبه مکمل برنامه‌های آموزشی به حساب آید و با روش‌های آموزشی و پرورشی متعددی نسبت به یاددهی و یادگیری آن اقدام شود تا به این ترتیب آموزش و پرورش بتواند زمینه‌های مناسب و مستحکمی برای اعتلای سلامت روان‌شناختی و پرورش "خود" در دانش‌آموزان فراهم آورد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم بررسی انواع ریخت‌های اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی به صورت مجزا و عدم استفاده از مصاحبه تشخیصی بر اساس ملاک‌های DSM-IV است که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به این موارد توجه شود. علی‌رغم محدودیت‌های موجود، نتایج پژوهش حاضر نشان داد مداخله مورد استفاده در این پژوهش، یک مداخله موفق و توانمند است که پیشنهاد می‌شود در سایر مقاطع تحصیلی نیز بررسی شود. همچنین پیشنهاد می‌شود روش آموزش مهارت‌های اجتماعی در ترکیب با سایر روش‌های درمانی بررسی و نتایج مقایسه شود. در نهایت انجام پژوهش‌هایی با هدف بررسی روش‌های مختلف آموزشی به صورت مقایسه‌ای، به تنهایی و در ترکیب با یکدیگر در سه ریخت مختلف اختلال پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در انجام این پژوهش مشارکت نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

مشکلات تجربه‌شده توسط دانش‌آموزان دارای این اختلال در حوزه‌های مختلف تحصیلی، روابط اجتماعی، رفتار در خانه، مدرسه و جامعه گسترده است و در نتیجه این افراد به یک برنامه درمانی جامع نیاز دارند که هر دو دسته مشکلات شناختی و رفتاری آن‌ها را مورد توجه قرار دهد (حسین‌خانزاده، 1392). نکته حائز اهمیت در هنگام استفاده از این مداخله توجه به سنخیت نوع مداخله با نیازهای دانش‌آموزان مبتلا و همچنین همگن بودن رفتارهای دانش‌آموزان مبتلا به این اختلال است که متأسفانه این دو نکته مهم در شمار زیادی از پژوهش‌ها رعایت نگردیده است.

گرچه هیچ روش درمانی نمی‌تواند اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی را به صورت قطعی درمان کند؛ با وجود این، وقتی والدین، معلمان و متخصصان به‌طور هماهنگ ترکیبی از تکنیک‌های درمانی را در طول رشد و تحول کودک به‌کار گیرند پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای در رفتار کودک ایجاد می‌شود. تحقیقات متعدد دیگری نیز نشان داده‌اند که ترکیب مداخله‌های درمانی در ایجاد پیشرفت رفتاری و تحصیلی نسبت به استفاده از آن‌ها به تنهایی برتری داشته است (پلهام و مورفی¹، 1986).

بنابراین نتایج پژوهش حاضر می‌تواند توجیه‌کننده مسؤولان در اهتمام بیشتر به آموزش مهارت‌های اجتماعی در برنامه‌ریزی‌های آموزشی باشد. انتظار می‌رود براساس نتایج این پژوهش و سایر پژوهش‌های مشابه،

1. Pelham & Murphy

منابع

- مرادی، ع.؛ خباز خوب، م.؛ آگاه، ت.؛ جواهر فروش زاده، ع. و رضوان، ب. (1387). (شیوع بیش‌فعالی نقص توجه (ADHD) در کودکان دبستانی شهر نیشابور طی سال تحصیلی 86_1385). *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، سال دهم، شماره 2، 37-42.
- مینائی، ا. (1390). *کتابچه راهنمای فرم‌های سن مدرسه نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ*. تهران: پژوهشگاه مطالعات آموزش و پرورش.
- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center of Children, Youth & Families.
- American Psychiatric Association . (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision)*, Washington, DC: Author.
- Anastopoulos, A.D. & Shaffer, S.D. (2001). *Attention-deficit hyperactivity disorder*. In C. E. Walker & M. C. Roberts (Eds). *Handbook of clinical child psychology*, (3 rd ed., 470-494. New York: wiley.
- Anderson, G.M. & Martin, A. (2007). Neurochemistry pharmacodynamic and biological psychiatry. Spetie L, Arnold LE. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In: Martin A, Volkmar FR. (eds). *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, 4th ed. Philadelphia (PA): Lippincott, Williams & Wilkins, 2403, 430-449.
- Antshel, K.M. & Faraone, S.V. (2012). (Gordon M: Cognitive behavioral treatment outcomes in adolescent ADHD). *Journal of Attention Disorders*, 10, 334-345.
- Aydogan, Y.; Klinc F.E. & Tepeta, S. (2009). (Identifying parent views regarding social skills). *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 1, 1507-1512 .
- Barkley, R. A. (2005). (Comparison of the DSM-IV Combined and inattentive typed of ADHD in a school-based sample of Latino / Hispanic children). *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 46, 166-179.
- Bennett, F.C.; Brown, R.T.; Craver, J. & Anderson, D. (1999). (Stimulant medication for the child with attention deficit/ hyperactivity disorder). *Pediatric Clinics of North America*, 46, 929-943.
- Biederman, J. & Faraone, S.V. (2005). (Attention- deficit hyperactivity disorder). *Lancet*, 366, 237-480.
- Bussing, R.; Mason, D.M.; Bell, L. & et al. (2010). (Adolescent outcomes of childhood attentiondeficit/ hyperactivity disorder in a diverse community sample). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 595-605.
- Daley, D. (2006). (Attention deficit hyperactivity disorder :A review of the essential facts). *child: care Health and Development*, 32, 193-204.
- Dallnic, A.; Smith, S.W.; Brank, E.M. & Penfield, R.D. (2006). (Classroombased Cognitive-behavioral Intervention to Prevent Aggression:
- حسین‌خانزاده، ع.ع. (1392). *آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان و نوجوانان*. تهران: انتشارات رشد فرهنگ.
- علیشاهی، م.ج.؛ ده‌بزرگی، غ.ر.؛ دهقان، ب. (1382). (میزان شیوع کمبودتوجه و بیش‌فعالی در کودکان دبستانی شیراز). *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان (طیب شرق)*، سال پنجم، شماره 1، 61_68.

- Efficiency and Social Validity). *Journal of School Psychology*, 44, 123-139.
- De Boo, G. & Prins, P. (2007). (Social incompetence in children with ADHD: Possible moderators and mediators in social- skill training). *Clinical Psychology Review*, 27: 78-97.
 - Dineen, P. & Fitzgerald, M. (2010). (P01-192 Executive function in routine childhood ADHD assessment). *Journal of European Psychiatry*, 25, 402-411.
 - Fabiano, G.A.; Pelham, W.E.; Coles, E.K.; Gnagy, E.M.; Chronis-Tuscano, A.C. & Oconner, B.C. (2009). (A meta-analysis of behavioral treatment for attentiondeficit/ hyperactivity disorder). *Clinical psychology Review*, 29 , 129-140.
 - Faraone, S.V. & Biederman, J. (2005). (What is the prevalence of adult ADHD? results of a population screen of 966 adults). *Journal of Attention Disorders*, 9: 384-391.
 - Faraone, S.V.; Spencer, T.; Aleardi, M. & et al. (2004). (Metaanalysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention deficit/hyperactivity disorder). *Journal of Clinical Psychopharmacology* , 24, 24-29.
 - Friedman, R.J. & Doyal, G.T. (1992). *Management of Children and adolescents with ADHD*, New York: Pro-Ed.
 - Fuemmeler, B.F.; Kollins, S.H. & McClernon, F.J. (2007). (Attention deficit hyperactivity disorder symptoms predict nicotine dependence and progression to regular smoking from adolescence to young adulthood). *Journal of pediatric psychology*, 32, 1203-1213.
 - Greenhill, L.L. & Hechtman, L.I. (2009). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P.(eds). *Comprehensive Text Book of Psychiatry*. 9th ed. Philadelphia (PA): Lippincott, Williams & Wilkins, 35, 60-72.
 - Greydanus, D.E., Pratt, H.D., Patel, D.R. (2007). (Attention deficit hyperactivity disorder across the lifespan: the child, adolescent, and adult. *Disease-a-Month* , 53,70-131. [PMID=17386306]
 - Groen Yvonne, A., Lambertus, J.M., Mulder, B, Albertus, A, Wijers, B, Ruud, B, Minderaa, A., & Monika Althaus, A. (2009). Methylphenidate improves diminished error and feedback sensitivity in ADHD: An Evoked Heart Rate analysis. *Biological Psychology*, 82, 45-53.
 - Gupta, R., & Kar, B. R. (2009). Development of attentional processes in ADHD and normal children. *Progress in Brain Research*, 176, 259-276.
 - Harrell, A.W., Mercer, S.H, DeRosier, M.E. (2008). Improving the social- behavioral adjustment of adolescents: the effectiveness of social skills group intervention. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 378-387.
 - Hastings, P.R., Beck, D.D., & Hill, C. (2004). Symptom of ADHD and their correlates in children with intellectual disabilities. *Journal of Research in Developmental Disabilities*, 26, 456-468.
 - Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., Clark, D. (1989). *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press; 1989.
 - Hernandez, H. (2006). Social skills training: a comparison of a 12- week training program to a 24- week training program. *European Neuropsychopharmacology*, 152, 152-155.
 - Ingersoll, S., & Goldstein, S. (1993). *Attention deficit disorder and learning disabilities: Realities, myths and controversial treatments*, New York: Doubleday.
 - Kaplen, H.I., Sadock, B.G. (2003). *Comprehensive text book of psychiatry*. 2nd ed. U.S.A: Willians and Wilkins Pub.
 - King, R., & Shelley, C. (2008). Community Feeling and Social Interest:

- Adlerian Parallels, Synergy, and Differences with the Field of Community Psychology). *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 18, 96-107.
- Kosters, M., Weinmann, S., becker, T. (2010). (P02-254-P02- 254-A meta-analysis of the effectiveness of methylphenidate in the treatment of adult ADHD). *Journal of European psychiatry* , 25, 889.
 - Less, D.G., Ronan, K.R. (2007). (Parent management training for solo mothers of children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. An effectiveness and multiple baseline evaluation). *Massey University Journal of Attention Disorder*, 51, 25-32.
 - Matson, J.L. (1990). Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters. Worthington, OHIO: International Diagnostic System. Inc.
 - Mynors-Wallis, L.M., Cath, A.H., Day, A., Barker, E. (2000). (Randomized controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication and combined treatment for major depression in primary care). *British Medical Journal* , 320, 26-30.
 - National Institutes of Health. Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *NIH consensus statement*, 16: 1-37.
 - O'Connor, T.G., & Creswell, C. (2005). (Cognitive behavioural therapy for children and adolescents). *Psychiatry*, 4, 123-125.
 - Pelham, W.E. (2008). (Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder). *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* , 37, 184-214.
 - Pelham, W.E., & Murphy, H.A. (1986). *Behavioral and pharmacological treatment of attention deficit and conduct disorders*. In M. Hersen (Ed.), *Pharmacological and behavioral treatment* (108- 148). New York: John wiley & sons 1986.
 - Pliszka, S.R., Greenhill, L.L., Crismon, M.L., et al. (2000). (The Texas children's medication algorithm project: Report of the Texas consensus conference panel on medication treatment of childhood attentiondeficit/ hyperactivity disorder. Part I. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2000, 39, 908-919.
 - Preece, S., & Mellor, D. (2009). (Learning patterns in social skills training programs: an exploratory study). *Child & Adolescent Social Work Journal* , 26, 87-101.
 - Retz, W., Freitag, C.M., Retz-Junginger, P., Wenzler, D., Schneider, M., Kissling, C., & et al. (2008). (A functional serotonin transporter promoter gene polymorphism increases ADHD symptoms in delinquents: Interaction with diverse childhood environment). *Psychiatry Research*, 158, 123-131.
 - Roth, A., Pilling, S. (2007). *The competencies required to deliver effective cognitive and behavioral therapy for people with depression and with anxiety disorder*. New York: Department of Health Publication; 2007.
 - Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2007). *Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry, behavioral clinical psychiatry*. 10 th ed. Philadelphia (PA): Lippincott, Williams & Wilkins, 1206-1217.
 - Satterfield, J.H., Satterfield, B.T., & Schell, A.M. (1987). (Therapeutic interventions to prevent delinquency in hyperactive boys). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* , 26, 56-64.
 - Short, B.A. (2006). (Social skills training to increase self- concept in children with ADHD). *Journal of Clinical Child And Adolescent Psychology*, 50, 140-153.
 - Sonuga-Barke, E. J.S., Thompson, M., Daley, D., & Laver- Bradbury, C. (2004). (Parent training for pre-school

attention-deficit/hyperactivity disorder: Is it effective when delivered as routine rather than as specialist care? British). *Journal of Clinical Psychology*, 43, 449-457.

- Walker, H.M. (1983). *The ACCESS Program: Adolescent curriculum for communication and effective social skills:*

Student study guide. Austin, Publisher, Pro-Ed, 1983.

- Youngstrom, E., Youngstrom, J.K., & Starr, M. (2005). (Bipolar diagnoses in community mental health: Achenbach child behavior checklist profiles and patterns of comorbidity). *Biological Psychiatry*, 58, 569-575.

