



اثربخشی برنامه مداخله‌ای شایستگی اجتماعی بر نشانگان اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه در

دانش‌آموزان پسر

مختار ویسانی<sup>۱\*</sup> و منیجه شهنی ییلاق<sup>۲</sup>

The Effectiveness of Social Competence Intervention Program on Symptoms of  
Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) among Male Elementary School  
Students

Mokhtar Weisani<sup>1\*</sup>, and Manijeh Shehni Yeilagh<sup>2</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۹/۰۹

Abstract

The present research studies the effectiveness of social competence intervention program on symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) among male elementary school students in Sanandaj. This research is an experimental study, including pretest-posttest-follow up and control group. The research instrument used in this study was Conners Parent Rating of Childhood Behavior Problems. 36 male students, who were suffering from attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD), were selected by simple random sampling method from elementary schools in Sanandaj, and were assigned to two groups: social competence and control (18 students each). Before starting the treatment, a pretest was given to both groups. Then, the experimental group was exposed to social competence intervention program. At the end of the treatment, a post-test and 1 month later a follow-up test was administered to two groups. The results showed that intervention social competence has meaningfully decreased ( $p < 0.001$ ) the symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder in the posttest and follow-up test. Also, social competence intervention program has meaningfully decreased the attention deficit and hyperactivity subscales ( $p < 0.001$ ). Social competence intervention program is significantly effective in decreasing symptoms of attention deficit/ hyperactivity disorder (ADHD) and applying these methods is recommended to counselors and psychologists.

**Keywords:** Attention deficit/hyperactivity disorder, social competence intervention program

چکیده

پژوهش حاضر به منظور اثربخشی برنامه مداخله‌ای شایستگی اجتماعی بر نشانگان اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه در دانش‌آموزان انجام شد. این پژوهش به صورت نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری و گروه گواه است. ابزار مورد استفاده این پژوهش، مقیاس مشکلات رفتاری کودکان کانرز (۱۹۹۸)، فرم والد می‌باشد. از بین دانش‌آموزان پسر ۷ تا ۱۰ سال مراجعه کننده به مرکز اختلالات رفتاری در شهر سنندج، تعداد ۳۶ نفر که دارای اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه بودند، به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۸ نفر) و گروه گواه (۱۸ نفر) گمارده شدند. قبل از شروع فرآیند آموزش، از هر دو گروه، پیش‌آزمون به عمل آمد. پس از اتمام فرآیند مداخله، از هر دو گروه، پس‌آزمون و بعد از گذشت یک ماه از اجرای پس‌آزمون، از هر دو گروه، آزمون پیگیری به عمل آمد. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که برنامه مداخله‌ای شایستگی اجتماعی، نشانگان اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه و خرده مقیاس‌های بی‌توجهی و بیش‌فعالی را به طور معنی‌داری کاهش داد ( $p < 0.001$ ). برنامه مداخله‌ای شایستگی اجتماعی تأثیر مناسبی روی نشانگان اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه و خرده مقیاس‌های آن دارد؛ بنابراین استفاده از این برنامه مداخله‌ای توسط معلمان، روان‌پزشکان، روان‌شناسان و مشاوران توصیه می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه، برنامه مداخله‌ای شایستگی اجتماعی

1. Ph.D. in educational Psychology, Department of Psychology, Farhangian University, Tehran, Iran
2. Ph.D. in educational Psychology, Department of Psychology, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran

۱. دکترای روان‌شناسی تربیتی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران
  ۲. دکترای روان‌شناسی تربیتی، استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران
- \* نویسنده مسئول:

\*Corresponding Author, Email: m.weisani@gmail.com

## مقدمه

قرن بیست و یکم، قرن تغییر و تحولات سریع و گسترده فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی است و به تبع آن، انتظارات تازه‌ای برای نظام‌های آموزشی و خانواده به عنوان هسته اصلی این تغییرات به همراه دارد؛ در این راستا اندیشمندان و متفکران هر جامعه‌ای به منظور افزایش بهره‌وری و کارایی دو نظام خانواده و آموزش و پرورش در امر تعلیم و تربیت کودکان، به عنوان خروجی این دو نظام، اقدام به تشخیص، تدوین و آموزش برنامه‌های مدون در جهت رشد و ارتقاء وضعیت تحصیلی، اجتماعی و عاطفی کودکان نموده‌اند (گریلوسکی و کاروسکی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲).

از جمله اختلالات و مسائل روان‌شناختی کودکان، که اغلب کودکان و والدین آن‌ها شناخت کافی و روشنی از آن ندارند، اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه<sup>۲</sup> (ADHD) است. این اختلال، نخستین بار در سال ۱۸۴۵ توسط پزشک آلمانی به نام هافمن<sup>۳</sup> (پلیزکا، گرین‌هیل و کریسمون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰) شناسایی شد. بیش‌فعالی/نقص توجه، اختلال عصبی رشدی است که با سه ویژگی اصلی، یعنی نقص توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری توصیف می‌شود. در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - ویراست پنجم<sup>۵</sup> (انجمن روان پزشکی آمریکا<sup>۶</sup>، ۲۰۱۳، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۳) اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه این‌گونه تعریف شده است: الگوی مستمر بی‌توجهی و یا بیش‌فعالی شدید و تکرار شونده که به طور نمونه در کودکان یک سطح رشدی دیده می‌شود. برای این اختلال سه زیرگروه تعیین شده است که عبارتند از: عمدتاً بی‌توجه<sup>۷</sup>، عمدتاً بیش‌فعال<sup>۸</sup> و نوع مرکب<sup>۹</sup> (ترکیبی از از دو زیرگروه بیش‌فعال و نقص توجه).

اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه با اسامی آسیب مغزی مختصر، اختلال عملکردی مغزی مختصر و اختلال پرتحرکی<sup>۱۰</sup> نیز نامیده شده است. این اختلال که با ناتوانی در حفظ توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری مشخص می‌شود، برای مدت‌ها اختلال دوران کودکی پنداشته می‌شد و از نظر میزان شیوع، نسبت دخترها به پسرها در جامعه کلی تقریباً ۱ به ۳ و در موارد بالینی نسبتی بین ۱ به ۶ تا ۱ به ۹ گزارش شده است (راسمیوسن و لوندر<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۹). کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه در معرض اغلب اختلالات روان‌شناختی همبود، نظیر اختلال سلوک و نافرمانی

1. Gralewski & Karwowski
2. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)
3. Huffman
4. Pliszka, Greenhill & Crismon
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder -edition 5
6. American Psychiatric Association
7. predominantly inattentive
8. predominantly hyperactive
9. combined type
10. hyperkinetic
11. Rasmussen & Levander

مقابله‌ای (ویلنس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴)؛ اختلال شخصیت ضد اجتماعی (هوفاندر، اوسوسکی، لاندستروم و آنکارساتر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹)؛ و ناتوانی‌های یادگیری (کاراند، بوسرکار، کالکارنی و تاخر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹) هستند. به طور کلی، اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه حدود ۳٪ تا ۷٪ کودکان سنین مدرسه را در بر می‌گیرد. به‌رغم آن‌که درصد قابل توجهی از کودکان و نوجوانان به این اختلال مبتلا هستند، تلاش‌های علت‌شناختی در طول سه دهه اخیر در زمینه راهبردهای بهینه مهار و مداخله‌های درمانی بی‌نتیجه مانده‌اند.

تاکنون هیچ عاملی به تنهایی به عنوان علت بیش‌فعالی/نقص توجه شناخته نشده است و به نظر می‌رسد که این اختلال از تعامل پیچیده بین ژنتیک، محیط و عوامل زیستی حاصل شود. به دلیل تنوع مشکلات مربوط به بیش‌فعالی/نقص توجه امکان آن که یک نوع درمان، به تنهایی بتواند تمام الزامات درمانی این اختلال را پوشش دهد، وجود ندارد. به همین دلیل، متخصصان، اغلب راهبردهای درمانی متعددی را در ترکیب با هم اتخاذ می‌کنند تا هر یک جنبه متفاوتی از مشکلات روانی-اجتماعی کودک را مدنظر قرار دهند. تلاش‌های فعلی در درمان این اختلال بیش‌از پیش بر مداخلات روان‌شناختی و آموزشی معطوف شده‌اند که عمدتاً مداخلات روان‌شناختی و آموزشی والد-محور<sup>۴</sup>، کودک-محور<sup>۵</sup> و ترکیبی را شامل می‌شوند (کارلتون و همکاران، ۲۰۱۴).

از جمله مداخلات روان‌شناختی مناسب و مؤثر بر کاهش علائم بیش‌فعالی/نقص توجه در کودکان مبتلا به این اختلال، می‌توان به برنامه مداخله‌ای شایستگی اجتماعی<sup>۶</sup> (SCIP) اشاره کرد (گولی، سمراد-کلایکمن، لرنر و بریتون، ۲۰۱۳). دایکسترا و بورد<sup>۷</sup> (۲۰۱۳) شایستگی اجتماعی را به عنوان تعامل بین محیط و مجموعه‌ای از توانایی‌های تعیین‌کننده زیستی یا عملکرد عصب‌شناختی تعریف کرده‌اند. دشواری‌های اجتماعی که به صورت مکرر توسط کودکان بیش‌فعال/نقص توجه و طیف اوتیسم و اختلالات مرتبط با آن تجربه می‌شود، ممکن است تا اندازه‌ای ناشی از سوء عملکرد عصب‌شناختی باشد. بافت تعامل اجتماعی نیز برای درک شایستگی اجتماعی کودک مهم است. به عقیده گولی و همکاران (۲۰۱۳) نقص در شایستگی اجتماعی یا ناتوانی در عملکرد مؤثر در موقعیت‌های بین فردی و وظایف اجتماعی از جمله ویژگی‌های مشخص و تعریف شده برای کودکان دارای بیش‌فعالی/نقص توجه می‌باشد.

فرآیند ادراک اجتماعی می‌تواند مشتمل بر سه گام، یعنی درونداد اشارات حسی<sup>۸</sup>، ترکیب این اشارات و برونداد پاسخ‌های رفتاری مناسب باشد. معمولاً کودکان و نوجوانان دارای اختلالات

1. Wilens
2. Hofvander, Ossowski, Lundstrom & Anckarsater
3. Karande, Bhosrekar, Kulkarni & Thakher
4. parent-based intervention
5. child-based intervention
6. Social Competence Intervention Program (SCIP)
7. Dykstra & Bord
8. input of sensory cues

اجتماعی، همچون کودکان مبتلا به بیش‌فعالی/نقص توجه، در هر یک از این مراحل دارای مشکل هستند (سمرود-کلایکمن، واکوویک، ویلکینسون و مینه<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). در همین رابطه، اشمیت و استیش<sup>۲</sup> (۲۰۱۲) معتقدند که برای افزایش عملکرد اجرایی کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه از طریق آموزش شایستگی اجتماعی، می‌توان به چهار صورت عمل کرد: (الف) آموزش مهارت‌های شناختی<sup>۳</sup>: شامل خزانه اطلاعات و مهارت‌های پردازش و کسب اطلاعات، توانایی تصمیم‌گیری، باورهای کارآمد و ناکارآمد و سبک‌های اسنادی. (ب) آموزش مهارت‌های رفتاری<sup>۴</sup>: شامل مذاکره، ایفای نقش، جرأت‌مندی، مهارت‌های محاوره‌ای برای شروع و تداوم تعامل‌های اجتماعی است. (ج) آموزش مهارت‌های هیجانی<sup>۵</sup>: شامل برقراری روابط مثبت با دیگران، ایجاد و گسترش اعتماد و روابط حمایتی دو جانبه و شناسایی و پاسخ‌دهی مناسب به علائم هیجانی در تعامل‌های اجتماعی می‌باشد. (د) آموزش مهارت‌های انگیزشی<sup>۶</sup>: شامل ساختار ارزشمند فرد، سطح رشد اخلاقی و احساس اثربخشی و کنترل و در نهایت احساس خودکارآمدی فرد می‌شود.

درول، روندان، گپنر و تاردیف<sup>۷</sup> (۲۰۰۴)، به نقل از گولی و همکاران، (۲۰۱۳) بر این باورند که نواقص عمده‌ای در توانایی افراد مبتلا به بیش‌فعالی/نقص توجه برای رمزگشایی کردن اشاره‌های چهره‌ای، تَن صدا و همچنین تفسیر واژه‌ها در پژوهش‌های مختلف یافت شده است. پژوهش‌های آزمایشی نشان داده‌اند در حالی که بی‌توجهی و نقص توجه به مشکلات کنش‌وری اجتماعی مربوط می‌باشد، یکی از متغیرهای اساسی زیربنایی این مشکلات، مهارت‌های اجتماعی و نقص در ادراک اجتماعی می‌باشد (سمرود-کلایکمن و همکاران، ۲۰۱۰) که در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است، به عنوان مثال: در پژوهشی هیوانگ<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۱۳) به بررسی اثربخشی ترکیب دو روش روش آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان و آموزش رابطه کودک-والد بر بهبود نشانگان بیش-فعالی/نقص توجه دانش‌آموزان تایوانی پرداختند. نتایج نشان داد که کودکان دارای اختلال بیش-فعالی/نقص توجه در گروه آزمایشی به دلیل دریافت آموزش مهارت‌های اجتماعی (۸ جلسه) و نیز حضور والدین آن‌ها در برنامه آموزش رابطه کودک-والد (۱۰ جلسه) در مقایسه با گروه گواه، کاهش معنی‌داری در خرده مقیاس‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای، پرخاشگری و حواس‌پرتی نشان دادند.

همچنین، گولی و همکاران (۲۰۱۳) نیز در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش شایستگی اجتماعی در کودکان دارای مشکلات اجتماعی پرداختند. نمونه این پژوهش را ۳۹ کودک (۱۹ کودک مبتلا به اختلال اتیسم، ۱۱ کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه و ۹ کودک مبتلا

1. Semrud-Clikeman, Walkowiakm, Wilkinson & Minne
2. Schmidt & Stichter
3. cognitive skills
4. behavioral skills
5. emotional skills
6. motivational skills
7. Deruelle, Rondan, Gepner & Tardif
8. Huang

به اختلال ناتوانی یادگیری غیرکلامی) تشکیل دادند. نتایج حاصل نشان داد که بین پس‌آزمون نمره‌های اتیسم، بیش‌فعالی و ناتوانی یادگیری کلامی در دو گروه آزمایشی و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ همچنین، والدین و کودکان گروه آزمایشی، گزارش‌هایی مبنی بر تغییرات مثبت ارائه نمودند. لذا یکی از هدف‌های مهم در برنامه درمانی شایستگی اجتماعی، آموزش و تقویت توانایی ادراک اجتماعی کودکان می‌باشد. از این‌رو، در این پژوهش به بررسی این سؤال پرداخته شده است که آیا برنامه درمانی شایستگی اجتماعی در کاهش نشانگان اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه دانش آموزان پسر مؤثر است؟

### روش‌شناسی

روش این پژوهش نیمه آزمایشی می‌باشد. طرح تحقیق از نوع طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل تمامی دانش‌آموزان پسر ۷ تا ۱۰ سال می‌باشد که از ۱۵ دی ماه ۱۳۹۲ تا ۳۰ اسفند ماه ۱۳۹۲ از طریق فراخوان به مرکز «مشاوره و خدمات روان‌شناختی ویژه کودکان دارای اختلالات رفتاری و یادگیری» شهر سمنان مراجعه نمودند. از جامعه مذکور، با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش (سن ۷ تا ۱۰ سال، تشخیص اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه، بر اساس نتایج سیاهه نشانه‌های مرضی کودک - ویرایش چهارم، فرم والد، مصاحبه بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ضریب هوشی بالاتر از ۹۰ در آزمون ریون کودکان، باسواد بودن حداقل یکی از والدین در حد خواندن و نوشتن و مصرف قرص ریتالین حداقل به مدت ۲ ماه به عنوان درمان دارویی) و ملاک‌های خروج از پژوهش (اختلالات همبود همچون اختلال سلوک و ایدایی)، ۴۲ نفر شرایط انتخاب به عنوان نمونه را داشتند. پس از تهیه فهرستی از این ۴۲ نفر، تعداد ۳۶ نفر به صورت تصادفی ساده (به قید قرعه) انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۸ نفر) و گروه کنترل (۱۸ نفر) گمارده شدند.

ابزار: مقیاس مشکلات رفتاری کودکان کانرز (۱۹۹۸)، فرم والد: مقیاس مشکلات رفتاری کودکان کانرز، فرم والد، توسط گویت، کانرز و آلریچ (۱۹۷۳) ساخته شده است و توسط ریتمن، هامل، فرانز و گراس (۱۹۹۸) تجدیدنظر و نسخه جدید آن چاپ شده است. ماده‌های این مقیاس به صورت یک طیف ۴ درجه‌ای از نوع لیکرت می‌باشد که از هرگز (نمره ۰) تا خیلی زیاد (نمره ۳) نمره‌گذاری می‌شوند. از بین ۴۸ ماده، ۲۶ گویه آن مربوط به اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه می‌باشد که شامل دو خرده مقیاس، بیش‌فعالی (۱۶ گویه) و بی‌توجهی (۱۰ گویه) می‌باشد. دامنه نمره‌های ۲۶ گویه مربوط به اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه، بین ۰ تا ۷۸ قرار دارد. ریلی (۲۰۱۱) در پژوهش خود، ضریب پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش نموده است. در پژوهش حاضر، برای تعیین ضریب پایایی مقیاس مشکلات رفتاری کودکان کانرز، فرم والد، از یک

نمونه ۳۶۰ نفری از دانش‌آموزان پسر پایه‌های اول، دوم، سوم و چهارم دوره ابتدایی شهر سنج و با استفاده از روش‌های آلفای کرونباخ، تنصیف اسپیرمن-براون و گاتمن استفاده شد. ضرایب پایایی کل مقیاس با روش آلفای کرونباخ، تنصیف اسپیرمن-براون و گاتمن به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۰ و ۰/۹۰ به دست آمدند. ضرایب پایایی خرده مقیاس بی‌توجهی با روش آلفای کرونباخ، تنصیف اسپیرمن-براون و گاتمن به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۶ و ۰/۷۵ و برای خرده مقیاس بیش‌فعالی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۴ و ۰/۸۳ به دست آمدند. در پژوهش حاضر نیز، برای بررسی روایی مقیاس مشکلات رفتاری کودکان کانرز، فرم والد، از روش تحلیل عامل تأییدی استفاده شد که نسبت «خی دو» بر درجه آزادی ( $\chi^2/df$ ) برابر ۱/۸۸ به دست آمد که این مقدار با توجه به ملاک مورد نظر، بیانگر برازش مطلوب ابزار است. مقدار شاخص ریشه میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA) برابر ۰/۰۵، شاخص برازش تطبیقی (CFI) برابر ۰/۹۰، شاخص نیکویی برازش (GFI) برابر ۰/۹۰، شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته (AGFI) برابر ۰/۸۸ و شاخص نیکویی برازش اقتصادی (PGFI) برابر ۰/۷۶ می‌باشند که با توجه به ملاک تعیین شده، مطلوب ارزیابی می‌شوند و نشانگر برازش مناسب و روایی قابل قبول ابزار مذکور می‌باشد. همچنین، میزان ضریب همبستگی سیاهه نشانه‌های مرضی کودک - ویرایش چهارم، فرم والد با مقیاس مشکلات رفتاری کودکان کانرز، فرم والد، برابر با ۰/۸۱ به دست آمد که در سطح  $\alpha = 0/001$  معنی دار می‌باشد و این نتیجه بیانگر روایی بالا و قابل قبول سیاهه نشانه‌های مرضی کودک - ویرایش چهارم، فرم والد می‌باشد. همچنین، نتایج تحلیل عامل تأییدی نشان داد که در خرده مقیاس بی‌توجهی، ماده‌های ۳، ۵ و ۱۰ با ضریب استاندارد (بتا) ۰/۵۷ و میزان واریانس تبیین شده ۰/۳۲، در مقایسه با سایر ماده‌ها، از اهمیت نسبی بیشتری برخوردار است. در خرده مقیاس بیش‌فعالی ماده ۱۱ با ضریب استاندارد (بتا) ۰/۶۵ و واریانس تبیین شده ۰/۴۲، در مقایسه با سایر ماده‌ها، از اهمیت بیشتری برخوردار است. لازم به ذکر است که هیچ‌کدام از ماده‌ها، در تحلیل نهایی، حذف نشدند (همه ماده‌ها بتای بالای ۰/۳۰ داشتند).

جلسات مداخله: روش آموزش شایستگی اجتماعی توسط گولی و همکاران (۲۰۰۸) تدوین شده است. این روش، شامل ۱۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای می‌باشد که به طور کلی، روی تجارب عاطفی و هیجانی خود کودکان تأکید دارد و همین مسئله باعث رشد و تقویت توانایی آن‌ها در درک دیگران می‌شود که در ادامه به هدف‌های این روش به تفکیک جلسات در جدول (۱) پرداخته شده است.

جدول (۱) خلاصه جلسات برنامه مداخله‌ای شایستگی اجتماعی

جلسه	هدف اصلی جلسه	تشریح هدف
جلسه اول	آشنایی اعضا و ایجاد ارتباط و اعتماد	اجرای پیش‌آزمون؛ معرفی اعضا؛ ایجاد گروه‌هایی برای بحث و فعالیت‌های گروهی؛ ایجاد گروه‌هایی که اعضای آن به راحتی بتوانند احساسات خود را بروز داده و بدون هیچ نقابی ویژگی‌های شخصیتی خود را با دوستانشان بیان کنند.

## ادامه جدول (۱) خلاصه جلسات برنامه مداخله‌ای شایستگی اجتماعی

جلسه	هدف اصلی جلسه	تشریح هدف
جلسه دوم	گوش دادن فعال	بحث در مورد چگونگی توجه کردن به بخش‌های مهم یک گفتگو در هنگام تعامل با دیگران؛ تمرین عملی تمرکز توجه و کنترل خود به دو صورت دیداری و شنیداری؛ نحوه گرفتن و دادن سرنخ به طرف مقابل در هنگام گفتگو؛ افزایش اعتماد و انسجام بین اعضای گروه.
جلسه سوم	شناخت احساسات و هیجانات	بحث و تمرین عملی در مورد احساسات و این‌که آن‌ها به چه صورت بر زندگی ما اثر می‌گذارند؛ بررسی معنی و مفهوم واژه‌ها و اصطلاحات احساسی مختلف؛ تقویت و رشد توانایی تجسم و تصویرسازی ذهنی.
جلسه چهارم	آشنایی با زبان بدن	بحث و تمرین عملی راجع به این‌که ما چگونه می‌توانیم از طریق دریافت اشاره‌های چهره دیگران، احساسات آن‌ها را درک کنیم؛ تمرین عملی تفسیر هیجان‌های دیگران بر اساس اشاره‌های چهره‌ای و زبان بدنی به صورت زنده و با نشان دادن فیلم.
جلسه پنجم	خودآگاهی جسمانی	بهبود کنترل جسمانی و خودآگاهی بدنی از طریق تمرین حرکت‌های خلاق؛ ادامه بحث راجع به راهبردها و تمرین‌هایی برای تقویت توانایی خواندن اشاره‌های چهره‌ای و بیانات غیرکلامی.
جلسه ششم	تشخیص احساسات دیگران	بحث راجع به این‌که دیگران چگونه احساسات خود را به وسیله تن صدا بیان می‌کنند؛ تمرین بیان جمله‌های مشابه با هیجان‌های مختلف و جمله‌های مختلف با هیجان‌های یکسان؛ تمرین بیان جمله‌های یکسان با تأکید روی کلمه‌های مختلف آن.
جلسه هفتم	درک دیگران	بحث راجع به این‌که ابزارهای یک رابطه موفق در زندگی واقعی چه چیزهایی هستند؛ فهمیدن اشاره‌های چهره، تن صدا و زبان بدنی در یک زمان واحد؛ بیان و تفسیر سرنخ‌های دیداری و شنیداری با همدیگر در یک فعالیت جمعی؛ درگیر شدن در فعالیت‌های پیچیده‌تری همچون فی‌البدها گویی <sup>۱</sup> با یک نفر از اعضا گروه (همتا).

1- improvisational

## ادامه جدول (۱) خلاصه جلسات برنامه مداخله‌ای شایستگی اجتماعی

جلسه	هدف اصلی جلسه	تشریح هدف
جلسه هشتم	مشارکت گروهی و نقش اعضای گروه	تجربه «نقش داشتن» <sup>۱</sup> در فرآیند یک نمایش؛ ایجاد و تولید یک ایده اصلی به وسیله ترکیب ایده‌های دیگر اعضا در یک فعالیت جمعی؛ تمرین تصمیم‌گیری در گروه برای انتخاب یک فعالیت.
جلسه نهم	تشخیص تعارضات درون فردی و قدرت حل مسئله	بحث و تمرین عملی راجع به موقعیت‌هایی که سرنخ‌های دیداری و شنیداری با همدیگر همخوانی ندارند و یا ممکن است با بافت و زمینه ناهمخوان باشند؛ رشد راهبردهایی برای رویارویی با موقعیت‌های مبهم و متضاد.
جلسه دهم	پذیرش عقاید مخالف و انتقادپذیری	بحث راجع به تفاوت بین واقعیت <sup>۲</sup> و عقیده <sup>۳</sup> ؛ پذیرش دیدگاه دیگران هنگامی که متفاوت از دیدگاه ما هستند؛ و تمرین عملی گفتگوی دیدگاه‌های متفاوت در مورد موضوع‌های گوناگون.
جلسه یازدهم	بازخورد دادن به دیگران و انعکاس احساسات	فعالیت دسته جمعی برای تکمیل یک پروژه؛ تمرین استفاده از سرنخ‌های غیرکلامی برای تعامل با همتای خود و کمک به یکدیگر برای این که این تعاملات را به اجزا و گام‌های کوچک‌تر تقسیم کنند؛ و یادگیری مهارت گرفتن و دادن بازخورد به هر سرنخ غیرکلامی مهم و قابل ملاحظه.
جلسه دوازدهم	خودکاوی و توجه آگاهی	فعالیت جمعی فیلم‌برداری از یک گفتگو که شامل محتوای غیرکلامی مهم و اساسی باشد؛ تماشای فیلم ضبط شده از تعامل خود و دیگر اعضا گروه و بحث راجع به این که این فیلم‌ها می‌توانند چه چیزهایی را به دیگران انتقال دهند؛ تمرین مهارت دادن و گرفتن بازخورد از ارتباطات غیرکلامی در تعاملات اجتماعی.
جلسه سیزدهم	نقش اعتماد به نفس در روابط بین فردی	بحث در مورد عواملی که مانع از شروع یک محاوره اولیه <sup>۴</sup> می‌شود؛ افزایش اعتماد به نفس در محاوره اولیه؛ تمرین آغاز کردن و ادامه دادن یک محاوره؛ تقویت و رشد راهبردهای شناختی برای مقابله با خودگویی منفی <sup>۵</sup> در هنگام محاوره با دیگران.

1- in role

2- fact

3- opinion

4- initiating conversation

5- negative self-talk



## ادامه جدول (۱) خلاصه جلسات برنامه مداخله‌ای شایستگی اجتماعی

جلسه	هدف اصلی جلسه	تشریح هدف
جلسه چهاردهم	تفسیر درست و عدم قضاوت عجولانه و پیش‌داوری	ایجاد چارچوبی مجدد برای تفسیرها درباره این که چه چیزهایی ممکن است اتفاق بیفتد و این که در گذشته چه اتفاقی افتاده است، سپس ایفای نقش در هنگام بروز چنین موقعیت‌هایی با استفاده از راهبردهای مناسب و از طریق برچسب زدن‌های فی‌البداهه.
جلسه پانزدهم	مرور مهارت‌هایی که تاکنون یادگرفته‌اند	بازبینی مهارت‌هایی که در مجموع یاد گرفته‌ایم؛ بیان لحظه‌ها و رویدادهای به یادماندنی هنگام فعالیت با همتا؛ و ایجاد پیش‌بینی‌های مثبت درباره آینده به وسیله خلق «تندیس‌های دوستانه» <sup>۱</sup> .
جلسه شانزدهم	جشن پایانی و پس از آن	بحث راجع به تجربیات گروه؛ دادن بازخورد مثبت به هم‌تایان و گرفتن بازخورد مثبت از آن‌ها؛ اجرای پس‌آزمون و تعیین زمان و مکان مناسب برای آزمون پیگیری؛ و برپایی جشنی به مناسبت آشنایی با همدیگر و خداحافظی (گولی و همکاران، ۲۰۰۸).

## یافته‌ها

برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش تحلیل کواریانس استفاده شد که در ادامه، به نتایج این تحلیل اشاره شده است. نتایج شاخص‌های توصیفی نمره‌های کل مقیاس بیش‌فعالی / نقص توجه گروه آزمایشی و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول (۲) ارائه شده است.

گروه	متغیر	بی‌توجهی		بیش‌فعالی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گروه گواه	پیش‌آزمون	۲۱/۰۵	۳/۸۷	۳۲/۲۲	۴/۵۱
	پس‌آزمون	۲۰/۶۶	۳/۱۶	۳۱/۶۶	۴/۱۸
	پیگیری	۱۹/۹۴	۳/۲۶	۳۱/۷۷	۴/۷۹
گروه آزمایشی	پیش‌آزمون	۲۰/۴۴	۴/۶۵	۳۲/۱۶	۴/۷۶
	پس‌آزمون	۸/۷۷	۱/۴۳	۱۳/۳۸	۱/۵۸
	پیگیری	۹/۲۲	۱/۴۷	۱۳/۷۷	۱/۶۳

از آنجایی که انجام تحلیل آماری کواریانس منوط به تحقق مفروضه‌های زیربنایی آن می‌باشد، لذا به منظور اطمینان از این که داده‌های گردآوری شده در این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی این نوع تحلیل را برآورده می‌کنند یا خیر، به بررسی آن‌ها پرداخته شد. بدین منظور چهار مفروضه تحلیل کواریانس شامل خطی بودن<sup>۱</sup>، همخطی چندگانه<sup>۲</sup>، همگنی واریانس‌ها<sup>۳</sup> و همگنی‌های رگرسیون<sup>۴</sup> مورد بررسی قرار گرفتند که در ادامه به ترتیب بیان می‌شوند:

الف) خطی بودن: در این پژوهش، پیش‌آزمون اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه، خرده مقیاس نقص توجه و خرده مقیاس بیش‌فعالی به عنوان متغیر کمکی و پس‌آزمون آن‌ها به عنوان متغیر وابسته تلقی شدند. ضریب همبستگی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه  $0/20$ ، خرده مقیاس نقص توجه  $0/25$  و خرده مقیاس بیش‌فعالی  $0/16$  به دست آمد. با توجه به همبستگی‌های به دست آمده، مفروضه خطی بودن روابط بین متغیرهای وابسته و کمکی تقریباً محقق شده است.

ب) همخطی چندگانه: این پیش‌فرض، میزان همبستگی بین متغیرهای کمکی را مورد بررسی قرار می‌دهد. با توجه به این‌که در پژوهش حاضر، متغیر وابسته (اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه) دارای دو خرده مقیاس بی‌توجهی و بیش‌فعالی می‌باشد، این پیش‌فرض در مورد آن‌ها بررسی گردید. بدین‌منظور پیش‌آزمون‌های این خرده مقیاس‌ها به عنوان متغیر کمکی تلقی گردید. ضریب همبستگی بین پیش‌آزمون خرده مقیاس بی‌توجهی با خرده مقیاس بیش‌فعالی  $r = 0/18$  به دست آمد. ضریب همبستگی به دست آمده بیانگر این است که از مفروضه همخطی چندگانه اجتناب شده است.

ج) همگنی واریانس: نتایج آزمون نشان داد که ضریب  $F$  آزمون لوین در متغیر اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه برابر با  $F = 0/28$  و سطح معنی‌داری آن هم برابر با  $p = 0/76$  می‌باشد؛ بنابراین پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در متغیر اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه تأیید می‌شود. همچنین، ضریب  $F$  آزمون لوین در خرده مقیاس‌های نقص توجه و بیش‌فعالی به ترتیب برابر با  $F = 1/01$  و  $F = 0/25$  و سطح معنی‌داری آن‌ها هم به ترتیب برابر با  $p = 0/37$  و  $p = 0/78$  می‌باشند؛ بنابراین پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در این دو خرده مقیاس نیز تأیید می‌شود.

د) همگنی شیب‌های رگرسیون: نتایج آزمون نشان داد که آزمون  $F$  تعامل متغیر بیش‌فعالی / نقص توجه و گروه ( $F = 11/45$  و  $p = 0/12$ ) معنی‌دار نمی‌باشد. بنابراین، شیب‌های رگرسیون دو گروه آزمایشی و گروه گواه در متغیر بیش‌فعالی / نقص توجه تعامل ندارند و فرض همگنی شیب‌های رگرسیون تأیید می‌شود. همچنین، آزمون  $F$  تعامل خرده مقیاس نقص توجه و

1- linearity

2- multicollinearity

3- homogeneity of variance

4- homogeneity of regression

گروه ( $F = ۴/۳۴$  و  $p = ۰/۱۷$ ) و تعامل خرده مقیاس بیش‌فعالی و گروه ( $F = ۲/۲۲$  و  $p = ۰/۲۶$ ) معنی‌دار نمی‌باشد؛ بنابراین شیب‌های رگرسیون دو گروه آزمایشی و گروه گواه در متغیر بیش‌فعالی/نقص توجه و خرده مقیاس‌های نقص توجه و بیش‌فعالی تعامل ندارند و فرض همگنی شیب‌های رگرسیون تأیید می‌شود.

در ادامه نتایج مربوط به فرضیه‌های پژوهش ارائه می‌گردد. در ابتدا، فرضیه ۱ تحقیق با استفاده از روش تحلیل کواریانس یکراهه بررسی شده است.

فرضیه ۱- آموزش روش شایستگی اجتماعی باعث کاهش بی‌توجهی و بیش‌فعالی دانش‌آموزان پسر دارای اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه می‌شود.

به منظور بررسی فرضیه فوق از تحلیل کواریانس چندمتغیره بین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری بی‌توجهی و بیش‌فعالی گروه آزمایشی و گواه استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جدول ۳ ارائه گردیده است.

جدول (۳) نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره روی نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری نشانگان اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه (خرده مقیاس‌های بی‌توجهی و بیش‌فعالی) گروه آزمایشی و گروه گواه با کنترل پیش‌آزمون‌ها

اثر	آزمون	ارزش F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری	ضریب اتا	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۹۲۲	۲۰/۹۴	۴	۹۸	۰/۰۰۱	۰/۴۶۱	۱/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۰۷۸	۶۱/۷۷	۴	۹۶	۰/۰۰۱	۰/۷۲۰	۱/۰۰۰
اثر هتلینگ	۱۱/۷۷	۱۳۸/۳۴	۴	۹۴	۰/۰۰۱	۰/۸۵۵	۱/۰۰۰
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۱/۷۷	۲۸۸/۴۷	۲	۴۹	۰/۰۰۱	۰/۹۲۲	۱/۰۰۰

همان‌طور که در جدول (۳) ملاحظه می‌شود بین گروه‌های آزمایشی و گروه گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری از لحاظ حداقل یکی از خرده مقیاس‌های بی‌توجهی و بیش‌فعالی، تفاوت معنی‌دار وجود دارد ( $p = ۰/۰۰۱$ ). بنابراین فرضیه اول پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. برای مشخص کردن این تفاوت‌ها، تحلیل کواریانس یکراهه روی هر یک از خرده مقیاس‌های بی‌توجهی و بیش‌فعالی انجام گرفت. نتایج این تحلیل در جدول (۴) ارائه شده است.

۱-۱. آموزش روش شایستگی اجتماعی باعث کاهش بی‌توجهی در دانش‌آموزان پسر می‌شود.

۱-۲. آموزش روش شایستگی اجتماعی باعث کاهش بیش‌فعالی در دانش‌آموزان پسر می‌شود.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس یک‌راهه در روی نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری خرده‌مقیاس‌های بی‌توجهی و بیش‌فعالی در گروه‌های آزمایشی و گروه گواه با کنترل پیش‌آزمون‌ها

اندازه اثر	ضریب اتا	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	مرحله	متغیر وابسته	گروه
۱/۰۰۰	۰/۸۹۵	۰/۰۰۱	۲۰۹/۵۵	۱۰۶ ۶۸۶	۲	۱۳۷۲/۱۳	پس‌آزمون	بی‌توجهی	گروه
۱/۰۰۰	۰/۸۴۸	۰/۰۰۱	۱۳۶/۹۴	۱۱۸ ۵۴۸	۲	۱۰۹۶/۳۶	پیگیری		
۱/۰۰۰	۰/۹۰۷	۰/۰۰۱	۲۳۸/۶۳	۱۱۱ ۱۶۵۰	۲	۳۳۰۰/۲۲	پس‌آزمون	بیش‌فعالی	
۱/۰۰۰	۰/۸۹۲	۰/۰۰۱	۲۰۱/۶۵	۱۳۱ ۱۵۳۵	۲	۳۰۷۰/۶۳	پیگیری		

نتایج ارائه شده در جدول (۴) نشان می‌دهند که بین گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله پس‌آزمون در خرده‌مقیاس‌های بی‌توجهی ( $F = ۲۰۹/۵۵$  و  $p = ۰/۰۰۱$ ) و بیش‌فعالی ( $F = ۲۳۸/۶۳$ ) و نیز در مرحله پیگیری در خرده‌مقیاس‌های بی‌توجهی ( $F = ۱۳۶/۹۴$  و  $p = ۰/۰۰۱$ ) و بیش‌فعالی ( $F = ۲۰۱/۶۵$  و  $p = ۰/۰۰۱$ ) تفاوت معنی‌دار وجود دارد؛ بنابراین فرضیه‌های تأثیر آموزش روش شایستگی اجتماعی بر کاهش نشانگان خرده‌مقیاس‌های بیش‌فعالی و نقص توجه تأیید می‌شوند. نتایج به دست آمده بیانگر تأثیر معنی‌دار روش شایستگی اجتماعی در کاهش خرده‌مقیاس‌های بی‌توجهی و بیش‌فعالی در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری می‌باشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های مربوط به فرضیه‌های تأثیر آموزش روش شایستگی اجتماعی بر کاهش نشانگان اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه و خرده‌مقیاس‌های آن در جدول‌های ۳ و ۴ ارائه شده است. نتایج مربوط به این جدول‌ها نشان می‌دهند که آموزش روش شایستگی اجتماعی در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری باعث کاهش معنی‌دار نشانگان اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه و خرده‌مقیاس‌های آن یعنی بی‌توجهی و بیش‌فعالی شده است که این یافته با نتایج به دست آمده از پژوهش گولی و همکاران (۲۰۱۳)؛ راموس و همکاران (۲۰۱۳)؛ و راکهیل و همکاران (۲۰۰۹) همخوان می‌باشد.

در تبیین تأثیر آموزش روش شایستگی اجتماعی بر کاهش نشانگان اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه و خرده‌مقیاس‌های آن در دانش‌آموزان پسر می‌توان این‌گونه بیان کرد که احساس شایستگی اجتماعی و برخورداری از مهارت‌های اجتماعی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین دستاوردهای دوران کودکی شناخته شده است و مهارت‌هایی اجتماعی از جمله همیاری، جرأت‌ورزی، خودمهارگری و مسئولیت‌پذیری، رفتارهای آموخته شده قابل مشاهده‌ای هستند که کودک را قادر می‌سازد به‌طور

مؤثری با دیگران تعامل داشته باشد و از واکنش‌های نامعقول اجتماعی همچون پرخاشگری و رفتارهای تکانشی خودداری نماید (جمیانگ-شرینگ، ۲۰۰۴). از طرف دیگر، دانش ارتباط غیرکلامی به عنوان فرآیند ارسال و دریافت پیام‌های غیرکلامی از طریق حالات چهره، لمس کردن، رمزها، تماس چشمی، اشاره‌ها و حرکات بدن، حالات بدن و تن صدا که شامل بیان همه علائم و نشانه‌های شنوایی، بینایی و لمسی می‌شود، تعریف شده است (سمرود-کلایکمن، ۲۰۰۷). لذا دو بُعد اصلی شایستگی اجتماعی عبارتند از: (الف) مهارت‌های اجتماعی همچون همیاری، مسئولیت‌پذیری و خومهارگری؛ (ب) دانش ارتباط غیرکلامی. براساس نتایج حاصل از پژوهش‌های مختلف کودکان دارای اختلالات برون‌سازی شده همچون کودکان پرخاشگر، کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه و کودکان دارای اختلالات طیف اتیسم، اغلب دارای شایستگی اجتماعی ضعیفی هستند و در موقعیت‌های بین فردی معمولاً احساس بی‌کفایتی اجتماعی می‌کنند و بنابراین رفتارهایی فاقد حس مسئولیت‌پذیری، خودمهارگری، خود-نظارتی و همدلی از خود نشان می‌دهند (گولی و همکاران، ۲۰۱۳).

آموزش شایستگی اجتماعی به کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه کمک می‌کند تا در سازمان دادن و توسعه منابع فردی، محیطی و اجتماعی توانمند شوند. در روش شایستگی اجتماعی، کودکان یاد می‌گیرند ضمن تلاش برای دستیابی به هدف‌های فردی، باید روابط مثبت و توأم با احترام را با دیگران در همه زمان‌ها و مکان‌ها حفظ نمایند؛ چرا که این روش روی آموزش چهار جنبه اصلی کاهش رفتارهای تکانشی یعنی ۱- شناخت اجتماعی دقیق؛ ۲- فقدان رفتارهای ناسازگارانه و در عوض شکل‌دهی رفتارهای سازگارانه؛ ۳- شناخت رفتارهای مؤثر اجتماعی؛ و ۴- ایجاد و توسعه روابط مثبت و سازنده با دیگران، تأکید و تمرکز دارد (جکسون و کانینگهام، ۲۰۱۵).

از طرف دیگر، کودکان در جریان آموزش شایستگی اجتماعی یاد می‌گیرند که چگونه از حواس‌پرتی و به هم خوردن تمرکز خود در حین انجام تکالیف مهم جلوگیری کنند. در این روش، کودکان به صورت عینی خواهند فهمید که برای پی بردن به سرنخ‌ها و دریافت نکات کلیدی در موقعیت‌های تحصیلی و اجتماعی باید به چه صورت عمل کنند و کدام قسمت‌ها متن و هسته مطلب و کدام قسمت‌ها حاشیه و مسائل جزئی هستند. بر اساس عقیده مؤلفین برنامه آموزش شایستگی اجتماعی (گولی و همکاران، ۲۰۰۸) یکی از علل اصلی نقص توجه و عدم تمرکز کافی در کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه و کودکان دارای اختلالات یادگیری، عدم تشخیص مناسب در تفکیک متن از حاشیه می‌باشد و معمولاً به جای سعی در یادگیری و توجه به نکات کلیدی موضوع، به بررسی نکات جزئی و بی‌ارزش موضوع سر خود را گرم می‌کنند؛ لذا در طول جلسات آموزش شایستگی اجتماعی، حافظه دیداری، توالی دیداری و حافظه شنیداری که عناصر اصلی حفظ تمرکز و توجه هستند، آموزش داده می‌شوند.

همچنین یکی از مشکلات کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه، عملکرد اجرایی ضعیف آن‌ها می‌باشد که براساس نظر انجمن روان‌شناسی بریتانیا (۲۰۰۹) ضعف در عملکرد اجرایی، پایه و اساس بیش‌فعالی، تکانشگری، نقص توجه و عدم تمرکز مناسب را تشکیل می‌دهد. عملکرد اجرایی، به مجموعه‌ای از عملیات پردازشی عالی ذهن اطلاق می‌شود که بر اساس رفتارهای هدفمند، چارچوبی برای رسیدن به هدف فراهم می‌کند. مهم‌ترین ابعاد عملکرد اجرایی که در روش شایستگی اجتماعی به کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه آموزش داده می‌شود، عبارتند از «پشتکار، فراشناخت، تنظیم عواطف، بازداری از پاسخ یا واکنش، توجه مستمر و حافظه فعال».

در پایان این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که با توجه به کاربرد وسیع روش شایستگی اجتماعی، به‌ویژه برای کودکان دارای اختلالات طیف اتیسم و ناتوانی‌های یادگیری غیرکلامی، پژوهش‌های آتی در زمینه اثربخشی روش شایستگی اجتماعی بر اختلالات طیف اتیسم و ناتوانی‌های یادگیری غیرکلامی اجرا شود. همچنین از آنجا که روش شایستگی اجتماعی در این پژوهش تأثیر بسیار زیادی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی و کاهش رفتاری تکانشی دانش‌آموزان داشته، پیشنهاد می‌شود این روش شایستگی اجتماعی در مدارس به عنوان بخشی از فعالیت‌ها و دروس تربیتی دانش‌آموزان لحاظ شود تا بدین‌وسیله بتوان به اصلاح بسیاری از اختلالات رفتاری دانش‌آموزان پرداخت.

#### منابع

- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی*. ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۹۳). تهران: نشر روان.
- Carlton, T. G., Donachie, N. D., Frampton, K. K., Henschen, G., Kumar, P. E., ... & Waxenberg, F. (2014). *Clinical practice guideline for patients with attention deficit/hyperactivity disorder*. Magellan Health Clinical Practice Guideline. Retrieved from <https://www.magellanprovider.com/>
- Dykstra, J., & Bord, A. (2013). Implementing social competence interventions for high school students with ASD: Feasibility in 3 pilot studies. The center on secondary education for students with autism spectrum disorders. Retrieved from <http://csesa.fpg.unc.edu/>
- Gralewski, J., & Karwowski, M. (2012). Creativity and school grades: A case from Poland. *Journal of Thinking Skills and Creativity*, 7(3), 198-208.
- Guli, L. A., Semrud-Clikeman, M., Lerner, M. D., & Britton, N. (2013). Social competence intervention program (SCIP): A pilot study of a creative drama program for youth with social difficulties. *The Arts in Psychotherapy*, 40(1), 37-44.
- Guli, L. A., Wilkinson, A. D., & Semrud-Clikeman, M. (2008). *Social competence intervention program (SCIP): A drama-based intervention for youth on the autism spectrum*. Champaign, IL: Research Press.
- Hofvander, B., Ossowski, D., Lundstrom, S., & Anckarsater, H. (2009). Continuity of aggressive antisocial/behavior from childhood to adulthood: The question of phenotype definition. *International Journal of Psychiatry*, 32(4), 224-234.

- Huang, Y., Chung, C., Ou, H., Tzang, R., Huang, K., Liu, H., & Liu, S. (2013). Treatment effects of combining social skill training and parent training in Taiwanese children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the Formosan Medical Association, 12*(3), 53-72.
- Jackson, S. L., & Cunningham, S. A. (2015). Social competence and obesity in elementary school. *American Journal of Public Health, 105*(1), 153-158.
- Jamyang-Tshering, K. (2004). Social competence in preschoolers: An evaluation of the psychometric properties of the preschool Social Skills Rating System (SSRS). Unpublished doctoral thesis. Department of psychology: Pace University.
- Karande, S., Bhosrekar, K., Kulkarni, M., & Thakher, A. (2009). Health-related quality of life of children with newly diagnosed specific learning disability. *Journal of Tropical Pediatrics, 55*(9), 160-169.
- Pliszka, S. R., Greenhill, L. L., & Crismon, M. L. (2000). The Texas children's medication algorithm project: Report of the Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*(6), 908-919.
- Ramos, R., Freire, C., Julvez, J., Fernandez, M. F., Garcia-Esteban, R., ... & Olea, N. (2013). Association of ADHD symptoms and social competence with cognitive status in preschoolers. *European Child Adolescence Psychiatry, 22*(3), 153-164.
- Rasmussen, K., & Levander, S. (2009). Untreated ADHD in adults: Are there sex differences in symptoms, comorbidity and impairment? *Journal of Attention Disorders, 12*(4), 353-360.
- Reilly, C. J. (2011). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in childhood epilepsy. *Research in Developmental Disabilities, 32*(3), 883-893.
- Rockhill, C. M., Stoep, A. V., McCauley, E., & Katon, W. J. (2009). Social competence and social support as mediators between comorbid depressive and conduct problems and functional outcomes in middle school children. *Journal of Adolescence, 32*(3), 535-553.
- Schmidt, C., & Stichter, J. P. (2012). The use of peer-mediated interventions to promote the generalization of social competence for adolescence with high-functioning autism and asperger's syndrome. *Exceptionality, 20*(3), 94-113.
- Semrud-Clikeman, M. (2007). *Social competence in children*. Springer Science-Business Media, New York, USA.
- Semrud-Clikeman, M., Walkowiak, J., Wilkinson, A., & Minne, E. P. (2010). Direct and indirect measures of social perception, behavior, and emotional functioning in children with Aspergers disorder, nonverbal learning disability, or ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology, 38*(7), 509-519.
- The British Psychological Society. (2009). *Attention deficit hyperactivity disorder*. The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists. Retrieved from <http://www.nccmh.org.uk/>
- Wilens, T. (2004). Attention deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: The nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. *Psychiatric Clinic of North American, 27*(5), 283-301.

