پژوهش در حیطه کودکان استثنایی/ سال هفتم، شماره ۱، ۱۸/۱۳۸۶-۱
Research on Exceptional Children, 2007, Vol.7, No. 1,1-18

تأثیر آموزش فنون کنترل خود بر بهبود مهارتهای اجتماعی دانش‌آموزان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی

دکتراحمد به‌پژوه[۱]، دکتر باقر غباری[۲]، دکتر حمید علیزاده[۳] و قربان همتی[۴]

تاریخ دریافت: ۸۵/۹/۲۱ تجدید نظر: ۸۵/۱۰/۲۴ پذیرش نهایی:۸۶/۱/۲۰

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به منظور بررسی تأثیر آموزش فنون کنترل خود بر بهبود مهارتهای اجتماعی دانش‌آموزان با اختلال کاستی توجه وبیش‌فعالی انجام شده است. **روش:** این پژوهش به شیوه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل اجرا شد. جامعه مورد مطالعه را همه دانش‌آموزان پسر دبستانی شاغل به تحصیل در شهر تهران، در سال تحصیلی ۸۳-۱۳۸۲ تشکیل می‌داد. نمونه‌های پژوهش ۲۰ نفر از دانش آموزان با اختلال کاستی توجه و بیش فعالی بودند که به شیوه در دسترس از یک دبستان واقع در آموزش و پرورش منطقه ۶ تهران انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. از هر دو گروه، پیش آزمون و پس آزمون به عمل آمد و گروه آزمایشی به مدت یک ماه تحت آموزش فنون کنترل خود قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها از روش اندازه گیری مکرر استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش فنون کنترل خود، مهارتهای اجتماعی دانش‌آموزان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی را به طور معناداری افزایش می‌دهد و بعد از یک ماه پیگیری نیز آشکار شد که نتایج به دست آمده پایدار مانده‌اند. **نتیجه‌گیری:** از یافته‌های به دست آمده می‌توان نتیجه‌گیری کرد که آموزش فنون کنترل خود بر بهبود مهارتهای اجتماعی تأثیر مثبتی داشته است.

واژه‌های کلیدی: *فنون کنترل خود، مهارتهای اجتماعی، اختلال کاستی توجه و بیش فعالی*

۱- دانشگاه تهران:بزرگراه جلال آل احمد- بعد ازتقاطع چمران-دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی (Email: behpajooh@ut.ac.ir)
۲- دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران
۳- دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی
۴- دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.2.2]

مقدمه

اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی[1] از شایع‌ترین اختلالات روانی کودکان است که در ۳۰ تا ۴۰ درصد مراجعان به مراکز مشاوره گزارش شده است و برآورد می‌شود که ۲ تا ۵ درصد دانش‌آموزان به طور مشخص نشانه‌های اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی را دارند (کانرز و جت، ۱۹۹۹). شیوع این اختلال در ایران ۳ تا ۵ درصد گزارش شده است (خوشابی و پور اعتماد، ۱۳۸۱). مدارک موجود نشان می‌دهند که شیوع اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی در کودکان به جنس نیز وابسته است. محققان حدس می‌زنند که پسران ۳ تا ۱۰ برابر بیشتر از دختران تحت تأثیر این اختلال قرار می‌گیرند. خواهران و برادران کودکان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی بیشتر از خواهران و برادران ناتنی، استعداد ابتلا به این گونه اختلال را دارند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳).

اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی، مستعد بودن این گونه کودکان برای ابتلا به سایر اختلالهای رفتاری و عاطفی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، سوء استفاده از مواد و الکلیسم لزوم مداخله بهنگام و بموقع در جهت درمان آنها را مورد تأکید قرار می‌دهد. بدون شک تشخیص هرچه سریع‌تر این اختلال و انجام اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه، خود بهترین و مؤثرترین شیوه در پیشگیری از وقوع بسیاری از اختلالهای رفتاری و مشکلات یادگیری در این گونه کودکان و دانش‌آموزان خواهد بود. از جمله اقداماتی که در جهت کاهش مشکلات این دانش‌آموزان مورد استفاده قرار گرفته، آموزش فنون کنترل خود به این دانش‌آموزان است (موری، ۲۰۰۲; آستین، ۲۰۰۳; وایتنبرگ، ۱۹۹۵).

کنترل خود[2] عبارت است از مدیریت فرد بر رفتار و یادگیری خود (گیل مور و همکاران، ۲۰۰۳). اصطلاح کنترل خود یا خویشتن‌داری، به طور معمول برای توانایی مهار رفتار تکانشی از طریق مهار امیال فوری کوتاه مدت به کار برده می‌شود (پورافکاری، ۱۳۷۳).

بارکلی (۱۹۹۰، ۱۹۹۷) آسیب در خودکنترلی را هسته اصلی اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی می‌داند و در الگوی بازداری رفتاری، بر آسیبهای کارکردهای اجرایی که سرانجام بر خودکنترلی تأثیر می‌گذارند، تأکید می‌کند. لوفی و پریش- پلاس (۱۹۹۵) چند عامل مهم شخصیت را در گروهی از کودکان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.2.2]

مورد مطالعه قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که این گونه کودکان بیشتر به منبع کنترل بیرونی وابسته‌اند، ثبات هیجانی کمتری دارند و میزان نگرانی اجتماعی آنان بیشتر است. از این رو، بسیاری از کودکان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی در فهم و شناخت تأثیر رفتارشان در افراد دیگر احتیاج به کمک و راهنمایی دارند. چنین کودکانی به جهت آنکه سایر کودکان تمایلی به بازی با آنان ندارند و یا از پذیرش آنان در بازیهای خود امتناع می‌ورزند، بسیار ناراحت و اندوهگین می‌شوند. این گونه کودکان به درستی علت چنین رفتاری را درک نمی‌کنند و نمی‌دانند چرا در جمع سایر کودکان راه نمی‌یابند. نوع رفتار چنین کودکان نیز به راحتی آنان را از سایر کودکان جدا می‌سازد و اغلب موجب برهم زدن بازی و تفریح کودکان دیگر می‌شوند. نسبت به احساسات دیگران بی‌ملاحظه و سهل‌انگارند، در کنترل اعمال و حرکات خود ضعیف‌اند و در حس مشارکت و تقسیم کار، دچار مشکل می‌شوند. کودکان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی توانایی کنترل رفتارهای تکانشی خود را ندارند و نتیجهٔ انتظار کشیدن را به درستی درک نمی‌کنند و صبر کردن و انتظار کشیدن یکی از مهارتهایی است که این قبیل کودکان آن را نیاموخته‌اند (علیزاده، ۱۳۸۳؛ فریدمن و دویال، ۱۹۸۷، ترجمه صدرالسادات و همکاران، ۱۳۸۱).

از این رو، ضرورت دارد این افراد یاد بگیرند که رفتارشان پیامدهایی دارد و رفتار به طرز مناسب را انتخاب کنند، زیرا دیر یا زود آنها با پیامدهای رفتاری خود مواجه خواهند شد. در ضمن آنها باید چگونگی ارضای نیازهایشان به روشهای رضایت‌بخش و سودمند را هم یاد بگیرند. یکی از دلایلی که این قبیل افراد به روشهای نامطلوب رفتار می‌کنند، این است که آنها روشهای درست را یاد نگرفته‌اند. با این توضیح، ملاحظه می‌شود که اصلی‌ترین مشکل این قبیل افراد به ناتوانی آنها در ارزیابی و نظارت بر رفتارشان ارتباط دارد که باعث می‌شود توانایی انتظار کشیدن را نداشته باشند و بدون توجه به پیامدهای احتمالی، دست به انجام کاری بزنند. در نتیجه ضرورت دارد مهارتهای کنترل خود که متضمن خودنظارتی، خودارزیابی و خودتقویتی است، به این گونه کودکان آموزش داده شود تا بتوانند بدون نیاز به کمک دیگران، تکالیف خود را انجام دهند و از عهدهٔ مسئولیتهای گوناگون اجتماعی برآیند (متسون و اولندیک، ۱۹۸۸، ترجمه به‌پژوه، ۱۳۸۴).

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.2.2]

آستین (۲۰۰۳) در پژوهشی فنون خودمدیریتی را برای درمان دانش‌آموزان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی به کار برده است. تحقیق مذکور از نوع تحقیقات آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون است که بر روی چهار دانش‌آموز دبستانی انجام شده است. برنامهٔ مداخله‌گرانه در این پژوهش تنظیم مجموعه‌ای هدفهای رفتاری برای خودمدیریتی کودک و قرار دادن تقویت‌کننده‌های گوناگون در دسترس کودک جهت خودتقویتی به خاطر رفتار مطلوب را در برمی‌گیرد. نتایج نشان می‌دهد که رفتارهای کلاسی مشکل‌آفرین به ویژه رفتارهای غیردرسی مزاحم و ول خوردن در هر چهار دانش‌آموز، تحت تأثیر آموزش فنون خودمدیریتی کاهش معناداری یافته است. پیگیری پژوهش پس از یک ماه نشان داد که نتایج به‌دست آمده، پایدار مانده‌اند.

موری (۲۰۰۲) روشهای شناختی– رفتاری را برای آموزش کنترل خود در کودکان پیش‌دبستانی با رفتارهای تکانش‌گری به کار برد. پژوهش مذکور روی ۳۱ کودک چهار ساله که به طور تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایشی تقسیم شده بودند، انجام شده است. گروه آزمایش به مدت پنج هفته برنامه آموزش فنون کنترل خود را با استفاده از فنون شناختی– رفتاری دریافت کرده‌اند. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که میزان کنترل خود در کودکان افزایش پیدا کرده و با افزایش کنترل خود، رفتارهای تکانش‌گری آنها کاهش یافته است.

هنریچ و همکاران (۲۰۰۴) به مطالعهٔ تأثیر آموزش خودکنترلی در دانش‌آموزان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی پرداختند. آزمودنیهای این پژوهش ۱۳ کودک ۷ تا ۱۳ ساله بودند که به مدت ۲۵ جلسه و در طول سه هفته تحت آموزش خودکنترلی و آرام سازی فعالیتهای مغز قرار گرفتند. نتایج تحقیق نشان داد که رفتار افراد با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی بهبود یافت. همچنین یافته‌های به دست آمده، نشان داد که نشانه‌های این اختلال در این کودکان کاهش یافته است.

وایتنبرگ (۱۹۹۵) تأثیر آموزش مهارتهای اجتماعی و کنترل خود را بر روی کودکانی که از لحاظ اجتماعی مضطرب بودند، مورد بررسی قرار داده است. در این تحقیق آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون که ۱۲ هفته بعد از پس آزمون پیگیری صورت گرفته است، ۱۴ پسر و ۲۲ دختر کلاس چهارم مدارس عادی شرکت داشته‌اند. ۸ نفر در گروهی بوده‌اند که آموزش کنترل خود دریافت کرده‌اند، ۹ نفر در گروهی بوده‌اند

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.2.2]

که آموزش مهارتهای اجتماعی دریافت کرده‌اند و ۱۹ نفر گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرده بودند. آزمودنیها در دو گروه آزمایشی در یک دوره ۱۰ هفته‌ای، هر هفته یک جلسه و هر جلسه به مدت یک ساعت تحت آموزش قرار گرفته‌اند. نتایج نشان داد که هر دو روش آموزش باعث کاهش اضطراب اجتماعی آزمودنیها می‌شود، اما روش آموزش کنترل خود تأثیر بیشتری نسبت به آموزش مهارتهای اجتماعی بود.

ناظر و همکاران (۱۳۷۹) به بررسی اثر ترکیبی و جداگانهٔ سه روش درمانی (آموزش مهارتهای اجتماعی به کودکان، آموزش اداره مشروط به والدین و آموزش کنترل خود به کودکان) در کاهش رفتار پرخاشگرانه کودکان پرخاشگر پرداختند. نمونه‌های این مطالعه ۱۰ کودک بودند که در پنج گروه دو نفری مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. نتایج نشان داد که درمان ترکیبی بیشترین تأثیر را در کاهش رفتار پرخاشگرانه داشته و دربین روشهای سه‌گانه، آموزش کنترل خود نسبت به دو روش دیگر تأثیر بیشتری در کاهش رفتار پرخاشگرانه داشته است.

از این رو، هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش فنون کنترل خود بر بهبود مهارتهای اجتماعی دانش‌آموزان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات نیمه‌آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است (هومن، ۱۳۷۶). جامعهٔ آماری پژوهش حاضر را همهٔ دانش‌آموزان پسر دبستانی شاغل به تحصیل در شهر تهران، در سال تحصیلی ۸۳ – ۱۳۸۲ تشکیل می‌داد. متغیر مستقل در این تحقیق، اجرای برنامه آموزش فنون کنترل خود به دانش‌آموزان، با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی در گروه آزمایشی بود که تأثیر آن بر متغیر وابسته یعنی مهارتهای اجتماعی دانش‌آموزان مورد مطالعه قرار گرفته است.

نمونه‌های مورد مطالعه در این پژوهش ۲۰ نفر از دانش‌آموزان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی دبستانی (۷ تا ۱۱ ساله) بودند که از نظر بهرهٔ هوشی در حد متوسط (۹۵- ۱۰۸) قرار داشتند. نمونه‌ها از یک دبستان واقع در آموزش و پرورش منطقه ۶ شهر تهران به روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.2.2]

آزمایشی و کنترل جا داده شدند. در مورد گروه آزمایشی برنامه آموزش فنون کنترل خود اجرا شد و گروه کنترل هیچ گونه برنامه مداخله‌ای دریافت نکرد. شایان ذکر است که این دبستان ۶۷۱ دانش‌آموز و ۴۶ معلم و کارکنان آموزشی داشت و از امکانات خوبی برخوردار بود.

روش انتخاب نمونه‌ها بدین ترتیب بود که ابتدا با همکاری مدیر و معاونان مدرسه از معلمان خواسته شد تا پرسشنامهٔ تشخیصی اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی را در مورد تک تک دانش‌آموزان کلاسشان تکمیل کنند. سپس پرسش نامه‌ها جمع‌آوری شد و با توجه به اینکه نقطه برش این پرسشنامه نمره ۹ است، هر کدام از دانش‌آموزان که در ارزیابی معلمانشان نمره ۹ یا بیشتر از نه گرفته بودند (یعنی۹ نشانه از ۱۸ نشانه اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی را داشتند) دانش‌آموز با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی تشخیص داده شدند. برای تعیین صحت و دقت این تشخیص، از والدین این دانش‌آموزان که معلمان آنان را دانش‌آموزان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی معرفی کرده بودند، نیز خواسته شد که پرسشنامه تشخیصی این اختلال را برای فرزندشان تکمیل کنند. سپس پرسشنامه‌ها جمع‌آوری شد و هر کدام از دانش‌آموزان که در ارزیابی والدینشان نمره ۹ یا بیشتر از ۹ گرفته بودند، دانش‌آموزان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی تشخیص داده شدند؛ به بیان دیگر دانش‌آموزانی به عنوان آزمودنی انتخاب شدند که هم در ارزیابی معلمان و هم در ارزیابی والدین، دانش‌آموزان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی معرفی شده بودند. در نهایت از ۲۳ دانش‌آموز که بدین طریق شناسایی شده بودند، ۲۰ نفر از آنها که دارای هوش متوسط بودند، انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه ۱۰ نفری تقسیم شدند.

ابزار

در این پژوهش از سه ابزار استفاده شدکه شرح آنها به قرار زیر است:

الف: پرسشنامهٔ تشخیصی اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی

از این پرسشنامه برای تشخیص دانش‌آموزان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی استفاده شد که براساس ملاکهای تشخیصی عرضه شده در چهارمین ویرایش راهنمای

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.2.2]

تشخیصی و آماری اختلالهای روانی (انجمن روان‌پزشکی امریکا[۳]، ۲۰۰۰) توسط پژوهشگران تهیه شد. این پرسشنامه شامل ۱۸ سؤال است که براساس مقیاس دو گزینه‌ای بلی- خیر درجه‌بندی می‌شود. در این پرسشنامه، دامنهٔ نمرات می‌توانست از صفر تا ۱۸ در نوسان باشد. دانش‌آموزانی که در این پرسشنامه از نظر معلمشان نمرهٔ ۹ یا بیشتر کسب می‌کردند، دانش‌آموزان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی تلقی می‌شدند.

ب: ماتریسهای پیش‌روندهٔ ریون

به منظور کنترل هوش‌بهر دانش‌آموزان، ماتریسهای پیش‌روندهٔ ریون[۴] مورد استفاده قرار گرفت. در این پژوهش از فرم ۳۶ سؤالی رنگی برای کودکان ۶ تا ۹ ساله و از فرم ۶۰ سؤالی برای کودکان ۹ تا ۱۱ ساله استفاده شد. ضریب اعتبار آزمون در گروههای مختلف سنی بین ۰/۷ تا ۰/۹ به دست آمده است. علاوه بر این ضریب همبستگی این آزمون با آزمونهای هوشی دیگر مانند استنفورد بینه و وکسلر، بین ۰/۴۰ تا ۰/۷۵ گزارش شده است (آناستازی، ۱۹۹۰; شریفی، ۱۳۷۶).

ج: مقیاس درجه‌بندی مهارتهای اجتماعی[۵]

این مقیاس را گرشام و الیوتدر سال ۱۹۹۰ ساخته‌اند. مقیاس درجه‌بندی مهارتهای اجتماعی، سه فرم ویژه والدین، معلمان و دانش‌آموزان دارد. برای انجام این پژوهش از فرم معلمان ویژه کودکان دبستانی استفاده شده است. این مقیاس دارای ۳۰ سؤال با مقیاس لیکرت سه درجه‌ای (دارای گزینه‌های هرگز، بعضی اوقات و اغلب اوقات) است.

اعتبار[۶] این مقیاس با استفاده از روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۴ گزارش شده است (گرشام و الیوت،۱۹۹۰). همچنین اعتبار این مقیاس با استفاده از دو روش آلفای کرونباخ و اعتبار تنصیفی (دو نیمه کردن) به ترتیب برابر با ۰/۹۰ و ۰/۸۸ گزارش شده است (شهیم، ۱۳۷۸). شایان ذکر است که اعتبار این مقیاس را محققان حاضر، بر روی نمونه‌ای صد نفری از دانش‌آموزان ابتدایی شهر تهران اجرا کردند که با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به‌دست آمد و روایی[۷] آن مورد تأیید پنج نفر از استادان روان‌شناسی قرار گرفت.

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.2.2]

در این پرسشنامه به گزینه هرگز، نمره صفر، به گزینه بعضی اوقات، نمره یک و به گزینه اغلب اوقات، نمره دو تعلق می‌گیرد؛ بنابراین حداکثر نمره در این آزمون ۶۰ و حداقل نمره صفر خواهد بود. هرچه نمره بالاتر باشد، کودک دارای مهارت اجتماعی بیشتر و هر چه نمره پایین‌تر باشد، کودک دارای مهارت اجتماعی کمتری است.

مقیاس درجه‌بندی مهارتهای اجتماعی در اختیار معلم دانش‌آموزان مورد مطالعه قرار گرفت و از آنان خواسته شد تا نظر خود را در یک مقیاس سه درجه‌ای برای دانش‌آموز مورد نظر ارائه بدهند. این مقیاس در سه مرحله اجرا شد نخست قبل از شروع برنامه مداخله‌گرانه به صورت پیش‌آزمون برای هر دو گروه آزمایشی و کنترل اجرا شد؛ دومین بار، پس از خاتمه برنامه مداخله‌گرانه به صورت پس‌آزمون برای هر دو گروه آزمایشی و کنترل اجرا شد؛ سومین بار یک ماه پس از خاتمه برنامه مداخله‌گرانه به صورت پیگیری برای هر دو گروه مورد نظر به مرحله اجرا درآمد.

شیوه اجرای برنامه مداخله گرانه

برنامه مداخله گرانه در چهار مرحله به شرح زیر اجرا شد:

مرحله اول

در مرحله اول یک دفترچه که هر صفحه آن متشکل از ۱۵ مهارت اجتماعی است تهیه شد، مانند: یادم باشه که به معلم گوش بدهم، یادم باشه که از دستورات معلم پیروی کنم و یادم باشه که آشغال را در سطل آشغال بریزم.

مرحله دوم

در مرحله دوم یک جلسه ۴۵دقیقه‌ای با معلمان برگزار شد. در این جلسه به معلمان آموزش داده شد که میانگین عملکرد کنونی دانش‌آموز مورد نظر را در مورد رفتارهای هدف (از نظر فراوانی و مدت زمان) در نظر داشته باشند و بعد از شروع برنامه مداخله‌گرانه عملکرد دانش‌آموز را هم از نظر فراوانی رفتار و هم از نظر مدت زمان با این عملکرد (پایه) مقایسه کنند و به پیشرفت عملکرد دانش‌آموز امتیاز دهند؛ برای مثال اگر قبل از شروع برنامه مداخله‌گرانه دانش‌آموز مورد نظر، به طور متوسط روزانه دو ساعت از شش ساعت را به معلم گوش می‌داده است، معیار امتیاز دهی دو ساعت در نظر گرفته

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.2.2]

می‌شود. دانش‌آموز زمانی که در طول روز در اثر برنامه مداخله‌گرانه بیش از دو ساعت به معلم گوش دهد، برای مهارت گوش دادن به معلم در آن روز یک امتیاز از معلم می‌گیرد. برای بقیه مهارتها هم به همین ترتیب به معلمان آموزش داده شد که معیاری را مشخص کنند و پس از شروع برنامه مداخله‌گرانه، پیشرفت عملکرد دانش‌آموز را براساس آن معیار مورد ارزیابی قرار دهند. همچنین به معلمان آموزش داده شد که در پایان هر روز از دانش‌آموزان بخواهند تا دفترچه امتیازشان را برای امتیازدهی به معلمان ارائه دهند. معلمان براساس معیارهایی که توضیح داده شد، به عملکرد دانش‌آموز در مهارت مورد نظر امتیاز می دادند. همچنین به معلمان آموزش داده شد که هر روز امتیاز دانش‌آموزان را جمع کنند و به آنها کارت تقویت که در اختیار معلمان قرار گرفته بود، بدهند. معلمان روز اول بعد از جمع کردن امتیازات بلافاصله به دانش‌آموزان کارت امتیاز می‌دادند و امتیازات روزهای دوم و سوم را جمع می‌کردند و در پایان روز سوم به دانش‌آموزان کارت امتیاز می دادند. همین طور امتیازات روزهای چهارم، پنجم و ششم را جمع می‌کردند و به دانش‌آموزان کارت امتیاز می‌دادند. به همین ترتیب برای اینکه کودکان برای دریافت کارت تقویت بیشتر منتظر بمانند، با دریافت هر کارت امتیاز تا دریافت کارت امتیاز بعدی یک روز به زمان قبلی اضافه می‌شد.

مرحله سوم

در مرحله سوم، دفترچه در اختیار دانش‌آموزان قرار گرفت و به دانش‌آموزان با توجه به گروه سنی و به صورت جداگانه در دو گروه و دو جلسه ۴۵ دقیقه‌ای آموزش داده شد که گروه اول شامل دانش‌آموزان پایه‌های اول و دوم (۷ و ۸ ساله) و گروه دوم شامل دانش‌آموزان پایه‌های سوم، چهارم و پنجم (۹، ۱۰ و ۱۱ ساله) بودند. ابتدا به دانش‌آموزان آموزش داده شد که منظور از این مهارتها چیست؟ در واقع رفتار هدف به صورت عینی و واضح برای دانش‌آموزان مشخص شد. شایان ذکر است که در این مرحله دو دستیار که هر دو فارغ‌التحصیل کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی بودند در زمینه آموزش مهارتها به دانش‌آموزان کمک می‌کردند؛ برای مثال منظور از مهارت گوش دادن به معلم یعنی اینکه دانش‌آموز در جای خود بنشیند و به معلمی که مسئله را روی تخته سیاه نشان می‌دهد، نگاه کند و صحبتهای معلم را یادداشت کند.

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.2.2]

بقیه مهارتها هم همین طور به صورت عینی به دانش‌آموزان آموزش داده شد. سپس با توجه به معیاری که معلمان از وضعیت رفتاری دانش‌آموزان عرضه کرده بودند، به دانش‌آموزان آموزش داده شد که چگونه می‌توانند امتیاز به دست آورند؛ برای مثال در مهارت گوش دادن به معلم، اگر آنها در هر کلاس بیش از نیم ساعت در جای خود می‌نشستند، به معلم نگاه می‌کردند و مطالبی را که معلم می‌گفت یادداشت می‌کردند، امتیاز می‌گرفتند. چگونگی امتیاز به دست آوردن از بقیه مهارتها هم به همین شیوه آموزش داده شد. سپس به آنها آموزش داده شد که چگونه می توانند از معلم کارت امتیاز دریافت کنند. آنها می‌بایست بیش از ۵۰٪ از مهارتها را کسب می‌کردند تا بتوانند از معلم کارت امتیاز دریافت می‌کنند و به مرور بر این درصد افزوده می‌شد. به دانش‌آموزان مورد نظر آموزش داده شد که چگونه و چه موقع می‌توانند کارتهای امتیاز خود را با تقویت‌کننده مورد نظر مبادله کنند. به آنها آموزش داده شد که برای به دست آوردن جایزه‌های بزرگ‌تر باید امتیازات بیشتری به دست آورند.

مرحله چهارم

در آخرین روز هفته، جمع امتیازات هر دانش‌آموز محاسبه می‌شد و به دانش‌آموزان گفته می‌شد که با این امتیازی که تا به حال به دست آورده‌اند، می‌توانند چه جایزه‌ای را دریافت کنند. اما حتی الامکان آنها ترغیب می‌شدند که برای رسیدن به جایزه‌ای که مورد نظرشان است (جایزه بزرگ‌تر) از جایزه‌های کوچک‌تر و کم ارزش‌تر بگذرند. به همین دلیل به آنها توصیه می‌شد برای به دست آوردن جایزه مورد نظر، باید امتیازات خود را جمع کنند. چون جایزه‌ها (از لحاظ ارزش تقویت کنندگی به صورت سلسله مراتبی هستند، امتیازهای لازم برای کسب آنها نیز به صورت سلسله‌مراتبی افزایش می‌یابد. بدین ترتیب کودکان تلاش می‌کردند تا رفتارهای مورد نظر را رعایت کنند تا امتیازهای بیشتری دریافت کنند و با امتیازهای خود بتوانند به جایزه مورد نظر برسند. این برنامه به مدت یک ماه اجرا شد و در آخرین روز، کارتهای امتیاز دانش‌آموزان جمع آوری شد و به صورت جداگانه جمع امتیازات هر دانش‌آموز محاسبه و با توجه به امتیازی که به دست آورده بود با جایزه مورد نظر مانند ماشین، توپ (در اندازه‌های مختلف)، تفنگ،اسباب بازی، آبرنگ، کتاب داستان و مسلسل(انواع مختلف) معاوضه شد.

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.2.2]

روش تحلیل داده‌ها

در این پژوهش ابتدا داده‌ها، میانگینها و انحراف معیار توصیف شدند و سپس برای آزمون فرضیه از طرح اندازه‌گیریهای مکرر استفاده شد. طرحهای با اندازه‌گیری مکرر، میزان کنترل پژوهشگر را دربارهٔ اعتبار درونی پژوهش تأمین می‌کنند. در این روش، آزمودنیها بیش از یک بار در معرض اندازه‌گیری یا مشاهده قرار می‌گیرند (دلاور، ۱۳۷۷).

یافته‌ها

سؤال پژوهش حاضر عبارت بود از اینکه آیا آموزش فنون کنترل خود بر افزایش مهارتهای اجتماعی دانش‌آموزان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی مؤثر است. برای پاسخ به سؤال فوق میانگینهای دو گروه (آزمایشی و کنترل) در سه موقعیت (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) مورد مقایسه قرار گرفتند. چون میانگینهای دو گروه در سه موقعیت مختلف به طور معناداری باهم متفاوت بودند، در نتیجه فرض صفر رد شده است. داده‌های توصیفی در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار مهارتهای اجتماعی دو گروه در سه موقعیت

آزمون	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	کنترل	۱۰	۲۴/۲	۳/۶۷
	آزمایشی	۱۰	۲۳/۵	۳/۹۲
پس آزمون	کنترل	۱۰	۲۳/۳	۴/۰۸
	آزمایشی	۱۰	۲۹/۴	۳/۲۰
پیگیری	کنترل	۱۰	۲۳/۸	۴/۰۵
	آزمایشی	۱۰	۲۹	۲/۹۸

همان طور که جدول ۱ نشان می‌دهد، میانگین گروههای آزمایشی و کنترل در پیش‌آزمون تفاوت چندانی ندارد، اما مقایسه میانگینها در پس‌آزمون افزایش چشمگیری

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.2.2]

را در گروه آزمایشی نشان می‌دهد و نتایج پیگیری نشان می‌دهد که تفاوت میانگینهای دو گروه پایدار مانده‌اند. برای بررسی اینکه تفاوتها واقعی و یا ناشی از خطای اندازه‌گیری است، از طرح اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که جدول ۲ تحلیل استنباطی داده‌ها را نشان می‌دهد.

همان طور که از جدول ۲ بر می‌آید، میزان F محاسبه‌شده در مورد تأثیر گروهها با درجهٔ آزادی یک برابر با ۶/۸۶ است که در سطح خطای کمتر از ۵ درصد معنادار است؛ بنابراین بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد . همچنین میزان F محاسبه شده برای مراحل با درجه آزادی دو برابر با ۶/۴۲ و در سطح خطای کمتر از ۰/۰۱ معنادار است؛ بنابراین بین مراحل نیز تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین میزانF اثر تعامل مراحل و گروهها نیز با درجه آزادی دو برابر با ۱۰/۲۹ و در سطح خطای کمتر از $p< ۰/۰۰۱$ معنادار است. از این رو، به دلیل آنکه اثر تعامل معنادار است، می‌توان نتیجه گرفت که تأثیر مراحل بر گروهها متفاوت بوده است.

جدول ۲- تأثیر آموزش کنترل خود برمهارتهای اجتماعی دانش‌آموزان با اختلال کاستی‌توجه و بیش‌فعالی (با استفاده از اندازه‌گیری مکرر)

منابع تغییر	مجموع مجذورات	میانگین‌مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معنی‌داری
واریانس بین گروهی	۶۷۸/۹۴	۲۱۴/۵۹	۱۹		
گروهها	۱۸۷/۲۷	۱۸۷/۲۷	۱	۶/۸۶	۰/۰۱۷
خطا	۴۹۱/۶۷	۲۷/۳۲	۱۸		
واریانس درون گروهی	۴۵۹/۹۹	۱۱۷/۴۳	۴۰		
مراحل	۸۵/۰۳	۴۲/۵۸	۲	۶/۴۲	۰/۰۰۴
تعامل مراحل با گروهها	۱۳۶/۴۳	۶۸/۲۲	۲	۱۰/۲۹	۰/۰۰۱
خطا	۲۳۸/۵۳	۶/۶۳	۳۶		
واریانس کل	۱۱۳۸/۹۳	۳۳۲/۰۲	۵۹		

برای تعیین اینکه اثر تعامل مراحل و گروهها به چه صورتی بوده است، از آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه میانگینهای هر یک از خانه‌های ناشی از تعامل مراحل و گروهها استفاده شده است. نتایج آزمون توکی در جدول ۳ ارائه شده است.همان طور که از جدول ۳ بر می‌آید بین پیش آزمون گروه آزمایشی با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.2.2]

معناداری در سطح خطای کمتر از ۰/۰۱ >p وجود دارد. همچنین بین پس‌آزمون و پیش‌آزمون در گروه آزمایشی، پس آزمون و پیگیری در گروه کنترل تفاوت معناداری در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ >p وجود دارد. همچنین چنانچه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بین پیگیری گروه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه کنترل تفاوت معناداری در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ >p وجود دارد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش فنون کنترل خود به طور معناداری مهارتهای اجتماعی آزمودنیها را افزایش داده است.

جدول۳- نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه تفاوتهای حاصل از تعامل دو گروه در سه موقعیت

گروه	گروههای مورد مقایسه	تفاوت میانگینها	سطح معنی‌داری
پیش آزمون گروه آزمایشی	پس آزمون گروه آزمایشی	-۵/۹۰	۰/۰۰۹
	پیگیری گروه آزمایشی	-۵/۵۰	۰/۰۱۸
پس آزمون گروه آزمایشی	پیش آزمون گروه کنترل	۵/۲۰	۰/۰۲۹
	پس آزمون گروه کنترل	۶/۱۰	۰/۰۰۶
	پیگیری گروه کنترل	۵/۶۰	۰/۰۱۵
پیگیری گروه آزمایشی	پیش آزمون گروه کنترل	۴/۸۰	۰/۰۴۵
	پس آزمون گروه کنترل	۵/۷۰	۰/۰۱۳
	پیگیری گروه کنترل	۵/۲۰	۰/۰۲۹

بحث و نتیجه‌گیری

همان طور که پیشتر نیز اشاره شد، افراد مورد مطالعه در این پژوهش به وسیله پرسشنامهٔ تشخیصی اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی شناسایی شدند و به وسیله آزمون مهارتهای اجتماعی از نمونه‌ها پیش‌آزمون به عمل آمد و گروه آزمایشی به مدت یک ماه تحت تأثیر متغیر مستقل (آموزش فنون کنترل خود) قرار گرفت. آزمون مهارتهای اجتماعی، به صورت پس آزمون و پس از یک ماه به صورت پیگیری اجرا شد.

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.2.2]

تحلیل آماری به کمک طرح اندازه‌گیری مکرر انجام شد که تفاوت معناداری را بین دو گروه نشان داد. همچنین نتایج پیگیری نشان داد که تفاوت به‌وجود آمده در پس‌آزمون پایدار مانده است. تعامل بین دو گروه و سه موقعیت نشان داد که پس آزمون و پیگیری برای هر دو گروه معنادار نبود، بلکه فقط گروه آزمایشی که تحت تأثیر برنامه مداخله‌ای بودند، نمرات پس آزمون شان در مقایسه با پیش آزمون تغییر کرده و این تغییرات در پیگیری نیز پایدار مانده است. با تحلیل نتایج، چنین استنباط شد که میزان مهارتهای اجتماعی آزمودنیهای گروه آزمایشی تحت تأثیر برنامه مداخله‌ای (آموزش فنون کنترل خود) افزایش یافته است.

نتیجه این پژوهش با یافته‌های هنریچ و همکاران (۲۰۰۴) همسو است و نشان می‌دهد که آموزش فنون کنترل خود منجر به بهبود رفتار افراد با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی می‌شود. این پژوهش همچنین با یافته‌های آستین (۲۰۰۳) و موری (۲۰۰۲) و وایتنبرگ (۱۹۹۵) که نشان دادند آموزش فنون کنترل خود در کاهش رفتارهای مشکل آفرین و تکانش‌گری تأثیر معنادار دارد، همخوانی دارد. در ایران یافته‌های ناظر و همکاران (۱۳۷۹) نیز نشان داده که آموزش فنون کنترل خود به کودکان پرخاشگر، تأثیر بیشتری در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه داشته است.

در واقع کنترل خود یکی از مشکلات اصلی کودکان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی است. به دیگر سخن، می‌توان گفت که افراد با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی همانند افراد دیگر هستند، با این تفاوت که افراد دیگر می‌توانند رفتار خودشان را با توجه به شرایط و موقعیتهای زمانی و مکانی تنظیم و کنترل کنند، اما افراد با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی قادر به مهار رفتار خود و پیش‌بینی عواقب رفتار خود نیستند؛ بنابراین می‌توان با آموزش فنون کنترل خود به دانش‌آموزان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی، میزان کنترل خود آنان را افزایش داد که در نتیجه بسیاری از مشکلات آنها مانند مشکل در مهارتهای ارتباطی و رفتارهای مزاحم کاهش و مهارتهای اجتماعی آنان افزایش خواهد یافت؛ از این رو، براساس نتایجی که از این تحقیق به‌دست آمد، یکی از بهترین روشهای اصلاح رفتار کودکان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی آموزش فنون کنترل خود است تا دانش‌آموزان یاد بگیرند که خودشان به صورت درونی بر رفتار خود نظارت کنند، رفتار خود را مورد ارزیابی قرار

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.2.2]

دهند، پیامدهای آن را در نظر داشته باشند و در نتیجه به خودتقویتی یا خودتنبیهی بپردازند. کنترل خود به دلیل اینکه به کودکان اجازه می‌دهد تا رفتارشان را در غیاب حمایت و نظارت بزرگسالان اداره کنند، بسیار مؤثر است و به آنها می‌آموزد تا نسبت به رفتارشان احساس مسئولیت کنند.

همچنین آموزش مهارتهای کنترل خود به کودکان، آنها را قادر می‌سازد تا به خاطر رفتارشان، به خودشان بازخورد بدهند. آنها یاد می‌گیرند تا اعمالشان را مورد ارزیابی و نظارت قرار دهند و به خاطر رفتار مطلوب و مؤثر، به طور نظام‌دار به خودشان پاداش دهند. آنها یاد می‌گیرند تا در زمانی که منبع قدرت (معلم، والدین و مدیر) به مدت طولانی در کنار آنها نیستند، به طور مطلوب و مولد عمل کنند.

به طور کلی کودکان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی در کنترل خود مشکل دارند و نتایج پژوهش حاضر نشان داد که می‌توان از طریق آموزش مهارتهای کنترل خود بسیاری از مشکلات آنان را کاهش داد.

پژوهش حاضر نیز مانند اکثر پژوهشهای انجام شده، محدودیتهایی داشت که به برخی از آنها اشاره می‌شود: آزمودنیهای این پژوهش فقط پسران مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی بودند، لذا تعمیم نتایج آن در مورد دختران باید با احتیاط صورت گیرد. در ضمن در پژوهش حاضر دانش‌آموزان گروه کنترل تا حدی با دانش‌آموزان گروه آزمایشی در تماس و تعامل بودند و تبادل اطلاعات کودکان دو گروه با یکدیگر، ممکن است اشکالهایی را ایجاد کرده باشد؛ همچنین با توجه به این که گروههای آزمایشی و کنترل از وضعیت یکدیگر اطلاع داشتند، احتمال دارد که اثر انتظار معلم و اثر انتظار دانش‌آموزان در روایی درونی پژوهش تأثیر بگذارد؛ بنابراین لازم است یافته‌های به دست آمده با احتیاط مورد تعبیر و تفسیر قرار گیرند.

به پژوهشگران آینده پیشنهاد می‌شود که در مورد سایر اختلالهای رفتاری – عاطفی کودکان و گروههای سنی گوناگون روش خود کنترلی را به کار برند و نتیجه را با یافته‌های این پژوهش مقایسه کنند. پژوهشگران همچنین در آینده می‌توانند تأثیر خودکنترلی را در گروههای خفیف، نیمه‌شدید و شدیداختلالهای کاستی توجه و بیش‌فعالی مورد بررسی قرار دهند و تأثیر میزان اختلال را در پاسخ‌دهی به درمان

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.2.2]

خودکنترلی بسنجند. در پایان توصیه می‌شود که معلمان و والدین برای تقویت مهارتهای اجتماعی از روش خودکنترلی استفاده کنند تا کودکان یاد بگیرند رفتارهای خود را تحت کنترل در آورند.

یادداشتها

1)Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) 2) Self- control
3)American Psychiatric Association 4) Raven's Progressive Matrices
5) Social Skills Rating System(SSRS) 6) Reliability
7) Validity

منابع

پورافکاری، نصرت الله (۱۳۷۳). *فرهنگ جامع روان‌شناسی و روان‌پزشکی* (دو جلد). تهران: فرهنگ معاصر.

خوشابی، کتایون و پوراعتماد، حمیدرضا (۱۳۸۱). *بررسی میزان شیوع اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در دانش‌آموزان دبستانی شهر تهران*. تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

دلاور، علی (۱۳۷۷). *روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی*. تهران: نشر ویرایش.

شریفی، حسن پاشا (۱۳۷۶). *نظریه و کاربرد آزمونهای هوش و شخصیت*. تهران:سخن.

شمیم، سیما (۱۳۷۸). بررسی مهارت اجتماعی در گروهی از کودکان عقب ماندهٔ ذهنی آموزش پذیر با استفاده از نظام درجه بندی مهارت اجتماعی. *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران*، ۴، ۱، ۱۸- ۳۷.

علیزاده، حمید(۱۳۸۳). *اختلال نارسایی توجه و فزون جنبشی*. تهران انتشارات رشد.

فریدمن، رونالد و دویال، گای (۱۹۸۷). *شیوه رفتار با کودکان و نوجوانان دچار اختلال نقص توجه و بیش فعالی*. ترجمه سید جلال صدر السادات، محمد رضا محمدی و لیلا صدر السادات (۱۳۸۱). تهران: اسپند هنر.

متسون، جانی و اولندیک، توماس (۱۹۸۸). *بهبود بخشی مهارتهای اجتماعی کودکان: ارزیابی و آموزش*. ترجمه احمد به‌پژوه (۱۳۸۴). تهران: انتشارات اطلاعات.

ناظر، محمد; بیرشک، بهروز و جلیلی، بهروز (۱۳۷۹). کاربرد سه روش درمانی در کاهش رفتار پرخاشگرانه کودکان پرخاشگر. *اسرار* (دانشکده علوم پزشکی سبزوار)، ۷، ۷۷-۸۲.

هومن، حیدر علی ۱۳۷۶). *شناخت روش علمی در علوم رفتاری*. تهران: نشر پارسا.

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.2.2]

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSMIV-TR). Washington, DC: Author.

Anastasi, A. (1990*). Psychological Testing*.(6thed) NewYork: Macmillan Publishing Company.

Austin, H.M. (2003). "Use of self-management techniques for the treatment of students diagnosed with ADHD: An empirical investigation of the self-regulation of behavior. *Dissertation Abstract International Section B: Sciences & Engineering*, *64*, 2904.

Barkley, R. A. (1990). A critique of current diagnostic criteria for Attention Deficit-Hyperactivity Disorder: clinical and research Implication**.** *Journal of Development and Behavioral Pediatrics, 11*, 352-373.

Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the Nature of Self- Control.* New York: Guilford Press.

Conners, C.K., & Jett, J. (1999). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder In Adults and Children.* Kansas City: Compact Clinicals.

Gilmore, I., Cuskelly, M. & Hayes, A (2003) Self-regulatory behaviors in children with Down syndrome and typically developing children measured using the Goodman Lock Box. *Research in Developmental Disabilities, 24,* 95-108.

Gresham, F.m. & Elliott.s. N. (1990). *Social Skills Rating System Manual-Circle Pines,* MN: American Guidance Service.

Henrich, H; Gevenseleben, H; Freisleder, F.J; Moll, G.H & Rothenberger, A. (2004). Training of slow cortical potentials in attention- deficit / hyperactivity

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.2.2]

disorder: evidence for positive behavioral and neurophysiological effects. *Biological Psychiatry, 55* , 772- 775.

Kaplan, H. I. & Sadock, B.J. (2003). *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry* (9th ed) New York: Williams & Wilkins.

Lufi, D., & Parish-Plass, J. (1995). Personality assessment of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychology, 51*, 94-99.

Murray, L.K. (2002). Self -control training in young children. *Dissertation Abstracts International Section B: Sciences & Engineering, 63*, 3017.

Whittenberg, T.L. (1995). A comparison of the effects of self -control versus social skills training with socially anxious children. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities & Social Sciences, 55*, 1889.

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.2.2]