

# Effectiveness of Positive Cognitive-Behavioral Training on Executive Functions and Social Skills in Students with ADHD

Sara Yamini<sup>1</sup>, M.A,  
Parviz Sharifi Daramadi<sup>2</sup>, Ph.D,  
Hakime Aghae<sup>3</sup>, Ph.D

Received: 09. 16.2019

Revised: 02.22.2020

Accepted: 05.28.2020

## Abstract

**Objective:** The purpose of this study was to determine the effect of positive cognitive behavioral program on executive functions and social skills in students with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in Damghan University, Damghan, Iran.

**Method:** The statistical population of this study was all students (male and female) of Damghan University in year 2018 who participated in the Student Mental Health Monitoring Plan. Thirty students who received the highest scores in the Conner's Attention Deficit and Hyperactivity Disorder Questionnaire were randomly assigned in two experimental and control groups (n = 15 each). Both groups completed the Barclays Executive Function Questionnaire and Rigo and Canary Social Skills Questionnaire. The experimental group received 12 sessions of positive cognitive behavioral program training. After completing the training, both groups completed the above mentioned two questionnaires again. Data were analyzed using the SPSS software (version 24) and multivariate analysis of covariance. Significance level of 0.05 was used. **Results:** The results showed that the effect of positive behavioral cognitive training program on executive functions and social skills and their subscales was significant ( $P < 0.001$ ). However, there was a significant difference between the experimental and control groups regarding their executive functions, social skills and their subscales. **Conclusion:** Using positive cognitive behavioral programming, changing beliefs, positive thinking, and teaching effective behaviors and strategies can improve the executive functions and social skills of students with ADHD.

**Keywords:** Positive cognitive-behavioral education, Executive functions, Social skills, ADHD.

# اثربخشی آموزش شناختی رفتاری مثبت نگر بر کارکردهای اجرایی و مهارت‌های اجتماعی دانشجویان با نقص توجه / بیش‌فعالی

سارا یمینی<sup>۱</sup>، دکتر پرویز شریفی درآمدی<sup>۲</sup>،  
دکتر حکیمه آقایی<sup>۳</sup>

تجدیدنظر: ۱۳۹۸/۱۲/۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۹/۱۶

پذیرش نهایی: ۱۳۹۹/۳/۸

## چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف اثربخشی برنامه شناختی رفتاری مثبت‌نگر بر کارکردهای اجرایی و مهارت‌های اجتماعی، بر روی دانشجویان دارای نقص توجه / بیش‌فعالی دانشگاه شهر دامغان انجام شد. **روش:** جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانشجویان (دختر و پسر) دانشگاه دامغان در سال ۱۳۹۷ بود که در طرح پایش سلامت روانی دانشجویی شرکت کردند. تعداد ۳۰ دانشجو که در پرسشنامه غربالگری نقص توجه و بیش‌فعالی کانرز بالاترین نمره را کسب کردند در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) به صورت تصادفی انتخاب شدند. پس از آن هر دو گروه، پرسشنامه‌های کارکردهای اجرایی بارکلی و مهارت‌های اجتماعی ریگو و کاناری را تکمیل کردند. گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه تحت آموزش برنامه شناختی رفتاری مثبت‌نگر قرار گرفتند. بعد از اتمام آموزش هر دو گروه مجدداً پرسشنامه‌های فوق را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و روش تحلیل کوواریانس چند متغیری تحلیل شد و سطح معناداری برابر با ۰/۰۵ استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد تأثیر آموزش برنامه شناختی رفتاری مثبت‌نگر بر کارکردهای اجرایی و مهارت‌های اجتماعی و زیرمقیاس‌های آنها معنادار بود ( $P < 0/001$ ). با این حال، بین دو گروه آزمایش و کنترل در ارتباط با کارکردهای اجرایی، مهارت‌های اجتماعی و خرده مقیاس‌های آنها تفاوت معناداری وجود دارد. **نتیجه‌گیری:** با به کارگیری برنامه شناختی رفتاری مثبت‌نگر، تغییر باورها، مثبت‌اندیشی، آموزش رفتارها و راهکارهای مؤثر، می‌توان کارکردهای اجرایی و مهارت‌های اجتماعی دانشجویان دارای نقص توجه / بیش‌فعالی را بهبود بخشید.

**واژه‌های کلیدی:** آموزش شناختی-رفتاری مثبت‌نگر، کارکردهای اجرایی، مهارت‌های اجتماعی، نقص توجه / بیش‌فعالی.

1. Ph.D. student of Psychology, Islamic Azad University, Shahrood Branch, Shahrood, Iran;

2. PhD in Psychology Exceptional Children, Professor, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;

3. **Corresponding Author:** PhD in Psychology, Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Shahrood Branch, Shahrood, Iran. (Email: ha.aghae@gmail.com)

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، شاهرود، ایران

۲. استاد دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۳. نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، شاهرود، ایران

## مقدمه

اختلال نقص توجه- بیش فعالی در بزرگسالان یک اختلال مزمن است که از کودکی شروع می شود و تا بزرگسالی ادامه پیدا می کند. تخمین ها نشان می دهد که بین ۳۳ تا ۶۶ درصد از افرادی که در کودکی به این اختلال مبتلا بوده اند، در بزرگسالی نیز همچنان با آن دست به گریبان هستند. این اختلال تأثیر عمده ای بر تحصیل، کار و روابط اجتماعی فرد دارد. اختلال نقص توجه - بیش فعالی بزرگسالان یا نقص توجه/ بیش فعال بزرگسال شرایط مشابه نورولوژیک اختلال نقص توجه - بیش فعالی کودکان دارد (والدیزان، لزاگیوری، ۲۰۰۹، سولانتو، ۱۳۹۶). در بزرگسالان رفتارهایی مانند اجتناب از کارهایی که احتیاج به تمرکز فکری دارند، مشکل در شروع وظایف و کارها، مشکل در سازمان دهی جزئیات مورد نیاز برای انجام وظایف، مشکل در یادآوری جزئیات مورد نیاز برای انجام وظایف، مشکل در پیش بردن چند کار به صورت همزمان، توانایی نداشتن در مدیریت زمان و توانایی نداشتن در فهمیدن گذر زمان، توانایی نداشتن در تصمیم گیری و شک و ... از نشانه ها و علائم نقص توجه/ بیش فعال محسوب می شوند (کاسپر، آلدرسون و هودک، ۲۰۱۲، پروات ولورینی، ۱۳۹۶).

یکی از مشکلات افراد مبتلا به نقص توجه/ بیش فعال در عملکرد اجرایی یا به عبارتی دیگر کارکردهای اجرایی می باشد. پژوهش ها در زمینه تصویربرداری عصبی نشان داد که نواحی مختلف مغزی از جمله ناحیه خلفی جانبی قشر پیش پیشانی در کنش وری اجرایی نقص توجه/ بیش فعال نقش دارند که این ناحیه با حل مسئله و حفظ توجه مرتبط است (سادوک و سادوک، ۲۰۱۴). پژوهش هایی در ارتباط با نقش کارکردهای اجرایی در کودکان و بزرگسالان مبتلا به نقص توجه /بیش فعال انجام و مشخص شده است که حوزه های گوناگونی از کارکردهای اجرایی از جمله حافظه فضایی فعال و حافظه فعال آوایی، حافظه فعال دیداری فضایی (کاسپر، آلدرسون و

هودک، ۲۰۱۲) بازداري، برنامه ریزی و کنترل شناختی در آن نقش دارند (سولانتو، ۱۳۹۶، بارکلی، ۲۰۱۱) مطرح می کند کودکان و بزرگسالان با نقص توجه/ بیش فعالی اغلب کاستی هایی را در توانایی های حرکتی، شناختی و هیجانی نشان می دهند که بسیاری از این کاستی ها را می توان با عنوان کارکرد اجرایی نامگذاری کرد (ولز ون میریک و همکاران، ۲۰۱۳). درواقع اصطلاح کنش اجرایی مانند چتری است که برای فرایندهای شناختی گوناگونی مانند برنامه ریزی حافظه، حافظه فعال، توجه، بازداري، ذهن آگاهی و خود نظم جویی به کار می رود. به عبارتی دیگر کارکردهای اجرایی به مجموعه متنوعی از توانایی های شناختی وابسته به هم اطلاق می شود که به طور استعاری با نام «اجرایی» گرد آمده است و دربرگیرنده فعالیت های برنامه ریزی، بازداري پاسخ، ایجاد و استفاده از راهبردها، توالی کردن اعمال، انعطاف پذیری، حفظ کردن مجموعه رفتار و مقاومت در برابر محرک های مزاحم می باشد (انتشل، هیر و بارکلی، ۲۰۱۴).

بنابراین بزرگسالان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی در مقایسه با بزرگسالان فاقد این اختلال، سال های کمتری در مدرسه بوده اند؛ میزان یافتن شغل، باقی ماندن در آن و درآمد سالیانه کمتری دارند؛ زیاد تغییر شغل می دهند و از عملکرد کاری منفی تری برخوردارند (گلدشتین، نگلیری، پرینکیوتا و اترو، ۲۰۱۴).

از سوی دیگر پژوهش ها نشان داده اند که افراد مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی در مقایسه با افراد بدون این اختلال، مشکلات بیشتری در روابط اجتماعی با برادر و خواهر خود و دیگران تجربه می کنند. بررسی های اخیر درباره مقایسه پیامدهای زندگی بزرگسالان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعال با گروه کنترل نشان می دهد که مشکلات کارکردی و اجرایی مرتبط با تشخیص این اختلال تأثیر منفی بر حس هویت، رضایت از زندگی و

یا جنبه‌های دیگر زندگی از جمله مهارت‌های اجتماعی می‌گذارد (ویلیمشورست، پیلی و ویلمشورست، ۲۰۱۱). در مقایسه با گروه کنترل زمانی از بزرگسالان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعال خواسته شد تا تجربه‌های دوران کودکی و نوجوانی خود را به یادآورند، آنها خود را به‌عنوان افرادی ارزیابی کردند که کمتر از همسالان خود در فعالیت‌های فوق‌برنامه (که شامل ورزش‌های سازمان منظم) فعالیت‌های آموزشی/ فرهنگی خارج از مدرسه شرکت می‌کردند؛ کمتر از همسالان خود با دوستانشان قرار ملاقات می‌گذاشتند و کمتر وقت آزاد خود را با خانواده و دوستان سپری می‌کردند (والدیزان، لزاگیوری، ۲۰۰۹). آنها مهارت‌های اجتماعی را زیرمجموعه ساز وسیع قابلیت‌های اجتماعی در نظر گرفتند. بر این اساس قابلیت‌های اجتماعی شامل دو بعد مهارت‌های اجتماعی و رفتارهای سازشی دیگر مانند کارکردهای مستقل، رشد جسمانی، خود-هدایت‌گری، مسئولیت‌پذیری شخصی و مهارت‌های تحصیلی کاربردی است (مایرز، ۱۳۹۲).

درمان شناختی رفتاری مثبت‌نگر، آن سوی دیگر سکه رفتاردرمانی شناختی است و مدلی مبتنی بر مهارت شناخته می‌شود که با خود بهترین عناصر رویکردهای روان‌درمانی مبتنی بر تغییر و معنایابی را به همراه می‌آورد تا در مقایسه با روان‌درمانی شناختی سنتی، دیدگاه نوینی را ارائه دهد (بن نینگ، ۱۳۹۳). درمان شناختی رفتاری مثبت‌نگر، رویکرد جدیدی در کاربرد رفتاردرمانی شناختی است (پراسکو، هوویی، هلوووا، ... و همکاران، ۲۰۱۶، بن نینگ، ۲۰۱۳، چراغ سحر، ۱۳۹۴، طاهری‌زاده، ۱۳۹۴). هدف‌های درمانی رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر افزایش سلامت است و این کار با افزایش مواردی صورت می‌گیرد که موجب شکوفایی فرد می‌شود. در این درمان روی‌آوری به آنچه مراجع خواهان آن است، مورد توجه است و اهداف همواره به‌وسیله مراجع تعریف و مشخص می‌شود. بر رویکرد آینده‌مدار،

کنارگذاردن مدل پزشکی علت و معلولی، طرح‌ریزی نتایج مثبت، تجزیه و تحلیل انتظارات اهمیت می‌دهد؛ تأکید بر راه‌حل‌ها و نقاط قوت است؛ گفتگوها درباره آنچه مراجع خواهان آن هستند، جایگزین گفتگو درباره مسائل و مشکلات می‌شود؛ تقویت مثبت «گفتگوهای - راه‌حل‌مدار» صورت می‌گیرد؛ گفتگوها درباره تفاوت‌ها، احتمال‌ها و همچنین درباره مسئولیت و عمل است. در این درمان دیدگاه مراجع معتبر شناخته می‌شود و مراجع همواره با کفایت و با انگیزه محسوب می‌شوند. شکل‌گیری نظریه درمان شناختی رفتاری مثبت‌نگر از دهه ۱۹۵۰ زمانی که پزشکان و روان‌شناسان به نقش امید در سلامت و بهزیستی ذهنی اشاره کرده‌اند، باز می‌گردد (بن نینگ، ۲۰۱۳).

فرنک (۱۹۷۴) با استفاده از فرمول‌بندی مثبت‌نگر برای نخستین بار از ترمیم و بهبود روحیه سخن می‌گوید. باکر، بانیش و مکدونالد (۲۰۱۰)، معتقدند که تأکید و تمرکز بر مثبت‌نگری در مداخله‌های مربوط به درمان، بسیار مفید واقع شده است. درواقع این نظریه اجتماعی از نظریه‌های بک، سلیگمن، اشنایدر و لویپز، فردریکسون، جودیت بک و تعداد زیادی از نظریه‌پردازان دیگر می‌باشد (بن نینگ، ۱۳۹۳).

در این راستا اهمیت و ضرورت مداخله‌هایی که به‌طور مستقیم مشکلات تحصیلی و اجتماعی را هدف قرار می‌دهند، بسیار آشکار است؛ اما متأسفانه پژوهش‌های اندکی به‌طور ویژه راهبردهای درمانی را در بزرگسالان با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی بررسی کرده‌اند ولی همین پژوهش‌های اندکی که انجام شده و آموزش‌هایی که به این افراد داده شده است، اثر مثبت استفاده از خودنظارتی رفتار و گسترش راهبردهای خودنظم‌جویی را بر عملکرد افراد بزرگسال و دانشجویان با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در تکلیف، درک مطلب و نوشتن نشان داده است. با این وجود، این پژوهش‌ها به دلیل کم‌بودن حجم نمونه و در نتیجه اعتبار بیرونی ضعیف، با محدودیت مواجه هستند و تاکنون نیز هیچ‌گونه

پژوهشی، چگونگی سازگاری را برای دانشجویان در محیط دانشگاه بررسی نکرده است و هیچ‌گونه راهبرد خاصی هم در جهت حمایت از این دانش‌آموزان و دانشجویان انجام نشده است. از این رو با توجه به تعداد اندک پژوهش‌ها در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش شناختی رفتاری مثبت‌نگر بر کارکردهای اجرایی و مهارت‌های اجتماعی افراد بزرگ‌سال با نقص توجه/بیش‌فعالی انجام شده است.

### روش

جامعه و نمونه آماری پژوهش: طرح پژوهش به صورت نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کل دانشجویان (دختر و پسر) دانشگاه تشکیل می‌دهد که در طرح پایش سلامت روانی دانشجویی شرکت کرده‌اند و محدوده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال دارند. بر این اساس ۳۰ نفر به شیوه هدفمند از بین دانشجویانی که معیارهای ورود به طرح را داشتند، انتخاب شدند. معیارهای ورود به طرح پژوهشی حاضر عبارت بود از دانشجوی بودن با محدوده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال و کسب نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه غربال‌گری بیش‌فعالی - کم‌توجهی بزرگ‌سالان کانرز که نمره بالاتر از ۵۰ نمره بالاتر از میانگین و نمره ۵۵ نقطه برش در نظر گرفته شد (کللند، ماگورا، فوته، رزنبلوم، کوسانکه، ۲۰۰۶) و معیارهای خروج از طرح پژوهشی عبارت بود از غیبت بیش از سه جلسه و رعایت نکردن قوانین گروه‌درمانی. پس از انتخاب افراد گروه نمونه، ۱۵ نفر به صورت تصادفی در گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه اختصاص یافتند. لازم به ذکر است که زیرمقیاس شاخص بیش‌فعالی-کم‌توجهی در پرسشنامه غربال‌گری بیش‌فعالی-کم‌توجهی بزرگ‌سالان کانرز (که سطح کلی علایم مربوط به نقص توجه/بیش‌فعالی را نشان می‌دهد، مد نظر بوده است که بهترین غربال برای شناسایی افراد با نقص توجه/بیش‌فعال می‌باشد. سپس هر دو گروه به پرسشنامه‌های نقص توجه در

کارکردهای اجرایی بارکلی (۲۰۱۱) و مهارت‌های اجتماعی ریگو (۱۹۸۶) پاسخ دادند. گروه آزمایش براساس جدول ۱ برای دوازده جلسه ۵۰ دقیقه‌ای، به آموزش شناختی رفتاری مثبت‌نگر به‌وسیله پژوهشگر قرار گرفتند. پس از پایان دوره آموزش، هر دو گروه دوباره به پرسشنامه‌های بالا پاسخ دادند. سپس اطلاعات به‌دست‌آمده تجزیه و تحلیل شد تا میزان تأثیرگذاری آموزش مشخص شود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پژوهش از تحلیل کوواریانس یک و چند متغیره و سطح معناداری برابر با ۰/۰۵ استفاده شد.

برای مشخص کردن افراد با اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی از پرسشنامه - غربال‌گری بیش‌فعالی-کم‌توجهی بزرگ‌سالان کانرز استفاده شد (پرسشنامه غربال‌گری به‌وسیله کانرز در سال ۱۹۹۸ تهیه شد که برای افراد ۱۸ سال به بالا و برای تشخیص نقص توجه/بیش‌فعالی استفاده می‌شود و در فرم کوتاه شامل ۲۶ جزء با نمره‌گذاری لیکرتی ۰ - ۳ است که در تصحیح آن از یک مقیاس کلی و چهار زیرمقیاس استفاده می‌شود. زیرمقیاس‌ها عبارتند از: A: کم‌توجهی مشکل حافظه؛ B: بی‌قراری بیش‌فعالی؛ C: تکانش‌گری؛ D: مشکلات در تصور کلی فرد از خود؛ E: شاخص بیش‌فعالی/کم‌توجهی.

هریک از چهار مقیاس اول، پنج آیتم دارند و شاخص نقص توجه/بیش‌فعالی برابندی از پاسخ‌های فرد به کل آیتم‌ها است. زیرمقیاس A شامل آیتم‌های ۳، ۱۷، ۱۸ و ۲۱، زیرمقیاس B شامل آیتم‌های ۴، ۶، ۱۰، ۱۱، ۲۳، زیرمقیاس C شامل آیتم‌های ۱، ۷، ۱۳۸، ۲۰ و زیرمقیاس D شامل آیتم‌های ۹، ۱۵، ۱۶، ۲۵ و ۲۶ هستند.

زیرمقیاس E ملاکی از سطح کلی علایم مربوط به نقص توجه/بیش‌فعالی است. در مطالعه کللند و همکاران (۲۰۰۶) هریک از زیرمقیاس‌ها از ضریب همسانی درونی خوبی برخوردارند، به‌طوری‌که ضریب آلفا برای هریک از مقیاس‌ها به‌ترتیب ۰/۸۷،

۰/۷۴، ۰/۸۱، ۰/۸۹ و ۰/۸۵ به دست آمد که نشانگر ضریب اعتبار قابل قبولی است. برای کسب روایی این پرسشنامه به‌وسیله سجادیان و همکاران (۱۳۹۵) این پرسشنامه بر ۲۰ نفر اجرا و روایی آن با روش آلفای کرونباخ روی ۸۳ درصد محاسبه شد. در پژوهش عربگل و همکاران، پرسشنامه روی ۲۰ نفر اجرا شد. پایایی آن با روش محاسبه آلفای کرونباخ، ۰/۸۱ به دست آمد. در پژوهش‌های تیمورتاش، قاسمی، تهرانی دوست، ۱۳۹۵؛ روشنی، نجفی، نقشبندی، ملاک‌زاده، ۱۳۹۶) از این پرسشنامه استفاده شد. این پرسشنامه در پژوهش حاضر روی ۳۰ نفر اجرا شد و روایی آن با روش آلفای کرونباخ ۷۸ درصد به دست آمد.

پرسشنامه نقص‌توجه در کارکردهای اجرایی بارکلی -

نسخه بزرگسالان

پرسشنامه نقص‌توجه در کارکردهای اجرایی بارکلی (BDEFS): پرسشنامه نقص‌توجه در کارکردهای اجرایی به‌وسیله بارکلی (۲۰۱۱) برای ارزیابی کنش‌های اجرایی در جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی به‌ویژه بزرگسالان مبتلا به نقص توجه/ بیش‌فعال طراحی شده است. این مقیاس ۸۹ سؤالی یک ابزار خودگزارشی است که برای محدوده سنی ۱۸ تا ۸۱ ساله قابلیت اجرا دارد و پاسخ‌دهی به آن بر مبنای طیف لیکرت چهاردرجه‌ای هرگز تا همیشه است. مقیاس مذکور شامل پنج خرده‌مقیاس است که این خرده‌مقیاس‌ها ۵ کارکرد اجرایی خودمدیریتی زمان ۲۱ سؤال، خودسازمان‌دهی/ حل مسئله ۲۴ سؤال، خودکنترلی/ بازداری ۱۹ سؤال، خودانگیزشی ۱۲ سؤال و خود نظم‌دهی هیجانی ۱۳ سؤال را اندازه‌گیری می‌کنند. از این ابزار ۷ نمره استخراج می‌شود که ۵ نمره مربوط به خرده‌مقیاس‌ها، یک نمره کلی و نمره دیگر از ۱۱ سؤال این مقیاس که به‌عنوان فهرست کارکردهای اجرایی در نقص‌توجه/ بیش‌فعال مطرح شده‌اند، به دست می‌آید. برای کل مقیاس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و برای خرده‌مقیاس خودمدیریتی زمان، خودسازمان‌دهی/ حل مسئله،

خودکنترلی/ بازداری، خودانگیزشی و خودنظم‌دهی هیجانی به‌ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۵، ۰/۹۳، ۰/۹۲، ۰/۹۴؛ و برای فهرست کارکردهای اجرایی در نقص‌توجه/ بیش‌فعال نیز ضریب آلفای ۰/۸۴ گزارش شده است. همچنین ضرایب اعتبار آزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۴ و برای خرده‌مقیاس خودمدیریتی زمان، خودسازمان‌دهی/ حل مسئله، خودکنترلی/ بازداری، خودانگیزشی و خودنظم‌دهی هیجان به‌ترتیب ۰/۸۳، ۰/۹۰، ۰/۷۸، ۰/۶۳ و ۰/۷۸ و ضریب اعتبار بازآزمایی فهرست کارکردهای اجرایی در نقص‌توجه/ بیش‌فعال ۰/۷۶ برآورده شده است (بارکلی، ۲۰۱۱) برای فرم فارسی این مقیاس نیز ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کلی مقیاس ۰/۹۶ و برای خرده‌مقیاس خودمدیریتی زمان، خودسازمان‌دهی/ حل مسئله، خودکنترلی/ بازداری، خودانگیزشی و خودنظم‌دهی به‌ترتیب ۰/۸۲، ۰/۹۲، ۰/۸۳، ۰/۸۰، ۰/۹۱ گزارش شده است (مشهدی، ۲۰۱۵).

پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی ریگو و کاناری

به منظور سنجش میزان مهارت‌های اجتماعی به‌وسیله ریگو (۱۹۸۶) تهیه و به‌وسیله ریگو و کاناری (۲۰۰۳) اصلاح شده است. این پرسشنامه به‌وسیله جوانان و بزرگسالان سنین ۱۸ تا ۸۷ سال تکمیل می‌شود و ۲۹ سؤال دارد. این پرسشنامه برای سنجش ۶ عامل بیان اجتماعی، بیان هیجانی، کنترل اجتماعی، کنترل هیجانی، حساسیت اجتماعی و حساسیت هیجانی استفاده شده است. در پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی تمامی عامل‌ها با هم جمع می‌شوند. بنابراین نمره بالا نشان‌دهنده مهارت اجتماعی بالا و نمره پایین نشان‌دهنده مهارت اجتماعی پایین است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه به‌وسیله ریگو و کاناری (۲۰۰۳) در آمریکا ۰/۸۱ گزارش شده است. در ایران (یزدخواستی ۱۳۸۸) ضریب همسانی درونی آزمون برابر ۰/۷۰ است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی، برای توصیف متغیرهای جمعیت‌شناختی و

در سطح استنباطی، تحلیل کوواریانس یک و چند متغیره و برای بررسی پیش‌فرض‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرونوف و آزمون لون به کمک نرم‌افزار آماری نسخه ۲۴ PSS استفاده شد و مقادیر احتمال نیز کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنادار در نظر گرفته شدند.

جلسه‌های آموزشی شناختی رفتاری مثبت‌نگر که براساس مبانی درمان شناختی رفتاری مثبت‌نگر سوزان کوئیلیام ترجمه براتی و صادقی (۲۰۰۳) ارائه شد، به شرح زیر است:

جدول ۱. محتوای آموزشی جلسه‌های درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر

| جلسه‌ها    | اهداف                                                            | محتوا                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| جلسه اول   | آشنایی اولیه با اعضای گروه و جلسه‌های گروه‌درمانی                | معرفی و ایجاد رابطه، تعیین چارچوب‌ها و قوانین گروه، بیان کلی راجع به اهداف مشاوره<br>تکلیف: انتظارهای خود را از جلسه بیان کنید و احساس خود را نسبت به جلسه بنویسید و بیاورید (تکلیف ثابت تمام جلسه‌ها)، نمونه‌هایی از افکار مثبت و منفی و رفتارهایی را که متناسب با آن انجام داده‌اید، بیان کنید.<br>توضیح درباره جنبه‌های زیست‌شناختی، روان‌شناختی توجه و حافظه و تأثیر استرس بر این دو فرایند          |
| جلسه دوم   | آشنایی با کاستی توجه و مشکلات حافظه                              | بحث درباره نشانه‌ها و مشکلات کاستی توجه و حافظه (تعریف، توضیح، مثال)<br>تکلیف: پرکردن کاربرگ جدول فعالیت‌های روزانه<br>همچنین در پایان از اعضا درخواست خواهد شد تا مطالب بیان‌شده در جلسه را به‌طور خلاصه بازگو کنند.                                                                                                                                                                                    |
| جلسه سوم   | مدیریت زمان                                                      | بررسی پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه<br>بحث درباره تله‌های هدر دادن زمان و ازدست‌دادن فرصت‌ها<br>تکلیف: پرکردن کاربرگ‌های مربوط به فعالیت‌های روزانه<br>پرکردن کاربرگ‌های مربوط به خواب<br>پرکردن کاربرگ‌های مربوط به بیداری                                                                                                                                                                        |
| جلسه چهارم | آموزش مثبت‌نگر بودن                                              | نوشتن عنوان‌های تجربه و خاطره‌های مثبت مرتبط با دانشگاه و تحصیل<br>تکلیف: پنج عامل مثبت را در دبیرستان و دانشگاه خود فهرست کنید شامل افراد، فعالیت‌ها و ....<br>بررسی پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه                                                                                                                                                                                                |
| جلسه پنجم  | آموزش مهارت‌های حل مسئله، سازگاری با مشکلات غیرقابل حل           | بحث درباره راهبردهای فردی هریک از اعضای گروه برای مقابله با مشکلات (و درست یا نادرست بودن این راهبردها)<br>تکلیف: برای جلسه بعد فهرستی از کلمات مثبت را در زندگی خود تنظیم کنید و آن قدر آن را تکرار کنید تا ملکه ذهن شما و جزء دامن لغات شما شود.<br>• تکلیف خانگی برای به‌کاربردن مراحل پنجگانه حل مسئله و ارائه گزارش آن<br>بررسی پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه                                 |
| جلسه ششم   | بررسی بیش‌فعالی                                                  | بحث درباره مشکلات بیش‌فعالی هریک از اعضای گروه (معایب و مزایای آن)<br>تکلیف: کامل کردن کاربرگ روش IMPULSE و جدول برنامه‌ریزی فعالیت‌های روزانه<br>تمرین گروهی صحبت‌کردن با خود برای آشنایی بیشتر اعضای گروه با این روش<br>تمرین راهبردهای ارائه‌شده در خانه و ارائه گزارش آن<br>بررسی پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه                                                                                |
| جلسه هفتم  | کنترل ذهن در راستای مثبت‌اندیشیدن                                | مثبت‌بودن را از راه نهادینه کردن استراتژی‌های تفکر مثبت در زندگی، استمرار در تمرین افکار مثبت، فرصت‌های تفکر مثبت و از راه کنار آمدن و سازگاری با مشکلاتی که نمی‌توانیم آنها را حل کنیم، بیازماییم.<br>تکلیف: هر روز خود را با فکری مثبت و امید به آینده شروع کنید.<br>(۱) مشکلات خود را یادداشت کنید.<br>(۲) موانع رفتار و تفکر مثبت را فهرست‌وار بنویسید.<br>بررسی پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه |
| جلسه هشتم  | مثبت زندگی کردن و هدفمند زندگی کردن، برقراری روابط خوب با دیگران | آموزش شیوه توقف فکر، آرام‌سازی ذهن، مثبت زندگی کردن را بیاموزیم.<br>تکلیف: هر روز خود را با فکری مثبت و امید به آینده شروع کنید.<br>(۱) مشکلات خود را یادداشت کنید.                                                                                                                                                                                                                                      |

|              |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| جلسه نهم     | مهارت‌های اجتماعی                     | ۲) موانع رفتار و تفکر مثبت را فهرست‌وار بنویسید.<br>بررسی پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه<br>بحث درباره مشکلات روابط اجتماعی هریک از اعضای گروه (مهارت گوش‌دادن، خوب صحبت‌کردن، مهارت‌های غیرکلامی و آموزش بازشناسی هیجان‌ها)<br>تکلیف: تمرین راهبردهای ارائه‌شده در خانه و ارائه گزارش آن<br>تمرین راهبردهای ارائه‌شده در خانه و توزیع کاربرگ جدول فعالیت‌های روزانه<br>بررسی پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه<br>توضیح درباره روش‌های به چالش کشیدن خطاهای فکر و افکار منفی<br>مرور برنامه مدیریت زمان برای دستیابی هرچه بیشتر افراد به اهداف خود و پیدا کردن انگیزه<br>تکلیف: توزیع کاربرگ خطاهای شناختی و جدول برنامه‌ریزی فعالیت‌های روزانه |
| جلسه دهم     | بحث درباره مشکلات افسردگی و خلق پایین |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| جلسه یازدهم  | بحث درباره مشکلات اضطراب              | بررسی پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه<br>بررسی زنجیره علت، پاسخ، پیامد و اعتقاد به این زنجیره، توضیح روش‌های به چالش کشیدن خطاهای شناختی ایجادکننده اضطراب برای سست کردن زنجیره، توضیح روش‌های سست کردن بخش احساسی اضطراب (به‌عنوان نمونه آرامش عضلانی و تمرین‌های تنفس)، توضیح روش‌های سست کردن بخش رفتاری اضطراب (مواجهه‌سازی تصویری و واقعی)<br>تکلیف: توزیع کاربرگ جدول اضطراب و زنجیره اضطراب<br>بررسی پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه                                                                                                                                                                                                     |
| جلسه دوازدهم | برنامه‌ریزی برای پیشگیری از عود       | تنظیم سیستم پاداش برای دستیابی به اهداف، ارزیابی پیشرفت کار و تحسین دستاوردهای حاصل شده از جلسه‌ها، تأکید بر تمرین مهارت‌های آموخته‌شده<br>جمع‌بندی نهایی، تأکید بر تمرین دستاوردها و تشخیص افرادی که نیاز به مداخله انفرادی دارند و اجرای مجدد پرسشنامه‌ها                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| جلسه سیزدهم  | جمع‌بندی و بازخورد                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

برای رعایت اصول اخلاقی این مطالعه با کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و محرمانه نگاه‌داشتن اطلاعات آزمودنی‌ها انجام شد.

درمجموع ۳۰ آزمودنی (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) شرکت کردند. وضعیت سن و تحصیلات براساس جدول‌های ۲ و ۳ است.

#### یافته‌ها

جدول ۲. ویژگی‌های توصیفی سن آزمودنی‌ها

| گروه   | تعداد | میانگین | انحراف معیار | کمینه | بیشینه |
|--------|-------|---------|--------------|-------|--------|
| آزمایش | ۱۵    | ۲۴/۸    | ۵/۴۶         | ۱۸    | ۳۵     |
| گواه   | ۱۵    | ۲۵/۳    | ۳/۳          | ۲۰    | ۳۱     |

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

| متغیر         | گروه آزمایش |                  |          |                  | گروه کنترل |                  |          |                  |
|---------------|-------------|------------------|----------|------------------|------------|------------------|----------|------------------|
|               | پیش‌آزمون   |                  | پس‌آزمون |                  | پیش‌آزمون  |                  | پس‌آزمون |                  |
|               | میانگین     | انحراف استاندارد | میانگین  | انحراف استاندارد | میانگین    | انحراف استاندارد | میانگین  | انحراف استاندارد |
| خودانگیزشی    | ۲۸/۲        | ۳/۲              | ۳۳/۴     | ۵/۴              | ۳۳/۳       | ۲/۳              | ۳۲/۲     | ۳/۱۲             |
| خودمدیریتی    | ۴۰          | ۵/۴              | ۴۵/۸     | ۴/۴              | ۴۶/۶       | ۳/۴              | ۴۵/۳     | ۳/۴۵             |
| خودسازمان‌دهی | ۳۶/۵        | ۴/۳              | ۴۱/۱     | ۵/۳۲             | ۴۲/۲       | ۲/۳۴             | ۴۳/۳     | ۴/۸              |
| خودکنترلی     | ۳۳/۱        | ۳/۲۳             | ۳۷/۸     | ۳/۴۵             | ۳۷/۳       | ۴/۴۵             | ۳۷/۸     | ۵/۶              |
| خودنظم‌دهی    | ۲۵/۸        | ۳/۶۷             | ۳۰/۶     | ۴/۳۳             | ۲۴/۴       | ۳/۷              | ۲۵/۲۳    | ۴/۲۳             |
| هیجانی        |             |                  |          |                  |            |                  |          |                  |
| کارکرد اجرایی | ۱۶۳/۶       | ۱۰/۲             | ۱۸۹      | ۱۲/۲             | ۱۸۳/۱۴     | ۱۱/۱۱            | ۱۸/۲۳    | ۱۰/۳۴            |

|      |      |      |      |      |      |      |      |                |
|------|------|------|------|------|------|------|------|----------------|
| ۱/۳۴ | ۵/۵  | ۱/۴۵ | ۵/۸  | ۱/۲  | ۷/۳  | ۱/۱  | ۵/۱  | بیان اجتماعی   |
| ۱/۷۸ | ۳/۱  | ۲/۴  | ۲/۸  | ۱/۴  | ۵/۲  | ۱/۲  | ۲/۶  | بیان هیجانی    |
| ۱/۵۷ | ۳/۴۵ | ۱/۸  | ۳/۶  | ۱/۷  | ۵/۶  | ۱/۴۵ | ۳/۷  | کنترل اجتماعی  |
| ۱/۹  | ۲/۲  | ۱/۴  | ۱/۸  | ۱/۸۹ | ۴/۱  | ۱/۳۴ | ۲/۸  | کنترل هیجانی   |
| ۱/۲۳ | ۳/۲۳ | ۱/۳۱ | ۲/۸  | ۱/۳  | ۵/۵  | ۰/۹۹ | ۳/۴  | حساسیت اجتماعی |
| ۲/۰۱ | ۴/۵  | ۱/۴۵ | ۴/۳۴ | ۱/۹  | ۴/۳  | ۲/۲  | ۲/۸  | حساسیت هیجانی  |
| ۴/۶  | ۱۵/۹ | ۴/۳۴ | ۱۶/۶ | ۵/۱  | ۲۶/۶ | ۴/۹  | ۱۷/۲ | مهارت اجتماعی  |

۱۳۹۱). مفروضات این آزمون نیز برای انجام آنالیز کوواریانس، بررسی نرمال بودن نمره‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنف استفاده شد. نتایج نشان داد که توزیع داده‌ها نرمال بود. همچنین یافته‌های آزمون لوین نشان داد که مفروضه همگنی کوواریانس داده‌ها و شیب رگرسیون برقرار بود ( $p > 0.05$ )

نتیجه آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه در جدول ۴ ارائه شده است. نتیجه جدول حاکی از معناداری همگنی واریانس نمرات ارزیابی دو گروه مذکور است ( $p > 0.05$ ). بنابراین و با توجه به نتایج آزمون کولموگراف-اسمیرنف برای نرمال بودن توزیع این نمره‌ها ( $p > 0.05$ ) که در جدول منعکس شد، می‌توان از تحلیل کوواریانس برای آزمون این فرضیه استفاده کرد.

جدول ۴. آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس نمره‌های کارکرد اجرایی و مهارت‌های اجتماعی

| سطح معناداری | درجه آزادی ۲ | درجه آزادی ۱ | F    |                   |
|--------------|--------------|--------------|------|-------------------|
| ۰/۰۶۹        | ۲۸           | ۱            | ۱/۲۳ | کارکرد اجرایی     |
| ۰/۰۶۵        | ۲۸           | ۱            | ۲/۶۵ | مهارت‌های اجتماعی |

مهارت‌های اجتماعی بین دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پس از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0.05$ ).

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار نمره کلی پیش‌آزمون کارکرد اجرایی گروه آزمایش برابر ۱۶۳/۶ و ۱۰/۲ می‌باشد و میانگین و انحراف معیار نمره کلی پس‌آزمون کارکرد اجرایی گروه آزمایش برابر ۱۸۹ و ۱۲/۲ است. همچنین میانگین و انحراف معیار نمره کلی پیش‌آزمون مهارت‌های اجتماعی گروه آزمایش برابر ۱۷/۲ و ۴/۹ می‌باشد و میانگین و انحراف معیار نمره کلی پس‌آزمون مهارت‌های اجتماعی گروه آزمایش برابر ۲۶/۶ و ۵/۱ است.

طرح تحلیل کوواریانس حالت جامعی از انواع تحلیل واریانس است که در آن ضمن مقایسه میانگین‌های یک یا چند گروه و برآورد تأثیر یک یا چند متغیر مستقل، اثر یک یا چند متغیر کنترل، مداخله‌گر، همپراش از معادله خارج می‌شود (خاکی،

جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس برای هریک از زیرمقیاس‌های کارکردهای اجرایی و مهارت‌های اجتماعی را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود در تمام مقیاس‌های کارکردهای اجرایی و

جدول ۵. تحلیل کوواریانس زیرمقیاس‌های کارکردهای اجرایی و مهارت‌های اجتماعی

| متغیر         | مجموع مربعات | مربع میانگین | F     | df | سطح معناداری | $\mu^2$ |
|---------------|--------------|--------------|-------|----|--------------|---------|
| خودانگیزشی    | ۶۸/۵         | ۶۸/۵         | ۱۶/۵  | ۱  | ۰/۰۰۱        | ۰/۴۱    |
| خودمدیریتی    | ۱۷۲/۴        | ۱۷۲/۴        | ۳۹/۵  | ۱  | ۰/۰۰۱        | ۰/۶۳    |
| خودسازمان‌دهی | ۵۳/۷         | ۵۳/۷         | ۱۱/۷  | ۱  | ۰/۰۰۱        | ۰/۳۱    |
| خودکنترلی     | ۷۸/۱۹        | ۷۸/۱۹        | ۲۷/۳۸ | ۱  | ۰/۰۰۱        | ۰/۵۴    |
| خودنظم‌دهی    | ۴۹/۱۱        | ۴۹/۱۱        | ۱۰/۴  | ۱  | ۰/۰۰۱        | ۰/۳۱    |
| هیجانی        |              |              |       |    |              |         |
| بیان اجتماعی  | ۱۹/۵         | ۱۹/۵         | ۵۵/۸  | ۱  | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۰    |

|      |       |   |      |      |      |                |
|------|-------|---|------|------|------|----------------|
| ۰/۶۰ | ۰/۰۰۱ | ۱ | ۳۵/۷ | ۲۹/۶ | ۲۹/۶ | بیان هیجانی    |
| ۰/۶۷ | ۰/۰۰۱ | ۱ | ۴۷/۳ | ۲۳/۳ | ۲۳/۳ | کنترل اجتماعی  |
| ۰/۵۰ | ۰/۰۰۱ | ۱ | ۲۳/۸ | ۸/۲  | ۸/۲  | کنترل هیجانی   |
| ۰/۶۳ | ۰/۰۰۱ | ۱ | ۳۹/۸ | ۱۳/۹ | ۱۳/۹ | حساسیت اجتماعی |
| ۰/۶۱ | ۰/۰۰۱ | ۱ | ۴۱/۵ | ۱۶/۳ | ۱۶/۳ | حساسیت هیجانی  |

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان‌دهنده بهبود قابل توجه آزمودنی‌ها در نمره کلی کارکرد اجرایی و خرده‌مقیاس‌های آن در مقایسه با ابتدای مطالعه بود. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های ارغوانی پیرسلامی، موسوی‌نسب و خضری مقدم (۱۳۹۶)، رضایی شریف، حاجلو، حق‌گوی و همکاران (۱۳۹۵)، پیرانی (۱۳۹۵)، سلیمانی، مطیعی، یعقوبی و همکاران (۱۳۹۲)، کریک، گری، ربی و همکاران (۲۰۱۵)، (فر)، کلینبرگ (۲۰۱۱) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت نتایج این پژوهش با توجه به بهبود نمره‌های پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون دانشجویان گروه آزمایش و ثابت‌ماندن نمره‌های گروه کنترل نشان داد که آموزش شناختی رفتاری مثبت‌نگر تأثیر معناداری روی کارکردهای اجرایی و مهارت‌های اجتماعی دانشجویان با نقص‌توجه/بیش‌فعالی دارد و در کارکردهای اجرایی افزایش و بهبود خودآنگیزشی، خودمدیریتی، مهار هیجانی و ارتقای آموزش خودکنترلی و خودنظم‌دهی هیجانی دیده می‌شود. همچنین تبیین دیگری که می‌توان بیان کرد این است که به نظر می‌رسد که دانشجویان با این برنامه آموزشی ارتباط خوبی برقرار کرده و به این مسئله توجه کرده‌اند که با تمرین مهارت‌های آموزش داده‌شده می‌توانند در زمینه خودمدیریت و خودکنترلی ابعاد مختلف کارکردهای اجرایی لازم در امور و مهارت‌های اجتماعی ضروری در مسائلی مانند مشکلات تحصیلی، امور مختلف زندگی، شغلی، عاطفی و هیجانی خود را بهتر کنترل و مدیریت کنند. در پژوهش ارغوانی پیرسلامی، موسوی‌نسب و خضری مقدم (۱۳۹۶) نتایج نشان داد که آموزش

توانمندسازی شناختی منجر به تقویت و بهبود کارکردهای اجرایی می‌شود. پژوهش حاضر نیز به این نتیجه دست پیدا کرد که آموزش شناختی و تمرین‌های شناختی می‌توانند کارکردهای اجرایی را بهبود ببخشند. در پژوهش رضایی شریف، حاجلو، حق‌گوی و همکاران (۱۳۹۵) نتایج نشان داد که آموزش بازی‌درمانی با رویکرد شناختی - رفتاری بر بهبود عملکرد کارکردهای اجرایی مانند ریاضیات و خواندن دانش‌آموزان تأثیر مثبت داشته و منجر به کاهش اشکال‌های ریاضیات و خواندن در دانش‌آموزان با اختلال ناتوانی یادگیری می‌شود. این پژوهش نیز همسو با پژوهش حاضر است. پژوهش پیرانی (۱۳۹۵) نشان داد که آموزش مهارت‌های شناختی - هیجانی باعث کاهش مشکل‌های شناختی و هیجانی دانش‌آموزان نارساخوان می‌شود. از آنجا که دانش‌آموزان نارساخوان، علاوه بر مشکل‌های تحصیلی، افسردگی و تنهایی را تجربه می‌کنند و نسبت به دانش‌آموزان عادی از تعامل‌های اجتماعی کمتری برخوردارند، مداخله فوق می‌تواند به بهبود مهارت‌های اجتماعی آنها کمک کند. از این رو پژوهش ذکرشده در راستای پژوهش حاضر می‌باشد و نتایج به‌دست‌آمده با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. نتایج پژوهش سلیمانی، مطیعی، یعقوبی و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد که برخی از مهارت‌های شناختی و کارکردهای اجرایی مانند حافظه فضایی افراد با اختلال بیش‌فعالی و نقص‌توجه می‌تواند در اثر آموزش شناختی افزایش پیدا کند. در پژوهش حاضر نیز با آموزش و تمرین بهبود در کارکردهای اجرایی دیده می‌شود.

نتایج پژوهش کریک، گری، ریبی و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که کارکردهای اجرایی اصلی مانند توجه و حافظه کاری به شدت با پیشرفت تحصیلی، توسعه زبان و ثبات رفتاری مرتبط است. در مورد کودکانی که به دلیل ناتوانی ذهنی اساسی در معرض مشکلات شناختی و یادگیری قرار دارند، آموزش شناختی می‌تواند تأثیر بسیار مثبتی در افزایش توجه و حافظه کاری این کودکان بگذارد که نتایج این پژوهش همسو با پژوهش حاضر است. در پژوهش کلنبرگ اثرهای آموزشی مشاهده شده نشان می‌دهد که آموزش حافظه فعال می‌تواند به عنوان یک مداخله اصلاح کننده برای افرادی که ظرفیت حافظه فعال پایین دارند مانند افراد با نقص توجه/ بیش فعالی و برای آنها یک عامل محدودکننده برای عملکرد تحصیلی یا در زندگی روزمره است، استفاده شود. در پژوهش حاضر نیز تأثیرات آموزش شناختی بر کارکردهای اجرایی دیده شد. لازم به ذکر است که پژوهشی ناهمسو با این فرضیه یافت نشد. از آنجایی که کارکرد اجرایی یک توانایی عالی شناختی و فراشناختی است (علیزاده، ۱۳۸۵)، آموزش و توانمندسازی شناختی می‌تواند به بهبود کارکرد اجرایی منتهی شود. درواقع تمرین‌ها و آموزش‌های شناختی فرآیندی را ایجاد می‌کند که منجر به بهبود این نارسایی‌ها در قطعه پیش‌پیشانی می‌شود. در نتیجه کارکردهای اجرایی افراد با اختلال نقص توجه بهتر عمل خواهد کرد (ارغوانی پیرسلامی و همکاران، ۱۳۹۶). همچنین از آنجایی که کارکردهای اجرایی پیچیده مانند استدلال، برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی جزء کنش‌های عالی کورتکس پیشانی است، اعتقاد بر این است که آسیب یا اختلال در مناطق زیرکورتکسی مغز با توانایی افراد برای برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی به طور معناداری مرتبط است (آردیلا، ۲۰۰۸). بنابراین در تبیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کارکرد اجرایی افراد با نقص توجه به نظر می‌رسد که مداخله‌های شناختی- رفتاری می‌توانند به واسطه تأثیر

بر این سیستم منجر به بهبود عملکرد در آنها شوند. برخی پژوهشگران معتقدند که در بین کارکردهای اجرایی، سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی در اولویت قرار دارند. بنابراین بهبود در کارکرد اجرایی منجر به بهبود عملکردهای دیگر افراد نیز می‌شود. برنامه‌ریزی یا به عبارت دیگر توانایی دستیابی به یک هدف عمده از راه مراحل واسطه‌ای دیگر، یکی از مؤلفه‌های ضروری فرایند شناختی سطح بالا، مثل حل مسئله است. برنامه‌ریزی، بخش مهمی از رفتار هدفمند است و دربردارنده تنظیم اعمال برای پیشرفت و مواجهه سازمان‌یافته، راهبردی و اثربخش با تکالیف است. سطوح سلسله مراتبی با جریان صعودی و نزولی برای انجام برنامه‌ریزی و ارزیابی آن را پیشنهاد کرده‌اند. این مدل، تأکید می‌کند که رفتار برنامه‌ریزی بر مدارهای عصبی متعددی تکیه دارد که هر کدام برای فرایندهای فرعی ویژه‌ای مثل حافظه کاری، ایجاد نقشه و یاداشدهی رمزگذاری شده‌اند. همچنین هر کدام از این فرایندها ممکن است به طور متفاوتی در سطوح مختلف رفتار برنامه‌ریزی نقش داشته باشند. به این ترتیب، پیچیدگی برنامه‌ریزی مربوط به اهداف فرعی زیادی است که باید در ذهن نگاه داشته شوند (گلاستر، کلوشی، گرلاچ و همکاران، ۲۰۱۴). بروز رفتارهای برنامه‌ریزی شده به وسیله افراد با نقص توجه/ بیش فعالی در جریان درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر به نوبه خود منجر به افزایش سطح کارکرد اجرایی آنها می‌شود. علاوه بر این، تحول کارکردهای اجرایی تابع تحول منطقه پیش‌پیشانی مغز است و این ناحیه بخش اعظم شکنج‌های پیشانی فوقانی، میانی و تحتانی، شکنج اوربیتال، بخش اعظم شکنج پیشانی داخلی و نیمه قدامی شکنج سینگولیت را شامل می‌شود. این ناحیه در برنامه‌ریزی طرح‌ها و توالی پیچیده اعمال حرکتی، در ارتباط نزدیک با قشر حرکتی عمل می‌کند. بیشتر علامت‌های خروجی از ناحیه پیش‌پیشانی به ساختار حرکتی از راه بخش دیدار فیدبکی عقده‌های قاعده‌ای تالمو برای

برنامه‌ریزی حرکتی عبور می‌کند. این ناحیه برای انجام روندهای طولانی فکری در ذهن ضروری است. همچنین این ناحیه قادر به پردازش اطلاعات غیرحرکتی از نواحی گسترده مغز است. در نتیجه انواع غیرحرکتی تفکر را نیز در کنار انواع حرکتی تفکر، انجام‌پذیر می‌کند و نوعی از حافظه کوتاه‌مدت و حافظه کاری نیز در این بخش ذخیره می‌شود. در درمان شناختی رفتاری افراد موظف به رعایت الگوهای از پیش تعیین‌شده در درمان هستند و در صورت تکرار و تمرین، فضا برای بهبود حافظه به‌خصوص حافظه کوتاه‌مدت و حافظه کاری بیشتر خواهد شد.

همچنین نتایج این مطالعه نشان‌دهنده بهبود قابل توجه آزمودنی‌ها در نمره کلی مهارت‌های اجتماعی و خرده مقیاس‌های آن در مقایسه با ابتدای مطالعه بود. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های شیشه‌فر، عطاریان، کارگر برزی (۱۳۹۶)، یگانه، حسین‌خانزاده و زربخش (۱۳۹۳)، کیم، دونگ، هاگ و همکاران (۲۰۱۱)، الیسینانگلو، اوزبی و کسبیلو (۲۰۱۲) همسو به نظر می‌رسد. در تبیین این یافته‌ها نیز می‌توان گفت افراد با مشکل نقص توجه/بیش‌فعالی در شناخت مشکلات و به‌کارگیری راهبردهای حل مسئله برای برطرف کردن آنها نقص دارند و در مقایسه با سایر افراد، راه‌حل‌های مثبت کمتری را به کار می‌برند. این نقایص می‌تواند باعث ایجاد مشکلاتی در زندگی، ایجاد و حفظ روابط مثبت با دیگران، جلب محبوبیت افراد دیگر و مقبولیت نداشتن اجتماعی در آنها شود و پیش‌بینی‌کننده رفتارهای اجتنابی باشد (اسپیفر، ۲۰۰۹). با توجه به تعریف مؤلفه همکاری که شامل رفتارهایی نظیر مشارکت با دیگران، پیروی از دستورعمل‌ها و راهنمایی‌هاست، آموزش خوش‌بینی و مثبت‌اندیشی باعث می‌شود تا فرد انگیزه بیشتری برای کمک به دیگران و شرکت در کارهای گروهی داشته باشد. یافته‌های پژوهش‌های قبلی نشان داد که مثبت‌نگری در بهبود مهارت‌های اجتماعی (همین طور بعد همکاری) مؤثر است که همسو با نتیجه این

پژوهش است (سلیگمن، ۲۰۰۹). همچنین تفکر منفی و غیرمنطقی از زوایای مختلفی موجب ضعف در مهارت‌های اجتماعی از جمله مهارت ابراز وجود در افراد می‌شود. ممکن است تفکر منفی در مورد خودش، دیگران و ارتباطش با آنها موجب شود که نتواند به راحتی از احساس‌های خود و خواسته‌هایی که دارد حرف بزند و این باعث می‌شود که این مهارت را نتواند درست در ارتباط خود با دیگران به کار بگیرد. پس برای اینکه ابراز وجود را به افراد آموزش بدهیم اول باید از افکار او شروع کنیم که این افکار مثبت و صحیح بر عملکرد او هم تأثیر می‌گذارد (میلر و همکاران، ۲۰۰۷)؛ بنابراین به‌طور کلی می‌توان نتیجه گرفت، سبک تفکر خوش‌بینانه می‌تواند در سلامت افراد تأثیر بارزی داشته باشد. ما با آموزش شناختی- رفتاری مثبت‌نگر می‌توانیم شاهد پیامدهای مطلوبی همچون تقویت اعتماد به خود، ارتباط‌های بین فردی مؤثر، کاهش نگرش‌های ناکارآمد و ... باشیم. از فواید دیگر درونی کردن این نوع سبک تفکر می‌تواند این باشد که افراد فقط به کمبودهای خود توجه نکنند و توانایی‌های مثبت خود را هم در نظر بگیرند. پس بهتر است با فراهم کردن برنامه‌های آموزشی مناسب، دیدگاه آنها را به زندگی در جهت مثبت تغییر دهیم و یا به عبارتی دیگر از به‌وجود آمدن مشکلات متعددی که ممکن است خطرهای احتمالی جبران‌ناپذیری را در آینده به بار بیاورد، پیشگیری کنیم. درمان شناختی رفتاری مثبت‌نگر باعث می‌شود افراد با درگیر شدن در تجربه‌ها و شرایط چالش‌انگیز قادر به درک درستی از مسائل و موقعیت خود نایل شوند. نتایج این پژوهش نشان داد که که آموزش شناختی رفتاری مثبت‌نگر باعث بهبود بیان اجتماعی، حساسیت اجتماعی می‌شود و برقراری ارتباط همدلانه و مثبت با خود و حتی اطرافیان را آسان‌تر می‌کند. در این راستا بیان هیجانی و حساسیت هیجانی را افزایش می‌دهد که تمام این مهارت‌ها به افزایش مهارت‌های اجتماعی منتهی می‌شود. مهارت حل مسئله نیز در این فرایند

پروات، ف؛ لورینی، ا. (۱۳۹۶). آموزش و مربیگری ADHD: راهنمایی برای متخصصان سلامت روان. ترجمه رمضان حسن‌زاده و جمعی از همکاران. تهران: انتشارات ویرایش.

پیرانی، د. (۱۳۹۵). مداخله در کارکردهای شناختی و هیجانی دانش‌آموزان نارساخوان: اثربخشی و کارآمدی آموزش مهارت‌های شناختی-هیجانی. مجله ناتوانی‌های یادگیری، ۵(۳): ۲۳-۵۳.

تیمورتاش آ؛ قاسمی ف؛ تهرانی دوست م. (۱۳۹۵). مقایسه توجه ماندگار و مهار پاسخ در بزرگسالان مبتلا به اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی و افراد بهنجار حین تغییر بار شناختی آزمون عملکرد پیوسته. تازه‌های علوم شناختی، ۱۸ (۴): ۱-۱۰.

چراغ سحر، ز. (۱۳۹۴). اثربخشی رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر بر سلامت روان، انعطاف‌پذیری شناختی و عواطف مثبت و منفی در مادران دارای کودکان مبتلا به بیش‌فعالی ADHD و کمبود توجه. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد روانشناسی بالینی: دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان).

خاکی، غ. (۱۳۹۱). روش تحقیق با رویکرد پایان‌نامه نویسی. تهران: انتشارات فوژان.

رضایی شریف، ع. حاجلو، ن. حقگوی، ت. مرادی، م. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری در بهبود عملکرد ریاضیات و خواندن دانش‌آموزان دارای حساب نارسایی و نارساخوانی. مجله ناتوانی‌های یادگیری، ۵(۳): ۱۹-۵۴.

روشنی، ف؛ نجفی، م؛ نقشبندی، ش؛ ملک‌زاده، پ. (۱۳۹۶). مقایسه ناگویی خلقی در افراد با و بدون اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی. روان‌شناسی بالینی، ۹(۲): ۷۳-۸۲.

سادوک، بنجامین و سادوک و رونی، پ. (۲۰۱۴). خلاصه‌ی روانپزشکی: علوم رفتاری/ (روانپزشکی بالینی). جلد سوم، چاپ دوم. اصفهان: ترجمه ی ف. رضایی. انتشارات ارجمند.

سجادیان، م؛ شهریور، ز؛ محمدی، ا؛ آرتوینان، و. (۱۳۹۵). مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. دوره ۷۴. شماره ۸، صص ۶۰۱-۶۰۶.

سلیمانی، م؛ مطیعی، س؛ یعقوبی، ح؛ حضرتی، ل. (۱۳۹۲). اثربخشی برنامه آموزش شناختی بر مهارت‌های شناختی و علایم اختلال بیش‌فعالی و نقص‌توجه. مطالعات ناتوانی، ۳(۳): ۲۹-۳۹.

سولانتو، م. (۱۳۹۶). درمان شناختی رفتاری بزرگسالان مبتلا به ADHD مترجمان: علی مشهدی، سعید تیموری، زهرا بزرگ، مرضیه ترکمنی، نرگس پرهیزگار. تهران: انتشارات سپید و سیاه.

شیشه فر، س. عطاریان، ف. کارگربرزی، ح. درویش نارنج بن، س. محمدلو، ه. مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی با بازی درمانی شناختی- رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی و مقبولیت اجتماعی کودکان با اختلالات رفتار ایدایی. فصلنامه کودکان استثنایی، ۱۳۹۶؛ ۱۷ (۴): ۸۷-۱۰۰.

صغار حمیدی، ا؛ حسینیان، س؛ زندی‌پور، ط. (۱۳۹۶). تأثیر آموزش مثبت‌اندیشی بر ادراک شایستگی و مهارت‌های اجتماعی کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست. سلامت روانی کودک، ۴(۱): ۱۳-۲۵.

بهبود پیدا می‌کند که با تمرین آموزش‌های شناختی رفتاری مثبت‌نگر می‌توانند به خودآگاهی لازم دست پیدا کرده و افکار مثبت و سازنده مسائل را مورد توجه قرار دهند؛ نسبت به خود مهربان بوده و اعتماد به نفس بیشتری کسب کنند و کنترل هیجانی مناسبی برای موقعیت‌های مختلف داشته باشند. در فعالیت‌های مختلف هم حضوری مثبت، فعال و آگاهانه داشته باشند (صغار حمیدی، حسینیان و زندی‌پور، ۱۳۹۶).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نبود شرایط انجام مرحله پیگیری در پژوهش حاضر به دلیل جابه‌جایی، مهمان‌شدن برای دانشگاه‌های دیگر و انصراف دانشجویان از تحصیل عنوان کرد. محدودبودن پژوهش به شهر دامغان که یک شهرستان کوچک و با جمعیت کم است و تعداد دانشجویان آن به نسبت کلان‌شهرها و سایر شهرستان‌های بزرگ کم است همچنین پژوهش حاضر تنها بر نمونه دانشجویان دانشگاه دامغان محدود شده است. بنابراین تعمیم نتایج به سایر افراد با اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعال با احتیاط انجام شود. بنابراین با توجه به اینکه در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شده است، پیشنهاد می‌شود کارگاه‌هایی از سوی متصدیان سلامت در ارتباط با مداخله‌های شناختی-رفتاری مثبت‌نگر در جهت کاهش مشکلات هیجانی-رفتاری و ارتقای عملکردهای اجتماعی در دانشگاه‌ها و همچنین مراکز مشاوره و روان‌درمانی در نظر گرفته شود تا بتوان از درمان‌محوری به سمت رویکرد سلامت‌محور گام برداشت و در هزینه‌های بالای مراقبت‌های بهداشتی نیز صرفه‌جویی کرد.

## منابع

ارغوانی پیرسلامی، م؛ موسوی‌نسب، م؛ خضری مقدم، ن. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی توانمندسازی شناختی بر کارکردهای اجرایی (تغییر، به‌روزرسانی و بازداری) دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری. راهبردهای شناختی در یادگیری، ۵(۸): ۲۰۵-۲۲۳.

بن نینگ، ف. (۱۳۹۳). رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر. ترجمه اکرم خمسه. تهران: انتشارات ارجمند.

- Gloster AT, Klotsche J, Gerlach AL, Hamm A, Strohle A, Gauggel S, et al. (2014). Timing matters: change depends on the stage of treatment in cognitive behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *J Consult Clin Psychol*, 82(1):141-53.
- Goldstein, S., Naglieri, J. A., Princiotta, D., & Otero, T. M. (2014). Introduction: A History of Executive Functioning as a Theoretical and Clinical Construct. In *Handbook of Executive Functioning*. Springer New York.
- Kasper, L. J., Alderson, R. M., & Hudac, K. L. (2012). Moderators of working memory deficits in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 32(7), 605-617.
- Kim, M. J., Doh, H. S., Hong, J. S., & Choi, M. K. (2011). Social skills training and parent education programs for aggressive preschoolers and their parents in South Korea. *Child Youth Services*, 33(6), 838-845.
- Kirk, H.E. Gray, K. Riby, D.M. Cornish, K.M. (2015). Cognitive training as a resolution for early execut function difficulties in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*. 1: 38:145-60
- Kirk, S. A.; Gallagher, J. J.; Anastasiow, N. J. and Coleman, M. R. (2006). *Educating exceptional children*. Boston. Houghton Mifflin.
- Klingberg T. (2011). Training and plasticity of working memory. *Trends Cogn Sci*, 14(7):317-24.
- Miller, S.D., Hubble, M.A., and Duncan, B.L. (2007) Supershrinks: learning from the field's most effective practitioners. *The Psychotherapy Networker*, 31, 6, 26-35.
- Positive cognitive behavioral therapy. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*, Volume 58. No. 1. 58(1): 23-32.
- Prasko, J. Hruby, R. Holubova, M. Latalova, K. Vyskocilova, J. Slepecky, M. Ociskova, M. Grambal, A. (2016).
- Riggio RE, Canary DR.(2003). Social skills inventory manual. 2nd ed. Redwood City CA: MindGarden;. pp. 23-31
- Schaefer, C. E. (2009). Play therapy for preschool children. American Psychological Association's Publication.
- Seligman MEP, Ernst R, Gillham J, Reivic K, Linkins M. (2009). Positive education: Positive psychology and classroom interventions. *Oxf Rev Educ*, 35(3): 293 - 311.
- Valdizán, JR & Izaguerri-Gracia, AC. (2009). Trastorno por deficit de atencion/hiperactividad en adultos. Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Revista de Neurologia* (in Spanish), 48 (Suppl 2): S95-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19280582>.
- طاهری‌زاده، ا. (۱۳۹۴). اثربخشی روان‌درمانی گروهی رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر بر خودباوری (عزت‌نفس)، خود کارآمدی و امید در بیماران سرطانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد بالینی: دانشگاه آزاد اسلامی واحد کیش.
- عربگل، ف؛ حیاتی، م؛ حدید، م. (۱۳۸۳). شیوع اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه در گروهی از دانشجویان. تازه‌های علوم شناختی، ۱ و ۲: ۷۸-۷۳.
- علیزاده، ج. (۱۳۸۵). رابطه کارکردهای اجرایی عصبی - شناختی با اختلال‌های رشدی. تازه های علوم شناختی، ۸(۴)، ۷۰-۵۸.
- کوئیلیام، سوزان. (۲۰۰۳). مثبت اندیشی و مثبت گرایی کاربردی. (ترجمه فرید براتی سده و افسانه صادقی، ۱۳۸۶). تهران: نشر جوانه رشد.
- مایر، د. (۱۳۹۲). روان‌شناسی اجتماعی. ترجمه حمید شمسی‌پور، شقایق زهرایی. تهران: انتشارات ارجمند.
- یگانه، ط؛ حسین خانزاده، ع؛ زربخش، م. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی با شیوه شناختی - رفتاری بر کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی در دانش‌آموزان. شناخت اجتماعی، ۳(۵): ۵۶-۷۲.
- Alisinanoglo, F., Ozbey, S. Ksicioglu, O. S. (2012). Impact of social skill and problem behavior training program on children attending preschool. *A Survey Academic Research*, 2, 321-330.
- Antshel, K. M., Hier, B. O., & Barkley, R. A. (2014). Executive Functioning Theory and ADHD. In *Handbook of Executive Functioning*. Springer New York.
- Ardila A. (2008). On the evolutionary origins of executive functions. *Brain Cogn*, 68(1):92-9.
- Bakker, J.M., Bannink, F.P., and Macdonald, A. (2010) Solution-focused psychiatry. *The Psychiatrist*, 34, 297-300.
- Bannink, F P. (2013). Are you ready for positive cognitive behavioral therapy? *The Journal of Happiness & Well-Being*, 1(2), 65-73.
- 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.
- Barkley, R.A. (2011). Differentiating symptoms of sluggish cognitive tempo from attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Journal of Abnormal Psychology*, Advance online publication. doi: 10.1037/a0023961
- Cleland, Charles & Magura, Stephen & Foote, Jeffrey & Rosenblum, Andrew & Kosanke, Nicole. (2006). Factor structure of the Conners Adult ADHD Rating Scale (CAARS) for substance users. *Addictive behaviors*. 31. 1277-82. 10.1016/j.addbeh.2005.08.014.
- Frank, G.D. (1974). psychotherapy: The restauration of morale. *The American Journal of psychiatry*, 131,271-275

- Vélez-van-Meerbeke, A., Zamora, I. P., Guzmán, G., Figueroa, B., López Cabra, C. A., & Talero-Gutiérrez, C. (2013). Evaluating executive function in schoolchildren with symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *Neurología* (English Edition), 28(6), pp. 348-355.
- Wilmshurst, L. Peele, M. & Wilmshurst, L. (2011). Resilience and well-being in college students and without a diagnosis of ADHD. *Journal of Attention Disorder*, 15(1), 11-17.