MEJDS. 2019; 9:78.

Published online 2019 Nov. **Research Article**

Group Social Skills Training on the Improvement of Social Skills in Students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Omidi H[1], *Sajedi F[2], Rostami R[3], Bakhshi E[4]

Author Address
1. Master of Psychology and Education of Exceptional Children, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran;
2. Professor, Department of Clinical Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran;
3. Professor of Psychiatry, University of Tehran, Tehran, Iran;
4. Associate Professor, Department of Biostatistics, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran. Iran.
***Corresponding Author's E-mail:** fisajedi@gmail.com

Received: 2018 May 11; **Accepted:** 2018 June 14

Abstract

Background & Objectives: Children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) suffer from significant deficiencies in the acquisition and application of social skills. Weak social skills negatively affect their self–esteem and individual cognition, academic and social performance, and interpersonal relationships. Social Skills Training is an effective treatment for solving social problems among children. Therefore, the present research was conducted to examine the effectiveness of group social skills training on the improvement of social skills and its components in students with ADHD.

Methods: The study procedure was of quasi–experimental pretest–posttest design and follow–up was done with a control group. The statistical population consisted of 8–12 year–old male students with ADHD from Tehran in 2013–2014. Thirty–two of these students who had attended the Atiye Psychology Clinic were selected through convenience sampling and were randomly assigned to the experimental and control groups (16 in each). The measures used were the Child Behavior Checklist (Achenbach/1978) and the Social Skills Rating System–Parent form (Gresham and Elliot/1990). The experimental group underwent Social Skills Training in ten sessions (one hour each). However, no intervention was performed for the control group until the post–test was completed. Then, both groups responded to the Social Skills Rating System after the training sessions and again one month later. The data was analyzed using descriptive statistics (frequency, mean and standard deviation) and repeated measures analysis of variance (RMANOVA) using SPSS software at a significance level of 0.01.

Results: Upon comparing the mean (±SD) pretest (19.68±3.73) and the mean (±SD) posttest (38.25±3.35) social skills scores in the experimental group, the results of the RMANOVA showed that the Total Social Skills Score and its components (cooperation, decisiveness and self–control –except for the responsibility component) had significantly increased in students with ADHD in comparison to the control group ($p<0.001$). This effect was still present one month after the intervention ($p<0.001$).

Conclusion: It was concluded that teaching social skills to students with ADHD can enhance their social skills and its components. Therefore, the development of social skills training programs and including these programs in the form of supplementary training can prove useful to these children.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Social Performance, Social Skills.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.58.0]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۷۸.

انتشار برخط آبان‌ماه ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی آموزش گروهی مهارت‌های اجتماعی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی

حمید امیدی[۱]، *فیروزه ساجدی[۲]، رضا رستمی[۳]، عنایت‌اله بخشی[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران؛

۲. استاد گروه آموزشی علوم بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران؛

۳. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران؛

۳. دانشیار آمار زیستی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** fisajedi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۱اردیبهشت۱۳۹۷؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۴خرداد۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: ضعف مهارت‌های اجتماعی تأثیر منفی بر عزت‌نفس و شناخت فردی، عملکرد اجتماعی و تحصیلی، روابط بین‌فردی و درونی کودکان با اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی می‌گذارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی مهارت‌های اجتماعی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی انجام شد.

روش‌بررسی: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را دانش‌آموزان پسر ۸الی۱۲ساله، مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی در مقطع ابتدایی شهر تهران، تشکیل دادند. تعداد ۳۲ نفر از این دانش‌آموزان به‌شیوهٔ نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (۱۶ نفر در هر گروه) قرار گرفتند. سپس با استفاده از پرسشنامه‌های اطلاعات سیاههٔ رفتاری کودک (آخنباخ، ۱۹۷۸) و فرم والدین مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی (گرشام و الیوت، ۱۹۹۰)، سنجش شدند. در گروه آزمایش طی ده جلسهٔ یک‌ساعته، آموزش برنامهٔ مهارت‌های اجتماعی اجرا شد؛ اما هیچ‌گونه مداخله‌ای برای گروه گواه تا زمان اخذ پس‌آزمون صورت نگرفت. سپس هر دو گروه بعد از اتمام جلسات آموزشی و یک‌ماه بعد از آن مجدداً به مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی گرشام و الیوت پاسخ دادند. داده‌ها در قالب مشخصه‌های آمار توصیفی (فراوانی و میانگین و انحراف معیار) و روش تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر توسط نرم‌افزار آماری SPSS در سطح معناداری ۰/۰۱ تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: باتوجه به میانگین نمرهٔ پیش‌آزمون مهارت‌های اجتماعی در گروه آزمایش (۱۹/۶۸) با انحراف معیار (۳/۷۳) و میانگین نمرهٔ پس‌آزمون (۳۸/۲۵) با انحراف معیار (۳/۳۵)، نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر نشان داد که با آموزش گروهی مهارت‌های اجتماعی، نمرهٔ مهارت‌های اجتماعی کل و مؤلفه‌های آن (همکاری و قاطعیت و خویشتن‌داری، به‌جز مؤلفهٔ مسئولیت‌پذیری) در دانش‌آموزان پسر مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی به‌طور معناداری افزایش یافت ($p<۰/۰۰۱$) و این تأثیر یک‌ماه بعد از جلسات آموزشی نیز پایدار بود ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: از یافته‌های به‌دست‌آمده می‌توان نتیجه گرفت آموزش مهارت‌های اجتماعی به دانش‌آموزان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی می‌تواند مهارت‌های اجتماعی و مؤلفه‌های آن را در این دانش‌آموزان افزایش دهد؛ بنابراین تدوین برنامه‌های مدون آموزش مهارت‌های اجتماعی و گنجاندن آن در برنامه‌های آموزشی این کودکان به‌عنوان آموزش مکمل، مفید خواهد بود.

کلیدواژه‌ها: عملکرد اجتماعی، کم‌توجهی و بیش‌فعالی (ADHD)، مهارت‌های اجتماعی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.58.0]

۱ مقدمه

اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی (ADHD) الگوی مداوم بی‌توجهی یا بیش‌فعالی/تکانشگری است که با کارکرد یا رشد فرد تداخل دارد. شدت آن به‌حدی بوده که با سطح رشد ناهماهنگ است و روی فعالیت‌های اجتماعی و شغلی و تحصیلی فرد تأثیر مستقیم منفی می‌گذارد. گزارش‌های میزان بروز این اختلال، از ۷تا۸درصد در کودکان مدارس ابتدایی متغیر است. مطالعات همه‌گیرشناسی، وجود این اختلال را در ۲/۵ درصد بزرگسالان بیان می‌کند (۱).

کودکان با اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی، کمبودهای اساسی در کسب و به‌کارگیری مهارت‌های اجتماعی دارند و این مهارت‌ها در آنان درمقایسه با کودکان عادی در سطح ضعیف‌تری است (۵ـ۲). مشکلات اجتماعی، حوزه‌ای کلیدی از اختلال عملکردی در کودکان ADHD بوده و نارسایی مذکور در ایشان با اختلال در عملکرد اجتماعی همراه است (۶). این کودکان در مهارت‌های اجتماعی و روابط با همسالان دچار مشکل هستند (۷). مشکلات آن‌ها بدون درنظرگرفتن جنسیت ممکن است تا دوران بزرگسالی ادامه یابد و بر نتایج تحصیلی و کیفیت زندگی و شغلی‌شان تأثیر منفی بگذارد (۸،۹). مسئلهٔ اجتماعی‌شدن و توانایی تعامل با دیگران به‌شیوه‌ای شایسته و ثمربخش در همهٔ مراحل زندگی اهمیت بسیار دارد. الیوت و گرشام مهارت‌های اجتماعی را این‌گونه تعریف می‌کنند: رفتارهای اکتسابی جامعه‌پسندی که فرد را قادر می‌سازد تا آن‌گونه با دیگران در تعامل باشد که واکنش‌های مثبت را فرا خوانده و از واکنش‌های منفی آنان اجتناب ورزد. درواقع می‌توان گفت، تکامل مراحل رشدی، وابسته به مهارت و برتری در مهارت‌های اجتماعی است (۱۰).

ضعف مهارت‌های اجتماعی تأثیر منفی بر عزت‌نفس و شناخت فردی، عملکرد تحصیلی، روابط بین‌فردی و درونی و اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی می‌گذارد. ناتوانی در کنترل و تنظیم رفتارهای فردی و نداشتن پیشرفت در روابط اجتماعی، عزت‌نفس این کودکان را کاهش خواهد داد. فقدان مهارت‌های اجتماعی و پذیرفته‌نشدن از سوی همسالان، فرصت‌های یادگیری مهارت‌های اجتماعی را برای آنان محدود می‌کند که پذیرش‌نشدن بیشتر و احتمالاً کاهش زیادتر عزت‌نفس را به‌همراه دارد (۴). مشکلات اجتماعی این کودکان به‌میزان زیادی در نوجوانی مشهود است. اکتساب عملکرد اجتماعی و ارتباط سالم با همسالان، شرط ابتدایی برای تحول بهینهٔ کودک محسوب می‌شود. آموزش مهارت‌های اجتماعی درمان مؤثری برای مشکلات اجتماعی است (۱۱).

درمان کودکان ADHD چندوجهی است. درمان دارویی شاید علائم ADHDرا کاهش دهد؛ اما به‌ندرت مشکل‌های تعامل‌های اجتماعی را حل می‌کند (۳). دارودرمانی و مداخلات روانی‌اجتماعی برای نوع مرکب ADHD بهترین نتیجه را در زمینهٔ کارکرد این گروه از کودکان فراهم می‌آورد. مداخلات روانی‌اجتماعی برای کودکان دچار ADHD شامل آموزش روانی، جبران مهارت‌های سازمان‌دهی، آموزش والدین، تعدیل رفتار در کلاس و منزل، درمان شناختی‌رفتاری (CBT) و آموزش مهارت‌های اجتماعی است. گروه‌درمانی با هدف اصلاح مهارت‌های اجتماعی و افزایش عزت‌نفس و حس موفقیت در کودکان مبتلایی که در زمینه‌های گروهی به‌خصوص در مدرسه دچار مشکلات کارکردی زیادی بوده، می‌تواند بسیار مفید باشد (۱).

درزمینهٔ آموزش مهارت‌های اجتماعی و تأثیرهای آن بر رشد اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی، پژوهش‌های اندکی صورت گرفته است. در حال حاضر شواهد کمی برای حمایت از اثربخشی و آموزش این مهارت‌ها برای کودکان‌ونوجوانان مبتلا به ADHDوجود دارد؛ بنابراین نیاز به انجام آزمایش‌های بالینی بیشتر، بدون سوگیری و با جامعهٔ آماری کافی است (۳). باتوجه به نیاز مبرم به توسعهٔ تحقیقات و انتشار نتایج درمان‌های روانی‌اجتماعی مؤثر در کاهش مشکلات عملکردی همراه با ADHD و اهمیت مهارت‌های اجتماعی در ارتباط‌ها و تعامل‌های بین‌فردی و آموزش آن، پژوهش حاضر به‌منظور بررسی اثربخشی آموزش این مهارت‌ها به دانش‌آموزان پسر با اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی و با فرض تأثیر آن در افزایش مؤلفه‌های مهارت‌های اجتماعی این دانش‌آموزان صورت گرفت.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی دانش‌آموزان پسر ۸الی۱۲سالهٔ مقطع ابتدایی شهر تهران تشکیل دادند که باتوجه به مقیاس سیاههٔ رفتاری کودک و ارزیابی روان‌شناس بالینی، دارای اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی بودند. تعداد ۳۲ نفر از این دانش‌آموزان به‌صورت داوطلبانه از مرکز جامع اعصاب و روان آتیه به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شده و به‌شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (۱۶ نفر در هر گروه) قرار گرفتند. سایر ملاک‌های ورود افراد به مطالعه شامل برخورداری همهٔ افراد نمونه از درمان‌های یکسان (دارودرمانی و نوروفیدبک) برای اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی و یکسان‌بودن آن، به‌لحاظ سابقهٔ درمانی و طول مدت جلسات شرکت‌کرده در آموزش نوروفیدبک، بود. ملاک‌های خروج افراد از مطالعه عبارت بود از: وجود هر نوع اختلال همراه، مشکل‌ساز در روند آموزش مانند کم‌توانی ذهنی، مشکل‌های شدید جسمی و حرکتی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اوتیسم، اختلال‌های سلوک، افسردگی و اختلال‌های خلقی دیگر؛ رضایت‌نداشتن والدین و کودک جهت شرکت در مطالعه؛ غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی (گروه مداخله).

ابزار پژوهش حاضر سیاههٔ رفتاری کودک[1] (CBCL) و مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی[2] SSRS (گرشام و الیوت) بود.

ـ سیاههٔ رفتاری کودک: در این پژوهش علاوه بر تشخیص روان‌شناس بالینی از سیاههٔ رفتاری کودک به‌منظور غربالگری و تشخیص دانش‌آموزان دارای اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی استفاده شد. این ابزار، یکی از فرم‌های نظام سنجش مبتنی‌بر تجربهٔ آخنباخ[3] (ASEBA) است. مقیاس‌های سن مدرسه در این نظام سنجش که توماس آخنباخ

1. Child Behavior Checklist
2. The Social Skills Rating System (SSRS)
3. Achenbach System of Empirically Based Assessment

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.58.0]

در سال ۱۹۷۸ تهیه کرد، مشتمل بر سه فرم بوده که عبارت است از: سیاههٔ رفتاری کودک (CBCL)؛ فرم گزارش معلم (TRF)؛ پرسش‌نامهٔ خودسنجی نوجوان (YSR). این پرسشنامه مشکلات عاطفی‌رفتاری و همچنین توانمندی‌ها و شایستگی‌های تحصیلی و اجتماعی کودکان ۶تا۱۸ سال را از دیدگاه والدین، باتوجه به وضعیت کودک در شش ماه گذشته، ارزیابی می‌کند. بخشی از CBCL که مشکلات عاطفی‌رفتاری را می‌سنجد، دارای ۱۱۳ سؤال اصلی و هشت زیرسؤال است. این فرم هشت مشکل یا سندرم عاطفی‌رفتاری را اندازه می‌گیرد که عبارت است از: اضطراب/افسردگی؛ گوشه‌گیری/افسردگی؛ شکایات جسمانی؛ مشکل‌های اجتماعی؛ مشکلات تفکر؛ مشکل‌های توجه (بی‌توجهی و بیش‌فعالی و تکانشگری)؛ رفتار قانون‌شکنی؛ رفتار پرخاشگری. تعداد ۱۷ سؤال به هیچ‌کدام از سندرم‌های مذکور تعلق ندارد و تحت عنوان سایر مشکلات طبقه‌بندی می‌شود (۱۲).

درزمینهٔ روایی و پایایی فرم‌های مختلف نظام سنجش مبتنی‌بر تجربهٔ آخنباخ (ASEBA) مشخص شده است این فرم‌ها در سنجش مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان‌ونوجوانان از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار هستند (۱۳). آخنباخ (۱۹۹۱) با کاربرد آلفای کرونباخ، پایایی۰/۴۶ تا۰/۹۶ و با همبستگی با دو مقیاس CBRS و سیاههٔ تجدیدنظرشدهٔ مشکل رفتاری کوای ـ پیترسون[1] (Q-PRBPC)، اعتبار۰/۵۲ تا۰/۸۸ را گزارش کرد (۱۴). در پژوهشی که با هدف هنجاریابی سیاههٔ رفتاری کودک در شهر اصفهان توسط یزدخواستی و عریضی انجام شد، میزان بیشتر برای آلفای کرونباخ سه نسخهٔ پدر/مادر و معلم و کودک به‌ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۳ و ۰/۸۲ به‌دست آمد (۱۴). تحقیق مینایی نشان داد فرم‌های مختلف CBCL و TRF و YSR از همسانی درونی خوبی برخوردار هستند؛ به‌طوری‌که ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های شایستگی در سطح نسبتاً مطلوبی قرار داشت و دامنهٔ آن از ۰/۶۵ به ۰/۸۵ برای CBCL و ۰/۷۴ تا۰/۸۸ برای YSR متفاوت بود. همچنین ضرایب آلفای مقیاس سازش‌یافتگی کلی فرم TRF، ۰/۸۳ بیان شد. ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های نشانگان مبتنی‌بر تجربه و مبتنی‌بر DSM هر سه فرم (CBCL و TRF و YSR) نیز اکثراً مطلوب و رضایت‌بخش بودند (۱۳).

ـ مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی SSRS (گرشام و الیوت): برای سنجش مهارت‌های اجتماعی، از فرم والدین مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی گرشام و الیوت، (۱۹۹۰) استفاده شد که ۵۵ سؤال دارد. محتوای این مقیاس دربرگیرندهٔ دو بخش اصلی مهارت‌های اجتماعی و مشکل‌های رفتاری بوده که هریک از این دو بخش دارای خرده‌عامل‌هایی است.

۱. بخش مهارت‌های اجتماعی: در این پژوهش فقط این بخش از مقیاس به‌کار رفت که شامل رفتارهایی نظیر همکاری، قاطعیت، مسئولیت‌پذیری و خویشتن‌داری است. مجموع نمرات این خرده‌عامل‌ها نمرهٔ مهارت اجتماعی فرد تلقی می‌شود. خرده‌عامل‌های این بخش به‌صورت زیر است:

الف. همکاری: رفتارهایی را نظیر مشارکت با دیگران، کمک به دیگران، اشتراک وسایل و پیروی از دستورکارها و راهنمایی‌ها شامل می‌شود.

ب. قاطعیت: خرده‌عاملی مشتمل بر رفتارهای آغازگر، نظیر کسب اطلاع از دیگران و معرفی خود به دیگران و پاسخ مناسب به رفتار دیگران است.

ج. مسئولیت‌پذیری: این قسمت، رفتارهایی نظیر به‌عهده‌گرفتن پیامد تصمیم خویش را در موقعیت‌های مختلف در بر می‌گیرد.

د. خویشتن‌داری: خرده‌عامل مذکور رفتارهایی را شامل می‌شود که در موقعیت‌های دشوار، نظیر مسخره‌شدن، مستلزم رفتار معقول از سوی کودک است. همچنین دربرگیرندهٔ رفتارهایی بوده که در موقعیت‌های سخت، ضروری به‌نظر می‌رسد، نظیر رعایت نوبت و مصالحه در مجادله.

۲. بخش مشکلات رفتاری: این بخش از مقیاس دارای سه خرده‌عامل رفتارهای برون‌زا و رفتارهای درون‌زا و پرتحرکی است. این مقیاس، طیف لیکرتی سه‌رتبه‌ای هرگز (۰) و گاهی از اوقات (۱) و همیشه (۲) دارد. مقیاس بر این نظر استوار بوده که مشکلات رفتاری مانع رشد مهارت‌های اجتماعی است. همسانی درونی مقیاس رتبه‌بندی مهارت‌های اجتماعی از ۰/۵۱ تا۰/۹۱ و با میانگین ۰/۷۵ مشخص شده است (۱۵). قابلیت اعتماد این مقیاس در ایران توسط شهیم (۱۶)، با استفاده از آلفای کرونباخ برای بخش مهارت‌های اجتماعی ۰/۸۹ و برای بخش مشکل‌های رفتاری ۰/۸۳ محاسبه شد. همچنین قابلیت اعتماد تنصیفی با استفاده از فرمول اسپیرمن براون برای بخش مهارت‌های اجتماعی ۰/۸۶ و برای بخش مشکلات رفتاری ۰/۷۸ به‌دست آمد. ضریب همبستگی بین دو بخش مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری پرسشنامه نیز ۰/۵۲ ـ گزارش شد.

خلاصهٔ شیوهٔ اجرا به این شکل بود که ابتدا در هر دو گروه آزمایش و گواه پیش‌آزمون صورت گرفت. بعد از آن برنامهٔ آموزش مهارت‌های اجتماعی توسط محقق در مرکز جامع اعصاب و روان آتیه، به‌مدت ده‌جلسهٔ یک‌ساعته (هفته‌ای یک‌جلسه در کلاس‌های حداکثر شش‌نفره و مکرر) برای گروه آزمایش اجرا شد. این برنامه از برنامهٔ آموزشی خانم اکملی در سال ۱۳۹۱ برای دانش‌آموزان دارای اختلال‌های هیجانی و رفتاری به‌دست آمد؛ اما هیچ مداخله‌ای برای گروه گواه تا زمان اخذ پس‌آزمون صورت نگرفت. بعد از اتمام برنامهٔ آموزشی در گروه آزمایش، برای هر دو گروه پس‌آزمون و آزمون پیگیری انجام شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی و میانگین و انحراف معیار) و روش تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر[2] بود.

جدول ۱. رئوس محتوای جلسات آموزش

جلسات	محتوای جلسات
جلسهٔ اول	معرفی اعضای گروه، بحث دربارهٔ اهمیت و ضرورت و اهداف برنامه و نیز مشخص‌کردن قواعد گروهی.

1 -Quay- Peterson Revised Behavior Problem Checklist

2 REMANOVA

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.58.0]

جلسهٔ دوم	آموزش شروع گفت‌وگو، ادامه و پایان‌دادن به گفت‌وگو، برقراری ارتباط چشمی با مخاطب و گوش‌دادن به صحبت دیگران.
جلسهٔ سوم	ارزیابی تکلیف‌ها و جلسهٔ قبل، افزایش مهارت‌های دوست‌یابی، شناسایی عوامل تسهیل‌کننده و بازدارندهٔ دوست‌یابی، حفظ دوستی و دفاع از دوست.
جلسهٔ چهارم	ارزیابی تکلیف‌ها و جلسهٔ قبل، معرفی مهارت‌های ملحق‌شدن به گروه و فعالیت، آشنایی با مهارت‌های بازی مانند نوبت‌گیری، مشارکت و همکاری، صف‌بستن و افزایش دامنهٔ واژگان ارتباطی.
جلسهٔ پنجم	ارزیابی تکلیف‌ها و جلسهٔ قبل، آموزش روش‌های مناسب بیان تقاضا و کمک‌خواستن از دیگران در مواقع نیاز، تشکر و قدردانی درقبال دریافت کمک، واکنش و پاسخ‌دادن به درخواست کمک دیگران.
جلسهٔ ششم	ارزیابی تکلیف‌ها و جلسهٔ قبل، یافتن راه‌های مقابله با تمسخر و دست‌انداخته‌شدن، آموزش روش‌های مقابله‌ای مؤثر و تفاوت انتقاد و مسخره‌کردن.
جلسهٔ هفتم	ارزیابی تکلیف‌ها و جلسهٔ قبل، آموزش خویشتن‌داری، آشنایی با مهارت‌های کنترل خشم، به‌کنترل‌درآوردن احساس‌ها و هیجان‌های مثبت و منفی و عجولانه عمل‌نکردن براساس آن‌ها.
جلسهٔ هشتم	ارزیابی تکلیف‌ها و جلسهٔ قبل، آشنایی با روش‌های صحیح دفاع از حق و حقوق خود و ابراز وجود.
جلسهٔ نهم	ارزیابی تکلیف‌ها و جلسهٔ قبل، آموزش راست‌گویی و پی‌بردن به بهتری آن در هر موقعیتی از دروغ‌گفتن.
جلسهٔ دهم	ارزیابی تکلیف‌ها و ارزشیابی از جلسات آموزشی، جمع‌بندی و خلاصهٔ جلسات گروه، تمرین نقص‌های رفتاری، اجرای پس‌آزمون.

۳ یافته‌ها

در این پژوهش ۳۲ دانش‌آموز پسر مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی با میانگین سنی ۱۰/۱۵ و انحراف معیار ۱/۴۶ سال، شرکت داشتند. میانگین سن گروه آزمایش ۱۰/۱۸ با انحراف معیار ۱/۶۰ سال و میانگین سن گروه گواه ۱۰/۱۲ با انحراف معیار ۱/۳۶ سال به‌دست آمد که اختلاف بین سن دو گروه معنادار نبود. بعد از آموزش مهارت‌های اجتماعی در مرحلهٔ پس‌آزمون، نمرات گروه آزمایش در متغیر مهارت‌های اجتماعی کل و مؤلفه‌های آن درمقایسه با گروه گواه افزایش یافت (جدول ۲). این تغییر در مرحلهٔ پیگیری هم حفظ شد.

جدول ۲. مشخصات توصیفی نمرات مهارت‌های اجتماعی و خرده‌متغیرهای آن در گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف‌معیار
همکاری	آزمایش	۸/۱۸	۲/۰۴	۱۶/۷۵	۱/۸۸	۱۵/۹۴	۲/۹۲
	گواه	۹/۱۲	۲/۸۹	۸/۳۷	۲/۶۸	۸/۴۳	۲/۵۳
قاطعیت	آزمایش	۶/۰۰	۱/۰۹	۱۰/۶۸	۰/۸۷	۱۰/۵۵	۰/۸۹۰
	گواه	۵/۱۸	۱/۸۶	۴/۷۵	۱/۷۳	۴/۴۴	۱/۴۳
مسئولیت‌پذیری	آزمایش	۳/۶۲	۱/۳۱	۶/۶۸	۱/۶۶	۶/۴۳	۱/۸۷
	گواه	۲/۸۱	۱/۳۷	۳/۴۳	۱/۷۱	۳/۸۱	۱/۶۴
خویشتن‌داری	آزمایش	۱/۸۷	۰/۸۰	۴/۱۲	۱/۲۰	۴/۳۶	۱/۳۶
	گواه	۱/۹۳	۱/۶۱	۲/۱۹	۱/۶۸	۲/۵۶	۱/۷۱
مهارت‌های اجتماعی (کل)	آزمایش	۱۹/۶۸	۳/۷۳	۳۸/۲۵	۳/۳۵	۳۷/۲۸	۳/۷۰
	گواه	۱۹/۰۶	۵/۶۵	۱۸/۷۵	۵/۹۳	۱۹/۲۴	۵/۳۸

به‌منظور پاسخ‌گویی به هدف‌های پژوهش مبنی‌بر اثربخشی برنامهٔ آموزشی مهارت‌های اجتماعی، با مقایسهٔ نمرات مهارت‌های اجتماعی دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و مرحلهٔ پیگیری، تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر[1] به‌کار رفت. البته در ابتدا توسط آزمون کلموگروف‌اسمیرنف از مفروضه‌های نرمال‌بودن و با آزمون ام‌باکس از مفروضهٔ همگنی ماتریس کوواریانس و با آزمون لون از همگنی واریانس در دو گروه اطمینان حاصل شد. علاوه‌براین، مفروضهٔ کرویت با به‌کارگیری آزمون موچلی برای مؤلفه‌ها نشان داد این مفروضه برقرار

[1]. REMANOVA

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.58.0]

نیست ($p<$۰/۰۰۱) و باید از یافته‌های تصحیح‌شدهٔ گرین‌هاوس گیسر استفاده شود؛ بنابراین استفاده از آزمون مذکور بدون مانع بود.
تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر مشخص کرد مداخلات در بررسی درون‌گروهی در عامل زمان (F=۴/۹۲، $p<$۰/۰۰۱) و اثر تعاملی زمان و گروه (F=۶/۹۸، $p<$۰/۰۰۱) معنادار بوده است.

جدول ۳. نتایج تفاوت‌های درون‌گروهی برای نمرات مهارت‌های اجتماعی و مؤلفه‌های آن (همکاری، قاطعیت، مسئولیت‌پذیری، خویشتن‌داری)

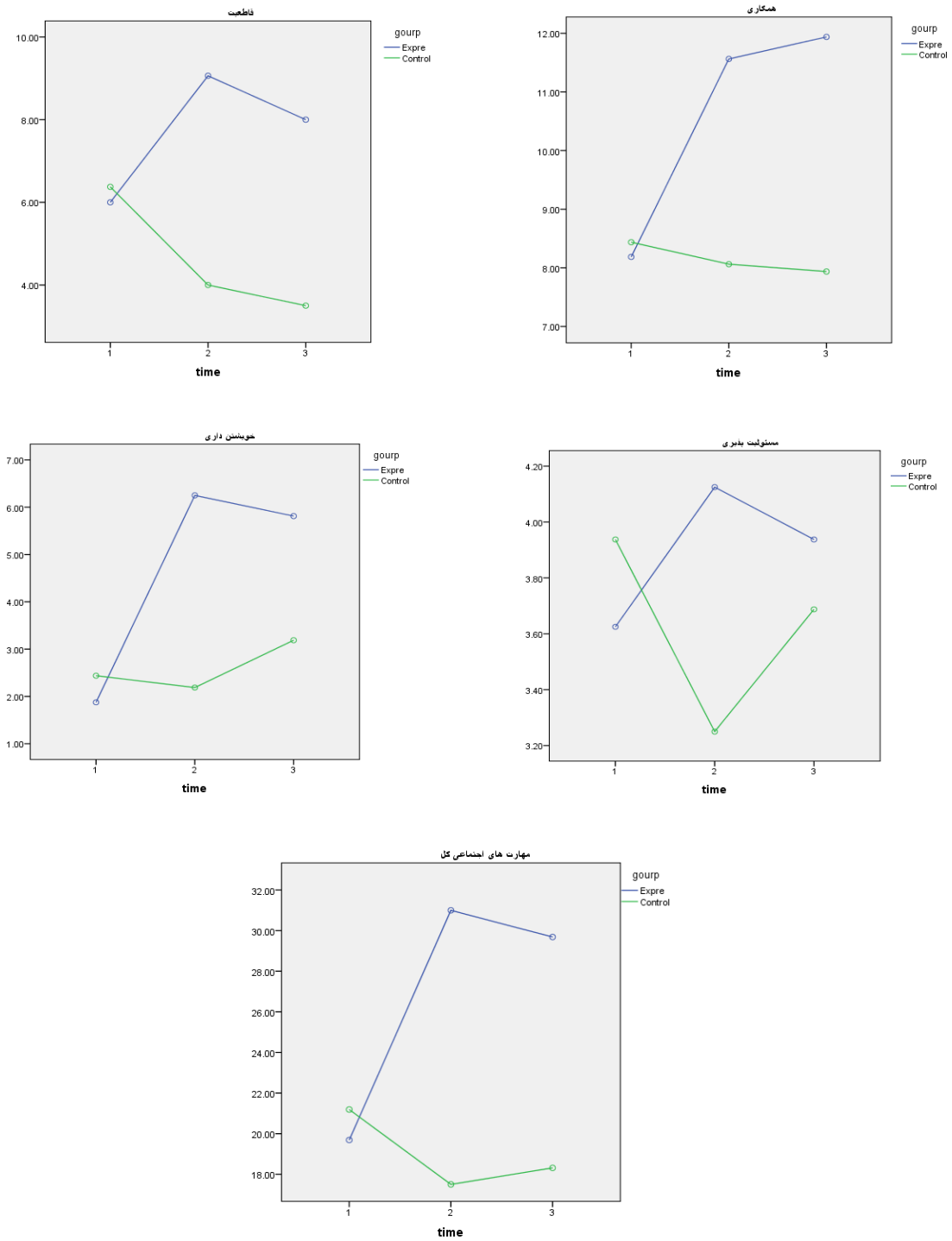
منابع تغییرات	مؤلفه‌های مهارت	مقدار F	مقدار p	اندازهٔ اثر
زمان	همکاری	۶/۹۴	۰/۰۱۳	۰/۱۹
	قاطعیت	۰/۷۱	۰/۴۰۷	۰/۰۲
	مسئولیت‌پذیری	۰/۰۰۵	۰/۹۴۲	۰/۰۱
	خویشتنداری	۲۰/۶۰	<۰/۰۰۱	۰/۴۱
	مهارت‌های اجتماعی (کل)	۹/۵۵	۰/۰۰۴	۰/۲۴
زمان*گروه	همکاری	۱۱/۸۸	۰/۰۰۲	۰/۲۸
	قاطعیت	۲۱/۹۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۲
	مسئولیت‌پذیری	۰/۴۳	۰/۵۱۷	۰/۰۱
	خویشتنداری	۹/۵۳	۰/۰۰۴	۰/۲۴
	مهارت‌های اجتماعی (کل)	۳۱/۱۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۱

جدول ۳ نشان می‌دهد نتایج آزمون اثر درون‌گروهی در سه مرحلهٔ ارزیابی برای گروه آزمایش در مؤلفهٔ همکاری (F=۶/۹۴، $p=$۰/۰۱۳) و خویشتن‌داری (F=۲۰/۶۰، $p<$۰/۰۰۱) و مهارت‌های اجتماعی کل (F=۹/۵۵، $p=$۰/۰۰۴)، معنادار است؛ اما در مؤلفه‌های قاطعیت و مسئولیت‌پذیری معنادار نیست. همچنین اثر درون‌گروهی برای اثر تعامل زمان و گروه برای مؤلفهٔ همکاری (F=۱۱/۸۸، $p=$۰/۰۰۲)، قاطعیت (F=۲۱/۹۶، $p<$۰/۰۰۱)، خویشتن‌داری (F=۹/۵۳، $p=$۰/۰۰۴) و مهارت‌های اجتماعی کل (F=۳۱/۱۸، $p<$۰/۰۰۱)، معنادار مشاهده می‌شود؛ بدین‌معنا که برنامهٔ آموزش مهارت‌های اجتماعی در گروه آزمایش موجب افزایش این مهارت‌ها شده است؛ اما این تغییرات برای مؤلفهٔ مسئولیت‌پذیری معنادار نیست.

جدول ۴. نتایج تفاوت‌های بین‌گروهی برای نمرات مهارت‌های اجتماعی و مؤلفه‌های آن (همکاری، قاطعیت، مسئولیت‌پذیری، خویشتن‌داری)

مؤلفه‌های مهارت‌های اجتماعی	منبع پراش	مقدار F	مقدارp	اندازهٔ اثر
گروه	همکاری	۹/۹۴	۰/۰۰۴	۰/۲۵
	قاطعیت	۱۷/۷۰	<۰/۰۰۱	۰/۳۷
	مسئولیت‌پذیری	۰/۳۵	۰/۵۶۰	۰/۰۱
	خویشتن‌داری	۱۳/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۳۱
	مهارت‌های اجتماعی (کل)	۲۳/۹۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۴

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.58.0]



شکل ۱. نمودار میانگین‌های گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

براساس یافته‌های جدول ۴ و نمودار ۱ نتایج حاصل از آزمون اثر بین‌گروهی در سه مرحلهٔ ارزیابی، مشخص می‌کند تفاوت دو گروه آزمایش و گواه در مؤلفه‌های همکاری (F=۹/۹۴ ،p=۰/۰۰۴)، قاطعیت (F=۱۷/۹۴ ،p<۰/۰۰۱)، خویشتن‌داری (p=۰/۰۰۱، F=۱۳/۷۴) و مهارت‌های اجتماعی کل (F=۲۳/۹۲ ،p<۰/۰۰۱)، معناداراست؛ اما تفاوت دو گروه در مؤلفهٔ مسئولیت‌پذیری (F=۰/۳۵ ،p=۰/۵۶۰)، معنادار نیست؛ بنابراین باتوجه به یافته‌های پژوهش می‌توان گفت برنامهٔ مداخلاتی آموزش گروهی مهارت‌های اجتماعی بر مهارت‌های اجتماعی و مؤلفه‌های همکاری و قاطعیت و خویشتن‌داری به‌جز مؤلفهٔ مسئولیت‌پذیری، در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی اثر مثبت و معنادار دارد.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.58.0]

۴ بحث

نتایج پژوهش مشخص کرد آموزش مهارت‌های اجتماعی، به‌گونه‌ای معنادار بر بهبود مهارت‌های اجتماعی و مؤلفه‌های آن (همکاری و قاطعیت و خویشتن‌داری) در دانش‌آموزان پسر مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی مؤثر است؛ اما در بهبود مؤلفهٔ مسئولیت‌پذیری تأثیری نداشت.

تاکنون پژوهش‌های کمی به‌منظور بررسی تأثیر مهارت‌های اجتماعی بر عملکرد اجتماعی و خرده‌مقیاس‌های مرتبط با آن در دانش‌آموزان با اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی انجام گرفته است. درزمینهٔ پژوهش‌های هم‌راستا با موضوع، نتایج پژوهش گالی و همکاران (۱۷)، در رابطه با بررسی اثرات مشارکت در «برنامهٔ مداخله‌ای مهارت‌های اجتماعی (SCIP)» بر سنجش‌های مشارکت و مهارت و رفتار اجتماعی در سه گروه از کودکان با تشخیص ناهنجاری‌های طیف اوتیسم (ASD) و ناتوانی یادگیری غیرکلامی (NLD) و ناهنجاری‌های نداشتن تمرکز ناشی‌از بیش‌فعالی (ADHD)، بهبود زیادی را در حوزه‌های کلیدی رفتار اجتماعیِ مشاهده‌شده در محیطی طبیعی، نشان داد. والدین و کودکان در موقعیت SCIP تغییرهای مثبت چندگانه‌ای را گزارش کردند. براساس پژوهش‌های یگانه و همکاران (۲۰ـ۱۸)، آموزش مهارت‌های اجتماعی با شیوهٔ شناختی‌رفتاری در کاهش نشانه‌های اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی و اختلال‌های هیجانی و رفتاری برون‌نمود و افزایش کنش‌وری سازشی در دانش‌آموزان مؤثر است. همچنین نتایج این تحقیق با پژوهش‌های بارنز و همکاران (۲۱)، مک کنوقی و همکاران (۵)، کالیوا و اجالیوتیس (۲۲)، دبو و پرینس (۱۱)، صدری دمیرچی و اسماعیلی (۲۳)، برقی ایرانی و همکاران (۲۴) و اکملی (۲۵) که یافته‌های بیشتر آن‌ها حاکی‌از تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر بهبود عملکرد اجتماعی و مؤلفه‌های مرتبط با آن در دانش‌آموزان بوده، همسوست. در تحقیقات اکملی و همکاران (۲۵) مشخص شد آموزش مهارت‌های اجتماعی موجب افزایش عزت‌نفس و مهارت‌های اجتماعی در دانش‌آموزان دختر ۱۰تا۱۲ساله با اختلال‌های هیجانی و رفتاری، می‌شود.

در ارتباط با اثربخشی درازمدت و پایداری اثرات آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان ADHD، تأثیرات بعد از یک‌ماه نیز پایدار بود. بارنز و همکاران (۲۱)، در بررسی اثربخشی درازمدت آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان ۵الی۱۳ساله مبتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی بعد از گذشت ۱۲ ماه، حفظ اثرات مداخله را در محیط خانه و کلینیک مشاهده کردند.

در تبیین تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان می‌توان گفت اکتساب عملکرد اجتماعی و ارتباط سالم با اطرافیان به‌خصوص همسالان شرط اساسی برای رشد بهینهٔ کودک است. باتوجه به اینکه برای افراد با اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی معمولاً چنین فرصتی وجود ندارد، آموزش مهارت‌های اجتماعی و تقویت رفتار اجتماعی مناسب در این کودکان، می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا تشخیص دهند چه زمانی رفتارشان نامناسب است که منجربه تعامل مثبت و سازنده با اطرافیان، تغییر مثبت تصورها و پذیرش اجتماعی بیشتر از سوی همسالان، دریافت تقویت از سوی افرادی‌که کودک با آن‌ها در تعامل است و نیز افزایش عزت‌نفس کودک می‌شود. این پذیرش و افزایش عزت‌نفس موجب گسترش روابط و ایجاد فرصت‌های بیشتر یادگیری مهارت‌های اجتماعی و عملکرد اجتماعی مناسب کودک می‌شود (۷،۲۲).

مداخلهٔ اولیه و به‌موقع در درمان علائم ADHD به‌صورت مستقیم و همچنین حل مسائل مربوط به خودپنداره مثل شناسایی نقاط قوت فرد و به‌اشتراک‌گذاشتن موفقیت‌ها و فراهم‌کردن حمایت همسالان، می‌تواند در بهینه‌سازی عملکرد این کودکان‌ونوجوانان مؤثر باشد (۴)؛ بنابراین در این میان مدرسه، محلی که کودک ساعات زیادی از زندگی خود را در آن می‌گذراند، نقش مهمی در شناسایی کودکان با اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی دارد. شناسایی این کودکان و برگزاری برنامه‌های آموزشی متناسب با نیازهای آن‌ها می‌تواند از بسیاری از مشکلات مانند ضعف روابط با همسالان و عملکرد اجتماعی نامناسب، کاهش عزت‌نفس، افت تحصیلی، اخراج از مدرسه، رفتار پرخاشگرانه و... پیشگیری کند. برنامهٔ نظام‌دار برای پرورش مهارت‌های اجتماعی کودکان نیازمند همکاری والدین، دانش‌آموزان، معلمان، مدیران و تمام افرادی است که به‌نحوی با کودکان رابطه دارند. اگر کودکان با اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی در زمان مناسب شناسایی و درمان و مدیریت شوند، به‌طور نسبی بهنجار رشد می‌کنند و فرد مفیدی برای جامعه خواهند شد؛ لذا مداخلهٔ به‌موقع برای شناسایی نشانه‌های اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی و درمان چندجانبهٔ مشکل‌های آن‌ها ضروری است.

از محدودیت‌های این تحقیق می‌توان به این نکته اشاره کرد که این پژوهش فقط بر دانش‌آموزان پسر با اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی ۸تا۱۲سالهٔ دورهٔ ابتدایی صورت گرفت و لذا باید در تعمیم نتایج آن به سایر دانش‌آموزان جانب احتیاط را رعایت کرد. نمونه‌های این پژوهش به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند که ممکن است این امر بر روایی بیرونی پژوهش تأثیر بر جای گذارد. همچنین زمان اجرای آزمون پیگیری یک‌ماه بعد از پایان مداخلات درمانی بود که تقریباً کم است.

پیشنهاد می‌شود این پژوهش روی دختران با جامعهٔ آماری متفاوت صورت گیرد. علاوه‌بر مهارت‌های اجتماعی و مؤلفه‌های آن، تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر سایر متغیرها مانند پیشرفت تحصیلی، افسردگی، اضطراب و... در کودکان دارای اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی بررسی و نیز اثر این‌گونه آموزش‌ها بر بهبود سلامت روانی و سازگاری کودکان سایر اختلال‌ها مطالعه شود. همچنین تأثیر مهارت‌های اجتماعی در گروه‌های خفیف و متوسط و شدید دانش‌آموزان دارای اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی ارزیابی شده و اثر میزان اختلال در پاسخ‌دهی به درمان مهارت‌های اجتماعی سنجیده شود. همین‌طور مداخله‌های آتی با مشارکت کامل و همه‌جانبهٔ والدین و معلمان صورت پذیرد.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های تحقیق پیشنهاد می‌شود علاوه‌بر برنامه‌های درسی، برنامهٔ آموزش مهارت‌های اجتماعی دقیق و مدونی باتوجه به سن، دورهٔ تحصیلی، جنسیت، وضعیت اقتصادی‌اجتماعی و نیازهای کودکان

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.58.0]

تدوین و از سوی مراجع مرتبط به‌عنوان آموزش مکمل در محتوای آموزش مدارس گنجانیده شود. همچنین به آموزش این‌گونه مهارت‌ها به‌خصوص برای دانش‌آموزان درگیر در مشکلات و ناسازگاری‌های رفتاری و اجتماعی، توجه شود.

۶ تشکروقدردانی

در پایان از پرسنل محترم مرکز جامع اعصاب و روان آتیه و دانش‌آموزان و والدین آن‌ها که با صرف زمان ارزشمندشان و شرکت در جلسات آموزشی و پاسخ به سؤالات پرسشنامه‌های این پژوهش، ما را در این مسیر یاری کردند، صمیمانه تشکر می‌شود.

References

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Rezaee F. (Persian translator). Eleventh Edition. Thran, Iran: Arjmand publication; 2015, pp:445-59.
2. Kowsary L, Alizadeh H. A comparative study on social skills in primary students with and without attention deficit hyperactivity disorder. Psychological Studies. 2010;6(3):109-34. [Persian] doi:10.22051/PSY.2010.1580
3. Storebø OJ, Skoog M, Damm D, Thomsen PH, Simonsen E, Gluud C. Social skills training for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(12):CD008223. doi:10.1002/14651858.CD008223.pub2
4. Houck G, Kendall J, Miller A, Morrell P, Wiebe G. Self-concept in children and adolescents with ADHD. J Pediatr Nurs. 2011;26(3):239-47. doi:10.1016/j.pedn.2010.02.004
5. McConaughy SH, Volpe RJ, Antshel KM, Gordon M, Eiraldi RB. Academic and social impairments of elementary school children with attention deficit hyperactivity disorder. School Psychology Review. 2011;40(2):200-25.
6. Kofler MJ, Harmon SL, Aduen PA, Day TN, Austin KE, Spiegel JA, et al. Neurocognitive and behavioral predictors of social problems in ADHD: A Bayesian framework. Neuropsychology. 2018;32(3):344-55. doi:10.1037/neu0000416
7. Mikami AY, Smit S, Khalis A. Social skills training and ADHD-what works? Curr Psychiatry Rep. 2017;19:93. doi:10.1007/s11920-017-0850-2
8. Realmuto GM, Winters KC, August GJ, Lee S, Fahnhorst T, Botzet A. Drug use and psychosocial functioning of a community derived sample of adolescents with childhood ADHD. J Child Adolesc Subst Abuse. 2009;18(2):172-192. doi:10.1080/10678280902724176
9. Shaw-Zirt B, Popali-Lehane L, Chaplin W, Bergman A. Adjustment, social skills, and self-esteem in college students with symptoms of ADHD. J Atten Disord. 2005;8(3):109-20. doi:10.1177/1087054705277775
10. Little SG, Swangler J, Akin-Little A. Defining Social Skills. In: Matson JL. Handbook of Social Behavior and Skills in Children. First edition. New York city, USA: Springer Cham publishing; 2017, pp:10-1. doi:10.1007/978-3-319-64592-6_2
11. de Boo GM, Prins PJ. Social incompetence in children with ADHD: possible moderators and mediators in social-skills training. Clin Psychol Rev. 2007;27(1):78-97. doi:10.1016/j.cpr.2006.03.006
12. Minaei A. Factorial invariance of syndromes' items of Achenbach's child behavior checklist (CBCL). Educational Psychology. 2007;3(7):93-116. [Persian] doi:10.22054/JEP.2007.6005
13. Minaei A. Adaptation and standardization of child behavior checklist, youth self-report, and teacher's report forms. Journal of Exceptional Children. 2006;6(1):529-58. [Persian] http://joec.ir/article-1-416-en.html
14. Yazdkhasti F, Oreyzi H. Standardization of Child, Parent and Teacher's Forms of Child Behavior Checklist in the City of Isfahan. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2011;17(1):60-70. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1318-en.html
15. Gresham FM, Elliott SN. Social skills rating system manual. First edition. USA: American Guidance Service; 1990.
16. Shahim S. A survey of social skills in a group of educable mentally retarded children using social skills rating system. Journal of Psychology and Educational. 1999;4(1):18-37. [Persian]
17. Guli LA, Semrud-Clikeman M, Lerner MD, Britton N. Social Competence Intervention Program (SCIP): A pilot study of a creative drama program for youth with social difficulties. Arts Psychother. 2013;40(1):37-44. doi:10.1016/j.aip.2012.09.002
18. Yeganeh T. Effectiveness of social skills training on adaptive functioning and emotional-behavioral disorders in students. Developmental Psychology. 2014;10(40):409-19. [Persian]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.58.0]

19. Yeganeh T, Hosseinkhanzadeh AA, Zarbakhsh M. Effectiveness of social skill training via cognitive-behavioral approach on reducing symptoms of ADHD disorder in students. Social Cognition. 2014;3(1-5):57-72. [Persian]
20. Yeganeh T, Hossein-Khanzadeh A, Zarbakhsh MR. The effectiveness of cognitive-behavioral social skills training (CBSST) on reducing symptoms of students with externalizing behavior disorders. Psychology of Exceptional Individuals. 2013;3(11):41-63. [Persian]
21. Barnes G, Wilkes-Gillan S, Bundy A, Cordier R. The social play, social skills and parent-child relationships of children with ADHD 12 months following a RCT of a play-based intervention. Aust Occup Ther J. 2017;64(6):457-65. doi:10.1111/1440-1630.12417
22. Kalyva E, Agaliotis I. Can social stories enhance the interpersonal conflict resolution skills of children with LD? Journal of Research in Developmental Disabilities. 2009;30(1):192-202. doi:10.1016/j.ridd.2008.02.005
23. Sadri Damirchi A, Esmaili Ghazivaloii F. Effectiveness of social-emotional skills training on cognitive emotion regulation and social skills in children with learning disabilities. Journal of Learning Disabilities. 2016;5(4):59-86. [Persian]
24. Barghi Irani Z, Bakhti M, Bagiyan Agiyankulemare MJ. The effectiveness of a cognitive processing-based social skills training on the effectiveness of cognitive processing based training of social skills on, emotional, psychological well-being and reducing the symptoms of children with conduct disorder. Social Cognition. 2015;4(1-7):157-75. [Persian]
25. Akmali M. The effect of social skills training on self-esteem of children with emotional and behavioral disorder [Thesis for M.Sc. in psychology and exceptional children education]. [Tehran, Iran]: Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tehran University; 2012, pp: 117-20. [Persian]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.58.0]