

## اثربخشی گروه‌درمانی شناختی بر کنترل خشم مادران دارای دانش‌آموز مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان

فاطمه سادات رحیمی\* / زهرا جلولی زاده\*\* / محجوبه علمیرادی\*\*\*

### چکیده

اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه، اختلالی عصبی-رشدی است که با نقص تحولی در توجه مستمر، کنترل تکانه و نقص در فعالیت حرکتی در پاسخ به نیازهای موقعیتی مشخص می‌شود. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی گروه‌درمانی بر کنترل خشم مادران دارای دانش‌آموز مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان مقطع دبستان انجام شده است. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی می‌باشد که از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری شامل کلیه مادران دانش‌آموزان دختر و پسر با اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه مقطع دبستان در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ شهر کرج بود که تعداد ۱۳۸ نفر از بین مناطق این شهر به عنوان نمونه انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود که از میان ۴ مرکز اختلالات یادگیری، ۲ مرکز به صورت تصادفی انتخاب شد. از میان ۲ مرکز ۳۰ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب شد و به دو گروه کنترل و آزمایش که هرکدام شامل ۱۵ نفر بود به صورت تصادفی تخصیص یافتند. ابزار پژوهش مقیاس‌های ارزشیابی معلم از کودکان (فرم B2 راتر) و پرسشنامه

\* کارشناسی ارشد مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران گروه راهنمایی و مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران

\*\* کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ورامین، ورامین، ایران گروه

روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ورامین، ورامین، ایران

\*\*\* کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران، نویسنده مسئول، ایمیل: گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران، نویسنده مسئول، ایمیل:

خشم نواکو بود. داده‌ها با استفاده از روش شاپیرویلک و تحلیل کواریانس تک‌متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد که، گروه درمانی مادران دانش‌آموزان مبتلا به بیش‌فعالی / نقص توجه باعث کاهش خشم ( $P=0/0001$ )، کاهش رفتار پرخاشگرانه ( $P=0/018$ )، کاهش احساس پرخاشگرانه ( $P=0/05$ ) و کاهش افکار پرخاشگرانه آنان گردید ( $P=0/007$ ). براساس یافته‌های پژوهش می‌توان اظهار داشت که مشورت گروهی با مادران دارای دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه منجر به کنترل خشم مادران و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان شده است.

**واژگان کلیدی:** گروه درمانی، کنترل خشم، پیشرفت تحصیلی، مادران دارای دانش‌آموز مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه.

#### مقدمه

در کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی<sup>۱</sup>، رفتار تکانشگری بسیاری مشاهده می‌شود و همین امر سبب تحریک‌پذیری بیشتر و افزایش خشم والدین آنها می‌شود (عاقبتی و همکاران، ۱۳۹۱)، اما یافته‌ها حاکی از آن است که تعاملات درون خانوادگی، در خانواده‌های دارای فرزند با اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه با سطوح بالایی از ناسازگاری و ناهماهنگی همراه است (نقدی، ادیب راد، نوزانی پور، ۱۳۸۹). چرا که این کودکان، از دستورات والدین و سایر اعضا تبعیت نمی‌کنند، تکالیف را انجام نمی‌دهند و رفتارهای منفی بیشتری نسبت به همسالان خود دارند که این شرایط، ناکارآمدی کارکردهای خانوادگی را به دنبال دارد. پس خانواده همیشه کارکردهای خود را به خوبی انجام نمی‌دهد (نقدی و همکاران، ۱۳۸۹، فابیانو<sup>۲</sup> و همکاران ۲۰۰۹).

اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه، اختلالی مزمن و فراگیر است که با نقص تحولی در توجه مستمر، کنترل تکانه و نقص در فعالیت حرکتی در پاسخ به نیازهای موقعیتی مشخص می‌شود. این اختلال اغلب مختل‌کننده است و به‌طور نامطلوبی کارکرد روانی اجتماعی کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در حدود ۶۵٪ از این کودکان، رفتار پرخاشگرانه، افسردگی یا تمایلات بی‌اعتنایی مقابله‌ای را نشان می‌دهند. همچنین تقریباً همه کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی دچار ضعف تحصیلی و مشکلات عمده در روابط با همسالان می‌باشند (آناستا پولوس؛ گارومنت و دوپال<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳).

فراوانی این اختلال، در حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد کودکان مدرسه رو، یا گاهی در حدی کمتر، حدود ۳ تا ۷ درصد گزارش شده است. به لحاظ میزان ابتلا، پسران مبتلا سه برابر دختران برآورد می‌شوند. این اختلال در ۵۰ تا ۸۰ درصد کودکان تا دوره نوجوانی و در ۳۰ تا ۵۰ درصد از آنها تا دوره بزرگسالی ادامه خواهد یافت. این اختلال در دوران رشد مشکلات متعددی ایجاد می‌کند که عمده‌ترین آنها عبارت‌اند از پیشرفت تحصیلی اندک، رفتار اجتماعی ضعیف، اضطراب، بزهکاری، بی‌ثباتی وعدم پیگیری کارها هست (بروک، جیمرسون، و هانسن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹، کویین، ترجمه‌ی علیزاده، ۱۳۸۹).

پیشرفت تحصیلی همواره مورد توجه و عنایت خاص نظام‌های آموزشی قرار داشته است و میزان پیشرفت تحصیلی یکی از ملاک‌های ارزیابی کارایی نظام‌های آموزشی محسوب می‌شود (کرامتی،

---

1 -ADHD

2 -Fabiano

3 -Anastopoulos, Guevermont & Dupaul

4 -Brock, Jimerson & Hansen

حیدری رفعت، عنایتی‌نویین‌فر، هدایتی، ۱۳۹۱). موفقیت و شکست تحصیلی نقش عمده‌ای را در تأثیرگذاری بر این‌که راجع به خودمان چه احساسی داریم ایفا می‌کند. موفقیت یا شکست تحصیلی بر ماهیت رابطه با دیگران، این‌که راجع به آن‌ها چه احساسی داریم و همچنین بر خودپنداره‌ی ما اثر می‌گذارد (فریدمن و دویال، ترجمه‌ی صدرالسادات وهمکاران، ۱۳۸۳). دانش‌آموزان دارای اختلال بیش‌فعالی، به نسبت دانش‌آموزان عادی دارای پیشرفت تحصیلی کمتری هستند که علاوه بر تبعات آموزشی (افت تحصیلی و یا در بدترین حالت ترک تحصیل) آن، دارای تبعات مادی بسیاری نیز هست. درگیر شدن والدین این دانش‌آموزان در زمینه عدم پیشرفت تحصیلی، می‌تواند باعث بروز خشم در آنان شده و مشکلات تحصیلی فرزندانشان را تشدید نماید (دل آنجلو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۹، تبریزی، استکی، تبریزی، ۱۳۹۱).

در صورتی‌که خشم والدین کنترل نشود و دائماً به روش‌های مختلف از جمله تهدید، تحقیر، کلمات رکیک، تنبیه بدنی و روش‌های منفی دیگر به کودک ابراز شود، در کودک احساس نافرمانی، لجبازی، عدم پذیرش انتقاد و حتی در بیشتر اوقات احساس ناتوانی و عدم عزت نفس، گوشه‌گیری و افسردگی ایجاد می‌کند. در نتیجه این صفات با رشد جسمی کودک رشد کرده و شدت می‌یابد و سبب اختلالات رفتاری، روانی و اجتماعی بی‌شماری می‌شود (کنی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷، ناصحی، ۱۳۸۴).

یافته‌ها نشان می‌دهد که تهدیدهای مادران، وضعیت خلقی آنها، مشکلات رفتاری کودک، احساس شایستگی والدین، خودکارآمدی و افسردگی مادران، در مشکلات رفتاری کودکان سهیم است (کیمیایی و همکاران، ۱۳۸۹). خشم مهار نشده، سازگاری و سلامتی افراد را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد. همواره تعداد فراوانی از مسائل بین فردی و اجتماعی وجود داشته است که از این هیجان متأثر شده و خسونت، قابل پیش‌بینی‌ترین پیامد است (کیلینگ، گنکالوس، تانوک، کاستلانوس، ۲۰۱۵).

بیشتر تعارض‌هایی که در خانواده بین کودک و والدین به وجود می‌آید ناشی از مهارت‌های ناکافی در امر مذاکره و گفت‌وگو بین اعضای خانواده، عدم توافق در مورد قواعد، مسئولیت‌ها و ارزش‌ها و مهارت‌های ضعیف در حل مسئله، مهارت‌های ارتباطی ضعیف، دریافت‌های شناختی تحریف شده، ضعف در توانایی درک دیدگاه دیگران، عدم مهارت کافی در کنترل خشم، ضعف در مهارت‌های تصمیم‌گیری و جرأت‌ورزی است (شکوهی، ۱۳۸۷). با توجه به عوارض منفی و مخرب فردی و

---

1 -Dell Angello

2 -Kenny

اجتماعی خشم در جایگاه یکی از هیجان‌های منفی، مسئله مهم، مدیریت خشم است (شکوهری، ۱۳۸۷). روانشناسان، کودکی را دوره‌ای از زندگی دانسته‌اند که تأثیر آن در تمام عمر، به خوبی مشهود است. بسیاری از صفات و ویژگی‌هایی که در کودکی شکل می‌گیرند، اغلب در طول عمر پایدار باقی می‌مانند و یا این که می‌توان تأثیر آن را در سنین بعدی یا بزرگسالی مشخص کرد. در واقع مشکلات دوره کودکی علاوه بر مختل عملکرد توانایی‌های کودک، او را برای مشکلات دیگر در آینده مستعد می‌سازد (فریدمن و دویال؛ ترجمه‌ی صدر السادات، محمدی و صدر السادات، ۱۳۸۱).

خشم که به عنوان یک هیجان گذرا تجربه می‌شود، بخشی از ساختار شخصیتی انسانی است، نه یک مشکلی که به طور قهری و غیرارادی ایجاد شده باشد. با این وجود برانگیختگی خشم به صورت مکرر می‌تواند مشکل‌ساز باشد، چراکه این برانگیختگی می‌تواند فعال‌کننده رفتار پرخاشگرانه بوده و به سازگاری روانشناختی و سلامت فردی آسیب رساند. همچنین خشم هیجانی است که به شمشیر دو لبه معروف است، به این معنا که برون‌ریزی آن باعث تخریب افراد و اشیاء اطراف می‌شود و درون‌ریزی و سرکوب آن صدمات جسمانی و روانی را برای فرد به بار می‌آورد (سید محمدی، ۱۳۸۹).

پرخاشگری معطوف به یک سن و دوره خاص نیست، همانطور که در تحقیقات مختلف مشخص شده است، پرخاشگری و خشونت از سنین خردسالی وجود داشته و در طول زمان تداوم یافته و در نوجوانی و بزرگسالی ادامه می‌یابد. خشم به عنوان تجربه هیجانی رایج، در تعامل والدین با فرزندان شناخته شده است، که به عنوان عامل منفی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده روش‌های تربیتی نامناسب باشد (ابویی مهریزی، طهماسبیان، خوش کنش، ۱۳۸۹).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند کودکانی که مورد بدرفتاری قرار گرفته‌اند، دارای سبک دلبستگی ناایمن هستند و مشکلات عاطفی - شناختی مختلف مانند اضطراب، افسردگی، اختلال‌های خواب، رفتارهای خودتخریبی<sup>۱</sup>، سطوح پایین حرمت خود<sup>۲</sup>، گسستگی اجتماعی<sup>۳</sup>، بیش‌فعالی و پرخاشگری<sup>۴</sup> نیز مشاهده می‌شود (یاوریان، سهرابی و یاوریان، ۱۳۸۹).

محققان عدم کنترل خشم را به عنوان یک متغیر کلیدی در ارزیابی و درمان والدین بدرفتار تأکید کرده‌اند. با استفاده از برنامه‌های پیشگیری و مداخله اولیه شامل ارتقاء نقش نظارتی والدین به وسیله

---

1-Self-destuction

2 -Self-esteem

3 -Social incoherence

4 -Agression

کمک به آنها در زمینه یادگیری چگونگی مواجهه با فرزندان و در واقع اصلاح سبک‌های فرزندپروری و کاهش خشونت و بدرفتاری با کودکانشان، یادگیری راهبردهای مدیریت خشم و مهارت‌های حل مسأله می‌تواند مهارت‌های والدین و قابلیت‌های اجتماعی آنها را بهبود بخشد (نواکو<sup>۱</sup> به نقل از زنگنه، ۱۳۹۰).

محققان طی پژوهشی فراتحلیلی گزارش کردند که بیشتر پژوهش‌های انجام شده، از برنامه‌های مداخله‌ای درمان خشم مبتنی بر درمان شناختی- رفتاری استفاده کرده‌اند. این رویکرد می‌تواند ترکیبی از روش‌های گوناگون از قبیل آرمیدگی<sup>۲</sup>، بازسازی شناختی<sup>۳</sup>، حل مسئله<sup>۴</sup> و تلقیح استرس<sup>۵</sup> باشد و معمولاً این روش‌ها به تنهایی مورد استفاده قرار نمی‌گیرند. این رویکرد، افکار و نگرش‌های نادرست را به چالش می‌طلبد؛ همچنین با آموزش روش‌های مقابله، گفت و گوی درونی و راهبردهای حل مسئله در جهت ارتقای رفتارهای اجتماعی، افزایش صمیمیت و ارتباط مثبت با کودک می‌کوشد (شکوهی، ۱۳۸۷).

والدینی که کودکی با اختلال بیش فعالی / نقص توجه دارند، اغلب واکنش‌های مختلفی نسبت به تکانشگری کودک و یا فقدان توجه او نشان می‌دهند، این واکنش‌ها می‌تواند شامل احساس گناه، افسردگی، خشم، یأس، ناامیدی و درماندگی، وابستگی، انکار و اضطراب باشد. از میان اختلالات متنوع که در دوران کودکی رخ می‌دهد، کودکان با اختلال بیش فعالی / نقص توجه نسبت به تمام کودکان اختلال رفتاری بیشتری دارند. بنابراین، ددرسرها و مشکلات بیشتری برای والدین ایجاد می‌کنند که معمولاً این مشکلات باعث ایجاد پرخاشگری در والدین آنها می‌گردد (تبریزی، استکی، تبریزی، ۱۳۹۲). از طرفی خانواده شبکه‌ای از ارتباطات است که در آن والدین و کودکان در فرایندی دوسویه با یکدیگر تعامل دارند. در این مجموعه طرفین قادرند تأثیرات شگرفی بر یکدیگر بگذارند، در دهه‌های اخیر، روانشناسان تأکید بسیاری بر روابط کودک با مراقبین داشته‌اند، آن‌ها واکنش‌های متقابل را اساس رشد شناختی- عاطفی کودک ذکر کرده‌اند و باور دارند که صمیمیت والدین خطر ابتلای کودک به اختلالات روانی را کاهش می‌دهد (سمیعی و همکاران، ۱۳۹۱).

- 
- 1 -Novaco
  - 2 -Relaxation
  - 3 -Cognitive Restructuring
  - 4 -Problem-Solving
  - 5 -Stress inculation

اگرچه خشم هیجانی طبیعی و گاهی مفید است، ولی خطرهایی نیز به همراه دارد. وقتی خشم خارج از کنترل و مخرب باشد، می‌تواند به مشکلاتی در کار، روابط بین‌فردی و کیفیت کلی زندگی منجر شود (شکوهی، ۱۳۸۳، دیویدسون، ۲۰۱۵).

در خانواده‌هایی که کودکان با اختلالات شایع روانی از جمله بیش‌فعالی / نقص توجه دارند به دلیل اینکه رفتار غالب این افراد تکانشگری و نافرمانی و حواس‌پرتی است، سبب ایجاد تحریک‌پذیری بالا در والدین می‌شود. در اثر تداوم رفتارهای پرخاشگرانه والدین با کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه کم‌کم شخصیت کودک ستیزه‌جو گشته و به شخصیت ضداجتماعی تبدیل می‌شود که علاوه بر آسیب بر خانواده بر جامعه نیز آسیب وارد می‌کنند (عاقبتی و همکاران، ۱۳۹۱، جانگ، ۲۰۱۵).

پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان از این جهت اهمیت دارد که بر پیشرفت آموزشی در یادگیری اثر داشته و یادگیری آموزشی نیز به نوبه خود پیشرفت تحصیلی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان از جهات گوناگون مورد بررسی قرار گرفته است. شاید یکی از دلایل این امر نقشی است که این متغیر در سایر ابعاد زندگی فردی و اجتماعی دانش‌آموزان بر جای می‌گذارد.

مطالعه عوامل مؤثر بر پیشرفت تحصیلی، طی سه دهه اخیر بیش از پیش مورد توجه متخصصان تعلیم و تربیت قرار گرفته است. حساسیت تعلیم و تربیت از یک سو و پیچیدگی جهان امروز از سوی دیگر، مدیران و معلمان آگاه‌تری را می‌طلبد تا زمینه رشد جمعی را فراهم نمایند. آگاهی از تأثیر مهم پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان در سایر حوزه‌های زندگی، متخصصان را بر آن داشته است در زمینه بررسی متغیرهای مؤثر بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان تلاش‌هایی صورت دهند.

بر اساس آنچه گفته شد آموزش مادران جهت افزایش اطلاعات (یادگیری مهارت‌های اساسی والدینی در برخورد با این کودکان) افزایش پیشرفت تحصیلی، گامی ضروری در جهت تسهیل درمانی این کودکان است. از این لحاظ برنامه‌ی مشورت گروهی یک برنامه‌ی راهنمایی موفق علمی است که اطلاعات لازم توسط رهبر گروه درباره‌ی اختلال، تکنیک‌های شناختی- رفتاری و آموزش روابط مهارت‌های اجتماعی در جلسات گروه رد و بدل می‌شود. مادران جزو مهم‌ترین افرادی هستند که بر رشد دانش‌آموز تأثیر دارند. مادران بعضی اوقات تجربه کافی، زمینه آموزش نظری و مهارت‌های عملی

لازم در برخورد با مسائل فرزندانشان را ندارند تا عملکردی مؤثر به‌عنوان مراقبت‌کننده از دانش‌آموز ایفا نمایند. مسئله بعدی به استرس والدین مربوط می‌شود. پژوهش‌ها نشان می‌دهد استرس والدین کودکان مبتلا به این اختلال به طور مشخصی بالا می‌باشد. در این میان مشورت گروهی برای مادران، فرصتی فراهم می‌کند که از یکدیگر یاد بگیرند، مشکلات خود را بهتر بفهمند و از راهنمایی‌های لازم بهره‌گیرند. بسیاری از کودکان ADHD در خطر افتادن در مشکلات تحصیلی و روانی دیگر می‌باشند. کمبود هماهنگی بین مدارس، والدین و مؤسسات درمانی از یک برنامه چندوجهی جلوگیری می‌کند (علاقبندراد، ۱۳۹۱). بنابراین، با توجه به اهمیت کنترل خشم والدین به ویژه مادران، همچنین شرایط خاص کودکان با اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه و در نظر گرفتن راهبردهای مؤثر جهت مدیریت خشم مادران، تحقیق حاضر با این هدف ضرورت پیدا می‌کند تا با تعیین گروه درمانی به مادران این رویکرد آموزشی را به صورت همه‌جانبه در مراکز آموزشی گسترش داده و به ویژه برای افراد با ویژگی‌های خاص همچون اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه تا شاید سبب پیشگیری از مشکلات و شدت یافتن اختلالات روانی بیشتر گردد.

باتوجه به مطالب فوق، هدف پژوهش حاضر اثربخشی گروه درمانی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه بر کنترل خشم مادران و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان می‌باشد.

## روش

پژوهش حاضر، کاربردی و شیوه اجرای آن از نوع تحقیقات نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. در این روش، قبل از اجرای متغیر مستقل آزمودنی‌های انتخاب شده در هر دو گروه به وسیله پیش‌آزمون مورد اندازه‌گیری قرار می‌گیرند. نقش پیش‌آزمون اعمال کنترل (کنترل آماری) و مقایسه و در نتیجه تعیین اینکه تغییر ایجاد شده ناشی از اجرای متغیر آزمایشی بوده است یا عوامل دیگر (دلاور، ۱۳۷۹).



### جامعه آماری نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران دانش‌آموزان دختر و پسر با اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه مقطع دبستان سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ شهر کرج می‌باشد. از بین مناطق این شهر تعداد ۱۳۸ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود که از میان ۴ مرکز اختلالات یادگیری، ۲ مرکز به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. از میان ۲ مرکز ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و به دو گروه کنترل و آزمایش که هرکدام شامل ۱۵ نفر بود به صورت تصادفی گمارش شدند. در گروه آزمایشی، ۹ نفر مادر دارای کودک دختر و ۶ نفر مادر دارای پسر بیش‌فعال / نقص توجه وجود داشت. در گروه گواه، ۵ نفر مادر دارای کودک دختر و ۱۰ نفر مادر دارای کودک پسر بیش‌فعالی / نقص توجه وجود داشت. از لحاظ جمعیت‌شناسی، حدود سنی این مادران بین ۴۲-۲۷ سال بوده است و از لحاظ تحصیلات در دو گروه روی هم ۱۴ نفر تحصیلات در حد دیپلم و ۱۶ نفر تحصیلات بالای دیپلم داشتند و از لحاظ اشتغال هر دو گروه خانه‌دار بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش نداشتن مشکلات جسمانی، عدم سابقه شرکت در جلسات مشابه، عدم حضور در برنامه‌های مشابه به صورت همزمان، حضور در جلسات و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. ملاک خروج شامل داشتن بیماری جسمانی، حضور در جلسات روان‌درمانی و عدم حضور در حداکثر ۳ جلسه بود.

### ابزار پژوهش

۱. سیاهه خشم نواکو: این پرسشنامه که توسط نواکو (۱۹۸۶) ساخته شده، شامل ۳۰ ماده است که خشم، تهاجم و کینه‌توزی را می‌سنجد. به منظور نمره‌گذاری این مقیاس ۳۰ ماده‌ای برای هر یک از چهار گزینه (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، همیشه)، به ترتیب مقادیر ۰، ۱، ۲، ۳ در نظر گرفته شده است. به جز ماده ۱۸ که بار عاملی منفی دارد و این روش معکوس می‌شود. افرادی که در این مقیاس نمره بالاتر از میانگین کسب می‌کنند، پرخاشگری زیاد و افرادی که نمره‌های آنان کمتر از میانگین است، پرخاشگری کم خواهند داشت.

پرسشنامه فوق‌دارای سه بعد بوده که سؤالات مربوط به بعد رفتار پرخاشگرانه شامل (۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۳۰)، بعد افکار پرخاشگرانه (۶، ۸، ۹، ۱۸، ۲۱، ۲۲، ۲۹) و بعد احساس پرخاشگرانه (۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴) است. این پرسشنامه توسط نجاریان و

همکاران ساخته و هنجاریابی شده است. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که پایایی آزمون با روش ضریب آلفا ۷۴٪ است. همچنین روایی صوری آن نیز به تأیید اساتید این رشته رسیده است (خدایاری فرد، ۱۳۸۶).

۲. مقیاس ارزشیابی معلم از کودکان (فرم B2 راتر): این مقیاس در سال ۱۹۶۷ توسط پرفسور مایکل راتر به منظور تهیه یک ابزار پایا و معتبر جهت سنجش مشکلات رفتاری کودکان در مدرسه ساخته شد. آنچه در این پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرد پرسشنامه ۳۰ ماده‌ای راتر است که توسط مهربار و همکاران مطالعه شده و ۵ عامل در آن‌ها گزارش شده است. دانش‌آموزانی که در این آزمون نمره ۱۰ یا بالاتر کسب کنند ناسازگار تلقی می‌شوند که به علت همپوشی این عوامل با نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه از آن استفاده شد (محمد روزمپور، ۱۳۷۴). در پژوهش راتر و همکاران (۱۹۷۵) با به کار بردن روش دو نیمه کردن آزمون روایی آن را در حدود ۰/۸۹ در سطح معنی‌دار ۰/۰۰۱ گزارش کردند (روزمپور، ۱۳۹۰) و آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر، ۰/۸۹ می‌باشد.

## روش اجرا

قبل از شروع کارگاه‌های آموزشی، در جلسه‌ای که هر دو گروه آزمایش و گواه حضور داشتند، به منظور پیش‌آزمون پرسشنامه سیاهه خشم نواکو و مقیاس ارزشیابی معلم از کودکان (فرم B2 راتر) جهت پاسخ‌گویی در اختیار مادران و نیز معلمین قرار گرفت. پرسشنامه به صورت گروهی بر روی گروه آزمایش و گواه، اجرا شدند. پاسخگویی به پرسشنامه مذکور به طور متوسط ۵ دقیقه زمان نیاز داشت. سپس کارگاه‌های آموزشی برای گروه آزمایش، طی ۸ جلسه ۱/۵ ساعته و یک جلسه در هفته، در یک مدرسه در بهار ۱۳۹۶ اجرا شد. جلسات آموزشی سه محور آماده‌سازی شناختی، کسب مهارت و آموزش کاربردی را شامل می‌شد. در پایان جلسه هشتم کارگاه نیز مقیاس‌های ذکر شده به منظور پس‌آزمون مجدداً در اختیار مادران هر دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفت. پس از اجرای پس‌آزمون، به دلیل تقاضای گروه گواه برای شرکت در گروه درمانی، این دوره آموزشی برای گروه گواه نیز اجرا شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات گروه‌درمانی شناختی مادران دارای کودک مبتلا به بیش‌فعالی / نقص توجه

جلسه	خلاصه جلسه
جلسه اول	معارفه، آشنایی اعضای گروه با هم، تکمیل پرسشنامه سیاهه خشم نواکو و مقیاس ارزشیابی معلم از کودکان
جلسه دوم	مفهوم‌سازی اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه، علل و عوامل پدید آورنده آن
جلسه سوم	آمادگی برای آغاز آموزش مهارت مقابله با خشم، بیان احساسات و عواطف مادران نسبت به اختلال فرزندشان
جلسه چهارم	ادامه آموزش‌های مرتبط با مهارت کنترل خشم، بررسی نگرش‌های مادران نسبت به این اختلال
جلسه پنجم	تکمیل برگه تخلیه خشم، بلند خواندن نوشته‌های برگه تخلیه خشم در مقابل اعضای گروه
جلسه ششم	ایفای نقش، ساخت موقعیت برانگیزاننده خشم و نحوه واکنش اعضا به آن موقعیت
جلسه هفتم	ارائه راه‌های نهایی کنترل خشم، تکمیل پرسشنامه سیاهه خشم نواکو و مقیاس ارزشیابی معلم از کودکان
جلسه هشتم	ایفای نقش، خاتمه جلسه

### یافته‌ها

از آنجا که طرح پژوهش حاضر دو گروهی پیش‌آزمون- پس‌آزمون می‌باشد لذا برای آزمون این فرضیه از تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) استفاده شده است. استفاده از این روش نیازمند رعایت مفروضه‌هایی است که در زیر ذکر شده است:

جدول ۲. آزمون کولموگروف - اسمیرونوف و آزمون لوین

پس آزمون گروه کنترل و آزمایش					پیش آزمون گروه کنترل و آزمایش					متغیر شاخص	نوع آزمون
پیشرفت	احساس	فکر	رفتار	نشیم مادران	پیشرفت	احساس	فکر	رفتار	نشیم مادران		
۱/۵۵	۱/۰۱	۱/۱۰	۱/۰۸	۰/۵۶	۱/۵۴	۱/۲۶	۱/۱۲	۱/۲۷	۰/۶۶	Z	اسمیرونوف- کلموگروف
۰/۰۹	۰/۲۵	۰/۱۷	۰/۱۸	۰/۹۰	۰/۰۹	۰/۰۸	۰/۱۵	۰/۰۵۱	۰/۷۷	P	
۱/۶۶	۰/۳۱	۱/۲۳	۰/۳۸	۰/۰۹۱	۰/۳۸	۰/۳۱	۱/۶۶	۰/۳۱	۱/۹۳	F	لوین
۰/۳۷	۰/۵۵	۰/۷۶	۰/۷۷	۰/۵۳	۰/۴۹	۰/۸۴	۰/۵۷	۰/۱۷	۰/۶۰	P	

همانطور که در جدول ۲ فوق مشاهده می‌شود سطح معنی‌دار P از ۰/۰۵ بیشتر است بنابراین فرض صفر مبنی بر نرمال نبودن داده‌ها رد و فرض یک نرمال بودن داده‌ها ثابت می‌شود. همچنین، به منظور بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده گردید. همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد در همه متغیرها سطح معناداری از ۰/۰۵ بزرگ‌تر می‌باشد. بنابراین، مفروضه یکسانی واریانس‌ها رعایت شده است بدین معنی که واریانس نمره برای دو گروه آزمایش و کنترل یکسان است.

جدول ۳. همگونی شیب رگرسیون بین گروه و متغیرها در همپراش

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
گروه * خشم مادران (پیش آزمون)	۲/۷۵	۱	۲/۷۵	۰/۵۷	۰/۴۵
گروه * رفتار (پیش آزمون)	۴/۴۹	۱	۴/۴۹	۰/۷۴	۰/۳۹
گروه * فکر (پیش آزمون)	۰/۶۵	۱	۰/۶۵	۰/۶۱	۰/۴۳
گروه * احساس (پیش آزمون)	۳/۱۹	۱	۳/۱۹	۰/۹۴	۰/۳۳
گروه * پیشرفت تحصیلی کودکان (پیش آزمون)	۲/۹۲	۱	۱/۷۰	۰/۴۹	۰/۳۴

جدول ۳ نشان می‌دهد شیب رگرسیون در پیش‌آزمون بین گروه‌ها (کنترل و آزمایش) همگون است بدین معنی که در بین گروه و پیش‌آزمون تعامل برقرار است چرا که سطح معنی‌دار  $p$  در همه متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد. شرایط دیگر آزمون کواریانس از جمله خطی بودن متغیر همپراش (کنترل) و مستقل نیز برقرار بوده است و در جدول‌هایی که در آزمون کواریانس آمده است مشاهده می‌شود که اثر پیش‌آزمون معنی‌دار است و این نشان از خطی بودن متغیرها دارد که مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول ۴. نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای مورد مطالعه در کنترل خشم و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان

متغیر	مرحله	گروه آزمایش			گروه کنترل	
		میانگین	خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	خطای استاندارد
خشم مادران	پیش آزمون	۵۶/۲	۱/۴۳	۳۲۶/۱	۶۲/۲	۱۱۸۵/۱
	پس آزمون	۳۲/۵	۱/۷۵	۲۲۳/۱	۶۱/۶	۷۹/۱

رفتار	پیش آزمون	۳۲/۴	.۱۲۱	.۲۳۱	۳۴/۶	.۱۲۸	.۲۵۶
	پس آزمون	۱۸/۳	.۹۸	.۵۹	۳۵/۷	.۱۳۱	.۱۷۳
فکر	پیش آزمون	۴۵/۶	.۰۷۶	.۱۳۲	۴۴/۶	.۰۶۷	.۱۴۵
	پس آزمون	۲۰/۷	.۰۳۴	.۱۱۹	۴۵/۹	.۰۳۶	.۱۰۳
احساس	پیش آزمون	۴۵/۵	.۰۵۶	.۲۰۹	۴۳/۶	.۰۴۴	.۱۹
	پس آزمون	۲۴/۲	.۰۲۳	.۰۱۹	۴۶/۷	.۰۲۳	.۳۵
پیشرفت تحصیلی کودکان	پیش آزمون	۷/۷	.۳۲۷	.۰۴۵	۸/۷	.۳۴۵	.۰۳۴
	پس آزمون	۸/۸	.۳۴۵	.۰۴۷	۷/۶	.۲۸۹	.۰۵۶

همانگونه که جدول ۴ نشان می‌دهد نمرات پس‌آزمون مادران و کودکان به ترتیب در دو متغیر کنترل خشم و مولفه‌های آن و پیشرفت تحصیلی در مقایسه با پیش‌آزمون تفات معناداری را نشان می‌دهد. در جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس جهت بررسی متغیرهای پژوهش و سطح معناداری آنها ذکر شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره جهت مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون کنترل خشم مادران و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان در دو گروه

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذورات اتا (اندازه اثر)
پیش آزمون	۵۶۸/۳۳	۱	۵۶۸/۳۳	۹۵/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۲۰
بین گروهی	۳۶/۵۷	۱	۳۶/۵۷	۶/۱۳	۰/۰۱۸	۰/۱۴۲
خطا	۲۲۰/۷۶	۳۷	۵/۹۶			
کل	۵۱۱۸	۴۰				

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود اثر پیش‌آزمون معنی‌دار می‌باشد، بنابراین با حذف اثر پیش-آزمون بین پس‌آزمون گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۶. میانگین‌های تعدیل‌شده با حذف اثر پیش‌آزمون در گروه‌ها

متغیر	گروه	میانگین
میزان احساس (خصمانه) مادران	آزمایش	۸/۳۰
	کنترل	۹/۴۴

با توجه به اینکه میزان احساس پرخاشگرانه گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته در نتیجه این فرض تأیید می‌شود که گروه درمانی مادران دانش‌آموزان دارای کودک اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه (ADHD) بر کنترل خشم مادران و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان تأثیرگذار بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی بر کنترل خشم مادران دارای دانش‌آموز مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان مقطع دبستان انجام شد. نتایج بیانگر آن است که مشورت گروهی با مادران دارای دانش‌آموز مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه منجر به کنترل خشم مادران و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان شده است. یافته‌های پژوهشی حاضر با نتایج تحقیقات صادقی (۱۳۸۰)، شکوهی یکتا (۱۳۸۵)، لیندسی (۲۰۰۳)، ویتلی (۲۰۰۹)، اکتن و دیورینگ (۲۰۰۰)، کارن لی (۲۰۱۶) همخوانی دارد.

در تبیین نتیجه این فرض می‌توان اظهار داشت، گروه درمانی موجب ایجاد مهارت‌هایی می‌شود که به فرد کمک می‌کند نسبت به عواطف خود، آگاهی بیشتری بدست آورد و در موقعیت‌های گوناگون واکنش‌های بهتری از خود نشان دهد. آگاهی از خصوصیات خود موجب بصیرت شده که این امر نیز، خود موجب خودتنظیمی و خویشتن‌داری می‌گردد. هردوی این مهارت‌ها به فرد کمک می‌کنند که عواطف خود از جمله خشم را منطقی‌تر کنترل کنند. اگر فرد بتواند از خلاقیت خود استفاده کند پیدا کردن شیوه مقابله مناسب با خشم آسان‌تر خواهد بود. به جای اینکه هیجان فرد را کنترل کند، می-

بایست از هیجان به عنوان فرصتی برای رسیدن به تجارب خلاق و جدید استفاده کرد. هر قدر بیشتر فرد آرام باشد و از مهارت‌های مقابله با خشم استفاده کند، بیشتر می‌تواند موقعیت را کنترل کند. به طور کلی می‌توان ادعان داشت که اکثر تحقیقات انجام شده بر سودمندی درمان و مؤثر بودن مداخلات در زمینه کنترل خشم ادعان دارند و معتقدند که خشم پدیده‌ای کنترل‌پذیر است و با افزایش آگاهی افراد نسبت به آن و آموزش شیوه‌ها و راهبردهای مؤثر می‌توان خشم را کنترل و تعدیل کرد.

دینن و فیتزجرالد<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) در این زمینه معتقد است که گروه درمانی برای این مادران می‌تواند با هدف قرار دادن تعاملات خانوادگی و روابط بین فردی مادر با اعضای خانواده مخصوصاً دانش آموز مبتلا به بیش‌فعالی/ نقص توجه به مرور خشم آنان را کاهش دهد و این چرخه به سوی بهبود پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان حرکت می‌کند. به عبارت دیگر، این مؤلفان بر تعامل مستقیم بهبود روابط خانوادگی و موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان صحه می‌گذارند. گریگوری<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۹) نیز در تبیین یافته‌های فوق به نظریه سیستمی خانواده درمانی اشاره می‌کند بر این اساس مادر به عنوان عضوی از این سیستم ضمن کنترل خشم خویش به عنوان عضو مهمی از سیستم خانوادگی در مدیریت هر چه بهتر این سیستم و حفظ تعادل و ایجاد سیستمی متعادل در خانواده موثرند. به عبارت دیگر، عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان در گرو حفظ تعادل این سیستم و کنترل تکانه‌ها و خشم مادران به عنوان عضو مهم سیستم است.

وندر آورد<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۸) نیز در مطالعه خود روی خانواده‌های دارای دانش‌آموزان مبتلا به بیش‌فعالی/ نقص توجه در تبیین یافته‌های پژوهش خود با گریزی به نقش سلامت روان اعضای خانواده و رابطه مادر با کودک و اشاره به رابطه شی<sup>۴</sup> در نظریه روانکاوی معتقدند که رابطه شی تبیین‌کننده بسیاری از تاثیرگذاری‌های عمیق والد بر کودک است. از این رو با توجه به این نظریه، سلامت روان و کنترل خشم مادر می‌تواند به طریق مستقیم بر سلامت روان فرزندان و به تبع آن موفقیت تحصیلی آن‌ها مؤثر باشد.

---

1 -Dineen & Fitzgerald

2 -Gregory

3 -Vander Oord

4 -Object relation



کاسترز<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۰) نیز با اشاره به نتایج فراتحلیلی در مطالعه خود خلاصه کردن نتایج فعلی مطالعات انجام شده پیرامون مشکلات موجود در خانواده‌های کودکان مبتلا به بیش‌فعالی / نقص توجه، فاکتور عمده مستمر دخیل در خانواده‌های دارای کودک بیش‌فعال را مشکلات کنترل تکانه و تنظیم هیجان مدرن به عنوان عضو اصلی خانواده معرفی می‌کنند. بنابراین با توجه به این یافته‌ها و یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان یکی از دلایل اثربخشی گروه‌درمانی پیاده شده را هدف قرار دادن مادران مطرح کرد.

ایبکاف<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۹) نیز طی مطالعه خود در زمینه پیشایندها و پسایندهای اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه، به فاکتورهایی تداوم بخش و مستمری اشاره کردند که در خانواده‌های کودکان مبتلا جاری‌اند. در این مطالعه، مؤلفان اشاره می‌کنند جهت کاهش نشانگان بیش‌فعالی / نقص توجه در دانش‌آموزان بایستی روی علائم خانوادگی بخصوص تعاملات والد - کودک و بهبود سلامت روان مادران اقداماتی انجام گیرد. از این رو کاهش تکانه خشم و آموزش مهارت‌های لازم جهت کاهش این تکانه و آموزش‌های لازم جهت بهبود سلامت روان مادران به نوبه خود عامل دخیل مهمی در کاهش علائم و موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان قلمداد می‌شود.

علی‌رغم مفید بودن نتایج به دست آمده از این مطالعه، برخی محدودیت‌ها نیز در انجام آن وجود دارد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این موضوع اشاره کرد که: با توجه به اینکه نمونه پژوهش به صورت نمونه در دسترس، از مراکز اختلالات یادگیری ویژه دانش‌آموزان، کودکان با اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه انتخاب شده است، در تعمیم نتایج باید با احتیاط عمل کرد. همچنین محدودیت دیگر، کوتاه بودن دوره آموزشی است. این امر می‌تواند دلیلی بر عدم انعکاس اثر مداخله در برخی حیطه‌ها باشد و همچنین عدم داشتن دوره پیگیری به دلیل عدم دسترسی به آزمودنی‌ها بعد از گذشت چند ماه، را می‌توان یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر برشمرد. توصیه می‌شود که جهت بهبود نتایج این تحقیق به کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه نیز آموزش‌های جهت تمرکز بیشتر و کاهش رفتار پرخاشگرانه داده شود. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود برای اطمینان از پایداری تغییر ایجاد شده در آزمودنی‌ها، در چند مرحله و با فاصله‌های زمانی مختلف اجرای سنجش پیگیری را مدنظر داشته باشند.

---

1 -Kosters

2 -Abikoff

همچنین در تفسیر نتایج با توجه به تحقیقات مشابه گذشته به دلیل اینکه این کودکان از پیشرفت تحصیلی پایینی برخوردارند و اغلب مادران روی نقاط ضعف این کودکان تمرکز می‌کنند و از روش‌های مدیریت صحیح جهت مداخلات تحصیلی آگاهی ندارند در جلسات گروه سعی بر تغییر و اصلاح افکار و نگرش‌های مادران شود تا دیدگاه آن‌ها نسبت به کودکان‌شان تغییر کند و بر نقاط قوت و توانایی‌های کودک متمرکز شوند. از طرف دیگر آموزش روش‌های حل مسئله، مدیریت رفتاری (تقویت مثبت، تقویت کلامی و قرارداد رفتاری) و عامل‌های دیگر از دلایل اثربخشی روش مشورت گروهی با مادران، بر افزایش پیشرفت تحصیلی کودکان می‌باشند. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود؛ آموزش و پرورش با تمهیدات آمادگی‌های لازم در مشاوران، کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه را شناسایی نموده و از مادران این کودکان دعوت نماید تا در جلسات مشورت گروهی شرکت کنند.

## منابع

- ابویی مهریزی، محبوبه؛ طهماسبیان، کارینه و خوش‌کنش، ابوالقاسم. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مدیریت خشم بر مهارت‌های خودنظم‌دهی خشم و تعارضات والد - نوجوان در دختران دوره راهنمایی شهر تهران. فصلنامه خانواده‌پژوهی؛ ۶ (۲۳): ۴۰۴-۳۹۳.
- اسلاوین، رابرت ای. (۱۳۸۵). روانشناسی تربیتی. ترجمه یحی سیدمحمدی، چاپ هشتم، تهران: روان. تبریزی، مصطفی، استکی، مهناز، تبریزی، علیرضا. (۱۳۹۲). درمان اختلال بیش‌فعالی و عدم تمرکز. تهران: فراروان.
- دوئل جنتری، دبلیو (۱۳۹۰). مدیریت خشم، ترجمه سمیعی، عزیزالله، گرامی، سعید. تهران: آوند دانش. شکوهی یکتا، محسن و پرند، اکرم. (۱۳۸۵). آموزش شیوه‌های فرزندپروری به والدین و تأثیر آن بر مهارت‌های حل مساله کودکان. دومین کنگره سراسری آسیب‌شناسی خانواده در ایران، تهران: دانشگاه شهید بهشتی.
- شکوهی یکتا، محسن و پرند، اکرم. (۱۳۹۱). روانشناسی خانواده. تهران: طبیب.
- شکوهی یکتا، محسن؛ به‌پژوه، احمد؛ غباری بناب، باقر؛ زمانی، نیره و پرند، اکرم. (۱۳۸۷). تأثیر آموزش مهارت‌های مدیریت خشم بر کنترل خشم مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی و دیرآموز. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۸ (۴): ۳۶۹-۳۵۸.
- شکوهی یکتا، محسن؛ متولی پور، عباس و پرند، اکرم. (۱۳۸۹). اختلال نارسایی توجه فزون‌کنشی. چاپ اول، تهران: تیمورزاده.
- شیرازی، الهام و علاقیند راد، جواد. (۱۳۷۹). درمان ADHD با رویکرد شناختی - رفتاری. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۲ (۳ و ۴): ۳۴-۲۹.
- صادقی، احمد. (۱۳۸۰). آموزش گروهی کنترل خشم به شیوه عقلانی، رفتاری و عاطفی به دانش‌آموزان پسر دبیرستانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه اصفهان.
- فریدمن، رونالد؛ دوپال، گای تی. (۱۳۸۱). شیوه رفتار با کودکان و نوجوانان دچار نقص توجه. ترجمه‌ی جلال صدر السادات؛ محمد رضا محمدی و لیلا صدر السادات. تهران: اسپند هنر.
- فیبر، ادل و مزلیش، ایلین. (۱۳۸۵). کودک، خانواده، انسان. ترجمه گیتی ناصحی، چاپ هفتم. تهران: نی.

کرامتی، محمدرضا، حیدری رفعت، ابوذر، عنایتی نوین فر، علی، هدایتی، اکبر. (۱۳۹۱). تأثیر یادگیری مشارکتی بر پیشرفت تحصیلی درس علوم تجربی و اضطراب امتحان. فصلنامه نوآوری‌های آموزشی. شماره ۴۴، سال یازدهم.

کوبرت، جوزیان. (۱۳۹۲). یکصد پرسش و پاسخ درباره اسکیزوفرنی کودکان. ترجمه اسما عاقبتی، میترا حکیم شوشتری، آمینه کاکایی و مریم زارع. تهران: دانژه.

کوئین، پاتریشا. (۱۳۸۹). کمک به کودکان و نوجوانان حواسپرت و بی قرار. ترجمه‌ی علیزاده، حمید، چاپ دوم، تهران: جوانه رشد.

نقدی، هادی؛ ادیب راد، نسترن و نورانی پور، رحمت اله. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر پرخاشگری دانش‌آموزان پسر سال اول دبیرستان. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (بهبود)، ۱۴ (۳): ۲۱۱-۲۱۸.

نویدی، احد. (۱۳۸۷). تأثیر آموزش مدیریت خشم بر مهارت‌های سازگاری پسران دوره متوسطه شهر تهران. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۴ (۴): ۴۰۳-۳۹۴.

یاوریان، رؤیا؛ سهرابی، فریبا و یاوریان، نرمین. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر پرخاشگری، جرأت ورزی دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر ارومیه در پیشرفت تحصیلی آنان. فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ۸ (۲): ۱۱۷-۱۱۴.

Abikoff, H., Nissley-Tsiopinis, J., Gallagher, R., Zambenedetti, M., Sevffert, M., Boorady, R., & McCarthy, J. (2009). Effects of MPHOROS on the organizational, time management, and planning behaviors children with ADHD. *Jornal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48, 166-175.

Acton, R, G.,& During, S. (2000). "preliminary resugts of aggression management training for aggressive parent". *Journal Violence*, 7, 410-417.

ADHD assessment. (2010). *Journal of European Psychiatry*, 25, 402.

Anastopoulos, A.D., Guevermont, D.C.,& Dupaul, G.Y. (2013). Parenting stress among families of children with ADHD. *Journal of abnormal of psychology*, 21, pp.581- 596.

Atomoxetine hydrochloride in the treatment and adolescents with attentiondeficit/

- Besana, D., Mancini, F., Rossi, A., Poole, L., Escobar, R., & Zuddas, A. (2009).
- Brock, E. S., Jimerson, S. H., & Hansen, R. L. (2009). Identifying, assessing, and treating ADHD at school. New York: Springer.
- Davidson, B. (2015). Hyperactivity and emotion regulation. *Journal of clinical treatment*, 23, 345-356.
- Dell'Angello, G., Maschietto, D., Bravaccio, C., Calamoneri, F., Masi, G., Curatolo, P.,
- Dineen, P., & Fitzgerald, M. (2010). P01-192 Executive function in routine childhood
- Fabiano, G. A., Pelham, W. E., Gangy, E. M., Burrows-MacLean, L., Coles, E. K., Chaco, A., et al. (2009) The single and combined effects of multiple intensities of behavior modification and methylphenidate for children with attention deficit hyperactivity disorder in a classroom setting. *School Psychology Review*, 36, 195-216.
- Gregory, A., Fabiano, William, E., Pelham, J. r., Erika, K., Coles, Elizabeth beth, M., & et al. (2009). A meta-analysis of behavioral treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 29, 129-140.
- hyperactivity disorder and comorbid oppositional defiant disorder: A placebocontrolled Italian study. *Journal of European Neuropsychopharmacology*, 19, 822-834.
- Jong, D. (2015). Prevention of family conflict as a way for treatment of ADHD. *Journal of abnormal of psychology*, 34, 230-341.
- Karenlie, S. (2016). Predictors of hyperactivity in families with students with ADHD. *Journal of childhood studies*, 23, 334-46.
- Kenny, P. J. (2007). Brain reward systems and compulsive drug use. *Trends in pharmacological sciences*, 28, 135-141.
- Kiling, S., Goncalus, A., Tanock, D., & Castalanos, Z. (2015). Meta analysis of studies in 20 years ago. *Journal of assessment of educational studies*, 34, 234-245.
- Kosters, M., Weinmann, S., & Becker, T. (2010). A meta-analysis of the effectiveness of methylphenidate in the treatment of adult ADHD. *Journal of European psychiatry*, 25, 889.
- Lindsay, W. R., Macleod, F., Smart, N., & Smith, A.H.W. (2003). "Longterm treatment and Management of violent tendencies of men with intellectual disabilities convicted of assault." *Mental Retardation*, 41, 47-56.

Vander Oord, S., Prins, P. J. M., Oosterlaan, J., & Emmelkamp, P. M. G. (2008). Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: A meta-analysis. *clinical psychology Review*, 28, 783-800.

Wheatley, A., Murrihy, R., Kessel, J., Wuthrich. V., Remond. L., Tuqiri, R., Dadds. M., & Ridman, A. (2009). Aggression management training for youth in behavior schools. *Youth studies Australia*. 28 (1): 28-38.