

اثربخشی آموزش کارکردهای اجرایی بر نشانه‌های نارسایی توجه و مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی در تبریز

علیرضا رزمی^۱

دکتر معصومه آزموده^۲

دکتر اکبر رضایی^۳

دکتر تورج هاشمی^۴

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۶/۳۱ تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۷/۱۹

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش کارکردهای اجرایی (توجه، بازداری پاسخ، حافظه فعال) بر نشانه‌های نارسایی توجه و مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی در تبریز بود. این تحقیق به روش نیمه آزمایشی، در یک طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون، با گروه کنترل انجام گرفت. جامعه آماری مشتمل بر کلیه دانش‌آموزان پسر ابتدایی مدارس ناحیه ۴ آموزش و پرورش شهر تبریز در سال ۱۳۹۹ بود. از بین جامعه مذکور نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل به‌طور تصادفی جایگزین شدند. سپس هر دو گروه مورد پیش‌آزمون قرار گرفته و به پرسشنامه‌های CSI-4 و مقیاس درجه بندی مهارت‌های اجتماعی (SSRS) پاسخ دادند. در مرحله بعد گروه آزمایش در ۱۰ جلسه (۶۰ دقیقه‌ای) آموزش کارکردهای اجرایی شرکت کردند و در ادامه از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. پس از گردآوری داده‌ها فرضیه‌های تحقیق با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس به‌وسیله نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند. نتایج نشان داد که آموزش کارکردهای اجرایی بر نشانه‌های نارسایی توجه و مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، کارکردهای اجرایی، مهارت‌های اجتماعی

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران،

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی،

تبریز، ایران (نویسنده مسئول) mas_azemod@iaut.ac.ir

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، واحد تبریز، دانشگاه پیام نور، تبریز، ایران.

۴. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، دانشگاه تبریز، ایران

مقدمه

اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی یک بیماری شایع و بسیار ارثی است (فرانک^۱ و همکاران، ۲۰۱۲). این اختلال تقریباً سه تا پنج درصد کودکان سن دبستان را در بر می‌گیرد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳)، به‌نحوی که به‌طور متوسط در هر کلاس، یک دانش‌آموز در این زمینه به کمک نیاز دارد. کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی سه مشکل بنیادی دارند که عبارت‌اند از: بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانش‌گری که نارسایی توجه مشخص‌ترین مشکل این کودکان و نخستین معیار تشخیص در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است (کوبین و اشترن، به نقل از علیزاده، ۱۳۸۳). علاوه بر مشکلات مذکور، کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در ارتباط اجتماعی مشکلات متعددی دارند (چرمن، کارول و استروچ^۳، ۲۰۰۱). فقدان عملکرد مطلوب اجتماعی با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در ارتباط است، این اختلال با سطح نامناسب سن یا عدم توجه و یا بیش‌فعالی و تکانش‌گری مشخص می‌شود و تأثیر اجتماعی چشمگیری بر زندگی بیماران دارد (فردریکسن^۴ و همکاران، ۲۰۱۴). به‌طور معمول، بیش‌فعالی در کودکی شروع خود را دارد و می‌تواند در بزرگسالی پایدار باشد. بیش‌فعالی یک اختلال چندعاملی با چند مورد در نظر گرفته می‌شود (لانگلی^۵، ۲۰۱۸).

بسیاری از تحقیقات، عملکرد ضعیف کودکان دچار اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی را در کارکردهای اجرایی نشان داده‌اند. تعدادی از محققان، از جمله کولیج، تد و یونگ^۶ (۲۰۰۰)، داوسون و گوار^۷ (۲۰۰۴) در تحقیقات خود نشان داده‌اند که کارکردهای اجرایی در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی ضعیف‌تر از کودکان عادی است. مطالعات نشان داده‌اند که کمبود در کارکردهای اجرایی می‌تواند در سنین بالاتر پایدار بماند و کودکان را در انجام تکالیف مدرسه و امور شخصی با مشکل جدی روبه‌رو کند. بنابراین تشخیص و مداخله به‌موقع در مشکلات این کودکان ضروری است (والرنا^۸ و سیدمن، ۲۰۰۶، مک کلوسکی، پرکینس و دیونر^۹، ۲۰۰۹).

۱. Franke

۲. American psychiatric Association

۳. Charman & carol & strug

۴. Fredriksen

۵. Langley

۶. Coolidge & Thed & Young

۷. Dawson & Guare

۸. Valerna & Seidman

۹. Mc Closkey, Perkins & Divner

از سوی سیدمن^۱ (۲۰۰۶)، بیان می‌دارد که، اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی یک اختلال عصب روان‌شناختی است که در نظریه‌های اخیر بر نقش اصلی توجه و نارسایی کارکردهای اجرایی^۲ در آن تأکید می‌کنند. کارکردهای اجرایی عصبی شناختی ساختارهای مهمی هستند که با فرآیندهای روان‌شناختی مسئول کنترل هوشیاری و تفکر در عمل مرتبط می‌باشند.

تحقیقات دانیل مارس^۳ و همکاران (۲۰۰۷)، فیشر^۴ و همکاران (۲۰۰۵)، گلبرگ^۵ و همکاران (۲۰۰۵)، داوسون و گوایر^۶ (۲۰۰۴)، ویلکانت^۷ و همکاران (۲۰۰۵) و کپتون^۸ و همکاران (۲۰۰۱) حاکی از آن است که آموزش کارکردهای اجرایی در کاهش نشانه‌های کمبود توجه و بیش‌فعالی مؤثر است. لی^۹ و همکاران (۲۰۰۸) در طی هفت مرحله در مدت ۸ سال ۹۶ کودک ۴ الی ۶ ساله (در ابتدای پژوهش) دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی را از نظر مهارت‌های اجتماعی بررسی کردند. نتایج تحقیقات آن‌ها نشان داد که تعداد خیلی کمی از این کودکان در طی مراحل رشد با زندگی اجتماعی سازگار می‌شوند، هرچند که ممکن است علائم این اختلال در آن‌ها بهبود یافته باشد. دانیل مارس^{۱۰}، مک لویی^{۱۱}، اسکوارتز^{۱۲}، سینی^{۱۳} (۲۰۰۷) در پژوهش خود، آسیب‌های کارکردهای اجرایی در کودکان مبتلا به بیش‌فعالی را از دید والدین و معلمان، بررسی کردند. آن‌ها ۲۴۰ کودک ۵ تا ۱۵ ساله مبتلا به بیش‌فعالی را بررسی کردند، همان‌گونه که انتظار می‌رفت، معلمان نسبت به والدین نقایص کارکردهای اجرایی را بسیار متنوع و شدید گزارش دادند. درحالی‌که والدین، عمدتاً بر بازداری، حافظه کاری، برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی به‌عنوان عوامل خطر اشاره کردند. جاناتان بانکز^{۱۴} (۲۰۰۴) دانش و عملکرد مهارت‌های اجتماعی را، در کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، مبتنی بر سیستم طبقه‌بندی مهارت‌های اجتماعی گرشام بررسی کرد. او از مقیاس مهارت‌های اجتماعی (فرم والدین) و مقیاس سنجش و خودکنترلی و چک‌لیست رفتار کودکان، برای

۱. Seidman

۲. Executive Functions

۳. Daniela Mares

۴. Fischer

۵. Goldberg

۶. Dawson & Guare,

۷. Willcutt

۸. Kempton

۹. Lee

۱۰. Danial Mars

۱۱. Mck Lukey

۱۲. Skuwartz

۱۳. Siny

۱۴. Jonathan Banks

سنجش مهارت عملی استفاده کرد. نتیجه این پژوهش نشان داد که این کودکان ضعف‌های متعددی در هر دو حوزه (دانش و عملکرد) دارند.

کوثری و عزیزاده (۱۳۸۹)، در پژوهش خود، مهارت‌های اجتماعی دانش آموزان مبتلا به بیش‌فعالی و دانش آموزان بدون این اختلال را مقایسه کردند. یافته‌های آن‌ها نشان داد که دانش آموزان دارای نارسایی توجه/بیش‌فعالی در هر سه خرده‌مقیاس مهارت‌های اجتماعی (همکاری، ابراز وجود، خویشتن‌داری) از دانش آموزان بدون این اختلال به‌طور معناداری پایین‌تر بودند. این موضوع در مورد بیش‌فعالی ترکیبی نیز مشاهده شد.

با توجه به مطالب مطرح شده و با توجه به دامنه اندک پژوهش‌ها در این زمینه، سؤال اصلی این بود که آیا آموزش کارکردهای اجرایی بر کاهش نشانه‌های نارسایی توجه و افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی در تبریز مؤثر است؟

به‌طور کلی این پژوهش شامل یک هدف کلی و دو هدف اختصاصی است:

هدف کلی تعیین اثربخشی آموزش کارکردهای اجرایی (توجه، بازداری پاسخ، حافظه فعال) بر نشانه‌های نارسایی توجه و مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی در تبریز است و از اهداف اختصاصی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: تعیین اثربخشی آموزش کارکردهای اجرایی بر نارسایی توجه کودکان مبتلا به بیش‌فعالی در تبریز - تعیین اثربخشی آموزش کارکردهای اجرایی بر مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی در تبریز. با توجه به این اهداف فرضیه‌های پژوهش زیر مورد بررسی قرار گرفت:

۱. آموزش کارکردهای اجرایی، بر کاهش نارسایی توجه کودکان مبتلا به بیش‌فعالی مؤثر می‌باشد.
۲. آموزش کارکردهای اجرایی، بر افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی مؤثر می‌باشد.

روش

با توجه به هدف اصلی، این پژوهش به روش نیمه آزمایشی، در یک طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون، با گروه کنترل انجام گرفت. جامعه موردتحقیق را کلیه دانش آموزان پسر کلاس سوم ابتدایی ناحیه ۴ آموزش و پرورش شهر تبریز تشکیل دادند. در این پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و پرسشنامه علائم مرضی کودکان، (CDI-4) و فرم ویژه معلم، دانش آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تشخیص داده و انتخاب شدند. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها، ابتدا مجوزهای لازم از ناحیه ۴ آموزش و پرورش شهر تبریز اخذ شد. سپس به چند مدرسه از مدارس ابتدایی ناحیه ۴ تبریز مراجعه و پس از اعلام آمادگی مسئولین و کسب رضایت والدین برای همکاری، از میان دانش آموزان پسر پایه سوم، از طریق ارائه پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) به معلمان، دانش آموزان مشکوک به ابتلا به اختلال بیش‌فعالی، شناسایی شدند و سپس بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV، مصاحبه بالینی به عمل آمد. و پس‌از آن ۳۰ دانش‌آموز مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی که ملاک‌های ورود به تحقیق را

داشتند انتخاب شدند و نهایتاً متغیر مستقل به صورت انفرادی به مدت ۱۰ جلسه یک‌ساعته از قرار هر هفته یک جلسه به مرحله اجرا گذارده شد و بیش از اجرای مداخله آموزشی، از هر دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد.

ملاک‌های ورود به پژوهش

۱. دارا بودن ملاک‌های DSM-4 تشخیصی برای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی
۲. گرفتن نمره بالاتر از نمره برش در پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4)، فرم ویژه معلم
۳. رضایت والدین و اخذ امضاء از آن‌ها

ابزارهای پژوهش

۱. مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های DSM: مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال روانی (DSM) انجام گرفت. این مصاحبه به منظور ارزیابی و تشخیص دقیق اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی مورد استفاده قرار می‌گیرد.
۲. پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4): در این پژوهش اولین ملاک ارزیابی اختلال بیش‌فعالی، پرسشنامه علائم مرضی بود که شامل دو چک‌لیست والدین و معلمان می‌باشد. این پرسشنامه توسط اسپیرافکین (۱۹۹۴) تجدیدنظر شد. این پرسشنامه شامل ۱۱۲ ماده است که ۱۸ ماده اول آن مربوط به بیش‌فعالی است. در این پرسشنامه ماده‌های ۱ تا ۹ علائم نه‌گانه بی‌توجهی را شامل می‌شود و عبارات ۱۰ تا ۱۸ علائم نه‌گانه بیش‌فعالی و تکانش‌گری را تحت پوشش قرار می‌دهد. هر عبارت در چک‌لیست در یک مقیاس ۴ درجه‌ای (هرگز، گاهی، اغلب و بیشتر اوقات) مشخص می‌شود. نارسایی توجه دارای ۱۰ سؤال مس باشد که به صورت ۰، ۱، ۲، ۳ نمره‌گذاری می‌شود دامنه نمرات نارسایی توجه بین ۰ تا ۳۰ قرار دارد. محققین مختلف از این وسیله به‌عنوان ابزاری در شناسایی و غربالگری کودکان مبتلا به بیش‌فعالی یاد می‌کنند (گلدستاین، ۱۹۹۸).

۳. مقیاس درجه بندی مهارت‌های اجتماعی (SSRS): در این تحقیق برای سنجش مهارت‌های اجتماعی دانش آموزان از مقیاس درجه بندی مهارت‌های اجتماعی استفاده می‌شود. این مقیاس را گرشام^۱ و الیوت^۲ در سال ۱۹۹۰ ساختند و دارای سه فرم والدین، معلمان و دانش آموزان است و برای سه دوره تحصیلی پیش‌دبستانی، دبستانی و راهنمایی/ دبیرستان طراحی شده است (فرد کهن و غباری بناب، ۱۳۸۸). در پژوهش حاضر فرم معلم مقیاس درجه بندی مهارت‌های اجتماعی دوره دبستانی مورد استفاده قرار گرفت. معلمان از مهم‌ترین منابع کسب اطلاعات در زمینه رفتار و مهارت‌های دانش آموزان هستند

۱. Gresham

۲. Elliot

(هارجی^۱، ۱۳۸۴). فرم معلم، دارای ۳۰ گویه سه نمره‌ای با پاسخ‌های هرگز، بعضی اوقات و بیشتر اوقات است. این مقیاس شامل سه خرده مقیاس همکاری، ابراز وجود و خویشن‌داری است. هر خرده مقیاس دارای ۱۰ سؤال می‌باشد دامنه نمرات خرده مقیاس‌ها بین ۰ تا ۲۰ و دامنه نمرات کل بین ۰ تا ۶۰ قرار دارد.

۴. بسته‌های مداخله‌ای آموزش کارکردهای اجرایی بازداری پاسخ، توجه و حافظه فعال (اسلینگر^۲ و همکاران، ۲۰۱۳): در این برنامه مسائل و مشکلات خاص کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی در قالب ۱۰ جلسه یک‌ساعته شامل بازداری/توجه/حافظه فعال آموزش انفرادی به آزمودنی‌ها ارائه می‌شود. برای تجزیه و تحلیل مربوط به فرضیه‌های پژوهش حاضر از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده می‌شود. در بخش آمار توصیفی از شاخص‌هایی همچون میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از تحلیل کواریانس استفاده می‌شود. روش‌های آماری مذکور در نرم‌افزار آماری SPSS-20 اجرا شدند.

جدول ۱. گروه آموزش کارکردهای اجرایی

جلسه اول	آشنایی و برقراری رابطه با آزمودنی و والدین - تعریف و شرح مفهوم کار اجرایی بازداری پاسخ و بیان ویژگی‌های آن و اجرای پیش‌آزمون
جلسه دوم	آموزش بازی‌های مربوط به بازداری پاسخ (بازداری یک، بازی بشین پاشو به صورت مستقیم و معکوس، اجرای دستورات به صورت مستقیم و معکوس) - ارائه تکلیف برای جلسه آینده
جلسه سوم	بررسی نتایج تکلیف جلسه قبل - آموزش بازی‌های مربوط به بازداری پاسخ (بازداری دو، بازی چشم در چشم و ...) - ارائه تکلیف برای جلسه آینده
جلسه چهارم	بررسی نتایج تکلیف جلسه قبل - آشنایی و برقراری رابطه با آزمودنی و والدین - تعریف و شرح مفهوم کار اجرایی حافظه و بیان ویژگی‌های آن و اجرای پیش‌آزمون
جلسه پنجم	بررسی نتایج تکلیف جلسه قبل - آموزش بازی‌های مربوط به حافظه (حافظه کلامی، استفاده از کارت‌های حافظه و ...) - ارائه تکلیف برای جلسه آینده
جلسه ششم	بررسی نتایج تکلیف جلسه قبل - آموزش بازی‌های مربوط به حافظه (حافظه ریاضی، استفاده از کارت‌های حافظه و ...) - ارائه تکلیف برای جلسه آینده
جلسه هفتم	بررسی نتایج تکلیف جلسه قبل - آشنایی و برقراری رابطه با آزمودنی و والدین - تعریف و شرح مفهوم کار اجرایی توجه و بیان ویژگی‌های آن و اجرای پیش‌آزمون
جلسه هشتم	بررسی نتایج تکلیف جلسه قبل - آموزش بازی توجه (استفاده از کارت‌های تقویت توجه، ستاره دنباله‌دار) - ارائه تکلیف برای جلسه آینده
جلسه نهم	بررسی نتایج تکلیف جلسه قبل - آموزش بازی توجه (استفاده از کارت‌های تقویت توجه، رمزنویسی) - ارائه تکلیف برای جلسه آینده

۱. Hoge, R

۲. Eslinger

جلسه دهم	بررسی نتایج تکلیف جلسه قبل - اجرای پس‌آزمون
----------	---

یافته‌ها

در این بخش به توصیف نمونه آماری و داده‌های خام حاصل از متغیرهای پژوهش تعلق گرفته است. بدین صورت که با شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) کلیه داده‌ها و خصوصیات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها خلاصه‌سازی، تفسیر و گزارش شده است. در بخش بعد به آزمون فرضیه‌های پژوهش پرداخته شده است. در این بخش از تحلیل کواریانس تک متغیره و چند متغیره برای آزمون فرضیه‌ها استفاده شده است.

یافته‌های توصیفی

جدول ۲. توصیف آماری نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون نارسایی توجه در

گروه آزمایش و گواه				گروه	متغیر	
پس‌آزمون		پیش‌آزمون				
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین			
۱/۴	۱۶/۹	۲/۶	۲۳/۳	آزمایش	نارسایی توجه	
۱/۶	۲۳/۰۶	۲/۹	۲۳/۱	گواه		
۱/۳	۱۷/۸	۱/۳	۱۲	آزمایش	همکاری	
۱/۳	۱۸/۲	۱/۳	۱۳/۲	آزمایش	ابراز وجود	
۱/۲	۱۴/۱۳	۱/۲	۱۰/۶	آزمایش	خویشتن‌داری	
۲	۵۰/۲	۳/۲	۳۵/۸	آزمایش	مهارت‌های اجتماعی	مهارت اجتماعی
۰/۸۸	۱۱/۲	۱/۴	۱۰/۴	گواه	همکاری	
۱/۷	۱۲/۸	۱/۶	۱۲/۴	گواه	ابراز وجود	
۱/۶	۱۲/۴	۱/۳	۱۲/۱	گواه	خویشتن‌داری	
۳/۳	۳۶/۶	۳/۲	۳۵	گواه	مهارت‌های اجتماعی	

در جدول ۲، توصیف آماری نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون متغیرها به تفکیک گروه آزمایش و گواه آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج، در نارسایی توجه، میانگین پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است. اما میانگین پس‌آزمون گروه کنترل نسبت به پیش‌آزمون کاهش چشمگیری نداشته است. لازم به ذکر است نمرات بالاتر نشان‌دهنده نارسایی توجه کمتری هستند. در مهارت‌های اجتماعی و مؤلفه‌هایش، میانگین پس‌آزمون گروه آزمایش در مؤلفه‌های همکاری، ابراز وجود و

خویشترداری و نمره کل مهارت‌های زندگی نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است. اما میانگین پس‌آزمون گروه کنترل نسبت به پیش‌آزمون افزایش چشمگیری نداشته است. لازم به ذکر است نمرات بالاتر نشان‌دهنده مهارت‌های اجتماعی بالاتر می‌باشد.

جدول ۳. آزمون شاپیرو - ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها

گروه	متغیرها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
		شاپیرو- ویلک	معناداری
	نارسایی توجه	۰/۸۸	۰/۰۶
	همکاری	۰/۹۱	۰/۱۳
	ابراز وجود	۰/۹۱	۰/۱۴
	خویشترداری	۰/۹۲	۰/۲۳
	مهارت‌های اجتماعی	۰/۹۵	۰/۶۸
	نارسایی توجه	۰/۸۹	۰/۰۸
	همکاری	۰/۹۱	۰/۱۵
	ابراز وجود	۰/۹۰	۰/۱۰
	خویشترداری	۰/۹۲	۰/۱۹
	مهارت‌های اجتماعی	۰/۹۶	۰/۷۶

در جدول ۳، نتیجه آزمون شاپیرو - ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول سطح معناداری آماره‌های بدست آمده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت توزیع داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای تحقیق نرمال است.

آزمون فرضیه‌های تحقیق

فرضیه اول: آموزش کارکردهای اجرایی بر نشانه‌های نارسایی توجه کودکان مبتلا به بیش‌فعالی در تبریز مؤثر است. برای تحلیل فرضیه اول تحقیق از تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده گردید. قبل از بررسی فرضیه تحقیق ابتدا مفروضه یکسان بودن شیب خط رگرسیونی و همسانی واریانس‌ها بررسی گردید.

الف) یکسان بودن شیب خط رگرسیونی

جدول ۴. نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیونی به‌عنوان پیش‌فرض تحلیل کواریانس

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
نارسایی ی توجه	پیش‌آزمون	۲۴/۹۱	۱	۲۴/۹۱	۱۷/۵۴۳	۰/۰۰۱
	گروه *	۲/۱۸۷	۱	۲/۱۸۷	۱/۵۳	۰/۲۲
	خطا	۳۶/۹۶	۲۶	۱/۴۲		

در جدول ۴، نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیونی به‌عنوان پیش‌فرض تحلیل کواریانس آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج، در متغیر نارسایی توجه، سطح معناداری سطر اثر متقابل ($P=0/22$) بزرگ‌تر از $0/05$ می‌باشد. بنابراین فرضیه همگنی رگرسیونی پذیرفته می‌شود.

ب) مفروضه همسانی واریانس‌ها

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس پس‌آزمون نمرات نارسایی توجه پس از تعدیل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
نارسایی توجه	پیش‌آزمون	۲۶/۷۵	۱	۲۶/۷۵	۱۸/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۴۰۶
	گروه	۲۸۸/۲۳۱	۱	۲۸۸/۲۳۱	۱۹۸/۹۴۷	۰/۰۰۱	۰/۸۸۱
	خطا	۳۹/۱۱۷	۲۷	۱/۴۴			
	کل	۱۲۳۴۸	۳۰				

آموزش کارکردهای اجرایی بر نارسایی توجه کودکان مبتلا به بیش‌فعالی در تبریز مؤثر است. تحلیل فرضیه دوم تحقیق از تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده گردید. قبل از بررسی فرضیه تحقیق ابتدا مفروضه یکسان بودن شیب خط رگرسیونی و همسانی واریانس‌ها بررسی گردید.

در جدول ۵ نتایج تحلیل کواریانس پس‌آزمون نمرات نارسایی توجه آورده شده است. با توجه به نتایج بدست آمده زمانی که اثر پیش‌آزمون از روی نتایج پس‌آزمون مربوط به گروه‌ها حذف شود، تفاوت بین گروه‌ها در سطح معناداری ۹۵ درصد اطمینان معنادار می‌باشد. بنابراین فرض صفر پژوهش رد و فرضیه اول محقق پذیرفته می‌شود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت آموزش کارکردهای اجرایی بر نشانه‌های نارسایی توجه کودکان مبتلا به بیش‌فعالی در تبریز مؤثر است.

فرضیه دوم: آموزش کارکردهای اجرایی بر مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی در تبریز مؤثر است. برای تحلیل فرضیه دوم تحقیق از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده گردید. قبل از بررسی فرضیه تحقیق ابتدا مفروضه‌های برابری ماتریس واریانس کواریانس تحلیل کواریانس چند متغیره و برابری واریانس‌ها بررسی گردید.

جدول ۶: نتایج آزمون باکس جهت بررسی برابری ماتریس واریانس کوواریانس

۶/۸۱۷	باکس M
۱/۰۰۳	F مقدار
۶	درجه آزادی ۱
۵۶۸۰/۳۰۲	درجه آزادی ۲
۰/۴۲۱	سطح معناداری

نتایج آزمون باکس جدول ۶ نشان داد ماتریس‌های واریانس-کوواریانس متغیرها برابر بوده و باهم تفاوت معناداری ندارند.

جدول ۷: نتایج آزمون کواریانس چند متغیره تفاوت دو گروه آزمایش و گواه در مهارت‌های اجتماعی

منبع	لامبدای ویلکز	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه (آزمایش و گواه)	۰/۱۲	۵۶/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۸۸

بر اساس نتایج جدول ۷ بین گروه آزمایش و گواه در مهارت‌های اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد ($p = ۰/۰۰۱$). به عبارت دیگر می‌توان گفت، تفاوت بین نمرات دو گروه بیان‌کننده این مطالب است که آموزش کارکردهای اجرایی بر مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی در تبریز مؤثر است. با در نظر گرفتن مجذور اتا، می‌توان گفت ۸۸ درصد این تغییرات راهبردهای مثبت (تفاوت‌های گروه‌ها در پس‌آزمون) ناشی از آموزش کارکردهای اجرایی (مداخله) است.

جدول ۸: نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی تفاوت دو گروه آزمایش و گواه در مهارت‌های اجتماعی

منبع متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه همکاری	۱۰۴/۵۸۱	۱	۱۰۴/۵۸۱	۸۹/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۷۸
ابراز وجود	۶۶/۹۲۳	۱	۶۶/۹۲۳	۷۶/۷	۰/۰۰۱	۰/۷۵
خویش‌داری	۲۰/۸۴۳	۱	۲۰/۸۴۳	۳۳/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۵۷

بر اساس نتایج جدول ۸ تفاوت بین دو گروه زمانی که اثر پیش‌آزمون از روی نتایج پس‌آزمون مربوط به گروه‌ها حذف شود، در سطح ۹۵ درصد اطمینان برای مهارت‌های اجتماعی (همکاری، ابراز وجود و خویش‌داری) معنادار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، آموزش کارکردهای اجرایی بر مهارت‌های

اجتماعی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی در تبریز مؤثر است. بنابراین فرضیه سوم تحقیق تأیید می‌شود یعنی آموزش کارکردهای اجرایی بر مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی در تبریز مؤثر است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد که میانگین نارسایی توجه پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است. اما میانگین پس‌آزمون گروه کنترل نسبت به پیش‌آزمون کاهش چشمگیری نداشته است. همچنین میانگین پس‌آزمون مهارت‌های اجتماعی گروه آزمایش در مؤلفه‌های همکاری، ابراز وجود و خویش‌داری و نمره کل مهارت‌های زندگی نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است. اما میانگین پس‌آزمون گروه کنترل نسبت به پیش‌آزمون افزایش چشمگیری نداشته است. بنابراین نتایج تحلیل‌ها نشان می‌دهد که آموزش کارکردهای اجرایی بر نشانه‌های نارسایی توجه و مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی در تبریز مؤثر است.

نتایج حاصل از فرضیه اول پژوهش نشان داد که آموزش کارکردهای اجرایی در پیش‌گیری و کاهش کوتاه‌مدت نشانه‌های بی‌توجهی مؤثر است. کارکردهای اجرایی مجموعه‌ای از توانایی‌های شناختی و فراشناختی (شامل خودگردانی، خود‌آغازگری، برنامه‌ریزی، انعطاف‌شناختی، حافظه کاری، سازمان‌دهی، ادراک پویا از زمان، پیش‌بینی آینده و حل مسئله) و همچنین جزو توانایی‌هایی است که کودکان برای یادگیری‌های مدرسه‌ای (مک‌کلوسکی و همکاران، ۲۰۰۸) و انجام فعالیت‌های روزانه و تکالیف مدرسه‌ای (زلازو و همکاران، ۲۰۰۳) (به آن‌ها نیازمندند. با آموزش کارکردهای اجرایی (از جمله بازداری)، که نقش مهمی در عملکرد کارکردهای دخیل در اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی دارند، می‌توان از بسیاری مشکلات تحصیلی و اقتصادی جلوگیری کرد. بدین منظور درمانگران و والدین و معلمان می‌توانند از آموزش و بازی‌های مربوط به کارکردهای اجرایی در زمینه کاهش مشکلات تحصیلی و راهبردهای زندگی دانش‌آموزان دارای اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی (و حتی کودکان عادی) در یک محیط آموزشی مناسب بهره‌برند. از نظر پیک و همکاران (۲۰۰۴) آسیب در کارکردهای اجرایی با برخی از اختلالات کنترل حرکتی همچون اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی و اختلال هماهنگی رشدی مرتبط است و شاید به همین دلیل است که میزان همبودی این دو اختلال بالاست. به اعتقاد سیدمن (۲۰۰۶) نقص در عملکردهای اجرایی با اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی، صرف‌نظر از سن و جنس مرتبط است و با اختلالات همبود تشدید می‌شود. همچنین همه افراد دارای اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی نقص در کارکردهای اجرایی ندارند، بلکه فقط افرادی که در سیستم پاداش مغز مشکل دارند با نقص کارکردهای اجرایی در ارتباط‌اند. بازداری در موقعیت‌هایی وارد عمل می‌شود که به توقف یا قطع ناگهانی یک عمل یا فکر در حال جریان نیاز باشد. بازداری در نادیده گرفتن اطلاعاتی که کودک خواهان توجه به آن‌ها نیست، نیز به وی کمک می‌کند. بر پایه این مدل، کنترل ناقص بازداری اجرایی، باعث می‌شود که کودکان نتوانند برای انجام مطلوب‌ترین رفتار از سایر راهبردهای کنترل بهره‌برند (نیگ و همکاران، ۲۰۰۲).

در تبیین فرضیه دوم آموزش کارکردهای اجرایی باعث افزایش مهارت‌های اجتماعی در سه خرده مقیاس همکاری، جرأت‌ورزی و خودمهارگری در دانش آموزان با نارساخوانی می‌شود. به عبارتی، می‌توان با آموزش آن دسته از کارکردهای اجرایی که دانش آموزان با نارساخوانی دارای مشکل هستند، از بسیاری از ابهاماتی که در اکتساب مهارت‌های اجتماعی این دانش آموزان وجود دارد، پیشگیری کرد و با مهارت‌های اجتماعی دانش آموزان با نارساخوانی را تقویت کرد (آهنگر قربانی و همکاران، ۱۳۹۴). در بررسی چرایی اثربخشی آموزش کارکردهای اجرایی بر خرده مقیاس همکاری که طبق تعریف شامل رفتارهایی نظیر مشارکت با دیگران، پیروی از دستورالعمل‌ها و رهنمودهاست (اسدی، نسائیان، ادیب و کریملو، ۱۳۹۲)، می‌توان به نقش مؤثر حافظه فعال و خصوصاً فراشناخت در پیشگیری از تکروی‌ها و تمایل به مشارکت‌های مفید اشاره داشت. در حقیقت، دانش آموزان ضمن به کارگیری کارکردهای اجرایی از تکانشی و بی‌هدف رفتار کردن پرهیز می‌کنند و با تأملی بر رفتار خود و دیگران، به‌طور هوشمندانه‌تر و البته مفیدتر وارد همکاری با دوستان و سایرین می‌شوند. در رابطه با خرده مقیاس جرأت‌ورزی که می‌تواند مشتمل بر رفتارهای آغازگر نظیر کسب اطلاع از دیگران، معرفی خود به دیگران و پاسخ مناسب به رفتار دیگران (اسدی و همکاران، ۱۳۹۲) باشد نیز باید گفت دانش آموزان با نارساخوانی با استفاده از کارکردهای اجرایی، مرور رفتار خود و سایرین، عواقب آن را مؤثرتر توانستند تحلیل کنند و در نتیجه در ابراز وجود و با معرفی خود به دیگران بهتر عمل کردند. خرده آزمون خودمهارگری که شامل رفتارهایی است که در موقعیت‌های دشوار ضروری به نظر می‌رسد (اسدی و همکاران، ۱۳۹۲). به نظر می‌آید آموزش کارکردهای اجرایی با تمرکز در فرایند عملکرد می‌تواند به یک بازنگری شخصیتی منجر گردد و نتیجه اینکه به سلامت تفکر و عملکرد منجر گردد که در درجه نخست یاریگر خود دانش آموزان است. کودکانی که بر مهارت‌های اجتماعی تسلط پیدا می‌کنند، در واقع شایستگی‌های حضور موفق و مناسب در اجتماع را دارا می‌گردند. از سویی، یافته‌ها حاکی از آن است که لوب‌های پیشانی مغز، در تحول شایستگی اجتماعی - هیجانی مورد توجه قرار گرفته است، همان جایی که مربوط به پردازش خودمهارگری مغز است و اغلب کارکردهای اجرایی نیز به همین قشر اشاره دارد (ریگس و همکاران، ۲۰۰۶). مطالعات سونگا - بارک، دالن، دلی و رمینگتون، (۲۰۰۱) و والرا و سیدمن (۲۰۰۶) نیز نشان داده‌اند که نقص کارکردهای اجرایی در کودکان پیش‌دبستانی تا حدود زیادی پیش‌بینی کننده عملکرد تحصیلی آن‌ها در مدرسه و لذا نیازمند تشخیص و مداخله زودهنگام در این گروه از کودکان است و به عبارت دیگر، نقص کارکردهای اجرایی و توجه در کودکان پیش‌دبستانی می‌تواند در سنین بالاتر پایدار بماند و برای کودکان در انجام تکالیف مدرسه مشکل جدی ایجاد نماید. لذا، این گروه از کودکان نیازمند تشخیص و مداخله زودهنگام هستند تا مهارت‌های اولیه لازم برای موفقیت در یادگیری تحصیلی آینده را فرا بگیرند. علاوه بر تشخیص زودهنگام کودکان مبتلا به نارسایی کارکردهای اجرایی و توجه برای مداخله زودهنگام این کودکان پیشنهادها زیر مفید می‌باشد: کاهش محرک‌های محیطی، نشستن در ردیف جلوی کلام، مشخص کردن

زمان معین برای انجام تکلیف، مشخص کردن یک سمت خاص برای انجام تکلیف. کودکانی که در کارکردهای اجرایی مثل برنامه‌ریزی و استفاده از راهبردها مشکل دارند، ممکن است در سازمان‌دهی تکلیف، نوشتن، نقاشی کردن با دیگر فعالیت‌های پیچیده هم مشکل داشته باشند لذا باید به این کودکان ساختارها و قوانین آموزش داده شود تا در زمان انجام تکالیف و فعالیت‌ها، آن‌ها را دنبال کنند (به نقل از آهنگر قربانی و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین از جمله محدودیت‌های این پژوهش، استفاده از روش خودگزارش‌دهی برای سنجش متغیرهای تحقیق حاضر بود. لذا با در نظر گرفتن اینکه پژوهش حاضر فقط در مورد دانش آموزان پسر انجام شده است، پیشنهاد می‌شود در تعمیم نتایج به سایر جوامع، باید احتیاط نمود. با توجه به اثربخشی آموزش کارکردهای اجرایی بر نشانه‌های بی‌توجهی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی در تبریز پیشنهاد می‌شود، کارکردهای اجرایی، که در واقع مجموعه راه‌کارهای عملی برای مدیریت خود است در زمانی مجزا و در چارچوبی مشخص به دانش آموزان آموزش داده شود. چراکه به نظر می‌آید این روش آموزشی می‌تواند کمک قابل‌توجهی به دانش آموزان با اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی در کاهش مشکلات مرتبط با توجه را برای آنان هموار سازد. در ضمن با توجه به اثربخشی آموزش کارکردهای اجرایی بر مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی در تبریز پیشنهاد می‌شود درمانگران، والدین و معلمان از آموزش و بازی‌های کارکردهای اجرایی در زمینه کاهش مشکلات تحصیلی، اجتماعی و ارتقای مهارت‌های اجتماعی و راهبردهای زندگی کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی و حتی کودکان عادی بهره ببرند. همچنین پیشنهاد می‌گردد میزان اثربخشی آموزش کارکردهای اجرایی را در سایر اختلال‌های یادگیری و یا سایر اختلال‌هایی که با عملکرد نامناسب در مهارت‌های اجتماعی همراه هستند، نیز پی‌گیری گردد.

منابع

- آهنگر قربانی، زهره؛ حسین خانزاده، عباسعلی؛ خسرو جاوید، مهناز؛ صادقی، عباس. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش کارکردهای اجرایی بر مهارت‌های اجتماعی دانش آموزان با نارسا خوانی. *فصلنامه افراد استثنايي*، ۵ (۱۹)، ۱۸۶.
- تهرانی دوست؛ مهدی، رادگودرزی؛ رضا، سپاسی، میترا و علاقه بند راد، جواد (۱۳۸۲). نقایص کارکردهای اجرایی در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی، *تازه‌های علوم شناختی*، ۵ (۱)، ۹-۱.
- کوثری، لیلا و علیزاده، حمید (۱۳۸۹). مقایسه مهارت‌های اجتماعی دانش آموزان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی و دانش آموزان بدون این اختلال در مقطع دبستان، *مطالعات روان‌شناختی*. دوره ۶، شماره ۳.
- علیزاده، حمید (۱۳۸۳). *اختلال نارسایی توجه/ فزون جنشی، ویژگی‌ها، ارزیابی و درمان*. تهران: انتشارات رشد.

فرد کهن، محمود؛ غباری بناب، باقر (۱۳۸۸). مقایسه مهارت‌های اجتماعی و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان استثنایی در مدارس تلفیقی و استثنایی. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی سال نهم بهار ۱۳۸۸ شماره ۱ (پیاپی ۳۱).

هارجی، او. و ساندرز، کا. (۱۳۸۴). مهارت‌های اجتماعی در ارتباط بین فردی، ترجمه: بیگی، خشایار و فیروز بخت، مهرداد. تهران: انتشارات رشد.

Ahangar gorbani, zouhre; Hossein Khanzadeh, Abbas Ali; Khosrow Javid, Mahnaz; Sadeghi, Abbas (1394). The effectiveness of executive function training on social skills of students with dyslexia. *Quarterly Journal of Exceptional People*, 5 (19), 186.

Alizadeh, Hamid (1383). Attention Deficit / Hyperactivity Disorder, Characteristics, *Evaluation and Treatment*. Tehran: Roshd Publications.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of *mental disorders*. 5th ed. Washington DC:USA.

Bannon, S., Gonsalves, C. J., Croft, R. J., & Boyce, P. M. (2006). Executive function in obsessivecompulsive disorder: state or trait deficits. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40 (11-12), PP: 1031-1138.

Barkley, R. A. (2006). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A *handbook for diagnosis and treatment (3 rd ed.)*. New York: Guilford Press.

Charman, T., Carrol, F., Sturge, C. (2001). Theory of mind, executive function, And social competence in boy with ADHD. *Emotional and behavioural Difficulltis*, 6 (1) 31- 49.

Coolidge, F. L., Thede. L. L, & Young. S. E. (2000). Heritability and Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with behavioral Disorders and executive functions deficits: A preliminary investingation. *Developmental Neurophysiology*, 17 (3), 273- 287.

Daniel Mares, M. A., Mcluckie, A., Scheartz., M., & Saini, M. (2007). Executive Functions impairments in children with attention Deficit hyperactivity disorder: Do they differ between school and hom Invironments? *Canadian Journal of psychiatry*, 52 (8), 527-538.

Dawson, P; Guare, R. (2004). Executive skills in children and adolescents: *A practical guide to assessment and intervention*. New York: Guilford Press.

Dukte, S., & Stober, J. (2001). Test Anxiety and Working Memory. *Journal of Developmental Psychology*. 28, 689-729

Eslinger. P.J, Flaherty -Craig & C.V, Chakara.F (2013). *Handbook of Clinical Neurology, Neurological Rehabilitation*. Vol. 110 (3rd series).

Fard Kohan, Mahmoud; Ghobari Bonab, Baqer (1388). Comparison of social skills and academic achievement of exceptional students in integrated and exceptional schools. *Research in the field of exceptional children in the ninth year of spring 2009* No. 1 (31 consecutive).

Fisher, M; Barkley, R, A; Smallish, L; Fletcher, K. (2005). Executive functioning in hyperactive children, as young adults: attention, inhibition, response perseveration, and the impact of comorbidity. *Developmental Neuro psychology*. 27, 107-133.

Franke, B.; Faraone, S.V.; Asherson, P.; Buitelaar, J.; Bau, C.H.; Ramos-Quiroga, J.A.; Mick, E.; Grevet, E.H.; Johansson, S.; Haavik, J.; et al. (2012). The genetics of attention deficit/hyperactivity disorder in adults, a review. *Mol Psychiatry*. 17, 960–987.

Fredriksen, M.; Dahl, A.A.; Martinsen, E.W.; Klungsoyr, O.; Faraone, S.V.; Peleikis, D.E. (2014). Childhood and persistent ADHD symptoms associated with educational failure and long-term occupational disability in adult ADHD. *Atten. Defic. Hyperact. Disord*. 6, 87–99.

Fujii, Y., Kitagawa, K., Shimizu, Y., Shimizu, N., Toyomaki, A., Hashimoto, N., Kako, Y., Tanaka T, Asakura, S., Koyama, T., & Kusumi, I. (2013). Severity of Generalized Social Anxiety Disorder Correlates with Low Executive. *Journal of Neuroscience Letters*. 543, 42-46.

Goldberg, M. C., Mostofsky, S. H., Cutting, L. E., Mahone, E., M., Aslor, B. C., Denckla, M. B., & Landa, R. J. (2005). Subtle executive impairment in children with autism and children with ADHD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35 (3), 279-293.

Goldstein, S. & Golstein, M. (1998). Managing Attention Deficit Hyperactivity Disorder in: *aguide for practioners (2nd ed)*. New York, Ny: John Wiley.

Gresham, F., & Elliot, S. N. (1990). *The social skills rating system*.

Harji, o. And Saunders, K.; (1384). *Social skills in interpersonal communication*, translation: Beigi, Khashayar and Firooz Bakht, Mehrdad. Tehran: Roshd Publications.

Jonathan Banks. (2004). Social skills deficits. In E. Mash & L. Terdal (Eds.), *Behavioral assessment of childhood disorders* (pp.347-396). New York: The Guilford Press.

Kempton, S., Vance, A., Maruff, P., Luk, E., Costin, J., & Pantelis, C. (2001). Executive Functions and attention deficit hyperactivity disorder: Stimulant medication and better executive Function performance in children. *Psychological Medicine*, 29 (3), 527- 538.

Kowsari, Leila and Alizadeh, Hamid (1389). Comparison of students' social skills with attention deficit / hyperactivity disorder and students without this disorder in primary school, *psychological studies*. Volume 6, Number 3.

Langley, K. ADHD Genetics. In Oxford Textbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder; *Oxford University Press*: Oxford, UK, 2018; Chapter 3; p. 19.

Lee Park.K.,Loman,S., &Miller,M.A. (2007).*Social skills*.Adaptive Behavior Assessment-II: Clinical Use and Interpretation,Elsevier Inc.

Mares, D; McLuckie, A; Schwartz, M; Saini, M. (2007). Executive Function Impairments in Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Do They Differ Between School and Home Environments. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 52. 8.

Mc Closkey, G; Perkins, L; Divner, B. (2009). *Assessment and Intervention for Executive Function Difficulties*. New York: Routledge Press.

Micco, J., Henin, A., Biederman, J., Petty, C., & Beker, D. (2009). Executive function in patients with depression and anxiety. *Journal of Depress Anxiety*, 26, PP:780-790.

Rapport, M. D, Bolden J, Kofler MJ, Sarver DE, Raiker JS, Alderson M. R. (2009). Hyperactivity in boys with attention- deficit/ hyperactivity disorder (ADHD): A ubiquitous core symptom or manifestation of working memory deficits? *Journal of Abnormal Child Psychology*., 9, PP:521-534.

Seidman, Larry J, neuropsychological Functioning in people with ADHD across the lifespan, (2006). *J of Clinical psychology Review*, 26, 466-485.

Tehrani Doost; Mehdi, Radgoodarzi; Reza, Sepasi, Mitra and Alaghband Rad, Javad (2003). Executive dysfunctions in children with attention deficit / hyperactivity disorder, *Cognitive Science News*, 5 (1), 9-1.

Valerna, E. M., & Seidman, L. J. (2006). Neuropsychology of attention deficit hyperactivity disorder in preschoolers. *Infant and Young children*, 19 (2), 94-108.

Willcutt, E. G; Doyle, A. E; Nigg, J. T; Faraone, S. V; Pennington, B. F. (2005). Validity of the executive function theory of attention deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Biological Psychiatry*. 57, 1336-1346.

