



بررسی اثربخشی آموزش روش حل مسئله در کاهش علائم کمبود توجه/ بیش فعالی

دکتر حمید طاهر نشاط دوست^۱

دانشگاه اصفهان

دکتر مهرداد کلانتری^۲

دانشگاه اصفهان

علی پاشا سلطانی^۳

آموزش و پرورش کرمانشاه

این پژوهش، به منظور بررسی اثربخشی آموزش روش حل مسئله بر میزان کاهش علائم اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی در کودکان پسر پایه پنجم دبستان‌های شهر ایلام انجام شده است. بدین منظور از بین ۳۰ مدرسه ابتدایی پسرانه شهر ایلام ۵ مدرسه به طور تصادفی انتخاب شدند و با توجه به ارزیابی معلمان و والدین در پرسشنامه مرضی کودک (CSI-4) و ملاکهای تشخیصی چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)، ۲۸ دانش‌آموز پسر پایه پنجم که اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی، در آنها تشخیص داده شده بود، به طور تصادفی، انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایشی در ۱۰ جلسه و هر جلسه به مدت ۲۰ دقیقه مورد آموزش روش حل مسئله قرار گرفتند و برای گروه گواه، هیچ مداخله درمانی انجام نپذیرفت. ابزار پژوهش، پرسشنامه علائم مرضی کودک بود. اطلاعات به دست آمده از سه مرحله ارزیابی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که در مرحله پس‌آزمون (یک هفته پس از درمان)، تفاوت دو گروه آموزشی حل مسئله و گروه گواه در نمرات شدت مجموع علایم اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی و همچنین نمرات شدت علایم کمبود توجه و شدت علائم بیش فعالی، بر اساس ارزیابی جداگانه والد و معلم معنی‌دار بود ($P < 0.05$). همچنین نتایج نشان داد که در مرحله پیگیری (سه هفته پس از درمان)، تفاوت دو گروه در نمرات شدت علایم بیش فعالی، بر اساس ارزیابی والد و معلم، و در نمرات شدت مجموع علائم اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی و شدت علایم توجه، بر اساس ارزیابی والد، معنادار بود ($P < 0.05$).

مقدمه

شایع دوران کودکی می‌باشد. این اختلال با سه ویژگی بی‌توجهی، تکانش‌وری (impulsivity) و بیش‌فعالی موجب بروز مشکلاتی برای کودکان مبتلا و والدین آنها می‌گردد.

اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی در مقوله اختلالات روانی که برای اولین بار در دوران کودکی و نوجوانی تشخیص داده

اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی (attention-deficit/hyperactivity disorder) از اختلالات نسبتاً

^۱ دکترای روان‌شناسی بالینی

^۲ دکترای روان‌شناسی بالینی

^۳ کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی



همچون دارو درمانی، مشاوره، آموزش والدین و تکنیک‌های اصلاح رفتار برای درمان کودکان دارای اختلال کمبود توجه/بیش فعالی انجام گرفته است (کرتوچویل و موریس، ترجمه فارسی ۱۳۷۸). در این مداخلات، از تلاش هم زمان والدین، روان‌پزشکان، روان‌شناسان و معلمان استفاده شده است (کندال، ۲۰۰۰). رویکردهای روان‌شناختی برای درمان این اختلال، بر آموزش مهارت‌های ضروری برای توجه کردن، کنترل خود و کاهش یا بهتر کردن فعالیت‌های حرکتی شدید تأکید دارند. در این زمینه یک راهبرد شناختی مفید، استفاده از روش حل مسئله است. این راهبرد یک روش جامع می‌باشد و شامل مؤلفه‌های زیادی از قبیل خودفرمانی، آموزش فرایند حل مسئله، تقویت، سرمشق‌دهی و ایفای نقش است (هیوز، ترجمه فارسی ۱۳۷۵).

با وجود اینکه تحقیقات مربوط به بررسی تأثیر آموزش روش حل مسئله بر کاهش علائم اختلال کمبود توجه/بیش فعالی بسیار اندک است، نتایج مفیدی از پژوهشهایی که در ارتباط با اثربخشی این روش انجام شده، به دست آمده است. نتایج این تحقیقات نشان‌دهنده کاهش علائم اختلال کمبود توجه/بیش فعالی و مشکلات رفتاری همراه این اختلال می‌باشد. به عنوان مثال مایکن‌بام و گودمن (Meichenbaum & Goodman) (به نقل از هیوز، ترجمه فارسی ۱۳۷۵) یک برنامه آموزش خوداظهاری حل مسئله را که شامل روش گام به گام حل مسئله بود، به کودکان تکانشی کلاس دوم ابتدایی آموزش دادند. نتایج تحقیق آنها نشان داد که گروه آموزش حل مسئله در مقایسه با گروه گواه به طور معناداری بهبود بیشتری نشان داد. ابیکف و رایتر (Abikoff & Reiter) (به نقل از هین شاو، ۱۹۹۲) نیز روش حل مسئله را به پسرهای مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی آموزش دادند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که آموزش حل مسئله در کاهش علائم بی‌توجهی و در نتیجه بهبود عملکرد تحصیلی (نمرات خواندن و ریاضی) این کودکان مؤثر است. کندال و براسول (Kendall & Braswell) (به نقل از هیوز، ترجمه فارسی ۱۳۷۵) با بررسی تحقیقات پانزده ساله روی آموزش خوداظهاری برای کودکان تکانشی و بیش فعال دریافتند که شیوه آموزشی مؤثرتر و جدیدتر برای درمان این کودکان برنامه خود تعلیمی است که دربرگیرنده آموزش‌های حل مسئله نیز می‌باشد. داگلاس و

می‌شوند، جای می‌گیرد. علامت اساسی این اختلال یک الگوی مستمر بی‌توجهی و یا بیش فعالی - تکانش‌وری است که در کودکان مبتلا به این اختلال نسبت به هم‌سالان عادی آنها از شدت و فراوانی بیشتری برخوردار است. بر اساس ملاک‌های ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)، این اختلال بر حسب اینکه کدام الگوی رفتاری بی‌توجهی و یا بیش فعالی - تکانش‌وری در فرد غالب باشد دارای انواع فرعی زیر می‌باشد:

- ۱) اختلال کمبود توجه/بیش فعالی نوع غالباً بی‌توجه،
- ۲) اختلال کمبود توجه/بیش فعالی نوع غالباً بیش فعالی - تکانش‌ور و
- ۳) اختلال کمبود توجه/بیش فعالی نوع مرکب (انجمن روانپزشکی آمریکا، ترجمه فارسی ۱۳۷۴).

مطالعات همه‌گیر شناسی نشان می‌دهد که این اختلال در ۳ تا ۵ درصد کودکان دبستانی به وقوع می‌پیوندد (ابیکف و کلاین، ۱۹۹۲). میزان همبودی (comorbidity) این اختلال با اختلالات رفتار مخرب (disruptive behavior disorders) بسیار بالاست و پسرها نسبت به دخترها بیشتر به این اختلال مبتلا می‌شوند (ونس و پاماریا، ۲۰۰۱). این اختلال ممکن است تا نوجوانی و حتی بعد از آن نشانگان خود را حفظ کند. کودکان مبتلا به این اختلال، در مقابل اختلالات شخصیت ضد اجتماعی و دیگر اختلالات شخصیتی و خلقی آسیب‌پذیر هستند (لطفی کاشانی و وزیری، ۱۳۷۶).

میزان شیوع این اختلال در تحقیق نشاط دوست و همکاران (۱۳۷۶) در کودکان اول و دوم دبستانی شهر اصفهان ۳/۷۷ درصد، در تحقیق توکلی‌زاده و همکاران (۱۳۷۵) در کودکان دبستانی شهر گناباد ۹ درصد و در تحقیق سلیمان‌نژاد (۱۳۷۶) در کودکان دبستانی شهر ایلام ۴ درصد به دست آمده است.

عوامل متعددی به طور جداگانه یا در ترکیب با همدیگر باعث شروع این اختلال می‌شوند؛ از جمله می‌توان به عوامل ژنتیکی، آسیب مغزی، عوامل عصبی - فیزیولوژیکی، عوامل عصبی شیمیایی، عوامل محیطی (مانند مسمومیت با سرب، تشعشع و حساسیت غذایی) و عوامل خانوادگی اشاره کرد (کاپلان و سادوک، ترجمه فارسی ۱۳۷۹).

مداخلات درمانی روانپزشکی و روان‌شناختی مختلف



همکاران (به نقل از هیوز، ترجمه فارسی ۱۳۷۵) یک مداخله شناختی خودراهنمایی که شامل آموزش‌های حل مسئله نیز بود ابداع کردند که در آموزش کودکان پر تحرک نتیجه سودمندی داشت.

با توجه به اینکه اختلال کمبود توجه / بیش فعالی شیوع نسبتاً بالایی دارد و مشکلات زیادی برای کودک، والدین و معلمان به وجود می‌آورد و از طرف دیگر برای کنترل و درمان این اختلال در ایران تحقیقات کمی بسیاری در زمینه مداخله‌های درمانی غیر دارویی انجام گرفته است، پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان اثربخشی روش درمانی حل مسئله برای این کودکان، انجام شده است.

روش

جامعه آماری این تحقیق، دانش‌آموزان پسر پایه پنجم ابتدایی شهر ایلام بودند که در سال تحصیلی ۸۱-۸۰ مشغول به تحصیل بودند. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری مرحله‌ای استفاده شد. ابتدا از بین ۳۰ مدرسه ابتدایی پسرانه شهر ایلام، پنج مدرسه به صورت تصادفی انتخاب و سپس از بین دانش‌آموزان پایه پنجم این مدارس ۴۵ نفر که در پرسشنامه علائم مرضی کودکان (Child Symptoms Inventory-4th version) (CSI-4)، نمره بالاتر از خط برش داشتند انتخاب شدند. پس از انجام مصاحبه با مادران این کودکان، از بین کودکانی که دارای ملاک‌های تشخیص اختلال کمبود توجه بیش فعالی بر اساس DSM-IV بودند، ۲۸ نفر به طور تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی و گواه قرار گرفتند. دو گروه از نظر سنی تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشتند.

ابزار پژوهش

ابزار اصلی پژوهش عبارات گروه الف پرسشنامه علائم مرضی کودکان بود که دارای دو فرم مخصوص معلمان و والدین می‌باشد. تعداد عبارات مرتبط با اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی (در هر دو فرم معلم و والد) این پرسشنامه ۱۸ عبارت است که برای هر کدام یک مقیاس چهار درجه‌ای هرگز، به ندرت، گاهی اوقات و بیشتر اوقات در نظر گرفته شده است. عبارات این پرسشنامه ساده و برای والدین و معلمان قابل فهم می‌باشد و به

جای واژه‌های فنی روانپزشکی، از اصطلاحات ساده استفاده شده است (باعدی، ۱۳۸۰). پرسشنامه علائم مرضی کودکان در سال ۱۹۹۴ مورد تجدید نظر قرار گرفت و با ملاکهای ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی منطبق شد (توکلی‌زاده، ۱۳۷۵). در زمینه پایایی این پرسشنامه مطالعات متعددی صورت گرفته است. سلیمان نژاد (۱۳۷۰)، پایایی این پرسشنامه را از طریق بازآزمایی برای فرم والد و معلم، به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۳ و کلاتری و همکاران (۱۳۸۰) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش تنصیف برای فرم معلمان و والدین به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۵ گزارش می‌کنند.

روش آموزش حل مسئله

در این تحقیق، روش آموزش حل مسئله، با استفاده از روش آموزش دیویسون و گلدفرید (ترجمه فارسی ۱۳۷۱) و هاوتون و همکاران (ترجمه فارسی ۱۳۷۸) تدوین گردید. این آموزش شامل ۵ مرحله بود: جهت‌گیری به سمت حل مسئله، تعریف مسأله، ایجاد راه حل‌های بدیل، تصمیم‌گیری در مورد راه حل مناسب و اجرای این راه حل، و بررسی نتایج؛ که در طول ۱۰ جلسه ۴۰ دقیقه‌ای (هر هفته ۲ جلسه) به گروه آزمایش ارائه گردید. برای گروه گواه هیچ گونه مداخله درمانی صورت گرفت.

تأثیر روش درمان در مرحله پس‌آزمون (یک هفته پس از درمان)، و پیگیری (سه هفته پس از درمان)، بر اساس تغییرات در گزینه‌های درجه‌بندی شده پرسشنامه علائم مرضی کودکان اندازه‌گیری شد. اطلاعات به دست آمده از ارزیابی معلمان و والدین در سه مرحله قبل از درمان، بعد از درمان و پیگیری، از طریق تحلیل واریانس چند متغیره (multivariate) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

جدول ۱، میانگین نمرات آزمودنیهای دو گروه آزمایش و گواه را در پرسشنامه علائم مرضی کودکان بر اساس ارزیابی معلم و والد در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به تفکیک نوع اختلال (کمبود توجه و بیش فعالی) نشان می‌دهد.



جدول ۱- میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه در پرسشنامه CSI-4 بر اساس ارزیابی معلم و والد به تفکیک نوع اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی

ارزیابی	میانگین گروه آزمایش (۱۴ نفر)			میانگین گروه گواه (۱۴ نفر)		
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
معلم	نوع مرکب	۴۵/۳۶	۳۸/۹۳	۴۴/۶۶	۴۶	۴۶/۸۵
	نوع غالباً بی توجه	۲۱/۳۶	۱۸/۰۷	۲۲/۲۱	۲۳/۶۴	۲۳/۶۴
	نوع غالباً بیش فعال	۲۴	۲۰/۸۶	۲۲/۴۳	۲۳/۳۶	۲۳/۳۶
والد	نوع مرکب	۴۸/۰۷	۴۲/۳۶	۴۴/۱۴	۴۷/۳۶	۴۷/۹۳
	نوع غالباً بی توجه	۲۴/۲۱	۲۱/۰۷	۲۲/۳۹	۲۳/۷۱	۲۳/۷۱
	نوع غالباً بیش فعال	۲۳/۸۶	۲۱/۲۹	۲۱/۸۶	۲۳/۶۴	۲۳/۷۱

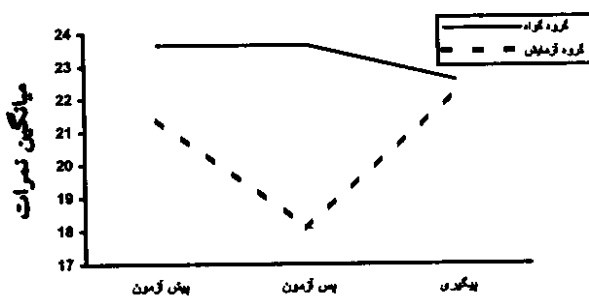


نتایج تحلیل واریانس مقایسه میانگین نمرات شدت علائم کمبود توجه (نوع غالباً بی توجه) دو گروه آزمایش و گواه در سه مرحله قبل از درمان، بعد از درمان و پیگیری بر اساس ارزیابی معلم و والد، نشان می‌دهد که در مرحله پس آزمون بر اساس ارزیابی معلم و والد تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات شدت علائم توجه دو گروه آزمایش و گواه وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). در مرحله پیگیری، تفاوت دو گروه در میانگین نمرات شدت علائم کمبود توجه بر اساس ارزیابی والد معنی‌دار است ($P < ۰/۰۱$)؛ اما بر اساس ارزیابی معلم معنی‌دار نیست ($P > ۰/۰۵$). میزان تأثیر روش آموزش حل مسئله در کاهش شدت علائم کمبود توجه بر اساس ارزیابی معلم در مرحله بعد از درمان ۰/۴۲ و در مرحله پیگیری ۰/۰۲ می‌باشد. همچنین میزان تأثیر روش آموزش حل مسئله در کاهش شدت علائم کمبود توجه، بر اساس ارزیابی والد در مرحله بعد از درمان ۰/۴۸ و در مرحله پیگیری ۰/۲۸ می‌باشد. شکل ۲ اثر استفاده از روش آموزش حل مسئله در کاهش شدت علائم کمبود توجه را نشان می‌دهد.

نتایج تحلیل واریانس مقایسه میانگین نمرات شدت علائم اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی (نوع مرکب) دو گروه آزمایشی و گواه در مرحله قبل از درمان، بعد از درمان و پیگیری، بر اساس ارزیابی معلم و والد نشان می‌دهد که تفاوت دو گروه بر اساس ارزیابی معلم و والد در مرحله بعد از درمان (پس آزمون) معنی‌دار است ($P < ۰/۰۱$). همچنین در مرحله پیگیری، تفاوت دو گروه آزمایش و گواه بر اساس ارزیابی والد معنادار است ($P < ۰/۰۱$) و بر اساس ارزیابی معلم نزدیک به سطح معناداری است ($P = ۰/۰۷$). میزان تأثیر روش آزمون حل مسئله، در کاهش شدت علائم اختلال کمبود توجه / بیش فعالی بر اساس ارزیابی معلم در مرحله پس آزمون ۰/۴۶ و در مرحله پیگیری ۰/۱۲ می‌باشد. همچنین میزان تأثیر روش آموزش حل مسئله بر اساس ارزیابی والد در مرحله پس آزمون ۰/۶۵ و در مرحله پیگیری ۰/۴۹ می‌باشد. شکل ۱ اثر استفاده از روش آزمون حل مسئله در کاهش شدت علائم اختلال کمبود توجه / بیش فعالی را در ارزیابی معلم و والد نشان می‌دهد.



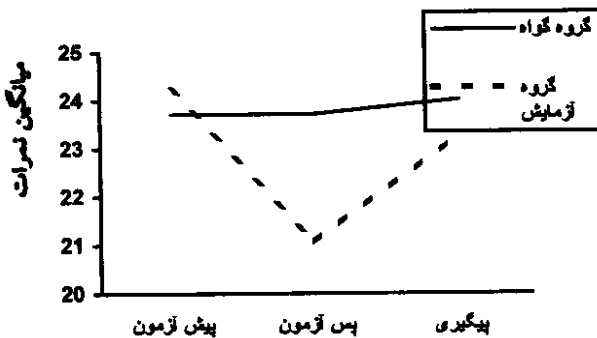
نمودار الف (ارزیابی معلم)



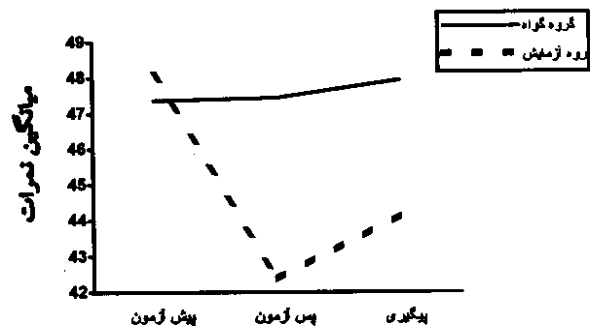
نمودار الف (ارزیابی معلم)



نمودار ب (ارزیابی والد)



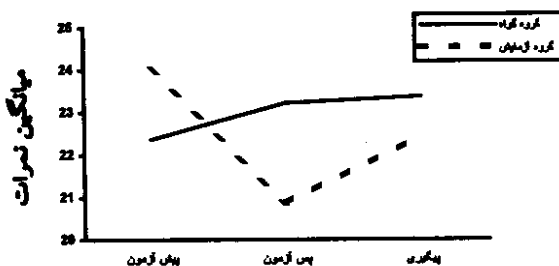
نمودار ب (ارزیابی والد)



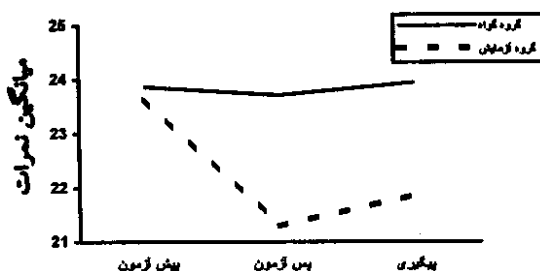
شکل ۲- میانگین نمرات اختلال کمبود توجه در دو گروه آزمایش و گواه براساس ارزیابی معلم (نمودار الف) و والد (نمودار ب)

شکل ۱- میانگین نمرات اختلال کمبود توجه/بیش فعالی دو گروه آزمایش و گواه براساس ارزیابی معلم (نمودار الف) و والد (نمودار ب)

نمودار الف (ارزیابی معلم)



نمودار ب (ارزیابی والد)



شکل ۳- میانگین نمرات اختلال بیش فعالی در دو گروه آزمایش و گواه براساس ارزیابی معلم (نمودار الف) و والد (نمودار ب)

نتایج تحلیل واریانس مقایسه میانگین نمرات شدت علائم بیش فعالی (نوع غالباً بیش فعال - تکانش ور) در دو گروه آزمایش و گواه در سه مرحله قبل از درمان، بعد از درمان، و پیگیری بر اساس ارزیابی معلم و والد، نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات علائم بیش فعالی در دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پس آزمون و پیگیری بر اساس ارزیابی معلم و والد معنی‌دار است ($P < 0.01$). میزان تأثیر آموزش روش حل مسئله در کاهش شدت علائم بیش فعالی بر اساس ارزیابی معلم در مرحله بعد از درمان 0.21 و در مرحله پیگیری 0.16 می‌باشد. همچنین میزان تأثیر آموزش روش حل مسئله در کاهش شدت علائم بیش فعال بر اساس ارزیابی والد در مرحله بعد از درمان 0.51 و در مرحله پیگیری 0.48 می‌باشد. اثر استفاده از روش آموزش حل مسئله در کاهش علائم بیش فعال در شکل ۳ ارائه شده است.



بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که آموزش روش حل مسئله تأثیر معنی‌داری بر کاهش شدت مجموع علائم اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی کودکان مبتلا به این اختلال داشته است. این یافته با نتایج پژوهش‌های کازدین و همکاران (۱۹۸۷)، اسپوآک و شور (Spivock & Shure) (به نقل از هیوز، ترجمه فارسی ۱۳۷۵) و با توصیه درمانی متیز (۱۹۹۹) هماهنگ است. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که روش آموزش حل مسئله بر کاهش علائم بی‌توجهی و بیش‌فعالی - تکانش‌وری به طور جداگانه مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های قمری گیوی (۱۳۷۰)، ایکف و رایتر (به نقل از هین شاو، ۱۹۹۲)، مایکن بام و گودمن (به نقل از هیوز، ترجمه فارسی ۱۳۷۵) همخوان است.

تفاوت دو گروه در نمرات شدت علائم اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی و شدت علائم اختلال کمبود توجه در مرحله پیگیری براساس ارزیابی والد معنادار می‌باشد، اما براساس ارزیابی معلم معنادار نیست. علت معنادار نبودن این تفاوت‌ها در دو گروه، براساس ارزیابی معلم، می‌تواند به دلیل ازدحام بیشتر محیط کلاس و مدرسه نسبت به محیط خانه باشد. در محیط مدرسه تحریکات بیشتری برای حواس پرتی و بی‌توجهی دانش‌آموزان وجود دارد، لذا اجرای روش آموزش حل مسئله نتوانسته است اثرات درمانی خود را در دراز مدت حفظ کند. با توجه به اینکه والدین در مقایسه با معلمان، زمان بیشتری را با فرزندان خود می‌گذرانند و نسبت به رفتار آنها و خصوصاً اختلالات و مشکلات رفتاری‌شان حساس‌تر از معلمان هستند و همچنین معلمان با تعداد زیادی

دانش‌آموز مواجه هستند و نسبت به والدین وقت کمتری را با کودکان می‌گذرانند، ارزیابی والدین می‌تواند قابل‌استنادتر باشد. از طرف دیگر عدم تداوم اثرات روش آموزش حل مسئله می‌تواند ناشی از محدود بودن تعداد جلسات آموزش باشد. تذکر این نکته لازم است که در این پژوهش تعداد جلسات آموزش حل مسئله براساس الگوی پیشنهادی هاوتون و همکاران (ترجمه فارسی ۱۳۷۸) و با توجه به محدودیت زمان اجرای پژوهش (نیمه دوم سال تحصیلی) ده جلسه در نظر گرفته شد. ممکن است پایان دادن تدریجی جلسات آموزش و برگزاری جلسات یادآوری، بعد از درمان، موجب پایداری اثرات آموزش حل مسئله در کاهش علائم اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی گردد.

در یک جمع‌بندی کلی می‌توان گفت که با توجه به اینکه کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی، دارای نقص در مورد توجه کردن، تکانشی عمل کردن و بیش‌فعالی می‌باشند و روش آموزش حل مسئله به کودکان دارای این اختلال بر درمان این مشکلات تأکید دارد، این روش درمانی به عنوان یکی از روش‌های درمانی شناختی- رفتاری می‌تواند برای این گونه کودکان مفید باشد. همچنین این روش درمانی مشکلات و محدودیت‌های درمان‌های دارویی را ندارد و والدین به دلیل نداشتن عوارض جانبی، از این درمان بیشتر استقبال می‌کنند. از دیگر مزایای روش درمانی آموزش حل مسئله این است که در طول استفاده از این روش کودکان فعال می‌باشند و مهارت‌های اجتماعی، عزت نفس و اعتماد به نفس آنها تقویت می‌گردد.

منابع

- انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۷۴). *راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی* (ترجمه م. نائینان، ع. الهیاری، و م. مداحی). تهران: انتشارات دانشگاه شاهد.
- باعدی، ز. (۱۳۸۰). بررسی کارآمدی بازی درمانی شناختی- رفتاری در کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک (مطالعه تک‌موردی). پایان‌نامه کارشناسی ارشد (چاپ نشده)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران.
- توکلی‌زاده، ج. (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات ایدایی و کمبود توجه در دانش‌آموزان دبستانی شهر گناباد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد (چاپ نشده)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران.
- توکلی‌زاده، ج.، بواله‌ری، ج.، مهریار، ا.م.، و دژکام، م. (۱۳۷۵). همه‌گیرشناسی اختلالات رفتار ایدایی و کمبود توجه در دانش‌آموزان دبستانی شهر گناباد. *مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد*، ۲ (۶)، ۴۵-۵۳.



دیویسون، ج. و گلدفرید، م. آر. (۱۳۷۴). رفتار درمانی بالینی (ترجمه ا. احمدی علون آبادی). تهران: مرکز نشر دانشگاهی.

سلیمان‌نژاد، ح. (۱۳۷۱). همه گیر شناسی اختلال کمبود توجه / بیش فعالی در دانش آموزان ۷ تا ۱۱ سال مدارس ابتدایی شهر ایلام. پایان نامه کارشناسی ارشد (چاپ نشده). دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان اصفهان.

فریدمن، آر. جی و دوپال، جی. تی. (۱۳۸۱). شیوه رفتار با کودکان و نوجوانان دچار اختلال نقص توجه - بیش فعالی (ترجمه ج. صدرالسادات، م. محمدی، ل. صدرالسادات). تهران: انتشارات اسپند هنر.

قمری گیوی، ح. (۱۳۷۰). کاربرد گفتار درونی در درمان کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه. پایان نامه کارشناسی ارشد (چاپ نشده). دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران.

کاپلان، ه. و سادوک، ب. (۱۳۷۹). خلاصه روانپزشکی (جلد سوم) (ترجمه ن. پورافکاری). تهران: انتشارات شهر آب.

کراتوچویل، ت. آر و موریس، آر. جی. (۱۳۷۸). روانشناسی بالینی کودک، روشهای درمانگری (ترجمه م. نائینیان و همکاران). تهران: انتشارات رشد.

کلاتری، م. نشاط دوست، ح. زارعی، م. (۱۳۸۰). تأثیر آموزش رفتاری والدین و دارو درمانگری بر میزان علایم فزون کنشی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی. مجله روانشناسی، ۵ (۲)، ۱۱۸-۱۳۵.

گودرزی، ع. م. (۱۳۶۹). کودکان پر تحرک. مشهد: انتشارات کتابستان.

لطفی کاشانی، ف. و وزیری، ش. (۱۳۷۱). روانشناسی مرضی کودک. تهران: انتشارات ارسباران.

نشاط دوست، م. کلاتری، م. و یوسفی، ع. (۱۳۷۱). بررسی شیوع اختلال نقص توجه - بیش فعالی (ADHD) در دانش آموزان پایه اول و دوم مدارس ابتدایی شهر اصفهان. مجله پژوهشهای تربیتی و روانشناختی دانشگاه اصفهان، دوره جدید، ۱ (۱)، ۵۲-۳۷.

هاوتون، ک.، سالکوس کیس، پ.، کرک، ج. و کلارک، دی. م. (۱۳۷۸). رفتار درمانی شناختی (ترجمه ح. قاسم‌زاده). تهران: انتشارات ارجمند.

هیوز، ان. جی. (۱۳۷۵). روانشناسی بالینی کودک، با تأکید بر کاربرد رویکرد روانشناختی رفتاری در خانه و مدرسه (ترجمه ب. نجاریان، س. خدارحیمی، و ب. مکوندی). اهواز: انتشارات مردمک.

Abikoff, H. & Klein, R.G. (1992). Attention- deficit hyperactivity and conduct disorder: Comorbidity and implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 881-892.

Hinshaw, P. (1992). Academic underachievement, attention deficit, and aggression: Comorbidity and implications for intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 893-903.

Kazdin, A.E., Dawson, K.E., French, N.H., & Unis, A.S. (1987). Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behavior.

Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 76-85.

Kendall, P.C. (2000). *Childhood Disorders*. Philadelphia: Psychology Press.

Matthys, W. (1999). Deficient social problem solving in boys with ODD/CD, with ADHD, and with both disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 311-321.

Vance, H.B., & Pumariega, A.J. (2001). *Clinical assessment of child and adolescent behavior*. New York: John Wiley & Sons.