MEJDS. 2020; 10:22.

Published online 2020 Apr. **Research Article**

# Treatment Based on Problem-Solving Training on Externalized Behavioral Symptoms

Mohammadi E[1], *Shadbafi M[2], Pakrouh L[3], Vafadar Sh[4]

**Author Address**
1. MSc in Child and Adolescent Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran;
2. PhD Student of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran;
3. MA in Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University of Gheshm, Gheshm, Iran;
4. MSc in Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University of Boukan, Boukan, Iran.
***Corresponding Author Email:** m.shadbafi@gmail.com

**Received:** 2020 February 22 **Accepted:** 2020 March 14

**Abstract**

**Background & Objectives**: The health status of each society's members are of particular importance. Accordingly, paying attention to their mental health helps to improve their bio psychological health and their social functioning. However, in every community, some individuals encounter some problems that affect their bio psychological health. Recently, the behavioral issues of children, as a significant subject of psychology and psychiatry, have attracted much attention. Furthermore, they constitute a considerable part of the population of every society. Besides, numerous children experience emotional and behavioral problems, i.e., not only challenging to be resolved but also may continue into adulthood. Given the wide range of behavioral problems, there are several approaches to classifying them. The most common method of categorizing behavioral issues, introduced by Achenbach in 1991, concerns children's behavioral problems in two broad categories; internalized behaviors (e.g., withdrawal, obsession, sadness, shyness, fear, & delusion) and externalized behaviors (e.g., behaviors against others and the environment, including aggression, contention, & the destruction of property). The present study aimed to investigate the effectiveness of treatment based on problem–solving training on externalized behavioral symptoms.

**Methods**: This was a quasi–experimental study with a pretest–posttest and a control group design. The statistical population of this study was all middle school students of Tabriz City, Iran, in the 2018–2019 academic year. Of them, 30 students were chosen by convenience sampling technique and were randomly divided into the experimental and control groups. The inclusion criteria were age range of 12–15 years, no learning disorders, no mental disability, no visual, auditory or motor impairments, as well as no medical conditions, such as diabetes, epilepsy, or heart disease that may influence the research process. First, Pelham and Gnagy's Disruptive Behaviors Rating Scale (DBRS) (1992) was administered to both study groups. The experimental group then received 8 sessions of 60–minute treatment based on problem–solving training. Next, both groups were evaluated using DBRS. Finally, the obtained data were analyzed using Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) in SPSS.

**Results**: is the collected data suggested significant differences between the experimental and control groups in Attention–Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) ($p$<0.001), oppositional defiant disorder ($p$=0.049), conduct disorder ($p$=0.003), attention deficit ($p$=0.008), hyperactivity ($p$<0.001), and deceitfulness or theft ($p$=0.004) symptoms. The mean value of attention deficit, hyperactivity, ADHD, oppositional defiant disorder, deceitfulness or theft, and conduct disorder were lower in the experimental group than the controls. In addition, the calculated eta coefficient indicated that 95% of individual differences in the posttest scores of behavioral disorders belonged to the effectiveness of the provided treatment. However, there was no significant difference between the experimental and control groups in terms of aggression, the destruction of property, and serious violations of rules.

**Conclusion**: Based on the present study findings, providing treatment based on problem–solving training is effective in reducing externalized behavioral symptoms among individuals.

**Keywords**: Problem–Solving Training, Externalized Behavioral Symptoms.

[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.185.4 ]

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 ۱۳۹۹؛ (۱۰):۲۲.

انتشار برخط فروردین ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

# اثربخشی درمان مبتنی‌بر آموزش حل مسئله بر نشانه‌های رفتاری برونی‌سازی‌شده

الناز محمدی[۱]، *محمد شادبافی[۲]، لیلا پاکروح[۳]، شادی وفادار[۴]

**توضیحات نویسندگان**

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، ایران؛

۲. دکترای تخصصی روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، ایران؛

۳. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قشم، قشم، ایران؛

۴. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی بوکان، بوکان، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** m.shadbafi@gmail.com

**تاریخ دریافت:** ۳ اسفند ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۴ اسفند ۱۳۹۸

**چکیده**

**زمینه و هدف:** در سال‌های اخیر توجه به مسائل و مشکلات رفتاری کودکان به‌عنوان یکی از موضوعات عمدهٔ روان‌شناسی و روان‌پزشکی افزایش یافته است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر آموزش حل مسئله بر نشانه‌های اختلالات رفتاری برونی‌سازی‌شده صورت گرفت.

**روش‌بررسی:** طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی دانش‌آموزان پسر دارای نشانه‌های رفتاری برونی‌سازی‌شده تشکیل دادند که در سال تحصیلی ۹۹ـ۱۳۹۸ در مدارس دورهٔ اول دبیرستان شهرستان تبریز مشغول به تحصیل بودند. از میان آن‌ها ۳۰ نفر به‌عنوان داوطلب واجد شرایط انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه تخصیص یافتند. مقیاس اختلالات رفتار ایذایی پلهام و ناژی (۱۹۹۲) به‌عنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر هر دو گروه اجرا شد. گروه آزمایش به‌مدت هشت جلسهٔ ۶۰دقیقه‌ای، درمان مبتنی‌بر آموزش حل مسئله را دریافت کرد. گروه گواه هیچ‌گونه آموزش درمانی ویژه‌ای دریافت نکرد. درنهایت داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۰ تحلیل شدند. سطح معناداری آزمون‌ها در این مطالعه برابر با ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و گواه در اختلالات نقص توجه/بیش‌فعالی ($p$<۰/۰۰۱)، نافرمانی مقابله‌ای ($p$=۰/۰۴۹)، سلوک ($p$=۰/۰۰۳)، نشانه‌های نقص توجه ($p$=۰/۰۰۸)، بیش‌فعالی ($p$<۰/۰۰۱) و دزدی و فریب ($p$=۰/۰۰۴) تفاوت معناداری وجود دارد؛ به‌طوری‌که این نشانه‌ها در گروه آزمایش کمتر از گروه گواه بوده است.

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت درمان مبتنی‌بر آموزش حل مسئله بر کاهش نشانه‌های رفتاری برونی‌سازی‌شده اثربخش خواهد بود.

**کلیدواژه‌ها:** آموزش حل مسئله، نشانه‌های رفتاری برونی‌سازی‌شده، پسران.

**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 www.jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.185.4 ]

## ۱ مقدمه

در هر جامعه توجه به بهداشت روانی و سلامت کودکان و نوجوانان اهمیت ویژه‌ای دارد و به افراد کمک می‌کند نقش اجتماعی خود را بهتر ایفا نمایند؛ بااین‌حال در هر جامعه درصدی از افراد دچار برخی از مشکلات می‌شوند که سلامت جسمی و روانی آن‌ها را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۱). باتوجه به گستردگی مشکلات رفتاری، رویکردهای متعددی برای طبقه‌بندی این گروه وجود دارد. شیوهٔ رایج‌تر طبقه‌بندی مشکلات رفتاری که در سال ۱۹۹۱ توسط آخنباخ مطرح شد مشکلات رفتاری کودکان را در دو مقولهٔ گسترده قرار داد: رفتارهایی که متوجه خود فرد هستند (رفتارهایی مانند کناره‌گیری، وسواس، غمگینی، کم‌رویی، ترس و توهمات) و رفتارهایی که متوجه بیرون هستند (این رفتارها علیه دیگران و محیط اطراف به‌کار رفته و پرخاشگری و مشاجره و تخریب وسایل از آن جمله‌اند) (۲). گروه دوم کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری اغلب مشکلات تحصیلی متعددی را در مدرسه و مردودی را در پایه‌های مختلف تحصیلی تجربه می‌کنند. نتایج تحصیلی ضعیف و کم‌بودن سطح اعتمادبه‌نفس مشکلاتی اساسی است که در اغلب دانش‌آموزان مبتلا به اختلالات رفتاری برونی‌سازی‌شده مشاهده می‌شود (۳)؛ به‌طورکلی اختلالات رفتاری برونی‌سازی‌شده[1] در کودکان شامل رفتارهای نامتناسب با سن است که شدید و مزمن یا مداوم بوده و رفتارهایی مثل بیش‌فعالی و گوشه‌گیری و پرخاشگری را در بر می‌گیرد (۴). همچنین پیامد الگوی رفتاری این اختلالات باعث شده تا کودکان مبتلا برای اخراج از مدرسه و متعاقب آن رفتارهای ضداجتماعی و سوءمصرف مواد، خطر زیادی را داشته باشند. مطالعات نشان می‌دهند که اختلالات رفتاری با افزایش خطر ابتلای افراد به بزهکاری[2] ، سوءمصرف مواد[3] ، اختلالات اضطرابی و خلقی[4] ، اختلالات شخصیت[5] ، اختلالات یادگیری خاص[6] و اختلالات عصب‌شناختی[7] همراه است (۵).

همچنین کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری برونی‌سازی‌شده در سازگاری اجتماعی یا جامعه‌پذیری با مشکلاتی مواجه هستند (۶). اجتماعی‌شدن یا جامعه‌پذیری به رفتارهایی اشاره دارد که به فرد کمک می‌کند تا با جامعهٔ خودش سازش یابد. درواقع، جامعه‌پذیری، فرآیندی است که براساس آن، فرد به اکتساب قوانین و رفتار و نظام باورها و نیز بازخوردهای جامعه یا گروه مشخصی دست می‌یابد تا بتواند در درون آن جامعه زندگی کند (۷). در جامعه‌پذیری، جامعه ارزش‌ها و هنجارهای خویش را به افراد آن جامعه القا کرده و براساس آن فرد شیوه‌های زندگی و چگونگی رفتار را به‌عنوان عضوی از جامعه یاد می‌گیرد (۸).

بسیاری از محققان اختلالات رفتاری را در دستهٔ اختلالات شایعی قرار می‌دهند که نخستین‌بار در سال‌های کودکی مشاهده شده و مشکلات زیادی را برای فرد و خانواده و محیط اطرف او به‌وجود می‌آورد (۹). در نظام تشخیصی رایج مانند انجمن روان‌پزشکی آمریکا و سازمان بهداشت جهانی، اختلالات رفتاری باوجود فقدان شواهد واضح برای تفکیک کامل آن‌ها، پدیده‌های تشخیصی مجزایی تلقی می‌شوند (۱۰). آمار مربوط به شیوع این عارضه در جوامع مختلف بین ۱۱/۸ تا ۲۵/۷ درصد متغیر است (۱).

در سبب‌شناسی اختلالات رفتاری برونی‌سازی‌شده نظریه‌های مختلفی مطرح شده است که در یک‌سو نظریه‌های زیستی و در طرف مقابل نظریه‌های مرتبط با عوامل روانی و اجتماعی ـ فرهنگی قرار دارد (۹). شواهد مربوط به اثرات ژنتیکی این اختلالات ناهمگون است؛ هرچند عوامل مربوط به ارث مشخص است. شواهد به‌دست‌آمده از مطالعهٔ دوقلوها نشان می‌دهد که رفتارهای پرخاشگرانه (آزار و اذیت حیوانات و دعوا و تخریب اموال) به‌طور عمده ناشی‌از عوامل ارثی است؛ درحالی‌که سایر رفتارهای بزهکارانه (مثل دزدی و فرار از خانه و مدرسه) تحت‌تأثیر ویژگی‌های محیطی قرار دارند (۱۱). علاوه‌براین نتایج مطالعات حاکی‌از کم‌بودن سطح دوپامین‌بتاهیدروکسیلاز (آنزیمی که دوپامین را به نورآدرنالین تبدیل می‌کند) در پلاسما و کاهش فعالیت سروتونین و سطوح زیاد تستسترون در برخی از کودکان مبتلا به اختلال سلوک است (۱۱).

محققان معتقدند کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری هم‌زمان در زمینهٔ مهارت‌های کلامی دچار مشکل هستند. این کودکان در آزمون‌های هنجارشدهٔ توانایی کلامی و آزمون‌های هوش عملکرد ضعیفی دارند. علاوه‌براین مطالعات طولی نشان داده‌اند که رفتارهای ضداجتماعی با سطوح ضعیف هوش کلامی مرتبط است؛ به‌عبارت‌دیگر توانایی‌نداشتن کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک در بیان منطقی و مستدل می‌تواند منجربه رفتارهای پرخاشگرانه شود (۱۲،۱۳).

روان‌شناسان در دهه‌های اخیر در بررسی اختلالات رفتاری به این نتیجه رسیده‌اند که بسیاری از این اختلالات ریشه در ناتوانی فرد در تحلیل صحیح و مناسب از خود و موقعیت‌های دشوار و نداشتن آگاهی برای حل مشکلات و مسائل زندگی به‌شیوهٔ مناسب دارد (۱۴). همین نیاز به مواجهه و انطباق با فشارهای روانی و اجتماعی و تحلیل صحیح شناختی و رفتاری از خود مخصوصاً در افراد دارای اختلالات رفتاری، باعث شده است توجه پژوهشگران و روان‌شناسان به طرف درمان شناختی‌رفتاری افزایش یابد که در این میان آموزش حل مسئله، جزء مهم و لاینفک درمان را تشکیل می‌دهد (۱۵). گنجه و همکاران در یافته‌های خود اظهار کردند که آموزش حل مسئله و هوش اجتماعی موجب رشد تفکر دانش‌آموزان می‌شود و در کاهش پرخاشگری آن‌ها مؤثر است (۱۶). در پژوهشی که توسط کشاورز و کاکاوند با هدف بررسی اثربخشی آموزش الگوی حل مسئلهٔ اجتماعی بر کاهش مشکلات سلوکی دختران بی‌سرپرست شهر تهران صورت گرفت، یافته‌ها نشان داد که آموزش الگویابی حل مسئله در کاهش مشکلات رفتاری مؤثر است. درواقع، آموزش الگوی حل مسئلهٔ اجتماعی باعث

1. Externalizing behavioral disorders
2. Delinquency
3. Substance abuse
4. Anxiety and mood disorders
5. Personality disorders
6. Specific learning disorders
7. Neurocognitive disorders



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.185.4 ]

کاهش پرخاشگری، خرابکاری، روابط بین‌فردی ضعیف و افزایش مسئولیت‌پذیری در دختران بی‌سرپرست می‌شود (۱۷). نتایج پژوهش تاجری در بررسی اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله بر حساسیت بین‌فردی و پرخاشگری دانش‌آموزان، مشخص کرد که آموزش مذکور میزان حساسیت میان‌فردی و پرخاشگری را کاهش داده و این مداخله دارای ماندگاری اثر و استمرار است (۱۸). در پژوهشی که حاجتی و همکاران به‌منظور ارزیابی تأثیر آموزش برنامهٔ ترکیبی درمان شناختی‌رفتاری با رویکرد مثبت‌گرایی بر کاهش و پیشگیری از خشونت نوجوانان انجام دادند، نتایج حاکی‌از کاهش میزان پرخاشگری نوجوانان و افزایش مهارت کنترل خشم در اثر آموزش بود (۱۹). اشرفی و منجزی در تحقیقی با بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر میزان پرخاشگری دانش‌آموزان دختر دورهٔ متوسطه دریافتند که این آموزش در کاهش خشم و عصبانیت، توهین، لجبازی، تهاجم و کینه‌توزی مؤثر بوده است (۲۰). همچنین پژوهش‌های بیدل و همکارانش در ارزیابی حفظ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری گروهی در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی، نشان داد که آزمودنی‌ها می‌توانند یافته‌های حاصل از درمان را تا ۳الی۵ سال بعد حفظ کنند (۲۱). کانرز و همکاران در مطالعه‌ای بر والدین کودکان ۲تا۸سالهٔ دارای مشکلات رفتاری به این نتیجه رسیدند که مادران شرکت‌کننده در یک‌دورهٔ آموزشی شش‌هفته‌ای که به‌شکل گروهی برگزار شد، در ارتباط با فرزندانشان استرس و مشکلات کمتری پیدا کرده و توانستند با اتخاذ سبک والدینی مناسب از میزان رفتارهای نامناسب کودکان خود بکاهند (۲۲).

لذا باتوجه به افزایش نرخ شیوع اختلالات رفتاری در دههٔ گذشته (۲۳) و با درنظرگرفتن پیش‌آگهی نامطلوب این اختلال که می‌تواند در سال‌های آینده افراد مبتلا را درمعرض خطر مشکلات دیگری نظیر اختلال یادگیری، سوءمصرف مواد، اختلالات خلقی، اختلال شخصیت ضداجتماعی، نبود توانایی جامعه‌پذیری، نداشتن توانایی برقراری ارتباط صحیح با دیگران، شکست‌های تحصیلی و شغلی، کاهش اعتمادبه‌نفس، استفاده از دارو و الکل، بزهکاری و خشونت (۲۴) قرار دهد و همچنین نیاز استفاده از روش‌های درمانی غیردارویی با تأثیرات پایدارتر و نیز ویژگی‌های درمان شناختی‌رفتاری به‌ویژه آموزش مهارت حل مسئله که در مطالعات مختلف سبب بهبود پایدار و سریع شده است، هدف اساسی پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر آموزش حل مسئله بر کاهش نشانه‌های رفتاری برونی‌سازی‌شده در دانش‌آموزان بود.

## ۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر آموزش حل مسئله بر نشانه‌های رفتاری برونی‌سازی‌شدهٔ دانش‌آموزان، به‌صورت نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه اجرا شد. جامعهٔ پژوهش حاضر را تمامی دانش‌آموزان پسر دارای نشانه‌های رفتاری برونی‌سازی‌شده تشکیل دادند که در سال تحصیلی ۹۹ـ۱۳۹۸ در مدارس دورهٔ اول دبیرستان شهرستان تبریز مشغول به تحصیل بودند. بدین‌صورت که پس از اخذ مجوزهای لازم با مراجعه به مدارس دورهٔ اول دبیرستان، آزمون اختلالات رفتار ایذایی[1] پلهام[2] و همکاران (۱۹۹۲) برای دانش‌آموزان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی‌شده که ازطریق معلمان و معاونان و مشاوران مدرسه معرفی شده، اجرا گردید. سپس از بین دانش‌آموزانی که نمرهٔ حد نصاب تشخیص اختلال رفتاری را کسب کردند ۳۰ نفر به‌عنوان داوطلب واجد شرایط انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند. ارزیابی نمرهٔ حد نصاب تشخیص اختلال رفتاری به‌صورت حداقل شش نشانه از هجده نشانهٔ اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی یا حداقل چهار نشانه از هشت نشانهٔ اختلال نافرمانی مقابله‌ای یا حداقل سه نشانه از پانزده نشانهٔ اختلال سلوک با درجه‌بندی تقریباً زیاد یا خیلی زیاد بود. حجم نمونه براساس حداقل حجم نمونه در مطالعات اثربخشی انتخاب شد (۲۵). ملاک‌های ورود افراد به مطالعه عبارت بود از:۱. داشتن شرایط تشخیصی اختلالات رفتاری براساس آزمون اختلالات رفتاری پلهام و همکاران؛ ۲. وجودنداشتن مشکلات بینایی و شنوایی یا حرکتی؛ ۳. نداشتن بیماری‌های پزشکی نظیر دیابت و صرع یا بیماری‌های قلبی ایجادکنندهٔ اختلال در روند پژوهش؛ ۴. تحصیل در دورهٔ اول دبیرستان و دامنهٔ سنی ۱۲تا۱۵ سال؛ ۵. رضایت والدین و دانش‌آموزان جهت شرکت در پژوهش. همچنین از ابزار زیر بهره گرفته شد.

ـ مقیاس درجه‌بندی اختلال رفتار ایذایی (پلهام و همکاران، ۱۹۹۲): این پرسشنامه توسط پلهام و همکاران در سال ۱۹۹۲ (۲۶) برای غربالگری اختلالات رفتار ایذایی کودکان و نوجوانان طراحی شد. دارای سه مقیاس اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (هجده ماده) و اختلال نافرمانی مقابله‌ای (هشت ماده) و اختلال سلوک (پانزده ماده) و درمجموع ۴۵ ماده است. مقیاس نقص توجه/بیش‌فعالی شامل دو خرده‌مقیاس کم‌توجهی (نُه ماده) و بیش‌فعال/تکانشگری (نُه ماده) می‌شود. مقیاس اختلال سلوک شامل چهار خرده‌مقیاس پرخاشگری با انسان‌ها و حیوانات (هفت ماده)، تخریب وسایل (دو ماده)، دزدی و فریب (سه ماده) و نقض جدی قوانین (سه ماده) است. نمره‌گذاری پرسشنامه به‌صورت طیف لیکرتی چهاردرجه‌ای (۰=هرگز، ۱=خیلی کم، ۲=تقریباً زیاد، ۳=خیلی زیاد) صورت می‌گیرد. چنانچه فرد در حداقل شش نشانه از هجده نشانهٔ اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی یا حداقل چهار نشانه از هشت نشانهٔ اختلال نافرمانی مقابله‌ای یا حداقل سه نشانه از پانزده نشانهٔ اختلال سلوک با درجه‌بندی تقریباً زیاد یا خیلی زیاد ارزیابی شود، مبتلا به اختلال رفتاری است (۲۶). هنجاریابی پرسشنامه توسط پلهام و همکاران حاکی‌از همسانی درونی این مقیاس به‌روش آلفای کرونباخ برای فرم معلم ۰/۹۱ تا۰/۹۶ و برای فرم والدین ۰/۸۲ تا۰/۸۵ بود. ازطرفی ضریب پایایی این آزمون به‌شیوهٔ آزمون‌ـبازآزمون ۰/۴۹ تا۰/۶۱ و پایایی ارزیاب‌ها ۰/۱۴ تا۰/۲۶ و پایایی هم‌زمان ۰/۳۸ تا۰/۶۲ به‌دست آمد (۲۶). هنجاریابی پرسشنامه در ایران توسط کاوهی سدهی و فرح‌بخش و عابدی با استفاده از روش‌های آماری، تحلیل عاملی، آلفای کرونباخ،

[1]. Disruptive Behavior Disorder Rating Scale

[2]. Pelham



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.185.4 ]

گاتمن و تنصیف انجام شده است. بارهای عامل (اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک، اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی) نشان‌دهندهٔ تناسب سؤالات با عوامل است. ضریب پایایی کل پرسشنامه ۰/۹۱ و ضرایب پایایی خرده‌مقیاس‌ها به‌وسیلهٔ آلفای کرونباخ برای کم‌توجهی (۰/۸۳)، بیش‌فعالی/تکانشگری (۰/۷۹)، پرخاشگری با انسان‌ها و حیوانات (۰/۴۹)، تخریب وسایل (۰/۱۹)، دزدی و فریب (۰/۴۰) و نقض جدی قوانین (۰/۱۷) به‌دست آمد. درمجموع پرسشنامهٔ اختلال رفتار ایذائی (فرم والد)، ابزاری چندبعدی و مناسب برای سنجش اختلال رفتار ایذایی (اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک) و اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی است (۲۷).

برای ۱۵ نفر از دانش‌آموزان به‌عنوان گروه آزمایش، هشت جلسهٔ درمانی به‌صورت هفته‌ای یک‌جلسهٔ ۶۰دقیقه‌ای اجرا شد و ۱۵ نفر در گروه گواه درمانی دریافت نکردند. پروتکل درمانی در این پژوهش عبارت بود از پروتکل اقتباسی از کتاب درمان شناختی‌رفتاری با کودکان و نوجوانان پل استالارد (۲۴) و کتاب روان‌شناسی بالینی کودک موریس و کراتوچویل (۲۸) که به‌اختصار در جدول ۱ شرح داده شده است. لازم به‌ذکر است که پیش از اجرای درمان، روایی محتوایی این پروتکل درمانی به تأیید سه تن از روان‌شناسان بالینی کودک و نوجوان (دو استاد و یک‌دانشیار) و نیز یک‌فوق‌تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان رسید.

جدول ۱. شرح مختصر جلسات اجراشدهٔ درمان مبتنی‌بر آموزش حل مسئله

| جلسه | شرح جلسات |
|---|---|
| اول | خوش‌آمدگویی، آموزش درمان مسئله‌مدار و ساختار آن، ساخت نردبان مشکلات رفتاری جاری و اندازه‌گیری شدت آن‌ها با حرارت‌سنج رفتار و ارائهٔ تکلیف. |
| دوم | مرور تکالیف، توضیح دربارهٔ انواع گرایش به حل مسئله و نگرش‌های مربوط به آن، ارائهٔ تکلیف. |
| سوم | مرور تکالیف، توضیح دربارهٔ سه‌گام تشخیص مسئله و آموزش تنظیم لیست مشکلات، ارائهٔ تکلیف. |
| چهارم | مرور تکالیف، انتخاب و تعریف مشکلی خاص و بررسی راه‌حل‌های احتمالی و تأثیر این راه‌حل‌ها بر سایر افراد، ارائهٔ تکلیف. |
| پنجم | مرور تکالیف، توضیح دربارهٔ روش بارش فکری برای حل مسئله و اجرای آن در جلسه، ارائهٔ تکلیف. |
| ششم | مرور تکالیف، توضیح دربارهٔ فرایند تصمیم‌گیری (پاک‌کردن غیرممکن، گروه‌بندی، راه‌های محتمل‌تر، فواید و مضررات و واقعیت هر راه‌حل طبق جداول ارائه‌شده)، ارائهٔ تکلیف. |
| هفتم | مرور تکالیف، آموزش برنامه‌ریزی عملی برای مشکلات و نحوهٔ تجدیدنظر و بازنگری در برنامه، ارائهٔ تکلیف. |
| هشتم | مرور تکالیف، بررسی چالش‌های مراحل مختلف تصمیم‌گیری، بازبینی و اصلاح مهارت‌های حل مسئله، پیش‌بینی مشکلات احتمالی آینده. |

لازم به‌ذکر است قبل از شروع هر نوع مداخلهٔ درمانی طی جلسه‌ای با افراد گروه‌های آزمایش و گواه توضیحات لازم دربارهٔ هدف پژوهش و ملاحظات اخلاقی آن مثل رعایت اصل رازداری و اطمینان از بی‌خطربودن تحقیق و ترک اختیاری پژوهش در هر زمان، بیان گردید و بعد از کسب رضایت، از آن‌ها خواسته شد به مقیاس درجه‌بندی اختلال رفتار ایذایی پاسخ دهند. پس از جلسات درمانی مجدداً گروه آزمایش و گروه گواه براساس مقیاس درجه‌بندی اختلال رفتار ایذایی ارزیابی شدند. برای تحلیل داده‌ها روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کوواریانس چندمتغیره) و نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۰ در سطح ۰/۰۵ به‌کار رفت. جهت تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره ابتدا پیش‌فرض‌های آن با استفاده از آزمون‌های کولموگروف‌اسمیرنف و لوین و ام‌باکس و همچنین همسانی شیب خطوط رگرسیونی بررسی شد.

## ۳ یافته‌ها

براساس نتایج توصیفی در پژوهش حاضر در گروه آزمایش هفت نفر (۴۶/۶درصد) در پایهٔ هفتم و پنج نفر (۳۳/۳درصد) در پایهٔ هشتم و سه نفر (۲۰درصد) در پایهٔ نهم و نیز در گروه گواه هشت نفر (۵۳/۳درصد) در پایهٔ هفتم و چهار نفر (۲۶/۶درصد) در پایهٔ هشتم و سه نفر (۲۰درصد) در پایهٔ نهم مشغول به تحصیل بودند؛ بنابراین در هر دو گروه بیشترین درصد فراوانی به پایهٔ هفتم اختصاص داشته و کمترین درصد فراوانی متعلق به پایهٔ نهم بود. میانگین و انحراف معیار نمره‌های نشانه‌های رفتاری برونی‌سازی‌شده (نقص توجه/بیش‌فعالی و نافرمانی مقابله‌ای و سلوک) و مؤلفه‌های آن در دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ آمده است.

جهت تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره ابتدا پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. نتایج حاکی‌از معنادارنبودن آزمون کولموگروف‌اسمیرنف و آزمون لوین و آزمون ام‌باکس و معناداری آزمون بارتلت در سطح معناداری ۰/۰۵ بود. ازطرفی جهت بررسی پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون از رسم نمودار استفاده شد و باتوجه به اینکه نمودارهای همبستگی پیش‌آزمون و پس‌آزمون در تمام متغیرها هم‌جهت و در یک‌راستا قرار داشتند فرض همسانی شیب رگرسیون رد نشد. باتوجه به برقراری پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده از آن بدون مانع بود.

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای مطالعه‌شده، تفاوت معناداری وجود دارد (لامبدای ویلکز=۰/۰۵ و $p<۰/۰۰۱$)؛ همچنین باتوجه به ضریب اتای محاسبه‌شده (۰/۹۵) می‌توان گفت ۹۵درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون نشانه‌های رفتاری برونی‌سازی‌شده مربوط به اثربخشی درمان مبتنی‌بر



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.185.4 ]

آموزش حل مسئله است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره‌های نشانه‌های رفتاری برونی‌سازی‌شده و مؤلفه‌های آن در دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| مرحله | | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | مقایسهٔ پس‌آزمون | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| متغیر | گروه | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | F | مقدار احتمال | Eta |
| نقص توجه | آزمایش | ۶/۸۰ | ۰/۹۴ | ۵/۰۰ | ۱/۰۷ | ۸/۵۲ | ۰/۰۰۸ | ۰/۲۹ |
| | گواه | ۶/۷۳ | ۰/۹۶ | ۶/۱۳ | ۰/۸۳ | | | |
| بیش‌فعالی | آزمایش | ۶/۹۳ | ۰/۹۶ | ۴/۱۳ | ۰/۹۹ | ۶۲/۹۱ | <۰/۰۰۱ | ۰/۷۵ |
| | گواه | ۶/۸۰ | ۱/۳۲ | ۶/۴۶ | ۱/۴۱ | | | |
| نقص توجه/بیش‌فعالی | آزمایش | ۱۳/۷۳ | ۰/۷۸ | ۹/۱۳ | ۱/۳۰ | ۵۸/۷۵ | <۰/۰۰۱ | ۰/۷۴ |
| | گواه | ۱۳/۵۳ | ۱/۱۲ | ۱۲/۷۳ | ۱/۴۸ | | | |
| نافرمانی مقابله‌ای | آزمایش | ۶/۰۰ | ۱/۱۹ | ۳/۷۳ | ۰/۹۶ | ۴/۳۷ | ۰/۰۴۹ | ۰/۱۷ |
| | گواه | ۶/۲۰ | ۱/۲۱ | ۵/۰۰ | ۱/۳۶ | | | |
| پرخاشگری | آزمایش | ۴/۷۳ | ۱/۳۸ | ۳/۴۶ | ۱/۳۰ | ۲/۸۱ | ۰/۱۰۹ | ۰/۱۲ |
| | گواه | ۵/۴۰ | ۱/۳۰ | ۴/۶۰ | ۱/۵۵ | | | |
| تخریب وسایل | آزمایش | ۱/۳۳ | ۰/۸۰ | ۰/۸۰ | ۰/۶۷ | ۲/۶۰ | ۰/۱۲۲ | ۰/۱۱ |
| | گواه | ۱/۲۰ | ۰/۶۸ | ۱/۰۶ | ۰/۷۰ | | | |
| دزدی و فریب | آزمایش | ۱/۵۳ | ۰/۹۹ | ۰/۸۷ | ۰/۸۳ | ۱۰/۳۳ | ۰/۰۰۴ | ۰/۳۳ |
| | گواه | ۲/۰۰ | ۰/۸۴ | ۲/۱۳ | ۰/۸۳ | | | |
| نقض قوانین | آزمایش | ۱/۷۳ | ۱/۰۳ | ۱/۲۶ | ۰/۸۸ | ۰/۶۳ | ۰/۴۳۴ | ۰/۰۳ |
| | گواه | ۱/۶۰ | ۰/۹۱ | ۱/۶۰ | ۰/۶۳ | | | |
| نمرهٔ کل سلوک | آزمایش | ۹/۲۶ | ۲/۶۰ | ۶/۴۰ | ۲/۰۹ | ۱۱/۱۶ | ۰/۰۰۳ | ۰/۳۵ |
| | گواه | ۱۰/۲۰ | ۱/۷۸ | ۹/۴۰ | ۲/۳۳ | | | |

برای پی‌بردن به اینکه در کدام ابعاد بین دو گروه تفاوت وجود دارد، نُه آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن مانکوا انجام شد که نتایج آن در جدول ۲ آمده است؛ همان‌طورکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و گواه در اختلالات نقص توجه/بیش‌فعالی ($p$<۰/۰۰۱)، نافرمانی مقابله‌ای ($p$=۰/۰۴۹)، سلوک ($p$=۰/۰۰۳)، نشانه‌های نقص توجه ($p$=۰/۰۰۸)، بیش‌فعالی ($p$<۰/۰۰۱) و دزدی و فریب ($p$=۰/۰۰۴) تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین باتوجه به اندازه‌های اثر محاسبه‌شده برای نقص توجه/بیش‌فعالی (Eta=۰/۷۴)، نافرمانی مقابله‌ای (Eta=۰/۱۷)، سلوک (Eta=۰/۳۵)، نشانه‌های نقص توجه (Eta=۰/۲۹)، بیش‌فعالی (Eta=۰/۷۵) و دزدی و فریب (Eta=۰/۳۳) می‌توان گفت تفاوت در گروه‌ها قادر به تبیین اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، سلوک، نشانه‌های نقص توجه، بیش‌فعالی و دزدی و فریب با قدرت متوسط و اختلال نافرمانی مقابله‌ای با قدرت ضعیف است.

## ۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر آموزش حل مسئله بر نشانه‌های اختلالات رفتاری برونی‌سازی‌شده صورت گرفت. یافته‌ها نشان داد که میزان میانگین نقص توجه، بیش‌فعالی، نقص توجه/بیش‌فعالی، نافرمانی مقابله‌ای، دزدی و فریب و سلوک در گروه آزمایش کمتر از گروه گواه بوده که به‌معنای اثربخشی درمان مبتنی‌بر آموزش حل مسئله بر کاهش این نشانه‌ها است. به‌علاوه، میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۹۵ بود؛ یعنی ۹۵درصد تفاوت‌های فردی در نمره‌های پس‌آزمون اختلالات رفتاری مربوط به اثربخشی روش درمانی است. این یافته‌ها با پژوهش‌های انجام‌شده توسط کریمی و همکاران همسوست. آن‌ها در پژوهش خود نشان دادند که آموزش مهارت‌های اجتماعی بر کاهش اختلالات رفتاری دانش‌آموزان ابتدایی اثربخش است (۱۴). همچنین حسن‌آبادی و همکاران مطالعه‌ای مبنی‌بر اثربخشی درمان‌های شناختی بر کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی طراحی کردند که نتایج معنادار بود (۱۵). کشاورز و کاکاوند در پژوهش خود نشان دادند که آموزش الگوی حل مسئلهٔ اجتماعی بر کاهش مشکلات سلوکی دختران بی‌سرپرست اثربخش است (۱۷). تاجری نیز در پژوهش خود اثربخشی آموزش مهارت‌های حل مسئله را بر کاهش مشکلات بین‌فردی بررسی کرد (۱۸). همچنین یافته‌های این تحقیق با نتایج پژوهش کانرز و همکاران همسوست. این محققان در پژوهشی بر والدین کودکان ۲تا۸سالهٔ دارای مشکلات رفتاری، به این نتیجه رسیدند که مادران شرکت‌کننده در یک‌دورهٔ آموزشی شش‌هفته‌ای که به‌شکل گروهی برگزار شد در ارتباط با فرزندانشان استرس و مشکلات کمتری پیدا کرده و توانستند با اتخاذ سبک والدینی مناسب از میزان رفتارهای نامناسب کودکان خود بکاهند (۲۲). بااین‌حال یافته‌های این پژوهش، نتایج مطالعات گنجه و



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.185.4 ]

همکاران مبنی‌بر تأثیر مثبت آموزش حل مسئله بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان و حاجتی و همکاران مبنی‌بر اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر کاهش و پیشگیری از خشونت نوجوانان و اشرفی و همکاران مبنی‌بر اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر میزان پرخاشگری دانش‌آموزان دختر دورهٔ متوسطه را تأیید نکرد (۱۶،۱۹،۲۰).

ویژگی‌های درمان آموزش حل مسئله نظیر فعال‌بودن، متمرکزبودن بر مشکل، هدفداربودن، آموزش مهارت‌های مقابله و تأکید بر بازخورد در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند مدنظر قرار گیرد (۱۸). در این پژوهش دانش‌آموزان دربارهٔ نحوهٔ تسلط بر حل مسئله و توانایی پیداکردن راه‌حل‌های جدید و شیوهٔ مقابله مسئله‌مدار به‌جای هیجان‌مدار آموزش دیدند. جلسات آموزش مهارت‌های حل مسئله، فرصتی را برای استفاده از توانایی‌های شناختی و اجتماعی نوجوان فراهم می‌سازد و خودکارآمدی او را در برخورد با مسائل اجتماعی که نیازمند سازماندهی و برنامه‌ریزی موقعیت بوده، افزایش می‌دهد (۲۰). تمرینات و تکالیفی که در حین جلسات آموزش مهارت‌های حل مسئله به فرد داده می‌شود، او را قادر می‌سازد تا به توانایی‌های شناختی خودش واقف شود و در پاسخ به تکالیف نیازمند به استفاده از این توانایی‌ها، بهتر عمل کند (۱۷). گنجه و همکارانش در یافته‌های خود اظهار کردند که آموزش حل مسئله موجب رشد تفکر دانش‌آموزان شده و باعث افزایش سازگاری اجتماعی و کاهش اختلالات رفتاری آنان می‌شود (۱۶). درمان مذکور با درگیرکردن این دانش‌آموزان با افکار و رفتارهای سازگارانه‌تر و کاهش‌دادن شدت مطلق‌نگری و خودکامگی در افکار و رفتارهای آن‌ها، می‌تواند شدت ناسازگاری آنان را در اجتماع کاهش دهد (۶)؛ لذا در آزمودنی‌های گروه آزمایش تجربه‌کردن موضوعات جایگزین یا دیدگاه‌های ثانوی در رابطه با خود یا اطرافیان و ایجاد راهبردهای انعطاف‌پذیرتر رفتاری و افزایش محدودهٔ باورهای بنیادین کارآمدتر منجربه افزایش سازگاری دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری شده است (۲۴). باوجود نتایج این پژوهش می‌توان به محدودیت‌هایی ازجمله محدودبودن نمونه به دانش‌آموزان پسر دورهٔ اول دبیرستان اشاره کرد که تعمیم‌پذیری یافته‌های مطالعه را به سایر مقاطع تحصیلی و نیز دانش‌آموزان دختر با مشکل مواجه می‌کند. همچنین باوجود اینکه سعی شد به‌صورت شهودی و براساس تشخیص معلم دانش‌آموزان دارای تفاوت آشکار با سایر دانش‌آموزان از نظر بهرهٔ هوشی، از پژوهش خارج شوند، به‌دلیل محدودبودن زمان امکان سنجش بهرهٔ هوشی کودکان به‌صورت عینی وجود نداشت. محدودیت دیگر پژوهش نبود همتاسازی دانش‌آموزان براساس طبقات اجتماعی‌ـ‌اقتصادی و بافت خانواده بود. باتوجه به این محدودیت‌ها توصیه می‌شود پژوهش‌های آتی در بازهٔ سنی گسترده‌تر صورت گیرد؛ همچنین پژوهش‌های آینده نقش تعدیل‌کنندهٔ جنسیت، هوش، طبقات اقتصادی‌ـ‌اجتماعی و بافت خانواده را بررسی کرده یا در صورت امکان گروه‌ها را از نظر این متغیرها همتاسازی کنند. براساس یافته‌های تحقیق، از لحاظ کاربردی پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده اثر درمان در بلندمدت توسط پس‌آزمون‌های متعدد معین شود تا نتایج درمان در آینده نیز قابل پیگیری باشد. همچنین نیاز به مقایسهٔ درمان‌های دیگر با درمان مبتنی‌بر آموزش حل مسئله بر گروه‌های مختلف احساس می‌گردد تا تفاوت انواع درمان‌ها و میزان اثرگذاری و طول دورهٔ درمان مشخص شود. این پژوهش در دیگر دانش‌آموزان با نیازهای ویژه مانند ناشنوایان، نابینایان و نیز در گروه تیزهوشان می‌تواند جزو پژوهش‌های جدید قرار گیرد.

## ۵ نتیجه‌گیری

به‌طورکلی نتایج این پژوهش حاکی‌از تأثیر درمان مبتنی‌بر آموزش حل مسئله بر کاهش اختلالات رفتاری دانش‌آموزان بوده است. باتوجه به اهمیت اختلالات رفتاری دانش‌آموزان در مقاطع متوسطه و همراه‌شدن آن با مسائلی مانند رفتن به کلاس‌های بالاتر و استقلال بیشتر و تکالیف طولانی‌تر که باعث ساخت چرخه‌ای می‌شود که شکست تحصیلی و احساسات منفی بیشتری را در پی دارد، درمان شناختی‌رفتاری می‌تواند به‌عنوان درمانی سودمند مدنظر روان‌شناسان و مشاوران قرار گیرد.

## ۶ تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل طرح پژوهشی مستقلی بوده که بدون حمایت مالی سازمان خاصی صورت گرفته و مجوز اجرای آن از سازمان آموزش‌وپرورش کل صادر شده است. بدین‌وسیله از تمامی مدارس و ادارات آموزش‌وپرورش که در جمع‌آوری اطلاعات برای پژوهش یاری کردند، قدردانی می‌شود.

## References

1. Khodam H, Modanloo MM, Ziaei T, Keshtkar AA. Behavioral disorders and related factors in school age children of Gorgan. Iranian Journal of Nursing Research. 2009;4(14):29-37. [Persian] http://ijnr.ir/article-1-249-en.html
2. Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profiles. First edition. Burlington, Canada: University of Vermont; 1991.
3. Hechtman L. Aims and methodological problems in multimodal treatment studies. The Canadian Journal of Psychiatry. 1993;38(6):458-64. doi:10.1177/070674379303800614
4. Zadehmohammadi A, Malek Khosravi GH, Sadrossat SJ, Birashk B. The effect of active music therapy in reducing behavioral problems of orphan children and adolescents in residential centers. Journal of Psychology. 2000;10(2):222-31. [Persian]



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]
[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.185.4 ]

5. Baumeister AA, Sevin JA. Pharmacologic control of aberrant behavior in the mentally retarded: Toward a more rational approach. Neurosci Biobehav Rev. 1990;14(3):253-62. doi:10.1016/S0149-7634(05)80036-3
6. Dunsmore JC, Booker JA, Ollendick TH, Greene RW. Emotion socialization in the context of risk and psychopathology: Maternal emotion coaching predicts better treatment outcomes for emotionally labile children with oppositional defiant disorder. Social Development. 2016;25(1):8-26. doi:10.1111/sode.12109
7. Denzin NK. Childhood Socialization. Second Edition. London, United Kingdom: Routledge; 2017.
8. Nazari M, Pakizehpour Z, Kaveh MH. Prediction of positive social behaviors based on norm-activation model in female students. Journal of Research and Health. 2017;7(4):944-52. [Persian] http://jrh.gmu.ac.ir/article-1-964-en.html
9. Teymouri S, Ataei FR. Relationship between parental stress and children's affective and behavioral disorders. Journal of Clinical Psychology Andishe va Raftar. 2010;4(16):17-26. [Persian]
10. Van Dam NT, O'Connor D, Marcelle ET, Ho EJ, Craddock RC, Tobe RH, et al. Data-driven phenotypic categorization for neurobiological analyses: beyond DSM-5 labels. Biological psychiatry. 2017;81(6):484-94. doi:10.1016/j.biopsych.2016.06.027
11. Salvatore JE, Dick DM. Genetic influences on conduct disorder. Neurosci Biobehav Rev. 2018;91:91-101. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.06.034
12. Hyatt CJ, Haney-Caron E, Stevens MC. Cortical thickness and folding deficits in conduct-disordered adolescents. Biological Psychiatry. 2012;72(3):207-14. doi:10.1016/j.biopsych.2011.11.017
13. Pinsonneault M, Parent S, Castellanos-Ryan N, Séguin JR. Low intelligence and poor executive function as vulnerabilities to externalizing behavior. In: Beauchaine TP, Hinshaw SP. The Oxford handbook of externalizing spectrum disorders Oxford library of psychology. London, United Kingdom: Oxford University Press; 2016, pp: 375–400.
14. Karimi M, Keykhavani S, Mohammadi MB. Efficacy of social skills training on behavior disorders among elementry school children. J Ilam Univ Med Sci. 2010;18(3):61-8. [Persian] http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-244-en.html
15. Hasan Abadi S, Mohammadi MR, Ahghar G. The comparison of cognitive behavioral therapy (CBT) vs drug therapy effect in reducing symptoms of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2012;2(1):19-30. [Persian] http://jdisabilstud.org/article-1-312-en.html
16. Ganjeh SAR, Dehestani M, Zadeh Mohammadi A. Comparison of effectiveness of problem-solving skills and emotional intelligence training on decreasing aggression in male high school students. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2013;14(52):38-50. [Persian]
17. Keshavarz S, Kakavand A. The effectiveness of social problem-solving pattern training on reducing the problems of derelict female students. Journal of School Psychology, 2017;6(3):85-101. [Persian] doi:10.22098/JSP.2017.586
18. Tajeri B. Effectiveness of problem solving training on interpersonal sensitivity & aggression in students. Journal of School Psychology. 2016;5(3):39-55. [Persian]
19. Hajati FAS, Akbarzadeh N, Khosravi Z. The effect of training cognitive-behavioral therapy integrated program with positive approach on violence prevention ill adolescents of the city of Tehran. Psychological Studies. 2008;4(3):35-56. [Persian]
20. Ashrafi M, Monjezi F. The effectiveness of communication skills training in reducing aggression among female high school students. Research of Cognitive and Behavioral Sciences. 2013;3(1):81-98. [Persian]
21. Beidel DC, Turner SM, Young BJ. Social effectiveness therapy for children: Five years later. Behav Ther. 2006;37(4):416-25. doi:10.1016/j.beth.2006.06.002
22. Conners NA, Edwards MC, Grant AS. An evaluation of a parenting class curriculum for parents of young children: Parenting the strong-willed child. J Child Fam Stud. 2007;16:321-30. doi:10.1007/s10826-006-9088-z
23. Tkacz J, Brady B. PMH28 the increasing rate of childhood mental illnesses and associated healthcare costs in the United States: trends over the past decade. Value in Health. 2019;22(2): S231. doi:10.1016/j.jval.2019.04.1073
24. Stallard P. Think good, feel good: A cognitive behavioural therapy workbook for children and young people. Second edition. New Jersey, USA: John Wiley & Sons; 2019.
25. Quinn JP, Keough MJ. Experimental design and data analysis for biologists. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press; 2002.
26. Pelham Jr WE, Gnagy EM, Greenslade KE, Milich R. Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1992;31(2):210-18. doi:10.1097/00004583-199203000-00006
27. Kavehi S, Farahbakhsh K, Abedi A. Standardization of parent disruptive behavior disorders rating scale in Isfahan preschool students [Master Thesis, General Psychology]. [Tehran, Iran]: Azad Specialty University Pardis Allameh Tabataba'i; 2013. [Persian]
28. Morris RJ, Kratochwill TR. The practice of child therapy. First edition. Abingdon, United Kingdom: Routledge; 2007.

[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.185.4 ]