MEJDS. Vol 16 (2026-2027), Article 6

Published online 2026 Mar **Original Article**

The Effectiveness of a Child Self–Regulation Training Program on Impulsivity, Resilience, and Social Skills in Children with Attention–Deficit/Hyperactivity Disorder

Shamsi M[1], Shahmohamadi Mehrjerdi M[2], *Mirjalili SMA[2]

Author Address
1. BA in Educational Sciences, Farhangian University, Tehran, Iran;
2. Department of Educational Sciences, Farhangian Sciences, Tehran, Iran.
Corresponding Author Email: dr.sma.mirjalily@cfu.ac.ir

Received: 2024 July 19; **Accepted**: 2024 September 14

Abstract

Background & Objectives: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is defined by persistent symptoms of inattention, hyperactivity, and impulsivity. Impulsivity describes a set of heterogeneous traits or behavioral patterns, e.g., the inability to consider future desirable outcomes. Resilience is one of the modern psychological constructs derived from positive psychology. Although various definitions of resilience have been proposed, most define it as the ability to adapt to hardships and stressful life events, such as social interactions. Social skills are the learned social behaviors that involve interacting with others, enabling individuals to function competently in social situations. Research evidence indicates that children with ADHD have social skill problems, peer rejection, social isolation, and a lack of self–acceptance and acceptance by peers. Self–regulation intervention is one of the most common psychological interventions, which has been widely used in psychological sciences and can be effective in reducing impulsivity and improving resilience and social skills in children with ADHD. Therefore, this study aimed to analyze the effectiveness of the child self–regulation training program in reducing impulsivity and improving resilience and social skills in children with ADHD.

Methods: This quasi–experimental research adopted a pretest–posttest design with a control group. The statistical population consisted of all male second–graders diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) during the 2023–2024 academic year. The research sample included 30 students diagnosed with ADHD, selected using convenience sampling based on inclusion criteria. They were then randomly assigned to two groups of 15—an experimental group and a control group. Thus, after obtaining the necessary permits from the Yazd City Education Department (Iran) and visiting schools, affected students (identified by counselors) were selected and enrolled in the study following a semi–structured clinical interview. The inclusion criteria for students in the study were having ADHD based on the diagnosis of counselors and a semi–structured clinical interview, and lacking a chronic or physical illness. The exclusion criteria for students in the study were unwillingness to participate in intervention sessions, missing more than one session, and insufficient cooperation during training sessions. Ethical considerations included obtaining parental consent for participation in the study, ensuring the confidentiality of information from students and their families, and providing the intervention to the control group after the end of the study. The research instruments included the Barratt Impulsiveness Scale (Patton et al., 1995), the Connor–Davidson Resilience Scale (Connor & Davidson, 2003), the Social Skills Scale (Matson et al., 1983), and the Self–Regulation Training Program developed by Nazemi et al. (2023). Data analysis was performed using multivariate and univariate analysis of covariance in SPSS software version 26. The significance level of the tests was set at 0.05.

Results: The results demonstrated that the child self–regulation training program significantly reduced the mean impulsivity variable (p<0.001) and increased the mean social skills (p<0.001) and resilience (p<0.001) in the experimental group compared to the control group in the posttest stage after the pretest effects were controlled. According to the eta squared, this training was 40.6% effective in reducing impulsivity, 50.5% effective in increasing social skills, and 46.7% effective in increasing children's resilience in the posttest.

Conclusion: Based on the results of the study, a self–regulation training program. Therefore, researchers, teachers, and other education and training professionals are recommended to use self–regulation programs.

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), Resilience, Impulsivity, Child self–regulation, Social skills.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

Copyright © 2026, 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.

انتشار برخط فروردین ۱۴۰۵ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی آموزش برنامهٔ خودتنظیمی کودک بر کاهش تکانشگری، افزایش تاب‌آوری و مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

مرضیه شمسی[۱]، مینا شاه‌محمدی مهرجردی[۲]، *سیدمحمدعلی میرجلیلی[۲]

توضیحات نویسندگان
۱. کارشناس علوم تربیتی دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران؛
۲. گروه آموزش علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران.
***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** dr.sma.mirjalily@cfu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۹تیر۱۴۰۳؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۴شهریور۱۴۰۳

چکیده

زمینه و هدف: باتوجه‌به نقش و اثربخشی مداخلات روان‌شناختی در کاهش نشانگان اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و اهمیت ارتقای مهارت‌ها و توانمندی‌های افراد مبتلا به اختلال مذکور، انجام تحقیقات بیشتر ضروری است؛ لذا پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی آموزش برنامهٔ خودتنظیمی کودک بر کاهش تکانشگری و افزایش تاب‌آوری و مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی دانش‌آموزان پسر دورهٔ دوم مقطع ابتدایی مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در سال تحصیلی ۱۴۰۳ـ۱۴۰۲ تشکیل دادند. نمونهٔ پژوهش، سی نفر از دانش‌آموزان داوطلب واجد شرایط مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بودند که با روش نمونه‌گیری دردسترس با درنظرگرفتن ملاک‌های ورود، وارد مطالعه شدند. سپس در دو گروه پانزده‌نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. گردآوری داده‌ها ازطریق مقیاس تکانشگری بارت (پاتون و همکاران، ۱۹۹۵) و مقیاس تاب‌آوری کانر ـ دیویدسون (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) و مقیاس مهارت‌های اجتماعی (ماتسون و همکاران، ۱۹۸۳) انجام شد. تحلیل داده‌ها به‌روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۶ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، آموزش برنامهٔ خودتنظیمی کودک بر کاهش تکانشگری ($p<۰/۰۰۱$) و افزایش تاب‌آوری ($p<۰/۰۰۱$) و مهارت‌های اجتماعی ($p<۰/۰۰۱$) کودکان دچار اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مؤثر بود؛ همچنین باتوجه‌به مقدار ضریب اتا مشخص شد، این آموزش در پس‌آزمون ۴۰/۶درصد بر کاهش تکانشگری و ۵۰/۵درصد بر افزایش مهارت‌های اجتماعی و ۴۶/۷درصد بر افزایش تاب‌آوری کودکان مؤثر بود.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش، آموزش برنامهٔ خودتنظیمی کودک بر کاهش تکانشگری و افزایش تاب‌آوری و مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مؤثر است؛ بنابراین، استفاده از برنامه‌های خودتنظیمی به پژوهشگران و معلمان و سایر دست‌اندرکاران تعلیم و تربیت توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی؛ تاب‌آوری؛ تکانشگری؛ خودتنظیمی کودک؛ مهارت‌های اجتماعی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ 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 2026-10-31]

۱ مقدمه

امروزه یکی از اختلالات بسیار بحث‌برانگیز و شایع در دوره‌های کودکی و نوجوانی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی[1] است. شیوع این اختلال در کودکان ۵/۹درصد و در بزرگسالان ۲/۵ درصد گزارش شده است (۱). این اختلال از اختلالات عصبی‌رشدی[2] است که به‌طور معمول در پنج سال اول زندگی تشخیص داده می‌شود و درصورت شدت، علائم پرخاشگری[3]، اختلالات اضطرابی[4]، نافرمانی مقابله‌ای[5] و ناسازگاری‌های اجتماعی[6] در دوره‌های نوجوانی و بزرگسالی را به‌دنبال دارد (۲)؛ لذا توجه و مداخلهٔ زودهنگام لازم و ضروری به‌نظر می‌رسد. این اختلال با علائم پایدار بی‌توجهی و بیش‌فعالی و تکانشگری[7] تعریف می‌شود (۳). تکانشگری مجموعه‌ای از صفات ناهماهنگ یا الگوهای رفتاری مانند ناتوانی درنظرگرفتن پیامدهای مطلوب آینده را توصیف می‌کند (۴). تعاریف متعددی از تکانشگری وجود دارد و در آن‌ها به مفاهیمی همچون بی‌توجهی به عواقب عمل، بی‌صبری، ناتوانی در حذف رفتارهای نامطلوب، انجام‌کار بدون اندیشه و بی‌تابی تأکید شده است (۵،۶).

تاب‌آوری[8]، از سازه‌های نوین روان‌شناختی و برگرفته از روان‌شناسی مثبت‌نگر به‌شمار می‌رود که در یکی دو دههٔ اخیر به آن توجه شده است. تاب‌آوری به‌معنای اطمینان فرد به توانمندی‌های خود برای غلبه بر استرس، داشتن توانمندی‌های مقابله‌ای، عزت‌نفس، ثبات عاطفی و ویژگی‌های فردی برای جلب حمایت اجتماعی است (۷). کانر[9]، تاب‌آوری را روشی برای اندازه‌گیری توانایی فرد در مقابله با عوامل استرس‌زا و عوامل تهدیدکنندهٔ سلامت روان فرد، تعریف کرد (به‌نقل از ۸). تعاریف مختلفی از تاب‌آوری ارائه شده است؛ اما در بیشتر آن‌ها تاب‌آوری به توانایی برخورد با چالش‌های زندگی، مسئولیت‌پذیری، همدلی و سازگاری دربرابر سختی‌ها و رویدادهای تنش‌زای زندگی تعاملات اجتماعی اشاره دارد (۹).

مهارت‌های اجتماعی[10] رفتارهای آموخته‌شدهٔ اجتماعی دربرگیرندهٔ تعامل با دیگران است که افراد را قادر می‌سازد در موقعیت‌های اجتماعی کارکرد شایسته‌ای داشته باشند (۱۰). مهارت‌های اجتماعی توسط پژوهشگران مختلفی بررسی شده است و آن را شامل مجموعه‌ای از مهارت‌ها و رفتارهای آموخته‌شده می‌دانند که افراد با اتکا بر آن می‌توانند رابطه‌ای مؤثر با دیگران برقرار سازند و از بروز واکنش‌های اجتماعی غیرمنطقی خودداری کنند (۱۱). شواهد پژوهشی مشخص کرد، کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی دارای مشکلات مهارت‌های اجتماعی، طرد همسالان، قربانی‌شدن، گوشه‌گیری، بی‌علاقگی و نپذیرفتن خود و همسالانشان هستند (۱۲). امروزه پژوهش‌ها نشان می‌دهد، مهارت‌های اجتماعی و تاب‌آوری آموختنی است (۱۳). در مطالعات زیادی بر کاهش نشانگان اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تمرکز شد (۱۴،۱۵). ازطرفی، بسیاری از تحقیقات بر درمان دارویی متمرکز است؛ باوجوداین، درمان دارویی نه‌تنها نیازهای کودکان مبتلا و خانواده‌هایشان را برآورده نمی‌کند، بلکه اثرات منفی روان‌شناختی نیز به‌دنبال دارد (۱۶)؛ لذا، مداخلات رفتاری و روان‌شناختی می‌تواند در کاهش یا رفع این مشکلات اهمیت بسزایی داشته باشد.

از مداخلات روان‌شناختی بسیار رایج و پرکاربرد در علوم روان‌شناختی، مداخلات خودتنظیمی[11] است که بر کاهش تکانشگری و افزایش تاب‌آوری و مهارت‌های اجتماعی کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی اثربخشی دارد. خودتنظیمی نوعی فرایند فعال و سازمان‌یافته است که طی آن فراگیران اهدافی را برای یادگیری خود برمی‌گزینند. سپس سعی دارند شناخت و انگیزش و رفتار خود را تنظیم و کنترل کنند (۱۷). خودتنظیمی به‌عنوان توانایی افراد برای کنترل و هدایت رفتار و عواطف و افکار خود به‌سمت اهداف و آرمان‌ها توصیف می‌شود (۱۸). آموزش راهبردهای خودتنظیمی به کودکان امکان می‌دهد با برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی و خودبازبینی با شیوه‌های تکلیف‌مدار به فعالیت‌های روزمره بپردازند. این کودکان به‌واسطهٔ خودتنظیمی می‌توانند از مفیدبودن راهبردهای خاص برای حل مسئله و افزایش توجه و کاهش مشکلات رفتاری آگاهی داشته باشند (۱۹). درراستای اثربخشی آموزش خودتنظیمی، پژوهش ناظمی و همکاران نشان داد، آموزش برنامهٔ خودتنظیمی بر بهبود خودادراکی و کیفیت دوستی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی اثر معناداری دارد (۲۰). ابراهیمی و طاهر گزارش کردند، آموزش برنامهٔ خودتنظیمی باعث افزایش مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی خفیف می‌شود (۲۱). قبادزاده و همکاران دریافتند، آموزش خودتنظیمی علائم تکانشوری و توجه و تمرکز دانش‌آموزان مبتلا به بیش‌فعالی/تکانشگری را بهبود می‌بخشد (۲۲).

نقش و اهمیت خودتنظیمی به‌عنوان ویژگی شخصیتی محافظت‌کننده دربرابر فشارها و آسیب‌های محیطی در پژوهش‌های متعدد نشان داده شده است. درخصوص چگونگی شکل‌گیری یا تکوین ویژگی شخصیتی مذکور نظریه‌ها و برنامه‌های آموزشی متعددی وجود دارد. ازسوی‌دیگر مداخلات مختلفی به‌منظور کاهش نشانگان اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی ارائه شده است؛ اما بیشتر مداخلات مبتنی‌بر دارو است. علاوه‌بر نگرش نامطلوب والدین به دارودرمانی و عوارض ناشی‌از آن، این نکته برای پژوهشگران مطرح شد که شاید آموزش برنامهٔ خودتنظیمی کودک که برنامه‌ای جامع و جدید است بتواند بر کاهش نشانگان بیان‌شده اثربخش باشد؛ لذا باتوجه‌به مبانی نظری و پژوهشی موجود و نیز ضرورت بهبود علائم تکانشگری و تاب‌آوری و مهارت‌های اجتماعی کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی آموزش برنامهٔ خودتنظیمی کودک بر کاهش تکانشگری و افزایش تاب‌آوری و مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی انجام شد.

[1]. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)
[2]. Neurodevelopmental disorders
[3]. Aggression
[4]. Anxiety disorders
[5]. Oppositional defiant
[6]. Social inconsistencies
[7]. Impulsivity
[8]. Resiliency
[9]. Connor
[10]. Social skills
[11]. Self-regulation

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی دانش‌آموزان پسر دورهٔ دوم مقطع ابتدایی مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در سال تحصیلی ۱۴۰۳ـ۱۴۰۲ تشکیل دادند. نمونهٔ پژوهش، سی نفر از دانش‌آموزان داوطلب واجد شرایط مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بودند که با روش نمونه‌گیری دردسترس و با درنظرگرفتن ملاک‌های ورود، وارد مطالعه شدند. سپس به‌طور تصادفی در دو گروه پانزده‌نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند؛ بدین‌ترتیب که پس از اخذ مجوزهای لازم از آموزش‌وپرورش شهر یزد و مراجعه به مدارس، دانش‌آموزان مبتلا (تشخیص‌داده‌شده توسط مشاوران) انتخاب شدند و بعد از مصاحبهٔ بالینی نیمه‌ساختاریافته وارد پژوهش شدند. ملاک‌های ورود دانش‌آموزان به پژوهش عبارت بود از: مبتلابودن به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی براساس تشخیص مشاوران و مصاحبهٔ بالینی نیمه‌ساختاریافته؛ نداشتن بیماری مزمن یا جسمی. ملاک‌های خروج دانش‌آموزان از پژوهش، تمایل‌نداشتن به شرکت در جلسات مداخله و غیبت بیش از یک جلسه و همکاری مناسب نداشتن در جلسات آموزش، در نظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی شامل تکمیل فرم رضایت شرکت در پژوهش توسط والدین و اطمینان از محرمانه‌بودن اطلاعات دانش‌آموزان و خانواده‌های آن‌ها و ارائهٔ مداخله برای گروه گواه پس از پایان پژوهش بود. بعد از اتمام آموزش گروه آزمایش، داده‌های پس‌آزمون از دو گروه جمع‌آوری شد.

ابزارها و جسات آموزشی زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ مقیاس تکانشگری بارت[1]: این مقیاس توسط پاتون و همکاران در سال ۱۹۹۵ ارائه شد (۲۳). این مقیاس سی گویه دارد و به‌صورت طیف لیکرت (هرگز، به‌ندرت، بیشتر اوقات، همیشه) از ۱تا۴ نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌گذاری یازده گویه به‌شکل معکوس است. کمترین نمره ۳۰ و بیشترین نمره ۱۲۰ است. افرادی که میانگین نمرهٔ کل آن‌ها بیشتر از ۶۴ است، تکانشگر تلقی می‌شوند. محتوای مقیاس شامل نسخهٔ اصلی ابزار تکانشگری و در سه عامل عدم برنامه‌ریزی، تکانشگری حرکتی، تکانشگری شناختی خلاصه شده است (۲۳). پاتون و همکاران پایایی درونی برای نمرهٔ کل مقیاس را از ۰/۷۹تا۰/۸۳ گزارش کردند (۲۳). در ایران، جاوید و همکاران ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار را هدف سنجش قرار دادند و اعتبار کل پرسش‌نامه را از دو طریق آلفای کرونباخ و بازآزمایی به‌ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۷ به‌دست آوردند؛ درمجموع می‌توان گفت، این پژوهش حمایت تجربی کافی برای استفاده از مقیاس تکانشگری در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی را در ایران فراهم می‌کند (۲۴).

ـ مقیاس تاب‌آوری کانر ـ دیویدسون[2]: مقیاس ۲۵ گویه‌ای توسط کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ طراحی شد (۲۵). این مقیاس در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای بین کاملاً نادرست=صفر و همیشه درست=۴ نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمرهٔ تاب‌آوری صفر و حداکثر نمره ۱۰۰ است. نمرات بیشتر از ۵۰ بیانگر افراد دارای تاب‌آوری است و هرچه امتیاز بیشتر از ۵۰ باشد، شدت تاب‌آوری افراد نیز بیشتر خواهد بود و برعکس (۲۵). کانر و دیویدسون پایایی مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و ازطریق بازآزمایی ۰/۸۷ گزارش دادند. نمرات این ابزار با نمرات مقیاس سرسختی روان‌شناختی کوباسا[3] همبستگی مثبت معنادار (r=۰/۸۳) و با نمرات مقیاس استرس ادراک‌شده[4] و مقیاس آسیب‌پذیری نسبت به استرس شیهان[5] همبستگی منفی معناداری داشت (R=-۰/۳۲)؛ نتایج حاصل حاکی‌از اعتبار هم‌زمان این مقیاس بود (۲۵). روایی و پایایی این مقیاس در ایران توسط محققان مختلفی بررسی شده است. برای اولین‌بار محمدی به اعتباریابی پرسش‌نامه در فرهنگ ایران پرداخت و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۹ گزارش کرد. برای تعیین روایی ابتدا همبستگی هر گویه با نمرهٔ کل محاسبه شد و سپس روش تحلیل عامل به‌کار رفت. محاسبهٔ ضریب همبستگی هر گزینه با نمرهٔ کل نشان داد به‌جز گویهٔ ۳، ضرایب بین ۰/۴۱ تا۰/۶۴ بود. در مرحلهٔ بعد گویه‌های مقیاس با روش مؤلفه‌های اصلی، هدف تحلیل عاملی قرار گرفت. برای تعیین تعداد عوامل با استفاده از ملاک شیب خط نمودار اسکری و ارزش ویژهٔ بیشتر از ۱، یک عامل در مقیاس استخراج‌شدنی بود (به‌نقل از ۲۶).

ـ مقیاس مهارت‌های اجتماعی[6]: این مقیاس توسط ماتسون و همکاران در سال ۱۹۸۳ ارائه شد (۲۷). پرسش‌نامه ۵۶ گویه دارد و هدف آن سنجش مهارت‌های اجتماعی شامل ابعاد مهارت‌های اجتماعی مناسب (هجده گویه)، رفتارهای غیراجتماعی (یازده گویه)، پرخاشگری و رفتارهای تکانشی (دوازده گویه)، برتری و اطمینان‌داشتن به خود (شش گویه) و رابطه با همسالان (نُه گویه) است. این مقیاس در طیف لیکرت از کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۵ نمره‌گذاری می‌شود. کمترین نمره ۵۶ و بیشترین نمره ۲۸۰ است. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۸۰ و ضریب روایی هم‌زمان آن ۰/۸۳ گزارش شد (۲۷). در ایران، یوسفی و خیر این مقیاس را روی ۵۶۲ دانش‌آموز دختر و پسر در شهر شیراز اجرا کردند. روایی سازهٔ مقیاس با استفاده از روش تحلیل عاملی با مؤلفه‌های اصلی (چرخش واریماکس) بررسی شد و پس از محاسبهٔ ضرایب KMO[7] و با رسم نمودار اسکری، عامل اول مهارت‌های اجتماعی (۰/۷۱)، عامل دوم رفتار ضداجتماعی (۰/۵۵)، عامل سوم پرخاشگری (۰/۶۲)، عامل چهارم تسلط (۰/۷۰) و عامل پنجم رابطه با همسالان (۰/۶۲) به‌دست آمد. پایایی آن با روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶ درصد گزارش شد (۲۸).

ـ برنامهٔ خودتنظیمی کودک براساس برنامهٔ آموزشی ناظمی و همکاران (۲۰): برنامهٔ خودتنظیمی کودک برای گروه آزمایش توسط پژوهشگران به‌طور گروهی در دوازده جلسهٔ ۴۵دقیقه‌ای در طول شش هفتهٔ دوجلسه‌ای اجرا شد و گروه گواه در فهرست انتظار ماند. به‌منظور تعیین روایی محتوایی این برنامه با شرکت چند نفر از صاحب‌نظران حوزه،

[1]. Barratt Impulsivity Scale
[2]. Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)
[3]. Kubasa Psychological Toughness Scale
[4]. Perceived Stress Scale
[5]. Sheehan Stress Vulnerability Scale
[6]. Social Skills Scale
[7]. Kaiser-Meyer-Olkin

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

شاخص‌های CVI[1] و CVR[2] محاسبه شد. نسبت روایی محتوا (CVR) نشان داد، نمره‌های تمامی آیتم‌های ابزار مساوی یا بزرگ‌تر از عدد جدول لاوشه (۰/۷۸) است. این مطلب حاکی‌از آن بود که آیتم‌های ضروری و مهم در بستهٔ مداخله به‌کار رفته است. براساس نتایج شاخص روایی محتوا (CVI)، تمامی آیتم‌ها نمرهٔ CVI بیشتر از ۰/۸۰ داشت و لذا مناسب تشخیص داده شد. محتوای جلسات برنامهٔ خودتنظیمی کودک به‌تفکیک جلسات در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات برنامهٔ خودتنظیمی کودک به‌تفکیک جلسات

جلسه	اهداف	محتوا	تکلیف
اول	بیان اهداف	آشنایی کودکان با مداخله‌گر ایجاد انگیزه با هدفی دردسترس و بیان ضرورت یادگیری نحوهٔ مقررات جلسات تعیین اهدف و برنامه‌ریزی برای زمان‌بندی و تکمیل فعالیت‌های مرتبط	یادداشت رفتار روزانه
دوم	شناسایی و تنظیم هیجان	آموزش تنظیم شناختی هیجان ازجمله: مهارت‌های درک هیجان و انتخاب موقعیت، اصلاح موقعیت برای جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب، مهارت‌های ارتباطی بین‌فردی، اظهار وجود و حل اختلاف گسترش توجه: توقف نشخوار فکری و نگرانی، آموزش توجه	آموزش درجه‌بندی احساسات با دماسنج سپس شناسایی احساسات خود در محیط پیرامون
سوم	راهبرد آرمیدگی	تمرین کاهش تنش و آرام‌سازی اعضای بدن به‌طور ترکیبی معرفی تکنیک‌های سادهٔ یوگا و اثرات آن	آموزش تنفس آگاهانه آرام‌سازی
چهارم	حفظ علاقه و انگیزه و گسترش توجه	آگاهی از انگیزه و علاقه و تمرکز درزمان اجرای تکالیف، پیگیری میزان پیشرفت برای رسیدن به هدف نحوهٔ ایجاد و تأثیر انگیزه ازطریق پیام‌های خودهدایتی برای افزایش علاقه در طول انجام تکلیف افزایش احساس پیشرفت ازطریق خودتحسینی و خودتقویتی	شمارش اعداد به‌طور مستقیم و معکوس، پرسش سؤال در هنگام شمارش اعداد، بدون پاسخ به سؤالات
پنجم	خودارزیابی و خودپیامدی	دریافت درست کودکان از معنا و مفهوم خودارزیابی آنان از کیفیت یا پیشرفت فعالیتشان، شناخت نقاط مثبت و منفی خود ازطریق خودتحسینی و پاداش به خود	آموزش خودارزیابی از پیشرفت عملکردهای رفتاری و تحصیلی و درجه‌بندی میزان رفتار صحیح یا انجام تکالیف در طول فرایند یادگیری در مقیاس ۱ تا۵ و ثبت آن
ششم	سامان‌دهی محیط	آشنایی با نحوهٔ جلوگیری از بی‌نظمی و عوامل مزاحم محیطی (سروصدا)	نصب موکت چسب‌دار به پایه‌های هر صندلی برای جلوگیری از سروصدا
هفتم	مدیریت زمان و سازمان‌دهی	آشنایی با اولویت‌بندی برحسب اهمیت آشنایی فراگیران با مدت استفادهٔ مفید از زمان، درک اهمیت زمان، مدیریت زمان لازم برای انجام تکالیف براساس زمان ازدست‌رفته و باقیمانده	مطالعهٔ استفاده از تقویم و ساعت عقربه‌دار برای درنظرگرفتن زمان لازم برای انجام تکالیف
هشتم	برنامه‌ریزی و خودنظارتی	برنامه‌ریزی در کنار خودنظارتی باعث می‌شود کودکان شاخص‌های عملکردی ازجمله دقت و بهره‌وری را ثبت کنند. آشنایی کودکان با اهمیت و ضرورت قانون است؛ مانند انجام تکالیف مدرسه درزمان محدود و مشخص، یک قانون است.	ثبت منظم تکالیف روزانه توسط کودک تداوم خودنظارتی تا رسیدن به حد مطلوب
نهم	مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری	آموزش حل مسئله به‌شکل‌های تشخیص مشکل، انتخاب راه‌حل‌های مختلف برای حل مشکل، ارزیابی‌کردن راه‌حل‌ها به‌صورت اساسی و درنهایت انتخاب بهترین راه‌حل و حل مسئله به‌صورت فیزیکی نه ذهنی	آموزش شبیه‌سازی هیجانات و احساسات و مسئله به یک چراغ راهنمایی: قرمز: قبل از اقدام ایست کنی؛ زرد باید مراقبت کنیم؛ سبز: زمانی که راه حل مسئله را خوب بدانیم، اقدام کنیم.
دهم	راهبرد مشارکت اجتماعی	آموزش ارتقای شایستگی خودتنظیمی درزمینهٔ ارتباطات اجتماعی به‌شکل‌های مشاهده (کسب مهارت‌های آموختنی)، تقلید (به‌کاربردن مهارت‌ها)، خودکنترلی (درونی‌کردن مهارت‌ها)، خودتنظیمی (انطباق آن در تکالیف)	شناخت تفاوت‌های فردی و اهمیت احترام به آن‌ها و رعایت حقوق دیگران، ایجاد مهارت روابط اجتماعی، استفاده از سناریوهای خانوادگی، یادگیری تفاوت بین گوش‌دادن و شنیدن
یازدهم	جست‌وجوی اطلاعات و کمک اجتماعی	آشنایی کودکان با منابع و امکانات محیطی و شخصی برای انجام تکالیف به‌صورت بهینه، آگاهی‌دادن به کودکان از گرفتن راهنمایی و کمک به روند یادگیری از همنوعان و معلمان و بزرگسالان	آموزش نحوهٔ صحیح درخواست کمک از همنوعان، بزرگسالان
دوازدهم	راهبردهای یادگیری	تعیین اهدف مطالعه و سرعت مطالعه، استفاده از تکنیک‌های تکرار موضوعات ساده و پایه، بسط و گسترش معنایی، آموزش فراشناختی به‌صورت نظارت، برنامه‌ریزی، ارزیابی، مطالعهٔ مشارکتی، فنون آموزش پس‌ختام، آموزش تکنیک SQ3R	مرور عنوان‌ها، سرفصل‌ها، تصاویر، شکل‌ها و سؤالات انتهای فصل‌ها، سرتیترهای اصلی متن را به‌صورت سؤال درآوردن

[1]. Content Validity Index

[2]. Content Validity Ratio

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

تحلیل داده‌ها به‌روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۶ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

۳ یافته‌ها

در پژوهش حاضر سی نفر در دامنهٔ سنی ۱۰تا۱۲ سال شرکت کردند. دوازده نفر از شرکت‌کنندگان (۴۰درصد) در پایهٔ چهارم (شش نفر (۵۰درصد) برای گروه آزمایش و شش نفر (۵۰درصد) برای گروه گواه)، ده نفر (۳۳/۳۳درصد) در پایهٔ پنجم (پنج نفر (۵۰درصد) برای گروه آزمایش و پنج نفر (۵۰درصد) برای گروه گواه)، هشت نفر (۲۶/۶۶درصد) در پایهٔ ششم (چهار نفر (۵۰درصد) برای گروه آزمایش و چهار نفر (۵۰درصد) برای گروه گواه) بودند.

پیش از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره، پیش‌فرض‌های نرمال‌بودن توزیع داده‌ها با آزمون کلموگروف‌اسمیرنف، همگنی واریانس‌ها با آزمون لون، فرض همگنی ماتریس‌های واریانس‌کوواریانس متغیرها با آزمون ام‌باکس بررسی و تأیید شد (p>۰/۰۵). برقراری همگنی شیب‌های رگرسیون نیز به‌تأیید رسید (p>۰/۰۵)؛ بنابراین، استفاده از این آزمون مجاز بود. داده‌ها ازطریق آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره تحلیل شد که نتایج در جدول ۳ آمده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات تکانشگری و مهارت‌های اجتماعی و تاب‌آوری به‌تفکیک گروه‌ها

متغیر وابسته	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار
تکانشگری	آزمایش	پیش‌آزمون	۶۹/۰۶	۱۰/۱۰
		پس‌آزمون	۶۰/۰۰	۹/۲۱
	گواه	پیش‌آزمون	۶۹/۶۶	۱۰/۴۷
		پس‌آزمون	۷۰/۰۶	۱۲/۷۶
تاب‌آوری	آزمایش	پیش‌آزمون	۷۱/۲۶	۱۴/۸۲
		پس‌آزمون	۸۸/۳۳	۱۶/۹۱
	گواه	پیش‌آزمون	۷۲/۳۳	۱۶/۳۱
		پس‌آزمون	۷۳/۱۳	۱۵/۳۲
مهارت‌های اجتماعی	آزمایش	پیش‌آزمون	۹۸/۲۰۰	۱۲/۲۶
		پس‌آزمون	۱۱۳/۸۰	۱۶/۱۰
	گواه	پیش‌آزمون	۹۸/۱۳	۸/۷۲
		پس‌آزمون	۹۸/۹۳	۸/۹۱

جدول ۲، میانگین و انحراف معیار مربوط به تکانشگری و تاب‌آوری و مهارت‌های اجتماعی را در بین اعضای دو گروه آزمایش و گواه نشان می‌دهد. براساس جدول ۲، در گروه آزمایش در پس‌آزمون درمقایسه با پیش‌آزمون، میانگین نمرات تکانشگری کاهش درخورتوجه و میانگین نمرات تاب‌آوری و مهارت‌های اجتماعی افزایش چشمگیری پیدا کرد؛ اما در گروه گواه تفاوت چشمگیری مشاهده نشد. براساس این نتایج و مقایسهٔ آن با نتایج گروه گواه می‌توان بیان کرد، آموزش برنامهٔ خودتنظیمی کودک باعث بهبود متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش در پس‌آزمون شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره مربوط به نمرات تکانشگری و مهارت‌های اجتماعی و تاب‌آوری در گروه‌های آزمایش و گواه

آزمون	ارزش	F	فرضیهٔ df	خطا df	مقدار p	اندازهٔ اثر	توان آماری
لامبدای ویلکز	۰/۳۷۴	۱۲/۸۲	۳	۲۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۲۶	۱

باتوجه‌به نتایج جدول ۳، نمرات پس‌آزمون تکانشگری و تاب‌آوری و مهارت‌های اجتماعی گروه آزمایش بعد از حذف اثر پیش‌آزمون و سایر متغیرهای کنترل برای عامل عضویت گروهی معنادار بود (p<۰/۰۰۱)؛ براین‌اساس نتیجه گرفته می‌شود، آموزش برنامهٔ خودتنظیمی کودک بر حداقل یکی از متغیرهای تکانشگری و تاب‌آوری و مهارت‌های اجتماعی دارای تأثیر معناداری بود. به‌منظور تعیین اینکه در کدام‌یک از متغیرهای تکانشگری و مهارت‌های اجتماعی و تاب‌آوری تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گروه گواه وجود دارد، آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره به‌کار رفت که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، آموزش برنامهٔ خودتنظیمی کودک به‌طور معناداری بر کاهش میانگین تکانشگری (p<۰/۰۰۱) و افزایش میانگین‌های مهارت‌های اجتماعی و تاب‌آوری (p<۰/۰۰۱) گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه، در پس‌آزمون بعد از حذف اثر پیش‌آزمون اثربخشی داشت. مشخص شد، این آموزش در پس‌آزمون ۴۰/۶درصد بر کاهش تکانشگری و ۵۰/۵درصد بر افزایش مهارت‌های اجتماعی و ۴۶/۷درصد بر افزایش تاب‌آوری کودکان مؤثر بود.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره بر میانگین نمرات کل تکانشگری و مهارت‌های اجتماعی و تاب‌آوری گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر وابسته	منبع تغییرات	F	مقدار p	مجذور اتا	توان آماری
تکانشگری	پیش‌آزمون	۶۲/۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۱۳	۱
	گروه	۱۷/۱۰	<۰/۰۰۱	۰/۴۰۶	۰/۹۷۸
مهارت‌های اجتماعی	پیش‌آزمون	۷۳/۱۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۳۸	۱
	گروه	۲۵/۵۴	<۰/۰۰۱	۰/۵۰۵	۰/۹۹۸
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۱۸/۴۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۲۵	۰/۹۸۵
	گروه	۲۱/۸۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۶۷	۰/۹۹۴

۴ بحث

اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از اختلالات رشدی‌عصبی رایج میان کودکان است که می‌تواند مشکلات زیادی را درزمینه‌های مختلف شناختی و اجتماعی و تحصیلی به‌وجود آورد. همین امر، مطالعه و بررسی مشکلات این قشر و اثربخشی مداخلات مختلف ازجمله برنامهٔ آموزش خودتنظیمی را دوچندان می‌کند؛ لذا هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی برنامهٔ خودتنظیمی کودک بر کاهش تکانشگری و افزایش تاب‌آوری و مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، برنامهٔ خودتنظیمی کودک بر کاهش تکانشگری کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی دارای تأثیر معناداری است. این یافته با پژوهش‌های قبادزاده و همکاران (۲۲) و پاندی و همکاران (۲۹) همخوانی دارد. قبادزاده و همکاران دریافتند، آموزش خودتنظیمی رفتاری بر کاهش علائم تکانشگری دانش‌آموزان مبتلا به بیش‌فعالی/تکانشگری اثربخش است (۲۲). در تبیین یافتهٔ کنونی می‌توان به ماهیت تمرینات خودتنظیمی استناد کرد؛ زیرا برنامهٔ خودتنظیمی به کودکان امکان می‌دهد با خودنظارتی، خودارزیابی، خودواکنشی و خودتقویتی، به‌شیوهٔ تکلیف‌مدار فعالیت‌های روزانهٔ خود را هدف بازبینی قرار دهند (۱۹). به‌نظر می‌رسد این امر موجب شود بر تکانه‌های خود کنترل داشته باشند و زمان بین خواست و دریافت را مدیریت کنند و توجه و شناخت خود را بهبود بخشند. همچنین در تبیین دیگر یافتهٔ کنونی می‌توان گفت، باتوجه‌به مطالب پیش‌تر، تکانشگری به انجام اعمال سریع و بدون تأمل و بدون برنامه اشاره دارد که بستر لازم را برای تداوم رفتارهای تکانشی مهیا سازد. در چنین مواقعی کمترین تلاش از کودکان برای پردازش صحیح اطلاعات رخ می‌دهد؛ درحالی‌که آموزش برنامهٔ خودتنظیمی قادر است زمان واکنش را به‌تأخیر بیندازد و کودک را به تأمل و بازبینی رفتارهایش سوق دهد؛ این موضوع می‌تواند تکانشگری آن‌ها را کاهش دهد.

یافتهٔ دیگر پژوهش حاضر نشان داد، برنامهٔ خودتنظیمی کودک بر افزایش تاب‌آوری کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی اثربخش است. این یافته با پژوهش‌های بنیسی (۳۰) و سوسا و لاگانا (۳۱) و هامر و همکاران (۳۲) مبنی‌بر اثربخشی راهبردهای خودتنظیمی بر افزایش تاب‌آوری، همسوست. در تبیین یافتهٔ کنونی می‌توان گفت، کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با مشکلات متعددی مانند مشکلات هیجانی و روانی روبه‌رو هستند و چنین مشکلاتی احتمالاً توانمندی‌های شناختی و سازگاری اجتماعی آن‌ها را به‌چالش می‌کشد؛ درحالی‌که بخشی از برنامهٔ خودتنظیمی کودک بر مهارت‌های مربوط به تاب‌آوری و گسترش توجه و سازگاری‌های اجتماعی تأکید دارد. آموزش برنامهٔ خودتنظیمی با درونی‌کردن این مهارت‌ها در کودکان قادر است مشکلات روان‌شناختی آن‌ها را کاهش دهد و سبب بهبود تاب‌آوری آنان شود. ازطرفی، کودکان مبتلا به این اختلال در پیش‌بینی و مشاهده و واکنش‌های هیجانی در رفتارهای خود دچار مشکل هستند و برای نظم‌بخشی و مدیریت رفتارهای خود به برنامهٔ منسجم و هدفمند نیاز دارند که به شناخت و تفکر کودک توجه داشته باشد و نیز به رفتار جهت دهد؛ دراین‌راستا، برنامهٔ خودتنظیمی موجب می‌شود، کودکان آگاهی بیشتری دربارهٔ رفتارها و مشکلات خود پیدا کنند و با تمرینات و تکالیف منسجم و منظم تاب‌آوری خود را بهبود بخشند (۳۳).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد، برنامهٔ خودتنظیمی کودک باعث افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌شود. این یافته با پژوهش‌های ابراهیمی و طاهر (۲۱) و سو و همکاران (۳۴) در یک راستا قرار دارد. آن‌ها دریافتند، خودتنظیمی منجربه افزایش مهارت‌های اجتماعی می‌شود. در تبیین یافتهٔ کنونی می‌توان گفت، برنامهٔ خودتنظیمی کودک با راهبردهای مشارکت اجتماعی مانند خودکنترلی فرصتی برای کودک ایجاد می‌کند که در تعاملات اجتماعی خواسته‌های نامعقول خود را به‌تعویق بیندازد و به کنترل احساسات و خشم خود بپردازد. نتیجهٔ این امر می‌تواند مهارت‌های اجتماعی وی را افزایش دهد. ازطرف‌دیگر، از ویژگی‌های بسیار بارز کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، نبود توجه و تمرکز کافی در ارتباطات اجتماعی است. به‌نظر می‌رسد نبود توجه و تمرکز کافی سبب می‌شود آن‌ها در تعاملات اجتماعی با همنوعان و همسالان کنترل خود را از دست بدهند و در موقعیت‌های مختلف نوبت را رعایت نکنند و درنهایت منجربه طرد همسالان شوند (۱۲). به‌کمک برنامهٔ خودتنظیمی، کودکان مبتلا می‌توانند مهارت‌های اجتماعی و اهمیت و ضرورت قانون را درونی کنند و مهارت‌های آموخته‌شده را در موقعیت‌های مختلف تعمیم دهند. به‌علاوه در تبیین دیگر یافتهٔ کنونی می‌توان گفت، اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با مشکلات زیادی ازجمله مشکلات ارتباطی و هیجانی همراه است. چنین مشکلاتی

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

ممکن است توانمندی‌های شناختی کودک را به‌چالش بکشد یا واقعی نشان ندهد. آموزش برنامهٔ خودتنظیمی قادر است علاوه‌بر آموزش مدیریت هیجان بر مهارت‌های مربوط به تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی و جلوگیری از بروز هیجان نامناسب تأثیر بگذارد (۳۰)؛ بنابراین منطقی به‌نظر می‌رسد، برنامهٔ خودتنظیمی کودک موجب افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا شود.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد، آموزش برنامهٔ خودتنظیمی کودک بر کاهش تکانشگری و افزایش تاب‌آوری و مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی اثربخش و معنادار است. انتظار می‌رود، کودکان مبتلا به این اختلال، به وسیلهٔ مهارت‌های آموخته‌شده از این برنامه بتوانند سایر مهارت‌های خود ازجمله عملکرد تحصیلی خویش را ارتقا بخشند.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی کارکنان آموزش‌وپرورش و والدین و دانش‌آموزانی که در پژوهش یاری رساندند، صمیمانه تشکر می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه و رضایت‌نامهٔ اخلاقی از شرکت‌کنندگان

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، رضایت‌نامهٔ کتبی شرکت در پژوهش توسط والدین تکمیل شد. به‌علاوه دربارهٔ محرمانه‌بودن اطلاعات اطمینان‌خاطر داده شد. در پایان پژوهش نیز اجرای برنامهٔ آموزش خودتنظیمی کودک برای گروه گواه صورت گرفت.

رضایت برای انتشار

این امر اجرایی نیست.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند، هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

پژوهش حاضر، بدون حمایت مالی نهاد یا سازمانی انجام شده است.

References

1. Bakhshipour A, Chalabianloo GR, Jahanbin F. Comparison of rapid response impulsivity and choice impulsivity between children with attention-deficit/hyperactivity disorder and normal children. Advances in Cognitive Science. 2020;21(4):1–11. [Persian] http://dx.doi.org/10.30699/icss.21.4.1
2. Jimenez ME, Wade R, Schwartz-Soicher O, Lin Y, Reichman NE. Adverse childhood experiences and adhd diagnosis at age 9 years in a national urban sample. Academic Pediatrics. 2017;17(4):356–61. https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.12.009
3. Sedgwick-Müller JA, Müller-Sedgwick U, Adamou M, Catani M, Champ R, Gudjónsson G, et al. University students with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a consensus statement from the UK Adult ADHD network (UKAAN). BMC Psychiatry. 2022;22(1):292. https://doi.org/10.1186/s12888-022-03898-z
4. Kotbagi G, Morvan Y, Romo L, Kern L. Which dimensions of impulsivity are related to problematic practice of physical exercise? J Behav Addict. 2017;6(2):221–8. https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.024
5. Clay JM, Adams C, Archer P, English M, Hyde A, Stafford LD, et al. Psychosocial stress increases craving for alcohol in social drinkers: effects of risk-taking. Drug Alcohol Depend. 2018;185:192–7. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.12.021
6. Cosenza M, Ciccarelli M, Nigro G. The steamy mirror of adolescent gamblers: Mentalization, impulsivity, and time horizon. Addict Behav. 2019;89:156–62. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.10.002
7. Lakzaei H, Mansuri A, Bamari F, Khammari M, Nuri Sanchouli H. An investigation of the relationship between perceived social support and resilience in diabetic patients referring to Ali Asghar clinic of Zahedan. J Diabetes Nurs. 2015;2(4):16–24. [Persian] https://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-97-en.html
8. Zareivash F, Farhadinejad M, Rastgar A, Mojahedi M. Predicting resilience according to Mizaj with moderating role of gender. Clinical Psychology. 2019;12(3):59–66. [Persian] https://jcp.semnan.ac.ir/article_4742.html?lang=en
9. Pidgeon AM, Rowe NF, Stapleton P, Magyar HB, Lo BCY. Examining characteristics of resilience among university students: an international study. Open J Soc Sci. 2014;2(11):14–22. http://dx.doi.org/10.4236/jss.2014.211003
10. Amiri N, Khademi Ashkezari M, Akhavan Tafti M, Sarami G. Designing and evaluating the effectiveness of mindfulness-based social skills training package on the components of these skills in slow learner students. Journal of Educational Psychology Studies. 2022;18(43):147–22. [Persian] https://jeps.usb.ac.ir/article_6500.html?lang=en
11. Chernyshenko O S, Kankaraš M, Drasgow F. Social and emotional skills for student success and well-being: conceptual framework for the OECD study on social and emotional skills. OECD Education Working Papers. 2018;173. https://doi.org/10.1787/db1d8e59-en
12. McQuade JD. Peer functioning in adolescents with ADHD. In: Becker SP; editor. ADHD in adolescents: development, assessment, and treatment. The Guilford Press; 2020.
13. Ghasemi N, Ghamari M, Pouyamanesh J, FathiAghdam G. The effectiveness of group meaning therapy and meta-cognitive therapy on resilience and student advancement motivation. Studies in Medical Sciences. 2019;30(6):428–42. [Persian] http://umj.umsu.ac.ir/article-1-4792-en.html

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

14. Robins TG, Roberts RM, Sarris A. The effectiveness, feasibility, and acceptability of a dialectical behaviour therapy skills training group in reducing burnout and psychological distress in psychology trainees: a pilot study. Australian Psychologist. 2019;54(4):292–301. https://doi.org/10.1111/ap.12389
15. Wofford JR, Ohrt JH. An integrated approach to counseling children diagnosed with ADHD, ODD, and chronic stressors. The Family Journal. 2018;26(1):105–9. https://doi.org/10.1177/1066480718756594
16. Faraone SV. The pharmacology of amphetamine and methylphenidate: relevance to the neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder and other psychiatric comorbidities. Neurosci Biobehav Rev. 2018;87:255–70. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.02.001
17. Ghazvinah J, Jadidi H, Taghvaeinia A, Morovvati Z. The effect of emotional intelligence, self-regulation and assertiveness on academic satisfaction with mediation of perceived social support in students of the second high school. Journal of Research in Educational Systems. 2021;16(58):49–62. [Persian] https://www.jiera.ir/article_169448_en.html
18. Cibrian FL, Lakes KD, Schuck SEB, Hayes GR. The potential for emerging technologies to support self-regulation in children with ADHD: a literature review. Int J Child Comput Interact. 2022;31:100421. https://doi.org/10.1016/j.ijcci.2021.100421
19. Robson DA, Allen MS, Howard SJ. Self-regulation in childhood as a predictor of future outcomes: a meta-analytic review. Psychol Bull. 2020;146(4):324–54. https://doi.org/10.1037/bul0000227
20. Nazemi F, Tajali P, Ebrahimpour M, Salehi M. The effectiveness of the child self-regulation program on self-perception and friendship quality of children with attention deficit/hyperactivity disorder. Psychology of Exceptional Individuals. 2023;13(49):58–85. [Persian] https://jpe.atu.ac.ir/article_15464.html?lang=en
21. Ebrahimi F, Taher M. The effect of teaching self-regulation skills on social skills and executive functions of students with mild mental disability. Psychology of Exceptional Individuals. 2018;8(32):101–25. [Persian] https://jpe.atu.ac.ir/article_9750.html?lang=en
22. Ghoubadzadeh S, Pasha R, Bakhtiarpoor S, Homaei R. The effectiveness of behavioral self-regulation training on improving impulsivity symptoms, attention and concentration of students with hyperactivity-impulsivity. Rooyesh. 2021;10(11):257–68. [Persian] https://frooyesh.ir/article-1-3075-en.html
23. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of The Barratt Impulsiveness Scale. J Clin Psychol. 1995;51(6):768–74. https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::aid-jclp2270510607>3.0.co;2-1
24. Javid M, Mohammadi N, Rahimi C. Psychometric properties of an Iranian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11). Psychological Models and Methods. 2012;2(8):23–34. [Persian] https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_1088.html?lang=en
25. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety. 2003;18(2):76–82. https://doi.org/10.1002/da.10113
26. Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of resilience on mental health and life satisfaction. Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2007;13(3):290–5. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-275-en.html
27. Matson JL, Esveldt-Dawson K, Kazdin AE. Validation of methods for assessing social skills in children. J Clin Child Psychol. 1983;12(2):174–80. https://doi.org/10.1080/15374418309533127
28. Yousefi F, Khayyer M. Investigating the reliability and validity of the Matson Social Skills Scale and comparing the performance of high school girls and boys on this scale. Social Sciences and Humanities of Shiraz University. 2002;18(2):147–58. [Persian]
29. Pandey A, Hale D, Goddings AL, Blakemore SJ, Viner R. Systematic review of effectiveness of universal self-regulation-based interventions and their effects on distal health and social outcomes in children and adolescents: review protocol. Syst Rev. 2017;6(1):175. https://doi.org/10.1186/s13643-017-0570-z
30. Banisi P. Effectiveness of self-regulation strategies training on resiliency and social adjustment in students with learning disorder. Empowering Exceptional Children. 2019;10(1):107–15. [Persian] https://www.ceciranj.ir/article_91936_en.html
31. Sosa GW, Lagana` L. The effects of video game training on the cognitive functioning of older adults: a community-based randomized controlled trial. Arch Gerontol Geriatr. 2019;80:20–30. https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.04.012
32. Homer BD, Plass JL, Raffaele C, Ober TM, Ali A. Improving high school students' executive functions through digital game play. Computers & Education. 2018;117:50–8. https://doi.org/10.1016/j.compedu.2017.09.011
33. Hallahan DP, Kauffman JM, Pullen PC. Exceptional learners: an introduction to special education. Pearson Education; 2011.
34. Su CY, Lin YH, Wu YY, Chen CC. The role of cognition and adaptive behavior in employment of people with mental retardation. Res Dev Disabil. 2008;29(1):83–95. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2006.12.001

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]