

Research Paper

The Effect of Parent Management Training (PMT) on the Reduction of Behavioral Symptoms in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Nezamaddin Ghasemi^{*1}, Latifeh Nori², Sohrab Abdi Zarrin³

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Salman Farsi University of Kazerun, Iran

2. M.A. in Clinical Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran

3. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Faculty of Literature and Humanities, University of Qom, Iran



Citation: Ghasemi N, Nori L, Abdi Zarrin S. The effect of parent management training (PMT) on the reduction of behavioral symptoms in children with attention deficit hyperactivity disorder. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2019; 6(2): 1-12.

doi <http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.6.2.2>

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Parent management training (PMT), attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), behavioral symptoms

Background and Purpose: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) consists of a persistent pattern of inattention, hyperactivity, and impulsive behaviors which are more severe and common than what is typically observed in children with similar level of development. Some experts argue that all the therapeutic interventions should not focus only on the affected child, but instead they should take into consideration the parents and other family members too. Therefore, the present study was conducted to investigate the effect of Parent Management Training (PMT) program (focused on mothers) on the reduction of behavioral symptoms in children with ADHD.

Method: This study was a quasi-experimental research with pretest-posttest control group design. The study population included all the 7 to 12-year-old children with ADHD in Khanj city of Fars province in 2017. The sample consisted of 30 mothers of the mentioned children who were selected through purposeful sampling according to the inclusion and exclusion conditions of the study and then randomly assigned to either the experimental or the control group. PMT was offered to the experimental group in eight 90-minute sessions, i.e. two sessions per week; whereas the control group received no intervention. *Conner's Parent Rating Scale* (CPRS, 1987) and *Depression, Anxiety & Stress Scales* (DASS-21, 1995) were administered to both experimental and control groups at pretest and posttest stages.

Results: Data analysis by analysis of covariance showed that PMT caused a significant difference in the scores of behavioral problems in the experimental group compared to the control group, either in the total score or in the subscales of conduct, social, and psychosomatic problems, anxiety, and shame ($P < 0.001$), in such a way that the behavioral problems in the experimental group decreased significantly at the posttest stage and the effect size was 0.46 ($P < 0.001$).

Conclusion: Based on the results of this study, it can be concluded that PMT can modify the emotional and behavioral problems in children with ADHD through correcting family interactive methods, teaching the parents how to behave, enhancing parents' understanding of the behavioral symptoms of the disorder, improving their attitudes towards the disorder, and using corrective punishment and reinforcement methods.

Received: 15 Apr 2018

Accepted: 13 Dec 2018

Available: 10 Aug 2019

* **Corresponding author:** Nezamaddin Ghasemi, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Salman Farsi University of Kazerun, Iran.

E-mail addresses: Nezamghasemi@yahoo.com

2476-5740/ © 2019 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).

مقاله پژوهشی

تأثیر آموزش مدیریت والدین بر کاهش علایم رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه فزون کنشی

نظام الدین قاسمی^{*}، لطیفه نوری^۲، سهراب عبدی زرین^۳

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه سلمان فارسی کازرون، ایران

۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

۳. استادیار گروه علوم تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه قم، ایران

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

آموزش مدیریت والدین،
نارسایی توجه/ فزون کنشی،
علایم رفتاری

زمینه و هدف: اختلال نارسایی توجه فزون کنشی، الگوی پایدار عدم توجه، فزون کنشی، و رفتارهای تکانشی است که شدیدتر و شایع‌تر از آن است که معمولاً در کودکان با سطح تحول مشابه، دیده می‌شود. برخی متخصصان معتقدند که تمامی مداخلات درمانی نباید بر کودکان مبتلا به این اختلال، متمرکز شود؛ که والدین و دیگر اعضای خانواده نیز باید مورد توجه قرار گیرند. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر برنامه آموزش مدیریت والدین (مادران) بر کاهش علایم رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه فزون کنشی بود.

روش: روش این پژوهش، شبه‌تجربی با دو گروه آزمایش و گواه، همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری شامل تمامی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه فزون کنشی ۷ تا ۱۲ ساله شهرستان خنج در استان فارس در سال ۱۳۹۶ بود. نمونه مورد مطالعه ۳۰ نفر از مادران کودکان مذکور بودند که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. برنامه آموزش مدیریت والدین به صورت ۸ جلسه یک و نیم ساعته و به صورت هفته‌ای دو جلسه به گروه آزمایشی ارائه شد ولی گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. از هر دو گروه آزمایش و گواه به کمک پرسشنامه‌های پژوهش، پیش‌آزمون و پس‌آزمون به عمل آمد. این پرسشنامه‌ها شامل مقیاس درجه‌بندی والدین کانرز (۱۹۸۷) و پرسشنامه نشانه‌های مرضی لایویاند (۱۹۹۵) بود.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس نشان داد برنامه‌های آموزش مدیریت والدین باعث تفاوت معنادار در نمرات مشکلات رفتاری این کودکان در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه هم در سطح نمره کل و هم در سطح خرده‌مقیاس‌های مشکلات رفتار هنجاری، اجتماعی، روان‌تنی، اضطراب- خجالت شده است ($P < ۰/۰۰۱$)، به طوری که میزان مشکلات رفتاری در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، کاهش معناداری داشته است و اندازه اثر ۰/۴۶ بود ($P < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که برنامه مدیریت رفتار از طریق اصلاح شیوه‌های تعاملی خانواده با کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی، آموزش چگونه رفتار کردن والدین، افزایش درک والدین از علایم رفتاری اختلال، اصلاح نگرش آنان درباره اختلال، و استفاده از شیوه‌های صحیح تنبیه و تقویت، باعث بهبود مشکلات هیجانی رفتاری کودکان مبتلا به این اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی می‌شود.

دریافت شده: ۹۷/۰۱/۲۶

پذیرفته شده: ۹۷/۰۹/۲۲

منتشر شده: ۹۸/۰۵/۱۹

* نویسنده مسئول: نظام الدین قاسمی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه سلمان فارسی کازرون، ایران.

رایانامه: Nezamghasemi@yahoo.com

تلفن تماس: ۰۷۱-۴۲۲۲۶۰۵۰

مقدمه

کودکان قشر عمده‌ای از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند به طوری که در کشورهای در حال توسعه، سهم این قشر از کل جمعیت تقریباً به ۵۰ درصد می‌رسد (۱). مطالعات انجام شده در فرهنگ‌های مختلف نشان داده است درصد قابل توجهی از کودکان سنین مدرسه و قبل از مدرسه دچار مشکلات رفتاری هستند که باید مورد توجه و درمان قرار بگیرند (۲). یکی از رایج‌ترین مشکلات رفتاری دوران کودکی که توجه روان‌شناسان، روان‌پزشکان، و متخصصین بالینی را به خود جلب کرده، اختلال نارسایی توجه فزون کنشی^۱ است (۳). این اختلال در حدود سنین ۲ تا ۴ سالگی شروع می‌شود (۴) و از شایع‌ترین اختلالات عصبی- رفتاری دوران کودکی است، به طوری که ۳ تا ۷ درصد کودکان بدان مبتلا هستند (۵ و ۶). اختلال نارسایی توجه فزون کنشی الگوی پایدار عدم توجه، فزون کنشی، و رفتارهای تکانشی است، که شدیدتر و شایع‌تر از آن است که معمولاً در کودکان با سطح تحول مشابه دیده می‌شود. برای مطرح کردن این تشخیص باید برخی از نشانه‌ها بیش از سن ۷ سالگی ظاهر شوند. همچنین اختلال باید حداقل در دو زمینه وجود داشته باشد و عملکرد فرد باید بسته به میزان تحول، در زمینه‌های اجتماعی، تحصیلی، یا شغلی مختل شده باشد (۷).

جدا از مبانی عصب شناختی، پژوهش‌ها گویای این مسئله هستند که اختلال در کنش‌وری خانواده، مشکلات آموزشی و الگوهای فرهنگی غالب تربیتی از جمله شیوه‌های والدگری^۲ والدین، ارتباط و همبودی نمایان و مشخصی را بین خانواده و این اختلال نشان می‌دهند (۸). در این ارتباط الیور، گورین و کافمن نشان دادند که بین خصیصه‌های پنج عامل بزرگ شخصیت والدین و مشکلات رفتاری کودکان، رابطه وجود دارد (۹). پژوهشگران معتقدند که در سه ریخت عمدتاً فزون کنش / تکانشگر، نارسایی توجه، و ترکیبی، بیشتر علایم همانند ظرفیت محدود توجه و تمرکز، حواس‌پرتی بالا، بی‌ثباتی هیجانی، عدم بازداری در رفتار و کلام، ترس نداشتن از خطر، خودمهارگری ضعیف، تجربه بالای کام‌نایافتگی، و آشفستگی شدید رفتاری، در آسیب زدن روابط بین کودک با والدین، بسیار مؤثرند (۱۰). همچنین این رفتارها می‌توانند با تنیدگی والدینی و

اختلال‌های روانی والدین، همراه شوند (۱۱). در این زمینه پژوهش‌ها حاکی از این هستند که بین رفتارهای نامناسب والد-کودک و علایم مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه فزون کنشی از قبیل میزان پایبندی به قوانین، رفتار مخرب^۳، رفتارهای پرخاشگرانه، بی‌ثباتی رفتاری، رفتارهای تکانشگری و سروصدا، و پرجنبشی و پرحرکتی، رابطه معنادار وجود دارد (۱۲). روان‌انکون و لوترینو در این ارتباط مشخص کردند که چگونگی تعامل والد-کودک اغلب به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی برای مشکلات رفتاری کودکان می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد (۱۳). سبک‌های والدگری که بامریند به عنوان کارکرد مهار والدین معرفی می‌کند (۱۴) از نوع نظم و انضباط ناپایدار، نظارت ضعیف، سطوح پایین صمیمیت، و سطوح بالای جدیت می‌توانند اثرات طولانی مدتی بر مشکلات رفتاری برون‌نمود و درون‌نمود (شکایت جسمی، اضطراب و افسردگی) این کودکان داشته باشند (۱۵). از آنجایی که درمان قطعی برای اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی وجود ندارد و بیشتر درمان‌ها مانند درمان‌های بالینی، کاردرمانی، و درمان دارویی، کوتاه مدت و بر حذف نشانه‌ها تأکید دارند؛ به نظر می‌رسد درمان‌های طولانی مدت، چندی‌مدتی، و خانواده‌محور می‌تواند مؤثرتر باشد. یکی از برنامه‌های پرکاربرد در این زمینه، آموزش مدیریت والدین^۴ است.

در این نوع درمان، برنامه اصلاح رفتار کودک در محیط طبیعی منزل توسط والدین و به ویژه مادران که بیشترین ارتباط را با کودک دارند، اجرا می‌شود. برنامه آموزش مدیریت والدین نوعی روان‌درمانگری کودکان است که با تغییر رفتار شناختی-عاطفی والدین در رفتار کودکان نیز تغییر متقابل ایجاد می‌کند (۱۶ و ۱۷). این برنامه منجر به افزایش آگاهی والدین در مهار عواطف خود، اصلاح شیوه‌های پاداش و تنبیه، اصلاح نگرش والدین درباره روش‌های والدگری، و شیوه‌های مهار و نظارت بر رفتار کودک می‌شود (۱۸). در این برنامه به والدین آموزش داده می‌شود با تقویت رفتار مثبت و استفاده از سکوت و بی‌توجهی و حذف تقویت مثبت در رفتارهای نامناسب، میزان رفتار مناسب کودک را افزایش دهند (۱۹ و ۲۰). مزیت این روی آورد بر سایر روش‌ها آن است که جنبه‌های مختلفی از عملکرد والدین و خانواده را تحت تأثیر قرار

3. Disruptive behavior

4. Parent Management Training (PMT)

1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (AD/HD)

2. Parenting styles

بر این اساس، هدف این پژوهش بررسی تأثیر آموزش مدیریت والدین بر کاهش علایم رفتاری کودکان مبتلا به نارسائی توجه فزون کنشی است تا در واقع نقش شاخص‌های مرتبط با خانواده در درمان کودکان مبتلا به اختلال را آشکار سازد.

روش

(الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: روش این مطالعه، شبه تجربی به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و گواه است. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مادران دارای کودک دختر و پسر ۷ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال نارسائی توجه فزون کنشی شهرستان خنج در استان فارس بود که در سال ۱۳۹۶ به یکی از مراکز مشاوره و روان شناسی این شهرستان مراجعه کرده بودند (تعداد: ۱۲۰). تمامی والدین مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان شناسی مورد بررسی ابتدایی قرار گرفتند. از این تعداد ۳۰ نفر دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۲۵ نفر دیپلم، ۱۸ نفر فوق دیپلم، ۳۳ نفر کارشناسی، و ۱۴ نفر کارشناس ارشد بودند. همچنین ۲۹ نفر در محدود سنی ۱۷ تا ۲۶ سال، ۴۲ نفر ۲۷ تا ۳۶ سال، ۳۴ نفر ۳۷ تا ۴۶ سال، و ۱۵ نفر ۴۷ تا ۵۶ سال قرار داشتند. بررسی کلی تمامی مراجعه کنندگان نشان داد که از این افراد ۱۳/۳ درصد از وضعیت اقتصادی-اجتماعی ضعیف، ۴۵ درصد متوسط، ۳۰ درصد خوب، و ۱۱/۷ درصد وضعیت عالی داشتند. در مرحله بعد بعد از واریسی کلی مراجعه کنندگان، تعداد ۳۰ نفر از مادران که مایل به شرکت در جلسات آموزشی بودند به روش هدفمند و بر حسب شرایط ورود به پژوهش، انتخاب شدند و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر کدام ۱۵ نفر) جایدهی شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: تشخیص اختلال نارسائی توجه فزون کنشی از هر سه ریخت بر اساس ملاک‌های تشخیصی، مصرف دارو توسط کودک، عدم ابتلا به اختلالات روانی در مادر و کودک، و دامنه سنی کودک بین ۷ تا ۱۲ سال. همچنین باید یادآور شد که آن دسته از کودکانی که دارای اختلال‌های هیجانی رفتاری همبود بودند از فهرست نمونه خارج شدند.

(ب) ابزار: برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

می‌دهد و بر نحوه نظارت و مدیریت والدین بر رفتارهای کودک و از همه مهم‌تر بر هماهنگی والدین در ارائه بازخوردهای مناسب به رفتارهای کودک، تأکید می‌شود (۲۱). بنابراین در آموزش مدیریت کودک به وسیله والدین، بر کل واحد خانواده و تأثیر آن بر کودک تمرکز می‌شود. در این روش نگرانی‌هایی که والدین درباره علل، درمان، و پیش‌آگهی اختلال فرزندشان دارند، در جلسات آموزشی مورد بحث قرار می‌گیرد و اطلاعات و حمایت لازم برای والدین فراهم می‌شود. همچنین نحوه مدیریت و واکنش‌های نادرست هر یک از والدین بر رفتارهای کودک مبتلا به اختلال نارسائی توجه خود، به آنها نشان داده می‌شود (۲۲). در این ارتباط بارلو و پارسونز معتقدند که عدم هماهنگی بین والدین و تلاش برای رسیدن به فهم مشترک از شیوه تربیتی و مهارت یادگیری مهار عواطف توسط والدین، می‌تواند اثرات درمانی را افزایش دهد (۲۳). صادقی، شهیدی و خوشابی در درمان این کودکان بر نقش اصلاح کنش‌وری خانواده، به جای تمرکز بر کودک، تأکید دارند (۲۴). بنابراین این پژوهش‌ها به جای تمرکز بر درمان مستقیم مشکل و کودک، به والدین و کاربرست مداخله کارآمدتر از طریق والدین را مورد توجه قرار می‌دهند. در این ارتباط امیری معتقد است عوامل خانوادگی مرتبط با این اختلال، مانند احساس گناه مادران به خاطر مقصر دانستن خود و احساس خشم توأم با بدبینی آنها به رفتار کودکان، در اغلب درمان‌ها کمتر مورد توجه قرار گرفته است (۲۵).

با توجه به پیشینه پژوهشی ذکر شده و دیگر مطالعات انجام شده می‌توان گفت متغیرهای مرتبط با ویژگی‌های خانواده و والدگری با مشکلات کودکان مبتلا به نارسائی توجه فزون کنشی، ارتباط دارند. همچنین در برنامه آموزش مدیریت والدین اعتقاد بر این است که اختلال به مقدار زیادی یک سبک مزاجی با زیربنای زیستی است که خانواده‌ها باید آموزش ببینند که به جای درمان یک بیماری مزمن، بتوانند آن را مهار کنند. از سویی دیگر به دلیل تنوع و گستردگی در بروز علایم این اختلال، والدین کودکان فزون کنش، هر روز با کشاکش‌ها و نگرانی‌های جدیدی در مدیریت رفتاری این کودکان روبرو می‌شوند که نیاز به دانش جدید درباره مداخله‌های کارآمد و اثرگذار از یک سو، و به روز کردن بسته‌های آموزشی متناسب با شرایط فرهنگی والدگری و شناخت ضعف‌های بومی این برنامه‌های مداخله‌ای، بسیار ضروری است.

۱. *مقیاس کانرز والدین*^۱ (۱۹۸۷). این ابزار برای اندازه گیری شدت علایم اختلال نارسائی توجه فزون کنشی به کار می رود و به عنوان رایج ترین مقیاس اندازه گیری شدت علایم این اختلال شناخته می شود که توسط کانرز ساخته شده است (۲۶). پرسشنامه مذکور دارای ۴۸ سؤال است و در مورد هر آزمودنی قبل و بعد از اجرای جلسات آموزشی، توسط والدین تکمیل می شود (از این مقیاس دو فرم موجود است فرم بلند شامل ۹۳ سؤال و فرم کوتاه شامل ۴۸ سؤال است). نمره دهی سؤالات با استفاده از مقیاس ۴ نمره ای لیکرت (اصلاً، تا حدودی، زیاد، و بسیار زیاد) در دامنه ۰ تا ۳ انجام می شود (۲۷). در ایران داوری آشتیانی و همکاران (۲۸) در بررسی ویژگی های روان سنجی نسخه فارسی مقیاس نشان دادند که ضرایب آلفای کرونباخ برای هر چهار خرده مقیاس بین ۰/۸۰-۰/۸۹ است و همچنین ماتریس همبستگی بین خرده مقیاس ها، معنادار است ($P < 0/01$). پایایی باز آزمایی سه هفته ای نشان داد همبستگی نمرات در دو اجرای آزمون در هر چهار خرده مقیاس بالای ۰/۷۰ است که نشان داد نسخه ایرانی با نسخه انگلیسی و ویراست آلمانی مقیاس، هماهنگ است (۲۸). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ در بعد اضطراب- خجالتی ۰/۹۰، در بعد مشکلات اجتماعی ۰/۷۱، مشکلات روان تنی ۰/۶۱، و مشکلات رفتار هنجاری ۰/۶۸ به دست آمد و پایایی کل آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ محاسبه شد.

۲. *مقیاس افسردگی، اضطراب، تنیدگی*^۳ (۱۹۹۵). پرسشنامه استاندارد نشانه های مرضی اولین بار توسط لایواند^۴ در سال ۱۹۹۵ ارائه شد. این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی و مشتمل بر ۲۱ سؤال بر مبنای لیکرت است که در سه حیطه تنیدگی، افسردگی، و اضطراب را اندازه گیری می کند. سطوح افسردگی، تنیدگی، و اضطراب در این مقیاس در ۵ سطح عادی، خفیف، متوسط، شدید، و بسیار شدید طبقه بندی شده است. هر یک از خرده مقیاس های پرسشنامه نشانه های مرضی شامل ۷ سؤال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سؤال های مربوط به آن

به دست می آید. هر سؤال از ۱ (اصلاً در مورد من صدق نمی کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می کند) نمره گذاری می شود. از آن جا که پرسشنامه فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سؤالی) است، نمره نهایی هر یک از خرده مقیاس ها باید دو برابر شود. آنتونی و همکاران (۱۹۹۸)، پرسشنامه را در کشور انگلستان بر روی یک نمونه بزرگ، اجرا و روایی و پایایی آن را تأیید کردند. نتایج تحلیل عاملی پژوهش آنان حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب، و تنیدگی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می گیرد. ارزش ویژه عوامل تنیدگی، افسردگی، و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۰/۷۹، ۰/۸۹، و ۰/۲۳ و ضریب آلفا برای این سه عامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲، و ۰/۹۵ بود (۲۹). صاحبی، اصغری و سالاری (۲۰۰۵) در جمعیت ۱۰۷۰ نفری اعتبار این مقیاس را از طریق همسانی درونی، روایی آن را با تحلیل عاملی، و روایی ملاک آن را در جمعیت ایرانی تأیید کردند (۳۰). در پژوهش حاضر میزان اعتبار به دست آمده با روش آلفای کرونباخ در مقیاس نشانه های مرضی ۰/۹۱ به دست آمد.

(ج) برنامه مداخله ای: در این مطالعه طرح جلسات آموزش مدیریت والدین از بسته منتشر شده آموزش مدیریت والدین که در راهنمای درمانی بارکلی ارایه شده (۸) و در مطالعات مختلفی مورد استفاده قرار گرفته است، تدوین و اجرا شده است. این برنامه شامل ۸ جلسه آموزش ۱/۵ ساعته است که به صورت هفته ای دو بار و به صورت انفرادی توسط پژوهشگر در محل مهد کودک و در اتاق جداگانه اجرا شد. برای هر مادر متناسب با محتوای هر جلسه، تکلیف خانگی در طول هفته بعد در نظر گرفته شد و نیز در انتهای هر جلسه، برگه ای حاوی خلاصه ای از محتوای آموزش به مادران ارائه داده شد. مشروح جلسات از جلسه یکم تا هشتم به تلخیص در جدول زیر آورده شده است.

3. Depression, Anxiety and Stress Scale(DASS-21)
4. Lovi Bond

1. Canners Parent Rate Scale (CPRS)
2. Conduct

جدول ۱: برنامه آموزش مدیریت والدین کودکان با اختلال نارسایی توجه فزون کنشی، بار کلی (۸)

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
جلسه یکم	تغییر نگرش والدین به اختلال و به رفتار مشکل ساز	توضیح اختلال، سبب شناسی، علایم، درمان های رایج، شناسایی روش های مثبت رفتار والدین	تکنیک تحسین و توجه
جلسه دوم	کاربرد پاداش و امتیازها	توضیح تقویت مثبت و تفکیکی، شناسایی انواع تقویت کننده ها در مدیریت رفتار	تکمیل جدول تقویت مثبت
جلسه سوم	هدف یادگیری فنون تحسین و تشویق	آموزش روش های افزایش رفتارهای مطلوب از طریق فنون ارائه تحسین القایی و کاهش رفتارهای نامطلوب از طریق وقفه انداختن در تقویت	تکنیک تحسین القایی، تکنیک وقفه انداختن در تقویت
جلسه چهارم	آموزش مدیریت رفتاری والدین و مهار رفتار، استفاده مؤثر از بی توجهی یا بی اعتنایی	آموزش تکنیک توجه مثبت به فرمان برداری از دستور والدین	تکلیف توجه کردن و نادیده گرفتن
جلسه پنجم	بهبود رفتار کودک در مدرسه و منزل و کاهش رفتارهای پر خاشگروانه	توضیح شکل دهی رفتار خاص توسط والدین، استفاده از محروم کردن برای رفتارهای پرخطر و پر خاشگروانه	تکنیک جریمه و محروم سازی
جلسه ششم	جلوگیری از بد رفتاری های شدید	تدوین برنامه اقتصاد پتهای در خانه	استفاده از تکنیک حذف پاداش ها و امتیازها
جلسه هفتم	اصلاح نگرش والدینی که تنبیه را به عنوان روش اولیه انضباط به کار می برند	کاربرد تنبیه بدنی	استفاده از تسلیم، انجام تکلیف (ارتباط خانه و مدرسه) و جمع بندی آموخته ها
جلسه هشتم	مرور مطالب آموخته شده و اصلاح یادگیری ها، چگونگی مدیریت مشکلات در آینده	جمع بندی آموخته ها، آموزش تسلیم در برابر مشکلات	انجام تکلیف (ارتباط خانه و مدرسه)

(د) روش اجرا: بعد از کسب مجوزهای لازم علمی و اجرایی و انتخاب

افراد نمونه، از والدین (مادران) قبل از اجرای مداخلات آزمایشی، اجرای مقیاس کانرز والدین به عنوان پیش آزمون (برای ثبت خط پایه) و پس از مداخلات آزمایشی، اجرای همان مقیاس به عنوان پس آزمون صورت گرفت. در ضمن برای غربالگری اختلالات روانی مادران از پرسشنامه نشانه های مرضی استفاده شد. همزمان با ارائه پرسشنامه ها چه در مرحله پیش آزمون و چه در مرحله پس آزمون، پژوهشگر با حضور در جلسات، توضیحاتی را در مورد نحوه کامل کردن پرسشنامه به مادران ارائه کردند. روش اجرا به این شکل بود که ابتدا به صورت فراخوان در سطح شهرستان، تمامی خانواده هایی که دارای فرزندی با تشخیص اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی بودند جهت شرکت در دوره دعوت شدند. تمامی خانواده هایی که دارای فرزند مبتلا به این اختلال بر اساس تشخیص روان پزشکی بودند در کل شامل ۱۲۰ کودک بودند. بعد از انجام

پیش آزمون و قرار دادن آزمودنی ها در دو گروه آزمایش و گواه به شکل قرعه کشی، برنامه آموزش مدیریت والدین برای گروه آزمایش اجرا شد. گروه گواه در فهرست انتظار قرار گرفت و بعد از پایان دوره و انجام پس آزمون به دلیل رعایت مسایل اخلاقی، دوره آموزشی برای آنان نیز برگزار شد. در کل ۳۰ خانواده در قالب دو گروه آزمایش و گواه از مجموعه ۱۲۰ خانواده، مورد آموزش قرار گرفتند. در پژوهش اصول اخلاقی تا حد امکان رعایت شد و به خانواده ها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده کاملاً به صورت محرمانه باقی خواهد ماند. همچنین به آنان گفته شد که هر زمان که تمایل داشته باشند می توانند از شرکت در جلسات خودداری کنند. لازم به ذکر است که داده های به دست آمده از ابزارهای پژوهش در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی به روش تحلیل کواریانس به کمک نرم افزار SPSS-22 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

نتایج توصیفی متغیرهای پژوهش و نتایج نرمالیتی (آزمون شاپیرو و ویلک) در گروه‌های آزمایش و گواه در مورد متغیرهای مشکلات رفتاری کلی،

جدول ۲: اطلاعات توصیفی و نتیجه آزمون شاپیرو ویلک در متغیرهای پژوهش

گواه					آزمایش					گروه	متغیر
P	Z	SD	M	n	P	Z	SD	M	n		
		۸/۸۰	۲۰۴/۸۰	۱۵			۹/۱۳	۱۹۷/۰۶	۱۵	پیش‌آزمون	مشکلات رفتاری
۰/۳۰	۰/۸۹۹	۶/۰۵	۱۹۸/۶۶	۱۵	۰/۳۹	۰/۹۵۶	۷/۱۹	۱۳۱/۶۰	۱۵	پس‌آزمون	کل
		۱/۸۸	۶۵/۱۳	۱۵			۲/۷۶	۶۳/۶۶	۱۵	پیش‌آزمون	مشکلات رفتار
۰/۱۶	۰/۸۸۷	۲/۹۳	۶۱/۷۳	۱۵	۰/۱۴	۰/۸۷۶	۳/۷۹	۳۵/۸۹	۱۵	پس‌آزمون	هنجاری
		۲/۴۱	۳۹/۷۹	۱۵			۱/۸۷	۳۷/۶۶	۱۵	پیش‌آزمون	مشکلات اجتماعی
۰/۲۹	۰/۸۹۹	۲/۰۰	۳۹/۸۰	۱۵	۰/۳۱	۰/۹۱۱	۲/۲۳	۲۷/۶۵	۱۵	پس‌آزمون	مشکلات روان‌تنی
		۲/۰۰	۳۴/۲۶	۱۵			۳/۱۲	۳۳/۲۰	۱۵	پیش‌آزمون	مشکلات روان‌تنی
۰/۲۷	۰/۸۷۶	۱/۵۷	۳۳/۳۶	۱۵	۰/۲۸	۰/۸۹۷	۳/۷۷	۲۱/۰۰	۱۵	پس‌آزمون	مشکلات اضطرابی
		۲/۵۲	۲۵/۴۰	۱۵			۲/۱۹	۲۴/۸۶	۱۵	پیش‌آزمون	مشکلات اضطرابی
۰/۳۸	۰/۹۴۸	۱/۶۸	۲۵/۱۳	۱۵	۰/۳۴	۰/۹۲۲	۱/۱۸	۱۶/۱۳	۱۵	پس‌آزمون	خجالتی

واریانس‌ها (آزمون لوین) و همگنی شیب رگرسیونی نشان داد که پیش‌فرض برابری واریانس دو گروه در مورد متغیر وابسته مورد تأیید است و واریانس متغیر در گروه‌ها برابر است ($F=۰/۰۲$, $P<۰/۹۱$). همچنین آزمون بررسی اثر تعاملی پیش‌آزمون و گروه در مورد متغیرهای مشکلات رفتاری کلی ($F=۰/۶۹$, $P<۰/۴۱$) حاکی از برقراری مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون است. بدین ترتیب، انجام آزمون پارامتریک آنکوا بلامانع است.

در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر آموزش مدیریت والدین در کاهش شدت مشکلات رفتاری کلی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه فزون کنشی نشان داده شده است.

نتایج جدول ۲ نشان دهنده تفاوت میانگین متغیرهای پژوهش در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه در مورد متغیرهای پژوهش است. نتایج این جدول نشان می‌دهد که در بین میانگین تمامی متغیرها در دو مرحله تفاوت وجود دارد. نتایج جدول نشان می‌دهد که آزمون شاپیرو ویلک به عنوان یکی از پیش‌فرض‌های نرمالیتی تأیید می‌شود یعنی توزیع نرمات متغیرهای پژوهش نرمال است. برای بررسی تأثیر آموزش مدیریت والدین بر مشکلات رفتاری کلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه فزون کنشی از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری یک‌راهه (آنکوا) به دلیل حذف اثر پیش‌آزمون از روی پس‌آزمون استفاده شد. قبل از اجرای این آزمون، پیش‌فرض‌های آماری آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از بررسی پیش‌فرض تساوی

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای میانگین نمره‌های گروه آزمایش و گواه در مشکلات رفتاری کلی

منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F آماره	P	ضریب اتا
پیش‌آزمون	۳۶/۲۵	۱	۳۶/۲۵	۰/۸۱	۰/۳۷	۰/۰۲
گروه	۳۱۲۰۱/۲۲	۱	۳۱۲۰۱/۲۲	۷۰۰/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۴۶
خطا	۱۱۹۷/۷۵	۲۶	۴۶/۰۴۲۶			

با توجه به جدول ۳ آماره F در پس آزمون در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است که نشان می‌دهد در بین دو گروه آزمایش و گواه در میانگین نمرات مشکلات رفتاری کودکان، تفاوت معنی‌دار وجود دارد. اندازه اثر ۰/۴۶ نشان دهنده تفاوت نسبتاً بزرگ در بین دو گروه است که در اثر اعمال روش آزمایشی به وجود آمده است؛ بنابراین می‌توان گفت اثر متغیر مستقل گروه (آموزش مدیریت والدین) بر متغیر وابسته مشکلات رفتاری مؤثر بوده است و تفاوت معنی‌داری بین گروه گواه و آزمایش وجود دارد.

برای بررسی تأثیر آموزش مدیریت والدین بر زیرمقیاس‌های مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به نارسایی توجه فزون کنشی (مشکلات رفتار هنجاری، مشکلات اجتماعی، روان تنی، و اضطراب-خجالتی) از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگی واریانس‌های متغیرهای وابسته در دو گروه نشان داد

که واریانس گروه‌ها در متغیر رفتار هنجاری ($F=0/06, P<0/51$)، مشکلات اجتماعی ($F=0/77, P<0/48$)، مشکلات روان تنی ($P<0/13$)، $F=2/65$ و اضطراب-خجالتی ($F=0/54, P<0/47$) است. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس‌های متغیرهای وابسته نشان داد که ماتریس کوواریانس آزمون باکس در دو گروه برابر است ($P<0/791$). نتایج آزمون کوواریانس چندمتغیره نشان داد که تمامی زیرمقیاس‌های مشکلات رفتاری از مرکز ثقل برابری برخوردار هستند و به عبارت دیگر بین دو گروه در زیرمقیاس‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<0/001, F=92/0125, \text{Lambda Wilk's}=0/705$). برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه در زیرمقیاس‌های مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به نارسایی توجه فزون کنشی از تحلیل واریانس تک‌متغیره استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری گروه آزمایش و گواه در مؤلفه‌های مشکلات رفتاری

مؤلفه	گروه	میانگین	F	p	ضریب اتا	توان آماری
مشکلات رفتار هنجاری	آزمایش	۴۲/۴۹	۴/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۱
	گواه	۸۲۴/۵۶				
مشکلات اجتماعی	آزمایش	۱/۸۷	۱/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۲۴	۱
	گواه	۹۸/۲۰				
مشکلات روان تنی	آزمایش	۸/۴۰	۱	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۱
	گواه	۴۱۹/۲۶				
مشکلات اضطرابی-خجالتی	آزمایش	۴/۷۹	۲/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱
	گواه	۵۸۷/۰۳				

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مدیریت والدین در کاهش علایم رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه فزون کنشی بود. نتایج نشان داد که روش آموزش والدین بر کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به این اختلال در مؤلفه‌های مشکلات رفتار هنجاری، مشکلات اجتماعی، مشکلات روان تنی، و مشکلات مرتبط با اضطراب و خجالت تأثیر معنادار داشته است. این یافته با بخشی از یافته‌های

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که آماره F برای هر چهار زیرمقیاس مشکلات رفتاری کودکان معنی‌دار است که نشان می‌دهد در بین دو گروه از لحاظ این متغیرها تفاوت وجود دارد. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت برنامه آموزش مدیریت رفتار مادران باعث تغییر در میزان مشکلات رفتار هنجاری، اجتماعی، روان تنی، و مشکلات اضطراب-خجالتی شده است.

پژوهش‌های پفینتر و هاگ (۲۰)، الیور و همکاران (۹)، و سایر پژوهش‌ها (۱۶، ۱۷، ۲۳-۲۵) همسو است. نتایج این پژوهش‌ها حاکی از آن هستند که آموزش والدین در استفاده صحیح از تکنیک‌های رفتاری برای مهار رفتارهای فرزندان‌شان، نتایج مثبت در کاهش سازش‌نا یافتگی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه فزون کنشی دارد. بنابراین بر اساس نتایج این مطالعات و مطالعه حاضر می‌توان این گونه تبیین کرد که این شیوه مداخلاتی باعث افزایش آگاهی والدین در مهار عواطف‌شان، اصلاح شیوه‌های پاداش و تنبیه، اصلاح نگرش والدین درباره والدگری، و شیوه‌های مهار رفتار کودک شده و از این طریق تأثیر مثبت در کاهش مشکلات رفتاری کودکان ایجاد کرده است. همچنین بر اساس روی‌آورد شناختی- رفتاری در تبیین تأثیر گذاری شیوه مدیریت والدین می‌توان گفت آموزش مدیریت والدین یک نوع روان‌درمانگری کودکان است که با تغییر رفتاری- شناختی- عاطفی در والدین، به جای تمرکز بر حذف و کاهش رفتار کودکان، می‌تواند کارآمدی و تأثیرگذاری خود را در درمان این اختلال اعمال کند.

کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه فزون کنشی علاوه بر سه نشانه اساسی بی‌توجهی، فزون کنشی، و برانگیختگی، با مشکلات رفتاری مانند تحریک‌پذیری، مداخله‌جویی، پرجنب‌وجوشی، نامرتب بودن، پرخاشگری، پرتنش و هیجانی بودن مشخص می‌شوند (۱۲) و دارای انواع مشکلات ثانوی دیگری مانند سطح پایین کارآمدی تحصیلی، سطح پایین حرمت خود، تضادورزی، رفتارهای ضد اجتماعی، طرد شدگی از سوی همسالان، اختلال در روابط خانوادگی، نارسایی‌های خاص شناختی و فراشناختی، نارسایی‌های خاص حسی- حرکتی، و مشکلات خواب هستند (۱۰). از آنجایی که بسیاری از مشکلات رفتاری این کودکان در بستر خانواده و به خصوص در ارتباط با مادر به وجود آمده و تداوم پیدا می‌کنند، آموزش به مادران به‌عنوان بیشترین و تأثیرگذارترین عامل بر کودکان از طریق آموزش توجه مثبت، نادیده انگاری، کاربرد مؤثر پاداش و تنبیه، اقتصاد ژتونی و محروم کردن که در این مطالعه به آن توجه زیادی شده است، می‌تواند باعث اثربخشی این شیوه درمانی شود (۱۵). در این برنامه خانواده‌ها یاد می‌گیرند که با اختلال به عنوان

یک مشکل، نه بیماری برخورد کنند و با کاستن از اضطراب و تنیدگی خود از مرحله اول حل مسئله یعنی تشخیص مشکل، فراتر رفته و با شناسایی نظام پاداش و تنبیه خود در رفتار با کودک، و ایجاد هماهنگی والدین در استفاده از مدیریت رفتاری، الگوی تعاملی منفی خانواده را کاهش داده و از شدت مشکلات رفتاری کودکان بکاهند.

سایر یافته‌های این مطالعه نشان داد این روش آموزشی در کاهش مؤلفه‌های مشکلات رفتاری از قبیل مشکلات رفتار هنجاری کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی تأثیر داشته است. اغلب کودکان مبتلا به این اختلال که همچنین دارای مشکلات رفتار هنجاری نیز هستند، مشکلات رفتاری مربوط به عدم سازش‌یافتگی، جسارت و رفتار قانون‌شکنانه، گوش ندادن به حرف والدین و عدم اطاعت از دستورات آنها، و نقض قوانین جامعه در آینده (مانند دروغ گفتن، دزدی، فرار از مدرسه، خودکشی، و سوء مصرف مواد) را بروز می‌دهند (۱۵). در واقع در اختلال نارسایی توجه فزون کنشی به علت تکانشگری و نداشتن توجه به پیامدهای اعمال خود، رابطه این کودکان با والدین، همراه با تنش می‌شود و تضاد میان کودک و مادر در سنین پیش‌دبستانی تا دوران نوجوانی ادامه می‌یابد و این موضوع باعث می‌شود که این خانواده‌ها اغلب تعاملاتشان منفی بوده و مهارگری شدیدی اعمال کنند و از این طریق الگوی رفتارهای سازش‌نا یافته را تشدید و تداوم بخشند (۱۷). مونیوز- سیلوا، لاگو- اوربانو، سانچز- گارسیا و کارمونا- مارکز در بررسی تعاملات کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی با والدینشان دریافتند که آنها بیش از کودکان فاقد این مشکل از سوی والدین، دستور دریافت می‌کنند، سرزنش و توبیخ می‌شوند، و از شیوه والدگری همراه با مهارگری بالا و عدم استفاده مناسب از تقویت‌کننده‌ها برخوردار هستند (۱۱)؛ بنابراین بر اساس پیشینه ذکر شده در تبیین اثربخشی این روی‌آورد در کاهش مشکلات رفتاری این کودکان می‌توان گفت این درمان به والدین آموزش می‌دهد که سخت‌گیری جایگزین قاطعیت، تنبیه جایگزین گفتگوی متقابل، و مهارگری جایگزین مدیریت رفتاری والدین شود. در این زمینه بارکلی معتقد است آموزش والدین موجب افزایش شناخت آنان از ماهیت اختلال شده و اعتماد به خود آنها

را درباره نقش والدگری بالا خواهد برد و همچنین به آنها کمک می‌کند تا رفتارهای نامناسب فرزند خود را مهار کرده و کاهش دهند و در تربیت آنها احساس موفقیت بیشتری داشته باشند (۸). همچنین مزیت این روی آورد برخلاف سایر شیوه‌ها که فقط تأکید بر حذف رفتارهای قانون‌شکنانه کودکان دارند در این است که این روش، جنبه‌های مختلفی از عملکرد والدینی و ساختار کل خانواده را مورد توجه قرار می‌دهد، به همین دلیل می‌تواند از اثربخشی و تداوم بیشتری برخوردار باشد (۲۱). در این روش نگرانی‌هایی که والدین درباره علل، درمان و پیش‌آگهی اختلال فرزندشان دارند، در جلسات آموزشی، اصلاح شده و حمایت لازم برای والدین فراهم می‌شود (۲۲). از سویی دیگر اثربخشی پایدار این روی آورد از این جهت است که کارکرد خانواده را از طریق ایجاد تغییرات شناختی - رفتاری والدین، اصلاح محیط تعاملی کودک، اصلاح سبک‌های ناکام‌کننده والدینی، ارتقا می‌بخشد (۲۴).

نتایج پژوهش حاضر، نشان دهنده نگاه بومی به روش‌های متداول درمان و اصلاح نقاط ضعف آن بر اساس ساختارهای فرهنگی هر جامعه در شیوه‌های والدگری است. چنان‌که در طول انجام این برنامه آموزشی مشخص شد، مادران بر این باورند که آنان سهم بیشتری نسبت به پدران در شکل‌گیری و تداوم این اختلال دارند؛ به همین خاطر در طول جلسات تلاش شد که این نگرش حذف و با اصلاح احساس گناه مادران و نگاه بدبینانه پدران به فرزندشان، سهم برابری در مدیریت رفتار والدین در برخورد با این کودکان ایجاد شود.

دشواری در غربال‌گری اختلالات همبود، عدم همسان‌سازی این کودکان از لحاظ ظرفیت‌های شناختی و یادگیری، عدم کنترل اختلال‌های همراه با خانواده‌ها و ناهمسویی آنان از لحاظ سطح اجتماعی، اقتصادی و آموزشی، کنترل پایین تأثیر همزمان سایر برنامه‌های آموزشی

همزمان که کودک و خانواده از رسانه‌ها و محیط اجتماعی دریافت می‌کنند، و همچنین تغییرات سریع تحولی، از محدودیت‌های روش‌شناسی این پژوهش است که باید در استنباط از نتیجه‌گیری‌ها به آن توجه لازم داشت و در مطالعات آینده برای رفع این محدودیت‌ها اقدام کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های گسترده‌تری با گروه‌های مختلف کودکان با نیازهای ویژه از جمله کودکان کم‌توان ذهنی و یا اوتیسم با هدف بومی‌سازی تکنیک‌های درمانی انجام پذیرد. در سطح به‌کار بسته می‌توان به این موضوع اشاره کرد که در فرایند برنامه‌ریزی‌های درمانی اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در سطوح خرد و کلان جامعه، باید علاوه بر اقدامات درمانی متمرکز بر کودک، دیگر اعضای خانواده را مورد ارزیابی و درمان قرار دهند. با توجه به اینکه اغلب خانواده‌های ایرانی از سبک‌های تعاملی خاص خود برخوردار هستند، سبک‌ها، رسومات، و آداب فرهنگی خاص هر خانواده در برنامه‌های آموزش خانواده باید مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی: این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانم لطیفه نوری در رشته روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات بندرعباس است که در تاریخ ۱۳۹۶/۶/۲۸ دفاع شد. بدین‌وسیله از تمامی افراد نمونه که در اجرای این پژوهش مشارکت داشتند و مهد کودک‌های شهرستان خنج فارس که در جهت معرفی این مادران و کودکان و انجام برنامه‌های آموزشی به ما یاری رساندند و همچنین استاد راهنما و مشاور این پژوهش، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تضاد منافع به دنبال نداشته است.

References

1. Al-Jawadi AA, Abdul-Rhman S. Prevalence of childhood and early adolescence mental disorders among children attending primary health care centers in Mosul, Iraq: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2007; 7(1): 274. [Link]
2. Karimi M, Keikhavani S, Mohammadi MB. Efficacy of social skills training on behavioral disorders among elementary school children. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2010; 18(3): 6-68. [Persian]. [Link]
3. Fanti KA, Henrich CC. Trajectories of pure and co-occurring internalizing and externalizing problems from age 2 to age 12: Findings from the NICHD study of early child care. *Dev Psychol*. 2010; 46(5): 1159-1175. [Link]
4. Heward WL. *Exceptional children: An introduction to special education*. 10th Edition. Boston: Pearson; 2012; pp: 29-30. [Link]
5. Fortin L, Lessard A, Marcotte D. Comparison by gender of students with behavior problems who dropped out of school. *Procedia Soc Behav Sci*. 2010; 2(2): 5530-5538. [Link]
6. Ștefan CA, Miclea M. A preliminary efficiency study of a multifocused prevention program for children with deficient emotional and social competencies. *Procedia Soc Behav Sci*. 2010; 5: 127-139. [Link]
7. Rutter M, Kim-Cohen J, Maughan B. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006; 47(3-4): 276-295. [Link]
8. Ghobari-Bonab B, Parand A, Hossein Khanzadeh Firoozjah A, Movallali G, Nemati S. Prevalence of children with behavioral disorders in primary schools in Tehran. *Journal of Exceptional Children*. 2009; 9(3): 223-238. [Persian]. [Link]
9. Ghasemi O, Mousavi-Ghahfakhri A. personality assessment of children in elementary school. *Behriar Pud, Delijan*. 2016; 22-34. [Persian].
10. US Department of Health and Human Services, US Department of Education, US Department of Justice. *Report of the surgeon general's conference on children's mental health: a national action Agenda*. Washington (DC): US Department of Health and Human Services; 2000. [Link]
11. Hester PP, Baltodano HM, Hendrickson JM, Tomelson SW, Conroy MA, Gable RA. Lessons learned from research on early intervention: What teachers can do to prevent children's behavior problems. *Prev Sch Fail*. 2004; 49(1): 5-10. [Link]
12. Hacker K, Arsenaault L, Franco I, Shaligram D, Sidor M, Olfson M, et al. Referral and follow-up after mental health screening in commercially insured adolescents. *J Adolesc Health*. 2014; 55(1): 17-23. [Link]
13. Hacker KA, Penfold R, Arsenaault L, Zhang F, Murphy M, Wissow L. Screening for behavioral health issues in children enrolled in massachusetts medicaid. *Pediatrics*. 2014; 133(1): 46-54. [Link]
14. Stifler MC, Dever BV. *Mental health screening at school: instrumentation, implementation, and critical issues*. 1st ed. Cham: Springer International Publishing; 2015, pp: 21-22. [Link]
15. Walker HM, Severson HH, Todis BJ, Block-Pedego AE, Williams GJ, Haring NG, et al. Systematic screening for behavior disorders (SSBD): further validation, replication, and normative data. *Remedial Spec Educ*. 1990; 11(2): 32-46. [Link]
16. Lane, K.L., Oakes, W.P., & Menzies, H.M. (2014). Comprehensive, integrated, three-tiered models of prevention: Why does my school—and district—need an integrated approach to meet students' academic, behavioral, and social needs? *Preventing School Failure: Alternative Education for Children and Youth*, 58, 121-128. [Link].
17. Kilgus SP, Sims WA, von der Embse NP, Riley-Tillman TC. Confirmation of models for interpretation and use of the Social and Academic Behavior Risk Screener (SABRS). *Sch Psychol Q*. 2015; 30(3): 335-352. [Link]
18. Goodman R. The strengths and difficulties questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997; 38(5): 581-586. [Link]
19. Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Br J Psychiatry*. 2000; 177: 534-539. [Link]
20. Lane K, Menzies H, Oakes W, Kalberg J. *Systematic screenings of behavior to support instruction: From preschool to high school*. 1 edition. New York: Guilford Press; 2012, pp: 10-11. [Link]
21. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. *Research methods in behavioral science*. Tehran: Agah; 2015, pp: 77-79. [Persian].
22. Comrey AL, Lee HB. *A first course in factor analysis*. 2nd Edition. Hillsdale, NJ: Psychology Press; 1992, pp: 205-213. [Link]

23. Chronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951; 16(3): 297-334. [\[Link\]](#)
24. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 5th Edition. Oston, MA: Allyn & Bacon/Pearson Education; 2006, pp: 660-670. [\[Link\]](#)
25. Kaiser HF. An index of factorial simplicity. *Psychometrika*. 1974; 39(1): 31-36. [\[Link\]](#)
26. Bartlett MS. Tests of significance in factor analysis. *Br J Math Stat Psychol*. 1950; 3(2): 77-85. [\[Link\]](#)
27. Kheiry H, Salehi I, Soltani Shal R. The effectiveness of stress management training on marital satisfaction and parental stress in mothers with children with behavioral problems. *Journal of Child Mental Health*. 2018; 4(4): 3-13. [Persian]. [\[Link\]](#)
28. Akbari-Zardkhaneh S, Alebuieh M, Zanganeh A, Mansurkiaie N, Jallalat-Danesh M, Mahdavi M. Parent form of psychological pathology for children: preliminary study of development and psychometric properties. *Journal of Child Mental Health*. 2018; 4(4): 152-164. [Persian]. [\[Link\]](#)
29. Housman HA. Multivariate analysis in behavioral research. Tehran: Parsa Publication; 2001, pp: 395-404. [Persian].
30. Mitchell ML, Jolley JM. Research design explained. 8 edition. Australia, Belmont, CA: Wadsworth Publishing; 2012, pp: 112-113. [\[Link\]](#)
31. Naghavi A, Fatehizadeh MAS, Abedi MR. A study on abused girls and the consequences of abuse on them. *Women in Development & Politics*. 2004; 2(3): 125-145. [Persian]. [\[Link\]](#)