

Developing a Family-Oriented Training Program Based on Parents' Behavioral Management and Investigating Its Effectiveness on Behavioral Difficulties of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Jafarnezhad M¹, *Ghobari Bonab B², Bagheri F³

Author Address

1. PhD Student in Educational Psychology, Faculty of Literature, Humanities and Social Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;

2. Professor of Special Education, Department of Psychology and Educational of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Education Science, University of Tehran, Tehran, Iran;

3. Associate Professor in General Psychology, Department of General and Clinical Psychology, Faculty of Literature, Humanities and Social Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

*Corresponding Author Email: Bghobari@ut.ac.ir

Received: 2022 December 6; Accepted: 2023 January 22

Abstract

Background & Objective: Previous studies have shown that educational interventions are effective in reducing the behavioral problems of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). However, there is a research gap in the effectiveness of these interventions on behavioral difficulties. If untreated, this disorder could lead to academic failure and isolation from friends. Available treatments for ADHD include pharmacological and non-pharmacological interventions. In the first line of treatment for this disorder, the education of parents has a special place in reducing the syndrome. The findings obtained from the research report different results, some of which indicate the lack of impact of interventions on children's behavioral problems. Considering the high prevalence of ADHD and its adverse effect on the communication and social skills of these children, the need for timely intervention and the design of appropriate educational methods to reduce behavioral problems is of particular importance. The present research aimed to develop a Family Education Program based on the Behavior Management for Parents model and study its effectiveness in the reduction of behavioral difficulties in their children with ADHD.

Methods: This quasi-experimental study employed a pretest-post-test design and a control group. The statistical population included all children with ADHD and their parents studying in primary schools of Qazvin City, Iran, in the 2018-2019 academic year. Forty ADHD students were chosen as a sample using random multi-stage cluster sampling. The subjects were selected and randomly assigned into experimental and control groups (20 each). The inclusion criteria for selecting parents were having a child with ADHD, no divorce in the family, the absence of mental disorders in the parents, and constant participation in training sessions. The entry conditions of children were having mixed-type ADHD, under drug use, having an intelligence above 90, and no coexistence of other mental disorders. The Conner's Parents rating of childhood behavior problems (Conners et al., 1987) and clinical interviews were employed to evaluate behavioral difficulties. Conners estimated the test-retest reliability of this test to be 0.72 to 0.92. The reliability coefficient of the original version of the scale was reported as 0.89 using the Cronbach alpha. Raven's Progressive Matrices (Raven, 1947) assessed the subjects' intelligence. Raven reported the reliability coefficient of this test by retesting the range of correlation coefficients between 0.85 and 0.98 and halving the range of coefficients between 0.88 and 0.98. The intervention package consisted of a ten-session treatment protocol on parent's behavior management based on a behavioral model. The experimental group's parents participated in ten behavioral management training sessions. No training was provided for the control group. In this study, fathers and mothers of both groups completed the scale of behavioral problems separately in the pretest and posttest. Descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (univariate covariance analysis to control the pretest effect) were utilized in SPSS version 24 to analyze the obtained data. The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: The results showed that from the point of view of mothers and fathers, there was a difference in the condition of the children of the two experimental and control groups after the implementation of the Family-Oriented Training Program based on Parents' Behavioral Management in reducing children's behavioral problems ($p < 0.001$).

Conclusions: Based on the research findings, from the parents' point of view, the family-oriented training program based on Parents' behavioral management effectively reduces the behavioral problems of their children.

Keywords: Family-Oriented Training Program, Parent behavioral management, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Behavioral difficulties.

تدوین برنامه آموزشی خانواده‌محور مبتنی بر مدیریت رفتاری والدین و بررسی اثربخشی آن بر مشکلات رفتاری کودکان واجد اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی

محمود جعفرنژاد^۱، *باقر غباری بناب^۲، فربرز باقری^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛
۲. استاد آموزش کودکان با نیازهای ویژه، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران؛
۳. دانشیار روان‌شناسی عمومی، دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی، گروه روان‌شناسی بالینی و عمومی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
*رایانامه نویسنده مسئول: Bghobari@ut.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۵ آذر ۱۴۰۱؛ تاریخ پذیرش: ۲ بهمن ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: در پژوهش‌های پیشین مشخص شد، مداخلات آموزشی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان واجد اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی تأثیرگذار است؛ اما در اثربخشی این مداخلات بر مشکلات رفتاری شکاف تحقیقاتی وجود دارد. پژوهش حاضر باهدف تدوین برنامه آموزشی خانواده‌محور مبتنی بر مدیریت رفتاری والدین و بررسی اثربخشی آن بر مشکلات رفتاری کودکان واجد اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را کودکان واجد اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی پایه دوم دبستان‌های ناحیه دو شهر قزوین و والدین آن‌ها در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ تشکیل دادند. ازاین‌بین چهل نفر داوطلب واجد شرایط با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای وارد مطالعه شدند. سپس با روش جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه بیست نفر) قرار گرفتند. ابزارهای استفاده‌شده برای سنجش مشکلات رفتاری کودکان، مقیاس مشکلات رفتاری کودکان کانرز فرم والدین (گایت و همکاران، ۱۹۷۸) و مصاحبه بالینی بود. برای ارزیابی هوش آزمودنی‌ها، آزمون ماتریس‌های پیش‌رونده ریون کودکان (ریون و کورت، ۱۹۹۸) به‌کار رفت. والدین گروه آزمایش طی ده جلسه در برنامه آموزشی خانواده‌محور مبتنی بر مدیریت رفتاری والدین شرکت کردند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، از دیدگاه مادران و پدران، وضعیت کودکان دو گروه آزمایش و گواه بعد از اجرای برنامه آموزشی خانواده‌محور مبتنی بر مدیریت رفتاری والدین، در کاهش مشکلات رفتاری کودکان تفاوت دارد ($p < 0.001$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، از نگاه والدین برنامه آموزشی خانواده‌محور مبتنی بر مدیریت رفتاری والدین، تأثیرگذار است و در کاهش مشکلات رفتاری کودکان آن‌ها اثربخشی دارد.

کلیدواژه‌ها: آموزش خانواده‌محور، مدیریت رفتاری والدین، نارسایی توجه/فزون‌کنشی، مشکلات رفتاری.

اختلال است. علاوه بر این اظهار کردند، وجود ناتوانی عاطفی و اختلال در تنظیم هیجانی^۶ در این کودکان، ضرورتی را برای استفاده از مداخلات رفتاری نشان می‌دهد (۸). لی و همکاران در فراتحلیل انجام داده، از این روش به عنوان روشی مؤثر در مداخله برای کودکان اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی به منظور کاهش نشانه‌های بالینی اختلال و کمک به خانواده آن‌ها نام بردند (۹). دلی و همکاران بنابر شواهد پژوهشی دریافتند، رایج‌ترین مداخله غیردارویی با والدین و معلمان این کودکان در دوره سنی پیش دبستان و مدرسه، آموزش رفتاری والدین است (۱۰). همچنین دلی و همکاران در مطالعه خود اظهار داشتند، گرچه فراتحلیل اخیر نشان می‌دهد آموزش رفتاری والدین در کاهش رفتارهای لجبازی، بهبود والدگری مثبت، کاهش رفتارهای خشن والدین و افزایش احساس شایستگی در والدین مؤثر است، این آموزش‌ها در کاهش نشانه‌های اختلال اثر معناداری ندارد (۱۱). براساس پژوهش ویس و همکاران، فراتحلیل گسترده‌تر در ارتباط با اثربخشی مداخلات روانی اجتماعی (شامل مداخلات رفتاری)، بیانگر آن بود که در پنجاه سال اخیر اندازه اثر برای مداخلات اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بهبودی نشان نداده است؛ اما در عوض مشخص شد، کاهش غیرمعناداری در اثربخشی مداخلات وجود دارد. ویس و همکاران گزارش دادند، غالب برنامه‌های فرزندپروری در ابتدا برای کودکان مبتلا به اختلالات رفتار مخرب طراحی شده و برای استفاده مشکلات رفتاری کودکان اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی ساخته نشده است. بینش درباره کمبودهای زمینه‌ای و علل اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی توانست به درک این موضوع کمک کند که کدام مؤلفه‌های مداخله‌های رفتاری ممکن است مؤثرتر باشد یا چگونه می‌توان این عناصر را برای نیازهای کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی هدف قرار داد (۱۲). بولگان و کیفیت دریافتند، مشکلات رفتاری^۷ کودکان در سال‌های نخستین زندگی با رفتار والدین رابطه‌ای متقابل دارد؛ درحقیقت رفتار مشکل‌آفرین کودک موجب کاهش اعتمادبه‌نفس و عملکرد تحصیلی وی می‌شود (۱۳). پژوهش مانوز-سیلو و لگو-اوربانو به رابطه میان روش‌های فرزندپروری و شدت مشکلات رفتاری در این کودکان اشاره داشت. در این مطالعه پژوهشگران نشان دادند، روش فرزندپروری مستبدانه رابطه معناداری با شدت مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی دارد (۱۴). امیدنژاد و همکاران با بررسی تأثیر مداخله آموزش مدیریت رفتاری والدین بر پایه رویکرد ارزیابی رفتار کارکردی بر میزان توجه و تمرکز، مشکلات رفتاری و سازگاری هیجانی اجتماعی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی دریافتند، مداخلات انجام شده منجر به افزایش سازگاری هیجانی اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی می‌شود (۱۵). متولی‌پور و همکاران در پژوهشی برنامه بازی درمانی شناختی رفتاری خانواده‌محور را برای مادران دارای دانش آموز پسر با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی اجرا کردند. آن‌ها نشان دادند، مداخله

اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی^۱، میلیون‌ها کودک و نوجوان و بزرگسال را در فرهنگ‌های مختلف و با سن و جنس متفاوت، تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). تارور و همکاران عقیده داشتند، این اختلال در صورت نبود مداخله مؤثر به ندرت بهبود می‌یابد (۲). بنابر اظهار دورنبرگ و هولاندر، به لحاظ تاریخی اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی به عنوان اختلال رفتار آشفته همراه با اختلال تضادورزی مقابله‌ای^۲ و اختلال سلوک^۳ در یک طبقه قرار داشت؛ اما با انتشار پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی^۴ اختلال تضادورزی مقابله‌ای و اختلال سلوک در طبقه اختلالات عصب‌رشدی قرار نگرفت. این امر بازخورد یک چشم‌انداز به گستره زندگی و افزایش فهم از وجود ارتباط عصب‌روان‌شناختی در اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بود (۳). با توجه به تفاوت‌های فردی این کودکان، اسجووال و همکاران باور داشتند که سازوکارهای سبب‌شناسی و زیربنایی شکل‌دهنده اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی برخلاف اختلالات دیگر، ناهمگن هستند؛ از جمله فرایندهای انگیزشی مختلف (نظیر میزان حساسیت به پاداش و تنبیه)، کمبودهای شناختی، نقص در فهم زمان‌بندی و ناپایداری هیجانی در این کودکان بسیار نامتماز و متفاوت است؛ اما آنچه در این بین اشتراک وجه دارد رفتارهایی است که در مجموع اختلال مذکور را مشخص می‌کند (۴). هورنسترا و همکاران در فراتحلیل آموزش رفتاری والدین گزارش کردند، مدیریت رفتاری برای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی عمده‌تأ مبنی بر آموزش رفتار انطباقی از طریق پاداش مستمر است؛ با این حال، در زندگی روزمره نمی‌توان چنین نرخ بالایی از تقویت را حفظ کرد. برخی از برنامه‌های درمان رفتاری با نرخ بالای تقویت اولیه، پس از مدتی اثراشان به صورت واضح از بین می‌رود، برخی دیگر این گونه نیستند (۵). فوسکو و همکاران اعتقاد داشتند، فرایندهای تقویتی ناقص در کودکان واجد نارسایی توجه/فزون‌کنشی به وسیله فنون رفتاری به کاررفته در مدیریت رفتاری والدین، تغییر و اصلاح می‌یابند. به این منظور شواهد زیست-عصبی و رفتاری فراوانی برای تغییر انگیزه در این کودکان وجود دارد (۶). مور و همکاران در مطالعه خود گزارش کردند، شواهد بسیار متفاوتی از تأثیر درمان‌های دارویی در اغلب نارسایی‌های شناختی و رفتاری اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی مشاهده شده است و والدین به مصرف دارو توسط کودکان نگرش منفی دارند (۷)؛ از این رو، گرایش‌ها به سمت مداخلات آموزشی تمایل یافته است. یکی از روش‌های مؤثر در این زمینه دیدگاه رفتارگرایی^۵ است. گرازیانو و گارسیا در فراتحلیلی عنوان کردند، برنامه‌های مدیریت رفتار برای کودکان واجد اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، به استفاده از تقویت‌کننده برای شکل‌دهی رفتار و افزایش نرخ رفتار مناسب وابسته است که همراه با تنبیه خفیف برای جلوگیری از رفتارهای ناخواسته باشد؛ همچنین تأکید داشتند، اثربخشی بهتر مدیریت رفتار مستلزم بازنگری استفاده از پاداش و تنبیه در مدیریت رفتاری کودکان دارای

۵. Behaviorism

۶. Emotional Regulation

۷. Behavioral Difficulties

۱. Attention Deficit Hyperactivity Disorder

۲. Oppositional Disorder

۳. Conduct Disorder

۴. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fifth Edition

خانواده محور می‌تواند نشانه‌های نارسایی توجه اختلال را به‌طور معناداری کاهش دهد؛ اما براساس یافته‌های این پژوهش، برنامه مذکور نتوانست موجب کاهش نشانه‌های فزون‌کنشی و تکانشگری شود (۱۶). شاه‌میوه اصفهانی و همکاران به مقایسه اثربخشی برنامه آموزش حمایت رفتاری مثبت با الگوی والدگری بارکلی بر بهبود نشانگان کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، با پرسش‌نامه کانرز فرم والدین پرداختند. نتایج مشخص کرد، در متغیرهای شناختی/بی‌توجهی و بیش‌فعالی و کاستی توجه/بیش‌فعالی بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد؛ اما در متغیر مخالفت‌جویی، تفاوت معناداری یافت نمی‌شود؛ به‌علاوه در متغیرهای بیش‌فعالی و کاستی توجه/بیش‌فعالی تفاوت نمرات هر دو گروه آموزش والدگری بارکلی و آموزش حمایت رفتاری مثبت با گروه گواه معنادار است؛ همچنین در متغیرهای شناخت/بی‌توجهی و مخالفت‌جویی تنها آموزش حمایت رفتاری مثبت توانسته است تفاوت معناداری را با گروه گواه ایجاد کند. این پژوهشگران گزارش کردند، در همه خرده‌مقیاس‌ها تفاوت آموزش معنادار نیست (۱۷). پژوهش‌ها نشان داد، مداخلات خانواده‌محور به‌ویژه با رویکرد مدیریت رفتاری برای کاهش مشکلات رفتاری این کودکان، از اولویت ویژه‌ای برخوردار است؛ اما در زمینه محتوای تدوین‌شده برنامه‌های آموزشی با در نظر گرفتن نیازهای ویژه این کودکان و شرایط فرهنگی خانواده‌های آن‌ها شکاف تحقیقاتی وجود دارد. همچنین باید چالش‌های والدین در رفتار با کودکان و نیاز آن‌ها به فراگیری شیوه‌های مناسب رفتاری، ضرورت تدوین برنامه‌ای با محتوای مداخلاتی گسترده‌تر در مقایسه با برنامه‌های پیشین آموزش والدین و اهمیت نقش پدران و مشارکت آن‌ها در این آموزش‌ها را مدنظر قرار داد؛ به‌علاوه توجه کمتری به اجرای برنامه‌های خانواده‌محور^۱ مبتنی بر مدیریت رفتاری والدین براساس الگوی رفتاری‌نگر و تعیین اثربخشی آن در کاهش مشکلات رفتاری صورت گرفته است؛ از این رو پژوهش حاضر باهدف طراحی برنامه‌ای با محتوای جدید و با حیطه مداخلاتی برای آموزش پدران و مادران و بررسی اثربخشی آن در کاهش مشکلات رفتاری کودکان واجد اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی انجام شد.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را کودکان واجد اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی پایه دوم دبستان‌های ناحیه دو شهر قزوین و والدین آن‌ها (پدر و مادر) در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ تشکیل دادند. از بین مدارس ابتدایی دخترانه و پسرانه بنا بر ملاک‌های ورود، باتوجه به فرمول محاسبه حجم نمونه کوهن^۲ (۱۹۸۶)، با در نظر گرفتن سطح معناداری ۰/۰۵ و اندازه اثر ۰/۵۰ و توان آزمون ۰/۸۸، به‌روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، چهل نفر از والدین در کنار فرزندان شان انتخاب شدند. والدین و کودکان به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه بیست نفر) قرار گرفتند. معیارهای انتخاب والدین باتوجه به شرایط ورود آزمودنی‌ها، داشتن فرزند مبتلا به اختلال

نارسایی توجه/فزون‌کنشی، نبود طلاق در خانواده، نبود اختلالات روانی در والدین و شرکت مداوم در جلسات آموزشی تعیین شد. شرایط ورود کودکان به پژوهش عبارت بود از: دارا بودن اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی نوع آمیخته؛ مصرف دارو؛ داشتن هوش بیشتر از ۹۰؛ نبود همبودی سایر اختلالات روانی. بسته آموزشی شامل شیوه‌نامه درمانی ده‌جلسه‌ای در زمینه مدیریت رفتار والدین براساس الگوی رفتاری بود. والدین (پدر و مادر) گروه آزمایش طی ده جلسه در برنامه آموزشی خانواده‌محور مبتنی بر مدیریت رفتاری والدین شرکت کردند. برای والدین گروه گواه هیچ آموزشی در این زمینه ارائه نشد. در پژوهش حاضر پدران و مادران هر دو گروه، مقیاس مشکلات رفتاری کودکان کانرز فرم والدین^۳ (گایت و همکاران، ۱۹۷۸) را به‌طور جداگانه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای فرزندان خود تکمیل کردند. ملاحظات اخلاقی در پژوهش شامل محرمانه‌ماندن اطلاعات و کسب رضایت از والدین به‌منظور شرکت در پژوهش و آزادی برای مشارکت در پژوهش بود. ابزارها و جلسات آموزشی زیر در پژوهش به‌کار رفت.

– مقیاس مشکلات رفتاری کودکان کانرز فرم والدین (گایت و همکاران، ۱۹۷۸): کانرز این مقیاس را در سال ۱۹۶۹ طراحی کرد و در سال ۱۹۷۸ تجدیدنظر شد. این مقیاس در ابتدا ۹۳ گویه داشت و برای سنجش هشت حیطه از مشکلات رفتاری بود. نسخه ۴۸ گویه‌ای از این مقیاس توسط گایت و همکاران (۱۹۷۸) استخراج و هنجاریابی شد. مقیاس اخیر ابزار مناسبی برای ارزیابی مشکلات رفتاری کودکان و بررسی اثر مداخلات انجام‌شده است. گویه‌های مقیاس شش حیطه مشکلات سلوک، روان‌تنی، مشکلات یادگیری، تکانشگری، مشکلات اضطرابی و فزون‌کنشی را می‌سنجد. این پرسش‌نامه شامل ۴۸ گویه است. گویه‌ها با استفاده از مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت (اصلاً، تاحدودی، زیاد، خیلی زیاد)، نمره‌گذاری می‌شود. برای هر عبارت چهار درجه در نظر گرفته شده است. از والدین خواسته می‌شود اگر هیچ مشکل رفتاری در کودک وجود ندارد، گزینه یک (اصلاً)، اگر مشکل دارای مقدار کمی است، گزینه دو (تاحدودی)، اگر شدت مشکل در حد متوسط است، گزینه سه (زیاد) و اگر مشکل بسیار زیاد است گزینه چهار (خیلی زیاد) را علامت‌گذاری کنند. دامنه نمرات مقیاس ۴۸ گویه‌ای بین صفر تا ۱۹۲ است. کانرز پایایی بازآزمایی مقیاس را ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ برآورد کرد. ضریب پایایی نسخه اصلی مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شد (۱۸). همچنین در پژوهش شهبائی و همکاران در نسخه فارسی این مقیاس، ضریب پایایی بازآزمایی برای نمره کل ۰/۵۸ و برای زیرمقیاس‌های مشکلات اجتماعی ۰/۴۱ و مشکلات سلوک ۰/۷۶ بود. ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۷۳ و برای زیرمقیاس‌های مشکلات اجتماعی ۰/۵۷ و اضطراب-خجالتی بودن ۰/۸۶ گزارش شد (۱۹). به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات والدین از مشکلات رفتاری کودکان، این مقیاس به‌کار رفت.

– آزمون ماتریس‌های پیش‌رونده ریون^۴ کودکان (ریون و کورت، ۱۹۹۸): این آزمون غیرکلامی، مستقل از فرهنگ و زبان و تحصیلات

^۳ Conner's Parents rating of childhood behavior problems

^۴ Rave's Progressive Matrices

^۱ Family Oriented

^۲ Cohen

رسمی است (۲۰). برای نمره‌گذاری آزمون، به هر پاسخ صحیح یک نمره تعلق می‌گیرد. کمترین نمره صفر و بیشترین نمره ۳۶ است. مجموعه نمره‌های خام آزمودنی با در نظر گرفتن سن کودک، از روی جدول هنجار به هوش بهر انحرافی با میانگین ۱۰۰ و انحراف استاندارد ۱۵ تبدیل می‌شود. در گزارش کاتون و همکاران (۲۰۰۵) ضریب قابلیت اعتماد آزمون در گروه‌های سنی مختلف بین ۰/۴۰ تا ۰/۹۲۲ گزارش شد (۲۱). ریون و کورت (۱۹۹۸) ضریب قابلیت اعتماد آزمون را با روش بازآزمایی دامنه ضریب همبستگی بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۸۸ و از جنبه تصنیف دامنه ضرایب را بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۸۸ به دست آوردند. از این آزمون به منظور ارزیابی توانایی ذهنی کودکان استفاده شد و کسب نمره هوش بهر بیشتر از ۹۰ ملاک قرار گرفت (۲۰). همچنین در نسخه فارسی این مقیاس، در پژوهش رجبی (۱۳۸۷) ضریب بازآزمایی در کودکان هفت‌ساله ۰/۸۷، هشت‌ساله ۰/۸۵، نه‌ساله ۰/۴۰ و ضریب روایی هم‌گرای آزمون ریون با مقیاس نقاشی آدمک کودکان گودیناف-هریس^۱ در کودکان هفت‌ساله ۰/۳۱، هشت‌ساله ۰/۴۱ و نه‌ساله ۰/۵۳ گزارش شد (۲۲).

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی مداخلات خانواده‌محور مبتنی بر مدیریت رفتاری والدین

جلسه	موضوعات یا عناوین	محتوای آموزشی	اهداف رفتاری	تکالیف ارائه شده
اول	اهمیت برنامه آموزشی و اجرای پیش‌آزمون	توضیح هدف، ضرورت، محتوا و روش آموزش خانواده‌محور مبتنی بر مدیریت رفتاری والدین برای والدین و ابراز همدلی با آن‌ها به منظور کاهش مشکلات رفتاری کودکان، بیان کلیات برنامه، اجرای پیش‌آزمون	ایجاد انگیزه	انتظارات از برنامه
دوم	ویژگی‌های کودکان واجد اختلال	بیان ویژگی‌های کودکان واجد اختلال فزون‌کشی، توصیف نشانه‌های بالینی و اختلال‌های همراه با آن، تغییر نگرش والدین به مشکلات کودک	تغییر نگرش	تکمیل سیاهه مربوط به مشکلات رفتاری کودک
سوم	اصول تغییر رفتار	استفاده از روش‌ها و فنون تغییر رفتار: تعدیل و اصلاح رفتار در خانه و محیط خارج از خانه، تعریف ویژگی‌های تغییر رفتار	آشنایی با برنامه‌های تغییر رفتار	یادداشت و ارائه مثال‌هایی از رفتارهای مناسب و نامناسب کودک و نحوه برخورد با آن‌ها
چهارم	افزایش رفتار مطلوب	انواع تقویت، تقویت مثبت، تقویت منفی، تقویت پتهای، تقویت فعالیتی، تقویت درونی، تقویت بیرونی، تقویت نیابتی	تقویت مهارت‌های اجتماعی	تهیه فهرست تقویت‌کننده‌های موجود در خانه و ارائه تقویت‌کننده برای نمونه‌ای از رفتار
پنجم	ایجاد رفتار تازه و تعمیم رفتار	توضیح اصول و روش‌های ایجاد رفتارهای مطلوب تازه: روش شکل‌دهی رفتار، روش زنجیرسازی، روش محوکردن محرک	تقویت مهارت‌های بین‌فردی	ثبت و ارائه گزارش یک نمونه رفتار جدید کودک همراه با تقویت‌کننده مناسب
ششم	نگهداری رفتار مطلوب	توضیح برنامه‌های تقویت: تقویت پیوسته، تقویت ناپیوسته، برنامه‌های نسبت ثابت، نسبت متغیر، فاصله ثابت، فاصله متغیر	تثبیت رفتارهای سازگار و بهنجار	ارائه گزارش یک نمونه از برنامه‌های تقویت
هفتم	کاهش رفتار نامطلوب	استفاده از روش‌های مثبت کاهش رفتار: تقویت تفکیکی رفتارهایی با نرخ کم، تقویت تفکیکی رفتارهای دیگر، تقویت تفکیکی رفتارهای ناهم‌ساز، تقویت تفکیکی رفتارهای مناسب	کاهش مشکلات رفتاری	تکمیل سیاهه رفتارهای نامطلوب کودک و ارائه گزارش یک نمونه از کاربست روش‌های مثبت کاهش رفتار نامطلوب
هشتم	کاهش رفتار نامطلوب	استفاده از روش‌های منفی کاهش رفتار: خاموشی، محروم‌کردن از تقویت، جریمه‌کردن، جبران‌کردن، تنبیه	کاهش مشکلات رفتاری	تکمیل سیاهه رفتارهای نامطلوب و ارائه گزارش یک نمونه از کاربست روش‌های منفی کاهش رفتار نامطلوب
نهم	خودمدیریتی	کاربست روش‌ها و اصول تغییر رفتار به منظور افزایش انگیزه تحصیلی، انجام تکالیف، خودکفایی در وظایف مربوط به درس	بهبود عملکرد تحصیلی	ارائه گزارش یک نمونه از رفتارهای کودک با در نظر گرفتن از جنبه خودمدیریتی
دهم	بازخوردها	مرور خلاصه‌ای از کل مباحث و دریافت بازخورد، اجرای مقیاس‌ها	تعیین میزان تغییرات	-

روش تدوین و اجرای برنامه آموزشی: به منظور طراحی بسته آموزشی، مطالعه نظریه‌های رفتارگرایی صورت گرفت و چارچوب‌های نظری

^۱. Goodenough-Harris

مربوط در خارج و داخل ایران، مرور شد. تنظیم برنامه برپایه نظریه رفتارگرایی بود و محتوای آن براساس رویکردهای آموزشی این نظریه تدوین شد. محتوای برنامه از کتاب‌های کودکان *لجهاز: کتابچه راهنمای بالینی برای ارزیابی و آموزش والدین* (۲۳)، *تغییر دادن رفتارهای کودکان و نوجوانان* (۲۴)، *اصلاح رفتار کودکان* (۲۵)، *شیوه‌های تغییر رفتار* (۲۶) و *راهنمای روش‌های اصلاح و تغییر رفتار کودکان برای والدین و مربیان* (۲۷) اقتباس شد. تنظیم ترتیب جلسات و مواد آموزشی، باتوجه به منابع مذکور صورت گرفت. تلاش شد در طراحی برنامه مداخلاتی، وضعیت والدین مشارکت‌کننده در پژوهش از نظر فرهنگی و نیز از جنبه سطح سواد در نظر گرفته شود. این امر با یاری متخصصان و راهنمایی‌های ارزنده آن‌ها میسر گردید. برای بررسی روایی محتوایی برنامه آموزشی نیز از نظر متخصصان این حیطه استفاده شد. به‌منظور تأیید نظر تخصصی، بسته آموزشی در اختیار ده نفر از متخصصان روان‌شناسی تربیتی و بالینی و مشاوره قرار گرفت. به‌منظور محاسبه روایی محتوا به‌شکل کمی، فرمول ضریب نسبی روایی محتوا^۱ (CVR) لاوشه (۲۸) به‌کار رفت. سپس پاسخ‌ها برای هر آیت محاسبه شد. ضریب برابر با ۰/۷۸ به‌دست آمد و باتوجه به جدول تصمیم‌گیری درباره ضریب نسبی روایی محتوایی، مقدار محاسبه‌شده از مقدار جدول (۰/۶۲) برای ده نفر) بزرگ‌تر بود که به‌مفهوم پذیرفته‌شدن اعتبار محتوایی ساختار بسته آموزشی است. پس از اصلاح و متناسب‌سازی بسته آموزشی، برنامه آموزشی برای پدران و نیز برای مادران اجرا شد. جلسات آموزشی براساس اهداف پژوهش طی ده جلسه آموزش گروهی برای والدین دارای کودکان واجد اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، به‌صورت هفته‌ای یک جلسه و هر جلسه نود دقیقه برگزار شد؛ به‌این‌ترتیب که گروه آزمایش، آموزش را دریافت کرد؛ ولی برای آزمودنی‌های گروه گواه هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. جلسات آموزش به‌شیوه‌های سخنرانی و بحث گروهی و پاسخ‌گویی به سؤالات دنبال شد. خلاصه جلسات آموزش در جدول ۱ آورده شده است.

۳ یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش در ادامه آورده شده است. پژوهش حاضر در دو گروه آزمایش و گواه، با حجم نمونه بیست نفر در هر گروه انجام شد. در گروه آزمایش میانگین سنی کودکان ۷/۵۶ و انحراف معیار ۰/۲۵ و در گروه گواه میانگین سنی کودکان ۷/۵۲ و انحراف معیار ۰/۲۷ سال بود. همچنین تعداد آزمودنی‌های هر گروه بیست نفر شامل ده پسر و ده دختر بود. میانگین نمرات هوش‌بهر کودکان گروه آزمایش ۹۹/۹۵ و انحراف استاندارد ۴/۸۶ و میانگین نمرات هوش‌بهر کودکان گروه گواه ۱۰۰/۳۰ و انحراف استاندارد ۴/۴۲ به‌دست آمد. در گروه آزمایش میانگین ترتیب تولد ۲/۰۵ و انحراف استاندارد ۰/۷۵ و در گروه گواه میانگین ترتیب تولد ۱/۹۵ و انحراف استاندارد ۰/۶۸ بود.

قبل از استفاده از تحلیل کوواریانس باید برخی از پیش‌فرض‌های مهم این آزمون آماری بررسی شود؛ چراکه رعایت‌نکردن این مفروضه‌ها ممکن است نتایج تحقیق را با سوگیری همراه کند. پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل کوواریانس بدین‌شرح است: نرمال‌بودن توزیع پراکندگی داده‌ها: در این رابطه از آزمون کولموگوروف-اسمیرنف استفاده شد که نتایج آن نشان داد توزیع داده‌ها نرمال است ($p > ۰/۰۵$)؛ برابری واریانس‌های خطا: برای بررسی این مفروضه، آزمون لون به‌کار رفت که نتایج برقراری مفروضه را بیان کرد ($p > ۰/۰۵$)؛ همگن‌بودن خطوط رگرسیون: برای بررسی این مفروضه، از اثر متقابل بین گروه و پیش‌آزمون استفاده شد که نتیجه نشان از برقراربودن مفروضه داشت ($p > ۰/۰۵$)؛ بنابراین استفاده از تحلیل کوواریانس برای تحلیل داده‌های پژوهش مناسب بود.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و گروه گواه به‌تفکیک ارزیابی والدین

پیش‌آزمون		پس‌آزمون			
گروه	متغیر وابسته	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش (پدران)	مشکلات رفتاری	۶۰/۷۵	۶/۶۱	۴۱/۹۵	۸/۴۱
آزمایش (مادران)	مشکلات رفتاری	۶۲/۴۵	۶/۷۶	۳۲/۵۰	۶/۵۸
گواه (پدران)	مشکلات رفتاری	۵۵/۶۰	۶/۳۷	۵۲/۸۵	۶/۵۱
گواه (مادران)	مشکلات رفتاری	۵۷/۳۵	۷/۶۳	۵۹/۱۰	۵/۷۴

در ارزیابی مادران (۳۲/۵۰) در پس‌آزمون کاهش پیدا کرده است؛ درحالی‌که برای گروه گواه تغییرات اندک است. در پس‌آزمون گروه گواه میانگین نمرات در ارزیابی پدران ۵۲/۸۵ و در ارزیابی مادران ۵۹/۱۰ بود که کاهش جزئی نشان داد. به‌منظور بررسی معناداری تفاوت دو گروه، در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره ارائه شده است.

باتوجه به اینکه در پژوهش حاضر پدران و مادران هر دو گروه، مقیاس مشکلات رفتاری را به‌طور جداگانه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای فرزندان تکمیل کردند، شاخص‌های توصیفی نیز به‌تفکیک گزارش شد. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات دو گروه در شاخص مشکلات رفتاری آمده است. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین نمره مشکلات رفتاری گروه آزمایش در ارزیابی پدران (۴۱/۹۵) و نیز

^۱. Content Validity Ratio

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره بر مشکلات رفتاری در دو گروه آزمایش و گواه به تفکیک ارزیابی مادران و پدران

والدین	منبع اثر	آماره F	مقدار p	اندازه اثر
مادران	اثر پیش آزمون	۷۴/۰۳۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۶۷
	اثر گروه	۱۶۶/۹۹۳	<۰/۰۰۱	۰/۸۱۹
پدران	اثر پیش آزمون	۳۵/۵۵۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۹۰
	اثر گروه	۱۸/۷۰۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۳۶

صحيح پاداش و تنبيه، رفتارهای کودک را تعديل کنند. والدین یاد می گیرند رفتار خوب فرزند خود را پاداش دهند، پاسخ های مطلوبی که کودک به وجود آوردند و رفتارهای نامطلوب را کم کنند؛ موضوعاتی که در مداخله آموزشی اخیر از آن ها بهره گیری صورت گرفت و در محتوای جلسات آموزشی لحاظ شد. برنامه های آموزشی خانواده محور مبتنی بر آموزش جامع والد- کودک، موقعیت مناسبی را برای درک و شناخت اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی برای پدرها و مادرها فراهم می آورد و به آن ها آموزش می دهد چگونه مهارت های ارتباطی و رفتاری و عاطفی را برای کودکان به کار برند. گرازیانو و گارسیا باور داشتند، اثربخشی بهتر مدیریت رفتار مستلزم بازنگری استفاده از پاداش و تنبيه در مدیریت رفتاری کودکان دارای این اختلال است (۸)؛ نکته ای که در تدوین محتوای آموزشی مدنظر قرار گرفت و در جلسات آموزش والدین بر آن تأکید شد. پاداش و تنبيه بهنگام و بجا و به اندازه ازجانب خانواده ها کاهش مشکلات رفتاری فرزندان را به همراه داشت. امیدینژاد و همکاران همسو با پژوهش حاضر نشان دادند، مداخلات انجام شده منجر به افزایش سازگاری هیجانی اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال بیش فعالی می شود (۱۵). متولی پور و همکاران نیز دریافته اند، مداخله خانواده محور می تواند نشانه های نارسایی توجه اختلال را به طور معناداری کاهش دهد؛ اما براساس یافته های این پژوهش، برنامه مذکور نتوانست موجب کاهش نشانه های فزون کنشی و تکانشگری شود (۱۶). این نتایج متفاوت با یافته های پژوهش حاضر است. پژوهش شاه میوه اصفهانی و همکاران مشخص کرد، در همه خرده مقیاس ها تفاوت آموزش معنادار نیست (۱۷). این نتایج نیز متفاوت با یافته های پژوهش حاضر است. داویسون و همکاران اعتقاد داشتند، نشانه های نارسایی توجه/فزون کنشی زمانی گسترش پیدا می کند که عوامل زمینه ساز اختلال با شیوه ای مستبدانه و ناکارآمد والدگری همراه شود. در این وضعیت، کودکان قادر نیستند از فرمان های والدین پیروی کنند و والدین مستبدانه تر و سخت گیرتر می شوند تا فرزندان را مهار کنند؛ این چرخه بارها و بارها تکرار می شود و کودک را به سوی مشکلات رفتاری و تبعیت نکردن از دستورات والدین و قوانین محیط خانوادگی سوق می دهد (۳۰). در تبیین دیگر می توان اظهار داشت، باتوجه به ویژگی های رفتاری کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی، نخستین شکایات والدین مشکلات رفتاری این کودکان است. والدین معمولاً به دلیل آشنانیدن با روش های اصلاح رفتاری، با تجربه شخصی سعی دارند کودک مشکل دار خود را کنترل کنند؛ ولی دائماً با شکست مواجه می شوند؛ اما آنچه توسط کودک آموخته شده و به عنوان

یافته های جدول ۳ نشان می دهد، میانگین نمرات مشکلات رفتاری در پس آزمون بعد از کنترل نمرات پیش آزمون در دو گروه در ارزیابی مادران و نیز در ارزیابی پدران، معنادار است ($p < 0.001$)؛ به این معنا که از دیدگاه مادران و پدران، وضعیت کودکان دو گروه آزمایش و گواه بعد از اجرای برنامه آموزش مدیریت والدین، در متغیر وابسته (مشکلات رفتاری) باهم تفاوت دارد. ضریب تأثیر برنامه مداخله، در ارزیابی مادران ۰/۸۱۹ و در ارزیابی پدران ۰/۳۳۶ به دست آمد؛ بنابراین می توان بیان کرد، برنامه آموزشی خانواده محور مبتنی بر مدیریت رفتاری والدین مؤثر بوده است.

۴ بحث

پژوهش حاضر باهدف تدوین برنامه آموزشی خانواده محور مبتنی بر مدیریت رفتاری والدین و بررسی اثربخشی آن بر مشکلات رفتاری کودکان واجد اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی انجام شد. یافته های حاصل از تحلیل نتایج نشان داد، میزان مشکلات رفتاری کودکان واجد نارسایی توجه/فزون کنشی که والدین آن ها در معرض آموزش های مدیریت رفتاری قرار گرفتند، درمقایسه با گروه گواه که این آموزش ها را دریافت نکرد، تفاوت معناداری دارد. این نتایج در ارزیابی پدران و نیز در ارزیابی مادران مشهود بود؛ بنابراین می توان نتیجه گرفت، توانمندسازی والدین ازطریق آموزش های مدیریت رفتاری درمقایسه با والدین بدون این آموزش ها، در کاهش میزان مشکلات رفتاری کودکان مذکور اثربخش است. همان گونه که در مطالعه بولگان و کیفیسی گزارش شد، مشکلات رفتاری کودکان در سال های نخستین زندگی با رفتار والدین رابطه ای متقابل دارد (۱۳). با آموزش مدیریت رفتاری به والدین، آن ها می آموزند چگونه با کودک خود رفتار کنند. در تبیین نتایج به دست آمده می توان بیان کرد، مداخلات آموزشی به عنوان روشی مؤثر برای کودکان واجد نارسایی توجه/فزون کنشی و خانواده آن ها عمل کرده و توانسته است در خانواده های این کودکان ظرفیت های لازم را در مواجهه با مشکلات رفتاری کودکان نشان ایجاد کند. همسو با پژوهش حاضر، گزارش فابیانو و همکاران نشان داد، آموزش رفتاری پدران در کاهش مشکلات رفتاری کودکان دارای نارسایی توجه/فزون کنشی تأثیر دارد؛ به طوری که همکاری پدران به منزله عامل مؤثری در موفقیت جلسات آموزشی والدین عمل کرده است (۲۹). در پژوهش اسجووال و همکاران مشخص شد، بسیاری از مشکلات این کودکان از فرایندهای انگیزشی متفاوت (نظیر میزان حساسیت به پاداش و تنبيه)، کمبودهای شناختی، نقص در فهم زمان بندی و ناپایداری هیجانی ناشی می شود (۴). به همین دلیل در این برنامه ها، به والدین آموزش داده شد با درک ویژگی های کودک خود نارسایی های او را بپذیرند و با مدیریت

فرهیخته و مشاوران دلسوز مدارس ابتدایی مطالعه شده و کارشناسان مرکز مشاوره این ناحیه، همچنین اولیای محترم که در اجرای پژوهش مساعدت و همکاری لازم را داشتند، تشکر و قدردانی می شود.

۷ بیانیه ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت نامه از شرکت کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری، مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات است. از شرکت کنندگان پژوهش حاضر دست نوشته ای شامل بیانیه ای درباره تأیید و رضایت اخلاقی دریافت شد.

رضایت برای انتشار

داده های جمع آوری شده در پژوهش حاضر به هیچ سازمان یا ارگانی تحویل داده نمی شود؛ اما به شکل خام در اختیار محقق است تا مراکز مربوط رسمی (مثل دانشگاه) بتوانند برای صحت سنجی در صورت لزوم از آن استفاده کنند.

دردسترس بودن داده ها و مواد

داده های پشتیبان نتایج گزارش شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شدند، به صورت فایل ورودی در فضای ذخیره ای هارددرایو (به دلیل جلوگیری از احتمال هرگونه هک شدن و نیز حفظ و دسترسی به داده ها) نزد نویسنده مسئول حفظ خواهد شد.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می کنند، هیچ گونه تضاد منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع مالی

پژوهش حاضر تحت حمایت و کمک مالی هیچ نهاد یا سازمانی نبوده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان دوم و سوم به ترتیب اساتید راهنما و مشاور پژوهش بودند. همه نویسندگان سهم یکسانی در تهیه پیش نویس مقاله و بازبینی و اصلاح مقاله حاضر داشتند.

عادت رفتاری درآمده است، باید توسط والدین با روش های اصولی مدیریت شود. این شیوه ها مداخلات مدیریت رفتاری است که در پژوهش حاضر به کار رفت. پدران و مادران درباره این روش ها دانش کافی نداشتند؛ اما پس از دریافت آموزش های مدیریت رفتاری موفق شدند بسیاری از رفتارهای کودکان خود را کنترل کنند و محیط امنی را برای فرزندشان فراهم آورند؛ همان گونه که هورنسترا و همکاران گزارش دادند، در آموزش مدیریت رفتاری، رفتارهای انطباقی با پاداش های مستمر تقویت می شود؛ موقعیتی که در زندگی عادی این کودکان کمتر وجود دارد (۵)؛ براین اساس، برنامه مدیریت رفتاری شریطی در فضای زندگی کودکان پس از مداخله آموزشی ایجاد کرد و با ارائه پاداش های مستمر و به موقع از طرف والدین موجب تقویت رفتارهای انطباقی آن ها شد.

از محدودیت های پژوهش حاضر اختصاص آزمودنی ها به گروه سنی دبستان بود که در تعمیم نتایج برای گروه های سنی دیگر باید احتیاط شود. همین طور پیگیری نکردن اثرات درمان، از دیگر محدودیت های این پژوهش بود.

۵ نتیجه گیری

براساس نتایج پژوهش حاضر، از دیدگاه مادران و پدران، وضعیت کودکان دو گروه آزمایش و گواه بعد از اجرای برنامه آموزشی خانواده محور مبتنی بر مدیریت رفتاری والدین، در متغیر وابسته (مشکلات رفتاری) باهم تفاوت داشت؛ بنابراین می توان بیان کرد، برنامه آموزشی خانواده محور مبتنی بر مدیریت رفتاری والدین مؤثر بوده است و از نگاه والدین این آموزش ها بر مشکلات رفتاری کودکان آن ها اثربخشی دارد؛ ازاین رو باتوجه به نتایج مطالعه حاضر، به خانواده ها و کارشناسان حوزه کودکان با اختلال اخیر پیشنهاد می شود از برنامه آموزشی مذکور برای این کودکان بهره گیرند تا از طریق آن تاحد زیادی مشکلات رفتاری آنان را کاهش دهند.

۶ تشکر و قدردانی

از مسئولان اداره ناحیه دو آموزش و پرورش قزوین، مدیران، معلمان

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
2. Tarver J, Daley D, Sayal K. Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): an updated review of the essential facts. Child Care Health Dev. 2014;40(6):762–74. <https://doi.org/10.1111/cch.12139>
3. Doernberg E, Hollander E. Neurodevelopmental disorders (ASD and ADHD): DSM-5, ICD-10, and ICD-11. CNS Spectr. 2016;21(4):295–9. <https://doi.org/10.1017/S1092852916000262>
4. Sjöwall D, Roth L, Lindqvist S, Thorell LB. Multiple deficits in ADHD: executive dysfunction, delay aversion, reaction time variability, and emotional deficits. J Child Psychol Psychiatry. 2013;54(6):619–27. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12006>
5. Hornstra R, Groenman AP, Van Der Oord S, Luman M, Dekkers TJ, Van Der Veen-Mulders L, et al. Review: which components of behavioral parent and teacher training work for children with ADHD? a meta regression analysis on child behavioral outcomes. Child Adolesc Ment Health. 2023;28(2):258–68. <https://doi.org/10.1111/camh.12561>
6. Fosco WD, Hawk LW, Rosch KS, Bubnik MG. Evaluating cognitive and motivational accounts of greater reinforcement effects among children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Behav Brain Funct. 2015;11(1):20. <https://doi.org/10.1186/s12993-015-0065-9>
7. Moore DA, Richardson M, Gwernan-Jones R, Thompson-Coon J, Stein K, Rogers M, et al. Non-pharmacological interventions for ADHD in school settings: an overarching synthesis of systematic reviews. J Atten Disord. 2019;23(3):220–33. <https://doi.org/10.1177/1087054715573994>
8. Graziano PA, Garcia A. Attention-deficit hyperactivity disorder and children's emotion dysregulation: a meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2016;46:106–23. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.011>

9. Lee P-chin, Niew Wern-ing, Yang Hao-jan, Chen VC, Lin Keh-chung. A meta-analysis of behavioral parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Res Dev Disabil.* 2012;33(6):2040–9. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.05.011>
10. Daley D, Van Der Oord S, Ferrin M, Cortese S, Danckaerts M, Doepfner M, et al. Practitioner review: current best practice in the use of parent training and other behavioural interventions in the treatment of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *J Child Psychol Psychiatry.* 2018;59(9):932–47. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12825>
11. Daley D, Van Der Oord S, Ferrin M, Danckaerts M, Doepfner M, Cortese S, et al. Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014;53(8):835–847.e5. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.05.013>
12. Weisz JR, Kuppens S, Ng MY, Vaughn-Coaxum RA, Ugueto AM, Eckshtain D, et al. Are psychotherapies for young people growing stronger? tracking trends over time for youth anxiety, depression, attention-deficit/hyperactivity disorder, and conduct problems. *Perspect Psychol Sci.* 2019;14(2):216–37. <https://doi.org/10.1177/1745691618805436>
13. Bulgan G, Çiftçi A. Psychological adaptation, marital satisfaction, and academic self-efficacy of international students. *Journal of International Students.* 2017;7(3):687–702.
14. Munoz-Silva A, Lago-Urbano R. Child ADHD severity, behavior problems and parenting styles. *Ann Psychiatry Ment Health.* 2016;4(3):1066. <https://doi.org/10.47739/2374-0124/1066>
15. Omidinejad M, Salibi J, Namvar H. The effect of using parent's behavioral management training (PMT) based on functional behavioral assessment (FBA) approach, on the attention and concentration, behavioral problems, and socioemotional adjustment of 6-12 years old children with attention deficit hyperactivity disorder. *Middle Eastern Journal of Disability Studies.* 2022;12:65. [Persian] <http://jdisabilstud.org/article-1-1312-en.html>
16. Motavalli Pour A, Beh Pajoo A, Shokoohi Yekta M, Ghobari Bonab B, Arjmandnia A. Developing a family based cognitive-behavioral play therapy program for students with attention deficit hyperactivity disorder and its effectiveness on the symptoms of this disorder. *Middle Eastern Journal of Disability Studies.* 2019;9:113. [Persian] <http://jdisabilstud.org/article-1-1233-en.html>
17. Shahmiveh Esfahani A, Abedi A, Faramarzi S, Yarmohamadiyan A. The Compare Effectiveness of Positive Behavioral Support program and Barkley's parenting model on improve symptoms in ADHD children. *Middle Eastern Journal of Disability Studies.* 2019;9:82. [Persian] <http://jdisabilstud.org/article-1-1054-en.html>
18. Goyette CH, Conners CK, Ulrich RF. Normative data on revised Conner's parent and teacher rating scales. *J Abnorm Child Psychol.* 1978;6(2):221–36. <https://doi.org/10.1007/bf00919127>
19. Shahaieian A, Shahim S, Bashash L, Yousefi F. Standardization, factor analysis and reliability of the Conners' parent rating scales for 6 to 11 years old children in Shiraz. *Journal of Educational Psychology Studies.* 2007;3(3):97–120. [Persian]
20. Cotton SM, Kiely PM, Crewther DP, Thomson B, Laycock R, Crewther SG. A normative and reliability study for the Raven's Coloured Progressive Matrices for primary school aged children from Victoria, Australia. *Pers Individ Dif.* 2005;39(3):647–59. <https://www.doi.org/10.1016/j.paid.2005.02.015>
21. Raven JC, Court JH. Raven's progressive matrices and vocabulary scales. Oxford: Oxford Psychologists Press; 1998.
22. Rajabi Gh. Normalizing the Raven Coloure Progressive Matrices Test on students of city Ahvaz. *Contemporary Psychology.* 2008;3(1):23–32. [Persian] <https://bjcp.ir/article-1-344-en.html>
23. Barkley RA. Defiant children: a clinician's manual for assessment and parent training. 2nd ed. New York: Guilford Press; 1997.
24. Krumboltz JD, Krumboltz HB. Tagheer dadan raftarhay koodakan va nojavanan [Changing the behavior of children and adolescents]. Karimi Y. (Persian translator). Tehran: Fatemi; 2000. [Persian]
25. Morris RJ. Eslah raftare koodakan [Changing children's behavior]. Kasaeian N. (Persian translator). Tehran: University Publishing Center; 2002. [Persian]
26. Raymond G, Berger M. Behavior modification. Fathi Ashtiani A, Azimi Ashtiani H. (Persian translator). Tehran: Samt; 2023. [Persian]
27. Nazari MA. Rahnamaye ravesh haye eslah va tagheer raftare koodakan baraye valedeyn va morabiyani [A guide to the methods of correcting and changing children's behavior for parents and educators]. Tehran: Arjmand; 2002. [Persian]
28. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity 1. *Personnel Psychology.* 1975;28(4):563–75. <https://doi.org/10.1111/J.1744-6570.1975.TB01393.X>
29. Fabiano GA, Schatz NK, Aloe AM, Chacko A, Chronis-Tuscano A. A systematic review of meta-analyses of psychosocial treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2015;18(1):77–97. <http://dx.doi.org/10.1007/s10567-015-0178-6>
30. Davison GC, Blankstein KR, Flett GL, Neale JM. *Abnormal Psychology.* 5th edition. Toronto: Wiley; 2013.