

# 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

Omidinejad M<sup>1</sup>, \*Salibi J<sup>2</sup>, Namvar H<sup>1</sup>

## Author Address

1. Department of Psychology, College of Human Science, Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran;  
2. PhD of Educational Psychology and Associate Professor Institute for Humanities and Cultural Studies, Tehran, Iran.

\*Corresponding author's Email: [jacenthe.salibi@gmail.com](mailto:jacenthe.salibi@gmail.com)

Received: 2019 January 13; Accepted: 2019 November 2

## Abstract

**Background & Objectives:** Behavioral disorder is one of the most prevalent psychological disorders among children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). If untreated, this disorder could lead to academic failure and isolation from friends. Available treatments for ADHD include pharmacological and non-pharmacological interventions. In recent decades, psychologists have emphasized the relationship between the child and his caregivers because they believe that the parent's interaction and intimacy form the basis of the cognitive-emotional development of the child and reduce the risk of developing a mental illness. A functional behavioral assessment (FBA) is a set of procedures used to assess and identify environmental conditions that predict and maintain behavior. FBA is a means to determine the purpose of a person's behavior and how the behavior is reinforced in the person's environment. So, this study aimed to assess the effect of using parent's behavioral management training based on the FBA approach on the attention and concentration, behavioral problems, and social-emotional adjustment of 6–12 years old children with ADHD.

**Methods:** The research method was a quasi-experiment with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of the research consisted of all children aged 6 to 12 years with ADHD and their parents (mothers) who were referred to counseling centers and psychological services in Tehran City, Iran, in 2016 to receive medical or clinical treatment. A sample of 40 people was selected using the available method and randomly assigned to two groups (experimental and control). In the experimental group, 20 mothers of ADHD children received 10 behavioral therapy sessions for 10 weeks in the parental behavior management training group. In contrast, the control group did not receive any intervention. For gathering data, we used Conners' Parent Rating Scale-Parents Form (Conners, 1973), the Computerized version of the Continuous Performance Test (VA+PLUS), Students' Compatibility Questionnaire (Sinha & Singh, 1993), and the Child Behaviour Checklist (CBCL) (Achenbach & Rescorla, 2001). To analyze the data, descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (multivariate covariance analysis to control the pretest effect) were used at the significance level of 0.05 in SPSS version 22.

**Results:** The results showed that, after adjusting the effect of pretest scores, there was a significant difference between the experimental group and the control group in the three variables of attention and concentration ( $p < 0.001$ ), behavioral problems ( $p < 0.001$ ) and socioemotional adjustment ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** Based on the findings of the research, parents' behavior management training based on the functional behavior assessment approach is effective in increasing attention and concentration, reducing behavioral problems, and improving the socioemotional adjustment of children with ADHD.

**Keywords:** Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), Functional behavioral assessment (FBA) approach, Parent's behavior management training (PMT), Attention and concentration, Social-emotional adjustment, Children's behavioral problems.

## تأثیر مداخله آموزش مدیریت رفتاری والدین (PMT) بر پایه رویکرد ارزیابی رفتار کارکردی (FBA) بر میزان توجه و تمرکز، مشکلات رفتاری و سازگاری هیجانی اجتماعی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی ۶ تا ۱۲ سال

محبوبه امیدی‌نژاد<sup>۱</sup>، \*ژاسنت صلیبی<sup>۲</sup>، هومن نامور<sup>۳</sup>

توضیحات نویسندگان

۱. دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم انسانی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران؛

۲. دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشیار پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، تهران، ایران؛

۳. دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساوه، ساوه، ایران.

\*رابطه‌نامه نویسنده مسئول: [jacenthe.salibi@gmail.com](mailto:jacenthe.salibi@gmail.com)

تاریخ دریافت: ۲۳ دی ۱۳۹۷؛ تاریخ پذیرش: ۱۱ آبان ۱۳۹۸

### چکیده

**زمینه و هدف:** به دلیل تنوع مشکلاتی که کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی دارند، شیوه‌های درمانی متفاوتی نظیر دارودرمانی و رفتاردرمانی برای این کودکان استفاده شده است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله آموزش مدیریت رفتاری والدین بر پایه رویکرد ارزیابی رفتار کارکردی، بر میزان توجه و تمرکز، مشکلات رفتاری و سازگاری هیجانی اجتماعی کودکان دارای نارسایی توجه/فزون‌کنشی انجام شد.

**روش بررسی:** روش پژوهش، شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی کودکان ۶ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال ADHD و والدین (مادران) آنها تشکیل دادند که در شهر تهران در سال ۱۳۹۶ برای دریافت درمان پزشکی یا بالینی به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی مراجعه کردند. نمونه‌ای چهل نفری به روش در دسترس انتخاب شدند و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها، مقیاس درجه‌بندی کانرز (فرم والدین) (کانرز، ۱۹۷۳)، نسخه رایانه‌ای آزمون عملکرد پیوسته، پرسشنامه سازگاری دانش‌آموزان (سینها و سینگ، ۱۹۹۳) و چک‌لیست رفتاری کودک (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱) به کار رفت. در گروه آزمایش، تعداد بیست نفر از والدین این کودکان، آموزش مدیریت رفتاری والدین را به مدت ده جلسه آموزشی دریافت کردند؛ اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. برای تحلیل داده‌ها روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره در سطح معناداری  $\alpha=0/05$  در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ به کار رفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد، پس از تعدیل اثر نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گروه گواه در سه متغیر توجه و تمرکز، مشکلات رفتاری و سازگاری هیجانی اجتماعی وجود داشت ( $p<0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، آموزش مدیریت رفتاری والدین بر پایه رویکرد ارزیابی رفتار کارکردی بر افزایش توجه و تمرکز، کاهش مشکلات رفتاری و بهبود سازگاری هیجانی اجتماعی کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی اثربخشی دارد.

**کلیدواژه‌ها:** نارسایی توجه/فزون‌کنشی، آموزش مدیریت رفتاری والدین (PMT)، رویکرد ارزیابی رفتار کارکردی (FBA)، توجه و تمرکز، سازگاری هیجانی اجتماعی، مشکلات رفتاری کودکان.

کودکان ADHD همان‌گونه که در خانه از والدین خود پیروی نمی‌کنند و تکانشی عمل می‌کنند و دچار بی‌ثباتی هیجانی‌اند و تحریک‌پذیر هستند، در مدرسه نیز قادر به انجام تکالیف متمرکز و منظم نیستند و به توجه بیشتر از سوی معلمان نیاز دارند. در این کودکان نشانگان نقص توجه و فزون‌کنشی تا نوجوانی ادامه می‌یابد و آن‌ها را در خطر بیشتر ابتلا به اختلال سلوک قرار می‌دهد (۹)؛ بنابراین برخوردار نبودن از مهارت‌های اجتماعی در کودکان ADHD مشهود است و آنان در رابطه با همسالان دچار مشکل هستند. باتوجه به اینکه این کودکان نمی‌توانند قواعد اجتماعی را مراعات کنند و در انجام تکالیف مشکل دارند، والدین و مربیان آن‌ها باید بر آنان نظارت کنند؛ این درحالی است که پدر و مادر و غالباً مربیان آن‌ها به دلیل نداشتن آگاهی‌های لازم از تدابیر مناسب برای رفتار با آنان، معمولاً با این کودکان برخورد نامناسب دارند (۱۰).

باتوجه به مشکلاتی که اختلال ADHD برای کودک و نیز خانواده و اطرافیان او به‌وجود می‌آورد، درمان و اصلاح رفتار کودکان دارای نارسایی توجه/فزون‌کنشی مهم است. انواع مختلف روش‌های مداخله‌ای برای درمان شامل سه دسته رفتاردرمانی، نوروفیدبک و دارودرمانی است. در دهه‌های اخیر روان‌شناسان بر روابط کودک با مراقبانش تأکید بسیار کرده‌اند؛ زیرا باور دارند واکنش‌های متقابل و صمیمیت والدین اساس رشد شناختی-عاطفی کودک را تشکیل می‌دهد و خطر ابتلای کودک به اختلال‌های روانی را کم می‌کند. در محیط خانواده که در واقع جامعه‌ای محدود است، کنش و واکنش‌های میان اعضا تأثیر بسزایی بر کاهش یا افزایش مشکلات کودک دارد؛ بنابراین در چنین محیطی صحبت از تأثیر یک‌سویه (چه کودک و چه والدین) بر یکدیگر خطا است (۸)؛ پس یکی از روش‌های درمانی برای مقابله با مشکلات کودکان ADHD که در برخی ابعاد می‌تواند استفاده شود، مدیریت آموزش رفتاری والدین است که بر اصول یادگیری اجتماعی مبتنی است (۱۱).

بسیاری از اعضای خانواده‌های دارای کودک ADHD درباره‌ی پیشگیری و ترمیم رفتار مشکل‌ساز آگاهی کافی ندارند؛ همچنین به‌تبع آن در کارگاه‌های آموزشی مناسب برای آشنایی با راهکارهای مقابله با مشکلات فرزندشان شرکت نمی‌کنند؛ در نتیجه اغلب در پرداختن به دشواری‌های رفتاری و مشکلات در سازگاری هیجانی-اجتماعی کودکان با پیامدهای منفی مواجه می‌شوند یا پس از آنکه رفتار مشکل‌ساز تثبیت شد، از روش‌های تنبیهی شدید یا راهبردهای ناکارآمد به‌منظور مقابله استفاده می‌کنند. برحسب آنچه در بسته «ارزیابی رفتار کارکردی»<sup>۲</sup> (FBA) و متون پژوهشی آموزش ویژه توصیف می‌شود، راهبردهای گوناگونی برای مقابله با رفتار مشکل‌ساز این کودکان در دسترس است؛ زیرا والدین کودکان ADHD سطح بیشتر استرس و سطوح کمتر حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی و فرزندپروری نادرست را گزارش می‌کنند (۵)؛ پس بسته «ارزیابی رفتار کارکردی» (FBA) به والدین می‌آموزد با شناخت پیشایندها و پیامدهای رفتارهای نامناسب فرزندان خود و مشخص کردن آن‌ها، شیوه نظارت بر این رفتارها، نادیده‌انگاشتن عمدی و برنامه‌ریزی شده، محرومیت موقت و دیگر

معلمان، مدیران و والدین دانش‌آموزان چه عادی و چه دارای معلولیت، رفتار مشکل‌ساز را از مسائل بسیار مهم و دشوارتر مدارس امروز ما می‌دانند. رفتارهای مشکل‌ساز میزان بسیاری از وقت و فعالیت‌های آموزشی آن‌ها را درگیر می‌کند و از زمان اختصاص‌یافته به آموزش مهارت‌های تحصیلی و ایجاد رفتارهای مناسب می‌کاهد؛ همچنین مانع رشد هیجانی و اجتماعی می‌شود و چه‌بسا به مداخله‌های پزشکی و تجویز دارو برای کاهش آن رفتارها یا به ارجاع برای دریافت مداخله‌ها یا جایگیری کودکان در موقعیت‌های محدود منجر می‌شود. به این ترتیب رفتار مشکل‌ساز رفتاری بدین‌گونه است: الف. مانع یادگیری دانش‌آموز در کنار افراد دیگر می‌شود؛ ب. سد راه تعامل‌ها و روابط اجتماعی می‌شود؛ ج. موجب آزار یا آسیب دانش‌آموز به همسالان، بزرگسالان یا اعضای خانواده خود می‌شود (۱).

یکی از رفتارهای مشکل‌ساز دوران کودکی، اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی است. این اختلال عصبی-رشدی است که با سطوح بی‌توجهی، فزون‌کنشی و تکانشگری در دوران کودکی رخ می‌دهد و اغلب در طول نوجوانی و بزرگسالی ادامه می‌یابد (۲). میزان شیوع این اختلال در سراسر جهان حدود ۵ درصد است و در مردان بیشتر از زنان است (۳). تشخیص این اختلال براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۱</sup> (DSM-5) انجام می‌گیرد. فرد مبتلا باید دست‌کم شش نشانه از زیرگروه بی‌توجهی مانند «به‌نظر نمی‌رسد که به صحبت‌های گوینده گوش کند»، در سازمان‌دهی تکالیف دشواری دارد که منظور از بی‌توجهی، ادامه‌ندادن توجه و انجام‌دادن غیرمستمر تکالیف به‌ویژه تکالیف خسته‌کننده، یکنواخت و طولانی است و نیز فزون‌کنشی مانند «اغلب پرحرف است و به‌طور مستمر وول می‌خورد» را دست‌کم به‌مدت شش ماه نشان دهد؛ همچنین نارسایی‌های وی حداقل در دو محیط (خانه و مدرسه) دیده شود (۴). نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بر تعامل کودکان با والدینشان و نیز شیوه پاسخ‌دهی والدین به این کودکان تأثیر می‌گذارد و گزارش شده است، کودکان در جامعه بیشتر مشکلات بی‌توجهی را نشان می‌دهند که با عنوان نقص در توجه بیان شده است (۵).

مطالعات نشان می‌دهد، ارتباط کودکان دارای مشکلات توجه، همراه با بروز مشکلاتی در روابط با همسالان و والدین است. به بیان دیگر این اختلال می‌تواند نه‌تنها بر عملکرد مدرسه و فرد، بلکه بر تعامل اجتماعی او با همسالان، مربیان و والدین خود تأثیر بگذارد (۶). درباره‌ی علل اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی نظریه‌های متفاوتی وجود دارد. یکی از عوامل تأثیرگذار در بروز این اختلال را ژنتیک می‌دانند؛ بنابراین گفته شده ۳۰ تا ۴۰ درصد از افراد مبتلا به ADHD، والد، خواهر یا برادری دارند که مبتلا به این اختلال است. درمقابل نظریه‌های دیگری بر نقش عوامل محیطی در علت‌شناسی این اختلال تأکید دارد (۷). امروزه دیگر نمی‌توان کودک را به‌منزله موجودی کاملاً منفعل که صرفاً متأثر از تجربیات دیگران است در نظر گرفت؛ زیرا ویژگی‌های خلقی او نیز در تعامل‌های با اطرافیان (به‌ویژه والدین) بسیار تأثیرگذار است (۸).

2. Functional Behavioral Assessment

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

فنون غیر جسمانی و بدون تنبیه بدنی رفتارهای فرزندان خود را تغییر دهند؛ همچنین رفتارهای مناسب را به وسیله توجه کردن، تشویق کلامی و جایزه تقویت کنند تا به رفتارهای دلخواه دست یابند (۱۱). شواهد نشان می‌دهد، برنامه‌های آموزش رفتاری والدین به‌عنوان اولین راهبرد پیشگیرانه برای درمان کودکان دارای مشکلات رفتاری معرفی شده است و استفاده از این راهبردها در حال افزایش است (۱۲).

تحقیقات متعددی در رابطه با آموزش و اصلاح رفتار مادران انجام شده است. پاشا در پژوهشی با بررسی اثربخشی آموزش اصلاح رفتار مادران بر میزان رفتارهای نامطلوب کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی، نشان داد که مشکلات رفتاری مخالفت‌جویی در کودکان فزون‌کنش پس از اجرای مداخله آموزش اصلاح رفتار مادران در کودکان مزبور کاهش یافت؛ اما در نمرات خرده‌مقیاس‌های کاستی توجه و مشکلات شناختی/توجهی، در رفع این مشکلات تغییر معناداری ایجاد نشد (۱۳). سلامی و همکاران در پژوهشی با ارزیابی اثربخشی آموزش تلفیقی مبتنی بر یکپارچگی حسی و کارکردهای اجرایی به مادران دارای کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعال و تأثیر آن بر نشانگان اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی کودکان آن‌ها دریافتند، درمان تلفیقی مادرمحور موجب کاهش کمبود توجه و کاهش بیش‌فعالی در کودکان می‌شود (۱۴). کاکاوند و همکاران در پژوهشی با بررسی تأثیر آموزش تفکر مثبت به مادران بر کاهش اختلال‌های بیرونی کودکان آن‌ها نشان دادند، آموزش مذکور به مادران بر کاهش نمره کمبود توجه/بیش‌فعالی و نافرمانی مقابله‌ای/لجبازی کودکان آن‌ها مؤثر است (۱۵). خدابخشی کولایی و همکاران در پژوهش خود، اثر فرزندپروری مثبت‌نگر و برنامه آموزش والدین را بر کاهش رفتارهای بیرونی در کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی (ADHD) در خانواده‌های ترکمن بررسی کردند. آن‌ها عنوان کردند، در گروه آزمایشی، رفتار بیرونی کودکان به‌طور درخور توجهی بعد از آموزش درمقایسه با گروه کنترل کاهش یافت (۱۶). سینگ و همکاران در پژوهشی به بررسی تأثیر آموزش به والدین در ارتباط با رفتارهای کودکان ADHD پرداختند. نتیجه مشخص کرد، ارائه آموزش آگاهی به والدین می‌تواند تعاملات مثبت را بین والدین و کودکانشان ارتقا بخشد و رضایت کودکان را از والدینشان افزایش دهد (۱۷).

بنا به آنچه اشاره شد، با تأکید بر این اصل که سلامتی و بهداشت روانی آحاد جامعه مستلزم رسیدگی به مسائل و مشکلات افراد در دوران کودکی نظیر درمان کودکان دارای نیازهای ویژه مانند ADHD است، بنابراین ضرورت پرداختن به مسائل کودکان دارای نیازهای ویژه از اهم مقولات است؛ مقولاتی که توجه مسئولان و برنامه‌ریزان آموزشی را در کشورهای در حال توسعه به خود معطوف کرده است تا در جست‌وجوی راهکارهایی باشند که از همان ابتدای دوران کودکی و نوجوانی به مسائل و مشکلات کودکان دارای نیازهای ویژه از جمله کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی توجه کنند. به موازات تأکید بر نهاد آموزشی، تأکید بر عملکرد خانواده‌ها در رابطه با این کودکان از نظر توجه به مسائل و مشکلات آنان و شیوه‌های تعامل با

آن‌ها نیز در این رابطه مطرح است؛ لازم است برنامه‌ریزان و مسئولان نهادهای آموزشی در حیطه آموزش و پرورش کودکان با نیازهای ویژه از نقش والدین در یاری‌رسانی به مربیان و نهاد مدرسه در مواجهه با مشکلات این کودکان غفلت نکنند؛ ضمن اینکه آگاه‌کردن والدین خود سبب توجه آنان به ایجاد امکاناتی برای مراجعه به پزشک و مراکز بالینی و درمانی برای مقابله هرچه سریع‌تر با مسائل و مشکلات کودکان خواهد شد (۱)؛ اما برای کمک به والدین و خانواده‌ها در انتخاب مداخله‌های مناسب در برابر رفتارهای مشکل‌ساز، بسته آموزشی منسجمی در کشور ما مورد اقدام و اجرا قرار نگرفته است؛ همچنین کارگاه‌های آموزشی در این زمینه برای مجهزکردن والدین و مربیان برای پرداختن به مشکلات رفتاری، نقص توجه و تمرکز و سازگاری هیجانی-اجتماعی این کودکان به تعداد بسیار محدود اجرا شده‌اند. والدین نیازمند رویکردی مؤثر و کارآمد هستند که برای پیشگیری و تصحیح رفتار مشکل‌ساز در محیط منزل کاربرد داشته باشد. بر این مبنا، هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی تدبیر مداخله‌ای آموزش مدیریت رفتاری والدین (بر پایه رویکرد ارزیابی رفتار کارکردی (FBA)، بر میزان توجه و تمرکز، مشکلات رفتاری و سازگاری هیجانی-اجتماعی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بود.

## ۲ روش بررسی

روش تحقیق حاضر، شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی کودکان ۶ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و والدین (مادران) آن‌ها تشکیل دادند که در شهر تهران در سال ۱۳۹۶ برای دریافت درمان پزشکی یا بالینی به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی مراجعه کردند. برای تعیین نمونه پژوهش، به روش نمونه‌گیری دردسترس، ابتدا ۴۰ کودک ۶ تا ۱۲ سال براساس ملاک‌های DSM-5، پاسخ‌دادن به مقیاس درجه‌بندی کانرز (فرم والدین)<sup>۱</sup> (۱۸)، نسخه رایانه‌ای آزمون عملکرد پیوسته (IVA+PLUS)<sup>۲</sup>، پرسش‌نامه سازگاری دانش‌آموزان<sup>۳</sup> (۱۹) و چک‌لیست رفتاری کودک<sup>۴</sup> (۲۰) پیش‌آزمون شدند تا اختلال نارسایی توجه و فزون‌جنشی آن‌ها به‌طور دقیق تأیید شود. سپس بنا بر تأیید اساتید راهنما و مشاور، والدین کودکان به تعداد ۴۰ نفر در کنار فرزندانشان تعیین شدند. والدین و کودکان به دو گروه آزمایش و گواه به‌طور تصادفی تخصیص پیدا کردند (هر گروه بیست نفر). در این مرحله نمرات کودکان براساس نسخه رایانه‌ای آزمون عملکرد پیوسته، پرسش‌نامه سازگاری دانش‌آموزان و چک‌لیست رفتاری کودک به‌عنوان داده‌های پیش‌آزمون موجود بود. اجرای پژوهش برنامه آموزش مدیریت رفتاری والدین کودکان ADHD بر پایه بسته آموزش رفتاردرمانی (FBA) شامل تشریح اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، شکل‌دهی رفتارهای مثبت، تقویت‌نشدن رفتارهای نامطلوب، آموزش نظامی رسمی از امتیازها و پت‌ها به‌منظور شرطی‌سازی اطاعت کودک و آموزش رفتاری والدین در به‌کارگیری روش محروم‌سازی، به‌مدت ده هفته در قالب ده جلسه آموزشی پنجاهدقیقه‌ای برای بیست نفر از والدین این کودکان اجرا شد؛ اما بیست نفر از والدین کودکان ADHD

3. Students' Compatibility Questionnaire

4. Child Behaviour Checklist (CBCL)

1. Conners' Parent Rating Scale

2. Integrated Visual and Auditory

از آزمودنی انتظار می‌رود با مشاهده آن‌ها پاسخ دهد (کلیدی را فشار دهد). فاصله بین ارائه دو محرک ۵۰۰ میلی‌ثانیه است. ساداتی فیروزآبادی و همکاران برای بررسی قابلیت اعتماد این آزمون از روش بازآزمایی استفاده کردند و ضریب ۰/۸۹ به دست آمد. این ضریب حاکی از قابلیت اعتماد مطلوب آزمون است. برای بررسی درستی با روش درستی هم‌زمان، همبستگی آزمون را با آزمون رنگ و لغت استروپ<sup>۱</sup> بررسی کردند که ضریب ۰/۸۶ به دست آمد؛ این ضریب حاکی از درستی مطلوب آزمون است (۲۴).

– پرسشنامه سازگاری دانش‌آموزان: این پرسشنامه توسط سینها و سینگ در سال ۱۹۹۳ تدوین شد (به نقل از ۱۹) و کرمی آن را ترجمه کرد (۱۹). ویراست اول این پرسشنامه دارای شصت سؤال است و به صورت بله و خیر طراحی شده است که دانش‌آموزان با سازگاری خوب را از دانش‌آموزان ضعیف در سه حوزه سازگاری به صورت سه خرده‌مقیاس (اجتماعی، هیجانی، تحصیلی) جدا می‌کند. در این پرسشنامه برای پاسخ‌های نشانگر سازگاری در هر سه حوزه نمره صفر و در غیر این صورت نمره ۱ منظور می‌شود (۱۹). سینها و سینگ نسخه نهایی پرسشنامه را بر نمونه ۱۹۵۰ نفری (۱۲۰۰ پسر و ۷۵۰ دختر) از دانش‌آموزان دبیرستانی اجرا کردند که از چهل دبیرستان به تصادف انتخاب شدند. آن‌ها به کمک داده‌های گردآوری‌شده، پرسشنامه را برای جمعیت هدف هنجاریابی کردند. پایایی کل پرسشنامه سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی در سه روش دونیمه‌کردن، آزمون بازآزمون و کودر-ریچاردسون ۲۰، به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۴ و ۰/۹۴ به دست آمد (به نقل از ۲۵). در مطالعه فولادچنگ، میزان ضریب بازآزمایی این ابزار که با فاصله دوهفته‌ای روی نمونه‌ای سی نفری اجرا شد، ۰/۸۹ به دست آمد. ضریب پایایی کودر ریچاردسون نیز ۰/۸۲ گزارش شد (۲۵). در این پژوهش، خرده‌مقیاس‌های اجتماعی و هیجانی این پرسش‌نامه تکمیل به‌کار رفت.

به‌عنوان گروه گواه، هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. سپس فرزندان هر دو گروه والدین چه آنانی که تدبیر مداخله‌ای را دریافت کرده بودند و چه آنانی که در گروه گواه بودند، بار دیگر در معرض اجرای نسخه رایانه‌ای آزمون عملکرد پیوسته، پرسش‌نامه سازگاری دانش‌آموزان و چک‌لیست رفتاری کودک قرار گرفتند. به این طریق داده‌های پس‌آزمون به دست آمد. برای افزایش هم‌تابی گروه‌های نمونه پژوهشگر سعی کرد نمونه کودکان ADHD را بر مبنای سن، جنس، شدت اختلال و ابتلا یا مبتلا نبودن به اختلالی روانی هم‌بود دیگر هم‌تابی کند. در پژوهش حاضر اصول اخلاقی شامل محرمانه‌بودن اطلاعات آزمودنی‌ها، کسب رضایت‌نامه کتبی، برگزاری رایگان جلسات مداخله و خروج اختیاری آزمودنی‌ها از طرح پژوهش رعایت شد.

ابزارها و جلسات آموزشی زیر به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها به‌کار رفت. – نسخه رایانه‌ای آزمون عملکرد پیوسته (IVA+PLUS): نسخه اصلی این آزمون در سال ۱۹۵۶ توسط بک و همکاران با هدف سنجش نگهداری توجه، مراقبت، گوش‌به‌زنگ‌بودن، توجه متمرکز و نیز با هدف کنترل تکانه تهیه شد (۲۱). آزمون بر مبنای مجموعه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا (DSM-5) طراحی شده است و برای دامنه سنی بیشتر از شش سال و نیز برای بزرگسالان کاربرد است (۲۲). در نسخه اصلی این آزمون، سندفورد و ترنر برای بررسی پایایی از روش بازآزمایی استفاده کردند و ضریب ۰/۷۵ را به دست آوردند. این ضریب حاکی از پایایی مطلوب آزمون بود. برای ارزیابی اعتبار، آزمون را بر افراد با و بدون ADHD اجرا کردند و در ۹۲ درصد از موارد، این آزمون قادر به تشخیص درست اختلال مذکور بود و ضریب گزارش‌شده بیانگر روایی مطلوب آزمون بود (۲۳). نسخه فارسی آزمون عملکرد پیوسته، آزمونی نرم‌افزاری است که با کمک رایانه اجرا می‌شود. دارای ۱۵۰ عدد فارسی به‌عنوان محرک است. از این تعداد، ۳۰ محرک (۲۰ درصد از کل محرک‌ها) محرک هدف است که

#### جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش مدیریت رفتاری والدین (PMT) بر پایه رویکرد ارزیابی رفتار کارکردی (FBA)

جلسه	محتوا
اول (پنجاه دقیقه)	مقدمه‌ای بر رفتار مشکل‌ساز و ارزیابی کارکردی و الگوی مداخله
دوم (پنجاه دقیقه)	ارزیابی محیط کنونی
سوم (پنجاه دقیقه)	تعیین کارکرد رفتار مشکل‌ساز و رفتار مناسب
چهارم (پنجاه دقیقه)	انتخاب راهبردهای مربوط به حوادث موقعیتی، پیش‌بینی‌ها، پیامدها و تعیین رفتارهای جایگزین مناسب
پنجم (پنجاه دقیقه)	راهبردهای مداخله برای کارکرد تقویت مثبت
ششم (پنجاه دقیقه)	راهبردهای مداخله‌ای برای کارکرد تقویت منفی
هفتم (پنجاه دقیقه)	راهبردهای عمومی مداخله در زمینه کارکرد تنظیم یا تحریک حسی
هشتم (پنجاه دقیقه)	راهبردهای خاص مداخله برای افزایش و کاهش در کارکرد تنظیم یا تحریک حسی
نهم (پنجاه دقیقه)	راهبردهایی برای ایجاد تعمیم و نگهداری رفتار و پیشگیری از ایجاد و تکرار رفتار
دهم (پنجاه دقیقه)	مرور و جمع‌بندی تمامی مطالب، معرفی کتاب درباره شیوه تعامل با کودکان ADHD بر اساس یافته‌های پژوهش‌ها و برنامه مداخله‌ای کاربردی

مشکلات کودکان و نوجوانان را در دو بخش و در هشت عامل یا بعد مضطرب/افسرده، انزوا/افسردگی، شکایت‌های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده‌گرفتن قوانین و

– چک‌لیست رفتاری کودک: این چک‌لیست توسط آخنباخ و رسکورلا در سال ۲۰۰۱ برای سنجش مشکلات برونی‌سازی‌شده و درونی‌سازی‌شده کودکان ۶ تا ۱۸ ساله تهیه شد (۲۰). این چک‌لیست

<sup>۱</sup>. Stroop Color and Word Test

همچنین پیش از استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره، آزمون‌های شاپیرو-ویلک، لون (برای بررسی همگنی واریانس‌ها) و همگنی شیب رگرسیون به‌عنوان مفروضه‌های لازم تحلیل کوواریانس اجرا شدند.

### ۳ یافته‌ها

برای بررسی تأثیر مداخله آموزش مدیریت رفتاری والدین بر پایه رویکرد ارزیابی رفتار کارکردی (FBA) بر میزان توجه و تمرکز، مشکلات رفتاری و سازگاری هیجانی اجتماعی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد؛ اما قبل از استفاده از این روش، پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. نتایج نشان داد که توزیع داده‌ها از نوع نرمال بود ( $p > 0/05$ ). نتایج آزمون لون مشخص کرد، تفاوت معناداری بین واریانس‌های دو گروه در سه متغیر وابسته پژوهش وجود نداشت و واریانس‌ها همگن بود ( $p > 0/05$ ). همچنین نتایج آزمون همگنی شیب رگرسیون بنا به متغیرهای توجه و تمرکز، مشکلات رفتاری و سازگاری هیجانی اجتماعی نشان داد که مقدار F به‌دست‌آمده در سطح  $0/05$  معنادار نبود؛ بنابراین همگنی شیب رگرسیون وجود داشت.

رفتارهای پرخاشگرانه ارزیابی می‌کند. از مجموع نمرات عوامل نادیده گرفتن قوانین و رفتار پرخاشگرانه، عامل مشکلات برون‌ریزی‌شده به‌دست می‌آید (۲۰). روش نمره‌گذاری بخش دوم این ابزار به این صورت است که والدین می‌باید وضعیت فرزند خود را در هر ماده با انتخاب یکی از سه گزینه نادرست=صفر، تاحدی درست=۱ و کاملاً درست=۲ مشخص کنند. برای نمره‌گذاری بخش دوم، مقیاس‌های مبتنی بر تحلیل عاملی ملاک قرار گرفت و پس از جمع نمره‌های مواد تشکیل‌دهنده هر مقیاس، نمره مقیاس به دست آمد (۲۰). در ایران ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های این ابزار، بین  $0/87$  برای مقیاس برون‌ریزی‌شده و  $0/73$  برای مقیاس مشکلات اجتماعی و ضریب اعتبار باز آزمایی در فاصله بین ۸ تا ۵ هفته در دامنه بین  $0/97$  برای مقیاس برون‌ریزی‌شده و تا  $0/39$  برای مقیاس مشکلات اجتماعی به دست آمد (۲۶).

در جدول ۱ خلاصه جلسات آموزش مدیریت رفتاری والدین (PMT) بر پایه رویکرد ارزیابی رفتار کارکردی (FBA) ارائه شده است. به‌منظور تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) به‌منظور کنترل اثر پیش‌آزمون در سطح معناداری ( $\alpha = 0/05$ ) با استفاده از نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

جدول ۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیرهای توجه و تمرکز، مشکلات رفتاری و سازگاری هیجانی اجتماعی در گروه آزمایش و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	شاخص آماری گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار
توجه و تمرکز (کل)	آزمایش (آموزش والدین)	پیش‌آزمون	۸۶۱/۶۰	۲۹۳/۹۳
		پس‌آزمون	۹۴۶/۵۵	۳۰۵/۴۷
	گواه	پیش‌آزمون	۷۸۲/۲۰	۴۱۸/۵۸
		پس‌آزمون	۷۱۲/۰۵	۴۰۸/۹۱
مشکلات رفتاری (کل)	آزمایش (آموزش والدین)	پیش‌آزمون	۵۱۹/۳۰	۴۲/۷۳
		پس‌آزمون	۴۶۷/۳۰	۳۹/۶۱
	گواه	پیش‌آزمون	۵۲۰/۵۵	۲۷/۴۳
		پس‌آزمون	۵۴۳/۴۵	۲۵/۵۶
سازگاری هیجانی اجتماعی (کل)	آزمایش (آموزش والدین)	پیش‌آزمون	۳۱/۶۰	۳/۹۱
		پس‌آزمون	۲۳/۵۵	۳/۳۳
	گواه	پیش‌آزمون	۳۱/۵۵	۴/۲۸
		پس‌آزمون	۲۳/۳۵	۴/۳۳

جدول ۳. اثر آزمون‌های بین‌گروهی متغیر توجه و تمرکز

منابع تغییر	مجموع مجذورات آزادی	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار احتمال	مجذورات
عرض از مبدأ	۱۱۲۳/۴۴۶	۱	۱۱۲۳/۴۴۶	۰/۷۹۵	۰/۳۷۸	۰/۰۲۱
پیش‌آزمون	۴۸۹۷۶۹۳/۲۷۹	۱	۴۸۹۷۶۹۳/۲۷۹	۳۴۶۳/۹۳۹	< ۰/۰۰۱	۰/۹۸۹
گروه	۲۳۹۳۳۹/۳۶۳	۱	۲۳۹۳۳۹/۳۶۳	۱۶۹/۲۷۵	< ۰/۰۰۱	۰/۸۲۱
خطا	۵۲۳۱۴/۶۲۱	۳۷	۱۴۱۳/۹۰۹			

براساس جدول ۲ با مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای وابسته در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه ملاحظه می‌شود که

درمقایسه با پس‌آزمون بهبود بیشتری را نشان می‌دهد؛ البته تبیین معنادار بودن این تفاوت‌ها منوط به تحلیل آمار استنباطی با استفاده از روش تحلیل کوواریانس بود. باتوجه به یافته‌های جدول ۳، پس از تعدیل اثر نمرات پیش‌آزمون، آموزش مدیریت رفتاری والدین بر متغیر توجه و تمرکز فرزندان

درمقایسه با پس‌آزمون بهبود بیشتری را نشان می‌دهد؛ البته تبیین معنادار بودن این تفاوت‌ها منوط به تحلیل آمار استنباطی با استفاده از روش تحلیل کوواریانس بود.

باتوجه به یافته‌های جدول ۳، پس از تعدیل اثر نمرات پیش‌آزمون، آموزش مدیریت رفتاری والدین بر متغیر توجه و تمرکز فرزندان

جدول ۴. اثر آزمون‌های بین‌گروهی متغیر مشکلات رفتاری

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار احتمال	مجذور اتا
عرض از مبدأ	۵۵۱/۸۹۹	۱	۵۵۱/۸۹۹	۳/۷۱۲	۰/۰۶۲	۰/۰۹۱
پیش‌آزمون	۳۶۷۲۳/۸۶۹	۱	۳۶۷۲۳/۸۶۹	۲۴۶/۹۹۴	<۰/۰۰۱	۰/۸۷۰
گروه	۵۶۳۳۳/۹۸۳	۱	۵۶۳۳۳/۹۸۳	۳۷۸/۸۸۶	<۰/۰۰۱	۰/۹۱۱
خطا	۵۵۰۱/۲۸۱	۳۷	۱۴۸/۶۸۳			

گواه به‌طور معناداری تفاوت داشت. مجذور اتا برابر با ۰/۹۱ بود و به این معنا بود که ۹۱ درصد از کاهش مشکلات رفتاری مربوط به آموزش مدیریت رفتاری والدین بوده است.

باتوجه به یافته‌های جدول ۴، پس از تعدیل اثر نمرات پیش‌آزمون، آموزش مدیریت رفتاری والدین بر متغیر مشکلات رفتاری فرزندان ADHD در گروه آزمایش معنادار بود ( $p < 0/001$ ). به این مفهوم که نمرات پس‌آزمون مشکلات رفتاری در گروه آزمایش درمقایسه با گروه

جدول ۵. اثر آزمون‌های بین‌گروهی متغیر سازگاری هیجانی اجتماعی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار احتمال	مجذور اتا
عرض از مبدأ	۸/۸۲۶	۱	۸/۸۲۶	۱/۳۲۹	۰/۲۵۶	۰/۰۳۵
پیش‌آزمون	۳۹۹/۰۲۷	۱	۳۹۹/۰۲۷	۶۰/۰۸۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۱۹
گروه	۹۱۹/۵۴۷	۱	۹۱۹/۵۴۷	۱۳۸/۴۶۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۸۹
خطا	۲۴۵/۷۲۳	۳۷	۶/۶۴۱			

مخالفت‌جویی را در کودکان بیش‌فعال کاهش می‌دهد (۱۴)؛ سلامی و همکاران نتیجه گرفتند، درمان تلفیقی مادرمحور موجب کاهش کمبود توجه و کاهش بیش‌فعالی در کودکان می‌شود (۱۵)؛ سینگ و همکاران دریافتند، ارائه آموزش آگاهی به والدین می‌تواند تعاملات مثبت بین والدین و کودکانشان را ارتقا بخشد و رضایت کودکان را از والدینشان افزایش دهد (۱۷).

باتوجه به یافته‌های جدول ۵، پس از تعدیل اثر نمرات پیش‌آزمون، آموزش مدیریت رفتاری والدین بر متغیر سازگاری هیجانی اجتماعی فرزندان ADHD در گروه آزمایش معنادار بود ( $p < 0/001$ ). به این مفهوم که نمرات پس‌آزمون سازگاری هیجانی اجتماعی در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه به‌طور معناداری تفاوت داشت. مجذور اتا برابر با ۰/۷۸ بود و به این معنا بود که ۷۸ درصد از سازگاری هیجانی اجتماعی مربوط به آموزش مدیریت رفتاری والدین بوده است.

#### ۴ بحث

در تبیین اثربخشی آموزش مدیریت رفتاری والدین بر کاهش مشکلات رفتاری می‌توان گفت، والدین در مقابله با این مشکلات، جوی تعارض‌آمیز و مستبدانه ایجاد می‌کنند که انگیزه کودک را از توجه و تمرکز بر دستورات والدین کاهش می‌دهد؛ در نتیجه با استفاده از آموزش شیوه‌های والدگری به مادران، کاهش مخالفت از سوی کودکان به دلیل شیوه‌های کنترل رفتاری که در آن پیامدهای مطلوب و نامطلوب برای رفتار کودک با همکاری خود کودک تعیین می‌شود، روی دهد؛ همچنین به توسعه مهارت‌های اجتماعی که معیاری برای پیشرفت مهارت‌های کنترل تکانه و توجه در کودکان محسوب می‌شود، می‌انجامد. نحوه شکل‌گیری تعاملات قهرآمیز بین والدین و کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، به این صورت است که وقتی یکی از والدین از کودکی درخواستی دارد، کودک درمقابل این درخواست مثلاً با فریادزدن مقاومت می‌کند. در ادامه، والد درخواست

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر مداخله آموزش مدیریت رفتاری والدین (PMT) بر پایه رویکرد ارزیابی رفتار کارکردی (FBA) بر میزان توجه و تمرکز، مشکلات رفتاری و سازگاری هیجانی اجتماعی کودکان ۶ تا ۱۲ ساله دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد، آموزش مدیریت رفتاری والدین کودکان ADHD بر افزایش میزان توجه و تمرکز، کاهش مشکلات رفتاری و بهبود سازگاری هیجانی اجتماعی آزمودنی‌های گروه آزمایش تأثیر معنادار داشت. یافته اثربخشی آموزش مدیریت رفتاری والدین بر کاهش مشکلات رفتاری، با پژوهش‌های زیر همسوست: پژوهش پاشا نشان داد، آموزش اصلاح رفتار مادران مشکلات رفتاری

خود را با تهدید، التماس یا برخورد فیزیکی تکرار می‌کند و کودک نیز مقاومتش افزایش می‌یابد. چنانچه والد قبل از پذیرش درخواست از سوی کودک تسلیم شود، مقاومت کودک بازهم افزایش پیدا می‌کند. پس از آن شدت مقاومت کودک بیشتر می‌شود و در آینده تعاملات قهرآمیزی را به‌وجود می‌آورد که به‌نوبه خود پاداش بیشتری برای رفتار ایذایی و پرخاشگری کودک به‌شمار می‌رود؛ زیرا پذیرش و همکاری فوری از سوی کودک نامعمول است. بارکلی بر این عقیده است که میزان بحث و جدل کودکان عادی با بزرگ‌ترها ۲۱ درصد اوقات روز است؛ ولی این میزان در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی ۷۲ درصد است (۲۷). از آنجاکه مشکلات برونی‌سازی کودکان در این پژوهش، براساس گزارش والدین (مادران) بود، نگرش آن‌ها درباره رفتار، ارتباط و مشکلات رفتاری کودکان در تکمیل پرسشنامه تأثیر داشت. بسیاری از مادرانی که در مداخله شرکت کردند، خود را به‌دلیل مشکلات رفتاری کودکانشان مقصر می‌دانستند یا برعکس، اعتقاد داشتند که کودکان آن‌ها به‌صورت ارادی راهی را برای اذیت و آزار آنان انتخاب کرده‌اند.

توضیح درباره ماهیت و علت مشکلات رفتاری برون‌ریزانه می‌تواند شناخت‌های نادرست والدین را چه درباره خود و چه درباره کودکانشان اصلاح کند و احساس گناه، به‌دلیل مقصربودن و احساس خشم، به‌علت مقصردانستن کودکان را کاهش دهد. بدین ترتیب کاهش احساسات منفی در والدین به ایجاد روابط بهتر با کودکان و افزایش عملکرد رفتاری آن‌ها در کنار بهبود توجه و تمرکز کودکان بر مسائل جاری در موقعیت در هر حوزه تحصیلی یا ارتباط متقابل با والدین، همسالان و معلم منجر می‌شود و پذیرش آن‌ها افزایش می‌یابد. همین مسئله به‌خودی خود و به‌نحو متقابل می‌تواند در بهبود نسبی ارتباط کودک با والد نیز تأثیر مطلوبی بگذارد و سبب کاهش مشکلات نافرمانی و قانون‌شکنی شود.

از تبیین‌های دیگر برای اثربخشی برنامه مدیریت رفتاری والدین براساس رویکرد FBA بر کاهش مشکلات برونی‌سازی کودکان ADHD این است که یکی از مشخصه‌های افراد مبتلا به اختلالات رفتاری برونی‌سازی، به‌خصوص در کودکان ADHD شناخت تحریف‌شده آن‌ها از دنیای پیرامون و ناعادلانه‌دانستن جهان است. همین عامل نیز به‌عنوان عامل شناختی تأثیرگذار بر بروز رفتارهای ایذایی آن‌ها دخیل است. برنامه مدیریت رفتاری والدین بر پایه رویکرد FBA، روش‌های القای خودپنداره مثبت به فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی را از طریق آموزش مهارت‌های تشویق‌کردن، تخصیص وقت با کیفیت برای کودکان و نیز افزایش مسئولیت‌پذیری فرزند، آموزش می‌دهد. در این راهکارها با کاهش تحریف شناختی، افزایش پذیرش در رابطه والد-کودک، باعث کاهش مشکلات پرخاشگری و قانون‌شکنی کودکان می‌شود.

در تبیین اثربخشی آموزش مدیریت رفتاری والدین بر افزایش توجه و تمرکز و بهبود سازگاری هیجانی اجتماعی می‌توان گفت، کودکان ADHD درمقایسه با کودکان عادی اختلال در توجه و تمرکز بر سر مسائل و موضوعات مختلف دارند که علت آن، تکانشگری و

از گذشته تاکنون پرورش کودک همواره یکی از مسائل مهم و سرنوشت‌ساز در زندگی والدین بوده و است. نیاز به آموزش در زمینه مهارت‌های لازم برای کنارآمدن با مشکلات رفتاری فرزندان در همه فرهنگ‌ها دیده می‌شود؛ بنابراین، تلاش در زمینه ایجاد بستری مناسب برای والدین و کارآمدشدن آنان برای برخورد درست با کودکانشان از وظایف مهم تمام افرادی است که در امر آموزش و پرورش کودکان سهیم هستند. در مجموع با توجه به آموزش مدیریت رفتاری والدین بر طیف خاصی از علائم و نشانه‌های اختلال ADHD و نیز توجه به جوانب مالی هزینه‌های درمان می‌توان عنوان کرد که اولویت رویکرد درمانی و انتخاب درمان در خط مقدم باید براساس نوع، دامنه و شدت علائم و نشانه‌ها انتخاب شود؛ در صورتی که مراجع و والدین از طیف گسترده‌ای از علائم در رنج باشند، برنامه درمان ترکیبی استفاده شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که مطالعه بر کودکان ۶ تا ۱۲ سال و دارای نارسایی توجه/فزون‌کنشی صورت گرفت و نتایج آن تعمیم‌پذیر به سایر مقاطع سنی و اختلالات دیگر نیست. در این پژوهش نرم‌افزار IVA به‌کار رفت و پیشنهاد می‌شود پژوهشگران بعدی از ابزار TOVA<sup>۱</sup> (توجه و تمرکز) استفاده کنند و همچنین بسته آموزشی FBA، نوروفیدبک و دارودرمانی به‌صورت رویکردهای مداخله‌ای تلفیقی به‌کار رود.

## ۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، آموزش مدیریت رفتاری والدین (PMT) بر پایه رویکرد ارزیابی رفتار کارکردی (FBA) بر افزایش توجه و تمرکز، کاهش مشکلات رفتاری و بهبود سازگاری هیجانی اجتماعی کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی اثربخشی دارد.

## ۶ تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از تمامی افرادی که در روند انجام پژوهش یاری

<sup>۱</sup>. Test of Variables of Attention

کردند، نهایت تشکر و قدردانی را دارند و برای آنان آرزوی صحت و سلامت می‌کنند.

#### تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند، هیچ‌گونه تضاد منفعی ندارند.

#### منابع مالی

این پژوهش حاصل طرح پژوهشی مستقلی است که بدون حمایت مالی سازمان خاصی صورت گرفته است.

#### مشارکت نویسندگان

نویسندگان دوم و سوم به ترتیب اساتید راهنما و مشاور این پژوهش بودند. همه نویسندگان نسخه نهایی دست‌نوشته را خواندند و تأیید کردند.

#### **۷** بیانیه‌ها

##### تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در این پژوهش اصول اخلاقی شامل محرمانه‌بودن اطلاعات آزمودنی‌ها، کسب رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان در پژوهش، برگزاری رایگان جلسات مداخله و خروج اختیاری آزمودنی‌ها از پژوهش رعایت شد.

##### رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

##### در دسترس بودن داده‌ها و مواد

به دلیل محرمانه‌بودن، اطلاعات شرکت‌کنندگان به جز از طریق مقاله امکان‌پذیر نیست.

## References

1. Chandler LK, Dahlquist CM. Functional assessment: strategies to prevent and remediate challenging behavior in school settings. In: Asadpour S. (Persian translator). Tehran: Monadi Tarbiat Pub; 2006, pp:18–24.
2. Bouziane C, Caan MWA, Tamminga HGH, Schranter A, Bottelier MA, de Ruiter MB, et al. ADHD and maturation of brain white matter: A DTI study in medication naive children and adults. *Neuroimage Clin.* 2018;17:53–9. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2017.09.026>
3. Ruiz-Goikoetxea M, Cortese S, Aznarez-Sanado M, Magallón S, Alvarez Zallo N, Luis EO, et al. Risk of unintentional injuries in children and adolescents with ADHD and the impact of ADHD medications: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2018;84:63–71. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.11.007>
4. Emma McIlveen-Brown. Motor performance in adolescents with ADHD [Thesis for M.A.]. [Toronto, Canada]: University of Toronto; 2010, pp:1–71.
5. Lo HHM, Wong SYS, Wong JYH, Wong SWL, Yeung JWK. The effect of a family-based mindfulness intervention on children with attention deficit and hyperactivity symptoms and their parents: design and rationale for a randomized, controlled clinical trial (Study protocol). *BMC Psychiatry.* 2016;16(65):1–9. <https://dx.doi.org/10.1186/s12888-016-0773-1>
6. Gholami R, Esteki M, Nosratabadi M. Relationship between IVA measures and QEEG pattern in children with Attention-Deficit/Hyperactivity disorder. *Neuropsychology.* 2018;3(10):25–38. [Persian] [http://clpsy.journals.pnu.ac.ir/article\\_4354\\_7b76b7496a6434b853df1ca8ac221210.pdf](http://clpsy.journals.pnu.ac.ir/article_4354_7b76b7496a6434b853df1ca8ac221210.pdf)
7. Finzi-Dottan R, Triwitz YS, Golubchik P. Predictors of stress-related growth in parents of children with ADHD. *Res Dev Disabil.* 2011;32(2):510–9. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.12.032>
8. Belali R, Aghayousefi AR. Effects of parental training program on the reduction of behavioral problems of children. *Journal of Applied Psychology.* 2012;5(4):59–73. [Persian] [https://apsy.sbu.ac.ir/article\\_95540\\_c47b3cb850049a76b222240276475072.pdf](https://apsy.sbu.ac.ir/article_95540_c47b3cb850049a76b222240276475072.pdf)
9. Hemedi Y, Moayedi F, Moayedi AR, Goli G. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in Bandarabbas primary school students in 2010. *Hormozgan Medical Journal.* 2013;17(3):12–8. [Persian] <https://hmj.hums.ac.ir/PDF/88139.pdf>
10. Schroeder CS, Smith-Boydston, Julianne M. Assessment and treatment of childhood problems: a clinician's guide. Firouzbakht M. (Persian translator). Tehran: Danjeh Pub; 2015, p:565.
11. Chronis AM, Chacko A, Fabiano GA, Wymbs BT, Pelham WE Jr. Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: review and future directions. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2004;7(1):1–27. doi: [10.1023/b:ccfp.0000020190.60808.a4](https://doi.org/10.1023/b:ccfp.0000020190.60808.a4)
12. Self-Brown S, Frederick K, Binder S, Whitaker D, Lutzker J, Edwards A, et al. Examining the need for cultural adaptations to an evidence-based parent training program targeting the prevention of child maltreatment. *Children and Youth Services Review.* 2011;33(7):1166–72. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.02.010>
13. Pasha R. The effectiveness of parents behavior modification on the degree of hyperactive childrens unpleasant behavior. *Knowledge & Research in Applied Psychology.* 2017;17(1):90–8. [Persian]
14. Salami F, Ashayeri H, Estaki M, Farzad V, Koochak Entezar R. Mother-based combined training and its effect on the symptoms Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD). *Neuropsychology.* 2016;2(4):31–44. [Persian] [http://clpsy.journals.pnu.ac.ir/article\\_3584\\_f9aacde30dfafdc36a19fd79c7adb1c4.pdf](http://clpsy.journals.pnu.ac.ir/article_3584_f9aacde30dfafdc36a19fd79c7adb1c4.pdf)

15. Kakavand AR. Ravanshenasi marazi koodak [Child pathological psychology]. Viraysh Pub; 2016. [Persian]
16. Khodabakhshi Koolaee A, Shai A, Navidian A, Mosalanejad L. The effect of positive parenting program training in mothers of children with attention deficit hyperactivity on reducing children's externalizing behavior problems. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2015;17(3):135–41. [Persian] <https://dx.doi.org/10.22038/jfmh.2015.4312>
17. Singh NN, Singh AN, Lancioni GE, Singh J, Winton ASW, Adkins AD. Mindfulness training for parents and their children with ADHD increases the children's compliance. *J Child Fam Stud*. 2010;19(2):157–66. <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9272-z>
18. Conners CK. Rating scales for use in drug studies with children. *Psychopharmacology Bulletin (Special Issue-Pharmacotherapy with Children)*. 1973;24:24–9.
19. Sinha P, Singh RP. Guidelines for High School Students' Regulation Questionnaire. Karami A. Persian translator. Tehran: Sina Institute of Mental Processing; 2001. [Persian].
20. Achenbach TM, Rescorla LA. ASEBA school age forms profiles. Burlington: University of Vermont, research center for children, youth & families; 2001.
21. Beck LH, Bransome ED Jr, Mirsky AF, Rosvold HE, Sarason I. A Continuous Performance Test of brain damage. *J Consult Psychol*. 1956;20(5):343-50. doi: [10.1037/h0043220](https://doi.org/10.1037/h0043220)
22. Hadianfard H, Najarian B, Shokrkon H, Mehrabizadeh Honarmand M. Construction and validation of the Farsi version of the continuous performance test. *Journal of Psychology*. 2001;4(4):388–404. [Persian]
23. Sanford JA, Turner A. Manual for the integrated visual and auditory continuous performance test. Richmond, VA: BrainTrain; 1995.
24. Sadati Firozabadi S, Afroz Gh, Rostami R, Behpajooch A, Shokohi Yakta M, Ghobari Bonab B. The effectiveness of neural feedback therapy on visual and hearing attention in students with attention deficit / hyperactivity disorder, psychological sciences. *Journal of Psychologicalscience*. 2012;11(42):1–9. [Persian]
25. Foulad Chang M. The role of family patterns in adolescent adjustment. *Family Research Quarterly*. 2007;2(7):209-21. [Persian] [https://jfr.sbu.ac.ir/article\\_96862.html?lang=fa](https://jfr.sbu.ac.ir/article_96862.html?lang=fa)
26. Minaee A. Adaptation and standardization of Child Behavior Checklist, Youth Self-report, and Teacher's Report Forms. *Journal of Exeptional Children*. 2006;6(1):529-58. <http://joec.ir/article-1-416-en.html>
27. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990;29(4):546–57. <https://doi.org/10.1097/00004583-199007000-00007>