

## Research Paper: Effect of Behavior Management Training for Mothers With Children having ODD Symptoms

\*Mohsen Amiri<sup>1</sup>, Guita Movallali<sup>2</sup>, Abbas Nesayan<sup>3</sup>, Masoud Hejazi<sup>4</sup>, Roghayeh Asadi Gandomani<sup>3</sup>

1. Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Zanjan, Zanjan, Iran.
2. Pediatric Neurorehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Bojnord, Bojnord, Iran.
4. Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran.



**Citation:** Amiri M, Movallali G, Nesayan A, Hejazi M, Asadi Gandomani R. [Effect of Behavior Management Training for Mothers With Children having ODD Symptoms (Persian)]. Archives of Rehabilitation. 2017; 18(2):84-97. <http://dx.doi.org/10.21859/jrehab-180284>

**doi:** <http://dx.doi.org/10.21859/jrehab-180284>

Received: 08 Feb. 2017  
Accepted: 28 Apr 2017

### ABSTRACT

**Objective** Oppositional defiant disorder (ODD) is a behavioral disorder whose most important traits are constant negative repetitious behavior pattern, pertinacity, disobedience, and hostility against power symbols. It results in significant clinical disorders in educational, social, and occupational functions. Moreover, parents of children with ODD employ strict punitive methods against their behavioral problems, which worsens the children's behavioral problems. As a result, parents have a hard time managing their children. The aim of the present study was to investigate the effect of parental behavioral education on mothers of children with ODD.

**Materials & Methods** The research design was quasi-experimental with a pretest posttest and control group. The study population consisted of all mothers of children between 9 to 11 years from the city of Azna. Thirty mothers of children with ODD whose scores in the subscales of coping behaviors and aggressive behavior in Child Behavior Checklist were above the questionnaire cut-off point score were selected via at-hand sampling after homogenizing them in variables such as education, gender, severity of symptoms, age and maternal education. They were randomly paired and assigned into experimental and control groups after obtaining consent from the mothers. The inclusion criteria for the participants of this study were as follows: high aggression in children with the cut-off score in accordance with the Child Behavior Checklist. The age of the mothers was another inclusion criterion. All the mothers were between 33 to 37 years old. In this study, all of them were from two-parent families. The number of children with ODD was also considered for households having a child with ODD. Children's age was another inclusion criterion in this study. All children between 9-11 years of age were included in the study. Mothers' education level was also considered, with those included in the sample being diploma-educated. The research tools included the Child Behavior Checklist for parents (1991) and Child Symptom Inventory Parents' form (1997). Parent's behavioral training was accomplished across nine 90-minute sessions for the experimental group. In the end, the two groups completed the questionnaires. Analysis of covariance was used to analyze the data.

**Results** The results showed that the effectiveness of behavior management training among mothers with ODD children with regard to reducing their symptoms was more in the experimental group compared with that in the control group ( $P < 0.001$ ). The parents' behavior training also reduced aggressive behaviors in the experimental group ( $P < 0.012$ ).

**Conclusion** Overall, the findings suggest that mothers' behavioral training reduces the symptoms of ODD in children and prevents inappropriate behavior in family environment. Learning and applying principles such as avoiding punishment along with distinction between discipline and punishment, are the main principles of the training program that can reduce behavioral problems in children and increase their desirable behaviors.

#### Keywords:

Oppositional defiant disorder, Behavior management, Aggression behavior

#### \* Corresponding Author:

Mohsen Amiri, PhD

Address: Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Zanjan, Zanjan, Iran.

Tel: +98 (24) 33054799

E-Mail: amiri\_tmu@yahoo.com

## تأثیر آموزش مدیریت رفتار به مادران بر علائم اختلال و رفتارهای پرخاشگرانه کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای

\* محسن امیری<sup>۱</sup>، گیتا موللی<sup>۲</sup>، عباس نسائیان<sup>۳</sup>، مسعود حجازی<sup>۴</sup>، رقیه اسدی گندمانی<sup>۲</sup>

۱- گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران.

۲- مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۳- گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران.

۴- گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.

### چکیده

تاریخ دریافت: ۲۰ بهمن ۱۳۹۵  
تاریخ پذیرش: ۰۸ اردیبهشت ۱۳۹۶

**هدف:** اختلال نافرمانی مقابله‌ای یکی از اختلال‌های رفتاری است که مهم‌ترین ویژگی آن الگوی پایدار رفتار تکراری منفی‌گرایی، لجبازی، نافرمانی و خصومت در برابر مظاهر قدرت است که باعث اختلال قابل ملاحظه بالینی در کنش‌وری تحصیلی، اجتماعی و شغلی فرد می‌شود. والدین این کودکان در برخورد با مشکلات رفتاری فرزندانشان اغلب از روش‌های تنبیهی و سخت‌گیرانه استفاده می‌کنند که این کار در بلندمدت مشکلات رفتاری کودک را تشدید و والدین را با مشکلات بسیاری در زمینه مدیریت رفتاری فرزندانشان روبه‌رو می‌کند. هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش رفتاری مادران دارای کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای بر کاهش علائم اختلال و رفتارهای پرخاشگرانه فرزندان ۹ تا ۱۱ ساله آن‌ها بوده است.

**روش بررسی:** روش پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی مادران کودکان ۹ تا ۱۱ ساله شهرستان ازنا در سال ۱۳۹۲ بود. ۳۰ نفر از مادران کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای که در زیرمقیاس رفتارهای مقابله‌ای و رفتارهای پرخاشگرانه پرسش‌نامه فهرست رفتاری کودکان، نمره‌ای بیش از نمره برش پرسش‌نامه کسب کردند به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. آن‌ها پس از همگن‌سازی از نظر متغیرهایی همچون میزان تحصیلات دانش‌آموزان، جنس، شدت علائم اختلال، سن و میزان تحصیلات مادران و پس از اعلام رضایت مادران برای شرکت در مطالعه به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل هم‌تاسازی شدند. معیارهای ورود برای شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر به شرح زیر در نظر گرفته شد: پرخاشگری کودکان یکی از ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر بود. در این پژوهش نمره پرخاشگری همه کودکان مبتلا به این اختلال بیشتر از نمره برش پرسش‌نامه فهرست رفتاری کودکان بود. یکی دیگر از ملاک‌های ورود، سن مادران بود که همگی آن‌ها بین ۳۳ تا ۳۷ سال داشتند. تک‌والدی بودن یا دو‌والدی بودن خانواده نیز در نظر گرفته شد که در این پژوهش همگی خانواده‌ها دو‌والدی بودند. تعداد فرزندان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای نیز مدنظر قرار گرفت که همگی خانواده‌ها یک کودک مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای داشتند. سن کودکان نیز به عنوان ملاک ورودی دیگر در نظر گرفته شد که همگی بین ۹ تا ۱۱ سال داشتند. تحصیلات مادران نیز در این زمینه در نظر گرفته شد که همگی مادران نمونه پژوهشی حاضر تحصیلات دیپلم و بیشتر داشتند. ابزارهای پژوهش شامل فهرست رفتاری کودک فرم والدین (۱۹۹۱) و پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان فرم ویژه والدین (۱۹۹۴) بود. آموزش رفتاری والدین در قالب ۹ جلسه نود دقیقه‌ای در گروه آزمایش اجرا شد. در پایان دو گروه پرسش‌نامه‌های مذکور را به عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج بیانگر تأثیر آموزش مدیریت رفتار بر کاهش نمره علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل بود ( $P \leq 0/001$ ). همچنین آموزش رفتاری والدین موجب کاهش رفتارهای پرخاشگرانه در گروه آزمایش شد ( $P \leq 0/012$ ).

**نتیجه‌گیری:** به‌طور کلی یافته‌ها نشان می‌دهد آموزش رفتاری به مادران، علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای و رفتارهای پرخاشگرانه را در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای کاهش می‌دهد و از بروز رفتارهای نامطلوب در محیط خانوادگی پیشگیری می‌کند. آموزش و استفاده از اصولی همچون اجتناب از تنبیه، توجه به نتایج منطقی و طبیعی رفتار، تمایز بین انضباط و تنبیه برای مادران که از اصول اصلی این برنامه آموزشی بوده، توانسته است از مشکلات رفتاری کودکان مبتلا بکاهد و رفتارهای مطلوب آن‌ها را افزایش دهد.

### کلیدواژه‌ها:

اختلال نافرمانی مقابله‌ای، مدیریت رفتار، پرخاشگری

\* نویسنده مسئول:

دکتر محسن امیری

نشانی: زنجان، دانشگاه زنجان، دانشکده علوم انسانی، گروه روانشناسی.

تلفن: ۰۹۸ ۳۳۰۵۴۷۹۹ (۲۴)

رایانامه: amiri\_tmu@yahoo.com

## مقدمه

کودکان بسیار پرحرف، منفی‌گرا و بی‌اعتنا هستند، کمتر مشارکت و همکاری می‌کنند [۶]، رفتارهای برونی‌سازی شده همچون پرخاشگری از خود نشان دهند [۷]، در انجام کارهای خود کوتاهی می‌کنند و همچنین در انجام فعالیت‌های خواسته شده و نظم در امور زندگی روزمره با مشکل مواجه می‌شوند [۸]. در همین خصوص پژوهشگران مختلف بیان می‌کنند که والدین کودکان مبتلا به اختلال‌های رفتاری همچون اختلال نافرمانی مقابله‌ای به صورت معناداری سطوح بالایی از رفتارهای برونی‌سازی شده<sup>۳</sup> همچون پرخاشگری را در کودکان خود در مقایسه با کودکان عادی گزارش می‌دهند [۳].

مشکلات رفتاری کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای اغلب در چندین محیط یا موقعیت نمایان می‌شود و روابط کودک با افراد گوناگون همچون معلمان و دیگر هم‌سالان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و مشکلات روابط اجتماعی کودک را دوچندان می‌کند [۶]. از سوی دیگر کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای اغلب در روابط با والدین خود، به‌ویژه مادران، مشکلاتی دارند. در موقعیت‌های زندگی خانوادگی و در انجام انتظارات زندگی روزمره با والدین دچار مشکل می‌شوند و رفتارهای خصومت‌آمیز از خود نشان می‌دهند. از طرف دیگر والدین این کودکان نیز در روش‌های تربیتی خود در برابر فرزندانشان از روش‌های تنبیهی و سخت‌گیرانه استفاده می‌کنند و با توجه بیش از حد به رفتارهای مقابله‌ای کودکانشان میزان وقوع الگوهای رفتاری نامطلوب را در آینده افزایش می‌دهند و به این ترتیب در درازمدت کودک را به سمت رفتار پرخاشگرانه و نقض قوانین و مقررات سوق می‌دهند و زمینه بروز علائم اختلال سلوک<sup>۴</sup> را فراهم می‌سازند [۷].

پژوهش‌های انجام شده در زمینه این مسئله نشان می‌دهند که از عوامل بسیار مهم در بروز رفتارهای برونی‌سازی شده همچون رفتارهای پرخاشگرانه و مقابله‌ای در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای، رفتارهای بیش از حد سخت‌گیرانه و تنبیهی والدین است [۹]. محققان دریافته‌اند تعامل‌هایی که معمولاً با خصومت متقابل، بدبینی، مهار بیش از حد و خشونت همراه هستند، در بسیاری از آسیب‌شناسی‌های دوران کودکی دخالت دارند [۱۰]. مطالعات انجام شده درباره کودکان پیش‌دبستانی نشان می‌دهد که والدگری مستبدانه و بدون توجه مناسب به رفتارهای مطلوب کودکان و وجود رفتارهای تنبیهی، خطر بروز رفتارهای پرخاشگرانه و تضادورزانه را در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای افزایش می‌دهد. برای مثال در پژوهشی که روی نمونه‌ای از کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری انجام شد، نتایج نشان داد کودکانی که اختلال‌های رفتاری بیمارگونه داشتند، مادرانی با میزان پرخاشگری بیشتر داشتند که از شیوه‌های تربیتی و فرزندپروری توأم با تنبیه استفاده می‌کردند [۱۱].

اختلال نافرمانی مقابله‌ای<sup>۱</sup> یکی از مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده دوران کودکی است. از مهم‌ترین علائم تشخیصی این اختلال می‌توان به لجبازی و تبعیت نکردن عمدی از دستورات والدین و دیگر بزرگ‌سالان اشاره کرد. در این اختلال الگوی بارزی از رفتارهای خصومت‌آمیز و مخالفت‌جویانه در برابر مراجع قدرت وجود دارد که با سطح رشدی کودک متناسب نیست و در عملکرد تحصیلی و اجتماعی کودک اختلال ایجاد می‌کند [۱]. در اختلال نافرمانی مقابله‌ای رفتارهای تضادورزانه، از کوره دررفتن، زودرنجی، رعایت نکردن دستورات و مقررات و رفتارهای قانون‌شکنانه در مقایسه با کودکان همسن بسیار بیشتر است، اما الگوهای رفتاری پرخاشگرانه شدید و نقض جدی قوانین و مقررات اجتماعی دیده نمی‌شود [۲، ۳]. شیوع این اختلال قبل از بلوغ در پسران بیشتر است، ولی بعد از بلوغ در هر دو جنس مساوی می‌شود [۱].

مطالعات همه‌گیرشناسی شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای را به صورت کلی ۵/۶ درصد بیان کرده‌اند [۴]. پژوهش‌ها در زمینه علت‌شناسی اختلال نافرمانی مقابله‌ای بیان می‌کنند که رفتارهای مقابله‌جویانه کودک در سال دوم زندگی هنگامی به وجود می‌آید که کودک نوبا برای نشان دادن استقلال و خودمختاری در انجام فعالیت‌های روزمره فرایند رفتاری تضادورزانه‌ای را در پیش می‌گیرد. آسیب زمانی شروع می‌شود که این مرحله تحولی تداوم یابد، صاحبان قدرت واکنش شدید نشان دهند یا رفتار مقابله‌ای فراتر از چیزی باشد که با موقعیت تحولی بهنجار کودک مطابقت دارد. در این دوره تحولی اگر کنترل و قدرت برای والدین مهم باشد یا به خاطر نیازهای خود از قدرت استفاده کنند، کشمکش پدید می‌آید که زمینه را برای پیدایش اختلال نافرمانی مقابله‌ای فراهم می‌کند. در واقع آنچه شیرخوار به عنوان کوششی برای برقراری خودمختاری و استقلال خود از والدین شروع کرده، ممکن است به الگوی رفتاری تضادورزانه و مخالفت‌جویانه تبدیل شود [۵].

از دیگر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌توان به مخالفت با منبع قدرت، امتناع مداوم از دستورات و درخواست‌های بزرگ‌سالان، به‌آسانی عصبانی و تحریک‌شدن به وسیله دیگران، مقصدانستن دیگران برای اشتباهات و بدرفتاری‌های خود و کینه‌توزی یا کینه‌جویی اشاره کرد. این کودکان اغلب رفتارهای پرخاشگرانه<sup>۲</sup> خصومت‌آمیز و کلامی دارند و رفتارهای قانون‌شکنانه از خود نشان می‌دهند [۱]. نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای بر تعامل کودکان با والدین و شیوه پاسخ‌دهی والدین به کودکان نیز تأثیر می‌گذارد، زیرا این

3. Externalizing behavior  
4. Conduct Disorder

1. Oppositional Defiant Disorder  
2. Aggression

رفتارهای فرزندان خود را تغییر دهند. از سوی دیگر رفتارهای مناسب را با توجه مثبت، تحسین کلامی و انواع پاداشها تقویت کنند تا به رفتارهای دلخواه دست یابند [۲۰]. در ادامه به تعدادی از پژوهش‌های انجام‌گرفته در این حیطه اشاره خواهد شد.

اسچلینگ (۲۰۱۷) در پژوهش خود با عنوان «بهبود رابطه والد و کودک و کاهش مشکلات رفتاری» از آموزش والدین با تلفیقی از شیوه‌های رفتاری و دیگر روش‌های روان‌شناختی استفاده کرد. محققان دریافتند ارائه چنین آموزش‌هایی مشکلات رفتاری کودکان را کاهش می‌دهد و از سوی دیگر سبب ایجاد نگرش مثبت بیشتر والدین درباره کودکانشان می‌شود [۲۱]. در مطالعه‌ای دیگر ماساکانت (۲۰۱۶) به بررسی تأثیر آموزش والدین بر خانواده‌های کودکان با مشکلات رفتاری پرداخت و نشان داد که آموزش روش‌های مدیریت رفتار به والدین سبب بهبود شیوه‌های فرزندپروری، کاهش استرس فرزندپروری و کاهش مشکلات رفتاری کودکان می‌شود [۲۲]. گرینو و همکاران (۲۰۱۷) نیز در پژوهش خود به بررسی تأثیر برنامه آموزش والدین بر کاهش رفتارهای برونی‌سازی‌شده در کودکان ۴ تا ۱۲ ساله پرداختند و به این نتیجه رسیدند که شرکت در این برنامه سبب کاهش نمره کلی رفتارهای برونی‌سازی و بهبود شیوه‌های تربیتی والدین شرکت‌کننده در این پژوهش می‌شود [۲۳].

با توجه به مطالب گفته‌شده می‌توان گفت که رویکرد رفتاری در مواجهه با مشکلات تعاملی والد و کودک و مشکلات رفتاری فرزندان بر اهمیت فنون مواجهه قاطع و آنی، گفت‌وگوی متقابل با کودکان برای جلوگیری از مشکلات رفتاری و پیشگیری از توجه بیش از حد والدین به مشکلات رفتاری کودکان تأکید می‌کند. از این رو، این سؤال پیش می‌آید که آیا ارائه آموزش‌هایی در این راستا به مادران می‌تواند پارهای از مشکلات رفتاری کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای را کاهش دهد یا نه. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه آموزش رفتاری مادران کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای بر کاهش نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای و بهبود رفتارهای پرخاشگرانه این کودکان است.

### روش بررسی

طرح پژوهش شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش تمامی مادران دانش‌آموزان دوره ابتدایی شهرستان ازنا در سال تحصیلی ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳ بود. برای گزینش نمونه، مادران ۶۰ نفر از دانش‌آموزان پسر ۹ تا ۱۱ ساله که با معرفی والدین و معلمان و بر اساس مصاحبه تشخیصی پژوهشگر با مادران، نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای را بر اساس چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی شامل نافرمانی و تبعیت‌نکردن از مقررات و خواسته‌های بزرگ‌ترها و منابع قدرت همچون والدین، مشاخره بیش از اندازه با بزرگ‌ترها و به‌ویژه والدین، سرزنش کردن و

با توجه به شیوه‌های فرزندپروری و تربیتی بیش از حد سخت‌گیرانه و تنبیهی والدین و به‌ویژه مادران کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای که وقت بسیار بیشتری را با آنان در محیط خانوادگی سپری می‌کنند [۱۲]، مادران نقش بیشتری در افزایش نرخ وقوع مشکلات رفتاری کودکان دارند و از طریق استفاده از این شیوه‌های تربیتی در پیدایش و تداوم مشکلات رفتاری کودکان مؤثر هستند [۱۳، ۲۴]. از سوی دیگر، بررسی‌ها نشان می‌دهند که رفتارهای والدین بر ایجاد و گسترش رفتارهای برونی‌سازی‌شده در کودکان و نوجوانان اثر دارد [۱۴]. با توجه به یافته‌های مطرح‌شده می‌توان گفت که بین مشکلات روان‌شناختی کودکان مبتلا به اختلال‌های رفتاری با روش‌های تربیتی و رفتارهای فرزندپروری نامطلوب ارتباط پیچیده‌ای وجود دارد. علاوه بر این، تعامل منفی کودک و مادر عامل مهمی در بروز مشکلات برونی‌سازی‌شده شناسایی شده است [۱۵].

رابطه بین رفتارهای والدینی با مشکلات رفتاری کودکان تأیید شده است، پس می‌توان نتیجه گرفت والدین و کودکان اغلب در چرخه معیوب ارتباطی قرار می‌گیرند و آموزش والدین در زمینه روش‌های مدیریت رفتار به جای تمرکز بر آنچه کودکان انجام می‌دهند، نخستین مرحله توقف این چرخه معیوب است. از این رو به درمان‌های روان‌شناختی از قبیل روش‌های اصلاح رفتار و آموزش رفتاری والدین<sup>۵</sup> به دلیل ویژگی‌های منحصر به فرد بسیار توجه شده است [۱۶، ۱۷]. مداخله‌های رفتاری خط اول درمان برای والدین و کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در نظر گرفته می‌شوند. مؤلفه‌های چندگانه و روش‌های مختلفی برای مداخله‌های رفتاری وجود دارد، اما بیشترین تأکید این مداخلات بر بهبود روابط میان مراقبان و کودکان است [۱۸].

این مداخله‌ها مراقبان و والدین به‌خصوص مادران را در برنامه‌های آموزشی درگیر می‌کند و به آن‌ها روش‌هایی را می‌آموزد که بتوانند نوع تعاملاتشان را با کودکان تغییر دهند. در این مداخلات اولین تکلیف این است که درحالی که خشم و ناامیدی کودک را درک می‌کنیم، با کودک و خانواده یک تعهد درمانی ایجاد کنیم. دومین مؤلفه مهم استفاده از پاداش و تقویت‌کننده مثبت برای رفتارهای مناسب است. پاداش‌ها و تقویت‌کننده‌ها هدف‌های گوناگونی نظیر ایجاد عزت‌نفس در کودک و تقویت رابطه کودک و والد دارند. برای تأثیرگذاری بیشتر در این رویکرد، پاداش‌ها باید پس از انجام کار خاصی توسط کودک به صورت واقعی به او داده شوند [۱۹].

آموزش رفتاری والدین یا روش‌های مدیریت رفتاری به والدین می‌آموزد که با شناخت پیشامدها و پیامدهای رفتارهای نامناسب فرزندان خود، نظارت بر این رفتارها، نادیده انگاشتن و استفاده از روش‌های تنبیهی مثبت همچون محروم کردن و جریمه کردن،



دو فرم والد و معلم دارد. فرم والد ۱۱۲ سؤال همراه با طیف لیبرت چهار درجه‌ای (هرگز، گاهی، اغلب و بیشتر اوقات) دارد که دارای دامنه در زیرمقیاس اختلال نافرمانی مقابله‌ای از صفر تا ۸ است و برای ۱۱ گروه عمده و یک گروه اضافی از اختلال‌های رفتاری تنظیم شده است. این اختلال‌ها شامل این موارد می‌شود: اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی، اختلال نافرمانی، اختلال سلوک، اختلال اضطراب فراگیر، هراس اجتماعی، اختلال اضطراب جدایی، اختلال وسواس فکری و عملی، هراس خاص، اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسرده‌خویی، اسکیزوفرنی، اختلال رشدی فراگیر، اختلال آسپرگر، تیک‌های صوتی و حرکتی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلال‌های دفع.

سؤال‌های مربوط به همه گروه‌ها به این صورت نمره‌گذاری می‌شود: هرگز: صفر، گاهی: صفر، اغلب: یک و بیشتر اوقات: یک. سؤال‌های مربوط به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در این پرسش‌نامه هشت سؤال است که سؤال‌های ۱۹ تا ۲۶ را به خود اختصاص داده است [۲۵]. نسخه ایرانی پرسش‌نامه را محمد اسماعیل و علی‌پور (۱۳۸۱) تهیه و ترجمه کرده‌اند و هر دو فرم والد و معلم را شامل می‌شود [۲۵]. هشت سؤال آن مربوط به این نوع اختلال است و شیوه نمره‌گذاری به دوروش نمره برش غربال‌کننده و نمره شدت نشانه است. در یکی از پژوهش‌هایی که گادو و اسپرافکین (۱۹۹۷) انجام دادند، اعتبار بازآزمایی پرسش‌نامه مرضی کودک را بررسی کردند [۲۴].

نمونه این مطالعه را ۷۵ پسر در گروه سنی ۶ تا ۱۰ سال تشکیل می‌دادند. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها و همبستگی‌های به‌دست‌آمده از دو مرتبه اجرای پرسش‌نامه مرضی کودکان نشان داد اعتبار بازآزمایی برای همه طبقه‌های پرسش‌نامه مرضی کودکان در سطح  $P < 0.001$  معنادار بود [۲۴]. آرمانان، اسلومکا، زاپاداکا و کینی (۱۹۹۷) روایی سازه پرسش‌نامه نشانه‌های مرضی را در بین گروهی از کودکان و نوجوانان دارای شکاف ستون فقرات بررسی کردند. نتایج پژوهش آنان نشان داد نمره‌های پرسش‌نامه مرضی کودکان فرم ویژه والدین با پرسش‌نامه شخصیتی کودکان<sup>۷</sup> همبستگی مثبتی دارند [۲۶]. محمد اسماعیل و علی‌پور اعتبار یا پایایی مقیاس اختلال نافرمانی مقابله‌ای را از طریق روش آزمون مجدد  $0.62$  گزارش کردند. علاوه بر این، در این پژوهش روایی محتوایی این آزمون توسط ارزیابی‌ها و نظر متخصصان (روان‌پزشکان) تأیید شد [۲۵]. در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کربناخ این پرسش‌نامه  $0.90$  به دست آمد.

#### فهرست رفتاری کودک فرم والدین (CBCL)

این پرسش‌نامه شامل ۱۱۲ ماده درباره مشکلات خاص کودکان است و والدین باید وضعیت فرزند خود را در هر ماده با انتخاب یکی از سه گزینه «نادرست=۰»، «تا حدی درست=۱» و «کاملاً

مقصدانستن دیگران به خاطر بد رفتاری و کارهای نامطلوب خود، عصبانی شدن بی‌دلیل در رفتارهای بین‌شخصی و کینه‌جویی [۱] داشتند، انتخاب شدند. برای تشخیص دقیق‌تر اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان، مادران پرسش‌نامه مرضی کودکان<sup>۶</sup> فرم والدین (CSI-۴) را تکمیل کردند و مصاحبه تشخیصی بر حسب تکنیک واری عیالام با در نظر گرفتن علائم چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی نیز انجام گرفت.

باید یادآوری کرد که در انتخاب نمونه مناسب برای پژوهش از میان مادران دانش‌آموزانی که نمره پر خاشگری فرزندان آن‌ها بالاتر از نمره برش پرسش‌نامه فهرست رفتاری کودکان بود و همچنین در پرسش‌نامه مرضی کودکان نمره بالاتری داشتند، ۳۴ نفر انتخاب شدند و پس از همگن‌سازی آن‌ها از نظر متغیرهایی چون میزان تحصیلات دانش‌آموزان، جنسیت، شدت علائم اختلال، سن و میزان تحصیلات مادران و پس از اعلام رضایت مادران برای شرکت در مطالعه به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۷ نفر) جایگزین شدند. البته گروه‌ها ریزش داشتند. داده‌های حاصل از ۳۰ نفر از شرکت‌کنندگان تحلیل آماری شد.

معیارهای ورود برای شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر به این شرح در نظر گرفته شد: پر خاشگری کودکان یکی از ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر بود که در این پژوهش نمره پر خاشگری همه کودکان مبتلا به این اختلال بالاتر از نمره برش پرسش‌نامه فهرست رفتاری کودکان بود. یکی دیگر از ملاک‌های ورود سن مادران بود که همگی آن‌ها بین ۳۳ تا ۳۷ سال داشتند. تک‌والدی بودن یا دو والدی بودن خانواده نیز در نظر گرفته شد که در این پژوهش همه خانواده‌ها دو والدی بودند. تعداد فرزندان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای نیز مدنظر قرار گرفت و همگی خانواده‌ها یک کودک مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای داشتند. سن کودکان نیز به عنوان ملاک ورودی در نظر گرفته شد و همگی بین ۹ تا ۱۱ سال داشتند. تحصیلات مادران نیز در این زمینه در نظر گرفته شد و همگی مادران نمونه پژوهشی مدرک دیپلم و بالاتر داشتند. ملاک خروج از پژوهش شرکت‌نکردن در بیش از دو جلسه از جلسات آموزش رفتاری در نظر گرفته شد. در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

#### پرسش‌نامه مرضی کودکان فرم والدین (CSI۴)

این پرسش‌نامه مقیاس درجه‌بندی رفتار است که نخستین بار در سال ۱۹۸۴، گادو و اسپرافکین بر اساس طبقه‌بندی سومین راهنمای آماری اختلال‌های روانی به منظور غربال کردن ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان ۵ تا ۱۲ ساله آن را طراحی کردند و در سال ۱۹۹۴ با چاپ چهارم راهنمای آماری اختلال‌های روانی تجدید نظر و منتشر شد [۲۴]. پرسش‌نامه مرضی کودکان

## جدول ۱. محتوای برنامه آموزش رفتاری والدین

جلسه	محتوای جلسه
اول	در این جلسه به ارائه اطلاعات مفید و ضروری درباره ماهیت، شیوع، سیر، پیش‌آگاهی، سبب‌شناسی و درمان کارآمد اختلال نافرمانی مقابله‌ای به مادران پرداخته شد. همچنین به جای تأکید بر درمان قطعی بر ضرورت کنار آمدن با مشکلات و ساختن محیط مناسب خانه و خانواده برای کودک تأکید شد. در این جلسه به رفع برخی سوءتفاهم‌ها درباره اختلال نافرمانی مقابله‌ای و مشکلات برونی‌سازی شده اشاره شد و در انتهای جلسه، مطالب و مواد آموزشی مناسب برای ارتقای سطح دانش مادران در اختیار آنان قرار گرفت.
دوم	در این جلسه زمینه لازم برای توضیح درباره اصول شکل‌گیری رفتار و ضرورت رعایت اصول مدیریت رفتار فراهم شد. سپس اصول کلی مدیریت رفتار همچون تقویت مثبت، تقویت تفکیکی و برخی موارد دیگر توضیح داده شد. در پایان جلسه نیز مطالب و مواد آموزشی مناسب در اختیار مادران قرار داده شد.
سوم	در این جلسه بر نقش و اهمیت توجه مادران به رفتارهای کودک تأکید شد. علاوه بر آن روش‌های کارآمدتر توجه به رفتارهای کودکان، تکنیک‌های کلامی، استفاده از جمله‌های مثبت و اصول توجه به رفتار مثبت و همچنین نادیده‌انگاری رفتارهای نامناسب آموزش داده شد. همچنین بر اهمیت این موضوع که لازم است والدین «وقت ویژه‌ای» را برای افزایش کمیت و کیفیت ارتباط با فرزندانشان اختصاص دهند، تأکید شد.
چهارم	به بسط آموزش‌های جلسه سوم پرداخته و ذکر شد که به رفتارهایی که در «وقت ویژه» تقویت می‌شوند در وقت‌های دیگر نیز باید توجه شود. در این جلسه، توجه مثبت به فرمان‌برداری از دستور والدین و نیز پیروی از مقررات خانواده تبیین شد. برای رسیدن به این هدف، روش‌های دستوردهی مناسب از قبیل کاهش سؤال و جواب کردن کودک و افزایش جمله‌های امری و حذف موقعیت‌هایی که در انجام تکلیف اختلال ایجاد می‌کنند، آموزش داده شد.
پنجم	از آنجا که کودکان دارای این مشکلات برای حفظ رفتارهای مناسب و فرمان‌برداری به پیامدهای مکرر، فوری و چشمگیرتر احتیاج دارند، استفاده از سیستم اقتصاد پتهای بسیار مفید است. بنابراین به آموزش روش اقتصاد پتهای پرداخته شد. زیرا برای تدوین این برنامه مادران باید فهرستی از مسوولیت‌ها و تکالیف کودک را تهیه می‌کردند و برای هر یک از آن‌ها ارزش و امتیاز تعیین می‌شد.
ششم	استفاده از روش جریمه و روش محروم‌سازی آموزش داده شد.
هفتم	مدیریت رفتار در موقعیت‌های عمومی آموزش داده شد. از آنجا که بیشتر کودکان پرخاشگری و مشکلات رفتاری در کنترل و مدیریت رفتارهایشان در موقعیت‌های عمومی همچون فروشگاه، رستوران، بازارچه، مسجد یا خانه دیگران دارند، مادران آن‌ها باید بدانند که مهارت‌هایی را که در خانه خود آموخته‌اند باید در موقعیت‌های دیگر نیز به کار بگیرند. ضمن بحث درباره ناکارآمد بودن برخی از تکنیک‌هایی که والدین در گذشته آموخته‌اند، بر چند نکته تأکید می‌شود: نخست، موقعیت‌هایی که والدین پیش‌بینی می‌کنند که مشکل به وجود می‌آید. سپس از والدین خواسته می‌شود تا برای این‌گونه موقعیت‌ها، «برنامه عمل» داشته باشند. این برنامه عمل با شیوه «بلند فکر کن، قبلا فکر کن» پیش می‌رود. در این برنامه مادران باید (۱) انتظار خود را از رفتار مناسب کودک در آن موقعیت مرور کنند (۲) باید برای برانگیختن حس همکاری و فرمان‌برداری، مشوق‌هایی در نظر بگیرند (۳) تصمیم بگیرند که اگر این مشوق‌ها کارساز نبود چه تنبیهی به کار ببرند. بهتر است که مادران قبل از بیرون رفتن از خانه این موارد را به اطلاع کودک برسانند و همه چیز را برای او روشن کنند. نکاتی درباره احساس شرمندگی والدین در جمع و تکنیک‌های سودمند برای کنترل رفتار به مادران آموزش داده شد.
هشتم	بهبود رفتار کودک در مدرسه و خانه مطرح شد و جلسه با آموزش ثبت رفتارهای مثبت کودک در منزل و روش‌های امتیازدهی به این رفتارها خاتمه پذیرفت.
نهم	در این جلسه نیز مروری کوتاه بر آموخته‌های آن‌ها از کل برنامه انجام شد و سپس نظرشان درباره مشکلات اجتماعی در آینده و چگونگی مقابله با این مشکلات پرسیده شد. در این جلسه توضیح داده شد که برخی از مادران ممکن است کمی از پروتکل برنامه فاصله بگیرند یا آن را رعایت نکنند، اگرچه گاهی چنین مواردی طبیعی و حتی لازم است، دور شدن از آن ممکن است به بروز مشکلات رفتاری بیشتری در کودک منجر شود. از این‌رو والدین باید یاد بگیرند که چگونه بر خود نظارت داشته باشند.

## توانبخشنی

## دست می‌آید [۲۷].

در این پژوهش فقط از نمره‌های مربوط به زیرمقیاس رفتار پرخاشگرانه استفاده شد که در این پرسش‌نامه بیست سؤال را به خود اختصاص داده است. مینایی (۱۳۸۴) برای هنجاریابی پرسش‌نامه فهرست رفتاری کودکان فرم ویژه والدین پس از ترجمه این پرسش‌نامه و در نظر گرفتن انطباق‌های لازم از نظر زبانی و فرهنگی این پرسش‌نامه را بر نمونه‌ای ۱۴۳۸ نفری از دانش‌آموزان و والدینشان و تعدادی از مراجعه‌کنندگان به بخش‌های روان‌پزشکی بیمارستان روزبه اجرا کرد [۲۸]. همسانی درونی مقیاس‌های این پرسش‌نامه در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ جای گرفته‌اند. با در نظر گرفتن تعداد اندک پرسش‌ها و متفاوت بودن شکل آن‌ها، مقادیر آلفا را در سطح مورد انتظار و رضایت‌بخش قرار دارند. ضرایب آلفای مقیاس‌ها و زیرمقیاس‌های فهرست رفتاری کودک فرم والدین بین ۰/۸۷ (برای مقیاس برونی‌سازی شده) و

درست = ۰/۲۰ مشخص کنند. مطالعات تحلیل عاملی آشناباخ به شکل‌گیری هشت عامل یا بُعد به نام‌های «مضطرب یا افسرده»، «انزوا یا افسردگی»، «شکایت‌های جسمانی»، «مشکلات اجتماعی»، «مشکلات تفکر»، «مشکلات توجه»، «نادیده‌گرفتن قواعد» و «رفتار پرخاشگرانه» منجر شده است [۲۷]. ۹ سؤال نیز در هیچ‌یک از این هشت مقیاس جای نگرفتند و در مقیاسی با عنوان «مشکلات دیگر» قرار گرفتند. سه عامل «مضطرب یا افسرده»، «انزوا یا افسردگی» و «شکایت‌های جسمانی» عامل مرتبه دوم «مشکلات درونی‌سازی شده» را تشکیل دادند و از مجموع نمره‌های دو عامل «قانون‌شکنی» و «رفتار پرخاشگرانه»، عامل «مشکلات برونی‌سازی شده» به وجود آمد. در نهایت می‌توان با جمع کردن نمره‌های ۹ مقیاس به نمره کلی که بالاترین و کلی‌ترین عامل است دست یافت. برای نمره‌گذاری مقیاس‌های مبتنی بر تحلیل عوامل ملاک قرار می‌گیرند و پس از جمع نمره‌های مواد تشکیل‌دهنده هر مقیاس، نمره مقیاس به

که مشخص کنند آیا این برنامه درمانی با نظرات بارکلی در رفتار درمانی مشکلات دوران کودکی منطبق است یا نه. در این بررسی، متخصصان کلیت این برنامه را تأیید کردند و میزان انطباق کامل را در خصوص تطبیق این برنامه با برنامه اصلی ذکر کردند. پس از پایان آموزش مجدداً متغیرهای مذکور اندازه‌گیری شدند.

### یافته‌ها

در جدول شماره ۲ شاخص‌های آماری نمره‌های دو گروه در زیرمقیاس پرخاشگری فهرست رفتاری کودکان و علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای در پرسش‌نامه مرضی کودکان ارائه شده است. با توجه به طرح پژوهش حاضر که از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است، برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس چندمتغیری و در ادامه از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد. این نوع تحلیل مفروضه‌هایی دارد. از جمله مفروضه‌های تحلیل کوواریانس همگنی شیب‌های رگرسیونی میان متغیر تصادفی (پیش‌آزمون) و متغیرهای وابسته است که در این پژوهش شیب‌های خط رگرسیون در تمامی متغیرهای مطالعه‌شده موازی بودند. در این مطالعه تعامل گروه و پیش‌آزمون برای متغیرهای رفتاری پرخاشگرانه ( $P > 0/05$ ) و علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای ( $F = 1/36$  و  $P > 0/05$ ) معنادار نبود. از این رو می‌توان گفت که این پیش‌فرض رعایت شده است. از دیگر مفروضه‌های این آزمون همگنی واریانس‌هاست که برای بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون از آزمون همگنی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه‌شده در هیچ‌یک از متغیرهای بررسی‌شده از لحاظ آماری معنی‌دار نبود (رفتارهای پرخاشگرانه  $P > 0/05$  و  $F = 2/393$ ، علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای  $P > 0/065$  و  $F = 3/69$ ). بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز تأیید شد. با توجه به برقراری مفروضه‌های اصلی این آزمون، مجاز به استفاده

۰/۷۳ (برای مشکلات اجتماعی) قرار دارد. اعتبار آزمون‌بازآزمایی (در فاصله بین ۵ تا ۸ هفته) نیز نشان داد همه ضرایب همبستگی در سطح  $P < 0/05$  معنادار هستند و بین دامنه ۰/۹۷ (برای مقیاس برونی‌سازی‌شده) و ۰/۳۸ (برای مقیاس مشکلات تفکر) قرار دارند. همچنین ضرایب آلفای مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر تجربه نیز در سطح رضایت‌بخشی قرار دارند و دامنه آن از ۰/۶۷ تا ۰/۸۸ برای پرسش‌نامه فهرست رفتاری کودکان فرم والدین گزارش شده است [۲۸]. ضریب آلفای کرونباخ برای نمونه حاضر ۰/۸۶ به دست آمد.

### روش اجرای پژوهش

دانش‌آموزان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای از طریق مصاحبه تشخیصی روان‌شناس و پرسش‌نامه مرضی کودکان شناسایی شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در هر دو گروه برای تعیین پرخاشگری و علائم اختلال کودکان پیش‌آزمون اجرا شد. سپس گروه آزمایش طی ۹ جلسه نود دقیقه‌ای آموزش داده شدند. جلسات آموزشی پس از انجام هماهنگی‌های لازم در شبکه بهداشت شهرستان اجرا شدند. محتوای برنامه از برنامه آموزش والدین بارکلی (۱۹۹۷) اقتباس شده بود [۲۹]. این برنامه شامل دو قسمت است که در آن روش‌های مؤثری برای رفتار با کودک به والدین آموزش داده می‌شود. در قسمت اول، والدین روش مؤثری برای توجه مثبت به رفتارهای مناسب کودک را می‌آموزند و در قسمت دوم، والدین استفاده از روش‌های تنبیهی را یاد می‌گیرند. محتوای جلسات آموزشی در جدول شماره ۱ ذکر شده است.

بسته آموزش والدین بارکلی در بسیاری از پژوهش‌ها استفاده شده است [۳۰، ۳۱] و کارایی آن به عنوان یک بسته آموزشی در حیطه رفتار درمانی تأیید شده است [۳۱، ۷]. محتوای این برنامه آموزشی در اختیار چهار نفر از متخصصانی گذاشته شد که در حیطه آموزش والدین فعالیت داشتند و از آن‌ها خواسته شد

جدول ۲. آماره‌های توصیفی رفتارهای پرخاشگرانه و علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای بین دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون رفتارهای پرخاشگرانه	آزمایش	۱۱/۳۳	۴/۸۰
	کنترل	۱۱/۶۶	۵/۳۹
پس‌آزمون رفتارهای پرخاشگرانه	آزمایش	۸/۶۶	۴/۸۴
	کنترل	۱۱/۷۳	۵/۱۱
پیش‌آزمون علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای	آزمایش	۱۳/۲۰	۵/۴۹
	کنترل	۱۳/۰۰	۵/۵۶
پس‌آزمون علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای	آزمایش	۹/۶۰	۶/۰۹
	کنترل	۱۳/۰۶	۵/۳۳

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای و رفتارهای پرخاشگرانه دو گروه آزمایش و کنترل

شاخص	مقدار	F	سطح معناداری	مجذور آتا	توان آماری
لامبدای ویلکز	۰/۲۳۳	۳۴/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۲۷	۰/۹۴

توانبخشی

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس متغیر رفتارهای پرخاشگرانه دو گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور آتا
رفتارهای پرخاشگرانه (متغیر)						
پیش‌آزمون	۲۲۵/۹۶۷	۱	۲۲۵/۹۶۷	۲۲/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۴۵
گروه	۷۱/۱۲۷	۱	۷۱/۱۲۷	۷/۲۰	۰/۰۱۲	۰/۲۱
خطا	۲۶۶/۶۹۹	۲۷	۹/۸۷	-	-	-
کل	۲۶۰۸	۳۰	-	-	-	-

توانبخشی

از این آزمون آماری هستیم.

از لحاظ آماری معنادار بوده است ( $P < 0/05$  و  $F(1, 27) = 7/20$ ) و بنابراین می‌توان نتیجه گرفت برنامه آموزش رفتاری باعث تغییر در گروه‌ها شده است. علاوه بر این میزان اندازه اثر ۰/۲۱ یا به عبارت دیگر ۲۱ درصد از تغییرات متغیر رفتارهای مقابله‌ای مربوط به عضویت گروهی است.

از طرف دیگر، با توجه به جدول شماره ۵ نتایج نشان داد برنامه آموزشی بر کاهش علائم اختلال کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیرگذار بوده است ( $P < 0/05$  و  $F(1, 27) = 15/80$ ) و این آموزش توانسته است میزان علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای را کاهش دهد. علاوه بر این، میزان اندازه اثر ۰/۳۶ یا به عبارت دیگر ۳۶ درصد از تغییرات علائم اختلال مربوط به عضویت گروهی است.

### بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش رفتاری مادران کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای بر کاهش رفتارهای پرخاشگرانه

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد تفاوت بین دو گروه از نظر سنترئوید دو متغیر به سطح معناداری رسیده است. به عبارت دیگر، عضویت گروهی اثر معناداری بر نمره‌های پس‌آزمون داشته است ( $P > 0/001$ ). بنابراین این فرض که آموزش رفتاری والدین بر متغیرهای پرخاشگری و علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیر دارد، تأیید شده است و میزان اندازه اثر ۰/۳۷ یا به عبارت دیگر ۳۷ درصد از تغییرات متغیرهای گفته‌شده مربوط به عضویت گروهی است. توان آماری ۰/۹۴ بیانگر کفایت حجم نمونه برای بررسی این سؤال است. در ادامه برای مشخص شدن تفاوت گروه‌ها در متغیرهای رفتارهای پرخاشگرانه و علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

برای آزمودن اثر گروه یا مداخله (برنامه آموزش رفتاری والدین) بر متغیر وابسته (رفتارهای پرخاشگرانه) باید اثر پیش‌آزمون به عنوان عامل همپراش زدوده شود. نتایج نشان داد اثر گروه یا مداخله با حذف یا زدودن متغیر همپراش نیز

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس متغیر علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای دو گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور آتا
علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای (متغیرها)						
پیش‌آزمون	۷۹۹/۳۸۲	۱	۷۹۹/۳۸۲	۱۸۱/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۸۷
گروه	۶۹/۷۶۰	۱	۶۹/۷۶۰	۱۵/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۳۶
خطا	۱۱۹/۱۵	۲۷	۴/۴۱	-	-	-
کل	۴۸۶۲	۳۰	-	-	-	-

توانبخشی



[۵]. علاوه بر این، پژوهش‌ها نشان داده‌اند والدینی که معمولاً بر فرزندانشان نظارت کافی ندارند و در فعالیتهای آن‌ها مشارکت نمی‌کنند و از خشونت و تنبیه جسمی استفاده می‌کنند، پرخاشگری و نافرمانی را در کودکان افزایش می‌دهند [۳۸].

بنابراین آموزش رفتاری والدین و آموزش روش‌های مدیریت رفتار می‌تواند روش درمانگری مؤثری برای کاهش رفتارهای پرخاشگرانه کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای باشد [۳۹]؛ زیرا در این نوع از آموزش مادران یاد می‌گیرند که از توجه به عادت‌های بد کودک، پرخاشگری به او و سرزنش او خودداری کنند و با برانگیختن مشارکت کودک در انجام کارهای خانه از میزان مشکلات رفتاری او بکاهند. مهارت‌های توجهی مهم از قبیل گوش‌دادن و ارائه توجه مثبت طی درمان ممکن است برای والدین فرصتی فراهم کرده باشد تا یاد گرفته باشند که چگونه بدون دخالت و سؤال کردن به کودکشان توجه کنند و چگونه به صورت مثبت با اظهار نظرهای خود رفتارهای مطلوبی را که می‌خواهند کودکشان آن‌ها را انجام یا ادامه دهند به وجود آورند. همچنین به نظر می‌رسد که مادران توانسته‌اند با به‌کارگیری روش‌های تقویتی در قالب برنامه اقتصاد ژتونی برای انجام کارها از جانب کودک از به‌وجود آمدن مسائل رفتاری پیشگیری کنند و از میزان پرخاشگری کودک بکاهند. از سوی دیگر مادران در این روش آموزشی به این نکته پی بردند که چگونه کودکان خود را مسئولیت‌پذیرتر کنند و همچنین آن‌ها را با پیامد رفتارهای خود مواجه کنند و همین موضوع بر کاهش رفتارهای پرخاشگرانه تأثیر داشته است. از این رو، آموزش روش‌های مدیریت رفتار با آموزش مواردی همچون مواجه کردن کودک با پیامدهای منطقی و طبیعی بدون اعمال روش‌های تنبیهی و تأدیبی سخت‌گیرانه و به‌کارنبردن سرزنش بیش از حد و پرخاشگری در برابر مشکلات رفتاری کودکان توانسته است بر کاهش علائم اختلال تأثیرگذار باشد.

فرایندهای درون‌گروهی در خلال جلسات آموزش رفتاری والدین می‌تواند در اثربخشی این روش نقش داشته باشد. مشارکت والدین در گروهی از افراد که همگی مشکلات مشابهی را تجربه می‌کردند، باعث شد شناخت‌های جدیدی از وضعیت خود پیدا کنند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند در خلال جلسات آموزش رفتاری والدین و در پایان جلسات، تنیدگی والدین نیز کاهش می‌یابد و مشکلات در سایه تجربه گروه مانند گذشته منحصربه‌فرد و بزرگ دیده نمی‌شوند [۴۰]. تنبیه‌های اعمال‌شده توسط بسیاری از والدین شرکت‌کننده در گروه آموزشی اغلب بی‌ثبات و بی‌ارتباط با عملکرد کودک بودند. آن‌ها برای مهار فرزندان از تنبیه جسمانی و تنبیه‌های نامتناسب با سن کودک کمک می‌گرفتند.

در جلسات گروهی قبل از معرفی شیوه‌های کاربرد تنبیه صحیح درباره آثار جانبی مخرب تنبیه جسمانی و عواقب بلندمدت آن در زندگی آتی کودک بحث و گفت‌وگو شد. سپس به والدین آموزش داده شد که چگونه از تنبیه به عنوان ابزاری برای شکل‌دهی رفتار استفاده کنند. از آن‌ها خواسته شد هنگامی که مهار خود را

و کاهش علائم اختلال کودکان آن‌ها بوده است، زیرا انجام چنین پژوهش‌هایی در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در زمینه کاهش مشکلات رفتاری این کودکان مهم است [۳۳، ۳۲] و از سوی دیگر با توجه به اهمیت این موضوع، مداخله‌های بهنگام برای خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اختلال‌های برونی‌سازی‌شده در زمینه مدیریت رفتار فرزندان لازم است تا با تأکید بیشتر در این زمینه از حادث‌تر شدن مشکلات چنین خانواده‌هایی جلوگیری شود. از این رو، پس از ارائه یافته‌های پژوهش به بررسی همسویی و ناهمسویی این یافته‌ها با پیشینه تجربی و سپس تبیین آن پرداخته می‌شود.

تحلیل نتایج نشان داد که آموزش رفتاری مادران بر کاهش نشانه‌های پرخاشگرانه کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر بوده است و اثربخشی آن از لحاظ آماری معنادار است (جدول شماره ۴). نتایج این پژوهش با پژوهش‌های اسپلینگ و همکاران (۲۰۱۷)، گرینو و همکاران (۲۰۱۷) و بسترستراتون (۲۰۰۱) مبنی بر اثربخش بودن آموزش والدین بر کاهش مشکلات رفتاری همچون پرخاشگری در کودکان همسو است [۳۴، ۲۳، ۲۱]. این پژوهش با پژوهش مک‌کات و پرپرستر (۲۰۰۶) که اثربخشی آموزش والدین را بر کاهش رفتارهای مخالف‌جویانه کودکان عادی نشان دادند همسو است [۳۵]. پژوهش‌های پیشین رابطه بین شیوه‌های فرزندپروری والدین با رفتارهای برونی‌سازی‌شده فرزندان را به اثبات رسانده‌اند [۳۶] و بر این نکته تأکید کرده‌اند که رفتارهای برونی‌سازی‌شده کودکان همچون پرخاشگری با شیوه‌های تربیتی والدین رابطه دارد. شیوه‌های تربیتی تنبیهی و مداخله‌گرایانه والدین پیش‌بینی‌کننده رفتارهای آزارشی و پرخاشگری در کودکان بوده است. از سوی دیگر پژوهش‌ها نشان داده‌اند والدین کودکان مبتلا به مشکلات برون‌ریزانه به‌طور کلی در کنترل رفتار کودک با مشکل مواجه هستند و اغلب از لحاظ سبک‌های تربیتی بیش از حد دستوری و منفی عمل می‌کنند که همین موضوع باعث کارایی‌نداشتن روش‌هایی می‌شود که برای کنترل رفتار کودک به کار می‌گیرند. این موضوع می‌تواند با ارائه آموزش‌های لازم بازمینی و تصحیح شود [۳۷، ۲۳].

اثربخشی روش آموزش رفتاری به مادران و کاهش پرخاشگری کودکان در منزل را می‌توان ناشی از این دلایل دانست: بسیاری از مشکلات برونی‌سازی‌شده در محیط طبیعی خانواده فرارگرفته می‌شوند و عوامل نگهدارنده آن‌ها نیز در همین محیط واقع شده‌اند. بنابراین آموزش روش‌های مدیریت رفتار به افرادی که بیشترین زمان را با کودک می‌گذرانند، بیشترین تأثیر را بر آن‌ها خواهد داشت و احتمال کاهش رفتارهای نامناسب را در آن‌ها افزایش خواهد داد. در علت‌شناسی مربوط به اختلال‌های رفتاری و اختلال نافرمانی مقابله‌ای، مهم‌ترین عامل خطر ساز که در تضاد با خودمختاری، ایجاد هويت و تنظیم معیارها و مهار درونی کودک قرار می‌گیرد، واکنش شدید والدین نسبت به این رفتارهای بهنجار کودک در خلال تحول است. چنین تضادی راه را به سوی نافرمانی و پرخاشگری می‌گشاید

می‌تواند شناخت‌های نادرست والدین را درباره خود و کودکان اصلاح کند و احساس گناه به خاطر مقصوب‌بودن و احساس خشم به دلیل مقصدانستن کودکان را کاهش دهد. بدین ترتیب کاهش احساسات منفی در والدین به ایجاد روابط بهتر با کودکان و کاهش مشکلات رفتاری این کودکان منجر خواهد شد [۳۶].

### نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد آموزش روش‌های مدیریت رفتار به مادران کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای بر کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و همچنین علائم نافرمانی و تضادورزی این کودکان تأثیرگذار بوده است و ارائه این آموزش توانسته است در بهبود رابطه والد و کودک و در نتیجه کاهش مشکلات رفتاری این کودکان تأثیرگذار باشد. یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر اختلال‌های دوران کودکی، چگونگی رفتار والدین با کودکان است. در این خصوص باید به این نکته اشاره کرد که از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر مشکلات رفتاری کودکان چگونگی والدگری پدر و مادر در خانواده است که گاهی می‌تواند به عنوان یک منبع نقش بسیار مهمی در مشکلات رفتاری کودکان داشته باشد. بنابراین آموزش روش‌های مدیریت رفتار توانسته است از طریق تأثیرگذاری بر شیوه والدگری مادران مشکلات رفتاری فرزندانشان را کاهش دهد.

این پژوهش مانند پژوهش‌های دیگر محدودیت‌هایی داشت که در ادامه به آن‌ها اشاره خواهد شد. امید است که پژوهش‌های آتی با در نظر گرفتن این محدودیت‌ها التزام‌های مناسب‌تری را فراهم آورند. به دلیل محدودیت زمانی و همچنین مشکل در دسترسی دوباره به آزمودنی‌ها از پیگیری نتایج به‌دست‌آمده صرف‌نظر شد. پژوهش‌هایی که بتوانند پس از پایان دوره آموزشی، شدت مشکلات را با فواصل زمانی متفاوت ارزیابی کنند، می‌توانند اثربخشی این روش را در طول زمان مشخص سازند. تعداد جلسه‌های برگزار شده، تعداد افراد شرکت‌کننده در گروه آزمایش و کنترل و ابزارهای پژوهشی محدودیت داشت. محدودیت دیگر این پژوهش آن بود که به دلیل کمبود تعداد آزمودنی‌ها، هم‌تاکردن گروه‌ها بر اساس دیگر مشکلات رفتاری کودکان امکان‌پذیر نبود. پژوهش‌های دیگر می‌توانند روش آموزش رفتاری والدین را در تعداد جلسات بیشتر با موضوعات متنوع‌تر و در نمونه‌های بزرگ‌تر بررسی کنند.

پیشنهاد می‌شود این روش در نمونه‌های از دختران و پسران به صورت مجزا بررسی شود و تفاوت‌های جنسیتی در اثربخشی این روش روشن شود. به منظور افزایش اثربخشی، این برنامه باید با دیگر روش‌های آموزشی و درمانی مشکلات رفتاری کودکان همراه باشد. در دوره آموزشی این پژوهش تنها مادران حضور داشتند. برگزاری جلساتی با حضور افراد دیگری که ارتباط نزدیک با کودک دارند، مانند پدران و

از دست داده‌اند، تنبیه را به عنوان راهی برای رهاکردن خود از خشم و ناراحتی به کار نبرند. همچنین راه‌های مهار خشم به آن‌ها آموزش داده شد. به نظر می‌رسد آموزش رفتاری سبک تنبیه‌کردن، والدین را تغییر داده است و پرخاشگری کمتر والدین و کاهش تنبیه جسمانی به کاهش پرخاشگری کودکان منجر شده است [۱۷].

یکی دیگر از اهداف این پژوهش بررسی آموزش رفتاری مادران بر کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود. نتایج تحلیل نشان داد این آموزش میزان رفتارهای تضادورزانه را در کودکان مادران گروه آزمایشی کاهش داده است. همسو با نتیجه پژوهش حاضر درباره اثربخشی آموزش روش‌های رفتاری به مادران در افزایش رفتارهای مقابله‌جویانه کودکان، بسیاری از پژوهشگران مانند ماساکانت و همکاران (۲۰۱۶) [۲۲] و هاوت‌چارلیر و کلمنت (۲۰۰۹) [۴۱] بر اثر بخشی این روش در کاهش مشکلات رفتاری همچون تبعیت‌نکردن از دستورات والدین و مخالفت‌جویی کودکان تأکید کرده‌اند [۲۲، ۴۱]. یک مطالعه پژوهشی به این نتیجه رسید که آموزش والدین برای اینکه به طور مثبتی با کودکانشان تعامل کنند و بررسی نیازهای والدین برای کار با کودک با پیامدهای مثبت کودک و والدین مرتبط است. آموزش مهارت‌های ارتباط هیجانی نیز با پیامدهای مثبت فرزندپروری در ارتباط است و آموزش والدین برای استفاده از محروم‌کردن به طور صحیح و پاسخ پیوسته به کودک با رفتار مطلوب کودک ارتباط پیدا می‌کند [۴۲].

از این رو نتیجه به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر را می‌توان به این دلایل مربوط دانست: از آنجا که بسیاری از مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به این اختلال در ارتباط با والدین و به‌خصوص مادر به وجود می‌آید و ادامه پیدا می‌کند، بنابراین آموزش روش‌های درست رفتار به مادران این کودکان که بیشترین زمان را با آن‌ها می‌گذرانند و آموزش رویکردهای منظم تقویتی و تنبیهی به آن‌ها احتمال کاهش رفتارهای نامناسب را در این کودکان افزایش داده است. همچنین بیشتر این مادران در تلاش برای اداره رفتار ناکام‌کننده مرتبط با این اختلال سبک‌های والدینی خشن و منفی را اتخاذ می‌کنند و چون مهارت‌های توجه در شکل‌دادن رفتار کودکان حائز اهمیت هستند، این حوزه از آموزش اداره رفتار شامل تغییردادن شیوه‌ای که بر اساس آن مادران به کودکانشان توجه می‌کنند نیز می‌شود. ممکن است مهارت‌های توجه مهم از قبیل گوش‌دادن و ارائه توجه مثبت در طول درمان برای والدین فرصتی فراهم آورده باشد تا یاد گرفته باشند که چگونه بدون دخالت و سؤال‌کردن به کودکان توجه کنند و چگونه به صورت مثبت با اظهار نظرهای خود رفتارهای مطلوبی را که می‌خواهند کودکانشان نشان دهند افزایش دهند. بسیاری از مادرانی که در این گروه آموزشی شرکت می‌کنند، خود را به خاطر مشکلات رفتاری کودکانشان مقصر می‌دانند یا اعتقاد دارند کودکان به صورت ارادی راهی را برای اذیت و آزار آن‌ها انتخاب کرده‌اند. توضیح درباره ماهیت و علت اختلال

معلمان می‌توانند مشکلات این کودکان را بهتر مشخص کند و در بهبود هرچه بیشتر مشکلات آنان سهم بیشتری داشته باشد. برنامه آموزش رفتاری والدین می‌تواند به طور گسترده در مدارس که دانش‌آموزانی با اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارند به صورت منظم و منسجم اجرا شود.

#### تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از تمامی کسانی که در روند انجام این پژوهش ما را یاری دادند نهایت تشکر و قدردانی را دارند و برای آنان آرزوی صحت و سلامت می‌کنند. این پژوهش حامی مالی نداشته است.

## References

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder: DSM-5. 5th edition. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
- [2] Lin X, Li L, Chi P, Wang Z, Heath MA, Du H, et al. Child maltreatment and interpersonal relationship among Chinese children with oppositional defiant disorder. *Child Abuse & Neglect*. 2016; 51:192–202. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.10.013
- [3] Kledzik AM, Thorne MC, Prasad V, Hayes KH, Hines L. Challenges in treating oppositional defiant disorder in a pediatric medical setting: A case study. *Journal of Pediatric Nursing*. 2012; 27(5):557–62. doi: 10.1016/j.pedn.2011.06.006
- [4] López-Villalobos JA, Andrés-De Llano JM, Rodríguez-Molinero L, Garrido-Redondo M, Sacristán-Martín AM, Martínez-Rivera MI, et al. Prevalence of oppositional defiant disorder in Spain. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2014; 7(2):80–7. doi: 10.1016/j.rpsm.2013.07.002
- [5] Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 9th edition. Philadelphia: Lippincott the William and Wilkins; 2009.
- [6] Bussing R, Zima BT, Mason DM, Meyer JM, White K, Garvan CW. ADHD knowledge, perceptions, and information sources: Perspectives from a community sample of adolescents and their parents. *Journal of Adolescent Health*. 2012; 51(6):593–600. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.03.004
- [7] Burke JD, Rowe R, Boylan K. Functional outcomes of child and adolescent oppositional defiant disorder symptoms in young adult men. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2013; 55(3):264–72. doi: 10.1111/jcpp.12150
- [8] Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. 3rd edition. New York: Guilford Press; 2006.
- [9] Kawabata Y, Tseng WL, Gau SSF. Symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and social and school adjustment: the moderating roles of age and parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2011; 40(2):177–88. doi: 10.1007/s10802-011-9556-9
- [10] Hollenstein T, Granic I, Stoolmiller M, Snyder J. Rigidity in parent-child interactions and the development of externalizing and internalizing behavior in early childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2004; 32(6):595–607. doi: 10.1023/b:jacp.0000047209.37650.41
- [11] Holland ML, Malmberg J, Gimpel Peacock G. Emotional and behavioral problems of young children: Effective interventions in the preschool and kindergarten years. New York: Guilford Press; 2002.
- [12] Huang HL, Chao CC, Tu CC, Yang PC. Behavioral parent training for Taiwanese parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2003; 57(3):275–81. doi: 10.1046/j.1440-1819.2003.01117.x
- [13] Shelton TL, Barkley RA, Crosswait C, Moorehouse M, Fletcher K, Barrett S, et al. Psychiatric and psychological morbidity as a function of adaptive disability in preschool children with aggressive and hyperactive-impulsive-inattentive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1998; 26(6):475–94. PMID: 9915654
- [14] Finzi-Dottan R, Trivitz YS, Golubchik P. Predictors of stress-related growth in parents of children with ADHD. *Research in Developmental Disabilities*. 2011; 32(2):510–9. doi: 10.1016/j.ridd.2010.12.032
- [15] Crnic KA, Gaze C, Hoffman C. Cumulative parenting stress across the preschool period: Relations to maternal parenting and child behaviour at age 5. *Infant and Child Development*. 2005; 14(2):117–32. doi: 10.1002/icd.384
- [16] Sanders MR, Woolley ML. The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: Implications for parent training. *Child: Care, Health and Development*. 2005; 31(1):65–73. doi: 10.1111/j.1365-2214.2005.00487.x
- [17] Carr A. The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach. 2nd edition. New York: Routledge Taylor & Francis Group; 2006.
- [18] Amiri M, Behpajoo A. The effect of behavior parent training on mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal Behavioral Science*. 2016; 10(1):6–12.
- [19] Jones J, Forehand R, Cuellar J, Kincaid C, Parent J. Harnessing innovative technologies to advance children's mental health: Behavioral parent training as an example. *Clinical Psychology Review*. 2013; 33(2):241–52. doi: 10.1016/j.cpr.2012.11.003
- [20] Chronis AM, Chacko A, Fabiano GA, Wymbs BT, Pelham JR, William E. Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2004; 7(1):1–27. doi: 10.1023/b:ccfp.0000020190.60808.a4
- [21] Schilling S, French B, Berkowitz SJ, Dougherty SL, Scribano PV, Wood JN. Child-Adult relationship enhancement in primary care (PriCARE): A randomized trial of a parent training for child behavior problems. *Academic Pediatrics*. 2017; 17(1):53–60. doi: 10.1016/j.acap.2016.06.009
- [22] Maaskant AM, van Rooij FB, Overbeek GJ, Oort FJ, Hermans JMA. Parent training in foster families with children with behavior problems: Follow-up results from a randomized controlled trial. *Children and Youth Services Review*. 2016; 70:84–94. doi: 10.1016/j.childyouth.2016.09.005
- [23] Greeno EJ, Uretsky MC, Lee BR, Moore JE, Barth RP, Shaw TV. Replication of the KEEP foster and kinship parent training program for youth with externalizing behaviors. *Children and Youth Services Review*. 2016; 61:75–82. doi: 10.1016/j.childyouth.2015.12.003
- [24] Gadow KD, Sprafkin J. Quick guide to using the youth's inventory-4 screening kit. New York: Checkmate Plus; 1997.
- [25] Mohamadesmaiel E, Alipour A. [A preliminary study on the reliability, validity and cut off points of the disorders of Children Symptom Inventory-4 (CSI-4). (Persian)] *Research on Exceptional Children*. 2002; 2(3):239-254
- [26] Ammerman RT, Kane VR, Slomka GT, Reigel DH, Franzen MD, Gadow KD. Psychiatric symptomatology and family functioning in children and adolescents with Spina Bifida. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 1998; 5(4):449–65. doi: 10.1023/a:1026211028595
- [27] Achenbach TM. Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR and TRF profiles. Vermont: Burlington; 1991.
- [28] Minaee E. [Normalization of measurement systems based on experience Eschenbach (Persian)]. Tehran: Exceptional Children Organization Publication. 2009.
- [29] Barkley RA. Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training. 2nd edition. New York: Guilford; 1997.



- [30] Huang HL, Chao CC, Tu CC, Yang PC. Behavioral parent training for Taiwanese parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2003; 57(3):275–81. doi: 10.1046/j.1440-1819.2003.01117.x
- [31] Fabiano GA, Pelham WE, Coles EK, Gnagy EM, Chronis-Tuscano A, O'Connor BC. A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*. 2009; 29(2):129–40. doi: 10.1016/j.cpr.2008.11.001
- [32] Schilling CM, Walsh A, Yun I. ADHD and criminality: A primer on the genetic, neurobiological, evolutionary, and treatment literature for criminologists. *Journal of Criminal Justice*. 2011; 39(1):3–11. doi: 10.1016/j.jcrimjus.2010.11.001
- [33] Retz W, Rösler M. The relation of ADHD and violent aggression: What can we learn from epidemiological and genetic studies? *International Journal of Law and Psychiatry*. 2009; 32(4):235–43. doi: 10.1016/j.ijlp.2009.04.006
- [34] Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M. Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in head start. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2001; 30(3):283–302. doi: 10.1207/s15374424jccp3003\_2
- [35] McCart MR, Priester PE, Davies WH, Azen R. Differential effectiveness of behavioral parent-training and cognitive-behavioral therapy for antisocial youth: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2006; 34(4):525–41. doi: 10.1007/s10802-006-9031-1
- [36] Wickman M, Greenberg C, Boren D. The relationship of perception of invincibility, demographics, and risk behaviors in adolescents of military parents. *Journal of Pediatric Health Care*. 2010; 24(1):25–33. doi: 10.1016/j.pedhc.2008.11.005
- [37] Fabiano GA, Pelham WE, Coles EK, Gnagy EM, Chronis-Tuscano A, O'Connor BC. A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*. 2009; 29(2):129–40. doi: 10.1016/j.cpr.2008.11.001
- [38] Mash EJ, Barkley, RA. *Child psychopathology*. New York: Guilford Press; 2002.
- [39] Ghanbari S. [The Effect of parents behavior training in declining externalizing behavior (Persian)] [MSc. thesis]. Tehran: Shahid Beheshti University; 2006.
- [40] Finzi-Dottan R, Trivitz YS, Golubchik P. Predictors of stress-related growth in parents of children with ADHD. *Research in Developmental Disabilities*. 2011; 32(2):510–9. doi: 10.1016/j.ridd.2010.12.032
- [41] Hauth-Charlier S, Clement C. [Behavioral Parent Training Programs for Parents of Children with ADHD: Practical Consideration and clinical implication (French)]. *Pratiques Psychologiques*. 2009; 15(4):457–472.
- [42] Mazzucchelli TG, Sanders MR. Preventing behavioural and emotional problems in children who have a developmental disability: A public health approach. *Research in Developmental Disabilities*. 2011; 32(6):2148–56. doi: 10.1016/j.ridd.2011.07.022.

